

# สถานการณ์ นโยบาย มาตรการและกลไก เพื่อนโยบายสาธารณะรองรับ สังคมสูงวัยของประเทศไทย

เอกสารหลัก : การประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น  
ว่าด้วย นโยบายรองรับสังคมสูงวัย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2562

วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2562

ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ  
และคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

จัดทำโดย  
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

# สถานการณ์ นโยบาย มาตรการและกลไก เพื่อนโยบายสาธารณะรองรับ สังคมสูงวัยของประเทศไทย

เอกสารหลัก : การประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น  
ว่าด้วย นโยบายรองรับสังคมสูงวัย ครั้งที่ 1 พ.ศ.2562

วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ.2562 ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทรา ศูนย์ราชการ  
และคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร

**ที่ปรึกษา** พลเดช ปิ่นประทีป  
เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง  
ทิพย์รัตน์ นพดลารมย์  
พัชรา อุลลสวัสดิ์  
กรรณิการ์ บรรเทงจิตร  
ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา

**บรรณาธิการ** นางลักษณ์ ยอดมงคล  
วีระศักดิ์ พุทธาศรี

**ผู้เขียน** เดชรัต สุขกำเนิด  
ศศิพัฒน์ ยอดเพชร  
ไตรรัตน์ จารุทัศน์  
นางลักษณ์ ยอดมงคล  
วีระศักดิ์ พุทธาศรี

**ประสานงาน** วันเพ็ญ ทินนา  
ชะวະลีพร ภาณุตานนท์

**จัดทำโดย** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)  
กระทรวงสาธารณสุข  
กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล  
สำนักประสานการพัฒนาคุณภาพชีวิตรองรับสังคมสูงวัย (สป.สว.)



## คำนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2583 จะเปลี่ยนเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ซึ่งถือเป็น Mega Trend ที่นำมาซึ่งผลกระทบต่อบริบททางเศรษฐกิจและสังคมโลกอย่างรุนแรง โดยยุโรปและอเมริกาเหนือ นั้นแซงหน้ากลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว ตามมาด้วยเอเชีย นำโดย ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ และไทย ซึ่งจากการศึกษาของหน่วยงานต่างๆ พบว่า เหตุผลหลักที่ทำให้โลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเนื่องจากอัตราการเกิดที่ต่ำและประชากรอายุ ยืนยาวขึ้น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตลาดแรงงาน เพราะสัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลง ขณะที่อัตราการพึ่งพิงมี แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทำให้ผลิตภาพลดลง ทำให้งบประมาณของรัฐบาลก็จะเพิ่มสูงขึ้นด้วย และส่งผลกระทบต่อขยายตัวทางเศรษฐกิจ (GDP) ในที่สุด ดังนั้น ประเทศใดที่มี สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงจำเป็นต้องมีนโยบายและการวางแผนรองรับ ปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น



จากการรวบรวม วิเคราะห์ นโยบายและยุทธศาสตร์ในทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนโยบายรองรับสังคมสูงวัย พบว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคเอกชน และภาคประชาชนจะต้องตระหนักถึงผลกระทบและให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับสังคมสูงวัย โดยเฉพาะพัฒนาการของกลไกและกระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จากหน่วยงาน องค์กร และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/เอกชนที่มีนโยบาย ความสามารถและแนวทางการดำเนินงานตามพันธกิจที่แตกต่างกัน

รายงานนี้ เป็นการนำเสนอปรากฏการณ์ ที่สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามที่จะดำเนินการให้เกิดนโยบายรองรับสังคมสูงวัยภายใต้ข้อจำกัดบางอย่างเป็นอย่างมาก ก็คือ กลไกกลางที่ทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและบูรณาการทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง ระบบและมาตรการเตรียมความพร้อมประชากรเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมภายใต้ภารกิจของหน่วยงานต่างๆ ที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล แผนปฏิรูปประเทศและยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ฯลฯ ดังนั้น เอกสารนี้จึงถือเป็นเอกสารหลักประกอบการประชุมสมัชชาเฉพาะประเด็น ว่าด้วย นโยบายรองรับสังคมสูงวัย โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อจัดการกับความท้าทายสังคมสูงวัยของประเทศไทยเพิ่มเติม ทั้งในส่วนที่เป็นข้อเสนอระดับนโยบาย และข้อเสนอระดับพื้นที่ด้วย

# สารบัญ

---

บทที่ 1

บทนำ

06

---

บทที่ 2

สถานการณ์ นโยบาย มาตรการและกลไกที่เกี่ยวข้อง

12

---

บทที่ 3

มติเศรษฐกิจ

ประเด็น การออมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

42

---

บทที่ 4

มติชุมชนสังคม

ประเด็น การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ

74

---

บทที่ 5

มติสภาพแวดล้อม

ประเด็น การปรับสภาพแวดล้อมรองรับสังคมสูงวัย

ด้วย 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี

86

---

บทที่ 6

มติสุขภาพ

ประเด็น สร้างชุมชนรอบรู้สุขภาพ

และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

104





บทที่ 1  
บทนำ

## 1.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศในอาเซียนกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่มีประชากรไทยที่มีอายุ 65 ปีหรือแก่กว่ามีจำนวนมากถึงร้อยละ 10 หรือมากกว่า 7 ล้านคน และภายในปี พ.ศ. 2583 ประชากรในกลุ่มนี้จะเพิ่มจำนวนขึ้นถึง 17 ล้านคน ซึ่งมากกว่า 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ ทั้งนี้ประเทศไทยยังมีสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงและแปซิฟิกเช่นเดียวกับประเทศจีน และจะกลายเป็นประเทศที่มีส่วนแบ่งของจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในภูมิภาคภายในปี พ.ศ. 2583

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดยจากข้อมูลวิชาการระบุว่าประเทศไทยยังมีช่องว่างด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรและการพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 95 มีโรคประจำตัวแต่ยังคงสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยส่วนใหญ่ยังคงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน และผู้สูงอายุวัยปลายมีอัตราการมีโรคประจำตัวสูงขึ้น ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 34.3 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ทั้งนี้มีคนไทยเพียง 15 ล้านคนที่อยู่ในระบบการออมเพื่อเป็นหลักประกันรายได้ยามเกษียณ เมื่อเทียบกับประชากรวัยทำงานกว่า 40 ล้านคน ด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพังคนเดียว หรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงคนรุ่นใหม่ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อวัยสูงอายุ ฯลฯ สถานการณ์ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุจากหลายปัจจัย รวมถึงการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และมีเวลาในการเตรียมการน้อยกว่าประเทศพัฒนาแล้วที่เข้าสู่สังคมสูงวัย ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญผลกระทบต่างๆ จากสังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ



จากสถานการณ์ข้างต้น ทำให้ปัจจุบันมีหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและกลไกการดำเนินงานด้านต่างๆ เพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงวัย โดยมีประเด็นสำคัญที่แต่ละหน่วยงานให้ความสำคัญและต้องการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม เช่น **นโยบายรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา** มีความพยายามที่จะบูรณาการการทำงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area Based Approach) **แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)** มีวิสัยทัศน์คือ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” กำหนด 5 ยุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อนด้านผู้สูงอายุ มีกลไกรับผิดชอบโดยตรงคือ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ **สภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.)** มีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยมี ดร.เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง เป็นประธาน ได้กำหนดให้เรื่องสังคมสูงวัย เป็นวาระการปฏิรูปที่ 30 ที่เน้นการปฏิรูประบบสังคมสูงวัยใน 4 มิติ **กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์** โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ ดำเนินการภายใต้ พระราชบัญญัติสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546 มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ทำหน้าที่จัดทำนโยบายและแผนหลักเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุ และสนับสนุนการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ทุก 2 ปี เพื่อพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับผู้สูงอายุและประเด็นรองรับสังคมสูงวัย **กระทรวงสาธารณสุข** มีนโยบายเร่งรัดการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง **สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)** มีการขึ้นทะเบียนและจัดทำฐานข้อมูลผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาอาชีพต่างๆ ที่เกษียณอายุแล้ว และมีความพร้อมที่จะนำประสบการณ์มาทำงานเพื่อส่วนรวม **สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)** ร่วมกับ **กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยในปี พ.ศ. 2559 ร่วมมือกันขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกำหนดเป้าหมายให้มีการทำงานทุกจังหวัด **สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.)** ร่วมกับ **วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** จัดทำ ร่าง แผนยุทธศาสตร์การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมสูงวัย พ.ศ. 2561–2564 **คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)** สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีมติเห็นชอบต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่อง “การพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” โดยกำหนดให้ประเด็นสุขภาวะผู้สูงอายุ เป็น 1 ใน 4 ประเด็นสุขภาพสำคัญ สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของคณะกรรมการฯ ภายในปี พ.ศ. 2560 และ **คณะกรรมการสนับสนุน**

การพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง population projection โดยทำการศึกษาแนวโน้มของประชากรวัยแรงงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2590 และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้ง 4 มิติ รวมทั้งปัจจัยที่เข้ามากระทบระหว่างทาง เพื่อหาแนวทางการเสนอประเด็นนโยบายเพื่อการรองรับสังคมสูงวัย เป็นต้น

ดังนั้น เพื่อเป็นพื้นที่กลางให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมและด้านสังคม อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน ผู้แทนหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้วยรูปแบบที่เหมาะสม แล้วรวบรวมข้อมูลและประมวลผลความคิดเห็นจากทุกเวที สังเคราะห์ และสรุปภาพรวม เพื่อประกอบการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับสังคมสูงวัยที่มาจากความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริงต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวมสถานการณ์ นโยบาย มาตรการและกลไก สำหรับจัดทำนโยบายสาธารณะรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยและจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อจัดการกับความท้าทายสังคมสูงวัยของประเทศไทย

## 1.3 กระบวนการทำงาน

ประกอบด้วย การทบทวนสถานการณ์ นโยบาย มาตรการและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสังคมสูงวัยในแต่ละด้าน เพื่อหาส่วนขาด (knowledge gap) และใช้กระบวนการจัดเวทีกับผู้เชี่ยวชาญ (Expert Meeting) และการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ กระบวนการเสวนาหาทางออก (Citizen Dialogue) กระบวนการลูกขุนพลเมือง (Citizen Jury) กระบวนการสนทนากลุ่มเฉพาะประเด็น และกระบวนการสมัชชาเฉพาะประเด็น ว่าด้วย นโยบายรองรับสังคมสูงวัย เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับสังคมสูงวัยที่ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ มิติเศรษฐกิจ มิติสุขภาพ มิติสภาพแวดล้อม และมิติสังคม โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และเสนอต่อหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน นำสู่การปฏิบัติได้จริง

จากกระบวนการดังกล่าว ทำให้ได้ประเด็นที่สำคัญ 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) มิติสุขภาพ มีข้อเสนอในการสร้างระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ ระบบการดูแลระยะยาวต่อผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง และระบบสวัสดิการเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการดูแลระยะยาวต่อผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้นด้วย ดังนั้นจึงต้องเร่งหาแนวทางแก้ปัญหา และชะลอภาวะการพึ่งพิงให้ได้ ซึ่งกระบวนการสำคัญคือต้องส่งเสริมให้ชุมชนเป็นแกนหลักในการจัดการ อาทิ การจัดกิจกรรมเยี่ยมไข้ผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นโครงการที่ทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (2) มิติเศรษฐกิจ คือ การสร้างระบบการออม ระบบการวางแผนจัดการการเงิน การสร้างอาชีพและรายได้รวมทั้งกิจกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีรายได้จากเบี้ยยังชีพของรัฐบาลเท่านั้น ซึ่งบางครั้งอาจไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นจึงต้องหาทางออกให้ผู้สูงอายุมีงานทำ เพื่อสร้างรายได้ และที่สำคัญเป็นการสร้างคุณค่าทางด้านจิตใจให้กับผู้สูงอายุด้วย (3) มิติสภาพแวดล้อม เพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยในอนาคต มีข้อเสนอให้สร้างระบบด้านสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ได้แก่ การปรับสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัย การปรับสภาพแวดล้อมในที่สาธารณะ การปรับระบบขนส่งมวลชน และการสร้างสภาพแวดล้อมทางจิตใจ และ (4) มิติสังคม โดยภาพรวมให้ความสำคัญกับบทบาทของชุมชนและสังคมในการสร้างระบบขึ้นมารองรับสังคมสูงวัย เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย การสร้างพื้นที่การเรียนรู้และการปรับทัศนคติใหม่ การสร้างชุมชนอบอุ่นปลอดภัยเพื่อสังคมสูงวัย และการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อสังคมสูงวัย จากนั้นคณะทำงานได้ประสานกับผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น ในการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับสังคมสูงวัยต่อไป

บทที่ 2

# สถานการณ์ นโยบาย มาตรการ และกลไกที่เกี่ยวข้อง





## 2.1 นิยาม/คำจำกัดความ

2.1.1 องค์การสหประชาชาติให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชาย และ เพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+)

2.1.2 สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

2.1.3 คำว่า “สังคมสูงวัย” องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Aged society) และสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society) โดยให้นิยามของระดับ ต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และรวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลก ใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของ ทุกระดับของสังคมสูงวัย ดังนี้

- 1) การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชาย และเพศหญิงมากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุ ตั้งแต่ 65 ปี เกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ
- 2) สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือ ประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 14% ของประชากรโดยรวมทั้งหมด ของทั้งประเทศ
- 3) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ

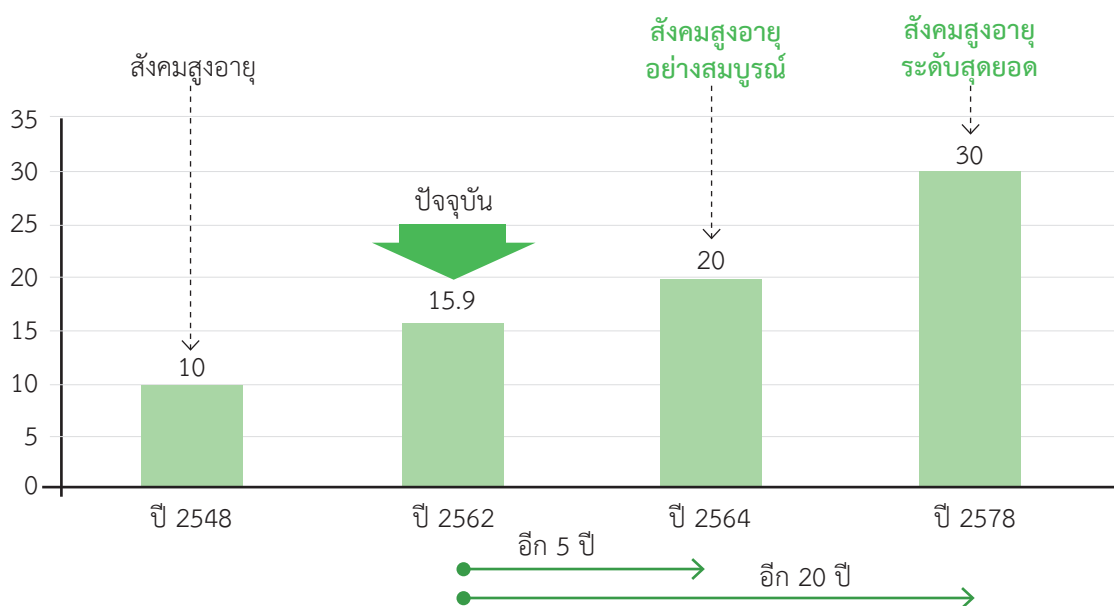
อย่างไรก็ตาม ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตาม ความเจริญ มั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน

## 2.2 สถานการณ์ ปัญหา และความจำเป็น

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างทางสังคมของโลกในปี พ.ศ. 2593 สังคมจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ โดยมีคนเกิดน้อยลงและอายุยืนมากขึ้น ทำให้ประชากรทั่วโลกจะมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544 - 2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก ปรากฏการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศแถบยุโรป รวมถึงประเทศญี่ปุ่นที่เป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 และในปี พ.ศ. 2590 จะเป็นครั้งแรกของโลกที่จำนวนประชากรอายุกว่า 60 ปีจะมีมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก และจากการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2593 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 คือ รองจากประเทศสิงคโปร์ ซึ่งประชาคมอาเซียนในอีก 20 ปีข้างหน้าทุกประเทศอาเซียนจะกลายเป็นสังคมสูงวัย (มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด)

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์” ในปี พ.ศ. 2564 คือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ภายในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด

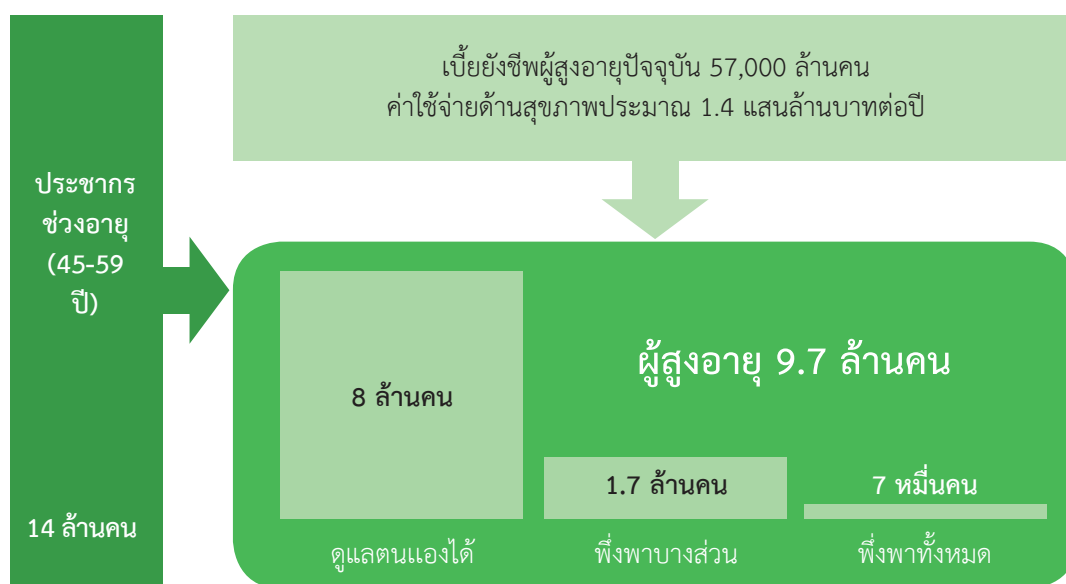
ภาพที่ 1 แสดงอัตราส่วนของประชากรอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2548 – 2578



ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.2549 การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568, มหาวิทยาลัยมหิดล

การจำแนกผู้สูงอายุตามลักษณะทางสุขภาพและสังคม สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น (กลุ่มติดสังคม) คิดเป็นร้อยละ 85 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดอีกประมาณร้อยละ 14 เป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งผู้อื่นบ้างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มติดบ้าน) และผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (กลุ่มติดเตียง) ประมาณร้อยละ 1 ซึ่งส่วนใหญ่อายุมากกว่า 80 ปี<sup>1</sup>

ภาพที่ 2 แสดงจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ



ที่มา : รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552

### 2.2.1 ปัจจัยการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของไทย

การเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทยนั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยของการเปลี่ยนผ่านทางประชากรที่สำคัญ 2 ประการคือ

- 1) การลดลงของภาวะการณเกิดหรือภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศ จนกล่าวกันว่าเป็นการปฏิวัติขนาดครอบครัวไทย จาก “แม่ลูกดก” เป็น “แม่ลูกน้อย” ดังจะเห็นได้จากผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 2 คนเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา เหลือเพียงประมาณ 1.6 คนต่อสตรี 1 คน ในปัจจุบัน

<sup>1</sup> รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 – 2552

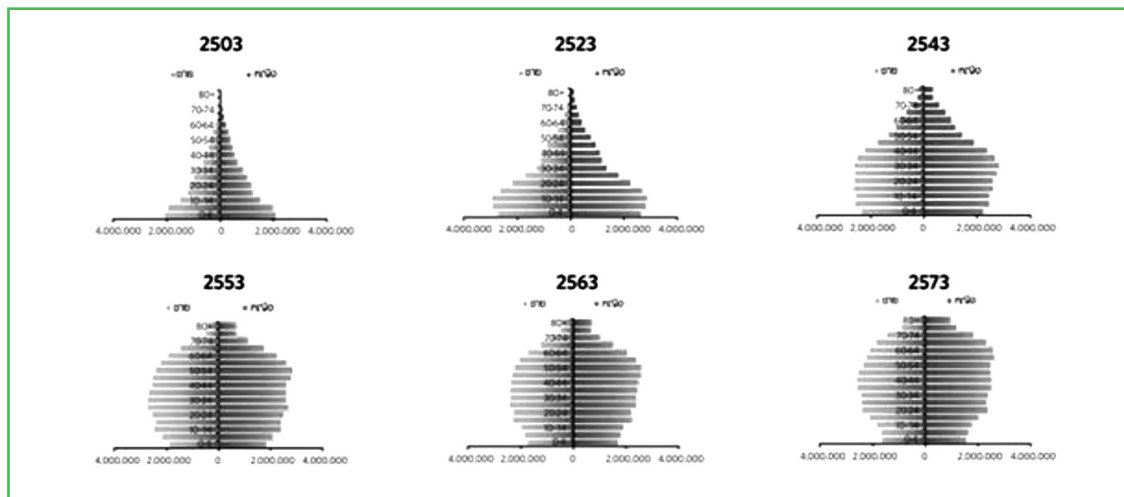


- 2) การลดภาวะการณตายนในกลุ่มเด็กและวัยแรงงาน เป็นผลสืบเนื่องมาจาก พัฒนาการ และความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ส่งผลให้ประชากร ไทยมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นลำดับ โดยอายุเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 58 ปี ในปี พ.ศ. 2508 มาเป็นประมาณ 75 ปี ในปัจจุบัน

### 2.2.2 โครงสร้างของอายุและสัดส่วนของประชากรไทย

โครงสร้างของอายุประชากรไทยแต่เดิมในปี พ.ศ. 2503 มีโครงสร้างประชากรที่มีรูปทรง เจริญที่ส่วนฐานแสดงให้เห็นถึงประชากรวัยเด็กและเด็กเกิดใหม่ที่มีจำนวนมากกว่าประชากรทุก ช่วงวัยส่วนกลางของเจริญคือจำนวนประชากรวัยแรงงาน และส่วนปลายสุดคือประชากรสูงอายุ ซึ่งมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบสัดส่วนกับจำนวนประชากรทั้งหมด ข้อมูลประชากรในปี พ.ศ.2523 แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรวัยเด็กในส่วนฐานของเจริญที่มีสัดส่วนที่เล็กลงใน ขณะที่ส่วนกลางและส่วนปลายสุดเริ่มมีขนาดใหญ่ขึ้นแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง ประชากรของประเทศไทยที่ภาวะเจริญพันธุ์ได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรสูงอายุมี จำนวนเพิ่มมากขึ้น และพบว่าในปี พ.ศ. 2560 นี้ประชากรวัยเด็กจะลดลงจนมีจำนวนน้อยกว่า ประชากรสูงอายุเป็นครั้งแรกในประเทศไทย<sup>2</sup>

ภาพที่ 3 พีระมิตประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2503 – 2573



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.), 2554.

<sup>2</sup> ที่มา รายงานการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยโดยคณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของ ประเทศไทย, 2558

### 2.2.3 อัตราการพึ่งพิงระหว่างวัยของประชากรไทย

เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไปลักษณะการพึ่งพิงกันก็เปลี่ยนไปด้วย การแสดงระดับของการพึ่งพิงระหว่างประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ที่เรียกว่า “อัตราส่วนพึ่งพิง” (Dependency Ratio) หมายถึง อัตราส่วนระหว่างประชากรเด็กและประชากรสูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน ในการคำนวณอัตราส่วนนี้ประชากรวัยเด็ก คือประชากรอายุระหว่าง 0-14 ปี ประชากรสูงอายุ คือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และประชากรวัยทำงาน คือประชากรอายุระหว่าง 15 -59 ปี ในอดีตประเทศไทยมีประชากรวัยเด็กจำนวนมากเมื่อเทียบกับประชากรวัยทำงาน เช่น จากการสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2513 อัตราส่วนพึ่งพิงรวมของเด็กและผู้สูงอายุคือ 93 ต่อผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน 100 คน ในช่วงเวลานั้น คนไทยยังมีลูกมากทำให้มีประชากรวัยเด็กมาก ต่อมาประเทศไทยประสบความสำเร็จในการลดอัตราเกิด ทำให้มีเด็กเกิดน้อยลง ส่งผลให้ค่าอัตราส่วนพึ่งพิงที่เคยสูงเกือบ 100 นั้นลดต่ำลง ดังเช่นในปี พ.ศ. 2543 ค่าอัตราส่วนพึ่งพิงรวมได้ลดลงเหลือ 51 และลดลงไปอีกจนเหลือ 48 ในปี พ.ศ. 2553 หลังจากนั้นคาดว่าอัตราส่วนพึ่งพิงรวมจะกลับสูงขึ้นอีกจนถึง 65 ในปี พ.ศ. 2578 อันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ

การที่อัตราส่วนพึ่งพิงกลับเพิ่มสูงขึ้นหลังจากที่ได้ลดลงอย่างต่อเนื่องมาเมื่อกว่า 40 ปีที่ผ่านมา นั้น เป็นผลมาจากจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ เมื่อพิจารณาแยกระหว่างอัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กและวัยสูงอายุแล้ว จะพบว่า อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กได้ลดลงอย่างมากและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 จนถึงปี พ.ศ. 2578 ในขณะที่อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเดียวกัน จึงสรุปได้ว่าแนวโน้มรูปแบบการพึ่งพิงจะเปลี่ยนจากการพึ่งพิงของเด็กเป็นส่วนใหญ่ มาสู่การพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ดังตารางที่ 1 อัตราส่วนพึ่งพิงรวม วัยเด็ก และวัยสูงอายุ พ.ศ. 2503 – 2578<sup>3</sup> ดังนี้

<sup>3</sup> ที่มา ปัทมา วานพัฒน์พงศ์, ประชากรไทยในอนาคต, 2549

**ตารางที่ 1** อัตราส่วนพึ่งพิงรวม วัยเด็ก และวัยสูงอายุ พ.ศ. 2503 - 2578

ปี พ.ศ.	อัตราส่วนพึ่งพิง		
	รวม	วัยเด็ก	วัยสูงอายุ
2503	85.2	80.0	5.2
2513	92.9	87.0	5.9
2523	72.0	65.9	6.1
2533	51.2	44.2	7.0
2543	51.3	36.9	14.4
2548	49.9	34.4	15.5
2558	49.3	28.4	20.9
2568	55.9	25.0	30.9
2578	65.2	23.7	41.4

หมายเหตุ อัตราส่วนพึ่งพิงของปี พ.ศ. 2503-2543 คำนวณจากสำมะโนประชากร และของปี พ.ศ. 2548-2578 คำนวณจากการฉายภาพประชากร

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของประชากรดังกล่าว ส่งผลให้อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงหรือภาวะโดยรวมที่ประชากรวัยทำงานจะต้องเลี้ยงดูประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยที่ยังมิได้คำนึงถึงเรื่องค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูซึ่งสูงขึ้นตามอายุ อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงของประชากรวัยเด็ก ลดลงจากร้อยละ 46.11 ในปี 2533 เหลือร้อยละ 21.99 ในปี 2573 ขณะที่อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.61 เป็นร้อยละ 40.93 ในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้อัตราส่วนภาวะพึ่งพิงรวมลดลงจากร้อยละ 57.72 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 47.78 ในปี 2554 จากนั้นจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นร้อยละ 62.92 ในปี 2573 (ที่มา : เราจะเตรียมรับมือกันอย่างไร?...สังคมผู้สูงอายุ, มติชนออนไลน์)

### 2.2.4 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย : อัตราเกิดน้อย ผู้สูงวัยอายุยืน

ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา โครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ประชากรไทยเข้าสู่การสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเกิดที่ลดลงทำให้ประชากรวัยเด็กหรือฐานพีรามิดประชากรมีขนาดที่แคบเข้า อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวขึ้น ทำให้สัดส่วนของประชากรสูงอายุ หรือสัดส่วนยอดของพีระมิดขยายใหญ่ขึ้น

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการรับมือสังคมสูงวัย ของประเทศไทย

การรับมือสังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้นี้ เป็นประเด็นท้าทายที่ทุกภาคส่วนในสังคมให้ความสำคัญและร่วมมือกันขับเคลื่อน ซึ่งที่ผ่านมาแนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือสังคมสูงวัยในหลายระดับ ทั้งในระดับบุคคลและการเตรียมความพร้อมเชิงระบบ โดยมีตัวอย่างดังนี้

### 2.3.1 การเตรียมความพร้อมในระดับบุคคล

1) ให้ความสำคัญการเตรียมความพร้อมตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก วัยทำงานเพื่อเป็น **ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ** ซึ่งเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านทัศนคติและพฤติกรรมที่จะสะท้อนไปเป็นศักยภาพ สุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุในที่สุด โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริม 4 H ได้แก่ Heart (จิตใจ/ทัศนคติดี = คนดี) Head (สมองดี = คนเก่ง) Hand (ทำดีอย่างฉลาด ใช้ชีวิตสมดุล = ลงมือทำอย่างสมดุล) และ Health (สุขภาพกาย/ใจดี) โดยวัยเด็กใช้กลไกของ “บวร” คือ “บ้าน วัด โรงเรียน” และวัยทำงานผ่าน “สถานที่ทำงาน” เพื่อสร้างสุขในวัยทำงาน รวมทั้งสนับสนุนการสร้างความตระหนักผ่าน “สื่อสาธารณะ” ที่เข้าถึงทุกคน ทุกกลุ่มวัยได้ง่ายเพื่อให้เกิดเป็นวัฒนธรรมทางสังคมของชุมชนและประเทศรวมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมการเป็น “ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและมีความสุข” โดยมีสุขภาพ ร่างกาย จิตใจสังคมที่ดี มีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ การออม การลงทุน โดยจะเป็นการเตรียมวางแผนการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตั้งแต่อายุทำงาน

2) ส่งเสริมภาวะการเจริญพันธุ์ด้วยการส่งเสริมการมีบุตรของคนไทยขณะนี้ จึงได้มีการรณรงค์ให้สตรีไทยวัยเจริญพันธุ์ช่วยเพิ่มประชากรด้วยการส่งเสริมการแต่งงานและการมีบุตร อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนเรื่องการมีบุตรจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อให้ประชากรอยากสร้างครอบครัวและมีบุตร นอกจากนี้ ควรกำหนดนโยบายและเป้าหมายด้านประชากร โดยสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ครอบครัวไทยให้มีบุตรอย่างน้อย 2 คน โดยเน้นคุณภาพในการตั้งครร์กการเกิดและการเลี้ยงดูเป็นสำคัญ เพื่อให้เด็กที่เกิดมาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต

3) ส่งเสริมผู้สูงอายุปัจจุบันและอนาคตให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ยาวนานที่สุด ด้วยการส่งเสริมผู้สูงอายุยุคใหม่ให้ดูแลสุขภาพกายใจให้แข็งแรง ให้สามารถใช้ชีวิต “ลำพังแต่สุขใจ” เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังได้อย่างมีความสุขกับตนเอง และชุมชนรอบตัว โดยสามารถสื่อสารกับคนในครอบครัวได้อย่างใกล้ชิด แม้ว่าจะอยู่ห่างไกลกัน

ผ่านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (Social media) อาทิ โทรศัพท์มือถือ เครื่องคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต สังคมออนไลน์ อาทิ Facebook, Line, Twitter เพื่อให้ผู้สูงอายุก้าวทันโลกสมัยใหม่ เข้าสังคม และใกล้ชิดกับลูกหลานและเพื่อนฝูงได้มากขึ้นเทคโนโลยีเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกสบายในการสื่อสารระหว่างบุคคลกันได้อย่างต่อเนื่องทันเวลาและทำให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล (Digital) ได้อย่างกลมกลืนร่วมกับคนวัยอื่นๆ (Digital Ageing) นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรสร้างเสน่ห์ให้กับตนเองด้วยการมีทัศนคติเชิงบวกและมีพฤติกรรมสูงวัยเชิงสร้างสรรค์ เพื่อที่จะได้เป็นที่รักและดึงดูดลูกหลานให้อยากเข้ามาหาและอยู่ใกล้ชิดในขณะที่ลูกหลานก็ควรมีความรัก ความกตัญญู รู้หน้าที่ มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และให้การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังสามารถเป็นผู้สูงวัยหัวใจวัยรุ่น (Young @ Heart) ด้วยการเปิดรับสิ่งใหม่ๆ ได้ตลอดเวลาและเป็นผู้สูงวัยที่เปี่ยมพลัง หรือพุดพลัง (Active Aging) โดยดูแลสุขภาพของตัวเอง ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและมีความกระฉับกระเฉงอยู่เสมอ

