

11

วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร

คณะกรรมการสุขภาพคนไทย

“แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 กำหนดเป้าหมายอัตราเจริญพันธุ์รวมของคนไทยไม่ต่ำกว่า 1.6 และการศึกษาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 12 ปี”

กว่า 4 ทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างสูงในการดำเนินงานด้านประชากร ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรลดลงอย่างรวดเร็ว ความสำเร็จนี้ เกิดจากนโยบายในด้านต่างๆ ทั้งการลดอัตราการเพิ่มของประชากร และการพัฒนาคุณภาพประชากรในด้านการศึกษาและระบบบริการสุขภาพ

นโยบายประชากรของไทยอาจแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ในช่วงแรก ซึ่งเป็นเวลาเกือบ 3 ทศวรรษ ระหว่างปี 2513-2539 ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-7 เป็นช่วงของ “การลดอัตราการเพิ่มประชากร” ภายใต้แนวคิด “ลูกมากจะยากจน” โดยเริ่มจากการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจในปี 2513 และดำเนินนโยบาย

อย่างจริงจังในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ด้วยการรณรงค์การวางแผนครอบครัวและมาตรการจูงใจด้านต่างๆ เพื่อลดจำนวนบุตร ในช่วงเวลาดังกล่าว การลดอัตราการเพิ่มประชากรประสบความสำเร็จอย่างสูง ทำให้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และ 7 (พ.ศ. 2530-2539) การวางแผนครอบครัวเริ่มชะลอตัวลง และดำเนินการโดยเน้นเป้าหมายเฉพาะกลุ่มประชากรมากขึ้น

จากความสำเร็จในช่วงแรกนี้ นำมาสู่นโยบาย ในช่วงที่สอง หรือระหว่างปี 2545-2554 ซึ่งให้ความสำคัญกับ “การรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในอัตราทดแทน” ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้ชะลอการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราเจริญพันธุ์

วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร

นโยบายประชากร	< พ.ศ. 2507-2509	พ.ศ. 2510-2514	พ.ศ. 2515-2519	พ.ศ. 2520-2524	พ.ศ. 2525-2529
ระดับนานาชาติ	2497 ประชุม World Population Conference ครั้งแรกที่กรุงโรม อิตาลี 2504 UN Population Commission ประกาศเรื่องนโยบายประชากร 2505 การประชุมใหญ่สหประชาชาติมีข้อดีเรื่องการเพิ่มประชากรและการพัฒนา 2508 ประชุม World Population Conference ครั้งที่ 2 ที่กรุงเบลเกรด ประเทศยูโกสลาเวีย ทศวรรษ 1960 พัฒนาการของอุปกรณ์การวางแผนครอบครัว ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด และห่วงอนามัย ทำให้การวางแผนครอบครัวขยายในวงกว้าง	2508-2510 แนวคิดเรื่องสิทธิของพ่อแม่ในการกำหนดขนาดของครอบครัวนำไปสู่การขึ้นข้อเสนอ นโยบายเรื่องการวางแผนครอบครัว 2513 จัดตั้งกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) เปลี่ยนจาก UN Population Trust Fund	2517 ประชุม World Population Conference ครั้งที่ 3 ที่กรุงบูคาเรส ประเทศโรมาเนียเสนอ World Population Plan of Action (WPPA) เป็นจุดสำคัญของการกำหนดนโยบายประชากรของประเทศต่างๆ		2527 ประชุม World Population Conference ที่ Mexico ติดตามการดำเนินงานตาม WPPA
เกี่ยวกับจำนวนประชากร		2513 วางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ	ลดอัตราการเพิ่มประชากรจากร้อยละ 3.0 เป็น 2.5 ในปี 2519	นโยบายด้านสวัสดิการและกฎหมายเพื่อส่งเสริมการลดจำนวนประชากร	ลดอัตราการเพิ่มประชากรให้เป็น 1.5 ในปี 2529
ระดับประเทศ (ประเทศไทย)	ให้ความรู้ด้านโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก	โครงการโภชนาการชนบท โครงการอนามัยแม่และเด็ก	ขยายการศึกษาภาคบังคับจากประถม 4 เป็นประถม 7		
เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ					นโยบายสาธารณสุขมูลฐาน

อยู่ในระดับทดแทนหรือต่ำกว่า เช่น พื้นที่ภาคเหนือ ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร แต่ยังคงเร่งรัดส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดสูง เช่น ในบางพื้นที่ของภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 9 และ 10 (พ.ศ. 2545-2554) ได้กำหนดเป้าหมายให้ประเทศไทยมีโครงสร้างประชากรที่สมดุล และขนาดครอบครัวที่เหมาะสม โดยรักษาแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในระดับทดแทนอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์ในช่วงที่สองนี้ ยังคงไม่ชัดเจนในเชิงปฏิบัติ ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ของไทยยังคงลดต่ำลงต่อเนื่อง เหลือเพียงประมาณ 1.5 ในปี 2554 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนพัฒนา ฉบับที่ 10

