



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การดูแลสุขภาพผู้ต้องขังกับมาตรฐานสากลใน
เรือนจำชายขอบ : กรณีศึกษาเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ

จัดทำโดย นายจักร ลิมบุตร
รหัส 16027

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 16 ปี 2568
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล (Individual Study)

เรื่อง การดูแลสุขภาพผู้ต้องขังกับมาตรฐานสากลในเรือนจำชายขอบ :
กรณีศึกษาเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ

จัดทำโดย นายจักร ลีบุตร
รหัส 16027

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 16 ปี 2568
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ.....

(เอกอัครราชทูต ดร.จิตริยา ปิ่นทอง)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(เอกอัครราชทูตเจษฎา กตเวทิน)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตินี ณัฏฐวุฒิสิทธิ์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้วิเคราะห์ถึงความท้าทายเชิงโครงสร้างและช่องว่างในการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังในบริบทของ "เรือนจำชายขอบ" โดยมีกรณีศึกษา ณ เรือนจำอำเภอกองคา ซึ่งเผชิญกับวิกฤตการณ์ซ้อนทับหลายมิติ อันได้แก่ ภาวะผู้ต้องขังล้นเรือนจำในระดับชาติ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล และความซับซ้อนทางประชากรศาสตร์ ของผู้ต้องขังซึ่งมีสัดส่วนผู้ต้องขังต่างชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ในอัตราที่สูง ข้อค้นพบหลักของการศึกษาชี้ให้เห็นถึง "ภาวะที่การเข้าถึงเป็นไปอย่างย่ำแย่" (The Paradox of Access) กล่าวคือแม้ผู้ต้องขังทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ แต่สำหรับผู้ต้องขังไร้สิทธิ (ซึ่งมีจำนวนเกือบร้อยละ 50 ของเรือนจำ) การเข้าถึงดังกล่าวไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ "สิทธิ (Right-based) ที่มีระบบรองรับอย่างยั่งยืน แต่กลับขึ้นอยู่กับการ "ความอนุเคราะห์" (Benevolence-based) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นสำคัญ สถานะเช่นนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของระบบที่ต้องพึ่งพิงความเมตตาและสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นแนวทางที่ไม่ยั่งยืนและสร้างภาระหนักให้กับระบบสาธารณสุขในพื้นที่ นอกจากนี้ การศึกษายังพบ "ช่องว่างในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ" (Policy-Implementation Gap) ที่สำคัญแม้คณะรัฐมนตรีจะได้มีมติเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2564 อนุมัติในหลักการให้จัดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังกลุ่มนี้ โดยให้สามารถเบิกจ่าย ค่ารักษาพยาบาลได้เทียบเท่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ในทางปฏิบัติ ณ ปี 2568 โรงพยาบาลในพื้นที่ยังคงต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายอยู่ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวในการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดผลเป็นรูปธรรมในระดับปฏิบัติการ รายงานฉบับนี้จึงได้สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบ โดยข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญที่สุด ได้แก่

1. การปฏิรูประบบงบประมาณสำหรับผู้ต้องขังต่างชาติ เสนอให้มีการจัดตั้ง "กองทุนสุขภาพผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบาง" ซึ่งบริหารจัดการร่วมกันโดยกระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายตรงสำหรับ ค่ารักษาพยาบาลของผู้ต้องขังไร้สิทธิทั่วประเทศอันจะเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการให้บริการบนพื้นฐานของ "ความอนุเคราะห์" ไปสู่ระบบที่ตั้งอยู่บน "สิทธิ" ที่ยั่งยืนและตรวจสอบได้

2. การพัฒนานโยบาย "เรือนจำสุขภาพชายขอบ" (Marginalized Healthy Prison Policy) เสนอให้กรมราชทัณฑ์จัดทำหลักเกณฑ์ในการจัดประเภท "เรือนจำชายขอบ" อย่างเป็นทางการเพื่อพัฒนากฎระเบียบและตัวชี้วัดเฉพาะ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากร (บุคลากรและงบประมาณ) ที่แตกต่างและเหมาะสมกับความต้องการพิเศษของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้จะสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีมิได้ หากไม่ได้รับความกรุณาอย่างสูง และการชี้แนะแนวทางการศึกษาค้นคว้าจากคณะอาจารย์ที่ปรึกษา อันได้แก่ เอกอัครราชทูต ดร.จิตริยา ปิ่นทอง เอกอัครราชทูต เจษฎา กตเวทิน และ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตินี ณัฏฐวุฒิสิทธิ ซึ่งได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ ผู้เขียนขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์ทุกท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้บัญชาการเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลเชิงลึกและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณคณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากสถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ ผู้จัดอบรมหลักสูตรทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้เขียนตลอดระยะเวลาของการอบรม คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากรายงานฉบับนี้ ผู้เขียนขอบแต่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

จักร ลีบุตร

กันยายน 2568

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง และความสำคัญของหัวข้อที่จะศึกษา	1
1.2 การวิเคราะห์ความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ	2
บทที่ 2 การวิเคราะห์ประเด็นศึกษาและผลการศึกษา	5
2.1 การกำหนดประเด็นศึกษา	5
2.2 การวิเคราะห์ประเด็นศึกษา	6
2.3 สรุปผลการศึกษา	15
บทที่ 3 ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปเชิงระบบและการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ	19
3.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย	19
3.2 ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ	20
3.3 บทสรุป : จากสถานที่ควบคุมสุพื้นที่แห่งการฟื้นฟูสุขภาวะ	23
บรรณานุกรม	25
ประวัติผู้เขียน	28

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	การวิเคราะห์ช่องว่างของการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเรือนจำ อำเภอทองผาภูมิเทียบกับข้อกำหนดแมนเดลา	12
ตารางที่ 2	แผนการขับเคลื่อนข้อเสนอสู่การปฏิบัติ (Implementation Roadmap for Pro-posals)	22

คำอธิบายสัญลักษณ์และคำย่อ

คำย่อ	คำเต็ม
กปท.	กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (Local Health Security Fund)
KPIs	ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก (Key Performance Indicators)
MOU	บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (Memorandum of Understanding)
NCDs	โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases)
SDGs	เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals)
UNODC	สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime)
WHO	องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Office - NHSO)
อสรจ.	อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (Prison Health Volunteer)

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง และความสำคัญของหัวข้อที่จะศึกษา

ระบบราชทัณฑ์ของประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับวิกฤตการณ์เชิงโครงสร้างที่ยังรากลึกและส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง นั่นคือ "ภาวะผู้ต้องขังล้นเรือนจำ" จากข้อมูลสถิติ ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2568 กรมราชทัณฑ์มีผู้ต้องขังในความดูแลจำนวนมากถึง 305,562 คน ในขณะที่เรือนจำและทัณฑสถาน 143 แห่งทั่วประเทศ ถูกออกแบบมาให้มีความจุมาตรฐานที่รองรับได้เพียง 238,580 คน เท่านั้น ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้ต้องขังที่เกินขีดความสามารถในการรองรับของระบบอยู่ถึงกว่า 60,000 คน สถานการณ์นี้ไม่เพียงแต่ทำให้ประเทศไทยติดอันดับประเทศที่มีผู้ต้องราชทัณฑ์จำนวนมากที่สุดเป็นอันดับต้น ๆ ของโลก และเป็นอันดับที่ 3 ของทวีปเอเชีย แต่ยังเป็นอาการบ่งชี้ถึงความล้มเหลวเชิงนโยบายที่รุนแรง โดยเฉพาะนโยบายยาเสพติดที่มุ่งเน้นการลงโทษทางอาญาเป็นเครื่องมือหลัก ซึ่งส่งผลให้ผู้กระทำความผิดในคดียาเสพติดกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดที่อยู่หลังกำแพงเรือนจำ ภาวะความแออัดเรื้อรังนี้ได้ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบเป็นลูกโซ่ บั่นทอนภารกิจหลักของกรมราชทัณฑ์ในการแก้ไขฟื้นฟูและพัฒนาพฤตินิสัยผู้ต้องขัง เมื่อทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดทั้งงบประมาณและบุคลากร ถูกเบี่ยงเบนไปใช้กับการกักขังและการควบคุมเพื่อรักษาความมั่นคงเป็นสำคัญ ภารกิจด้านการฟื้นฟูจึงถูกลดทอนความสำคัญโดยปริยาย สภาวะเช่นนี้ได้สร้างสิ่งที่เรียกว่า "ความไม่สอดคล้องกันเชิงยุทธศาสตร์" (Strategic Dissonance) ขึ้น ซึ่งเจตนาธรรมเชิงนโยบายที่ประกาศไว้ในระดับสูง ไม่ว่าจะเป็นการคืนคนดีสู่สังคมหรือการให้โอกาสครั้งที่สอง ไม่สามารถถูกแปลไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้จริงในระดับพื้นที่ปฏิบัติการ การมองปัญหาในมิตินี้เป็นการยกระดับความเข้าใจจากปัญหาด้านการบริหารจัดการพื้นที่ใช้สอยไปสู่การตระหนักถึงความล้มเหลวเชิงระบบของนโยบายยุติธรรมทางอาญาในภาพรวม ซึ่งชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการแก้ไขปัญหาสุภาพหรือปัญหาอื่นใดในเรือนจำ ไม่อาจประสบความสำเร็จได้หากปราศจากการปฏิรูปนโยบายระดับชาติในภาพรวมภายใต้สภาวะวิกฤตดังกล่าว "ผู้ต้องขัง" ถือเป็นประชากรกลุ่มเปราะบางทางสังคม (Vulnerable Population) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพ และความเหลื่อมล้ำทางสังคม ความเปราะบางนี้ทวีความรุนแรงและซับซ้อนยิ่งขึ้นในบริบทของ "เรือนจำชายขอบ" (Marginal Prison) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่นิยามไม่ได้จำกัดอยู่เพียงมิติทางภูมิศาสตร์ แต่เป็นจุดบรรจบของความเปราะบางซ้อนทับกันในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นความห่างไกลจากศูนย์กลาง ข้อจำกัดของ

โครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขในพื้นที่ และความซับซ้อนทางประชากรศาสตร์ของผู้ต้องขังซึ่งมักมีสัดส่วนของผู้ต้องขังต่างชาติ ผู้ไร้สัญชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ในอัตราที่สูงกว่าเรือนจำในเขตเมือง ดังนั้นผู้ต้องขังในเรือนจำชายขอบจึงตกอยู่ในสถานะ "เปราะบางซ้อนเปราะบาง" (Vulnerable within the Vulnerable) ที่ต้องเผชิญทั้งข้อจำกัดจากการเป็นผู้ถูกคุมขังและข้อจำกัดจากสภาพแวดล้อมของพื้นที่ไปพร้อมกัน การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการวิเคราะห์ความท้าทายที่ซับซ้อนของการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำชายขอบ โดยใช้เรือนจำอำเภอทองผาภูมิเป็นกรณีศึกษาเพื่อชี้ให้เห็นถึงปัญหาหลัก นั่นคือ ความล้มเหลวเชิงโครงสร้างในการจัดบริการสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลขั้นต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "หลักการแห่งความเท่าเทียม" (Principle of Equivalence) ตามที่ระบุไว้ในข้อกำหนดแมนเดลา การวิเคราะห์จะเจาะลึกลงไปถึงรากเหง้าของปัญหาที่เชื่อมโยงกันในหลายระดับ ตั้งแต่สาเหตุเชิงระบบ (วิกฤตผู้ต้องขังล้นเรือนจำ การจัดสรรทรัพยากรไม่เพียงพอ) สาเหตุเชิงพื้นที่ (บริบทความเป็นชายขอบ) ไปจนถึงช่องว่างเชิงนโยบาย ซึ่งข้อค้นพบที่สำคัญที่สุดคือ "ช่องว่างในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ" อันเป็นจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของระบบราชการไทย

1.2 การวิเคราะห์ความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ

การดูแลสุขภาพผู้ต้องขังไม่ได้เป็นเพียงประเด็นด้านมนุษยธรรมที่จำกัดอยู่ภายในกำแพงเรือนจำ แต่มีความสำคัญในเชิงยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงอย่างลึกซึ้งกับความมั่นคงและภาพลักษณ์ของประเทศไทยในเวทีระหว่างประเทศ การวิเคราะห์ความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 มิติหลัก ดังนี้

1.2.1 มิติที่ 1 ความมั่นคงทางสาธารณสุข (Public Health Security)

หลักการที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลคือ "สุขภาพในเรือนจำ คือ สุขภาพของสังคม" (Prison health is public health) เรือนจำที่มีความแออัดและขาดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม อาจกลายเป็นแหล่งบ่มเพาะและแพร่กระจายของโรคติดต่อร้ายแรง เช่น วัณโรค ซึ่งมีอัตราการพบสูงกว่าในประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ การละลายปัญหาสุขภาพในเรือนจำจึงเปรียบเสมือนการสร้างจุดบอดทางสาธารณสุขของประเทศ เมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษและกลับคืนสู่ชุมชนพวกเขาสามารถนำพาเชื้อโรคที่ติดมาจากภายในเรือนจำออกไปสู่สังคมภายนอกได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางสาธารณสุขของประเทศโดยรวม การลงทุนในระบบสุขภาพของเรือนจำจึงไม่ใช่เพียงการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังแต่เป็นการปกป้องสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ

1.2.2 มิติที่ 2 นโยบายและกฎหมายภายในประเทศ (National Policy and Law)

การยกระดับการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังให้มีคุณภาพและทั่วถึงเป็นการปฏิบัติตามพันธกรณีที่รัฐมีต่อประชาชนตามกฎหมายสูงสุดของประเทศ การดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 47 ที่รับรองสิทธิของบุคคลในการได้รับ

บริการสาธารณสุขของรัฐอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังเชื่อมโยงโดยตรงกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ในด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งมีเป้าหมายหนึ่งที่มุ่งเน้นให้กระบวนการยุติธรรมเคารพต่อหลักสิทธิมนุษยชน ดังนั้น การดูแลสุขภาพผู้ต้องขังจึงไม่ใช่การดำเนินงานในลักษณะของการกุศลหรือการสงเคราะห์ แต่เป็นภารกิจหลักของรัฐที่ต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติ การยกระดับการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังไม่เพียงแต่สอดคล้องกับกฎหมายภายในประเทศเท่านั้น แต่ยังเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติที่สำคัญยิ่งอีกหลายฉบับ ดังนี้:

1) ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580) การดูแลสุขภาพผู้ต้องขังให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล ถือเป็นการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ การรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้ต้องขังทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานของภาครัฐที่ยึดหลักนิติธรรม (Rule of Law) และหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเชื่อมั่นของประชาชนต่อกระบวนการยุติธรรม และยกระดับค่าคะแนนดัชนีนิติธรรม (Rule of Law Index) ของประเทศให้สูงขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2) แผนแม่บทการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2566-2569) การศึกษานี้สอดคล้องโดยตรงกับวิสัยทัศน์ของแผนแม่บทฯ ที่มุ่ง "สร้างความร่วมมือในการบริหารงานเพื่อการอำนวยความยุติธรรมอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยยึดหลักนิติธรรม" โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติการบริหารงานที่ 2 คือ การพัฒนากระบวนการยุติธรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลซึ่งมีเป้าหมายสำคัญในการปฏิบัติต่อผู้กระทำผิดบนพื้นฐานของหลักสิทธิมนุษยชน การปล่อยให้ผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบางเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล ถือเป็นความท้าทายโดยตรงต่อเป้าหมายนี้ การปรับปรุงระบบสุขภาพในเรือนจำจึงเป็นการดำเนินการที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมแนวทางการแก้ไขพัฒนาผู้กระทำผิดที่มุ่งเน้นการสร้างโอกาสให้พวกเขาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขหลังพ้นโทษ

3) แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของกรมราชทัณฑ์ การดูแลสุขภาพผู้ต้องขังเป็นภารกิจหลักที่ปรากฏอย่างชัดเจนในแผนปฏิบัติราชการของกรมราชทัณฑ์เอง ซึ่งได้ตั้งเป้าประสงค์ที่สำคัญไว้คือ "ปฏิบัติต่อผู้ต้องขังตามหลักสิทธิมนุษยชนสอดคล้องมาตรฐานสากล" และ "แก้ไขและพัฒนาพฤตินิสัยผู้ต้องขังอย่างมีประสิทธิภาพ" โดยมีตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์คือ "ร้อยละของผู้ต้องขังได้รับการควบคุม ดูแล และพัฒนาพฤตินิสัย เป็นไปตามมาตรฐาน" ต้องบรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 ดังนั้น ข้อค้นพบจากรายงานฉบับนี้ที่ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างในการดูแลสุขภาพ จึงเป็นข้อมูลสำคัญที่สะท้อนถึงความท้าทายที่กรมราชทัณฑ์ต้องเผชิญในการบรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้ตั้งไว้

1.2.3 มิติที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศและอิทธิพลทางวัฒนธรรมนำเสนอเพื่อโน้มน้าวใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด (International Relations and Soft Power)

ประชาคมระหว่างประเทศให้ความสำคัญกับประเด็นการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังอย่างมีมนุษยธรรมเป็นอย่างสูง ซึ่งสะท้อนผ่านเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 (สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี) และเป้าหมายที่ 10 (ลดความเหลื่อมล้ำ) รวมถึงมาตรฐานสากลต่าง ๆ เช่น ข้อกำหนดแมนเดลา และข้อกำหนดกรุงเทพในมิตินี้ ประเทศไทยได้สร้างความสำเร็จทางการทูตครั้งสำคัญด้วยการเป็นผู้ริเริ่มและผลักดัน "ข้อกำหนดกรุงเทพ" (The Bangkok Rules) ว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังหญิง จนเป็นที่ยอมรับในเวทีสหประชาชาติ ความสำเร็จนี้ถือเป็นเครื่องมือเชิงบวกในการสร้าง "อิทธิพลทางวัฒนธรรมนำเสนอเพื่อโน้มน้าวใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด" (Soft Power) และส่งเสริมภาพลักษณ์ของไทยในฐานะผู้นำด้านสิทธิมนุษยชน อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จดังกล่าวได้สร้างสิ่งที่อาจเรียกว่า "ความรับผิดชอบจากอิทธิพลทางวัฒนธรรมที่นำเสนอเพื่อโน้มน้าวใจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด" (Soft Power Liability) ขึ้นมาพร้อมกัน การที่ไทยวางตนเองในฐานะผู้นำระดับโลกย่อมนำมาซึ่งการจับตามองและความคาดหวังในระดับที่สูงขึ้นจากนานาชาติ ทั้งจากรัฐบาลประเทศต่าง ๆ องค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรพัฒนาเอกชน การที่ข้อค้นพบในรายงานฉบับนี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างที่สำคัญในการปฏิบัติภายในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรือนจำที่มีผู้ต้องขังหญิงจำนวนไม่น้อย (91 คน ณ เรือนจำอำเภอทองพาวภูมิ) จึงเป็นการสร้างความขัดแย้งระหว่างวาทกรรมในเวทีระหว่างประเทศกับความเป็นจริงในระดับปฏิบัติการ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสิทธิมนุษยธรรม แต่ยังเป็น การบ่อนทำลายความน่าเชื่อถือและภาพลักษณ์ที่ไทยได้พยายามสั่งสมมาอย่างยาวนาน ดังนั้น การลงทุนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในเรือนจำจึงไม่ใช่เป็นเพียง "ค่าใช้จ่าย" แต่เป็นการ "ลงทุนเชิงยุทธศาสตร์" ที่ส่งผลโดยตรงต่อการรักษาผลประโยชน์ของชาติในมิติของนโยบายต่างประเทศ

บทที่ 2

การวิเคราะห์ประเด็นศึกษาและผลการศึกษา

บทนี้เป็นการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอการวิเคราะห์สภาพปัญหาและช่องว่างเชิงระบบอย่างละเอียด โดยสังเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกจากกรณีศึกษาเรือนจำอำเภอกองคา เปรียบเทียบกับมาตรฐานสากล และเจาะลึกลงไปถึงปัญหาที่แท้จริง เพื่อนำไปสู่การกำหนดข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูปที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

2.1 การกำหนดประเด็นศึกษา

2.1.1 ที่มาและสาเหตุของประเด็นศึกษา

ประเด็นศึกษาของรายงานฉบับนี้มีที่มาจากการสังเกตเห็นความไม่สอดคล้องกัน อย่างชัดเจนระหว่างมาตรฐานสากลว่าด้วยการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง โดยเฉพาะข้อกำหนดแมนเดลา ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ กับสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นในระบบราชทัณฑ์ไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ "เรือนจำชายขอบ" ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความเปราะบางสูงและมักถูกละเลยจากนโยบายระดับชาติ สาเหตุของปัญหาเกิดจากปัจจัยที่ซับซ้อนและซ้อนทับกัน ตั้งแต่วิกฤตผู้ต้องขังล้นเรือนจำในระดับมหภาค ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ไปจนถึงช่องว่างในการนำนโยบายระดับสูงลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

2.1.2 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในลักษณะกรณีศึกษา (Case Study) โดยมุ่งเน้นวิเคราะห์ในเชิงลึกที่เรือนจำอำเภอกองคา จังหวัดกาญจนบุรี การเลือกพื้นที่นี้เป็นกรณีศึกษา มีเหตุผลจากคุณลักษณะความเป็น "เรือนจำชายขอบ" ที่เด่นชัด กล่าวคือ ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลบริเวณชายแดน มีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขของชุมชนโดยรอบ และที่สำคัญคือ มีสัดส่วนผู้ต้องขังต่างชาติสูงถึงร้อยละ 46.2 (ข้อมูล ณ เดือนสิงหาคม 2568) ซึ่งทำให้ประเด็นปัญหาสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความซับซ้อนและท้าทายเป็นพิเศษ

2.1.3 วิธีการที่ใช้ศึกษา

การศึกษาใช้วิธีการวิเคราะห์แบบสองส่วนประกอบกัน

1) การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) อธิบายสภาพการณ์จริงของ กระบวนการดูแลสุขภาพ (Continuum of Care) ภายในเรือนจำ ตั้งแต่ระยะแรกรับระหว่างต้องโทษ จนถึงการส่งต่อเพื่อทำความเข้าใจกลไกการทำงาน ข้อจำกัดและความท้าทายในทางปฏิบัติ

2) การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) นำสภาพการณ์จริงที่ค้นพบมาเปรียบเทียบกับกรอบมาตรฐานสากล คือ "ข้อกำหนดแมนเดลา" (Mandela Rules) เพื่อระบุช่องว่างระหว่าง การปฏิบัติกับมาตรฐานที่ควรจะเป็นอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยให้เห็นขนาดของปัญหาและความเปราะบาง ได้อย่างชัดเจน

2.2 การวิเคราะห์ประเด็นศึกษา

การทำความเข้าใจความท้าทายในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังจำเป็นต้องเริ่มต้นจากการสร้าง ภาพความจริงในพื้นที่ปฏิบัติการให้ชัดเจน ส่วนนี้จะนำเสนอข้อมูลพื้นฐานและสภาพการณ์ปัจจุบัน ของเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ โดยไม่เพียงแต่เป็นการแจกแจงข้อเท็จจริง แต่เป็นการร้อยเรียงข้อมูล เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายที่ซับซ้อนและซ้อนทับกันในบริบทของ "เรือนจำชายขอบ"

