

สานพลัง

ปีที่ ๑๒ | ๑๔๙ | กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
www.nationalhealth.or.th

วัดใจ
‘พรรคการเมือง’
ในสมรภูมิเลือกตั้ง
สร้าง ‘หลักประกันรายได้’
ถ้วนหน้า



สานพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ

๔

คุยกับเลขา
เสริจสินการกิจ ‘จาขึ้น’
มุ่งหน้าสู่ ‘จาเคลื่อน’
ธรรมนูญว่าด้วย
ระบบสุขภาพแห่งชาติ
ฉบับที่ ๓
หลัง ‘กรม.-
สภาผู้แทนฯ-วุฒิสภา’
เห็นชอบ

๖

เรื่องจากปก
จิตใจ ‘พรรคการเมือง’
ในสมรภูมิเลือกตั้ง
พิสูจน์ความกล้า
ทางจริยธรรม
สร้าง ‘หลักประกัน
รายได้’ ถ่วงหน้า

๒๒

สัมภาษณ์
ปากคำ ๕ ผู้แทน
‘พรรคการเมือง’
พันธสัญญา
ก่อนเลือกตั้งใหญ่
สู่การสร้าง
‘หลักประกันรายได้’
เมื่อสูงวัย

๓๔

เกาะติด คสช.
คสช. รับรอง ๓ มติสมัชชาสุขภาพฯ ปี ๖๕
เห็นชอบข้อเสนอพัฒนา ‘สุขภาพช่องปาก’
หนุน สปสช. ปรับสิทธิประโยชน์
ให้เอกชนร่วมจัดบริการ-กันตกรรณทางไกล

๓๖

เรื่องเล่าจากพื้นที่
‘ถอด – สร้าง – พัฒนา’ นวัตกรรมทางสังคม
สู่การเสริมพลังความเข้มแข็งชุมชน
รองรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในอนาคต

๓๘

เกาะรอยโลก
รักกันจริง ... อย่างถึงให้แก่แล้วจบ

๔๐

ให้ระบบสุขภาพเล่าเรื่อง
หลักประกันรายได้
เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ:
ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ
โอกาส และ ความหวังอนาคตประเทศไทย

๔๒

Right to Health
การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย
การขับเคลื่อนระบบการดูแลแบบประคับประคอง
ผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๔๔

นโยบายสร้างได้
สร้าง ‘พื้นที่ปลอดภัย’ ให้กันและกัน

๔๖

เล่าให้ลึก
“ชีวิตที่ฟื้นคืน”

๕๐

คลิปดีที่ต้องดู
ธรรมนูญสุขภาพ
ผู้สูงอายุวัยหัวฟาย

สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง
จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐
แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
อีเมล : nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ : www.nationalhealth.or.th

เสร็จสิ้นภารกิจ ‘จวบ’ มุ่งหน้าสู่ ‘จาคีลอน’ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ หลัง ‘กรม.-สภาผู้แทนฯ-วุฒิสภา’ เห็นชอบ



สวัสดิ์ศรีรับพี่น้องภาคีเครือข่ายที่รักทุกท่าน เดือนกุมภาพันธ์เดือนแห่งความรัก ในนามสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ขอส่งมอบความปรารถนาดีไปยังพี่น้องภาคีเครือข่ายทุกท่าน และขอให้ทุกท่านเติมเต็มไปด้วยพลังกาย-พลังใจ พร้อมแบ่งปัน ‘ความรัก’ ระหว่างกัน เพื่อสร้างสังคมสุขภาวะให้เกิดขึ้นจริง

นอกจากนี้ เดือนกุมภาพันธ์ยังถือว่าเป็นฤกษ์งามยามดีอีกประการ นั่นเพราะขณะนี้ **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๕** ซึ่งผ่านขั้นตอนการมีส่วนร่วมของพวกเรามาเป็นระยะเวลากว่า ๒ ปี ได้ผ่านความเห็นชอบและรับทราบจากคณะรัฐมนตรี (กรม.) สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา ครบถ้วนตามที่กฎหมายกำหนดและมีผลผูกพันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องไปจนถึงปี ๒๕๗๐ เป็นที่เรียบร้อยแล้วครับ ขั้นตอนถัดจากนี้คือการประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อสื่อสารให้หน่วยงานองค์กร และประชาชนทราบและใช้ประโยชน์อย่างเป็นทางการต่อไป

สำหรับ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” นับเป็นเครื่องมือสำคัญหนึ่งภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ ที่กำหนดให้มีการจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เปรียบได้กับ “แผนที่นำทาง” หรือ “เข็มทิศ” สำหรับนโยบายสุขภาพของไทย

ที่ผ่านมาเรามีการประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มาแล้ว ๒ ฉบับ ได้แก่ ฉบับที่ ๑ ในปี ๒๕๕๒ และฉบับที่ ๒ ในปี ๒๕๕๙ ซึ่งกฎหมายได้บัญญัติเอาไว้ว่าต้องมีการทบทวนเพื่อให้เท่าทันสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ๕ ปี

ฉะนั้นในปี ๒๕๖๓ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญ ฉบับที่ ๓ ขึ้นเมื่อวันที่ ๑๔ ธ.ค. ๒๕๖๓ โดยมี ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์ อธิการบดี รมว.อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (อว.) เป็นประธาน พร้อมด้วยองค์ประกอบของคณะกรรมการมาจากหลายภาคส่วน

ตลอดระยะเวลาเกือบ ๒ ปี คณะกรรมการชุดนี้ได้ใช้กระบวนการทำงานที่ยึดหลักการทางวิชาการ การมีส่วนร่วม และการสื่อสารสังคม มีการรับฟังความเห็นจากภาคีภาคส่วนต่างๆ อย่างครบถ้วนทั้ง ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาคีในพื้นที่มากมายหลากหลายเวที จนสรุปกลายเป็นฉันทมติร่วมกันในเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เมื่อวันที่ ๒๕ เม.ย. ๒๕๖๕ และออกมาเป็นร่างธรรมนูญ ที่มีเนื้อหามุ่งไปสู่เป้าหมายของการสร้าง **“ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และช่วยพลิกฟื้นประเทศไทย”**

พี่น้องภาคีเครือข่ายที่รักทุกท่านครับ แม้ว่าขณะนี้ธรรมนูญฯ อยู่ระหว่างรอประกาศในราชกิจจานุเบกษาเพื่อใช้อย่างเป็นทางการ แต่ที่จริงแล้วกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ ได้เดินหน้ามาระยะหนึ่งแล้ว เรามีกระบวนการคู่ขนานในการเตรียมความพร้อมภาคีเครือข่ายทั่วประเทศ เพื่อทำความเข้าใจและผลักดันให้เกิดการนำเนื้อหาภายในธรรมนูญฯ ไปปรับใช้ ผ่านกลไกของทั้ง ๑๓ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน

นั่นเพราะการขับเคลื่อนตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ นี้ ไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของแต่ละหน่วยงาน องค์กร หรือใครที่มีบทบาทเท่านั้น หากแต่ในระดับชุมชน บุคคล ก็ล้วนสามารถที่จะนำเนื้อหาของธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ไปปรับใช้ได้ตามบทบาทและหน้าที่ของตน เพื่อให้เรามุ่งไปสู่เป้าหมายของระบบสุขภาพที่เป็นธรรมไปพร้อมกัน

ธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเชิงระบบกันมากขึ้น อย่างการเน้นให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพครอบคลุม ๓ ส่วน คือ ๑. การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ๒. การทำสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ ๓. การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับ

ตัวอย่างเช่นเรื่องการสร้าง **“หลักประกันรายได้และคุณภาพชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ”** ซึ่งเป็นธีมหลักของนิตยสารสานพลังเล่มที่พี่น้องภาคีเครือข่ายกำลังอ่านอยู่นี้ ก็นับว่าสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ โดยตรง และถือเป็นการขับเคลื่อนมิติสมัชชาสุขภาพฯ ภายใต้หลักใหญ่ใจความของธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ ด้วย

พี่น้องภาคีเครือข่ายที่รักทุกท่านครับ ผมมีความยินดีที่จะแจ้งให้ทุกท่านทราบว่า **นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา** ได้ให้เกียรติพวกเรา สละเวลาอันมีค่าของท่าน เข้ามาดำรงตำแหน่ง **ประธานคณะกรรมการสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓** ซึ่งจะเป็นกลไกที่ถูกเพิ่มเติมเข้ามาใหม่ เพื่อที่จะให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ฉบับนี้มากขึ้น ที่สำคัญก็คือ ท่าน นพ.ณรงค์ศักดิ์ เคยมีประสบการณ์จากการบริหารระบบสาธารณสุขมายาวนาน เป็นประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมาแล้วสองครั้ง และมีบทบาทสำคัญในการทบทวนธรรมนูญฯ ฉบับแรกมาก่อน จึงมั่นใจได้เลยว่าจะสามารถเข้ามาช่วยเติมเต็มการขับเคลื่อนธรรมนูญฯ ฉบับใหม่นี้ให้สมบูรณ์ได้ยิ่งขึ้นไปอีกครับ 🙏



เรื่องจากปก

วัดใจ

‘พรรคการเมือง’
ในสมรภูมิเลือกตั้ง
พิสูจน์ความกล้า
ทางจริยธรรม
สร้าง
‘หลักประกันรายได้’
ถ้วนหน้า



เรียกได้ว่า
เป็นการขยับใหญ่
ในระดับโครงสร้าง
สำหรับความพยายาม
ในการผลักดันให้เกิด
‘หลักประกันรายได้’
แก่ประชาชนทุกคน
เพื่อเป็นกำแพงพิงหลัง
เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

เรื่องนี้ถือเป็นเรื่องใหญ่ และอาจเทียบเคียงกับการ
ก่อร่างขึ้นรูประบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)
ในอดีตได้

ก่อนปี ๒๕๔๕ ที่ประเทศไทยจะมีระบบบัตรทอง มี
คำปราชญ์จากทั่วทุกสารทิศว่าเป็นเพียงเรื่อง ‘เพื่อฝัน’
หากแต่ด้วยความร่วมมือร่วมใจและการสานพลัง
ระหว่างภาคประชาชน-ประชาสังคม ภาควิชาการวิชาชีพ
และได้รับแรงสนับสนุนจาก ‘ภาคการเมือง’

ที่สุดแล้ว เรื่องที่เป็นไปไม่ได้ ก็เป็นไปได้

ตลอดระยะเวลาร่วม ๒ ทศวรรษ ระบบหลักประกันฯ
ได้นำพาประเทศไทยขึ้นแท่น ‘ต้นแบบ’ ของการบริหาร
จัดการ-การสร้างกลไกและนวัตกรรมทางการเงิน เพื่อดูแล
สุขภาพประชาชนโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

อย่างไรก็ตาม ภายใต้อุณหภูมิความท้าทายใหม่จากการก้าว
เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ เป็นต้นไป
ซึ่งประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นปีละ ๑ ล้านคน
ต่อเนื่องไปอีก ๒๐ ปี

แน่นอน เรื่องของการรักษาพยาบาลคงไม่ใช่เพียงมิติ
เดียวที่ทำให้ชีวิตประชาชนมีความมั่นคง หากแต่ยังจำเป็น
จะต้องมีระบบรองรับในมิติอื่นด้วย

ในช่วงเวลานี้ หลายฝ่ายจึงกำลังเห็นพ้องร่วมกันว่า
ประเทศไทยมี “ความจำเป็น” และมี “ความพร้อม” ที่จะ
จัดให้มีระบบหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิต
ที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่คนในสังคมทุกช่วงวัย ทุกสาขา
อาชีพจากทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ
อันเป็นการต่อยอดความสำเร็จจากระบบบัตรทอง ไปสู่
การสร้างระบบที่จะทำให้ประชาชนมีความมั่นคงในด้าน
สุขภาพกายและใจ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม
อย่างเป็นองค์รวมต่อไป

วันนี้ อาจมีใครบางคนมองว่าเรื่องนี้เป็นเพียง ‘ความ
เพื่อฝันครั้งใหม่’

แต่ใช่หรือไม่ว่า ขณะนี้ เงื่อนไข-ปัจจัย ที่จะนำไปสู่
ความเปลี่ยนแปลงได้ครบถ้วนแล้ว โดยเฉพาะในจังหวะ
ที่ประเทศไทยกำลังจะมี ‘การเลือกตั้งใหญ่ระดับประเทศ’



การให้บำนาญแบบถ้วนหน้า
จะเป็นประโยชน์กับทุกคน
หากใช้กลไกทางการคลัง
เข้ามาช่วยแก้ปัญหาได้
ก็จะเป็นโอกาสสำคัญ
ที่ประเทศไทยจะแก้ปัญหา
ขั้นรากฐานของ
ความเหลื่อมล้ำ



และพรรคการเมืองต่างแสดงความกล้าหาญทางจริยธรรม ออกมาเพื่อเรียกคะแนนเสียง

มีแค่ ๐.๕% ที่เงินออมเพียงพอ เมื่อสูงวัย

ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยกำลังเผชิญหน้ากับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมหลายประการ โดยเฉพาะการขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ด้วยตัวเลขอัตราความยากจนเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากขึ้น กล่าวคือมีผู้สูงอายุกว่า ๑.๑๙ ล้านคนในขณะนี้ ที่มีรายได้ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาทต่อปี ในขณะที่สัดส่วนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง “เบี้ยยังชีพ” ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

จากวิกฤตโควิด-19 ที่ผ่านมา ยังพบว่าผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่ได้รับผลกระทบสูงมากทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียรายได้จากการขาดอาชีพ/พื้นที่ค้าขาย หรือถูกลดเงินเดือน โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้หลักจากการทำงานมีสัดส่วนลดลงถึง ๔๕% และอาจเป็นผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้นถึง ๔๐% ยังไม่รวมไปถึงหนี้สินทั้งในระบบและนอกระบบของครัวเรือนกลุ่มเปราะบางที่เพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย

แน่นอนว่าเรื่องนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบเพียงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเท่านั้น เพราะเมื่อภาระทั้งหมดจะไปตกอยู่กับ “คนวัยแรงงาน” ที่ต้องแบกรับการเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุมากขึ้น โดยคาดการณ์แนวโน้มว่าอีก ๒๐ ปีข้างหน้าหรือราวปี ๒๕๔๕ จะมีสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยสูงอายุ ๗๙ คน ต่อประชากรวัยแรงงาน ๑๐๐ คน (จากเดิม ๕๔ ต่อ ๑๐๐ คนในปี ๒๕๖๓) นับว่าจะยิ่งเพิ่มความสับสนให้กับวัยแรงงาน ที่ยังต้องเตรียมการสร้างหลักประกันความ

“สวัสดิการสังคม
สำหรับผู้สูงอายุ”
ถือเป็นหัวใจสำคัญ
อย่างหนึ่งที่จะช่วยให้
ผู้สูงอายุ สามารถ
ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี
คุณค่า และคุณภาพที่ดี
ของชีวิตได้



มั่นคงในชีวิตของตนเองในยามชราภาพด้วยเช่นกัน
เมื่อเสริมกับข้อมูลที่ว่า “เงินออมที่พึงมี” เพื่อให้พอใช้
จ่ายเมื่ออายุ ๖๐-๑๐๐ ปี สำหรับคนรายได้ปานกลางใน
เขตเมืองคือ ๔.๓ ล้านบาท และในชนบท ๒.๔ ล้านบาท
พบว่าคนไทยส่วนใหญ่มีเงินออมยังไม่เพียงพอต่อการ
สร้างความมั่นคงในชีวิต โดยครัวเรือนที่มีเงินออมสูงกว่า
๒.๔ ล้านบาท มีเพียง ๐.๕% ของครัวเรือนทั่วประเทศ
เท่านั้น

ด้วยเหตุนี้ “สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” จึงถือ
เป็นหัวใจสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถ
ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี คุณค่า และคุณภาพที่ดีของชีวิตได้
ขณะเดียวกันหากไม่มีการวางแผน ปรับปรุง และพัฒนา
นโยบายและระบบที่เกี่ยวข้องรองรับตั้งแต่ปัจจุบัน
ผู้สูงอายุไทยในอนาคตก็จะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะขาดหลัก
ประกันความมั่นคงในชีวิต

๕ เสาหลัก ขับเคลื่อน หลักประกันรายได้ฯ

แม้เรื่องของระบบหลักประกันรายได้ หรือบำนาญของ
ผู้สูงอายุ จะไม่ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพูดถึงเป็นครั้งแรก หาก
แต่เรื่องนี้ได้กลายมาเป็นวาระสำคัญเมื่อได้รับฉันทมติ
บนเวที สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ เรื่อง หลัก
ประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
ซึ่งภาคีเครือข่ายสมาชิกสมัชชาสุขภาพได้ร่วมกันเห็น
ชอบและให้การรับรองเป็นมติร่วมกันเมื่อวันที่ ๒๒ ธ.ค.
๒๕๖๕

สิ่งที่ภาคีเครือข่ายเห็นชอบออกมาร่วมกัน คือกรอบ
ทิศทางนโยบาย (Policy Statement) ในการสร้างให้เกิด
ระบบหลักประกันรายได้ฯ ที่คนทุกช่วงวัย ทุกสาขาอาชีพ
จากทุกภาคส่วน จะร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการ
ดำเนินงาน พร้อมยังเสนอให้มีการกำหนดเป็นระเบียบวาระ
แห่งชาติ (National Agenda) ที่มีหน่วยงานรับผิดชอบ
และเอื้อให้เกิดการนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเห็นผลชัดเจน

สาระสำคัญภายใต้กรอบทิศทางนโยบายนี้ ไม่ได้พูดถึง
เฉพาะเรื่องของตัวเอง “เงิน” ที่เป็นสวัสดิการหรือบำนาญ
เท่านั้น แต่เป็นการระบุดูแลครอบคลุมถึง “๕ เสาหลัก” ที่ม
ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ และต้องขับเคลื่อน
ไปด้วยกัน ประกอบด้วย

๑. การพัฒนาผลิตภาพประชากร การมีงานทำ และ
มีรายได้จากการทำงานที่เหมาะสม ตลอดช่วงวัย โดย

สนับสนุนให้เกิดระบบการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ทุกคน
สามารถเข้าถึงได้ตั้งแต่เยาว์วัย และเหมาะสมตามช่วงวัย
รวมถึงพัฒนาให้เกิดการจ้างงานผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม
หรือมีการขยายช่วงอายุการทำงานตามความเหมาะสม
เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มี “พดพดพลัง” มีคุณค่า ทำประโยชน์
ต่อชุมชนและสังคม

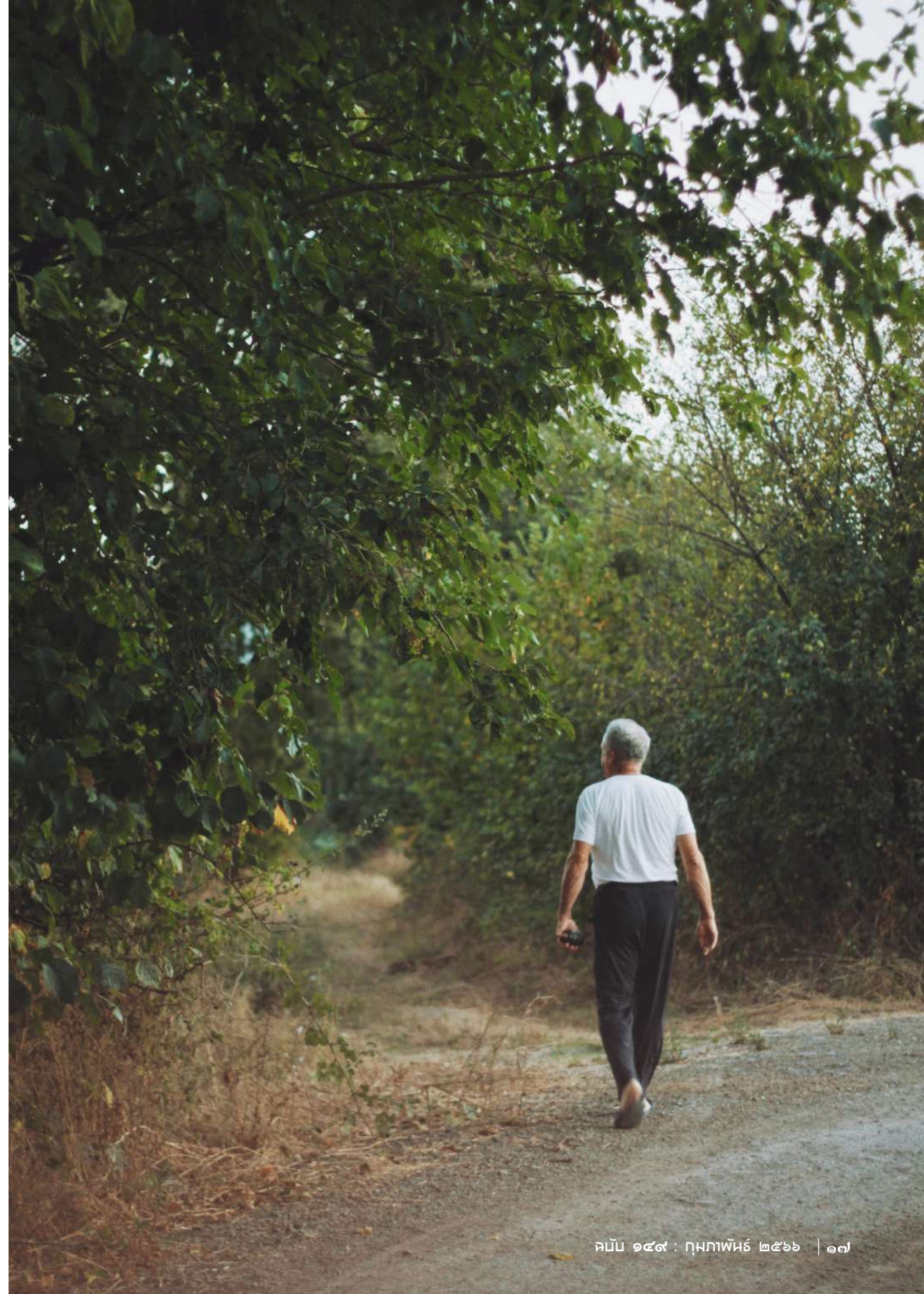
๒. เงินอุดหนุนที่เพียงพอต่อการดำรงชีพสำหรับผู้สูงอายุ
ทุกคนควรได้รับ และบริการสังคม ที่จำเป็นจากรัฐ โดย
คำนึงถึงความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ การขยายฐานภาษี
และการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ เพื่อให้การพัฒนาสิทธิประโยชน์
บำนาญชราภาพของกองทุนต่างๆ ในระบบของรัฐ นำมา
จากระบบการคลัง ระบบภาษี และแหล่งงบประมาณที่
เหมาะสม โดยให้เชื่อมต่อกันเป็น “ระบบบำนาญแห่งชาติ
แบบหลายชั้น”

๓. การออมระยะยาว การบริหารจัดการการเงิน
เพื่อยามชราภาพที่เชื่อมโยงทั้งระดับปัจเจกบุคคล
ครอบครัว และระดับที่สูงขึ้น โดยมีการออมรวมหมู่
ที่ครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน สนับสนุนให้มีระบบ
ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการบริหารจัดการการเงิน การลด
รายจ่าย การลงทุน และความรู้ด้านการออมในทุกช่วงวัย
โดยเฉพาะตั้งแต่เยาว์วัย สนับสนุนให้เกิดการออมภาค
สมัครใจที่มีแรงจูงใจสูง ควบคู่กับการพัฒนาระบบการออม
ภาคบังคับที่ทำให้ทุกคนเข้าใจตั้งแต่วัยทำงาน และเปิด
โอกาสให้มีทางเลือกได้อย่างเหมาะสม

๔. การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะระบบ
การดูแลระยะยาว (Long-term care) ระบบการดูแล
แบบประคับประคอง (Palliative care) ระบบการตรวจ
คัดกรองความเสี่ยงและการป้องกันโรคหรือภาวะพึ่งพิง
ในผู้สูงอายุ เพื่อลดรายจ่ายด้านสุขภาพของปัจเจกบุคคล
และครัวเรือน ด้วยการเพิ่มคุณภาพระบบบริการสุขภาพ
แบบปฐมภูมิให้มีบริการใกล้บ้านทั่วถึง รวมถึงมีการขยาย
และพัฒนาศักยภาพหลักประกันสุขภาพของทั้ง ๓
กองทุนให้ครอบคลุม มีมาตรฐานและการบริหารจัดการ
เดียวกัน

๕. การดูแลและการบริหารจัดการ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น สนับสนุนให้มีระบบที่
เอื้อให้สมาชิกครัวเรือนเกื้อกูลดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง
หรือมีภาวะพึ่งพิงในบ้าน รวมทั้งการกระจายอำนาจเพื่อ
ให้เกิดการสร้างระบบสนับสนุนของชุมชนอย่างต่อเนื่อง
โดยใช้กลไกและสถาบันการเงินของชุมชน เพื่อจัดบริการ
สังคมที่จำเป็นและเข้าถึงได้ตามบริบทของพื้นที่ ตลอดจน
การรวมกลุ่มผู้ประกอบการผู้สูงอายุในชุมชน การจัดสรร
พื้นที่สาธารณะในชุมชนให้เป็นพื้นที่สวัสดิการชุมชน
เป็นต้น

“เรื่องของสวัสดิการ
ระบบบำนาญ หรือ
หลักประกันรายได้ของ
ผู้สูงวัยนี้ กำลังจะเป็น
โอกาสทางการเมือง
ของพรรคการเมืองต่างๆ
ที่จะต้องรับผิดชอบ
และนำไปบรรจุไว้เป็น
นโยบายสำหรับการเลือกตั้ง
ครั้งหน้าที่กำลังจะมาถึง
เพราะสิ่งนี้กำลังเป็น
ความต้องการของสังคม”



“การให้บ้านาญแบบถั่วหน้าจะเป็นประโยชน์กับทุกคน หากใช้กลไกทางการคลังเข้ามาช่วยแก้ปัญหาได้ก็จะเป็นโอกาสสำคัญที่ประเทศไทยจะแก้ปัญหาชนรากฐานของความเหลื่อมล้ำ แต่อยากสื่อสารถึงพรรคการเมืองต่างๆ ที่จะนำนโยบายเรื่องบ้านาญถั่วหน้ามาใช้ในการหาเสียงว่าอย่าขายฝันให้กับประชาชน เมื่อหาเสียงแล้วก็อยากให้ มีแนวทางการจัดการงบประมาณให้สามารถทำได้จริง” ดร.ทีปกร ทิ้งท้าย 🍌

ปากคำ ๕ ผู้แทน 'พรรคการเมือง' พันธสัญญาก่อนเลือกตั้งใหญ่ สู่การสร้าง 'หลักประกันรายได้' เมื่อสูงวัย

หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นหนึ่งในระเบียบวาระที่ได้รับ
ฉันทมติภายในงาน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ และขณะนี้กำลังถูกหยิบยกขึ้นมาพูดคุย
ในฐานะวาระสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับทุกชีวิตบนผืนแผ่นดินไทย

แน่นอนหลักประกันรายได้ฯ เป็นเรื่องของคนทุกคน และมีความสำคัญระดับโครงสร้าง จึงจำเป็นต้องอาศัยความเด็ดเดี่ยวและความกล้าหาญเชิงจริยธรรมของ 'ฝ่ายการเมือง' ในการตัดสินใจ

เมื่อช่วงกลางเดือน ม.ค. ๒๕๖๖ มีการจัดเวทีใหญ่เพื่อพูดคุยกันในประเด็นนี้แบบถึงลูกถึงคน
ผ่านวงเสวนา "นโยบายบำนาญแห่งชาติ จากผู้แทนพรรคการเมือง" ภายในงานรำลึก ๑๕ ปี
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จัดขึ้นโดยมูลนิธิธิดาภาพบำบัด ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.) และหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ในงานนี้ ได้เชิญผู้แทนจาก ๕ พรรคการเมืองมาแสดงวิสัยทัศน์ และยังถือเป็นการให้พันธสัญญา
ต่อสาธารณะในประเด็น 'การสร้างหลักประกันรายได้ฯ' เป็นครั้งแรก





