



ผลงานรายบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มอัตราการเจริญพันธุ์ใน
ประชากรไทย ในระยะ 30 ปี (พ.ศ.2567-2597)

จัดทำโดย นายแพทย์ธนะวัฒน์ วงศ์ผั่น
รหัส 9976

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 99
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.

ประจำปี 2567

ลิขสิทธิ์ของสำนักงาน ก.พ.



ผลงานรายบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มอัตราการเจริญพันธุ์ในประชากรไทย
ในระยะ 30 ปี (พ.ศ.2567-2597)

จัดทำโดย นายแพทย์ธนะวัฒน์ วงศ์ผั่น
รหัส 9976

หลักสูตรนักบริหารระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม รุ่นที่ 99
วิทยาลัยนักบริหาร สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ.
ประจำปี 2567

รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



สำนักงาน ก.พ.

เอกสารผลงานรายบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหาร
ระดับสูง : ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และคุณธรรม ของสำนักงาน ก.พ.

ลงชื่อ.....

(อ.เชิดศักดิ์ สันติวรฤทธิ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(อ.วีระชัย นาควิบูลย์วงศ์)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(อ.ปัทมา เขียววิศิษฏ์สกุล)

อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

กระทรวงสาธารณสุข เป็นกระทรวงหนึ่งที่มีความสำคัญ ในการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข และมีประวัติมาอย่างยาวนาน โดยมีการปรับโครงสร้างตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงโดยตลอด ปัจจุบันแบ่งส่วนราชการออกเป็น 10 หน่วยงาน โดย กรมอนามัย ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมีการแบ่งกลุ่มภารกิจออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพ, กลุ่มภารกิจด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มภารกิจบริหาร ยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ และ กลุ่มภารกิจอำนวยการ มีหน้าที่ดูแลบริหารจัดการงานภายในกรม ทั้งนี้ในตำแหน่ง เป้าหมายรองอธิบดีที่ดูแลกลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์ระดับพื้นที่ โดยหัวใจของการทำงานคือการประสานงาน และ ผลักดันนโยบายของกรมอนามัย ลงสู่การปฏิบัติในแต่ละพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัยมีเป้าหมายในการพัฒนา ตามแนวคิดของ Sustainable Development Goals (SDGs) จากการประชุมร่วมกันระหว่างนานาประเทศ ภายใต้การประชุมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) ที่จัดขึ้นที่เมือง Rio de Janeiro ในปี ค.ศ. 2012 มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกัน กำหนดเป้าหมาย ร่วมกันในประเด็นของสิ่งแวดล้อมที่เร่งด่วน, การเมือง และสภาพเศรษฐกิจ โดย SDGs เกิดขึ้นเพื่อ มาทดแทนเป้าหมายที่กำหนดร่วมกันก่อนหน้านี้ ในชื่อที่ว่า Millennium Development Goals หรือ MDGs ที่มีการ จัดทำขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 2000 โดยแต่เดิมมีการมุ่งเน้นในการลดภาวะความยากจน โดยมีการออกเป็นเกณฑ์ต่างๆ ในการ ยุติความยากจน ความหิวโหย ป้องกันโรคที่อันตรายถึงชีวิต และการขยายระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานให้กับทุกคน แผนของกรมอนามัยมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ที่ 13 ของประเทศไทย โดยมีความสอดคล้องแล้วถัดมาเป็น แผนระดับที่ 2,3 ในหมวดหมู่ที่ 2, 4, 8,10,11, และ 13

ตำแหน่งเป้าหมายรองอธิบดีกรมอนามัย มีวิสัยทัศน์ ดังนี้ “ผู้นำที่ยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนองค์กร ประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนนโยบายลงสู่พื้นที่ อย่างมีประสิทธิภาพ”

เรื่องที่มีความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาของประเทศไทย ได้แก่ จำนวนการคลอดของประเทศไทยต่ำลง อย่างมาก ต่อเนื่อง และไม่เพียงพอต่อการทดแทนการสูญเสีย ส่งผลให้ประเทศไทย เป็นหนึ่งในหลายประเทศ ที่ประสบปัญหาติดในกับดักเศรษฐกิจปานกลาง การจะออกจากกับดักนี้ได้ประเทศต้องเพิ่มรายได้ไม่ว่าจะเป็น Gross Domestic Product (GDP) หรือ Gross National Income (GNI)

ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการเจริญพันธุ์ มีค่าเท่ากับ 1.16 การเกิดต่อ หญิงวัยเจริญพันธุ์ หนึ่งคน และจะ ลดลงครึ่งหนึ่งในปี พ.ศ.2643 ตัวเลขเหล่านี้เป็นสถานะที่อันตรายต่อประเทศ ทั้งในเรื่องของการเติบโตทางเศรษฐกิจ และการป้องกันประเทศโดยปัจจัยที่ส่งผลหลักในการไม่มีบุตรของคนไทย ได้แก่ สวัสดิการสังคม คุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย และปัญหาอาชญากรรม ซึ่งจำเป็นและต้องแก้ไขเร่งด่วนต่อไป

ในต่างประเทศมีความพยายามที่จะเพิ่มจำนวนประชากรอย่างต่อเนื่อง เช่น สหรัฐอเมริกา (United States) พบว่าการปรับตัวของอัตราการคลอดมีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ และในบางพื้นที่ เช่น รัฐ North Dakota มีการคลอดมากกว่าเดิม ในช่วงที่ผ่านมา ภายหลังจากระบาดของโควิด 19 ก็พบว่ากลุ่มของ ตั้งครรภ์ครั้งแรก และผู้หญิงอายุต่ำกว่า 25 ปี จะมีการตั้งครรภ์มากขึ้น ส่วนในประเทศกลุ่ม Organization for

Economic Co-operation and Development (OECD) พบว่ามาตรการที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้เงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่บิดา และมารดา รัฐสนับสนุนการดูแลครอบครัว และเด็ก ระหว่างวัน และการสนับสนุนมาตรการทางภาษี เป็นต้น

ในส่วนของประเทศไทย ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อนโยบาย เช่น ปัจจัยทางการเมือง ปัจจัยด้านความเป็นไปได้ และปัจจัยด้านกฎหมาย ถือว่าเป็นบวกกับนโยบายการเพิ่มจำนวนประชากร แต่ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐศาสตร์ ยังไม่เอื้ออำนวย และสมควรได้รับการแก้ไข อย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ผู้เขียนจึงเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายออกเป็น 3 ระยะ และมีรายละเอียดของนโยบายเด่น ตามสรุปได้แก่

- ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น: พ.ศ. 2567-2577: สมควรส่งเสริมการมีศูนย์ดูแลเด็กเล็ก ลดภาระค่าเลี้ยงดูบุตร, การขยายวันลาคลอดจาก 3 เดือน เป็น 6 เดือน เพื่อช่วยให้บุตรมีคนดูแลในช่วงที่ครอบครัวกำลังมีการเปลี่ยนแปลง
- ระยะที่ 2 ระยะติดตาม: พ.ศ. 2578-2588: การกำหนดบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีภารกิจในการให้บริการศูนย์บริการเด็กเล็ก สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษา และมาตรการทางภาษี
- ระยะที่ 3 ระยะเข้าสู่การลดระดับ: พ.ศ. 2588-2598 คงนโยบายที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพิ่มคุณภาพของเด็กให้สามารถแข่งขันกับต่างประเทศ และตอบโจทย์กับแรงงานของประเทศ และการเข้าถึงต้องเท่าเทียม

อุปสรรคที่สำคัญที่สุดของนโยบายนี้ คือ ทักษะต่อการมีบุตรโดยมีข้อเสนอแนะเพื่อการป้องกันปัญหาการดำเนินงานดังกล่าว โดยทำวิจัย เพื่อทดสอบกลุ่มถึงการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจจะมีบุตร ทั้งในกลุ่มที่มีบุตรอยู่แล้ว, กลุ่มที่มีคู่ แต่ยังไม่มีการมีบุตร และกลุ่มที่ยังไม่คู่ และอีกวิธีการได้แก่ การทดสอบนโยบายในพื้นที่เล็กๆ ที่มีความพร้อมเพื่อพิสูจน์ประสิทธิภาพของนโยบายแต่ละประการ เช่น อ.วังจันทร์ ระยอง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม หากไม่สามารถเพิ่มเติมประชากรได้จริงๆ การเร่งการเพิ่มประชากรโดยการอพยพ คนที่มีคุณภาพ และการศึกษาที่ดีเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจ จะเป็นตัวเลือกถัดไป โดยทักษะของผู้นำที่จำเป็นต้องใช้ขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอได้แก่ Transformative leadership, Agile, Resilience, และ Coaching ร่วมกับคุณสมบัติที่จำเพาะ ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างเป็นระบบ การทำงานร่วมกัน การผลักดันนวัตกรรม และทักษะการสื่อสารโน้มน้าว