2.2.1 ข้อมูลพื้นฐาน

2.2.1.1 สภาพเรือนจำและประชากรผู้ต้องขัง

เรือนจำอำเภอทองผาภูมิมีผู้ต้องขังในความดูแลจำนวน 815 คน ลักษณะ ทางประชากรศาสตร์ที่โดดเด่นและเป็นหัวใจของความท้าทายคือสัดส่วนของผู้ต้องขังที่มี ความหลากหลายทางสัญชาติและสถานะทางกฎหมาย โดยแบ่งเป็นผู้ต้องขังสัญชาติไทย 458 คน (คิดเป็นร้อยละ 51.29) และผู้ต้องขังต่างชาติ 397 คน (คิดเป็นร้อยละ 48.71) สัดส่วนที่เกือบจะ เท่ากันนี้สะท้อนให้เห็นว่า เรือนจำแห่งนี้ไม่ได้เป็นเพียงสถานควบคุมผู้กระทำผิดตามกฎหมายไทย แต่ยังเป็นพื้นที่รองรับผลกระทบจากพลวัตทางสังคมและการเมืองในระดับภูมิภาคอีกด้วย ประชากร ผู้ต้องขังต่างชาติมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์สูง ประกอบด้วย กลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เช่น พม่า กะเหรี่ยง และมอญ ยิ่งไปกว่านั้น ในกลุ่มนี้ยังมียุทธชาติที่เป็น "คนไทยไร้สิทธิ/ไร้สถานะทางทะเบียน" อีกถึง 125 คน (คิดเป็นร้อยละ 31.48 ของกลุ่มผู้ต้องขังต่างชาติ) ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนทางกฎหมายใน การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ เมื่อพิจารณาในมิติของประเภทคดี พบว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่ จำนวน 467 คน (คิดเป็นร้อยละ 57.30) ถูกคุมขังในคดีที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติยาเสพติด ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า เรือนจำอำเภอทองผาภูมิเป็นเสมือนภาพจำลองย่อส่วนของวิกฤตการณ์ที่ซ้อนทับกันในระดับชาติและ ภูมิภาค กล่าวคือ เป็นจุดบรรจบของผลลัพธ์จากนโยบายยาเสพติดที่เข้มงวดของประเทศไทย และ ปัญหาการย้ายถิ่นข้ามพรมแดนรวมถึงภาวะไร้รัฐไร้สัญชาติในภูมิภาค สถานะ "ชายขอบ" ของเรือนจำ จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงมิติทางภูมิศาสตร์ที่ห่างไกล แต่ยังครอบคลุมถึงมิติทางประชากรศาสตร์และ กฎหมายด้วย เรือนจำแห่งนี้ได้กลายเป็นพื้นที่ที่รวบรวมประชากรกลุ่มเปราะบางอย่างยิ่ง (ผู้มีอุปสรรค

ทางภาษา ไม่มีสถานะทางกฎหมาย และมีฐานะยากจน) ไว้ในสถานที่ซึ่งมีโครงสร้างพื้นฐานสาธารณะที่จำกัดโดยธรรมชาติ (โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก) สภาวะดังกล่าวได้สร้าง "พายุที่สมบูรณ์แบบ" (perfect storm) ซึ่งความต้องการบริการมีสูงเป็นพิเศษ ในขณะที่ขีดความสามารถในการตอบสนองกลับต่ำอย่างยิ่งยวด

2.2.1.2 ปัญหาสุขภาพของผู้ต้องขัง

ภาระโรคในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิมีลักษณะเด่นชัด โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่สุด ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ต้องขังจำนวน 131 คน (ร้อยละ 16.07) 5 อันดับแรกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (64 คน) โรคถุงลมโป่งพอง (20 คน) โรคเบาหวาน (15 คน) โรคจิตเวช (13 คน) และโรคไขมันในเลือดสูง (11 คน) ในทางกลับกัน โรคติดต่อพบในอัตราที่ต่ำกว่ามาก โดยมีผู้ป่วยเพียง 11 คน (ร้อยละ 1.53) ซึ่งประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (5 คน) วัณโรค (4 คน) และซิฟิลิส (2 คน) โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

2.2.1.3 บริการทางการแพทย์และบุคลากร

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของเรือนจำ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน (คิดเป็นอัตราส่วนการดูแลผู้ต้องขัง 1: 408) มีนักจิตวิทยา จำนวน 1 คน และมีอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) จำนวน 160 คน (ชาย 120 คน หญิง 40 คน) คิดเป็นอัตราส่วน อสรจ : ผู้ต้องขัง 1 : 5 การให้บริการสุขภาพและการแพทย์ พบว่า ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ต้องขังมีสัญชาติไทย หรือไม่มีสัญชาติไทยล้วนเข้าถึงการรักษาพยาบาลทั้งสิ้น เช่นเดียวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้กับผู้ต้องขังตั้งแต่แรกรับตัว จะได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) คัดกรองโรคซิฟิลิส คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี คัดกรองโรคไม่ติดต่อ คัดกรองสุขภาพจิต และคัดกรองโรคติดต่อทางเดินหายใจ ระหว่างต้องโทษจะได้รับการคัดกรองเช่นเดียวกับแรกรับ และมีเพิ่มเติมคือ บริการต้านทานดื้อยาป้องกัน วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง ก่อนปล่อยตัวพ้นโทษ จะได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) คัดกรองโรคซิฟิลิส คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี คัดกรองสุขภาพจิต และคัดกรองโรคติดต่อทางเดินหายใจ การจัดบริการสุขภาพโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า การตรวจรักษา โรงพยาบาลทองผาภูมิได้จัดให้แพทย์เข้าไปตรวจสุขภาพผู้ต้องขัง เดือนละ 1 ครั้ง เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ฉบับปรับปรุง) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐาน ได้เป็นไปตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขฯ ซึ่งให้บริการโดยครอบคลุมผู้ต้องขังทุกสิทธิการรักษา หากเกินศักยภาพจะมีการส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอทองผาภูมิ หากเกินศักยภาพจะมีการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการให้บริการการแพทย์ทางไกล

(Telemedicine) โดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลทองผาภูมิให้การตรวจรักษา โดยที่มีการดำเนินการแล้วเป็นการใช้เพื่อให้จิตแพทย์ได้ดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเวช เป็นหลัก ซึ่งถือว่าช่วยให้ผู้ต้องขังเข้าถึงการรักษาได้ทั่วถึงมากยิ่งขึ้นโดยการใช้เทคโนโลยี

2.2.1.4 การเข้าถึงบริการและงบประมาณ

โครงสร้างงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังมีความกระจัดกระจายและเปราะบาง โดยอาศัยแหล่งที่มา 3 ทางหลัก

1) กรมราชทัณฑ์ จัดสรรงบประมาณสำหรับค่ายาและเวชภัณฑ์พื้นฐาน และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา

2) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.) จากเทศบาลตำบลท่าน้ำขนุน สำหรับใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเรือนจำได้จัดทำโครงการเสนอให้กับเทศบาลเพื่อพิจารณาให้งบประมาณ ในขอบเขตของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก ภายใต้หลักการสร้างเสริมสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนดเช่น การจัดอบรมให้ความรู้ แต่ข้อจำกัดที่สำคัญคืองบประมาณส่วนนี้ไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลได้

3) โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลทองผาภูมิ) ให้งบประมาณในรูปแบบการจัดบริการสุขภาพให้กับเรือนจำซึ่งมีใช้ตัวเงิน เช่น การคัดกรองโรคต่าง ๆ การตรวจรักษา การจัดหายาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น รวมถึงการจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้กับเรือนจำ เช่น เครื่อง AED เครื่องวัดความดัน เป็นต้น

2.2.1.5 เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับเรือนจำ

1) เครือข่ายสาธารณสุข โดยมี หน่วยงานสาธารณสุข เป็นหลักในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลอำเภอทองผาภูมิ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มีความสำคัญในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้ต้องขังในเรือนจำ ซึ่งโรงพยาบาลแม่ข่ายมีขนาด 90 เตียง จึงพบว่ามีจำนวนบุคลากรที่จำกัด การให้บริการสุขภาพในเรือนจำจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากมีการกิจการให้บริการประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก เมื่อพิจารณาการส่งต่อกรณีเกินศักยภาพต้องส่งต่อโรงพยาบาลในจังหวัด ซึ่งมีระยะทางที่ไกล มีความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการควบคุมตามมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี มีความสำคัญในการประสานงาน ควบคุม กำกับ ดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของเรือนจำและหน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายสาธารณสุข รวมถึงการประเมินตามมาตรฐานหน่วยบริการปทุมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ มีความสำคัญในการสนับสนุนการคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกัน สบสว่น การจัดหาวัคซีน และควบคุมโรคในเรือนจำ ศูนย์อนามัยเขต มีความสำคัญในการสนับสนุนการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำในเรือนจำ ด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยทุกกลุ่มวัย และ

อนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะประเมินมาตรฐานสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตสำหรับผู้ต้องขัง 10 ด้าน และมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหาร

2) เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลตำบลท่าน้ำขนุน มีความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลเทศบาลตำบลให้แก่เรือนจำ ในขอบเขตของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก ภายใต้หลักการสร้างเสริมสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ ตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด สำนักทะเบียนอำเภอทองผาภูมิ สนับสนุนการจัดทำบัตรประชาชนสำหรับผู้ต้องขังคนไทย เพื่อให้ได้รับสิทธิสวัสดิการแห่งรัฐ

3) เครือข่ายภาคประชาสังคม ได้แก่ องค์กรศาสนาในพื้นที่ เช่น สำนักงานพระพุทธศาสนา สำนักงานคณะกรรมการอิสลาม และคริสตจักร สนับสนุนสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และพัฒนาจิตใจให้แก่ผู้ต้องขังตามศาสนาที่นับถือ ซึ่งมีหลักการทางศาสนามีคำสอนที่ส่งเสริมให้ศาสนิกชนดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะเชื่อว่าร่างกายเป็นสิ่งที่มีความหมายสูงสุดทางศาสนา อาทิเช่น ศาสนาพุทธ ร่างกายเป็นเครื่องมือปฏิบัติธรรม (ทางสายกลาง) รู้จักประมาณในการกิน, รักษาศีล 5, เจริญสมาธิ ศาสนาคริสต์ ร่างกาย คือ วิหารของพระวิญญาณบริสุทธิ์ หลีกเลียงการมัวเมา, พักผ่อนในวันสะบาโต, ไม่ตามใจปาก ศาสนาอิสลาม ร่างกายเป็นของฝาก (Amanah) จากอัลลอฮ์ ทานอาหารฮาลาล, รักษาความสะอาด (อาบน้ำละหมาด), ถือศีลอด ศาสนาฮินดู ร่างกายจำเป็นต่อการปฏิบัติธรรมะ (เน้นสมถะ) ผูกโยคะ, ทานมังสวิรัต (อหิงสา), การอดอาหาร (พรต) จะเห็นได้ว่า แม้จะมีรายละเอียดและปรัชญาเบื้องหลังที่แตกต่างกัน แต่ทุกศาสนาต่างมีจุดร่วมเดียวกัน คือ การให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพ ทั้งในมิติของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างสมบูรณ์และบรรลุเป้าหมายสูงสุดตามความเชื่อของตน ดังคำสอนข้างต้นผู้เผยแพร่คำสอนได้นำเข้ามาสอนเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ต้องขังอีกแนวทางหนึ่งด้วย

