



Social Situation and Outlook ภาวะสังคมไทยไตรมาสสอง ปี 2555

ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 เดือนสิงหาคม 2555

การว่างงานเพิ่มขึ้นตามกำลังแรงงานที่เข้าสู่ตลาดที่เพิ่มขึ้นมาก รายได้แท้จริงของแรงงานเพิ่มขึ้นจากการปรับเพิ่มค่าจ้างขั้นต่ำ

ในไตรมาสสอง ปี 2555 อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.85 จากกำลังคนที่เข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นมากขณะที่การจ้างงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.6 ชั่วกึ่งกำลังแรงงานที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 เพราะยังมีข้อจำกัดการลงทุนและการผลิตที่ยังไม่สามารถขยายได้เต็มที่ อัตราการว่างงานสูงขึ้นและเพิ่มขึ้นมากเกือบทุกระดับการศึกษา ยกเว้นประถมศึกษาและต่ำกว่าที่ยังมีอัตราการว่างงานต่ำ และในระดับอุดมศึกษาหลายสาขาการศึกษาที่มีอัตราการว่างงานสูงจากช่วงเดียวกันปีที่แล้ว เช่น ธุรกิจ บริหารและพาณิชยศาสตร์ มนุษยศาสตร์ ศิลปกรรมศาสตร์ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ประเทศไทยยังอยู่ในฐานะเสียเปรียบทั้งในด้านภาษาอังกฤษและความหลากหลายทางภาษาที่ใช้เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ในด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังโดยรวมเพิ่มขึ้น และคนไทยถูกคุกคามด้วยเชื้อไวรัสเอนเทอโรไวรัส 71 ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมือเท้าปากที่มักพบในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบ และโรคติดเชื้อรุนแรงตายเฉียบพลัน เด็กและเยาวชนไทยมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

เด็กและเยาวชนมีความฉลาดทางอารมณ์น้อยลงส่งผลให้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมมากขึ้น เยาวชนกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นกว่าปีละ 250,000 คน

พฤติกรรมเสี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ยังต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง มีผู้สูบบุหรี่ในช่วงวัย 14-24 ปี สูงร้อยละ 14.8 และการลักลอบนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมายจากต่างประเทศขายผ่านทางเว็บไซต์ในราคาถูกเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ขณะที่จากข้อมูลศูนย์วิจัยสุราในปี 2554 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มแอลกอฮอล์มากถึง 17 ล้านคน โดยที่เยาวชนกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่าปีละ 250,000 คน และผลสำรวจการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์แสดงว่าเด็กและเยาวชนมีความฉลาดทางอารมณ์ลดลงและในปี 2554 อยู่ในระดับต่ำสุดในรอบ 10 ปี ส่งผลให้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหาขัดแย้ง และใช้ความรุนแรงมากขึ้น

ประเทศไทยถูกจัดอันดับเป็นประเทศที่ต้องจับตามองด้านการค้ามนุษย์เป็นปีที่ 3 ปัญหา ยาเสพติดยังรุนแรง และอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยจากอุบัติเหตุทางถนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยในอาเซียน

คดียาเสพติดเพิ่มขึ้นจากไตรมาสสองปี 2554 และไตรมาสหนึ่งปี 2555 ร้อยละ 30.9 และ 14.0 ตามลำดับ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเร่งรัดการปราบปรามภายใต้กรอบนโยบายรัฐบาล ปัญหายาเสพติดเป็นภัยต่อความมั่นคง ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงกันในระหว่างประเทศ ประเทศในกลุ่มอาเซียนจึงได้มีเป้าหมาย “รื้อปรับกระบวนทัศน์ที่ปลอดภัย” ในด้านปัญหาการค้ามนุษย์ ประเทศไทยถูกลดระดับให้เป็นประเทศที่ต้องจับตามอง 3 ปีติดต่อกัน ในด้านอุบัติเหตุ อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยในปี 2554 เหลือ 14.15 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยในอาเซียนในปี 2552 เท่ากับ 10.2 ต่อประชากรแสนคน

ความต้องการบริการทางการแพทย์ของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจากภายในประเทศและจากกลุ่มประชาชนอาเซียน จึงมีความเสี่ยงที่ขาดแคลนและกระทบคุณภาพบริการภายในประเทศ

การเปิดเสรีการค้าบริการภายใต้กรอบอาเซียนจะส่งผลให้ความต้องการบริการทางการแพทย์ของไทยเพิ่มขึ้น ในขณะที่การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยเองก็จะส่งผลให้ความต้องการบริการเพิ่มขึ้น แต่ประเทศไทยยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะในชนบท จึงคาดว่าไทยจะมีปัญหาขาดแคลนมากขึ้นและจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง รัฐจึงจำเป็นต้องเตรียมการด้านกำลังคนและระบบการจัดบริการเพื่อสนับสนุนการแข่งขันและควบคู่กับการป้องกันผลกระทบต่อบริการสำหรับคนไทยเอง

เรื่องเด่นประจำฉบับ

ก้าวสู่ประชาคมอาเซียน :
ความท้าทายและการ
เตรียมพร้อมด้านการแพทย์



ประเด็นหลัก

- ไตรมาส 2/2555 อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.85 โดยมีจำนวน 334,121 คน สูงกว่าอัตราร้อยละ 0.6 ในช่วงเดียวกันปีที่แล้ว การว่างงานเพิ่มขึ้น เนื่องจาก (1) กำลังคนที่เข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นมาก โดยมีผู้จบการศึกษาใหม่เข้าสู่ตลาดแรงงานมากถึง 521,199 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.6 (1) *ด้านการผลิตกำลังคน* กำลังคนที่เข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นมาก โดยมีผู้จบการศึกษาใหม่เข้าสู่ตลาดแรงงานจำนวน 521,199 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.6 และกำลังแรงงานรวมทั้งหมดเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 (2) *ด้านความต้องการของตลาด* การจ้างงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.6 ช้ากว่าการเพิ่มของกำลังแรงงานเพราะการลงทุนและการผลิตยังไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ เป็นผลจากทั้งผลกระทบการปรับเพิ่มค่าแรงขั้นต่ำในเดือนเมษายนที่ผ่านมา และผลกระทบจากน้ำท่วมในปลายปีที่ผ่านมา ทำให้บางกิจการต้องปิดตัวลงและบางกิจการยังไม่สามารถกลับมาผลิตได้ รวมทั้งความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากภาวะวิกฤตหนี้ยุโรป
- แรงงานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่ามีอัตราการว่างงานต่ำเพียงร้อยละ 0.3 แต่กลุ่มอื่นมีอัตราการว่างงานสูงกว่ามากและเพิ่มขึ้นมากในไตรมาสสอง โดยกลุ่มแรงงานที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น อาชีวศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และอุดมศึกษา มีอัตราการว่างงานร้อยละ 1.2 1.2 2.1 และ 1.9 ตามลำดับ
- การว่างงานตามสาขาการศึกษา พบว่า ผู้ที่สำเร็จการศึกษาสาขาธุรกิจ บริหารและพาณิชยศาสตร์ ว่างงานเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษาว่างงานร้อยละ 2.1 และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงว่างงานร้อยละ 1.8 สาขาเหล่านี้มีความอ่อนไหวต่อภาวะเศรษฐกิจมาก นอกจากนี้ สาขาที่มีปัญหาผลิตกำลังคนเกินความต้องการของตลาดมาอย่างต่อเนื่อง เช่น สาขาศิลปกรรมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มีอัตราการว่างงานสูงร้อยละ 4.4 และ 2.4 รวมทั้ง สาขาคอมพิวเตอร์ในระดับ ปวส. และอุดมศึกษามีอัตราการว่างงานสูงเช่นกัน คือร้อยละ 4.1 และ 3.6 ตามลำดับ
- ในระยะสั้น ชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยเริ่มส่งสัญญาณที่ต้องเฝ้าระวังสถานการณ์การว่างงานที่อาจจะเพิ่มขึ้น โดยจำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยในไตรมาสสองยังลดลงร้อยละ 1.2 และจำนวนผู้ที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงลดลงร้อยละ 0.7 ขณะที่ผู้ทำงานต่ำกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพิ่มขึ้นมาร้อยละ 11.2 นอกจากนี้ ยังต้องเฝ้าระวังผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจยุโรปต่อแรงงานกลุ่มต่างๆ ได้แก่ แรงงานผลิตเพื่อส่งออก แรงงานในภาคบริการท่องเที่ยว และแรงงานไทยที่เดินทางไปทำงานในยุโรป ส่วนในระยะยาว ปัญหาเชิงโครงสร้างยังเป็นข้อจำกัดศักยภาพการพัฒนาของประเทศและคุณภาพชีวิตของแรงงาน ซึ่งจะต้องเร่งแก้ไข ได้แก่ (1) มีกลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุน้อย (15–39 ปี) แต่มีการศึกษาต่ำเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะกลายเป็นข้อจำกัดในการผลิตเพิ่มผลิตภาพแรงงานเพื่อทดแทนกำลังแรงงานที่จะน้อยลงในเชิงปริมาณภายใต้โครงสร้างประชากรสูงอายุ หากไม่เร่งแก้ไข (2) แรงงานส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมาก ระดับการศึกษาต่ำ และทำงานนอกระบบ จะเป็นข้อจำกัดในการยกระดับขีดความสามารถเพื่อการเสริมสร้างศักยภาพและการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งจะเป็นทักษะสำคัญในอนาคต นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงที่จะมีรายได้ไม่เพียงพอ และไม่สามารถเก็บออมได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านรายได้ในช่วงวัยสูงอายุ (3) แรงงานที่มีการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และอุดมศึกษาในหลายสาขามีอัตราการว่างงานสูงซึ่งเป็นปัญหายืดเยื้อของการผลิตกำลังคนที่ไม่ตรงกับความต้องการของตลาด ซึ่งควรมีการทบทวนโครงสร้างการผลิตของสาขาการศึกษาให้สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ความพร้อมของสถาบันการศึกษา และตรงกับความต้องการของตลาด
- ในกลุ่มอาเซียนประเทศไทยมีความเสียเปรียบในด้านภาษาอังกฤษและความหลากหลายของภาษาที่ใช้ ไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีทักษะภาษาอังกฤษระดับต่ำมากของการจัดอันดับของ English Proficiency Index (EPI) ใน 42 ประเทศ จึงเป็นกรณีเร่งด่วนที่ต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจังและต่อเนื่องกับการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษให้กับประชาชนไทยให้สามารถสื่อสารได้ ขณะที่เด็กไทยรุ่นใหม่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดด้วยการพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะภาษาของประเทศเพื่อนบ้านและภาษาจีน ญี่ปุ่น เกาหลี (อาเซียน+3) อย่างน้อย 1 ภาษา เพื่อการเข้าถึงข้อมูล องค์ความรู้ และการทำความรู้จักและเข้าใจประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียน โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะภาษามลายูกลาง เพื่อสื่อสารกับประชากรครึ่งหนึ่งของประชาคมอาเซียนที่อยู่ในประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย และบรูไน ที่พูดภาษามลายู
- การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังโดยรวมยังเพิ่มขึ้น คนไทยถูกคุกคามด้วยเชื้อไวรัสเอนเทอโรไวรัส 71 และเด็กไทย 1 ล้านคนมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.6 จากไตรมาส 2/2554 โดยเฉพาะโรคมือ เท้า ปาก พบเด็กป่วยและเสี่ยงเสียชีวิตสูงขึ้นตั้งแต่ต้นปีและสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี พบในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบ เป็นเชื้อไวรัสเอนเทอโรไวรัส 71 ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคติดเชื้อรุนแรงด้วย เช่น โรคไขสมองอักเสบที่สามารถทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันได้ *ด้านสุขภาพจิต* เด็กและเยาวชนไทยมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต ผลการสำรวจพฤติกรรมเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ 7 ล้านคนของสถาบันรามจิตติในช่วงเดือนม.ค.-ก.พ. 2555 พบว่า เด็ก 1 ล้านคน มีอาการซึมเศร้าและหงุดหงิดโดยไม่รู้สาเหตุ และเด็กร้อยละ 50 มีอาการเครียด เด็กมีความสุขในการไปโรงเรียนลดลง
- เยาวชนกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่าปีละ 250,000 คน และคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เกือบ 15 ล้านคน การลักลอบนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมายจากต่างประเทศขายผ่านทางเว็บไซต์ในราคาถูกเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ในปี 2552 และปี 2554 คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจาก 14.3 ล้านคน เป็น 14.6 ล้านคน โดยกลุ่มช่วงอายุ 14-24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงร้อยละ 14.6 และเพิ่มเป็นร้อยละ 14.8 ขณะที่จากข้อมูลศูนย์วิจัยสุราในปี 2554 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มแอลกอฮอล์มากถึง 17 ล้านคน โดยที่เยาวชนกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นมากกว่าปีละ 250,000 คน ดังนั้นพฤติกรรมเสี่ยงการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ยังต้องเฝ้าระวังต่อเนื่อง
- ปัญหายาเสพติดยังรุนแรงและเฝ้าระวังได้ยากขึ้นเมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน คดียาเสพติดเพิ่มขึ้นจากไตรมาสสองปี 2554 และไตรมาสหนึ่งปี 2555 ร้อยละ 30.9 และ 14.0 ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเร่งรัดการปราบปรามภายใต้กรอบนโยบายรัฐบาล แต่ปัญหายาเสพติดยังเป็นภัยต่อความมั่นคงกระทบต่อเนื่องในระหว่างประเทศที่ต้องเฝ้าระวังใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการเคลื่อนย้ายทั้งประชาชนและสินค้ามีความเสรีมากขึ้น อาเซียนจึงได้มีเป้าหมาย “รับประกันอาเซียนที่ปลอดภัยเสถียร” *ด้านการพนัน* การจับกุมผู้เล่นพนันฟุตบอลยูโร 2012 สามารถจับกุมได้เพิ่มขึ้นจากปี 2554 ร้อยละ 43.9
- ไทยถูกจัดอันดับให้เป็นประเทศที่ต้องจับตามองด้านการค้ามนุษย์ (Tier 2 Watch List) เป็นปีที่ 3 ปัญหาการค้ามนุษย์ส่วนใหญ่ภายในภูมิภาคและที่พบได้ตามแนวชายขอบลุ่มแม่น้ำโขงและมีความเกี่ยวโยงถึงประเทศไทย ส่งผลให้ไทยถูกสหรัฐอเมริกาจัดระดับให้เป็นประเทศที่ต้องจับตามองเป็นปีที่ 3 ติดต่อกัน ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ประเทศไทย *ด้านอุบัติเหตุ* อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2554 ลดลงเหลือ 14.15 ต่อประชากรแสนคน แต่ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยอาเซียนในปี 2552 ซึ่งเท่ากับ 10.2 ต่อประชากรแสนคน จึงต้องเร่งยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยเกี่ยวกับถนนและการบังคับใช้กฎหมายให้เข้มงวดมากขึ้น
- การก้าวสู่ประชาคมอาเซียนซึ่งกำหนดการเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือใน 7 วิชาชีพ จะส่งผลกระทบต่อภาระเคลื่อนย้ายบุคลากรและความต้องการบุคลากรทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นจากเปิดเสรีบริการทั้ง 4 รูปแบบ ได้แก่ บริการแพทย์ทางไกล การเข้าไปรับบริการในต่างแดน การจัดตั้งหน่วยธุรกิจต่างแดน และการเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราว อาจกระทบโดยตรงต่อคุณภาพบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนไทยได้รับโดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้น้อยและในชนบทห่างไกล หากไม่มีการเตรียมการที่เหมาะสม โดยคาดว่าความต้องการบริการทางการแพทย์ในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก (1) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทยเอง (2) การเคลื่อนย้ายประชากรเสรีมากขึ้น และ (3) คาดว่าประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียนจะมีกำลังซื้อและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นและเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยเนื่องจากไทยมีศักยภาพด้านการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ไทยยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และมีการกระจุกตัวในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่อื่นเนื่องจากปัญหาการไหลของบุคลากรจากสถานพยาบาลในชนบทสู่เมือง และไหลจากสถานพยาบาลภาครัฐสู่ภาคเอกชน
- จากความต้องการบริการทางการแพทย์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัญหาการขาดแคลนในปัจจุบัน และทิศทางการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ชี้ให้เห็นว่าไทยมีความเสี่ยงที่จะเผชิญปัญหาการขาดแคลนทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือและระบบการจัดบริการ โดยคาดว่าในปี 2558 จะมีแพทย์ขาดแคลน 11,974 คน พยาบาล 21,628 คน และทันตแพทย์ 3,267 คน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนไทยโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ในขณะที่ภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างประเทศไร้ฝีมือก็จะเพิ่มขึ้น
- รัฐจำเป็นต้องกำหนดตำแหน่งยุทธศาสตร์ของประเทศโดยที่จะต้องมีความสมดุลระหว่าง 2 มุมมอง คือ ในด้านการแข่งขันเพื่อสร้างโอกาสและได้รับผลประโยชน์จากตลาดสินค้าบริการที่ใหญ่ขึ้น และการป้องกันผลกระทบต่อเนื่องที่จะเกิดกับคุณภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนในประเทศโดยเฉพาะกลุ่มยากจน ด้อยโอกาส โดยการขยายการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ การสร้างกลไกเพื่อให้เกิดการกระจายแพทย์ไปสู่ภูมิภาค การอำนวยความสะดวกให้กับคนใช้ชาวต่างชาติที่ต้องการมารับบริการ และการพัฒนาระบบข้อมูลแรงงานต่างประเทศเพื่อใช้ในการกำกับ ติดตามและเฝ้าระวังโรคและการให้บริการ

การว่างงานเพิ่มขึ้นจากกำลังแรงงานที่เข้าสู่ตลาดเพิ่มขึ้นมาก

การว่างงาน ไตรมาสสองปี 2555 มีผู้ว่างงานจำนวน 334,121 คน คิดเป็นอัตราการว่างงานร้อยละ 0.85 สูงกว่าอัตราว่างงานร้อยละ 0.6 ในช่วงเดียวกันปีที่แล้ว โดยผู้ว่างงานเพิ่มขึ้นจำนวน 117,141 คน มีสาเหตุจากกำลังคนที่เข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นมากโดยเฉพาะกลุ่มที่สำเร็จการศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในขณะที่การจ้างงานไม่สามารถเร่งตัวได้มาก โดยมีสถานการณ์ ดังนี้ (1) ผู้จบการศึกษาใหม่เข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มขึ้นกว่าในปีที่แล้วร้อยละ 13.6 โดยเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือนเมษายนเป็นต้นมา ทั้งนี้ กรมการจัดหางานคาดว่าในปี 2555 มีผู้จบการศึกษาเข้าสู่ตลาดจำนวน 521,199 คน เทียบกับ 458,815 คนในปีที่แล้ว (2) การจ้างงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.6 เร่งตัวขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่ทันกับกำลังแรงงานที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากยังอยู่ในสถานการณ์ที่การลงทุนและการผลิตยังไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่จากปัจจัยข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งการปรับเพิ่มค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำในเดือนเมษายนที่ทำให้ผู้ประกอบการโดยเฉพาะในธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมมีต้นทุนเพิ่มขึ้นและชะลอการจ้างงานออกไปในช่วงของการปรับตัว และจากผลกระทบน้ำท่วมในปลายปีที่ผ่านมามีผลให้บางกิจการต้องปิดไป และกิจการอีกส่วนหนึ่งยังไม่สามารถกลับมาผลิตได้เต็มที่ กำลัง รวมทั้งผู้ประกอบการบางส่วนยังมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตหนี้ยุโรปที่อาจยืดเยื้อทำให้ชะลอการขยายการลงทุนและการจ้างงานออกไปก่อน

แรงงานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าว่างงานเพียงร้อยละ 0.34 แต่กลุ่มอื่นว่างงานสูงกว่าและเพิ่มขึ้นมากจากช่วงเดียวกันปี 2554 ในไตรมาสที่สองแรงงานที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าซึ่งเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 52 ของกำลังแรงงานรวมและส่วนใหญ่เป็นแรงงานไร้ฝีมือและทำงานนอกระบบเป็นกลุ่มที่มีอัตราการว่างงานต่ำเพียงร้อยละ 0.34 ทรงตัวจากปี 2554 แต่กลุ่มแรงงานที่มีการศึกษาในระดับมัธยมต้น อาชีวศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และอุดมศึกษาเป็นกลุ่มที่การว่างงานเพิ่มขึ้นมากในไตรมาสสอง 2555 โดยมีอัตราการว่างงานร้อยละ 1.2 1.2 2.1 และ 1.9 ตามลำดับ สูงกว่าอัตราการว่างงานร้อยละ 0.7 0.9 1.4 และ 1.0 ในไตรมาสสองปี 2554 โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยทำงานมาก่อน

การว่างงานตามรายสาขาการศึกษา การว่างงานรายสาขาการศึกษาสะท้อนปัญหาทั้งความต้องการในตลาดที่ยังไม่เพิ่มขึ้นเร็วโดยเฉพาะสาขาที่อ่อนไหวตามสภาพเศรษฐกิจมาก รวมทั้งปัญหาการผลิตกำลังคนเกินความต้องการของตลาดมา

ตาราง 1 ผลสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไตรมาสสองปี 2555

	จำนวน (ล้านคน)					เปลี่ยนแปลง (%YOY)							
	2554				2555		2554				2555		
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	
กำลังแรงงานรวม	38.3	38.5	39.6	39.3	38.7	39.3	0.3	0.3	1.4	0.9	1.2	2.1	
1. ผู้มีงานทำ	37.6	38.0	39.3	38.9	38.0	38.6	0.6	1.4	1.6	0.9	1.0	1.6	
ทำงานต่ำกว่า 35 ชม./สัปดาห์ (การทำงานต่ำกว่าระดับ)*	6.9	6.1	5.7	6.9	8.0	6.7	-16.7	-11.5	-2.4	5.3	16.2	11.2	
1.1 ภาคเกษตร	13.4	14.3	16.1	15.7	13.7	14.8	2.1	6.4	2.3	-1.0	2.3	5.2	
1.2 นอกภาคเกษตร	24.2	23.7	23.2	23.1	24.3	23.9	-0.3	-1.5	1.1	2.3	0.2	-0.5	
- อุตสาหกรรมการผลิต	5.5	5.4	5.2	5.1	5.6	5.8	-2.0	-2.1	0.9	-0.3	2.4	4.9	
- ก่อสร้าง	2.7	2.6	2.2	2.1	2.7	2.6	4.0	-6.5	4.4	2.6	1.0	-1.6	
- ค้าส่ง / ค้าปลีก	6.2	5.9	5.9	6.1	6.1	5.9	-2.9	-6.8	-3.4	0.4	-0.9	0.4	
- โรงแรม ก่อสร้าง	2.6	2.6	2.6	2.4	2.3	2.3	-10.0	-2.3	2.3	-5.8	-10.5	-13.5	
- การบริการอื่นๆ	7.4	7.3	7.3	7.4	7.6	7.3	6.0	6.3	3.8	9.0	3.1	-0.2	
2. จำนวนผู้ว่างงาน	0.3	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3	-26.4	-54.3	-23.0	-25.5	54.0		
อัตราการว่างงาน (%)	0.8	0.6	0.7	0.6	0.7	0.85							
3. แรงงานรอฤดูกาล	0.29	0.24	0.04	0.19	0.4	0.3	3.1	-32.9	-27.5	74.1	50.3	23.8	
สัดส่วนต่อกำลังแรงงาน (%)	0.8	0.6	0.1	0.5	1.1	0.7							
4. ชั่วโมงทำงานเฉลี่ยสัปดาห์ (ชม.)	45.1	45.8	46.2	44.7	44.3	45.3	2.2	1.4	-0.6	-2.1	-2.2	-1.2	
4.1 ผู้ทำงานน้อยกว่า 10 ชม.	0.9	0.8	0.4	1.1	1.1	0.9	-10.9	-25.2	-10.5	10.3	17.2	1.5	
- ต้องการทำงานเพิ่ม	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	-8.1	-12.4	-47.5	29.8	-25.8	-13.2	
- ไม่ต้องการทำงานเพิ่ม	0.8	0.7	0.3	0.9	1.0	0.7	-11.4	-27.5	0.6	6.9	25.4	4.4	
4.2 ผู้ทำงานน้อยกว่า 35 ชม.	6.9	6.1	5.7	6.9	8.0	6.7	-16.7	-11.5	-2.4	5.3	16.2	11.2	
- ต้องการทำงานเพิ่ม (under employment)	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	-21.6	-28.2	-46.1	-7.1	-17.8	-1.9	
- ไม่ต้องการทำงานเพิ่ม	6.5	5.7	5.4	6.5	7.7	6.3	-16.3	-10.0	1.9	6.2	18.4	12.0	
4.3 ผู้ทำงาน 40 ชม.ขึ้นไป	27.0	28.2	29.5	28.0	26.2	28.1	5.8	4.9	2.0	-0.9	-2.9	-0.7	
5. จำนวนผู้ว่างงานแฝง	0.4	0.4	0.1	0.4	0.5	0.4	-1.0	-26.4	-40.1	48.8	24.6	10.2	
อัตราการว่างงานแฝง (%)	1.2	1.0	0.2	1.0	1.4	1.0							

