



การวิเคราะห์ ปัจจัยและนโยบาย ที่ส่งผลกระทบต่อ ดัชนีความพร้อม ในการเกษียณอายุ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัฐชัย ศีลาเจริญ
รองศาสตราจารย์ ดร. อนิรุต พิเสฏฐศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งเกียรติ รัตนบานชื่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นรงค์ฤทธิ์ อัสวเรืองพิภพ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนวิทย์ แซ่ซื่อ

ภาควิชาการธนาคารและการเงิน
คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สนับสนุนโดย: กองทุนส่งเสริมการพัฒนตลาดทุน (CMD F)

การวิเคราะห์ปัจจัยและนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อดัชนี ความพร้อมในการเกษียณอายุ

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัฐชัย ศีลาเจริญ

รองศาสตราจารย์ ดร.อนิรุต พิเสฏฐศลาศัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งเกียรติ รัตนบานชื่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณรงค์ฤทธิ์ อัครเรืองพิภพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธนวิต แซ่ซื่อ

ภาควิชาการธนาคารและการเงิน คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สนับสนุนโดย: กองทุนส่งเสริมการพัฒนาตลาดทุน (CMDF)



การวิเคราะห์ปัจจัยและนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อดัชนีความพร้อมในการเกษียณอายุ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัฐชัย ศีลาเจริญ

รองศาสตราจารย์ ดร. อนิรุต พิเสฏฐศลาศัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งเกียรติ รัตนบานชื่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ณรงค์ฤทธิ์ อัครเรืองพิภพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนวัต แซ่ซื่อ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

การวิเคราะห์ปัจจัยและนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อดัชนีความพร้อมในการเกษียณอายุ.--
กรุงเทพฯ : ภาควิชาการธนาคารและการเงิน คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2567.

54 หน้า.

1. การเกษียณอายุ. I. รัฐชัย ศีลาเจริญ. II. ชื่อเรื่อง.

306.38

ISBN (e-book) 978-616-407-987-8

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ (ฉบับเพิ่มเติม) พ.ศ. 2558

ห้ามลอกเลียนแบบ ทำซ้ำ ดัดแปลง ไม่ว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือเล่มนี้

นอกจากจะได้รับอนุญาตจากผู้เขียนเท่านั้น

เผยแพร่ในรูปแบบออนไลน์ (e-book) ครั้งที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567

เผยแพร่โดย

ภาควิชาการธนาคารและการเงิน คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารมหิตลาธิเบศร ชั้น 10

ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร. 0-2218-5674 www.cbs.chula.ac.th

e-mail: ruttachai@cbs.chula.ac.th

ช่องทางการเผยแพร่

<https://nrri.cbs.chula.ac.th>

www.cdmf.or.th

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาเรื่อง “โครงการฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนาดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านการเกษียณอายุแห่งชาติ (โครงการต่อเนื่อง)” ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการศึกษาจากกองทุนส่งเสริมการพัฒนาตลาดทุน (CMDP) เพื่อนำเครื่องมือในการชี้วัดระดับความพร้อมเพื่อการเกษียณอายุของครัวเรือนไทยที่ได้เคยพัฒนาขึ้นเรียกว่า “ดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านการเกษียณอายุแห่งชาติ” หรือ “National Retirement Readiness Index (NRRI)” มาดำเนินการชี้วัดความพร้อมของครัวเรือนไทยอย่างต่อเนื่อง โดยจะมีการสำรวจในปี พ.ศ. 2566 และ 2568 ตามลำดับ

สำหรับหนังสือเล่มนี้เป็นการวิเคราะห์การดำเนินนโยบายของภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาที่ผ่านมา เพื่อเรียนรู้ และบูรณาการความรู้ในการทำความเข้าใจระดับดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านเกษียณอายุแห่งชาติ ว่านโยบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น มีผลช่วยให้ดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านการเกษียณอายุแห่งชาติเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง และคณะผู้วิจัยพยายามเสนอข้อเสนอนโยบายเพื่อคาดหวังว่าจะมีส่วนช่วยให้คนไทยมีความพร้อมเพื่อการเกษียณทั้งในมิติของการเงิน และมิติของคุณภาพชีวิต

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ ที่เป็นผู้รับรองโครงการสำหรับการขอทุนจาก กองทุนส่งเสริมการพัฒนาตลาดทุน (CMDP) ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ ได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ของการพัฒนาดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านการเกษียณอายุแห่งชาติ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และต่อยอดสำหรับผู้วางนโยบายและหน่วยงานต่าง ๆ ได้เห็นปัญหาด้านการออมและการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุของประชากรไทย ทำให้การแก้ไขปัญหาสามารถมุ่งเป้าและมีประสิทธิภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัฐชัย ศีลาเจริญ
หัวหน้าโครงการศึกษา
กรกฎาคม 2567

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1	สังคมไทยกับปัญหาความพร้อมในการเกษียณอายุ	
1.1	โครงสร้างประชากรของไทยในอนาคต	1
1.2	สถานะด้านการเงินของคนไทยในปัจจุบัน	3
1.3	สถานะด้านสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน	6
บทที่ 2	ผลการประเมินดัชนีความพร้อมเพื่อการเกษียณอายุด้านความมั่นคงทางคุณภาพชีวิต และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง	
2.1	ผลการประเมินดัชนีด้านสถานะของสุขภาพในปัจจุบัน	11
2.2	ผลการประเมินดัชนีด้านทัศนคติในการรักษาสุขภาพกายและใจ	15
2.3	ผลการประเมินดัชนีด้านการสนับสนุนโดยองค์กร	19
2.4	ผลการประเมินดัชนีด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพกายและใจ	20
บทที่ 3	ผลการประเมินดัชนีความพร้อมเพื่อการเกษียณอายุด้านความมั่นคงทางการเงิน และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง	
3.1	ผลการประเมินดัชนีด้านความเพียงพอทางการเงินในปัจจุบัน	25
3.2	ผลการประเมินดัชนีด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออมเงินและการใช้จ่าย	29
3.3	ผลการประเมินดัชนีด้านการสนับสนุนโดยนโยบายจากภาครัฐ	32
3.4	ผลการประเมินดัชนีด้านระดับทักษะความรู้ทางการเงิน	37
บทที่ 4	บทสรุปและข้อเสนอแนะทางนโยบาย	
4.1	ข้อเสนอแนะทางนโยบายที่ส่งเสริมความพร้อมในการเกษียณอายุด้านคุณภาพชีวิต	43
4.2	ข้อเสนอแนะทางนโยบายที่ส่งเสริมความพร้อมในการเกษียณอายุด้านการเงิน	47
บรรณานุกรม		50

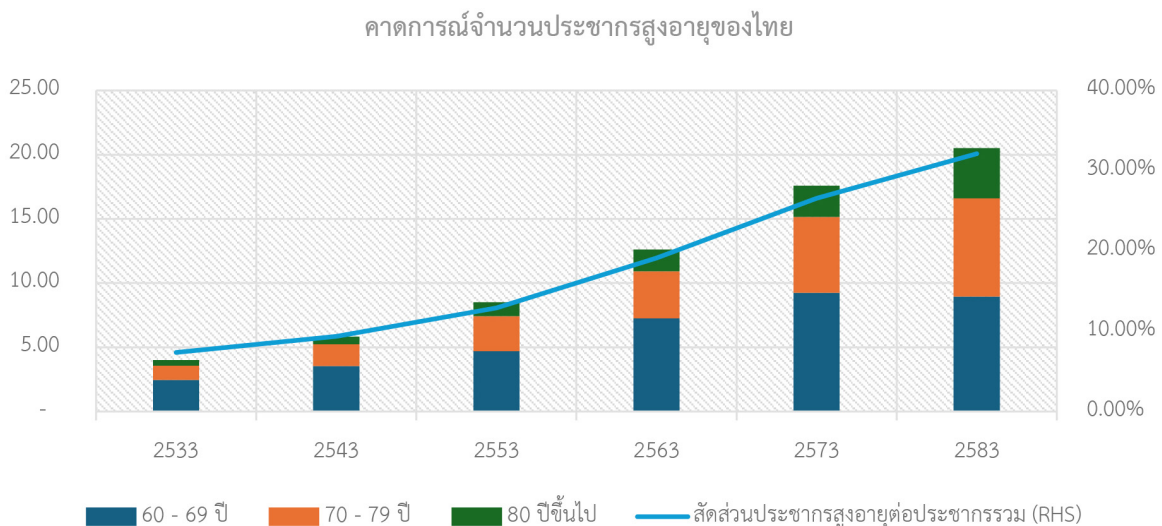
บทที่ 1

สังคมไทยกับปัญหาความพร้อมในการเกษียณอายุ

1.1 โครงสร้างประชากรของไทยในอนาคต

จากข้อมูลการคาดการณ์จำนวนประชากรสูงอายุของไทยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และ สศช. รูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้สูงอายุของไทยมีการเติบโตอย่างก้าวกระโดดจากจำนวนรวมที่ต่ำกว่า 5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2533 เป็นมากกว่า 10 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 และได้มีการคาดการณ์ว่าประชากรกลุ่มสูงอายุจะมีการเติบโตจนมีจำนวนมากกว่า 20 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 หรือคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 30 ของประชากรรวมทั้งประเทศ ประเด็นสำคัญของการเติบโตของประชากรสูงอายุนี้นี้ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 70 ปี เป็นหลัก ซึ่งประชากรในกลุ่มอายุดังกล่าวโดยปกติจะมีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอลง และต้องการความช่วยเหลือจากสังคมและครอบครัวค่อนข้างมาก

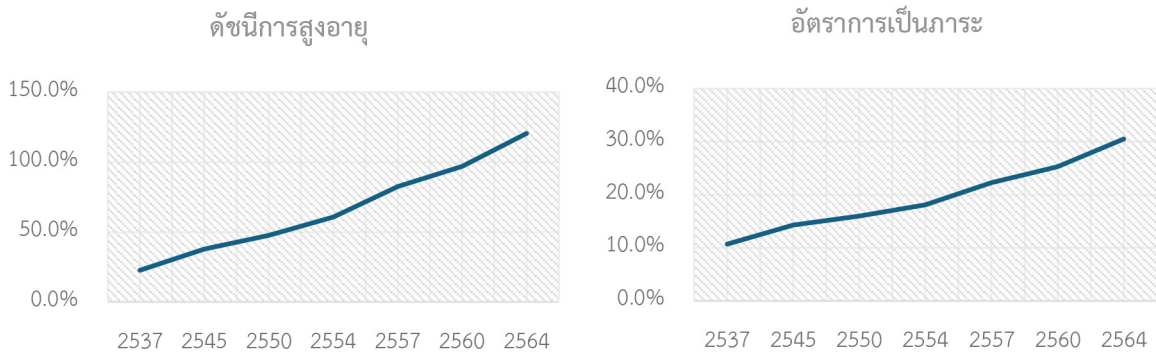
รูปที่ 1 จำนวนประชากรสูงอายุของไทย



ที่มา : ข้อมูลปี 2533 2543 และ 2553 จากสำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลปี 2563 เป็นต้นไป จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 สศช.

ด้วยเหตุนี้เมื่อวิเคราะห์ดัชนีการสูงอายุที่นิยามด้วยการเปรียบเทียบโครงสร้างการทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) กับกลุ่มวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี) หากค่าเกินกว่า 100 หมายถึง จำนวนประชากรสูงอายุมีมากกว่าประชากรเด็ก และดัชนีการเป็นภาระที่นิยามด้วยสัดส่วนของประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ต่อประชากรวัยทำงาน (15-59 ปี) ดังแสดงในรูปที่ 2 จะพบว่าอัตราการสูงอายุของประเทศไทยในปัจจุบันมีค่ามากกว่า 100% เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และอัตราการเป็นภาระในปัจจุบันก็สูงมากกว่าร้อยละ 30 แล้ว ดังนั้นในอีก 20 ปีข้างหน้าอัตราการเป็นภาระจึงมีแนวโน้มสูงใกล้เคียงระดับร้อยละ 50 ซึ่งสร้างภาระทางการเงินให้กับระบบเศรษฐกิจของไทยอย่างมากได้ หากผู้สูงอายุในอนาคตไม่มีความพร้อมเพื่อการเกษียณอายุ

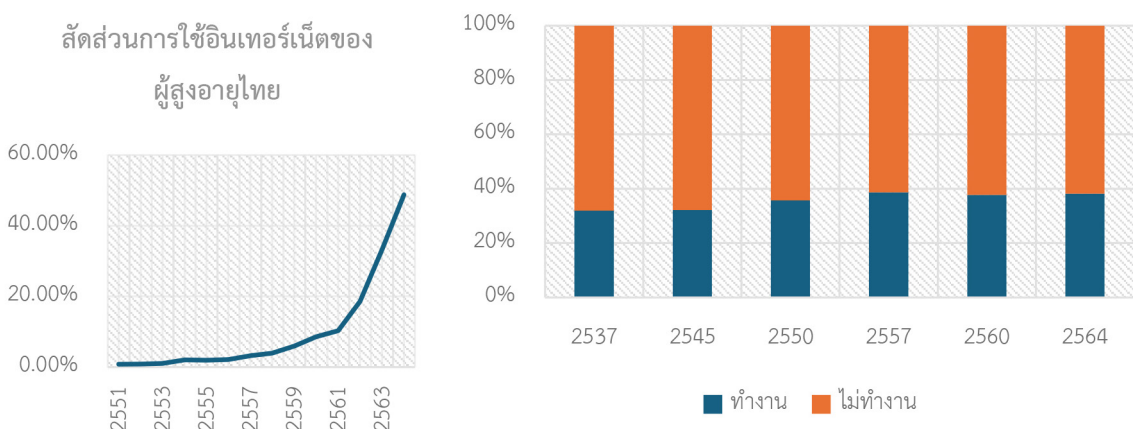
รูปที่ 2 ดัชนีการสูงอายุและอัตราการเป็นภาระของไทย



ที่มา : การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในส่วนของลักษณะการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย จะพบว่า การเปลี่ยนผ่านของระบบเศรษฐกิจดิจิทัลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากระดับที่เพียง 10% ในปี พ.ศ. 2560 เป็นเกือบ 50% ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการกระตุ้นของภาครัฐที่มีการนำเสนอสวัสดิการ และเงื่อนไขการได้รับสิทธิประโยชน์ของภาครัฐผ่านช่องทางดิจิทัลมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุในไทยบางส่วนประมาณร้อยละ 38 ยังคงมีการทำงานอยู่แม้มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยส่วนใหญ่เกิดจากการเป็นผู้สูงอายุในกลุ่มภาคการเกษตรที่ยังสามารถทำงานต่อไปได้ ดังแสดงในรูปที่ 3

รูปที่ 3 สัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตและการทำงานของผู้สูงอายุไทย

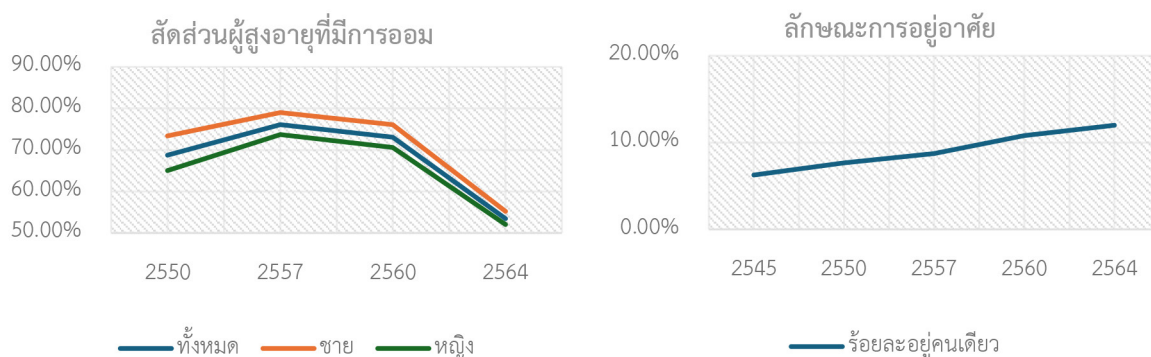


ที่มา : การสำรวจการมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ และรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.2 สถานะด้านการเงินของคนไทยในปัจจุบัน

แต่สิ่งที่น่ากังวลอย่างมากของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันคือสถานะด้านการเงิน ที่ในปัจจุบันสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการออมลดต่ำลงจากเกือบ 80% ในปี พ.ศ. 2557 เป็นต่ำกว่า 55% ในปี พ.ศ. 2564 ดังแสดงในรูปที่ 4 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สะท้อนว่าผู้สูงอายุของไทยมีความไม่เพียงพอด้านการเงินสูงขึ้น นอกจากนี้ถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่เป็นครอบครัวหลายคน แต่สัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวก็สูงขึ้นมากเมื่อเทียบกับในอดีต ดังนั้นดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านเกษียณอายุ (National Retirement Readiness Index: NRRI) ที่พัฒนาขึ้น จึงมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ประชากรที่อยู่ในวัยทำงานมีการออมที่สูงขึ้นเพื่อลดภาระการพึ่งพิงของผู้สูงอายุในอนาคต และกระตุ้นให้ประชากรต้องดูแลสุขภาพให้มากขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงของการเจ็บไข้เมื่อเกษียณอายุ และต้องอยู่คนเดียว

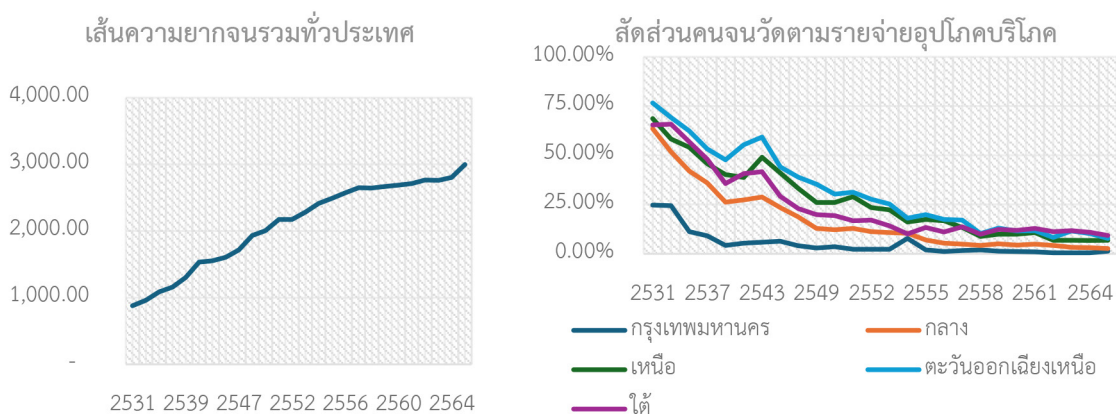
รูปที่ 4 สัดส่วนการมีเงินออม และการอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุไทย



ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ถึงแม้สัดส่วนคนจนทั้งประเทศของไทยที่วัดโดยสัดส่วนประชากรที่มีรายได้น้อยกว่าเส้นความยากจนจะลดต่ำลงต่อเนื่องอยู่ที่ 5.4% แต่สัดส่วนคนจนยังคงมีความแตกต่างอย่างมากหากพิจารณาในมิติของพื้นที่ กล่าวคือ กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนคนจนน้อยที่สุดที่ 1.4% และภาคใต้มีสัดส่วนคนจนมากที่สุดที่ประมาณ 9.3% รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ประมาณ 7.8% ดังแสดงในรูปที่ 5

รูปที่ 5 เส้นความยากจนและสัดส่วนของคนของไทย

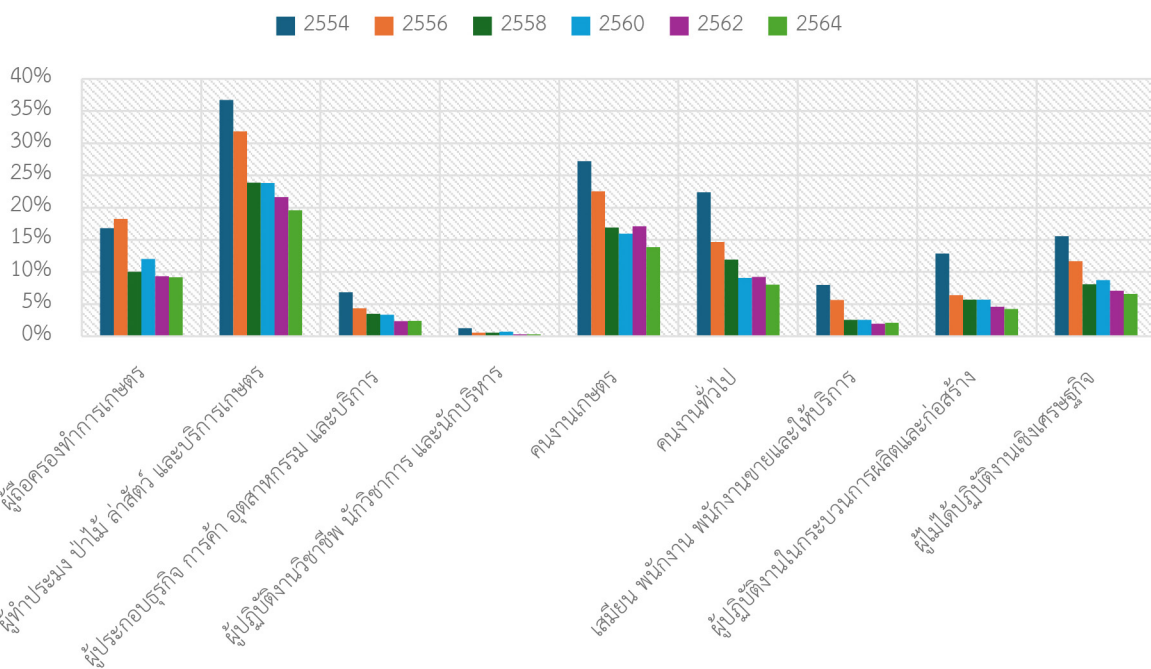


ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดย กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

หมายเหตุ : เส้นความยากจน (Poverty line) เป็นเครื่องมือสำหรับชี้วัดภาวะความยากจน โดยคำนวณจากต้นทุนหรือมูลค่าในการได้มาซึ่งอาหาร (Food) และสินค้าบริการในหมวดที่ไม่ใช่อาหาร (Non-food) ที่เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตขั้นต่ำของปัจเจกบุคคลเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม

เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับคุณลักษณะของคนจนในประเทศไทย รูปที่ 6 ที่แสดงสัดส่วนคนจนในแต่ละประเภทอาชีพจะพบว่าคนจนในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังคงกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มผู้ทำประมง ป่าไม้ ลำสัตว์ และบริการเกษตรที่ไม่ได้ถือครองที่ดินทำกิน รองลงมาคือคนงานเกษตร และผู้ถือครองทำการเกษตรตามลำดับ โดยกลุ่มผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ นักวิชาการ และนักบริหารไม่มีคนจนแล้วในปัจจุบัน ด้วยเหตุนี้เมื่อทำการวิเคราะห์สัดส่วนคนจนในแต่ละกลุ่มอุตสาหกรรม จึงพบว่าอุตสาหกรรมเกษตร ป่าไม้ และประมง มีสัดส่วนคนจนสูงที่สุด รองลงมาคือกิจกรรมบริการอื่น และงานก่อสร้าง ตามลำดับ หลักฐานเชิงสถิติในระดับประเทศดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการชี้วัดด้วย National Retirement Readiness Index ที่ครัวเรือนในภาคเกษตรและอาชีพอิสระมีความพร้อมเพื่อการเกษียณค่อนข้างต่ำ

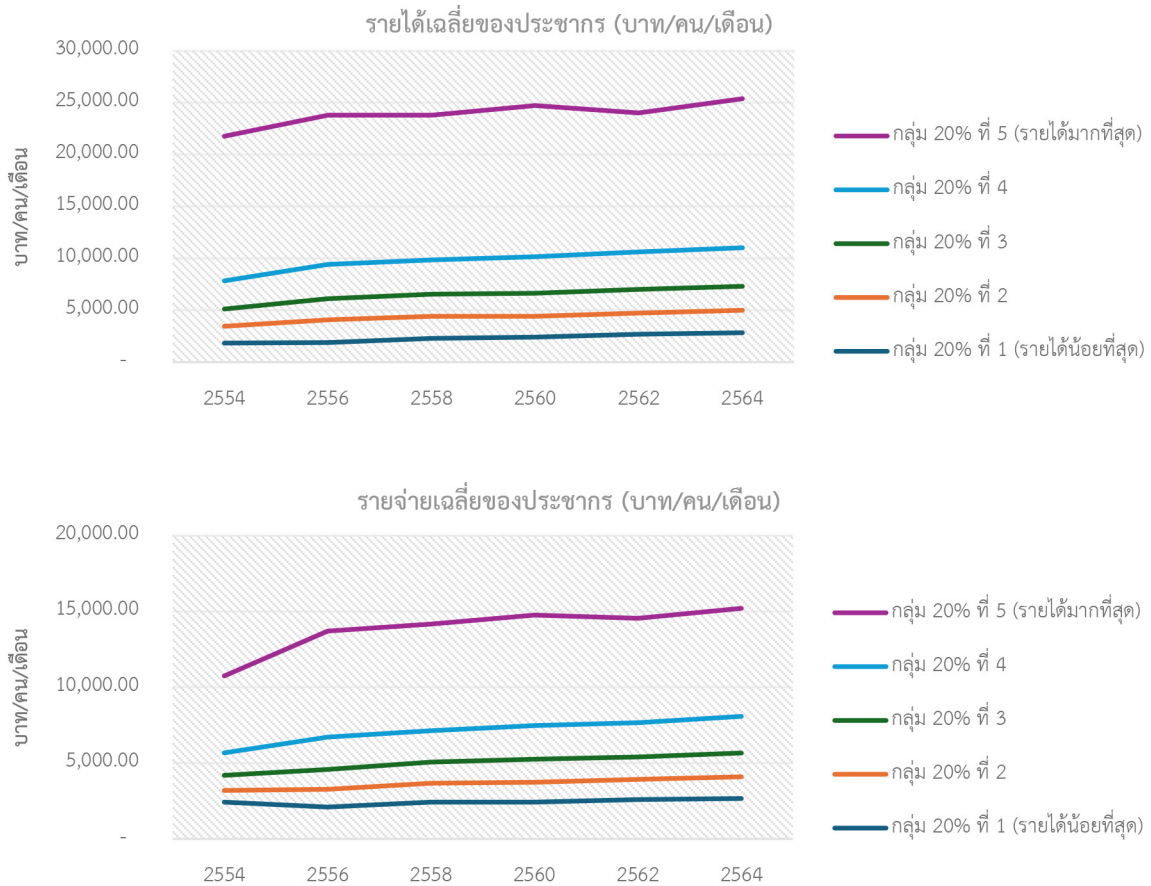
รูปที่ 6 สัดส่วนคนจนจำแนกตามอาชีพ และอุตสาหกรรมของครัวเรือนไทย