**4) ส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาผู้สูงอายุ** ควรมีการนำข้อมูลผู้สูงอายุด้านความรู้ ความสามารถและศักยภาพของผู้สูงอายุมาศึกษาวิเคราะห์เพื่อวางแผนกำหนดลักษณะของงานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ ลักษณะงานต้องเป็นงานที่ไม่เหน็ดเหนื่อย อดทนเกินไป และเหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุโดยมุ่งให้ผู้สูงอายุได้คลายเหงา ด้วยการมีกิจกรรม ผ่านการทำงานและสร้างความภูมิใจและความสุขให้ผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของสังคม โดยผู้สูงอายุอาจจะมีค่าตอบแทนเป็นรายได้หรือสิ่งตอบแทนอื่นประกอบด้วย

### 2.3.2 การเตรียมความพร้อมด้านมาตรการเชิงระบบ

#### 1) ด้านสุขภาพอนามัย

- พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยจัดบริการที่ครอบคลุมบริการด้านการดูแลระยะกลาง ระยะยาว และระยะสุดท้ายภายใต้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นบริการทั้งในสถานพยาบาล เชื่อมต่อถึงการให้บริการที่บ้านของผู้สูงอายุและการให้บริการในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นเป็นฐานในการดูแล สนับสนุนให้มีการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลโดยครอบครัว ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน โดยให้ความสำคัญการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งในเขตเมืองและชนบท

- พัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยกำหนดให้มีหลักสูตรมาตรฐานในการฝึกอบรม ทั้งหลักสูตรระยะสั้นที่เป็นการให้ความรู้และทักษะพื้นฐานและหลักสูตรระยะยาวที่เน้นความเป็นมืออาชีพในการทำหน้าที่ให้การดูแล ขณะเดียวกันควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการร่วมทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการส่งเสริมภาพลักษณ์และสร้างแรงจูงใจในการจ้างงานและประกอบอาชีพด้านผู้ดูแล รวมถึงการให้ทุนการศึกษาแก่คนในพื้นที่เพื่อกลับมาทำงานในชุมชนของตนเอง
- จัดทำและรับรองมาตรฐานสถานดูแล และบุคลากรด้านผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการคุ้มครอง ดูแลผู้สูงอายุที่ใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุทั้งในเรื่องบริการที่ได้รับบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้การดูแล อาคาร สถานที่ ความปลอดภัย รวมทั้งระบบส่งต่อผู้สูงอายุในกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็นต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ตลอดจนการควบคุมด้านราคาค่าบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดระบบและกลไกภาครัฐในการควบคุมคุณภาพและกำกับดูแลบริการของสถานดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการยอมรับและสร้างความน่าเชื่อถือทั้งในระดับชาติและระดับสากล

2) ด้านการสร้างหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ ควรรณรงค์ให้มีการเตรียมความพร้อมเรื่องการออมตั้งแต่อยู่ในวัยทำงานเพื่อให้เงินออมเป็นแหล่งรายได้ที่ยั่งยืนในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะแรงงานที่ยอยู่นอกระบบ เพื่อสร้างหลักประกันรายได้ในวัยสูงอายุ โดยเร่งระดมการเพิ่มจำนวนสมาชิกที่อยู่ในวัยทำงานให้กับ “กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.)” ด้วยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจ ให้เข้าถึงทุกภาคีเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนตระหนักในเรื่องของการออมเพื่อยามชราภาพ ทั้งนี้ภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน ตลอดจนสถาบันการเงินและการลงทุนต่างๆ ควรมีการประชาสัมพันธ์ส่งเสริมความรู้เรื่องการออมและการลงทุนที่เหมาะสมตามช่วงอายุ ให้แก่ประชาชนทุกช่วงวัยด้วย

3) ขยายโอกาสการทำงานของผู้สูงอายุ คนไทยในปัจจุบันมีสุขภาพดีและอายุยืนกว่าในอดีตที่ผ่านมา การขยายอายุการทำงานเป็นทางเลือกหนึ่งในภาวะที่มีปัญหาขาดแคลนแรงงานรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ทำงานวิชาการหรือเป็นผู้เชี่ยวชาญและมีความชำนาญเฉพาะด้าน ควรได้รับการพิจารณาให้ขยายระยะเวลาเกษียณอายุแล้วแต่กรณีตามความเหมาะสม เนื่องจาก

บุคคลเหล่านี้ยังเป็นทรัพยากรที่สำคัญและยังสามารถสร้างประโยชน์ให้กับเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ ทั้งนี้ รัฐบาลได้มีมติคณะรัฐมนตรี (8 พฤศจิกายน 2559) สนับสนุนการจ้างงานผู้สูงอายุในสถานประกอบการแล้ว

**4) จัดให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุและคนทุกวัย** ส่งเสริมแรงจูงใจและสร้างมาตรการจูงใจให้มีการนำแนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) มาปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมอย่างครอบคลุมทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะ ซึ่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 (5) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและสนับสนุนในด้านการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุ ในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่นโดยการใช้ Universal Design หรือการออกแบบสำหรับทุกคนในสังคม มาเป็นมาตรฐานในการออกแบบสิ่งก่อสร้างและจัดสภาพแวดล้อมในสังคม โดยเฉพาะบริการสาธารณะ เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงได้อย่างสะดวกและปลอดภัย ทั้งเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ คนพิการ

**5) ใช้เศรษฐกิจกระตุ้น และสนับสนุนสังคมสูงวัย (Silver Economy) และ** สนับสนุนให้ภาคธุรกิจและการบริการร่วมกันพัฒนาผลิตภัณฑ์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงเรื่องผู้สูงอายุกับสินค้าและบริการโดยการผลิตและคิดค้นออกแบบผลิตภัณฑ์เพื่อจะได้มีสินค้าหรือบริการใหม่ๆ ที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ เช่น อุปกรณ์อำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันภายในบ้าน เฟอร์นิเจอร์ที่เหมาะสมและปลอดภัยกับผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ โชนสำหรับผู้สูงอายุในภาคธุรกิจบริการต่างๆ บริการด้านศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ บริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ การท่องเที่ยวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

**6) พัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุ** จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและมีความละเอียดเป็นการเฉพาะโดยมีการแยกแยะกลุ่มผู้สูงอายุ (Segmentation) ตามระดับอายุ หรือระดับการพึ่งพา (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) เพื่อใช้ประโยชน์ในการวางแผนรองรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม อาทิ การแบ่งผู้สูงอายุตามระดับกลุ่มอายุ เพศ สถานะ การศึกษา สุขภาพ สภาพครอบครัว บุคลากรผู้ดูแลศักยภาพและความรู้ ความสนใจ ฯลฯ

**7) เพิ่มขีดความสามารถและบทบาทขององค์กรบริหารท้องถิ่นในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** ส่งเสริมความรู้ ทักษะในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุบนแนวคิด “ร่วมคิด ร่วมทำ” มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดนโยบาย และแนวทางในการดำเนินงานเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ระหว่างส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น โดยการเชื่อมโยงจุดพลัง “ท้องถิ่น ท้องที่ องค์กรชุมชน และหน่วยงานของรัฐในชุมชน” ให้ร่วมกันขับเคลื่อนงานเพื่อดูแลคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุโดยสนับสนุนให้มีระเบียบปฏิบัติที่เอื้อต่อการดำเนินงานขององค์กรท้องถิ่นในการจัดสวัสดิการและดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

8) **สนับสนุนให้มีกฎหมายกตัญญู** ส่งเสริมและสนับสนุนค่านิยมในเรื่องความเอื้ออาทร และความกตัญญู ด้วยการมีระเบียบ มติคณะรัฐมนตรี หรือกฎหมายที่ช่วยกระตุ้นค่านิยม และสนับสนุนให้ลูกหลานได้มีวันลาเพื่อกลับมาเยี่ยมเยียนครอบครัวและผู้สูงอายุ หรือส่งเสริมให้มีมาตรการและสวัสดิการเพื่อให้ลูกหลานไปเยี่ยมครอบครัวหรือผู้สูงอายุ เช่น มาตรการทางภาษี/ให้สิทธิวันลา/ให้ส่วนลดค่าเดินทางแก่ลูกหลานที่กลับไปเยี่ยมครอบครัวหรือผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ภาคเอกชนและสื่อมวลชนจัดรายการพิเศษสำหรับลูกหลานที่พาผู้สูงอายุมาซื้อสินค้าหรือใช้บริการ เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างวัยและความเอื้ออาทรของสมาชิกครอบครัว

9) **ส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนาเพื่อรองรับสังคมสูงวัย** ให้มีการใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการศึกษา วิจัย ค้นคว้า พัฒนาความรู้ และนวัตกรรมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องสุขภาพอนามัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกบ้าน อาทิ หุ่นยนต์ช่วยดูแลผู้สูงอายุ อุปกรณ์ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อุปกรณ์เพื่อการใช้สอยในชีวิตประจำวัน อาทิ ยานพาหนะสำหรับผู้สูงอายุ และสุขภัณฑ์ อุปกรณ์ไฟฟ้าต่างๆ ตลอดจนผลิตภัณฑ์อาหารเครื่องดื่มที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

## 2.4 นโยบาย มาตรการ และกลไกที่เกี่ยวข้อง

จากสถานการณ์ข้างต้น หลายหน่วยงานจึงได้พัฒนากลไกและกระบวนการเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะนโยบาย มีการจัดทำยุทธศาสตร์และขับเคลื่อนในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญหน้ากับสังคมสูงวัยของประเทศไทยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อมและสุขภาพ ดังนี้

### 2.4.1 ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580)

มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม ที่เน้นการสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ โดยมีกรอบแนวทางสำคัญ ได้แก่ (1) การสร้าง



ความมั่นคงและการลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม (2) การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพ (3) การมีสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตในสังคมสูงวัย (4) การสร้างความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคม ทูทางวัฒนธรรมและความเข้มแข็งของชุมชน และ (5) การพัฒนาการสื่อสารมวลชนให้เป็นกลไกในการสนับสนุนการพัฒนา ทั้งนี้ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการเตรียมและพัฒนาคนในทุกช่วงวัย โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสังคมสูงวัย มุ่งเน้นโครงสร้างของประชากรทั้งหมด ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มแรงงาน ให้ประชาชนมีความมั่งคั่ง มั่นคงและมีสุขภาพที่ดี ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพและมีคุณค่าต่อสังคมได้

#### 2.4.2 แผนการปฏิรูปประเทศ

แผนปฏิรูปประเทศทั้ง 11 ด้าน มีประเด็นขับเคลื่อนการปฏิรูปที่เกี่ยวข้องกับระบบบรองสังคมสูงวัย ได้แก่

##### 1) แผนปฏิรูปประเทศด้านสังคม

พบประเด็นหลักที่ต้องได้เร่งดำเนินการปฏิรูปในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย คือ เรื่องการปฏิรูปการออม สวัสดิการ และการลงทุนเพื่อสังคม การกำหนดเป้าหมายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสวัสดิการสังคม และให้คนไทยมีรายได้หลังอายุการทำงานและผู้สูงวัยไม่ต่ำกว่าร้อยละ 30 ของรายได้สุดท้าย การสนับสนุนให้คนไทยมีหลักประกันทางรายได้ในวัยเกษียณที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ เป็นต้น

##### 2) แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

ประเด็นปฏิรูปภายใต้แผนปฏิรูประบบสาธารณสุขยังไม่แสดงถึงความสำคัญของการเข้าสู่สังคมสูงวัย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสถานะทางการคลังของประเทศ

#### 2.4.3 รัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มีนโยบายในการสนับสนุนให้มีมาตรการเพื่อ

รองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทย เพื่อให้ผู้สูงอายุปัจจุบันและประชากรไทยที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตมีคุณภาพชีวิตที่ดีปี พ.ศ. 2557 มอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีด้านสังคม สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนบูรณาการงานสังคมของภาครัฐเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ โดยมี 7 กระทรวงที่เกี่ยวข้องกับ 2 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นฝ่ายเลขานุการ บูรณาการภาครัฐเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ “รัฐ-ราษฎร์ร่วมใจ ห่วงใยดูแลผู้สูงอายุ” เพื่อการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้มีข้อเสนอ นโยบายการสร้างเสริมสมรรถนะบุคคลและสภาพแวดล้อม เพื่อการดำรงชีวิตทางสังคมที่พึ่งพาตนเองได้ของคนพิการและผู้สูงอายุในประเด็นระบบบริการสุขภาพคนพิการ มีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการบูรณาการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมาย ทิศทางและแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งอย่างเป็นรูปธรรม มีการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินงานนำร่อง 152 ตำบล ทั่วประเทศ โดยเลือกจังหวัดละ 1 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล

**2.4.4 สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.)** ได้กำหนดให้เรื่องสังคมสูงวัย เป็นวาระการปฏิรูปที่ 30 ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ที่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย มี ดร.เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง เป็นประธานกรรมการ ได้จัดทำรายงานการปฏิรูป โดยการศึกษาทบทวนเอกสารวิชาการ จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง และดูงานการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชมรมผู้สูงอายุที่จังหวัดพิจิตร ต่อมา สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบหลักการและสาระสำคัญของรายงานการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย(รอบที่1) หลังจากนั้น สปช.ได้มีมติส่งรายงานนี้ให้กับคณะรัฐมนตรี ซึ่งครม.ได้มีมติเห็นชอบต่อรายงานดังกล่าวเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2558 นอกจากนี้ ภายหลังจาก สปช. ได้เห็นชอบรายงานรอบที่ 1 แล้ว ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติม 2 คณะ ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูปความสัมพันธ์ขององค์กรในท้องถิ่นและชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และคณะกรรมการปฏิรูประบบบำนาญแห่งชาติ และเศรษฐกิจเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ทั้ง 3 คณะได้ร่วมกันจัดทำแผนปฏิรูปรอบที่ 2 เสนอต่อ สปช. และได้รับความเห็นชอบเมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2558 แผนปฏิรูปดังกล่าวมีหลักการ เป้าประสงค์ และประเด็นปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย ดังนี้

**1) หลักการในการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย** ประกอบด้วย (1) ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม การปฏิรูปต้องไม่สร้างระบบที่จะทำให้ผู้สูงอายุต้องกลายเป็นภาระของสังคม (2) สร้างสังคมที่คนทุกวัยอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข (3) ส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมของจุดพลัง “ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และท้องถิ่น” ในการแก้ปัญหา (4) เน้น “การสร้าง นำซ่อม” และการประทับประคองให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สามารถดูแลตนเองให้ได้ยาวนานที่สุด และ (5) เตรียมความพร้อมของระบบเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สังคม และบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทของสังคมสูงวัย

2) เป้าประสงค์การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย (1) ประชากรไทยพึ่งตนได้ยาวนานที่สุด มีหลักประกันทางรายได้ที่มั่นคงไปจนบั้นปลายของชีวิต และมีส่วนร่วมเป็นพลังให้กับสังคมได้ยาวนานที่สุด (2) รัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมความอยู่ดีมีสุขของประชากรทุกวัย ตลอดจนเสริมศักยภาพของครอบครัวและชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย

3) ประเด็นปฏิรูปเพื่อรองรับสังคมสูงวัย 4 ด้าน ประกอบด้วย (1) ประเด็นการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านเศรษฐกิจ มีประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาระบบบำนาญแห่งชาติ ให้มีพระราชบัญญัติบำนาญแห่งชาติ กองทุนการออมแห่งชาติ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงินยามชราภาพ การส่งเสริมการปลูกต้นไม้เป็นบำนาญชีวิตของประชาชนการจ้างแรงงานสูงวัย (นอกระบบ) การขยายอายุเกษียณและการทำงานต่อเนื่องของประชากรวัยทำงาน ได้แก่ การขยายอายุเกษียณของภาคราชการ การส่งเสริมการจ้างงานต่อเนื่องของภาคเอกชน การส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ การจัดทำธนาคารต้นไม้การปลูกต้นไม้เป็นการออม และปัญหาแรงงานต่างชาติ แรงงานจากเพื่อนบ้านลดลง การแปลงสัญชาติ เป็นต้น (2) ประเด็นการปฏิรูปด้านสภาพแวดล้อม มีประเด็นสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนน่าอยู่ ปลอดภัย สำหรับทุกวัย การส่งเสริมบ้านปลอดภัยวัยเกษียณ การส่งเสริมอุตสาหกรรมและธุรกิจเพื่อรองรับสังคมสูงวัย และการสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยและอาคารสาธารณะ เป็นต้น (3) ประเด็นการปฏิรูปด้านสุขภาพ มีประเด็นสำคัญ ได้แก่ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ และการจัดตั้งระบบบริการสุขภาพที่ขาดหายไป การพัฒนาระบบการพาผู้สูงวัยที่เจ็บป่วยไปสถานบริการสุขภาพตามนัด การจัดโครงสร้างที่เป็นการรองรับและสร้างระบบดูแลสุขภาพชุมชนเมือง และการพัฒนาผู้อภิบาลที่มีมาตรฐาน เป็นต้น และ (4) ประเด็นการปฏิรูปด้านสังคม มีประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ การส่งเสริมวางแผนชีวิตครอบครัวแนวใหม่ การพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การระดมจุดพลังของชุมชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัย การเร่งรัดการทำงานเชิงรุกของภาครัฐและเอกชนเพื่อรองรับสังคมสูงวัยการปรับแก้กฎหมาย ระเบียบ ให้สามารถรองรับสังคมสูงวัย การมีกลไกในการแปลงนโยบายและ

แผนผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติ การสื่อสารสังคมเพื่อสร้างความตระหนักต่อสังคม การรับคนต่างด้าวที่มีศักยภาพเข้ามาเป็นพลเมืองไทย และการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุสำรอง เป็นต้น

**4) สาระสำคัญของการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ** คือ ประเด็นสำคัญในการปฏิรูปเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน ได้แก่ (1) การส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งอย่างมีส่วนร่วม (Inclusive community) เน้นสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการสนับสนุนให้ผู้สูงวัยมีศักยภาพในการจัดการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพตนเอง เช่น เร่งรัดพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อความต้องการในชุมชน และรัฐบาลควรเร่งรัดให้มีการกระจายอำนาจ เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถทำการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ (2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในทุกระดับให้มีคุณภาพและมาตรฐานเพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่องได้แก่ การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันก่อนการเจ็บป่วย การรักษาและฟื้นฟูสภาพหลังจากเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล (Intermediate care) ซึ่งเป็นระบบบริการที่ปิดช่องว่างระหว่างรอยต่อของการรักษาในสถานบริการสุขภาพกับบ้าน ช่วยลดการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำและลดภาวะทุพพลภาพหรือพิการ การดูแลระยะยาว (Long term care) และการบริการสุขภาพแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย (End of life/ Palliative care) โดยมุ่งเน้นใช้ชุมชน ท้องถิ่นเป็นฐานสำหรับการทำงานโดยใช้การดูแลครอบครัว (home health care) และการดูแลโดยชุมชน (community care) และ (3) การสร้างและจัดระบบดูแลสุขภาพชุมชนเมือง โดยจัดระบบผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างทั้งการดูแลที่บ้านและในหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีการกำหนดมาตรฐานและกลไกที่มีกฎหมายรองรับในการกำกับมาตรฐาน

**2.4.5 คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสังคมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.)** ได้พัฒนากฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่เอื้อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลผู้สูงอายุเพื่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการช่วยแก้ไขปัญหา และเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต และดูแลผู้สูงอายุอันจะทำให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับบริการและการดูแลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเต็มที่และสามารถใช้ชีวิตโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการรวบรวมข้อมูลจากการประชุม รับฟังข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์และสังเคราะห์

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการขับเคลื่อน เสนอแนวทางการดำเนินงานการขับเคลื่อนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

#### 2.4.6 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564) เป็นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี เป็นกลไกเชื่อม ต่อเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ให้สามารถนำสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม การกำหนดทิศทางเป้าหมายการพัฒนาและประเด็น ยุทธศาสตร์ พิจารณาจากการประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ มีวิสัยทัศน์คือ ”ระบบสุขภาพไทยเข้มแข็ง เป็นเอกภาพ เพื่อคนไทยสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยมีพันธกิจ เพื่อเสริมสร้าง สนับสนุนและประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุก ภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบ สุขภาพไทยให้เข้มแข็งรองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ซึ่งมียุทธศาสตร์การพัฒนา 4 ยุทธศาสตร์ คือ

**ยุทธศาสตร์ที่ 1 : เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก** ให้ความสำคัญกับการปฏิรูป ด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง เร่งรัดพัฒนาระบบการดูแล การส่งเสริมให้ ทุกช่วงวัยมีสุขภาพที่ดี มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการ พัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 : สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ** ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิขั้นสูงตลอด จนความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทาง สร้างความเชี่ยวชาญระดับสูงกระจายในพื้นที่เขต สุขภาพ สร้างความสัมพันธ์ที่ลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิดภาวะ ไม่พึงประสงค์ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน ในเรื่องกระบวนการรักษา และสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้ผู้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมี ความสุข ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

**ยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลัง คนด้านสุขภาพ** ให้ความสำคัญกับการปฏิรูประบบและกลไกการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ในทุกระดับ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศด้านกำลังคน พัฒนากำลังคนให้มีความเป็นเลิศ เชี่ยวชาญในวิชาชีพ มีทักษะการทำงานเป็นทีมสุขภาพ มีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ มีคุณภาพและมีความสุขในการทำงาน

**ยุทธศาสตร์ที่ 4 : พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในการอภิบาลระบบสุขภาพ** ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งกลไกที่มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและกำกับทิศทางด้านสุขภาพของประเทศ ปรับปรุงระบบ สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนดทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ ของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ

**2.4.7 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564)** คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) มีวิสัยทัศน์คือ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” และมีปรัชญาในการทำแผนว่าการสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพสมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุน ให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตน ได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลและสมวัย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยาก และต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็เพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น โดยกำหนด 5 ยุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อน

#### **2.4.8 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)**

ถือว่าเป็นการเริ่มต้นของการก่อเกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย หรือการขับเคลื่อนประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย มาอย่างสม่ำเสมอ โดย

1) มีมติเห็นชอบต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง” (ซึ่งเป็นผลจากการการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552) ในการประชุมครั้งที่ 5/2552 เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2552 และได้เสนอมติเรื่องนี้ต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) รับทราบในการประชุมเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2553 ซึ่งครม.ได้มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง โดย สช. ได้แจ้งมติ ครม. ดังกล่าว ให้กับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องเป็นการเฉพาะเพื่อผลักดันการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมและต่อมาในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554 ได้มีการรายงานความคืบหน้าการขับเคลื่อนประเด็นฯ ดังกล่าวตามที่กำหนดไว้ในมติดังกล่าว

2) การประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2556 เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2556 ได้มีมติเห็นชอบกำหนดให้ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ เป็น 1 ใน 4 ประเด็นสุขภาพสำคัญ สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของคณะกรรมการฯ ซึ่งประกอบด้วยเรื่อง (1) อาหารกับสุขภาพ (2) สุขภาวะผู้สูงอายุ (3) สุขภาวะเด็ก เยาวชน และครอบครัว (4) ระบบสุขภาพชุมชน

3) การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 หัวข้อ เวทีสาธารณะ “หยุด! มองระบบสุขภาพ/สุขภาพไทย” เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2558 นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับสังคมสูงวัย ในเรื่องการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย การลดลงของอัตราการเกิดและด้อยคุณภาพ ซึ่งเป็นปัญหาของ ความไม่สมดุลของวัยที่แบกรับภาระกับวัยพึ่งพิง รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่รัฐจะต้อง ปรับการบริการทางการแพทย์ที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบและกระบวนการต่อไป

4) มีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วย การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 - 2559 ซึ่งผ่านฉันทมติจากสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2558 มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือเชิงระบบที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาวะระยะท้ายของ ชีวิตอย่างมีคุณภาพและจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เชื่อมโยงกับมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระ สุดท้ายของชีวิตที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายหรือยุติความทรมานจากการเจ็บป่วย

5) ล่าสุดที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2558 เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 มีมติเห็นชอบให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติประสาน และสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ อย่างบูรณาการต่อไป

#### 2.4.9 กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานดังนี้

1) มีนโยบายเร่งรัดการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนา บุคลากรในระบบการดูแลระยะยาว และพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อดูแลผู้สูงอายุผ่านกลไกหมอ ครอบครัว กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลสนับสนุนงบประมาณเพื่อการลงทุนในระบบ อย่างต่อเนื่อง ทิศทางนโยบายผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ยังมีแนวคิดสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ

ที่ยังแข็งแรง รวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันวางทิศทางการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมและบริบทชุมชนท้องถิ่น

2) คณะกรรมการบริหารความร่วมมือระหว่างรัฐบาลกับองค์การอนามัยโลก ได้ตั้งคณะอนุกรรมการกำกับดูแลแผนงานผู้สูงอายุโดยมีสำนักผู้สูงอายุ กรมอนามัย เป็นหน่วยเลขานุการ มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนา Active Ageing Policy โดยมีกรอบคิดเรื่อง 1) ระบบบริการและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และ 3) พัฒนาหลักประกันทางสังคม ในมิติต่างๆ

3) โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศ (JICA) ด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง นำร่องในพื้นที่จังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร

4) จัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) จัดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน เป็นบริการเชิงรุกถึงบ้าน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง

**2.4.10 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเป้าประสงค์เพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Self-care) หรือการดูแลของครอบครัว (Family care) การดูแลในชุมชน (Community care) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยเชื่อมโยงบริการสุขภาพและบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาว (Long term care) ได้แก่ การคัดกรอง/การประเมิน/พัฒนาระบบบริการ/กำลังคนและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long term care) ดำเนินการอบรม care manager ในพื้นที่นำร่อง 20 จังหวัด

ในปี พ.ศ. 2559 ทั้ง 2 หน่วยงาน ร่วมมือกันขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกำหนดให้มีการทำงานทุกจังหวัด มีเป้าหมายใน 1,000 ตำบล ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 100,000 คน โดยได้รับงบประมาณ 600 ล้านบาท





#### 2.4.11 หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

นอกจากหน่วยงานภาครัฐที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้นแล้ว พบว่าในสังคมไทย ยังมีองค์กร ภาคีเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ วิชาชีพ ภาคประชาสังคม มูลนิธิ สมาคม ชมรมและเครือข่ายอีกจำนวนมาก ที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคทั่วประเทศ ได้แก่ ภาครัฐ อาทิ สำนักงานประกันสังคม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา (สสค.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) ภาควิชาการ วิชาชีพ อาทิ สภาการพยาบาล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ (สวปก.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และสถาบันการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยเกือบทุกสถาบัน อาทิ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ฯลฯ ภาคประชาสังคม อาทิ มูลนิธิสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ ชมรมผู้สูงอายุในทุกระดับ และ โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น

**2.4.12 การดำเนินงานเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในระดับพื้นที่** ซึ่งองค์กรต่างๆ มีการดำเนินงานมีหลากหลายรูปแบบ ตัวอย่างดังต่อไปนี้

1) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแกนหลัก เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จ.กาฬสินธุ์ โรงพยาบาลลำสนธิ จ.ลพบุรี โรงพยาบาลห้วยฉัตร จ.ลำปาง เป็นต้น

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งให้ความสำคัญกับการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการและผู้สูงอายุในชุมชนของเทศบาลตำบลบางสีทอง อ.บางกรวย จ.นนทบุรี การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบบูรณาการ ประสานความร่วมมือภาคีหลักขององค์การบริหารส่วนตำบลท่างาม อ.อินทร์บุรี จ.สิงห์บุรี เป็นต้น

3) สมัชชาสุขภาพจังหวัด ที่มีความตื่นตัวในการสร้างความร่วมมือภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนประเด็นผู้สูงอายุ ทั้งด้านการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุในด้านต่างๆ รวมไปถึงการใช้พลังจากเครือข่ายผู้สูงอายุมาร่วมเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม ซึ่งมีการดำเนินการในหลายพื้นที่ เช่น จังหวัดเชียงใหม่ พิจิตร สระแก้ว ชัยนาท บุรีรัมย์ กาญจนบุรี นครสวรรค์ เป็นต้น

## 2.5 การวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ของนโยบายและกลไกที่เกี่ยวข้อง

### 2.5.1 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

- ข้อเสนอ :**
- (1) มีมติเห็นชอบต่อข้อเสนอเชิงนโยบายเรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง”
  - (2) เห็นชอบกำหนดให้ประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ เป็น 1 ใน 4 ประเด็นสุขภาพสำคัญ สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของคณะกรรมการฯ
  - (3) เห็นชอบให้ สช.ประสานและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพอย่างบูรณาการ
- ผลการดำเนินงาน :** คณะรัฐมนตรี (ครม.) มีมติเห็นชอบและได้มอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการ
- จุดแข็ง-จุดอ่อน :**
- (1) เป็นกลไกตามกฎหมาย พรบ.สุขภาพแห่งชาติ มีรองนายกรัฐมนตรี พลเรือเอก ณรงค์ พิพัฒนาศัย เป็นประธาน
  - (2) ครม.ดำเนินการแจ้งหน่วยงานต่างๆ ให้ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่แล้ว
  - (3) เป็นคณะกรรมการหนึ่งภายใต้ คสช.สามารถเชื่อมการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายการสร้างสังคมสุขภาวะได้
- โอกาส-อุปสรรค :**
- (1) เป็นช่องทางเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเข้า ครม.
  - (2) มติ ครม. ที่มอบหมายให้หน่วยงานนำไปปฏิบัติ ขาดการติดตามอย่างเป็นระบบ
  - (3) คสช.ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยหนุนเสริมภาคีเครือข่ายร่วมกันดำเนินงานจนเกิดกลไกการทำงานได้

## 2.5.2 นโยบายรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา

- ข้อเสนอ : -
- ผลการดำเนินงาน : มีความพยายามในการบูรณาการการทำงาน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และอยู่ระหว่างการดำเนินงานคัดเลือกพื้นที่ปฏิบัติการร่วมกัน 152 แห่ง จาก 76 จังหวัด รวมเขตในกรุงเทพมหานคร
- จุดแข็ง-จุดอ่อน : เน้นใช้ศักยภาพของแต่ละกระทรวงในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามพันธกิจของแต่ละองค์กรในพื้นที่ เป้าหมาย รวมถึงพัฒนาให้เกิดกระบวนการติดตามประเมินผล การดำเนินงาน (อยู่ระหว่างดำเนินงาน)
- โอกาส-อุปสรรค : เกิดได้รูปแบบและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ ซึ่งสามารถนำไปขยายผลการพัฒนางาน ต่อไปในอนาคต

## 2.5.3 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุ มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560

- ข้อเสนอ : สนับสนุนให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ที่มีรองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน มีกรรมการจากหน่วยราชการ องค์กร ภาคเครือข่าย ทำหน้าที่จัดทำนโยบายและแผนหลักเพื่อพัฒนา ผู้สูงอายุ
- ผลการดำเนินงาน : สนับสนุนการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ เพื่อพัฒนาและ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีการพัฒนา มาอย่างต่อเนื่อง
- จุดแข็ง-จุดอ่อน : (1) มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุฯ รองรับการทำงานในภาพรวม (2) เป็นช่องทางในการพัฒนาและเสนอนโยบายและแผนหลัก เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (3) สนับสนุนการทำงานขององค์กรผู้สูงอายุทั่วประเทศ (4) เป็นหน่วยงานหลักทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนผู้สูงอายุ
- โอกาส-อุปสรรค : ยังเป็นมุมมองการดำเนินงานโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งต้อง พัฒนาไปสู่การมองเพื่อพัฒนานโยบายรองรับสังคมสูงวัย

#### 2.5.4 สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.)

- ข้อเสนอ :** มีการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย มี ดร.เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง เป็นประธาน และได้กำหนดให้เรื่องสังคมสูงวัย เป็นวาระการปฏิรูปที่ 30 โดยต้องปฏิรูประบบสังคมสูงวัยใน 4 มิติ ได้แก่ มิติเศรษฐกิจ มิติสุขภาพ มิติสังคม และมิติสภาพแวดล้อม
- ผลการดำเนินงาน :** สปช. พิจารณาและให้ความเห็นชอบหลักการและสาระสำคัญของรายงานการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย
- จุดแข็ง-จุดอ่อน :** สปช.ให้ความสำคัญกับประเด็นปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย และมีการตั้งกลไกการดำเนินงานที่เน้นการบูรณาการหน่วยงาน องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำข้อเสนอนโยบายที่เป็นรูปธรรม และนำไปขับเคลื่อนได้จริง
- โอกาส-อุปสรรค :** นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดำเนินการ

#### 2.5.5 คณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสังคมสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.)

