

รายงานผลการจัดประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒๑-๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเซ็นทารา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์



ความเป็นธรรม
ด้านสุขภาพ
โอกาสและความหวัง
อนาคตประเทศไทย





— ครึ่งที่ —

16



รายงานผลการจัดสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

บรรณาธิการบริหาร	สุเทพ เพชรมาก สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล	
บรรณาธิการ	สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร นिरชา อัครวีระกุล	
กองบรรณาธิการ	วรรณวิมล ขวัญยาใจ แคทรียา การาม นันณณัฐ ฤกษ์ปัญญา ศิริธร อรไชย ชนิษฐา แซ่เอี้ยว	สิริกร คำภูไทย จิตติมา สุวัตติ นันทยา ลีวลักษณ์ นภิทร ศิริไทย ศิริเพ็ญ ก่องแก้ววัศมี
ออกแบบปกและจัดหน้า ภาพประกอบ	ชัยรัตน์ สิริทองสาคร https://www.vecteezy.com	
จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔ หมู่ที่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๐ โทรสาร ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๑-๒ อีเมลล์ nationalhealth@nationalhealth.or.th เว็บไซต์ http://www.nationalhealth.or.th www.samatcha.org	
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๕๖๙-๐๒๘-๗	
พิมพ์ที่	บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด ๑๘ ซอย เพชรเกษม ๔๘ แยก ๔๑ แขวง บางด้วน เขต ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐ โทรศัพท์ ๐-๒๘๐๔-๕๔๔๗	
พิมพ์ครั้งที่ ๑	เมษายน ๒๕๖๗	
จำนวนพิมพ์	๑,๐๐๐ เล่ม	

สารจากประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

บนเส้นทางของกระบวนการสมัชชาสุขภาพซึ่งดำเนินควบคู่ไปกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ โดยกำหนดเป็นเส้นทางของการวางกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย

สมัชชาสุขภาพมีพลวัตที่เชื่อมโยงกับพลวัตของสังคมไทยซึ่งเป็นที่ประจักษ์ถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครอง พลวัตของสมัชชาสุขภาพจึงสะท้อนบทบาทและพลวัตของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการเสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีในการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาประเทศผ่านกระบวนการสมัชชา ซึ่งถือได้ว่าเป็นฐานรากของการพัฒนาประชาธิปไตยด้วยกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายเป็นสำคัญ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ได้เสร็จสิ้นบริบูรณ์แล้ว นับเป็นการปักหมุดหมายบนเส้นทางการปฏิรูประบบสุขภาพของสังคมไทยอีกครั้งหนึ่ง ขอขอบพระคุณภาคีเครือข่าย ประชาชนผู้สนใจ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ให้ความสำคัญและร่วมกันแสดงเจตจำนงเสรี (Free Will) ในการเสริมสร้างกระบวนการสมัชชาสุขภาพให้มีพลวัตต่อเนื่องเพื่อการดำรงอยู่ (Existing) และพัฒนาเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญต่อไป

ชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ
ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖

คำนำ

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

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) ได้จัดขึ้นอย่างเป็นระบบและมีส่วนร่วม ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๖๖ รวม ๑๖ ครั้ง สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้มีฉันทมติร่วมกันไปแล้ว ๙๖ มติ สำหรับ ครั้งที่ ๑๖ ที่ได้จัดขึ้น ระหว่างวันที่ ๒๑ - ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น จำนวน ๓,๘๘๒ คน โดยเป็นผู้เข้าร่วม ณ สถานที่จัดประชุม จำนวน ๑,๗๔๗ คน และเข้าร่วมประชุมออนไลน์ จำนวน ๒,๑๓๕ คน ได้มีฉันทมติ จำนวน ๓ มติ คือ

สมัชชาสุขภาพ ๑๖ มติ ๑ ระบบสุขภาพะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง

สมัชชาสุขภาพ ๑๖ มติ ๒ การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่

สมัชชาสุขภาพ ๑๖ มติ ๓ การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

หนังสือรายงานผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ เล่มนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ในการอ้างอิงข้อเสนอเชิงนโยบายและนำไปเป็นกรอบทิศทาง การพัฒนาและขับเคลื่อนในทางปฏิบัติของเครือข่าย หน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทั่วไป ประกอบด้วย ๔ ส่วนหลัก ได้แก่ (๑) การพัฒนานโยบายสาธารณะ (๒) ปาฐกถาและปาฐกถาพิเศษ (๓) รายงานความก้าวหน้า “การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา และ (๔) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ - ๑๖ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ได้ร่วมกันสานพลังความคิดและทุ่มเทอย่างเต็มกำลังความสามารถในการพิจารณา และให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ร่วมกัน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายสำหรับใช้ในการอ้างอิง และขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาพะของประชาชน ตลอดจนการถ่ายทอดคุณค่าและความหมายของมติให้เป็นพลังทวีคูณ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสรรค์สังคมสุขภาพะของประเทศที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
เมษายน ๒๕๖๗

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สารจากประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖	๓
คำนำ	๔
คำประกาศเจตนารมณ์ของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	๖
ร่วมสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพความจำเป็นในสังคมไทย	๗
กระบวนการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะ	๘
กระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ ๑๖	๑๐
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖	
มติที่ ๑ ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง	๑๔
มติที่ ๒ การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่	๓๘
มติที่ ๓ การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ	๕๖
ปาฐกถาพิเศษ	
- สร้าง...ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ สาน...อนาคตประเทศไทย	๗๗
- Institutionalizing Social participation for Health and Well-being	๘๔
- สานพลังรับมือสังคมสูงวัย การกิจร่วมของทุกคน	๘๗
รายงานการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ผ่านมา	
- มติ ๑๕.๓ เรื่องหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	๙๓
- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ได้กำหนดให้ต้องรายงานในปี พ.ศ. ๒๕๖๖	๙๗
เสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ	
- การแลกเปลี่ยนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	๑๐๐
- การเสวนาประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ	๑๐๒
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสานสมัชชา	๑๐๕
พิธีส่งมอบงาน-รับมอบงาน ประกาศ "ประเด็นหลัก (Theme) และมติใหม่สมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๑๗	๑๑๓
หน่วยงานภาคร่วมจัดนิทรรศการ	๑๑๔
สรุปภาพรวมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖	๑๑๖
ภาคผนวก	
- คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน	๑๑๘



คำประกาศเจตนารมณ์ของเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สานพลังหน่วยงาน องค์กรภาคี เครือข่าย ร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพและสังคม

ข้าพเจ้าและเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ขอประกาศเจตนารมณ์ว่า พวกเราจะสานพลังความร่วมมือทั้งหน่วยงาน ภาควิชาการ องค์กรภาคี และเครือข่าย ให้เกิดเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ อันเป็นเป้าหมายของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๖ ในระดับประเทศและระดับพื้นที่ต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

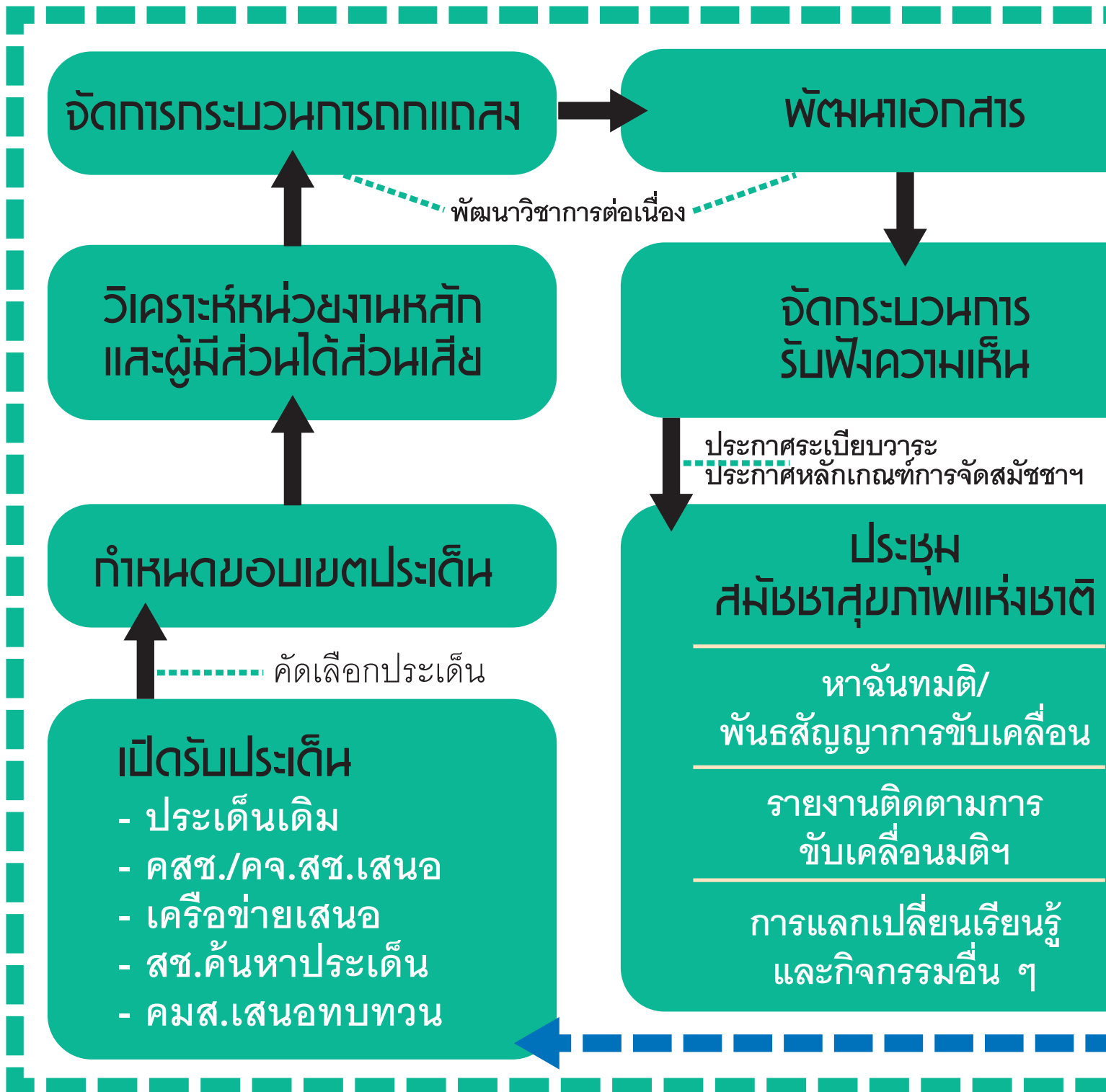
ร่วมสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ความจำเป็นในสังคมไทย

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ ดำเนินมาบนประเด็นหลักเรื่องการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายธรรมญญาด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ รวมแล้วมีการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ๕ ประเด็น ซึ่งล้วนแต่มีมิติที่ตอบสนองต่อการเสริมสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ อาทิ การจัดความยากจน การเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตที่มุ่งเน้นที่เด็ก เยาวชนและกลุ่มเปราะบาง หรือในเรื่องการเสริมสร้างสุขภาพเข้มแข็งกลไกบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ที่ต้องการให้กลุ่ม องค์กรผู้ใช้น้ำที่เป็นประชาชน ผู้ใช้น้ำได้มีบทบาทในการกำหนดการใช้ และการเข้าถึงน้ำได้อย่างเพียงพอและเป็นธรรม

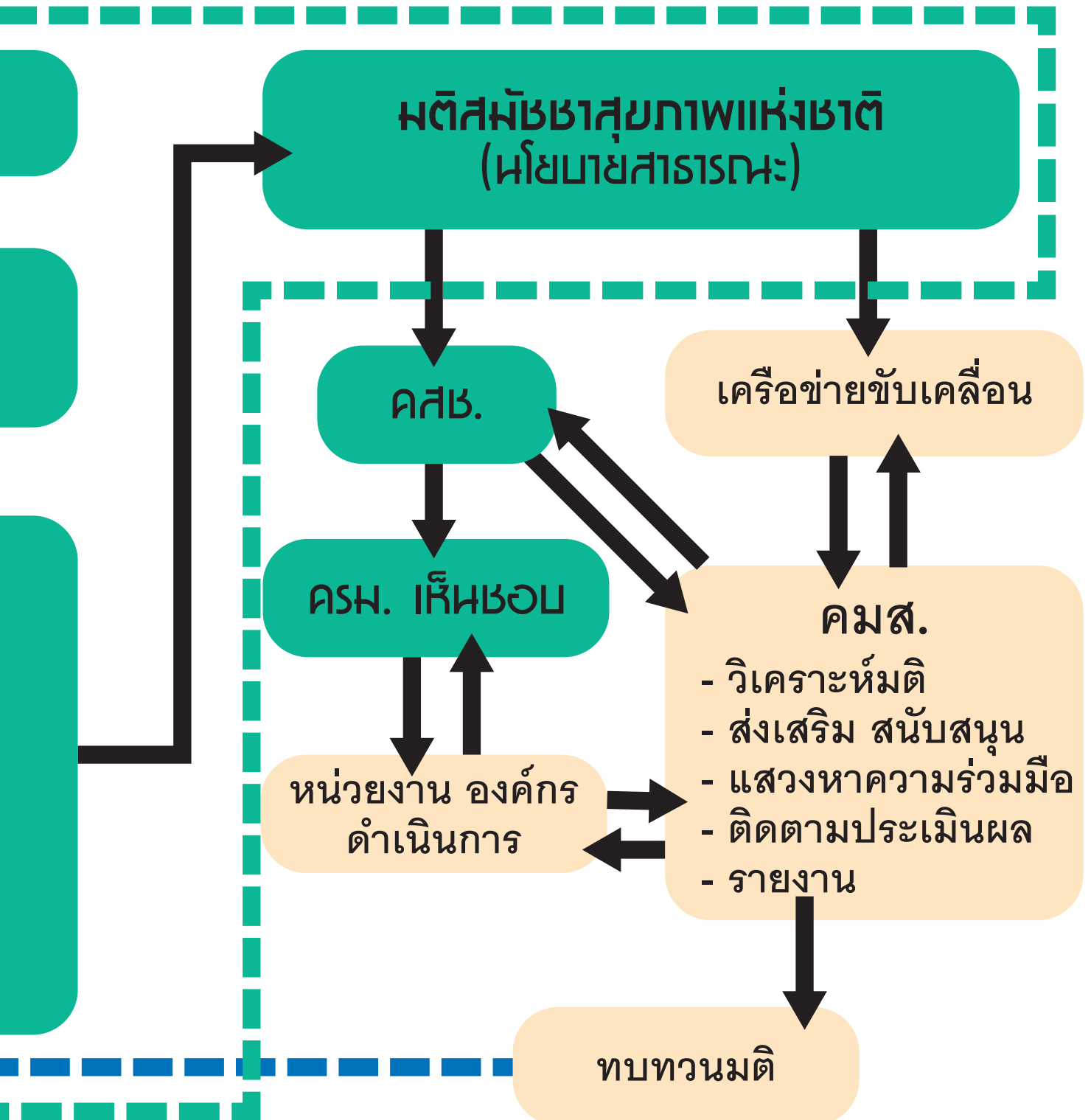
มติสมัชชาสุขภาพในสองครั้งนี้เกิดขึ้นพร้อมกับการมีหน่วยงานหลักเข้ามาเป็นเจ้าภาพในการพัฒนานโยบายและเป็นผู้ประสานการขับเคลื่อนมติสมัชชานั้น ๆ ซึ่งยังนับเป็นเรื่องท้าทายที่จะทำให้มติดูถูกขับเคลื่อนไป เพราะทั้ง ๕ มติล้วนแต่มีความซับซ้อนต้องการบทบาทของหน่วยงาน องค์กร ทั้งทางสุขภาพและทางสังคมเข้ามาร่วมมือ รวมถึงอีกหนึ่งภาคีสำคัญที่เป็นที่จะเข้ามามีบทบาทและร่วมเป็นหุ้นส่วนในระบบสุขภาพ ได้แก่ ภาคธุรกิจเอกชน เพราะสังคมไทยและโลกใบนี้ต้องการความสมดุลของการพัฒนาและสุขภาวะ ตอบสนองต่อ ๑๗ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และทิศทางสุขภาพโลกว่าด้วย Comercial Determinant of Health หรือปัจจัยทางเศรษฐกิจ การค้าต่อสุขภาพ



คจ.สช.



กระบวนการพัฒนา ข้อเสนอนโยบายสาธารณะ



3 ก.ค. - ก.ย. 66

ตั้งคณะทำงาน ถกแถลง (20-50 คน)

ผู้เข้าร่วม หน่วยงานและเครือข่ายหลักที่เกี่ยวข้อง
รับฟังความเห็น (150-250 คน)

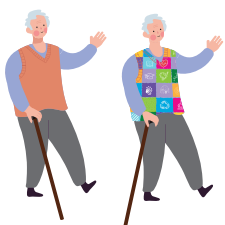
ผู้เข้าร่วม หน่วยงาน เครือข่ายหลักที่เกี่ยวข้องและ
เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
คณะทำงานพัฒนาประเด็น
สมัชชาสุขภาพจังหวัด กขป. และผู้สนใจ
(คจ.สช. อนุกำกับ สช.)

4 ต.ค. - พ.ย. 66

จัดเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด หรือเวทีจังหวัด (50-60 คน)

ผู้เข้าร่วม หน่วยงาน เครือข่ายหลักที่เกี่ยวข้อง
เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

สมัชชาสุขภาพจังหวัด
และหรือภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด



1 ม.ค. - เม.ย.

ค้นหาประเด็น (คจ.สช. อนุกำกับ)



5 ต.ค. - พ.

จัดเวทีสมัชชา ของ 3 ป

ผู้เข้าร่วม หน
เครือข่ายสมช
คจ.สช. อนุ

กระบวนการจัดสมัชชา สุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๖

66

น+ประเมินความพร้อม
กับ สช.)

2 เม.ย. - มิ.ย. 66
พัฒนาทิศทางและ
ขอบเขตของ 3 ประเด็น



ผู้เข้าร่วม หน่วยงานและเครือข่าย
หลักที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานหลัก
(คจ.สช. อนุกำกับ สช.)

ย. 66

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ประเด็น (200-250 คน)

หน่วยงาน เครือข่ายหลักที่เกี่ยวข้องและ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

อนุกำกับ คทง. สช.

6

ธ.ค. 66

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ขอบเขตของ 3 ประเด็น

ผู้เข้าร่วม หน่วยงาน เครือข่ายหลักที่เกี่ยวข้องและ

เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

คจ.สช. อนุกำกับ คทง. สช.

ความเป็นธรรม ด้านสุขภาพ

โอกาสและความหวัง
อนาคตประเทศไทย



มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖

พ.ศ. ๒๕๖๖



มติ ๑๖.๑

ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง

มติ ๑๖.๒

การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่

มติ ๑๖.๓

การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ



สัมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖
พ.ค.๒๕๖๖

มติ

๑๖.๑



การกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ มติ ๑
ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยให้มีความรุนแรง

มติ ๑๖.๑

ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง
(Mental well-being system
for non-violent Thai society)



ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สิบหก ได้พิจารณารายงาน เรื่องระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง^๑

กังวลว่า สถานการณ์สุขภาพจิตและความรุนแรงของสังคมไทยมีความรุนแรงและความเข้มข้นเพิ่มมากยิ่งขึ้น ประชากรทุกกลุ่มวัยล้วนเผชิญความเสี่ยงทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยที่สังคมไทยยังไม่ได้มีระบบสนับสนุนที่เพียงพอ เหมาะสม และทั่วถึงเพื่อรองรับกับสถานการณ์นี้ ทั้งที่สุขภาพจิตที่ดีคือสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์

ตระหนักว่า สังคมไทยตื่นตัวเรื่องสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ประชาชนให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตและมีการพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตในที่สาธารณะมากกว่าแต่ก่อน มีกลุ่มคนรวมตัวกันเพื่อพัฒนาความรู้และนวัตกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ตาม การรวมกลุ่มนี้ยังขาดการสนับสนุนและการประสานเชื่อมโยงกันอย่างมีทิศทาง

ตระหนักว่า นักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตต่างๆ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นที่ต้องการของสังคม แต่กระนั้น นักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตต่างๆ ยังไม่ได้มีโอกาสและมีบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจนและเป็นระบบ

รับทราบว่า ปัจจุบัน ประเทศไทยมีนโยบายและกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิต อาทิ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๒) และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้น ซึ่งกฎหมายเหล่านี้วางกรอบทิศทางและกลไกสำคัญของงานสุขภาพจิตระดับประเทศไว้ แต่อาจยังไม่เพียงพอและครอบคลุม

ตระหนักว่า สุขภาวะทางจิตไม่ใช่เรื่องของใครคนใดคนหนึ่งที่ต้องส่งเสริมและพัฒนา ระบบสุขภาวะทางจิตเกี่ยวข้องกับทุกคนในสังคม ทุกองค์กรทั้งจากภาครัฐ เอกชน และประชาสังคม ควรร่วมกันพัฒนาระบบสุขภาวะทางจิต

ชื่นชมว่า กรมสุขภาพจิตในฐานะหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพจิตของประเทศโดยตรง รวมถึงหน่วยบริการทางสุขภาพต่างๆ มีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องภายใต้ความท้าทายของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปและข้อจำกัดด้านทรัพยากรต่างๆ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๖ / หลัก ๑

ชื่นชมว่า กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ นครสวรรค์ และหนองบัวลำภู เป็นต้นแบบสำคัญในการสานเสวนาและร่วมพัฒนากลไกระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไว้ความรุนแรงในระดับพื้นที่

เห็นว่า ระบบสุขภาพทางจิตจะนำไปสู่ความเป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อการพัฒนาที่มั่นคงและยั่งยืนของคนและสังคม โดยคำนึงถึงการพัฒนาร่องสุขภาพจิตของคนทุกคนไม่ว่าจะมีอาการป่วยหรือไม่ ให้มีมิติที่ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปัจเจก ระดับสังคม และความเชื่อมโยงในระบบนิเวศสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม อันจะเป็นหนทางสำคัญหนทางหนึ่งในการสร้างสังคมไทยไว้ความรุนแรง

จึงเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ดังนี้

ความรุนแรงในสังคมไทยนับวันจะมีความถี่และความรุนแรงมากขึ้น ไม่ว่าจะในมิติหรือประเภทใดก็ตามล้วนแล้วแต่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างซับซ้อน ในการสร้าง **“สังคมไทยไว้ความรุนแรง”** ที่คนสามารถมีสุขภาพและทำให้สังคมโดยรวมมีความยั่งยืนทางสุขภาพจิต จำเป็นต้องพัฒนา **“ระบบสุขภาพทางจิต”** ที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนและทุกระดับของสังคมอันครอบคลุมตั้งแต่การพัฒนาทักษะสุขภาพจิตส่วนบุคคล พฤติกรรม วิถีชีวิต การเฝ้าระวังรักษา ไปจนถึงการออกแบบและพัฒนานโยบายที่เป็นไปตามหลักสากล ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และเอื้อต่อการมีสุขภาพทางจิตที่ดีสำหรับทุกคนในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชน ตามแนวทางการสร้างเสริม ป้องกันและคัดกรอง รักษา และฟื้นฟู รวมถึงปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจกำหนดสุขภาพจิต ซึ่งมีลักษณะเป็นเชิงรุก กระจายทั่วถึง ไม่ตีตรา เข้าถึงตามขั้นการดูแลของกลไกในระบบสุขภาพทางจิต สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม บริบทชุมชนพื้นที่ โดยคำนึงถึงกติกา พันธสัญญาและข้อตกลงทั้งในและระหว่างประเทศ

โดยมีสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบาย ดังนี้

๑. ระบบสุขภาพทางจิต ประกอบด้วยกลไกในระดับต่างๆ ที่เชื่อมโยงกัน (ภาพประกอบที่ ๑) ได้แก่
 - ๑.๑ กลไกบ้าน ที่ขับเคลื่อนด้วยครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ด้วยความรู้และทักษะตามแนวทางจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) และการเสริมพลัง (empowerment) เพื่อให้เป็นหน่วยของการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพทางจิตในบ้านที่ใกล้ตัวคนมากที่สุด
 - ๑.๒ กลไกชุมชนและสังคม รวมถึงสถานศึกษาและสถานประกอบการ ที่ขับเคลื่อนด้วยผู้มีความรู้และประสบการณ์สาขาต่างๆ ประกอบด้วย นักจิตวิทยาสาขาต่างๆ นักดูแลสุขภาพใจ นักพัฒนาสังคม ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร ผู้แทนทางศาสนา ครูและอาจารย์ อินฟลูเอนเซอร์ สื่อมวลชน ธุรกิจเอกชน เจ้าหน้าที่ด้านความมั่นคง ผู้ที่มีประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตและข้ามผ่านความเจ็บป่วยมาได้แล้ว และกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อันมีความรู้ ทักษะ เครื่องมือ งบประมาณ มาตรฐานอาชีพและคุณวุฒิวิชาชีพ โครงสร้างโอกาสและเงื่อนไขทางสังคมที่เอื้อต่อการทำงาน เพื่อให้เป็นหน่วยการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพจิตของสังคมที่เข้าถึงประชากรทุกกลุ่มได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว บนวิถีชีวิต สภาพแวดล้อม และพื้นที่ต่างๆ ที่เหมาะสม ตลอดจนมีบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจนในการสนับสนุนกลไกนโยบายและการบริการในระบบสุขภาพทางจิตของประเทศ

๑.๓ กลไกนโยบายและกฎหมายทั้งในระดับชาติและท้องถิ่นที่มีลักษณะเชื่อมโยง สอดประสาน เน้นการมีส่วนร่วม และเอื้อการทำงานร่วมกับกลไกอื่น ๆ ทั้งที่เป็นกลไกของรัฐและที่ไม่ใช่ของรัฐ ตามหลักการทำงานแบบเครือข่ายและการร่วมสร้างสรรค์ที่จะกระตุ้นการร่วมลงทุนทรัพยากรและรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ งานด้านสุขภาวะทางจิต กลไกนี้คือหน่วยสำคัญของการบริการสุขภาพที่ดี โดยที่กลไกนโยบายควรดำเนินการ ตามแนวทางจิตเวชและสุขภาวะทางจิตอย่างครอบคลุมและรอบด้าน

๑.๔ กลไกการบริการสุขภาพจิตทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่ขับเคลื่อนด้วยบุคลากร องค์กร บริการ และนวัตกรรมตามแนวทางจิตเวช ที่มีกำลังคนที่มีคุณภาพ งบประมาณ ข้อมูลข่าวสาร และ เทคโนโลยี ที่เพียงพอ เหมาะสม ต่อเนื่อง และทั่วถึง

๒. พัฒนานวัตกรรมการสื่อสารสร้างเสริมสุขภาพจิตที่เข้าถึงประชากรทุกกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ เปิดโอกาสในการมีส่วนร่วม เน้นความเห็นอกเห็นใจ ไม่ผลิตซ้ำและไม่เพิกเฉยต่อความรุนแรง ตลอดจน มุ่งลดอคติและการตีตรา

๓. พัฒนาวิธีคิดและวิธีการในการค้นหา ทำความเข้าใจ และจัดทำข้อมูลพื้นฐานหรือลักษณะสำคัญ ทางสุขภาวะทางจิตของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ตลอดจนปัจจัยและระดับความเสี่ยง ด้านสุขภาพจิต เพื่อนำมาสู่การออกแบบระบบ มาตรการ แนวปฏิบัติ และวัฒนธรรมการส่งเสริมและดูแล สุขภาพจิตเชิงรุกบนพื้นฐานความแตกต่างและปัจจัยเหล่านั้นในองค์กรและสถานที่ต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน

๔. มีมาตรการเฉพาะกับกลุ่มประชากรที่มีโอกาสและแนวโน้มใกล้ชิดกับความรุนแรงและความเสี่ยง ทางสุขภาพจิตหรือประชากรที่มีสถานะเปราะบาง โดย

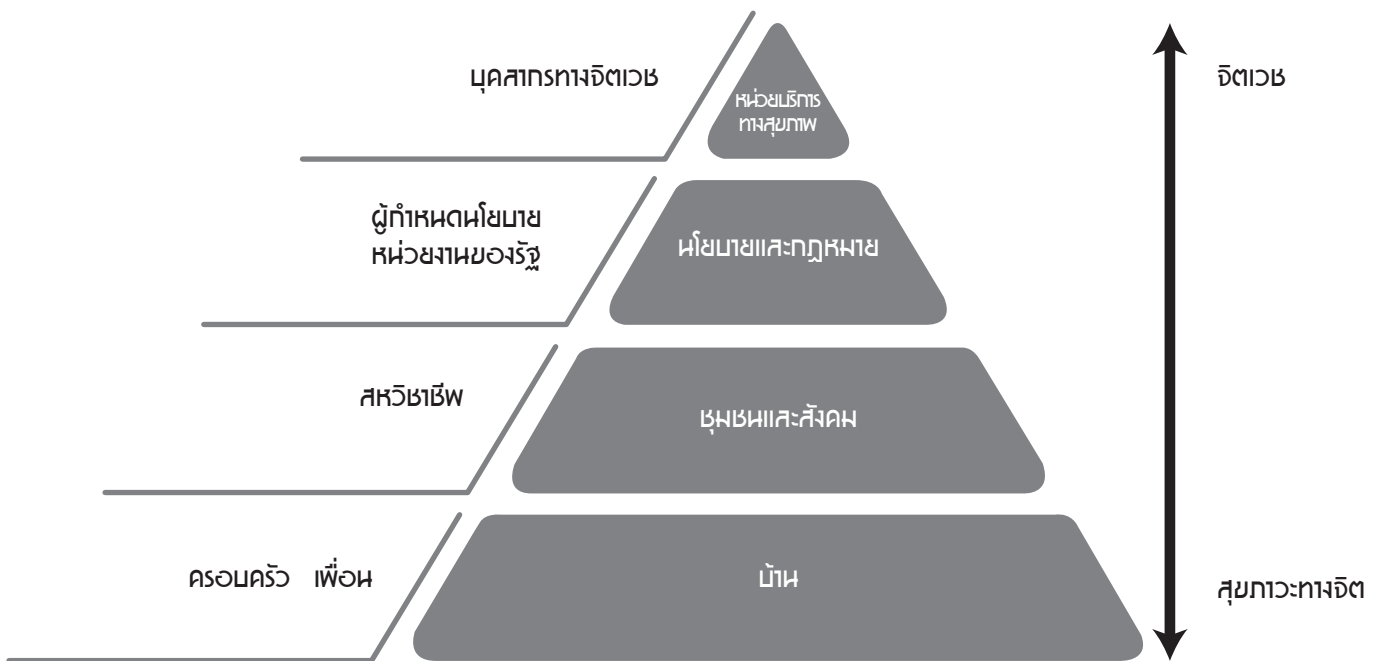
๔.๑ ลงทุนและให้คุณค่ากับโครงสร้างสังคมและสภาพแวดล้อมสำหรับกลุ่มประชากรเด็ก และเยาวชนเป็นพิเศษ เพื่อให้สามารถเติบโต มีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันวัฏจักรของ ความรุนแรงอย่างมีส่วนร่วม

๔.๒ สร้างเสริมสุขภาพจิตและการเยียวยาบาดแผลทางใจในกลุ่มประชากรเปราะบาง อาทิ เด็กและเยาวชน ผู้หญิง ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้พิการ ผู้เข้าถึงอาวุธร้ายแรง และผู้ต้องขัง เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มประชากรเปราะบางเหล่านี้มีโอกาสและแนวโน้มใกล้ชิดกับความรุนแรงและความเสี่ยงทาง สุขภาพจิตมากเป็นพิเศษ ซึ่งต้องการมาตรการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพจิตบนความต้องการและความจำเป็น ที่แตกต่างกันเป็นการเฉพาะ อาจมีการพัฒนากลไกเฉพาะทางในการดูแลแผลทางใจและคืนขวัญ

๕. ยกระดับและเสริมพลังกลไกประสานและขับเคลื่อนในระดับชาติและระดับพื้นที่ที่มีอยู่ เช่น คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ระดับจังหวัด และ คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) เป็นต้น อย่างเป็นระบบ บนฐานวิชาการ มีกองทุนสนับสนุนที่ต่อเนื่อง ตามหลักการสานพลัง-สานเสวนา และการร่วมสร้างสรรค์ เพื่อการพัฒนา ระบบ สุขภาวะทางจิตในระยะยาว

๖. ส่งเสริมและพัฒนาการฝึกทักษะและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน ผ่านหลักสูตร การศึกษา ระบบการทำงาน และการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อให้ระบบสุขภาวะทางจิตทำหน้าที่เสมือน “ตาข่าย” รองรับและดูแลจิตใจของคนไม่ให้ร่วงหล่นจนถึงจุดที่เกินเยียวยา พร้อมกับคุ้มครอง ผลักดันและเสริมหนุน

ความแข็งแรงให้กับสุขภาพจิตของคนไปพร้อมกัน ทั้งนี้ ระบบสุขภาวะทางจิตต้องเป็นส่วนเสริมหนุนการบริการสุขภาพจิตของประเทศที่มีอยู่ให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้นและสอดคล้องกับนโยบายด้านสุขภาพจิตของประเทศ ดังนั้น การมีระบบสุขภาวะทางจิตเป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญนโยบายหนึ่งเพื่อการสร้างสังคมไทยให้มีความรุนแรง



ภาพประกอบที่ ๑ กลไกในระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยให้มีความรุนแรง

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย และสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบายระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยให้มีความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society) ตามที่เสนอมา
๒. ขอให้มีการรายงานผลการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพและติดตามวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ ต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๙

เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖
ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง
(Mental well-being system
for non-violent Thai society)



ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง (Mental well-being system for non-violent Thai society)

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับวิกฤติความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตในรูปแบบที่มีความหลากหลายและความเข้มข้นมากขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รวบรวมการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ รวมถึงคดีอาญาที่เป็นความผิดต่อชีวิต ร่างกาย และเพศ ซึ่งจากข้อมูลล่าสุดของการเก็บรวบรวมความรุนแรง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่าสังคมไทยมีอัตราผู้กระทำความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้นต่อปีถึง ๑,๓๔๒ คน และความรุนแรงมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นจนกลายมาเป็นการระบาดความรุนแรงในสังคมไทย ตั้งแต่เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เหตุการณ์กราดยิงที่จังหวัดอุบลและเหตุการณ์กราดยิงที่บริเวณศูนย์เด็กเล็กในจังหวัดหนองบัวลำภูปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จนมาถึงการก่อเหตุใช้ปืนยิงประชาชนในศูนย์การค้าสยามพารากอนปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่ผ่านมา อันก่อให้เกิดความสูญเสียและสะเทือนใจกับสังคมไทยเป็นอย่างมาก

ความรุนแรงในสังคมยังปรากฏในรูปของความรุนแรงที่มาจากช่องทางการสื่อสารและเทคโนโลยีสื่อใหม่ซึ่งมีความแพร่หลายและมีอิทธิพลอย่างมากในสังคม เช่น การสื่อสารเพื่อสร้างความเกลียดชัง (hate speech) และการระรานและข่มขู่ในโลกออนไลน์ (cyber bullying) อันส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกกีดกัน คุกคาม อับอาย และลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความรุนแรงถูกส่งผ่านและผลิตซ้ำผ่านช่องทางการโซเชียลมีเดียอย่างรวดเร็ว ผลสำรวจดัชนีตัวชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก กลุ่มตัวอย่าง ๔๔,๐๐๐ คน จาก ๔๕๐ โรงเรียนทั่วประเทศ พบว่า เด็กไทยเคยเกี่ยวข้องกับการรังแกบนโลกออนไลน์ถึงร้อยละ ๔๘ มากกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่มีอยู่ร้อยละ ๓๓ และเคยถูกรังแกบนโลกออนไลน์ถึงร้อยละ ๔๑ และในกลุ่มเด็กอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป เพศหญิงเคยถูกรังแกบนโลกออนไลน์ร้อยละ ๔๓ ในขณะที่เพศชายอยู่ที่ร้อยละ ๓๗

ความรุนแรงในสังคมไทยยังสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นของประชากรในประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เปิดเผยว่าสังคมไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ ๑๓ โดยอัตราสูงสุดอยู่ในวัยผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๗๙.๕ เป็นผู้ชาย) ส่วนอัตราการพยายามฆ่าตัวตายพบสูงสุดในวัยเรียน ช่วงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จำนวน ๒๒๔ ต่อแสนประชากร (ร้อยละ ๗๓.๒ เป็นผู้หญิง) และเมื่อปรับใช้ฐานข้อมูลระบบใหม่ ๓ ฐาน ได้แก่ ฐานข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และฐานข้อมูลศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ โดยไม่ได้อ้างอิงแค่จากใบมรณบัตรเท่านั้น ก็พบว่า ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ ๘.๘๑ ๘.๙๕ และ ๑๐.๐๘ ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขสถิติที่เพิ่มสูงขึ้นมากในระดับประเทศ นอกจากนี้ รายงานความสุขโลกปี ค.ศ. ๒๐๒๓ ยังย้ำว่าประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยความสุขของประชากรอยู่ในลำดับที่ ๖๐ ของโลก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยลดลงจาก ๕.๘๙๑ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) เป็น ๕.๘๔๓ (ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๖)

ดังนั้น วิถีคิดความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้นคือโจทย์ที่สังคมไทยต้องร่วมกันจัดการ ผ่านการมีนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างระบบสุขภาพจิตอันจะเป็นหนทางหนึ่งในการพัฒนาสังคมไทย ไร้ความรุนแรง

๑. นิยาม

๑.๑ สุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของจิตใจ ที่บุคคลรับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต ทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ ทำประโยชน์ให้แก่สังคมของตนเอง โดยครอบคลุมทั้งอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล รวมถึงมีอิทธิพลต่อความสามารถในการตัดสินใจและการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ในทุกช่วงเวลาของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงสิ้นสุดอายุขัย

๑.๒ สุขภาวะทางจิต (Mental well-being) หมายถึง สภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตตนเอง ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่จำกัดเฉพาะเรื่องการไม่เจ็บป่วยหรือไม่เป็นโรคทางจิตเวช สามารถจัดการความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการและความสำเร็จตามเป้าหมาย มีมุมมองสภาพแวดล้อมสังคม สถานการณ์ และประสบการณ์ในแง่บวกที่ดี สุขภาวะทางจิตสัมพันธ์กับสุขภาวะในมิติอื่น ๆ อาทิ สุขภาวะทางร่างกาย (Physical well-being) เช่น การมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว เป็นต้น สุขภาวะทางสังคม (Social well-being) เช่น การอยู่ร่วมกันที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง ชุมชนเข้มแข็ง เข้าถึงสวัสดิการ ระบบบริการสาธารณะที่ดี เป็นต้น และสุขภาวะทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เช่น การมีทักษะหรือคุณภาพในการเข้าถึงความจริง คุณค่า และความหมายของตนเอง ผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งยึดเหนี่ยวศรัทธาอย่างสมดุล เป็นต้น สุขภาวะทางจิตมีนัยที่กว้างกว่าสุขภาพจิต โดยมนุษย์เราสามารถมีสุขภาวะทางจิตหรือมีความสุขได้ถึงแม้ว่าจะมีเงื่อนไขทางสุขภาพจิตหรือมีอาการทางจิตเวช

๑.๓ การสร้างเสริมสุขภาพจิต (Mental health promotion) หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมและสนับสนุนสุขภาพจิตและสุขภาวะทางจิตโดยให้บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติ พัฒนาและควบคุมสุขภาพจิตของตน ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาวะทางจิตและสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข การสร้างเสริมสุขภาพจิตมีปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจิต การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจิต การเสริมสร้างปฏิบัติการชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะและความรู้ส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพให้เน้นการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิตในเชิงการส่งเสริมและป้องกันมากกว่าการรักษาเพื่อสร้างความยั่งยืนทางสุขภาพจิต การสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงมักนิยมดำเนินการตามแนวทางการสร้างสภาพแวดล้อม (setting-based) ที่หลากหลายเป็นสำคัญ

การสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงมักมุ่งจัดการ ควบคุม ออกแบบ รวมถึงพัฒนาปัจจัยสังคมและเศรษฐกิจกำหนดสุขภาพจิต (Social and commercial determinants of mental health) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลตั้งแต่เกิดจนตาย อาทิ ปัจเจกบุคคล ชุมชนและสังคม หน่วยงานและสถาบัน และปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม เป็นต้น ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตต้องทำให้ปัจจัยเหล่านี้เอื้อต่อสุขภาวะทางจิตมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อท้ายที่สุดสังคมไทยสามารถมีความยั่งยืน

ทางสุขภาพจิต (Mental health sustainability) อันหมายถึง ความสามารถในการสร้างเสริมและรักษาไว้ซึ่ง สุขภาวะทางจิตบนฐานของความต้องการของผู้คนและสังคมในปัจจุบันและอนาคต ความสามารถนี้อยู่ทั้งใน ระดับปัจเจก สังคม และนโยบาย

ในเชิงยุทธศาสตร์ รายงานอนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๗๖ ซึ่งจัดทำโดยกรมสุขภาพจิต สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา ระบุว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตในประเทศไทยต้องขับเคลื่อนด้วย ๖ ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ (๑) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการตีตรา (Mental Health Literacy and Stigmatizations) (๒) เทคโนโลยีสุขภาพจิต (Mental Health Technology) (๓) ความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมดิจิทัล (Readiness for digital age) (๔) การแก้ไขภาวะ เศรษฐกิจและสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางสังคม (Social and livelihood crises) (๕) พื้นที่และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพจิต (Mental well-being and happiness infrastructure) และ (๖) นโยบายของรัฐ ต่ออนาคตของสุขภาพจิตสังคมไทย (Proactive mental health policy) มุ่งเน้นการทำงานเชิงรุก

๑.๔ ความรุนแรง (Violence) หมายถึง การใช้กำลังทางกายหรืออำนาจ โดยเจตนา ต่อบุคคลอื่น กลุ่มอื่น หรือชุมชนอื่น โดยการข่มขู่หรือปฏิบัติอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดหรือมีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดการ บาดเจ็บ การเสียชีวิต การทำร้ายจิตใจ การพัฒนาที่ไม่เพียงพอ ผิดปกติ หรือการลิดรอน โดยนิยามนี้เกี่ยวข้องกับ เจตนาของการก่อพฤติกรรมนั้น โดยไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา ดังนั้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีเจตนาจึงไม่เข้าข่าย ความรุนแรง เช่น อุบัติเหตุรถยนต์ เป็นต้น

ความรุนแรงสามารถจำแนกออกได้เป็น ๓ ระดับที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

(๑) ความรุนแรงทางตรง (direct violence) ซึ่งเป็นความรุนแรงที่สามารถเห็นได้ชัดมากที่สุด สามารถจำแนกประเภทย่อยได้เป็น “ความรุนแรงทางกายภาพ” (physical) ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย และ “ความรุนแรงทางจิตใจ” (psychological) ที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตและการนึกคิด เช่น การทำให้เกิดความหวาดกลัว เกิดความรู้สึกล้อหลุม ล้อหลุม หรือการลดทอนความเป็นมนุษย์ เป็นต้น ความรุนแรงทางตรงจึงมาจากพฤติกรรมกระทำ การทำให้บาดเจ็บ การกลั่นแกล้ง การคุกคาม และการครอบงำ