พรรคเพื่อไทย:
มุ่งเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย
นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช

นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช ประธานคณะกรรมการนโยบายพรรคเพื่อไทย ยืนยันว่าเห็นด้วยที่จะต้องมีการสร้าง “หลักประกันรายได้” หรือ “บ้านนาถุประชาชน” แต่จำเป็นต้องมีการศึกษารายละเอียดว่าสิ่งใดจะทำได้ก่อนหรือหลังอย่างไร

ขณะเดียวกันก็จะดูเฉพาะเรื่องเงินบ้านนาถุอย่างเดียวไม่ได้ เพราะจากที่ทราบว่ามีภาระเสนอบ้านนาถุฯ ๓,๐๐๐ บาท/คน/เดือน ตรงนี้คือปีละ ๔.๕ แสนล้านบาท หรือคิดเป็น ๑๑-๑๒% ของงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งเขาเชื่อว่าหากทำจริงก็คง “ไม่ต้องทำอย่างอื่น” เพราะเอาเงินมาใช้จ่ายแก่คนชราทั้งหลายแทน

เขาให้ข้อมูลว่า ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคม

ผู้สูงวัย จากอัตราการเกิดของประชาชนคนไทยเริ่มลดน้อยลง รวมถึงอายุเฉลี่ยของเราที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมหาดล อย่างไม่รู้ตัวตามการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยเมื่อเทียบกับประเทศต่างๆ ที่เจริญแล้ว พบว่าสหรัฐอเมริกาใช้เวลา ๗๒ ปี อังกฤษใช้เวลา ๔๖ ปี ญี่ปุ่นใช้เวลา ๒๔ ปี ส่วนประเทศไทยใช้เวลา ๑๗ ปี ในขณะที่เดียวกันพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันยังทำงานอยู่ โดย ๖๓% อยู่ในภาคเกษตรกรรม และอีก ๑๗% เป็นแรงงานนอกระบบ

“ความท้าทายคือจะมีเงินอย่างเดียวไม่ได้ ต้องทำอย่างไรถึงจะอยู่อย่างมีความสุข สิ่งสำคัญคือทำไม่ต้องให้สวัสดิการผู้สูงอายุ เพราะเขาดำรงชีพไม่เพียงพอใช้หรือไม่

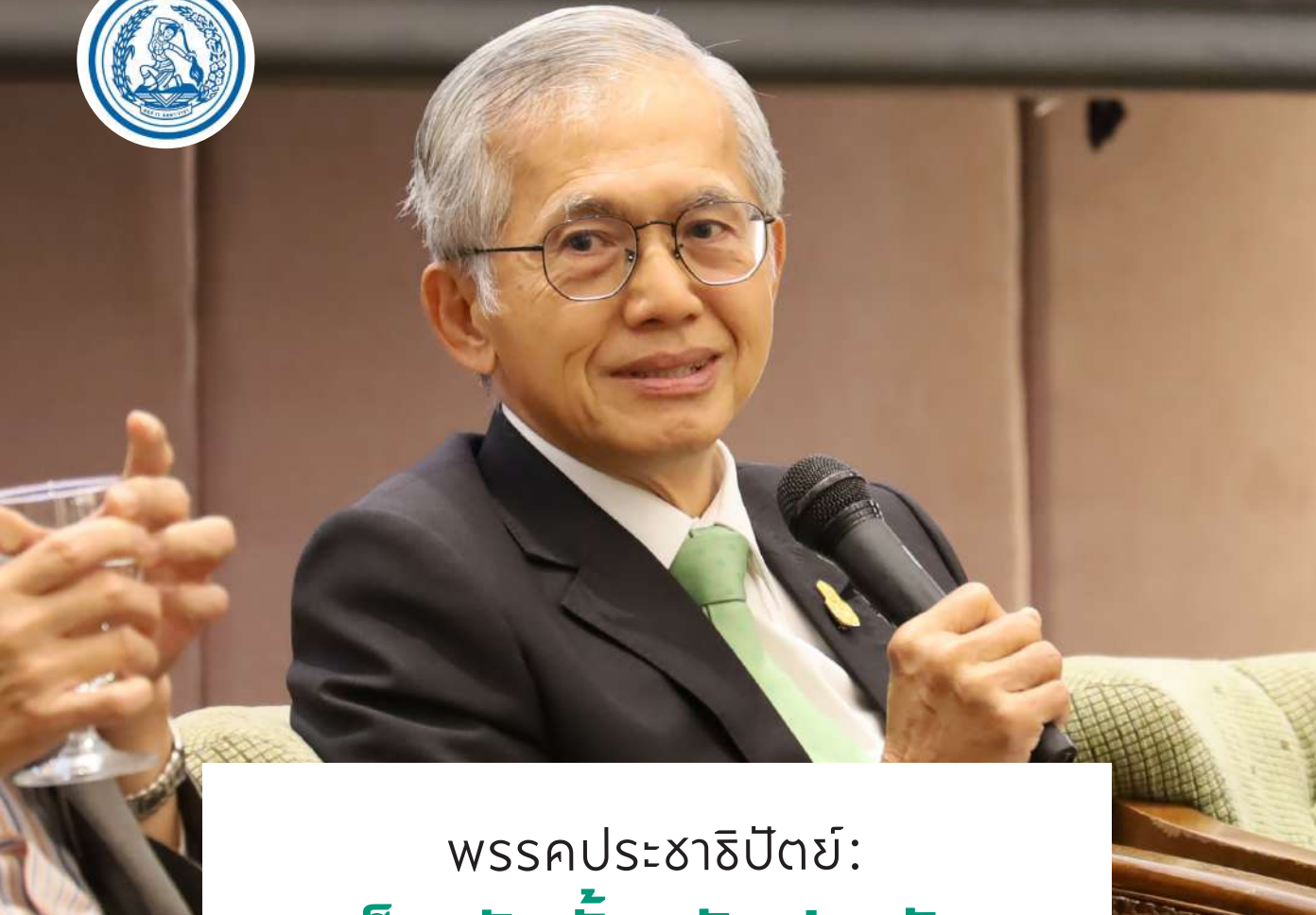
รัฐจึงมีหน้าที่นำเงินส่วนเกินมาแจกจ่ายให้คนที่ยังขาดอยู่นั้นคือหน้าที่ของรัฐ แต่ต้นเหตุการให้สวัสดิการคือคนสูงวัย รายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีเงินออม พุดง่ายๆ คือแก่ก่อนรวย ดังนั้นทำอย่างไรจึงทำให้รายได้เขาเพียงพอ โดยเฉพาะคนสูงวัยส่วนใหญ่อยู่ในภาคการเกษตร รัฐจึงต้องมีนโยบายสนับสนุนทางเกษตร รวมถึงการท่องเที่ยวให้มีรายได้มากขึ้น มาสนับสนุนในส่วนนี้” นพ.พรหมินทร์ ให้หลักคิด

ประธานคณะกรรมการนโยบายพรรคเพื่อไทย ระบุว่านโยบายของพรรคคือการ “เพิ่มรายได้” และ “ลดรายจ่าย” ให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้นสิ่งที่รัฐต้องทำคือการเพิ่มรายได้ให้ประชาชน ซึ่งทางพรรคเพื่อไทยมีนโยบายเพิ่มรายได้ให้กับทุกภาคส่วนรวมถึงผู้สูงอายุ ทำให้พวกเขามีความสุข เพราะการเพิ่มรายได้ การเพิ่มคุณภาพชีวิต เป็นการแก้ปัญหา ลดภาระ และยังมีโครงการที่เรียกว่า “๑ ครอบครัว ๑ ศักยภาพ” เพิ่มรายได้ให้ครัวเรือนด้วย

ส่วนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ทางพรรคเพื่อไทยยังจะเพิ่มประสิทธิภาพให้ดีขึ้น ดูแลกลุ่มเปราะบางให้ดีขึ้น ขณะเดียวกันพรรคเพื่อไทยเคยคิดนโยบายเมื่อปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา เรื่อง “หอยบัวเหินใจ” แทนที่จะเล่นหอยแล้วเงินหายไป เปลี่ยนเป็นนำเงินที่ซื้อไปฝากไว้ ลักษณะเดียวกับสลากออมสิน แต่จ่ายทุกงวดเก็บให้เขา จนอายุ ๖๐ ปีจ่ายคืนมา มีเงินเหลือเก็บ เป็นต้น



ต้นเหตุการให้สวัสดิการ
คือคนสูงวัยรายได้
ไม่เพียงพอ ไม่มีเงินออม
พุดง่ายๆ คือแก่ก่อนรวย
ดังนั้นทำอย่างไร
จึงทำให้รายได้
เขาเพียงพอ โดยเฉพาะ
คนสูงวัยส่วนใหญ่
อยู่ในภาคการเกษตร
รัฐจึงต้องมีนโยบาย
สนับสนุน”



พรรคประชาธิปัตย์:
**เล็งขยับทั้งหลักประกัน
 รายได้-สุขภาพ**
ดร.พิสิฐ ลิ่วชาธรรม

ดร.พิสิฐ ลิ่วชาธรรม ประธานนโยบายพรรคประชาธิปัตย์ ให้ภาพว่า แม้ทั่วโลกกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุเช่นเดียวกัน แต่ความแตกต่างคือประเทศอื่นในโลก เช่น สิงคโปร์ ญี่ปุ่น หรือยุโรป ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยที่ประเทศรวยแล้ว ในขณะที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุทั้งที่ประเทศจนอยู่ ยังเป็นประเทศกำลังพัฒนา

เขาเล่าย้อนไปว่าในสมัยที่ตนเองเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง เคยเสนอนโยบายเรื่องการออมเพื่อคนชรา ซึ่งเป็นการบังคับการออมเพื่อให้คนไทยมีใช้เมื่อยามชรา แต่ผลปรากฏว่าล้มเหลวเพราะรัฐบาลชุดต่อมาไม่ได้ทำต่อ

เขาจึงเชื่อว่าหากระบบดังกล่าวเกิดขึ้น สถานการณ์ปัจจุบัน น่าจะดีกว่านี้อีกมาก

ขณะเดียวกันในปี ๒๕๖๕ พรรคประชาธิปัตย์ยังได้เสนอกฎหมายเข้าสภา เพื่อเปิดโอกาสให้ข้าราชการนำเงินออมในกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) มาซื้อ “บ้าน” ได้ เพราะมองว่าบ้านเป็น “ทรัพย์สิน” ไม่ใช่การใช้จ่ายแล้วหมดไป แต่กลับถูกวุฒิสภาตีตก

อย่างไรก็ตาม ทางพรรคก็ยังมีข้อเสนอเรื่องกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ที่พนักงานต่างๆ ออมเงินไว้ ควรเปิดโอกาสให้เขานำเงินตรงนี้ไปซื้อบ้าน หรือสินทรัพย์ไว้ได้



“ทุกวันนี้ ระบบประกันสุขภาพของเรานั้นแยกแยะหลายระบบ ไม่ว่าจะเป็นระบบข้าราชการ ระบบประกันสังคม หรือบัตรทอง แต่ละระบบก็มีมาตรฐานแตกต่างกันทำอย่างไรที่จะนำสิ่งเรานี้ มาจับอัดกัน ให้มาตรฐานใกล้เคียงหรือเหมือนกัน เพื่อไม่ให้เกิดความลักลั่น ไม่เหลื่อมล้ำกัน”
 ประธานนโยบายพรรคประชาธิปัตย์ ให้มุมมอง

เช่นกัน ซึ่งเหล่านี้เป็นเรื่องที่พรรคประชาธิปัตย์จะทำ เพื่อให้เกิดการออมภาคบังคับขึ้นมา

พร้อมกันนี้ ดร.พิสิฐ ยังพูดถึงการเสนอให้มีการขยายอายุเกษียณเพิ่มขึ้นไปอีกจาก ๖๐ ปี เพราะเชื่อว่าหลายคนยังสามารถทำงานได้ขณะที่บางคนยังไม่มีเงินออมเลี้ยงดูตัวเองได้ รวมถึงการจัดระบบให้คนที่มียุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป นำความรู้ความสามารถมาใช้ประโยชน์ในสังคมมากขึ้น

“ทุกวันนี้ระบบประกันสุขภาพของเรานั้นแยกแยะหลายระบบ ไม่ว่าจะเป็นระบบข้าราชการ ระบบประกันสังคม หรือบัตรทอง แต่ละระบบก็มีมาตรฐานแตกต่างกันทำอย่างไรที่จะนำสิ่งเรานี้มาจับอัดกัน ให้มาตรฐานใกล้เคียงหรือเหมือนกัน เพื่อไม่ให้เกิดความลักลั่น ไม่เหลื่อมล้ำกัน” ประธานนโยบายพรรคประชาธิปัตย์ ให้มุมมอง

เขาระบุเพิ่มเติมว่า ระบบประกันสุขภาพของเรานั้นมุ่งแต่การรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่การป้องกันเบ็กไม่ได้ เช่น ข้าราชการรออยากไปออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก แต่ขอเบ็กไม่ได้ ฉะนั้นทำอย่างไรถึงจะเปิดช่องให้คนเบ็กเงินไปเพื่อดูแลสุขภาพตัวเองได้ รวมถึงเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งถ้าเราตรวจพบโรคเร็ว ความเสียหายก็จะลดน้อยลง ฉะนั้นเราต้องเปิดทางให้ทุกคนมีสิทธิที่จะเบ็กค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้

ทั้งนี้ พรรคประชาธิปัตย์มีนโยบายบ้านอายุเพื่อผู้สูงอายุ โดยเป็นการให้เงินสวัสดิการอุดหนุนรายเดือน ซึ่งมีตัวเลขที่เหมาะสมอยู่ในใจแต่ยังไม่สามารถเปิดเผยได้ หากแต่ความท้าทายคือต้องหางบประมาณปีละ ๔.๕ แสนล้านบาท มาดำเนินการเรื่องนี้ ซึ่งต้องมีมาตรการทางภาษีตามมา และการตัดลบงบประมาณที่ไม่จำเป็นออกไป