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาเรื่องนี้ สำเร็จลงได้ด้วยการรับโอกาสจากคณาจารย์ที่ปรึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน โดยได้รับความกรุณาให้คำแนะนำอย่างดียิ่งจากอ. เชิดศักดิ์ สันติวรฤทธิ ในการปรับปรุงเนื้อหาให้มีความสอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมของประเทศไทยมากที่สุด และคำแนะนำที่ท้าทาย และขยายประเด็นให้ครอบคลุมกับงานมากขึ้นโดยอ.วีระชัย นาควิบูลย์วงศ์ และอ.ปัทมา เรียววิศิษฐ์สกุล ทั้งนี้ผู้เขียนขอขอบพระคุณคณาจารย์ทั้งสามเป็นอย่างมาก

เนื้อหาในการศึกษาเบื้องต้นเกิดจากการทบทวนเพื่อหาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการทบทวนระหว่างการศึกษาในมหาวิทยาลัย Indiana ประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้งานมีความสมบูรณ์มากที่สุด รวมถึงมีการปรับปรุงเนื้อหาตามที่มีการเสนอแนะจากคณาจารย์ด้วย

นพ.ธนวัฒน์ วงศ์ผืน

14 พฤษภาคม 2567

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฅ
1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	
1.1 การวิเคราะห์บริบทและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ของส่วนราชการ	1
1.2 ตำแหน่งรองอธิบดีที่เป็นเป้าหมาย	11
1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย	11
2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ	
2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา	12
2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย	22
2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ	27
3. แผนพัฒนาตนเอง	
3.1 การวิเคราะห์ตนเอง	29
3.2 การวางแผนพัฒนาตนเอง	30
3.3 ผลการพัฒนาตนเอง	33
บรรณานุกรม	35
ภาคผนวก	37
ประวัติผู้เขียนรายงานการศึกษาส่วนบุคคล	38

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 นโยบายการเจริญพันธุ์ของแต่ละประเทศในโลก	13
ตารางที่ 2 ผลกระทบของ GDP ในกรณีเพิ่มแรงงานเข้าระบบแบบต่างๆ	20
ตารางที่ 3 ผลของคะแนนต่างๆ ในแต่ละนโยบายการเพิ่มจำนวนประชากร	21

สารบัญภาพ

รูปที่ 1 โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย	2
รูปที่ 2 กรอบการทบทวน และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กรมอนามัย	5
รูปที่ 3 เป้าหมายของ SDG ที่สัมพันธ์กับกรมอนามัย	6
รูปที่ 4 ความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ประเทศไทย	7
รูปที่ 5 แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13.....	8
รูปที่ 6 รายละเอียดการถ่ายทอดหมุดหมาย มายังแผนระดับ 3 ของกรมอนามัย.....	9
รูปที่ 7 สรุปแผนระดับ 3 ของกรมอนามัย.....	10
รูปที่ 8 จำนวนการเกิดของประชากรไทย ปี 2536-2564.....	14
รูปที่ 9 จำนวนการเกิด และตายของประชากรไทย	15
รูปที่ 10 จำนวนครัวเรือนอายุ 60 ปีขึ้นไป และไร้ลูกหลาน.....	16
รูปที่ 11 จำนวนครัวเรือน ไร้ลูกหลาน	17
รูปที่ 12 สาเหตุทำไมคนรุ่นใหม่ ไม่อยากมีลูก	17
รูปที่ 13 ทฤษฎีการปรับปรุงนโยบายสาธารณะ ทางสาธารณสุข.....	24
รูปที่ 14 ภาพ Radar ภายหลังเริ่มการนำมาประยุกต์ใช้.....	33
รูปที่ 15 ภาพ Radar ภายหลังการปรับปรุงการทำงาน.....	34

1. วิสัยทัศน์ของตำแหน่งเป้าหมาย

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

2. ข้อเสนอเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

2.1 การกำหนดประเด็นการศึกษา

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มอัตราการเจริญพันธุ์ในประชากรไทย ในระยะ 30 ปี (พ.ศ.2567-2597)

ประชากรมีส่วนที่สำคัญในส่วนของ การเติบโตของเศรษฐกิจ โดยการเติบโตของรายได้ สามารถนำไป พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพต่างๆ ได้ โดยรายได้ของประเทศมาจากกลุ่มวัยแรงงานเป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตาม เราจะพบว่าในหลายๆ ประเทศมีแนวโน้มของประชากรลดลง ด้วยอัตราการเกิดของประชากรลดลง ในขณะที่ อัตราการตายคงที่ หรือลดลง แต่ไม่เท่ากับอัตราการเกิดที่เปลี่ยนแปลงไป

ประเทศไทย เป็นหนึ่งในหลายประเทศที่ประสบปัญหานี้ อยู่ ดังนั้น เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยสามารถ หลุดออกจากกลุ่ม Middle Income Countries ได้นั้น จำเป็นที่ต้องมีนโยบาย เพื่อเพิ่มจำนวนประชากร ที่มีคุณภาพ เพื่อการแข่งขันทางการค้า และความมั่นคงของประเทศ การศึกษานี้จึงถูกทำขึ้นเพื่อจัดทำ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ภาครัฐ และเอกชน ในการแสวงหาความร่วมมือร่วมกัน

การวัดความเจริญทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ จะสามารถวัดได้จากรายได้ของประเทศ ซึ่งมี 2 รูปแบบ ได้แก่ Gross Domestic Product (GDP) และ Gross National Income (GNI) โดยทั้งคู่เกิดจาก ผลผลิตของประชากรภายในประเทศ ในขณะที่ GNI นั้นจะมีการรวมรายได้ที่มีการส่งผ่านมา จากการ ปฏิบัติงานในต่างประเทศ ซึ่งเกิดในประเทศที่มีการส่งแรงงานออกไปหารายได้

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาของประเทศ อาศัยงบประมาณที่มาจากภาษีต่างๆ ที่มาจากประชาชน หากประชาชนเราลดลงจะประมาณการ คือ ร้อยละ 50 ภายใน 30 ปี ก็จะทำให้โอกาสที่ประเทศจะขยับขึ้น ระดับของกลุ่ม Middle Income Country ยิ่งลดลงไปกว่าครึ่ง ทำให้นโยบายการเพิ่มประชากรมีความสำคัญ อย่างมากที่สุด ในปัจจุบัน

โดยเฉพาะเมื่อสถานการณ์โควิด 2019 ที่ผ่านมา ทำให้เศรษฐกิจไทยหดตัวเป็นอย่างมาก และการ พึ่งพิงยังไม่ได้เป็นดังความคาดหวังที่ตั้งไว้ เนื่องจากหลายภาคธุรกิจ ได้ปิดตัวลงในช่วงที่ผ่านมา ประกอบกับ ในหลายประเทศยังไม่มีกำลังซื้อผลิตผลของไทย

และมากไปกว่านั้น ในปัจจุบันยังมีสงครามในหลายประเทศ ได้แก่ ยูเครน รัสเซีย และกลุ่มฮามาส กับอิสราเอล ซึ่งเป็นพื้นที่ทำงานของแรงงานไทย ยิ่งส่งผลให้รายได้ที่เข้ามาในประเทศจากภาคแรงงานก็หดตัว และภาคส่งออกที่เคยทำได้ก็ลดลงเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในฉนวนกาซ่าเอง มีรายงานของคนไทยที่ถูกสังหาร ไม่น้อยกว่า 39 ราย (Michael Sullivan, 2023) ระหว่างการโจมตีของกลุ่มฮามาส แม้ว่าชาวไทยจะไม่ใช่ คู่ขัดแย้ง ทั้งสองปัจจัยยิ่งส่งผลให้การขยายตัวของเศรษฐกิจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ด้วยเหตุนี้ การเพิ่มประชากรคนไทย เพื่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจ เป็นเรื่องที่ต้องทำโดยเร่งด่วน ทั้งในแง่ของรายได้ของประเทศ และความมั่นคง ที่อาจจะได้รับผลกระทบจากสงครามขยายตัวได้

การประมาณการ และสถานการณ์จำนวนประชากรไทย ปัจจุบัน เปรียบเทียบกับ ต่างประเทศ

ประเทศไทยมีแนวโน้มที่พบอัตราการเกิดไม่สามารถทดแทนการเสียชีวิตได้ (Knodel et al., 1996) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 จนกระทั่งปัจจุบัน โดยในปี พ.ศ.2560 ที่ผ่านมา ประเทศไทยจัดเป็น หนึ่งในสิบ ประเทศที่มีอัตราการเกิดต่ำที่สุดในโลก

ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการเจริญพันธุ์มีค่าเท่ากับ 1.16 การเกิดต่อ หญิงวัยเจริญพันธุ์ หนึ่งคน และจะลดลงครึ่งหนึ่งในปี พ.ศ.2643 ตัวเลขเหล่านี้เป็นสถานะที่อันตรายต่อประเทศ ทั้งในเรื่องของการเติบโตทางเศรษฐกิจ และการป้องกันประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ จะพบว่าอย่างน้อย 28 ประเทศ (United Nations, 2017) ได้เริ่มการเพิ่มจำนวนประชากรตั้งแต่ปี 2560 แล้ว ตามตารางด้านล่าง

ตารางที่ 1 นโยบายการเจริญพันธุ์ของแต่ละประเทศในโลก

	เพิ่ม	คงที่	ลดลง	ไม่มีนโยบาย	จำนวนประเทศทั้งหมด
World	28	15	42	15	197

ที่มา: ดัดแปลงจาก United Nations(United Nations, 2017)