หมายเหตุ : * ทำงานต่ำกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และต้องการทำงานเพิ่ม

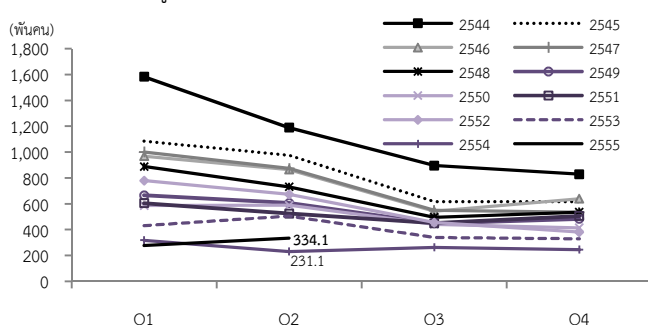
ผู้ว่างงานแฝง คือ ผู้ที่ทำงานน้อยกว่า 10 ชม./สัปดาห์และต้องการทำงานเพิ่ม และผู้รอฤดูกาล

อัตราการว่างงานแฝง = ผู้ว่างงานแฝง / กำลังแรงงาน

ไตรมาส 2/2555 เป็นข้อมูลเฉลี่ยเดือนเมษายน-มิถุนายน

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภาพ 1 จำนวนผู้ว่างงาน



หมายเหตุ : ไตรมาส 2/2555 เป็นข้อมูลเฉลี่ยเดือนเมษายน-มิถุนายน

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 2 อัตราการว่างงานตามระดับการศึกษา

(ร้อยละ)	2553	2554	2554				2555	
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	0.51	0.34	0.46	0.33	0.22	0.37	0.32	0.34
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.49	0.93	1.19	0.72	0.77	1.04	1.07	1.23
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.25	0.80	0.91	0.78	0.92	0.60	0.89	0.88
อาชีวศึกษา	1.61	1.02	1.36	0.98	0.88	0.88	1.24	1.18
วิชาชีพชั้นสูง	1.98	1.33	1.36	1.51	1.58	0.87	1.60	2.07
อุดมศึกษา (รวม)	2.30	1.37	1.56	1.05	1.84	1.03	1.32	1.90
อุดมศึกษา (ไม่เคยทำงานมาก่อน)	1.47	0.86	1.09	0.49	1.26	0.61	0.82	1.29
รวม	1.04	0.68	0.83	0.60	0.66	0.63	0.72	0.85

หมายเหตุ : ไตรมาส 2/2555 เป็นข้อมูลเฉลี่ยเดือนเมษายน-มิถุนายน
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 3 อัตราการว่างงานของผู้ที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ)

สาขาวิชา	2553	2554	2554				2555	
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
การฝึกหัดครูและศึกษาศาสตร์	1.1	0.5	0.5	0.6	0.5	0.2	0.3	1.2
ศิลปกรรมศาสตร์	3.6	2.4	3.6	1.6	2.7	1.8	2.5	4.4
มนุษยศาสตร์	1.8	4.3	7.1	1.8	7.0	1.6	2.7	2.4
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์	2.3	1.7	1.6	1.0	3.3	1.0	1.1	1.6
วารสารศาสตร์และสารสนเทศ	6.3	2.6	3.4	3.1	1.8	2.0	4.9	0.8
ธุรกิจและการบริหาร								
พาณิชยศาสตร์	2.6	1.4	1.7	1.0	1.8	1.1	1.5	2.1
กฎหมาย นิติศาสตร์	2.1	1.0	1.4	0.4	1.4	0.8	1.6	1.5
วิทยาศาสตร์ชีวภาพ	5.7	3.4	3.6	1.6	4.9		1.7	2.2
วิทยาศาสตร์กายภาพ	1.8	3.8	1.6	3.0	6.7		1.9	1.4
คอมพิวเตอร์	4.3	2.5	2.4	1.4	2.7	3.5	2.6	3.6
วิศวกรรมศาสตร์	2.6	2.0	1.9	2.8	2.9	0.6	0.9	1.7
การผลิตและกระบวนการผลิต	3.4	3.3	9.0	3.5	0.6	0.3	2.5	0.3
เกษตรศาสตร์ วนศาสตร์ และการประมง	2.7	1.0	0.3	0.8	2.0	1.1	2.3	1.3
รวม	2.4	1.4	1.6	1.1	1.9	1.0	1.3	1.9

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตาราง 4 อัตราการว่างงานตามอายุ

(ร้อยละ)	2553	2554	2554				2555	
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
15-19 ปี	4.11	2.63	4.21	1.80	2.53	2.00	2.87	3.45
20-24 ปี	3.66	2.67	3.01	2.34	3.02	2.31	2.66	3.92
25-29 ปี	1.69	1.13	1.11	0.97	1.15	1.30	1.37	1.53
30-34 ปี	0.81	0.56	0.68	0.60	0.49	0.47	0.66	0.69
35-39 ปี	0.59	0.37	0.53	0.34	0.34	0.28	0.45	0.27
40-49 ปี	0.33	0.25	0.33	0.26	0.13	0.26	0.20	0.22
50-59 ปี	0.23	0.15	0.20	0.12	0.14	0.16	0.16	0.15
60 ปีขึ้นไป	0.18	0.12	0.20	0.08	0.06	0.13	0.12	0.08
รวม	1.04	0.68	0.83	0.60	0.66	0.63	0.72	0.85

หมายเหตุ : ไตรมาส 2/2555 เป็นข้อมูลเฉลี่ยเดือนเมษายน-มิถุนายน
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อย่างต่อเนื่อง สถานการณ์การว่างงานรายสาขาที่เป็นประเด็นหลัก มีดังนี้

(1) สาขาธุรกิจ บริหารและพาณิชยศาสตร์ ซึ่งเป็นสาขาที่อ่อนไหวตามภาวะเศรษฐกิจมากมีการว่างงานเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่สำเร็จในระดับอุดมศึกษามีอัตราการว่างงานร้อยละ 2.1 ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) มีอัตราการว่างงานร้อยละ 1.8 อย่างไรก็ตาม ผู้ที่สำเร็จระดับ ปวช. มีอัตราการว่างงานเพียงร้อยละ 1.0 ส่วนหนึ่งสะท้อนว่าผู้ประกอบการบางส่วนลดต้นทุนโดยการเลิกจ้างผู้สำเร็จการศึกษาระดับ ปวช.

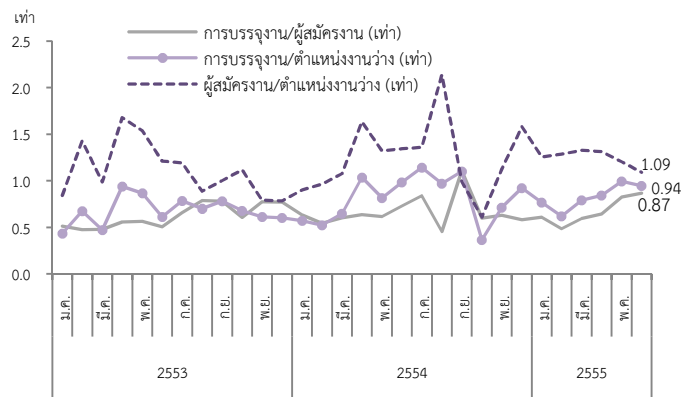
(2) ผู้จบการศึกษาระดับอุดมศึกษาในสาขาศิลปกรรมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ว่างงานเพิ่มขึ้นโดยมีอัตราการว่างงานร้อยละ 4.4 และ 2.4 ตามลำดับ สาขาดังกล่าวเป็นปัญหาด้านการผลิตกำลังคนที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาด มีการผลิตเกินความต้องการของตลาดมาอย่างต่อเนื่องและเป็นสาขาที่ไม่อ่อนไหวตามภาวะเศรษฐกิจเท่าใดนัก และจากข้อมูลรายปีในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่า สาขาศิลปกรรมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ และสาขาวารสารศาสตร์และสารสนเทศมีอัตราการว่างงานสูงกว่าการว่างงานโดยเฉลี่ยมาก โดยที่ในช่วงปี 2548-2554 อัตราการว่างงานเท่ากับร้อยละ 3.6 3.5 3.0 และ 5.3 ตามลำดับ

(3) นอกจากนั้น ยังพบว่าในไตรมาสสองผู้ที่จบการศึกษาด้านคอมพิวเตอร์ในระดับ ปวส. และระดับอุดมศึกษา มีอัตราการว่างงานสูงเช่นกัน คือ ร้อยละ 4.1 และ 3.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลรายปีในช่วงปี 2548-2554 ที่ผ่านมามีอัตราการว่างงานสูงในทุกระดับ โดยระดับ ปวช. ปวส. และระดับอุดมศึกษาว่างงานเฉลี่ยร้อยละ 6.0 4.3 และ 4.8 ตามลำดับ จึงควรทบทวนสถานการณ์เพื่อปรับโครงสร้างการผลิตกำลังคนในด้านนี้ รวมทั้งลักษณะในรายวิชาที่ทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้วย

อย่างไรก็ตาม การว่างงานที่เพิ่มขึ้นยังไม่เป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงปัญหาที่รุนแรง มีเครื่องชี้วัดที่แสดงว่า แรงกดดันต่อการว่างงานจะไม่รุนแรงและโอกาสในการหางานทำยังเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันปีที่แล้ว ได้แก่ สัดส่วนผู้สมัครงานต่อตำแหน่งงานว่างสะสมลดลงจาก 1.59 เท่าในไตรมาส 2/2554 เป็น 0.83 เท่า โดยตลาดแรงงานสำหรับผู้จบการศึกษาระดับ ปวช.-ปวส./อนุปริญญา ยังคงดึงดูดกว่ากลุ่มอื่น โดยที่กลุ่มนี้มีสัดส่วนผู้สมัครงานต่อตำแหน่งงานว่างสะสมต่ำมากที่สุดที่ 0.36 เท่า และสัดส่วนการบรรจุงานต่อตำแหน่งงานว่างสูงเท่ากับ 0.92 เท่าใกล้เคียงกับ 0.94 เท่าในช่วงเดียวกันปีที่แล้ว และสูงกว่า 0.72 ในไตรมาสที่ผ่านมา และสัดส่วนการบรรจุงานต่อผู้สมัครงานซึ่งสูงขึ้นจาก 0.66 เท่าในไตรมาส 2/2554 เป็น 0.77 เท่า

การจ้างงาน เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีที่แล้วร้อยละ 1.6 เร่งตัวกว่าที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.0 ในไตรมาสแรก โดยการจ้างงาน

แผนภาพ 2 สถานการณ์ตลาดแรงงาน



ที่มา : กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

ตาราง 5 สัดส่วนผู้สมัครงานต่อตำแหน่งงานว่างสะสม

(หน่วย)	2554				2555	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	1.40	2.89	1.87	1.31	1.39	1.17
มัธยมศึกษา	0.92	1.89	1.29	0.93	1.27	0.96
ปวช.-ปวส./อนุปริญญา	0.35	0.62	0.41	0.30	0.48	0.36
ปริญญาตรีและสูงกว่า	1.38	2.43	1.48	1.11	1.71	1.50
รวม	0.82	1.59	1.05	0.77	1.05	0.83

ที่มา : กองวิจัยตลาดแรงงาน กรมการจัดหางาน

ตาราง 6 ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน

ผู้ขอรับ ประโยชน์ ทดแทน (คน)	2554					2555	
	Q1	Q2	Q3	Q4	ทั้งปี	Q1	Q2
รวม	132,163	135,762	128,085	140,295	536,305	159,415	139,268
ลาออก	114,404	119,741	111,580	101,837	447,562	119,529	119,402
เลิกจ้าง	17,759	16,021	16,505	38,458	88,743	39,886	19,866
การเปลี่ยนแปลง (% YOY)							
รวม	4.8	-5.2	3.3	27.6	6.5	20.6	2.6
ลาออก	13.8	0.5	5.1	9.0	6.7	4.5	-0.3
เลิกจ้าง	-30.5	-33.7	-7.6	132.8	5.5	124.6	24.0

ที่มา : กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

ภาคเกษตรเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.2 เนื่องจากการเลื่อนเวลาการเพาะปลูก ข้าวนาปรังในช่วงก่อนหน้า ทำให้ระยะเวลาการเก็บเกี่ยวมาเริ่ม ในช่วงไตรมาสนี้ ขณะที่การจ้างงานนอกภาคเกษตรลดลงร้อยละ 0.5 โดยการจ้างงานในสาขาโรงแรม/ภัตตาคารลดลงร้อยละ 13.5 ลดลงต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ไตรมาส เนื่องจากในช่วงที่ผ่านมามีการ แข่งขันสูงจากเซอร์วิทอพาร์ทเมนต์ ประกอบกับมีการปรับตัว ในช่วงที่ต้นทุนแรงงานสูงขึ้น สาขาก่อสร้างจ้างงานลดลงร้อยละ 1.6 ขณะที่การจ้างงานภาคการผลิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.9 ตามภาวะการ ผลิตของหลายอุตสาหกรรมที่เริ่มเข้าสู่ภาวะปกติหลังน้ำท่วม เช่น ยานยนต์ เครื่องปรับอากาศ และผลิตภัณฑ์ปิโตรเลียม เป็นต้น

การปรับค่าจ้างแรงงาน ผลกระทบ และการปรับตัว
ข้อมูลและผลการศึกษาต่างๆ เริ่มชี้ถึงผลของการปรับเพิ่มค่าจ้าง
และการปรับตัวของภาคธุรกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจขนาดกลาง
และขนาดย่อม ดังนี้

- ผลการสำรวจผลกระทบจากการขึ้นค่าแรง 300 บาท โดยกระทรวงแรงงานในช่วงต้นเดือนมิถุนายน พบว่า มีร้อยละ 82.5 ของสถานประกอบการ SME ได้รับผลกระทบ (จาก 1,707 แห่งทั่วประเทศ จำนวนแรงงาน 118,842 คน) และเป็นข้อจำกัดในการขยายกิจการ นอกจากนี้ ร้อยละ 74.1 ผู้ประกอบการมีวิธีการลดผลกระทบโดยลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็น ร้อยละ 39.0 งดรับลูกจ้างเพิ่ม ร้อยละ 25.6 ฝึกอบรม/ฝึกทักษะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพแรงงาน ร้อยละ 23.6 ลดชั่วโมงทำงานล่วงเวลา ร้อยละ 21.14 เพิ่มราคาจำหน่ายสินค้า ร้อยละ 14.6 เลิกจ้างลูกจ้างบางส่วน ร้อยละ 13.5 นำเครื่องจักรเข้ามาใช้ทดแทน ร้อยละ 9.2 นำแรงงานต่างด้าวมาทดแทน และร้อยละ 4.2 ลดกำลังการผลิต

- ผลการสำรวจทัศนคติของสมาชิกของสภาหอการค้าไทยใน 7 จังหวัดน่านร่งที่มีการปรับขึ้นค่าแรง ในช่วง 2 เดือน (เมษายน-พฤษภาคม) พบว่า สมาชิกส่วนใหญ่ร้อยละ 82.4 ยืนยันว่าได้รับผลกระทบ และมีเพียงร้อยละ 17.6 ที่ไม่ได้รับผลกระทบ ผลกระทบส่วนใหญ่เป็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำเนินการที่สูงขึ้น ทำให้ความสามารถในการแข่งขันลดลง เนื่องจากค่าจ้างแรงงานสูงขึ้นแต่ประสิทธิภาพการทำงานเท่าเดิม ยอดจำหน่ายสินค้าจึงลดลงจากการปรับเพิ่มราคาสินค้า

- ในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน มีการร้องเรียนปัญหา ค่าจ้างไม่เป็นธรรมต่อศูนย์รับเรื่องร้องเรียนซึ่งจัดตั้งโดย คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย จำนวน 5,134 คน¹ ใน 3

1 การร้องเรียนปัญหาค่าจ้างไม่เป็นธรรมต่อศูนย์รับเรื่องร้องเรียนซึ่งจัดตั้งโดยคณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย จำนวน 5,134 คน ใน 3 ปัญหาหลัก (1) ไม่ได้รับค่าจ้างขั้นต่ำ จำนวน 3,380 คน ในกลุ่มแรงงานขนส่ง ผลิตภัณฑ์ส่วน อุปกรณ์รถยนต์ จีวรลรี และธุรกิจโรงแรม (2) ถูกปรับเปลี่ยนสภาพงาน ตัดลดสวัสดิการ ย่ำฐานการผลัดจำนวน 2,168 คน ในธุรกิจสิ่งทอ เสื้อผ้า (3) ถูกงานจ้างนำสวัสดิการมารวมกับรายได้เป็นค่าจ้างขั้นต่ำ จำนวน 586 คน ในกลุ่มธุรกิจอิเล็กทรอนิกส์ บริการขนส่ง อาหาร และเฟอร์นิเจอร์

ปัญหาหลัก (1)ไม่ได้รับการปรับขึ้นค่าจ้างขั้นต่ำ (2) ถูกปรับเปลี่ยนสภาพงาน ตัดลดสวัสดิการ และย้ายฐานการผลิต และ (3) ถูกนายจ้างนำสวัสดิการมารวมกับรายได้เป็นค่าจ้างขั้นต่ำ

● ผลการศึกษาถึงการปรับตัวของตลาดแรงงานเมื่อมีการปรับเพิ่มค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยโดยใช้แบบจำลองด้านแรงงานและค่าจ้างสำหรับฐานข้อมูลการจ้างงานและค่าจ้างของประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมาพบว่า (1) การปรับเพิ่มค่าจ้างขั้นต่ำไม่ส่งผลกระทบต่ออัตราการว่างงานในภาพรวมให้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม (2) อาจส่งผลให้มีการโยกย้ายแรงงานระหว่างสาขากลุ่มแรงงาน โดยแรงงานกลุ่มที่ได้รับผลกระทบบางส่วนมีการเคลื่อนย้ายไปประกอบอาชีพอิสระ หรือทำงานในภาคเกษตรกรรม ซึ่งยังนับว่าเป็นผู้มีงานทำ แต่ผลกระทบที่ค่อนข้างชัดเจน คือ การเพิ่มค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานอายุน้อย (อายุ 15–24 ปี) ที่มีทักษะต่ำและประสบการณ์น้อยของสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดเล็ก (แรงงาน 10–99 คน) และสถานประกอบการขนาดใหญ่ในภาคการผลิต (แรงงาน 100 คนขึ้นไป) ออกไปประกอบอาชีพอิสระหรือทำการเกษตร ทั้งนี้ ในไตรมาส 1 ปี 2555 แรงงานกลุ่มทักษะต่ำและประสบการณ์น้อยที่ทำงานในสถานประกอบการ SMEs มีจำนวนทั้งสิ้น 1.68 ล้านคน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่า แรงงานสูงอายุมีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมในกำลังแรงงานมากขึ้นเนื่องจากผลตอบแทนที่สูงขึ้น

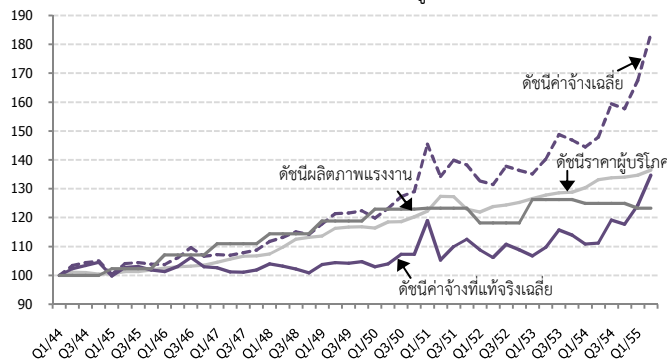
ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ว่าในการเฝ้าระวังผลกระทบ โดยเฉพาะในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างค่าจ้างทั้งระบบนั้นควรให้ความสำคัญกับผลกระทบต่อกลุ่มเสี่ยงและการออกนอกระบบของแรงงานจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงและหลักประกันด้านรายได้ การคุ้มครองแรงงานและประกันทางสังคม ได้ รวมทั้งควรพิจารณากำหนดกลุ่มเป้าหมายในการฝึกอาชีพและเพิ่มทักษะให้ชัดเจนขึ้น เช่น กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมต้นซึ่งมีความอ่อนไหวกว่ากลุ่มอื่นค่อนข้างชัดเจน

รายได้แท้จริงของแรงงานเพิ่มขึ้น ค่าจ้างแรงงานและเงินเดือนภาคเอกชนที่ยังไม่รวมค่าล่วงเวลาและผลประโยชน์ตอบแทนอื่นในไตรมาสสอง ปี 2555 เพิ่มขึ้นร้อยละ 22.2 จากที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 ในช่วงเดียวกันปีที่แล้ว เป็นผลจากนโยบายการปรับค่าจ้างขั้นต่ำเฉลี่ยร้อยละ 39.5 ในเดือนเมษายนที่ผ่านมา ขณะที่ราคาสินค้าเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.5 ทำให้ค่าจ้างแท้จริงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 19.2 อย่างไรก็ตาม ในช่วงของการปรับตัวระยะสั้นผลิตภาพแรงงานโดยเฉลี่ยยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยผลิตภาพแรงงานเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 2.54 ในไตรมาสที่สอง

สัญญาณเฝ้าระวัง

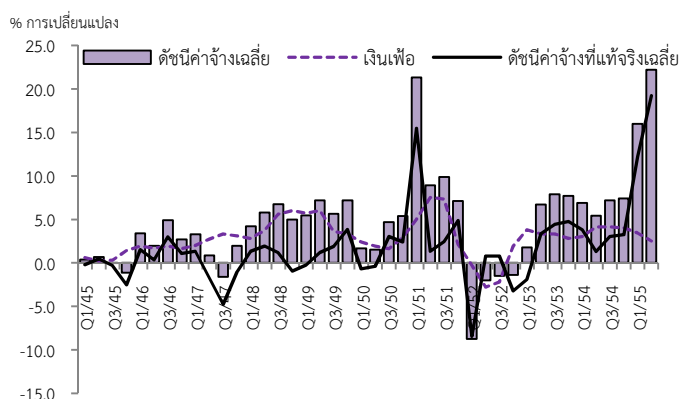
ในระยะสั้น ชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยและการทำงานต่ำระดับเริ่มส่งสัญญาณที่ต้องเฝ้าระวังสถานการณ์การว่างงานที่

แผนภาพ 3 แสดงดัชนีค่าจ้างเฉลี่ย และดัชนีราคาผู้บริโภค



หมายเหตุ : ดัชนีค่าจ้างเฉลี่ยไตรมาส 2/2555 เป็นข้อมูลเฉลี่ยเดือนเมษายน-มิถุนายน
ที่มา : กระทรวงพาณิชย์, สศช., สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภาพ 4 แสดงการเปลี่ยนแปลงค่าจ้าง และเงินเฟ้อ



หมายเหตุ : ไตรมาส 2/2555 เป็นข้อมูลเฉลี่ยเดือนเมษายน-มิถุนายน
ที่มา : กระทรวงพาณิชย์, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเตรียมความพร้อมแรงงานกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 จะทำให้การเคลื่อนย้ายสินค้า การลงทุน และบริการ เป็นไปอย่างเสรีในกลุ่มประเทศอาเซียน และจะส่งผลต่อรูปแบบความต้องการแรงงานที่จะเปลี่ยนไป จากอดีตทั้งด้านปริมาณและคุณสมบัติของแรงงาน การปรับตัวด้านแรงงานใน 2 ด้านคือ