WSSC ก้าวไกล:
**ปรับระบบงบประมาณ-
 ปฎิรูปภาษี**
 ดร.เดชาธิ์ สุขก่าเน็ด

ดร.เดชาธิ์ สุขก่าเน็ด ผู้อำนวยการ Think Forward Center พรรคก้าวไกล มองว่าประเด็นบ้านนาญแห่งชาติ ทุกพรรคมีกลุ่มเป้าหมายแตกต่างกัน เพราะนอกเหนือจากหลายระบบในการออมแล้ว ยังต้องพูดถึงกลุ่มช่วงอายุที่ปัจจุบันแบ่งออกเป็น ๒ ช่วง คือช่วงที่ “เข้าสู่ผู้สูงวัยแล้ว” กับช่วงที่ “ยังไม่เข้าสู่ผู้สูงวัย” จึงต้องแยกกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนก่อนเป็นอันดับแรก

สำหรับกลุ่มที่นำกังวลมากที่สุด คือกลุ่มผู้ที่เข้าสู่ผู้สูงวัยแล้ว โดยตัวเลขปัจจุบันมีประมาณ ๑๒ ล้านคน แต่พบว่าในจำนวนนี้มีการออมเพียง ๑ ใน ๓ เท่านั้น ส่วนคนที่

เหลือไม่ได้มีการออม จึงมองว่าหากจะให้เริ่มออมตอนนี้ คงช้าไป ดังนั้นสิ่งที่พรรคก้าวไกลคิด คือต้องเริ่มสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในทันที

ทั้งนี้ ทางพรรคเสนอให้อยู่ที่ ๑% ของเส้นความยากจน คือตกเดือนละ ๓,๐๐๐ บาท แต่หากเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ต้องดูแลระยะยาว อาจตกเดือนละ ๙,๐๐๐ บาท/คน/เดือน ส่วนหลังถือว่ามีความจำเป็นต้องตั้งกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และทราบว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการดำเนินการเรื่องนี้อยู่ แต่งบประมาณที่มีอาจไม่เพียงพอ

ในขณะที่อีกกลุ่มถัดมา คือกลุ่มที่ยังไม่เป็นผู้สูงอายุ จะต้องเติมในเรื่องของการออม เพราะจากการศึกษาตัวเลขพบว่า รายได้ต่อเดือนที่ผู้สูงอายุควรมีคือราว ๕,๐๐๐-๖,๐๐๐ บาท ดังนั้นเมื่อมีนโยบายให้เดือนละ ๓,๐๐๐ บาทแล้ว สิ่งที่ต้องทำคือหารายได้มาช่วยในส่วนที่ขาดไปอีกราว ๓,๐๐๐ บาท โดยจะมีการทำการออมภาคบังคับ

ในส่วนนี้ ดร.เดชาธิ์ ให้ข้อมูลว่าจะเป็นเสมือนที่ภาคประชาชนใช้คำว่า “ปันโตสามชั้น” คือชั้นแรกเป็นสวัสดิการที่ได้จากภาครัฐ ชั้นที่สองเป็นส่วนเติมที่ได้มาจากการออมแบบภาคบังคับ ซึ่งพรรคก้าวไกลได้เสนอนโยบายการประกันสังคมแบบถ้วนหน้า คือทุกคนเข้าสู่ระบบประกันสังคม จากนั้นก็เพิ่มมากขึ้นในขั้นสุดท้าย คือ การออมตามความสมัครใจ เป็นต้น

เขาวិเคราะห์ว่าทั้งหมดนี้ คาดว่าจะใช้งบประมาณราว ๖.๕ แสนล้านบาท ซึ่งแหล่งที่มาของงบประมาณนั้น ทางพรรคก้าวไกลได้ศึกษาแล้วว่าจะดำเนินการปรับลดงบประมาณไม่จำเป็น เช่น ลดขนาดกองทัพ ธุรกิจกองทัพ โครงการไม่จำเป็นต่างๆ ราว ๕% จาก พ.ร.บ.งบประมาณฯ

ขณะเดียวกันก็เพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ การเก็บภาษีอีก ๑๐% และเพิ่มแหล่งรายได้ใหม่ๆ เช่น เก็บภาษีความมั่งคั่ง ภาษีที่ดินอัตราก้าวหน้า ซึ่งอาจส่งผลให้ภาษีเพิ่มขึ้นเป็น ๑๖% ของจีดีพีประเทศ แต่เขาเชื่อว่าเป็นตัวเลขที่ทุกคนรับได้ และเมื่อรวมทั้งหมดจะได้ราว ๖.๕ แสนล้านบาท ตามเป้าที่ตั้งไว้

“แต่เราไม่สามารถทำได้ทันที เพราะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับลดงบประมาณ การออกกฎหมายต่างๆ อีกทั้งการจัดระบบสำหรับสวัสดิการอื่นๆ ให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย ยังคงเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา แต่เชื่อได้ว่าในระยะ ๕ ปี จะเห็นรูปธรรมและเห็นทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน” ผู้อำนวยการ Think Forward Center พรรคก้าวไกล ให้ข้อมูล



“แหล่งที่มา
 ของงบประมาณนั้น
 ทางพรรคก้าวไกลได้
 ศึกษาแล้วว่าจะดำเนิน
 การปรับลดงบประมาณ
 ไม่จำเป็น เช่น
 ลดขนาดกองทัพ
 ธุรกิจกองทัพ
 โครงการไม่จำเป็นต่างๆ
 ราว ๕% จาก
 พ.ร.บ.งบประมาณฯ”



พรรคไทยสร้างไทย: ดูแลตั้งแต่แรกเกิด-สูงวัย รศ.ดร.โกสิน พลกุล

รศ.ดร.โกสิน พลกุล ประธานคณะกรรมการยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนประเทศ พรรคไทยสร้างไทย กล่าวว่า เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การอยู่แบบเป็นที่เป็นนิจ ถูกระบุในรัฐธรรมนูญ ถือเป็นสิทธิที่ผู้สูงอายุควรได้รับ ไม่ใช่รัฐสวัสดิการ หากแต่ประเด็นสำคัญคือจะดูแลเรื่องของผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ได้อย่างไร เพราะต้องดูทั้งระบบ ตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ ว่าเราจะทำอะไร ดูแลอย่างไร เพื่อให้พ่อแม่ผู้สูงอายุสบายใจ ให้อุ่นใจว่าลูกมีบุตร ไม่ได้เป็นภาระ ซึ่งหากไม่มีการปรับปรุงเรื่องนี้ทั้งวงจร เชื่อว่า จะไม่ได้ผลอย่างที่คาดหวัง

เขาระบุว่า จากการศึกษาของพรรคไทยสร้างไทย จะนำเสนอนโยบายแบบดูแลทั้งวงจร ตั้งแต่ “แรกเกิด” จนถึง

“สูงวัย” โดยเฉพาะเรื่องของการศึกษา ที่อาจปรับลดเพดานให้มีการเรียนจนปริญญาตรีตั้งแต่อายุ ๑๘ ปี ซึ่งเมื่อลดเวลาเรียนได้ถึง ๒ ปี ก็จะช่วยเพิ่มคนเข้าสู่กำลังการผลิต ทำให้คนเข้าสู่วัยทำงานได้เร็วขึ้น และส่งผลให้เขามีรายได้มากขึ้น มีโอกาสในการสร้างตัวได้เร็วขึ้นด้วย

“ทุกวันนี้สิ่งที่เกิดขึ้นคือ กู้เงินเรียนจนจบปริญญาตรีจบมาเพื่อตกงานและใช้หนี้ พ่อแม่ก็ไม่มีเงิน ทำให้ทุกคนเครียด มีแต่เรื่องหนี้รอบตัว ทำให้เป็นเหยื่อนั้นนอกระบบ เหยื่อการพนัน เหยื่อการค้ามนุษย์ทั้งหลาย เพราะฉะนั้นต้องแก้ให้ครบทั้งวงจร” ประธานยุทธศาสตร์ พรรคไทยสร้างไทย ระบุ

รศ.ดร.โกสิน วิเคราะห์ว่า ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีการจัดสรรงบประมาณเป็นเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ

๖๐๐-๑,๐๐๐ บาท ซึ่งใช้งบอยู่ที่ประมาณ ๘ หมื่นล้านบาท และหากมีการปรับเพิ่มเบี้ยยังชีพในตัวเลขที่เพิ่มเป็น ๓,๐๐๐ บาท จะต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น ๕.๒ แสนล้านบาท เขามองว่าในช่วงแรกอาจต้องมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตก่อน ส่วนการให้อย่างถ้วนหน้าทุกคนนั้นอาจเป็นเรื่องในอนาคต

ดังนั้น ในส่วนของพรรคพรรคไทยสร้างไทย จึงกำลังพูดถึงคนสูงวัยที่ไม่มีเงินออม ซึ่งตอนนี้ต้องดูแลคนที่รายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพก่อน เพราะถือว่าเป็นสิทธิในรัฐธรรมนูญ ส่วนผู้สูงวัยที่รายได้เพียงพออยู่แล้วให้ตัดไป และต้องมีการปรับปรุงระบบการจัดเก็บรายได้ต่างๆ การจัดเก็บภาษี เพื่อนำเงินมาใช้จ่ายเรื่องเหล่านี้

ขณะที่งบประมาณก็จะต้องมีการปฏิวัติระบบอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในส่วนการลงทุนที่ต้องหันมาให้ความสำคัญกับตัวบุคคล มากกว่าโครงสร้างต่างๆ รวมถึงต้องตัดลดงบประมาณที่ไม่จำเป็นออกไป เช่น งบประมาณกองทัพ งบประมาณสร้างถนน ที่จัดสรรอย่างไม่เป็นธรรม และการจัดการทางภาษี เป็นต้น ซึ่งจะทำให้มีงบประมาณเพียงพอต่อการบริหารเพื่อดูแลประชาชนอย่างถ้วนหน้า

ทั้งนี้ เขาเชื่อว่าการเพิ่มรายได้ จะต้องคำนวณว่ารายได้เท่าไรจึงจะเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ไม่ใช่ประกาศตัวเลขออกมา เพราะอีกหลายปีข้างหน้าอาจไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการพักใช้กฎหมายเกี่ยวกับการอนุมัติหรืออนุญาตเรื่องต่างๆ เอาไว้ก่อน เพื่อให้คนสามารถทำมาหากิน ส่วนธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) ก็ให้มีการรวมกลุ่มกัน เพื่อเข้าถึงแหล่งเงินทุนได้ง่าย

“สรุปคือเรื่องบ้านาญทำได้ ๑๐๐% แต่ต้องทำให้ครบวงจร ตั้งแต่ในครรภ์ถึงผู้สูงวัย เพราะทุกคนมีกำลังการผลิตทำให้เสมอภาคทุกคน ประเทศนี้ต้องปฏิวัติระบบงบประมาณถ้ายังเป็นแบบนี้ ก็ไปไม่ได้ เพราะปัจจุบันไม่ตอบโจทย์ประชาชน จังหวัดใครจังหวัดมัน ใครมีอิทธิพลก็ไปลงจังหวัดตัวเอง แทนที่จะต้องลงทั้งประเทศ” รศ.ดร.โกสิน ให้แนวคิด



**“เรื่องบ้านาญทำได้ ๑๐๐%
แต่ต้องทำให้ครบวงจร
ตั้งแต่ในครรภ์ถึงผู้สูงวัย
เพราะทุกคน
มีกำลังการผลิต
ทำให้เสมอภาคทุกคน
ประเทศนี้ต้องปฏิวัติ
ระบบงบประมาณ
ถ้ายังเป็นแบบนี้ก็ไปไม่ได้”**



WSSC ภูมิใจไทย:
เชื่อต้องบรรลุ
ไว้ในรัฐธรรมนูญ
 พญ.เพชรดาว โต๊ะมีนา

พญ.เพชรดาว โต๊ะมีนา ผู้แทนพรรคภูมิใจไทย ให้ข้อมูลว่าในปี ๒๕๕๓ คาดว่าผู้สูงอายุประเทศไทยจะเพิ่มถึง ๒๐.๒ ล้านคน หรือคิดเป็น ๓๑% ซึ่งอนาคตคนไทยจะมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ๗๙ ปี ในขณะที่มีแนวโน้มมีคนเด็กลดลงตามลำดับมากขึ้น ส่วนเด็กก็เกิดน้อยลง ประชากรวัยทำงานน้อยลง แต่ผู้สูงอายุมากขึ้น จึงเชื่อว่าทุกพรรคการเมืองย่อมตระหนักดีถึงปัญหาโครงสร้างประชากรไทย เธอระบุว่า แม้พรรคภูมิใจไทยอาจยังไม่มียุทธศาสตร์ โดยเฉพาะเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือบำนาญ แต่พรรคเอง

สนับสนุนระบบบำนาญแห่งชาติ มากไปกว่านั้นยังสนับสนุนการสร้างหลักประกันรายได้ถ้วนหน้า เพื่อให้กับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมโดยไม่มีเงื่อนไข เพื่อให้ทุกคนทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่ใช่เป็นรูปแบบสงเคราะห์เหมือนปัจจุบัน ที่ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพคนชราไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้ เบื้องต้นมองว่าต้องมียุทธศาสตร์ที่จะเข้ามาสนับสนุนระบบสวัสดิการของรัฐให้เกิดรูปธรรม ซึ่งระบบบำนาญจะต้องมีการปฏิรูป โดยลดงบประมาณที่ไม่



คุ้มค่าออกไป และเพิ่มงบประมาณที่ลงทุนกับคนทุกช่วงวัย ตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงวัยชรา รวมทั้งควรต้องมีบริการสุขภาพไปหาประชาชนให้มากขึ้นด้วย

พญ.เพชรดาว ให้ข้อมูลเสริมว่า ที่ผ่านมาได้มีการเสนอแก้ไขร่างรัฐธรรมนูญ เมื่อวันที่ ๒๓ พ.ค. ๒๕๖๔ เพื่อเพิ่มสิทธิเสรีภาพของประชาชน และเห็นด้วยในประเด็นที่ต้องดูแลประชาชนให้ครบวงจร ตั้งแต่ในครรภ์ถึงสูงวัย โดยพรรคภูมิใจไทยเล็งเห็นความสำคัญเรื่องเด็กแรกเกิด และได้ทำหนังสือถึง พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี เพื่อเสนอให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเด็กเล็กถ้วนหน้า พร้อมกับตั้งคณะทำงานสนับสนุนและขับเคลื่อนเรื่องนี้มาโดยตลอด