(๒) ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) ที่แฝงอยู่ในระบบ (system) หรือโครงสร้างทางสังคม คอยค้ำยันให้ความรุนแรงทางตรงเกิดขึ้นและดำรงอยู่ ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของมนุษย์อย่างมาก มักสะท้อนออกมาในรูปแบบของอำนาจที่ไม่เท่าเทียมและไม่เป็นธรรมของมนุษย์ ความรุนแรงเชิงโครงสร้างสามารถมาจากกฎหมาย นโยบาย มาตรการ หรือองค์การ

(๓) ความรุนแรงเชิงวัฒนธรรม (cultural violence) เป็นความรุนแรงที่มาจากรากฐานความเชื่อ และความคิดยึดถือที่ได้รับการสั่งสมและส่งต่อกันมาจนเกิดการยอมรับว่าเป็นปกติ ไม่เป็นปัญหา หรือยอมรับได้ ความรุนแรงประเภทนี้จึงมักเป็นข้ออ้างหรือเหตุผลสนับสนุนการใช้ความรุนแรง ประเภทอื่น ๆ มักสะท้อนออกมาในครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน และที่ทำงาน และมักปรากฏ ในรูปแบบของธรรมเนียมทางสังคม (social norm) และมายาคติ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชคือคนที่อ่อนแอ คนซึมเศร้าคือ คนบ้า หรือโรคซึมเศร้าเป็นโรคของคนรวย ซึ่งเป็นการไปตีตราสุขภาวะของมนุษย์

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้จำแนกความรุนแรงตามลักษณะของผู้ที่กระทำความรุนแรงไว้ ๓ ลักษณะ ได้แก่ (๑) ความรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed Violence) เช่น การทำร้ายร่างกายตัวเอง และพฤติกรรมอัตวินิบาตกรรม (๒) ความรุนแรงระหว่างบุคคล (Interpersonal Violence) ที่ผู้กระทำเป็นกลุ่มคนขนาดเล็ก เช่น ความรุนแรงในครอบครัว และความรุนแรงในชุมชน หน่วยงาน หรือกลุ่มประชากรต่าง ๆ และ (๓) ความรุนแรงระหว่างกลุ่ม (Collective Violence) ที่เป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ทางสังคม การเมือง หรือเศรษฐกิจ อาทิ สงคราม การก่อการร้าย ความขัดแย้งทางการเมือง การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การปราบปราม การอุ้มหาย หรือการละเมิดสิทธิมนุษยชนอื่น ๆ

๒. นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕

ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อผลักดัน “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ผ่านการกำหนดหลักเกณฑ์และกรอบแนวทางสำหรับระบบบริการสุขภาพ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง ตลอดจนถึงการสร้างชุมชนและกลไกทางสังคมที่เข้มแข็ง ผ่านการมีส่วนร่วมจากประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อสร้างทุนสังคม (social capital) และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (social cohesion) อันจะนำไปสู่สุขภาพของประชาชนคนไทย ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล ในการนี้ เป้าหมายของธรรมนูญฯ จึงมุ่งสร้างนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน สร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ตลอดจนจัดการระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนในประเทศไทยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และเน้นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเท่าเทียมของบุคลากรและผู้รับบริการ

ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ได้กำหนดประเด็นด้าน “สุขภาพจิต” เป็นประเด็นหลักประเด็นหนึ่งที่ต้องพัฒนา โดยตั้งเป้าหมายของสุขภาพจิตโดยเฉพาะในระยะ ๕ ปีที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใคร ไว้ข้างหลัง” ผ่านการเร่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน (mental health literacy) และสร้างระบบการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของคนไทย ในระยะ ก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิต (early detection)

๒.๒ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ (และที่แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๒)

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นกฎหมายเฉพาะว่าด้วยสุขภาพจิตฉบับแรกของประเทศไทย ที่มีเป้าหมายเพื่อนำบุคคลที่มีภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทางจิต ให้ได้รับการบำบัดรักษาอาการทางจิตจิตหรือพฤติกรรมผิดปกตินั้นในโรงพยาบาลโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้ความผิดปกติทางจิตมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น หรือเพื่อป้องกันการกระทำที่เกิดจากอาการทางจิตที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง เช่นการทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย กฎหมายนี้จึงเน้นการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่ยินยอมก็ได้ พร้อมทั้งให้ความคุ้มครองเจ้าพนักงานตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เอาตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ถือว่าเป็นการกักขังหน่วงเหนี่ยวแต่อย่างใด

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ยังกำหนดให้มี “คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ” ขึ้นเป็นครั้งแรกเพื่อเป็นองค์คณะด้านนโยบายสุขภาพจิตระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนและแนวทางการ

ดำเนินงานคณะกรรมการดังกล่าวในทางปฏิบัติยังสะท้อนตัวแบบการอภิบาลที่เน้นรัฐนำ และมุ่งเน้นงาน บำบัดรักษาและงานบริการมากกว่างานสร้างเสริมสุขภาพจิต

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้มีความ สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของสังคมมากยิ่งขึ้น ใ้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการ ค้ำครองสิทธิที่ถูกต้องและเพียงพอมากขึ้น และเน้นการสร้างเสริม การป้องกัน และการควบคุมปัจจัย ที่คุกคามสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้นบนการมีส่วนร่วมของหน่วยงานรัฐและประชาชน

๒.๓ แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐)

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) มุ่งสร้าง “คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” ผ่านการพัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้มี ประสิทธิภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงเพิ่มปัจจัยคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนัก และความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการลดอคติต่อผู้มีปัญหา สุขภาพจิต โดยมียุทธศาสตร์หลัก ๔ ประการ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอด ชั่วชีวิต ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการ ทางกฎหมายสังคมและสวัสดิการ และยุทธศาสตร์พัฒนาวิชาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ ระยะที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ได้ปรับปรุงวิสัยทัศน์นี้ให้มี ความชัดเจนมากยิ่งขึ้นเป็น “คนทุกช่วงวัยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข และอยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า” และตั้งเป้าหมายที่เน้นงานสร้างเสริมมากยิ่งขึ้น อาทิ เด็กมีความฉลาดทางสติปัญญา เด็กมีความฉลาดทาง อารมณ์ ครอบครัวมีความเข้มแข็งและอบอุ่น คนไทยมีสุขภาพจิตดี ลดอัตราการฆ่าตัวตาย จังหวัดมีการ บูรณาการงานสุขภาพจิตตามมาตรฐาน และประเทศไทยมีคะแนนความสุข (World Happiness Index) เพิ่มขึ้น เป็นต้น

๒.๔ แผนปฏิบัติราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) ของกรมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพจิตของประเทศ มีบทบาทหลักเป็นผู้นำในการขับเคลื่อน งานสุขภาพจิตของประเทศ และมีเป้าหมายเพื่อทำให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดีอันจะนำมาสู่สังคมและเศรษฐกิจ มูลค่าสูง เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว แผนปฏิบัติราชการระยะ ๕ ปีนี้กำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ เด็กไทยมีระดับ สติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓ เด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ ๘๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน และคนไทยมีสุขภาพจิตที่ดี ร้อยละ ๙๐

แผนปฏิบัติราชการฯ มีประเด็นยุทธศาสตร์ ๔ ประเด็น ได้แก่ (๑) ยกระดับการสื่อสารสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (๒) เร่งพัฒนา ระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลที่รองรับงานสุขภาพจิตในอนาคตเพื่อให้ประชาชน เข้าถึงระบบสุขภาพจิตด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล (๓) สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี เพื่อให้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างชุมชนและสังคมมีสุขภาพจิตดี และ (๔) สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไก การตลาด เศรษฐศาสตร์สุขภาพจิต และกำลังคนสมรรถนะสูง เพื่อให้ประชาชนได้รับคุณค่าจากผลิตภัณฑ์ บริการ และบุคลากรกรมสุขภาพจิต เกิดเป็นความเชื่อมั่นต่อกรมสุขภาพจิต

๓. สถานการณ์และแนวโน้ม

๓.๑ สถานการณ์สุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน

เด็กและเยาวชนคือกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสุขภาพจิตมากที่สุด จากการวิเคราะห์ภาวะโรคจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นในแง่ของ “ปีสุขภาวะที่สูญเสีย” (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความเจ็บป่วย พบว่า

(๑) ภาวะโรคจิตเวชได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเด็กและวัยรุ่น โดยกลุ่มเด็กตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลางจะมีอัตราการเติบโตที่สูงที่สุด

(๒) สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตจะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงอายุ สาเหตุหลักในเด็กเกิดจากพัฒนาการที่ผิดปกติ สาเหตุในวัยรุ่นเกิดจากพฤติกรรมเกราะ โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล สำหรับวัยรุ่นตอนปลายและผู้ใหญ่ตอนต้น สาเหตุเกิดจากโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล รวมทั้งอาการทางจิตและพฤติกรรมการกินที่ผิดปกติ

(๓) ความแตกต่างของภาวะโรคและรูปแบบโรคทางจิตเวชระหว่างเพศ เด็กหญิงมักมีโรคทางจิตเวชมากกว่า โดยส่วนใหญ่เป็นโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ขณะที่เด็กชายมักมีปัญหาด้านพฤติกรรมมากกว่า

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขได้วิเคราะห์การประเมินสุขภาพจิตคนไทยโดยกรมสุขภาพจิต และพบว่า ในเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี จากกลุ่มประชากรทั้งหมด ๗๒๑,๑๕๕ คน ร้อยละ ๓๕ เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๓๐ มีความเครียดสูง และร้อยละ ๒๔ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตัวเลขเหล่านี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชาชนทั่วไป คือ ร้อยละ ๑๗ ร้อยละ ๑๕ และ ร้อยละ ๑๐ ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นและวัยรุ่นเท่ากับ ๐.๓๒ และ ๒.๘๘ ต่อแสนประชากร ซึ่งต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและวัยรุ่นเท่ากับ ๔๑.๘๑ และ ๒๒๔.๓๘ ต่อแสนประชากร อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นใกล้เคียงกับอัตราเฉลี่ยของประเทศ (๔๘.๐๖ ต่อแสนประชากร) แต่อัตราการพยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศประมาณ ๕ เท่า ร้อยละ ๑๗.๖ ของวัยรุ่นอายุ ๑๓ ถึง ๑๗ ปี มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับสามของการเสียชีวิตของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี

วิกฤตต่าง ๆ ในสังคมยังส่งผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนด้วย องค์การยูนิเซฟร่วมกับสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทยสำรวจผลกระทบวิกฤตโควิด-๑๙ ต่อเด็กและเยาวชน อายุ ๑๕-๑๙ ปี จำนวน ๖,๗๗๑ คน เมื่อเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ พบเด็กและเยาวชนมีความเครียด วิตกกังวล นักเรียนถึงร้อยละ ๗๐ เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

ความเครียดและวิตกกังวลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อสุขภาวะโดยรวม ผลการสำรวจสุขภาวะนักเรียนในประเทศไทยจากงาน Global School-based Student Health Survey พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เด็กและวัยรุ่นอายุ ๑๓-๑๕ ปี ร้อยละ ๑๖.๓ มีความกังวลในระดับที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับเพิ่มขึ้น จากกว่าทศวรรษก่อนเกือบสามเท่าตัว นอกจากนี้ยังประมาณการว่าวัยรุ่นอายุ ๑๐-๑๙ ปี จำนวน ๑ ใน ๗ คน และเด็กอายุ ๕-๙ ปี จำนวน ๑ ใน ๑๔ คน มีความผิดปกติทางจิต (รวมถึงการมีพัฒนาการผิดปกติ)

ในเด็กหญิงอายุ ๐-๑๔ ปี พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะโรคอันดับ ๘ โดยคิดเป็นร้อยละ ๒.๖ ผลการประเมินตนเองของเยาวชนอายุ ๑๐-๑๘ ปี พบว่าร้อยละ ๖.๒ เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและร้อยละ ๑๐.๖ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยกลุ่มที่เสี่ยง คือ เด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองดูแล และกลุ่มที่เคยหรือกำลังรักษาปัญหาสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีวัยรุ่นอายุ ๑๑-๑๙ ปี ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน ขอรับบริการผ่านสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ความเครียดและความกังวล (ร้อยละ ๕๑) ปัญหาความสัมพันธ์ (ร้อยละ ๒๑) และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ ๑๐)

นอกจากนี้ จากฐานข้อมูลสุขภาพจิตโรงเรียนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานพบเยาวชนที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมหรืออารมณ์หรือสังคม โดยร้อยละ ๓๑ คน เคยถูกรังแกออนไลน์ และเด็กร้อยละ ๔๐ คนไม่ได้บอกใครเกี่ยวกับการถูกรังแก สถานการณ์ดังกล่าวคาดว่าจะเพิ่มขึ้นในสถานการณ์ระบาดของไวรัสโควิด-๑๙ ในเด็กและวัยรุ่นตอนต้นอายุ ๕-๑๔ ปี

เด็กและเยาวชนยังเผชิญกับความรุนแรงในครอบครัวอีกด้วย จากสถิติการให้บริการสายด่วน ๑๓๐๐ ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) พบว่าในช่วง ๗ ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๕) เหตุความรุนแรงในครอบครัวที่เป็นเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในประเด็นเรื่องการทำร้ายร่างกาย การถูกคุมคามทางเพศ และอื่น ๆ เมื่อเด็กและเยาวชนได้รับความรุนแรงจากที่อยู่อาศัย (จัดเป็นอันดับที่ ๒ ของสถานที่ที่มักเกิดความรุนแรง) จึงสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่ปลอดภัยต่อตัวเอง ผลสำรวจเยาวชน ๒๐๒๒ ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) พบว่า จากเด็กและเยาวชนที่เคยถูกข่มขืนหรือถูกล่วงละเมิดทางเพศมาก่อน มีร้อยละ ๑๘.๑ รู้สึกว่าบ้านไม่ปลอดภัย มีเพียงร้อยละ ๖ รู้สึกว่าบ้านปลอดภัย จากเด็กและเยาวชนที่เคยถูกทำร้ายร่างกายหรือจิตใจ มีร้อยละ ๓๙.๖ รู้สึกว่าบ้านไม่ปลอดภัย มีเพียงร้อยละ ๑๘.๖ รู้สึกว่าบ้านปลอดภัย

แนวโน้มความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวกับเด็กและเยาวชน มักมีปัจจัยพื้นฐานมาจากพฤติกรรม การอบรมเลี้ยงดูด้วยความรุนแรงทางจิตใจและทางร่างกาย การอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม (Authoritarian) คือ ยึดความต้องการของผู้ปกครองเป็นหลัก เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามความต้องการก็จะทำโทษเด็กด้วยความรุนแรงเพื่อให้เด็กเป็นไปตามความต้องการของตนเอง ถือเป็นตัวแปรสำคัญทั้งกับความรุนแรงทางร่างกายและความรุนแรงโดยรวม

ความรุนแรงในครอบครัวดังกล่าวได้ทวีคูณมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ก่อนที่จะมีการล็อกดาวน์ครั้งแรกในเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ศูนย์ปฏิบัติการสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้รายงานสถิติผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ - เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ อยู่ที่ ๑๔๑ ราย โดยตัวเลขนี้สามารถแบ่งออก เป็นความรุนแรงทางกาย (ร้อยละ ๘๗) ความรุนแรงทางเพศ (ร้อยละ ๙) และความรุนแรงทางจิตใจ (ร้อยละ ๔) หลังจากประกาศใช้มาตรการล็อกดาวน์ สถิติความรุนแรงในครอบครัวระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ - กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงสูงถึง ๑,๘๓๗ ราย

๓.๒ สถานการณ์สุขภาพจิตในผู้ใหญ่และวัยทำงาน

โรคจิตเวชในวัยผู้ใหญ่มีความสำคัญและขยายตัวเพิ่มมากขึ้น โดยในภาพรวมระดับโลกมีการจัดอันดับการศึกษาภาวะโรคจิตเวชที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของปีที่สูญเสียสุขภาพจากความทุกข์ทรมาน กล่าวคือ ในเพศหญิง สาเหตุสำคัญอันดับ ๑ คือ โรคซึมเศร้า และตามมาด้วยโรควิตกกังวลอันดับที่ ๒ ในขณะที่ในเพศชาย โรคซึมเศร้าจัดอยู่อันดับที่ ๒ และความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดอยู่อันดับที่ ๓ และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราจัดอยู่อันดับที่ ๔ และโรควิตกกังวลอยู่อันดับที่ ๑๑

โรคจิตเวชที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ไม่ได้ส่งผลกระทบแค่กับตัวผู้ป่วยทางจิตเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และการพัฒนาเศรษฐกิจด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ผู้ใหญ่ในวัยทำงานยังต้องพบเจอกับปัญหาความรุนแรงที่มาจากการทำงาน การคุกคามทางเพศ ความเครียด และภาวะหมดไฟอีกด้วย

ในเรื่องการคุกคามทางเพศ สถิติข้อมูลของสำนักสนับสนุนสุขภาพระดับประชากรกลุ่มเฉพาะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่า ผู้หญิงไทยถูกละเมิดทางเพศและถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกายหรือจิตใจ ไม่น้อยกว่า ๗ คน ต่อวัน และมีสถิติผู้หญิงที่เข้ารับการบำบัดรักษาแจ้งความร้องทุกข์ ปีละ ๓๐,๐๐๐ คน ร้อยละ ๖๐.๖ เป็นเด็กและเยาวชน อายุ ๕-๒๐ ปี ร้อยละ ๓๐.๙ เป็นวัยผู้ใหญ่และวัยทำงาน อายุ ๔๑-๖๐ ปี ซึ่งผู้ถูกระทำที่อายุน้อยที่สุด คือ ๕ ปี และผู้ถูกระทำที่อายุมากที่สุดคือ ๙๐ ปี โดยกลุ่มอาชีพที่ถูกกระทำมากที่สุด เป็นนักเรียนและนักศึกษา (ร้อยละ ๖๐.๙) ลูกจ้างหรือพนักงาน (ร้อยละ ๒๑.๖) ค้าขาย (ร้อยละ ๕.๒) และเด็กเล็ก (ร้อยละ ๔.๒) นอกจากนี้ ผลการศึกษาการคุกคามทางเพศในสังคมไทยพบว่า สถานภาพทางสังคมของผู้หญิงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงถูกคุกคามทางเพศ คือ ปัจจัยทางอายุที่ต่ำกว่า ๓๕ ปี (ร้อยละ ๖๖) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ ๖๕.๕๐) และตำแหน่งที่เท่ากับหรือน้อยกว่าผู้ชาย (ร้อยละ ๖๐) การคุกคามและล่วงละเมิดทางเพศจึงเป็นปัญหาที่สะท้อนความรุนแรงเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมซึ่งกฎหมายและแนวปฏิบัติยังไม่ครอบคลุมกับการจัดการประเด็นเหล่านี้มากนัก

ในเรื่องความเครียดในวัยทำงานและภาวะหมดไฟ (Burnout) ซึ่งคนวัยทำงานส่วนใหญ่กำลังเผชิญ รายงานสุขภาพของคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๖ เผยว่าคนวัยทำงานใช้เวลาถึง ๑ ใน ๓ ของแต่ละวันไปกับการทำงาน ซึ่งลักษณะงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานถือเป็นกลุ่มปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิต จากการสำรวจด้วยแบบประเมินความสุขของคนทำงานในองค์กร ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า กลุ่มคนทำงานมีระดับความสุขต่ำกว่ากลุ่มคนวัยอื่น คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ ๖๑.๓ จำแนกตามลักษณะการทำงานและปัจจัยการทำงาน

สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มีการเก็บข้อมูลสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่ที่ทำงานในภาครัฐ ซึ่งเป็นอาชีพครูและตำรวจทั่วประเทศกว่า ๓,๑๖๖ คน ผ่านแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพจิตใจและแรงจูงใจในการทำงานสาธารณะ รวมถึงความเครียดในการทำงาน พบว่า คนทำงานภาครัฐมีภาวะความเครียด กังวลใจ เหนื่อยล้า และโดดเดี่ยว โดยผลสำรวจของกลุ่มตัวอย่างคนทำงานภาครัฐยังประเมินอีกว่ากว่าร้อยละ ๑๓ มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล โดยร้อยละ ๑๕ เป็นผู้หญิง และร้อยละ ๑๒ เป็นผู้ชาย นอกจากนี้ ยังมากกว่าร้อยละ ๑๔ มีประสบการณ์ถูกคนในครอบครัวทำให้รู้สึกหวาดกลัวและไม่ปลอดภัย เช่น โดนดุด่า ถูกดูถูก หรือประจานให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ซึ่งในตัวเลขนี้ส่วนมากคือประกอบอาชีพเป็นครูถึงร้อยละ ๗๑ และตำรวจร้อยละ ๒๙ ผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นด้วยว่าชีวิตและหน้าที่การงานของคนวัย

ผู้ใหญ่ต้องแบกรับภาระและเสี่ยงวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ รวมถึงค่านิยมของสังคมที่กดดันการแสดงออกของสภาพจิตใจที่อาจสะสมจนเป็นความเครียดที่ได้รับจากการทำงาน ทำให้วัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานไม่มีพื้นที่ปลดปล่อยของตัวเองและกระทบไปยังปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด ถึงแม้คนส่วนใหญ่ที่ทำงานภาครัฐจะสามารถเข้าถึงสวัสดิการและการให้บริการสุขภาพจิต แต่ก็ยังมีอีกมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงและขาดการฝึกอบรมทางสุขภาพจิตที่ควรจะเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานของรัฐ ที่สำคัญ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพจิตก็กำลังเผชิญกับปัญหานี้

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลศึกษาภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มตัวอย่างจิตแพทย์ ๑๑๒ คน ทั่วประเทศไทย พบว่าร้อยละ ๔๙.๓ ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง และร้อยละ ๒๖.๔ ระบุว่ามีการลดความเป็นบุคคลในระดับสูงที่สำคัญ จิตแพทย์ที่ทำงานมากกว่า ๕๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์และพบผู้ป่วยจำนวนมากต่อวันมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สภาพการณ์นี้มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

๓.๓ สถานการณ์สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโครงการสำรวจด้านสุขภาพ การสูงอายุ และการเกษียณในประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in Thailand: HART) ที่จัดขึ้นโดยศูนย์วิจัยสังคมสูงอายุ (Center For Aging Society Research) และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และปี พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยกลุ่มนักวิชาการจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ เพื่อศึกษาอัตราความชุก อัตราอุบัติการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโดดเดี่ยวของผู้ใหญ่ที่อายุมากกว่า ๔๕ ปี ในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ผู้เข้าร่วมร้อยละ ๒๑.๗ รู้สึกโดดเดี่ยว จากผู้เข้าร่วมที่ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ร้อยละ ๒๒.๒ ระบุว่าตนเองรู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ และจากผู้เข้าร่วม ๗๙๐ คนที่รู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ร้อยละ ๓๐.๓ ระบุว่าตนเองยังรู้สึกโดดเดี่ยวในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ นอกจากนี้ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม อาการซึมเศร้า และ การรับรู้สุขภาพของตนไม่ดี (poor self-perceived health) ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความโดดเดี่ยว

ในกลุ่มผู้สูงอายุวัย ๖๐ ปีขึ้นไปมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมคิดเป็น ๑๐.๒ คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ผู้สูงอายุมากกว่า ๘๐๐,๐๐๐ คน ใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ในจำนวนนี้ร้อยละ ๙๐ มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมด้วย ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันเสี่ยงต่อความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล แม้ผู้สูงอายุมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพียง ๑๔.๔๒ ต่อประชากรแสนคน ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จกลับสูงกว่า (๑๓ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน) ช่วงวัยอื่น ๆ (๑๐.๒ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน)

ในงานวิจัยเรื่องการปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๑ พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่มีความสุขด้านสุขภาพกายและใจที่ดี แต่มีความสุขด้านเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำเนื่องจากมีปัญหาเรื่องรายได้และความมั่นคงทางการเงิน ขาดเงินออม ขาดรายได้ที่สม่ำเสมอ ดังนั้นการยกระดับความสุขในผู้สูงอายุจำเป็นต้องสนับสนุนด้านเศรษฐกิจก่อนอันดับแรก เช่น การสร้างรายได้ที่ยั่งยืน ส่งเสริมการออม และ ลดภาระหนี้สิน

๓.๔ สถานการณ์สุขภาพจิตในกลุ่มคนเปราะบาง

สังคมไทยมีกลุ่มคนเปราะบางหลากหลายประเภท ซึ่งแต่ละกลุ่มเผชิญกับความเสี่ยงและปัญหาความรุนแรงและสุขภาพจิตที่ไม่เหมือนกัน

ในกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ จากผลสำรวจของศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์) พบว่า คนที่นิยมเพศสภาพตนเองเป็น LGBTQIAN+ เผชิญกับการไม่ยอมรับและต่อต้านอย่างรุนแรงมาเรื่อย ๆ และเจอปัญหาทั้งการโดนทำร้าย กดขี่ด้วยความรุนแรง บูลลี่ด้วยอคติ และการเลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นโดยครอบครัว ผู้คนรอบข้าง สถานที่ทำงานและสังคม ทำให้กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศมีอัตราเสี่ยงสูงที่ต้องพบเจอกับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ผลสำรวจยังพบว่ากลุ่มคนเหล่านี้จำนวนมากไม่กล้าเข้าไปพบจิตแพทย์เพราะกลัวการถูกตีตราจากสังคม กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศจึงมีแนวโน้มที่จะเครียดกว่า โดดเดี่ยวกว่า รวมถึงรู้สึกมีคุณค่าและเชื่อมั่นในตัวเองน้อยกว่า

ผู้หญิงเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่นับว่าเปราะบางในสังคมที่ครอบงำด้วยอิทธิพลชายเป็นใหญ่ ข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ พบว่า มีผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรงมารับบริการจำนวนทั้งสิ้น ๘๐,๒๗๒ ราย โดยมากกว่าร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มที่ขอเข้ารับบริการเป็นเพศหญิง ประเภทของความรุนแรงที่พบจากกลุ่มผู้มาขอรับบริการในศูนย์พึ่งได้อันดับต้น ๆ คือ การกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกาย ทางเพศ และทางจิตใจ ตามลำดับ ความรุนแรงต่อผู้หญิงนี้มักเกิดจากคนใกล้ชิดและครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจสถานการณ์ความรุนแรงต่อผู้หญิงและบุคคลในครอบครัวไทยในระดับประเทศ พบว่า ความรุนแรงต่อผู้หญิงและคนในครอบครัวในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวนร้อยละ ๓๔.๖ และตัวเลขได้ขยับเพิ่มเป็นร้อยละ ๔๒.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โดยเป็นความรุนแรงทางด้านจิตใจมากที่สุด

ที่สำคัญ ผู้หญิงที่เป็นผู้พิการถือเป็นกลุ่มที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิตอย่างมาก เนื่องจากมีความทับซ้อน (Cross-cutting) ระหว่างเรื่องเพศและความพิการ รายงานสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงพิการ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยสมาคมส่งเสริมศักยภาพสตรีพิการ มูลนิธิส่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม และสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า การเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งความพิการร่วมกับทัศนคติเรื่องชายเป็นใหญ่ทำให้สตรีพิการรวมถึงเด็กพิการมีความเสี่ยงที่จะประสบกับความรุนแรงที่มีต่อเพศและที่มีต่อสภาพจิตใจและอารมณ์มากกว่าสตรีและเด็กที่ไม่พิการอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อแนวคิดเรื่องเพศและความพิการมาทับซ้อนกันจึงก่อให้เกิดรูปแบบความรุนแรงที่แตกต่างจากความรุนแรงที่เกิดด้วยเหตุทางแนวคิดเรื่องเพศอย่างเดียว

ในส่วนของกลุ่มคนไร้บ้าน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย มูลนิธิกระจกเงา และมูลนิธิอิสรชน ได้รายงานผลการเจ้านับคนไร้บ้านทั้งประเทศไทยของวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ และพบว่าปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาติดสุราเป็นปัญหาหรือลักษณะที่เห็นได้ชัดมากที่สุด นอกจากนี้ รายงานวิจัยการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยสถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า คนไร้บ้านส่วนใหญ่มีจุดเปลี่ยนร่วมของการกลายมาเป็นคนไร้บ้าน คือ การมีปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว มีความรุนแรงในครอบครัว และมีปัญหาเรื่องงาน คนไร้บ้านยังถูกมองว่าเป็นภาระต่อสังคมหรือเป็นปัญหาสังคมซึ่งสัมพันธ์กับความรุนแรงในสังคมอีกด้วย

๔.ความสำคัญของประเด็น

จากสถานการณ์ความรุนแรงและปัญหาสุขภาพจิตที่กล่าวมา ข้อเสนอเชิงนโยบาย “ระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง” จะเน้นพัฒนาระบบสุขภาพจิตในฐานะเป็นระบบที่สำคัญระบบหนึ่งเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตของคน เสริมหนุนความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพจิตของประเทศ ลดความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ และแก้ไขปัญหาความรุนแรงในสังคม ระบบสุขภาพจิตนี้ต้องดำเนินการควบคู่และสอดประสานไปกับระบบสุขภาพในภาพรวมและนโยบายสุขภาพอื่นๆ ของประเทศอย่างไม่โดดเดี่ยว และแปลกแยก โดยเน้นความร่วมมือกับจากทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ด้วยความซับซ้อนและความใหม่ของประเด็นทางนโยบายในเรื่องระบบสุขภาพจิต คณะทำงานจึงได้คัดเลือกประเด็นที่เป็น “จุดคานงัด” ที่เป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วน (priority) ตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตมาใช้ในการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะที่น่าเสนอตามกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) เพื่อพิจารณาเป็นมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๖ นี้

๕.ข้อเสนอเพื่อให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๖ / ร่างมติ ๑ ระบบสุขภาพจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง

๖.เอกสารอ้างอิง

- Alegria, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: where we are and where we need to go. *Current psychiatry reports*, 20, 1-13.
- CDC Centers for Disease Control and prevention. (2020). *Common Barriers to Participation Experienced by People with Disabilities*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html>
- Child Online Safety Index. (๒๕๖๓, ๑๒ กรกฎาคม). ผลสำรวจดัชนีชี้วัดความปลอดภัยบนสื่อออนไลน์สำหรับเด็ก. Droidsans. <https://droidsans.com/stop-cyber-bullying-campaign/>
- Choorod, S., Kongbenjapunch, K., Kanoknark, P., & Roykulcharoen, S. (2020). Coercive Legal Measures for Enforcing the Treatment of Psychiatric Patients. Ph.D. *In Social Sciences Journal*, 10(1), 164–178.
- De Venter, M., Demyttenaere, K., & Bruffaerts, R. (2013). The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(4), 259-268.
- Ezard, N., Thiptharakun, S., Nosten, F., Rhodes, T., & McGready, R. (2012). Risky alcohol use among reproductive-age men, not women, in Mae La refugee camp, Thailand, 2009. *Conflict and health*, 6, 1-9.

- Falb, K. L., McCormick, M. C., Hemenway, D., Anfinson, K., & Silverman, J. G. (2013). Suicide ideation and victimization among refugee women along the Thai–Burma border. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 631-635.
- Falb, K. L., McCormick, M. C., Hemenway, D., Anfinson, K., & Silverman, J. G. (2013). Violence against refugee women along the Thai–Burma border. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(3), 279-283.
- Fellmeth, G., Plugge, E. H., Nosten, S., Oo, M. M., Fazel, M., Charunwatthana, P., Nosten, F., Fitzpatrick, R., & McGready, R. (2018). Living with severe perinatal depression: a qualitative study of the experiences of labor migrant and refugee women on the Thai-Myanmar border. *BMC psychiatry*, 18, 1-13.
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of peace research*, 27(3), 291-305.
- Government Equalities Office. (2020). Sexual Harassment Survey. Retrieved from https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1002873/2021-07-12_Sexual_Harassment_Report_FINAL.pdf
- Health Aging Retirement Thailand. (n.d.). *โครงการสำรวจด้านสุขภาพ การสูงอายุ และการเกษียณในประเทศไทย (Health, Aging, and Retirement in Thailand: HART)*. <https://hart.nida.ac.th/>
- HealthServ. (๒๕๖๕, ๑ กันยายน). *ทุกวัยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข ทรงค่าในสังคม: หลักการแผนพัฒนาสุขภาพจิต ระยะที่ ๒*. <https://healthserv.net/220990>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.
- Klindokkaew, K., & Euajarusphan, A. (2022). Cultural Violence: Reflections on the oppression of Social Learning. *Suthiparithat*, 36(1), 1–24.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. (1980). Sex Differences in Aggression: A Rejoinder and Reprise. *Child Development*, 51(4), 964–980.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113.
- Meyer, S., Murray, L. K., Puffer, E. S., Larsen, J., & Bolton, P. (2013). The nature and impact of chronic stressors on refugee children in Ban Mai Nai Soi camp, Thailand. *Global public health*, 8(9), 1027-1047.

- Milbarger, S., Israel, N., LeRoy, B., & Martin, A. (2003) Violence Against Women with Physical Disabilities. *Violence and Victims*, 18(5), 581-591.
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83-90.
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83-90.
- Nimmawitt, N., Wannarit, K., & Pariwatcharakul, P. (2020). Thai psychiatrists and burnout: A national survey. *PLoS One*, 15(4), e0230204.
- Nimmawitt, N., Wannarit, K., & Pariwatcharakul, P. (2020). Thai psychiatrists and burnout: A national survey. *PLoS One*, 15(4), e0230204.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2023). Prevalence and associated factors of incident and persistent loneliness among middle-aged and older adults in Thailand. *BMC psychology*, 11(1), 1-10.
- Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N. T., Nungdanjark, W., Thongthammarat, Y., & Toyama, S. (2021). Mental health and burnout among teachers in Thailand. *Journal of Health Research*, 36(3), 404-416.
- Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N.T., Nungdanjark, W., Thongthammarat, Y., & Toyama, S. (2021). Mental health and burnout among teachers in Thailand. *Journal of Health Research*, 36(3), 404-416.
- Roussel-Hemery, M. (2022, August 10). *Boosting mental health in Thailand's refugee camps*. UNHCR. <https://www.unhcr.org/th/en/39227-boosting-mental-health-in-thailands-refugee-camps.html>
- Suphanchaimat, R., Sinam, P., Phaiyaron, M., Pudpong, N., Julchoo, S., Kunpeuk, W., & Thammawijaya, P. (2020). A cross sectional study of unmet need for health services amongst urban refugees and asylum seekers in Thailand in comparison with Thai population, 2019. *International Journal for Equity in Health*, 19, 1-12.
- Thepthien, B. O., & Htike, M. (2020). Associations between adverse childhood experiences and adverse health outcomes among adolescents in Bangkok, Thailand. *Cogent Psychology*, 7(1), 1832403.
- Walters, R. H., & Parke, R. D. (1964). Social motivation, dependency, and susceptibility to social influence. In *Advances in experimental social psychology* (pp. 231-276). Academic Press.

- Woranetipo, S., & Chavanovanich, J. (2021). Three-way Interactions of Workload, Social Support and Coping Strategy on Job Burnout. *The Journal of Behavioral Science*, 16(1), 58–72.
- Yang, J., Wang, S., & Dewina, R. (2020). *Taking the pulse of poverty and inequality in Thailand*. World Bank Group. <https://policycommons.net/artifacts/1271732/taking-the-pulse-of-poverty-and-inequality-in-thailand/1855222/>
- เลิฟแคร์สเตชัน. (๒๕๖๓, ๖ ตุลาคม). *เยาวชน LGBTQ กับความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพจิต*. เยาวชน LGBTQ กับความเสี่ยงในเรื่องสุขภาพจิต - เลิฟแคร์สเตชันดอทคอม (lovecaresation.com)
- เลิศวัลลภ ศรีชะพลภูสิทธิ และ ธมนพัทธ์ ศรีชะพลภูสิทธิ (๒๕๖๑). การปรับตัวเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, ๒๐(๑), ๒๕๓-๒๖๕. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jhssru/article/view/133380>
- แผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. (๒๕๖๑, ๘ มกราคม). *เปิดรายงานการวิจัยด้านกม. พบคนไร้บ้านในไทยส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน เพียงแค่ไร้บัตรประชาชน*. Penguin Homeless. <https://penguinhomeless.com/research-law-thaihealth-fundamental-right-homeless/>
- ไพสิฐ พาณิชย์กุล, ทศพล ทรรคนกุลพันธ์, เขมชาติ ตันบุญ, สรชา สันตติรัตน์, ชัชวิน วรปัญญาภา, บงกช ดารารัตน์, ปารณ บุญช่วย, วรณนา แท้มทอง และ รัชลาวัลย์ บุญเรือง. (๒๕๕๙). *โครงการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาและสนับสนุนองค์ความรู้ทางกฎหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- กรมสุขภาพจิต, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา. (๒๕๖๖). *อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. ๒๕๗๖*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, และศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา.
- กรมสุขภาพจิต. (๒๕๖๖, ๑๔ มีนาคม). *รายงานข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย*. ระบบบัญชีข้อมูลภาครัฐ. <https://gdcatalog.go.th/dataset/gdpublish-dashboard-mentalhealth>
- กษิดิ์เดช คำพุช. (๒๕๖๖, ๗ มิถุนายน). *บ้านไม่ใช่เซฟโซนสำหรับทุกคน : เข้าใจปัญหาพื้นที่ปลอดภัยผ่านแบบสำรวจเยาวชน ๒๕๖๕*. คิด for คิดส์ ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว. บ้านไม่ใช่เซฟโซนสำหรับทุกคน: วิเคราะห์ผ่านแบบสำรวจคิด for คิดส์(kidforkids.org)
- กองบรรณาธิการ TCIJ. (๒๕๖๕, ๘ มีนาคม). *เปิดสถิติหญิงไทยถูกละเมิดทางเพศ-กระทำความรุนแรงมากกว่า 7 คน/วัน*. TCIJ. <https://www.tcijthai.com/news/2022/3/current/12248>
- กองบรรณาธิการ Urban Creature. (๒๕๖๖, ๒ พฤษภาคม). *'ใน 1 วันมีหญิงไทยถูกทำร้ายหรือละเมิดทางเพศมากกว่า 7 คน' สถิติความรุนแรงต่อผู้หญิง*. Urban Creature. <https://urbancreature.co/violence-thai-women/>

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๕). รายงานประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (๒๕๕๙, ๒ พฤษภาคม). *Psychological well-being สุขภาวะทางจิต*. <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/psychological-well-being>

ชนกันันท์. (๒๕๖๕, ๖ ตุลาคม). *รวมคดีกราดยิงในประเทศไทย*. TheThaiger TH. <https://thethaiger.com/th/news/678894/>

ชัยวัฒน์ สถาอานันท์. (๒๕๕๗). *ท้าทายทางเลือก : ความรุนแรงและการไม่ใช้ความรุนแรง*. <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b1983573>

ณัฐธิดา ตันวานิชกุล. (๒๕๖๖). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของพนักงานบริษัทในสถานการณ์โควิด ๑๙ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. <https://archive.cm.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/4882/1/TP%20HOM.003%202566.pdf>

ทิพย์อัปสร ศิวาร, อลิสา ศิวาร และ มุลนินิสั่งเสริมความเสมอภาคทางสังคม. (๒๕๖๔). *รายงานสถานการณ์ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและผู้หญิงพิการ ปี 2564*. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ (สำนัก 9).

ธัญพร มัทวานุกุล. (๒๕๖๖, ๑๑ เมษายน). *สถานการณ์คนพิการ 31 มีนาคม 2566 (รายไตรมาส)*. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>

นัชชา ตันติวิทยาพิทักษ์. (๒๕๖๓, ๖ พฤษภาคม). #4: ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้นในที่ทำงาน เมื่อปัญหาคุกคามทางเพศถูกคุกไว้ได้พร้อม. ประชาไท. <https://prachatai.com/journal/2020/06/87981>

ปกป้อง ศรีสนิท. (๒๕๖๒, ๑๙ กรกฎาคม). *การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาเรื่องเพศ : ความหมายใหม่และโทษใหม่ของการข่มขืนกระทำชำเรา*. the101.world. <https://www.the101.world/rape-in-thai-law>

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑. (๒๕๕๑, ๒๐ กุมภาพันธ์). ๑๒๕ ตอนที่ ๓๖ ก ลงวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์. *ราชกิจจานุเบกษา*. ๑๒๕ ตอนที่ ๓๖. และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒. (๒๕๖๒, ๑๖ เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม ๑๓๖ ตอนที่ ๕.

พิบูลแก้ว ศรีนาม, สดพร จุลชู, มธุรา ไพยารมณ, วาทีนี้ คุณเผือก, นารีรัตน์ ผุดผ่อง, และ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. (๒๕๖๔). การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสถานะสุขภาพและข้อตกลงหรือกฎหมายของผู้ลี้ภัยและผู้ขอลี้ภัยในเขตเมืองในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ๑๕(๔), ๕๑๑-๕๒๔.

พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, เบญจมาศ พุกษ์กานนท์ และธันภัทร ไครตสิงห์. (2565). *โครงการประเมินแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) ระยะที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕) และการประเมินแผนปฏิบัติการราชการระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕) ของกรมสุขภาพจิต ในวาระแรก ระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

มธุรา ไพยารมณ และคณะ. (๒๕๖๕). *คู่มือการศึกษาระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร (บก.). (๒๕๖๒). การสาธารณสุขไทย 2559-2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (๒๕๖๕). ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี ๒๕๖๕.

สถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส. (๒๕๖๔, ๑๐ กันยายน). พิชิตโควิดแนวโน้ม “ฆ่าตัวตาย”แตะ 10 คนต่อแสนประชากร. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/307796>

สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (ม.ป.ป.). สแกนจิตใจคนทำงานภาครัฐ เมื่อจิตใจที่เป็นของส่วนตัว อาจส่งผลต่อหน้าที่ส่วนรวม? <https://wellbeing.spp.cmu.ac.th/>

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (๒๕๖๖). รายงานสุขภาพของคนไทย พ.ศ. ๒๕๖๖. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (ม.ป.ป.). เด็กและเยาวชน: กลุ่มเปราะบางทางสุขภาพจิตในวิกฤตโควิด-19. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สยามรัฐออนไลน์. (๒๕๖๖, ๒๗ เมษายน). “กรมสุขภาพจิต” ห่วงใยเหยื่อความรุนแรงจากคนรัก อย่านิ่งเฉย ควรแสวงหาความช่วยเหลือ. <https://siamrath.co.th/n/442247>

สรวิช ลินธุประมา. (๒๕๖๖, ๑๐ กุมภาพันธ์). ดูแลหัวใจไม่ให้ใครร่วงหล่น: เปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจิตให้เข้าถึงง่ายและทันทั่วทั้งที่. 101PUB Public Policy Think Tank. <https://101pub.org/improve-access-to-mental-health-care/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๐). ๘ เรื่องที่คุณอาจไม่รู้เกี่ยวกับคนไร้บ้าน. แผนงาน สนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๔, ๑๙ กรกฎาคม). เปิดจุดเปลี่ยนการยอมรับ LGBTQ.. เปิดจุดเปลี่ยนการยอมรับ LGBTQ (thaihealth.or.th)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (๒๕๖๖, ๒๓ พฤษภาคม). แผนภูมิแสดงข้อมูลสถิติการสำรวจข้อมูลแรงงานไร้บ้าน พฤษภาคม 2023. HomelessONC2023. <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0f311300-ec43-4e98-94d8-04afe56358a8/page/toRTD>

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (๒๕๖๓, ๔ เมษายน). มุมมองสิทธิ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๔.ฐานข้อมูลศูนย์สารสนเทศสิทธิมนุษยชน. <http://library.nhrc.or.th/ULIB/dublin.php?ID=12102>

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (๒๕๖๖, ๒๐ เมษายน). สถิติการรับแจ้งและจับกุมกลุ่มคดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://newweb.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators?impt_branch=310

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (๒๕๖๖). การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๖๒. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป) สารสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑
- สิริศิษฐ์ ชูรอด, กิจบดี ก้องเบญจภูษ, พศวิทย์ กนกนาถ, และสุเมธ รอยกุลเจริญ. (๒๕๖๓). มาตรการทางกฎหมายในการบังคับบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช. *วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์*, ๑๐(๑), ๑๖๔-๑๗๔.
- สุชรินทร์ พิทยานันท์ และ พรโรจน์ ภัทรนรากุล (๒๕๕๙). การศึกษานโยบายและมาตรการเชิงกลยุทธ์ในการดูแลสวัสดิการ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุไทย. *Journal of Multidisciplinary in Social Sciences*, 12(3), 19-37.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บก.). (๒๕๕๔). การสาธารณสุขไทย 2551-2553. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ห้องปฏิบัติการนโยบาย. (๒๕๖๕, ๒๒ พฤศจิกายน). ๗ ข้อเสนอแนะนโยบายสุขภาพจิตเยาวชน. Thailand Policy Lab. <https://thailandpolicylab.com/youth-mental-health-policy/>
- หทัยา ขอสันติวิวัฒน์. (2565). ลักษณะครอบครัวและความรุนแรงในการอบรมเลี้ยงดูบุตร ของบิดาและมารดาในประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 14(1), 160-174.
- องค์การอนามัยโลก. (๒๕๖๐). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต (*Social determinants of mental health*) (ปริทรรศน์ ศิลปกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, ผู้แปลและเรียบเรียง). เชียงใหม่ : แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต.
- อนรรฆ พิทักษ์ธานิน, มณฑกานต์ ฉิมมาลี, วัฒนภูมิ สามัคคีคารมย์, ธนานนท์ บัวทอง, ญาณิกา อักษรนำ และ มธุรมาศ ทาวรมย์. (๒๕๕๙). รายงานวิจัยการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- อรทัย วลีวงศ์. (๒๕๖๔, ๑๒ กุมภาพันธ์). *Good Health and Well-being: เมื่อนิยามของสุขภาพดีไม่ได้หยุดอยู่แค่ร่างกายแข็งแรง*. SDG MOVE updates moving towards sustainable future. <https://www.sdgmovement.com/2021/01/25/sdg-updates-good-health-and-well-being/>
- อำพร เนื่องจกานาค. (๒๕๖๕). สตรีไทยกับความรุนแรงในชีวิตคู่. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, ๔๙(๒), ๓๙๐-๔๐๒.
- อิศย์อาณานิคม ชิตวิเศษ. (๒๕๖๕, ๓๐ มิถุนายน). *ปลดล็อกโครงสร้างอำนาจทางเพศด้วยนโยบายป้องกันแก้ไขปัญหาคูคามทางเพศ*. think.moveforwardparty.org. <https://think.moveforwardparty.org/article/welfare/2724/>

สัมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖
พ.ศ. ๒๕๖๖

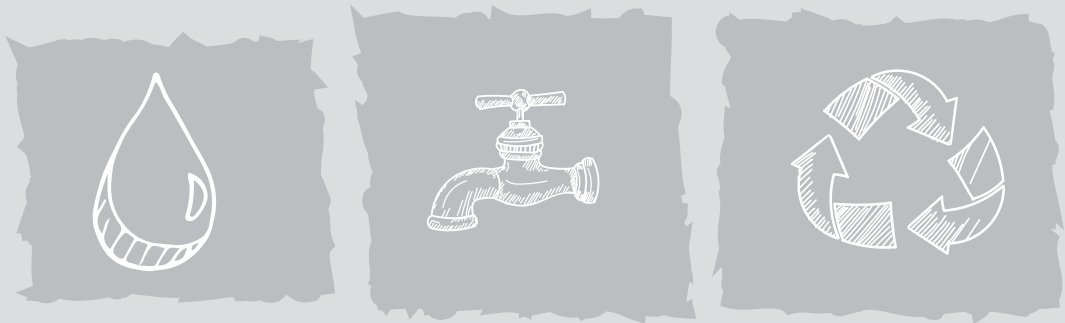
มติ ๑๖.๒



การกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ มติ ๒
การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่

มติ ๑๖.๒

การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่
(Strengthening the mechanisms of Water Resources
Management (WRM) at local levels)



การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ (Strengthening the mechanisms of Water Resources Management (WRM) at local levels)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สิบหก ได้พิจารณารายงานการพัฒนานโยบายสาธารณะ เรื่องการส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่^๑

ตระหนักว่า ทรัพยากรน้ำมีความสำคัญและจำเป็นเร่งด่วนต่อประชาชนของไทยทุกคนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจนและกลุ่มคนเปราะบางในสังคมที่ส่งผลกระทบต่ออุปโภค บริโภค หรือการประกอบกิจการอื่น ๆ รวมถึงชุมชนที่อยู่นอกเมืองหรือนอกเขตชลประทานที่ขาดการเข้าถึงทรัพยากรน้ำไม่ว่าจะเป็นน้ำฝน น้ำบาดาล น้ำใต้ดิน และน้ำทะเล ทำให้เป็นสาเหตุหนึ่งสร้างความเหลื่อมล้ำของสังคมและชุมชนในหลายมิติ เช่น มิติสังคม มิติเศรษฐกิจ มิติสุขภาพ มิติความขัดแย้งในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ เป็นต้น ที่สำคัญความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ความไม่แน่นอน ความผันผวนของฤดูกาลที่เกิดน้ำท่วม น้ำแล้ง จากความไม่ปกติกลับกลายเป็นความปกติที่เกิดขึ้นซ้ำซากที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้างทั่วประเทศ

ตระหนักว่า การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำอย่างมีส่วนร่วมทั้งระบบไม่ว่าจะทรัพยากรน้ำสาธารณะ แหล่งต้นน้ำลำธาร แหล่งกักเก็บน้ำ คลองส่งน้ำ พื้นที่ทางน้ำหลาก หรือพื้นที่ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรือมนุษย์สร้างขึ้นและสิ่งอื่นที่ใช้เพื่อการบริหารจัดการน้ำ ซึ่งองค์ประกอบของการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ได้แก่ ระบบการจัดการข้อมูลและสารสนเทศ การวางแผนลุ่มน้ำ/ผืนน้ำชุมชน การจัดสรรน้ำ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การอำนวยความสะดวก การควบคุมมลพิษ การตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ การจัดการทางเศรษฐกิจและสังคม และความมั่นคงด้านน้ำ ทั้งนี้ ทรัพยากรน้ำถูกกำหนดให้เป็นปัจจัยบังคับถึงความต้องของประชากร ความมั่นคง ความยั่งยืน และเพียงพอต่อความต้องการในการดำรงชีวิตในการเข้าถึงทรัพยากรแหล่งน้ำอย่างทั่วถึง

ตระหนักว่า นอกจากการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำภายในประเทศ บางพื้นที่หรือบางลุ่มน้ำมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางการบูรณาการร่วมมือการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำระหว่างประเทศ เช่น ลุ่มน้ำโขง และลุ่มน้ำสาละวิน เป็นต้น โดยการศึกษาข้อมูล แลกเปลี่ยนองค์ความรู้การรับมือกับการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ความเสี่ยงต่อภัยพิบัติ การอนุรักษ์ระบบน้ำ และการจัดตั้งกลไกการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำระหว่างประเทศที่มีความสัมพันธ์กับระบบนิเวศลุ่มน้ำของไทย เพื่อส่งเสริมการใช้ทรัพยากรน้ำในลุ่มน้ำร่วมกัน

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๖ / หลัก ๒

และเสริมสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนพื้นที่ที่สามารถแก้ไขปัญหาและผลกระทบจากการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำระหว่างประเทศได้ต่อเนื่องและอย่างยั่งยืน

ชื่นชม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีมติและร่วมกันขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพ ได้แก่ มติ ๔.๔ การบริหารจัดการทรัพยากรกลุ่มน้ำขนาดเล็กอย่างยั่งยืนโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและภาคีทุกภาคส่วน และมติ ๑.๗ บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทำให้สามารถนำมาเป็นข้อมูลและการพัฒนาสู่นโยบายสาธารณะของประชาชน รวมทั้งการขับเคลื่อนของคณะกรรมการกลุ่มน้ำ คณะอนุกรรมการทรัพยากรน้ำจังหวัด องค์กรผู้ใช้น้ำที่กระจายในพื้นที่ หน่วยงานภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เช่น มูลนิธิอุทกพัฒน์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ มูลนิธินโยบายสาธารณะไทย บริษัท ปูนซิเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน) และมูลนิธิริรักษ์ไทย เป็นต้น ที่มีความพยายามผลักดันการทำงานการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำทั้งในภาวะวิกฤต การบำรุงรักษา การฟื้นฟูและการอนุรักษ์ทรัพยากรน้ำให้มีเสถียรภาพ มั่นคงและยั่งยืน

รับทราบว่า สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานภายใต้แบบแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ๒๐ ปี ในด้านที่ ๕ การบริหารจัดการเป็นหนึ่งในแผนงานยุทธศาสตร์หลักในการจัดตั้งองค์กรด้านการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัย พัฒนาระบบฐานข้อมูลประกอบการตัดสินใจ สนับสนุนองค์กรกลุ่มน้ำ สนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาครัฐและเอกชน การบริหารจัดการชลประทาน การศึกษาวิจัย การเตรียมความพร้อม ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์ทรัพยากรน้ำ พัฒนางานวิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยีสนับสนุนการสร้างมูลค่าเพิ่มในภาคการบริการเพื่อสามารถบริหารจัดการน้ำอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมทั่วประเทศ

เห็นว่า การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำโดยเฉพาะการส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่เป็นหัวใจสำคัญของการสร้างพื้นที่กลไกในการแลกเปลี่ยน พหุคูณของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลากหลายกลุ่ม ในการแสดงออกและสามารถเรียกร้องความต้องการของตนเองและพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อทรัพยากรน้ำ การมีองค์ความรู้และเครือข่ายกระบวนการวิจัยเพื่อท้องถิ่นจะเป็นกลไกการสร้างขบวนการขับเคลื่อนเชิงพื้นที่ร่วมของหน่วยงานองค์กรปกครองท้องถิ่นและชุมชนที่ถือเป็นหน่วยย่อยระดับตำบลที่สามารถดำเนินงานร่วมกับหน่วยระดับครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดของการบริหารจัดการน้ำที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อการบริหารจัดการน้ำที่สามารถเข้าถึงและเป็นธรรมในการใช้ประโยชน์ร่วมกันของคนในชุมชน

จึงเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ดังนี้

ส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมในลักษณะหุ้นส่วนของภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และกลุ่มเครือข่าย โดยมีแผนบูรณาการกับคณะกรรมการลุ่มน้ำ คณะอนุกรรมการทรัพยากรน้ำจังหวัด องค์กรผู้ใช้น้ำ เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำอย่างเข้มแข็ง มั่นคง และยั่งยืนในระดับพื้นที่ ทำให้เกิดการบริหารจัดการที่ดีและสร้างหลักประกันพื้นฐานในสิทธิการเข้าถึงทรัพยากรน้ำอย่างทั่วถึงและเป็นธรรมที่สามารถส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต รวมถึงอนุรักษ์ พันธุ์ ระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่

โดยมีสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบาย ดังนี้

๑. การหนุนเสริมกระบวนการสร้างความเข้มแข็งต่อกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ โดยสร้างการมีส่วนร่วมความเป็นหุ้นส่วนต่อการจัดการสมดุลน้ำและผิวน้ำระดับชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำเชิงพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งชุมชนท้องถิ่นต้องมีข้อมูลระบบสารสนเทศประกอบการตัดสินใจและจัดทำแผนบริหารจัดการน้ำหลักของระดับจังหวัด รวมถึงการพัฒนาศักยภาพและบทบาทขององค์กรผู้ใช้น้ำ และเครือข่ายกลุ่มผู้ใช้น้ำเป็นกลไกการขับเคลื่อนหลักที่สามารถขับเคลื่อนโครงการที่เกิดประโยชน์ และสามารถแก้ปัญหาแบบเบ็ดเสร็จในระดับลุ่มน้ำผ่านการทำงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่น ท้องที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. ผลักดันให้เกิดการบูรณาการและสนับสนุนพื้นที่กลางการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำตามความต้องการอย่างเหมาะสมของพื้นที่ โดยผ่านกลไกการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑ ด้วยกระบวนการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย มีพื้นที่กลางแลกเปลี่ยนและบูรณาการเข้ากับแผนการพัฒนาในระดับพื้นที่ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายของจังหวัดและท้องถิ่นตามหลักการของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารงานเชิงพื้นที่แบบบูรณาการ พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อนำไปสู่การผลักดันการปฏิบัติการและกระบวนการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานเชิงพื้นที่อย่างเหมาะสม รวมถึงสนับสนุนโครงการและกิจกรรมอันก่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาทรัพยากรน้ำระดับลุ่มน้ำจนถึงระดับพื้นที่ผ่านการทำงานร่วมระหว่างท้องถิ่น องค์กรผู้ใช้น้ำและกลุ่มเครือข่ายผู้ใช้น้ำในพื้นที่ เพื่อกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง เป็นธรรมและต่อเนื่อง

๓. การส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำแบบองค์รวมเพื่อสร้างโอกาสการพัฒนาเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตและคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลกระทบต่อระบบน้ำของพื้นที่ และการใช้ประโยชน์ทรัพยากรน้ำอย่างรู้คุณค่าทั้งน้ำอุปโภคบริโภค และน้ำเพื่อการประกอบอาชีพ เน้นระบบการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำที่เหมาะสมกับภูมิสังคมและภูมินิเวศของพื้นที่ เพื่อสร้างผลิตภาพน้ำให้สูงขึ้น ลดความสูญเสียจากภัยพิบัติจากน้ำ บริหารจัดการความเสี่ยงและเพิ่มความมั่นคงด้านน้ำ เพื่อยกระดับไปสู่การส่งเสริมการพัฒนาอาชีพ สร้างรายได้ และคุณภาพชีวิตสำหรับประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

๔. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการน้ำเสียและสิ่งแวดล้อมระดับพื้นที่ โดยสร้างความตระหนักรู้ หน้าที่และความรับผิดชอบร่วมต่อการบริหารจัดการระบบการปล่อยทิ้งน้ำเสียและการจัดการขยะจากบ้านเรือน การประกอบการ อุตสาหกรรม การเกษตร การเลี้ยงสัตว์ และระบบการจัดการน้ำเสียชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยการเพิ่มการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ป้องกัน และมาตรการ กฎ หรือระเบียบชุมชน/พื้นที่ในการปล่อยน้ำเสีย หรือสารเคมีและขยะสารเคมีทางการเกษตร หรือขยะอันตรายทุกชนิดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและธรรมชาติในเขตสิ่งแวดล้อมตามแหล่งน้ำธรรมชาติ รวมถึงการสนับสนุนการตรวจสอบคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำธรรมชาติที่มีการใช้ประโยชน์เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

๕. การส่งเสริม การใช้ การพัฒนา การบริหารจัดการ การบำรุงรักษา การฟื้นฟู และการอนุรักษ์ทรัพยากรน้ำและป้องกันการบุกรุกแหล่งน้ำธรรมชาติ โดยนำเทคโนโลยี สารสนเทศวางระบบการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำและสร้างเครือข่ายที่สามารถเพิ่มการใช้ประโยชน์ระบบเส้นทางน้ำชุมชนร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำของชุมชนโดยเฉพาะแหล่งน้ำธรรมชาติทั้งเส้นทางน้ำสาขา ป่าต้นน้ำ ป่าชายเลน พื้นที่ชุ่มน้ำ รวมถึงโครงสร้างขนาดเล็กในพื้นที่ที่สอดคล้องกับระบบนิเวศธรรมชาติ แวดล้อม ความหลากหลายทางชีวภาพ และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยต้องไม่พัฒนาแหล่งน้ำที่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศเดิมที่เน้นการสร้างความรู้และ การตระหนักรู้ต่อการดูแล อนุรักษ์และการจัดการทรัพยากรน้ำ ตั้งแต่เด็ก เยาวชนและทุกคนทุกระดับ เพื่อให้การรักษาสมดุลน้ำในระบบนิเวศ และสมดุลตามปริมาณน้ำต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ

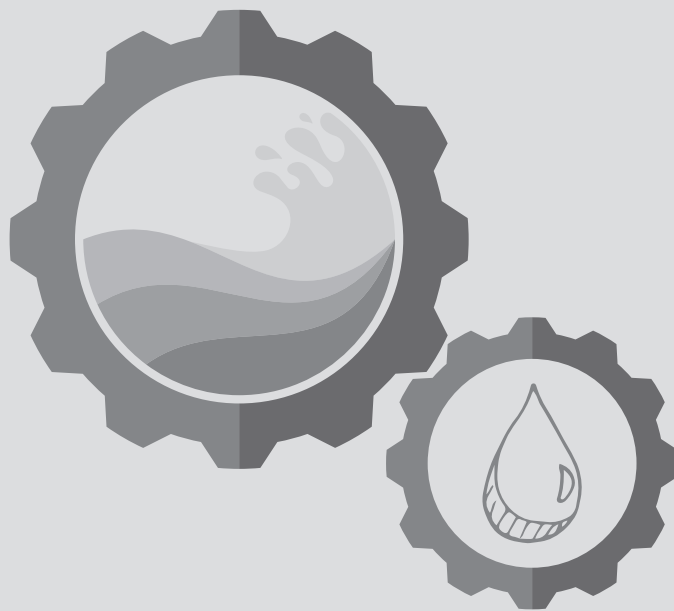
๖. การส่งเสริมวิจัยและใช้ประโยชน์งานวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่เหมาะสมด้านการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำเชิงพื้นที่ โดยการสนับสนุนการวิจัย การสร้างองค์ความรู้ การถ่ายทอด พัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และใช้ประโยชน์งานวิจัยที่มีปฏิบัติการโดยประชาชนมีส่วนร่วมสำคัญที่สามารถมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาและบริหารจัดการทรัพยากรน้ำทั้งระบบ โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผลเพื่อผลักดันองค์ความรู้ นวัตกรรม และเทคโนโลยีไปสู่การแก้ไขและพัฒนาเชิงพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อผสมผสานองค์ความรู้ทางวิชาการและภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ สร้างความสมดุลของน้ำ พื้นที่ป่าต้นน้ำ ป่าชายเลน พื้นที่ชุ่มน้ำ และทรัพยากรน้ำอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และยั่งยืน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางการนโยบาย และสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางการนโยบายของการส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ ตามที่เสนอมา

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๘

เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖
การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่
(Strengthening the mechanisms of Water Resources
Management (WRM) at local levels)



การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ (Strengthening the mechanisms of Water Resources Management (WRM) at local levels)

จากการวางกลไกการผลักดันนโยบายที่สามารถสร้างจากฐานชุมชน/พื้นที่หรือกลุ่มบุคคลที่ได้รับผลกระทบโดยตรง มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการออกแบบและสร้างกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับน้ำ ทั้งนี้กลไกทางนโยบายในการพยายามขับเคลื่อนและสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคประชาชนสำคัญอีกหนึ่งหน่วยงาน คือ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่เป็นหน่วยงานหลักในการผลักดันนโยบายจากพื้นที่หรือประเด็นสำคัญของสังคมสู่การกำหนดนโยบายระดับรัฐที่สามารถตอบสนองพื้นที่ได้อย่างแท้จริง โดยมีคณะกรรมการและกลไกกลางของกระบวนการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายบนฐานงานวิชาการและการปฏิบัติการที่มีรูปธรรมเชิงพื้นที่ในการหนุนเสริมความคิด กระบวนการพัฒนา/สร้างนโยบายสาธารณะ ซึ่งเน้นกลไกของสมัชชาสุขภาพที่เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพดีของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยใช้ความรู้เป็นฐานการทำงานและสร้างความสมานฉันท์ในสังคม มีการบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมและเป็นระบบ เพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี และมีการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ลดความเหลื่อมล้ำด้วยช่องทางและวิธีการที่หลากหลายเป็นธรรม

๑. นิยาม

๑.๑ การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำของไทย หมายถึง การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำของประเทศให้มีประสิทธิภาพ สมดุล เป็นธรรม และสามารถแก้ไขปัญหาได้ทั้งระบบ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงทบทวนกฎหมายระเบียบข้อบังคับด้านทรัพยากรน้ำ การพัฒนาองค์การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำทุกระดับ การจัดทำแผนการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ การติดตามและประเมินผล การพัฒนาระบบฐานข้อมูล และมีมาตรฐานเดียวกัน รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ พร้อมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรผู้ใช้น้ำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งมีภารกิจจากการถ่ายโอนสามารถแก้ไขปัญหาพื้นฐานในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน การมีงานวิจัยและนวัตกรรมที่นำไปใช้ได้จริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระหว่างลุ่มน้ำ และยกระดับมาตรฐานสู่สากล

๑.๒ การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมการจัดการทรัพยากรน้ำ หมายถึง ความเหลื่อมล้ำสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสามารถแบ่งนิยามความเหลื่อมล้ำออกเป็น ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) สะท้อนจากข้อมูลทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยนิยามวัดจาก ๓ มิติ ได้แก่

รายได้ รายจ่ายเพื่อการบริโภค และความมั่งคั่ง และการคำนวณหาอัตราการเปลี่ยนแปลงของรายได้ รายจ่ายเพื่อการบริโภค หรือความมั่งคั่ง สำหรับครัวเรือนในแต่ละกลุ่มรายได้ในช่วงเวลาหนึ่งเทียบกับอีกช่วงเวลาหนึ่ง ๒) ด้านโอกาส (Opportunity) พิจารณาจากความสามารถในการเข้าถึงสิทธิและบริการขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ครัวเรือนแต่ละกลุ่มมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่าง และ ๓) ด้านผลกระทบ (Impact) พิจารณาจากผลของปัจจัยภายนอก (External Shocks) ที่กระทบต่อครัวเรือน

๑.๓ การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะการบริหารจัดการน้ำ หมายถึง กระบวนการวิเคราะห์นโยบายสามารถนำตัวแบบบางตัวแบบมาใช้ในการอธิบาย ตัวแบบแต่ละตัวแบบมีแนวคิดแตกต่างกัน ความเหมาะสมที่จะนำมาอธิบายปรากฏการณ์ของนโยบายจึงแตกต่างกัน แต่ละตัวแบบมีข้อดีข้อเสีย พิจารณาตามสิ่งที่ต้องการจากกระบวนการวิเคราะห์นโยบายร่วมกับการบ่งชี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะช่วยสร้างความเข้าใจต่อนโยบาย และลดความสับสนและความซับซ้อนในการวางแผนนโยบาย เพื่อให้เกิดการวางแผนจัดการผู้มีส่วนได้เสียตามแต่ละบทบาทที่เหมาะสม

๑.๔ กระบวนการบริหารจัดการน้ำอย่างมีส่วนร่วมโดยชุมชน/ท้องถิ่น หมายถึง การสร้างความเข้าใจร่วมและการพัฒนาแนวทางร่วมในการสร้างพื้นที่กลางเพื่อสะท้อนความคิดเห็น การกำหนดทิศทางในการออกแบบการพัฒนาพื้นที่ที่อ่อนแอให้เกิดความยั่งยืน โดยใช้ร่างกรอบทิศทาง (แผนแม่บท) เป็นเครื่องมือสำคัญในการออกแบบกิจกรรมและการวิธีการดำเนินงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ ซึ่งสามารถแบ่งหลักการปฏิบัติงานการวิจัยเพื่อพัฒนารอบแนวคิดและทิศทางการพัฒนาแผนแม่บทพื้นที่ ได้แก่ ๑.๔.๑) การมุ่งท้าทายแนวคิดที่ว่าปัจเจกบุคคลมีหลักเหตุผลสมบูรณ์ในตัวเอง ๑.๔.๒) การพัฒนากระบวนการที่นี้ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่ปัจเจกบุคคลหรือตัวแสดง ๑.๔.๓) กระบวนการที่นี้เน้นการแสวงหาเหตุผลที่เป็นข้อตกลงจากการสื่อสารกัน ๑.๔.๔) กระบวนการที่นี้เน้นความสำคัญของการเปิดพื้นที่สาธารณะ ๑.๔.๕) กระบวนการที่นี้การวิเคราะห์ร่างแผนแม่บทหรือการวางแผนแบบปรึกษาหารือเน้นความสำคัญของการสรรค์สร้างประชาธิปไตย และ ๑.๔.๖) เป้าหมายของการปรึกษาหารือในทางนโยบายและแผนของกระบวนการที่นี้เน้นไปที่ผลของการเจรจาต่อรอง และการประนีประนอมกัน

๒.นโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) มีทั้งหมด ๑๗ เป้าหมาย (Goals) ภายใต้หนึ่งเป้าหมายจะประกอบไปด้วยเป้าหมายย่อย ๆ ที่เรียกว่า เป้าประสงค์ (Targets) ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด ๑๖๙ เป้าประสงค์ และพัฒนา ตัวชี้วัด (Indicators) จำนวน ๒๓๒ ตัวชี้วัด (ทั้งหมด ๒๔๔ ตัวชี้วัด แต่มีตัวที่ซ้ำ ๑๒ ตัว) เพื่อติดตามความก้าวหน้าของเป้าประสงค์ดังกล่าว โดยเป้าหมายหลักที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรม คือ เป้าหมายที่ ๖ สร้างหลักประกันว่าจะมีการจัดให้มีน้ำและสุขอนามัยสำหรับทุกคนและมีการบริหารจัดการที่ยั่งยืน โดยมีเป้าหมายรองลงมาที่มีความสัมพันธ์ร่วมกัน คือ เป้าหมายที่ ๑ ขจัดความยากจนทุกรูปแบบในทุกพื้นที่ เป้าหมายที่ ๓ สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกวัย เป้าหมายที่ ๑๐ ลดความไม่เสมอภาคภายในประเทศและระหว่างประเทศ เป้าหมายที่ ๑๒ สร้างหลักประกันให้มีรูปแบบการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน

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

ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) มีเป้าหมายการพัฒนาประเทศ คือ “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” โดยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการน้ำของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ได้แก่ ๑. ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ๑.๑) การอนุรักษ์และฟื้นฟูแม่น้ำลำคลองและแหล่งน้ำธรรมชาติทั่วประเทศ ๑.๒) การรักษาและเพิ่มพื้นที่สีเขียวที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ๑.๓) การพัฒนาความมั่นคงน้ำ พลังงาน และเกษตรที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ๑.๔) การพัฒนาการจัดการน้ำเชิงลุ่มน้ำทั้งระบบเพื่อเพิ่มความมั่นคงด้านน้ำของประเทศ ๑.๕) การเพิ่มผลิตภาพของน้ำทั้งระบบในการใช้น้ำอย่างประหยัด รู้คุณค่า และสร้างมูลค่าเพิ่มจากการใช้น้ำ ให้ทัดเทียมกับระดับสากล

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

ทิศทางการพัฒนาประเทศในระยะของแผนพัฒนาฯ เพื่อ “พลิกโฉมประเทศไทยสู่สังคมก้าวหน้า เศรษฐกิจสร้างมูลค่าอย่างยั่งยืน” มีเป้าหมายหลักของการพัฒนา ๕ ประการ คือ ๑) การปรับโครงสร้างการผลิตสู่เศรษฐกิจฐานนวัตกรรม ๒) การพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ ๓) การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม ๔) การเปลี่ยนผ่านการผลิตและบริโภคไปสู่ความยั่งยืน และ ๕) การเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ และได้กำหนดจุดหมายการพัฒนา จำนวน ๑๓ หมุดหมาย แบ่งออกได้เป็น ๔ มิติ ทั้งนี้มิติที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการน้ำมากที่สุดมิติ คือ มิติภาคการผลิตและบริการโดยเฉพาะจุดหมายที่หนึ่ง ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่า โดยเน้นการพัฒนาระบบบริหารจัดการน้ำเพื่อการเกษตรให้มีความสมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทาน รวมทั้งส่งเสริมและผลักดันการเพิ่มพื้นที่ป่าต้นน้ำ/ป่าเศรษฐกิจที่สามารถสร้างรายได้ในพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมสำหรับการปลูกพืช รวมทั้งเพิ่มปริมาณน้ำตามธรรมชาติให้มีน้ำเพียงพอต่อการใช้ทั้งระบบ

๒.๔ แผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ๒๐ ปี

วิสัยทัศน์การพัฒนาตามแผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๘๐) ไว้มีดังนี้ “ทุกหมู่บ้านมีน้ำสะอาดอุปโภค บริโภค น้ำเพื่อการผลิตมั่นคง ความเสียหายจากอุทกภัยลดลง อนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรน้ำ คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน บริหารจัดการน้ำอย่างยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาอย่างสมดุล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน” ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาและขับเคลื่อนแผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ การกำหนดแผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ๒๐ ปี (ปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๘๐) ไว้ ๕ ด้าน เนื่องการบริหารจัดการน้ำมีความเชื่อมโยงตั้งแต่พื้นที่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ การพัฒนาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรน้ำส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศ จำเป็นต้องได้รับการอนุรักษ์และฟื้นฟูอย่างเป็นระบบทั้งในพื้นที่ป่าต้นน้ำ การชะล้างพังทลายของดิน แก้ไขปัญหามลพิษทางน้ำจากแหล่งกำเนิดทั้งจากชุมชน พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่เกษตร คือ ด้านที่ ๑ การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค ด้านที่ ๒ การสร้างความมั่นคงของน้ำภาคการผลิต ด้านที่ ๓ การจัดการน้ำท่วมและอุทกภัย ด้านที่ ๔ การอนุรักษ์และฟื้นฟูระบบนิเวศทรัพยากรน้ำ และด้านที่ ๕ การบริหารจัดการ

๓. สถานการณ์ปัจจุบัน

๓.๑ การบริหารจัดการน้ำภาพรวมของไทย

๑) ความต้องการใช้น้ำ ในพื้นที่เกษตรที่อยู่ใกล้กับแหล่งน้ำจะมีการปลูกพืชในฤดูแล้ง โดยเฉพาะพื้นที่เกษตรชลประทาน ทำให้มีการใช้น้ำเพื่อการเกษตรเป็นปริมาณมาก โดยมีการผันแปรขึ้นกับปริมาณฝนและปริมาณน้ำต้นทุนในแต่ละปี นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของประชากร การขยายตัวของพื้นที่ชุมชนเมือง และการพัฒนาพื้นที่อุตสาหกรรมและพื้นที่เศรษฐกิจ ทำให้ความต้องการใช้น้ำภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการเพิ่มขึ้นด้วย ถึงแม้ว่าในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๓ จะมีวิกฤติการณ์โควิด-๑๙ ความต้องการใช้น้ำภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการไม่ได้ลดลง สรุปได้ดังนี้

๑.๑) การใช้น้ำภาคเกษตร ประกอบด้วย

๑.๑.๑) พื้นที่เกษตรในเขตชลประทาน เป็นการใช้น้ำจากอ่างเก็บน้ำขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก ผ่านระบบชลประทาน และสถานีสูบน้ำด้วยไฟฟ้า มีการปลูกพืชทั้งฤดูฝนและฤดูแล้ง จึงมีการใช้น้ำเป็นปริมาณมากโดยเฉพาะการใช้น้ำเพื่อปลูกข้าว คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ ๗๐ ของการใช้น้ำ ในเขตชลประทาน ปริมาณการใช้น้ำในช่วงหน้าแล้งขึ้นกับปริมาณน้ำต้นทุนที่มีในอ่างเก็บน้ำ จากข้อมูลปริมาณน้ำส่งจริงของกรมชลประทาน ร่วมกับการประเมินปริมาณการใช้น้ำของสถานีสูบน้ำด้วยไฟฟ้า และโครงการขนาดเล็กที่มีระบบส่งน้ำ มีปริมาณการใช้น้ำ ๑๙,๘๙๗ - ๓๗,๒๕๑ ล้านลูกบาศก์เมตร เฉลี่ย ๒๖,๕๓๑ ล้านลูกบาศก์เมตรต่อปี ปริมาณการใช้น้ำในเขตชลประทานแปรผันตามปริมาณฝน ชนิดพืชและพื้นที่เพาะปลูกในแต่ละปี

๑.๑.๒) พื้นที่เกษตรน้ำฝน ๑๒๗.๒๓ ล้านไร่ มีการพึ่งพาน้ำฝนเป็นหลัก ในช่วงฤดูแล้งหรือฝนทิ้งช่วงมีการใช้น้ำจากน้ำบาดาล สระน้ำในไร่นา หรือสูบน้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติมาใช้เพื่อเสริมพืชที่มีความจำเป็นต้องให้น้ำ ประเมินการใช้น้ำเฉพาะพืชที่มีการให้น้ำเพิ่ม ได้แก่ ข้าว ผลไม้ที่มีมูลค่าทางเศรษฐกิจ พืชผัก พื้นที่ปลูกอ้อยบางส่วน การขาดแคลนน้ำขึ้นกับปริมาณน้ำฝน และการกระจายของฝนในแต่ละปี รวมทั้งสภาพภูมิประเทศ ชนิดพืชและช่วงเวลาปลูก มีปริมาณการใช้น้ำ ๑๓,๑๘๐ - ๒๕,๗๓๐ ล้านลูกบาศก์เมตร เฉลี่ย ๑๘,๗๐๓ ล้านลูกบาศก์เมตรต่อปี

๑.๑.๓) การใช้น้ำเพื่อการปศุสัตว์และเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำมีปริมาณ ๓,๓๔๒ - ๔,๑๙๗ ล้านลูกบาศก์เมตร การใช้น้ำขึ้นกับชนิดและจำนวนปศุสัตว์ พื้นที่เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำปริมาณการใช้น้ำเฉลี่ย ๓,๔๘๖ ล้านลูกบาศก์เมตรต่อปี

๑.๒) การใช้น้ำภาคอุตสาหกรรม มีปริมาณ ๓,๙๒๙ - ๔,๓๒๘ ล้านลูกบาศก์เมตร ปริมาณการใช้น้ำเฉลี่ย ๔,๑๔๗ ล้านลูกบาศก์เมตรต่อปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีพื้นที่หลักที่มีการใช้น้ำเป็นปริมาณมากเป็นพื้นที่มีโรงงานอุตสาหกรรมหนาแน่น ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ระยอง ชลบุรี สมุทรสาคร ปทุมธานี นครปฐม พระนครศรีอยุธยา สระบุรี สำหรับจังหวัดอื่น ๆ อุตสาหกรรมส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมต่อเนื่องจากภาคเกษตรและการผลิตเพื่อใช้ในท้องถิ่น ความต้องการน้ำเพื่อการอุตสาหกรรม แนวโน้มภาคอุตสาหกรรมจะขยายตัวอย่างต่อเนื่อง

๑.๓) การใช้น้ำภาคบริการ มีปริมาณ ๖,๒๓๔ - ๗,๕๙๖ ล้านลูกบาศก์เมตร ปริมาณการใช้น้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ถึงแม้จะมีวิกฤติการณ์โควิด-๑๙ ทำให้จำนวนนักท่องเที่ยวลดลง แต่ปริมาณการใช้น้ำโดยรวมไม่ได้ลดลง เนื่องจากการใช้น้ำของที่อยู่อาศัยเพิ่มสูงขึ้นในช่วงดังกล่าว ปริมาณการใช้น้ำเฉลี่ย ๖,๘๗๘ ล้านลูกบาศก์เมตรต่อปีในอนาคต (ปี พ.ศ.๒๕๖๐) จะเพิ่มเป็น ๗,๘๑๙ ล้านลูกบาศก์เมตรต่อปีความต้องการน้ำเพื่ออุปโภคบริโภคในชนบท ในปัจจุบันถือว่าอยู่ในเกณฑ์เพียงพอ อย่างไรก็ตาม การขาดแคลนน้ำในฤดูแล้งยังคงมีให้เห็นในบางพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลจากลำน้ำธรรมชาติ หรือน้ำบาดาลมีปัญหาด้านคุณภาพ อาจจะมีปัญหาขาดแคลนน้ำในปีที่แล้งมากได้ และคุณภาพส่วนใหญ่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสำหรับน้ำบริโภค สำหรับด้านปริมาณถือว่าเพียงพอจากการสำรองน้ำของแต่ละครัวเรือน

๑.๔) การใช้น้ำเพื่อรักษาระบบนิเวศ ปริมาณความต้องการน้ำเพื่อรักษาระบบนิเวศในฤดูแล้งรวมทั้งประเทศปีละ ๙,๕๙๖ ล้านลูกบาศก์เมตร

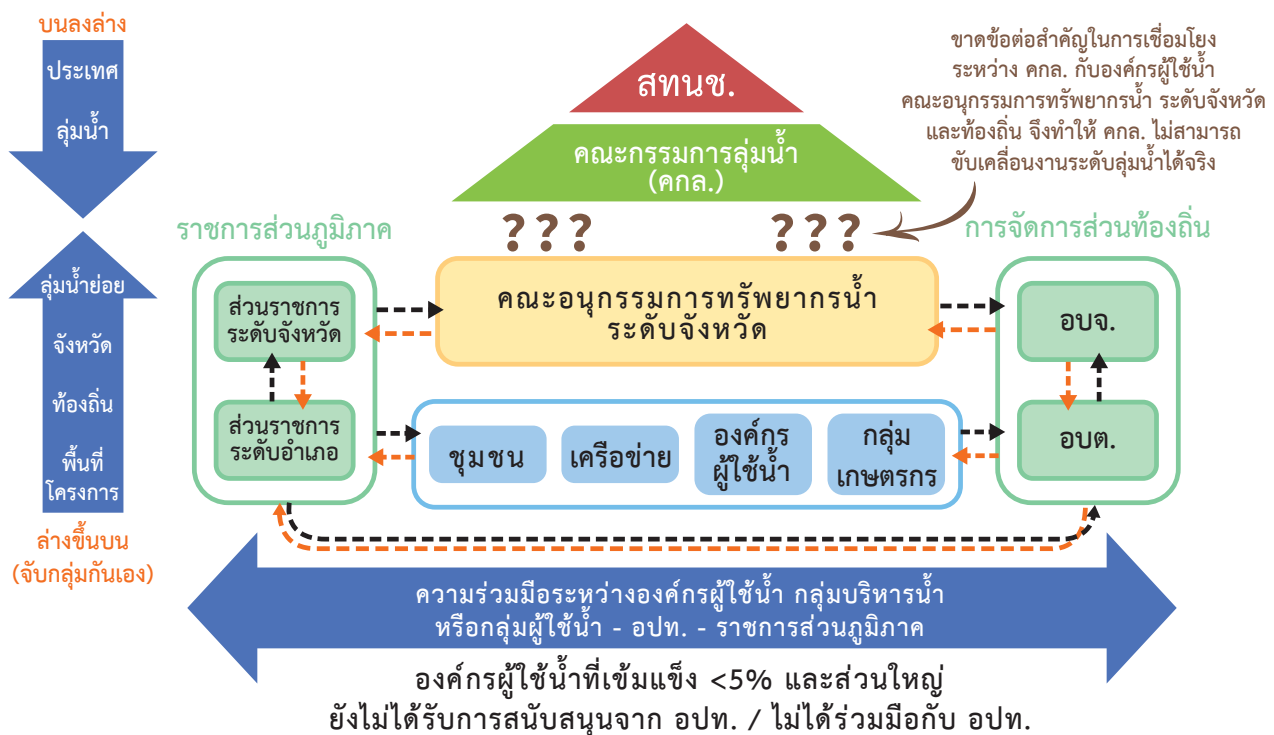
๒) ปัญหาทรัพยากรน้ำ ภาพรวมครัวเรือนของประเทศไทยมีความปัญหาทรัพยากรน้ำ ประกอบด้วย การขาดแคลนน้ำ น้ำท่วม น้ำเสีย และน้ำเค็ม เกิดขึ้นเนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ ปริมาณน้ำฝนที่ไม่เพียงพอหรือมากเกินไป การบุกรุกพื้นที่ป่าต้นน้ำและแหล่งน้ำสาธารณะ การเพิ่มขึ้นของประชากรและขยายตัวของชุมชนเมือง การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจ การขยายตัว ด้านอุตสาหกรรม และการท่องเที่ยว การปลูกพืชที่ไม่เหมาะสมกับสภาพดินและน้ำ การสร้างสิ่งกีดขวางทางน้ำ การปล่อยมลพิษลงสู่แม่น้ำลำคลอง การขาดแหล่งเก็บกักน้ำต้นทุนที่เพียงพอ และไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ซึ่งจะแตกต่างกันตามสภาพพื้นที่ในแต่ละลุ่มน้ำสรุปได้ดังนี้

๒.๑) ปัญหาการขาดแคลนน้ำ ในรอบ ๕๕ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบปัญหาภัยแล้งหลายครั้ง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อยาได้ของเกษตรกรและความเสียหายทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมากทั้งด้านเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมที่ต้องอาศัยผลผลิตทางการเกษตรเป็นวัตถุดิบภัยแล้งครั้งรุนแรงที่เกิดขึ้น ในปี พ.ศ. ๒๕๒๒, ๒๕๓๗ และ พ.ศ. ๒๕๔๒ เกิดเป็นบริเวณกว้างในเกือบทุกภาคของประเทศ ช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๖๑) มีพื้นที่แล้งซ้ำซากเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากฝนตกน้อยกว่าปกติหรือ ฝนตกไม่เป็นไปตามฤดูกาล ซึ่งพื้นที่เสี่ยงภัยแล้งในระดับต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิประเทศ สภาพดิน ปริมาณฝน โดยพื้นที่เสี่ยงภัยในระดับรุนแรง (เกิดมากกว่า ๖ ครั้ง/๑๐ ปี) และระดับปานกลาง (เกิด ๔-๕ ครั้ง/๑๐ปี) มีพื้นที่รวมประมาณ ๒๑.๒๕ ล้านไร่

๒.๒) ปัญหาน้ำท่วม ในรอบ ๕๐ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ประสบปัญหาน้ำท่วมเกือบทุกจังหวัดของประเทศถึง ๑๓ ครั้ง โดยมีอุทกภัยในลุ่มน้ำเจ้าพระยาที่มีความรุนแรงถึง ๘ ครั้ง คือ ปี พ.ศ.๒๕๑๘, ๒๕๒๖, ๒๕๓๘, ๒๕๔๕, ๒๕๔๘, ๒๕๔๙, ๒๕๕๓ และ พ.ศ. ๒๕๕๔ ตามลำดับ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต ทรัพย์สิน และเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก เช่น ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีความเสียหายทางเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่าถึง ๑.๔๔ ล้านล้านบาท ปัญหาน้ำท่วมที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชุมชน ทรัพย์สิน พื้นที่การเกษตร อาคารบ้านเรือน และสิ่งก่อสร้างต่าง ๆ

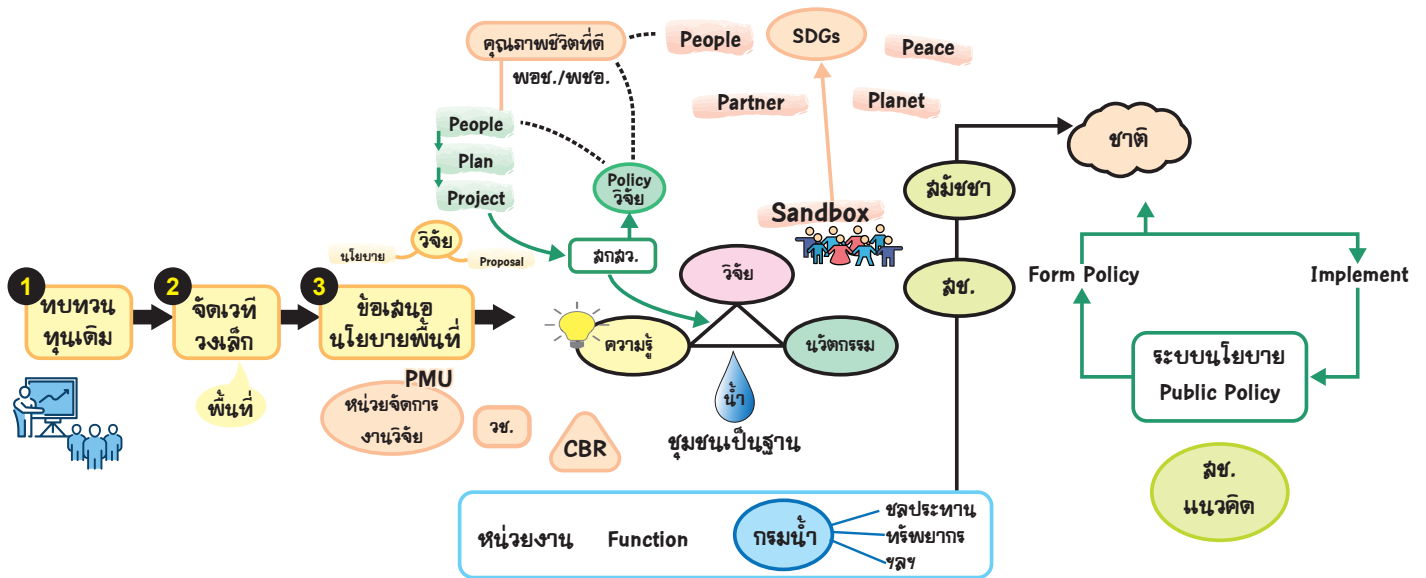
๓.๒ สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการบริหารจัดการนํ้านอกเขตชลประทานของประเทศไทย

จากสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำการบริหารจัดการนํ้านอกเขตชลประทานอีกมิติหนึ่งเมื่อแยกดูรายได้ต่อครัวเรือนของครอบครัวในเขตเทศบาลเทียบกับนอกเขตเทศบาล พบว่า ครอบครัวในเขตเทศบาล มีรายได้ อยู่ที่ ๓๒,๗๔๔ บาท ต่างจากครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาลซึ่งมีรายได้ อยู่ที่ ๒๑,๖๘๒ บาท ค่อนข้างมาก นอกจากนี้ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๗ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวนครัวเรือน ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เพิ่มขึ้นจาก ๖ ล้านครัวเรือน เป็น ๗ ล้านครัวเรือน เป็นการเพิ่มอย่างรวดเร็ว และคนเหล่านี้อยู่นอกเขตเทศบาล ชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำที่เกิดกับคนนอกเขตเทศบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อรายได้ของเกษตรกร คือ การขาดปัจจัยพื้นฐานสำหรับประกอบอาชีพ คือ ขาดแคลนแหล่งน้ำและดินดีหรือขาดที่ดิน ปัญหาระบบชลประทานและหนี้สิน อันเป็นผลจากการวิเคราะห์ภาวะยากจนของครัวเรือนเกษตรกร โดยสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร พบว่า เกษตรกรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายได้ต่ำที่สุดและมีสัดส่วนครัวเรือนที่ยากจนมากที่สุด เมื่อเทียบกับครัวเรือนในภาคอื่น ๆ สาเหตุหนึ่งของภาวะยากจนและรายได้ต่ำเป็นผลจากการที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนพื้นที่เกษตรนอกเขตชลประทานสูงที่สุดอยู่ที่ร้อยละ ๙๔ ทั้งที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร จึงถือเป็นปัญหาความเหลื่อมล้ำที่สำคัญประการหนึ่ง ซึ่งสามารถแบ่งปัญหาความเหลื่อมล้ำในพื้นที่นอกเขตชลประทานจำแนกได้ ได้แก่ ๑) ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงทรัพยากรน้ำ การจัดสรรน้ำ และการขาดแหล่งกักเก็บน้ำในพื้นที่นอกเขตชลประทาน ๒) ความเหลื่อมล้ำด้านความเสียหายจากอุทกภัย พื้นที่เกษตรโดยเฉพาะในที่ลุ่มแม่เจ้าพระยาเป็นพื้นที่รับน้ำหลาก น้ำระบายจากเขื่อนในช่วงพายุ



ภาพที่ ๑ ปัญหาการเชื่อมระหว่างกลุ่มผู้ใช้น้ำกับคณะกรรมการลุ่มน้ำและการบริหารจัดการทั้งระบบ

ที่มา : คณะกรรมาธิการการแก้ปัญหาความยากจนและลดความเหลื่อมล้ำ (วุฒิสภา). ๒๕๖๓. แนวทางการ ส่งเสริมการบริหารจัดการน้ำและเศรษฐกิจชุมชนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในพื้นที่นอกเขตชลประทาน. กรุงเทพฯ. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.