2.2.2 ผลการศึกษา

2.2.2.1 การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

มีเพียงพยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน ต่อผู้ต้องขังกว่า 800 คน อัตราส่วนที่วิกฤตนี้ทำให้การให้บริการเป็นไปในลักษณะ "ตั้งรับ" มากกว่า "เชิงรุก" และต้องพึ่งพิงโรงพยาบาลทองผาภูมิซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบที่เป็นหัวใจสำคัญของปัญหาคือสิ่งที่เรียกว่า "ภาวะความขัดแย้งของการเข้าถึงบริการ" แม้ในทางปฏิบัติผู้ต้องขังทุกคนไม่ว่าจะสัญชาติใดจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ แต่สำหรับผู้ต้องขังเกือบร้อยละ 48.71 ที่ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ดังจากผู้ให้ข้อมูล “ไม่ได้ซื้อประกันอะไร ประกันสังคมก็ไม่ได้ทำ” (ผู้ต้องขังไม่มีสัญชาติไทย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2, 4) “ผมเข้ามาทำงานรับจ้าง ไม่มีบัตรอะไรมา มากับเพื่อน 3 คน มีคนเขาเป็นนายหน้าพาเข้ามาทำงานได้ 5 ปีแล้ว

เจ็บป่วยก็หาซื้อยาร้านขายยา ไปหาหมอที่คลินิก จ่ายเงินเอง ต้องดูแลไม่ให้ป่วย บางทีก็หาสมุนไพรที่ เคยกิน มันก็หาย พอติดคุกมา หมอในนี้เขาก็รักษานะ ไม่รู้หรือกลสิทธิอะไร เพื่อนบางคนก็ไปหมอที่ โรงพยาบาลเขาพาไปข้างนอกก็ไม่เก็บเงินอะไรนะ” (ผู้ต้องขังไม่มีสัญชาติไทย ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 1, 3) จะเห็นได้ว่าจากข้อมูลสำคัญการเข้าถึงนี้ไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ "สิทธิ" (Right-based) ที่มีระบบ รองรับอย่างเป็นทางการ แต่กลับตั้งอยู่บนพื้นฐานของ "ความอนุเคราะห์" (Benevolence-based) จากโรงพยาบาลทอฆฎุมิ ดังที่ปรากฏในเอกสารของเรือนจำที่ระบุว่าต้อง "ดำเนินการจัดทำหนังสือ ขอความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ กับโรงพยาบาลแม่ข่าย"

สถานะเช่นนี้ไม่ใช่ข้อบกพร่องของระบบ แต่เป็นคุณลักษณะของระบบที่ ล้มเหลวในการสร้างกลไกความรับผิดชอบที่เป็นทางการและยั่งยืน มันได้สร้างโครงสร้างที่บิดเบี้ยว กล่าวคือ การพึ่งพิงความอนุเคราะห์ทำให้หน่วยงานส่วนกลาง (กรมราชทัณฑ์และกระทรวงยุติธรรม) สามารถผลักภาระค่าใช้จ่ายและความรับผิดชอบทางกฎหมายในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังไร้สิทธิการ เบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลออกไปให้กับโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น (ภายใต้ กระทรวงสาธารณสุข) ได้อย่างเป็นระบบ โรงพยาบาลชุมชนจึงถูกบีบให้อยู่ในภาวะที่กลืนไม่เข้า คายไม่ออกทางจริยธรรมระหว่างการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยกับการแบกรับภาระทางการเงินที่อาจ นำไปสู่ภาวะขาดทุนได้ นี่คือนิยามเชิงธรรมาภิบาลที่สะท้อนถึงการแยกส่วนความรับผิดชอบทาง กฎหมายออกจากความรับผิดชอบทางการคลังอย่างสิ้นเชิง ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ผมว่าตอนนี้ โรงพยาบาลยังพอรับภาระได้อยู่ แต่ต่อไปอาจมีความยากลำบาก ค่าใช้จ่ายผู้ต้องขังต่างด้าวไร้สิทธิมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลรับภาระส่วนนี้เพิ่มขึ้น ต้องใช้เงินบำรุงโรงพยาบาลมาจ่าย” (ผู้บริหาร โรงพยาบาลผู้ให้ข้อมูล คนที่ 1) “เรือนจำก็ไม่มีงบประมาณในส่วนนี้ที่จะไปจ่ายให้กับโรงพยาบาล ผมต้องขอความอนุเคราะห์ ทุกวันนี้ขอบคุณโรงพยาบาลที่เข้ามาโดยตลอด ผมก็ทำเรื่องเสนอกรมฯ แต่ ก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุนในส่วนใด ๆ มา เรือนจำเลยขอรับความอนุเคราะห์โรงพยาบาลแม่ข่าย งบประมาณในการรักษาผู้ต้องขังที่ไม่มีสิทธิการรักษากลุ่มที่ไม่มีสัญชาติไทย ในปีงบประมาณ 2567 มากถึง 210,000 บาท” (ผู้บริหารเรือนจำ ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 1) “โรงพยาบาลรักษาทุกโรคให้ผู้ต้องขัง ต่างด้าวแต่ค่าใช้จ่ายจะสูงกลุ่มที่ เช่น กลุ่มโรคเนื้องอก มะเร็ง แล้วต้องมีหัตถการต่าง ๆ โรงพยาบาลจะ มีค่าใช้จ่ายสูงมากในกลุ่มนี้” (ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) “ส่งผู้ต้องขังต่างด้าวออกไป รักษาภายนอกเรือนจำ จะเห็นว่าการสื่อสารที่เข้าใจยาก การให้คำแนะนำด้านการรักษายากมาก บางคนฟังภาษาไทยไม่รู้เรื่องต้องสื่อสารผ่านล่ามก็เป็นผู้ต้องขังที่มาด้วยกัน ส่วนเรื่องค่ารักษาพยาบาลนี้ ลำบากเลย ผู้ต้องเข้าใหม่ 10 คน เป็นต่างด้าวแล้ว 6 คน ไม่มีสิทธิการรักษา แต่เราก็ต้องตรวจเหมือน คนอื่น ๆ ขออนุเคราะห์ รพ.เอา” (ผู้ให้ข้อมูลกลุ่ม เรือนจำคนที่ 3, 4, 5) จากปัญหาด้านงบประมาณ ของการรักษาโรคดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาจะใช้งบประมาณมากกว่า การป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยงบประมาณที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือ กองทุน

หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.) ซึ่งเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ ได้มีการบูรณาการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “เรือนจำอำเภอ มีผู้ต้องขังที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังค่อนข้างเยอะ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในหลอดเลือด และกองบริการทางการแพทย์ได้มีหนังสือการขอใช้งบประมาณจาก กปท. ในพื้นที่ จึงได้เสนอโครงการให้กับเทศบาลตำบลท่าขนุนพิจารณา ในปีงบประมาณ 2568 ได้รับจัดสรรงบประมาณ 100,000 บาท ได้นำมาอบรมให้ความรู้ผู้ต้องขังเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต และการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งงบประมาณไม่สามารถนำไปใช้เพื่อการรักษาพยาบาลได้ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ” (พยาบาลเรือนจำ)

2.2.2.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบ: ช่องว่างระหว่างการปฏิบัติกับมาตรฐานสากล

ส่วนนี้จะทำการประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล เพื่อวัดระดับความเบี่ยงเบนของระบบอย่างเป็นรูปธรรม และใช้การเปรียบเทียบในระดับภูมิภาคเพื่อทำความเข้าใจสถานะของประเทศไทย

มาตรฐานสากล: ข้อกำหนดแมนเดลา การวิเคราะห์นี้ใช้ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (ข้อกำหนดแมนเดลา) เป็นกรอบการประเมินหลัก

- ข้อกำหนด 24 (หลักการแห่งความเท่าเทียม): หลักการสำคัญข้อนี้ระบุว่าผู้ต้องขัง “พึงได้รับมาตรฐานการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับที่มีอยู่ในชุมชน...โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและปราศจากการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานสถานะทางกฎหมาย” ซึ่งถูกละเมิดอย่างสิ้นเชิง ระบบที่ตั้งอยู่บนความอนุเคราะห์โดยนิยามแล้วย่อมไม่เท่าเทียมกับระบบที่ตั้งอยู่บนสิทธิซึ่งประชาชนทั่วไปได้รับ

- ข้อกำหนด 25 (บุคลากรทางการแพทย์): ข้อกำหนดนี้เรียกร้องให้มีบริการสุขภาพแบบสหวิชาชีพที่เพียงพอ แต่ความเป็นจริงในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเพียง 2 คนต่อผู้ต้องขัง 815 คน (อัตราส่วน 1:408) และไม่มีทันตแพทย์หรือจิตแพทย์ประจำ ถือเป็น การละเมิดอย่างชัดเจน

- ข้อกำหนด 27 (การดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ): การที่ต้องพึ่งพิงโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่มีทรัพยากรจำกัดสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทาง หมายความว่า การเข้าถึงบริการดังกล่าวไม่มีหลักประกันที่แน่นอนและขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรฐานนี้บริบทระดับภูมิภาค: สองเรื่องเล่าจากเพื่อนบ้าน

- สิงคโปร์ (ต้นแบบที่ควรยึดถือ): ระบบของสิงคโปร์แสดงให้เห็นถึงแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด โดยระบบสุขภาพในเรือนจำถูกบูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบสาธารณสุขแห่งชาติ (SingHealth) อย่างเป็นทางการ โดยมีโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ (Changi General Hospital) จัดตั้งแผนกสุขภาพราชทัณฑ์ขึ้นโดยเฉพาะ การบูรณาการนี้รับประกันความเท่าเทียมของคุณภาพการรักษา และที่สำคัญคือสร้างความต่อเนื่องในการดูแลรักษาเมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษ

- มาเลเซีย (บทเรียนที่ต้องระวัง): ระบบของมาเลเซียสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายที่คล้ายคลึงกับไทย แต่รุนแรงกว่า ระบบสุขภาพในเรือนจำของมาเลเซียไม่ได้ถูกบูรณาการเข้ากับระบบสาธารณสุขแห่งชาติเช่นกัน ซึ่งนำไปสู่รายงานการขาดแคลนบุคลากรอย่างรุนแรง การดูแลรักษาที่ไม่เพียงพอ และการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะในสถานกักกันคนเข้าเมือง การเปรียบเทียบนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาของไทยเป็นส่วนหนึ่งของแนวโน้มในภูมิภาคที่หลายประเทศกำลังดิ้นรนกับการจัดการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางในเรือนจำ แต่ในขณะเดียวกันก็แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการที่ดีกว่าและบูรณาการมากกว่าอย่างสิงคโปร์นั้นเป็นไปได้ ตารางต่อไปนี้เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ที่สำคัญซึ่งสรุปช่องว่างระหว่างการปฏิบัติจริงกับมาตรฐานสากลไว้อย่างชัดเจน การเปลี่ยนจากคำบรรยายมาสู่การตรวจสอบเชิงโครงสร้างนี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายมองเห็นความล้มเหลวที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ และยกระดับข้อค้นพบจากการวิจารณ์กรณีศึกษาไปสู่การชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวเชิงระบบที่ขัดต่อบรรทัดฐานสากล ซึ่งทำให้ข้อเรียกร้องให้มีการปฏิรูปมีความเร่งด่วนและมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ช่องว่างของการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิเทียบกับข้อกำหนดแมนเดลา