ในส่วนของการจัดทำระบบบำนาญ เธอเห็นด้วยว่าต้องเป็นสวัสดิการแบบถ้วนหน้า ไม่ใช่การสงเคราะห์แบบปัจจุบัน ที่ได้เดือนละ ๖๐๐ บาท หรือเฉลี่ยวันละ ๒๐ บาท ซึ่งเป็นอย่างนี้มานาน ไม่ว่าจะอย่างไรก็ไม่พอ แม้ว่าจะเพิ่มตามอายุอีก ๑๐๐-๒๐๐ บาทก็ตาม ก็ทำไม่ได้ระยะยาว

ดังนั้นพรรคภูมิใจไทยจึงเล็งเห็นว่า การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ควร “บรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญ” เพราะหากทำนโยบายเมื่อเปลี่ยนรัฐบาลก็อาจเปลี่ยนแปลงได้ แต่หากบรรจุในรัฐธรรมนูญ ทุกพรรคที่มาเป็นรัฐบาลจะต้องดำเนินการ

“สุดท้ายนี้พรรคภูมิใจไทยจะมีการรวบรวมความคิดเห็น ไม่ว่าจะเป็นจากภาคประชาสังคม นักเศรษฐศาสตร์ นักการเงิน ฯลฯ ว่าเราจะหารูปแบบอย่างไรที่ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด และเติมเต็มให้สมบูรณ์ ก่อนที่เราจะยื่นแก้ไขรัฐธรรมนูญอีกครั้งในอนาคต เรายืนยันว่าเข้าไปในสมัยหน้าเราจะได้เป็นรัฐบาล แต่ก็ขึ้นอยู่กับประชาชนว่าจะเลือกเราได้มากน้อยแค่ไหน” พญ.เพชรดาว กล่าว

“การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ควร
‘บรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญ’
เพราะหากทำนโยบาย
เมื่อเปลี่ยนรัฐบาล
ก็อาจเปลี่ยนแปลงได้
แต่หากบรรจุ
ในรัฐธรรมนูญ
ทุกพรรคที่มาเป็นรัฐบาล
จะต้องดำเนินการ”

คสช. รับรอง ๓ มติสมัชชาสุขภาพฯ ปี ๖๕ เห็นชอบข้อเสนอพัฒนา ‘สุขภาพช่องปาก’ หนุน สปสช. ปรับสิทธิประโยชน์ ให้เอกชนร่วมจัดบริการ-กันตกรรรมทางไกล

ที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๑๖ ม.ค. ๒๕๖๕ ซึ่งมี **นายอนุทิน ชาญวีรกูล** รองนายกรัฐมนตรี และ รมว.สธ. ในฐานะประธาน คสช. เป็นประธาน ร่วมกันพิจารณาเห็นชอบ**มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕** ทั้ง ๓ มติ โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เสนอมติดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรี (ครม.) เพื่อพิจารณามอบหมายให้หน่วยงานหลักประสานการดำเนินการตามนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปพิจารณาดำเนินการตามภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อไป

สำหรับมติสมัชชาสุขภาพฯ ทั้ง ๓ มติ ประกอบด้วย ๑. การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน ๒. การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน (Bio-Circular-Green Economy: BCG Model) ๓. หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

นายอนุทิน เปิดเผยว่า มติทั้ง ๓ ของสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๕ ได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทั่วประเทศ ที่ร่วมกันประกาศเจตนารมณ์ขับเคลื่อน

พร้อมทั้งภาคีเครือข่ายกว่า ๖๓ ภาคี ที่ได้แสดงถ้อยแถลงต่อสาธารณะสนับสนุนมติ ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนการออมแห่งชาติ หรือสำนักงานประกันสังคม เครือข่ายเด็กและเยาวชน เป็นต้น

“กระทรวงสาธารณสุขเองเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญ และได้ให้ถ้อยแถลงในการร่วมขับเคลื่อนมติทั้งหมดนี้ ซึ่งเชื่อว่าพลังความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานที่มาร่วมกันในครั้งนี้ จะนำไปสู่การเดินหน้านโยบายตามมติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและยกระดับสุขภาพที่ดีของพี่น้องประชาชนได้ ตามเป้าหมายหลักของสมัชชาสุขภาพฯ ในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ภายใต้โอกาสและความหวังอนาคตประเทศไทย” ประธาน คสช. กล่าว

นายชาญเชาวน์ ไชยานุกิจ ประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๖ กล่าวว่า ในส่วนของภาพรวมการจัดสมัชชาสุขภาพฯ ครั้งที่ ๑๕ เมื่อวันที่ ๑๖-๑๗ ธ.ค. ๒๕๖๕ เป็นไปอย่างชื่นมื่น จากความร่วมมือร่วมใจของภาคีเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ที่เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้นกว่า ๑,๕๐๐ คน ทั้งการร่วม ณ สถานที่

และร่วมประชุมออนไลน์ โดยมีผู้รับชมกิจกรรมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ผ่านการถ่ายทอดสดออนไลน์ (FB Live Streaming) ครั้งนี้ มากกว่า ๖๔,๐๐๐ ครั้ง

นายชาญเชาวน์ กล่าวว่า ภายใต้นโยบายนอกจากการพิจารณาและให้การรับรองทั้ง ๓ ระเบียบวาระแล้ว ยังมีการปาฐกถาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และกิจกรรมเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นที่สังคมให้ความสนใจอีกมากมาย พร้อมกันนี้ทาง คจ.สช. ยังได้มีการประกาศประเด็นที่อาจพัฒนาเป็นระเบียบวาระ ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๖ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๗ ประเด็น

ประกอบด้วย ๑. การป้องกันและลดความรุนแรงในสังคมไทย ๒. การท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพภายใต้แนวคิด BCG Model ๓. การบริหารจัดการน้ำเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรม ๔. ระเบียบยุติธรรมชุมชน ลดความขัดแย้ง เพิ่มสุขภาวะสังคม ๕. การกระจายอำนาจสู่พื้นที่อย่างมีส่วนร่วม ๖. การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจภาคตะวันออกเชิงเหนือ ๗. การพัฒนาระบบสุขภาพจิต โดย คจ.สช. ยังยินดีที่จะเปิดรับประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติมจากภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพฯ เพื่อนำมาพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะร่วมกันต่อไปในระยะหลังจากนี้

ขณะเดียวกัน ที่ประชุม คสช. ยังได้ให้ความเห็นชอบ**ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก** ตามที่คณะกรรมการประสานและพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากสำหรับประเทศไทยเสนอ ทั้ง ๓ ประเด็น ได้แก่ ๑. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ๒. การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพช่องปากทุกด้าน ๓. การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปาก พร้อมกับมอบหมายให้ สช. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

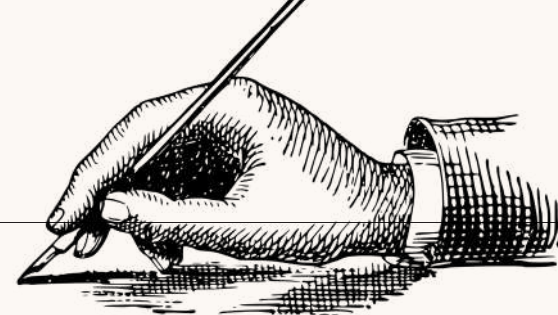
ในส่วนรายละเอียดแนวทางภายใต้ข้อเสนอดังกล่าว

เช่น สนับสนุนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพิ่มสิทธิประโยชน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก ในหน่วยงานภาครัฐ และสนับสนุนคลินิกทันตกรรมเอกชน มามีส่วนร่วมในการจัดบริการ, ปรับระบบการให้บริการทันตกรรมทางไกล (Tele-Dentistry) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง, เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพช่องปากในระบบระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล กับแอปพลิเคชันหมอพร้อม, การจัดเก็บภาษีระยะที่ ๓ ตาม พ.ร.บ.ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๖๐ ของกรมสรรพสามิต ที่ สนับสนุนให้คนไทยลดบริโภคน้ำตาลจากเครื่องดื่ม ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวม เป็นต้น

นอกจากนี้ ที่ประชุม คสช. เห็นชอบ**กรอบการจัดทำแผนเพื่อจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ของ สช.** รวมวงเงิน ๔๐๖.๙๑ ล้านบาท เพื่อรองรับแผนงานหลัก ฉบับที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ ที่จะมีโครงการต่างๆ เช่น การสานพลังพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมรองรับสังคมสูงวัย การสนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นต้น

นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการ คสช. กล่าวว่า แนวทางการจัดทำงบประมาณฯ ปี ๒๕๖๗ ของ สช. ได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทและนโยบายในระดับต่างๆ โดยคำนึงถึงความจำเป็นและภารกิจของหน่วยงาน ความต้องการของพื้นที่และประชาชน ขณะเดียวกันยังให้ความสำคัญกับการยกระดับศักยภาพของประเทศในทุกมิติ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น เพิ่มศักยภาพการถ่ายโอนภารกิจ การจัดการบริการสาธารณะ ลดความเหลื่อมล้ำ





‘กอด-สร้าง-พัฒนา’ นวัตกรรมทางสังคม สู่การเสริมพลังความเข้มแข็งชุมชน รองรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในอนาคต



สังคมที่จะนำไปต่อยอด ขยายผล หรือวางแผนรับมือวิกฤตสุขภาพในอนาคตต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และกลุ่มวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) สำนักงานวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม “การยุติโรคระบาดด้วยนวัตกรรม” (Ending Pandemics through Innovation : EPI) ตามแผนพัฒนาขีดความสามารถด้านสาธารณสุขรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน

ที่มุ่งดำเนินกิจกรรมสำคัญ ๓ กิจกรรม ได้แก่ ๑. พัฒนาด้านชุมชนเข้มแข็งด้วยนวัตกรรมโดยเครือข่ายชุมชนทั่วประเทศ ๒. พัฒนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพให้มีความสามารถในการดูแลชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรงงาน ๓. พัฒนากลไกเชื่อมโยงเครือข่ายต่างๆ ที่ทำงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคโดยให้มีกลไกการทำงานเชื่อมประสานข้อมูล กิจกรรมการทำงานร่วมกันด้านวิชาการและปฏิบัติการลักษณะกัลยาณมิตร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) กิจกรรมปฏิรูปประเทศ ๑ (Big Rock) คือ การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขรวมถึงโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ

สำหรับเนื้อหาฉบับนี้จะขอเล่าถึง “แผนพัฒนาด้านชุมชนเข้มแข็ง” ด้วยนวัตกรรมโดยเครือข่ายชุมชนทั่วประเทศที่มีการคัดเลือกพื้นที่ชุมชนเขตเมืองและมีความเปราะบางทางสังคมที่กระจายในแต่ละภูมิภาค ได้แก่ ชุมชนแหลมสนอ่อน จังหวัดสงขลา ตำบลชิวทวน จังหวัดอุบลราชธานี ชุมชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย (ชุมชนพัฒนาการบึงขวาง ชุมชนรุ่งมณีพัฒนา ชุมชนต้นสน (เพชรเกษม ๗๑) ชุมชนลิซิด ๑-๒-๓ ชุมชนพัฒนาใหม่ ชุมชนริมคลองวัดสะพาน ชุมชนสุขสวัสดิ์ ชุมชนเพชรบุรี ชุมชนปรุณาวาส ชุมชนร่วมแก้ว ชุมชนเทพกษัตร) ชุมชนแรงงานข้ามชาติตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ชุมชนมิตรภาพและชุมชนเหล่าญาติ จังหวัดขอนแก่น ชุมชนหัวฝายและชุมชน

กำแพงงาม จังหวัดเชียงใหม่ ชุมชนตลาดสี่มุมเมือง จังหวัดปทุมธานี อันเกิดจากการวิเคราะห์พื้นที่ร่วมกับหน่วยงานภาคียุทธศาสตร์ จากความพร้อม ความสนใจของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ

กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อสภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยชุมชนมีส่วนร่วม พัฒนาขึ้นจากแนวคิดหลัก ๓ แนวคิด คือ ๑. แนวคิดการเสริมพลังชุมชน (Community Empowerment) ๒. แนวคิดภัยพิบัติกับการรับมือแบบมีส่วนร่วมโดยชุมชน ๓. แนวคิดระบบสุขภาพชุมชน

ภายใต้เครื่องมือสำคัญในการพัฒนาชุมชน ๕ รูปแบบ ได้แก่ ๑. เครื่องมือทบทวนทุนชุมชน นำเครื่องมือ ๗ ชิ้นทางมานุษยวิทยา ๒. เครื่องมือการจัดการความซับซ้อน (Cynefin) ๓. เครื่องมือต้นไม้อะบบสุขภาพชุมชน ๔. เครื่องมือ Outcome Mapping ๕. เครื่องมือการติดตามและประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา (ARE) ที่ไหนดีที่เลี้ยง (สถาบันวิชาการ มูลนิธิหรือสมาคมที่ทำงานใกล้ชิดกับชุมชน) ใช้เป็นแนวทางการทำงานร่วมกับชุมชน โดยประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ ดังนี้

กระบวนการที่ ๑ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ (๑) การคัดเลือกและพัฒนาทีมจัดการความรู้ชุมชน (๒) การทบทวนทุนจากประสบการณ์ภัยพิบัติสุขภาพ ทบทวนทุนเดิมของชุมชนไปพร้อม ๆ กับการถอดบทเรียนสถานการณ์โควิด 19 ด้วย “เครื่องมือทบทวนทุนชุมชน” ใน ๔ มิติ ได้แก่ ๑. ประวัติศาสตร์ (เวลา) ๒. แผนที่เดินดิน (สถานที่พื้นที่) ๓.