- ข้อเสนอ :** มีการพัฒนากฎ ระเบียบ ข้อบังคับที่เอื้อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลผู้สูงอายุเพื่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์
- ผลการดำเนินงาน** มีการตั้งอนุกรรมการการขับเคลื่อนการปฏิรูปผู้สูงอายุและคนพิการ
- จุดแข็ง-จุดอ่อน :** ไม่ได้ขยายผลข้อเสนอการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัยของสถาปนาปฏิรูปแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง
- โอกาส-อุปสรรค :** -



**2.5.6 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) มีวิสัยทัศน์คือ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม”**

**ข้อเสนอ :** กำหนด 5 ยุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อนด้านผู้สูงอายุ ที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เห็นชอบ และมอบกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เสนอ ครม. และ ครม.อนุมัติแผนเมื่อ 27 เมษายน พ.ศ. 2553

**ผลการดำเนินงาน :** มีกลไกรับผิดชอบโดยตรงคือ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

**จุดแข็ง-จุดอ่อน :** เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยมีกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) รับผิดชอบโดยตรง

**โอกาส-อุปสรรค :** ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แต่ทั้งนี้ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงระบบรองรับสังคมสูงวัยมากนัก

### **2.5.7 กระทรวงสาธารณสุข**

**ข้อเสนอ :** (1) มีนโยบายเร่งรัดการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care : LTC) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และได้ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาบุคลากรในระบบการดูแลระยะยาว และพัฒนาระบบส่งต่อเพื่อดูแลผู้สูงอายุผ่านกลไกหมอครอบครัว (Family Care Team : FCT)

(2) จัดทำโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล (Long Term Care) จัดระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน เป็นบริการเชิงรุกถึงบ้าน เน้นการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ จากหน่วยบริการปฐมภูมิต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง

**ผลการดำเนินงาน :** -

**จุดแข็ง-จุดอ่อน :** เน้นการดำเนินงานด้านสุขภาพตามบทบาทหน้าที่และภารกิจของกระทรวงฯ

**โอกาส-อุปสรรค :** -

### 2.5.8 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ข้อเสนอ :** กำหนดยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ผลการดำเนินงาน :** ในปี พ.ศ.2559 ทั้ง 2 หน่วยงาน ร่วมมือกันขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกำหนดให้มีการทำงานทุกจังหวัด มีเป้าหมายใน 1,000 ตำบล ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 100,000 คน โดยได้รับงบประมาณ 600 ล้านบาท
- จุดแข็ง-จุดอ่อน :** มีความพยายามในการบูรณาการการดำเนินงานผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ร่วมกัน
- โอกาส-อุปสรรค :** -

### 2.5.9 หน่วยงาน องค์กร ภาคีเครือข่ายอื่นๆ ที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

**ภาคราชการ** อาทิ สำนักงานประกันสังคม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา (สกก.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.)

**ภาควิชาการ/วิชาชีพ** อาทิ สภาการพยาบาล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ (สวปก.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) สถาบันการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยเกือบทุกสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ฯลฯ

**ภาคประชาสังคม** อาทิ สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ชมรมผู้สูงอายุในทุกระดับ โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น

- ข้อเสนอ :** ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่และภารกิจขององค์กร เช่น การทำงานวิชาการ การศึกษาวิจัย การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ เป็นต้น
- ผลการดำเนินงาน :** -



**จุดแข็ง-จุดอ่อน :** เกิดรูปธรรมการจัดการตนเองด้านผู้สูงอายุในหลายพื้นที่ที่สามารถถอดบทเรียนเป็นตัวอย่างเป็นตัวอย่างเพื่อการขยายผลต่อไปได้

**โอกาส-อุปสรรค :** เป็นโอกาสให้เกิดการรวมตัวกันของหน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และองค์กร ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ในการพัฒนางานและแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุของพื้นที่

## 2.6 ประเด็นสำคัญเพื่อการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับสังคมสูงวัย

จากการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ภาคส่วนต่างๆ ในสังคมจะต้องร่วมมือกันเร่งขับเคลื่อนบทบาทของตนเองเพื่อรับมือกับ “สังคมสูงวัย” ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ และเตรียมการรองรับความท้าทายของสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น โดยมีแนวทางและประเด็นสำคัญที่สามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดีเป็นรูปธรรมในระยะแรก แบ่งออกเป็น 4 มิติ คือ

1) **มิติเศรษฐกิจ ประเด็นการออมเพื่อสังคมสูงวัย** กล่าวถึง นโยบายสาธารณะว่าด้วยการออมเพื่อสังคมสูงวัย เพราะจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจที่จะช่วยให้ชีวิตมีความมั่นคง มีศักดิ์ศรี และสามารถวางแผนหรือคาดการณ์เส้นทางการดำเนินชีวิตที่ดีพอสมควร เพื่อให้มีการเพิ่มมูลค่าของทรัพย์สินที่ผู้สูงอายุหรือผู้กำลังจะก้าวไปเป็นผู้สูงอายุจะสามารถออมได้ เพื่อให้เป็นไปในลักษณะเศรษฐกิจอายุรวัฒน์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การออมเงินทุน ธนาคารต้นไม้เพื่อการออม รวมทั้งการออมรูปแบบอื่นๆ โดยดำเนินการต้องบูรณาการทั้งภาครัฐ เอกชน วิชาการ และภาคประชาชนเองด้วย (รายละเอียดโปรดดูเพิ่มเติมใน บทที่ 3)

2) **มิติชุมชนสังคม การเสริมสร้างศักยภาพและการจัดการของชมรมผู้สูงอายุ** กล่าวถึง การกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริม สนับสนุน และเสริมสร้างให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในลักษณะต่างๆ เช่น กลุ่ม ชมรม สมาคม สโมสร และศูนย์ ฯลฯ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อนำไปสู่การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้สูงอายุ ให้เกิดการพึ่งพาตนเองทั้งทางด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการยกระดับพื้นที่ต้นแบบหรือแหล่งเรียนรู้ของผู้สูงอายุอย่างแท้จริงต่อไป (รายละเอียดโปรดดูเพิ่มเติมใน บทที่ 4)

3) **มิติสภาพแวดล้อม ประเด็น การปรับสภาพแวดล้อมรองรับสังคมสูงวัย ด้วย 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี** มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศูนย์ออกแบบ

สภาพแวดล้อม (ศูนย์อยู่ดี) ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและทุกกลุ่มวัยในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคการศึกษา ชุมชน และภาคเอกชนในพื้นที่ (รายละเอียดโปรดดูเพิ่มเติมใน บทที่ 5)

4) มิติสุขภาพ ประเด็น ร่วมสร้างชุมชนรอบรู้สุขภาพและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ความสำคัญกับนโยบายและระบบสำหรับรองรับสังคมสูงวัยในมิติสุขภาพ ที่คำนึงถึงการออกแบบการดูแลระยะยาวที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์หลัก เป็นภารกิจที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันออกแบบ รับผิดชอบ ดำเนินการ และรับประโยชน์ร่วมกัน โดยใช้หลักชุมชนรอบรู้สุขภาพมาเป็นเครื่องมือพัฒนาศักยภาพบุคคลและชุมชนให้เกิดการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม (รายละเอียดโปรดดูเพิ่มเติมใน บทที่ 6)






## บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพื่อวานิสย์.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพื่อวานิสย์.
- คณะกรรมการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติ. ร่างกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579). (ออนไลน์) [www.dla.go.th/servlet/EbookServlet?\\_mode=read...5699](http://www.dla.go.th/servlet/EbookServlet?_mode=read...5699)
- คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. รายงานวิจัยผู้สูงอายุไทย.
- บัญชา แก้วส่อง และคณะ. (2552). รายงานการประเมินผลสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2552.
- พงศ์เทพ สุธีรัฐดิ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ออนไลน์) <http://gotoknow.org/posts/4401>.
- วราเวศม์ สุวรรณระดา .“การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร : โจทย์ท้าทายในสังคมสูงวัย”. เวทีสาธารณะเรื่องสังคมสูงวัย: ความท้าทายและการปรับตัวสู่สมดุลใหม่. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่งประเทศไทย. วันที่ 1 มิถุนายน 2559.
- สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). วาระปฏิรูปที่ 30: การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท). รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552. นนทบุรี: บริษัทเดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 .กรุงเทพฯ : สหพัฒนไพศาล.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2555 : 22
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ศัพท์ที่ใช้บ่อยในแวดวงปฏิรูปสุขภาพ, 2560
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2556). การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม: มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.





บทที่ 3

# มิติเศรษฐกิจ

ประเด็น การออมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

## 3.1 สังคมสูงวัยกับการออม

คำว่า สังคมสูงวัย อาจถูกใช้ในลักษณะที่กระตุ้นให้เกิดการเตรียมตัวกับ “ภาวะ” และ “ความเสี่ยง” ที่อาจจะเกิดขึ้น เมื่อสัดส่วนของประชากรที่สูงอายุมีมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การ “สูงวัย” ก็เป็นกระบวนการตามธรรมชาติ และการที่ประชากรสูงวัยมากขึ้นก็เป็นผลจากวิวัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคมของมนุษย์มาเป็นเวลาหลายศตวรรษ

เพราะฉะนั้น “ความสูงวัยที่สมบูรณ์” เป็นแนวคิดที่สะท้อนให้เห็นความยืนยาวของชีวิตที่สมบูรณ์ ผ่านความสัมพันธ์ระหว่าง (ก) พัฒนาการหรือช่วงวัยต่างๆในชีวิต (ข) ระบบสนับสนุนด้านต่างๆ (หรือ life support systems) ในแต่ละช่วงวัยของชีวิต และ (ค) ความมุ่งหวังในเส้นทางการดำเนินชีวิต (หรือ life foreground) ในแต่ละช่วงวัยของชีวิต จนถึงช่วงเวลาที่สูงวัยมากขึ้น

สังคมสูงวัยจึงจำเป็นต้องพิจารณาความเป็นไปในแต่ละช่วงวัยของชีวิตที่สอดคล้องกัน ทั้งทางด้าน (ก) สุขภาพ หรือร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลในแต่ละช่วงวัย (ข) ระบบสนับสนุนทางด้านสังคม ในการเป็นที่พึ่งหรือกำลังใจหรือความหวังในชีวิต และ (ค) ระบบสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ ที่จะช่วยให้ชีวิตมีความมั่นคง มีศักดิ์ศรี และสามารถวางแผนหรือคาดการณ์เส้นทางการดำเนินชีวิตได้ดีพอสมควร

### 3.1.1 ระบบสนับสนุนสังคมสูงวัยใน 3 มิติ

รายงานฉบับนี้จึงเน้น การสนับสนุนสังคมสูงวัยใน 3 มิติหลักด้วยกัน คือ

- (1) **ระบบสนับสนุนด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้ ความสามารถในการดูแลร่างกาย และจิตใจของตนเอง ได้อย่างสอดคล้องกับ (ก) ศักยภาพของชีวิตในแต่ละช่วงวัย (ข) เงื่อนไขหรือความจำเป็นทางสุขภาพของแต่ละบุคคล และ (ค) ระบบสนับสนุนชีวิตของแต่ละคน/กลุ่มคน โดยเฉพาะเงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจ



- (2) **ระบบสนับสนุนด้านสังคม** หมายถึง การดำรงอยู่ของแรงสนับสนุน กำลังใจ การยอมรับ ศักดิ์ศรี หรือความช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งอาจดำรงอยู่ในรูปของ (ก) ครอบครัว (ข) กลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน หรือ (ค) ชุมชน
- (3) **ระบบสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ** หมายถึง ความสามารถในการแสวงหา/ได้รับปัจจัยหรือบริการพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ซึ่งปัจจัยและบริการพื้นฐานเหล่านี้อาจได้มาจากการผลิตหรือเก็บออมด้วยตนเอง การจัดหาผ่านระบบตลาด การได้รับผ่านระบบสวัสดิการของรัฐ หรือความช่วยเหลือทางสังคม

### 3.1.2 ความถดถอยของสังคมสูงวัย

ความเป็นสังคมสูงวัยอาจนำไปสู่ความถดถอยได้ หากเห็นถึงตัวบ่งชี้เหล่านี้ตามมิติทั้งสาม ตัวอย่างเช่น

- การไม่สามารถดูแล/ดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ หรือการไม่สามารถควบคุม/ดูแลเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการขาดอายุวัฒนด้านสุขภาพ
- ความแตกแยกของครอบครัว/ชุมชน การรู้สึกโดดเดี่ยว/อึดอัด/แปลกแยกกับผู้คนหรือชุมชน การขาดการยอมรับซึ่งกันและกันของผู้คนในครอบครัว/ในชุมชน ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการขาดอายุวัฒนด้านสังคม
- ภาระหนี้สิน ภาวะการไม่มีงานทำ/การทำงานต่ำระดับ ภาวะความยากจน หรือการขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต และการไม่สามารถวางแผนที่แน่นอนพอควรในการดำเนินชีวิต ก็เป็นตัวบ่งชี้การขาดอายุวัฒนด้านเศรษฐกิจ

### 3.1.3 การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงวัย

ในภาวะที่สังคมกำลังมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ความแตกต่างระหว่างการเป็นสังคมสูงวัย แบบที่กลายเป็นภาระ กับ สังคมสูงวัยที่มีความสมบูรณ์ คือ การเตรียมความพร้อม นั่นเอง

ในสังคมที่ขาดการเตรียมความพร้อม การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุจะนำมาสู่

- (1) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนของครัวเรือนและในส่วนของรัฐบาล
- (2) ความต้องการทรัพยากร/บริการทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้นแบบทวีคูณ ทั้งในแง่จำนวนผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความซับซ้อนของอาการ/สาเหตุที่เจ็บป่วย
- (3) การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เช่น การมีรายได้ลดลง/ไม่แน่นอน การมีเงินออมที่จำกัด
- (4) และความโดดเดี่ยวหรือการไร้ที่พึ่งพิงในสังคม จากที่ได้เห็นจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้นทุกที

ภายใต้สถานการณ์ดังกล่าว ความยุ่งยากจะผูกโยงกันจนกลายเป็นปมปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่น ความต้องการบริการทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อฐานะการคลังและภาระของเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนกลาง และหน่วยงานในระดับท้องถิ่น แต่พอจะหารายได้เข้ารัฐให้มากขึ้น เพื่อให้เพียงพอกับการลงทุนตามความต้องการที่เพิ่มขึ้น ก็อาจจะพบว่า การเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุอาจหมายถึง โอกาสการเพิ่มรายได้และฐานทางภาษีที่ลดลง และหากจะใช้กลไกทางสังคมเข้ามาช่วยก็อาจจะพบกับข้อจำกัดจากความลำบากทางเศรษฐกิจ ทำให้ครอบครัวและชุมชนมิได้เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น จำเป็นต้องแยกกันอยู่เพื่อโอกาสทางเศรษฐกิจที่เหลือน้อยลง

ในระดับท้องถิ่น การรับมือและแก้ไขปัญหาแบบแยกส่วนตามภารกิจ จะพบข้อจำกัดที่ตามมามากขึ้น เช่น

- (1) สายสุขภาพจะต้องรับมือกับภารกิจที่มากขึ้น โดยจะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีความมั่นคงในชีวิตน้อยลง และอาจมีกำลังใจสนับสนุนทางสังคมน้อยลงด้วย
- (2) ในสายเศรษฐกิจ ก็จะต้องรับมือกับสถานการณ์ที่ประชากร/ท้องถิ่นมีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น แต่กลับมีฐานกำลังแรงงานที่น้อยลง และมีเงิน/ทุนเก็บออมที่น้อยลงเรื่อยๆ
- (3) สายสังคม ก็จะต้องมีภารกิจดูแลผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ในสถานการณ์ที่เศรษฐกิจรัดตัว และอาจไม่ใช่เงื่อนไขที่ทำให้ครอบครัวและชุมชนร่วมตัวกันได้อย่างเข้มแข็ง

และยิ่งปัญหาแต่ละด้านอาจเกี่ยวพันกัน เช่น การขาดโอกาสทางเศรษฐกิจในท้องถิ่น อาจทำให้สมาชิกในครัวเรือนบางส่วนต้องอพยพออกไปนอกพื้นที่ และนำไปสู่ความโดดเดี่ยวหรือแม้กระทั่งอาจกลายเป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้สูงอายุอีกด้วย (เช่นการดูแลลูกหลาน)



การปล่อยให้สังคมตกอยู่ในภาวะดังกล่าว ย่อมนำไปสู่ปัญหาที่ซับซ้อน และใช้ทรัพยากรมากขึ้น ทั้งในระดับครัวเรือน ระดับท้องถิ่น และระดับชาติ แต่สถานการณ์ทั้งหมดสามารถพลิกกลับให้เป็นบวกได้ หากมีการเตรียมการที่ดีพอ

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โดยความพร้อมของสังคมสูงวัยจะมุ่งเน้นที่ ความสมบูรณ์ที่ยืนยาว ทั้งในทางสุขภาพ ทางเศรษฐกิจ และทางสังคม ซึ่งความสมบูรณ์ที่ยืนยาวทั้งสามด้านล้วนมีความเกี่ยวพันกัน และสามารถเสริมหนุนให้เกิดความยืนยาวได้ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ หากมีการบูรณาการการเตรียมความพร้อมทั้งสามด้านไปพร้อมๆ กัน

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยจะเริ่มต้นที่จุดใดก่อนก็ได้ แต่จะต้องพิจารณาความเชื่อมโยงทั้งสามด้านคือ สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมไปพร้อมกัน โดยมีเทคโนโลยีเป็นตัวหนุนเสริม ตัวอย่างเช่น หากเริ่มมองในแง่สุขภาพ เราอาจจะต้องเริ่มจากสายสุขภาพ เช่น การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแล/ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตั้งแต่วัยทำงาน/วัยเด็ก ซึ่งการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ อาจจะ

(1) นำกลไกทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวหรือชุมชนมาใช้ โดยได้รับการเติมความรู้/ทักษะ/ประสบการณ์ จากผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถมีผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มากขึ้น และ/หรือ

(2) สร้างงานในสาขาการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้คน (หรือ Care sector) ขึ้นมาใหม่/เพิ่มเติมขึ้น ซึ่งจะนำมาซึ่งโอกาสและรายได้ทางเศรษฐกิจที่เพิ่มพูนขึ้นด้วย

หรือหากจะเริ่มต้นมองจากโจทย์ทางสังคม ที่จะให้ครอบครัว/ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น เราต้องพิจารณาเงื่อนไขข้อจำกัดทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ไปพร้อมๆ กัน เช่น การจะให้ชุมชนเข้มแข็งขึ้น อาจต้องเริ่มจาก

(1) โอกาสในการสร้างรายได้ที่เข้มแข็งขึ้นภายในชุมชน/ท้องถิ่น

(2) การเก็บออมที่มากขึ้น

(3) กิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในสังคมไปพร้อมๆ กัน หรือ

(4) การเชิญชวนให้เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ข้ามรุ่นหรือกลุ่มวัยหรือข้ามวัฒนธรรมก็ได้

## 3.2 คุณค่าเงินในแต่ละช่วงวัย

คุณค่าเงินในแต่ละช่วงวัยเป็นแนวคิดหนึ่ง ที่นักเศรษฐศาสตร์และนักประชากรศาสตร์ใช้ในการวางแผนระบบสวัสดิการของแต่ละสังคม โดยคุณค่าเงินในแต่ละช่วงวัยจะพิจารณาจากรายได้จากการทำงาน (ยังไม่รวมรายได้จากทรัพย์สิน) และค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภค โดยเฉลี่ยของประชากรในช่วงอายุแต่ละปี ตั้งแต่ปีที่ 0 จนถึงปีที่ 100

แน่นอนว่า ในช่วงต้นของชีวิต (วัยเด็ก) ค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคก็จะมากกว่ารายได้จากการทำงาน แต่พอเข้าสู่วัยทำงานและเริ่มมีรายได้จากการทำงานเพิ่มขึ้น รายได้ก็จะเริ่มมากกว่าค่าใช้จ่าย และจะมากกว่า ไปจนกระทั่งอายุพ้นช่วงวัยทำงานเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ รายได้จากการทำงานจะเริ่มลดลง และต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในการบริโภค

ดังนั้น ในแนวคิดนี้ ช่วงวัยเด็กและช่วงวัยผู้สูงอายุจึงเป็นช่วงวัยที่ “ขาดคุณค่าเงิน” หรือ Life-cycle deficit ส่วนในช่วงวัยทำงานก็จะเป็นช่วงวัยที่ “เกินคุณค่าเงิน” ซึ่งแต่ละสังคมก็ต้องศึกษาว่าจะจัดการและจัดสรรทรัพยากรหรือระบบสวัสดิการระหว่างช่วงชีวิตที่ขาดดุลและเกินดุลอย่างไร

### 3.2.1 คุณค่าเงินตามช่วงวัยของไทย

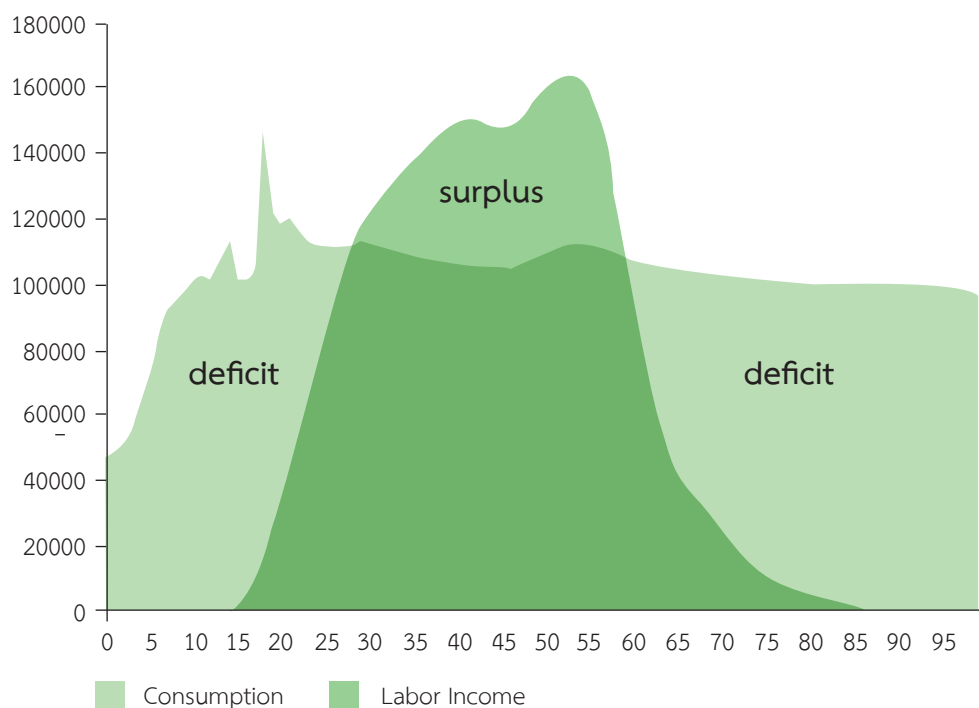
ในกรณีของประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า ช่วงชีวิตที่ขาดคุณค่าเงินจะอยู่ในช่วงตั้งแต่เกิดจนถึงอายุ 24 ปี และตั้งแต่อายุ 60 ปีเป็นต้นไป ส่วนช่วงอายุที่เกินดุลจะอยู่ในช่วง 25-59 ปี ทั้งนี้ช่วงอายุที่มีรายได้จากการทำงานเฉลี่ยสูงสุดคืออายุ 53 ปี โดยมีรายได้จากการทำงาน 164,278 บาท/คน/ปี (ข้อมูลปี พ.ศ. 2554) และรายได้จากการทำงานจะเป็นศูนย์อย่างสมบูรณ์ เมื่ออายุ 92 ปี

ในการวางแผนระบบสวัสดิการ แต่ละประเทศจะมีการวิเคราะห์องค์ประกอบของการบริโภคในแต่ละช่วงอายุและแต่ละช่วงวัย โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 6 ส่วน ได้แก่ (ก) ค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษา แยกเป็น ค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษาที่ครัวเรือนจ่ายเอง และค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษาที่สาธารณะจ่ายให้ (ข) ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ แยกเป็น ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพที่ครัวเรือนจ่ายเอง และค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพที่สาธารณะจ่ายให้ และ (ค) ค่าใช้จ่ายอื่นๆ แยกเป็น ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ครัวเรือนจ่ายเอง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่สาธารณะจ่ายให้





ภาพที่ 4 ดุลการเงินตามช่วงอายุของคนไทย ใน พ.ศ. 2554

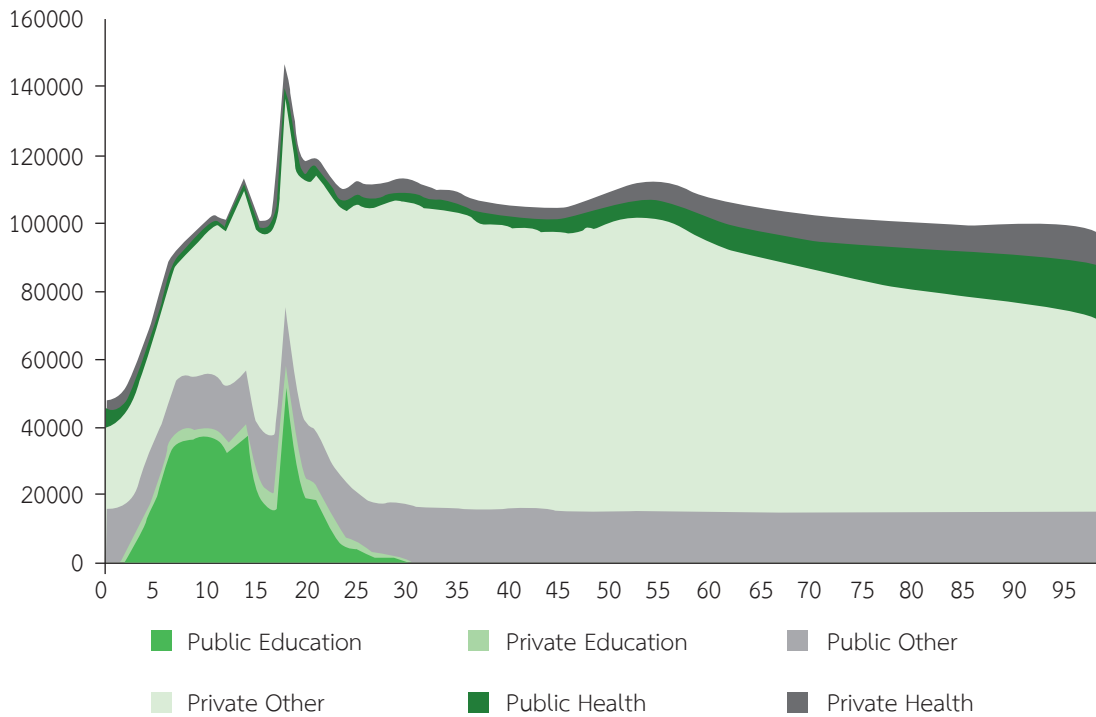


ที่มา: S. Lowhachai, 2015. Aging and The Changing Nature of Intergenerational Flows in Thailand, NESDB

แต่แต่ละประเทศจะมีองค์ประกอบของรายจ่ายแตกต่างกัน บางประเทศอาจมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่สาธารณะจ่ายให้ไม่มากนัก บางประเทศซึ่งมีระบบสวัสดิการสังคมครอบคลุมมาก (เช่น สวีเดน) ก็จะมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่สาธารณะจ่ายให้มากกว่าค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเอง

ในกรณีของประเทศไทย ช่วงปฐมวัย (0-4 ปี) ค่าใช้จ่ายส่วนมากจะมาจากครัวเรือน แต่เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยเรียนในระดับการศึกษาภาคบังคับ (5-14 ปี) สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษาที่สาธารณะจะมีเริ่มมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น และจะเริ่มลดลงเมื่อเข้าสู่วัย 15-24 ปี

ภาพที่ 5 รูปแบบค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคของคนไทย ใน พ.ศ. 2554



ที่มา: S. Lowhachai, 2015. Aging and The Changing Nature of Intergenerational Flows in Thailand, NESDB

แน่นอนว่า เมื่อเข้าสู่วัยทำงาน ค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมดจะถูกจ่ายโดยครัวเรือนเอง และนอกจากการบริโภคของตนเองแล้ว สมาชิกในวัยทำงานยังต้องถ่ายโอนเงินส่วนหนึ่งไป (ก) ให้สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในช่วงวัยที่ขาดดุลด้วยเช่น วัยเด็ก วัยผู้สูงอายุ และ (ข) จัดสรรเพื่อการลงทุนไว้สำหรับการบริโภคของตนเองเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ ด้วย

### 3.2.2 การสนับสนุนทางการเงินสำหรับช่วงวัยที่ขาดดุล

เมื่อมองในภาพรวมแล้ว ช่องทางการสนับสนุนทางการเงินสำหรับช่วงวัยที่ขาดดุล จึงมีได้ 3 ช่องทางหลักหลักคือ

- การพึ่งพาการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งเป็นรูปแบบดั้งเดิมที่สมาชิกในครัวเรือนจะจ่ายเพื่อชดเชยการขาดดุลของเด็กหรือผู้สูงอายุ
- การพึ่งพาระบบสวัสดิการสังคมหรือการจ่ายของสาธารณะ ผ่านระบบการศึกษาระบบการบริการสุขภาพ และอื่นๆ

- **การพึ่งพาระบบการจัดสรรการลงทุน** ซึ่งหมายรวมถึง (ก) การกู้ยืมเพื่อการศึกษา (ซึ่งจะช่วยให้มีรายได้เพิ่มขึ้นในวัยทำงาน) และ (ข) การออมระยะยาวเพื่อการสำรองเลี้ยงชีพในช่วงวัยผู้สูงอายุ

ในกรณีของประเทศไทย ในวัยเด็กโดยภาพรวม จะพึ่งพาการสนับสนุนของครอบครัวเป็นลำดับแรก (ประมาณร้อยละ 60-70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด) แล้ว เมื่อมีอายุเข้าสู่วัยเรียน ก็จะค่อยพึ่งพาระบบสวัสดิการสังคมเพิ่มมากขึ้น (ประมาณร้อยละ 20) และเมื่ออายุเข้าสู่ช่วงมัธยมปลายและมหาวิทยาลัยก็จะเริ่มมีการพึ่งพาระบบการจัดสรรการลงทุน (ซึ่งก็คือการกู้ยืมเพื่อการศึกษา) มากขึ้น (ประมาณร้อยละ 10)

และหากพิจารณาแนวโน้ม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 - 2549 ข้อมูลจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติชี้ให้เห็นว่า สังคมไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่การพึ่งพาสวัสดิการสังคมมากขึ้น แต่มากขึ้นแบบช้าๆ เพราะฉะนั้น การพึ่งพาการสนับสนุนจากครัวเรือนจึงยังเป็นช่องทางหลักอยู่ สำหรับการขาดดุลในช่วงวัยเด็ก

เช่นเดียวกับข้อมูลการเปรียบเทียบการสนับสนุนการขาดดุลทางการเงินตามช่วงวัยของธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การพึ่งพาสนับสนุนจากครัวเรือนของไทยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (ประมาณร้อยละ 70) โดยประเทศที่ครัวเรือนต้องรับภาระส่วนนี้เองมากที่สุดคือ อินเดีย (ร้อยละ 83) รองลงมาคือ ฟิลิปปินส์ (ร้อยละ 82) ส่วนประเทศที่ครัวเรือนแบกภาระการขาดดุลการเงินในวัยเด็กน้อย ได้แก่ ญี่ปุ่น (ร้อยละ 52) และฮังการี (ร้อยละ 40)

