การสาธารณสุขไทย
๒๕๔๔-๒๕๔๗

ISBN : 974-465-888-6

การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544 - 2547

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายแพทย์สุวัช เซียศิริวัฒนา
นางสาวปาณบดี เอกะจัมปกะ
นายสุทธิสารณ์ วัฒนมะโน
นางรุจิรา ทวีรัตน์

ISBN: 974-465-888-6

Website http://www.moph.go.th/ops/health_48

จัดทำโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์

สนับสนุนโดย กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ)

คำนำ

รายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547 นี้ นับเป็นฉบับที่สี่ของประเทศไทย ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำขึ้นภายใต้แนวคิดที่ว่า สุขภาพคนไทยมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ ในทุกมิติทั้งด้านปัจเจกบุคคล สภาพแวดล้อม รวมทั้งตัวระบบบริการสุขภาพเอง ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพคนไทยให้มีสุขภาพดีและยั่งยืน จะต้องพิจารณาถึงมิติต่างๆ ดังกล่าวด้วย ประกอบกับในช่วงเวลาที่จัดทำรายงานฉบับนี้ เป็นช่วงที่ไทยดำเนินการใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มาเป็นระยะเวลาครึ่งแผนฯ แล้ว ดังนั้น เพื่อให้รายงานดังกล่าวเอื้ออำนวยต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและปรับแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 ได้ทันการณ์ จึงได้มีการขยายขอบเขตของการรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลออกไปอีก 2 ปี โดยประกอบด้วยเนื้อหารวม 13 บท ดังนี้

บทที่ 1 พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย
บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย
บทที่ 3 แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)
บทที่ 4 สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
บทที่ 5 สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย
บทที่ 6 ระบบบริการสุขภาพไทย
บทที่ 7 ระบบบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข
บทที่ 8 โครงการและกิจกรรมสำคัญทางด้านสุขภาพที่ดำเนินการในประเทศไทย
บทที่ 9 สุขภาพกับพลวัตทางเศรษฐกิจ
บทที่ 10 ระบบสุขภาพกับการค้าระหว่างประเทศ
บทที่ 11 การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
บทที่ 12 ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ
บทที่ 13 การพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจในทุกมิติที่เกี่ยวกับสุขภาพ และนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		***ข***
สารบัญตาราง		***ง***
สารบัญภาพ		***ฑ***
บทที่ 1	**พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย**	***1***
	1. ยุคฟื้นฟูวิทยาการแพทย์แผนไทย (พ.ศ. 2325 - พ.ศ. 2394)	*1*
	2. ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง	*2*
	3. ยุคบุกเบิกของการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2460 - พ.ศ. 2472)	*3*
	4. ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุข	*4*
บทที่ 2	**ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย**	***13***
	1. ที่ตั้ง อาณาเขตและพรมแดน	*13*
	2. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย	*14*
	3. ประชากร ภาษาและศาสนา	*14*
	4. เศรษฐกิจ	*15*
	5. ระบบการปกครองของไทย	*16*
บทที่ 3	**แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)**	***21***
	1. แนวคิดในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)	*21*
	2. ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพไทย	*21*
	3. วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพประชาชน	*23*
	4. พันธกิจหลัก : การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health)	*23*
	5. วัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)	*23*
	6. เป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)	*23*
	7. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ	*25*
	8. โครงสร้างแผนงาน / โครงการในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)	*31*
	9. วิวัฒนาการของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	*32*
บทที่ 4	**สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ**	***39***
	1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ	*40*
	2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา	*59*

หน้า

3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัวและการอพยพย้ายถิ่น 67
4. คุณภาพชีวิตของคนไทย 79
5. ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรม 82
6. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองและการปกครอง 83
7. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 96
8. สถานการณ์และแนวโน้มด้านโครงสร้างพื้นฐาน 114
9. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยี 120
10. พฤติกรรมสุขภาพ 121

บทที่ 5 สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย 167

1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทางกายในภาพรวม 167
2. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพจิต 174
3. การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา 175

บทที่ 6 ระบบบริการสุขภาพไทย 239

1. ทรัพยากรสุขภาพ 240
2. การบริหารจัดการระบบสาธารณสุข 304
3. โครงสร้างองค์กรในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข 311
4. บริการสุขภาพ 315
5. การคลังสาธารณสุขไทย 319
6. ปัญหาระบบสุขภาพไทย 332

บทที่ 7 ระบบบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข 351

1. กว่าจะมาเป็นกระทรวงสาธารณสุข 351
2. กระทรวงสาธารณสุข : ปัจจุบันและแนวโน้มอนาคต 355
3. แผนงาน / โครงการของกระทรวงสาธารณสุข 362
4. กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข 362
5. งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข 369
6. สรุปการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2547 383

บทที่ 8 โครงการและกิจกรรมสำคัญทางด้านสุขภาพที่ดำเนินการในประเทศไทย 385

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 385
2. การสร้างเสริมสุขภาพ 385
3. การป้องกันและควบคุมโรค 389
4. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 392
5. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ 392
6. การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน 392
7. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 393
8. การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 395

หน้า

9. การวิจัยด้านสุขภาพ 396
10. การพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ 396

บทที่ 9 สุขภาพกับพลวัตทางเศรษฐกิจ 401
1. สุขภาพและระบบบริการสุขภาพในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ(พ.ศ. 2521- พ.ศ.2530) 401
2. ระบบสุขภาพในช่วงเศรษฐกิจขยายตัว (พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2539) 403
3. วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ.2540 และผลกระทบต่อสุขภาพ 405
4. ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในการตอบสนองต่อวิกฤตเศรษฐกิจ 409
5. สุขภาพในช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว (ตั้งแต่ พ.ศ. 2545) 412

บทที่ 10 ระบบสุขภาพกับการค้าระหว่างประเทศ 415
1. องค์การการค้าโลก (World Trade Organization-WTO) 416
2. ข้อตกลงพหุภาคีด้านการค้าผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ 420
3. การเปิดเสรีทางการค้าบริการ - GATS 421
4. ข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญา (TRIPS) 423
5. บทสรุป 425

บทที่ 11 การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ 429
1. ความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพ 429
2. การปฏิรูปโรงพยาบาลในภาครัฐ 432
3. การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนอำนาจในภาคสาธารณสุข 434
4. การดำเนินการในการกระจายอำนาจ 438
5. ความคืบหน้าในการดำเนินการ 440

บทที่ 12 ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ 441
1. ความหมายและที่มา 441
2. องค์กรประชาสังคมในประเทศไทย 443
3. ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพในประเทศไทย 444
4. แนวโน้มอนาคต 447

บทที่ 13 การพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ 449
1. ขอบเขต หน้าที่ องค์กร และกลไกของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ 449
2. องค์กร/กลไกด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ 450
3. ความสำเร็จของไทยในเวทีสาธารณสุขระหว่างประเทศ (พ.ศ. 2543 - 2547) 453
4. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการสาธารณสุขระหว่างประเทศในประเทศไทย 455
5. แนวทางการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศในอนาคต 456

เอกสารอ้างอิง 461

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
บทที่ 2		
2.1	ภาวะเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2547	*16*
บทที่ 3		
3.1	เป้าหมายและสถานการณ์ ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)	*23*
3.2	สาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กับแผนพัฒนาการสาธารณสุข รวมทั้งผลสำเร็จของแผนฯ ตั้งแต่แผนฯ ฉบับที่ 1-9	*32*
บทที่ 4		
4.1	สัดส่วนคนจน พ.ศ.2505-พ.ศ.2545 วัดจากรายได้ จำแนกตามพื้นที่	*45*
4.2	สัดส่วนคนจนของประเทศไทยเปรียบเทียบในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	*45*
4.3	ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ.2543	*46*
4.4	การเติบโตตามมูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2545 (ถือมูลค่า พ.ศ. 2536 = 100)	*50*
4.5	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง) ในปีงบประมาณ 2535 - 2546	*52*
4.6	จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน) ในปีงบประมาณ 2535 - 2546	*52*
4.7	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง) และจำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน) ของสถานพยาบาลเอกชน ในปีงบประมาณ 2534 - 2545	*53*
4.8	จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543	*54*
4.9	จำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ต่อประชากรล้านคนของประเทศพัฒนาแล้ว เปรียบเทียบกับประเทศไทยและกรุงเทพฯ พ.ศ. 2546	*56*
4.10	จำนวน/อัตราลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานใน พ.ศ. 2517-พ.ศ. 2546	*58*
4.11	อัตราการเข้าเรียนสุทธิของประชากรวัยเรียนในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2544/2545	*60*
4.12	ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่อ่านหนังสือและเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการอ่านหนังสือ จำแนกตาม เขตการปกครอง เพศ และกลุ่มอายุ พ.ศ.2546	*62*
4.13	อัตราการเรียนรู้ของไทย พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546	*63*
4.14	ร้อยละของเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 11-24 ปี จำแนกตามความสามารถ เขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2545	*63*
4.15	จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของประชากรไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ.2546	*64*
4.16	โครงสร้างกำลังแรงงาน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2563	*65*
4.17	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความถนัดทางการเรียนของนักเรียนใน ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ปี 2543 - 2546	*66*
4.18	ร้อยละของปัญหาสุขภาพที่ผู้หญิงเผชิญเมื่อถูกกระทำรุนแรง พ.ศ. 2543	*75*

ตารางที่		หน้า
4.19	ระดับพัฒนาการและเชาว์ปัญญาของเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2544	*76*
4.20	เด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง พ.ศ.2536 - พ.ศ. 2546	76
4.21	อัตรารอยละของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามประเภทของการย้ายถิ่น และภาคที่อยู่ในปัจจุบัน พ.ศ.2535 - พ.ศ.2545	*78*
4.22	ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2545	*80*
4.23	ดัชนีวัดความยากจน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545	*81*
4.24	ดัชนีความก้าวหน้าของคนจำแนกตามภาคและจังหวัดที่มีคะแนนสูงสุดห้าอันดับแรก พ.ศ. 2546	*82*
4.25	เวลาว่างโดยเฉลี่ยของประชากร จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2544	*83*
4.26	การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการใช้สิทธิเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา	*84*
4.27	ดัชนีคอร์รัปชั่นของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546	*86*
4.28	มูลค่าเฉลี่ยของเงินสินบนที่ถูกเรียกในแต่ละครัวเรือน จำแนกตามหน่วยงาน พ.ศ. 2542	*87*
4.29	ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2546	*88*
4.30	การเปรียบเทียบอัตราเงินเดือนแรกเข้าของภาคราชการและภาคเอกชน พ.ศ. 2538/2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545	*90*
4.31	รายได้และรายจ่ายของส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นเทียบเป็นร้อยละของ GDP	*94*
4.32	โครงสร้างรายได้ส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ)	*94*
4.33	การเปรียบเทียบเงินเดือนและค่าตอบแทนของกำลังคนด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พ.ศ. 2540	*95*
4.34	ระดับความเป็นกรด-ด่าง (pH) เฉลี่ยของน้ำฝน พ.ศ. 2539 - พ.ศ.2545	*100*
4.35	ร้อยละของคุณภาพน้ำในแม่น้ำทั่วไปและแม่น้ำเจ้าพระยา พ.ศ.2535 -พ.ศ. 2546	*101*
4.36	ปริมาณการนำเข้าของเคมีวัตถุ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2546	*103*
4.37	ร้อยละของประเภทน้ำบริโภคของคนไทย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2544	*105*
4.38	คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546	*106*
4.39	ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546	*107*
4.40	พฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมของประชาชนในประเทศไทย พ.ศ. 2544	*108*
4.41	ประมาณการผลกระทบและค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เกิดขึ้นจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{10}) ใน 6 เมืองใหญ่ประเทศไทย พ.ศ. 2543	*109*
4.42	ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสารเร่งการเจริญเติบโตในอาหารประเภทต่างๆ ตามระบบงานปกติ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2546	*112*
4.43	ผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารสดจากตลาดสดทั่วประเทศตามโครงการ ความปลอดภัยด้านอาหาร พ.ศ. 2546	*113*
4.44	การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักและผลไม้สด พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2545	*113*
4.45	โครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545	*115*
4.46	ประชากรที่ใช้อินเตอร์เน็ต จำแนกตามเขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546	*116*
4.47	การเปรียบเทียบความแพร่หลายของการใช้อินเตอร์เน็ตในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2541, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2545	*117*

ตารางที่		หน้า
4.48	ร้อยละของครัวเรือนที่มีเครื่องรับวิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2545	*118*
4.49	การมีไฟฟ้าใช้ของหมู่บ้านระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546	*119*
4.50	DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542	*122*
4.51	ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามสิ่งที่คำนึงถึงในการเลือกซื้ออาหาร พ.ศ. 2544	*123*
4.52	การเปลี่ยนแปลงระดับและความชุกของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประชากรไทย (อายุ 35-59 ปี)	*125*
4.53	เปรียบเทียบกลุ่มขนมจำแนกตามผลการสำรวจรายการที่ร้านค้าปลีกขายดี และรายการที่เด็กนิยมบริโภค พ.ศ. 2546	*126*
4.54	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุในกลุ่มอายุต่างๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2532, พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2544	*126*
4.55	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด(DMFT) ในกลุ่มอายุต่างๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2532, พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2543 - 2544	*127*
4.56	หมวดที่ใช้จ่ายค่าขนมของเด็กประถมศึกษา	*127*
4.57	สถานที่กระจายยาของประเทศไทย (ร้อยละของมูลค่ายาทั้งหมด)	*128*
4.58	การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม รวบรวมจากรายงาน 11 ฉบับ	*129*
4.59	ปริมาณการบริโภคบุหรี่ของคนไทย พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546	*132*
4.60	จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2546	*133*
4.61	สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546	*134*
4.62	อัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นประจำ จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์ที่สูบมากที่สุด	*135*
4.63	สัดส่วนการตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546	*135*
4.64	ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2531 - พ.ศ.2546	*138*
4.65	จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546	*139*
4.66	อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ	*139*
4.67	ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุรา จำแนกตามความถี่ของการดื่มสุรา พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546	*140*
4.68	ร้อยละของประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำแนกตามอายุที่เริ่มดื่มและเหตุผลในการดื่ม พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2544	*140*
4.69	มูลค่าการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*142*
4.70	ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน (เครื่องดื่มบำรุงกำลัง) พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546	*143*
4.71	จำนวนและความชุก (Prevalence) และความชุกที่ปรับแล้ว (Adjusted prevalence) ดื่มเครื่องดื่มประเภทต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ	*144*
4.72	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มในปัจจุบัน ที่ระบุเหตุผลที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนประเภทต่างๆ พ.ศ. 2543	*144*
4.73	สถิติการจับกุมยาบ้า พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2546	*145*
4.74	ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาล ประเทศไทย พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545	*146*

ตารางที่		หน้า
4.75	จำนวนนักเรียนที่เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545	*147*
4.76	อัตราร้อยละการใช้ยา/สารเสพติด ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในสถานศึกษา พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2542	*147*
4.77	ผลการประมาณการจำนวนนักเรียนและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พ.ศ. 2544	*148*
4.78	ผลการประมาณการจำนวนนักเรียนและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำแนกตามประเภทของยาเสพติด พ.ศ. 2544	*148*
4.79	จำนวนประชากรทั่วประเทศที่ใช้สารเสพติด จำแนกตามชนิดและระยะเวลาที่ใช้ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546	*149*
4.80	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545	*150*
4.81	อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545	*151*
4.82	อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกายจำแนกตามระยะเวลาที่ปฏิบัติในแต่ละวัน พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545	*151*
4.83	อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกายจำแนกตามประเภทของการออกกำลังกาย พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545	*152*
4.84	อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามสถานที่ออกกำลังกาย พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2545	*152*
4.85	แสดงสถานที่ออกกำลังกาย จำแนกตามประเภท	*153*
4.86	ชมรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2546	*153*
4.87	อัตราร้อยละของประชาชนที่ไม่ออกกำลังกาย จำแนกตามเหตุผลที่ไม่ออกกำลังกาย พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545	*154*
4.88	อัตราส่วนของประชากรวัยแรงงาน จำแนกตามระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละวัน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2540	*154*
4.89	เวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยในการนอนและพักผ่อนหย่อนใจแต่ละวันนับเป็นชั่วโมง จำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ. 2544	*155*
4.90	อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับรถยนต์ จำแนกตามการใช้เข็มขัดนิรภัย	*156*
4.91	อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่	*156*
4.92	รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (หน่วย : ร้อยละ)	*163*
4.93	ร้อยละของประชากร จำแนกตามการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2546	*164*
4.94	ร้อยละของประชากรที่ใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามสถานที่ใช้บริการ พ.ศ. 2546	*165*
บทที่ 5		
5.1	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ	*168*
5.2	อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด(Life Expectancy at Birth)	*169*
5.3	อัตราทารกตายและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน	*172*
	เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545	*174*
5.4	อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544	*174*
5.5	ร้อยละของสาเหตุของ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของประชากรไทย พ.ศ. 2542 จำแนกตามกลุ่มอายุ	*177*

ตารางที่		หน้า
5.6	แสดงโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs Loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2542 จำแนกตามเพศ	*178*
5.7	อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*180*
5.8	ร้อยละของการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2545	*183*
5.9	อุบัติการการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*185*
5.10	อัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิที่พบบ่อย (ร้อยละ)	*187*
5.11	การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง (episode) ครั้ง/คน/ปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	*192*
5.12	การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์, ผู้เสียชีวิตและป่วยจากโรคเอดส์ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2563	*199*
5.13	อุบัติการของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542	*203*
5.14	ร้อยละของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ใน พ.ศ. 2536 และ พ.ศ. 2538 -2540 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็ง	*204*
5.15	อัตราการเกิดโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีกลุ่มอายุ 15-59 ปีต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542 จำแนกตามอวัยวะที่เกิดและกลุ่มอายุ	*205*
5.16	การประมาณการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีสหรัฐอมเริกาจำแนกตามอายุ พ.ศ. 2540	*205*
5.17	แสดงอายุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทย ปี 2526 - ปี 2547	*206*
5.18	การตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรและการป่วย การตายด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545	*207*
5.19	จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2545	*211*
5.20	จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545	*212*
5.21	ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอุบัติเหตุกับยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2545	*213*
5.22	มูลค่าความสูญเสียของเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)	*213*
5.23	การบาดเจ็บ และเสียชีวิต จำแนกตามประเภทของพาหนะ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2545	*214*
5.24	อุบัติการโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ.2536, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542	*223*
5.25	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545	*226*
5.26	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545	*227*
5.27	แนวโน้มอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากรสูงอายุไทย ในเขตเมืองและเขตชนบท พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2541	*227*
5.28	เปรียบเทียบความชุกของโรคสมองเสื่อมของประชากรสูงอายุไทยกับสหรัฐอเมริกา	*228*
5.29	อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน หัวใจ มะเร็ง อัมพาต ตับ ไต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุจากการขนส่งต่อประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546	*230*

ตารางที่ หน้า

5.30 จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2545 231
5.31 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้พิการที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544 232
5.32 การตรวจพบ Enterovirus 71 พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2545 237
5.33 ลักษณะและประวัติเสี่ยงของผู้ป่วยยืนยัน ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยตัดออก และผู้ป่วย Influenza ไม่ทราบ subtype 238

บทที่ 6

6.1 จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540 - 2546 241
6.2 แผนการรับนักศึกษาแพทย์ของไทย ปีการศึกษา 2547 - 2556 241
6.3 แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2540 - 2549 242
6.4 คาดประมาณจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2563 243
6.5 การกระจายแพทย์จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545 244
6.6 สัดส่วนการกระจายแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545 246
6.7 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537 - 2546 251
6.8 แสดงภาระงานของแพทย์ พ.ศ. 2545 252
6.9 จำนวนการรับนักศึกษาทันตแพทยศาสตร์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540 - 2547 252
6.10 แผนการรับนักศึกษาทันตแพทย์ของไทย ปีการศึกษา 2548 - 2557 253
6.11 จำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2540 - 2549 253
6.12 คาดประมาณจำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานและสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573 254
6.13 การกระจายทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545 255
6.14 การกระจายของทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2546 257
6.15 สัดส่วนการกระจายทันตแพทย์ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545 258
6.16 การกระจายทันตแพทย์ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2546 260
6.17 จำนวนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์และแผนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540 - 2549 261
6.18 จำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2540 - 2549 261
6.19 การกระจายเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545 263
6.20 สัดส่วนการกระจายเภสัชกร จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545 265
6.21 แผนการรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540 - 2557 267
6.22 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2540 - 2549 268
6.23 การกระจายพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545 269
6.24 สัดส่วนการกระจายพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามสังกัด พ.ศ.2514 - พ.ศ. 2545 271
6.25 แสดงภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2545 272
6.26 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546 274
6.27 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2546 275

ตารางที่		หน้า
6.28	สถานบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน พ.ศ. 2546	*277*
6.29	สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546	*278*
6.30	การกระจายเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*281*
6.31	สัดส่วนการกระจายโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2545	*283*
6.32	สัดส่วนการกระจายเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2545	*284*
6.33	จำนวนแพทย์ เตียง และโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษที่ผ่านมา	*286*
6.34	จำนวนแพทย์ เตียง ในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2546	*287*
6.35	จำนวนสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและเตียง จำแนกตามภาครัฐและเอกชน พ.ศ. 2545	*288*
6.36	โรงพยาบาลเอกชนที่รักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค จำแนกตามจำนวนเตียง พ.ศ. 2546	*289*
6.37	การกระจายสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522, พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546	*291*
6.38	การกระจายร้านขายยาแผนปัจจุบัน แผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จและแผนโบราณ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*293*
6.39	แสดงมูลค่าการผลิตและการนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2545	*295*
6.40	อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย	*298*
6.41	มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546 (ล้านบาท)	*300*
6.42	มูลค่าการส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546 (ล้านบาท)	*301*
6.43	พ.ร.บ. ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเองโดยตรง	*306*
6.44	ข้อมูลองค์กรเอกชนที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2547	*312*
6.45	ข้อมูลองค์กรเอกชนด้านเอดส์ที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2547	*313*
6.46	จำนวนสถาบันการศึกษา/ผู้สำเร็จการศึกษาของภาคเอกชน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546 จำแนกตามสาขาต่างๆ	*314*
6.47	จำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของ รพศ. / รพท. รพช./รพ.สาขา และ สอ./สสช. พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*318*
6.48	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าปัจจุบัน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545 (ล้านบาท)	*321*
6.49	สัดส่วนของแหล่งรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ.2523 - พ.ศ. 2545 ในมูลค่า พ.ศ. 2531	*323*
6.50	ค่าใช้จ่ายด้านยาและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545 (ล้านบาท)	*324*
6.51	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่างๆ ในเอเชีย	*325*
6.52	แบบแผนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2545	*327*
6.53	การจัดสรรงบประมาณด้านการจัดบริการสาธารณสุขภาครัฐเปรียบเทียบ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2547	*330*

ตารางที่		หน้า
6.54	การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข จำแนกตาม 11 กิจกรรมหลัก, เขตพื้นที่และหมวดรายจ่าย ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5, 6, 7, 8	*332*
6.55	การกระจายทรัพยากรสุขภาพรายภาค พ.ศ. 2546	*333*
6.56	อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2546	*335*
6.57	อัตราส่วน CT scanner ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง(Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546	*335*
6.58	การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัว จำแนกตามภาค (ณ ราคาคงที่ ปี 2546)	*336*
6.59	พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในเขตที่อยู่อาศัยและภาค พ.ศ. 2531, พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547	*337*
6.60	อัตราตายทารกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2539	*338*
6.61	ดัชนีสุขภาพของคนไทย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2545	*338*
6.62	ร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2545	*339*
6.63	สัดส่วนของการได้รับประโยชน์จากรัฐกรณีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของครัวเรือน 10 กลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2545	*340*
6.64	การใช้เตียงของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545	*341*
6.65	อัตราส่วนจำนวนเตียงต่อแพทย์ จำนวนเตียงต่อพยาบาล, ผู้ป่วยในต่อแพทย์, ผู้ป่วยในต่อพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545	*342*
6.66	ความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ พ.ศ. 2541	*343*
6.67	ความพึงพอใจของประชากรต่อการใช้บริการในสถานพยาบาล พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546	*344*
6.68	ความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ.2545 และ พ.ศ. 2546	*345*
6.69	ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547	*347*
6.70	ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547	*348*
6.71	ความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษาพยาบาล	*348*
6.72	อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547	*349*
บทที่ 7		
7.1	จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546	*363*
7.2	จำนวนพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามสาขา/วิชาชีพ พ.ศ. 2546	*364*
7.3	กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมลูกจ้างประจำ) จำแนกตามกลุ่ม/สายงานสำคัญที่มีคนครองตำแหน่งจริง พ.ศ. 2546	*367*

ตารางที่		หน้า
7.4	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข มูลค่าปัจจุบันและมูลค่าจริง	*373*
7.5	งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2547	*375*
7.6	การจัดสรรงบประมาณตามลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญในช่วงครึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2547)	*377*
7.7	งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2540-2547 (มูลค่าปัจจุบัน)	*379*
7.8	งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2547	*381*
บทที่ 8		
8.1	จำนวนผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรนักบริหารระดับสูง ระดับกลางและระดับต้น พ.ศ. 2538 - 2546	*395*
บทที่ 9		
9.1	ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2546	*404*
9.2	โรงพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2548	*409*
9.3	ผลการดำเนินการจัดซื้อร่วมและมูลค่าประมาณการประหยัด พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546	*411*
9.4	พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของคนไทย	*413*
บทที่ 11		
11.1	เปรียบเทียบรูปแบบการกระจายอำนาจ	*437*
บทที่ 13		
13.1	ลำดับเหตุการณ์สำคัญของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ	*450*
13.2	องค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ และจุดอ่อน จุดแข็ง	*452*
13.3	10 ประเทศแรกที่รับผู้ได้ทุนจากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2539	*456*

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
บทที่ 2		
2.1	แผนที่ประเทศไทย	*13*
2.2	การนับถือศาสนาของคนไทย	*15*
2.3	ระบบการปกครองไทยในปัจจุบัน	*19*
บทที่ 3		
3.1	ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพไทย	*22*
3.2	ยุทธศาสตร์/ยุทธวิธีในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)	*29*
3.3	ยุทธศาสตร์แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)	*30*
3.4	โครงสร้างแผนงาน/งานในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)	*31*
บทที่ 4		
4.1	ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	*39*
4.2	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546 (ราคาตลาด)	*40*
4.3	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัวประชากรที่คิดเป็น US$ พ.ศ. 2503 - พ.ศ 2546	*41*
4.4	อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศไทย	*41*
4.5	สัดส่วนความยากจนของประเทศไทยวัดจากรายได้ พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2545	*42*
4.6	สัดส่วนของเศรษฐกิจ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรมและบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546	*43*
4.7	ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรไทย แยกเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับรายได้	*44*
4.8	ระดับการเปิดประเทศและสัดส่วนการค้าของไทยในตลาดโลก พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546	*47*
4.9	ค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545	*48*
4.10	ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545	*49*
4.11	การเติบโตตามมูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2545 (ถือมูลค่า พ.ศ. 2536 = 100)	*51*
4.12	อัตราการตายและการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานของคนงานใน พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2546	*59*
4.13	อัตราการรู้หนังสือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทย พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2553	*61*
4.14	อัตราการเรียนต่อของนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2537 - 2546	*64*
4.15	การเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ของนักเรียนปีการศึกษา 2529 - 2540 และปีการศึกษา 2535 - 2546	*65*
4.16	ผลการแข่งขันโอลิมปิกทางวิชาการเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2547	*67*
4.17	อัตราการคุมกำเนิดของประเทศไทยตั้งแต่เริ่มดำเนินการวางแผนครอบครัวจนถึง พ.ศ. 2544	*68*
4.18	อัตราการเจริญพันธุ์รวมยอดประเทศไทยและการคาดการณ์ พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2573	*68*

ภาพที่		หน้า
4.19	อัตราเพิ่มของประชากรไทยและการคาดการณ์ พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2563	*69*
4.20	จำนวนประชากรไทยทั่วประเทศและการคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2568	*69*
4.21	สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2568	*70*
4.22	อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2568	*70*
4.23	พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2563 และ พ.ศ.2568 กับประเทศสวีเดน เดนมาร์ก และญี่ปุ่น ในปัจจุบัน	*71*
4.24	ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2563	*73*
4.25	อัตราของประชากรอายุ 3 - 5 ปี ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546	*74*
4.26	การคาดประมาณประชากรเขตเมืองและชนบท	*77*
4.27	คุณภาพการให้บริการของหน่วยงานราชการ พ.ศ. 2542	*88*
4.28	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของภาครัฐต่องบประมาณรายจ่ายประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545	*89*
4.29	ความแตกต่างของผลตอบแทนภาคเอกชนและภาคราชการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539 พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2545	*91*
4.30	ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ได้งานทำ จำแนกตามประเภทการจ้างงาน พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2545	*92*
4.31	สัดส่วนของพื้นที่ป่าไม้ต่อพื้นที่ทั้งหมด พ.ศ. 2504 - พ.ศ. 2543	*96*
4.32	ปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าในปัจจุบันและความต้องการใช้พลังงานไฟฟ้าในอนาคต พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2554	*98*
4.33	ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546	*99*
4.34	ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมงสูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพฯ ปริมณฑลและเมืองใหญ่ในพื้นที่ต่างจังหวัด พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546	*102*
4.35	อัตราการมีส้วมถูกสุขลักษณะ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2544	*108*
4.36	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเนื่องจากฝุ่น PM_{10} ในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2563	*110*
4.37	อัตราการมีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546	*119*
4.38	ร้อยละของภาระโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542	*121*
4.39	ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2546	*123*
4.40	อัตราความชุกภาวะอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2529 และ พ.ศ. 2538	*124*
4.41	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศต่างๆ เปรียบเทียบกับประเทศไทย	*128*
4.42	ร้อยละของผู้แทนครัวเรือน จำแนกตามพฤติกรรมการอ่านฉลากยาก่อนการใช้ยา พ.ศ. 2544	*130*
4.43	มูลค่าการโฆษณายา อาหารและเครื่องสำอาง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*130*
4.44	ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546	*134*
4.45	เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อคน พ.ศ. 2543	*137*

ภาพที่		หน้า
4.46	ปริมาณจำหน่ายสุรา เบียร์และไวน์ และปริมาณแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546	*141*
4.47	จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์ และไวน์ ปี พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546	*141*
4.48	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545	*150*
4.49	สัดส่วนของประชากรที่ขับขี่รถภายหลังการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ	*157*
4.50	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*158*
4.51	สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-9 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546	*158*
4.52	สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-9 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546	*159*
4.53	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-9 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546	*159*
4.54	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-9 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546	*160*
4.55	สัดส่วนของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-9 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546	*160*
4.56	สัดส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมาของหญิงที่มาฝากครรภ์ และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-8 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545	*161*
4.57	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-9 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546	*161*
4.58	สัดส่วนของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-9 พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546	*162*
4.59	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-9 พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546	*162*
บทที่ 5		
5.1	อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2546	*170*
5.2	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2563	*171*
5.3	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2545	*173*
5.4	อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2546	*173*

ภาพที่		หน้า
5.5	อัตราการเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2546	*174*
5.6	อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546	*175*
5.7	อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510 - พ.ศ. 2546	*177*
5.8	สถานการณ์โรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546	*179*
5.9	สัดส่วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2544	*181*
5.10	สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (HCT<33%) พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2545	*181*
5.11	ภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2545	*182*
5.12	อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG DPT_3 OPV_3 HB_3 Measles และ TT_2 + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2545	*184*
5.13	อุบัติการของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคหัด ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*186*
5.14	อุบัติการของโรคไอกรน คอตีบและโปลิโอ ประเทศไทย พ.ศ.2520 - พ.ศ. 2546	*186*
5.15	อุบัติการและอัตราตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส บี ประเทศไทย พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2546	*187*
5.16	อุบัติการและอัตราตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2546	*188*
5.17	อุบัติการและอัตราตายของโรคไข้สมองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*189*
5.18	อัตราความชุกของโรคเรื้อนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2546	*190*
5.19	อัตราป่วย/ตายของโรคพิษสุนัขบ้าต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*190*
5.20	อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*191*
5.21	อุบัติการของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*192*
5.22	อุบัติการและอัตราตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*193*
5.23	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*194*
5.24	อุบัติการณ์ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2546	*194*
5.25	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*196*
5.26	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศโดยแฝง กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*197*
5.27	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พฤศจิกายน 2532 - พฤษภาคม 2546	*198*
5.28	อัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ของคนไทยและชาวเขาที่เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษาเสพติดภาคเหนือ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2541	*198*
5.29	แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน แยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2546	*200*

ภาพที่		หน้า
5.30	แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีชีวิตในแต่ละปี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม และจำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี จากการคาดประมาณ ถึง ปี พ.ศ. 2563	*200*
5.31	อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546	*201*
5.32	ความชุกของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2539	*202*
5.33	อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2540	*204*
5.34	อัตราตายและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ..ศ. 2527 - พ.ศ. 2545	*210*
5.35	อัตราตายด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง จำแนกตามเพศ พ.ศ.2539 - พ.ศ.2545	*212*
5.36	อัตราการบาดเจ็บของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัย พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2545	*215*
5.37	สัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่รถจักยานยนต์ จำแนกตามสภาพการใช้แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2545	*216*
5.38	อัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*216*
5.39	จำนวนและร้อยละของรายงานการตายอุบัติเหตุทางน้ำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546	*217*
5.40	อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*218*
5.41	อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และเพศ	*219*
5.42	ประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553	*219*
5.43	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545	*220*
5.44	สัดส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการผ่าตัดในสถาบันโรคหัวใจ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545	*220*
5.45	อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2540	*221*
5.46	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2545	*222*
5.47	อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*222*
5.48	จำนวนรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2546	*224*
5.49	อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิต ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2546	*225*
5.50	ความชุกของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2544	*226*
5.51	การคาดประมาณผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมใน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573	*228*
5.52	อัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546	*229*

ภาพที่		หน้า
5.53	สัดส่วนของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2544	*232*
5.54	อัตราผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ของประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546	*233*
5.55	ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*234*
5.56	อัตราความชุกโรคเท้าช้างต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย ปี 2535 - ปี 2546	*235*
5.57	อัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ปี 2520 - ปี 2546	*235*
5.58	อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซีส ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2546	*236*
5.59	อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซีส จำแนกตามภาค ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546	*236*
บทที่ 6		
6.1	โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ	*239*
6.2	อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*245*
6.3	อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*245*
6.4	สัดส่วนของแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545	*248*
6.5	สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2546	*249*
6.6	สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2545 (นับจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงๆ)	*249*
6.7	จำนวนเตียงและจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*250*
6.8	อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*256*
6.9	อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*256*
6.10	ร้อยละความครอบคลุมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546	*259*
6.11	ร้อยละความสูญเสียทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ.2532 - พ.ศ. 2560	*259*
6.12	สัดส่วนทันตแพทย์เฉพาะทางและทันตแพทย์ทั่วไป พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2546	*260*
6.13	อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*264*
6.14	สัดส่วนประชากรต่อเภสัชกรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*264*
6.15	สัดส่วนของเภสัชกร จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545	*266*
6.16	อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*270*
6.17	สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*270*
6.18	สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545	*272*
6.19	ร้อยละของสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) จำแนกกรุงเทพมหานครและภูมิภาค พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546	*278*
6.20	ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำแนกกรุงเทพมหานครและภูมิภาค พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2546	*279*
6.21	อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545	*282*

ภาพที่		หน้า
6.22	จำนวนสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ขอตั้งใหม่และเลิกกิจการ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2546	*282*
6.23	สัดส่วนของโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2545	*285*
6.24	สัดส่วนของเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2545	*285*
6.25	อัตราส่วนประชากรต่อสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2546	*292*
6.26	ร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	*296*
6.27	ร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2545	*296*
6.28	มูลค่าการส่งออกยาของประเทศไทยใน พ.ศ.2532 - พ.ศ.2546 (ราคาปัจจุบัน)	*297*
6.29	จำนวนเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปิดบริการในประเทศไทย จำแนกตามสถานบริการภาครัฐและเอกชน	*298*
6.30	มูลค่าการนำเข้า ส่งออก เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546	*303*
6.31	ระบบติดตามกำกับการดำเนินงานและการประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข	*308*
6.32	การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข	*310*
6.33	ระดับการให้บริการสุขภาพของไทย	*317*
6.34	จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546	*319*
6.35	แนวโน้มสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาครัฐและภาคเอกชน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545	*325*
6.36	รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2545	*326*
6.37	งบประมาณด้านสุขภาพและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2547	*329*
6.38	จำนวนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2546	*334*
6.39	เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดไซล์ก่อนและหลังมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	*350*
บทที่ 7		
7.1	วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2431 - ปัจจุบัน	*354*
7.2	โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข	*359*
7.3	โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค	*360*
7.4	จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524 - 2546	*365*
7.5	สัดส่วนข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524 - 2546	*366*
7.6	งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายของประเทศ (มูลค่าปัจจุบัน) และสัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2512 - 2547	*370*
7.7	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ	*371*
7.8	สัดส่วนงบประมาณ ด้านความมั่นคง การชำระหนี้เงินกู้ การศึกษาและสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2512 - 2547	*372*

ภาพที่		หน้า
7.9	สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามส่วนราชการ พ.ศ. 2547	376
7.10	สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะการดำเนินงาน พ.ศ. 2547	378
7.11	สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามหมวดรายจ่าย พ.ศ. 2547	380
7.12	งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเปรียบเทียบกับร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2547	382
7.13	ร้อยละของงบประมาณที่ได้รับในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2502 - พ.ศ. 2547	382
บทที่ 9		
9.1	การจัดสรรงบประมาณระหว่างงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลกับงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2525 - 2532	402
9.2	“สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ” และ “ลงทุนสูงแต่ผลทางสุขภาพต่ำ”	403
9.3	กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจ	406
บทที่ 10		
10.1	มูลค่าและอัตราการเติบโตทางการค้าของสินค้าและบริการในกลุ่มประเทศ OECD, พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2543	415
10.2	สัดส่วนมูลค่าการค้าระหว่างประเทศต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ของไทย พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2545	416
10.3	เขี้ยวเล็บขององค์การการค้าโลก	417
10.4	ความสัมพันธ์ของกลไกหลักขององค์การการค้าโลก (สามล้อ)	417
10.5	โครงสร้างขององค์การการค้าโลก	419
10.6	รูปแบบการค้าบริการระหว่างประเทศ	421
10.7	การผูกพันของประเทศสมาชิก	423
10.8	ค่าใช้จ่ายและปริมาณของการใช้ยา Fluconazole ในประเทศไทย พ.ศ. 2539 -พ.ศ. 2543	425
10.9	กรอบแนวคิดในการพัฒนาอย่างครบวงจร เรื่องสุขภาพกับการค้าระหว่างประเทศ	426
10.10	โครงสร้างกลไกการเตรียมท่าทีของไทยเพื่อการเจรจาการค้าทวิภาคี	427
บทที่ 11		
11.1	โครงสร้างกลไกและภารกิจเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ	429
11.2	ประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ	430
11.3	ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”	432
11.4	ระบบการกระจายการสาธารณสุขแบบใหม่	436
บทที่ 12		
12.1	องค์ประกอบประชาสังคม	443
12.2	จำนวนรวมสะสมระหว่างมูลนิธิ และมูลนิธิ สมาคม สโมสร ที่ได้รับการพิจารณาออกใบอนุญาตจัดตั้งโดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2486 - พ.ศ. 2547	444

ภาพที่ **หน้า**

บทที่ 13

13.1 กรอบแนวคิดของการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ 457
13.2 ระบบการพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ 458
13.3 Framework ของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ 458

บทที่ 1
พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย

พัฒนาการของการสาธารณสุขไทย มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสถาบันพระมหากษัตริย์มาตั้งแต่ครั้งตั้งกรุงสุโขทัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคกรุงรัตนโกสินทร์ บทนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์เฉพาะพระราชวงศ์จักรีกับการสาธารณสุข ซึ่งไทยสามารถแบ่งได้เป็นยุคๆ ดังนี้

1. ยุคฟื้นฟูวิทยาการแพทย์แผนไทย (พ.ศ. 2325 - พ.ศ. 2394)

สมัยรัชกาลที่ 1 ถึง รัชกาลที่ 3 เป็นยุคเริ่มต้นของกรุงรัตนโกสินทร์ เป็นช่วงของการ**ก่อร่างสร้างตัว**ของประเทศ มีความพยายามในการ**รวบรวมวิทยาการแขนงต่างๆ** เข้ามาไว้เป็นหลักฐานเพื่อใช้ศึกษาและพัฒนาประเทศ

