

ความเป็นธรรม ด้านคุณภาพ

โอกาสและความหวัง
อนาคตประเทศไทย



รายงานผลการจัดสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

บรรณาธิการบริหาร	ประทีป ธนกิจเจริญ วีระศักดิ์ พุทธาศรี	
บรรณาธิการ	นิรชา อัครวีระกุล สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร ทิพิชา ไปษยานนท์	
กองบรรณาธิการ	วรรณวิมล ขวัญยาใจ แคทริยา การาม ฐิติมา สุวัตติ สุนันทา ปิ่นทนาโน นภิทร ศิริไทย ชนิษฐา แซ่เอี้ยว ศิริเพ็ญ ก่องแก้วรัศมี	สิริกร คำภูไทย วริษฐา แก้วเกตุ นันทณัฐ ฤกษ์ปัญญา ศิริธร อรไชย รัตนา เอิบกิ่ง สุวิชา ทวีสุข
ออกแบบปกและจัดหน้า	ชัยรัตน์ สิริทองสาคร	
จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔ หมู่ที่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๐ โทรสาร ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๑-๒ อีเมล nationalhealth@nationalhealth.or.th เว็บไซต์ http://www.nationalhealth.or.th www.samatcha.org	
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๕๖๙-๐๖๑-๔	
พิมพ์ที่	บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด ๑๘ ซอย เพชรเกษม ๔๘ แยก ๔๑ แขวง บางด้วน เขต ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐ โทรศัพท์ ๐-๒๘๐๔-๕๔๔๗	
พิมพ์ครั้งที่ ๑	มีนาคม ๒๕๖๖	
จำนวนพิมพ์	๑,๐๐๐ เล่ม	

สารจากประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

“สมัชชาสุขภาพ” เป็นกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐได้ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ และเรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ในรูปแบบของการประชุมอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม โดยมุ่งหวังให้เกิดเป็นข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ดำเนินการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คสช. จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ๑๖ ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๕ และ พ.ศ.๒๕๖๖ ให้ทำหน้าที่ดังกล่าว

บัดนี้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๕ ได้เสร็จสิ้นลงแล้ว โดยการสนับสนุนอย่างสำคัญจากภาคีเครือข่าย หน่วยงานรัฐ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในนามของคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอเชิญทุกฝ่ายร่วมสร้างสรรค์ข้อเสนอแนะนโยบายสาธารณะในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๖ ต่อไป

ชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ
ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖

คำนำ

สมัชชาสุขภาพ ถูกกำหนดไว้ในมาตรา ๓ และมาตรา ๔๐-๔๕ ว่าหมายถึง “กระบวนการที่ให้ประชาชน และหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบ และอย่างมีส่วนร่วม”

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) ได้จัดขึ้นอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๖๕ รวม ๑๕ ครั้ง สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้มีฉันทมติร่วมกัน ไปแล้ว ๙๓ มติ สำหรับ ครั้งที่ ๑๕ ที่ได้จัดขึ้น ระหว่าง วันที่ ๒๐ - ๒๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทาราคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร มีผู้เข้าร่วมประชุม ๑,๕๘๔ แบ่งเป็น เข้าร่วมประชุม ณ สถานที่ จัดประชุม (On-site) จำนวน ๗๖๗ คน และผู้เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ (Online) จำนวน ๘๑๗ คน ได้มีฉันทมติ จำนวน ๓ มติ คือ

สมัชชาสุขภาพ ๑๕ มติ ๑ การขจัดความยากจนตามโมเดล BCG: การยกระดับเศรษฐกิจของครัวเรือน (Household economic well-being advancement by BCG Model)

สมัชชาสุขภาพ ๑๕ มติ ๒ การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy : BCG Model)

สมัชชาสุขภาพ ๑๕ มติ ๓ หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

หนังสือมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ เล่มนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ในการอ้างอิง ข้อเสนอเชิงนโยบายและนำไปเป็นกรอบทิศทาง การพัฒนาและขับเคลื่อนในทางปฏิบัติของเครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทั่วไป ประกอบด้วย ๔ ส่วนหลัก ได้แก่ (๑) การพัฒนา นโยบายสาธารณะ (๒) ปาฐกถาและปาฐกถาพิเศษ (๓) รายงานความก้าวหน้า “การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา และ (๔) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ได้ร่วมกันสานพลังความคิดและทุ่มเท อย่างเต็มกำลังความสามารถในการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ร่วมกัน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายสำหรับการอ้างอิง และขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติ ตลอดจนการถ่ายทอดคุณค่าและความหมายของมติ ให้เป็นพลังทวีคูณ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสรรค์สังคมสุขภาวะของประเทศที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
มีนาคม ๒๕๖๖

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สารจากประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖	๓
คำนำ	๙
คำประกาศเจตนารมณ์ของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	๖
การพิชิตเป้าหมายสาธารณะ	
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ กับความท้าทายใหม่หลังวิกฤตสุขภาพ	๘
- ประเด็นหลัก (Theme) ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ -๑๖	๑๐
- กรอบแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ – ๑๖	๑๐
- กระบวนการพัฒนาข้อเสนอเป้าหมายสาธารณะ	๑๓
- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕	๑๘
มติที่ ๑ การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน (Household economic well-being advancement by BCG Model)	๒๐
มติที่ ๒ การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการ ข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการสันทนาการของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจ สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy : BCG Model	๔๘
มติที่ ๓ หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	๗๒
ปาฐกถาและปาฐกถาพิเศษ	
- ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย	๑๐๕
- Leave No One Behind...Mission Possible for Thailand	๑๐๙
- นวัตกรรมทางเทคโนโลยีและสังคม: โอกาสและความหวังอนาคตของประเทศไทย	๑๑๑
- สู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์: โอกาสและทางออกของประเทศไทย	๑๑๔
รายงานความก้าวหน้า "การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา	๑๑๖
กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕	๑๑๘
การประกาศประเด็นเพื่อพัฒนาเป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖	๑๓๒
ยอดผู้เข้าร่วมประชุมและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕	๑๓๔
ภาคผนวก	
- คำสั่ง	๑๓๘
- สื่อที่น่าสนใจของงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕	๑๕๐

คำประกาศเจตนารมณ์ ของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ร่วมขับเคลื่อนสังคมสู่ "ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ โอกาสและความหวัง อนาคตประเทศไทย"

ข้าพเจ้าและเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ขอประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันว่า พวกเราจะร่วมกันขับเคลื่อนสังคมสู่ "ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย" ตามเป้าหมายหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ ดังนี้

๑. จะสนับสนุนให้มีการใช้แนวคิดเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว เพื่อยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือนฐานราก ลดความเหลื่อมล้ำ ขจัดความยากจนข้ามรุ่น และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

๒. จะสนับสนุนให้ประชาชนมีการออกกำลังกาย เล่นกีฬา และมีกิจกรรมทางกายอื่น ๆ สะสมเป็นข้อมูลกลางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค และสร้างสังคมสุขภาพะ

๓. จะสนับสนุนให้มีระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ เพื่อความมั่นคงและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุให้กับประชาชนทุกคน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๕

นายอนุทิน ชาญวีรกูล

และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ





สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ กับความท้าทายใหม่หลังวิกฤตสุขภาพ

ปี ๒๕๖๕ สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 แม้จะยังมีการแพร่ระบาดอยู่ แต่ความรุนแรงของเชื้อที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยหนักและเกิดการเสียชีวิตกำลังลดน้อยลงไปตามเวลา สถานการณ์ต่าง ๆ เริ่มคลี่คลายลง วิถีชีวิตปกติเริ่มกลับคืนมา แดมฟ่วงมาด้วยวิถีชีวิตใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างช่วงวิกฤตสุขภาพ รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นช่วงวิกฤตที่ทิ้งรอยรอยและผลให้ต้องฟื้นฟูอีกมากมาย

ปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจที่เกิดขึ้นทั่วโลก บวกเพิ่มด้วยภาวะสงคราม สภาพจิตใจหดหู่ เศรษฐกิจตกต่ำ คนตกงานกลับชนบทที่ก็ไม่มีทรัพยากรหรือต้นทุนชีวิตเหลือสักเท่าใด กลุ่มคนเปราะบางต่าง ๆ เข้าไม่ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือแม้แต่การมีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ เหล่านี้ล้วนเป็นโจทย์ท้าทายปี ๒๕๖๕ ที่ต้องการการฟื้นฟูหลังวิกฤตโควิด-19 ของประเทศ ซึ่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้กำหนดประเด็นหลัก (Theme) ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕-๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาส และความหวังอนาคตประเทศไทย” เพื่อมุ่งสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม และสร้าง “ความหวัง” ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นพลังหล่อเลี้ยงชีวิตและสังคมให้เดินหน้าต่อไป

เพื่อตอบสนองต่อความท้าทายดังกล่าว กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในระยะ ๑ ปีมานี้ จึงเน้นการพัฒนาประเด็นนโยบายที่เป็นประเด็นสำคัญ มุ่งเน้นการฟื้นฟู และการสร้างความเข้มแข็งของบุคคลจนถึงสังคมในมิติทางเศรษฐกิจและสังคมควบคู่กับมิติทางสุขภาพ ดังมี ๓ ระเบียบวาระที่เข้าสู่กระบวนการพิจารณาจนเป็นมติสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ ๑๕ นี้

๑. การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน

๒. การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

๓. หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การทำให้นโยบายมีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จำเป็นต้องมีหน่วยงานหลักเป็นเจ้าภาพดำเนินงาน ตามกรอบแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ นี้ ซึ่งเป็นอีกความท้าทายสำคัญที่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติปีนี้มีปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน โดยมี สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) ภายใต้กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ และนวัตกรรม (อว.) และกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เข้ามาเป็นเจ้าภาพหลักในการพัฒนาประเด็นนโยบาย ซึ่งคาดหวังว่าเมื่อเกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแล้วจะนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมโดยความร่วมมือของหน่วยงานองค์กร ภาคีต่าง ๆ ภายใต้การประสานการดำเนินการของหน่วยงานเจ้าภาพอย่างต่อเนื่อง



กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ ที่ปรับเปลี่ยนไปกำลังอยู่ในหนทางของการพิสูจน์ว่าเป็นแพลตฟอร์มที่จะทำให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ของหน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ ไปพร้อมกันได้อย่างไร



ความเป็นธรรม ด้านคุณภาพ

โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย

ประเด็นหลัก (Theme) ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๕ - ๑๖

ประเด็นหลัก (Theme) ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๕ - ๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ
โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย”

กรอบแนวทางการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ - ๑๖ มี ๔ ข้อ

๑. คัดเลือกประเด็นที่จะเข้าสู่การพิจารณา
ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เน้นเป็นประเด็นระดับ
ประเทศ และมีหน่วยงานหรือองค์กรระดับชาติ
เป็นเจ้าภาพหลัก

๒. ประยุกต์ใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพ
เฉพาะประเด็น เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมคิด
ร่วมเป็นเจ้าของ จนได้ข้อเสนอที่มีความพร้อม
ทางวิชาการ และมีเครือข่ายหน่วยงานหรือองค์กร
พร้อมร่วมขับเคลื่อนชัดเจน

๓. มีการบูรณาการในการพัฒนานโยบาย (ขาขึ้น) และขับเคลื่อน
เชิงระบบ (ขาเคลื่อน) รวมทั้งเชื่อมการขับเคลื่อนร่วมกับสมัชชาสุขภาพ
ในพื้นที่

๔. จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วยวิธีการที่ยืดหยุ่น ต่อเนื่อง
และเปิดกว้าง เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ให้กว้างขวาง
มากที่สุด



กระบวนการพัฒนาข้อเสนอ นโยบายสาธารณะ

กระบวนการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะ

“การจัดความยากจนตามโมเดล BCG: การยกกร



สกลนคร
พัฒนาเนื้อหา



สกลนคร
Stakeholder Meeting
25 ต.ค. 65



สกลนคร
รับฟังความเห็น
9 พ.ย. 65

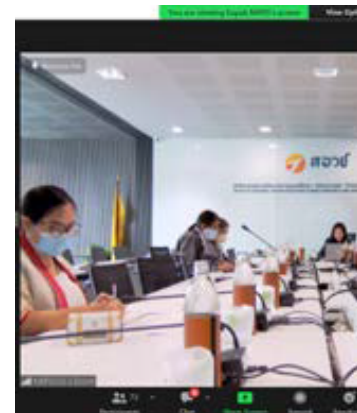
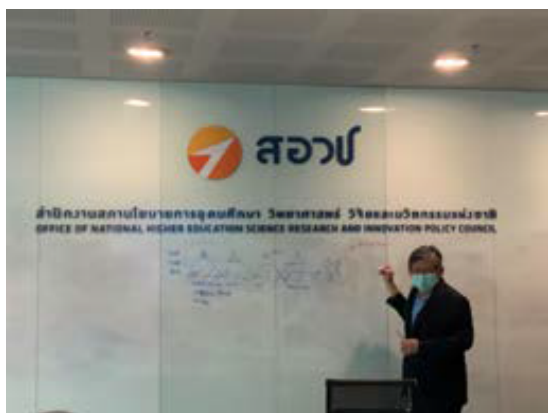
ก.ย. 65

ต.ค. 65

พัฒนาเนื้อหา/ข้อถกแถลง
เตรียมการจัดเวที

ประชุม คทง.
ต.ค. พ.ย. ธ.ค.

Stakeholder
(7,14,15 พ



ระดับเศรษฐกิจของครัวเรือน”



สกลนคร
สมัชชาสุขภาพ
18 พ.ย. 65



รับฟังความเห็น
1 ธ.ค. 65



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
21-22 ธ.ค. 65

พ.ย. 65

ธ.ค. 65

er Meeting
(พ.ย. 65)

ประชุม คทง. 2/65
21 พ.ย. 65

สมัชชาสุขภาพฯ ประเด็นการ
ขจัดความยากจน 1 ธ.ค. 65



กระบวนการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะ

มติ ๑๕.๒ การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการขับเคลื่อนกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy : BCG Model)



จัดประชุมสนทนากลุ่ม (Focus Group)
เพื่อรับฟังความคิดเห็น ต่อ (ร่าง)
ระเบียบวาระ วันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

ส.ค. 65

ก.ย. 65

ต.ค. 65



รับฟังความคิดเห็น (Public Consultation)
วันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕

ข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และ
C) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่
(Model)



จัดประชุมสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด เรื่อง
การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มฯ ณ จังหวัด
ยะลา วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕
วันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม
๒๕๖๕

พ.ย. 65

ธ.ค. 65



ประชุมสมัชชาสุขภาพฯ CCC วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๖๕

กระบวนการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะ

“หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ส.ค. 65
ครั้งที่ 2 วันที่ 5 ส.ค. 65
เวทีชวนคิดชวนคุยกับ
เครือข่ายวิชาการ



1. เวทีคนจนในเมือง
2. เวทีกองทุนรูปแบบ
3. เวทีเครือข่ายแรงงาน
4. เวทีเครือข่ายคนรู้
5. เวทีเครือข่ายคนรู้
6. เวทีพื้นที่จังหวัดพิ
7. เวทีพื้นที่จังหวัดสง

เวทีชวนคิดชวนคุย
ภาคประชาชน

ส.ค. 65

ก.ย. 65

ต.ค. 65



เวทีชวนคิดชวนคุยกับ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
26 ก.ย. 62



“ผู้วัยสูงอายุ”

- องและกลุ่มเปราะบาง (4 ต.ค.)
- แบบต่างๆ ในชุมชน (10 ต.ค.)
- รงงานนอกระบบ (15 ต.ค.)
- นรุ่นใหม่ในเมือง (16 ต.ค.)
- นรุ่นใหม่ 4 ภาค (22 ต.ค.)
- กพิชิตร (24 ต.ค.)
- กสงขลา (29 ต.ค.)

คชวณคยุ
ชน 7 เวที

คณะทำงานพัฒนา
ประเด็นยกร่างมติและ
เอกสารหลัก

2 ต.ค.
เวทีรับฟังความเห็นต่อ
ร่างมติสมัชชาฯ

16 ต.ค.
เช้า - สมัชชาสุขภาพแห่งชาติประเด็น
หลักประกันรายได้ฯ
บ่าย - เวทีสาธารณะร่วมแลกเปลี่ยน
กับทุกภาคส่วนและพรรคการเมือง

21-22 ต.ค.
ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
รับรองมติ และกล่าวถ้อยแถลง
ร่วมขับเคลื่อนมติ

65

พ.ย. 65

ธ.ค. 65



มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕

พ.ศ. ๒๕๖๕

ความเป็ชรรวม ด้ว้สุขภาพ

โอกาสและความหวัง / อนาคตประเทศไทย



มิติ ๑๕.๑

การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน (Household economic well-being advancement by BCG Model)

มิติ ๑๕.๒

การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเสิร์ฟอาหารของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy : BCG Model)

มิติ ๑๕.๓

หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ



สัมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕
พ.ศ.๒๕๖๕

มติ

๑๕.๑



การกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ มติ ๑
การจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน

<https://rb.gy/mbxbxa>

มติ ๑๕.๑

การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG:
การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน (Household
economic well-being advancement
by BCG Model)



การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน (Household economic well-being advancement by BCG Model)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สิบห้า ได้พิจารณารายงาน เรื่อง การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน^๑

ตระหนักว่า สภาวะความยากจนของครัวเรือนกลุ่มฐานราก ครอบคลุมถึงมิติอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เฉพาะด้านรายได้ แต่ยังครอบคลุมความยากจนจากการขาดโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต อันเกิดจากตัวบุคคลและโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น การขาดแคลนที่อยู่อาศัย การขาดโอกาสทางการศึกษา ขาดโอกาสการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สวัสดิการและบริการภาครัฐ ตลอดจนการตกอยู่ในความเสี่ยงต่าง ๆ ซึ่งมีความหลากหลายและแตกต่างกันไปตามบริบทพื้นที่ และจำเป็นต้องจัดทำข้อมูลคนจนที่มีความถูกต้องแม่นยำ และสร้างความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างหน่วยงานทุกภาคส่วน เพื่อให้สามารถออกแบบแก้ไขปัญหาระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ รวมถึงระบบการติดตามตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพทันต่อสถานการณ์ และมีส่วนร่วมในการติดตามของภาคประชาสังคม

รับทราบว่า มีหลายหน่วยงาน หลายเครือข่าย ที่มีบทบาทรับผิดชอบในการวางแผนและดำเนินการขจัดความยากจน ยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือนและคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มฐานราก รวมถึงการบริหารจัดการของภาครัฐนั้นมีหน่วยงานในระดับภูมิภาค ท้องถิ่น และท้องที่ ซึ่งมีความเข้าใจบริบทของพื้นที่ และเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมถึงบูรณาการการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่

ชื่นชมว่า ที่ผ่านมามาตราฐานได้เป็นเจ้าภาพในการบูรณาการการดำเนินการขจัดความยากจน มีการกำหนดนโยบายระดับชาติ การจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (Thai People Map and Analytics Platform: TPMAP) ข้อมูลคนจนได้ถูกนำมาใช้ในการออกแบบวางแผนแก้ไขปัญหาคความยากจนรายประเด็น และรายครัวเรือน ซึ่งทำให้การแก้ปัญหาตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น สามารถออกแบบนโยบายและโครงการในการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการหรือสอดคล้องกับสภาพปัญหาได้มากขึ้นเทียบกับในอดีตที่ผ่านมา รวมทั้งการจัดให้มีกลไกศูนย์อำนวยการขจัดความยากจนและพัฒนาคนทุกช่วงวัยอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (ศจพ.) ในระดับพื้นที่ โดยให้ทุกจังหวัดใช้ข้อมูลจากระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (TPMAP) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้ปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนได้รับการแก้ไข ผ่านการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดทำแผนระดับชุมชนและระดับครัวเรือน รวมถึงให้ความสำคัญกับการสร้างการรับรู้ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ทุกช่องทาง ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาความยากจนให้เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๕ / หลัก ๑

ห่วงใยว่า การทำงานอาจมีการทับซ้อนกันระหว่างหน่วยงานและข้อมูลในระบบฐานข้อมูลคนจน อาจยังมีความไม่ถูกต้องแม่นยำและไม่เป็นที่เข้าใจตรงกัน โดยเฉพาะการจำแนกคนจนเป้าหมาย ทั้งที่เป็นคนจน นอกกระบบและคนจนที่ยังตกสำรวจ รวมทั้งการนำข้อมูลคนจนที่พ้นเส้นขีดความยากจนแล้วออกจากกระบบ ทำให้การแก้ไขปัญหาความยากจนยังไม่ประสบผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการข้อมูลกัน อย่างเป็นระบบ และวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาความยากจนร่วมกันอย่างบูรณาการภายใต้การมีส่วนร่วม ของท้องถิ่นและชุมชน รวมถึงต้องมีข้อมูลสำหรับการติดตามประเมินผลอย่างทันการณ์ มีประสิทธิภาพ ประกอบ กับกระบวนการทางนโยบายที่ต้องสร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน ในการส่งเสริมศักยภาพของชุมชนให้สามารถเกิดความ เข้มแข็ง สามารถยืนหยัดด้วยตนเองได้ภายหลังที่โครงการภาครัฐอุดหนุนตัวออกมาแล้ว จึงจำเป็นที่จะต้องอาศัย กลไกในท้องถิ่นและชุมชนเข้ามาช่วยเสริม ไม่ว่าจะเป็นการทำงานในรูปแบบที่เลี้ยงหรือเครือข่ายชุมชน มุ่งเน้น ให้เกิดเป็นพลังพลเมืองตื่นรู้ โดยให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมรวมทั้ง ชุมชน องค์กรและภาคีในพื้นที่ ในการขับเคลื่อน แบบบูรณาการข้ามประเด็นไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

รับทราบและสนับสนุน แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ที่เน้นการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมีคุณภาพ เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม สร้างความ เข้มแข็งจากภายใน โดยนำจุดแข็งด้านความหลากหลายทางชีวภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรมของ ประเทศและพื้นที่ มาเติมเต็มด้วยองค์ความรู้ การบริหารจัดการ นวัตกรรม และเทคโนโลยี เพื่อพัฒนาต่อยอด สร้างมูลค่าเพิ่มในห่วงโซ่การผลิตสินค้าและบริการ ที่กระจายโอกาสในการสร้างงาน สร้างรายได้ และพัฒนา ธุรกิจใหม่ ๆ ในระดับพื้นที่ ชุมชน และประชาชนกลุ่มฐานราก โดยคำนึงถึงการลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ที่ขาดโอกาสด้านการเข้าถึงบริการของรัฐหรือสวัสดิการจากรัฐ

ตระหนักว่า โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model และ ร่างแผนปฏิบัติการด้านการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐ มีความสำคัญต่อการยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน ทั้งนี้ การนำไปปฏิบัติต้องคำนึงถึงการพัฒนาที่นำไปสู่ความ ยั่งยืนทั้งในระดับสังคมและระดับชุมชน ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และไม่ขัดแย้งกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา

ตระหนักว่า เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความห่วงกังวลเรื่องการตีความแนวคิดโมเดล เศรษฐกิจ BCG และ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๗๐ ที่อาจมีแนวโน้มจะนำไปสู่การพัฒนาที่ไม่ยั่งยืนทั้งในระดับสังคมและระดับชุมชน โดย อาจมีบางประเด็นที่ขัดต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา อาทิ ประเด็นเรื่องความพยายามแก้ไข พ.ร.บ. คุ้มครองพันธุ์พืช เพื่อหวังคุ้มครองพันธุ์พืชพื้นเมืองที่ปรับปรุงโดยไม่แบ่งปันผลประโยชน์และห้าม เกษตรกรเก็บเมล็ดพันธุ์ไว้ปลูกต่อ ประเด็น พ.ร.บ. ความปลอดภัยทางชีวภาพ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการ ปลูกพืช GMO ที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยทางชีวภาพของสังคมไทยและเกษตรกร ประเด็นการ เปิดโอกาสให้มีการนำเข้าขยะ โดยอ้างเรื่องกากอุตสาหกรรมใช้ใหม่ ที่อาจส่งผลให้มีขยะอันตรายและ ขยะพลาสติกนำเข้ามาในประเทศไทย จนมีผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่นในหลายจังหวัด ประเด็นการใช้ ทรัพยากรที่ดิน จากการทำทุนเช่าพื้นที่ป่าและการขายคาร์บอนเครดิต ประเด็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) ที่มุ่งเน้นในเรื่องการรักษาพยาบาล (treatment) แทนที่จะมุ่งเน้นเรื่อง Wellness ตามที่ ประชาสัมพันธ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสมองไหลในระบบบริการสุขภาพของประเทศได้

เห็นว่า นโยบายสาธารณะ “การจัดความยากจนตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน” จะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ความอยู่ดี มีสุขของคนไทย โดยเป็นการพัฒนาการอย่างมีดุลยภาพทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อม ควบคู่ไปกับการรักษาเอกลักษณ์ของความเป็นไทย อนุรักษ์และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า พอเพียง ผ่านการสร้างจิตสำนึกให้คนไทยตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนกระบวนกรคิด ทศนคติ และกระบวนกรทำงาน ให้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการประเทศที่มุ่งสู่ประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ โดยมีความสามารถเลือกใช้ความรู้และเทคโนโลยีอย่างคุ้มค่า และเหมาะสมตามบริบทและต้นทุนทรัพยากรของชุมชน ส่งเสริมให้ครัวเรือนมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดี และมีความยืดหยุ่นที่พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง

ชื่นชม กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดสกลนคร ในการพัฒนาต้นแบบนโยบายสาธารณะ “การจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน”

จึงเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ดังนี้

นโยบายสาธารณะนี้มุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนและทุกระดับของสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนมีความรู้ ู้เท่าทันและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาความยากจนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยเสนอแนะแนวทางการบูรณาการในเชิงระบบ โครงสร้าง และประเด็นที่มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ผ่านการประยุกต์ใช้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ที่เป็นการนำองค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีอย่างครบวงจร มาหนุนเสริมทุนทางธรรมชาติ ทุนทางศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม โดยไม่ขัดกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา เพื่อสร้างโอกาสในการยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือนฐานราก มุ่งเน้นในเรื่องความสามารถด้านการบริหารการเงินโดยการเพิ่มรายได้และลดรายจ่าย โดยใช้ ๑. การพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลคนจนแบบแม่นยำและมุ่งเป้าควบคู่ไปกับการค้นหาสาเหตุความยากจน ๒. การบูรณาการกลไกการทำงานการจัดความยากจนในระดับพื้นที่ ตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ๓. การเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ พัฒนาทักษะอาชีพ สร้างผู้ประกอบการ BCG แก่จน และชุมชน BCG และ ๔. การปรับโครงสร้างการบริหารและกลไกสนับสนุนเพื่อกระจายโอกาสสู่กลุ่มฐานราก โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบต่อสังคมของทุกภาคส่วน ก่อให้เกิดเครือข่ายพลังของภาคประชาชนที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิธีคิดและพฤติกรรมใหม่ ตลอดจนแนวทางการทำงานที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและภาวะแวดล้อม สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางการเรียนรู้ การศึกษาและสังคม มุ่งเน้นการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งในระดับสังคมและชุมชน ตอบโจทย์การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำของประเทศ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตครัวเรือน ขจัดความยากจนข้ามรุ่น และการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการจัดการในเชิงระบบ ทั้งนี้ การตีความแนวคิดเศรษฐกิจ BCG และการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการฯ จะต้องไม่นำไปสู่การพัฒนาที่ไม่ยั่งยืนทั้งในระดับสังคมและระดับชุมชน สอดรับกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

โดยมีสาระสำคัญประกอบรอบทิศทางนโยบาย ดังนี้

๑. การพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลคนจนแบบแม่นยำและมุ่งเป้าควบคู่ไปกับการค้นหาสาเหตุความยากจน

๑.๑ กำหนดนิยามและเกณฑ์บ่งชี้ลักษณะของบุคคล ศักยภาพ และฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ชัดเจน เนื่องจากการจัดเกณฑ์คนจนของแต่ละหน่วยงานที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนและทับซ้อนของค่านิยาม ความยากจนที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ตามงบประมาณของภาครัฐ ทั้งในเชิงความหมาย ขอบเขต และทิศทางในการดำเนินการจัดการคนจนในระดับต่าง ๆ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันทุกภาคส่วนซึ่งจะมีผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผลสัมฤทธิ์ต่อไป

๑.๒ ปรับปรุงและพัฒนาต่อยอดฐานข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (Thai People Map and Analytics Platform: TPMAP) ให้ถูกต้องแม่นยำ เป็นระบบข้อมูลที่แสดงทั้งปัญหาและทุนศักยภาพในการดำรงชีพคนจน ๕ ด้าน ได้แก่ ทุนมนุษย์ ทุนสังคม ทุนการเงิน ทุนกายภาพ ทุนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งจัดให้มีการสำรวจและสอบถามข้อมูลคนจนร่วมกัน โดยเป็นไปในรูปแบบคณะทำงานที่มาจากภาควิชาการและภาคประชาสังคมในพื้นที่ไปสำรวจ ทวนสอบข้อมูลจากสภาพความเป็นจริงแบบการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง และเป็นการเสริมพลังบวก (empowerment) ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายตามความต้องการของพื้นที่ มีการนำเสนอข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการชี้เป้าที่ลงลึกได้ถึงระดับครัวเรือนหรือบุคคล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง ก่อนนำเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลคนจน เพื่อหาคนจนเป้าหมายที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน หรือส่งต่อระบบสวัสดิการภาครัฐที่เหมาะสม รวมทั้งการแก้ไขระบบโครงสร้างพื้นฐานที่ขาดโอกาสการก้าวข้ามความยากจน มีการพัฒนาเป็นฐานข้อมูลความยากจนรายครัวเรือน (family profile) และฐานข้อมูลคนจนของหมู่บ้าน (village profile) โดยกระบวนการสอบถามข้อมูลอาจจะใช้กลไก ศจพ.อ. ร่วมกับกลไกภายในชุมชน ที่เปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้ ยังช่วยบรรเทาปัญหาความซ้ำซ้อนของการรับสวัสดิการ รวมทั้งปัญหา “ภาวะรั่วไหล” ในคนที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายแต่ได้รับสวัสดิการ และ “ภาวะตกหล่น” หรือการเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง ระบบนี้สามารถช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบริหารจัดการพัฒนาคนได้ตลอดในทุกช่วงวัย ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาได้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มากขึ้น และสอดคล้องกับบริบทและศักยภาพของแต่ละพื้นที่

๑.๓ จัดทำรายงานข้อมูลคนจน และแสดงผลการดำเนินงานเชิงพื้นที่ในรูปแบบ dashboard โดยบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลจากหน่วยงานและเครือข่ายต่าง ๆ รวมทั้งเชื่อมโยงกับข้อมูลเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ให้สามารถเข้าถึงได้แบบเปิด (open data) โดยเปิดเผยข้อมูลให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ และสถาบันการศึกษาสามารถเข้าถึงข้อมูลเบื้องต้นที่ผ่านการวิเคราะห์มาแล้ว เพื่อแจ้งแก้ไขปรับปรุงข้อมูลให้ตรงตามข้อเท็จจริงในพื้นที่ ช่วยตรวจสอบความคืบหน้าของการดำเนินงาน รวมทั้งสามารถนำข้อมูลที่ผ่านการสอบถามแล้ว (verified data) ไปวางแผนการพัฒนาแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมต่อไป และจะเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่การพัฒนาในมิติอื่น ๆ นอกเหนือจากความยากจน

๒. การบูรณาการกลไกการทำงานการขจัดความยากจนในระดับพื้นที่ ตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG

๒.๑ กำหนดให้การขับเคลื่อนการจัดความยากจน ตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ และระเบียบวาระการพัฒนาจังหวัด ให้ความสำคัญกับการส่งต่อผลประโยชน์สู่ชุมชน และขับเคลื่อนโดยกลไกการทำงานแบบพหุภาคี

(multi-sectoral actions) ผ่านการผสมผสานพลังภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

๒.๒ จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบมุ่งเป้าและแผนปฏิบัติการขจัดความยากจนในระดับจังหวัดเป็นการเฉพาะ บูรณาการกลไกการส่งต่อความช่วยเหลือกลุ่มคนยากจน กลุ่มเปราะบาง กลุ่มคนพิการ และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมอื่น ๆ เข้าสู่ระบบสวัสดิการของรัฐ และโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตเชื่อมโยงกลุ่มที่มีศักยภาพสู่การสร้างงาน สร้างรายได้ โดยบทบาทในการขจัดความยากจนควรถูกกระจายไปในหน่วยงานในทุกกระทรวงและทุกระดับตามภารกิจ (function) ที่รับผิดชอบ เน้นการบูรณาการหน่วยงานในท้องถิ่นและท้องที่ เปิดโอกาสให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกแบบนโยบาย กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา และวิธีการบรรลุเป้าหมายในการขจัดความยากจนที่สอดคล้องกับความต้องการ ศักยภาพและอัตลักษณ์ของพื้นที่ เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์การพัฒนาพื้นที่ และมีการกำหนดตัวชี้วัดร่วม (joint KPIs) ซึ่งจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการบูรณาการของหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความสำเร็จและผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

๒.๓ เสนอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นเจ้าภาพ ในการบูรณาการการแก้ไขปัญหาความยากจน โดยประสานการดำเนินงานและเชื่อมโยงร่วมกับกลไกที่มีอยู่เดิม เช่น ศจพ.จ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบพิเศษ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน จัดทำโครงการปฏิบัติการแก้ความยากจนร่วมกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยมีระบบการทำงานที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัวในการทำงานเชิงพื้นที่ โดยเฉพาะการให้บทบาท ความรับผิดชอบ และการจัดสรรงบประมาณ และจัดให้มีการติดตามประเมินผลแบบเสริมพลังต่อการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาความยากจน โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานทุกไตรมาสต่อคณะรัฐมนตรีตามระบบราชการ

๓. การเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ พัฒนาทักษะอาชีพ สร้างผู้ประกอบการ BCG แก่จน และชุมชน BCG

๓.๑ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางการเรียนรู้ตลอดชีวิตเกี่ยวกับแนวทางของโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model โดยส่งเสริมให้มีการรับรู้ เรียนรู้ และเข้าใจแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model บนฐานวัฒนธรรม และธรรมชาติ รวมถึงสนับสนุนให้บุคคลมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง

๓.๒ สนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการให้คำแนะนำ ฝึกอบรม ป่มเพาะพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ สำหรับคนจนขาดโอกาส/อ่อนไหว เช่น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ความรู้ทางการเงิน (financial literacy) ความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (digital literacy) และทักษะความเป็นผู้ประกอบการ (entrepreneurial skills)

๓.๓ จัดให้มีศูนย์พัฒนาทักษะอาชีพและป่มเพาะผู้ประกอบการ BCG แก่จน ในระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ตามศักยภาพและความพร้อม โดยใช้สถาบันการศึกษา ในท้องถิ่น เป็นพื้นที่กลางในการฝึกอบรมเพิ่มทักษะ (new skill/upskill/reskill) รวมถึงส่งเสริมการสร้างทักษะที่หลากหลาย (multi-skill) สำหรับครัวเรือนฐานราก กลุ่มคนจน กลุ่มเปราะบาง กลุ่มคนพิการ ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม โดยดำเนินการร่วมกับภาคเอกชนในพื้นที่ เพื่อเชื่อมโยงกับการจ้างงาน และโอกาสในการสร้างรายได้ ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างผลิตภัณฑ์และบริการที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับทั้งในประเทศและสากล โดยต้องสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชน บริบทและศักยภาพของพื้นที่

ร่วมด้วย รวมทั้งมีการส่งเสริมการปลูกฝังทัศนคติด้านการเอาตัวรอดและการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงสถานะสังคมเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติที่อาจจะเกิดขึ้น โดยหลักสูตรการอบรมต้องสามารถปรับเปลี่ยนและยืดหยุ่นเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์และเทคโนโลยีในอนาคตได้

๓.๔ ส่งเสริมการยกระดับกลุ่มอาชีพ กลุ่ม OTOP นวัตกรรมที่มีความเข้มแข็งสู่การเป็นวิสาหกิจชุมชน BCG จัดทะเบียนรับรองให้มีสถานะเป็นนิติบุคคล เพื่อให้สามารถดำเนินการทางธุรกิจได้ตามเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง และสามารถเข้าถึงการสนับสนุนต่าง ๆ จากภาครัฐได้ เช่น แหล่งเงินทุนดอกเบี้ยต่ำ ความรู้ด้านการบริหารจัดการ การเงิน บัญชี ความช่วยเหลือทางเทคโนโลยี และการตลาด เป็นต้น

๓.๕ พัฒนาชุมชน BCG โดยจัดให้มี BCG Community Sandbox ที่สามารถเอื้อให้เกิดการดำเนินงานของหน่วยงานในรูปแบบ cross-function ขยายผลโครงการที่ประสบความสำเร็จ หรือออกแบบกลไกใหม่ ๆ เช่น ป่าชุมชนแก๊จน ธนาคารขยะชุมชนเศรษฐกิจหมุนเวียน (waste bank - circular community) ธนาคารต้นไม้ กองทุนพลังงานไฟฟ้าชุมชน ธนาคารน้ำใต้ดิน ธนาคารข้าว ธนาคารที่ดิน ธนาคารเมล็ดพันธุ์ และกลไกที่คล้ายกัน ท่องเที่ยวชุมชนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ตลาดกลางเกษตร BCG เป็นต้น ให้เกิดเป็นธุรกิจที่เชื่อมโยงการจ้างงานคนจน และสร้างผู้ประกอบการ BCG ในพื้นที่ พัฒนาห่วงโซ่คุณค่าตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ที่สร้างโอกาสให้ครัวเรือนกลุ่มฐานราก กลุ่มเกษตรฐานรากและคนจนได้เข้ามามีส่วนร่วม (pro-poor BCG value chain) โดยมีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และไม่ขัดแย้งกับมิติสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา

๓.๖ สนับสนุนภาคเอกชน ในพื้นที่เชื่อมโยงกลไกตลาดที่สร้างโอกาสให้ครัวเรือนกลุ่มฐานราก กลุ่มเกษตรฐานรากและคนจนได้เข้ามามีส่วนร่วม โดยเชื่อมโยงสู่ช่องทางทางการตลาดที่หลากหลาย เช่น การตลาดออนไลน์ การเชื่อมต่อกับผู้ประกอบการหรือห้างสรรพสินค้ารายใหญ่ และตลาดภาครัฐ เป็นต้น ปรับเปลี่ยนกรอบความคิด (mindset) ของการสนับสนุนส่งเสริมจาก “การผลิตนำการตลาด” เป็น “การตลาดนำการผลิต” เข้าถึงความต้องการของลูกค้า และเร่งยกระดับกรอบแนวคิดของกลุ่มชุมชน และวิสาหกิจให้มีกรอบความคิดตามคุณลักษณะของความเป็นผู้ประกอบการ (entrepreneur) ที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม ทั้งนี้ อาจร่วมกับหน่วยงานมหาวิทยาลัยหรือสถาบันวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งการวิเคราะห์ความต้องการของตลาด ที่จะนำไปสู่การออกแบบการพัฒนาและการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของคนในพื้นที่ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการที่มีตลาดรองรับที่ยั่งยืน

๓.๗ ส่งเสริมธุรกิจเพื่อสังคม (social enterprise) ให้สามารถเข้ามาร่วมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาความยากจนในพื้นที่ โดยขยายผลการดำเนินงานต่อจากภาครัฐ และร่วมออกแบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน

๓.๘ ส่งเสริมผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) และเยาวชน คนรุ่นใหม่ ในการเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาของพื้นที่ การพัฒนาผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่เป็นบุคคลที่อยู่ใกล้กับพื้นที่หรือสามารถเกาะติดกับพื้นที่ได้ระยะยาว สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน รวมถึงสามารถทำงานเชื่อมโยงข้ามหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชนได้อีกด้วย

๔. การปรับโครงสร้างการบริหารและกลไกสนับสนุนเพื่อกระจายโอกาสสู่กลุ่มฐานราก

๔.๑ สนับสนุนกลไกขององค์กรที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐ (non-government) องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร องค์กรสาธารณประโยชน์ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม เข้ามาร่วมพัฒนาพื้นที่

อย่างยั่งยืน โดยอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งเงินทุนที่หลากหลาย จัดให้มีเครื่องมือทางการเงินที่เหมาะสม มีการเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ประกอบการในการเข้าสู่ตลาด มีการพัฒนาด้านศึกษาและการเสริมสร้างทักษะ

๔.๒ ปรับปรุงแนวทางจัดสรรงบประมาณเพื่อขจัดความยากจน ยกกระดับเศรษฐกิจฐานราก และสร้างโอกาสสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน ตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model โดยพิจารณาหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณประกอบด้วย จำนวนประชากรในจังหวัด รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อปี สัดส่วนคนจนในจังหวัด และดัชนีความก้าวหน้าของคนในจังหวัด (Human Achievement Index) รวมถึงสภาพภูมิศาสตร์ สภาพแวดล้อมตามบริบทของแต่ละจังหวัด เพื่อชดเชยหรือลดความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณระหว่างจังหวัดที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานความเป็นธรรม

๔.๓ ส่งเสริมนโยบายและพัฒนาระบบการเงินระดับฐานราก (microfinance) เพื่อให้คนจนสามารถเข้าถึงแหล่งเงินทุนอย่างทั่วถึง ส่งเสริมให้มีการพัฒนากลไกการเงินที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การอุดหนุนแบบให้เปล่า (grant) การอุดหนุนแบบสมทบ (matching grant) โดยพิจารณารูปแบบกลไกทางการเงินแบบ ๔-๓-๒-๑ มาใช้ในการดำเนินนโยบายพัฒนาชนบทใหม่ (ร้อยละ ๔๐ ที่รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุน ร้อยละ ๓๐ ในรูปแบบของสินเชื่อ ร้อยละ ๒๐ ให้เอกชนร่วมลงทุน และร้อยละ ๑๐ ให้ชุมชนเป็นผู้ลงทุนสินทรัพย์ร่วม) และการให้กู้ยืมเงิน ทั้งนี้ รูปแบบของการสนับสนุนด้านการเงินและงบประมาณอาจมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของนโยบายและบริบทของแต่ละสถานการณ์

๔.๔ รัฐต้องจัดให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน สำหรับการดูแลกลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบางที่ไม่สามารถประกอบสัมมาชีพได้และเข้าไม่ถึงโอกาสการพัฒนา

๔.๕ ขยายขอบเขตการสนับสนุนของกองทุนหมู่บ้าน และกองทุนที่มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาชุมชนทุกกองทุนและยกระดับเศรษฐกิจฐานราก ให้ครอบคลุมการขจัดความยากจนตามยุทธศาสตร์ของพื้นที่และการพัฒนาเพื่อสร้างความยั่งยืนในชุมชน ตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model

๔.๖ เร่งรัดการปฏิรูปกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ ที่เป็นอุปสรรคต่อการขจัดความไม่เป็นธรรม เช่น ระบบจัดสรรและครอบครองที่ดิน ระบบภาษี ระบบบำนาญประชาชน ธรรมภิบาลตลาดที่กระจายโอกาสและรายได้สู่ท้องถิ่นและยกระดับเศรษฐกิจฐานราก การปกป้องอาชีพ ที่อยู่ ที่ทำกินของคนในพื้นที่ ขณะเดียวกันต้องระมัดระวังในการปรับแก้กฎหมายหรือระเบียบที่จะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและเกิดความเหลื่อมล้ำต่าง ๆ เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองพันธุ์พืชพื้นเมือง ความปลอดภัยทางชีวภาพ การจัดสรรคาร์บอนเครดิต การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical hub) ที่ไม่เน้นเฉพาะเรื่องการรักษาพยาบาล การนำเข้าขยะอุตสาหกรรม รวมทั้งโครงการพลังงานชีวมวลที่กระทบต่อสิทธิชุมชน และธุรกิจการจัดการขยะสารพิษที่มีผลต่อระบบสุขภาพชุมชน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย และสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบายการขจัดความยากจนตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือนตามที่เสนอมา

๒. ขอให้มีการรายงานผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และติดตามวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ใน พ.ศ. ๒๕๖๖ และ พ.ศ. ๒๕๖๗

การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน (Household economic well-being advancement by BCG model)

การขจัดความยากจนและยกระดับเศรษฐกิจของครัวเรือนกลุ่มฐานราก เป็นวาระการพัฒนาที่รัฐบาลทุกสมัยให้ความสำคัญควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายขับเคลื่อนประเทศให้ก้าวข้าม “กับดักประเทศรายได้ปานกลาง” ยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย สร้างสมดุลระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม มุ่งสู่การเป็นประเทศพัฒนาแล้ว ภายในปี ๒๕๘๐ และได้กำหนดให้การลดความยากจนข้ามรุ่น และการสร้างความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอ เหมาะสม เป็นหนึ่งในสิบสามหมุดหมายสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐

“โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model” เป็นแนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ ที่รัฐบาลใช้เป็นกรอบแนวทางในการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศหลังสถานการณ์โรคระบาดโควิด - ๑๙ ภาครัฐใช้แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ-เศรษฐกิจหมุนเวียน-เศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green Economy: BCG) ที่เน้นการเติบโตเชิงคุณภาพ สร้างความเข้มแข็งจากภายใน เชื่อมไทยสู่ประชาคมโลก โดยนำจุดแข็งของประเทศด้านความหลากหลายทางชีวภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรม มาเติมเต็มด้วยองค์ความรู้ การบริหารจัดการ เทคโนโลยี นวัตกรรมและดิจิทัลสมัยใหม่ เพื่อพัฒนาต่อยอดและยกระดับมูลค่าในห่วงโซ่การผลิตสินค้าและบริการ ปรับโครงสร้างการผลิตสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม เปลี่ยนผ่านไปสู่ความยั่งยืน โดยปรับปรุงการใช้ทรัพยากรธรรมชาติในการผลิตและบริโภคให้มีประสิทธิภาพ และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ควบคู่ไปกับการกระจายความเจริญสู่ระดับภูมิภาค สร้างการมีส่วนร่วมให้ท้องถิ่นสามารถพัฒนาและจัดการพื้นที่ตนเองได้อย่างยั่งยืน โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model มีแนวทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) อย่างน้อย ๕ เป้าหมาย และสอดคล้องกับหลักการของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy: SEP) ของการพึ่งพาตนเอง พึ่งพากันเอง และรวมกันเป็นกลุ่มอย่างมีพลัง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม การแปลงแนวนโยบายตามโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model มาสู่การปฏิบัติโดยเฉพาะการเชื่อมโยงสู่การแก้ไขปัญหาความยากจน การพัฒนาเศรษฐกิจฐานรากและเศรษฐกิจท้องถิ่น เพื่อตอบสนองโจทย์การสร้างเสริมความเข้มแข็งจากภายในชุมชน จะต้องเตรียมกำลังคนในท้องถิ่น พัฒนาผู้ประกอบการรายย่อยจากภาคเกษตร พัฒนาเกษตรกรให้มีทักษะของการเป็นผู้ประกอบการเชิงนวัตกรรม ผู้ให้บริการมูลค่าสูง สตาร์ทอัพฟาร์มเมอร์ และผู้ประกอบการเชิงสร้างสรรค์ยกระดับวิสาหกิจชุมชน เพื่อเป็นหัวรถจักรในท้องถิ่น ที่จะช่วยเชื่อมโยงให้เกิดการสร้างงานและสร้างรายได้ในกลุ่มประชาชนฐานราก สู่เครือข่ายระดับภูมิภาค ระดับประเทศ และนานาชาติ รวมถึงการพัฒนาโครงสร้าง

พื้นฐานที่จำเป็นในท้องถิ่น เช่น อินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าสู่ตลาดการค้าออนไลน์ และปัจจัยสนับสนุนด้านการเงิน ด้านกฎหมาย กฎระเบียบ และด้านความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม เป็นต้น

ดังนั้น การขจัดความยากจนตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจใหม่^๑ จึงต้องการการสนับสนุนเชิงนโยบายจากภาครัฐ และการสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคเอกชน ชุมชน และประชาสังคม อย่างมีส่วนร่วมจึงจะสามารถขับเคลื่อนได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

๑. นิยาม

๑.๑ ความยากจนของประเทศไทย

การวัดความยากจน สามารถวัดได้หลายวิธี โดยทั่วไปมักถูกวัดจากระดับรายได้หรือระดับการบริโภคของบุคคล เรียกว่า การวัดความยากจนเชิงสมบูรณ์ (absolute poverty) โดยมีเกณฑ์วัดจากการใช้เส้นแบ่งด้วยเกณฑ์มาตรฐานความต้องการอาหารและสิ่งจำเป็นขั้นต่ำที่เพียงพอต่อการดำรงชีพของแต่ละบุคคล เรียกว่า เส้นความยากจน (poverty line) ดังนั้น “คนจน” จึงหมายถึง คนที่มีระดับรายได้หรือระดับรายจ่ายเพื่อการบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจน โดยในปี ๒๕๖๔ เส้นความยากจนของประเทศไทยเฉลี่ยอยู่ที่ ๒,๘๐๓ บาท/คน/เดือน^๑ นอกจากการวัดความยากจนเชิงสมบูรณ์แล้ว ยังมีการวัดความยากจนเชิงสัมพัทธ์หรือเชิงเปรียบเทียบ (relative poverty) พิจารณาความยากจนโดยเปรียบเทียบระดับรายได้ต่าง ๆ ของประชากรแต่ละกลุ่มว่ามีความแตกต่างในส่วนบุคคลอย่างไร และกำหนดเป็นร้อยละ เช่น กลุ่มที่ ๑ ร้อยละ ๒๐ ของครัวเรือนที่อยู่ช่วงระดับรายได้ต่ำสุด เป็นครัวเรือนยากจนที่สุด กลุ่มที่ ๒ ร้อยละ ๒๐ ของครัวเรือนที่อยู่ในช่วงรายได้สูงขึ้นมาถือว่ายากจนน้อยกว่า กลุ่มที่ ๓ ร้อยละ ๒๐ ของครัวเรือนที่อยู่ในช่วงรายได้สูงขึ้นมาถือว่าฐานะปานกลาง กลุ่มที่ ๔ ร้อยละ ๒๐ ของครัวเรือนที่อยู่ในช่วงรายได้สูงขึ้นมาถือว่าฐานะดี กลุ่มที่ ๕ ร้อยละ ๒๐ ของครัวเรือนที่อยู่ในช่วงรายได้สูงสุด ซึ่งสามารถแสดงถึงความเหลื่อมล้ำการกระจายรายได้

ประเทศไทยยังมีการวัดความยากจนโดยใช้ข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นการวัดความยากจนเชิงคุณภาพ โดยใช้ข้อมูลความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เพื่อเน้นคุณภาพชีวิตที่กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำไว้ กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ได้จัดทำตัวชี้วัดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ซึ่งได้สำรวจจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับครัวเรือนในหมู่บ้าน นอกเขตเทศบาลตั้งแต่ปี ๒๕๓๑ สามารถแบ่งเป็น ๕ หมวด ได้แก่ ๑) หมวดสุขภาพ ๒) หมวดสภาพแวดล้อม ๓) หมวดการศึกษา ๔) หมวดการมีงานทำ และรายได้ และ ๕) หมวดค่านิยม