(1) ความต้องการแรงงานที่มีฝีมือและได้มาตรฐานจะเพิ่มขึ้นเพื่อสนับสนุนการรักษาและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันอย่างต่อเนื่องใน สาขาที่ประเทศไทยมีความได้เปรียบซึ่งจะส่งผลให้การผลิตและการลงทุนเพิ่มขึ้น^[1] ประกอบกับในอนาคตการผลิตมีแนวโน้มใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และคำนึงถึงสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความต้องการแรงงานทั้งทักษะ และแรงงานทักษะเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการ Green jobs ทั้งนี้ในปัจจุบันกระทรวงแรงงานได้กำหนดมาตรฐานฝีมือแรงงานแล้วประมาณ 200 สาขาอาชีพ พร้อมกับกำหนดอัตราค่าจ้างแรงงานตามมาตรฐานแรงงาน 22 สาขาอาชีพ เพื่อให้แรงงานสามารถได้รับผลตอบแทนที่เหมาะสมตามความรู้ความสามารถ นอกจากนั้นยังได้กำหนดมาตรฐานอาชีพตามกรอบคุณวุฒิวิชาชีพ เพื่อใช้เป็นกรอบที่จะเชื่อมโยงคุณวุฒิทางการศึกษากับคุณวุฒิวิชาชีพตามเกณฑ์ระดับความสามารถในการปฏิบัติงานของกลุ่มอาชีพต่างๆ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างการยกร่างโดยกรมอาชีวศึกษา และยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องนำระบบหรือมาตรฐานต่าง ๆ ในการกำหนดค่าจ้างและคุณสมบัติของแรงงานมาบูรณาการเชื่อมโยงกันเพื่อไม่ให้เกิดความลักลั่นที่จะทำให้เกิดแรงงานเกิดความบิดเบือน

(2) การเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือเสรีภายใต้การเปิดเสรีการค้าบริการ ซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบของการเปิดให้บริการ ประกอบด้วย 1) การให้บริการข้ามพรมแดน 2) การเข้าไปรับบริการในต่างแดน 3) การจัดตั้งหน่วยธุรกิจ/สำนักงานในต่างแดน^[2] และ 4) การเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราว โดยเปิดเสรีในรูปแบบที่ 4 นี้ทั้งเพื่อสนับสนุนการเปิดธุรกิจในประเทศต่างๆ ในอาเซียนที่จะต้องมีการนำบุคลากรเข้าไปทำงานด้วย และรวมถึงการเปิดให้นักวิชาชีพ/แรงงานฝีมือที่เป็นบุคลากรสามารถเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานในประเทศต่างๆ ในอาเซียนได้อย่างเสรี โดยสมาชิกในกลุ่มอาเซียนได้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันในเรื่องคุณสมบัติหรือมาตรฐานในวิชาชีพ (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ หรือแรงงานฝีมือ ทั้งหมด 7 สาขาวิชาชีพ คือ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร สถาปนิก การสำรวจ และการบัญชี โดยแรงงานฝีมือของประเทศในภูมิภาคอาเซียนสามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศใดๆ ในประเทศอาเซียนได้โดยเสรี

ซึ่งการเตรียมความพร้อมแรงงานฝีมือนั้นอาจพิจารณาแยกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก การสร้างโอกาสให้แรงงานไทยสามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศได้อาการ จัดหลักสูตรศึกษาที่ต้องสอดคล้องกับมาตรฐานอาเซียนโดยเฉพาะสถาบันการศึกษาในภูมิภาคที่ต้องยกระดับมาตรฐานการศึกษาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขกฎระเบียบวิชาชีพของประเทศต่างๆ แก่ผู้อยู่ในสาขาวิชาชีพเหล่านั้น ส่วนที่สองเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือต่างชาติที่ต้องมาทำงานในประเทศไทย โดยจะต้องจัดอุปสรรคที่เป็นข้อจำกัดต่อการเข้ามาทำงานในประเทศไทย อาทิ พ.ร.บ. การทำงานของคนต่างด้าว เพื่อให้คนต่างด้าวสามารถเข้ามาทำงานในอาชีพที่สงวนไว้สำหรับคนไทยได้ (การบัญชี วิศวกร สถาปนิก) พ.ร.บ. คนเข้าเมือง ในเงื่อนไขระยะเวลาการพำนักในประเทศ พ.ร.บ. ส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงานเพื่อการพัฒนาฝีมือแรงงานครอบคลุมถึงชาวต่างชาติ พ.ร.บ. แรงงานสัมพันธ์และพ.ร.บ. แรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์เพื่อให้ชาวต่างชาติได้รับการคุ้มครองในสวัสดิการต่างๆ และจัดตั้งสหภาพแรงงานได้ พ.ร.บ. ประกันสังคมเพื่อให้มีการขยายประกันสังคม มาตรา 40 ให้ครอบคลุมถึงชาวต่างชาติ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันการปรับปรุงกฎระเบียบเหล่านี้ยังมีความคืบหน้าไปเพียงช้าๆ

ภายใต้ข้อจำกัดของตลาดแรงงานไทย ได้แก่ (1) กำลังแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศไทยมีอายุมาก การศึกษาค่า และทำงานนอกระบบ (2) กำลังแรงงานอายุน้อยจำนวนมากขาดโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น โดยกำลังแรงงานอายุ 15-24 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่าเท่านั้น ซึ่งมีประมาณ 3 ล้านคนที่จบเพียงระดับมัธยมต้น คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 62.9 ของกำลังแรงงานวัยนี้ (3) การขาดแคลนบุคลากรในสาขาอาชีพสำคัญ โดยเฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในเชิงจำนวน และปัญหาการกระจุกตัวในบางพื้นที่ ซึ่งยังคงเป็นประเด็นที่ต้องคำนึงในการเตรียมความพร้อมเพื่อให้แรงงานไทยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการก้าวสู่ประชาคมอาเซียนและสามารถสนับสนุนการแข่งขันกับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคนี้

[1] การลงทุนที่ประเทศไทยมีความได้เปรียบ อาทิเช่น อุตสาหกรรมยานยนต์และชิ้นส่วน ยางและผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ เครื่องใช้ไฟฟ้า (เครื่องปรับอากาศ ตู้เย็น ตู้แช่แข็ง) อุตสาหกรรมพลาสติก อุตสาหกรรมอาหารแปรรูป สาขาบริการ (โรงแรม ภัตตาคาร สปา) เป็นต้น

[2] การเปิดเสรีการจัดตั้งหน่วยธุรกิจ/สำนักงานในต่างแดน จะอนุญาตให้ผู้ประกอบธุรกิจบริการของอาเซียน ไปเปิดกิจการโดยถือทุนในประเทศต่าง ๆ ในอาเซียนได้อย่างน้อยถึง 70%

อาจจะเพิ่มขึ้นได้ภายใต้สถานการณ์ซึ่งเศรษฐกิจโลกยังมีความเสี่ยงและอาจจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทย จะเห็นว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยเริ่มลดลงเล็กน้อยร้อยละ 1.2 จาก 45.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในไตรมาสสองปีที่แล้วเป็น 45.3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ในไตรมาสนี้ โดยผู้ที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงขึ้นไปมีจำนวน 28,138,580 คน ลดลงจากช่วงเดียวกันปีที่แล้วร้อยละ 0.7 และผู้ทำงานต่ำกว่า 35 ชั่วโมง/สัปดาห์มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากร้อยละ 11.2 โดยมีจำนวน 6,702,647 คน เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 16.2 ในไตรมาสแรก นอกจากนี้ แรงงานทำงานต่ำระดับซึ่งลดลงจากช่วงเดียวกันปีที่แล้วร้อยละ 1.9 ได้เริ่มมีสัญญาณทรงตัวในปีนี้

การติดตามสถานการณ์จึงควรพิจารณาในรายกลุ่มแรงงาน ได้แก่ (1) แรงงานผลิตเพื่อการส่งออก แม้จะยังไม่ปรากฏผลกระทบที่ชัดเจน แต่เป็นความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังโดยเฉพาะในกลุ่มการผลิต SME ที่มีตลาดส่งออกหลักในประเศยุโรป ซึ่งมีแนวโน้มชะลอตัวลง/ลดลงในช่วงครึ่งแรกของปี อาทิ รถจักรยาน เครื่องใช้ไฟฟ้า และสิ่งทอ เป็นต้น (2) แรงงานในภาคบริการท่องเที่ยว หากสถานการณ์มีความยืดเยื้อและส่งผลกระทบต่อจำนวนนักท่องเที่ยวลดลง และส่งผลกระทบต่อแรงงานในธุรกิจเกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยว อาทิ ร้านอาหาร ร้านขายของที่ระลึก การขนส่ง/เช่ารถยนต์ เป็นต้น โดยเฉพาะในภาวะที่การจ้างงานภาคบริการได้ลดลงอย่างชัดเจนในช่วงก่อนหน้านี้ เนื่องจากมีการแข่งขันสูงจากเซอร์วิทอพาร์ทเมนต์ ประกอบกับต้นทุนแรงงานที่สูงขึ้น (3) แรงงานไทยที่เดินทางไปทำงานในยุโรปมีจำนวนประมาณ 1 หมื่นคนต่อปี โดยในช่วงเดือนมกราคม-กรกฎาคม 2555 มีแรงงานไปทำงานในยุโรป 11,254 คน ซึ่งในกรณีที่เลวร้ายสุดหากแรงงานส่วนใหญ่ต้องออกจากงานและกลับประเทศไทย จะทำให้แรงงานนั้นต้องขาดรายได้และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แม้ว่าในระดับภาพรวมจะไม่ทำให้อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นมากก็ตาม

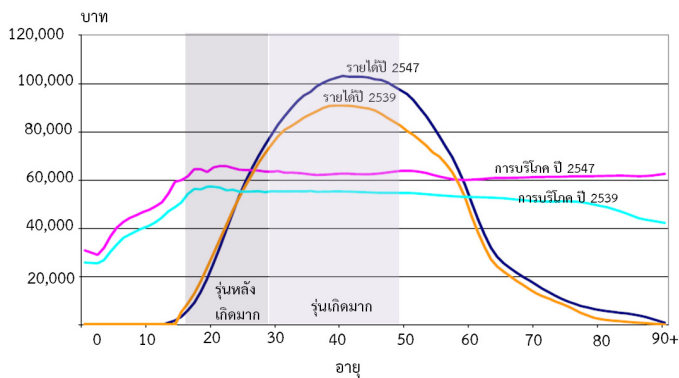
สัญญาณเฝ้าระวังระยะยาว เมื่อพิจารณากำลังแรงงาน และการว่างงานที่จำแนกตามรายอายุและการศึกษา พบข้อบ่งชี้ถึงปัญหาเชิงโครงสร้างกำลังคนที่ยืดเยื้อและจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพการพัฒนาของประเทศและคุณภาพชีวิตของแรงงานได้มากในระยะยาวหากไม่เร่งแก้ปัญหา โดยมีประเด็นที่ควรพิจารณา มีดังนี้

(1) กำลังแรงงานที่อายุน้อยแต่มีการศึกษาต่ำอยู่จำนวนไม่น้อย และจะกลายเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มผลิตภาพแรงงานที่จะเข้ามาทดแทนกำลังแรงงานที่เริ่มชะลอตัวลงในช่วงปริมาณรายได้โครงสร้างประชากรสูงอายุ ในปัจจุบันมีกำลังแรงงานอายุน้อย (15-24 ปี) แต่มีการศึกษาเพียงในระดับมัธยมต้นลงมาเป็นจำนวนมากถึง 3.03 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7.7 ของกำลังแรงงานรวม และเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 62.9 ของกำลังแรงงานในวัยนี้ซึ่งมีจำนวน 4.8 ล้านคน สำหรับกลุ่มกำลังแรงงานในวัย 25-39 ปีก็พบว่ากลุ่มที่มี

ตาราง 7 รูปแบบการบริโภค และการออมของประชากร

ช่วงวัย	จากแรกเกิดถึงเสียชีวิต														
ประชากรรุ่นเกิดมาก (เกิดปี 2506-2526)															
อายุ	0	5	7	13	17	19	23	25	28	29	49	60	85		
ปี	2506	2511	2513	2519	2523	2525	2529	2531	2534	2536	2555	2566	2591		
	2526	2531	2533	2539	2543	2545	2549	2551	2554	2555	2575	2586	2611		
ประชากรรุ่นหลังเกิดมาก (เกิดปี 2527 – 2539)															
	2527	2532	2534	2540	2544	2546	2550	2552	2555	2556	2576	2587	2612		
	2539	2544	2546	2551	2555	2557	2561	2563	2569	2568	2588	2598	2623		
กิจกรรม	การเกิด	อนุบาล	ประถม	มัธยม	มหาวิทยาลัย	ทำงาน			แต่งงาน			เกษียณ	ตาย		
การบริโภค	เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม					➔		รถยนต์	การแต่งงาน			สุขภาพ	งานศพ		
	อาหารและเครื่องดื่ม					➔		ความบันเทิงและร้านอาหาร	บ้าน			ศูนย์ดูแลสุขภาพ			

แผนภาพ 5 รายได้และการบริโภคของแรงงานต่อคน ปี 2539 และ ปี 2547



ที่มา : ทีมงาน mathana, et.al., 2007

การศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมาถึง 5.58 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 19.3 ของกำลังแรงงานรวมและร้อยละ 53.1 ของกำลังแรงงานที่อยู่ในวัยนี้ สอดคล้องกับข้อมูลด้านการศึกษาในแต่ละช่วงวัยที่แสดงว่าอัตราการเข้าเรียนต่อลดลงมากจากระดับมัธยมต้นเมื่อไปสู่การศึกษาในระดับสูงขึ้นไป เช่น ในปี 2553 อัตราการเข้าเรียน (Gross Enrolment Rate) ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอุดมศึกษาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 71.7 และ 46.2 ตามลำดับจากอัตราการเข้าเรียนร้อยละ 98 ในระดับมัธยมต้น โครงสร้างกำลังแรงงานในปัจจุบันแสดงว่าแรงงานรุ่นหนุ่มสาวซึ่งจะเป็นกำลังแรงงานที่ต้องเข้ามาทดแทนกำลังแรงงานสูงอายุที่จะออกจากตลาดแรงงานไปนั้นมีข้อจำกัดในการยกระดับทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อเพิ่มผลิตภาพแรงงาน การฝึกอบรมและการฝึกฝีมือแรงงานจึงควรกำหนดให้กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายเร่งด่วน

นอกจากนี้ กลุ่มแรงงานที่มีการศึกษาในระดับมัธยมต้นนับว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะว่างงานมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีทักษะเฉพาะด้านที่ชัดเจนถ้าหากไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม ขณะเดียวกันผู้ประกอบการก็สามารถทดแทนแรงงานกลุ่มนี้ได้ด้วยแรงงานที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าโดยเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างชาติสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สสช. และ TDRI ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งสะท้อนว่าคุณภาพชีวิตของแรงงานกลุ่มใหญ่ยังอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่นอกระบบ ในไตรมาสสองปี 2555 กลุ่มแรงงานที่จบการศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นที่ว่างงานมีประมาณ 77,362 คน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่อายุน้อยคือ อยู่ในช่วง 15-24 ปี และเป็นผู้ที่ไม่เคยทำงานมาก่อนเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 15.1

(2) กำลังแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศไทยมีอายุมาก ระดับการศึกษาต่ำ และทำงานนอกระบบจึงเป็นข้อจำกัดสำคัญในการยกระดับขีดความสามารถเพื่อเสริมสร้างศักยภาพการผลิตของประเทศและการยกระดับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ ประมาณร้อยละ 26.5 ของกำลังแรงงานรวมเป็นแรงงานที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และประมาณร้อยละ 49.5 ของกำลังแรงงานเป็นประชากรรุ่นเกิดมากที่มีอายุระหว่าง 30-49 ปีในปัจจุบัน นับเป็นช่วงวัยสำคัญที่จะส่งสมประสบการณ์และเกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ จึงเป็นช่วงวัยที่จะมีโอกาสสร้างอาชีพและฐานรายได้ที่สูงขึ้นและมั่นคง มีรายได้เพียงพอแก่การบริโภคและสามารถเก็บออมได้ แต่จากโครงสร้างแรงงานพบว่า แรงงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ส่วนหนึ่งสะท้อนลักษณะโครงสร้างประชากรและปัญหาของการจัดบริการทางการศึกษาในอดีต ทั้งนี้ กำลังแรงงานที่อายุ 30-49 ปีนั้นส่วนใหญ่มิระดับการศึกษาต่ำเพียงระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่านั้นมีมากถึง 12.6 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 32.1 ของกำลังแรงงานรวมของประเทศ และคิดเป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 64.8 ของกำลังแรงงานที่อยู่ในวัย 30-49 ปี สะท้อนว่าการยกระดับทักษะในด้านต่างๆ ก็อาจจะมีข้อจำกัดโดยเฉพาะการยกระดับทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ซึ่งจะเป็นทักษะสำคัญในอนาคต นอกจากนั้น ยังมีความเสี่ยงที่จะมีรายได้ไม่เพียงพอ และไม่สามารถเก็บออมได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การสร้างหลักประกันความมั่นคงด้านรายได้ในช่วงวัยสูงอายุ

(3) กลุ่มแรงงานที่มีการศึกษาในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และอุดมศึกษา ในหลายสาขามีอัตราการว่างงานสูง ซึ่งเป็นปัญหายืดเยื้อของการผลิตกำลังคนที่ไม่ตรงกับความต้องการของตลาด ในไตรมาสสองปี 2555 กลุ่มแรงงานระดับอุดมศึกษามีการว่างงานจำนวน 95,841 คน เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันปีที่แล้วประมาณ 5 หมื่นคน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 116.4 โดยสาขาที่มีผู้จบการศึกษาเพิ่มขึ้นมาก ได้แก่ สาขาศิลปศาสตร์ และสาขามนุษยศาสตร์ ซึ่งว่างงานถึงร้อยละ 4.4 และ 2.4 นอกจากนี้ สาขาคอมพิวเตอร์และสาขาบริหารธุรกิจ และพาณิชยศาสตร์ซึ่งมีลักษณะอ่อนไหวตามภาวะเศรษฐกิจมากกว่าสาขาอื่น ก็ประสบปัญหาการหางานทำในช่วงที่ยังอยู่ในช่วงการฟื้นตัวจากผลกระทบน้ำท่วมและเศรษฐกิจที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจยุโรป โดยผู้ประกอบการยังไม่สามารถคาดการณ์ผลกระทบได้ชัดเจน จึงเป็นอีก 2 สาขาที่มีการว่างงานเพิ่มขึ้นมากทั้งกลุ่มที่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และอุดมศึกษา

ตาราง 8 ภาษาสำคัญที่ใช้ในแต่ละชาติอาเซียน

ลำดับ	ประเทศ	ภาษาสำคัญที่ใช้
1	กัมพูชา	เขมร ฝรั่งเศส อังกฤษ
2	ไทย	ไทย และอังกฤษ
3	บรูไน	มาเลย์ อังกฤษ จีน
4	พม่า	พม่า และภาษาชนกลุ่มน้อย
5	ฟิลิปปินส์	ฟิลิปปิโน โดยเฉพาะตากาล็อก และอังกฤษ
6	มาเลเซีย	มลายู อังกฤษ จีนกลุ่มต่างๆ ติมูร์
7	ลาว	ลาว ฝรั่งเศส อังกฤษ และภาษาชนกลุ่มน้อย
8	เวียดนาม	เวียดนาม อังกฤษ ฝรั่งเศส จีน เขมร
9	สิงคโปร์	จีนกลาง อังกฤษ มาเลย์ ฮกเกี้ยน กวางตุ้ง แตจิ๋ว ติมูร์
10	อินโดนีเซีย	อินโดนีเซีย อังกฤษ ดัตช์ ขวา

ที่มา : ประชาคมอาเซียนกับแนวโน้มด้านภาษาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยวีระพงษ์ ปัญญานันท์

ประเทศไทยยังอยู่ในฐานะเสียเปรียบทั้งในด้านภาษาอังกฤษและความหลากหลายของภาษาที่ใช้

ความสามารถด้านภาษาเป็นเงื่อนไขสำคัญหนึ่งที่จะเปิดโอกาสให้ทั้งประชาชนและภาคธุรกิจเอกชนของประเทศสมาชิกได้รับประโยชน์จากการที่สังคมอาเซียนเชื่อมโยงใกล้ชิดกันมากขึ้น ประเทศไทยนับว่ายังมีความเสียเปรียบในด้านภาษา ทั้งภาษาอังกฤษซึ่งจะเป็นภาษาทางการของประชาคมอาเซียนที่จะเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2558 และในด้านความหลากหลายทางภาษาของประชาคมอาเซียนที่ประชาชนไทยจะต้องพัฒนาทักษะภาษาของประเทศอาเซียนอีกอย่างน้อย 1 ภาษานอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ เพื่อเปิดโอกาสเพิ่มขึ้นในการเข้าถึงข้อมูล องค์ความรู้ และการทำความรู้จักและเข้าใจเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของประเทศอื่นๆ ในกลุ่มอาเซียนที่จะส่งเสริมการเพิ่มศักยภาพประชาชนในประเทศและความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านต่างๆ

ในด้านทักษะภาษาอังกฤษของประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียน ประชาชนไทยยังไม่สามารถใช้ภาษาอังกฤษได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศซึ่งใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาที่สอง จากการจัดอันดับของ IMD World Competitive Yearbook 2012 พบว่า สิงคโปร์มีระดับทักษะภาษาอังกฤษสูงสุดตามด้วยฟิลิปปินส์ มาเลเซีย และอินโดนีเซีย ซึ่งสอดคล้องกับการจัดอันดับของ English Proficiency Index (EPI) ใน 42 ประเทศ ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีทักษะภาษาอังกฤษระดับต่ำมาก ซึ่งต่ำกว่าเวียดนามด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจำนวนและสัดส่วนของผู้ใช้ภาษาอังกฤษในแต่ละประเทศพบว่า

ตาราง 9 การจัดอันดับคะแนน TOEFL ในบางประเทศอาเซียน

ลำดับ	ประเทศ	คะแนน	อันดับ
1	สิงคโปร์	98	3
2	ฟิลิปปินส์	88	30
3	มาเลเซีย	88	30
4	อินโดนีเซีย	78	49
5	ไทย	75	55

ที่มา : IMD World Competitive Yearbook 2012

ตาราง 10 การจัดอันดับ English Proficiency Index ในบางประเทศอาเซียน

ลำดับ	ประเทศ	คะแนน	ระดับทักษะ
1	มาเลเซีย	55.54	High Proficiency
2	อินโดนีเซีย	44.78	Very Low Proficiency
3	เวียดนาม	44.32	Very Low Proficiency
4	ไทย	39.41	Very Low Proficiency

ที่มา : EF EPI 2011 Report, www.ef.com

ตาราง 11 จำนวนและสัดส่วนผู้ใช้ภาษาอังกฤษในชาติอาเซียนบางประเทศ

ลำดับ	ประเทศ	ประชากรทั้งหมด (ล้านคน)	ผู้ใช้ภาษาอังกฤษ (ล้านคน)	ร้อยละ
1	สิงคโปร์	4.58	3.25	71.00
2	ฟิลิปปินส์	97.00	49.80	55.46
3	บรูไน	0.38	0.14	37.73
4	มาเลเซีย	27.17	7.40	27.24
5	ไทย	63.03	3.54	10.00

ที่มา : ประชาคมอาเซียนกับแนวโน้มด้านภาษาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยวีระพงษ์ ปัญญานุกุล

ตาราง 12 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังรายไตรมาส ปี 2554-2555

โรคเฝ้าระวัง	2554				2555	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
ปอดอักเสบ	44,420	31,168	51,868	43,384	44,968	36,424
ไข้เลือดออก	7,119	20,287	26,013	9,770	5,765	15,581
มือ เท้า ปาก	857	3,532	8,943	3,933	4,520	7,797
ไข้หวัดใหญ่	9,239	6,054	29,846	11,739	9,108	5,931
บิด	4,671	3,817	3,375	2,866	3,770	3,468
หัด	539	621	736	1,041	1,824	1,013
อีหุน	396	538	1,826	1,501	482	828
ไข้สมองอักเสบ	184	145	106	135	114	161
อหิวาตกโรค	35	47	35	167	18	7
ไข้กาฬหลังแอ่น	11		7	4	0	6
พิษสุนัขบ้า	0	2	1	3	2	0
รวม	67,414	66,212	122,756	74,543	70,571	71,216
อัตราต่อประชากรแสนคน	104.63	103.93	192.39	136.71	110.34	111.48

