

รายงานผลตามเป้าหมาย  
การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ  
ของประเทศไทย พ.ศ. 2547



รายงานผลตาม  
เป้าหมายการพัฒนา  
แห่งสหัสวรรษของ  
ประเทศไทย  
พ.ศ. 2547

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ  
ทีมงานองค์การสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

สงวนลิขสิทธิ์

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

962 ถนนกรุงเกษม กรุงเทพฯ 10100

โทรศัพท์ : 0-2282 9272

โทรสาร : 0-2281 6127

web site : <http://www.nesdb.go.th>

ทีมงานองค์การสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

สำนักงานประสานงานองค์การกาศึกษาสหประชาชาติประจำประเทศไทย

ชั้น 12 ตึกสหประชาชาติ

ถนนราชดำเนินนอก

กรุงเทพฯ 10200

โทรศัพท์ : 0-2288 1836

โทรสาร : 0-2280 0556

Email : [unrc.thailand@un.or.th](mailto:unrc.thailand@un.or.th)

web site : <http://www.un.or.th>

ISBN: 974-92198-5-6

# คำนำ



พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร

นายกรัฐมนตรี

เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 รัฐบาลและประชาชนชาวไทยร่วมกับประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้การรับรองปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Declaration) ซึ่งถือเป็นพันธกิจของประชาคมโลกในการพัฒนาคน ปฏิญญาดังกล่าวเป็นที่มาของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals — MDG) ซึ่งประกอบด้วยเป้าหมายการพัฒนาที่มีกรอบระยะเวลาชัดเจนที่จะใช้ประเมินผลการดำเนินการของรัฐบาลและองค์การระหว่างประเทศทั่วโลก เป็นที่น่ายินดีและชื่นชมที่สหประชาชาติริเริ่มและรับบทบาทนำในเรื่องนี้ และการที่ประเทศสมาชิกให้คำมั่นสัญญาที่จะร่วมกันดำเนินงานให้บรรลุวิสัยทัศน์และเป้าหมายดังกล่าวก็เป็นความมุ่งมั่นที่น่าประทับใจด้วยเช่นกัน

รัฐบาลไทยหวังว่ารายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทยจะเป็นประโยชน์สำหรับประเทศไทยและมิตรประเทศในภูมิภาคและทั่วโลก

รายงาน MDG ฉบับแรกของประเทศไทยจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างคนกลุ่มต่างๆในสังคม และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางการบริหารจัดการแบบมุ่งสัมฤทธิ์ผล ประเทศไทยจึงริเริ่มแนวคิดเรื่อง MDG Plus ซึ่งเป็นชุดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ทำท่ายิ่งขึ้น การดำเนินงานให้บรรลุ MDG Plus ย่อมต้องอาศัยความเสียสละและการทุ่มเทของทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องขยายภาคีการพัฒนา เจาะลึกและเน้นการทำงานในพื้นที่และกลุ่มประชากรที่ยังล้าหลังและต้องการความช่วยเหลือ อีกทั้งยังต้องเร่งรัดทำงานให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผล และเมื่อพิจารณาจากผลสำเร็จในวันนี้ ผมมั่นใจว่าประเทศไทยจะสามารถดำเนินการให้รู้ตหน้ายิ่งขึ้น

รายงานฉบับนี้นำเสนอความเป็นมาของการที่ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมาย MDG ส่วนใหญ่ ผมเชื่อว่าประสบการณ์ของเราจะเป็นประโยชน์แก่ประเทศอื่นๆที่กำลังผลักดันการดำเนินงานตามเป้าหมายเหล่านี้ ในการนี้ประเทศไทยจะมีส่วนสำคัญต่อการเสริมสร้างหุ้นส่วนการพัฒนาตามเป้าหมาย MDG ที่ 8 ประสบการณ์ที่ผ่านมามีผลให้ประเทศไทยเป็นภาคีการพัฒนาที่สำคัญของประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความร่วมมือในการพัฒนา การขยายตลาด และเพิ่มมูลค่าการลงทุนที่สำคัญ

รัฐบาลไทยขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ขององค์การสหประชาชาติในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (ยูเอ็นดีพี) และธนาคารโลกที่ได้ให้การสนับสนุนการจัดทำรายงานฉบับนี้ อย่างแข็งขัน และหวังที่จะขยายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาต่อไปในอนาคต

พันตำรวจโท

(ทักษิณ ชินวัตร)

นายกรัฐมนตรี

# บทนำ

ในการประชุมสุดยอดแห่งสหประชาชาติเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 ผู้นำประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ตกลงร่วมกันที่จะใช้เป้าหมายการพัฒนาที่กำหนดกรอบระยะเวลาชัดเจนและวัดผลได้ในการต่อสู้กับความยากจน ความอดอยากหิวโหย การไม่รู้หนังสือ โรคภัยไข้เจ็บ ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ และความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม หลักการพื้นฐานของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ หรือ MDG ก็คือ การแบ่งสรรความรับผิดชอบระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ระหว่างสหประชาชาติและองค์การพัฒนาระหว่างประเทศและรัฐบาลประเทศต่างๆ และระหว่างภาคีการพัฒนาในแต่ละประเทศ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกัน

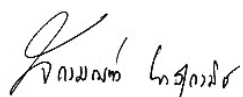
รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติของประเทศไทยเป็นเรื่องราวของความสำเร็จและความก้าวหน้า แนวทางการพัฒนาที่มุ่งสัมฤทธิ์ผลของประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูง ดังนั้น รัฐบาลไทยจึงได้แสดงความกล้าหาญเป็นตัวอย่างแก่ประชาคมโลก รายงาน MDG ของประเทศไทยมีเพียงแต่จะรายงานความก้าวหน้าตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนดไว้เป็นสากลเท่านั้น แต่ยังสามารถกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการพัฒนาที่ท้าทายยิ่งขึ้นเพิ่มเติมที่เรียกว่า MDG Plus ยิ่งกว่านั้นรายงานฉบับนี้ยังได้นำเสนอแนวทางที่ประเทศไทยจะสนับสนุนประเทศกำลังพัฒนาผ่านความร่วมมือทางวิชาการ การค้าและการลงทุน เพื่อหนุนเสริมการดำเนินการตามเป้าหมาย MDG ของประเทศต่างๆ

นอกจากนี้แล้ว กระบวนการจัดทำรายงาน MDG ของประเทศไทยก็เป็นตัวอย่างที่ดีของการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วนด้วยเช่นกัน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดทำรายงานได้มุ่งมั่นตั้งใจในการผลักดันกระบวนการทำงานร่วมกันนี้อย่างเต็มที่ และด้วยความร่วมมือจากองค์การสหประชาชาติและ ธนาคารโลก/ASEM Trust Fund ได้มีการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภายในประเทศและองค์การระหว่างประเทศ นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน และผู้นำในแวดวงการพัฒนาต่างๆ อย่างกว้างขวาง

รายงานฉบับนี้ได้นำเสนอประเด็นสำคัญต่างๆ อาทิ ข้อมูล ตัวชี้วัด สถานการณ์และแนวโน้ม และลำดับความสำคัญของนโยบายต่างๆ การประชุม MDG จิงค้อยๆ กลายเป็นเวทีการแลกเปลี่ยนแนวคิดและความร่วมมือเพื่อการพัฒนาของประเทศไทยที่สำคัญ ผลผลิตของความร่วมมือจากการจัดเตรียมรายงาน MDG มีดังนี้

- รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติของประเทศไทย
- เอกสารข้อมูลการติดตามผลเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ – เพื่อใช้ในการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
- รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติฉบับประชาชน – สำหรับเผยแพร่แก่สาธารณชน
- รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติระดับจังหวัด – เริ่มด้วยจังหวัดน่าน 2 จังหวัด
- เว็บไซต์รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติของประเทศไทย – แสดงข้อมูลที่ปรับปรุงให้ทันสมัยตลอดเวลา
- รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ : ประเทศไทยกับโรคเอดส์ : ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย – เพื่อนำเสนอในการประชุมระดับโลกเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 15 ที่กรุงเทพฯ 11-16 กรกฎาคม 2547
- รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ 8 ของประเทศไทย : สู่ภาคีการพัฒนาระดับโลก

ความท้าทายสำคัญที่สุดของการดำเนินการตาม MDG คือ การทำให้ความตั้งใจและคำมั่นสัญญาเป็นจริง ซึ่งเรื่องนี้ย่อมจะต้องอาศัยความมุ่งมั่นและความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ อย่างต่อเนื่องและจริงจัง ในโอกาสนี้ เราขอขอบพระคุณทุกท่านและทุกองค์กรที่ได้ให้การสนับสนุนกระบวนการนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความสนับสนุนจากท่านในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย MDG ของประเทศไทยต่อไป



จักรมณต์ จาสูกวนิช  
เลขาธิการ  
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ  
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



เจ เค โรเบิร์ต อิงแลนด์  
ผู้ประสานงาน  
องค์การสหประชาชาติ  
ประจำประเทศไทย

# กิตติกรรมประกาศ

## ประธานการอภิปรายในการประชุมกลุ่มย่อย (MDG Cluster Champions)

การจัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทยได้ผ่านการประชุมหารือในระดับชาติ โดยได้แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มย่อยดังนี้ ความยากจน การศึกษา หญิงชาย สุขภาพอนามัย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีรายนามประธานการอภิปรายในแต่ละกลุ่มย่อย ดังมีรายนามต่อไปนี้

กิตติศักดิ์ สินธุวนิช (ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) เจือจันทร์ จงสถิตอยู่ (ผู้ตรวจราชการ, กระทรวงศึกษาธิการ) ศ. เกียรติคุณ พ.ญ. เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์ (ประธานมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง) วิพุธ พูลเจริญ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข) เฉลิมศักดิ์ วานิชสมบัติ (รองปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

## ผู้ประสานงานหลักและผู้มีส่วนร่วม

**สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ :** จักรมณฑ์ ฝาสุกวนิช (เลขาธิการกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) กิตติศักดิ์ สินธุวนิช (ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผนงาน) อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ (ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผนงาน) วิฑิต รัชชตาตะนันท์ (ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนและการกระจายรายได้) สุรพันธ์ จุฬพิจารณ์ (ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคเหนือ) สุวรรณี คำมัน (ผู้อำนวยการสำนักสังคมและคุณภาพชีวิต) พงษ์พิสิษฐ์ วิเศษกุล (ผู้อำนวยการสำนักทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี) ประเมธี วิมลศิริ (ผู้อำนวยการสำนักวางแผนเศรษฐกิจมหภาค) อารยะ มาอินทร์ (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8) วณิดา มหากิจ (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8) สมชาย ศักดาเวศิธร (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8) ชาญวิทย์ อมตะมาตุชาติ (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8) สุภัตดา ศิริฤกษ์พัฒน์ (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว.) อมรัตน์ ชันดี (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว.) ที่ปรัดน์ วัชรางกูร (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว.) นางอรทิพย์ อาชวีบูลโยบล (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว.) กุลธิดา เลิศพงศ์วัฒนา (ร.เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว.) จ่านง พวงพุก (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 7) สุพัฒนา ทองสุนทร (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6) ปรียานุช พิบูลสรารุช (ร.เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 8 ว.) พรรณิภา เกษตรศิริ (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 6) อาทิสุดา ณ นคร (เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน 5) ดวงกมล ทองมั่ง (เจ้าหน้าที่ประสานงานโครงการ MDG)

**สำนักงานประสานงานองค์การสหประชาชาติ :** เจ เค โรเบิร์ต อิงแลนด์ (ผู้ประสานงานองค์การสหประชาชาติประจำประเทศไทย) อภิชัย สัตย์จินดา (ผู้จัดการศูนย์อำนวยความสะดวก สำนักประสานงานองค์การสหประชาชาติ)

**สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย:** โยเคน บึงองแมน (รองผู้แทนสำนักงานฯ) ศิริสุภา กุลทนต์ (ผู้ช่วยผู้แทนสำนักงานฯ) นิล แม็คฟาเลน (ที่ปรึกษา) ต้องตา เต็มบุญเกียรติ (เจ้าหน้าที่บริหารสำนักงานฯ)

**กลุ่มธนาคารโลก :** เอียน ซี พอร์เตอร์ (ผู้อำนวยการ) คาสปาร์ ริชเตอร์ (ผู้จัดการกลุ่มงาน) เชื้อนแก้ว วรากรกาญจน์ (นักเศรษฐกร)

## หน่วยงานองค์การสหประชาชาติในประเทศไทย

รายงานฉบับนี้ได้รับคำแนะนำแนวทางและความสนับสนุนช่วยเหลือจากหน่วยงานองค์การสหประชาชาติดังต่อไปนี้ องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations) องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Programme on HIV/AIDS) องค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) กองทุนพัฒนาสตรี (UNIFEM) โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจและสังคม สำหรับเอเชียและแปซิฟิก (UNESCAP) องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) โครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (UNEP) สำนักงานควบคุมยาและป้องกันอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) องค์การพัฒนาอุตสาหกรรมแห่งสหประชาชาติ (UNIDO) สหภาพโปรชนิย์สากล (UPU) องค์การอนามัยโลก (WHO) กลุ่มธนาคารโลก (The World Bank)

## ที่ปรึกษาโครงการ

ปาริชาติ ศิวะรักษ์ (หัวหน้าคณะที่ปรึกษา) สุนันทา เนตรนุช นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ อำไพ ทรวงคุณารักษ์ สันติวิภา พานิชกุล นาเซีย อาหมัด ฮีวอน สโตน

## ผู้เข้าร่วมการประชุม

### หน่วยงานภาครัฐ

กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงพลังงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ สำนักงานปรมาณู สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ สำนักงานปลัดนายกรัฐมนตรี สำนักงานสถิติแห่งชาติ

### หน่วยงานอื่นๆ

กรุงเทพมหานคร การประปานครหลวง การประปาส่วนภูมิภาค ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ธนาคารออมสิน บริษัทเครือเจริญโภคภัณฑ์จำกัด โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานโครงการในสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

### มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยอิสระ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ สถาบันวิจัยบทบาทหญิงและชายและการพัฒนา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย รองศาสตราจารย์เลิศ ชวนธนาภพ

### องค์กรพัฒนาเอกชนและสมาคม

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ชมรมสมาชิกรัฐสภาไทย มูลนิธิผู้หญิง มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง โลออนส์สากล สภาสตรีแห่งชาติในพระบรมราชินูปถัมภ์ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี



# สารบัญ

คำนำ

บทนำ

กิตติกรรมประกาศ

บทสรุปผู้บริหาร

แผนที่ประเทศไทย

บทที่ 1 :	การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย	1
บทที่ 2 :	เป้าหมายที่ท้าทายกว่าเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ	7
บทที่ 3 :	รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 1-7	11
	เป้าหมายหลักที่ 1 : ชจัดความยากจนและหิวโหย	
	เป้าหมายย่อยที่ 1 : ลดสัดส่วนประชากรยากจนลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2533-2558	
	เป้าหมายย่อยที่ 2 : ลดสัดส่วนประชากรที่หิวโหยลงครึ่งหนึ่งในปี 2533-2558	
	เป้าหมายหลักที่ 2 : ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา	
	เป้าหมายย่อยที่ 3 : ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาภายในปี 2558	
	เป้าหมายหลักที่ 3 : ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศ และส่งเสริมบทบาทสตรี	
	เป้าหมายย่อยที่ 4 : ชจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาภายในปี 2548 และในทุกระดับการศึกษาภายในปี 2558	
	เป้าหมายหลักที่ 4 : ลดอัตราการตายของเด็ก	
	เป้าหมายย่อยที่ 5 : ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงสองในสามช่วงปี 2533-2558	
	เป้าหมายหลักที่ 5 : พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์	
	เป้าหมายย่อยที่ 6 : ลดอัตราการตายของมารดาสามในสี่ช่วงปี 2533-2558	
	เป้าหมายหลักที่ 6 : ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ	
	เป้าหมายย่อยที่ 7 : ะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558	
	เป้าหมายย่อยที่ 8 : ป้องกันและลดการเกิดโรคมมาลาเรีย วัณโรค และโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี 2558	
	เป้าหมายหลักที่ 7 : รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน	
	เป้าหมายย่อยที่ 9 : กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน และลดการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	
	เป้าหมายย่อยที่ 10 : ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาดและสุขอนามัยส่วนบุคคลลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2558	
	เป้าหมายย่อยที่ 11 : ยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชนแออัด 100 ล้านคนทั่วโลกภายในปี 2563	
บทที่ 4 :	การมีส่วนร่วมของประเทศไทยเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 8	49
บทที่ 5 :	เส้นทางข้างหน้า	55
ภาคผนวกที่ 1 :	ปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ	59
ภาคผนวกที่ 2 :	ตารางข้อมูล MDG และ MDG+ ปี 2533-2545	67
ภาคผนวกที่ 3 :	การประเมินข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำรายงาน MDG	73

# กรอบข้อความ

## แผนภูมิและตาราง

### กรอบข้อความ

1.1	เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDG) คืออะไร	2
1.2	ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	3
3.1	คนจนในประเทศไทย ปี 2545	13
4.1	เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 8	49

### แผนภูมิ

2.1	กรอบระยะเวลาของ MDG Plus	10
3.1	อัตราการตายของการก่อกำเนิดมีชีพ 1,000 ปี 2507-2539	28
3.2	อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ปี 2528-2545	34
3.3	อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเสถียร ปี 2533-2546	35
3.4	อัตราผู้ป่วยและอัตราการตายจากโรคหัวใจ ปี 2533-2545	39
3.5	ประชากรที่มีน้ำดื่มสะอาด ปี 2533 และปี 2543	45
3.6	ประชากรที่ใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ ปี 2533 และปี 2543	46
3.7	ทัศนคติของชุมชนแออัดต่อปัญหาการไร้ที่อยู่อาศัย	48

### ตาราง

1.1	ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทยที่มีการพัฒนามนุษย์ระดับกลาง	1
1.2	ผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย	4
2.1	เป้าหมายและตัวชี้วัด MDG และ MDG+ ของประเทศไทย	8-9
3.1	ตัวชี้วัดความยากจนในประเทศไทย ปี 2533-2545	12
3.2	ทุพโภชนาการในเด็กบนพื้นที่สูง ปี 2540-2544	17
3.3	อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียน ปี 2535-2545	20
3.4	อัตราการคงอยู่ของนักเรียน ปี 2534-2545	20
3.5	คะแนนเฉลี่ยในการทดสอบนักเรียนทั่วประเทศ ปี 2539-2542	21
3.6	โรงเรียนที่มีคอมพิวเตอร์และเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ปี 2545	22
3.7	อัตราส่วนหญิงต่อชายในมหาวิทยาลัย (ระดับปริญญาตรี) ปี 2543-2544	24
3.8	อัตราส่วนนักศึกษาหญิงต่อชายบางสาขาวิชาในมหาวิทยาลัย (ระดับปริญญาตรี) ปี 2534-2544	24
3.9	เปรียบเทียบรายได้หญิง-ชายในภาคเอกชน ปี 2543	25
3.10	อาชญากรรมทางเพศ ปี 2539 และปี 2545	26
3.11	สาเหตุการตายของการก่อกำเนิด ปี 2538-2539	28
3.12	อัตราการตายของมารดาและสัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข ปี 2533-2545	31
3.13	สาเหตุการตายของมารดา ปี 2533-2545	31
3.14	สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ปี 2546	34
3.15	พฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไทย ปี 2542 และปี 2545	36
3.16	อัตราการเกิดโรคและอัตราการตายด้วยโรคมลาเรีย ปี 2533-2544	38
3.17	อัตราผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรควัณโรค ปี 2533-2544	39
3.18	นโยบายและแผนการรักษาและจัดการป่าไม้	41
3.19	การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ปี 2534-2544	42
3.20	การใช้ฟืนและถ่านเพื่อหุงต้ม ปี 2533 และปี 2545	42
3.21	การบริโภคน้ำดื่มสะอาดประเภทต่างๆ ปี 2533 และปี 2545	46
3.22	ประชากรที่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย ปี 2533 และปี 2543	48
4.1	การร่วมมือในระดับภูมิภาค และอนุภูมิภาค	51

# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 ผู้นำประเทศต่างๆ 189 ประเทศได้ร่วมประชุมสุดยอดแห่งสหประชาชาติที่สำนักงานใหญ่ องค์การสหประชาชาติที่กรุงนิวยอร์กและให้คำรับรองปฏิญญาแห่งสหประชาชาติซึ่งกำหนดวาระการพัฒนาเพื่อส่งเสริม การพัฒนาคนและลดช่องว่างการพัฒนาให้เป็นจุดเริ่มต้นศตวรรษใหม่

ปฏิญญาแห่งสหประชาชาติเป็นที่มาของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (MDG) ซึ่งมีกำหนดเวลาบรรลุสัมฤทธิ์ผล ภายในปี 2558 ประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 8 ข้อ เป้าหมายย่อย 18 ข้อ และตัวชี้วัด 48 ตัว

- 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 - ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติของประเทศไทยฉบับแรกในปี พ.ศ. 2547 นำเสนอการประเมินผล การพัฒนา ความก้าวหน้า ความสำเร็จ และความท้าทายในการบรรลุเป้าหมาย MDG รายงานฉบับนี้แสดงให้เห็น ว่าประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมาย MDG ในเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความยากจน ความหิวโหย ความไม่ เท่าเทียมทางเพศ โรคเอดส์และมาลาเรีย ก่อนกำหนดเวลากว่าสิบปี อีกทั้งคาดว่าจะสามารถบรรลุเป้าหมายด้าน การศึกษาในระยะเวลาดังกล่าวได้ และประเทศไทยกำลังมีความก้าวหน้าที่น่าพอใจด้านการลดอัตราการตาย ของเด็ก การพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ การรักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

ด้วยเหตุนี้ ประเทศไทยจึงเริ่มแนวคิด “MDG Plus” (MDG+) โดยตั้งเป้าหมายเพิ่มเติมที่สอดคล้องกับบริบท การพัฒนาของประเทศและท้าทายยิ่งกว่า MDG ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ประเทศต่างๆ ตกลงร่วมกันในการ ประชุมสุดยอดแห่งสหประชาชาติ ดังจะเห็นตัวอย่างจากการที่ประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมาย MDG ในการลดสัดส่วน คนจนลงครึ่งหนึ่ง และกำหนดเป้าหมาย MDG+ ที่จะลดความยากจนให้ต่ำกว่าร้อยละ 4 ภายในปี 2552 หากบรรลุ ตามเป้าหมายนี้ประเทศไทยจะสามารถลดสัดส่วนประชาชนยากจนลงถึงร้อยละ 80 จากปี 2533 ซึ่งเร็วกว่าเป้าหมายปี 2558 ถึงหกปี นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ ในเรื่องการศึกษา สุขภาพ ความเท่าเทียม ทางเพศ และสิ่งแวดล้อม MDG+ แสดงให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนาแบบมุ่งสัมฤทธิ์ผลและแนวความคิดแบบ “เราทำได้” ของประเทศไทยในการพัฒนาคนและการต่อสู้กับความยากจน

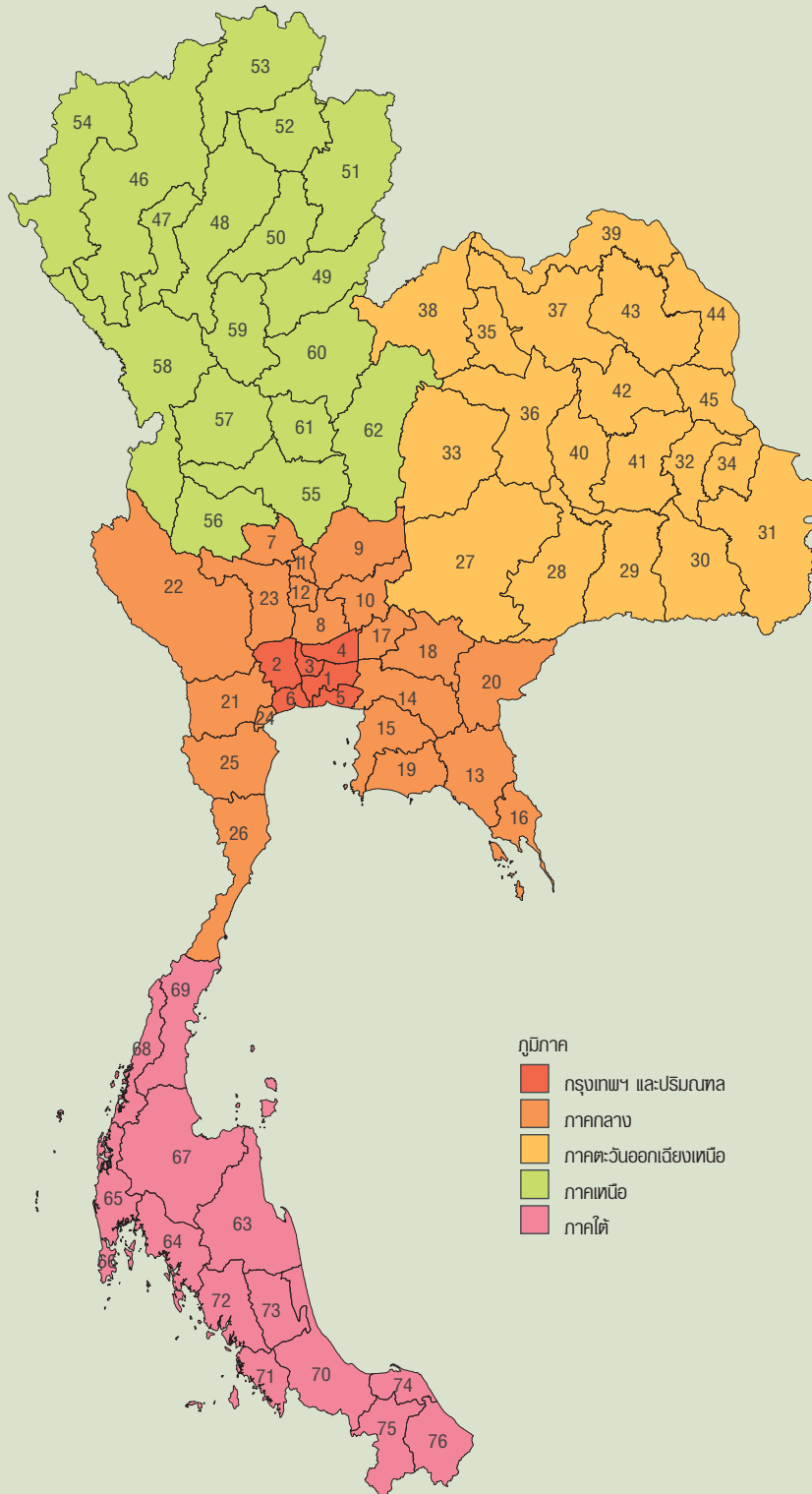
แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จอย่างน่าประทับใจในหลายเรื่อง แต่ก็ยังมีความท้าทายอีกมาก อาทิ ความไม่ เท่าเทียมกันระหว่างภูมิภาค หรือกลุ่มต่างๆ ในประเทศ ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาสซึ่งต้องได้รับการแก้ปัญหา อย่างเร่งด่วน นโยบายและทรัพยากรเพื่อขจัดความยากจน และสถานการณ์ด้านสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตพื้นที่ราบสูงภาคเหนือ และสามารถจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ยังคงล้าหลังกว่าพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการขยายบริการทางสังคม ดังนั้น ความท้าทายสำคัญคือ การส่งเสริมคุณภาพของบริการเหล่านี้ ปฏิรูประบบการศึกษา ปรับปรุงบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ภารกิจสำคัญอีกประการหนึ่งคือการเสริมสร้างสมรรถนะของหน่วยงานระดับท้องถิ่น ให้สามารถทำงานตามกรอบการกระจายอำนาจอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ

รายงานนี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้ขยายความร่วมมือและส่งเสริมภาคีการพัฒนาระหว่างประเทศเพื่อการ พัฒนาคนตามเป้าหมายแห่งสหประชาชาติที่ 8 ปัจจุบันประเทศไทยในฐานะประเทศที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนา คนในระดับกลาง ได้เป็นหุ้นส่วนการเรียนรู้ที่ให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับประเทศ เพื่อนบ้านและประเทศอื่นๆ อีกทั้งยังเป็นตลาดและแหล่งทุนสำคัญสำหรับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ

# แผนที่ประเทศไทย

1. กรุงเทพฯ
2. นครปฐม
3. นนทบุรี
4. ปทุมธานี
5. สมุทรปราการ
6. สมุทรสาคร
7. ชัยนาท
8. พระนครศรีอยุธยา
9. ลพบุรี
10. สระบุรี
11. สิงห์บุรี
12. อ่างทอง
13. จันทบุรี
14. ฉะเชิงเทรา
15. ชลบุรี
16. ตราด
17. นครนายก
18. ปราจีนบุรี
19. ระยอง
20. สระแก้ว
21. ราชบุรี
22. กาญจนบุรี
23. สุพรรณบุรี
24. สมุทรสงคราม
25. เพชรบุรี
26. ประจวบคีรีขันธ์
27. นครราชสีมา
28. บุรีรัมย์
29. สุรินทร์
30. ศรีสะเกษ
31. อุบลราชธานี
32. ยโสธร
33. ชัยภูมิ
34. อำนาจเจริญ
35. ทนงบัวลำพู
36. ขอนแก่น
37. อุดรธานี
38. เลย
39. ทนงคาย
40. มหาสารคาม
41. ร้อยเอ็ด
42. กาฬสินธุ์
43. สกลนคร
44. นครพนม
45. มุกดาหาร
46. เชียงใหม่
47. ลำพูน
48. ลำปาง
49. อุตรดิตถ์
50. แพร่
51. น่าน
52. พะเยา
53. เชียงราย
54. แม่ฮ่องสอน
55. นครสวรรค์
56. อุทัยธานี
57. กำแพงเพชร
58. ตาก
59. สุโขทัย
60. พิษณุโลก
61. เพชรบูรณ์
62. นครศรีธรรมราช
63. กระบี่
64. พังงา
- 65.ภูเก็ต
66. สุราษฎร์ธานี
67. ระนอง
68. ชุมพร
70. สงขลา
71. สตูล
72. ตรัง
73. พัทลุง
74. ปัตตานี
75. ยะลา
76. นราธิวาส



- ภูมิภาค
- กรุงเทพฯ และปริมณฑล
  - ภาคกลาง
  - ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
  - ภาคเหนือ
  - ภาคใต้

# การบรรลุเป้าหมาย การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ของประเทศไทย

ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมดก่อนปี 2558 เห็นได้จากการที่สัดส่วนคนจนลดลงกว่าสองในสามนับตั้งแต่ปี 2533 อัตราเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงกว่าครึ่ง นอกจากนั้นเด็กไทยจะได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างเท่าเทียมกันทุกคนในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ในด้านสาธารณสุข มาลาเรียมีไข้ภัยคุกคามสุขภาพประชากรส่วนใหญ่อีกต่อไป และนับตั้งแต่ปี 2534 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูงสุด อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยรายใหม่ลดลงกว่าร้อยละ 80 นอกจากนั้น สตรีไทยยังได้รับโอกาสในการพัฒนาอย่างเท่าเทียม ซึ่งนับเป็นความสำเร็จที่น่าชื่นชมด้วยเช่นกัน

ความสำเร็จเหล่านี้เกิดจากปัจจัยหลายประการ อาทิเช่น ความสามัคคีของคนในชาติ นโยบายที่ชาญฉลาด ประชาธิปไตยที่เข้มแข็ง ความขยันหมั่นเพียรของคนในชาติ การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การลงทุนด้านบริการทางสังคมสำหรับประชาชนทุกคน และปัจจัยทางภูมิรัฐศาสตร์และประวัติศาสตร์อื่นๆ

ในช่วงปี 2533 ถึง 2544 การพัฒนาคนของประเทศไทยก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index — HDI) ที่เพิ่มขึ้น

จาก 0.705 เป็น 0.768 ปัจจุบันประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ 74 จาก 175 ประเทศทั่วโลก

โดยภาพรวมประเทศไทยสามารถเผชิญและต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ตลอดจนสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในกระแสโลกาภิวัตน์ได้เป็นอย่างดี แม้ว่าวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 ได้บั่นทอนความสำเร็จในการพัฒนาคนของประเทศไทยไปบ้าง แต่ไม่ถึงกับทำให้เกิดการพลิกผันครั้งใหญ่ เนื่องจากประเทศไทยได้ดำเนินการปฏิรูปเศรษฐกิจมหภาคและการปฏิรูปด้านอื่นๆ อย่างจริงจังและต่อเนื่องจนทำให้ประเทศไทยกลับสู่ความเจริญเติบโตที่น่าประทับใจ ดังจะเห็นได้จากอัตราการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศร้อยละ 6.7 ในปี 2546

## ความก้าวหน้าตามเป้าหมาย การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ : ความสำเร็จและสิ่งท้าทาย

รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ แสดงให้เห็นความสำเร็จที่น่าประทับใจ ตาราง 1.2 แสดงว่าประเทศไทยบรรลุเป้าหมายด้านความยากจน ความหิวโหย ความเท่าเทียมทางเพศ โรคเอดส์ มาลาเรีย

ตาราง 1.1 : ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศที่มีการพัฒนามนุษย์ระดับกลาง (เฉพาะบางประเทศ)

	2518	2523	2528	2533	2538	2544
มาเลเซีย	0.615	0.658	0.692	0.721	0.759	0.790
<b>ไทย</b>	<b>0.612</b>	<b>0.650</b>	<b>0.673</b>	<b>0.705</b>	<b>0.739</b>	<b>0.768</b>
ฟิลิปปินส์	0.647	0.680	0.684	0.713	0.731	0.751
ศรีลังกา	0.609	0.644	0.670	0.692	0.715	0.730
เวียดนาม	-	-	0.582	0.603	0.646	0.688
อินโดนีเซีย	0.464	0.526	0.578	0.619	0.659	0.682

ที่มา : สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, รายงานการพัฒนามนุษย์ 2546 (UNDP, Human Development Report 2003), หน้า 242-243.