ภาพที่ ๒ กรอบการพัฒนากลไกการผลักดันนโยบายบริหารจัดการน้ำผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

๓) ความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสเข้าถึงความรู้และเครื่องมือสมัยใหม่ที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการน้ำ จึงไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาด้านน้ำและการผลิตของตน ๔) ความเหลื่อมล้ำด้านงบประมาณสำหรับจัดการน้ำ ในระดับท้องถิ่น ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ งบประมาณด้านการจัดการทรัพยากรน้ำมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ ๒ ของงบประมาณทั้งหมดของ อปท. ไม่เพียงพอในการจัดการให้เกิดประสิทธิภาพ และ ๕) ความเหลื่อมล้ำด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการน้ำเชิงพื้นที่

ดังนั้น การจัดการเชิงพื้นที่จากบนลงล่างไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาการขาดการสร้างความศักยภาพให้หน่วยงานท้องถิ่นและชาวบ้านทำให้ท้องถิ่นขาดความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจจากราชการจากข้อเท็จจริงด้านทรัพยากรน้ำและปัญหาความเหลื่อมล้ำในพื้นที่นอกเขตชลประทาน โจทย์ของประเทศในการลดความเหลื่อมล้ำ คือ ทำอย่างไรให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในการบริหารจัดการน้ำและทรัพยากรท้องถิ่น และสามารถสร้างรายได้สุทธิเพิ่มขึ้นจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม และ จะใช้กลไกอะไรสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนกับภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ทำให้เกิดกฎ-กติกาการแบ่งปัน จัดสรรบริหารจัดการน้ำได้อย่างเป็นธรรม พอเพียง สมดุล ยั่งยืน และยืดหยุ่นต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศและสามารถขยายผลจากระดับท้องถิ่น ตำบล ขึ้นไปสู่ระดับจังหวัด ให้เชื่อมโยงกับกลไกการบริหารจัดการจากบนลงล่างที่เป็นไปตามพระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑

ดังนั้น ภาพปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย ชี้ให้เห็นถึงภาพปัญหาของประเทศทั้งเรื่องการจัดสรร การจัดการ การเข้าถึง โครงสร้างระบบต่างๆ โดยเฉพาะด้านทรัพยากรน้ำ พื้นที่ชลประทานอยู่ใกล้เมือง อยู่ในเมืองในภูมิภาคต่างๆ ในขณะที่ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่กระจายทั่วประเทศ ความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาประเทศที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติ และแนวทางในการพลิกฟื้นการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติโดยชุมชน ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน “จัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรม เท่าเทียม” ในการบริหารจัดการเกิดการรวมตัวพัฒนาโครงสร้างการจัดการของชุมชนอย่างเป็นระบบ มีการน้อมนำแนวพระราชดำริพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร ไปพัฒนาอนุรักษ์ ดิน น้ำ ป่าอย่างบูรณาการ ก่อเกิดความสมบูรณ์ มั่นคง ยั่งยืน

๔. ความสำคัญของประเด็น

การขับเคลื่อนและการผลักดันนโยบายเพียงการขับเคลื่อนของภาคประชาชนและภาครัฐที่เน้นการทำงานตามระบบราชการอาจทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและความชัดเจนของการผลักดันไปสู่การปฏิบัติเชิงรูปธรรมในพื้นที่ที่มีการบริหารจัดการที่จำเป็นต้องมีความหลากหลายทั้งระบบการบริหารจัดการองค์ความรู้ บุคคลกร เครือข่ายพื้นที่ งบประมาณ หรือเทคโนโลยีและนวัตกรรม ซึ่งการออกแบบการทำงานร่วมกับทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) เป็นระบบการสร้าง/พัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการน้ำทั้งห่วงโซ่และมีการเชื่อมโยงการพัฒนาหลากหลายมิติในการพัฒนาที่สามารถออกแบบและขับเคลื่อนการบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเป็นธรรมผ่านระบบวิจัยและพัฒนาที่เป็นฐานข้อมูลทั้งเชิงวิชาการและการปฏิบัติการในระดับพื้นที่ เพื่อจัดเวทีหรือพื้นที่กลางในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการบริหารจัดการน้ำอย่างมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ที่กระจายทั่วทุกภูมิภาคที่จะเป็นพื้นที่ต้นแบบ (Sandbox) ได้แก่ ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดน่าน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดอุบลราชธานี) ภาคใต้ (จังหวัดสตูล) และภาคกลาง (จังหวัดสมุทรสงคราม) ต่อการขับเคลื่อนนโยบายพื้นที่โดยใช้เครื่องมือการวิจัยและการพัฒนากระบวนการทางนโยบายการบริหารจัดการน้ำ ทั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) รวมถึงหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่และการสร้างกลไกการขับเคลื่อนงานผ่านแผนบูรณาการงานร่วมกันเพื่อชุมชน พื้นที่ และผลักดันสู่การกำหนดนโยบายของประเทศ

จากการประมวลผลช่องว่างความรู้และความท้าทายของสถานการณ์การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำของประเทศกับการลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมที่กระจายอย่างทั่วถึงของประชาชนผู้ใช้น้ำทุกกลุ่ม รวมถึงการพูดคุย แลกเปลี่ยน การถกแถลง และการแสดงความเห็นคิดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันประเด็นการส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่ที่เป็นองค์ประกอบหลักในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรน้ำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องของการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสู่การลดปัญหาความเหลื่อมล้ำให้ได้อย่างยั่งยืนที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาอาชีพ เพิ่มรายได้ และขับเคลื่อนการสร้างเศรษฐกิจท้องถิ่นที่เข้มแข็งในพื้นที่ รวมถึงเป็นการแก้ปัญหาการจัดการทรัพยากรท้องถิ่นให้เกิดความมั่นคงทางน้ำ อาหาร เศรษฐกิจ และสังคม บนความสมดุลของทรัพยากรธรรมชาติและชุมชนท้องถิ่นต้องสามารถพึ่งพาตนเอง ซึ่งสามารถแบ่งช่องว่างความรู้ของการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ได้แก่

๑) ขาดการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดองค์กรจัดการน้ำระดับพื้นที่ที่ชุมชนมีบทบาทเป็นเจ้าของน้ำ และส่งเสริมการบริหารจัดการน้ำร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒) ขาดการส่งเสริมให้ชุมชนที่เข้มแข็งและมีความพร้อม สร้างเครือข่ายการบริหารจัดการระหว่างพื้นที่ โดยมี “ผังน้ำ” และ “สมดุลน้ำ” เป็นเครื่องมือให้แต่ละชุมชนเห็นความเชื่อมโยงของการบริหารจัดการตามธรรมชาติ

๓) ขาดการผลักดันให้เกิดการบริหารจัดการระดับพื้นที่ เชื่อมโยงและขยายผลไปสู่การบริหารจัดการในระดับจังหวัดซึ่งเป็นข้อต่อสำคัญกับเชื่อมโยงการบริหารจัดการจากบนลงล่างผ่านกลไกพระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ พ.ศ. ๒๕๖๑

- ๔) ขาดการส่งเสริมศักยภาพการบริหารจัดการน้ำขององค์กรผู้ใช้น้ำ
- ๕) ขาดการส่งเสริมฟื้นฟู ปรับปรุง เชื่อมโยง และเสริมประสิทธิภาพของระบบเส้นทางน้ำแบบที่ชุมชนและท้องถิ่นมีส่วนร่วม ทั้งแหล่งน้ำธรรมชาติและโครงสร้างขนาดเล็ก
- ๖) ขาดการเชื่อมโยงการบริหารระบบน้ำหลัก ระบบสำรอง และระบบฉุกเฉิน โดยมีเป้าหมาย คือสร้างความมั่นคงและยืดหยุ่นเพื่อรับมือสภาพภูมิอากาศที่แปรปรวน
- ๗) ขาดความพยายามกระจายอำนาจการจัดการน้ำและขาดการเชื่อมต่อองค์กรปกครองท้องถิ่นกับองค์กรผู้ใช้น้ำ
- ๘) ขาดการพัฒนาหรือสร้างกฎ กติกาของชุมชนในการอนุรักษ์ พัฒนา และมีโครงสร้างองค์กรบริหารจัดการน้ำระดับชุมชนหรือระดับตำบล
- ๙) ขาดการสร้างความเป็นเจ้าของร่วมที่ให้ชุมชนเป็นเจ้าของน้ำ มีส่วนร่วมบริหารจัดการน้ำมากกว่าการเป็นเพียงผู้ใช้น้ำ และมีระบบพี่เลี้ยงที่ช่วยให้คำแนะนำเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ โอกาส สามารถพัฒนาทักษะด้านการจัดการทรัพยากรน้ำชุมชนด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- ๑๐) ขาดการสร้างระบบการจัดการน้ำชุมชนที่เหมาะสมกับภูมิสังคมตามแนวพระราชดำริบริหารจัดการน้ำ ดิน ป่า และพลังงานอย่างบูรณาการ

จากประเด็นช่องความรู้ของข้อมูลและสถานการณ์ของประเทศที่มีความสอดคล้องกับช่องว่างความรู้และความท้าทายของรูปธรรมระดับพื้นที่ โดยการวิจัยเพื่อท้องถิ่นสู่การออกแบบและพูดคุยกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมระดับพื้นที่จังหวัด โดยมีตัวแทนของพื้นที่จังหวัดที่เป็นตัวแทนของภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ (จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดน่าน) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (จังหวัดอุบลราชธานี) ภาคใต้ (จังหวัดสตูล) และภาคกลาง (จังหวัดสมุทรสงคราม) เพื่อเป็นจังหวัดนำร่องในการประมวลองค์ความรู้สู่การจัดทำเวทีนโยบายสาธารณะผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงเพื่อนำข้อมูลและการระดมความเห็นของทุกจังหวัดมาประมวลเป็นนโยบายสาธารณะผ่านสมัชชาสุขภาพครั้งที่ ๑๖ คณะทำงานจึงได้คัดเลือกประเด็นที่เป็น “จุดคานงัด” ที่เป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วน (priority) มาใช้ในการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะที่นำเสนอตามกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) เพื่อพิจารณาเป็นมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๖ นี้

๕. ข้อเสนอเพื่อให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณา

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๖ / ร่างมติ ๒ การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่

๖. เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการจัดการแก้ปัญหาความยากจนและลดความเหลื่อมล้ำ (วุฒิสภา). ๒๕๖๓. แนวทางการส่งเสริมการบริหารจัดการน้ำและเศรษฐกิจชุมชนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในพื้นที่นอกเขตชลประทาน. กรุงเทพฯ. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ปิยะพงษ์ บุษบงก์. ๒๕๖๐. การวิเคราะห์นโยบายและการวางแผนแบบปรีกษาหารีอ. กรุงเทพฯ : คอมมอนบุ๊กส์.
- พิชญาน์ รณภาพ. ๒๕๖๔. ลดความเหลื่อมล้ำ นำไทยสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน. <https://www.pier.or.th/abridged/2021/06/>. สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์.
- แมน ปุโรทกานนท์. ๒๕๖๒. นโยบายน้ำในช่วงเปลี่ยนผ่าน. วารสารวิจัยสังคม. ๔๒ (๑) : ๑๕๕-๑๘๘.
- วุฒิสภา ดันไชย และธีรพรณ ใจมั่น. ๒๕๖๒. ก้าวข้ามความเหลื่อมล้ำ: ความท้าทายของสังคมไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันพระปกเกล้า.
- ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. ๒๕๖๖. <https://www.sdgmove.com/2022/08/08/sdg-updates-tsdf-report-2022/>. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ. ๒๕๖๖. (ร่าง) แผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ ๒๐ ปี (ปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๘๐). กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๖๖. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓. กรุงเทพฯ. สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๖๔. รายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓. กรุงเทพฯ : ซีดี มีเดีย ไกด์ จำกัด.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๖๔. รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๖๑. ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐). กรุงเทพฯ.
- สุนิสา สัจจวิไล. ๒๕๖๓. การวิเคราะห์นโยบายน้ำดื่มประจํารัฐผ่านกรอบแนวคิดทฤษฎีนโยบายใส่ใจสุขภาพ : กรณีศึกษาจังหวัดลำพูน . เชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. ๒๕๖๖. ภาวะความยากจนของครัวเรือนเกษตร ปีเพาะปลูก ๒๕๕๖/๒๕๕๗ (online). <http://www.oae.go.th/view/1/ภาวะความยากจนของครัวเรือนเกษตร/TH-TH>

สัมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖
พ.ค.๒๕๖๖

มติ ๑๖.๓



การกล่าวถ้อยแถลงร่วมขับเคลื่อนมติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ มติ ๓
การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ

มติ ๑๖.๓

การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ
(Promoting quality births and child growth for
population development)



การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (Promoting quality births and child growth for population development)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ได้พิจารณารายงาน เรื่อง การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ^๑

ตระหนักว่า ประชากรไทยมีอัตราการเกิดน้อยกว่าอัตราการตายตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ และเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี ๒๕๖๖ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้มีความท้าทายเรื่องการมีจำนวนประชากรที่มีคุณภาพที่เพียงพอต่อการพัฒนาประเทศทั้งมิติเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต และด้วยจำนวนประชากรที่น้อยลง การพัฒนาเชิงคุณภาพจึงถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการพัฒนาในช่วง ๒,๕๐๐ วันแรก นับตั้งแต่ปฏิสนธิ อันเป็นรากฐานสำคัญของการเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพในอนาคต เพื่อนำไปสู่ทั้งคุณภาพชีวิตของตนเอง สังคม และการสร้างความสามารถในการแข่งขันให้กับประเทศ อีกทั้ง ยังช่วยลดปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ปัญหาสังคม ในมิติอื่น ๆ ได้อีกมากมาย โดยเด็กที่เติบโตมาอย่างดีจะลดความเสี่ยงที่จะก่อความรุนแรง ปัญหาการติดยาเสพติด ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัญหาในมิติอื่น ๆ

ตระหนักว่า การพัฒนาคนในช่วงต้นของชีวิต ต้องการการสนับสนุนในทุกมิติ ครอบคลุมการสร้างสุขภาพดี ตั้งแต่การวางแผนครอบครัว การดูแลก่อนและหลังตั้งครรภ์ การได้รับโภชนาการที่เหมาะสม และเพียงพอ การดูแลสนองตอบเชิงบวกต่อความต้องการเด็ก โอกาสสำหรับการเรียนรู้อย่างมีคุณภาพ การปกป้องคุ้มครองให้อยู่รอดปลอดภัย รวมถึงต้องสนับสนุนกลุ่มประชากรบางส่วนที่อยากมีแต่ยังไม่สามารถมีบุตรได้ อาทิ กลุ่มผู้มีบุตรยาก กลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ

รับทราบว่า ที่ผ่านมามาตรัฐและภาคส่วนต่าง ๆ เห็นถึงความสำคัญในประเด็นดังกล่าวและมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การส่งเสริมการสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ การให้ความรู้กับพ่อแม่ผ่านทางโรงเรียนพ่อแม่ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยในทุกมิติ โดยมีทั้งการออกกฎหมายและแนวทางดำเนินการรองรับในมิติต่าง ๆ มีหลายหน่วยงานและเครือข่ายที่มีบทบาทรับผิดชอบในการวางแผนและดำเนินการด้านการส่งเสริมการเกิดและการเติบโตที่มีคุณภาพ รวมถึงมีหน่วยงานในระดับภูมิภาคและท้องถิ่นซึ่งมีความเข้าใจบริบทของพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมถึงบูรณาการการดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๖ / หลัก ๓

ขึ้นชื่อว่า รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำวาระแห่งชาติ ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร และมีการดำเนินงานที่หลากหลายในการ**ส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีบุตร** อาทิ คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบมาตรการจัดบริการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี การส่งเสริมการลาของสามี การขยายวันลาคลอดของแม่โดยได้รับค่าจ้าง จากเดิม ๙๐ วัน เป็น ๙๘ วัน **ด้านการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร** มีการผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ อาทิ การกำหนดให้สถานศึกษาต้องจัดให้มีการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตให้เหมาะสมกับช่วงวัย และการกำหนดว่าอายุครรภ์ที่ไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์ สามารถทำแท้งได้โดยไม่มีควมผิดตามกฎหมาย การออกกฎกระทรวง “เด็กท้องต้องได้เรียน” เพื่อให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ยังมีโอกาสทางการศึกษา **ด้านการคุ้มครองและช่วยเหลือครอบครัวให้ปลอดภัยและมีความมั่นคง** อาทิ การจัดสวัสดิการแม่เลี้ยงเดี่ยวและครอบครัวเปราะบาง การให้สวัสดิการเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดในครัวเรือนยากจน **ด้านการเสริมสร้างสุขภาพและสัมพันธภาพของครอบครัว** มีการจัดทำระบบเพื่อครอบครัวที่รวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ตามวงจรชีวิตครอบครัว **ด้านการบูรณาการภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาสถาบันครอบครัว** มีการยกระดับศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนทั่วประเทศแบบบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้เป็นศูนย์ช่วยเหลือสังคมตำบล ทำให้เกิดระบบครอบครัวพลังบวกและระบบพี่เลี้ยงที่ปรึกษาในชุมชน ตลอดจนกิจกรรมสร้างสรรคในชุมชน

หวังใยว่า ความพยายามดังกล่าวทำให้บางปัญหาลดลง แต่ด้วยการทำงานที่ยังทำได้ในระดับที่จำกัด รวมถึงยังต้องการมาตรการเชิงรุกในระดับพื้นที่ซึ่งมีปัญหามากน้อยที่ต่างกัน ส่งผลให้ยังต้องยกระดับการดำเนินงานในหลายด้านที่ยังมีความท้าทายอยู่ ทั้งเรื่องคุณภาพการเกิดที่บางส่วนมาจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่นที่ยังมีอัตราสูงในบางพื้นที่และยังพบการคลอดซ้ำ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพทารกจากภาวะการมีน้ำหนักน้อย รวมถึงปัญหาต่อพ่อแม่วัยรุ่นทั้งทางสังคมและการเลี้ยงดูบุตร ระบบเกื้อหนุนด้านครอบครัวยังไม่เพียงพอ โดยเด็กจำนวนหนึ่งยังเข้าไม่ถึงทรัพยากรและสวัสดิการของรัฐ ขาดสถาบันที่จะเข้ามาดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี

อีกทั้ง **ยังหวังใยว่า** เมื่อเด็กเกิดมาแล้วก็ยังพบความท้าทายช่วงของการเติบโตเพื่อให้มีคุณภาพ สะท้อนจากอัตราการตรวจครรภ์ของมารดายังต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย ๖ เดือนยังห่างจากเป้าหมายโภชนาการโลก เด็กกว่าร้อยละ ๓๐ มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น ผอมแห้ง หรือมีภาวะน้ำหนักเกิน อีกทั้ง เด็กอายุ ๐ - ๕ ปีกว่าร้อยละ ๒๕ มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ขณะที่เด็กบางส่วนก็ถูกเร่งรัดพัฒนาการเกินวัย ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้ระยะยาว นอกจากนี้ เด็กกว่า ๒ ล้านคนอยู่ในครัวเรือนไม่พร้อมหน้า และเด็กอายุ ๑ - ๑๑ ปี กว่าครึ่งยังได้รับการเลี้ยงดูโดยการทำร้ายจิตใจหรือร่างกายจากผู้ปกครอง เนื่องจากพ่อแม่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ/ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร เร่งรัดพัฒนาสมองลูกด้วยการให้เรียนพิเศษเพื่อสอบเข้าอนุบาล เลี้ยงดูอย่างตามใจ หรือใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในการเลี้ยงลูกมากเกินไป

นอกจากนี้ **ยังหวังใยว่า** มาตรการสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรโดยรัฐผ่านโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดยังมีปัญหาการตกหล่นในการได้รับสวัสดิการ รวมถึงนโยบายที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่าย/บริการสาธารณะอื่น ๆ เพื่อการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งยังมีปัญหาการจัดสวัสดิการดูแลบุตรของลูกจ้างในสถานประกอบการและชุมชน ที่กฎระเบียบยังไม่เอื้อต่อการสนับสนุนพ่อแม่ให้เวลากับบุตร ประกอบกับระบบที่จะเข้ามาช่วยในการแบ่งเบาภาระของพ่อแม่และแม่ยังไม่มีความครอบคลุม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้หญิงหลังมีบุตรด้วย

เห็นว่า การยกระดับนโยบายสาธารณะเรื่อง “การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพ” เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเอื้อต่ออัตราการเกิดในประเทศ โดยให้ทุกการเกิดเป็นการเกิดที่มีคุณภาพจากทุกครอบครัวที่ต้องการมีบุตร นอกจากนี้ เด็กที่เกิดมาแล้วควรมีโอกาสอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเติบโตที่มีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัยทั้งร่างกายและจิตใจ ได้รับการสนับสนุนทั้งจากชุมชนและภาครัฐให้เติบโตมาเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณค่า เป็นกำลังแรงงานของประเทศ ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาประเทศไทยที่กำลังจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดได้อีกทางหนึ่ง

จึงเห็นชอบต่อกรอบทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ดังนี้

ทุกภาคส่วนในสังคมมีความตระหนักถึงคุณค่าและความสำคัญของเด็กในการเป็นอนาคตของชาติ และร่วมกันเป็นแรงขับเคลื่อนเพื่อสร้างค่านิยมร่วมในสังคม **“สร้างบ้านแปงเมืองด้วยการสร้างเด็กที่มีคุณภาพ”** ที่มุ่งเน้นการพัฒนาเด็กให้เกิดและเติบโตเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพ อันเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ ภายใต้แนวคิด **“Happy Child - Happy Family - Happy Community”**

โดยการดำเนินการผ่าน (๑) การสร้างแรงขับเคลื่อนทางสังคมครั้งใหญ่ (momentum) ให้เห็นถึงความสำคัญของการยกระดับการพัฒนาให้เด็กเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (๒) การมีนโยบายที่เป็นมิตรกับครอบครัว (family - friendly policies) ที่เอื้อต่อการมีและดูแลบุตร (๓) การนำแนวคิดชุมชนนำ (community-led approach) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก และ (๔) การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อเป็นฐานในการวางนโยบายที่มีประสิทธิภาพในระยะต่อไป

โดยมีสาระสำคัญของกรอบทิศทางนโยบาย ดังนี้

๑. **สร้างแรงขับเคลื่อนทางสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ (momentum)** โดยการสร้างค่านิยมร่วมในสังคม “สร้างบ้านแปงเมืองด้วยการสร้างเด็กที่มีคุณภาพ” เนื่องด้วยเด็กทุกคนที่เกิดมาจะเป็นทุนมนุษย์สำคัญของสังคม ทุกภาคส่วนจึงต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะในช่วง ๒,๕๐๐ วันแรก ผ่านกลยุทธ์การสร้างแรงกระเพื่อมที่ใหญ่และต่อเนื่องในทุกระดับและกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้มีบทบาทสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อความคิด (influencers) อาทิ ๑) ระดับบุคคล ได้แก่ กลุ่มดารา/คนที่มีชื่อเสียง ผู้นำในภาครัฐ/ภาคเอกชน/ท้องถิ่น เพื่อสื่อสารถึงการเลี้ยงดูบุตรหลานอย่างเหมาะสม ๒) ระดับเครือข่าย โดยสร้างกระแสจากความสำเร็จของการร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาเด็กของพื้นที่หรือเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ๓) สื่อในทุกแพลตฟอร์มที่นำเสนอรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสมในกลุ่มต่าง ๆ ที่เป็นตัวอย่างที่ดี เช่น กลุ่มครอบครัวคนรุ่นใหม่ กลุ่มผู้สูงอายุในครอบครัวแห่งกลางที่ต้องเลี้ยงบุตรหลาน กลุ่มพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว เป็นต้น

๒. **เร่งผลักดันนโยบายที่เป็นมิตรต่อครอบครัว (family – friendly policies)** โดยสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีบุตรและดูแลบุตร ผ่านมาตรการเชิงบังคับควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจในการให้สวัสดิการครอบครัวใน ๔ มิติ ได้แก่

๒.๑ **มิติด้านเวลา** ได้แก่ การส่งเสริมระบบการทำงานที่ยืดหยุ่นสำหรับพ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูลูก อาทิ การปรับลดจำนวนชั่วโมงหรือจำนวนวันของการทำงาน และการอนุญาตให้ทำงานนอกสถานที่ เพื่อให้สามารถมีเวลาเลี้ยงดูบุตรในขณะที่ยังรักษาสภาพการทำงานไว้ได้ การเพิ่มสิทธิการลาเพื่อดูแลบุตรให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล โดยขยายจำนวนวันลาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ตามอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศที่กำหนดวันลาคลอดไว้อย่างน้อย ๑๔ สัปดาห์หรือ ๖ เดือนหลังคลอด เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้พนักงานชายสามารถลาเพื่อดูแลครอบครัวได้

๒.๒ **มิติด้านการเงิน** ได้แก่ การศึกษาความเป็นไปได้ของการให้เงินอุดหนุนค่าคลอดบุตร และการจ่ายเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดรายเดือนเพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของพ่อแม่มือใหม่ โดยนำองค์ประกอบด้านดัชนีราคาผู้บริโภคและความยั่งยืนทางการคลังมาประกอบการพิจารณา และการสนับสนุนการศึกษาของบุตร เช่น ลดค่าเรียนให้กับครอบครัวที่มีบุตรมาก เป็นต้น

๒.๓ **मितระบบสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร** ได้แก่ การพัฒนาศูนย์ดูแลเด็กเล็กหรือสถานรับเลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพและราคาเหมาะสม ในรูปแบบ Public-Private-People-Participation ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ๐ – ๒ ขวบ ในชุมชน การส่งเสริมบทบาทของภาคเอกชนในการสนับสนุน การเลี้ยงดูบุตร โดยใช้กลไกการสร้างแรงจูงใจด้วยสิทธิทางภาษี อาทิ การรวมกลุ่มของนิคมอุตสาหกรรมเพื่อพัฒนาศูนย์ดูแลเด็กเล็กของพนักงานร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ และการมีห้องนมแม่ในที่ทำงาน

๒.๔ **มิติด้านกฎหมาย** ได้แก่ การผลักดันกฎหมายให้เอื้อต่อการสร้างครอบครัวสำหรับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกฎหมายที่อนุญาตให้ครอบครัว LGBTQ+ สามารถจดทะเบียนสมรสและรับอุปการะบุตรได้ กฎหมายที่เกี่ยวกับการอุ้มบุญ และการกำหนดให้การมีบุตรยากเป็นโรค และสามารถใช้สิทธิรักษาได้

๓. **นำแนวคิดชุมชนนำ (community-led approach) ในการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ปลอดภัยและเอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก** โดย

๓.๑ **ใช้กลไกคณะทำงานในชุมชนจากทุกภาคส่วน** ร่วมกันเรียนรู้ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กตามวิถีวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน บนฐานแนวคิดการพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างมีคุณภาพทั้งในด้านกระบวนการพัฒนาในการสร้างตัวตน (Self) ที่จะทำให้อายุยืนยาว ทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ความภาคภูมิใจ และการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการพัฒนาทักษะสมองเพื่อจัดการชีวิตให้สำเร็จ (EF: Executive Function) ที่จะนำไปสู่พัฒนาการของเด็กที่เหมาะสมแต่ละช่วงวัย โดยในระดับตำบลใช้กลไกท้องถิ่น/ท้องที่/ท้องทุ่ง/องค์กรชุมชน และในระดับอำเภอใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผู้เชื่อมประสานการทำงานในชุมชน (community manager) ร่วมกับกลไกของหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับจังหวัดและภาคส่วนอื่น ๆ ที่จะเข้ามาช่วย

หนุนเสริมทั้งด้านองค์ความรู้ การช่วยเหลือและรับส่งต่อกรณีที่เกิดขีดความสามารถของชุมชน โดยชุมชนควรมีการจัดทำระบบข้อมูลกลางของกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัย ในครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาและช่วยเหลือเด็ก

๓.๒ สนับสนุนให้มีการใช้กองทุนท้องถิ่นต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อการดูแลและพัฒนาเด็ก อาทิ โรงเรียนพ่อแม่ การพัฒนาสนามเด็กเล่นตามแนวคิด BBL (Brain Based Learning) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ทั่วถึง การอุดหนุนทรัพยากรในการเลี้ยงดูบุตรในครัวเรือนเปราะบาง

๔. พัฒนาระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการวางนโยบาย

๔.๑ การกำหนดจากทัศนภาพอนาคตเด็กไทยที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การออกแบบนโยบายและแนวทางการพัฒนาเด็ก ที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา

๔.๒ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลในระดับพื้นที่ โดยใช้กลไกในแต่ละชุมชน บันทึกข้อมูลในระบบที่มีรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ที่จะนำไปสู่การออกแบบนโยบายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายได้ตามบริบทของพื้นที่ อาทิ จำนวนเด็กเล็ก เด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ กลุ่มครอบครัวที่มีรูปแบบหลากหลาย กลุ่มเปราะบางในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งให้มีกลไกส่วนกลางนำมาประมวลผลเป็นภาพรวมของประเทศ

๔.๓ สนับสนุนให้มีการจัดงานวิจัย ทั้งในส่วน ๑) งานวิจัยเชิงสำรวจระยะยาว (longitudinal survey study) อาทิ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการติดตามผลการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ๒) งานวิจัยเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กในกลุ่มครอบครัวที่มีรูปแบบหลากหลาย เพื่อให้สามารถต่อยอดงานวิจัยไปเป็นแนวทางในการเลี้ยงดูเด็กให้ถูกต้องเหมาะสม อาทิ การเลี้ยงดูด้วยวิถีทางบวก (positive parenting) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ความเชื่อ (nudge) ในการเลี้ยงดูเด็ก ๓) งานวิจัยในเชิงการประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลของมาตรการหรือสวัสดิการในการเลี้ยงดูเด็ก และความคุ้มค่าของการลงทุน เพื่อให้ภาครัฐมีการลงทุนในมาตรการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กและครอบครัวอย่างแท้จริง

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๑. เห็นชอบกรอบทิศทางนโยบาย และสาระสำคัญประกอบกรอบทิศทางนโยบายการส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ ตามที่เสนอมา

๒. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๘

เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖
การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ
(Promoting quality births and child growth for
population development)



การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (Promoting quality births and child growth for population development)

เป็นที่ทราบดีว่าการพัฒนาในช่วงต้นของชีวิตโดยเฉพาะ ๒,๕๐๐ วันแรก นับตั้งแต่ปฏิสนธิ เป็นรากฐานสำคัญของการเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพในอนาคต การพัฒนาเด็กคนหนึ่งให้ได้รับการพัฒนาเต็มตามศักยภาพในทุกมิติจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของตนเอง การมีสังคมคุณภาพ และการสร้างความสามารถในการแข่งขันให้กับประเทศ อีกทั้งยังช่วยลดปัญหาหรือความเสี่ยงที่จะนำไปสู่ปัญหาสังคมในมิติอื่น ๆ โดยการพัฒนาเด็กที่เกิดมาให้เติบโตอย่างมีคุณภาพจึงถือเป็นรากฐานสำคัญในการส่งต่อการพัฒนาช่วงวัยถัดไปให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โดยที่ผ่านมาทุกภาคส่วนได้เห็นความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวและมีการดำเนินงาน มาอย่างต่อเนื่อง อาทิ การเสริมสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ การสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย การสนับสนุนการจัดสวัสดิการให้เด็กแรกเกิดและครอบครัวที่มีความเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในการดำเนินงานและการได้รับผลกระทบจากบริบทการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้สถานการณ์ด้านการเกิดและเติบโตมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น โดยในเอกสารฉบับนี้ มุ่งชี้ให้เห็นถึงการตั้งเป้าหมาย ความท้าทายเชิงสถานการณ์และบริบทต่าง ๆ รวมถึงช่องว่างการดำเนินงานที่ผ่านมาและ สิ่งที่กำลังถูกขับเคลื่อนในปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผลยิ่งขึ้น

๑. เป้าหมายการพัฒนา

เป้าหมายในการพัฒนาประเทศ ทั้งเป้าหมายในระดับชาติและนานาชาติ (ยุทธศาสตร์ชาติ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนระดับที่ ๓ ที่เกี่ยวข้อง) ต้องการสนับสนุนการสร้างทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพเพื่อนำไปสู่การพัฒนาตนเองและการมีสุขภาวะที่ดีในทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สติปัญญา และสังคม รวมถึงเป็นทรัพยากรที่ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศ โดยเน้นการพัฒนาคนทุกช่วงวัยครอบคลุมตั้งแต่มีดีสุขภาพ การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การสร้างหลักประกันทางสังคมที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและเสมอภาค โดยให้ความสำคัญกับสถาบันหลัก โดยเฉพาะครอบครัวและสถาบันการศึกษา รวมทั้งการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี สำหรับกรอบการพัฒนาในช่วงเริ่มต้นของชีวิตยังเน้นที่ ๕ องค์ประกอบ (Domain of nurturing care) ได้แก่ ๑) **การมีสุขภาพดี** ครอบคลุมตั้งแต่เรื่องการวางแผนครอบครัว การดูแลก่อนและหลังตั้งครรภ์ การป้องกันและรักษาโรค ระบบการดูแลเด็กแรกเกิด การฉีดวัคซีน การดูแลกลุ่มเด็กพิการหรือมีความล่าช้าทางการเติบโต ๒) **โภชนาการที่เหมาะสมและเพียงพอ**

ได้แก่ โภชนาการแม่และเด็ก การให้นมบุตร สารอาหาร การเฝ้าติดตามการเจริญเติบโต ๓) การดูแล
สนองตอบเชิงบวกต่อความต้องการเด็ก ได้แก่ การให้การสัมผัสและดูแลช่วงแรกเกิด การให้ความรักความ
อบอุ่น การเลี้ยงดูประจำวัน บทบาทพ่อแม่หรือสมาชิกคนอื่นครอบครัว การสนับสนุนจากสังคม/ชุมชน
๔) โอกาสสำหรับการเรียนรู้อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมเรื่องการกระตุ้นด้านการสื่อสาร การใช้ภาษา
การกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านการเล่น การเล่าเรื่อง และการอ่านหนังสือ มีของเล่นที่เคลื่อนไหว การพัฒนา
ผู้ดูแลเด็ก และพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ และ ๕) การปกป้องคุ้มครองให้ปลอดภัย
ได้แก่ การปกป้องจากการถูกทอดทิ้ง/การละเมิดสิทธิเด็ก การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การมีสุขภาพที่ดี
การมีพื้นที่สาธารณะที่ปลอดภัย ซึ่งต้องการการสนับสนุน ที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ

๒. สถานการณ์ การดำเนินงาน และช่องว่างที่สำคัญ

๒.๑ ช่วงการเกิด : เกิดลด เกิดไม่พร้อม เกิดไม่ได้

๒.๑.๑ อัตราการเกิดของคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยคนยังต้องการแต่งงานบางส่วน
เลือกที่จะไม่มีบุตร ทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate: TFR) ของประชากรไทยได้
ลดต่ำลงอย่างมากและต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๖๔ เป็นปีแรกที่มีจำนวนการเกิดน้อยกว่าการตาย
โดยมีการเกิดจำนวน ๕๔๔,๕๗๐ คน และการตาย ๕๖๓,๖๕๐ คน นอกจากนี้ สหประชาชาติยังได้
คาดการณ์ว่าอนาคตอัตรา TFR ของประเทศไทยจะลดลงเหลือเพียงประมาณ ๑.๐ คน ผลสำรวจ
เกี่ยวกับเรื่องการสร้างครอบครัวและความต้องการมีบุตรของ Thailand Policy Lab^๑ พบว่าผู้ตอบ
กว่าครึ่งไม่ต้องการมีบุตร โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีบุตรคือด้านรายได้มากที่สุด รองลงมาคือการ
มีที่อยู่อาศัย สวัสดิการที่ดี โรงเรียนที่ดีมีคุณภาพ และกฎหมายที่เอื้อต่อการมีบุตร สอดคล้องกับ
การสำรวจของสภาพัฒน์ถึงสาเหตุที่ไม่ต้องการมีบุตร พบเหตุผลสำคัญคือความต้องการอิสระ
ในการใช้ชีวิต ความไม่พร้อมในรายได้และภาระค่าใช้จ่าย และความกังวลภัยทางสังคม อีกทั้ง
เพศหญิงบางส่วนเห็นว่าการมีบุตรเป็นอุปสรรคต่อความก้าวหน้าในการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็น
ถึงปัญหาโครงสร้างการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการมีบุตร และค่านิยมในสังคมยังเห็นว่าการเลี้ยงดู
บุตรเป็นหน้าที่ของผู้หญิง^๒

ที่ผ่านมาได้มีการรณรงค์ในเรื่องการเกิด แต่การขับเคลื่อนส่วนใหญ่จะดำเนินการใน
ระดับส่วนกลางเน้นการผลักดันเชิงนโยบาย ส่วนการนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่นั้น^๓ เน้น
ตอนช่วงตั้งครรภ์แล้ว โดยเฉพาะการแจกวิตามินโฟลิก แต่ยังขาดความต่อเนื่องและข้อจำกัดด้าน

^๑ Thailand Policy Lab (๒๕๖๖, กุมภาพันธ์) ผลการประมวลข้อมูลการจัดงานศาลเจ้าแห่งความหวัง (กรุงเทพมหานคร) เพื่อ
ออกแบบการพัฒนาประชากรไทย

^๒ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ พ.ศ. ๒๕๖๑

^๓ ทางปัญหา-อุปสรรค ๗ โครงการ ‘ส่งเสริมคนมีลูก’ แก่ยุค ‘เด็กเกิดน้อยแต่ด้อยคุณภาพ. ๕ มีนาคม ๒๕๖๕ <https://www.isranews.org/article/isranews-scoop/107085-isranews-244.html>.