ที่มา : สำนักโรคบาตวิทยา กระทรวงสาธารณสุข



ประชาชนที่สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษในกลุ่มประเทศอาเซียนยังมีสัดส่วนไม่มากนัก ยกเว้นประเทศสิงคโปร์ ฟิลิปปินส์

ดังนั้น การเร่งพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษให้กับประชาชนไทยให้สามารถติดต่อสื่อสารได้จึงเป็นกรณีเร่งด่วนที่ต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเร่งดำเนินการให้การพัฒนาทักษะทั้งภาษาอังกฤษ ภาษาเพื่อนบ้าน รวมทั้งภาษาจีน ญี่ปุ่น เกาหลี แก่เด็กไทยรุ่นใหม่ที่ได้ผลจริงจัง การให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะภาษามลายูกลาง เพื่อรองรับการสื่อสารกับประชากรครึ่งหนึ่งของประชาคมอาเซียนที่อยู่ในประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย และบรูไน ที่พูดภาษามลายู อาทิ การดำเนินกิจกรรมโครงการพัฒนาประชาคมสู่อาเซียน (Spirit of ASEAN) ในปี 2553 โดยคัดเลือกโรงเรียนนาร่องที่มีความพร้อมและศักยภาพในการจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับภาษาประจำชาติอาเซียนจำนวน 54 โรงเรียน จำแนกเป็น (1) Buffer School 24 โรงเรียนที่มีชายแดนติดกับที่ตั้งของโรงเรียน มุ่งเน้นการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ บวก 4 ภาษาเพื่อนบ้านที่ติดชายแดน ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย และ (2) Sister school 30 โรงเรียน ที่เน้นการเรียนการสอนภาษาอังกฤษ บวก 9 ภาษาอาเซียนอีก 1 ภาษา รวมทั้งในระดับอุดมศึกษา เช่น มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลาปรับหลักสูตรนำเอาภาษามลายูมาเป็นวิชาที่จะต้องเรียนในการศึกษาทั่วไป และเป็นวิชาเอก นักศึกษาที่จบการศึกษาจะต้องพูดได้ภาษาอังกฤษและภาษามลายูได้ด้วย มหาวิทยาลัยราชภัฏเลยร่วมกับมหาวิทยาลัยยูหลิน สาธารณรัฐประชาชนจีน แลกเปลี่ยนนักศึกษาเรียนรู้ภาษาวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยต่างๆ เปิดหลักสูตรอบรมภาษาและวัฒนธรรมอาเซียนพื้นฐานให้กับบุคคลภายนอก เป็นต้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังโดยรวมยังเพิ่มขึ้น และคนไทยถูกคุกคามด้วยเชื้อไวรัสเอนเทอโรไวรัส 71

ในไตรมาส 2/2555 มีผู้ป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังรวม 71,261 ราย เพิ่มขึ้นจากไตรมาสเดียวกันของปี 2554 ร้อยละ 7.6 โดยที่การระบาดของโรคปอดอักเสบยังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในไตรมาสสองปี 2555 มีผู้ป่วยมากกว่า 3 หมื่น 6 พันราย เพิ่มขึ้นจากระยะเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 16.9 เนื่องจากฝนตกชุก อากาศมีความชื้นสูง ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้ง่าย ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จึงยังจำเป็นต้องมีมาตรการในการป้องกันที่เข้มข้นและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังต้องเฝ้าระวังโรคที่มาตามฤดูฝนคือ โรคฉี่หนูมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคอื่นๆ ไข้เลือดออกยังเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมากและมีการเสียชีวิต ตั้งแต่เดือน ม.ค.-13 ส.ค. 2555 พบผู้ป่วย 3 หมื่นสองพันกว่าราย และเสียชีวิต 32 รายและพบผู้ป่วยมากที่สุด ในภาคกลาง กรุงเทพฯ รองลงมาคือ ภาคอีสาน โดยในปีนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ขณะที่โรคมือเท้าปาก (Hand foot mouth disease) ได้แพร่ระบาดขยายวงกว้างออกไป

ตาราง 13 จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคไข้เลือดออก ปี 2550-2555

ปี	ป่วย	ตาย
2550	65,581	95
2551	79,489	102
2552	46,920	50
2553	115,845	139
2554	63,189	59
2555 (1 ม.ค.-13 ส.ค.)	32,410	32

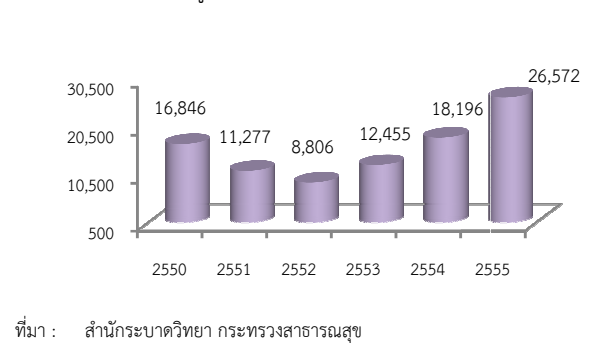
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

ตาราง 14 จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคฉี่หนู ปี 2550-2555

ปี	ป่วย	ตาย
2550	3,279	54
2551	4,210	73
2552	5,439	64
2553	4,944	43
2554	4,261	70
2555 (1 ม.ค.- 13 ส.ค.)	1,960	29

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพ 6 จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ปี 2550-2555 (1ม.ค.-13 ส.ค.)



ตาราง 15 การสำรวจความสุขในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของคนไทยปี 2555 (คะแนนเต็ม 10)

ภาค	ความสุขในชีวิต	ความพึงพอใจในชีวิต
เหนือ	7.79	7.72
กลาง	7.67	7.57
ตะวันออกเฉียงเหนือ	7.79	7.72
ใต้	7.93	7.81
กรุงเทพฯ	7.42	7.31
ทั่วประเทศ	7.73	7.64

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ในหลายพื้นที่ของไทย จนมีเด็กป่วยและเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจำนวนสูงขึ้นตั้งแต่ต้นปีจนถึงปัจจุบันและสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2550-2554)

ข้อมูลของกรมควบคุมโรคตั้งแต่ 1 ม.ค.-13 ส.ค. 2555 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากสะสมทั้งปีจำนวน 26,572 ราย เสียชีวิต 2 ราย โดยจังหวัดพะเยาพบผู้ป่วยต่ออัตราประชากรสูงที่สุด ซึ่งสาเหตุโรคมือเท้าปากเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่มักจะเป็นในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบ แต่ก็อาจจะพบในผู้ใหญ่ได้ เป็นเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 (Enteroviruses 71) สายพันธุ์ B5 ขณะที่ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากจากเชื้อไวรัสเอนเทอโรไวรัส 71 สายพันธุ์ C4 ทั้งสิ้น 61 รายในช่วงตั้งแต่เดือนเมษายนถึงวันที่ 13 กรกฎาคม 2555 ในจำนวนนี้เสียชีวิต 54 ราย โดยอายุของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3 เดือน ถึง 11 ปี และส่วนใหญ่จะเป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ผู้ป่วยพวกกัมพูชาและแรงงานย้ายถิ่นซึ่งเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น อาจเป็นพาหะนำโรคมาระบาดในประเทศไทย ทำให้เจ้าหน้าที่ของไทยมีการตรวจตราชาว กัมพูชาบริเวณด่านชายแดนไทย-กัมพูชาที่จะเดินทางเข้ามาในไทยอย่างเข้มงวด

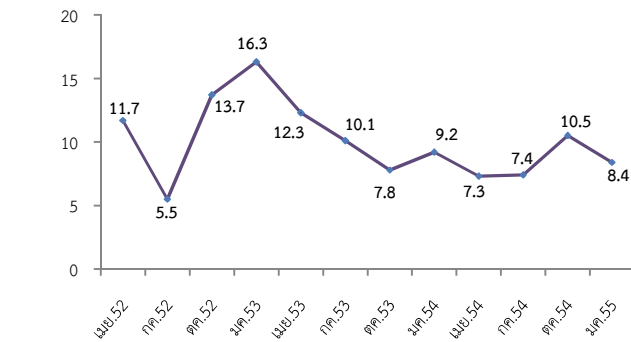
โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีโรคที่เกิดจากไวรัสชนิดนี้อย่างรุนแรงนอกเหนือจากโรคมือเท้าปาก เช่น โรคไขสมองอักเสบที่สามารถทำให้เสียชีวิตเฉียบพลันได้ และยังไม่มียาต้านไวรัสในการรักษา แพทย์จะรักษาตามอาการของผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้น ต้องเร่งกระจายความรู้ในการป้องกันแก่ประชาชนและบุคลากร และควรเน้นการป้องกันและการระบาดของเชื้อไวรัสที่ศูนย์เด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็ก สถานศึกษา และชุมชน เน้นการรักษาสุขอนามัย เช่น ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ไม่ควรพาบุตรหลานที่มีอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ไปเดินในสถานที่สาธารณะ และหากป่วยควรให้หยุดโรงเรียนทันที และรีบทำการรักษา ขณะที่จากการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนครั้งที่ 11 ที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญในเรื่องสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคมือเท้าปากของกลุ่มประเทศอาเซียน เนื่องจากประเทศสมาชิกต่างประสบปัญหาการแพร่ระบาดรุนแรง โดยกลุ่มประเทศกลุ่มอาเซียน เช่น ประเทศเวียดนาม มีผู้ป่วยกว่า 63,000 คน เสียชีวิต 34 คน และในประเทศกัมพูชามีผู้เสียชีวิตแล้ว ส่วนในประเทศจีน (หนึ่งในกลุ่มประเทศ ASEAN+3) มีผู้ป่วยกว่า 1.2 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 100 คน ส่วนประเทศสิงคโปร์มีผู้ป่วยกว่า 26,000 คน ทั้งที่มีประชากรไม่มาก

เด็กไทยประมาณ 1 ล้านคนเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) เรื่องความสุขในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตของคนไทยทั่วประเทศในระดับครัวเรือนจาก 77 จังหวัดเป็นครั้งแรก ระหว่างวันที่ 8-23 มีนาคม 2555 พบว่า คนไทยทั่วประเทศมีความสุขพอสมควรจากคะแนนเฉลี่ยความสุขในชีวิต 7.73 ขณะที่ความพึงพอใจในชีวิตอยู่ที่ 7.64

จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาคใต้มีคะแนนความสุขในชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตสูงสุดคือเท่ากับ 7.93 และ 7.81 ตามลำดับ ขณะที่กรุงเทพฯ มีคะแนนความสุขในชีวิตน้อยที่สุดอยู่ที่ 7.42 และคะแนนความพึงพอใจในชีวิต 7.31 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั่วประเทศ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนกรุงเทพฯ มีความสุขน้อยที่สุดคือ ปัญหาเศรษฐกิจ-ค่าครองชีพที่สูงขึ้น และปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง เป็นต้น

แผนภาพ 7 สถานการณ์ความเครียดของคนไทย ช่วงเดือนเม.ย. 52-ม.ค. 55



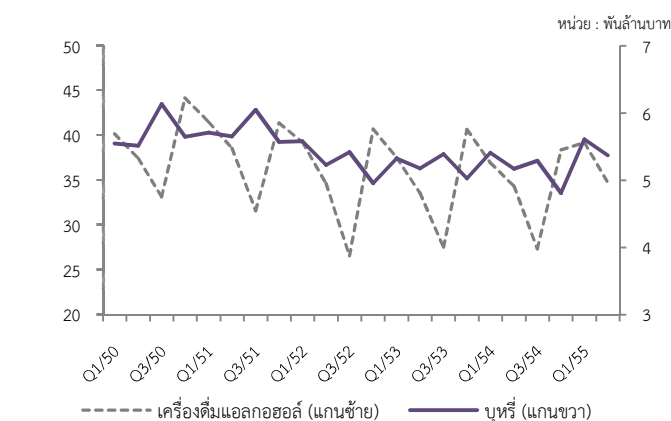
ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลของกรมสุขภาพจิตในรายงานสถานการณ์และแนวโน้มความเครียดของคนไทยในระดับครัวเรือน จาก 17 จังหวัด จากการเฝ้าระวังความเครียด 12 ครั้ง ตั้งแต่เดือนเมษายน 2552-มกราคม 2555 พบว่า มีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่องคือ จากสูงสุดร้อยละ 16.3 ในเดือนมกราคม 2553 และลดลงเหลือร้อยละ 8.4 ในเดือนมกราคม 2555 ทั้งนี้ จากการสำรวจพบว่า คนกรุงเทพฯ มีความเครียดสูงสุด เมื่อเทียบกับภาคอื่น สำหรับสาเหตุของความเครียดส่วนใหญ่มาจากปัญหาการเงิน-การงาน ปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองและปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยเป็นประเด็นเฝ้าระวังที่สำคัญภายใต้สภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาความเครียด ซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย

สำหรับในกลุ่มเด็กและเยาวชน จากผลการสำรวจของสถาบันรามจิตติเรื่องสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนไทย ในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2555 ทำการสำรวจพฤติกรรมเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ 7 ล้านคน ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาถึงระดับอุดมศึกษา พบว่า เด็กประมาณ 1 ล้านคนมีอาการซึมเศร้าและหงุดหงิดโดยไม่รู้สาเหตุ และเด็กร้อยละ 50 มีอาการเครียดโดยพบว่าเด็กมีความสุขในการไปโรงเรียนลดลง

พฤติกรรมและความเป็นอยู่ของคน

แผนภาพ 8 ค่าใช้จ่ายการบริโภคของครัวเรือนหมวดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยปี 2550-2555 (ราคาปี 2531)



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ปัญหาบุหรี่ยหนีภาษีและการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายการแสดงค่าเดือนมีมากขึ้น และเยาวชนกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้นกว่าปีละ 250,000 คน

ค่าใช้จ่ายการบริโภคบุหรี่ยของครัวเรือนไทยเพิ่มขึ้นจาก 5,173 ล้านบาทในไตรมาสสองของปี 2554 (ราคาปี 2531) เป็น 5,370 ล้านบาทในปี 2555 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.8 เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายในการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 จากมูลค่า 34,357 ล้านบาทในไตรมาสสองของปี 2554 เป็น 34,755 ล้านบาทในปี 2555

จากข้อมูลการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey: GATS) ซึ่งได้ดำเนินการสำรวจครั้งแรกในปี 2552 และครั้งที่ 2 ในปี 2554 พบว่าในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา คนไทยตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ยเพิ่มขึ้นจาก

ตาราง 16 ผลสำรวจการบริโภคบุหรี่ของคนไทยตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2552-2554

การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	2552	2554
จำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด (ล้านคน)	14.3	14.6
- อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชาย (%)	46.4	47.2
- อัตราการสูบบุหรี่ในเพศหญิง (%)	9.1	7.6
จำนวนผู้สูบบุหรี่ชนิดมีควัน (ล้านคน)	12.5	13.0
- อัตราการสูบบุหรี่ในเพศชาย (%)	45.6	46.6
- อัตราการสูบบุหรี่ในเพศหญิง (%)	3.1	2.6
อัตราการสูบบุหรี่ช่วงอายุ 14-24 ปี (%)	14.6	14.8
อัตราการสูบบุหรี่ช่วงอายุ 15-17 ปี (%)	84.3	88.3
อายุเฉลี่ยเริ่มต้นสูบบุหรี่ (ปี)	18.5	17.4

หมายเหตุ : * หมายถึง พิจารณาจากการซื้อบุหรี่ครั้งสุดท้ายแบบแบ่งมวนขาย
ที่มา : โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey : GATS) พ.ศ. 2552 และ 2554

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างฐานความผิดในเด็กและเยาวชน และการกระทำผิดระหว่างที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ฐานความผิด	รวม		กระทำความผิดระหว่างดื่ม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชีวิตและร่างกาย	320	100	179	55.9
เพศ	199	100	92	46.2
อาวุธ วัตถุระเบิด	99	100	41	41.4
ทรัพย์สิน	499	100	176	35.3
ความสงบสุข	24	100	7	31.3
ยาเสพติดให้โทษ	359	100	40	29.2
อื่นๆ	16	100	5	11.1
รวม	1,288	100	448	34.8

ที่มา : ผลการวิจัย เรื่อง ยุทธศาสตร์การกระทำผิดของเด็กและเยาวชนจากการดื่มแอลกอฮอล์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (ข้อมูลปี 2549)

ตาราง 18 คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กไทยปี 2545, 2550 และ 2554

ปี	คะแนนเฉลี่ย
2545	186.42
2550	179.58
2554	169.72

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

14.3 ล้านคนเป็น 14.6 ล้านคน โดยกลุ่มที่น่าเป็นห่วงคือ กลุ่มช่วงอายุ 14-24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่ประมาณร้อยละ 14.6 และเพิ่มอีกเล็กน้อยเป็นร้อยละ 14.8 ขณะที่อายุเฉลี่ยในการเริ่มต้นสูบบุหรี่ลดลงจากอายุ 18.5 ปี เป็น 17.4 ปี สำหรับอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15-17 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายขึ้นและมีพฤติกรรมเลียนแบบ และผลการสำรวจแสดงอีกว่า การซื้อบุหรี่ครั้งสุดท้ายแบบแบ่งมวนขายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.3 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 88.3

การลักลอบนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมายจากต่างประเทศเข้ามาขายในราคาถูก และการขายและโฆษณาบุหรี่ทางเว็บไซต์ต่างๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้คนไทยสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ผลการวิจัยสถานการณ์การใช้บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์หรือบุหรี่เถื่อนโดยการศึกษาในพื้นที่ 8 จังหวัดของภาคใต้ ของ ผศ.มณฑา เก่งการพานิช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ในปี 2552 ร้อยละ 16 ของบุหรี่ที่กลุ่มตัวอย่างสูบเป็นบุหรี่หนีภาษี โดยกลุ่มนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 27 เป็นกลุ่มผู้ซื้อหลัก และจากข้อมูลการวิจัย “ธุรกิจการค้าผลิตภัณฑ์ยาสูบทางอินเทอร์เน็ต” พบว่า เว็บไซต์ขายบุหรี่เกิดขึ้นมากในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยในเดือนมีนาคม 2555 พบการขายบุหรี่ยกว่า 600 เว็บไซต์ ส่วนใหญ่เป็นเว็บไซต์ที่อยู่ในประเทศไทย แต่สินค้าจะเป็นบุหรี่ต่างประเทศ เปรียบเสมือนการเปิดตู้บุหรี่โชว์สินค้าผ่าน Online มีการแข่งขันขายโปรโมชั่นจูงใจวัยรุ่น ซึ่งลูกค้าส่วนใหญ่เป็นเด็กและเยาวชน และเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายเพราะไม่มีคำเตือนบนซอง มีราคาต่ำ และไม่เสียภาษี

จากข้อมูลศูนย์วิจัยปัญหาสุราในปี 2554 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มแอลกอฮอล์มากถึง 17 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ติดสุราถึง 3 ล้านคน ซึ่งทางการแพทย์ถือเป็นโรคชนิดหนึ่ง เรียกว่า “ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา” ปัจจุบันพบในผู้หญิงมากขึ้นรวมถึงผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลงตามลำดับ โดยที่เยาวชนกลายเป็นนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มมากขึ้นกว่าปีละ 250,000 คน รายงานการวิจัย “ยุทธศาสตร์ลดการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนจากการดื่มแอลกอฮอล์” ปี 2549 พบว่า สัดส่วนผู้กระทำผิดขณะดื่มแอลกอฮอล์เป็นความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ ความผิดเกี่ยวกับเพศ พกพาอาวุธ และผิดต่อทรัพย์สิน คิดเป็นร้อยละ 46.2 41.4 และ 35.3 ตามลำดับ ทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลคนเหล่านี้เป็นจำนวนมาก

ความฉลาดทางอารมณ์ลดลงและการขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ส่งผลให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมมากขึ้น

ผลสำรวจของกรมสุขภาพจิตในโครงการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์หรืออีคิว (EQ) ในเด็กและเยาวชน โดยได้สำรวจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางอารมณ์

1. **พันธุกรรมและพื้นฐานอารมณ์** พันธุกรรม คือตัวกำหนดให้มนุษย์ทุกคนมีลักษณะพื้นฐานอารมณ์ที่แตกต่างกันไป และพื้นฐานอารมณ์ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดก็จะเป็นส่วนสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมอารมณ์ บุคลิก และสิ่งที่มีส่วนไม่น้อยต่อการสร้างพื้นฐานอารมณ์มาจากสภาพแวดล้อมขณะอยู่ในครรภ์ เช่น อารมณ์ของแม่ขณะตั้งครรภ์ พื้นอารมณ์ที่ถูกกำหนดโดยพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ติดตัวมา ไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ ดังนั้นคนที่มีพื้นฐานอารมณ์ดีจึงเหมือนกับคนที่มีทุนสำรองของชีวิตหรือต้นทุนที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด
2. **สภาพแวดล้อมและการเลี้ยงดู** ในสภาพที่เหมาะสมกับอารมณ์ สามารถช่วยพัฒนาอารมณ์และควบคุมพื้นฐานอารมณ์ด้านลบได้และส่งเสริมพื้นฐานอารมณ์ด้านบวกให้ดีโดดเด่นยิ่งขึ้นไป เด็กที่มีพื้นฐานอารมณ์ไม่ดี ถ้าไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่เข้าใจ ก็อาจจะไปกระตุ้นให้อารมณ์ที่ไม่ดีเหล่านั้น เติบโตจนฝังรากลึกใการควบคุม กลายเป็นปัญหาที่ตนเองและสังคมที่เกี่ยวข้อง

เทคนิคการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในสถานศึกษา ได้แก่ 1) ประชาธิปไตยในการเรียน สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นประชาธิปไตยมีความอิสระที่จะแสดงความคิดเห็น มีความเคารพในกันและกัน ครูรับฟังผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนเห็นว่าคุณค่าของเขาคือสิ่งที่รับฟัง 2) เรียนรู้เรื่องอารมณ์ ครูอาจารย์ควรช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจถึงความรู้สึก อารมณ์ของตน มีการแสดงออกที่เหมาะสมกับบุคคลและสถานที่ และมีความเอื้ออาทรต่อผู้อื่น 3) เริ่มต้นให้ดีเริ่มที่ครู คือครูอาจารย์ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีให้ผู้เรียน โดยการทำให้ตนเองพร้อมสอน เช่น เรียนรู้ที่จะทำความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกลักษณะของตนเอง ระมัดระวังคำพูดและการแสดงอารมณ์ให้เหมาะสมอยู่เสมอ