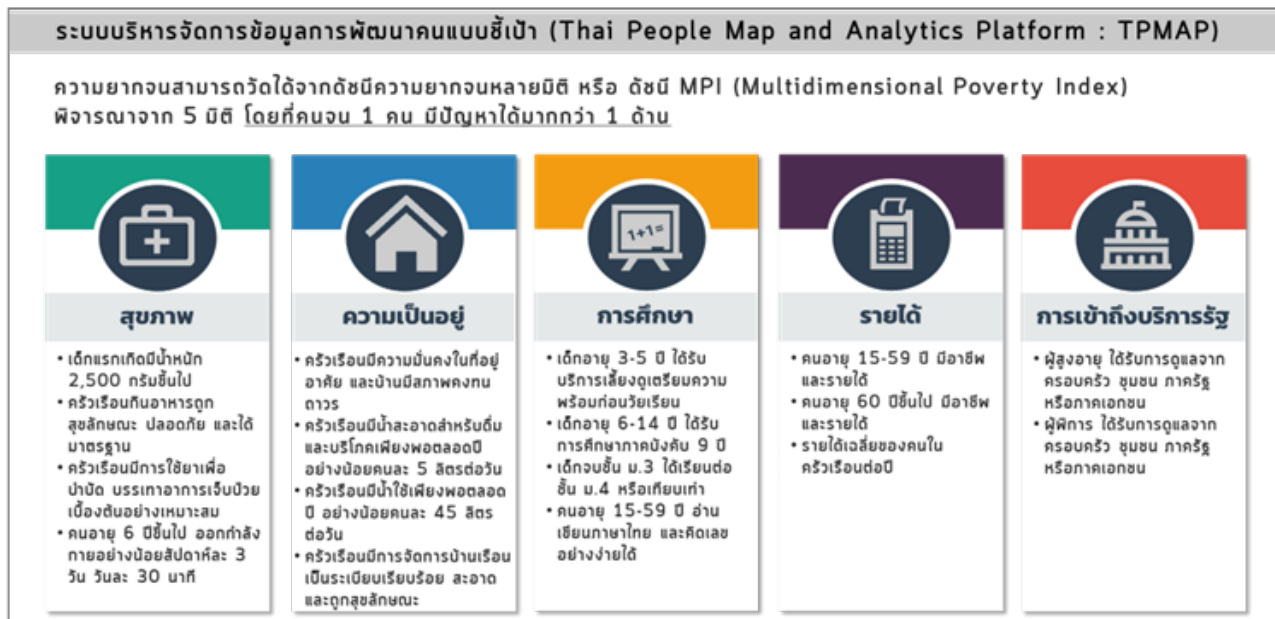
นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมืออื่น ๆ ที่ใช้เป็นตัวชี้วัดการดำรงชีพ เช่น กรอบแนวคิดการดำรงชีพอย่างยั่งยืน (sustainable livelihoods framework) ที่มุ่งหาความเข้าใจที่ตรงและถูกต้องตามความเป็นจริงในเรื่อง “ศักยภาพของคน” ในการแปลงสินทรัพย์หรือต้นทุนที่มีอยู่เพื่อผลลัพธ์ในการดำรงชีพที่ดีขึ้น ประกอบด้วย ๑) ทุนด้านทรัพยากรบุคคลและศักยภาพ ๒) ทุนทางสังคม เครือข่าย ๓) ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติ ๔) ทุนทางกายภาพ เช่น ที่อยู่อาศัย สาธารณูปโภค และ ๕) ทุนทางการเงิน

^๑ รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี ๒๕๖๔, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๕

๑.๒ คนจนในฐานะข้อมูลระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า (Thai People Map and Analytics Platform: TPMAP)

TPMAP (Thai People Map and Analytics Platform) คือ ระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า ซึ่งได้รับการพัฒนาต่อยอดจากระบบบริหารจัดการข้อมูลคนจนแบบชี้เป้า ให้สามารถครอบคลุมปัญหาที่กว้างขึ้น เช่น เด็กแรกเกิด การศึกษา ผู้สูงอายุ การพัฒนาสภาพที่อยู่อาศัย โดยยังคงความสามารถของระบบเดิมในการชี้เป้าความยากจนไว้ด้วย TPMAP จึงสามารถใช้ระบุปัญหาความยากจนในระดับบุคคล ครัวเรือน ชุมชน ท้องถิ่น จังหวัด ประเทศ หรือปัญหาความยากจนรายประเด็น ซึ่งทำให้การแก้ปัญหาตรงกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น และสามารถออกแบบนโยบาย โครงการในการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการหรือสภาพปัญหาได้

“คนจนเป้าหมาย” ในประเทศไทย ตามฐานข้อมูล TPMAP คือ คนจนที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เนื่องจากเป็นคนที่ได้รับการสำรวจว่าจน (survey-based) จาก ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย และยังมาลงทะเบียนว่าจนอีกด้วย (register-based) จากข้อมูลผู้ลงทะเบียนสวัสดิการแห่งรัฐ กระทรวงการคลัง (กองทุนประชารัฐสวัสดิการเพื่อเศรษฐกิจฐานรากและสังคม) โดยเกณฑ์การวัดคนจนเป้าหมาย คือ ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี ใน ๕ มิติ โดยที่คนจน ๑ คน สามารถมีปัญหามากกว่า ๑ มิติ โดยมีรายละเอียดตามภาพที่ ๑



ภาพที่ ๑ ดัชนีชี้วัดคนจนตามฐานข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า
ที่มา ระบบบริหารจัดการข้อมูลการพัฒนาคนแบบชี้เป้า

๑.๓ การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน

การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน คือ การพัฒนาการยกระดับรายได้และลดรายจ่ายของครัวเรือน โดยข้อมูลทางการเงินของครัวเรือน เช่น ค่าใช้จ่ายในการบริโภค การออม การลงทุน การบริหารจัดการความเสี่ยง และการหารายได้ สามารถวิเคราะห์ และนำไปสู่ผลลัพธ์ของการเจริญเติบโตและเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ผ่านการบริหารจัดการรายรับและรายจ่ายภายในครัวเรือน การบริหารจัดการสินทรัพย์และหนี้สิน ก่อให้เกิดการสะสมความมั่งคั่ง และการบริหารจัดการสภาพคล่อง ตลอดจนความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือน^๒ ทั้งนี้ ข้อมูลเศรษฐกิจครัวเรือนมีความสำคัญต่อการยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือนเป็นอย่างมาก เนื่องจากสะท้อนให้เห็นข้อมูลปริมาณสัดส่วนของหนี้สินและสินทรัพย์ ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการออกแบบกลไกการเพิ่มรายได้และลดรายจ่ายของครัวเรือน

๑.๔ โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model^๓

โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model (BCG Economy Model) เป็นรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจที่มุ่งเน้นสร้างสมดุลระหว่างการเติบโตทางเศรษฐกิจกับความยั่งยืนของฐานทรัพยากรธรรมชาติ โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจ ๓ ด้าน เข้าด้วยกัน ได้แก่

- เศรษฐกิจชีวภาพ (Bioeconomy) คือ การพัฒนาเศรษฐกิจที่มุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติอย่างคุ้มค่า ควบคู่ไปกับการรักษาสมดุลทางสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในหลากหลายสาขามาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ทรัพยากรที่นำมาเป็นวัตถุดิบการผลิตในระบบเศรษฐกิจชีวภาพต้องสามารถปลูกทดแทนหรือนำกลับมาใช้ใหม่ได้ (renewable) ลดการพึ่งพาเชื้อเพลิงฟอสซิลและการปล่อยก๊าซเรือนกระจก

- เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular economy) คือ การพัฒนาเศรษฐกิจที่มีการวางแผนให้ทรัพยากรในระบบการผลิตทั้งหมดสามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ เพื่อรับมือกับปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรในอนาคตที่จะมีความต้องการใช้ทรัพยากรเพื่อการผลิตเพิ่มมากขึ้นจากการขยายตัวของเศรษฐกิจและความต้องการสินค้าและบริการ ดังนั้น เศรษฐกิจหมุนเวียน จึงมุ่งเน้นการรักษาและเพิ่มมูลค่าของผลิตภัณฑ์ให้นานที่สุด ส่งเสริมการหมุนเวียนใช้ซ้ำ สร้างของเสียในปริมาณที่ต่ำที่สุด และให้ความสำคัญกับการจัดการของเสียจากการผลิตและบริโภค ด้วยการนำผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการบริโภคแล้วเข้าสู่กระบวนการผลิตใหม่ ซึ่งต่างจากระบบเศรษฐกิจแบบดั้งเดิมที่เน้นการใช้ทรัพยากรการผลิต และการสร้างของเสียในรูปแบบเศรษฐกิจที่เป็นเส้นตรง (linear economy)

- เศรษฐกิจสีเขียว (Green economy) เป็นรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาที่สมดุลทั้ง ๓ ด้าน คือ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างสมดุลและการมองเชิงระบบ (systematic approach) โดยใช้ดิจิทัลแพลตฟอร์มร่วมกับเทคโนโลยี

^๒ เศรษฐศาสตร์การเงินในครัวเรือนไทย: สแกน(พฤติกรรม) ผ่าน ๕ ฐานข้อมูล (ออนไลน์), สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์ สืบค้นจาก <https://www.pier.or.th/abridged/๒๐๑๗/๑๓/> (เข้าถึงเมื่อ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๕)

^๓ ข้อเสนอ BCG in Action: The New Sustainable Growth Engine, กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, ๒๕๖๒

มาช่วยในการบริหารจัดการ ลดภาระงาน และลดต้นทุนในการผลิตตั้งแต่ต้นทางไปจนถึงปลายทาง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรได้สูงที่สุดโดยใช้ต้นทุนทางสิ่งแวดล้อมให้น้อยที่สุด พร้อมกับเน้นการลดของเสีย รวมทั้งลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากระบบการผลิต เพื่อการเป็นสังคมคาร์บอนต่ำ (low carbon society) เกิดการกระจายความมั่งคั่งอย่างทั่วถึง ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจที่นำไปสู่ความยั่งยืนและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจในระดับสากล

โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model เป็นแนวคิดการพัฒนาที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง เน้นการเติบโตเชิงคุณภาพ โดยสร้างความเข้มแข็งจากภายใน เชื่อมไทยสู่ประชาคมโลก นำจุดแข็งของประเทศด้านความหลากหลายทางชีวภาพและความหลากหลายทางวัฒนธรรม มาเติมเต็มด้วยองค์ความรู้ การบริหารจัดการ เทคโนโลยี นวัตกรรมและดิจิทัลสมัยใหม่ เพื่อพัฒนาต่อยอดและยกระดับมูลค่าในห่วงโซ่การผลิตสินค้าและบริการ ปรับโครงสร้างการผลิตสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม เปลี่ยนผ่านไปสู่ความยั่งยืน โดยปรับปรุงการใช้ทรัพยากรธรรมชาติในการผลิตและบริโภคให้มีประสิทธิภาพ และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ควบคู่ไปกับการกระจายความเจริญสู่ระดับภูมิภาค สร้างการมีส่วนร่วมให้ท้องถิ่นสามารถพัฒนาและจัดการพื้นที่ตนเองได้อย่างยั่งยืน โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model มีแนวทางการพัฒนาที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) อย่างน้อย ๕ เป้าหมาย และสอดคล้องกับหลักการของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy: SEP) ของการพึ่งพาตนเอง พึ่งพากันเอง และรวมกันเป็นกลุ่มอย่างมีพลัง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

๒. นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

องค์การสหประชาชาติ (The United Nations: UN) มีการประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อเป็นทิศทางพัฒนาของประชาคมโลก ตั้งแต่กันยายน ๒๕๕๘ ถึง สิงหาคม ๒๕๗๗ ประกอบด้วย ๑๗ เป้าหมาย (goals) ๑๖๙ เป้าประสงค์ (targets) และสามารถจัดกลุ่ม SDGs ตามปัจจัยที่เชื่อมโยงกันใน ๕ มิติ (5P) ได้แก่ ๑) การพัฒนาคน (people) ให้ความสำคัญกับการขจัดปัญหาความยากจน ความหิวโหย และลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ๒) สิ่งแวดล้อม (planet) ให้ความสำคัญกับการปกป้องและรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสภาพภูมิอากาศเพื่อพลเมืองโลกรุ่นต่อไป ๓) เศรษฐกิจและความมั่งคั่ง (prosperity) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีและสอดคล้องกับธรรมชาติ ๔) สันติภาพและความยุติธรรม (peace) ยึดหลักการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ มีสังคมที่สงบสุข และไม่แบ่งแยก และ ๕) ความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา (partnership) ความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน

๒.๒ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐)

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) มีเป้าหมายการพัฒนาประเทศ คือ “ประเทศไทย มั่นคง ประชาชนมีความสุข เศรษฐกิจพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สังคมเป็นธรรม ฐานทรัพยากรธรรมชาติยั่งยืน” โดยยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ พัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ สร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม สร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และมีภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม โดยการประเมินผลการพัฒนา

ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๖ ด้าน ประกอบด้วย ๑) ความอยู่ดีมีสุขของคนไทยและสังคมไทย ๒) ชีตความสามารถในการแข่งขัน การพัฒนาเศรษฐกิจ และการกระจายรายได้ ๓) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ๔) ความเท่าเทียมและความเสมอภาคของสังคม ๕) ความหลากหลายทางชีวภาพ คุณภาพสิ่งแวดล้อม และความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติ และ ๖) ประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการเข้าถึงการให้บริการของภาครัฐ

๒.๓ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐)

ทิศทางการพัฒนาประเทศในระยะของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๓ มีวัตถุประสงค์เพื่อ “พลิกโฉมประเทศไทยสู่สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน” มีเป้าหมายหลักของการพัฒนา ๕ ประการ คือ ๑) การปรับโครงสร้างการผลิตสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม ๒) การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ ๓) การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม ๔) การเปลี่ยนผ่านการผลิตและบริโภคไปสู่ความยั่งยืน และ ๕) การเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ และได้กำหนดหมุดหมายการพัฒนา จำนวน ๑๓ หมุดหมาย แบ่งออกได้เป็น ๔ มิติ ดังนี้

๑) มิติภาคการผลิตและบริการเป้าหมาย

- หมุดหมายที่ ๑ ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง
- หมุดหมายที่ ๒ ไทยเป็นจุดหมายของการท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน
- หมุดหมายที่ ๓ ไทยเป็นฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้าที่สำคัญของโลก
- หมุดหมายที่ ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง
- หมุดหมายที่ ๕ ไทยเป็นประตูการค้าการลงทุนและยุทธศาสตร์ทางโลจิสติกส์ที่สำคัญของภูมิภาค
- หมุดหมายที่ ๖ ไทยเป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะและอุตสาหกรรมดิจิทัลของอาเซียน

๒) มิติโอกาสและความเสมอภาคทางเศรษฐกิจและสังคม

- หมุดหมายที่ ๗ ไทยมีวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมที่เข้มแข็ง มีศักยภาพสูง และสามารถแข่งขันได้
- หมุดหมายที่ ๘ ไทยมีพื้นที่และเมืองอัจฉริยะที่น่าอยู่ ปลอดภัย เดิบดีได้อย่างยั่งยืน
- หมุดหมายที่ ๙ ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และมีความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอเหมาะสม

๓) มิติความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

- หมุดหมายที่ ๑๐ ไทยมีเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ
- หมุดหมายที่ ๑๑ ไทยสามารถลดความเสี่ยงและผลกระทบจากภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

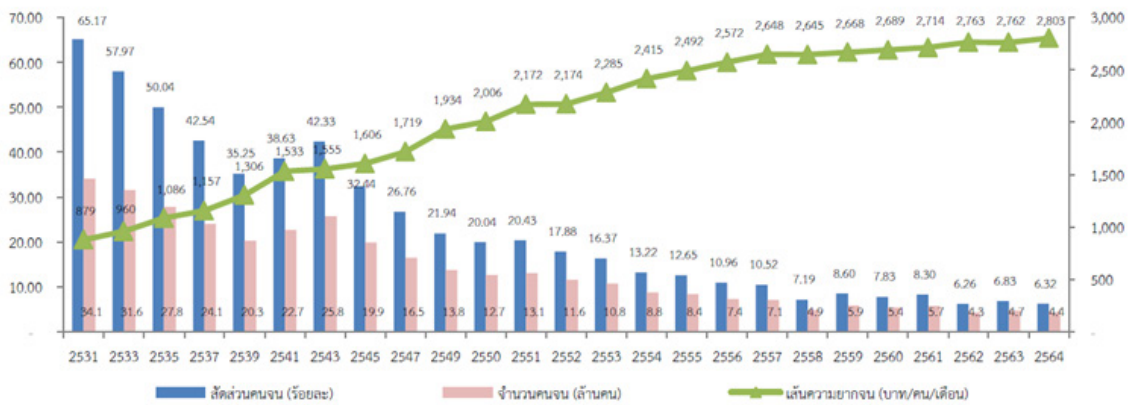
๔) มิติปัจจัยผลักดันการพลิกโฉมประเทศ

- หมุดหมายที่ ๑๒ ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต
- หมุดหมายที่ ๑๓ ไทยมีภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ และตอบโจทย์ประชาชน

๓. สถานการณ์ปัจจุบัน

๓.๑ ความยากจนของประเทศไทย^๕

สถานการณ์ความยากจนของประเทศไทย ในปี ๒๕๖๔ ปรับตัวดีขึ้น คนยากจนมีจำนวน ๔.๔ ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนคนยากจนร้อยละ ๖.๓๒ โดยเมื่อพิจารณาจำนวนครัวเรือนยากจน พบว่า มีจำนวนครัวเรือนยากจน ๑.๒๔ ล้านครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๙ ของครัวเรือนทั้งหมด



ภาพที่ ๒ เส้นความยากจน สัดส่วนคนจน และจำนวนคนจน ตั้งแต่ปี ๒๕๓๑-๒๕๖๔
ที่มา รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย ปี ๒๕๖๔, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาในด้านมิติพื้นที่และเศรษฐกิจของคนจน พบว่า **ภาคใต้มีปัญหาความยากจนรุนแรงที่สุด โดยภาคใต้มีสัดส่วนคนจนสูงสุด** (ร้อยละ ๑๐.๙) สาเหตุที่ภาคใต้มีปัญหาความยากจนสูงสุด เกิดจากสถานการณ์ความรุนแรงจากพื้นที่จังหวัดชายแดน (ปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส) ประกอบกับภาคใต้พึ่งพารายได้จากภาคการท่องเที่ยวเป็นหลัก ซึ่งในช่วงปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ นักท่องเที่ยวยังไม่สามารถเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยได้มากนัก **ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนคนจนมากที่สุด** โดยเป็นภูมิภาคที่มีรายได้ต่อหัวต่ำสุดมาโดยตลอด ส่วนหนึ่งเนื่องจากแรงงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่ทำงานในภาคเกษตรกรรม ซึ่งมีผลิตภาพแรงงานต่ำ ซึ่งจังหวัดที่มีรายได้ต่อหัวของประชากรต่ำมีโอกาสที่จะมีปัญหาความยากจนมากกว่าจังหวัดที่มีรายได้ต่อหัวสูงสะท้อนถึงการพัฒนาของพื้นที่ที่มีผลสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาความยากจน **คนจนมีอัตราการพึ่งพิง (จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี และผู้สูงอายุต่อวัยแรงงาน) สูงกว่าครัวเรือนไม่ยากจนอย่างชัดเจนและครัวเรือนขนาดใหญ่จะมีปัญหาความยากจนมากกว่าครัวเรือนขนาดเล็ก** นอกจากนี้ยังพบว่าในอดีตครัวเรือนเกษตรมักเป็นครัวเรือนยากจนแต่ปัจจุบันครัวเรือนยากจนส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนไม่มีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจคิดเป็นร้อยละ ๓๓.๙๙ ของครัวเรือนยากจนทั้งหมด ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัย ซึ่งพบว่าผู้สูงวัยไม่สามารถหารายได้และเข้าไม่ถึงหลักประกันรายได้หลังเกษียณ

^๕ รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทยปี ๒๕๖๔, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, ๒๕๖๕

เมื่อพิจารณาความยากจนตามระดับความรุนแรงพบว่าปี ๒๕๖๔ **คนจนมาก**ถือเป็นกลุ่มคนที่มีปัญหาความยากจนในด้านตัวเงินที่รุนแรงมีจำนวนทั้งสิ้น ๑.๓๖ ล้านคน (ร้อยละ ๑.๙๕ ของประชากรทั้งประเทศ) ขณะที่ **คนจนน้อย** มีจำนวน ๓.๐๕ ล้านคน (ร้อยละ ๔.๓๗ ของประชากรทั้งประเทศ) **คนเกือบจน** เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นคนจนได้ง่าย มีจำนวน ๔.๘๒ ล้านคน (ร้อยละ ๖.๙๑ ของประชากรทั้งประเทศ)

เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุของความยากจนในประเทศไทย ปัญหาด้านโครงสร้างการผลิตของประเทศเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดความยากจน โดยจากข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรในปี ๒๕๖๔ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แรงงานในภาคเกษตรส่วนใหญ่ยังเป็นแรงงานนอกระบบ และมีรายได้ไม่แน่นอน ทำให้ต้องพึ่งพาความช่วยเหลือต่าง ๆ จากภาครัฐ โดยจากข้อมูลการเปิดรับลงทะเบียน “บัตรคนจน” หรือ “บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” พบว่า ในปี ๒๕๖๕ มีจำนวนผู้ลงทะเบียนขอรับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ๒๐ ล้านคน เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๔ ถึง ๖.๕๕ ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๘.๖๙^๕ จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญและเร่งด่วนของปัญหาความยากจนของประเทศไทยในปัจจุบันที่ต้องแก้ไข

๓.๒ เศรษฐกิจครัวเรือน^๖

ภาพรวมครัวเรือนของประเทศไทยมีความเปราะบางสูง โดยในปี ๒๕๖๔ ความสามารถในการหารายได้ของครัวเรือนประเทศไทยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๓ บ่งชี้จากปัจจัยอัตราว่างงานที่ปรับตัวสูงขึ้นและจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ปรับตัวลดลง^๗ กิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ลดต่ำกว่าช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด-๑๙) ปัญหาหนี้สินครัวเรือนที่มีแนวโน้มปรับตัวเพิ่มสูงขึ้น และเงินออมในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีแนวโน้มลดลง

๑) รายได้และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน

การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี ๒๕๖๔ ทัวราชอาณาจักร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ครัวเรือนไทยมีรายได้เฉลี่ยที่มากจากการทำงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ ๖๖.๘ (๑๘,๒๕๕ บาท) โดยแบ่งเป็นรายได้จากค่าจ้างและเงินเดือน (ร้อยละ ๔๒.๖) กำไรสุทธิจากการทำธุรกิจ (ร้อยละ ๑๕.๘) และกำไรสุทธิจากการทำเกษตร (ร้อยละ ๘.๔) ทั้งนี้ **รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนไทยอยู่ที่เดือนละ ๒๗,๓๕๒ บาท** โดยสาเหตุหลักของแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของรายได้ครัวเรือนเป็นผลจากนโยบายการช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ภาครัฐอุดหนุนจ่ายเงินเข้าบัญชีให้แก่ประชาชนและการอุดหนุนในรูปแบบที่ไม่เป็นตัวเงินผ่านแอปพลิเคชัน คุปอง หรือในรูปแบบการลดค่าสาธารณูปโภค ในขณะที่แนวโน้มรายได้ที่ไม่เป็นตัวเงิน และเงินอุดหนุนจากภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๖๔ ภาครัฐให้การอุดหนุนโดยเฉลี่ยเท่ากับ ๔,๖๕๐ บาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ ถึง ๙๘๒ บาท รวมทั้งรายได้จากแหล่งอื่นและ

^๕ คนจนเพิ่มขึ้นเป็น ๒๐ ล้านคน (ออนไลน์), ไทยรัฐออนไลน์ สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/news/politic/๒๓๐๕๔๙๒> (เข้าถึงเมื่อ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๕)

^๖ รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. ๒๕๖๔ ทัวราชอาณาจักร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๕

^๗ รายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๔, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๖๔

เงินช่วยเหลือ เช่น เงินได้จากประกันชีวิต เงินชดเชยออกจางานหรือเยียวยาโควิด-๑๙ มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยในปี ๒๕๖๔ เท่ากับ ๓,๘๖๙ บาท เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒ จำนวน ๕๓๙ บาท

ในส่วนการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนในประเทศไทย พบว่า ในปี ๒๕๖๔ ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนทั้งสิ้น เท่ากับ ๒๑,๖๑๖ บาท เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค ๑๘,๘๐๒ บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายหมวดอาหาร เครื่องดื่ม และยาสูบ สูงถึง ๗,๖๖๐ บาท รองลงมา คือ ค่าที่อยู่อาศัยและเครื่องใช้ภายในครัวเรือน ๔,๖๓๒ บาท ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเดินทางและยานพาหนะ ๓,๔๖๗ บาท และในส่วนค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค เช่น ภาษี เบี้ยประกันภัย ซ้ำสลากกินแบ่งรัฐบาล หรือดอกเบี้ย ๒,๘๑๔ บาท นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายอุปโภคบริโภคที่ครัวเรือนไม่ได้ซื้อหรือจ่ายเอง (ได้รับอุดหนุนจากภาครัฐ/ผู้อื่นจ่ายให้หรือเป็นสวัสดิการจากนายจ้าง) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากขึ้นเช่นกัน

๒) ข้อมูลภาวะหนี้สินของครัวเรือนในประเทศไทย

ข้อมูลภาวะหนี้สินของครัวเรือนในประเทศไทยปี ๒๕๖๔พบว่าครัวเรือนทั่วประเทศเกินครึ่งเป็นครัวเรือนที่มีหนี้สิน โดยมีจำนวนหนี้สินเฉลี่ยเท่ากับ ๒๐๕,๖๗๙ บาทต่อครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการก่อหนี้เพื่อใช้ในครัวเรือน ๑๕๕,๑๖๖ บาทจำแนกเป็นหนี้เพื่อใช้จ่ายในการอุปโภคบริโภค ๗๘,๒๐๔ บาท หนี้สินเพื่อซื้อ/เช่าซื้อบ้านและที่ดิน ๗๓,๘๐๘ บาท และหนี้สินเพื่อใช้ในการศึกษา ๓,๑๕๔ บาท ในขณะที่หนี้สินเพื่อใช้ในการลงทุนและอื่น ๆ ๕๐,๕๑๓ บาท ส่วนใหญ่เป็นหนี้สินที่ใช้เป็นต้นทุนในการทำธุรกิจ ๓๒,๓๗๙ บาท รองลงมา คือ หนี้สินเพื่อใช้การลงทุนธุรกิจ ๑๗,๑๔๔ บาท และหนี้สินอื่น ๆ เช่น หนี้จากการค้าประกัน หนี้ค่าปรับ/จ่ายค่าเสียหาย จำนวน ๙๙๐ บาท

จากครัวเรือนทั่วประเทศที่มีหนี้สิน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครัวเรือนที่มีหนี้สินในระบบ โดยร้อยละ ๙๑.๖ เป็นครัวเรือนที่มีหนี้สินในระบบเพียงอย่างเดียว ร้อยละ ๔.๙ เป็นครัวเรือนที่มีหนี้สินนอกระบบเพียงอย่างเดียว และร้อยละ ๓.๕ เป็นครัวเรือนที่มีหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบ โดยหนี้สินในระบบมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าหนี้สินนอกระบบถึง ๕๖ เท่า (ในระบบ ๒๐๒,๐๗๕ บาท และนอกระบบ ๓,๖๐๔ บาท)

๓.๓ ข้อมูลคนจนจาก TPMAP

ข้อมูลจาก TPMAP เป็นการตั้งต้นโดยใช้ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) จากกรมการพัฒนาชุมชน และข้อมูลผู้ลงทะเบียนสวัสดิการแห่งรัฐจากกระทรวงการคลัง มายืนยันซึ่งกันและกันหรืออีกนัยหนึ่ง “คนจนเป้าหมาย” ใน TPMAP คือ คนจนใน จปฐ. ที่ไปลงทะเบียนสวัสดิการแห่งรัฐ

กลุ่มคนยากจนเป้าหมาย คือ คนจนที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เนื่องจากเป็นคนที่ได้รับการสำรวจว่าจน (survey-based) จากข้อมูล จปฐ. และลงทะเบียนว่าจนอีกด้วย (register-based) สำหรับข้อมูลปี ๒๕๖๕ เป็นการบูรณาการข้อมูลระหว่าง จปฐ. ๒๕๖๔ และบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ปี ๒๕๖๕ พบว่าปี ๒๕๖๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๕) ครัวเรือนที่ได้รับการสำรวจ (จปฐ.) มี ๑๒,๘๑๗,๙๐๓

ครัวเรือน เป็นครัวเรือนยากจน (จปฐ.) ๑,๐๔๗,๐๖๓ ครัวเรือน ในส่วนของคนที่ได้รับการสำรวจ (จปฐ.) มี ๓๖,๑๐๓,๘๐๖ คน มีคนยากจน (จปฐ.) ๓,๔๓๘,๕๑๕ คน โดยเป็น “คนจนเป้าหมาย” ๑,๐๒๕,๗๘๒ คน

๓.๔ การพัฒนาโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model

BCG มีความสำคัญต่อประเทศสูง ทั้งในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งครอบคลุม ๔ สาขายุทธศาสตร์ คือ เกษตรและอาหาร สุขภาพและการแพทย์ พลังงาน วัสดุและเคมีชีวภาพ และการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจสร้างสรรค์

๑) เกษตรและอาหาร^๙

พื้นที่เพาะปลูกของประเทศไทยมากกว่าร้อยละ ๙๐ มีการปลูกพืชเพียง ๖ ชนิด คือ ข้าว ยางพารา มันสำปะหลัง อ้อย ข้าวโพด และปาล์มน้ำมัน ซึ่งเป็นสินค้าโภคภัณฑ์ (commodity) ราคาสินค้าเกษตรมีความผันผวนตามสภาพภูมิอากาศและอุปทานในตลาดโลก ส่งผลให้เกษตรกรในประเทศไทยที่มีมากกว่า ๑๒ ล้านคน มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ต่ำ การเพิ่มรายได้ของเกษตรกรด้วยการเพิ่มปริมาณผลผลิตนั้น ต้องแลกด้วยการใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมของทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ไม่สอดคล้องกับโครงสร้างของแรงงานภาคเกษตรที่มีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น การพัฒนาสาขาเกษตรเป็นหนึ่งในสาขาของการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ (Bioeconomy) แต่เป็นรูปแบบที่สร้างมูลค่าเพิ่มน้อย การผลิตเน้นปริมาณ การแข่งขันด้วยราคา ขณะที่การพัฒนาเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular economy) และเศรษฐกิจสีเขียว (Green economy) ยังไม่ได้รับความสำคัญมากนัก จะเห็นได้จากการนำเศษวัสดุที่เหลือทิ้งกลับมาใช้ประโยชน์น้อย

ประเทศไทยมีโอกาสยกระดับสินค้าเกษตรสู่เกษตรมูลค่าสูง ด้วยการยกระดับผลผลิตทางการเกษตรให้มีคุณภาพ มีความปลอดภัย สร้างมาตรฐานเพื่อจัดแบ่งประเภทของสินค้าตามคุณภาพ และยกระดับความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านปัจจัยการผลิต เพื่อสร้างความแตกต่าง คุณค่า และมูลค่าเพิ่มให้กับผลผลิตทางการเกษตร ซึ่งเป็นวิธีการเปลี่ยนรูปแบบจากการ “ผลิตมากแต่สร้างรายได้น้อย” (more for less) ไปสู่การผลิตสินค้าพรีเมียมที่ “ผลิตน้อยแต่สร้างรายได้มาก” (less for more) ใช้เทคโนโลยี Internet of Things (IoT) ในการควบคุมการเพาะเลี้ยง เพาะปลูกช่วยลดต้นทุน และเพิ่มประสิทธิผลการเกษตรให้สูงขึ้น ทั้งยังเป็นการรักษาเสถียรภาพของสินค้าเกษตรบนพื้นฐานของความหลากหลายทางชีวภาพ นอกจากนี้ ประเทศสามารถเพิ่มความหลากหลายของสินค้าเกษตรเศรษฐกิจอื่น ๆ เช่น สมุนไพร ผลไม้ เมล็ดพันธุ์ ไม้ดอก ไม้เศรษฐกิจ ไข่ แมลง และแพะ เป็นต้น

๒) สุขภาพและการแพทย์

ในปี ๒๕๖๒ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ ๓.๙ ของ GDP โดยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากรโดยเฉลี่ยที่ ๙,๑๙๑ บาท^๙ และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นหลายเท่าเมื่อประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ โดยในแต่ละปีประเทศไทยนำเข้าผลิตภัณฑ์

^๙ ข้อเสนอ BCG in Action: The New Sustainable Growth Engine, กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, ๒๕๖๒

เวชกรรมและเภสัชกรรมรวมกันกว่า ๑ แสนล้านบาท ซึ่ง ๓ ใน ๔ ส่วนเป็นการนำเข้ายารักษาโรค ทั้งนี้ ประเทศไทยมีความสามารถเพียงการผลิตยาสำเร็จรูปในกลุ่มยาสามัญ (generic drugs) โดยนำเข้าวัตถุดิบสำคัญมาผลิตเป็นยาสำเร็จรูปในรูปแบบต่างๆ (ประมาณร้อยละ ๙๐ ของยาที่ผลิต) กลุ่มยาที่มีมูลค่าการผลิตสูงสุด ได้แก่ กลุ่มยาแก้ปวด/แก้ไข้ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ผลิตยาแผนปัจจุบันที่ได้รับมาตรฐานการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) จำนวน ๑๗๖ ราย^{๙๐} แต่มีผู้ประกอบการเพียงรายเดียวที่ผลิตชีววัตถุคล้ายคลึง (biosimilars) ได้ ส่งผลให้ประเทศไทยต้องนำเข้ายาชีววัตถุประมาณ ๒ หมื่นล้านบาท นอกจากนี้ ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มชีวเภสัชภัณฑ์ (biopharmaceutical) ซึ่งจำเป็นต้องใช้การนำเข้า เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีราคาสูงมาก จึงส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงผลิตภัณฑ์

ด้านการให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพ ประเทศไทยมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และการบริการที่มีมาตรฐาน จึงมีศักยภาพในการเป็นศูนย์กลางการให้บริการอันดับต้นๆ ของเอเชีย โดยเฉพาะการให้บริการแก่กลุ่มนักท่องเที่ยวและนักท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (tourists & medical tourism) ซึ่งมีจำนวนรวมกันประมาณร้อยละ ๗๐ ของตลาดผู้ป่วยต่างชาติ โดย The International Healthcare Research Center (IHRC) ระบุว่า อุตสาหกรรมท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ของประเทศไทยติดอันดับ ๕ จากการประเมินจุดหมายปลายทางเพื่อการแพทย์ยอดเยี่ยมทั่วโลก^{๙๑} ยิ่งไปกว่านั้น การได้รับการจัดอันดับเป็นประเทศที่ดีด้านดัชนีการฟื้นตัวจากการระบาดของโรคโควิด-๑๙ (global recovery index) เป็นสิ่งที่สะท้อนความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งถือเป็นจุดแข็งสำคัญของประเทศ

ขณะเดียวกัน เมื่อการแพทย์ตะวันตกเข้ามามีบทบาทในสังคมไทย การประยุกต์พัฒนาภูมิปัญญาไทย ด้านเภสัชกรรมหยุดชะงักในช่วงเวลาหนึ่ง การรักษาพยาบาลและการซื้อยาจากต่างประเทศทำให้ประเทศไทยต้องเสียเงินจำนวนมากและต้องพึ่งพาต่างชาติ เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ปัจจุบันจึงมีการประยุกต์ใช้ โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model โดยการนำประโยชน์ของสมุนไพรไทยจากภูมิปัญญา องค์ความรู้และวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่สั่งสมกันมา และมุ่งเน้นการป้องกันก่อนการรักษา รวมทั้งให้ผู้ป่วยต้องสามารถเข้าถึงบริการ ยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างเท่าเทียม สนับสนุนให้มีการนำภูมิปัญญาและองค์ความรู้เหล่านั้นมาพัฒนาต่อยอด สร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการพัฒนานวัตกรรมจากผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยาจากธรรมชาติและเครื่องสำอางให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน เกิดอุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตเกษตรเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีมูลค่าเพิ่มสูง หรือผลิตภัณฑ์ใหม่โดยเฉพาะในกลุ่ม เช่น สารให้ความหวาน สารแต่งกลิ่นรส สารออกฤทธิ์ทางชีวภาพ แอลกอฮอล์บริสุทธิ์

^{๙๐} The Global Health Expenditure Database (GHED), ๒๐๒๒, World Health Organization สืบค้นจาก <https://apps.who.int/nha/database> (เข้าถึงเมื่อ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๕)

^{๙๑} สถานการณ์ได้รับการรับรองมาตรฐานสถานที่ผลิตยาแผนปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕), สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

^{๙๒} 'รัฐ-เอกชนไทย' ชิงแชร์ตลาดเพื่อสุขภาพเดินทางยกระดับธุรกิจเฮลท์ & เวลเนส (ออนไลน์), ๒๕๖๕, สยามรัฐ สืบค้นจาก <https://siamrath.co.th/n/๓๗๓๐๕๖> (เข้าถึงเมื่อ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๕)

อาหารเสริมสุขภาพ หรืออาหารสำหรับคนป่วยโดยเฉพาะ (functional food) รวมทั้ง อาหารสำหรับแต่ละช่วงวัย หรือการพัฒนาเป็นสารประกอบมูลค่าสูง (functional ingredient) ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่ตลาดเติบโตอย่างมาก ตลอดจนการพัฒนาแพลตฟอร์มทางด้านสุขภาพการแพทย์ สำหรับประชากรตลอดช่วงชีวิต เป็นต้น และนำไปสู่การขยายบริการด้านสุขภาพให้มุ่งไปสู่การให้บริการทางการแพทย์เฉพาะบุคคลด้วยการใช้ประโยชน์จากข้อมูลพันธุกรรม รวมถึงการเป็นศูนย์กลางการวิจัยทางคลินิกของภูมิภาค ยกกระดับสู่การเป็น medical hub แห่งเอเชีย

๓) พลังงาน วัสดุ และเคมีชีวภาพ

พลังงานเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของทุกประเทศ ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องจัดหาแหล่งพลังงานให้เพียงพอต่อความต้องการของประเทศในระยะยาว ในปี ๒๕๖๔ ไทยมีการใช้พลังงานเชิงพาณิชย์ขั้นสุดท้ายลดลงร้อยละ ๐.๔ โดยปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ที่ลดลงมาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ มีการจำกัดการเดินทางในช่วงที่มีการระบาดหนัก มีมาตรการ work from home อย่างไรก็ดีตาม การนำเข้า (สุทธิ) พลังงานเชิงพาณิชย์ขั้นต้น เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๘.๐ โดยปัจจัยหลักที่ส่งผลมาจากการนำเข้าไฟฟ้าจากประเทศเพื่อนบ้านที่เพิ่มสูงขึ้นร้อยละ ๑๓.๒^{๑๒} ขณะที่ประเทศไทยมีศักยภาพในการผลิตพลังงานทดแทนในระดับสูง เนื่องจากมีผลผลิตทางการเกษตร ขยะ และของเสียจากกระบวนการผลิตจำนวนมาก ที่เอื้อต่อการผลิตเป็นพลังงานทดแทน ซึ่งแผนพัฒนาพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐^{๑๓} ได้กำหนดเป้าหมายสัดส่วนการใช้พลังงานทดแทนต่อการใช้พลังงานขั้นสุดท้ายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ในปี ๒๕๘๐

การผลิตพลังงานทดแทนให้ได้เพิ่มขึ้นนั้น ต้องการการพัฒนานวัตกรรมการผลิตพลังงานที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถรองรับของเสียที่หลากหลายทั้งชนิดและคุณสมบัติ เช่น ขยะจากอุตสาหกรรม คราวเรือน รวมถึงของเหลือทิ้งทางการเกษตร ของเสียเหล่านี้เป็นทรัพยากรที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ในรูปของแหล่งพลังงานหมุนเวียนหรือพลังงานทดแทน (renewable energy) เช่น การผลิตเชื้อเพลิงจากขยะ (Refuse Derived Fuel: RDF) ก๊าซชีวภาพ ที่นำไปสู่การสร้างโรงไฟฟ้าชุมชนที่มีแหล่งพลังงานทดแทนในพื้นที่ เช่น พลังงานจากแสงอาทิตย์ ชีวมวล (รวมขยะ) ที่เพียงพอ ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีและระบบการจัดเก็บพลังงาน (energy storage system) เนื่องจาก มีความสำคัญต่อเสถียรภาพของระบบไฟฟ้าที่ผลิตจากพลังงานทดแทน ผลิตภัณฑ์ชีวภาพ (biobased products) เป็นผลิตภัณฑ์สกัดจากวัตถุดิบธรรมชาติ เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม มีความต้องการของตลาดสูง และหลายประเภทสามารถทดแทนผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากปิโตรเลียมได้ ในส่วนของวัสดุและเคมีชีวภาพมีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดผลผลิตทางการเกษตรและของเสียไปเป็นสารประกอบ หรือผลิตภัณฑ์เคมีและวัสดุชีวภาพที่มีมูลค่าสูง เช่น พลาสติกชีวภาพ ไฟเบอร์ แก๊สชีวภาพ ด้วยแนวทางดังกล่าวข้างต้นมีศักยภาพในการเพิ่มมูลค่า GDP มากกว่า ๒.๖ แสนล้านบาท

^{๑๒} รายงานสถิติพลังงานรายปี ๒๕๖๔, สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน, ๒๕๖๕

^{๑๓} แผนพัฒนาพลังงานทดแทนและพลังงานทางเลือก พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐, กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน, ๒๕๖๓

เทคโนโลยีพลังงานทดแทนที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายสามารถลดค่าใช้จ่ายพลังงาน ล้นเปลืองที่ต้องซื้อหาจากภายนอกที่เป็นค่าใช้จ่ายหลักอย่างหนึ่งของครัวเรือน การส่งเสริมการ พัฒนาพลังงานทดแทนในระดับครัวเรือนจึงอาจประกอบด้วย การเผาถ่านด้วยเตาประหยัด พลังงาน และเชื้อเพลิงชีวภาพ ก๊าซชีวภาพชุมชน ที่ผลิตจากมูลสัตว์ผสมเศษอาหาร ยังไม่นับ ผลพลอยได้จากบ่อก๊าซชีวภาพ ที่ให้ปุ๋ยอินทรีย์สามารถนำไปใช้ปรับปรุงบำรุงดินเพื่อเพิ่มผลผลิต พืชได้ การพัฒนาตู้อบแห้งพลังงานแสงอาทิตย์ ที่ใช้หลักการไหลเวียนอากาศร้อน เพื่อระบาย ความชื้นด้วยวิธีธรรมชาติ เพื่อแปรรูปอาหารและเพื่อจำหน่ายทำให้ครัวเรือนมีรายได้เพิ่มขึ้น การผลิตไฟฟ้าจากโซลาร์เซลล์ ในพื้นที่ห่างไกลไฟฟ้าสายส่งเข้าไม่ถึง การสูบน้ำด้วยไฟฟ้าพลังงาน แสงอาทิตย์ ไปกักเก็บในถังน้ำแบบหอยสูง เพื่อผลิตน้ำประปาใช้ในชุมชน นอกจากนี้จะประหยัด เงินในกระเป๋าแล้ว ตลอดจนการส่งเสริมการใช้ไบโอดีเซลผ่านการส่งเสริมปลูกพืชพลังงาน เกษตรกรที่ใช้พลังงานทดแทนยังมีความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการน้อมนำแนวคิด เศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร มาประยุกต์ใช้ เมื่อลดการใช้เชื้อเพลิงฟอสซิลเท่ากับครัวเรือนและชุมชน มีส่วนร่วมในการลดการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก ต้นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาโลกร้อน ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องการการให้ความรู้ความเข้าใจและประโยชน์ของพลังงานหมุนเวียนแก่ชาวบ้าน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการบริหารจัดการพลังงานหมุนเวียน การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้พลังงานหมุนเวียน และครัวเรือนต้องมีความคิดเห็นที่ตรงกัน ไม่ขัดแย้งกันเกี่ยวกับการนำพลังงานหมุนเวียนมาใช้ประโยชน์ จะทำให้การบริหารจัดการ พลังงานหมุนเวียนในระดับชุมชนและในระดับครัวเรือน ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น

๔) การท่องเที่ยวและเศรษฐกิจสร้างสรรค์

ความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรธรรมชาติและ ความหลากหลายของระบบนิเวศ ทำให้ ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงและเป็นจุดมุ่งหมายของนักท่องเที่ยวทั่วโลก ในช่วง ก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙ ประเทศไทยมีรายได้จากการท่องเที่ยว ๓ ล้านล้านบาท เป็นสัดส่วนรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติจำนวน ๔๐ ล้านคน คิดเป็นรายได้จำนวน ๒ ล้าน ล้านบาท^{๑๔} แต่รายได้ดังกล่าวกระจุกตัวอยู่ในบางพื้นที่เท่านั้น ทำให้เกิดภาวะจำนวนนักท่องเที่ยว เกินขีดความสามารถในการรองรับ (carrying capacity) ของแหล่งท่องเที่ยว ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้รับความเสียหาย กระทบต่อวิถีชีวิต วัฒนธรรมอันดีงาม ของท้องถิ่น นอกจากนี้ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ การระบาดของโรคโควิด-๑๙ ส่งผลกระทบต่อภาคการ ท่องเที่ยวของประเทศไทยอย่างมาก ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวสูญเสียโอกาสในการ สร้างรายได้ โดยปี ๒๕๖๓ สัดส่วน GDP ของประเทศ ด้านการท่องเที่ยวหดตัวลงจากปี ๒๕๖๐ ถึงร้อยละ -๖๓.๙๒^{๑๕}

^{๑๔} “การท่องเที่ยว” ปี ๖๕ ตั้งเป้าหมาย ๑.๕ ล้านล้านบาท (ออนไลน์), กรุงเทพธุรกิจ สืบค้นจาก <https://www.bangkokbiznews.com/columnist/๙๙๐๙๙๗๗> (เข้าถึงเมื่อ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๕)

^{๑๕} แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติประเด็นที่ ๕, สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สืบค้นจาก http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/๒๐๒๒/๐๓/๑๑_NS-๐๕_๐๗๗๐๓๖๕.pdf (เข้าถึงเมื่อ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๕)

โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model มุ่งเน้น การพัฒนาการท่องเที่ยวให้เกิดความยั่งยืน เน้นการใช้จุดแข็งของพื้นที่มาสร้างอัตลักษณ์ของ ตนเอง ควบคู่กับการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูงในการรองรับนักท่องเที่ยว พื้นฟูและ ป้องกันปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ควบคู่กับการพัฒนา เศรษฐกิจสร้างสรรค์ ที่เน้นการค้ำหรรษาทางวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และเนื้อหา อัตลักษณ์เชิงพื้นที่มาต่อยอดผลิตภัณฑ์และบริการให้มีมูลค่าที่สูงขึ้น การเชื่อมโยงการท่องเที่ยว ผ่านระบบเศรษฐกิจสร้างสรรค์ เช่น การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงเกษตร การพัฒนาแหล่ง ท่องเที่ยวคาร์บอนต่ำ และการท่องเที่ยวเชิงความรู้ ซึ่งการท่องเที่ยวเหล่านี้ไม่เพียงทำให้เกิด กระจายรายได้สู่ชุมชนยังเป็นการเชื่อมโยงสู่ภาคเศรษฐกิจอื่น ๆ เป็นการสร้างตัวคูณทางรายได้ อย่างยั่งยืน

๔. ความสำคัญของประเด็น

จากการที่ประเทศไทยมีจากความหลากหลายทางชีวภาพและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นข้อได้เปรียบด้าน ความสามารถในการแข่งขัน (competitive advantage) ด้วยนวัตกรรม โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model นี้ จึงเป็นกลไกที่มีศักยภาพสูงในการยกระดับคุณภาพชีวิตของ คนในประเทศอย่างทั่วถึง สามารถกระจายโอกาสและลดความเหลื่อมล้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย BCG เป็นโมเดลเศรษฐกิจที่ยึด “ประชาชน” เป็นศูนย์กลาง (people centric economy model) โดยเน้น ๑) การ เติบโตที่เพิ่มขนาดของส่วนแบ่งหรือผลประโยชน์ให้กับคนส่วนใหญ่ ไม่ใช่เพิ่มการจำนวนของส่วนแบ่งหรือ ผลประโยชน์ให้กับคนบางกลุ่ม ๒) การเติบโตที่มาจาก “พลังประชาชน” ไม่ใช่ “พลังตลาด” ที่ปลาใหญ่กิน ปลาเล็ก ๓) การเติบโตที่มุ่งเน้นการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยส่วนใหญ่ ด้วยการ เติบโตเต็มพลังของประชาชนในทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐภาคเอกชน ชุมชน และเยาวชนคนรุ่นใหม่ เพื่อขจัดความ ยากจน และยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือนฐานราก โดยยังคงมุ่งเน้นถึงการพัฒนาที่สมดุลตามหลักคิดของ เศรษฐกิจพอเพียง คือ ๑) ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ๒) ความอยู่ดีมีสุขของผู้คนในสังคม ๓) ศักยภาพและ คุณค่าของมนุษย์ และ ๔) การรักษาสีสิ่งแวดล้อม โลกจะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาคั้งสำคัญ จาก “โลกที่มุ่งพัฒนาสู่ความทันสมัย” (modernization) สู่ “โลกที่มุ่งพัฒนาสู่ความยั่งยืน” (sustainability) ซึ่ง สัญญาประชาคมชุดใหม่ จะต้องเป็นสังคมที่เป็นธรรม สังคมแห่งโอกาส และสังคมที่เกื้อกูลแบ่งปัน โดยใช้ โมเดล BCG ขับเคลื่อนประเทศไทยในโลกหลังโควิด คือ การใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงร่วมกับการ ใช้กลไกด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม (วทน.) เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย SDGs การพัฒนาที่ ยั่งยืน^{๑๖}

เมื่อพิจารณาในมุมมองของ BCG กับพลังชุมชนในมิติของชุมชน จากการที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มี “ความหลากหลายเชิงชีวภาพ” และ “ความหลากหลายเชิงวัฒนธรรม” จึงเป็นการเปิดโอกาสครั้งสำคัญใน การกระจายความมั่งคั่งผ่านการพัฒนา BCG เชิงพื้นที่ นอกเหนือจากระเบียงเศรษฐกิจภาค ตะวันออก (EEC) ที่มีอยู่เดิม สู่ระเบียงเศรษฐกิจภาคเหนือ (NEC) ผ่านยุทธศาสตร์ “ลานนา ๔.๐” ระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกเชิงเหนือ (NEEC) ผ่านยุทธศาสตร์ “อีสาน ๔.๐” และระเบียงเศรษฐกิจ

^{๑๖} การสร้างความเข้มแข็งจากภายในด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG เชิงพื้นที่, สุวิทย์ เมษินทรีย์, ๒๕๖๔

ภาคใต้ (SEC) ผ่านยุทธศาสตร์ “ด้ามขวาน ๔.๐” เป็นต้น จึงเป็นการเปิดโอกาสครั้งสำคัญที่ให้ผู้ชุมชนจากหลายพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน local economy development ผ่านการพัฒนา BCG เชิงพื้นที่ของตนเอง