ส่วนในกรณีช่วงวัยผู้สูงอายุนั้น ข้อมูลปี พ.ศ. 2549 ชี้ว่า เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในช่วงต้นจะยังพึ่งพาระบบการจัดสรรการลงทุน หรือ กล่าวง่าย ๆ คือ เงินออม ของตนเองได้มาก (ประมาณร้อยละ 90) แต่เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ความสามารถในการพึ่งพาเงินออมจะลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อผู้สูงอายุมีอายุถึง 90 สัดส่วนการพึ่งพาเงินจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น และหันมาพึ่งพาการสนับสนุนของครอบครัวถึงร้อยละ 60 แทน

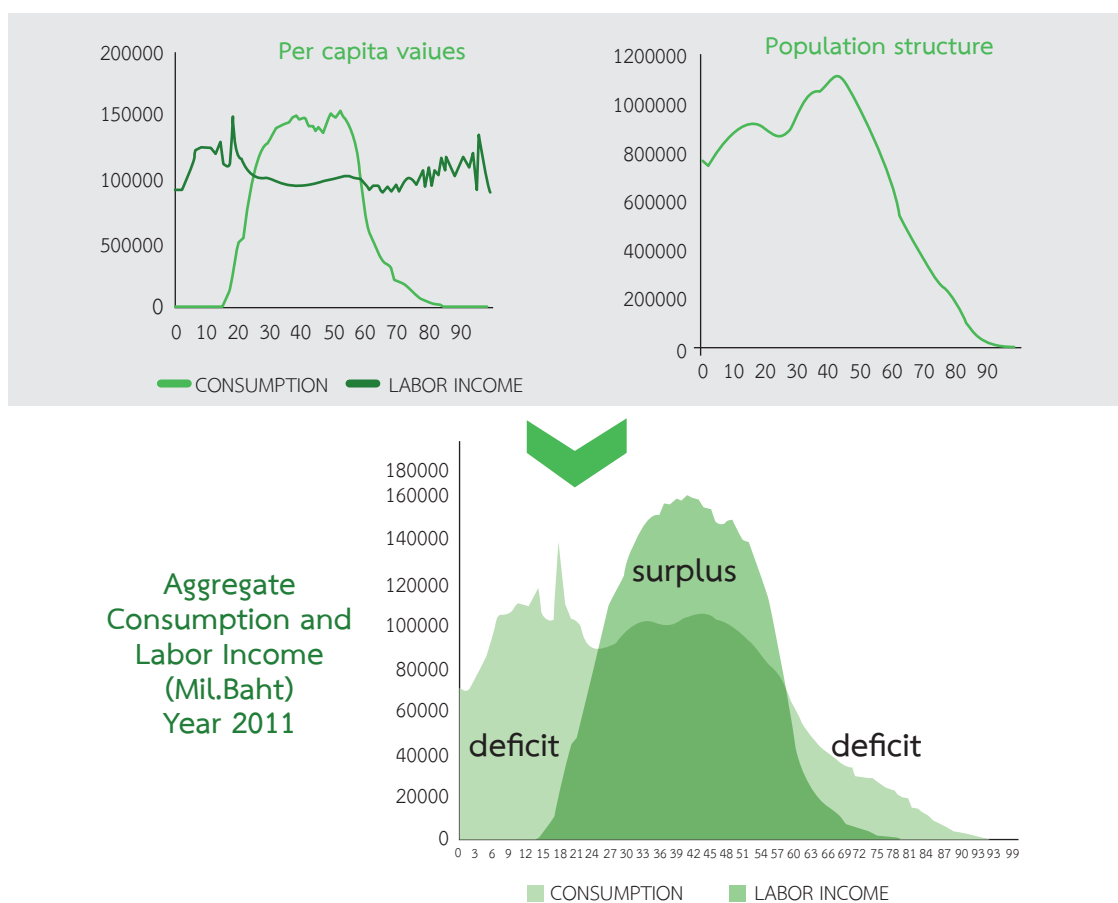
ปรากฏการณ์นี้บ่งชี้ว่า เงินออมสำหรับวัยผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับการพึ่งพาสวัสดิการสังคมในผู้สูงอายุยังคงไม่มากนัก

### 3.2.3 การคาดการณ์การขาดดุลการเงินตามช่วงวัยในอนาคต

หากนำข้อมูลดุลการเงินในแต่ละช่วงอายุ มารวมกับโครงสร้างประชากรหรือจำนวนประชากรในแต่ละช่วงอายุ เราก็จะได้ภาพรวมการขาดดุลทางการเงินในแต่ละช่วงวัยของประเทศ ซึ่งสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้มีการคำนวณการขาดดุลการเงินในปี พ.ศ. 2554 ไว้ที่ 1.3 ล้านล้านบาท

แต่เนื่องจากโครงสร้างทางประชากรของไทยกำลังเปลี่ยนไปไปในทิศทางที่จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่วัยทำงานและวัยเด็กลดลง ทำให้ตัวเลขการขาดดุลทางการเงินในช่วงวัยเด็กลดลง และการขาดดุลในช่วงวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเบ็ดเสร็จแล้ว การขาดดุลการเงินตามช่วงวัยโดยรวมของไทยในปี พ.ศ. 2583 จะอยู่ที่ 1.8 ล้านล้านบาท (คิดจากมูลค่าเงินในปัจจุบัน)

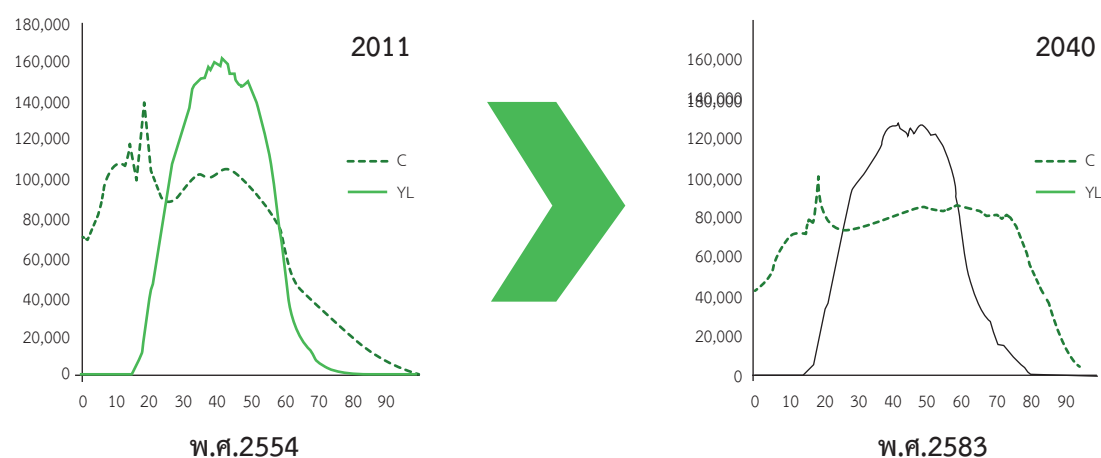
ภาพที่ 6 การคำนวณการขาดดุลการเงินตามช่วงวัย พ.ศ. 2554



ที่มา: S. Lowhachai, 2015. Aging and The Changing Nature of Intergenerational Flows in Thailand, NESDB



## ภาพที่ 7 การเปลี่ยนแปลงการขาดดุลการเงินตามช่วงวัย ระหว่าง พ.ศ.2554 กับ 2583



ที่มา: S. Lowhachai, 2015. Aging and The Changing Nature of Intergenerational Flows in Thailand, NESDB

### 3.2.4 แนวทางการรับมือการขาดดุลตามช่วงวัย

การเตรียมการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางประชากรที่กระทบต่อการขาดดุลการเงินตามช่วงวัย สามารถกระทำได้ 4 แนวทางคือ

- 1) การเพิ่มรายได้จากการทำงาน ซึ่งแยกเป็น 3 แนวทางย่อยคือ
  - (1) เพิ่มผลิตภาพของแรงงานในวัยทำงาน หรือเพิ่มรายได้จากการทำงานของคนทำงาน เพื่อให้สามารถออมและสนับสนุนช่วงวัยที่ขาดดุลได้ดีขึ้น
  - (2) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการทำงานของเยาวชน เพื่อให้ลดการขาดดุลการเงินลง และสามารถเข้าสู่วัยที่เกินดุลได้เร็วขึ้น
  - (3) ขยายระยะเวลาการทำงานของผู้สูงอายุออกไป เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ช่วงวัยที่ขาดดุลช้าลง
- 2) การลดรายจ่ายลง โดยเฉพาะรายจ่ายทางสุขภาพ ซึ่งสามารถทำได้โดยการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้อัตราความเจ็บป่วยที่หลีกเลี่ยงได้ลดลง
- 3) การเพิ่มระบบสวัสดิการสังคม เพื่อช่วยสนับสนุนช่วงวัยที่ขาดดุล ทั้งในวัยเด็กและวัยผู้สูงอายุ
- 4) การเพิ่มระบบการจัดสรรการลงทุน โดยเฉพาะการออมสำหรับวัยผู้สูงอายุ

## 3.3 เศรษฐกิจอายุวัฒน์

เศรษฐกิจอายุวัฒน์ (Economic Longevity) คือ รูปแบบเศรษฐกิจที่ไม่ได้เสื่อมถอยหรือเสื่อมมูลค่าลงตามอายุ แนวคิดเศรษฐกิจอายุวัฒน์จึงมีความสำคัญมากสำหรับสังคมสูงวัย

ลักษณะของเศรษฐกิจอายุวัฒน์ คือ รูปแบบเศรษฐกิจที่

- (1) ผู้สูงอายุเข้าร่วมและบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง
  - (2) ในกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อทั้งตนเองและคนอื่นๆ ในชุมชน และ
  - (3) ให้ผลตอบแทนที่เพียงพอในการดำเนินการต่อไปและช่วยในการเลี้ยงชีพได้พอสมควร
- องค์ประกอบของเศรษฐกิจอายุวัฒน์ อาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนหลักๆ คือ การจัดการงาน และการจัดการเงิน ซึ่งต่อไปจะขอก้าวไปที่ละส่วน

ภาพที่ 8 ลักษณะของเศรษฐกิจอายุวัฒน์



### 3.3.1 งานในเศรษฐกิจอายุวัฒน์

รูปแบบของ “งาน” ในระบบเศรษฐกิจอายุวัฒน์มีอยู่ด้วยกัน 5 ลักษณะ คือ

**หนึ่ง SLOW** เป็นงานที่ไม่ได้แข่งกันที่ความเร็ว แต่เน้นที่ความละเอียดอ่อน รอบคอบ การทำงานตามจังหวะขั้นตอนแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น การเลี้ยงแมลง การเพาะกล้าไม้ การปลูกผัก (แบบไม่ได้เน้นการเพิ่มผลผลิต) การทำสวน งานฝีมือ เป็นต้น

**สอง CARE** เป็นงานที่ดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งต้องอาศัยความใจเย็น พิถีพิถัน เช่น การดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน การดูแลเด็ก หรือแม่กระทั่ง การรับดูแลสัตว์เลี้ยง

**สาม HEALTH** เป็นงานหรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น การนวด การใช้/พัฒนาสมุนไพร การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

**สี่ WISDOM & MEMORY** เป็นงานที่เกี่ยวข้องการสืบทอดหรือการบอกเล่าภูมิปัญญาและความทรงจำ หรือเรื่องราวที่กำลังจะหายากขึ้นทุกทีในสังคมยุคใหม่ เช่น การเป็นวิทยากร การเล่านิทาน หรือแม่กระทั่งการเป็นมัคคุเทศก์ (ในพื้นที่ของตน)

**ห้า SIMPLICITY** เป็นรูปแบบการจัดการที่ง่ายๆ ไม่ซับซ้อน ไม่เป็นโครงสร้างใหญ่โตวุ่นวาย มีลักษณะกระจายศูนย์ แต่อาจเชื่อมต่อเป็นเครือข่ายได้

ภาพที่ 9 องค์ประกอบของเศรษฐกิจอายุรวัฒน์ ด้านการงาน



ดังนั้น รูปแบบงานที่เน้นการแข่งขันกันในด้านความเร็ว ในด้านต้นทุน ในเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไว หรือมีการจัดการที่ซับซ้อน จะไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ เพราะอายุ (หมายถึงพลังกำลัง/ความฉับไว) จะกลายเป็นข้อเสียเปรียบในการแข่งขันแบบดังกล่าว

หากเราเข้าใจจุดแข็งของผู้สูงอายุเช่นนี้จากทั้ง 8 ชุมชน เราจะพบว่า การสร้างงาน และ เศรษฐกิจอายุวัฒน์ของผู้สูงอายุนั้นไม่ยากเลย

### 3.3.2 สิ่งที่ต้องปรับปรุง

อย่างไรก็ดี จุดอ่อนที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงของพี่น้องผู้สูงอายุมีอยู่ด้วยกัน 4 ด้าน (ไม่นับความเร็ว และการแข่งขันแบบเข้มข้นที่ได้กล่าวไปแล้ว) คือ การวางระบบมาตรฐานงาน การจัดการข้อมูล (เช่น ระบบข้อมูลสุขภาพของลูกค้า) และการออกแบบในเชิงภาพ (หรือ graphic design) และการสื่อสารผ่านโลกออนไลน์

ซึ่งคำว่า “ไม่อาจหลีกเลี่ยง” ได้ หมายความว่า เราจำเป็นต้องให้สมาชิกวัยอื่นๆ มาช่วย พัฒนางานของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจอายุวัฒน์จึงจะเข้มแข็งได้

ภาพที่ 10 จุดอ่อนหรือข้อจำกัดของผู้สูงอายุ





### 3.3.3 การจัดการเงินในเศรษฐกิจอายุรวัฒน์

ส่วนการจัดการ “เงิน” ในระบบเศรษฐกิจอายุรวัฒน์จะเน้นหลักการ 4 ข้อคือ

- (1) เล็กแต่บ่อย หมายความว่า ออมหรือลงทุนได้ง่ายๆ เช่น รายวัน รายสัปดาห์ หรือ รายเดือน
- (2) เปลี่ยนของไม่มีค่าให้มีค่า เช่น การออมผ่านการจัดการขยะ การปลูกไม้ยืนต้นจาก ก้านไม้ต้นเล็ก
- (3) ความเสี่ยงต่ำ ไม่ใช่การลงทุนที่มีความผันแปรไว และ
- (4) มีคุณประโยชน์อย่างอื่นๆ ประกอบด้วย เช่น ได้พบปะกัน ได้ช่วยเหลือกัน ทำให้ สิ่งแวดล้อมในชุมชนดีขึ้น

ภาพที่ 11 องค์ประกอบของเศรษฐกิจอายุรวัฒน์ ด้านการเงิน



เช่นเดียวกัน การจัดการทางการเงินของพี่น้องในชุมชนทั่วไปก็มักมีข้อจำกัดที่อาจไม่ หลีกเลียงได้อยู่ 2 ประการคือ (ก) การลงทุนในกิจกรรมภายนอกชุมชน เช่น การปลูกไม้ยืนต้นใน รูปแบบธนาคารต้นไม้ และ (ข) การจัดการความเสี่ยงของการลงทุน โดยเฉพาะเมื่อการลงทุนมีความ ซับซ้อนขึ้น

## 3.4 สถานการณ์การออมของผู้สูงอายุในประเทศไทย

สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ได้ทำการสำรวจการออมของผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมการออมในรูปของเงินสด และการสะสมทรัพย์สินที่มีมูลค่า เช่น หุ้น พันธบัตร ที่ดิน บ้าน รถยนต์ เพชร ทอง รวมถึงการออมเงินในการประกันชีวิต เป็นต้น

ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด) มีการออม โดยผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีอัตราการออม (ร้อยละ 77.3) สูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีอัตราการออมน้อยกว่า ร้อยละ 72.8 และ 66.6 ตามลำดับ

### 3.4.1 มูลค่าการออม

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาถึงมูลค่าการออม พบว่า ผู้สูงอายุมีมูลค่าการออมอยู่ในระหว่าง 100,000-399,000 บาทมากที่สุด ที่ร้อยละ 31.0 และหากรวมผู้สูงอายุที่มีการออมน้อยกว่า 100,000 บาท เข้าด้วยกัน จะพบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทยเกือบ 2 ใน 3 (ร้อยละ 64.0) มีมูลค่าการออมน้อยกว่า 400,000 บาท และหากพิจารณาที่ 1,000,000 บาทขึ้นไปแล้ว จะมีผู้สูงอายุไทยเพียงร้อยละ 14.7 เท่านั้น ที่มีมูลค่าการออมสูงกว่าหนึ่งล้านบาทขึ้นไป

กล่าวโดยสรุป แม้ว่า ผู้สูงอายุไทยประมาณ 2 ใน 3 จะมีการออม แต่มูลค่าการออมอยู่ในระดับที่ต่ำ ทำให้ผลตอบแทนที่ได้รับจากการออมจึงอยู่ในระดับต่ำไปด้วย โดยผลการสำรวจเดียวกันของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า รายได้จากดอกเบี้ยเงินออมและเงินออมจากการขายทรัพย์สินที่มีอยู่ คิดเป็นร้อยละ 2.3 ของรายได้ทั้งหมดของผู้สูงอายุไทยเท่านั้น

ทั้งนี้ ผลการศึกษาของจิวรรณ มาท้วม อภิชาติ ธีธัญญาหาร และอภิชญา ทิพย์พิมพ์วงศ์ (2560) พบว่า ระดับการออมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับความพึงพอใจในชีวิต โดยระดับการออมที่เริ่มส่งผลเชิงบวกต่อความพึงพอใจในชีวิตคือ 400,000 บาท ขึ้นไป ขณะเดียวกัน อภิชญา จิวพัฒนกุล วรางคณา อติศรประเสริฐ และศุภินญา ญาณสมบูรณ์ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออมมากขึ้นจะมีผลให้มีพฤติกรรมค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่สูงกว่า ผู้ที่มีการออมน้อยกว่า



### 3.4.2 รูปแบบการออมเพื่อเกษียณอายุ

รูปแบบการออมที่มากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุและการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุคือ รูปแบบการออมแบบทรัพย์สินถาวร ได้แก่ บ้านและที่ดิน รองลงมาคือทรัพย์สินทางการเงิน ได้แก่ (ก) เงินฝากธนาคาร โดยเงินฝากออมทรัพย์ยังเป็นรูปแบบการฝากเงินที่มากที่สุด รองมาเป็นเงินฝากประจำ รวมถึงการซื้อสลากออมสิน/ออมทรัพย์ (ข) การประกันชีวิต และ (ค) การออมผ่านสหกรณ์ออมทรัพย์ในสถานประกอบการ

ทั้งนี้ แรงจูงใจในการออม จะแตกต่างกันไปในแต่ละรูปแบบการออม

- เงินฝากธนาคาร แรงจูงใจในการออมไม่ใช่ดอกเบี้ยที่ได้รับ แต่เป็นเพราะความมั่นคงและการให้บริการที่เชื่อถือได้ของสถาบันการเงินที่ฝากเงิน ส่วนกรณีสลากออมสินนั้นมีแรงจูงใจเพิ่มในการลุ้นรางวัล
- การทำประกันชีวิต แรงจูงใจคือ การได้รับความคุ้มครองหรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ซึ่งเป็นไปเพื่อป้องกันความเสี่ยงส่วนบุคคล ทั้งเรื่องชีวิต สุขภาพ และทรัพย์สิน
- การออมในสหกรณ์ออมทรัพย์ในสถานประกอบการ แรงจูงใจคือ ผลตอบแทนในรูปของเงินปันผลและอัตรดอกเบี้ย

ผลการศึกษาของอภิชา จิวพัฒนกุล วราภรณ์ อติศรประเสริฐ และศุภิญญา ญาณสมบุญรัตน์ จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรูปแบบการออมในรูปสินทรัพย์ถาวรเป็นอันดับแรก โดยผลรวมมูลค่าการออมในรูปสินทรัพย์ถาวรมีค่าเฉลี่ย 1,289,058.66 บาท และมีรูปแบบการออมในรูปสินทรัพย์ทางการเงินในระบบและนอกระบบเป็นเงินฝากกับสถาบันการเงินต่างๆ โดยผลรวมมูลค่าการออมในรูปสินทรัพย์ทางการเงินในระบบและนอกระบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51,422.54 บาท

### 3.4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการออมของผู้สูงอายุ

วิโรจน์ เกษภูลักษณะและธนภรณ์ เนื่องพลี (2561) พบว่า คนไทยมีทัศนคติที่ดีในการออม กล่าวคือ มองว่า (ก) การออมเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ (ข) สามารถรองรับความเสี่ยงในอนาคตได้ (ค) ช่วยให้ลูกหลานสบายหากตนเสียชีวิตไป (ง) ช่วยให้ตนเองมีความสามารถในการดำเนินชีวิต และกิจกรรมที่ต้องการได้ และ (ง) ไม่เป็นภาระของลูกหลาน/ผู้อื่นจนมากเกินไป

ผลการศึกษาของเกษมศรี ปุชนะนิยวงศ์ (2558) พบว่า คนไทยในวัย 25-35 ปี โดยส่วนใหญ่มีความคิดในการวางแผนการออมเงินเพื่อเกษียณ โดยมีสัดส่วนการออมประมาณ 10-20% ของ

รายได้ ซึ่งยังมีสัดส่วนต่ำกว่าการออมเพื่อวัตถุประสงค์ระยะสั้น เช่น การลงทุนหรือการแต่งงาน ปัจจัยที่สำคัญที่สำคัญที่ทำให้การออมมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลคือ

- รายได้และความพอเพียงของรายได้ ผู้ที่มีรายได้สูงกว่า และมีความพอเพียงของรายได้ จะมีการออมมากกว่า
- ลักษณะอาชีพที่มีงานประจำ และ/หรือมีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และ/หรือสหกรณ์ออมทรัพย์ในสถานประกอบการจะมีการออมมากกว่า
- ภาระหนี้สิน ผู้ที่มีภาระหนี้สินน้อยกว่า จะมีการออมมากกว่า
- อายุ โดยช่วยอายุที่มีแนวโน้มที่จะมีการออมระยะยาวสูงคือ อายุประมาณ 25-35 ปี
- วินัยในการออม และวินัยในการจัดการทางการเงิน

ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการออมมากที่สุดคือ ครอบครัวหรือญาติพี่น้อง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงส่วนประสมการตลาดในการเชิญชวนให้ออมก็พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการออมมากที่สุดคือ 4P หรือ marketing mix คือ บุคลากรในการให้บริการ และความน่าเชื่อถือของสถาบันการเงิน

### 3.4.4 การออมผ่านกองทุนการออมแห่งชาติ

ในส่วนของการเข้าร่วมกองทุนการออมแห่งชาติ ผลการศึกษาของเจน จงจันสี (2558) และ มงคลชัย จำรูญ (2560) พบว่าปัจจัยทางบวกที่มีผลต่อการเข้าร่วมกองทุนการออมแห่งชาติ คือ (ก) ช่วงอายุในวัยทำงาน (ข) อาชีพเช่น ค้าขาย เกษตรกร และอาชีพอิสระ (ค) กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท จะให้ความสนใจมากกว่า เพราะกองทุนการออมแห่งชาติสามารถออมได้แบบค่อนข้างยืดหยุ่น (ง) วินัยในการออมและวินัยทางการเงินของแต่ละบุคคล (จ) แรงจูงใจด้านผลตอบแทนจากกองทุน และ (ฉ) แรงจูงใจด้านเงินสมทบจากรัฐบาล

ในขณะที่ปัจจัยในเชิงลบในการเข้าร่วมกองทุนการออมแห่งชาติ ที่พบจากการศึกษาของเจน จงจันสี (2558) และมงคลชัย จำรูญ (2560) คือ (ก) การมีสถานภาพโสด หย่าร้าง หรือหม้าย จะมีการเข้าร่วมกองทุนการออมแห่งชาติน้อยลง (ข) กลุ่มที่มีรายได้สูงจะสนใจในการออมผ่านกองทุนการออมแห่งชาติลดลง (ค) ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีจะสนใจเข้าร่วมน้อยลง (ง) ภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน เช่น จำนวนสมาชิกที่เพิ่มขึ้น หรือช่วงอายุที่มีค่าใช้จ่ายสำหรับสมาชิกมาก (เช่น 36-45 ปี) จะมีความสนใจในการเข้าร่วมอมน้อยลง และ (จ) ปัจจัยทางเสถียรภาพทางการเมือง ซึ่งผลให้ขาดความมั่นใจในกองทุนการออมแห่งชาติ

### 3.4.5 ภาวะหนี้สินของผู้สูงอายุ

ในทางตรงกันข้าม หนี้สินคือ ภาวะที่ทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุขาดความมั่นคง และขณะเดียวกัน ก็ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ (2559) พบว่า การมีหนี้สินและระดับหนี้สินมีผลต่อความยากลำบากในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาฉบับเดียวกันพบว่า ร้อยละ 37 ของผู้สูงอายุ (ที่สำรวจ) มีภาวะหนี้สิน และ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหนี้สิน คาดว่า ตนเองไม่สามารถจะชำระหนี้สินได้หมด

ส่วนการศึกษาของ โสมรัมย์ จันทรัตน์ และคณะ (2562) ก็ได้แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าภาวะหนี้สินของครัวเรือนเกษตรกรจะค่อยลดลงตามช่วงวัย แต่เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุแล้ว (60 ปีขึ้นไป) เกษตรกรไทยก็ยังมีภาวะหนี้สินโดยเฉลี่ยประมาณ 25,000 บาท/ครัวเรือน และเมื่อเข้าสู่อายุ 80 ปีแล้ว เกษตรกรไทยก็ยังมีภาวะหนี้สินโดยเฉลี่ยประมาณ 10,000 บาท/ครัวเรือน

ในบางประเทศจึงมีแนวทางในการลดภาวะหนี้สินสำหรับผู้สูงอายุ ตามวินัยในการชำระหนี้สินที่ผ่านมาในอดีต เพื่อลดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ

## 3.5 อะไรออมได้บ้าง?

เศรษฐกิจอายุรวัฒน์ หมายถึง ระบบเศรษฐกิจที่มีความเตรียมความพร้อมสำหรับการก้าวสู่สังคมวัยวุฒิ และยังสามารถดำรงหรือเพิ่มพูนความมั่งคั่งไว้ได้ แต่การสร้างเศรษฐกิจอายุรวัฒน์คงจะไม่เกิดขึ้น ถ้าอัตราครัวเรือนที่มีการออมเกินหนึ่งล้านบาทยังอยู่ที่ร้อยละ 14.7 เท่านั้นเอง

การออม หมายถึง การแบ่งรายได้ส่วนหนึ่งเก็บสะสมไว้สำหรับวัตถุประสงค์ต่าง ๆ เช่น เพื่อไว้ใช้ในอนาคต เพื่อเวลาฉุกเฉิน เพื่อใช้ในสิ่งที่อยากได้หรืออยากทำ การออมส่วนใหญ่มักอยู่ในรูปแบบที่มีความเสี่ยงต่อการสูญเสยเงินต้นต่ำ และได้รับผลตอบแทนไม่สูงนักเมื่อเทียบกับการลงทุน (เช่น การฝากออมทรัพย์ การฝากประจำ การซื้อสลากออมทรัพย์)

ภายใต้นิยามการออม 3 ประการคือ (ก) ทำหรือเก็บไว้ในวันนี้ (ข) มีมูลค่าเพิ่มขึ้นในวันหน้า และ (ค) สามารถเปลี่ยนกลับมาเป็นเงินเพื่อใช้จ่ายในอนาคตได้ ภาคประชาชนจึงระดมความคิดเห็นว่า อะไรออมได้บ้าง? ซึ่งภาคประชาชนก็ได้จัดกลุ่มรูปแบบการออมมาด้วยกัน 5 กลุ่มด้วยกันคือ

**กลุ่มแรก** คือ การออมผ่านสถาบัน/กลุ่ม/ตัวกลางทางการเงิน เช่น ธนาคาร ประกันชีวิต กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ฯลฯ ซึ่งการออมในกลุ่มนี้ต้องออมผ่าน “เงิน” ต้อง

ออมเป็นประจำ ความเสี่ยงต่ำ แต่ให้ผลตอบแทนไม่มากนัก ยกเว้น การลงทุนในหุ้นที่มีความเสี่ยงสูง และผลตอบแทนก็อาจจะสูงตามไปด้วย

**กลุ่มที่สอง** คือ การออมผ่านที่ดิน บ้าน อสังหาริมทรัพย์ กลุ่มนี้ไม่ต้องออมประจำ แต่ต้องลงทุนตอนแรกสูง ความเสี่ยงต่ำ (สำหรับพื้นที่ที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจดี) และแนวโน้มจะได้ผลตอบแทนสูงในอนาคต

**กลุ่มที่สาม** คือ ต้นไม้ เช่น ไม้ยืนต้นที่มีเนื้อไม้ที่มูลค่า ตั้งแต่ไม้ยางพารา (มูลค่าไม่มากนัก) ไปจนถึงไม้สัก ไม้กั้นเกราะ ไม้เคี่ยม ฯลฯ กลุ่มนี้ลงทุนไม่มากนัก แต่ต้องมีที่ดิน ต้องใช้เวลานาน (เช่น 20 ปี) แต่ให้ผลตอบแทนคุ้มค่ากับการรอคอย เช่น 20,000 บ้าน/ต้น โดยทั่วไปพี่น้องถือว่า ความเสี่ยงต่ำ แต่ต้องระวังเรื่องภัยพิบัติ (เช่น วาตภัย) และราคาตกต่ำ (เช่น ไม้ยางพารา ในบางช่วงเวลา) บ้างเช่นกัน

**กลุ่มที่สี่** คือ ปศุสัตว์ เช่น วัว แพะ กลุ่มนี้คล้ายกลุ่มที่สาม แต่รอสั้นกว่า และมีผลตอบแทนดีพอสมควร เพียงแต่จะต้องมีความรู้และมีการดูแลมากกว่ากลุ่มที่สาม

**กลุ่มที่ห้า** คือ สิ่งของ เช่น ทองคำ พระเครื่อง วัตถุโบราณ หนังสือ/เครื่องดนตรีเก่า ผ้าทอเก่า ฯลฯ กลุ่มนี้อาจได้มาโดยมรดก/ยกให้/ซื้อ (ในกรณีทองต้องซื้อแน่นอน) แต่การเพิ่มมูลค่าอาจต้องรอเวลานาน ต้องมีความรู้ และต้องการกระแสความนิยมมาเพิ่มมูลค่าของสิ่งนั้นๆ เช่นกัน

## ภาพที่ 12 ประเภทของการออม

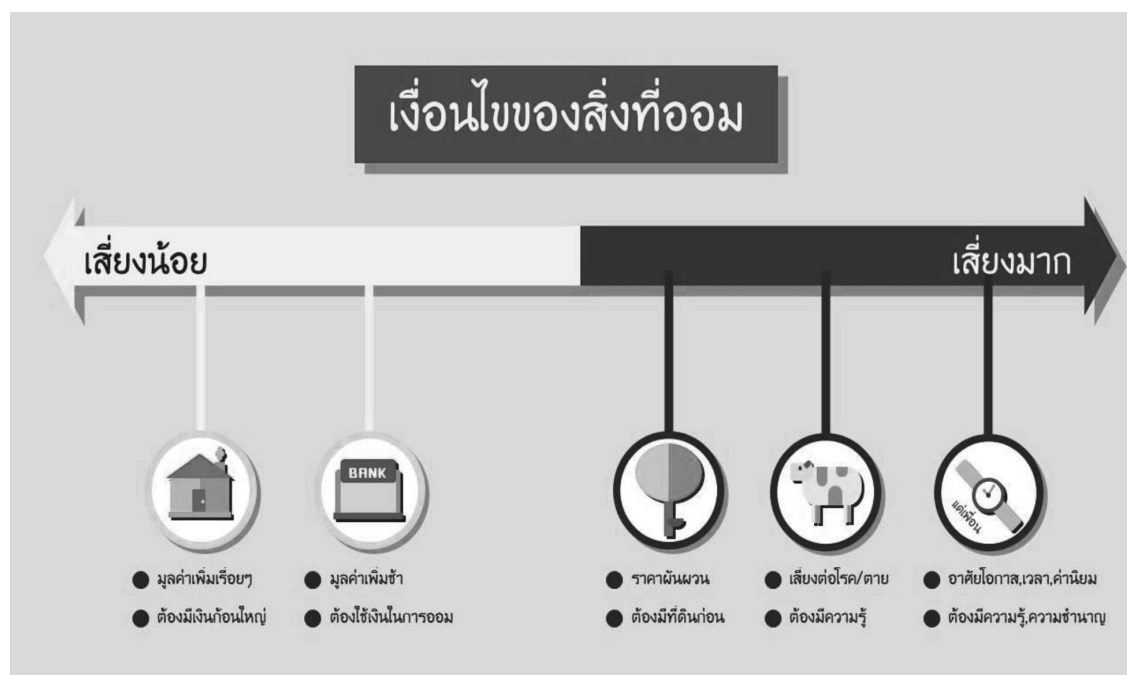


อย่างไรก็ดี หากวิเคราะห์เจาะลึกลงไปถึงกลุ่มประชาชนที่ไม่สามารถออมได้บ้าง?” คำตอบที่มักได้รับจากภาคประชาชนคือ (ก) คนที่ไม่มีงานทำ (ข) แรงงานที่มีค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ (ค) คริวเรือนที่มีรายได้น้อย/มีภาระกำลังเลี้ยงดูลูกในวัยเรียน (ง) นักเรียน และ (จ) ผู้ที่มีหนี้ในระบบ