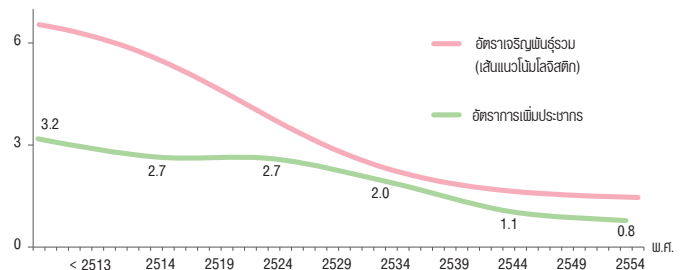
ในช่วงที่สาม หรือตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา นโยบายประชากรได้เน้นการรักษาอัตราเจริญพันธุ์รวมไว้ไม่ให้ต่ำลงไปจากเดิม โดยส่งเสริมการมีบุตรในคู่สมรสที่มีความพร้อม กำหนดมาตรการที่เอื้อต่อการมีบุตร ทั้งในด้านภาษีและสวัสดิการในการเลี้ยงดู รวมถึงให้ความสำคัญต่อคุณภาพของการเกิดและการพัฒนาคนในประเทศเพิ่มมากขึ้น

นโยบายประชากรของไทยได้รับอิทธิพลจากนโยบายในต่างประเทศค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในช่วงแรกที่เน้นการลดอัตราการเพิ่ม

ของประชากร อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่สองที่เน้นการรักษาอัตราเจริญพันธุ์ในระดับทดแทนนั้น ความสำเร็จของต่างประเทศยังไม่มีให้เห็นเป็นรูปธรรม และประเทศไทยเองก็ไม่มีมาตรการที่ชัดเจน ทำให้อัตราเจริญพันธุ์ของไทยยังคงลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ในอนาคตหากประเทศไทยจะกำหนดทิศทางนโยบายส่งเสริมการมีบุตร เหมือนในหลายประเทศที่มีอัตราเจริญพันธุ์ต่ำ ก็จะนับเป็นความท้าทายอย่างมากเมื่อบริบทของประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจสังคมและครอบครัวล้วนเอื้อต่อการมีบุตรน้อยมากกว่าการมีบุตรเพิ่ม มาตรการหลากหลายด้านเพื่อการมีประชากรที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยในอนาคต



อัตราการเพิ่มประชากร และอัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2513-2554



หมายเหตุ: อัตราการเพิ่มประชากร เป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปี ในช่วงเวลา 10 ปี ของการทำสำมะโนประชากรและเคหะ

พ.ศ. 2530-2534	พ.ศ. 2535-2539	พ.ศ. 2540-2544	พ.ศ. 2545-2549	พ.ศ. 2550-2554	พ.ศ. 2555-2559
	2537 ประชุม International Conference on Population and Development (ICPD) กรุงโตริ ประเทศอิตาลี เสนอ program of action บูรณาการประชากรและการพัฒนา ให้ความสำคัญกับประเด็นความเท่าเทียมกันทางเพศ	2543 กำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) 8 เป้าหมาย ที่เกี่ยวข้องกับประชากร ได้แก่ เป้าหมายหลักที่ 1 : ขจัดความยากจนและหิวโหย เป้าหมายหลักที่ 2 : ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา เป้าหมายหลักที่ 3 : ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและส่งเสริมบทบาทสตรี เป้าหมายหลักที่ 4 : ลดอัตราการตายของเด็ก เป้าหมายหลักที่ 5 : พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ เป้าหมายหลักที่ 6 : ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ			
ส่งเสริมเร่งรัดการวางแผนครอบครัว	ลดอัตราการเพิ่มประชากร ให้อยู่ที่ 1.2 ในปี 2539	คนไทยมีขนาดครอบครัวที่หนาแน่น	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในระดับทดแทน	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในระดับทดแทน	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่า 1.6 ส่งเสริมมาตรการเอื้อต่อการมีบุตร
	ขยายการศึกษาจาก 6 ปีเป็น 9 ปี ลดอัตราตายการจาก 29 ต่อ 1,000 เป็น 23 ต่อ 1000 การเกิดปีชีพ นโยบายผู้สูงอายุระยะยาว เขี่ยยังชีพผู้สูงอายุเริ่มปี 2536	ประชาชนมีการศึกษาโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 9 ปี เขี่ยยังชีพผู้สูงอายุจาก 300 บาท/เดือน เป็น 500 บาท	จำนวนการศึกษาเฉลี่ยของคนไทย เป็น 10 ปี	การศึกษาฟรี 15 ปี (2551-2554) เขี่ยยังชีพผู้สูงอายุแบบขั้นบันได	จำนวนการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยเป็น 12 ปี, ระดับค่าเฉลี่ยเขี่ยยังชีพของเด็กไม่ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลที่ระดับ 100
ให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาวเป็นไปตามเป้าหมายและเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)		หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มปี 2544			