ผังองค์กร (ผู้คน) และ ๔. ระบบสุขภาพชุมชน (การแพทย์ พหุลักษณะ) เป็นการประมวลข้อมูลพื้นฐาน ของชุมชนที่มีอยู่เดิม ได้แก่ ทรัพยากรคน องค์ความรู้ ภูมิปัญญา วิธีการจัดการและรับมือกับภัยพิบัติในอดีต เป็นต้น มาวิเคราะห์ระดับปัญหาของสถานการณ์ด้วย “เครื่องมือการจัดการความซับซ้อน (Cynefin)” จากปัญหาที่เคยเกิดขึ้นในอดีตว่า ชุมชนมองปัญหาภัยพิบัติแต่ละปัญหาอยู่ในระดับใด เพื่อให้เห็นองค์ประกอบของการจัดการว่าทำไมชุมชนจึงเลือกวิธีการจัดการแบบนั้น ๆ ในช่วงเวลาดังกล่าว โดยการฉายภาพผ่าน “ต้นไม้อะบบสุขภาพชุมชน” และนำมาสังเคราะห์เป็นข้อมูลพื้นฐานชุมชนที่ได้จากการถอดบทเรียนและจัดทำตารางองค์ประกอบระบบสุขภาพชุมชน

กระบวนการที่ ๒ การจัดการวิกฤตสุขภาพ ณ ปัจจุบันของชุมชน ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ (๑) วิเคราะห์ระดับสถานการณ์ปัญหา (๒) การกำหนดเป้าหมายและความต้องการของชุมชน (๓) การออกแบบต้นไม้อะบบสุขภาพชุมชน และกำหนดผลลัพธ์ (๔) การดำเนินการและการติดตามเพื่อประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา

ท้ายที่สุดแล้ว ผลผลิตที่จะได้จากกระบวนการครั้งนี้ คือ “ต้นไม้อะบบสุขภาพชุมชน” ของแต่ละชุมชนที่เรียกว่าเป็น “นวัตกรรมทางสังคม” เพื่อนำไปเป็นส่วนสำคัญในการจัดทำเป็น “คู่มือกลาง” เพื่อนำไปขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น ๆ ในการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบสนองต่อการรับมือภัยพิบัติฉุกเฉินในอนาคต



รักกันจริง ... อย่าทิ้งให้แก่แล้วจน

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งโลกมีผู้อายุ ๖๐ ปี หรือสูงกว่านั้นอยู่กว่า ๑,๐๐๐ ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น ๑,๔๐๐ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ และสูงขึ้นเป็น ๒,๑๐๐ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างไม่เคยคาดคิดมาก่อน และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งการที่สัดส่วนประชากรทั้งโลกกลายเป็นผู้สูงอายุนี้จำเป็นต้องมีการปรับตัวทั้งสังคม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการบริหารสุขภาพ การพัฒนาบ้านเมืองให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมไปถึงสวัสดิการต่างๆ

แน่นอนว่าเมื่อเราทุกคนเข้าสู่ช่วงสูงอายุแล้ว เราย่อมอาจทำงานได้น้อยลง นั่นหมายถึงรายได้ที่น้อยลงไปด้วย แต่เราอาจจะยังมีรายจ่ายเท่าเดิมหรือมากกว่าเดิม

คอลัมน์แก่รอยโลกฉบับนี้ จึงชวนสำรวจประเทศที่ติดอันดับการมี “ระบบบำนาญที่ดีที่สุดในโลก” เพราะบำนาญคือหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยสร้างการกินดี อยู่ดี เมื่อเราสูงอายุขึ้น จากรายงานของ Mercer บริษัทที่ปรึกษาด้านทรัพยากรมนุษย์สัญชาติอเมริกัน ร่วมกับสถาบันวิเคราะห์ด้านการเงิน CFA Institute และ Monash Business School ในออสเตรเลีย เปิดเผย ๑๐ อันดับแรกของประเทศที่ขึ้นชื่อว่ามีระบบบำนาญที่ดีที่สุด ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ คือ ๑. ไชล์แลนด์ ๒. เนเธอร์แลนด์ ๓. เดนมาร์ก ๔. อิสราเอล ๕. ฟินแลนด์ ๖. ออสเตรเลีย ๗. นอร์เวย์ ๘. สวีเดน ๙. สิงคโปร์ ๑๐. สหราชอาณาจักร โดยใช้เกณฑ์ในการจัดอันดับคือ ๑. ความพอเพียง ที่ดูถึงการจัดสรรเงินบำนาญให้แก่ผู้มีรายได้น้อย ในเปอร์เซ็นต์ที่สมเหตุสมผลกับค่าเฉลี่ยของรายได้ในชุมชน ๒. ความยั่งยืน ที่ดูถึงว่า ๘๐% ของมนุษย์วัยทำงานเป็นสมาชิกของระบบบำนาญเอกชน ๓. ความเชื่อถือตรงไปตรงมา ที่จะคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ อย่างเช่น กฎระเบียบ / การกำกับดูแล / ธรรมชาติ

ย้อนกลับมาที่ประเทศไทย จากรายงานขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization; ILO) ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ระบุว่าระบบบำนาญของไทยเราเองก็กำลังเผชิญกับความท้าทาย จากการที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของตลาดแรงงานเหมือนกับหลายประเทศทั่วโลก และประเทศไทยควรปฏิรูประบบบำนาญและมีข้อเสนอให้ประเทศไทยพัฒนาระบบบำนาญแบบหลายชั้น นอกจากนี้ ข้อเสนอแนะจึงรวมถึงการยกระดับสิทธิประโยชน์ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน การเพิ่มอัตราเงินสมทบ และขยายอายุผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป การเพิ่มเพดานค่าจ้าง ตลอดจนการลดระยะเวลาของการส่งเงินสมทบเพื่อรับสิทธิที่จะได้รับรายได้เงินบำนาญหลังเกษียณอายุจาก ๑๕ ปี เป็น ๕ ปี เป็นต้น”

นอกจากนี้ยังมีสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่ผ่านมาก็ต่อยอดย้ำความสำคัญของเรื่อง หลักประกันรายได้ หรือการมีรายได้ที่พอเพียง พอใช้ เมื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย ด้วยการผลักดันจนเกิดเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” โดยมีข้อเสนอภายใต้ ๕ เสาหลักที่จะต้องขับเคลื่อนไปด้วยกัน ประกอบด้วย ๑. การพัฒนาผลิตภาพประชากร การมีงานทำ และมีรายได้จากการทำงานที่เหมาะสมตลอดช่วงวัย ๒. การออมระยะยาวเพื่อยามชราภาพที่ครอบคลุม เพียงพอ และยั่งยืน ๓. เงินอุดหนุนและบริการสังคมที่จำเป็นจากรัฐ ๔. การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะบริการสุขภาพระยะยาว (Long-term care) ๕. การดูแลโดยครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น สิ่งเหล่านี้เป็นการทำงานระยะยาว และเป็นเรื่องที่ต้องคนหนุ่มคนสาวในวันนี้ที่จะต้องให้ความสำคัญและติดตามเพื่อร่วมกันทำให้สังคมไทยของเราเป็นสังคมสูงวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในบั้นปลายไปพร้อมๆ กัน



ที่มา :
 1 https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
 2 Mercer CFA Institute Global Pension Index Report - 2022 Highlights, <https://www.cnbc.com/2022/10/13/these-countries-have-the-best-pension-systems-in-2022.html>
 3 https://www.ilo.org/asia/media-centre/news/WCMS_836740/lang-en/index.htm



หลักประกันรายได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ: ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาส และ ความหวังอนาคตประเทศไทย

จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่มีธีมงาน (theme) คือ “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ โอกาส และความหวังอนาคตประเทศไทย” นั้น ได้มีการพิจารณาหาฉันทมติในระเบียบวาระสำคัญเรื่อง “หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ” ที่ประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ๑. การพัฒนาผลิตภัณฑ์และรายได้ประชากรทุกช่วงวัย ๒. เงินอุดหนุนและบริการที่จำเป็นจากรัฐ ๓. การออมระยะยาวและการบริหารจัดการเงิน ๔. การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ การบริการสุขภาพระยะยาว (Long-term care) และ ๕. การร่วมกันดูแลของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น

ทั้ง ๕ องค์ประกอบหลักนี้ มีความเชื่อมโยงและต้องขับเคลื่อนไปด้วยกัน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่การจัดให้มีระบบหลักประกันรายได้ ที่คนในสังคมทุกช่วงวัย ทุกสาขาอาชีพจากทุกภาคส่วน ร่วมเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเห็นผลชัดเจน มีกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่บูรณาการระบย่อย และขับเคลื่อนระบบใหญ่ เชื่อมโยงกับกลไกระดับพื้นที่ เพื่อการจัดสรรและบริหารจัดการทรัพยากรแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการสร้างความเป็นธรรม ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุของประชาชนทุกคน ซึ่งจะเห็นว่า มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”

ดังนั้น การขับเคลื่อนประเด็นหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนี้ ถือเป็นก้าวขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.

๒๕๖๕ ไปสู่การเกิดมรรคเกิดผลและเป็นรูปธรรมเช่นกัน เพื่อให้เป็นธรรมนุญาว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่กินได้ โดยมีเป้าหมายมุ่งสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

ในการขับเคลื่อนสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมนั้นทุกเรื่องจำเป็นต้องอาศัย ๓ มาตรการสำคัญ คือ ๑. กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีและมีมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนภายใต้บริบทด้านเศรษฐกิจและสังคม ๒. การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ด้วยการทำให้สภาพแวดล้อมสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างสมดุล มีการพัฒนาศักยภาพบุคคลและชุมชน และ ๓. การจัดการระบบบริการสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับกาย จิต ปัญญา และสังคม อย่างสมดุล อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการในทุกระดับ

การมีฉันทมติในเรื่องหลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนี้ นับเป็นข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่จัดเป็นการเริ่มต้นที่ดีในการนำไปสู่การบูรณาการการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน โดยหวังว่าจะมีการทำงานและขับเคลื่อนในเรื่องนี้สู่การปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องได้ต่อไป

ทั้งนี้ ในส่วนความคืบหน้าของการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ นั้น ปัจจุบันได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี (ครม.) แล้ว เมื่อวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ และเมื่อวันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๖ ที่ผ่านมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ พร้อมเอกสารประกอบ เพื่อนำมาบรรจุเข้ารายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ ก่อนจะประกาศในราชกิจจานุเบกษาต่อไป 📌



การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การขับเคลื่อนระบบการดูแลแบบประคับประคอง ผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการที่สังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับมีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รุนแรง และรักษาไม่หายเพิ่มมากขึ้น ทำให้คาดการณ์ได้ว่า ในอนาคตรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและการดูแลแบบประคับประคอง จะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ

จากการเปรียบเทียบสิทธิการดูแลแบบประคับประคองในระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดให้กับประชาชนไทย ทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการของข้าราชการและครอบครัว พบว่า **ชุดสิทธิการดูแลแบบประคับประคองมีความแตกต่างกันและเหลื่อมล้ำกันอย่างมาก**

กล่าวคือ สวัสดิการข้าราชการของข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม เป็นรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและที่บ้าน

ดังนั้นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเป็นระบบหลักประกันสุขภาพที่รัฐจัดหาให้ที่มีสิทธิในการดูแลแบบประคับประคองที่ดีที่สุดโดยสามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

จากตารางดังกล่าวสรุปได้ว่า สิทธิในการดูแลแบบประคับประคองของทั้ง ๓ กองทุน มีความเหลื่อมล้ำกันมาก ดังนั้นเมื่อสถานการณ์ในเรื่องสิทธิการดูแลเป็นเช่นนี้จึงเป็นที่มาของความจำเป็นในการสร้างระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในภาคเอกชนผ่านระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เป็นการอุดช่องว่างสิทธิการรักษาของภาครัฐ และเป็นทางเลือกกับผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลตนเองและครอบครัว

ในต่างประเทศมีการจัดทำกรมธรรม์สุขภาพการดูแลแบบประคับประคองเพื่อเป็นทางเลือกแก่ประชาชนที่ต้องการรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองที่นอกเหนือจากการดูแลที่รัฐจัดหาให้ โดยหลักการคือ จะต้องมีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกรมธรรม์

ทั้งนี้เพื่อจะแจ้งถึงแนวทางในการเลือกการรักษาพยาบาลที่ตนเองต้องการและไม่ต้องการ รวมทั้งกำหนดผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนตนเองในกรณีที่ตนเองไม่สามารถตัดสินใจได้แล้ว นอกจากนั้นยังมีการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละช่วงเวลาเพื่อเลือกแนวทางในการรักษาที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการขายกรมธรรม์ที่เป็นกรมธรรม์การดูแลแบบประคับประคองแล้ว โดยการนำกรมธรรม์สุขภาพมาประยุกต์ขายเป็นกรมธรรม์แบบการดูแลแบบประคับประคอง แต่รูปแบบของกรมธรรม์ยังไม่มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขและยังไม่มีกำหนดผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้แล้ว ยังไม่มีการทำแผนการดูแลล่วงหน้าทั้งการดูแลที่บ้านและการดูแลที่โรงพยาบาลตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนากรมธรรม์การดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล รวมทั้งเหมาะสมกับบริบทของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงร่วมกับ บริษัท ซีวามิตร วิสาหกิจเพื่อสังคม จึงดำเนินการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาคอนต์ความรู้ในเรื่องกรมธรรม์การดูแลแบบประคับประคองขึ้น เพื่อจัดกระบวนการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายกับสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากรมธรรม์การดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ประชาชนที่สนใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสามารถวางแผนการดูแลตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองได้

เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองใน ๓ กองทุน			
	 สิทธิข้าราชการ	 สิทธิประกันสังคม	 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
กฎหมายกำหนดสิทธิให้แก่ประชาชน	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓	พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. ๒๕๓๕ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. ๒๕๓๗	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
บุคคลผู้ได้รับสิทธิ	ข้าราชการและครอบครัวกว่า ๔.๙ ล้านคน	สมาชิกกองทุนประกันสังคมกว่า ๑๑ ล้านคน	ประชาชนไทยที่ไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ จำนวนกว่า ๔๗ ล้านคน
รูปแบบการดูแลและรายละเอียดการดูแลแบบประคับประคอง	๑. การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล	๑. การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล	๑. การดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ๒. การดูแลในชุมชนผ่านกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชนร่วมดำเนินกิจกรรมการจัดบริการ สาธารณสุขในท้องถิ่น ๓. การดูแลที่บ้านผ่านหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยครอบคลุมผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคที่ได้รับบริการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามเกณฑ์ที่กรมการแพทย์กำหนดในลักษณะของการเหมาจ่ายต่อรายตามระยะเวลาที่ได้รับการดูแลที่บ้าน โดยประมวลผลจากวันที่เริ่มให้บริการที่บ้านครั้งแรกจนถึงวันที่ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายตามอัตราและระยะเวลาการให้บริการที่ สปสช. กำหนด

สร้าง ‘พื้นที่ปลอดภัย’ ให้กันและกัน



“ไม่อยากให้มองปัญหาของคนอื่นเป็นเรื่องเล็ก เราไม่มีสิทธิ์ตัดสินความเจ็บปวดของคนอื่น เพราะ ภูมิคุ้มกันของเราไม่เท่ากัน...”