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ประมวลผลโดย กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

หากจำแนกกลุ่มประชากรตามระดับรายได้จากมากที่สุดมาน้อยที่สุดเป็นจำนวน 5 กลุ่ม จะพบว่าประชากรที่มีรายได้กลุ่มมากที่สุดจะมีรายได้กระโดดมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นค่อนข้างมาก โดยประชากรกลุ่มอื่น (80% ของประชากรในวัยทำงานของประเทศไทย) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อคนที่ค่อนข้างต่ำเพียง 5,000–10,000 บาทเท่านั้น ดังแสดงในรูปที่ 7 ซึ่งประชากรกลุ่มเหล่านี้ ก็มีระดับรายจ่ายที่ใกล้เคียงกับระดับรายได้เช่นกัน จึงทำให้ประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศไทยไม่สามารถที่จะออมเงินได้ตามปกติ และสามารถเป็นภาระของสังคมในภายหลังตอนเกษียณได้ ในขณะที่ประชากรกลุ่มรายได้มากที่สุด กลับมีค่าเฉลี่ยของรายได้ที่สูงกว่ารายจ่ายประมาณ 10,000 บาทต่อเดือน ดังนั้นประชากรกลุ่มนี้ (20% ของประชากรไทยทั้งหมด) จึงมีศักยภาพในการออม และการลงทุน

รูปที่ 7 รายได้เฉลี่ยและรายจ่ายเฉลี่ยของคนไทย จำแนกตามความร่ำรวย

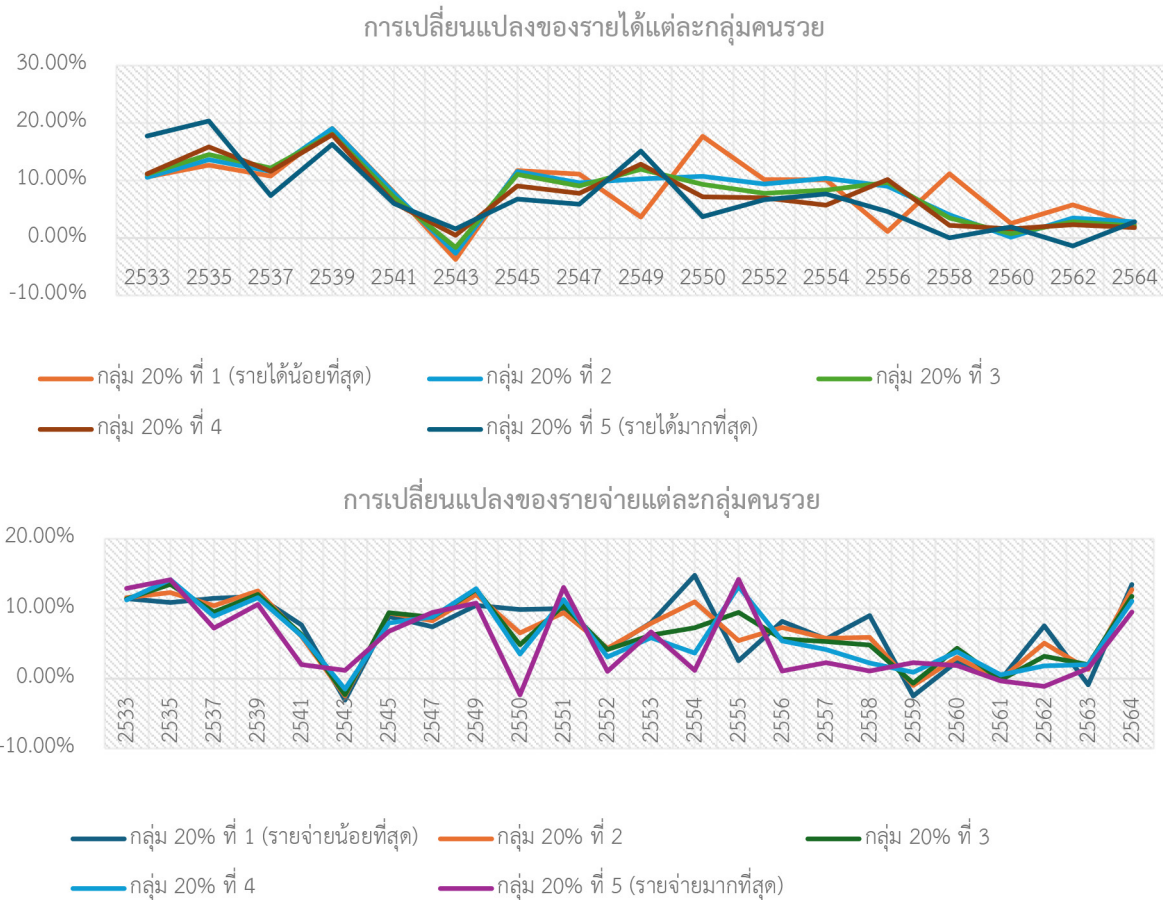


ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดย กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

หมายเหตุ : รายได้ หมายถึง รายได้ประจำ ที่ไม่รวมรายรับอื่น ๆ (เช่น เงินทุนการศึกษา มรดก พินัยกรรม ของขวัญ ประกันสุขภาพ ประกันภัยและประกันชีวิต/ประกันสังคม เงินถูกสลาก เงินรางวัล ค่านายหน้าและเงินได้จากการพนัน เป็นต้น) รายจ่าย หมายถึง ค่าใช้จ่ายอุปโภคบริโภค ไม่รวมค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค (เช่น ภาษี เงินบริจาค เงินทำบุญ ค่าเบี้ยประกัน สลากกินแบ่ง ดอกเบี้ยแชร์ ฯลฯ)

อีกปัจจัยหนึ่งที่สร้างภาระให้กับคนไทยในมิติด้านการเงิน คือการเปลี่ยนแปลงของระดับรายได้ และรายจ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละปี จากรูปที่ 8 จะพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2539 เป็นช่วงที่การเติบโตของระดับรายได้ ต่อปีในทุกกลุ่มประชากรมีอัตราเติบโตที่สูงกว่าการเติบโตของรายจ่าย ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่คนไทยมีการเติบโตทางเศรษฐกิจในภาพรวมอย่างมั่นคง แต่เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจต้มยำกุ้งในปีพ.ศ. 2540 จะพบว่าอัตราการเติบโตของรายได้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับอัตราการเติบโตของรายจ่าย ยิ่งไปกว่านั้น ในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา สิ่งที่เกิดขึ้นกับเศรษฐกิจไทยคือระดับรายได้ของคนไทยไม่ได้เติบโตเลยในแต่ละปี แต่เมื่อวิเคราะห์ที่รายจ่ายจะพบว่าการเติบโตอย่างต่อเนื่องในช่วง 5-10% ต่อปี ด้วยเหตุนี้จึงทำให้คนไทยส่วนใหญ่มีปัญหาหนี้สินล้นพ้นตัวมากยิ่งขึ้น และเป็นส่วนหนึ่งของปัญหานี้คร่าร้อนที่ยากจะแก้ไขในปัจจุบัน

รูปที่ 8 การเปลี่ยนแปลงของรายได้และรายจ่ายของคนไทย จำแนกตามระดับความร่ำรวย

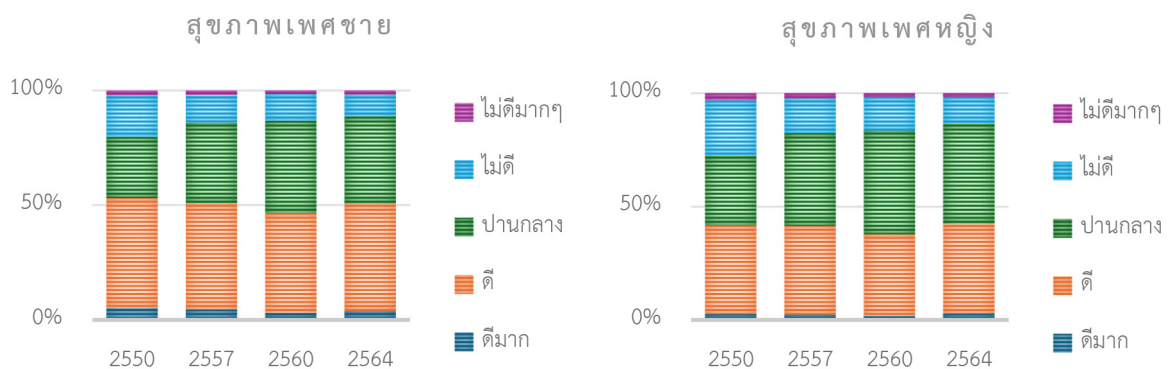


ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดย กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

1.3 สถานะด้านสุขภาพของคนไทยในปัจจุบัน

เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในไทยจะพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพในกลุ่มไม่ดีมาก ลดต่ำลงทั้งเพศหญิงและเพศชาย ดังแสดงในรูปที่ 9 แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพในระดับดีขึ้นไปก็ไม่ได้เติบโตในช่วงตลอด 15 ปีที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงเป็นกลุ่มสุขภาพปานกลาง ที่สุ่มเสี่ยงที่อาจมีสุขภาพที่แย่ลงเมื่อมีอายุที่มากขึ้นในอนาคต

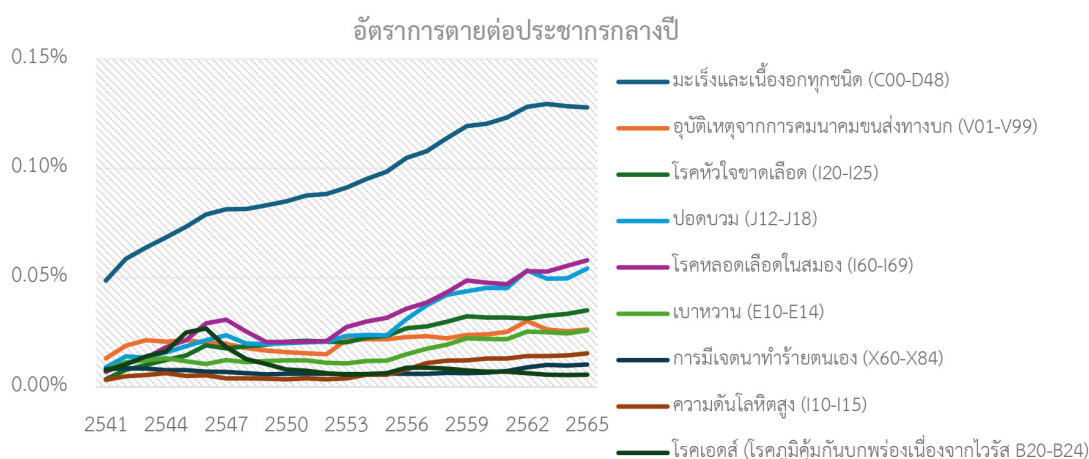
รูปที่ 9 สัดส่วนการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย



ที่มา : รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

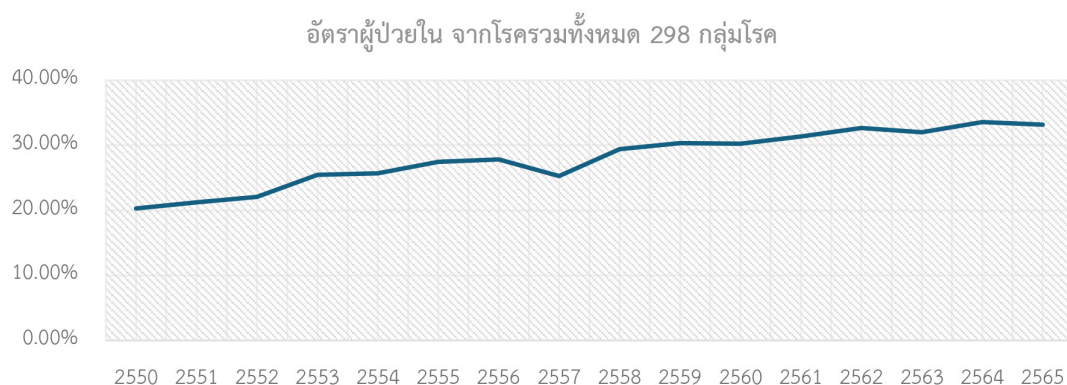
หากวิเคราะห์การเป็นโรค และการตายจากการเป็นโรคของประชากรไทย รูปที่ 10 แสดงให้เห็นว่าคนไทยส่วนใหญ่ตายด้วยโรคมะเร็งและเนื้องอกสูงที่สุด ซึ่งเป็นโรคที่กระโดดแตกต่างจากอัตราการตายที่เกิดจากโรคหลอดเลือดในสมอง และปอดบวม นอกจากนี้หากวิเคราะห์ที่อัตราการเป็นผู้ป่วยในที่เกิดจากโรครวมทั้งหมด 298 กลุ่มโรค รูปที่ 11 แสดงให้เห็นว่าคนไทยมีการอัตราการเป็นผู้ป่วยในสูงมากขึ้นจากระดับเพียง 20% จนในปัจจุบันอยู่ที่ 33% ค่าสถิติเหล่านี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สะท้อนให้เห็นว่าภาครัฐจะต้องกระตุ้นให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพอย่างเชิงรุกมากยิ่งขึ้น และจะต้องเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของคนไทย เพื่อลดโอกาสในการเจ็บป่วยซึ่งจะเกิดภาระสูงมากขึ้นในช่วงเกษียณอายุ ซึ่งการพัฒนาดัชนีชี้วัดความพร้อมเพื่อการเกษียณ (NRRI) ได้ประเมินแล้วพบว่าคนไทยในปัจจุบันยังขาดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพอยู่ค่อนข้างมาก

รูปที่ 10 อัตราการตายของประชากรไทยจำแนกตามโรค



ที่มา : สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 11 อัตราการเป็นผู้ป่วยในของประชากรไทย

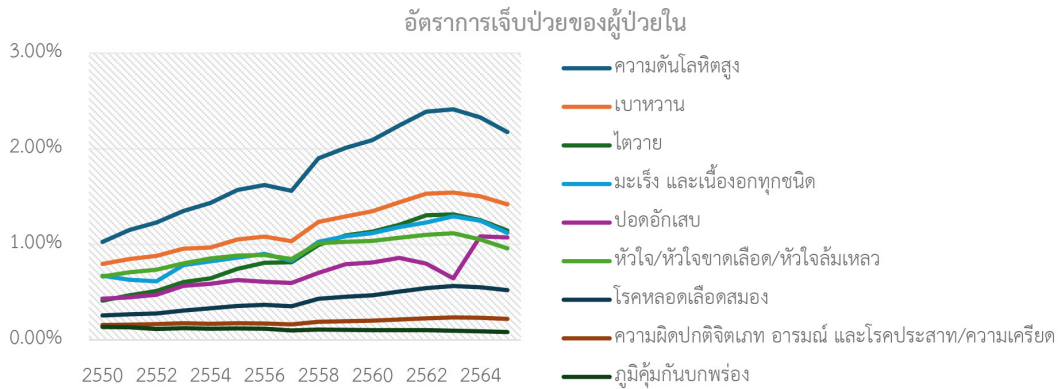


ที่มา : สรุปรายงานการป่วย กระทรวงสาธารณสุข

หากวิเคราะห์ที่ลักษณะของกลุ่มโรคที่ทำให้คนไทยต้องเป็นผู้ป่วยใน รูปที่ 12 แสดงให้เห็นว่าโรคส่วนใหญ่เกิดจากโรคในกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เรียกว่า Non-communicable disease (NCD) โดยโรคที่สร้างปัญหาให้คนไทยได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต มะเร็ง และโรคปอดอักเสบ โดยโรคเหล่านี้มักจะมีต้นเหตุเกี่ยวกับการมีกิจกรรมออกกำลังกายน้อย การมีลักษณะการกินที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และการไม่รู้จักวิธีการลดความเสี่ยงของโรคดังกล่าว ซึ่งโรค NCD เหล่านี้มีคุณลักษณะเฉพาะที่มักจะเกิดกับผู้สูงอายุหลังเกษียณ

อายุ และเป็นโรคที่คร่าชีวิตคนไทยต้องมีการปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตตั้งแต่วัย 40-60 ปี ดังนั้นหากคนไทยได้มีการประเมิน NRRI อย่างต่อเนื่องจะช่วยให้คนไทยตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของการเป็นโรคได้

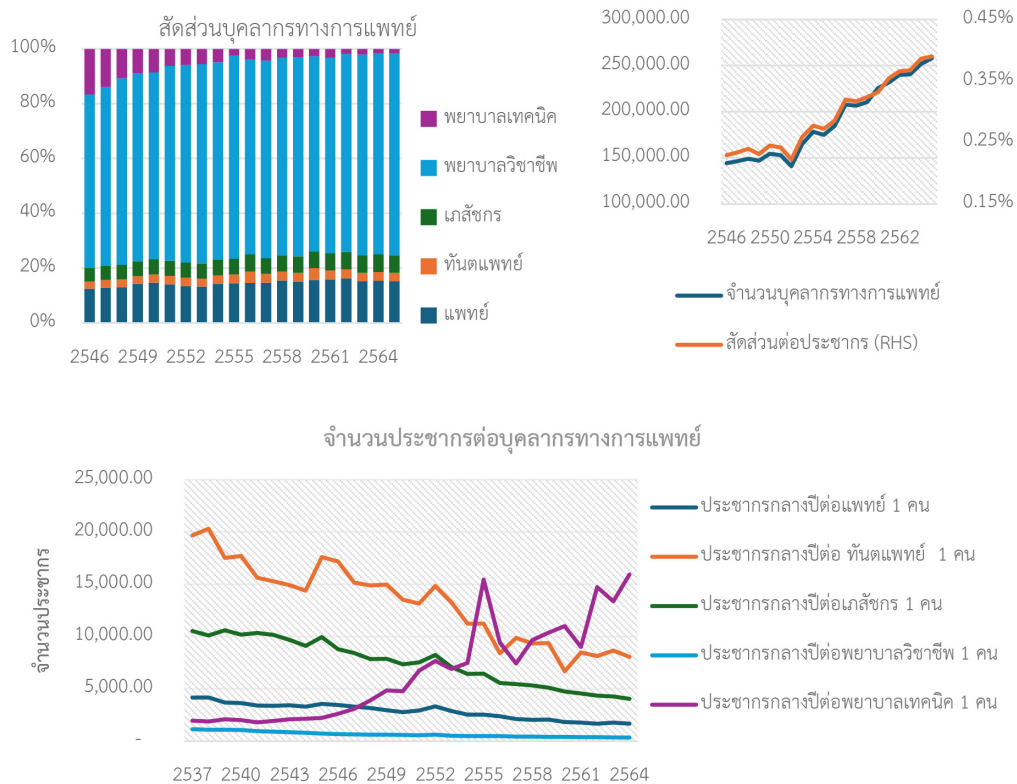
รูปที่ 12 อัตราการเป็นผู้ป่วยในด้วยโรค NCD ของไทย



ที่มา : สรุปรายงานการป่วย กระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของสัดส่วนและจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อวิเคราะห์ที่จำนวนบุคลากรรวมทั้งระบบในปัจจุบันอยู่ที่เพียง 260,000 คนเท่านั้น หรือคิดเป็นร้อยละ 0.39 ของประชากรรวมทั้งประเทศ จำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์จึงค่อนข้างสูง โดยส่วนที่ยังคงขาดแคลนค่อนข้างมากคือทันตแพทย์ และเภสัชกร ดังแสดงในรูปที่ 13 ซึ่งความพร้อมด้านจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของไทยยังมีความแตกต่างค่อนข้างมากหากวิเคราะห์จำแนกในแต่ละพื้นที่ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหามากที่สุด

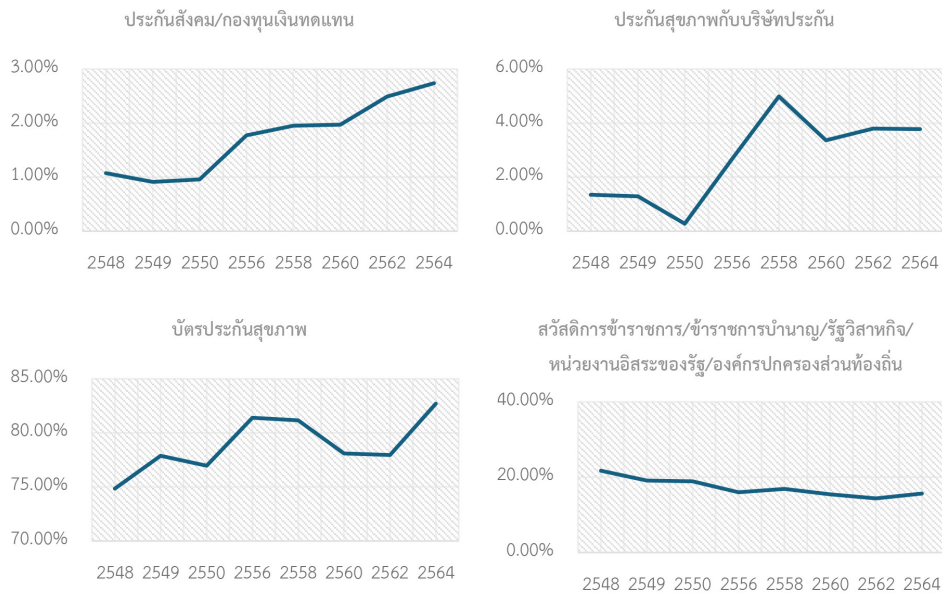
รูปที่ 13 สถานะจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของไทย



ที่มา : รายงานทรัพยากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของการเข้าถึงสวัสดิการในด้านต่าง ๆ ที่ภาครัฐจัดทำให้ จากบริษัทประกัน และจากนายจ้างที่เป็นผู้ว่าจ้างพบว่าผู้สูงอายุในไทยส่วนใหญ่ร้อยละ 83 เข้าถึงบัตรประกันสุขภาพของภาครัฐ และอีกประมาณร้อยละ 20 เข้าถึงสวัสดิการจากหน่วยงานราชการที่เคยเป็นนายจ้าง แต่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการซื้อประกันสุขภาพยังอยู่ในระดับที่ต่ำมากเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ดังแสดงในรูปที่ 14 ซึ่งประชากรไทยควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าใจประโยชน์จากการซื้อประกันสุขภาพให้มากขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลี้ยงดูตนเองในช่วงเกษียณ ส่วนสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้สวัสดิการของประกันสังคมนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นตามจำนวนสมาชิกของกองทุนที่คาดว่าจะเกษียณมากขึ้นในอนาคต

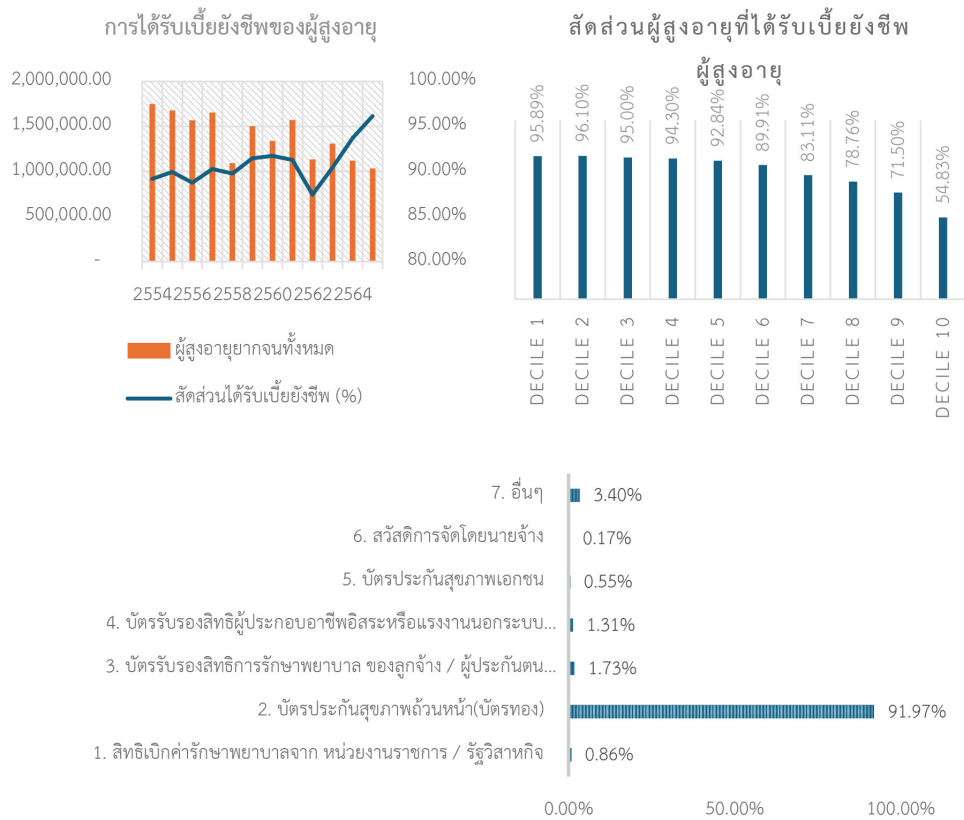
รูปที่ 14 การเข้าถึงสวัสดิการของผู้สูงอายุไทย



ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปัจจัยหนึ่งที่ดีว่าเป็นนโยบายที่ภาครัฐช่วยให้กลุ่มครัวเรือนยากจน สามารถใช้อยู่ได้ภายหลังการเกษียณอายุ คือ นโยบายที่จัดให้เกิดเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุสำหรับประชากรทุกกลุ่ม (ยกเว้นข้าราชการ) ซึ่งจากรูปที่ 15 พบว่า สัดส่วนของคนจนที่เข้าถึงสวัสดิการดังกล่าวมีมากถึงร้อยละ 95 และสัดส่วนดังกล่าวลดต่ำลงเมื่อผู้สูงอายุมีระดับรายได้ที่สูงขึ้น นอกจากนี้สัดส่วนคนไทยมากถึงร้อยละ 92 เข้าถึงบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) แล้ว

รูปที่ 15 การเข้าถึงสวัสดิการของคนไทย



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดย กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.