ข้อกำหนดแมนเดลา	มาตรฐานที่กำหนด	การปฏิบัติที่พบในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิ	ช่องว่างที่ระบุได้
ข้อกำหนด 24	การดูแลสุขภาพต้องทัดเทียมกับชุมชนภายนอก ไม่เสียค่าใช้จ่าย และไม่เลือกปฏิบัติตามสถานะทางกฎหมาย	การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังเกือบ 49% ไม่ได้ตั้งอยู่บนสิทธิ แต่ขึ้นอยู่กับ "ความอนุเคราะห์" จากโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีทรัพยากรจำกัด และต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเอง	ช่องว่างด้านความเท่าเทียมและการไม่เลือกปฏิบัติ (Equivalence and Non-Discrimination Gap): รากฐานของการเข้าถึงบริการแตกต่างและเป็นการเลือกปฏิบัติอย่างสิ้นเชิง ซึ่งละเมิดหลักการสำคัญที่สุด
ข้อกำหนด 25	ต้องมีสถานบริการสุขภาพแบบสหวิชาชีพ พร้อมบุคลากรที่เพียงพอ (รวมถึงจิตแพทย์)	มีพยาบาลวิชาชีพเพียง 2 คน และนักจิตวิทยา 1 คน ต่อผู้ต้องขัง 815 คน ขาดแคลนบุคลากรสหวิชาชีพอื่น ๆ อย่างสิ้นเชิง เช่น ทันตแพทย์	ช่องว่างด้านบุคลากร (Personnel Gap): ขาดแคลนบุคลากร อย่างยิ่งยวดในทุกสาขาวิชาชีพที่จำเป็นตามมาตรฐาน

ข้อกำหนด แมนเดลา	มาตรฐานที่กำหนด	การปฏิบัติที่พบในเรือนจำ อำเภอทองผาภูมิ	ช่องว่างที่ระบุได้
	และทันตแพทย์)	หรือจิตแพทย์ประจำ	
ข้อกำหนด 27	การเข้าถึงการรักษา พยาบาลเร่งด่วน และ การส่งต่อไปยัง สถาน พยาบาล เฉพาะทางหรือ โรงพยาบาลพลเรือน อย่างมีหลักประกัน	การส่งต่อขึ้นอยู่กับศักยภาพ ของโรงพยาบาลชุมชน ขนาด เล็กซึ่งมีแพทย์เฉพาะทาง จำกัด ทำให้การเข้าถึงไม่มี หลัก ประกันที่แน่นอนและ ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก	ช่องว่างในการเข้าถึงบริการ เฉพาะทาง (Specialist Access Gap): การเข้าถึงการ รักษาเฉพาะทางไม่มีความ แน่นอนและ ไม่เป็นไปตาม มาตรฐาน การรับประกันการ ดูแล

2.2.3 แนวทางการแก้ไขปัญห

จากการวิเคราะห์ช่องว่างเชิงระบบและรากเหง้าของปัญหา แนวทางการแก้ไข
ปัญหาจำเป็นต้องอาศัยแนวทางแบบบูรณาการซึ่งครอบคลุมทั้งการปฏิรูปเชิงนโยบาย การปรับปรุง
การดำเนินงาน และการสร้างความร่วมมือกับชุมชน เพื่อเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากระบบที่ดั่งรับและ
พึ่งพิงความอนุเคราะห์ไปสู่ระบบเชิงรุกที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิ แนวทางหลักประกอบด้วย

2.2.3.1 การปฏิรูปนโยบายและการคลัง

ขั้นตอนที่สำคัญที่สุดคือการปิดช่องว่างในการนํานโยบายไปสู่การปฏิบัติ
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการจัดตั้งกองทุนกลางเฉพาะกิจ
เช่น "กองทุนสุขภาพผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบาง" พร้อมด้วยกลไกการเบิกจ่ายที่ชัดเจนและง่ายสำหรับ
โรงพยาบาล เพื่อเป็นการยืนยันความรับผิดชอบของรัฐและลดภาระของสถานพยาบาลในท้องถิ่น

2.2.3.2 การจัดสรรทรัพยากรแบบมุ่งเป้า

การยอมรับถึงความท้าทายที่เป็นเอกลักษณ์ของ "เรือนจำชายขอบ"
ควรนำไปสู่การพัฒนานโยบายเฉพาะเพื่อจัดสรรทรัพยากรอย่างตรงจุด ซึ่งรวมถึงงบประมาณที่
เพิ่มขึ้นอัตราค่าจ้างทางการแพทย์ที่เหมาะสมและมาตรการจูงใจเพื่อดึงดูดบุคลากรให้มาปฏิบัติงานใน
พื้นที่ห่างไกลเหล่านี้

2.2.3.3 การเสริมสร้างศักยภาพบริการสุขภาพภายใน

การเพิ่มขีดความสามารถภายในเรือนจำเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสามารถทำได้โดย
การขยายบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้ครอบคลุมสาขาอื่นนอกเหนือจากจิตเวช

เช่น โรคผิวหนัง และการยกระดับทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) โดยเพิ่มการฝึกอบรมด้านการเป็นล่ามเบื้องต้นและการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม

2.2.3.4 การบูรณาการกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรือนจำควรทำลายกำแพงที่แยกตัวเองออกจากชุมชนโดยรอบ โดยสร้างความร่วมมืออย่างเป็นทางการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเข้าถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.) ซึ่งสามารถสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายในเรือนจำได้

2.2.3.5 การทลายอุปสรรคทางวัฒนธรรมและภาษา

จำเป็นต้องมีกลยุทธ์การสื่อสารที่หลากหลายมิติ ซึ่งรวมถึงการจัดทำสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพในหลายภาษา (เช่น พม่า กะเหรี่ยง มอญ) โดยใช้รูปภาพที่เข้าใจง่าย และการจัดตั้งระบบล่ามอาสาที่ผ่านการอบรมจากผู้ต้องขังด้วยกันเอง

2.2.4 การเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่จะเกิดขึ้น

การนำมาตรการแก้ไขเหล่านี้ไปปฏิบัติ จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่สำคัญไม่เพียงแต่ภายในระบบราชทัณฑ์เท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อสังคมในวงกว้างและสถานะของประเทศไทยในเวทีระหว่างประเทศ การเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่:

2.2.4.1 ระบบที่ยั่งยืนและเท่าเทียม

การเปลี่ยนแปลงที่ลึกซึ้งที่สุดคือการเปลี่ยนผ่านจากรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พึ่งพิงความอนุเคราะห์เฉพาะหน้า ไปสู่ระบบที่ยั่งยืนและตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิ สิ่งนี้จะรับประกันว่าผู้ต้องขังทุกคน ไม่ว่าจะมีความพิการหรือสถานะทางกฎหมายใดจะสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างแน่นอน ซึ่งเป็นการปฏิบัติตาม "หลักการแห่งความเท่าเทียม" ของข้อกำหนดแมนเดลา

2.2.4.2 ความมั่นคงทางสาธารณสุขที่ดีขึ้น

การจัดการปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพภายในเรือนจำ จะช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรคติดต่อ เช่น วัณโรค สู้สังคมภายนอกเมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษ เป็นการตอกย้ำหลักการที่ว่า "สุขภาพในเรือนจำคือสุขภาพของสังคม" และมีส่วนช่วยสร้างความมั่นคงทางสาธารณสุขของชาติ

2.2.4.3 ความน่าเชื่อถือและการะับผิดจากภูมิพลังทางวัฒนธรรม (Soft Power) ที่เพิ่มขึ้น

การทำให้การปฏิบัติภายในประเทศสอดคล้องกับพันธสัญญาระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อกำหนดกรุงเทพ จะช่วยแก้ไขการะับผิดจากภูมิพลังทางวัฒนธรรม (Soft Power) ได้ สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นอย่างแท้จริงต่อสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความน่าเชื่อถือและบทบาทผู้นำของไทยในเวทีโลก

2.2.4.4 การลดภาระเชิงระบบ

กองทุนกลางที่จัดตั้งขึ้นจะช่วยบรรเทาภาระทางการเงินและการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในพื้นที่ห่างไกล ทำให้โรงพยาบาลเหล่านั้นสามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การแก้ไขปัญหาหนี้สินเรื้อรังซึ่งเป็นต้นตอของปัญหาผ่านนโยบายลดการค้ำประกัน จะช่วยลดภาระโดยรวมของระบบราชทัณฑ์และทำให้ มีทรัพยากรเหลือพอสำหรับการฟื้นฟูผู้ต้องขังอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.2.4.5 การฟื้นฟูผู้ต้องขังที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สุขภาพที่ดีเป็นเงื่อนไขสำคัญของการฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพ การดูแลให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง จะทำให้พวกเขาสามารถเข้าร่วมโครงการพัฒนาอาชีพและพลิตินิสัยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะเพิ่มโอกาสในการกลับคืนสู่สังคมได้อย่างราบรื่น และท้ายที่สุดจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของชาติในการลดการกระทำผิดซ้ำและสร้างสังคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น

2.3 สรุปผลการศึกษา

จากวงจรความล้มเหลวเชิงระบบสู่ศักยภาพการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกการสังเคราะห์ผลการวิเคราะห์ทั้งหมดชี้ให้เห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในเรือนจำอำเภอทองผาภูมิมิใช่เป็นเพียงข้อบกพร่องในการปฏิบัติงานแต่เป็นอาการของความล้มเหลวเชิงระบบที่มีรากเหง้ามาจากปัญหาเชิงนโยบายและธรรมาภิบาลในระดับที่สูงกว่าการทำความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้จำเป็นต้องมองเห็นถึงความเชื่อมโยงของสาเหตุต่าง ๆ ที่ประกอบกันขึ้นเป็นวงจรของความท้าทายและในขณะเดียวกันก็ต้องมองเห็นถึงศักยภาพของการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกหากมีการปฏิบัติที่ตรงจุด

2.3.1 บทสรุปปัญหา: "ภาวะที่การเข้าถึงเป็นไปอย่างย่ำแย่" และภาระที่ถูกผลักไส

ข้อค้นพบหลักของการศึกษาชี้ให้เห็นถึง "ภาวะที่การเข้าถึงเป็นไปอย่างย่ำแย่" (The Paradox of Access) กล่าวคือแม้ในทางปฏิบัติผู้ต้องขังทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ แต่สำหรับผู้ต้องขังไร้สิทธิซึ่งมีจำนวนเกือบร้อยละ 50 ของเรือนจำการเข้าถึงดังกล่าวไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ "สิทธิ" (Right-based) ที่มีระบบรองรับอย่างยั่งยืน แต่กลับขึ้นอยู่กับ "ความอนุเคราะห์" (Benevolence-based) จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นสำคัญสถานะที่ต้องพึ่งพิงความอนุเคราะห์นี้ไม่ได้เป็นเพียงข้อบกพร่องของระบบ แต่ได้กลายเป็นกลไกการบริหารจัดการภาครัฐโดยพฤตินัย (de facto governance mechanism) ที่เอื้อให้หน่วยงานส่วนกลาง (กระทรวงยุติธรรมและกรมราชทัณฑ์) สามารถผลักภาระความรับผิดชอบทั้งทางการเงินและทางกฎหมายในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังกลุ่มนี้ออกไปให้กับโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่น (โรงพยาบาลชุมชนภายใต้กระทรวงสาธารณสุข) ได้อย่างเป็นระบบ การที่เรือนจำต้อง "ดำเนินการจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ กับโรงพยาบาลแม่ข่าย" เป็นการยอมรับอย่างเป็นทางการว่าไม่มีช่องทาง