## กรอบข้อความที่ 1.1:

### เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals — MDG) คืออะไร

**ปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ** ได้รับการรับรองจาก 189 ประเทศ ในการประชุมสุดยอดแห่งสหัสวรรษเมื่อเดือนกันยายน ปี 2543 ปฏิญญานี้ยืนยันหลักการสากลเรื่องการพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลางและการพัฒนาคนอย่างยั่งยืน ได้แก่ (ดูปฏิญญาฯ ที่ภาคผนวก 1)

**เสรีภาพ** ชายและหญิงมีสิทธิที่จะใช้ชีวิตและเลี้ยงดูบุตรของตนอย่างมีศักดิ์ศรี ปลอดภัยจากความหวาดหวั่น และความหวาดกลัวต่อความรุนแรง การกดขี่หรือความอยุติธรรม สิ่งประกันสิทธิดังกล่าวนี้ได้ดีที่สุดคือธรรมาภิบาลที่มีความเป็นประชาธิปไตย และการมีส่วนร่วมซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของเจตจำนงของประชาชน

**ความเท่าเทียมกัน** พลเมืองและชาติทุกชาติจักต้องไม่ถูกปฏิเสธโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา ชายและหญิงจะต้องได้รับสิทธิและโอกาสอย่างเท่าเทียมกัน

**เอกภาพ** การจัดการปัญหาและสิ่งท้าทายต่างๆ ในระดับโลกจะต้องมีการกระจายต้นทุนและภาระต่างๆ อย่างเป็นธรรม ผู้ที่ประสบความยากลำบากหรือได้รับผลประโยชน์น้อยที่สุดสมควรได้รับการช่วยเหลือจากผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด

**สันติธรรม** มนุษย์ต่างต้องให้ความเคารพซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะมีความแตกต่างหลากหลายเพียงใดในด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และภาษา ความแตกต่างไม่จำเป็นว่าเป็นภายในสังคมหรือระหว่างสังคมต่างๆ มิใช่สิ่งที่จะต้องเกรงกลัวหรือปิดกั้น หากแต่ควรรักษาไว้ในฐานะที่เป็นสิ่งที่มีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ชาติ สันติธรรมและการพูดจาทำความเข้าใจต่อกันระหว่างอารยธรรมต่างๆ เป็นสิ่งที่ควรได้รับการส่งเสริม

**ความเคารพต่อธรรมชาติ** ดำเนินตามหลักการการพัฒนาที่ยั่งยืนในการจัดการความหลากหลายของสิ่งมีชีวิตและทรัพยากรธรรมชาติด้วยความรอบคอบ ด้วยวิถีทางนี้เท่านั้นที่เราจะสามารถรักษาความอุดมสมบูรณ์อันยิ่งใหญ่ซึ่งธรรมชาติได้ให้แก่เราและคงเหลือไว้ให้คนรุ่นหลัง

**ความรับผิดชอบร่วมกัน** แบ่งปันความรับผิดชอบในการบริหารจัดการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั่วโลก รวมทั้งจัดการกับภัยคุกคามที่มีต่อสันติภาพและความมั่นคงร่วมกันระหว่างชาติต่างๆ ในโลกโดยอาศัยกลไกความร่วมมือพหุภาคี สหประชาชาติควรเข้ามามีบทบาทหลัก เนื่องจากเป็นองค์กรที่มีความเป็นสากลมากที่สุดและประกอบไปด้วยผู้แทนจากประเทศต่างๆ มากที่สุด

**เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG)** - มีที่มาจากปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ อันประกอบด้วยเป้าหมายหลักที่ท้าทาย 8 ข้อ เป้าหมายย่อย 18 ข้อและตัวชี้วัด 48 ตัว โดยมีกรอบระยะเวลาสัมฤทธิ์ผลภายในปี 2558

- |                     |  |
|---------------------|--|
| เป้าหมายหลักที่ 1 - | ขจัดความยากจนและหิวโหย                           |
| เป้าหมายหลักที่ 2 - | ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา        |
| เป้าหมายหลักที่ 3 - | ส่งเสริมบทบาทสตรีและความเท่าเทียมกันทางเพศ       |
| เป้าหมายหลักที่ 4 - | ลดอัตราการตายของเด็ก                             |
| เป้าหมายหลักที่ 5 - | พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์                           |
| เป้าหมายหลักที่ 6 - | ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ         |
| เป้าหมายหลักที่ 7 - | รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน            |
| เป้าหมายหลักที่ 8 - | ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก |

### MDG มีจุดเด่นคือ:

- เป็นกรอบความรับผิดชอบร่วมกันซึ่งผู้นำ 189 ประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้ตกลงใช้ประเมินการดำเนินงานของรัฐบาลประเทศผู้ให้ความช่วยเหลือในการพัฒนา องค์การระหว่างประเทศ องค์การภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน
- เป็นกรอบการติดตามผลการพัฒนาคนที่ตกลงร่วมกันในระดับโลกที่สามารถแสดงสัมฤทธิ์ผลได้ตามกำหนดเวลา และเปิดโอกาสให้มีการปรับปรุงข้อมูลการพัฒนาทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ
- เป็นกรอบการพัฒนาที่เอื้อประโยชน์แก่คนจนเพราะให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสซึ่งมีปัญหาอุปสรรคในการดำรงชีวิตมากที่สุด
- สนับสนุนแนวทางการพัฒนาที่มีคนเป็นศูนย์กลางซึ่งมีขอบเขตกว้างขวางกว่าการเพิ่มรายได้และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยคำนึงถึงสุขภาพ การศึกษา ความเท่าเทียมทางเพศ และสิ่งแวดล้อม
- เป็นเป้าหมายการพัฒนาที่มีการตกลงร่วมกันซึ่งสามารถใช้ระดมพลังประชาชนและองค์กรประชาสังคมเพื่อผลักดันการเปลี่ยนแปลงและเสริมสร้างภาคีการพัฒนา
- เป้าหมายหลักที่ 8 เชื่อมโยงความรับผิดชอบของประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา โดยใช้หลักการหุ้นส่วนการพัฒนาของประชาคมโลกตามที่มีการเห็นพ้องและยอมรับกันในการประชุมนานาชาติเรื่อง Financing for Development ที่มอนทรีออล ประเทศเม็กซิโก ในปี 2545 และการประชุมสุดยอดเรื่องการพัฒนาอย่างยั่งยืนที่กรุงโจฮานเนสเบิร์กเมื่อเดือนสิงหาคม ปี 2546

## กรอบข้อความที่ 1.2 : ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

เศรษฐกิจพอเพียง เป็นปรัชญาชี้ถึงแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียง หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีพอสมควร เพื่อรับมือกับผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่ง ในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎีและนักธุรกิจในทุกระดับให้มีสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทนและพอเพียง มีสติ ปัญญา และความรอบคอบที่สมดุลเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี

ประมวลและกลั่นกรองจาก พระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เรื่องเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งพระราชทานในวโรกาสต่างๆ รวมทั้งพระราชดำรัสอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้นำไปเผยแพร่เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2542 เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของทุกฝ่ายและประชาชนโดยทั่วไป

และการเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด ก่อนกำหนดเวลาถึงสิบปี และใกล้จะบรรลุเป้าหมายด้านการศึกษาในเร็ววันนี้ นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มที่ดีที่จะบรรลุเป้าหมายด้านการต่อสู้กับวัณโรค การยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชนแออัด การสงวนรักษาและลดการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

### ความยากจน ความหิวโหย น้ำดื่มสะอาด สวมดู สุขลักษณะ: และความมั่นคงในที่อยู่อาศัย

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา รัฐบาลไทยดำเนินงานพัฒนาชนบทอย่างต่อเนื่อง องค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนมากปฏิบัติการในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ ส่งผลให้ประเทศไทยสามารถลดความยากจน ยกระดับโภชนาการ และให้บริการพื้นฐานแก่ประชากรทั่วประเทศ ทั้งนี้แผนงานโครงการของรัฐบาลปัจจุบัน อาทิเช่น การชะลอและปรับลดหนี้ กองทุนหมู่บ้าน สินเชื่อรายย่อย บ้านมั่นคง และระบบประกันสุขภาพมีส่วนเสริมสร้างความสำเร็จดังกล่าว

ความท้าทายต่อไปได้แก่การให้บริการแก่ผู้ที่อยู่พื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก เช่น คนชรา คนพิการ คนไร้บ้าน ผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้อพยพ ความท้าทายอีกประการหนึ่งคือ การเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลของแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง และการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบการให้บริการทางสังคมให้แก่องค์กรท้องถิ่นและองค์กรพัฒนาเอกชน และการรักษาคุณภาพการบริการให้ได้มาตรฐาน

### การศึกษา

ในอนาคตอันใกล้นี้ ประเทศไทยจะต้องขยายการศึกษาภาคบังคับจาก 9 ปี ตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ให้เป็น 12 ปี ตามรัฐธรรมนูญ ปัจจุบันนี้เด็กไทยเกือบทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาแล้ว รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการขยายการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และยกระดับคุณภาพการศึกษา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคน และส่งเสริมความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

ความท้าทายสำคัญที่สุดคือการยกระดับคุณภาพการศึกษา ภายใต้ระบบการศึกษาปัจจุบัน เด็กไทยมีจุดอ่อนทางวิชาการ (เช่น วิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และภาษาอังกฤษ) และขาดการฝึกฝนให้สามารถคิดสร้างสรรค์และคิดเชิงวิพากษ์ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการเรียนรู้สำหรับคนทุกเพศทุกวัย ฉะนั้น การปฏิรูปการศึกษาจึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องหลักสูตรกระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนาครู เพื่อให้สามารถจัดการเรียนรู้สองทางและให้นักเรียนเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังหวังให้เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยลดช่องว่างระหว่างเมืองและชนบท และเตรียมความพร้อมให้เด็กและชุมชนไทยสามารถพัฒนาอย่างก้าวกระโดดไปสู่สังคมฐานความรู้ แนวทางการยกระดับคุณภาพการศึกษาที่สำคัญอีกประการหนึ่งได้แก่การขยายโอกาสการเรียนรู้ นอกชั้นเรียนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสริมสร้างทักษะชีวิต

### ความเท่าเทียมทางเพศ

ประเทศไทยมีประสบการณ์ที่หลากหลายเกี่ยวกับความเท่าเทียมทางเพศ เด็กชายและหญิงได้รับโอกาสทางการศึกษาเท่าเทียมกัน แม้จะดูเหมือนว่าเด็กหญิงมีโอกาสดำเนินชีวิตในระดับประถมศึกษาดีกว่า แต่สถานการณ์กลับตรงกันข้ามในระดับอุดมศึกษา เด็กหญิงเรียนได้ดีกว่าเด็กชายและยังคงศึกษาอย่างชัดเจนในการศึกษาระดับสูง ตลาดแรงงานก็เปิดกว้างให้หญิงไทยสามารถทำงานทั้งในภาคเกษตรและนอกภาคเกษตร

อย่างไรก็ดี ผู้หญิงมีโอกาสน้อยกว่าผู้ชายในการเลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงาน ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ต้องรับภาระมากเกินไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระที่บ้าน ผู้หญิงต้องดูแลครอบครัวพร้อมๆ กับร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ที่น่าสังเกตคือบทบาทผู้หญิงในการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่นยังไม่มีบทบาทมากนัก แผนพัฒนาสตรีแห่งชาติจึงได้กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการให้การศึกษากับมิติหญิง-ชาย และส่งเสริมผู้หญิงให้มีบทบาททางการเมืองไว้อย่างท้าทาย

ตาราง 1.2: ผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย

เป้าหมายย่อย	การบรรลุเป้าหมาย	หมายเหตุ
1. ลดสัดส่วนประชากรยากจนลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี 2533 - 2558	<b>บรรลุแล้ว</b>	สัดส่วนคนจนลดลงจากร้อยละ 27.2 ของประชากรในปี 2533 เหลือร้อยละ 9.8 ในปี 2545
2. ลดสัดส่วนประชากรที่หิวโหยลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี 2533 - 2558	<b>บรรลุแล้ว</b>	สัดส่วนประชากรที่มีรายได้ต่ำจนไม่สามารถบริโภคอาหารตามเกณฑ์ความต้องการลดลงจากร้อยละ 6.9 เหลือ 2.2 ในช่วงปี 2533-2545 และอัตราเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 18.6 เหลือร้อยละ 8.5 ในช่วงปี 2533-2543
3. ให้เด็กทุกคนทั้งหญิงและชายสำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษาภายในปี 2558	<b>ใกล้บรรลุ</b>	อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวม และอัตราการคงอยู่ของนักเรียนแสดงว่าประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายในเร็ววันนี้
4. ขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาภายในปี 2548 และในทุกระดับการศึกษา ภายในปี 2558	<b>บรรลุแล้ว</b>	เด็กหญิงและชายไทยมีโอกาสในการศึกษาเท่าเทียมกัน มีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงเล็กน้อยในชั้นประถมศึกษา แต่มีเด็กหญิงมากกว่าเด็กชายในการศึกษาระดับสูงขึ้น
5. ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงสองในสาม ในช่วงปี 2533-2558	<b>ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย</b>	เป้าหมายที่ตั้งไว้ไม่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เนื่องจากอัตราการตายของเด็กในปีฐาน 2533 ค่อนข้างต่ำ
6. ลดอัตราการตายของมารดาสามในสี่ ในช่วงปี 2533 - 2558	<b>ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย</b>	เป้าหมายนี้ไม่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เพราะอัตราการตายของมารดาในปีฐาน 2533 ค่อนข้างต่ำ
7. ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ภายในปี 2558	<b>บรรลุแล้ว</b>	อัตราการติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากร้อยละ 80 จากปี 2534 แต่ยังคงมีการแพร่ระบาดในบางกลุ่ม และยังคงมีความเสี่ยงสูงในกลุ่มคนหนุ่มสาว
8. ป้องกันและลดการเกิดโรคมาลาเรีย วัณโรคและโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี 2558	<b>บรรลุแล้วสำหรับมาลาเรีย</b>	บรรลุเป้าหมายแล้วสำหรับมาลาเรีย ซึ่งถูกควบคุมอยู่ในพื้นที่จำกัด มีโอกาสบรรลุเป้าหมายสำหรับวัณโรค ซึ่งปัจจุบันเป็นปัญหาสำคัญเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์
9. กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน และลดการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	<b>มีโอกาสบรรลุ</b>	ปัจจุบันได้กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน การพัฒนาแบบพหุภาคีและการมีส่วนร่วม แต่ก็ยังไม่สามารถฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้
10. ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด และสวมถุงสุขลักษณะลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2533 - 2558	<b>บรรลุแล้ว</b>	ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาดอย่างทั่วถ้วนแล้ว
11. ยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชนแออัด 100 ล้านคนทั่วโลกภายในปี 2563	<b>มีโอกาสสูงที่จะบรรลุ</b>	คนไทยส่วนใหญ่รวมทั้งผู้อยู่อาศัยในชุมชนแออัดมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย มีการใช้มาตรการต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในชุมชนแออัด



ปัญหาที่ท้าทายอีกประการหนึ่ง ได้แก่ ความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้หญิงอย่างรุนแรง และจำเป็นต้องกำหนดมาตรการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

### สุขภาพแม่และเด็ก

ประเทศไทยมีพัฒนาการด้านสุขภาพเด็กและสตรี มีครรภ์อย่างต่อเนื่อง สามารถให้บริการสำคัญ เช่น การฉีดวัคซีนและการดูแลครรภ์แก่เด็กและสตรีทั่วประเทศ พื้นที่ที่ยังมีปัญหาได้แก่จังหวัดภาคเหนือที่อยู่บนพื้นที่สูงและห่างไกล และจังหวัดชายแดนภาคใต้ นโยบายที่สำคัญเป็นลำดับแรกคือ การยกระดับคุณภาพการบริการ โดยพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีทักษะมากขึ้น และส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของแม่และเด็กให้เป็นความรับผิดชอบของชุมชน มิใช่เป็นเพียงความรับผิดชอบของผู้หญิงและครอบครัวเท่านั้น

### โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ

ประเทศไทยสามารถระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายได้อย่างกว้างขวางในการต่อสู้กับโรคเอดส์ โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้นำที่มีเจตน์จางานทางการเมืองชัดเจน ผลก็คือประเทศไทยสามารถชะลอการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ อย่างไรก็ตามโรคเอดส์ยังคงเป็นภัยคุกคามสำคัญ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่และรูปแบบการระบาดตลอดเวลา ปัจจุบันยังคงระบาดรุนแรงในประชากรบางกลุ่ม รวมทั้งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ชายรักร่วมเพศ และหญิงให้บริการทางเพศแบบไม่เปิดเผย พื้นที่และประชากรกลุ่มเสี่ยงสำคัญได้แก่ แหล่งอุตสาหกรรมพื้นที่ชายแดน กลุ่มวัยรุ่น และประชากรที่เคลื่อนย้ายบ่อยๆ เช่น ผู้อพยพ ชาวประมง คนงานก่อสร้าง ในการนี้ประเทศไทยได้ระดมความร่วมมือจากหลายฝ่ายและดำเนินการหลายด้านพร้อมๆ กัน และได้ปรับยุทธศาสตร์ชาติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ปรับจุด

เน้นงานป้องกันไปที่คนหนุ่มสาวและกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ในปัจจุบันยา ARV มีราคาถูกลง และประเทศไทยมีความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เข้าถึงยา ARV เพื่อยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ประเทศไทยกำลังมีปัญหาเดียวกับประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ กล่าวคือ ปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญที่สุดมิใช่โรคจากเชื้อโรคอีกต่อไป มาลาเรียถูกควบคุมจำกัดเฉพาะเขตชายแดน และเป็นสายพันธุ์เชื้อโรคที่ไม่รุนแรง วัณโรคก็มิใช่ภัยคุกคามชีวิตประชากรส่วนใหญ่ นอกจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มักติดเชื้อวัณโรคแทรกซ้อน ปัจจุบันโรคมาเร็งและหัวใจกลับเป็นสาเหตุการตายสำคัญที่สุด ประเทศไทยจึงปรับยุทธศาสตร์สาธารณสุขไปเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือหลายฝ่ายทั้งในระดับชาติและชุมชน

### กรรพยากรรสนรมชาติและสิ่งแวดล้อม

การรักษาคุณภาพระหว่างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเป็นความท้าทายสำคัญที่สุดของประเทศไทย ประเทศไทยเป็นภาคีสถิติสัญญาหลายฉบับ ได้ยกร่างและบังคับใช้กฎหมายสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง และกำหนดนโยบายและแผนพัฒนาโดยคำนึงถึงประเด็นด้านสิ่งแวดล้อม แม้ว่าจะมีสัญญาณทางบวกว่าอัตราการสูญเสียป่า ภาวะมลพิษทางน้ำและอากาศ และการทำลายสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ลดลง แต่ก็ยังไม่สามารถรับมือกับแรงกดดันของการขยายตัวของเศรษฐกิจและการใช้ประโยชน์อย่างเข้มข้นของทรัพยากรได้ ประเทศไทยจำเป็นต้องมีนโยบายที่จะผลักดันการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งรวมถึงการปรับเปลี่ยนจากเศรษฐกิจที่เน้นการใช้ทรัพยากรเพื่อการผลิตไปเป็นเศรษฐกิจฐานความรู้ ส่งเสริมระบบธรรมาภิบาลสิ่งแวดล้อมให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารสำคัญ และติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด



# เป้าหมายที่ท้าทายกว่า เป้าหมายการพัฒนา แห่งสหัสวรรษ

เพื่อสานต่อความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษในด้านต่างๆ ประเทศไทยได้ริเริ่มแนวคิด “MDG Plus” ซึ่งเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ท้าทายมากยิ่งขึ้น

## เป้าหมาย MDG Plus

ในขณะที่ MDG เป็นเป้าหมายสากลที่ประเทศต่างๆ ตกลงร่วมกัน MDG Plus (MDG+) เป็นเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาของประเทศไทยและท้าทายยิ่งกว่า MDG ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมาย MDG ในการลดสัดส่วนคนจนลงครึ่งหนึ่งแล้ว จึงได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ ที่จะลดความยากจนให้ต่ำกว่าร้อยละ 4 ภายในปี 2552 ซึ่งจะเป็นการลดสัดส่วนความยากจนกว่าร้อยละ 80 จากปี 2533 และเนื่องจากมีแนวโน้มที่ดีว่าประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายการศึกษาระดับประถมศึกษาอย่างทั่วถ้วนในเร็ววันนี้ จึงได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ เพื่อบรรลุการศึกษาขั้นมัธยมศึกษาอย่างทั่วถ้วนภายในปี 2558 นอกจากนี้ หลังจากประเทศไทยมีความก้าวหน้าเป็นที่น่าพอใจในด้านความเท่าเทียมระหว่างหญิงชายด้านการศึกษา ประเทศไทยจึงกำหนดเป้าหมายที่จะเพิ่มสัดส่วนสตรีในรัฐสภา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงใน

ราชการส่วนกลางเป็นสองเท่าในช่วงปี 2545-2549 เป้าหมาย MDG+ ทั้งหมด ปรากฏในตารางที่ 2.1

แนวคิดเรื่อง MDG+ แสดงให้เห็นแนวทางการพัฒนาแบบมุ่งสัมฤทธิ์ผล และแนวคิดแบบ “เราทำได้” ของประเทศไทยในการพัฒนาคน เป้าหมาย MDG+ ส่วนใหญ่มีที่มาจากเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาและยุทธศาสตร์ของชาติ ตัวอย่างเช่น ปี 2549 คือกรอบเวลาของเป้าหมายเกี่ยวกับสุขภาพแม่และเด็ก โรคเอดส์ มาลาเรีย และการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และเป็นปีสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 สำหรับเป้าหมายอื่นๆ เช่น การลดความยากจน และการเพิ่มสัดส่วนพลังงานทดแทนนั้น มีที่มาจากมติของคณะรัฐมนตรีหรือยุทธศาสตร์รายสาขาหนึ่ง ในกระบวนการจัดทำรายงานฉบับนี้ได้มีการกำหนดเป้าหมายบางประการเพิ่มเติมด้วย เช่น การลดอัตราการตายของมารดาและเด็กในพื้นที่ๆ ที่ยังมีปัญหา<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ไม่มีการกำหนดเป้าหมาย MDG Plus ด้านความพิการไทย นำสัมผัสและส้วมถูกสุขลักษณะ และความมั่นคงในที่อยู่อาศัย

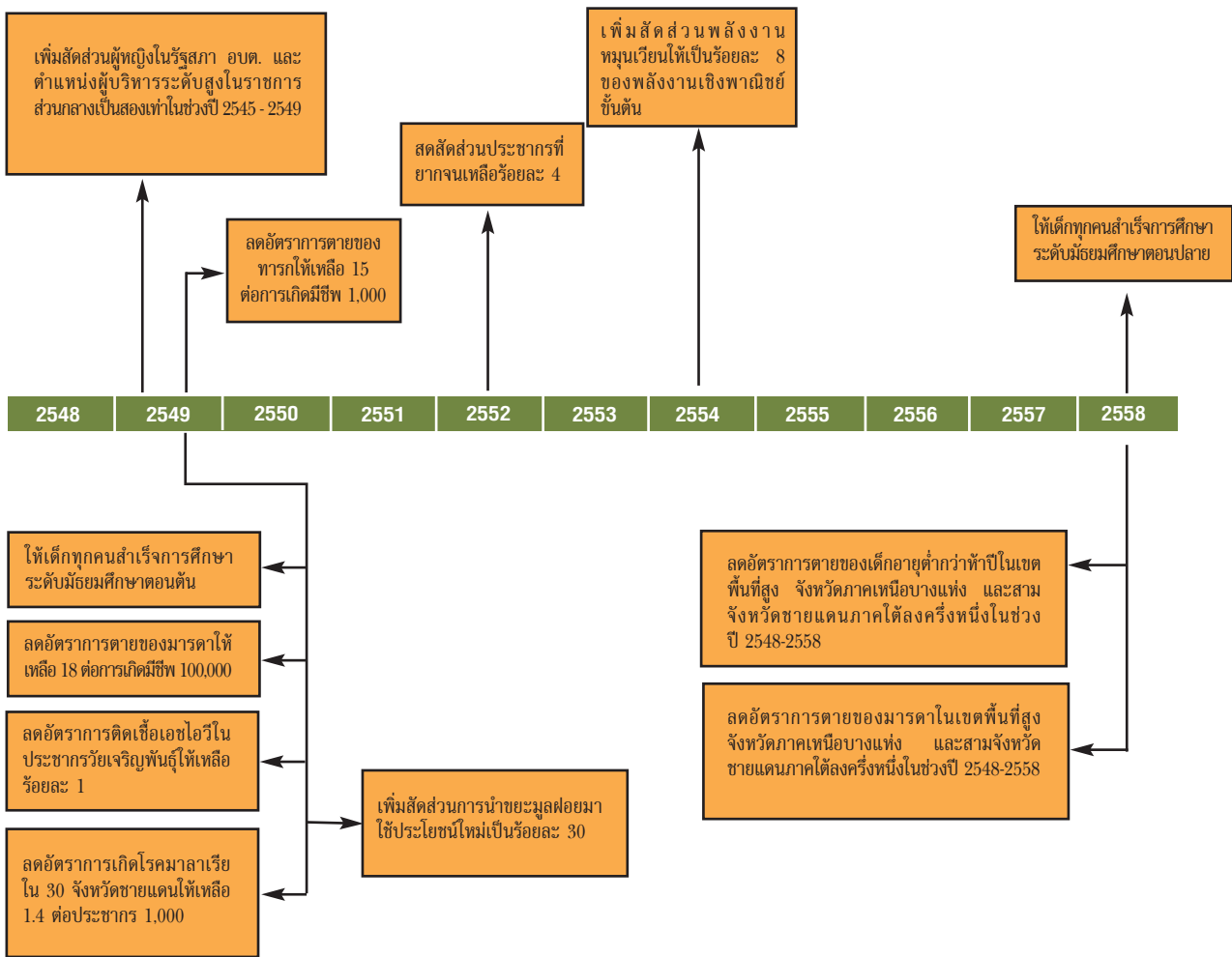
ตาราง 2.1 : เป้าหมายและตัวชี้วัด MDG และ MDG+ ของประเทศไทย

ประเด็น		เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด
ความยากจน	MDG	ลดสัดส่วนประชากรยากจนลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี 2533-2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สัดส่วนประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน</li> <li>• ช่องว่างความยากจน</li> <li>• ส่วนแบ่งรายได้ครัวเรือนของประชากรร้อยละ 20 ที่ยากจนที่สุด</li> </ul>
	MDG+	ลดสัดส่วนประชากรยากจนลงให้ต่ำกว่าร้อยละ 4 ภายในปี 2552	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สัดส่วนประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้</li> <li>• ความรุนแรงของความยากจน</li> </ul>
ความหิวโหย	MDG	ลดสัดส่วนประชากรที่หิวโหยลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี 2533-2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สัดส่วนประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนด้านอาหาร</li> <li>• อัตราเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์</li> </ul>
	MDG+		<ul style="list-style-type: none"> <li>• อัตราเด็กชายเขาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์</li> <li>• อัตราการขาดสารอาหารบางประเภท (ไอโอดีน เหล็ก วิตามินเอ) ในเด็กวัยเรียน</li> <li>• สัดส่วนประชากรอายุสูงกว่า 20 ปีที่ได้รับพลังงานอาหารต่ำกว่าเกณฑ์ความต้องการ (วัดจากดัชนีมวลกาย)</li> </ul>
การศึกษา	MDG	ให้เด็กทุกคนทั้งหญิงและชายสำเร็จ การศึกษาระดับประถมศึกษาภายในปี 2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสุทธิและรวมระดับประถมศึกษา</li> <li>• สัดส่วนนักเรียนที่เรียนชั้น ป. 1 และเรียนต่อจนถึงชั้น ป. 6 (อัตราการคงอยู่ระดับประถมศึกษา)</li> <li>• อัตราการอ่านออกเขียนได้ของประชากรอายุ 15-24 ปี</li> </ul>
	MDG+	ให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นภายในปี 2549  ให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายภายในปี 2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสุทธิและรวมในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย</li> <li>• อัตราการคงอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย</li> <li>• คะแนนสอบของนักเรียนระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย</li> <li>• อัตราการมีทักษะเทคโนโลยีสารสนเทศของประชากรอายุ 15-24 ปี</li> </ul>
ความเท่าเทียมทางเพศ	MDG	ขจัดความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาภายในปี 2548 และในทุกระดับการศึกษาภายในปี 2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อัตราส่วนหญิงต่อชายในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา</li> <li>• อัตราการอ่านออกเขียนได้หญิงต่อชายอายุ 15-24 ปี</li> <li>• สัดส่วนผู้หญิงในการทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนนอกภาคเกษตร</li> <li>• สัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภา</li> </ul>
	MDG+	เพิ่มสัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภา องค์การบริหารส่วนตำบล และตำแหน่งผู้บริหารระดับสูง ในราชการส่วนกลางเป็นสองเท่าในช่วงปี 2545-2549	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อัตราส่วนนักศึกษาหญิงต่อชายระดับอุดมศึกษาบางสาขาวิชา</li> <li>• อัตราการอ่านออกเขียนได้หญิงต่อชายอายุ 40 ปีขึ้นไป</li> <li>• สัดส่วนรายได้หญิงต่อชายในการทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนนอกภาคเกษตร</li> <li>• สัดส่วนผู้หญิงในองค์การบริหารส่วนตำบล และตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงในราชการส่วนกลาง</li> </ul>
สุขภาพเด็ก	MDG	ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงสองในสามในช่วงปี 2533-2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี</li> <li>• อัตราการตายของทารก</li> <li>• สัดส่วนเด็กอายุหนึ่งปีที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด</li> </ul>
	MDG+	ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ภายในปี 2549  ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่ง ในช่วงปี 2548-2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>• อัตราการตายของทารกในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้</li> <li>• อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้</li> </ul>

ตาราง 2.1: เป้าหมายและตัวชี้วัด MDG และ MDG+ ของประเทศไทย (ต่อ)

ประเด็น		เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด
สุขภาพสตรีมีครรภ์	MDG	ลดอัตราการตายของมารดาสามในสี่ในช่วงปี 2533-2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการตายของมารดา</li> <li>สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข</li> </ul>
	MDG+	ลดอัตราการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ภายในปี 2549  ลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้</li> </ul>
โรคเอดส์	MDG	ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์</li> <li>อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา</li> <li>จำนวนเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์</li> </ul>
	MDG+	ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือร้อยละ 1 ภายในปี 2549	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรวัยเจริญพันธุ์</li> <li>อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ฉีดยาเสพติด</li> </ul>
มาลาเรีย วัณโรค และ โรคหัวใจ	MDG	ป้องกันและลดการเกิดโรคมาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี 2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการเกิดโรคและอัตราการตายด้วยโรคมาลาเรีย</li> <li>อัตราผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรควัณโรค</li> <li>อัตราการรักษาหายขาดเมื่อใช้ DOTS รักษาผู้ป่วยวัณโรค</li> </ul>
	MDG+	ลดอัตราการเกิดโรคมาลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดนให้เหลือ 1.4 ต่อประชากร 1,000 ภายในปี 2549	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการเกิดโรคมาลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดน</li> <li>อัตราผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจ</li> </ul>
การพัฒนาที่ยั่งยืน	MDG	กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน และลดการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	<ul style="list-style-type: none"> <li>สัดส่วนพื้นที่ป่าต่อพื้นที่ประเทศ</li> <li>สัดส่วนพื้นที่อนุรักษ์เพื่อพิทักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพต่อพื้นที่ประเทศ</li> <li>อัตราการใช้พลังงานต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ 1,000 บาท</li> <li>อัตราการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อประชากร และอัตราการใช้สารทำลายโอโซนประเภท CFCs</li> <li>สัดส่วนประชากรที่ใช้เชื้อเพลิงประเภทฟืน ถ่าน</li> </ul>
	MDG+	เพิ่มสัดส่วนพลังงานหมุนเวียนให้เป็นร้อยละ 8 ของพลังงานเชิงพาณิชย์ขั้นต้นภายในปี 2554  เพิ่มสัดส่วนการนำขยะมูลฝอยมาใช้ประโยชน์เป็นร้อยละ 30 ภายในปี 2549	<ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่ป่าชายเลน</li> <li>สัดส่วนพลังงานหมุนเวียนในพลังงานเชิงพาณิชย์ขั้นต้น</li> <li>สัดส่วนแม่น้ำสายหลักที่มี DO, BOD และ TCB ต่ำกว่ามาตรฐาน</li> <li>สัดส่วนขยะมูลฝอยที่นำมาใช้ประโยชน์ใหม่</li> </ul>
น้ำดื่มสะอาดและ ส้วมถูกสุขลักษณะ	MDG	ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด และส้วมถูกสุขลักษณะลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2533-2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>สัดส่วนประชากรที่เข้าถึงแหล่งน้ำดื่มสะอาด (เมืองและชนบท)</li> <li>สัดส่วนประชากรที่ใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ (เมืองและชนบท)</li> </ul>
ความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย	MDG	ยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชนแออัด 100 ล้านคนทั่วโลกภายในปี 2563	<ul style="list-style-type: none"> <li>สัดส่วนครัวเรือนที่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย (เป็นเจ้าของ, เช่าซื้อหรือเช่า)</li> </ul>