ภูมิภาค	การพัฒนา BCG เชิงพื้นที่
<p>ภาคใต้ ๔.๐</p>	<p>๑.๑ ส่งเสริมการปลูกพืชเศรษฐกิจมูลค่าสูง ทดแทนการปลูกข้าวโพดเลี้ยงสัตว์</p> <p>๑.๒ ส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ ลดการใช้สารเคมีทางการเกษตร</p> <p>๑.๓ สร้างมูลค่าจากการจัดการขยะ สร้างรายได้จากเศรษฐกิจหมุนเวียน พัฒนาเศรษฐกิจตลอดโซ่คุณค่าของพืชสำคัญในพื้นที่ ตั้งแต่การพัฒนาเกษตรกร ในการเพาะปลูกแบบเกษตรอัจฉริยะ การแปรรูปขั้นต้นเพื่อเป็นอาหาร อาหารสัตว์ จนกระทั่งการแปรรูปขั้นสูงเพื่อเป็นอาหารเสริม เป็นส่วนผสมของอาหาร</p> <p>๑.๔ นำเรื่องราวและประวัติความเป็นมาของล้านนา (creative lanna) มาต่อยอด และสร้างเรื่องราว พัฒนาเป็นพื้นที่สร้างสรรค์ และต่อยอดผ่านสินค้าและบริการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มรายได้และลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่</p>
<p>อีสาน ๔.๐</p>	<p>๒.๑ พัฒนาระบบแก้ไขปัญหาและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ จะช่วยขจัดปัญหาโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีมากถึง ๑๐ ล้านคน ภายในระยะเวลา ๘-๑๐ ปี</p> <p>๒.๒ สร้างความมั่นคงด้านน้ำให้กับภูมิภาค ผ่านระบบบริหารจัดการแหล่งน้ำขนาดเล็ก ทำให้การใช้น้ำเพื่อการเกษตรกรรมมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์หรือผลผลิตภาพการ ใช้น้ำสูงขึ้น</p> <p>๒.๓ ส่งเสริมการพัฒนาตลอดโซ่คุณค่าของ สัตว์เศรษฐกิจใหม่ เช่น โคอีลานวากิว และ แมลง เป็นต้น</p> <p>๒.๔ เชื่อมโยงเรื่องราวทางประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม และความเชื่อพื้นเมืองริมฝั่งโขงกับ ประเทศเพื่อนบ้าน มาต่อยอดและพัฒนาด้านการท่องเที่ยว และบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างรายได้ให้กับคนในพื้นที่เพิ่มเติม</p>
<p>ตะวันออก ๔.๐</p>	<p>๓.๑ ส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจตลอดห่วงโซ่คุณค่าของผลไม้ในภาคตะวันออกที่สำคัญ การแปรรูปเพื่อเป็นอาหาร อาหารสัตว์ การสกัดสารมูลค่าสูงเพื่อใช้เป็นเวชสำอาง เป็นต้น</p> <p>๓.๒ ส่งเสริมและพัฒนาตลอดห่วงโซ่คุณค่าของการท่องเที่ยวในพื้นที่ ทั้งด้านการท่องเที่ยวทางธรรมชาติ การท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม หรือแม้แต่การสร้างแหล่งและกิจกรรมการท่องเที่ยวรูปแบบใหม่ในลักษณะ man-made</p>
<p>ด้ามขวาน ๔.๐</p>	<p>๔.๑ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของภาคใต้จากการผลิตอาหารหรือผลิตภัณฑ์มูลค่าสูง ด้วยงานวิจัยและนวัตกรรมสมัยใหม่ ตลอดห่วงโซ่คุณค่าของทรัพยากรทางทะเล ส่งเสริมการเพาะเลี้ยงด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ (precision aquaculture) การแปรรูปเพื่อเป็นอาหาร อาหารเสริม หรือส่วนผสมของอาหาร (ingredient) ตลอดจนการสกัดสารประกอบอินทรีย์จากเศษเหลือทิ้ง</p> <p>๔.๒ สร้างแพลตฟอร์มระบบนิเวศน์ชุมชนเข้มแข็งแบบยั่งยืน ที่ใช้องค์ความรู้และผลจากงานวิจัยและนวัตกรรมในการลดความเหลื่อมล้ำ โดยการสร้างหรือเพิ่มรายได้และยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนในภูมิภาค</p> <p>๔.๓ ยกระดับแหล่งท่องเที่ยวของจังหวัดภาคใต้ล่างให้เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีมูลค่าสูง ผ่านการนำเสนอเรื่องราวของความเป็นปักษ์ใต้ยุคใหม่ และความหลากหลายทางด้านพหุวัฒนธรรมและศาสนาที่หลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวในพื้นที่ มีเป้าหมายให้ประชากรในภาคใต้มีรายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ต่อปี หรือเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อครัวเรือนต่อปี</p>

ตารางที่ ๑ ตัวอย่างการพัฒนา BCG เชิงพื้นที่ แบ่งตามกลุ่มภูมิภาค

ที่มา กรอบโครงการด้าน BCG in Action กลุ่ม BCG ภูมิภาค, หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ, ๒๕๖๓

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาลงไปในระดับพื้นที่/ท้องถิ่น จะพบว่า ความท้าทายที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาพื้นที่ คือ การสร้างความไว้วางใจ (trust) จากหน่วยงานและประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ แนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาความยากจนในพื้นที่ยังมีประเด็นสำคัญอื่น ๆ เช่น

- **กระบวนการจัดทำนโยบายที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ควบคู่ไปกับการบูรณาการของหน่วยงานในท้องถิ่น** ต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกแบบนโยบาย กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา และวิธีการบรรลุเป้าหมายในการแก้ไขความยากจนที่สอดคล้องกับความต้องการ ศักยภาพและอัตลักษณ์ของพื้นที่ ซึ่งภาครัฐจะช่วยเหลือสนับสนุนและอำนวยความสะดวก รวมถึงลดข้อจำกัดต่างๆ เช่น กฎหมาย ระเบียบ และมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และทุกภาคมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้บทบาทในการแก้ไขปัญหาความยากจนควรถูกกระจายไปในหน่วยงานในทุกกระทรวงและทุกระดับตามภารกิจ (function) ที่รับผิดชอบ เพื่อให้มีงบประมาณสนับสนุนโครงการแก้ไขปัญหาความยากจนต่อเนื่องในทุกระดับของการดำเนินงาน

- **การวิเคราะห์ฐานข้อมูลคนจน** มีความแตกต่างของข้อมูล เนื่องจากเกณฑ์การแบ่งกลุ่มคนจนมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่เก็บข้อมูล ทำให้มีครัวเรือนยากจนตกหล่นไม่อยู่ในฐานข้อมูล และขอบเขตของความเป็นครัวเรือนกลุ่มเป้าหมายขาดความชัดเจน เช่น ๑ ครัวเรือน มีบ้านหลายหลังที่อยู่ในทะเบียนบ้านเดียวกัน แต่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ดังนั้นควรมีการตรวจสอบ (verify) ข้อมูลร่วมกัน โดยควรมีคณะทำงานในพื้นที่ไปสำรวจ ทวนสอบข้อมูลจากสภาพความเป็นจริงแบบการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะทำให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง และเป็นการเสริมพลังบวก (empowerment) ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายตามความต้องการของพื้นที่

- **ความพร้อมและศักยภาพครัวเรือน** พบว่า แต่ละครัวเรือนมีขีดความสามารถที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีสาเหตุและพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน เช่น ในบางครัวเรือนมีปัญหาเรื่องยาเสพติด ทั้ง เหล้า บุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุของความยากจนและนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้นคือการสูญเสียทรัพยากรบุคคลของประเทศ ดังนั้น การสนับสนุนและส่งเสริมควรต้องดำเนินการให้เหมาะสมกับความสามารถและสาเหตุของครัวเรือนในแต่ละกลุ่ม เช่น ครัวเรือนที่มีความพร้อมด้านทรัพยากร สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้และพัฒนาทักษะเพื่อสร้างรายได้เพิ่ม

- **การสื่อสาร สร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วม** ในทุกระดับตั้งแต่หน่วยงานระดับนโยบาย หน่วยงานระดับท้องถิ่น เช่น หน่วยงานราชการในระดับท้องถิ่น อบท. พชอ. เป็นต้น และภาคประชาชนในพื้นที่ ซึ่งพบว่าการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร โดยการบอกต่อระหว่างผู้นำ-ชุมชน-ครัวเรือน อาจทำให้ข้อมูลข่าวสารได้รับไม่ทั่วถึงและเกิดความผิดพลาด นอกจากนี้ควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้ครัวเรือนได้เข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่การทำความเข้าใจร่วมกัน การกำหนดเป้าหมายร่วม การร่วมออกแบบกิจกรรมต่างๆ ให้เกิดความภาคภูมิใจและไม่ขัดต่อวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังได้อย่างยั่งยืน โดยแนวคิดหลักในการสร้างการมีส่วนร่วม ควรให้ความสำคัญกับ “คน” เป็นลำดับแรก ซึ่งต้องรู้ความสามารถและความสนใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่

การวางแผน การออกแบบการมีส่วนร่วม และกำหนดบทบาทความรับผิดชอบได้อย่างชัดเจน

- **การเข้าถึงและการแบ่งปันทรัพยากรอย่างเป็นธรรม** โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ เนื่องจากแต่ละพื้นที่และครัวเรือนมีทรัพยากรไม่เท่ากัน ดังนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมและกระจายโอกาส จึงจำเป็นต้องมีการแบ่งปันหรือใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า เช่น ที่ดินทำกิน แหล่งน้ำ เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง แหล่งองค์ความรู้ฯ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่ให้เกิดการร่วมมือหรือการรวมกลุ่มในการทำงานมากขึ้น

- **การผสมพลังของผู้มีบทบาทสำคัญ (key actor)** มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนงานให้เกิดผลสำเร็จ ซึ่งผู้มีบทบาทสำคัญ ประกอบด้วย

- ครัวเรือน/ชุมชน
- นักวิชาการ เป็นผู้เปิดประตูไปสู่พื้นที่จากความสัมพันธ์ที่มีกับผู้เป็นกระบอกเสียง (gatekeeper) ของพื้นที่
- นักพัฒนาหรือผู้นำที่ไม่เป็นทางการในพื้นที่ เป็นผู้นำในเชิงความคิด (thought leaders) หรือผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agents) ที่สามารถจูงใจให้ประชาชนในพื้นที่เข้าร่วมโครงการได้ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำกลุ่มวิสาหกิจ เป็นต้น
- ผู้นำส่วนราชการในระดับท้องถิ่นและท้องถิ่น เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกองค้การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มักติดกับดักด้านงบประมาณ จึงจำเป็นต้องอาศัยการสร้างเชื่อมั่นและลงพื้นที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและเชื่อมโยงนโยบายจากระดับบนสู่การปฏิบัติจริง

- ภาคเอกชน และภาคธุรกิจ ในพื้นที่
- เยาวชน คนรุ่นใหม่

- **การส่งเสริมให้เกิดห่วงโซ่คุณค่า (value chain) และกลไกตลาด** การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งตลอดห่วงโซ่คุณค่า (value chain) เพื่อให้เกิดอาชีพ และสร้างรายได้ที่ต้องตอบโจทย์ความต้องการของตลาด ซึ่งควรต้องอาศัยช่องทางตลาดที่หลากหลาย เช่น การตลาดออนไลน์ การสร้างห่วงโซ่คุณค่า ในการเชื่อมต่อกับผู้ประกอบการหรือห้างสรรพสินค้ารายใหญ่ ตลาดมหาวิทยาลัย ตลาดภาครัฐ เป็นต้น ให้มีเงินหมุนเวียนในชุมชนเพื่อให้ชุมชนเติบโตอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ควรมีการแสวงหาหน่วยธุรกิจใหม่ เพื่อมาลงทุนในพื้นที่ และการสร้างความไว้วางใจหรือสัญญาใหม่

- **การส่งเสริมองค์ความรู้** โดยการพัฒนาทักษะ (reskill) และการเพิ่มทักษะ (upskill) ให้ครัวเรือนมีความรู้ความสามารถ (knowledge workers) ในรูปแบบที่หลากหลาย (multi-skills) ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยบทบาทของสถาบันการศึกษาในการพัฒนาศักยภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และให้สังคมเป็นห้องปฏิบัติการ (social lab) เพื่อผลิตงานวิจัยที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาของชุมชน ยกตัวอย่างได้ และคุณภาพชีวิตของครัวเรือน

นอกจากนี้ ยังคงมีความท้าทายของการพัฒนาในระดับโครงสร้าง เช่น การสร้างพลวัตของระบบเศรษฐกิจภายในประเทศให้กระจายไปสู่ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานในระดับพื้นที่ การยกระดับขีดความสามารถของวิสาหกิจในระดับท้องถิ่น การพัฒนาธรรมาภิบาลของระบบตลาด และการเสริมความเข้มแข็งและกำลังซื้อของผู้บริโภค เป็นต้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย “การจัดความยากจนตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน” จะเน้นในประเด็นการแก้ไขปัญหาค่าความยากจนด้านรายได้ ที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคีเครือข่าย ตลอดจนปัจเจกบุคคลในสังคม ซึ่งจะมีคุณค่ายิ่งต่อการพัฒนาเพื่อให้การจัดการการยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ด้วยความซับซ้อนและกว้างขวางของประเด็นทางนโยบายในเรื่องการจัดความยากจน คณะทำงานจึงได้คัดเลือกประเด็นที่เป็น “จุดคานงัด” ที่สำคัญ มาใช้ในการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะที่น่าเสนอเพื่อพิจารณาเป็นมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ นี้

๕. ข้อเสนอเพื่อให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๕ / ร่างมติ ๑ การการจัดความยากจนตามแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน

สมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕
พ.ศ. ๒๕๖๕

มติ

๑๕.๒



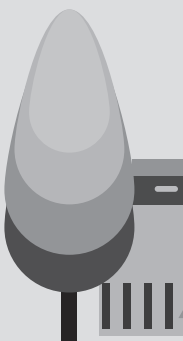
<https://rb.gy/rt6dqb>

การกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ มติ ๒
การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย
และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้โมเดล
เศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)



<https://rb.gy/4alxeo>

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Roadmap) มติ ๒



หน้า ๑๕.๒

การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการ ข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)



การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy : BCG Model)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สิบห้า ได้พิจารณารายงาน เรื่องการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy : BCG Model)

ตระหนักว่า ปัจจุบันประชากรในประเทศไทย มีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนอกจากจะส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีขึ้นแล้ว ยังสามารถลดระดับค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขของประเทศลงได้ “สุขภาพดีมีคุณค่าด้วยการออกกำลังกาย เล่นกีฬากิจกรรมทางกาย เพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจไทย”

รับทราบว่า การทำให้ประชากรในประเทศออกกำลังกายมากขึ้น จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญยิ่งในระดับประเทศ ทั้งในแง่การประหยัดค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุข และการเพิ่มผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่มีความท้าทายอย่างมากในการหาวิธีที่ทำให้ประชาชนไทยออกกำลังกายเพิ่มขึ้น รวมถึง การสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนไทยออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นวิถีชีวิตจึงต้องใช้เครื่องมือหลายรูปแบบ รวมถึงการวางกลยุทธ์ระยะสั้น ระยะยาว และการวัดผลอย่างต่อเนื่อง

ชื่นชม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีมติและร่วมกันขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ได้แก่ มติ ๕.๑ การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน มติ ๑๐.๑ การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ได้ทำให้มีการส่งเสริมให้คนไทยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ผ่านการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การจัดการความรู้ สร้างนวัตกรรมและการสื่อสารการพัฒนาความสามารถของคน องค์กร เครือข่ายการสร้างพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย มติ ๑๑.๑ การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาพะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน และมติ ๑๑.๓ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ

รับทราบว่า กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาได้พัฒนาแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติ การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมทางกายของประชาชนภายใต้ชื่อ “Calories Credit Challenge” หรือ CCC เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนศักยภาพการกีฬา และให้เป็นแพลตฟอร์มกลางที่เชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมทางกาย จากทุกหน่วยงานเพื่อเป็นฐานข้อมูลกลางพฤติกรรมออกกำลังกายของคนไทยทั่วประเทศ เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยกระตุ้น จูงใจให้ประชาชนทุกคนและทุกพื้นที่เห็นความสำคัญและอยากออกกำลังกายอย่างมีเป้าหมาย เป็นเครื่องมือ

ในการส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเพื่อพัฒนาตนเองและสิทธิประโยชน์ของการทำกิจกรรมต่าง ๆ กระตุ้นให้ทุกคนที่ออกกำลังกายอยู่แล้ว ให้ออกกำลังกายต่อเนื่อง และจูงใจดึงดูดคนที่ยังไม่ออกกำลังกาย ให้หันมาเริ่มออกกำลังกายให้เป็นวิถีชีวิตต่อไป

เห็นว่า การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในด้านการท่องเที่ยวเชิงกีฬา พร้อมทั้งสร้างจิตสำนึกให้กับ ผู้จัดกิจกรรมและผู้เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและกิจกรรมทางกาย ให้ความสำคัญ ของการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม ด้วยหลักกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างเสริมระบบสุขภาพ และ การจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพเอื้อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี มีความสอดคล้องและสนับสนุนการ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศภายใต้แนวคิด (BCG Economic Model) ซึ่งประกอบด้วย เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio-Economy) เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) และ เศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy)

เห็นว่า การเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมทางกายของประชาชน ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model เพื่อยกระดับอุตสาหกรรมการกีฬาและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว เพิ่มมูลค่า เศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืนแล้ว ยังเป็นเครื่องมือที่ดีในการประยุกต์ใช้ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้เกิด ประโยชน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการดูแลสุขภาพของบุคคล หน่วยงาน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้

จึงเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ดังนี้

ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันสนับสนุนและส่งเสริม ให้ประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เพื่อให้มีความปลอดภัย เข้าถึงการตรวจคัดกรองที่จำเป็นก่อนที่จะออกกำลังกาย มีการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา กิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางจิตใจ การใช้เวลาว่าง และมีการจัดแข่งขันกีฬา อย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกาย จิตใจ ทุกเพศสภาพและกลุ่มวัย โดยใช้แพลตฟอร์ม CCC (Calories Credit Challenge) เป็นเครื่องมือในการกระตุ้น จูงใจ ด้วยการสะสมปริมาณ แคลอรีที่ได้จากกิจกรรมต่าง ๆ และจัดเก็บเป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) สำหรับติดตาม ประเมินผลตามตัวชี้วัดที่ทันการณ์ โดยทุกคนสามารถเข้าถึงแพลตฟอร์มได้ง่าย หลายช่องทาง คำนึงถึงความเชื่อมโยงกับแพลตฟอร์มอื่น ๆ และความหลากหลายของอุปกรณ์ที่ประชาชน มีใช้อยู่จริง ส่งผลให้ประชาชนเกิดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและการออกกำลังกายที่มีผลต่อ สุขภาพตนเอง ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อ ลดการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายและเล่นกีฬา ลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข และเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนและสังคมโดยรวม ซึ่งเมื่อนำมาเชื่อมโยงกับแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ช่วยยกระดับอุตสาหกรรมการกีฬาและการท่องเที่ยว เพื่อเพิ่มมูลค่าทาง เศรษฐกิจของประเทศ พร้อมกับสร้างสุขภาพของประชาชน และสร้างสภาพแวดล้อมที่ เหมาะสมกับการออกกำลังกายอย่างยั่งยืน

โดยมีสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบาย ดังนี้

๑. ส่งเสริมและผลักดันให้หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมบูรณาการในการสร้างมาตรฐานของข้อมูลการออกกำลังกายในแพลตฟอร์มที่จัดเก็บข้อมูลกลาง ให้สามารถนำข้อมูลสถิติดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลและพัฒนาประเทศไทยได้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model

๒. สร้างและสนับสนุนพื้นที่รูปธรรมการขับเคลื่อนกิจกรรมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและกิจกรรมทางกาย ในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ทั้งในระดับบุคคลและเชิงพื้นที่

๓. สนับสนุนการออกกำลังกาย การจัดแข่งขันกีฬา และการท่องเที่ยวเชิงกีฬา ทั้งในกลุ่มเมืองหลักและเมืองรอง ที่เพิ่มมูลค่าการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจสร้างสรรค์ โดยการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่นได้มีส่วนร่วมและเกิดเป็นผลประโยชน์ร่วมกัน เพื่อสร้างรายได้และกระตุ้นเศรษฐกิจฐานรากให้ชุมชน

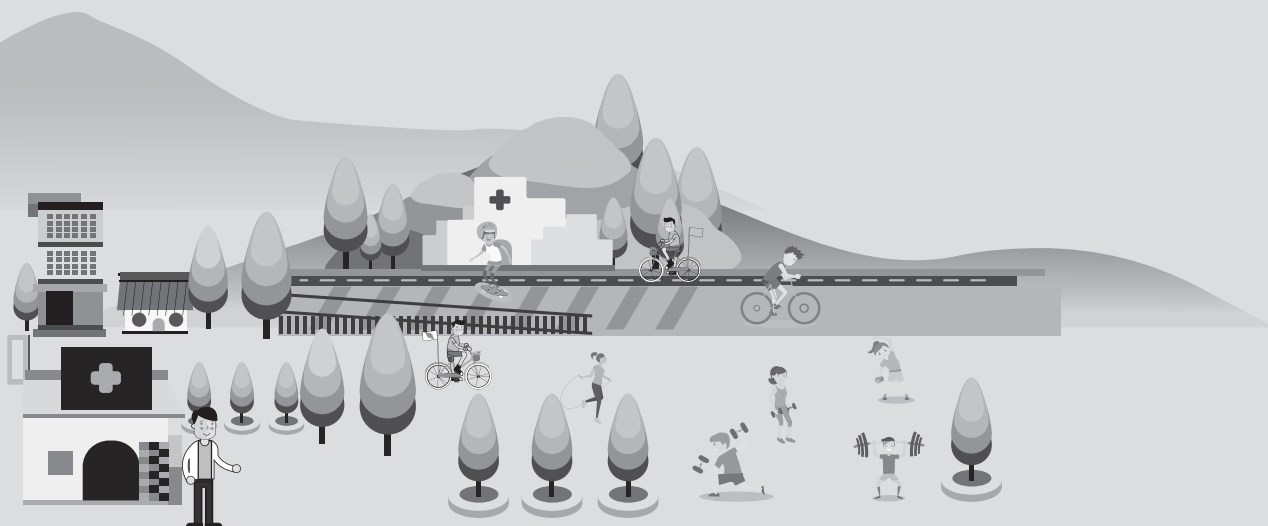
๔. ส่งเสริม สนับสนุนให้สถาบันการศึกษา ผู้ประกอบการ รวมถึงชุมชนท้องถิ่น ศึกษา วิจัย คิดค้น เพื่อสร้างนวัตกรรมในการพัฒนาสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการออกกำลังกายและเล่นกีฬา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสินค้าและบริการที่จับต้องได้

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย และสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบายของการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy : BCG Model ตามที่เสนอมา

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖

เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕
การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติ
การออกกำลังกาย และการเสริมทัพของประชาชน
(Calories Credit Challenge: CCC)
ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
(Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)



การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย
และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC)
ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy:
BCG Model)

๑. นิยามศัพท์

แพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) หมายถึง แพลตฟอร์มจัดเก็บข้อมูลการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมทางกายในรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้ประชาชนทุกช่วงวัยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพออกกำลังกายและเล่นกีฬาสม่ำเสมอ และเป็นวิถีชีวิต รวมทั้งมีระบบกระบวนการในการสร้างแรงจูงใจให้ของรางวัลในรูปแบบต่าง ๆ การร่วมบริจาคการช่วยเหลือสังคม

การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) หมายถึง แพลตฟอร์ม CCC ที่เชื่อมโยงแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (CCC x Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) เพื่อยกระดับอุตสาหกรรมท่องเที่ยวและการกีฬาเพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืนควบคู่ไปพร้อมกับการมีสุขภาพกายดี สุขภาพปัญญาดี การมีสังคมที่ดี และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

๒. ความสำคัญของปัญหา

ประชากรในประเทศไทยแนวโน้มมีการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ ๓๒๐,๐๐๐ คนต่อปีในประเทศไทย (ข้อมูล ณ ปี ๒๕๖๓) คิดเป็นร้อยละ ๗๕ ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด โดยมีสาเหตุจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ^๑ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถลดอุบัติการณ์ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอรวมถึงการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

^๑ กรมอนามัย. (๒๕๖๓). โครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: เอกสารอัดสำเนา.

สำคัญของ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเป็นวิถีชีวิต ตัวอย่างเช่น **ประเทศสหรัฐอเมริกา** ความพยายามที่จะส่งเสริมการใช้ชีวิตของพลเมืองให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นผ่านแพลตฟอร์ม LifeCoin ถือเป็นแอปพลิเคชันดูแลสุขภาพที่ติดตามก้าวเดินของผู้ใช้งานโดยมีโทเคนของ LifeCoin ที่สามารถนำไปแลกเปลี่ยนหรือใช้เป็นส่วนลดในการซื้อสินค้าและบริการต่างๆ ผู้ใช้งานแพลตฟอร์ม LifeCoin ยังมีสิทธิ์ในการลุ้นรับโทเคนผ่านการร่วมกิจกรรมและการเชิญชวนเพื่อนหรือครอบครัวให้เข้ามาใช้แอปพลิเคชัน โดยกลุ่มผู้ใช้งานที่ได้ทำการลงทะเบียนกับทางแอปพลิเคชันเท่านั้นที่จะสามารถแลกรับ LifeCoin ได้สูงสุด ๑๐ LifeCoin ต่อวัน ในส่วนของสมาชิกที่ลงทะเบียนฟรีจะได้รับ LifeCoin สูงสุดต่อวันเพียงแค่ 5 LifeCoin เท่านั้น ซึ่ง ๑ LifeCoin จะมียกเท่ากับก้าวเดินจำนวน ๑,๐๐๐ ก้าว^๕ **รัฐบาลของสิงคโปร์** ได้ร่วมมือกับ Fitbit เพื่อเสนอเครื่องมือติดตามการออกกำลังกายให้กับประชาชนโดยไม่มีค่าใช้จ่ายภายใต้โครงการสุขภาพแห่งชาติของประเทศ “Live Healthy SG”^๕ **สาธารณรัฐเกาหลี (เกาหลีใต้)** ได้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันในการส่งเสริมการออกกำลังกาย Cash walk ที่ใช้การนับจำนวนก้าวของผู้ใช้งานในแต่ละวันให้กลายเป็นแต้มสะสมเพื่อนำไปแลกเปลี่ยนอาหาร เครื่องดื่ม รวมไปถึงเครื่องสำอางแบรนด์ยอดนิยม^๖ **ประเทศญี่ปุ่น** ซึ่งเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก และมีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี ได้คิดค้นโครงการ Six-City-Partnership Smart Wellness Point Project โดยเป็นการใช้แอปพลิเคชันสะสมแต้มสุขภาพ โดยนับจากก้าวเดิน การลดลงของ BMI เป็นต้น โดยสามารถนำแต้มไปแลกของรางวัลมากที่สุดปีละ ๒๔,๐๐๐ เยน หรือประมาณ ๗,๖๘๐ บาท ซึ่งรูปแบบของการจูงใจให้ประชาชนมาออกกำลังกายโดยมีของรางวัล หรือสิทธิประโยชน์ต่างๆ นั้นสามารถจูงใจให้ผู้ที่ไม่สนใจในการออกกำลังกายมาเข้าร่วมโครงการจากผู้เข้าร่วมประมาณ ๑๒,๖๐๐ คน ร้อยละ ๗๖ เป็นผู้ที่ไม่สนใจการออกกำลังกาย เช่น ผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ (ไม่มีกลุ่มออกกำลังกาย) หรือผู้ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพ แต่ออกกำลังกายไม่เพียงพอ โครงการนี้แสดงให้เห็นว่าการให้สิ่งจูงใจแก่ผู้เข้าร่วมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมสามารถกระตุ้นให้เกิดการออกกำลังกายมากขึ้นและส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ที่ไม่สนใจการออกกำลังกายส่งผลให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและต่อเนื่อง^๗

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ข้างต้น หลายประเทศทั่วโลกต่างมีความตระหนักและมุ่งเน้นในเรื่องของการดูแลสุขภาพและพัฒนาสุขภาพและพลานามัยที่ดีของประชาชนเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชาติ ซึ่งเมื่อคนในชาติ

^๕ CryptoSiam. (๒๕๖๔). รวมแอป Exercise to earn ที่น่าสนใจไม่แพ้เกม P2E. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://cryptosiam.com/news/4-exercise-to-earn-apps-for-crypto-users>^๕ Hafner, M. et al. (2019). The economic benefits of a more physically active population: an international analysis. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

^๕ SINGSAVER TEAM. (๒๐๑๙). Live Healthy SG: What Is It and When Can Singaporeans Sign Up?. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.singsaver.com.sg/blog/live-healthy-sg-hpb-fitbit-partnership-to-improve-health-of-singaporeans>

^๖ INNO4TEACH. (๒๕๖๕). Cash Walk Korea Helps You Earn Money for Walking. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://inno4teach.com/community/profile/garlandf๓๑๓๐๑๑๔/>

^๗ Kume. (๒๐๑๗). Let's Enjoy Walking for the Benefits of Better Health -- Smart Wellness Point Project. สืบค้นเมื่อ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก https://www.japanfs.org/en/news/archives/news_id๐๓๕๕๔.html

มีคุณภาพดี ก็จะเป็นผู้ที่พัฒนาประเทศชาติให้มีความเข้มแข็งเจริญก้าวหน้าอย่างยั่งยืน ทั้งนี้จากการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งพบว่า หากมีการผลักดันให้คนในประเทศมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีขึ้นในจำนวนที่มากขึ้นจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ ๒ ด้าน ได้แก่ (๑) การเพิ่ม GDP ในประเทศด้วยการออกกำลังกายจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง ลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจะสามารถเพิ่ม GDP ของประเทศได้ร้อยละ ๐.๓ - ๑.๐ ต่อปี (๒) การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งการออกกำลังกายจะสามารถลดอาการเจ็บป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องได้ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง เป็นต้น จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นข้อมูลทางสถิติว่า การที่ประชาชนออกกำลังกายมากขึ้นจะสามารถลดค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขได้สูงมาก โดยในกรณีของประเทศไทยหากมีคนออกกำลังกายมากขึ้นจะสามารถลดค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของประเทศในปี ๒๕๖๘ ได้ประมาณ ๑,๓๐๐ ล้านบาท^๕

ดังนั้น การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรูปแบบการออกกำลังกาย และปัญหาในการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอของประชาชนควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีความตื่นตัวต่อการออกกำลังกาย เล่นกีฬา และกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจนเป็นวิถีชีวิต โดยทำให้ประชาชนทุกกลุ่มทุกช่วงวัยมีความรู้มีความเข้าใจกับการมีสุขภาพที่ดี และสนับสนุนให้เกิดการกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมและความต้องการของประชาชน ให้มีความตระหนักในการรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงและเป็นการพัฒนาการกีฬาของชาติต่อไป

๓. สถานการณ์และแนวโน้ม

ทิศทางการขับเคลื่อนศักยภาพการกีฬา ในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) จะมุ่งเน้นการส่งเสริมการใช้กิจกรรมกีฬาเป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนอย่างครบวงจร และมีคุณภาพมาตรฐานรวมทั้งการพัฒนาทักษะด้านกีฬาสู่ความเป็นเลิศและกีฬาเพื่อการอาชีพในระดับนานาชาติในการสร้างชื่อเสียงและเกียรติภูมิของประเทศชาติเพื่อรองรับอุตสาหกรรมกีฬา โดยแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นศักยภาพการกีฬา ประกอบด้วย ๓ แผนย่อย ได้แก่ ๑) การส่งเสริมการออกกำลังกาย และกีฬาขั้นพื้นฐานให้กลายเป็นวิถีชีวิตและการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ ๒) การส่งเสริมการกีฬาเพื่อพัฒนาสู่ระดับอาชีพ และ ๓) การพัฒนาบุคลากรด้านการกีฬาและนันทนาการ

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพในการขับเคลื่อนประเด็นแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติซึ่งทำหน้าที่ในการประสานและบูรณาการการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๑๔ ศักยภาพการกีฬาที่กำหนดเป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาพดีขึ้น มีน้ำใจนักกีฬา และมีวินัย เคารพกฎกติกามากขึ้นด้วยกีฬาโดยในประเด็นศักยภาพการกีฬาในแผนย่อยการส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาขั้นพื้นฐานให้กลายเป็นวิถีชีวิตและการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ โดยส่งเสริมให้เด็ก เยาวชน ประชาชนทั่วไป บุคคลกลุ่มพิเศษ และผู้ด้อยโอกาส มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการเล่นกีฬาบางชนิดที่มีความจำเป็นต่อทักษะ

^๕ Hafner, M. et al. (๒๐๑๙). The economic benefits of a more physically active population: an international analysis. Santa Monica, CA: RAND Corporation.

ในการดำรงชีวิต รวมทั้งการมีอิสระในการประกอบกิจกรรมนันทนาการตามความถนัดหรือความสนใจเฉพาะบุคคล และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวิถีชีวิตโดยมีเป้าหมายให้คนไทยออกกำลังกาย เล่นกีฬา และนันทนาการอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นและตัวชี้วัดประชาชนทุกภาคส่วนของประชากรทั้งหมด ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๗๐ รวมถึงการที่กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มุ่ง “สร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจ มีแนวคิดที่จะพัฒนาการท่องเที่ยวและกีฬาให้สะอาด สะดวก ปลอดภัย เป็นธรรม และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม” คือการมุ่งเน้นแนวคิด Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ส่งเสริมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาผ่านการท่องเที่ยวเชิงกีฬา (Sport Tourism) เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศตามแนวคิด Bio-Circular-Green Economy: BCG Model โดยมุ่งเน้นการสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจด้วยแนวคิดที่จะพัฒนาการท่องเที่ยวและกีฬามาเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการการท่องเที่ยวและการกีฬา เพื่อให้เกิดการผลักดันอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและกีฬาไทยอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีเป้าหมายสูงสุด คือการสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจผ่านการท่องเที่ยวและกีฬาอย่างยั่งยืน^๙

เพื่อดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาโดยสำนักปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาจึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการเล่นกีฬา การออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) เป็นแพลตฟอร์มกลางที่กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลการออกกำลังกาย และเล่นกีฬาจากทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) พฤติกรรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาของคนไทยทั่วประเทศ รวมทั้งข้อมูลกิจกรรมทางกาย และข้อมูลการออกกำลังกายระหว่างการเดินทางท่องเที่ยวพร้อมทั้งประมวลผลข้อมูลในรูปแบบ Dashboard สถิติการออกกำลังกายและเล่นกีฬาจำแนกตามพื้นที่ กลุ่มวัย และรูปแบบการออกกำลังกาย ทำให้สามารถติดตามประเมินผลเป็นรายพื้นที่และจะเป็นข้อมูลที่น่าไปสนับสนุนให้แม่นยำตรงเป้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมายประชากรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๗๐

แอปพลิเคชัน CCC เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยกระตุ้น จูงใจ ส่งเสริมให้ทุกคนอยากออกกำลังกายอย่างมีเป้าหมายด้วยการสะสมแคลอรีของตนเอง โดยที่ทุกองค์กรทุกหน่วยงานสามารถใช้ CCC ในการส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อพัฒนาตนเองและใช้ CCC Point เป็นเกณฑ์ในการให้ของรางวัลและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายให้ CCC เป็นเครื่องมือในการบูรณาการให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมร่วมกันส่งเสริมให้คนไทยออกกำลังกายและเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอเป็นวิถีชีวิตไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ในปี ๒๕๗๐ เช่น สะสมแคลอรีผ่านแอปพลิเคชัน CCC ภายใต้โครงการแสงนำใจไทยทั้งชาติ เดิน วิ่ง ปั่น ป้องกันอัมพาต ครั้งที่ ๘ เฉลิมพระเกียรติ โครงการรณรงค์เดิน-วิ่ง เพื่อสุขภาพกำลังพล ทอ. (Air Force Virtual Run x CCC)

^๙ สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (๒๕๖๔). แผนกลยุทธ์เพื่อการขับเคลื่อนการท่องเที่ยวสีขาวภายใต้โมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๕. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา.

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเป็นภาคส่วนที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยในปี ๒๕๖๒ ประเทศไทยมีรายได้จากการท่องเที่ยวสูงถึง ๓.๐๓ ล้านล้านบาท ก่อให้เกิดการจ้างงานภายใน ระบบถึง ๔,๓๖๖,๓๙๒ คน^{๑๐} ในขณะที่เดียวกันความสามารถในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวของประเทศไทยปรากฏชัด จากผลการจัดอันดับ Travel and Tourism Competitiveness Index ในปี ๒๐๑๙ โดย World Economic Forum ได้จัดให้ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ ๓๑ จาก ๑๔๐ ประเทศทั่วโลก

อย่างไรก็ตาม การเจริญเติบโตด้านการท่องเที่ยวในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญจนเกิดกระแสความกังวลจากภาคส่วนต่างๆ นำไปสู่การมุ่งเน้น ที่จะปรับทัศนคติต่อแนวทางในการพัฒนาการท่องเที่ยวไปสู่เป้าหมายที่เน้นเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณเพื่อให้เกิดการพัฒนาการท่องเที่ยวอย่างสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องตามแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs) โดยสะท้อนผ่านแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ และแผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ที่ล้วนมุ่งให้เกิดการท่องเที่ยวที่ยั่งยืน กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาในฐานะหน่วยงานหลัก ในการขับเคลื่อนการพัฒนาการท่องเที่ยวของประเทศไทยได้ตระหนักในความสำคัญของการมุ่งเน้นการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทั้งในเชิงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เชิงนโยบายทั้งระดับสากลและระดับชาติ รวมไปถึงตอบสนองต่อกระแสนิยมนักท่องเที่ยวสมัยใหม่ที่มีความสำคัญกับการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ การพัฒนาการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะสร้างประโยชน์ทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้กับประเทศไทย ส่วนของภาคการท่องเที่ยวมีบทบาทอย่างสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศตามโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) โดยในด้านอุปทาน (Supply Side) ผู้ประกอบการสามารถปรับตัวและนำโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) มาใช้เป็นแนวทางในการผลิตสินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยวและในด้านอุปสงค์ (Demand Side) การท่องเที่ยวสามารถสร้างอุปสงค์ในระบบเศรษฐกิจ Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ผ่านการบริโภคของนักท่องเที่ยว^{๑๑}

นอกจากนั้น การให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศโดยนำ Bio-Circular-Green Economy: BCG Model เข้ามาใช้ ซึ่งประกอบด้วย เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio-Economy) เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) และเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) ยังคงเป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญที่ผนวกกับการใช้แพลตฟอร์มเชื่อมโยง และบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในด้านการท่องเที่ยวเชิงกีฬาอย่างยั่งยืน ไปพร้อมกับการมีสุขภาพที่ดี การมีสังคมที่ดี การมีสิ่งแวดล้อมที่ดี อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้ผู้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายและกีฬาที่มีคุณภาพตามแนวคิด Bio-Circular-Green Economy: BCG Model พร้อมทั้งสร้างจิตสำนึกให้กับ

^{๑๐} สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (๒๕๖๓). รายงานสรุปการจัดทำบัญชีประชาชาติด้านการท่องเที่ยว โครงการพัฒนาและจัดทำบัญชีประชาชาติด้านการท่องเที่ยว (Tourism Satellite Account: TSA). กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา.

^{๑๑} สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (๒๕๖๔). แผนกลยุทธ์เพื่อการขับเคลื่อนการท่องเที่ยวสีเขียวภายใต้โมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๕. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา.

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย และเล่นกีฬาให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ การสร้างผู้จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมทางกายที่ดีมีเกณฑ์มาตรฐานและเป็นมิตร กับสิ่งแวดล้อม จะเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือในการกระตุ้นให้นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติได้มาท่องเที่ยว ในพื้นที่จังหวัดที่มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น

โมเดลเศรษฐกิจ BCG ในมิติด้านการท่องเที่ยว

Bio Economy ในมิติด้านการท่องเที่ยว คือ การท่องเที่ยวที่เน้นการอนุรักษ์ธรรมชาติ การนำทุน ธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพมาสร้างคุณค่าและรายได้ให้กับกลุ่มสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่เป็น อัตลักษณ์ของท้องถิ่นชุมชน ตลอดจนทัศนียภาพที่สวยงามของพื้นที่ วิถี ทัศน ัตว์หายาก รวมถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่น การท่องเที่ยวชีวภาพเป็นการตลาดแบบ Outside In คือ การสร้างหรือสื่อสาร ความน่าสนใจของพื้นที่ชุมชนและดึงดูดให้คนภายนอกเข้ามาสัมผัสเยี่ยมชมสถานที่ วิถีชุมชน เลือกชมสินค้า และบริการทำให้สินค้าจากภูมิปัญญาและทรัพยากรชีวภาพมีปริมาณและมูลค่าเพิ่มขึ้น รวมทั้งสินค้าประเภท บริการที่สร้างเศรษฐกิจให้กับชุมชนได้ เมื่อชุมชนมีรายได้จากทรัพยากรในท้องถิ่นตนเองก็จะกระตุ้นให้ชุมชน แบ่งผลกำไรหรือรายได้มาทำกิจกรรมอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติให้มีความยั่งยืน

Circular Economy ในมิติด้านการท่องเที่ยว คือ การวางแผนใช้ทรัพยากรของผู้ประกอบการ ด้านการท่องเที่ยว อาทิ การบริการโรงแรมและที่พัก การบริการอาหารและเครื่องดื่ม การขนส่งผู้โดยสารทาง อากาศเพื่อให้ทรัพยากรดังกล่าวสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมและนำกลับมาใช้ใหม่ได้ เช่น ส่งเสริมการใช้ซ้ำ และลดของเหลือทิ้งในปริมาณที่ต่ำที่สุด การให้ความสำคัญกับการจัดการของเสียจากการผลิตและบริการ ทั้งระบบ เป็นต้น

Green Economy ในมิติด้านการท่องเที่ยว คือ การดำเนินกิจกรรมการท่องเที่ยวอย่างสมดุลทั้ง ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการท่องเที่ยวไปสู่ความยั่งยืน

ตามนโยบายการส่งเสริมการท่องเที่ยวและกีฬา (Sport and Tourism) การท่องเที่ยวเชิงกีฬาเป็นส่วนหนึ่งของการท่องเที่ยวเชิงธุรกิจ การท่องเที่ยวเน้นคุณค่าและความยั่งยืน มีจุดเด่นด้านการท่องเที่ยว รูปแบบเฉพาะ กิจกรรมหลากหลายเพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวคุณภาพ มีรายได้จากการท่องเที่ยวกระจายสู่เมือง รอบ ชุมชน และผู้ประกอบการรายย่อย และสามารถใช้ในการจัดการแข่งขันกีฬา นันทนาการ มาเป็นเครื่องมือ ในการดึงดูดและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสุขภาพเพื่อเพิ่มคุณค่าและมูลค่าของเศรษฐกิจของประเทศ^{๑๒}

สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ในฐานะหน่วยงานที่มีภารกิจในการพัฒนาและส่งเสริม อุตสาหกรรมกรท่องเที่ยว อุตสาหกรรมกรกีฬา และการส่งเสริมการออกกำลังกายของคนในประเทศได้ เล็งเห็นถึงความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมการออกกำลังกายและเล่นกีฬา รวมถึงการ ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงกีฬาให้เป็นนโยบายสาธารณะ จึงพัฒนาข้อเสนอประเด็น “การขับเคลื่อน แพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Bio-Circular-Green Economy: BCG Model” โดยใช้เครื่องมือ “สมัชชาสุขภาพ” เป็นกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะต่อไป

^{๑๒} กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. (๒๕๖๕). นโยบายกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. สืบค้นเมื่อ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER065/GENERAL/DATA๐๐๐๐/๐๐๐๐๓๕๖.PDF>

ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ สมัชชาสุขภาพ คือ กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เน้นให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามาทำงานด้วยกันตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้น “สร้างนำซ่อม” ซึ่งมี “(ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.” เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และในมาตรา ๒๕(๓) และมาตรา ๔๑ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฯ ได้กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยที่ผ่านมา มี ๔ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีความสอดคล้องกับการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย การเล่นเกมกีฬา และการทำกิจกรรมทางกายของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) คือ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๕๕ การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวันมุ่งเน้นให้เกิดการสร้างความตระหนักและร่วมกันสร้างระบบและโครงสร้าง การเดินทางและใช้จักรยานเดินทางในระยะทางสั้น ๆ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๖๐ การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ได้แก่ การสร้างความรู้ ความเข้าใจ การจัดการความรู้ สร้างนวัตกรรมและการสื่อสารการพัฒนาความสามารถของคน องค์กร เครือข่าย การสร้างพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๖๑ การร่วมสร้างสรวงศ์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาพะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน (Co-Creating Public Spaces for Healthy Cities Towards Sustainable Development) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Health Literacy for NCDs Prevention and Management)

การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย การเล่นเกมกีฬาและ กิจกรรมทางกายของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) สอดคล้องกับปรัชญาและแนวคิดหลักในการสร้างเสริมระบบสุขภาพที่ระบุไว้ใน (ร่าง) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ตามสาระสำคัญของว่าด้วยการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/ เอกชน การทำสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศให้เอื้อ (Enabling and Empowering Environment/Ecosystem) ต่อการมีสุขภาพดี โดยการสร้างเสริมสุขภาพที่รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ หรือปัจจัยที่กำหนดสุขภาพด้านอื่น ๆ เพื่อเอื้อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี และการให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพ มนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับ ทั้งในด้านทักษะต่าง ๆ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) ความรอบรู้ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Literacy) และด้านการพัฒนาศักยภาพคนสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม (Active Citizen) เพื่อให้ประชาชน ชุมชน และสังคมมีความรู้เท่าทัน ตระหนักรู้ในสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ สามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเป็นพลเมืองที่มีความร่วมรับผิดชอบ ต่อสังคมในด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ประชาชนต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ สามารถเข้ามามีบทบาทได้รับการสนับสนุน และปฏิบัติอย่างภาคภูมิใจ

ดังนั้น การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย การเล่นเกมกีฬา และการทำกิจกรรมทางกายของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) จึงเป็นเครื่องมือที่ดีในการส่งเสริมระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยนำเรื่องการออกกำลังกาย การเล่นเกมกีฬา และกิจกรรมทางกายมาเป็นเครื่องมือในการเชื่อมโยงให้เกิดเศรษฐกิจใหม่เพื่อยกระดับอุตสาหกรรมท่องเที่ยวและอุตสาหกรรมกีฬาเพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจของประเทศอย่างยั่งยืน

๔. นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เป็นกลไกที่สำคัญในการแปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินงานของภาคีการพัฒนาที่เกี่ยวข้องสามารถสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติตามกรอบระยะเวลาที่คาดหวังไว้ได้ โดยในการกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๓ ให้ประเทศสามารถก้าวข้ามความท้าทายต่างๆ เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ตามเจตนารมณ์ของยุทธศาสตร์ชาติ โดยในประเด็นการพัฒนา ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการ ข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) จะมีความเชื่อมโยงกับหมุดหมายการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ หมุดหมายที่ ๒ ไทยเป็นจุดหมายของการท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน ซึ่งเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน ที่มุ่งเน้นการสร้างควมหลากหลายด้านการท่องเที่ยว รักษาการเป็นจุดหมายปลายทางที่สำคัญของการท่องเที่ยวระดับโลกที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวทุกระดับ และเพิ่มสัดส่วนของนักท่องเที่ยวที่มีคุณภาพสูง และหมุดหมายที่ ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง ซึ่งเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์ ด้วยการจัดทำฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประเทศ โดยสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการทำข้อตกลงร่วมกันที่จะใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และแพลตฟอร์มกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงานภาครัฐให้สามารถใช้ร่วมกันได้ โดยคำนึงถึงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล^{๑๓}

๔.๑ แผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐

ปัจจุบันกระแสของการเปลี่ยนแปลงจากเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Disruption) ต่อการให้บริการและการดำเนินธุรกรรมต่างๆ มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน และการประกอบกิจการต่างๆ มากยิ่งขึ้นอย่างก้าวกระโดด ดังจะเห็นได้จากผลสำรวจจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยมีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตมากถึง ร้อยละ ๖๙.๕ เมื่อเทียบกับประชากรทั้งประเทศและเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกที่มีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย ร้อยละ ๕๙.๕ จากการสำรวจผ่านรายงาน Digital2021 Global Overview Report^{๑๔} ที่ได้มีการรายงานจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตบรรดแบนด์ผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่อยู่ในระดับสูง ซึ่งทำให้สัดส่วนของการดำเนินธุรกรรมผ่านช่องทางออนไลน์ การชำระค่าสินค้าและบริการ การซื้อสินค้าและบริการ การสั่งอาหารรวมถึงการรับบริการจากภาครัฐในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น^{๑๕} จากบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่กล่าวมานี้ ทำให้ภาครัฐเล็งเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้

^{๑๓} ราชกิจจานุเบกษา. (๒๕๖๕). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม ๑๓๙

^{๑๔} Marketeeronline. (๒๕๖๔). Internet User ในประเทศไทย ๒๕๖๔ ผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตไทยมากแค่ไหนเมื่อเทียบกับโลก. สืบค้นเมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://marketeeronline.co/archives/208372>

^{๑๕} นักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล. (๒๕๖๔). ความเป็นมาแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของ ประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๕. สืบค้นเมื่อ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕, จาก <https://www.dga.or.th/policy-standard/policy-regulation/dga-๐๑๙/dga-๐๒๔/dga-๐๒๗/>

หน่วยงานภาครัฐ ซึ่งรวมทั้งการให้บริการ และกระบวนการทำงานให้อยู่ในรูปแบบดิจิทัล (Digital Transformation) เพื่อรองรับกับพฤติกรรมและสถานการณ์ในความต้องการรับบริการผ่านช่องทางออนไลน์ของประชาชน และภาคธุรกิจมากยิ่งขึ้น ซึ่งการที่จะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบนี้เป็นรูปธรรม รัฐบาลจึงได้มีการตราพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านช่องทางดิจิทัล พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งได้มีการกำหนดให้มีการจัดทำแผนพัฒนาารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทยเพื่อรองรับการดำเนินการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการและการทำงานของภาครัฐ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ด้วยเหตุนี้ สำนักงานพัฒนาารัฐบาลดิจิทัลจึงได้ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย ๒๕๖๖-๒๕๗๐ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก ๓ ประการ ได้แก่ (๑) เพื่อพัฒนาบริการของรัฐที่มีประสิทธิภาพมีคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับของประชาชน พร้อมสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (๒) เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐบาลนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการ (๓) เพื่อเป็นกรอบแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐจัดทำแผนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. ๒๕๖๒ และสร้างความต่อเนื่องในการพัฒนาารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย

โดยแผนพัฒนาารัฐบาลดิจิทัลได้มุ่งยกระดับภาครัฐไทยสู่เป้าหมายการให้บริการที่ตอบสนองประชาชนและลดความเหลื่อมล้ำ การเพิ่มความสามารถและศักยภาพในการแข่งขันของภาคธุรกิจ การสร้างความโปร่งใส ที่เน้นการเปิดเผยข้อมูลแก่ประชาชนโดยไม่ต้องร้องขอและการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน และการเป็นภาครัฐที่ปรับตัวทันการณ์ ซึ่งแผนได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ไว้ ๔ ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาบริการที่สะดวกและเข้าถึงง่าย ยุทธศาสตร์ที่ ๒ สร้างมูลค่าเพิ่มและอำนวยความสะดวกแก่ภาคธุรกิจ ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยกระดับการเปลี่ยนผ่านดิจิทัลภาครัฐ เพื่อการบริหารงานที่ยืดหยุ่น คล่องตัว และขยายสู่หน่วยงานภาครัฐระดับท้องถิ่น^{๑๖}

๔.๒ นโยบายเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

องค์การสหประชาชาติให้ความสนใจเรื่องการพัฒนาอย่างยั่งยืนมาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๕ โดยมีการจัดการประชุมเรื่องสิ่งแวดล้อมในระดับโลกขึ้นเป็นครั้งแรกที่กรุงสตอกโฮล์ม ประเทศสวีเดน และในปี ๒๕๒๖ ได้จัดตั้งคณะกรรมการโลกในเรื่องสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (World Commission on Environment and Development) เพื่อทำการศึกษารายงานเรื่องการพัฒนาอย่างยั่งยืนระหว่างสิ่งแวดล้อมกับการพัฒนา และต่อมาได้เผยแพร่เอกสารชื่อ Our Common Future เรียกร้องให้ชาวโลกเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่ฟุ่มเฟือย เพื่อให้มีการพัฒนาที่ปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อม เอกสารฉบับนี้มีส่วนสำคัญต่อการประชุมสุดยอดของโลก หรือ The Earth Summit ที่กรุงริโอเดอจาเนโร ประเทศบราซิล เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งในการประชุมครั้งนั้นมีหนังสือประกอบการประชุมเล่มหนึ่งที่เรียกว่า Brundtland Report ได้ให้คำจำกัดความว่าการพัฒนาที่ยั่งยืนไว้ดังนี้ “การพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นการพัฒนาที่ตอบสนองความจำเป็นของคนยุคปัจจุบันโดยไม่ลดขีดความสามารถ ในการตอบสนองความจำเป็นของคนยุคต่อไป”^{๑๗} แผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนา

^{๑๖} สำนักงานพัฒนาารัฐบาลดิจิทัล. (๒๕๖๕). (ร่าง) แผนพัฒนาารัฐบาลดิจิทัลของ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐. สืบค้นเมื่อ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕, จาก <https://www.dga.or.th/wp-content/uploads/๒๐๒๒/๐๘/ร่างแผนพัฒนาารัฐบาลดิจิทัล-๖๖-๗๐-V๕.๓.๑.pdf>

^{๑๗} Dai, J., & Menhas, R. (๒๐๒๐). Sustainable development goals, sports and physical activity: the localization of health-related sustainable development goals through sports in China: a narrative review. Risk management and healthcare policy, ๑๓, ๑๔๑๙.