การเบิกจ่ายงบประมาณตามสิทธิที่ชัดเจน ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กซึ่งมีทรัพยากรจำกัดอยู่แล้ว ต้องนำเงินบำรุงของโรงพยาบาลมาแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงถึง 210,000 บาท ในปีงบประมาณ 2567 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สภาวะเช่นนี้ได้สร้าง "ภาวะอันตรายทางศีลธรรม" (Moral Hazard) ขึ้น กล่าวคือ รัฐบาลไม่ได้รับผลกระทบทางการคลังหรือทางการบริหารโดยตรงจากความล้มเหลวในการนำมติคณะรัฐมนตรีปี 2564 มาปฏิบัติให้เกิดผล เนื่องจากโรงพยาบาลในพื้นที่ตกอยู่ในสภาวะที่กลืนไม่เข้าคายไม่ออกทางจริยธรรมและจำเป็นต้องให้การรักษาต่อไป ดังนั้น ระบบที่ตั้งอยู่บน "ความอนุเคราะห์" จึงไม่ใช่ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ แต่เป็นกลไกที่ค้ำจุนและทำให้ช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติยังคงดำรงอยู่ต่อไป โดยการบดบังต้นทุนที่แท้จริงและกระจายความรับผิดชอบให้เลือนลาง

2.3.2 การวิเคราะห์รากเหง้าปัญหา: วงจรแห่งความล้มเหลวที่เชื่อมโยงกัน

รายงานฉบับนี้ได้ระบุรากเหง้าของปัญหาไว้ 4 ประการหลัก แม้ปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้ดำรงอยู่อย่างเป็นอิสระต่อกัน แต่มีความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุและผล ก่อตัวขึ้นเป็นวงจรแห่งความล้มเหลวที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน และทำให้ระบบติดอยู่ในสภาวะที่ยากจะเปลี่ยนแปลง

2.3.2.1 ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (Structural Limitations)

ปัญหาที่มองเห็นได้ชัดเจนที่สุด เป็นปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรทั้งบุคลากรและงบประมาณ ซึ่งเป็นผลพวงโดยตรงจากวิกฤตผู้ต้องขังล้นเรือนจำในระดับชาติ ระบบราชทัณฑ์โดยรวมถูกกดทับด้วยจำนวนผู้ต้องขังที่มากเกินไปจนขีดความสามารถ สร้างสภาวะการบริหารจัดการแบบวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานในลักษณะ "ตั้งรับ" ทำให้ทรัพยากรทั้งหมดถูกทุ่มเทไปที่ภารกิจด้านการควบคุมความมั่นคงเป็นหลัก และบั่นทอนประสิทธิภาพของภารกิจด้านอื่น ๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพ

2.3.2.2 ช่องว่างในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Policy-Implementation Gap)

นี่คือข้อค้นพบที่สำคัญที่สุดและเป็นหัวใจของปัญหาทั้งหมด แม้ว่าคณะรัฐมนตรีจะได้มีมติเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2564 อนุมัติในหลักการให้จัดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังกลุ่มที่ไม่มีสิทธิ แต่ ณ ปี 2568 โรงพยาบาลในพื้นที่ยังคงต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายอยู่เช่นเดิม ปรากฏการณ์นี้ไม่ได้เป็นเพียงความล่าช้าทางราชการ แต่เป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่แยกส่วนออกจากกันอย่างสิ้นเชิงระหว่างการกำหนดนโยบายกับการนำไปปฏิบัติ คณะรัฐมนตรีสามารถมีมติได้ แต่หากปราศจากหน่วยงานเจ้าภาพที่ชัดเจน, แนวทางการเบิกจ่ายที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ, และกลไกการกำกับติดตามที่เข้มแข็ง นโยบายดังกล่าวก็จะกลายเป็น "มติดีไร้ผล" (unfunded mandate) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนเชิงโครงสร้างของระบบราชการไทยในการขับเคลื่อนนโยบายที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสภาวะการทำงานแบบตั้งรับนี้ทำให้บุคลากรในระดับพื้นที่ขาดศักยภาพและอำนาจต่อรองทางการเมืองที่จะผลักดันให้เกิดการนำมติ

คณะรัฐมนตรีปี 2564 มาปฏิบัติอย่างจริงจัง ปัญหาดังกล่าวใหญ่เกินกว่าที่เรือนจำแห่งเดียวจะแก้ไขได้ ทำให้ต้องหันไปพึ่งพากลไกที่ไม่เป็นทางการ นั่นคือระบบ "ความอนุเคราะห์" เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า

2.3.2.3 อุปสรรคด้านวัฒนธรรมและการสื่อสาร (Cultural and Communication Barriers)

เนื่องจากระบบ "ความอนุเคราะห์" ขยายผลสู่อุปสรรคทางวัฒนธรรมและการสื่อสารที่ไม่มีงบประมาณรองรับอย่างเป็นทางการสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังต่างชาติ จึงไม่มีงบประมาณสำหรับจัดหาล่ามมืออาชีพหรือจัดทำสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพหลายภาษา สิ่งนี้เป็นสาเหตุโดยตรงที่สร้างและซ้ำเติมกำแพงทางภาษาและการสื่อสารกับผู้ต้องขังกลุ่มชาติพันธุ์พม่า กะเหรี่ยง และมอญ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในเรือนจำ ทำให้ผู้ต้องขังไม่สามารถสื่อสารอาการป่วยของตนเองได้อย่างถูกต้อง และไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่

2.3.2.4 ศักยภาพที่ยังไม่ถูกนำมาใช้ (Untapped Potential)

การที่เรือนจำยังไม่ได้ใช้ประโยชน์จากกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ซึ่งบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ถือเป็นโอกาสที่สูญเสียไปอย่างน่าเสียดาย การไม่สามารถเข้าถึงแหล่งทุนที่มีอยู่แล้วในพื้นที่นี้เป็นอาการที่บ่งชี้ถึงการแยกตัวอย่างเป็นระบบของเรือนจำออกจากชุมชนและโครงสร้างการบริหารราชการในพื้นที่ ซึ่งทำให้เรือนจำพลาดโอกาสในการสร้างความร่วมมือและระดมทรัพยากรจากท้องถิ่นเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้ต้องขัง รากเหง้าของปัญหาทั้งสี่ประการนี้มีความเชื่อมโยงกันและสร้างวงจรของความล้มเหลว กล่าวคือ ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง (ภาวะแออัด ขาดงบประมาณ) สร้างสภาวะวิกฤตที่บีบให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานแบบตั้งรับ ซึ่งทำให้ไม่มีเวลาไปผลักดันการแก้ปัญหาเชิงระบบ เช่น การติดตาม ช่องว่างในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ การไม่สามารถผลักดันนโยบายได้ทำให้ระบบที่พึ่งพิงความอนุเคราะห์ยังคงดำรงอยู่ต่อไป ซึ่งยิ่งซ้ำเติม อุปสรรคทางวัฒนธรรม (เพราะไม่มีงบประมาณที่เป็นทางการสำหรับล่าม) และทำให้เรือนจำไม่สามารถบูรณาการกับท้องถิ่นเพื่อเข้าถึง ศักยภาพที่ยังไม่ถูกนำมาใช้ได้ เพราะต้องพึ่งพิงความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการแทน การตัดวงจรที่เลวร้ายนี้จำเป็นต้องอาศัย การปฏิบัติที่จริงจังในระดับนโยบาย

2.3.3 ทางแยกแห่งอนาคต: ผลลัพธ์ของการเพิกเฉย ปะทะ ศักยภาพของการปฏิรูป

การตระหนักถึงวงจรแห่งความล้มเหลวนี้ทำให้เห็นภาพชัดเจนว่า การแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องเป็นการแทรกแซงเชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งทำลายวงจร ณ จุดที่เปราะบางที่สุด นั่นคือ "ช่องว่างในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ" การนำข้อเสนอแนะหลักของรายงานฉบับนี้ไปปฏิบัติ จะเป็นการตัดวงจรดังกล่าวและนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่สำคัญ ไม่เพียงแต่ภายในระบบราชทัณฑ์เท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อสังคมในวงกว้างและสถานะของประเทศไทยในเวทีระหว่างประเทศอีกด้วย

2.3.3.1 จากช่องว่างเชิงนโยบายสู่ระบบที่ยั่งยืนและเท่าเทียม

การจัดตั้ง "กองทุนสุขภาพผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบาง" ตามข้อเสนอ จะเป็น การทลายวงจร ณ จุดที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นการแทนที่กลไก "ความอนุเคราะห์" ที่ไม่แน่นอนและ ผลักภาระความรับผิดชอบ ด้วยระบบที่เป็นทางการและตรวจสอบได้ การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้ ต้นทุนที่แท้จริงของการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังกลุ่มนี้ปรากฏให้ผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลางเห็นอย่าง ชัดเจน และจัดสรรทรัพยากรเพื่อแก้ไขปัญหาในส่วนอื่น ๆ ของวงจรได้ การเปลี่ยนแปลงที่ลึกซึ้งที่สุด คือ การเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบที่ยั่งยืนและตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิ ซึ่งจะรับประกันว่าผู้ต้องขังทุกคน ไม่ว่าจะมีสัญชาติหรือสถานะทางกฎหมายใด จะสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างแน่นอน อันเป็นการปฏิบัติตาม "หลักการแห่งความเท่าเทียม" ของข้อกำหนดแมนเดลาอย่างแท้จริง

2.3.3.2 จากภาระเชิงระบบสู่ความมั่นคงทางสาธารณสุขที่ดีขึ้น

การลงทุนในระบบสุขภาพเรือนจำที่มีประสิทธิภาพไม่ใช่ "ค่าใช้จ่าย" แต่ เป็น "การลงทุนเชิงยุทธศาสตร์" เพื่อความมั่นคงทางสาธารณสุขของชาติ การจัดการปัญหาสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพภายในเรือนจำ จะช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายโรคติดต่อ เช่น วัณโรค สู้สังคมภายนอกเมื่อผู้ต้องขังพ้นโทษ ซึ่งเป็นการตอกย้ำหลักการที่ว่า "สุขภาพในเรือนจำคือสุขภาพ ของสังคม" นอกจากนี้ กองทุนกลางที่จัดตั้งขึ้นจะช่วยบรรเทาภาระทางการเงินและการดำเนินงาน ของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กในพื้นที่ห่างไกล ทำให้โรงพยาบาลเหล่านั้นสามารถให้บริการแก่ ประชาชนในพื้นที่ของตนได้ดียิ่งขึ้น

2.3.3.3 จาก "ภาระรับผิดชอบจากภูมิพลังทางวัฒนธรรม" สู่ความน่าเชื่อถือระหว่าง ประเทศที่เพิ่มขึ้น

การที่ประเทศไทยเป็นผู้ริเริ่มและผลักดัน "ข้อกำหนดกรุงเทพ" ได้สร้าง ความคาดหวังในระดับสูงจากนานาชาติ การปล่อยให้การปฏิบัติภายในประเทศสวนทางกับสิ่งที่ ประกาศไว้ในเวทีโลกได้สร้างสิ่งที่เรียกว่า "ภาระรับผิดชอบจากภูมิพลังทางวัฒนธรรม" (Soft Power Liability) ขึ้น การปฏิรูประบบสุขภาพในเรือนจำให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล จะเป็นการปิด ช่องว่างดังกล่าวและแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นอย่างแท้จริงต่อหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะช่วย เสริมสร้างความน่าเชื่อถือและบทบาทผู้นำของไทยในเวทีโลกให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น

2.3.3.4 จากการควบคุมสู่การฟื้นฟูผู้ต้องขังที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สุขภาพที่ดีทั้งกายและใจเป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการฟื้นฟูที่มี ประสิทธิภาพ การดูแลให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพที่แข็งแรง จะทำให้พวกเขาสามารถเข้าร่วมโครงการพัฒนา อาชีพและพลตินสัยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะเพิ่มโอกาสใน การกลับคืนสู่สังคมได้อย่างราบรื่น และท้ายที่สุดจะ นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของกรมราชทัณฑ์และของชาติในการลดการกระทำผิดซ้ำและสร้างสังคมที่ ปลอดภัยยิ่งขึ้น

บทที่ 3

ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปเชิงระบบและการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