แผนภูมิที่ 2.1: กรอบระยะเวลาของ MDG+



# รายงานผลตามเป้าหมาย

## การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ 1-7

### เป้าหมายหลักที่ 1 : ขจัดความยากจนและหิวโหย

เป้าหมายย่อยที่ 1 : ลดสัดส่วนประชากรยากจนลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2533 - 2558

#### ประเมินผลการพัฒนา

บรรลุเป้าหมายแล้ว

ความก้าวหน้า/ผล	2533	2538	2543	2545	เป้าหมายMDG ปี 2558
สัดส่วนประชากรยากจน (%) <sup>ก</sup>	27.2	16.3 (2537)	14.2	9.8	13.6 <sup>ข</sup>

#### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและที่น่าเชื่อถือของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★

ดูคำอธิบายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

#### MDG+

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด
ลดสัดส่วนประชากรยากจนให้ต่ำกว่าร้อยละ 4 ภายในปี 2552	<ul style="list-style-type: none"> <li>สัดส่วนประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้</li> <li>ความรุนแรงของความยากจน</li> </ul>

ก. เนื่องจากประเทศไทยใช้เส้นความยากจนในการติดตามสถานการณ์ความยากจน จึงใช้ตัวชี้วัดอิงตามเส้นความยากจนดังกล่าวซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์รายได้ 1 เหรียญสหรัฐต่อวันของ MDG<sup>1</sup>

ข. เนื่องจากสามารถลดสัดส่วนจนได้ตามเกณฑ์ MDG และแผนพัฒนาของชาติแล้ว ประเทศไทยจึงกำหนด MDG+ เพื่อลดสัดส่วนประชากรยากจนให้ต่ำกว่าร้อยละ 4 ภายในปี 2552

<sup>1</sup> เส้นความยากจนของไทยคำนวณโดยคำนึงถึงความต้องการทางโภชนาการและความจำเป็นพื้นฐานด้านอื่นๆ ซึ่งแตกต่างระหว่างประชากรในช่วงอายุต่างๆ พหุศตวรรษการบริโภค และราคาสินค้าในเขตเมืองและชนบทในภาคต่าง ๆ และถือว่าผู้ที่มีรายได้ถึงที่เป็นและเป็นเงินน้อยกว่าระดับรายได้ที่เพียงพอต่อการอุปโภคบริโภคที่จำเป็นคือคนยากจน ในปี 2547 นี้ จะมีการทบทวนแนวทางการจัดทำเส้นความยากจนให้สอดคล้องกับพหุศตวรรษการบริโภคในปัจจุบันยิ่งขึ้น

## รายงานผลการพัฒนา

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการขจัดความยากจนที่นำชื่นชมยิ่ง ตัวชี้วัดทั้งหมดแสดงว่าความยากจนลดลงอย่างมากในทุกด้าน คุณภาพชีวิตของคนจน (ตามที่จะได้นำเสนอในรายงานด้านการศึกษา สุขภาพ น้ำดื่มสะอาด และสิ่งแวดล้อมสุขลักษณะ และชุมชนแออัด) ดีขึ้น แต่ยังมีช่องว่างระหว่างภูมิภาคต่างๆ และระหว่างกลุ่มประชากร

### จำนวนและสัดส่วนคนจนลดลงอย่างรวดเร็ว

ในช่วงปี 2533 ถึง 2545 ทั้งจำนวนและสัดส่วนคนจนต่อประชากรทั้งหมดลดลงอย่างมาก สัดส่วนประชากรยากจนลดลงจากร้อยละ 27.2 เหลือ 9.8 แม้จะเป็นช่วงที่มีวิกฤตเศรษฐกิจ จำนวนคนจนก็ลดลงจาก 15.3 ล้านคน เหลือ 6.2 ล้านคน ซึ่งนับเป็นความสำเร็จที่น่าประทับใจ

ถ้าวัดตามเกณฑ์รายได้ 1 เหรียญสหรัฐต่อวัน (ปรับตามอำนาจการซื้อ) ซึ่งเป็นเกณฑ์สากลของ MDG สัดส่วนคนจนในประเทศไทยได้ลดลงจากร้อยละ 12.5 เหลือ 5.2 ในช่วงปี 2533-2543 ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมาย MDG ด้านการลดความยากจนแล้ว นอกจากนี้ยังได้บรรลุเป้าหมายที่จะลดความยากจนให้ต่ำกว่าร้อยละ 12 ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ด้วยเป็นการบรรลุเป้าหมายก่อนกำหนดเวลาทั้งสองกรณี

### ความยากจนลดลงในทุกภูมิภาค

ในช่วงปี 2533-2545 ความยากจนลดลงในทุกภูมิภาค ความยากจนในกรุงเทพฯ และปริมณฑลลดลงจากร้อยละ 3.3 เหลือ 0.5 ภาคกลางลดลงจากร้อยละ 20.5 เหลือ 4.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจากร้อยละ 43.1 เหลือร้อยละ 17.7 ภาคเหนือร้อยละ 23.2 เหลือ 9.8 และภาคใต้จากร้อยละ 27.6 เหลือร้อยละ 8.7 อัตราการลดลงชะลอตัวในครึ่งหลังของทศวรรษอันเนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจ แต่การฟื้นตัวทางเศรษฐกิจก็ช่วยเร่งความก้าวหน้าของการลดความยากจนในทุกพื้นที่ในระยะต่อมา

ตาราง 3.1 ตัวชี้วัดความยากจนในประเทศไทย ปี 2533-2545

ตัวชี้วัดความยากจน	2533	2535	2537	2539	2541	2543	2545
เส้นความยากจน (บาท/คน/เดือน)	522	600	636	737	878	822	922
สัดส่วนประชากรยากจน (%)	27.2	23.2	16.3	11.4	13.0	14.2	9.8
จำนวนประชากรยากจน (ล้านคน)	15.3	13.5	9.7	6.8	7.9	8.9	6.2

## การจัดสรรทรัพยากรให้ภูมิภาคต่างๆ

ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1980 รัฐบาลไทยใช้ยุทธศาสตร์ความยากจนที่เน้นพื้นที่เฉพาะ ในปี 2545 ร้อยละ 23 ของหมู่บ้านทั้งหมดถูกกำหนดให้เป็นพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน ร้อยละ 40 ของจำนวนนี้อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 35, 18 และ 7 อยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ตามลำดับ<sup>2</sup>

ยุทธศาสตร์ความยากจนได้รับงบประมาณจำนวนมาก ในช่วงปี 2543-2546 สัดส่วนงบประมาณที่จัดสรรให้แผนงานโครงการขจัดความยากจนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.4 เป็น 13.4 แม้ว่างบประมาณจะเพียงพอต่อการดำเนินการ แต่การจัดสรรยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ตัวอย่างเช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับงบประมาณแก้ไขปัญหาความยากจนต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศถึง 3.7 เท่า (ต่อหัวประชากรยากจน) และแม้ว่าร้อยละ 60 ของคนจนเป็นเกษตรกร แต่งบประมาณที่แก้ไขปัญหาด้านนี้มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 18 อีกทั้งยังไม่ได้จัดการกับสาเหตุหลักของความยากจนในพื้นที่ห่างไกล ได้แก่ การขาดการศึกษาและขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ

### ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นความสำคัญลำดับแรก

ประชากรที่ยากจนส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในทศวรรษที่ผ่านมาไม่มีความก้าวหน้าในการต่อสู้กับความยากจนในพื้นที่ดังกล่าวอย่างน่าชื่นชม อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีสัดส่วนประชากรยากจนสูงสุด คือร้อยละ 17.7 คิดเป็นสามในห้าของคนจนทั่วประเทศ และความแตกต่างระหว่างพื้นที่ต่างๆ ยังมีสูง ตัวอย่างเช่น ประชากรหนึ่งในห้าคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยากจนเปรียบเทียบกับหนึ่งในร้อยที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล

<sup>2</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ: 2 ปีแห่งการเปลี่ยนแปลง, 2546, หน้า 79

<sup>3</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายงานการวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยของงบประมาณสำหรับแก้ไขปัญหาความยากจนปีงบประมาณ 2543-2546, ธันวาคม 2545 นำเสนอผลการวิเคราะห์งบประมาณปี 2546: จากการศึกษาของธนาคารโลก สัดส่วนงบประมาณแก้ไขปัญหาความยากจนสูงขึ้นจากร้อยละ 1.1 เป็น 4.2 ของงบประมาณแผ่นดินในช่วงปี 2536-2542 การคำนวณมิใช่คำนิยาม “แผนงานแก้ไขปัญหาความยากจน” ที่แตกต่างออกไป เช่น ไม่รวมค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ ธนาคารโลก, สถานการณ์ทางสังคมของประเทศไทย: ความยากจนและนโยบายสาธารณะ, พฤศจิกายน 2544 (World Bank, Thailand Social Monitor: Poverty and Public Policy, November 2001), หน้า 72-73.



ด้วยเหตุนี้ การเน้นการขจัดความยากจนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงจะมีผลอย่างมากต่อการลดจำนวนคนจนของประเทศ นอกจากนั้นการลดความยากจนยังเป็นเรื่องจำเป็นและเร่งด่วนสำหรับพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ถึงแม้ในช่วงปี 2533 - 2545 ความยากจนโดยรวมได้ลดลง แต่ในปี 2545 อัตราคนจนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังคงสูงเป็นสัดส่วนสองถึงสามเท่า ได้แก่ ยะลา (ร้อยละ 27) ปัตตานี (ร้อยละ 20) และนราธิวาส (ร้อยละ 34) เมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากรยากจนเฉลี่ยทั่วประเทศ(ร้อยละ 9.8)

**จุดเน้นเชิงยุทธศาสตร์อันดับสอง ได้แก่ กลุ่มคนจนที่สุดและคนด้อยโอกาส**

ข้อมูลความยากจนล่าสุดชี้ให้เห็นว่าความยากจนยังกระจุกตัวในชนบท และการศึกษา ขนาดครัวเรือน และขนาดการถือครองที่ดินเป็นปัจจัยความยากจนที่สำคัญที่สุดนโยบายสำคัญ

**หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์และวิสาหกิจชุมชน :**  
ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลและชุมชนต่างๆ เพื่อยกระดับผลิตภัณฑ์ชุมชนให้มีคุณภาพ โดยมีเป้าหมายในการขยายการผลิตและการตลาดให้เป็นวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม

**แปลงสินทรัพย์เป็นทุน :** ส่งเสริมให้คนจนใช้สินทรัพย์ที่เดิมไม่สามารถใช้เป็นหลักประกันให้สามารถกู้ยืมได้มาตรการนี้รวมการออกเอกสารสิทธิ์ที่ดิน 30.7 ล้านไร่ภายในปี 2546-2548 ให้สามารถใช้ค้ำประกันการกู้ยืมจากธนาคารของรัฐและเอกชน

**เน้นกลุ่มคนจนที่สุดและผู้ด้อยโอกาส**

ในจำนวนคนจนทั้งหมด 6.2 ล้านคน ปรากฏว่า 3 ล้านคนถูกจัดว่าเป็น “คนจนระดับไม่รุนแรง”<sup>4</sup> ซึ่งมีโอกาสก้าวข้ามเส้นความยากจนได้ไม่ยากนัก แต่อีก 3.2 ล้านคนนับว่าเป็น “กลุ่มคนยากจนที่สุด” ซึ่งจะต้องเผชิญปัญหา

**กรอบข้อความที่ 3.1 : คนจนในประเทศไทย ปี 2545**

ความยากจนเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ ต้องคำนึงถึงปัจจัยและองค์ประกอบหลายด้าน จำเป็นที่จะต้องใช้ข้อมูลคนจนในประเทศไทยช่วยกำหนดนโยบายที่เหมาะสม

- 5.4 ล้านคนหรือร้อยละ 86 อยู่ในชนบท
- 3 ใน 5 อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- 1 ใน 5 ของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือยากจน เปรียบเทียบกับ 1 ใน 100 ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล
- ร้อยละ 70 ของครัวเรือนยากจนเป็นชานานหรือแรงงานรับจ้างภาคเกษตร
- ร้อยละ 60 ของครัวเรือนยากจนมีที่ดินเป็นของตนเอง ร้อยละ 12 เช่าที่ดินทำกิน และร้อยละ 27 ไม่มีที่ดินทำกิน
- 2 ใน 3 ของครัวเรือนยากจนมีที่ดินน้อยกว่า 5 ไร่
- คนจนได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนเพียง 4 ปี
- ร้อยละ 89 ของครัวเรือนยากจนมีขนาดใหญ่กว่า 4 คน
- ร้อยละ 36 ของคนจนคือเด็กและร้อยละ 11 คือคนชรา

ตั้งแต่ปี 2544 รัฐบาลได้ดำเนินตามนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญที่ให้ความสำคัญแก่ภาคชนบทซึ่งน่าจะมีนัยยะสำคัญต่อการขจัดความยากจน ได้แก่

**ชะลอหนี้เกษตรกร :** ชะลอหนี้เกษตรกรที่กู้ยืมจากธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ 3 ปี

**กองทุนหมู่บ้าน :** จัดสรรกองทุนให้หมู่บ้านแห่งละ 1 ล้านบาท ให้หมู่บ้านแต่งตั้งกรรมการบริหารจัดการเองโดยมีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกหมู่บ้านกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพ

**ธนาคารประชาชน :** ให้สินเชื่อขนาดย่อมผ่านธนาคารออมสินแก่ผู้ประกอบการรายย่อย พ่อค้าแม่ค้า ผู้ให้บริการรายย่อยที่ไม่สามารถเข้าถึงสินเชื่อในระบบอื่นๆ

อุปสรรคมากมายในการดำรงชีวิตประจำวัน คนกลุ่มนี้มักอยู่นอกเป้าหมายแผนงานโครงการต่างๆ ของรัฐบาลไม่ได้รับโอกาสทางเศรษฐกิจและมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางสังคม

กลุ่มคนยากจนที่สุดส่วนใหญ่ ได้แก่ เด็กกำพร้า เด็กเร่ร่อน คนชรา คนพิการ ชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ ความเข้าใจสถานการณ์ของคนกลุ่มนี้และการกำหนดมาตรการพิเศษในการเข้าถึงกลุ่มคนดังกล่าว ตลอดจนการให้บริการเป็นวิธีการสำคัญในการทำให้กลุ่มคนเหล่านี้หลุดพ้นกับดักความยากจน

**เด็กกำพร้า** ในปี 2542 ในจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีเด็กกำพร้าประมาณ 290,000 คน เด็กที่ถูกทอดทิ้ง 200,000 คน และเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อหรือแม่ 1.2 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในครัวเรือนยากจนซึ่งมีปู่ย่าตายายที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยเป็นผู้นำครอบครัว เด็กเหล่านี้ต้องช่วยครอบครัวหารายได้และมีแนวโน้มที่จะทำงานก่อนวัยอันควร

<sup>4</sup> กลุ่มคนยากจนที่สุด ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของระดับรายได้ที่เส้นความยากจน ส่วนคนจนระดับไม่รุนแรง ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้สูงกว่าร้อยละ 80 แต่ต่ำกว่าระดับรายได้ที่เส้นความยากจน

**คนชรา** ในปี 2545 ร้อยละ 9.4 ของประชากรหรือเกือบ 6 ล้านคนอายุ 60 ปีขึ้นไป คนชราส่วนใหญ่หรือร้อยละ 91 มีการศึกษาเพียง 4 ปี หรือน้อยกว่า 1 ใน 3 เป็นหัวหน้าครัวเรือน และแม้ว่าร้อยละ 99 จะมีรายได้ แต่ผู้สูงอายุเกือบ 2 ล้านคน ยังไม่มีรายได้ ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ร้อยละ 6.3 อยู่คนเดียว ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าปี 2537<sup>5</sup> ปัจจุบันคนชราที่ยากจน 400,000 คน (ร้อยละ 16) ได้รับเงินอุดหนุนเดือนละ 300 บาทซึ่งช่วยค่าใช้จ่ายได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น<sup>7</sup>

**คนพิการ** ในปี 2544 มีคนพิการร้อยละ 1.8 ของประชากรชาวไทย หรือ 1.1 ล้านคน 3 ใน 4 หรือร้อยละ 76 ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษา น้อยกว่าครึ่งหนึ่งมีงานทำ และคนพิการที่มีงานทำมีรายได้เพียง 2 ใน 3 ของคนปกติ แม้คนพิการที่จดทะเบียนกับกรมประชาสงเคราะห์จะได้รับความช่วยเหลือบางประการ แต่กระบวนการจดทะเบียนก็ซับซ้อนและยุ่งยาก ฉะนั้น ในปี 2546 ทะเบียนคนพิการของทางราชการจึงมีรายชื่อผู้พิการเพียง 357,753 คนเท่านั้น<sup>8</sup> ผู้ที่มีความพิการมากจนไม่สามารถทำงานได้จะได้รับเงินอุดหนุนเดือนละ 500 บาท<sup>9</sup>

**ชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์** ในปี 2545 มีชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ 900,000 คนในหมู่บ้าน 1,600 แห่งทั่วประเทศ คนกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่อยู่บนพื้นที่สูงภาคเหนือ นับว่ายากจนที่สุดประมาณครึ่งหนึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและหน่วยงานราชการไม่สามารถเข้าถึงได้ จึงไม่ได้รับบริการพื้นฐานที่สำคัญ<sup>10</sup>

### บทเรียนจากอดีต — รักษาความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม

วิกฤตครั้งล่าสุดทำให้จำนวนประชากรยากจนเพิ่มขึ้นถึง 3 ล้านคน ดังนั้น เป้าหมายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ที่จะลดความยากจนเหลือร้อยละ 10 จึงไม่สัมฤทธิ์ผล

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 จึงปรับเป้าหมายให้มีสัดส่วนประชากรยากจนไม่เกินร้อยละ 12 ภายในปี 2549 ประสบการณ์ครั้งนั้นแสดงให้เห็นว่าประชากรจำนวนไม่น้อยยังมีความเสี่ยงต่อความยากจน

ภาวะเศรษฐกิจที่เข้มแข็งเช่นในปัจจุบันสามารถเป็นปัจจัยเกื้อหนุนการดำเนินงานขจัดความยากจนได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาเช่นวิกฤตที่ผ่านมา จึงต้องส่งเสริมและพัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคมให้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันสวัสดิการสังคมครอบคลุมประชากรเพียงร้อยละ 12.6 ซึ่งได้แก่ร้อยละ 20 ของแรงงานทั้งหมดเท่านั้น นอกจากนี้ การประกันสังคมยังไม่ครอบคลุมคนงานภาคเกษตรและคนงานในเศรษฐกิจนอกระบบประมาณการว่ามีแรงงานที่รับงานไปทำที่บ้านกว่า 600,000 คน แรงงานเหล่านี้มีรายได้ไม่แน่นอน และจะไม่ได้รับความคุ้มครองในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ<sup>11</sup>

อย่างไรก็ดี ในเรื่องนี้มีสัญญาณที่ดี อาทิเช่น ในปี 2542 มีองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการชุมชนที่ให้บริการและความคุ้มครองแก่สมาชิกถึง 51,667 กลุ่ม มีสมาชิกกว่า 7 ล้านคน และมีสินทรัพย์เกือบ 17,000 ล้านบาท หากองค์กรเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ก็จะสามารถทำหน้าที่เสมือนกันชนคุ้มครองชุมชนจากผลกระทบรุนแรงจากภายนอกได้

### เน้นการกระจายรายได้

ในทศวรรษที่ผ่านมา เกือบไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านการกระจายรายได้เลย ส่วนแบ่งรายได้ครัวเรือนร้อยละ 20 ที่ยากจนที่สุดคงที่ประมาณร้อยละ 4 ปัจจุบันมีการศึกษาเรื่องผลกระทบต่อการกระจายรายได้จากการพัฒนาและนโยบายต่างๆ น้อยมาก และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อใช้เป็นแนวทางการกำหนดนโยบายกระจายรายได้ ที่จริงแล้วการกระจายรายได้ นับว่าเป็นความยากจนเชิงสัมพัทธ์ และควรเป็นวาระการพัฒนาที่สำคัญของประเทศไทยในระยะต่อไป

<sup>5</sup> กรมประชาสงเคราะห์ (ปัจจุบันคือ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ), ข้อมูลการสำรวจสวัสดิการสังคมระดับครัวเรือน, 2542.

<sup>6</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย, 2545.

<sup>7</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ : 2 ปีแห่งการเปลี่ยนแปลง, 2546, หน้า 89

<sup>8</sup> www.oppd.opp.go.th/regist/stat\_regist.htm (22 ธันวาคม 2546).

<sup>9</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการ, 2544.

<sup>10</sup> www.dsdw.go.th/service/t\_\_mountain.html (22 มกราคม 2547).

<sup>11</sup> ในปี 2545 ประมาณการว่า 400,000 ครัวเรือน หรือ 600,000 คน มีอาชีพรับงานไปทำที่บ้าน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจผู้รับงานไปทำที่บ้าน, 2545) แต่แหล่งข้อมูลไม่เป็นทางการประมาณการว่าจำนวนผู้รับงานไปทำที่บ้านน่าจะสูงถึง 900,000 คน (เครือข่ายพัฒนาแรงงานนอกระบบและศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน, 2545)

## ภารกิจที่ท้าทาย

เนื่องจากประเทศไทยประสบความสำเร็จในการขจัดความยากจนและมีภาวะเศรษฐกิจที่ดี รัฐบาลจึงกำหนดเป้าหมาย MDG+ ที่ท้าทายยิ่งขึ้น คือ ลดความยากจนให้ต่ำกว่าร้อยละ 4 ภายในปี 2552 โดยจะดำเนินการที่สำคัญดังนี้

**1. จัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายคนจน** การจัดสรรงบประมาณให้กับเป้าหมายและมาตรการลดความยากจนเป็นเรื่องสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้รวมถึงการกำหนดงบประมาณพิเศษสำหรับเกษตรกรรายย่อยและผู้ไม่มีที่ดินทำกิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีครอบครัวขนาดใหญ่ เพื่อขยายโอกาสและการเข้าถึงบริการทางสังคม

**2. พัฒนาระบบการคุ้มครองทางสังคม** โดยขยายการประกันสังคมให้ครอบคลุมผู้ที่ทำงานในเศรษฐกิจนอกระบบ สนับสนุนระบบชุมชนพึ่งตนเอง สวัสดิการและการคุ้มครองทางสังคม เช่น กลุ่มออมทรัพย์ สหกรณ์ เครดิตยูเนียน ให้สามารถเติบโตและทำหน้าที่เป็นหลักประกันทางสังคมแก่ชุมชนที่ครอบคลุมทั่วประเทศ รวมทั้งควรให้มีการศึกษาเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการกระจายรายได้ ความท้าทายสำคัญได้แก่การพัฒนาทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับคนกลุ่มต่างๆ และมาตรการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

**3. การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบ** เสริมสร้างสมรรถนะในการติดตาม วิเคราะห์ผลการพัฒนา และกำหนดยุทธศาสตร์ความยากจนระดับจังหวัดและท้องถิ่น โดยผสมผสานความชำนาญทางเทคนิคร่วมกับแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างแผนที่ความยากจน และเครื่องมือการติดตามผลที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งโอนภารกิจในการให้บริการทางสังคมและการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ยากไร้ด้วยโอกาสให้ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรพัฒนาเอกชน พร้อมกับพัฒนาระบบการเงินและการให้บริการที่โปร่งใสและตรวจสอบได้

**4. ใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ต่างๆ เพิ่มประสิทธิภาพในการเจาะหากลุ่มคนยากจน** เครื่องมือที่สำคัญและจำเป็น เช่น แผนที่ความยากจนของทุกภูมิภาคโดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และการจัดทำข้อมูลลักษณะเศรษฐกิจ สังคม และปัญหาความยากจนของกลุ่มด้วยโอกาสเพื่อให้ทราบความจำเป็นเร่งด่วนอย่างต่อเนื่อง การจดทะเบียนคนจน ซึ่งรัฐบาลได้ริเริ่มขึ้นในปี 2547 นับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยรวบรวมรายชื่อคนจนเพื่อติดตามผลการแก้ไขปัญหาความยากจนในทุกจังหวัด

## เป้าหมายย่อยที่ 2 : ลดสัดส่วนประชากรที่ทิวไทยลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2533-2558

### ประเมินผลการพัฒนา

#### บรรลุเป้าหมายแล้ว

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2545	เป้าหมายMDG ปี 2558
สัดส่วนประชากรที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจนด้านอาหาร	6.9	3.6 (2537)	4.2	2.2	3.4
อัตราเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	18.6	11.8	8.5	8.6 <sup>n</sup>	9.3

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★ ★ ★

คู่มือรายงานการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

### MDG+

#### ตัวชี้วัด

- อัตราเด็กชาวเขาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ <sup>n</sup>
- อัตราการขาดสารอาหารบางประเภท (ไอโอดีน เหล็ก วิตามินเอ) ในวัยเรียน <sup>n</sup>
- สัดส่วนประชากรอายุสูงกว่า 20 ปี ที่ได้รับพลังงานอาหารต่ำกว่าเกณฑ์ความต้องการ (วัดจากดัชนีมวลกาย)

ก. ไม่รวมกรุงเทพมหานคร

ข. MDG+ ให้ความสำคัญกับเด็กชาวเขา ซึ่งมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเด็กทั่วไป และเนื่องจากการขาดโปรตีนและพลังงานไม่เป็นปัญหารุนแรงแล้ว จึงเพิ่มเติมเรื่องการขาดสารอาหารประเภทอื่นๆ ได้แก่ ไอโอดีน เหล็ก และวิตามินเอ

ค. รายงานกำหนดให้ดัชนีมวลกายในประชากรกลุ่มที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นตัวชี้วัด MDG+ เพิ่มเติมจากเกณฑ์เส้นความยากจนด้านอาหาร

## รายงานผลการพัฒนา

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมาย MDG ในการลดสัดส่วนประชากรที่ทวีโยลงครึ่งหนึ่งแล้ว เด็กและประชากรมีภาวะโภชนาการดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดทศวรรษที่ผ่านมา แต่ปัญหาภาวะโภชนาการเกิน (โรคอ้วน) กำลังเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กในเขตเมือง

### ภาวะการขาดโภชนาการมิใช่ปัญหาอีกต่อไป

สัดส่วนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจนด้านอาหารลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 6.9 ในปี 2543 เป็น 4.2 ในปี 2543<sup>12</sup> แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ในปี 2545 สัดส่วนนี้ลดต่ำสุดเหลือร้อยละ 2.2 ทั้งนี้สาเหตุสำคัญของภาวะทุพโภชนาการมิใช่ความยากจนหรือการขาดแคลน แต่เป็นการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโภชนาการที่ดี

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการด้วยการชั่งน้ำหนักชี้ว่าสัดส่วนเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีซึ่งขาดโปรตีนและพลังงานลดลงจากร้อยละ 18.6 ในปี 2533 เป็น 8.6 ในปี 2545<sup>13</sup> ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 7 ในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 9 ของกระทรวงสาธารณสุขอยู่เล็กน้อย

รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการปี 2538 แสดงว่า แม้อัตราการขาดสารอาหารในระดับที่ 2 และ 3 จะต่ำมาก แต่อัตราการขาดสารอาหารระดับที่ 1 (เกณฑ์น้ำหนักตามอายุ) ในประชากรทั่วไปยังคงสูง

### เด็กชาวเขานับพันที่สูญ :

#### การเจาะกลุ่มเป้าหมายที่ประสบความสำเร็จ

ในภาพรวม พื้นที่ต่างๆ มีสถานการณ์โภชนาการเด็กไม่แตกต่างกันมากนักแต่เด็กชาวเขานับพันที่สูญในภาคเหนือยังล้าหลังกลุ่มอื่นๆ นับตั้งแต่ปี 2540 สถานการณ์เริ่มดีขึ้นเนื่องจากการติดตามเฝ้าระวังและมาตรการแก้ไขปัญหา เช่น การให้การข้อมูลด้านโภชนาการ และโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน

### ภูมิภาคอื่นมีความก้าวหน้าที่น่าพอใจ

ในทศวรรษที่ผ่านมา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความก้าวหน้าด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจนด้านอาหารลดลงครึ่งหนึ่งจากร้อยละ 9.8 เป็น 4.4 แต่ก็ยังล้าหลังพื้นที่อื่นๆ รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการยืนยันแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน แต่ชี้ว่าร้อยละ 25 ของประชากรยังมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในปี 2538 ทั้งนี้ สัดส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุดคือร้อยละ 27 ตามมาด้วยภาคเหนือและภาคใต้<sup>14</sup>

### คนไทยยังมีปัญหาการขาดสารอาหารบางประเภท

ในขณะที่การขาดสารอาหารประเภทโปรตีนและพลังงานไม่เป็นปัญหาที่น่าวิตกอีกต่อไป ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการขาดสารอาหารประเภทอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไอโอดีน เหล็ก และวิตามินเอ ซึ่งก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดเป้าหมายด้านนี้ไว้ 2 ข้อ ได้แก่ อัตราการขาดไอโอดีนในเด็กวัยเรียนไม่เกินร้อยละ 5 และไม่เกินร้อยละ 10 ของเด็กวัยเรียนเป็นโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดการขาดไอโอดีน เด็กวัยเรียนที่ขาดไอโอดีนลดลงจากร้อยละ 3.3 ในปี 2540 เหลือ 2 ในปี 2544 โดยที่ภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงกว่าเฉลี่ยคือร้อยละ 2.9 และ 2.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพื้นที่ที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วเนื่องจากได้มีการใช้เกลือผสมไอโอดีนและน้ำผสมไอโอดีน อัตราการขาดไอโอดีนใน 14 จังหวัดภาคเหนือ และจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีก 1 จังหวัดซึ่งมีปัญหาการขาดไอโอดีนรุนแรงที่สุดลดลงจากร้อยละ 18.8 ในปี 2533 เหลือ 2.8 ในปี 2543<sup>15</sup>

การขาดธาตุเหล็ก ลดลงจากร้อยละ 2.5 ในปี 2540 เป็น 8.1 ในปี 2543 ในขณะที่ภาคอื่นๆ สามารถลดอัตราการขาดธาตุเหล็กในเด็กลงครึ่งหนึ่ง แต่ไม่มีความก้าวหน้าในภาคเหนือซึ่งมีอัตราการขาดธาตุเหล็กในเด็กสูงถึงร้อยละ 11

### ตาราง 3.2 กุญโภชนาการในเด็กบนพื้นที่สูง

ปี	อัตราการขาดสารอาหารระดับ 1 (%)	อัตราการขาดสารอาหารระดับ 2 และ 3 (%)	อัตราการขาดสารอาหารเฉลี่ยของประเทศ (ระดับที่ 1+2+3) (%)
2540	30.3	10.6	9.6
2541	18.9	2.8	8.5
2542	23.2	2.5	8.2
2543	17.2	2.5	9.2
2544	14.0	3.0	9.4

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย 2542-2543, 2545, หน้า 185, อ้างถึงกรมอนามัย และสำนักนโยบายและแผน (ปัจจุบันคือสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์) กระทรวงสาธารณสุข

<sup>12</sup> มีแหล่งข้อมูลและวิธีการประเมินภาวะโภชนาการหลายวิธี รายงานฉบับนี้ใช้เส้นความยากจนด้านอาหารเป็นเกณฑ์ภาวะโภชนาการของประชากร โดยมีสมมติฐานว่าอาหารคิดเป็นสัดส่วนค่าใช้จ่ายร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายพื้นฐานในการดำรงชีวิต และถือว่าผู้ที่มิอาจได้น้อยกว่าร้อยละ 60 ของเส้นความยากจนอยู่ใต้เส้นความยากจนด้านอาหารและไม่ได้รับอาหารเพียงพอแก่การดำรงชีพ

<sup>13</sup> สมดุลทางอาหาร เป็นการประเมินในระดับมหภาคโดยพิจารณาปริมาณการผลิต การกระจายผลิตภัณฑ์อาหาร และความต้องการทางโภชนาการ การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการเป็นการสำรวจที่ซับซ้อนและมีต้นทุนสูง จึงไม่สามารถดำเนินการได้บ่อยๆ โดยทั่วไปจะครอบคลุมเฉพาะครัวเรือนที่สมาชิกเป็นกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการด้วยการชั่งน้ำหนักเป็นการติดตามผลในขั้นสุดท้าย โดยพิจารณาจากดัชนีมวลกาย น้ำหนักต่ออายุ น้ำหนักต่อส่วนสูง ฯลฯ

<sup>14</sup> ความคั่งค้างยวประชากรกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างยากจน และมีขนาดตัวอย่างเพียง 5,791 คน

<sup>15</sup> ข้อมูลการขาดสารไอโอดีน เหล็ก และวิตามินเอ ได้มาจากการอนามัย, รายงานสถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทยในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2540-2544.