ที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand's SDG Roadmap) โดยในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนแล้ว ยังต้องมีการดำเนินการทั้งในระดับประเทศ ระดับชุมชน และท้องถิ่นที่เข้มแข็ง โดยมีแผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand's SDG Roadmap) ผ่านการจัดกลุ่มจังหวัดเป็น ๔ ระดับ จำแนกตามระดับการพัฒนา ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ เป็นพื้นที่/จังหวัดที่มีความเหลื่อมล้ำสูง ยังขาดความพร้อมและต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเร่งด่วน กลุ่มที่ ๒ เป็นพื้นที่/จังหวัดที่มีศักยภาพแต่ยังมีข้อจำกัดในการพัฒนา กลุ่มที่ ๓ เป็นพื้นที่/จังหวัดที่มีศักยภาพและพร้อมที่จะพัฒนา และกลุ่มที่ ๔ เป็นพื้นที่/จังหวัดที่มีความเข้มแข็ง และพร้อมขยายผลไปภายนอก ซึ่งในแผนดังกล่าวจะครอบคลุมการดำเนินการใน ๖ ด้านหลัก ได้แก่ (๑) การสร้างการตระหนักรู้ (๒) การเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนกับแผน ๓ ของระดับประเทศ (๓) กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน (๔) การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (๕) ความร่วมมือกับภาคีการพัฒนา และ (๖) การติดตามประเมินผล การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดย กพย. ได้มอบหมายให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในฐานะสำนักงานเลขานุการของ กพย. ให้ดำเนินการตามแผนการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ต่อไป

การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในช่วง ๑๐ ปีต่อจากนี้ ซึ่งสหประชาชาติได้กำหนดให้เป็น “ทศวรรษแห่งการดำเนินการอย่างจริงจัง” หรือ “Decade of Action” จะต้องให้ความสำคัญในหลายประเด็น โดยมุ่งให้เกิดผลลัพธ์เชิงประจักษ์ อันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติส่วนร่วม โดยมีข้อเสนอแนะการดำเนินการที่สำคัญ^{๑๔} ได้แก่ บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลเป็นรูปธรรมภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่จำกัด การพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางและระบบการติดตามประเมินผลให้มีมาตรฐานสากล โดยเฉพาะการจัดเก็บข้อมูลแบบจำแนกแยกประเภท และข้อมูลที่สามารถสะท้อนบริบทการพัฒนาของประเทศได้อย่างครอบคลุม โดยนำใช้เทคโนโลยีการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนการเชื่อมโยงฐานข้อมูลทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนให้มีการออกแบบนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมและบูรณาการบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันต่อสถานการณ์มากยิ่งขึ้น

๔.๓ ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนประเทศไทยด้วยโมเดลเศรษฐกิจ BCG พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๗๐

โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) เป็นการพัฒนาเศรษฐกิจแบบองค์รวมที่จะพัฒนาเศรษฐกิจ ๓ มิติ ไปพร้อมกัน ได้แก่ เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy) ระบบเศรษฐกิจชีวภาพมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรชีวภาพเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่ม โดยเน้นการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์มูลค่าสูงเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) คำนึงถึงการนำวัสดุต่าง ๆ กลับมาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด และทั้ง ๒ เศรษฐกิจนี้อยู่ภายใต้เศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) ซึ่งเป็นการพัฒนาเศรษฐกิจที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการพัฒนาเศรษฐกิจเท่านั้น แต่ต้องพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาสังคมและการรักษาสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลให้เกิดความมั่นคงและยั่งยืนไปพร้อมกัน โดยเปลี่ยนข้อได้เปรียบที่ไทยมีจาก

^{๑๔} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๖๔). รายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

ความหลากหลายทางชีวภาพและวัฒนธรรมให้เป็นความสามารถในการแข่งขันด้วยนวัตกรรม เพื่อให้เกิด Bio-Circular-Green Economy: BCG Model ที่เติบโตแข่งขันได้ในระดับโลก เกิดการกระจายรายได้ลงสู่ ชุมชน ลดความเหลื่อมล้ำ ชุมชนเข้มแข็ง มีความเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยหลักในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วนให้ไปโดยมีเอกภาพและมีพลังแต่ละภาคส่วนจะให้ความสำคัญกับทั้งการแข่งขันได้ในระดับโลกและการส่งต่อผลประโยชน์สู่ชุมชน และขับเคลื่อนโดยกลไกการทำงานแบบจตุภาคี (Quadruple Helix) ผ่านการผสมผสานพลังภาคเอกชน ภาครัฐ มหาวิทยาลัย และชุมชน รวมทั้งการใช้ประโยชน์จากพันธมิตรความร่วมมือในระดับโลก^{๑๙}

๔.๓.๑ ระบบเศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy)

เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio Economy) เป็นระบบเศรษฐกิจที่นำความรู้และนวัตกรรม โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์ชีวภาพมาช่วยพัฒนาต่อยอด สร้างมูลค่าเพิ่มจากทรัพยากรชีวภาพและผลผลิตทางเกษตร ให้เป็นสินค้าและบริการที่ใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ เช่น การเกษตรและอาหาร สุขภาพการแพทย์และพลังงาน ให้มีความสมดุลทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, ๒๕๖๔)^{๒๐} โดยที่คำว่าเศรษฐกิจชีวภาพได้กลายมาเป็นคำศัพท์ที่ได้รับความนิยมแพร่หลายไปทั่วโลกในไม่กี่ปีที่ผ่านมา จากในรายงาน Bio-Economia Argentina ที่ออกในปี ค.ศ. ๒๐๑๗ ซึ่งได้ระบุว่าเศรษฐกิจชีวภาพ (Bio-Economy) หรือ เศรษฐกิจฐานชีวภาพ (Bio Based Economy) คือ ระบบเศรษฐกิจที่รวมเอาทั้งการผลิตสินค้า บริการ และการใช้ประโยชน์สิ่งเหล่านี้ โดยอาศัยทรัพยากร กระบวนการ และหลักการต่าง ๆ ทางชีววิทยา ขณะที่ในปี ๒๐๑๒ คณะกรรมาธิการยุโรป (Europe Commission) ได้เน้นย้ำว่าเศรษฐกิจชีวภาพ เป็นการผลิตทรัพยากรชีวภาพที่หมุนเวียนได้ให้เป็นผลิตภัณฑ์ที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้น เช่น อาหารคน อาหารสัตว์ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ เช่น พลังงานชีวภาพ (Bioenergy) จากการประชุมสุดยอดเศรษฐกิจชีวภาพโลก (Global Bioeconomy Summit) ในช่วงปลายปี ค.ศ. ๒๐๑๕ ได้ข้อสรุปแนวโน้มที่สำคัญประการหนึ่งคือ การที่จะไปให้ถึงเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ (UN Sustainable Development Goals) ทั้ง ๑๗ ข้อ ในปี ค.ศ. ๒๐๓๐ ได้นั้น จำเป็นจะต้องมีการนำเอาเรื่องเศรษฐกิจชีวภาพเข้ามาบูรณาการในนโยบายแผนกลยุทธ์และแผนการทำงานด้วย^{๒๑}

๔.๓.๒ ระบบเศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy)

เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) เป็นระบบอุตสาหกรรมที่วางแผนและออกแบบมาเพื่อคืนสภาพหรือให้ชีวิตใหม่แก่วัสดุต่าง ๆ ในวงจรชีวิตผลิตภัณฑ์ แทนที่จะทิ้งไปเป็นขยะเมื่อสิ้นสุดการบริโภคโดยจะนำวัสดุที่เป็นองค์ประกอบของผลิตภัณฑ์เหล่านั้นกลับมาสร้างคุณค่าใหม่ หมุนเวียนเป็นวงจรต่อเนื่องโดยไม่มีของเสีย นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสร้างความสมดุลในการดึง

^{๑๙} สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (๒๕๖๔). โมเดลเศรษฐกิจใหม่ BCG. สืบค้นเมื่อ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕. จาก <https://www.bcg.in.th/bcg-by-nstda/>

^{๒๐} สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (๒๕๖๔). เศรษฐกิจสีเขียว GREEN ECONOMY. สืบค้นเมื่อ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕. จาก <https://www.bcg.in.th/bioeconomy/>

^{๒๑} สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (๒๕๖๖). เศรษฐกิจชีวภาพ. ปทุมธานี: สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ.

ทรัพยากรธรรมชาติมาใช้งานใหม่ ควบคู่ไปกับการสร้างระบบและการออกแบบที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดผลกระทบภายนอกเชิงลบ ปัจจุบันจะเห็นได้ถึงเศรษฐกิจหมุนเวียนที่มีการใช้พลังงานทดแทน หรือการจัดการใช้เคมีภัณฑ์ที่เป็นพิษซึ่งเป็นอุปสรรคของการนำวัสดุต่าง ๆ มาใช้อีกครั้ง รวมไปถึงการออกแบบวัสดุ ผลิตภัณฑ์ ระบบ และโมเดลทางธุรกิจในรูปแบบใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิมเพื่อทำให้เกิดนวัตกรรม ในขณะที่เศรษฐกิจเส้นตรง (Linear Economy) มีการดึงทรัพยากรธรรมชาติออกมาใช้ในจำนวนมหาศาลก่อนจะนำทรัพยากรเหล่านั้นมาผ่านกระบวนการผลิต ขายให้ลูกค้าได้นำไปใช้งาน ซึ่งเมื่อผลิตภัณฑ์หมดประโยชน์แล้วก็ทิ้งกลายเป็นขยะไป ดังนั้น ภาคเศรษฐกิจจึงต้องปฏิวัติโมเดลธุรกิจจากขับเคลื่อนเศรษฐกิจแบบเส้นตรงมาสู่รูปแบบเศรษฐกิจหมุนเวียนที่นำทรัพยากรใช้แล้วกลับมาผลิตใช้ใหม่เพื่อแก้วิกฤตการณ์ขาดแคลนทรัพยากรที่กำลังเกิดขึ้นและก่อให้เกิดการเติบโตอย่างยั่งยืน^{๒๒}

๔.๓.๓ ระบบเศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy)

เศรษฐกิจสีเขียว (Green Economy) เป็นรูปแบบการพัฒนาเศรษฐกิจที่เข้ามาแก้ปัญหาโลกที่กำลังเผชิญกับความเสียหายจากการเพิ่มขึ้นของประชากรโลกที่นำไปสู่ความต้องการที่เพิ่มขึ้นทั้งด้านอาหารและพลังงาน พื้นที่ทำการเกษตรและที่อยู่อาศัย การสร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลืองทำให้ทรัพยากรลดจำนวนลงไปมาก บางส่วนเสื่อมโทรม มีการปล่อยของเสียออกสู่สิ่งแวดล้อมเป็นจำนวนมากเกินความสามารถของโลกที่จะรองรับได้ ดังนั้นเศรษฐกิจที่พัฒนาด้วยการคำนึงถึงความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมและตระหนักถึงคุณค่าลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก และการกระจายความมั่งคั่ง อย่างทั่วถึงจึงเป็นเศรษฐกิจที่ทุกประเทศต้องนำไปเป็นแนวทางพัฒนา^{๒๓}

๔.๔ แผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐)

ในแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เป็นแผนของชาติที่จัดทำขึ้นโดยมีกฎหมายรองรับ คือ พระราชบัญญัตินโยบายการกีฬาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ หรืออาจกล่าวได้ว่า ถือเป็นแผนที่จัดทำขึ้นตามกฎหมายจึงมีสภาพบังคับต่อส่วนราชการหรือหน่วยงานที่ระบุให้เป็นหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีหน้าที่ดำเนินงานตามภารกิจที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ โดยจะต้องจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาการกีฬาเพื่อรองรับแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติและปฏิบัติการให้เป็นไปตามแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของบทบัญญัติ ตามมาตรา ๓๕ ของพระราชบัญญัตินโยบายการกีฬาแห่งชาติ โดยในแผนพัฒนาการกีฬาแห่งชาติ ฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ประกอบไปด้วยสาระสำคัญของประเด็นในการพัฒนา ๕ ประเด็นพัฒนา ดังนี้

ประเด็นการพัฒนาที่ ๑: การส่งเสริมและพัฒนาการออกกำลังกายและกีฬาขั้นพื้นฐานเพื่อให้เด็กและเยาวชนทุกคนเกิดการรับรู้และความตระหนักในการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการทำกิจกรรมทางกายอย่างถูกต้อง รู้กฎและกติกา มีทัศนคติที่ดี มีระเบียบวินัยและน้ำใจนักกีฬา รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมกีฬาและการแข่งขันกีฬาตามความถนัดหรือความสนใจเฉพาะบุคคล เพื่อให้เด็ก

^{๒๒} รติมา คชนันท์ (๒๕๕๘). เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy). สืบค้นเมื่อ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕, จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?id=๕๕๐๒๔&filename=house๒๕๕๘

^{๒๓} สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (๒๕๖๔). เศรษฐกิจสีเขียว GREEN ECONOMY. สืบค้นเมื่อ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕, จาก <https://www.bcg.in.th/green-economy/>

เยาวชนเกิดความต้องการในการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการทำกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี รวมถึงสามารถพัฒนาการเล่นกีฬาเพื่อการต่อยอดสู่ความเป็นเลิศได้

ประเด็นการพัฒนาที่ ๒: การส่งเสริมและพัฒนาการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อมวลชนให้เป็นวิถีชีวิต เพื่อสร้างการรับรู้ ความตระหนัก ความต้องการ และส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่ม (ประชาชนทั่วไป ผู้พิการ บุคคลกลุ่มพิเศษ และผู้ด้อยโอกาส) มีการออกกำลังกายและเล่นกีฬาให้เป็นวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรง ลดอัตราการป่วยของประชาชนทุกกลุ่มในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยมีการปลูกฝังค่านิยมกีฬาในประชาชนทุกกลุ่ม ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน สถานที่ออกกำลังกาย และสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการทำกิจกรรมทางกายของประชาชนทุกกลุ่ม

ประเด็นการพัฒนาที่ ๓: การส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาเพื่อความเป็นเลิศและกีฬาเพื่อการอาชีพ ส่งเสริมความต้องการพัฒนาศักยภาพของนักกีฬา รวมทั้งนักกีฬาคนพิการเพื่อความเป็นเลิศ การสร้างและการพัฒนานักกีฬาของชาติให้ประสบความสำเร็จในการแข่งขันในระดับต่าง ๆ รวมถึงการส่งเสริม การพัฒนาต่อยอดนักกีฬาที่มีความเป็นเลิศไปสู่การมีอาชีพทางการกีฬาที่ยั่งยืน โดยจัดให้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ศูนย์ฝึกกีฬาและสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อพัฒนาศักยภาพของนักกีฬาทั้งนักกีฬาคนปกติ และนักกีฬาคนพิการ รวมทั้งการสนับสนุนการยกระดับกีฬาเพื่อความเป็นเลิศและกีฬาเพื่อการอาชีพให้เข้าสู่มาตรฐานสากล

ประเด็นการพัฒนาที่ ๔: การส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรด้านการกีฬา พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ด้านการกีฬาเพื่อรองรับกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มในวงใช้อุปทานของการกีฬา ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ โดยพัฒนาหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานสำหรับการยกระดับสมรรถนะของบุคลากรด้านการกีฬาทุกกลุ่ม ครอบคลุม ครูผู้สอนพลศึกษา อาสาสมัครทางการกีฬา ผู้ฝึกสอนกีฬา ผู้ตัดสินกีฬา ผู้บริหารการกีฬา และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา รวมทั้งบุคลากรการกีฬาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอุตสาหกรรมกีฬา เช่น นักกฎหมาย การกีฬา สถาปนิกการกีฬา สื่อมวลชนการกีฬา และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บุคลากรการกีฬาทุกกลุ่ม ได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับสากล หรือเทียบเท่าในระดับสากลเพื่อให้สามารถเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาการกีฬาทุกระดับตั้งแต่กีฬาขั้นพื้นฐาน กีฬาเพื่อมวลชน กีฬาเพื่อความเป็นเลิศ และกีฬาเพื่อการอาชีพรวมถึงอุตสาหกรรมกีฬาของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นการพัฒนาที่ ๕: การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมกีฬาเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกีฬาที่ครอบคลุมทั้งภาคการผลิต ภาคการค้า และภาคบริการด้านการกีฬา สนับสนุนการจัดกิจกรรมและมหกรรมการกีฬาระดับชาติและนานาชาติ และการจัดกิจกรรมกีฬาเชิงพาณิชย์ของภาคเอกชน (International Sport Events & Private Sport Events) เพื่อเสริมสร้างการกีฬาเชิงท่องเที่ยวให้สร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง

๔.๕ แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐)

ทั้งนี้แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงทุกรูปแบบ และพร้อมที่จะเติบโตอย่างยั่งยืน ประกอบกับการสร้างความเข้มแข็งจากภายใน มุ่งส่งเสริมการท่องเที่ยวภายในประเทศ พัฒนาการท่องเที่ยวให้มีความทันสมัย ผ่านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม การยกระดับบุคลากรและผู้ประกอบการในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวให้มีคุณภาพ เข้าใจ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับบริบทของการท่องเที่ยววิถีใหม่ (New Normal) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นตัวจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค โควิด-๑๙ ตลอดจนการให้ความสำคัญกับการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยมีคณะกรรมการนโยบายการท่องเที่ยวแห่งชาติ และเขตพัฒนาการท่องเที่ยวเป็นกลไกในการขับเคลื่อนและพัฒนาการท่องเที่ยวของไทย เพื่อให้สามารถใช้เป็นกรอบการดำเนินงานในการพัฒนาการท่องเที่ยวสู่วิสัยทัศน์และเป้าหมายได้อย่างแท้จริง

แผนพัฒนาการท่องเที่ยวแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) มีวิสัยทัศน์ในการพัฒนาและขับเคลื่อนการท่องเที่ยวอย่างครอบคลุมและทั่วถึงภายในระยะเวลา ๕ ปี โดยมีวิสัยทัศน์คือ “การท่องเที่ยวของประเทศไทยเป็นอุตสาหกรรมที่เน้นคุณค่า มีความสามารถในการปรับตัวเติบโตอย่างยั่งยืนและมีส่วนร่วม” โดยการพัฒนาการท่องเที่ยวของประเทศไทยในอนาคตจะมุ่งเน้นไปที่การดำเนินการเพื่อพัฒนาและยกระดับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวให้มีความเข้มแข็งต่อยอดการพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอุตสาหกรรมให้สอดคล้องกับภาวะความปกติถัดไป (Next Normal) โดยจะเป็นการพลิกโฉมการท่องเที่ยวของไทยสู่การท่องเที่ยวเน้นคุณค่า (High Value Tourism) ซึ่งจะให้ความสำคัญกับการยกระดับใน ๓ มิติ ได้แก่

มิติที่ ๑ การพัฒนาให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเป็นเศรษฐกิจท่องเที่ยวคุณค่าสูง (High Value Economy) โดยมีตัวอย่างแนวทางการพัฒนา เช่น การเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการท่องเที่ยว (Tourism Spending) และดึงดูดนักท่องเที่ยวคุณภาพสูง (High Quality Tourists) การเพิ่มมูลค่าให้กับสินค้าและบริการด้านการท่องเที่ยวด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม การปรับสมดุล และลดการพึ่งพานักท่องเที่ยวต่างชาติ การยกระดับคุณภาพของบุคลากรและทรัพยากรมนุษย์ในอุตสาหกรรมท่องเที่ยว เป็นต้น

มิติที่ ๒ การพัฒนาให้เกิดสังคมและชุมชนท่องเที่ยวคุณค่าสูง (High Value Society) โดยมีตัวอย่างแนวทางการพัฒนา เช่น การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และชุมชน โดยการต่อยอดอัตลักษณ์ความเป็นไทย การกระจายความเจริญทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างทั่วถึงทั้งประเทศ การพัฒนาให้ประเทศไทยสามารถเดินทางท่องเที่ยวได้ตลอดทั้งปี การลดการท่องเที่ยวตามฤดูกาล เป็นต้น

มิติที่ ๓ การต่อยอดคุณค่าให้กับทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม (High Value Environment) โดยมีตัวอย่างแนวทางการพัฒนา เช่น การต่อยอดมูลค่าให้กับต้นทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในภาคการท่องเที่ยว การบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติอย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้น้ำและพลังงานในอุตสาหกรรมท่องเที่ยว การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและมลพิษจากการท่องเที่ยว การบรรเทาผลกระทบจากความเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศ (Climate Change) เป็นต้น

๕. แนวทางในการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)

การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและ กิจกรรมทางกายของประชาชนภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจใหม่ (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) ประกอบด้วย ๑) การสร้างองค์ความรู้ การรับรู้ การตระหนักรู้ และประชาสัมพันธ์การใช้แพลตฟอร์มฯ ๒) การส่งเสริมการใช้งานแพลตฟอร์มฯ ๓) การพัฒนาแผนการดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและการทำกิจกรรมทางกาย และ ๔) การสนับสนุนให้เกิดการเพิ่มขึ้นของมูลค่าทางเศรษฐกิจ การท่องเที่ยวภายในประเทศไทยผ่านกิจกรรมกีฬา โดยมีรายละเอียดดังนี้

๕.๑ ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสร้างองค์ความรู้ การรับรู้ การตระหนักรู้ และประชาสัมพันธ์การใช้แพลตฟอร์ม CCC ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชนมีความรู้ มีความเข้าใจและเข้าถึงแพลตฟอร์มฯ รูปแบบการใช้งาน รูปแบบการเชื่อมโยงฐานข้อมูล ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้งานที่สอดคล้องกับทิศทางแนวคิด โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมให้เกิดขึ้นแบบของการใช้งาน เช่น การให้บุคคลผู้มีอิทธิพล (Influencer) มาเป็นต้นแบบในการใช้งานรวมถึง ผลักดันจังหวัดต้นแบบที่มีการใช้งานแพลตฟอร์มฯ ในเชิงพื้นที่ ซึ่งเป็นการกระตุ้นการรับรู้ของประชาชน เข้าใจ เข้าใจ และมีความต้องการที่จะใช้แพลตฟอร์มฯ ในการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพิ่มมากยิ่งขึ้นรวมถึงการสร้าง ความเชื่อมั่น และมาตรฐานความปลอดภัยเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ในแพลตฟอร์มฯ

๕.๒ การกำหนดมาตรฐานข้อมูลกลางของแพลตฟอร์ม CCC ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)

เพื่อให้ประชาชนตื่นตัวต่อการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิถีชีวิตของทุกช่วงวัยโดยให้ทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกำหนดมาตรฐานข้อมูลกลางของ แพลตฟอร์มฯ มีการเชื่อมโยงข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและกิจกรรมทางกาย บนแพลตฟอร์มฯ ร่วมกัน และมีการบูรณาการใช้ประโยชน์ข้อมูลสถิติร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการส่งเสริมรูปแบบ การเชื่อมโยงการใช้งานแอดัม (CCC Point) กับสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากการใช้งานแพลตฟอร์ม

๕.๓ การพัฒนาแผนการดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการทำกิจกรรมทางกาย ตลอดจนการใช้แพลตฟอร์มฯ ที่สอดคล้องกับทิศทางของแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)

โดยให้ภาครัฐมีแนวทางในการส่งเสริมให้มีสถานที่ในการออกกำลังกายกระจายทั่วทุกพื้นที่เพื่อให้ ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกสบาย สนับสนุนให้เกิดการสร้างพื้นที่สุขภาวะเป็นพื้นที่ต้นแบบของ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และกิจกรรมทางกายเพื่อเป็นการส่งเสริมการใช้แพลตฟอร์มฯ ในสถานที่ต่างๆ และการจัดกิจกรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจหรือแรงบันดาลใจในการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและ กิจกรรมทางกาย โดยให้ทุกภาคส่วนที่มีบทบาทหน้าที่ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายมี การบูรณาการแผนการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีการตื่นตัวและออกกำลังกายและ เล่นกีฬาจนเป็นวิถีเพิ่มขึ้น

๕.๔ การสนับสนุนให้เกิดการเพิ่มขึ้นของมูลค่าทางเศรษฐกิจการท่องเที่ยวภายในประเทศไทย ผ่านกิจกรรมกีฬา โดยให้ทุกภาคส่วนประสานพลังเครือข่ายภาคียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในแนวคิด โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)

ด้านการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจสร้างสรรค์ผ่านแพลตฟอร์มฯ นำไปสู่การขยายความร่วมมือของ ภาคีเครือข่ายทุกอุตสาหกรรมเพื่อรองรับการสนับสนุนกิจกรรมการท่องเที่ยวผ่านกิจกรรมการออกกำลังกาย การเล่นเกมกีฬาและกิจกรรมทางกาย สนับสนุนให้เกิดการผลักดันให้กลุ่มเมืองหลักและเมืองรอง โดยมีการ ทำงานร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้การท่องเที่ยวเชิงกีฬาที่สอดคล้องกับทิศทางของแนวคิดโมเดล เศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจฐานราก และสร้างรายได้ให้กับชุมชน เพื่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของมูลค่าทางเศรษฐกิจการท่องเที่ยวเชิงกีฬา ภายในประเทศ

๖. ระบบและกลไกที่เอื้อให้เกิดการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย การเล่นเกมกีฬา และกิจกรรมทางกายของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)

ประเทศไทยมีระบบและกลไกที่เอื้อให้เกิดการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูล สถิติการออกกำลังกาย และการเล่นเกมกีฬาของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และเครือข่าย ภาคประชาสังคม โดยหน่วยงานภาครัฐที่เป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนแพลตฟอร์ม เชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นเกมกีฬาของประชาชน ได้แก่ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงคมนาคม และหน่วยงานภาครัฐอื่นที่เกี่ยวข้อง ในส่วนภาควิชาการได้แก่ สถาบันการศึกษา ของส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับภาคเอกชน ตัวอย่างเช่น บริษัท แคริวา (ประเทศไทย) บริษัท Max Solutions จำกัด บริษัท เอเวริธอร์ท อินเทอร์เน็ต จำกัด บริษัท ไมซ์ แอนด์ คอมมูนิเคชั่น จำกัด เป็นต้น สำหรับสมาคมเครือข่ายชมรมที่ขับเคลื่อนแพลตฟอร์ม เชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นเกมกีฬาของประชาชน ได้แก่ สมาพันธ์เดินวิ่ง เพื่อสุขภาพไทย สมาคมนักวิ่งเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย สมาคมการค้าผู้จัดงานกีฬามวลชนไทย เป็นต้น

แพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นเกมกีฬาของประชาชน อยู่ในระยะเริ่มต้นของการขับเคลื่อน เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความท้าทายในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย ข้อจำกัดด้านการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มฯ ภายใต้แนวคิด โมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) การสร้างความเชื่อมั่น และมาตรฐานความปลอดภัยเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ในแพลตฟอร์มฯ ตลอดจนการสร้าง การรับรู้ของประชาชนต่อแบรนด์หรือภาพลักษณ์ของแพลตฟอร์ม CCC การสร้างมาตรฐานของข้อมูลกลาง ของแพลตฟอร์มฯ เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ร่วมกัน การผลักดันให้ทุกภาคส่วนเชื่อมโยงข้อมูลสถิติ การออกกำลังกายและเล่นเกมกีฬาบนแพลตฟอร์มฯ รวมถึงการสร้างการยอมรับการใช้งานแต้ม (CCC Point) ที่เชื่อมโยงกับรูปแบบของสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากการใช้งานแพลตฟอร์มฯ การสนับสนุนให้ ภาคเอกชนร่วมเป็นพันธมิตรในการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มฯ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและการพัฒนา/

ออกแบบแพลตฟอร์มฯ ให้มีรูปแบบการใช้งานที่เป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน เข้าถึงง่ายและสามารถขยายผลการใช้งานไปยังกลุ่มผู้ใช้งานทุกช่วงวัยรวมถึงนักท่องเที่ยวต่างชาติได้ เป็นต้น

อีกทั้งการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มคนที่ไม่เคยออกกำลังกายให้หันมาออกกำลังกาย การขยายกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย การสนับสนุนให้ ชุมชน ท้องถิ่น ได้มีส่วนร่วมในการยกระดับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและกีฬาในฐานะของเครือข่ายผู้ประกอบการในระดับพื้นที่ ร่วมกับทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดกิจกรรมกีฬาเชิงพาณิชย์และการกีฬาเชิงท่องเที่ยวที่มีความเชื่อมโยงกับแนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) ที่จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของมูลค่าทางเศรษฐกิจการท่องเที่ยวภายในประเทศ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ที่ทุกภาคส่วนได้รับร่วมกัน เป็นต้น

๗. ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๕ / ร่างมติ ๒ การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model)

สมาชิกสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕
พ.ศ. ๒๕๖๕

มติ

๑๕.๓



การกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติสมาชิกสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๕ มติ ๓

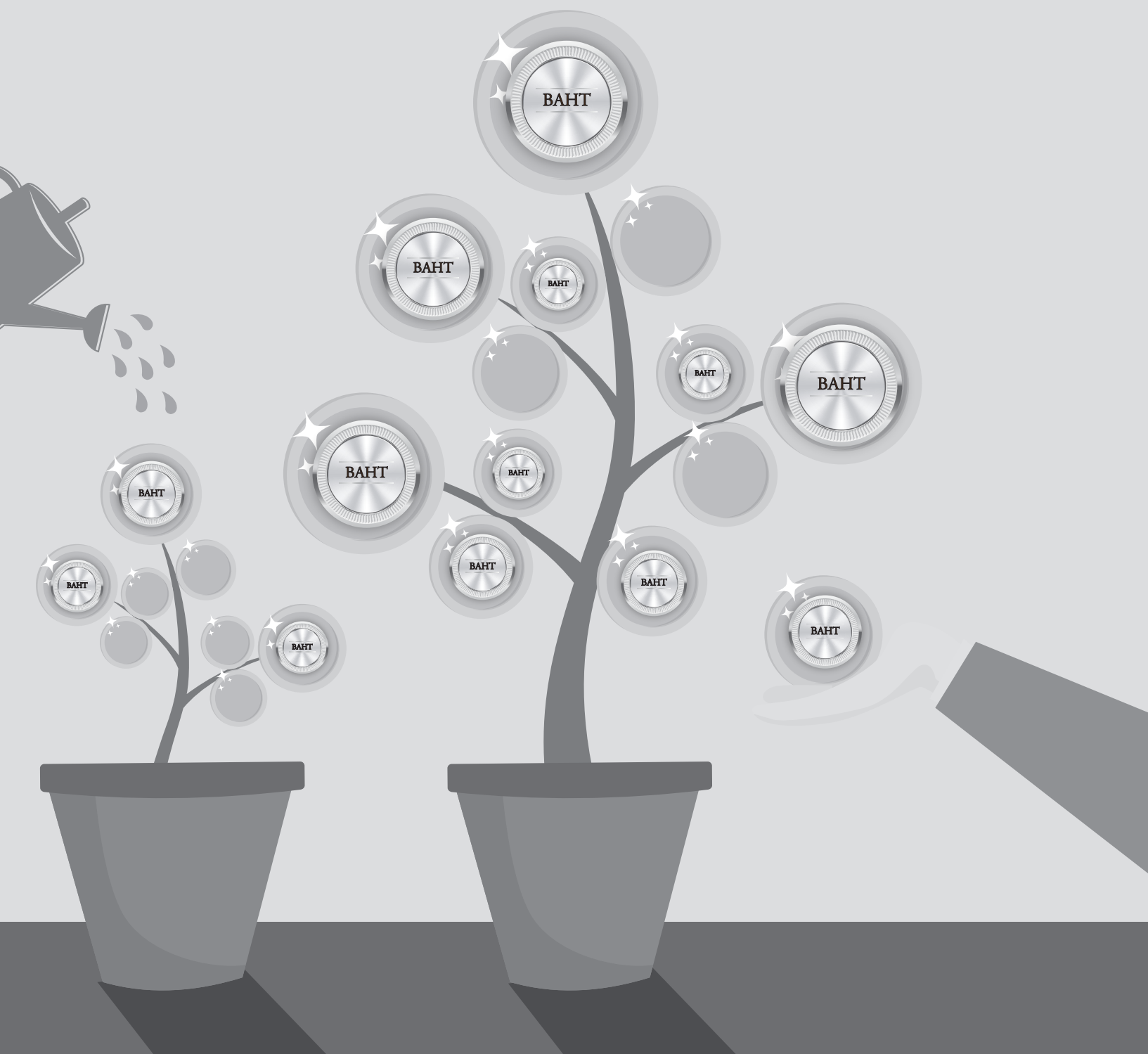
หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

<https://rb.gy/7yxusr>



หน้า ๑๕.๓

หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ



หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้พิจารณารายงาน เรื่อง หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

กังวลว่า วิกฤตโควิด-๑๙ ที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทยเป็นอย่างมาก โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวนคนยากจนเพิ่มขึ้นจาก ๔.๓ ล้านคน เป็น ๔.๘ ล้านคน คนว่างงานเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจาก ๓.๗๓ แสนคน เป็น ๖.๕๑ แสนคน และเศรษฐกิจหดตัวร้อยละ ๖.๑ ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราความยากจนสูงสุด โดยมีผู้สูงอายุที่ยากจนถึงร้อยละ ๑๑ ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

ตระหนักว่า ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นมา และจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นปีละ ๑ ล้านคน ต่อเนื่องไปอีก ๒๐ ปี ขณะที่ประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศไทยอยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้มักเข้าไม่ถึงระบบประกันสังคมในปัจจุบันและไม่มีความมั่นคงทางรายได้เมื่อชรภาพ รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวบางส่วนต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้ขาดรายได้จากการทำงาน ความมั่นคงด้านรายได้และการเตรียมความพร้อมจึงถือเป็นความท้าทายภายใต้บริบทสังคมสูงวัย สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมของไทย ตลอดจนแนวโน้มเศรษฐกิจโลกและไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่มีแนวโน้มถดถอยและมีความผันผวนสูง

รับทราบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีผลิตภาพการผลิตรวมที่เติบโตช้า ขณะที่ต้นทุนสังคมของไทยด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นตามบริบทวัฒนธรรมและพื้นที่ที่มีความหลากหลาย จึงเป็นโอกาสที่จะพัฒนาผู้สูงอายุไทยให้มีคุณภาพ (Active ageing) สามารถทำงานและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนหลายวัยได้อย่างหนุนเสริมซึ่งกันและกัน โดยสามารถขยายอายุการทำงานออกไป เพื่อให้คนกลุ่มวัย ๖๐ - ๗๐ ปี ยังสามารถทำงานหารายได้ดูแลตนเองและลูกหลานได้ตามกำลังความสามารถที่ยาวนานที่สุด ซึ่งจะถือเป็น “การสร้างความหวังด้วยพลังสังคมสูงวัย”

รับทราบว่า แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ ได้กำหนดเป้าหมายหลักมุ่งไปที่การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ ซึ่งเป็นการพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพ มีสมรรถนะสูงเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งสร้างหลักประกันและความคุ้มครองทางสังคม โดยมีเป้าหมายหลักในการมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม ด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาสให้มีโอกาสในการเลื่อนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม กระจายโอกาสทางเศรษฐกิจ และจัดให้มีบริการสาธารณะที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมในทุกพื้นที่ ประกอบกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๘๐) ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ยุกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ชื่นชมว่า ประเทศไทยมีประสบการณ์บทเรียนความสำเร็จในการจัดทำระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นสิทธิด้านสุขภาพแบบถ้วนหน้าที่ผ่านมาผ่านการดำเนินการและพัฒนาระบบที่เกี่ยวข้องมาแล้วกว่า ๒๐ ปี ช่วยลดความยากจนจากค่ารักษาพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนให้หลักประกันสุขภาพของประชาชนมีความครอบคลุม คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความยั่งยืน และมีรูปธรรมของกองทุนย่อยภายใต้การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

เห็นว่า ประเทศไทยมีความจำเป็นและมีความพร้อมที่จะจัดให้มีระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่คนในสังคมทุกช่วงวัย ทุกสาขาอาชีพจากทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ และควรมีนโยบายสาธารณะเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันดำเนินการและขับเคลื่อนให้เป็นรูปธรรม และเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนต่อไป

จึงเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ดังนี้

หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นระบบที่คนทุกช่วงวัย ทุกสาขาอาชีพจากทุกภาคส่วน ร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบหลักที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและต้องขับเคลื่อนไปด้วยกันได้แก่ (๑) การพัฒนาผลิตภาพประชากร การมีงานทำ และมีรายได้จากการทำงานที่เหมาะสมตลอดช่วงวัย (๒) เงินอุดหนุนที่เพียงพอต่อการดำรงชีพที่ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับ และบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ การขยายฐานภาษี และการปฏิรูประบบบำนาญ (๓) การออมระยะยาว การบริหารจัดการการเงินเพื่อยามชราภาพที่เชื่อมโยงทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระดับที่สูงขึ้น โดยมีการออมรวมหมู่ที่ครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน (๔) การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ระบบการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการป้องกันโรคหรือภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ และ (๕) การดูแลและการบริหารจัดการโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น

ระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนี้ ควรกำหนดให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ (national agenda) ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบ และเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้เป็นนโยบายสาธารณะที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเห็นผลชัดเจน มีกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่บูรณาการระบบย่อยและขับเคลื่อนระบบใหญ่ เชื่อมโยงกับกลไกระดับพื้นที่ เพื่อการจัดสรรและบริหารจัดการทรัพยากรแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสร้างความเป็นธรรม ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุของประชาชนทุกคน

โดยมีสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบาย ดังนี้

๑. กำหนดให้การพัฒนาาระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ (national agenda) โดยมีกลไกบูรณาการระดับชาติเพื่อให้ทุกภาคส่วนได้ร่วมกันดำเนินการ เชื่อมโยงกับกลไกระดับพื้นที่ร่วมขับเคลื่อนงานพัฒนาระบบนี้อย่างต่อเนื่องให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน โดยคำนึงถึงการสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำต่อไป

๒. ให้ทุกภาคส่วนร่วมกันออกแบบและขับเคลื่อนระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ครอบคลุมทุกคนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสมตามสภาพด้านเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สังคม และสุขภาพที่หลากหลายทั้งระบบใหญ่และระบบย่อย โดยมีเป้าหมายและองค์ประกอบหลักทั้ง ๕ ด้าน ดังนี้

๒.๑ การพัฒนาผลิตภาพประชากร การมีงานทำ และมีรายได้จากการทำงานที่เหมาะสมตลอดช่วงวัย โดยการสนับสนุนให้เกิดการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต เชื่อมโยงการศึกษาเข้ากับการทำงานและการฝึกอบรมในสถานประกอบการ มีระบบเตรียมความพร้อม ความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติมทักษะ (up-skills) เปลี่ยนทักษะ (re-skills) หรือสร้างทักษะที่หลากหลาย (multi-skills) ที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ตั้งแต่เยาว์วัย และเหมาะสมตามช่วงวัย มีตลาดแรงงานรองรับ ส่งเสริมผู้ประกอบการรุ่นใหม่ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ประกอบการสามารถเข้าถึงแหล่งทุนในระบบหรือกองทุนในการประกอบอาชีพ ส่งเสริมค่านิยมเชิงบวกในเรื่องการจ้างงานผู้สูงอายุ และพัฒนาให้เกิดการจ้างงานผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมของทั้งภาครัฐและเอกชน หรือมีการขยายช่วงอายุการทำงานตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณภาพ มีคุณค่า ทำประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม และสามารถสืบสานภูมิปัญญาให้แก่สังคมจากรุ่นสู่รุ่น

๒.๒ เงินอุดหนุนที่เพียงพอต่อการดำรงชีพที่ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับ และบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ การขยายฐานภาษี และการปฏิรูปงบประมาณ เพื่อให้การพัฒนาลิทธิประโยชน์บำนาญชราภาพของกองทุนต่าง ๆ ในระบบของรัฐ นำมาจากระบบการคลังระบบภาษี และแหล่งงบประมาณที่เหมาะสม โดยให้เชื่อมต่อกันเป็น “ระบบบำนาญแห่งชาติแบบหลายชั้น” ซึ่งประกอบด้วย บำนาญชั้นที่ ๑ การมีบำนาญพื้นฐานรายเดือนที่เพียงพอต่อการดำรงชีพที่ผู้สูงอายุทุกคนได้รับ ที่คำนึงถึงเส้นความยากจน สภาพเศรษฐกิจและสถานะการคลังของประเทศ เพื่อเป็นโครงข่ายการคุ้มครองทางสังคมที่รองรับสำหรับทุกคน บำนาญชั้นที่ ๒ เมื่อประชาชนเข้าสู่วัยทำงานมีรายได้ รัฐมีระบบส่งเสริมการออมภาคบังคับ โดยเป็นการสะสมเงินเข้ากองทุนและรัฐร่วมสมทบ และบำนาญชั้นที่ ๓ เสริมความมั่นคงในชีวิตด้วยการออมเพิ่มเติมโดยประชาชนเอง ซึ่งเป็นการออมภาคสมัครใจ รวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการจัดบริการสังคมที่ช่วยบรรเทาความเดือดร้อนของกลุ่มผู้มีรายได้น้อย แรงงานนอกระบบ และกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ ภายใต้สถานการณ์ค่าครองชีพสูง อาทิ ค่าอาหาร ที่อยู่อาศัย ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ปัจจุบันพื้นฐานอื่น ๆ เป็นต้น และพัฒนาในส่วนของการจัดให้มีเงินทดแทนการขาดรายได้สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสม

๒.๓ การออมระยะยาว การบริหารจัดการการเงินเพื่อยามชราภาพที่เชื่อมโยงทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระดับที่สูงขึ้น โดยมีการออมรวมหมู่ ที่ครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน มีเป้าหมายคือ “สูงวัย สุขภาพดี ปลอดภัย มีเงินออม พออยู่พอกิน” โดยสนับสนุนให้มีระบบส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการบริหารจัดการการเงิน การลดรายจ่าย การลงทุน และความรู้ด้านการออมในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะตั้งแต่

เขยว้วย สนนสนุนให้เกิดการออมภาคสม้ครใจที่มีแรงจูงใจสูง ควบคู่กับการพัฒนาระบบการออมภาคบ้งค้บ ที่ทำให้ทุกคนเข้าใจตั้งแต่วัยทำงาน และเปิดโอกาสให้มีทางเลือกได้อย่างเหมาะสม มีการเชื่อมโยงการออม ของปัจเจกบุคคลกับการออมรวมหมู่ทั้งที่เป็นการออมผ่านระบบกองทุนของรัฐ เช่น กองทุนประกันสังคม กองทุนการออมแห่งชาติ ระบบกองทุนของเอกชนที่มีระบบภาษีเกื้อหนุนให้ภาคเอกชนจัดสวัสดิการการเงินออม เพิ่มเพื่อยามเกษียณให้กับพนักงาน ระบบกองทุนชุมชน หรือการออมที่หักจากค่าใช้จ่ายสินค้าและบริการ ในชีวิตประจำวันมาเป็นหลักประกันรายได้ยามชราภาพ

๒.๔ การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) ระบบการดูแลแบบประค้บประคอง (palliative care) ระบบการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการป้องกันโรค หรือภาวะฟ้งฟ้งในผู้สูงอายุ เพื่ลดรายจ่ายด้านสุขภาพของปัจเจกบุคคลและครัวเรือน ด้วยการเพิ่มคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิให้มีบริการใกล้บ้านทั่วถึง จัดให้มีระบบการตรวจคัดกรองความเสี่ยง และการป้องกันโรคหรือภาวะฟ้งฟ้งในผู้สูงอายุ ทั้งอาการและความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจน ความเสี่ยงและโรคที่เกิดจากการทำงาน รวมถึงมีการขยายและพัฒนาสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพของ ทั้ง ๓ กองทุนให้ครอบคลุม มีมาตรฐานและการบริหารจัดการเดียวกัน รวมทั้งมีการพัฒนาระบบการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะฟ้งฟ้งในชุมชนที่ครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพ บริการสังคม ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสิทธิในการแสดงเจตนาในการเลือกรับบริการในวาระสุดท้ายของชีวิต และจัดให้มีมาตรฐาน อาชีพนักบริบาล รวมถึงการพัฒนาทักษะของสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะฟ้งฟ้ง ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลตนเอง รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีพดมพลัง

๒.๕ การดูแลและการบริหารจัดการ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น สนนสนุนให้มีระบบที่เอื้อให้สมาชิกครัวเรือนเกื้อกูลดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะฟ้งฟ้งในบ้าน เช่น สิทธิการลางานเพื่อดูแลบุพการีที่ป่วยเรื้อรังและมีภาวะฟ้งฟ้ง สิทธิด้านการลดหย่อนภาษีที่เพิ่มขึ้น รวมทั้ง การกระจายอำนาจเพื่ให้เกิดการสร้างระบบสนนนสนุนของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในการบริหารจัดการและ จัดสรรทรัพยากร เพื่ดูแลผู้สูงอายุและการจัดสวัสดิการโดยใช้กลไกและสถาบันการเงินของชุมชน เช่น กองทุนสวัสดิการชุมชนที่มีการร่วมสมทบหลายฝ่ายจากรัฐ ท้องถิ่น และชุมชน และกองทุนการออม ในรูปแบบอื่น เช่น ธนาคารเวลา ธนาคารความดี ธนาคารขยะ เพื่จัดบริการสังคมที่จำเป็นและเข้าถึงได้ ตามบริบทของพื้นที่ ตลอดจนการรวมกลุ่มผู้ประกอบการผู้สูงอายุในชุมชน การจัดสรรพื้นที่สาธารณะในชุมชน ให้เป็นพื้นที่สวัสดิการชุมชน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย และสาระสำคัญประกอบการอบทิศทางนโยบาย หลักประกัน รายได้เพื่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ตามที่เสนอมา

๒. ขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติร่วมดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ เสนอให้ทุกพรรคการเมืองมีนโยบายสร้างหลักประกันรายได้เพื่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และ ประกาศต่อสาธารณะ

๒.๒ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เสนอคณะรัฐมนตรีกำหนดให้การพัฒนาระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ (national agenda) ที่เร่งด่วน และแต่งตั้งกลไกบูรณาการระดับชาติ ที่มีองค์ประกอบจากผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน มีการดำเนินงานที่เชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ ๓ หรืออื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางร่วมกันสำหรับให้ทุกภาคส่วนและทุกหน่วยงานดำเนินการและขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่อง และเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนต่อไป

๒.๓ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) บรรจุเรื่องการขับเคลื่อนหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒.๔ ภาควิชาเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติร่วมขับเคลื่อนมติหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ตามภารกิจและโอกาสอย่างต่อเนื่อง

เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕
หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ



หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

๑. นิยาม

หลักประกันรายได้ หมายความว่า สิ่งที่จะทำให้ประชาชนมีความมั่นคงในด้านสุขภาพกายและใจ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม โดยองค์ประกอบของหลักประกันรายได้ยามชราภาพมีอยู่ ๔ มิติ^๑ ได้แก่ (๑) รายได้จากการทำงาน (๒) เงินออม/สินทรัพย์ (๓) การเกื้อหนุนจากครอบครัว และ (๔) เงินโอนจากรัฐ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาหลักประกันรายได้จากมุมมองของภาคประชาชนแล้ว เห็นว่า ควรมีเพิ่มอีก ๒ มิติ คือ (๑) การดูแลโดยชุมชนและท้องถิ่น และ (๒) การมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งจะครอบคลุมทั้งการมีรายได้และการลดรายจ่ายที่อยู่ควบคู่กัน

คุณภาพชีวิต ในที่นี้ หมายความว่า “ดัชนีคุณภาพภาวะประชากรสูงอายุ” หรือ Population Ageing Quality Index; PAQ Index ที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้พัฒนาขึ้น^๒ เพื่อให้ติดตามสถานะความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุไทยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติและแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว ดัชนีนี้เป็นดัชนีรวมของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ๗ ดัชนี ครอบคลุมประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้ (๑) การประสบปัญหาความยากจนหลายมิติ^๓ ของผู้สูงอายุ (๒) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy) (๓) ระดับคะแนนความสุขเฉลี่ยของผู้สูงอายุ (๔) การเข้าถึงระบบสุขภาพไร้รอยต่อ (ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ) ในทุกจังหวัดของผู้สูงอายุ (๕) การพักอาศัยอยู่กับครอบครัวของผู้สูงอายุ (๖) ผู้สูงอายุพักอาศัยในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย และ (๗) ความพึงพอใจกับระบบทางสัญจรและการคมนาคมทางบกของผู้สูงอายุ

^๑ ศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา นำเสนอที่ประชุมหรือเครือข่ายนักวิชาการเพื่อพัฒนาประเด็นหลักประกันรายได้ เมื่อวันที่ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

^๒ ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โครงการพัฒนาระบบสถิติข้อมูลและตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการบริหารราชการแผ่นดินตามยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๑๕ พลังทางสังคม http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/๒๐๒๑/๑๒/%E๐%B๘%๙B%๐%B๘%A๓%E๐%B๘%B๐%E๐%B๘%๘๐%E๐%B๘%๙๔%E๐%B๘%๘๗%E๐%B๘%๙๙%E๐%B๘%๙๗%E๐%B๘%B๕%E๐%B๘%๘๘-๑๕_%E๐%B๘%๙E%E๐%B๘%A๕%E๐%B๘%B๑%E๐%B๘%๘๗%E๐%B๘%AA%E๐%B๘%B๑%E๐%B๘%๘๗%E๐%B๘%๘๔%E๐%B๘%A๑.pdf

^๓ ดัชนีความยากจนหลายมิติ (Multidimensional Poverty Index: MPI) คิดค้นโดย Oxford Poverty & Human Development Initiative และ United Nation Development Program ซึ่งสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้นำมาปรับใช้กับประเทศไทย โดยอาศัยหลักการที่ว่าคนจน คือ ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดีในมิติต่างๆ ๕ มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านการเงิน ด้านความเป็นอยู่ และด้านการเข้าถึงบริการรัฐ