และตัวเลขเหล่านี้ปรับขึ้นเป็น 55 ประเทศ ในปีพ.ศ. 2564 (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2021) ด้วยเหตุนี้ประเทศไทย ต้องมีการดำเนินการเพื่อเพิ่มประชากรให้ทัดเทียมกับนานาอารยประเทศ

สถานการณ์ในประเทศไทยปัจจุบัน

รูปที่ 8 จำนวนการเกิดของประชากรไทย ปี 2536-2564



ที่มา <https://www.isranews.org/article/isranews-scoop/106341-isranews-news-29.html>

จะเห็นได้ว่า แนวโน้มของประชากรไทยลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555 เป็นต้นมา และลดลงอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปีพ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการเพิ่มของประชากรไทย ติดลบ ซึ่งยังผลเสียต่อภาวะการณัพัฒนาของประเทศไทยอย่างมาก ตามรายละเอียดในรูปแบบด้านล่าง

รูปที่ 9 จำนวนการเกิด และตายของประชากรไทย



ที่มา <https://www.isranews.org/article/isranews-scoop/106341-isranews-news-29.html>

มีการประมาณการผลกระทบจากการลดลงของประชากรไทยที่น่าสนใจ ดังต่อไปนี้

- (1) จำนวนประชากรของประเทศไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคนในปีค.ศ. 2023 เหลือเพียง 33 ล้านคนในปี ค.ศ. 2083
- (2) จำนวนประชากรวัยแรงงาน (ช่วงอายุ 15 ถึง 64) จะลดลงจาก 46 ล้านคนในปีค.ศ. 2023 เหลือเพียง 14 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2083
- (3) จำนวนประชากรวัยเด็ก (ช่วงอายุ 0 ถึง 14) จะลดลงจาก 10 ล้านคนในปีค.ศ. 2023 เหลือเพียง 1 ล้านคนในปี ค.ศ. 2083
- (4) ประเทศจะเต็มไปด้วยผู้สูงอายุ (65+) เพิ่มขึ้นจาก 8 ล้านคนในปีค.ศ. 2023 ไปเป็น 18 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2083 โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุจากมากกว่าร้อยละ 50 ของประชากรทั้งประเทศ จากการศึกษาของคณาจารย์สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์ฯ (<https://www.chula.ac.th/news/124866/>)

ผลกระทบที่เป็นภาระมากขึ้น คือ “สังคมสูงอายุ ที่ไร้บุตรหลาน”

รูปที่ 10 จำนวนครัวเรือนอายุ 60 ปีขึ้นไป และไร้ลูกหลาน



ที่มา <https://www.chula.ac.th/highlight/79067/>

จากการทบทวนผลกระทบที่สำคัญต่างๆ ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

ผลกระทบด้านสังคม การกระจุกตัวของการจ้างงานจะรุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดการอพยพย้ายถิ่น และสังคม แวดล้อมจะเปลี่ยนออกไป

ผลกระทบด้านการศึกษา จำนวนนักเรียนน้อยลงทำให้ต้องปิดสถานศึกษา และการเดินทางจะมีโอกาสให้เกิด การเหลื่อมล้ำมากขึ้น

ผลกระทบด้านสุขอนามัย ประเทศต้องเสี่ยงประมาณมากขึ้นจากการดูแลกลุ่มวัยพึ่งพิง

ด้านสิ่งแวดล้อม ปัญหาของสิ่งแวดล้อม กับกลุ่มเปราะบางที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น

และจากการทบทวนของ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง (สศค.) พบว่าจะส่งผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ โดยประเทศไทยจะใช้จ่ายเงิน “อุ้มคนแก่มากกว่าดูแลเด็กแรกเกิด” โดยมีการจัดสวัสดิการให้เด็กแรกเกิดปี 2563-2566 วงเงินเฉลี่ยปีละ 16,609.8 ล้านบาท และให้จัดบริการให้ผู้สูงอายุ เฉลี่ยปีละ 84,364.4 ล้านบาท คิดเป็นสัดส่วน 50.3% ของค่าใช้จ่ายสวัสดิการทางสังคมที่รัฐดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน (หรือคิดเป็นประมาณ 2.75% ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง อีกทั้งจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 116,428 ล้านบาท ในปี 2567-2570 ส่งผลต่อแรงกดดันด้านการใช้จ่ายต่อฐานะทางการคลังเพิ่มขึ้น ทำให้มีความพร้อมที่จะสนับสนุนมาตรการทางภาษี ที่จะลดความเสียเปรียบในการสร้างรายได้ และเปลี่ยนเป็นภาระทาง งบประมาณกว่า 68,000 ล้านบาทต่อปี จึงสมควรที่จะใช้งบประมาณส่วนต่างมาสนับสนุนการสร้างรายได้ ให้มากขึ้น โดยสามารถใช้มาตรการทางภาษีจูงใจได้

สาเหตุของการไม่มีบุตรในปัจจุบัน

รูปที่ 11 จำนวนครัวเรือน ไร้ลูกหลาน



ที่มา <https://www.chula.ac.th/highlight/79067/>

จะเห็นได้ว่า คนที่แต่งงานมีจำนวนน้อยลง และการแต่งงานมีสัดส่วนคงที่ ในภาพรวมจึงไม่มีบุตรมากขึ้น และสาเหตุที่ทำให้คนไม่ต้องการมีลูกจากการสำรวจ ได้แก่

รูปที่ 12 สาเหตุทำไมคนรุ่นใหม่ ไม่อยากมีลูก

“วิกฤตการเกิด!!”
เรื่องกำเนิด...ใครกำหนด?

1 BIRTH-DEATH LINE (Thailand)
ปี 2564 เป็นปีแรก อัตราการตายมากกว่าการเกิด

2 “วิกฤตการเกิด!!”
เรื่องกำเนิด...ใครกำหนด?

GROWTH RATE (ASEAN)
 1. Timor-Leste (2.8)
 2. Philippines (1.88)
 3. Laos (1.43)
 4. Viet (1.3)
 5. Cambodia (1.04)
 6. Myanmar (1.0)
 7. Vietnam (0.99)
 8. Singapore (0.9)
 9. Indonesia (0.79)
 10. Brunei (0.77)
 11. Thailand (0.2)

3 ทำไม? คนรุ่นใหม่ ไม่อยากมีลูก!!
 - สวัสดิการสังคม
 - คุณภาพชีวิต
 - สภาพแวดล้อม
 - เศรษฐกิจ
 - ค่าใช้จ่าย
 - ปัญหาอาชญากรรม

4 อีก 60 ปีข้างหน้า ประชากรลดลง ครึ่งหนึ่ง 66 > 33 ล้านคน ล้านคน

5 ภูมิศึกษา อก 3 ประเทศ

CHINA
 - ให้อินเทอร์เน็ตถูกแบน
 - เกษตรกรลดพื้นที่นา
 - การศึกษาฟรีภาคการศึกษา
 - การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข (การตั้งรกรากและการเข้าถึงบุตร)
 - นายให้ประชาชนมีลูก 3 คน

SOUTH KOREA
 - การกึ่งบังคับลดการเลี้ยงเด็ก
 - ปรับปรุงข้อกำหนดวันลา (สำหรับพ่อแม่ที่มีเด็กหนึ่งคน)
 - ลดดอกเบี้ยของสหภาพ (สำหรับคนมีลูก)

SWEDEN
 - ให้อินเทอร์เน็ต
 - นโยบายสวัสดิการ
 (สำหรับผู้ที่เคยมีลูกมาแล้ว)
 - นโยบายความยืดหยุ่นทางเศรษฐกิจ
 - ให้สิทธิการลาหยุดงานที่ยืดหยุ่น (โดยคำนึงถึงบุตรได้)

ที่มา “วิกฤตการเกิด” เรื่องกำเนิด ใครกำหนด ? <https://www.thaipbs.or.th/news/content/337343>

สวัสดิการสังคม คุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย และปัญหาอาชญากรรม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ เป็นเหตุให้สามารถสร้างนโยบายที่สอดคล้องกับความต้องการเพื่อเพิ่มประชากรได้ดียิ่งขึ้น เมื่อเทียบกับต่างประเทศ ดังต่อไปนี้

(a) สหรัฐอเมริกา(United States)

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประสบปัญหาการลดของอัตราการเจริญพันธุ์ (Kearney et al., 2022). ซึ่งหนึ่งในประเด็นที่มีการถกเถียงคือ การอนุญาตให้ทำแท้งได้ เป็นสาเหตุให้ประชากรลดหรือไม่ แต่ก็มี การสรุปในภายหลังว่า ไม่น่าเป็นส่วนที่ส่งผลให้กระทบต่ออัตราการเจริญพันธุ์ (Klerman, 1999).