**การขาดวิตามินเอ** ทำให้มีปัญหาด้านสายตาในเวลา กลางคืนและสูญเสียการมองเห็นในที่สุด ในปี 2534 มีทารกและเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีที่มีอาการนี้ 34 คนใน ทั่วจังหวัดภาคใต้ แต่ไม่มีรายงานปัญหาดังกล่าวอีก นับแต่นั้นเป็นต้นมา

### คนไทยกำลังมีปัญหาโรคอ้วน

ปัญหาโภชนาการสำคัญในปัจจุบันคือ โรคอ้วน ผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการในปี 2538 ชี้ว่า หนึ่งในสี่ของคนไทยอายุ 20 ปีขึ้นไปมีน้ำหนักสูงกว่า เกณฑ์ และการสำรวจ ครั้งที่ 3 และ 4 ก็แสดงว่า สัดส่วนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.7 เป็น 5.4 ในช่วงปี 2515 ถึง 2538 และพบปัญหานี้ มากเป็นพิเศษในกลุ่มเด็กในเขตเมือง

### ภารกิจที่ท้าทาย

ประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมาย MDG ในการลดความ หิวโหยแล้ว อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นที่จะต้องติดตาม แนวโน้มและดำเนินมาตรการสำคัญ เช่น การให้การศึกษา ด้านโภชนาการแก่ประชากรบางกลุ่มบางพื้นที่ มาตรการ สำคัญได้แก่

**1. พัฒนาระบบข้อมูลภาวะโภชนาการ รวมทั้งระบบ การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่ครอบคลุมทั่วประเทศ** โดยให้ มีการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการอย่าง สม่าเสมอ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัยและต่อเนื่องพอที่

จะบ่งชี้สถานการณ์ทางโภชนาการของคนไทยได้ นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวัง ภาวะโภชนาการในเด็กบนพื้นที่สูงภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและพื้นที่ห่างไกลอื่นๆ เพื่อจะได้สามารถใช้ มาตรการที่เหมาะสม ทันสถานการณ์

**2. วิเคราะห์ปัญหาโภชนาการรูปแบบใหม่** รัฐบาลจะ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทบทวนสถานการณ์ โภชนาการของประเทศไทยเพื่อพิจารณาช่องว่างทาง ข้อมูลและปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น ภาวะ โภชนาการเกิน การขาดสารอาหารบางประเภท ในกรณี นี้ จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรุงเทพมหานครและเทศบาลต่างๆ

**3. ผสมผสานความรู้ด้านโภชนาการในการเรียนการสอน ในโรงเรียนและการศึกษาตลอดชีวิต** การยกระดับภาวะ โภชนาการของเด็กและคนไทยทุกกลุ่มอายุ ต้องอาศัย แนวทางแบบบูรณาการ การให้การศึกษาด้านโภชนาการ อย่างกว้างขวางและต่อเนื่องจะเป็นประโยชน์แก่ ประชาชนทั่วไป

**4. ขยายและพัฒนาประสิทธิภาพของโครงการอาหาร กลางวันในโรงเรียน** เพื่อให้เด็กวัยเรียนทุกคนโดยเฉพาะ อย่างยิ่งเด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับสารอาหารอย่างพอเพียง และ ควรทบทวนประสิทธิภาพของแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมดด้วย

## เป้าหมายหลักที่ 2 : ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา

เป้าหมายย่อยที่ 3 : ให้เด็กทุกคนทั้งหญิงและชายสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาภายในปี 2558

### ประเมินผลการพัฒนา

#### ไถ่บรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2545	เป้าหมายMDG ปี 2558
อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสุทธาระดับประถมศึกษา (%)	70 (2535)	77 (2539)	80 (2541)	-	100
อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวมระดับประถมศึกษา (%)	99 (2535)	103	103	105	100
อัตราการคงอยู่ของนักเรียนระดับประถมศึกษา (%) <sup>ก</sup>	-	86 (2539)	-	-	100

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความสำเร็จของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★	★ ★ ★ ★	★ ★ ★

ดูคำอธิบายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

### MDG+

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด <sup>ข</sup>
ให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นภายในปี 2549 ให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายภายในปี 2558	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสุทธิและรวมในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย</li> <li>อัตราการคงอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย</li> <li>คะแนนสอบของนักเรียนระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และตอนปลาย</li> <li>อัตราการมีทักษะเทคโนโลยีสารสนเทศของประชากร อายุ 15-24 ปี</li> </ul>

ก. อัตราการคงอยู่ของนักเรียนระดับประถมศึกษาใช้ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ให้สอดคล้องกับระบบการศึกษาของประเทศไทย <sup>16</sup>

ข. ตัวชี้วัด MDG+ สองตัวแรก คือการขยายเป้าหมายให้ครอบคลุมระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายให้สอดคล้องกับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และรัฐธรรมนูญ ตัวชี้วัด MDG+ ที่สาม เป็นเรื่องคุณภาพการศึกษา และตัวสุดท้าย ได้แก่ อัตราการมีทักษะเทคโนโลยีสารสนเทศของเยาวชนซึ่งแสดงถึงการเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมฐานความรู้

<sup>16</sup> อัตราการคงอยู่ของนักเรียนระดับประถมศึกษา คือสัดส่วนนักเรียนที่เข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ยังคงศึกษาในโรงเรียนจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ต่อจำนวนนักเรียนที่เข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด

## รายงานผลการพัฒนา

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าด้านการศึกษาและใกล้จะบรรลุเป้าหมาย MDG ในระดับประถมศึกษาในเร็ววันนี้ จึงได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ ที่ท้าทายยิ่งขึ้น และนอกจากจะพยายามให้เด็กเรียนจนจบทุกระดับการศึกษาแล้ว ภารกิจสำคัญคือการพัฒนาระดับคุณภาพการศึกษา

### อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสูง

ตั้งแต่ปี 2539 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวมระดับประถมศึกษาเกินร้อยละ 100 แสดงว่ามีเด็กเข้าเรียนเพิ่มมากขึ้น และมีเด็กอายุวัยเกินเกณฑ์ (เพราะเข้าเรียนช้า) และเด็กเรียนซ้ำชั้น ปัจจุบันยังไม่มีการคำนวณอัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสุทธิอย่างสม่ำเสมอ และข้อมูลที่มีอยู่แสดงว่าช่องว่างระหว่างอัตรารวมและอัตราสุทธิค่อนข้างกว้างมาก

การที่เด็กอายุเกินได้รับการศึกษานับว่าเป็นความก้าวหน้าตามปรัชญาการศึกษาสำหรับทุกคนและการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต แต่การเข้าเรียนช้าเกินไปก็หมายถึงการสูญเสียโอกาสทางการศึกษาด้วยเช่นกัน การให้เด็กเรียนต่อทุกระดับอย่างต่อเนื่องเป็นเรื่อง

สำคัญเพราะเด็กมีศักยภาพที่จะเรียนสูงสุดเมื่ออายุยังน้อย ให้เด็กได้เรียนจบทุกระดับชั้น

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการรักษานักเรียนไว้ในระบบโรงเรียน แม้ว่าจะไม่มีข้อมูลอัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสุทธิในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย แต่อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวมเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว จากร้อยละ 27 เป็น 55 ในช่วงปี 2535-2545<sup>18</sup> แต่อัตรากองอยู่ของนักเรียนในแต่ละระดับการศึกษายังเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ข้อมูลล่าสุดแสดงว่า ร้อยละ 86 ของนักเรียนที่เข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เรียนจนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แต่มีเพียงร้อยละ 63 และ 42 ที่เรียนต่อจนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ตามลำดับ ดังนั้น จึงหมายความว่าน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กที่เข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 สามารถเรียนจนจบทุกระดับการศึกษา

### คุณภาพการศึกษา

คุณภาพการศึกษาเป็นประเด็นที่เป็นที่ห่วงใยกันมากในประเทศไทย ผลการทดสอบซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงศึกษาธิการเพื่อประเมินสัมฤทธิ์ผลของนักเรียนระดับต่างๆ ชี้ว่านักเรียนทุกภาคมีคะแนนค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ แม้ว่าผลการทดสอบนี้จะมีใช้วิธีการวัด

ตาราง 3.3 อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียน ปี 2535 - 2545

ปี	ประถมศึกษา		มัธยมศึกษาตอนต้น	
	อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสุทธิ (%)	อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวม (%)	อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนสุทธิ (%)	อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียนรวม (%)
2535	70.1	99.2	31.3 <sup>ก</sup>	50.6
2537	70.8	93.8	35.9	63.4
2539	77.1	103.0	48.1 <sup>ข</sup>	78.2
2541	80.4	102.6	48.4 <sup>ข</sup>	83.4
2543	-	103.2	-	82.8
2545	-	104.8	-	82.2

ก. ไม่รวมโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน (ชื่อเดิม ปัจจุบันทั้งสองหน่วยงานเป็นส่วนหนึ่งของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน)

ข. ไม่รวมโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน\*

ตาราง 3.4 อัตราการคงอยู่ของนักเรียน ปี 2534 - 2545

ระดับการศึกษา	ปีการศึกษา	จำนวนนักเรียน (คน)	อัตราการคงอยู่ (%)
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1	2534	1,235,297	100
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 (จบประถมศึกษา)	2539	1,061,670	85.9
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (จบมัธยมศึกษาตอนต้น)	2542	774,625	62.7
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (จบมัธยมศึกษาตอนปลาย)	2545	522,415	42.3

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ

<sup>18</sup> สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา



คุณภาพการศึกษาที่สมบูรณ์ และไม่เพียงพอที่จะใช้กำหนดนโยบายการศึกษา แต่ก็เป็นเครื่องชี้ให้เห็นขอบเขตและความรุนแรงของปัญหาคุณภาพการศึกษาได้ในระดับหนึ่ง

พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ได้วางหลักการพื้นฐานสำหรับการศึกษามีนักเรียนเป็นศูนย์กลาง และการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิต หัวใจของการยกระดับคุณภาพการศึกษาคือการพัฒนาคุณภาพครูและหลักสูตร ทั้งนี้รัฐบาลได้จัดตั้งสำนักงานประกันคุณภาพการศึกษาเพื่อพัฒนายกระดับคุณภาพการศึกษาให้ได้มาตรฐาน

### การขยายโอกาสทางการศึกษาให้คนจนและผู้ด้อยโอกาส

ในปี 2544 สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติสำรวจพบว่าเด็กวัยเรียนประมาณ 140,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กชาย มีปัญหาในการเข้าเรียนและเรียนต่อจนจบ นอกจากนี้ ยังมีเด็กกลุ่มอื่น

รวมทั้งเด็กพิการมีสิทธิที่จะได้รับการศึกษา และมีเด็กพิการที่ได้รับการศึกษาพิเศษ 125,433 คน<sup>20</sup> ตลอดจนถึงมีความพยายามที่จะปรับปรุงสถานศึกษาเพื่อให้เด็กพิการสามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ นอกจากนี้ ยังมีเด็กที่มีความสามารถพิเศษที่ต้องการความสนใจเป็นพิเศษด้วย ปัจจุบันนี้ครูยังไม่ได้รับการฝึกทักษะให้สามารถสังเกตว่าเด็กคนใดเป็นเด็กที่มีความสามารถพิเศษ ทำให้มีเด็กที่มีความสามารถพิเศษจำนวนไม่น้อยถูกเข้าใจผิดว่าเป็นเด็กที่มีปัญหาในการเรียน

### ส่งเสริมเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงเรียน

ปัจจุบันอัตราการใช้งานอินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนสูงเกือบถึงร้อยละ 100 และประเทศไทยเห็นว่าเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นพรมแดนความรู้ใหม่ที่ช่วยเสริมสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

การสำรวจปี 2545 พบว่าร้อยละ 43 ของเยาวชนไทย

ตาราง 3.5 คะแนนเฉลี่ยในการทดสอบนักเรียนทั่วประเทศ ปี 2539 - 2542

วิชา								
ระดับการศึกษา	ไทย	อังกฤษ	คณิต	วิทย์	ไทย	อังกฤษ	คณิต	วิทย์
ประถมศึกษา	2539				2541			
คะแนนเฉลี่ย (%)	62.1	67.7	53.5	57.1	57.8	56.2	46.5	48.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	2538				2540			
คะแนนเฉลี่ย (%)	57.8	34.7	33.6	45.3	60.0	47.4	39.2	44.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2540				2542			
คะแนนเฉลี่ย (%)	45.0	32.3	27.6	34.6	56.5	34.3	35.1	43.0

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายงานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย : ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย, 2545, อ้างข้อมูลกรมวิชาการ (ปัจจุบัน คือสำนักงานบริหารและพัฒนาคุณภาพการศึกษา) กระทรวงศึกษาธิการ

ที่มีปัญหา เช่น เด็กขลาด เด็กเรื้อรัง เด็กอพยพ เด็กไร้สัญชาติ และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ แม้ว่ารัฐธรรมนูญจะได้บัญญัติสิทธิในการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 12 ปี แต่ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องก็ยังเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับเด็กยากไร้ การสำรวจความต้องการการศึกษาในปี 2542 พบว่าการขาดแคลนทุนทรัพย์เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอายุ 12-17 ปีไม่ได้เรียนต่อชั้นมัธยมศึกษา<sup>19</sup> อาหารกลางวันและค่าเดินทางคิดเป็นร้อยละ 70 ของภาระค่าใช้จ่ายของพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการให้เด็กไปเรียนหนังสือ ดังนั้นรัฐบาลจึงควรพิจารณาประเด็นเหล่านี้ในการกำหนดมาตรการเพื่อขยายโอกาสการศึกษา

พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 บัญญัติว่าเด็กทุกคน

มีทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ และร้อยละ 60 สามารถเข้าถึงคอมพิวเตอร์ที่สถานศึกษา<sup>21</sup> ทั้งนี้เนื่องจากการที่ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติได้ริเริ่มนำร่องโครงการเครือข่ายคอมพิวเตอร์เพื่อโรงเรียนไทย (SchoolNet) ตั้งแต่ปี 2538 เพื่อเปิดโลกเทคโนโลยีสารสนเทศให้แก่โรงเรียนในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โครงการดังกล่าวได้สนับสนุนให้โรงเรียนเกือบ 5,000 แห่ง เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ภายในปี 2546 และโรงเรียนอื่นๆ อีกจำนวนมากก็เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเองหรือใช้บริการเครือข่ายอื่น

สัดส่วนคอมพิวเตอร์ต่อนักเรียนเฉลี่ยในปี 2545 ได้แก่ 1:103 (ระดับประถมศึกษา 1:120 และระดับมัธยมศึกษา 1:53) อุปสรรคสำคัญก็คือ โครงสร้างพื้น

<sup>19</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานความต้องการเรียนต่อของเด็กและเยาวชน : การสำรวจข้อมูลทางสังคม, 2542 อ้างโดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย : 2 ปี แห่งการเปลี่ยนแปลง, 2546 หน้า 48-49  
<sup>20</sup> www.moe.go.th/main2/article/article\_rangsum/educationForDisableChildren.htm (2 กรกฎาคม 2546)  
<sup>21</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน, 2545 (สำรวจเด็กและเยาวชนอายุ 11-14 ปี)

ตารางที่ 3.6 : โรงเรียนที่มีคอมพิวเตอร์และเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ปี 2545

ประเภทสถานศึกษา	จำนวนสถานศึกษา (แห่ง)	สถานศึกษาที่มีคอมพิวเตอร์ (แห่ง)	สถานศึกษาที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต (แห่ง)
ประถมศึกษา	30,228	6,353	1,815
มัธยมศึกษา	2,669	2,596	1,998
โรงเรียนเอกชน	7,458	3,887	2,927
การศึกษานอกโรงเรียน	2,114	1,005	1,007
สถานศึกษาทั้งหมด	<b>43,010</b>	<b>14,382</b>	<b>8,138</b>

ที่มา : กระทรวงศึกษาธิการ, 2546

ฐาน ในปี 2545 โรงเรียน 1,119 แห่ง ยังไม่มีไฟฟ้า และโรงเรียน 21,591 แห่งไม่มีโทรศัพท์พื้นฐาน<sup>22</sup> ในเรื่องนี้ กระทรวงศึกษาธิการมีแผนจะเพิ่มคอมพิวเตอร์ 200,000 เครื่อง และดำเนินการให้โรงเรียนกว่า 43,000 แห่งทั่วประเทศเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตผ่านเครือข่ายการศึกษาแห่งชาติภายในปี 2548

เทคโนโลยีสารสนเทศจะช่วยยกระดับคุณภาพการศึกษา ขยายบริการการศึกษา และให้บริการแก่ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือมีข้อจำกัดทางสังคม การให้ความสำคัญกับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา การปฏิรูปการศึกษา และการพัฒนาเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการศึกษา จะทำให้เยาวชนไทยเรียนรู้และมีทักษะเทคโนโลยีสารสนเทศในระดับสูงในอนาคตอันใกล้ ในการนี้มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการประเมินทักษะดังกล่าว รวมทั้งต้องส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการศึกษาอย่างกว้างขวางและคุ้มค่า

### ภารกิจที่ท้าทาย

ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมาย MDG ระดับประถมศึกษา ในเร็ววันนี้ และได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ ที่จะ (1) ให้เด็กทุกคนได้เรียนจนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ภายในปี 2549 และ (2) ให้เด็กทุกคนได้เรียนจนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายภายในปี 2558 โดยจะให้ความสำคัญกับการดำเนินการต่อไปนี้

**1. ลดค่าใช้จ่ายในการศึกษา** ในการขยายโอกาสทางการศึกษาสำหรับเด็กที่ยากจน รัฐบาลจะขยายโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน ให้ทุนการศึกษา และอุดหนุนค่าเดินทางสำหรับเด็กยากจน เพื่อให้สามารถเรียนต่อโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว พร้อมทั้งส่งเสริมหน่วย

การศึกษาเคลื่อนที่และการเรียนรู้ด้วยตนเองในพื้นที่ห่างไกล

**2. ปรับปรุงคุณภาพและหลักสูตรการศึกษา** รัฐบาลจะเร่งรัดฝึกอบรมครูและพัฒนาหลักสูตรเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษา ส่งเสริมให้ครูและโรงเรียนร่วมมือกับภาคเอกชนและชุมชนเพื่อดูแลให้เด็กได้รับการศึกษาที่สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการของชุมชน นอกจากนี้ รัฐบาลจะพัฒนาหลักสูตรให้ได้มาตรฐานสากลเพื่อให้เด็กไทยมีความรู้และทักษะชีวิตเพียงพอที่จะใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในโลกโลกาภิวัตน์

**3. ปรับปรุงการติดตามผล** เพื่อติดตามความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง กระทรวงศึกษาธิการจะปรับปรุงระบบข้อมูลเพื่อบริหารการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันการ และสามารถตรวจสอบได้ อนึ่ง การออกบัตรอิเล็กทรอนิกส์ให้นักเรียนจะช่วยรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้เป็นระบบ สามารถปรับปรุงให้ทันสมัยและเชื่อมโยงกัน ในส่วนการประเมินทักษะเทคโนโลยีสารสนเทศนั้นจะเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและกระทรวงศึกษาธิการ

**4. ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาการศึกษา** เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นความหวังที่จะช่วยขยายขอบเขตการให้บริการและพัฒนาคุณภาพการศึกษา อนึ่ง การทำให้ความหวังเป็นความจริงนั้นจะต้องพัฒนาหลักสูตรและวิธีการเรียนการสอนเพื่อใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการเรียนรู้ของเด็ก และจำเป็นต้องพัฒนาสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ทุกระดับให้มีคุณภาพ และฝึกอบรมให้ครูสามารถใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และหลักสูตรให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมและให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง

<sup>22</sup> กระทรวงศึกษาธิการ

## เป้าหมายหลักที่ 3 : ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและส่งเสริมบทบาทสตรี

เป้าหมายย่อยที่ 4 : ชัดความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ภายในปี 2548 และในทุกระดับการศึกษาภายในปี 2558

### ประเมินผลการพัฒนา

#### บรรลุเป้าหมายแล้ว

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2545	เป้าหมายMDG ปี 2558
อัตราส่วนนักเรียนหญิงต่อชายระดับประถมศึกษา	0.95 (2534)	0.94 (2539)	0.93	-	1
อัตราส่วนนักเรียนหญิงต่อชายระดับมัธยมศึกษา	0.97 (2534)	1.02 (2539)	1.01	-	1
อัตราส่วนนักเรียนหญิงต่อชายระดับอุดมศึกษา	1 (2534)	1	1.12	1.15 (2544)	1

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★

คู่มืออธิบายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

### MDG+

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
เพิ่มสัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภา องค์การบริหารส่วนตำบล และตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงในราชการส่วนกลางเป็นสองเท่าภายในปี 2549	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราส่วนนักศึกษาหญิงต่อชายระดับอุดมศึกษาบางสาขาวิชา</li> <li>อัตราการอ่านออกเขียนได้หญิงต่อชายอายุ 40 ปีขึ้นไป</li> <li>สัดส่วนรายได้หญิงต่อชายในการทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนนอกภาคเกษตร</li> <li>สัดส่วนผู้หญิงในองค์การบริหารส่วนตำบลและตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงในราชการส่วนกลาง</li> </ul>

## รายงานผล

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศในด้านการศึกษา และสามารถบรรลุเป้าหมาย MDG และได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด MDG+ ที่เน้นการเพิ่มสัดส่วนการเป็นตัวแทนของสตรีและลดช่องว่างทางเพศ

### เด็กหญิงได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวาง

เด็กหญิงและชายมีความเสมอภาคด้านโอกาสทางการศึกษา ปัจจุบันมีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในระดับประถมศึกษาเล็กน้อย แต่เด็กหญิงมักเรียนดีกว่าเด็กชาย และสถานการณ์กลับกันในระดับอุดมศึกษา ซึ่งมีนักศึกษา

อัตราส่วนนักศึกษาหญิงต่อชายสาขาวิชาด้านสุขภาพ (รวมพยาบาลศาสตร์) ก็เพิ่มขึ้นจาก 2.2 เป็น 2.4 **ผู้หญิงสูงอายุอ่านออกเขียนได้น้อยกว่าผู้ชาย**

ในทศวรรษที่ผ่านมา อัตราการอ่านออกเขียนได้ของเยาวชนไทยทั้งหญิงและชายอยู่ในเกณฑ์สูงมาก ในปี 2543 อัตราการอ่านออกเขียนได้ของหญิงและชายในกลุ่มประชากรอายุ 15-24 ปี คือ ร้อยละ 98 สำหรับผู้ชายและ 97.8 สำหรับผู้หญิง อัตราการไม่รู้หนังสือในผู้หญิงอายุ 40-59 ปีสูงกว่าผู้ชาย คือร้อยละ 9.9 และ 5.3 ตามลำดับ ผู้หญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป คือกลุ่มที่ด้อยโอกาสที่สุด หนึ่งในสามของผู้หญิงสูงอายุไม่รู้หนังสือเปรียบเทียบกับหนึ่งในห้าของผู้ชายวัยเดียวกัน

การส่งเสริมให้ผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ และมีการศึกษาจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้หญิงเอง

ตารางที่ 3.7 : อัตราส่วนหญิงต่อชายในมหาวิทยาลัย (ระดับปริญญาตรี) ปี 2543 - 2544

	มหาวิทยาลัยของรัฐ	มหาวิทยาลัยเอกชน
นักศึกษา	1.1 (2544)	1.5 (2544)
ผู้สำเร็จการศึกษา	1.3 (2543)	1.7 (2543)

ที่มา : จำนวนจากข้อมูลของทบวงมหาวิทยาลัย (ปัจจุบันคือ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา)

หญิงมากกว่าชาย<sup>23</sup>

### มีช่องว่างทางเพศในบางสาขาวิชา

ผู้ชายยังมีบทบาทนำในบางสาขาวิชา เช่น วิศวกรรมศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์ นิติศาสตร์ คณิตศาสตร์ และวิทยาการคอมพิวเตอร์แต่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดี ตัวอย่างเช่น อัตราส่วนนักศึกษาหญิงต่อชายสาขาวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาการคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้นจาก 0.6 เป็น 0.8 ในช่วงปี 2534-2544 ในช่วงเวลาเดียวกัน

ครอบครัวและชุมชน เพราะผู้หญิงวัยนี้มักเป็นผู้รับผิดชอบครอบครัว (เช่น เลี้ยงดูบุตรหลาน ดูแลสุขภาพอนามัยในครัวเรือน ทหารายได้และบริหารจัดการครัวเรือน) และมีบทบาทสำคัญในชุมชน

### การศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตจะช่วยลดช่องว่างทางเพศ

รัฐธรรมนูญของประเทศไทยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษามีบทบาทสำคัญในการสร้างความเท่าเทียมทางเพศและส่งเสริมบทบาท

ตารางที่ 3.8 : อัตราส่วนนักศึกษาหญิงต่อชายบางสาขาวิชาในมหาวิทยาลัย (ระดับปริญญาตรี) ปี 2534 และ 2544

สาขาวิชา	2534	2544
คณิตศาสตร์/วิทยาการคอมพิวเตอร์	0.6	0.8
แพทย์ พยาบาล และสาขาอื่นด้านสุขภาพ	2.2	2.4
วิศวกรรมศาสตร์	0.1	0.2
สถาปัตยกรรมศาสตร์	0.4	0.4
นิติศาสตร์	0.2	0.4

ที่มา : จำนวนจากข้อมูลของทบวงมหาวิทยาลัย

<sup>23</sup> ไม่มีข้อมูลแยกหญิง-ชายสำหรับระดับอุดมศึกษาทั้งหมด ซึ่งรวมวิทยาลัยอาชีวศึกษา สถาบันราชภัฏ ฯลฯ เพราะสถาบันต่างๆ อยู่คนละสังกัด

สตรี ตัวอย่างเช่น บทบัญญัติรัฐธรรมนูญปี 2540 ที่ให้รัฐจัดการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 12 ปี ให้เด็กทุกคน ได้วางรากฐานสำหรับความเสมอภาคทางสิทธิและโอกาส พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ก็ได้บัญญัติให้ บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีหน้าที่จัดให้บุตรหรือบุคคลซึ่งอยู่ในความดูแลได้รับการศึกษาภาคบังคับ ตลอดจนการศึกษานอกเหนือจากการศึกษาภาคบังคับ ตามความพร้อมของครอบครัว ทั้งนี้ บิดามารดาและผู้ปกครองก็มีบทบาทสำคัญในการให้ความสำคัญกับการให้การศึกษาแก่บุตรหลานทั้งหญิงและชาย อนึ่ง การลงทุนให้ลูกผู้หญิงได้รับการศึกษานั้น นอกจากจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กแล้วก็ยังเปรียบเสมือนหลักประกันอนาคตของบิดามารดาด้วย เพราะลูกสาวมักเป็นผู้ดูแลบิดามารดาในยามชรา

### ผู้หญิงยังลำบากในด้านรายได้และสภาพการทำงาน

ในประเทศเกษตรกรรมส่วนใหญ่รวมทั้งประเทศไทย ผู้หญิงมักเป็นแรงงานในครอบครัวและทำงานโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ในทศวรรษที่ผ่านมาผู้หญิงไทยมีส่วนแบ่งการทำงานนอกภาคเกษตรกรรมที่ได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่าผู้ชายเล็กน้อยคือร้อยละ 44-46 นอกจากนั้นผู้หญิงยังมีสัดส่วนสูงในงานต่ำระดับ เช่น งานที่รับไปทำที่บ้านซึ่งเป็นงานไม่มั่นคง ชั่วโมงการทำงานยาวนาน ค่าตอบแทนต่ำ และไม่ได้รับการคุ้มครอง<sup>24</sup>

ผู้หญิงมักจะได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่า และมีสภาพการทำงานต้อกว่าผู้ชาย มีโอกาสในการเลื่อนตำแหน่งน้อยกว่า ทั้งนี้ได้มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นบ้าง ในทศวรรษที่ผ่านมารายได้ผู้หญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.4 เป็น 80.8 ของรายได้ผู้ชายแต่เมื่อไม่นับรวมนายจ้างผู้ทำงานส่วนตัวและแรงงานในครัวเรือนแล้ว มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยคือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.9 ในปี 2533 เป็น 81.8 ในปี 2544 ยิ่งผู้หญิงเลื่อนตำแหน่งสูงขึ้นก็จะ

ตารางที่ 3.9 : เปรียบเทียบรายได้หญิง-ชาย ในภาคเอกชน ปี 2543

ตำแหน่ง	รายได้ผู้หญิงเป็นสัดส่วนของรายได้ผู้ชาย (%)
ผู้อำนวยการ/ผู้จัดการ	79
ผู้จัดการฝ่าย	86
หัวหน้าส่วน	88
เจ้าหน้าที่	92

ที่มา : คำนวณจากภาวดี ทองอุทัย, ความเท่าเทียมทางเพศและภาวะการทำงานในประเทศไทย, เอกสารฉบับที่ 1, รายงานของประเทศไทย ตามโครงการขององค์การแรงงานสากลและธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย, 2545 (Pawadee Tonguthai, Gender Equality and Decent Work in Thailand, Working paper#1, A country report for ILO/ADB RETA Project 5887, 2002), อ้างข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติและสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, การสำรวจค่าตอบแทนในภาคเอกชน, 2543

พบว่าช่องว่างนี้ยิ่งกว้างขึ้น ตัวอย่างเช่น ในปี 2543 ผู้หญิงที่ทำงานระดับเจ้าหน้าที่ในภาคเอกชนมีรายได้คิดเป็นร้อยละ 92 ของรายได้ผู้ชายที่ทำงานระดับเดียวกัน แต่สัดส่วนนี้ลดลงเหลือร้อยละ 79 ในกลุ่มผู้หญิงที่ทำงานระดับผู้อำนวยการ/ผู้จัดการ

### ผู้หญิงมีสัดส่วนการเป็นตัวแทนทางการเมืองต่ำ

หญิงและชายไทยได้รับสิทธิเลือกตั้งพร้อมกันและเท่าเทียมกัน แต่จนถึงวันนี้มีผู้หญิงจำนวนน้อยมากที่ลงสมัครรับเลือกตั้ง และที่น่าเป็นห่วงคือ การเลือกตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นองค์กรปกครองท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจสำคัญๆหลายด้านที่มีสถานการณ์และแนวโน้มเดียวกัน สัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภาและองค์การบริหารส่วนตำบลในปี 2544 คือร้อยละ 9.6 และ 8.9 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามสิ่งที่สังเกตว่ามีผู้หญิงทำงานในตำแหน่งบริหารระดับสูง (ไม่ใช่ตำแหน่งจากการเลือกตั้ง) ในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในสัดส่วนไม่น้อย ผู้หญิงเป็นปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปลัดเทศบาล และปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลถึงร้อยละ 22-48

### ยังไม่มีแว้วว่าจะสามารถทำลายปรการด้านสำคัญในระบบราชการ

ผู้หญิงไทยมีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จในหลากหลายสาขาอาชีพ แต่ยังไม่สามารถก้าวไปสู่ตำแหน่งบริหารระดับสูงในระบบราชการส่วนกลางได้ ผู้ชายยังคงครอบครองอำนาจนี้ไว้อย่างมั่นคง ในขณะที่ผู้หญิงมีสัดส่วนร้อยละ 59 ของข้าราชการส่วนกลางทั้งหมด ตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงมีผู้หญิงเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น

แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงกฎหมายเพื่อส่งเสริมความเท่าเทียมทางเพศและบทบาทสตรี ผู้หญิงก็ยังมีบทบาทไม่มากนักในคณะกรรมการระดับชาติ ผลสำรวจคณะกรรมการระดับชาติ 322 ชุด พบว่ามีผู้หญิงเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น<sup>25</sup> ความพยายามที่จะกำหนดสัดส่วนผู้หญิงสำหรับตำแหน่งที่เลือกตั้งหรือแต่งตั้งมักไม่ได้รับการยอมรับและไม่ประสบความสำเร็จ ผู้หญิงส่วนใหญ่มักเป็นคณะกรรมการเกี่ยวกับสตรีหรือเด็ก ยิ่งกว่านั้นผู้หญิงยังมีสัดส่วนน้อยมากในองค์การอิสระซึ่งจัดตั้งขึ้นตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติ ยกเว้นคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ซึ่งกำหนดให้หญิงและชายมีสัดส่วนเท่ากัน