งบประมาณ อีกทั้งขาดกลไกของการทำงานเชิงระบบที่จะนำหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชน (ศพค.) เข้ามาร่วมบริหารจัดการ

๒.๑.๒ การเกิดบางส่วนมาจากความไม่พร้อม/การตั้งครกที่ไม่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยรุ่น โดยแม้ว่าอัตราการตั้งครกในวัยรุ่นมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังมีจำนวนที่สูงและยังพบการคลอดซ้ำ โดยในปี ๒๕๖๔ เด็กอายุ ๑๐ – ๑๔ ปี มีอัตราการคลอดต่อประชากรวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน อยู่ที่ ๐.๙ คน และช่วงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี อยู่ที่ ๒๔.๔ ซึ่งลดลง แต่พบว่าอัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นยังคงอยู่ในระดับสูง ในปี ๒๕๖๔ พบว่ากลุ่มอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี คลอดบุตรซ้ำร้อยละ ๗.๗ รวมทั้งยังพบว่าหญิงตั้งครกอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้รับการตรวจครรภ์น้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพทารกจากภาวะการมีน้ำหนักน้อย รวมถึงปัญหาต่อพ่อแม่วัยรุ่นทั้งทางสังคม การเลี้ยงดูบุตร และโอกาสทางการศึกษาต่อ อีกทั้ง ปัญหาการท้องไม่พร้อมมีความรุนแรงมากในบางพื้นที่

๒.๑.๓ กลุ่มประชากรบางส่วนอยากมีบุตรแต่ไม่สามารถมีได้ ประกอบด้วย ๑) กลุ่มผู้มีบุตรยาก^๔ โดยพบว่าประเทศไทยมีความชุกภาวะการมีบุตรยากในสตรีวัยเจริญพันธุ์อยู่ที่ร้อยละ ๑๑.๖^๕ และ ๒) กลุ่มที่ความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) ที่อยากมีแต่ไม่สามารถมีได้เนื่องจากเหตุผลทางชีววิทยา จากตัวเลขประมาณการของ LGBT Capital พบว่าในปี ๒๕๖๒ กลุ่ม LGBTQ+ ชาวไทยที่มีอายุมากกว่า ๑๕ ปี มีประมาณ ๓.๖ ล้านคน โดยผลสำรวจ^๖ พบว่ากลุ่ม LGBTQ+ อยากมีลูก/อยากมีแต่ยังไม่พร้อมกว่าร้อยละ ๒๙ ขณะที่ยังไม่แน่ใจ/ไม่ตัดสินใจว่าร้อยละ ๓๕ ซึ่งมีตัวแปรสำคัญคือการสร้างระบบความเกื้อหนุนทางครอบครัวและการมีกฎระเบียบที่เอื้ออำนวย ทั้งนี้ ปัจจุบันมีการร่างกฎหมาย อาทิ พระราชบัญญัติคู่ชีวิต พ.ศ. ที่เปิดกว้างให้มีการจดทะเบียนคู่ชีวิตที่ไม่จำกัดเพศ โดยมีบทบัญญัติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิต ทรัพย์สิน มรดก และการรับบุตรบุญธรรม แต่ยังคงอยู่ระหว่างขั้นตอนการพิจารณากฎหมาย

๒.๒ ความท้าทายช่วงเติบโต : ข้อจำกัดทางทรัพยากรและครอบครัวที่มีคุณภาพยังเป็นปัญหาใหญ่

๒.๒.๑ เด็กที่เติบโตมาอย่างน้อยร้อยละ ๑๕ ไม่ได้เข้าสู่บริการด้านสุขภาพหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเท่าที่ควรจะเป็น

๑) เกือบ ๑ ใน ๕ ของเด็กในครอบครัวที่ยากจนมากมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย และปัญหารุนแรงยิ่งขึ้นสำหรับครัวเรือนที่หัวหน้าครัวเรือนไม่ได้พูดภาษาไทย รวมทั้งร้อยละ ๑๗ ของเด็ก

^๔ ภาวะมีบุตรยาก หมายถึง ภาวะที่คู่สมรสไม่สามารถมีบุตรได้ภายใน ๑ ปี ทั้งที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ และไม่ได้คุมกำเนิด ภาวะนี้พบได้ ประมาณร้อยละ ๑๐ – ๑๕ ของคู่สมรสที่ต้องการมีบุตร

^๕ UNFPA (๒๕๖๔) วิเคราะห์สถานการณ์ประชากรประเทศไทย ๒๕๖๔ หน้า ๒๖

^๖ Thailand Policy Lab (2566, มิถุนายน) ผลการประมวลข้อมูลการจัดงานครอบครัวที่แตกต่างหลากหลายผ่าน “Diversity Café” (Pride month กรุงเทพมหานคร) เพื่อออกแบบการพัฒนาประชากรไทย

อายุหนึ่งปีทั่วประเทศไทยยังไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานจำเป็นครบถ้วน (วัคซีนโรค โปลิโอ คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก ตัวยกเสปบี และหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน) นอกจากนี้ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย ๖ เดือน แม้จะสูงขึ้นจากร้อยละ ๑๔ ในปี ๒๕๖๒ เป็นร้อยละ ๒๙ ในปี ๒๕๖๕ แต่ยังไม่ห่างจากเป้าหมายโภชนาการโลกที่ร้อยละ ๕๐ โดยพบว่าปัจจัยสำคัญคืออายุของแม่ที่ไม่มากพอ (เป็นแม่วัยรุ่น) ต้องไปทำงานโดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงาน/สาวโรงงานที่ทำงานไกลลูก และไม่มีความรู้ด้านนมแม่เลยตั้งแต่แรก^๗ ทั้งนี้ ภาครัฐได้พยายามพัฒนาโครงการสำคัญ อาทิ โครงการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ที่เป็นการพัฒนาศักยภาพและยกระดับการดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการพัฒนารูปแบบสื่อในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขอนามัยแม่และเด็ก โดยจัดทำชุดความรู้คู่มือตั้งครรภ์คุณภาพสำหรับประชาชน การให้บริการให้คำปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ออนไลน์ อีกทั้ง จัดทำแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ป่วยและแนวทางการพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพมารดาและทารก

๒) ปัญหาภาวะเตี้ยแคระแกร็น ผอมแห้ง และน้ำหนักเกิน ยังไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และยังมีได้จัดการกับต้นตอหลักของปัญหา ในปี ๒๕๖๕ เด็กปฐมวัยไทยมีภาวะเตี้ยแคระแกร็น และผอมแห้งลดลงเล็กน้อย แต่ภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มสูงขึ้น โดยมีภาวะเตี้ยแคระแกร็นถึงร้อยละ ๑๒.๕ ซึ่งจังหวัดที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็นมากที่สุดคือแม่ฮ่องสอน ระนอง และนราธิวาส ภาวะผอมแห้งร้อยละ ๗.๒ ซึ่งจังหวัดที่มีภาวะผอมแห้งมากที่สุดคือจังหวัดสงขลานครินทร์ และนครศรีธรรมราช และภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ ๑๐.๕ ซึ่งจังหวัดที่มีภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุดคือระนอง นครราชสีมา และกรุงเทพมหานคร

ที่ผ่านมากรมอนามัยมีโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน และยกระดับเป็น ๑,๐๐๐ วัน Plus สูง ๒,๕๐๐ วัน อำเภอละ ๓ ตำบล รวม ๒,๖๓๔ ตำบล โดยมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการจัดบริการสาธารณสุข และการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยเพื่อการมีสุขอนามัยที่ดี และมีการประเมินติดตามการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีคุณภาพตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยละ ๑ จังหวัด อีกทั้ง มีการดำเนินการเรื่องการควบคุมอาหาร โดยร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ร่วมกันรณรงค์ลดพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลในเด็กไทยอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดำเนินงานของ “เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน” มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๗ และพัฒนามาเป็นโครงการโรงเรียนอ่อนหวาน โรงอาหารอ่อนหวาน รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล แต่ยังทำได้ไม่ครอบคลุมทุกโรงเรียน

๓) เด็กไทยเกือบ ๑ ใน ๔ มีปัญหาด้านพัฒนาการล่าช้า เด็กไทยจำนวนหนึ่งยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ โดยจากผลการสำรวจของกรมอนามัยพบว่า เด็กอายุ ๐ – ๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า มีสูงถึงร้อยละ ๒๓.๕ ในขณะที่เป้าหมายการพัฒนาของเด็กปฐมวัยสมวัยอยู่ที่ร้อยละ ๘๕ โดยพัฒนาการเด็กไม่สมวัยที่พบมากที่สุดคือพัฒนาการด้านการใช้ภาษา Expressive Language (EL) อยู่ที่ระดับร้อยละ ๗๕.๒ นอกจากนี้

^๗ เลี้ยงลูกตามใจหมอ. (7 มกราคม 2562). <https://www.facebook.com/SpoiledPediatrician/posts/1960641594032815/>.

ภาวะการเรียนรู้ถดถอย (Learning Loss) ในปี ๒๕๖๕ พบว่ามีสถานการณ์รุนแรง มีเด็กหางแถว และเกิดความเหลื่อมล้ำมากที่สุด พร้อมชี้ให้เห็นว่าปัจจุบันผู้ปกครองอ่านหนังสือให้เด็กฟังน้อยลง เนื่องจากขาดสื่อการเรียนรู้ ทำให้ทักษะภาษาและคณิตศาสตร์ของเด็กขาดหายไปกว่าร้อยละ ๙๐^๙ นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มเด็กวัยแรกเกิด ๐ – ๖ ปี ที่พิการ จำนวน ๑๒,๑๕๒ คน และเด็ก ๖ – ๑๕ ปี ที่พิการ จำนวน ๖๖,๗๕๓ คน รวมถึงเด็กที่มีภาวะจิตเวชอีกหลายรูปแบบ

๒.๒.๒ **ครอบครัวที่เป็นพื้นฐานสำคัญมีความเปราะบางที่น่าเป็นห่วงในหลายมิติ** ทั้งในเรื่อง

๑) **ปัญหาความสัมพันธ์และความรุนแรงในครอบครัว** โดยปี ๒๕๖๕ พบว่าเด็กอายุ ๑ – ๑๔ ปี กว่าครึ่งยังได้รับการอบรมโดยใช้ความรุนแรง และเด็กจำนวนมากมีได้อาศัยอยู่กับครอบครัว และไม่มีระบบกำกับดูแลสถานดูแลนอกระบบครอบครัว สถานการณ์เด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๕ ชี้ให้เห็นว่า มีเด็กและเยาวชนเป็นเด็กกำพร้าเร่ร่อนหรือถูกทอดทิ้งถึง ๑.๓๘ แสนคน และเด็ก กว่า ๒ ล้านคนอยู่ในครัวเรือนไม่พร้อมหน้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการล่าช้ากว่าวัย เจ็บป่วย ขาดผู้ดูแล และปัญหาความรุนแรง ๒) **คุณภาพสถานรับเลี้ยงดู** โดยสถานสงเคราะห์ที่รองรับเด็ก กว่า ๑๒๐,๐๐๐ คน แต่ไม่สามารถมีระบบจัดการให้เด็กได้อยู่กับเครือญาติหรือครอบครัวอุปถัมภ์ ที่เพียงพอ และยังไม่สามารถรับประกันคุณภาพเด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ได้ โดยกว่าร้อยละ ๕๐ ของสถานสงเคราะห์เด็กเอกชนไม่ได้จดทะเบียนและไม่ได้รับการกำกับดูแล^๙ ๓) **ปัญหาความรู้ ความเข้าใจ/ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร** ทั้งการเร่งรัดพัฒนาสมองลูกด้วยการติวสอบเข้าอนุบาล การเลี้ยงดูแบบ Over Protect การเลี้ยงลูกให้ติดเทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีที่มากเกินไป^{๑๐} และยังมี ชุดความเชื่อเดิมที่ส่งต่อมาหลายยุคและยังไม่สามารถเปลี่ยนได้ อาทิ “รักวัวให้ผูก รักลูกให้ตี” “เด็กไร้เดียงสายังไม่รู้เรื่องอะไร” “อย่าชมเด็ยเด็จะเหลิง” ๔) **ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร ในกลุ่มครัวเรือนยากจน** ทั้งเรื่องการเข้าถึงหนังสือที่ไม่เพียงพอ โดยมีเด็กเพียงร้อยละ ๓๖ ที่เข้าถึง หนังสือ ๓ เล่ม อีกทั้งพบว่าหากมารดาไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยกว่าระดับประถมศึกษา จะไม่ส่งลูกเข้าเรียนในสถานศึกษาปฐมวัย ทั้งนี้ เด็กที่มาจากครอบครัวฐานะยากจนสุดเพียงร้อยละ ๗๑ มีพัฒนาการสมวัยเมื่อเทียบกับร้อยละ ๘๒ ของเด็กที่มาจากครอบครัวฐานะรวยสุด

ที่ผ่านมา มีการให้สวัสดิการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดในครัวเรือนยากจน และมีการจัดทำระบบเพื่อนครอบครัว : Family Line การจัดตั้งศูนย์ประสานงานแม่เลี้ยงเดี่ยว และครอบครัว จำนวน ๑๐ แห่ง การยกระดับศูนย์พัฒนาครอบครัวให้เป็นศูนย์ช่วยเหลือสังคม ตำบล ๗๑๑ แห่ง โครงการพัฒนาครอบครัวพลังบวก โดยมีระบบพี่เลี้ยงในชุมชนใน ๓๘ พื้นที่ จาก ๑๓ จังหวัดของศูนย์คุณธรรม (องค์การมหาชน) และโมเดลชุมชนนำ (community-led approach) ที่ดำเนินการเชิงรุกร่วมกับชุมชนเพื่อให้เด็กและเยาวชนได้รับการดูแลและส่งเสริมศักยภาพ

^๙ <https://www.eef.or.th/news-tsqp-011122/>

^๙ แผนปฏิบัติการระดับชาติว่าด้วยการเลี้ยงดูทดแทนสำหรับเด็ก ระยะที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙

^{๑๐} ในหลักการสากลนั้นแนะนำไม่ให้เด็กต่ำกว่า ๒ ขวบ ไม่ควรให้ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และเด็กอายุ ๒-๕ ปี ควรจำกัดเวลา ไม่เกิน ๑ ชั่วโมงต่อวัน เพื่อให้เด็กมีโอกาสได้ทำกิจกรรมอื่นให้ครบทุกด้าน (สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย)

ผ่านกลไกความร่วมมือระหว่างครู อาสาสมัครสาธารณสุขตำบล สมาชิกฯ ผู้นำชุมชน และพ่อแม่ผู้ปกครอง ของ สสส. อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการดำเนินงานจำนวนมากในหลายส่วนแล้ว แต่ยังมี ความท้าทายเรื่องความเพียงพอและความครอบคลุมในการเข้าถึงโครงการต่าง ๆ ของภาครัฐ ซึ่ง ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมรวมถึงประเมินประสิทธิผลของมาตรการต่าง ๆ ให้ชัดเจน

๒.๒.๓ การให้เด็กเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพยังต้องการแรงสนับสนุนจากระบบ เกื้อกูลอื่น ๆ แต่ปัจจุบันยังมีช่องว่างในหลายประเด็น

๑) การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีความก้าวหน้าขึ้น แต่ยังขาดสถาบันที่ช่วย เข้ามาดูแลช่วงอายุต่ำกว่า ๒ ปี โดยมีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน จำนวน ๓๖,๗๐๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๗๖ และที่ต้องยกระดับ จำนวน ๕,๑๒๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๒๔^{๑๑} และมีการขับเคลื่อนการพัฒนาต้นแบบสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมาอย่าง ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีช่องว่างเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่ครอบคลุม ทุกพื้นที่ การขาดสถาบันที่จะเข้ามาดูแลเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี เพื่อรองรับครอบครัวที่ขาดความพร้อม และให้มีทางเลือกสำหรับบริการดูแลเด็กอ่อนที่มีราคาเหมาะสม อีกทั้ง บริการต่าง ๆ ที่มีคุณภาพ ในปัจจุบันที่ซึ่งเป็นการจัดบริการตามบ้าน (home-based) หรือในพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ (community-based) แม้ว่าจะมีราคาที่สามารถเข้าถึงได้ แต่ยังไม่มีการควบคุมคุณภาพบริการที่ดีพอ

๒) มาตรการสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรโดยรัฐยังมีบางครัวเรือนที่ตกหล่น ซึ่งข้อมูล จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ในปี ๒๕๖๕ พบว่า เพียง ๒ ใน ๓ ของ ครัวเรือนยากจนและยากจนมากได้รับสวัสดิการสังคม (เงินสดหรือรูปแบบอื่น) ในช่วง ๓ เดือน ที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงปัญหาการตกหล่นจากการได้รับสวัสดิการสังคมของรัฐ รวมถึงนโยบาย ที่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ โดยเฉพาะการเลี้ยงดูบุตร โดยระดับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก ให้ได้มาตรฐานขั้นต่ำนั้นอยู่ที่ ๓,๓๗๓ บาทต่อเดือน^{๑๒} แต่ปัจจุบันเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดู เด็กแรกเกิดนั้นอยู่ที่เพียง ๖๐๐ บาทต่อเดือนเท่านั้น และยังให้กับครอบครัวที่มีรายได้ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อปี

๓) การจัดสวัสดิการดูแลบุตรของลูกจ้างในสถานประกอบการยังทำได้จำกัด จากรายงาน Women, Business and the Law 2020^{๑๓} พบว่า ประเทศไทยได้คะแนนด้านความเป็นพ่อแม่ (parenthood) ต่ำที่สุด เนื่องจากกฎระเบียบที่ยังไม่เอื้อต่อการเลี้ยงดูบุตร/สนับสนุนพ่อแม่ให้มี

^{๑๑} ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มิ.ย. ๒๕๖๖

^{๑๒} สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, “เงินอุดหนุนเด็กเล็กถ้วนหน้าแบบขั้นบันไดในประเทศไทย”

^{๑๓} จัดทำโดยธนาคารโลก ซึ่งเป็นการวิเคราะห์กฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ ของ ๑๙๐ ประเทศทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อผู้หญิง ผ่าน ๘ ตัวชี้วัด ตั้งแต่เรื่องการแต่งงาน ความเป็นพ่อแม่ การทำงาน ความเท่าเทียมเรื่องค่าจ้าง เสรีภาพในการเคลื่อนย้าย การให้ออกาสสู่การเป็นผู้ประกอบการ ความเท่าเทียมในการครอบครองสินทรัพย์ และความเท่าเทียมของการได้รับบำนาญ

เวลาได้อยู่กับบุตร ประกอบกับระบบที่จะเข้ามาช่วยในการแบ่งเบาภาระของพ่อและแม่ยังไม่มี ความครอบคลุม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้น้องหลังมีบุตร นอกจากนี้ ภาคเอกชนยัง เข้ามามีส่วนร่วมไม่มากนัก ส่วนหนึ่งสะท้อนจากการมีศูนย์เลี้ยงเด็กเพื่อผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบ กิจการทั่วประเทศที่ได้รับการส่งเสริมโดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน เพียงจำนวน ๑๒ แห่ง^{๑๔}

อย่างไรก็ตาม มีการเริ่มพัฒนาเครือข่ายที่ทำงานเป็นมิตรกับครอบครัว (Family friendly workplace) ของ สสส. โดยส่งเสริมสวัสดิการครอบครัว ๔ มิติ ได้แก่ มิติด้านเวลา ส่งเสริม สวัสดิการด้านวันลา อาทิ การลาคลอด ๖๐ วัน พนักงานชายสามารถลาเพื่อดูแลครอบครัวได้ มีวันลาสำหรับการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย และเพิ่มความยืดหยุ่นเรื่องเวลาทำงาน มิติด้านสถานที่ทำงาน ส่งเสริมความยืดหยุ่นเรื่องสถานที่ทำงาน สามารถทำงานจากภายนอก สำนักงาน ทำงานที่บ้าน (WFH) หรือสถานที่ทำงานตั้งในชุมชนบ้านเกิดของพนักงาน มิติด้าน ความสัมพันธ์ ส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาทิ วันแม่ วันเด็ก วันผู้สูงอายุ หรือการจัดทัศนศึกษาที่พนักงานสามารถนำสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมได้ และ มิติด้านการ สนับสนุนครอบครัว ส่งเสริมสิ่งอำนวยความสะดวก อาทิ ห้องนมแม่ ศูนย์เด็กเล็ก การจัดตรวจ สุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในครอบครัวพนักงาน หรือการให้งบประมาณสนับสนุนต่าง ๆ อาทิ ให้ทุนการศึกษาบุตร ค่าคลอดบุตร แต่ข้อจำกัดน่าจะอยู่ที่เรื่องการขยายผลให้มีการดำเนินงาน ที่ใหญ่มากพอ

๔) การใช้โอกาสและตั้งรับกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยียังไม่ชัดเจน เทคโนโลยีได้ เข้ามาสนับสนุนทั้งด้านองค์ความรู้ ช่วยดูแลเด็ก อีกทั้งยังมีเทคโนโลยีที่สามารถตรวจสอบโอกาส การเกิดโรคหรือความพิการบางชนิดของทารกได้^{๑๕} อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีก็มาพร้อมกับความเสี่ยง อาทิ การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มากเกินไปและไม่เหมาะสมอาจจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ ในทุกด้านของเด็ก ทั้งพัฒนาการด้านร่างกายและทางภาษาที่ล่าช้า รวมถึงขาดพัฒนาการทาง สังคม จากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ (MICS) ระบุว่ามียุติเด็กกว่าร้อยละ ๖๑.๙ ที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งส่วนใหญ่จะเล่นอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ ๑ – ๒ ชั่วโมง และจะมีเด็กร้อยละ ๒ ที่เล่นตั้งแต่ ๕ ชั่วโมงขึ้นไป ข้อค้นพบที่ น่ากังวลอีกประเด็น คือ กลุ่มเด็กยากจนมากเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่ ๕ ชั่วโมงขึ้นไป มากที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางด้านการเลี้ยงดูในหลายด้านสำหรับกลุ่มที่มี เศรษฐฐานะไม่สูงมาก

^{๑๔} กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, รายงานผลการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

^{๑๕} จีโนม (genome) คือข้อมูลทางพันธุกรรมทั้งหมดที่จำเป็นใช้ในการสร้างและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติของสิ่งมีชีวิตชนิดใดชนิดหนึ่ง อยู่บนดีเอ็นเอ (DNA) ซึ่งในสิ่งมีชีวิตชั้นสูง จีโนม คือ ชุดของดีเอ็นเอ (DNA) ทั้งหมดที่บรรจุอยู่ใน นิวเคลียสของทุก ๆ เซลล์

โดยสรุปแล้ว ช่องว่างที่สำคัญของประเทศไทยที่ต้องได้รับการแก้ไขให้เป็นรูปธรรม ได้แก่ การเข้าไม่ถึงบริการทางสังคมหรือมีข้อจำกัดสำหรับบางกลุ่ม อาทิ กลุ่มที่อยู่ห่างไกล กลุ่มครัวเรือนยากจนที่ไม่มีเวลาไปฝากครรภ์หรือนำลูกเข้ารับการพัฒนา ขาดทางเลือกสำหรับบริการดูแลเด็ก (โดยเฉพาะช่วง ๐ – ๒ ปี) ที่มีราคาเยียมเยา การจัดบริการที่มีคุณภาพยังทำได้จำกัด ทั้งนี้ แม้ว่าจะมีการริเริ่มการดำเนินงานแล้วแต่ก็ยังไม่สามารถพัฒนาคุณภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การขาดความตระหนักและชุดความรู้ที่ถูกต้องของคนในสังคม และการนำเทคโนโลยีมาใช้ยังไม่เต็มตามประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ (big data analytics) ที่จะช่วยติดตามสถานการณ์แบบ real-time รวมถึงวิเคราะห์ข้อมูลในระดับบุคคลให้ดียิ่งขึ้น

๓. ข้อเสนอประเด็นที่ต้องผลักดันต่อไป

๓.๑ **สร้างแรงขับเคลื่อนทางสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ (momentum)** โดยการสร้างค่านิยมร่วมในสังคม “สร้างบ้านแปงเมืองด้วยการสร้างเด็กที่มีคุณภาพ” เนื่องด้วยเด็กทุกคนที่เกิดมาจะเป็นทุนมนุษย์สำคัญของสังคม ทุกภาคส่วนจึงต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็ก โดยเฉพาะในช่วง ๒,๕๐๐ วันแรก ผ่านกลยุทธ์การสร้างแรงกระเพื่อมที่ใหญ่และต่อเนื่องในทุกระดับและกลุ่มเป้าหมาย โดยผู้มีบทบาทสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อความคิด (influencers) อาทิ ๑) ระดับบุคคล ได้แก่ กลุ่มดารา/คนที่มีชื่อเสียง ผู้นำในภาครัฐ/ภาคเอกชน/ท้องถิ่น เพื่อสื่อสารถึงการเลี้ยงดูบุตรหลานอย่างเหมาะสม ๒) ระดับเครือข่าย โดยสร้างกระแสจากความสำเร็จของการร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาเด็กของพื้นที่หรือเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจและนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ๓) สื่อในทุกแพลตฟอร์มที่นำเสนอรูปแบบการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสมในกลุ่มต่าง ๆ ที่เป็นตัวอย่างที่ดี เช่น กลุ่มครอบครัวคนรุ่นใหม่ กลุ่มผู้สูงอายุในครอบครัวห่วงใยที่ต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน กลุ่มพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว เป็นต้น

๓.๒ **เร่งผลักดันนโยบายที่เป็นมิตรต่อครอบครัว (family – friendly policies)** โดยสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีบุตรและดูแลบุตร ผ่านมาตรการเชิงบังคับร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการให้สวัสดิการครอบครัวใน ๔ มิติ ได้แก่

๓.๒.๑ **มิติด้านเวลา** ได้แก่ การส่งเสริมระบบการทำงานที่ยืดหยุ่นสำหรับพ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดูลูก อาทิ การปรับลดจำนวนชั่วโมงหรือจำนวนวันของการทำงาน และการอนุญาตให้ทำงานนอกสถานที่ เพื่อให้สามารถมีเวลาเลี้ยงดูบุตรในขณะที่ยังรักษาสภาพการจ้างงานไว้ได้ **การเพิ่มสิทธิการลาเพื่อดูแลบุตรให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล** โดยขยายจำนวนวันลาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ตามอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศที่กำหนดวันลาคลอดไว้อย่างน้อย ๑๔ สัปดาห์หรือ ๖ เดือนหลังคลอดเพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้พนักงานชายสามารถลาเพื่อดูแลครอบครัวได้

๓.๒.๒ **มิติด้านการเงิน** ได้แก่ การศึกษาความเป็นไปได้ของการให้เงินอุดหนุนค่าคลอดบุตร และการจ่ายเงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดรายเดือนเพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายของพ่อแม่มือใหม่ โดยนำองค์ประกอบด้านดัชนีราคาผู้บริโภคและความยั่งยืนทางการคลังมาประกอบการพิจารณา และการสนับสนุนการศึกษาของบุตร เช่น ลดค่าเรียนให้กับครอบครัวที่มีบุตรมาก เป็นต้น

๓.๒.๓ **มิติระบบสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร** ได้แก่ การพัฒนาศูนย์ดูแลเด็กเล็กหรือสถานรับเลี้ยงเด็กที่มีคุณภาพและราคาเหมาะสม ในรูปแบบ Public-Private-People-Participation ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ๐ – ๒ ขวบในชุมชน การส่งเสริมบทบาทของภาคเอกชนในการสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตร โดยใช้กลไกการสร้างแรงจูงใจด้วยสิทธิทางภาษี อาทิ การรวมกลุ่มของนิคมอุตสาหกรรมเพื่อพัฒนาศูนย์ดูแลเด็กเล็กของพนักงานร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่ และการมีห้องนมแม่ในที่ทำงาน

๓.๒.๔ **มิติด้านกฎหมาย** ได้แก่ การผลักดันกฎหมายให้เอื้อต่อการสร้างครอบครัวสำหรับคนทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกฎหมายที่อนุญาตให้ครอบครัว LGBTQ+ สามารถจดทะเบียนสมรส และรับอุปการะบุตรได้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการอุ้มบุญ และการกำหนดให้การมีบุตรยากเป็นโรค และสามารถขอใช้สิทธิรักษาได้

๓.๓ **นำแนวคิดชุมชนนำ (community-led approach) ในการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่ปลอดภัยและเอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก** โดย

๓.๓.๑ **ใช้กลไกคณะทำงานในชุมชนจากทุกภาคส่วนร่วมกันเรียนรู้ในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็กตามวิถีวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน** บนฐานแนวคิดการพัฒนาเด็กให้เติบโตอย่างมีคุณภาพทั้งในด้านกระบวนการพัฒนาในการสร้างตัวตน (Self) ที่จะทำให้เด็กค้นพบศักยภาพ ความรู้สึกมีตัวตน ความภาคภูมิใจ และการเห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการพัฒนาทักษะสมองเพื่อจัดการชีวิตให้สำเร็จ (EF: Executive Function) ที่จะนำไปสู่พัฒนาการของเด็กที่เหมาะสมแต่ละช่วงวัย โดยในระดับตำบลใช้กลไกท้องถิ่น/ท้องที่/ท้องทุ่ง/องค์กรชุมชน และในระดับอำเภอใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผู้เชื่อมประสานการทำงานในชุมชน (community manager) ร่วมกับกลไกของหน่วยงานต่าง ๆ ในระดับจังหวัดและภาคส่วนอื่น ๆ ที่จะเข้ามาช่วยหนุนเสริมทั้งด้านองค์ความรู้ การช่วยเหลือและรับส่งต่อกรณีที่เกิดขึ้น ความสามารถของชุมชน โดยชุมชนควรมีการจัดทำระบบข้อมูลกลางของกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มเด็กปฐมวัยในครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นฐานในการพัฒนาและช่วยเหลือเด็ก

๓.๓.๒ **สนับสนุนให้มีการใช้กองทุนท้องถิ่นต่าง ๆ ในพื้นที่ เพื่อการดูแลและพัฒนาเด็ก** อาทิ โรงเรียนพ่อแม่ การพัฒนาสนามเด็กเล่นตามแนวคิด BBL (Brain Based Learning) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ทั่วถึง การอุดหนุนทรัพยากรในการเลี้ยงดูบุตรในครัวเรือนเปราะบาง

๓.๔ **พัฒนาระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการวางนโยบาย**

๓.๔.๑ **การกำหนดจากทัศนภาพอนาคตเด็กไทยที่พึงประสงค์** เพื่อนำไปสู่การออกแบบนโยบายและแนวทางการพัฒนาเด็ก ที่สอดคล้องกับบริบทการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา

๓.๔.๒ **ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลในระดับพื้นที่** โดยใช้กลไกในแต่ละชุมชนบันทึกข้อมูลในระบบที่มีรูปแบบเดียวกัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์

ที่จะนำไปสู่การออกแบบนโยบายเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมายได้ตามบริบทของพื้นที่ อาทิ จำนวนเด็กเล็ก เด็กที่ได้รับประสบการณ์ชีวิตที่ไม่พึงประสงค์ กลุ่มครอบครัวที่มีรูปแบบหลากหลาย กลุ่มเปราะบางในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งให้มีกลไกส่วนกลางนำมาประมวลผลเป็นภาพรวมของประเทศ

๓.๔.๓ **สนับสนุนให้มีการจัดทำงานวิจัย** ทั้งในส่วน ๑) งานวิจัยเชิงสำรวจระยะยาว (longitudinal survey study) อาทิ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยและมีการติดตามผลการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ๒) งานวิจัยเชิงพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กในกลุ่มครอบครัวที่มีรูปแบบหลากหลาย เพื่อให้สามารถต่อยอดงานวิจัยไปเป็นแนวทางในการเลี้ยงดูเด็กให้ถูกต้องเหมาะสม อาทิ การเลี้ยงดูด้วยวิธีทางบวก (positive parenting) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ความเชื่อ (nudge) ในการเลี้ยงดูเด็ก ๓) งานวิจัยในเชิงการประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลของมาตรการหรือสวัสดิการในการเลี้ยงดูเด็ก และความคุ้มค่าของการลงทุน เพื่อให้ภาครัฐมีการลงทุนในมาตรการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อเด็กและครอบครัวอย่างแท้จริง

ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๑๖ / ร่างมติ ๓ การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ



ผมเชื่อว่าความหวัง ความฝันที่เรามีอยู่เป็นพลัง เป็นจุดเป้าหมายที่จะให้ทุกคนเข้าไปสู่สิ่งนั้นได้ ถ้าปราศจากซึ่งความฝัน ความหวัง เราจะไม่รู้ว่าเราทำไปเพื่ออะไร แต่ถ้ามีความฝัน ความหวังจะเป็นสิ่งที่ชี้ให้เราเห็นว่าทิศทางเดินข้างหน้า นั้น เราสามารถวัดระยะได้ว่า ความพยายามของเราเพียงพอที่จะก้าวไปสู่ความหวังนั้นหรือไม่ ถ้ายังไม่เพียงพอเราต้องยิ่งเพิ่มความพยายาม โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชน

สมัชชาสุขภาพ
แห่งชาติครั้งที่ 16



สภานโยบาย
สุขภาพแห่งชาติ



กระทรวง
สาธารณสุข



ปาฐกถาพิเศษ

"สร้าง...ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ สาน...อนาคตประเทศไทย"

โดย นายภูมิธรรม เวชยชัย

รองนายกรัฐมนตรี และ

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กราบเรียนท่านประธานกรรมการ
จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ท่านชาญเชาวน์
ไชยานุกิจ ท่านเลขาธิการคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ นายแพทย์สุเทพ เพชรหมาก
ผู้แทนหน่วยงานองค์กรและเครือข่าย
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน
Ms. Saima Wazed ประธานมูลนิธิชูโชนา
(Shuchona Foundation) ประเทศบังคลาเทศ
ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับเลือกจากประเทศสมาชิก
และอยู่ระหว่างเสนอชื่อแต่งตั้งให้ดำรง
ตำแหน่งผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก
ประจำภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก
(Regional Director of the WHO South-East
Asia Region) และผู้ร่วมประชุมทุกท่านทั้ง
ในหอประชุมนี้และในทุกจังหวัดที่กำลังชม
ทางออนไลน์

เมื่อสักครู่ได้ ดูการแสดงของ
นักแสดงและภาพกราฟิกประกอบการ
แสดง ก็รู้สึกดี เห็นความหวัง เห็นอนาคต
และเป็นเครื่องเตือนใจสำหรับผู้ดำรง
ตำแหน่ง หรือผู้มีอำนาจได้ดี ผมเห็นด้วย
ว่าอำนาจและไร้อำนาจ เป็นสองสิ่งที่คู่กัน
และควรต้องทำให้เกิดความสมดุล อยู่ใน
จุดที่พอดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผมเองขณะนี้
อยู่ในอำนาจจึงถือเป็นเครื่องเตือนสติ

ให้คนที่อยู่ในอำนาจทุกคน ไม่เว้นแม้กระทั่งผม ที่ควรจะได้คิด
และคำนึงในสิ่งต่าง ๆ นี้ให้มาก เพราะตามหลัก Power tends
to corrupt มีอำนาจมาก ก็อาจใช้อำนาจไปในทางไม่ถูกต้อง
ดังนั้นการสร้างคนตัวเล็ก ๆ ให้มีอำนาจมากขึ้น จะเป็นพลัง
ถ่วงดุลอำนาจของคนที่มีอำนาจได้อย่างเหมาะสมและดี
อันนี้ถือเป็นจุดประทับใจ และทำให้เราเริ่มต้นคิด มองเห็น
ถึงพลังคนตัวเล็ก ๆ และเห็นอนาคตว่าพลังเล็ก ๆ นี้แหละ
ในอดีตโบราณกาลมาแล้ว ล้วนเป็นพลังที่มีส่วนสำคัญ
ในการสร้างชาติ สร้างประเทศมาแล้วทั้งนั้น เพราะฉะนั้น
สิ่งที่เราได้ดำเนินการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันนี้
และได้พบกับผู้คนต่าง ๆ มากมายในทุกระดับ นับเป็น
สัญญาณที่ดีที่ทำให้เห็นว่าเรามีความหวังข้างหน้า เพราะ
การประสานร่วมมือกันของพลังคนตัวเล็ก ๆ และผู้มีอำนาจ
ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ความหวังนี้ก้าวสู่ความเป็นจริงได้

ขอขอบคุณคณะผู้จัดงาน องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
และภาคีเครือข่ายทั้งหมดที่จัดงานในวันนี้ และให้เกียรติเชิญ
ผมมาร่วมงานและเป็นองค์ปาฐก ทำให้มีโอกาสพบปะภาคี
เครือข่าย และมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น ซึ่งผมคิดว่าการ
มีโอกาสดังกล่าวได้แสดงความคิดเห็น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในสังคม
ประชาธิปไตยที่ทุกส่วนล้วนมีความคิดเห็นและสามารถอยู่
ร่วมกันได้ แม้จะเป็นความเห็นที่แตกต่างกัน และนี่คือพื้นฐาน
ของสังคมระบอบประชาธิปไตย ที่ผ่านมาเราใช้ความเป็น
ประชาธิปไตยที่อาจจะไม่ครบทุกด้าน ความเป็นประชาธิปไตย
คือ การเคารพความเห็นที่แตกต่าง และยอมให้มีพื้นที่
สำหรับแสดงความเห็นที่แตกต่าง และสามารถนำความเห็น

“ การมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในสังคมประชาธิปไตยที่ทุกส่วนล้วนมีความคิดเห็นและสามารถอยู่ร่วมกันได้ แม้จะเป็นความเห็นที่แตกต่างกัน และนี่คือพื้นฐานของสังคมระบอบประชาธิปไตยที่ผ่านมาเราใช้ความเป็นประชาธิปไตยที่อาจจะไม่ครบทุกด้าน ความเป็นประชาธิปไตย คือ การเคารพความเห็นที่แตกต่าง และยอมให้มีพื้นที่สำหรับแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง และสามารถนำความเห็นที่แตกต่าง มาหาจุดร่วมที่ทำให้สังคมค่อยๆ ขยับอย่างมีพัฒนาการ อันนี้ก็เป็นเครื่องเตือนใจ ”

ที่แตกต่าง มาหาจุดร่วมที่ทำให้สังคมค่อยๆ ขยับอย่างมีพัฒนาการ อันนี้ก็เป็นเครื่องเตือนใจ

ผมคิดว่าโอกาสของการได้แสดงความคิดเห็นเป็นพื้นฐานและเป็นการเริ่มต้นที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เราต้องยอมรับว่าภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เราเห็น ต่างมีพัฒนาการและมองเรื่อง “สุขภาพ” ไกลเกินกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข และสามารถนำมาเชื่อมโยงกันเพื่อกำหนดและพัฒนาสังคมเพื่อสร้างความหวังได้ และเป็นความหวังที่ไม่ไกลเกินไปและเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้

ทราบมาว่าการทำงานของคณะกรรมการต่าง ๆ ที่ร่วมกันจัด เป็นการรวมพลังจากทุกส่วนที่มาร่วมกันทำ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดี รูปธรรมที่เกิดขึ้นในวันนี้สะท้อนถึงความตั้งใจและความพยายามของทุกท่าน ต้องกราบขอบพระคุณและขอแสดงความยินดีในความสำเร็จเบื้องต้นของทุกท่าน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในวันนี้จัดขึ้นภายใต้ธีมงาน “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” ซึ่งเป็นธีมที่ดำเนินการต่อเนื่องมาเป็นปีที่ ๒ แล้ว ธีมนี้เป็นแนวคิดสำคัญ เป็นกรอบการทำงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับทางเดิน เป็นเข็มทิศชี้ทางการเดินที่มีพลังถูกต้อง ไม่ขยับเคลื่อนไปแบบต่างคนต่างไป เรื่องสุขภาพ

เป็นเรื่องพื้นฐานใกล้ตัว ใกล้ชีวิตผู้คนมากที่สุด ผมดีใจที่ท่านไม่ได้คำนึงอยู่กับเรื่องสุขภาพอย่างเดียว แม้ว่าจะเป็นเรื่องสำคัญที่เราควรมีสิ่งนี้ เพื่อให้มีสุขภาพดี แต่การบูรณาการที่นำเรื่องสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานมาเชื่อมโยงเกี่ยวพันกับส่วนต่างๆ และปัญหาต่างๆ เป็นเรื่องน่ายินดีมาก เนื่องจากสุขภาพเป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้คน การบูรณาการทำให้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของโลก ซึ่งวันนี้โลกเปลี่ยนแปลงรวดเร็วมาก และการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วนี้กระทบกับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ผู้คน กระทบต่อการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และระบบสิ่งแวดล้อมทั้งหมด การเชื่อมโยงนี้จะนำไปสู่ความสำเร็จที่มีมากในอนาคต สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ผมอยากกราบเรียนท่านว่า ท่านเดินมาถูกทางแล้ว และผมคิดว่าจุดนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นอีกครั้งหนึ่ง ที่จะทำให้ท่านก้าวสู่ออนาคตข้างหน้า ซึ่งวันนี้เราเผชิญกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมากและรวดเร็ว

ระบบคิด ระบบการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม หรือเรื่องสุขภาพ ล้วนต้องปรับเปลี่ยนและก้าวให้ทันกับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องสามารถที่จะตอบสนองและแก้ไขปัญหาของสังคมที่กำลังเปลี่ยนไป เพราะถ้าไม่แก้แล้ว สังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคปัจจุบัน จะเข้ามากระทบกับชีวิตความเป็นอยู่และเรื่องสุขภาพของท่านทั้งหมดทั้งปวงเช่นกัน

ผมในฐานะเป็นประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ถือว่าการประชุมในวันนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นแห่งการสร้างโอกาสและบรรยากาศแห่งความร่วมมือกันที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่การปรับเปลี่ยนธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ มาสู่ฉบับที่ 3 อย่างเป็นทางการ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วน ส่วนต่างๆของสังคมที่จะร่วมกันพัฒนากรอบความคิดภาพอนาคตในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ ๔ มิติด้วยกัน คือ มิติทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและสังคม ทั้งหมดเป็นองค์รวมที่จะทำให้เป็นหนึ่งที่จะสามารถทำให้ทั้งสุขภาพและสังคมได้เดินไปข้างหน้า ได้พัฒนาไปสู่จุดที่ดีขึ้นในอนาคต