นอกจากนี้ สศช. ยังได้ตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดให้ประชาชนวัยแรงงาน (อายุ ๒๕-๕๙ ปี) มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุทั้ง**มิติทางเศรษฐกิจ** (ได้แก่ การออมหรือสะสมทรัพย์สินให้เพียงพอเพื่อใช้ในวัยสูงอายุ) **สังคม** (ได้แก่ การทำงานให้ชุมชนหรือเป็นอาสาสมัครเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ การใช้ชีวิตเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ) **สุขภาพ** (ได้แก่ การทำตัวเองให้มีสุขภาพที่แข็งแรง มีสภาพจิตใจที่ดีหรือปล่อยวางก่อนวัยสูงอายุ และการศึกษาธรรมะหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่บ่อยขึ้นเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ) และ**สภาพแวดล้อม** (ได้แก่ การพักอาศัยกับครอบครัวหรือมีผู้ดูแลเมื่อสูงอายุ)

ทั้งนี้ ประชาชนย่อมเป็นผู้กำหนดความหมายของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างแท้จริง โดยได้มีการให้นิยามคุณภาพชีวิต หรือความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชน เพื่อใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จนไปถึงแผนการพัฒนาระดับจังหวัด ดังเช่นที่ตำบลน้ำเกีฮ่วน กิ่งอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ให้คำนิยามไว้ว่า **“กินอิ่ม นอนอุ่น ฝนดี”** ในที่นี้ “กินอิ่ม” หมายถึง การมีเศรษฐกิจที่พอเพียงพึ่งพาตนเองได้ “นอนอุ่น” หมายถึง มีสุขภาพดีด้วยการสร้างสุขภาพ มีการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ “ฝนดี” หมายถึง มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ไม่มีปัญหาหยาเสพติด ไม่มีหนี้สิน^๔ อีกตัวอย่างพื้นที่หนึ่ง คือ สภากงศ์กรชุมชนตำบล จังหวัดสุรินทร์ ให้คำนิยามไว้ว่า **“กินอิ่ม นอนอุ่น ทุนมี หนี้ลด”** ในที่นี้ “กินอิ่ม” หมายถึง ในน้ำมีปลา ในนามีข้าว บนพื้นดินมีของกินหลากหลายไม่ต้องซื้อหา ถ้าใช้แต่เงินก็จะมีแต่หนี้ ใช้วิธีการออมน้ำ ออมดิน ออมต้นไม้ ทำให้เกิดบำนาญชีวิตของตนเอง “นอนอุ่น” หมายถึง การมีความมั่นคงในการอยู่อาศัยทั้งทางกายภาพและทางสังคม ครอบครัวและชุมชนดูแลซึ่งกันและกัน “ทุนมี” หมายถึง ทุนทางปัญญา และทุนทรัพยากรที่ปลูกสร้างและเก็บรักษาไว้ ไม่ทำลายทุนที่มีอยู่ไปกระแสทุนบริโภคนิยม และ “หนี้ลด” หมายถึง การทำงานหลายๆ ด้านควบคู่กันไป เพื่อให้หนี้ลดลง การจัดการทุนเงินไม่ให้ไหลออกนอกพื้นที่ แต่ให้ไหลเวียนเกิดประโยชน์ในพื้นที่ให้มากที่สุด การทำให้ทุนทางธรรมชาติไม่ว่า ดิน น้ำ ป่า มีความมั่นคงเกิดประโยชน์ต่อคนในท้องถิ่น การจัดการภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อคนท้องถิ่นและการรู้จักใช้ชีวิตตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงแล้วจะไม่เป็นหนี้^๕

นอกจากนี้ นพ.บรรลุ ศิริพานิช^๖ ได้ให้คำนิยาม **“คุณภาพชีวิตที่ดี”** ว่าย่อมาประกอบด้วยหลายอย่างเปรียบเสมือนบ้านที่ดี อยู่แล้วร่มเย็นเป็นสุขย่อมาประกอบด้วยหลายส่วนประกอบของบ้าน ที่สำคัญ คือ เสาค้ำและรากฐาน ในที่นี้มีเสาแรก คือ สุขภาพ (กาย จิต สังคม และปัญญา) เสาที่สอง คือ การทำงาน (เพื่อตนเอง เพื่อผู้อื่น และเพื่อสังคม) เสาที่สาม คือ ความมั่นคงในชีวิต (เศรษฐกิจ ปลอดภัย ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม)

วัยสูงอายุ หมายความว่า ประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งเกณฑ์อายุนี้นสอดคล้องตามคำนิยามของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ และคำนิยามในรายงานสถานการณ์ขององค์การสหประชาชาติ อย่างไรก็ตาม วัยสูงอายุในที่นี้มิได้หมายถึงวัยเกษียณตามคำนิยามของภาคแรงงานในระบบทั้งในส่วนลูกจ้างรัฐและลูกจ้างเอกชนกำหนดอายุเกษียณที่ ๖๐ ปี

^๔ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. “กินอิ่ม นอนอุ่น ฝนดี” สวัสดิการชุมชนตำบลน้ำเกีฮ่วนจากรากฐานการบริหารจัดการที่ดีของชุมชน”. สืบค้นจาก http://www.codi.or.th/downloads/welfare/Case_Study_of_Welfare/north

^๕ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. (๒๕๕๘). กินอิ่ม นอนอุ่น ทุนมี หนี้ลด” ที่สุรินทร์. สืบค้นจาก <https://ref.codi.or.th/๒๐๑๕-๐๘-๐๔-๑๑-๐๑-๕๒/๑๒๘๓๗-๒๐๑๕-๐๖-๑๒-๐๓-๑๗-๐๘>

^๖ บรรลุ ศิริพานิช. (๒๕๕๒). เอกสารประกอบการบรรยาย “คุณภาพชีวิตที่ดี”. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ในที่นี้จึงหมายความว่า การมีความมั่นคงในชีวิตซึ่งมองในมิติเศรษฐกิจที่ครอบคลุมทั้งการทำงาน การสร้างรายได้ การออม การสะสมทรัพย์สิน การสร้างทุนปัญญาและทุนทรัพยากร รวมถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับมิติสุขภาพ มิติสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม การดูแลซึ่งกันและกันในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างปลอดภัยและเป็นปกติสุข

๒. ความสำคัญของประเด็นการมีหลักประกันรายได้เพื่อมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ ได้กำหนดเป้าหมายหลักมุ่งไปที่การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ ซึ่งเป็นการพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพ มีสมรรถนะสูงเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งสร้างหลักประกันและความคุ้มครองทางสังคมที่สามารถส่งเสริมความมั่นคงในชีวิต อีกทั้งยังมีเป้าหมายหลักในการมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม กล่าวคือ มุ่งลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งเชิงรายได้ พื้นที่ ความมั่นคง และการแข่งขันของภาคธุรกิจ ด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาสให้มีโอกาสในการเลื่อนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม กระจายโอกาสทางเศรษฐกิจ และจัดให้มีบริการสาธารณะที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมในทุกพื้นที่ นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญยิ่งยวดกับสถานการณ์สังคมสูงวัยที่ส่งผลถึงโอกาสและข้อจำกัดในการพัฒนาประเทศในหลายมิติ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการปฏิรูปในหลายด้าน ซึ่งปรากฏสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องอยู่ในเป้าหมายระดับสากล ยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติและระดับปฏิบัติการ ได้แก่

๑) เป้าหมายการพัฒนายังยืนขององค์การสหประชาชาติ (SDGs): เป้าหมายที่ ๓ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ ๔ การศึกษาที่มีคุณภาพ และเป้าหมาย ๘ การมีงานที่เหมาะสมและการเติบโตทางเศรษฐกิจที่ทั่วถึง

๒) ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐: ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์(ตลอดช่วงชีวิตในทุกช่วงวัย) และด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน

๓) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้านศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ด้านการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี ด้านความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม ด้านการวิจัยและนวัตกรรม และด้านพื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ(ลดความเหลื่อมล้ำและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทุกกลุ่ม)

๔) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐^๗: มีวัตถุประสงค์เพื่อ “พลิกโฉมประเทศไทยสู่สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน”^๘ โดยนอกจากได้กล่าวถึงเรื่อง

^๗ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๕ โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ จนถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๗๐ ซึ่งเป็นแผนระดับที่ ๒ ที่แปลงยุทธศาสตร์ชาติไปสู่การปฏิบัติและเป็นกรอบแนวทางการจัดทำแผนระดับปฏิบัติการ (แผนระดับที่ ๓)

^๘ ตามคำนิยามนี้ หมายถึง การสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับโครงสร้าง นโยบาย และกลไก เพื่อมุ่ง เสริมสร้างสังคมที่ก้าวทันพลวัตของโลก และเกื้อหนุนให้คนไทยมีโอกาสที่จะพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ พร้อมกับการยกระดับกิจกรรมการผลิตและการให้บริการให้สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มที่สูงขึ้นโดยอยู่บนพื้นฐานของความยั่งยืนทางสิ่งแวดล้อม

การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ และการมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรมแล้ว ยังได้มีการกล่าวถึงคนไทยทุกช่วงวัยได้รับการพัฒนาในทุกมิติ(รวมถึงการพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นพลเมืองที่มีคุณค่าของสังคม) การพัฒนากำลังคนสมรรถนะสูง การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งในมิติที่ ๒ “โอกาสและความเสมอภาคทางเศรษฐกิจและสังคม” ในหมุดหมายที่ ๙ และ ๑๒ ได้ระบุเป้าหมายไว้ ดังนี้

- หมุดหมายที่ ๙ “ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และมีความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอเหมาะสม” โดยมีเป้าหมาย (๑) คริวเรือนที่มีแนวโน้มกลายเป็นคริวเรือนยากจนข้ามรุ่น มีโอกาสในการเลื่อนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมจนสามารถหลุดพ้นจากความยากจนได้อย่างยั่งยืน และ (๒) คนทุกช่วงวัยได้รับความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ส่วนอีกหมุดหมายหนึ่งนั้นอยู่ในมิติที่ ๔ “ปัจจัยผลักดันการพลิกโฉมประเทศ”
- หมุดหมายที่ ๑๒ “ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบใจยุทธศาสตร์พัฒนาแห่งอนาคต” โดยมีเป้าหมาย คือ (๑) คนไทยได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพในทุกช่วงวัย มีสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับโลกยุคใหม่ มีคุณลักษณะตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม มีคุณธรรม จริยธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกโฉมฉบับพลันของโลก สามารถดำรงชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างสงบสุข (๒) กำลังคนมีสมรรถนะสูง สอดคล้องกับความต้องการภาคการผลิตเป้าหมาย และสามารถสร้างงานอนาคต และ (๓) ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต

๕) แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๘๐) (ฉบับร่าง)^๙: การสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพและพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการมีและเลี้ยงบุตร การพัฒนายกระดับผลิตภาพประชากร การยกระดับความมั่นคงทางการเงิน การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควร และมีระบบดูแลระยะยาวและช่วงท้ายของชีวิต การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัย การบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่น

๖) แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๘๐)^{๑๐}: เตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ยกกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหารเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ และเพิ่มศักยภาพการวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมรองรับสังคมสูงวัย

ซึ่งนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนข้างต้นมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกัน รวมถึงพบว่าองค์ประกอบสำคัญยิ่งที่จำเป็นต่อการพัฒนาองค์ประกอบอื่นๆ ทั้งหมด ได้แก่ การมีหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการพัฒนาลูกประกันดังกล่าวจำเป็นต้องเริ่มขึ้นก่อนตั้งแต่ประชาชนอยู่ในวัยแรงงานมีงานทำและมีรายได้ ประชาชนจึงจะสามารถวางแผนชีวิตสำหรับคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยได้มีการระบุถึง

^๙ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๖๔). (ร่าง) แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. ๒๕๖๕- ๒๕๘๐).

^{๑๐} เสนอโดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ผ่านมติความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๕ และจะมีผลบังคับใช้เมื่อแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๕) สิ้นสุดลง ซึ่งแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖- ๒๕๘๐) เป็นแผนชาติระดับ ๓ ที่มีความต่อเนื่องจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ๒ ฉบับที่ผ่านมา

กลยุทธ์การพัฒนาต่อเนื่องระยะยาวไว้ชัดเจน เช่น “ไทยสามารถลดความยากจนข้ามรุ่น” “ไทยมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ตอบโจทย์การพัฒนาแห่งอนาคต” “ประชาชนสามารถเข้าถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต” ซึ่งในเรื่องการพัฒนาสู่ “การมีหลักประกันรายได้เพื่อมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” นั้น เมื่อมีการวิเคราะห์แล้ว พบว่าจำเป็นต้องมี ๕ องค์ประกอบหลัก ดังนี้

- ๑) การพัฒนาผลิตภาพประชากรและการมีงานทำตลอดช่วงวัย
- ๒) การออมระยะยาวเพื่อยามชราภาพอย่างครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน
- ๓) การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)
- ๔) เงินอุดหนุนและบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ
- ๕) การดูแลจากครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น

๓. สถานการณ์ภัยคุกคาม โอกาส และความหวังด้วยพลังสังคมสูงวัย

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน ๑๒.๕ ล้านคน หรือกว่าร้อยละ ๑๙ ของประชากรไทยในปี ๒๕๖๔ และกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๕^{๑๑} และมีแนวโน้มว่า ปี ๒๕๖๖ ประชากรอายุ ๖๐ ปี หรือมีผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นปีละ ๑ ล้านคน ต่อเนื่องไปอีก ๒๐ ปี โดยผู้สูงอายุไทยกำลังเผชิญหน้ากับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อการมีหรือไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดี^{๑๒} ส่วนหนึ่งถือว่ายังไม่มีคามมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ อัตราความยากจนเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้น มีผู้สูงอายุกว่า ๑.๑๙ ล้านคนที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อปี มีผู้สูงอายุร้อยละ ๓๒ พึ่งพารายได้หลักจากลูกหลาน รองลงมา ร้อยละ ๑๙ พึ่งเบี้ยยังชีพจากรัฐ และอีกร้อยละ ๘ พึ่งบำนาญบำนาญตามลำดับ โดยสัดส่วนของผู้ที่แหล่งรายได้จากบำนาญและจากลูกหลานมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ในขณะที่สัดส่วนการพึ่งพิงเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จึงถือเป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี คุณค่า และคุณภาพที่ดีของชีวิตได้ และจากวิกฤตโควิด-๑๙ ที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่ได้รับผลกระทบสูงมากทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของประเทศไทย^{๑๓} ร้อยละ ๓๖ ของผู้สูงอายุสูญเสียรายได้จากการขาดอาชีพ พื้นที่ค้าขาย หรือถูกลดเงินเดือน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากการทำงานมีสัดส่วนลดลงร้อยละ ๔๕ ซึ่งอาจเป็นผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีแหล่งรายได้หลักมาจกเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๐^{๑๔} นอกจากนี้ หนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบของครัวเรือนกลุ่มเปราะบาง (ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยเรื้อรัง) ทุกประเภทยังเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย^{๑๕} และคาดว่าใน

^{๑๑} มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ <https://thaitgri.org/?p=๔๐๑๐๑>

^{๑๒} สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔

^{๑๓} การสำรวจผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต่อประชากรสูงอายุไทย

^{๑๔} College of Population Studies Chulalongkorn University. Covid-๑๙ and older persons: Evidence from the survey in Thailand. UNFPA. ๒๐๒๐

^{๑๕} กองพัฒนานโยบายและนวัตกรรมทางสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผลกระทบของ COVID-๑๙ ต่อประชากรกลุ่มเปราะบาง

ปี ๒๕๘๐ หรืออีก ๑๕ ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๙.๘ ล้านคน หรือกว่าร้อยละ ๓๐ ของประชากรไทย จากจำนวนรวมของผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐-๖๕ ปี) และประชากรวัยแรงงาน (อายุ ๔๕-๕๙ ปี) ในปีปัจจุบัน จากการเปรียบเทียบโครงสร้างประชากรไทยในด้านอัตราพึ่งพิงของประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุต่อประชากรวัยแรงงาน พบว่า จากเดิมในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุจำนวน ๕๔ คน จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นจำนวน ๗๙ คน ต่อประชากรวัยแรงงาน ๑๐๐ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๘๕^{๑๖} จึงคาดการณ์แนวโน้มว่า อีก ๒๐ ปีข้างหน้าคนวัยแรงงานต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันต้องเตรียมการสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตของตนเองในยามชราภาพด้วยเช่นกัน

ดังนั้น ผู้สูงอายุไทยในอนาคตก็มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะขาดหลักประกันรายได้เช่นเดียวกัน หากไม่มีการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนานโยบายและระบบที่เกี่ยวข้องรองรับตั้งแต่ปัจจุบัน ทั้งนี้ เนื่องจากประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศไทยอยู่ในภาคการจ้างงานแบบไม่เป็นทางการ (ร้อยละ ๕๐) ได้แก่ เกษตรกรรม การช่วยธุรกิจครอบครัว ทำธุรกิจส่วนตัว ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้มักเข้าไม่ถึงระบบประกันสังคมในปัจจุบันและไม่มีคามมั่นคงทางรายได้เมื่อชราภาพ โดยอัตราความครอบคลุมของหลักประกันยามชราภาพในประชากรอายุ ๒๕-๕๙ ปี มีเพียงร้อยละ ๓๗.๒^{๑๗} ส่วนในด้านมิติของเงินออม จากข้อมูลที่ว่าเงินออมที่พึงมีเพื่อให้พอใช้จ่ายเมื่ออายุ ๖๐-๑๐๐ ปี สำหรับคนรายได้ปานกลางในเขตเมืองคือ ๔.๓ ล้านบาทและในชนบท ๒.๘ ล้านบาท^{๑๘} คนไทยส่วนใหญ่มีเงินออมยังไม่เพียงพอต่อการสร้างความมั่นคงในชีวิต โดยครัวเรือนที่มีเงินออมสูงกว่า ๒.๘ ล้านบาทมีเพียงร้อยละ ๐.๕ ของครัวเรือนทั้งประเทศ หรือประมาณ ๑.๒ แสนครัวเรือน^{๑๙} ประกอบกับปัญหาความยากจนและการขาดความมั่นคงทางรายได้ของผู้สูงอายุยังเชื่อมโยงกับเศรษฐกิจระดับครอบครัว ได้แก่ ภาระทางเวลาและการเงินในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว ความมั่งคั่งของครัวเรือน ในระดับประเทศปัญหาเหล่านี้ เกี่ยวข้องอย่างมากกับความเหลื่อมล้ำหลายมิติของประเทศไทย และจัดเป็นอุปสรรคต่อการเติบโตและเสถียรภาพโดยรวมทางเศรษฐกิจในระยะยาว ตลอดจนความทั่วถึงและความยั่งยืนในการพัฒนาประเทศ (inclusive and sustainable development) และความยากจนข้ามรุ่นเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่เรื้อรังมายาวนาน และมีแนวโน้มรุนแรงยิ่งขึ้น ครัวเรือนยากจนข้ามรุ่นส่วนใหญ่ไม่มีเงินออม การศึกษาต่ำ และอัตราการพึ่งพิงสูง เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ไม่ได้รับการศึกษาภาคบังคับ ๙ ปี ร้อยละ ๑๗.๒ เด็กจำนวนมากต้องหลุดออกจากระบบการศึกษา ขาดทักษะความรู้ที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพทำให้เด็กกลุ่มนี้เป็นแรงงานทักษะต่ำซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระดับรายได้และคุณภาพของเด็กในอนาคต^{๒๐}

^{๑๖} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ (ฉบับปรับปรุง)

^{๑๗} ข้อมูลจากโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) ระยะเวลาที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ซึ่งเป็นการประเมินในกลุ่มประชากรอายุ ๓๐-๕๙ ปี

^{๑๘} สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ๒๕๖๒ รายงานการเตรียมความพร้อม ด้านการเงินและสุขภาพในสังคมอายุยืน <https://tdri.or.th/๒๐๑๙/๐๘/financial-and-health-preparation-in-a-longevity-society/>

^{๑๙} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสสี่และภาพรวม ปี ๒๕๖๓ https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=๑๑๒๙๐&filename=social_outlook

^{๒๐} สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๖๕). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสาม พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐.

นอกจากนี้ ปัจจุบันสังคมไทยต้องเผชิญวิกฤตรวมหมู่ (Collective crises) จาก ๓ สาเหตุหลัก ได้แก่

๑) **ความเหลื่อมล้ำแบ่งแยกสังคมให้ปั่นป่วน** ประเทศไทยติดอันดับความเหลื่อมล้ำทางฐานะมีอยู่ในระดับสูง และมีแนวโน้มรุนแรงยิ่งขึ้น มีกรณีตัวอย่างของประเทศแอฟริกาใต้ บราซิล อินเดีย รัสเซีย สหรัฐอเมริกา ศรีลังกา ที่สะท้อนสภาพชีวิตสังคมเหลื่อมล้ำสูง คนรวยกับคนจนมีฐานะแตกต่างกันมาก ส่วนประเทศพม่ากับฟิลิปปินส์เหลื่อมล้ำเป็นอันดับต้น ๆ ของอาเซียน ซึ่งมีดัชนีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นรัฐเปราะบาง (Fragile state) ในสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำสูง ทั้งคนรวยและคนจนไม่มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น บ้านเมืองอาจเกิดการจลาจล ปล้นทรัพย์ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน อาจถูกทำร้ายหรือถูกหลอกลวงเพื่อขโมยทรัพย์สินด้วยเช่นกัน

๒) **“ผลิตภาพ”ตกต่ำ พ่ายแพ้ศึกเศรษฐกิจ** ประเทศไทยจะกลายเป็นประเทศร่ำรวยได้ก็เมื่อแรงงานไทยมีขีดความสามารถสูง นโยบายกฤษฎีกาทางเศรษฐกิจของรัฐบาลจึงมีความสำคัญในการสร้างความสามารถในการแข่งขัน (Competitiveness) ในขณะนี้ปัจจุบันผลิตภาพการผลิตรวม (Total Factor Productivity: TFP) ของไทยเติบโตช้า จำเป็นที่จะต้องขยายอายุการทำงานออกไป เพื่อให้คนกลุ่มวัย ๖๐-๗๐ ปียังสามารถทำงานหารายได้ดูแลตนเองและลูกหลานได้ตามกำลังความสามารถให้ยาวนานที่สุด ถือเป็น **“การสร้างความหวังด้วยพลังสังคมสูงวัย”**

๓) **วิกฤตการณ์ใหญ่กระหน่ำบอยและรุนแรง** ผลพวงจากโควิด-๑๙ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทยเป็นอย่างมาก ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวนคนยากจนเพิ่มขึ้นราว ๕๐๐,๐๐๐ คนจาก ๔.๓ ล้านคน เป็น ๔.๘ ล้านคน คนว่างงานเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าจาก ๓.๗๓ คนเป็น ๖.๕๑ แสนคน เศรษฐกิจหดตัวร้อยละ ๖.๑^{๒๑} กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราความยากจนสูงสุด โดยมีผู้สูงอายุที่ยากจนถึงร้อยละ ๑๑ ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด คือ มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนต่ำกว่าเส้นความยากจน หรือ เฉลี่ยไม่ถึง ๓ พันบาทต่อคนต่อเดือน^{๒๒} รัฐบาลต้องหางบประมาณ ๑ - ๑.๕ ล้านล้านบาท เพื่อใช้กับมาตรการบรรเทาผลกระทบจากโควิด-๑๙^{๒๓} ^{๒๔} นอกจากนี้ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหาเงินเฟ้อ เศรษฐกิจเสี่ยงตกต่ำ สงครามใหญ่ในยุโรป

^{๒๑} สำนักงานสภาพัฒนาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๖๔). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี ๒๕๖๓.

^{๒๒} ดร.ทีปกร จิริฐิติกุลชัย (๒๕๖๕). ข้อมูลจากการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาเครือข่ายสังคมสุขภาวะและนโยบาย ครั้งที่ ๘ การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมประเด็น “หลักประกันรายได้พื้นฐานถ้วนหน้า หรือบำนาญถ้วนหน้า” เมื่อวันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๕

^{๒๓} ภาพรวมการใช้จ่ายเงินกู้รายแผนงาน ได้แก่ แผน ๑ การแพทย์/สาธารณสุข ๖๓,๘๙๘ ล้านบาท แผน ๒ ช่วยเหลือ/เยียวยา ๗๐๙,๐๕๙ ล้านบาท แผน ๓ พื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ๒๒๗,๐๔๓ ล้านบาท

^{๒๔} ภาพรวมการใช้จ่ายเงินกู้รายแผนงาน ได้แก่ แผน ๑ การแพทย์/สาธารณสุข ๑๖๓,๖๗๙ ล้านบาท แผน ๒ ช่วยเหลือ/เยียวยา ๑๗๔,๐๔๒ ล้านบาท แผน ๓ พื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม ๑๖๒,๒๗๙ ล้านบาท สืบค้นจาก <https://www.pdmo.go.th/th/covid-๑๙/projectcovid๑๙-๒๐๒๑>

ตลอดจนวิกฤตจากปัญหาสิ่งแวดล้อมและภาวะโลกร้อนที่เริ่มส่งผลมากขึ้น เช่น ฝนแล้ง น้ำท่วม ทำลายผลผลิตทางการเกษตร บ้านเรือน และชีวิตผู้คน อีกทั้งภัยคุกคามใหญ่จากเทคโนโลยี ดิสรัปชัน (Technological disruption) อาจเป็นความก้าวหน้าพร้อมไปกับก่อวิกฤตกับผู้คน ในบางอาชีพ สมอกลุ่นยนต์เครื่องมือไฮเทคสามารถทำงานแทนมนุษย์ได้มากขึ้น ๆ โดยมีต้นทุน ที่ต่ำกว่าในระยะยาว อาจส่งผลให้คนตกงานจำนวนมากในอนาคตอันใกล้ นอกจากนี้ในพื้นที่ ชุมชนท้องถิ่นยังเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีอย่างทั่วถึงอีกด้วย

ดังนั้น ประเทศไทยจึงต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือและป้องกันไม่ให้ภาวะวิกฤตรวมหมู่ข้างต้น มีความรุนแรงขึ้น

๔. ห้าองค์ประกอบสำคัญของหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิต

ในการพัฒนาสู่ “การมีหลักประกันรายได้เพื่อมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” นั้น จำเป็น ต้องพิจารณาอย่างน้อย ๕ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาผลิตภาพประชากรและการมีงานทำตลอด ช่วงวัย การออมระยะยาวเพื่อยามชราภาพ การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) เงินอุดหนุนและบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ และการดูแลจากครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น ในแต่ละองค์ประกอบมีสถานการณ์โดยสรุปดังนี้

๔.๑ การพัฒนาผลิตภาพประชากรและการมีงานทำตลอดช่วงวัย

ผลิตภาพแรงงาน (Labor productivity) คือ สัดส่วนผลผลิตต่อหน่วยของแรงงาน ดังนั้น ผลิตภาพ ที่สูงขึ้นย่อมส่งผลให้มีรายได้สูงขึ้นอันนำไปสู่มาตรฐานการครองชีพที่ดีขึ้น และถือเป็นปัจจัยที่จำเป็นยิ่งในการ ขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจระยะยาวและความสามารถในการแข่งขันของประเทศ โดยพบว่าผลิตภาพมีความ สัมพันธ์กับการลดความยากจน (Poverty) และความเหลื่อมล้ำ (Inequity)^{๒๕} กล่าวคือ การเติบโตของผลิตภาพ ส่งผลต่อความสำเร็จของการขจัดความยากจนและการลดความเหลื่อมล้ำ ดังนั้น สำหรับประชาชนกลุ่มราย ได้ต่ำ การเพิ่มผลิตภาพจึงเป็นเงื่อนไขจำเป็นต่อหลักประกันรายได้

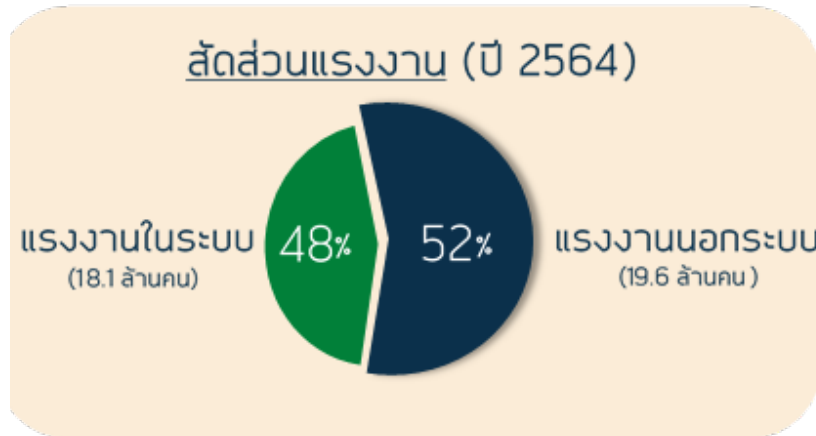
สำหรับประเทศไทย อัตราการเติบโตของผลิตภาพแรงงานต่อหัวโม่งของไทยมีทิศทางลดลง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ - ๒๕๖๒ โดยพบว่าผลิตภาพแรงงานต่อคนของประเทศไทยเทียบกับประเทศในอาเซียน อยู่ในลำดับที่ ๔ รองจากสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๔ ผลิตภาพแรงงาน ของไทยอยู่ในอันดับที่ ๔๐ จาก ๖๔ ประเทศ^{๒๖} ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการแข่งขันของประเทศ และผลิตภาพแรงงานสะท้อนถึงผลทางนโยบายพัฒนามนุษย์ต่อโครงสร้างเศรษฐกิจ โดยพบว่า ประเทศไทยมีสัดส่วนการจ้างงานภาคการผลิตขั้นต้นจำนวนมาก^{๒๗} ขณะที่มีการขาดแคลนแรงงาน

^{๒๕} Mahamat Hamit-Haggar และ Malick Souare Productivity Growth, ๒๐๑๘. Poverty Reduction and Income Inequality: New Empirical Evidence. Productivity Growth, Poverty Reduction and Income Inequality: New Empirical Evidence | SpringerLink

^{๒๖} Institute for Management Development (IMD), ๒๐๒๑

^{๒๗} รายงาน Multi-dimensional Review of Thailand i ของ OECD ระบุผลิตภาพแรงงาน เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในระบบ เศรษฐกิจ การเพิ่มผลิตภาพแรงงานจะมีส่วนสำคัญต่อความสามารถในการแข่งขันของประเทศ และผลิตภาพแรงงานยังจะ เป็นประโยชน์ต่อการประเมินนโยบาย

ที่มีฝีมือขั้นสูง^{๒๘} แรงงานไทยมากกว่าครึ่งเป็นแรงงานนอกระบบ แรงงานกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีผลิตภาพและรายได้ต่ำ แทบไม่มีสวัสดิการใดๆ และขาดหลักประกันรายได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ในขณะที่สัดส่วนของแรงงานฝีมือมีเพียงร้อยละ ๑๔.๔ ของกำลังแรงงานทั้งหมด



นอกจากนี้ พบว่าแนวโน้มในอีก ๒๐ ปีข้างหน้าผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะต้องมีความสามารถเพิ่มขึ้นมากกว่าแรงงานในปัจจุบันประมาณ ๒.๒ เท่าจึงจะสามารถรักษาภาพเศรษฐกิจเช่นในปัจจุบันไว้ได้ ดังนั้นประชากรวัยแรงงานจำเป็นต้องมีความสามารถในการทำงานสูงกว่าแรงงานในปัจจุบัน ไม่น้อยกว่า ๒.๕ เท่า^{๒๙} และยังมีแนวโน้มว่าในทศวรรษที่ ๒๐๒๐ นี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะส่งผลให้การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวลดลง^{๓๐} อีกร้อยละ ๐.๘๖ ประกอบกับการคาดการณ์ในช่วงระหว่างปี ๒๐๒๐ ถึง ๒๐๖๐ ชี้ว่าภาพรวมกำลังแรงงานจะลดลงจำนวน ๑๔.๔ ล้านคน และภายในปี ๒๐๒๕ จะเกิด **การว่างงานตกงานจากเทคโนโลยีใหม่** เนื่องจากจะมีการนำดิจิทัลมาใช้ในกระบวนการทำงานมากขึ้นและลดจำนวนพนักงานลง^{๓๑} ซึ่งจะส่งผลต่อการมีงานทำและรายได้

ดังนั้น ในการพัฒนาจึงจำเป็นต้องพิจารณาแนวทางเพื่อให้เกิดผลิตภาพและรายได้ที่สูงขึ้น รวมถึงจำนวนคนทำงานเพื่อสร้างรายได้ โดยในการพัฒนาผลิตภาพตามแผนของประเทศนั้น กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ประชากรวัยแรงงานรวมถึงประชากรวัยสูงอายุที่ยังคงมีศักยภาพที่จะทำงาน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีงานทำตลอดช่วงวัย

^{๒๘} <http://blogs.worldbank.org/eastasiapacific/skilled-workforce-and-strong-rd-keys-thailand-๔.๐-success>

^{๒๙} สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, ๒๕๖๓. แนวโน้มความต้องการกำลังคนโดยยึดพื้นที่เป็นฐาน

^{๓๐} รายงานธนาคารโลก Aging and labour market in Thailand (๒๐๒๑)

^{๓๑} รายงานของ The World Economic Forum's Future of Jobs Report ๒๐๒๐

๔.๒ การออมระยะยาวเพื่อยามชราภาพอย่างครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน

เงินออมระยะยาว หมายถึง เงินที่บุคคลเก็บออมสะสมโดยไม่นำไปใช้ก่อนเกษียณจากการทำงาน ซึ่งเป้าประสงค์ของระบบการออมเพื่อการชราภาพ มี ๓ ประการ คือ **“ครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน”** อันหมายถึงทั้งระดับบุคคลและระบบการออมที่จัดโดยรัฐ โดยมีทั้งรูปแบบการออมแบบร่วมสมทบภาคบังคับ การออมแบบร่วมสมทบโดยสมัครใจ รวมทั้งรูปแบบการออมแบบทางเลือก

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีกฎหมายและระบบการออมระยะยาวแบบร่วมสมทบเพื่อส่งเสริมการออมที่สำคัญ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๑ กฎหมายและระบบการออมระยะยาวแบบร่วมสมทบที่สำคัญของประเทศไทย

ระบบการออม	ผู้ได้รับผลประโยชน์	ต้องจ่ายเงินสมทบ	สิทธิประโยชน์	หน่วยงานกำกับดูแล
แผนการออมแบบร่วมสมทบภาคบังคับ				
กองทุนประกันสังคมภาคบังคับ (ม.๓๓) (ตั้งแต่ ๒๕๓๓)	ลูกจ้างในสถานประกอบการ ๕๕+ ปี (หากจ่ายสมทบครบ ๑๕ ปี)	สบทบโดยเจ้านายจ้าง & รัฐ ๗% (ลูกจ้าง ๓%, นายจ้าง ๓%, รัฐ ๑%) (๐.๖๕% กรณีสงเคราะห์บุตร)	บำนาญคำนวณจากเงินเดือนเฉลี่ยย้อนหลัง ๕ ปี (รวมไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน) (ได้เงินก่อน หากจ่ายไม่ครบ ๑๕ ปี) (เป็นสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การว่างงาน ตาย ทูพพลภาพ คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ด้วย)	กระทรวงแรงงาน
แผนการออมแบบร่วมสมทบโดยสมัครใจ				
กองทุนประกันสังคมภาคสมัครใจ (ม.๓๙) (ตั้งแต่ ๒๕๔๓)	บุคคลผู้เคยเป็นผู้ประกันตนตาม ม.๓๓ ๕๕+ ปี (สมัครใจ)	๔๓๒ บาท/เดือน (๙% ของฐานเงินเดือน ๔,๘๐๐ บ)	บำนาญคำนวณจากเงินเดือนเฉลี่ยย้อนหลัง ๕ ปี	กระทรวงแรงงาน
กองทุนประกันสังคมภาคสมัครใจ (ม.๔๐) (ตั้งแต่ ๒๕๔๓)	บุคคลผู้ไม่ได้ร่วมประกันรายได้ อื่นๆ ๖๐ ปี (สมัครใจ)	สบทบโดยเจ้านายจ้าง & รัฐ (ก) ๑๐๐ บาท/เดือน (รัฐเพิ่ม ๕๐ บาท) (ข) ๓๐๐-๑,๐๐๐ บาท/เดือน (รัฐเพิ่มสูงสุด ๑๕๐ บ)	เงินก้อนจากที่สะสมไว้ (จ่ายโดยบุคคลและส่วนที่รัฐสนับสนุน) คูณจำนวนเดือน และบวกดอกเบี้ย	กระทรวงแรงงาน
กองทุนเพื่อการเลี้ยงชีพ หรือ กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) (ตั้งแต่ ๒๕๕๔)	บุคคลผู้ไม่ได้ร่วมประกันรายได้ อื่นๆ ๖๐-๘๐ ปี (สมัครใจ)	สบทบโดยเจ้านายจ้าง & รัฐ รัฐสมทบ ๕๐-๑,๒๐๐ บาท/ปี (๖๐๐ บ./ปี สำหรับ ๑๕-๓๐ ปี) (๙๖๐ บ./ปี สำหรับ ๓๐-๕๐ ปี) (๑,๒๐๐ บ./ปี สำหรับ ๕๐-๖๐ ปี)	- หากกองทุนมีเงินสะสมยอดสุดท้าย ๑๕๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป ได้บำนาญขั้นต่ำ ๖๐๐ บาท - ๗,๒๐๐ บาทตลอดชีพ - บำนาญคำนวณจากเงินออมทั้งหมด (รวมดอกเบี้ย) หารด้วย ๒๔๐ (๑๒ เดือน X ๒๐ ปี) (ขั้นต่ำ ๖๐๐ บ./เดือนหมดอายุเมื่อเงินออมหมด) (ได้เงินก้อนหากออกก่อน ๖๐ ปี)	สนก.กำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

ระบบการออม	ผู้ได้รับผลประโยชน์	ต้องจ่ายเงินสมทบ	สิทธิประโยชน์	หน่วยงานกำกับดูแล
กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (เอกชน) (ตั้งแต่ ๒๕๒๖)	ลูกจ้างในสถานประกอบการ เอกชนที่เข้าร่วม ๕๕+ปี (สมัครใจ)	สมทบโดยเจ้านาย & นายจ้าง ๒-๑๕ % ของเงินเดือน	เงินก้อน/แบ่งเป็นงวดตามที่สะสม&ได้รับสมทบไว้ +ผลตอบแทนจากการลงทุน (ไม่ต้องเสียภาษี) (เมื่อถอนเงินก่อนอายุเกษียณ จะไม่ได้รับสิทธิพิเศษทางภาษี)	สำนักงานกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์
กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) (ตั้งแต่ ๒๕๔๐)	ข้าราชการเกษียณ ๖๐+ปี (สมัครใจ)	สมทบโดยเจ้านาย & รัฐ เจ้านาย ๓-๑๕ % ของเงินเดือน (รัฐเพิ่มไม่เกิน ๕%)	เงินก้อนตามที่สะสม&ได้รับสมทบไว้ +ผลตอบแทนจากการลงทุน (ไม่ต้องเสียภาษี) หรือเงินบำนาญ ๒๐ ปี	กระทรวงการคลัง

ทั้งนี้ การออมระยะยาวเพื่อยามชราภาพ นับเป็นเรื่องเดียวกับระบบบำนาญแห่งชาติที่กำลังพัฒนาอยู่ ซึ่งในแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ได้มีข้อเสนอนโยบายให้เร่งพัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติแบบหลายชั้น โดยเสนอให้ในบำนาญชั้นที่ ๑ ผลักดันให้เปลี่ยนสถานะทางกฎหมายของเบี้ยยังชีพเป็นบำนาญพื้นฐาน ในบำนาญชั้นที่ ๒ บูรณาการสิทธิประโยชน์ยามชราภาพของกองทุนประกันสังคมกับกองทุนการออมแห่งชาติ ในบำนาญชั้นที่ ๓ ปฏิรูประบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นการออมภาคบังคับ และในบำนาญชั้นที่ ๔ การออมภาคสมัครใจ ทั้งในรูปของเงินและไม่ใช่เงิน

นอกจากนี้ ยังมีระบบการออมทางเลือกอื่นที่จัดตั้งขึ้นในระดับสถาบันและชุมชน โดยการสนับสนุนบางส่วนจากหน่วยงานรัฐ (เช่น กรมพัฒนาชุมชน ธนาคารออมสิน ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร เป็นต้น) และมีการบริหารจัดการโดยชุมชนเอง เช่น ศูนย์สวัสดิการตลาด กองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนหมู่บ้าน ตลอดจนระบบการออมที่จัดโดยภาคเอกชน อาทิ กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF) กองทุนรวมเพื่อการออม (SSF) และ ประกันชีวิตประเภทบำนาญ

นอกจากการออมในรูปแบบเงินแล้ว ในระดับชุมชนหลายแห่งของประเทศไทยยังมีกองทุนออมในลักษณะพิเศษอื่น ๆ เช่น กองทุนชะกาด (ตามแนวปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม) ธนาคารเวลา (ให้บริการสาธารณะแทนเงินออม) การออมต้นไม้ เหล่านี้เป็นกรณีตัวอย่างที่ดีที่แสดงให้เห็นว่าชุมชนที่เข้มแข็งมีบทบาทสำคัญในการดูแลกันของคนในชุมชนด้านหลักประกันรายได้ซึ่งมีความเหมาะสมตามบริบทของชุมชนซึ่งนำไปสู่ระบบที่ยั่งยืนได้

โดยในเรื่องกองทุนสวัสดิการชุมชนนั้น มีผลงานวิจัย เรื่อง กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและลำปางระบบสวัสดิการภาคประชาชน: นโยบายการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐบาล^{๑๒} มีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการปฏิรูปกองทุนสวัสดิการชุมชนในอนาคต โดยเสนอว่า (๑) ระบบพื้นที่ควรใหญ่กว่าชุมชนหรือตำบล เนื่องจากการจ่ายสวัสดิการบำนาญยากต่อการบริหารจัดการในกลุ่มที่มี

^{๑๒} วรเวศม์ สุวรรณระดา. (๒๕๕๐). กรณีศึกษาจังหวัดสงขลาและลำปางระบบสวัสดิการภาคประชาชน: นโยบายการแบ่งงานกันทำระหว่างภาคประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐบาล. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ขนาดเล็ก และสัดส่วนอายุกับโครงสร้างของประชากรในพื้นที่ด้วยมีผลต่อเงินกองทุน ยิ่งพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากก็จะมีภาระทางการเงินมากตามไปด้วย การขยายพื้นที่ในระดับใหญ่ขึ้นจะทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (๒) การปรับความสอดคล้องและสมดุลระหว่างเงินออมกับสิทธิประโยชน์ แนวคิด “ได้รับ” มากกว่า “ให้” ระดมเงินทุนโดยการหาสมาชิกเข้ามาเพิ่ม โดยเฉพาะเด็กเกิดใหม่ ย่อมเป็นการผลักดันภาระของสมาชิกรุ่นปัจจุบันไปสู่สมาชิกใหม่ซึ่งอาจเป็นรุ่นลูกหลานในชุมชนเอง (๓) การแยกส่วนระหว่างกองทุนบำนาญและเงินสวัสดิการประเภทอื่น เนื่องจากภาวะสัญญาการจ่ายเงินบำนาญย่อมเกิดขึ้นแน่นอนจำเป็นต้องเก็บเงินส่วนนี้ไว้ระยะยาว และลงทุนที่มีผลตอบแทนสูงเพื่อนำดอกผลมาใช้ การแยกกองทุนออกเป็น ๒ ส่วนเป็นเรื่องที่จำเป็น (๔) การมีส่วนร่วมสมทบโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เนื่องจากกองทุนสวัสดิการชุมชนเป็นระบบทางเลือก หรือระบบสมัครใจที่เสริมขึ้นมาจะระบบสวัสดิการของรัฐที่มีอยู่ เกิดขึ้นตามธรรมชาติในพื้นที่และทุนทางสังคม สอดคล้องกับที่ อปท. มีบทบาทในการส่งเสริมสวัสดิการของประชาชนในพื้นที่อยู่แล้ว (๕) รัฐส่งเสริมความรู้ เช่น คณิตศาสตร์ประกันภัย การลงทุน ความเสี่ยง ฯลฯ ให้กับกองทุนสวัสดิการชุมชนให้สามารถบริหารจัดการกองทุนได้อย่างมีความเชื่อมั่นต่อสมาชิกเดิมและสมาชิกใหม่

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าประชาชนกลุ่มรายได้ต่ำส่วนใหญ่ไม่มีเงินออมระยะยาวแต่กลับมีหนี้สิน จากข้อมูลจากแบบสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า เกือบ ๑ ใน ๓ ของครัวเรือนไทยไม่มีเงินออม และกว่าร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มนี้กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้น้อย ซึ่งมีสัดส่วนภาระหนี้สินที่ต้องชำระต่อรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่าครัวเรือนที่มีเงินออมถึง ๒ เท่า ในขณะที่เดียวกัน เงินออมเกือบร้อยละ ๖๐ ของประเทศเป็นเงินออมของครัวเรือนกลุ่มที่มีรายได้สูง ซึ่งคิดเป็นเพียงร้อยละ ๑๐ ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมดที่มีเงินออม^{๓๓}

๔.๓ การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC)

สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัย ๕๕-๗๐ ปี ร้อยละ ๔๔.๘๓ อาศัยอยู่กับคู่ครอง รองลงมา คือ ร้อยละ ๔๒.๕ อยู่กับลูกหรือหลาน นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอยู่ถึงร้อยละ ๓๕.๖ ของผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุมากกว่า ๘๐ ปี) โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว และความต้องการผู้ดูแลของผู้สูงอายุนั้น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในระยะยาว สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น จากการประเมินสุขภาพตนเอง พบว่ามีผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี-ดีมากคิดเป็นร้อยละ ๔๖ หรือไม่ถึงครึ่งของประชากรสูงอายุทั้งหมด สถิติอายุคาดเฉลี่ยหลัง ๖๐ ปี ผู้ชายจะมีค่าเฉลี่ยอายุยืนยาวไปถึงอายุ ๗๙.๑ ปี และผู้หญิงอายุยืนยาวไปถึง ๘๒.๖ ปี^{๓๔}

^{๓๓} พิรฤกษ์รัตนภาพ และคณะ. (๒๕๖๓). ช่องว่างการออมและการลงทุนเงาสะท้อนความไม่สมดุลในระบบเศรษฐกิจไทย. ธนาคารแห่งประเทศไทย.

^{๓๔} เบญจวรรณ อภินันท์กุล และคณะ (๒๕๕๘) ความแตกต่างทางเพศในเรื่องอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีตลอดช่วงอายุขัยที่มีความบกพร่องทางสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทย (Gender differences in health expectancies across the disablement process among older Thais).ธนาคารแห่งประเทศไทย.