### อาชญากรรมต่อผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้น

การข่มขืน การค้าประเวณี และการลักลอบค้าผู้หญิงเป็นการละเมิดทางเพศต่อผู้หญิงที่รุนแรงที่สุด ตารางที่ 3.10 แสดงว่าอาชญากรรมต่อผู้หญิงเพิ่มสูงขึ้น และสถิติอาชญากรรมนี้เป็นเพียงเสี้ยวหนึ่งของความเป็นจริงในสังคม ปัญหานี้ยังทวีความรุนแรงและความซับซ้อนมากขึ้นในกรณีการลักลอบค้าผู้หญิงข้ามแดนและอาชญากรรม

<sup>24</sup> ผู้หญิงเป็นสัดส่วนร้อยละ 78 ของผู้รับงานไปทำที่บ้าน; ร้อยละ 75 อาศัยอยู่ในชนบท; ร้อยละ 84 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจผู้รับงานไปทำที่บ้าน, 2545)  
<sup>25</sup> สสำรวจโดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (ปัจจุบันคือ สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

ตารางที่ 3.10 อาชญากรรมทางเพศ ปี 2539 และปี 2545

ประเภทอาชญากรรม	2539		2545	
	แจ้งความ	จับกุม	แจ้งความ	จับกุม
ข่มขืนกระทำชำเรา	3,569	2,566	4,435	2,548
ข่มขืนและนำ	21	17	10	8
	คดี	คน	คดี	คน
ปรามการคำประเวณี	5,784	6,085	19,756	20,151 <sup>26</sup>
มีและเผยแพร่วัตถุลามก	1,506	1,516	2,505	2,576

ที่มา : www.police.go.th (10 พฤศจิกายน 2546)

## ยุคไซเบอร์

### การละเมิดและความรุนแรงในครัวเรือน

ผู้หญิงบางกลุ่มประสบปัญหาการละเมิดและความรุนแรงในครอบครัว สังคมไทยปัจจุบันมีความตระหนักและยอมรับปัญหาในข้อนี้เปิดเผยมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็ยังไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ชัดเจน แต่มีการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2,818 คน พบว่าร้อยละ 41 ของผู้หญิงในกรุงเทพฯ และ 47 ของผู้หญิงที่จังหวัดนครสวรรค์ได้เคยถูกละเมิดหรือประสบความรุนแรงในครัวเรือนจากคู่ครอง<sup>27</sup>

ด้วยข้อจำกัดด้านทรัพยากร ศูนย์ช่วยเหลือผู้หญิงส่วนใหญ่อยู่ที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล ซึ่งศูนย์เหล่านี้ต่างก็รายงานแนวโน้มของปัญหาที่น่าวิตก อาทิเช่น บ้านพักฉุกเฉินของสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีได้ให้การช่วยเหลือผู้หญิง 12,000 คนระหว่างปี 2525 ถึงปี 2540 เฉพาะช่วงเดือนมกราคมถึงมิถุนายน ปี 2543 มูลนิธิศูนย์ฮอทไลน์ได้ให้การปรึกษาผู้หญิง 891 คนในกรณีความรุนแรงในครอบครัว และอีก 131 คนกรณีการข่มขืน และในปี 2544 มูลนิธิเพื่อนหญิงให้การปรึกษาแก่ผู้หญิงที่เป็นเหยื่อความรุนแรงในครอบครัวและการประทุษร้ายทางเพศ 869 คน

### ภารกิจที่ท้าทาย

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายความเท่าเทียมกันทางเพศ ด้านการศึกษาแล้ว จึงได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ ที่จะเพิ่มสัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภา องค์การบริหารส่วนตำบล และตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงในราชการส่วนกลางเป็นสองเท่าในช่วงปี 2545-2549 ภารกิจสำคัญที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาสตรีแห่งชาติ (2545-2549) ได้แก่

**1. อุดช่องว่างทางเพศทางการศึกษา** การศึกษานอกระบบ การเรียนรู้ตลอดชีวิต การศึกษาด้วยตัวเอง เป็นวิธีการสำคัญที่สุดที่จะเสริมสร้างศักยภาพผู้หญิง ทั้งนี้ ต้องให้ความสำคัญกับผู้หญิงอายุ 40 ปีขึ้นไป

ที่ยังอ่านเขียนไม่ได้

**2. ให้โอกาสผู้หญิงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากขึ้น** จำเป็นต้องให้การสนับสนุนผู้หญิงให้มีบทบาททางการเมืองและให้ดำรงตำแหน่งบริหารระดับสูง รัฐบาลกำลังวางแผนปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมบทบาทผู้หญิงในองค์กรภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม และจะติดตามความก้าวหน้าที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง

**3. ขจัดความรุนแรงต่อผู้หญิง** การพิทักษ์ผู้หญิงที่เป็นเหยื่อการข่มขืน ธุรกิจบริการทางเพศ การลักลอบค้ามนุษย์ และความรุนแรงในครอบครัว เป็นประเด็นสิทธิมนุษยชนที่สำคัญยิ่ง รัฐบาลจะสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายศูนย์ให้การช่วยเหลือผู้หญิงระดับจังหวัดเพื่อคุ้มครองผู้หญิงที่ถูกละเมิดสิทธิและเป็นเหยื่อความรุนแรงทุกรูปแบบ

**4. ส่งเสริมสตรีศึกษาและการศึกษาเรื่องสิทธิสตรี** หญิงและชายควรได้รับรู้สิทธิของตนเองและสามารถใช้สิทธินั้นได้ และสังคมจะต้องมีความเข้าใจและให้การสนับสนุนความเสมอภาคทางเพศ ความเสมอภาคทางบทบาทและความรับผิดชอบระหว่างหญิงและชาย นอกจากนี้ รัฐบาลจะใช้มาตรการเฉพาะ เช่น สตรีศึกษาและการศึกษาบทบาทหญิงและชายเพื่อให้สังคมมีความตระหนักรับรู้ในประเด็นดังกล่าว

**5. ปรับปรุงระบบการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่แยกเพศหญิงและชาย** ระบบข้อมูลที่แยกเพศหญิงและชายเป็นสิ่งจำเป็นต่อการติดตามความก้าวหน้าเพื่อพัฒนาต่อไป รัฐบาลมีแผนที่จะให้มีการทบทวนระบบข้อมูลระดับชาติ จังหวัด และท้องถิ่นเพื่อระบุข้อมูลสำคัญที่ควรจัดเก็บแบบแยกเพศ และกำลังจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลการประสานและการติดตามความก้าวหน้าในเรื่องนี้

<sup>26</sup> ข้อมูลจากการสำรวจของกรมควบคุมโรคติดต่อ (ปัจจุบันคือกรมควบคุมโรค) แสดงว่าในปี 2544 มีผู้ขายบริการทางเพศ 75,049 คน ในจำนวนนี้เป็นเด็ก 15,010 คน

<sup>27</sup> ฤทธยา อาชวณิชกุล และคณะ. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, 2546

## เป้าหมายหลักที่ 4 : ลดอัตราการตายของเด็ก

เป้าหมายย่อยที่ 5 : ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงสองในสามในช่วงปี 2533 - 2558

### ประเมินผลการพัฒนา

ไม่สามารถใช้เป้าหมายนี้กับประเทศไทย

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	เป้าหมายMDG ปี 2558
อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000) <sup>ก</sup>	12.8	11.6	16.9 <sup>ข</sup> (2541)	4.3 <sup>ข</sup>

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★ ★

คู่มือขยายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

### MDG+

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ บางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558 <sup>ก</sup> ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ภายในปี 2549	<ul style="list-style-type: none"><li>• อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้</li><li>• อัตราการตายของทารกในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้</li></ul>

ก. อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีเพิ่มขึ้นเนื่องจากเปลี่ยนแปลงทางเทคนิควิธีการจัดเก็บข้อมูล

ข. เนื่องจากอัตราการตายของเด็กในปีก่อน 2533 ค่อนข้างต่ำ เป้าหมายการลดสองในสาม (ให้เหลือ 4.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000) จึงเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ประเทศไทยจึงปรับเป้าหมายใหม่เป็นลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงให้เทียบเท่า อัตราเฉลี่ยปี 2543 ของกลุ่มประเทศ OECD รายได้สูง (7 ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000)

ค. อัตราการตายของทารกและเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้สูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ จึงกำหนดให้เป็น MDG+

## รายงานผลการพัฒนา

แม้ว่าจะขาดข้อมูลแสดงแนวโน้มอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีตลอดช่วงปี 2533-2545 เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดเก็บข้อมูล ข้อมูลอื่นๆ ก็ชี้ว่าประเทศไทยมีความก้าวหน้าในเรื่องนี้มาตลอดทศวรรษ

### มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาสุขภาพทารกและเด็ก

ในระหว่างปี 2532-2538/39 อัตราการตายของทารกลดลงประมาณหนึ่งในสามจาก 38.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 เหลือ 26 โดยที่เขตเมืองมีความก้าวหน้ามากกว่าเขตชนบทเล็กน้อย ในปี 2544 อัตราดังกล่าวคือ 22 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 และกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายจะลดให้เหลือ 15 ภายในปี 2549

อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลดลง เพราะบริการสุขภาพและสภาพเศรษฐกิจสังคมดีขึ้น แม้ว่าจะไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่องได้ เพราะการปรับเปลี่ยน วิธีการจัดเก็บข้อมูลในปี 2539-2540 ข้อมูลในช่วงปี 2533-2538 ก็แสดงว่าอัตราการตายของเด็กลดลงจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 เหลือ 11.6 การเพิ่มขึ้นเป็น 16.9 ในปี 2541 น่าจะเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคนิควิธีจัดเก็บข้อมูลมากกว่าจะเป็นการเพิ่มขึ้นของอัตราการตายที่แท้จริง

ส่วนใหญ่ทารกจะเสียชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตในครรภ์ มารดาจนถึงสัปดาห์แรกหลังคลอด ในระยะนี้สุขภาพของทารกขึ้นกับสุขภาพของมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโภชนาการของมารดา ฉะนั้น การลดอัตราการตายของทารกจึงมีความสัมพันธ์กับมิติการพัฒนาอื่นๆ เช่น ความยากจน ความหิวโหย และสุขภาพสตรีมีครรภ์

สุขภาพของครรภ์และการคลอดยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทารกที่มีชีวิตรอดหลังสัปดาห์แรก สาเหตุส่วนใหญ่ทารกที่เสียชีวิตในเดือนแรกจะยังเกี่ยวกับสุขภาพของครรภ์ การคลอด โรคที่เป็นแต่กำเนิด

โครโมโซมผิดปกติ หลังจากนั้นภัยคุกคามสำคัญที่สุดได้แก่การติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ ซึ่งทำให้การดูแลสุขภาพทารกและการป้องกันและต่อสู้กับโรคเอดส์และโรคสำคัญอื่นๆ เป็นปัจจัยสำคัญของการดูแลสุขภาพเด็กเช่นกัน เมื่อเด็กโตขึ้น สาเหตุการตายสำคัญ ได้แก่ จมูกน้ำ อุบัติเหตุ สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ โรคเอดส์ ไข้เลือดออก การติดเชื้อ โรคที่เป็นแต่กำเนิด

ตารางที่ 3.11 : สาเหตุการตายของการกปี 2538 - 2539

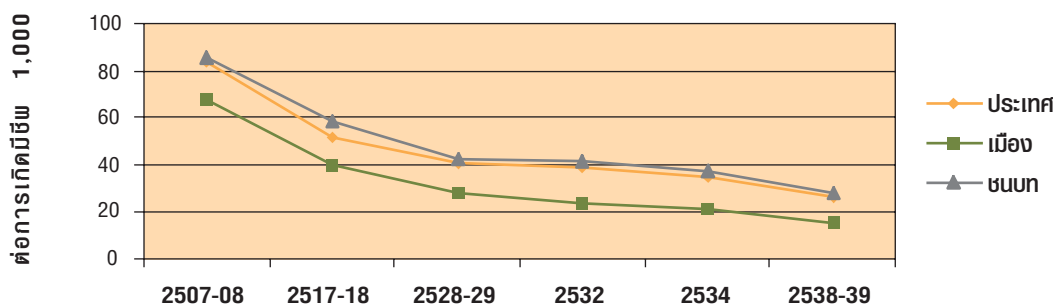
สาเหตุการตายของการก	%
ขาดออกซิเจนขณะอยู่ในครรภ์หรือระหว่างคลอด	22.3
คลอดก่อนกำหนด	15.6
โรคเกี่ยวกับหัวใจและเลือด	9.7
โรคติดเชื้ออื่นๆ	8.5
ปอดอักเสบ	8.3
ความพิการแต่กำเนิด	3.8
สาเหตุเฉพาะ	3.2
อุบัติเหตุ ได้รับสารพิษ ถูกทำร้าย	2.6
สาเหตุอื่นๆ	24.1
ไม่ทราบสาเหตุ	1.9
<b>รวม 2,216 ราย</b>	<b>100</b>

ที่มา : กรมอนามัย, การศึกษาอัตราการตายของทารก, 2538 - 2539

ภาวะโครโมโซมผิดปกติ และทุพโภชนาการ<sup>28</sup>  
โรคติดต่อไม่เป็นภัยคุกคามต่อเด็กไทยส่วนใหญ่

วัคซีนโรคติดต่อซึ่งนำมาใช้ตั้งแต่ปี 2527 มีผลให้โรคติดต่อไม่เป็นภัยคุกคามต่อเด็กไทยอีกต่อไป เด็กร้อยละ 78

แผนภูมิที่ 3.1 : อัตราการตายของการกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ปี 2507-2539



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร

<sup>28</sup> จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, รายงานผลการศึกษาสถานการณ์การตายในประเทศไทย ระยะที่ 1, 2543



ได้รับวัคซีนในปี 2533 และเพิ่มขึ้นเป็น 94 ในปี 2545 มีผลให้อัตราการเกิดโรคหัดลดลงจาก 94 ต่อ 100,000 ในปี 2527 เหลือเพียง 7 ในปี 2543

เด็กไทยได้รับวัคซีนโรคหัดสองครั้ง ครั้งแรกเมื่ออายุ 9-12 เดือน และครั้งที่สองเมื่อเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่หนึ่ง แผนงานการฉีดวัคซีนที่กว้างขวางและครอบคลุมได้สร้างภูมิคุ้มกันให้เด็กไทยส่วนใหญ่ แต่ยังคงอาจไม่ครอบคลุมบางกลุ่ม เช่น เด็กกำพร้า เด็กเรื้อรัง และเด็กอพยพ

### จังหวัดภาคเหนือและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ล้มเหลวกว่าพื้นที่อื่น

ข้อมูลระดับภาคและจังหวัดไม่ค่อยสมบูรณ์และเปลี่ยนแปลงค่อนข้างสูงระหว่างปี แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าบนเขตพื้นที่สูงภาคเหนือและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทารกจะน้ำหนักน้อยและมีอัตราการตายสูงกว่าพื้นที่อื่น ปัญหาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ค่อนข้างซับซ้อน ปัจจัยมิติหญิง-ชาย วัฒนธรรม และภาษาเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำลังหาแนวทางแก้ไข รวมทั้งการพัฒนายกระดับคุณภาพการบริการของหมอตำแยในพื้นที่

### ภารกิจที่ท้าทาย

เนื่องจากอัตราการตายของเด็กในปี 2533 ร้อยละ 12.8 ต่อเกิดมีชีวิต 1,000 ค่อนข้างต่ำ จึงเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะลดลงสองในสามให้เหลือ 4.3 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ประเทศไทยจึงได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ ที่จะ (1) ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ภายในปี 2549 และ (2) ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ บางจังหวัดและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่ง

ภายในระยะเวลา 2548-2558 โดยจะดำเนินการต่อไปนี้

#### 1. พัฒนาฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขจะได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้สามารถวิเคราะห์และรายงานสาเหตุการตายได้อย่างถูกต้อง และสามารถตรวจพบสิ่งบ่งชี้ปัญหาแต่แรกเริ่ม นอกจากนี้จะต้องเพิ่มบทบาทและสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จากแม่สู่ลูก ภารกิจสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การให้การศึกษารื่องการดูแลเลี้ยงดูลูกแก่พ่อแม่

#### 2. ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

การพัฒนาสุขภาพเด็กต้องอาศัยยุทธศาสตร์บูรณาการที่ให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน รัฐบาลกำลังจัดทำยุทธศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวคนไทยทั้งหมดได้ร่วมพลังกันพัฒนายกระดับคุณภาพชีวิตเด็กและสมาชิกในครัวเรือนทุกกลุ่มอายุ มุมมองของมิติหญิง-ชายก็มีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวประสบผลสำเร็จ

#### 3. พัฒนาระบบการติดตามผล

ประเทศไทยได้เริ่มกระบวนการอุดช่องว่างทางความรู้เรื่องการเกิดและการตายเพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัจจัยและสาเหตุสำคัญที่เป็นภัยคุกคามประชาชนทุกกลุ่มอายุ ทีมงานผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและทะเบียนราษฎร ได้ร่วมกันปรับปรุงระบบการวิเคราะห์และรายงานการเกิดการตายซึ่งจะทำให้ได้ระบบข้อมูลที่ถูกต้อง ทันการ และใช้ประโยชน์ได้ดียิ่งขึ้นในไม่กี่ปีข้างหน้า นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขจะพัฒนาระบบการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์กลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กชาวเขา เด็กใน

## เป้าหมายหลักที่ 5 : พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์

เป้าหมายย่อยที่ 6 : ลดอัตราการตายของมารดาสามในสี่ในช่วงปี 2533-2558

### ประเมินผลการพัฒนา

ไม่สามารถใช้เป้าหมายนี้กับประเทศไทย

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2545	เป้าหมายMDG ปี 2558
อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000)	36.2	16.8	14.2 (2542)	24 <sup>n</sup>	9.05 <sup>u</sup>

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★

คู่มืออธิบายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

### MDG+

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
ลดอัตราการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ภายในปี 2549 ลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548 - 2558	●อัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ก. อัตราการตายของมารดาเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากการปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูล

ข. เนื่องจากอัตราการตายของมารดาในปีฐาน 2533 ค่อนข้างต่ำ ทำให้เป้าหมายการลดสามในสี่ (ให้เหลือ 9.05 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000) เป็นไปไม่ได้ในทางปฏิบัติ ประเทศไทยจึงปรับเป้าหมาย MDG ใหม่เป็นลดอัตราการตายของมารดาสามในสี่เทียบเท่าอัตราเฉลี่ยปี 2543 ของกลุ่มประเทศ OECD รายได้สูง (ในปี 2538 อัตราคือ 12 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000)

ภาคเหนือและจังหวัดชายแดนภาคใต้

## รายงานผลการพัฒนา

อัตราการตายของมารดาในประเทศไทยค่อนข้างต่ำและลดลงโดยลำดับ ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ เพื่อขยายและยกระดับคุณภาพการบริการเพื่อลดอัตราการตายของมารดาอย่างต่อเนื่อง

### อัตราการตายของมารดาลดลงอย่างมาก

แม้ว่าข้อมูลจากแหล่งต่างๆ จะแตกต่างกัน แต่ก็แสดงแนวโน้มเดียวกันคือ อัตราการตายของมารดาลดลงประมาณสองในสามในทศวรรษที่ผ่านมาคือ ลดลงจาก 36 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ในปี 2533 เหลือ 14 ซึ่งเป็น

ร้อยละ 91 ในปี 2533 จนเกือบครบถ้วนทั้งหมดในปี 2543 การเข้าถึงบริการสุขภาพของสตรีมีครรภ์

สตรีไทยทุกคนมีสิทธิและได้รับบริการดูแลครรภ์และการคลอดบุตร ทั้งนี้ได้สนับสนุนให้ผู้หญิงมาตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้งซึ่งนับว่าเพียงพอที่จะให้แม่และเด็กมีสุขภาพดี แต่ยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการอยู่บ้างในเขตพื้นที่สูงที่ห่างไกลในภาคเหนือและสามจังหวัดภาคใต้ซึ่งมีปัญหามากหลายด้าน (ปัญหามิติหญิง-ชาย วัฒนธรรม ศาสนา และภาษา) ทำให้อัตราการตายของมารดาในพื้นที่เหล่านี้สูงกว่าพื้นที่อื่นๆ

อย่างไรก็ดี ประเทศไทยยังคงควรปรับปรุงคุณภาพบริการหลายด้าน สิ่งสำคัญอันดับแรก คือป้องกันการ

ตารางที่ 3.12: อัตราการตายของมารดาและอัตราการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข ปี 2533 -2545

	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000)	36.2	-	23	-	-	-	16.8	-	15.8	14.2	-	17.6	24
สัดส่วนการคลอดบุตร ที่ดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข (%)	90.8	93.2	90.4	91.1	-	94.4	-	-	99	-	-	98	-

ที่มา : กรมอนามัย

ตารางที่ 3.13 : สาเหตุการตายของมารดา ปี 2533 - 2545

สาเหตุ	2533	2541	2543	2544	2545
ตกเลือดจากการตั้งครรภ์และการคลอด	49.7	30.5	36.8	40.4	34.3
ครรภ์เป็นพิษ	9.5	11.9	8.1	14.1	11.2
การติดเชื้อ	8.4	8.5	10.3	9.6	16.4
น้ำคร่ำอุดตันในเส้นเลือด	5	11.9	9.6	9.0	14.0
สาเหตุทางตรง	-	-	6.6	10.3	8.4
สาเหตุทางอ้อม	27.4	37.2	28.7	16.7	15.4

ที่มา : สำนักส่งเสริมสุขภาพ โครงการลูกเกิดรอด-แม่ปลอดภัย

อัตราที่ต่ำที่สุดในปี 2542 อัตราดังกล่าวสูงขึ้นเป็น 17.6 ในปี 2544 และ 24 ในปี 2545 ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูล ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายของมารดาเหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ภายในปี 2549

สาเหตุการตายสำคัญของมารดา ได้แก่ การตกเลือด ครรภ์เป็นพิษ การติดเชื้อ และน้ำคร่ำอุดตันในเส้นเลือด และเมื่อรัฐบาลริเริ่มโครงการลูกเกิดรอด-แม่ปลอดภัย สัดส่วนการคลอดที่ดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขก็เพิ่มจาก

ขาดเหตุผลหลักในสตรีมีครรภ์ อัตราสตรีมีครรภ์เป็นโรคโลหิตจางเพราะขาดธาตุเหล็กลดลงจากร้อยละ 19 เหลือ 12 ในปี 2544<sup>29</sup> กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตรานี้ให้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ในปี 2549

ปัจจุบัน บุคลากรสาธารณสุขยังขาดทักษะในการตรวจวิเคราะห์ความเสี่ยงหรือปัญหาแทรกซ้อนของสตรีมีครรภ์ จึงไม่สามารถให้การป้องกันได้ทันการ การฝึกอบรมเพิ่มเติมจะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีทักษะและความชำนาญในเรื่องดังกล่าว

<sup>29</sup> กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย 2542-2543, 2545, หน้า 186 อ้างข้อมูลจากกรมอนามัย

## ภารกิจที่ท้าทาย

ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ เพื่อแสดงความมุ่งมั่นที่จะ (1) ลดอัตราการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ภายในปี 2549 และ (2) ลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558 และจะดำเนินการดังต่อไปนี้

**1. สนับสนุนให้ครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของสตรีมีครรภ์** การพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพแก่สตรีมีครรภ์จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่สุขภาพของแม่และเด็ก แต่สุขภาพสตรีมีครรภ์มิใช่ความรับผิดชอบของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น ควรเป็นความรับผิดชอบของบิดา-มารดาของเด็กด้วย ในการนี้บุคลากรสาธารณสุขจะต้องถือว่าการเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพของมารดาและครอบครัวเป็นภารกิจสำคัญของตนเองด้วย

**2. ขยายบริการสุขภาพแก่สตรี** ผู้หญิงที่มีการศึกษาน้อยมักมีความเสี่ยงสูงและควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและสนับสนุนให้ผู้หญิงเหล่านี้ดูแลสุขภาพตัวเองได้อย่างเหมาะสมและทันการ

**3. ฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถตรวจวิเคราะห์และแก้ปัญหาซับซ้อนของสตรีมีครรภ์ได้** แม้ว่าบุคลากรสาธารณสุขทั่วไปไม่อาจจะทำหน้าที่แทนแพทย์ได้ แต่สามารถมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือได้ทันที

**4. วิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย** รัฐบาลจะสนับสนุนการศึกษา ทบทวนข้อมูลอัตราการตายของมารดา เพื่อให้ทราบสาเหตุการตายสำคัญในระดับชาติ ภาค และในพื้นที่เสี่ยง เช่น จังหวัดภาคเหนือและชายแดนภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์ให้เกิดความเข้าใจและสามารถพัฒนายุทธศาสตร์และมาตรการที่เหมาะสมกับพื้นที่และประชากรกลุ่มต่างๆ

## เป้าหมายหลักที่ 6 : ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ

### เป้าหมายย่อยที่ 7 : ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558

#### ประเมินผลการพัฒนา

##### บรรลุเป้าหมายแล้ว

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2545
อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในสตรีมีครรภ์ (%) <sup>ก</sup>	0.0	2.3	1.5	1.4
อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา (%) <sup>ข</sup>	-	21.7	24	27.7

#### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความสำเร็จของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★	★ ★ ★	★ ★ ★ ★

มีข้อมูลหลายแหล่งซึ่งแตกต่างกันมาก ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยครอบคลุมเพียงร้อยละ 5-30 ของผู้ป่วยจริงเท่านั้น \*  
ดูคำอธิบายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

#### MDG+

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
ลดอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์ ให้เหลือร้อยละ 1 ภายในปี 2549	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรวัยเจริญพันธุ์</li> <li>อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ฉีดยาเสพติด<sup>ค</sup></li> </ul>

ก. ใช้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์ทั้งหมดแทนอัตราการติดเชื้อในกลุ่ม 15-24 ปี เพราะอัตราการติดเชื้อในกลุ่มที่อายุสูงกว่า

ข. ไม่ได้ใช้ตัวชี้วัดอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิด เพราะเป็นข้อมูลที่จัดเก็บและใช้เฉพาะเรื่องการวางแผนครอบครัว ไม่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ รายงานนี้ใช้อัตราการใช้อย่างอนามัยของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาเพื่อแสดงพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน

ค. ใช้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ฉีดยาเสพติด ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เป็นตัวชี้วัด MDG+

<sup>30</sup> สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย, 2547 (UNDP, Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges' 2004

## รายงานผลการพัฒนา

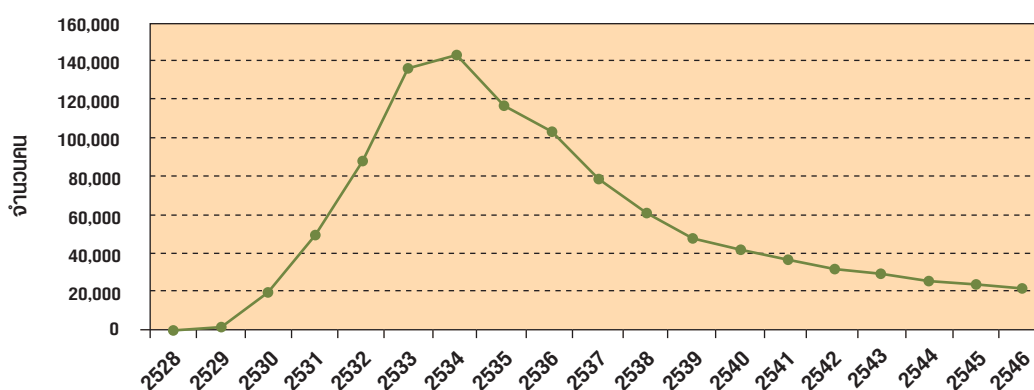
ประเทศไทยสามารถชะลอการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1990 จัดว่าเป็นประเทศแรกๆ ที่บรรลุเป้าหมายนี้ แต่โรคเอดส์ยังเป็นภัยคุกคามสำคัญ

### ความสำเร็จที่ไม่มีประเทศใดเทียบได้ในการต่อสู้กับโรคเอดส์

ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ อัตราการติดเชื้อรายใหม่ลดลงจาก 143,000 รายในปี 2534 เหลือ 19,000 รายในปี 2546 จึงเรียกได้ว่าประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมายย่อยที่ 7 ของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ-ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558 แล้ว

ความสำเร็จนี้เกิดจากการเจตน์จำนงทางการเมืองและการสนับสนุนของผู้นำในต้นทศวรรษ 1990 ซึ่งทำให้เกิดบริบททางนโยบายที่เอื้ออำนวยต่อการรับมือและต่อสู้กับโรคเอดส์ และสามารถระดมความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ นอกภาคสาธารณสุข จัดสรรงบประมาณที่จำเป็น รมณรงค์ให้สังคมยอมรับ สนับสนุนให้มีการปรึกษาหารือเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการใช้ถุงยางอนามัยกันอย่างเปิดเผย

### แผนภูมิที่ 3.2 : อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ปี 2528-2545



ที่มา : โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ, มกราคม 2547

### อัตราการติดเชื้อรายใหม่ลดลง

ในระยะแรกของการระบาดของโรคเอดส์กระจุกตัวในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ และประมาณร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อเป็นผู้มีชายเสพติดและชายรักร่วมเพศ ประเทศไทยเริ่มเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อในกลุ่มสตรีมีครรภ์โดยใช้เป็นตัวชี้วัดภาวะการติดเชื้อในกลุ่มประชากรทั่วไป ในปี 2533 ไม่มีรายงานการติดเชื้อ ต่อมาอัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นจนสูงสุดที่ร้อยละ 2.3 ในปี 2538 จากนั้นก็ลดลงเหลือร้อยละ 1.4 ในปี 2545

### ตารางที่ 3.14 : สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ปี 2546

จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยังมีชีวิต	604,000
อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรอายุ 15-49 ปี	1.54%
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดที่ยังมีชีวิตอยู่	>1,000,000
จำนวนผู้ตายด้วยโรคเอดส์ตั้งแต่เริ่มระบาด	460,000
จำนวนผู้ตายด้วยโรคเอดส์ในปี 2546	58,000
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 2546	19,000
จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ในปี 2546	50,000

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข, รายงานสถานการณ์โรค HIV/AIDS และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย, 2546

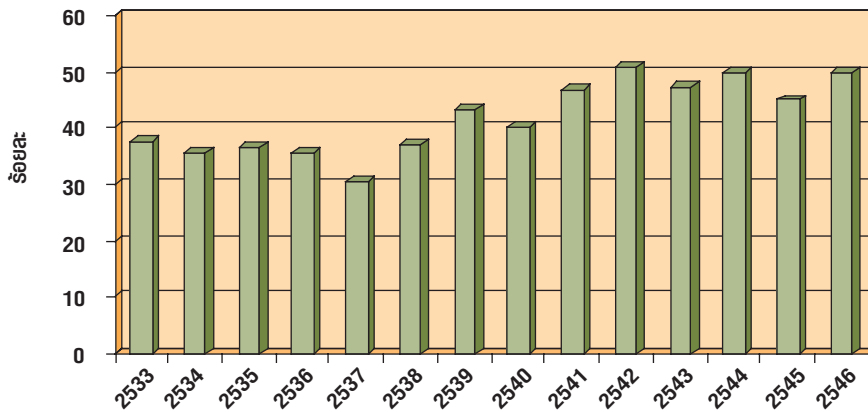
### โรคเอดส์ยังคงเป็นภัยคุกคามสำคัญ

อย่างไรก็ดีประเทศไทยไม่สามารถจะนิ่งนอนใจในความสำเร็จนี้ได้ อัตราการติดเชื้อยังสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ และมีผู้ป่วยโรคเอดส์อีกหลายแสนคน ยิ่งกว่านั้นประเทศไทยยังมีความเสี่ยงต่อการระบาด

ครั้งใหม่ ถ้าประเทศไทยไม่สามารถหยุดยั้งภัยโรคเอดส์ก็จะมีผลสะท้อนรุนแรงต่อความพยายามของประเทศต่างๆ ทั่วโลกที่กำลังพยายามเดินตามรอยประเทศไทยในการต่อสู้กับโรคเอดส์

ในปี 2546 มีผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณ 604,000 คน และโรคเอดส์นี้ได้คร่าชีวิตคนหนุ่มสาวกว่า 460,000 รายแล้ว ทั้งเด็กกำพร้าจำนวนมากให้ครอบครัวญาติพี่น้องและชุมชนช่วยเหลือ นับตั้งแต่เริ่มระบาดคนไทยติดเชื้อโรคเอดส์แล้วประมาณ 1 ล้านคน ในปี 2546 มีจำนวน