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

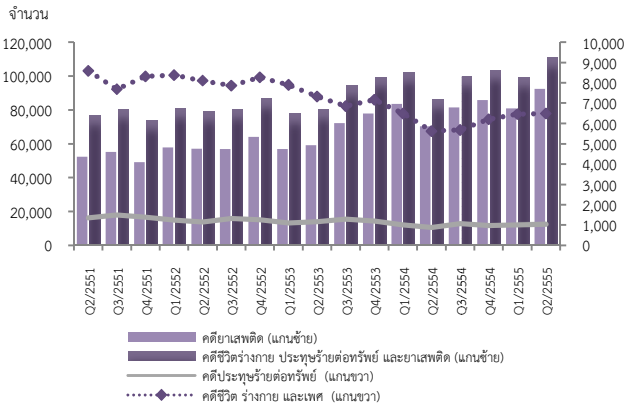
อีคิวเปรียบเทียบข้อมูลตั้งแต่ปี 2545 2550 และปี 2554 ของเด็กไทยอายุ 6-11 ปี จำนวน 5,325 คน ใน 10 จังหวัด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยหรืออีคิวในปี 2554 อยู่ที่ 169.72 ซึ่งต่ำสุดในรอบ 10 ปี ลดลงจากค่าเฉลี่ย 186.42 ในปี 2545 และเมื่อคำนวณเป็นค่าทางสถิติเพื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานพบว่า ในปี 2554 เด็กไทยมีคะแนนอีคิวเฉลี่ยระดับประเทศอยู่ที่ 45.12 ต่ำกว่าระดับค่าคะแนนปกติ 50-100 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า การปรับตัวต่อปัญหาอยู่ที่ระดับ 46.65 การควบคุมอารมณ์ 46.50 การยอมรับถูกผิด 45.65 ความพอใจในตนเอง 45.65 ความใส่ใจและเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น 45.42 การรู้จักปรับใจ 45.23 และที่เป็นจุดอ่อนมากคือ ความมุ่งมั่นพยายามมีค่าคะแนนที่ 42.98 ตามด้วยความกล้าแสดงออก 43.48 และความรื่นเริงเบิกบาน 44.53 คะแนน ปัญหาความฉลาดทางอารมณ์และการขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ไม่เข้าใจตนเอง ขาดความเข้าใจผู้อื่น ส่งผลให้เด็กและเยาวชนขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหาขัดแย้ง มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมและมีการใช้ความรุนแรงมากขึ้น มีการฆ่าตัวตายและฆ่าผู้อื่น เช่น นิสิตมหาวิทยาลัยฆ่าตัวตาย เด็ก ป.6 ฆ่าผู้อื่นเสียชีวิต ฯลฯ นอกจากนั้น ยังอาจนำไปสู่พฤติกรรมอื่นๆ ของเด็กและวัยรุ่นที่เป็นผลจากการขาดคุณพินิจที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรรค์ก่อนวัยที่เหมาะสม ความก้าวร้าว และการก่ออาชญากรรมที่รุนแรง²

จากปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็กและเยาวชนที่มีมากขึ้น ทุกภาคส่วนจะต้องเร่งรัดให้ความสำคัญกับการป้องกันปัญหาควบคู่ไปกับการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ได้แก่ (1) สร้างพื้นฐาน EQ ดี ตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์ แม่ควรมีสภาพจิตใจที่ดี จะส่งผลที่ดีต่อการพัฒนาทางอารมณ์เด็กในครรภ์ รวมทั้งต้องมีการอบรมเลี้ยงดูที่ดี เป็นแบบอย่างที่ดี มีการสั่งสอนด้านคุณธรรม จริยธรรม มีการฝึกฝน อบรมให้พัฒนาตัวเองไปในเชิงสังคม รู้จักปรับอารมณ์ เข้าใจอารมณ์ตนเองและผู้อื่น ก็จะส่งผลให้เด็กมี EQ ที่ดี โดยเฉพาะการเลี้ยงดูในช่วงปฐมวัยนั้นมีผลสำคัญต่อการมีความคิดริเริ่มกับความรู้สึกผิด (Initiative versus Guilt) และการพัฒนาบุคลิกภาพ และ (2) ความฉลาดทางอารมณ์สามารถพัฒนาได้ด้วยการเรียนรู้ตลอดเวลาหากสร้างสภาพแวดล้อมของการเจริญเติบโตที่ดีและการปลูกฝังทัศนคติและการมองโลกในแง่ดี ดังนั้น การฝึกฝนในโรงเรียนจึงเป็นสิ่งสำคัญ โรงเรียนควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้เด็กมีทักษะด้านความฉลาดทางอารมณ์ที่มีความสำคัญเท่าเทียมกับความฉลาดทางสติปัญญา เพื่อให้เด็กรู้จักควบคุมตนเอง สามารถจัดการปัญหาความขัดแย้งต่างๆ ได้

² จากการศึกษาของ Fisher and Ashanasy ปี ค.ศ. 2000

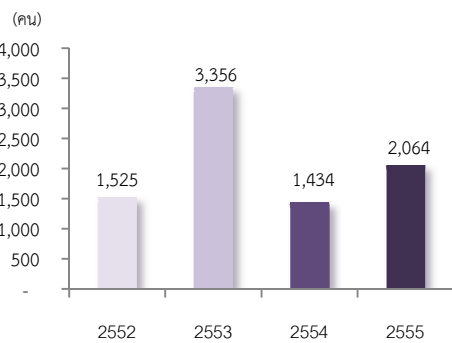
ความมั่นคงทางสังคม

แผนภาพ 9 จำนวนคดีอาญาประเภทประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน ชีวิตร่างกาย และเพศ และคดียาเสพติด รายไตรมาส ปี 2551-2555



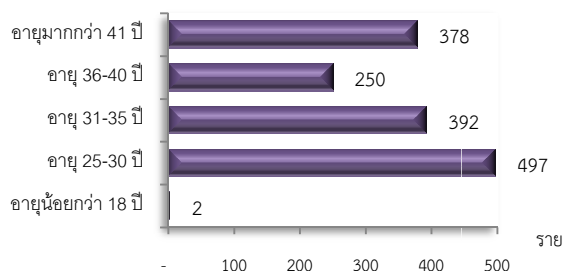
ที่มา : สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ณ วันที่ 6 สิงหาคม 2555

แผนภาพ 10 ผลการจับกุมผู้เล่นพนันบอล ปี 2552-2555



ที่มา : สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

แผนภาพ 11 จำแนกอายุผู้เล่นพนันบอลยูโร 2012 ที่ถูกจับกุมได้ในช่วงวันที่ 8 มิถุนายน-1 กรกฎาคม 2555



ที่มา : ศูนย์ป้องกันปราบปรามการลักลอบเล่นการพนันหายผลการแข่งขันฟุตบอลยูโร 2012 (ศปพ.น.)

คดีอาญารวมเพิ่มขึ้นทุกประเภท

ไตรมาสสองปี 2555 คดีอาญาโดยรวมเพิ่มขึ้น เป็นคดียาเสพติดมีสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ 83.1 ของคดีอาญารวม โดยคดียาเสพติด 92,501 คดี คดีชีวิต ร่างกายและเพศ รับแจ้ง 6,490 คดี และคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน รับแจ้ง 12,376 คดี เพิ่มขึ้นจากไตรมาสเดียวกันของปี 2554 ร้อยละ 31.5 15.5 และ 16.7 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นจากไตรมาสหนึ่งปี 2555 ร้อยละ 14.4 0.4 และ 2.2 ตามลำดับ ในส่วนการจับกุมผู้เล่นพนันฟุตบอลยูโร 2012 สามารถจับกุมได้ 2,064 ราย (เป็นเจ้ามือ 58 ราย ผู้เล่น 1,988 ราย) เพิ่มขึ้นกว่าปี 2554 ที่มีการจับกุมผู้เล่นพนันบอลจำนวน 1,434 ราย หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 43.9 หลังจบการแข่งขันฟุตบอล สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังคือ คดีอาชญากรรมประเภทคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สินและคดีชีวิตร่างกาย จากการที่ลูกหนี้ถูกแก๊งทวงหนี้ทำร้ายร่างกายจนต้องหาทางนำเงินมาใช้หนี้ เจ้าหน้าที่จึงได้เข้มงวดจัดกำลังดูแลออกตรวจตราพื้นที่เสี่ยงเช่น ธนาคาร ร้านสะดวกซื้อ ทั้งนี้ ข้อมูลจากศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระบุว่า การเติบโตของกิจการด้านการพนันในภูมิภาคเอเชียมากกว่าในภูมิภาคอื่น ในปี 2553 มีมูลค่าสูงถึง 34,280 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดการณ์ว่าสิ้นปี 2555 ตลาดพนันในภูมิภาคนี้ที่รวมประเทศไทยด้วยจะโตจนมีมูลค่าสูงที่สุดในโลกถึง 79,262 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือเฉลี่ยเติบโตขึ้นร้อยละ 18.3 ต่อปี และสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยสำรวจสถานการณ์การพนันในปี 2553 พบว่า อันดับหนึ่งคือ หายใต้ดิน รองลงมาคือ การพนันในบ่อนและการพนันฟุตบอล และประมาณการจำนวนเงินที่สะสมในวงการพนันตลอดทั้งปีเป็นวงเงินสูงถึง 357,275 ล้านบาท

เมื่อประเทศไทยเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน จะนำไปสู่การปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนที่ใกล้ชิดขึ้น จากการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการข้ามพรมแดนระหว่างประเทศสมาชิก ประชาคมอาเซียนจะกลายเป็นพหุสังคมขนาดใหญ่ที่มีการเคลื่อนไหลทางวัฒนธรรม การเดินทางระหว่างประเทศ และการติดต่อทางการค้าและการลงทุน มีการเชื่อมโยงธุรกรรมทางการค้าและธุรกรรมทางการเงินที่มีความหลากหลายและเป็นจำนวนมากขึ้น รวมทั้งการเดินทางของนักท่องเที่ยว ผู้ประกอบการ และแรงงาน ซึ่งจะทำให้กลุ่มบุคคลแฝงตัวเข้ามาในประเทศเพื่อก่ออาชญากรรมข้ามชาติได้ง่ายขึ้น ทั้งอาชญากรรมประเภททรัพย์สิน การโจรกรรม จี้ปล้น อาชญากรรมทางเพศ การพนัน และการค้ายาเสพติด หรือในการเกิดอาชญากรรมในรูปแบบใหม่ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีส่วนก่อให้เกิดการแพร่ขยายเพิ่มมากขึ้นทั้งคดีอาชญากรรมทางเศรษฐกิจ ทางคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะทำให้ต้นทุนด้านอาชญากรรมที่ประชาชนต้องลงทุนเพื่อรักษาชีวิตและทรัพย์สินของตนที่เรียกว่า Cost Of Crime สูงขึ้น

ตาราง 19 สถิติการจับกุมปราบปรามยาเสพติด ปี 2550-2554 และคาดการณ์สถานการณ์ในอนาคต

ผลการดำเนินงาน	ปี					คาดการณ์ในอนาคต 4ปีข้างหน้า (ปี55-58)
	2550	2551	2552	2553	2554	
การจับกุม (คดี)	106,599	140,567	173,855	163,909	153,182	แนวโน้มการลักลอบนำเข้ายาเสพติดในพื้นที่ชายแดนยังคงมีอยู่ต่อไป โดยเฉพาะยาบ้า และยาไอซ์ซึ่งมีสถิติในการจับกุมปราบปรามได้จำนวนมากขึ้นตั้งแต่ปี 2550 ถึงปัจจุบันและคาดว่าจะมีแนวโน้มการแพร่ระบาดยาเสพติดที่มีรูปแบบวิธีการในการขนหรือลำเลียง จะมีการพัฒนาที่ท้าทายต่อการจับกุม
ผู้ต้องหา (คน)	116,333	152,184	188,084	177,53	164,68	
ของกลาง						
ยาบ้า (ล้านเม็ด)	14.1	22.	7.4	51.6	52.3	
เฮโรइन (กก.)	294	199.8	143.1	141.7	554.1	
โคเคน (กก.)	18.8	11.5	9.3	30.8	31.9	
กัญชาแห้ง (กก.)	14,950.9	18,894.7	18,088.7	17,820.3	12,008.1	
ยาไอซ์ (กก.)	48.1	54.1	213.0	692.6	1,205	

ที่มา : ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ประเทศที่ถูกจับตามองเรื่องการค้ำมนุษย์

- “ไทย” เป็นประเทศต้นทาง ปลายทาง และทางผ่านสำหรับการค้ามนุษย์ทั้งผู้ชาย ผู้หญิง และเด็กเพื่อบังคับใช้แรงงาน เช่น อุตสาหกรรมประมง โรงงานแปรรูปอาหารทะเล โรงงานผลิตเสื้อผ้าราคาถูก งานรับใช้ตามบ้าน หรือแสวงหาประโยชน์ในธุรกิจทางเพศ บังคับค้าประเวณี เพื่อยึดค้ำมนุษย์ที่พบในไทยส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้าน อาทิ พม่า ลาว กัมพูชา เวียดนาม จีน เป็นต้น ประกอบกับอุตสาหกรรมการผลิตและภาคบริการต่างๆ ประสบปัญหาขาดแคลนแรงงานไทย ผู้ประกอบการจึงได้นำเอาแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาทดแทนแรงงานไทย โดยจะพบแรงงานชาวพม่ามีจำนวนมากที่สุด จากรายงานขององค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) ที่เผยแพร่เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2554 ระบุว่าสภาพการบังคับใช้แรงงาน รวมถึงการเป็นแรงงานขัดหนี้พบอยู่ทั่วไปในกลุ่มแรงงานกัมพูชาและพม่า ซึ่งถูกบังคับหรือล่อลวงให้มาทำงานในอุตสาหกรรมประมงของไทย ถูกข่มขู่ และถูกทุบตีบังคับให้ทำงานวันละ 18-20 ชั่วโมงเป็นเวลาเจ็ดวันต่อสัปดาห์ ปัญหาสำคัญที่ตามมาคือมีการมีจำนวนแรงงานข้ามชาติ เด็กต่างชาติ และผู้ติดตามหลบหนีเข้าเมืองทั้งที่เข้ามาโดยสมัครใจและไม่สมัครใจโดยผ่านกระบวนการนายหน้าค้าแรงงาน/ค้ำมนุษย์ ที่มีรูปแบบการขายนตัวและความซับซ้อนในหลากหลายมิติ เช่น เด็กไร้สัญชาติถูกบังคับให้ขายดอกไม้ ขอตานหรือทำงานรับใช้ตามบ้าน หรือการใช้แรงงานเด็กในสถานประกอบการโดยเฉพาะในกิจการแปรรูปอาหาร ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาพลักษณ์ของสินค้าไทยรวมถึงการกีดกันทางการค้าระหว่างประเทศและการส่งออกสินค้าของไทยในตลาดโลก
- “สิงคโปร์” เป็นหนึ่งในเป้าหมายของกลุ่มลักลอบค้ำมนุษย์ที่หลอกลวงหญิงและเด็กจากประเทศไทย ฟิลิปปินส์ จีน และอินโดนีเซีย เพื่อขายบริการทางเพศและค้าแรงงาน ทั้งนี้สิงคโปร์ยังไม่มีกฎหมายต่อต้านการค้ามนุษย์โดยตรง
- “เวียดนาม” เป็นทั้งแหล่งนำเข้าและส่งออกแรงงานผิดกฎหมายชาย หญิงและเด็ก มากถึงห้าแสนคน มากที่สุดในภูมิภาคนี้ มีการบังคับใช้แรงงานและค้าบริการทางเพศที่กระจายอยู่เกือบทั่วโลก เช่น ไต้หวัน มาเลเซีย ลาว สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น จีน ชาติอาหรับเช่น ซาอุดีอาระเบีย ลิเบีย อินโดนีเซีย ไทย สหราชอาณาจักร สาธารณรัฐเช็ก โสโปร์ สวีเดน ตรินิแดดและโตเบโก คอสตาริกา รัสเซีย และประเทศอื่น ๆ ในตะวันออกกลาง โดยจะใช้วิธีล่อลวงทั้งการปล่อยเงินกู้และส่งแรงงานไปต่างประเทศเพื่อทำงานให้หนี้
- “สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว” เป็นแหล่งส่งออกแรงงานผิดกฎหมายที่มีลักษณะพิเศษคือ การออกไปขายแรงงานของเด็กและสตรี ส่วนใหญ่เกิดจากการชักชวนของคนในท้องถิ่นกันเองโดยใช้ทางผ่านประเทศเพื่อนบ้าน ไม่มีกลุ่มอาชญากรรมอยู่เบื้องหลัง ซึ่งไทยประเมินว่ามีชาวลาวประมาณ 1.8 แสนคนเข้ามาทำงานโดยไม่เอ็กซสารถต้อง
- ประเทศมาเลเซีย เป็นหนึ่งในเป้าหมายของการลักลอบนำเข้าแรงงานและเหยื่อทางเพศ บางส่วนถูกไปขายต่อยังสิงคโปร์ จีน และญี่ปุ่น ซึ่งสหรัฐได้ขึ้นบัญชีเฝ้าจับตามองเป็นพิเศษปีที่สองติดต่อกันในปี 2554 ที่รัฐบาลมาเลเซียไม่ได้ดำเนินการตามมาตรฐานขั้นต่ำของพระราชบัญญัติว่าด้วยการป้องกันการค้ำมนุษย์

ที่มา : เว็บไซต์ humantrafficking

ดังนั้น การรวมตัวของของประชาคมอาเซียนในเสาหลักประชาคมการเมืองความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Political-Security Community หรือ APSC) ได้มีวัตถุประสงค์ยกระดับความสำคัญของงานป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมข้ามชาติในภูมิภาคโดยเฉพาะเรื่องการค้าลักลอบค้ายาเสพติด ค้ามนุษย์ และการฟอกเงิน โดยมีกลไกสิทธิมนุษยชน กฎหมายระหว่างประเทศ กลไกการป้องกันการขัดแย้ง กลไกด้านความมั่นคง รวมทั้งการจัดทำข้อตกลง สนธิสัญญาต่างๆ ประเทศสมาชิกอาเซียนจึงได้มีกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดทำข้อมูลกลางระหว่างประเทศร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลอาชญากรรมระหว่างประเทศทั้งผู้กระทำผิดที่เป็นบุคคลใน/นอกสมาชิกอาเซียน รวมทั้งการแสวงหาความร่วมมือในการปราบปรามอาชญากรรมข้ามชาติที่ส่งผลกระทบต่อนักภูมิภาค ได้แก่ การลักลอบค้ายาเสพติด ค้ามนุษย์ โจรสลัด การลักลอบค้าอาวุธ การฟอกเงิน การก่อการร้าย การฉ้อโกงทางทะเล อาชญากรรมคอมพิวเตอร์ อาชญากรรมทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ

ปัญหาเสพติดยังคงเป็นภัยคุกคามและจะเฝ้าระวังได้ยากขึ้นเมื่อเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน

คดียาเสพติดในไตรมาส 2/2555 รับแจ้ง 92,501 คดีสามารถจับกุมผู้ต้องหาได้ 97,169 ราย เพิ่มขึ้นกว่าไตรมาสเดียวกันของปี 2554 และไตรมาสหนึ่งปี 2555 มากถึงร้อยละ 30.9 และ 14.0 ตามลำดับ การรับแจ้งและจับกุมที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเร่งรัดการปราบปรามภายใต้กรอบนโยบายรัฐบาล

ปัญหาเสพติดเป็นภัยต่อความมั่นคงของมนุษยชาติที่ส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงกันในระหว่างประเทศอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้างในภาวะที่การเคลื่อนย้ายของประชาชนระหว่างประเทศเสรีและคล่องตัวมากขึ้น ประเทศในกลุ่มอาเซียนได้มีความร่วมมือด้านการปราบปรามยาเสพติดมาตั้งแต่ปี 2515 และในการประชุมสุดยอดอาเซียนปี 2549 ได้จัดทำแผนงานการจัดตั้งประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community Blueprint) ประกอบด้วยความร่วมมือใน 6 ด้าน โดยเฉพาะในด้านการคุ้มครองและสวัสดิการสังคมที่มีเป้าหมาย “รับประกันอาเซียนที่ปลอดยาเสพติด” ขณะที่รัฐบาลไทยก็ให้ความสำคัญในการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ และในการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 20 ไทยได้ผลักดันให้อาเซียนร่วมกันสร้างสังคมที่ปลอดยาเสพติดภายในปี 2558 และนำเสนอ “ร่างปฏิญญาอาเซียนว่าด้วยอาเซียนปลอดยาเสพติด ค.ศ. 2015 (ASEAN Declaration on a Drug-Free ASEAN 2015)” รวมทั้งแสดงเจตนารมณ์ในการเพิ่มความพยายามร่วมกันในการต่อสู้กับยาเสพติดและรับมืออย่างมีประสิทธิภาพต่อความท้าทายและภัยคุกคามจากปัญหาเสพติดในภูมิภาค ซึ่งยังต้องผลักดันและติดตามให้เกิดการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการ

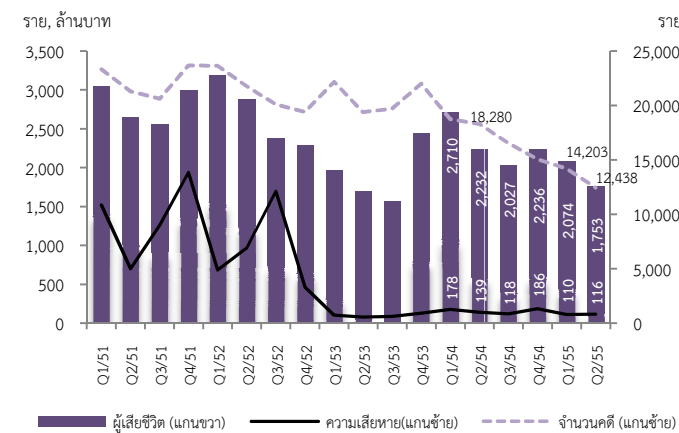
แลกเปลี่ยนข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลในเชิงกลยุทธ์ ประกอบการจับกุมและปราบปราม

เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 พื้นที่ชายแดนจะได้รับการอำนวยความสะดวกในการติดต่อหรือเดินทางข้ามพรมแดนกันสะดวกขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีการลักลอบนำเข้ายาเสพติดในพื้นที่ชายแดนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะยาบ้า และยาไอซ์ จะมีการพัฒนารูปแบบวิธีการขนย้าย ลำเลียงที่ยากต่อการจับกุม รวมทั้งแนวโน้มสถานการณ์ยาเสพติดที่ควรเฝ้าระวังได้แก่ (1) การนำเข้ายาเสพติดด้านชายแดนภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2) กลุ่มเครือข่ายผู้ต้องหาคดียาเสพติดในเรือนจำยังคงเป็นปัญหาใหญ่ (3) สนามบินนานาชาติต่างๆ ยังเป็นจุดผ่านหลักของการส่งยาเสพติดระหว่างประเทศ (4) เครือข่ายนักค้ายาเสพติดชาวต่างชาติที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษได้แก่ กลุ่มคนอิหร่าน กลุ่มอัฟริกัน กลุ่มคนเอเชียใต้ และ (5) เฝ้าระวังการลักลอบนำเข้าเคมีภัณฑ์และสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด โดยเฉพาะยาแก้หวัด ประเทศในกลุ่มอาเซียนจึงได้กำหนดแนวทางให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเพื่อความถูกต้องและทันเวลา โดยผ่านข้อมูลเครือข่ายศูนย์ข้อมูลตำรวจอาเซียนและศูนย์ข้อมูลตำรวจสากล ที่เน้นการควบคุมสารตั้งต้นและแหล่งผลิต

ไทยถูกจัดอันดับให้เป็นประเทศที่ต้องจับตามองด้านการค้ามนุษย์ (Tier 2 Watch list) เป็นปีที่ 3

ในเดือนมิถุนายน 2555 ที่ผ่านมา ประเทศไทยถูกสหรัฐอเมริกาจัดระดับให้เป็นประเทศที่ต้องจับตามอง (Tier 2 Watch list)³ เป็นปีที่ 3 ติดต่อกัน เนื่องจากประเทศไทยถูกพิจารณาว่า การดำเนินการยังไม่สอดคล้องกับมาตรฐานขั้นต่ำตามกฎหมายสหรัฐฯ แม้จะมีความพยายามในการปรับปรุงแก้ไข ทั้งนี้ การค้ามนุษย์นับว่าเป็นอาชญากรรมข้ามชาติ เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนที่ร้ายแรง และเป็นปัญหาที่บั่นทอนความมั่นคงของมนุษย์ แบ่งได้ 4 รูปแบบคือ การค้าประเวณีในหญิงและเด็ก ซึ่งถือเป็นปัญหาร้ายแรงที่สุด เนื่องจากการล่วงละเมิดทางเพศ คุกคามการปฏิบัติต่อผู้หญิงและเด็ก รวมถึงยังขัดต่อศีลธรรม รองลงมาคือ การบังคับใช้แรงงานหรือประมงที่พบว่า มีผู้ถูกหลอกเป็นจำนวนมาก การหลอกเป็นขอทานและการเรียกค่าไถ่ ภูมิภาคอาเซียนนับว่าเป็นภูมิภาคหนึ่งที่ประสบกับปัญหาการค้ามนุษย์ข้ามแดนมากที่สุด ในปัจจุบันหลายประเทศในอาเซียนเป็นทั้งต้นทางผ่าน และปลายทางสำหรับ