อย่างไรก็ตามพบว่า การปรับตัวของอัตราการคลอดมีความแตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ โดยในกลุ่มที่มีการลดถอยมากที่สุดจะเป็นในกลุ่มของ Hispanics อายุ 20–24 ปี (ลดลง 88.3%) ในขณะที่กลุ่มผิวขาวอายุ 30–34 ลดลงเพียงร้อยละ 16.5%

และที่น่าสนใจไปกว่านั้นจะพบว่าในรัฐ North Dakota มีการคลอดมากกว่าเดิม ในช่วงที่ผ่านมา (Kearney et al., 2017) คำอธิบายหนึ่งที่เป็นไปได้คือ ในปี พ.ศ. 2551 มีธุรกิจด้านพลังงานที่เติบโตขึ้น

แต่อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากระบาดของโควิด 19 เราสามารถพบจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นได้ในหลายพื้นที่ ในกลุ่มของตั้งครรภ์ครั้งแรก และผู้หญิงอายุต่ำกว่า 25 ปี การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีศักยภาพมากพอที่จะทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงได้เลย (Bailey et al., 2022).

(b) กลุ่มประเทศ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)

OECD เป็นองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศ ที่มีสมาชิกจาก 38 ประเทศ (Organization for Economic Co-operation and Development, 2021) ประเทศเยอรมันนี และ ลักเซมเบิร์ก เป็นสองประเทศแรกที่มีการรายงานว่าอัตราการเจริญพันธุ์มีค่าต่ำกว่า 1.5 การเกิดต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ และหลังจากนั้นตามมาในหลายประเทศ นโยบายการกระตุ้นการเกิดจึงเริ่มเกิดขึ้นโดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ (Zhang et al., 2023):

1. การให้เงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายแก่บิดา และมารดา
2. รัฐสนับสนุนการดูแลครอบครัว และเด็ก ระหว่างวัน
3. การสนับสนุนมาตรการทางภาษี แก่ผู้มีบุตร

การสนับสนุนดังกล่าว เหมือนจะไม่ส่งผลด้านบวก ยกตัวอย่าง เช่น ในประเทศเกาหลีพบว่าอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงจาก 1.48 การเกิดต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คน ในปีพ.ศ. 2543 เหลือเพียง 0.92 ในปีพ.ศ. 2562

แต่อย่างไรก็ตามในประเทศเยอรมันนีนั้น อัตราการเจริญพันธุ์เพิ่มจาก 1.38 เป็น 1.54 การเกิดต่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ 1 คน โดยทั้งนี้สิ่งที่ทำให้เยอรมันนีประสบความสำเร็จคือการสนับสนุนทั้งสถานที่ทำงาน และเื้อต่อครอบครัว (Bächmann et al., 2020). การค้นพบนี้ส่งผลให้ประเทศไทยควรให้ความสำคัญกับ

นโยบายดังกล่าวมากขึ้น โดยไม่คำนึงถึงเพศที่ให้การดูแล (Hsiao, 2023) ซึ่งเช่นเดียวกับประเทศอื่นที่พบว่า ตลาดแรงงานมีความสำคัญมากกับการเพิ่มประชากร (Doepke et al., 2023)

การวิเคราะห์นโยบายในส่วนของประเทศไทย

การเพิ่มจำนวนเด็กที่มีคุณภาพของประเทศไทย สามารถวิเคราะห์บริบท ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

i. ปัจจัยทางการเมือง: ปัจจัยนี้มีความสำคัญมากที่สุด เนื่องจาก ในประเทศไทยตอนนี้ ทางกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายแต่ยังขาดการดำเนินงานอย่างหนักแน่น เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างกระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย เพื่อผลักดันมติที่เกิดจากการปรึกษาเข้าไปที่ คณะรัฐมนตรี เพื่อออกเป็นพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

ii. ปัจจัยทางสังคม: ขณะนี้ประชาชนยังมีความเชื่อ และกังวลที่จะมีบุตรเนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบัน ที่มีข่าวอาชญากรรม การทำร้ายตนเอง และผู้อื่น ความรุนแรงในโรงเรียน ความรุนแรงในบ้าน และอีกหลายประเด็น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดผลกระทบด้านลบ และต้องเร่งแก้ไขก่อนที่นโยบายการกระตุ้นการเกิดออก ขับเคลื่อน

iii. ปัจจัยทางเศรษฐศาสตร์: แม้ว่าเศรษฐศาสตร์จะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการผลักดันให้เกิดนโยบาย แต่ในขณะเดียวกันจะพบว่า การขับเคลื่อนนโยบายในหลายๆ ด้านจำเป็นต้องได้รับงบประมาณสนับสนุน หรือแม้แต่การลดโอกาสที่จะได้รับภาษีลง ทำให้เป็นอีกประเด็นที่ต้องมีการวางแผนอย่างรัดกุม โดยจำเป็นต้องวัดจากผลกระทบจากภาคการผลิตที่จะมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงบประมาณในระยะสั้น ในส่วนของงบประมาณที่สูญเสียไปกว่าปีละ 60,000 ล้านบาท สามารถปรับมาเป็นการส่งเสริมนโยบายที่จะเพิ่มรายได้ในอนาคตจาก GDP จะสามารถเพิ่มขึ้นได้กว่า 6,000 ล้านบาท ซึ่งสามารถกำหนดเป็นมาตรการสนับสนุนต่างๆ ได้ต่อไป

ตารางที่ 2 ผลกระทบของ GDP ในกรณีเพิ่มแรงงานเข้าระบบแบบต่างๆ

ปี	ผลผลิต				การบริโภค				การลงทุน				การสะสมทุน			
	ขยายอายุเกษียณ	ตั้งแรงงานเกษียณก่อนอายุ	การเพิ่มการออม	การพัฒนาเทคโนโลยี	ขยายอายุเกษียณ	ตั้งแรงงานเกษียณก่อนอายุ	การเพิ่มการออม	การพัฒนาเทคโนโลยี	ขยายอายุเกษียณ	ตั้งแรงงานเกษียณก่อนอายุ	การเพิ่มการออม	การพัฒนาเทคโนโลยี	ขยายอายุเกษียณ	ตั้งแรงงานเกษียณก่อนอายุ	การเพิ่มการออม	การพัฒนาเทคโนโลยี
2556	+0.62	0.00	+0.67	+3.40	+0.62	+0.01	+0.67	+3.40	+0.62	+0.01	+0.67	+3.42	+0.11	+0.02	+1.53	+7.89
2557	+0.61	-0.01	+0.63	+3.09	+0.61	0.00	+0.63	+3.09	+0.61	0.00	+0.64	+3.11	+0.14	+0.01	+1.44	+7.15
2558	+0.65	+0.03	+0.60	+2.82	+0.65	+0.03	+0.59	+2.81	+0.65	+0.03	+0.60	+2.83	+0.18	+0.01	+1.35	+6.50
2559	+0.66	+0.01	+0.55	+2.57	+0.67	+0.02	+0.56	+2.57	+0.66	+0.01	+0.55	+2.58	+0.22	+0.01	+1.27	+5.94
2560	+0.55	+0.03	+0.53	+2.37	+0.56	+0.03	+0.53	+2.37	+0.55	+0.03	+0.53	+2.37	+0.25	+0.02	+1.20	+5.45
2561	+0.22	+0.02	+0.50	+2.18	+0.21	+0.01	+0.49	+2.17	+0.21	+0.02	+0.50	+2.19	+0.24	+0.01	+1.12	+5.01
2562	+0.26	+0.02	+0.47	+2.01	+0.25	+0.02	+0.46	+2.00	+0.26	+0.02	+0.47	+2.02	+0.24	+0.02	+1.07	+4.62
2563	+0.13	+0.02	+0.44	+1.86	+0.14	+0.02	+0.45	+1.86	+0.13	+0.02	+0.44	+1.87	+0.23	+0.01	+1.00	+4.27
2564	+0.29	+0.03	+0.41	+1.72	+0.30	+0.04	+0.42	+1.72	+0.29	+0.03	+0.42	+1.73	+0.23	+0.01	+0.94	+3.95
2565	+0.08	+0.02	+0.39	+1.60	+0.08	+0.02	+0.40	+1.60	+0.08	+0.02	+0.40	+1.61	+0.22	+0.02	+0.90	+3.67
2566	+0.15	0.00	+0.37	+1.49	+0.16	0.00	+0.37	+1.49	+0.16	0.00	+0.38	+1.50	+0.22	+0.02	+0.85	+3.41
2567	+0.03	-0.01	+0.35	+1.39	+0.04	0.00	+0.35	+1.39	+0.04	0.00	+0.35	+1.39	+0.20	+0.02	+0.80	+3.18
2568	+0.12	0.00	+0.33	+1.29	+0.13	0.00	+0.33	+1.29	+0.13	+0.01	+0.34	+1.30	+0.19	+0.01	+0.75	+2.96
2569	+0.14	-0.01	+0.31	+1.21	+0.14	-0.01	+0.31	+1.21	+0.14	-0.01	+0.32	+1.22	+0.18	+0.01	+0.71	+2.76
2570	+0.10	0.00	+0.29	+1.13	+0.10	0.00	+0.30	+1.13	+0.10	0.00	+0.30	+1.14	+0.18	+0.01	+0.67	+2.59
2571	+0.08	0.00	+0.28	+1.06	+0.08	0.00	+0.28	+1.06	+0.08	0.00	+0.28	+1.07	+0.16	0.00	+0.63	+2.42
2572	+0.03	0.00	+0.26	+1.00	+0.04	0.00	+0.27	+1.00	+0.04	+0.01	+0.27	+1.00	+0.16	+0.01	+0.61	+2.28
2573	+0.01	0.00	+0.25	+0.94	+0.02	0.00	+0.25	+0.94	+0.02	+0.01	+0.26	+0.95	+0.14	+0.01	+0.57	+2.14
เฉลี่ย	+0.26	+0.01	+0.42	+1.84	+0.27	+0.01	+0.43	+1.84	+0.27	+0.01	+0.43	+1.85	+0.19	+0.01	+0.97	+4.23