สิ่งที่คณะกรรมการดำเนินการมาถึงปัจจุบัน และมีส่วนร่วมถวายงานดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ การชูปบทาหวัดและพระสงฆ์ให้เป็นศูนย์กลางชุมชน ซึ่งเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ เพราะมีในสังคมไทยแต่โบราณแล้ว ศาสนาและพระสงฆ์เป็นศูนย์กลางที่เป็นจุดรวมของชุมชนและมีส่วนได้พัฒนาชุมชนให้ก้าวไปข้างหน้า

เป็นสถานที่ที่ประชาชนพึงหวังได้ ทั้งทางจิตใจ ความสงบ ทั้งด้านการศึกษา ซึ่งชุมชน พระสงฆ์และศาสนาล้วนเป็นจุดศูนย์กลางที่มีส่วนช่วยพัฒนาชุมชนมาโดยตลอด การที่ท่านหวนกลับไปหาจุดที่เป็นฐานรากของสังคม จึงเป็นเรื่องที่ดี ที่น่าสนับสนุนและร่วมกันส่งเสริมให้ก้าวไปข้างหน้าได้ เรามีของดีที่อยู่ในเมืองไทย เป็นรากฐานสังคมของประเทศ เพราะฉะนั้นการพัฒนาที่เริ่มต้นจากภายใน เริ่มจากจุดศูนย์กลางของประเทศที่มีอยู่ เป็นการพัฒนาที่อยู่บนรากฐานเดิมไม่แตกต่าง และไม่แตกแยกไปจากชีวิตวิถีของเรา สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมใหม่ โดยมีรากฐานเดิมที่เข้มแข็ง และสร้างพลังภายในของเราให้แข็งแรงมากขึ้น

สิ่งที่ดีที่ผมชื่นชมในวันนี้ คือ เรื่องสุขภาพได้ประมวลเข้ากับการเปลี่ยนแปลงในสังคมและชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน เราปฏิเสธไม่ได้ว่าในช่วงที่ผ่านมา ประเทศเราพบกับภัยคุกคามหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและระบบสุขภาพ การที่พวกเราเผชิญกับปัญหาแบบนี้ มากแบบนี้ เร็วแบบนี้ ประชาชนอยู่กับความเครียดที่ต้องเผชิญแต่เพียงลำพัง รัฐหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ในการระดมพลกำลังกันเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหา ช่วยกันทำให้พลังนี้สามารถดำเนินการในเรื่องต่างๆได้

ในฐานะรัฐบาลนี้ยืนยันว่า เราจะวางตัวเป็นรัฐที่จะสนับสนุน ไม่ใช่รัฐที่เป็นอุปสรรค ทุกสิ่งทุกอย่างวันนี้ที่รัฐบาลพยายามจะทำก็คือ เราพยายามจะแก้ไขกฎระเบียบและเงื่อนไขปัจจัยต่างๆ เพื่อให้พี่น้องประชาชน สามารถเข้าถึงความยุติธรรม และเข้าถึงสิ่งต่างๆ ที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตได้ เพราะฉะนั้นจะเป็นเครื่องพิสูจน์อย่างดีว่าสิ่งที่ปัญหาและความหวังที่เราอยากเห็นจะเกิดขึ้นได้

ท่านนายกรัฐมนตรีพูดถึง ๓ C ท่านบอกกับรัฐมนตรีทุกคนว่าเวลาทำอะไรให้เอา ๓ C เป็นพื้นฐานในการคิดและการทำงาน ซึ่ง C แรกที่ท่านนายกพูดถึง คือ Common โดยมีประชาชนเป็นเป้าหมายและใช้ได้กับทุกวงการ ทุกส่วน ในทางธุรกิจ Common คือ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้บริโภค ผู้ดำเนินการ ผู้ค้าขาย ถ้าเราทำงานโดยไม่มีเป้าหมายอยู่ที่พี่น้องประชาชน ไม่รู้ว่าเราทำไปทำไม

และไม่รู้ว่าผลที่เกิดขึ้นตกอยู่ที่ใคร เพราะฉะนั้น C แรกสำคัญที่สุด ซึ่งสมัชชาสุขภาพมีเป้าหมายอยู่ที่ประชาชน ก็ถูกต้องแล้ว ผมคิดว่านั้นคือหัวใจสำคัญ เป็นศูนย์กลางทุกอย่างที่เราจะคิดและทำงาน C ที่สองคือ Connectivity สมัชชาสุขภาพสะท้อนให้ทุกคนเห็น Connectivity ที่เราอยู่ในโลกแห่งนี้ โดยเฉพาะโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลง ท่านเพียงลำพังไม่สามารถก้าวไปสู่ความหวังได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนตัวเล็ก ๆ อย่างพวกพี่น้องประชาชนทุกคน ดังนั้นยังมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างเครือข่าย เพื่อสร้างความเข้มแข็ง เพราะฉะนั้นสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ตรงกันกับสิ่งที่รัฐบาลคิด C สุดท้าย คือ Can do หมายความว่าต้องทำได้ นั่นคือความเชื่อมั่นที่จะทำให้ฝันเป็นจริงและบรรลุได้ ท่านนายกบอกว่าอย่าบอกว่าทำอะไรได้ แต่ให้ทำเลย ไม่ต้องร้อ เวลาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ไม่ต้องร้อว่าวันนั้นวันนี้จะเกิด วันนี้ทำอะไรได้ให้ทำไปก่อน และถ้าทำไม่ได้อย่ามาตอบว่าทำไม่ได้ ให้คิดวิธีว่าจะทำได้อย่างไร ทั้งหมดเป็นพื้นฐานการสร้าง ความมั่นใจที่จะก้าวไปสู่ความฝันที่เราคาดหวังไว้ ผมเชื่อว่าความหวัง ความฝันที่เรามีอยู่เป็นพลัง เป็นจุดเป้าหมายที่จะให้ทุกคนเข้าไปสู่สิ่งนั้นได้ ถ้าปราศจากซึ่งความฝัน ความหวัง เราจะไม่รู้ว่าเราทำไปเพื่ออะไร แต่ถ้ามีความฝัน ความหวัง จะเป็นสิ่งที่ชี้ให้เราเห็นว่าทิศทางเดินข้างหน้า นั้น เราสามารถวัดระยะได้ว่า ความพยายามของเราเพียงพอที่จะก้าวไปสู่ความหวังนั้นหรือไม่ ถ้ายังไม่เพียงพอเราต้องยิ่งเพิ่มความพยายาม โดยมีเป้าหมาย คือ ประชาชน จุดเริ่มต้นที่สมัชชาสุขภาพวันนี้ได้ทำ ถือว่าได้ดำเนินการครบถ้วนแล้ว ร้อแต่เพียงใช้พลังที่ร่วมมือกันเหล่านี้ไปสร้างความหวัง ความฝันหรือสิ่งที่เราอยากเห็นได้อย่างไร

ผมตั้งใจในการเปิดงาน ท่านชูเรื่องความหวัง เพราะนั่นคือจุดสำคัญที่ทำให้คนมีพลังและมีกำลังใจที่จะเดินไปข้างหน้า วันนี้เราต้องยอมรับโลกที่เปลี่ยนแปลงและต้องรู้ว่าประเทศไทยเองก็เผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ มาก ระบบสุขภาพเองก็ต้องเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ ของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป วันนี้ภาวะโลกที่เปลี่ยนแปลงไปนอกจากทางการเมือง ทางสังคม ทางเศรษฐกิจและทางสิ่งแวดล้อม ท่านจะเห็นว่าโลกเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ เรื่องซึ่งเกี่ยวพันกัน โรคอุบัติใหม่ โควิด ๑๙ เป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นว่า เราต้อง

เปลี่ยนแปลงอะไรหลาย ๆ อย่างในชีวิต แต่ก็ไม่ได้มีเรื่องเสียหายอย่างเดียว มันมีด้านดีด้วย โควิด ๑๙ ก็เป็นที่มาของการจัดการและใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ซึ่งวันนี้เราเท่าทันเทคโนโลยีใหม่ ๆ เราพยายามจะหลีกเลี่ยงปัญหาที่เคยเกิดขึ้น และสามารถสร้างสิ่งใหม่ขึ้นมาได้ การประชุมวันนี้ไม่ได้มีผู้เข้าร่วมประชุมเฉพาะในหอประชุมนี้ แต่เราสามารถประชุมได้ทั่วประเทศ มีเครือข่ายของเรารับรู้ได้หมด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน ไม่ต้องร้อเรียกประชุม มีประเด็นสำคัญ เช่น ภาวะโลกร้อน การตัดไม้ทำลายป่า หรือ PM ๒.๕ และที่ชัดเจนในเวลานี้ คือ เศรษฐกิจกระเทือน ก็สามารถประชุมออนไลน์ผ่านระบบต่าง ๆ และประสานกันได้อย่างรวดเร็ว

ได้คุยกับทูตของ EU (สหภาพยุโรป หรือ European Union: EU) ที่ออกระเบียบใหม่ทั้งหมด ตั้งแต่การทำมาค้าขาย การตรวจสอบสินค้าที่ส่งผลต่อการทำลายป่า ส่งผลให้เกิดมลพิษต่อประเทศ ถ้าเกิดผลเสียก็ค้าขายไม่ได้ มีการทำลายสิทธิมนุษยชนหรือไม่ ใช้แรงงานเด็กหรือไม่ ถ้ามีก็ค้าขายไม่ได้ ผู้ซื้อก็ไม่ซื้อ ปัจจุบันรวมถึงประชากรในประเทศด้วย ที่เขาไม่ซื้อสินค้าที่ก่อให้เกิดปัญหาเหล่านี้ รวมทั้งเรื่องอื่นๆ ที่เป็นปัญหาด้วย พี่น้องประชาชนต้องรู้ว่าเราจะทำมาหากินแบบเดิมไม่ได้แล้ว เราจะทำลายป่าแล้วมาปลูกข้าวโพด ปลูกยางพารา ท่านปลูกได้แต่ท่านขายไม่ได้ เพราะเขาจะไม่ซื้อสิ่งที่สร้างมลพิษ เขาคิดถึงปัญหาที่โลกกำลังเผชิญ แล้วคิดว่าเรื่องเหล่านี้ไม่ได้เป็นเรื่องของประเทศใดประเทศหนึ่ง แต่เป็นเรื่องของคนส่วนใหญ่ของสังคม เป็นเรื่องของมนุษยชาติที่ต้องช่วยกัน

บำรุงรักษา จึงเป็นเหตุให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้นำเอาหลาย ๆ เรื่องมาเป็นระเบียบวาระพิจารณา

ผมเห็นระเบียบวาระที่ ๒ เป็นเรื่องการจัดการน้ำเชิงพื้นที่ หลายท่านคงสงสัยว่าน้ำท่วมเกี่ยวอะไรกับสุขภาพ น้ำท่วมเป็นปัญหามาทุกปี ถ้าเราอยู่ในเมืองเราอาจจะไม่รู้ลึก ท่านลองนึกถึงชาวนาผมไปเจอชาวนาที่หนองบัวลำภูเมื่อเดือนก่อน ไปเจอคุณยายท่านหนึ่งนั่งร้องไห้ เพราะว่าคันกันน้ำพังทลาย ข้าวที่ปลูกกำลังออกดอก ออกรวง และจะเก็บขาย น้ำเข้ามาทำให้ความหวังในชีวิตหมดไปในวันนั้น และยังไม่รู้ว่าข้างหน้าจะเป็นอย่างไร นี่คือภาวะของภัยพิบัติที่เข้ามาเกี่ยวข้องในชีวิตทำมาหากินในการดำรงชีวิตในอนาคตของเขา ที่สร้างความทุกข์สร้างปัญหาสุขภาพ เขาทุกข์ที่รู้สึกจะทำมาหากินทั้งชีวิต แต่ไม่รู้ว่าวันข้างหน้าต้องทำอะไร เราอยู่กรุงเทพฯ เราไม่เคยรู้สึก ท่านลองนึกถึงการใช้ชีวิตที่มีน้ำท่วมบ้านถึงหลังคา ต้องอยู่บนหลังคาเพื่อหาข้าว หาปลากิน ชีวิตและความรู้สึกจะเป็นอย่างไร ผมคิดว่าถูกต้องแล้วที่เรานึกถึงเรื่องเหล่านี้ เพียงแต่ท่านอาจต้องใช้ความพยายามทำให้เรื่องนี้ร้อยเข้าไปกับชีวิต ให้เป็นสิ่งใกล้ตัว สุขภาพเกี่ยวพันกับชีวิตทางการเมือง เศรษฐกิจสังคมและชีวิตความเป็นอยู่ของพี่น้องประชาชนทั้งหมด

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ ซึ่งมี ๒ เรื่อง เรื่องที่ ๑ คือ เรามีสังคม เรากำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย เรามีคนอย่างผมมากขึ้นเรื่อย ๆ เรามีผู้อาวุโสเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ที่นั่ง

ข้างหน้าเป็นผู้อาวุโสทั้งนั้น แต่เป็นผู้อาวุโสที่มีโอกาส เพราะมีการศึกษาสูง มีหน้าที่การงานดี มีทรัพยากรมีความสามารถในการดำรงชีวิต แต่ผู้สูงอายุที่เป็นคนตัวเล็ก ๆ ยากลำบาก อยู่ในหมู่บ้าน ก็ต้องปล่อยลูกหลานไปทำมาหากิน ซึ่งก็ไม่ได้ร่ำรวยอะไรมาก ก็ยังยากลำบากอยู่ ค่าแรงขั้นต่ำก็ยังต่ำอยู่ การใช้ชีวิตในเมืองหลวงที่ค่าครองชีพสูง เงินจะเหลือน้อยลงให้คนสูงวัยเหล่านั้นได้สักเท่าไร ตอนนี้ชนบทกลายเป็นโรงเรียนเด็กที่ให้คนชราทำหน้าที่ให้กับสังคม คอยเลี้ยงดูลูก ๆ ของลูกหลานที่ไปต่อสู้อำนาจทำมาหากินเพื่อที่จะหาเงินมาเลี้ยงดู โดยไม่มีระบบที่เกื้อหนุน หรือดูแลพวกเขาเลย หรืออีกด้านหนึ่งก็คือ เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยน มีคนชราเยอะ ไม่มีคนรุ่นใหม่มาเพิ่มเติม

ผมได้คุยกับกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม คุยกับอาจารย์ในมหาวิทยาลัย พบว่าจำนวนคนไม่พอที่จะไปเรียน จึงมี ๒ เรื่องที่เกี่ยวข้อง เรื่องที่ ๑ คือ ประชากรที่เติบโต เป็นคนเมืองที่มีโอกาส แต่มีจำนวนไม่เพียงพอที่จะเรียนในระดับมหาวิทยาลัย ทำให้หลายคน หลายสาขาวิชาต้องปิดตัวลง หรือแก้ปัญหาโดยให้ประชากรต่างชาติเข้าศึกษา เพื่อจะได้มีจำนวนเพียงพอ เช่น จีน ลาว และเวียดนาม โครงสร้างประชากรและโครงสร้างสังคมเรา ทำให้คนตัวเล็กต้องสู้ชีวิตเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้ ปรักฐานหลายเรื่องต้องเปลี่ยน ปรักฐานที่เปิดโอกาสให้คนเข้ามาศึกษาต้องเปลี่ยน ปรักฐานที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่แท้จริงก็ต้องเปลี่ยน เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ยุคปัจจุบัน การดูแลสุขภาพไม่จำเป็นต้องพึ่งหมออย่างเดียว การมี อสม. ก็ดี เป็นจุดเริ่มต้นที่ดี แต่จะพัฒนาคุณภาพให้สามารถทำหน้าที่ดูแลชุมชนเค้าได้มากกว่าที่ได้ทำไปแล้วอย่างไร ส่วนนี้ก็เป็นปัญหาที่ท่านต้องหาทางออก

เรื่องของโครงสร้างประชากร เรื่องของความเหลื่อมล้ำที่มีอยู่ และเรื่องบทบาทของคนในแต่ละส่วนก็ยังเป็นเรื่องใหญ่ เรื่องน้ำ เรื่องการสร้างรากฐานของทุกความเป็นธรรมในประเทศ ล้วนเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันหมด สิ่งเหล่านี้ถ้าทำได้เหมือนในภาพกราฟิกประกอบการแสดง ทำให้ส่วนที่ไร้อำนาจ มีอำนาจทัดเทียมกัน เพื่อจะนำไปสู่หนทางในการ

แก้ไขปัญหาก็ยังเชื่อว่าประเทศไทยเรายังมีความหวัง ผมเชื่อว่าวันนี้ประตูแห่งโอกาสได้เปิดออกแล้ว เป็นช่องทางให้เราเดินแล้ว อยู่ที่ว่าเราจะจับมือกันเดินตลอดประตูนี้ไปสู่ความหวังได้หรือไม่ อย่างไร คำตอบอยู่ที่คณะกรรมการและคนตัวเล็ก ๆ ทั้งหมดที่เป็นภาคีเครือข่าย ความสำเร็จอยู่ที่ตัวท่านไม่ได้อยู่ที่ใคร ถ้าท่านตั้งใจและกล้าที่จะเดินต่อไป ผมคิดว่าทั้งหมดนี้ทำได้

ผมเห็นความพยายามที่จะใช้วัดเป็นศูนย์กลางกิติ หรือพยายามที่จะใช้สิ่งที่มีอยู่ในพื้นฐานกิติ ล้วนเป็น Soft power อย่างหนึ่ง ผมเห็นด้วยกับคุณแพทองธาร ชินวัตร ว่าไม่ต้องถกเถียงกันถึงความหมายของ Soft power เพราะมันเป็นเรื่องที่นักวิชาการถกเถียงกัน ผมคิดว่าความหมายของคำมีความสำคัญน้อยที่สุด สิ่งสำคัญอยู่ที่ทำอย่างไรกับสิ่งที่มีอยู่ และเป็นรากฐานวัฒนธรรมของเรา เป็นสิ่งที่พวกเราชื่นชม และเคยเป็นสิ่งที่ดีในอดีต จะปรับตัวเอามาใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างไร นี่คือการบวนการที่จะนำ Soft power ซึ่งเป็นจุดแข็งของประเทศ เป็นรากฐานทางวัฒนธรรมของประเทศมาใช้ ผมคิดว่าสิ่งนี้เป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์

การที่กระทรวงสาธารณสุขระดับ ๓๐ บาทพลัส จะทำให้ใช้บัตรประชาชนใบเดียวในทุกโรงพยาบาลได้ อันนี้เป็นความพยายามที่จะต้องสนับสนุน เป็นนโยบายของรัฐที่ชัดเจน และเป็นความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่ เราทำความสำเร็จมาแล้วกับ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค แต่เราจะทำได้มากกว่านั้น ถ้าเราพร้อมเพรียงกัน และจะสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพให้กับพี่น้องประชาชนทุกท่าน การที่จะทำเช่นนี้ได้ ท่านต้องวางระบบฐานข้อมูลให้แข็งแรง สามารถเชื่อมโยงทั้งหมด บัตรประชาชนใบเดียวถึงจะสามารถเป็นตัวแทนที่แสดงข้อมูลต่าง ๆ ได้ ซึ่งก็เป็นการเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลก และนำการเปลี่ยนแปลงของโลก เทคโนโลยี เพื่อแก้ไขปัญหาของประชาชนให้มากที่สุด โดยเฉพาะคนตัวเล็กที่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งพืชผลทางการเกษตร หนี้ในระบบ และเรื่องอื่น ๆ

สิ่งสำคัญอีกเรื่องที่ผมฝากพวกท่าน คือเรื่องยาเสพติด ทุกพื้นที่ในต่างจังหวัดที่ผมไป สิ่งที่ประชาชนพูดคือ เมื่อไหร่ยาเสพติดจะหมดไป และยังมีเรื่องของความรุนแรง ที่ท่านคงเห็น

ตัวอย่างแล้ว เช่น ที่โคราช ที่หนองบัวลำภู สังคมไทยตื่นตัวมากเมื่อเห็นสิ่งเหล่านี้ แล้วรู้สึกต้องจัดการ เกิดเหตุการณ์หนึ่งขึ้น ก็มีการตื่นตัว แต่ก็เหมือนไฟไหม้ฟาง ที่มอดดับไปในที่สุด

ผมอยากให้พวกเรามั่นใจในตัวเราเอง มั่นใจในคนตัวเล็ก ๆ ที่เค้าร่วมตัวกัน และมีพลัง ซึ่งจะเป็นทางออกสำหรับหลายอย่าง แต่อยากจะฝากประเด็นให้ท่านได้คิดว่า ประเทศไทยเราเห็นปัญหา และเราก็พยายามบูรณาการ เป็นคำที่ฮิตมากคำหนึ่งในการแก้ปัญหา บูรณาการเพื่อทำอันนั้น บูรณาการเพื่อทำอันนี้ ส่งผู้แทนหน่วยงานรัฐ เอกชน มาร่วมกันเพื่อจะบูรณาการ แต่สังคมไทยนั้น การบูรณาการมันอยู่ในวงประชุม ประชุมเสร็จก็บูรณาการเสร็จ แต่เอาไปปฏิบัติให้บูรณาการจริง ๆ มันยังไม่เกิด อันนี้ก็เป็นที่ประเด็นที่อยากฝากทุกท่าน

โดยส่วนรวมทั้งหมดที่ได้พูดมาแล้ว ผมคิดว่าการเกิดขึ้นและการดำเนินการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่พยายามจะสร้างกรอบความร่วมมือกับทุกฝ่าย โดยไม่ได้คำนึงถึงภาครัฐฝ่ายเดียว พยายามจะดึงเอาเครือข่ายประชาชนทุกคน ทุกส่วนในสังคมได้มีโอกาสช่วยกันคิด ช่วยกันหาทางออก ช่วยกันสร้างความหวัง เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม และร่วมกันพยายามหาหนทางในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเหล่านี้ เป็นทิศทางที่น่ายกย่อง และเป็นทิศทางที่น่าชื่นชม อยากให้ท่านใช้ศักยภาพที่ท่านมีอยู่ช่วยกันผลักดันให้สิ่งมุ่งหวังเหล่านี้ประสบความสำเร็จ ผมคิดว่าวันนี้ถือเป็นโอกาสที่ดีที่ทุกส่วน



ในเครือข่ายสุขภาพได้กลับมาเจอเจอกันอีก หลังโควิดเราหยุดไปช่วงหนึ่ง พันจากนี้ไปจะเป็นบรรยากาศ และโอกาสอันดี ที่จะร่วมกันในการแก้ไข ลดปัญหาต่าง ๆ เช่น เด็กฆ่าตัวตายเพราะความเครียดจากระบบ สังคม ระบบการศึกษา เราจะลดการฆ่าตัวตายของคนที่เราหวัง ที่เผชิญกับปัญหาความเหลื่อมล้ำใน สังคม ผมคิดว่าสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นนิมิตหมายที่ดีของการที่กำลังจะก้าวอีกก้าวหนึ่ง ไปสู่ก้าวที่ไกลกว่า เพื่อความหวังที่เราได้ตั้งไว้ และดำเนินการได้

ผมหวังว่าการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับภาคีเครือข่ายทั่วประเทศวันนี้ จะเป็นการสร้าง จุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม ขอให้การจัดงานครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์ และขอให้เป้าหมาย ที่ท่านหวัง ความหวังที่ท่านคิด ประสบความสำเร็จโดยเร็วที่สุด

ขอบพระคุณทุกท่านครับ





ปาฐกถาพิเศษ

"Institutionalizing Social participation for Health and Well-being"

โดย Ms. Saima Wazed
ประธานมูลนิธิ Shuchona
ประเทศบังกลาเทศ



สวัสดีค่ะ ท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน
ท่านรองนายกรัฐมนตรี ท่านประธาน
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ บุคคลสำคัญ
และผู้เข้าร่วมการประชุมครั้งนี้
ดิฉันรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้รับ
เชิญให้มากล่าวปาฐกถาพิเศษในการ
ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖
แห่งราชอาณาจักรไทย ดิฉันมีความยินดีที่มีโอกาสเป็นส่วนหนึ่ง
ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ ซึ่งเป็นครั้งแรกของดิฉัน
หลังจากที่เฝ้าติดตามสมัชชาสุขภาพแห่งชาติด้วยความสนใจ
และชื่นชมมานานหลายปี ในสายตาของดิฉัน สมัชชาสุขภาพ
แห่งชาตินับเป็นแบบอย่างอันยอดเยี่ยมระดับโลก ที่แสดง
ให้เห็นถึง การมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพ ในปี
พ.ศ. ๒๕๖๒ วารสาร BMJ Global Health ได้ตีพิมพ์บทวิเคราะห์
ถึงสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้โดยระบุว่า

BMJ Global Health

“กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกระบวนการ
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้กลายเป็นพลังให้กับ
สังคม ได้อย่างน่าประทับใจ สมัชชาสุขภาพแห่ง
ชาติช่วยให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนในประเด็น
เดียวกันแต่ต่างมุมมอง โดยยึดหลักความเข้าใจ
และความเคารพซึ่งกันและกัน การที่ผู้มีส่วนได้ส่วน
เสียกลุ่มต่างๆ ได้พูดคุยถกแถลงกันจนเกิดฉันทมติ
นี้แสดงถึงการหารือเชิงนโยบายที่ผ่านการพัฒนา
ทางคุณภาพแล้ว”

ดิฉันเห็นว่า สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกทางสังคมที่สำคัญที่เอื้อให้เกิดการพัฒนา นโยบายโดยใช้ข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์ ดิฉันรู้สึกชื่นชมอย่างมากที่กระบวนการนี้เน้นย้ำเรื่องของการมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมคนทุกกลุ่ม และที่ชื่นชมเป็นพิเศษ คือกระบวนการของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการต่อเนื่องตลอด ทั้งปีไม่ใช่เป็นการทำกิจกรรมเพียงครั้งเดียวแล้วจบไป อัตลักษณ์ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือ การมีส่วนร่วมที่มีภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ เข้าร่วมตลอดทั้งกระบวนการพัฒนานโยบาย ดิฉันคงไม่สามารถกล่าวชื่นชมถึงคุณูปการของกระบวนการนี้ได้อย่างครบถ้วนค่ะ

อย่างไรก็ตาม ขณะที่เรากำลังประชุมกันอยู่นี้ ดิฉันอยากจะเรียนให้ทราบว่า เมื่อไม่กี่เดือนที่ผ่านมา ในวันที่ ๒๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้มีการประกาศปณิญาทางการเมืองว่าด้วย ‘หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า’ ใน การประชุมระดับสูงของสหประชาชาติยืนยันที่จะให้การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสังคม รวมถึงแนวทางการมีส่วนร่วมในการ อภิบาลระบบสุขภาพเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปณิญาฯ ดังกล่าวระบุว่า การมีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทุกกลุ่มคนนั้นหมายรวมถึง การค้นหาแนวทางการทำงานที่ทำให้การมีส่วนร่วมของสังคมมีคุณภาพและมีความหมายยิ่งขึ้น ซึ่งหมายถึง ควรให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการออกแบบ ร่วมดำเนินงาน และร่วมทบทวนในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อนำข้อมูลของทุกภาคส่วนมาใช้ในการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพอย่างเป็นระบบ การทำเช่นนี้จะทำให้นโยบายโครงการและแผนงานต่าง ๆ ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลและชุมชนได้ดีขึ้น รวมทั้งส่งเสริมความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพไปพร้อม ๆ กัน การมีส่วนร่วมนี้ถือเป็นภาระหน้าที่ของพวกเราที่จะทำให้ความมุ่งมั่นของเหล่าผู้นำประเทศที่ประกาศปณิญาฯ

เป็นจริงขึ้นมาได้เราต้องยอมรับว่าการสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพมีคุณูปการมากมาย ประการหนึ่ง คือ การลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพชุมชนที่เปราะบางให้สามารถเข้าร่วมกระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพได้นับเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การพัฒนาและดำเนินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพมีความเป็นธรรมมากขึ้น อีกประการ คือ การช่วยเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ และความสามารถในการตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ การเสริมพลังและการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นองค์ประกอบหลักของระบบปฐมภูมิ และยังช่วยให้รัฐบาลมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจเพื่อตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง แน่ใจว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพย่อมนำไปสู่การยอมรับมากขึ้นในการบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ด้วยการมีส่วนร่วมของสังคมที่ขยายวงกว้าง รวมทั้งการมีพื้นที่สำหรับการมีส่วนร่วมอย่างยาวนานที่ฝังอยู่ในระบบสุขภาพย่อมสร้างความไว้วางใจและความยืดหยุ่นในสังคม ซึ่งเมื่อเกิดวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินพลังการมีส่วนร่วมจะทวีคูณ ซึ่งช่วยทำให้มาตรการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน และการสื่อสารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ เวทีพูดคุยและปรึกษาหารือยังช่วยให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารดีขึ้น และส่งเสริมความโปร่งใสตรวจสอบได้ แนวทางการทำงานที่เน้นการมีส่วนร่วมทำให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถือเป็นรากฐานของการอภิบาลระบบหรือการบริหารระบบให้มีประสิทธิภาพและมีความหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่เกิดวิกฤตฉับพลันทั้งในระดับท้องถิ่นหรือระดับโลก เราจะยิ่งเห็นความสำคัญของความไว้วางใจกันและกันและความสามัคคีภายในชุมชน การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมนี้ถือเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่วยให้การดำเนินการของรัฐบาลตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชนและชุมชน ดิฉันมักจะแสดงความเห็นในหลายๆ เวทีสาธารณะว่า ชื่นชอบในกระบวนการตัดสินใจจาก ‘ล่างขึ้นบน’ ที่ทุกกลุ่มคนมีโอกาสร่วม แนวทางระบบราชการแบบดั้งเดิมที่สั่งการ

จาก ‘บนลงล่าง’ มักนำไปสู่นโยบายที่แม้มีเจตนาดี แต่บ่อยครั้งไม่ส่งผลต่อชุมชนระดับรากหญ้าได้ตามที่ปรารถนา นั่นคือเหตุผลที่ดิฉันชื่นชมวิธีการที่แตกต่างออกไปจากเดิม ซึ่งก็คือวิธีการที่พวกท่านได้ดำเนินการอยู่ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ รูปแบบการทำงานร่วมกันและมีส่วนร่วมนี้จะสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและยั่งยืนมากขึ้น นั่นก็เป็นเพราะการที่เราฟังเสียงของชุมชนและคนรากหญ้าที่มีประสบการณ์จริงนั่นเอง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีมุมมองที่สำคัญเพราะมาจากข้อมูลภาคสนาม จากการทำงานจริงผ่านกระบวนการเก็บข้อมูล ประมวลผล และลงมือปฏิบัติประกอบกันเข้าด้วยกันและกลั่นออกมา เรียกว่า ประสบการณ์ ดังนั้น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านี้จึงมีมุมมองที่ดีมากเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในบริบทงานและพื้นที่ของเขา พวกเขาสามารถชี้ให้เห็นถึงปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น สะท้อนมุมมองการทำงานของรัฐบาล หรือ ผลกระทบจากนโยบายและบริการต่าง ๆ และอื่น ๆ อีกมากมาย และที่สำคัญพวกเขายังสามารถสะท้อนถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายที่ผ่านมา รวมถึงให้ข้อสังเกตถึงแนวทางการปฏิบัติที่ดีและนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จได้อีก

ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ ดิฉันได้เปิดตัวโครงการระดับโลกชื่อ Global Autism Public Health ที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นออทิสติกในประเทศบังกลาเทศ โดยร่วมมือกับกลุ่มผู้ให้ความช่วยเหลือคนออทิสติกและองค์การอนามัยโลก และ ดิฉันยังมีส่วนร่วมในการก่อตั้ง Parents Forum for the Differently-Abled หรือกลุ่มผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก พิเศษด้วย โครงการทั้งสองนี้ก่อตั้งขึ้นด้วยวิสัยทัศน์ที่ต้องการจะกระตุ้นและส่งเสริมให้กลุ่มคนออทิสติกและเด็กพิเศษตลอดจนผู้ดูแลพวกเขา มีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนา นโยบายและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา เวลาที่เราทำงานเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ชาติเพื่อผู้มีความผิดปกติทางระบบประสาท และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ว่าด้วยเรื่องสุขภาพจิตนั้น สิ่งแรก

ที่เราควรทำคือเราฟังเสียงจากผู้มีประสบการณ์ตรง เสียงของพวกเขามีค่ามหาศาลเพราะหลังจากฟังข้อมูลจากพวกเขาแล้ว ทำให้เราตระหนักว่าเราต้องเชิญผู้แทนจากหน่วยงานรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องมากกว่าที่เราคิดไว้ในตอนแรกเข้ามามีส่วนร่วม ตัวอย่างเช่น หลังจากฟังข้อมูลจากกลุ่มผู้ปกครอง เราจึงเข้าใจว่าปัญหาหลายอย่างที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยรัฐบาลกลางเท่านั้น จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงจากรัฐบาลท้องถิ่นด้วย ดังนั้น เราจึงเชิญหน่วยงานรัฐระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับจังหวัด เทศบาล และระดับต่าง ๆ เข้ามาร่วม เสวนาหารือ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้างพื้นฐาน และการให้บริการ หากเราไม่ทำเช่นนั้น เราคงจะได้นโยบายที่ดีแต่เพียงบนกระดาษแต่ในทางปฏิบัติจริงแล้ว ไม่อาจนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง

ในช่วงสุดท้ายของการปาฐกถา ดิฉันขอเน้นย้ำถึงความมุ่งมั่นหรือข้อตกลงร่วมกันของนโยบายสุขภาพโลกที่จะ ‘ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง’ สิ่งนี้จะเป็นจริงได้ก็ต่อเมื่อเราแน่ใจว่าเราได้รับฟังเสียงจากทุกภาคส่วน และเปิดกว้าง ในการพิจารณามุมมองต่าง ๆ แล้ว ดิฉันขอแสดงความยินดีกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เป็นตัวอย่างที่ยอดเยียมให้โลกประจักษ์มาอย่างยาวนาน ถึงการอภิบาลระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่ทุกภาคส่วนในสังคมได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วม ดิฉันต้องการแสดงให้ทุกท่าน ณ ที่นี้มั่นใจได้ว่า ดิฉันยืนยันที่จะสนับสนุนความพยายามต่าง ๆ ของพวกท่าน ในการที่จะพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้นในอนาคต โดยเราจะเป็นพันธมิตรกัน

ดิฉันขอขอบคุณอีกครั้ง ที่ให้เกียรติและเชิญดิฉันเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งนี้ และขออำนวยการให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติดำเนินไปด้วยความราบรื่นและประสบผลสำเร็จ ขอขอบคุณค่ะ

ปาฐกถาพิเศษ

"สานพลังรับมือสังคมสูงวัย การกิจร่วมของทุกคน"

โดย นายอำพล จินดาวัฒนะ

สมาชิกวุฒิสภา

และประธานอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคมกิจการผู้สูงอายุและสังคมสูงวัย

ท่านผู้มีเกียรติทุกท่านครับ ขอขอบคุณคณะกรรมการจัดสัมมนาสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ให้เกียรติคนสูงอายุมาพูดเรื่องสังคมสูงวัยในวันนี้

วันนี้ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรอายุเกิน ๖๕ ปี มากกว่าร้อยละ ๒๐ เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น ซึ่งตามนิยามขององค์การสหประชาชาติเรียกว่าเป็น **"สังคมสูงวัยระดับสุดยอด"**

แต่ทั้ง ๒ ประเทศนี้เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว มีรายได้สูงอยู่ในอาการ **"รวยก่อนแก่"**

สำหรับประเทศไทย วันนี้เรามีสัดส่วนประชากรอายุเกิน ๖๐ ปี ร้อยละ ๒๐ เรียกว่าเป็นสังคมสูงวัยสมบูรณ์ (Aged Society) และอีกเพียง ๑๐ ปีข้างหน้า (๒๕๗๓) เราจะมีสัดส่วนประชากรอายุเกิน ๖๕ ปี เป็นร้อยละ ๒๐ กลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ตาม ๒ ประเทศที่ยกตัวอย่างข้างต้นไปอย่างรวดเร็ว

แต่ทว่าประเทศของเรายังเป็นประเทศรายได้ปานกลางสูง (Upper Middle Income Country) ที่ติดหล่ม **"กับดักประเทศรายได้ปานกลาง"** (Middle Income Trap) มานานหลายปี ยังไม่มีทีท่าว่าจะหลุดพ้นได้เราจึงอยู่ในอาการ **"จนก่อนแก่"**

ท่านผู้มีเกียรติครับ โดยปกติแล้ว คำว่า **"ระดับสุดยอด"** เป็นเรื่องที่ดีน่าชื่นใจ แต่คำว่าสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ไม่เป็นเช่นนั้นกลายเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงมากกว่า

ผมขอทำความเข้าใจเรื่อง สังคมสูงวัยที่เรียกอีกชื่อว่า **"สังคมสูงวัย"** ไม่ใช่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเท่านั้น ไม่ใช่แค่เรื่อง **"กิจการผู้สูงอายุ"** ซึ่งประเทศไทยมีระบบกิจการผู้สูงอายุ ทำงานกันมาตามลำดับ ซึ่งทำได้ดีในระดับหนึ่งเรามี พรบ. ผู้สูงอายุแห่งชาติ มาตั้งแต่ปี ๒๕๔๖ มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีทั้งรัฐและนอกภาครัฐร่วมขับเคลื่อน เราพยายามเดินตามหลักสากลไม่ว่าจะเป็นเรื่องปฎิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน หลักการของสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ เรามีปฎิญญาผู้สูงอายุ



ไทยเรามีแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ (ระยะ ๓ : ๒๕๖๖-๒๕๘๐) แล้ว เรามีมาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัย คนไทยอายุยืน ๔ มิติยกระดับเป็นวาระแห่งชาติ มีการจัดสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติต่อเนื่องมาหลายปี เรามีกรมกิจการผู้สูงอายุ ในกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ฯลฯ ซึ่งงานเหล่านี้เรายังมีเรื่องที่ต้องพัฒนาต่อไปอีกมาก (คณะกรรมการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภาจะเสนอรายงาน การพัฒนาระบบกิจการผู้สูงอายุให้ข้อเสนอแนะสำคัญ รวม ๑๐ ข้อ)

ในขณะเดียวกัน วันนี้เรามี “แผนพัฒนาประชากร เพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว ปี๒๕๖๕-๒๕๘๐ มุ่งเสริมสร้าง การ “เกิดดี-อยู่ดี-แก่ดี และ ตายดี” เป็นการขยายครอบคลุม ประชากรทุกช่วงวัย

ท่านผู้มีเกียรติครับ ที่นี้หันกลับมาดูเรื่อง “สังคมสูงวัย” ซึ่งเป็นเรื่องที่กว้างและใหญ่กว่าเรื่องกิจการผู้สูงอายุ “สังคมสูงวัย” หมายถึง “สังคมที่มีการเปลี่ยนผ่านประชากร โดย สัดส่วนผู้สูงอายุเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด สัดส่วนเด็ก เยาวชนและวัยแรงงานลดลงมีผลสัมพัทธ์ที่เกี่ยวข้อง และกระทบกับทุกมิติ ทุกระบบ ทุกสาขาในสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา สุขภาพ แรงงาน สิ่งแวดล้อม ความรู้ เทคโนโลยี การสื่อสาร และการจัดการของทุกภาคส่วน โดยมีระบบกิจการผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของเรื่องสังคมสูงวัย”

ผมขอเปรียบเทียบง่าย ๆ คือ “สังคมสูงวัย” เป็น เรื่องของ “บ้านเก่าแก่ทั้งหลาย” ทุกอย่างเก่า ทุกอย่างแก่ ไปหมดเช่น ระบบไฟฟ้า ระบบพลังงาน พื้นที่ใช้สอย การทำมาหากิน ทักษะคน การอยู่ร่วมกัน ฯลฯ รั้วบ้านทิ้งก็ไม่ได้ แต่ต้องพัฒนาให้ทันสมัย เท่าทันการ เปลี่ยนแปลงทั้งในแง่ของพลวัตประชากรและพลวัตด้านอื่นๆ ส่วนเรื่อง “กิจการผู้สูงอายุ” เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังที่เก่าแก่นั้น

เมื่อปี ๒๕๕๘ คณะกรรมาธิการปฏิรูปด้านสังคม สภาปฏิรูปแห่งชาติ(สปช.) ได้เสนอรายงานเรื่อง “การปฏิรูประบบเพื่รองรับสังคมสูงวัย” (ประเด็นปฏิรูปที่๓๐) เปิดกรอบความคิดเรื่องสังคมสูงวัยที่กว้างกว่า เรื่องกิจการผู้สูงอายุเป็นทางการครั้งแรกและเดือนสิงหาคม ๒๕๖๖ ที่ผ่านมาคณะกรรมาธิการพัฒนาสังคมฯ วุฒิสภา ได้เสนอรายงานเรื่อง “การสานพลังเชิงระบบรับมือสังคมสูงวัย” ต่อยอดจากงานเดิมของ สปช. มี สสส. เป็นองค์กรร่วมจัดทำรายงานหลัก ซึ่งเน้นเรื่องการรับมือกับระบบการดูแลบ้านที่เก่าแก่ไม่ใช่แค่เรื่องคนแก่เท่านั้น



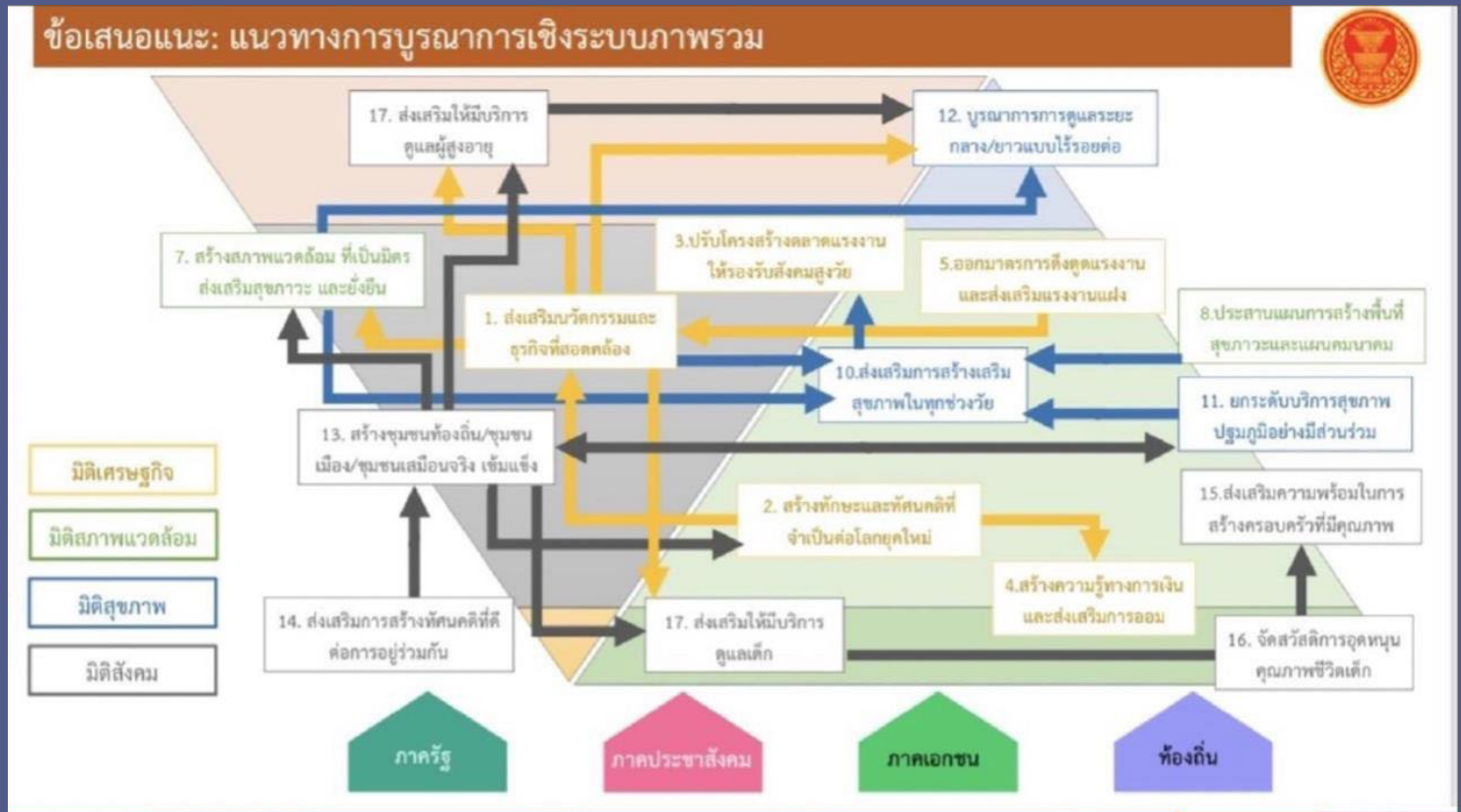
“สังคมสูงวัย : บ้านก็เก่า



คนก็แก่”