เสียงสะท้อนที่น่าสนใจของ “น้องแก้ม” ผู้แทนเยาวชนจากรายการ Toolmorrow ที่ได้ฝากไว้ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “มุมมองของคนรุ่นใหม่กับความรุนแรงในสังคมไทย” งานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๕ พ.ศ. ๒๕๖๕ ที่จัดขึ้นเมื่อเดือนธันวาคมปลายปีที่ผ่านมา

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) พบว่า สถานการณ์ความรุนแรงแต่ละปี มีเด็กมากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุจากการถูกใช้ความรุนแรง และข้อมูลจาก UNICEF พบว่า ๓ ใน ๔ ของเด็กในช่วงอายุระหว่าง ๑ - ๑๔ ปี เคยถูกล่วงละเมิดทางร่างกายหรือจิตใจโดยสมาชิกในครอบครัว และ เด็กไทยถูกบูลลี่ (Bully) สูงเป็นอันดับ ๒ ของโลก

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้หญิงถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวสูงถึงร้อยละ ๔๑ และผู้ที่กระทำความรุนแรงในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศชายถึงร้อยละ ๘๖

มุมมองของเด็กและเยาวชน **น้องแก้ม** จาก Toolmorrow ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ความรุนแรงในครอบครัวว่า ความรุนแรงมีสองแบบ ทั้งด้านการกระทำและด้านการพูด หากเราถูกกระทำและซึมซับความรุนแรงบ่อยๆ ก็อาจกลายเป็นผู้ถ่ายทอดความรุนแรงนั้นต่อไป เช่น การถูกเปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวจากการใช้คำพูดเชิงลบ ทำให้ไม่กล้าพูดถึงปัญหากับคนในครอบครัว และซึมซับความรุนแรง นำไปสู่การใช้คำพูดเชิงลบที่โรงเรียน ทำให้เพื่อนบูลลี่ (Bully) และไม่มีความสุข กระทั่งได้ระเบิดอารมณ์ออกมา จนแม่เริ่มเห็น เปลี่ยนท่าทีและเปิดใจคุยกัน

ขณะที่ **น้องที** ผู้แทนเยาวชนจากศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน (ชาย) บ้านกาญจนาภิเษก กล่าวว่าความรุนแรงเปรียบเสมือนยาเสพติดที่มีการใช้ซ้ำๆ เมื่อถูกใช้ไม่ว่าที่ไหน ก็มีเรื่องดีเกิดขึ้น โดยตนเคยตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงมาก่อนจากการถูกรังแกในช่วงที่ไปเล่นฟุตบอล เมื่อเจอสถานการณ์แบบนั้นบ่อยๆ จึงผันตัวเองเป็นผู้กระทำความรุนแรง รวมถึงได้รับการสั่งสม

วัฒนธรรมการใช้และตอบโต้ด้วยความรุนแรงจากสังคมแวดล้อม จนนำไปสู่การทำร้ายร่างกายกัน

ในที่สุดถูกตัดสินคดีและรับโทษในสถานกักแรกรับ “ป่ามด (ผอ.บ้าน กาญจนภิเษก) บอกกับผมว่า ให้ผมเริ่มต้นใหม่ ผมพบว่าการลงโทษของที่นี่ไม่ได้ใช้ความรุนแรง และมีกิจกรรม Empower ที่ครูออกแบบกันเอง ทำให้ตระหนักว่าเมื่อใช้ความรุนแรงแล้ว ทั้งตนเองและคนรอบข้างจะเดือดร้อน... อยากให้ทุกคนไม่ตัดสิน ไม่ทอดทิ้งคนที่เคยผิดพลาด”

ในงานเดียวกันนั้น ซึ่งอีกเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่อง “ทางออกสุขภาพจิต พหุศตวรรษวัยรุ่น” **พญ.วิรัชพัชร กิตติธระพันธ์ุ** จิตแพทย์จากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กล่าวว่า สถานการณ์หลังโควิด-19 เด็กทั้งชายและหญิงมีภาวะซึมเศร้า โดยสามารถพบได้ตั้งแต่เด็กอายุ ๒ ขวบ จากการถูกทารุณกรรม การถูกแยกจากผู้เลี้ยงดู และในวัยประถมพบร้อยละ ๒ - ๓ วัยรุ่นร้อยละ ๑๐ ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ถือเป็นความผิดปกติของสารเคมีในสมอง และสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน

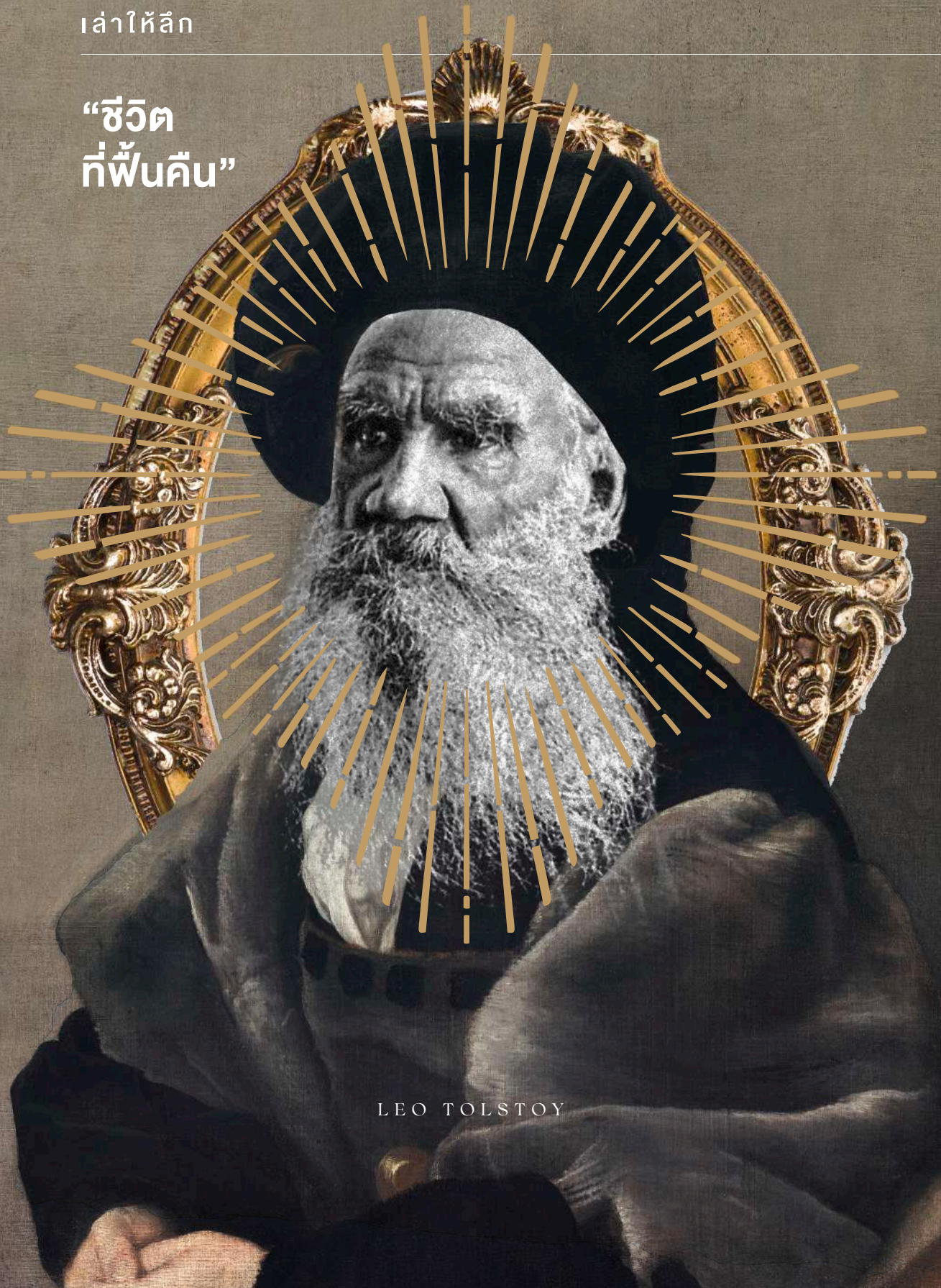
ส่วนโรคซึมเศร้านั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต จึงควรสังเกตวัยรุ่นที่มีความเจ็บปวดด้านจิตเวช เช่น มีปัญหาการเรียน การถูกทารุณกรรม ติดพนัน ติดเกม รวมถึงการเป็นเด็กดีเกินไป ซึ่งจะมีความเปราะบางทางจิตใจ โดยวัยรุ่นที่อยู่กับความโกรธ ความเศร้าไม่รู้จะหาทางออกอย่างไร ส่วนใหญ่จะลงโทษตัวเองด้วยการทำร้ายตัวเอง

นอกจากนั้น ผู้ปกครองก็มีส่วนในการกระตุ้นภาวะซึมเศร้า เช่น การต่อว่าเด็กเมื่อแสดงความคิดเห็นที่ก้าวร้าว คำนิยามที่บอกว่าเด็กผู้ชายห้ามร้องไห้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม โรคนี้เป็นแล้วหายได้ และเป็นซ้ำได้อีก

“ดังนั้น ต้องให้ความรู้ ดูแล และมีพื้นที่ปลอดภัยให้วัยรุ่นได้แสดงความคิดและความรู้สึก โดยไม่ตัดสิน รวมถึงสังเกตสัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และควรส่งเสริมทักษะชีวิตให้พวกเขาด้วย” พญ.วิรัชพัชร กล่าว

สวัสดิ์เดือนแห่งความรัก... ขอให้ทุกคนมีความรักดีๆ ร่วมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจและพื้นที่ปลอดภัยให้กันและกัน 🌟

“ชีวิตที่ฟื้นคืน”



LEO TOLSTOY

ชีวิตที่ฟื้นคืน เป็นนวนิยายเรื่องล่าสุดของตอลสตอยที่แปลออกสู่ภาษาไทย โดยอาจารย์สไตน์ ชันติวงษ์ศิมพ์จำหน่ายโดยสำนักพิมพ์ทับหนังสือ เมื่อเดือนเมษายน ๒๕๖๕ นี้เอง

หนังสือเล่มนี้จัดพิมพ์อย่างดี ปกแข็งเย็บกี่ หน้า ๖๔๐ หน้า ใช้กระดาษปอนด์ มีภาพประกอบรวม ๔๐ ภาพ ช่วยให้จินตนาการภาพตัวละคร เหตุการณ์เรื่องราวต่างๆ อย่างได้orroกรสังขึ้น

ตอลสตอย เขียนเรื่องนี้ช่วงบั้นปลายชีวิต โดยเกิดแนวคิดที่จะเขียนนวนิยายเรื่องนี้เมื่อเดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๔๓๐ ขณะอายุได้ ๕๙ ปี ใช้เวลาเขียน และแก้ไขตกแต่งอยู่ยาวนานกว่า ๑๐ ปี จึงเริ่มเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์ เมื่อวันที่ ๑๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๔๒

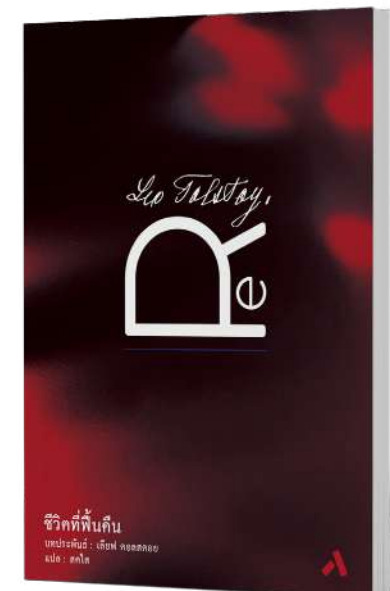
ตอลสตอยเป็นนักประพันธ์เอกของรัสเซียและของโลก งานของตอลสตอยได้รับการแปลเป็นภาษาไทยจำนวนมาก ที่เป็นนวนิยายเรื่องยิ่งใหญ่ คือ **สงครามและสันติภาพ** และ **อันนา คาเรินนา** ซึ่ง อันนา คาเรินนา เป็น “นวนิยาย” ยิ่งกว่าสงครามและสันติภาพ แปลโดย สไตน์ ชันกัน

อันนา คาเรินนา เป็นนวนิยายที่ตอลสตอยได้แรงบันดาลใจมาจาก “ประวัติชีวิตอันเศร้ายิ่งของผู้หญิงคนหนึ่งชื่ออันนาสเตปานอฟนา ผู้ซึ่งฆ่าตัวตายเพราะอกหักในชีวิตรักโดยการกระโดดให้รถไฟทับที่สถานีรถไฟใกล้คฤหาสน์ของตอลสตอย” (จากบทนำ หนังสือ อันนา คาเรินนา ฉบับแปล พิมพ์ครั้งแรกโดยมูลนิธิเด็ก เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๖ ผู้เขียนบทนำ คือ ดร.โคทม อารียา) ตอลสตอย เขียน อันนา คาเรินนา เมื่อ พ.ศ. ๒๔๒๖ หลังจากเขียนสงครามและสันติภาพจบไป ๔ ปี (เขียนระหว่าง พ.ศ. ๒๔๐๖-๒๔๑๒) โดยมีภรรยาสาวคือ โซเฟีย เป็นผู้คัดลอกต้นฉบับ ให้ความเห็นเพื่อปรับปรุงแก้ไข ตอนนั้นตอลสตอยอายุ ๔๖-๕๐ ปี