ที่มา <http://www.cps.chula.ac.th/newcps/journalnew/myfilepdf/30-4-2-2557.pdf>

iv. **ปัจจัยด้านความเป็นไปได้:** หลายนโยบายจำเป็นต้องพิจารณาความเป็นไปได้ เช่น การขยายวันลาคลอดนั้น หากจะเพิ่มให้มากขึ้น เช่น จาก 90 วัน เป็น 1 ปี นั้น จำเป็นต้องมีการพูดคุยกับผู้ประกอบการด้วย หรือแม้แต่การเพิ่มคลินิกช่วยเหลือผู้มีบุตรยาก ก็ต้องพูดคุยถึงความพร้อม และการกระจายตัวของเครื่องมือและบุคลากรที่สามารถทำได้ รวมถึงวัฒนธรรมในพื้นที่นั้นๆ

v. **ปัจจัยด้านกฎหมาย:** ปัจจัยนี้ต้องอาศัยความร่วมมือของฝ่ายนิติบัญญัติ ในการตรากฎหมายที่เกี่ยวข้อง ผ่านการพิจารณาร่วมกันจากผลกระทบต่างๆ ในทุกงาน โดยไม่ให้กระทบต่อวินัยทางการเงินการคลัง (Office of the Council of State, 2018) ทั้งในปีปัจจุบัน และอนาคตต่อไป

เมื่อพิจารณาสภาพปัญหาของประเทศไทย จะพบว่า การเลือกนโยบายที่จะนำมาปฏิบัติต่อไปนั้น จะมีความชัดเจน และเข้าใจง่ายมากขึ้น ดังในส่วนต่อไป

บทวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบายที่มีการเลือกใช้ในต่างประเทศ

เมื่อทบทวนนโยบายทั้งหมดแล้วจะพบว่าในหลายๆ ประเทศมีนโยบายที่แตกต่างกัน แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์ผลกระทบตามรูปแบบของทางเลือกเชิงนโยบายแล้วจะได้ผลตามตารางด้านล่าง

ตารางที่ 3 ผลของคะแนนต่างๆ ในแต่ละนโยบายการเพิ่มจำนวนประชากร

	เพิ่ม ศูนย์ ดูแล เด็ก	สนับสนุน ค่าเลี้ยงดู	ขยาย วันลา คลอด ของ มารดา	ขยาย วันลา คลอด ของ บิดา	แจก Baby bonus	มาตรการ ทางภาษี	สนับสนุน ค่าใช้จ่าย รายเดือน	ดำเนินการ เพิ่มการ รักษาภาวะ ผู้มีบุตร ยาก
ต้นทุน	++	+++	++	++	+++	++	+++	++++
ความ คุ้มค่า	++++	+++	++++	+	++	+++	++	+
ความ เป็นไปได้ เชิง การเมือง	+++	+++	++++	++	+	+++	+	+++
ถูก กฎหมาย	++++	+++	++++	++++	+++	+++	+++	++++
บริหาร จัดการ ง่าย	++	++	++++	+++	++	++++	+++	+
ความเท่า เทียม	++	++++	++++	++++	++++	+++	++++	++

	เพิ่ม ศูนย์ ดูแล เด็ก	สนับสนุน ค่าเลี้ยงดู	ขยาย วันลา คลอด ของ มารดา	ขยาย วันลา คลอด ของ บิดา	แจก Baby bonus	มาตรการ ทางภาษี	สนับสนุน ค่าใช้จ่าย รายเดือน	ดำเนินการ เพิ่มการ รักษาภาวะ ผู้มีบุตร ยาก
ความ ทันเวลา	+	++	+++	+++	+++	+++	++	+
ตรง ประเด็น	++++	+++	++++	++	+++	++++	++++	+++

ระดับคะแนน + หมายถึง มีความเข้าได้กับประเด็นนั้นๆ ในระดับต่ำ จนถึงมากที่สุด คือ +++++ ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่ดำเนินการเพิ่มการรักษาภาวะมีบุตรยาก ความทันเวลาจะได้คะแนนระดับต่ำสุด เนื่องจากจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการพัฒนาทั้งเครื่องมือ และบุคลากร อีกทั้งส่งผลช้า ในกรณีที่ต้องการเพิ่มจำนวนมาก จึงได้รับการวิเคราะห์ + ในขณะที่ หากเพิ่มการบริการดังกล่าวแล้วกลุ่มคนที่อยู่ใน Low socioeconomic status (SES) ต่ำก็จะสามารถเข้าถึงได้ เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ความเท่าเทียมดังกล่าวได้รับคะแนนที่ +++++ เป็นต้น

โดยจะเห็นได้ว่าแต่ละนโยบายมีข้อดี และข้อเสียที่แตกต่างกันไป ประเด็นที่สำคัญต่อไป คือ ในประเทศไทยจะเลือกนโยบายใดมาใช้ ในช่วงเวลาใด ซึ่งจะได้นำเสนอในส่วนตัวไป

2.2 การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบาย

ประเทศไทยจะประสบปัญหาประชากรลดลงกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากการลดอย่างต่อเนื่องของอัตราการเจริญพันธุ์ โดยเมื่อเปรียบเทียบนโยบายต่างๆ แล้วจะสามารถรวบรวมนโยบายออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.2.1 ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น: พ.ศ. 2567-2577

ในระยะแรกนั้น ประเทศไทยจะอยู่ในช่วงที่ท้าทายมากที่สุดของนโยบาย คือ การปรับเปลี่ยนความคิดของประชากร เพื่อให้เกิดความต้องการมีบุตรมากกว่า 1 คน เป็นเรื่องที่ดี และเหมาะสม และในระยะนี้ตัวเลขทางเศรษฐกิจยังได้รับผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19 ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถใช้งบประมาณ

ในการดำเนินงานเป็นเรื่องที่เป็นอุปสรรค แต่อย่างไรก็ตาม มีมาตรการ 3 ประการที่สามารถดำเนินงานได้ในระยะแรกนี้ ได้แก่

- 2.2.1.1 ส่งเสริมการมีศูนย์ดูแลเด็กเล็ก(Increasing childcare availability) ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2.2.1.2 ลดภาระค่าเลี้ยงดูบุตร(Subsidizing childcare costs) เช่น มีคูปองนมผง ในกลุ่มที่อายุเกิน 6 เดือน, ให้คูปองในการแลกซื้อผ้าอ้อม, ระบบการร่วมจ่ายเงิน ในการซื้อชุดเสื้อผ้าเด็กอ่อน เป็นต้น
- 2.2.1.3 การขยายวันลาคลอดจาก 3 เดือน เป็น 6 เดือน เพื่อช่วยให้บุตรมีคนดูแลในช่วงที่ครอบครัวกำลังมีการเปลี่ยนแปลง และไม่ขาดรายได้ในช่วงที่ไม่สามารถหารายได้จากการทำงานปกติ ข้อเสนอข้อนี้ เป็นข้อที่สำคัญที่สุด และประสบความสำเร็จมากที่สุด ในหลายๆ ประเทศที่รายได้ของประชากร ไม่จัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่ร่ำรวย เช่นเดียวกับประเทศไทย โดยมีแนวทางเช่นเดียวกับในประเทศทางสแกนดิเนเวีย โดยกระทรวงแรงงานออกประกาศเพิ่มเติมเรื่องการลาภายหลังการคลอดบุตร โดยประสานกับทางผู้ประกอบการ และกระทรวงการคลังในกรณีที่ต้องจำเป็นต้องเจรจา ถึงเรื่องผลประโยชน์ทางภาษีกับผู้ประกอบการเพิ่มเติม

2.2.2 ระยะที่ 2 ระยะติดตาม: พ.ศ. 2578-2588

ในระยะนี้ การคงอยู่ของโมเมนตัมการเพิ่มอัตราการเกิดเป็นสิ่งสำคัญ โดยปัจจัยความสำเร็จของนโยบายในช่วงนี้ คือ การสร้างความมั่นใจกับประชาชน ว่า เด็กไทยที่เกิดมาจะได้รับการดูแลอย่างดีมาก โดยนโยบายที่ส่งผลและมีความสำคัญ ได้แก่