1.1 สมัยรัชกาลที่ 1 (ครองราชย์ พ.ศ. 2325 - พ.ศ. 2352)

พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ขึ้นเป็นพระอารามหลวงให้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ทรงให้รวบรวมและจารึกตำรายา และฤาษีดัดตนไว้ตามศาลาราย สำหรับการจัดหายาของราชการมีการจัดตั้งกรมหมอโรงพระโอสถ คล้ายกับในสมัยอยุธยา หมอที่รับราชการ เรียกว่า **หมอหลวง** ส่วนหมอที่รักษาประชาชนทั่วไป เรียกว่า **หมอราษฎร หรือหมอเชลยศักดิ์**

1.2 สมัยรัชกาลที่ 2 (ครองราชย์ พ.ศ. 2352 - พ.ศ. 2367)

พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย ทรงให้รวบรวมคัมภีร์แพทย์ที่กระจัดกระจายตามที่ต่างๆ โดยโปรดเกล้าฯ ให้เชิญผู้ชำนาญโรค และสรรพคุณยาชนิดต่างๆ มารวมไว้ ผู้ใดมีตำรายาดีๆ ที่บรรพบุรุษได้เก็บไว้ ให้นำเข้ามาทูลเกล้าฯ ถวาย และให้กรมหมอหลวงคัดเลือกจดเป็น **"ตำราหลวงสำหรับโรงพระโอสถ"** เพื่อประโยชน์ของประชาชน

พ.ศ. 2359 มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ตรากฎหมาย ชื่อ กฎหมายพนักงานพระโอสถถวาย ซึ่งให้อำนาจพนักงานมีอำนาจออกไปค้นหาพระโอสถคือสมุนไพร ที่ปรากฏมีอยู่ในแผ่นดิน ผู้ใดจะคัดค้านมิได้ พนักงานพระโอสถจึงมีอำนาจในการค้นหายา และมักจะเป็นผู้ที่อยู่ในตระกูลสืบทอดกันมาเท่านั้น

1.3 สมัยรัชกาลที่ 3 (ครองราชย์ พ.ศ. 2367 - พ.ศ. 2394)

พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงบูรณะปฏิสังขรณ์วัดราชโอรสาราม และได้จารึกตำราไว้ในแผ่นศิลา ตามเสาระเบียงพระวิหาร รวมทั้งทรงปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ อีกครั้ง โปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาไว้บนแผ่นหินอ่อนประดับไว้ตามผนังโบสถ์และศาลารายในบริเวณวัด มีตำราบอกสมุฏฐานของโรคและวิธีบำบัด ทรงให้นำสมุนไพรที่ใช้ในการปรุงยาที่หาได้ยากมาปลูกไว้ เพื่อให้ราษฎรได้ศึกษาและนำไปใช้ในการรักษาตน โดยมิหวงห้ามไว้ในตระกูลใด นับได้ว่าเป็น "มหาวิทยาลัยเปิด" แห่งแรกในประเทศไทย

ใน พ.ศ. 2371 ซึ่งเป็นปีที่ 5 ในสมัยรัชกาลที่ 3 กล่าวได้ว่าเป็นปีแรกที่การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการแพทย์และการสาธารณสุข โดยดำเนินการควบคู่กันไป กล่าวคือ ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยและทำการป้องกันโรคติดต่อที่ร้ายแรงไปด้วย ในรัชสมัยนี้ **นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์** (Dan Beach Bradley) ที่ชาวบ้านเรียกว่า **"หมอบลัดเล"** นักเผยแพร่คริสตศาสนาชาวอเมริกันซึ่งมากับคณะมิชชั่นนารี ได้เข้ามาเมืองไทยใน พ.ศ. 2378 เป็นผู้ริเริ่มการ**ป้องกันโรคติดต่อครั้งแรกในประเทศไทย** มีการ**ปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ**ซึ่งได้ผลดี จนกระทั่งใน พ.ศ. 2381 ทรงโปรดให้หมอหลวงไปเรียนวิธีปลูกฝีจากหมอบรัดเลย์ เพื่อปลูกให้แก่ข้าราชการและประชาชน

ใน พ.ศ. 2392 นายแพทย์ซามูเอล เรย์โนลด์ เฮาส์ (Samuel Reynolds House) เป็นหมอของคณะแพทย์เผยแพร่ศาสนาอเมริกัน ชาวบ้านเรียกว่า**หมอเฮาส์** เป็นผู้ที่**นำยาสลบอีเธอร์มาใช้เป็นครั้งแรกในประเทศไทย**

2. ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง

สมัยรัชกาลที่ 4 ถึง สมัยรัชกาลที่ 6 เป็นยุคที่มีการติดต่อกับประเทศแถบตะวันตก มีทูตมาเจริญสันถวไมตรี คณะมิชชั่นนารีเข้ามาเผยแพร่ศาสนาคริสต์มากขึ้น พระมหากษัตริย์ของไทยเสด็จประพาสต่างประเทศ ได้เห็นความเจริญในด้านต่างๆ จึงได้นำมาประยุกต์ให้เข้ากับประเทศไทย ทำให้บ้านเมืองเจริญรุ่งเรืองขึ้นเป็นลำดับ ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็วิวัฒนาการตามไปด้วย

2.1 สมัยรัชกาลที่ 4 (ครองราชย์ พ.ศ. 2394 - พ.ศ. 2411)

การแพทย์ของประเทศไทยสมัยนี้แยกออกได้เป็นสองแผน คือ การแพทย์แผนเดิมหรือแผนโบราณ และการแพทย์แผนปัจจุบัน

มีแพทย์ชาวอเมริกัน 3 คน คือ หมอบรัดเลย์ หมอเฮาส์ และหมอเลนเข้ามาอยู่ในประเทศไทยในช่วงเวลาหนึ่ง สำหรับหมอเฮาส์ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการควบคุมอหิวาตกโรคและรักษาคนไข้โดยการใช้ทิงเจอร์ผสมน้ำให้ดื่มซึ่งได้ผลดี

ถึงแม้ว่าจะได้นำการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้มากขึ้น เช่น การสูติกรรมสมัยใหม่ แต่ก็ไม่สามารถชักจูงประชาชนให้เปลี่ยนค่านิยมได้ เพราะการรักษาพยาบาลแผนไทยเป็นประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบเนื่องกันมา และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตคนไทย

2.2 สมัยรัชกาลที่ 5 (ครองราชย์ พ.ศ. 2411 - พ.ศ. 2453)

แต่เดิมมาประเทศไทยไม่มีโรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งขึ้นเพื่อรักษาราษฎรที่ป่วยไข้ มีเพียงการจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวในที่ต่างๆ เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยในเวลาที่เกิดโรคระบาด เมื่อโรคสงบแล้วก็ล้มเลิกโรงพยาบาลนั้นไป พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงเป็นผู้ริเริ่มในการช่วยเหลือรักษาดูแลผู้ป่วยไข้ที่ยากจนอนาถา โดยใน พ.ศ. 2429 ได้โปรดเกล้าฯ ให้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการคณะหนึ่ง ชื่อว่า **"คอมมิตตีจัดการโรงพยาบาล"** มีพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นศิริวัชสังกาศเป็นองค์ประธาน การก่อสร้างโรงพยาบาลแล้วเสร็จใน พ.ศ. 2431 โดยได้พระราชทานนามโรงพยาบาลว่า **"โรงพยาบาลศิริราช"** เพื่อเป็นอนุสรณ์แด่สมเด็จเจ้าฟ้า**ศิริราชกกุธภัณฑ์** พระราชโอรส ซึ่งสิ้นพระชนม์ลงเนื่องจากโรคบิด และต่อมาได้ทรงตั้ง **"กรมพยาบาล"** ขึ้นเพื่อดูแลกิจการศิริราชพยาบาลสืบแทนคณะกรรมการฯ ซึ่งพ้นหน้าที่ไป พ.ศ. 2432 กรมพยาบาลได้เข้าอยู่ในสังกัดกระทรวงธรรมการ โดยพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นดำรงราชานุภาพ ทรงดำรงตำแหน่งผู้บังคับกรมพยาบาล ในช่วงนี้มีกิจการสำคัญด้านการแพทย์เกิดขึ้นหลายอย่าง ได้แก่

- พ.ศ. 2432 สร้างโรงเรียนแพทยากรขึ้นที่ศิริราชพยาบาล มีหลักสูตรการเรียนวิชาแพทย์แผนตะวันตกและแผนไทยร่วมด้วย และใน พ.ศ. 2438 ได้พิมพ์ตำราแพทย์สำหรับใช้ในโรงเรียนเล่มแรกคือ **ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์** ซึ่งมีเนื้อหาทั้งการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตก
- พ.ศ. 2439 การก่อตั้งโรงเรียนนางผดุงครรภ์ โดยพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ของสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลศิริราช
- พ.ศ. 2440 จัดพิมพ์ตำราแพทย์เล่มใหม่ขึ้นโดยใช้ชื่อเดิมคือแพทยศาสตร์สงเคราะห์ แต่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแพทย์แผนตะวันตกเกือบทั้งสิ้น
- พ.ศ. 2448 จัดการสุขาภิบาลเป็นการทดลองขึ้นที่ตำบลท่าฉลอม จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นแห่งแรก
- พ.ศ. 2450 จัดพิมพ์ตำราออกมา 2 เล่ม คือ เวชศาสตร์วรรณา และตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งถือเป็นตำรายาแห่งชาติฉบับแรก

- ตั้งกองแพทย์เพื่อดูแลป้องกันโรคระบาดและทำการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษแก่ประชาชนตามหัวเมือง

2.3 สมัยรัชกาลที่ 6 (ครองราชย์ พ.ศ. 2453 - พ.ศ. 2468)

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีกิจกรรมสำคัญในด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการตามพระราชดำริ ดังนี้

พ.ศ. 2454 ทรงสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้ทุนทรัพย์ส่วนพระองค์สมทบกับเงินทุนของสภาอุณาโลมแดง

พ.ศ. 2455 ทรงสถาปนาปาสตรุสภา เพื่อบำบัดโรคกลัวน้ำ และสร้างวชิรพยาบาล

พ.ศ. 2457 กระทรวงมหาดไทยให้จังหวัดต่างๆ มีสถานที่รักษาผู้ป่วยและจำหน่ายยา เรียกว่าโอสถสภา ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นสุขศาลา

พ.ศ. 2459 เปลี่ยนชื่อกรมพยาบาลเป็นกรมประชาภิบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทย

พ.ศ. 2459 สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาไชยนาทนเรนทร ทรงปรับปรุงการศึกษาแพทย์ โดยเพิ่มการสอนวิชาทางคลินิกและการฝึกหัดรักษาพยาบาลคนไข้ให้มากขึ้นและได้ยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทย เนื่องจากลักษณะการสอนไม่เข้ากันและหาครูแพทย์ไทยที่มีความรู้ดีและเต็มใจถ่ายทอดวิชาไม่ได้

พ.ศ. 2460 ตั้งโรงเรียนการแพทย์ทหารบก

พ.ศ. 2461 รวมกิจการแพทย์และการสุขาภิบาลซึ่งยังแยกอยู่ภายใต้ 2 กระทรวง คือ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงนครบาล และตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในวันที่ 27 พฤศจิกายน โดยกรมพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงเป็นอธิบดีพระองค์แรก

พ.ศ. 2463 ก่อตั้งสถานเสาวภา

พ.ศ. 2463 นำสภากาชาดสยามเข้าเป็นสมาชิกสภากาชาดสากลเมื่อวันที่ 8 เมษายน

พ.ศ. 2465 ตั้งกองอนุสภากาชาด และโรงเรียนนางพยาบาลของสภากาชาด

พ.ศ. 2466 มีประกาศใช้**พระราชบัญญัติการแพทย์** เป็นการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายแก่ประชาชนจากการประกอบการของผู้ที่ไม่มีความรู้และมิได้ฝึกหัด

3. ยุคบุกเบิกของการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2460 - พ.ศ. 2472)

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก ทรงเป็นสมเด็จเจ้าฟ้าพระองค์แรกของไทยที่ทรงสนพระทัยในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างจริงจัง เนื่องจากได้ทรงเห็นว่าการแพทย์และการสาธารณสุขในสมัยนั้นยังไม่ก้าวหน้า ประชาชนมีความเสี่ยงสูงในการเจ็บป่วย โดยเฉพาะจากโรคติดต่อ และด้วยพระราชปณิธานที่แน่วแน่ที่จะทรงช่วยให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลด้วยวิชาการแพทย์สมัยใหม่ จึงได้ทรงอุทิศพระองค์เพื่อการวางรากฐานและพัฒนาการแพทย์ โดยได้ทรงลาออกจากราชการกองทัพเรือและได้เสด็จไปศึกษาวิชาการแพทย์และการสาธารณสุข ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อจะได้นำวิทยาการความรู้มาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงและพัฒนากิจการแพทย์ของไทยให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น ด้วยพระวิริยะอุตสาหะอันมั่นคงทรงประสบความสำเร็จในการศึกษา ได้รับประกาศนียบัตรวิชาสาธารณสุข (C.P.H) และปริญญาแพทยศาสตร์ **ชั้นเกียรติปริญญา** (cum laude) สมเด็จพระบรมราชชนกทรงประกอบพระราชกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุขอเนกประการ อันเป็นคุณประโยชน์ไพศาลต่อประเทศและชนชาวไทย พระองค์ได้ทรงบริจาคทรัพย์ช่วยเหลือกิจการทางการแพทย์ ได้แก่ การพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ในการก่อสร้างโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล และหอพักพยาบาล พระราชทานทุนส่วนพระองค์แก่แพทย์พยาบาลเพื่อไปศึกษาต่างประเทศ ทรงเป็นผู้แทนรัฐบาลไทยในการเจรจากับ**มูลนิธิรอคกิเฟลเลอร์** เพื่อให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงการแพทย์ไทย นอกจากนี้ทรงส่งเสริมการพัฒนาค้นคว้าทางการแพทย์ โดยได้จัดตั้งทุนเพื่อการค้นคว้าและสืบสวนทางการแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช และยัง

ได้ทรงปฏิบัติหน้าที่ในการสอนฝึกอบรมแก่นักเรียนแพทย์พยาบาล รวมทั้งทรงปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลแมคคอมิค จังหวัดเชียงใหม่ และทรงส่งเสริมเรื่อง "สงเคราะห์มารดาและทารก" โดยทรงวางโครงการดัดแปลงวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคลอดบุตรขนาดใหญ่ เพื่อเป็นศูนย์อบรม ศึกษาพยาบาล ผดุงครรภ์ พยาบาลสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และหมอตำแย เพื่อจะได้มีผู้ทำงานด้านสงเคราะห์มารดาและทารกเพิ่มขึ้น

ตลอดพระชนมชีพของพระองค์ได้ทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจในการบำรุงส่งเสริมการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศและเพื่อประโยชน์สุขของปวงชนชาวไทยอย่างไพศาล อันเป็นการวางรากฐานที่มั่นคงแก่การแพทย์ของไทยเป็นผลให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยั่งยืน มีความเจริญก้าวหน้าทัดเทียมอารยประเทศในปัจจุบัน ด้วยพระเกียรติคุณและอัจฉริยะภาพดังกล่าว จึงทรงได้รับการถวายพระสมัญญานามว่า **"บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย"** และมหาวิทยาลัยที่มุ่งผลิตบัณฑิตด้านแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลัก จึงได้รับนามว่า **"มหาวิทยาลัยมหิดล"**

4. ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุข

4.1 สมัยรัชกาลที่ 7 (ครองราชย์ พ.ศ. 2468 - พ.ศ. 2477)

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการออก**กฎเสนาบดี** แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ กำหนดว่า

ก. ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิชาโดย สากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้น อาศัยการศึกษา ตรวจค้น และการทดลองของผู้รู้ ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

ข. ประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราที่มีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปทางวิทยาศาสตร์

พ.ศ. 2469 กรมสาธารณสุขได้อนุมัติให้ปรับปรุงส่วนบริหารราชการใหม่ แบ่งกิจการออกเป็น 13 กอง คือ กองบัญชาการ กองการเงิน กองที่ปรึกษา กองบรรณาธิการ กองบุราภิบาล กองวิศวกรรม กองสุขภาพ กองโอสถศาลา กองยาเสพติดให้โทษ โรงพยาบาลคนเสียจริต กองส่งเสริมสุขาภิบาล กองแพทย์สุขาภิบาลแห่งพระนคร และวชิรพยาบาล

4.2 สมัยรัชกาลที่ 8 (ครองราชย์ พ.ศ. 2477 - พ.ศ. 2489)

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล พ.ศ. 2485 ฯพณฯ นายกรัฐมนตรีจอมพล ป. พิบูลสงคราม มีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดการปรับปรุงทางการแพทย์ ซึ่งได้เสนอรายงานการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขให้รัฐบาลเสนอต่อรัฐสภา ต่อมาก็ได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2485 มีกระทรวงสาธารณสุขขึ้น

ในด้านการแพทย์ มีการศึกษาวิจัยสมุนไพรเพิ่มขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2485 - 2486 ขณะที่สงครามโลกครั้งที่ 2 ได้ขยายเข้ามาในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนยา ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ทำวิจัยสมุนไพรที่ใช้รักษาไข้มาลาเรียที่โรงพยาบาลสัตหีบ หลังสงครามโลกสงบลงยังคงมีปัญหาขาดแคลนยา รัฐบาลจึงมีนโยบายให้โรงงานเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข นำสมุนไพรมาผลิตเป็นยารักษาโรค

4.3 สมัยรัชกาลที่ 9 (ครองราชย์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2489 จนถึงปัจจุบัน)

4.3.1 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบัน ทรงสนพระราชหฤทัยและห่วงใยในความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องสุขภาพอนามัย ทรงมีพระราชปณิธานอันแน่วแน่ที่จะให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า พระองค์ทรงริเริ่มโครงการต่างๆ ครอบคลุมทั้งงานด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประชาชนชาวไทยล้วนสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้น แม้ชาวต่างประเทศก็ตระหนักและชื่นชมใน พระราชกรณียกิจในด้านสุขภาพอนามัยด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการที่**องค์การอนามัยโลกได้ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสุขภาพดีถ้วนหน้า**

เมื่อ พ.ศ.2535 และคณะกรรมการระหว่างประเทศเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสดุดีพระเกียรติคุณในการที่ทรงพระราชทานแนวคิดและทิศทางในการเผยแพร่เกลือเสริมไอโอดีนเพื่อควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2544 สถาบัน Franklin and Eleanor Roosevelt Institute และคณะกรรมการระดับโลกว่าด้วยคนพิการได้ถวายรางวัล "Franklin Delano Roosevelt International Disability Award" ในฐานะที่ประเทศไทย มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่สำคัญตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับโลกขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยคนพิการ งานด้านสาธารณสุขที่ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีเป็นอเนกประการ พระราชกรณียกิจที่สำคัญบางส่วน ได้แก่

(1) การก่อตั้งมูลนิธิอานันทมหิดล

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ตั้งมูลนิธิอานันทมหิดลขึ้น ด้วยทรงสนพระราชหฤทัยในสวัสดิภาพและความเป็นอยู่ของพสกนิกร ทรงตระหนักว่าประเทศไทยต้องมีผู้เชี่ยวชาญในวิชาการชั้นสูง จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนผู้ที่ใฝ่ใจในการศึกษา ที่ได้แสดงความสามารถอย่างยอดเยี่ยมให้ได้มีโอกาสไปศึกษาวิชาการชั้นสูงบางวิชา ณ ต่างประเทศ โดยทรงหวังในพระราชหฤทัยว่า เมื่อสำเร็จการศึกษากลับมาแล้ว จะได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในวิชาการที่ศึกษามา โดยเริ่มจากการทดลองดำเนินการก่อนด้วย "ทุนอานันทมหิดล" เมื่อ พ.ศ. 2498

ต่อมา เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2502 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้มีพระบรมราชวินิจฉัยให้เปลี่ยนสภาพจาก "ทุน" เป็น "มูลนิธิ" ชื่อว่า มูลนิธิ "อานันทมหิดล" โดยทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์เป็นทุนเริ่มแรก จำนวน 20,000 บาท เป็นการจัดตั้งมูลนิธิเพื่อเป็นพระบรมราชานุสรณ์ในพระมหากรุณาธิคุณแห่งสมเด็จพระบรมเชษฐาธิราช พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล โดยได้**พระราชทานทุนแก่นักศึกษาวิชาการแพทยศาสตร์เป็นประเดิม**

มูลนิธิอานันทมหิดลมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาชั้นสูง ด้วยการพระราชทานทุนให้ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศไทย ผู้มีคุณสมบัติดีเด่นทั้งด้านวิชาการและคุณธรรม ไปศึกษาต่อในสาขาวิชาอันจะเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการ แล้วนำกลับมาถ่ายทอดแก่ชนรุ่นหลัง เป็นการรับใช้ชาติบ้านเมืองตลอดจนช่วยในการพัฒนาประเทศและการจัดตั้งสถาบันค้นคว้าทางวิชาการ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ได้รับพระราชทานทุนที่สำเร็จการศึกษาและกลับมาทำงานในประเทศไทย ได้ทำการค้นคว้าทางวิชาการต่อไป

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ผู้พระราชทานกำเนิดแก่มูลนิธิฯ ทรงเป็นนายกกิตติมศักดิ์ของมูลนิธิฯ โดยมีคณะกรรมการบริหารของมูลนิธิฯ ชุดแรกรวม 10 ท่าน ซึ่งมีสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีเป็นองค์ประธาน และในปัจจุบันมีคณะกรรมการบริหารของมูลนิธิฯ รวม 18 ท่าน ซึ่งมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธาน

ตั้งแต่ พ.ศ. 2502 ถึง พ.ศ.2546 มีผู้ได้รับพระราชทานทุนมูลนิธิอานันทมหิดลไปศึกษาต่างประเทศและสำเร็จการศึกษา 227 ราย และกำลังศึกษาอยู่ 60 ราย โดยผู้สำเร็จการศึกษาเป็นแพทย์ 71 คน และทันตแพทย์ 5 คน และผู้ที่กำลังศึกษาเป็นแพทย์ 4 คน และทันตแพทย์ 5 คน และผู้ที่ได้รับพระราชทานทุนมูลนิธิอานันทมหิดลและกลับมาประเทศไทยแล้ว จะผลัดเปลี่ยนกันออกรายการโทรทัศน์ **"หนึ่งในพระราชดำริ โครงการสร้างคน"** ดำเนินการโดย สถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสี ช่อง 9 อ.ส.ม.ท. ทุกวันเสาร์ เวลา 20.30 นาฬิกา เพื่อนำความรู้และประสบการณ์มาเผยแพร่เป็นวิทยาทาน

(2) การก่อตั้งมูลนิธิราชประชาสมาสัย

เมื่อ พ.ศ. 2497 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ฉายภาพยนต์ส่วนพระองค์ ณ ศาลาเฉลิมกรุง และพระราชทานรายได้ทั้งหมด จำนวน 444,600.50 บาท ในการสร้างตึก **"อานันทมหิดล"** ในบริเวณโรงพยาบาลศิริราชเพื่อเป็นพระอนุสรณ์สถานแก่สมเด็จพระปรเมนทรามหาอานันทมหิดล ทั้งยังได้พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์และเงินที่มีผู้โดยเสด็จพระราชกุศลเพิ่มเติมอีก รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน 1,558,561 บาท และได้เสด็จพระราชดำเนินเปิดตึก "อานันทมหิดล" ณ โรงพยาบาลศิริราชเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2500

เมื่อการก่อสร้างตึกดังกล่าวขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราชแล้วเสร็จ ปรากฏว่ามีเงินเหลืออีก 175,064.75 บาท ประจวบกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นได้มีหนังสือกราบบังคมทูลขอพระราชทานเงินเพื่อสร้าง**สถาบันอบรมเจ้าหน้าที่และค้นคว้าโรคเรื้อน** ขึ้นที่สถานพยาบาลพระประแดง ในวงเงินประมาณหนึ่งล้านบาท จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินจำนวนที่เหลือนี้ให้เพื่อการริเริ่มงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อน

เมื่อวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2501 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ได้เสด็จพระราชดำเนินไปในพระราชพิธีวางศิลาฤกษ์ ณ สถานพยาบาลพระประแดง และเมื่อการก่อสร้างได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้ขอพระราชทานนามสถาบันแห่งนี้ ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานว่า **"สถาบันราชประชาสมาสัย"** นอกจากนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวยังทรงห่วงใยถึงการเล่าเรียนของเด็กลูกคนไข้โรคเรื้อนที่เป็นปกติไม่ได้ติดโรคเรื้อน ซึ่งทางราชการแยกเลี้ยงไว้ในสถานเลี้ยงเด็กของกรมอนามัย จึงได้โปรดเกล้าฯ ให้จัดสร้าง**โรงเรียนราชประชาสมาสัย**สำหรับให้การสงเคราะห์และการศึกษาแก่บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระบรมราชินีนาถได้ทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เริ่มแรก 1 ล้านบาท สมทบทุนการก่อสร้างและได้เสด็จพระราชดำเนินในพิธีเปิดและทรงมีพระเมตตาธิคุณเสด็จเยี่ยมหลายครั้ง ปัจจุบันโรงเรียนราชประชาสมาสัยในพระบรมราชูปถัมภ์มีมูลนิธิของโรงเรียนแยกจากมูลนิธิราชประชาสมาสัยและได้รับการพัฒนาเจริญก้าวหน้า ทั้งยังรับเด็กนักเรียนปกติบุตรหลานประชาชนทั่วไปเข้าเรียนร่วมด้วยแบบโรงเรียนทั่วไป โดยกรมสามัญศึกษาเป็นผู้ดูแลและสนับสนุน

(3) การก่อตั้งมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์

ในวโรกาสเฉลิมฉลองวันคล้ายวันพระราชสมภพในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ครบ 100 ปี ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นพระราชอนุสรณ์และเพื่อเผยแพร่พระราชเกียรติคุณ พระผู้ทรงบำเพ็ญประโยชน์ต่อวงการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นคุณูปการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรงทำนุบำรุงโรงเรียนราชแพทยาลัยและโรงพยาบาลศิริราชให้ทันสมัย โดยการส่งแพทย์ พยาบาลไปศึกษาต่อต่างประเทศ ด้วยพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ อีกทั้งพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์สร้างอาคารเรียนและหอผู้ป่วยรวม ทั้งทรงเป็นผู้แทนรัฐบาลไทยในการเจรจากับมูลนิธิร็อกกี้เฟลเล่อร์ให้มาช่วยเหลือปรับปรุงการแพทย์ของไทย เป็นการวางรากฐานให้การแพทย์ของไทยเจริญรุ่งเรืองทัดเทียมอารยประเทศในปัจจุบันจนได้รับการถวายพระสมัญญานามว่า **องค์บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทยและองค์บิดาแห่งการสาธารณสุขของไทย** เป็นการสนองพระมหากรุณาธิคุณให้พระเกียรติยืนยง เมื่อแรกตั้งใช้ชื่อมูลนิธิว่า "มูลนิธิรางวัลมหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์" และได้เปลี่ยนแปลงเป็น **"มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์"** เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ทรงรับไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์ตั้งแต่ต้น

มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อมอบรางวัลแก่บุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานและ/หรือวิจัยดีเด่นทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่มนุษยชาติ โดยมีการให้รางวัลเป็นประจำทุกๆ ปี ละ 2 รางวัล ซึ่งมี**สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี** เป็นองค์ประธานกรรมการมูลนิธิฯ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2546 มีบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ รวม 37 ราย จำแนกเป็นผู้ได้รับพระราชทานรางวัลบุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานและ/หรือวิจัยดีเด่นทางด้านการแพทย์ 18 ราย และด้านสาธารณสุข 19 ราย

(4) โครงการควบคุมการขาดสารไอโอดีน

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงห่วงใยเกี่ยวกับปัญหาการขาดสารไอโอดีนอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้โครงการควบคุมการขาดสารไอโอดีนเป็นโครงการที่มีความสำคัญอยู่ในอันดับต้นๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เริ่มจาก พ.ศ. 2534 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงริเริ่มโครงการนำร่องเกลือเสริมไอโอดีนที่อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อป้องกันโรคต่างๆ ที่เนื่องจากการขาดสารไอโอดีน เช่น โรคคอพอก และสมองเสื่อม เป็นต้น พระองค์ยังทรงสนพระทัยในการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการเสริมไอโอดีนแก่ผู้ผลิตเกลือรายย่อย โดยทรงสนับสนุนวิทยาลัยเทคนิคเชียงใหม่ให้พัฒนาเครื่องจักรขนาดกลาง

เพื่อเสริมไอโอดีน และเครื่องจักรดังกล่าวนี้ได้นำมาใช้งานอยู่ทั่วประเทศในขณะนี้

ในระยะต่อมาพระองค์ทรงสนับสนุนให้มีการศึกษา **"เส้นทางเกลือ"** เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งผลิตเกลือและการกระจายเกลือทั่วประเทศ ซึ่งเป็นผลให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถให้การช่วยเหลือและการสนับสนุนแก่ผู้ผลิตเกลือในการเสริมไอโอดีนอย่างเหมาะสม

เนื่องในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ 50 ปี ได้ทรงพระราชทานเกลือไอโอดีนแก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำไปแจกจ่ายแก่ประชาชนทั่วประเทศ โดยทรงพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้ประทับสัญลักษณ์ปีกาญจนาภิเษกลงบนถุงเกลือ ซึ่งภายหลังเรียกว่า **"เกลือพระราชทาน"** ความสนพระราชหฤทัยและการสนับสนุนของพระองค์ท่านเป็นเหตุให้เกิดการตื่นตัวและการร่วมมือกันระหว่างองค์การภาคต่างๆ จากทุกส่วนของสังคมไทยอย่างกว้างขวาง ทำให้ได้รับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมป้องกันการขาดสารไอโอดีนได้ทั่วประเทศ

4.3.2 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงส่งเสริมและสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพอนามัยของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาโดยตลอด ทรงดำรงตำแหน่ง **องค์สภานายิกาสภากาชาดไทย** ทรงเป็นองค์อุปถัมภ์องค์การสมาคมและมูลนิธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากมายหลายแห่ง อาทิ มูลนิธิช่วยเหลือคนตาบอด มูลนิธิช่วยเด็กปัญญาอ่อน มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก เป็นต้น และที่สำคัญคือทรงเป็นองค์อุปถัมภ์โครงการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอลดลงมาเป็นลำดับ และอยู่ในสภาวะที่สามารถจะกวาดล้างโรคนี้ได้หมดไปจากประเทศไทยได้ในไม่ช้า นอกจากนี้ยังมีพระราชกิจที่ทั่วโลกชื่นชมยกย่อง คือผลงานด้าน **"สร้างความสมดุลระหว่างเทคโนโลยีกับธรรมชาติ"** จึงทรงได้รับรางวัล **"ลินเบอร์ก อวอร์ด"** (Lindbergh Award) เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2538 จาก Charles A and Anne Morrow Lindbergh Foundation นับเป็นสุภาพสตรีพระองค์แรกที่ได้รับการทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลดังกล่าว

นอกจากนี้ ยังมีพระราชกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่

(1) **โครงการแพทย์หลวง** ไม่ว่าจะเสด็จแปรพระราชฐานไป ณ ที่ใด หากเป็นหมู่บ้านซึ่งอยู่ไกลจากที่ประทับ ก็ทรงมีพระราชเสาวนีย์ให้แพทย์หลวงหน่วยกาชาดและข้าราชบริพารไปเยี่ยมให้การรักษาแก่ผู้เจ็บป่วยเท่าที่ทำได้ ผู้ป่วยรายใดที่มีอาการหนักก็นำส่งโรงพยาบาล

(2) **โครงการหมอหมู่บ้าน** ทรงมีพระราชดำริให้จัดตั้ง "โครงการหมอหมู่บ้าน" ขึ้น เพื่อให้ชาวบ้านช่วยเหลือชาวบ้านด้วยกันเอง ทรงคัดเลือกชาวบ้านที่สมัครใจจะช่วยเหลือเพื่อนบ้านไปรับการอบรมหลักสูตรหมอหมู่บ้าน โดยทรงพระราชทานเบี้ยเลี้ยง ที่พัก อาหารแก่ผู้เข้ารับการอบรมทุกคน เมื่อผ่านการอบรมแล้วจะได้รับกระเป๋าบรรจุยาและเวชภัณฑ์พระราชทานกลับไปหมู่บ้านและให้บริการประชาชน บำบัดรักษาแก่ผู้เจ็บป่วยในขั้นต้นก่อนส่งตัวให้แพทย์ ซึ่งเป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อชาวบ้านในท้องถิ่นมาก

(3) ทรงอุปถัมภ์**คนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์** ทรงพระราชทานความช่วยเหลือราษฎรที่เจ็บป่วยโดยทรงรับเป็นคนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์และเมื่อผู้หาเลี้ยงชีพเจ็บป่วยก็จะทรงพระราชทานความช่วยเหลือเป็นเงินเลี้ยงชีพเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษาแก่บุตรหรือพระราชทานอาชีพที่เหมาะสมแก่ครอบครัวเหล่านั้นตามสมควรแก่กรณี

เนื่องในวโรกาสพระราชพิธีมหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิตต์ พระบรมราชินีนาถ ในวันที่ 12 สิงหาคม 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้น้อมเกล้าถวายโครงการมหากุศลเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิตต์ พระบรมราชินีนาถด้วยโครงการสำคัญ ดังนี้

1. โครงการแก้วตาดวงใจ เทิดไท้ 72 พรรษามหาราชินี โดยกำหนดให้มีการผ่าตัดผู้ป่วยโรคหัวใจให้ได้ 7,200 ราย และผ่าตัดผู้ป่วยต้อกระจกให้ครบ 100,000 ราย

2. โครงการรวมพลังอาหารปลอดภัย ถวายแด่แม่ของแผ่นดิน เพื่อให้ประชาชนบริโภคอาหารที่

ปลอดภัยปราศจากเชื้อโรคและสารพิษปนเปื้อน โดยสร้างระบบการดูแลควบคุมและตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัยในอาหารที่ผลิตทุกขั้นตอน ตลอดจนห่วงโซ่อาหารให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

3. โครงการผ่าตัดแก้ไขความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและใส่เลนส์แก้วตาเทียมให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนเนื่องในงานเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิตต์ พระบรมราชินีนาถในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547 โดยผ่าตัดแก้ไขความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีผลแทรกซ้อนตามมา ทำให้เกิดความพิการทางมือ เท้าและใบหน้า จำนวน 72 ราย และการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่เป็นโรคต้อกระจก จำนวน 72 ตา

4. โครงการจัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรงเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิตต์ พระบรมราชินีนาถในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547 โดยจัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤตจากความรุนแรงในโรงพยาบาลครอบคลุมทั่วประเทศ 76 ศูนย์

5. โครงการสร้างเสริมสุขภาพใจประชาชน เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิตต์ พระบรมราชินีนาถในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547 โดยสร้างความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพใจให้กับประชาชน และชุมชนให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพใจที่ดีขึ้น

6. โครงการน้ำพระทัยขจัดภัยวัณโรค รวมใจถวายเป็นพระราชกุศลเฉลิมพระเกียรติในมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิตต์ พระบรมราชินินาถ โดยมีเป้าหมายค้นหา ผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกและให้การบำบัดรักษา 72,000 ราย จนหายขาดเพื่อถวายเป็นพระราชกุศล

4.3.3 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเป็นพระบรมราชวงศ์ที่สำคัญอีกพระองค์ที่ทรงพระราชกิจนานาประการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังต่อไปนี้

(1) พ.ศ. 2499 ทรงรับมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการไว้ในพระราชูปถัมภ์ โดยทรงราชทานพระราชดำริพระราชทรัพย์และทรงรับเป็นพระราชภาระในการติดต่อกับบุคคลและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกประเทศ เพื่อช่วยเหลือผู้พิการทุกสาขา

(2) พ.ศ. 2506 ทรงรับเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิช่วยคนโรคเรื้อน จังหวัดลำปาง และโรงเรียนจิตต์อารี โดยพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ในการก่อสร้างอาคารเรียน หอพัก ทุนอุปการะบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์สนับสนุนการดำเนินงานโรงเรียนจิตต์อารีทุกปี เป็นผลให้บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ยากจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(3) พ.ศ. 2510 รับมูลนิธิชีวิตใหม่ไว้ในพระอุปถัมภ์ เพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจากโรคเรื้อนที่พิการ

(4) พ.ศ. 2512 **เริ่มก่อตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.** ซึ่งเป็นคณะแพทย์อาสาสมัครประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสนับสนุนจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ไปปฏิบัติงานรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นทุรกันดาร

(5) พ.ศ. 2516 จัดตั้ง **"แพทย์อาสาทางอากาศ"** และต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น **"หน่วยแพทย์ทางวิทยุ"** โดยใช้วิทยุรับส่งข่าวสำหรับแพทย์ใช้ติดต่อสั่งการรักษาผู้ป่วยได้โดยตรงตามสถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลในเขตที่เป็นจังหวัด พอ.สว. รวม 25 จังหวัด ที่เหลือเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2519 และหลังจากนั้นได้โอนงานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ พอ.สว. ให้กระทรวงสาธารณสุขรับไว้ดำเนินการหมดใน พ.ศ. 2539

(6) พ.ศ. 2517 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ จดทะเบียนก่อตั้งเป็น**มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี** และพระราชทานทุนเริ่มแรกแก่มูลนิธิฯ จำนวน 1 ล้านบาท และต่อมารัฐบาลไทย ภาครัฐและเอกชนจากต่างประเทศ ให้การสนับสนุนทางการเงิน อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตลอดมา

พ.ศ. 2529 ริเริ่มโครงการรักษาโรคเฉพาะทาง ได้แก่ โรคตาต้อกระจก ปากแหว่งเพดานโหว่ แก้วหูทะลุ การใส่กายอุปกรณ์เทียม โรคหัวใจรูห์มาติก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคฟันคุด

(7) **งานทันตสาธารณสุข พอ สว.** ประกอบด้วย

(7.1) กิจกรรมในวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ 21 ตุลาคม ทุกปี

(7.2) กิจกรรมรถทันตกรรมเคลื่อนที่ โดยจัดส่งรถทันตกรรมเคลื่อนที่ จำนวน 2 คัน ไปยังจังหวัด พอ. สว. เพื่อปฏิบัติงานให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชน

(7.3) กิจกรรมเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในนักเรียนชั้นประถมศึกษา และโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

(7.4) กิจกรรมรณรงค์ "ฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง" เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในวันคล้ายวันเสด็จสวรรคตของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี 18 กรกฎาคมทุกปี

(8) พ.ศ. 2535 พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ 500,000 บาท จัดตั้งมูลนิธิขาเทียมขึ้น และสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ พระราชทานสมทบอีก 750,000 บาท เพื่อจัดทำขาเทียมให้แก่ผู้ป่วยยากจนทุกเชื้อชาติศาสนาโดยไม่คิดมูลค่า

นอกจากนี้พระองค์ได้ทรงพระราชทานทุนอุดหนุนวิจัยแก่บุคคลและสถาบันเพื่อเพิ่มพูนสมรรถภาพทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาวิทยาศาสตร์เคมี และเภสัชศาสตร์

องค์การอนามัยโลกได้ยกย่องและชื่นชมพระเกียรติคุณของพระองค์ท่านที่ได้ทรงบำเพ็ญพระราชกรณียกิจต่างๆ อันเป็นประโยชน์ใหญ่หลวงต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนชาวไทย จึงได้**ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสุขภาพดีถ้วนหน้า**แด่พระองค์ท่าน ใน พ.ศ. 2533 นอกจากนี้ องค์การยูเนสโกได้ประกาศเกียรติคุณพระองค์ท่านเป็นปูชนียบุคคลสำคัญระดับโลก เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ.2543 และในวโรกาสครบ 100 ปี วันคล้ายวันพระราชสมภพของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระองค์ทรงได้รับการถวายพระสมัญญานามว่า **"พระมารดาแห่งการสาธารณสุขไทย"**

4.3.4 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงเป็น**องค์ประธานมูลนิธิโรคไต**แห่งประเทศไทย โดยเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคไตและทางเดินปัสสาวะ การศึกษาค้นคว้าและวิจัย ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคดังกล่าว

นอกจากนี้ยังทรงประกอบพระราชกรณียกิจด้านต่างๆ ตามโครงการพระราชดำริของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับเป็นองค์นายิกากิตติมศักดิ์ มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2538 รวมทั้งยังทรงมีผลงานสุขภาพจิตและยาเสพติดระหว่างประเทศดีเด่น โดยทรงให้ความสำคัญของพัฒนาการตั้งแต่เด็กอ่อน โดยทรงเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม เด็กในมูลนิธิอื่นๆ ได้พระราชทานทุนทรัพย์เพื่อจัดตั้งกองทุนอาหารเสริม จัดหาหนังสือและของเล่นสำหรับเด็กเป็นการส่งเสริมให้เด็กได้มีพัฒนาการตามวัย ซึ่งพระเกียรติคุณเป็นที่ยอมรับ ทรงได้รับทูลเกล้าถวายรางวัล WHO/SEARO AWARD จากองค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2546