จากผลการวิเคราะห์ในบทที่ 2 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันในหลายระดับ การแก้ไขปัญหาก็จำเป็นต้องอาศัยแนวทางแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งในระดับนโยบายมหภาคและระดับปฏิบัติการในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนมีคุณภาพ และสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

3.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ข้อเสนอในระดับนโยบายมุ่งเน้นไปที่การสร้างกรอบการทำงานและจัดสรรทรัพยากรที่สามารถแก้ไขปัญหาด้านเหตุได้อย่างแท้จริง ดังนี้

3.1.1 การปฏิรูประบบงบประมาณสำหรับผู้ต้องขังต่างชาติจากความอนุเคราะห์สู่สิทธิที่ยั่งยืน

เพื่อปิด "ช่องว่าง" ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ" อย่างเป็นรูปธรรม คณะรัฐมนตรีควรมีข้อสั่งการที่ชัดเจนให้มีการจัดตั้ง "กองทุนสุขภาพผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบาง" ซึ่งบริหารจัดการร่วมกันโดยกระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนนี้จะต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยเบิกจ่ายตรง (direct reimbursement body) เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและยาสำหรับผู้ต้องขังทุกคนอย่างเต็มรูปแบบ โดยไม่คำนึงถึงสัญชาติหรือระยะเวลาการคุมขัง เพื่อเป็นไปตามหลัก "หลักการแห่งความเท่าเทียม" ระหว่างบุคคลภายนอกและกลุ่มผู้ต้องขัง สำหรับคำรักษาพยาบาลของผู้ต้องขังไร้สิทธิทั่วประเทศ การปฏิรูปนี้จะเปลี่ยนกระบวนการจากการให้บริการบนพื้นฐานของ "ความอนุเคราะห์" ที่ไม่แน่นอน ไปสู่ระบบที่ตั้งอยู่บน "สิทธิ" ที่ยั่งยืนและสามารถตรวจสอบได้

การจัดตั้งกองทุนนี้ไม่ได้เป็นเพียงกลไกทางการเงิน แต่ยังเป็นเครื่องมือปฏิรูปธรรมาภิบาลที่สำคัญ ระบบปัจจุบันขาดความรับผิดชอบเนื่องจากอำนาจหน้าที่กระจาย การสร้างกองทุนที่บริหารร่วมกันโดยกระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. จะบังคับให้หน่วยงานเหล่านี้ต้องเข้ามาทำงานร่วมกันอย่างเป็นทางการและมีโครงสร้างที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) เกี่ยวกับธรรมาภิบาลที่ดีในระบบสุขภาพเรือนจำ นอกจากนี้ ระบบการ

เบิกจ่ายจากส่วนกลาง จะสร้างข้อมูลระดับชาติเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายของประชากรกลุ่มนี้เป็นครั้งแรก ทำให้ปัญหาที่เคยถูกซุกไว้ในระดับท้องถิ่นกลายเป็นสิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายระดับสูงมองเห็นและต้องจัดการ การมีข้อมูลที่โปร่งใสและความรับผิดชอบร่วมกันจะช่วยหลายระบบการผลักภาระอย่างไม่เป็นทางการในปัจจุบัน และแทนที่ด้วยกระบวนการที่ตรวจสอบได้ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงรากฐานของธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพเรือนจำ

3.1.2 การพัฒนานโยบาย "เรือนจำสุขภาพชายขอบ" (Marginalized Healthy Prison Policy)

กรมราชทัณฑ์ควรจัดทำหลักเกณฑ์ในการจัดประเภท "เรือนจำชายขอบ" อย่างเป็นทางการ โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ สัดส่วนผู้ต้องขังกลุ่มเปราะบาง และข้อจำกัดของโครงสร้างพื้นฐานในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรแบบมุ่งเป้า (Targeted Resource Allocation) ซึ่งหมายรวมถึง การจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม การกำหนดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับบริบท และการสร้างมาตรการจูงใจพิเศษ (เช่น ค่าตอบแทนพิเศษ หรือความก้าวหน้าในสายอาชีพ) เพื่อดึงดูดให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพมาปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกลเหล่านี้

3.1.3 การส่งเสริมนโยบายลดการคุมขังที่ไม่จำเป็น (Decarceration Policy)

เพื่อแก้ไขปัญหารากเหง้าที่สุด นั่นคือ ภาวะผู้ต้องขังล้นเรือนจำ กระทรวงยุติธรรมและหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาคควรพิจารณาสนับสนุนและส่งเสริมการใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการจำคุกอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรม สำหรับผู้กระทำความผิดที่ไม่รุนแรง โดยเฉพาะคดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด เช่น คดีผู้เสพและผู้ใช้มีปริมาณยาเสพติด ซึ่งเป็นของกลางจำนวนน้อย ก็ใช้การบริการสังคมทดแทนโทษจำคุก การลดจำนวนผู้ต้องขังที่ไม่จำเป็นต้องถูกคุมขังจะช่วยลดภาระของระบบราชทัณฑ์โดยรวม และทำให้มีทรัพยากรเพียงพอที่จะดูแลและฟื้นฟูผู้ต้องขังที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2 ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

ข้อเสนอในส่วนนี้เป็นการแปลงนโยบายข้างต้นให้เป็นโครงการและกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยมีเรือนจำอำเภอนาทองพิจิตรเป็นพื้นที่นำร่อง (Pilot Project) เพื่อทดสอบและพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสมก่อนขยายผลต่อไป ดังนี้

3.2.1 การเสริมสร้างศักยภาพบริการสุขภาพภายในเรือนจำ

3.2.1.1 การขยายบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine Expansion) ต่อยอดความสำเร็จของการใช้ Telemedicine ในงานจิตเวชที่มีอยู่แล้ว ไปยังสาขาอื่น ๆ ที่มีความต้องการสูง และขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในพื้นที่ เช่น โรคผิวหนัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการให้

คำปรึกษาของแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ อาจจัดตั้งเป็นศูนย์อาสาสมัคร มีกระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลัก มีรายชื่อแพทย์และเภสัชกรอาสาต่าง ๆ และกระทรวงจะเป็นผู้ประสานในการ ดำเนินการบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine Expansion) ในทั่วประเทศ การมีเครือข่าย การแพทย์ทางไกลที่แข็งแกร่งจะช่วยเชื่อมโยงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงไม่กี่คนใน เรือนจำชายขอบเข้ากับเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์ การเชื่อมต่อนี้เปิดโอกาสให้เกิดการปรึกษาหารือแบบเรียลไทม์ การเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาชีพ (mentorship) และการเข้าร่วมการประชุมวิชาการหรือการฝึกอบรมผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งจะช่วยลด ความรู้สึกโดดเดี่ยว เพิ่มพูนทักษะ และสร้างความพึงพอใจในงาน ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ใน "เรือนจำ ชายขอบ" เป็นทางเลือกที่น่าสนใจและยั่งยืนมากขึ้น ทั้งยังช่วยผ่อนคลายภาระงานของโรงพยาบาลซึ่ง เรือนจำชายขอบตั้งอยู่ และสามารถลดค่าใช้จ่ายรวมถึงความเสี่ยงด้านความปลอดภัยจากการขนส่ง ผู้ต้องขัง หากมีการดำเนินการในรูปแบบข้างต้นก็สารพัดนำเสนอประชาคมโลกเป็นต้นแบบได้

3.2.1.2 การยกระดับอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ (อสรจ.) พัฒนาและรับรอง หลักสูตร อสรจ. ให้เป็นมาตรฐาน โดยเพิ่มทักษะที่จำเป็นสำหรับบริบทเรือนจำชายขอบเข้าไปด้วย เช่น "ทักษะการสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมและการเป็นล่ามเบื้องต้น" เพื่อให้ อสรจ. สามารถทำหน้าที่ เป็นสะพานเชื่อมกำแพงทางภาษาและวัฒนธรรมระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังต่างชาติได้

3.2.2 การสร้างเครือข่ายความร่วมมือเชิงรุกกับท้องถิ่น

ซึ่งเรือนจำอื่น ๆ สามารถนำไปเป็นแม่แบบในการปฏิบัติ ผู้บัญชาการเรือนจำควรริเริ่ม กระบวนการสร้างความร่วมมืออย่างเป็นทางการกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ โดยอาจแบ่ง ขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

3.2.2.1 การสร้างความร่วมมืออย่างเป็นทางการ

ผู้บัญชาการเรือนจำควรเป็นผู้ริเริ่มในการประชุมอย่างเป็นทางการกับผู้บริหารสูงสุดของอปท.ในพื้นที่ (เช่น นายกเทศมนตรีตำบลทองผาภูมิ) เพื่อจัดทำบันทึกข้อตกลง ความร่วมมือ (MOU) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่นำไปสู่ความร่วมมือที่ประสบความสำเร็จ

3.2.2.2 การพัฒนาโครงการ

สถานพยาบาลของเรือนจำควรทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อพัฒนาข้อเสนอโครงการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่แท้จริงในเรือนจำ (เช่น ปัญหาโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), สุขภาพจิต, สุขอนามัย) ตัวอย่างโครงการที่ประสบความสำเร็จในเรือนจำอื่น ๆ ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต และโครงการอบรม อสรจ.

3.2.2.3 การยื่นขออนุมัติและบริหารจัดการ

ยื่นข้อเสนอโครงการต่อคณะกรรมการบริหารกองทุน กปท. ในพื้นที่เพื่อ พิจารณานุมัติ โดยงบประมาณจาก กปท. สามารถนำไปใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

และฟื้นฟูสมรรถภาพได้ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้, การรณรงค์, การคัดกรองโรคเบื้องต้น, และการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง แต่โดยทั่วไปจะไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การเข้าถึงกองทุน กปท. ไม่ได้มีความสำคัญเพียงแค่นี้ในมิติของงบประมาณเท่านั้น แต่ยังเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการ "ทลายกำแพง" และลดการแยกตัวของเรือนจำออกจากชุมชน โดยรอบ เรือนจำมักถูกมองว่าเป็นสถาบันที่ปิดทึบและแปลกแยกจากสังคม กระบวนการยื่นขอรับทุนจาก กปท. จะบังคับให้เรือนจำต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนสาธารณสุขของท้องถิ่น ผู้บัญชาการเรือนจำหรือผู้แทนจะต้องเข้าร่วมประชุมกับผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และตัวแทนภาคประชาสังคม การทำงานร่วมกันเช่นนี้จะช่วยทลายไซโลระหว่างหน่วยงาน ทำให้ชุมชนเริ่มมองว่าสุขภาพของผู้ต้องขังเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพของชุมชนโดยรวม ("สุขภาพในเรือนจำ คือสุขภาพของสังคม") และเรือนจำจะกลายเป็นหุ้นส่วนที่แข็งขันในโครงสร้างการบริหารราชการของท้องถิ่น การบูรณาการนี้จะส่งผลดีในระยะยาวต่อการคืนผู้ต้องขังสู่สังคม เพราะเป็นการสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจระหว่างเรือนจำกับนายจ้างในพื้นที่ หน่วยงานบริการสังคม และกลุ่มประชาสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จในการกลับคืนสู่สังคมอย่างยั่งยืน

3.2.3 การทลายกำแพงด้านภาษาและการสื่อสาร

นำ "ยุทธศาสตร์การสื่อสารหลายมิติ" มาใช้ โดยจัดทำสื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบหลายภาษา (เช่น ไทย พม่า กะเหรี่ยง มอญ) โดยเน้นการใช้รูปภาพ ที่เข้าใจง่ายเป็นหลัก และจัดตั้งระบบ "ล่ามอาสา" จากกลุ่มผู้ต้องขังที่มีความสามารถทางภาษา โดยผ่านการอบรมเรื่องจรรยาบรรณและการรักษาความลับทางการแพทย์ เพื่อช่วยในการสื่อสารระหว่างการตรวจรักษา เพื่อให้ข้อเสนอเหล่านี้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงได้จัดทำแผนการขับเคลื่อนที่ชัดเจนดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 แผนการขับเคลื่อนข้อเสนอสู่การปฏิบัติ (Implementation Roadmap for Pro-posals)