จากข้อมูลข้างต้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจึงเป็นรายจ่ายลำดับต้น ๆ ของประชากรสูงอายุ ดังนั้นจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของหลักประกันรายได้ อีกทั้งสุขภาพที่ดียังเป็นส่วนสำคัญที่สุดของคุณภาพชีวิตอีกด้วย โดยปัจจุบันมีนโยบายด้านสาธารณสุขที่มุ่งเป้าการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนนโยบายหนึ่ง ได้แก่ การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง^{๓๕} (Long term care: LTC) ซึ่งเป็นนโยบายระดับประเทศที่มีการประกาศใช้และเริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีหน่วยงานรับผิดชอบ ๓ หน่วยงานหลัก ได้แก่ ๑) กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการจัดบริการและควบคุมมาตรฐานบริการ ๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทในการกำหนดสิทธิประโยชน์และจัดการงบประมาณ และ ๓) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทในการบริหารโครงการจัดการงบประมาณในพื้นที่

แม้ว่าคนไทยและผู้สูงอายุจะมีหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและมีบริการจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิแล้ว แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนผู้มีรายได้น้อย โดยปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ อาทิ

- การจัดบริการ LTC ยังไม่ครอบคลุม โดยยังคงมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนอีกร่วม ๑,๐๐๐ ตำบลที่ยังคงไม่มีการจัดระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน และจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ขึ้นทะเบียนและได้รับงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๒๕๑,๕๘๙ ราย โดยในจำนวนนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ ๙๐ อย่างไรก็ตามงบประมาณดังกล่าวจำกัดอยู่เฉพาะบริการด้านสุขภาพเป็นหลัก ไม่ครอบคลุมบริการด้านสังคมซึ่งเป็นความจำเป็นหลักของผู้มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคเรื่องความไม่เพียงพอของผู้จัดการและผู้ดูแลบริการ LTC ในชุมชน
- หลักประกันสุขภาพไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายบางรายการ ขาดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นต้น
- สิทธิประโยชน์แตกต่างกันระหว่าง ๓ กองทุน^{๓๖} ได้แก่ ๑) กองทุนสุขภาพแต่ละกองทุนมีกฎหมาย กลุ่มเป้าหมาย วิธีการ โครงสร้างองค์กร การออกแบบและการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมตามมา ๒) การกระจายตัวของบุคลากรไม่เสมอภาคกันทั้งสถานพยาบาลบุคลากร ด้านสุขภาพ รวมทั้งประสิทธิภาพของการส่งต่อ และ ๓) วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาลซึ่งมีรูปแบบและอัตราการจ่ายค่าบริการสุขภาพจากกองทุนต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน ทำให้สถานพยาบาลให้บริการที่อาจแตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกเลือกปฏิบัติ

^{๓๕} ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึงผู้ที่อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีสิทธิรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมีคะแนนประเมิน Barthel ADL index เท่ากับหรือน้อยกว่า ๑๑ คะแนน หากไม่ผ่านเกณฑ์อายุ หรือสิทธิรักษาพยาบาล สามารถใช้บริการได้โดยให้ใช้งบกองทุนท้องถิ่น

^{๓๖} การประชุมระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๘

ดังนั้น จึงมีข้อเสนอสำหรับการพัฒนาระบบ LTC โดย (๑) ให้ยึดหลักการพัฒนาว่า “ผู้มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับบริการดูแลระยะยาวที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการ โดยครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลัก ภายใต้ การสนับสนุนที่เหมาะสมและยั่งยืน จากภาครัฐ ท้องถิ่นและชุมชน ภายใต้หลักการ SAFE (S=Sustainable, A=Adequate, F=Fair, E=Efficiency)” (๒) ควรขยายนิยาม “ผู้มีภาวะพึ่งพิง” ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น โดยครอบคลุมถึงกลุ่มผู้มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางขึ้นไปที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มีค่า PPS (Palliative Performance Scale) = ๕๐% และต่ำกว่า (๓) ให้ตระหนักถึงมาตรฐานการดูแลรวมถึงต้นทุนที่ครอบคลุมการให้บริการตามมาตรฐาน (๔) ให้สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพและบริการสังคม โดยพิจารณาแหล่งรายได้ภาครัฐที่จะมาสนับสนุนการจัดบริการที่เหมาะสม

๔.๔ เงินอุดหนุนและบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ

รัฐบาลไทยมีนโยบายด้านสวัสดิการของประชาชน หรือนโยบายคุ้มครองทางสังคม (social protection) หลายระบบสำหรับประชากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อบรรเทาปัญหาความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนที่ผ่านมาได้มีการริเริ่มและพัฒนาระบบต่าง ๆ เพื่อเตรียมพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัย^{๓๗} อาทิ การลดหย่อนภาษี สวัสดิการสังคมสำหรับประชากรกลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบางซึ่งครอบคลุมอย่างน้อย ๙ กรณี ได้แก่ (๑) เจ็บป่วย (๒) คลอดบุตร (๓) ตาย (๔) ทูพพลภาพ/พิการ (๕) เงินช่วยเหลือครอบครัวหรือบุตร (๖) ชราภาพ (๗) ว่างงาน (๘) ผู้อยู่ในอุปการะ และ (๙) การบาดเจ็บจากการทำงาน โดยมีระบบหลักประกันรายได้ยามชรา หรือระบบบำนาญแบบไม่ร่วมสมทบซึ่งเป็นเงินโอนจากรัฐขั้นพื้นฐาน รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

^{๓๗} ส่วนใหญ่เน้นผลประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเกษียณอายุในรูปแบบเงิน หรือทั่วไปมักเรียกว่า ระบบบำนาญ

ตารางที่ ๒ ระบบบำนาญแบบไม่ร่วมสมทบของประเทศไทย

ระบบบำนาญแบบไม่ร่วมสมทบ	ผู้ได้รับผลประโยชน์	ต้องจ่ายเงินสมทบ	สิทธิประโยชน์	หน่วยงานกำกับดูแล
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ ๒๕๕๒)	ประชาชนไทย ๖๐+ ปี ที่ไม่ได้รับสวัสดิการอื่นใดจากรัฐ	ไม่สมทบ (Non-contributory)	เงิน ๖๐๐-๑,๐๐๐ บาทต่อเดือน (ตามกลุ่มอายุ) ช่วงเดือนเม.ย.-ก.ย. ๖๕ มีการเพิ่มเงินช่วยเหลือพิเศษ (๖๐๐ บ./เดือน + เงินช่วยเหลือ ๑๐๐ บ./เดือน สำหรับ ๖๐-๖๙ ปี) (๗๐๐ บ./เดือน + เงินช่วยเหลือ ๑๕๐ บ./เดือน สำหรับ ๗๐-๗๙ ปี) (๘๐๐ บ./เดือน + เงินช่วยเหลือ ๒๐๐ บ./เดือน สำหรับ ๘๐-๘๙ ปี) (๑,๐๐๐ บ./เดือน + เงินช่วยเหลือ ๒๕๐ บ./เดือน สำหรับ ๙๐+ ปี)	กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์
บำเหน็จบำนาญราชการ (ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๔)	ข้าราชการเกษียณ ๖๐+ ปี	ไม่สมทบ (Non-contributory)	เงินบำนาญ (คำนวณจากปีที่ทำงาน&เงินเดือนสุดท้าย) (กรณีอายุราชการ ๑๐-๒๕ ปีจะได้รับเงินก้อน)	กระทรวงการคลัง

แม้นโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จะดำเนินมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๒ แต่ปัจจุบันแต่ยังคงพบปัญหา ๓ ประการสำคัญ ได้แก่

- **ความครอบคลุม** อัตราความคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ ๘๓ และยังมีผู้ตกหล่นที่ไม่ได้รับรายได้บำนาญจากโครงการใดๆ อีกร้อยละ ๗ ส่วนกลุ่มบุคคลผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิที่เป็นชนกลุ่มน้อยและกลุ่มชาติพันธุ์ที่กำลังรอพิสูจน์สัญชาติและสถานะบุคคลซึ่งมีจำนวนอีกไม่น้อยที่ยังไม่ได้รับความครอบคลุม

- **ความเพียงพอ** สิทธิประโยชน์ ๖๐๐-๑,๐๐๐ บาทต่อเดือนนั้น สำหรับประชาชนผู้มีรายได้ได้น้อย^{๓๘} ยังอยู่ในระดับไม่เพียงพอต่อการยังชีพและต่ำกว่าเส้นยากจนของไทยอยู่มาก (๒,๗๖๓ บาทต่อเดือนในปี ๒๕๖๒) นอกจากนี้อัตราดังกล่าวยังขาดการปรับจูนตามอัตราเงินเฟ้อ^{๓๙}

^{๓๘} ร้อยละ ๓๑ ของผู้สูงอายุ ๗๐ ปีขึ้นไปมีเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นแหล่งรายได้หลัก

^{๓๙} อัตรา ๖๐๐ บาทต่อเดือนตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๔ นั้นเมื่อพิจารณาพร้อมอัตราเงินเฟ้อพบว่ามูลค่าที่แท้จริงเพียง ๕๓๓ บาท ในปี ๒๕๖๒ (อ้างอิงจากรายงานวิจัย เช่น นงา วะสี)

- **ความยั่งยืน** ภาพรวมการจัดสรรงบประมาณในระบบบำนาญพื้นฐาน (pension floor) ของประเทศไทยยังถือว่าอยู่ในระดับต่ำมาก คือ มีเพียงประมาณร้อยละ ๑.๙ ของ GDP ในปี ๒๕๖๒ ในจำนวนนี้เบี่ยยังชีพผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพียงร้อยละ ๐.๔๓ ของ GDP ซึ่งต่ำกว่าประเทศในกลุ่มรายได้ต่ำ เช่น ดิมอร์เลสเต (ร้อยละ ๐.๕) เนปาล (ร้อยละ ๐.๗)^{๔๐} นอกจากนี้ระบบบำนาญพื้นฐานแห่งรัฐของไทยยังขาดความชัดเจนทางด้านความมั่นคงและยั่งยืนทางด้านการเงินการคลัง (fiscal sustainability) อีกด้วย

โดยจากผลการวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ช่องว่างทางการคลัง แหล่งรายได้ และความเป็นไปได้ทางเศรษฐกิจการเมืองของการจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติ โดยคำนึงถึงผลกระทบของ COVID-๑๙ ที่มีต่อผู้สูงอายุ”^{๔๑} พบว่าระบบบำนาญแห่งชาติมีความสมเหตุสมผล (rationale) ทางด้านเศรษฐศาสตร์ กล่าวคือ การใช้จ่ายของรัฐด้านสวัสดิการจัดเป็นรายจ่ายประเภทหนึ่งซึ่งผลบวกต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจ สามารถเป็นกลไกรักษาเสถียรภาพโดยอัตโนมัติ (automatic stabilizer) เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ และช่วยกระจายทรัพยากรจากจุดที่มีการกระจุกตัวไปยังภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมโดยตรง และหากแหล่งรายได้ส่วนหนึ่งของระบบบำนาญแห่งชาติมาจากภาษีฐานทรัพย์สินและการลดนโยบาย pro-rich ก็อาจกลายเป็นกลไกสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจในสังคมลงได้ จึงเสนอให้กำหนดให้ระบบบำนาญแห่งชาติ เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ (national agenda) ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบ และเสนอให้มีการแก้ไขกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ที่เป็นข้อจำกัดเพื่อให้มีการกำหนดสวัสดิการถ้วนหน้าด้านบำนาญ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนมีสิทธิได้รับ และสามารถคุ้มครองความยากจน จากเส้นความยากจนในแต่ละปี เช่น แก้ไข พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็น “พ.ร.บ. ผู้สูงอายุและบำนาญพื้นฐานแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๖” พร้อมทั้งแก้ไขให้เบี่ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นบำนาญพื้นฐานแห่งชาติ และสามารถมีแหล่งรายได้เพิ่มมากขึ้นสำหรับกองทุนผู้สูงอายุ ตามข้อเสนอของคณะกรรมการการสวัสดิการสังคม สภาผู้แทนราษฎร (ปี ๒๕๖๔) โดยในเรื่องกลยุทธ์ในการผลักดันระบบบำนาญชาตินั้น เสนอว่า จะต้องมีการหารายได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ หากจะขึ้นอัตราภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) จะต้องทำในเวลาที่เหมาะสม และควรต้องเพิ่มภาษีฐานทรัพย์สินและลดนโยบายที่มีลักษณะเอื้อคนรวย (Pro-rich) ต่าง ๆ ลงด้วย สำหรับด้านแหล่งรายได้เพื่อจัดตั้งและพัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติ ผ่านการปฏิรูประบบภาษีและระบบงบประมาณนั้น ผู้มีส่วนได้เสียส่วนใหญ่เห็นว่าภาษีมูลค่าเพิ่มควรเป็นแหล่งรายได้หลักลำดับแรกที่รัฐบาลควรหยิบยกนำมาพิจารณาเพื่อสนับสนุนระบบบำนาญแห่งชาติ ตามมาด้วยภาษีกลุ่มความมั่งคั่งที่ในปัจจุบันนี้ยังเหลือพื้นที่ในการจัดเก็บภาษีเพิ่มขึ้นได้อีกจำนวนมาก อีกทั้งมีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดการกระจายรายได้และลดความเหลื่อมล้ำลง สำหรับเรื่องการบริหารงบประมาณจ่ายนั้น ภาคธุรกิจควรให้ความสำคัญเช่นเดียวกับการขยายฐานภาษี และมีข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบงบประมาณใน ๓ ประเด็น คือ (๑) การจัดลำดับความสำคัญของงบประมาณไทยให้มีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อน และมีมาตรฐานที่ชัดเจน (๒) เนื่องด้วยระบบงบประมาณในปัจจุบันมีขนาดใหญ่และไม่เหลือพื้นที่สำหรับการเพิ่มรายจ่ายด้านสวัสดิการมากนัก จึงควรมีการจัดหมวดหมู่งบประมาณใหม่และปรับลดรายจ่ายที่ไม่ก่อให้เกิดผลิตภาพ และ (๓) ระบบงบประมาณที่ดีต้องมีการถ่วงดุลอำนาจและเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมตรวจสอบได้ง่าย ผ่านการเพิ่มบทบาทของสำนักงานงบประมาณของรัฐสภาและส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำงบประมาณด้วย

^{๔๐} องค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (HelpAge International) (๒๐๑๙)

^{๔๑} ทีปกร จิริฐิติกุลชัย และคณะ. (๒๕๖๕). การวิเคราะห์ช่องว่างทางการคลัง แหล่งรายได้ และความเป็นไปได้ทางเศรษฐกิจการเมืองของการจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติ โดยคำนึงถึงผลกระทบของ COVID-๑๙ ที่มีต่อผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า สถานการณ์ระบบคุ้มครองทางสังคมและระบบบำนาญของประเทศไทย ถือว่ามีคุณภาพแบบต้นทุนต่ำและผลประโยชน์ต่ำ (low cost & low return) กล่าวคือ ยังมีการระดมงบประมาณผ่านระบบภาษีในระดับต่ำ และระบบร่วมสมทบส่วนใหญ่ยังเป็นระบบแบบสมัครใจ จึงทำให้ยังไม่เห็นผลลัพธ์เชิงบวกจากการลงทุนของรัฐ อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์ปัจจุบันมีโอกาสมากมายในการพัฒนาระบบคุ้มครองทางสังคมและระบบบำนาญของประเทศไทยอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งสังคมต่อไป โดยเสนอให้กำหนดให้ระบบบำนาญแห่งชาติ เป็นวาระแห่งชาติที่มีหน่วยงานรับผิดชอบ และควรแก้ไขกฎหมายและระเบียบต่างๆ ที่เป็นข้อจำกัด เพื่อให้มีการกำหนดสวัสดิการถ้วนหน้า ด้านบำนาญ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนมีสิทธิได้รับ และสามารถคุ้มครองความยากจนจากเส้นความยากจนในแต่ละปี

๔.๕ การดูแลโดยครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น

ประชาชนมีศักยภาพที่จะดูแลกันเองทั้งโดยครอบครัวเอง และท้องถิ่น กล่าวได้โดยสรุปดังนี้

การดูแลโดยครอบครัว

การเกื้อหนุนจากบุตร/ครอบครัวเป็นหนึ่งในเสาหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพ ดังนั้น ผลประโยชน์ของระบบหลักประกันรายได้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวนั้นมีความสำคัญ อาทิ การเพิ่มมาตรฐานการใช้ชีวิต (living standard) ของผู้สูงอายุในครอบครัวจากรายได้ที่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้น หลักประกันรายได้อาจมีส่วนทำให้ครัวเรือนยากจนสามารถออกจากวงจรความจนข้ามรุ่นได้ จากการเพิ่มโอกาสในการนำเงินของครอบครัวไปใช้จ่ายกับสิ่งจำเป็นอื่นๆ ของครัวเรือน อาทิ การเพิ่มคุณภาพอาหาร และค่าเล่าเรียนศึกษาของเด็กในครอบครัวได้

ประเด็นที่ยังได้รับการพิจารณาน้อย ได้แก่ เรื่องบทบาทและคุณค่าของผู้สูงอายุในครัวเรือนในฐานะผู้สนับสนุนครัวเรือน เช่น บทบาทในการการเลี้ยงดูและอบรมเด็กเล็กในครอบครัว การบริหารสินทรัพย์และมรดกร่วมกันในครอบครัว ซึ่งบทบาทของผู้สูงอายุในแง่นี้มักไม่ได้ถูกพิจารณาเป็นการสร้างผลผลิตและมีส่วนร่วมในระบบเศรษฐกิจ

การดูแลโดยท้องถิ่น

กลไกการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่มีอยู่ ๕ กลไกหลัก ได้แก่ (๑) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ (๒) กลไกศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) (๓) ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการในพื้นที่ (๔) ชมรมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ และ (๕) การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่โดยหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่เจ้าภาพหลัก ซึ่งแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจ

จากหน่วยงานราชการส่วนกลางลงไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น ทั้งงานอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย ถือเป็น การสร้างโอกาสให้ อบต. จัดบริการให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้หลากหลายขึ้น^{๔๒}

จุดแข็งระดับพื้นที่:

(๑) มีการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับพื้นที่โดยภาคส่วนต่าง ๆ และมีรูปแบบการขับเคลื่อนที่หลากหลาย ทั้งโดยหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น องค์กรของรัฐ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคส่วนอื่นในพื้นที่ การบูรณาการการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ

(๒) อบต. เกือบทั้งหมดมีแผนดำเนินการประจำปีด้านผู้สูงอายุและมีการจัดงบประมาณและ/หรือกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ โดยแผนงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอาจจะเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาท้องถิ่นหรือมีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแยกออกมาเฉพาะ ขับเคลื่อนงานได้ทั้งมาตรการด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม และสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย โดยสร้างความร่วมมือ/บูรณาการกับหน่วยงานราชการส่วนกลาง/ภาคส่วนอื่นในพื้นที่ในการขับเคลื่อน

ดังนั้น ควรนำจุดแข็งของท้องถิ่นและพื้นที่มาพิจารณากำหนดมาตรการหรือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและท้องถิ่นด้วย

๕. เสียงความต้องการของประชาชนต่อหลักประกันรายได้เพื่อมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ความต้องการของประชาชนในส่วนนี้ประมวลและสังเคราะห์จาก “เวทีชวชนคิดชวชนคุยเพื่อพัฒนา นโยบายสาธารณะ เรื่องหลักประกันรายได้และคุณภาพชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” ที่จัดขึ้นจำนวน ๗ ครั้ง ในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ที่เป็นการเริ่มต้นชวชนคนหลากหลายช่วงวัย จากหลายกลุ่มเฉพาะ มาร่วมกันสะท้อน ย้อนคิดกับสถานการณ์ปัจจุบันและช่วยกันออกแบบภาพพึงประสงค์ของสังคมไทยในด้านต่าง ๆ ที่จะทำให้ ประชาชนทุกคนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงหลักประกันรายได้และคุณภาพชีวิตในยามสูงวัยได้อย่างทั่วถึง โดยสามารถประมวลออกมาได้ใน ๕ ด้าน ดังนี้

๕.๑ การพัฒนาผลิตภาพประชากรและการมีงานทำตลอดช่วงวัย

เป้าหมายการสร้างผลิตภาพในวัยสูงอายุคือ ต้องทำให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ มีรายได้ และทำงาน เพื่อสังคม เสนอให้เพิ่มการรับผู้สูงอายุเข้าทำงาน ส่งเสริมอาชีพที่มีการนำความรู้ประสบการณ์ที่มีมาใช้งานของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเป็นการลดรายจ่ายให้คนในช่วงวัยทำงานโดยเฉพาะการเลี้ยงหลาน ที่กลุ่มผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เหมือนหมอบุยาบาลหรือครู จึงควรได้รับค่าตอบแทนและการพัฒนาให้ทำหน้าที่ผู้ดูแลหลานได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

^{๔๒} ศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (๒๕๖๕) .รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการการทบทวน สังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุไทย. เวที “อนาคตสังคมผู้สูงอายุไทย...ก้าวไปอย่างไร?...บนความท้าทาย” เมื่อวันที่ ๒๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

แต่ต้องมีการพัฒนาผลิตภาพของคนทุกวัย โดยส่งเสริมให้มึงานทำที่เหมาะสมกับความถนัด ส่งเสริมทักษะชีวิต พัฒนาทักษะทางอาชีพ ให้มีรายได้สูงและหารายได้ได้หลายทาง ให้มีการเข้าถึงแหล่งทุนเพื่อการประกอบอาชีพ การเข้าถึงปัจจัยการผลิต มีที่ดินทำกิน มีสวัสดิการให้ยืมอุปกรณ์ เครื่องมือทางเทคโนโลยี สำหรับการประกอบอาชีพ มีการใช้สื่อออนไลน์ประชาสัมพันธ์สินค้าและบริการ มีการยกระดับค่าตอบแทนให้เหมาะสมและเพียงพอกับการดำรงชีวิต และมีระบบสวัสดิการที่ไม่ผูกมัดกับการจ้างงาน เพื่อรองรับคนรุ่นใหม่ต้องการทำธุรกิจส่วนตัวมากขึ้น

๕.๒ การออมระยะยาวเพื่อยามชราภาพอย่างครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน

แม้อุปสรรคสำคัญของการออมคือ อยากรออมแต่ไม่มีเงินเหลือให้ออม แต่ก็เห็นความสำคัญของการออมเพื่อใช้จ่ายในวัยสูงอายุ โดยการส่งเสริมการออมควรมีทั้งการออมภาคบังคับ และการออมภาคสมัครใจ มีการจูงใจและพัฒนาระบบที่เข้าใจการออมในมิติของชาวบ้าน ที่มองการออมเพื่อไว้ใช้ยามฉุกเฉิน มากกว่าการออมระยะยาว ควรมีการตั้งเป้าหมายการออมระยะยาว ว่าเมื่อถึงวัยสูงอายุต้องปลอดหนี้ เกษียณแล้วมีเงินก้อนเพื่อการเปลี่ยนแปลงอาชีพ นำมาใช้ดูแลตนเองตอนเจ็บป่วย หรือออมเพื่อทำบุญ

ต้องส่งเสริมความรู้ทางการเงิน (Financial literacy) รวมถึงการวางแผนการเงินระยะยาวให้กับคนทุกวัย ฝึกทักษะการออมตั้งแต่วัยเรียน มีการออมเงินในกองทุน ซื่อพันธบัตร ทำประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ

สนับสนุนให้ประชาชนมีการจัดการร่วมกันในเรื่องการออม ให้การออมระดับบุคคลกับชุมชนเชื่อมโยงกัน มีการรวมกลุ่มทำเรื่องการออม เช่น สวัสดิการวันละบาท กลุ่มออมทรัพย์ กองทุนชุมชน กองทุนสังฆะวันละบาท และควรส่งเสริมให้เกิดการออมในกลุ่มอาชีพ เช่น การออมในกลุ่มหาบเร่แผงลอย กลุ่มวินมอเตอร์ไซด์ เป็นต้น โดยการทำงานกับทั้งการออมได้และใช้เงิน ถ้าออมได้ใช้เงินก็จะกลายเป็นสวัสดิการของชุมชนโดยไม่ต้องพึ่งพาและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีและควรขยายมุมมองต่อสิ่งที่ออมและวิธีการออมที่กว้างมากขึ้นกว่าตัวเงิน เช่น ธนาคารความดี ธนาคารต้นไม้

๕.๓ การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)

เมื่อสูงอายุจะมีปัญหาหลักนอกจากเรื่องรายได้คือเรื่องสุขภาพซึ่งมักเป็นรายการค่าใช้จ่ายหลัก หากขาดหลักประกันสุขภาพ ปัจจุบันคนไทยส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal healthcare coverage) เป็นพื้นฐาน แต่ควรทำให้ดียิ่งขึ้นและทำให้ ๓ กองทุน^{๔๓} เป็นกองทุนเดียวกัน มีมาตรฐานเดียวกัน เพิ่มคุณภาพระบบบริการสุขภาพแบบปฐมภูมิ ให้มีบริการใกล้บ้านทั่วถึง หลักประกันสุขภาพควรครอบคลุมค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่ประชาชนมีภาระจริง ๆ กับเพิ่มความสะดวกในการรับบริการ กรณีผู้สูงอายุควรครอบคลุมสิ่งจำเป็นในการป้องกันการเจ็บป่วย เช่น การจัดการและปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้รองรับผู้สูงอายุ

ผลักดันให้ประชากรทุกกลุ่ม รวมถึงกลุ่มแรงงานนอกระบบมีหลักประกันสุขภาพ และรายได้จากงานสาธารณะที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักการร่วมจ่าย ระหว่างผู้ประกันตน และรัฐ ร่วมสมทบในสัดส่วนที่ลงตัว

^{๔๓} สวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๕.๔ เงินอุดหนุนและบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ

เงินโอนจากรัฐ เป็นแหล่งรายได้หลักหนึ่งของผู้สูงอายุ ควรเพิ่มเงินช่วยเหลือ ปรับปรุงเงินบำนาญ ให้สูงขึ้นและสอดคล้องกับค่าครองชีพ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ ควรมีการผลักดันให้เป็นคนละ ๓,๐๐๐ บาท/เดือน และมีเบี้ยกลุ่มเปราะบาง เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้

ระบบสวัสดิการ ควรมีการพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ สะดวกปลอดภัย เช่น การดูแล การรับ-ส่ง ไปโรงพยาบาล มีสวัสดิการลดค่าครองชีพ ค่าน้ำไฟ

หลักประกันคุณภาพชีวิตของคนทุกวัยควรมีการพัฒนาอย่างรอบด้าน ครอบคลุมการมีที่อยู่อาศัยมีเงินกู้เพื่อที่อยู่ และให้ยืดหยุ่นสำหรับการจ้างงานที่ไม่ใช่เป็นลูกจ้างมากขึ้น เช่น สวัสดิการของกลุ่มที่ทำงานฟรีแลนซ์ และแรงงานแพลตฟอร์ม

๕.๕ การดูแลโดยครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น

การดูแลโดยครอบครัว

ครอบครัวเป็นทั้งคุณภาพชีวิตและแหล่งรายได้หลักแหล่งหนึ่งของผู้สูงอายุ ครอบครัวควรให้การเกื้อหนุนและเคารพสิทธิของผู้สูงอายุ ดูแลพึ่งพาอาศัย ไม่ทอดทิ้งกัน ควรมีการพัฒนาสิ่งจูงใจสนับสนุนการดูแลผู้สูงวัย เช่น การลดภาษีให้การดูแลพ่อแม่ มี เช่น Respite Care ศูนย์พักค้างชั่วคราวดี ๆ กระจายครอบคลุมในพื้นที่ เพราะลดรายจ่าย และช่วยให้ผู้ดูแลหลักได้พักผ่อนคลาย

ควรมีการให้ความรู้ส่งเสริมค่านิยมเพื่อการพัฒนาครอบครัวให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป ปรับความคาดหวังของพ่อแม่ การปรับความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น ควรมองให้เห็นลักษณะของครอบครัวที่เปลี่ยนไป คนโสดมากขึ้น และความหลากหลายทางเพศ สวัสดิการของค

ควรมีมาตรการส่งเสริมการสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายของแต่ละช่วงวัย ในการสร้างครอบครัว ควรมีที่ปรึกษาสำหรับทุกช่วงวัย เกี่ยวกับการเลี้ยงลูก การดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลคุณภาพชีวิตครอบครัวและสุขภาพจิตของคนในครอบครัว ทำให้ครอบครัวเป็นพื้นที่ปลอดภัย

การดูแลโดยชุมชน

ควรสนับสนุนชุมชนในการดูแลและการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุและคนทุกช่วงวัย เพราะใกล้ชิดและเข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ให้มีรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมเฉพาะที่ให้มีการพัฒนา มีการพัฒนาคนในชุมชน ส่งเสริมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุให้กับนักเรียน ตั้งแต่ต้น ๆ รวมทั้งคนในชุมชน ส่งเสริม “นักบริบาลชุมชน”

สิ่งที่เป็นพื้นฐานคือกระบวนการพัฒนาชุมชนและเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็ง สถาบันการเงินของชุมชน ที่ทุกฝ่ายควรร่วมกันพัฒนาสถาบันการเงินชุมชนให้เข้มแข็ง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนมากขึ้น ส่งเสริมการรวมกลุ่มกัน และมีกิจกรรมให้ทำร่วมกันมากขึ้น เช่น การรวมกลุ่มอาชีพ สร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน การเชื่อมโยงกันโดยไม่จำกัดชุมชนว่าเป็นแค่ชุมชนตนเอง ทุกคนควรร่วมเป็นพันธมิตร มีการกระจายอำนาจไปกับชุมชนที่เข้มแข็งมีความพร้อม เพื่อให้เกิดการจัดการโดยชุมชนเอง โดยชุมชนเข้มแข็ง ทุกคนเข้าถึงได้ คำนึงถึงคนทุกกลุ่ม ส่งเสริม กลไกท้องถิ่น/ชุมชนในการดูแลกันและกัน เป็นกลไกธรรมชาติให้สามารถดูแลชุมชน

การดูแลโดยท้องถิ่น

ให้มีการพัฒนาสถานที่ในชุมชน ศูนย์ดูแลเด็ก/ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ลานกีฬาชุมชน/พื้นที่สาธารณะ เพื่อจัดกิจกรรม/ลานออกกำลังกาย พื้นที่ปลอดภัย/พื้นที่สร้างเสริมการผ่อนคลาย พื้นที่กลางในการแสดงออก/การคิด ได้ทั้งปลดปล่อย เรียนรู้ ดูแลกันและกัน ให้มีเวทีสะท้อน เหมือนช่วยดูแลด้านจิตใจกัน และกันด้วย มีโครงสร้างพื้นฐาน/สิ่งอำนวยความสะดวก/สภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงคนพิการและกลุ่มเปราะบางในทุกช่วงวัย การจัดปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น วัด ทางลาด เป็นต้น

ให้มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางลงสู่ท้องถิ่น เช่น การถ่ายโอนกระจายอำนาจ รพ.สต., อบต. รวมถึงการกระจายอำนาจการจัดเก็บภาษีในท้องถิ่น เพื่อให้การพัฒนาสอดคล้องกับปัญหาของท้องถิ่นมากขึ้น มีการเก็บภาษีที่เหมาะสม การผันกลับมาเป็นผลตอบแทนที่ควรได้เห็นอย่างชัดเจน

๖. กรณีตัวอย่างจากต่างประเทศ

ในบางประเทศได้มีนโยบายด้านการสร้างหลักประกันรายได้ และให้ความสำคัญกับการจ้างงานและการสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุ ดังนี้

๖.๑ ประเทศญี่ปุ่น: เป็นประเทศที่มีบริบทการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สำคัญคือเป็นสังคมผู้สูงอายุ จากการรายงานสถิติของธนาคารโลก ในตัวชี้วัดจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๕ ปี ขึ้นไป ในปี ค.ศ. ๒๐๒๑ พบว่าญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดสูงที่สุดคือร้อยละ ๒๙^{๔๔} โครงสร้างประชากรนี้ส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจทั้งในเรื่องการผลิต นวัตกรรม เงินออม และการลงทุนที่ลดลง โดยในปี ค.ศ. ๒๐๑๘ IMF คาดการณ์ว่าในอีกสี่สิบปีข้างหน้า การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศญี่ปุ่นจะลดลงเฉลี่ยร้อยละ ๐.๘ ทุกปี เนื่องด้วยเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนอกจากใช้นวัตกรรม นวัตกรรมที่มากแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในเรื่องกำลังการผลิต รัฐบาลญี่ปุ่นมีความพยายามในการออกนโยบายสังคมในหลายด้านเพื่อแก้ไขปัญหา ได้แก่ นโยบายสนับสนุนการมีบุตร สวัสดิการการศึกษาและการเลี้ยงดูเด็ก สวัสดิการการทำงานของผู้หญิง นโยบายการสนับสนุนให้แรงงานต่างชาติเข้ามาทำงานในญี่ปุ่น ในด้านสุขภาพนั้นก็มีนโยบายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี/มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพชีวิต และมีเป้าหมายการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตลอดช่วงวัยและให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิ^{๔๕}

เมื่อพิจารณาระบบบำนาญของประเทศญี่ปุ่น พบว่า มีการเก็บภาษีเงินได้ต่อ GDP อยู่ที่ร้อยละ ๓๑.๔ มีรูปแบบระบบบำนาญ แบ่งเป็น ๓ ชั้น ได้แก่ ๑) เงินบำนาญแห่งชาติ เป็นบำนาญขั้นพื้นฐาน โดยบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปี - ๖๐ ปี สมัครออมระยะยาวได้ จ่ายแบบคงที่ โดยไม่ขึ้นกับรายได้ (เป็นบำนาญชั้นที่ ๑) ๒) เงินบำนาญเพิ่มเติมจากอาชีพทั้งลูกจ้างภาครัฐและภาคเอกชน หรือระบบประกันสังคม นายจ้างและลูกจ้างร่วมจ่ายสมทบ รัฐจ่ายเงินอุดหนุนบางส่วน (เป็นบำนาญชั้นที่ ๒) และ ๓) เงินบำนาญจากการออมภาคสมัครใจส่วนบุคคล สำหรับลูกจ้างและบุคคลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นประกันเอกชน (เป็นบำนาญชั้นที่ ๓) ทั้งนี้รัฐจ่ายเงินบำนาญรายเดือน เมื่ออายุ ๖๕ ปีขึ้นไป

^{๔๔} อ้างอิง <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.๖๕UP.TO.ZS?end=๒๐๒๑&locations=JP&start=๒๐๒๑&view=map>

^{๔๕} อ้างอิง [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/๒๐๒๐/๖๕๙๔๑๙/EPRS_BRI\(๒๐๒๐\)๖๕๙๔๑๙_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/๒๐๒๐/๖๕๙๔๑๙/EPRS_BRI(๒๐๒๐)๖๕๙๔๑๙_EN.pdf)

๖.๒ ประเทศสิงคโปร์: มีระบบประกันสังคมแบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพที่กำหนดเงินสมทบที่นายจ้าง และลูกจ้างจ่ายสมทบเข้าร่วมกองทุนเพื่อใช้สิทธิประโยชน์ตามที่รัฐกำหนด โดยรัฐไม่ได้อุดหนุนเงินเพิ่ม แต่ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนให้เติบโต นโยบายของรัฐคือกระตุ้นให้ประชาชนทำงาน เพื่อเข้าระบบประกันสังคม พึ่งพาตนเอง และเลี้ยงดูครอบครัวได้ ไม่ใช่แบมือขอจากรัฐ (Workfare not welfare) ถ้าหากตกงาน หรือว่างงาน รัฐจะส่งเสริมให้พัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน เพื่อกลับเข้าทำงานในระบบได้อีก ไม่ให้หลุดออกจากระบบ ในการบริหารเงินออมนั้น สมาชิกผู้ประกันตนจะมีบัญชีเงินออมส่วนบุคคล แบ่งส่วนเงินออมเอาไว้ ๓ บัญชี ไม่นำมารวมกัน เพื่อใช้จ่ายไปตลอดชีวิต ได้แก่ ๑) บัญชีธรรมดา เพื่อใช้เป็นเงินออมสำหรับการซื้อที่อยู่อาศัย เพื่อการลงทุน และเพื่อการศึกษา ๒) บัญชีพิเศษ เพื่อใช้เป็นเงินออมเพื่อการเลี้ยงชีพ รวมถึงการลงทุนเพื่อการเกษียณและชราภาพด้วย และ ๓) บัญชีรักษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นเงินออมสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของตนเองและบุตร นอกจากนี้รัฐมีเงินช่วยเหลือให้กับผู้มีรายได้น้อย และคนจน

๖.๓ ประเทศเกาหลีใต้: เป็นประเทศใน OECD ที่มีอายุเฉลี่ยของคนที่ยังทำงานสูงที่สุดที่ ๖๘ และ ๖๗ ปี สำหรับผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ และกำลังจะเผชิญปัญหาสังคมสูงอายุเช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น และหลายประเทศในยุโรป^{๔๖} โครงการสวัสดิการของรัฐบาลที่ประสบความสำเร็จในการสนับสนุนการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานของประชาชน คือโครงการความมั่นคงในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic Livelihood Security Program, BLS) ซึ่งเปิดตัวในปี ค.ศ. ๒๐๐๐ มีเป้าหมายเพื่อลดระดับความยากจนโดยรวมของชาวเกาหลีโดยส่งเสริมสิทธิของพลเมืองทุกคนในการใช้ชีวิตที่มีมาตรฐานการครองชีพขั้นพื้นฐาน ต่อมาได้ปรับปรุงให้ประชาชนทุกคน (ไม่ได้จำกัดเฉพาะกลุ่มยากจน) ได้รับผลประโยชน์ที่กำหนดตามความเหมาะสม ซึ่งการแก้ไขนี้กำหนดระดับต่างๆ ของเกณฑ์การมีสิทธิ์ได้รับรายได้สำหรับสี่ประเภทต่อไปนี้: การดำรงชีวิต สุขภาพ ที่อยู่อาศัย และการศึกษา นอกจากนี้ยังมีการให้บำนาญพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุด้วย

ระบบบำนาญแห่งชาติ (National Pension System, NPS) ดำเนินการในปี ค.ศ. ๑๙๘๘ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการประกันสังคมเพื่อรับประกันแหล่งรายได้ที่มั่นคงสำหรับผู้สูงอายุและผู้เกษียณอายุ ภายใต้โครงการนี้ บุคคลที่ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เนื่องจากอุบัติเหตุหรือโรคร้ายไข้เจ็บ มีสิทธิ์ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลได้นานเท่าที่จำเป็น สิบเอ็ดปีหลังจากการดำเนินงานของ NPS ก็สามารถครอบคลุมประชาชนทุกคน โดยนอกเหนือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้ลงทะเบียนในเงินบำนาญจากการทำงานแล้ว พลเมืองทุกคนที่มีอายุระหว่าง ๑๘ ถึง ๖๐ ปีจะต้องลงทะเบียนกับ NPS ซึ่งจะให้ความคุ้มครองตลอดชีพสำหรับบุคคลเมื่อถึงอายุที่มีสิทธิ์และเมื่อผู้ลงทะเบียนปฏิบัติตามข้อกำหนดการจ่ายเงินสมทบครบ ๑๐ ปี^{๔๗}

๖.๔ ประเทศฝรั่งเศส: เน้นการบริหารระบบสวัสดิการแรงงาน และบำนาญ โดยให้ประชาชนและนายจ้างเป็นหลักในการออมและบริหารเงินเพื่อบำนาญหลังเกษียณ รัฐจะเน้นสนับสนุนในกลุ่มคนที่ทำงานแบบไม่มีรายได้ หรือกลุ่มที่ไม่สามารถทำงานได้ โดยระบบบำนาญของประเทศฝรั่งเศสมาจาก ๕ เสาหลัก ประกอบด้วย ๑) เงินบำนาญขั้นต่ำที่ไม่ได้สมทบ เนื่องจากไม่ได้ทำงานที่มีรายได้ เช่น ทำงานเป็นผู้ดูแล หรือมีปัญหาทางสุขภาพ ทำงานไม่ได้ (เสาหลักที่ศูนย์) (เป็นเงินช่วยเหลือทางสังคม) ๒) เงินบำนาญของรัฐที่บังคับ ในรูปแบบเงินสมทบประกันสังคม” หรือเรียกว่า “ภาษีเงินเดือน” (เสาหลักแรก) ๓) เงินบำนาญจาก

^{๔๖} อ้างอิง <https://www.oecd.org/els/emp/๓๓๙๙๐๖๙๓๕.pdf>

^{๔๗} อ้างอิง https://www.mohw.go.kr/eng/pl/pl๑๐๑.jsp?PAR_MENU_ID=๑๐๐๓&MENU_ID=๑๐๐๓๒๔

การประกอบอาชีพภาคบังคับ (เสาหลักที่สอง) ทั้งคนที่มีอาชีพผู้ประกอบการ พนักงาน และข้าราชการ โดยเป็นการออมสมทบระหว่างนายจ้างและลูกจ้าง ๔) เงินบำนาญแบบรวมส่วนบุคคลโดยสมัครใจ เลือกลงทุนในกองทุนรวม และ ๕) เงินบำนาญส่วนตัวโดยสมัครใจ เลือกลงทุนในกองทุนส่วนบุคคล โดยไม่ต้องเสียภาษี (เสาหลักที่ ๓) ทั้งนี้รัฐจะจ่ายเงินบำนาญรายเดือนสูงสุด ให้เมื่อถึงอายุ ๖๗ ปีขึ้นไป นอกจากนี้ในเรื่องการออมจะเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ การออมภาคบังคับ โดยหักจากรายได้ประจำทุกเดือนและออมภาคสมัครใจ ที่เน้นการลงทุนระยะยาว

นอกจากนี้ ข้อมูลของประเทศ OECD ที่มีการเปรียบเทียบรายได้ต่อคน อัตราภาษี และสวัสดิการสังคมต่อ GDP ซึ่งพบว่าประเทศไทยยังมีสวัสดิการสังคมต่อ GDP ที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ ๓ แสดงตัวอย่างประเทศที่จัดระบบสวัสดิการดูแลประชาชน (% ต่อ GDP) เทียบกับรายได้ต่อหัวประชากรและอัตราภาษีต่อ GDP ของประเทศ

ประเทศ	รายได้ต่อคน ^{๔๘} (USD)	อัตราภาษีต่อ GDP (ร้อยละ)	สวัสดิการสังคมต่อ GDP (ร้อยละ)
ฝรั่งเศส	๓๘,๖๒๕	๔๕.๕	๓๒
สวีเดน	๕๑,๙๒๕	๔๒.๖	๒๙.๖
ญี่ปุ่น	๔๐,๑๑๓	๓๑.๔	๒๑.๖
สิงคโปร์	๕๙,๗๙๗	๑๒.๘	๑๑.๕๕
ไทย	๗,๑๘๙	๑๖.๕	๓.๗

^{๔๘} รายได้ต่อคน คำนวณ ณ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ (หรือ ปี ค.ศ. ๒๐๒๐)

๗. ประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

การสร้างหลักประกันรายได้เพื่อมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนี้ ไม่ได้จำกัดเฉพาะแค่มาตรการและดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับทุกช่วงวัยและประชากรข้ามรุ่น ตั้งแต่การวางแผนครอบครัวและอนามัยเจริญพันธุ์ การลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ ทั้งการเข้าถึงการศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทเศรษฐกิจและสังคม และการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพแรงงานให้มีทักษะสูง และสร้างงานและทักษะการทำงานที่หลากหลายและเหมาะสมในแต่ละช่วงวัย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและการสร้างผลิตภาพต่อเนื่องและยาวนานขึ้น ตลอดจนความรู้และวางแผนทางการเงินตั้งแต่วัยทำงาน

ดังนั้น การจัดการปัญหาและการเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ปัญหาในอนาคตจำเป็นต้องพิจารณาอย่างครบวงจร ทั้งด้านการพัฒนาผลิตภาพประชากรและการมีงานทำตลอดช่วงวัย การออมระยะยาวเพื่อยามชราภาพอย่างครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะบริการสุขภาพระยะยาว (Long-term care) เงินอุดหนุนและบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ และการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหลัก ทั้งนี้ แม้ว่าประเทศไทยจะมีแผนต่าง ๆ มากมายที่เกี่ยวข้องแต่นโยบายต่าง ๆ นั้น ยังมีความแยกส่วนในระดับปฏิบัติการ ระบบเงินโอนจากรัฐยังไม่มี ความมั่นคงและยั่งยืนทางการเงิน (fiscal sustainability) และยังไม่มีการวิเคราะห์ภาพรวมโดยเฉพาะมิติทางด้านการเงิน การคลังเพื่อรองรับระบบหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุของไทยในอนาคต นอกจากนี้จำเป็นต้องมีการพิจารณาสถานะเศรษฐกิจและโครงสร้างและลักษณะประชากรของประเทศที่หลากหลายร่วมด้วย อาทิ กลุ่มแรงงานนอกระบบที่สูงอายุ กลุ่มประชากรสูงอายุที่พักอาศัยลำพัง กลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรทุกกลุ่มในประเทศไทยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปาฐกถาและปาฐกถาพิเศษ

ปาฐกถาพิเศษ "ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย"*

โดย นายอนุทิน ชาญวีรกูล
รองนายกรัฐมนตรี และ
ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

"ความเป็นธรรม" ในความเข้าใจของผมก็คือ
ทุกคนควรได้รับสิ่งที่ตัวเองมีสิทธิจะได้รับ
ซึ่งเป็นสิทธิของปัจเจกบุคคล...

ผมมีโอกาสมาร่วมงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปีแรกที่ผมดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2562 ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ของ "สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ" ถือเป็น "เฟืองจักรหลัก" ที่ทำให้ระบบการสาธารณสุขของเราดำเนินต่อไปได้ เป็นที่พึงพอใจ เป็นที่สร้างความมั่นใจ และเป็นที่พักพิงให้กับพี่น้องประชาชนคนไทยเพื่อที่เราจะได้บรรลุเป้าหมายว่าคนไทยทุกคนจะต้องมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานเพื่อทำให้ประเทศไทยแข็งแรงให้เศรษฐกิจของไทยแข็งแรงให้สังคมเข้มแข็ง ซึ่งคิดว่าเป็น 4 ปีที่ผ่านมา พอเรามีสถานการณ์ด้านสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องโควิด พิสูจน์ให้เห็นเลยว่ากลไกของระบบการสาธารณสุขของประเทศไทยทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นอันมาก ทั้งหมดก็มาจากความร่วมมือร่วมใจ ที่สำคัญที่สุด คือความเข้าใจและการมุ่งไปที่เป้าหมายเดียวกัน นั่นคือความปลอดภัยของคนไทย ความมีสุขภาพที่ดีของคนไทย

ปีนี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดธีม "ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย" ปัจจุบันนี้คำว่าความเป็นธรรมด้านสุขภาพเป็นคำที่มีการพูดถึงบ่อยครั้ง ต่อเนื่องจากคำว่า "ความเท่าเทียมและการลดความเหลื่อมล้ำทางด้านสาธารณสุข" คำว่า "ความเป็นธรรม" มีความหมายลึกซึ้งมากกว่านั้น เพราะความเป็นธรรมต้องทำให้เกิด "ความเท่าเทียม" ด้วยการลด "ความเหลื่อมล้ำ" ทั้งสองคำนี้เป็นสับเซตของคำว่าความเป็นธรรม

"ความเป็นธรรม" ในความเข้าใจของผมก็คือ ทุกคนควรได้รับสิ่งที่ตัวเองมีสิทธิจะได้รับ ซึ่งเป็นสิทธิของปัจเจกบุคคล ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติได้ระบุถึงสิทธิขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสาธารณสุขไว้ในปฏิญญา ข้อที่ 25 วงเล็บ 1 ระบุว่า "ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและของครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด หมาย ภัยพิบัติ หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือการควบคุมของตน"

*คัดย่อจากเล่ม ปาฐกถาพิเศษในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 15 พ.ศ. 2565 "ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย" โดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรี และประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

จากบทบัญญัตินี้ทุกท่านจะเห็นว่า สิ่งที่เราควรได้รับอย่างเป็นธรรมในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพนั้น ไม่ใช่เฉพาะแค่การรักษาพยาบาล ค่ายา แต่มีปัจจัยอื่นๆ ที่จำเป็นรวมอยู่ด้วยสำหรับการมีสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การมีงานทำ มีบ้านอยู่ มีมาตรฐานคุณภาพชีวิตและมีสิ่งแวดล้อมที่ดี นั่นหมายความว่า ความเป็นธรรมด้านสุขภาพต้องไม่ใช่เพียงการมีบริการรักษาการเจ็บไข้ได้ป่วยและมีค่ายาฟรีจากรัฐเท่านั้น แต่ต้องทำให้คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อที่เขาจะต้องไม่เจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตต่อไปด้วยคุณภาพมาตรฐานที่ดี ที่สำคัญต้องไม่เป็นภาระให้กับลูกหลานหรือคนในครอบครัว

ปัจจุบันโลกทั้งใบกำลังหมุนเข้าสู่เรื่องของสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งก็เป็นสิ่งที่เราต้องวางแผนไว้ล่วงหน้า ทุกประเทศที่ผมไปมา ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือประเทศกำลังพัฒนา พบว่าจำนวนตัวเลขอายุขัยของคนในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น 30% โดยเฉลี่ย และมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นด้วย แต่สิ่งที่ไม่ได้โตตามอายุขัย คือ คุณภาพของสุขภาพ คุณภาพชีวิตไม่ได้โตขึ้น 30% ด้วย ยังอยู่ในระดับต่ำกว่า 10 % ซึ่งน่ากลัว แสดงว่าคนจะมีอายุเพิ่มมากขึ้น เข้าสู่วัยชราเป็นจำนวนมากขึ้น แต่เราต้องคอยดูแล้วว่าเขายังมีสุขภาพดีหรือไม่ หากคุณภาพชีวิตไม่เพิ่มขึ้นถือเป็นการถดถอย

เรื่องของสังคมผู้สูงอายุนั้น ถ้าเราสามารถดูแลสุขภาพของท่านเหล่านั้นได้ ก็คงไม่มีปัญหาอะไร เพราะเรามีแพทย์ด้านนี้ การดูแลรักษาทำอย่างเต็มที่ เหมือนเรา ยกเตียง ยกอุปกรณ์ต่างๆ ยกห้องพยาบาล ยกออร์โต้ไปไว้ที่บ้านของผู้สูงอายุแล้ว แต่หากมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น จะกลายเป็นว่าสังคมไทยมีแต่ผู้ติดเตียง มองในทางมุมกลับกัน ก็คือ ลูกหลานคนในครอบครัวที่ไปปฏิบัติหน้าที่ไปทำงาน ไปออกนอกภูมิลำเนา ช้ามจังหวัดไปทำงานจะมีประสิทธิภาพหรือมีความสุขได้อย่างไร ถ้าพ่อแม่ ปู่ย่าตายายของเขายังนอนติดเตียงอยู่กับบ้าน จะเป็นสังคมที่รอโทรทัศน์ว่าวันไหนจะมีโทรทัศน์ที่ไม่อยากได้ยื่นมาถึงพวกเขา ผมคิดว่าต้องเป็นเรื่องของพวกเขาทุกคน ไม่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

ปัจจุบันนี้ เรามีความครอบคลุมเรื่องระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ท่านสบายใจได้แล้วว่าไม่มีโรคไหนที่ท่านจะต้องจ่ายเงินอีกแล้ว การเข้าถึงการรักษา

พยาบาล ยา เวชภัณฑ์ต่างๆ ระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาขึ้นมาเป็นลำดับ จนทุกวันนี้ต้องถือได้ว่าเป็นสิ่งหนึ่งในไม่กี่อย่างที่ประเทศไทยมีอยู่ และเราสามารถยืนในสังคมโลก ในระดับประชาคมโลกได้ และได้รับการยอมรับ เป็นตัวอย่างที่ดี เป็นการอ้างอิงที่ประเทศอื่น ๆ หรือแม้กระทั่งองค์การอนามัยโลกก็ขอไปอ้างอิงครับ

ในปีนี้มีทีมขององค์การอนามัยโลก มาประเทศไทย 2-3 ครั้ง เพื่อทำการประเมินว่าทำไมประเทศไทยถึงสามารถดูแลประชาชนให้เข้าถึงระบบการสาธารณสุขด้วยคุณภาพที่ทำให้เกิดความพึงพอใจของประชาชนได้ ตรงนี้เป็นสิ่งที่ทางองค์การอนามัยโลกได้เอ่ยปากชื่นชมและทำเป็นหนังสือออกมาให้ประเทศไทย เขาบอกว่าเราเป็นแชมป์บนทางด้านระบบสุขภาพ และขอเอารูปแบบไปทำเป็นมาตรฐานระบบสุขภาพของเขา เราอยู่ในวงนี้เราจะรู้เลยว่า เขาให้ความสำคัญเชื่อมั่นเราจริง ๆ และสิ่งเหล่านี้เป็นเหมือนตราประทับของประเทศไทยหลังยุคโควิด

สิ่งที่เราทำมาทั้งหมดนั้น ไม่ว่าจะเป็นการฉีดวัคซีนหรือเรื่องอื่นๆ เราไม่ได้ฉีดวัคซีนเฉพาะคนไทย เราบอกให้ใครก็ตามที่อาศัยอยู่ในแผ่นดินนี้ ต้องได้รับวัคซีนด้วยแนวคิด “no one is safe until everyone is safe” หากฉีดแต่คนไทยไม่ฉีดคนต่างชาติ ไม่ฉีดแนวตะเข็บชายแดน เราก็จะมีคนพาเชื้อเข้ามาอยู่ดี เพราะฉะนั้นต้องฉีดให้ครบวงจรทั้งหมด ซึ่งรวมถึง สถานเอกอัครราชทูต องค์การระหว่างประเทศด้วย ทำให้องค์การอนามัยโลกเกิดความเชื่อมั่นและส่งหนังสือถึงประเทศไทย ที่เขาเรียกว่า UHPR (Universal Health and Preparedness


Review) นี่คือการประทับตราที่ทำให้ประเทศไทยสามารถยืนหยัดในเรื่องระบบการสาธารณสุขได้ ส่วนเรื่องการลงทุน การท่องเที่ยว และการที่คนจะมามีพันธกิจกับประเทศไทยก็เกิดขึ้นตามมาได้

วันนี้สิ่งที่รัฐบาลได้ทำไปแล้วคือการลดความเหลื่อมล้ำทางสาธารณสุข ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นบันไดขั้นแรกสู่**ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ** เราได้ขอให้ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขลดความเหลื่อมล้ำด้วยการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นสิทธิในการฟอกไตที่ครอบคลุมทุกประเภท คนที่ป่วยด้วยโรคไตสามารถรับการดูแลครอบคลุมโดยสิทธิหลักประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นฟอกทางท้อง ฟอกทางเส้นเลือด ฟอกทางหน้าอก ตอนนี้เราดูแลให้ได้ใช้สิทธิในการเข้ารับการรักษาในที่ที่เขาสะดวก ไม่ต้องไปตามสิทธิ เช่น อยู่กรุงเทพฯ เวลาป่วยต้องกลับไปบุรีรัมย์ ทำให้เกิดความเสียหายมหาศาลในเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สิทธิในการดูแลผู้สูงอายุ นั้น เราก็เอาใจใส่เรื่องผู้สูงอายุมากขึ้น ผ้าอ้อมอะไรต่าง ๆ ที่ทำให้ลดค่าใช้จ่ายของคนที่ต้องดูแลพวกเขาอยู่ รวมทั้งสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่เรากำลังจะพัฒนาขึ้นไปเรื่อย ๆ ตามการเสนอขอของสปสช. นะครับ

สถานการณ์โควิดทำให้ทุกท่านได้เห็นว่าการนี้ล่ะครับเท่าเทียมกันจริง ๆ ยากดีมีเงินต้องรับผิดชอบของรัฐเท่านั้น ต้องรับยาของรัฐ ต้องรับการดูแลรักษาพยาบาลจากรัฐซึ่งเราทำให้ได้รับการบริการอย่างถ้วนหน้า ไทยได้รับการจัดลำดับให้เป็นประเทศที่มีระบบการดูแลด้านการสาธารณสุขให้ประชาชนเป็นอันดับที่ 5 ของโลก

สำหรับความเท่าเทียมนั้น ตอนนี้กำลังคิดเรื่องการมีเครื่องฉายรังสีมะเร็งในทุกจังหวัดที่มีได้ ต้องขอความชัดเจนเรื่อง demand ก่อน ทุกจังหวัดมีคนป่วยโรคมะเร็งจังหวัดในประเทศไทยเล็กที่สุดก็ประมาณ 5 แสนคนแล้ว จึงคุ้มค่าที่มีเครื่องฉายรังสีในทุกจังหวัด เคยเห็นว่าเราขาดแคลนนักเทคนิคการแพทย์ ขาดแคลนนักฟิสิกส์ที่จะต้องมานั่งเลี้ยง มานั่งคำนวณ แต่ถ้าเรามีเครื่องมือ มีแพทย์มีคนป่วย เราก็จะมีคนไปเรียนทางด้านนี้ เราสามารถที่จะทำให้มันเกิดขึ้น และมี training แล้วอำนวยความสะดวกให้กับพี่น้องประชาชนทุกคนได้