- 2.2.2.1 การกำหนดบทบาทของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีภารกิจในการให้บริการศูนย์บริการเด็กเล็ก พร้อมบทบังคับในกรณีที่ไม่ได้ดำเนินการ อีกทั้งต้องกำหนดบทบาทของกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการตรวจสอบ และพัฒนาคุณภาพของการศึกษาอย่างต่อเนื่อง
- 2.2.2.2 ประกาศสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการศึกษา โดยสามารถเรียนในสถานศึกษาที่รัฐจัดให้ โดยปราศจากค่าใช้จ่าย อย่างแท้จริง โดยสนับสนุนเงินงบประมาณแก่สถานศึกษา ตามคุณภาพการเรียน การสอน และผลสำเร็จของนักเรียน และหากตัดสินใจไปศึกษาในส่วนของเอกชน ก็จะมีการสนับสนุนส่วนหนึ่ง แต่จำเป็นต้องมีการร่วมจ่ายต่อไป

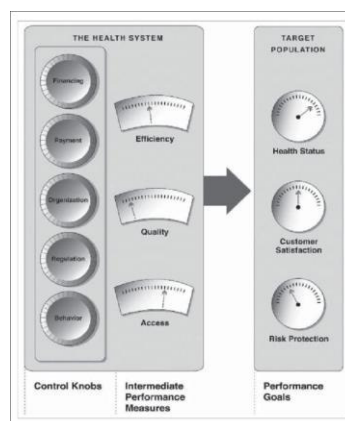
2.2.2.3 การประกาศมาตรการทางภาษี โดยสามารถลดได้ทั้งบิดา และมารดา และขยายความครอบคลุมไปในส่วนของการศึกษา ค่าเลี้ยงดู รวมถึงการออมตั้งแต่วัยเยาว์

2.2.3 ระยะที่ 3 ระยะเข้าสู่การลดระดับ: พ.ศ. 2588-2598

หลังจากมีการเพิ่มจำนวนประชากรอย่างต่อเนื่องมาถึง 20 ปี ในระยะที่ 3 นี้จะมีความสำคัญในการเตรียมตัว Transition นโยบายกลับเข้าสู่ภาวะปกติ เพื่อให้อัตราประชากรอยู่ในระดับที่เหมาะสมตามต้องการ โดยนโยบาย และสลับการสนับสนุนจากการสนับสนุนภาครัฐ เป็นภาคเอกชน และประชาชนมากขึ้น โดยมีลักษณะที่สำคัญของนโยบาย คือการปรับจูน ในลักษณะที่เรียกว่า Policy knobs โดยปรับตาม 3 ปัจจัยที่สำคัญของนโยบาย ได้แก่

1. ประสิทธิภาพของนโยบาย ได้แก่ นโยบายที่ส่งผลต่อจำนวนประชากรที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด สามารถคงไว้ได้ ส่วนนโยบายที่ส่งผลน้อย หรือไม่มีประโยชน์ สามารถตัดการสนับสนุนออกได้
2. คุณภาพ ได้แก่ นโยบายที่จะใช้ต่อ สามารถพิจารณาต่อประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอยู่ เช่น หากปัญหา คือ เรื่องของคุณภาพของเด็ก ที่ไม่สามารถแข่งขันกับต่างประเทศ หรือไม่ตรงใจกับแรงงานของประเทศไทย ก็ให้เลือกเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้อง
3. การเข้าถึง เรื่องนี้เป็นประเด็นที่สำคัญ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในสังคม โดยต้องดูเรื่องการลงทุน ส่งเสริม เช่น โรงเรียน หรือศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ไกลจากเขตเมือง การสนับสนุนเหล่านี้ ต้องได้รับมากกว่ากลุ่มที่มีโอกาสในเมือง เป็นต้น

รูปที่ 13 ทฤษฎีการปรับปรุงนโยบายสาธารณะ ทางสาธารณสุข



ที่มา: Roberts, Marc, and others, *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity* (New York, 2008; online edn, Oxford Academic, 1 Sept. 2009)

การติดตามในระยะที่ 3 นั้น จะดูในผลลัพธ์ของนโยบายใน 3 ประการ ได้แก่

1. ผลลัพธ์ในด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพเด็ก และคุณภาพของเด็ก
2. ความพึงพอใจ ของประชาชน ประเด็นนี้เป็นเรื่องที่สำคัญ คือ ในหลายครั้ง นโยบายที่ได้รับ ความนิยมในเวลานึง อาจจะไม่ได้รับความนิยมในเวลาต่อไป และในขณะที่หลายครั้งเราไม่สามารถยกเลิกนโยบายได้ เพราะมีความนิยมมาก ประเด็นนี้ต้องเริ่มด้วยการสำรวจความคิดเห็น และผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงนโยบาย
3. การป้องกันความเสี่ยง เป็นประเด็นที่สำคัญ เช่น หากพบว่า การเติบโตของประชากรในกลุ่มต่างๆ มีความไม่เท่าเทียมกัน เช่น ได้ผลกับกลุ่มที่อยู่ในศาสนาใด ศาสนาหนึ่งมากกว่า หรือมีผลกับกลุ่ม ที่อยู่ชายขอบ มากกว่า อยู่ในถิ่นฐานอื่น เป็นต้น เรื่องนี้ส่งผลให้รูปแบบการกระจายตัว ของประชากร เปลี่ยนแปลงไป หรือแม้แต่ปัญหาอื่นๆ ที่เป็นผลกระทบตามมา เช่น อาจเกิดปัญหา เรื่อง ความไม่เพียงพอของอาหาร (Food insecurities) เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนนโยบายในเรื่องนี้ มี 3 รูปแบบ ได้แก่

1. หากตัวเลขของจำนวนประชากรยังน้อยกว่าที่ต้องการ ต้องจำเป็นต้องคงไว้ หรือปรับปรุง ให้มากขึ้น
2. หากมีจำนวนประชากรมากกว่าที่กำหนด ให้ดำเนินการลดความสนับสนุน เจริญนโยบาย ลดอย่างต่อเนื่อง
3. หากพบผลกระทบที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ต้อง หยุดดำเนินนโยบาย และแก้ไขผลกระทบ ที่เกิดขึ้นต่อไป

โดยสรุป นโยบายที่ต้องดำเนินการทั้งหมด เกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่างกระทรวงต่างๆ เพราะฉะนั้น ทักษะที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการผลักดันนโยบาย จะเป็นส่วนที่มีการอธิบายต่อไป

2.2.4 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จ และแนวทางการจัดการที่เป็นรูปธรรม

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการแก้ไขปัญหาเรื่องการเพิ่มจำนวนประชากร ได้แก่ **ความต้องการมีบุตร** ในประชากรไทย โดยในปัจจุบันมีสภาพสังคม ที่มีการแต่งงานน้อยลง และแต่งงานแล้วประสงค์จะมีบุตรก็ลดลง จำนวนการมีก็ลดลง **ดังที่ได้เสนอข้อทบทวนที่ผ่านมา และในหลายๆ ประเทศก็พบว่า การจูงใจโดยนโยบาย สาธารณะหลายๆ เรื่องไม่ประสบความสำเร็จ เพราะฉะนั้น การเตรียมตัวเพื่อรองรับผลกระทบที่ไม่ได้ตาม การออกแบบ และการปรับตัว เจริญนโยบาย คือ สิ่งที่สำคัญที่สุด**

ดังนั้น เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว มีข้อเสนอแนะเพื่อการป้องกันปัญหาการดำเนินงานดังกล่าว ดังต่อไปนี้

2.2.4.1 ทำวิจัย เพื่อทดสอบกลุ่มถึงการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจจะมีบุตร โดยการออกแบบสอบถาม ดำเนินการในลักษณะของ Standard gambling จากตัวเลขต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายรายเดือน เพิ่มขึ้นมากเท่าไร ท่านถึงเปลี่ยนใจมีบุตรเพิ่ม เป็นต้น จากนั้นจึงนำไปทดสอบการตัดสินใจ ในกลุ่มที่พร้อมจะมีบุตร โดยแยกออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

- กลุ่มที่มีบุตรอยู่แล้ว กลุ่มนี้จากการวิจัยจะพบว่ามีความน่าจะเป็นในการมีบุตรเพิ่ม สูงกว่ากลุ่มอื่น
- กลุ่มที่มีคู่ แต่ยังไม่มียุติกร กลุ่มนี้การทดสอบต้องมีรายละเอียด ที่จำเพาะ ต่อเรื่องความ จำเป็นในการแต่งงานร่วมด้วยได้
- กลุ่มที่ยังไม่มีคู่ ควรทำเป็น Standard ในอนาคตเทียบถึงแนวคิดที่เปลี่ยนแปลงไป

2.2.4.2 การทดสอบนโยบายในพื้นที่เล็กๆ ที่มีความพร้อมเช่น การรณรงค์ในจังหวัดใด จังหวัดหนึ่งเพื่อ พิสูจน์ประสิทธิภาพของนโยบายแต่ละประการ เช่น จังหวัดแห่งนั้น อนุญาตให้มารดาได้ 6 เดือน มีการก่อสร้างศูนย์ดูแลเด็กเล็กที่มีคุณภาพ และมีเครือข่ายร้านค้าของเด็กกระจาย อย่างทั่วถึง และระบบการจ่ายคูปอง แต่ประเด็นที่สำคัญมากที่สุด คือ การทำให้เศรษฐกิจ แห่งนั้นโตอย่างก้าวกระโดด เพื่อดึงดูดใจ โดยพื้นที่ที่มีความเหมาะสมได้แก่ อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง เนื่องจากการเติบโตเศรษฐกิจ คุณภาพสถานศึกษา และแหล่งรายได้