4.3.5 สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ทรงเป็นองค์นายกกิตติมศักดิ์ของมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้เสด็จพระราชดำเนินทรงเป็นประธานในพิธีวางศิลาฤกษ์และเปิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจำนวน 21 แห่ง (เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอในที่ห่างไกลและกันดาร) และทรงสนพระราชหฤทัยในกิจการของโรงพยาบาลโดยได้เสด็จไปตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และได้ทรงพระราชทานพระราโชบายแก่กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชให้มีประสิทธิภาพสามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

4.3.6 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงให้ความสนพระทัยเป็นพิเศษต่อการ

ปรับปรุงและพัฒนางานโภชนาการ โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน จึงมีโครงการตามพระราชดำริหลายโครงการเกิดขึ้น ได้แก่ โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวันเพื่อช่วยเหลือเด็กในท้องถิ่นทุรกันดารให้มีสุขภาพดี โดยเน้นในโรงเรียนตำรวจตระเวณชายแดน ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการได้นำไปเป็นรูปแบบการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนอื่นทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน

เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็ก จึงทรงมีพระราชดำริให้ดำเนินโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กทารกแรกเกิด จนถึงอายุ 3 ปี ได้รับบริการที่เหมาะสมและได้รับความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อช่วยให้แม่มีภาวะโภชนาการที่ดีและสุขภาพอนามัยดี เด็กเกิดรอดมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการได้เต็มศักยภาพ

นอกจากนี้ยังทรงเป็นองค์ประธานคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งเป็นโครงการที่สำคัญและทรงสนพระทัยแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังเป็นผลให้ภาวะขาดสารไอโอดีนลดลงมาอยู่ในระดับที่ควบคุมไม่ให้เป็นปัญหาอีกต่อไป

รวมทั้งยังทรงพระราชทานแนวพระราชดำรินำเทคโนโลยีสารสนเทศไปใช้ในการเสริมสร้างคุณภาพและศักยภาพของเด็กไทยที่อยู่ห่างไกลในชนบท ซึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษา รวมทั้งเด็กเจ็บป่วย ผู้พิการให้ได้มีโอกาสสัมผัสอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการเรียนรู้ และอำนวยความสะดวก ในการดำเนินชีวิตอันช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างความเท่าเทียมในโอกาสทางการศึกษา โดยพระองค์ทรงรับเป็นองค์ประธานคณะกรรมการอำนวยการโครงการฯ

4.3.7 สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์วลัยลักษณ์อัครราชกุมารี ทรงมีบทบาทโดดเด่นในฐานะนักวิทยาศาสตร์ ซึ่งพระเกียรติคุณเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ ทรงได้รับการทูลเกล้าถวายเหรียญทองไอน์สไตย์ จาก UNESCO ทรงนำความรู้มาพัฒนางานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ ทรงก่อตั้งมูลนิธิจุฬาภรณ์เพื่อช่วยเหลือการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้ทรงสถาปนาสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์เพื่อเป็นศูนย์รวมแห่งความร่วมมือของนักวิทยาศาสตร์ให้สามารถผลิตผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติและเพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เช่น ปัญหาด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และการเกษตร เป็นต้น นอกจากนี้ทางสถาบันฯ ยังได้จัดทำโครงการฟื้นฟูสภาพสิ่งแวดล้อมและชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช และสุราษฎร์ธานี คือโครงการหมู่บ้านจุฬาภรณ์พัฒนา ซึ่งแนวทางการดำเนินงานสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน คือการพึ่งตนเองของประชาชน

4.3.8 พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ ทรงปฏิบัติพระกรณียกิจตามเบื้องพระยุคลบาท พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ ในกิจกรรมต่างๆ เสมอมา ด้านกิจกรรมสังคม พระองค์ได้ทรงช่วยปฏิบัติงานของมูลนิธิสายใจไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2518 เป็นต้นมา โดยออกไปเยี่ยมทหาร ตำรวจ อาสาสมัครและพลเรือนที่ได้รับบาดเจ็บเนื่องจากการต่อสู้กับผู้ก่อการร้าย ซึ่งพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลต่างๆ และได้รับเลือกเป็นกรรมการมูลนิธิ

สำหรับพระกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุข พระองค์ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างมาก จะเห็นได้จากการที่พระองค์เสด็จเป็นองค์ประธานในงานเทียนส่องใจเป็นประจำเกือบทุกปีหากพระองค์ไม่มีพระกรณียกิจอื่นใด งานนี้สภากาชาดไทยร่วมกับชมรมเพื่อนวันพุธซึ่งเป็นชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้จัดขึ้นในวันที่ 1 ธันวาคม ตรงกับวันเอดส์โลกทุกปี โดยจัดใน พ.ศ. 2534 เป็นปีแรก โดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้างความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์กับผู้ไม่ติดเชื้อ หรือสังคมโดยส่วนรวม เพื่อให้สังคมเห็นว่าผู้ติดเชื้อไม่เป็นอันตรายโดยตรงแก่ผู้ใด และผู้ติดเชื้ออาจมีสุขภาพแข็งแรง สามารถทำประโยชน์แก่ครอบครัวและสังคมได้ และยังทรงพระกรุณาต่อโครงการอันเกี่ยวกับสภากาชาดไทยทุกโครงการ เช่น โครงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก โครงการเพื่อนพึ่งพายามยาก

นอกจากนี้ พระองค์ยังเสด็จไปปฏิบัติพระราชกรณียกิจแทนสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรม

ราชกุมารี อาทิ ในพิธีพระราชทานประกาศนียบัตรแก่ผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ และหลักสูตรพยาบาลและผดุงครรภ์ของวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ณ อาคารใหม่ สวนอัมพร และวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดเอกชน อาทิ วิทยาลัยพยาบาลมิชชั่น วิทยาลัยคริสเตียน เป็นประจำเกือบทุกปี และในบางครั้งเสด็จแทนพระองค์เป็นประธานในพิธีเปิดงานนิทรรศการวันคนพิการ ซึ่ง จัดที่สวนอัมพร ทรงมีพระเมตตาต่อผู้สูงอายุ โดยทรงห่วงใยในสุขภาพและทุกข์สุขได้เสด็จไปเยี่ยมที่บ้านพักคนชราบางแคอีกด้วย ยังความปลาบปลื้มปิติของผู้สูงอายุที่พระองค์มีต่อพวกเขาหาที่สุดมิได้

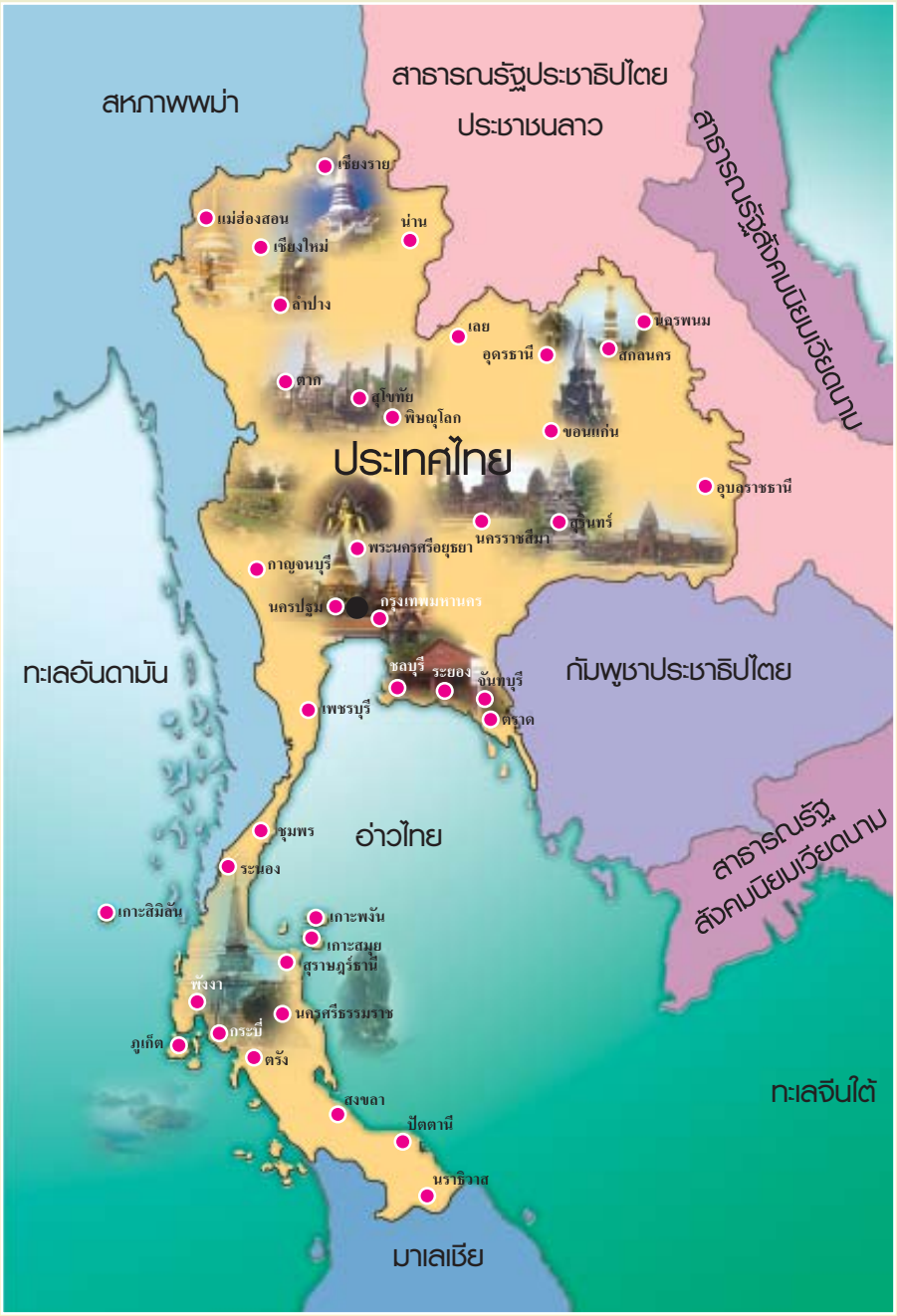
การสาธารณสุขไทย
๒๕๔๔-๒๕๔๗

บทที่ 2
ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

1. ที่ตั้ง อาณาเขต และพรมแดน

ประเทศไทยตั้งอยู่ในภาคพื้นทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Continental Southeast Asia) เหนือบริเวณเส้นศูนย์สูตร โดยเป็นส่วนหนึ่งของคาบสมุทรอินโดจีน (ภาพที่ 2.1)

ภาพที่ 2.1 แผนที่ประเทศไทย



ประเทศไทยมีรูปร่างคล้ายกระบวยตักน้ำหรือขวานโบราณ มีพื้นที่ประมาณ 514,000 ตารางกิโลเมตร มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 3 ในกลุ่มประเทศสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินโดนีเซียและประเทศสหภาพพม่า พรมแดนที่เป็นอาณาเขตรอบประเทศไทย ยาวทั้งหมดประมาณ 8,031 กิโลเมตร เป็นพรมแดนทางบก 5,326 กิโลเมตร พรมแดนชายฝั่งทะเล 2,705 กิโลเมตร โดยเป็นความยาวของทะเลฝั่งอ่าวไทย 1,840 กิโลเมตร และความยาวทางฝั่งทะเลอันดามัน 865 กิโลเมตร

ด้านทิศเหนือ จุดเหนือสุดอยู่ที่เขตอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ติดต่อกับพรมแดนของประเทศสหภาพพม่า และประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ด้านทิศใต้ จุดใต้สุดอยู่ในเขตอำเภอเบตง จังหวัดยะลา ติดต่อกับพรมแดนประเทศมาเลเซียและอ่าวไทย

ด้านทิศตะวันออก จุดตะวันออกสุดอยู่ในเขตอำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ติดต่อกับพรมแดนประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และกัมพูชาประชาธิปไตย

ด้านทิศตะวันตก จุดตะวันตกสุดอยู่ในเขตอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ติดต่อกับพรมแดนประเทศสหภาพพม่า ทะเลอันดามัน และช่องแคบมะละกา

ประเทศไทยทั้งประเทศใช้เวลาเดียวกันและนับเวลาก่อนเวลาเฉลี่ยที่กรีนนิชประมาณ 7 ชั่วโมง

2. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย

2.1 ภูมิประเทศ จำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

2.1.1 **ที่ราบ** ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลางของประเทศ ได้แก่ บริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาและสาขาคือ แม่น้ำปิง วัง ยม น่าน นอกจากนี้ยังมี ที่ราบลุ่มน้ำแม่กลอง แม่น้ำเพชรบุรี แม่น้ำบางปะกง แม่น้ำท่าจีน และแม่น้ำป่าสัก

2.1.2 **ที่สูง** ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ที่สูงโคราชซึ่งบนที่สูงนี้มีที่ราบลุ่มน้ำที่สำคัญ คือ แม่น้ำมูล แม่น้ำชี

2.1.3 **ภูเขา** ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงใต้ ทิวเขาที่สำคัญ ได้แก่ ทิวเขาแดนลาว หลวงพระบาง ถนนธงชัย เพชรบูรณ์ และตะนาวศรี

2.2 ภูมิอากาศของประเทศ มี 3 ชนิด คือ

2.2.1 **ภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนตลอดปี** ได้แก่ บริเวณทางฝั่งตะวันออกของภาคใต้ ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบป่าดงดิบมีฝนตกชุกตลอดปี มีป่าไม้ขึ้นหนาทึบ

2.2.2 **ภูมิอากาศแบบมรสุมเมืองร้อนเกือบตลอดปี** ได้แก่ บริเวณชายฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ และภาคตะวันออกเฉียงใต้ ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบมรสุม ปริมาณน้ำฝนรวมเฉลี่ยตลอดปีสูงมาก

2.2.3 **ภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนเฉพาะฤดูหรือภูมิอากาศแบบทุ่งหญ้าเมืองร้อนหรือทุ่งหญ้าสวันนา** ปริมาณน้ำฝนจะมากในฤดูมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ แห้งแล้งในฤดูหนาวคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลมประจำที่พัดผ่าน ได้แก่ ลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ เริ่มประมาณกลางเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ เริ่มประมาณเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนกุมภาพันธ์

โดยสรุป ประเทศไทยมีภูมิประเทศและภูมิอากาศที่สงบ ร่มเย็น มีปัญหาไม่มากในเรื่องภัยพิบัติตามธรรมชาติที่รุนแรง เช่น ภูเขาไฟระเบิด แผ่นดินไหวหรือความหนาวเย็น

3. ประชากร ภาษา และศาสนา

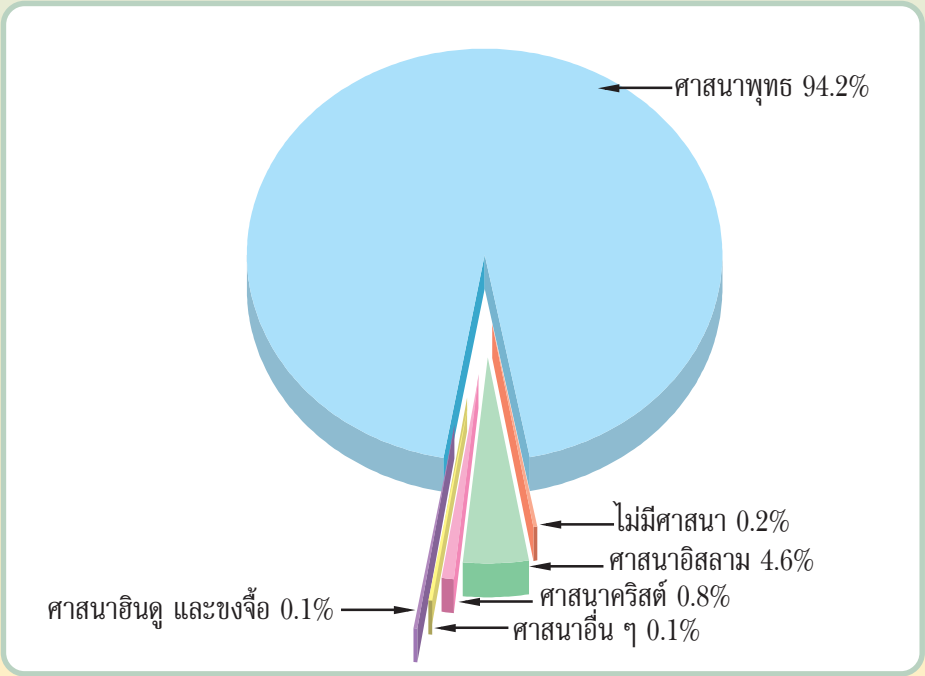
ประเทศไทยมีประชากร 63,079,765 คน ใน พ.ศ. 2546

ประชากรในประเทศไทย เกือบทั้งหมดร้อยละ 99.3 เป็นผู้มีสัญชาติไทย ที่เหลือเป็นผู้มีสัญชาติอื่นๆ เช่น จีน พม่าและลาว

การติดต่อสื่อสาร ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาพูด และภาษาเขียน แต่ขณะเดียวกันแนวโน้มการใช้ภาษาอังกฤษก็เริ่มมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะในทางธุรกิจ

ประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.2) รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 4.6) และอื่นๆ (ภาพที่ 2.2)

ภาพที่ 2.2 การนับถือศาสนาของคนไทย



ที่มา: สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545

4. เศรษฐกิจ

เศรษฐกิจไทยในอดีตนั้นขึ้นอยู่กับภาคเกษตรเป็นหลัก เป็นการเกษตรแบบพึ่งตนเองไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อการขายและส่งออก ด้านอุตสาหกรรมเป็นการผลิตหัตถกรรมพื้นบ้าน ต่อมาเมื่อประเทศไทยได้มีการทำสนธิสัญญาเบาริ่งกับประเทศอังกฤษ ใน พ.ศ. 2399 และประเทศตะวันตกอื่นๆ อีกหลายประเทศซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตทั้งในเขตเมืองและชนบทเปลี่ยนแปลงไปสู่การผลิตในลักษณะอุตสาหกรรมเพื่อทดแทนการนำเข้า และเพื่อการส่งออกในที่สุด ระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่ยุคของการพัฒนาเศรษฐกิจที่มีการวางแผนเศรษฐกิจเป็นระบบ โดยได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - พ.ศ. 2509) จนถึงปัจจุบันเป็นฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549) กล่าวโดยรวมแล้ว ไทยเป็นประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจแบบเสรีและเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (WTO) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2538

ผลจากการพัฒนาทำให้เศรษฐกิจไทยเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 7.8 ต่อปี ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2529-2533 เศรษฐกิจเติบโตถึงเฉลี่ยร้อยละ 10.5 ต่อปี และในช่วง พ.ศ. 2534-2538 เศรษฐกิจเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 8.3 ต่อปี จนกระทั่งประเทศไทยกลายเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ต่อมาใน พ.ศ. 2539-2540 ได้เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจขึ้น ทำให้เศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรง และประเทศไทยต้องขอรับความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) โดยให้วงเงินกู้แก่ประเทศไทย 17,200 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ พร้อมกับเงื่อนไขในการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจมากมาย

นับตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา พบว่า เศรษฐกิจไทยติดลบร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ.2540 และติดลบเพิ่มถึงร้อยละ 10.8 ใน พ.ศ. 2541 แต่ใน พ.ศ. 2542-2543 เศรษฐกิจไทยเริ่มมีการฟื้นตัว ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 4 และเริ่มชะลอตัวลงใน พ.ศ. 2544 แต่กลับเริ่มขยายตัวสูงกว่าร้อยละ 5 ใน พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา อันเนื่องมาจากการขยายตัวของการบริโภคภายในประเทศ การลงทุนของภาคเอกชนและการส่งออก ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการดำเนินนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจในระดับรากหญ้าของรัฐบาลชุดปัจจุบัน (ตารางที่ 2.1) จนสามารถชำระเงินกู้คืน IMF ทั้งหมดได้ตั้งแต่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 **ก่อนเวลาที่กำหนดไว้ถึง 2 ปี**

ตารางที่ 2.1 ภาวะเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 - พ.ศ 2547

พ.ศ.	อัตราการขยายตัว (ร้อยละ)
2540	- 1.7
2541	- 10.8
2542	4.2
2543	4.6
2544	2.1[p]
2545	5.4[p]
2546	6.3[e]
2547	7.0[e]

ที่มา : เศรษฐกิจไทยไตรมาสสามและแนวโน้มปี 2546-2547, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ : [p] เป็นตัวเลขเบื้องต้น

[e] เป็นตัวเลขประมาณการ

แนวโน้มเศรษฐกิจในปี 2547

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยในปี 2547 จะมีแนวโน้มขยายตัวอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลจากการฟื้นตัวของเศรษฐกิจโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศส่งออกที่สำคัญของไทย อาทิ สหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นที่มีแนวโน้มดีขึ้น การดำเนินมาตรการสนับสนุนการขยายตัวทางเศรษฐกิจของรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง และอัตราดอกเบี้ยต่ำ มีผลให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจจะอยู่ในระดับร้อยละ 7.0 อัตราเงินเฟ้อคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.4 ขณะที่ดุลบัญชีเดินสะพัดมีแนวโน้มเกินดุล 8.7 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา หรือคิดเป็นร้อยละ 5.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

5. ระบบการปกครองของไทย

ประเทศไทยปกครองโดยระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขสูงสุด และอยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2540 อันถือเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนฉบับแรกของไทย รัฐธรรมนูญไทยได้แบ่งอำนาจอธิปไตยของประเทศ ออกเป็น 3 ส่วนและเป็นอิสระต่อกัน คือ อำนาจนิติบัญญัติ อำนาจ

บริหารและอำนาจตุลาการ นอกจากนี้ ยังมีส่วนราชการอิสระต่าง ๆ ภายใต้รัฐธรรมนูญ ซึ่งคอยตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจทั้งสาม ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ปปช.) สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง (กกต.) สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ศาลรัฐธรรมนูญ เป็นต้น

ในด้านนิติบัญญัตินั้นใน พ.ศ. 2543 เป็นครั้งแรกที่มีการเลือกตั้งวุฒิสมาชิก รวม 200 คน และต้นปี 2544 เป็นครั้งแรกที่มีการเลือกสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ทั้งแบบเขตเลือกตั้ง (400 คน) และแบบบัญชีรายชื่อ (Party list) รวม 100 คน

การบริหารราชการของไทยในปัจจุบันอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2545) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน (ภาพที่ 2.3)

5.1 การบริหารราชการส่วนกลาง

5.1.1 **พระมหากษัตริย์** เป็นองค์พระประมุขของประเทศ ทรงใช้อำนาจนิติบัญญัติทางรัฐสภา, อำนาจบริหารทางคณะรัฐมนตรี และอำนาจตุลาการทางศาล

5.1.2 **คณะรัฐมนตรี** เป็นรัฐบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารประเทศ โดยรัฐธรรมนูญกำหนดให้รัฐบาลไทยเป็นรัฐบาลในระบบรัฐสภา กล่าวคือ จะต้องมีเสียงข้างมากในสภาและตลอดระยะเวลาในการบริหารประเทศจะถูกควบคุมโดยรัฐสภา

5.1.3 **การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนกลาง** ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 จัดแบ่งเป็นกระทรวงและส่วนราชการที่มีฐานะเป็นกระทรวง จำนวน 20 แห่ง คือ

(1) สำนักนายกรัฐมนตรี
(2) กระทรวงกลาโหม
(3) กระทรวงการคลัง
(4) กระทรวงการต่างประเทศ
(5) กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
(6) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
(7) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
(8) กระทรวงคมนาคม
(9) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
(10) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
(11) กระทรวงพลังงาน
(12) กระทรวงพาณิชย์
(13) กระทรวงมหาดไทย
(14) กระทรวงยุติธรรม
(15) กระทรวงแรงงาน
(16) กระทรวงวัฒนธรรม
(17) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
(18) กระทรวงศึกษาธิการ
(19) กระทรวงสาธารณสุข
(20) กระทรวงอุตสาหกรรม

ภายใต้กระทรวง จะมีกรม และหน่วยงานที่มีฐานะไม่เป็นกรมอีก รวม 156 ส่วนราชการ สำหรับส่วนราชการของกระทรวงกลาโหมขณะนี้อยู่ระหว่างการปรับปรุงส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยการจัดระเบียบราชการกระทรวงกลาโหม ให้แล้วเสร็จภายในสองปี ตามมาตรา 55 ของ พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และยังมีส่วนราชการที่มีฐานะเป็นกรมซึ่งไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวง จำนวน 9 แห่ง คือ สำนักราชเลขาธิการ สำนักพระราชวัง สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ราชบัณฑิตยสถาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน และสำนักงานอัยการสูงสุด

5.2 การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

ราชการส่วนภูมิภาค หมายถึง ราชการของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ซึ่งได้แบ่งแยกออกไปดำเนินการตามเขตการปกครองของประเทศ **ภายใต้การดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด** โดยมีเจ้าหน้าที่ของราชการส่วนกลาง ซึ่งได้รับการแต่งตั้งออกไปประจำตามเขตการปกครองส่วนภูมิภาค เพื่อบริหารราชการภายใต้การบังคับบัญชาของราชการส่วนกลางที่ได้แบ่งอำนาจให้ไปดำเนินกิจการแทนเฉพาะบางเรื่อง บางประการเท่านั้น ราชการส่วนกลางมีอำนาจที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไขคำสั่งของส่วนภูมิภาคได้ **ผู้มีอำนาจสั่งการขั้นสุดท้ายก็คือ ราชการส่วนกลาง**

การจัดระเบียบราชการบริหารส่วนภูมิภาค แบ่งออกเป็น จังหวัด รวม 75 จังหวัด และอำเภอ/กิ่งอำเภอ รวม 795 อำเภอ/81 กิ่งอำเภอ

5.3 การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

การปกครองท้องถิ่น หมายถึง การที่ประชาชนในท้องถิ่นมีอำนาจในการปกครองตนเองโดยอิสระ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย โดยต้องมีลักษณะอย่างน้อย 4 ประการ คือ

5.3.1 เป็นนิติบุคคล

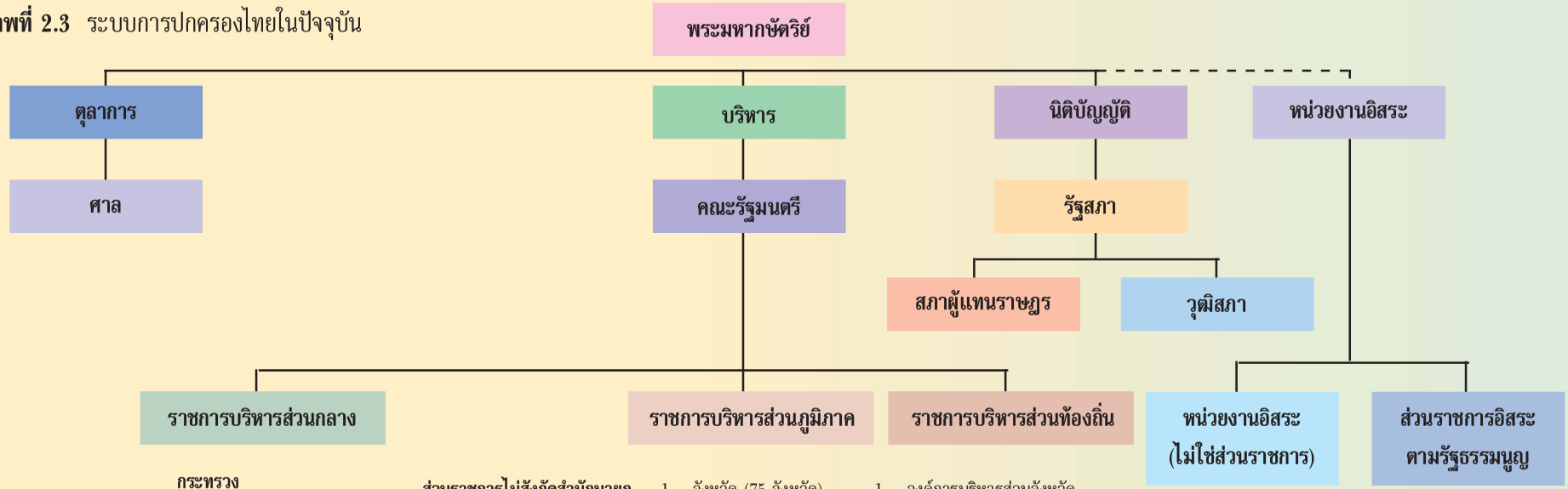
5.3.2 ผู้บริหารหรือสมาชิกสภาท้องถิ่น ได้รับเลือกตั้งจากประชาชนทั้งหมดหรือบางส่วน

5.3.3 มีรายได้และงบประมาณเป็นของตนเอง

5.3.4 มีอิสระในการบริหารงาน ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย

การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นของไทย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ **องค์การบริหารส่วนจังหวัด** (75 แห่ง) **เทศบาล** (1,129 แห่ง) และราชการส่วนท้องถิ่นอื่นที่กฎหมายกำหนด ซึ่งมี 3 ลักษณะคือ **กรุงเทพมหานคร** (1 แห่ง) **เมืองพัทยา** (1 แห่ง) **และองค์การบริหารส่วนตำบล** (6,742 แห่ง)

ภาพที่ 2.3 ระบบการปกครองไทยในปัจจุบัน



กระทรวง

1. สำนักนายกรัฐมนตรี
2. กระทรวงกลาโหม
3. กระทรวงการคลัง
4. กระทรวงการต่างประเทศ
5. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
7. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
8. กระทรวงคมนาคม
9. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
10. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
11. กระทรวงพลังงาน
12. กระทรวงพาณิชย์
13. กระทรวงมหาดไทย
14. กระทรวงยุติธรรม
15. กระทรวงแรงงาน
16. กระทรวงวัฒนธรรม
17. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
18. กระทรวงศึกษาธิการ
19. กระทรวงสาธารณสุข
20. กระทรวงอุตสาหกรรม

ส่วนราชการไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงหรือทบวง

1. สำนักราชเลขาธิการ
2. สำนักพระราชวัง
3. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
4. สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ
5. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
6. ราชบัณฑิตยสถาน
7. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
8. สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน
9. สำนักงานอัยการสูงสุด

1. จังหวัด (75 จังหวัด)
2. อำเภอ (795 แห่ง) และกิ่งอำเภอ (81 แห่ง)

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด (75 แห่ง)
2. เทศบาล (1,129 แห่ง)
   - 2.1 เทศบาลนคร (20 แห่ง)
   - 2.2 เทศบาลเมือง (90 แห่ง)
   - 2.3 เทศบาลตำบล (1,019 แห่ง)*
3. ราชการส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่กฎหมายกำหนด
   - 3.1 กรุงเทพมหานคร (1 แห่ง)
   - 3.2 เมืองพัทยา (1 แห่ง)
   - 3.3 องค์การบริหารส่วนตำบล (6,742 แห่ง)

1. สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์
2. ธนาคารแห่งประเทศไทย
3. สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์ ฯลฯ

(ยังมีหน่วยงานอิสระตาม พ.ร.บ.องค์การมหาชน และ พ.ร.บ. เฉพาะต่างๆ)

1. ศาลปกครอง
2. ศาลรัฐธรรมนูญ
3. สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง
4. สำนักงานศาลยุติธรรม
5. สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
6. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ
7. สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
8. สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา
9. สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

หมายเหตุ: *เปลี่ยนจากสุขาภิบาลเป็นเทศบาลตำบลทั้งหมดใน พ.ศ. 2542

การสาธารณสุขไทย
๒๕๔๔-๒๕๔๗

บทที่ 3
แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)

1. แนวคิดในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 นอกจากเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวมต่อเนื่องจากแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 8 แล้ว ยังได้อันเชิญ**แนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง** ตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาสุขภาพคนไทยรวมทั้งระบบสุขภาพ

แนวคิดสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 นี้ ถือว่าสุขภาพคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นบูรณาการ ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนจะต้องพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบที่เชื่อมโยงกับองค์ประกอบต่างๆ หลายส่วน ทั้งองค์ประกอบด้านปัจเจกบุคคล องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ สังคม การเมือง กายภาพและชีวภาพ และองค์ประกอบด้านระบบบริการสุขภาพ (ดูบทที่ 4) รวมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากทุกภาคส่วนของสังคมในการพัฒนาสุขภาพ

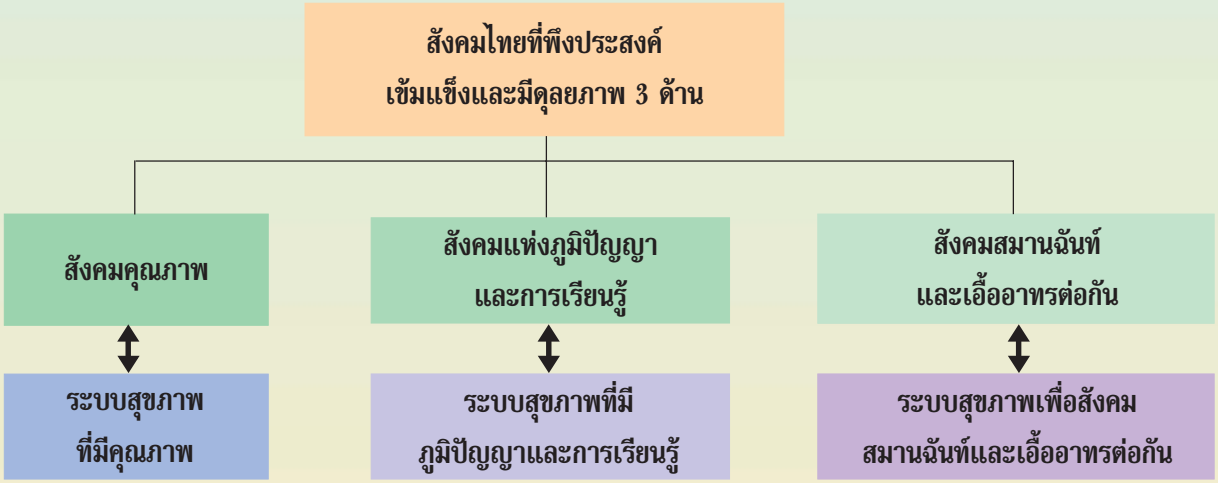
2. ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพไทย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดวิสัยทัศน์ของสังคมไทยที่พึงประสงค์ เป็นสังคมที่เข้มแข็งและมีดุลยภาพ 3 ด้าน คือ สังคมคุณภาพ สังคมแห่งภูมิปัญญาและการเรียนรู้ และสังคมสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสังคมไทยจึงต้องมีความเข้มแข็งและมีดุลยภาพทั้ง 3 ด้านดังกล่าว

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ จึงได้กำหนดภาพลักษณ์ระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ไว้ดังนี้ (ภาพที่ 3.1)

"ระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดีของประชาชน ควบคู่กับการมีหลักประกันที่อุ่นใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรและมีคุณภาพเมื่อยามจำเป็น โดยสังคมทุกส่วนและทุกระดับ มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีการเรียนรู้และใช้ประโยชน์อย่างรู้เท่าทัน ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย เพื่อให้สังคมไทยดำรงอยู่อย่างพึ่งตนเองได้และมีสุขภาวะในสังคมโลกที่มีสภาพการเชื่อมโยงและมีอิทธิพลต่อกันอย่างกว้างขวาง"

ภาพที่ 3.1 ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพไทย



- ระบบสุขภาพเชิงรุกและพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม
- บริการสุขภาพมีคุณภาพ/ประสิทธิภาพ
- มีหลักประกันที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีและตายอย่างสมศักดิ์ศรี
- มีธรรมาภิบาลในการบริหาร/จัดการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- สังคมทุกระดับเข้มแข็ง มีส่วนร่วมและพึ่งตนเองทางสุขภาพได้

- ใช้ความรู้และปัญญาเป็นฐาน
- ใช้ประโยชน์และรู้เท่าทันทั้งภูมิปัญญาไทยและสากล
- วิจัยและพัฒนาวิทยาการและนวัตกรรมสุขภาพ
- สังคมมีสำนึกสุขภาพและมีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ
- ระบบทั้งมวลเอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ

- ระบบบริการสุขภาพมีคุณธรรมและเคารพในความเป็นมนุษย์
- หลักประกันสุขภาพที่อุ่นใจ/ทั่วถึง/เสมอภาค/เป็นธรรม
- สิทธิและความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- ให้การสงเคราะห์แก่ผู้ทุกข์ยาก คนยากจนและผู้ประสบเคราะห์กรรม

ที่มา: แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)

3. วิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพประชาชน

"คนในสังคมไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะ และเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาค รวมทั้งอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมที่มีความพอเพียงทางสุขภาพ มีศักยภาพ มีการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ โดยสามารถใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยได้อย่างรู้เท่าทัน"

4. พันธกิจหลัก : การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ (All for Health)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้กำหนดพันธกิจหลักคือ **การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อร่วมสร้างสุขภาพ** โดยจะต้องทำให้เกิดสำนึกสุขภาพในสังคมทุกส่วนอย่างทั่วถึงและเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ในสังคมมีบทบาทและได้ใช้ศักยภาพของตนในการพัฒนาเพื่อบรรลุสู่สังคมแห่งสุขภาวะ

5. วัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)

5.1 เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุกที่มุ่งการสร้างเสริมสุขภาพดีและการคุ้มครองความปลอดภัยของชีวิตและสุขภาพทั้งด้านความปลอดภัยและความมั่นคงของระบบอาหาร ความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ การคุ้มครองผู้บริโภคและการป้องกันควบคุมโรค

5.2 เพื่อสร้างหลักประกันที่ช่วยคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาและสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง เสมอภาคและเป็นธรรม โดยเฉพาะคนจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม

5.3 เพื่อสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้มีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ

5.4 เพื่อสร้างกลไกและมาตรการในการสร้าง แสวงหาและเพิ่มศักยภาพในการคัดกรองการใช้ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาสุขภาพ โดยเน้นการวิจัยและพัฒนาเพื่อการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทยอย่างรู้เท่าทันเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

6. เป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)

เป้าหมายสำคัญเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)

ตารางที่ 3.1 เป้าหมายและสถานการณ์ ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545- พ.ศ. 2549)

เป้าหมาย	สถานการณ์ล่าสุด	แหล่งข้อมูล
1) เป้าหมายด้านผลกระทบของการพัฒนาสุขภาพ		
(1) อัตราทารกตายไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	- 24 ต่อการเกิดมีชีพพันคน (พ.ศ. 2545)	World Bank
(2) อัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7	- ร้อยละ 8.9 (พ.ศ. 2545)	กรมอนามัย
(3) อัตราการตายมารดาไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	- 13.7 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เป้าหมาย	สถานการณ์ล่าสุด	แหล่งข้อมูล
(4) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชาชนเพิ่มเป็น - เพศหญิง 77 ปี - เพศชาย 72 ปี	 - เพศหญิง 74.9 ปี - เพศชาย 67.9 ปี } (พ.ศ.2543 - พ.ศ.2548)	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2) เป้าหมายการลดปัญหาสุขภาพ		
(1) ลดจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าลงร้อยละ 50 ของแต่ละปี	- 0.02 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักระบาดวิทยา
(2) ไม่มีผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอ	- ไม่มี (พ.ศ. 2546)	สำนักระบาดวิทยา
(3) อัตราป่วยด้วยโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดไม่เกิน 1 ต่อประชากรแสนคน	- 0.01 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักระบาดวิทยา
(4) ลดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี ให้ไม่เกินร้อยละ 7	- ร้อยละ 8.7 (พ.ศ. 2546)	กรมอนามัย
(5) ลดอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ โดย - ในกลุ่มทหารเกณฑ์ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1	 - ร้อยละ 0.6 (ผลัด 2 พ.ศ. 2546)	 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร
- ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1	- ร้อยละ 1.1 (พ.ศ. 2546)	กรมอนามัย
(6) ลดอัตราตายจากอุบัติเหตุให้เหลือไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน	- 56.9 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
(7) ลดอัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เหลือไม่เกิน 90 ต่อประชากรแสนคน	- 27.7 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
(8) ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งให้เหลือไม่เกิน 40 ต่อประชากรแสนคน	- 78.9 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
(9) ลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกให้เหลือไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน	- 99.56 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักระบาดวิทยา
(10) ควบคุมอัตราป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อให้เหลือไม่เกิน 60 ต่อประชากรแสนคน	- 42 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	กรมควบคุมโรค
(11) ลดอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันให้เหลือไม่เกิน 1,000 ต่อประชากรแสนคน	- 1,719.49 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักระบาดวิทยา
(12) ลดอัตราป่วยด้วยไข้มาลาเรียให้เหลือไม่เกิน 1 ต่อประชากรพันคน	- 0.64 ต่อประชากรพันคน (พ.ศ. 2546)	กรมควบคุมโรค
(13) ลดอัตราป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสให้เหลือไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน	- 7.79 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2546)	สำนักระบาดวิทยา
(14) ลดปัญหาความเครียดของประชาชนให้เหลือไม่เกินร้อยละ 50	- ร้อยละ 57.7 ในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพ - ร้อยละ 59.8 ในกลุ่มผู้ว่างงาน } (ก.ย. 2543)	กรมสุขภาพจิต
(15) ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชาชนให้เหลือไม่เกิน 33.5 ต่อประชากรแสนคน	- 36.41 ต่อประชากรแสนคน (พ.ศ. 2544)	กรมสุขภาพจิต
3) เป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพ		
(1) เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	- ร้อยละ 71.6 (พ.ศ. 2542)	กรมอนามัย
(2) ประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 60 มีการออกกำลังกาย	- ร้อยละ 29.1 ในอายุ 11 ปีขึ้นไป แยกเป็นชาย ร้อยละ 32.8 หญิงร้อยละ 25.4 (พ.ศ. 2547)	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(3) ลดอัตราการบริโภคบุหรี่ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้เหลือไม่เกิน ร้อยละ 21	- ร้อยละ 21.6 ในอายุ 11 ปีขึ้นไป แยกเป็นชาย ร้อยละ 44.1 หญิงร้อยละ 2.9 (พ.ศ. 2546)	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
4) เป้าหมายการเข้าถึงบริการ		
(1) ประชาชนทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ	- ร้อยละ 94.3 (พ.ศ. 2547)	สำนักงานสถิติแห่งชาติ

7. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

7.1 ยุทธศาสตร์การพัฒนา

เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพ เป็นไปในทิศทางที่จะนำไปสู่ภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ไว้ 7 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (ภาพที่ 3.2 และ 3.3)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาหลักประกันด้านสุขภาพและคุณภาพบริการ
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีและการสร้างเสริมสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารจัดการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ 7 การพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศด้านสุขภาพ

7.2 ยุทธวิธีการพัฒนา

ในยุทธศาสตร์แต่ละด้าน จะประกอบด้วย **ยุทธวิธี** ดำเนินการต่างๆ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพ

1) ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการสู่แนวทางการบริหารจัดการที่ดี
   (1) จัดให้มีระบบการทำงาน ระบบข้อมูล และระบบงบประมาณแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์
   (2) บริหารจัดการโดยเน้นการพัฒนาสุขภาพเชิงรุก
   (3) ประสานการมีส่วนร่วม สร้างภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
   (4) ปรับบทบาทจากผู้ปฏิบัติเป็นผู้กำกับดูแลและสนับสนุน
2) การพัฒนาและเสริมสร้างกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลในสังคม
   (1) รณรงค์สร้างจิตสำนึก ค่านิยม จรรยาบรรณ ยึดมั่นหลักการ
   (2) พัฒนากลไกการตรวจสอบ
   (3) สนับสนุนการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ประพฤติมิชอบ
      - ปรับปรุงกฎระเบียบ ลดการใช้ดุลพินิจ
      - กำหนดแนวทางการต่อต้านการทุจริต
      - สร้างจิตสำนึกให้ประชาชนร่วมกันต่อต้าน
3) ปรับปรุงกฎหมาย
   (1) ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการบริหารและการบริการ
   (2) เป็นแกนผลักดันให้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
   (3) จัดทำแนวทางสนับสนุนการถ่ายโอน / กระจายอำนาจ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาหลักประกันด้านสุขภาพและคุณภาพบริการ

1) สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการประกันสุขภาพในแต่ละระบบ รวมทั้งระบบการจ่ายเงินให้มีประสิทธิภาพและเอกภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างมาตรการด้านกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน

2) พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้นทั้งเขตเมืองและชนบท รวมทั้งพัฒนาให้เกิดระบบเครือข่ายกับสถานบริการสาธารณสุขระดับกลางและสูง ให้มีคุณภาพ

3) พัฒนาสถานบริการสุขภาพ ให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานของระบบรับรองคุณภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทยหรือตามมาตรฐานสากล

4) สนับสนุนการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน

5) พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชาติและระดับจังหวัด โดยให้ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นศูนย์กลาง

6) จัดให้มีระบบการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว โดยการเก็บเบี้ยประกัน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีและการสร้างเสริมสุขภาพ

1) ผลักดันสาระบัญญัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันปัญหาสุขภาพและการพัฒนาปัจจัยพื้นฐานเพื่อสุขภาพในกฎหมายแม่บทเพื่อพัฒนาสุขภาพ รวมถึงสร้างกลไก นโยบาย มาตรการ กระบวนการจัดการสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติอย่างเป็นองค์รวมและสอดรับกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

2) พัฒนาระบบเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม กำกับติดตามปัญหาสุขภาพให้สอดคล้องกับสถานการณ์

3) ส่งเสริมความรู้ จริยธรรมและบทบาทความรับผิดชอบของภาคเอกชนและผู้ประกอบการกิจการในการผลิต ที่คำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์ และรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจเกิดจากกิจการนั้น

4) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสารสนเทศด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทันการณ์เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง และเปิดโอกาสให้บุคคลหรือองค์กรที่สนใจสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ข้อมูลได้อย่างสะดวก รวมทั้งส่งเสริมกลไกการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพไปสู่กลุ่มชนอย่างถูกต้อง ทันการณ์และตรงตามความต้องการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ

1) สร้างเสริมค่านิยมให้คนในสังคมมุ่งเน้นและตระหนักถึงความสำคัญของการมีจิตสำนึกของการมีสุขภาพดี มีทักษะชีวิต บนหลักการพึ่งพิงและดูแลตนเอง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพด้านองค์ความรู้ มาตรฐานเทคโนโลยีและนวัตกรรมของระบบกลไกและองค์กรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

2) ส่งเสริม / พัฒนาภาคเอกชนและผู้ประกอบกิจการการผลิต ให้มีความรู้ จิตสำนึกและบทบาทในการมีส่วนรับผิดชอบต่อสังคม โดยคำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานผลิตภัณฑ์และผลกระทบที่อาจมีต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

3) เสริมสร้างโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

4) พัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน รวมทั้งสถาบันต่างๆ

5) พัฒนาระบบกลไก และภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ

6) พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบการเฝ้าระวังสุขภาพของชุมชน

7) พัฒนาศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและเทคโนโลยีที่เหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

1) พัฒนาระบบบริหารจัดการวิชาการเพื่อการวิจัยด้านสุขภาพ ที่เอื้อต่อนักวิชาการและนักวิจัย ในการสร้าง / พัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมพื้นฐานทางวิชาการหลากหลายสาขา ให้มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอ

2) ประเมินศักยภาพขององค์กรในกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการวิจัยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม

3) สร้างกลไกให้นักวิชาการและนักวิจัย ให้มีจรรยาบรรณในการสร้างผลงานวิจัย โดยเฉพาะระบบกำกับการวิจัยในมนุษย์

4) เน้นการสร้าง / ประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคีสุขภาพทุกภาคส่วนทั้งในประเทศและนานาชาติ ในการพัฒนาระบบวิจัย นักวิจัยและงานวิจัย

5) ส่งเสริมให้มีระบบการตัดสินใจด้านการบริหาร บนพื้นฐานของข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมทั้งสามารถตรวจสอบได้

6) สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบการควบคุม ติดตาม ประเมินผลสำเร็จของงานวิจัยและการนำไปใช้

7) สนับสนุน / ผลักดันให้มีการจัดตั้งองค์กรที่มีการบริหารที่เป็นอิสระและคล่องตัว เพื่อจัดระบบและสร้างกลไกการบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ อย่างครบวงจร

8) พัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านการวิจัยและองค์ความรู้ เพื่อให้สาธารณชนเข้าถึงและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยสะดวก

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การบริหารจัดการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

1) จัดให้มีองค์กร / คณะกรรมการบริหารกลางระดับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อ ดูแล กำกับ กำหนดกลไก หลักเกณฑ์ หลักการ เงื่อนไข เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านการผลิต พัฒนาและการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากการยุบรวมหน่วยงาน เพื่อดำเนินงานกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับแนวนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับประเทศ

2) จัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง ทันสถานการณ์ ครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเชื่อมโยงข้อมูลทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น โดยมีหน่วยงาน / องค์กร เป็นศูนย์กลางเชื่อมโยงเครือข่ายข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งอาจจ้างหน่วยงานอื่นหรือเอกชนเป็นผู้รวบรวม และประมวลผล

3) สนับสนุนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพให้มีประเภท ปริมาณ คุณภาพและคุณลักษณะเฉพาะตามความต้องการและความจำเป็นของการปรับระบบบริการสุขภาพของประเทศ

4) ปรับระบบการบริหารจัดการบุคลากรให้มีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

- ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน
- ระบบแรงจูงใจและผลตอบแทน
- ระบบการใช้และกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับการแก้ปัญหาของพื้นที่
- ระบบการพัฒนาบุคลากรระหว่างประจำการเพื่อรองรับการกระจายอำนาจ
- ระบบการตรวจสอบและติดตามประเมินผลที่โปร่งใส ตรวจสอบได้

5) จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อยกระดับความรู้ ความสามารถ ทักษะ คุณธรรม จริยธรรม ทัศนคติ ค่านิยม ในการให้บริการให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง

6) สร้างและสนับสนุนให้สร้างองค์ความรู้ทางด้านวิชาการใหม่ๆ ตลอดจนเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

7) ให้บริการวิชาการแก่องค์กร หน่วยบริการต่างๆ ในระบบสาธารณสุข รวมถึงชุมชนและท้องถิ่น

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศด้านสุขภาพ

1) พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถสนับสนุนการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) พัฒนาองค์กร พัฒนาระบบงาน พัฒนามาตรฐานและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการผลิต

3) ส่งเสริมและสนับสนุนทางวิชาการและเทคโนโลยีการผลิต เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพทดแทนการนำเข้า

4) สร้างภาคีและเครือข่าย ความร่วมมือในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่งออก

5) พัฒนาและรับรองคุณภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ตามมาตรฐานประเทศคู่ค้าและมาตรฐานสากล

ภาพที่ 3.2 ยุทธศาสตร์/ยุทธวิธีในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - พ.ศ. 2549)

ภาพลักษณ์ของสังคมและระบบสุขภาพไทยที่พึงประสงค์

↓

แนวคิด "เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางการพัฒนา"

↓

4 วัตถุประสงค์

↓

7 ยุทธศาสตร์การพัฒนา

↓

พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสุขภาพ

1. ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการสู่แนวทางการบริหารจัดการที่ดี
2. พัฒนาและเสริมสร้างกลไกการตรวจสอบถ่วงดุลในสังคม
3. ปรับปรุงกฎหมาย

พัฒนาหลักประกันด้านสุขภาพและคุณภาพบริการ

1. สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการประกันสุขภาพในแต่ระบบ
2. พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น
3. พัฒนาคุณภาพสถานบริการสุขภาพ
4. สนับสนุนการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย
5. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
6. จัดระบบการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

พัฒนาปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีและการสร้างเสริมสุขภาพ

1. สร้างกลไก นโยบายมาตราการกระบวนการจัดการสร้างเสริมสุขภาพระดับชาติ
2. พัฒนาระบบเครือข่ายเฝ้าระวังควบคุม กำกับติดตามปัญหาสุขภาพ
3. ส่งเสริมจริยธรรมและบทบาทความรับผิดชอบภาคเอกชนต่อผลกระทบทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
4. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสนเทศด้านสุขภาพ

พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนและศักยภาพความเข้มแข็งกลุ่มประชาคมด้านสุขภาพ

1. สร้างจิตสำนึกของการมีสุขภาพดีและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อสร้างเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ
2. พัฒนาภาคเอกชนและผู้ประกอบกิจการที่เกี่ยวข้องให้มีจิตสำนึกต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
3. เสริมสร้างโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ
4. พัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
5. พัฒนาระบบกลไกและภาคีเครือข่ายของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพ
6. พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพชุมชน
7. พัฒนาศักยภาพของชุมชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและเทคโนโลยีที่เหมาะสม

พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

1. พัฒนาระบบบริหารจัดการวิชาการเพื่อการวิจัย
2. ประเมินศักยภาพองค์กรในการดำเนินการวิจัย
3. ส่งเสริมจรรยาบรรณนักวิจัยในการสร้างผลงานวิจัย
4. สร้าง/ประสานการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคีสุขภาพ ในการพัฒนาระบบวิจัย
5. ส่งเสริมให้มีระบบการตัดสินใจบนพื้นฐานองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
6. สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบประเมินผลงานวิจัยและการนำไปใช้
7. จัดระบบและสร้างกลไกการบริหารจัดการความรู้
8. พัฒนาระบบการเผยแพร่องค์ความรู้แก่สาธารณชน

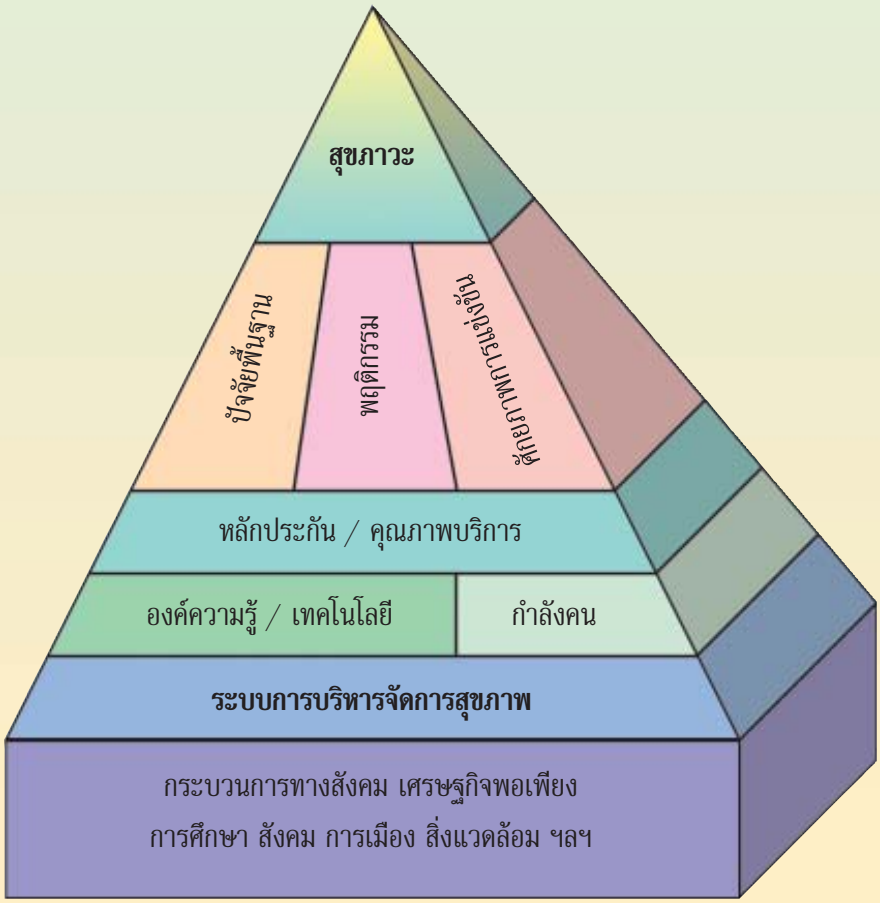
บริหารจัดการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

1. จัดให้มีองค์กรเพื่อดูแล กำกับ กำหนดกลไก หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
2. จัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลกลางกำลังคนด้านสุขภาพ
3. สนับสนุนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ
4. ปรับระบบการบริหารจัดการบุคลากรให้มีความยืดหยุ่น และมีประสิทธิภาพ
5. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรที่สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
6. สร้างองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ
7. ให้บริการวิชาการ

พัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศด้านสุขภาพ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อสนับสนุนการผลิต
2. พัฒนาองค์กร ระบบงานมาตรฐานและระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนการผลิต
3. สนับสนุนทางวิชาการและเทคโนโลยีการผลิตเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการผลิตทดแทนการนำเข้า
4. สร้างภาคีและเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการส่งออก
5. พัฒนาและรับรองคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน

ภาพที่ 3.3 ยุทธศาสตร์แผน 9 ของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2549)



8. โครงสร้างแผนงาน / โครงการในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - พ.ศ. 2549)

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ประกอบด้วย 3 แผนงาน 13 งาน (ดังภาพที่ 3.4)

ภาพที่ 3.4 โครงสร้างแผนงาน / งานในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549)

9. วิวัฒนาการของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ประเทศไทย เริ่มมีการวางแผนพัฒนาระยะปานกลางมาตั้งแต่ พ.ศ. 2504 โดยในแผนฯ ฉบับที่ 1 มีระยะเวลา 6 ปี แผนฯต่อๆ มา มีระยะเวลา 5 ปี ในช่วง 3 แผนแรกมุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ จึงเรียกชื่อว่า **แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ** ต่อมาประเด็นปัญหาสังคมเริ่มเด่นชัดขึ้น ประกอบกับมีการเคลื่อนไหวทางการเมืองในภาคประชาชนค่อนข้างมาก จึงได้เปลี่ยนเป็น**แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ** ตั้งแต่ แผนฯ ที่ 4 เป็นต้นมา

สาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับแผนพัฒนาการสาธารณสุข รวมทั้งผลสำเร็จของแผนฯ ฉบับที่ 1-9 สามารถสรุปดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 สาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กับแผนพัฒนาการสาธารณสุข รวมทั้งผลสำเร็จของแผนฯ ตั้งแต่แผนฯ ฉบับที่ 1-9

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข
1 (2504 - 2509)	เน้นเฉพาะด้านเศรษฐกิจเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการลงทุนในสิ่งก่อสร้างขั้นพื้นฐานในรูปของระบบคมนาคมและขนส่ง ระบบเขื่อนเพื่อการชลประทานและพลังงานไฟฟ้า สาธารณูปการ ฯลฯ รัฐทุ่มเททรัพยากรเข้าไปเพื่อการปูพื้นฐานให้มีการลงทุนในด้านเอกชนเป็นหลัก	เน้นการขยายสถานบริการสาธารณสุขอันได้แก่ โรงพยาบาลระดับจังหวัดและสถานีอนามัย ให้เป็นบริการพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพ	• เศรษฐกิจของประเทศรุดหน้า GDP เพิ่มขึ้นร้อยละ 8 ต่อปีโดยเฉลี่ย • ดุลการชำระเงินระหว่างประเทศมีฐานะเกินดุลทำให้ปี 2509 มีทุนสำรองเพิ่มเป็น 800 ล้าน US$ • เริ่มโครงการแม่กลองและโครงการแม่น้ำน่าน • เริ่มส่งพลังงานไฟฟ้าจากโครงการยันฮีและโครงการไฟฟ้าลิกไนท์ที่กระบี่ • เริ่มโครงการบูรณะทางหลวง ฯลฯ	มีการสร้างโรงพยาบาลใหม่ๆ เพิ่มขึ้นหลายแห่งโดยมีโรงพยาบาลระดับจังหวัดครบทุกจังหวัดสำหรับงานด้านอนามัยปราบปรามและควบคุมโรคติดต่อดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยกเว้นในเรื่องการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในชนบทห่างไกล
2 (2510 - 2514)	ยึดแนวทางแผน 1 โดยขยายขอบเขตของแผน ให้ครอบคลุมถึงการพัฒนาของรัฐโดยสมบูรณ์ กระจายให้บังเกิดผลทั่วประเทศ เน้นเขตทุรกันดารและห่างไกลความเจริญ และมีโครงการพิเศษนอกเหนือไปจากหน้าที่ปกติของกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ เช่น โครงการพัฒนาภาค โครงการเร่งรัดพัฒนาชนบทและโครงการช่วยเหลือชาวนา ฯลฯ	เร่งรัดการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การปรับปรุงการบริการสาธารณสุขโดยขยายขอบเขตการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนชนบทห่างไกล มีการ**บังคับนักศึกษาแพทย์ให้ทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2508**	• ช่วงปลายแผน 2 เกิดภาวะเศรษฐกิจรัดตัวเป็นครั้งแรก โดยมีปัจจัยจากเศรษฐกิจต่างประเทศ รายจ่ายทางทหารของสหรัฐอเมริกาในประเทศไทยและการลงทุนจากต่างประเทศลดลง GDP ยังคงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7.5 ต่อปี • มีความแตกต่างทางรายได้ในหมู่ประชากรของประเทศและระหว่างพื้นที่ต่างๆ	ผลของการดำเนินงานมีลักษณะเช่นเดียวกับแผนฯ 1 และพบว่าการผลิตแพทย์และพยาบาลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผน การให้ภูมิคุ้มกันโรคมีความก้าวหน้าสูงกว่าช่วงแผนที่ 1 เช่น ผลงาน บีซีจีเพิ่มเป็น 3 เท่า การรักษาพยาบาลครอบคลุม

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข
			• กำลังผลิตไฟฟ้าเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว ความยาวถนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 38 เนื้อที่ชลประทานเพิ่มจาก 9.7 ล้านไร่เป็น 13.3 ล้านไร่	ประชากรได้ร้อยละ 11 สถานบริการระดับอำเภอเพิ่มจากร้อยละ 42.3 เป็นร้อยละ 54.9 ของจำนวนอำเภอทั้งหมด
3 (2515 - 2519)	มุ่งทิศทางเดิม และเพิ่มกลยุทธ์ลดช่องว่างระหว่างรายได้ • รักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ โดย รักษาอัตราการขยายตัวของปริมาณเงินตรา รักษาระดับราคาสินค้าที่จำเป็นต่อการครองชีพ รักษาเสถียรภาพทางการเงินระหว่างประเทศ ส่งเสริมการส่งออก ปรับปรุงโครงสร้างการนำเข้า • ปรับปรุงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและยกระดับการผลิต เร่งรัดการส่งออกและทดแทนสินค้านำเข้า ปรับงบลงทุนในโครงก่อสร้างมาสนับสนุนการลงทุน เพื่อใช้ประโยชน์จากโครงการขั้นพื้นฐานที่มีอยู่ • กระจายรายได้และบริการทางสังคมโดยลดอัตราการเพิ่มประชากร กระจายบริการเศรษฐกิจและสังคมสู่ชนบท ปรับปรุงสถาบันและองค์กรด้านเกษตรและสินเชื่อ รักษาระดับราคาสินค้าเกษตร	มุ่งเน้นการอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อ การปรับปรุงและขยายการบริการรักษา มีการทดลองรูปแบบการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยการพัฒนาความร่วมมือของประชาชน และ**มีนโยบายการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้มีรายได้น้อยเป็นครั้งแรก พ.ศ. 2518**	• ระบบการเงินโลกผันผวนตั้งแต่ปี 2514 ค่าเงิน US$ ตกต่ำ อาหารและวัตถุดิบ ราคาแพง ราคาน้ำมันเพิ่ม 4 เท่าตัว เกิดเงินเฟ้อและคนว่างงานในประเทศพัฒนา • ประเทศไทยเกิดเงินเฟ้อสูงสุด เศรษฐกิจฝืดเคืองอย่างรวดเร็ว การขยายตัวทางการเงินของรัฐและเอกชนลดน้อยลง ลงทุนซบเซา ก่อสร้างหยุดชะงัก อย่างไรก็ตามรัฐบาลได้ใช้ทั้งมาตรการทางการเงิน การคลังและราคาหลายประการ จนคลี่คลายปัญหาได้ ทำให้ GDP เพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.1 ต่อปี และ รายได้บุคคลเพิ่มขึ้นเฉลี่ย ร้อยละ 4.1 ต่อปี • เนื้อที่ชลประทานเพิ่มเป็น 20.6 ล้านไร่ แต่การปรับปรุงระบบระบายน้ำเข้าไปในพื้นที่เพาะปลูกทำได้เพียงร้อยละ 0.3 ของพื้นที่ชลประทานทั้งสิ้น และส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง • มีถนนเพิ่มระยะทางเป็น 31,087 กิโลเมตร ประชากรมีอัตราเพิ่มลดลงจาก ร้อยละ 3.1 ในปี 2514 เหลือ 2.6 ในปี 2519 เด็กในวัยเรียนอยู่นอกระบบโรงเรียนร้อยละ 56	อัตราเพิ่มของประชากรลดลงจาก 31.5 ต่อพัน (2514) เป็น 26.1 ต่อพัน (2519) อัตราตายของประชากรลดลงจาก 11.6 ต่อพัน ในช่วงแผนฯ 2 เป็น 10.9 ต่อพัน ในแผนฯ 3 การผลิตบุคลากรสาธารณสุขยังต่ำกว่าเป้าหมาย แพทย์ใช้ทุนเริ่มปฏิบัติงานใน พ.ศ. 2515 ทำให้มีแพทย์ในชนบทมากขึ้น ในส่วนของการขยายบริการในลักษณะจำนวนเตียง จำนวนสถานบริการและการให้ภูมิคุ้มกันโรคแม้จะดีขึ้น แต่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และพบว่า ร้อยละ 70 ของอำเภอ ทั้งหมดมีสถานีอนามัย ชั้น 1 ร้อยละ 68.5 ของตำบล ทั้งประเทศมีสถานี ชั้น 2

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข
4 (2520 - 2524)	• เน้นการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศโดยมุ่งขยายการผลิตสาขาเกษตร ปรับปรุงโครงสร้างอุตสาหกรรมการผลิตเพื่อส่งออก กระจายรายได้และการมีงานทำในภูมิภาค มาตรการกระตุ้นอุตสาหกรรมที่ซบเซา รักษาดุลการชำระเงิน และการขาดดุลงบประมาณ • เร่งบูรณะและปรับปรุงการบริหารทรัพยากรหลักของชาติรวมทั้งการนำเอาทรัพยากรธรรมชาติมาใช้ โดยเฉพาะที่ดิน แหล่งน้ำ ป่าไม้ และแหล่งแร่ เร่งรัดการปฏิรูปที่ดิน จัดสรรแหล่งน้ำในประเทศ อนุรักษ์ทะเลหลวง สำรวจและพัฒนาแหล่งพลังงานในอ่าวไทยและภาคใต้ฝั่งตะวันออก	มุ่งเน้นที่การแก้ไขและลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง **โดยเริ่มตั้งเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543 ด้วยกลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานใน พ.ศ. 2522**	• GDP ยังคงเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 7.1 ต่อปี แต่โครงสร้างการผลิตที่เปลี่ยนไปกลับเป็นผลทำให้รายได้เฉลี่ยของประชาชนในสาขาเกษตรปี 2523 เป็น 11,464 บาท/คน/ปี ในขณะที่ทั้งประเทศเป็น 29,949 บาท/คน/ปี และต่ำกว่า สาขาอาชีพอุตสาหกรรม 5 เท่าตัว ต่ำกว่าพาณิชยกรรม 5 เท่าตัวและ ต่ำกว่าภาคบริการ 2 เท่าตัว • น้ำมันดิบราคาสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและการที่ประเทศไทยพึ่งพาพลังงานจากต่างประเทศร้อยละ 75 มีผลทำให้ขาดดุลการค้าปีละ 45,000 ล้านบาท หรือร้อยละ 7.6 ของ GDP (แผน 3 ขาดดุล 13,000 ล้านบาทต่อปี หรือ 5.1% ของ GDP) ประชาชนหารายได้ไม่ทันกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น เงินเฟ้อเฉลี่ย ร้อยละ 11.6 ต่อปี • 1/3 ของประชากรในชนบทยังอยู่ในข่ายยากจน เด็กวัยเรียนในชนบทร้อยละ 70-80 ได้รับอาหารไม่พอเพียง	โรคติดต่อบางอย่างลดลงจนไม่เป็นปัญหา เช่น กาฬโรค ไข้ทรพิษ ประชาชนในชนบทยังมีสุขภาพอนามัยไม่ดี เนื่องจากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดแคลนน้ำสะอาดในการบริโภค และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านสถานบริการเริ่มมีโรงพยาบาลประจำอำเภอแทนศูนย์การแพทย์และอนามัย และมีโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน เป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2521 มีการอบรมผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครั้งแรกใน พ.ศ. 2520
5 (2525 - 2529)	ปรับแนวนโยบายการพัฒนาประเทศ "แนวใหม่" • ยึดพื้นที่เป็นหลักในการวางแผน กำหนดแผนงานและโครงการ ให้มีผลทางปฏิบัติทั้งภาครัฐและภาคเอกชน • เน้นการรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจการเงินของประเทศเป็นพิเศษโดยการเร่งระดมเงินออม สร้างวินัยทางเศรษฐกิจการเงินและการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจ	**การจัดตั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอให้ครบทุกอำเภอ** รวมทั้งยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์ให้เป็นสถานีอนามัยทั้งหมด การสาธารณสุขมูลฐาน มีการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในรูปแบบของกองทุนลักษณะต่างๆ และเริ่มมีการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ทำให้มีการพัฒนาสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทั้งหมด	• ภาวะเศรษฐกิจและการเงินของโลกผันผวนและค่อนข้างรุนแรงเกิดภาวะเศรษฐกิจซบเซาติดต่อกันเป็นเวลานาน ตั้งแต่เกิดวิกฤตการณ์น้ำมันครั้งที่ 2 ทำให้ทุกประเทศต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ประเทศอุตสาหกรรมกีดกันทางการค้า • รัฐบาลใช้มาตรการด้านการเงินการคลังอย่างเข้มงวด ปรับค่าเงินบาทลอยตัว ประกอบ	จัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอได้ครอบคลุม ร้อยละ 85.2 และ สถานีอนามัยได้ครอบคลุม ร้อยละ 97.9 การผลิตแพทย์ และพยาบาลสามารถดำเนินการได้ ร้อยละ 93.6 และร้อยละ 93.8 ของเป้าหมาย ตามลำดับ การฝึกอบรม อสม. ได้ถึง ร้อยละ 126.9 ของเป้าหมาย และอบรม ผสส. ได้ถึงร้อยละ 119.64 ของเป้าหมาย รวมทั้งกองทุนยาได้

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข
	• เน้นความสมดุลในการแก้ปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ • เน้นการแก้ปัญหาความยากจนในชนบทล้าหลัง กำหนดพื้นที่เป้าหมาย 286 อำเภอและกิ่งอำเภอ • เน้นการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ เช่น มีระบบการบริหารการพัฒนาชนบทแนวใหม่ประกาศใช้ พ.ศ. 2527 • เน้นบทบาทและการระดมความร่วมมือจากภาคเอกชน		กับช่วงปลายแผน 5 ราคาน้ำมันและอัตราดอกเบี้ยลดลง จึงเกิดการฟื้นตัวตามเป้าหมาย - ดุลการค้าและดุลบัญชีเดินสะพัดขาดดุลเฉลี่ยเหลือ 54 และ 34.9 พันล้านบาท หรือ 5.6% และ 3.6% ของ GDP - เงินเฟ้อลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.8 • จัดโครงการแก้ปัญหาความยากจนได้ 12,562 หมู่บ้าน • ผลกระทบทางเศรษฐกิจส่งผลให้มีคนว่างงาน 1 ล้านคน(ร้อยละ 3.5 ของวัยแรงงาน)เงินออมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พึ่งพาทรัพยากรลงทุนจากการค้าและมีสภาวะหนี้ต่างประเทศเพิ่มขึ้น	ถึงร้อยละ 232.16 ของเป้าหมาย
6 (2530 - 2534)	• เน้นการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจควบคู่ไปกับการรักษาเสถียรภาพของการเงินการคลังโดยเน้นการระดมเงินออมในประเทศ เน้นการใช้จ่ายภาครัฐอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ และเน้นบทบาทภาคเอกชนในการพัฒนา • เน้นการพัฒนาฝีมือแรงงานและคุณภาพชีวิต • เน้นการเพิ่มบทบาทองค์กรประชาชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม • เริ่มแผนหลักการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี • ทบทวนบทบาทรัฐในการพัฒนาประเทศ • มีแผนพัฒนารัฐวิสาหกิจ • มุ่งปรับโครงสร้างการผลิตและการตลาดของประเทศให้กระจายตัวมากขึ้น	ขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ครบตามกลุ่มเป้าหมาย การยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาและการรณรงค์ควบคุมโรคเอดส์เพื่อมิให้กระทบต่อความมั่นคงของชาติ และเริ่มแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพ	• GDP ขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 10.5 ต่อปี โครงสร้างเศรษฐกิจเปิดกว้างสู่นานาชาติและสัดส่วนการค้าระหว่างประเทศเพิ่มเป็น ร้อยละ 80 ของ GDP (จากที่เคยเป็น 60% ในปี 2529) • ฐานะการเงินการคลังของประเทศมั่นคงและมีเสถียรภาพ ทุนสำรองเงินตราต่างประเทศเพิ่มสูงเกือบ 17,000 ล้าน US$ หนี้ต่างประเทศลดจากร้อยละ 38.5 เหลือร้อยละ 34 ของ GDP ดุลการคลังของรัฐบาลเริ่มเกินดุลเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี 2531 เป็นต้นมา เนื่องจากมีการเก็บรายได้สูงกว่าเป้าหมาย • อัตราเงินเฟ้อเพิ่มจากร้อยละ 2.5 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 6 ในปี 2534	ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นเป็น 62.8 ปี และ 64.8 ปี ในเพศชายและหญิง ตามลำดับ อัตราการตายของมารดา และทารก ลดลง สถานบริการสาธารณสุขครอบคลุม จนถึงระดับอำเภอ ตำบล ให้ความสำคัญกับปัญหาสาธารณสุขใหม่ คือ เอดส์ อุบัติเหตุ หัวใจมะเร็ง สุขภาพจิต

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข
	• เน้นการนำบริการพื้นฐานที่มีอยู่แล้วมาใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่ • พัฒนาเมืองและพื้นที่เฉพาะกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค • ขยายขอบเขตพัฒนาชนบทครอบคลุมทั่วประเทศ		• รายได้เฉลี่ยของประชากรเพิ่มจาก 21,000 บาท ในปี 2529 เป็น 41,000 บาท ในปี 2534 แต่การพัฒนาขาดความสมดุลในหลายด้าน กล่าวคือ (1) กลุ่มคนรวยที่สุด 20% แรกมีสัดส่วนรายได้ เพิ่มจากร้อยละ 49.3 ในปี 2518/2519 เป็นร้อยละ 55.6 ในปี 2530 / 2531 (2) บริการพื้นฐานขาดแคลนอย่างรุนแรง (3) ช่องว่างระหว่างการออมในประเทศกับการลงทุนมีแนวโน้มสูงขึ้น (4) มีปัญหาการปรับตัวของสังคมไทยให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ (5) เกิดความเสื่อมโทรมของทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม (6) ระบบราชการปรับตัวไม่ทันและไม่สนองตอบการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศและมีปัญหาสมองไหล	
7 (2535 - 2539)	• เน้นการรักษาอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ • เน้นการกระจายรายได้และการพัฒนาไปสู่ภูมิภาคและชนบท • เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม • เน้นการพัฒนากฎหมายรัฐวิสาหกิจและระบบราชการ	• เน้นการพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นจุดเริ่มของงานสุขภาพดีถ้วนหน้าและการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพมาตรฐาน • เน้นความพยายามในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่คนไทยทุกคน • เริ่มหันมาเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการและการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ลาออกไปอยู่ภาคเอกชน	• GDP ตลอด 30 ปีของการพัฒนาสูงขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.8 ต่อปี รายได้เฉลี่ยของคนไทยเพิ่มเป็น 68,000 บาท ในปี 2539 สัดส่วนคนยากจนลดเหลือร้อยละ 17.6 • ช่องว่างรายได้ยิ่งถ่างออก กล่าวคือ รายได้ต่อหัวประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำกว่า กทม. และปริมณฑล 12 เท่า กลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้สูง 20% แรกมีสัดส่วนรายได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.5 (พ.ศ. 2535)และกลุ่มครัวเรือนที่รายได้ต่ำ20% ข้างล่าง มีสัดส่วนรายได้เพียงร้อยละ 3.8	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการกระจายครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ อย่างทั่วถึงทั้งในเมืองและชนบท แต่มีปัญหาการขาดแคลนกำลังคน โดยเฉพาะแพทย์อย่างรุนแรงในชนบท เนื่องจากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของโรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง อัตราการเพิ่มประชากรลดลงเหลือร้อยละ 1.3 ใน พ.ศ. 2539 การสร้างหลักประกันสุขภาพ ได้ครอบคลุมร้อยละ 45.5 ของประชาชนทั้งหมด การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะการให้วัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี มีความครอบคลุม

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข
			• หมู่บ้านชนบทมีไฟฟ้าใช้ ร้อยละ 97.7 มีน้ำประปาใช้ในเขตเมืองร้อยละ 75 และเขตชนบทร้อยละ 32 มีถนนหนทางใช้ระหว่างจังหวัด อำเภอและตำบล ยาว 210,000 กม. ในหมู่บ้าน ยาว 123,400 กม. อัตราเข้าเรียนภาคบังคับ ร้อยละ 97.7 • ป่าไม้ถูกทำลายปีละ 1 ล้านไร่ ที่ดินทำกินถูกชะล้างพังทลาย คุณภาพแม่น้ำลำคลองเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม ทั้งคุณภาพอากาศ ฝุ่นละออง • คุณค่าของความเป็นคนถูกมองข้าม ละเลยภูมิปัญญาและวิถีชีวิตความเป็นอยู่พื้นฐานของความเป็นไทย	เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 จึงทำให้อัตราการป่วยจากโรคดังกล่าวลดลงอย่างมาก
8 (2540 - 2544)	เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นวัตถุประสงค์หลัก เกิดวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นในปี พ.ศ. 2540 จึงมีการปรับแผนฯ ให้สอดคล้องกับภาวะดังกล่าว	• เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนในด้านสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ • เน้นเรื่องการครอบคลุมหลักประกันสุขภาพด้วยบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ • เน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมด้านสุขภาพ	• ขยายโอกาสทางการศึกษาขั้นพื้นฐานได้มากขึ้น แต่ยังมีปัญหาความไม่เสมอภาคและโอกาสทางการศึกษาระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทรวมทั้งปัญหาคุณภาพการศึกษาที่ยังด้อยกว่าหลายประเทศในเอเชีย • ภาวะการว่างงานยังอยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับภาวะก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ขณะที่มาตรฐานความเป็นอยู่ลดลง ทำให้ปัญหาความยากจนกลับเพิ่มสูงขึ้น • ระบบเศรษฐกิจปรับตัวดีขึ้นจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจส่งผลให้เศรษฐกิจมีเสถียรภาพและมั่นคงมากขึ้น • ขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศมีแนวโน้มลดลงโดยเฉพาะด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้เสียเปรียบประเทศคู่แข่ง	การพัฒนาสุขภาพอนามัยโดยรวมดีขึ้น โดยอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น นอกจากนี้สามารถขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.0 ใน พ.ศ. 2544 รวมทั้งการพัฒนาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก และการแก้ปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กโดยรวมดีขึ้น ตลอดจนสามารถป้องกันและควบคุมโรคที่มีแนวโน้มรุนแรงลงได้

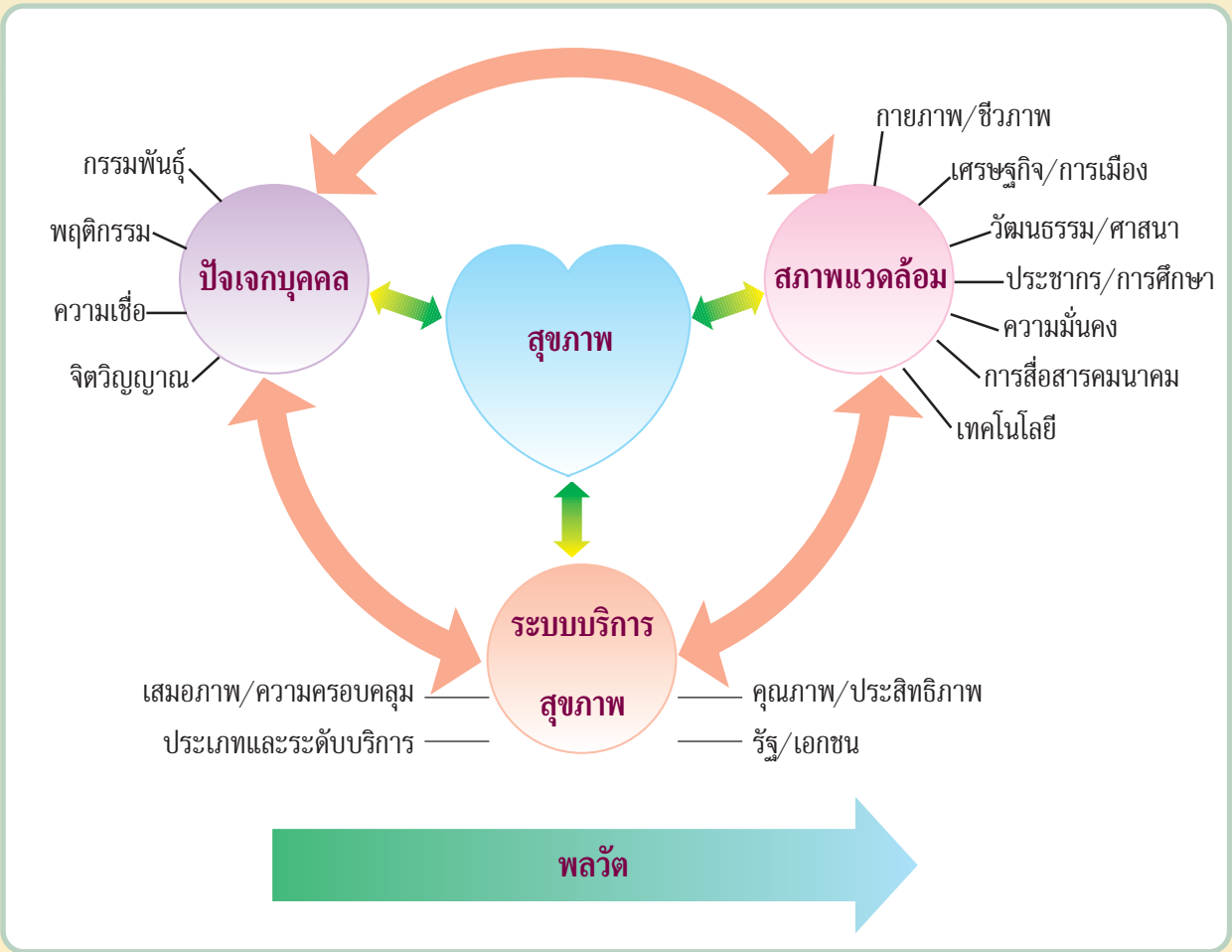
แผนพัฒนาฯ ฉบับที่	สาระสำคัญของแผน		ผลการพัฒนา	
	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข	แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	แผนพัฒนาการสาธารณสุข
			• ปัญหาคุณภาพสิ่งแวดล้อมโดยรวมยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่อง	
9 (2545 - 2549)	เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่สมดุล ทั้งด้านตัวคน สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการสร้างระบบบริหารจัดการที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกระดับ พร้อมทั้งยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ	• เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ • เน้นการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน • เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการ	• เศรษฐกิจของประเทศมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2545 • การดำเนินงานแก้ไขปัญหาความยากจนและการกระจายรายได้ส่งผลให้คนจนได้รับโอกาสในการพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น ทำให้สัดส่วนคนยากจนลดลง • สามารถผลักดันให้อันดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสูงขึ้น • สังคมไทยเริ่มตื่นตัวในการพัฒนาและใช้ประโยชน์จากทุนทางสังคม	• ให้สถานีอนามัย ทำหน้าที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ให้บริการภายในชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ปัจจุบันมีศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณ 5,946 แห่ง • ขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 94.3 ใน พ.ศ. 2547 • มีเครือข่ายแพทย์พื้นบ้านและมีการพัฒนาสมุนไพรที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ที่มา : (1) ดัดแปลงจาก 50 ปี แห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข
(2) พลเดช ปิ่นประทีป, สู่ความเป็นไทด้วยพลังของท้องถิ่น ข้อเสนอกรอบแนวคิดเพื่อการจัดทำแผน 9, 2542
(3) รายงานผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตามแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544), สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
(4) การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ : 2 ปีแห่งการเปลี่ยนแปลง, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