โรคไตก็เช่นกันครับ ทำอย่างไรท่านสามารถจะ outsource ได้ในแต่ละโรงพยาบาล ถ้าท่านทำเองไม่ได้ก็ outsource และให้มีในทุกอำเภอใหญ่ ๆ ชาวบ้านจะได้มาได้ง่ายขึ้น ลดค่าใช้จ่ายนะครับ ลดความเหลื่อมล้ำ ทุกคนเข้าถึงหมด ลูกหลานไม่ต้องเจียดเงินใส่กระปุกแล้วมาจ่ายค่าฟอกไตครั้งละ 1,500 บาทให้กับคนที่บ้านอาทิตย์ละครั้ง หรือ 2 ครั้ง หรือ 3 ครั้ง รวม ๆ ต่อเดือนก็ใกล้เคียง 20,000 บาท ซึ่งมากกว่าเงินเดือนเขาแล้วครับ แต่เราก็ต้องให้บริการเขา จะทำตรงนี้ไหวหรือถ้าคนไทยเต็มไปด้วยคนเจ็บป่วยแล้วต้องมาดูแลเขา คำตอบคือไม่มีทาง นี่จึงเป็นที่มาของ**สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตระกูล ส กระทรวงสาธารณสุขก็ ส เหมือนกัน** ท่านอย่าแยกนะครับเพราะฉะนั้น**ทุกคนก็ ส อยู่แล้วนะครับ** กระทรวงแม่ ส. กระทรวงสาธารณสุข สุขภาพแห่งชาติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวรส. ส อะไรก็แล้วแต่ขอให้ เป็น ส. สาธารณสุขครับ เพราะว่าตอนนี้เราต้องคิดงานใหญ่ เราตัดสินใจที่จะทำให้ครอบคลุมคนทั้งประเทศไปแล้ว ท่านให้ผมถอยผมก็ไม่ถอยแล้ว ให้แล้วเอาคืนไม่ได้ ตอนนี้แหละทำยังไงที่จะทำให้คนเหล่านั้นไม่ขยันป่วย ต้องชี้แจงป่วย ขยันแข็งแรง ซึ่งก็ต้องอาศัยเครือข่าย ตรงนี้สาธารณสุขที่เดียวทำไม่ไหว ต้องใช้เครือข่าย เรามีเครือข่ายเยอะแยะไปหมด อย่าง อสม. ต้องให้ อสม. แข็งแรงไว้ ลุยไปเต็มที่ อย่าชี้แจง อย่าย่อท้อทำงาน เมื่อคุณจำเป็นต้องป่วยคุณ จะได้รับการปฏิบัติ การให้บริการที่ดีที่สุดจากรัฐที่คุณได้เสียภาษี ได้สร้างรายได้ ได้เกิดมาเป็นคนไทยที่มีสิทธิเหล่านี้ เราต้องทำให้ได้



การทำให้คนแข็งแรงโดยการรณรงค์อย่างที่เราทำกันทั้งหลายทำทั้งในห้องประชุมและที่อยู่ในออนไลน์ เราต้องร่วมกันสร้างสุขภาพคน ต้องส่งเสริมสุขภาพ ต้องทำให้คนเข้าใจ ที่เขาเรียกว่า health literacy ต้องเข้าใจว่าการมีสุขภาพแข็งแรงทำอะไร ไม่ได้หมายถึงการมีชิ๊กแพดทุกคนครับ แต่เอาเป็นว่าอายุ 30 วัดความดันเมื่อไหร่ขอให้ได้ 120/70, อายุ 50 วัดความดันเมื่อไหร่ขอให้ได้ 140/80, อายุ 70 วัดความดันขอให้อย่าเกิน 150/90 อย่างนี้อยู่ได้ไม่เป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และมีชีวิตที่มีคุณภาพได้ไม่เป็นภาระของลูกหลาน อายุ 60 ถึงแม้เกษียณอายุราชการออกไป แต่ยังสามารถทำมาหากิน ต้องสร้างสังคมที่ว่าถ้างานไหนที่คนสูงอายุทำงานได้ก็ต้องให้เขาทำ เช่นนี้เป็นต้น สังคมต้องเปลี่ยนไปเพราะอายุขัยของคนมากขึ้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่เราต้องเริ่มคิดตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

วันนี้คนไทยทุกคน ยากดีมีเงินเข้าถึงระบบสุขภาพ ได้หมด เมื่อวานผมไปเยี่ยมโรงพยาบาลราชวิถี ผมก็เห็นคนแต่งตัวดี ๆ ดูแล้วผิวพรรณดี นั่งรอคิวกับคนที่ลากรองเท้าแตะ ใส่ขาตั้งเสื้อขาด ๆ นั่งรอเอกซเรย์ นั่งรออัลตราซาวด์อยู่ อย่างนี้ผมพอใจครับ ไม่ใช่ว่าคนแต่งตัวดี ๆ อยู่แถวหน้าแต่คนเสื้อขาด ๆ อยู่แถวหลัง ทุกคนต้องตามคิวนตามสิทธิ ทุกคนสามารถเข้าถึงแพทย์รักษาแล้วเดินออก กลับบ้านไม่ต้องจ่ายเงิน กลับบ้านก็มี ยารออยู่ที่บ้าน สิ่งเหล่านี้กำลังจะเกิดขึ้นในประเทศไทย เราเรียกว่าระบบเทคโนโลยีซึ่งเรามีมาโดยตลอด แล้วเราก็ต้องก้าวทันโลกไปเรื่อย ๆ ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนนะครับ คนที่จะทำให้เกิด**ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำ การเข้าถึงที่เท่าเทียม** คือ พวกเราทุกคนที่อยู่ในห้องนี้และที่เป็นเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แล้วก็คนในกระทรวงสาธารณสุขในทุกสำนักงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการสาธารณสุข เราทำได้อย่างมั่นคงครับ



สสวท
สำนักงานส่งเสริม
การศึกษาระดับ
อุดมศึกษา



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 15

ความเป็นธรรม
ด้านคุณภาพ

โอกาสและความหวัง
อนาคตประเทศไทย



ในสถานการณ์ที่ยากลำบากและไม่แน่นอนเช่นนี้ เราจำเป็นต้องค้นหาและพัฒนาการทำงานที่สร้างสรรค์เพื่อประชากรและโลกของเรา ซึ่งพวกเราได้ทำได้นั่นเอง จากรายงานด้านการพัฒนามนุษย์ฉบับล่าสุด จัดทำโดย UNDP สร้างความหวังให้เราอีกครั้ง หากเรามีพลังในการสร้าง “ยุคแห่งมนุษย์” เราย่อมมีพลังในการเลือกการเปลี่ยนแปลง เพื่อชีวิตที่ดีขึ้นของมนุษย์ในโลกใบนี้ และเมล็ดพันธุ์แห่งการเปลี่ยนแปลงได้ถูกหว่านในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เราต้องตระหนักร่วมกันถึงความเร่งด่วน และเปิดใจสู่นวัตกรรมและทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาซับซ้อนที่มีอยู่และให้แน่ใจว่าจะไม่ให้ใครถูกทิ้งไว้ข้างหลัง

นับตั้งแต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้เริ่มต้นขึ้น UNDP มีความภูมิใจอย่างยิ่งที่ได้สนับสนุนรัฐบาลไทยในการรับมือกับ

สถานการณ์และการฟื้นฟูประเทศจากผลกระทบของโควิด-19 เราสนับสนุนข้อมูลเพื่อปกป้องคนเปราะบาง สร้างความสามารถในการฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ ตลอดจนการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนการดำเนินงานที่ผ่านมา UNDP ทำงานร่วมกับพันธมิตรเพื่อสนับสนุนประเทศต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในสังคม โดยใช้การทำงานแบบองค์รวมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งยังให้ความช่วยเหลือแก่ทุกคนที่ได้รับผลกระทบ มีการเปิดเผยนโยบายสำคัญ และโอกาสที่เกี่ยวข้องกับแผน “เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” เช่น แผนการกระตุ้นและลงทุนด้านความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี นวัตกรรมและการเงิน แผนด้านการสร้างการตัดสินใจที่ตอบโต้ภัยและคำนึงถึงความหลากหลายทางเพศ การพัฒนาการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขที่มีต่อวิกฤตสภาพภูมิอากาศ การฟื้นฟูการสูญเสียที่เกิดจากโควิดโรคเอดส์ และมาลาเรีย

จากความท้าทายในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่ทั้งประเทศร่ำรวยและประเทศยากจนต่างประสบปัญหาอยู่ในขณะนี้ การลงทุนในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสุขภาพจิต นับเป็นตัวแปรสำคัญที่จะเสริมสร้างการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงได้ ทั้งยังช่วยฟื้นฟูสมรรถนะการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและคำมั่นสัญญา “เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ที่ตั้งไว้ นอกจากนี้การแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสุขภาพจิต ต้องใช้แนวคิดสามเหลี่ยมที่ประกอบด้วยพลังความรู้ การขับเคลื่อนทางสังคม และการมีส่วนร่วมทางการเมือง เพื่อแก้ไขปัญหาที่ยากและซับซ้อน ทั้งนี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติสะท้อนการทำงานบนพลังแห่งสามเหลี่ยม เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่เขยื้อนภูเขาแห่งปัญหาได้ และนำมาซึ่งการพัฒนาไปสู่ความเสมอภาคและความยั่งยืน

UNDP เล็งเห็นคุณค่าของแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งเป็นการทำงานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ สนับสนุนการบูรณาการการทำงานของภาครัฐ การขับเคลื่อนทางสังคม สนับสนุนและให้ความสำคัญเรื่องความเท่าเทียมในสังคม การมีส่วนร่วมและสิทธิมนุษยชน UNDP มีความภาคภูมิใจที่ได้ทำงานร่วมกับรัฐบาลไทย และ WHO ในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประเทศไทยยังแสดงให้เห็นว่าการบรรลุเป้าหมายตามแนวความคิด “เราไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” นั้นไม่เพียงแต่อาศัยการบริการขั้นพื้นฐานในราคาที่จ่ายได้เท่านั้น หากแต่ต้องขจัดอุปสรรคทั้งปวงเพื่อสร้าง

การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพถ้วนหน้า อุปสรรคดังกล่าวรวมถึงกฎหมายที่ล้าสมัย บทลงโทษที่รุนแรง การตีตรา และการเลือกปฏิบัติ การทำงานให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับท้องถิ่น UNDP สนับสนุนประเทศไทยในการจัดเตรียมการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ และทางสังคมสำหรับกลุ่มคนชายขอบ

ท้ายสุดเพื่อบรรลุคำมั่นสัญญา “เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” เราต้องกระตุ้นและปลูกฝังความเป็นธรรม นวัตกรรม สิทธิมนุษยชน การประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลเป็นหนึ่งในตัวอย่างสำคัญ ที่ UNDP เป็นพันธมิตรและร่วมจัดการประชุมมาอย่างยาวนาน เราพร้อมให้การสนับสนุนการประชุมที่จะจัดขึ้นใน ค.ศ. 2023 ซึ่งครั้งนี้จะมุ่งเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ สิ่งแวดล้อม และความหลากหลายทางชีวภาพ

“การร่วมลงทุน การลงมือทำ ตลอดจนการทำงานของพวกเขาในตอนนี้” จะส่งผลกระทบต่อคนรุ่นต่อไปและอนาคตของโลกด้วย วิสัยทัศน์ที่ประเทศไทยและ UNDP มีร่วมกันมาอย่างยาวนานนั้น ยังคงอยู่ไม่ไกลเกินเอื้อม ความมุ่งมั่นและความหวังยังมียู่ด้วยการสนับสนุนจากหน่วยงานภายใต้การดำเนินงานขององค์การสหประชาชาติและพันธมิตร เราเชื่อมั่นว่าสามารถให้การสนับสนุนประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อแสดงให้เห็นว่าคำมั่นสัญญา “เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” เป็นภารกิจที่เป็นไปได้และสามารถทำให้สำเร็จได้ด้วย



รับชมปาฐกถาได้ที่ https://www.youtube.com/watch?v=GGMC6UH65_c&feature=youtu.be



Download ปาฐกถาฉบับภาษาอังกฤษได้ที่ <https://en.nationalhealth.or.th/leave-no-one-behindmission-possible-for-thailand/>

"นวัตกรรมทางเทคโนโลยีและสังคม: โอกาสและความหวังอนาคตของประเทศไทย"

โดย ศาสตราจารย์เอก เหล่าธรรมทัศน์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ขาหนึ่งเป็น “วิทยาศาสตร์” และขาหนึ่ง
เป็น “ศิลปะ สุนทรียอารยะ” หรือเรียก
อีกอย่างหนึ่งว่าเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์

ประเทศไทยเป็นชาติที่มีการ
สร้างและพัฒนานวัตกรรมมาอย่างช้านาน
มีการสร้างและวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง
ผลงานทั้งสิ่งเก่าและสิ่งใหม่เข้าด้วยกัน
ตัวอย่างศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์ ศาสนา
พราหมณ์ ที่มีมายาวนานกว่าพันปี
ปัจจุบันยังมีประชาชนเคารพนับถืออยู่
จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง เปลี่ยน
ผ่านหลายยุค หลายสมัย สิ่งเก่าที่มาแต่ดั้งเดิม
ก็ยังคงมีอยู่จนเป็นที่นับถือของประชาชน
ในปัจจุบันทั่วทั้งโลก

ความคิดที่ว่า “สิ่งใหม่” คือสิ่งที่ดี
และเป็นอนาคต ส่วนใหญ่เป็นสิ่งที่รับมา
จากตะวันตก ยกตัวอย่างทางด้าน
การแพทย์แผนใหม่ ซึ่งแพทย์แผนใหม่เน้นการ
รักษาด้วยเชืโรค หรือรักษาเฉพาะจุดจน
เกินไป ส่วนแพทย์แผนไทย และแพทย์
แผนจีน มีวิธีการรักษาที่เน้นการรักษา
ร่างกายแบบองค์รวม ไม่เน้นรักษาเฉพาะจุด



เฉพาะโรคอย่างเดียว หากเราไม่มีความคิดซึ่งซึ่งของเก่า
สามารถผนวกเอาแพทย์แผนเก่ามาใช้กับแพทย์แผนใหม่ได้
เรื่องการรักษาสมดุลของร่างกายองค์รวมก็เป็นการผสมผสานการ
รักษาได้ดี ส่วนวิธีการรักษาของแพทย์แผนไทยก็ใช้
พืชพรรณในป่ามาใช้เพื่อการรักษา ทั้งพืชผัก ดอกไม้
 ฯลฯ หรือพืชพรรณบางชนิดก็ใช้เป็นยาพิษได้เช่นกัน นี่คือนี่คือสิ่ง
ที่เรียกว่าภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมาจนถึงปัจจุบัน



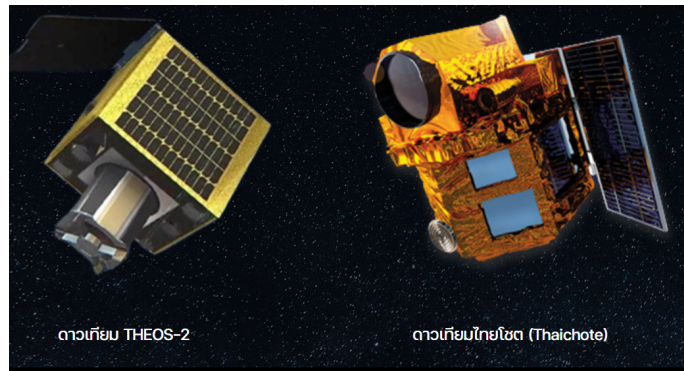
นวัตกรรมเป็นการพัฒนาผ่านยุคสมัย ของเก่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้สมัยใหม่ได้ เช่น นวดไทย มวยไทย ศิลปะการต่อสู้ที่ได้รับความนิยมจากทั่วโลก คล้ายโยคะของอินเดียที่ทุกมุมโลกมีโยคะ มวยไทยก็เป็นที่ยอมรับทุกมุมโลกเช่นกัน สิ่งเหล่านี้ตัวอย่างของนวัตกรรมที่มาจากของเก่า แล้วเอามาปรับปรุงให้เหมาะกับยุคสมัย

นวัตกรรมมีทั้งที่เป็น “วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี” และ “เศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์” อาศัยสุนทรียอารยะประเทศไทยเป็นนวัตกรรม “สองขา” ขาหนึ่งเป็น “วิทยาศาสตร์” และขาหนึ่งเป็น “ศิลปะ สุนทรียอารยะ” หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์

ผลงานของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชิ้นแรกเป็นการจัดทำยานอวกาศ ประเทศไทยจะมียานอวกาศโคจรรอบดวงจันทร์ ในอีก ๖ ปีข้างหน้า เป็นนวัตกรรมที่คนไทยสามารถบังคับสิ่งที่อยู่ห่างจากโลกกว่าสามแสนแปดหมื่นกิโลเมตร ให้สามารถทำงานได้เก็บข้อมูลต่างๆ มาใช้งานได้ สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนความคิดและสร้างความเชื่อมั่นว่า “ชาติไทยเป็นชาติที่สร้างนวัตกรรมได้”

ผลงานชิ้นสอง เครื่องโทคัมแมค (Tokamak) สร้างปฏิกิริยานิวเคลียร์ที่เรียกว่า “ฟิวชั่น” แบบเดียวกับปฏิกิริยาของดวงอาทิตย์ที่ทำให้เกิดพลังงานความร้อน อุณหภูมิสูงมากกว่าล้านองศา เครื่องจะหุ้มป้องกันความร้อนด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ไม่ออกนอกห้องทดลอง ความรู้เรื่องนิวเคลียร์ฟิวชั่นนี้ ไทยได้พัฒนาร่วมกับโรงไฟฟ้าและนักวิทยาศาสตร์ทั่วโลกกว่า ๒๐ ประเทศเพื่อพัฒนาองค์ความรู้จากปฏิกิริยานี้เพิ่มพูนไปอีกขั้น ซึ่งนวัตกรรมนี้สามารถแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมได้เกือบทั้งหมด จะนำมาใช้ในอนาคตอีก ๒๐ ปีข้างหน้า

ผลงานเครื่องฉายแสงซินโครตรอน (Synchrotron) ที่ปัจจุบันกำลังทำเครื่องที่สอง พัฒนาจากเครื่องแรกที่ได้จากประเทศญี่ปุ่น อีกประมาณ ๑๐ ปีข้างหน้า จะได้เครื่องที่สองที่สร้างขึ้นในจังหวัดระยอง โดยคนไทยร่วมพัฒนาเครื่องนี้กว่า ๕๐ เปอร์เซ็นต์



การพัฒนาวิจัยของกระทรวง อว. เน้นการส่งนักวิจัยเข้าร่วมดำเนินงานวิจัยในระดับนานาชาติ ขณะนี้มีตัวแทนประเทศไทยเข้าร่วมทำวิจัยในห้องปฏิบัติการ “CERN” ร่วมกับนักวิจัยระดับนานาชาติหลายสิบคน ศึกษาเรื่องอนุภาคฟิสิกส์ (Particle Physics) การสนับสนุนนักวิจัยรุ่นใหม่ตั้งแต่อายุน้อย ทำให้มีความรู้ มีผลงานวิชาการตีพิมพ์เผยแพร่ในระดับนานาชาติได้

เรื่องสุดท้ายคือ “เศรษฐกิจชีวภาพ (Bio-Circular-Green: BCG)” ที่ได้รับการยอมรับจากการประชุม APEC ในครั้งที่ผ่านมานับเป็นนวัตกรรมทางความคิด (Conceptual innovation) เศรษฐกิจชีวภาพเป็นสิ่งที่ประเทศที่เจริญก้าวหน้าแล้วดำเนินการมาโดยตลอดทั้งประเทศในฝั่งตะวันตก และตะวันออก เช่น จีน ญี่ปุ่น เป็นการรวมกันระหว่าง Green economy & Circular economy บวกกับด้านชีวภาพ การท่องเที่ยวเชิงนิเวศวิทยา ประวัติศาสตร์ และวัฒนธรรม

รวมแล้วคือ “BCG” ดำเนินการร่วมกับธุรกิจสีเขียวต่างๆ การพัฒนานวัตกรรมใหม่แบบนี้ไม่ใช่เรื่องเล็ก ยกตัวอย่างประเทศที่มีนวัตกรรมในลักษณะนี้คือ “ประเทศภูฐาน” ที่ทำเรื่อง GNH (Gross National Happiness) ขับเคลื่อนประเทศด้วยความสุขมวลรวมประชาชาติ เป็นต้น

ไทยมีนวัตกรรมสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขที่สามารถเผยแพร่ไปยังประเทศอื่นได้ สามารถพัฒนาเป็นหลักสูตรอบรมให้กับประเทศที่สนใจนวัตกรรมด้านสาธารณสุขลักษณะนี้ สัมชชาสุขภาพแห่งชาติสามารถช่วยคิดเรื่องการเผยแพร่นวัตกรรมไปยังนานาชาติได้ ทำให้ประเทศมีความหวังกับการเรียนรู้และพัฒนา นวัตกรรมต่อไป

ท้ายสุดนี้ก็ขอให้สัมชชาสุขภาพปีนี้ดำเนินไปด้วยดี



"สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์: โอกาสและทางออกของประเทศไทย"



โดย รศ.ดร.จิเมศศักดิ์ ปิ่นทอง
 ประธานกรรมการนโยบายองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (Thai PBS)
 และอดีตประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัย สภาปฏิรูปแห่งชาติ

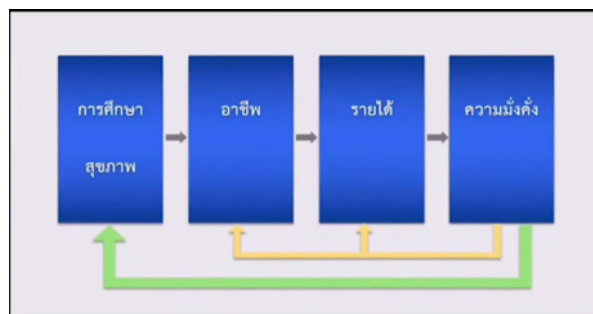
...สังคมสูงวัยไม่ใช่สังคมสูงวัยของคนที่สูงอายุในปัจจุบัน แต่เป็นคนส่วนใหญ่ที่ยังไม่สูงอายุ แล้วคนกลุ่มนี้จะต้องรับภาระมากที่สุดในอนาคต

รายงาน Global Wealth Report ปี ๒๕๖๑ ระบุว่าประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำเป็นอันดับ ๑ ของโลก ด้วยเหตุผลจากการถือครองทรัพย์สินกว่า ๖๗% ที่กระจุกอยู่กับประชากรร่ำรวยเพียง ๑% (รูปที่ ๑) และจากปาสฐกถาบางช่วงของนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ได้กล่าวถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำในเชิงโครงสร้าง ที่พื้นฐานแต่ละบุคคลมีสุขภาพและการศึกษาเป็นต้นทุน ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดการประกอบอาชีพ และนำมาสู่รายได้ เมื่อนำรายได้หักจากรายจ่ายก็จะสะสมเป็นความมั่งคั่งในการสะท้อนระดับปัญหาความเหลื่อมล้ำนั้น ความมั่งคั่งสามารถสะท้อนปัญหาได้ดีกว่ารายได้ (รูปที่ ๒) จากข้อมูลเงินฝากธนาคารพาณิชย์ พบว่าคนไทยเพียง ๑๐% มีเงินฝากรวมกันกว่า ๙๓% ของเงินฝากในระบบธนาคารพาณิชย์ทั้งหมด อีกทั้งคนไทย ๑๐% ยังถือครองที่ดินกว่า ๖๑% แสดงให้เห็นถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำที่ชัดเจนขึ้น

ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพนั้น หากดูสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อการดูแลประชากร พบว่าจังหวัดบึงกาฬบุคลากรทางการแพทย์มีสัดส่วนการดูแลประชากรสูงกว่ากรุงเทพฯ ๑๑ เท่า สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ ที่จำนวนแพทย์ต่อหัวประชากรในแต่ละพื้นที่ไม่เท่าเทียมกัน (รูปที่ ๓) ดังนั้นปัญหาความเหลื่อมล้ำจะดูเฉพาะด้านสุขภาพอย่างเดียวไม่ได้ ต้องดูทั้งระบบไม่ว่าจะเป็นการศึกษา เศรษฐกิจ ซึ่งเป็นความเหลื่อมล้ำในเรื่องโครงสร้าง



รูปที่ ๑



รูปที่ ๒



รูปที่ ๓

โดยสรุปแบ่งความเหลื่อมล้ำได้ ๓ ลักษณะ ได้แก่ ๑. ความเหลื่อมล้ำในโอกาส ๒. ความเหลื่อมล้ำในอำนาจ ๓. ความเหลื่อมล้ำในสิทธิ จากสถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงวัย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ยิ่งทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำน่าเป็นห่วงมากขึ้น เพราะจะเป็นภาระให้คนรุ่นต่อไป ดังนั้นความเหลื่อมล้ำต้องแก้ไขอย่างเป็นระบบ “หลักการหรือแนวคิดที่สำคัญที่สุด คือ เราต้องทำให้คนแก่เข้าถึงที่สุด แม้ว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย จะเป็นสิ่งที่ทุกคนหนีไม่พ้น แต่สิ่งที่เราทำได้คือ การวางระบบเพื่อยืดเวลานี้ออกไปให้นานที่สุด เจ็บให้สั้นที่สุด เพราะคำว่าแก่หลังจากนี้จะไม่ได้อยู่ที่ตัวเลขอีกต่อไป แต่ต้องตีความใหม่ว่า แก่นั้นหมายถึงภาวะที่เราเริ่มพึ่งพาตนเองไม่ได้ ฉะนั้นตรวบใดที่เรายังทำงาน ยังพึ่งพาตัวเองได้ เราก็คงจะไม่แก่ ฉะนั้นเราต้องวางมาตรการ ออกแบบระบบเพื่อรองรับเรื่องนี้”

การออกแบบระบบอาจคำนึงถึง ๔ มิติ ได้แก่ (๑) เศรษฐกิจ: มีระบบสนับสนุนและเอื้อให้เกิดการออม สืบเนื่องจากการที่ไม่อาจเกษียณด้วยอายุ ๖๐ ปีได้ แต่ยังต้องทำงานต่อตรวบเท่าที่ยังมีกำลัง ดังนั้นการสร้างระบบรองรับ รัฐอาจต้องสร้างระบบให้ทุกคนมีทักษะในการประกอบอาชีพมากกว่า ๑ อย่าง เพื่อรองรับตลาดในอนาคตหากมีช่วงเวลางานนานขึ้น ในขณะที่วัยเกษียณก็ยังคงเป็นประเด็นสำคัญ รัฐอาจสร้างระบบบังคับให้ออม จากคนกว่า ๒๐ ล้านคนไม่มีรายได้ประจำ ในการสร้างระบบการออมอาจมองจากรายจ่าย โดยรัฐสามารถเก็บค่าธรรมเนียมการออมเพิ่มอีก ๓% จาก VAT ๗% เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงการออมได้ (๒) สภาพแวดล้อม: ควรมีการออกแบบอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับคนทุกวัย (๓) สุขภาพ: ทำให้คนแข็งแรงนานที่สุดก่อนที่จะป่วยและเสียชีวิต รู้จักการส่งเสริมสุขภาพ มีแนวทางในการรองรับโรงพยาบาล แออด อาจจะมีการจัดตั้ง intermediate care ที่มีลักษณะเป็นศูนย์ฟื้นฟู กายภาพบำบัด ในการรองรับการดูแลผู้สูงอายุ (๔) ชุมชน ท้องถิ่น สังคม: ต้องมีการประสานหน่วยงานระดับชุมชนหรือท้องถิ่น เช่น รพสต. อบต. เทศบาล รพช. ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต

จะเห็นได้ว่าสังคมสูงวัยไม่ใช่สังคมสูงวัยของคนที่สูงอายุในปัจจุบัน แต่เป็นคนส่วนใหญ่ที่ยังไม่สูงอายุแล้วคนกลุ่มนี้จะต้องรับภาระมากที่สุดในอนาคต



รายงานความก้าวหน้า "การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา"

นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา รองประธานกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) กล่าวรายงานผลการติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติภายหลังจากที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๕๐ และมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่พุทธศักราช ๒๕๕๑ มาแล้ว ๑๔ ครั้ง รวมจำนวน ๙๐ มติ โดยมีกลไกติดตามการขับเคลื่อนได้แก่คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.) ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๒ คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข มีนายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ มีนางทิพย์รัตน์ นพลดารมย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นประธาน

การรายงานความก้าวหน้ามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนี้ แบ่งเป็น ๒ ช่วง ช่วงแรกเป็นการรายงานความก้าวหน้ามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดให้ต้องรายงานในปีพ.ศ. ๒๕๖๕ ประกอบด้วย มติ ๑๓.๑ ความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต มติ ๑๔.๑ การสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19 และมติ ๑๔.๓ การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ มีการนำเสนอเนื้อหาผ่านวีดิทัศน์ (รายละเอียดดู QR Code ที่อยู่ด้านล่าง) และมีการชื่นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข และด้านสุขภาพสังคมและสุขภาวะ นอกจากนี้ยังมีการชื่นชมภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ที่ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และมีการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วย



รายงานความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และชื่นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ วันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ๑๔.๐๐ – ๑๔.๓๐ น. ณ ห้องประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ

สถานะความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สามารถสรุปผลได้ดังนี้

- (๑) มติที่มีการขับเคลื่อนโดยกระบวนการและกลไกนโยบายที่มีอยู่ (Achieved) มีจำนวน ๓๖ มติ
- (๒) มติที่กำลังขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง (On-going) มีจำนวน ๓๗ มติ
- (๓) มติที่ต้องมีการทบทวน (To be revisited) คือ มีจำนวน ๔ มติ
- (๔) มติที่ควรยุติการรายงานการขับเคลื่อน (To be revisited) มีจำนวน ๑๓ มติ เนื่องจาก
 - เป็นมติที่บรรลุในเนื้อหาครบทุกข้อ
 - มีมติใหม่ที่เนื้อหาครอบคลุมมติเดิม และ
 - มติไม่สอดคล้องกับบริบทและสถานะทางสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง



คลิปวีดิทัศน์รายงานความก้าวหน้ามติที่กำหนดให้มีการรายงานความก้าวหน้ามติในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 15



รายงานความก้าวหน้ามติในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 15

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ.๒๕๖๕

วัตถุประสงค์การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ.๒๕๖๕ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ โดยมีภาคีเครือข่ายส่วนพื้นที่และส่วนกลางร่วมเป็นเจ้าของในการจัดกิจกรรม

กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๔ หัวข้อ และประเด็นที่สังคมให้ความสนใจจำนวน ๔ หัวข้อ ดังนี้

๑. แลกเปลี่ยนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑.๑ สถานพลังขับเคลื่อนการลดการบริโภคโซเดียม ลดโรคร้ายแรง จากระดับชาติสู่ระดับพื้นที่ : ขับเคลื่อนมติฯ ๘.๔ นโยบายลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

โรคไม่ติดต่อก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การขาดประสิทธิภาพการทำงาน เกิดความพิการ การสูญเสียโอกาสในการถูกจ้างงานเนื่องจากการเจ็บป่วย และยังรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กล่าวว่า การขับเคลื่อนมติ ๘.๔ “นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)” ช่วงที่ผ่านมา ภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ มีคำย่อว่า SALTs ประกอบด้วย (๑) การพัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ (Stakeholder network) (๒) การเพิ่มความรู้ ความตระหนัก และเสริมทักษะให้กับประชาชน ชุมชน ผู้ผลิต ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย (Awareness) (๓) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิด



ผลิตภัณฑ์ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีปริมาณโซเดียมต่ำ (Legislation and environment reform) (๔) การพัฒนางานวิจัยองค์ความรู้ นำไปสู่การปฏิบัติ (Technology and innovation) และ (๕) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังติดตาม และประเมินผล (Surveillance, monitoring and evaluation)

นายแพทย์สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ ประธานเครือข่ายลดบริโภคเกลือ (โซเดียม) กล่าวถึงผลการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายในช่วงที่ผ่านมาว่า มีการจัดทำคู่มือสูตรอาหารลดโซเดียม ส่งเสริมร้านอาหารลดโซเดียม จัดทำเครื่องวัดระดับความเค็มเพื่อลดความเค็มในอาหารสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สร้างชุมชนลดเค็มต้นแบบ โรงพยาบาลลดเค็ม และขอความร่วมมือไปยังภาคอุตสาหกรรมเพื่อลด

โซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร และในปี ๒๕๖๖ ทางเครือข่ายจะร่วมรณรงค์ลดการบริโภคเกลือผ่านกิจกรรม “ซัอน ปรุง ลด” จัดทำประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโซเดียม ปรับสูตรอาหารในร้านอาหารริมถนน และพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานเพื่อลดโซเดียมในอาหาร และใช้กำหนดฉลากทางเลือกสุขภาพเพื่อเป็นคำเตือนสำหรับผู้บริโภคต่อไป

นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กล่าวถึงการขับเคลื่อนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมว่า ในปี ๒๕๖๖ กองโรคไม่ติดต่อจะจัดทำโครงการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด มีเป้าหมายที่สำคัญ ได้แก่ ทุกจังหวัดมีข้อมูลเฝ้าระวังและนำไปใช้วางแผนการดำเนินงาน และประชาชนในจังหวัดเป้าหมายมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๕

นายแพทย์ ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง นำเสนอสรุปผลการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ว่า key words ที่สำคัญในการดำเนินงานมี ๓ ประการ ได้แก่ (๑) การสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (๒) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และ (๓) การบริหารจัดการที่สนับสนุนการขับเคลื่อน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยดำเนินการออกสู่มวัดความเค็มในอาหาร ผลการดำเนินงานที่ผ่านมามีการสำรวจครัวเรือนไปแล้วจำนวน ๑๑๓,๘๑๓ หลัง คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๒๘ และมีครัวเรือนที่ผ่านเกณฑ์การตรวจ ๓ ครั้ง จำนวน ๗๐,๙๘๖ หลัง คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๘๔

นายสมบุญ วงษ์ดาว รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลคงคู่ จ.สุโขทัย กล่าวถึงการทำงานที่ผ่านมาว่า จากการสำรวจสุขภาพของชุมชนพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงลดลง ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วย (๑) การสนับสนุนจากหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน (๒) การมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยง (๓) มีบุคคลต้นแบบเป็นแกนนำ

สุขภาพในแต่ละหมู่บ้าน และ (๔) ทีมเครือข่าย ร้านค้าตลาดนัด ร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นทางเลือกต่อสุขภาพ ส่วนภาคประชาสังคมมีการรณรงค์ลดการบริโภคโซเดียมผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ

นางสาวมลฤดี โพธิ์อินทร์ จากสภาองค์กรของผู้บริโภค กล่าวว่า ที่ผ่านมาสภาองค์กรของผู้บริโภคได้สำรวจลักษณะของฉลากที่ทำให้ผู้บริโภคเข้าใจได้ง่าย พบว่า การนำสีสัญลักษณ์ไฟจราจร เขียว เหลือง แดง เพื่อรณรงค์การลด หวาน มัน เค็ม ช่วยให้ผู้บริโภคเข้าใจง่ายขึ้น โดยนักเรียนสามารถอ่านฉลากทางโภชนาการที่แสดงในรูปแบบเป็นค่าพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียม (GDA) เทียบกับสัญลักษณ์ “เขียว เหลือง แดง” ได้ และจากการดำเนินงานพบว่าบางโรงเรียนไม่อนุญาตให้มีการขายขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมในโรงเรียน และมีการลดน้ำตาลและโซเดียมในอาหารที่โรงเรียนทำ

นอกจากนี้ยังมีคู่มือให้โรงเรียน นักเรียน และผู้ปกครอง ในรูปแบบของเกมสำหรับอ่านฉลากและค่าสัญลักษณ์ ปัจจุบันมีการพัฒนาแอปพลิเคชันชื่อว่า “Food Choice” เป็นเครื่องมือการแปลงฉลากให้เป็นสีไฟจราจร สีเขียว สีเหลือง สีแดง เป็นทางเลือกให้กับผู้บริโภคในการตัดสินใจเลือกซื้อเพื่อสุขภาพ

ที่ประชุมได้แลกเปลี่ยนและมีข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนในระยะต่อไป ดังนี้

(๑) สนับสนุนให้มีการขับเคลื่อนเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับจังหวัด อย่างเป็นรูปธรรม

(๒) สนับสนุนให้มีการจัดทำฉลากที่เป็นสัญลักษณ์แถบสี เพื่อบอกระดับความหวาน มัน เค็ม ควบคู่ไปกับการให้ความรู้

(๓) สนับสนุนเครื่องมือที่วัดระดับความเค็มแบบง่าย ๆ เพื่อให้ประชาชนนำไปใช้โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรับรู้รสชาติ

(๔) สนับสนุนให้มีการปรึกษาหารือประเด็นการลดโซเดียมในกลุ่มผู้ผลิต และผู้ประกอบการอาหาร เพื่อสุขภาพของผู้บริโภค

๑.๒ กลไกการเงิน เพื่อการเข้าถึงที่อยู่อาศัยที่ เพียงพอและมีสุขภาพ : ชั้นเคลือบมติฯ ๙.๒ การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และ เมืองเพื่อสุขภาพ

จากแนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาที่อยู่อาศัยระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) เพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางการพัฒนาที่อยู่อาศัยระยะยาว และเสริมสร้างความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยของประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายและครอบคลุมทุกมิติ มีวิสัยทัศน์ให้คนไทยทุกคนมีที่อยู่อาศัยถ้วนทั่วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในปี ๒๕๗๙ ซึ่งมุ่งเน้นให้คนไทยทุกคนเข้าถึงสิทธิในที่อยู่อาศัย มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นุชรา โกวาทอง หัวหน้าภาควิชาคหกรรมศาสตร์ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวว่า ปัจจุบันกลไกการเงินและสินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัยของประเทศไทยที่มีอยู่ ยังไม่สอดคล้องกับลักษณะปัญหาความสามารถในการจ่ายเพื่อการมีที่อยู่อาศัยของประชาชน เนื่องจากราคาต้นทุนที่อยู่อาศัยแพงขึ้นทุกปี รายได้ต่อครัวเรือนไม่เพียงพอต่อรายจ่ายเงินออมระยะยาว ดอกเบี้ยสูงขึ้นและเงื่อนไขการให้กู้ยืม เป็นต้น จากข้อมูลปี พ.ศ. ๒๕๕๔ โครงสร้างรายได้ของประชากรไทยต่อคนต่อเดือน พบว่า ผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ ๔๐ และผู้ที่มีรายได้ปานกลาง ร้อยละ ๕๙ มีรายได้น้อยพอต่อรายจ่ายและการกู้เงินที่เพิ่มขึ้น

ศาสตราจารย์กิตติ วัฒนพงศ์พิบูล ประธานสมาคมสินเชื่อที่อยู่อาศัย กล่าวว่า เงินกู้บ้านจากตลาดการเงินของประเทศไทยอยู่ในระดับที่เข้าถึงได้ง่ายที่สุดในโลก ในขณะที่เดียวกันระบบเงินกู้บ้านของประเทศไทยก็มีปัญหาเรื่องการกู้บ้านไม่ผ่านมากที่สุดในโลก การเคหะแห่งชาติซึ่งเป็นแหล่งเงินกู้เพื่อที่อยู่อาศัยซึ่งงบประมาณแผ่นดินซึ่งมาจากภาษีของประชาชนเพียงแหล่งเดียวในการให้กู้ จึงทำให้มีข้อจำกัด จะสังเกตได้ว่าบ้านของการเคหะแห่งชาติถูกจำกัดให้มีขนาดเล็กเกินไป และอยู่ไกลจากเมืองเพราะปัญหาราคาที่ดินที่สูงขึ้น ประกอบกับประเทศไทยมีรายได้ต่ำ และการกระจายรายได้น้อยด้วย จึงส่งผลต่อการเข้าถึงที่อยู่อาศัย

นางนิภาภัทร์ มลิทอง คณะทำงาน Urban Smile.Net กล่าวว่า คนจนในเมืองซึ่งเป็น Informal Sector มีรายได้น้อยไม่มั่นคง ได้รวมกลุ่มจัดตั้งเป็นกลุ่มออมทรัพย์เพื่อสร้างความมั่นคงในที่อยู่อาศัย โดยแต่ละชุมชนแบ่งเงินออมร้อยละ ๕ เพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย

รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณทิพย์ พานิชภัคดี เสนอว่า การวางระบบการเงินที่อยู่อาศัยระยะยาว ในมุมมองของนักวางแผนระบบการเงินควรมีการออกแบบระบบต่างๆ ประกอบด้วย (๑) แหล่งที่มาและปริมาณของงบประมาณ (๒) วิธีการกระจายเงินสนับสนุนและอุดหนุน (๓) ผู้ได้รับการสนับสนุน (Supply Side) (๔) ทำเลที่ตั้ง ที่อยู่อาศัยที่ได้รับ และ (๕) วิธีการคืนเงิน (Economy Return)

ที่ประชุมมีความเห็นว่า การเงินเป็นเครื่องมือสำคัญในการมีบ้าน แต่กลไกการเงินและสินเชื่อที่อยู่อาศัยในปัจจุบันมีเงื่อนไขที่ไม่สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน จึงควรมีการศึกษาและพัฒนารูปแบบกลไกการเงินที่เหมาะสมทั้งระบบการเงินที่เป็นกระแสหลัก และระบบการเงินในระดับชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละกลุ่มด้วย

๑.๓ PUBLIC SPACE DESIGN : ความท้าทายของกลไกระดับท้องถิ่นต่อภารกิจสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะสู่เมืองสุขภาวะที่ยั่งยืน : ขับเคลื่อนมติฯ ๑๑.๑ การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมือง เพื่อสุขภาวะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะว่าด้วยเรื่อง การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อ

สุขภาวะสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน เป็นการแลกเปลี่ยนถึงโอกาสและข้อเสนอต่อการสร้างพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาวะในเชิงระบบภายใต้ปัจจัยต่างๆ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานภาคยุทธศาสตร์ต่างๆ ทั้งส่วนกลางกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นางสาวปภาวริยา มหากาญจนนะ ผู้อำนวยการส่วนสาธารณะ ๑ กทม. กล่าวว่า พื้นที่สาธารณะในกรุงเทพมหานคร มีบทบาทต่อการพัฒนาเมืองในด้านต่างๆ ได้แก่ พื้นที่สาธารณะสีเขียวที่ยั่งยืน พื้นที่ความร่วมมือ พื้นที่ทางสังคม พื้นที่สร้างความรู้ พื้นที่สุขภาวะ พื้นที่ความมั่นคงทางอาหาร พื้นที่สื่อสาร พื้นที่โครงข่ายสีเขียว พื้นที่สร้างสภาพแวดล้อมที่ดี โดยยกตัวอย่างการพัฒนาพื้นที่สาธารณะที่เขตคลองสาม ซึ่งมีการนำพื้นที่ที่รกร้างมาปรับปรุงเป็นสวนสาธารณะสีเขียว โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาครัฐและชุมชนในพื้นที่ มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงการใช้ประโยชน์จากพื้นที่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปราณีตา บุญค้ำ อู่นายกฝ่ายวิชาการ สมาคมภูมิสถาปนิกประเทศไทย (TALA) ได้กล่าวถึง “โอกาส ความหวัง และอนาคต” การพัฒนาพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาวะของประชาชนในมุมมองของภูมิสถาปนิก โดยกล่าวว่า โอกาสสำคัญในการพัฒนาพื้นที่ประกอบด้วย การมีนโยบายพื้นที่สีเขียว การมีความต้องการจากคนในพื้นที่ การมีพื้นที่ว่าง มีผู้เชี่ยวชาญและผู้สนับสนุน ส่วนความท้าทาย ได้แก่ ต้นทุนที่มีอยู่เหล่านี้จะทำให้เกิดพื้นที่สาธารณะประโยชน์ได้อย่างไร ส่วนความหวัง คือ การปรับปรุงพื้นที่ให้เกิดสวนสาธารณะเพิ่มขึ้น ซึ่งในอนาคตจะทำอย่างไร



ไม่ให้พื้นที่สาธารณะเป็นเพียงแค่สวน แต่เป็นพื้นที่ที่มีการใช้ประโยชน์สาธารณะในด้านต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

นายเศรษฐวิวัฒน์ ศรีวิโรจน์ จาก Nebula Corporation Limited กล่าวว่า ๕ ความท้าทายในการสร้างพื้นที่สีเขียว ได้แก่ Accessibility, Inclusiveness, Functionality & Safety Value Maintenance และมีการกล่าวถึงโครงการของเอกชนที่มีการทำ Public space ที่ใช้ประโยชน์ได้ (True digital park และ The Forestairs) การสร้างพื้นที่สาธารณะของเอกชนนอกจากจะเป็นการเพิ่มพื้นที่สีเขียวแล้วยังสามารถทำให้พื้นที่นั้นนำมาใช้ประโยชน์และเกิดคุณค่า

ดร.ดุสิต ศรีโคตร ผู้อำนวยการฝ่ายสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กล่าวถึง การสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพฯ เป็นเครื่องมือให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการดำเนินงานในแต่ละปีจะมีกิจกรรมอยู่ ๓ ส่วน ได้แก่ (๑) การอนุมัติใช้เงิน (๒) ให้เงินไปใช้ (๓) ใช้เงินหมดแล้วต้องมีการรายงานผล ดังนั้นหลักการจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะประกอบด้วย คน แผน งาน และเงิน

รองศาสตราจารย์ ดร.วิชัย กาญจนสุวรรณ รองนายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่ กล่าวถึงโครงการพัฒนาพื้นที่พื้นที่คลองเตยเชื่อมโยงย่านเศรษฐกิจการค้าการท่องเที่ยวขนาดใหญ่ ช่วงที่ ๑ ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

โดยแนวคิดในการออกแบบ Function Diagram ที่ทำให้เกิดรูปธรรม จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน และมีการทำประชาพิจารณ์ เพื่อนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไข

กล่าวโดยสรุป การที่จะเพิ่ม Public space นั้น ผู้กำหนดนโยบายของเมืองจะต้องเห็นความสำคัญและทำอย่างไรให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล ซึ่งผู้นำจะต้องรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม

ที่ประชุมได้แลกเปลี่ยนและมีข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนในระยะต่อไป ดังนี้

(๑) ควรสนับสนุนให้มีนโยบายเกี่ยวกับการสร้างพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาวะไปเป็นนโยบายในระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น

(๒) ผลักดันให้เรื่องนี้เป็นนโยบายของนักการเมืองที่กล่าวถึง Public space ให้มากยิ่งขึ้น

(๓) สนับสนุนให้มีการนำพื้นที่ของรัฐที่ไม่มีการใช้งาน หรือพื้นที่ของวัดมาพัฒนาให้เป็นพื้นที่สาธารณะที่เป็นประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่

อาคารสงเคราะห์ (ออส.) สนับสนุนคู่สมรส LGBT ที่เป็นชายรักชาย หญิงรักหญิง สามารถกู้ซื้อบ้านร่วมกันได้ เพื่อให้มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองตามพันธกิจ “ทำให้คนไทยมีบ้าน”

๑.๔ ฉันท-เฮอ-เซา คือ “เรา” ทุกอัตลักษณ์ทางเพศ ร่วมสร้างสังคมเสมอภาค สานพลังสู่ความเสมอภาคทางสังคม : ขับเคลื่อนมิติฯ ๑๒.๒ มติวิถีเพศภาวะ: เสริมพลังสุขภาวะทางเพศ

มติเพศภาวะ เสริมพลังสุขภาวะครอบครัว มีความมุ่งหมายให้เกิดนโยบายให้สังคมตระหนักถึงความเสมอภาค และความเป็นธรรมทางเพศ ซึ่งเป็นภารกิจของทุกภาคส่วนที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง ทั้งการให้คุณค่าต่อทุกเพศอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม สร้างความตระหนักรู้โดยใช้กระบวนการที่คนใหม่ทั้งครอบครัว องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินงานในต่าง ๆ โดยคำนึงถึงความละเอียดอ่อนตามเพศภาวะ อันจะนำไปสู่สุขภาวะครอบครัว ลดความเหลื่อมล้ำ ขจัดทางเลือกปฏิบัติที่ไม่เสมอภาค เนื่องจากเพศสภาพ ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม จึงจะหนุนเสริมพลังครอบครัวให้มีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

นายพงศธร จันทรศมี จากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ กล่าวว่า ความเสมอภาคทางเพศในประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ ๗๙ จาก ๑๕๖ ประเทศ ซึ่งถือว่าติด ๑๐ อันดับแรกในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ปัจจุบันสังคมให้การยอมรับและเปิดโอกาสให้กับกลุ่ม LGBT มากขึ้น เช่น ธนาคาร



นางสาวพนิดา หันสวาสดี นักพัฒนาสังคม ชำนาญการพิเศษ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กล่าวว่า ภาครัฐมีการส่งเสริมความเท่าเทียมและความเสมอภาคทางเพศโดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านความเสมอภาคไว้ในองค์กรของภาครัฐทุกแห่ง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคระหว่างเพศในที่ทำงาน และมีแนวปฏิบัติด้านการส่งเสริมความเสมอภาคและการจัดการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมระหว่างเพศตามพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติแรกที่พูดถึงความเท่าเทียมทางเพศที่มีคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับ LGBTQIA+ นอกจากนี้ยังมีช่องทางเพื่อให้คำปรึกษาผ่าน Line @Linefamily ที่สามารถพูดคุยและปรึกษาประเด็นต่างๆ แบ่งเป็น ๓ ห้อง ได้แก่ (๑) ห้องศูนย์ข้อมูลด้านครอบครัว (๒) ห้องให้คำปรึกษา ๙ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวและเพศ และ (๓) ห้องให้ความช่วยเหลือด้วยการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

แพทย์หญิงภาวณี รุ่งทนต์กิจ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร นำเสนอการพัฒนาบริการคลินิกสุขภาพเพศหลากหลาย โดย ดร.ชัชชาติ สิทธิพันธุ์ ผู้ว่าราชการกรุงเทพฯ ให้ความสำคัญกับความเท่าเทียมทางเพศ ปัจจุบันมีคลินิกที่เปิดให้บริการแล้ว ๑๐ แห่ง และจะเปิดให้ครบ ๑๖ เขต โดยผู้ที่รับบริการในคลินิกนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นคนกรุงเทพฯ เท่านั้น แต่เป็นคนจังหวัดอื่นก็ได้ และสามารถรับบริการได้ทุกเพศ ทุกวัย และไม่เลือกปฏิบัติ

นายกิตตินันท์ ธรรมธัช นายกสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย กล่าวถึงความก้าวหน้าทางกฎหมายการเลือกปฏิบัติทางเพศว่ามีปัจจัย ๔ ข้อหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (๑) ความไม่ตระหนักรู้ (๒) ความกลัวและความกังวล (๓) ความเชื่อและทัศนคติ และ (๔) ฐานปัจจัยการเลือกปฏิบัติที่ทางกฎหมายระบุไว้เพียง ๒ เพศไม่ว่าจะเป็นทัศนคติที่ดีหรือไม่ดี อย่างไรก็ตามแม้ว่าเรื่องนี้จะมียกกฎหมายรองรับแล้ว แต่ยังคงเกิดการเลือกปฏิบัติ