2.2.4.3 ข้อสุดท้าย หากไม่สามารถเพิ่มเติมประชากรได้จริงๆ การเร่งการเพิ่มประชากรโดยการอพยพ คนที่มีคุณภาพ และการศึกษาที่ดี เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจ จะเป็นตัวเลือกถัดไป เพื่อให้ ระบบเศรษฐกิจของเราขับเคลื่อนได้ เช่นเดียวกับปลายประเทศเมื่อเปิดประเทศ และสนับสนุน การให้สัญชาติโดยตรง เช่น ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

2.3 ภาวะผู้นำเพื่อการขับเคลื่อนข้อเสนอ

ภาวะผู้นำที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการขับเคลื่อนข้อเสนอ มี 4 ภาวะที่มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และการขับเคลื่อนนโยบาย ดังต่อไปนี้

- Transformative leadership
- Agile
- Resilience
- Coaching

โดยแต่ละลักษณะภาวะผู้นำ มีลักษณะเด่น คือ

Transformative leadership คือ ผู้นำที่มีภาวะความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงองค์กร ไปสู่ในภาวะที่พร้อมจะบรรลุเป้าหมาย โดยความจำเป็น คือ การกำหนดเป้าหมายเป็นเรื่องของอัตราการเกิดนั้น เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก และการมุ่งเน้นเป้าหมาย ทำไม่ได้ในหลายประเทศ เพราะฉะนั้นการปรับองค์กรให้มีความสามารถในการแก้ไขให้ตรงประเด็นถือว่า สำคัญมากที่สุด

Agile เป็นลักษณะของการทำงานที่สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทได้อย่างรวดเร็ว ด้วยบทบาทของกรมอนามัย เป็นหน่วยงานด้านความรู้วิชาการ ทำให้การทำงานอาจไม่เหมาะกับการขับเคลื่อนนโยบาย การปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะกับหน้าที่ เพื่อบรรลุเป้าหมายจึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ

Resilience จะเป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่สุด เนื่องจากในหลายๆ ประเทศ แม้ว่าพยายามอย่างมากแล้วก็ยังไม่สามารถเพิ่มจำนวนประชากรได้ และอาจจะล้มเลิกความพยายามไป ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าใจได้ แต่หากเรายอมให้ เป็นไปตามปกติแล้ว ประเทศไทยจะฟื้นตัว และออกจากกับดักประเทศรายได้ปานกลางเป็นไปได้เลย

Coaching จะเป็นส่วนที่ทำให้เกิดความยั่งยืนในระบบราชการ เพราะตำแหน่งของราชการ จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อยๆ การจะพัฒนาผู้ใต้บังคับบัญชาที่มีความสำคัญอย่างมากเนื่องจากจะทำให้มีความยั่งยืน และมีการพัฒนาที่แตกยอดออกไป

โดยการจะขับเคลื่อนปัจจัยดังกล่าว ต้องอาศัยทักษะของผู้นำ ทั้ง 14 ประการตามที่ได้มีการประเมินมาก่อน ดังต่อไปนี้

1. การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์ (Analytical and Critical Thinking)
2. การคิดอย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์ (Systematic and Creative Thinking)
3. การเรียนรู้ที่จะรักเรียน (Learning to Learn)
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)
5. การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (Empathy)
6. การทำงานร่วมกันและความรับผิดชอบ (Collaboration and Responsibility)

7. ทักษะดิจิทัล (Digital Skills)
8. การยึดมั่นในมาตรฐานจรรยาบรรณและความเป็นมืออาชีพ (Demonstrating Integrity)
9. การกำหนดวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ (Developing Vision and Strategy)
10. การพัฒนาตนเองและผู้อื่น และสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร (Developing Self and Others, and Engaging Others)
11. การสร้างและส่งเสริมให้เกิดการทำงานบูรณาการและความร่วมมืออย่างเต็มที่ (Facilitating Hyper-Collaboration)
12. การผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง (Driving Innovation and Change)
13. การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์ (Driving Execution and Results)
14. ทักษะการสื่อสารโน้มน้าว (Communication and Influencing)

โดยคุณสมบัติที่มีความจำเพาะ และจำเป็นได้แก่

- การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์ โดย สามารถใช้วิเคราะห์ความสำเร็จ และไม่สำเร็จของนโยบายแต่ละประเด็นที่จะใช้ขับเคลื่อนได้
- การคิดอย่างเป็นระบบและสร้างสรรค์ โดยจะสามารถเชื่อมการดำเนินงานไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่มีความสำคัญมากขึ้น เช่น กระทรวงมหาดไทย เรื่อง ศูนย์ดูแลเด็กเล็ก กระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง สถานศึกษา กระทรวงการคลัง เรื่องการเจรจามาตรการทางภาษี และกระทรวงพาณิชย์ เรื่องการช่วยเหลือสิ่งของประกอบการเลี้ยงดู เป็นต้น
- การทำงานร่วมกันและความรับผิดชอบ เมื่อดำเนินการคิดอย่างเป็นระบบแล้ว การมุ่งเน้นเป้าหมายและทำงานร่วมกัน และรับผิดชอบหากผลที่ได้ประสบความสำเร็จตามที่ได้วางแผนไว้ และร่วมแก้ไขหากเกิดปัญหา หรือไม่สำเร็จตามที่ได้วางแผนไว้
- การผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลง สิ่งที่เป็นในการขับเคลื่อนนโยบาย คือ การใช้มาตรการใหม่ๆ เพื่อก่อให้เกิดการ เปลี่ยนแนวคิดของประชาชนได้ โดยสิ่งที่ควรเพิ่มได้แก่ การออกแบบการสื่อสาร ที่มุ่งตรงไปสู่ผู้ที่มีบุตรแล้ว และสามารถมีเพิ่มได้อีก จะทำให้นโยบายประสบความสำเร็จมากที่สุด
- ทักษะการสื่อสารโน้มน้าว ซึ่งต้องมีการใช้งานอย่างเป็นประจำเพื่อความชำนาญต่อไป ทักษะนี้ถือเป็นทักษะที่สำคัญมากที่สุด ที่จะทำได้แนวร่วมในการพัฒนา และปรับปรุงนโยบายให้มีความสมบูรณ์แบบมากขึ้นต่อไป

3. แผนพัฒนาตนเอง

(ข้อมูลส่วนบุคคลไม่เผยแพร่)

บรรณานุกรม

- aBächmann, A.-C., Frodermann, C., & Müller, D. (2020). Does the Firm Make the Difference? The Influence of Organizational Family-Friendly Arrangements on the Duration of Employment Interruptions after Childbirth. *European Sociological Review*, 36(5), 798-813. <https://doi.org/10.1093/esr/jcaa016>
- Bailey, M. J., Currie, J., & Schwandt, H. (2022). The Covid-19 Baby Bump: The Unexpected Increase in U.S. Fertility Rates in Response to the Pandemic. *National Bureau of Economic Research Working Paper Series, No. 30569*. <https://doi.org/10.3386/w30569>
- Doepke, M., Hannusch, A., Kindermann, F., & Tertilt, M. (2023). Chapter 4 - The economics of fertility: a new era. In S. Lundberg & A. Voena (Eds.), *Handbook of the Economics of the Family* (Vol. 1, pp. 151-254). North-Holland. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/bs.hefam.2023.01.003>
- Hsiao, H. (2023). A cross-national study of family-friendly policies, gender egalitarianism, and work-family conflict among working parents. *PLoS One*, 18(9), e0291127. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291127>
- Kearney, M. S., Levine, P. B., & Pardue, L. (2022). The Puzzle of Falling US Birth Rates since the Great Recession. *Journal of Economic Perspectives*, 36(1), 151-176. <https://doi.org/10.1257/jep.36.1.151>
- Kearney, M. S., Wilson, R., & National Bureau of Economic, R. (2017). *Male Earnings, Marriageable Men, and Nonmarital Fertility : Evidence from the Fracking Boom*. National Bureau of Economic Research.
- Klerman, J. A. (1999). U.S. Abortion Policy and Fertility. *American Economic Review*, 89(2), 261-264. <https://doi.org/10.1257/aer.89.2.261>
- Michael Sullivan. (2023). At least 39 Thai migrant workers were killed in the Hamas attacks on Israel. *NPR*. <https://www.npr.org/2023/11/13/1212589291/at-least-39-thai-migrant-workers-were-killed-in-the-hamas-attacks-on-israel#:~:text=Embedded-.At%20least%2039%20Thai%20migrant%20workers%20were%20killed%20in%20the,h%20had%20hoped%20to%20achieve.>