ตอลสตอยเริ่มต้นประโยค ซึ่งเป็น “แก่นเรื่อง” ของนวนิยาย อันนา คาเรินนา ว่า “ครอบครัวที่มีความสุขล้วน

มีความสุขเหมือนๆ กัน แต่ครอบครัวที่มีทุกข์ ย่อมทุกข์ตามวิถีของตน”

“อัจฉริยภาพของตอลสตอยอยู่ที่การเป็นผู้สังเกตที่สามารถหยั่งลึก หรือเข้าไปนั่งในจิตใจของผู้ที่เขาสังเกต เขาคือผู้สนใจความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นเสมอ มีผู้สันนิษฐานว่าเนื่องจากแม่ของตอลสตอยเสียชีวิตเมื่อเขาอายุแค่ ๒ ขวบ และต่อมาพ่อของเขาก็จากไป (เมื่อเขาอายุเพียง ๗ ขวบ) ทำให้เขาเป็นผู้แสวงหาความรักจากผู้อื่นอยู่เสมอ ข้อสันนิษฐานเชิงจิตวิทยาที่น่าจะเป็นจริงหรือไม่ก็ตาม แต่ที่แน่นอนก็คือความเป็นนักจิตวิทยาของตอลสตอยเอง



ซึ่งไม่ได้มาจากการศึกษาจากตำราอย่างเดียว หากมาจากการปฏิบัติของผู้ชอบสังเกต ชอบสนทนา ชอบใคร่ครวญ และชอบบันทึก ตัวละครในอันนา คาเรินนาเป็นเรื่องสมมุติขึ้นก็จริง แต่ก็สมจริงอย่างยิ่งเนื่องจากชีวิตด้านในและชีวิตสังคมของตัวละคร เป็นผลจากการผสมผสานจินตนาการและการสังเกตบุคคลร่วมสมัยของตอลสตอยเอง ด้วยเหตุนี้ อันนา คาเรินนา จึงเป็นนวนิยายเชิงจิตวิทยาที่ยิ่งใหญ่”

“ความยิ่งใหญ่อีกประการหนึ่งของนวนิยายเรื่องนี้ก็คือ การนำเสนอเรื่องราวธรรมดาของชีวิตมนุษย์ นั่นคือ การเกิด การเกี่ยวพาราสี การแต่งงาน ชีวิตครอบครัว การหย่าร้าง การเจ็บป่วยและการตาย

อย่างน่าประทับใจ ด้วยความงดงาม สุ่มลึก ด้วยอารมณ์ความรู้สึก และการถามถึงความหมายของชีวิต...” (บทนำ โดย ดร.โคทม อารียา)

นวนิยายเรื่องอันนา คาเรินนา ฉบับแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรก มีความยาวถึง ๙๐๒ หน้า สไตน์ แปลวรรณกรรมยิ่งใหญ่เล่มนี้ออกมาได้โดยประณีต งดงาม ทั้งๆ ที่เป็นงานยากมาก และยาวมาก โดยเทพศิริ สุขโสภา ผู้ตีพิมพ์ในงานวรรณกรรมของรัสเซียโดยเฉพาะตอลสตอยเป็นผู้เขียนภาพประกอบให้ด้วยความรัก เสียดยที่ภาพประกอบนั้นพิมพ์ออกมาเป็นภาพขาวดำ ไม่ใช่ภาพสี

สไตน์เป็นนามปากกาของอาจารย์สไตน์ ชันติวงษ์ศิมพ์

จบจากคณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รุ่น ๓๖) เป็นอาจารย์อยู่คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ตั้งแต่สมัยเป็นวิทยาลัยครู มีผลงานแปลมากมาย โดยเฉพาะงานของเฮอรัมานน์ เฮสเสและงานยากๆอย่างพี่น้องคารามาซอฟของ ฟีโอดอร์ ดอสตอยเยฟสกี ต่อมาได้ลาออกจากราชการเพื่อมาทำงานวรรณกรรมเต็มเวลา ผลงานทุกเล่มล้วนมีคุณภาพสูง จนได้รับรางวัลนักแปลอาวุโสดีเด่น สุรินทรราชา จากสมาคมนักแปลและล่ามแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ สำหรับนวนิยายเรื่อง “ชีวิตที่ฟื้นคืน” ของดอสตอยเยฟสกีนี้ น่าจะเป็นผลงานแปลล่าสุด ที่คุณภาพสูงเช่นกัน

สำหรับนวนิยายเรื่องนี้ มีประวัติความเป็นมาที่น่าสนใจอย่างยิ่ง น่ายินดีที่ใน “คำแถลงสำนักพิมพ์” ได้เล่าภูมิหลังของนวนิยายเรื่องนี้ไว้อย่างน่าสนใจ สรุปได้ว่า นวนิยายเรื่องนี้ได้เค้าเรื่องมาจากชีวิตจริงของโรซาลี โอนี ลูกสาวชาวนาที่ถูกลักพาตัวไปเป็นคนรับใช้ของเจ้าของที่นา หลังพ่อตาย เมื่อโรซาลีอายุได้ ๑๖ ปี เธอถูกลูกชายของสตรีผู้มีพระคุณล่อลวงจนตั้งครรภ์ และถูกไล่ออกจากบ้าน “ความที่ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ ในที่สุดหล่อนจึงต้องมาเป็นโสเภณีชั้นต่ำ ลูกค้าของหล่อนคนหนึ่งกล่าวหาว่าหล่อนขโมยเงินหนึ่งร้อยรูเบิลไป ทำให้หล่อนถูกจับและสอบสวนเรื่องเกิดขึ้นในห้องดำเนินคดี เพราะหนึ่งในคณะลูกขุนคือชายคนที่เคยล่อลวงหล่อนจนนำความหายนะมาสู่ หล่อน.....”



เขาจำเหยื่อของเขาได้ในร่างของหญิงสาวที่ถูกทอดทิ้งจนเสื่อมโทรม และเอาชนะความรู้สึกผิด ด้วยการขอหล่อนแต่งงานเพื่อไถ่โทษในความผิดของเขา ทว่าก่อนงานแต่งงานจะมีขึ้น โรซาลี โอนี เสียชีวิตด้วยโรคใช้รากลดใหญ่ในคุก....”

ดอสตอยเยฟสกีแล้ว “รู้สึกแย้ขึ้นมาในใจ” เพราะในช่วงวัยหนุ่มเขาเองก็เคยล่อลวงสาวใช้ชื่อกาซา และมีลูกนอกสมรสกับเธอ เขาขอให้ตุลาการที่เล่าเรื่องโรซาลีเขียนเรื่องนี้ออกมา แต่หลังเวลาผ่านไปร่วมปี ตุลาการท่านนั้นก็ยังไม่เขียน ดอสตอยเยฟสกีจึงขอให้เขาสละสิทธิในการเขียนเรื่องนี้ ปลายปี พ.ศ. ๒๔๓๒ ดอสตอยเยฟสกีเริ่มเขียนร่างแรกออกมาและทิ้งไว้ราว ๕ ปี ถึงเขียนเสร็จ แต่ไม่เป็นที่พอใจ เขาต้องการเพิ่มเติมเนื้อหาสาระสำคัญ โดยขอให้เพื่อนช่วยให้เข้าไปสัมภาษณ์นักโทษในคุก เพื่อศึกษาระบบของศาลยุติธรรม และเขียนเพิ่มเติมจนเสร็จ ลองอ่านให้เพื่อนบางคนฟัง พบว่ามันยังไม่ดี “ผมถึงกับต้องโยนต้นฉบับทิ้งไปด้วยความสะอิดสะเอียน” เขาทอดเวลาไปอีก ๓ ปี เขากลับมาเขียนใหม่ คิดว่า “มันคงจะดีมาก ถ้าได้เขียนนิยายเรื่องยาวท่ามกลางแสงสว่างแห่งทัศนคติที่เป็นปัจจุบันของผม” จนมั่นใจว่าเป็นหนังสือที่ดี “เป็นเหมือนรถบรรทุกดินปืนที่มากพอจะระเบิดโลกใบเก่าที่เสื่อมโทรมทั้งหมดนี้” จนแทบไม่ได้คิดถึงเรื่องอะไรอีกตลอดทั้งวันและคืน ปีต่อมาเขาตรวจทานหนังสือเล่มนี้ จากตัวอย่างงานพิมพ์ “เขาได้เปลี่ยนทุกอย่างเหมือนอย่างที่เคยทำ ชัดมาตลอดทั้งหน้า และเพิ่มเติมคำอีกจำนวนนับไม่ถ้วนตามขอบกระดาษ และด้านหลัง....” แก่แล้ว แก่อีกจนสำเร็จ

และ “นิยายเรื่องนี้มีอิทธิพลต่อสาธารณชนอย่างล้นหลาม ตั้งแต่ตอนที่พิมพ์ออกมาเลยทีเดียว”

นวนิยายเรื่องนี้ในภาคภาษาไทยมีความงดงามและอ่านสนุกตลอดเรื่อง แม้จะเป็นงานแปลที่เป็นเรื่องราวของสังคมรัสเซียในยุคสมัยที่ผ่านมาแล้วกว่าร้อยปี แต่งานชิ้นนี้ดอสตอยเยฟสกีแต่ละบทค่อนข้างสั้น ทำให้ติดตามเรื่องราวได้ไม่ยาก ตัวละครก็มีไม่มาก เหตุการณ์ก็ไม่สลับซับซ้อนแต่เนื้อหาก็ดึงดูดติดตามว่าจุดจบของเรื่องจะเป็นอย่างไร ตัวเอกฝ่ายชายจะ “ไถ่บาป” ได้สำเร็จ และทั้งสองจะแต่งงานกันหรือไม่ ฝ่ายหญิงจะ “ให้อภัย” และฟื้นคืนความรักได้หรือไม่ และผู้ดำเนินบทบาทจะอดทนกับท่าทีโกรธแค้น ซึ่งซึ่ง ของฝ่ายหญิงจนตลอดรอดฝั่งหรือไม่ ❀



ธรรมนูญสุขภาพ ผู้สูงอายุวัดหัวฝาย

หากพูดถึงหลักประกันคุณภาพชีวิต แน่นอนว่าเรื่องการเงินหรือการสร้างหลักประกันรายได้เพื่่อมุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ เป็นสิ่งจำเป็น ทว่า ภายใต้อุดมภาพชีวิตที่ดีนั้น อาจยังมีอีกหลายมิติที่สัมพันธ์กันมากไปกว่าแค่เรื่องเงินไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไปด้วย

คลิปที่ต๋องดูฉบับนี้ ภูมิใจนำเสนอ “การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุวัดหัวฝาย” ต้นแบบการเรียนรู้จากปฏิบัติการ ลูก ปลูก เปลี่ยน สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สแกนคิวอาร์โค้ดแล้วไปรับชมพร้อมกันเลยครับ
ปฏิบัติการ ลูก ปลูก เปลี่ยน 2 ตอน ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุวัดหัวฝาย (ฉบับย่อ) 📺



EDITORIAL

เจแอม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เจ้าของ
นพ.ประทีป ธนกิจเจริญ ที่ปรึกษา
นพ.ปรีดา แต่อรักษ์ บรรณาธิการบริหาร
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด บรรณาธิการ

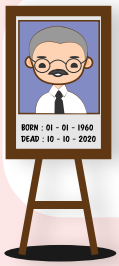
ชนิษฐา แซ่เอี้ยว กองบรรณาธิการ
แคทรียา การาม
นภินทร ศิริไทย
บัณฑิต มั่นคง
พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกดิน
ยุวลักษณ์ เหมะวิบูลย์
ชูชาติ ตริรัตน์ยานนท์
พรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์
ชนัญชิตา จันทร์หมื่น

ที่อยู่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ
๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ถ.ติวานนท์ ๑๔
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๐ แฟกซ์ ๐ ๒๘๓๒ ๙๐๐๑
อีเมล nationalhealth@nationalhealth.or.th
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

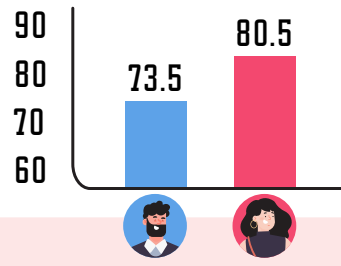
ติดต่อกองบรรณาธิการ
บริษัท แจ่มแจ่มกรุ๊ป จำกัด
๓๕๓/๔๔๕ หมู่บ้าน The Connect
๗/๑ ถ.เทิดราชัน แขวงสีกัน เขตดอนเมือง
กทม. ๑๐๒๑๐
โทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๗๑ ๘๙๔๔



มาดูกันว่า 'อายุเฉลี่ย' ของคนไทยอยู่ที่เท่าไร



อายุคาดเฉลี่ย
เมื่อแรกเกิด
ของคนไทย ปี 2564



เฉลี่ยแล้ว
ชายตายก่อน
หญิง 7 ปี

ชาย

- อุบัติเหตุจราจร ● 565
- จมน้ำ ● 432
- มะเร็งเม็ดเลือดขาว ● 116

- อุบัติเหตุจราจร ● 6,047
- ฆ่าตัวตาย ● 1,270
- เอดส์ ● 1,265

- เอดส์ ● 5,732
- อุบัติเหตุจราจร ● 5,313
- ตับแข็ง ● 2,740

- มะเร็งตับ ● 6,719
- หลอดเลือดสมอง ● 6,378
- หลอดเลือดหัวใจตีบ ● 5,584
- อุบัติเหตุจราจร ● 4,837

- หลอดเลือดสมอง ● 5,864
- มะเร็งตับ ● 4,745
- หลอดเลือดหัวใจตีบ ● 4,730



- อุบัติเหตุจราจร ● 294
- จมน้ำ ● 155
- อุบัติเหตุอื่นๆ ● 105

- อุบัติเหตุจราจร ● 1,116
- เอดส์ ● 853

- เอดส์ ● 2,648
- อุบัติเหตุจราจร ● 944
- มะเร็งเต้านม ● 722

- เบาหวาน ● 2,909
- หลอดเลือดสมอง ● 2,819
- มะเร็งตับ ● 2,198

- เบาหวาน ● 4,184
- หลอดเลือดสมอง ● 3,181
- หลอดเลือดหัวใจตีบ ● 2,730

หญิง