บทที่ 4
สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ดังนั้น การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของไทยจึงต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล และทางด้านสภาพแวดล้อมทุกมิติที่จะกระทบต่อปัญหาสุขภาพ รวมทั้งตัวระบบบริการสุขภาพเอง (ภาพที่ 4.1)

ภาพที่ 4.1 ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ



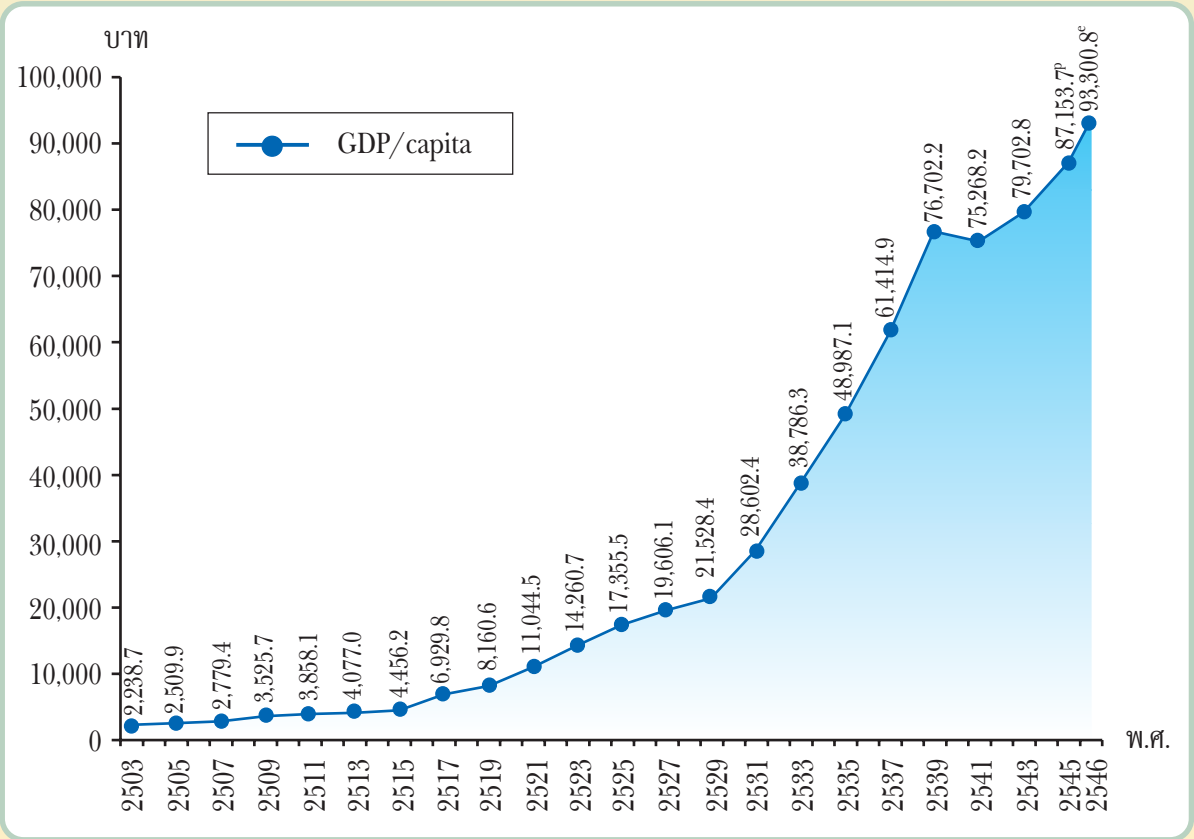
1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

1.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในช่วง 3 ทศวรรษก่อน พ.ศ. 2540 ที่ผ่านมาเศรษฐกิจของไทยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 ต่อปี มีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวเพิ่มขึ้นถึง 28 เท่า โดยเฉพาะมีการเพิ่มอย่างรวดเร็วมากตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา (ภาพที่ 4.2) ความเจริญด้านเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วนี้ช่วยลดภาวะความยากจนของประเทศ จากสัดส่วนประชากรยากจนร้อยละ 57 ใน พ.ศ. 2505 เป็นร้อยละ 17.0 ใน พ.ศ. 2539

วิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2540 ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่เคยเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 กลับเป็นติดลบร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2540 และติดลบร้อยละ 10.8 ใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 4.4) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลผลิตมวลรวมต่อหัว (ภาพที่ 4.2) และเนื่องจากอัตราแลกเปลี่ยนก็ลดลงด้วย ทำให้ผลผลิตมวลรวมต่อหัวในมูลค่าที่คิดเป็น US$ ยิ่งลดลงมากขึ้น (ภาพที่ 4.3) ขณะเดียวกันสัดส่วนประชากรยากจนก็เพิ่มจากร้อยละ 17.0 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 21.3 ใน พ.ศ. 2543 แต่เมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวใน พ.ศ. 2545 สัดส่วนประชากรยากจนก็ค่อยๆ ลดลงเหลือร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 4.5)

ภาพที่ 4.2 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546 (ราคาตลาด)

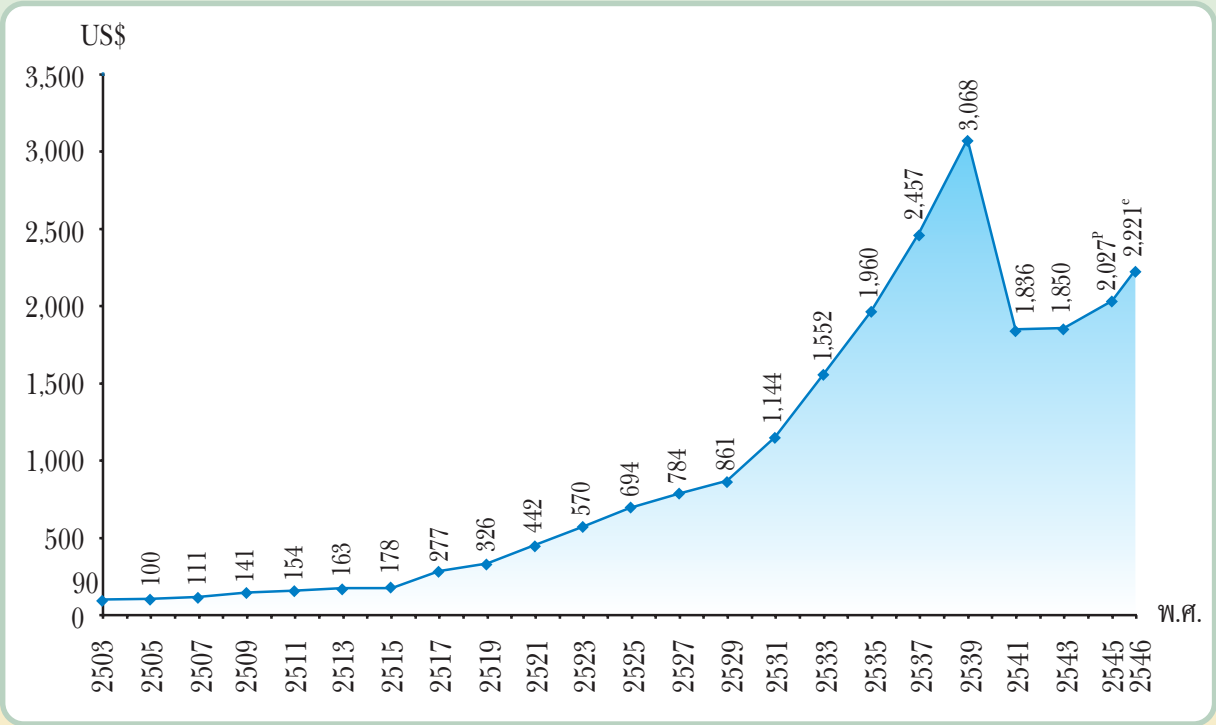


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. ^{P} เป็นข้อมูลเบื้องต้น, ^{e} เป็นข้อมูลประมาณการ

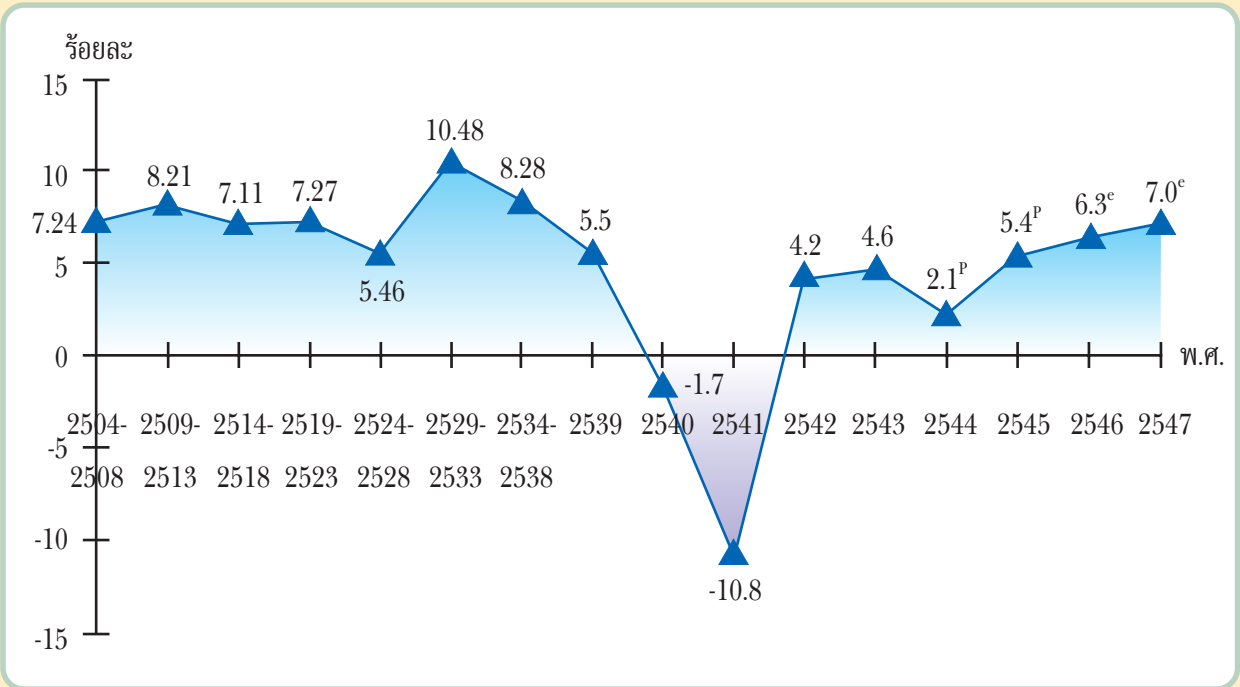
2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมามีการปรับข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหม่

ภาพที่ 4.3 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัวประชากรที่คิดเป็น US$ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

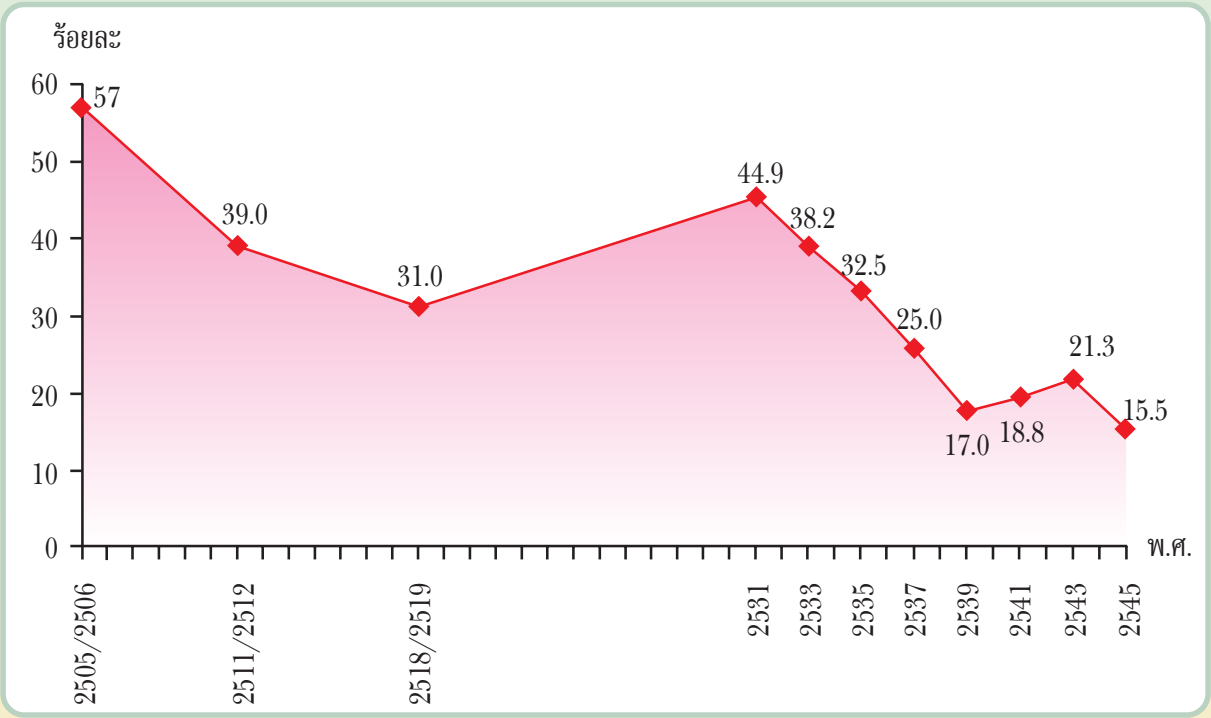
ภาพที่ 4.4 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศไทย



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: ^{P} เป็นตัวเลขเบื้องต้น , ^{e} เป็นข้อมูลประมาณการ

ภาพที่ 4.5 สัดส่วนความยากจนของประเทศไทยวัดจากรายได้ พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2545



ที่มา: พ.ศ. 2505/2506 - 2518/2519 ได้จาก เอื้อย มีสุข, Income, Consumption and Poverty in Thailand, 1962/63 to 1975/76.

พ.ศ. 2531-2545 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. การศึกษาภาวะความยากจนของประเทศในแต่ละช่วงมีความแตกต่างในสมมติฐานของการศึกษา

2. พ.ศ. 2529 - 2545 มีการปรับเทคนิคในการคำนวณเส้นความยากจนใหม่ ทำให้เส้นความยากจนสูงขึ้นกว่าเดิม

วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 เกิดจากปัญหาโครงสร้างและปัจจัยพื้นฐานในประเทศที่มีมานานแต่ไม่มีการแก้ไขอย่างจริงจัง และไม่มีการดำเนินมาตรการรองรับที่เหมาะสม โดยมีปัจจัยที่สำคัญคือ การก่อหนี้ต่างประเทศระยะสั้นจำนวนมากและการลงทุนที่ไม่ก่อให้เกิดผลตอบแทนที่คุ้มค่าของภาคเอกชน (โดยเฉพาะการลงทุนด้านธุรกิจอสังหาริมทรัพย์ อุตสาหกรรมรถยนต์ ปิโตรเคมีและ**โรงพยาบาลเอกชน**) โครงสร้างการผลิตที่อ่อนแอและพึ่งพิงต่างประเทศเป็นหลัก การเปิดเสรีทางการเงินโดยขาดการกำกับและตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ และความด้อยประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของภาครัฐ

เพื่อรักษาเสถียรภาพโดยรวม ประเทศไทยได้ประกาศใช้ระบบอัตราแลกเปลี่ยนลอยตัวเมื่อวันที่ **2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540** และได้ขอความช่วยเหลือทางการเงินและวิชาการจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ในวันที่ **14 สิงหาคม พ.ศ. 2540** จึงนับเป็นจุดเริ่มต้นการแสดงออกของวิกฤตการณ์ทางการเงินที่ส่งผลกระทบต่อประเทศใกล้เคียงและภูมิภาคอื่นอย่างรวดเร็ว ด้วยกระแสโลกไร้พรมแดน (Globalization) และนับตั้งแต่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาประเทศไทยได้แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจโดยใช้มาตรการรักษาเสถียรภาพของอัตราแลกเปลี่ยน การควบคุมอัตราดอกเบี้ยและเงินเฟ้อให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม การแก้ไขปัญหาสภาพคล่องของระบบการเงินและการดำเนินมาตรการทางการเงินการคลัง เช่น มาตรการทางงบประมาณ การใช้มาตรการประหยัดและควบคุมรายจ่ายภาครัฐ ฯลฯ ส่งผลให้เสถียรภาพทางเศรษฐกิจมีการฟื้นตัว โดยใน พ.ศ. 2542 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเริ่มเป็นบวกด้วยอัตราร้อยละ 4.2 และชะลอตัวลงเป็นร้อยละ 2.1 ใน พ.ศ. 2544 และกลับขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.4 และ 6.3 ใน พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546 ตามลำดับ โดยมีแรงขับเคลื่อนจากปัจจัยหลัก 3 ประการคือ การดำเนินนโยบายและมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจภายในประเทศ การดำเนินโครงการในระดับรากหญ้าเพื่อ

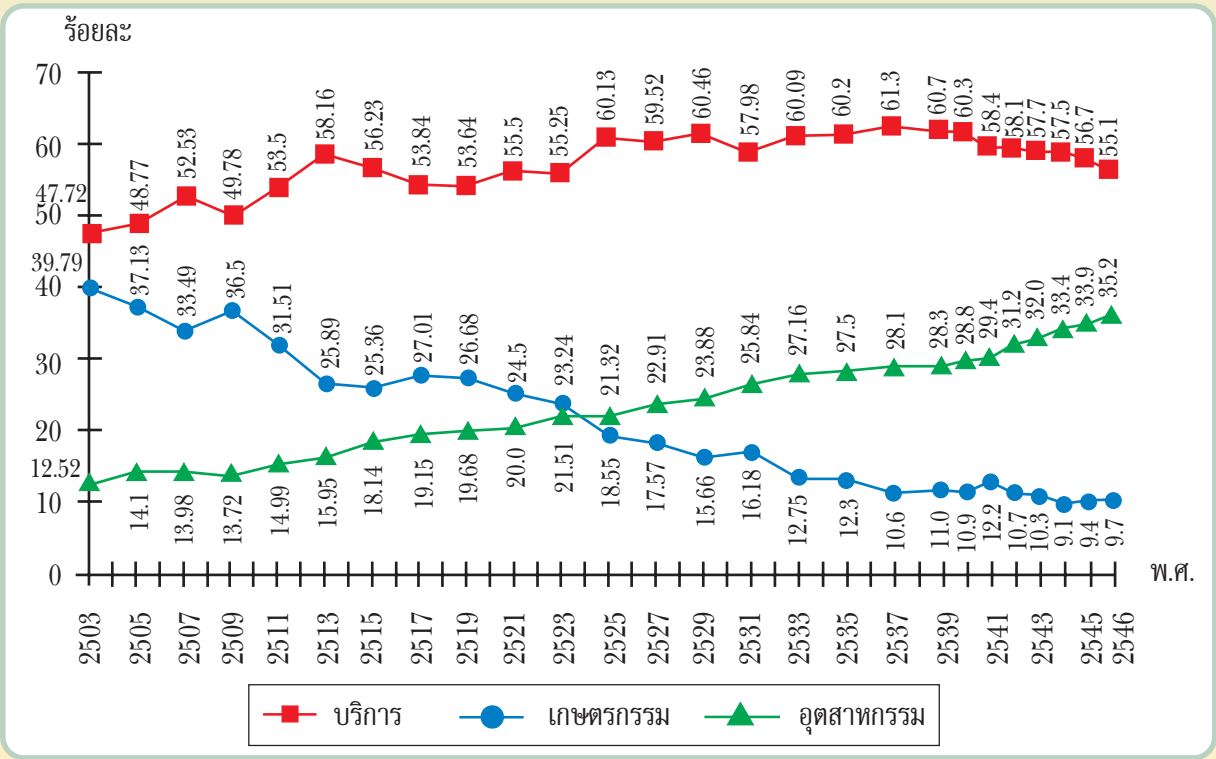
เพิ่มศักยภาพและโอกาสของคนจนและการส่งออก สำหรับใน พ.ศ. 2547 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยจะขยายตัวอย่างต่อเนื่องในอัตราร้อยละ 7.0 (ภาพที่ 4.4)

1.2 โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

โครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่สัดส่วนของเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรมและบริการเติบโตเร็วกว่าภาคเกษตรกรรม (ภาพที่ 4.6) โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา โครงสร้างการผลิตในภาคเกษตร ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ แทบจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลย

วิกฤตเศรษฐกิจทำให้เกิดการหดตัวของภาคอุตสาหกรรมอย่างรุนแรง จึงได้ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายการจ้างงานไปสู่การทำงานในภาคเกษตรกรรมมากขึ้น กล่าวคือ ขณะที่อัตราการขยายตัวภาคเกษตรลดลงเพียงร้อยละ 3.2 ในภาคการผลิตอุตสาหกรรมลดลงถึงร้อยละ 11.1 ใน พ.ศ. 2541 แต่ใน พ.ศ. 2542 - 2543 เริ่มมีการฟื้นตัวของภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม จึงทำให้ภาคเกษตรขยายตัวร้อยละ 2.0 - 4.9 และภาคอุตสาหกรรมขยายตัวถึงร้อยละ 6 - 12.3 สำหรับ พ.ศ. 2546 ภาคอุตสาหกรรมขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 10.3 และภาคเกษตรกรรมขยายตัว ร้อยละ 6.8

ภาพที่ 4.6 สัดส่วนของเศรษฐกิจ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรมและบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546



ที่มา: รายได้ประชาชาติของประเทศไทยไตรมาสที่ 4/2546, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

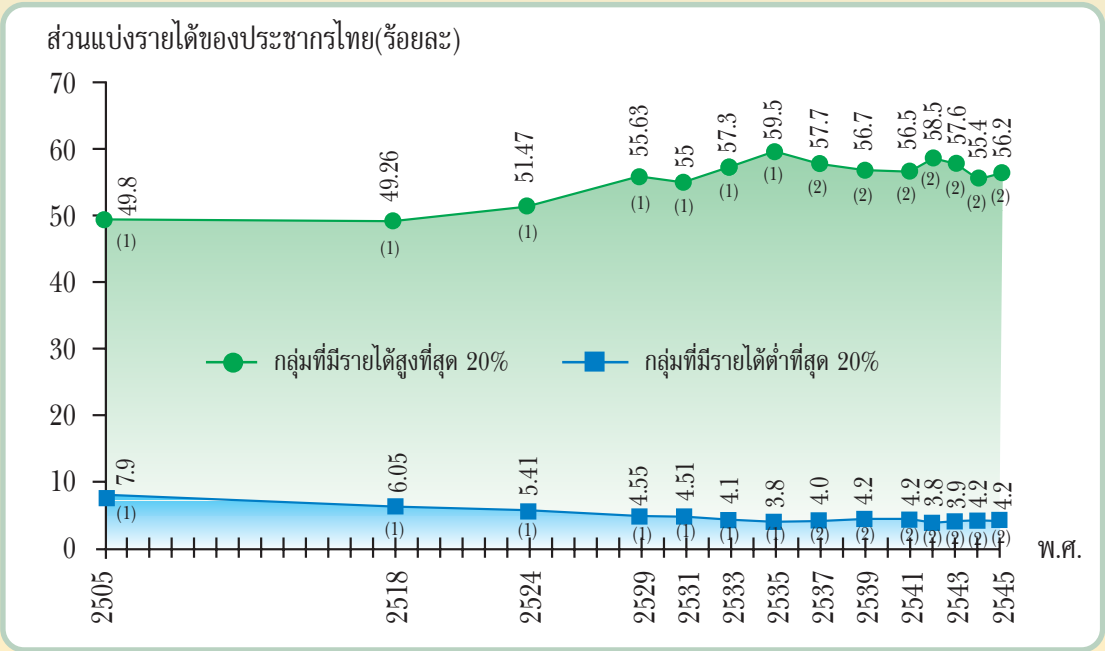
1.3 การกระจายรายได้และความยากจน

ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนกลับขยายกว้างขึ้นมาโดยตลอด กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2505 ประชากรกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดหนึ่งในห้าของประชากรทั้งหมดมีส่วนแบ่งรายได้ร้อยละ 49.8 ส่วนแบ่งนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.7 ใน พ.ศ. 2539 ขณะที่ในช่วงเวลาเดียวกันประชาชนกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดหนึ่งในห้าของประชากรทั้งหมดมีส่วนแบ่งรายได้ลดลงจากร้อยละ 7.9 ใน พ.ศ. 2505 เป็นร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2539 (ภาพที่ 4.7) ซึ่งพบว่า การกระจายรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยในช่วง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2539

เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจทำให้การกระจายรายได้มีความเหลื่อมล้ำมากขึ้น กล่าวคือ คนจนสูงสุด 20% มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 3.9 ใน พ.ศ. 2543 ในขณะที่คนรวยสูงสุด 20% สุดท้ายมีรายได้สูงขึ้นจาก 56.7 เป็น 57.6 ในช่วงเดียวกัน แต่ใน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2545 การกระจายรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ความแตกต่างทางรายได้ระหว่างคนรวยสุดและคนจนสุด ลดลงจาก 14.8 เท่า ใน พ.ศ. 2543 เป็น 13.4 เท่า ใน พ.ศ. 2545 ในด้านความยากจนแม้สัดส่วนคนจนจะลดลงเป็นลำดับ แต่สัดส่วนคนจนในชนบทมากกว่าในเขตเมืองถึงกว่า 3 เท่า (ตารางที่ 4.1) ซึ่งกลุ่มคนยากจนส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและคนงานเกษตร และถึงแม้ว่าสัดส่วนคนจนของไทยเพิ่มสูงขึ้น มีสัดส่วนต่ำกว่าหลายประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ตารางที่ 4.2) แต่กลับพบว่า ไทยมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้สูงกว่าหลายประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ตารางที่ 4.3)

วิกฤตเศรษฐกิจทำให้รายได้ของประชาชนลดลงโดยเฉพาะประชาชนในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย แต่เมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว พบว่า ใน พ.ศ. 2545 กลุ่มผู้มีรายได้น้อยมีอัตราเพิ่มของรายได้สูงกว่าอัตราการเพิ่มของกลุ่มผู้มีรายได้สูง (รายงานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ : 2 ปี แห่งการเปลี่ยนแปลง, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ,2546)

ภาพที่ 4.7 ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรไทย แยกเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับรายได้



	พ.ศ.													
	2505	2518	2524	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2542	2543	2544	2545
กลุ่มรายได้ต่ำสุด 20%	7.9	6.05	5.41	4.55	4.51	4.1	3.8	4.0	4.2	4.2	3.8	3.9	4.2	4.2
กลุ่มรายได้สูงสุด 20%	49.8	49.26	51.47	55.63	55.0	57.3	59.5	57.7	56.7	56.5	58.5	57.6	55.4	56.2
ค่าความแตกต่างของรายได้	6.3	8.1	9.5	12.2	12.2	14.0	15.6	14.4	13.5	13.5	15.4	14.8	13.2	13.4

ที่มา: (1) พ.ศ. 2505 - 2535 ได้จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

(2) พ.ศ. 2537 - 2545 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 4.1 สัดส่วนคนจน พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2545 วัดจากรายได้ จำแนกตามพื้นที่

พ.ศ.	เขตเมือง	เขตชนบท	ประเทศ
2505/2506	38	61	57
2511/2512	16	43	39
2518/2519	14	35	31
2531	25.2	52.9	44.9
2533	21.4	45.2	38.2
2535	14.1	40.3	32.5
2537	11.7	30.7	25.0
2539	7.3	21.3	17.0
2541	7.5	23.7	18.8
2543	8.7	27.0	21.3
2545	6.7	19.7	15.5

ที่มา: พ.ศ. 2505/2506 - 2518/1519 ได้จาก เอื้อย มีสุข, Income, Consumption and Poverty in Thailand, 1962/63 to 1975/76

พ.ศ. 2531 - 2545 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2545 มีการปรับเทคนิคในการคำนวณเส้นความยากจนใหม่ ทำให้เส้นความยากจนสูงขึ้นกว่าเดิม

ตารางที่ 4.2 สัดส่วนคนจนของประเทศไทยเปรียบเทียบในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเทศ	ปีที่สำรวจ	สัดส่วนคนจน (ร้อยละ)		
		สัดส่วนคนจนตามความยากจนของแต่ละประเทศ	ปีที่สำรวจ	สัดส่วนผู้มีรายได้น้อยกว่า 1 $ ต่อ 1 วัน (PPP)
กัมพูชา	2542	35.9	2543	34
อินโดนีเซีย	2545	18.2	2543	8.0
ลาว	2541	46.0	2543	31.5
มาเลเซีย	2542	8.1	2543	0.0
ฟิลิปปินส์	2543	34.2	2543	12.7
ไทย	2543	14.2	2543	3.5
เวียดนาม	2541	37.0	2543	9.1

ที่มา:
1. ข้อมูลสัดส่วนคนจนตามความยากจนของแต่ละประเทศได้จาก Key Indicator 2003: Education for Global Participation, Asian Development Bank, 2003.
2. ข้อมูลสัดส่วนผู้มีรายได้น้อยกว่า 1 $ ต่อ 1 วัน (PPP) ได้จากสถานการณ์และข้อมูลเกี่ยวกับความยากจน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: Purchasing Power Parity (PPP) คือ การปรับศักยภาพของกำลังซื้อให้เท่ากัน

ตารางที่ 4.3 ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พ.ศ. 2543

ประเทศ	ชั้นรายได้สูงสุด 20% แรก	ชั้นรายได้ต่ำสุด 20% สุดท้าย	ความแตกต่าง (เท่า)
ไทย	57.6	3.9	14.8
สิงคโปร์	48.9	5.1	9.6
มาเลเซีย	54.3	4.4	12.3
อินโดนีเซีย	41.1	9.0	4.6
ฟิลิปปินส์	52.3	5.4	9.7

ที่มา: IMD. The World Cpmpetitiveness Yearbook, 2003.

1.4 ความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับโลกและภูมิภาค

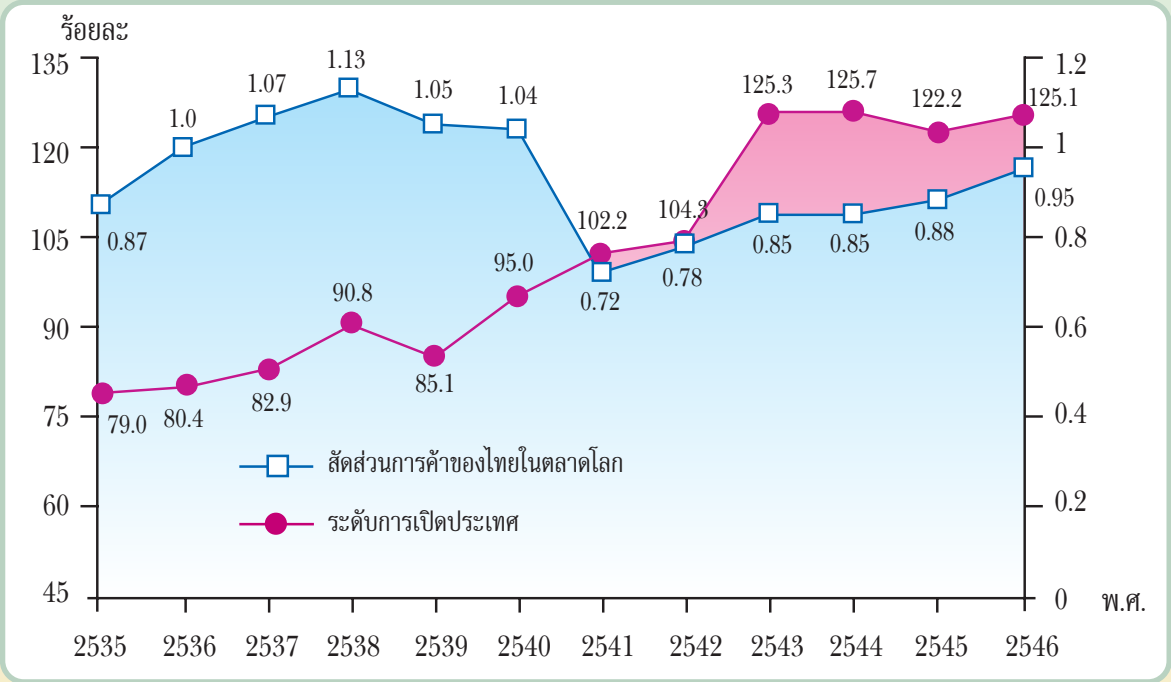
กระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้โลกก้าวเข้าสู่ยุคการค้าเสรีและมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มการค้าภูมิภาค เพื่อสร้างอำนาจต่อรองในการแข่งขันจึงมีความเคลื่อนไหวในเรื่องความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคที่ไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิกอยู่ด้วย เช่น AFTA (ASEAN Free Trade Area), APEC (Asia Pacific Economic Cooperation), ASEM (ASIA-Europe Meeting) ความร่วมมือทางเศรษฐกิจสามเหลี่ยมภาคใต้, ความร่วมมือในการพัฒนาลุ่มแม่น้ำโขง 6 ประเทศ ด้านความร่วมมือในภูมิภาคอื่น ได้แก่ NAFTA (North America Free Trade Area), EC (European Community) นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือระดับโลกก็เป็นเรื่องข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งมีองค์การการค้าโลก (World Trade Organization : WTO) เป็นผู้ดูแลอยู่ ทำให้เกิดการเปิดตลาดการค้าเสรีและการแข่งขันทางการค้าจะทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีมาตรการกีดกันทางการค้ารูปแบบใหม่ๆ มาเป็นเครื่องมือกีดกันทางการค้ากับประเทศกำลังพัฒนา เช่น มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม การใช้แรงงานเด็ก สิทธิมนุษยชน การเก็บภาษีต่อต้านการทุ่มตลาด (Anti dumping duty : AD) / ภาษี ตอบโต้การอุดหนุน (Countervailing duty : CVD)

วิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นของประเทศในภูมิภาคเอเชียทำให้ประเทศในภูมิภาคเอเชียรวมตัวกันเพื่อร่วมมือกันทางเศรษฐกิจมากขึ้น เช่น BIMST - EC (Bangladesh-India-Myanmar-Sri LanKa-Thailand Economic Cooperation), FEALAC (Forum for East-Asia-Latin America Cooperation) โดยเฉพาะในปัจจุบันไทยเน้นการขยายเขตการค้าเสรีในลักษณะทวิภาคีกับประเทศต่างๆ มากขึ้น เพื่อลดอุปสรรคทางการค้า เช่น ไทย - จีน, ไทย - อินเดีย, ไทย - บาห์เรน, ไทย -ออสเตรเลีย, ไทย-ญี่ปุ่น เป็นต้น

1.5 การค้าระหว่างประเทศ

การค้าระหว่างประเทศของไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก โดยพิจารณาจากระดับการเปิดประเทศของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ สัดส่วนมูลค่าการส่งออกและนำเข้าสินค้าและบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 79.0 ในช่วงก่อนวิกฤตเป็นร้อยละ 125.1 ในช่วงหลังวิกฤต (ภาพที่ 4.8) อันเป็นผลมาจากการเปิดเสรีทางการค้าและการดำเนินนโยบายส่งเสริมการผลิตเพื่อการส่งออกอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 ทศวรรษ ซึ่งการเปิดประเทศมากขึ้น ขณะที่สัดส่วนการค้าของไทยในตลาดโลกคือ สินค้าส่งออกมีเพียงร้อยละ 0.9 ของมูลค่าการส่งออกในตลาดโลกเท่านั้น ทำให้เศรษฐกิจของไทยขาดความสมดุลและมีความเสี่ยงต่อการผันแปรตามภาวะเศรษฐกิจโลกมากขึ้น เนื่องจากต้องพึ่งพิงตลาดต่างประเทศเพียงไม่กี่ประเทศเป็นหลักในการฟื้นฟูเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น ไทยจึงต้องเร่งทบทวนสาขาการผลิตใหม่ๆ ที่มีศักยภาพในการแข่งขันในตลาดโลกสูง เช่น สาขาการแพทย์และสาธารณสุข **โดยเฉพาะธุรกิจบริการสุขภาพ**เพื่อทำรายได้ให้แก่ประเทศ

ภาพที่ 4.8 ระดับการเปิดประเทศและสัดส่วนการค้าของไทยในตลาดโลก พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546



ที่มา: - ธนาคารแห่งประเทศไทย
- กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: ระดับการเปิดประเทศ = (มูลค่าการส่งออกและนำเข้าสินค้าและบริการ / GDP) x 100

$$\text{สัดส่วนการค้าของไทยในตลาดโลก} = \frac{\text{มูลค่าการส่งออกของไทย X 100}}{\text{มูลค่าการส่งออกของโลก}}$$

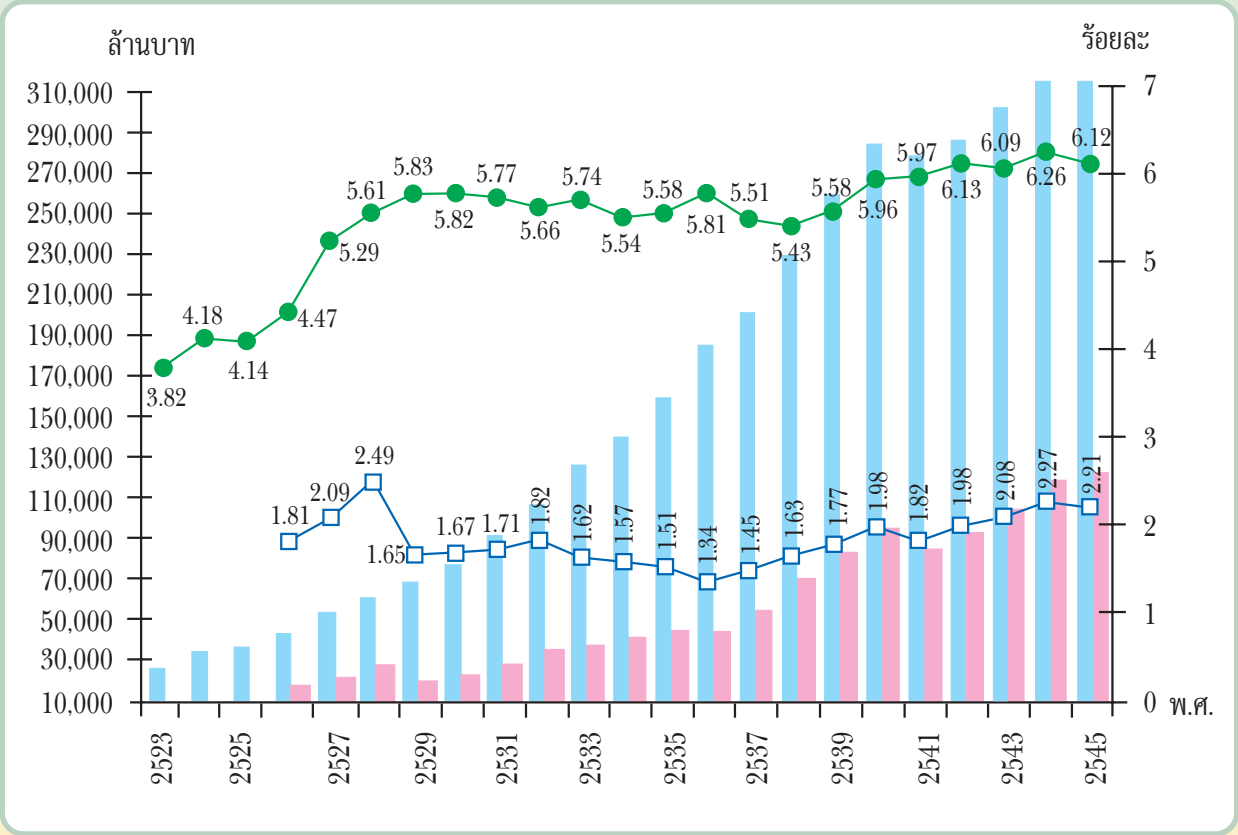
การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ดังนี้