ระหว่างเพศในสังคมไทย สังเกตได้ว่ากฎหมายความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. ๒๕๕๘ ยังไม่ครอบคลุม จึงควรมีการปรับปรุงแก้ไขใหม่เพื่อให้กฎหมายมีความก้าวหน้า ซึ่งต้อง **“จัดการเลือกปฏิบัติ”** โดยภาคประชาชนต้องใช้ความพยายามร่วมกันผลักดันหลักการให้กลายเป็นกฎหมาย เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยยังมีการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล ด้วยเหตุแห่งความแตกต่างของบุคคล เช่น ความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ เพศ เพศสภาพ เพศวิถี อายุ โดยนัยยะสำคัญอย่างแรกของร่างกฎหมายฉบับนี้ ต้องกำหนดชัดเจนว่า **“บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะปลอดภัยจากการถูกเลือกปฏิบัติ”**

ที่ประชุมได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ บทเรียน มุมมอง ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนมีข้อเสนอต่อแนวทาง และโอกาสการขับเคลื่อนความท้าทายต่อการส่งเสริมวิถีเพศภาวะ และข้อเสนอต่อการขับเคลื่อนในระยะต่อไป ดังนี้

(๑) ควรร่วมกันผลักดันร่างกฎหมายจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล ซึ่งมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

(๒) ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการ สาธารณะและบริการของหน่วยงานรัฐที่คำนึงถึงเพศที่ ๓

๒. ประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ

๒.๑ ไปให้ถึงสุขภาวะ (Well Being) ด้วยระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrative Health care and Medicine)”

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จันทร์ชัย เจริญประเสริฐ ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวถึงนิยามของการแพทย์บูรณาการว่าเป็นระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประชาชนร่วมกับแพทย์หรือบุคคลทางสาธารณสุขโดยสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้าน กาย จิต วิญญาณ และสังคม เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยอาศัยศาสตร์ทุกแขนง เป็นการทำงานแบบสหวิชาชีพเพื่อป้องกัน บำบัด ฟื้นฟู รักษา และปรับวิถีชีวิตที่เหมาะสม การพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (IH & M) ของประเทศไทยควรมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคการเมือง ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม ตามหลักการสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

พัฒนาระบบ Wiztech Eco System เพื่อนำข้อมูลของผู้ป่วยมารวมกัน และเปิดให้มีการเสนอแนะองค์ความรู้ไปยังคนรุ่นถัดไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์เทพ สุธีรวิมล รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวถึง Integrative Health care and Medicine ว่า การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นด้านสุขภาพที่ผ่านมาในอดีตยังไม่มีภาพของการทำงานแบบบูรณาการอย่างชัดเจน โดยมองว่าการทำงานในมิติสุขภาพควรมีการปรับวิธีคิดและทัศนคติ เพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง ปัจจุบันภาคใต้ฝั่งทะเลอันดามันได้บูรณาการโครงสร้างทางเศรษฐกิจกับมิติทางสุขภาพเข้าด้วยกัน เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนมีบทบาทในการออกแบบและวางแผนพัฒนาเมืองเพื่อเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านสุขภาพโดยมีการประชาสัมพันธ์ไปทั่วโลก

นายแพทย์ประพจน์ เกตุรากาศ มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย ได้กล่าวถึงวิวัฒนาการของระบบการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของประเทศไว้ว่า ระยะที่ ๑ ผู้อยู่กับความเชื่อสิ่งลึกลับ ระยะที่ ๒ การเผยแพร่พุทธศาสนาในสุวรรณภูมิ ระยะที่ ๓ ระบบการแพทย์ในสายพระพุทธศาสนา เปลี่ยนจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นความเชื่อทางการแพทย์อย่างมีระบบ ระยะที่ ๔ การรับการแพทย์ตะวันตกในสมัยรัชกาลที่ ๓-๔-๕ มีการรับการแพทย์ของตะวันตกเข้ามาในประเทศไทย และระยะที่ ๕ มีการรื้อฟื้นการแพทย์ดั้งเดิมและสมุนไพร จากวิวัฒนาการดังกล่าวพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสุขภาพ มี ๔ ส่วน คือ ความคิดความเชื่อ วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจ โอกาสและความท้าทายต่อการขับเคลื่อนการแพทย์บูรณาการ ได้แก่ (๑) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ ๒ ระยะ โดยต้องมีการใช้ประโยชน์ของการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์เสริมอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (๒) มีความก้าวหน้า ของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มาตรา ๓ “บริการ



นายแพทย์ทีปทัศน์ ชุณหสวัสดิกุล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ป้องกัน กล่าวถึง Integrative Wellness Platform Digital transform of Wisdom ว่า ในยุค 5G มีการพัฒนาแอปพลิเคชัน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลพื้นฐานของสุขภาพและประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อการวินิจฉัยที่มีความน่าจะเป็นไปได้มากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการ

สาธารณสุข” ที่หมายถึง บริการด้านการแพทย์ (๓) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ การส่งเสริมสนับสนุน การใช้และการบริการ พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยมีปัจจัยสำคัญเพิ่มมา ได้แก่ เทคโนโลยีสารสนเทศ ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อการพัฒนาความรู้ทางการแพทย์

จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีข้อเสนอต่อการดำเนินงานในระยะต่อไป ดังนี้

(๑) ภาควิชาการควรจัดทำ “นิยาม” ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการของประเทศไทย เพื่อเป็นหลักและมาตรฐานกลางที่ทุกภาคส่วนนำไปปฏิบัติร่วมกัน

(๒) พัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อเสนอต่อภาครัฐและภาคการเมือง

(๓) พัฒนาต้นแบบระบบการแพทย์แบบบูรณาการที่ดี (best practice)

(๔) พัฒนาหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนในคณะแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ให้มีการบูรณาการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม

(๕) เชื่อมโยงระบบการแพทย์แบบบูรณาการกับแนวคิด Wellness tourism ที่ได้มาตรฐาน ในราคาสมเหตุสมผลสำหรับประชาชน

๒.๒ ทางออกสุขภาพจิต พิชิตปัญหาวัยรุ่น ความเป็นธรรมทางสุขภาพ โอกาสและความ หวังอนาคตประเทศไทย

เครือข่ายคนรุ่นใหม่ต่อไป (Next Generation) ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นจำเป็นต้องขับเคลื่อนในเชิงนโยบาย เครือข่ายคนรุ่นใหม่ (Next Generation) จึงขอเปิดพื้นที่ให้กลุ่มวัยรุ่นได้แสดงความคิดเห็นผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่จัดขึ้นภายในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

นายอับดุลปาตะ ยูโซะ นายกสมาคมเยาวชนพัฒนาบ้านเกิด (PPS) กล่าวว่า เครือข่าย Next Gen ประกอบด้วย กลุ่ม/องค์กรนักศึกษาและเยาวชนคนรุ่นใหม่ที่มาพร้อมตัวกันเพราะมีความสนใจที่อยากขับเคลื่อนประเด็นที่ตนเองสนใจ และเห็นตรงกันว่า “สุขภาพจิตในวัยรุ่น” เป็นประเด็นที่ทุกคนจะพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย จึงเป็นที่มาของการจัดกิจกรรมในห้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในวันนี้

นางสาวพริ้ม มณีโชติ นักเขียนอิสระ นำเสนอสถิติเกี่ยวกับโรคภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจากผลการสำรวจออนไลน์ของโครงการยูริฟอร์ต ประเทศไทย ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นกว่า ๒,๖๐๐ ราย พบว่าวัยรุ่นร้อยละ ๕๐ รู้สึกหดหู่ เศร้า ลึกลับ หวัง ท้อแท้ และร้อยละ ๗๐ รู้สึกเบื่อหรือทำอะไรไม่สนุก



และ ๑ ใน ๔ เคยคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ปี ๒๕๖๐ ที่ระบุว่า อัตราป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ของวัยรุ่นไทย (อายุ ๑๐-๑๙ ปี) สูงถึงร้อยละ ๑๘ คิดเป็นจำนวนประมาณ ๑ ล้านคน จึงเป็นประเด็น ที่ต้องหาทางออกร่วมกัน

แพทย์หญิงวิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์ จิตแพทย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้กล่าวถึงสถานการณ์หลังโควิด-19 พบว่า ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงมีภาวะซึมเศร้า และสามารถพบได้ตั้งแต่เด็กอายุ ๒ ขวบ จากการถูกทารุณกรรม ถูกแยกจากผู้เลี้ยงดู โดยภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๒ - ๓ พบในเด็กประถมวัย และร้อยละ ๑๐ พบในวัยรุ่น ภาวะซึมเศร้าเป็นพันธุกรรม ถือเป็นความผิดปกติของสารเคมีในสมองที่สามารถ เกิดขึ้นได้กับทุกคน โรคซึมเศร้าส่งผลกระทบกับการ ใช้ชีวิตจึงควรสังเกตวัยรุ่นที่มีความเจ็บป่วยด้าน จิตเวช เช่น มีปัญหาการเรียน มีปัญหาการถูก ทารุณกรรม ติดพนัน ติดเกม รวมถึงการเป็นเด็กดี เกินไป ซึ่งจะมีความเปราะบางทางจิตใจ โดยวัยรุ่น ที่อยู่กับความโกรธ ความเศร้า ไม่รู้จะหาทางออก อย่างไม่รู้ ส่วนใหญ่จะลงโทษตัวเองด้วยการทำร้าย ตัวเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองก็มีส่วนใน การกระตุ้นภาวะซึมเศร้า เช่น การต่อว่าเมื่อเด็ก แสดงความคิดเห็นที่ก้าวร้าว หรือค่านิยมที่บอกว่า เด็กผู้ชายห้ามร้องไห้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม โรคนี้เป็นแล้วหายได้ และเป็นซ้ำได้อีก ดังนั้นต้อง ให้ความรู้ การดูแล และมีพื้นที่ปลอดภัยให้วัยรุ่น ได้แสดงความคิดและความรู้สึก โดยไม่ตัดสิน รวมถึงสังเกตสัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย และควรส่งเสริมทักษะชีวิตให้พวกเขาด้วย

นางสาวจอมเทียน จันสมรัก ผู้แทนเยาวชน กับประสบการณ์ของโรคซึมเศร้า กล่าวถึง ประสบการณ์ของคนที่มีความแม่ซึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิต ทำให้ตนเองถูกขังอยู่ในบ้าน ไม่สามารถเข้าถึงการ ศึกษาและสิทธิที่ควรได้รับ รวมทั้งยังถูกทำร้าย จากคนในบ้านและถูกล่วงละเมิดทางเพศ เกิดภาวะ

วิกฤติและการเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง ทำให้เคย ทำร้ายตัวเองตอนเด็ก แต่ก็ไม่ได้รับการติดตาม ช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง กระทั่งเมื่อเป็นนิสิตของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยซึ่งมีชมรมนักจิตวิทยา ทำให้สามารถเข้าถึงความรู้ เข้าถึงสวัสดิการ มีพื้นที่ส่วนตัวในการดูแลตัวเอง และได้รับคำแนะนำในการดูแลตัวเองและแม่ แต่ก็ยังเป็นคำแนะนำ ที่เด็กต้องถามจนถึงที่สุดจึงจะได้คำตอบ และมีการ เยี่ยมบ้าน ทำให้รู้สึกได้รับความช่วยเหลือที่แท้จริง จึงคิดว่า “ถ้ามีการติดตามตั้งแต่ต้น มีระบบการ ดูแลที่ดีกว่านี้ เด็กคนนั้นอาจไม่ต้องได้รับความ รุนแรง ไม่ต้องออกนอกระบบการศึกษา และไม่ต้องออกจากบ้าน” ดังนั้น การเข้าถึงการ ดูแลรักษาสุขภาพทางจิตไม่จำเป็นต้องรอจนป่วย ก่อนจึงค่อยดูแล แต่สามารถทำได้ก่อนและทั้ง ชุมชนต้องช่วยกัน ไม่ใช่แค่ในโรงเรียน หรือโรง พยาบาล และค้นพบว่าสิ่งที่ทำให้ตนสามารถผ่าน เรื่องราวเหล่านี้มาได้คือ “อำนาจ” จะเห็นได้ว่า ตั้งแต่การใช้อำนาจผ่านการบอกครู ทำให้ไม่เกิด เหตุการณ์ขึ้นอีก อำนาจในการเข้าถึงสิทธิการ ศึกษาทำให้ตนมีข้อมูลความรู้เพิ่มขึ้น ได้รู้ว่ามี เพื่อน มีผู้ใหญ่ปรึกษาได้ การมีพื้นที่ปลอดภัย การได้เข้าถึงองค์ความรู้ ทำให้เกิดการปรับ เปลี่ยนทัศนคติว่า “สิ่งต่างๆ ที่ผ่านมามีไม่ใช่ความ ผิดของตนเอง” อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันแพทย์ และนักจิตวิทยาที่เข้าใจความแตกต่างหลากหลาย หายากมาก และ รพ.จิตเวชในประเทศไทยมีน้อย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และได้ชี้ให้เห็นว่าสิ่งสำคัญที่ทำได้คือ “การฟังโดยไม่ ตัดสิน”

นางสาวปราชญา ศิริมหาอารีย์โพธิ์ญา ผู้แทนเยาวชนที่ผลักดันการแก้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ได้กล่าวถึงการทำงานในฐานะประธานสภาเด็ก และเยาวชนเขตบางกะปิว่า เมื่อหลายปีก่อน ยังไม่มีแผนงานเกี่ยวกับสุขภาพจิต จึงได้ลงไป สัมภาษณ์ข้อมูลจากหลายโรงเรียน พบว่า เด็ก ๒-๓ คน ต่อห้องเรียนเคยคิดฆ่าตัวตายภายใน ๗ วันที่ผ่านมา จึงเข้าพบรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

เพื่อยื่นจดหมายเปิดผนึก เสนอให้มีการแก้ไข มาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ เพื่อให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า ๑๘ ปี สามารถเข้ารับการรักษาบำบัดได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ร่วมกับการแสดงออกเชิงสัญลักษณ์ว่า “ใบยินยอมของผู้ปกครอง” เปรียบเหมือน “โซ่ที่ผูกมัดเด็กไว้” นอกจากนี้มีการทำงานร่วมกับสื่อ มีการพูดคุยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข โดยการพูดคุยครั้งนั้นได้ใช้ความรู้และข้อมูลจากงานวิจัยในต่างประเทศเป็น เครื่องมือผลักดัน ซึ่งในประเทศที่ยินยอมให้เด็ก เข้าพบจิตแพทย์ได้ด้วยตนเองจะมีปัญหาสุขภาพ จิตน้อยกว่า หลังจากนั้น ๓ ปี จึงทำให้เกิด แนวทางการดำเนินงานของแพทย์ พยาบาลในการ ปฏิบัติและให้คำปรึกษาแก่เด็ก โดยการเข้าถึง บริการที่ไม่ใช่แค่การพบแพทย์ เพราะบางรายไม่สามารถบอกครอบครัวได้เนื่องจากครอบครัวมีปัญหา และบางรายไม่มีชุดคำพูดที่สื่อสารกับพ่อแม่ จึงอยากให้แพทย์หรือนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ บอกแทน ซึ่งจากการทำงานนี้ได้ข้คิดไว้ว่า หาก อยากให้ผู้ใหญ่ฟัง เราต้องฟังเหตุผลของผู้ใหญ่ก่อน และได้เข้าใจเจตนาที่ต้องระบุงูฏเกณฑ์ว่าสาเหตุ ที่ต้องให้ผู้ปกครองยินยอมนั้นคืออะไร นอกจากนี้ เรื่องสำคัญอีกอย่างคือ **“อำนาจของเด็กมีอยู่จริง”** โดยการเพิ่มความรู้เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกับ ผู้ใหญ่ และสำหรับก้าวต่อไปที่จะขับเคลื่อนคือ **“โครงการหลักสูตรภูมิคุ้มกันทางอารมณ์”** เพื่อให้ เด็กเรียนรู้วิธีการจัดการอารมณ์ของตัวเอง ซึ่งจะ เข้าไปอยู่ในวิชาสุขศึกษา เป็นหลักสูตรเชิงปฏิบัติ ของโรงเรียนต่อไป

ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมแลกเปลี่ยน ข้อเสนอเพื่อนำไปสู่ทางออกสุขภาพจิต ทั้ง จากผู้ฟังในห้องประชุมและทางออนไลน์ โดยมีข้อเสนอที่สำคัญดังนี้

(๑) เสนอให้มี **“กลไกครอบครัวเข้ม”** โดย มองว่า **“เด็กทุกคนคือลูกของชุมชน”** ชุมชนควร โอบอุ้ม รับฟัง และจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ให้เขาพร้อมเรียนรู้ และเคารพสิทธิและเสรีภาพ

ของเด็ก โดยเสนอให้มีกลไกพัฒนาระดับตำบล แต่เพิ่มความรู้และระบบของกลไกหลักต้องไม่ เทอะทะ เพื่อสนับสนุนคนได้ทันทั่วถึง

(๒) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ถูกตีตราและ ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง จึงอยากให้สร้าง ความเข้าใจที่ตรง กัน โดยเสนอให้มี **“นักรบสุขภาพจิต”** รวมถึง **“เพิ่มทักษะ empathy”** และ **“พัฒนาสวัสดิการ ที่รองรับมากขึ้น”** เพราะคนรายได้น้อยเข้าถึงยา ได้ยาก สิทธิประกันสังคมยังไม่ครอบคลุม และการ บำบัดทางเลือกยังมีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงสัดส่วน ผู้ป่วยกับจิตแพทย์ไม่เหมาะสม

(๓) ควรเสริมศักยภาพการคัดกรองเบื้องต้น เกี่ยวกับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้แก่ครู และต้อง ปรับทัศนคติต่อการบริการด้านสุขภาพจิตของครู และเจ้าหน้าที่ด้วย



๒.๓ การบริหารจัดการลุ่มน้ำ : ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม

จากสภาพปัญหาการบริหารจัดการลุ่มน้ำในประเทศไทย การจัดการทรัพยากรน้ำและลุ่มน้ำตามแนวทางการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา นั้น มักมุ่งเน้นการจัดการแหล่งน้ำ การจัดหา น้ำ รวมถึงการนำทรัพยากรในพื้นที่ลุ่มน้ำมาใช้ในการตอบสนองความต้องการทางเศรษฐกิจ สถานการณ์ปัญหา “ภัยแล้ง” กับ “ภัยน้ำหลาก” เป็นปรากฏการณ์ที่ไม่สามารถเลี่ยงได้ แต่สามารถลดความเสียหายที่จะเกิดขึ้นได้ โดยการป้องกันและการบริหารจัดการน้ำท่วม การเสวนาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูลวิชาการ และกระบวนการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายในการบริหารจัดการลุ่มน้ำแบบมีส่วนร่วม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม

ดร.เสรี ศุภทราทิติย์ ผู้อำนวยการศูนย์การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติ มหาวิทยาลัยรังสิต ได้กล่าวถึง วาระโลก วาระประเทศไทย อยู่ในวาระ SDG 2030 และ CRP รวมถึงเป้าหมาย ๑๗ เป้าหมาย Climate risk index ซึ่งประเทศไทยอยู่ในโซนสีแดง การจัดการน้ำไม่มีสูตรสำเร็จและเป็นพลวัต

นายเลิศพันธ์ สุขยิธัญ สำนักทรัพยากรน้ำแห่งชาติ ได้กล่าวถึงประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำในการบริหารจัดการน้ำไว้ว่า การบริหารจัดการน้ำจำเป็นต้องมีโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการน้ำทั้งในระดับประเทศและระดับชุมชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง

ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการบริหารจัดการน้ำ พ.ร.บ. ทรัพยากรน้ำ พ.ศ.๒๕๖๑ แผนแม่บท ๒๐ ปี และนวัตกรรมและเทคโนโลยี โดยต้องให้อยู่ในระบบเพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ

รองศาสตราจารย์ ดร.บัญญัติ ขวัญยืน กรรมการทรัพยากรน้ำแห่งชาติและกรรมการน้ำเจ้าพระยา กล่าวว่าการบริหารจัดการลุ่มน้ำซึ่งรวมไปถึงความเสี่ยงจากภัยพิบัติมีองค์ประกอบส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง คือ (๑) การบริหารจัดการน้ำนั้นมีความครอบคลุมทั้งชั้นบรรยากาศ บนดิน ใต้ดิน และทะเลอาณาเขต (๒) เมืองการบริหารจัดการน้ำครอบคลุมทุกระดับ (๓) มีการกำหนดพื้นที่เสี่ยงภัย เช่น น้ำแล้ง น้ำท่วม (๔) มีการเตรียมการล่วงหน้าซึ่งในปีนี้มีการจัดตั้งศูนย์บริหารน้ำส่วนหน้าซึ่งมีการประชุมทุกวัน ทำให้ภัยพิบัติปีนี้ไม่รุนแรง สิ่งที่ต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการน้ำมีอยู่ ๒ ส่วน คือ ทรัพยากรและความ เป็นอยู่ที่ต้องทำให้สมดุลกัน โดยการจัดการน้ำแบบบูรณาการ (IWRM) คือ การส่งเสริมและการบริหารจัดการน้ำ ดิน ป่าไม้ และทรัพยากรที่เกี่ยวข้องให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเท่าเทียมมีความยั่งยืนของระบบ สร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการความต้องการน้ำ และการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพของแหล่งน้ำโดยเชื่อมโยงกับระบบการจัดการผังเมืองและระบบการจัดการกับแหล่งน้ำ

นายประเชษฐ คนเทศ มูลนิธิลุ่มน้ำท่าจีน นครปฐม/สมาชิชชาสุขภาพจังหวัดนครปฐม ได้กล่าวถึง การลดความเหลื่อมล้ำในการจัดการน้ำในเชิงระบบไว้ว่า สถานการณ์น้ำท่วมที่ผ่านมาในอดีตแต่ละพื้นที่แสดงถึงความเหลื่อมล้ำในการจัดการน้ำ โดยลักษณะความเหลื่อมล้ำสะท้อนให้เห็นได้จากการจัดการน้ำที่ป้องกันในบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพฯและปริมณฑล และกำหนดให้บางแห่งเป็นพื้นที่รับน้ำ ต้องอยู่กับสภาพน้ำท่วม การบริหารจัดการเช่นนี้คือ **สัญลักษณ์ของความเหลื่อมล้ำ**

ดร.ปริเวท วรณโกวิท คณะทำงานโครงการบริหารจัดการน้ำโดยชุมชน ตามแนวพระราชดำริ ได้กล่าวถึงการดำเนินงานโครงการบริหารจัดการน้ำโดยชุมชน ตามแนวพระราชดำริ และการจัดการนํ้านอกเขตชลประทาน มีกิจกรรมที่เน้นการจัดการน้ำโดยชุมชน เช่น การหาที่ให้น้ำอยู่ การทำทางน้ำไหล การกักเก็บน้ำใต้ดิน มีการทำโครงการนำร่องหลักสูตรชลกรใน ๕ มหาวิทยาลัย เพื่อบริหารจัดการน้ำ โดยมีการบรรจุความรู้เหล่านี้ไว้ ๖ วิชา

ผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อเสนอไว้ดังนี้

(๑) ควรเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูล และการกระจายข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของน้ำ ไม่ปล่อยให้ภาครัฐทำหน้าที่เพียงอย่างเดียว

(๒) การจัดการน้ำควรมองในด้านมิติต่างๆ ด้วย เช่น การปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ การความเป็นอยู่ของประชาชนด้วย

(๓) ควรให้ประชาชนเป็นหลักในการจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ โดยภาครัฐเป็นฝ่ายสนับสนุน ซึ่งตรงกับประโยค **“การลดความเหลื่อมล้ำจะต้องทำให้ชุมชนเข้มแข็ง”**

๒.๔ มุมมองของคนรุ่นใหม่กับความรุนแรงในสังคมไทย

นายพีธกร ศรีบุตรวงศ์ นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงของเด็กและเยาวชนว่า จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าแต่ละปีมีเด็กมากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการใช้ความรุนแรง และข้อมูลจาก UNICEF พบว่า ๓ ใน ๔ ของเด็กช่วงอายุระหว่าง ๑-๑๔ ปี เคยถูกลงโทษทางร่างกายหรือจิตใจโดยสมาชิกในครอบครัว และพบว่าเด็กไทยถูกบูลลี่สูงเป็นอันดับ ๒ ของโลก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวสูงถึงร้อยละ ๘๑ และผู้ที่กระทำความรุนแรงในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึงร้อยละ ๘๖ และจากข้อมูลการจัดลำดับความสันติสุข หรือ Global Peace Index พบว่า ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ ๑๐๓ จาก ๑๖๓ ประเทศ

นายชัยพฤกษ์ มีแท่ง ผู้แทนเยาวชนศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน (ชาย) บ้านกาญจนาภิเษก กล่าวถึงความรุนแรงว่าเปรียบเสมือนยาเสพติด ในฐานะตัวแทนของเยาวชนที่เคยก้าวผิดพลาด อยากให้ทุกคนไม่ตัดสิน ไม่ทอดทิ้งคนที่เคยผิดพลาด ซึ่งเดิมตนได้ซึมซับความรุนแรงจากพ่อที่สอนให้ตัดสินด้วยความรุนแรง และเคยตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมาก่อนจากการถูกเด็กอาชีวะรังแกในตอนที่ไปเล่นฟุตบอล เมื่อเจอสถานการณ์แบบนี้บ่อยขึ้น จึงผันตัวเองมาเป็นผู้กระทำความรุนแรงเสียเอง หลังจากนั้นเมื่อเข้าเรียนอาชีวะก็ได้รับการส่งเสริมวัฒนธรรมการใช้ความรุนแรงและตอบโต้ด้วยความรุนแรง จนกระทั่งถึงวันหนึ่งผมได้เข้าวูชิโปไปยังคู่อริต่างสถาบันเพื่อเอาคืนจากการที่รุ่นน้องถูกทำร้าย จนในที่สุดถูกตัดสินคดีและทำให้ต้องเข้าไปในสถานกักแร็บซึ่งก็ถูกเจ้าหน้าที่ลงโทษด้วยความรุนแรง จนกระทั่งได้ยินเรื่องราวของบ้านกาญจนาภิเษก ซึ่งทราบมาว่าที่นั่นทำให้เรามีตัวตน ได้รับการยอมรับ โดยไม่ต้องทำร้ายใคร และมีโอกาสได้คุยกับป้ามน (ซึ่งมารู้ทีหลังว่าท่านเป็น ผอ.บ้านกาญจนา) บอกกับผมว่าให้ผมเริ่มต้นใหม่



ผมพบว่าการลงโทษของที่นี่จะไม่ใช้ความรุนแรง และมีกิจกรรม empower ที่ครูออกแบบกันเอง ทำให้ตระหนักว่าเมื่อใช้ความรุนแรง ทั้งตนเองและคนรอบข้างเดือดร้อน

นางสาวนนนภัส อริยพงศ์ไพศาล ผู้แทนเยาวชนจากรายการ Toolmorrow กล่าวถึงความรุนแรงว่ามี 2 แบบ ทั้งด้านการกระทำและด้านการพูด หากเราซึมซับความรุนแรงบ่อยๆ เราอาจกลายเป็นผู้ถ่ายทอดความรุนแรงต่อได้ ตนผ่านประสบการณ์ความรุนแรงในครอบครัว โดยถูกเปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัว จากการใช้คำพูดเชิงลบ ทำให้ไม่กล้าพูดถึงปัญหากับคนในครอบครัว และซึมซับความรุนแรงจากแม่ นำไปสู่การกระจายคำพูดเชิงลบไปที่โรงเรียน ทำให้เพื่อนบูลลี่ กระทั่งต้องทบทวนตัวเอง เพราะไม่มีความสุข จากนั้นระเบิดอารมณ์ออกมาจนแม่เริ่มเห็นและเปลี่ยนท่าที ตนเองจึงเริ่มเปลี่ยนแปลงตนเองด้วยการคุยกัน โดยมี Toolmorrow ช่วยแนะแนวทางในการแก้ไขสถานการณ์

พระอธิการสุทธิชัย อธิวิฐฐานิ เจ้าอาวาสวัดบางม่วง ให้ความเห็นในฐานะผู้ทำงานกับผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรง กล่าวว่า ความรุนแรงเป็นความเครียดที่สะสม เป็นเหตุปัจจัยที่สามารถแสดงออกได้ทุกเมื่อ อยากให้ตระหนักว่าสังคมไทยได้เตรียมตัวรองรับความรุนแรงที่จะเกิด

ขึ้นได้ดีพอหรือยัง วันนี้มีการเปิดพื้นที่วัดให้ธรรมะได้ทำงาน ด้วยการเป็นศูนย์คุ้มครองพิชิตทำงานกับกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มคนที่กระทำผิดและเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม โดยให้ชุมชนได้โอบล้อมฟื้นฟูไม่ตีตรา ดึงเขากลับมาให้เป็นทรัพยากรของสังคม ให้มีโอกาสแสดงศักยภาพของตนเอง

นางทิวา ณ นคร ผู้อำนวยการบ้านกาญจนาภิเษก กล่าวว่า ที่บ้านกาญจนาภิเษก ปลอดภัยทุกอย่างที่เป็นสัญลักษณ์แห่งอำนาจ เช่น กุญแจมือ เครื่องแบบ ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย เพราะการคืนสิทธิ คือ การเพิ่มศักยภาพ (empower) ในความเป็นมนุษย์ เป็นการเปลี่ยน mindset เพราะมนุษย์ทุกคนหิวเสรีภาพ และควรได้เต็มกินสิ่งนี้

ความคิดเห็นและข้อเสนอต่อประเด็นนี้มีดังนี้

(๑) รัฐควรมีนโยบายการสร้างครอบครัวเข้มแข็ง

(๒) ชุมชนต้องสร้างพื้นที่ปลอดภัย สร้างสรรค์ และพื้นที่แห่งการเรียนรู้ ที่มาจากความต้องการของเด็กทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ

(๓) ทุกสถาบันการศึกษาควรมีนักจิตวิทยาในการให้คำปรึกษาเมื่อเด็กได้รับผลกระทบจากความรุนแรง

ประเด็นที่จะพัฒนาเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

ภายใต้ประเด็นหลัก “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” ซึ่งเป็นกรอบทิศทางดำเนินการในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ และ ๑๖ ทางคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ได้มีกระบวนการทำงานเปิดกว้างให้เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจากทุกภาคส่วนทั่วประเทศ ได้เสนอประเด็นใหญ่และเป็นปัญหาสำคัญ รวมทั้งเบื้องต้นมีหน่วยงานหลักที่พร้อมจะเป็นเจ้าภาพขับเคลื่อนต่อไป เพื่อพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมของประเทศ นับถึงวันจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๖ มี ๗ ประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ - ๑๖ นี้ และ คจ.สช. เห็นว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจสามารถนำมาพัฒนาเป็นระเบียบวาระเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้ ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ “การป้องกันและลดความรุนแรงในสังคมไทย”

ประเด็นที่ ๒ “การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพภายใต้แนวคิด BCG Model”

ประเด็นที่ ๓ “การบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม”

ประเด็นที่ ๔ “ระบบยุติธรรมชุมชน ลดความขัดแย้ง เพิ่มสุขภาวะสังคม”

ประเด็นที่ ๕ “การกระจายอำนาจสู่พื้นที่อย่างมีส่วนร่วม”

ประเด็นที่ ๖ “การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคตะวันออกเชิงเหนือ”

ประเด็นที่ ๗ “การพัฒนาระบบสุขภาพจิต”

ทั้ง ๗ ประเด็นดังกล่าวจะมีกระบวนการทางวิชาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการกำหนดให้ขอบเขตประเด็นที่ชัดเจน ถัดมากรองประเด็นไปจนถึงการพัฒนาให้เป็นนโยบายสาธารณะ และถ้ามีความพร้อม คจ.สช. ก็จะประกาศเป็นระเบียบวาระเข้าสู่การพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ ต่อไป และ คจ.สช. ยังเปิดรับประเด็นอื่นๆ จากหน่วยงานและภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะร่วมกันต่อไป

ยอดผู้เข้าร่วมประชุมและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕



การจัดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ ในรูปแบบผสมผสาน (Hybrid) พบว่ามีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น ๑,๕๘๔ แบ่งเป็น เข้าร่วมประชุม ณ สถานที่จัดประชุม (On-site) จำนวน ๗๖๗ คน และผู้เข้าร่วมประชุมผ่านระบบออนไลน์ (Online) จำนวน ๘๑๗ คน มีผู้รับชมกิจกรรมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ วันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ ผ่านการถ่ายทอดออนไลน์ผ่าน Facebook สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มากกว่า ๖๔,๐๐๐ ครั้ง

ในส่วนของการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ ผ่านสื่อมวลชน ทั้งสื่อกระแสหลักและสื่อออนไลน์ กว่า ๒๐๑ ข่าว โดยแบ่งเป็นข่าวเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะ ๓ ประเด็น จำนวน ๗๑ ข่าว และข่าวเกี่ยวกับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๑๓๐ ข่าว

ยอดผู้เข้าชมข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติผ่านทางเว็บไซต์ ช่องทางเว็บไซต์ <https://www.samatcha.org/>, <https://www.nationalhealth.or.th/> และ <https://main.healthstation.in.th/> ยอดผู้เข้าชมข่าวสาร (ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง มกราคม ๒๕๖๖) ๑๑,๙๙๖ ครั้ง (view)

ยอดผู้เข้าชมข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติผ่านทาง Facebook เพจ สช. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ <https://www.facebook.com/NHCO.thai> (ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง มกราคม ๒๕๖๖) จำนวนผู้เข้าถึงโพสต์ ๑๓๒,๕๕๐ คน จำนวนการมีส่วนร่วม (like, share, comment) ๖,๔๐๐ ครั้ง จำนวนผู้ชมเพจ ๑๕,๐๗๗ คน

อีกทั้งยังมีกิจกรรมผ่านทางออนไลน์ เช่น เล่นเกม ลุ้นรับรางวัลกับ สช. จำนวนผู้เข้าถึงกิจกรรมในเพจ ๕,๕๔๘ คน



เปิดงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ "อนุทิน" ประกาศหนุน 3 มติสู่ด้านสุขภาพ

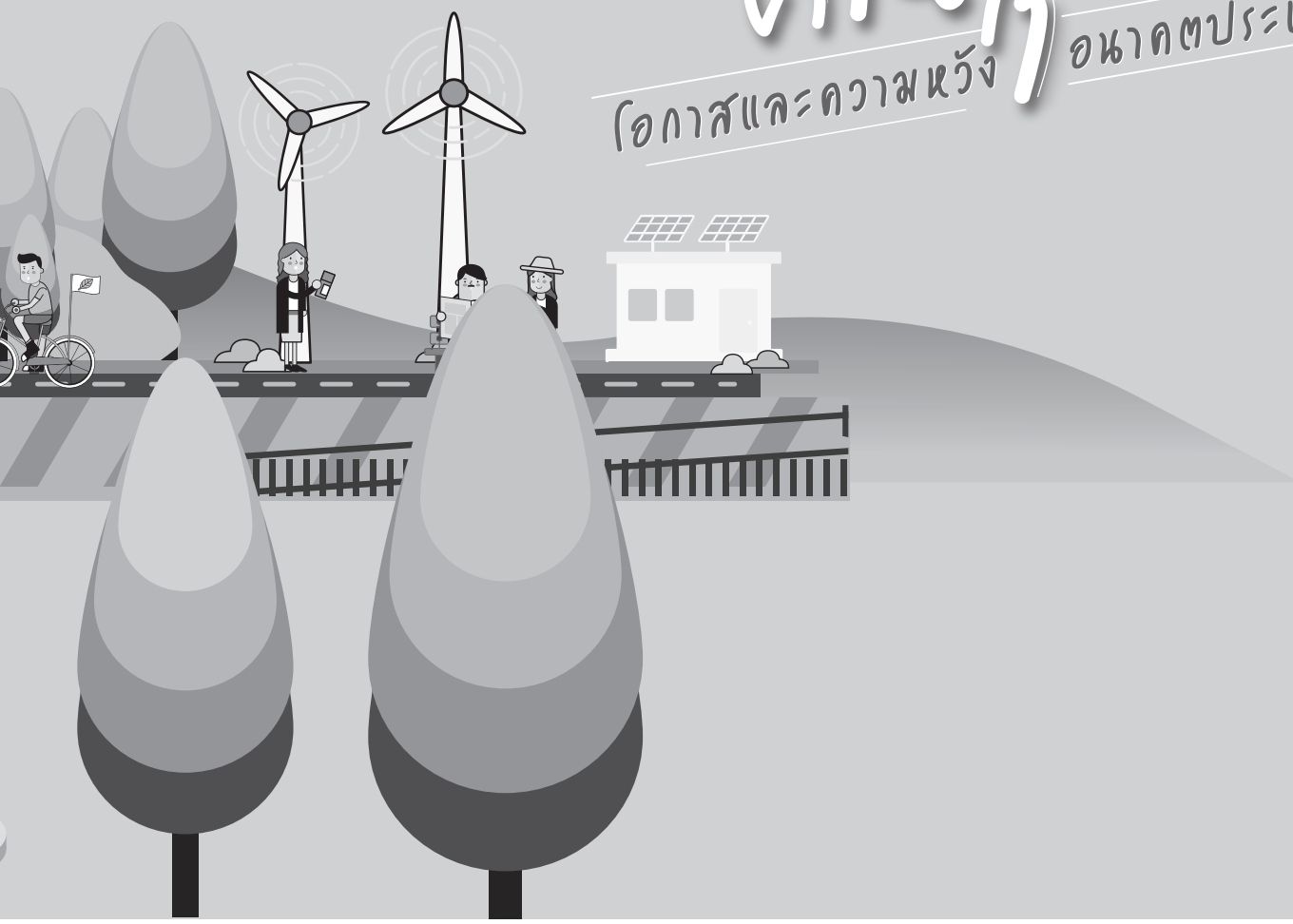


ТІАҒҒО



ความเป็ชรรรม ด้งคุณภาพ

โอกาสและความหวัง
อนาคตประเทศไทย





สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ **๓** /๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖

พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๒ กำหนดให้ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคณะหนึ่งมีจำนวนตามที คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔ เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ โดยมีองค์ประกอบของกรรมการ จำนวนไม่เกิน ๒๐ คน และมีสัดส่วนจากผู้แทน หน่วยงานของรัฐและผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ทั้งนี้ ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐ จะต้องมียุ่ำนวน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนกรรมการที่กำหนด

อาศัยอำนาจความในมาตรา ๔๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔ จึงแต่งตั้ง คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|---|------------------|
| ๑.๑ นายกิจจา เรืองไทย | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ นายเจษฎา มิ่งสมร | ที่ปรึกษา |
| ๑.๓ นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | ที่ปรึกษา |
| ๑.๔ นายสมชาย พิระปรกรณ์ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๕ นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ | ประธานกรรมการ |
| ๑.๖ เลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๗ นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๘ นางสาวปริม จิตจรุงพร | รองประธานกรรมการ |
| ๑.๙ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | กรรมการ |
| ๑.๑๐ ปลัดกระทรวงมหาดไทย | กรรมการ |
| ๑.๑๑ ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม | กรรมการ |
| ๑.๑๒ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |

/๑.๑๓ ผู้อำนวยการ...

๑.๑๓ ผู้อำนวยการใหญ่บริษัท อสมท จำกัด (มหาชน)	กรรมการ
๑.๑๔ รองประธานกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.)	กรรมการ
๑.๑๕ ผู้แทนคณะกรรมการร่วมภาคเอกชน ๓ สถาบัน (กกร.)	กรรมการ
๑.๑๖ นายชูชัย ศรชำนิ	กรรมการ
๑.๑๗ นายนพภา พันธุ์เพ็ง	กรรมการ
๑.๑๘ นายนิมิตร เทียนอุดม	กรรมการ
๑.๑๙ นางภรณ์ สวัสดิ์รักษ์	กรรมการ
๑.๒๐ นายสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	กรรมการ
๑.๒๑ นายสัมพันธ์ ศิลปนาฏ	กรรมการ
๑.๒๒ นางสาวเอริกา เมชินทรีย์	กรรมการ
๑.๒๓ เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการ
๑.๒๔ รองเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ วางแผนดำเนินการและจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

๒.๒ ประสานกับภาคีเครือข่ายระดับต่าง ๆ รวมถึงสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

๒.๓ ดำเนินการรวบรวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการสู่การปฏิบัติ

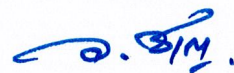
๒.๔ ประสานการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.)

๒.๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๒.๖ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายอนุนิน ชาญวีร์กุล)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



คำสั่งคณะกรรมการจัดสมัชชาคุณภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖
ที่ ๐๔ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับ สนับสนุน และเชื่อมโยงกระบวนการสมัชชาคุณภาพ

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ โดยกำหนดประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย”

เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมดำเนินการอย่างเป็นระบบ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ อาศัยอำนาจตามมาตรา ๔๒ วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับ สนับสนุน และเชื่อมโยงกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑	นายสมชาย พิระปรกรณ์	ประธานอนุกรรมการ
๑.๒	นายกิจจา เรื่องไทย	รองประธานอนุกรรมการ
๑.๓	นายเจษฎา มิ่งสมร	รองประธานอนุกรรมการ
๑.๔	ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี	อนุกรรมการ
๑.๕	นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ	อนุกรรมการ
๑.๖	นางสาวบุญทิวี เทียมวัน	อนุกรรมการ
๑.๖	นางสาวปริม จิตจรุงพร	อนุกรรมการ
๑.๗	นางสาววนิดา สุภาพร	อนุกรรมการ
๑.๘	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑.๙	นางสาวแคทรียา การาม	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๐	นางสาวฐิติมา สุวดี	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๑	นางสาววิภาวดี แก้วเกตุ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ กำกับทิศทาง ให้คำแนะนำด้านวิชาการ ตลอดจนกระบวนการพัฒนาเอกสารวิชาการและการดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตลอดทั้งกระบวนการ

๒.๒ สนับสนุนคณะทำงานงานพัฒนาประเด็นฯ ในการออกแบบและดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนร่วม ที่ครอบคลุมทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนทั้งจากส่วนกลางและระดับจังหวัด

๒.๓ เชื่อมโยงกระบวนการทำงานแต่ละประเด็น สื่อสาร สร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเครือข่ายระดับพื้นที่

๒.๔ สนับสนุนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ร่วมกับคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.)

๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - พ.ศ. ๒๕๖๖



คำสั่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

ที่ ๐๓ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็น

การจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG : การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน

ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ในกรณีนี้ คจ.สช. ได้กำหนดประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” และในการประชุม คจ.สช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้พัฒนาประเด็น “การจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG : การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน” เพื่อพัฒนาเป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖

เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมดำเนินการอย่างเป็นระบบ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ อาศัยอำนาจของ คจ.สช. และมติการประชุม คจ.สช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ จึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็น เรื่อง “การจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG : การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน” โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | | |
|------|---|-------------------|
| ๑.๑ | นายพงศ์โพยม วาศภูติ | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๑.๒ | ผู้แทนสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๑.๓ | นายเอ็นนู ซื่อสุวรรณ | ประธานคณะทำงาน |
| ๑.๔ | นางสาวกาญจนา วานิชกร | รองประธานคณะทำงาน |
| ๑.๕ | ผู้แทนกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | คณะทำงาน |
| ๑.๖ | ผู้แทนกรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ | คณะทำงาน |
| ๑.๗ | ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| ๑.๘ | ผู้แทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง | คณะทำงาน |
| ๑.๙ | ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการนโยบายที่ดินแห่งชาติ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๐ | ผู้แทนสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) | คณะทำงาน |
| ๑.๑๑ | ผู้แทนสถาบันอนาคตไทยศึกษา | คณะทำงาน |
| ๑.๑๒ | ผู้แทนสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและ | คณะทำงาน |

การศึกษา...

การศึกษาตามอัธยาศัย

- | | | |
|------|---|-----------------------------|
| ๑.๑๓ | ผู้แทนหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๔ | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
ระดับชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๕ | นายกษปณัฏ์ เงินรวง | คณะทำงาน |
| ๑.๑๖ | นายบัญญัติ คำบุญเหลือ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๗ | นางสาวปทุมทิพย์ ม่านโคกสูง | คณะทำงาน |
| ๑.๑๘ | นายประกาศิต ภาวะสิทธิ์ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๙ | นายศุภศิษย์ ราชกรม | คณะทำงาน |
| ๑.๒๐ | นางสาวสุภักดิ์ วิรุฬหการุญ | คณะทำงานและเลขานุการ |
| ๑.๒๑ | นางสาวอุบลทิติ จังதியานนท์ | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๒๒ | นางสาวแคทรียา การาม | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑.๒๓ | นางสาวศิริธร อรไชย | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ พัฒนาเอกสารวิชาการเพื่อจัดทำเอกสารร่างระเบียบวาระ ซึ่งประกอบด้วย เอกสารหลัก ร่างมติ และแผนที่นำทางการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพฯ รวมทั้งจัดทำคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของหน่วยงานภาคีหลัก เพื่อนำเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

๒.๒ ออกแบบและดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนร่วม ที่ครอบคลุม ทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนทั้งจากส่วนกลางและระดับจังหวัด

๒.๓ สนับสนุนการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - พ.ศ. ๒๕๖๖



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖
ที่ ๐๒ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นการขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติ
การออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge : CCC)
ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจใหม่ (BCG Model)

ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ในครั้งนี้ คจ.สช. ได้กำหนดประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” และในการประชุม คจ.สช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้พัฒนาประเด็น “การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge : CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจใหม่ (BCG Model)” เพื่อพัฒนาเป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖

เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมดำเนินการอย่างเป็นระบบ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ อาศัยอำนาจของ คจ.สช. และมติการประชุม คจ.สช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ จึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็น เรื่อง “การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge : CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจใหม่ (BCG Model)” โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|---------------------------|
| ๑.๑ | รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา | ประธานคณะทำงาน |
| ๑.๒ | รองศาสตราจารย์ วันชัย รัตนวงษ์ | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๑.๓ | นางสาวดารณี ลิขิตวรศักดิ์
รองปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา | รองประธานคณะทำงาน คนที่ ๑ |
| ๑.๔ | อธิบดีกรมพลศึกษา | รองประธานคณะทำงาน คนที่ ๒ |
| ๑.๕ | ผู้แทน กระทรวงสาธารณสุข | คณะทำงาน |

/๑.๖ ผู้แทน ...

- | | | |
|------|--|--|
| ๑.๖ | ผู้แทน กระทรวงมหาดไทย | คณะทำงาน |
| ๑.๗ | ผู้แทน กระทรวงศึกษาธิการ | คณะทำงาน |
| ๑.๘ | ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร | คณะทำงาน |
| ๑.๙ | ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) | คณะทำงาน |
| ๑.๑๐ | ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
ระดับชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) | คณะทำงาน |
| ๑.๑๑ | ผู้แทน สมาคมการค้าผู้จัดงานกีฬามวลชนไทย | คณะทำงาน |
| ๑.๑๒ | นายณรงค์ ศรีเลิศวรกุล | คณะทำงาน |
| ๑.๑๓ | นายอภิรักษ์ ศรีสุขวัฒนา | คณะทำงาน |
| ๑.๑๔ | นายทองศักดิ์ ศุภทรัพย์ | คณะทำงาน |
| ๑.๑๕ | นางบงกชรัตน์ โมลี
ผู้อำนวยการกองนโยบายการท่องเที่ยวและกีฬาแห่งชาติ
สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา | คณะทำงานและเลขานุการหลัก |
| ๑.๑๖ | รองศาสตราจารย์ วรณชลี โนริยา
มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะทำงานและเลขานุการ
(วิชาการ) |
| ๑.๑๗ | นายสังจวัฒน์ จาริกศิลป์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(วิชาการ) |
| ๑.๑๘ | นายเก่ง แก้วกล้า
กองนโยบายการท่องเที่ยวและกีฬาแห่งชาติ
สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา | คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ |

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ พัฒนาเอกสารวิชาการ เพื่อจัดทำเอกสารร่างระเบียบวาระ ซึ่งประกอบด้วย เอกสารหลัก ร่างมติ และแผนที่ทางเดิน รวมทั้งจัดทำคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของหน่วยงานภาคีหลัก เพื่อนำเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

๒.๒ ออกแบบและดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์

๒.๓ จัดทำบันทึกรายงานคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้น

ในวันประชุม

/๒.๔ ปฏิบัติ...

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - พ.ศ. ๒๕๖๖



คำสั่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖
ที่ ๐๑ / ๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาประเด็น “หลักประกันรายได้และคุณภาพชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ”

ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ในการนี้ คจ.สช. ได้กำหนดประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” และในการประชุม คจ.สช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ มีมติเห็นชอบให้พัฒนาประเด็น “หลักประกันรายได้พื้นฐานถ้วนหน้าหรือบำนาญถ้วนหน้า” เพื่อพัฒนาเป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖

เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ นี้ อาศัยอำนาจของ คจ.สช. และมติการประชุม คจ.สช. ครั้งที่ ๒/๒๕๖๕ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาประเด็น เรื่อง “หลักประกันรายได้และคุณภาพชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | | |
|-----|---|------------------|
| ๑.๑ | นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ | ที่ปรึกษา |
| ๑.๒ | เลขาธิการสภาการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจ
แห่งชาติ หรือผู้แทน | ที่ปรึกษา |
| ๑.๓ | นายสมศักดิ์ ชุมหรัศม์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๑.๔ | อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ หรือผู้แทน | คณะกรรมการ |
| ๑.๕ | อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
หรือผู้แทน | คณะกรรมการ |
| ๑.๖ | ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง
หรือผู้แทน | คณะกรรมการ |
| ๑.๗ | เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม หรือผู้แทน | คณะกรรมการ |

๑.๘	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือผู้แทน	คณะกรรมการ
๑.๙	เลขาธิการคณะกรรมการกองทุนการออม แห่งชาติ (กอช.) หรือผู้แทน	คณะกรรมการ
๑.๑๐	ศ.วรเวศม์ สุวรรณระดา	คณะกรรมการ
๑.๑๑	ผศ.ดวงมณี เลาวกุล	คณะกรรมการ
๑.๑๒	นายบวร ทรัพย์สิงห์	คณะกรรมการ
๑.๑๓	นายถาวร สกฤพาศิษย์	คณะกรรมการ
๑.๑๔	นายทีปกร จิริฐิติกุลชัย	คณะกรรมการ
๑.๑๕	นายภูษิต ประคองสาย	คณะกรรมการ
๑.๑๖	นายวิรุฬ ลิ้มสวาท	คณะกรรมการ
๑.๑๗	นายสมชัย จิตสุชน	คณะกรรมการ
๑.๑๘	นายสุภกร บัวสาย	คณะกรรมการ
๑.๑๙	รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้รับมอบหมาย	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑.๒๐	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบาย สาธารณะระดับชาติ สช.	คณะกรรมการผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๑	นางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๒	นางสาวภัทราวดี กระจันต์	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๒	นางสาววิภาวดี แก้วเกตุ	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๓	นางสาวอรทัย วลีวงศ์	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ พัฒนาเอกสารวิชาการ เพื่อจัดทำเอกสารร่างระเบียบวาระ ซึ่งประกอบด้วย เอกสารหลัก ร่างมติ และแผนที่ทางเดิน รวมทั้งจัดทำคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของหน่วยงานภาคีหลัก เพื่อนำเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

๒.๒ ออกแบบและดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพทั้งก่อนและระหว่างงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนร่วม ที่ครอบคลุมทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่

ประชุม

๒.๓ จัดทำบันทึกรายงานคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้นในวัน

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - พ.ศ. ๒๕๖๖

สื่อที่น่าสนใจของงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๑๕



ดีทัศนังงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

<https://rb.gy/e86wev>



นิทรรศการภายในงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕

<https://rb.gy/epkcvh>