ข้อเสนอ	กิจกรรมหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน สนับสนุน	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) และกรอบเวลา
การขยายขอบเขต การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)	1. จัดหาอุปกรณ์และ พัฒนาระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ต 2. จัดทำ MOU และ ตารางการให้คำปรึกษา ทางไกล	กรมราชทัณฑ์ (กองบริการทาง การแพทย์)	กระทรวงดิจิทัล เพื่อเศรษฐกิจ และสังคม, โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย/ โรงพยาบาลศูนย์	1. จำนวนเรือนจำขยายขอบ ที่มีระบบ Telemedicine ที่ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี) 2. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ การปรึกษาผ่านระบบ

ข้อเสนอ	กิจกรรมหลัก	หน่วยงาน รับผิดชอบหลัก	หน่วยงาน สนับสนุน	ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) และกรอบเวลา
				Telemedicine (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 ต่อปี)
การเสริม ศักยภาพ อสรจ. และการมีส่วน ร่วมของชุมชน	1. พัฒนาหลักสูตรและ จัดอบรม อสรจ. ขั้นสูง (รวมทักษะล่าม) 2. จัดทำโครงการเพื่อ ขอรับทุนจาก กปท.	เรือนจำอำเภอ ทองผาภูมิ	กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ, เทศบาลตำบล ทองผาภูมิ, องค์การศาสนาใน พื้นที่	1. จำนวน อสรจ. ที่ผ่าน การอบรมหลักสูตรขั้นสูง (อย่างน้อยร้อยละ 50 ของ อสรจ. ทั้งหมดภายใน 2 ปี) 2. จำนวนโครงการที่ได้รับ อนุมัติจาก กปท. (อย่าง น้อย 1 โครงการ/ปี)
รูปแบบบริการที่ คำนึงถึงวัฒนธรรม (Cultural Competency)	1. พัฒนาและผลิตสื่อ สุขศึกษาหลายภาษา (ไทย, พม่า, กะเหรี่ยง, มอญ) 2. จัดอบรมบุคลากรใน หัวข้อความหลากหลาย ทางวัฒนธรรม	กรมราชทัณฑ์ (เรือนจำอำเภอ ทองผาภูมิ)	กรมสุขภาพจิต, สถาบันวิจัย ประชากรและ สังคม ม.มหิดล, องค์กรพัฒนา เอกชน	1. จำนวนสื่อสุขศึกษาที่ จัดทำและเผยแพร่ (อย่าง น้อย 3 ภาษา ใน 5 หัวข้อ โรคสำคัญภายใน 6 เดือน) 2. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ ผ่านการอบรม (ร้อยละ 100 ภายใน 1 ปี)

3.3 บทสรุป : จากสถานที่ควบคุมสู่พื้นที่แห่งการฟื้นฟูสุขภาพ

ผลการศึกษาจากรายงานฉบับนี้ชี้ให้เห็นถึงนโยบายที่สำคัญและเร่งด่วน นั่นคือ ความจำเป็นในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังบนพื้นฐานของ "ความอนุเคราะห์" ไปสู่ระบบที่ตั้งอยู่บน "สิทธิ" ที่ยั่งยืนและสามารถตรวจสอบได้ การปล่อยให้ระบบพึ่งพิงความเมตตา กรุณาของหน่วยบริการในพื้นที่เป็นการแก้ปัญหาที่ไม่ยั่งยืน ไม่เป็นธรรม และเป็นการลดภาระความ รับผิดชอบของรัฐส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น รัฐบาลและหน่วยงานกำหนดนโยบายต้องเข้ามามีบทบาท รับผิดชอบอย่างเต็มที่ในการสร้างหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้ต้องขังทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าพวกเขาจะมีสัญชาติใดหรือมีสถานะทางกฎหมายอย่างไร

การยกระดับการดูแลสุขภาพผู้ต้องขังให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลไม่ใช่เป็นเพียงภารกิจ ของกรมราชทัณฑ์แต่เพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคมตั้งแต่ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปจนถึงองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม การลงทุนในระบบสุขภาพเรือนจำที่ตั้งอยู่บนพื้นฐาน

ของสิทธิให้ผลตอบแทนที่ใกล้เคียงกว่ากำแพงเรือนจำเป็นการลงทุนในความมั่นคงของชาติ โดยเปลี่ยนเรือนจำจากแหล่งบ่มเพาะโรคให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของเกราะป้องกันทางสาธารณสุขของประเทศ เป็นการลงทุนในความรับผิดชอบต่อทางคลั่ง โดยสร้างกลไกงบประมาณที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ ยุติธรรมเนียมปฏิบัติที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่เป็นธรรมในการผลักภาระให้โรงพยาบาลท้องถิ่นต้องแบกรับต้นทุนของรัฐบาลกลางเป็นการลงทุนในเกียรติภูมิระหว่างประเทศ โดยเปลี่ยน "ภาระรับผิดชอบจากภูมิพลังทางวัฒนธรรม" ให้เป็นการแสดงออกที่เป็นรูปธรรมถึงความยึดมั่นในหลักสิทธิมนุษยชนของไทย ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างอิทธิพลทางการทูตของประเทศให้แข็งแกร่งขึ้น และท้ายที่สุด เป็นการลงทุนในสังคมที่ปลอดภัยยิ่งขึ้น เพราะบุคคลที่มีสุขภาพดี ย่อมมีความพร้อมมากกว่าสำหรับการแก้ไขฟื้นฟู ซึ่งนำไปสู่อัตราการกระทำผิดซ้ำที่ลดลง และระบบราชทัณฑ์ที่บรรลุภารกิจหลักของตนได้สำเร็จ

อนาคตของระบบราชทัณฑ์ไทยควรเปลี่ยนผ่านจากการเป็นเพียง "สถานที่ควบคุม" (place of control) ไปสู่การเป็น "พื้นที่แห่งการฟื้นฟูสุขภาพ" (area of health rehabilitation) ที่ซึ่งการดูแลสุขภาพทั้งทางกายและทางใจถูกมองว่า เป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการแก้ไขฟื้นฟูและพัฒนาพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีเจตจำนงทางการเมืองที่แน่วแน่การปฏิรูปเชิงโครงสร้างที่กล้าหาญ และความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกภาคส่วน เพื่อให้แน่ใจว่าหลักการ "การไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง" จะเกิดขึ้นได้จริง แม้แต่กับผู้คนที่อยู่หลังกำแพงเรือนจำก็ตาม

บรรณานุกรม

- กองบริหารการคลัง, กรมราชทัณฑ์. แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.correct.go.th/popsukh/img/Other/O4.pdf>.
- กองบริหารการคลัง กรมราชทัณฑ์. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ฉบับปรับปรุง). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.correct.go.th/meds/index/Download/สู่แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ \(ฉบับปรับปรุง\).pdf](http://www.correct.go.th/meds/index/Download/สู่แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ฉบับปรับปรุง).pdf).
- กรมราชทัณฑ์. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ฉบับปรับปรุง). [ออนไลน์]. ม.ป.ป. แหล่งที่มา: [http://www.correct.go.th/meds/index/Download/สู่แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ \(ฉบับปรับปรุง\).pdf](http://www.correct.go.th/meds/index/Download/สู่แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (ฉบับปรับปรุง).pdf) [18 กันยายน 2568].
- กรมราชทัณฑ์. สถิติผู้ต้องขัง. [ออนไลน์]. 2568. แหล่งที่มา: <http://www.correct.go.th/stathomepage/> [18 กันยายน 2568].
- คณะรัฐมนตรี. มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 25 พฤษภาคม 2564 เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดระบบบริการและระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังที่มีปัญหาสถานะบุคคลและต่างด้าวในเรือนจำ. [ออนไลน์]. 2564. แหล่งที่มา: https://www.odd.go.th/web_cabinet/PDF/2564/May/25052021.pdf [18 กันยายน 2568].
- ฐิติพันธุ์ มนุจันทรธ. แนวทางการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดในรูปแบบการกักขังในบ้าน (House Ar-rest). รายงานการศึกษาส่วนบุคคล, หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 15. ม.ป.ป.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2560. [ออนไลน์]. 2560. แหล่งที่มา: <https://www.psc.mahidol.ac.th/thailand-population-report-2560> [18 กันยายน 2568].
- สำนักความสัมพันธ์ต่างประเทศ กระทรวงศึกษาธิการ. แผนยุทธศาสตร์สำคัญ. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://bic.moe.go.th/index.php/about-us/policy-menu/2023-06-27-04-27-46>.
- National exploration and Planning Organization. SDGs ย่อมาจาก Sustainable Development Goals คือ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.nxpo.or.th/th/8081>.

- Office of Justice Affairs. แผนแม่บทการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2566-2569. [Online]. 2023. Available from: <https://www.oja.go.th/2023/08/15/แผนแม่บทการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติ>.
- Office of Justice Affairs. แผนแม่บทการบริหารงานยุติธรรมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2566) [Video]. YouTube. [Online]. 2023, August 15. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=ahGpv5J0cCA>.
- SDG Move. ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ SDGs. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.sdgmovement.com/intro-to-sdgs/>.
- Stoever, H. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. [Online]. 2018. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Heino-Stoever-2/publication/328335111_Health_in_prisons_A_WHO_guide_to_the_essentials_in_prison_health/links/5bc70c73458515f7d9bfe425/Health-in-prisons-A-WHO-guide-to-the-essentials-in-prison-health.pdf.
- Thailand. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา). [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: https://data.thailand.opendevopmentmekong.net/th/library_record/thailand-s-20-year-national-strategy-and-thailand-4-0-policy/resource/a0991b0b-c9a0-484b-b0fd-2daf1243ecf7.
- Transitions Clinic Network. Best Practices for Engaging the Reentry Population in Health Care. [Online]. 2022. Available from: <https://transitionsclinic.org/wp-content/uploads/2023/01/TCNPatientEngagement.pdf> [2025, Sep 18].
- United Nations. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. [Online]. 1990. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/basic-principles-treatment-prisoners> [2025, Sep 18].
- United Nations. United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-Custodial Measures for Women Offenders (the Bangkok Rules). [Online]. 2553. Available from: <https://www.un.org/en/observances/women-prisoners/pdf/bangkokrules.pdf> [2025, Sep 18].
- United Nations. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). [Online]. 2558. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/standard-minimum-rules-treatment-prisoners-nelson-mandela-rules> [2025, Sep 18].

United Nations Office on Drugs and Crime. Good governance for prison health in the 21st century. [Online]. Available from: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf.

World Health Organization. Prisons and health EU-RO. [Online]. Available from: <https://www.who.int/europe/health-topics/prisons-and-health>.

World Prison Brief. Thailand. [Online]. 2567. Available from: <https://www.prisonstudies.org/country/thailand> [2025, Sep 18].

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นายจักร ลิ้มบุตร

ประวัติการศึกษา

- ปริญญาบัณฑิต ศิลปศาสตรบัณฑิต (บริหารรัฐกิจ)
มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกริก

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2563

ผู้บัญชาการเรือนจำอำเภอรัญบุรี

พ.ศ. 2564

ผู้บัญชาการเรือนจำจังหวัดสกลนคร

พ.ศ. 2565

ผู้บัญชาการเรือนจำกลางขอนแก่น

ตำแหน่งปัจจุบัน

ผู้บัญชาการเรือนจำกลางนครปฐม