หากเราวิเคราะห์เจาะลึกลงไปในการออมทั้ง 5 กลุ่มนี้ ออมใน 5 รูปแบบข้างต้นอย่างไรได้บ้าง? เราก็จะพบว่า การหาคำตอบให้ประชาชนทั้ง 5 กลุ่มนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายๆ เพราะมักจะเจอข้อติดขัดในการออม ตัวอย่างเช่น

- การออมกลุ่มที่ 1 ต้องใช้เงิน (เป็นสื่อในการออม) แต่พี่น้องทั้ง 5 กลุ่ม ก็ไม่มีเงิน หรือไม่มีรายได้เพียงพอในการออม
- การออมกลุ่มที่ 2 (บ้านและที่ดิน) ยังต้องลงทุน จึงยิ่งยากมากสำหรับประชาชนทั้ง 5 กลุ่ม
- การออมกลุ่มที่สาม (ต้นไม้) ก็ต้องการที่ดิน ก่อนที่จะปลูกต้นไม้ได้ ซึ่งทำให้ประชาชนทั้ง 5 กลุ่มก็มักมีจำกัดเช่นกัน
- การออมกลุ่มที่ 5 (สิ่งของ) ประชาชนก็ต้องลงทุนซื้อและไม่รู้ว่าจะเก็บนานไปจนถึงเมื่อไร มูลค่าจึงจะเพิ่มขึ้น ซึ่งแปลว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ภาพที่ 13 เจ็อนไขของการออม



จากข้อจำกัดดังกล่าว ภาคประชาชนจึงได้เสนอแนวทางการออม แนวทางต่างๆ ตัวอย่าง  
เช่น

- ให้รัฐบาล/เทศบาลออมให้ประชาชน (หรือร่วมสมทบในการออม) เลย เช่น เดือนละ 500 บาท” ข้อเสนอนี้ ตอนแรกข้อเสนอนี้อาจฟังดูแปลกๆ แต่ผู้เสนอยืนยันว่า ก็รัฐบาลจ่ายเงินให้เราบริโภคได้เลย (บัตรคนจนเดือนละ 200-500 บาท) แล้วทำไมจะจ่ายให้เราออมไม่ได้
- การออมแบบที่สอง (บ้านและที่ดิน) ได้โดยการทำให้ต้นทุนของบ้าน ที่ดิน และต้นทุนเงินกู้ถูกลง ซึ่งก็จะมีผลให้ประชาชนสามารถออมได้มากขึ้น
- การออมแบบที่สาม (การปลูกต้นไม้) โดยการปลูกในที่ดินของรัฐก็ได้ไง ที่ดินก็ยังเป็นของรัฐเหมือนเดิม แต่ขอมาอมต้นไม้ 20 ปี และแบ่งต้นไม้ที่ได้คนละครึ่งกับรัฐบาล หรือในกรณีที่ประชาชนอยู่ในพื้นที่เมือง ซึ่งไม่สามารถดูแลต้นไม้ที่ปลูกได้ ก็อาจใช้การลงทุนผ่านกองทุนพันธบัตรต้นไม้แทน
- การออมแบบที่สี่ ปศุสัตว์ก็สามารถออมได้เลย เพราะต่อไปก็ค่อยๆ ขยายได้ เมื่อวัวและแพะคลอดลูกออกมา และหากขายวัวหรือแพะได้ ก็ต้องบังคับออมในกลุ่มแรก (ออมเป็นเงิน) ด้วย
- การออมแบบที่ห้า ในรูปสิ่งของ ภาคประชาชนเสนอให้สนับสนุนการรวมกลุ่มสำหรับคนที่ชอบแบบเดียวกัน จะได้มองเห็นโอกาส และความเสี่ยงในการเก็บออมรูปแบบนี้ได้





## 3.6 แนวคิดธนาคารต้นไม้ยืนต้นเพื่อการออม

สืบเนื่องจากมูลค่าการออมของผู้สูงอายุไทยยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ดังนั้นจึงมีแนวคิดที่จะเพิ่มมูลค่าของทรัพย์สินที่ผู้สูงอายุ/ผู้กำลังจะก้าวไปเป็นผู้สูงอายุที่จะสามารถออมได้ เพื่อให้เป็นไปในลักษณะเศรษฐกิจอายุวัฒน์

ธนาคารต้นไม้เพื่อการออม เป็นแนวคิดหนึ่งในรูปแบบเศรษฐกิจอายุวัฒน์ นั่นคือ การออมผ่านการเติบโตและการเพิ่มมูลค่าของไม้ยืนต้น ซึ่งมี (ก) การออมตามธรรมชาติเกิดขึ้นทุกวัน (ข) ความเสี่ยงต่ำ (ค) ทำให้ที่ดินและต้นไม้เป็นของมีมูลค่า และ (ง) มีประโยชน์ในเรื่องสิ่งแวดล้อม

เพื่อทำความเข้าใจกับแนวคิดธนาคารต้นไม้เพื่อการออมให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ขอยกตัวอย่าง กรณีชมรมคนรักป่า ตำบลกำแพงเพชร อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา ซึ่งดำเนินการตามแนวคิดธนาคารต้นไม้ โดยตั้งอยู่บนฐานว่า การปลูกต้นไม้คือ การออม ในรูปแบบที่ทุกคนทำได้ และสมาชิกมีการประมาณการณกันว่า แต่ละวัน ต้นไม้จะมีมูลค่าเพิ่มขึ้น ขึ้นต่ำนวันละ 1 บาท/ต้น

### 3.6.1 ออมอย่างไร?

จากตัวเลข 1 บาท/ต้น/วัน ถ้าคิดเวลา 20 ปี ต้นไม้หนึ่งต้นก็จะมีมูลค่าเพิ่มขึ้นเท่ากับ 7,300 บาท/ต้น แต่จริงๆ แล้ว หากไปเทียบราคาตลาดของเนื้อไม้ที่สมาชิกขายได้ในปัจจุบัน (เช่น ไม้ตะเคียนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป) ขึ้นต่ำของต้นไม้ใหญ่ที่ขายคือ 100,000 บาท/ต้น และค่าเฉลี่ยที่ได้คือ ประมาณ 200,000 บาท/ต้น

เมื่อคิดเช่นนี้ สมาชิกชมรมคนรักป่าที่ตำบลกำแพงเพชร จึงมักคุยกันว่า ออมวันละกี่บาท? ซึ่งคำว่า “ออมวันละกี่บาท” ก็หมายถึงจำนวนต้นไม้ที่แต่ละคนได้ปลูกไปแล้วนั่นเอง เช่น คนที่ออม 20,000 ต้น หรือเท่ากับออมวันละ 20,000 บาท นั่นเอง

นั่นแปลว่า ถ้าต้นไม้ของสมาชิกท่านนี้ เติบโตได้ตามคาด และขายได้สัก 10,000 บาท/ต้น พี่น้องท่านนี้จะมีมูลค่าของต้นไม้ทั้งหมดถึง 200 ล้านบาท

### 3.6.2 ออมที่ไหน?

ชมรมคนรักป่า ตำบลกำแพงเพชรจะให้ความสำคัญกับการปลูกป่าในสวนยาง เพราะมีสวนยางอยู่แล้ว และระยะปลูกของยางค่อนข้างห่าง (6 เมตร/แถว หรือ 8 เมตร/แถว) จึงแซมเข้าไปได้ไม่ยากนัก

ข้อดีของแนวคิดนี้ หากมองในมุมเศรษฐศาสตร์ คือ สมาชิกตำบลกำแพงเพชรปลูกต้นไม้ โดยไม่มีต้นทุนค่าที่ดินเลย

### 3.6.3 ปลุกต้นไม้อะไร?

ในการเลือกไม้ที่นำมาปลูก ชมรมคนรักป่า ที่ตำบลกำแพงเพชรมีหลักสำคัญคือ หลัก 4 จ. คือ

- หนึ่ง จ. ใจชอบ หรือปลูกพืชที่เราชอบ
- สอง จ. เจริญเติบโตไว ฟิน้องมีการเก็บข้อมูลการเติบโตของต้นไม้ที่ปลูกในร่มยางอย่างละเอียด ต้นไม้ที่โตไวในร่มยางได้แก่ พะยอม ตะเคียนทอง แดง มะฮอกกานี ส่วนไม้ที่โตไม่ดีในร่มยางเช่น ไม้พะยุง ไม้สัก
- สาม จ. จำหน่ายได้ราคาดี โดยจะตั้งเกณฑ์ขั้นต่ำที่ 10,000 บาท/ต้น ไม้ที่โตไวแต่ขายไม่ได้ราคา เช่น กระถินเทพา ชมรมฯ จะไม่สนับสนุนให้ปลูกเลย
- และ สี่ จ. จัดหา (ต้นกล้า/เมล็ดพันธุ์) ได้ง่าย โดยเฉพาะได้ฟรี หรือหากต้องซื้อ ชมรมฯ ก็จะตั้งเกณฑ์ไว้ว่า กล้าไม้ที่นำมาปลูกไม่ควรแพงกว่า 25 บาท/ต้น

### 3.6.4 ปลุกต้นไม้เท่าไร?

โดยเฉลี่ย สมาชิกชมรมคนรักป่า ตำบลกำแพงเพชรจะปลูกในอัตราเท่ากับต้นยางพาราคือ 70 ต้น/ไร่ หรือหากคิดเป็นมูลค่าต้นไม้ใหญ่เมื่อครบ 20 ปีก็จะประมาณ 700,000 บาท/ไร่

นอกจากนี้ ยังปลูกพืชอย่างอื่น แซมเข้าอีกด้วยเช่น พริกไทย โดยไม่ต้องปักเสา แต่ให้เลื้อยไปตามต้นไม้ที่ปลูกแทน รวมถึงไม้ขนาดเล็กที่เป็นสมุนไพร เช่น ต้นปลาไหลเผือก หรือ ผักเหลียง เป็นต้น

### 3.6.5 ปลูกแล้วจะขายอย่างไร?

ชมรมฯ มองว่า อนาคตหากสามารถแปรรูปไม้ได้เอง จะได้ราคาดีกว่าขายเป็นต้น ตอนนี้จึงออมเงินกันเพิ่มเติมเดือนละ 100 บาท/คน เพื่อเตรียมการลงทุนเลื่อยไม้หรือทำเฟอร์นิเจอร์ในอีก 15 ปีข้างหน้า

ทางชมรมยังอธิบายเพิ่มเติมว่า การปลุกต้นไม้เป็นสินค้าที่ปลูกมีอำนาจต่อรอง เพราะหากไม่ได้ราคาที่ต้องการ ก็ไม่ขายก็ได้ เพราะเก็บไว้ต่อก็ไม่เสียต้นทุนอะไร แถมยังมีมูลค่าเพิ่มขึ้นอีกด้วย เรียกว่า No barriers to exit หรือไม่มีอุปสรรคในการออกจากตลาด (ถ้าไม่เป็นธรรม) จริงๆ

### 3.6.6 แล้วคนไม่มีที่ดินทำกินจะอย่างไร?

พี่น้องชมรมคนรักป่า พร้อมช่วยคนที่ไม่มีที่ดินปลูกต้นไม้ในที่ดินของรัฐ เพื่อเป็นเงินออมให้กับเขา โดยไม่ต้องโอนสิทธิในที่ดินมาให้คนปลูก (ที่ดินยังเป็นของรัฐบาล โดยสมบูรณ์) พี่น้องขอแต่ต้นไม้ที่จะตัดมาครั้งหนึ่งหลังครบ 20-30 ปี และต้นไม้ที่เหลืออีกครั้งหนึ่งจะเป็นของรัฐ เพื่อเป็นป่าต่อไป

เพราะฉะนั้น หากคิดตามสูตรของพี่น้องที่กำแพงเพชร ถ้าเรามีพื้นที่ให้คนปลูกต้นไม้ คนละประมาณ 1 ไร่ ก็น่าจะมีหลักประกันเงินออมตอนเกษียณประมาณ 300,000-400,000 บาท/คน

## 3.7 รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออม

จากตัวอย่างของธนาคารต้นไม้ ที่ตำบลกำแพงเพชร อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลาข้างต้น เราสามารถพัฒนาต่อยอด รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมสามารถลงทุนและต่อยอดได้เป็น 4 รูปแบบด้วยกันคือ

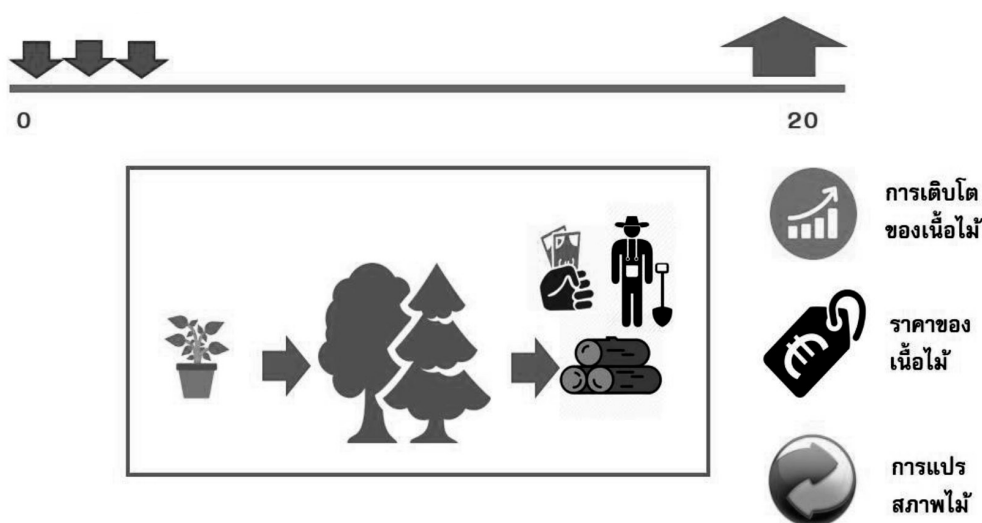
### 3.7.1 รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบพื้นฐาน

รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจแบบพื้นฐาน เริ่มต้นจากการปลูกและดูแลต้นไม้ใหญ่ให้เติบโตจนมีคุณภาพเนื้อไม้และมีมูลค่าที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ (เช่น มีอายุ 20-25 ปี) รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจแบบนี้แม้จะมีความเป็นไปได้สูงและให้ผลตอบแทนสูง (เช่น ให้ผลตอบแทนมากกว่า 100,000 บาท/ไร่ ในช่วงเวลา 20 ปี) แต่การจะดำเนินการให้เกิดขึ้นและขยายผลได้จริง ต้องเตรียมความพร้อมใน 3 เรื่องคือ

- ความรู้เรื่องการเติบโตของเนื้อไม้ ของต้นไม้ชนิด/พันธุ์ที่ต่างกัน ในพื้นที่ที่ต่างกัน เพื่อให้ผู้ปลูกไม้เศรษฐกิจสามารถเลือกปลูกได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมีพันธุกรรมของกล้าพันธุ์ที่ดี ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง หรือเรียกว่า ไม่ใช่แค่ปลูกได้ แต่ต้อง “ปลูกเก่ง” ด้วย
- ความรู้และทักษะในการแปรรูปหรือแปรรูปไม้ เพื่อรักษาคุณภาพและมูลค่าของเนื้อไม้ โดยการแปรรูปที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาด ขณะเดียวกัน ก็อำนวยความสะดวกให้กับผู้ปลูกไม้ให้สามารถรู้เท่าทันเทคโนโลยีในการแปรรูปไม้ด้วย หรือเรียกว่า ต้อง “ตัดเก่ง” ด้วย

- ความรู้และระบบข้อมูลเรื่อง ราคาเนื้อไม้ เช่น การมีระบบราคากลางอ้างอิง เพื่อให้ผู้ปลูกไม้สามารถเลือกปลูก/ตัดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับภาวะราคาของเนื้อไม้ต่างๆ รวมถึงเป็นแหล่งข้อมูลเพื่อสร้างอำนาจต่อรองให้กับผู้ปลูกไม้ด้วย หรือเรียกว่าต้อง “ขายเก่ง” อีกด้วย

ภาพที่ 14 รูปแบบที่ 1 ปลูกต้นไม้เพื่อการออม



แม้ว่า รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจแบบนี้จะให้ผลตอบแทนที่ดี แต่รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจแบบนี้ก็ข้อจำกัดสำคัญคือ (ก) กระแสเงินสดที่จำเป็นจะต้องลงทุนในตอนแรก และ (ข) ต้องรอคอยกระแสเงินสดคืนมาในเวลานาน ซึ่งนั่นจะเป็นข้อจำกัดสำคัญสำหรับพี่น้องเกษตรกรที่มีความจำเป็นต้องมีกระแสเงินทุนหมุนเวียนที่เพียงพอในการดำเนินชีวิต

เพราะฉะนั้น เราจึงจำเป็นต้องมีการต่อยอดแบบจำลองเศรษฐกิจในรูปแบบย่อยๆ อื่นๆ ต่อไป

### 3.7.2 รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบวนเกษตร

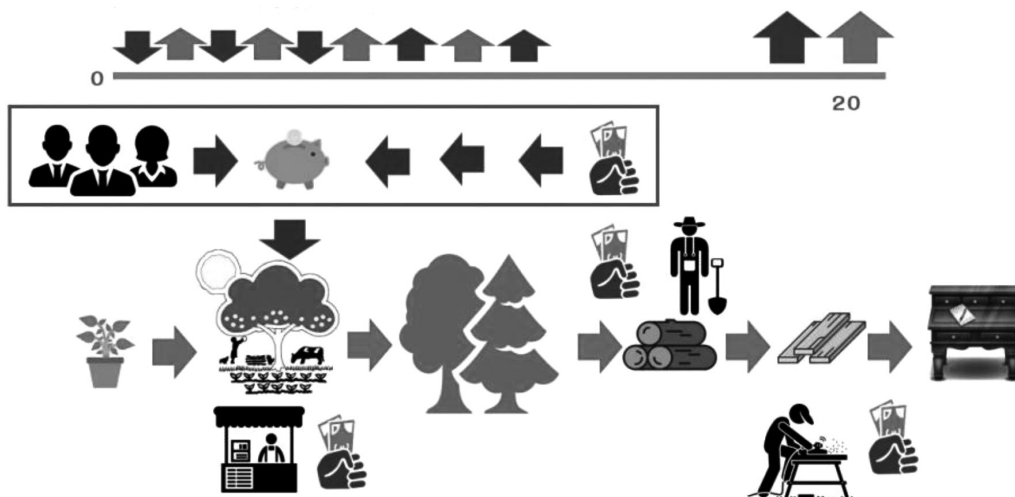
รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบวนเกษตร เป็นการต่อยอดรูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบพื้นฐานให้มีกระแสเงินสดกลับคืนมาเป็นระยะ เพื่อให้เกษตรกรสามารถมีรายได้ที่เพียงพอในระหว่างที่ทำการปลูกไม้เศรษฐกิจไปพร้อมๆ กันด้วย

วนเกษตร จึงเป็นทางเลือกสำคัญที่ช่วยให้พี่น้องเกษตรกรมีรายได้กลับคืนมาในระหว่างการปลูกและรอไม้เศรษฐกิจเติบโต โดยแนวทางที่สามารถทำได้มีอยู่ด้วยกันหลายรูปแบบ อาทิ

- การปลูกไม้เศรษฐกิจแซมเข้าไปในพืชเศรษฐกิจ เช่น การปลูกไม้เศรษฐกิจแซมเข้าไปในสวนยางพารา
- การปลูกพืชเศรษฐกิจระยะสั้น แซมเข้าไปในสวนไม้เศรษฐกิจ เช่น การปลูกผักพื้นบ้าน การปลูกพืชที่ใช้เป็นวัตถุดิบเครื่องแกงในสวนป่า
- การเลี้ยงสัตว์หรือการเพาะเลี้ยงแมลงในสวนป่า เมื่อไม้เศรษฐกิจหรือพืชเศรษฐกิจมีร่มเงาที่เหมาะสมระดับหนึ่ง เป็นต้น
- การเพาะขยายพันธุ์กล้าไม้ ซึ่งเหมาะมากสำหรับเกษตรกรที่มีอายุมากขึ้น
- การท่องเที่ยวในสวนป่าและการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ

ทั้งนี้ หัวใจของการก้าวมาสู่รูปแบบย่อยแบบวนเกษตรนี้ จะต้องประกอบด้วย (ก) ความรู้เรื่องวนเกษตร หรือเกษตรแบบผสมผสาน และ (ข) ความพร้อมและความสามารถในการจัดการการตลาด ผลผลิตของวนเกษตร

ภาพที่ 15 รูปแบบที่ 2 วนเกษตร



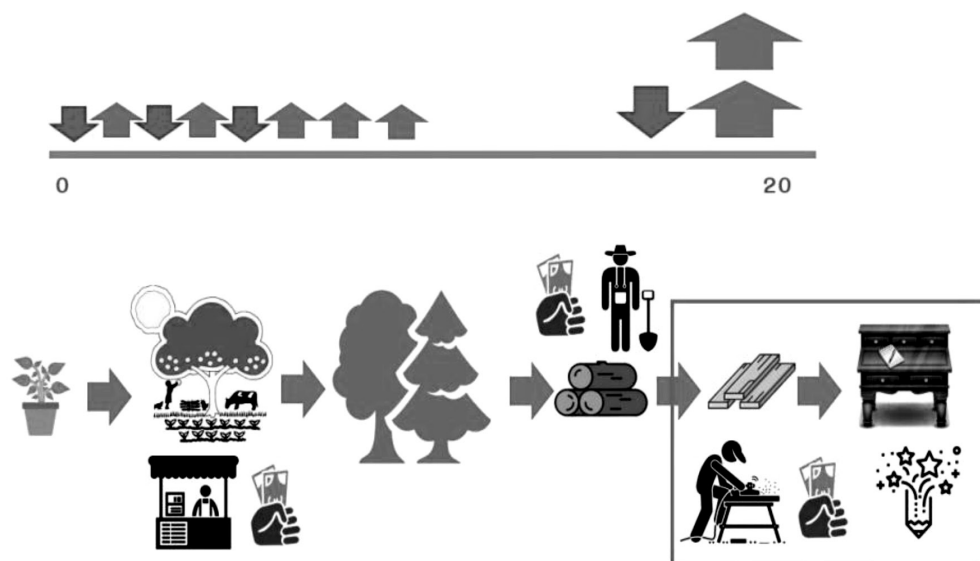
### 3.7.3 รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบวนผลิตภัณฑ์

ในขณะที่รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบวนเกษตร เป็นการเพิ่มกระแสรายได้ของผู้ปลูกไม้ในช่วงที่ไม้เศรษฐกิจยังไม่โตพอ รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบวนผลิตภัณฑ์เป็นการเพิ่มกระแสรายได้ในช่วงหลังที่เนื้อไม้ที่ปลูกไว้พร้อมใช้งานแล้ว โดยผ่าน (ก) การแปรรูปเนื้อไม้ขั้นต้น (ข) การแปรรูปเนื้อไม้แบบพร้อมใช้งาน และ (ค) การแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป (เช่น เฟอร์นิเจอร์ไม้ บ้านไม้) เพื่อให้ผลตอบแทนจากการปลูกไม้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องที่

การลงทุนในธุรกิจวนผลิตภัณฑ์นอกจากจะเป็นการสร้างมูลค่าเพิ่มของเนื้อไม้ เพิ่มผลประโยชน์จากการปลูกไม้แล้ว ยังมีบทบาทสำคัญใน (ก) เพิ่มการจ้างงานในชนบท (ข) พัฒนาทักษะของผู้ประกอบการธุรกิจไม้ และ (ค) การขยายอุปสงค์ของการใช้ไม้ให้เพิ่มขึ้นในระยะยาว เนื่องจากความสะดวกในการใช้งานไม้จะมีมากขึ้นกว่าเดิม

อย่างไรก็ดี การลงทุนในส่วนของวนผลิตภัณฑ์ จำเป็นต้อง (ก) เตรียมความพร้อมในเชิงทักษะฝีมือและเครื่องจักร/เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการแปรรูป (ข) การพัฒนาแบบจำลองทางธุรกิจในรายละเอียดสำหรับแต่ละกลุ่ม/พื้นที่ และ (ค) การสนับสนุนสินเชื่อและการลงทุนสำหรับธุรกิจวนผลิตภัณฑ์ด้วย

ภาพที่ 16 รูปแบบที่ 3 วนเกษตรและแปรรูปไม้



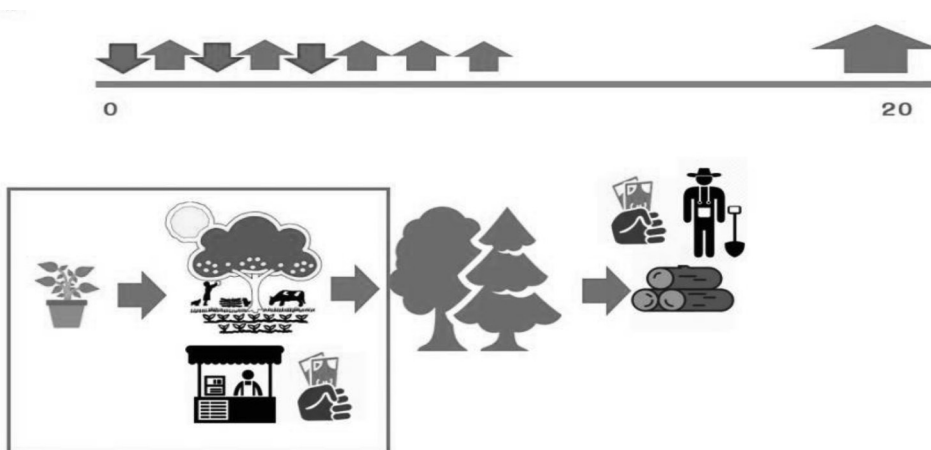
### 3.7.4 รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบวณณกิจ

รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจเพื่อการออมแบบวณณกิจ เป็นความพยายามในการตอบโจทย์ โดยใช้กระบวนการจัดการทางการเงิน (Financial management) เพื่อระดมทุนจากผู้ที่มีความประสงค์ในการ “ลงทุน” ผ่านการปลูกไม้ แต่มีข้อจำกัดที่ไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง หรือไม่สามารรถดูแลต้นไม้เศรษฐกิจที่จะปลูกได้ ดังนั้น “วณณกิจ” จึงเป็นการเพิ่มช่องทางให้ผู้ไม่มีที่ดินหรือเวลา ที่เพียงพอในการปลูกไม้ สามารถลงทุนในการปลูกไม้ได้ โดยแบ่งส่วนผลประโยชน์ให้กับเกษตรกรผู้ปลูกและดูแลต้นไม้ที่นั้นขึ้นมา

ในฝั่งพี่น้องเกษตรกรผู้ปลูกไม้ การมี “วณณกิจ” ก็จะเป็นส่วนที่เข้ามาเติมหรือช่วยในการ “กระแสรายจ่าย” เพื่อการลงทุนแทนพี่น้องเกษตรกร รวมถึงทดแทนรายได้เกษตรกรบางส่วนที่ต้องเสีย/ลดลงไปจากปลูกไม้เศรษฐกิจ ทำให้พี่น้องเกษตรกรสามารถตัดสินใจลงทุนในการปลูกไม้เศรษฐกิจได้ง่ายขึ้น แต่ทั้งนี้ เมื่อมีการตัด/แปรรูป/ขายไม้แล้ว พี่น้องเกษตรกรก็ต้องแบ่งรายได้ส่วนหนึ่ง (ตามที่ตกลงกันตั้งแต่แรก) ให้เป็นผลตอบแทนในการลงทุนของพี่น้องที่มาร่วมลงทุน

อย่างไรก็ดี การพัฒนาวณณกิจขึ้นมาจำเป็นต้องมีองค์กรหรือตัวกลางทางการเงินขึ้นมาดำเนินการ เช่น การตั้งกองทุนป่าไม้ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางการเงินในรูปแบบต่างๆ ให้ผู้ลงทุนวณณกิจเลือกลงทุนอย่างเหมาะสมกับตนเอง เช่น อาจลงทุนแบบพันธบัตรป่าไม้ (ลงทุนครั้งเดียว แล้วรอรับผลตอบแทนก้อนใหญ่ในปลายงวด) การลงทุนแบบการออม (ทยอยลงทุนรายปี แล้วไปรอรับผลตอบแทนก้อนใหญ่ในปลายงวด) การลงทุนแบบประกันรายได้ในระยะยาว (ทยอยลงทุนรายปี และทยอยรับผลตอบแทนจากการลงทุนระยะยาวเป็นรายเดือนหรือรายปี ในอนาคต)

ภาพที่ 17 รูปแบบที่ 4 การออมต้นไม้ผ่านตลาดทุน



การลงทุนแบบวณธกิจ นอกจากจะมีผลดีในด้านการลงทุนแล้ว ยังมีผลดีในการรองรับความเสี่ยงในการปลูกไม้เศรษฐกิจอีกด้วย ผ่านทางระบบการประกันภัยผลผลิต (ในกรณีนี้ ผลผลิตคือ เนื้อไม้) ทำให้ความเสี่ยงทั้งของผู้ปลูกไม้และของผู้ลงทุนมีการเฉลี่ยความเสี่ยงออกไป เพราะในความเป็นจริงแล้ว การปลูกไม้เศรษฐกิจมีความเสี่ยงในภาพรวมไม่มากนัก (แต่ในผู้ปลูกไม้เฉพาะราย อาจยังมีความเสี่ยงสูง เช่น ภัย) ดังนั้น เมื่อเฉลี่ยความเสี่ยงไป การปลูกไม้เศรษฐกิจจะเป็นการลงทุนที่มีความเสี่ยงต่ำมาก

ดังนั้น การสร้างองค์ความรู้เรื่อง “วณธกิจ” จึงมีความสำคัญเร่งด่วน และจะใช้เป็นแกนหลักแกนหนึ่งได้ในการส่งเสริมและพัฒนาการปลูกไม้เศรษฐกิจในสังคมไทย






## บรรณานุกรม

- เกษมศรี ปุชนียวงศ์, 2558. การตระหนักรู้และพฤติกรรมการออมเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มบุคคล ช่วงอายุ 25-35 ปี. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิรวรรณ มาท้วม, อภิชาติ ธีัญญาหาร และอภิชญา ทิพย์พิมพ์วงศ์. 2560. 5 ปัจจัยสร้างสุขเมื่อสูงวัย. แผนงาน NPI และสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- เจน จงจันสี. 2558. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจสมัครเป็นสมาชิกกองทุนการออมแห่งชาติ กรณีศึกษาในเขต กรุงเทพมหานคร. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เดชรัต สุขกำเนิด. 2561. รูปแบบทางเลือกในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจอายุวัฒนในชุมชน กรณีศึกษา เทศบาล เมืองเขารูปช้าง และเทศบาลเมืองกำแพงเพชร จังหวัดสงขลา. รายงานภายใต้ชุดโครงการวิจัยท้าทายไทย เรื่องชุมชนสูงวัยที่ใช้พลังยังประโยชน์แก่สังคม สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- เดชรัต สุขกำเนิด. 2561. เศรษฐกิจและธุรกิจวันวัฒน: รูปแบบการปลูกไม้เศรษฐกิจและแนวทางในการพัฒนา แผนธุรกิจเพื่อสังคม. เสนอต่อคณะวนศาสตร์และธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร
- มงคล จำรูญ. 2560. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจออมเงินในกองทุนการออมแห่งชาติของแรงงานนอกระบบ ในกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- วีโรจน์ เจษฎาลักษณ์ และธนภรณ์ เนื่องพลี, 2561. “พฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อการออมของผู้สูงอายุในอำเภอ เมือง จังหวัดนนทบุรี”. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2561
- สุมนา บุปผา, ศรีอร สมบูรณ์ทรัพย์ และพัฒน พัฒนรังสรรค์, 2560. “ปัจจัยที่มีผลต่อการลงทุนทางการเงินของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีราชา จังหวัดชลบุรี”. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2560.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2561. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560. สำนักงานสถิติ แห่งชาติ
- อภิชญา จีวพัฒน์กุล วราภรณ์ อติศรประเสริฐ และศุภินญา ญาณสมบูรณ์ ญาณสมบูรณ์, 2554. “ปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรมการออมและการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ”. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขา มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) ปีที่ 3 ฉบับที่ 6 กรกฎาคม-ธันวาคม 2554.