ท่านผู้มีเกียรติครับ ผมขอพูดถึงเรื่อง “บ้านที่เก่าแก่” ให้ชัดเจนลงไปอีกสักนิด โดยขอหยิบบางประเด็นจากรายงานสถานพลังเชิงระบบรองรับสังคมสูงวัย ดังนี้ ข้อเสนอแนะการสถานพลังเชิงระบบรองรับสังคมสูงวัย ๑๘ เรื่อง คือ ส่งเสริมนวัตกรรมและธุรกิจที่สอดคล้อง สร้างทักษะและทัศนคติที่จำเป็นต่อโลกยุคใหม่ ปรับโครงสร้างตลาดแรงงานให้รองรับสังคมสูงวัย สร้างความรู้ทางการเงินและส่งเสริมการออม พัฒนามาตรการการดึงดูดแรงงานและส่งเสริมการพัฒนาแรงงานแฝง วางระบบสวัสดิการถ้วนหน้าที่มีความมั่นคงทางการเงิน สร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร ส่งเสริมสุขภาวะและยั่งยืน ประสานแผนการสร้างพื้นที่สุขภาวะและแผนคมนาคม ปรับกระบวนการนโยบายประชากร ส่งเสริมการสร้างสุขภาพและสุขภาวะในทุกช่วงวัย

ยกระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบมีส่วนร่วม บูรณาการการดูแลสุขภาพระยะกลางและระยะยาวแบบไร้รอยต่อ สร้างเสริมชุมชนท้องถิ่น ชุมชนเมือง ชุมชนอื่นๆ ให้เข้มแข็ง ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการอยู่ร่วมกัน ส่งเสริมความพร้อมในการสร้างครอบครัวคุณภาพ จัดสวัสดิการอุดหนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก ส่งเสริมการจัดบริการดูแลเด็กและคนสูงอายุและสร้างความพร้อมด้านข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

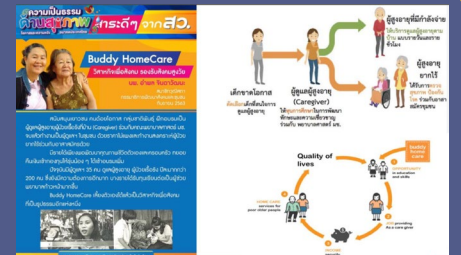


ท่านผู้มีเกียรติครับ ๑๘ ข้อนี้เป็นส่วนหนึ่งของเรื่องของสังคมสูงวัยที่เราทุกคนต้องตระหนัก เรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนระบบต่างๆ ของบ้านที่เก่าแก่ให้เท่าทันโดยต้องทำไปพร้อมๆ กับการดูแลคนแก่และคนทุกช่วงวัยที่อยู่ในบ้านซึ่งเป็นเรื่องที่ใหญ่และยาก จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกองค์กร ทุกภาคส่วนสานพลังกันทำเหมือนกับการ “แบกของหนัก” ที่ต้อง “ช่วยกันแบกหาม” จึงจะยกให้เคลื่อนที่ได้สุดท้ายนี้ผมขอเชิญท่านผู้มีเกียรติดู ๔ ภาพนี้



๑. ภาพแม่นิด ชาวบ้านคำปลาหลาย อ.อุบลรัตน์ จ. ขอนแก่น แม่นิดปลูกต้นไม้ยืนต้นนับร้อยนับพันต้นมาได้ ๒๐-๓๐ ปีแล้ว วันนี้แม่นิดบอกว่าต้นไม้มีมูลค่าสูงเป็นบ้านอายุเฉลี่ยชีวิตได้อย่างมั่นคงโดยไม่ต้องรอให้ใครมาสงเคราะห์

๒. ภาพเล่าเรื่องวิสาหกิจเพื่อสังคม Buddy Home Care พัฒนาเยาวชนพื้นที่สูงเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในเชียงใหม่



๓. ภาพกิจกรรมที่บริษัท ออโต้ อัลลายแอนซ์ (ประเทศไทย) จำกัด ที่ระยองซึ่งเป็นบริษัท ผลิตรถยนต์ ๒ ยี่ห้อมีพนักงาน ๕.๔ พันคน มีการส่งเสริมการพัฒนาพนักงานให้มีความสามารถทำงานที่หลากหลายเพื่อทำอาชีพเสริมและเตรียมอาชีพหลังเกษียณได้อย่างสวยงาม และมีกิจกรรม,พัฒนาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตพนักงานมากมาย

๔. ที่ตำบลบางด้วน อ.ปะเหลียน จ.ตรัง เขาใช้จุดพลัง คือ ท้องถิ่น ท้องที่ ท้องทุ่ง (องค์กรชุมชน)และท้องท่าน คือหน่วยงานองค์กรอื่นๆในพื้นที่ร่วมกันพัฒนาอาชีพต่อยอดเกษตรกรรมสู่การแปรรูปสินค้าขายในโลกยุคใหม่และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนทุกช่วงวัย เน้นการเตรียมคนเข้าสู่วัยสูงอายุ และมีการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ครอบคลุม รวบรวมเป็นสวรรค์บนดินเลยทีเดียว



เหล่านี้เป็นตัวอย่างเล็กๆ ยืนยันว่าเรื่องสังคมสูงวัยนั้นใหญ่และกว้างกว่าเรื่องงานกิจการผู้สูงอายุ เป็นเรื่องของการจัดการบ้านที่เก่าแก่ทั้งหลาย ซึ่งเป็นภารกิจของทุกคน ทุกภาคส่วนเป็น “การรับมือสังคมสูงวัย” ที่ต้องช่วยกันลงมือทำและต้องสานพลังกันทำให้จริงจังในทุกด้านโดยภาครัฐต้องเข้าใจให้ถูกต้องและส่งเสริมสนับสนุนให้ถูกทิศทาง

เรื่องการจัดการบ้านเก่า เป็นภารกิจของทุกภาคส่วนที่ต้องช่วยกันทำ “รับมือสังคมสูงวัยไม่ใช่เรื่องของใครแต่เป็นเรื่องของทุกคน”

รายงานการขับเคลื่อน

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ มติ ๓
เรื่องหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

และ

รายงานความก้าวหน้า

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้กำหนด
ให้ต้องรายงานในปี พ.ศ. ๒๕๖๖



รายงานการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ มติ ๓ เรื่องหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

“ชี้เป้า หลักประกันรายได้ สู่คุณภาพชีวิตเมื่อวัยสูงอายุ”

๑. ความเป็นมา

“หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖ มีมติเห็นชอบมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ และที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ มีมติรับทราบพร้อมมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภารกิจหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง

ทั้งนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ให้มีการบรรจุเรื่องการขับเคลื่อนหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒. แนวคิดและสาระสำคัญ

จากสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นปีละ ๑ ล้านคน ต่อเนื่องไปอีก ๒๐ ปี ขณะที่ประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศไทยอยู่ในภาคการจ้างงานนอกระบบ ซึ่งแรงงานกลุ่มนี้มักเข้าไม่ถึงระบบประกันสังคมในปัจจุบันและไม่มีความมั่นคงทางรายได้เมื่อชราภาพ รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวบางส่วนต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้ขาดรายได้จากการทำงาน ความมั่นคงด้านรายได้และการเตรียมความพร้อมจึงถือเป็นความท้าทายภายใต้บริบทสังคมสูงวัย สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมของไทย ตลอดจนแนวโน้มเศรษฐกิจโลกและไทยในปี ๒๕๖๖ ที่มีแนวโน้มถดถอยและมีความผันผวนสูง ผสมกับวิกฤตโควิด-19 ที่ผ่านมา ได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจไทยเป็นอย่างมาก

ขณะเดียวกัน ประเทศไทยมีนโยบายและแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขสภาพปัญหาดังกล่าว เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ มีเป้าหมายหลักในการพัฒนาคนสำหรับโลกยุคใหม่ให้มีคุณภาพ มีสมรรถนะสูงเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ, แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๘๐) ที่ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ยุกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประกอบกับต้นทุนทางภูมิปัญญาท้องถิ่นตามบริบทวัฒนธรรมและพื้นที่ที่มีความหลากหลาย จึงเป็นโอกาสที่จะพัฒนาผู้สูงอายุไทยให้มีพหุพลัง (Active ageing) สามารถทำงานและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคนหลายวัยได้อย่างหนุนเสริมซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีประสบการณ์ความสำเร็จด้านระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นสิทธิด้านสุขภาพแบบถ้วนหน้า ที่สามารถช่วยลดความยากจนจากค่ารักษาพยาบาลและป้องกันการเกิดภาวะ

ล้มละลายจากภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนได้ ดังนั้น ประเทศไทยจึงมีทั้งความจำเป็นและความพร้อมในการจัดให้มีระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่คนในสังคมทุกช่วงวัย ทุกสาขาอาชีพ และทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมและเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน

การสร้างให้เกิดหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบหลักที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบและต้องขับเคลื่อนไปด้วยกัน ได้แก่ (๑) การพัฒนาผลิตภาพประชากร การมีงานทำและมีรายได้จากการทำงานที่เหมาะสมตลอดช่วงวัย (๒) เงินอุดหนุนที่เพียงพอต่อการดำรงชีพที่ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับ และบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ การขยายฐานภาษี และการปฏิรูปงบประมาณ (๓) การออมระยะยาว การบริหารจัดการการเงินเพื่อยามชราภาพที่เชื่อมโยงทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระดับที่สูงขึ้น โดยมีการออมรวมหมู่ ที่ครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน (๔) การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) ระบบการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ระบบการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการป้องกันโรคหรือภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ และ (๕) การดูแลและการบริหารจัดการโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสร้างความเป็นธรรมไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุของประชาชนทุกคน



๓. การรายงานการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ ๑๕.๓ หลักประกันรายได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ในมิติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ.๒๕๖๖

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายจำนวน ๕๕ ภาคีเครือข่าย เพื่อเตรียมการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ มิติ ๑๕.๓ หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมา ได้มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องทั้งด้านนโยบาย ด้านวิชาการ และด้านสังคม สรุปผลการดำเนินงานสำคัญดังนี้

๓.๑ การขับเคลื่อนงานด้านนโยบายและวิชาการ โดยมีคณะทำงานพัฒนาประเด็นหลักประกันรายได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นกลไกสำคัญ มีแนวทางสำคัญ คือ การมุ่งสู่เป้าหมายหลักคือ ภายใน ๓ - ๕ ปีข้างหน้า ต้องมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่ชัดเจนสำหรับรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้แนวคิด ๕ เสาหลักที่ทำให้เกิดความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับภารกิจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานรวมถึงสถานการณ์ทางการเมืองในปัจจุบัน ซึ่งได้มีกระบวนการขับเคลื่อนเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖ ร่วมกับคณะเศรษฐศาสตร์และศูนย์วิจัยความเหลื่อมล้ำและนโยบายสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (มธ.) ได้จัดเวทีเสวนาวิชาการหัวข้อ “ระบบบำนาญแห่งชาติเพื่อความเป็นธรรมและยั่งยืน สู่นโยบายพรรคการเมืองด้านระบบความคุ้มครองทางสังคมในผู้สูงอายุ” โดย เห็นพ้องต้องกันว่า ความสำเร็จของระบบบำนาญแห่งชาติจะเกิดขึ้นได้ อยู่ที่การสร้างเจตนารมณ์ทางสังคมร่วมกัน จนเกิดเป็นนโยบายทางการเมือง และเกิดการตัดสินใจเชิงนโยบายของประเทศในท้ายที่สุด

๓.๒ การดำเนินงานด้านสังคม โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP), องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ThaiPBS) คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และสภาองค์กรของผู้บริโภค ขับเคลื่อนงานผ่านการจัดเวทีสนทนานโยบายสาธารณะ (Policy Dialogue) มุ่งสื่อสารและสร้างกระแสกระตุ้นให้สังคมเกิดความตื่นตัวสำหรับการเตรียมวางแผนชีวิตระยะยาว ทำให้เกิดพื้นที่แลกเปลี่ยนความเห็นและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับบริบทสังคม สามารถใช้เป็นฐานข้อมูลด้านงานวิชาการ และนำไปสู่การขับเคลื่อนให้เกิดรูปธรรมทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะในช่วงการเลือกตั้งใหญ่ ปี ๒๕๖๖ ที่สอดคล้องกับกระแสการหาเสียงของพรรคการเมืองต่างๆ โดยมีเวทีสาธารณะ ดังนี้

๓.๒.๑ เวทีสนทนานโยบายสาธารณะ “ไทยพร้อมยัง...ที่จะมีหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” เมื่อที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖ ผู้บริหารระดับสูงจาก ๖ หน่วยงาน ประกอบด้วย สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) กรมกิจการผู้สูงอายุ และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.) ได้แลกเปลี่ยนสถานการณ์ที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตลอดจนกลไก แผนการดำเนินงาน และความเป็นไปได้ในการสร้างหลักประกันรายได้เพื่อรองรับสังคมสูงวัย รวมถึงที่มาของงบประมาณและแนวทางที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนงานสู่รูปธรรม พร้อมหนุนพรรคการเมืองให้เดินหน้าสร้างสวัสดิการ “บำนาญสูงอายุ” สอดรับกับข้อเสนอของผู้แทนพรรคการเมือง

๓.๒.๒ เวทีสนทนานโยบายสาธารณะเรื่อง “พรรคการเมืองกับหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” เมื่อวันที่ ๒๗ เมษายน ๒๕๖๖ โดยทุกพรรคการเมืองต่างเห็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกันว่า ถึงเวลาที่ประเทศไทยต้องมีระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิต

ที่ดีของผู้สูงอายุ เป็นระบบสวัสดิการถ้วนหน้าต่อยอดจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และทุกพรรคมีนโยบายที่จะเดินหน้าในเรื่องนี้ ถือเป็นสัญญาประชาคมของพรรคการเมืองที่ให้กับประชาชนก่อนการเลือกตั้งใหญ่ และเป็นไปตามเป้าหมายของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ ที่ได้รับฉันทมติจากทุกภาคส่วนในว่าประเทศไทยมีความจำเป็นและความพร้อมที่จะดำเนินการขับเคลื่อนเรื่องนี้ให้เกิดรูปธรรม

๓.๓ การประชุมปรึกษาหารือการขับเคลื่อนและติดตามมติ ๑๕.๓ หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ คณะทำงานฯ มีความเห็นร่วมกันในการเสนอให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดทำเส้นทางเดินมติ (Road map) และแผนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและครอบคลุม



การเสวนา “จับตาเสาหลัก: ตัวชี้วัดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” ภายในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ.๒๕๖๖

เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สถานการณ์สำคัญ แนวคิด และการเชื่อมโยงทั้ง ๕ เสาหลัก เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงความก้าวหน้า ความสำเร็จ รวมถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่การติดตาม และหนุนเสริมการขับเคลื่อนต่อไปร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ และสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวิทยากรและผู้ดำเนินรายการ ดังนี้

วิทยากร

(๑) นายแพทย์ถาวร สกุกพานิชย์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
(ประเด็นการมีรายได้ของผู้สูงอายุ)

(๒) นางสาวจรัสลักษณ์ เรืองสุวรรณ

เลขาธิการคณะกรรมการกองทุนการออมแห่งชาติ
(ประเด็นการสะสมเงินออมยามสูงวัย)

(๓) ดร.ทีปกร จิริฐิติกุลชัย

อนุกรรมการติดตามการวางระบบบำนาญพื้นฐานประชาชน
(ประเด็นระบบบำนาญพื้นฐานประชาชน)



ข้อเสนอ

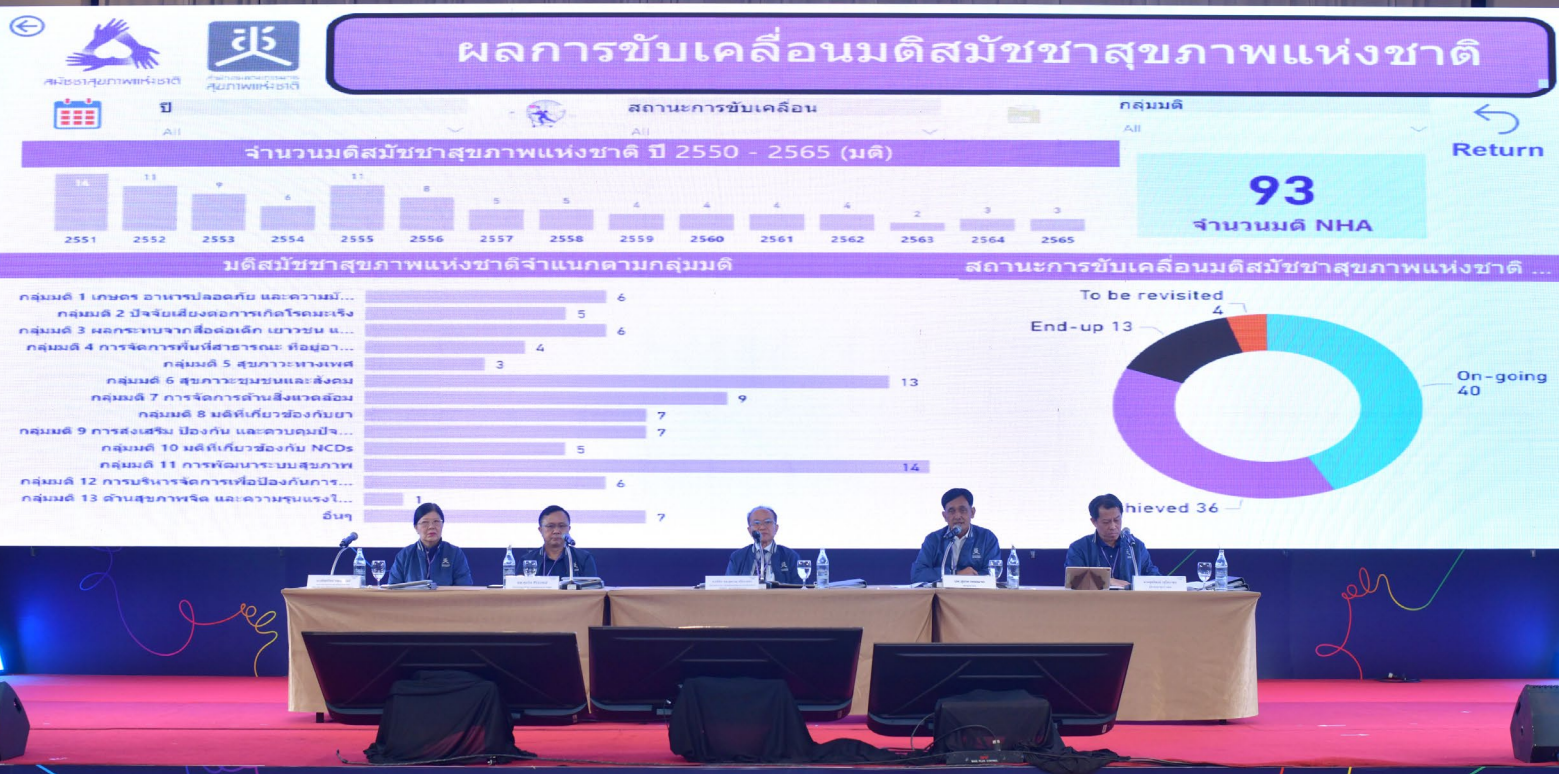
จึงเรียนมาเพื่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ รับทราบ และขอให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) จัดกระบวนการออกแบบและทำเส้นทางเดินมติ (Road Map) และแผนการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงาน องค์กร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

รายงานความก้าวหน้า มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้กำหนดให้ต้องรายงานในปี พ.ศ. ๒๕๖๖

รายงานความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและขึ้นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา รองประธานกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสม.) กล่าวรายงานผลการติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไว้ว่า ภายหลังจากที่มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๕๐ ได้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่พุทธศักราช ๒๕๕๑ มาแล้วจำนวน ๑๕ ครั้ง รวมจำนวน ๙๓ มติ โดยมีกลไกติดตามการขับเคลื่อนคือ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือ คสม. ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และได้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๒ คณะ ได้แก่ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาฯ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข มีนายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาฯ เกี่ยวข้องกับสุขภาพสังคมและสุขภาวะ มีนางทิพย์รัตน์ นพดารมย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นประธาน

การรายงานความก้าวหน้ามติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนี้ แบ่งออกเป็น ๔ ช่วง คือ ๑. การรายงานความก้าวหน้าของมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้กำหนดไว้ให้ต้องรายงานในปี พุทธศักราช ๒๕๖๖ ประกอบด้วย มติ ๖.๓ แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาวะชุมชน มติ ๑๔.๒ การคุ้มครองการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะในวิกฤตอย่างเป็นธรรม มติ ๑๔.๓ การจัดการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ มติ ๑๕.๑ การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน และมติ ๑๕.๒ การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (รายละเอียดดัง QR Code ที่อยู่ด้านล่าง) ๒. การขึ้นชมรูปธรรมการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุขและด้านสุขภาพสังคมและสุขภาวะ รวมทั้งการขึ้นชมภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ที่ได้ร่วมกันขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และมีการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย ๓. การกล่าวเจตนารมณ์เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านมา และ ๔. การสรุปสถานการณ์ขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และแนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในระยะต่อไป



สถานะความก้าวหน้าของมิติสุขภาพแห่งชาติ สามารถสรุปผลได้ดังนี้

- (๑) มิติสุขภาพฯ ที่มีการขับเคลื่อนโดยกระบวนการและกลไกนโยบายที่มีอยู่ (Achieved) มีจำนวน ๓๖ มิติ
- (๒) มิติสุขภาพฯ ที่กำลังขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง (On-going) มีจำนวน ๔๐ มิติ
- (๓) มิติสุขภาพฯ ที่ทำการทบทวนมิติ (To be revisited) มีจำนวน ๔ มิติ
- (๔) มิติที่ควรยุติการรายงานการขับเคลื่อน (To be revisited) เนื่องจาก ๑) เป็นมิติที่บรรลุในเนื้อหาครบทุกข้อ ๒) มีมิติใหม่ครอบคลุมมิติเดิม และ ๓) มิติไม่สอดคล้องกับบริบทและสถานะทางสังคมที่มีเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๓ มิติ

ทั้งนี้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้รวบรวมผลการขับเคลื่อนมิติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑ - ๑๕ ไว้ในเว็บไซต์ ผู้ที่สนใจสามารถเข้าไปติดตามได้ที่ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (รายละเอียดดัง QR Code ที่อยู่ด้านล่าง)

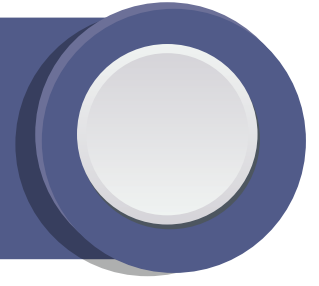


รายงานความก้าวหน้ามิติ
ในเวทีสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖



ข้อมูลความก้าวหน้า
มติงานสุขภาพแห่งชาติ

เสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อน มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ



ซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างพื้นที่เรียนรู้กระบวนการนโยบายสาธารณะที่หลากหลาย ส่งเสริมการมีส่วนร่วม สร้างกระแส และกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในประเด็นที่สังคมสนใจ ดังนี้

๑. เส้นทางการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายของระบบเกษตร อาหารปลอดภัย ความมั่นคงทางอาหาร

๒. เวทีสานพลังขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (RDU) “ระบบสุขภาพปฐมภูมิยุคใหม่กับภารกิจท้าทาย - ด้านหน้าสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล”

๓. เสวนาสาธารณะ “สานพลัง ผังเมืองสร้างสุขภาวะ”

๔. เวที “เรียนรู้ เรียนรู้ ขับเคลื่อนสังคมสูงวัย”

๕. เวทีเสวนา “นวัตกรรมการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย”

๖. เวทีสานเสวนา “บุรีไฟฟ้า มหันตภัยไม่เจียบ ลำเด็กเยาวชนไทย”

๗. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย กรณี “การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ”

๘. การส่งเสริมพัฒนาสุขภาวะทางจิต “การออกกำลังใจ...ใครก็ทำได้”

๙. การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายของสถานชีวาภิบาลโดยองค์กรพระพุทธศาสนา

๑๐. การประกาศเจตนารมณ์และพิธีลงนามความร่วมมือ “การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ระหว่างหน่วยงาน ภาควิ และผู้ประกอบการร้านอาหาร

เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสร้างพื้นที่เรียนรู้กระบวนการนโยบายสาธารณะที่หลากหลาย ส่งเสริมการมีส่วนร่วม สร้างกระแสและกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในประเด็นที่กำลังเป็นประเด็นของสังคม ที่อาจนำไปสู่การขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมหรือการพัฒนาประเด็นนโยบายร่วมกัน รูปแบบกิจกรรมเป็นเวทีเสวนา โดยมีวิทยากรและผู้ดำเนินรายการตามเนื้อหาหลักของแต่ละประเด็น มีการเปิดให้แลกเปลี่ยนซักถาม การจัดประชุมเป็นแบบผสมผสานทั้งใน

สถานที่และแบบออนไลน์ โดยมีผู้แทนจากหน่วยงาน/เครือข่ายหลักที่เกี่ยวข้องบางส่วนที่เข้าร่วมกิจกรรม เนื้อหาที่นำมาจัดกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ประกอบด้วย

๑. การแลกเปลี่ยนการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วย

๑.๑ กลุ่มมติเกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร ภายใต้หัวข้อ “เส้นทางการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายของระบบเกษตร อาหารปลอดภัย” จัดขึ้นในวันที่ ๒๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม BB๔๐๑ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ มีสาระสำคัญของเนื้อหา มีดังนี้

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้องกับเกษตร อาหารปลอดภัยและความมั่นคงทางอาหาร มีทั้งสิ้น ๖ มติ แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ มติความมั่นคงทางอาหาร กลุ่มที่ ๒ ความปลอดภัยทางอาหาร และกลุ่มที่ ๓ กลุ่มมติที่มีเป้าหมายเฉพาะ เช่น สุขภาวะชาวนา และระบบอาหารในโรงเรียน มีความก้าวหน้าที่สำคัญ คือ

- กลุ่มที่ ๑ มติความมั่นคงทางอาหาร มีการบรรจุเรื่องความมั่นคงทางอาหารไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ ทำให้ประเทศมีกลยุทธ์และมาตรการในการตอบโต้ภาวะวิกฤตของห่วงโซ่อาหารทั้งระบบ

- กลุ่มที่ ๒ มติอาหารปลอดภัย มีการยกเลิกการใช้สารเคมี อาทิเช่น ไดโครโตฟอส อีพีเอ็น และกรมวิชาการเกษตรไม่ต่อใบลงทะเบียนคาร์โบฟูราน และเมโทมิล และล่าสุดมีการแบนพาราควอตและคลอไพริฟอส และจำกัดการใช้ไกรโฟเซต ทำให้ปริมาณนำเข้าสารเคมีลดลง ซึ่งพบว่า ผลตอบแทนจากการแบนสารเคมีมีความคุ้มค่า เทียบกับเงินลงทุน ๑ บาท ได้ผลกลับคืนมา ๔๐ บาท

- กลุ่มที่ ๓ มติที่มีเป้าหมายเฉพาะ มีการปรับปรุงคณะกรรมการนโยบายและบริหารข้าวแห่งชาติ โดยเพิ่มสัดส่วนสภาเกษตรกรเข้าไปมีส่วนร่วม และแต่งตั้งองค์กรชาวนาเข้าไปเป็นอนุกรรมการกำกับติดตามบริหารจัดการข้าวในระดับจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็มีการจัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของชาวนา ส่วนเรื่องระบบอาหารในโรงเรียนมีการเพิ่มค่าหัวอาหารกลางวันจาก ๑๓ บาท เป็น ๒๐ บาท ปัจจุบัน ครม.ปรับเพิ่มเป็น ๒๒ - ๓๖ บาท และมีความพยายามที่จะเชื่อมโยงระบบอาหารปลอดภัยเข้าสู่โรงเรียน

ข้อท้าทายต่อการขับเคลื่อนระบบเกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร ประกอบด้วย ๑) คุณภาพของอาหารที่ได้รับ ๒) ภาวะสงครามและโรคระบาด ๓) การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ๔) โลกกำลังเผชิญหน้ากับการขาดแคลนน้ำและสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ และ ๕) ผลตอบแทนที่เป็นธรรมของเกษตรกรที่เป็นธรรมยังไม่เกิดขึ้นจริง

ที่ประชุมได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีข้อเสนอต่อการพัฒนาขับเคลื่อนระบบเกษตรและอาหารปลอดภัยในระยะต่อไป คือ ๑) การพัฒนาการเกษตรควรให้ความสำคัญกับระบบนิเวศและวัฒนธรรมของชุมชน ๒) สนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจ ๓) สร้างสิทธิพลเมืองทางด้านอาหาร และ ๔) มีระบบการเฝ้าระวังอาหารที่ปลอดภัยแบบมีส่วนร่วม



๑.๒ เวทีสานพลังขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพฯ มติการจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไร้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (RDU) ภายใต้หัวข้อระบบสุขภาพปฐมภูมิยุคใหม่กับภารกิจท้าทาย – ด้านหน้าสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล จัดขึ้นในวันที่ ๒๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม BB๔๐๒ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ มีสาระสำคัญของเนื้อหา มีดังนี้

แม้ประเทศไทยจะได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้นำด้านสุขภาพในระดับต้นๆ อาทิ เป็นอันดับ ๖ ด้านความมั่นคงทางสุขภาพในปี ๒๕๖๒ และเป็นอันดับ ๘ ของประเทศที่มีระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุดในปี ๒๕๖๔ แต่ประเทศไทยก็ยังมีสิ่งที่ต้องพัฒนา คือ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการใช้ยาในระบบสุขภาพปฐมภูมิซึ่งใกล้ชิดกับประชาชน ครอบคลุมทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐ (รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว) คลินิกเอกชน ร้านขายยาในชุมชน และ การใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย โดยมีเรื่องแหล่งกระจายยา การเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ความคิด ความเชื่อและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งต่อความเจ็บป่วยจากยาอีกด้วย ปัญหานี้เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างยาวนานมากกว่า ๔๐ ปี

ปัจจุบันได้มีการผลักดันการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นนโยบายของประเทศ มีการขับเคลื่อนจากระดับชาติสู่พื้นที่ ทั้งการกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดในระดับจังหวัดเพื่อการยกระดับคุณภาพของสถานบริการสุขภาพ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดยอาศัยกลไกของภาครัฐและภาคประชาชนมาร่วมกันขับเคลื่อน นอกจากนี้ ยังเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพปฐมภูมิตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ การมีสถานบริการสุขภาพเอกชนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการ

สุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมไปถึงการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้บริโศก ภายใต้ พ.ร.บ.การจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ.๒๕๖๒ ซึ่งการดำเนินงานเหล่านี้ถือเป็นโอกาสที่จะช่วยหนุนเสริมการขับเคลื่อนการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลยังมีข้อท้าทายที่ต้องเร่งพัฒนา คือ การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับประชาชน เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ทำให้หลงเชื่อการโฆษณาทางสื่อออนไลน์ และมีการส่งต่อข้อมูลโดยขาดการตรวจสอบข้อเท็จจริง

๑.๓ สานพลัง ผังเมืองสร้างสุขภาพเป็นกรอบแนวทางเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทุกมิติที่เกี่ยวกับการจัดการพื้นที่และกำหนดผังเมืองในประเด็นพื้นที่ต่างๆ จัดขึ้นในวันที่ ๒๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๓๐ – ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุม BB๔๐๖ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ มีสาระสำคัญของเนื้อหา มีดังนี้

การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย มีกฎหมายสำคัญคือ



พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกำหนดให้มีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นกรอบและทิศทางพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกัน สำหรับกฎหมายที่รองรับการพัฒนาเมืองก็มี พ.ร.บ.การผังเมือง พ.ศ.๒๕๖๖ ที่กำหนดให้มีธรรมนูญผังเมืองเป็นเครื่องมือในการบูรณาการการพัฒนาเชิงพื้นที่ในแต่ละสาขา เพื่อให้สอดคล้อง ยุทธศาสตร์ชาติและทิศทางนโยบายของประเทศ นำมาสู่การใช้ประโยชน์พื้นที่เมือง ชนบท และพื้นที่อนุรักษ์ ต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทต่าง ๆ เช่น ทิศทางการพัฒนาของโลก การพัฒนาที่ยั่งยืน BCG ฯลฯ โดยมีวิสัยทัศน์ที่สำคัญ คือ “การเชื่อมโยงการพัฒนาทุกมิติ สร้างสรรค์นวัตกรรมพร้อมรับ การเติบโตอย่างยั่งยืน” ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประเทศไทยมีการพัฒนาพื้นที่ด้าน ความเชื่อมโยง ด้านนวัตกรรม และด้านความยั่งยืน

๒. การเสวนาประเด็นที่สังคมให้ความสนใจ ประกอบด้วย

๒.๑ เรียนรู้ เรียนลัด ขับเคลื่อนสังคมสูงวัย จัดกิจกรรมในวันที่ ๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๓๐ น. ณ ห้องประชุม BB๔๐๑ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ มีสาระสำคัญของเนื้อหา มีดังนี้

จากที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยประชากรกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่า ๑๒ ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนราว ๑ ใน ๖ ของประชากรไทย ถือเป็นอันดับ ๒ ในกลุ่มประเทศอาเซียน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว มีการจัดทำ แนวทาง Health Cities – เมืองสุขภาพดี แนวทาง สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อสังคมสูงวัย และคู่มือการพัฒนาโปรแกรมชาติเพื่อสนับสนุนเมืองและชุมชน ที่เป็นมิตรต่อสังคมสูงวัย

สำนักงานประสานนโยบายรองรับสังคมสูงวัย ซึ่งทำงานขับเคลื่อนรองรับสังคมสูงวัยในระดับ ตำบลได้ถอดบทเรียนแนวทางการพัฒนาสังคม รองรับสังคมสูงวัยในระดับพื้นที่ พบว่า เงื่อนไข



ปัจจัยที่จะนำไปสู่ความสำเร็จและความยั่งยืนมี ๑๐ ประการ คือ ๑) ต้องมีระบบเชิงโครงสร้างและกลไกที่ช่วยจัดการความสัมพันธ์ของกลุ่มและชุมชน ๒) การก่อตัวทางความคิดในระดับแกนนำ ใช้ประสานความร่วมมือกับท้องถิ่น ภาคประชาสังคมในพื้นที่ และภาคเอกชน ๓) แกนนำและทีมงานมีศักยภาพ ๔) มีกลุ่มกิจกรรมภายในชุมชนที่หลากหลาย ปฏิบัติการจริง ทำอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับวิถีชุมชน ๕) มีระบบบริหารจัดการที่ดี มีสถานที่ มีคนทำงาน มีเงินทุนและวัสดุอุปกรณ์ ๖) มีข้อมูล ความรู้ เทคโนโลยี มีเรื่องเล่าความสำเร็จ และมีสื่อการเรียนรู้ ๗) กระบวนการเรียนรู้ที่มีคุณภาพหลากหลาย ดึงดูดใจทำงานต่อเนื่อง ๘) มีการสื่อสารภายใน/การสื่อสารสาธารณะที่เข้าถึงได้ง่าย ๙) มีการเชื่อมโยงกับภายนอก และ ๑๐) สามารถพึ่งตนเองได้ในระยะยาว ทั้งระบบสวัสดิการกองทุน แหล่งทุนต่าง ๆ ได้

ที่ผ่านมา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ขับเคลื่อนประเด็นสังคมสูงวัย โดยผลักดันในเชิงนโยบายและทำหน้าที่เป็นช่างเชื่อมการทำงานกับภาคส่วนต่างๆ อาทิกระทรวงมหาดไทย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และใช้กลไกต่างๆ ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเข้ามาสนับสนุนการทำงานเรื่องนี้

๒.๒ นวัตกรรมกำกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย
จัดกิจกรรมในวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๓๐ น. ณ ห้องประชุม BB๔๐๒ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ มีสาระสำคัญของเนื้อหา มีดังนี้

ปัจจุบันสังคมโลกเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว การพัฒนานโยบายสาธารณะจึงต้องพัฒนาเครื่องมือหรือวิธีการใหม่ๆ อาทิ การทำ

แผนภาพเพื่อดูความเชื่อมโยง (System mapping) ทั้งการเชื่อมโยงระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีเพื่อให้เห็นภาพของพื้นที่ที่จะขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ การทบทวนแผนก่อนนำไปใช้ (Transformation review) การประเมินแผนนำไปทดลองใช้ทำเป็น pilot หรือ sand box ในหลายพื้นที่ก่อนเอาไปใช้จริง

มีเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ได้แก่ Social listening การรวบรวมความคิดเห็นทางออนไลน์ทาง Social media เพื่อนำไปพัฒนานโยบายสาธารณะ และ Policy dialogue เพื่อหารือในเชิงนโยบายจากภาคีหลายภาคส่วน สำหรับการทำงานแบบบูรณาการของแต่ละภาคส่วนและใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น ยังต้องอาศัยการสร้างความเข้าใจและการยอมรับซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือแก้ปัญหาในประเด็นเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่มาจากเสียงของประชาชนจากกระบวนการมีส่วนร่วม นั้น จำเป็นต้องส่งต่อไปยังภาครัฐหรือฝ่ายนิติบัญญัติ จึงต้องมีช่องทางหรือพื้นที่กลางที่ภาคประชาชนสามารถสื่อสารให้ภาครัฐตอบรับนโยบายกลไกหนึ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนนโยบายของประชาชนสู่นิติบัญญัติได้ คือ กลไกของกรรมาธิการต่างๆ ที่จะเป็นตัวกลางเชื่อมประสานระหว่างภาคประชาชนและภาครัฐ





๒.๓ บุรีไฟฟ้า มหันตภัยไม่เจียบ ลำเด็กเยาวชนไทย จัดกิจกรรมในวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๓๐ น. ณ ห้องประชุม BB๔๐๖ โรงแรมเซ็นทารา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ มีสาระสำคัญของเนื้อหา มีดังนี้

องค์การอนามัยโลกประเทศไทยได้แสดงความกังวลสถานการณ์บุรีไฟฟ้าในเยาวชนไทยที่พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าได้ระบาดมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง ๑๕-๒๔ ปี มีจำนวนถึงร้อยละ ๓๐.๕ ของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมด และมีผู้สูบบุหรี่ใหม่เพิ่มขึ้น มากกว่า ๑๐ เท่า โดยในกลุ่มเด็กจะสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเดิมจาก ๗๐,๐๐๐ ราย ในปี ๒๕๖๔ เป็น ๗๐๐,๐๐๐ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) โดยพบว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรีธรรมดา (dual users) เพิ่มขึ้นถึง ๗ เท่า ซึ่งเป็นการย้ำว่าบุรีไฟฟ้าเป็นประตูสู่การสูบบุหรี่ธรรมดาและสารเสพติดชนิดอื่นๆ เช่น สุรา กัญชา เป็นต้น ประกอบกับปัจจุบันบุรีไฟฟ้ารุ่นใหม่ (Toy Pod) มีการทำการตลาดที่เน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและเยาวชนมากขึ้น โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปลักษณะของผลิตภัณฑ์ที่ทำให้มีความห่างไกลจากบุรีไฟฟ้าแบบเดิมมากที่สุด การสร้างมายาคติของบุรีไฟฟ้า รวมถึงความพยายามในการแก้ไขกฎหมายบุรีไฟฟ้า ปัจจัยของการระบาดของบุรีไฟฟ้ามีความเชื่อมโยงกับอำนาจของการตลาดและธุรกิจโดยเฉพาะบริษัทข้ามชาติที่สนับสนุนให้เกิดการบริโภคที่ไม่ดีต่อสุขภาพ หรือที่เรียกว่า ปัจจัยทางการค้ากำหนด

สุขภาพ (Commercial Determinant of Health) ทำให้ในปัจจุบันมีการระบาดไปในกลุ่มเด็กและเยาวชนอย่างแพร่หลาย จึงมีความจำเป็นต้องปกป้องเด็กและเยาวชนไทยให้ปลอดภัยจากการใช้บุรีไฟฟ้า

มาตรการในการป้องกันแก้ไขและปกป้องเยาวชนของประเทศไทยในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายการควบคุมการนำเข้า การจำหน่าย ห้ามครอบครองบุรีไฟฟ้า แต่ยังมีปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย รวมไปถึงช่องว่างทางกฎหมายทำให้ยังคงมีการซื้อขายบุรีไฟฟ้าทางออนไลน์กันอย่างแพร่หลายต่อเนื่อง และทั้งนี้บริษัทบุรีและเครือข่ายบุรีไฟฟ้ามุ่งใช้กลยุทธ์ในการแทรกแซงอุตสาหกรรมยาสูบบุรีไฟฟ้าเพื่อยกเลิกการแบนในไทย โดยการเคลื่อนไหวโดยองค์กรบงกช ล็อบบี้ผู้มีอำนาจ สื่อสารบิดเบือนข้อมูล ช่มชู้ดิสเครดิตและสนับสนุนงานวิจัยเพื่อบิดเบือนข้อเท็จจริง รวมถึงมีความพยายามของบริษัทผลิตบุรีไฟฟ้าในการแทรกแซงนโยบายบุรีไฟฟ้าของประเทศไทย โดยมีความพยายามในการยกเลิกกฎหมายที่ควบคุมการจำหน่าย การครอบครอง การนำเข้าบุรีไฟฟ้าในประเทศไทย