บทที่ 2

ผลการประเมินดัชนีความพร้อมเพื่อการเกษียณอายุ ด้านความมั่นคงทางคุณภาพชีวิต และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในการประเมิน ดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านการเกษียณอายุแห่งชาติ (National Retirement Readiness Index: NRRI) นั้นประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในด้านคุณภาพชีวิต หรือที่เรียกว่า ดัชนีความมั่นคงด้านคุณภาพชีวิต (Quality-of-Life Retirement Readiness Index: Q-RRI) และดัชนีความมั่นคงด้านการเงิน (Financial Retirement Readiness Index: F-RRI)

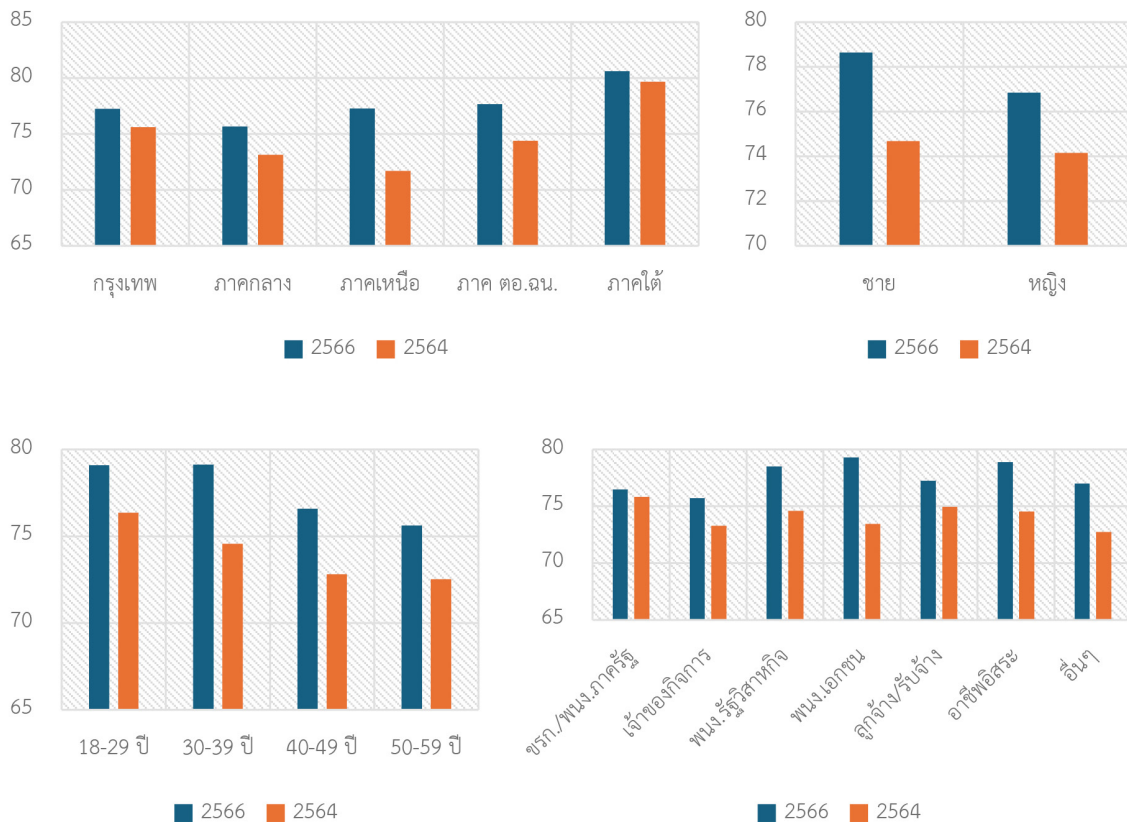
โดยในบทที่ 2 จะทำการรายงานผลดัชนีความมั่นคงด้านคุณภาพชีวิต (Q-RRI) ซึ่งจะประกอบด้วยกลุ่มคำถามจำนวน 4 ด้าน อันได้แก่

- 1) ด้านสถานะของสุขภาพในปัจจุบัน โดยจะเป็นกลุ่มคำถามที่เกี่ยวกับประวัติการเป็นโรคของผู้ตอบแบบสอบถาม และสถานะความสัมพันธ์ของผู้ตอบแบบสอบถามกับคนในครอบครัว
- 2) ด้านทัศนคติในการรักษาสุขภาพกายและใจ จะเกี่ยวข้องกับการเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้มีสุขภาพที่ดี
- 3) ด้านการสนับสนุนโดยองค์กร จะเกี่ยวกับนโยบายของภาครัฐ และระบบสาธารณสุขของไทยในการสร้างหลักประกันความพร้อมในการรักษาสุขภาพของประชาชน และ
- 4) ด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพกายและใจ ซึ่งจะเป็นกลุ่มคำถามที่ชี้วัดความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพ

2.1 ผลการประเมินดัชนีด้านสถานะของสุขภาพในปัจจุบัน และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

สถานะของสุขภาพของครัวเรือนไทยในปัจจุบัน ที่ได้รับจากการสำรวจ Q-RRI ในปี 2566 ถือว่ามีระดับที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับระดับในปี 2564 ดังแสดงในรูปที่ 16 สะท้อนให้เห็นว่ามาตรการของภาครัฐในการสร้างการตระหนักรู้ถึงการดูแลสุขภาพมีผลลัพธ์ที่ช่วยให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีขึ้น

รูปที่ 16 ผลการชี้วัดด้วย Q-RR1 ในมิติย่อยที่ 1 สถานะของสุขภาพในปัจจุบัน

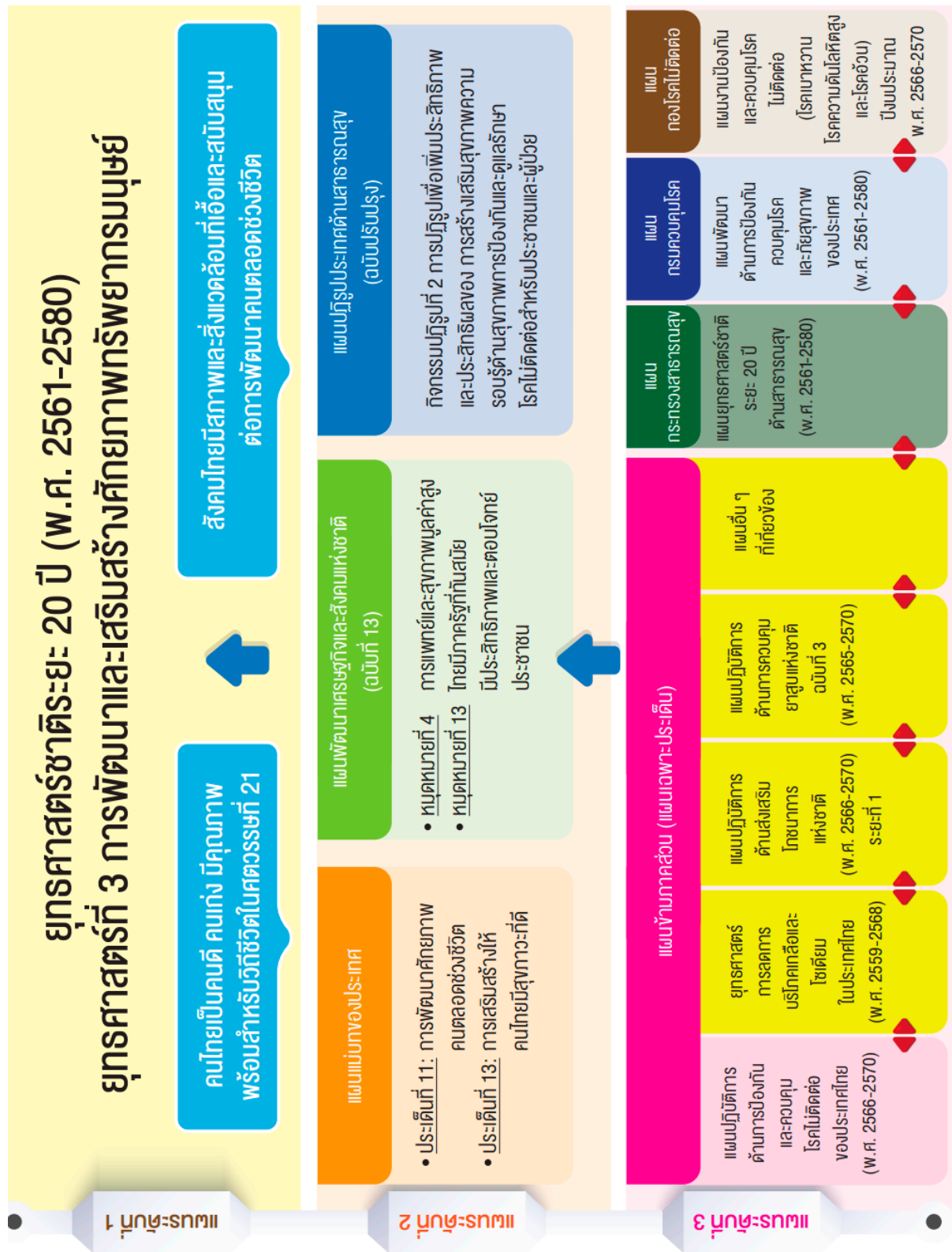


โดยในช่วงที่ผ่านมาหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้มีการกำหนดตัวชี้วัด เพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดจากการเป็นโรค NCDs ทั้งหมด 4 ตัวชี้วัดดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวได้มีการดำเนินกลยุทธ์ตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ดังแสดงในรูปที่ 17

ตารางที่ 1 เป้าหมายการลดอัตราการเป็นโรค NCDs ของไทย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย
1. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ลดลงร้อยละ 25	11.07
2. ความชุกความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 25	16.95
3. ความชุกเบาหวานในประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น	7.3
4. ความชุกโรคอ้วนในประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ไม่เพิ่มขึ้น	36.2

รูปที่ 17 แผนยุทธศาสตร์ของไทยในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์



นอกจากนี้ประเทศไทยได้มีการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559–2568 โดยมีเป้าหมายสำคัญในการลดปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 เมื่อเทียบกับระดับการบริโภคในปี พ.ศ. 2553 กรมควบคุมโรค และหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องจึงร่วมกันขับเคลื่อนดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา

สาเหตุที่ต้องมีนโยบายลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพราะถ้าร่างกายได้รับโซเดียมมากเกินไป จะเกิดปัญหาเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ซึ่งจะนำมาสู่ปัญหาโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมายไม่ว่าจะเป็น หัวใจวาย อัมพาต และโรคไต ซึ่งได้มีการประเมินว่าหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะทำมาสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังภายใน 10 ปี ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการติดเค็มสูงถึง 22.05 ล้านคน แบ่งเป็น โรคความดันโลหิตสูง 13.2 ล้านคน โรคไต 7.6 ล้านคน โรคหัวใจขาดเลือด 0.75 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมอง 0.5 ล้านคน

นอกจากการดำเนินนโยบายลดการบริโภคเกลือและโซเดียมนี้ องค์การอนามัยโลกยังได้มีการเสนอ มาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรค NCDs ไว้ทั้งหมด 6 มาตรการด้วยกันได้แก่

- 1) มาตรการควบคุมการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งภาครัฐไทยได้มีการดำเนินการด้วยการขึ้นภาษีและราคา ผลิตภัณฑ์ยาสูบ การใช้มาตรการเกี่ยวกับหีบห่อและคำเตือนบนซองผลิตภัณฑ์ การควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ และการควบคุมควันทูบหรือมือสองในสถานที่ต่าง ๆ
- 2) มาตรการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งภาครัฐไทยได้มีการขึ้นภาษีเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การจำกัดระยะเวลาในการจำหน่าย และการควบคุมการโฆษณา
- 3) มาตรการส่งเสริมพฤติกรรมลดการบริโภค ซึ่งภาครัฐไทยได้ดำเนินการลดบริโภคเกลือ และการบริโภคน้ำตาล ผ่านการออกฉลากและการขึ้นภาษีเพื่อแจ้งเตือนผู้บริโภค
- 4) มาตรฐานด้านกิจกรรมทางกาย ซึ่งภาครัฐไทยพยายามรณรงค์และสื่อสารให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักให้ประชาชนเห็นถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย
- 5) มาตรการในการควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ผ่านการสนับสนุนการรักษาด้วยยา และการให้คำปรึกษาแก่บุคคลที่เป็นโรคดังกล่าวหรือมีความเสี่ยงสูงเพื่อให้รู้วิธีการดูแลรักษา ร่างกายของตนเอง
- 6) มาตรการในการควบคุมมะเร็ง ซึ่งภาครัฐสนับสนุนให้มีการใช้วัคซีนป้องกันติดเชื้อไวรัส HPV

ยิ่งไปกว่านั้น ในปี พ.ศ. 2565 ก็ได้มีการพัฒนาเครื่องมือในรูปแบบดิจิทัลที่เรียกว่า Smart อสม. เพื่อเป็นเครื่องมือในการสำรวจและคัดกรองสภาวะสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อในระดับตำบล ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 ได้มีการนำไปสำรongsานำร่องจำนวน 80 ตำบลทั่วประเทศไทย และข้อมูลดิจิทัลจาก application ถูกนำมาวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา จัดเก็บในระบบของกระทรวงสาธารณสุข และแสดงผลผ่าน dashboard ของกองโรคไม่ติดต่อ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566a)

สาเหตุหนึ่งที่มีการพัฒนา application Smart อสม. เพราะในอดีตกรมควบคุมโรคมีการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยง ผ่านกลไกอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อช่วยให้เกิดการคัดกรองสุขภาพและการตรวจร่างกายในระดับชุมชน โดยในอดีตได้เคยมีการจัดบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ในรูปแบบกระดาษแล้ว แต่เพื่อให้การคัดกรองมีระบบและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงได้มีการพัฒนาระบบดิจิทัลในการเก็บข้อมูลผ่าน application

กระบวนการ digitalization นี้ ช่วยให้ภาครัฐมีฐานข้อมูลที่ชัดเจนและตรงประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ชีวิตของประชาชน ซึ่งกองโรคไม่ติดต่อ ได้มีการร่วมมือกับกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กองโภชนาการ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ในการพัฒนากลุ่มคำถามที่จำเป็นสำหรับการชี้วัดความเสี่ยงของการเกิดโรค NCDs เพื่อช่วยให้ครัวเรือนไทยในพื้นที่ต่าง ๆ ตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค NCDs

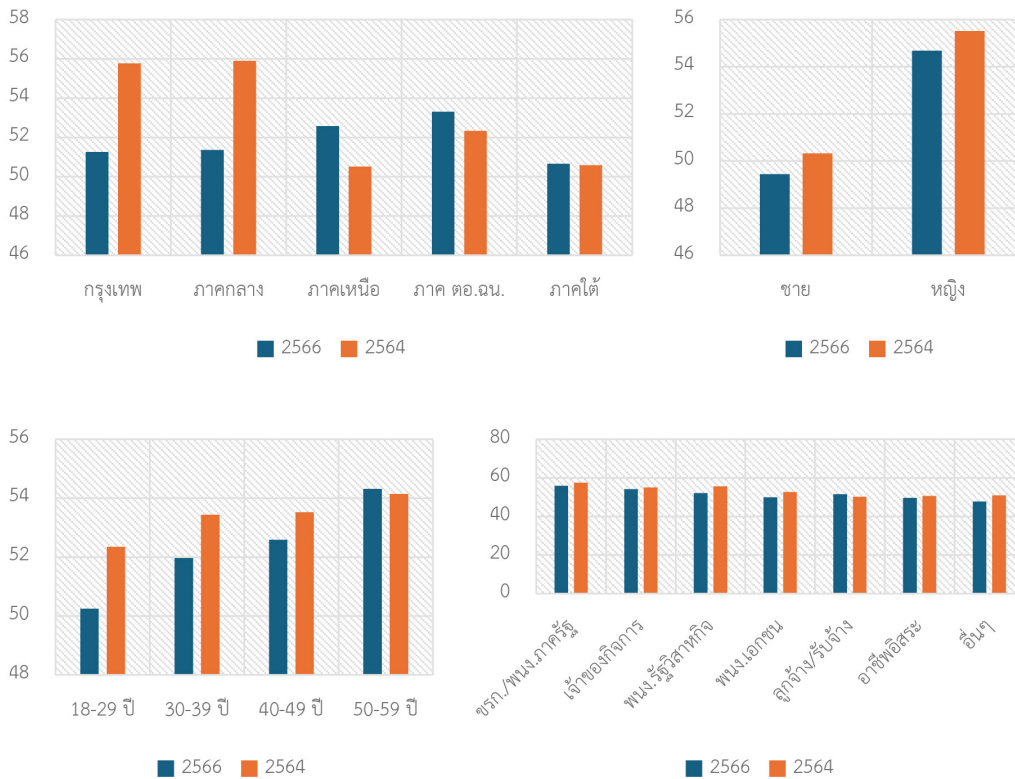
2.2 ผลการประเมินดัชนีด้านทัศนคติในการรักษาสุขภาพกายและใจ และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ถึงแม้สถานะของสุขภาพของครัวเรือนไทยดีขึ้นจากการสำรวจ แต่สถานะสุขภาพยังคงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับอายุของประชากรไทยที่อายุมากขึ้นยังคงมีปัญหาด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการไม่ตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดจากการรับประทานอาหารประเภทหวาน ไขมัน และเค็ม ซึ่งภาครัฐจะต้องเร่งส่งเสริมให้ประชาชนปรับตัวมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้สิ่งที่ภาครัฐต้องส่งเสริมให้เกิดขึ้นอย่างจริงจังคือปัจจัยที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ที่ประชากรไทยส่วนใหญ่ยังไม่ตระหนักถึงประโยชน์จากการออกกำลังกายมากนัก และสถานการณ์ของการทำงานที่รัดตัวทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกายเพียงพอ ด้วยเหตุนี้การออกกำลังกายจึงมักจะเกิดขึ้นภายหลังการเกิดสภาวะเจ็บป่วย หรือการเป็นโรค

สำหรับการวิเคราะห์ที่มีதிய่อยที่ 2 ของดัชนีความมั่นคงด้านคุณภาพชีวิต (Q-RR1) ในด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพของคนไทย จากการสำรวจพบว่าทัศนคติในการดูแลสุขภาพไม่สามารถที่จะรักษาให้อยู่ในระดับสูงได้อย่างต่อเนื่องดังแสดงในรูปที่ 18 ทัศนคติของคนไทยเป็นประเด็นที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละปี ซึ่งอาจเกิดจากประเด็นปัจจัยภายนอก ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้คนไทยอยากมีพฤติกรรมตอบสนองความต้องการของตนเองในระยะสั้นมากกว่าการพยายามดูแลสุขภาพในระยะยาว

ยกตัวอย่างเช่น ในปัจจุบันผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็ได้ความพยายามในการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ของตัวเองให้สามารถดื่มได้ง่าย มีรสชาติและกลิ่นที่ชวนให้ดื่ม รวมถึงการปรับความสวยงามของบรรจุภัณฑ์ให้มีภาพลักษณ์ที่ดี ไม่เหมือนเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้นดังนั้นภาครัฐอาจมีความจำเป็นที่จะต้องออกมาตรการควบคุมการโฆษณา หรือการกำหนดลักษณะของบรรจุภัณฑ์ให้แสดงคือโทษและอันตรายของการดื่มแอลกอฮอล์มากยิ่งขึ้น และต้องมีการควบคุมการโฆษณาให้เป็นไปตามกฎหมายปัจจุบันอย่างเคร่งครัด เพราะในปัจจุบันมีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านช่องทางออนไลน์โดยการทำเนื้อหาที่น่าสนใจผ่าน influencers มากยิ่งขึ้น

รูปที่ 18 ผลการชีวิตด้วย Q-RR1 ในมิตี้อยู่ที่ 2 ทศนคติการดูแลสุขภาพกายและใจของคนไทย



โดยการสำรวจของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) พบว่ามีการโพสต์เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากถึง 2,684 โพสต์ที่เข้าข่ายความผิดตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในช่วงครึ่งปีแรกของปี พ.ศ. 2565 จากประเด็นที่เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้กรมคุมประพฤติพบคดีชั่วคราวขณะเมาสุราเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากเป็น 8,567 คดี ในปี พ.ศ. 2565 เมื่อเทียบกับ 669 คดี ในปี พ.ศ. 2564

นอกจากนี้ ถึงแม้ภาครัฐได้มีความพยายามในการลดอัตราการสูบบุหรี่ ผ่านการปรับโครงสร้างภาษีบุหรี่ใหม่ เพื่อให้ราคาบุหรี่ปรับตัวสูงขึ้น แต่นโยบายดังกล่าวก็ส่งผลให้เกิดความกังวลที่ประชาชนหันไปบริโภคสินค้าทดแทนอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพไม่แพ้บุหรี่ ไม่ว่าจะเป็นยาเส้น บุหรี่ไฟฟ้า และการบริโภคบุหรี่ที่มีการลักลอบนำเข้าแบบผิดกฎหมายมากยิ่งขึ้น ซึ่งระดับการสูบบุหรี่ในเด็กกลุ่มอายุ 20-24 ปี ยังถือว่าอยู่ในระดับสูง ดังนั้นภาครัฐจะต้องมีการดำเนินการมาตรการอื่นร่วมด้วยในการควบคุมสินค้าทดแทนบุหรี่ ซึ่งสารเคมีและโลหะหนักที่เกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้นตอสำคัญที่นำมาสู่ภาวะปอดอักเสบเฉียบพลันหรือที่เรียกว่า โรคอีวาลี

เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ที่สูงโดดเด่นเมื่อเทียบกับเพศหญิงจึงทำให้คะแนนทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพของเพศชายมีระดับคะแนนที่ต่ำกว่า และระดับคะแนนเทียบระหว่างปีพบว่าต่ำลงเกิดจากความแพร่หลายของบุหรี่ไฟฟ้าที่สามารถดึงดูดผู้บริโภคที่เป็นเพศหญิงร่วมด้วย และการปรับเปลี่ยนลักษณะบรรจุภัณฑ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรสชาติให้เข้าถึงได้ง่าย จนทำให้คนไทยถูกจูงใจให้ดื่มแอลกอฮอล์มากยิ่งขึ้น

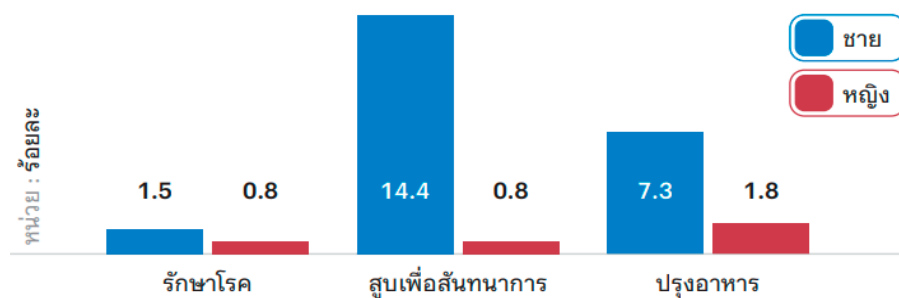
การเกิดขึ้นของพฤติกรรมการใช้ไฟฟ้าทำให้เกิดความเสี่ยงที่ประชากรไทยจะกลายเป็น dual users หรือมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าควบคู่กับบุหรี่ปกติมากยิ่งขึ้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีความเสี่ยงอย่างมากต่อปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้เกิดสถานะสมองล่า ดังนั้นบุหรี่ไฟฟ้าจึงเป็นผลิตภัณฑ์ที่ภาครัฐไม่ควรมีการกำหนดให้เป็นสินค้าถูกกฎหมาย และควรหามาตรฐานอย่างรอบด้านในการลดจำนวนผู้สูบบุหรี่รายใหม่

จากการสำรวจโดย Patanavanich, R., Worawattanukul, M. & Glantz, S. (2022) พบว่าเด็กที่เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอย่างแรก มีแนวโน้มสูบบุหรี่ธรรมดาเพิ่มขึ้น 5 เท่า และสูบบุหรี่ธรรมดาและไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 7 เท่า ยิ่งไปกว่านั้นข้อมูลจากบริษัทวิจัยการตลาด Vitamins Consulting & Research ที่ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่าความถี่ในการเห็นโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนสูงถึง 11.3 ครั้งต่อเดือน

ในส่วนของประเทศที่เกี่ยวข้องกับกัญชา ภาครัฐจะต้องมีการควบคุมให้การบริโภคกัญชาอยู่ในระดับที่เหมาะสมและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพราะกัญชามีผลกระทบต่อตรงต่อสมองในส่วนของความจำ การเรียนรู้ อารมณ์ และปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวจะสูงขึ้นหากมีการใช้กัญชาก่อนอายุ 18 ปี ดังนั้นการเปิดเสรีกัญชาจะต้องมีมาตรการอื่นมารองรับเพื่อจำกัดลักษณะของผู้บริโภค มิเช่นนั้นแล้วจะทำให้เยาวชนเข้าใจผิดคิดว่ากัญชาเป็นสินค้าปลอดภัย ซึ่งการสำรวจโดยศูนย์ปัญหาการเสพติดพบว่าเพศชายที่เคยใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นการใช้เพื่อสันทนาการสูงสุดดังแสดงในรูปที่ 19

รูปที่ 19 พฤติกรรมการใช้กัญชาของคนไทย

สัดส่วนประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เคยใช้กัญชา จำแนกตามวัตถุประสงค์และเพศ

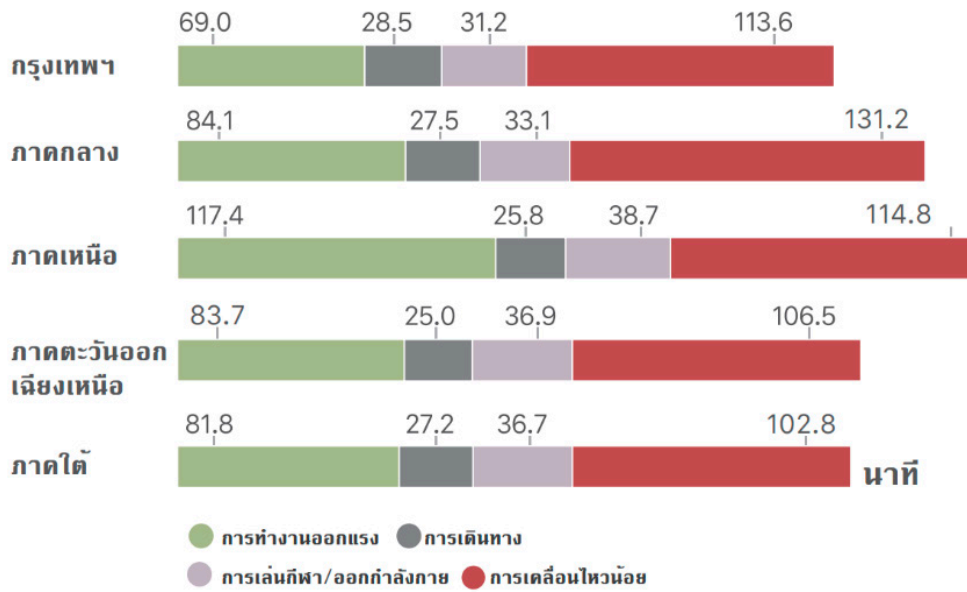


ที่มา : โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชากทางการแพทย์ และการใช้แบบสันทนาการ พ.ศ. 2563, ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

อีกพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องเร่งส่งเสริมคือพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการออกกำลังกายของประชากรในแต่ละภูมิภาคของไทยยังถือว่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำมากตามการสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังแสดงในรูปที่ 20 นอกจากนี้การสำรวจโดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทยยังพบอีกว่าเด็กและเยาวชนของไทยมีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอค่อนข้างต่ำมากดังแสดงในรูปที่ 21 ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอมีส่วนสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรค NCDs

รูปที่ 20 ระยะเวลาเฉลี่ยในการทำกิจกรรมทางกายของคนไทย

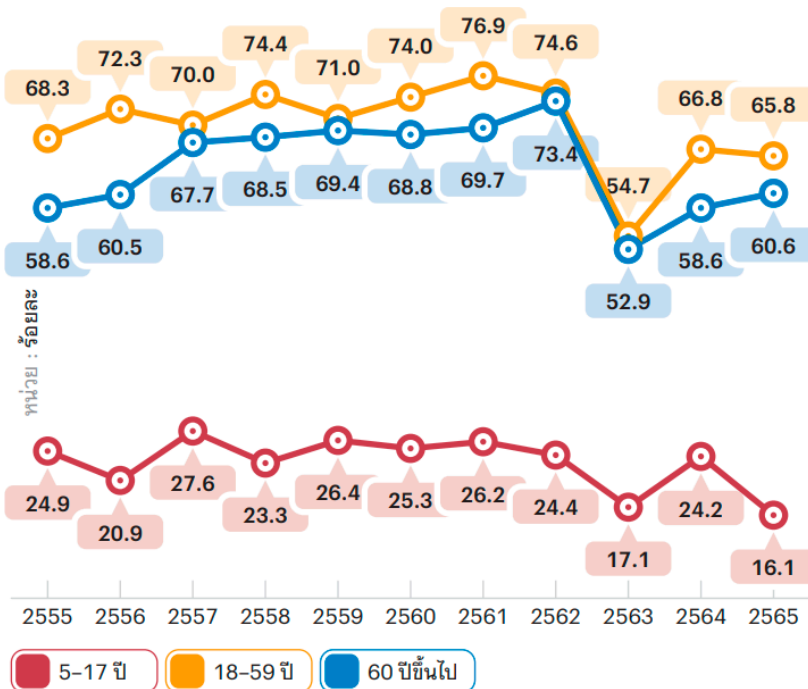
ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที) ของกิจกรรมทางกาย ในแต่ละกลุ่มต่อวัน ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทกิจกรรม



ที่มา: การสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร พ.ศ. 2558, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

รูปที่ 21 สัดส่วนคนไทยที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา: การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ. 2555-2565, ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย

จากการสำรวจ Q-RRI ในมิตีย่อยที่ 2 ทิศนคติด้านการดูแลสุขภาพยังพบอีกว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งสะท้อนว่าคนไทยตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองก็ต่อเมื่อประสบกับปัญหาสุขภาพพลดอยเท่านั้น แต่จะไม่ค่อยมีการตระหนักถึงการมีพฤติกรรมเชิงบวกที่ป้องกันความเสี่ยงของการเกิดโรคมามากนัก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก็ด้อยลงในปี พ.ศ. 2566 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2564 ในทุกกลุ่มอายุยกเว้นผู้ที่ใกล้เกษียณอายุเท่านั้น ดังนั้นภาครัฐจะต้องมีการดำเนินมาตรการด้านการรักษาสุขภาพอย่างเชิงรุกมากยิ่งขึ้น และควรระมัดระวังการออกมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจบางประการที่มีความเกี่ยวเนื่องกับการสร้างปัญหาสุขภาพของคนไทยในระยะยาว

2.3 ผลการประเมินดัชนีด้านการสนับสนุนโดยองค์กร และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของการชี้วัด Q-RRI ที่เกี่ยวกับมิตีย่อยที่ 3 เรื่องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Institution Enabler) จากตารางที่ 2 คะแนนการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Q-ENA) ของคนไทยในปี 2566 ปรับตัวสูงขึ้นจากปี 2564 อย่างมีนัยสำคัญ โดยคะแนนปรับตัวสูงขึ้นจาก 51 คะแนน เป็น 65 คะแนน หรือปรับตัวสูงขึ้นถึงร้อยละ 27 เลยทีเดียว ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Q-ENA) ในด้านคุณภาพชีวิตไปเลื่อนขึ้นจากระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 40-60) ในปี 2564 มาอยู่ในระดับดี (ช่วงคะแนน 60-80) ในปี 2566 โดยคณะผู้วิจัยเชื่อว่ามีเหตุผลมาจากการคลี่คลายของการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงปี 2563-2565 กล่าวคือ การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่และยังไม่มีวัคซีนรักษาในช่วงแรก และต่อมาเมื่อเริ่มมีวัคซีนรักษา การเข้าถึงวัคซีนก็ยังมีปัญหาค่อนข้างมาก ทั้งจากปัญหาการจองสิทธิฉีดวัคซีนและการเดินทางของประชาชนไปยังศูนย์ฉีดวัคซีน ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวว่าจะมีผลกดดันให้คะแนน Q-ENA ในปี 2564 มีค่าค่อนข้างต่ำ ต่อมาในปี 2566 การระบาดของโรคได้คลี่คลายไปมากแล้ว คนไทยเกือบทุกคนสามารถเข้าถึงวัคซีนได้แล้ว และการเดินทางได้กลับสู่สภาวะปกติ จึงทำให้คะแนน Q-ENA ในปี 2566 ปรับตัวสูงขึ้นเป็นอย่างมาก

ตารางที่ 2 องค์กรประกอบดัชนีความมั่นคงทางคุณภาพชีวิต (Q-RRI) จำแนกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	2566					2564				
	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRI	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRI
กรุงเทพ	77	51	71	44	61	76	56	59	43	61
ภาคกลาง	76	51	65	47	60	73	56	55	47	60
ภาคเหนือ	77	53	64	43	60	72	51	36	37	52
ภาค ตอ.นธ.	78	53	64	45	61	74	52	52	41	58
ภาคใต้	81	51	65	40	60	80	51	53	41	60
รวม	78	52	65	44	60	74	53	51	42	58

เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาค จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่าทุกภูมิภาคมีคะแนนเฉลี่ย Q-ENA สูงขึ้น และเมื่อพิจารณาในแต่ละปีของการสำรวจ พบว่าปัจจัยทางด้านภูมิภาคมีผลต่อความแตกต่างของ Q-ENA ระหว่างพื้นที่กรุงเทพฯ และภูมิภาคอื่น โดยกรุงเทพฯ เป็นพื้นที่ที่มีคะแนน Q-ENA สูงสุดในทั้ง 2 ครั้งของการสำรวจ และสูงกว่าภูมิภาคอื่นค่อนข้างมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่พบว่า พื้นที่กรุงเทพฯ ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณด้านสุขภาพสูงกว่าภูมิภาคอื่น อีกทั้งความทันสมัยด้านการคมนาคมยังทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและต้นทุนเดินทางต่ำกว่า ส่วนภูมิภาคอื่นมีความแตกต่างในคะแนน Q-ENA

ระหว่างภูมิภาคน้อยมาก ยกเว้นในปี 2564 ที่ภาคเหนือมีคะแนน Q-ENA ที่ต่ำที่สุดและต่ำกว่าภูมิภาคอื่นค่อนข้างมาก (36 คะแนน เทียบกับ 52-55 คะแนน) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีพื้นที่เป็นภูเขาค่อนข้างมาก ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพอาจต่ำกว่าภูมิภาคอื่น โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตโรคระบาด อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่อาจมีกลุ่มเปราะบางมากกว่าภูมิภาคอื่น อย่างไรก็ตาม ในปี 2566 ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีคะแนน Q-ENA ปรับตัวสูงขึ้นมากที่สุด (คะแนนสูงขึ้นจาก 36 เป็น 64 คะแนน) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในแต่ละปีของการสำรวจพบว่า ปัจจัยทางด้านอาชีพส่งผลต่อความแตกต่างของระดับคะแนน Q-ENA ค่อนข้างมาก โดยในทั้ง 2 ครั้งของการสำรวจ กลุ่มลูกจ้าง/รับจ้าง และ กลุ่มอาชีพอิสระ มีคะแนน Q-ENA ต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่น (ยกเว้นกลุ่มเจ้าของกิจการในปี 2564) ดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งอาจเป็นเพราะประชาชน 2 กลุ่มนี้ต้องอาศัยสวัสดิการจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ หากเลือกจ่ายเงินเข้าเป็นสมาชิกด้วยตัวเองก็สามารถได้รับสวัสดิการจากระบบประกันสังคม ซึ่งงานวิจัยในอดีตพบว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคม เป็นระบบที่มีความเหลื่อมล้ำเมื่อเทียบกับสวัสดิการของข้าราชการ

ตารางที่ 3 แสดงผลการศึกษาแบ่งตามกลุ่มอาชีพ สำหรับกลุ่มเจ้าของกิจการคาดว่าเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยตนเองอยู่แล้ว จึงทำให้คะแนน Q-ENA ของกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น (ยกเว้น กลุ่มข้าราชการ) อย่างไรก็ตาม ในปี 2564 คะแนน Q-ENA ของกลุ่มเจ้าของกิจการมีค่าต่ำมาก และต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่นทั้งหมด เหตุผลหนึ่งอาจเป็นเพราะในช่วงการระบาดของโควิด-19 บุคคลที่ไม่ได้ทำงานหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กร จะพบว่าการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 เป็นไปด้วยความยากลำบาก จึงอาจส่งผลให้กลุ่มเจ้าของกิจการมองว่าตนเองไม่ได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพเท่าที่ควรในช่วงวิกฤตดังกล่าว ซึ่งในปี 2566 คะแนน Q-ENA ของกลุ่มเจ้าของกิจการก็กลับมามีค่าสูง ข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ย Q-ENA สูงที่สุดในทั้ง 2 ครั้งของการสำรวจ สะท้อนว่าระบบสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการเป็นระบบที่ได้รับการสนับสนุน (จากภาครัฐ) สูงกว่าระบบสวัสดิการอีก 2 ระบบที่เหลือ ในขณะที่ พนักงานรัฐวิสาหกิจและพนักงานเอกชนมีคะแนน Q-ENA รองลงมา ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มนี้น่าจะมีประกันสุขภาพที่จัดให้โดยนายจ้าง

ตารางที่ 3 องค์ประกอบดัชนีความมั่นคงทางคุณภาพชีวิต (Q-RRRI) จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	2566					2564				
	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRRI	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRRI
ขรก./พจน.ภาครัฐ	76	56	73	51	64	76	57	69	50	65
เจ้าของกิจการ	76	54	73	48	63	73	55	37	41	55
พจน.รัฐวิสาหกิจ	78	52	68	43	61	75	56	71	48	64
พจน.เอกชน	79	50	65	40	59	73	53	54	40	57
ลูกจ้าง/รับจ้าง	77	52	55	41	57	75	50	45	40	56
อาชีพอิสระ	79	50	55	40	57	75	51	42	40	55
อื่น ๆ	77	48	60	39	57	73	51	53	45	58
รวม	78	52	65	44	60	74	53	51	42	58

2.4 ผลการประเมินดัชนีด้านความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพกายและใจ และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในมิตีย่อยที่ 4 ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ (Q-LIT) ของคนไทยในปี 2564 มีค่า 42 คะแนน และในปี 2566 มีค่า 44 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 40–60 กล่าวได้ว่าคนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ดังแสดงในตาราง 4 ถึงแม้ว่าในปี 2566 จะมีผลคะแนนสูงขึ้น แต่เป็นการสูงขึ้นเพียงเล็กน้อยและยังต่ำกว่า 50 คะแนน ซึ่งเป็นค่ากลางของช่วงคะแนนปานกลาง สะท้อนว่าในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เมื่อพิจารณาในระดับภูมิภาค พบว่าภูมิภาคที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุดทั้ง 2 ครั้งของการสำรวจ คือ ภาคกลาง ซึ่งค่อนข้างสอดคล้องกับงานสำรวจในอดีตที่พบว่า ภาคกลางมักมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าภูมิภาคอื่น ซึ่งอาจเป็นเพราะสามารถเข้าถึงการสื่อสารของสื่อกระแสหลักได้ง่ายกว่า รวมทั้งอยู่ใกล้แหล่งความรู้มากกว่า ในขณะที่ภูมิภาคที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุดในปี 2564 คือ ภาคเหนือ และปี 2566 คือ ภาคใต้ ซึ่งอาจสะท้อนว่าความแตกต่างด้านภาษาและวัฒนธรรมอาจเป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรอบรู้

ตารางที่ 4 องค์ประกอบดัชนีความมั่นคงทางคุณภาพชีวิต (Q-RRI) จำแนกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	2566					2564				
	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRI	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRI
กรุงเทพ ฯ	77	51	71	44	61	76	56	59	43	61
ภาคกลาง	76	51	65	47	60	73	56	55	47	60
ภาคเหนือ	77	53	64	43	60	72	51	36	37	52
ภาค ต.นธ.	78	53	64	45	61	74	52	52	41	58
ภาคใต้	81	51	65	40	60	80	51	53	41	60
รวม	78	52	65	44	60	74	53	51	42	58

ภูมิภาคที่มีการปรับขึ้นของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด คือ ภาคเหนือ (ปรับขึ้นโดยเฉลี่ย 6 คะแนน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ปรับขึ้นโดยเฉลี่ย 4 คะแนน) สะท้อนว่าการดำเนินการเพิ่มความรอบรู้แก่ประชาชนใน 2 ภูมิภาคนี้ ได้ผลระดับหนึ่ง ในขณะที่ภูมิภาคอื่นยังไม่เป็นการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้งานวิจัยในอดีตพบว่าความแตกต่างด้านวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อประสิทธิภาพของการให้ความรู้ ดังนั้นนโยบายส่งเสริมความรอบรู้ นโยบายเดียวกันจึงอาจมีประสิทธิผลในการยกระดับความรอบรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ หรือ สปท. ที่ทำหน้าที่ระหว่าง 13 ต.ค. 2558 ถึง 3 ส.ค. 2560 ได้จัดทำรายงานเรื่องการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ พ.ศ. 2559 (สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2559) โดยเสนอประเด็นปัญหาความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า ถึงแม้ในประเทศไทยจะมีหน่วยงานทำหน้าที่ให้ความรู้และมีข้อมูลด้านสุขภาพมากมาย ทั้งกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งประกอบด้วยหลายกรม/กอง) กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานอื่น ดังแสดงในตารางที่ 5 แต่การดำเนินงานมีลักษณะต่างคนต่างทำ ไม่ได้บูรณาการข้อมูลหรือการสื่อสารระหว่างกัน ไม่มีการประเมินผลการทำงานในด้านผลลัพธ์ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของประชาชน ขาดหน่วยงานที่ทำหน้าที่คัดกรองข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับประชาชนในแต่ละกลุ่มอายุที่มีปัญหาสุขภาพต่างกัน ไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตอบโต้ ข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้องอย่างทัน่วงที่ การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ส่งผลให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ และทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูง

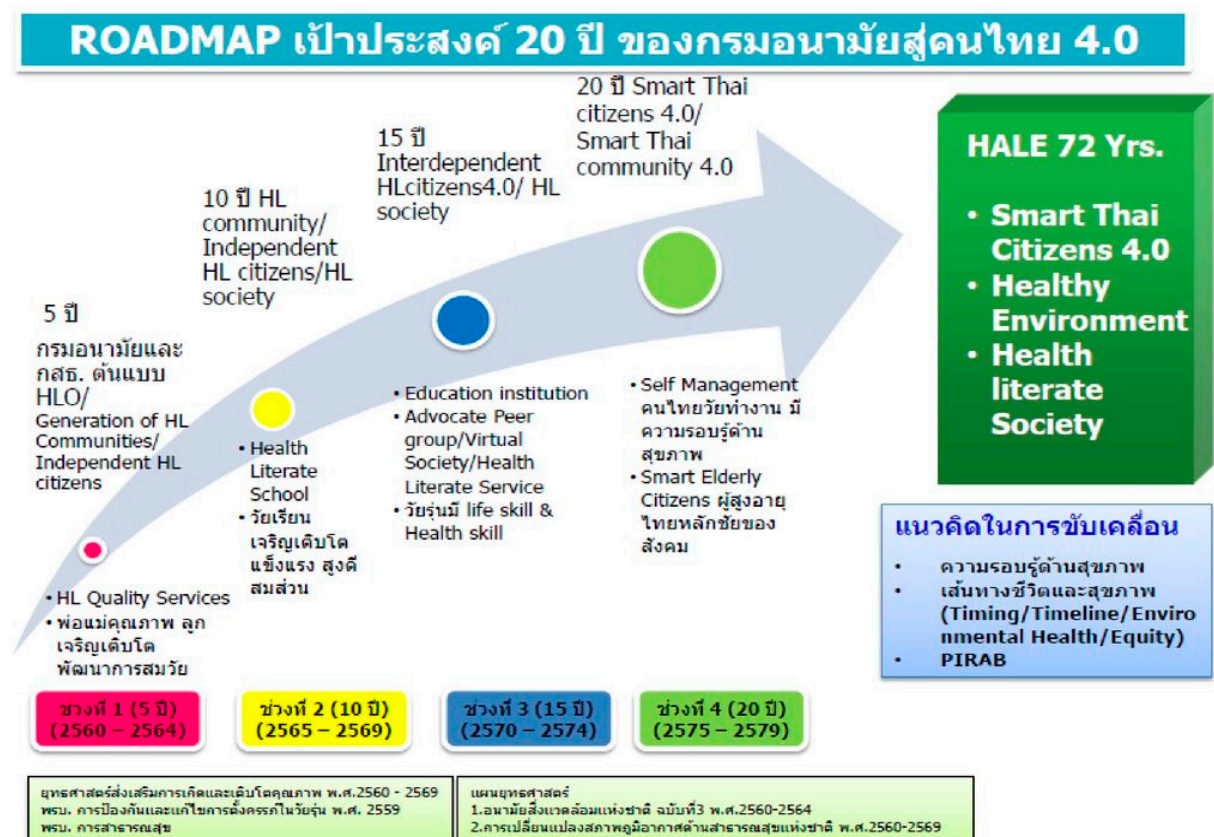
ตารางที่ 5 ตัวอย่างหน่วยงานที่ดูแลเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย

ชื่อหน่วยงาน	ตัวอย่างบทบาทเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	
กรมการแพทย์	พัฒนาวิชาการบริการ/บำบัดรักษาฟื้นฟู
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	พัฒนาเครือข่ายให้มีศักยภาพในการจัดกระบวนการเรียนรู้ การสื่อสาร การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อ
กรมอนามัย	ให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเหมาะสมตามกลุ่มวัย พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุ
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	พัฒนาให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพตามแนวทางของแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	พัฒนาฐานข้อมูล การจัดการองค์ความรู้ สานเครือข่าย รมรณรงค์ ผลักดันการใช้กฎหมาย เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อุบัติเหตุบนท้องถนน การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร
หน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	
กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	มุ่งรณรงค์ สื่อสารในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมด้านกีฬาคนพิการ สื่อสารปรับทัศนคติที่มีต่อคนพิการ และผลักดันนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เด็ก สตรี และผู้สูงอายุ
กระทรวงมหาดไทย	มีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือภาคประชาชนเพื่อช่วยเหลือและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน
กระทรวงศึกษาธิการ	มีการสร้างระบบเครือข่ายเฝ้าระวังปัญหาเสพติดในนักเรียน พัฒนาสุขภาพให้ผู้เรียนทุกระดับ มีบูรณาการวิชาสุขศึกษาในหลักสูตร
กระทรวงแรงงาน	ดำเนินการพัฒนาศักยภาพและความพร้อมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เอตส์ และการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มแรงงาน เป็นต้น
กรมประชาสัมพันธ์	ดำเนินงานสื่อสารสุขภาพแก่ประชาชนตามที่หน่วยงานต่าง ๆ ร้องขอ

สปท. จึงได้บรรจุการสร้างความรู้และการสื่อสารสุขภาพเป็นหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข และมีข้อเสนอให้คณะรัฐมนตรีกำหนดให้การปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพเป็นวาระแห่งชาติ และเมื่อวันที่ 11 พ.ย. 2559 ที่ประชุมระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (WM) ได้มอบหมายให้ กรมอนามัยเป็นแกนหลักในการดำเนินการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต่อมาได้มีการจัดตั้ง กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ และ คณะกรรมการสร้างเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ จะเห็นว่าตามแผนยุทธศาสตร์นี้ ถึงแม้จะมีหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องมากมาย แต่หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบความรู้ด้านสุขภาพ คือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และอยู่ในวาระปฏิรูปเร่งด่วน (quick win) ของกระทรวง โดยได้จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ ณ โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง ขณะเดียวกันกรมอนามัยได้วางแผนการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพไว้ 10 ปี (พ.ศ. 2560–2569) โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยเป็นสังคม

แห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Societies) โดยใช้ 4 กลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน คือ กลไกการสื่อสาร (communication) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (capacity building) การสร้างความผูกพัน (engagement) และการเรียนรู้แบบเสริมพลัง (empowerment) ควบคู่กับการกำกับติดตามอย่างเข้มข้น (intensive M&E) โดยใช้กรอบแนวคิด Health Literate เป็นรากฐานของระบบสุขภาพ และได้จัดตั้งสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) รูปที่ 22 แสดง Roadmap 20 ปี ของกรมอนามัยในการนำพาประเทศไทยไปสู่สังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเห็นว่าปีที่โครงการ NRRI ทำการสำรวจความพร้อมเพื่อการเกษียณครั้งแรก (ปี 2564) ตรงกับปีสุดท้ายของ Roadmap ของกรมอนามัย ในช่วงที่ 1 ในขณะที่การสำรวจครั้งที่สองของโครงการ NRRI (ปี 2566) ตรงกับปีที่สองของ Roadmap ของกรมอนามัย ในช่วงที่ 2 รูปที่ 2.22 แสดงแผนที่ทางยุทธศาสตร์การสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทย (Health Literate Thai Society) อย่างไรก็ตามสิ่งที่ภาครัฐจะต้องกำหนดมาตรการและแนวทางการส่งเสริมความรู้ให้เห็นผลเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นคือการให้ความรู้ด้านสุขภาพแบบมุ่งเป้าไปประชากรบางกลุ่ม โดยเฉพาะ ซึ่งจากการสำรวจ NRRI พบว่ากลุ่มอายุน้อย และกลุ่มที่ประกอบอาชีพพนักงานเอกชน ลูกจ้าง/รับจ้าง และอาชีพอิสระ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างต่ำมาก

รูปที่ 22 Roadmap 20 ปี ของกรมอนามัยสู่คนไทย 4.0



จากตารางที่ 6 ที่แสดงผลขององค์ประกอบย่อย Q-RRR จากการสำรวจ NRRI ในปี 2564 และ 2566 จำแนกตามอายุ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางด้านอายุส่งผลต่อความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างมาก กลุ่มอายุที่ได้คะแนนความรอบรู้ต่ำสุดในทั้ง 2 ครั้งของการสำรวจ คือ อายุ 18-29 ปี ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มอายุนี้มักเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพน้อย จึงอาจทำให้มีความสนใจเรื่องสุขภาพน้อยตามไปด้วย นอกจากนี้ กลุ่มอายุ 18-29 ปี ยังอาจไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายหลักของการให้ความรู้ด้านสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยัง

พบว่ากลุ่มอายุ 50-59 ปี เป็นกลุ่มที่มีคะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดระหว่างปี 2564 และ 2566 (ปรับขึ้นโดยเฉลี่ย 5 คะแนน) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีการพูดถึงประเด็นสังคมสูงวัยในประเทศไทยค่อนข้างมาก จึงอาจทำให้การสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้รับความสนใจมากเป็นพิเศษ ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ในกลุ่มอายุสูงมากเป็นพิเศษ สำหรับอีก 2 กลุ่มที่เหลือ พบว่าคะแนนความรอบรู้มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ดังนั้นคนไทยในช่วงอายุ 18-29 ปี จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการให้ความรู้ด้านสุขภาพในอนาคต

ตารางที่ 6 องค์ประกอบดัชนีความมั่นคงทางคุณภาพชีวิต (Q-RRRI) จำแนกตามอายุ

อายุ	2566					2564				
	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRRI	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRRI
18-29 ปี	79	50	60	40	58	76	52	52	41	58
30-39 ปี	79	52	65	43	61	75	53	54	44	59
40-49 ปี	77	53	67	45	61	73	54	50	43	57
50-59 ปี	76	54	68	47	62	73	54	47	42	57
รวม	78	52	65	44	60	74	53	51	42	58

ตารางที่ 7 แสดงผลขององค์ประกอบย่อย Q-RRRI จากการสำรวจ NRRI ในปี 2564 และ 2566 จำแนกตามอาชีพ พบว่า ปัจจัยทางด้านอาชีพส่งผลต่อความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพค่อนข้างมากเช่นกัน โดยกลุ่มอาชีพที่มีคะแนนความรอบรู้เฉลี่ยสูงสุดจากการสำรวจทั้ง 2 ครั้ง คือ ข้าราชการและพนักงานภาครัฐ ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าประชากรกลุ่มนี้มักจะมีระดับการศึกษาเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มประชากรอื่น ทำให้มีความสามารถในการทำความเข้าใจการสื่อสารด้านสุขภาพได้ดี นอกจากนี้ประชากรกลุ่มนี้ยังอาจมีความใกล้ชิดกับแหล่งข้อมูลข่าวสารมากกว่า

ตารางที่ 7 องค์ประกอบดัชนีความมั่นคงทางคุณภาพชีวิต (Q-RRRI) จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	2566					2564				
	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRRI	Q-STA	Q-PRE	Q-ENA	Q-LIT	Q-RRRI
ขรก./พนง.ภาครัฐ	76	56	73	51	64	76	57	69	50	65
เจ้าของกิจการ	76	54	73	48	63	73	55	37	41	55
พนง.รัฐวิสาหกิจ	78	52	68	43	61	75	56	71	48	64
พนง.เอกชน	79	50	65	40	59	73	53	54	40	57
ลูกจ้าง/รับจ้าง	77	52	55	41	57	75	50	45	40	56
อาชีพอิสระ	79	50	55	40	57	75	51	42	40	55
อื่น ๆ	77	48	60	39	57	73	51	53	45	58
รวม	78	52	65	44	60	74	53	51	42	58