แผนภาพ 12 สถิติการเกิดอุบัติเหตุ ตาย และมูลค่าความเสียหายรายไตรมาส ปี 2551-2555



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ข้อมูล ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2555

³ รายงานสถานการณ์การค้ามนุษย์ของกระทรวงการต่างประเทศสหรัฐฯ (Trafficking in Persons Report- TIP Report) เป็นรายงานประจำปีที่กระทรวงการต่างประเทศสหรัฐฯ มีหน้าที่ต้องจัดทำขึ้นตามกฎหมายสหรัฐฯ- Trafficking Victims Protection Act of 2000 (TVPA) เพื่อเสนอรัฐสภาสหรัฐฯ เป็นการประเมินสถานการณ์และการดำเนินการต่อต้านการค้ามนุษย์ของรัฐบาลประเทศต่างๆ ทั่วโลกกว่า 186 ประเทศ และจัดระดับประเทศต่างๆ ตามเกณฑ์ในกฎหมายข้างต้นเป็น 4 ระดับได้แก่ Tier 1 คือประเทศที่ดำเนินการสอดคล้องกับมาตรฐานขั้นต่ำตามกฎหมายของสหรัฐฯ ทั้งด้านการป้องกันและบังคับใช้กฎหมายต่อต้านการค้ามนุษย์ และการคุ้มครองเหยื่อการค้ามนุษย์ ส่วน Tier 2 คือ ประเทศที่ดำเนินการไม่สอดคล้องกับมาตรฐานขั้นต่ำตามกฎหมายสหรัฐฯ แต่มีความพยายามปรับปรุงแก้ไข ถัดมาคือ Tier 2 Watch List จะคล้ายกับ Tier 2 แต่มีจำนวนเหยื่อการค้ามนุษย์ที่เพิ่มขึ้น หรือไม่มีหลักฐานชัดเจนว่ารัฐบาลเพิ่มความพยายามในการดำเนินการต่อต้านการค้ามนุษย์ และสุดท้าย Tier 3 ซึ่งเป็นระดับต่ำสุด หมายถึงประเทศที่มีการดำเนินการไม่สอดคล้องกับมาตรฐานขั้นต่ำตามกฎหมายสหรัฐฯ หรือไม่มีความพยายามแก้ไข ซึ่งสหรัฐฯ อาจพิจารณาจะให้การให้ความช่วยเหลือที่มีใช้ความช่วยเหลือเพื่อมนุษยธรรมและความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับการค้า (non-humanitarian and non-trade-related foreign assistance)

การค้ำมนุษย์ ส่วนใหญ่เป็นการค้ำมนุษย์ภายในภูมิภาค จะพบได้ตามแนวชายขอบลุ่มแม่น้ำโขง จึงนับเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบภาพลักษณ์ประเทศไทย จึงต้องเร่งแก้ไขก่อนที่การเคลื่อนย้ายของผู้นจะมีผลกระทบต่อตัวมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ความเป็นประชาคมอาเซียน

ในปี 2554 คดีค้ำมนุษย์ตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 มีจำนวน 83 คดี สูงกว่าปี 2553 ที่มีจำนวน 79 คดีหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.1 โดยเป็นรูปแบบจากการแสวงประโยชน์จากการค้าประเวณีสูงสุด จำนวน 67 คดี พบว่าเป็นการบังคับขายบริการทางเพศจากสถานบริการต่างๆ และแฝงมากับการท่องเที่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในขบวนการค้ามนุษย์ รองลงมาเป็นการบังคับใช้แรงงานหรือบริการ 13 คดี และการนำคนมาขอทาน 3 คดี แม้ว่าคดีค้ำมนุษย์มีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับคดีอาญาประเภทอื่น แต่ปัญหาการค้ามนุษย์มีความรุนแรง เนื่องจากเป็นคดีอาญาที่มีความซับซ้อน เป็นอาชญากรรมข้ามชาติ ผู้กระทำความผิดทำงานเป็นเครือข่าย รูปแบบและวิธีการหลอกลวงปรับเปลี่ยนตลอดเวลา เกี่ยวข้องกับผู้มีอิทธิพล ผู้เสียหายจึงไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้การดำเนินคดีมีความยาก

ทั้งนี้ การสร้างความตระหนักรู้แก่สังคมในวงกว้างหรือในระดับสาธารณะเพื่อป้องกันประชาชนและกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้จดทะเบียนไม่ให้เกิดเข้าสู่ขบวนการค้ามนุษย์ ขณะที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประสานการทำงานเชิงป้องกันระหว่างหน่วยงานเอกชนและหน่วยงานท้องถิ่นระดับพื้นที่ โดยเพิ่มความพยายามในการสอบสวนดำเนินคดีและพิพากษาลงโทษผู้กระทำ ผู้จัดหาแรงงานที่หลอกลวงและผู้บังคับใช้แรงงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องคดีความผิดฐานค้ามนุษย์มารับโทษทางอาญาอย่างเข้มงวด ปรับปรุงการสอบสวน ปรับปรุงมาตรฐานและขั้นตอนการตรวจสอบแรงงาน เพื่อให้สามารถตรวจสอบสถานประกอบการที่ฝ่าฝืนมาตรฐานและมีการค้ามนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ท้าวสู่ปีที่สองแห่งทศวรรษความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety) แต่อัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยในอาเซียน

สถานการณ์การบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางบกในช่วงไตรมาสสองของปี 2555 ลดลง มีการรับแจ้งคดีอุบัติเหตุการจราจร 12,438 ราย ลดลงจากไตรมาสก่อนหน้าและไตรมาสเดียวกันของปี 2554 ร้อยละ 12.43 และร้อยละ 31.96 มีผู้เสียชีวิต 1,753 ราย ลดลงจากไตรมาสก่อนหน้าและไตรมาสเดียวกันของปี 2554 ร้อยละ 15.48 และร้อยละ 21.46 ตามลำดับ สาเหตุหลักของอุบัติเหตุยังคงมาจากการขับรถเร็วเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด และพบปัญหาอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่เกิดจากเด็กและเยาวชนที่ไม่มี

ตาราง 20 สถิติการเกิดอุบัติเหตุและเสียชีวิตในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน

ปี	จำนวนอุบัติเหตุ (ราย)	เปลี่ยนแปลง (%)	จำนวนผู้เสียชีวิต (ราย)	เปลี่ยนแปลง (%)
2550	51,037		6,364	
2551	44,584	-12.64	5,690	-10.59
2552	45,357	1.73	6,065	6.59
2553	41,543	-8.41	3,650	-39.82
2554	37,011	-10.91	4,942	35.40
2555	26,641	-28.02	3,827	-22.56

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2555

ตาราง 21 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุต่อประชากรแสนคน ในปี 2547-2554

ปี	จำนวนผู้เสียชีวิต (ราย)*	จำนวนประชากร**	อัตราต่อประชากรแสนคน
2547	13,766	61,973,621	22.21
2548	12,859	62,418,054	20.60
2549	12,693	62,828,706	20.20
2550	12,492	63,038,247	19.80
2551	11,561	63,389,730	18.24
2552	10,717	63,525,062	16.87
2553	7,661	63,878,267	11.99
2554	9,065	64,076,033	14.15

หมายเหตุ * ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

** ข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง

จากรายงานสถานการณ์โลกในด้านความปลอดภัยทางถนน เป็นการประเมินแนวกว้างครั้งแรกของสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนใน 178 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลที่ได้มาจากการสำรวจอันเป็นมาตรฐานซึ่งได้ดำเนินการในปี 2551 พบว่าการเสียชีวิตทางท้องถนนทั่วโลกกว่าร้อยละ 90 เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งมีจำนวนพาหนะน้อยกว่าครึ่งของทั่วโลก และความสำเร็จในการบังคับใช้กฎหมายใน 5 ปีจี้ยเสียได้แก่การลดการดื่มและการขับ และความเร็วเกินขีดกับการเพิ่มการใช้หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย และที่นั่งเด็กในประเทศเพียงร้อยละ 5 ที่มีกฎหมายเบ็ดเสร็จที่ใช้ในการจัดการกับห้าปัจจัยเสี่ยง พร้อม เสนอแนะว่า

- การจัดการความเร็วที่มีประสิทธิภาพ ควรจำกัดความเร็วไม่เกิน 50 กม./ชม. และในพื้นที่ซึ่งผู้ขับขี่ที่มีภาวะเสี่ยงสูงควรไม่เกิน 30 กม./ชม.
- กฎหมายดื่มและขับควรอิงระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดซึ่งควรเท่ากับหรือน้อยกว่า 0.05 กรัมต่อเดซิลิตร โดยที่ผู้ขับขี่รถยนต์อายุไม่น้อยใหม่จะมีขีดจำกัดต่ำกว่าคือ 0.02 กรัมต่อเดซิลิตร
- ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่สวมหมวกนิรภัยสามารถลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตได้เกือบร้อยละ 40 และความเสี่ยงจากการได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะได้ร้อยละ 70 หมวกนิรภัยควรมีมาตรฐานความปลอดภัยที่ได้รับการรับรองและต้องผูกสายรัดคางให้ถูกต้องเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
- การคาดเข็มขัดนิรภัยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตของผู้โดยสารที่นั่งแถวหน้าได้ร้อยละ 40-50 และสามารถลดการเสียชีวิตของคนที่นั่งแถวหลังได้ร้อยละ 25-75 กฎหมายเข็มขัดนิรภัยควรครอบคลุมทุกคนที่อยู่ในรถยนต์และควรบังคับใช้กฎหมายกับทุกคนที่อยู่ในรถยนต์อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งควรกำหนดให้ผู้ผลิตและผู้ประกอบการยานพาหนะติดตั้งเข็มขัดนิรภัยในทุกที่นั่งของยานพาหนะ
- การใช้ที่นั่งเด็กสามารถลดการเสียชีวิตของทารกได้มากถึงร้อยละ 70 และการเสียชีวิตของเด็กเล็กได้ร้อยละ 54-80 ในการเกิดอุบัติเหตุรถชนกัน จึงจำเป็นต้องมีการบัญญัติและบังคับใช้กฎหมายที่นั่งเด็ก กฎหมายเหล่านี้ควรระบุประเภทของที่นั่งเด็ก อายุของเด็กที่เหมาะสมกับแต่ละที่นั่งเด็กและตำแหน่งที่จะวางที่นั่งเด็ก
- องค์การอนามัยโลกเผยไทยสอบตกทุกมาตรการในการสร้างความปลอดภัยบนถนน เหตุเพราะขาดวินัยระบบยุติการวัด 5 มาตรการสร้างความปลอดภัยการเดินทางบนถนน ทั้งนี้ จากการศึกษาถึงสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและมาตรการป้องกัน 5 ประการ พบว่าขณะที่ประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกจำกัดความเร็วของรถยนต์ในเมืองอยู่ที่ 50 กิโลเมตรต่อชั่วโมง แต่ประเทศไทยได้จำกัดความเร็วที่ 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เมื่อนำไปเทียบและจัดดัชนีชี้วัดทำให้มาตรการเกี่ยวกับความเร็วของไทยได้คะแนนเพียง 2 จาก 10 คะแนน สำหรับมาตรการดื่มแล้วขับ แม้มาตรฐานแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดของไทยจะเท่ากับประเทศต่างๆ แต่ด้วยองค์ประกอบอื่นๆ ทำให้ไทยได้คะแนนเพียง 5 คะแนน ด้านมาตรการหมวกนิรภัย จากการเก็บสถิติในปี 2550 อัตราการใส่หมวกของผู้ขับขี่ยังอยู่ในระดับที่ต่ำมากจึงได้เพียง 4 คะแนน ส่วนการใช้เข็มขัดนิรภัยได้ 5 คะแนน และมาตรการสุดท้ายการกำหนดให้มีที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็กนั้น ไทยไม่มีการบังคับใช้หรือมีมาตรการใดๆ จึงไม่ได้คะแนน

ที่มา : รายงานสถานการณ์โลกในด้านความปลอดภัยทางถนน องค์การอนามัยโลก

ใบอนุญาตขับรถยนต์มากขึ้น⁴ ในการดำเนินการทางกฎหมายนั้นกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็กจะเน้นการแก้ไขพื้นที่พหุพฤติกรรมและคุ้มครองสวัสดิภาพมากกว่าการนำตัวมาลงโทษ โดยให้เข้าอบรมที่ศูนย์ฝึกอบรมของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน หรือถูกปล่อยตัวแต่ให้คุมประพฤติและต้องมารายงานตัวกับกรมคุมประพฤติตามกำหนด ส่วนความผิดทางแพ่งกฎหมายกำหนดให้ผู้เยาว์ที่ทำความเสียหายกับผู้อื่นต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหาย รวมทั้งพ่อแม่ย่อมต้องรับผิดชอบร่วมกับลูกด้วย เว้นแต่พ่อแม่จะพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าได้ใช้ความระมัดระวังอย่างดีแล้ว อย่างไรก็ตาม มีผู้ต้องหาเยาวชนบางรายที่ก่อคดีร้ายแรง ศาลอาจรลงโทษให้ถูกควบคุมตัวในเรือนจำ ทั้งนี้ ขึ้นกับช่วงอายุของผู้กระทำผิด

แม้ว่าอัตราอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา โดยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงจาก 22.21 เหลือ 14.15 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2554⁵ แต่สถานการณ์โดยรวมยังอยู่ในภาวะที่น่าวิตกเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในแถบภูมิภาคอาเซียน โดยไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับต้นๆ ในปี 2552 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 16.87 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศสมาชิกอาเซียนอยู่ที่ 10.2 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งส่วนหนึ่งก็สะท้อนว่ามาตรฐานเรื่องปลอดภัยและความเข้มข้นของการบังคับใช้กฎหมายก้าวมั่นกับความปลอดภัยทางเศรษฐกิจซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมความเป็นอยู่ และจากการที่องค์การสหประชาชาติมีมติให้แต่ละประเทศรณรงค์ลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2554-2563) รัฐบาลไทยได้มีเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่ำกว่า 10 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนภายในปี 2563 โดยประกาศให้ปี 2554 เป็นปีแห่งการรณรงค์ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานในปี 2554 พบว่า มีผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายที่สวมหมวกนิรภัยทั่วประเทศ⁶ ร้อยละ 46 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากปี 2553 ที่มีผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายที่สวมหมวกนิรภัยทั่วประเทศร้อยละ 44 ทั้งนี้ ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ดำเนินโครงการดังกล่าวอย่างต่อเนื่องอีก 3 ปี ตั้งแต่ปี 2555-2557 โดยมีเป้าหมายให้ใช้หมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นทุกปีร้อยละ 20 สำหรับเป้าหมายต่อไปจะทำการลดพฤติกรรมเสี่ยงเมาแล้วขับ แก้ปัญหาจุดเสี่ยง จุดอันตราย ปรับพฤติกรรมการใช้ความเร็ว ยกระดับมาตรฐานยานพาหนะให้ปลอดภัย การพัฒนาสมรรถนะผู้ใช้รถใช้ถนน เป็นต้น

⁴ จากงานวิจัยอุบัติเหตุจราจร: เหตุการณ์การตายในวัยรุ่น ของ ผศ.นพ.อดิศักดิ์ พบว่าในกลุ่มช่วงอายุ ตั้งแต่ 5 ปี ถึง 79 ปี การสูญเสียสุขภาพจากอุบัติเหตุการจราจรจะเป็นอันดับหนึ่ง กล่าวคือวัยรุ่นมีความเสี่ยงเนื่องจากเป็นนักขับมือใหม่ มีพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย ดื่มสุรา และไม่สวมหมวกป้องกันภัย การป้องกันควรจะมีการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ปกครอง ครู และสนับสนุนนโยบายการป้องกันที่มีอยู่ให้มีความเข้มงวดจริงจังมากขึ้น

⁵ แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนจะลดจำนวนผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจากปี 2547 ที่มี 22.21 คนต่อประชากรแสนคน ให้อยู่ที่ 14.15 คนต่อประชากรแสนคนให้ได้ในปี 2555

⁶ ผลการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย ปี 2553-2554 โดยมูลนิธิไทยโรดส์ Road Safety Watch และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ 17 มกราคม 2555

เรื่องเด่นประจำฉบับ

ก้าวสู่ประชาคมอาเซียน : ความท้าทายและการเตรียมพร้อมด้านการแพทย์

ปี 2558 อาเซียนจะก้าวไปสู่การเป็นประชาคมร่วม และจะส่งผลให้การเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ ประชาชน ข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ต่างๆ ระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนมีปริมาณมากขึ้นและมีความคล่องตัวขึ้น การเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือเสรีภายใต้การเปิดเสรีการค้าบริการเป็นการเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราวซึ่งเป็นหนึ่งในรูปแบบของการเปิดเสรีบริการ⁷ ทั้งเพื่อสนับสนุนการเปิดธุรกิจของประเทศต่างๆ ในอาเซียนที่จะต้องมีการนำบุคลากรเข้าไปทำงานด้วย รวมถึงการเปิดให้นักวิชาชีพ/แรงงานฝีมือสามารถเคลื่อนย้ายเข้าไปทำงานในประเทศอาเซียนได้อย่างเสรี โดยสมาชิกในกลุ่มอาเซียนได้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกันในเรื่องคุณสมบัติหรือมาตรฐานวิชาชีพ (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) เพื่ออำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ หรือแรงงานฝีมือทั้งหมด 7 สาขาวิชาชีพ คือ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร สถาปัตยกรรม การสำรวจ และการบัญชี โดยแรงงานฝีมือของประเทศในกลุ่มอาเซียนสามารถเคลื่อนย้ายไปทำงานในประเทศใดๆ ในประเทศอาเซียนได้โดยเสรี และในบรรดา 7 สาขาวิชาชีพนี้ การเคลื่อนย้ายเสรีของกลุ่มบุคลากรด้านการแพทย์จะส่งผลกระทบในทางลบต่อบริการด้านสุขภาพที่ประชาชนไทยจะได้รับหากไม่มีการเตรียมการที่เหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์ และเป็นผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนที่มีรายได้น้อยและด้อยโอกาส

ปัจจัยและเงื่อนไขทั้งภายในประเทศและในภูมิภาคอาเซียนที่คาดว่าจะทำให้การเคลื่อนย้ายเสรีบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่อสวัสดิการและคุณภาพชีวิตคนไทยได้ง่ายคือ **ปัจจัยภายใน** ประกอบด้วย (1) สภาพปัญหาที่ประเทศไทยเผชิญอยู่แล้วในปัจจุบันนั้นคือ บุคลากรทางการแพทย์เป็นสาขาวิชาชีพที่ประเทศไทยยังขาดแคลนและยังมีปัญหาในการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ให้สมดุลกับจำนวนประชากรในพื้นที่ห่างไกลและกันดาร (2) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนหรือขาดหลักประกันจะเป็นกลุ่มเปราะบาง (3) กำลังแรงงานต่างชาติในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกลุ่มนักธุรกิจและนักท่องเที่ยว ทำให้ความต้องการบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้น สำหรับ**ปัจจัยภายนอก**ที่สำคัญคือ ประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มที่จะมีกำลังซื้อและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ความต้องการบริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทั้งที่เข้ามาใช้บริการในประเทศไทยเพิ่มขึ้นและการที่ธุรกิจบริการทางการแพทย์จากประเทศไทยไปลงทุนในประเทศสมาชิก หรือการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศไทยไปยังประเทศในอาเซียนมากขึ้น เนื่องจากคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ของไทยมีคุณภาพสูง ดังนั้น คำถามสำคัญสำหรับประเทศไทยคือ การเตรียมตัวเข้าสู่ตลาดเสรีที่ส่งผลให้ทุกคนได้ประโยชน์ ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมทั้งในด้านบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ และระบบบริการ รวมทั้งการแก้ไขกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ คือ (1) เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันเพื่อสร้างโอกาสและได้รับประโยชน์จากการที่ตลาดสินค้าบริการทางการแพทย์ใหญ่ขึ้น เพราะประเทศไทยมีความได้เปรียบด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานสูงและโรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และ (2) ป้องกันผลกระทบที่เป็นลบต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชนไทยในกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สภาพปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ในกรุงเทพและเมืองใหญ่จะมีรุนแรงขึ้น รวมทั้งปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากร ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้มียาได้และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

แนวโน้มความต้องการบริการทางการแพทย์และผลจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ในระยะต่อไปคาดว่าความต้องการบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและจะเป็นแรงกดดันทั้งในด้านบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และระบบการจัดบริการ อันเนื่องมาจากความต้องการบริการทางการแพทย์ของคนไทยเอง และชาวต่างชาติ โดยเฉพาะที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ความต้องการที่คาดว่าจะเพิ่มขึ้น มีดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีความต้องการบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งต้องมีการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ เป็นต้น ที่เพิ่มสูงขึ้น และผู้สูงอายุมีภาวะการพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการบริการด้านการแพทย์และการดูแลของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

⁷ ประกอบด้วย (1) การให้บริการข้ามพรมแดน (2) การเข้าไปรับบริการในต่างแดน (3) การจัดตั้งหน่วยธุรกิจ/สำนักงานในต่างแดน และ (4) การเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราว

คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยชาวต่างประเทศที่เข้ามารักษา
ในไทย และมูลค่าการรักษายาบาล ปี 2550-2555

	จำนวนผู้ป่วย (ล้านคน)	จำนวนเงิน (ล้านบาท)
2550	1.37	41,000
2551	1.38	50,963
2552	1.39	63,347
2553	1.98	78,740
2554	2.24	97,874
2555	2.53	121,658

หมายเหตุ ปี 2550 เป็นข้อมูลจริง

ที่มา : กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

อ้างอิงผู้จัดการออนไลน์ 16 ก.ค.55

(2) การเคลื่อนย้ายประชากรที่เสรีมากขึ้น ทั้งแรงงานต่างชาติไร้ฝีมือที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ผู้ประกอบการต่างชาติ นักท่องเที่ยว และกลุ่มวิชาชีพต่างๆ จากการสำมะโนประชากรปี 2553 มีประชากรที่ไม่ได้ถือสัญชาติไทยทั้งสิ้น 2.7 ล้านคน โดยมากกว่าครึ่งอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลาง คาดว่ากว่าร้อยละ 90 เป็นแรงงานต่างชาติ ได้แก่ พม่า ลาว กัมพูชา แรงงานกลุ่มนี้รวมถึงผู้ติดตามที่ยังมีสถานภาพการทำงานผิดกฎหมายคาดว่าจะสูงกว่า 1 ล้านคน (สุขภาพคนไทย, 2555) รวมทั้งชาวต่างชาติที่ทำงานอยู่ในประเทศไทยหรือประเทศใกล้เคียง (Expatriates) นักท่องเที่ยวหรือผู้ที่เดินทางมาเพื่อใช้บริการสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีการให้บริการชาวต่างชาติของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 0.55 ล้านคน ในปี 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 1.37 ล้านคน ในปี 2550 (สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการ อ่างใน อัญญา ณ ระนอง, 2551) และเพิ่มขึ้นเป็น 1.74 ล้านคน ในปี 2553 (ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย, 2555)

(3) คาดว่าประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มที่จะมีกำลังซื้อและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งความต้องการบริการทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งบริการในตลาดบน ซึ่งจะมีทั้งที่เข้ามารับบริการในประเทศไทยเพิ่มขึ้นและการที่ธุรกิจบริการทางการแพทย์จากประเทศไทยไปลงทุนในประเทศสมาชิก หรือการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศไทยไปยังประเทศในอาเซียนมากขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประเทศไทยมีศักยภาพทางการแข่งขันด้านการแพทย์ คุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ผลิตในประเทศไทยมีคุณภาพสูง และสถานพยาบาลไทยมีความพร้อมสูงกว่าในหลายประเทศในอาเซียน ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับมาตรฐาน JCI⁸ มากที่สุดในอาเซียนคือ 28 โรงพยาบาล (ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย, 2555) สะท้อนจุดแข็งด้านมาตรฐานของสถานพยาบาลไทย แพทย์ไทยก็ได้รับการยอมรับด้านความสามารถในระดับสากล ขณะที่อัตราค่าบริการยังต่ำกว่าเมื่อเทียบกับคู่แข่งสำคัญอย่างประเทศสิงคโปร์ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีข้อได้เปรียบด้านที่ตั้ง และเป็นสถานที่ท่องเที่ยวที่ดึงดูดนักท่องเที่ยว รวมทั้งกำลังการผลิตของโรงพยาบาลเอกชนมีศักยภาพในการรองรับคนไข้ได้เพิ่มอีกจากอัตราการครองเตียงที่ยังมีเพียงร้อยละ 61 ในปี 2553 การเปิดเสรีจึงเป็นโอกาสที่ธุรกิจรักษาพยาบาลไทยจะขยายตัวได้มากขึ้น⁹ และในขณะเดียวกันความต้องการของตลาดบน (high-end) ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยชาวต่างประเทศส่วนใหญ่จะเข้ามารับบริการในสถานพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐระดับตติยภูมิ

กำลังคนด้านการแพทย์และสุขภาพ

ในปัจจุบันประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหาท้าทายทั้งในเรื่องปริมาณบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และระบบที่ไม่พอเพียงและมีการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ โดยเป็นการไหลออกจากสถานพยาบาลในชนบทไปยังในเมือง ในขณะเดียวกันก็มีปัญหาการไหลของบุคลากรจากสถานพยาบาลของรัฐไปยังสถานพยาบาลของเอกชนซึ่งมีผลตอบแทนสูงกว่า

► **ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในชนบท** ในปี 2553 ประเทศไทยมีบุคลากรทางแพทย์ที่ปฏิบัติงานในในระบบบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน (ไม่รวมร้านขายยาและคลินิก) ประกอบด้วย แพทย์ 26,162 คน ทันตแพทย์

ในประเทศไทยรัฐมีบทบาทหลักในการผลิตบุคลากรและจัดบริการทางการแพทย์ แต่การดำเนินการเพื่อให้บริการทางการแพทย์นั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

(1) สถานพยาบาลภาครัฐ ซึ่งประกอบด้วย โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลขนาดใหญ่/เฉพาะทาง โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการคนไทย

(2) สถานพยาบาลภาคเอกชน ประกอบด้วย โรงพยาบาล และคลินิก มีบทบาทในการให้บริการผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และผู้ป่วยที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง/ประกันเอกชน รวมทั้งชาวต่างชาติที่มาใช้บริการ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานพยาบาลประมาณ 1,200 แห่ง โดยที่ร้อยละ 30 หรือประมาณ 300 แห่ง เป็นของเอกชน ในจำนวนนี้มีประมาณ 30 แห่ง พร้อมรับผู้ป่วยต่างชาติ โดยที่จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในสถานพยาบาลของเอกชนของทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าว ทำงานในภาคเอกชนมีร้อยละ 18 ร้อยละ 8 และร้อยละ 10 ตามลำดับ

⁸ JCI (Joint Commission International Accreditation) แห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นหน่วยงานรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับกันทั่วโลก

⁹ ภายใต้ข้อตกลงการเปิดเสรีในประชาคมอาเซียน รูปแบบการให้บริการสุขภาพ (Mode of Supply) ประกอบด้วย 4 รูปแบบ คือ (1) การบริการข้ามพรมแดน (Cross-Border Supply) ซึ่งในกรณีบริการทางการแพทย์เรียกว่าการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เช่น การให้คำปรึกษาผ่านระบบเทเลคอนเฟอเรนซ์ การรับส่งภาพเอกซเรย์ทางไกล เป็นต้น (2) การเข้าไปรับบริการในต่างแดน (Consumption Abroad) เช่น การที่ชาวต่างชาติมารับบริการในไทย (3) การจัดตั้งหน่วยธุรกิจต่างแดน (Commercial Presence) เช่น การไปลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศเพื่อนบ้าน และ (4) การเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราว (Presence of Natural Person) เช่น พยาบาลฟิลิปปินส์เข้ามาทำงานในไทย เป็นต้น

5,112 คน มีพยาบาล 138,710 คน¹⁰ แต่บุคลากรส่วนใหญ่กระจุกตัวในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่เป็นหลัก โดยในกรุงเทพมหานครมีจำนวนประชากรต่อแพทย์ 1 คน ต่ำกว่าภาคอีสานถึง 7 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นในกลุ่มอาเซียน จำนวนประชากรเฉลี่ยต่อแพทย์ 1 คน ยังสูงกว่าในหลายประเทศ เช่น บรูไน มาเลเซีย สิงคโปร์ และฟิลิปปินส์ โดยที่ในประเทศไทยมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 2,428 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อประชากร 12,427 คน และพยาบาล 1 คนต่อประชากร 458 คน ซึ่งว่าการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอและมีการกระจายระหว่างพื้นที่ และระหว่างสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชนอย่างเหมาะสมมากขึ้นกว่าสภาพในปัจจุบันนั้นยังเป็นปัญหาท้าทายสำหรับประเทศไทย ในขณะที่ความต้องการโดยรวมยังคงเพิ่มขึ้นและจะเป็นแรงกดดันเพิ่มขึ้นหากขาดการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง

จำนวนและสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ ปี 2553

ภาค	แพทย์		ทันตแพทย์		พยาบาล	
	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร
กลาง	5,832	2,699	1,357	11,601	35,564	443
อีสาน	4,591	4,682	1,113	19,313	35,171	611
เหนือ	3,848	3,059	995	11,829	25,847	455
ใต้	2,809	3,138	772	11,417	19,403	454
กทม.	9,082	628	875	6,517	22,725	251
รวม	26,162	2,428	5,112	12,427	138,710	458

ที่มา : สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังด้านสุขภาพ 2553 และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2553

รูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ภายใต้ข้อตกลงการเปิดเสรีในประชาคมอาเซียนและผลต่อการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย

เปรียบเทียบบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศสมาชิกอาเซียน 2542-2553

ประเทศ	แพทย์		ทันตแพทย์		พยาบาล	
	จำนวน	ต่อ 10,000	จำนวน	ต่อ 10,000	จำนวน	ต่อ 10,000
บรูไน	564	14.2	82	2.1	1,941	48.4
กัมพูชา	3,393	2.3	258	0.2	11,736	7.9
อินโดนีเซีย	65,722	2.9	13,709	0.6	465,662	20.4
ลาว	1,614	2.7	...	...	5,724	9.7
มาเลเซีย	25,102	9.4	3,640	1.4	72,847	27.3
พม่า	23,709	4.6	2,549	0.5	41,425	8.0
ฟิลิปปินส์	93,862	11.5	45,903	5.6	588,434	60.0
สิงคโปร์	8,323	18.3	1,463	3.2	26,792	59.0
ไทย	18,918	3.0	4,129	0.7	96,704	15.2
เวียดนาม	107,131	12.2	...	...	88,025	10.1

หมายเหตุ : จำนวนแพทย์ไทยน้อยกว่าความจริงมาก เพราะข้อมูลจากการสำรวจได้ตัวเลขน้อยกว่าความเป็นจริง อ้างจาก แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพโลกและภูมิภาคอาเซียนของประเทศไทย :เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียนที่บูรณาการและสุขภาพโลกที่เป็นธรรม พ.ศ. 2555 – 2559

ที่มา : World Health Statistics 2011

การวิเคราะห์แนวโน้มความต้องการบริการทางการแพทย์ชี้ว่าประเทศไทยมีความเสี่ยงกับปัญหาการขาดแคลนทั้งในด้านบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์และเครื่องมือ และระบบการจัดบริการ อันเป็นผลจากการเปิดเสรี ดังนี้

▶ การแพทย์ทางไกล จะส่งผลกระทบต่อเคลื่อนย้ายบริการไม่มากนัก ก่อให้เกิดความร่วมมือและพัฒนาด้านการแพทย์ แต่จำเป็นต้องมีการลงทุนด้านเทคโนโลยีการสื่อสารเพิ่มขึ้น ซึ่งหากมีความพร้อมด้านเทคโนโลยีคาดว่าจะมีความต้องการบริการจากแพทย์ไทยจากประเทศเพื่อนบ้านเพิ่มขึ้น

▶ การเข้าไปรับบริการในต่างแดน ภายใต้ข้อตกลงการยกเลิกข้อจำกัดในการรับบริการในต่างประเทศ ซึ่ง ASEAN เริ่มการเจรจาลดข้อจำกัดด้านการค้าบริการระหว่างกันมาตั้งแต่ปี 2538 ปัจจุบันไทยได้เริ่มมีการเปิดเสรีสำหรับการบริการในรูปแบบนี้โดยไม่มีข้อจำกัด สำหรับในอนาคต

¹⁰ เป็นสถิติที่ไม่ตรงกับจำนวนที่ระบุโดยแพทย์สภาซึ่งยึดการจดทะเบียนวิชาชีพเป็นหลัก

¹¹ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, “กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป”, ฝึเสื้อยับปีกเฉพาะกิจ, 2554. พิมพ์ที่บริษัท พรินท์แอนด์มี (ประเทศไทย) จำกัด

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

22

คาดว่าจะการเดินทางของคนไทยไปรับบริการในประเทศอาเซียนน่าจะมีน้อยกว่าจำนวนประชาชนในประเทศอาเซียนอื่นที่เข้ามารับบริการในประเทศไทย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะมาตรฐานบริการทางการแพทย์ในประเทศไทยได้ถูกยกระดับดีขึ้นมาตามลำดับ โดยที่ความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นจะมาจากทั้งผลของการเคลื่อนย้ายประชากรที่ทำได้ง่ายขึ้น ประชาชนในประเทศเพื่อนบ้านมีฐานะดีขึ้น ส่งผลให้มีความต้องการมารับบริการรักษาพยาบาลบริเวณชายแดนมากขึ้น รวมทั้งการเคลื่อนย้ายแรงงานไร้ฝีมือเข้ามาทำงานในประเทศซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามความต้องการแรงงานภายในประเทศในภาวะที่กำลังแรงงานของไทยเองจะลดลง

► **การจัดตั้งหน่วยธุรกิจในด้าน** มีเป้าหมายลด/เลิกข้อจำกัดต่อการค้าบริการภายในปี 2553 โดยต้องอนุญาตให้นักลงทุนอาเซียนมีสัดส่วนการถือหุ้นได้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 และต้องยกเลิกข้อจำกัดการเข้าสู่ตลาดอื่นๆ ทั้งหมด ซึ่งจะทำให้การถือหุ้นและการลงทุนจากต่างประเทศในสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น จากเดิมที่หลายประเทศกำหนดไว้ในสัดส่วนที่ต่ำกว่า เช่น มาเลเซียกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 30 ฟิลิปปินส์ไม่เกินร้อยละ 40 และไทยไม่เกินร้อยละ 49 เปิดโอกาสให้มีการขยายการลงทุนในกลุ่มมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และไทย อย่างไรก็ตาม ในระยะสั้นอาจจะยังไม่มีเปลี่ยนแปลงมากนัก เนื่องจากมีกฎกติกาภายในแต่ละประเทศ แต่ในระยะยาวหากมีการผ่อนคลายเรื่องกฎระเบียบแนวโน้มจะมีการลงทุนระหว่างประเทศมากขึ้น โดยที่ประเทศไทยอาจจะเป็นฐานการลงทุนที่ดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ หากมีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและกำลังคน ขณะเดียวกันสถานพยาบาลเอกชนไทยก็อาจจะขยายการลงทุนในกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการไหลเข้าหรือไหลออกของการลงทุนก็ตามความต้องการในด้านบุคลากรทางการแพทย์ไทยก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นตามความต้องการบริการทางการแพทย์

การเคลื่อนย้ายแรงงานฝีมือเสรีภายใต้ AEC
สาขาแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล

ข้อได้เปรียบ
- คุณภาพการศึกษาอยู่ในระดับแนวหน้า - ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ไทยสูงที่สุดในกลุ่มอาเซียน - รายได้สวัสดิการแพทย์และทันตแพทย์ไม่แตกต่างกับประเทศอาเซียนอื่นๆ - พรบ.วิชาชีพฯ เป็นสิ่งที่ปกป้องผู้ประกอบการวิชาชีพได้เป็นอย่างดี - การสอบขอใบอนุญาตเป็นภาษาไทย
ข้อเสียเปรียบ
- การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท และการกระจุกตัวในเมืองใหญ่ - ปัญหาเรื่องค่าจ้างและความมั่นคงในการทำงานของพยาบาลในภาคราชการ

ที่มา : รายงานวิจัยการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีภายใต้กรอบประชาคมอาเซียน, สกศ.,2555

► **การเข้าไปทำงานของบุคลากรเป็นการชั่วคราว**

ภายใต้ข้อตกลงยอมรับร่วมในคุณสมบัติทางวิชาชีพ (Mutual Recognition Arrangements: MRAs) เพื่ออำนวยความสะดวกในการขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพในสาขาวิชาชีพการพยาบาล การแพทย์ และทันตแพทย์แล้ว ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ของไทยยังขาดแคลนเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนบ้านอย่างสิงคโปร์ ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย บรูไน โดยมีแนวโน้มว่าพยาบาลจากฟิลิปปินส์จะเข้ามาทำงานในไทย แต่ปัจจุบันยังไม่ปรากฏว่ามี การไหลเข้าของแพทย์จากประเทศดังกล่าวเข้ามาประเทศไทย ซึ่งอาจมีสาเหตุจากข้อจำกัดทั้งในเรื่องการสอบใบประกอบวิชาชีพเป็นภาษาไทย เช่นเดียวกับการไหลออกของบุคลากรการแพทย์ไทยที่มีข้อจำกัดในเรื่องภาษา และเงื่อนไขอื่นๆ ได้แก่ ประสพการณ์การทำงาน การเป็นบุคลากรระดับสั่งการ รวมทั้งเงินเดือนและสวัสดิการแพทย์ไม่แตกต่างกันมากกับประเทศเพื่อนบ้าน โดยแพทย์ที่อยู่ในระบบราชการ 10 ปีจะมีรายได้เฉลี่ย 1.38 ล้านบาท หรือประมาณ 43,000 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกาต่อปี ขณะที่รายได้เฉลี่ยต่อปีของแพทย์มาเลเซียและสิงคโปร์ประมาณ 40,000 ดอลลาร์และ 44,000 ดอลลาร์ ตามลำดับ¹² จึงเชื่อว่าการในระยะแรกจะยังไม่ มีผลกระทบที่ชัดเจน

ผลกระทบต่อการจัดบริการด้านการแพทย์ในประเทศ

► **ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น** จากสรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการการเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมอาเซียนปี 2558 ณ ทำเนียบรัฐบาลเมื่อวันที่ 26 ก.ค. 2555 คาดว่าจะมีแพทย์ขาดแคลน 11,974 คน พยาบาล 21,628 คน และทันตแพทย์ 3,267 คน ทั้งนี้ การให้บริการเพิ่มขึ้นในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการของคนไทย แม้ว่าผลกระทบที่เกิดจากการเคลื่อนย้ายบุคลากรจะยังไม่ชัดเจนในระยะต้น แต่ความต้องการที่เพิ่มขึ้นมากจะกดดันให้เกิดการแข่งขัน

¹² สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, “ไทยจะไปหรือใครจะมา เมื่อบริการสุขภาพเป็นสินค้าเสรีในตลาดอาเซียน”, วารสารผีเสื้อขยับปีก ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 (22) 2554. พิมพ์ที่บริษัทพรินท์แอนด์ทมิ (ประเทศไทย) จำกัด

และดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากภาครัฐ ประกอบกับภาระงานภาครัฐที่หนักมากขึ้น จะเป็นปัจจัยให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรสู่ภาคเอกชน และจากชนบทสู่เมืองรุนแรงขึ้น ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการและการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มคนจนและกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ ราคาบริการในสถานพยาบาลเอกชนจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อกลุ่มประกันสังคมและผู้บริโภคระดับกลางที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองจะเข้าถึงบริการได้น้อยลง

► **ภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการแรงงานต่างประเทศไร้ฝีมือเพิ่มขึ้น** จากปริมาณและความต้องการบริการรักษาของแรงงานต่างประเทศไร้ฝีมือที่เข้ามาในประเทศไทย และครอบครัวที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวด้านการผลิตเพื่อตอบสนองตลาดอาเซียนที่ใหญ่ ตลอดจนการบริการตรวจ ติดตามและเฝ้าระวังโรคติดต่อทั้งโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่จะมาจากการเคลื่อนย้ายประชากร ส่งผลให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่และงบประมาณเพิ่มขึ้น

เตรียมตัวอย่างไร....ก้าวสู่ตลาดเสรีที่ทุกคนได้ประโยชน์

การเปิดเสรีการค้าบริการทางการแพทย์ภายใต้ข้อตกลงการเปิดเสรีในประชาคมอาเซียน ซึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพ (Mode of Supply) ใน 4 รูปแบบดังกล่าวข้างต้นเป็นความท้าทายของประเทศไทยในการเตรียมพร้อม โดยที่รัฐจะต้องกำหนดตำแหน่งยุทธศาสตร์ของประเทศให้ชัดเจนโดยพิจารณาจากมุมมองใน 2 ด้านคือ (1) ด้านการแข่งขันเพื่อสร้างโอกาสและได้รับประโยชน์จากการที่ตลาดสินค้าบริการทางการแพทย์ใหญ่ขึ้นและความได้เปรียบของประเทศไทยในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การลงทุนด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ และระบบการจัดบริการ และ (2) ผลต่อเนื่องหรือผลกระทบต่อคุณภาพการบริการทางการแพทย์สำหรับประชาชนไทยในกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้ข้อเท็จจริงที่ประเทศไทยมีปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ภายในประเทศและความไม่เพียงพอของบุคลากรและระบบการบริการอยู่แล้วในปัจจุบัน ปัญหาดังกล่าวอาจจะรุนแรงขึ้นได้

- **การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ** เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของประชาชนไทยเอง ทั้งนี้ อาจร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนในการผลิต การขยายอายุราชการบุคลากรในกลุ่มที่ให้บริการ ตลอดจนผ่อนคลายนโยบายเพื่อให้แพทย์จากต่างประเทศเข้ามาให้บริการ ควบคู่กับการมีกำหนดมาตรฐานวิชาชีพเพื่อรับรองว่าประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวมทั้งการวางเป้าหมายที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันการให้บริการทางการแพทย์ในตลาดอาเซียนในระยะยาว

- **การกระจายบุคลากรทางการแพทย์** โดยการสร้างแรงจูงใจทางด้านรายได้ สวัสดิการและความก้าวหน้าทางอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ในชนบท ตลอดจนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลเพื่อยกระดับประสิทธิภาพของระบบบริการ รวมทั้งบรรเทาการขาดแคลนในภูมิภาค

- **การอำนวยความสะดวกให้กับคนใช้ชาวต่างชาติที่ต้องการมารับบริการ** ทั้งในเรื่องการลงทะเบียนการเข้าเมืองผลักดันให้มีผู้ป่วยจากประเทศคู่ค้าสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาจากระบบประกันสุขภาพของภาครัฐได้เช่นเดียวกับการใช้บริการในประเทศตนเอง ตลอดจนส่งเสริมบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น สปา การนวดแผนไทย และผลิตภัณฑ์เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เป็นต้น

- **การพัฒนาระบบข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูลแรงงานต่างประเทศ** เพื่อใช้ในการกำกับ ติดตาม และเฝ้าระวังโรคและการให้บริการ รวมถึงสามารถจัดเก็บค่าธรรมเนียมเพื่อจัดบริการได้ครอบคลุมเหมาะสมและไม่เป็นภาระต่องบประมาณ

ตัวชี้วัดภาวะสังคม (รายไตรมาส)

องค์ประกอบหลัก	2551		2552				2553				2554				2555	
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
1. คุณภาพของคน																
การมีงานทำ																
การมีงานทำ (พันคน) ^{1/}	37,837	37,550	36,503	37,699	38,372	38,252	37,434	37,515	38,692	38,446	37,647	38,024	39,317	38,870	38,016	38,647
อัตราการว่างงาน (ร้อยละ)	1.18	1.33	2.08	1.75	1.17	0.98	1.13	1.32	0.87	0.87	0.83	0.60	0.66	0.63	0.72	0.85
อัตราการว่างงานตามระดับการศึกษา (ร้อยละ)																
- รวม	1.18	1.33	2.08	1.75	1.17	0.98	1.13	1.32	0.87	0.87	0.83	0.60	0.66	0.63	0.72	0.85
- ประถมศึกษาและต่ำกว่า	0.59	0.74	1.24	0.89	0.57	0.52	0.57	0.69	0.33	0.48	0.46	0.33	0.22	0.37	0.32	0.34
- มัธยมศึกษาตอนต้น	1.71	2.24	3.44	2.08	1.89	1.62	1.75	1.71	1.19	1.36	1.19	0.72	0.77	1.04	1.07	1.23
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	1.86	1.61	3.06	2.40	1.14	0.93	1.75	1.63	0.80	0.85	0.91	0.78	0.92	0.60	0.89	0.88
- อาชีวศึกษา	2.02	2.65	3.54	3.06	2.19	1.45	1.84	1.98	1.44	1.31	1.36	0.98	0.88	0.88	1.24	1.18
- วิชาชีพชั้นสูง	2.79	2.61	3.20	4.43	3.09	1.89	2.39	2.18	2.03	1.23	1.36	1.51	1.58	0.87	1.60	2.07
- มหาวิทยาลัย	2.05	2.04	2.63	3.44	2.17	1.93	1.69	2.95	2.38	1.72	1.56	1.05	1.84	1.03	1.32	1.90
การทำงานต่ำกว่าระดับ (พันคน)	420	555	699	570	525	626	548	572	516	409	429	411	278	415	372	378
(ทำงานน้อยกว่า 35 ชม./สป.ที่พร้อมจะทำงานเพิ่ม)																
สัดส่วนกำลังแรงงานตามระดับการศึกษา (ร้อยละ)																
- รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.00	100.0	100.0	100.0	100.00	100.0	100.0
- ประถมศึกษาและต่ำกว่า	57.11	57.08	55.95	55.20	55.96	55.29	54.63	54.22	54.16	54.64	53.17	53.23	53.39	52.55	52.53	51.79
- มัธยมศึกษาตอนต้น	15.19	15.23	15.29	15.88	15.26	15.49	15.89	15.99	15.65	15.48	16.01	16.24	15.77	16.13	15.69	16.01
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	9.49	9.54	9.95	9.99	9.74	10.05	10.19	10.48	10.50	10.41	10.47	10.64	10.83	10.62	11.18	11.40
- อาชีวศึกษา	3.26	3.24	3.46	3.42	3.46	3.54	3.55	3.52	3.41	3.31	3.52	3.43	3.33	3.51	3.30	3.38
- วิชาชีพชั้นสูง	4.17	4.07	4.24	4.47	4.36	4.22	4.30	4.34	4.57	4.40	4.56	4.60	4.59	4.71	4.45	4.66
- มหาวิทยาลัย	10.78	10.85	11.11	11.05	11.22	11.41	11.44	11.45	11.71	11.76	12.28	11.87	12.09	12.49	12.85	12.77
สุขภาพ																
จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังเร่งด่วน (ราย) ^{2/}																
- หัด	1,905	1,442	2,406	1,488	1,274	646	759	598	691	305	539	621	736	1,041	1,824	1,013
- ไข้กาฬหลังแอ่น	4	10	17	16	13	5	7	6	11	8	11	3	7	4	0	6
- ไข้สมองอักเสบ	122	74	95	117	112	135	121	112	153	94	184	145	106	135	114	161
- อหิวาตกโรค	30	65	3	202	26	160	417	586	511	296	35	47	35	167	18	7
- มือ เท้า และปาก	1,630	1,152	1,960	2,043	1,622	1,600	5,821	2,173	2,880	972	777	3,532	8,943	3,933	4,520	7,797
- ปิด	3,636	3,258	4,157	4,526	2,750	2,363	3,507	3,657	3,936	2,594	3,671	3,817	3,375	2,866	3,770	3,468
- ปอดอักเสบ	40,677	41,998	32,175	25,596	38,985	35,099	34,064	31,032	49,466	38,481	44,420	31,168	51,868	43,384	44,968	36,424
- ฉี่หนู	1,233	972	536	749	1,747	1,826	701	889	1,725	1,283	396	535	1,626	1,301	482	828
- ไข้เลือดออก	34,462	16,833	6,995	17,750	19,502	12,404	11,940	25,623	60,366	17,925	7,119	20,287	26,013	9,770	5,765	15,581
- ไข้หวัดใหญ่	4,633	6,023	3,122	21,119	44,314	13,319	25,856	7,325	53,174	21,934	9,239	6,054	29,846	11,739	9,108	5,931
- พิษสุนัขบ้า	-	1	5	3	2	3	8	2	-	2	-	2	1	3	2	-
2. ความมั่นคงทางสังคม																
ความสงบสุขในสังคม (ต่อประชากรแสนคน)^{3/}																
- สัดส่วนการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุ-การจราจรทางบก	28.24	32.91	31.72	29.01	25.14	22.76	10.20	9.05	8.40	10.93	11.92	11.06	10.94	11.57	11.58	9.56
- สัดส่วนคดีชีวิต ร่างกาย และเพศ	11.50	12.50	12.60	12.10	11.70	12.30	11.80	10.90	10.30	10.60	9.60	8.30	8.39	11.35	9.53	9.41
- สัดส่วนคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน	26.80	24.80	22.50	20.50	23.50	22.30	19.60	20.60	23.00	21.30	18.00	15.70	19.05	20.01	17.85	18.08
- สัดส่วนคดียาเสพติด	82.70	73.70	86.90	85.40	84.80	95.30	84.60	87.80	107.80	115.40	123.60	104.10	120.36	163.33	119.22	83.81
- ร้อยละของคดีเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดซ้ำต่อคดีทั้งหมดที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจ ^{4/}	14.53	13.70	14.00	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
การคุ้มครองผู้บริโภค^{5/}																
จำนวนเรื่องร้องเรียน (ราย)	832	1,004	1,746	1,549	1,967	1,556	1,564	1,635	1,639	1,736	1,971	2,048	2,098	1,305	2,427	2,301
- บ้าน อาคาร ที่ดิน	289	396	755	657	767	615	538	612	606	606	786	821	814	506	1045	856
- สินค้าและบริการ	309	376	680	675	796	676	727	659	666	783	789	888	840	604	1030	1156
- การโฆษณาต่างๆ	231	137	279	182	358	253	291	360	361	342	354	332	394	177	369	416
- การขายตรงและตลาดแบบตรง	3	95	32	35	46	12	8	4	6	5	42	7	50	18	2	1
การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1166 (ราย)	3,222	4,369	6,572	7,026	7,562	13,644	11,378	11,168	13,362	17,433	17,689	16,823	15,734	10,996	17,894	16,516