ดังนั้นภาคประชาสังคมควรรู้เท่าทันและควรมีบทบาทสำคัญ ในการตรวจสอบและเปิดโปงข้อเท็จจริง ผ่านกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมทำให้เรื่องบุรีไฟฟ้าเป็นเรื่องไม่ปกติ มีนโยบายและมาตรการในการควบคุม และคงไว้ซึ่งกฎหมายบุรีไฟฟ้า มุ่งเป้าการลดนักสูบบุหรี่ใหม่ โดยการควบคุมและป้องกันไม่ให้บุรีไฟฟ้าเข้าถึงเด็กและเยาวชนในแง่มุมต่างๆ ทั้งการสร้างสื่อเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมหันตภัยของบุรีไฟฟ้า และการร่างกฎหมายเพื่อห้ามครอบครอง สูบ นำเข้าบุรีไฟฟ้าในโรงเรียน เพื่อเป็นการปกป้องเด็กและเยาวชนไทยให้ปลอดภัยจากบุรีไฟฟ้า จึงขอให้ภาคประชาสังคมและเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดทั่วประเทศ ได้ดำเนินการขับเคลื่อนเรื่องนี้ร่วมกัน

๓. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลานสมัชชา ประกอบด้วย

๓.๑ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย กรณี “การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ”

“การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” ได้รับการบรรจุไว้ใน “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕” ที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นที่เรียบร้อยแล้วเมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นกรอบทิศทางระบบสุขภาพไทยภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ที่มุ่งสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ทุกภาคส่วนสามารถทำความเข้าใจและนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่มีเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพไปใช้อ้างอิงและปฏิบัติได้ตามบทบาทหน้าที่ของตนได้

“การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ หมายถึง การดูแลผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย และเป็นธรรม จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ที่มุ่งสู่เป้าหมายให้ประชาชนหรือผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายอย่างมีศักดิ์ศรี ได้บริโภคผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ไม่มีการเลือกปฏิบัติ และยึดหลักที่ว่า สุขภาพสำคัญกว่าการค้า มีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้บริโภคที่สามารถดูแลไปถึงผู้บริโภคที่เปราะบางที่สุด โดยสภาองค์กรของผู้บริโภคจะเป็นองค์กรที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานคุ้มครองผู้บริโภคต่าง ๆ และสามารถลดช่องว่างของการบูรณาการร่วมกัน มีการปรับปรุงกฎหมายให้สามารถเท่าทันกับปัญหาที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ซื้อขายกันทางออนไลน์ พร้อม ๆ กับ

การปรับปรุงประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายให้ตอบสนองต่อปัญหาให้ได้มากขึ้น และให้มีกลไกฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัย

การรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยกรณี “การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ” เป็นการนำเสนอผลการติดตามสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพตามตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้นในเบื้องต้น และบทบาทประสบการณ์ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่ายได้เรียนรู้ร่วมกันอย่างสมานฉันท์ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ ภายใต้ประเด็นหลัก “ความเป็นธรรมทางสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย”



วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ซึ่งเป็นกรอบทิศทางระบบสุขภาพของประเทศ

๒. เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

- องค์การผู้บริโภคมียุทธศาสตร์หน่วยงานในจังหวัด “องค์กรลูกเจี๊ยบ” เริ่มต้นที่ ๑๕ จังหวัด นำร่อง เตรียมกระจายให้ครบถ้วนเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในระดับจังหวัด

- การขึ้นทะเบียนองค์กร และบทบาท ทำให้องค์กรเข้มแข็ง สปน.หน้าที่รับขึ้นทะเบียน ปัจจุบันมี ๓๓๔ องค์กร แม้จะยังไม่ครบทั่วประเทศแต่มีเป้าที่จะกระจายครบใน ๔ ภาค ๗๖ จังหวัด

- บทบาทขององค์กรคุ้มครองผู้บริโภค

- การสนับสนุนความเข้มแข็งของผู้บริโภค
- การคุ้มครองพิทักษ์สิทธิ แก้ไขเรื่องร้องเรียนด้านต่าง ๆ
- การให้ความรู้ อาหารและยา ระบบสุขภาพ การเฝ้าระวังที่เป็นธรรม
- การพัฒนาข้อเสนอนโยบายกระตุ้นติดตามแก้ไขและผลักดันข้อเสนอ

โดยมีการประสานความร่วมมือ ๒๒ องค์กร การขับเคลื่อนเน้นไปที่การทำงานบูรณาการร่วมกัน โดยมีแผนการทำงาน มีการทำงานเชื่อมโยงข้อมูล บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการให้ความรู้ผ่าน โรงเรียน อาสาสมัคร สคบ.เพื่อให้ความรู้กับผู้บริโภคในชุมชน

* การขับเคลื่อน งานวิชาการ ผ่านการพัฒนาศักยภาพให้ชุมชน empower ให้องค์กรผู้บริโภคและทุกส่วนตื่นตัว ทำให้เห็นเทรนด์การบริโภคที่เปลี่ยนไป แต่การตรวจสอบความปลอดภัยไม่ทั่วถึง

ประเด็นข้อท้าทายจะเป็นเรื่อง สื่อ internet ที่ทุกฝ่ายกำลังพยายามช่วยกันปิด gab

ผลลัพธ์ผู้บริโภคสามารถคุ้มครองตัวเอง และป้องกันคนในครอบครัวได้ ไม่ซื้อ ไม่ใช้

๓.๒ การส่งเสริมพัฒนาสุขภาพทางจิต การออกกำลังใจใคร่ทำได้

สุขภาพจิต กับสุขภาพใจ สำคัญอย่างไรกับตัวเรา “อย่ามองข้ามแต่ต้องให้ความสำคัญ”

การดูแลสุขภาพจิต ยังเป็นคำที่ไม่คุ้นกับสังคมไทยเพราะยังขาดความเข้าใจและการตระหนัก รวมทั้งยังไปไม่ถึงคนในทุกกลุ่มวัย

- สุขภาพจิตในชุมชน ยังหนีไม่พ้น “เรื่องการตีตรา” กับคำว่า คนบ้า คนป่วย ทำให้ทั้งผู้ป่วยและคนรอบข้างเลือกที่จะมองข้ามและไม่ให้ความสำคัญในการแก้ไขจุดของปัญหา รวมทั้งต้นเหตุของการเกิดปัญหาของคนในชุมชน อาทิ เรื่องความเปราะบางในชุมชน ความเครียดในวิถีชีวิต รายได้ อาชีพ ภูมิลำเนา ยืมสิน เพื่อการดำรงชีวิต

- สิ่งสำคัญการส่งเสริมสุขภาพใจในชุมชน คือ ต้องรู้จัก เข้าใจ รับรู้สถานการณ์ ความสนใจของคนในชุมชนนั้น ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมให้ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยน การสื่อสารเพื่อปรับพฤติกรรมให้กับคนในชุมชนก็จะสามารถลด สุขภาพจิตในชุมชน

- สุขภาพจิตในที่ทำงาน เกิดจากความเครียดสะสมจนกลายเป็นความทุกข์ จนนำไปถึงภาวะหมดไฟ ซึ่งเกิดจาก “ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์” โดยมีสาเหตุมาจากการทำงาน เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน และอีกหลายอย่างที่เป็นปัจจัยกำหนดร่วม

- สิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพใจ เริ่มจากคนในองค์กรร่วมมือกัน ผู้บริหารทำให้เกิดนโยบายองค์กร บริษัทหันมาดูแล ให้ความสำคัญกับจิตใจคนทำงาน เนื่องจากผลลัพธ์การทำงานจะดีได้ ต้องมาจากสุขภาพใจของคนทำงานที่เข้มแข็งและเต็มไปด้วยไฟแห่งการทำงานและพร้อมพัฒนางานร่วมไปกับองค์กรหรือบริษัท

- สุขภาพจิตในเยาวชน เด็ก มาจากหลายรูปแบบ ทั้งจากสังคม บ้าน โรงเรียน ครอบครัว ปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดสุขภาพจิตในเด็ก อย่างละเอียดและมองข้ามว่าไม่มีอะไรกับเด็กเยาวชนจากการแค่มองผ่านมองเห็น เยาวชนจะเก็บความรู้สึกเหล่านั้นไว้ หากไม่มีการซักถามพูดคุยหรือแลกเปลี่ยนกันโดยเฉพาะในครอบครัว อย่าปล่อยให้เยาวชนไทย จากไปแบบไม่มีใครรู้สาเหตุ และพฤติกรรม “ฝันร้าย” และไม่รู้อารมณ์ของตัวเอง นักวิชาการจุฬาฯ เผย ๓ ปัจจัยกระตุ้น Emotional crisis ‘การทำให้คนรักเสียใจ-สภาพเศรษฐกิจ- support system ที่ถูกทำลาย’ ยืนยันการป้องกัน-ให้คำปรึกษาพูดคุย ช่วยได้ ประเทศไทยต้องเพิ่มการเข้าถึงให้ครอบคลุมคนทุกกลุ่ม ขณะเดียวกันจากการเก็บข้อมูลพนักงานในวัยทำงาน ๑,๐๐๐ คน พบส่วนใหญ่เหนื่อยล้าทางอารมณ์ โดยเฉพาะ Gen-Z ที่เป็น first jobber หนึ่งในต้นตอของปัญหาคือ ‘หัวหน้า’ แนะนำให้องค์กรใช้ the right to disconnect ทำให้คนทำงานรู้สึกปลอดภัยในเวลาเลิกงาน ด้าน ‘เด็ก-เยาวชน’ รับมือกับความเครียดด้วยการ ‘ฝันร้าย’

- สิ่งสำคัญส่งเสริมสุขภาพใจเยาวชน เด็ก เน้นเรื่องการส่งเสริมป้องกัน ทักษะการดูแลสุขภาพใจ “ในเรื่องการรับฟังรู้จักอารมณ์ตัวเอง”

ผศ.ดร.ณัฐสุดา เต๋อพันธ์ คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิชาการเพื่อความยั่งยืนทางสุขภาพจิต เปิดเผยว่าสุขภาพจิตกับสุขภาพกายสำคัญต่อคนไม่ต่างกัน แต่สุขภาพจิตมักถูกมองข้าม ถูกเพิกเฉย เพราะอาจเป็นเรื่องที่มองไม่เห็น คนมักจะนึกถึงสุขภาพจิตเมื่อสถานการณ์ไปถึงเส้นของปัญหาแล้ว แตกต่างกับสุขภาพกายที่มองเห็นและถูกพูดถึงบ่อย ซึ่ง



ทุกวันนี้เมื่อพูดถึงการดูแลสุขภาพจิต ต้องบอกว่ามีแต่ถามว่าอยู่เฉพาะในคนกลุ่มไหน หรือกระจายไปทั่วถึงทุกคนในสังคมแล้วหรือไม่ จากการพูดคุยกับผู้ที่ทำงานด้านนี้ในระดับพื้นที่พบว่าคำว่าสุขภาพจิต ยังเป็นคำที่ยังไม่กลืนเข้ากับสังคมไทย

ผศ.ดร.ณัฐสุดา กล่าวว่า ปลายทางที่จะเป็นตัวชี้วัดที่ชัดที่สุดของปัญหาสุขภาพจิตคือการฆ่าตัวตายซึ่งสูงขึ้นเรื่อย ๆ ที่ผ่านมาจุฬาฯ เคยทำวิจัยด้วยการสัมภาษณ์คนที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ หรือ Emotional crisis หรือคนที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถใช้ชีวิตแบบเดิมได้ พบว่ามีตัวกระตุ้นคือ ๑. การเรียน ซึ่งเชื่อมไปสู่การทำให้คนที่เขารักเสียใจ ๒. เรื่องเงินและสภาพเศรษฐกิจ ๓. ความสัมพันธ์ของเพื่อน คนรัก หรือ support system ที่แยกจากกัน

ทั้งนี้ งานวิจัยทุกชิ้นยืนยันว่า Prevention หรือการป้องกันช่วยได้ ประเด็นคือเราจะทำอย่างไรให้คนกลุ่มนี้เข้าถึง อาทิ การเพิ่มบริการปฐมภูมิ เช่น แคร่รู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกอยากพูดคุยก็สามารถทำได้ หรือมุมมองต่อเรื่องการออกกำลังก็นั้นประเทศไทยดีพอแล้วหรือยัง ไม่ใช่ต้องรอให้รู้สึกไม่ไหวแล้วก่อนแล้วจึงจะเข้าถึงบริการต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันตัวเลขเพิ่มสูงขึ้นมาก ๆ ตรงนี้จะสัมพันธ์ต่อปริมาณความต้องการความช่วยเหลือและความเพียงพอของผู้ให้ความช่วยเหลือด้วย

“ทุก ๆ การถอดบทเรียนและการศึกษา ยืนยันตรงกันว่าการเข้าถึงบริการ การเข้าถึงนัก จิตวิทยา การเข้าถึงการให้คำปรึกษา-พูดคุย ช่วย คนได้จริง ๆ แต่ปัจจุบันยังเข้าถึงเฉพาะคนบางกลุ่ม เท่านั้น ดังนั้นคำถามคือเมื่อใดคนทุกคน-คนทุกกลุ่ม ในประเทศจะเข้าถึงได้” ผศ.ดร.ณัฐสุตา กล่าว

แนวทาง /Next step

- เรื่องสุขภาพจิตของทุกช่วงวัย มีช่องว่าง ของทุกกลุ่มที่แตกต่างกันไป รวมทั้งการเข้า ถึงระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย อาทิ แหล่งความช่วยเหลือทางปฐมภูมิ ที่จะ สามารถเป็นจุดศูนย์กลางให้ประชาชนเข้าถึง บริการได้ ไม่ว่าจะเป็นอาการระดับไหน เช่น แคร่รู้สึกไม่สบายใจก็มีคนรับฟัง หรือศูนย์รับ ฟังได้อย่าให้รอจนไม่ไหว
- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการช่วยดูแล จิตใจ นักจิตวิทยาปรึกษา สิ่งสำคัญคือการ เข้าถึงบริการของทุกคน ไม่ใช่แค่หน่วยงาน กลุ่ม สังเกต กำลังมีแนวทางความร่วมมือที่ จะขับเคลื่อนร่วมกัน เพื่อเพิ่มความสุขทำให้ เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้
- การจัดการความเครียดเกิดขึ้นกับทุกเพศ ทุกวัย อย่าให้เราตัดสินใจใคร และข้อท้าทาย ที่เราต้องปิดสวิตตัวเองจากเรื่องต่าง ๆ เพื่อ พักผ่อน

๓.๓ การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคอง และระยะท้ายของสถานชีวาภิบาลโดยองค์กร พระพุทธศาสนา

“พุทธศาสนา” กับการดูแลสุขภาพระยะ ท้ายภายใต้นโยบาย “สถานชีวาภิบาล” เผย สอดคล้องตรงกันกับการเดินทาง “ธรรมานุญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติฯ”

วงถ้อยย่อยสมัชชาสุขภาพฯ ร่วมหารือ บทบาท “พุทธศาสนา” กับการดูแลสุขภาพระยะ ท้ายภายใต้นโยบาย “สถานชีวาภิบาล” เผย สอดคล้องตรงกันกับการเดินทาง “ธรรมานุญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติฯ” ภาคีร่วมมองภาพ “วัด” ยุคถัดไปมีส่วนจัดบริการสุขภาพ สามารถ ให้การดูแลประคับประคอง พร้อมเป็นผู้นำด้านสุข ภาวะของสังคม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคีเครือข่าย ร่วมกันจัดเวทีเสวนาการจัด บริการการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย ของสถานชีวาภิบาลโดยองค์กรพระพุทธศาสนา ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งภายในงานสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่จัดขึ้นระหว่าง วันที่ ๒๑-๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๖ ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทารา ศูนย์ราชการ คอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ





พระเทพเวที, รศ.ดร. (พล อากาศโร ป.ธ.๙) รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (มจร) เปิดเผยว่า แนวคิดการดำเนินงานนโยบายสถานชีวาภิบาล นั้นมีความสอดคล้องกันพอดีกับความก้าวหน้าของโครงสร้างต่างๆ ที่มีมาเป็นลำดับ นับตั้งแต่การประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น ๔M คือ ๑. Man มีการฝึกอบรมพระคิลานุปัฏฐาก หรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) ๒. Management มีการวางระบบสร้างความรู้ให้พระสงฆ์สามารถดูแลรักษาสุขภาพตนเองได้ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย รวมทั้งเป็นแบบอย่างของสังคมในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพ ๓. Material โครงสร้างการสาธารณสงเคราะห์และสาธารณูปการ ซึ่งคณะสงฆ์กำลังปฏิรูปกิจการพุทธศาสนา การทำสถานทีวัดให้เป็น ๕ส คือ สะสาง, สะดวก, สะอาด, สร้างมาตรฐาน และสร้างวินัย ๔. Money เมื่อมีโครงการ นโยบายต่างๆ ที่จะมียงบประมาณเข้ามาร่วมสนับสนุนเพิ่มเติม ซึ่งทั้งหมดนี้เมื่อมีแนวคิดของสถานชีวาภิบาลเข้ามาแล้ว จึงเป็นเรื่องที่เข้ามาสอดคล้องกันได้ดี

พระเทพเวที กล่าวว่า สิ่งหนึ่งที่จะต้องพึงตระหนักเสมอ เมื่อให้พระเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นแล้ว คืออย่างไรก็ตาม พระเองก็ไม่ใช่ นักวิชาชีพ ที่จะมีความรู้ความเชี่ยวชาญและสามารถปฏิบัติงานทดแทนบุคลากรทางวิชาชีพได้ จึงต้องรู้ว่าพระควรจะดูแลผู้ป่วยได้ระดับไหนอย่างไร เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาความขัดแย้งว่าพระไปแย่งงานสุขภาพ หรือเป็นเจ้าของสถานชีวาภิบาลเหล่านี้เสียเอง

“หากแบ่งงานเป็น ๔ มิติสุขภาพ คือกาย จิต สังคม ปัญญา คนไข้ก็ต้องไปรักษาทางกายที่โรงพยาบาลก่อน หากไม่ไหวจึงกลับมาสู่การดูแลในสถานชีวาภิบาล โดยบทบาทความเชี่ยวชาญของพระคิลานุปัฏฐาก หรือพระคิลานธรรม ก็อาจมีส่วนช่วยเติมการดูแลในด้านจิตใจและปัญญา

๓.๔ ประกาศเจตนารมณ์และพิธีลงนามความร่วมมือ “การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ระหว่างหน่วยงาน ภาครัฐ และผู้ประกอบการร้านอาหาร

หน่วยงานภาครัฐเครือข่ายภาครัฐ-เอกชน สมาคม-ผู้ประกอบการอาหาร ลงนามความร่วมมือ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ลุยเดิน หน้าลดการบริโภคเค็ม ‘โซเดียม-เกลือ’ ด้วย ๕ ความร่วมมือ หวังลดโรค NCDs คนไทย

เมื่อวันที่ ๒๒ ธ.ค. ๒๕๖๖ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หน่วยงานองค์กร ภาครัฐเครือข่ายและภาคียุทธศาสตร์ ตลอดจน สมาคมและผู้ประกอบการด้านอาหาร ได้ร่วมกัน

โดยทั้ง ๑๔ ฝ่ายเห็นความสำคัญต่อการลด การบริโภคเกลือและโซเดียมจึงร่วมกันดำเนินงาน ให้มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องและเกิดเป็น รูปธรรม จากสถานการณ์การบริโภคเกลือและ โซเดียมที่มากเกินไปจนความจำเป็นต่อร่างกาย ทำให้ แนวโน้มของผู้ป่วย ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไต เพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว ด้วยความห่วงใยต่อสุขภาพของ ประชาชน จึงจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจ และ สร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องทุก ภาคส่วน เพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ได้มีฉันทมติต่อมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๘.๔ การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลด

โรคไม่ติดต่อ (NCDs) และต่อมาได้มีการจัดทำยุทธศาสตร์ลดการ บริโภคเกลือและโซเดียม ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘



ประกาศเจตนารมณ์และพิธีลงนามความร่วมมือ “การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ระหว่างหน่วยงาน ภาครัฐ และผู้ประกอบการร้านอาหาร” ๑๔ หน่วยงาน



วัตถุประสงค์และขอบเขต ดังนี้

๑. เพื่อประสานการขับเคลื่อนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมทั้งในระดับนโยบาย มาตรการป้องกันระดับประเทศ มาตรการของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ภาคธุรกิจเอกชน ผู้ประกอบการ และชุมชน

๒. เพื่อยกระดับศักยภาพและคุณภาพมาตรฐานในการจัดบริการร้านอาหารจากร้านอาหารปลอดภัย (safety food) สู่ร้านอาหารสุขภาพ (Healthy food)

๓. เพื่อสร้างกระแสสังคมและสื่อสารสร้างความเข้าใจต่อสาธารณะ

ขอบเขตความร่วมมือ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ความร่วมมือ ทั้งสิบสี่ฝ่ายตกลงที่จะร่วมมือกันดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของแต่ละฝ่าย ดังนี้

๑. จัดทำโครงการความร่วมมือเพื่อร่วมสนับสนุนและดำเนินงานให้เกิดการลดบริโภคเกลือและโซเดียมทั้งในระดับนโยบาย มาตรการป้องกันระดับประเทศ มาตรการของผู้ประกอบการธุรกิจร้านอาหาร และมาตรการระดับท้องถิ่น ชุมชน

๒. แลกเปลี่ยนความรู้ วิชาการ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนบทบาทภาคธุรกิจเอกชน ผู้ประกอบการร้านอาหารในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน

๓. ส่งเสริมบทบาทผู้ประกอบการโดยยกระดับศักยภาพและคุณภาพ มาตรฐานให้เกิดการบริการร้านอาหาร จากร้านอาหารปลอดภัย (safety food) สู่ร้านอาหารสุขภาพ (Healthy food)

๔. ผู้ประกอบการ ธุรกิจเอกชนร้านอาหารร่วมดำเนินงานและมีส่วนร่วมกับหน่วยงานในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการดำเนินงาน และประสานความร่วมมือกับสมาชิก เครือข่ายร้านอาหารของแต่ละกลุ่ม องค์กร สมาคม ชมรม ในการร่วมดำเนินงานเพื่อลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

๕. ร่วมสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ วรรณคดีสร้าง ความรู้ความเข้าใจกับหน่วยงาน สมาชิกสมาคม ผู้ ประกอบการร้านอาหารและประชาชน รับทราบ ตระหนักและเข้าใจ “เค็มน้อยอร่อยได้”

ทั้งนี้ หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สมาคมนักกำหนด อาหารแห่งประเทศไทย สมาคมเชฟประเทศไทย สมาคมภัตตาคารไทย สมาคมการค้าธุรกิจร้าน อาหาร สมาคมผู้ประกอบการร้านอาหาร สมาคม ส่งเสริมการท่องเที่ยวชนบทบุรี ชมรมผู้ประกอบการค้า อาหารจังหวัดนนทบุรี และเครือข่ายลดบริโภคเค็ม ทำข้อตกลงความร่วมมือในการลดบริโภคเกลือและ โซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อของประชาชน เพื่อประสาน การขับเคลื่อนการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ทั้งในระดับนโยบาย มาตรการป้องกันระดับประเทศ มาตรการของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ภาคธุรกิจ เอกชน ผู้ประกอบการ และชุมชน และยกระดับ ศักยภาพและคุณภาพมาตรฐานในการจัดบริการ ร้านอาหารจาก ร้านอาหารปลอดภัย (safety food) สู่อารมณ์สุขภาพ (Healthy food)

นพ.สุเทพ เพชรหมาก เลขาธิการคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ กล่าวในพิธีประกาศเจตนารมณ์ และพิธีลงนามความร่วมมือ ตอนหนึ่งว่า ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติที่ ๘.๔ นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลด โรคไม่ติดต่อ (NCDs) และมีการจัดทำยุทธศาสตร์ ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๔ และมีการขับเคลื่อนร่วมกับ ภาคีเครือข่ายและผู้ประกอบการร้านอาหารมา อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากความร่วมมือที่เกิดขึ้นในวันนี้ จะนำไปสู่การวางแนวทางปฏิบัติให้เกิดเป็นรูปธรรม

ภายในงาน ตัวแทนภาคียังได้ร่วมกล่าว เจตนารมณ์และให้ข้อมูลที่น่าสนใจ อาทิ รสชาติ สำหรับแต่ละคนไม่เท่ากัน ความเค็มขึ้นอยู่กับลิ้น และความเคยชิน คนปรุงอาหารหรือแม่ครัวที่ลิ้น คู้ชิน เวลาชิมจะไม่ค่อยรู้สึกเค็มเท่ากับคนกิน ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องมีมาตรวัดหรือเครื่องมือที่ กำหนดมาตรฐานการบริโภคเกลือ-โซเดียม และ อาหารไทยในอดีตมักจะกินคู่กับเครื่องเคียงเพราะ มีการแก้ฤทธิ์กัน เช่น น้ำพริกจะมีรสเค็ม มีโซเดียม จำเป็นต้องกินเคียงด้วยการกินผักสดที่จะช่วยขับ โซเดียมออก หรือแกงจืดที่ต้องปรุงให้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายได้รับน้ำเข้าไปขับความเค็มออก หรืออย่างการกินข้าวขาหมูที่มีมันเยิ้มก็จำเป็นต้อง เคียงด้วยกระเทียมเพื่อช่วยสู้กับไขมัน

นอกจากนี้ในงานยังมีเมนูอาหารลดเกลือ ลดโซเดียมจากผู้ประกอบการร้านอาหารให้ชิม กันหลากหลายเมนู เพื่อยืนยัน “เค็มน้อย อร่อยได้” และ salt meter สำหรับทดสอบความเค็มในอาหาร รวมทั้งสาระน่ารู้จากการบริโภคอาหารแต่ละชนิด ในชีวิตประจำวันของประชาชน รวมทั้ง เมนูหาทานยาก เมนูแกงรัญจวนปลากระพง เมนูยำอดหนาม พุงดอกุ้งสด จากร้านข้าวใหม่ปลามัน อัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม เมนูคู่บ้านของคนไทย ข้าวมันไก่ น้ำจิ้มลดเกลือ ลดโซเดียม จากสมาคม เชฟประเทศไทย เมนูน้ำจิ้มแซ่บ ลดเกลือ ลดโซเดียม ๓ ระดับ ระดับปกติ ระดับลดเกลือโซเดียม 40% และ 60% พร้อมกุ้งสดลวก เมนูแกงเขียวหวาน ลดเค็ม เมนูยำถั่วพู เค็มน้อยอร่อยได้ เมนูยำปลาทู เค็มน้อยอร่อยได้ ทั้งน้ำยำและปลาทู จากสมาคม ผู้ประกอบการอาหาร





พิธีส่งมอบงาน-รับมอบงาน ประกาศ "ประเด็นหลัก (Theme) และมิติใหม่ 'สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๗'"

โดย ประธาน คอ.สช. ครั้งที่ ๑๗ และ ๑๘

มีประเด็นหลัก “เศรษฐกิจยุคใหม่ สร้างสุขภาวะไทยยั่งยืน”

คำอธิบาย เศรษฐกิจยุคใหม่ (New Era Economy) คือ เศรษฐกิจของไทยในปัจจุบันและอนาคต ทั้งเศรษฐกิจมหภาคและเศรษฐกิจฐานราก ที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม เทคโนโลยี ภูมิปัญญา และการมีส่วนร่วมอย่างสำคัญของคนทุกวัยในการสร้างสรรค์ความเป็นหุ้นส่วนและสุขภาวะของคนทุกคน ตลอดทั้งสังคมและระบบนิเวศสิ่งแวดล้อม ให้มั่นคงและยั่งยืน

หน่วยงานภาครัฐร่วมจัดนิทรรศการ





หน่วยงานภาคีร่วมจัดนิทรรศการ จำนวน ๖ หน่วยงาน ได้แก่

- (๑) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- (๒) สหพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระอุปถัมภ์ฯ และสมาคมนิสิตนักศึกษาแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทย (IFMSA-Thailand)
- (๓) ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ
- (๔) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และมูลนิธิชีวิตวิถี
- (๕) กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และ
- (๖) เครือข่ายอ่านบ้านบ้าน และแผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน





สรุปภาพรวมการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖



สรุปภาพรวมการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ระหว่างวันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น จำนวน ๓,๘๘๒ คน โดยเป็นผู้เข้าร่วม ณ สถานที่จัดประชุม จำนวน ๑,๗๔๗ คน และเข้าร่วมประชุมออนไลน์ จำนวน ๒,๑๓๕ คน นอกจากนี้ ยังมีผู้รับชมกิจกรรมต่าง ๆ ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ ผ่าน Facebook Live และช่องทางออนไลน์ต่าง ๆ รวมจำนวน ๖๐,๙๔๐ คน







สมัชชา
สุขภาพ
แห่งชาติ
— ครั้งที่ —

16



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๙ /๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖

พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๒ กำหนดให้ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคณะหนึ่งมีจำนวนตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด ซึ่งมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔ เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ โดยมีองค์ประกอบของกรรมการ จำนวนไม่เกิน ๒๐ คน และมีสัดส่วนจากผู้แทนหน่วยงานของรัฐและผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ทั้งนี้ ผู้ซึ่งมิได้เป็นผู้แทนหน่วยงานของรัฐ จะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของจำนวนกรรมการที่กำหนด

อาศัยอำนาจความในมาตรา ๔๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ประกอบกับมติคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ ๕/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๔ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ โดยมีองค์ประกอบหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

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

/๑.๑๓ ผู้อำนวยการ...

๑.๑๓ ผู้อำนวยการใหญ่บริษัท อสมท จำกัด (มหาชน)	กรรมการ
๑.๑๔ รองประธานกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.)	กรรมการ
๑.๑๕ ผู้แทนคณะกรรมการร่วมภาคเอกชน ๓ สถาบัน (กกร.)	กรรมการ
๑.๑๖ นายชูชัย ศรชำนิ	กรรมการ
๑.๑๗ นายณพภา พันธุ์เพ็ง	กรรมการ
๑.๑๘ นายนิมิตร เทียนอุดม	กรรมการ
๑.๑๙ นางภาณี สวัสดิรักษ์	กรรมการ
๑.๒๐ นายสุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ	กรรมการ
๑.๒๑ นายสัมพันธ์ ศิลปนาฏ	กรรมการ
๑.๒๒ นางสาวเอริกา เมชินทรีย์	กรรมการ
๑.๒๓ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการ
๑.๒๔ รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับมอบหมาย	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

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

๒.๒ ประสานกับภาคีเครือข่ายระดับต่าง ๆ รวมถึงสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

๒.๓ ดำเนินการรวบรวมมติและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการสู่การปฏิบัติ

๒.๔ ประสานการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คสมส.)

๒.๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเพื่อดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น

๒.๖ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายอนุนิ ชาญวีรกุล)

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ທີ ០៤ / ២៥៦៥

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับ สนับสนุน และเชื่อมโยงกระบวนการสมาชิกสุขภาพ

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

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

๑. องค์ประกอบ

๑.๑	นายสมชาย พิระปรกรณ์	ประธานอนุกรรมการ
๑.๒	นายกิจจา เรืองไทย	รองประธานอนุกรรมการ
๑.๓	นายเจษฎา มิ่งสมร	รองประธานอนุกรรมการ
๑.๔	ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี	อนุกรรมการ
๑.๕	นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชร	อนุกรรมการ
๑.๖	นางสาวบุญทวี เทียมวัน	อนุกรรมการ
๑.๖	นางสาวปริม จิตจรุงพร	อนุกรรมการ
๑.๗	นางสาววนิดา สุภาพร	อนุกรรมการ
๑.๘	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ระดับชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	อนุกรรมการและเลขานุการ
๑.๙	นางสาวแคทรียา การาม	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๐	นางสาวจิตติมา สุวตติ	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๑	นางสาววริษฐา แก้วเกต	อนุกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ กำกับทิศทาง ให้คำแนะนำด้านวิชาการ ตลอดจนกระบวนการพัฒนาเอกสารวิชาการและการดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติตลอดทั้งกระบวนการ

๒.๒ สนับสนุนคณะกรรมการทำงานงานพัฒนาประเด็นฯ ในการออกแบบและดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนร่วม ที่ครอบคลุมทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนทั้งจากส่วนกลางและระดับจังหวัด

๒.๓ เชื่อมโยงกระบวนการทำงานแต่ละประเด็น สื่อสาร สร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และเครือข่ายระดับพื้นที่

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

๒.๕ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ครั้งที่ ๑๕ และ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ – พ.ศ. ๒๕๖๖



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

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไว้ความรุนแรง

ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจ จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ในกรณีนี้ คจ.สช. ได้กำหนดประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย”

เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมดำเนินการอย่างเป็นระบบ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ อาศัยอำนาจของ คจ.สช. จึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไว้ความรุนแรงโดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|--|-------------------|
| ๑.๑ รองศาสตราจารย์สุมนทิพย์ จิตสว่าง | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๑.๒ ผู้แทน สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๑.๓ นายสมชาย พิระปกรณ์ | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๑.๔ นายกิจจา เรืองไทย | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๑.๕ นายเจษฎา มิ่งสมร | ที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๑.๖ อธิบดีกรมสุขภาพจิต | ประธานคณะทำงาน |
| ๑.๗ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | รองประธานคณะทำงาน |
| ๑.๘ ผู้แทน Thailand policy lab | คณะทำงาน |
| ๑.๙ ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย | คณะทำงาน |
| ๑.๑๐ ผู้แทนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย | คณะทำงาน |

/๑.๑๑ ผู้แทน...

๑.๑๑ ผู้แทนกรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	คณะทำงาน
๑.๑๒ ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ	คณะทำงาน
๑.๑๓ ผู้แทนมูลนิธิแพथทูเฮลท์	คณะทำงาน
๑.๑๔ ผู้แทนศูนย์ความรู้และประสานงานสุขภาวะทางปัญญา	คณะทำงาน
๑.๑๕ ผู้แทนสถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย	คณะทำงาน
๑.๑๖ ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	คณะทำงาน
๑.๑๗ รองศาสตราจารย์วนิดา เปาอินทร์	คณะทำงาน
๑.๑๘ ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสวริทธิ์ธร จันทรแสงศรี	คณะทำงาน
๑.๑๙ นางสาวเพ็ญลักษณ์ เทศสุวรรณ	คณะทำงาน
๑.๒๐ นายอมรเทพ สัจจะมุณีวงศ์	คณะทำงาน
๑.๒๑ นายอรุณฉัตร คุรุวานิชย์	คณะทำงาน
๑.๒๒ ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงานและเลขานุการ
๑.๒๓ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ระดับชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	คณะทำงานและเลขานุการร่วม
๑.๒๔ นายธีรพัฒน์ อังศุवाल	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๕ นายพงศกร เล็งดี	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๖ นายวรตม์ โชติพิทยสุนนท์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๗ นางวิมลรัตน์ วันเพ็ญ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๘ นางสาวแคทรียา การาม	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๙ นางสาวศิริธร อรไชย	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ พัฒนาเอกสารวิชาการ เพื่อจัดทำเอกสารร่างระเบียบวาระ ซึ่งประกอบด้วย เอกสารหลัก ร่างมติ และแผนที่ทางเดิน รวมทั้งจัดทำคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของหน่วยงานภาคีหลัก เพื่อนำเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒.๒ ออกแบบและดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่

๒.๓ จัดทำบันทึกรายงานคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกิดขึ้นในวันประชุม

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ มอบหมาย
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

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



คำสั่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖
ที่ ๓ / ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นการส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่

ตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจ จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สข.) ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ในกรณีนี้ คจ.สข. ได้กำหนดประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย”

เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ อาศัยอำนาจของ คจ.สข. จึงแต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาประเด็นการบริหารจัดการน้ำโดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นายนิรันดร์ พิทักษ์วัชระ	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๑.๒ นายเจษฎา มิ่งสมร	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๑.๓ รศ.เสรี ศุภราทิตย์	ที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๑.๔ รศ.บัญชา ขวัญยืน	ประธานคณะกรรมการ
๑.๕ นายไพสิฐ พาณิษย์กุล	รองประธานคณะกรรมการ
๑.๖ นายสมคิด แก้วทิพย์	รองประธานคณะกรรมการ
๑.๗ ผู้แทน กรมชลประทาน	คณะกรรมการ
๑.๘ ผู้แทน กรมทรัพยากรน้ำ	คณะกรรมการ
๑.๙ ผู้แทน กรมทรัพยากรน้ำบาดาล	คณะกรรมการ
๑.๑๐ ผู้แทน กรมป่าไม้	คณะกรรมการ
๑.๑๑ ผู้แทน กรมพัฒนาที่ดิน	คณะกรรมการ
๑.๑๒ ผู้แทน กรมโยธาธิการและผังเมือง	คณะกรรมการ

/๑.๑๓ ผู้แทน...

"ร่วมคิด ร่วมผลักดัน สร้างสรรค์สุขภาพ"

๑.๑๓ ผู้แทน กรมวิชาการเกษตร	คณะกรรมการ
๑.๑๔ ผู้แทน กรมส่งเสริมการเกษตร	คณะกรรมการ
๑.๑๕ ผู้แทน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น	คณะกรรมการ
๑.๑๖ ผู้แทน กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช	คณะกรรมการ
๑.๑๗ ผู้แทน สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ	คณะกรรมการ
๑.๑๘ ผู้แทน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑.๑๙ ผู้แทน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกว.)	คณะกรรมการ
๑.๒๐ ผู้แทน สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ	คณะกรรมการ
๑.๒๑ ผู้แทน สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)	คณะกรรมการ
๑.๒๒ ผู้แทน ปลัดกระทรวงมหาดไทย	คณะกรรมการ
๑.๒๓ นายประเชิด คนเทศ	คณะกรรมการ
๑.๒๔ ผศ.ปริเวท วรรณโกวิท	คณะกรรมการ
๑.๒๕ รศ.สุจิตต์ คุณธนกุลวงศ์	คณะกรรมการ
๑.๒๖ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะระดับชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	คณะกรรมการ
๑.๒๗ นางมัสยา คำแหง	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑.๒๘ นายชินวัฒน์ มณีศรีขำ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๙ นางสาวเบญจวรรณ วงศ์คำ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๐ นายพงศกร กาวิชัย	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๑ นางสาวนภินทร ศิริไทย	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๒ นางสาวจิตติมา สุวัทธิ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ พัฒนาเอกสารวิชาการ เพื่อจัดทำเอกสารร่างระเบียบวาระ ซึ่งประกอบด้วย เอกสารหลัก ร่างมติ และแผนที่ทางเดิน รวมทั้งจัดทำคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของหน่วยงานภาคีหลัก เพื่อนำเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒.๒ ออกแบบและดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนร่วมที่ครอบคลุมทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่

/๒.๓ จัดทำบันทึก...

๒.๓ จัดทำบันทึกรายงานคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ที่เกิดขึ้นในวันประชุม

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ มอบหมาย
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

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



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

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศ
ประเด็น แนวทางการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจ จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ทำหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ในการนี้ คจ.สช. ได้กำหนดประเด็นหลักของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย”

เพื่อให้กระบวนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมดำเนินการอย่างเป็นระบบ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้ได้มากที่สุด ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ อาศัยอำนาจของ คจ.สช. จึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นแนวทางการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นายสมชาย พิระปรกรณ์	ที่ปรึกษาคณะทำงาน
๑.๒ นางสาววรรณ พลิกามิน	ประธานคณะทำงาน
๑.๓ นายสุริยนต์ ธีบุญกิจานุกิจ	รองประธานคณะทำงาน
๑.๔ ผู้แทน กระทรวงมหาดไทย	คณะทำงาน
๑.๕ ผู้แทน กรมกิจการเด็กและเยาวชน	คณะทำงาน
๑.๖ ผู้แทน กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว	คณะทำงาน
๑.๗ ผู้แทน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	คณะทำงาน
๑.๘ ผู้แทน สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติ	คณะทำงาน
(คณะกรรมการปฐมวัยแห่งชาติ)	

๑.๙ ผู้แทน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการ
๑.๑๐ ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็ก และครอบครัว	คณะกรรมการ
๑.๑๑ นางสาวภัทรพร เลี้ยววงศ์	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑.๑๒ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ระดับชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	คณะกรรมการและเลขานุการร่วม
๑.๑๓ นายณภัทรพงศ์ วชิรวงศ์บุรี	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๑๔ นางวรรณวิมล ขวัญยาใจ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ พัฒนาเอกสารวิชาการ เพื่อจัดทำเอกสารร่างระเบียบวาระ ซึ่งประกอบด้วย เอกสารหลัก
ร่างมติ และแผนที่ทางเดิน รวมทั้งจัดทำคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ของหน่วยงานภาคีหลัก เพื่อนำเข้าสู่ที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖

๒.๒ ออกแบบและดำเนินการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ โดยกำหนดให้ผู้มีส่วนร่วม
ที่ครอบคลุมทั้งผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่

๒.๓ จัดทำบันทึกถ้อยแถลงคำกล่าวถ้อยแถลงต่อการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ที่เกิดขึ้นในวันประชุม

๒.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติฯ มอบหมาย

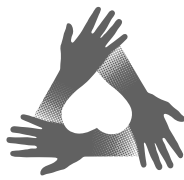
ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

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



สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

คำสั่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖
ที่ ๐๔/๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศ
ประเด็น แนวทางการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี (แก้ไข และเพิ่มเติม)

อนุสนธิคำสั่งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ที่ ๐๒/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาประเด็นแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศประเด็นแนวทางการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อดำเนินงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย ที่จะเสนอเป็นระเบียบวาระการประชุมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ นั้น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอแก้ไข และเพิ่มเติมรายชื่อคณะทำงานดังต่อไปนี้ เป็นที่ปรึกษา และคณะทำงานฯ เพิ่มเติม

๑. แก้ไขคณะทำงาน จำนวน ๑ ท่าน

๑.๑ จาก ผู้แทน สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติ (คณะกรรมการปฐมวัยแห่งชาติ)

๑.๒ เป็น ผู้แทน สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา

๒. เพิ่มเติมที่ปรึกษา จำนวน ๒ ท่าน

๒.๑ นายกิจจา เรืองไทย

๒.๒ นายเจษฎา มิ่งสมร

๓. เพิ่มเติมคณะทำงาน จำนวน ๕ ท่าน

๓.๑ ผู้แทน หัวหน้าสำนักงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

๓.๒ ผู้แทน อธิบดีกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน

๓.๓ ผู้แทน อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

๓.๔ ผู้อำนวยการกองอนามัยมารดาและทารก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

๓.๕ นางสาววดี หาญเมธี

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖

— N — N .

(นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ)

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

Blank lined paper for writing.



Blank lined area for writing.





สภานโยบายสุขภาพแห่งชาติ



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 ถนนวิภาวดี 14 หมู่ที่ 4 ต.ตลาดขวัญ

โทร. 0 2832 9000 โทรสาร 0 2832 9001

www.nationalhealth.or.th และ www.samatcha.org

www.facebook.com/HealthAssembly



9 786165 690287