(1) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลภาพรวมรายจ่ายประชาชาติของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.8 ของ GDP ใน พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ.2545 เป็นค่าใช้จ่ายภาครัฐ ร้อยละ 34.1 เอกชน ร้อยละ 65.8 (ภาพที่ 4.9, 6.35 และตารางที่ 6.48) อนึ่ง การศึกษาบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ใน พ.ศ. 2544 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 3.51 ของ GDP เป็นค่าใช้จ่ายของรัฐ ร้อยละ 58.0 และเอกชนร้อยละ 42.0 ข้อแตกต่างของข้อมูลทั้ง 2 ระบบนี้คือ ค่าใช้จ่ายจากแหล่งเงินในภาคเอกชน ซึ่งหากใช้ข้อมูลจากการประมาณการของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจะมีค่ามากกว่าข้อมูลจากการศึกษาบัญชีค่าใช้จ่ายสุขภาพแห่งชาติซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติถึงกว่าเท่าตัว

ในด้านความเสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่า ใน พ.ศ. 2545 คนจนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ **คิดเป็นสัดส่วนของรายได้สูงกว่าคนรวย 1.6 เท่า** แต่ความไม่เสมอภาคนี้มีแนวโน้มลดลงมากจาก 6.4 เท่า ใน พ.ศ. 2535 เนื่องจากมีการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ความแตกต่างในภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือนลดลง (ภาพที่ 4.10) โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2543 - 2545 มีแนวโน้มลดลงมากที่สุด ซึ่งคาดว่าน่าจะมีผลจากนโยบาย**หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล** ซึ่งเริ่มดำเนินการในต้นปี พ.ศ. 2544

สำหรับค่าใช้จ่ายด้านยามีอัตราการเพิ่มเร็วมากและเร็วกว่าอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ตารางที่ 4.4 และภาพที่ 4.11)

ภาพที่ 4.9 ค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545



มูลค่าปัจจุบันของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

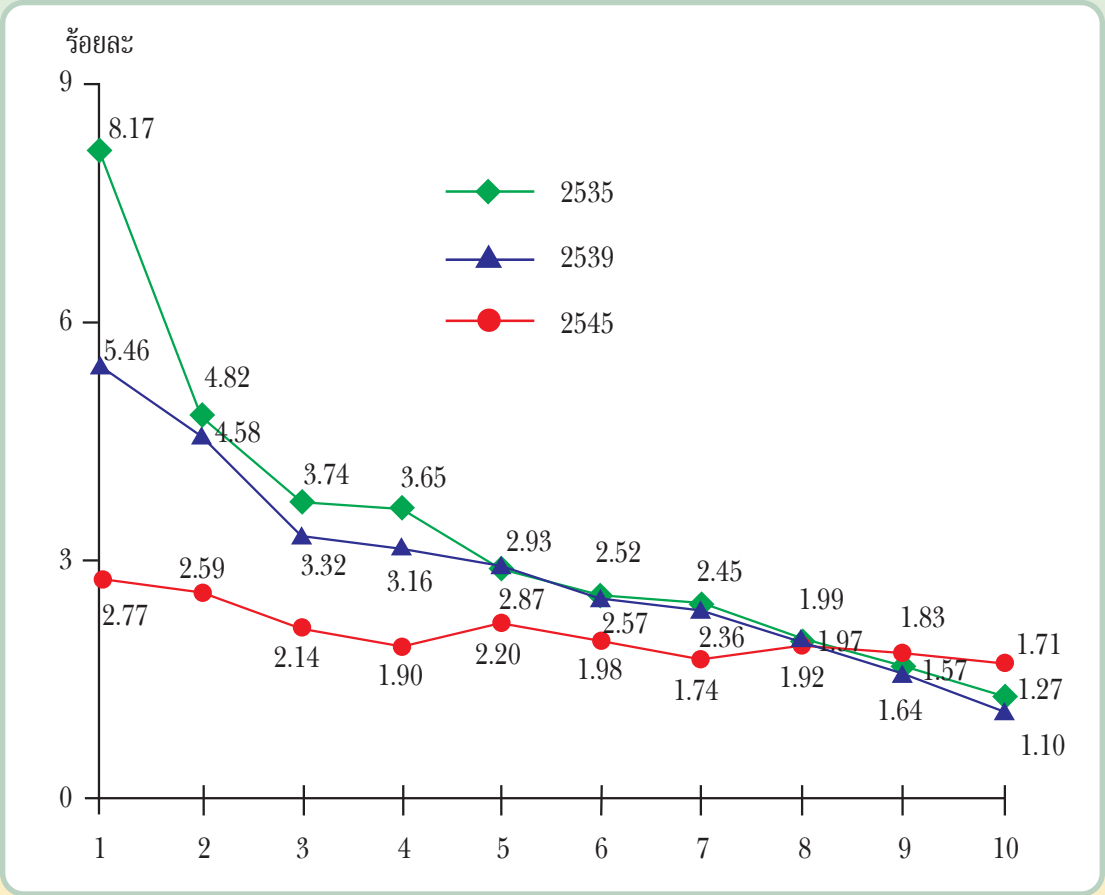
มูลค่าปัจจุบันของค่าใช้จ่ายด้านยา

ร้อยละของ GDP (ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ)

ร้อยละของ GDP (ค่าใช้จ่ายด้านยา)

ที่มา: ข้อมูลจากตารางที่ 6.50 ในบทที่ 6

ภาพที่ 4.10 ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545



เดไซล์ของรายได้

พ.ศ.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ความแตกต่างของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 10
2535	8.17	4.82	3.74	3.65	2.87	2.57	2.45	1.99	1.64	1.27	6.4
2537	7.56	4.75	4.49	3.60	3.26	3.03	2.53	2.32	2.03	1.26	6.0
2539	5.46	4.58	3.32	3.16	2.93	2.52	2.36	1.97	1.57	1.10	5.0
2541	4.22	3.07	2.95	2.90	2.59	2.43	1.94	2.00	1.57	1.23	3.4
2543	4.58	3.67	3.29	2.78	2.38	2.22	2.06	1.68	1.55	1.27	3.6
2545	2.77	2.59	2.14	1.90	2.20	1.98	1.74	1.92	1.83	1.71	1.6

ที่มา : จิตปรานี วาศวิท, วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

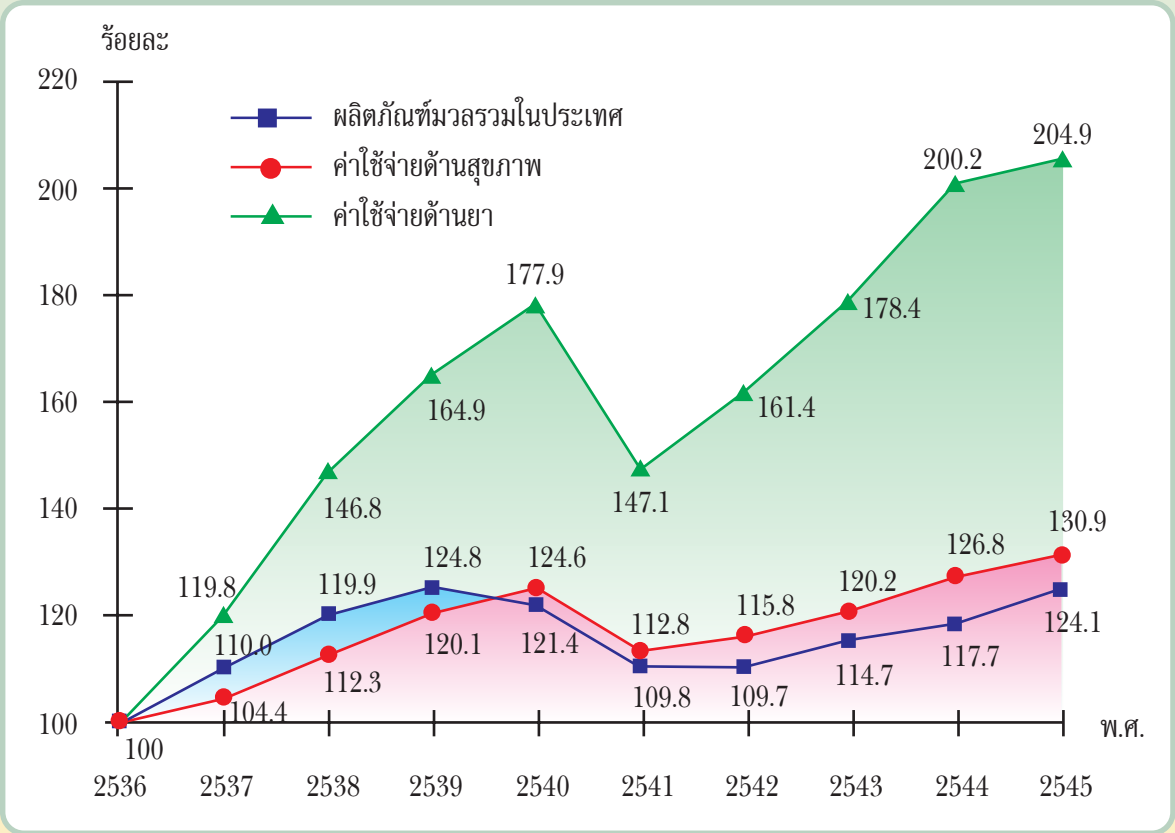
ตารางที่ 4.4 การเติบโตตามมูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2545 (ถือมูลค่า พ.ศ. 2536 = 100)

พ.ศ.	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	ค่าใช้จ่ายด้านยา
2536	100.0	100.0	100.0
2537	110.0	104.4	119.8
2538	119.9	112.3	146.8
2539	124.8	120.1	164.9
2540	121.4	124.6	177.9
2541	109.8	112.8	147.1
2542	109.7	115.8	161.4
2543	114.7	120.2	178.4
2544	117.7	126.8	200.2
2545	124.1	130.9	204.9
อัตราเติบโตเฉลี่ยต่อปี (ช่วง 10 ปี)	2.43	3.03	8.29

ที่มา: ข้อมูลจากตารางที่ 6.50 ในบทที่ 6

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2536 เท่ากับ 100

ภาพที่ 4.11 การเติบโตตามมูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านยา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2545 (ถือมูลค่า พ.ศ. 2536 = 100)



ที่มา: ตารางที่ 4.4 ในบทที่ 4

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2536 เท่ากับ 100

(2) บทบาททั้งภาครัฐ / เอกชน ในการจัดบริการสุขภาพ

ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ความต้องการภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หากพิจารณาจากจำนวนแพทย์ จะพบว่าภาคเอกชนมีแพทย์เพิ่มขึ้นจากสัดส่วนร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 20.5 ใน พ.ศ. 2539 โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2535 - 2539 อัตราการขยายตัวของภาคเอกชนเร็วมาก ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนอย่างรุนแรง ใน พ.ศ. 2540 ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจมีโรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง ไม่มีแพทย์ประจำ

ภายหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ กำลังซื้อของประชาชนลดลง ทำให้การใช้บริการของสถานพยาบาลภาคเอกชนลดลง รายได้ของโรงพยาบาลเอกชนก็ลดลง ประชาชนส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการที่สถานพยาบาลเอกชนก็หันมาใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐมากขึ้น ประชาชนอีกส่วนหนึ่งก็ซื้อยากินเองจากร้านขายยา ผลสรุปรวมคือ เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรก ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในใช้บริการภาครัฐเพิ่มขึ้น แต่ในระยะต่อมากลับเพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลง (ตารางที่ 4.5 และ 4.6) และผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนลดลง (ตารางที่ 4.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2546) พบว่า ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดน้อยกว่า 50 เตียง ได้รับผลกระทบมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดมากกว่า 50 เตียงขึ้นไป (ตารางที่ 4.8) แต่ใน พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการภาครัฐเพิ่มขึ้นมาก ขณะที่ผู้ป่วยในมาใช้บริการภาครัฐลดลง

ตารางที่ 4.5 จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง) ในปีงบประมาณ 2535 - 2546

ปีงบประมาณ	รพศ./รพท.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	รพช.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	สอ. / สสช.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	รวม	เพิ่ม/ลด ร้อยละ
2535	11.21		19.00		22.26		52.47	
2536	12.02	+ 7.2	21.01	+ 10.6	23.63	+ 6.2	56.66	+ 8.0
2537	12.61	+ 4.9	23.60	+ 12.3	27.74	+ 17.4	63.95	+ 12.9
2538	14.62	+ 15.9	26.18	+ 10.9	32.43	+ 16.9	73.23	+ 14.5
2539	15.49	+ 6.0	28.00	+ 7.0	35.39	+ 9.1	78.88	+ 7.7
2540	16.78	+ 8.3	29.57	+ 5.6	41.53	+ 17.3	87.88	+ 11.4
2541	18.15	+ 8.2	33.93	+ 14.7	44.54	+ 7.2	96.62	+ 9.9
2542	19.41	+ 6.9	36.71	+ 8.2	46.86	+ 5.2	102.98	+ 6.6
2543	20.44	+ 5.3	40.16	+ 9.4	51.80	+ 10.5	112.40	+ 9.1
2546	23.03	+ 12.7	43.70	+ 8.8	62.39	+ 20.4	129.12	+ 14.9

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ: ปีงบประมาณ 2544 - 2545 เป็นช่วงการเปลี่ยนโครงสร้างในกระทรวงสาธารณสุข ตัวเลขจึงคลาดเคลื่อนและไม่สามารถแสดงในตารางได้

ตารางที่ 4.6 จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน) ในปีงบประมาณ 2535 - 2546

ปีงบประมาณ	รพศ./รพท.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ร้อยละของการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของ รพศ/รพท.	รพช.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ร้อยละของการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของ รพช.	รวม	ร้อยละของการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของ รพศ/รพท./รพช.	เพิ่ม/ลด ร้อยละ
2535	1.66		+ 17.8	1.79		+ 9.4	3.78	+ 12.5	
2536	2.00	+ 0.5	+ 16.6	1.89	+ 5.6	+ 9.0	3.89	+ 11.8	+ 2.9
2537	2.08	+ 4.0	+ 16.5	2.13	+12.7	+ 9.0	4.21	+ 11.6	+ 8.2
2538	2.35	+13.0	+ 16.1	2.24	+ 5.2	+ 8.6	4.59	+ 11.3	+ 9.0
2539	2.46	+ 4.7	+ 15.9	2.39	+ 6.7	+ 8.5	4.85	+ 11.2	+ 5.7
2540	2.56	+ 4.1	+ 15.3	2.44	+ 2.1	+ 8.3	5.00	+ 10.8	+ 3.1
2541	2.59	+ 1.2	+ 14.3	2.85	+16.8	+ 8.4	5.44	+ 10.4	+ 8.8
2542	2.62	+ 1.2	+ 13.5	2.82	- 1.1	+ 7.7	5.44	+ 9.7	0.0
2543	2.56	- 2.3	+ 12.5	2.92	+ 3.5	+ 7.3	5.48	+ 9.0	+ 0.7
2544	2.74	+ 7.0	+ 12.1	3.17	+ 8.6	+ 7.1	5.91	+ 8.8	+ 7.8
2545	2.41	- 12.0	+ 8.7	2.76	- 12.9	+ 4.1	5.17	+ 5.5	-12.5
2546	2.50	+ 3.7	+ 10.9	2.89	+ 4.7	+ 6.6	5.39	+ 8.1	+ 4.3

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.7 จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง) และจำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน) ของสถานพยาบาลเอกชนในปีงบประมาณ 2534 - 2545

ปีงบประมาณ	จำนวนสถานพยาบาลเอกชนที่สำรวจ (แห่ง)	ผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาลเอกชน (ล้านครั้ง)	ผู้ป่วยนอก: สถานพยาบาลเอกชน (คน/แห่ง/ปี)	ผู้ป่วยในของสถานพยาบาลเอกชน (ล้านคน)	ผู้ป่วยใน: สถานพยาบาลเอกชน (คน/แห่ง/ปี)	ร้อยละของการรับไว้เป็นผู้ป่วยในของ รพ.เอกชน
2534	257	2.24	8,716	0.50	1,946	+22.3
2535	268	2.52	9,403	0.64	2,388	+25.4
2536	263	2.82	10,722	0.67	2,548	+23.7
2537	322	3.79	11,770	0.85	2,640	+22.4
2538	357	4.29	12,017	0.97	2,717	+22.6
2539	358	4.95	13,827	1.63	4,553	+32.9
2540	358	4.45	12,430	1.58	4,413	+35.5
2541	373	5.17	13,860	1.62	4,343	+31.3
2542	374	4.58	12,246	1.47	3,930	+32.1
2543	331	4.14	12,507	1.48	4,471	+35.7
2544	323	4.97	15,387	1.71	5,294	+34.4
2545	320	4.03	12,594	1.54	4,812	+38.2

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง โรงพยาบาลเอกชนและโพลิคลินิก

2. รายงานที่ได้รับต่ำกว่าที่สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจประมาณ 5 เท่า

ตารางที่ 4.8 จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉลี่ยของโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543

ประเภท	รวมทั้งหมด	ขนาดโรงพยาบาลเอกชน <50 เตียง	51 - 100 เตียง	101 - 200 เตียง	>200 เตียง	อัตราการเปลี่ยนแปลง พ.ศ. 2540 และ พ.ศ.2543 โรงพยาบาลเอกชน	ผู้ป่วยนอก เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ผู้ป่วยใน เพิ่ม/ลด ร้อยละ
• พ.ศ. 2539								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	70,953	23,454	66,880	137,866	276,785	โรงพยาบาล	- 9.1	- 32.8
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	6,305	2,018	5,857	12,251	26,238	< 50 เตียง		
• พ.ศ. 2540								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	70,024	22,086	65,750	141,308	283,699	โรงพยาบาล	+ 8.3	- 16.9
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	6,250	2,015	6,828	11,685	23,037	51-100 เตียง		
• พ.ศ. 2541								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	65,096	20,605	67,897	131,958	256,849	โรงพยาบาล	+ 3.2	- 24.0
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	5,017	1,605	5,643	9,990	18,678	101-200 เตียง		
• พ.ศ. 2542								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	67,409	19,838	73,608	140,495	267,076	โรงพยาบาล	- 10.6	- 25.7
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	4,564	1,330	5,397	9,050	17,272	> 200 เตียง		
• พ.ศ. 2543								
- ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย(ครั้ง)	66,407	20,070	71,184	145,799	253,485	รวมทั้งหมด	- 5.2	- 26.9
- ผู้ป่วยในเฉลี่ย (ราย)	4,569	1,353	5,671	8,875	17,121			

ที่มา: วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, รายงานการวิจัยเรื่องบทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤตเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2539-2544), 2546

หมายเหตุ: วิเคราะห์ข้อมูลสภาวะโรงพยาบาลเอกชน โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจโรงพยาบาลเอกชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

(3) ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การแข่งขันอย่างรุนแรงในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ทำให้มีแนวโน้มของปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้น โดยเฉพาะตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาเกิดการว่างงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ประชาชนบางกลุ่มมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงขึ้น ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ รวม 11 ครั้ง ระหว่างเดือนกันยายน 2540 - กันยายน 2543 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มผู้ว่างงานมีความเครียดและคิดอยากฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพและกลุ่มประชาชนทั่วไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) และแม้ว่าจะอยู่ในช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจแล้วปัญหาสุขภาพจิตก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคจิตเพิ่มขึ้นจาก 440.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2540 เป็น 519.6 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2544 (ดูบทที่ 5 หัวข้อดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพจิต)

(4) งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐ ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมาจนถึงร้อยละ 7.7 ของงบประมาณประเทศ โดยงบประมาณส่วนมากถูกใช้ไปในการลงทุน แต่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบลงทุน แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงบดำเนินการ จึงทำให้งบประมาณด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.6 ใน พ.ศ. 2547 (ดูรายละเอียดในบทที่ 7)

(5) การลงทุนเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ขยายตัวมากได้เริ่มชะลอตัวลงตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมบทที่ 6 หัวข้อ 1.3.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข) ในช่วงเศรษฐกิจที่เฟื่องฟู มีการนำเข้าเทคโนโลยีมาใช้ในการรักษาพยาบาล โดยได้รับสิทธิพิเศษยกเว้นภาษีนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ตามนโยบายการส่งเสริมการลงทุน ทำให้เกิดการแข่งขันกันซื้อเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง ก่อให้เกิดการกระจุกตัวและการใช้เทคโนโลยีที่ไม่สมดุลกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ เช่น ใน พ.ศ. 2531 กรุงเทพฯ มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ถึง 10 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าประเทศอังกฤษที่มีเพียง 6.3 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน และพบว่ามีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2537 กรุงเทพมหานครมีเพิ่มขึ้นเป็น 15.7 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน และ 15.9 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน ใน พ.ศ. 2542 โดยทั้งประเทศ ใน พ.ศ. 2542 มีถึง 4.5 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน (ตารางที่ 4.9) หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจการลงทุนเทคโนโลยีด้านสุขภาพจึงชะลอตัวลง

ตารางที่ 4.9 จำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ต่อประชากรล้านคนของประเทศพัฒนาแล้ว เปรียบเทียบกับประเทศไทยและกรุงเทพฯ พ.ศ. 2546

ประเทศ	จำนวน CT ต่อประชากรล้านคน
ญี่ปุ่น (2539)	69.7
สหรัฐอเมริกา (2533)	26.9
อิตาลี (2540)	14.6
ฝรั่งเศส (2540)	9.7
สหราชอาณาจักร (2533)	6.3
ไทย (2538)	2.0
ไทย (2541)*	3.9
ไทย (2542)	4.5
ไทย (2546)*	4.2
กทม. (2531)	10.0
กทม. (2537)	15.7
กทม. (2541)	14.8
กทม. (2542)	15.9
กทม. (2546)*	13.3
ต่างจังหวัด (2542)	3.3
ต่างจังหวัด (2546)*	3.1

ที่มา: วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2543

* ตัวเลขจากกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

(6) การขยายตัวทางด้านอุตสาหกรรมมากขึ้นกว่าภาคเกษตรกรรม ก่อให้เกิดผลดังนี้

(6.1) การอพยพแรงงานจากภาคเกษตรในชนบทมาสู่ภาคอุตสาหกรรมในเมืองมากขึ้น ทำให้เกิดความล่มสลายของสถาบันครอบครัว ความเครียด อาชญากรรม ปัญหาการจราจร ยาเสพติดและปัญหาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในชุมชนแออัดซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงในเมืองใหญ่ทั่วประเทศ เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1,587 ชุมชน ใน พ.ศ. 2537 เป็น 1,802 ชุมชน ใน พ.ศ. 2540 และ 2,265 ชุมชน ใน พ.ศ. 2543 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.5 และ 25.7 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และจากการสำรวจลักษณะทางประชากรและสังคมของชุมชนแออัดของจังหวัดปริมณฑลและจังหวัดที่มีชุมชนแออัดมากในภาคต่างๆ รวม 17 จังหวัด ใน พ.ศ. 2541 พบว่า มียาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้าและสารระเหยที่แพร่หลายในชุมชนแออัดสูงถึงร้อยละ 50 ขึ้นไป (รายงานการสำรวจลักษณะทางประชากรและสังคมของชุมชนแออัดของจังหวัดในปริมณฑลและในภาคต่างๆ พ.ศ. 2541, สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นเพียงปัญหาหนึ่งที่สะท้อนภาพให้เห็นว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนรวมทั้งคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศ

(6.2) ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวกับการทำงานและอาชีวอนามัย

ในปัจจุบันประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานและมีงานทำ 34.7 ล้านคน (พ.ศ.2546) เท่ากับร้อยละ 54.1 ของประชากรทั่วประเทศ โดยแรงงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม 15.6 ล้านคน ภาคอุตสาหกรรมและบริการ 15.8 ล้านคน ภาคราชการ 2.6 ล้านคน และอื่น ๆ 0.7 ล้านคน ซึ่งแรงงานเหล่านี้จะมีทั้งแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบ ดังนี้

(6.2.1) **แรงงานในระบบ** [1] ในปี 2546 แรงงานในระบบมี 9.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28.4 ของแรงงานทั้งหมด ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา จึงไม่สามารถปกป้องดูแลตนเองจากการทำงาน จึงทำให้ลูกจ้างในสถานประกอบการที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก จากร้อยละ 2 ใน พ.ศ. 2519 เป็น ร้อยละ 4.7 ใน พ.ศ. 2536 อัตรานี้เริ่มคงที่และลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2537 จนเหลือเพียงร้อยละ 3.0 ใน พ.ศ. 2546 แต่ลูกจ้างที่เสียชีวิตจากการทำงานมีอัตราลดลงมาโดยตลอดจาก 44.9 ต่อคนงาน 100,000 คนใน พ.ศ. 2522 เป็น 11.19 ต่อคนงาน 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.10) และ (ภาพที่ 4.12) แต่ยังนับว่ายังมีอัตราสูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว เช่น อังกฤษ มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 1.3 คนต่อคนงาน 100,000 คน และฟินด์แลนด์มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 4 คน ต่อคนงาน 100,000 คน (ชูชัย ศุภวงศ์, สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย, 2539)

---

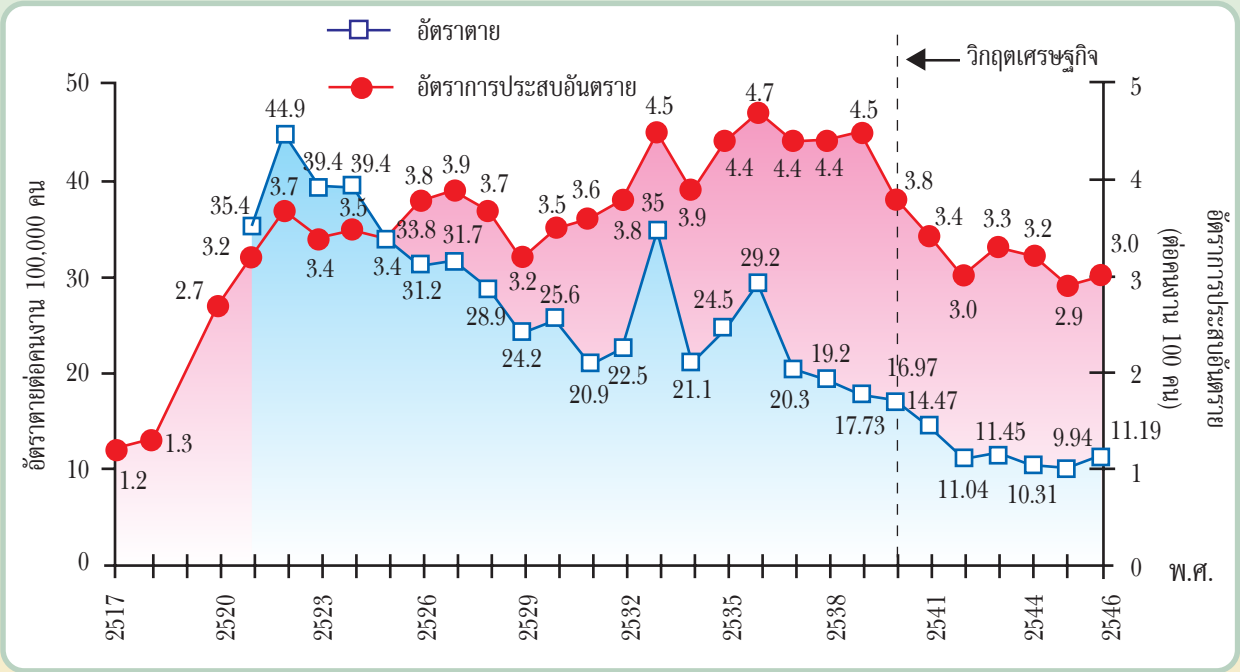
[1] แรงงานในระบบ หมายถึง ตลาดแรงงานที่มีระบบโครงสร้างขององค์กรที่ชัดเจน มีระบบการจ้างงาน การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน มีสัญญาหรือระยะเวลาการจ้างงานที่แน่นอน มีสวัสดิการและการประกันสังคม และมีการจัดสายงานรวมทั้งหน้าที่ความรับผิดชอบของงานแต่ละประเภทไว้ชัดเจน

ตารางที่ 4.10 จำนวน/อัตราลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานใน พ.ศ. 2517 - พ.ศ.2546

พ.ศ.	จำนวนผู้ที่อยู่ในข่ายคุ้มครอง (ราย)	จำนวนลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน	อัตราการประสบอันตราย %	ตาย		ทุพพลภาพ		สูญเสียอวัยวะบางส่วน		หยุดงานชั่วคราว	
				จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน
2517	272,848	3,200	1.2	95	34.8	-	-	401	146.9	2,704	991.0
2518	349,814	4,605	1.3	ไม่มีข้อมูล							
2519	496,700	10,136	2.0	ไม่มีข้อมูล							
2520	570,000	15,335	2.7	ไม่มีข้อมูล							
2521	590,640	19,134	3.2	209	35.4	9	1.5	1,119	18.9	17,797	3,013.2
2522	659,041	24,370	3.7	296	44.9	8	1.2	1,104	16.8	22,962	3,484.1
2523	745,513	25,334	3.4	294	39.4	13	1.7	1,191	16.0	23,836	3,197.3
2524	797,270	27,723	3.5	314	39.4	10	1.3	1,275	16.0	26,124	3,276.7
2525	824,565	28,323	3.4	279	33.8	14	1.7	1,085	131.2	26,945	3,267.8
2526	873,059	33,213	3.8	272	31.2	5	0.6	514	62.3	32,422	3,713.6
2527	994,190	39,182	3.9	315	31.7	20	2.0	1,305	131.3	37,542	3,776.1
2528	1,091,318	39,119	3.7	315	28.9	18	1.7	1,159	106.2	37,627	3,447.8
2529	1,179,812	37,445	3.2	285	24.2	10	0.8	978	82.9	36,172	3,065.9
2530	1,232,555	42,811	3.5	315	25.6	10	0.8	1,158	93.9	41,328	3,353.0
2531	1,346,203	48,912	3.6	282	20.9	7	0.5	1,179	87.6	47,444	3,524.3
2532	1,661,651	62,766	3.8	373	22.5	15	0.9	1,582	95.2	60,796	3,658.8
2533	1,826,995	80,065	4.5	640	35.0	30	1.6	1,509	82.6	77,886	4,263.1
2534	2,751,868	102,273	3.9	581	21.1	9	0.3	2,141	77.8	99,542	3,617.3
2535	3,020,415	131,800	4.4	740	24.5	15	0.5	2,010	66.5	129,035	4,272.1
2536	3,355,805	156,543	4.7	980	29.2	10	0.3	5,436	161.9	150,122	4,473.5
2537	4,248,414	186,394	4.4	863	20.3	23	0.5	4,548	107.0	180,960	4,259.5
2538	4,903,736	216,525	4.4	940	19.2	17	0.4	5,469	111.5	209,909	4,280.6
2539	5,425,422	245,616	4.5	962	17.73	18	0.3	5,042	92.93	239,574	4,416.1
2540	6,084,822	230,376	3.8	1,033	16.97	29	0.4	5,272	86.64	224,042	3,681.9
2541	5,418,182	186,445	3.4	784	14.47	19	0.3	3,692	68.14	181,956	3,358.1
2542	5,679,567	172,087	3.0	627	11.04	14	0.2	3,437	60.51	168,009	2,958.1
2543	5,417,041	179,566	3.3	620	11.45	16	0.3	3,516	64.91	175,414	3,238.2
2544	5,884,652	189,621	3.2	607	10.31	20	0.3	3,510	59.65	185,484	3,152.0
2545	6,541,105	190,979	2.9	650	9.94	14	0.2	3,424	52.54	186,891	2,857.2
2546	7,033,907	210,673	3.0	787	11.19	17	0.2	3,821	54.32	206,048	2,929.35

ที่มา: กระทรวงแรงงาน

ภาพที่ 4.12 อัตราการตายและการประสบอันตราย เนื่องจากการทำงานของคนงานใน พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กระทรวงแรงงาน

(6.2.2) **แรงงานนอกระบบ**[2] ในปี 2546 แรงงานนอกระบบซึ่งเป็นแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศ มี 24.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.6 ของแรงงานทั้งหมด อันได้แก่ แรงงานภาคเกษตร ผู้ทำงานส่วนตัว ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ฯลฯ และจากการสำรวจผู้รับงานมาทำที่บ้านซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบประเภทหนึ่ง พบว่า ผู้รับงานมาทำที่บ้านมีปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงานเพิ่มขึ้นมากจากร้อยละ 2.8 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 33.2 ใน พ.ศ. 2545 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ สายตา อิริยาบทในการทำงานและการสูดดมฝุ่นละออง (รายงานการสำรวจการรับงานมาทำที่บ้าน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

7. การเปิดเสรีการค้าและความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ทำให้มีการแข่งขันทางการค้าตลอดจนมีการกีดกันทางการค้ามากขึ้น ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพบางส่วน (ดูบทที่ 10)

2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา

2.1 ระบบการศึกษา

จากการประกาศใช้ พ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2542 ส่งผลให้มีการปฏิรูปการศึกษา โดยเฉพาะการเร่งรัดการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปี ซึ่งครอบคลุมประถมศึกษา 6 ปี มัธยมศึกษาตอนต้น 3 ปี และมัธยมศึกษาตอนปลาย 3 ปี โดยขยายการศึกษาภาคบังคับจาก 6 ปี เป็น 9 ปี และยกเว้นค่าเล่าเรียนสำหรับปีที่ 10 - 12 รวมทั้งยังเปิดโอกาสให้สถานศึกษาหนึ่งๆ สามารถจัดการศึกษาทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในระบบ นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย แต่อย่างไรก็ดีอัตราการเข้าเรียนสุทธิของประชากรวัยเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาของคนไทยก็ยังด้อยกว่าประเทศในกลุ่มเอเชียและทุกประเทศในยุโรปและอเมริกา (ตารางที่ 4.11)

---

[2] แรงงานนอกระบบ หมายถึง ตลาดแรงงานที่ไม่มีระบบ การจ้างงานที่มีกฎเกณฑ์ไม่แน่นอนและไม่มีสวัสดิการ รวมทั้งไม่มีกฎหมายการประกันสังคมคุ้มครอง

ตารางที่ 4.11 อัตราการเข้าเรียนสุทธิของประชากรวัยเรียนในระบบการศึกษาขั้นพื้นฐานของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2544/2545

ประเทศ	พ.ศ. 2544/2545 ประถมศึกษา (ร้อยละ)	ประเทศ	พ.ศ. 2544/2545 มัธยมศึกษา (ร้อยละ)
WHO/SEAR		**WHO/SEAR**	
ศรีลังกา	105.0	ศรีลังกา	82.0[1]
มัลดีฟส์	96.0	อินเดีย	59.7[1]
อินโดนีเซีย	92.0	ไทย	55.0[1]
บังคลาเทศ	87.0	เนปาล	54.6[1]
ไทย	86.0	อินโดนีเซีย	47.0
อินเดีย	83.0	บังคลาเทศ	44.0
สหภาพพม่า	82.0	สหภาพพม่า	35.0
เนปาล	70.0	มัลดีฟส์	31.0
ภูฏาน	16.0[1]	ภูฏาน	5.0[1]
เกาหลีเหนือ	NA	เกาหลีเหนือ	NA
ASEAN		**ASEAN**	
มาเลเซีย	95.0	บรูไน	81.9[1]
เวียดนาม	94.0	สิงคโปร์	75.6[1]
ฟิลิปปินส์	93.0	มาเลเซีย	69.0
อินโดนีเซีย	92.0	เวียดนาม	65.0
สิงคโปร์	91.4[1]	ฟิลิปปินส์	56.0
บรูไน	87.9[1]	ไทย	55.0[1]
ไทย	86.0	อินโดนีเซีย	47.0
กัมพูชา	86.0	สหภาพพม่า	35.0
ลาว	83.0	ลาว	31.0
สหภาพพม่า	82.0	กัมพูชา	21.0
อันดับ 1-10 ของโลก		**อันดับ 1-10 ของโลก**	
สวีเดน	102.0	ญี่ปุ่น	101.0
นอร์เวย์	101.0	สวีเดน	99.0
เบลเยี่ยม	101.0	แคนาดา	98.0
ไอซแลนด์	101.0	นอร์เวย์	95.0
สหรัฐอเมริกา	101.0	สหราชอาณาจักร	95.0
สหราชอาณาจักร	101.0	ฟินแลนด์	95.0
ฟินแลนด์	100.0	ฝรั่งเศส	92.0
แคนาดา	100.0	เนเธอร์แลนด์	90.0
เนเธอร์แลนด์	100.0	สวิตเซอร์แลนด์	88.0
ฝรั่งเศส	100.0	ออสเตรีย	88.0

ที่มา: Human Development Report, 2002-2004.

หมายเหตุ: 1. เป็นข้อมูล พ.ศ. 2541

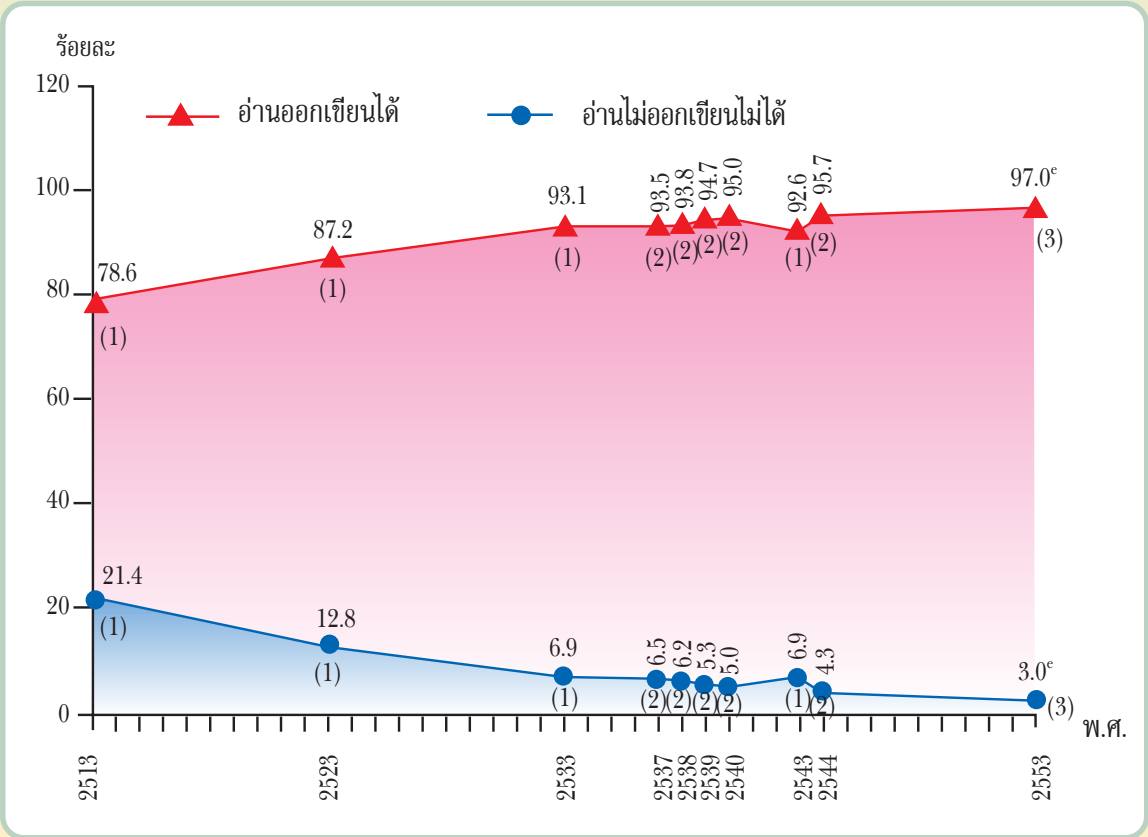
2. เรียงตามลำดับตามข้อมูลด้านการศึกษา

2.2 ความรู้ความสามารถและทักษะของคนไทย

2.2.1 อัตราการรู้หนังสือ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการรู้หนังสืออ่านออกเขียนได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.6 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 95 ใน พ.ศ. 2540 แต่กลับมีแนวโน้มลดลงหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ (ภาพที่ 4.13) และกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.7 ใน พ.ศ. 2544 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกำลังพัฒนา (ร้อยละ 74.5) ค่อนข้างมากและเมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ประเทศในกลุ่มอาเซียน ประเทศไทยมีอัตราการรู้หนังสือสูงเป็นอันดับที่ 1 ในกลุ่มอาเซียน[3] แต่ก็ยังมีผู้อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ร้อยละ 4.3 ใน พ.ศ. 2544 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ. 2553 จะมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปรู้หนังสือถึงร้อยละ 97

ภาพที่ 4.13 อัตราการรู้หนังสือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทย พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2553



ที่มา: (1) พ.ศ. 2513, 2523, 2533 และ 2543 ได้จากสำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(2) พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2544 UNDP, Human Development Report, 1997-2003
(3) UNESCO, Principal Regional Office for Asia and Pacific, Literacy in Asia And the Pacific.