หมายเหตุ : ข้อมูลการมีงานทำไตรมาส2/2555 เป็นข้อมูลเฉลี่ยของเดือนเมษายน-มิถุนายน

ตัวชี้วัดภาวะสังคม (รายปี)

องค์ประกอบหลัก	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
1. คุณภาพของคน											
การมีงานทำ											
ผลิตภาพแรงงาน กรณีแรงงาน (บาท/คนปี) ^{6/}	95,738	97,912	102,484	106,200	109,425	113,675	117,424	117,823	113,033	120,842	119,550
อัตราการมีงานทำ (ร้อยละ) ^{7/}	94.95	96.50	96.96	97.23	97.58	97.96	98.13	98.19	98.13	98.43	98.83
อัตราการว่างงาน (ร้อยละ) ^{7/}	3.32	2.40	2.16	2.07	1.83	1.51	1.38	1.38	1.49	1.04	0.68
การทำงานต่ำกว่าระดับ (พันคน) ^{6/} (ทำงานน้อยกว่า 35 ชม./สป.ที่พร้อมจะทำงานเพิ่ม)	883	783	697	787	754	578	597	508	605	521	383
สุขภาพ ^{8/}											
อัตราการเจ็บป่วย (ต่อประชากรพันคน)	1783.38	1809.63	1845.04	1798.06	1878.92	2079.57	2292.29	2436.12	2639.43	2,816.17	
อัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ (ต่อประชากรแสนคน)											
- เนื้องอกร้าย (มะเร็ง)	80.39	98.98	101.67	107.05	114.31	124.38	130.75	134.22	133.05	143.21	
- หัวใจ	317.67	391.45	451.45	503.10	530.75	618.20	687.72	749.54	793.03	844.82	
- เบาหวาน	277.71	340.95	380.75	444.16	490.53	586.82	650.43	675.74	736.48	792.61	
- ความดันโลหิต	287.50	340.99	389.83	477.35	544.05	659.57	778.12	860.53	981.48	1058.73	
ความผิดปกติทางจิต/จิตเภท/ประสาทหลอน (ต่อประชากรแสนคน)	32.91	38.12	39.33	38.93	42.02	45.62	48.79	47.28	49.77	57.25	
ความผิดปกติทางอารมณ์ (สะท้อนอารมณ์) (ต่อประชากรแสนคน)	8.43	12.17	13.41	13.54	14.83	15.86	18.48	20.09	26.46	30.85	
ความผิดปกติจากโรคประสาท/ความเครียด (ต่อประชากรแสนคน)	62.62	66.21	62.45	64.64	59.69	64.89	63.48	60.94	60.86	56.43	
ภาวะแปรปวนทางจิตและพฤติกรรม (ต่อประชากรพันคน)	35.57	33.97	37.13	35.90	37.64	42.41	42.27	45.88	49.00	56.77	
ร้อยละของการขาดสารอาหาร											
- ขาดสารไอโอดีน	2.00	1.74	1.31		ไม่มีการรายงานข้อมูล						
- ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์	13.34	13.04	12.35		ไม่มีการรายงานข้อมูล						
- ขาดสารอาหารระดับ 1	8.62	7.85	8.24		ไม่มีการรายงานข้อมูล						
- ขาดสารอาหารระดับ 2	0.74	0.72	0.74		ไม่มีการรายงานข้อมูล						
ประชากร											
อัตราส่วนภาระพึ่งพิง (ร้อยละ) ^{9/}	51.29	50.88	50.46	50.03	49.69	49.26	48.84	48.43	48.11	47.94	47.78
สัดส่วนคนยากจน (ร้อยละ) ^{10/}	-	14.93	-	11.16	-	9.55	8.48	8.95	8.12	7.75	
การศึกษา											
อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียน ^{11/}											
- ประถมศึกษา	105.33	105.26	104.83	104.24	104.17	103.47	104.51	104.83	104.00	104.30	
- มัธยมศึกษาตอนต้น	86.61	85.65	90.34	92.47	95.45	96.67	96.37	95.62	94.87	98.01	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	59.58	60.79	62.76	63.82	63.80	65.77	67.16	68.14	69.57	71.68	
- อุดมศึกษา (ปริญญาตรีและต่ำกว่า)	42.88	45.42	53.01	52.92	55.60	62.50	61.05	60.47	56.21	46.21	
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ^{12/}		7.4	7.5	7.6	7.8	7.8	7.9	8	8.1	8.2	
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี ^{13/}		8.1	8.3	8.4	8.6	8.7	8.7	8.8	8.9	9.0	
- ชาย		8.3	8.4	8.6	8.8	8.9	8.8	8.9	9	9.1	
- หญิง		7.9	8.1	8.2	8.5	8.6	8.6	8.7	8.9	9.0	
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ^{13/}		3.8	3.8	3.9	4.1	4.2	4.3	4.4	4.4	4.6	
- ชาย		4.5	4.5	4.7	4.9	4.9	5.0	5.1	5.1	5.3	
- หญิง		3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.8	4	3.9	4.1	
2. ความมั่นคงทางสังคม											
สถาบันครอบครัว											
สัดส่วนครัวเรือนที่มีที่อยู่อาศัยถาวร (ร้อยละ) ^{14/}	97.90	97.30	96.00	96.60	98.65	98.50	99.30	98.86	99.70	99.78	99.84
ดัชนีครอบครัวอบอุ่น (ร้อยละ) ^{15/}						62.24	61.65	63.97	63.18	63.08	

องค์ประกอบหลัก	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
หลักประกันทางสังคม											
ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพ ^{16/}	-	92.47	93.01	95.47	96.25	97.82	98.75	99.16	99.47	99.36	99.95
- ประกันสังคม	-	11.65	12.95	13.34	13.92	14.75	15.35	15.73	15.34	15.60	15.91
-สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	6.62	6.44	6.82	6.61	6.51	8.22	8.00	7.90	7.75	7.77
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	74.20	73.62	75.31	75.37	76.20	74.79	75.06	75.86	75.20	75.28
- สิทธิอื่นๆ	-	-	-	-	0.35	0.36	0.39	0.37	0.37	0.81	1.00
- ยังไม่มีสิทธิ์	-	7.53	6.99	4.53	3.75	2.18	1.25	0.84	0.53	0.64	0.05
สัดส่วนผู้ประกันตนต่อกำลังแรงงาน ^{17/}	17.70	20.57	21.80	22.49	23.43	24.32	24.86	24.65	24.53	25.11	27.07
ความสงบสุขในสังคม (ต่อประชากรแสนคน)											
อัตราการตายด้วยอุบัติเหตุการจราจรทางบก ^{18/}	18.70	20.90	22.20	22.20	20.60	20.20	19.80	18.20	16.90	11.90	14.15
สัดส่วนคดีชีวิต ร่างกาย และเพศ ^{18/}	56.70	60.50	76.40	73.40	73.46	69.30	62.60	52.80	51.40	45.80	39.76
สัดส่วนคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน ^{18/}	105.60	109.70	106.40	110.70	122.00	122.40	115.80	106.00	93.70	88.90	78.88
สัดส่วนคดียาเสพติด ^{18/}	438.90	422.80	196.20	119.80	160.42	176.20	225.00	320.00	371.60	416.40	539.91
ร้อยละของคดีเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดซ้ำต่อคดีทั้งหมดที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจทั่วประเทศ ^{4/}	17.22	15.68	15.16	13.83	12.08	11.85	12.92	14.06	13.57	12.62	10.53
การคุ้มครองผู้บริโภค^{5/}											
จำนวนเรื่องร้องเรียน (ราย)	5,687	4,467	5,554	6,586	7,284	5,693	5,898	4,504	6,818	6,574	7,427
- บ้าน อาคาร ที่ดิน	3,422	2,068	1,985	2,501	3,425	2,875	2,681	1,758	2,794	2,362	2,927
- สินค้าและบริการ	1,775	2,026	2,984	3,103	3,089	2,059	1,937	1,540	2,827	2,835	3,121
- การโฆษณาต่างๆ	490	373	585	949	708	673	1,187	892	1,072	1,354	1,257
- การขายตรงและตลาดแบบตรง	-	-	-	33	62	86	93	314	125	23	117
การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1166 (ราย)	8,368	18,745	22,834	15,682	11,026	12,984	14,599	16,808	34,804	53,341	61,242
3. ความเป็นอยู่และพฤติกรรมของคน											
พฤติกรรมในการบริโภค											
ค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค (ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม) ^{19/}	87.36	87.16	-	87.95	-	88.75	87.80	88.40	87.90	88.30	88.40
ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค (ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม) ^{19/}	12.64	12.84	-	12.05	-	11.25	12.20	11.60	12.10	11.70	11.60
อัตราการบริโภคสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ) ^{20/}	32.60	-	-	32.70	-	29.20	29.30	-	32.00	-	31.50
อัตราการบริโภคเนื้อหรือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ) ^{20/}	25.50	-	-	23.00	-	20.20	18.50	-	20.70	-	21.40
การใช้เวลาในชีวิตประจำวัน											
การใช้บริการจากสื่อต่างๆ (ชม./วัน) ^{21/}	3.0	-	-	2.8	-	-	-	-	2.9		
- การอ่านหนังสือ (รวมสิ่งพิมพ์/วารสารทางอินเทอร์เน็ต)	1.1	-	-	1.1	-	-	-	-	1.0		
- การชม/การฟังโทรทัศน์	2.9*	-	-	2.7	-	-	-	-	2.7		
- การชม/การฟังวีดีโอ ดีวีดี วีซีดี				2.3					2.5		
- การฟังรายการวิทยุ	1.4	-	-	1.4	-	-	-	-	1.6		
- การท่องอินเทอร์เน็ต	1.9	-	-	1.9	-	-	-	-	1.9		
- การใช้ห้องสมุด	1.0	-	-	0.8	-	-	-	-	0.8		
จำนวนประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปที่ใช้ Internet (ล้านคน) ^{22/}	3.5	4.8	6.0	7.0	7.1	8.5	9.3	11.0	12.3	13.8	14.8
4. สิ่งแวดล้อม											
สารอันตราย^{23/}											
ปริมาณการใช้สารเคมี (ล้านตัน)	29.33	33.38	26.9	29.49	32.03	29.34	30.2	29.4	39.64	30.56	79.96
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดจากสารพิษอันตราย (คน)	2,933	2,751	2,499	2,717	1,640	1,452	1,586	1,868	1,926	2,306	1,934
จำนวนผู้เสียชีวิตที่เกิดจากสารพิษอันตราย (คน)	15	11	9	10	-	-	1	-	-	-	1

องค์ประกอบหลัก	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
ขยะ											
การผลิตขยะที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ (ล้านตัน) ^{23/}	14.10	14.32	14.32	14.58	14.32	14.60	14.72	15.03	15.14	15.16	16.00
การผลิตขยะที่เกิดขึ้นในกทม. (ล้านตัน) ^{23/}	3.40	3.51	3.41	3.41	3.03	3.07	3.11	3.20	3.24	3.20	3.47
ความสามารถในการกำจัดขยะแบบถูกสุขลักษณะ ในกทม. (ล้านตัน) ^{23/}	3.36	3.48	3.37	3.41	3.03	3.07	3.11	3.20	3.24	3.20	2.77
ปริมาณของเสียอันตรายทั่วประเทศ (ล้านตัน) ^{23/}	1.68	1.78	1.80	1.81	1.81	1.83	1.85	3.13	3.07	3.09	3.12
มลพิษทางอากาศ											
ค่าเฉลี่ยฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (24 ชั่วโมง) มคก./ ลบ.ม. (บริเวณพื้นที่ทั่วไปใน กทม.) ^{23/}	40.62	49.48	54.80	57.66	40.60	43.35	46.27	48.31	41.42	38.34	41.42

หมายเหตุ : * ปี 2544 ข้อมูลรวมการดูแลรักษาและวิธีดีไอ

ที่มา : 1/ 7/ รายงานผลการสำรวจจากการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

- 2/ สำนักงานวิทยาศาสตร์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- 3/ ข้อมูลสถิติคดีอาญาและอาชญากรรมจากศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และข้อมูลประชากรจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2573
ประมวลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 4/ กลุ่มงานข้อมูลและข้อสนเทศ สำนักพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
- 5/ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานนายกรัฐมนตรี (การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1166 สคบ.ให้บริษัทเอกชนดำเนินการตั้งแต่ไตรมาส 4 ปี พ.ศ. 2552)
- 6/ ข้อมูล GDP จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และข้อมูลการมีงานทำจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- 8/ สถิติสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- 9/ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2573 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 10/ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สศช.
- 11/ จำนวนนักเรียน จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงศึกษาธิการ ข้อมูลประชากร จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- 12/ ข้อมูลปี 2545-2546 จากรายงานผลการประเมินโอกาสและคุณภาพการศึกษาของคนไทย สำนักประเมินผลการจัดการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
ข้อมูลปี 2547-2553 จากปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทย กลุ่มพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศ สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
- 13/ ปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทย กลุ่มพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศ สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
- 14/ รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2542-2554 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย
- 15/ สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 16/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
- 17/ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- 18/ ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย
- 19/ รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี พ.ศ. 2542-2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- 20/ การสำรวจพฤติกรรมกลุ่มบูห์และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2544 2547, 2550 และ 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 และ 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ปี2544-2548 เป็นการสำรวจของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป)
- 21/ รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ.2544,2547 และ 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- 22/ ข้อมูลปี 2542-2545 ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ และสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2546-2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- 23/ รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. 2555. จำนวนตำแหน่งงานว่างสะสม และจำนวนผู้สมัครงาน จำแนกตามระดับการศึกษา.

_____. 2555. จำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน.

_____. 2555. จำนวนผู้ลงทะเบียนสมัครงาน ตำแหน่งงานว่าง และการบรรจุนานทั่วประเทศ.

_____. 2555. ประมาณการผู้เข้าสู่ตลาดแรงงานปี 2555-2556.

กรมควบคุมโรค สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. 2555. รายงานโรคที่เฝ้าระวังไตรมาสสอง ปี 2555.

_____. 2555. รายงานสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ประเทศไทย พ.ศ. 2555 (ณ วันที่ 13 สิงหาคม 2555).

_____. 2555. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 – โรคไข้เลือดออก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-13 สิงหาคม 2555.

_____. 2555. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 – โรคอีหุน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-13 สิงหาคม 2555.

กรมเจรจาการค้า กระทรวงพาณิชย์. 2555. AEC NEWS ALERTS ข่าวประจำวัน ที่ 11 พฤษภาคม 2555.

กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. 2554. การเจรจาการค้าบริการระหว่างประเทศ สาขาบริการวิชาชีพ.

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ฝ่ายเลขานุการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. 2554. แผนที่นำทางเชิงกลยุทธ์ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ.2554-2563.

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. 2554. การกระทำผิดของเด็กและเยาวชน ปีที่ 2 ฉบับที่ 3/กรกฎาคม 2554.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2555. รายงานสถานการณ์และแนวโน้มความเครียดของคนไทยในช่วงเดือนเมษายน 2552-มกราคม 2555.

กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. 2554. อาเซียนจัดการกรณีเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติร่วมกันอย่างไร.

กระทรวงการต่างประเทศ. 2555. รายงานสถานการณ์การค้ามนุษย์ (Trafficking in Persons – TIP Report) ประจำปี 2555.

กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพโลกและภูมิภาคอาเซียนของประเทศไทย: เพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียนที่บูรณาการและสุขภาพโลกที่เป็นธรรม พ.ศ. 2555–2559. 2555.

ข่าวสด. 2555. “หมอหทัย” แฉกระบวนการลอบขายบุหรี่ยี่ห้อเถื่อนเน็ต พบกว่า 600 เว็บ. ฉบับวันที่ 25 มิถุนายน 2555.

เดลินิวส์. 2555. เดือนระวัง ! โรคมือ เท้า ปาก กัมพูชาระบาดไทยแล้ว 200 ราย. ฉบับวันที่ 15 กรกฎาคม 2555.

ไทยรัฐ. 2555. วันนี้นั่งตมี้สุราแห่งชาติ. ฉบับวันที่ 3 สิงหาคม 2555.

บ้านเมือง. 2555. ขายบุหรี่ยี่ห้อนี้โดนจับทุกหน้าใหม่พุ่งปรี๊ด. ฉบับวันที่ 26 มิถุนายน 2555.

ฝ่ายวิจัยธุรกิจ AEC IN FOCUS. ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย. 2555. เปิดเสรีธุรกิจการรักษายาบาล..โอกาสและความท้าทายภายใต้ AEC. กุมภาพันธุ์ 2555.

พิทยารมณ์ สิงหนาทพงศ์ และณัฐรดา มณีรัตน์. 2542. พัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุ : บทที่ 1 ทฤษฎีการพัฒนาศูนย์เด็กปฐมวัย.

มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 29 มีนาคม 2555. เรื่องขอความเห็นชอบร่างเอกสารที่จะมีการรับรองหรือลงนามระหว่างการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 20 (ร่างปฏิญญาอาเซียนว่าด้วย

อาเซียนปลอดยาเสพติด ค.ศ.2015). <http://www.soc.soc.go.th/SLK/showlist3.asp?pagecode=115452&pdate=2012/03/29&pno=1&pagegroup=1>.

มติชน. 2555. ปก.ผลักดันกลไกการบริหารจัดการภัยพิบัติภูมิภาคอาเซียน. ศุกร์ที่ 20 เมษายน 2555.

_____. 2555. ประกาศแล้ว ! อีก 3 เดือนห้ามขายน้ำเมาในพื้นที่โรงงาน ฉบับวันที่ 9 สิงหาคม 2555.

มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2555. สส. เผยขณะนี้ร่างกฎหมายควบคุมยาสูบฉบับใหม่เสร็จแล้ว. วันที่ 6 มิถุนายน 2555.

วีระพงษ์ ปัญญาธนาคุณ. 2553. ประชาคมอาเซียนกับแนวโน้มด้านภาษาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. <http://www.deepsouthwatch.org/node/2780>.

ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2555. สถิติคดีจราจรทางบก เมษายน-มิถุนายน 2555.

_____. 2555. สถิติคดีอาญา เมษายน-มิถุนายน 2555.

ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ ธนาคารไทยพาณิชย์. ประเทศไทยจะได้รับผลกระทบและมีโอกาสอย่างไรจาก AEC?

ศูนย์ศึกษาปัญหาการพนัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2555. การพนันออนไลน์บนทศวรรษครบครึ่งใหม่ของสังคมไทย.

ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ. 2555. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด พ.ศ.2555 ตั้งแต่วันที่ 11 กันยายน 2554-29 กุมภาพันธ์ 2555.

สถาบันรามจิตติ. 2555. รายงานการสำรวจสภาพการณ์เด็กและเยาวชนไทย. ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2555.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพไทย 2555 เรื่องการย้ายถิ่นกับสุขภาพ 2555.

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. 2552. โครงการศึกษาเพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาภาคการบริการของประเทศ 2552 เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2552.

สำนักการค้าบริการและการลงทุน กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. สาขาสุขภาพ ธันวาคม 2553. www.thaifita.com/ThaiFTA/Portals/0/บริการด้านสุขภาพ.pdf.

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. 2554. โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก พ.ศ. 2554.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.. 2554. TRF FORUM จักรเย็บและประชาคมอาเซียน : ความคืบหน้า โอกาส ความท้าทาย และวาระการวิจัย. ปีที่ 2 ฉบับที่ 8 เดือนตุลาคม 2554. <http://prp.trf.or.th>.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2555. ผลสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย ปี 2553 และ 2554.

สำนักงานคณะกรรมการค่าจ้าง กระทรวงแรงงาน. 2555. ผลการสำรวจผลกระทบจากการขึ้นค่าแรง 300 บาท ของสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดย่อม.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2555. การจัดการภัยพิบัติและการฟื้นฟูบูรณะหลังการเกิดภัยกรณีศึกษาประเทศไทย.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. 2554. ร่างแผนปฏิบัติการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปี 2558. <http://www.police8.com/home/file/bt1.pdf>.

สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2554. รายงานสถิติการจับกุมคดียาเสพติดทั่วประเทศ จำแนกตามชนิดยาเสพติด จำนวนคดี จำนวนผู้ต้องหา เจ้าหน้าที่ของกลางและข้อหา ปี 2554.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. 2555. รายงานการศึกษาวิจัย การศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรี ภายใต้กรอบประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. 2555.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. 2554. กำลังคนด้านสุขภาพ ที่เป็นมา เป็นอยู่ และจะเป็นไป. วารสารผีเสื้อขยับปีกเฉพาะกิจ. 2554.

_____. 2554. ไทยจะไปหรือใครจะมา เมื่อบริการสุขภาพเป็นสินค้าเสรีในตลาดอาเซียน. วารสารผีเสื้อขยับปีก ปีที่ 4 ฉบับที่ 4 (22) 2554.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. 2555. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร.

_____. 2555. รายงานผลการสำรวจความสุขในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตของคนไทยทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 8-23 มีนาคม 2555.

สำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. 2555. ดัชนีราคาผู้บริโภค.

สำนักพัฒนาการประชาสัมพันธ์ กรมประชาสัมพันธ์. 2554. อาเซียนส่งเสริมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมในภูมิภาคอย่างไร.

หอการค้าไทย. 2555. ผลการสำรวจผลกระทบจากการดำเนินนโยบายปรับค่าจ้างขั้นต่ำเป็นวันละ 300 บาท.

องค์การอนามัยโลก. 2552. รายงานสถานการณ์โลกในด้านความปลอดภัยทางถนน.

อัญญา ณ ระนอง และคณะ. โครงการศึกษาวิจัยแนวทางการพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพของประเทศไทย (Thailand Medical Hub), 2551 เสนอต่อสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

<http://www.tcijthai.com/TCU/view.php?ids=745>. ไทยเสี่ยงติดแบล็กลิสต์นักค้ามนุษย์เหลว ถูกจับตามาแล้ว 2 ปี-สหรัฐฯแฉข้อมูลเทียบ ระบุเป็นช่องทางค้ากาม-แรงงาน-ขอตาน.