กลุ่มพนักงานเอกชน ลูกจ้าง/รับจ้าง และอาชีพอิสระ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีคะแนนความรอบรู้เฉลี่ยต่ำสุดจากทั้ง 2 ครั้งของการสำรวจ ในขณะที่กลุ่มเจ้าของกิจการ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีคะแนนความรอบรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดในระหว่าง 2 ครั้งของการสำรวจ (ปรับขึ้นโดยเฉลี่ย 7 คะแนน) ในขณะที่ กลุ่มพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นกลุ่มอาชีพที่มีคะแนนความรอบรู้ลดลงมากที่สุดในระหว่าง 2 ครั้งของการสำรวจ (ปรับลดลงโดยเฉลี่ย 5 คะแนน)

ผลการประเมินดัชนีความพร้อมเพื่อการเกษียณอายุด้านความมั่นคงทางการเงิน และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนนี้จะวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของดัชนีชี้วัดความพร้อมด้านการเงิน (F-RRR) ซึ่งมีการชี้วัดทั้งหมด 4 มิติย่อยได้แก่

1. ความเพียงพอทางการเงินในปัจจุบัน (FIN-ADQ)
2. ทศนคติเกี่ยวกับการออมเงินและการใช้จ่าย (FIN-PRE)
3. การสนับสนุนโดยนโยบายจากภาครัฐ (FIN-ENA)
4. ระดับทักษะความรู้ทางการเงิน (FIN-LIT)

การวิเคราะห์จะเริ่มต้นจากการฉายภาพให้เห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผลคะแนนในแต่ละมิติย่อย แล้วจึงวิเคราะห์นโยบายของภาครัฐ และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2564-2566 เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าภาครัฐได้มีการดำเนินการอย่างไรบ้างในการส่งเสริมให้คนไทยการออมเพื่อเกษียณให้มีความเพียงพอ และผลของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนจาก NRRR สามารถใช้ในการตรวจสอบว่านโยบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมีความสำเร็จมากน้อยเพียงใด

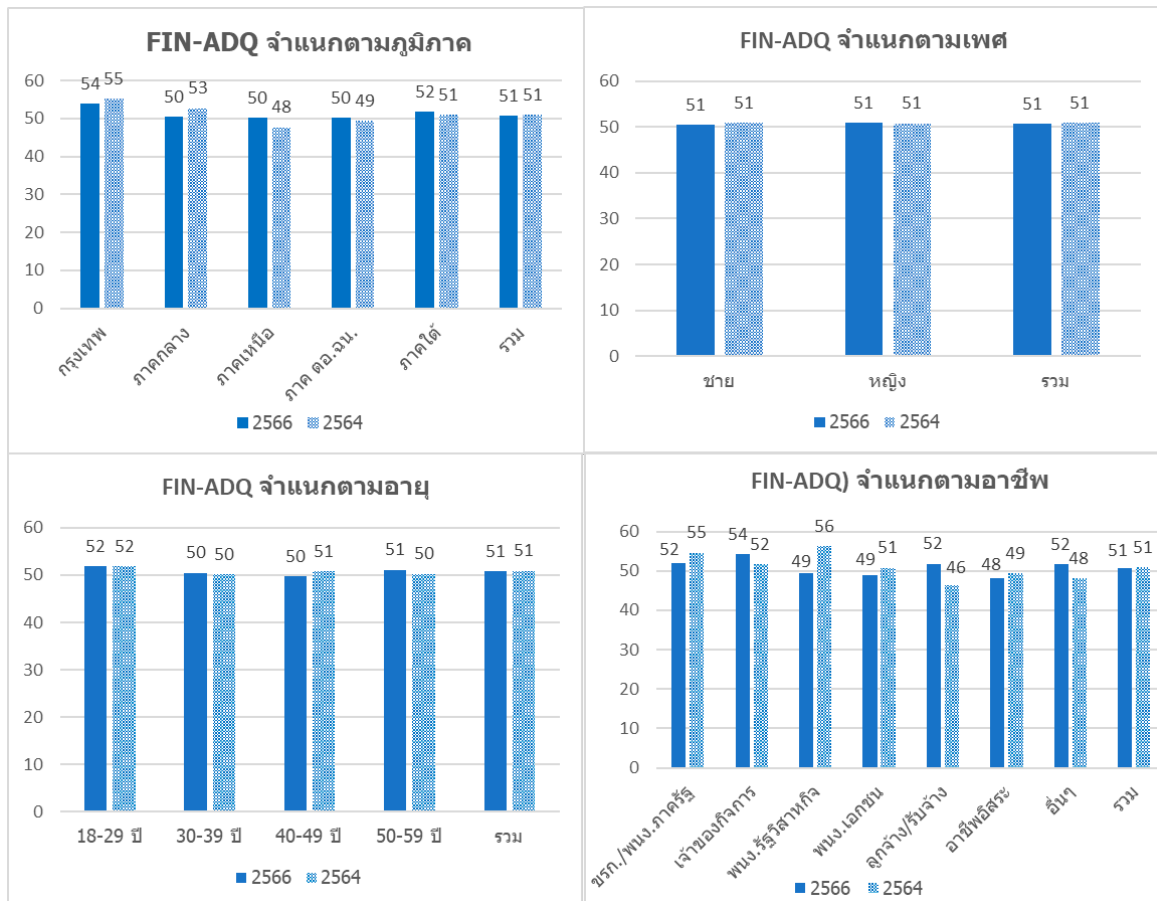
3.1 ผลการประเมินดัชนีด้านความเพียงพอทางการเงินในปัจจุบัน และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษาความเพียงพอทางการเงิน (FIN-ADQ) ในการสำรวจดัชนีความพร้อมเพื่อการเกษียณของปี 2566 พบว่า ความเพียงพอทางการเงินโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ มีค่าดัชนี FIN-ADQ ซึ่งเฉลี่ยมาจากทุกกลุ่มประชากรในประเทศไทยที่ระดับ 51% และมีความใกล้เคียงกับระดับเดิมในปี 2564 ดังแสดงในรูปที่ 23

หากวิเคราะห์ผลการสำรวจโดยจำแนกกลุ่มประชากรตามอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มของ “เจ้าของกิจการ” และ “ลูกจ้างและรับจ้าง” มีความเพียงพอทางการเงินปรับตัวดีขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่ กลุ่มของ “ข้าราชการและองค์กรภาครัฐ” และ “พนักงานรัฐวิสาหกิจ” มีความเพียงพอทางการเงินที่ปรับลดลงเล็กน้อย ในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2564 สาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้ความเพียงพอทางการเงินของกลุ่ม “เจ้าของกิจการ” และ “ลูกจ้างและรับจ้าง” ปรับตัวดีขึ้น อาจเนื่องมาจากการที่ในปี 2566 เศรษฐกิจไทยโดยรวมฟื้นตัวจากวิกฤตโควิด-19 ซึ่งเป็นวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อธุรกิจ อาชีพ และรายได้ของประชากรกลุ่มนี้มากที่สุด อันส่งผลต่อความมั่นใจทางการเงินในการเกษียณอายุ ดังนั้นเมื่อสภาวะเศรษฐกิจปรับตัวดีขึ้น ในปี 2566 จึงทำให้ทัศนคติดังกล่าวปรับตัวดีขึ้นตามด้วยเช่นกัน

สำหรับสาเหตุสำคัญในการปรับตัวลดลงบ้างของผลการสำรวจความเพียงพอในการเกษียณอายุของกลุ่ม “ข้าราชการและองค์กรภาครัฐ” และ “พนักงานรัฐวิสาหกิจ” อาจเนื่องมาจาก ผลกระทบของภาวะเงินเฟ้อที่รุนแรง และส่งผลให้ค่าครองชีพสูงขึ้นในช่วงปี 2564-2566 โดยที่ระดับรายได้ของประชากรกลุ่มนี้ ไม่สามารถปรับตัวได้ทันตามสภาวะเงินเฟ้อ จึงส่งผลให้ความมั่นใจทางการเกษียณอายุของประชากรกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบตามไปด้วย

รูปที่ 23 ผลการสำรวจความเพียงพอทางการเงิน (FIN-ADQ) ในปี 2566 เทียบกับปี 2564 จำแนกตามกลุ่ม



เมื่อดำเนินการศึกษานโยบายที่ส่งผลต่อความเพียงพอทางการเงิน (FIN-ADQ) พบนโยบายสำคัญที่สามารถมีผลกระทบต่อสถานะความพร้อมด้านการเกษียณของคนไทย ซึ่งหากมีการดำเนินการในอนาคตจะช่วยยกระดับคะแนนความเพียงพอทางการเงินของประชากรไทยได้ ดังนี้

1. พระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ พ.ศ.

ปัญหาและอุปสรรคต่อความพร้อมทางการเงินในการเกษียณอายุของแรงงานที่อยู่นอกระบบราชการคือการมีระบบบำเหน็จบำนาญที่ไม่เพียงพอต่อการเกษียณอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เช่น ผู้ประกอบอาชีพอิสระ จากรูปที่ 24 ประชากรในกลุ่มนี้จะได้รับเบี้ยผู้สูงอายุจำนวน 600-1,000 บาท เมื่อมีอายุครบ 60 ปี และระบบบำเหน็จบำนาญที่เหลือจะเป็นภาคสมัครใจ อันได้แก่ ประกันสังคมมาตรา 39/40 หรือกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) หรือการออมผ่านกองทุนรวมเพื่อการเกษียณอายุ (RMF) เท่านั้น ซึ่งการออมในภาคสมัครใจมีอัตราความครอบคลุมอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ยกตัวอย่างเช่น จำนวนสมาชิกของผู้ประกันตนมาตรา 39/40 มีอยู่เพียงประมาณ 5.3 ล้านคน ในขณะที่กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.) นั้นมีสมาชิกเพียง 2.4 ล้านคน

จากประชากรในวัยทำงานที่เป็นแรงงานนอกระบบหรือไม่มีงานทำทั้งหมดประมาณ 20.6 ล้านคน ดังนั้น จึงมีประชากรไทยในวัยทำงานที่เป็นแรงงานนอกระบบหรือไม่มีงานทำที่ไม่อยู่ในระบบการออมที่ภาครัฐเสนอถึงประมาณ 12.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 63 เลยทีเดียว

รูปที่ 24 โครงสร้างระบบบำเหน็จบำนาญในประเทศไทย



สำหรับกลุ่มแรงงานในระบบนั้น จะมีเบี้ยผู้สูงอายุและประกันสังคม ม.33 เป็นระบบการออมภาคบังคับในการรองรับ และมีระบบกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (PVD) เป็นการออมภาคสมัครใจเพิ่มเข้ามาเพื่อสร้างความเพียงพอให้กับประชากรในกลุ่มนี้ได้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute หรือ TDRI) ในปี 2565 แสดงให้เห็นว่า ยังมีประชากรกลุ่มแรงงานในระบบแต่ยังไม่มีกองทุนสำรองเลี้ยงชีพรองรับถึง 8 ล้านคน เลยทีเดียว โดยสาเหตุหลักก็เนื่องมาจากเป็นการออมภาคสมัครใจ จึงไม่ได้เป็นการบังคับทั้งนายจ้างและลูกจ้างให้เกิดการออมในส่วนนี้ได้อย่างครอบคลุม

ดังนั้นเพื่อสร้างความครอบคลุมของระบบบำเหน็จบำนาญของแรงงานในกลุ่มนี้ จึงมีแนวคิดในการจัดตั้ง “กองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบช.)” โดยกำหนดให้แรงงานในระบบที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพใด เข้าสู่กองทุนสำรองเลี้ยงชีพภาคบังคับ โดย ณ วันที่ 30 มีนาคม 2564 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ พ.ศ. ...

การจัดตั้ง กบช. จะช่วยเพิ่มความพร้อมในการเกษียณอายุของประชากรในกลุ่มแรงงานในระบบได้โดยตรงผ่านการออมภาคบังคับ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ กบช. เป็นการเพิ่มต้นทุนให้กับกิจกรรมของผู้ประกอบการโดยตรง เพราะทั้งนายจ้างและลูกจ้างต้องทำการส่งเงินเข้าสู่กองทุนนี้ด้วย ดังนั้นในทางปฏิบัติก็อาจก่อให้เกิดปัญหา 2 ประการคือ

1. หากพิจารณาตัวอย่างจากระบบประกันสังคมที่โดยชื่อแล้วเป็นภาคบังคับ แต่ในทางปฏิบัตินั้น นายจ้างและลูกจ้างยัง “เลือกได้” ที่จะเข้าระบบหรือไม่ ดังนั้นสำหรับกิจการขนาดเล็ก มีความเป็นไปได้ที่นายจ้างจะไม่ทำการเข้าระบบ กบช. ด้วยเช่นกัน เพื่อเป็นการลดต้นทุนของการให้สวัสดิการกับลูกจ้าง
2. เพื่อเป็นการลดต้นทุนดังกล่าว มีแนวโน้มมุ่งใจให้บริษัทเอกชนไม่จดทะเบียนลูกจ้างเข้าระบบ หรือมุ่งใจให้แรงงานบางส่วนหลบหนีออกไปเป็นแรงงานนอกระบบ ปรากฏการณ์เหล่านี้พบได้ในประเทศเพื่อนบ้าน อาทิ มาเลเซีย

2. แผนพัฒนาตลาดทุนไทย ฉบับที่ 4 (ปี 2565-2570)

ภายใต้แผนพัฒนาตลาดทุนไทย ฉบับที่ 4 ที่จัดทำและเสนอโดยกระทรวงการคลัง และมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ (สำนักงาน ก.ล.ต.) ดำเนินการขับเคลื่อน มียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 ตลาดทุนเพื่อการแข่งขันได้ (Competitiveness) เป็นการเพิ่มศักยภาพ และขีดความสามารถในการแข่งขันของทุกภาคส่วนในตลาดทุนไทย และระบบเศรษฐกิจ
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 ตลาดทุนที่เข้าถึงได้ (Accessibility) เป็นตลาดทุนที่เอื้อให้ทุกภาคส่วนสามารถเข้ามาใช้ประโยชน์ได้
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 ตลาดทุนดิจิทัล (Digitalization) เป็นการส่งเสริม ประยุกต์ และใช้เทคโนโลยี และดิจิทัลในตลาดทุน
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 ตลาดทุนเพื่อความยั่งยืน (Sustainability) เป็นการมุ่งเน้นส่งเสริมความยั่งยืนของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับตลาดทุนไทย และระบบเศรษฐกิจในระยะยาว
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 ตลาดทุนเพื่อความอยู่ดีมีสุขทางการเงิน (Financial well-being) ของประชาชน เป็นการมุ่งเน้นสร้างผลลัพธ์ทางการเงินที่ดี รวมถึงการสร้างโอกาสในการลงทุน โดยมีการบริหารความเสี่ยงอย่างเหมาะสม

จากยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ประการดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ยุทธศาสตร์ประการที่ 5 เป็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความพร้อมและความเพียงพอด้านการเงินในการเกษียณอายุมากที่สุด โดยยุทธศาสตร์ดังกล่าวประกอบด้วย 3 แผนงาน อาทิ การพัฒนาทักษะทางการเงินของคนไทย (Financial literacy) ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาทักษะทางการเงิน พ.ศ. 2565–2570 การปรับปรุงพระราชบัญญัติกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ พ.ศ. 2530 เป็นต้น

3. แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ ปี 2566–2568

จากแผนพัฒนาตลาดทุนไทย ฉบับที่ 4 (ปี 2565-2570) ที่ทางสำนักงาน ก.ล.ต. มีหน้าที่ในการขับเคลื่อน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทางสำนักงาน ก.ล.ต. จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของตน เพื่อวางแนวทางในการดำเนินการ โดยแผนยุทธศาสตร์ของสำนักงาน ก.ล.ต. ปี 2566–2568 มีเป้าหมายหลัก 5 ด้าน ดังนี้

1. การส่งเสริมตลาดทุนให้เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมโครงสร้างเศรษฐกิจไทยให้เข้มแข็ง โดยสร้างระบบนิเวศให้เอื้ออำนวยต่อการระดมทุนของกลุ่มธุรกิจเป้าหมาย อาทิ กลุ่มวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (SMEs) กลุ่มเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว (BCG) กลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมายใหม่ (S-curve) และธุรกิจส่งเสริม Soft Power*
2. การเป็นตลาดทุนดิจิทัลเพื่อส่งเสริมศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยการพัฒนาระบบนิเวศเทคโนโลยี และนวัตกรรมเพื่อรองรับการแข่งขัน รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาและกำกับดูแลตลาดทุน และการยกระดับการกำกับดูแลความปลอดภัยทางไซเบอร์

3. การยกระดับศักยภาพให้เป็นตลาดทุนเพื่อความยั่งยืน (Sustainable Capital Market) โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความยั่งยืนให้แก่บริษัทที่ระดมทุนจากตลาดทุน และผลักดันให้ตลาดทุนเป็นกลไกสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ
4. การเป็นตลาดทุนที่มีการพัฒนาและกำกับสอดรับกับฉันทศน์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อสร้างค่าน้ำเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับของผู้ลงทุน โดยกำหนดนโยบาย ทิศทางการพัฒนา และกำกับผู้ประกอบการธุรกิจให้สอดรับและเท่าทันภูมิทัศน์ (landscape) ที่เปลี่ยนไป รวมถึงเสริมสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานกำกับดูแลต่างประเทศในการยกระดับความเชื่อมโยง และส่งเสริมผลิตภัณฑ์ทางการเงินข้ามกัน
5. การสนับสนุนให้ตลาดทุนเป็นแหล่งสะสมความมั่งคั่งได้อย่างเหมาะสม โดยส่งเสริมให้ผู้ลงทุนมีศักยภาพในการสร้างสุขภาพทางการเงินที่ดี และสนับสนุนให้ประชาชนใช้ตลาดทุนเป็นแหล่งสะสมความมั่งคั่งได้อย่างเหมาะสม ด้วยการส่งเสริมให้ได้รับความรู้ด้านการเงินการลงทุน (Financial literacy) รวมถึงการป้องกันตนเองจากการถูกหลอก รวมถึงความรู้ ความเข้าใจด้านเทคโนโลยีในการใช้บริการด้านตลาดทุน

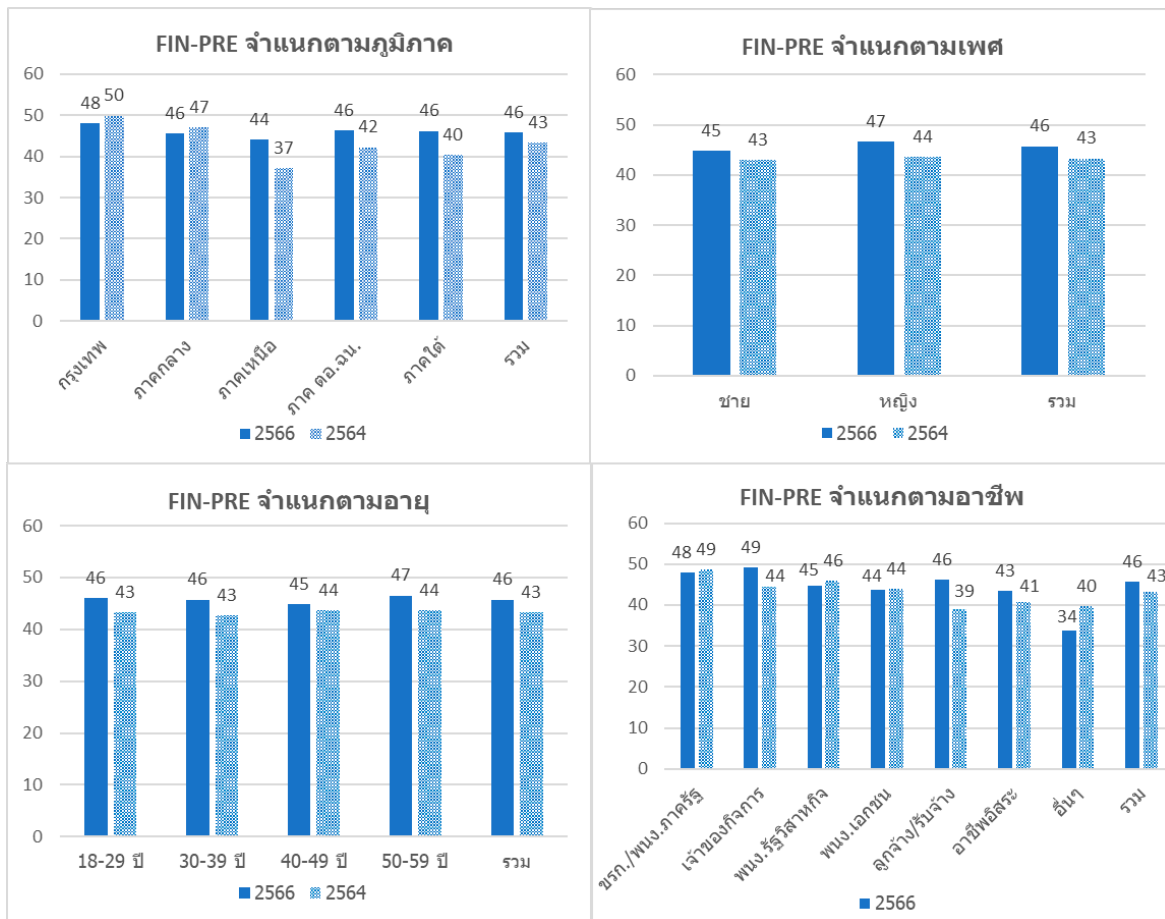
จะเห็นได้ว่า เป้าหมายในข้อที่ 5 ของแผนยุทธศาสตร์ของ ก.ล.ต. นั้นเชื่อมโยงโดยตรงกับยุทธศาสตร์ประการที่ 5 แผนพัฒนาตลาดทุนไทย ฉบับที่ 4 (ปี 2565-2570) ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว โดยเมื่อวิเคราะห์จากเป้าหมายในข้อนี้ จะเห็นได้ว่า ก.ล.ต. มีความตั้งใจที่จะพัฒนาทักษะความรู้ของผู้ออมและผู้ลงทุน และยังมุ่งเน้นในการสร้างตลาดทุนให้เป็นแหล่งการออมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยยกระดับความพร้อมและความเพียงพอด้านการเงินในการเกษียณอายุอีกด้วย

3.2 ผลการประเมินดัชนีด้านทัศนคติเกี่ยวกับการออมเงินและการใช้จ่าย และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของการศึกษามิตี้อยู่ที่ 2 ทัศนคติต่อการวางแผนทางการเงิน (FIN-PRE) จากการสำรวจ NRRI พบว่าค่าดัชนี FIN-PRE ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยของทุกกลุ่มประชากรไทย ยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่ปรับตัวดีขึ้นจากระดับ 43 คะแนนในปี 2564 เป็น 46 คะแนนในปี 2566 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทัศนคติต่อการวางแผนการเงินเพื่อการเกษียณอายุของประชากรไทยในภาพรวมดีขึ้น ดังแสดงในรูปที่ 25

เมื่อทำการวิเคราะห์ผลการสำรวจลงไปในระดับของกลุ่มประชากร โดยในประเด็นแรกคือการจำแนกตามภูมิภาค จากรูปที่ 25 พบว่า คะแนนสำรวจ FIN-PRE ของปี 2566 ในภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออก เฉียงเหนือ มีการปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ภาคกลางและกรุงเทพมหานครอาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก และหากจำแนกประชากรตามเพศจะเห็นได้ว่า ดัชนี FIN-PRE ของทั้งเพศชายและเพศหญิงปรับตัวสูงขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน และผลการสำรวจ FIN-PRE เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ ก็มีลักษณะสอดคล้องกันที่พบว่าทัศนคติต่อการวางแผนทางการเงินเพื่อการเกษียณอายุในปี 2566 ปรับตัวที่ดีขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ส่วนในประเด็นเรื่องกลุ่มอาชีพ กลุ่มข้าราชการและองค์กรภาครัฐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และเอกชน อาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่สำหรับกลุ่มเจ้าของกิจการ ลูกจ้าง/รับจ้าง และอาชีพอิสระ มีการปรับตัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

รูปที่ 25 ผลการสำรวจทัศนคติต่อการวางแผนทางการเงิน (FIN-PRE) ในปี 2566 เทียบกับปี 2564 จำแนกตามกลุ่มประชากร



เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยและนโยบายที่มีผลต่อทัศนคติในการวางแผนทางการเงิน (FIN-PRE) เพื่อการเกษียณอายุ พบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่าง ๆ หลากหลายประการ โดยจากงานวิจัยและการสำรวจจากหลากหลายกลุ่มประชากรในประเทศไทย พบผลลัพธ์ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่อาจส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในการเกษียณอายุ อาทิ เช่น ระดับรายได้ ค่าใช้จ่าย และภาระหนี้สิน ของประชากรเป็นต้น ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่า ระดับรายได้หรือความเพียงพอของรายได้ ส่งผลให้ประชากรมีการวางแผนและเตรียมความพร้อมในการเกษียณมากขึ้น โดยงานวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาตลาดทุนทำการสำรวจการเตรียมพร้อมสำหรับการวางแผนทางการเงินเพื่อวัยเกษียณของกลุ่มแรงงานในระบบ ในปี 2556 พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีอิทธิพลต่อการวางแผนทางการเงิน ผู้ที่มีรายได้อยู่ในช่วงอัตราภาษีตั้งแต่ร้อยละ 20 โดยเฉลี่ยจะมีเงินออมส่วนเกินในวัยเกษียณมากกว่าผู้ที่มีรายได้ในช่วงอัตราภาษีที่ต่ำกว่า

ชลธิชา มุลละ (2558) ทำการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยการออมเพื่อการวางแผนชีวิตหลังเกษียณของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยด้านรายได้และค่าใช้จ่ายมีผลต่อการเลือกแนวทางการออมเพื่อการวางแผนชีวิต

ธัญวรัตน์ สุวรรณะ (2564) ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจ อันได้แก่ ระดับรายได้ ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่าย และภาวะหนี้สิน ต่อการเตรียมความพร้อมทางการเงินเพื่อวัยเกษียณอายุของแรงงานนอกระบบในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 400 คน พบว่า ความเพียงพอของรายได้ต่อค่าใช้จ่าย มีผลเชิงบวกต่อการเตรียมความพร้อมทางการเงินเพื่อวางแผนเกษียณอายุมากที่สุด เนื่องจากเมื่อมีความเพียงพอของรายได้บุคคล ก็สามารถนำเงินที่เก็บออมและไปทำการลงทุนเพื่อเตรียมความพร้อมในการเกษียณอายุ