---

[3] UNDP, Human Development Report, 2003

อย่างไรก็ดีหากพิจารณาถึงการอ่านหนังสือของคนไทยแล้ว กลับพบว่า คนไทยอ่านหนังสือน้อยมากเพียง 35.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 61.2 และใช้เวลาอ่านหนังสือประมาณ 2.99 นาทีต่อวันเท่านั้น (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่อ่านหนังสือและเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการอ่านหนังสือ จำแนกตาม เขตการปกครอง เพศและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2546

เขตการปกครอง/เพศ/กลุ่มอายุ	อ่านหนังสือ [1] (ร้อยละ)	เวลาเฉลี่ยที่ใช้กับการอ่านหนังสือ[2] (นาทีต่อวัน)	
		ต่อประชากร 1 คน	ต่อผู้อ่านหนังสือ 1 คน
อ่านหนังสือ	61.2	2.99	67.49
ไม่อ่านหนังสือ	38.8	-	-
เขตการปกครอง			
เขตเมือง	74.4	5.94	69.28
เขตชนบท	54.7	1.67	64.79
เพศ			
หญิง	57.7	2.18	65.10
ชาย	64.8	3.83	68.97
กลุ่มอายุ			
6 - 9	77.4	NA	NA
10 - 14	90.0	1.28	68.99
15 - 24	80.4	3.47	79.67
25 - 59	54.3	2.84	59.28
60 ปีขึ้นไป	24.4	4.43	84.72

ที่มา: 1 รายงานการสำรวจการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2 รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: [1] ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป
[2] ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป

2.2.2 **อัตราการเรียนรู้**

คนไทยมีการเรียนรู้ในระดับคิดเป็นทำเป็นยังมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ เพียงร้อยละ 58.7 ใน พ.ศ. 2546 และมีความเหลื่อมล้ำค่อนข้างสูงระหว่างภูมิภาคและระหว่างคนในเมืองกับคนในชนบท (ตารางที่ 4.13) นอกจากนี้ จากการสำรวจเด็กและเยาวชนใน พ.ศ. 2545 พบว่า เด็กและเยาวชนมีความสามารถและทักษะด้านภาษาต่างประเทศและคอมพิวเตอร์ไม่ถึงร้อยละ 50 (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.13 อัตราการเรียนรู้ของคนไทย พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546

หน่วย : ร้อยละ

ภาคและพื้นที่	2535	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
เขตเมือง	57.1	60.0	61.7	65.2	65.4	66.4	67.5	68.6	70.0
เขตชนบท	36.5	41.0	42.2	45.3	46.9	48.1	49.4	50.8	52.9
ภาค									
กลาง	41.0	48.2	49.4	50.9	52.1	54.1	52.4	53.2	58.6
เหนือ	36.2	38.6	40.7	43.3	43.5	45.0	46.6	48.2	49.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	39.6	44.1	45.0	48.6	51.0	51.7	54.8	55.7	56.5
ใต้	43.6	47.5	48.5	52.6	53.8	54.3	56.3	58.7	58.7
กรุงเทพฯ	61.6	64.8	66.8	72.5	72.1	72.6	73.1	73.7	75.7
ประเทศ	42.3	47.1	48.5	51.8	53.0	54.1	55.3	56.6	58.7

ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากร (รอบ 3) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: อัตราการเรียนรู้ คือ ระดับการอ่านออกเขียนได้และการคิดคำนวณในเบื้องต้นที่จะทำให้เราสามารถปรับใช้ทักษะดังกล่าวในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน ซึ่งโดยปกติคนเราต้องได้รับการศึกษาอย่างน้อย 5-6 ปี ในระบบโรงเรียนหรือเทียบเท่า

ตารางที่ 4.14 ร้อยละของเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 11-24 ปี จำแนกตามความสามารถ เขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2545

หน่วย : ร้อยละ

ความสามารถ	ประเทศ	พื้นที่		ภาค				
		เขตเมือง	เขตชนบท	กทม.	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้
- ใช้คอมพิวเตอร์	41.3 (6.4 ล้านคน)	42.7	33.7	38.5	45.5	48.0	30.3	37.4
- ใช้ภาษาอื่นสื่อสารได้	29.2 (4 ล้านคน)	34.1	27.0	31.4	29.6	34.3	18.0	49.4
- อังกฤษ	82.4	89.9	78.2	94.3	95.3	92.1	75.0	64.0
- จีน	1.5	2.1	1.1	2.9	1.3	0.9	2.3	0.5
- อื่นๆ	16.1	8.0	20.7	2.8	3.4	7.0	22.7	35.5

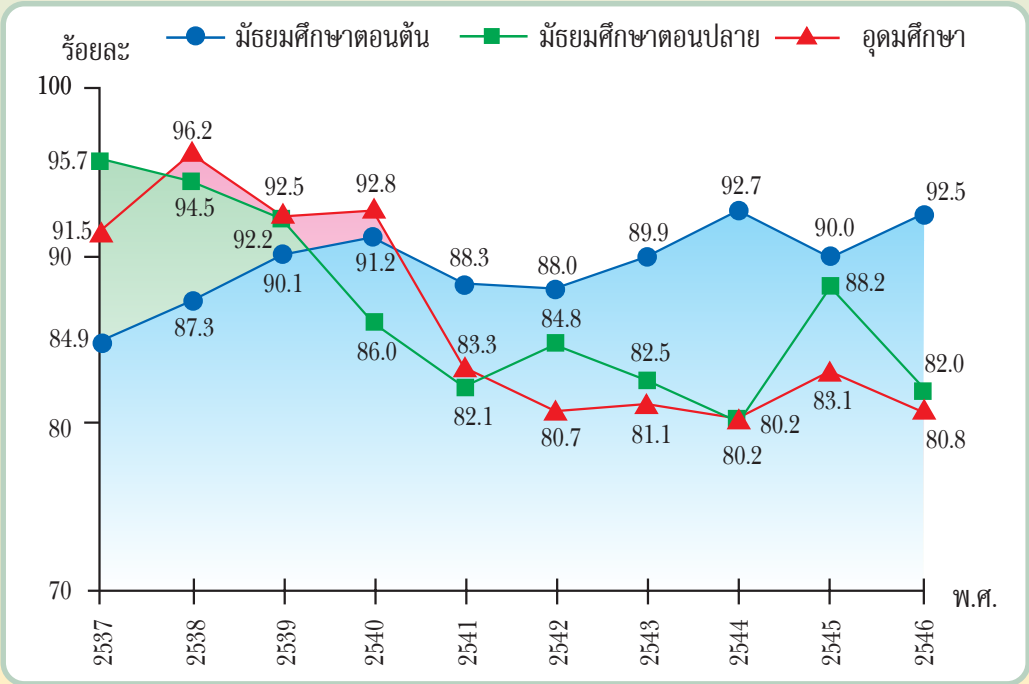
ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.3 โอกาสทางการศึกษา

2.3.1 อัตราการเรียนต่อ

อัตราการเรียนต่อจากประถมศึกษาไปสู่มัธยมศึกษาตอนต้น จากมัธยมศึกษาตอนต้นไปต่อมัธยมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนปลายไปต่ออุดมศึกษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจกลับลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกหลังวิกฤตเศรษฐกิจ (ภาพที่ 4.14)

ภาพที่ 4.14 อัตราการเรียนต่อของนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2537 - 2546



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

อัตราการศึกษาต่อที่สูงขึ้นรวมทั้งจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของคนไทยในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 6.6 ปี ใน พ.ศ. 2539 เป็น 7.8 ปี ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.15) ทำให้แรงงานไทยในปัจจุบัน พ.ศ. 2546 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 63.8 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ. 2563 จะมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเหลือเพียงร้อยละ 39.9 ขณะที่ระดับอุดมศึกษาจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.9 ใน พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 22.5 ใน พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.15 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของประชากรไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวน (ปี)							
	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546[e]
15 - 21 ปี	8.8	9.0	9.3	9.4	9.5	9.6	9.7	9.8
15 - 59 ปี	7.2	7.4	7.6	7.7	7.8	7.7	7.8	7.9
60 ปีขึ้นไป	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9
เฉลี่ย (15 ปีขึ้นไป)	6.6	6.8	7.0	7.1	7.2	7.4	7.6	7.8

ที่มา: รายงานการศึกษาของคนไทย ปี 2543 และ 2546, สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2546 เป็นการประมาณการ

ตารางที่ 4.16 โครงสร้างกำลังแรงงาน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2563

ระดับการศึกษา	พ.ศ. 2538(1)	พ.ศ. 2540(1)	พ.ศ. 2542(1)	พ.ศ. 2544(1)	พ.ศ. 2545(1)	พ.ศ. 2546(1)	พ.ศ. 2553(2)	พ.ศ. 2563(2)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	78.0	75.2	69.8	66.3	65.6	63.8	55.9	39.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	8.9	10.1	12.0	12.7	13.0	13.7	14.7	14.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3.3	3.6	5.0	6.2	6.8	7.2	8.7	14.3
อาชีวศึกษา	4.7*	4.8*	5.0*	3.4*	3.3*	3.3*	6.6	8.7
อุดมศึกษา	5.1	6.2	8.2	11.3	11.3	11.9	14.1	22.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ที่มา: (1) พ.ศ. 2538-2546 ได้จากรายงานผลการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากรไทย พ.ศ. 2538-2546 รอบที่ 3, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

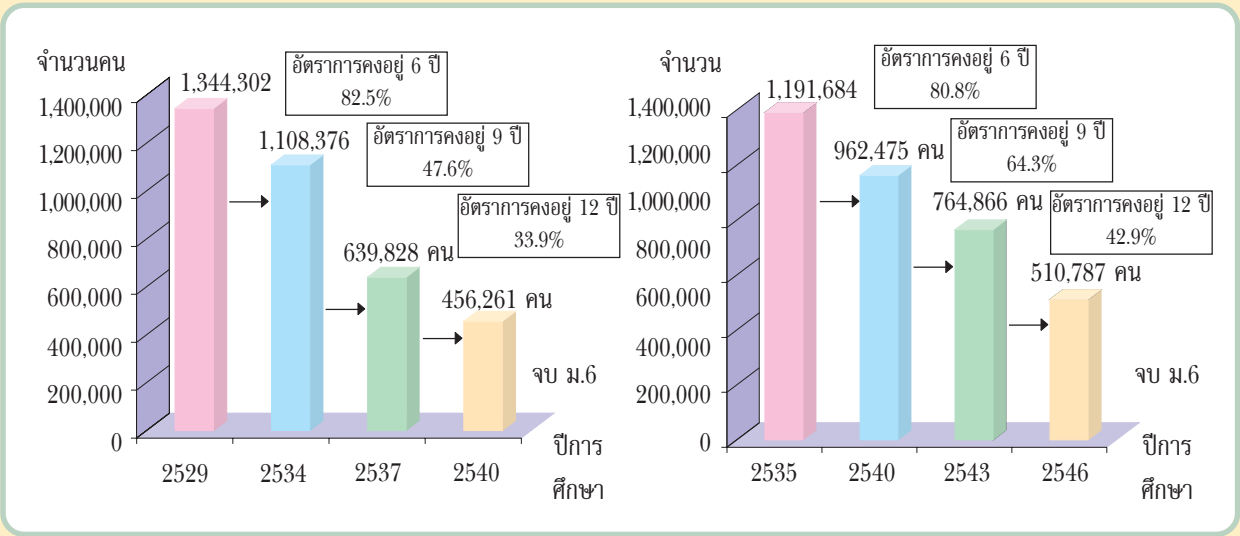
(2) พ.ศ. 2553-2563 ได้จากรายงานผลการศึกษาแนวโน้มเศรษฐกิจและสังคมไทย, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

หมายเหตุ: * ตัวเลขอาชีวศึกษาใน พ.ศ. 2538-2543 เป็นผลรวมของผู้จบอาชีวศึกษาและผู้จบฝึกหัดครู

2.3.2 อัตราการคงอยู่

อัตราการคงอยู่ของนักเรียน มีแนวโน้มดีขึ้นมากโดยเฉพาะในระดับประถมศึกษา แต่อัตราการคงอยู่ของนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายเพิ่มขึ้นค่อนข้างช้า ซึ่งพบว่า อัตราการคงอยู่ 12 ปี ของนักเรียนที่เรียนถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีเพียงร้อยละ 42.9 เท่านั้น (ภาพที่ 4.15)

ภาพที่ 4.15 การเปรียบเทียบอัตราการคงอยู่ของนักเรียนปีการศึกษา 2529- 2540 และปีการศึกษา 2535-2546



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

2.4 คุณภาพการศึกษา

กระบวนการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียนมุ่งเน้นการสอนแบบท่องจำเนื้อหาการสอนมากกว่าการฝึกคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา และค้นคว้าความรู้ด้วยตนเอง ทำให้คุณภาพการศึกษาของเด็กไทยทั้งในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 รวมทั้งความรู้ความสามารถของเด็กไทยอ่อนลงในด้านการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ (ตารางที่ 4.17) นอกจากนี้ คุณภาพการศึกษาไทยก็ยังไม่สามารถแข่งขันกับต่างประเทศได้ ซึ่งจากการแข่งขันโอลิมปิกทางวิชาการ พบว่า ไทยมีความสามารถทางด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์อยู่ในอันดับสุดท้ายของ 5 ประเทศ ในเอเชียมาตลอดยกเว้นใน พ.ศ. 2545 - 2547 ที่ไทยอยู่ในอันดับที่ 4 ซึ่งดีกว่าสิงคโปร์และเวียดนาม (ภาพที่ 4.16) โดยเด็กไทยมีปัญหาในการตอบข้อสอบที่ต้องนำความรู้มาใช้ในการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาและข้อสอบที่วัดทักษะกระบวนการ ส่งผลให้คนไทยขาดความสามารถในการวิเคราะห์ อันเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นของการสร้างทักษะชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่สามารถแก้ปัญหาและสถานการณ์ที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้

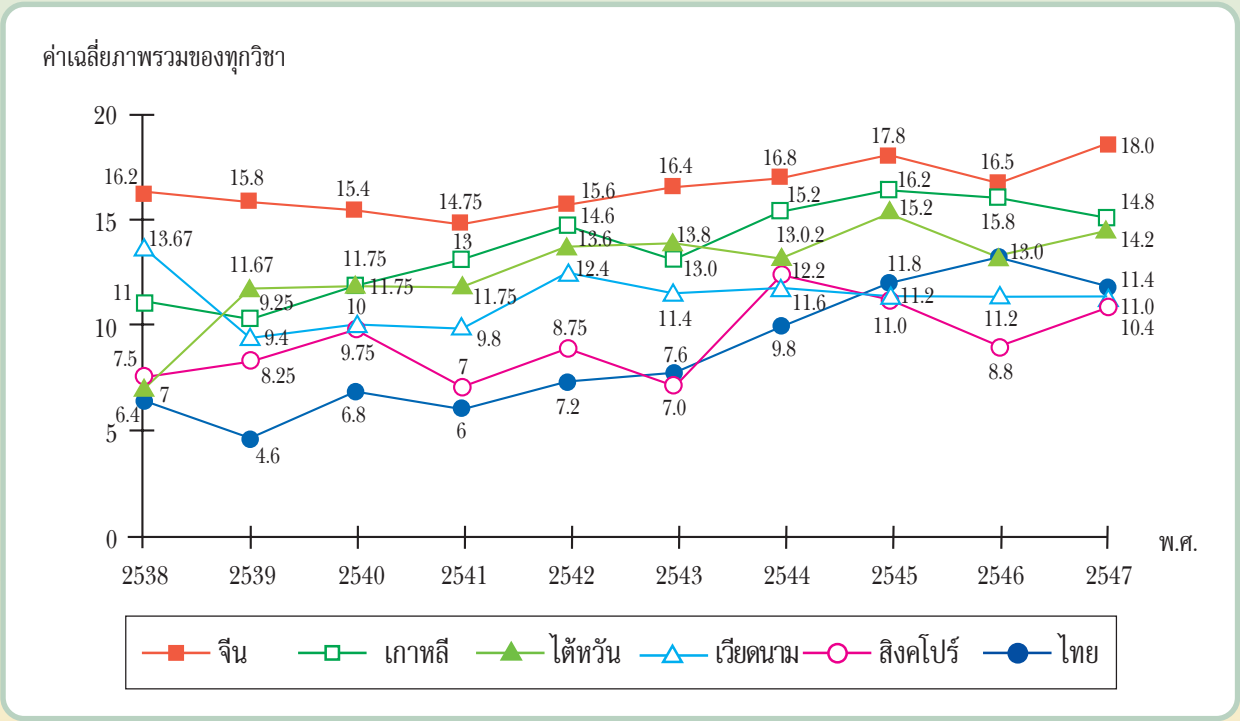
ตารางที่ 4.17 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความถนัดทางการเรียนของนักเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ปี 2543 - 2546

ระดับการศึกษา	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)			
		คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์	ภาษาไทย	ภาษาอังกฤษ
1. ประถมศึกษา	2544	46.9	NA	54.3	49.6
	2545	49.9	NA	50.6	47.4
	2546	41.7	42.4	45.2	41.1
2. มัธยมศึกษาตอนต้น	2543	31.2	40.4	53.0	38.9
	2544	32.4	NA	46.3	38.9
	2545	39.1	NA	46.7	45.3
	2546	35.0	38.1	54.0	37.9
3. มัธยมศึกษาตอนปลาย	2546	34.0	48.8*	44.5	39.1
ระดับการศึกษา	**ความถนัดทางการเรียน**	**ความสามารถทางการคิดคำนวณ**	**ความสามารถเชิงวิเคราะห์**	**ความสามารถทางภาษา**	
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	2543	38.3	43.1	37.2	
	2544	41.7	39.6	38.7	
	2545	38.0	42.9	39.2	
	2546	38.9	38.3	40.7	

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, กระทรวงศึกษาธิการ

หมายเหตุ:
1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นใน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2545 ทดสอบเฉพาะ 3 วิชา คือ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษและคณิตศาสตร์
2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2546 มีการประเมินผลความถนัดทางการเรียนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้การทดสอบความสามารถรวม 3 ด้าน คือ ความสามารถทางการคิดคำนวณ ความสามารถเชิงวิเคราะห์ และความสามารถทางภาษาเท่านั้น
3. พ.ศ. 2546 เพิ่มการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
4. * เป็นวิชาวิทยาศาสตร์กายภาพชีวภาพ

ภาพที่ 4.16 ผลการแข่งขันโอลิมปิกทางวิชาการเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศอื่น ๆ ใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2547



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

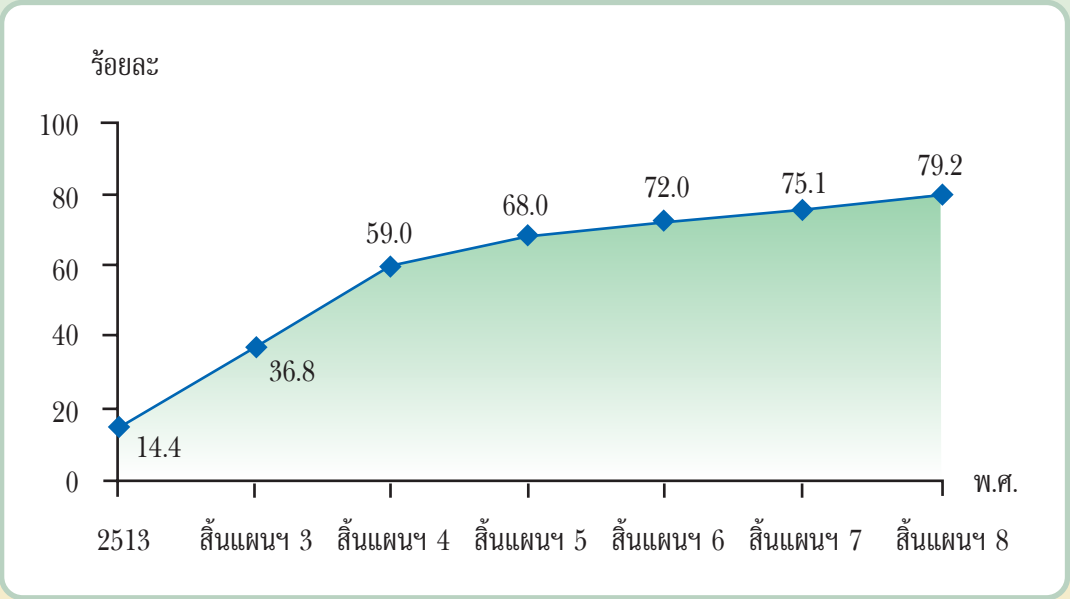
หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ยภาพรวมของทุกวิชา หมายถึง ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม 5 วิชา ได้แก่ วิชาคณิตศาสตร์ เคมี ฟิสิกส์ ชีววิทยาและคอมพิวเตอร์ในแต่ละปี

3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัว และการอพยพย้ายถิ่น

3.1 โครงสร้างประชากร

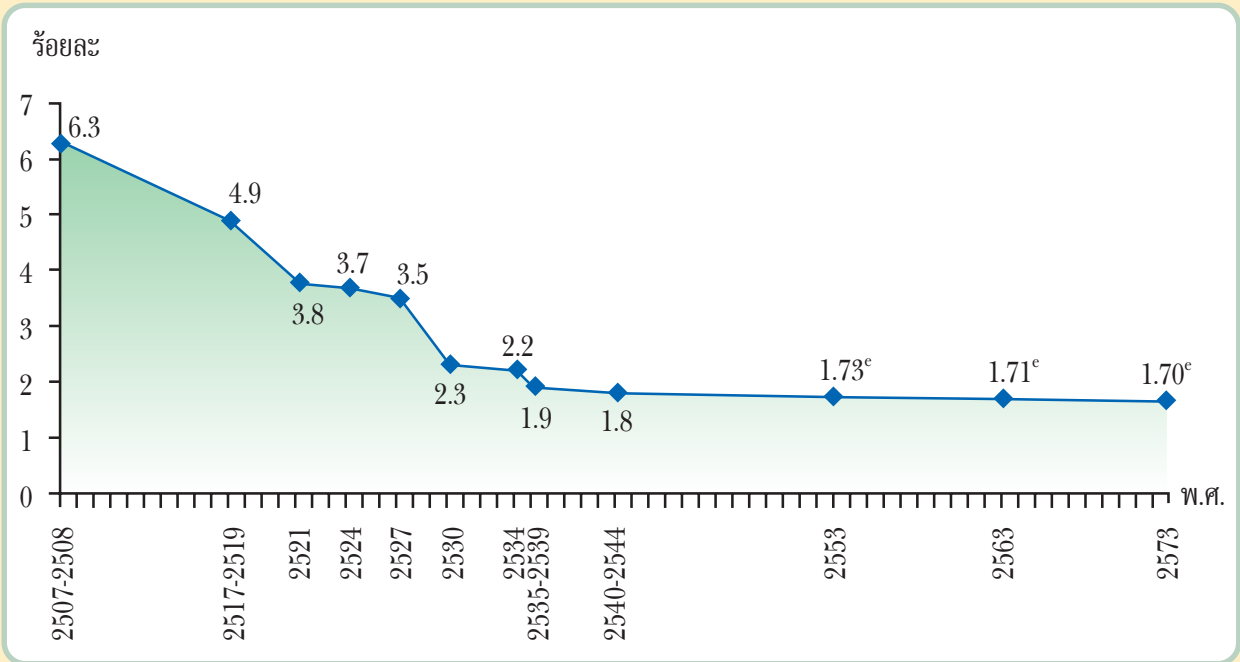
ความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราการคุมกำเนิดของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 79.2 ใน พ.ศ. 2544 (ภาพที่ 4.17) ส่งผลให้ไทยสามารถลดระดับภาวะเจริญพันธุ์รวมได้มาก (ภาพที่ 4.18) จึงทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงตามลำดับ จากร้อยละ 3.2 ในช่วงก่อน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 0.8 ใน พ.ศ. 2544 และคาดว่าอนาคตแนวโน้มอัตราเพิ่มของประชากรจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.53 ใน พ.ศ. 2563 (ภาพที่ 4.19) การลดลงของอัตราเพิ่มประชากรดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อจำนวนและโครงสร้างอายุของประชากร โดยประชากรไทยใน พ.ศ. 2568 คาดว่าจะมีประมาณ 72.3 ล้านคน (ภาพที่ 4.20) ขณะเดียวกันสัดส่วนของประชากรวัยเด็กอายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 4.21) ซึ่งหมายถึงอัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าอัตราส่วนการพึ่งพิงในภาพรวมลดลงเรื่อย ๆ จนถึง พ.ศ. 2553 และจะกลับเพิ่มขึ้นอีกเนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่สูงมากขึ้น (ภาพที่ 4.22) ขณะเดียวกันพีระมิดประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงไป จากพีระมิดประชากรฐานกว้างมาเป็นพีระมิดประชากรฐานแคบ ซึ่งจะคล้ายคลึงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว (ภาพที่ 4.23)

ภาพที่ 4.17 อัตราการคุมกำเนิดของประเทศไทยตั้งแต่เริ่มดำเนินการวางแผนครอบครัวจนถึง พ.ศ. 2544



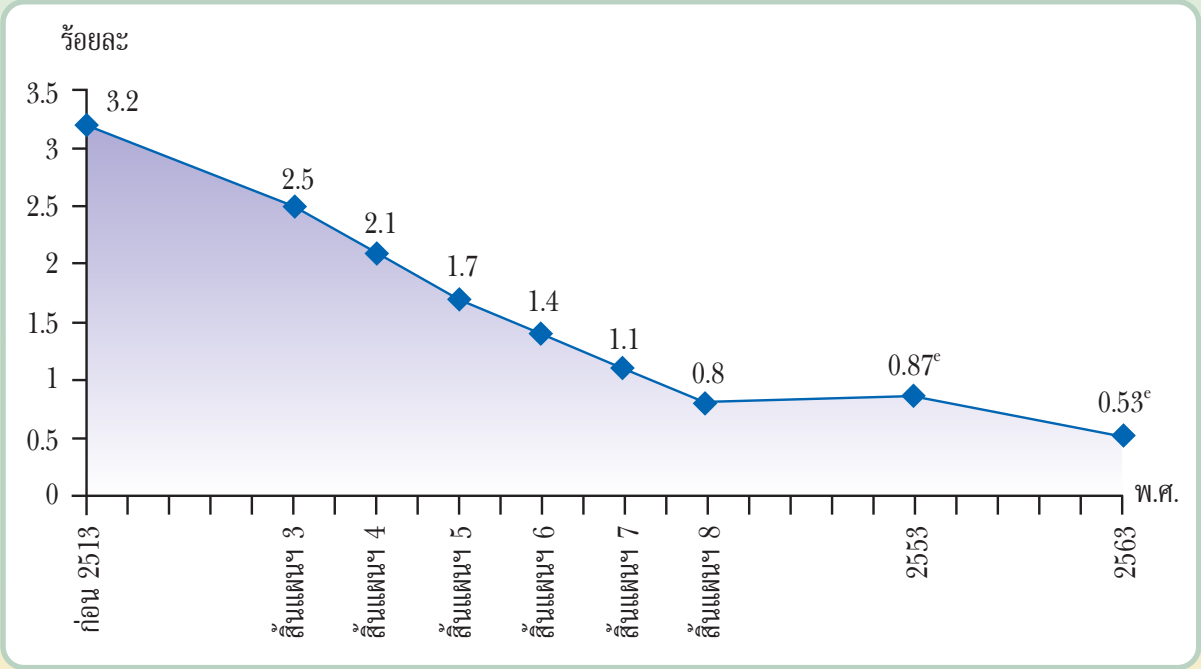
ที่มา: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

ภาพที่ 4.18 อัตราการเจริญพันธุ์รวมยอดประเทศไทยและการคาดการณ์ พ.ศ. 2507 - 2573



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาพที่ 4.19 อัตราเพิ่มของประชากรไทยและการคาดการณ์ พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2563

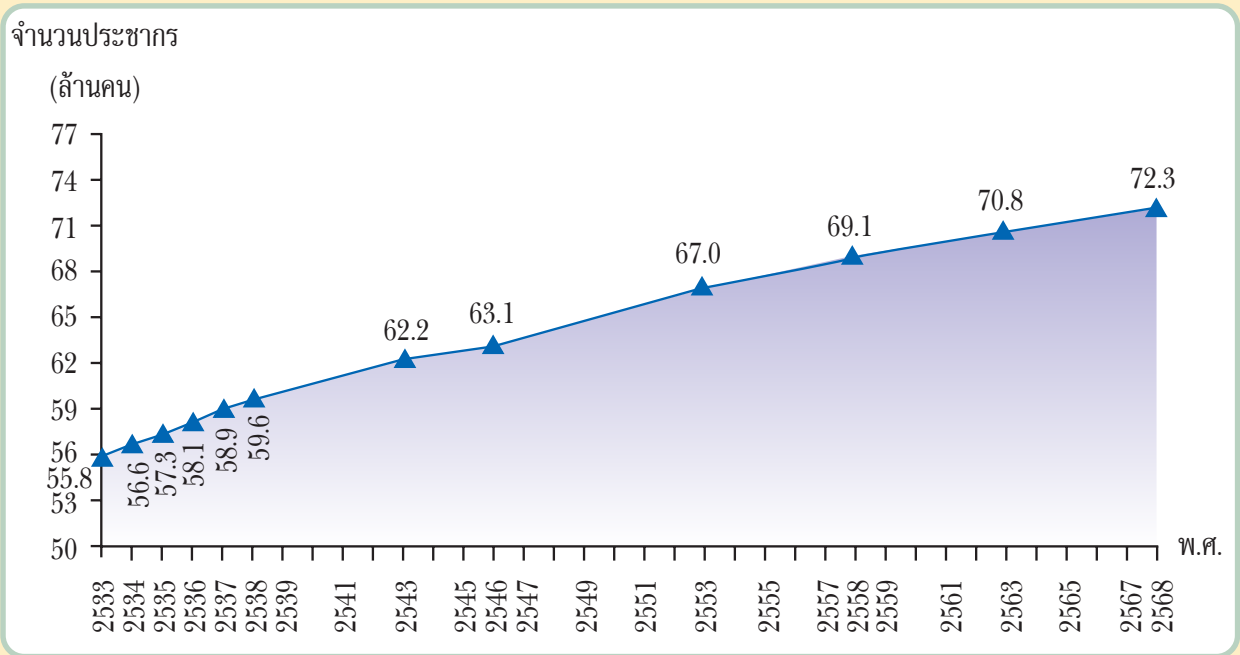


ที่มา: (1) ก่อน พ.ศ. 2513 ได้จาก นิพนธ์ เทพวัลย์, กว่าจะได้มาซึ่งนโยบายประชากร ปี 2513

(2) สิ้นแผนฯ 3 - สิ้นแผนฯ 8 ได้จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

(3) พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2563 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533- พ.ศ.2563, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

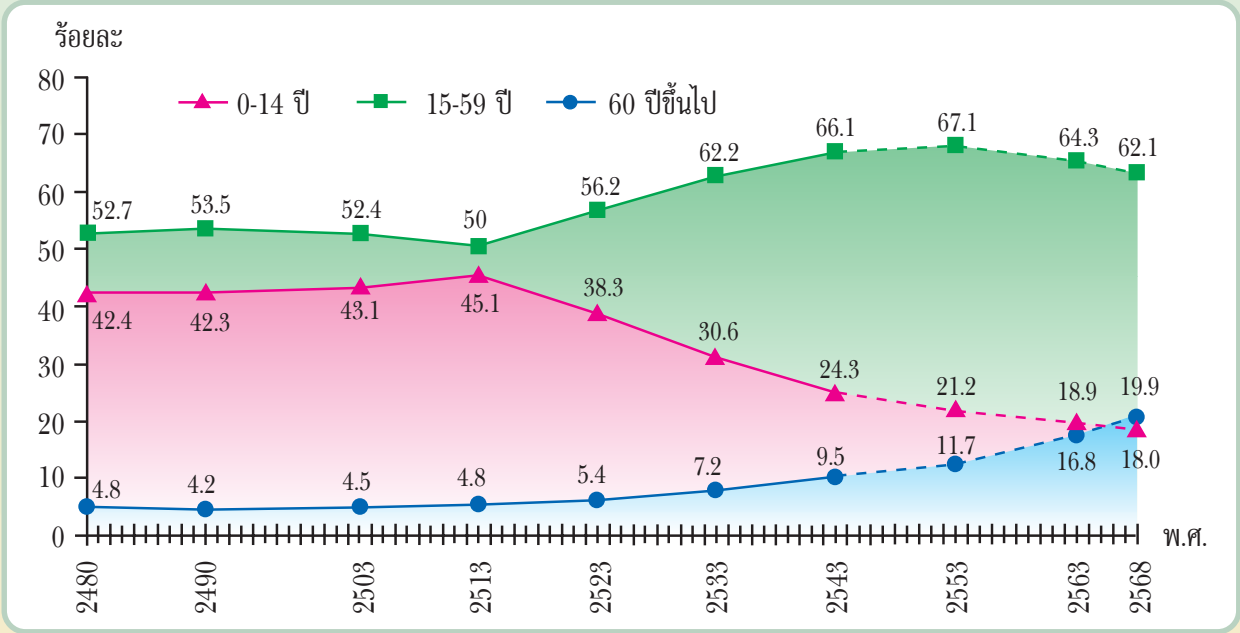
ภาพที่ 4.20 จำนวนประชากรไทยทั่วประเทศและการคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2568



ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2568 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2546 ได้ประชากรจริงจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

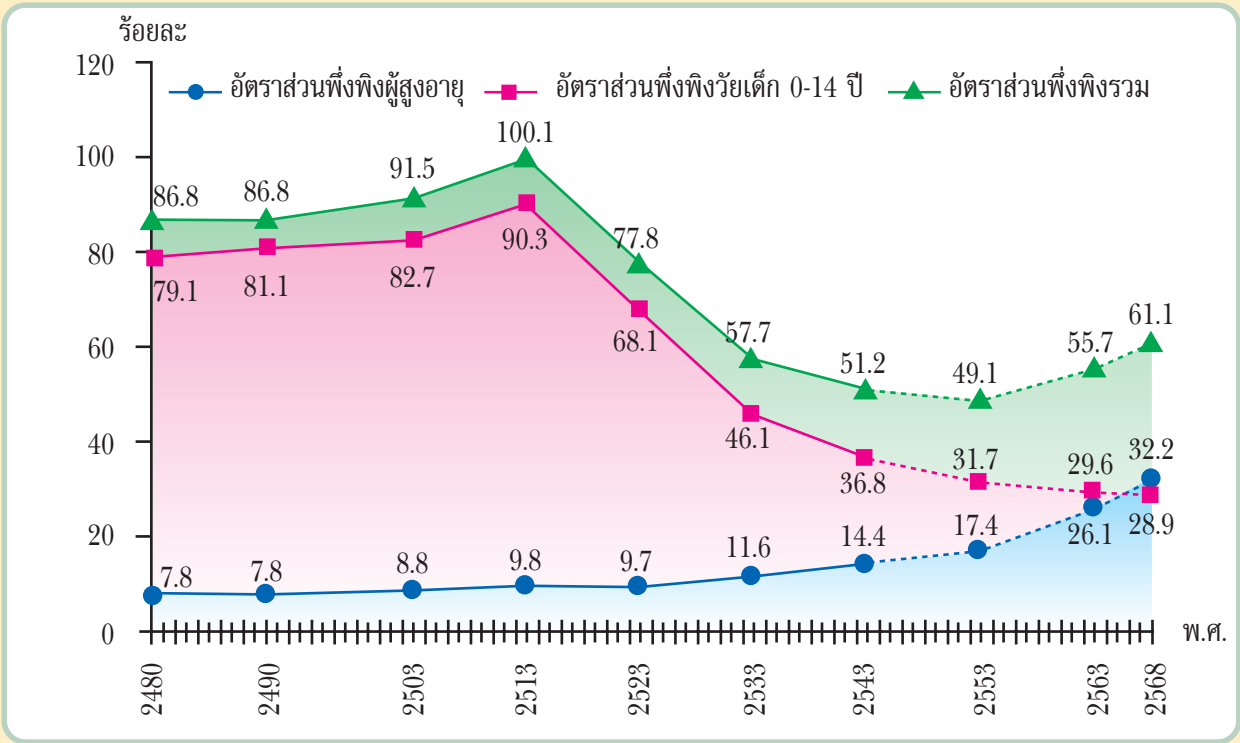
ภาพที่ 4.21 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2480 - พ.ศ.2568



ที่มา: - พ.ศ. 2480, 2490, 2503, 2513, 2523, 2533 และ 2543 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

- พ.ศ. 2553, 2563 และ 2568 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2568 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

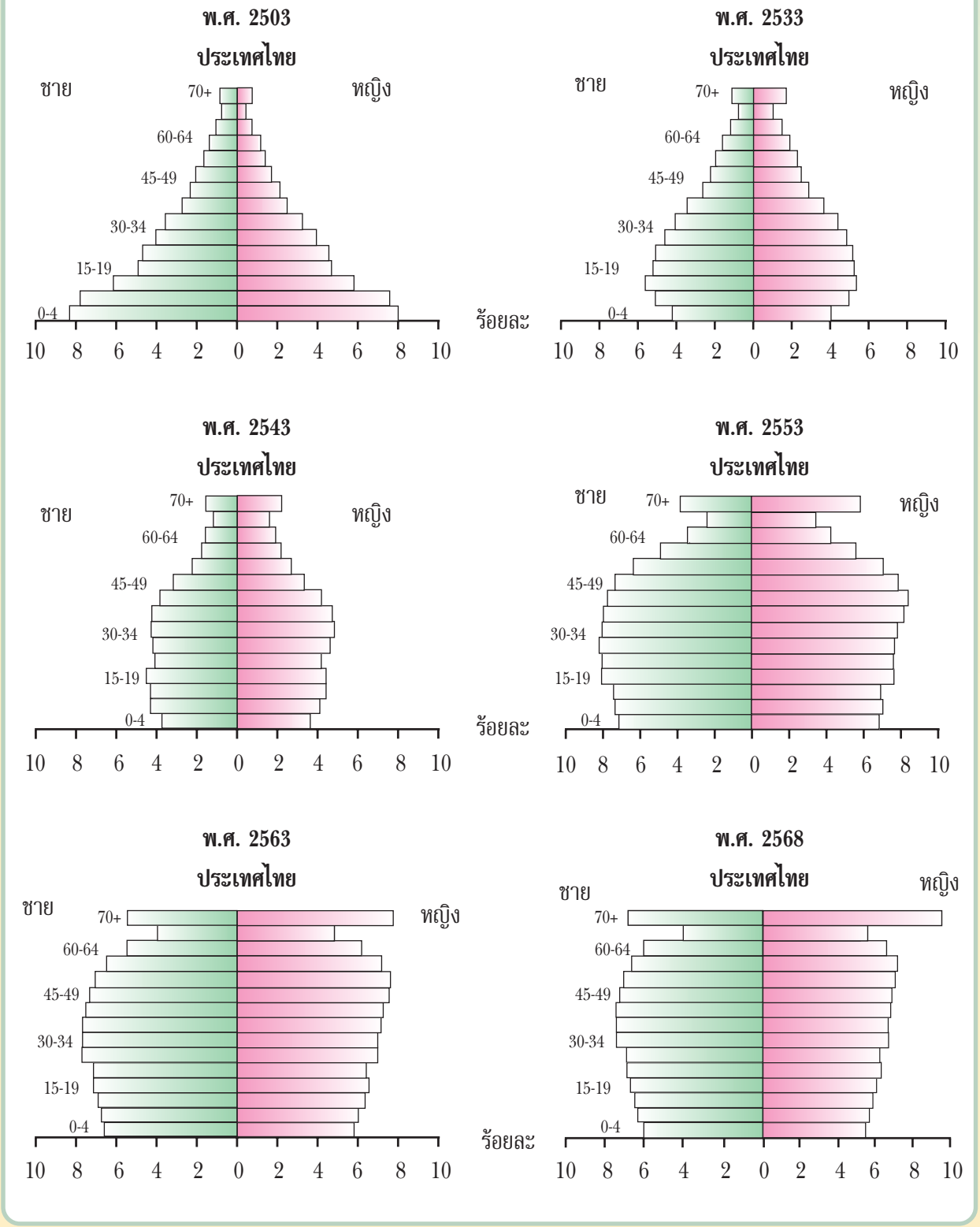
ภาพที่ 4.22 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2568