### แผนภูมิที่ 3.3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ฉีดยาเสพติด ปี 2533-2546



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา, กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 19,000 คน และมีผู้เสียชีวิต 50,000 คน โรคนี้ทำให้อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของคนไทยลดลง ซึ่งมีผลให้ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของประเทศไทยในปี 2546 ลดลง 4 ลำดับ

จากการศึกษาในปี 2544 พบว่าโรคเอดส์เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ชายและหญิงไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร<sup>31</sup>

#### การเปลี่ยนแปลงพื้นที่ระบาด

การเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อในกลุ่มสตรีมีครรภ์ แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ระบาด ในระยะแรกภาคเหนือมีอัตราการแพร่ระบาดสูงที่สุด แต่ในปี 2545 สถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป มี 19 จังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าร้อยละ 2 (7 ในภาคกลาง, 3 ในภาคเหนือ, 1 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 8 ในภาคใต้) ทั้งนี้พบอัตราสูงที่สุดในจังหวัดที่เป็นแหล่งที่พอกอาศัยของชุมชนประมง

#### โรคเอดส์ยังแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่ม

แม้จะสามารถชะลอการแพร่ระบาดในประชากรทั่วไปได้ ไวรัสโรคเอดส์ยังคงแพร่ระบาดในประชากรบางกลุ่ม พบว่าอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 17 ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ (สูงขึ้นจากร้อยละ 4 ในปี 2534) ร้อยละ 50 ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (สูงขึ้นจากร้อยละ 35 ในปี 2539) และร้อยละ 6 ในกลุ่มคนงานอพยพในแหล่งอุตสาหกรรมและอัตราการติดเชื้อยังสูงในกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศคือ สูงถึงร้อยละ 20 ในภาคเหนือและภาคกลางของประเทศ

ชาวประมงและผู้ที่ทำงานบนเรือประมงเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญเพราะยากแก่การเข้าถึงเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และจะมีพฤติกรรมทางเพศแบบสุ่มเสี่ยงยิ่งกว่านั้นกลุ่มนี้ยังมักใช้ยาเสพติดแบบฉีด แต่มีข้อสังเกต

ว่าอัตราการติดเชื้อในคนงานต่างชาติในอุตสาหกรรมประมงต่ำกว่าในกลุ่มคนงานชาวไทย

#### คนหนุ่มสาวคือกลุ่มเสี่ยงสำคัญ

หนุ่มสาวไทยยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ โดยเฉพาะผู้หญิงจะมีความเสี่ยงสูงกว่า กระทรวงสาธารณสุขประมาณการว่าในกลุ่มอายุ 15-29 ปีนั้นร้อยละ 61 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นสตรี<sup>32</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น และข้อมูลจากการสำรวจพบว่าร้อยละ 28 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์<sup>33</sup> และเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ได้รับบริการป้องกันโรคเอดส์<sup>34</sup> อาจกล่าวได้ว่าการณรงค์ที่ได้สร้างตระหนักรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างเข้มข้นและกว้างขวางเมื่อต้นทศวรรษ 1990 เหลือเพียงความทรงจำเท่านั้น

#### เด็กกำพร้าจากโรคเอดส์

แหล่งข้อมูลต่างๆ ประมาณการจำนวนเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ไว้แตกต่างกันมาก การศึกษาในปี 2544 ประมาณการว่าเด็ก 289,000 คนได้สูญเสียมารดาด้วยโรคเอดส์

เด็กกำพร้าจากโรคเอดส์ถูกจำกัดโอกาสทางการศึกษารักษาและผู้ป่วยโรคเอดส์โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยขั้นสุดท้ายต้องใช้เงินและเวลาอย่างมาก สมาชิกในครอบครัวต้องแบ่งสรรเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วย หรือต้องระดมกำลังในการทำงานเพื่อหาเงินมาชดเชยค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจรวมถึงการให้เด็กออกจากโรงเรียนเพื่อช่วยรักษาพยาบาลหรือช่วยทำงานหาเงินและแม้ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตแล้ว เด็กกำพร้าโรคเอดส์มักอาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายที่ยากจนและต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานก่อนวัยอันควร<sup>35</sup>

<sup>31</sup> สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข, "การศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย 9 จังหวัดและ 4 เขตในกรุงเทพมหานคร, 2544.การศึกษานี้คำนวณจำนวนปีที่เสียไปจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

<sup>32</sup> จรัล ตฤณวุฒิพงศ์ (อธิบดีกรมควบคุมโรค), เอกสารนำเสนอในการประชุม, 7 กรกฎาคม 2546

<sup>33</sup> สำนักระบาดวิทยา, สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย, มีนาคม 2546

<sup>34</sup> Coverage survey, Futures Groups, 2003 and Response survey SEAPICT/ADB 2003

<sup>35</sup> สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, ประเทศที่ยากกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย, 2547 (UNDP, Thailand's Response to HIV/AIDS: Progress and Challenges, 2004)

ตารางที่ 3.15 : พฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไทยปี 2542 และปี 2545

นักเรียนระดับมัธยมศึกษาชาย	2542		2545	
	มีเพศสัมพันธ์ (%)	ใช้ถุงยางอนามัย (%)	มีเพศสัมพันธ์ (%)	ใช้ถุงยางอนามัย (%)
เคยมีเพศสัมพันธ์	11.3	20.8	13.2	27.7
เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เพื่อนสนิท	8.6	9.4	8.8	17.5
เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น	4.4	16.7	4.3	25.7
เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ	2.8	37.5	2.2	50
เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย	2.1	19.7	2.2	15.4

ที่มา : สำนักวิชาวิทยา, สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย, มีนาคม 2546

### การบำบัดรักษา - แนวรบใหม่

ยา ARV เคยมีราคาสูง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ในระยะแรกยานี้ใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดจากแม่สู่ลูก ในปี 2546 มีผู้ป่วยโรคเอดส์เพียง 20,000 คน จากทั้งหมด 100,000 คนที่จำเป็นต้องใช้และได้รับยา ARV ด้วยการสนับสนุนจากโครงการกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย รัฐบาลไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะจัดสรรยา ARV ให้แก่ผู้ป่วยอีก 50,000 คนภายในปี 2547

### ภารกิจที่ท้าทาย

ประเทศไทยกำหนดเป้าหมาย MDG+ เพื่อลดอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ในประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือร้อยละ 1 ภายในปี 2549 โดยมีภารกิจสำคัญที่ต้องดำเนินการดังนี้

- 1. สังเคราะห์บทเรียนจากความสำเร็จในอดีต** รัฐบาลไทยควรใช้ประสบการณ์ความสำเร็จในการชะลอและต่อสู้ภัยโรคเอดส์ตอนทศวรรษที่ 1990 มาหนุนเสริมนโยบายปัจจุบันและเผยแพร่ให้เป็นกรณีศึกษาแก่ประเทศอื่นๆที่กำลังพยายามรับมือกับโรคที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น
- 2. อาศัยภาวะการนำทางการเมืองกระตุ้นความร่วมมือเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์** จำเป็นที่ทุกภาคส่วนของสังคมไทย — มีใช้เฉพาะฝ่ายสาธารณสุข — จะต้องร่วมมือกันเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ การระดมพลังสังคมในการป้องกันการติดเชื้อและให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ตลอดจนลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดแก่ครอบครัวผู้ป่วยควรจะเป็น

ส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ของผู้ว่าราชการจังหวัดแบบบูรณาการและการวางแผนพัฒนาตำบล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ มีปัญหาทรูแรนง

**3. เน้นการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเยาวชน** จำเป็นต้องควบคุมอัตราการติดเชื้อจากแหล่งบริการทางเพศ และจะต้องให้ความสนใจกับเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ นอกจากนั้นยังจะต้องคำนึงถึงกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ อาทิเช่น ประชากรที่เคลื่อนย้ายที่อยู่บ่อยๆ ชายรักร่วมเพศ และผู้ฉีดยาเสพติด

**4. ระดมการสนับสนุนจากโรงเรียนทั้งหมด** จำเป็นต้องรณรงค์ให้โรงเรียนทั้งหมดให้การศึกษารื่องโรคเอดส์ และเพศศึกษาให้มากกว่าการสอนบทเรียนทางชีววิทยาแบบเดิม มาตรการนี้มีความสำคัญยิ่งในการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มคนหนุ่มสาว ยุทธศาสตร์การศึกษาของชาติทั้งระดับโรงเรียนและอุดมศึกษาควรรวมการศึกษาทักษะชีวิต การสนับสนุนให้มีการอภิปรายพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์และสุขภาพ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ฯลฯ และจะต้องกำหนดมาตรการพิเศษเพื่อช่วยเหลือเด็กกำพร้าจากโรคเอดส์อย่างเร่งด่วน

**5. ให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกคนเข้าถึงยา ARV** ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่ดีและสามารถผลิตยา ARV เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยได้ในต้นทุนต่ำกว่า 300 เหรียญสหรัฐต่อคนใช้ต่อเดือน จึงตั้งเป้าหมายจะเป็นผู้นำในการรณรงค์ระดับโลกเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถเข้าถึงยา ARV ให้มากกว่าที่องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 50 สำหรับประเทศกำลังพัฒนา



## เป้าหมายย่อยที่ 8 : ป้องกันและลดการเกิดโรคมalariaเรื้อ และโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี 2558

### ประเมินผลการพัฒนา

บรรลุเป้าหมายแล้วสำหรับมาลาเรีย มีโอกาสจะบรรลุเป้าหมายสำหรับวัณโรค

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2545
อัตราการเกิดโรคมalariaเรื้อต่อประชากร 100,000 <sup>ก</sup>	518	150	160	117 (2544)
อัตราการตายด้วยโรคมalariaเรื้อต่อประชากร 100,000	-	1.4	1.0	0.7 (2544)
อัตราผู้ป่วยโรควัณโรคต่อประชากร 100,000	35.3 (2535)	37.4	51.8	48.4 (2544)
อัตราการตายด้วยโรควัณโรคต่อประชากร 100,000	6.8	7.0	5.6 (2542)	-
อัตราผู้ป่วยโรคหัวใจต่อประชากร 100,000 <sup>ข</sup>	76 (2534)	129.7	285	458.4
อัตราการตายด้วยโรคหัวใจต่อประชากร 100,000 <sup>ค</sup>	51.3	69.2	32	24.6

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★	★ ★ ★

ดูคำอธิบายการประเมินข้อมูลภาคผนวก 3

### MDG+

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
ลดอัตราการเกิดโรคมalariaเรื้อใน 30 จังหวัดชายแดนใต้เหลือ 1.4 ต่อประชากร 1,000 ภายในปี 2549 <sup>ก</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>อัตราการเกิดโรคมalariaเรื้อใน 30 จังหวัดชายแดน<sup>ข</sup></li> <li>อัตราผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจ<sup>ค</sup></li> </ul>

ก. อัตราการเกิดโรคเป็นตัวเลขที่เฉพาะสมกว่าอัตราความชุกของโรคสำหรับรูปแบบการระบาดของมาลาเรียในประเทศไทย

ข. อัตราผู้ป่วยโรคหัวใจ (การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล) และอัตราการตายของโรคหัวใจเป็นตัวชี้วัด MDG+ เพราะโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญของคนไทยที่สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้

ค. กำหนดให้อัตราการเกิดมาลาเรื้อใน 30 จังหวัดชายแดนซึ่งเป็นพื้นที่ระบาดสูงเป็นตัวชี้วัด MDG+

## รายงานผลการพัฒนา

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการต่อสู้กับโรคมมาเลียและวัณโรคและสามารถลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายให้อยู่ในระดับต่ำอย่างต่อเนื่อง แต่การแพร่ระบาดของวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์และอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจที่เพิ่มสูงขึ้นยังเป็นเรื่องท้าทายในปัจจุบัน

### อัตราการเกิดโรคมมาเลียลดลง

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการรณรงค์ต่อสู้โรคมมาเลีย อัตราการตายจากโรคมมาเลียลดลงจนไม่เป็นภัยคุกคามต่อชีวิตประชากรส่วนใหญ่

### การป้องกันโรคมมาเลีย

ประเทศไทยดำเนินการป้องกันโรคมมาเลียด้วยวิธีต่างๆ เช่น ใช้มุ้งกันยุง ฉีดพ่นเคมีและหมอกควัน ตลอดจนควบคุมลูกน้ำในแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะ การดำเนินการดังกล่าวครอบคลุมประชากรประมาณ 5 ล้าน คนในปี 2544

ปัจจุบันโรคมมาเลียกระจุกตัวในบริเวณพื้นที่ชายแดนในปี 2544 ร้อยละ 77 ของผู้ป่วย พบในจังหวัดชายแดน 10 จังหวัด (7 จังหวัดชายแดนไทย-พม่า และ 3 จังหวัดชายแดนไทย-กัมพูชา) แม่ฮ่องสอน ตาก และกาญจนบุรี ซึ่งอยู่แนวชายแดนไทย-พม่า มีอัตราการตายสูงสุดคือ 6.8, 6.5 และ 5.1 ต่อประชากร 100,000 ตามลำดับ ผู้อพยพเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ

## วัณโรค — ภัยคุกคามครั้งใหม่ที่มาพร้อมกับเอดส์

ประเทศไทยต่อสู้กับวัณโรคมาหลายทศวรรษและสามารถลดอัตราความชุกและอัตราการตายได้สำเร็จ แต่โรคเอดส์ทำให้วัณโรคกลับมาเป็นภัยคุกคามอีกครั้ง ประมาณการว่าในจำนวนผู้ป่วยวัณโรค 80,000-100,000 รายนั้น 30,000 ราย คือผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ร่วมด้วย อัตราการป่วยเป็นวัณโรคร่วมในผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 14.5 ในปี 2532 เป็น 31.8 ในปี 2544<sup>36</sup> ทำให้วัณโรคกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้ป่วยโรคเอดส์

### การบำบัดรักษาวัณโรคดีขึ้น

ประเทศไทยได้นำการบำบัดรักษาวัณโรคแบบใหม่ที่เรียกว่า Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) ซึ่งให้ผู้ป่วยรับประทานยาโดยมีบุคลากรทางแพทย์หรือผู้อื่นดูแลกำกับเพื่อให้แน่ใจว่ารับประทานยาตรงตามเวลาและต่อเนื่องมาใช้ในปี 2539 โดยเริ่มนำร่องที่ 8 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประสบผลสำเร็จน่าพอใจ อัตราการรักษาหายขาดสูงกว่าร้อยละ 80 ในปี 2544 ได้ใช้ DOTS ในทุกจังหวัด โดยประมาณการความสำเร็จเฉลี่ยที่ร้อยละ 73<sup>37</sup>

### โรคหัวใจคือภัยคุกคามรูปแบบใหม่

โรคหัวใจเป็นหนึ่งในสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญที่สุดของคนไทย อัตราผู้ป่วย (การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล)

ตารางที่ 3.16 : อัตราการเกิดโรคและอัตราการตายด้วยโรคมมาเลีย ปี 2533 - 2544

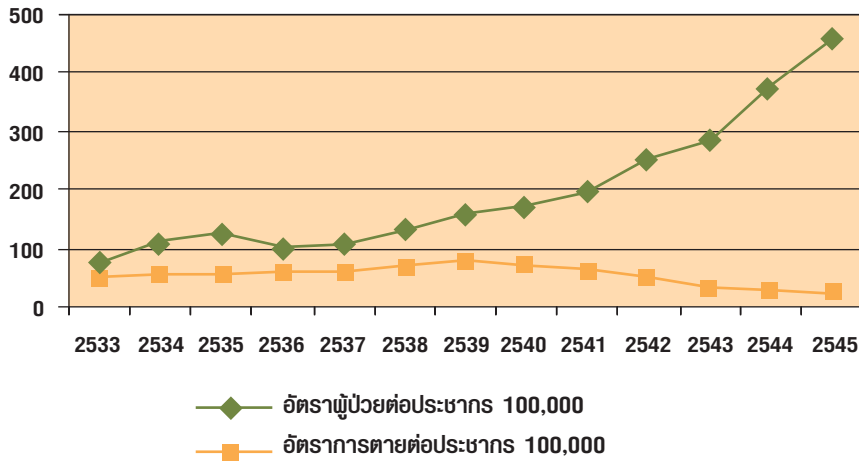
มาเลีย	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	เป้าหมาย สธ ปี 2549
อัตราการเกิดโรค ต่อประชากร 1,000 (30 จังหวัดชายแดน)	-	-	-	-	-	-	-	4.4	4.34	5.16	3.69	2.82	1.4
อัตราการเกิดโรค ต่อประชากร 1,000 (ประเทศ)	5.18	3.74	2.85	2.31	1.87	1.50	1.56	1.78	2.21	2.27	1.60	1.17	0.5
อัตราการตาย ต่อประชากร 1,000 (ประเทศ)	-	-	-	-	-	1.44	1.35	1.23	1.00	1.20	1.01	0.68	0.3

ที่มา : กองระบาดวิทยา (ปัจจุบันคือ สำนักระบาดวิทยา), กระทรวงสาธารณสุข

<sup>36</sup> กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย 2542-2543, 2545, หน้า 235.

<sup>37</sup> กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ (ปัจจุบันเป็นส่วนหนึ่งของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กรมควบคุมโรค)

แผนภูมิที่ 3.4 อัตราผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจ ปี 2533-2545



เพิ่มสูงขึ้นทศเท่าจาก 76 ต่อประชากร 100,000 ในปี 2534 เป็น 458 ในปี 2545 ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกายซึ่งเป็นปัญหาที่พบทั่วไปของชีวิตคนเมืองใหญ่

แต่ระบบการบริการสุขภาพที่ดีและการปรับระบบการวิเคราะห์สาเหตุการตายทำให้อัตราการตายสูงสุดคือ 79.5 ต่อประชากร 100,000 ในปี 2539 ลดลงเหลือ 24.6 ในปี 2545 นับตั้งแต่ปี 2542 มะเร็งกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยแทนโรคหัวใจ<sup>38</sup>

### ภารกิจที่ท้าทาย

ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมาลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดน ให้ต่ำกว่า 1.4 ต่อประชากร 1,000 ภายในปี 2549 โดยมียุทธศาสตร์การต่อสู้โรคมาลาเรีย วัณโรคและโรคหัวใจ ดังนี้

- 1. ประสานความร่วมมือระดับภูมิภาคเพื่อต่อสู้กับ มาลาเรีย** การควบคุมโรคมาลาเรียให้ได้ผลยั่งยืนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชายแดนต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน
- 2. เพื่าระวังการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์** วัณโรคเป็นภัยคุกคามสำคัญของผู้ป่วยโรคเอดส์ แต่การป้องกันวัณโรคมิใช่เรื่องง่ายเพราะเป็นโรคที่ติดต่อทางการหายใจ อย่างไรก็ตามสิ่งที่จำเป็นต้องรับมือกับปัญหาวัณโรคและดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
- 3. รณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจ** สาเหตุสำคัญของโรคหัวใจมิใช่เชื้อโรค แต่เป็นพฤติกรรมการดำรงชีวิต ฉะนั้นจะต้องเน้นแนวทางสาธารณสุขเชิงป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ การรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเป็นมาตรการสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในประชากรทุกกลุ่มอายุ

ตารางที่ 3.17 : อัตราผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรควัณโรค ปี 2533 - 2544

วัณโรค	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2545	2543	2544
อัตราผู้ป่วยต่อประชากร 100,000	-	-	35.27	36.15	38.00	37.45	41.58	44.04	46.52	50.47	51.82	48.37
อัตราการตายต่อประชากร 100,000	6.8	6.5	6.3	6.1	5.9	7.0	7.7	6.2	5.8	5.6	-	-

ที่มา : กองระบาดวิทยา, กระทรวงสาธารณสุข

<sup>38</sup> กระทรวงสาธารณสุข, การสาธารณสุขไทย 2542-2543, หน้า 182, 2545. ทั้งนี้ควรคำนึงด้วยว่ากองระบาดวิทยาประมาณการว่าข้อมูลการตายจากโรคเอดส์ต่ำกว่าความเป็นจริงประมาณ 3.3 เท่า

## เป้าหมายหลักที่ 7 : รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

**เป้าหมายย่อยที่ 9 : กำหนดนโยบายและแผนพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน และลดการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม**

### ประเมินผลการพัฒนา

มีโอกาสบรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	2533	2538	2543	2545
สัดส่วนพื้นที่ป่าต่อพื้นที่ประเทศ (%)	28	25.6	25.3 (2541)	33 (2543)
สัดส่วนพื้นที่อนุรักษ์เพื่อพิทักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพต่อพื้นที่ประเทศ (%)	12.4	15	17.6	-
อัตราการใช้พลังงานต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ 1,000 บาท (กิโลกรัมเทียบเท่าน้ำมันดิบ) <sup>ก</sup>	15.7	15.5	15.7	15.9
อัตราการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อประชากร (เมตริกตัน)	2.4	3.6	2.3	-
อัตราการใช้สารทำลายโอโซนประเภท CFCs (เมตริกตัน)	7,262	8,314	3,586	-
สัดส่วนประชากรที่ใช้เชื้อเพลิงประเภทฟืนถ่าน (%)	65.5	47.2	36.3	30.5

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★	★ ★ ★ ★	★ ★ ★

ดูคำอธิบายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

### MDG+

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด <sup>ข</sup>
เพิ่มสัดส่วนพลังงานหมุนเวียนให้เป็นร้อยละ 8 ของพลังงานเชิงพาณิชย์ขั้นต้นภายในปี 2554	<ul style="list-style-type: none"> <li>พื้นที่ป่าชายเลน</li> <li>สัดส่วนพลังงานหมุนเวียนในพลังงานเชิงพาณิชย์ขั้นต้น</li> <li>สัดส่วนแม่น้ำสายหลักที่มี DO, BOD และ TCB ต่ำกว่ามาตรฐาน</li> <li>สัดส่วนขยะมูลฝอยที่นำมาใช้ประโยชน์ใหม่</li> </ul>
เพิ่มสัดส่วนการนำขยะมูลฝอยมาใช้ประโยชน์เป็นร้อยละ 30 ภายในปี 2549	

ก. ใช้ตัวชี้วัด MDG ทั้งหมดยกเว้นตัวชี้วัดด้านพลังงาน ซึ่งแสดงค่าเป็นเงินบาทในราคาปี 2531

ข. เพิ่มตัวชี้วัด MDG+ เรื่องป่าชายเลน พลังงานทดแทน คุณภาพน้ำ และการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล ซึ่งเป็นจุดเน้นของนโยบายสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย

## รายงานผลการพัฒนา

ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการพิทักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพและสามารถลดการปล่อยสารคาร์บอนไดออกไซด์และสารทำลายโอโซน แต่ยังคงต้องเร่งรัดการดำเนินงานด้านอื่นๆ การแสวงหาคุณภาพระหว่างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและการสงวนรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมยังเป็นเรื่องท้าทายสำคัญ

### ป่าไม้ลดลงแม้ว่าจะได้พยายามสงวนรักษาและปลูกป่า

ในช่วงปี 2532 ถึงปี 2541 ประเทศไทยได้เร่งรัดการสงวนรักษาและขยายพื้นที่ป่า ซึ่งมีผลในการชะลออัตราการสูญเสียพื้นที่ป่าที่ลดลงจากร้อยละ 28 เหลือร้อยละ 25.3 ของพื้นที่ประเทศ<sup>39</sup>

อย่างไรก็ดีในช่วงปี 2533-2544 พื้นที่อนุรักษ์เพื่อสงวนรักษาความหลากหลายทางชีวภาพมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.4 เป็น 17.6 ของพื้นที่ประเทศ และได้มีการปลูกป่าทดแทนและเพิ่มเติม โครงการปลูกป่าถาวรเฉลิมพระเกียรติเนื่องในวโรกาสทรงครองราชย์ 50 ปี มีเป้าหมายที่จะปลูกป่าในพื้นที่อนุรักษ์ 5 ล้านไร่ภายในปี 2537-2550

ในช่วงปี 2534-2541 พื้นที่ป่าชายเลนใน 23 จังหวัดซึ่งถือเป็นทรัพยากรที่มีค่าของประเทศลดลงจากประมาณ 1,700 ตร.กม. เหลือ 1,500 ตร.กม. แม้ข้อมูลภาพถ่ายดาวเทียมจะแสดงว่าพื้นที่ป่าชายเลนได้เพิ่มขึ้นเป็น 2,400 ตร.กม. ในปี 2543 แต่ข้อมูลนี้ยังไม่ได้รับการตรวจสอบยืนยันด้วยการสำรวจภาคพื้นดิน

ประเทศไทยมีพื้นที่ชุ่มน้ำที่มีความสำคัญระดับนานาชาติ 42 แห่ง (ร้อยละ 3 ของพื้นที่ประเทศ) พื้นที่ชุ่มน้ำที่มีความสำคัญระดับชาติ 48 แห่ง และยังมีพื้นที่ชุ่มน้ำใน

ตารางที่ 3.18 : นโยบายและแผนการรักษาและจัดการป่าไม้

นโยบาย/แผน	พื้นที่ป่าทั้งหมด	พื้นที่ป่าอนุรักษ์	พื้นที่ป่าเศรษฐกิจหรือป่าชุมชน	อื่นๆ
แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9	25%			ป่าชายเลน 1.25 ล้านไร่
นโยบาย มาตรการ และแผนการอนุรักษ์และการใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน	40%	30%	10% ป่าชุมชนและเพื่อใช้ประโยชน์อื่น ๆ	
นโยบายป่าไม้แห่งชาติ	40%	25%	15% ป่าเศรษฐกิจ	
นโยบายและแผนการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (2540 - 2559)	50%	30%	20% ป่าเศรษฐกิจ	

เขตอุทยานแห่งชาติ เขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า เขตห้ามล่าสัตว์ป่าอีกจำนวนมาก ตั้งแต่ปี 2519 ประเทศไทยได้ประกาศพื้นที่สงวนชีวมณฑล 4 แห่ง รวมเนื้อที่ประมาณ 850 ตร.กม.

### การคุ้มครองทางกฎหมายและการบริหารจัดการที่ดีเป็นหัวใจสำคัญของการอนุรักษ์

จุดเปลี่ยนสำคัญของการอนุรักษ์ผืนป่า ได้แก่การเกิดอุทกภัยครั้งใหญ่เมื่อปี 2532 ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการทำลายป่า เหตุการณ์ครั้งทำให้นั้นกรมป่าไม้ประกาศยกเลิกสัมปทานป่าไม้ มาตรการอื่นที่สำคัญ ได้แก่พระราชบัญญัติการปลูกป่าปี พ.ศ.2535 มติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวกับการกำหนดชั้นคุณภาพลุ่มน้ำและการให้สัตยาบันอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพในปี 2546 ร่างพระราชบัญญัติป่าชุมชนที่กำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาของรัฐสภา

การปรับเปลี่ยนที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรักษาและจัดการป่า ปัจจุบันชุมชนท้องถิ่นและเครือข่ายพิทักษ์ป่าได้มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและร่วมบริหารจัดการป่าไม้และทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ

### สู่เป้าหมายประสิทธิภาพการใช้พลังงาน

ในระหว่างปี 2533 ถึง 2544 อัตราการบริโภคพลังงานต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเพิ่มขึ้นจาก 15.7 เป็น 15.9 กิโลกรัมเทียบเท่าน้ำมันดิบต่อ 1,000 บาท (ราคาปี 2531) มูลค่าการบริโภคพลังงานของประเทศไทยในปี 2545 คือ 800,000 ล้านบาท หรือร้อยละ 14 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะบริโภคพลังงานเพิ่มขึ้น แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้โดยตั้งเป้าหมาย

<sup>39</sup> ข้อมูลล่าสุดในปี 2543 แสดงว่าพื้นที่ป่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33 แต่ข้อมูลนี้ยังไม่ได้รับการยอมรับกันทั่วไป เพราะไม่ชัดเจนว่าเป็นการเพิ่มขึ้นของพื้นที่ป่าหรือเกิดจากการเปลี่ยนมาตราส่วนการอ่านข้อมูลภาพถ่ายดาวเทียม

ที่จะรักษาอัตราการเพิ่มขึ้นของการบริโภคพลังงานให้ต่ำกว่าอัตราความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ยุทธศาสตร์พลังงานแห่งชาติซึ่งนำเสนอในเดือนพฤศจิกายน 2546 ก็ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการบริโภคพลังงานต่ออัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจจาก 1.4:1 เป็น 1:1 ในปี 2550 โดยเน้นการประหยัดพลังงานในภาคการขนส่งและอุตสาหกรรมซึ่งใช้พลังงานมากที่สุด<sup>40</sup>

### พลังงานทดแทน

พลังงานทดแทนมีบทบาทสำคัญต่อความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม และช่วยประหยัดเงินตราต่างประเทศ ยุทธศาสตร์พลังงานแห่งชาติปี 2546 ตั้งเป้าหมายจะเพิ่มสัดส่วนพลังงานทดแทนในพลังงานเชิงพาณิชย์ขึ้นต้นจากร้อยละ 0.5 เป็นร้อยละ 8 ในปี 2554

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่ได้พัฒนาการใช้พลังงานชีวมวลอย่างกว้างขวาง ในปี 2543 พลังงานชีวมวลคิดเป็นร้อยละ 0.7 ของพลังงานไฟฟ้าเท่านั้น ปัจจุบันรัฐบาลสนับสนุนพลังงานชีวมวลเพื่อให้มีการใช้แหล่งพลังงานในประเทศอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ชุมชนเกษตรยังจะได้ประโยชน์จากการพัฒนาพลังงานทดแทนอีกด้วย

### ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์

ประเทศไทยลงนามให้การรับรองอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเมื่อปี 2535 และให้สัตยาบันเพื่อเข้าร่วมเป็นประเทศภาคีอนุสัญญาในปี 2537 รวมทั้งได้ลงนามในพิธีสารเกียวโต ในปี 2542 และได้นำเสนอข้อมูลการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของประเทศเป็นครั้งแรกต่อเลขาธิการอนุสัญญาฯ ในปี 2543 ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานตามกลไกการพัฒนาที่สะอาดภายใต้พิธีสารเกียวโตซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนประเทศต่างๆ ในการลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์

ในช่วงปี 2533-2544 ประเทศไทยปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เฉลี่ยประมาณ 2.4 เมตริกตันต่อประชากรต่อปี<sup>41</sup> การผลิตพลังงานไฟฟ้า การขนส่ง และ

อุตสาหกรรมปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ถึงร้อยละ 92 ส่วนที่เหลือมาจากเคหะชุมชน พาณิชยกรรม เกษตรกรรม และการก่อสร้าง

### ลดการใช้สารเคมีทำลายชั้นโอโซนได้มาก

ประเทศไทยร่วมลงนามเป็นสมาชิกอนุสัญญาว่าด้วยการป้องกันบรรยากาศชั้นโอโซน (อนุสัญญาเวียนนา) และพิธีสารมอนทรีออลในปี 2532 ประเทศไทยได้ลดการใช้สารคลอโรฟลูออโรคาร์บอน (CFCs) ลงจาก 0.1 เป็น 0.06 กิโลกรัมต่อประชากรต่อปี ในช่วงปี 2533-2543

ตารางที่ 3.20 : การใช้ฟืนและถ่านเพื่อหุงต้ม ปี 2533-2545

ประชากรที่ใช้ฟืนและถ่านในการหุงต้ม	2533 (%)	2545 (%)
ทั่วประเทศ	65.5	30.5
ภาคเหนือ	80.1	36.3
ภาคกลาง	64.0	15.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	91.9	59.4
ภาคใต้	54.9	10.8

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน 2533, 2545

### คนไทยลดการใช้ฟืนและถ่านได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง

การหุงต้มด้วยฟืนและถ่านเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศ สัดส่วนประชากรที่หุงต้มด้วยฟืนและถ่านลดลงจากร้อยละ 66 เหลือ 31 ในระหว่างปี 2533 ถึง 2545 โดยคนไทยได้หันไปใช้เตาไฟฟ้าและก๊าซแทน แต่ครัวเรือนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังใช้ฟืนและถ่านอยู่มาก เพราะหาง่ายและราคาถูกกว่าเชื้อเพลิงประเภทอื่น ทั้งนี้ควรคำนึงด้วยว่าฟืนและถ่านก็สามารถใช้เป็นแหล่งพลังงานที่ยั่งยืนได้หากมีการพัฒนาทางเทคโนโลยีที่เหมาะสมและปลูกไม้ทดแทนอย่างเพียงพอ

ตารางที่ 3.19 : การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ปี 2534-2544

	2534	2538	2540	2541	2542	2543	2544
การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (เมตริกตันต่อประชากร)	2.4	3.6	2.4	2.3	2.4	2.3	2.5

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สถิติสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย, อ้างอิงข้อมูลการพัฒนาและส่งเสริมพลังงาน (ปัจจุบันคือ การพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน)

<sup>40</sup> กระทรวงพลังงาน, ยุทธศาสตร์พลังงานเพื่อการแข่งขันของประเทศ, พฤศจิกายน 2546