บทที่ 4

# มิติชุมชนสังคม

ประเด็น การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ

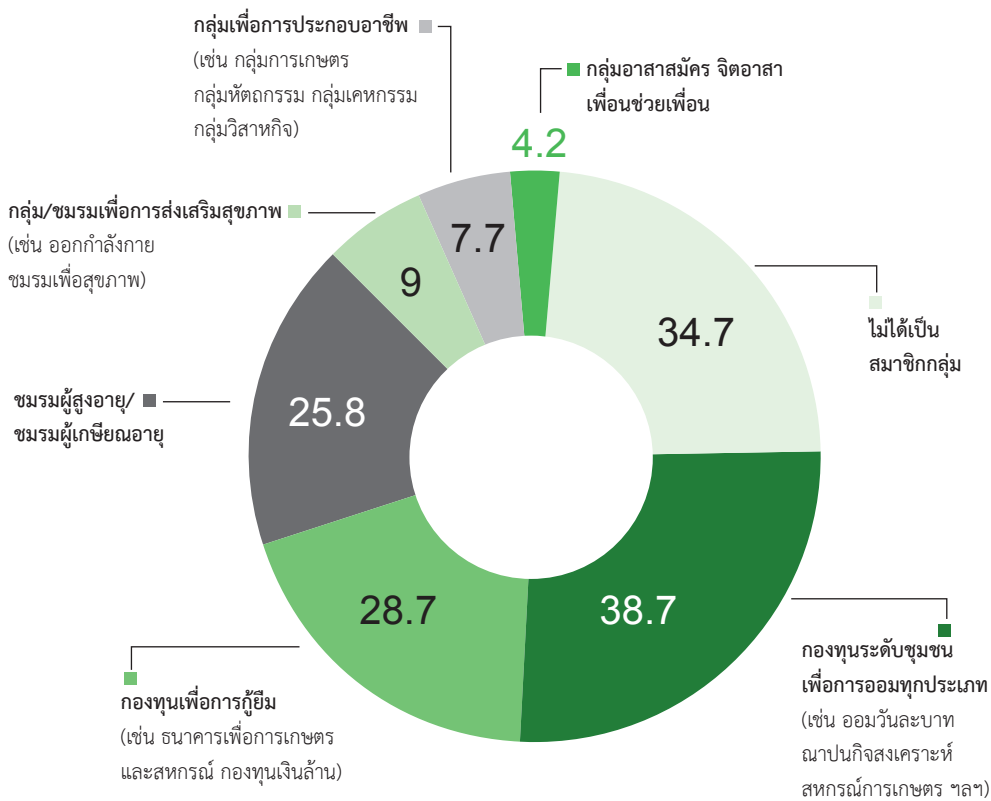
การดำเนินชีวิตของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุนั้น การมีโอกาสเข้าร่วมกับสังคม ได้พบปะสังสรรค์กับผู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายุกลับมาใช้ชีวิตชีวา มีความคาดหวังและมีเป้าหมายที่ดีในชีวิต มีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีคุณค่า ตลอดจนมีสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงเกิดทั้งความเชื่อและการกระทำที่ส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในลักษณะกลุ่ม ชมรม สมาคม สโมสร และศูนย์ต่างๆ ขึ้นมากมาย บทความนี้มีความมุ่งหมายที่จะนำเสนอสถานการณ์การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในประเทศไทย การสนับสนุนของภาครัฐผ่านกฎหมาย แผน นโยบาย และมาตรการต่างๆ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข เป็นการนำเสนอแบบสรุปเพื่อให้เห็นภาพเบื้องต้น อันจะนำไปสู่การอภิปรายและแสวงหาคำตอบที่เหมาะสมต่อไป

## 4.1 สถานการณ์การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ความยากลำบากในการหาข้อมูลว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีการรวมกลุ่มลักษณะใดบ้าง เกิดจากการขาดการเก็บข้อมูลจากแหล่งต่างเข้ามาไว้ด้วยกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา<sup>4</sup> จำนวนตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มจากผู้สูงอายุทุกภูมิภาคและสามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุระดับประเทศได้ระบุว่า มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 34.7 ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม /ชมรมต่างๆ /ร่วมกิจกรรมใดเลย ร้อยละ 38.5 เป็นสมาชิกกองทุนระดับชุมชนเพื่อการออมทรัพย์ทุกประเภท ส่วนที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือชมรมผู้เกษียณอายุ มีร้อยละ 25.8 นอกนั้นเป็นสมาชิกกลุ่มอื่นๆ ดังแผนภาพ

<sup>4</sup> เตชา สังขวรรณ และคณะ (2558). รายงานวิจัยเรื่องการเข้าถึงและความพึงพอใจต่อบริการตามสิทธิของผู้สูงอายุ (ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 .

ภาพที่ 18 การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุไทย



การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม แนวคิดต่องานของผู้สูงอายุ แนวความคิดทางวิชาการ และวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน รูปแบบการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุมีพัฒนาการในเชิงการสร้าง การพึ่งพิงตนเอง ภายใต้แนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ซึ่งเป็นแนวคิดการ พัฒนาผู้สูงอายุเชิงสร้างสรรค์ มีตัวชี้วัดการบรรลุ 3 ประการ ได้แก่ 1) การส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี (Healthy) 2) การส่งเสริมให้มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิต (Security) 3) การส่งเสริม การมีส่วนร่วม

รูปแบบการรวมกลุ่มเริ่มเข้าสู่ศูนย์บริการกลางวัน เช่น ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน<sup>5</sup> และพัฒนาสู่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ<sup>6</sup> ภายใต้ศูนย์ฯ นี้เกิด

<sup>5</sup> หมายถึง ศูนย์รวมสำหรับองค์การและชุมชนที่ใช้ในการจัดบริการและกิจกรรมอย่างบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีหลักการ ว่าศูนย์อเนกประสงค์เป็นของชุมชน โดยชุมชน เพื่อคนทุกวัย

<sup>6</sup> เป็นศูนย์ที่มีรูปแบบเดียวกับศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนแต่เปลี่ยนชื่อใหม่ ปัจจุบันมีจำนวนประมาณ 900 ศูนย์

กิจกรรมหลายประเภท กิจกรรมที่นิยมมากคือ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ<sup>7</sup> ขึ้นในศูนย์ฯ โดยถือเป็นกิจกรรมหลักของศูนย์ฯ ซึ่งนับเป็นรูปแบบการรวมตัวรูปแบบหนึ่ง นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังมีการรวมกลุ่มผ่านกิจกรรมอื่นๆ เช่น การฝึกอบรมอาชีพ การทำกิจกรรมเพื่อชุมชน (จิตอาสา) และการรวมกลุ่มกับคนต่างวัยในกิจกรรมทางศิลปวัฒนธรรมที่จัดในชุมชน การถ่ายทอดภูมิปัญญา เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม การรวมกลุ่มที่เกิดจากผู้สูงอายุทั้งความคิดริเริ่ม และการบริหารจัดการภายในกลุ่ม เรียกว่า ชมรมผู้สูงอายุ<sup>8</sup> มีการก่อตั้งอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2505<sup>9</sup> ภายใต้การสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุ และมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นอีกหลากหลายแห่งทั่วประเทศ ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 - 2530 มีการรวมตัวของชมรมผู้สูงอายุเพื่อจัดตั้งองค์กรกลางทำหน้าที่ประสานงานระหว่างชมรมทั้งหลายทั่วประเทศ ก่อตั้งเป็นสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยขึ้น<sup>10</sup> ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่ายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จำนวน 28,245 ชมรม (สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2560)

สำหรับกรุงเทพมหานคร มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุครั้งแรกในปี พ.ศ. 2529<sup>11</sup> และมีการจัดตั้งในพื้นที่อื่นๆ ตามมา โดยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย จนกระทั่งปี พ.ศ. 2540 มีการรวมกันจัดตั้งเป็นองค์กรกลางเพื่อประสานงานชมรม ใช้ชื่อว่า สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันมีจำนวนชมรมในสหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จำนวน 394 ชมรม โดยการรวมกลุ่มในลักษณะชมรมผู้สูงอายุนี้ เป็นรูปแบบการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากกว่ารูปแบบอื่น และเป็นรูปแบบที่มุ่งสู่การพัฒนาผู้สูงอายุผ่านการจัดการโดยผู้สูงอายุเองรูปแบบเดียวที่มีในประเทศไทย

<sup>7</sup> หมายถึง กิจกรรมที่สถาบัน หน่วยงาน หรือชุมชน จัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่ผู้สูงอายุในลักษณะโรงเรียน ห้องเรียน โครงการ หรือกิจกรรมการเรียนรู้ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือการพัฒนาการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีจำนวน 1,200 โรงเรียน

<sup>8</sup> นิยามชมรมผู้สูงอายุของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ หมายถึง การรวมกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป ทั้งชายและหญิง และวัยที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

<sup>9</sup> ชมรมผู้สูงอายุมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์

<sup>10</sup> เป็นองค์กรผู้สูงอายุระดับชาติ ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางระหว่างสมาคมชมรมผู้สูงอายุในประเทศและหน่วยงาน ทั้งรัฐและเอกชน ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้สนใจในกิจการผู้สูงอายุ ในอันที่จะร่วมมือดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ และส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ จดทะเบียนเป็นนิติบุคคลตามกฎหมายเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2532

<sup>11</sup> ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชนคร

## 4.2 กฎหมาย แผน นโยบาย และมาตรการเกี่ยวกับการรวมกลุ่มและส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุของภาครัฐ

ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมาย แผน ยุทธศาสตร์ นโยบาย และมาตรการที่ภาครัฐได้กำหนด เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มและส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุหลายรูปแบบ โดยมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 เป็นกรอบใหญ่ มียุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่เป็นแนวทางให้หน่วยงานดำเนินการ มีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 เป็นกฎหมายหลักเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะแผนและยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับกระทรวงและกรมอีกประมาณ 11 หน่วยงาน ที่กำหนดขึ้น ภายใต้ขอบเขตความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้นๆ และมีการทำบันทึกข้อตกลงร่วมความร่วมมือ การบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ) เมื่อ พ.ศ. 2560 ระหว่าง 4 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มหาไถย สาธารณสุข และศึกษาธิการ (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม) เพื่อร่วมมือกันขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยมีได้ระบุดึงการรวมกลุ่มอย่างชัดเจน เป็นการระบุดึงกิจกรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มารวมกลุ่มในการจัดกิจกรรม มีเพียง พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553 มาตรา 11 (4) กำหนดให้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาตนเอง /สังคม การให้ความรู้ คำปรึกษา ทรัพยากรด้านบุคลากรและวัสดุอุปกรณ์ เท่านั้น จากการวิเคราะห์มาตรการ กลไก ที่กำหนดเพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มดังกล่าวมานั้น มีงานวิจัยหนึ่งได้ให้ข้อคิดเห็นว่า “...การดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามแผนและวัตถุประสงค์ ผู้สูงอายุเป็นเพียงผู้ร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้ร่วมคิด ร่วมทำ ที่เกิดจากศักยภาพและความคิดเห็นของผู้สูงอายุเอง เป็นลักษณะการเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกิจกรรมมากกว่าการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม... แม้ว่านโยบายของทุกๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุในว่า “เป็นผู้ที่อยู่ในวัยที่เป็นหลักชัยของสังคมก็ตาม แต่แนวทางการดำเนินการตามนโยบายส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในวัยที่ควรได้รับการสงเคราะห์และดูแลเพื่อไม่ให้เป็นการระของสังคมกล่าวคือ มุ่งเน้นการให้บริการของหน่วยงานมากกว่าจะเป็นการเสริมพลังอำนาจ (Empower) ผู้สูงอายุและครอบครัว” (อาชญญา รัตนอุบล และคณะ, 2561)

หน่วยงานภาครัฐทั้งระดับกระทรวง กรม และสถาบัน รวมทั้งหน่วยงานภาคเอกชน ที่มีบทบาทเกี่ยวกับการรวมกลุ่มและชมรมของผู้สูงอายุนี้ ถือว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ในด้านกำหนดนโยบาย แผน และแนวปฏิบัติ ได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและลบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดำเนินงาน ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการพัฒนาชุมชน) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมกิจการผู้สูงอายุ การเคหะแห่งชาติฯ) กระทรวงศึกษาธิการ ส่วนการปกครองพิเศษ (กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา) เป็นต้น ส่วนในภาคเอกชน ได้แก่ สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร และองค์กรอิสระ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรมีการทบทวนบทบาทที่เป็นอยู่ และแสวงหาแนวทางที่จะพัฒนาการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล และก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นต่อไป

## 4.3 ปัญหาของการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ

การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุมีพัฒนาการเข้าสู่การเป็นทางการมากยิ่งขึ้น มีการจัดรูปแบบ/โครงสร้างชมรมผู้สูงอายุ มีระเบียบปฏิบัติ มีคณะกรรมการ มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการ มีการจัดตั้งองค์กรในลักษณะองค์กรของทางราชการ รวมทั้งมีการรายงานผล และประเมินความเข้มแข็งของแต่ละชมรม แต่ไม่มีการสนับสนุนด้านงบประมาณ อาคารสถานที่ และทรัพยากรอื่นๆ ที่ใช้ในการบริหารองค์กร จึงทำให้ภาระหน้าที่ทั้งหมดอยู่ในความรับผิดชอบของประธานชมรม โดยส่วนใหญ่ประธานใช้บ้านของตนเองเป็นสถานที่ทำการของชมรม รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณแก่ชมรมตามความสามารถของตน สมาคมสภาผู้สูงอายุฯ ทำหน้าที่เป็นเพียงเครือข่ายหลัก ประสานงานกับชมรมอื่นๆ เท่านั้น ดังนั้น นับตั้งแต่ก่อตั้ง (พ.ศ.2505) จนถึงปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งจำนวนหนึ่งที่สามารถพัฒนากลุ่มและสมาชิกไปได้อย่างดีและเหมาะสม แต่มีอีกจำนวนมากที่มีการพัฒนาไปอย่างเชื่องช้า และมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานมากมาย โดยปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่

**4.3.1 ปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณ** ซึ่งได้แก่ การขาดแคลนเงินทุนในการดำเนินงาน และความยากลำบากในการรณรงค์หาทุน ปัญหานี้สืบเนื่องจากการดำเนินงานชมรมเกือบทั้งหมดดำเนินการโดยประธานชมรมเป็นหลัก (ทั้งความคิด หางบประมาณ ทำกิจกรรมและประสานงาน)



ถึงแม้ประธานจะมีความตั้งใจดี ทว่าเมื่อมีการเสียสละเงินบ่อยครั้ง จึงมีความลำบากใจและไม่สามารถสนับสนุนได้ตลอด นอกจากนั้น ชมรมยังมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความรู้ รูปแบบ วิธีการ เทคนิคการมีส่วนร่วมของสมาชิก และกำลังคน กำลังใจ ในการแสวงหาแหล่งทุน

**4.3.2 ปัญหาเกี่ยวกับการบริหารในชมรม** ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ชมรมผู้สูงอายุเกิดจากความร่วมมือร่วมใจของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้และความถนัดด้านเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ในการค้นคว้าข้อมูลและการสื่อสารค่อนข้างน้อย จึงประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการ การเข้าถึงข้อมูลและแหล่งทุนต่างๆ จึงทำให้ชมรมส่วนใหญ่เกิดความท้อถอยในการดำเนินงาน

**4.3.3 การขาดความคิดริเริ่มในการทำกิจกรรม** ผลการวิจัยของเดชา สังขวรรณ และคณะ (2558) และศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2555) ได้ระบุว่า ชมรมผู้สูงอายุส่วนมากนิยมทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการจัดประชุมให้ความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคและการดูแลตนเองในการประชุมประจำเดือนของชมรม นอกจากนั้นรายงานการขอรับทุนสนับสนุนโครงการจากกองทุนผู้สูงอายุ ระหว่างปี 2550-2561 (ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2561) พบว่า จากจำนวนโครงการที่ขอรับทุนสนับสนุน 1,601 โครงการ เป็นโครงการเกี่ยวกับการอบรมให้ความรู้สุขภาพ และนันทนาการถึงจำนวน 783 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 49.0 เหตุที่ชมรมผู้สูงอายุทำกิจกรรมซ้ำๆ เนื่องจากสมาชิกไม่สามารถคิดรูปแบบกิจกรรมใหม่ๆ

## 4.4 แนวทางแก้ไขปัญหา

การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ จะสัมฤทธิ์ผลต่อเมื่อกลุ่มมีการเจริญเติบโต และมีความยั่งยืน การเจริญเติบโตของกลุ่มมิได้วัดเพียงการเพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกเท่านั้น แต่หมายถึงการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งในที่นี้คือกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการพัฒนาการที่เหมาะสมกับวัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้ตามอัตภาพ โดยเป้าหมายดังกล่าวนี้จะบรรลุผลได้ภายใต้การปรับปรุง แก้ไข และพัฒนากระบวนการกลุ่มของผู้สูงอายุ ดังนี้

**4.4.1 การสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน** ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ ในการรวมกลุ่ม เนื่องจากปัญหาสำคัญในการทำหน้าที่เป็นประธานชมรมต่างๆ ของผู้สูงอายุที่มีภาระความรับผิดชอบด้วยตนเอง ทั้งเรื่องงบประมาณ สถานที่ และการดำเนินงานทุกเรื่องนั้น ส่งผลต่อความท้อถอยและสร้างปัญหาในครอบครัวแก่บุคคลเหล่านั้น ดังนั้น การเสริม/เพิ่มเติม เพื่อลดจุดอ่อนดังกล่าว จะช่วยให้การทำหน้าที่ของประธานดำเนินการไปได้ด้วยดี การแสวงหาเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน แหล่งสนับสนุนความรู้ และมีผู้มีความรู้เฉพาะด้าน มาเป็นผู้ร่วมบริหาร ร่วมจัดกิจกรรม จะทำให้ภาระงานของประธานเป็นไปอย่างราบรื่น ส่งผลต่อการจัดกิจกรรมแก่สมาชิกได้อย่างต่อเนื่อง

**4.4.2 การสร้างทีมบริหารกลุ่มจากคนต่างวัยและสร้างผู้นำทดแทน** เนื่องจากการเสื่อมถอยทางร่างกาย จิตใจ และพลังกำลังของประธานชมรมและกรรมการ ส่งผลต่อการยุติชมรมหรือกิจกรรม การสร้างผู้นำใหม่หรือผู้นำทดแทน โดยการวางแผนบุคคลให้มีบทบาทต่างๆ เพื่อสืบทอดการบริหารงานของชมรมจะช่วยให้เกิดความยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การอบรมหรือให้ความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพนั้น มีประโยชน์ในระดับหนึ่งในระยะสั้นเท่านั้น เนื่องจากผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองมากกว่าการนำความรู้ใหม่ (ที่ยากต่อความเข้าใจ) ที่ไม่สอดคล้องกับแนวคิดดั้งเดิมที่มีอยู่ไปปรับใช้ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังแบบพี่เลี้ยง (Mentor) และการสร้างผู้นำต่างวัยจะช่วยให้เกิดผลดีมากกว่าการอบรมให้ความรู้เพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ได้มีการดำเนินงานบ้างในบางชุมชน แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงสัมฤทธิ์ผลและการถอดบทเรียนรู้ต่างๆ ที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องมีการดำเนินงานทดลองตัวแบบนี้ให้เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างภูมิภาคและขนาด /รูปแบบของการรวมกลุ่มที่หลากหลายต่อไป

**4.4.3 ปรับปรุงและพัฒนาการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ รวมทั้งศูนย์ที่เป็นพื้นที่กลางสำหรับผู้สูงอายุ** เป็นสถานที่ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และเป็นพื้นที่กลางในการทำกิจกรรมภายใต้การบริหารงานแบบคณะกรรมการร่วม โดยมีผู้สูงอายุเป็นแกนนำหลัก หน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่น และประชาชนทุกวัยในชุมชนเป็นหน่วยงานสนับสนุน

**4.4.4 การมีหน่วยงานภาครัฐเป็นแม่ข่ายทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ**

4.4.5 กองทุนด้านสังคมต่างๆ อาทิ กองทุนส่งเสริมการจัดสวัสดิการชุมชน กองทุนผู้สูงอายุ และกองทุนอื่นๆ ควรปรับปรุงระเบียบการจัดสรรงบประมาณ เพื่ออุดหนุนและส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุให้กว้างขวางมากกว่าเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสนับสนุนงบประมาณด้านการบริหารจัดการ

4.4.6 ในประเด็นการจัดการระดับมหภาค สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ควรปรับปรุงและพัฒนาแนวคิด วัตถุประสงค์ และแนวทางการบริหารสมาคมฯ ให้ทันสมัย และสอดคล้องกับสถานการณ์ของการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในปัจจุบัน รวมทั้งการจัดทำฐานข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศให้เป็นปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและรูปแบบครอบครัวทำให้การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุเป็นเรื่องจำเป็นและทวีความสำคัญยิ่งขึ้น การรวมกลุ่มคนวัยเดียวกันและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง นับเป็นวิถีทางแห่งการพึ่งตนเองรูปแบบหนึ่งที่สามารถพัฒนาด้านกาย จิต ปัญญา และสังคม ทำให้เกิดความเข้มแข็งต่อการดำเนินชีวิตภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคม อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดทางด้านสุขภาพกาย จิต และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุมีผลต่อการคงไว้การพัฒนาซึ่งกิจกรรมและการรวมกลุ่ม ดังนั้น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ควรเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุน และเสริมสร้างการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรวมกลุ่มในลักษณะศูนย์ที่เป็นพื้นที่กลางสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบต่างๆ การรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุ ให้สามารถเป็นแหล่งในการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

## บรรณานุกรม

เดชา สังขวรรณ และคณะ (2558). การเข้าถึงและความพึงพอใจต่อบริการตามสิทธิของผู้สูงอายุ (ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์


ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2561). การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิดล

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2555). ลักษณะการดำเนินงานและกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ (2561). ข้อเสนอการดำเนินงานส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ (ฉบับร่าง). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.







บทที่ 5

# มิตีสภาพแวดล้อม

ประเด็น การปรับสภาพแวดล้อม  
รองรับสังคมสูงวัย  
ค้อย 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี



## 5.1 นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้อง

**5.1.1 สภาพแวดล้อม** ซึ่งในโครงการนี้หมายถึง สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (Friendly Environment for Elderly People) ที่หมายถึง สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเหมาะสมกับการใช้ชีวิตประจำวัน และไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุ<sup>12</sup>

**5.1.2 Universal Design** เป็นแนวความคิดสากลที่องค์การสหประชาชาติได้พยายามเผยแพร่และส่งเสริม จากแนวความคิดเดิมเพื่อให้คนพิการได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตในอาคารและสิ่งแวดล้อมตามโครงการ Promotion of Non-Handicapping Physical Environment for Disabled Persons และได้มีการพัฒนาตามลำดับเป็น Accessible Design, Adaptable Design, Barrier Free Design ซึ่งในที่สุดก็เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในหลักการของ Universal Design<sup>13</sup> ที่เริ่มด้วยความเท่าเทียมกันในการใช้สอยของผู้ใช้ที่ต่างวัยและต่างความสามารถ (Equitable Use) ปรับเปลี่ยนการใช้ได้ (Flexible in Use) ใช้ง่ายด้วยตนเอง (Simple and Intuitive Use) การสื่อความหมายเป็นที่เข้าใจ (Perceptible Information) ทนต่อการใช้ที่ผิดพลาด (Tolerance for Error) เบาแรง (Low Physical Effort) และมีขนาดและที่ว่างเพื่อการเข้าถึงและใช้ได้ (Size and Space for Approach and Use)

---

<sup>12</sup> ไตรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ, 2550.การศึกษาข้อมูลด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจและทัศนคติ ของผู้สูงอายุในเมืองเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

<sup>13</sup> Molly Follette Story, M.S. IDSA. 2001. Principles of Universal Design. Universal Design Handbook. New York: McGraw - Hill.

<sup>14</sup> ภราดร ฉัญญาพันธุ์. Aging Friendly Housing, ประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ วันที่ 9-12 เมษายน 2550 ที่อาคาร อปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



**5.1.3 ที่อยู่อาศัย** หมายถึง อาคารที่ปลูกสร้างขึ้นเพื่อการอยู่อาศัย มีหลายประเภท เช่น บ้านเดี่ยว บ้านแฝด ทาวน์เฮาส์ อาคารชุด เป็นต้น

**5.1.4 พื้นที่สาธารณะ** หมายถึง พื้นที่ที่เปิดให้คนเข้าถึง และเข้าร่วมกิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่ซึ่งควบคุมโดยหน่วยงานสาธารณะซึ่งจัดหาและบริการพื้นที่เพื่อสาธารณประโยชน์<sup>15</sup>

## 5.2 สถานการณ์ ปัญหาและความสำคัญของการปรับสภาพแวดล้อมรองรับสังคมสูงวัย

ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยอยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มากถึงร้อยละ 5 รวมถึงอยู่ตามลำพังคนเดียว ใน พ.ศ. 2560 มีถึงร้อยละ 11 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 21<sup>16</sup> นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเขตเมืองเคยหกล้มขณะเดิน/ยืน หรือ ตกจากเตียง/เก้าอี้/ที่สูง ถึงร้อยละ 5<sup>17</sup> และจากโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550 - 2554)<sup>18</sup> ในการประเมินยุทธศาสตร์ที่ 2: การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ มาตราการ 4 ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ มีการสำรวจสิ่งอำนวยความสะดวกโดยพิจารณาจากลักษณะ 3 อย่าง ได้แก่ มีทางลาดเป็นทางเดิน มีราวบันไดหรือบันไดเลื่อน หรือลิฟต์ และมีห้องสุขาเฉพาะผู้สูงอายุ ผลการประเมิน

---

<sup>15</sup> Madanipour, Ali. 1996. "Design of Urban Space: an inquiry into socio-spatial process". Newyork: John Wiley & Son: 148

<sup>16</sup> มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2559. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด

<sup>17</sup> มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2559. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินเทอรี่ จำกัด

<sup>18</sup> วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. 2560. รายงานการศึกษา โครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2555-2559). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์

- 1) โรงพยาบาลรัฐและ/หรือเอกชนทั้งหมด 59 แห่ง พบว่ามีเพียงร้อยละ 25.4 เท่านั้นที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบทั้ง 3 อย่าง
- 2) ศาลากลางจังหวัด/ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 17 แห่ง พบว่ามีเพียงประมาณหนึ่งในสิบของสถานที่ดังกล่าวเท่านั้นที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบทั้ง 3 อย่างตามเกณฑ์
- 3) ที่ว่าการอำเภอ/สำนักงานเขต โดยเป็นที่ว่าการอำเภอ 16 แห่งและสำนักงานเขต 13 แห่ง พบว่า มีเพียงร้อยละ 13.8 ที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบผ่านตามเกณฑ์
- 4) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หมายถึง ที่ทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ทำการเทศบาล และที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สํารวจทั้งหมด 48 แห่ง พบว่ามีเพียงร้อยละ 10.9 เท่านั้นที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้จริงครบ 3 อย่างตามเกณฑ์
- 5) ห้างสรรพสินค้า/ศูนย์การค้า โดยกำหนดให้เข้าสำรวจห้างสรรพสินค้าหรือศูนย์การค้าที่ใหญ่ที่สุดในเขตที่เป็นตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานคร และห้างที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของจังหวัดที่เป็นตัวอย่าง และรวมถึงห้างที่มีอยู่ในเขตอาคารที่ตกเป็นตัวอย่างทั่วประเทศรวม 42 แห่ง โดยรวมพบว่า มีเพียงร้อยละ 11.9 เท่านั้นที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบตามเกณฑ์
- 6) สวนสาธารณะ สํารวจ 6 แห่ง และพบว่าไม่มีสวนสาธารณะแห่งใดเลยที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุตามเกณฑ์
- 7) สถานีขนส่ง จากสถานีขนส่งหลักทั้ง 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สถานีขนส่งหมอชิต สถานีขนส่งเอกรมัย และสถานีขนส่งสายใต้ใหม่ และสถานีขนส่งในจังหวัดที่เป็นตัวอย่างอีก 18 แห่ง รวมทั้งหมด 21 แห่ง พบว่าไม่มีสถานีขนส่งแห่งใดเลยที่มีทางลาด รวบันได/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ และห้องสุขาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุครบทั้ง 3 อย่าง
- 8) ท่าอากาศยาน พบว่า ร้อยละ 62.5 ของท่าอากาศยานที่เป็นตัวอย่างในการสำรวจ (8 แห่ง) มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุครบทั้ง 3 อย่างตามเกณฑ์
- 9) สถานีรถไฟ สํารวจสถานีรถไฟที่เป็นสถานีรถไฟหลักของกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่นที่เป็นตัวอย่าง รวม 9 แห่ง ซึ่งจากผลการสำรวจ ไม่พบการมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุครบทั้ง 3 อย่างตามเกณฑ์เลย
- 10) ศาสนสถาน ศาสนสถานที่เป็นตัวอย่างในการสำรวจครั้งนี้ คือ วัด รวม 40 แห่ง และจากการเข้าสำรวจ ไม่พบวัดแห่งใดเลยที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบทั้ง 3 อย่าง



11) ตลาดสด สํารวจรวม 12 แห่ง และไม่พบตลาดสดที่มีทางลาด รวบบันได และห้องสุขา  
สําหรับผู้สูงอายุครบทั้ง 3 อย่าง

การประเมินผลในมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม  
ที่เหมาะสมและปลอดภัย โดยหมายถึงบ้านที่มีลักษณะทั้ง 5 อย่าง ดังต่อไปนี้ คือบันไดบ้านมี  
ราวให้ยึดเกาะห้องน้ํา/ห้องส้วมมีราวให้ยึดเกาะห้องนอนอยู่ชั้นล่างหรือเป็นบ้านชั้นเดียว ห้องน้ํา/  
ห้องส้วมอยู่ในบ้านและชนิดของส้วมเป็นแบบนั่งห้อยเท้า พบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 3.4 เท่านั้น  
ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ข้อมูลจากวาระปฏิรูปที่ 30: การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดย  
คณะกรรมการปฏิรูประบบรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย สถาปปฏิรูปแห่งชาติ  
ได้ดำเนินการพัฒนาข้อเสนอการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยของประเทศไทยด้านเศรษฐกิจ  
สภาพแวดล้อม สุขภาพและสังคม โดยมีหลักการในการปฏิรูป<sup>19</sup> ที่เกี่ยวข้องคือ การปฏิรูประบบ  
เพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านการปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสาธารณะ  
ใน 2 ประเด็นคือ

- 1) สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนที่น่าอยู่สําหรับสังคมสูงวัย (สําหรับ  
คนทุกวัย) โดยการปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ที่อยู่อาศัย อาคาร ระบบ  
ขนส่งมวลชน และสภาพแวดล้อมทางสังคม ด้วยการประกาศนโยบายและปรับแก้  
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้อาคารสถานที่ราชการ และเอกชนต่างๆ ดำเนินการจัดให้  
มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสม การเชื่อมต่อระบบขนส่งมวลชนและบริการ  
สาธารณะรวมถึงการส่งเสริมอุตสาหกรรมและธุรกิจเพื่อรับสังคมสูงวัย
- 2) ส่งเสริมบ้านปลอดภัยสําหรับประชากรวัยเกษียณ เช่น การออกมาตรการกำหนดที่อยู่  
อาศัยเพื่อสังคม (Social Housing) ร้อยละ 10 ของจำนวนหน่วยที่พักอาศัยทั้งอาคาร  
ชุด และบ้านจัดสรร เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือกลุ่มคนที่จำเป็นให้อยู่  
อาศัยร่วมกันในชุมชน โดยไม่แบ่งแยกชุมชนน่าอยู่สําหรับสังคมผู้สูงวัย

<sup>19</sup> สถาปปฏิรูปแห่งชาติ. 2558. วาระปฏิรูปที่ 30 : การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการ  
สภาผู้แทนราษฎร.

กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้ออกระเบียบกรมกิจการผู้สูงอายุ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและการเสริมสร้างชุมชนที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2562 ที่ช่วยคุ้มครองส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยได้สะดวก เหมาะสมปลอดภัยและสุขอนามัย และความปลอดภัยในการใช้สถานที่สถานที่สาธารณะ หรือที่จัดกิจกรรมผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่ามีความพยายามในการออกนโยบายและแผนงานต่างๆ เพื่อดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมให้รองรับสังคมสูงวัยมาโดยตลอด รวมถึงการแก้ปัญหาโดยการปรับปรุงที่อยู่สำหรับผู้สูงอายุ ทั้งงบประมาณภาครัฐและเอกชนหลายครั้ง แต่ครั้งในการปรับปรุงก็จะดำเนินการจับกันเป็นแต่ละโครงการและงบประมาณที่กำหนด เนื่องจากผู้ดำเนินการในส่วนภาครัฐ จะใช้บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการออกแบบและควบคุม บางส่วนใช้การจ้างเหมาช่างเพื่อดำเนินการปรับปรุง หรือหากเป็นภาคเอกชนส่วนใหญ่จะใช้การมอบงบประมาณลงสู่ท้องถิ่น ดังนั้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และตัวชุมชนจะน้อย ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องและไม่มีความยั่งยืน รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจว่าการปรับสภาพแวดล้อมอย่างไรจึงจะเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและคนทุกวัย และการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนเห็นถึงความสำคัญการปรับสภาพแวดล้อมยังมีอยู่น้อย การจัดตั้ง 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี จึงมีความสำคัญเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายต่างๆ ในการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยดังกล่าว

## 5.3 ตัวอย่างรูปธรรมของการปรับสภาพแวดล้อมรองรับสังคมสูงวัย

จากกรณีศึกษาของเทศบาลตำบลหนองตองพัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีการสร้างระบบที่มีความยั่งยืน เพราะมีการดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ป่าลาน ตามหลักยูนิเวอร์แซลดีไซน์ เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้ อบรม ศึกษาดูงาน และส่งเสริมให้เห็นความสำคัญด้านการปรับสภาพแวดล้อม ควบคู่ไปกับการดำเนินโครงการอบรมช่างชุมชน (หรือโครงการอบรมหมอบ้าน) ให้มีความรู้ในการปรับสภาพแวดล้อมให้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมถึงดำเนินการปรับสภาพแวดล้อมอย่างจริงจัง ดังนั้นทางโครงการ จึงเสนอให้มีการจัดตั้งศูนย์อยู่ดีเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดหนึ่งตำบลหนึ่งศูนย์อยู่ดี





กรณีศึกษาของศูนย์ออกแบบสภาพแวดล้อมเพื่อทุกคน (Universal Design Center) ซึ่งเป็นศูนย์ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ติดตามและให้คำแนะนำ อบรมหรือเสวนาในการออกแบบและปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ รวมถึงรวบรวมองค์ความรู้และวิจัยด้านนวัตกรรมของท้องถิ่น รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน และช่วยกระตุ้นให้สังคมเห็นความสำคัญของการออกแบบสภาพแวดล้อมเพื่อทุกคน ได้รับงบประมาณเบื้องต้นจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินการจัดตั้งรวม 5 ศูนย์ จากเครือข่าย 5 มหาวิทยาลัย ได้แก่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามและมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



## 5.4 นโยบาย กฎหมาย และกลไกที่เกี่ยวข้อง

5.4.1 ความสอดคล้องกับนโยบายสากลที่ไทยร่วมรับรองกับนานาชาติ การจัดตั้ง 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี เป็นประเด็นที่บรรจุอยู่ในนโยบายระดับสากล ซึ่งนานาชาติมีข้อตกลงขับเคลื่อนร่วมกัน เช่น

- 1) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวม 17 เป้าหมายของสหประชาชาติ ซึ่งประเทศไทยร่วมเป็นสมาชิก โดยในเป้าหมายที่ 11 มุ่งทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความครอบคลุม ปลอดภัย มีภูมิทัศน์และยั่งยืน ภายในปี 2573 (ค.ศ. 2030) มีเป้าประสงค์ย่อยที่ 11.7 จัดให้มีการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะสีเขียวที่ปลอดภัย ครอบคลุมและ

เข้าถึงได้โดยถ้วนหน้าโดยเฉพาะผู้หญิง เด็ก คนชราและผู้มีความบกพร่องทางร่างกาย และมีตัวชี้วัดการขับเคลื่อน คือ ส่วนแบ่ง เฉลี่ยของพื้นที่เมืองที่ถูกสร้างขึ้นให้เป็นสถานที่ใช้ประโยชน์สาธารณะสำหรับทุกคน

- 2) วาระใหม่แห่งการพัฒนาเมือง (New Urban Agenda : NUA) ซึ่งรับรองในที่ประชุมสหประชาชาติ ว่าด้วยการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างยั่งยืน ครั้งที่ 3 (HABITAT III) เมื่อปี พ.ศ. 2559 มีสาระสำคัญ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติใหม่ในการพัฒนาเมืองที่ให้ความสำคัญต่อหน่วยงานท้องถิ่น การออกแบบและพัฒนา ที่อยู่อาศัยและเมืองให้มีที่อยู่อาศัยพอเพียงสำหรับทุกคน รวมถึงให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ถนน ทางเท้า ทางจักรยาน ลานจัดรั้ว สวน
- 3) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities)<sup>20</sup> ประเทศไทยได้ให้สัตยาบันเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2551 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม 2551 โดยมีเนื้อหาสาระในเรื่องของการส่งเสริมคุ้มครองและประกันให้คนพิการทั้งปวง ได้อุปโภคสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐานทั้งปวงอย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน และส่งเสริมการเคารพในศักดิ์ศรีที่มีมาแต่กำเนิด การจัดการเลือกปฏิบัติต่อคนพิการทุกรูปแบบ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การขนส่ง ข้อมูลข่าวสารและบริการสาธารณะ การยอมรับความเท่าเทียมกันของคนพิการในทางกฎหมาย ความเสมอภาคในโอกาสทางการศึกษา การทำงาน การรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมทางการเมืองอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ซึ่งถือว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อคนพิการ โดยในข้อ 2 นิยาม “การออกแบบที่เป็นสากล” หมายถึงการออกแบบผลิตภัณฑ์ สภาพแวดล้อม โปรแกรม และบริการที่ทุกคนสามารถใช้ได้ในขอบเขตมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้โดยไม่จำเป็นต้องดัดแปลง หรือออกแบบเป็นพิเศษ ทั้งนี้ ในกรณีที่มีความต้องการจำเป็น “การออกแบบที่เป็นสากล” จะต้องไม่กีดกันออกไปซึ่งอุปกรณ์ เครื่องช่วยคนพิการเฉพาะกลุ่ม และข้อ 9 ความสามารถในการเข้าถึง เพื่อให้

---

<sup>20</sup> สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ. 2552. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). กรุงเทพฯ: หจก.ไอเดีย สแควร์.

คนพิการดำรงชีวิตอยู่ได้โดยอิสระและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในทุกด้านของการดำเนินชีวิต รัฐภาคีจะดำเนินมาตรการที่เหมาะสมที่จะให้คนพิการสามารถเข้าถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การขนส่ง สารสนเทศและการสื่อสาร รวมทั้งเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศและการสื่อสาร และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงบริการอื่นที่เปิดหรือที่จัดให้แก่สาธารณะ ทั้งในเมืองและในชนบท ทั้งนี้บนพื้นฐานที่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น มาตรการเหล่านี้ ซึ่งรวมถึงการบ่งชี้ และการจัดอุปสรรคและข้อกีดกันต่อความสามารถในการเข้าถึง ซึ่งจะใช้บังคับกับ (เอ) อาคาร ถนน การขนส่งและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกสถานที่ รวมถึงโรงเรียน บ้าน สถานบริการทางการแพทย์ และสถานที่ทำงาน (บี) บริการสารสนเทศ การสื่อสาร และบริการอื่นๆ รวมถึงบริการอิเล็กทรอนิกส์และบริการในกรณีฉุกเฉิน

**5.4.2 ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี**<sup>21</sup> การจัดตั้ง 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ในหลายยุทธศาสตร์ด้วยกัน ได้แก่

- 1) ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน ในประเด็นสร้างความหลากหลายด้านการท่องเที่ยว โดยการสร้างและใช้ประโยชน์จากข้อมูลขนาดใหญ่ รวมทั้งเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการส่งเสริมการตลาด การดูแลความปลอดภัยและอำนวยความสะดวกแก่นักท่องเที่ยวทุกกลุ่ม รวมถึงคนพิการและผู้สูงอายุ
- 2) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ในประเด็นเรื่องการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์ ปฐมวัย วัยเด็ก วัยรุ่น วัยเรียน วัยผู้ใหญ่ วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุ เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม รวมถึงประเด็นด้านการตระหนักถึงพหุปัญญาของมนุษย์ที่หลากหลาย ด้วยการการสร้างเส้นทาง

<sup>21</sup> ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580). (2561, 13 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135. ตอนที่ 82 ก.



อาชีพ สภาพแวดล้อมการทำงาน และระบบสนับสนุนที่เหมาะสมสำหรับ  
ผู้มีความสามารถพิเศษผ่านกลไกต่างๆ โดยจัดให้มีโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือ  
การทำงานที่เหมาะสม การสร้างระบบเชื่อมโยงเครือข่ายวิจัยกับศูนย์ความ  
เป็นเลิศที่มีอยู่ในปัจจุบันในรูปแบบการร่วมมือ การมีกลไกการทำงานใน  
ลักษณะการรวมตัวของกลุ่มคนในหลายสาขาวิชาเพื่อร่วมนักวิจัยและ  
นักเทคโนโลยีชั้นแนวหน้าให้สามารถต่อยอดงานวิจัยที่สามารถตอบโจทย์  
การพัฒนาประเทศ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมต่อกับสถาบันวิจัยอื่นๆ  
ทั่วโลก เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้นักวิจัยความสามารถสูงของไทย และประเด็น  
ด้านการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่  
เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่  
เป็นมิตรต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีกิจกรรมสำหรับยกระดับสุขภาวะของสังคม  
และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ  
ทรัพยากรมนุษย์

- 3) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ในประเด็นเรื่อง  
การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ ด้วยการสร้างสภาพ  
แวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตและการมีส่วนร่วม  
เป็นพลังในสังคมสำหรับคนทุกกลุ่มโดยเฉพาะคนพิการและผู้สูงอายุ รวมถึงการ  
จัดระบบเมืองที่เอื้อต่อการสร้างชีวิตและสังคมที่มีคุณภาพและปลอดภัยให้  
สามารถตอบสนองต่อสังคมสูงวัยและแนวโน้มของการขยายตัวของเมืองใน  
อนาคต โดยการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เป็นเมืองอัจฉริยะ ปลอดภัย  
สะดวกสำหรับคนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึงและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และประเด็น  
ด้านการเสริมสร้างพลังทางสังคม ได้แก่สร้างสังคมเข้มแข็งที่แบ่งปัน ไม่ทอดทิ้ง  
กัน และมีคุณธรรม โดยสนับสนุนการรวมตัวและดึงพลังของภาคส่วนต่างๆ  
โดยเฉพาะการเชื่อมพลังของคนสามวัย คือเยาวชนคนรุ่นใหม่คนวัยทำงาน และ  
ผู้สูงอายุ ให้มาเป็นกำลังของการพัฒนาเพื่อส่วนรวม และการรองรับสังคม  
สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมการสร้างสรรค์เทคโนโลยีและนวัตกรรม  
สำหรับการส่งเสริมและฟื้นฟูศักยภาพผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนความร่วมมือ  
ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคมและภาคประชาชน

### 5.4.3 ความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.

2560-2564<sup>22</sup>

- 1) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ได้แก่  
(1) การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยขยายความร่วมมือระหว่างสถาบันอาชีวศึกษา สถาบันอุดมศึกษา ภาคเอกชน และผู้เชี่ยวชาญทั้งในและต่างประเทศ พัฒนาสาขาวิชาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านสู่ความเป็นเลิศ การพัฒนางานวิจัยไปสู่นวัตกรรม และปรับปรุงแหล่งเรียนรู้ในชุมชนให้เป็นแหล่งเรียนรู้เชิงสร้างสรรค์และมีชีวิต อาทิ พิพิธภัณฑ์ ห้องสมุด โบราณสถาน อุทยานประวัติศาสตร์ โรงเรียนผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้มีระบบการจัดการความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น (2) พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย ได้แก่วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ และทุกกลุ่มในสังคม
- 2) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ได้แก่ปรับปรุงกฎหมายและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเมืองเพื่อรองรับการเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยปรับปรุงเทศบัญญัติท้องถิ่นรวมทั้งการปรับปรุงกฎหมายควบคุมอาคาร เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดตามมาตรฐานการใช้พลังงานในอาคาร และมีการใช้วัสดุทดแทนที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานขนาดใหญ่ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ตลอดจนขยายผลการพัฒนาเมืองสีเขียวในมิติต่างๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้วในลักษณะนาร่อง อาทิ เมื่อนำอยู่
- 3) ยุทธศาสตร์ที่ 6 การเสริมสร้างความมั่นคงแห่งชาติเพื่อการพัฒนาประเทศสู่ความมั่งคั่งและยั่งยืน ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้พัฒนา

<sup>22</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2559). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

รูปแบบการจัดบริการสาธารณะให้หลากหลายสอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่น ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน กับภาคประชาสังคมให้มากขึ้น

- 4) ยุทธศาสตร์ที่ 7 การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบโลจิสติกส์ ได้แก่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านขนส่ง โดยการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในระยะต่อไปต้องคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ใช้บริการทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มคนพิการและผู้สูงอายุ โดยออกแบบพัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานสาธารณะของภาครัฐให้สามารถอำนวยความสะดวกและรองรับผู้ใช้บริการทุกกลุ่มได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ภายใต้หลักการการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design)
- 5) ยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม ได้แก่ (1) เร่งส่งเสริมการลงทุนวิจัยและพัฒนาและผลักดันสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์และเชิงสังคม โดยลงทุนวิจัยและพัฒนาในกลุ่มเทคโนโลยีที่ประเทศไทยมีศักยภาพพัฒนาได้เอง ด้วยการให้ความสำคัญกับการทำวิจัยในชั้นประยุกต์และทดลองเพิ่มขึ้น ทั้งการจัดทำผลิตภัณฑ์ต้นแบบ เพื่อให้สามารถแปลงงานวิจัยไปสู่การใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์และเชิงสังคมได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น (2) พัฒนาสถานะแวดล้อมของการพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี วิจัยและนวัตกรรม โดยสนับสนุนให้มีการทำวิจัยที่สอดคล้องกับศักยภาพและความต้องการของพื้นที่เพื่อสนับสนุนการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างศักยภาพการวิจัยและพัฒนาของท้องถิ่นและนางงานวิจัยไปช่วยสร้างมูลค่าเพิ่มและแก้ปัญหาต่างๆ โดยใช้ประโยชน์จากสถาบันการศึกษา หน่วยงานด้านการวิจัยพัฒนาที่กระจายตัวอยู่ในพื้นที่ และภาคชุมชนและสังคม (3) ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนและพัฒนาความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีวิจัย และนวัตกรรมเชิงลึก ผ่านทางกลไกที่มีอยู่ เพื่อให้เป็นที่รวมของผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์ วิศวกรรมศาสตร์ และศาสตร์อื่นๆ ในการให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีวิจัย และนวัตกรรมของประเทศแก่รัฐบาลและสาธารณะ

**5.4.4 ความสอดคล้องกับคณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคม (E6)** การประชุม “คณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคม (E6) ครั้งที่ 1/2559” เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม 2559 ที่ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ ดร.สมคิด จาตุศรีพิทักษ์ รองนายกรัฐมนตรี ประธานในการประชุมได้มอบหมายให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) รับผิดชอบที่เป็นหัวหน้าทีมภาครัฐ หอการค้าไทย รับผิดชอบที่เป็นหัวหน้าทีมภาคเอกชน และให้กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รับผิดชอบที่เป็นหัวหน้าทีมภาคประชาสังคม ร่วมกันขับเคลื่อนพลังพัฒนาทางสังคม โดยคณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคมได้พิจารณาและเห็นชอบขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมที่เร่งด่วน โดยตั้งเป้าหมายจากความร่วมมือ 3 ภาคส่วน ร่วมกันผลักดันแต่ละประเด็นให้เกิดผลอย่างเป็น รูปธรรมในระยะเวลาอันใกล้ หรือ “5 Quick Win”<sup>23</sup> โดยหนึ่งในนั้นคือด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ ได้แก่การสร้างที่พักอาศัยที่ปลอดภัยและมีระบบบริการ ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมตามแนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design) โดยเน้นการเข้าถึงบริการและใช้ประโยชน์ได้จริง

นอกจากนี้ การประชุมคณะทำงานประชารัฐเพื่อสังคมด้านที่อยู่อาศัยและนิเวศน์เพื่อการอยู่อาศัย Working Group 1 การซ่อมแซมและการสร้างที่อยู่อาศัยและการปรับปรุงสถานที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ ครั้งที่ 1 วันที่ 19 มกราคม 2560 ซึ่งที่ประชุมร่วมกันกำหนดเป้าหมายการซ่อมแซม ปรับปรุงและการสร้างใหม่ ภายใต้แนวคิด “1 จังหวัดสร้าง 1 อำเภอซ่อม” ทั้งนี้ต้องดำเนินการสร้างและปรับปรุงที่พักอาศัยที่เหมาะสมตามแนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน ซึ่งผลจากการประชุมดังกล่าวทำให้การปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ ศูนย์ให้คำปรึกษาที่มีนักวิชาการที่สามารถให้คำปรึกษา แนะนำได้จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งยังรองรับกับข้อสรุปจากการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพรองรับสังคมสูงวัย เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2560 ณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เสนอให้มีการจัดตั้งศูนย์นวัตกรรม เครื่องมือสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาแผนยุทธศาสตร์ตามแนวคิดการออกแบบเพื่อคนทุกคน ที่เสนอว่าในด้านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และสร้างความตระหนัก ได้กำหนดเป้าประสงค์ ไว้ 5 ข้อ ซึ่งหนึ่งในเป้าประสงค์นั้นคือการจัดตั้งศูนย์กลางที่สามารถให้คำปรึกษาและบริการในเรื่อง Universal Design ได้

<sup>23</sup> ผู้จัดการออนไลน์. ชุมชนเมือง. เร่งเดินหน้า “ประชารัฐเพื่อสังคม” แก่ 5 เรื่องใหญ่ “พิการ-สูงอายุ-อม-ที่อยู่-ถนน”. บทความเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2559 เข้าถึงได้จาก : <http://www.manager.co.th/>

## 5.5 ประเด็นการวิเคราะห์ด้านกระบวนการ วิธีการ ทำให้เกิดการจัดตั้ง 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี

การจัดตั้ง 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี มีผลดีต่อการส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทำให้ทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญของการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยกับคนทุกวัย มีแหล่งแลกเปลี่ยน เรียนรู้และพัฒนาองค์ความรู้ รวมถึงผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยเข้าถึงพื้นที่สาธารณะได้อย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน ตัวอย่างพื้นที่รูปธรรม นโยบายและกลไกที่เกี่ยวข้อง พบว่า

1) กรณีศึกษาที่ดีที่ดำเนินการโดยหน่วยงานเจ้าของพื้นที่ สะท้อนว่าการจัดตั้ง 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี เป็นกระบวนการที่มาจากความร่วมมือหลายภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคการศึกษา ชุมชน และเอกชนในพื้นที่ ที่ต้องบูรณาการร่วมกัน

2) จากกรณีศึกษาที่ผ่านมา การดำเนินงานของศูนย์อยู่ดี โดยส่วนใหญ่ต้องมีภาคการศึกษา และหน่วยงานในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม โดยเน้นที่การนำเสนอห้องตัวอย่างที่ติดตั้งอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและข้อแนะนำ เพื่อให้ผู้ที่เข้ามาเยี่ยมชมรวมถึงผู้ที่ได้รับการอบรมเห็นตัวอย่างที่ถูกต้อง สามารถนำไปประยุกต์เพื่อปรับปรุงที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมได้ ทั้งนี้อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ควรเป็นวัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ทำให้สามารถสร้างสรรค์เป็นนวัตกรรมหรือ Appropriate Technology ที่ทางชุมชนสามารถจัดสร้างเองได้

3) ศูนย์อยู่ดี เป็นพื้นฐานสำคัญที่นำไปสู่การปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนทุกวัย แต่ปัจจุบันยังไม่มีผลการดำเนินการเป็นรูปธรรมที่กระจายไปสู่ท้องถิ่นมากนัก จึงยังต้องการนโยบายในการขับเคลื่อนที่ชัดเจนในการจัดตั้งศูนย์อยู่ดีเชื่อมโยงกับระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัดเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนโครงการไปสู่เป้าหมายได้

4) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของศูนย์อยู่ดี ควรสนับสนุนให้เกิดมาตรการเชิงรุกในการจัดตั้งศูนย์อยู่ดีในทุกตำบลที่มีศักยภาพและมีความสนใจ โดยปรับเปลี่ยนการดำเนินการให้ตอบโจทย์ความต้องการและบริบทของคนในท้องถิ่น ทั้งนี้เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและชุมชนในการช่วยดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายของแต่ละศูนย์ฯ

5) ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีเครื่องมือทางกฎหมายด้านการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนทุกวัย ทำให้สามารถสร้างความร่วมมือในการนำมาตราการเหล่านี้มาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมการจัดตั้งศูนย์อยู่ดี

## 5.6 แนวทางการแก้ไขปัญหานำร่อง

### 5.6.1 การสร้างกลไกหรือแนวทางการส่งเสริมชุมชนและท้องถิ่นเพื่อจัดตั้งศูนย์อยู่ดี นำร่อง

- 1) การถอดบทเรียนศูนย์อยู่ดีที่มีอยู่ ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ระหว่างศูนย์ฯ และภาคีเครือข่ายถึง ปัญหา อุปสรรคและกระบวนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ และดำเนินการจัดทำเป็นคู่มือ ปัจจัย เงื่อนไข และแนวทางที่ส่งผลต่อการดำเนินงานของศูนย์อยู่ดี
- 2) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการจัดตั้งศูนย์อยู่ดีนำร่อง โดยการเชื่อมโยงเครือข่ายศูนย์อยู่ดีที่มีอยู่ ในการให้ความรู้ ความเข้าใจในการจัดตั้ง 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี แก่ชุมชนและท้องถิ่นที่สนใจเป็นศูนย์อยู่ดี
- 3) การสร้างกลไกส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่นในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของศูนย์อยู่ดี โดยการสร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายศูนย์อยู่ดี ผู้ที่เกี่ยวข้อง ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน สถาบันการศึกษา นักวิชาการและภาคประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดตั้งศูนย์อยู่ดี ทั้งทิศทาง วัตถุประสงค์ เป้าหมาย บุคลากรงบประมาณและสถานที่ตั้งร่วมกัน และสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์อยู่ดีนำร่องในพื้นที่

### 5.6.2 เป้าหมายของศูนย์อยู่ดีในเบื้องต้น คือ

- 1) เป็นศูนย์รวมความรู้เรื่องการปรับสภาพแวดล้อมโดยใช้วัสดุพื้นถิ่นที่เหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมท้องถิ่นต่างที่ชาวบ้านร่วมคิด ร่วมทำและผลิตมาใช้กันเองในชุมชนและเผยแพร่ความรู้แก่ชุมชนอื่น
- 2) เป็นศูนย์ให้ความรู้ อบรมช่างชุมชนและชาวบ้าน ให้มีทักษะที่จะสามารถปรับสภาพแวดล้อมในชุมชนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- 3) เป็นศูนย์รวมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปรับสภาพแวดล้อมและการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุโดยอาจจะมีการจัดตั้งเครือข่ายอุปกรณ์ที่ทำให้มีการหยิบยืมกันในชุมชนได้

### 5.6.3 การเชื่อมโยงศูนย์อยู่ดี ให้เป็นการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ

- 1) เชื่อมโยงเพื่อบูรณาการงบประมาณจากแหล่งอื่น อาทิ งบประมาณจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ทั้งกรมกิจการผู้สูงอายุและกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ) กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กองทุนผู้สูงอายุ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการระดมทุนจากห้างร้านเอกชน หากมีการบูรณาการงบประมาณมาส่งเสริมในส่วนต่างๆ ให้ครบ จะช่วยให้ศูนย์อยู่ดีมีความมั่นคง ยั่งยืนและสามารถปรับสภาพแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
- 2) เชื่อมโยงศูนย์ประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น บุคลากรจากเครือข่ายภาคการศึกษา เช่นมหาวิทยาลัยต่างๆ โรงเรียนอาชีวศึกษาที่อยู่ในพื้นที่ เป็นต้น ที่ให้นักศึกษาด้านการออกแบบหรือก่อสร้างเข้ามาช่วยเหลือในการออกแบบและก่อสร้าง หรือบุคลากรด้านการแพทย์ เช่น นักกายภาพบำบัด ที่สามารถช่วยในการให้ข้อเสนอแนะเรื่องการปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อช่วยฟื้นฟูผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เครือข่ายต่างๆ ที่ร่วมดำเนินการเห็นถึงความสำคัญด้านการปรับสภาพแวดล้อม รวมถึงสร้างองค์ความรู้ด้านการปรับสภาพแวดล้อมให้กับบุคลากรต่างๆ เพิ่มมากขึ้น
- 3) เชื่อมโยงกับภาคเอกชน เพื่อรวบรวมวัสดุ อุปกรณ์ เพื่อช่วยในการเป็นศูนย์ต้นแบบหรือเป็นวัสดุในการปรับสภาพแวดล้อมให้กับชุมชนได้

**5.6.4 การเชื่อมโยงกลไกศูนย์อยู่ดีที่มีอยู่ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์อยู่ดีนาร่อง** โดยการเชื่อมโยงเครือข่ายศูนย์อยู่ดีที่มีอยู่ เพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา แนะนำแก่ศูนย์อยู่ดีนาร่อง

**5.6.5 การสนับสนุนให้เกิดกระบวนการศึกษา ค้นคว้า การวิจัย นวัตกรรม และ Appropriate Technology** โดยดำเนินการร่วมกับหน่วยงานภาคการศึกษา ทั้งการเป็นพื้นที่ศึกษา และดำเนินการผลิตอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก ให้เข้ากับบริบทของชุมชนและวิถีชีวิตของท้องถิ่น เพื่อเชิงพาณิชย์

**5.6.6 การขยาย 1 ตำบล 1 ศูนย์อยู่ดี ให้ครอบคลุมชุมชนท้องถิ่นให้มากยิ่งขึ้น** เพื่อเป็นที่พึ่งด้านการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชนได้







บทที่ 6

## มิติสุขภาพ

ประเด็น สร้างชุมชนรอบรู้  
สุขภาพและพัฒนาระบบ  
การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

## 6.1 นิยามศัพท์

1) “**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ**” (หรือ Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของคน กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือประชากรในสังคมโดยรวม ในการค้นหาคำตอบที่ต้องการ เข้าถึงแหล่งข้อมูล ที่จำเป็น ตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และตัดสินใจนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ปฏิบัติ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็นเพื่อให้สุขภาพดี ในอดีตจนถึงปัจจุบันมีการ แปรคำนี้ไว้แตกต่างกันไป อาทิ “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” หรือ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ”

2) “**การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว**” (หรือ longterm care) หมายถึงระบบการจัดการ สาธารณสุขและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ แต่ ณ ที่นี้จะมุ่งเน้นที่ การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยไม่รวมสิทธิประโยชน์ของบริการสุขภาพที่ระบุ ไว้แล้วในหลักประกันสุขภาพหลักของตน

## 6.2 สถานการณ์และความเป็นมาของความรอบรู้ ด้านสุขภาพ

การจะสร้างชุมชนรอบรู้สำเร็จได้ จำเป็นที่จะต้องทำให้ประชาชนนอกจากมีความรู้ ตระหนัก ถึงความสำคัญของปัญหา รู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ แล้ว ยังต้องพัฒนาสภาวะแวดล้อมในการดำรง ชีวิตประจำวันให้เอื้อต่อการตัดสินใจประพฤติปฏิบัติตนได้สะดวก และถูกต้องเหมาะสมด้วย ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับหลักการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับ

โลกว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มากขึ้นกว่าการเน้นการให้ความรู้ เพื่อหวังจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแบบดั้งเดิมที่ดำเนินการกันมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยหลักการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น มุ่งเน้นที่จะพัฒนาศักยภาพของคน กลุ่มบุคคล ชุมชน หรือประชากรในสังคมโดยรวม ให้มีความสามารถในการค้นหาคำตอบที่ต้องการ เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็น ตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็น

**ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559** ได้ระบุสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ Health Literacy ไว้ใน 4 หมวด ประกอบด้วย หมวด 4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ ภาพพจน์ประสงค์ที่ 1 ที่ระบุว่า ส่งเสริมให้ทุกคนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม หมวด 4.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ในหลักการสำคัญข้อที่ 1(7) ที่กล่าวถึงสิทธิในการได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง อย่างเพียงพอและทันสถานการณ์ รวมถึงหลักการสำคัญข้อที่ 2 ที่ระบุถึงระบบคุ้มครองผู้บริโภคต้องเป็นไปเพื่อการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานใน 4 เรื่อง คือ การสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วนเพื่อการตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน การจัดให้มีกลไกเฝ้าระวังติดตามและตรวจสอบสินค้า และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคอย่างจริงจัง และในหลักการสำคัญข้อที่ 3 ได้กล่าวถึง Health Literacy หรือ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ไว้ว่า ผู้บริโภคต้องมีความเข้มแข็ง ตระหนักรู้เท่าทัน สามารถพิทักษ์สิทธิของตนเอง หมวด 4.7 การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ และหมวด 4.8 การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

**ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580)** ในประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ข้อ 4.5 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ครอบคลุมทั้งด้าน กาย ใจ สติปัญญา และสังคม มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบ ที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการ สุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทย มีสุขภาวะที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม ซึ่งระบุการสร้างความรู้ด้านสุขภาวะ (ข้อ 4.5.1) โดยพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับความรู้ด้านสุขภาวะที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาวะตนเองของประชาชน อาทิ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสมและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต

**แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2561 - 2565** กำหนดเรื่องการปฏิรูป ความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพไว้อย่างชัดเจน และกำหนด เป้าหมายระยะ 5 ปี ประกอบด้วย (1) ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการ ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (2) สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ สังคมที่ ประชาชนทุกคนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ และประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพ ของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (3) ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและบริการต่างๆ ในสังคม เพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินงาน ภายใต้อ 5 แผนงาน/ โครงการ คือ การพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพ การพัฒนาระบบการสาธารณสุข ระบบการศึกษา ระบบวัฒนธรรมและความเชื่อ การศึกษาวิจัยเชิงประเมินผล การพัฒนากำลังคน ด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัด ดังนี้ คือ (1) ประชาชนได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันมากขึ้น (2) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น (3) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์เพิ่มขึ้น (4) ประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยลดลง (5) ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพ ด้านการรักษาพยาบาลลดลง

**แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข** ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้กำหนดให้มีการ ดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย เพื่อลดการพึ่งพิงบริการ กรมอนามัยได้รับมอบหมายตามมติที่ประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวง สาธารณสุข ให้เป็นผู้ประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้มี การจัดตั้ง “สำนักงานโครงการขับเคลื่อน กรมอนามัย 4.0 เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชาชน (สขรส.)” ขึ้น เพื่อรองรับการดำเนินงานนโยบายในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** หรือ สช. ในปีงบประมาณ 2560 ได้กำหนด ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ควรนำมาพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมผ่าน กลไกหรือเครื่องมือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และเครื่องมืออื่นๆ ที่ สช. สนับสนุนต่อไป จำนวน 7 ประเด็น โดย 1 ใน 7 ประเด็นคือ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health Literacy)

จะเห็นได้ว่าความรอบรู้หรือรู้เท่าทันด้านสุขภาพได้ถูกระบุในกฎหมายหรือหน้าที่ของ หน่วยงานต่างๆ ความท้าทายสำคัญคืออุปสรรคในทางปฏิบัติ ทั้งในระดับชาติและระดับชุมชน การดำเนินงานประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันได้พยายามขยายความ