เอธยา ชนะภัย และ สุธาวัลย์ พฤกษ์อำไพ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนการเงินเพื่อการเกษียณอายุของประชากรในเจนเนอเรชันวายในประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นประชาชนที่มีอายุอยู่ในเจนเนอเรชันวายในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 385 คน ซึ่งพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้ประชาชนเจนเนอเรชันวายมีการวางแผนทางการเงินส่วนบุคคลเพื่อการเกษียณอายุแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับรายได้ของประชากร

2. ปัจจัยด้านความรู้และทักษะทางการเงิน

วีระชาติ กิเลนทอง บุญเลิศ จิตรมณีโรจน์ ลลิตา จันทร์วงศ์ไพศาล และอาชว์ ปวีณวัฒน์ (2555) ทำการศึกษาการเตรียมพร้อมสำหรับการวางแผนทางการเงินเพื่อวัยเกษียณของกลุ่มแรงงานในระบบช่วงอายุ 40–60 ปี พบว่า สาเหตุที่ทำให้คนในวัยเกษียณมีเงินออมไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายหลังเกษียณนั้น มาจากการเริ่มต้นวางแผนทางการเงินเพื่อการเกษียณช้าและมีความเชื่อมั่นต่อคุณภาพชีวิตหลังเกษียณที่สูงเกินจริง การวางแผนที่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงการประเมินค่าใช้จ่ายที่ต่ำเกินไป

ธัญวรัตน์ สุวรรณะ (2564) ยังทำการศึกษา ปัจจัยความรู้ทางการเงินที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมในการเกษียณอายุของแรงงานนอกระบบในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล พบว่า ความรู้ทางการเงินส่งผลเชิงบวกต่อการเตรียมพร้อมทางการเงินเพื่อวางแผนเกษียณอายุของแรงงานนอกระบบอย่างมีนัยสำคัญ และเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากระดับรายได้

เอธยา ชนะภัย และ สุธาวัลย์ พฤกษ์อำไพ (2565) ระดับการศึกษาซึ่งส่งผลต่อ ความรู้และทักษะทางการเงิน (Financial Literacy) ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการเกษียณอายุของประชาชนที่มีอายุอยู่ในเจนเนอเรชันวายในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล

3. ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ

จากงานการศึกษาของ เอธยา ชนะภัย และ สุธาวัลย์ พฤกษ์อำไพ (2565) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายจ่าย ไม่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการเกษียณอายุของประชาชนที่มีอายุอยู่ในเจนเนอเรชันวายในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล

ดังนั้นจากผลการสำรวจดัชนีความพร้อมเพื่อการเกษียณของปี 2566 ที่พบว่า ทิศนคติในการวางแผนทางการเงิน (FIN-PRE) เพื่อการเกษียณอายุ ในภาพรวม และในส่วนใหญ่ของกลุ่มประชากรไทยปรับตัวดีขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งน่าเป็นผลมาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในด้านรายได้ของประชากรที่ฟื้นตัวจากสภาวะเศรษฐกิจถดถอยจากวิกฤตโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในปี 2563 จึงทำให้ประชากรเริ่มกลับมาใส่ใจและเตรียมความพร้อมทางการเงินในการเกษียณอายุมากขึ้นเมื่อเทียบกับการสำรวจในปี 2564

นอกจากนั้น ทัศนคติในการวางแผนทางการเงิน (FIN-PRE) เพื่อการเกษียณอายุ จากการสำรวจ ในปี 2566 ที่ดีขึ้นก็มาจากการพัฒนาความรู้และทักษะทางการเงินของประชากรโดยทั่วไปที่ดีขึ้น โดยมีสาเหตุจากนโยบายจากภาครัฐและภาคเอกชนที่ส่งเสริมในการพัฒนาทักษะด้านดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เช่น ในปี 2565 กระทรวงการคลังได้เห็นชอบร่างแผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาทักษะทางการเงิน โดยมุ่งเน้นแก้ปัญหาความไม่เข้าใจบริการทางการเงินรูปแบบใหม่ของประชาชน กระตุ้นให้เกิดการออม และเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศ แผนพัฒนาตลาดทุนไทย ฉบับที่ 4 (ปี 2565-2570) แผนยุทธศาสตร์ของ ก.ล.ต. ปี 2566-2568 ที่เน้นถึงการพัฒนาความรู้และทักษะทางการเงินการลงทุน (financial literacy) เพื่อช่วยให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งการออมและการลงทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการสำรวจการเข้าถึงบริการทางการเงินภาคครัวเรือนปี 2565 ของธนาคารแห่งประเทศไทย พบว่า ครัวเรือนที่ใช้บริการทางการเงินเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2563 โดยเฉพาะบริการโอนเงินและชำระเงิน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรู้และความเข้าใจทางการเงินที่สูงขึ้น

3.3 ผลการประเมินดัชนีด้านการสนับสนุนโดยนโยบายจากภาครัฐ และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

สำหรับมิติย่อยที่ 3 ที่เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านการเงินจากองค์กรและหน่วยงาน ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์จากการเป็นสมาชิกขององค์กร เพื่อจะได้เก็บออมและบริหารเงินให้ส่งเสริมไปกับการเตรียมพร้อมเพื่อเกษียณอายุของบุคคลนั้น ๆ

ระบบบำเหน็จบำนาญเพื่อการเกษียณอายุของคนไทย ประกอบด้วยระบบการสนับสนุนในหลายระดับ และจากหลากหลายองค์กร/หน่วยงาน องค์กรเหล่านี้ต่างทำหน้าที่ดูแลสมาชิกของตน และมีจุดประสงค์เพื่อดูแลให้สมาชิกเข้าถึงการออมในระดับที่เหมาะสมกับรายได้และสถานะทางการเงินของตน โดยอาจกล่าวถึงระบบ/กองทุนที่สำคัญหลักๆ ได้ดังต่อไปนี้

- กองทุนประกันสังคม

กองทุนประกันสังคม เป็นกองทุนการออมภาคบังคับสำหรับบุคคลทำงานทุกคนยกเว้นข้าราชการ และจะบังคับให้สมาชิกออมเงินเข้าสู่กองทุนโดยหักจากรายได้ทุก ๆ เดือน โดยสมาชิกจะได้รับสิทธิประโยชน์เป็นเงินบำนาญชราภาพหลังเกษียณอายุ ตามสัดส่วนของรายได้ 5 ปีสุดท้ายแต่ไม่เกินฐานรายได้ 15,000 บาท เมื่อคิดเป็นเงินบำนาญแล้วอาจกล่าวได้ว่า เงินบำนาญชราภาพจากกองทุนประกันสังคมไม่ได้มากพอให้ผู้เกษียณสุขสบาย แต่ก็นับเป็นหลักประกันรายได้ในระดับเบื้องต้นที่สำคัญให้กับบุคคลทั่วไปเมื่อเกษียณอายุ

- กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) และกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการส่วนท้องถิ่น

กบข. เป็นกองทุนการออมภาคบังคับสำหรับข้าราชการ โดยสมาชิกจะได้รับเงินสมทบเงินออมอีกส่วนหนึ่งจากภาครัฐ และเสริมด้วยการออมเพิ่มเติมโดยสมัครใจ ทั้งนี้เงินบำนาญจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกรมบัญชีกลาง แต่ผลประโยชน์จะได้รับจากผลตอบแทนจากการลงทุนของ กบข. เมื่อข้าราชการเกษียณอายุจะได้รับเงินบำเหน็จหรือบำนาญตามเงินออมและผลประโยชน์ที่กองทุนลงทุนได้ โดยไม่มีการจำกัดวงเงินของสิทธิประโยชน์ ด้วยเหตุนี้จึงอาจกล่าวได้ว่าเงินบำเหน็จบำนาญจาก กบข. ถือเป็นหลักประกันรายได้หลักสำหรับข้าราชการไทยเมื่อเกษียณอายุ

- กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นกองทุนที่ถูกจ้างและนายจ้างร่วมกันจัดตั้งขึ้น ประกอบด้วยเงินที่ลูกจ้างสะสมและเงินที่นายจ้างจ่ายสมทบ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพถือเป็นการออมภาคสมัครใจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นหลักประกันแก่ลูกจ้างเมื่อยามเกษียณหรือออกจากงาน กล่าวได้ว่าเป็นหลักประกันรายได้ในส่วนเพิ่มเติมจากหลักชั้นพื้นฐานของประกันสังคม เพื่อให้บุคคลเกษียณได้อย่างสุขสบายยิ่งขึ้นอีกระดับหนึ่ง

- กองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.)

กองทุนการออมแห่งชาติ ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาชีพอิสระและไม่ได้อยู่ในระบบบำเหน็จบำนาญโดยของภาครัฐได้มีหลักประกันรายได้เมื่อเกษียณอายุ โดยกองทุนจะสมทบให้ผู้ออมในอัตราที่ต่างกันตามช่วงอายุแต่ไม่เกินจำนวนเงินที่กำหนดตามเงื่อนไขของกองทุน สมาชิกจะได้รับบำนาญตามเงินออมและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการลงทุนของ กอช. ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า กอช. เป็นหน่วยงานสำคัญที่ทำให้หลักประกันรายได้หลังเกษียณของคนไทย ครอบคลุมไปถึงประชาชนในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระและแรงงานนอกระบบ

- ระบบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

เป็นสวัสดิการหลักประกันรายได้หลักเกษียณแบบถ้วนหน้า จัดสรรโดยภาครัฐให้กับผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนที่ไม่ได้อยู่ในระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการ โดยจะเป็นเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุ และแบ่งเบาภาระค่าครองชีพในแต่ละเดือน ตามช่วงอายุ ตั้งแต่ 600-1,000 บาท/คน/เดือน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแม้จะไม่ได้เป็นหลักประกันรายได้ที่สิทธิประโยชน์มากนัก แต่ก็ถือเป็นหลักประกันชั้นพื้นฐานที่สำคัญและครอบคลุมถึงประชาชนคนไทยทุกคน

นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการสนับสนุนด้านการเงินจากองค์กรในผลสำรวจดัชนีความพร้อมเพื่อการเกษียณอายุแห่งชาติ คือ การเข้าถึงหลักประกันรายได้ของคนไทยผ่านกองทุนการออมเพื่อเกษียณอายุที่บุคคลนั้นเป็นสมาชิกอยู่ ซึ่งแน่นอนว่าจะได้รับผลโดยตรงจากนโยบายที่เปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์ของสมาชิก หรือนโยบายที่กำหนดคุณสมบัติของสมาชิกที่จะได้รับหลักประกันรายได้

- การจัดตั้งกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ

ณ วันที่ 30 มี.ค. 2564 คณะรัฐมนตรีมีมติรับอนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติกองทุนบำเหน็จบำนาญแห่งชาติ (กบช.) โดยจะเป็นกองทุนที่จัดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมในการเกษียณให้กับลูกจ้างเอกชนในระบบ ทั้งนี้ถือเป็นกองทุนภาคบังคับสำหรับลูกจ้างเอกชนที่ไม่ได้เป็นสมาชิกกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ให้ได้มีระบบการออมเพิ่มเติม และให้มีรายได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของรายได้ก่อนเกษียณ

- พ.ร.บ. การให้ความช่วยเหลือและฟื้นฟูผู้ประกอบการธุรกิจที่ได้รับผลกระทบ จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 พ.ศ. 2564

เป็นมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจที่เริ่มต้นในปี 2562 (20 ส.ค. 2562) ผลักดันอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปี 2564 เพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ประกอบด้วยมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ/ช่วยเหลือ 4 ด้าน ซึ่งรวมไปถึงมาตรการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากรายได้และค่าครองชีพด้วย ประกอบด้วย

1) มาตรการบรรเทาค่าครองชีพผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐและกองทุนหมู่บ้าน ได้แก่

- มาตรการพุงการบริโภคของผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ได้รับเงินช่วยเหลือเพิ่ม 500 บาทต่อคนต่อเดือน ในเดือนสิงหาคม-กันยายน 2562
- มาตรการมอบเงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ผู้สูงอายุที่ถือบัตรสวัสดิการแห่งรัฐได้รับเงินช่วยเหลือ 500 บาทต่อคนต่อเดือน ในเดือนสิงหาคม-กันยายน 2562
- มาตรการช่วยเหลือการเลี้ยงดูบุตรแก่ผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐที่ได้รับสิทธิภายใต้โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) เงินอุดหนุนเพื่อดูแลบุตรและเด็กเล็ก ที่มีอายุ 0-6 ปี 300 บาทต่อคนต่อเดือน ในเดือนสิงหาคม-กันยายน 2562
- มาตรการพักชำระหนี้เงินต้นของกองทุนหมู่บ้าน และชุมชนเมืองที่ค้างกับสถาบันการเงิน (ธ.ก.ส. และ ธ.อ.ส.) เพื่อลดภาระในการชำระหนี้และเพิ่มสภาพคล่องให้แก่กองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง เป็นระยะเวลา 1 ปี จนถึงปี 2563

2) มาตรการเพื่อบรรเทาค่าครองชีพสำหรับเกษตรกร เพื่อบรรเทาความเดือดร้อนจากภาระหนี้สินของผู้ประสบภาวะวิกฤติภัยแล้งและลดต้นทุนการผลิตให้เกษตรกรรายย่อย

- โครงการลดดอกเบี้ยเงินกู้ ให้ได้รับสิทธิ์จ่ายดอกเบี้ยเหลือ ร้อยละ 0.1 ต่อปี เป็นระยะเวลา 1 ปี
- โครงการขยายเวลาชำระหนี้เงินกู้ ให้ได้รับสิทธิ์ขยายเวลาชำระหนี้เดิมเป็นระยะเวลา 2 ปี นับจากงวดชำระเดิม
- โครงการสนับสนุนต้นทุนการผลิตให้เกษตรกรผู้ปลูกข้าวนาปี ปีการผลิต 2562/63 ได้รับเงินช่วยเหลือไร่ละ 500 บาท ครัวเรือนละไม่เกิน 20 ไร่
- การขยายการเยียวยาไปสู่ผู้ประกอบการอาชีพอิสระและสมาชิก กอช.

3) มาตรการเพื่อกระตุ้นการบริโภคและการลงทุนภายในประเทศ เพื่อกระตุ้นการใช้จ่ายในภาคการท่องเที่ยวและส่งเสริมการลงทุนของ SMEs และภาคเอกชน ผ่านมาตรการทางการเงินและมาตรการทางภาษี

- มาตรการส่งเสริมการท่องเที่ยวในประเทศ “ชิมช้อปใช้” เพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวในประเทศ และสนับสนุนการใช้จ่ายผ่านระบบการชำระเงินทางอิเล็กทรอนิกส์โดยภาครัฐ (e-Wallet) โครงการสนับสนุน SMEs รายย่อย ผ่านกองทุนส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม โดยมีวงเงินสินเชื่อรวม 10,000 ล้านบาท คิดอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 1 เพื่อสนับสนุน SMEs ทั่วไปให้สามารถเข้าถึงแหล่งเงินทุน เสริมสภาพคล่องหรือลงทุนขยายกิจการ และสนับสนุน SMEs ในกลุ่มธุรกิจท่องเที่ยวและบริการเพื่อปรับปรุงซ่อมแซม ขยายกิจการ และยกระดับการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ
- โครงการค้ำประกันสินเชื่อ Portfolio Guarantee Scheme ระยะที่ 8 (PGS8) วงเงินค้ำประกันสินเชื่อ 150,000 ล้านบาท เพื่อช่วยเหลือ SMEs ที่ต้องการสินเชื่อจากสถาบันการเงินแต่มีหลักประกันไม่เพียงพอ
- มาตรการภาษีเพื่อกระตุ้นการลงทุนภาคเอกชน เพื่อการลงทุนในเครื่องจักร

4) แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามเร่งรัดการเบิกจ่าย งบประมาณและมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจ

- การเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้กับผู้ออมเพื่อเกษียณอายุผ่านกองทุนการออมแห่งชาติ (กอช.)

กรม. ได้แก้ไขกฎหมาย กองทุนการออมแห่งชาติ ให้เพิ่มเพดานการจ่ายเงินสะสมและเงินสมทบเข้ากองทุน กอช. เป็น 30,000 ต่อปี และรัฐสมทบเพิ่ม 1,800 ต่อปี สร้างแรงจูงใจ กระตุ้นการออม สร้างความมั่นคงยามชราภาพให้กับผู้เกษียณอายุจากแรงงานนอกระบบ มีผล 1 ม.ค. 2566

- การปรับเพดานจ่ายเงินสมทบ จากกองทุนประกันสังคม (25 เม.ย. 2566) กองทุนประกันสังคมปรับเพดานจ่ายเงินสมทบเพิ่มจากปัจจุบันเงินสมทบมาตรา 33 ที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันส่งเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือนโดยมีเพดานค่านวณที่ค่าจ้าง 15,000 บาท ให้มีเพดานค่าจ้างที่ใช้ในการคำนวณใหม่ โดยจะปรับอย่างค่อยเป็นค่อยไป 3 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2567-31 ธ.ค. 2569 ปรับเป็นค่านวณจากเพดานค่าจ้าง 17,500 บาท จ่ายสมทบไม่เกิน 875 บาท

- ระยะที่ 2 ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2570-31 ธ.ค. 2572 ปรับเป็นค่านวณจากเพดานค่าจ้าง 20,000 บาท จ่ายสมทบไม่เกิน 1,000 บาท

- ระยะที่ 3 ตั้งแต่ 1 ม.ค. 2573 เป็นต้นไป ปรับเป็นค่านวณจากเพดานค่าจ้าง 23,000 บาท จ่ายสมทบไม่เกิน 1,150 บาท อ้างอิง: <https://www.prachachat.net/csr-hr/news-1272888>

- การปรับเพดานจ่ายเงินสมทบ จากกองทุนประกันสังคม (25 เม.ย. 2566) กองทุนประกันสังคมปรับเพดานจ่ายเงินสมทบเพิ่ม จากปัจจุบันเงินสมทบมาตรา 33 ที่นายจ้างและลูกจ้างร่วมกันส่งเข้ากองทุนประกันสังคมทุกเดือนโดยมีเพดานค่านวณที่ค่าจ้าง 15,000 บาท ให้มีเพดานค่าจ้างที่ใช้ในการคำนวณ

- ปรับหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุใหม่ ยกเลิกเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแบบถ้วนหน้า (ส.ค. 2566)

กระทรวงมหาดไทยเผยแพร่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ประกาศหลักเกณฑ์จ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุฉบับใหม่ ที่ระบุให้คุณสมบัติของผู้มีสิทธิรับเงินเบี้ยยังชีพว่า “เป็นผู้ไม่มีรายได้หรือรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติตามที่กฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุกำหนด” นับเป็นการสิ้นสุดการจ่ายเบี้ยยังชีพคนชราแบบ ‘ถ้วนหน้า’ ที่ดำเนินมาตั้งแต่ปี 2552 ไปสู่การคัดเกณฑ์จากรายได้ โดยที่ผ่านมา เบี้ยยังชีพคนชราเป็นสิทธิในการเข้าถึงเงินบำนาญของผู้สูงอายุที่อายุครบ 60 ปีขึ้นไป และมีเงื่อนไขในการรับสิทธิประการเดียวคือต้องเป็นผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการอื่นอยู่แล้ว อ้างอิง : [https://www.the101.world/elderly-welfare/]

ในภาพรวมอาจสรุปได้ว่า แนวโน้มของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงหลักประกันรายได้หลังเกษียณ เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยภาครัฐสนับสนุนคนไทยทุกกลุ่มอาชีพและทุกระดับรายได้ให้มีช่องทางในการออม ทั้งภาคสมัครใจและภาคบังคับ เพื่อเตรียมพร้อมเกษียณอายุ อีกทั้งยังสนับสนุนให้ได้รับหลักประกันรายได้ที่เพิ่มขึ้นเพิ่มรับมือกับปัญหาการออมไม่พอเพียงของคนไทยโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีรายได้น้อย หรือผู้ที่เป็นลูกจ้างหรือประกอบอาชีพอิสระ เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผลสำรวจมิติด้านการสนับสนุนทางการเงินขององค์กร/หน่วยงาน จาก NRRI 2564 และ 2566 ตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางการเงินจากองค์กร/หน่วยงานจากผลสำรวจปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 ในเกือบทุกภูมิภาคยกเว้นภาคใต้ โดยเฉพาะภาคเหนือที่มีผลคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 22 คะแนน เป็น 30 คะแนน แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงของการสนับสนุนขององค์กรในภาคเหนือ ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์และการตระหนักรู้ของประชาชนในภูมิภาค

เมื่อพิจารณาคะแนนโดยใช้เกณฑ์แบ่งตามเพศ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางการเงินจากองค์กร/หน่วยงาน ในปี 2566 เพิ่มขึ้นจากปี 2564 โดยเฉพาะในกลุ่มคนไทยเพศชายที่มี 29 คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะจาก 24 คะแนนในปี 2564 อีกทั้งคะแนนในปี 2566 ของคนไทยเพศชายยังอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับคนไทยเพศหญิง แสดงให้เห็นถึงการลดลงของความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศ เมื่อใช้เกณฑ์อายุในการพิจารณา พบว่า คะแนนการสนับสนุนจากองค์กร/หน่วยงานไม่ได้ต่างกันมากนักในส่วนใหญ่ เว้นแต่คะแนนของผู้ใกล้เกษียณ (อายุ 50-59 ปี) ที่มีคะแนนเฉลี่ย 32 คะแนนในปี 2566 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยยะจาก 26 คะแนนในปี 2564 อาจเป็นเพราะมาตรการสนับสนุนทางการเงินที่เกิดขึ้นมีประสิทธิผลดีที่สุดต่อผู้ใกล้เกษียณ และเมื่อพิจารณาตามอาชีพแล้วก็พบว่า อาชีพที่ได้คะแนนเพิ่มสูงชันมากที่สุดคือ เจ้าของกิจการและลูกจ้าง/รับจ้าง ในขณะที่ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานเอกชน มีคะแนนที่ลดลงอย่างมีนัยยะสำคัญ ซึ่งให้เห็นว่าการสนับสนุนทางการเงินจากหน่วยงานระหว่างปี 2564-2566 ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่กลุ่มอาชีพเหล่านี้ หรืออาจจะเป็นเพราะนโยบายและมาตรการที่เกิดขึ้นไม่ได้ส่งผลอย่างมีประสิทธิภาพให้กับบุคคลในกลุ่มอาชีพเหล่านี้

ถึงแม้คะแนนด้านการสนับสนุนทางการเงินขององค์กร/หน่วยงานในปี 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 29 คะแนน จาก 27 คะแนนในปี 2564 แต่โดยรวมแล้วคะแนนยังอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนเห็นถึงช่องว่างให้เห็นถึงความจำเป็นในการมีการสนับสนุนทางการเงินจากองค์กรภาครัฐอย่างเป็นระบบและอย่างยั่งยืน อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการทำให้ประชาชนตระหนักรู้ถึงสิทธิประโยชน์ของตนเองในการได้รับหลักประกันรายได้

ตารางที่ 8 แสดงคะแนน FIN-ENA แบ่งตามภูมิภาคของประเทศไทย และแบ่งตามเพศ จากผลสำรวจ NRRI ปี 2564 และ 2566

ภูมิภาค	2566	2564
กรุงเทพ	33	27
ภาคกลาง	33	30
ภาคเหนือ	30	22
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	29	28
ภาคใต้	23	26
รวม	29	27

เพศ	2566	2564
ชาย	29	24
หญิง	30	29
รวม	29	27

อาชีพ	2566	2564
ชรก./พจน.ภาครัฐ	33	41
เจ้าของกิจการ	45	20
พจน.รัฐวิสาหกิจ	31	47
พจน.เอกชน	23	30
ลูกจ้าง/รับจ้าง	25	19
อาชีพอิสระ	21	17
อื่นๆ	17	21
รวม	29	27

อายุ	2566	2564
18-29 ปี	25	25
30-39 ปี	30	30
40-49 ปี	31	28
50-59 ปี	32	26
รวม	29	27

3.4 ผลการประเมินดัชนีด้านระดับทักษะความรู้ทางการเงิน และปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนมิตีย่อยที่ 4 ที่เกี่ยวกับระดับทักษะความรู้ทางการเงินของคนไทย พบว่าปี 2564 เป็นปีหลังจากการเกิดสถานการณ์โควิดและการเข้ามามีบทบาทของบริการทางการเงินดิจิทัล (2563) และปี 2566 เป็นช่วงแรกของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาทักษะทางการเงินของกระทรวงการคลัง (2565-2570) ในภาพรวมจะเห็นได้ชัดว่าในปี 2564 คะแนนความรู้และทักษะทางการเงินของคนไทยมีค่าเฉลี่ยที่ 29 ภูมิภาค 2566 และในปี 2566 มีค่าเฉลี่ยที่ 24 คะแนน จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งอยู่ในช่วงคะแนน 20-40 กล่าวได้ว่า คนไทยมีความรู้และทักษะทางการเงินอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับคะแนนคาดหวัง ดังแสดงในตารางที่ 10 ทั้งนี้ในปี 2566 มีผลคะแนนต่ำลงอย่างมีนัยยะ คาดว่ามีสาเหตุมาจากกระแสตอบรับจากบริการทางการเงินดิจิทัล ซึ่งกระตุ้นให้คะแนนในปี 2564 สูงกว่าระดับปกติแต่ในระยะสั้น และปี 2566 คะแนนกลับมาอยู่ในระดับเดิมหลังจากบริการทางการเงินดิจิทัลได้อิ่มตัวลงแล้ว

ตารางที่ 9 คะแนน FIN-LIT แบ่งตามภูมิภาคของประเทศไทยและเพศ จากผลสำรวจ NRRI ปี 2564 และ 2566

ภูมิภาค	2566	2564
กรุงเทพ	27	26
ภาคกลาง	26	30
ภาคเหนือ	22	36
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	25	32
ภาคใต้	22	14
รวม	24	29

เพศ	2566	2564
ชาย	26	29
หญิง	23	29
รวม	24	29

อาชีพ	2566	2564
ขรก./พนง.ภาครัฐ	26	32
เจ้าของกิจการ	30	34
พนง.รัฐวิสาหกิจ	26	39
พนง.เอกชน	20	32
ลูกจ้าง/รับจ้าง	24	20
อาชีพอิสระ	21	23
อื่นๆ	24	21
รวม	24	29

อายุ	2566	2564
18-29 ปี	23	27
30-39 ปี	25	31
40-49 ปี	24	29
50-59 ปี	26	30
รวม	24	29