<sup>41</sup> การจัดเก็บและคำนวณข้อมูลตามวิธีการและมาตรฐานสากลแสดงว่าประเทศไทยปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ 3.4 เมตริกตันต่อประชากร ในปี 2537 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้นำเสนอในรายงานแห่งชาติฉบับที่ 1 ในปี 2543 ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีพันธะยึดครองที่จะต้องกำหนดเป้าหมายในการลดปริมาณก๊าซเรือนกระจก และยังมิได้จัดเก็บและคำนวณข้อมูลการปล่อยก๊าซเรือนกระจกตามวิธีการและมาตรฐานของ International Panel on Climate Change ทั้งนี้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งได้พิจารณาเห็นว่าการจัดเก็บและคำนวณข้อมูลดังกล่าวให้ครอบคลุมทุกภาคส่วนเศรษฐกิจจะต้องใช้งบประมาณสูงมาก

## คุณภาพน้ำ

แม่น้ำลำคลองเป็นเส้นเลือดหล่อเลี้ยงชีวิตคนไทย ปัจจุบันประเทศไทยได้เพิ่มการติดตามเฝ้าระวังคุณภาพแม่น้ำสายหลัก และมีสัญญาณการเปลี่ยนแปลงที่ดีจากการสำรวจในปี 2545 แม่น้ำสายหลักที่ได้ทำการตรวจวัดคุณภาพน้ำ มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่มีค่าออกซิเจนละลาย (dissolved oxygen — DO) ต่ำกว่า 2 มิลลิกรัม/ลิตร เปรียบเทียบกับร้อยละ 37 ในปี 2533 อย่างไรก็ตาม ปริมาณความสกปรกในรูปแบบบีโอดี (ความต้องการออกซิเจนเพื่อย่อยสลายสารอินทรีย์ของจุลินทรีย์ในน้ำ)(biochemical oxygen demand — BOD) และปริมาณการปนเปื้อนแบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มทั้งหมด (total coliform bacteria — TCB) ยังคงค่อนข้างสูง แผนพัฒนา ฉบับที่ 9 ได้ตั้งเป้าหมายที่จะรักษาคุณภาพแม่น้ำสายหลักให้ดีกว่าเกณฑ์มาตรฐานตลอดปี (ออกซิเจนละลายไม่น้อยกว่า 2 มิลลิกรัม/ลิตร) ซึ่งจะต้องอาศัยการจัดการลุ่มน้ำที่ดี การมีส่วนร่วมของประชาชน และการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสะอาด

## ขะยังเป็นปัญหาสำคัญ

การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล และขยะอุตสาหกรรมเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมสำคัญของไทย ในระหว่างปี 2533-2544 อัตราการนำขยะมูลฝอยมาใช้ประโยชน์ใหม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 เป็น 16 แต่ก็ยังต่ำกว่าร้อยละ 30 ซึ่งเป็นเป้าหมายของแผนพัฒนา ฉบับที่ 9 และเพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงมีการกำหนดเป้าหมาย MDG+ ไว้ที่ร้อยละ 30 เช่นเดิม

## ภารกิจที่ท้าทาย

ประเทศไทยได้บูรณาการหลักการและแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยการส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นร่วมดูแลและบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในนโยบายและแผนงานโครงการต่างๆ ซึ่งเป็นภารกิจที่ท้าทายอย่างยิ่ง ในการนี้ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมาย MDG+ อีกสองข้อคือ 1) เพิ่มอัตรา

การนำขยะมูลฝอยมาใช้ประโยชน์ให้เป็นร้อยละ 30 ภายในปี 2549 และ 2) เพิ่มสัดส่วนพลังงานทดแทนในพลังงานเชิงพาณิชย์ขั้นต้นให้เป็นร้อยละ 8 ภายในปี 2554 นอกจากนี้ยังมีแผนการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ที่จะสร้างสมดุลระหว่างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ยุทธศาสตร์สำคัญ ได้แก่

- 1. การติดตามตรวจสอบแผนปฏิบัติการต่างๆ** อย่างใกล้ชิด ปัจจุบันแผนงานโครงการที่มีวัตถุประสงค์ในการชะลอและลดการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมยังไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญการปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูลและติดตามการดำเนินงานทุกขั้นตอน
- 2. พัฒนาเครื่องมือช่วยการตัดสินใจเชิงนโยบาย** การบูรณาการแนวคิดด้านการพัฒนาเศรษฐกิจกับแนวคิดด้านสิ่งแวดล้อมต้องอาศัยเครื่องมือเชิงนโยบายใหม่ๆ อาทิเช่น การบริหารจัดการนิเวศนลุ่มน้ำ การประเมินนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ และจะต้องส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือดังกล่าวอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น
- 3. สร้างเวทีระดับนโยบาย** เพื่อตอบสนองความต้องการในการหารือและแลกเปลี่ยนทัศนะระหว่างกัน จำเป็นต้องเปิดเวทีให้มีการอภิปรายเพื่อพัฒนาแนวคิดและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาที่ยั่งยืนในภาคส่วนต่างๆ ของสังคม ทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
- 4. เสริมสร้างสมรรถนะของหน่วยงานและองค์กรระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น** เนื่องจากหน่วยงานระดับจังหวัดและท้องถิ่นจะรับโอนภารกิจสำคัญหลายด้าน จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างศักยภาพหน่วยงานเหล่านี้ในด้าน การวางแผนและบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

## เป้าหมายย่อยที่ 10 : ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาดและสวมถุงสุขลักษณะลง ครั้งหนึ่งภายในปี 2558

### ประเมินผลการพัฒนา

บรรลุเป้าหมายแล้ว

ตัวชี้วัด	2533	2543	เป้าหมายMDG ปี 2558
สัดส่วนประชากรในเมืองที่เข้าถึงน้ำดื่มสะอาด (%)	96.5	97	98.2
สัดส่วนประชากรในชนบทที่เข้าถึงน้ำดื่มสะอาด (%)	76.4	91	88.2
สัดส่วนประชากรในเมืองที่ใช้สวมถุงสุขลักษณะ (%)	99	99.5	99.5
สัดส่วนประชากรในชนบทที่ใช้สวมถุงสุขลักษณะ (%)	83.1	97	91.5

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและความสำเร็จของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★ ★	★ ★ ★ ★

คู่มืออธิบายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3



## รายงานผลการพัฒนา

ประชากรไทยมีน้ำดื่มสะอาดและส้วมถูกสุขลักษณะเกือบทั้งหมด นับเป็นการบรรลุเป้าหมาย MDG แต่ยังคงควรปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มและส้วมให้ดีขึ้น

### การเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด

ในช่วงทศวรรษ 1990 สัดส่วนประชากรที่มีน้ำดื่มสะอาดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 80 เป็น 93 แนวโน้มดีขึ้นทั้งในเขตเมืองและชนบท แต่ดีขึ้นอย่างรวดเร็วในเขตชนบท กล่าวคือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76 เป็น 91 ซึ่งช่วยลดช่องว่างระหว่างพื้นที่ต่างๆ ของประเทศด้วย

อย่างไรก็ดีควรสังเกตว่าประชากรที่ใช้น้ำประปาเป็นน้ำดื่มมีสัดส่วนน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ใช้น้ำฝนและต้องปรับปรุงคุณภาพน้ำดื่มเอง และในระหว่างปี 2533-2543 สัดส่วนครัวเรือนที่ดื่มน้ำบรรจุขวดเพิ่มสูงขึ้นมากจากร้อยละ 5 เป็น 19 ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประชาชนมีรายได้สูงขึ้น<sup>42</sup>

### คุณภาพน้ำดื่ม

คุณภาพน้ำประปาเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพิจารณาจากการสำรวจพบว่าน้ำประปาในกรุงเทพฯ มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน แต่น้ำประปาต่างจังหวัดมีคุณภาพต่ำกว่า น้ำประปาต่างจังหวัดมีคุณภาพทางกายภาพ (เช่น รสและสี) ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 68 และมีคุณภาพตามเกณฑ์ปริมาณการปนเปื้อนแบคทีเรียร้อยละ 87<sup>43</sup>

## คนไทยใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ

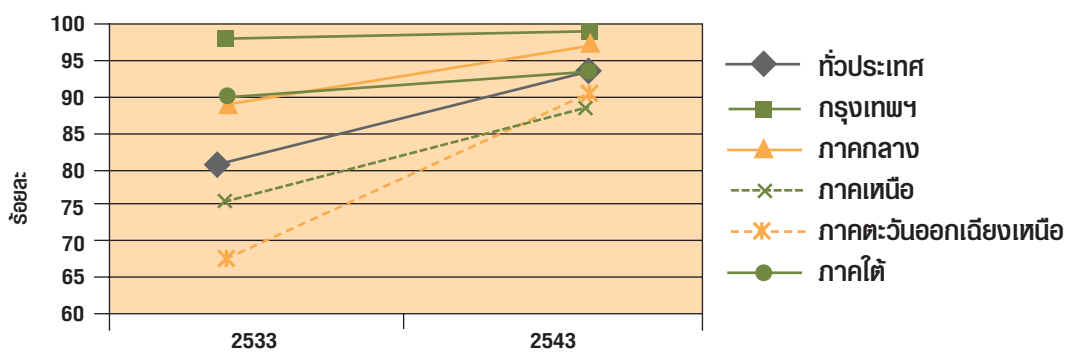
ในทศวรรษที่ผ่านมา สัดส่วนครัวเรือนทั่วประเทศที่ใช้ส้วมถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 86 เป็น 98 ในเขตชนบทเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83 เป็น 97 ซึ่งแสดงว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างภูมิภาคต่างๆ นอกจากบางจังหวัดภาคใต้ ในเขตเมืองสัดส่วนการใช้ส้วมถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 99 เป็น 99.5 ประชากรในเขตชุมชนแออัดก็สามารถเข้าถึงส้วมถูกสุขลักษณะได้ร้อยละ 99 นอกจากในจังหวัดภาคใต้บางแห่ง ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงส้วมถูกสุขลักษณะประมาณร้อยละ 94<sup>44</sup>

### ภารกิจที่ท้าทาย

ในภาพรวมชาวไทยมีน้ำดื่มสะอาดและส้วมถูกสุขลักษณะอย่างทั่วถึง แต่ยังคงควรปรับปรุงด้านคุณภาพโดยเน้นแนวทางดังนี้

1. **พัฒนาคุณภาพน้ำดื่มในท้องถิ่น** ในอนาคตองค์กรท้องถิ่นต้องรับผิดชอบจัดหาน้ำดื่มที่มีคุณภาพและส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนทางเทคนิคจากหน่วยงานต่างๆ
2. **ขยายการให้บริการน้ำประปา** องค์กรท้องถิ่นต่างๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันวางแผนขยายเครือข่ายน้ำประปาในฐานะแหล่งน้ำดื่มสะอาดสำคัญของประชากรในพื้นที่ต่างๆ

แผนภูมิที่ 3.5 : ประชากรที่มีน้ำดื่มสะอาด ปี 2533-2543



<sup>42</sup> สำนักประชากรและทะเบียนข้อมูลแบบสอบถามใช้น้ำดื่มสะอาดจากแหล่งใด ค่าตอบย่อมขึ้นกับหลายปัจจัย อาทิเช่น รสนิยมความสามารถในการซื้อน้ำดื่ม และเครือข่ายบริการสาธารณสุขระดับโลก-สาธารณสุขอุปการ

<sup>43</sup> กรมอนามัย, "การประเมินคุณภาพน้ำและส้วมในประเทศไทย 2545" (Department of Health, Water Supply and Sanitation Assessment in Thailand 2002).

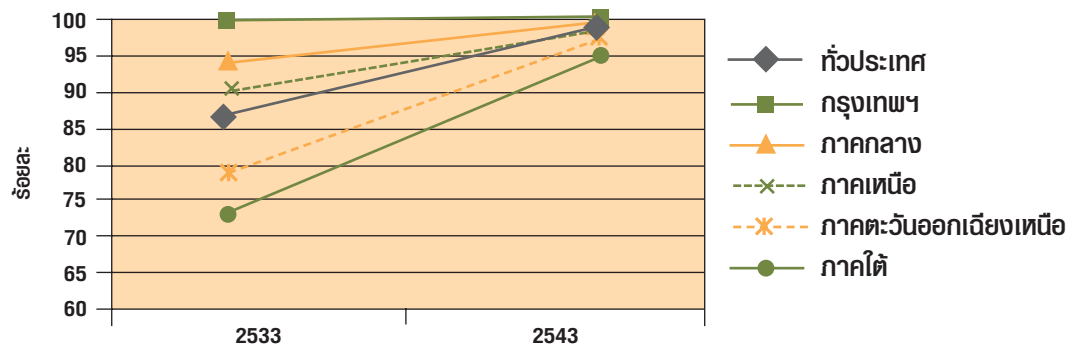
<sup>44</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานการสำรวจลักษณะทางประชากรและสังคมของชุมชนแออัดของจังหวัดปริมณฑลและในภาคต่างๆ, 2541

ตารางที่ 3.21 : การบริโภคน้ำดื่มสะอาดประเภทต่างๆ ปี 2533 และปี 2543

สัดส่วนประชากรที่บริโภคน้ำดื่มสะอาดจากแหล่งต่างๆ (%)	2533 (%)		2543 (%)	
	เมือง	ชนบท	เมือง	ชนบท
น้ำดื่มสะอาดทุกแหล่ง	96.5	76.4	97.0	91.0
น้ำประปา	62.8	10.9	37.0	16.7
น้ำฝน	11.6	35.9	15.8	50.8
น้ำดื่มบรรจุขวด	17.4	2.1	39.8	9.2
น้ำบ่อน้ำที่ไม่ใช่สาธารณะ	4.8	27.6	4.4	14.3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนะโนประชากรและเคหะ, 2533, 2543

แผนภูมิที่ 3.6 : ประชากรที่ใช้ส่วนถูกสุขลักษณะ ปี 2533-2543



## เป้าหมายย่อยที่ 11 : ยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชนแออัด 100 ล้านคนทั่วโลก ภายในปี 2563

### ประเมินผลการพัฒนา

มีโอกาสสูงที่จะบรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	2533	2543
สัดส่วนประชากรทั้งประเทศที่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย (%)	94.4	93.6
สัดส่วนประชากรในเมืองที่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย (%)	87.8	91.2
สัดส่วนประชากรในชนบทที่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย (%)	96.0	94.8

### ประเมินข้อมูล

คุณภาพและที่น่าเชื่อถือของข้อมูล	ความต่อเนื่องของข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย
★ ★ ★ ★	★ ★ ★	★ ★ ★ ★

ดูคำอธิบายการประเมินข้อมูลที่ภาคผนวก 3

## รายงานผลการพัฒนา

ในทศวรรษที่ผ่านมาประชากรในชุมชนแออัดมีชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้นมาก มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ก้าวต่อไปคือการรณรงค์ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงเขตเมืองบางพื้นที่ที่น่าอยู่อาศัยยิ่งขึ้น

### คนไทยมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย

คนไทยทั้งที่อยู่ในเมืองและชนบทมีความมั่นคงสูงในเรื่องที่อยู่อาศัย นับตั้งแต่ปี 2533 คนไทยกว่าร้อยละ 90 เป็นเจ้าของ เช่าซื้อ หรือเช่าบ้านอยู่อาศัยของตนเอง โดยคนไทยส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยเอง นอกจากบางกลุ่มที่มาศึกษาหรือทำงานในกรุงเทพฯ และปริมณฑลหรือแหล่งอุตสาหกรรมเป็นการชั่วคราว ในปี 2543 หนึ่งในสามของคนกรุงเทพฯ และร้อยละ 16 ของประชากรในภาคกลางซึ่งเป็นแหล่งอุตสาหกรรมอาศัยอยู่ในบ้านเช่า บ้านส่วนใหญ่อยู่ในสภาพดีเพียงร้อยละ 7 ของประชากรต้องอยู่อาศัยในบ้านที่สร้างด้วยวัสดุที่ไม่คงทนถาวร<sup>45</sup>

### ชุมชนแออัด

ในปี 2543 สำนักงานการเคหะแห่งชาติได้ทำการสำรวจชุมชนแออัดทั่วประเทศ ซึ่งนับเป็นการศึกษาที่ครอบคลุมมากที่สุด พบว่ามีชุมชนแออัด 4,860 แห่ง (1.37 ครัวเรือน หรือ 6.8 ล้านคน) คิดเป็นร้อยละ 27 ของประชากรในเขตเมืองทั่วประเทศ หนึ่งในสามของจำนวนนี้อยู่ที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล

ชุมชนแออัดส่วนใหญ่มีความมั่นคงในบ้านพักอาศัย แต่บางส่วนขาดความมั่นคงด้านที่ดิน การศึกษาดังกล่าวพบว่าสองในสามของชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ และปริมณฑลมีรายได้สูงกว่า 9,000 บาท ต่อเดือน ต่อครัวเรือน และมีความสามารถที่จะหาที่อยู่อาศัยนอกชุมชนแออัดได้

ตารางที่ 3.22 : ประชากรที่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย ปี 2533 และปี 2543

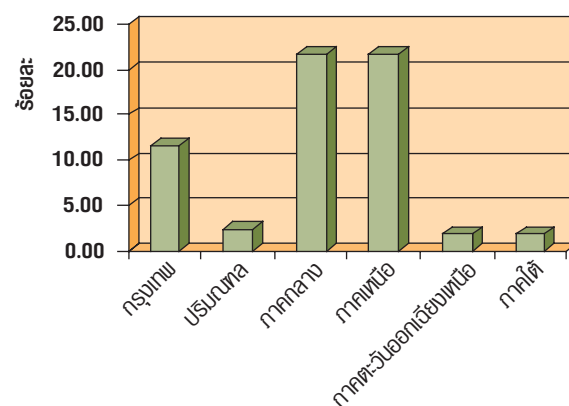
สัดส่วนประชากรที่มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย	2533 (%)	2543 (%)
เป็นเจ้าของ	86.3	81.5
เช่าซื้อ	1	1.7
เช่า	7.1	10.4
มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย	94.4	93.6

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนะโนประชากรและเคหะ, 2533, 2543

### ชุมชนแออัดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การสำรวจประชากรและสังคมในเขตชุมชนแออัดในปี 2537 และ 2541 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าชุมชนแออัดในพื้นที่ต่างๆ มีความรู้สึกมั่นคงในที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน โดยชุมชนแออัดในภาคกลางและภาคเหนือมีความรู้สึกไม่มั่นคงมากกว่าพื้นที่อื่นๆ ในทศวรรษที่ผ่านมาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ริเริ่มมาตรการต่างๆ ที่จะทำให้ประชากรในชุมชนแออัดเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนาที่อยู่อาศัยและชุมชนของตนเอง อาทิเช่น มาตรการประสานประโยชน์ทางที่ดิน (land sharing) พัฒนาสภาพแวดล้อมและให้ความมั่นคงด้านที่ดินแก่ชุมชนแออัด

แผนภูมิที่ 3.7 : กังสนคติของชุมชนแออัดต่อปัญหาการไร้ที่อยู่อาศัย



### โครงการที่อยู่อาศัยเพื่อผู้มีรายได้น้อย

ความมั่นคงในที่อยู่อาศัยเป็นหนึ่งในเกณฑ์พื้นฐานสืบประการในการดำรงชีวิตของคนไทยซึ่งรัฐบาลให้ความเห็นชอบในปี 2546 และรัฐบาลได้ริเริ่มโครงการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อยหลายโครงการรวมทั้งโครงการบ้านเอื้ออาทร 1 ล้านหลัง นอกจากนั้นยังมีโครงการบ้านมั่นคงซึ่งมีชุมชนแออัดเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

### ภารกิจที่ท้าทาย

ยุทธศาสตร์สำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรในชุมชนแออัด ได้แก่

1. กำหนดแนวทางการพัฒนาสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับชุมชนแออัดในพื้นที่ต่างๆ ที่มีชีวิตความเป็นอยู่แตกต่างกัน
2. เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะแก้ปัญหาและตัดสินใจทางเลือกการพัฒนาที่เหมาะสมสำหรับชุมชนนั้นๆ

<sup>45</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนะโนประชากรและเคหะ, 2543

# การมีส่วนร่วมของประเทศไทย เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนา แห่งสหัสวรรษที่ 8

รายงานฉบับนี้จะนำเสนอความสำเร็จของประเทศไทย ซึ่งเป็นผลจากความเจริญทางเศรษฐกิจอันนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆ ซึ่งได้แก่การลดความยากจน การพัฒนาชนบท การรักษาพยาบาล การศึกษา และความเท่าเทียมกันทางเพศ รายงานฉบับนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้กับนานาประเทศ ถึงหนทางสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG) ของประเทศไทย ซึ่งประเทศไทยได้อุทิศและให้ความร่วมมือในการเป็นหุ้นส่วนระดับโลกในการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ 8 ของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ<sup>46</sup>

เนื่องจากประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับการพัฒนาคนในระดับกลาง ดังนั้นประเทศไทยจึงอยู่ในฐานะที่สามารถสนับสนุนและส่งเสริม เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย 8 ของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ โดยการให้ความร่วมมือในการพัฒนาระหว่างประเทศกำลังพัฒนาด้วยกัน การเปิดตลาดทางการค้า และมีส่วนร่วมในกรอบความร่วมมือในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค

ประเทศไทยภายใต้นโยบายต่างประเทศ “Forward Engagement” ได้มีส่วนช่วยประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ในด้านการพัฒนาประเทศ และการลดความยากจน ซึ่งนโยบายนี้มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญในการกระชับความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน และประเทศในภูมิภาค พร้อมสนับสนุนปฏิสัมพันธ์ในระดับประชาชน และมุ่งไปสู่ความเจริญรุ่งเรืองด้วยกัน ทั้งนี้ประเทศไทยมุ่งเน้นที่จะเพิ่มการเจรจาและความร่วมมือในหลายระดับ ทั้งระดับทวิภาคี อนุภาคี และระดับภูมิภาค

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังคงแสวงหาความร่วมมือกับประเทศหุ้นส่วน ในด้านต่างๆ ที่มีศักยภาพ ซึ่งได้แก่ การค้าและการลงทุน การท่องเที่ยว การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การคมนาคมและโทรคมนาคม รวมทั้งการเปิดตลาดสำหรับสินค้านำเข้าจากประเทศกำลังพัฒนา และส่งเสริมจากการลงทุนในประเทศต่างๆ ทั้งในระดับภูมิภาคและนอกเหนือจากนั้น

## กรอบข้อความ 4.1 : เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 8

เป้าหมายที่ 8 ซึ่งเป็นเป้าหมายสุดท้ายของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ กล่าวคือ ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก เป้าหมายดังกล่าวเรียกร้องให้องค์การระหว่างประเทศโดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วให้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกแก่ประเทศกำลังพัฒนาบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษทั้งเจ็ดข้อ แผนปฏิบัติการที่พึงกระทำ ได้แก่

- เพิ่มความช่วยเหลือในการพัฒนาอย่างเป็นทางการพร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพ
- พัฒนาตลาดการค้าและระบบการเงิน โดยจัดอุปสรรคในการเข้าสู่ตลาดการค้า และการบริการอย่างเสรีของประเทศกำลังพัฒนา
- ให้ความสำคัญและหาทางแก้ไขปัญหาค่าความต้องการ โดยเฉพาะของประเทศด้อยพัฒนา ประเทศไม่ติดทะเล และบรรดาหมู่เกาะรัฐอิสระที่กำลังพัฒนา
- เข้าช่วยแก้ไขปัญหานี้สินของประเทศกำลังพัฒนาในทุกชั้นตอน
- ส่งเสริมและให้ความมั่นใจประเทศกำลังพัฒนา ให้สามารถเข้าถึงวิทยาการทันสมัย โดยมุ่งเน้นไปที่การลดช่องว่างทางเทคโนโลยีของประเทศพัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา
- ส่งเสริมและให้ความมั่นใจว่า ประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงเวชภัณฑ์ที่สำคัญ ในราคาที่เหมาะสม และสามารถจ่ายได้

<sup>46</sup> รายงานฉบับสมบูรณ์ของการร่วมมือ การเป็นหุ้นส่วนระดับโลก เพื่อการพัฒนาของประเทศไทย จะตีพิมพ์ต่างหาก

## หุ้นส่วนเพื่อการพัฒนา

ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยได้เป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาที่สำคัญ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ การให้ความช่วยเหลือในด้านวิชาการและบริการทางการเรียนรู้ต่างๆ และช่วยเหลือสนับสนุนในความพยายามที่จะพัฒนาของประเทศต่างๆ

เมื่อก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาของประเทศไทย ได้มีวิวัฒนาการจากความร่วมมือทางเศรษฐกิจแบบดั้งเดิม ในด้านการธนาคาร การเงิน การขยายการค้าและการลงทุน มาสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ยั่งยืน ซึ่งการให้ความร่วมมือทางการพัฒนาดังกล่าว สอดคล้องกับปฏิญญาการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ และเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ซึ่งการพัฒนานี้ได้ให้ความสำคัญในความร่วมมือด้านการศึกษา สุขภาพและการรักษาพยาบาล การพัฒนาชนบท รวมทั้งด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอกเหนือไปจากความร่วมมือทางเศรษฐกิจ การค้าและการลงทุน

ลักษณะเฉพาะของการให้ความร่วมมือของประเทศไทยเพื่อการพัฒนา ได้มีวิวัฒนาการจากในอดีต ซึ่งประเทศไทยได้ให้ความช่วยเหลือกับประเทศต่างๆ ในรูปแบบของโครงการฝึกอบรมสำหรับผู้แทนของรัฐจากประเทศต่างๆ โดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว และจากหน่วยงานของสหประชาชาติ ในลักษณะที่เรียกว่าความร่วมมือไตรภาคี ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้เพิ่มความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ เช่น การจัดส่งผู้เชี่ยวชาญ และให้คำแนะนำทางวิชาการ การฝึกอบรมเฉพาะทางตามความต้องการของประเทศต่างๆ การให้คำแนะนำเชิงนโยบาย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ต่างๆ โดยการให้ความร่วมมือนี้ ได้จัดสรรให้สอดคล้องกับลำดับความสำคัญ และความต้องการของประเทศผู้รับ

ประเทศไทยกำลังริเริ่มโครงการ “Friends from Thailand” ซึ่งเป็นโครงการอาสาสมัครที่จัดส่งบุคลากรและผู้เชี่ยวชาญจากประเทศไทย ไปสู่ประเทศต่างๆ ในภูมิภาค เพื่อให้คำแนะนำและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้

## ความร่วมมือในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

ประเทศไทยเป็นผู้นำในการริเริ่มความร่วมมือหลายๆ ด้านในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค โดยมีวัตถุประสงค์เดียวกัน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนา

พัฒนาแห่งสหประชาชาติ (ดูตาราง 4.2)

การพัฒนาในระดับอนุภูมิภาคและระดับภูมิภาค นับเป็นแนวทางเพื่อการพัฒนาความยั่งยืนของมนุษย์โดยรอบในภูมิภาค อย่างไรก็ตาม ในหลายประเทศยังประสบปัญหา อาทิ สภาพภูมิประเทศที่เป็นลักษณะปิดล้อม ทำให้มีความยากลำบากในการเปิดตลาดสู่ตลาดโลก และการใช้ทรัพยากรอย่างชาญฉลาด เช่น ทรัพยากรน้ำ และพลังงาน

เพื่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และยกระดับความเป็นอยู่ของชนในภูมิภาค ประเทศไทยได้ทำงานร่วมกับประเทศเพื่อนบ้าน ในการหาแหล่งเงินทุนเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขภูมิภาค และสภาพแวดล้อมเชิงนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมตามแนวชายแดนในด้านการขนส่ง การค้า และพลังงาน กิจกรรมต่างๆ นี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญเชิงกลยุทธ์ 3 ประการ ดังนี้ ประการแรก เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนในภูมิภาค ประการที่สอง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในภูมิภาค โดยส่งเสริมการค้าพลังงาน ตามกลไกตลาด และบูรณะสาธารณสุขภูมิภาค ประการที่สาม เพื่อผลักดันให้สภาพแวดล้อมเชิงนโยบาย เอื้อต่อการค้า และการท่องเที่ยวในภูมิภาค

## ความร่วมมือนอกเหนือจากประเทศเพื่อนบ้าน

ประเทศไทยได้ขยายบทบาทและความร่วมมือไปสู่ประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศเพื่อนบ้าน และให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนการพัฒนาประเทศที่เคยเกิดความขัดแย้ง ประเทศไทยมีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อรักษาสันติภาพในประเทศติมอร์ตะวันออก และปัจจุบันยังคงให้การสนับสนุนประเทศนี้ในด้านการเกษตรแปรรูป การพัฒนาชนบท และให้การส่งเสริมธรรมาภิบาลประชาธิปไตย ประเทศไทยได้ให้การสนับสนุนประเทศศรีลังกาในด้านการประมง การเกษตร สุขภาพ และการกำกับระเบิด นอกจากนี้ประเทศไทยได้ร่วมกับประชาคมนานาชาติ ในการฟื้นฟูประเทศอัฟกานิสถาน และอิรักในระหว่างที่เกิดความวุ่นวายภายในประเทศด้วยการส่งกำลังทหารช่างเพื่อร่วมสนับสนุนโครงการด้านสาธารณสุขภูมิภาค และกำลังแพทย์ไปช่วยเหลือ

นอกจากความร่วมมือในภูมิภาคเอเชียแล้ว ประเทศไทยได้พัฒนาความร่วมมือในลักษณะภาคีร่วมต่อประเทศในแถบแอฟริกา ผ่านการสนับสนุนภายใต้กรอบภาคีใหม่ เพื่อพัฒนาแอฟริกา และกรอบการประชุมโตเกียวนานาชาติ ต่อการพัฒนาแอฟริกา ประเด็นหลักของภาคีร่วมนี้ มุ่งเน้นในเรื่องการส่งเสริมความมั่นคงของมนุษย์ การพัฒนาทรัพยากร

มนุษย์ และการจัดความยากจน ซึ่งสะท้อนในแง่มุมที่สำคัญ 4 ส่วนคือ 1) การเสริมความเชื่อมโยงของเศรษฐกิจ 2) การอำนวยความสะดวกทางเทคนิค 3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกรณีตัวอย่างยอดเยี่ยม และ 4) ความร่วมมือในการเสนอประเด็นท้าทายของโลก<sup>47</sup> การปรึกษาเบื้องต้นในเรื่องดังกล่าว ได้เริ่มดำเนินการในหลายประเทศในแอฟริกา เช่น มาดากัสกา และ โมแซมบิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นสุขภาพ พยาบาล และโรคเอดส์

### การค้าสู่เป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

การค้าและการลงทุนระหว่างประเทศเป็นอีกมิติหนึ่งที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความร่วมมือเพื่อการพัฒนาในเป้าหมายที่ 8 ของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทยมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจ และการลงทุนซึ่งมีความจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติของประเทศต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนาทั้งที่มีระดับของการพัฒนาใกล้เคียงกัน และต่อยกกว่าดังจะเห็นได้จากกรณีที่ประเทศไทยได้ขยายตลาดการค้ากับประเทศเพื่อนบ้านอย่างรวดเร็ว อาทิเช่น ประเทศไทยได้มีการลดอัตราภาษีศุลกากรในลักษณะเอกภาคสำหรับสินค้าหลายรายการ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์เครื่องจักรกล และสินค้าขั้นกลาง นอกจากนี้ ไทยได้มีการให้สิทธิพิเศษทางการค้าในสินค้าหลายรายการแก่ประเทศเพื่อนบ้านที่กำลังพัฒนา

ปริมาณการนำเข้ารวมของไทยจากประเทศกัมพูชา ลาว พม่า และเวียดนาม เพิ่มขึ้นจากระดับที่ต่ำกว่า 500 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในปี 2536 มาเป็นระดับสูงกว่า 2 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2545

ประเทศไทยได้มีการขยายตลาดการค้ากับประเทศกำลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีความพยายามในการปฏิบัติตามข้อตกลงตามกรอบความตกลงการค้าขององค์การการค้าโลก แม้ว่าประสบปัญหาการต่อต้านบ้าง นอกจากนี้ ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการจัดทำแผนปฏิบัติการในส่วนย่อย และแผนปฏิบัติการเชิงบูรณาการเพื่อการเปิดเสรี และการอำนวยความสะดวกทางการค้าในเวที APEC และความตกลงภูมิภาค AFTA ในปัจจุบันได้มีการริเริ่มการทำความตกลงเสรีทางการค้าระดับทวิภาคีกับหลายประเทศ ทั้งประเทศพัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งจะนำไปสู่การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศคู่เจรจาทั้งสองฝ่าย รวมทั้งการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

### การลงทุนสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

ในขณะที่ประเทศไทยได้รับประโยชน์จากการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ และการไหลเข้าของเงินทุนในลักษณะต่างๆ ไทยเริ่มเป็นผู้ลงทุนในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียน ซึ่งรวมถึง กัมพูชา ลาว พม่า และเวียดนาม การลงทุนโดยตรงจากประเทศไทยสู่ประเทศดังกล่าว ได้เริ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงต้นของทศวรรษที่ 90