ร่วมมือจากหน่วยงานรัฐ ไปยังภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคมทั้งภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่ร่วมกันขับเคลื่อนมาตรการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายประเด็น รวมถึงโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเนื้องานโดยรวมอีกด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่ายังคงต้องการนโยบายหลักที่ มุ่งเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเป็นการเฉพาะ เพื่อช่วยให้ทุกภาคส่วนทราบทิศทาง และร่วมกันทำงานอย่างสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรค ไม่ติดต่อ โดยนโยบายสาธารณะนี้มุ่งที่จะขับเคลื่อนสังคมไทยให้ประชากรในประเทศมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ท่างไกลปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยดำเนินการพัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ ส่งเสริมการประกอบกิจการที่รับผิดชอบต่อสังคม พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลัก ด้านสุขภาพและขับเคลื่อนนโยบายเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกลไกและกองทุนทั้งระดับ ประเทศและพื้นที่ และส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรค ไม่ติดต่อในทุกกระดับ โดยที่ประชุมสมัชชาสุขภาพได้เห็นความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนในสังคมต้อง ร่วมกันในการจัดการควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่คนในสังคม ให้สามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการ เข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น ตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้าน สุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็น โดยเนื้อหาบางข้อของมติดังกล่าว ได้ย้ำความสำคัญของการสร้างเครือข่ายการทำงานและการดำเนินงานในกลุ่มผู้สูงอายุด้วย ตัวอย่าง เช่น

- “1. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแกนหลักในการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วนทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ เพื่อพัฒนาระบบจัดการและเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยการ **พัฒนา เครือข่าย และกลไกสนับสนุน** ใฝ่ระวัง รวมถึงการพัฒนา บังคับใช้กฎหมายและ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการสร้างและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อ ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อที่ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงได้ง่าย โดยคำนึงถึงทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มผู้พิการ **ผู้สูงอายุ** และกลุ่มเปราะบาง และพัฒนา ระบบการจัดการแก้ไขปัญหาวาดและรับเรื่องร้องเรียน โดยมีแผนงานและตัวชี้วัดเพื่อใช้ ในการติดตามประเมินผล พร้อมพัฒนาเครื่องมือวัดสำหรับหน่วยงานต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องเพื่อใช้ดำเนินการ ในทุกระดับ

3. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย เป็นหลักร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ ขับเคลื่อนนโยบายเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกลไกคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และทีมหมอครอบครัว ร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งระดับบุคคลทุกกลุ่มวัย รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มเปราะบาง ครอบครัว ชุมชน องค์กร และสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อทุกกลุ่มวัย”

ซึ่งมติสมัชชาสุขภาพดังกล่าวได้นำเสนอผ่านคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรีเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและผลที่เป็นรูปธรรมต่อไป

กล่าวได้ว่าการสร้างชุมชนรอบรู้จะช่วยหนุนเสริมสู่ความเป็นสังคมสูงวัยที่มีสุขภาพะตัวอย่างรูปธรรมของการสร้างชุมชนรอบรู้ในสังคมสูงวัยที่ดำเนินการแล้วนั้น เช่น ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุบ้านหัวฝาย จ.เชียงรายที่ประกาศใช้เมื่อปี พ.ศ. 2559 เกิดจากการทำประชาคม และมีฉันทมติของสภาผู้สูงอายุตำบล ประชาชน และกลุ่มองค์กรเครือข่าย ว่าจะให้ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางการพัฒนาผู้สูงอายุให้เจริญก้าวหน้า โดยบูรณาการแผนงานโครงการร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ให้พัฒนาไปสู่เป้าหมาย เป็นสังคมผู้สูงอายุตำบล ที่มี กาย จิต สุข ที่ยั่งยืน โดยเนื้อหา แบ่งเป็น 7 หมวด คือ (1) ปรัชญา แนวคิด และเจตนารมณ์ของธรรมนูญสุขภาพ. (2) การส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์, (3) การพัฒนาคุณภาพชีวิต การส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุ และควบคุมป้องกันภาวะคุกคามต่อสุขภาพผู้สูงอายุ, (4) การสร้างเสริมสุขภาพ ด้านศาสนาธรรม ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรม วัฒนธรรม ประเพณี และภูมิปัญญา, (5) การส่งเสริมผู้สูงอายุดำเนินชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง, (6) สังคมผู้สูงอายุเพื่อการเรียนรู้ และ (7) บทเฉพาะกาล ทั้งนี้ได้มีกิจกรรม “อัยซอนหลาน” และ “อัยซอนหลานเข้าวัด” ที่เชื่อมโยงผู้เฒ่าผู้แก่กับลูกหลานเข้าหากัน ช่วยลดปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีตลาดนัดสีเขียวรองรับกิจกรรมเกษตรปลอดสารของผู้สูงอายุและการฟื้นฟูวัฒนธรรมพื้นบ้านที่ใกล้สูญหายให้กลับมา

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้จัดเวทีสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติและการปฏิรูปประเทศ” ทำให้เห็นโอกาสการขับเคลื่อนในพื้นที่ได้ โดยมีข้อเสนอ

จากพื้นที่ที่ตระหนักถึงประเด็นชุมชนรอบรู้สุขภาพ เช่น ผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพใน  
 ทุกนโยบาย (Health in All Policies) ที่ให้หน่วยงานทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ  
 ต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อลดภัยคุกคามที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพคนไทย การ  
 สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ผ่านการพัฒนาทักษะ การให้ความรู้ และการสื่อสาร  
 สร้างความเข้าใจแก่ประชาชนในประเด็นต่างๆ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง  
 ให้มีความเหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต รวมถึงการสร้างสภาพ  
 แวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น การส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เป็นมิตร  
 ต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย เป็นต้น

## 6.3 สถานการณ์และความเป็นมาของการพัฒนาระบบเพื่อการดูแลระยะยาว

ด้วยประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีการประมาณว่าภายในปี  
 พ.ศ. 2563 โดยจะมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมากกว่าร้อยละ 19.1 และ สัดส่วนนี้จะ  
 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.6 และ 32.2 ภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2583 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีข้อมูล  
 อีกว่าสัดส่วนผู้สูงอายุ (>= 60 ปี) ต่อ ผู้ที่มีอยู่ในวันแรงงานจะลดลงเรื่อยๆ จาก 1 ต่อ 6.8 ในปัจจุบัน  
 ไปเป็น 1 ต่อ 2 ในปี พ.ศ. 2593 ทำให้มีกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีภาวะทุพพลที่มีแนวโน้ม  
 เพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการถูกทอดทิ้งและไม่ได้รับการช่วยเหลือ  
 เกื้อกูลอย่างเหมาะสมแก่สภาพ โดยจำนวนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เป็นภาพสะท้อนกลุ่มผู้ที่มีความ  
 เสี่ยงนี้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรติดบ้าน ติดเตียง ในประเทศไทย (ราย)

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยติดเตียง	ผู้ป่วยติดบ้าน	ผู้ป่วยทั้งหมด
2560	136,677	235,301	371,978
2565	169,282	292,998	462,280
2570	209,227	357,391	566,619
2575	256,080	434,464	690,544
2580	311,256	526,228	837,484
2585	374,212	628,686	1,002,898
2590	434,694	727,103	1,161,797

### 6.3.1 รูปแบบและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว

**6.3.1.1 อยู่ที่บ้าน** การดูแลในชุมชน community-based longterm care โดยส่งนักรับไปดูแลที่บ้านแต่ไม่ได้อยู่กับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยแต่ละท่านเต็มเวลา (จ่ายแบบติดบ้าน)

- ค่าใช้จ่ายไม่รวมวัสดุอยู่ที่ 250 ถึง 6,900 บาทต่อคนต่อเดือน
- ถ้ารวมอุปกรณ์อยู่ที่ 3,050 ถึง 10,750 บาทต่อคนต่อเดือน

**6.3.1.2 อยู่สถานดูแลเฉพาะตอนกลางวัน** การดูแลในสถานบริการประเภท Day care ที่รับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยไว้ดูแลเฉพาะกลางวัน

- ค่าใช้จ่ายที่ไม่รวมวัสดุอยู่ที่ 6,000 ถึง 9,000 บาทต่อเดือน
- ถ้ารวมค่าวัสดุจะอยู่ที่ 8,800 บาท ถึง 12,750 บาทต่อคนต่อเดือน

**6.3.1.3 อยู่ดูแลประจำ** การดูแลโดยมีผู้ดูแลเต็มเวลาที่ทั้งในสถานบริการประเภท Nursing home ที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลค้างคืน หรือ จ้างผู้ดูแลมาที่บ้านเต็มเวลา (ทั้งกลางวันกลางคืน 6 วันต่อสัปดาห์)

- ถ้าไม่รวมค่าวัสดุ ค่าใช้จ่ายประมาณ 15,000 ถึง 20,000 บาทต่อคนต่อเดือน
- ถ้ารวมวัสดุค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 18,850 ถึง 23,850 บาทต่อคนต่อเดือน

**ตารางที่ 3** ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ถ้าให้บริการแบบเต็มรูปแบบที่บ้าน พ.ศ. 2557

รายการ	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (บาทต่อคนต่อเดือน)	
	ติดเตียง	ติดบ้าน
ค่าบุคลากร ผู้ดูแล	15,000	3,750
ค่าอุปกรณ์ วัสดุ	3,829	2,767
• ค่าอุปกรณ์	587	191
• ค่าวัสดุสิ้นเปลือง	3,242	2,576
ค่าเดินทาง	300	3,150
• ผู้จัดการดูแล	300	150
• ผู้ดูแล		3,000
รวมค่าใช้จ่าย	19,129	9,667



## 6.3.2 การหางบประมาณในการจัดบริการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

### 6.3.2.1 ลงทุนทั้งหมดให้มีการดูแลที่บ้านและชุมชน

จากข้อมูลการประมาณการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยแต่ละราย ในข้อแบบดูแลที่บ้านและชุมชน คำนวณจากข้อมูลที่มีอยู่ คือ งบประมาณที่คาดว่าจะรัฐจะลงทุนในการจ้างผู้ดูแลมืออาชีพ (formal caregiver) ตำบลละ 2 คนหรือประมาณ 15,000 คนทั่วประเทศ โดยมีค่าตอบแทนให้ๆ ละ 6,000 บาทต่อเดือนคาดว่าจะรัฐต้องใช้เงินประมาณ 1,080 ล้านบาทต่อปี ซึ่งถ้าพบว่าต้องดูแลผู้ป่วยประมาณ 372,000 รายที่ต้องดูแล เฉลี่ยรายหนึ่งรัฐต้องให้เงินอุดหนุนประมาณ 250 บาทต่อรายต่อเดือน (3,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อปี) ซึ่งถือว่าเป็นขั้นต่ำสุดของการเริ่มให้บริการในชุมชนให้กับประชาชนโดยผู้ดูแลมืออาชีพคนหนึ่งจะรับดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง รวมกัน 25 คน จึงเป็นบริการที่ให้รัฐพยายามให้อย่างถ่วงน้ำหนักเพื่ออ้างไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งคาดว่าจะต้องมีญาติพี่น้องช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมด้วย

อย่างไรก็ดี ถ้าต้องการยกระดับคุณภาพการดูแลโดยลดสัดส่วนผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยต่อผู้ดูแลมืออาชีพพลลงเป็นผู้ป่วย 6 คนต่อผู้ดูแลมืออาชีพหนึ่งคนจะทำให้จำนวนผู้ดูแลเพิ่มขึ้น 60,000 คนงบประมาณต่อผู้ป่วยต่อเดือนก็จะเพิ่มขึ้น 4,320 ล้านบาทต่อปีหรือ 1,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อเดือน (12,000 บาทต่อผู้ป่วยต่อปี) และ ถ้าคำนึงถึงสภาพความเป็นจริงของสังคม ค่าตอบแทนให้กับผู้ดูแลมืออาชีพแต่ละคนควรจะได้ค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ ค่าตอบแทนน่าจะอยู่ที่ 12,000 บาทต่อเดือน ซึ่งต้องใช้งบประมาณโดยรวมอยู่ที่ 8,640 ล้านบาทต่อปีหรือ 2,000 บาทต่อผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยต่อเดือน (24,000 บาทต่อผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยต่อปี)

อย่างไรก็ดีท่ามกลางบริบทของสังคมไทยที่ก้าวสู่สังคมสูงอายุภายใต้สังคมโลกาภิวัตน์ที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลงผู้ดูแลแบบไม่มีการจ้างงานจากบุคคลในครอบครัวนับวันจะหายากขึ้น จากการคาดการณ์สัดส่วนผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจากวัยแรงงาน 6.8 ต่อผู้สูงอายุ 1 ในปี พ.ศ. 2558 คนจะกลายเป็น วัยแรงงาน จำนวน 2 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนภายในปี พ.ศ. 2593 ตามลำดับ การดูแลจากผู้ดูแลมืออาชีพจะมีความจำเป็นเพิ่มมากขึ้น และถ้าปัจจุบันต้องการให้การให้บริการดูแลที่บ้านมีคุณภาพมากขึ้นต้องเพิ่มคุณภาพบริการโดยเพิ่มผู้ดูแลมืออาชีพเป็น 120,000 คนและเพิ่มค่าตอบแทน caregivers ไปเป็น 21,150 บาทต่อเดือน (รวมค่าเดินทาง) ค่าใช้จ่ายในการดูแลมืออาชีพ 1 คนก็จะใกล้เคียงกับข้อมูลการศึกษาของ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และ ยศ วัชรคุปต์ จาก TDRI ในการคำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ดูแลที่บ้านที่มีการส่งคนไปดูแลที่บ้านประมาณค่าใช้จ่ายประมาณ 6,900 บาทต่อคนต่อเดือน (caregiver 1 คนดูแลผู้ป่วย 3 คน) ซึ่งต้องใช้ใช้งบประมาณโดยรวมประมาณ 30,000 ล้านบาท

#### ตารางที่ 4 งบประมาณสำหรับการดูแลระยะยาวในประเทศไทย

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยติดเตียง	ผู้ป่วยติดบ้าน	ผู้ป่วยทั้งหมด
2560	32,001	27,842	59,843
2565	43,761	38,277	82,038
2570	59,716	51,549	111,265
2575	80,696	69,188	149,884
2580	108,292	92,523	200,815
2585	143,746	122,043	265,788
2590	184,358	155,838	340,196

สรุปงบประมาณให้บริการที่บ้านและชุมชน

- (1) ปัจจุบันรัฐเลือกที่ลงทุนเพื่อธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของประชาชนไทย เป็นเงิน 1,080 ล้านบาท (โดยผู้ดูแลมืออาชีพ 1 คนต้องดูแลผู้ป่วยประมาณ 25 คน และให้ค่าตอบแทนผู้ดูแลมืออาชีพ 6,000 บาทต่อเดือน) ซึ่งน่าจะเป็นขั้นต่ำของการดูแลผู้ป่วยแบบ CBLTC เพื่อทำให้ไม่มีการทอดทิ้งผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจนไม่มีใครดูดย
- (2) รัฐบาลอาจจะสามารถเลือกลงทุนโดยค่อยๆเพิ่มศักยภาพและคุณภาพในการดูแล CBLTC โดยถ้าเพิ่มทั้งจำนวนผู้ดูแลมืออาชีพและค่าตอบแทนให้ ก็ต้องเพิ่มงบประมาณเป็น 8,640 ล้านบาทต่อปี (โดยมีผู้ดูแล 1 คนต่อผู้ป่วยประมาณ 6 คน โดยผู้ดูแลได้รับค่าตอบแทนประมาณ 12,000 บาทต่อเดือน) การดูแลก็จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้ระดับหนึ่ง
- (3) อย่างไรก็ตามถ้ารัฐบาลต้องการให้การดูแลผู้ป่วย CBLTC มีคุณภาพยิ่งขึ้นคือ มีทั้งผู้ดูแลมืออาชีพ และมีค่าวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นร่วมด้วย ต้นทุนอาจจะสูงถึง 30,000 ล้านบาทต่อปี (การดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจำนวนประมาณ 372,000 คน ส่งผู้ดูแลมืออาชีพ 1 คน เดินทางไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3 คน และให้ค่าตอบแทนผู้ดูแลมืออาชีพ 21,150 บาทต่อเดือน)

สรุปการลงทุนในการดูแลที่บ้านและชุมชนต้องมีงบประมาณตั้งแต่ ขั้นต่ำ (1,080 ล้านบาทต่อปี) - ชั้นกลาง 8,640 ล้านบาทต่อปี - ชั้นสูง 30,000 ล้านบาทต่อปี ทั้งนี้งบประมาณที่ต่างกันสะท้อนปัจจัยนำเข้าที่ต่างกันเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการที่รัฐบาลพยายามให้ความช่วยเหลือประชาชนกลุ่มติดบ้านติดเตียง คำถามก็คือถ้าคิดจะให้บริการอย่างดีควรลงทุนอย่างไรด้วยงบประมาณระหว่าง 8,640 ล้านบาท ถึง 30,000 ล้านบาทต่อปี

### 6.3.2.2 ลงทุนในการดูแลแบบผสมผสาน

การดูแลแบบผสมผสานคือมีทั้งการดูแลที่บ้าน/ชุมชน รวมการดูแลแบบเข้าไปอยู่ใน nursing home หรือ day care ร่วมด้วย โดยประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการแบบผสมผสานจะอยู่ที่ ขั้นต่ำ 30,000 – 50,000 ล้านบาท - ขั้นสูง 51,500 – 61,300 ล้านบาท

ถ้าคิดว่าบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงควรเป็นบริการแบบผสมผสานที่ใช้บริการสถานบริบาลเช่น nursing home น้อย และ เน้นเรื่องบ้าน/ชุมชนมากงบประมาณที่จำเป็นต้องหาเพื่อให้บริการสำหรับประชาชนไทยกลุ่มติดบ้านติดเตียงจะต้องอยู่ที่ประมาณ 30,000 ล้านบาท (ประมาณ 1% ของงบประมาณรัฐบาลปี พ.ศ. 2562) ความท้าทายคือความเพียงพอของงบประมาณในการลงทุน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ 2.11 เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เกิดขึ้นเนื่องจากเห็นความจำเป็นให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน โดยภาคประชาสังคม ท้องถิ่น ความทั้งรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างรูปธรรมการขับเคลื่อนนโยบายระดับชาติต้องประกอบไปด้วย 4 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ซึ่งช่วยกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ องค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทในการสร้างสถานบริการอย่างเหมาะสม ภาครัฐจัดทำมาตรฐานของระบบการดูแลพร้อมปกป้องสิทธิและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ เพื่อลดภาวะพึ่งพิงของประชากรกลุ่มนี้ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต ต่อมา พ.ศ. 2553 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ได้ขับเคลื่อนเชิงนโยบายโดย โดยที่ประชุมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติมีมติเห็นชอบการจัดทำแผนปฏิบัติการผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2664-2556) ซึ่งประกอบด้วย มาตรการดัชนี และระยะเวลาที่จะบรรลุผลได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และระบุหน่วยงานรับผิดชอบ โดยมีประเด็นหลักของแผนฯ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลระยะยาวในระดับท้องถิ่น 2) การดูแลระยะยาวที่ดำเนินการโดยหน่วยงานรัฐส่วนกลาง และ 3) การดำเนินการเพื่อสนับสนุนทางการเงิน/การคลัง เห็นชอบมอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาจัดทำแผนปฏิบัติการในภารกิจที่รับผิดชอบ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 เป็นต้นมา ทำให้ท้องถิ่นมีบทบาทต่อการจัดระบบดูแลระยะยาวมากขึ้น

ปี 2556 ที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทำหน้าที่ประสานงานและสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาระบบการดูแล

ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ด้านสุขภาพและสังคม โดยพิจารณาประเด็นย่อยร่วมด้วย เช่น ชุมชนบริการ ระบบการดูแล ระบบการเงินการคลัง และการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ รวมทั้งกำลังคนด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ และนำเสนอบอร์ด สปสช. เพื่อพิจารณาจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อให้เกิดระบบได้จริงในระยะเวลาที่เหมาะสมและกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนด ต่อมาการประชุมคณะกรรมการ สปสช. ได้มีมติเห็นชอบแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ดำเนินการรูปแบบ community care และได้มอบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการโดยใช้งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุและงบกองทุนท้องถิ่น ในการตรวจคัดกรองและทำทะเบียน เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง ตลอดจนจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ

ปี 2557 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไทยรองรับสังคมสูงวัย การออกแบบระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพของนโยบาย รัฐบาลชุดนี้เน้นสังคมเกื้อกูลกัน ซึ่งขณะนี้กำลังมีการสร้างความร่วมมือโดยต้องเป็นการบูรณาการของ 5 กระทรวงหลักคือ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวิทยาศาสตร์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เน้นการดูแลตั้งแต่ระบบเริ่มต้นเข้าสู่การเป็นสูงอายุและยังสุขภาพดีอยู่ จนกระทั่งผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะเป็นผู้ป่วยแบบติดเตียง ด้วยการสร้างทีมหมอครอบครัวขึ้นมา ทั้งนี้ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อยากให้มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกแห่ง

ปี 2560 การประชุมวิชาการประจำปีที่ประชุมผู้บริหารองค์กรของรัฐที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติเฉพาะ (ทอพ.) ซึ่งมีทั้งหมด 16 องค์กร ในหัวข้อ “ประชารัฐร่วมใจ สู้สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ” ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย จึงมีความจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงวัย และได้ร่วมกันจัดทำข้อเสนอ เพื่อเตรียมความพร้อมสังคมสูงวัยของประเทศไทยใน 2 เรื่องหลัก ประกอบด้วย เตรียมพร้อมของบุคคล และการเตรียมระบบรองรับ โดยในส่วนของเตรียมความพร้อมของบุคคล

อย่างไรก็ดี กระทรวงการคลัง (พ.ศ. 2560) มีความเห็นว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ ภาระหนึ่งและกำลังจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ รัฐบาลจึงมีนโยบายและมาตรการที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยให้ได้รับสวัสดิการที่จำเป็นซึ่งการดำเนินการตามนโยบายและมาตรการต่างๆ จำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมากในระยะเวลาที่กำหนด มิเช่นนั้นจะไม่สามารถดำเนินนโยบายรัฐบาลให้บรรลุ

วัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามรายได้ของกองทุนผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุซึ่งมีอำนาจหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องดังกล่าวไม่เพียงพอต่อการดำเนินการรวมทั้งเห็นสมควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อกำหนดให้กองทุนผู้สูงอายุมีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิตในส่วนที่เกี่ยวกับสินค้าสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต รวมถึงเงินเบี้ยยังชีพที่มีผู้บริจาคเข้ากองทุนผู้สูงอายุเพื่อให้กองทุนมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินการตามวัตถุประสงค์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้เคยนำรูปแบบลูกขุนพลเมือง หรือ Citizens Jury ซึ่งเป็นกระบวนการประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือรูปแบบหนึ่ง มาทดลองใช้จริงกับภาคประชาสังคมและประชาชนทั่วไปของไทย เพื่อหารูปแบบการพัฒนาการสร้างความหลักประกันความมั่นคงเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในสังคมสูงวัย ระหว่างวันที่ 23 – 26 กันยายน 2561 ที่จังหวัดนนทบุรี โดยมีผู้เข้าร่วมการศึกษา(ลูกขุนพลเมือง) จำนวน 20 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มระดับประชากรตามภูมิภาค จังหวัด พื้นที่ กระจายตามเพศ อายุ และหลักประกันสุขภาพ หลังจากการรับฟังข้อมูลและไต่ตรองข้อมูลทั้งข้อดีและข้อจำกัดของทางเลือกแหล่งที่มาของงบประมาณสำหรับนำมาใช้ในการสร้างความหลักประกันความมั่นคงในการดูแลผู้สูงอายุแล้วคณะลูกขุนพลเมืองมีข้อสรุปดังนี้

- 1) โดยภาพรวม คณะลูกขุนเห็นความจำเป็นในการออกแบบระบบการดูแลระยะยาวที่ให้บริการประชาชนที่ได้รับผลประโยชน์มีการจ่ายสมทบเพิ่มเติมด้วย เพื่อให้ได้บริการหรือสิทธิประโยชน์ที่เกินพื้นฐานจากรัฐจะจัดสรรให้ได้ ได้แก่ จ่ายเพิ่มเติมสำหรับผู้ดูแลอุปกรณ์วิสดต่างๆ เช่น ที่นอน รถเข็น แผ่นรองขับ ฯลฯ ซึ่งการจ่ายเพิ่มเติมจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะความต้องการของผู้ใช้บริการนั่นเอง
- 2) คณะลูกขุนมีความเห็นว่าบริการหรือสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่รัฐจัดสรรให้ในการดูแลระยะยาวนั้น มาจากการจัดเก็บผ่านระบบภาษี โดยรัฐบาลต้องทำหน้าที่จัดสวัสดิการพื้นฐานให้เพียงพอต่อการความจำเป็น เพื่อรับรองความมั่นคงและเพียงพอของงบประมาณดังกล่าว ลูกขุนเห็นว่าระบบการจัดเก็บภาษีวัตถุประสงค์เฉพาะ (Earmark Tax) เป็นแนวทางเลือกที่ดี
- 3) คณะลูกขุนเห็นว่าความร่วมมือและบูรณาการความช่วยเหลือกันทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม ตามทุน ศักยภาพ และบริบทของแต่ละพื้นที่ สามารถเข้ามาเติมเต็มระบบการดูแลระยะยาวของประเทศได้ รวมทั้งส่งเสริมความเป็นสังคมจิตอาสาไม่ทอดทิ้งกัน และเกิดนวัตกรรมการบริหารจัดการที่หลากหลายตามความเหมาะสมของพื้นที่ได้ด้วย

4) อย่างไรก็ตาม คณะลูกขุนได้พิจารณาความหมายของการได้รับสิทธิประโยชน์นั้น ควรขยายความไปถึงผู้ป่วยติดเตียงติดบ้านที่ยังไม่สูงอายุแต่อยู่ที่ในภาวะพึ่งพิงด้วย อย่างไรก็ตามแม้ว่ากระบวนการลูกขุนพลเมืองสร้างการมีส่วนร่วมและก่อให้เกิดเครือข่ายด้านสุขภาพในการทำงานร่วมกันเพื่อทำให้การตัดสินใจของคณะลูกขุนพลเมืองนำไปสู่การขับเคลื่อนในเชิงนโยบายที่มีการปฏิบัติใช้จริงอย่างเห็นผล แต่ด้วยข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มคนในการร่วมกระบวนการจึงมีคำถามเรื่องการเป็นตัวแทนที่แท้จริงของประชากรและการนำผลการตัดสินใจในลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพไปใช้ในเชิงนโยบาย ซึ่งประเด็นนี้แม้แต่การจัดปรึกษาหารือที่มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากเช่น งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของไทยที่มีระบบการจัดการและตัวแทนจากกลุ่มต่างๆหลากหลายก็ยังคงมีความท้าทายเรื่องความเป็นตัวแทนที่แท้จริงและความเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมต้องไม่เป็นลักษณะปัจเจกบุคคล ซึ่งการนำไปใช้ในเชิงนโยบายอาจนำข้อสรุปของกระบวนการลูกขุนพลเมืองเป็นทิศทางและข้อมูลนำเข้าในกระบวนการปรึกษาหารือรูปแบบอื่นๆ ต่อไป เช่น การจัดสมัชชาเฉพาะประเด็น

## 6.4 สรุป

ด้วยหลักการในการปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย ที่ประกอบด้วย (1) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนสังคม การปฏิรูปต้องไม่สร้างระบบที่จะทำให้ผู้สูงอายุต้องกลายเป็นภาระของสังคม (2) สร้างสังคมที่คนทุกวัยอยู่ร่วมกันได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข (3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของจุดพลัง “ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และท้องถิ่น” ในการแก้ปัญหา (4) เน้น “การสร้าง นำซ่อม” และการประคับประคองให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพที่สามารถดูแลตนเองให้ได้นานที่สุด และ (5) เตรียมความพร้อมของระบบเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สังคม และบริการสุขภาพ ภายใต้บริบทของสังคมสูงวัยนั้น จะเห็นได้ว่าทุกข้อต้องใช้ “ชุมชนรอบรู้สุขภาพ” เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนทั้งสิ้น

สาระสำคัญของการปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ นอกจากประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลโดยตรง คือ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในทุกระดับให้มีคุณภาพและมาตรฐาน เพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและต่อเนื่องได้แก่ การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันก่อนการเจ็บป่วย การรักษาและฟื้นฟูสภาพหลังจากเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล (Intermediate care) ซึ่งเป็นระบบบริการที่ปิดช่องว่างระหว่างรอยต่อของการรักษาในสถานบริการสุขภาพกับบ้าน ช่วยลดการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำและลดภาวะทุพพลภาพ

หรือพิการ การดูแลระยะยาว และการบริการสุขภาพแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย โดยมุ่งเน้นใช้ชุมชน ท้องถิ่นเป็นฐานสำหรับการทำงานโดยใช้การดูแลครอบครัว และการดูแลโดยชุมชน และการสร้างและจัดระบบดูแลสุขภาพชุมชนเมือง โดยจัดระบบผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้างทั้งการดูแลที่บ้านและในหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีการกำหนดมาตรฐานและกลไกที่มีกฎหมายรองรับในการกำกับมาตรฐาน แล้วนั้น ประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นหลักของมติสุขภาพเฉพาะประเด็น (ด้านสุขภาพ) อย่างไรก็ตามเพื่อความยั่งยืนของระบบการส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งอย่างมีส่วนร่วม ที่เน้นสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสุขภาพในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการทำงานร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนในการสนับสนุนให้ผู้สูงวัยมีศักยภาพในการจัดการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพตนเองนั้นก็มีความสำคัญด้วย

## 6.5 ทิศทางของข้อเสนอเชิงนโยบาย

ด้วยสถานการณ์และประสบการณ์ที่ผ่านมา การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรองรับสังคมสูงวัยประเด็นการสร้างชุมชนรอบรู้สุขภาพและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ควรประกอบด้วยกิจกรรมหลักๆ ได้แก่

- 1) ร่วมสนับสนุนขับเคลื่อนนโยบายเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านกลไกและกองทุนระดับพื้นที่ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ 11.3 รวมทั้งการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติประเด็นเกี่ยวข้องกับการรอบรู้สุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพึ่งตนเองและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้เป็นชุมชนรอบรู้สุขภาพ
- 2) ร่วมสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วนในการสร้างสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกลไก/เครื่องมือการสร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เช่น สมัชชาพื้นที่ ธรรมนูญพื้นที่ หรือธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็นต้น
- 3) ความร่วมมือของรัฐ วิชาการ เอกชน ท้องถิ่น ประชาสังคม และประชาชน ในพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเปิดพื้นที่มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเงินการคลัง การออกแบบรูปแบบระบบ การดำเนินการ และการประเมินผลปรับปรุงให้เหมาะสมสอดคล้องตามบริบทพื้นที่

## บรรณานุกรม

ธีระ วรธนารัตน์ ภัทรวัฒน์ วรธนารัตน์ อรจิรา วงษ์คนตรี และมณฑิชา เจนพานิชทรัพย์. การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

ธีระ วรธนารัตน์ สันต์ สัมปัตตะวนิช นพพล วิทย์วรพงศ์ ธนะพงศ์ โพธิ์ปิติ พัทธสุทธิ สุจิตตานนท์ และธานี ชัยวัฒน์. เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมกับการบริโภคอาหาร. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.

ผลการตัดสินใจ (Verdict) ของคณะลูกขุนพลเมือง ประเด็นการพัฒนารูปแบบการสร้างหลักประกันความมั่นคงเพื่อการดูแลผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยของไทย จากการรับฟังข้อมูลของพยาน ในการเวทีลูกขุนพลเมือง ประเด็น การพัฒนารูปแบบการสร้างหลักประกันความมั่นคงในสังคมสูงวัยของไทย ระหว่างวันที่ 23 – 26 กันยายน 2561 ณ ห้องประชุมสิริประภา โรงแรมบัดดี้ โอเรียนทอล ริเวอร์ไซด์ ปากเกร็ด นนทบุรี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สรุปแนวทางการดำเนินงานจากรายงานการประชุมหารือเรื่องกระบวนการลูกขุนพลเมือง เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2561 ณ ห้องประชุมสุขชน 1 ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดนนทบุรี

สตีเฟน ธนาธิโชติ วิชิตา สาธิตพร นิตยา โพธิ์นอก และ ชลัท ประเทืองรัตนนา. ประชาธิปไตยแบบปรึกษาหารือ (Deliberative Democracy): แนวคิดและรูปแบบ. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า, 2559.

Raja D, Mathurapote N, Putthasri W, et al. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly (2008-2016). Geneva: World Health Organization; 2017.

Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016.