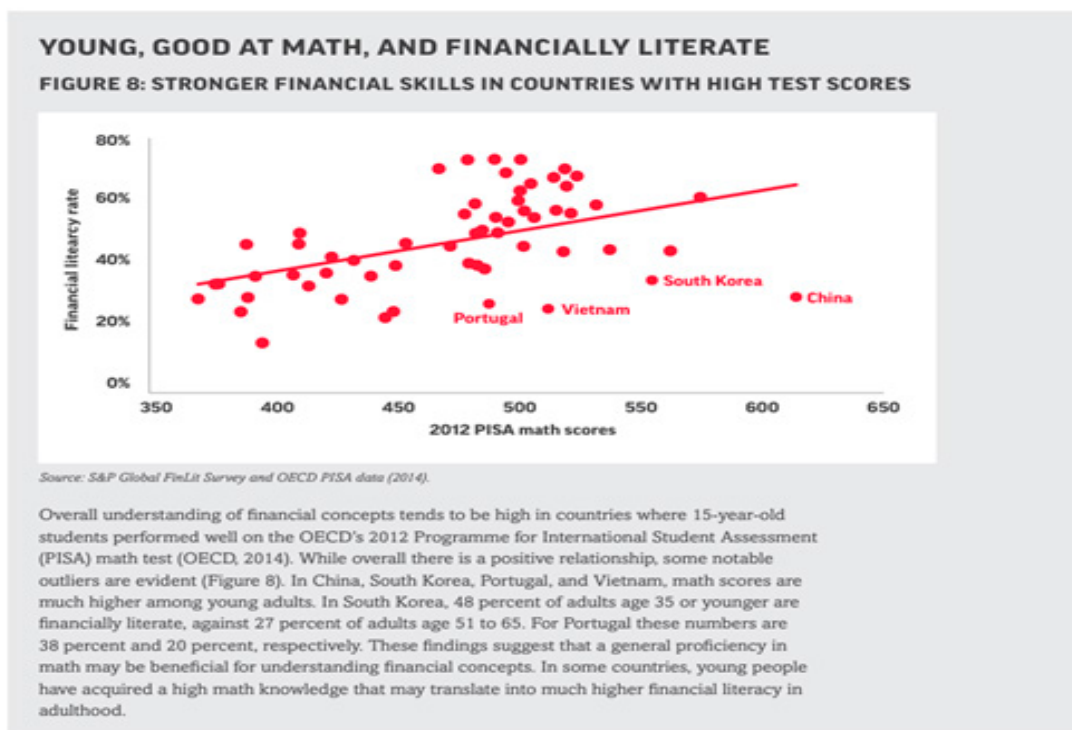
เมื่อพิจารณาระดับคะแนนแยกตามปัจจัย พบว่า คะแนนความรู้และทักษะทางการเงินในปี 2566 ลดลงจากปี 2564 อย่างเป็นระบบ และกระทบในเกือบทุกภูมิภาค (ยกเว้นกรุงเทพฯ และภาคใต้) ทุกเพศ ทุกช่วงอายุ และในเกือบทุกกลุ่มอาชีพ (ยกเว้นอาชีพลูกจ้าง/รับจ้าง) ทั้งนี้การลดของระดับคะแนนอาจสะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาความรู้และทักษะทางการเงิน และสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการมีแผนพัฒนาความรู้และทักษะทางการเงินของคนไทยอย่างมีระบบและยั่งยืน

ต้องยอมรับว่าการส่งเสริมทักษะความรู้ทางการเงินนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักถึงปัจจัยเชิงประชากรศาสตร์ และพัฒนาการด้านการใช้บริการทางการเงินที่สามารถส่งผลให้มาตรการส่งเสริมทักษะความรู้ทางการเงินอาจมีประสิทธิภาพไม่เกินไปตามคาดหวังได้ โดยปัจจัยที่สามารถส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ทักษะความรู้ด้านการเงินสามารถสรุปได้ดังนี้

- ระดับการศึกษา

หากจะกล่าวโดยทั่วไปแล้ว บุคคลที่มีการศึกษาสูงมักจะมีความรู้ทางการเงินควบคู่ไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในระบบจะส่งเสริมให้บุคคลมีทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการเข้าใจองค์ความรู้และหลักปฏิบัติทางการเงิน ผลสำรวจจากระดับนานาชาติประเทศก็พบว่าในนักเรียนอายุ 15 ปีที่มีทักษะทางคณิตศาสตร์ที่ดีหรือมีคะแนน PISA Math สูง มักจะมีความรู้ทางการเงินในระดับที่สูงด้วย ดังแสดงในรูปที่ 26

รูปที่ 26 ความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างคะแนน PISA math กับความรู้และทักษะทางการเงิน



ที่มา : รายงาน Financial Literacy Around the World: Insights from the Standard & Poor's Ratings Services Global Financial Literacy Survey. https://gflec.org/wp-content/uploads/2015/11/3313-Finlit_Report_FINAL-5.11.16.pdf

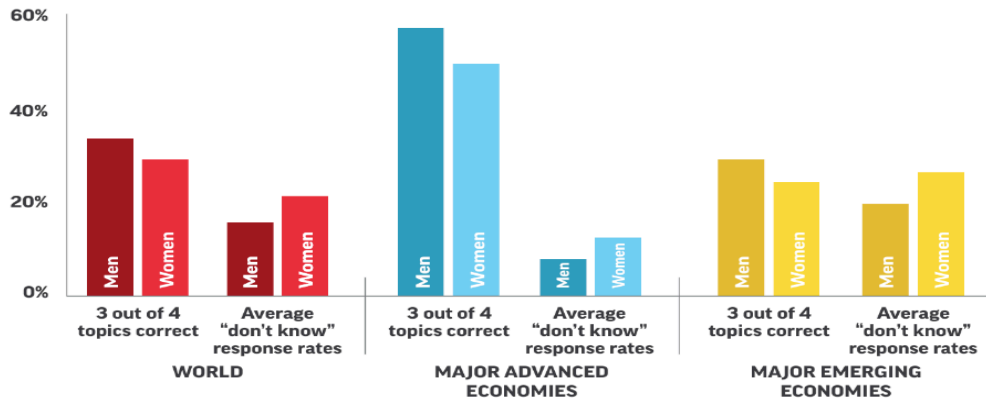
นอกจากนี้ในประเทศไทยเอง ก็มีผลสำรวจทักษะทางการเงินของไทยปี 2565 โดยธนาคารแห่งประเทศไทย ซึ่งได้ค้นพบอีกเช่นกันว่า ระดับการศึกษาของบุคคลที่สูงขึ้นนำไปสู่ความรู้ทางการเงินที่สูงขึ้น ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า นโยบายประการหนึ่งที่จะส่งเสริมความรู้และทักษะการเงิน ก็คือนโยบายเกี่ยวกับการศึกษาที่ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงการศึกษาระดับสูงขึ้น

- เพศ

เพศสามารถมีอิทธิพลอย่างมากต่อความรู้และทักษะทางการเงิน โดยพบว่า ผู้หญิงมีทักษะทางการเงินที่อ่อนแอกว่าผู้ชาย แม้จะพิจารณาจากอายุ ประเทศ การศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันก็ตาม อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ อาทิ ผู้หญิงมักเผชิญกับอุปสรรคในการศึกษา รวมถึงบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่จำกัดความเป็นอิสระทางการเงิน ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางรายได้ระหว่างเพศ และการเลือกอาชีพที่อาจส่งผลให้การตัดสินใจทางการเงินน้อยลง นอกจากนี้ พฤติกรรมการลงทุนที่ไม่ชอบความเสี่ยง และความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางการเงิน ล้วนส่งผลให้ความรู้ทางการเงินลดลง ช่องว่างระหว่างเพศนี้พบได้ทั้งในประเทศเศรษฐกิจพัฒนาแล้วและประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ (รูปที่ 27) ส่วนในประเทศไทยนั้น ก็พบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ทางการเงินต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญจากการสำรวจความรู้และทักษะทางการเงินของประชากรไทย ในปี 2565 (ธนาคารแห่งประเทศไทย 2565)

รูปที่ 27 สัดส่วนของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทางการเงินได้ถูกต้องจาก 3 ใน 4 ข้อ และสัดส่วนผู้ที่ตอบ “ไม่รู้” เปรียบเทียบระหว่างผู้สอบแบบสอบถามเพศชายและเพศหญิง

FIGURE 5: WOMEN TRAIL MEN IN FINANCIAL LITERACY
(% OF ADULTS WITH CORRECT OR “DON’T KNOW” ANSWERS)

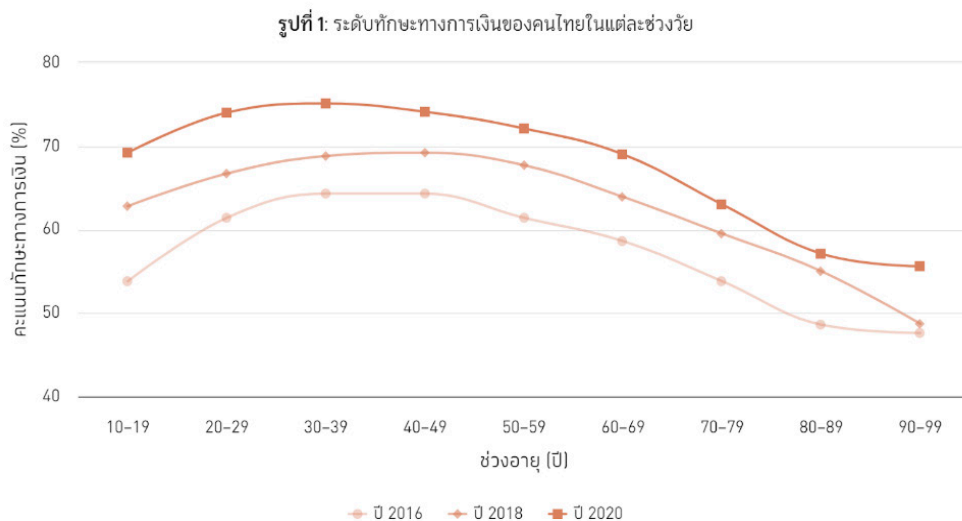


ที่มา : S&P Global Financial Literacy Survey

- อายุ

อายุมีอิทธิพลต่อทักษะและความรอบรู้ทางการเงิน เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุต่างกันอาจมีระดับความรู้ ประสบการณ์ และโอกาสเข้าถึงหลักการและการเรียนรู้เกี่ยวกับการเงินต่างกัน ความรู้ทางการเงินมีแนวโน้มที่จะดีขึ้นตามอายุ เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์ในการจัดการการเงินมากขึ้นจากการสำรวจระดับความรู้และทักษะทางการเงินของคนไทยโดยธนาคารแห่งประเทศไทย และสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วงปี ค.ศ. 2016-2020 พบว่า ทักษะและความรู้ทางการเงินของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังแสดงในรูปที่ 28 อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอายุจะเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระดับความรู้และทักษะทางการเงิน แต่ก็จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ เช่น การศึกษา รายได้ ภูมิหลังทางวัฒนธรรม และประสบการณ์ชีวิต เมื่อประเมินความรู้และความสามารถทางการเงินของแต่ละบุคคล

รูปที่ 28 ผลคะแนนทักษะทางการเงินของคนไทยในแต่ละช่วงวัย



ที่มา : <https://www.pier.or.th/blog/2023/1001/>

- ลักษณะของอาชีพ

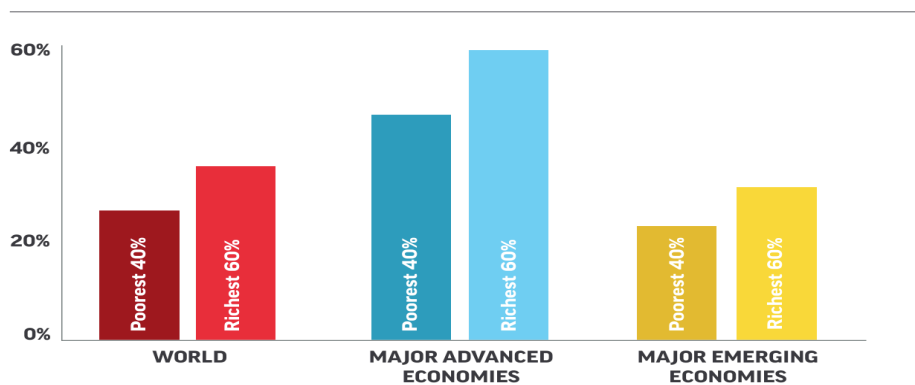
ลักษณะของอาชีพมีอิทธิพลต่อความรู้และทักษะทางการเงินในรูปแบบต่าง ๆ อาชีพ บุคคลในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับธุรกิจและการเงินย่อมมีความรู้และประสบการณ์อันส่งผลให้มีทักษะทางการเงินที่ดีกว่ากลุ่มคนที่ประกอบอาชีพที่ไม่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ วัฒนธรรมในที่ทำงานก็อาจกำหนดพฤติกรรมทางการเงินได้ รวมถึงการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ เครือข่ายทางวิชาชีพ และการรักษาสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานสามารถส่งผลต่อโอกาสในการเรียนรู้และการวางแผนทางการเงิน ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อความรู้และทักษะทางการเงินทั้งสิ้น จากผลสำรวจความรู้และทักษะทางการเงินของประชากรไทย ในปี 2565 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับทักษะทางการเงินของคนไทยในแต่ละอาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ประกอบอาชีพลูกจ้าง รัฐวิสาหกิจ กลุ่มนายจ้าง และกลุ่มลูกจ้างรัฐบาลมีทักษะทางการเงินสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มคนป่วยหรือคนพิการที่ไม่สามารถทำงานได้ เป็นต้น (ธนาคารแห่งประเทศไทย 2565)

- ระดับรายได้ของประชากร

ระดับรายได้มีอิทธิพลต่อความรู้และทักษะทางการเงิน เนื่องจากบุคคลที่มีรายได้สูงกว่าจะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเพื่อการศึกษาทางการเงิน การเปิดรับแนวคิดทางการเงินที่ซับซ้อน และสามารถในการเสี่ยงกับการลงทุนได้มากขึ้น อีกทั้งบุคคลในกลุ่มที่มีรายได้สูงยังอาจเผชิญกับความท้าทายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการหนี้ การจัดทำงบประมาณ และการออม ซึ่งต้องใช้กลยุทธ์และความเข้าใจขั้นสูง นอกจากนี้ ผู้มีรายได้สูงมักสามารถเข้าถึงบริการทางการเงินได้ดีและมีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจมากกว่า ซึ่งสามารถใช้เป็นรากฐานสำหรับการวางแผนระยะยาวได้ จากการสำรวจทักษะทางการเงินของประชากรในหลายประเทศทั่วโลก พบว่ากลุ่มคนที่มีฐานะร่ำรวยมีทักษะทางการเงินดีกว่ากลุ่มคนจนในทุกประเทศ หรือแม้แต่ในกลุ่มประเทศที่แบ่งตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ (รูปที่ 29)

รูปที่ 29 ระดับความรู้และทักษะทางการเงิน แบ่งตามประเทศที่ยากจน (40% ล่างสุดของประเทศที่มีรายได้ต่ำ) และประเทศที่ร่ำรวย (60% บนสุดของประเทศที่มีรายได้สูง)

FIGURE 7: FINANCIAL LITERACY GROWS WITH INCOME
(% OF ADULTS WHO ARE FINANCIALLY LITERATE)



ที่มา : S&P Global Financial Literacy Survey

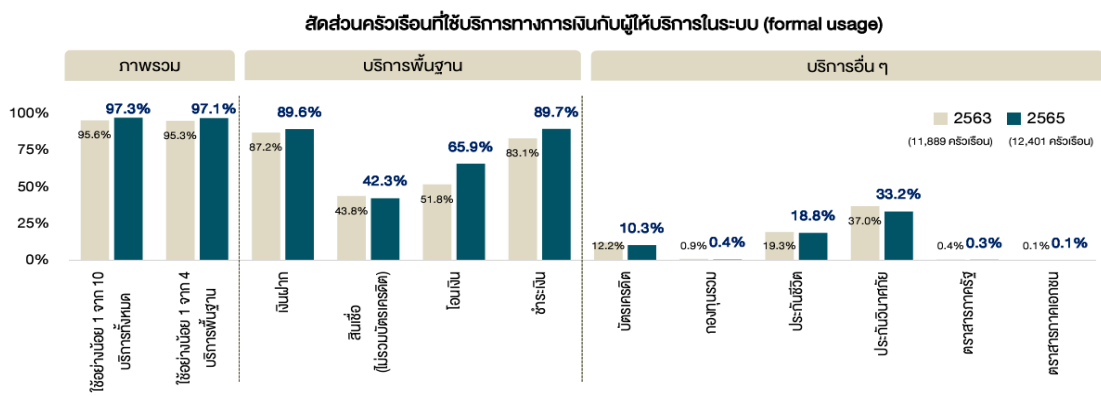
- การเข้าถึงบริการทางการเงิน

การเข้าถึงบริการทางการเงิน อาทิ การฝาก-ถอน-โอนเงิน บัตรเครดิต และการลงทุน สามารถส่งผลถึงความรู้และทักษะทางการเงินของบุคคลผ่านการมีประสบการณ์ในการบริหาร/ตัดสินใจทางการเงิน ในทางกลับกันหากคนกลุ่มใดไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการเงินก็จะทำให้คนกลุ่มนั้นไม่สามารถพัฒนาทักษะทางการเงินที่จำเป็นได้ ในปัจจุบันบริการทางการเงินสามารถเข้าถึงผ่านระบบดิจิทัล ประชาชนสามารถทำธุรกรรมผ่านช่องทางออนไลน์ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว โดยหนึ่งในตัวเร่งสำคัญคือการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลให้มีการใช้งานช่องทางดิจิทัลเป็นตัวกลางในการติดต่อสื่อสาร ซื้อ-ขายสินค้าและบริการ รวมถึงทำธุรกรรมทางการเงินประเภทต่าง ๆ สะท้อนได้จากสถิติจำนวนบัญชีชำระและโอนเงินผ่าน internet/mobile banking ที่โดยรวมมีแนวโน้มเติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนบัญชี Internet Banking และ Mobile Banking รวมกันที่ 138 ล้านบัญชี เทียบกับในปี พ.ศ. 2563 ที่ 104 ล้านบัญชี เติบโตเฉลี่ยกว่า 15% ต่อปี

เช่นเดียวกัน ผลสำรวจการเข้าถึงบริการทางการเงินภาคครัวเรือนปี 2565 จากธนาคารแห่งประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนครัวเรือนที่ใช้บริการทางการเงินเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2563 โดยเฉพาะบริการโอนเงินและชำระเงิน การเปลี่ยนแปลงของบริการทางการเงินไปสู่ระบบดิจิทัลนี้ส่งผลให้ประชาชนไทย โดยเฉพาะในเขตต่างจังหวัด เข้าถึงบริการทางการเงินได้อย่างสะดวกสบายและทั่วถึงมากขึ้น และน่าจะส่งผลบวกต่อความรู้และทักษะทางการเงินของประชากรไทย ดังแสดงในรูปที่ 30

รูปที่ 30 สัดส่วนของครัวเรือนที่ใช้บริการทางการเงินกับผู้ให้บริการในระบบ เปรียบเทียบปี 2563 และ 2565

ในปี 2565 97.3% ของครัวเรือนที่สำรวจใช้บริการกับผู้ให้บริการในระบบอย่างน้อย 1 จาก 10 บริการที่สำรวจ โดยระดับ usage ต่ำลงในบริการเงินฝาก โอนเงิน และชำระเงิน ซึ่งเป็นบริการพื้นฐาน ขณะที่บริการอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อนขึ้น เช่น ผลิตภัณฑ์ลงทุน และประกัน มีระดับ usage ที่ต่ำ



ที่มา : ผลสำรวจการเข้าถึงบริการทางการเงินภาคครัวเรือน ปี 2565 ธนาคารแห่งประเทศไทย

อย่างไรก็ดี แม้ว่าบริการทางการเงินดิจิทัลจะช่วยส่งเสริมให้ประชากรมีความรู้และทักษะทางการเงินที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันภัยทางการเงินก็มักจะเกิดบ่อยครั้ง ผ่านรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น กล่าวได้ว่านวัตกรรมมีส่วนทำให้ประชาชนมีความจำเป็นต้องพัฒนาทักษะใหม่ ๆ อาทิ ทักษะทางการเงินดิจิทัล เพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้ ในภาพรวมประเทศไทยยังคงมีช่องว่างในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการเงินของประชากร ให้ทันสมัยและรู้ทันภัยคุกคามในรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้บริการทางการเงินในยุคดิจิทัลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคามต่าง ๆ

บทที่ 4

บทสรุปข้อเสนอแนะทางนโยบาย

4.1 ข้อเสนอแนะทางนโยบายที่ส่งเสริมความพร้อมในการเกษียณอายุด้านคุณภาพชีวิต

ในส่วนของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการส่งเสริมความพร้อมด้านคุณภาพชีวิต ในปัจจุบันมีความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสูงอายุ การเปลี่ยนผ่านทางเทคโนโลยีดิจิทัล การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง และการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ซึ่งนำมาสู่ปัญหาความแออัดของการใช้บริการทางการแพทย์ในบางพื้นที่ได้ ซึ่งระบบสาธารณสุขไทยและความเสี่ยงต่อการสร้างความพร้อมด้านความมั่นคงทางชีวิตประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ตามนี้

- 1) ความต้องการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด
- 2) บุคลากรทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์ต้องสามารถเข้าถึงได้กับประชากรทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม
- 3) ภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด จึงต้องมุ่งเป้าไปที่การรักษาเชิงป้องกัน
- 4) การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศทำให้เกิดความเสี่ยงของโรคอุบัติใหม่ และการแพร่หลายของโรคบางประเภทสูงขึ้น
- 5) เทคโนโลยีและนวัตกรรมทำให้ความคาดหวังบริการที่ตอบโจทย์ความต้องการสูงมากขึ้น

ในมิติของความต้องการบริการทางการแพทย์ที่สูงขึ้นนั้นส่วนหนึ่งเกิดจากการเติบโตของเมืองที่มีแนวโน้มเติบโตในสัดส่วนสูงหรือที่เรียกว่า urbanization ในปัจจุบันประชากรของโลกมากกว่าร้อยละ 50 อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนของประชากรในเขตเมืองจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 70 ภายในปี พ.ศ. 2593 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา ไม่ว่าจะเป็นความแออัดในการใช้บริการโครงสร้างพื้นฐานของเมือง ความไม่มั่นคงทางชีวิตจากความเหลื่อมล้ำของประชากรในเขตเมือง ปัญหามลพิษและการกำจัดขยะซึ่งปัญหาเชิงสังคมต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงของโรคระบาด และปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของประชากรในเขตเมือง

การเกิด urbanization ส่งผลต่อความเสี่ยงของความพร้อมด้านคุณภาพชีวิต ดังนั้นภาครัฐจะต้องเล็งเห็นและวางแนวทางเกี่ยวกับการพัฒนาสังคมเมืองให้ไปสู่การเป็นเมืองอัจฉริยะ (smart city) ที่มีการบริหารระบบขนส่งสาธารณะ การใช้พลังงานและระบบสาธารณสุขยุคใหม่ และการแก้ไขปัญหาผลกระทบอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จะต้องมีการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้เหมาะสมกับเขตเมืองที่มีความแออัดสูง มีการปรับโครงสร้างให้เกิดศูนย์บริการทางการแพทย์ขนาดย่อม กระจายอยู่ตามพื้นที่ต่าง ๆ ของเมือง เพื่อให้ผู้ใช้บริการ

สามารถใช้บริการได้อย่างรวดเร็วและลดความแออัดของการใช้บริการที่โรงพยาบาล

ภาครัฐต้องให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาสุขภาพเชิงป้องกัน มากกว่าการรักษา โดยจะต้องมีการออกมาตรการควบคุมคุณภาพของอาหารและเครื่องดื่มให้มีคุณค่าทางสารอาหาร ความมัน ความหวาน และปริมาณไขมันให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมที่ไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการเกิดวิกฤติการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คนไทยให้ความสำคัญกับการป้องกันไม่ให้เกิดโรคมามากยิ่งขึ้น

การเกิดขึ้นเทคโนโลยีดิจิทัลยังมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้ภาครัฐสามารถกระตุ้นให้เกิดการดูแลรักษาสุขภาพเชิงป้องกันได้ เช่น การใช้เซ็นเซอร์ตรวจวัดความดัน ระดับน้ำตาลในเลือด หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถือเป็นเทคโนโลยีสำคัญที่จะช่วยบรรเทาปัญหาสุขภาพของคนไทย นอกจากนี้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สามารถนำมาใช้ภายในบ้านยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ภาครัฐควรส่งเสริมเพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนไทย และช่วยลดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นโดยเฉพาะกับผู้เกษียณอายุ หากมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ และนำไปวิเคราะห์อย่างถูกต้องจะสามารถช่วยให้แพทย์ให้บริการได้อย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น และในบางครั้งอาจส่งเสริมให้แพทย์มีความมั่นใจในการวินิจฉัยโรค และให้บริการในรูปแบบบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และเภสัชกรทางไกล (telepharmacy) ผ่านเทคโนโลยีสื่อสารดิจิทัลได้

นอกจากนี้เทคโนโลยีดิจิทัลยังสามารถนำมาใช้ในการบริหารจัดการคลังยา และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถบริหารสินค้าคงคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการหมดอายุของยา และลดความเสี่ยงของการขาดแคลนยาในช่วงเวลาหนึ่งได้ ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ให้บริการด้านเทคโนโลยีเกี่ยวกับบริการทางการแพทย์ (healthtech) มากยิ่งขึ้น

ด้วยเหตุที่เทคโนโลยีดิจิทัลได้ปรับเปลี่ยนความคาดหวังของผู้ใช้บริการทางการแพทย์ที่ต้องการการบริหารแบบเฉพาะเจาะจงและชาญฉลาดมากยิ่งขึ้น ดังนั้นภาครัฐควรปรับเปลี่ยนนโยบายจากการนำแพทย์หรือศูนย์บริการมาเป็นจุดศูนย์กลาง (healthcare provider centric) ในการกำหนดกลยุทธ์และนโยบายต่าง ๆ เป็นการมุ่งเน้นให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการให้บริการมากยิ่งขึ้นหรือที่เรียกว่า patient centric healthcare เป็นการเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานที่สำคัญ ที่จะนำมาสู่กับปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการที่มุ่งเน้นสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการสูงสุด และพร้อมที่จะปรับรูปแบบการให้บริการให้ตอบโจทย์ความต้องการของแต่ละบุคคล หรือที่เรียกว่า personalization

ภาครัฐจะต้องเปลี่ยนแนวคิดสำคัญจากการให้ผู้ป่วยและประชาชนมีต้นทุนในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข เป็นการปรับการให้บริการให้ระบบสาธารณสุขเข้าถึงประชาชนแทน ซึ่งนอกจากจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และความพึงพอใจของประชาชน ยังอาจมีส่วนช่วยในการลดต้นทุนและงบประมาณบางด้านได้