ตารางที่ 4.1 : การร่วมมือในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค

การร่วมมือในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค	รายละเอียดโดยย่อ
สมาคมประชาชาติเอเชีย-ตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN)	ก่อตั้งเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2510 ที่กรุงเทพฯ โดย 5 ประเทศ ซึ่งได้แก่ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ และไทย ปัจจุบันสมาชิกเพิ่มเป็น 10 ประเทศ โดยสมาชิกใหม่ได้แก่ บรูไน เวียดนาม ลาว พม่า และกัมพูชา ASEAN มีจุดมุ่งหมายไปสู่การเป็นประชาคม ASEAN ซึ่งประกอบด้วย 3 เสาหลัก คือ ความร่วมมือทางการเมืองและความมั่นคง ความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจ และความร่วมมือในด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิดและสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสันติภาพที่ถาวร เสถียรภาพ ความมั่นคง และการพัฒนาที่ยั่งยืนในภูมิภาค
ความร่วมมือทางเศรษฐกิจในเอเชีย-แปซิฟิก (APEC)	ก่อตั้งเมื่อปี 2522 ในลักษณะกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจ ปัจจุบันประกอบไปด้วย 21 ประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูงสุด และมีการค้ารวมครั้งหนึ่งของการค้าโลก APEC สนับสนุนหลักการของความร่วมมือทางเศรษฐกิจ เพื่อส่งเสริมความเจริญรุ่งเรืองทางเศรษฐกิจ การค้าและการลงทุน APEC เป็นเวทีตัวอย่างในการแสดงถึงความร่วมมือระหว่างประเทศที่มาจากความสมัครใจ ประชาชาติ และการเปิดเสรีในระดับภูมิภาค ในปี พ.ศ. 2545 ภายใต้รัฐบาลของ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี ทักษิณ ชินวัตร ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม APEC 23 รายการ และนำไปสู่การประชุมผู้นำประเทศในกลุ่ม APEC 2003 ในเดือนตุลาคม ภายใต้แนวคิด “โลกแห่งความแตกต่าง : ทุนส่วนเพื่ออนาคต”

<sup>47</sup> คำกล่าวสุนทรพจน์ ของ ฯพณฯ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ ดร.สุรนันทน์ เวชชาชีวะ ในพิธีเปิดสัมมนาเชิงปฏิบัติการ ว่าด้วยเรื่อง “New Partnership for Africa's Development” ณ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ ค.ศ.2004

ตารางที่ 4.1 : การร่วมมือในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค (ต่อ)

การร่วมมือในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค	รายละเอียดโดยย่อ
อนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง (GMS)	ก่อตั้งในปี 2535 อนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง (GMS) ซึ่งมีประเทศสมาชิกประกอบด้วยกัมพูชา ลาว พม่า ไทย เวียดนาม และมณฑลยูนนานของสาธารณรัฐประชาชนจีน มุ่งเน้นความร่วมมือทางเศรษฐกิจเพื่อส่งเสริมการพัฒนาโดยผ่านความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด แผนงานของ GMS ครอบคลุมการดำเนินโครงการระดับอนุภูมิภาคที่มีลำดับความสำคัญสูงในสาขาการขนส่ง พลังงาน โทรคมนาคม การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การท่องเที่ยว สิ่งแวดล้อม และการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และการค้าและการลงทุน สาขาความร่วมมือที่สำคัญ ได้แก่ ความเชื่อมโยงทางด้านการขนส่ง (เส้นทางเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจระหว่างตะวันออกและตะวันตก, เส้นทางเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจระหว่างเหนือและใต้, เส้นทางเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจทางใต้เพื่ออำนวยความสะดวกด้านการค้าและการลงทุนข้ามแดน) พลังงาน (การเชื่อมโยงและการค้าพลังงานในภูมิภาค) โทรคมนาคม (โครงสร้างพื้นฐานทางด้านโทรคมนาคม) และการท่องเที่ยว (โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวของ GMS)
เขตเศรษฐกิจสามฝ่ายอินโดนีเซีย-มาเลเซีย-ไทย (IMT-GT)	ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2536 เขตเศรษฐกิจสามฝ่าย ซึ่งมีประเทศสมาชิกประกอบด้วยอินโดนีเซีย-มาเลเซีย-ไทย โดยมีจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมความเจริญเติบโตในพื้นที่ภายใต้โครงการความร่วมมือทางเศรษฐกิจสามฝ่ายระดับอนุภูมิภาค โดยมุ่งเน้นในสาขาการลงทุน การถ่ายทอดเทคโนโลยี ความร่วมมือทางการผลิตและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติในเขตภาคใต้ของประเทศไทย เขตภาคเหนือของมาเลเซีย และพื้นที่ส่วนใหญ่ของเกาะสุมาตราของอินโดนีเซีย นอกจากนี้ยังแสวงหาสู่ทางในการส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการเชื่อมโยง ทางด้านคมนาคมในเขตสามเหลี่ยมเศรษฐกิจ สาขาความร่วมมือที่สำคัญ ได้แก่ เส้นทางเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจ สงขลา-ป็นัง-เมดาน
กรอบความร่วมมือทางเศรษฐกิจ บังคลาเทศ — อินเดีย — พม่า — ศรีลังกา — ไทย (BIMST-EC)	กรอบความร่วมมือนี้ก่อตั้งขึ้นที่กรุงเทพฯ ในเดือนมิถุนายน 2540 โดยมีสมาชิกแรกเริ่ม 5 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ อินเดีย พม่า ศรีลังกา และไทย และต่อมา ภูฏาน และเนปาลได้เข้าร่วม เป็นสมาชิกเพิ่มเติมในเดือนกันยายน 2546 BIMST-EC มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว เพื่อพัฒนาความก้าวหน้าทางสังคมในอนุภูมิภาค เพื่อส่งเสริมความร่วมมือที่แข็งแกร่งและการให้ความช่วยเหลือระหว่างกันในประเด็นที่เป็นผลประโยชน์ร่วมกัน ความช่วยเหลือระหว่างประเทศสมาชิกในรูปแบบของสิ่งอำนวยความสะดวกทางการศึกษาอบรมและวิจัย ดำเนินความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมแผนพัฒนาระดับประเทศของประเทศสมาชิก ดำรงความร่วมมืออันใกล้ชิดและเอื้อประโยชน์กับองค์การระดับภูมิภาคและองค์การระหว่างประเทศที่มีอยู่ และร่วมมือในโครงการที่มีผลผลิตภาพในระดับ อนุภูมิภาคและใช้ประโยชน์สูงสุดจากการทำงานร่วมกัน สาขาความร่วมมือที่สำคัญของ BIMST-EC ได้แก่ การอำนวยความสะดวกทางการค้าและการลงทุน (ภายใต้กรอบงาน BIMST-EC FTA) และความเชื่อมโยงทางด้านการขนส่ง (โครงการทางหลวงสามฝ่าย อินเดีย-พม่า-ไทย)
ความร่วมมือกลุ่มแม่น้ำโขง-คองคา (MGC)	ความร่วมมือกลุ่มแม่น้ำโขง-คองคา (MGC) ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2543 และเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อนบ้าน 6 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา อินเดีย ลาว พม่า ไทย และเวียดนาม ซึ่งเป็นผลมาจาก Hanoi Programme of Action โดยเน้นความร่วมมือใน 4 สาขา คือ การท่องเที่ยว วัฒนธรรม การศึกษา และการขนส่งและคมนาคม ในปัจจุบันสาขาความร่วมมือที่สำคัญคือความเชื่อมโยงทางด้านการขนส่ง (โครงการทางหลวงสามฝ่าย อินเดีย-พม่า-ไทย)
ความร่วมมือเอเชีย (ACD)	ฯพณฯ นายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตร ได้ริเริ่มความร่วมมือ ACD ขึ้นในปี 2545 ซึ่งขณะนั้นประกอบด้วยประเทศสมาชิก 22 ประเทศจากเอเชียตะวันออกถึงตะวันตก วัตถุประสงค์ของ ACD คือเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการลดความยากจนและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของชาวเอเชีย โดยพัฒนาสังคมความรู้ในเอเชียและเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและประชาชนด้วย นอกจากนี้ ACD ยังมุ่งหวังที่จะขยายตลาดการค้าและการเงินในเอเชียและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจของเอเชียในตลาดโลก สมาชิกหลายประเทศได้แสดงความสนใจและอาสาที่จะเป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก (prime movers) ในสาขาความร่วมมือที่ตรงกับความเชี่ยวชาญและความสนใจของตน ด้วยเหตุผลในทางปฏิบัติ การดำเนินโครงการความร่วมมือจะตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจ และไม่จำเป็นต้องได้รับฉันทานุมัติจากประเทศสมาชิกทั้งหมด ในปัจจุบันหลายประเทศได้เสนอที่จะเป็นผู้ขับเคลื่อนหลักในสาขาความร่วมมือต่างๆ เช่น ไทย กัมพูชา พม่า และปากีสถานในสาขาการท่องเที่ยวไทยในสาขาความร่วมมือทางการเงิน สิงคโปร์ในสาขาความร่วมมือด้านวิสาหกิจขนาดย่อมและขนาดกลาง สาธารณรัฐเกาหลีในสาขาการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ และอินเดียในสาขาการเชื่อมโยงทางด้านการขนส่งและเทคโนโลยีชีวภาพ



ตารางที่ 4.1 : การร่วมมือในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค (ต่อ)

การร่วมมือในระดับภูมิภาคและอนุภูมิภาค	รายละเอียดโดยย่อ
ยุทธศาสตร์ความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างลุ่มแม่น้ำอิรวดี-เจ้าพระยา-แม่โขง (ACMECS)	<p>กรอบงานความร่วมมือระหว่างกัมพูชา ลาว พม่า และไทยเพื่อการพัฒนา ที่สมดุลในอนุภูมิภาค ริเริ่มโดย ฯพณฯ นายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตร เมื่อเดือนเมษายน 2546 ACMECS มุ่งหวังที่จะเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของกัมพูชา ลาว พม่า และไทย เสริมสร้างความเจริญเติบโตตามแนว ชายแดน อำนวยความสะดวกในการโยกย้ายฐานการผลิตทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมไปยังพื้นที่ที่มีความได้เปรียบโดยเปรียบเทียบ สร้างโอกาสในการจ้างงาน ลดความแตกต่างด้านรายได้ใน 4 ประเทศ และเสริมสร้างสันติภาพ เสถียรภาพ และความมั่งคั่งร่วมกันอย่างยั่งยืน สาขาความร่วมมือที่สำคัญได้แก่ การอำนวยความสะดวกทางการค้า และการลงทุน (ตลอดแนวชายแดน), อุตสาหกรรมและเกษตรกรรม (การจัดตั้งนิคมอุตสาหกรรม และเขตเศรษฐกิจพิเศษ, การถือกรรมตามแนวชายแดน, การนำเข้าสินค้าเกษตรบางประเภทจากประเทศเพื่อนบ้านโดยยกเว้นภาษีการนำเข้า), การเชื่อมโยงทางการขนส่ง (ส่วนมากเป็นโครงการเชื่อมโยงทางการขนส่งภายใต้ GMS), การท่องเที่ยว (การตรวจลงตราหนังสือเดินทางร่วมกันของ ACMECS, การท่องเที่ยว ในลักษณะ package 4 ประเทศ 1 จุดหมาย), การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (หลักสูตรและทุนฝึกอบรมสำหรับประเทศสมาชิก ACMECS) และพลังงาน (ส่วนมากเป็นโครงการเสริมกับความร่วมมือในการเชื่อมโยง และการค้าพลังงานใน GMS และโครงการเกี่ยวกับการผลิตก๊าซธรรมชาติและพลังงานไฟฟ้าจากน้ำระหว่างประเทศสมาชิก ACMECS)</p>

แหล่งที่มา : กระทรวงการต่างประเทศ

และการลงทุนของไทยได้ลดลงอย่างมากในช่วงวิกฤตการณ์ทางการเงินในช่วงปี 2540 อย่างไรก็ตามการลงทุนจากประเทศไทยได้ก่อให้เกิดการระดมทุน และการพัฒนาในประเทศดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 20 ของมูลค่าการลงทุนโดยตรงในกัมพูชาในปี 2543 ร้อยละ 6 ในพม่า และร้อยละ 30 โดยประมาณในลาว ระหว่างปี 2538 ถึง 2544<sup>48</sup>

การลงทุนจากประเทศไทย มีความหลากหลาย เช่น ในกรณีประเทศพม่า มีการลงทุนหลักในสาขาปิโตรเคมี อสังหาริมทรัพย์ เหมืองแร่ ในประเทศกัมพูชา การลงทุนเน้นหนักสู่ภาคการผลิตพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม นอกจากนี้การลงทุนในด้านการสื่อสาร การเงิน และประกันภัยได้เพิ่มสูงขึ้น ส่วนในประเทศลาว มีการลงทุนมากในภาคพลังงาน ไฟฟ้าและโทรคมนาคม

เพื่อการส่งเสริมสภาพคล่องของการไหลเวียนของเงินทุนในภูมิภาค เพื่อนำไปสู่การพัฒนาาระบบตราสารหนี้ของทั้งภาครัฐและเอกชนในทวีปเอเชีย ประเทศไทย และประเทศหุ้นส่วนในกลุ่มอาเซียน รวมถึงประเทศญี่ปุ่น สาธารณรัฐประชาชนจีน และสาธารณรัฐเกาหลี ได้ร่วมกันก่อตั้งตลาดพันธบัตรเอเชีย ความริเริ่มนี้จะก่อให้เกิดการใช้เงินทุนสะสมและเงินลงทุนอย่างคุ้มค่า เพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและมนุษย์ในภูมิภาค

ความพยายามนี้ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อการลงทุนของไทยที่มีต่อการจ้างงาน ความเป็นอยู่ และการรักษาสิ่งแวดล้อมในประเทศคู่ลงทุน เพื่อประโยชน์ในด้านการลดความยากจน และการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ

## บทบาทของประเทศไทย ในเวทีความร่วมมือระหว่างประเทศ

ประเทศไทยได้มีบทบาทที่แข็งขัน ในเวทีความร่วมมือระหว่างประเทศ โดยไทยได้ร่วมกับอีก 189 ประเทศ ให้ความเห็นชอบต่อปฏิญญาการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ในปี 2543 นอกจากนี้ ประเทศไทยได้เป็นสมาชิกของคณะกรรมาธิการว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ระหว่างปี 2544-2546 และเป็นประธานการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (UNCTAD) เมื่อปี 2543 ตัวแทนของประเทศไทย ยังได้รับเกียรติให้เป็นผู้แทนที่สำคัญในเวทีระดับโลก เช่น นายศุภชัย พานิชภักดิ์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการการค้าโลก และอดีตนายกรัฐมนตรี นายอานันท์ ปันยารชุน ได้รับเกียรติเป็นประธานในที่ประชุมระดับสูง ซึ่งแต่งตั้งโดยเลขาธิการสหประชาชาติ ในเรื่องภัยคุกคาม การทำทลาย และการเปลี่ยนแปลงเพื่อการปฏิรูปขององค์การสหประชาชาติ ด้านสันติภาพและความมั่นคง

ประเทศไทยได้ให้ความร่วมมือกับสหประชาชาติ ปฏิบัติการรักษาสันติภาพ โดยการช่วยส่งทหารสังเกตการณ์ เพื่อร่วมกับหน่วยปฏิบัติการเฝ้าสังเกตการณ์ อิรัก-คูเวตของสหประชาชาติ และเข้าร่วมหน่วยปฏิบัติการตำรวจอาสาสมัครของสหประชาชาติที่ บอสเนีย เฮอโซโกวีนา นอกจากนี้ไทยยังเข้าร่วมในปฏิบัติการรักษาสันติภาพของสหประชาชาติในติมอร์ตะวันออก และส่งผู้สังเกตการณ์ทางทหารเข้าร่วมในการรักษาสันติภาพใน เชียร์รา ลีโอน

ประเทศไทยยังได้ให้สัตยาบันต่ออนุสัญญาสิทธิมนุษยชนอนุสัญญาด้านแรงงาน และอนุสัญญาด้านสิ่งแวดล้อม

<sup>3</sup> Ibid

และสนธิสัญญาต่างๆ นอกจากนั้นไทยยังได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมอนุสัญญาว่าด้วยการห้ามใช้ สะสม ผลิต และโอน และการทำลายทุ่นระเบิดสังหารบุคคลในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งในฐานะประธานการประชุมดังกล่าว ประเทศไทยจะผลักดันความพยายามในการส่งเสริมการอนุวัติการ และการสร้างความเป็นสากลให้กับอนุสัญญานี้

ประเทศไทยยังเป็นศูนย์กลางการประชุมระดับโลก และระดับภูมิภาคทางด้านการพัฒนา โดยในปี 2547 ประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยโรคเอดส์ ครั้งที่ 15 ระหว่างวันที่ 11-16

กรกฎาคม 2547 เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 6 ในเรื่องการลดการแพร่ขยายของเชื้อไวรัสเอดส์

ประเทศไทยได้เป็นผู้บุกเบิกและส่งเสริมความพยายามของประชาคมโลก ที่จะส่งเสริมความร่วมมือทางเศรษฐกิจ การพัฒนามนุษย์ สันติภาพ และความมั่นคง ไทยยังมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมหุ้นส่วนระดับโลก ในการที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ ในขณะที่เดียวกับที่มีการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนชาวไทย ตามเป้าหมายแห่งการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 1-7 และนอกเหนือจากนั้น

# เส้นทางข้างหน้า

กระบวนการ MDG เริ่มขึ้นในเวลาที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่โอกาสทางเศรษฐกิจครั้งใหม่ซึ่งอาจทำให้ผลของการพัฒนาได้รับการแบ่งสรรระหว่างกลุ่มต่างๆ ในสังคมอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาส

ประเทศไทยได้ให้การรับรองปฏิญญาแห่งสหประชาชาติและกำลังระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนของสังคมเพื่อดำเนินการต่างๆ ให้บรรลุเป้าหมาย MDG และ MDG+ ในการนี้ประเทศไทยเห็นว่าประเด็นสำคัญที่เป็นรากฐานและเชื่อมโยงการพัฒนาในมิติต่างๆ ซึ่งควรที่จะได้รับความสนใจและแก้ไขโดยเร่งด่วน ดังนี้

## ลดความไม่เท่าเทียมกันทางโอกาส และกระจายประโยชน์จากการพัฒนา

ประเทศไทยสามารถดำเนินการขยายโอกาสให้ประชากรอย่างทั่วถึงในหลายด้าน อาทิเช่น การศึกษาระดับประถมศึกษา อนามัยพื้นฐาน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ การดูแลสุขภาพสตรีมีครรภ์ น้ำดื่มสะอาดและสิ่งแวดล้อมสุขลักษณะ อย่างไรก็ดี ในมิติอื่นๆ ยังมีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างพื้นที่หรือประชากรกลุ่มต่างๆ อีกไม่น้อย

- **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** เป็นพื้นที่ยากจนที่สุด แต่ได้รับงบประมาณแก้ไขความยากจนต่อหัวน้อยที่สุด ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยกว่าประชากรในพื้นที่อื่นๆ ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ พยาบาล และเตียงพยาบาล
- **จังหวัดภาคเหนือซึ่งอยู่บนพื้นที่สูงและห่างไกล** มีอัตราการตายของทารกและมารดาสูงกว่าในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชาวเขาซึ่งเป็นชนกลุ่มน้อย
- **สามจังหวัดชายแดนภาคใต้** อยู่ห่างไกลกรุงเทพฯ และประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม เป็นพื้นที่ที่ต้องการความสนใจและมาตรการพิเศษเพื่อพัฒนานามัยแม่และเด็ก

- **เด็กกำพร้า เด็กเร่ร่อน คนชรา และคนพิการ** จัดอยู่ในกลุ่มคนยากไร้ด้อยโอกาสที่สุด และมักเข้าไม่ถึงบริการสังคมของภาครัฐ

- **ประเด็นทางการเมืองเป็นอุปสรรคสำคัญ** ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ **ผู้อพยพต่างชาติและคนไร้สัญชาติ** ซึ่งเข้ามาพักอาศัยหรือทำงานทั้งถูกและผิดกฎหมายในประเทศไทย คนกลุ่มนี้กระจุกตัวอยู่ตามชายแดน บนเรือประมงขนาดใหญ่ในน่านน้ำในโรงงานแปรรูปชายฝั่ง และมักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคมลาเรีย เอดส์ และปัญหาสุขภาพอื่นๆ ยิ่งกว่านั้นยังมีโอกาสตกเป็นเหยื่อการคุกคามและละเมิดหลายรูปแบบ

- แม้ว่าสังคมไทยค่อนข้างเปิดกว้างและมีเสรีภาพสูง **หญิงบริการทางเพศ ผู้ฉีดยาเสพติด ชายรักร่วมเพศ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มด้อยโอกาสอื่นๆ** ยังพบการกีดกันรังเกียจและการเลือกปฏิบัติซึ่งทำให้คนเหล่านี้ไม่ได้รับความสนใจจากผู้กำหนดนโยบาย เข้าไม่ถึงและไม่ได้รับบริการสังคมที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์

ประชากรกลุ่มต่างๆ เหล่านี้มีข้อจำกัดด้านกายภาพ สังคมหรือการเมือง และมักตกอยู่ใน “ช่องว่างทางข้อมูล” มีข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งแห่งที่และความเป็นอยู่ของคนเหล่านั้นน้อยมาก และยังไม่มีการวางแผนให้ความช่วยเหลืออย่างจริงจัง

การขยายบริการทางสังคมและระบบการพัฒนาอื่นๆ ให้ครอบคลุมผู้ยากไร้ คนด้อยโอกาส และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เป็นภารกิจสำคัญที่สุด และต้องดำเนินการโดยมีนโยบายเปิดกว้างและเจาะเข้าหากลุ่มเป้าหมายพร้อมกันนี้จะต้องแปลงเจตนารมณ์ที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนของรัฐธรรมนูญให้เป็นรูปธรรมโดยวางกรอบทางกฎหมาย เครื่องมือกลไก กระบวนการสำคัญ อาทิเช่น ร่าง พรบ. สิทธิชุมชน ร่างพรบ.การรับฟังความคิดเห็นของประชาชน การแก้ไข พรบ.สิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้จะเป็นรากฐาน

สำคัญให้เกิดการผลักดันหนุนเสริมการขยายสิทธิของประชาชน ซึ่งจะเป็นหลักประกันระยะยาวว่าจะไม่มีใครถูกกีดกันและทุกคนจะได้รับส่วนแบ่งและผลพวงจากการพัฒนาอย่างเท่าเทียม

การแก้ปัญหาในระยะสั้นต้องอาศัยมาตรการพิเศษให้ผู้ด้อยโอกาสมีสิทธิตามกฎหมาย มีโอกาสเข้าถึงบริการทางสังคม และมีความสามารถที่จะใช้สิทธิเหล่านั้น มาตรการสำคัญได้แก่การพัฒนาศักยภาพทั้งในกลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การกำหนดสัดส่วนงบประมาณเพื่อการนี้ไว้อย่างชัดเจน การกำหนดสัดส่วนหรือโควตาพิเศษสำหรับคนกลุ่มนี้ ตลอดจนการเฝ้าระวังและติดตามผลอย่างใกล้ชิด

### ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสำหรับทุกคน

การขยายตัวทางเศรษฐกิจเป็นประโยชน์สำหรับคนจนและผู้ด้อยโอกาส ประสบการณ์การพัฒนาของประเทศไทยยืนยันความจริงข้อนี้ได้เป็นอย่างดี ความสำเร็จในการลดความยากจนเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจเข้มแข็งและเติบโต เช่นในช่วงปี 2528-2538 หรือในระยะเวลาไม่กี่ปีมานี้ ในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำหรือภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจเช่นช่วงปี 2540 คนจนก็เพิ่มขึ้นด้วย อนึ่งประโยชน์จากความเจริญเติบโต ทางเศรษฐกิจมิได้จำกัดเฉพาะเรื่องความยากจน แต่ครอบคลุม MDG มิติอื่นๆ ด้วย

เสถียรภาพทางเศรษฐกิจเป็นรากฐานที่จำเป็นแต่ไม่เพียงพอสำหรับความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ จำเป็นต้องพัฒนาระบบและเงื่อนไขต่างๆ ที่จะทำให้อุตสาหกรรมและผู้ให้บริการลงทุน สามารถสร้างงาน และขยายกิจการอย่างมีประสิทธิภาพ คนจนจะได้ประโยชน์และสามารถช่วยสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจได้เพียงใด ย่อมขึ้นกับความสามารถในการเข้าถึงสินทรัพย์ทุน บริการทางสังคม และตลาด ซึ่งจะต้องอาศัยความก้าวหน้าหลายด้าน เช่น สิทธิประโยชน์จากนวัตกรรมและการสร้างสรรคงาน บรรยากาศการลงทุนที่ดี การขยายช่องทางและการเข้าถึงตลาด

### ยกระดับคุณภาพบริการทางสังคม

ในระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยสามารถขยายบริการทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาและสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ความท้าทายต่อไปคือการยกระดับคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษา

ปัจจุบันนักเรียนทุกระดับการศึกษายังมีผลการเรียนต่ำกว่ามาตรฐาน ระบบการศึกษาของไทยถูกบั่นทอนด้วยระบบการเรียนแบบท่องจำ และการสอนตามตำราซึ่งไม่ส่งเสริมให้สามารถคิดอย่างเป็นอิสระและคิดเชิงวิพากษ์ ปัจจุบันคนส่วนใหญ่ฝากความหวังไว้ที่การปฏิรูปการศึกษาซึ่งดำเนินตามแนวทางที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 กล่าวคือ ให้มีการพัฒนาคุณภาพครู ปรับเปลี่ยนวิธีการสอน ปรับปรุงหลักสูตร และการบริหารการศึกษา ในอนาคต

อันใกล้ระบบการศึกษาไทยจะต้องเผชิญกับพันธกิจที่ท้าทายในการที่จะยกระดับคุณภาพพร้อมๆ กับขยายการศึกษาให้เป็นสิบสองปีตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ การปฏิรูประบบการศึกษาของไทยเป็นเรื่องยาก แต่ก็เป็นเรื่องสำคัญที่สุดที่จะนำพาประเทศสู่วิสัยทัศน์ของการเป็นสังคมฐานความรู้

แม้ว่ามาตรฐานบริการสาธารณสุขของไทยจะจัดอยู่ในระดับดี แต่ก็ยังสามารถปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องอนามัยครัวเรือน โภชนาการ อนามัยแม่และการเลี้ยงดูเด็ก การป้องกันก่อนรักษา และสร้างนำซ่อมเป็นปรัชญาสาธารณสุขแนวใหม่ที่มีการส่งเสริมสุขภาพจะมีบทบาทสำคัญยิ่งขึ้น และจะมีผลในการลดภาระทางการเงินของระบบการประกันสุขภาพด้วย

### สนับสนุนการกระจายอำนาจเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของและเสริมสร้างสมรรถนะองค์กรท้องถิ่นในการดำเนินการตามเป้าหมาย MDG

MDG จะสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และเมื่อมีการโอนภารกิจที่เกี่ยวกับการพัฒนาคนไปให้หน่วยงานระดับจังหวัดและท้องถิ่น ความสำเร็จของการพัฒนาคน การรักษาคุณภาพการให้บริการย่อมขึ้นกับความสำเร็จของการกระจายอำนาจเป็นหลัก

MDG จะยั่งยืนเพียงใดย่อมขึ้นกับว่าประชาชนในพื้นที่ยอมรับและเห็นประโยชน์และมีส่วนร่วมในกระบวนการ ฉะนั้นนอกจากหน่วยงานระดับจังหวัดและท้องถิ่นแล้ว จะต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วมด้วยอย่างแข็งขันจึงจะได้ผลตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง นอกจากการสร้างเสริมความเข้าใจและความสนใจเรื่อง MDG ให้แก่ประชาชนแล้ว ยังควรทำให้การดำเนินงาน MDG ช่วยเสริมสร้างระบบการคุ้มครองทางสังคม และต่อยอดความสำเร็จของระบบชุมชนพึ่งตนเองในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ การทบทวนความก้าวหน้าของแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ ปี 2543 จะเป็นโอกาสอันดียิ่งที่จะปรับแต่งและสนับสนุนความก้าวหน้าเหล่านี้ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ

### เชื่อมโยงข้อมูลกับการวิเคราะห์และการตัดสินใจนโยบาย

การปรับให้ MDG เป็นส่วนหนึ่งของวาระการพัฒนาแห่งชาติ และการนำ MDG ไปสู่ประชาชนด้วยการผลักดันการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่เป็นเรื่องท้าทายที่สุด ข้อมูลที่มีคุณภาพ ทันท่วงที และต่อเนื่องสม่ำเสมอจะเปิดโอกาสให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลและพิจารณาตัดสินใจทางเลือกนโยบายต่างๆ อย่างรอบคอบรอบด้าน แต่ในทางปฏิบัติจริงดังกล่าวนี้มักไม่สมบูรณ์

ประเทศไทยได้ลงทุนทางงบประมาณและทรัพยากรบุคคลจำนวนมากในการจัดเก็บข้อมูล และมีข้อมูลที่มีคุณภาพและความต่อเนื่องค่อนข้างดี แต่ข้อมูลบางอย่างยังไม่ถูก

นำมาวิเคราะห์อย่างพอเพียงและต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ ข้อมูลดังกล่าวไม่ได้ถูกนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย อย่างน่าเสียดาย ดังนั้นประเทศไทยยังควรลงทุนเพื่อขจัด ปัญหาอุปสรรคในการเชื่อมต่อวงจรระหว่างข้อมูล การ วิเคราะห์ และการตัดสินใจ

ทั้งนี้จำเป็นที่จะต้องบูรณาการข้อมูลที่แยกส่วน โดยประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐต่างๆ เน้นมิติ หญิง-ชายซึ่งยังขาดหายไป (ยกเว้นข้อมูลด้านการศึกษา และด้านสุขภาพซึ่งดีกว่าด้านอื่นๆ) และให้ความสำคัญ กับกลุ่มประชากรขาดหายไปจากระบบข้อมูลปัจจุบัน เรื่องเหล่านี้สามารถทำได้โดยการออกแบบระบบและ ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น อีกประการหนึ่งคือ ต้องแก้ ปัญหาอคติของระบบที่เกิดจากความไม่น่าเชื่อถือของ ข้อมูลบางอย่างที่หน่วยปฏิบัติมีแรงจูงใจที่จะรายงาน ข้อมูลที่มากหรือน้อยเกินไปเพราะจะมีผลต่อการขอ งบประมาณหรือการประเมินผลงาน

### สานต่อกระบวนการ MDG ด้วยการบูรณาการ การดำเนินงานโดยเน้นสัมฤทธิ์ผล

นโยบายและการดำเนินการพัฒนาแบบบูรณาการคือ หัวใจของกระบวนการ MDG ทั้งในระดับชาติและระดับ ท้องถิ่น ในระดับโลกกระบวนการ MDG ได้รณรงค์ให้

หน่วยงานต่างๆ ของสหประชาชาติ ประเทศที่พัฒนาแล้ว ประเทศกำลังพัฒนา และองค์กรพัฒนาภาคประชาสังคม ต่างๆ ร่วมกันประสานความร่วมมือในการต่อสู้ความ ยากจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนา แห่งสหัสวรรษทั้ง 8 ข้อซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคน นับเป็นโอกาสสำคัญที่จะผนึกพลังความ ร่วมมือทั้งในระดับสากลและระดับท้องถิ่นในประเทศไทย และในภูมิภาคนี้

สำหรับประเทศไทยนั้น การบูรณาการการพัฒนาได้ เริ่มดำเนินการแล้ว มีการปฏิรูปภาครัฐ หน่วยงาน ภาครัฐต่างๆ ปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานเพื่อให้แผนงาน โครงการและกระบวนการงานสอดคล้องและประสานกัน สู่ผลลัพธ์เชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติและระดับจังหวัด และการกระจายอำนาจได้สร้างโอกาสที่จะขยาย การพัฒนาแบบบูรณาการในระดับจังหวัดและท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม การบูรณาการใดๆ ย่อมเป็นเรื่องยากและ ใช้เวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรก จำเป็นต้อง อาศัยเจตน์จำนงทางการเมืองที่แน่วแน่ในการผลักดัน กระบวนการดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จ



**สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ**

962 ถนนกรุงเกษม กรุงเทพฯ 10100

โทรศัพท์: 0-2282 9272

โทรสาร: 0-2281 6127

Web site: <http://www.nesdb.go.th>

**ทีมงานองค์การสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย**

**สำนักงานประสานงานองค์การภาคีสหประชาชาติประจำประเทศไทย**

ชั้น 12 ตึกสหประชาชาติ

ถนนราชดำเนินนอก กรุงเทพฯ 10200

โทรศัพท์: 0-2288 1836

โทรสาร: 0-2280 0556

Email: [unrc.thailand@un.or.th](mailto:unrc.thailand@un.or.th)

Web site: <http://www.un.or.th>