- POH LIN TAN. (2020). *Singapore's experience in trying to raise its fertility rate offers lessons for other countries*. International Monetary Fund. Retrieved Dec 9 from <https://www.imf.org/en/Publications/fandd/issues/2020/03/lessons-from-singapore-on-raising-fertility-rates-tan>
- The Economist Group 2023. (2023). *Fertility policy and practice: a Toolkit for the Asia-Pacific region*. https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/ei240_-_apac_fertility_report_v8.pdf
- United Nations. (2017). *Government policies to raise or lower the fertility level*. Retrieved from https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/documents/2020/Jan/un_2017_factsheet10.pdf
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2015). *Do pro-fertility policies in Singapore offer a model for other low-fertility countries in Asia?* (Policy Brief, Issue. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undp_egm_201511_policy_brief_no_15.pdf
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2021). *Global Population Growth and Sustainable Development*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2022_global_population_growth.pdf
- Zhang, T. T., Cai, X. Y., Shi, X. H., Zhu, W., & Shan, S. N. (2023). The Effect of Family Fertility Support Policies on Fertility, Their Contribution, and Policy Pathways to Fertility Improvement in OECD Countries. *Int J Environ Res Public Health*, 20(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph20064790>

ภาคผนวก

ประวัติผู้เขียนเอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคล

ชื่อ - สกุล นายแพทย์ธนะวัฒน์ วงศ์ผั่น

ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี แพทยศาสตรบัณฑิต/มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/2547
 ปริญญาโท รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต/มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช/2551
 ปริญญาเอก -อนุมัติบัตร เวชศาสตร์ครอบครัว/ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
 และเวชศาสตร์ทั่วไป/2560
 -อนุมัติบัตร เวชศาสตร์ป้องกัน (ระบาดวิทยา)/สมาคมเวชศาสตร์ป้องกัน
 แห่งประเทศไทย/2560
 -Doctor of Public Health/Indiana university-Perdue University Indianapolis/
 อยู่ระหว่างการศึกษา

ประสบการณ์การรับราชการ

2565-ปัจจุบัน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด
 อาจารย์พิเศษคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 2565 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง
 อาจารย์พิเศษคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 2563-2565 รักษาการรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
 อาจารย์พิเศษคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 2564-2565 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองแค
 อาจารย์พิเศษคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 2558-2565 รักษาการรองผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ กระทรวง
 สาธารณสุข
 2563-2564 รักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอนพุด จ.สระบุรี
 2554-2560 อาจารย์พิเศษ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี
 2551-2564 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมอ จ.สระบุรี
 2548-2551 แพทย์ประจำโรงพยาบาลเขาค้อ จ.เพชรบูรณ์
 2547-2548 แพทย์ประจำโรงพยาบาลสระบุรี จ.สระบุรี

ผลงานทางวิชาการ

- บทความวิชาการในวารสาร
 1. Manodpitipong A, Saetung S, Nimitphong H, Siwasaranond N, **Wongphan T**, Sornsiriwong C, Luckanajantachote P, Mangjit P, Keesukphan P, Crowley SJ, Hood MM, Reutrakul S. (2017) *Night-shift work is associated with poorer glycaemic control in patients with type 2 diabetes*. J Sleep Res. 2017May .26doi: /10.1111/jsr.12554
 2. [Kovindha A.](#), [Kammuang-Lue P.](#), [Prakongsai P.](#), [Wongphan T.](#) *Prevalence of pressure ulcers in Thai wheelchair users with chronic spinal cord injuries* [Spinal Cord](#). 2015 Oct; 53(10):767-71. doi: 10.1038/sc.2015.77. Epub 2015 May 5.
 3. **Wongphan T.**, Bundhamcharoen K.. *PIH 36 The Quality of life of patients with the top 5 diseases and the way to reflect the burden of diseases in Thailand: a country-wide multicenter EQ-5D measurement, 2010.* Value in health. 2011 Nov; 14(7): A404.
- บทความในหนังสือ
 1. Sumpradit N., **Wongphan T.**, Yotasamut J.. (2011). Resource allocation. In Nithima.Supradit (Ed.), Medical devices management in Thailand: Mammogram, LINAC, Co-60 and PET-CT (pp. 200-212). Nonthaburi: Grafico.
- หนังสือ
 1. **ธนวัฒน์ วงศ์พันธ์**, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ 2559 รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจค่าน้ำหนักภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D ใน 5 กลุ่มโรค :เอชไอวี/เอดส์ เบาหวาน มะเร็งตับ โรคหลอดเลือดสมอง และการบาดเจ็บ ประจำปี 2552-2553 จำนวน 226 หน้า ISBN:978-616-11-3018-3 บริษัท ศรีเอทีพี กูรู จำกัด กรุงเทพมหานคร
 2. ภูษิต ประคองสาย, นิศาสล เสรษฐไกรกุล, กุมาริ พัทธินิ, **ธนวัฒน์ วงศ์พันธ์** 2559 การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของ Tiotropium Bromide Monohydrate เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) ที่มีระดับความรุนแรง GOLD C และ GOLD D; pp:1-36
 3. **Wongphan T.**, Patchanee K., Lertiendamrong J., Prakongsai P.. (2013). *Report: Cost-utility analysis and calculation an optimized price of omalizumab for severe-uncontrollable asthma treatment in Thailand.* In Wongphan T. (Ed.), *Report: Cost-utility analysis and calculation an optimized price of omalizumab for severe-uncontrollable asthma treatment in Thailand.* (pp. 1-48). Nonthaburi: The graphico.
 4. **W. Thanawat**, P. Kumaree, P. Phusit 2016 *Cost minimization analysis of alfa and*

beta erythropoietin injection for chronic kidney disease patients in Thailand, 2012;
pp:1-38

○ การนำเสนอโปสเตอร์

1. **Wongphan T.** (2011). Mitigating Financial Loss in Government Hospitals under Universal Coverage Policy with the Application of Distribution Co-efficient Technique.. Poster presented at: 3rd International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-Regional Countries; Vientiane, Lao People's Democratic Republic.
2. **Wongphan T.,** Bundhumcharoen K.. (2011). THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH THE TOP 5 DISEASES AND THE WAY TO REFLECT THE BURDEN OF DISEASES IN THAILAND: A COUNTRY-WIDE MULTICENTER EQ-5D MEASUREMENT, 2010. Poster presented at: ISPOR14th Annual European Congress; Madrid, Spain.
3. **Wongphan T.,** Bundhumcharoen K.. (2011). Quality of life in HIV/AIDS patients with or without highly active antiretroviral therapy(HAART) in Thailand: a country-wide multicenter EQ-5D measurement, 2009. Poster presented at: 13th European AIDS Conference/EACS; Belgrade, Serbia.
4. **Wongphan T.,** Lertiendumrongb J., Prakongsai P.. (2011). Cost-benefit of diagnosing Multi Drug Resistant (MDR) and Extreme Drug Resistant (XDR) TB in Thailand.. Poster presented at: 3rd International Conference on Public Health among Greater Mekong Sub-Regional Countries; Vientiane, Lao People's Democratic Republic.
5. **Wongphan T.,** Patchanee K., Cetthakrikul N., Prakongsai P.. (2013). COST-UTILITY AND BUDGET IMPACT ANALYSIS OF ALTERNATING PRESSURE MATTRESS FOR PREVENTING PRESSURE ULCERS IN SEVERE DISABILITY AND PROLONGED IMMOBILIZED PATIENTS IN THAILAND, 2012. Poster presented at: The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE); Pattaya, Thailand.
6. **Wongphan T.,** Patchanee K., Prakongsai P.. (2013). Policy options: erythropoiesis-stimulating agents(ESA) for anaemic treatment from chronic renal failure in Thailand.. Poster presented at: 2013 Annual meeting of Food and Drug Administration; Bangkok, Thailand.

○ การนำเสนอทางวาจา

1. **Wongphan T.,** Lertiendumrongb J.. (2010). Surge capacity and preparation for influenza pandemic in Thailand study. Oral Presentation presented at: AsiaFluCap

- meeting; Taipei, Taiwan, Province Of China. (See attachment 1)
2. **Wongphan T.**, Lertiendumrongb J., Prakongsai P.. (2012). Policy decision on multi drug resistant (MDR), extreme drug resistant (XDR) tuberculosis screening: How it comes?. Oral Presentation presented at: The First HTAsiaLink Annual Conference 2012; Petchaburi, Thailand.
 3. **Wongphan T.**, Pachanee K., Prakongsai P.. (2014). Cost utility analysis and budget impact analysis of Omalizumab in patients with severe persistent allergic asthma in Thailand. Oral Presentation presented at: The 3rd HTAsiaLink Annual Conference 2014; Beijing, China
 4. Urairoj M., **Wongphan T.**, Prakongsai P.. (2013). Literature review on cost-effectiveness of prevention on pre-diabetic conditions.. Oral Presentation presented at: 2013 Annual meeting of Food and Drug Administration; Bangkok, Thailand.
 5. Pachanee K., **Wongphan T.**, Prakongsai P. Cost-effectiveness and budget impact analysis on Liver transplantation in adult patients. Oral presentation(by PI) at: Annual ministry of public health conference(Post 2015, changing for better health); Pattaya, Thailand

รางวัลหรือทุนการศึกษา (เฉพาะที่สำคัญ)

- World Health Organization, WHO Advanced Course on Health Financing for Universal Health Coverage for Low and Middle Income Countries. Tunis, Tunisia. 2011
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน “Improving the Quality of Health Services”, School of Public Health, T.H. Chan Harvard University, 2019
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน Stanford Executive Program(SEP), Stanford University, 2022

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด
2. อาจารย์พิเศษ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์