เมื่อมีการผนวกรวมเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาในการรักษาและเก็บข้อมูลการรักษามากยิ่งขึ้น ภาครัฐจะสามารถมุ่งเน้นสร้างระบบฐานข้อมูลของระบบสาธารณสุขไทยให้เชื่อมต่อกันระหว่างศูนย์บริการทางการแพทย์ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้การให้บริการทางการแพทย์มีความต่อเนื่อง และไม่เกิดปัญหาความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ระบบฐานข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือแพทย์และยา ยังช่วยให้เกิดการคาดการณ์ความเสี่ยงของการเกิดโรคในแต่ละฤดู และในแต่ละพื้นที่ได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น เพื่อช่วยให้สามารถวางแผนจัดซื้อจัดจ้างเครื่องมือและยาได้อย่างพอเพียง เหมาะสมกับความต้องการสูงสุด

ระบบฐานข้อมูลดังกล่าวจะต้องมีการเชื่อมโยงกับระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ของ

ประชาชนด้วย เช่น กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อให้เกิดเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่บูรณาการข้อมูลการรักษา และข้อมูลสุขภาพรายบุคคล ซึ่งจะทำให้การรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย ทำให้แพทย์สามารถประเมินอาการได้อย่างแม่นยำและสามารถให้บริการแบบเฉพาะเจาะจงรายบุคคล (personalized health services) ได้

ระบบสาธารณสุขต้องมีความยืดหยุ่นสูง เพื่อให้สามารถรองรับภัยและวิกฤติที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างฉับพลัน ดังนั้นการจัดสรรทรัพยากรและกฎระเบียบในด้านต่าง ๆ จะต้องมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้พร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง และทำให้ไม่เกิดความล่าช้าในการทำงาน นอกจากนี้จะต้องมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยให้การให้บริการมีความชาญฉลาดมากยิ่งขึ้น และทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอยู่อย่างจำกัด สามารถดูแลจำนวนผู้ป่วยได้มากขึ้น

ความยืดหยุ่นของระบบสาธารณสุขจะเกิดขึ้นได้หากภาครัฐมีการปรับแนวคิดจากการบริหารงานและกำหนดนโยบายแบบรวมศูนย์ (centralization) มาเป็นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นหรือที่เรียกว่า decentralization ผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อให้มีอำนาจในการตัดสินใจบางประการที่เหมาะสมต่อชุมชนของตนเอง อย่างไรก็ตามภาครัฐจะต้องสร้างความมั่นใจว่าผู้บริหารของ อปท. มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมในการตัดสินใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ดังนั้นจะต้องมีการส่งเสริมให้ความรู้ และให้การเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญเพื่อประกอบการตัดสินใจ

อีกประเด็นหนึ่งที่ภาครัฐควรมีการกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติคือนโยบายที่เกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือที่เรียกว่า health literacy เหมือนกับในกรณีของการส่งเสริมทักษะความรู้ทางการเงิน (financial literacy) เพื่อเป็นเครื่องมือในการเพิ่มบทบาทของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการลดภาระงบประมาณที่จะเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลภายหลังการเกิดโรค โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้จะต้องทำอย่างรอบคอบไม่ว่าจะเป็นการใช้สื่อดิจิทัล สื่อดั้งเดิม ภาพนิ่ง และภาคเคลื่อนไหว การส่งเสริม health literacy จะช่วยให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับการยืนยันทางวิชาการแล้ว ไม่ได้เป็นความรู้ที่เกิดจากการบอกเล่าของคนรุ่นก่อน ซึ่งมักจะนำมาสู่การทำให้เกิดการประทุพผิตินที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพในที่สุด

ในระหว่างการส่งเสริม health literacy ภาครัฐควรที่จะมุ่งเป้าให้ความสำคัญกับคุณภาพของอาหาร และคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร ไม่ควรให้ความสำคัญเฉพาะกับราคาของอาหารที่ต้องมีราคาถูกย่อมเยา และเข้าถึงได้เป็นวงกว้างเท่านั้น เพราะการบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณภาพ หรืออาหารที่ผ่านการใช้สารเคมีที่ได้รับการพิสูจน์แล้วทางวิชาการว่าจะส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพในระยะยาว ถือเป็นการทำงานที่คนไทยตายผ่อนส่ง และในท้ายที่สุดคนไทยจะเป็นโรคต่าง ๆ ตามมาจนเป็นภาระของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย โดยภาครัฐอาจใช้มาตรการทางภาษี หรือการกำหนดเกณฑ์คุณภาพขั้นต่ำหรือขั้นสูงของส่วนประกอบในอาหาร หรือการออกกฎหมายให้เกิดการตรวจสอบแหล่งที่มาของวัตถุดิบที่ใช้เป็นอาหาร ถือเป็นนโยบายสำคัญที่จะช่วยลดความเสี่ยงเชิงสุขภาพได้

นอกจากประเด็นเรื่องของอาหาร ภาครัฐควรส่งเสริมให้คนไทยตระหนักถึงการออกกำลังกาย การบริหารเชิงอารมณ์ที่ดี และการอยู่ห่างไกลอบายมุข ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในชุมชน และสนับสนุนการสร้างเป็นชมรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น ชมรมกีฬา ชมรมอาหารสุขภาพ ชมรมกลุ่มเกษตรปลอดสาร หรือชมรมแพทย์พื้นบ้าน เป็นต้น แนวทางการส่งเสริมชมรมและการรวมกลุ่มกันนี้ จะช่วยให้คนในชุมชนเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง เป็นเครือข่าย

แห่งการเรียนรู้ และยังส่งผลต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีที่สนับสนุนสุขภาพจิตของคนในชุมชนร่วมด้วย

ภาครัฐอาจมีการสร้างระบบ digital platform ในการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่เป็น mobile application ที่ไม่มีค่าใช้จ่ายเพื่อให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองตามความเหมาะสม และ mobile application ยังถือเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการสร้างฐานข้อมูลรายบุคคลของประชาชน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยโรคของแพทย์ร่วมด้วย

การเปลี่ยนผ่านไปสู่สังคมสูงอายุอย่างยั่งยืนวัด เป็นอีกการเปลี่ยนแปลงที่ภาครัฐจะต้องมุ่งเป้าหมายแนวทางรองรับการรักษาพยาบาล และการมีเครื่องมือที่พร้อมสำหรับผู้สูงอายุในการใช้ชีวิต เช่นการสนับสนุนให้เกิดการผลิตวัสดุอุปกรณ์สำหรับผู้สูงอายุภายในประเทศ อย่างแว่นสายตา ฝ้ายอ้อม ฟันปลอม เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติมากที่สุด และถือเป็นการส่งเสริมให้เกิดการดูแลด้วยตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (self-care) หรือการส่งเสริมธุรกิจบริการทางการแพทย์และศูนย์พักพิงผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นนโยบายที่สำคัญในการลดภาระงบประมาณของภาครัฐ เพื่อให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการผู้สูงอายุที่เสนอความสะดวกสบายให้กับผู้ใช้บริการที่มีความสามารถในการจ่ายได้ ศูนย์บริการคนชราจะเป็นศูนย์บริการด้านสังคมสงเคราะห์ การรักษาพยาบาล การสันทนาการ และการกายภาพบำบัด โดยศูนย์ดังกล่าวช่วยแบ่งเบาภาระด้านความแออัดของโรงพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการกับผู้สูงอายุ กับประชากรวัยแรงงานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลของภาครัฐ

การเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทยนำมาสู่ความจำเป็นที่อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาสำหรับการใช้รักษาโรคต่าง ๆ มีความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องสามารถผลิตได้เอง เพื่อลดการพึ่งพิงการนำเข้าจากบริษัทต่างชาติ และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นภาครัฐควรมีการร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ อย่างใกล้ชิดเพื่อร่วมกันพัฒนาเทคโนโลยีและกระบวนการผลิตเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นและมีคุณภาพ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับประชาชน และทำให้ประชาชนที่ยากจนและอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม นอกจากนี้การผลิตเครื่องมือแพทย์และยาดังกล่าวยังสามารถพัฒนาต่อยอดจนกลายเป็นรายได้หลักของระบบเศรษฐกิจไทยได้ในอนาคต และทำให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในระดับสากลในที่สุด (medical hub)

นอกจากนี้ภาครัฐจะต้องพัฒนาสื่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาให้มากขึ้น เพื่อให้ครอบครัวรู้แนวทางการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง และสามารถป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุประสบกับปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่คาดคิดจากการอุบัติเหตุในบ้านได้ คริวเรือนยังถือเป็นส่วนสำคัญที่สามารถช่วยปฐมพยาบาลแก่ผู้สูงอายุเบื้องต้นก่อนถึงมือแพทย์ได้ เป็นการแบ่งเบาภาระของแพทย์ และโรงพยาบาล อีกทั้งยังเป็นการบรรเทาปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากหนักให้เป็นเบา เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในการรักษาผู้สูงอายุ สื่อความรู้สำหรับผู้สูงวัยดังกล่าวยังเป็นข้อมูลที่ช่วยให้แรงงานที่อยู่ในวัยทำงานตระหนักถึงข้อจำกัดทางกายภาพและสภาวะทางจิตที่จะเกิดขึ้นภายหลังเกษียณอายุ เพื่อให้คนในวัยแรงงานสามารถวางแผน และเตรียมพร้อมรับมือกับการเกษียณอายุ

กล่าวโดยสรุปนโยบายในการส่งเสริมความพร้อมด้านสุขภาพสำหรับการเกษียณอายุจะต้องประกอบด้วย 1) การมุ่งลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงการรักษา 2) การทำให้ระบบสาธารณสุขมีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 3) การส่งเสริมให้สาธารณสุขไทยเป็นอีกแหล่งรายได้หลักของประเทศสำหรับเศรษฐกิจไทยทั้งระบบ

4.2 ข้อเสนอแนะทางนโยบายที่ส่งเสริมความพร้อมในการเกษียณอายุด้านการเงิน

การแก้ไขปัญหาเร่งด่วนอันดับแรกที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญเพื่อแก้ไขความพร้อมด้านการเงินของคนไทยคือการแก้ไขปัญหาหนี้ครัวเรือน เพื่อให้ครัวเรือนไทยสามารถมีหนี้สินได้อย่างเหมาะสม และรู้จักวิธีการใช้หนี้เพื่อการเติบโตทางรายได้ของตนเองอย่างเหมาะสม

การแก้ไขปัญหาหนี้ครัวเรือนต้องมีการแก้ไขแบบบูรณาการที่ต้องอาศัยการดำเนินนโยบายจากหลายภาคส่วนให้สอดคล้องกัน และการแก้ไขปัญหาหนี้ครัวเรือนต้องทำอย่างรอบคอบเพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการลดลงของการบริโภคจนทำให้เศรษฐกิจตกต่ำลงได้ มาตรการการแก้ไขปัญหาหนี้ในลักษณะที่มุ่งเน้นจัดกิจกรรม หลักสูตร หรือเครื่องมือในการเรียนรู้ เพื่อกระตุ้นให้คนไทยมีทักษะทางการเงินเกี่ยวกับการบริหารหนี้ นั้นอาจเป็นมาตรการที่ไม่สามารถเห็นผลได้อย่างมีนัยสำคัญ เพราะการตัดสินใจเพื่อเป็นหนี้ของครัวเรือนส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านสภาพคล่อง และความต้องการใช้ชีวิตในรูปแบบหนึ่ง ซึ่งความต้องการเหล่านี้มักจะทำให้เกิดอารมณ์ และอคติเชิงพฤติกรรม (behavioral biases) เมื่อจะต้องเป็นหนี้ ดังนั้นสิ่งที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งดำเนินการอาจสรุปได้ดังนี้

1. มุ่งเน้นให้สถาบันการเงิน ผู้ประกอบธุรกิจที่มีใช้สถาบันการเงิน และสหกรณ์ออมทรัพย์ มีการให้สินเชื่ออย่างมีความรับผิดชอบ (responsible lending) ซึ่งเป็นการให้สินเชื่อที่ไม่เพียงแค่วิเคราะห์ความเสี่ยงในการผิดนัดชำระหนี้ของผู้กู้เท่านั้น แต่จะต้องมีการวิเคราะห์ความสามารถของผู้กู้ในการมีเงินเหลือเพื่อเก็บออม และเงินเหลือเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายประจำวัน ธนาคารแห่งประเทศไทยจะต้องไม่เพียงออกแนวปฏิบัติที่ผู้ให้บริการด้านสินเชื่อควรดำเนินการเท่านั้น แต่ควรมีการบังคับให้สถาบันการเงินสามารถยืนยันได้ว่ายอดเงินสินเชื่อที่ให้แต่ละครัวเรือนมีสัดส่วน debt service coverage ratio เท่าไร และมูลค่าการปล่อยสินเชื่อทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยของ debt service coverage ratio ที่คำนวณได้เท่าไร ที่มีหลักฐานเชิงตัวเลขรองรับที่ชัดเจน
2. พัฒนาการทางเศรษฐกิจในปัจจุบันนำมาสู่การบริโภคนิยมที่ครัวเรือนมีความต้องการบริโภคอย่างไม่จำกัดถึงแม้จะมีระดับรายได้ที่สูงขึ้นก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์จากหลายงานวิจัยค้นพบว่าคนไทยเป็นหนี้ที่สูงมากขึ้นถึงแม้จะมีรายได้ที่สูงขึ้น คงเป็นไปได้ที่จะนำเสนอโยบายที่ลดการบริโภคของครัวเรือน แต่สิ่งที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการได้คือการนำเสนอเครื่องมือดิจิทัลที่รวบรวมฐานข้อมูลการเป็นหนี้ของครัวเรือนจากทุกสถาบันการเงิน เพื่อให้ครัวเรือนได้เห็นภาพรวมของภาวะหนี้สินของตนเอง และสามารถบริหารหนี้สินของตนเองได้อย่างเป็นระบบ เครื่องมือดิจิทัลนี้จะต้องสร้างโดยหน่วยงานกลางที่เก็บรวบรวมฐานข้อมูลการชำระหนี้ และการเป็นหนี้ของครัวเรือนอยู่แล้ว ซึ่งจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ครัวเรือนไทยมีทักษะด้านการเงินและทักษะด้านการบริหารหนี้มากยิ่งขึ้นด้วย มีการนำเสนอการคาดการณ์ระดับดอกเบี้ยที่จะต้องจ่ายตลอดสัญญา มีการคำนวณระดับดอกเบี้ยที่ลดลงหากเปลี่ยนยอดผ่อนในแต่ละระดับ เป็นต้น การดำเนินนโยบายนี้ยังเป็นตัวช่วยเปิดโอกาสให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเก็บรวบรวมหนี้ครัวเรือนจากทุกช่องทางอย่างเป็นระบบ
3. การตัดสินใจเป็นหนี้ครั้งใหม่ในแต่ละครั้ง จะต้องมีเครื่องมือให้ครัวเรือนไทยได้ประเมินความสามารถในการชำระหนี้ และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นหนี้ครั้งใหม่ดังกล่าว เปรียบเสมือนกับในปัจจุบันที่นักลงทุนไทยจะต้องมีการประเมินการยอมรับความเสี่ยง และทักษะทางการเงิน ก่อนการตัดสินใจเลือกลงทุนในหลักทรัพย์หรือกองทุนประเภทหนึ่ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันพัฒนา

เครื่องมือที่ประมาณการ (Projection) ผลกระทบของการเป็นหนี้ครั้งใหม่ทุกครั้ง ก่อนที่ผู้กู้จะตัดสินใจ กู้จากสถาบันการเงิน

4. ปัญหาหนี้เรื้อรังและหนี้เสียของครัวเรือนในปัจจุบันต้องเร่งรัดปรับโครงสร้างหนี้ และหามาตรการแก้หนี้ โดยบังคับให้ผู้ให้บริการด้านสินเชื่อจัดตั้งผู้ให้คำปรึกษาเฉพาะเกี่ยวกับการแก้หนี้ของแต่ละบัญชี ไม่ใช่ มุ่งเน้นมีเพียงพนักงานขายสินเชื่อ พนักงานขายประกัน หรือพนักงานที่ให้คำแนะนำด้านการลงทุน เท่านั้น ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้สถาบันการเงินทุกแห่งมีคลินิกแก้หนี้ในสาขา ของตนเอง
5. การแก้ไขปัญหาหนี้ไม่สามารถแก้ไขแบบปูพรมได้ เพราะปัญหาหนี้ครัวเรือนเป็นปัญหาเฉพาะของ แต่ละครัวเรือนที่มีลักษณะของรายได้ และภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่แตกต่างกัน ดังนั้นภาครัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีฐานข้อมูลที่สามารถบ่งชี้กลุ่มเป้าหมายครัวเรือนที่เปราะบางเกี่ยวกับการ เป็นหนี้ และมุ่งเป้าออกมาตรการเฉพาะจุดแก่ครัวเรือนกลุ่มเปราะบางดังกล่าว ซึ่งมาตรการควรมีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มครัวเรือน การจำแนกครัวเรือนอาจเริ่มจากลักษณะการทำงาน ระดับ รายได้ และขนาดของครัวเรือน
6. Risk-based pricing และเพดานอัตราดอกเบี้ยจะต้องพิจารณาอย่างระมัดระวังเพราะสถาบันการเงิน และผู้ประกอบการด้านการให้สินเชื่อมีความพยายามที่จะเพิ่มอัตราการทำกำไรของตนเองให้สูง ที่สุด และลักษณะของการกู้ยืมเงินมักจะเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้กู้ประสบปัญหาด้านสภาพคล่อง หรือมีความ ต้องการเข้าถึงสินค้าหรือบริการหนึ่งจนทำให้ผู้กู้มีอำนาจต่อรองต่ำ ดังนั้นการแข่งขันเพื่อลด ดอกเบี้ยของผู้ให้บริการด้านสินเชื่อจึงมักจะเกิดขึ้นเฉพาะกับสินเชื่อบ้าน และสินเชื่อรถยนต์เท่านั้น แต่จะไม่เกิดขึ้นกับสินเชื่อส่วนบุคคลและบัตรเครดิต การอนุญาตให้สถาบันการเงินและผู้ให้บริการ ด้านสินเชื่ออื่นสามารถปรับระดับอัตราดอกเบี้ยได้อิสระและยกเลิกเพดานอัตราดอกเบี้ยอาจไม่เหมาะสม กับสินเชื่อบางประเภท
7. มุ่งเป้าส่งเสริมให้สถาบันการเงิน และผู้ให้บริการด้านการเงินที่ไม่ใช่สถาบันการเงินมีการรับหลักการ ประกอบธุรกิจที่เรียกว่า responsible banking หรือการประกอบธุรกิจด้านธนาการอย่างมีความ รับผิดชอบ ซึ่งเป็นหลักการที่มีการวางกรอบโดย UNEP ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรมสำคัญที่ผู้ให้บริการ ทางการเงินจะต้องปฏิบัติตามได้แก่ 1. การดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Alignment) 2. การกำหนดเป้าหมายที่เพิ่มผลกระทบเชิงบวก หรือลดผลกระทบเชิงลบ (Impact & Target setting) 3. การให้บริการลูกค้าด้วยความรับผิดชอบต่อ (Clients & Customers) 4. การร่วม ดำเนินงานกับผู้มีส่วนได้เสียด้วยความรับผิดชอบต่อ (Stakeholders) 5. การมีธรรมาภิบาล และการ ปกป้องวัฒนธรรมการเป็นธนาการที่มีความรับผิดชอบต่อ (Governance & Culture) 6. เป็นองค์กรที่มีความ โปร่งใส และตรวจสอบได้ (Transparency & Accountability)

นอกจากนโยบายในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้หนี้ครัวเรือนข้างต้น ภาครัฐและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องควรมีการมุ่งเป้าส่งเสริม และสร้างระบบการออมเพื่อการเกษียณให้กับคนไทยอย่างสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการออมสามารถสรุปได้ดังนี้

1. โดยการส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชนทุกครัวเรือนเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อช่วยในการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ และการบริหารเงินอย่างเป็นระบบ สม่าเสมอ ซึ่งปัจจุบันมี

แอปพลิเคชันที่ใช้สำหรับบันทึกรายรับรายจ่ายประจำวัน ช่วยให้การทำบัญชีรายรับรายจ่ายสะดวกขึ้น

2. สร้างระบบการออมใหม่ที่ไม่ยึดโยงกับประเภทของแรงงาน แต่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายของครัวเรือน หรือที่เรียกว่า saving through spending เพราะครัวเรือนไทยโดยเฉพาะคนรุ่นใหม่มีแนวโน้มบริโภค นิยมและชอบใช้จ่าย ดังนั้นอีกแนวทางที่การออมที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติเมื่อมีการใช้จ่ายของครัวเรือน จึงมีบทบาทสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันสามารถออกแบบให้เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพจากการมีธุรกรรม การชำระเงินในรูปแบบดิจิทัลมากยิ่งขึ้น ที่ทำให้เกิดข้อมูลการใช้จ่ายแบบ real time และผู้ให้บริการ ด้านการชำระเงินสามารถออกแบบ application เพื่อรองรับการออมเงินได้ไม่ว่าจะเป็นการสะสมแต้ม ผ่านการใช้จ่ายแล้วนำแต้มมาเป็นเงินออม หรือการกำหนดอัตราส่วนการออมคงที่ผ่านการใช้จ่าย หรือการนำเสนอการออมการผ่านใช้จ่ายแบบภาคบังคับผ่านระบบภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) ซึ่ง สามารถนำมาผนวกใช้กับระบบประกันสังคมที่รองรับการนำเสนอสวัสดิการให้กับครัวเรือนยาม เกษียณในระดับที่เพียงพอขึ้นได้
3. การออกแบบระบบการออมให้กับแรงงานนอกระบบจะต้องคำนึงถึงปัญหาสภาพคล่องและความไม่ แน่นนอนของรายรับในแต่ละเดือน ดังนั้นภาครัฐควรมีการเพิ่มความยืดหยุ่นในการส่งเงินเข้าสู่ระบบ การออม เช่น ความสามารถในการเลือกว่าจะออกแบรายเดือน รายสามเดือน รายหกเดือน หรือรายปี หรือการเปิดโอกาสให้สามารถออมเพิ่มได้ในบางกรณีเพื่อผลประโยชน์พิเศษระยะสั้น นอกจากนี้ การนำเสนอผลประโยชน์จากการออมให้กับแรงงานนอกระบบจะต้องมีความใส่ใจและสอดคล้องตาม ความต้องการของแรงงานนอกระบบ เช่น การออกแบบให้กองทุนประกันสังคมมาตรา 40 มุ่งเน้นให้ ผลประโยชน์และหลักประกันระหว่างสมาชิกอยู่ในวัยแรงงานที่เหมาะสม ในขณะที่กองทุนการออม แห่งชาติอาจจูงใจด้วยการออมที่มีโอกาสในการได้รับเงินรางวัลพิเศษเหมือนอย่างในกรณีของสลาก ออมสิน เป็นต้น
4. การมุ่งเน้นประชาสัมพันธ์ และเชื่อมโยงระบบการออมและการใช้สิทธิประโยชน์ของสมาชิกผ่านการ สร้างเครื่องมือดิจิทัลที่เข้าถึงง่ายกับประชาชนทุกกลุ่ม นอกจากนี้ภาครัฐควรมีการสร้างระบบดิจิทัล ที่เชื่อมโยงกับระบบดิจิทัลของนายจ้างเอกชนประเภทต่าง ๆ เพื่อให้แรงงานทุกกลุ่มสามารถเห็น ประโยชน์ของการเป็นสมาชิกระบบสวัสดิการและระบบการออมของภาครัฐ ซึ่งจะเป็ปัจจัยกระตุ้น ให้เกิดการสมัครเป็นสมาชิกในระบบการออมของภาครัฐมากยิ่งขึ้น
5. การขยายเพดานอายุเกษียณเพื่อกำหนดสิทธิในการได้รับผลประโยชน์ของแต่ละระบบการออมเพื่อ เกษียณจะต้องมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ซึ่งในปัจจุบันอายุเกษียณในแต่ละระบบการออมควร เท่ากัน และควรจะเปลี่ยนจาก 55 ปี เป็น 60 หรือ 65 ปี เพื่อให้สะท้อนกับศักยภาพของร่างกายใน การประกอบอาชีพ และภาครัฐควรออกมาตรการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุให้มีงานทำ และมีรายได้ เพิ่มเติม ซึ่งในหลายประเทศอายุเกษียณได้มีการปรับเพิ่มจาก 60 ปี เป็น 64 ปี สำหรับประเทศ ฝรั่งเศสและสิงคโปร์ 67 ปีในประเทศนอร์เวย์ และ 68 ปีสำหรับประเทศอังกฤษ
6. ส่งเสริมให้ครัวเรือนมีการประกอบอาชีพเสริมโดยการหารายได้ผ่านระบบออนไลน์ จะช่วยให้มี เงินออมเพิ่มมากขึ้น และเป็นการรองรับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยเทคโนโลยี เพื่อเพิ่ม ศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ

บรรณานุกรม

Patanavanich R, Worawattanakul M, and S. Glantz, 2024. Longitudinal bidirectional association between youth electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in Thailand. *Tobacco Control* 33, 310-316.

กระทรวงสาธารณสุข, 2559. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข), สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคไม่ติดต่อ, 2566. รายงานการสำรวจและคัดกรองสภาวะสุขภาพ ประเด็นโรคไม่ติดต่อ ผ่าน application smart อสม. ปี พ.ศ. 2566. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ชลธิชา มูลละ, 2558. ปัจจัยที่มีผลต่อการออมและพฤติกรรมการออมเพื่อการวางแผนชีวิตหลังเกษียณของประชาชนในกรุงเทพมหานคร, สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยสยาม.

ธัญวรัตน์ สุวรรณะ, 2565. การเตรียมความพร้อมทางการเงินเพื่อวัยเกษียณของแรงงานนอกระบบในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล, วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2564)

วีระชาติ กิเลนทอง, บุญเลิศ จิตรมณีโรจน์, ลลิตา จันทรวงศ์ไพศาล และ อาชว์ ปวีณวัฒน์, 2555. การเตรียมพร้อมสำหรับการวางแผนทางการเงินเพื่อวัยเกษียณของกลุ่มแรงงาน ในระบบช่วงอายุ 40-60 ปี, รายงานวิจัย, สถาบันวิจัยเพื่อการประเมินและออกแบบนโยบาย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.

สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม, 2559. การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ.

เอธยา ชนะภัย และ สุธาวลัย พฤกษ์อำไพ, 2565. ปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนการเงินส่วนบุคคลเพื่อการเกษียณอายุของประชาชนเจนเนอเรชั่นวาย, วารสารสหวิทยาการวิจัย, ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2565).