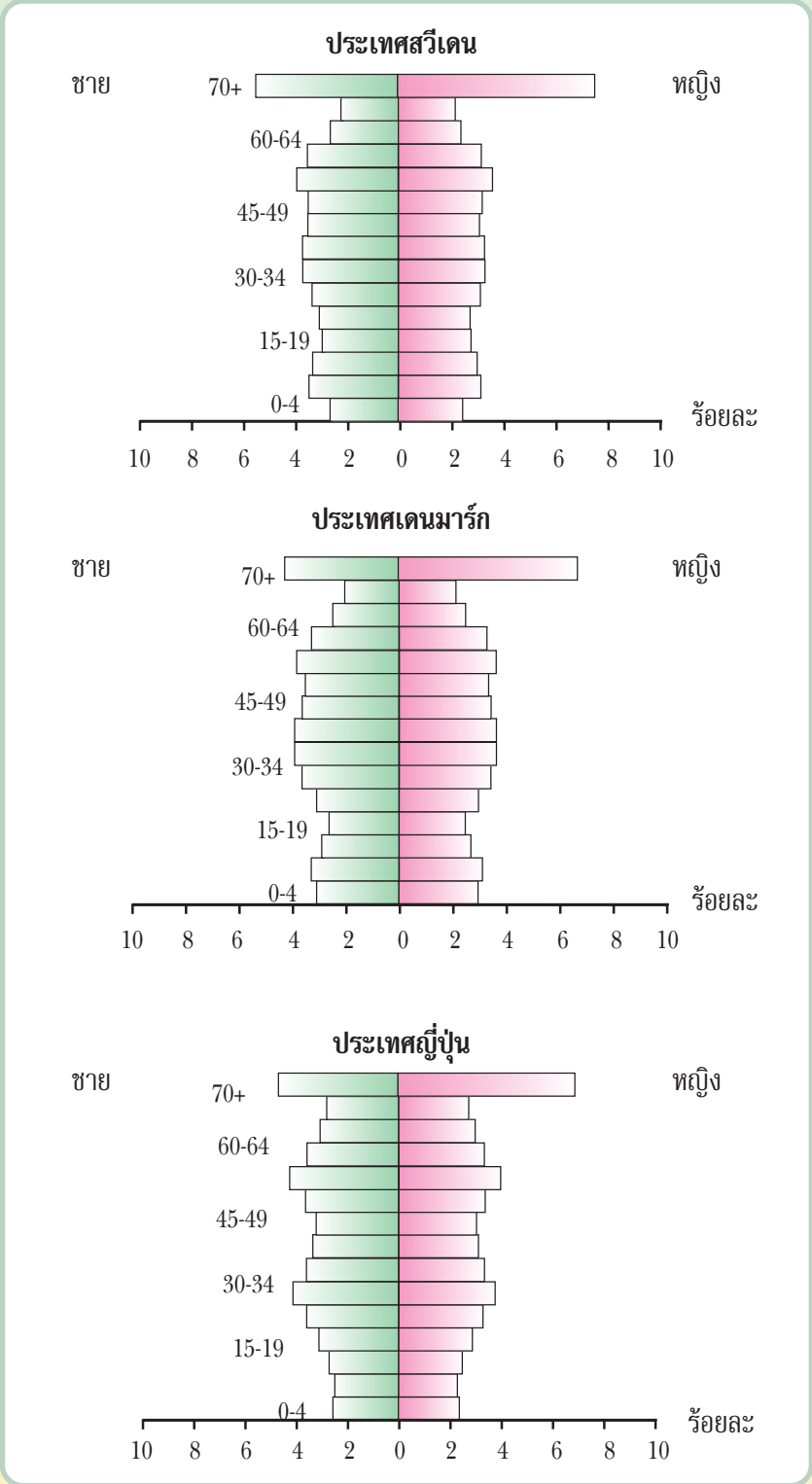
ที่มา: - พ.ศ. 2480, 2490, 2503, 2513, 2523, 2533 และ 2543 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

- พ.ศ. 2553- พ.ศ. 2568 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543- พ.ศ. 2568, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.23 พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2553, พ.ศ 2563 และ พ.ศ. 2568 กับประเทศสวีเดน เดนมาร์ก และญี่ปุ่น ในปัจจุบัน



ภาพที่ 4.23 พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2553, พ.ศ 2563, และ พ.ศ. 2568 กับประเทศสวีเดน เดนมาร์ก และญี่ปุ่น ในปัจจุบัน (ต่อ)



ที่มา: - พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2543 จากสำมะโนประชากรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

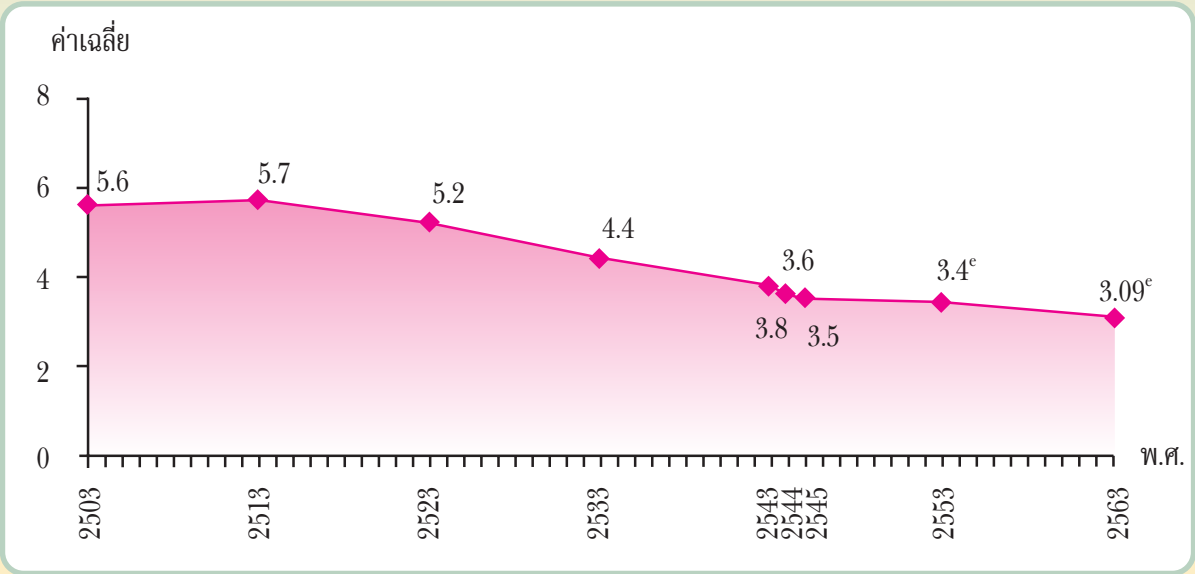
- พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2568 การคาดประมาณประชากรของประเทศ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2568, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- United Nations (1999). World Population Prospects: The 1998 Revision, Volume II : Sex and age.

3.2 โครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัวมีความหลากหลายและสลับซับซ้อน โดยมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ขนาดครอบครัวลดลงเหลือ 3.5 คนต่อหนึ่งครอบครัว ใน พ.ศ. 2545 ซึ่งคาดว่าใน พ.ศ. 2563 จะเหลือเพียง 3.09 คนต่อหนึ่งครอบครัว (ภาพที่ 4.24) และเริ่มมีครอบครัวคนเดียวและครอบครัวที่มีหัวหน้าครัวเรือนคนเดียวอาศัยกับบุตรที่ยังโสดมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.1 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 26.1 ใน พ.ศ. 2545 (การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

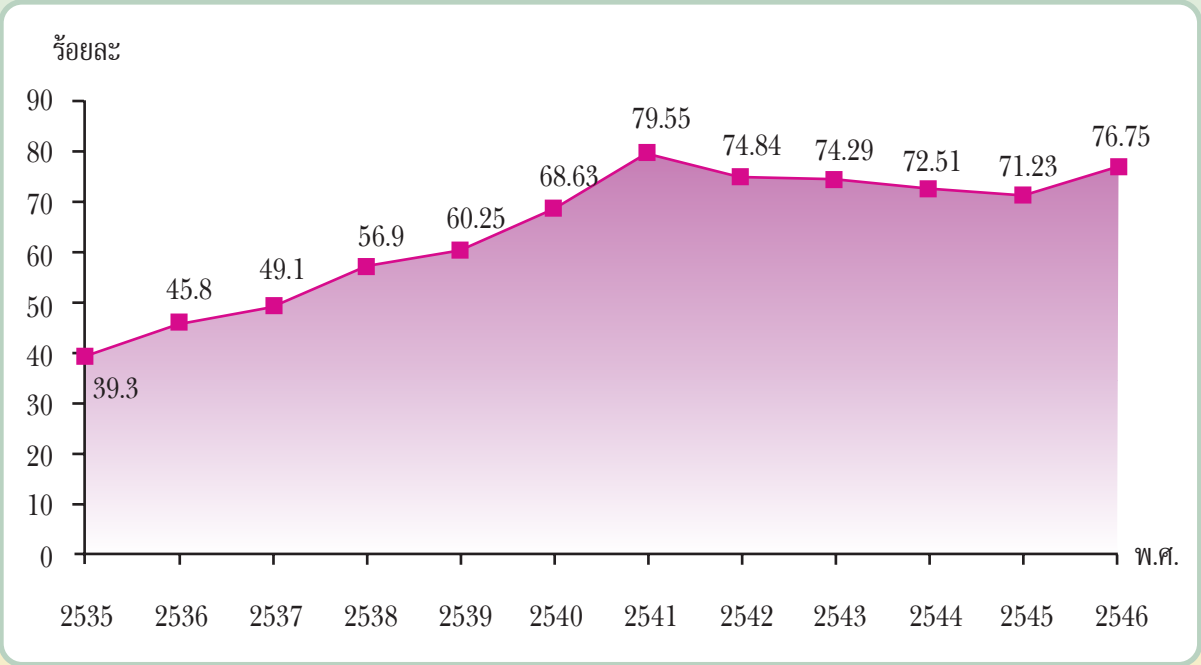
ภาพที่ 4.24 ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและคาดการณ์ถึง พ .ศ. 2563



ที่มา:
- พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2545 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2563 ได้จากรายงานผลการศึกษาแนวโน้มเศรษฐกิจและสังคมไทย, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประชากรไทย

การพัฒนาประเทศภายใต้ระบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม รวมทั้งกระแสบริโภคนิยม การพัฒนาและแข่งขันกันในทางวัตถุส่งผลให้วิถีชีวิตครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงต้องช่วยทำงานหาเลี้ยงครอบครัว โดยออกไปทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น เวลาที่ให้แก่กันในครอบครัวและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง จะเห็นได้จากอัตราการหย่าร้างมีแนวโน้มสูงขึ้นซึ่งสัดส่วนระหว่างการหย่าร้างเทียบกับการสมรสใหม่เพิ่มจากร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 24.6 ใน พ.ศ. 2546 โดยมีข้อสังเกตว่าแม้ประชากรจะเพิ่มขึ้นแต่จำนวนการสมรสกลับมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 จากคู่สมรส 492,683 คน ใน พ.ศ. 2537 เหลือคู่สมรสเพียง 328,356 คน ใน พ.ศ. 2546 (สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย) ทั้งนี้ เนื่องจากมีการสมรสที่ช้าลงร่วมกับการอยู่ด้วยกัน โดยมิได้จดทะเบียนสมรสมากขึ้น นอกจากนี้ แบบแผนการเลี้ยงดูลูกก็เปลี่ยนแปลงไป ผู้เลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนโดยนอกระบบครอบครัวเพิ่มขึ้นกล่าวคือ จากการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการดูแลจากสถานรับเลี้ยงเด็ก / ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก / โรงเรียน ถึงร้อยละ 53.3 และจากพ่อแม่เพียงร้อยละ 28.6 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราของประชากรเด็กวัย 3-5 ปี ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 39.3 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 76.75 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 4.25)

ภาพที่ 4.25 อัตราของประชากรอายุ 3-5 ปี ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สถิติการศึกษาในระบบโรงเรียน, กระทรวงศึกษาธิการ

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ดังนี้

3.2.1 มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและทางจิตใจของผู้หญิงและเด็ก เนื่องจากมีการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสหรือไม่ได้แต่งงานตามรูปแบบประเพณี จึงมิได้มีการเตรียมตัวด้านการใช้ชีวิตคู่ ทำให้ขาดทักษะเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่และการแก้ปัญหาในครอบครัว ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวจึงมีการใช้ความรุนแรงทั้งการทำร้ายร่างกาย การทำร้ายทางจิตใจและการล่วงเกินทางเพศมากขึ้น โดยจากการสำรวจสตรีและเด็ก 2,408 คน ในกรุงเทพฯ ปริมณฑล และอีก 14 จังหวัดทั่วประเทศ ของสถาบันราชภัฏสวนดุสิต ใน พ.ศ. 2545 พบว่า เด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรงจากคนในครอบครัวถึงร้อยละ 62.8 โดยสตรีถูกล่วงเกินทางเพศร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ ทำร้ายร่างกายร้อยละ 27.8 และทารุณจิตใจร้อยละ 23.0 ส่วนเด็กถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 36.1 รองลงมาคือ ล่วงเกินทางเพศร้อยละ 32.7 และบังคับให้ทำงานหนักร้อยละ 27.3 นอกจากนี้ จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการสำรวจประชากรผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ใน 2 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ และจังหวัดหนึ่งในภาคกลางตอนบน (จังหวัด ข) รวม 2,816 คน ใน พ.ศ. 2543 พบว่า สตรีเคยถูกกระทำรุนแรงจากคู่ชีวิตร้อยละ 23 ในกรุงเทพฯ และร้อยละ 34 ในจังหวัด ข ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและจิต และมีการกินยาแก้ปวดในสัดส่วนที่สูง (ตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 ร้อยละของปัญหาสุขภาพที่ผู้หญิงเผชิญเมื่อถูกกระทำรุนแรง พ.ศ. 2543

ปัญหาสุขภาพ	กรุงเทพฯ		จังหวัด ข	
	เพศหรือกาย (ร้อยละ)	เพศและกาย (ร้อยละ)	เพศหรือกาย (ร้อยละ)	เพศและกาย (ร้อยละ)
1. ปัญหาสุขภาพช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา				
- มีปัญหาการเดิน	20	25	16	14
- มีปัญหาเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน	17	25	21	25
- มีการเจ็บป่วยหรืออึดอัดไม่สบาย	25	29	27	31
- มีปัญหาความจำ ขาดสมาธิ	32	35	30	36
2. การใช้ยาในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา				
- ใช้ยานอนหลับ	6	7	11	15
- ใช้ยาแก้ปวด	35	49	52	63
3. การไปรักษาในโรงพยาบาลในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา				
- เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	12	15	10	10

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, รายงานการวิจัยความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2546

3.2.2 การขาดการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสมทำให้เด็กและเยาวชนไทยบางส่วนมีพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาค่อนข้างต่ำ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพ เนื่องจากพ่อแม่ไม่มีเวลาใกล้ชิดดูแลลูก จึงต้องนำเข้าสู่ระบบการศึกษาให้ครูเป็นผู้ดูแลในช่วงเวลาที่พ่อแม่ไปทำงานหรือต้องนำไปฝากเลี้ยงในสถานเลี้ยงเด็ก ซึ่งอาจจะไม่ได้มาตรฐาน พี่เลี้ยงไม่มีความผูกพันทางจิตวิญญาณกับเด็ก จึงกระทบต่อพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาของเด็กและเยาวชนไทย ซึ่งจากการศึกษาภาคตัดขวาง เด็กอายุ 1-18 ปี ใน พ.ศ. 2544 รวม 9,488 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยใช้แบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการและแบบทดสอบเชาวน์ปัญญา พบว่า เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติและเร็วกว่าปกติเพียงร้อยละ 63 และเด็กอายุ 6-18 ปี มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ 4.19) จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น ลักเพศ โรคเอดส์ การเสพยาเสพติดในวัยรุ่น และปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ซึ่งจากรายงานการมารับบริการของเด็กและวัยรุ่นอายุ 0-15 ปี ของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2545 พบว่า เด็กและวัยรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช รวม 25,871 ราย โดยมีความผิดปกติทางพฤติกรรมของการพัฒนาการทางจิตใจมากที่สุดถึงร้อยละ 36.8 (9,523 ราย จาก 25,871 ราย)

ตารางที่ 4.19 ระดับพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาของเด็กและเยาวชนไทย พ.ศ. 2544

ระดับพัฒนาการของเด็ก	เด็กอายุ 1-<6 ปี (ร้อยละ)	ระดับเชาวน์ปัญญา	เด็กอายุ 6-< 13 ปี (ร้อยละ)	เด็กอายุ 13-18 ปี (ร้อยละ)
- ช้ากว่าปกติ	7.1	- ต่ำกว่าปกติ	4.6	7.5
- ค่อนข้างช้า	29.9	- ค่อนข้างต่ำ	62.9	58.7
- ปกติ	43.1	- ปกติ	28.3	27.2
- ค่อนข้างเร็ว	15.1	- ค่อนข้างสูง	3.7	6.1
- เร็วกว่าปกติ	4.8	- สูงกว่าปกติ	0.5	0.5

ที่มา: จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย, เอกสารเฉพาะเพื่อนิทรรศการ 10 ปี สกว., 2546

หมายเหตุ: ค่าที่ได้เหล่านี้เป็นค่าประมาณโดยวิธีการถ่วงน้ำหนักตามขนาดของประชากรของภาค

3.2.3 เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น

สัมพันธภาพของครอบครัวขาดความอบอุ่นเพราะมีการหย่าร้างมากขึ้น ประกอบกับวิกฤตเศรษฐกิจที่ผ่านมา จึงทำให้เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนเด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2541-2542 และหลังวิกฤตเศรษฐกิจก็ยังไม่มีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 4.20) ซึ่งในความเป็นจริงยังมีผู้สูงอายุและเด็กที่ถูกทอดทิ้งอีกมาก โดยเฉพาะเด็กเร่ร่อน เด็กกำพร้า

ตารางที่ 4.20 เด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2546

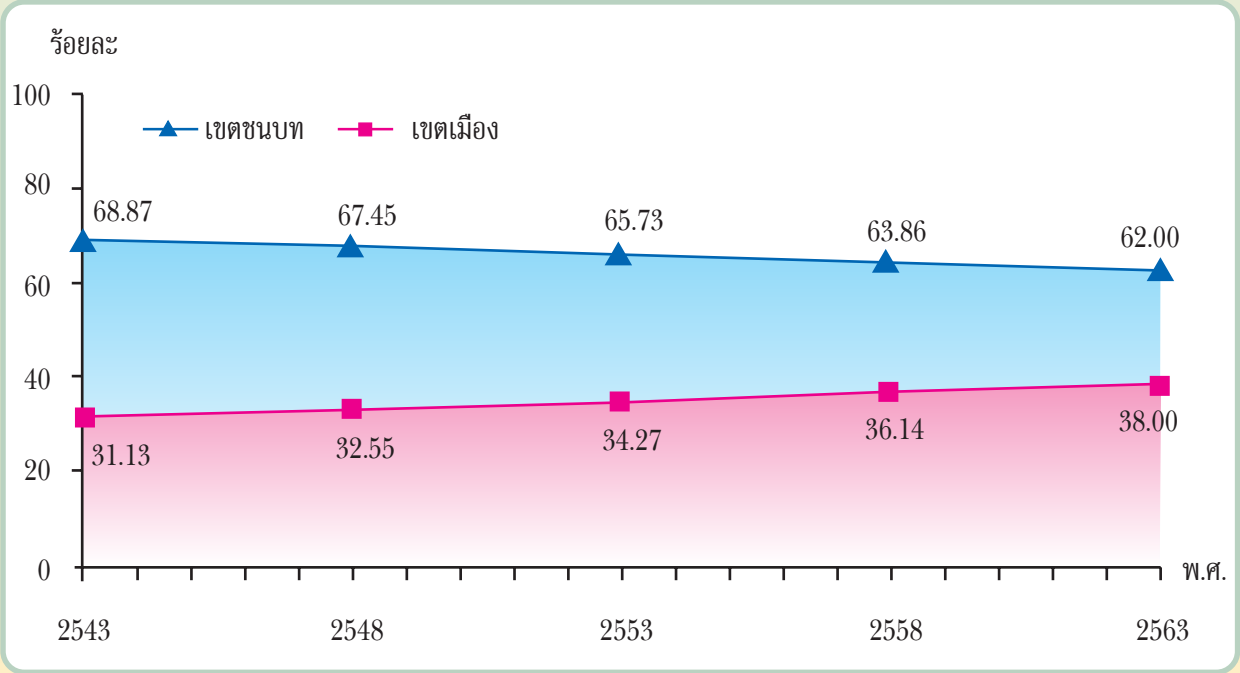
พ.ศ.	เด็กที่ถูกทอดทิ้ง		ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง	
	จำนวน	สัดส่วนต่อเด็ก 100,000 คน	จำนวน	สัดส่วนต่อผู้สูงอายุ 100,000 คน
2536	5,605	30.33	2,141	51.30
2537	5,748	31.19	2,200	49.11
2538	5,736	31.22	2,311	51.60
2539	5,896	32.25	2,504	53.50
2540	6,049	33.38	2,624	53.83
2541	6,341	35.15	2,619	51.47
2542	6,262	35.00	2,652	50.33
2543	6,096	34.42	2,896	53.41
2544	6,151	35.11	2,804	49.94
2545	6,110	35.24	2,884	49.33
2546	6,192	35.71	2,991	51.16

ที่มา: กองกลาง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

3.3 การอพยพย้ายถิ่นจากชุมชนชนบทมาสู่เมือง

การพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นส่งเสริมอุตสาหกรรม ทำให้ชาวชนบทจำนวนมากต้องอพยพเข้าสู่เมืองเพื่อขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการมากขึ้น ซึ่งพบว่า สัดส่วนของผู้อพยพย้ายถิ่นเป็นร้อยละ 31.13 ใน พ.ศ. 2543 และคาดว่าใน พ.ศ. 2563 ประชาชนจะอยู่ในเขตเมืองถึงร้อยละ 38 (ภาพที่ 4.26) ซึ่งโดยส่วนใหญ่ของผู้อพยพจะย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาเป็นเขตปริมณฑลและเขตพัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก

ภาพที่ 4.26 การคาดประมาณประชากรเขตเมืองและชนบท



ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - 2568, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้สถานประกอบการต้องปิดตัวเองหรือลดขนาดของกิจการลงแรงงานจำนวนมากอพยพกลับถิ่นฐานในชนบท โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ซึ่งพบว่า การย้ายถิ่นของประชากรไทยใน พ.ศ. 2540 จากเขตเมืองสู่ชนบทมีสูงถึงร้อยละ 37.2 แต่การย้ายจากชนบทสู่เมือง มีเพียงร้อยละ 13.4 เท่านั้น แต่เมื่อเศรษฐกิจขยายตัวใน พ.ศ. 2545 กลับพบว่า การย้ายถิ่นของประชากรไทยจากเขตเมืองสู่ชนบทลดลงเหลือเพียงร้อยละ 33.0 แต่การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมีสูงถึงร้อยละ 19.2 โดยเฉพาะในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.21 อัตราร้อยละของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามประเภทของการย้ายถิ่น และภาคที่อยู่ในปัจจุบัน พ.ศ. 2535 - พ.ศ.2545

ประเภทของการย้ายถิ่น	รวม	ภาคที่อยู่ในปัจจุบัน				
		กรุงเทพ-มหานคร	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
รวมผู้ย้ายถิ่นระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
เขตเมือง ⟶ เขตเมือง	16.6	30.3	23.1	13.2	10.9	14.7
เขตชนบท ⟶ เขตเมือง						
พ.ศ. 2535	15.5	NA	NA	NA	NA	NA
พ.ศ. 2537	15.0	78.4	9.8	10.0	6.9	14.4
พ.ศ. 2540	13.4	74.1	10.5	8.8	5.9	15.9
พ.ศ. 2545	19.2	67.0	21.1	14.1	9.6	18.6
ไม่ทราบ[1] ⟶ เขตเมือง	0.7	2.7	0.5	0.9	0.3	0.6
เขตชนบท ⟶ เขตชนบท	28.4	-	29.8	31.4	28.2	40.5
เขตเมือง ⟶ เขตชนบท						
พ.ศ. 2535	32.2	NA	NA	NA	NA	NA
พ.ศ. 2537	33.4	-	28.2	38.1	47.0	20.9
พ.ศ. 2540	37.2	-	32.0	39.6	55.5	20.3
พ.ศ. 2545	33.0	-	24.9	38.0	47.2	24.3
ไม่ทราบ[1] ⟶ เขตชนบท	2.1	-	0.6	2.4	3.8	1.4

ที่มา: พ.ศ. 2535, 2537, 2540 และ 2545 ได้จากรายงานการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
หมายเหตุ: [1] รวมผู้ย้ายถิ่นมาจากต่างประเทศ

การอพยพย้ายถิ่นจากชนบทไปสู่เมืองมากขึ้น ทำให้ผู้อพยพต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบชนบทไปเป็นแบบเขตเมือง ทำให้ผู้อพยพบางส่วนเกิดปัญหาในการปรับตัว ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพจิต โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง และโรคบางโรคที่มักเกิดในชุมชนแออัด ซึ่งได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โรคท้องร่วงและวัณโรค นอกจากนี้ ผู้อพยพส่วนใหญ่ที่ต้องทำงานในโรงงานยังต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่อาจเกี่ยวข้องกับสารเคมีในโรงงานอุตสาหกรรม เช่น มะเร็ง โรคอันเกิดจากสารพิษ และต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่สะอาด สำหรับผู้อพยพที่ขายบริการทางเพศยังต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรคและแพร่กระจายโรคเอดส์ด้วย

เมื่อมีการอพยพย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองมากขึ้นจะก่อให้เกิดปัญหาเมืองใหญ่ (Mega city) ที่ต้องมีการวางแผนการพัฒนาเมือง โดยเฉพาะต้องมีการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั่วถึงประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย

3.4 การอพยพแรงงานข้ามชาติ

ปัจจุบันมีการอพยพแรงงานข้ามชาติมากขึ้น กล่าวคือ แรงงานไทยอพยพไปทำงานต่างประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากจาก 61,056 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 202,296 คน ใน พ.ศ. 2538 และกลับลดลงหลังวิกฤตเศรษฐกิจเหลือเพียง 147,769 คน ใน พ.ศ. 2546 (สำนักงานบริหารแรงงานไทยในต่างประเทศ กรมการจัดหางาน) ซึ่งถ้านับรวมที่ไปโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมายอาจมีมากกว่านี้มาก โดยระยะหลังนิยมไปทำงานประเทศไต้หวัน สิงคโปร์ มาเลเซีย ตะวันออกกลางมากขึ้น นอกจากนี้ ก็มีแรงงานต่างประเทศที่หลั่งไหลเข้ามาประเทศไทยโดยเฉพาะแรงงานราคาถูกที่มาจากประเทศข้างเคียง เช่น พม่า ลาว จีน กัมพูชา ทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันรัฐบาลได้อนุญาตให้มีการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติได้ ใน พ.ศ. 2546 ซึ่งมีผู้มาจดทะเบียนรวมทั้งสิ้น 1,269,074 คน (จนถึง 31 กรกฎาคม 2547) ในจำนวนนี้เป็นแรงงานจากประเทศพม่า 905,881 คน (ร้อยละ 71.4) รองลงมาเป็นลาว 181,614 คน (ร้อยละ 14.3) และกัมพูชา 181,579 คน (ร้อยละ 14.3) โดยจังหวัดที่มีแรงงานต่างชาติจากพม่ามากคือ กรุงเทพฯ ตาก สมุทรสาคร เชียงใหม่และระนอง มีถึง 55,000 - 127,000 คน (กรมการจัดหางาน)

แรงงานอพยพข้ามถิ่นที่เข้ามามากขึ้น โดยเฉพาะแรงงานที่อพยพเข้ามาบริเวณชายแดน ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคระบาดต่าง ๆ ได้แก่ มาลาเรีย อุจจาระร่วง โรคเอดส์ โรคโปลิโอ และโรคแอนแทรกซ์ รวมทั้งโรคที่ประเทศไทยเคยควบคุมได้แล้วก็อาจมีการแพร่ระบาดขึ้นใหม่ เช่น โรคเท้าช้าง ซึ่งพบว่า คนงานพม่าที่อพยพเข้ามาแถบชายแดนมีพยาธิที่นำโรคเท้าช้างอยู่ถึงกว่าร้อยละ 3

4.คุณภาพชีวิตของคนไทย

UNDP (United Nation Development Program) ได้จัดทำเครื่องชี้วัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในรูปของดัชนี เรียกว่า "Human Development Index : HDI" ซึ่งวัดจากปัจจัยทางสังคม คือ การศึกษา อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และปัจจัยทางเศรษฐกิจ (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อหัว) พบว่า ใน พ.ศ. 2533 คนไทยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ "กลาง" เป็นอันดับที่ 74 (HDI = 0.715) ใน 173 ประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากสิงคโปร์ บรูไนและมาเลเซีย และใน พ.ศ. 2538 พบว่า ดัชนีคุณภาพชีวิตของคนไทยได้ยกระดับขึ้นอย่างรวดเร็วจากอันดับที่ 74 ใน พ.ศ. 2533 เป็นอันดับที่ 59 จาก 174 ประเทศ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพชีวิตระดับ "สูง" (HDI = 0.838) ซึ่งเป็นอันดับที่ 3 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากสิงคโปร์และบรูไน (ตารางที่ 4.22) โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่า HDI ของไทยขึ้นสู่ระดับสูงคือ ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจคุณภาพชีวิตของไทยต่ำลง โดยพบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2541-2545 ไทยมีคุณภาพชีวิตตกจากระดับ "สูง" มาอยู่ในระดับ "กลาง" (HDI = 0.745-0.768) และหล่นจากอันดับที่ 59 เป็นอันดับที่ 66-76 จาก 174 ประเทศ ซึ่งตกมาเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 10 ประเทศ รองจากสิงคโปร์ บรูไนและมาเลเซีย (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.22 ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2545

กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2533			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2538			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2541			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2542			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2543			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2544			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2545		
	อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี
WHO/SEAR				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**			
ไทย	74	1	0.715	ไทย	59	1	0.838	ไทย	76	1	0.745	ไทย	66	1	0.757	ไทย	70	1	0.762	ไทย	74	1	0.768	ไทย	76	1	0.768
ศรีลังกา	86	2	0.663	ศรีลังกา	90	2	0.716	ศรีลังกา	84	2	0.733	ศรีลังกา	81	3	0.735	ศรีลังกา	89	2	0.941	ศรีลังกา	99	3	0.730	ศรีลังกา	96	3	0.740
มัลดีฟส์	112	4	0.497	มัลดีฟส์	95	3	0.683	มัลดีฟส์	89	3	0.725	มัลดีฟส์	77	2	0.739	มัลดีฟส์	84	3	0.743	มัลดีฟส์	86	2	0.751	มัลดีฟส์	84	2	0.752
อินโดนีเซีย	108	3	0.515	อินโดนีเซีย	96	4	0.679	อินโดนีเซีย	109	4	0.670	อินโดนีเซีย	102	4	0.677	อินโดนีเซีย	110	4	0.684	อินโดนีเซีย	112	4	0.682	อินโดนีเซีย	111	4	0.692
สหภาพพม่า	123	5	0.390	สหภาพพม่า	131	5	0.481	สหภาพพม่า	125	5	0.585	สหภาพพม่า	118	6	0.551	สหภาพพม่า	127	5	0.552	สหภาพพม่า	131	6	0.549	สหภาพพม่า	132	6	0.551
อินเดีย	134	6	0.309	อินเดีย	139	6	0.451	อินเดีย	128	6	0.563	อินเดีย	115	5	0.571	อินเดีย	124	6	0.577	อินเดีย	127	5	0.590	อินเดีย	127	5	0.595
ภูฏาน	159	9	0.150	ภูฏาน	155	9	0.347	ภูฏาน	142	7	0.483	ภูฏาน	130	8	0.471	ภูฏาน	140	8	0.494	ภูฏาน	136	7	0.511	ภูฏาน	134	7	0.536
เนปาล	152	8	0.170	เนปาล	152	8	0.351	เนปาล	144	8	0.474	เนปาล	129	7	0.48	เนปาล	142	7	0.490	เนปาล	143	9	0.499	เนปาล	140	9	0.504
บังคลาเทศ	147	7	0.189	บังคลาเทศ	147	7	0.371	บังคลาเทศ	146	9	0.461	บังคลาเทศ	132	9	0.47	บังคลาเทศ	145	9	0.478	บังคลาเทศ	139	8	0.502	บังคลาเทศ	138	8	0.509
เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-
ASEAN				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**			
สิงคโปร์	43	1	0.849	สิงคโปร์	28	1	0.896	สิงคโปร์	24	1	0.881	สิงคโปร์	26	1	0.876	สิงคโปร์	25	1	0.885	สิงคโปร์	28	1	0.884	สิงคโปร์	25	1	0.902
บรูไน	44	2	0.847	บรูไน	35	2	0.880	บรูไน	32	2	0.848	บรูไน	32	2	0.857	บรูไน	32	2	0.856	บรูไน	31	2	0.872	บรูไน	33	2	0.867
มาเลเซีย	57	3	0.790	มาเลเซีย	60	4	0.834	มาเลเซีย	61	3	0.772	มาเลเซีย	56	3	0.774	มาเลเซีย	59	3	0.782	มาเลเซีย	58	3	0.790	มาเลเซีย	59	3	0.793
ไทย	74	4	0.715	ไทย	59	3	0.838	ไทย	76	4	0.745	ไทย	66	4	0.757	ไทย	70	4	0.762	ไทย	74	4	0.768	ไทย	76	4	0.768
ฟิลิปปินส์	92	5	0.603	ฟิลิปปินส์	98	6	0.677	ฟิลิปปินส์	77	5	0.744	ฟิลิปปินส์	70	5	0.749	ฟิลิปปินส์	77	5	0.754	ฟิลิปปินส์	85	5	0.751	ฟิลิปปินส์	83	5	0.753
เวียดนาม	115	7	0.472	เวียดนาม	122	7	0.560	เวียดนาม	108	6	0.671	เวียดนาม	101	6	0.682	เวียดนาม	109	6	0.688	เวียดนาม	109	6	0.688	เวียดนาม	112	6	0.691
อินโดนีเซีย	108	6	0.515	อินโดนีเซีย	96	5	0.679	อินโดนีเซีย	109	7	0.670	อินโดนีเซีย	102	7	0.677	อินโดนีเซีย	110	7	0.684	อินโดนีเซีย	112	7	0.682	อินโดนีเซีย	111	7	0.692
สหภาพพม่า	123	8	0.390	สหภาพพม่า	131	8	0.481	สหภาพพม่า	125	8	0.585	สหภาพพม่า	118	8	0.551	สหภาพพม่า	127	8	0.552	สหภาพพม่า	131	8	0.549	สหภาพพม่า	132	8	0.551
กัมพูชา	148	10	0.186	กัมพูชา	140	10	0.422	กัมพูชา	136	9	0.512	กัมพูชา	121	9	0.541	กัมพูชา	130	9	0.543	กัมพูชา	130	9	0.556	กัมพูชา	130	9	0.568
ลาว	141	9	0.246	ลาว	136	9	0.465	ลาว	140	10	0.484	ลาว	131	10	0.476	ลาว	143	10	0.485	ลาว	135	10	0.525	ลาว	135	10	0.534
อันดับ 1-10 ของโลก				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**			
ญี่ปุ่น	1	1	0.983	แคนาดา	1	1	0.960	แคนาดา	1	1	0.935	นอร์เวย์	1	1	0.939	นอร์เวย์	1	1	0.942	นอร์เวย์	1	1	0.944	นอร์เวย์	1	1	0.956
แคนาดา	2	2	0.982	ฝรั่งเศส	2	2	0.946	นอร์เวย์	2	2	0.934	ออสเตรเลีย	2	2	0.936	สวีเดน	2	2	0.941	ไอซแลนด์	2	2	0.942	สวีเดน	2	2	0.946
นอร์เวย์	3	3	0.979	นอร์เวย์	3	3	0.943	สหรัฐอเมริกา	3	3	0.929	แคนาดา	3	3	0.929	แคนาดา	3	3	0.940	สวีเดน	3	3	0.941	ออสเตรเลีย	3	3	0.946
สวิตเซอร์แลนด์	4	4	0.978	สหรัฐอเมริกา	4	4	0.943	ออสเตรเลีย	4	4	0.929	สวีเดน	4	4	0.936	เบลเยี่ยม	4	4	0.939	ออสเตรเลีย	4	4	0.939	แคนาดา	4	4	0.943
สวีเดน	5	5	0.977	ไอซแลนด์	5	5	0.942	ไอซแลนด์	5	5	0.927	เบลเยี่ยม	5	5	0.935	ออสเตรเลีย	5	5	0.939	เนเธอร์แลนด์	5	5	0.938	เนเธอร์แลนด์	5	5	0.942
สหรัฐอเมริกา	6	6	0.976	ฟินแลนด์	6	6	0.942	สวีเดน	6	6	0.926	สหรัฐอเมริกา	6	6	0.934	สหรัฐอเมริกา	6	6	0.939	เบลเยี่ยม	6	6	0.937	เบลเยี่ยม	6	6	0.942
ออสเตรเลีย	7	7	0.972	เนเธอร์แลนด์	7	7	0.941	เบลเยี่ยม	7	7	0.925	ไอซแลนด์	7	7	0.932	ไอซแลนด์	7	7	0.936	สหรัฐอเมริกา	7	7	0.937	ไอซแลนด์	7	7	0.941
ฝรั่งเศส	8	8	0.971	ญี่ปุ่น	8	8	0.940	เนเธอร์แลนด์	8	8	0.925	เนเธอร์แลนด์	8	8	0.931	เนเธอร์แลนด์	8	8	0.935	แคนาดา	8	8	0.937	สหรัฐอเมริกา	8	8	0.939
เนเธอร์แลนด์	9	9	0.970	นิวซีแลนด์	9	9	0.939	ญี่ปุ่น	9	9	0.924	ญี่ปุ่น	9	9	0.928	ญี่ปุ่น	9	9	0.933	ญี่ปุ่น	9	9	0.932	ญี่ปุ่น	9	9	0.938
สหราชอาณาจักร	10	10	0.964	สวีเดน	10	10	0.936	สหราชอาณาจักร	10	10	0.918	ฟินแลนด์	10	10	0.925	ฟินแลนด์	10	10	0.930	สวิตเซอร์แลนด์	10	10	0.932	ไอร์แลนด์	10	10	0.936

ที่มา: Human Development Report, 1993-2004.

นอกจากนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 UNDP ได้จัดทำตัวชี้วัดที่เรียกว่า "ดัชนีวัดความยากจน" (Human Poverty Index : HPI) เพื่อดูว่า**ประเทศกำลังพัฒนาสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรไปได้ผลเพียงใด** โดยวัดจากร้อยละของประชากรที่เสียชีวิตก่อนอายุ 40 ปี ร้อยละประชากรที่ไม่รู้หนังสือและร้อยละประชากรที่ขาดแคลนด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งพบว่าใน พ.ศ. 2538 ประเทศไทยมีค่า HPI = 11.9 (ตารางที่ 4.23)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่า ค่า HPI ของไทยมีค่าสูงขึ้นอันเนื่องมาจากความยากจนที่เพิ่มขึ้น (HPI = 18.7) แต่เริ่มมีแนวโน้มดีขึ้นและค่า HPI ลดลงเหลือ 13.1 ใน พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 4.23)

ตารางที่ 4.23 ดัชนีวัดความยากจน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545

กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2538			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2540			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2542			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2545		
	อันดับ HDI	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี
WHO/SEAR				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**			
ไทย	59	1	11.9	ไทย	29	1	18.7	ไทย	21	1	14	ไทย	22	2	13.1
อินโดนีเซีย	96	2	20.2	อินโดนีเซีย	46	4	27.7	อินโดนีเซีย	38	4	21.3	อินโดนีเซีย	35	3	17.8
อินเดีย	139	5	35.9	อินเดีย	59	6	35.9	อินเดีย	55	6	34.3	อินเดีย	48	6	31.4
เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-
ศรีลังกา	90	3	20.6	ศรีลังกา	33	2	20.4	ศรีลังกา	31	3	18	ศรีลังกา	36	4	18.2
มัลดีฟส์	-	-	-	มัลดีฟส์	43	3	25.4	มัลดีฟส์	25	2	15.8	มัลดีฟส์	17	1	11.4
สหภาพพม่า	131	4	27.5	สหภาพพม่า	55	5	32.3	สหภาพพม่า	43	5	28	สหภาพพม่า	45	5	25.4
ภูฏาน	155	6	44.9	ภูฏาน	70	7	41.8	ภูฏาน	-	-	-	ภูฏาน	-	-	-
เนปาล	-	-	-	เนปาล	85	9	51.9	เนปาล	77	8	44.2	เนปาล	69	7	41.2
บังคลาเทศ	-	-	-	บังคลาเทศ	73	8	43.3	บังคลาเทศ	73	7	43.3	บังคลาเทศ	72	8	42.2
ASEAN				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**			
สิงคโปร์	28	1	6.5	สิงคโปร์	-	-	-	สิงคโปร์	-	-	-	สิงคโปร์	6	1	6.3
มาเลเซีย	-	-	-	มาเลเซีย	18	1	14.2	มาเลเซีย	13	1	10.9	มาเลเซีย	-	-	-
ไทย	59	2	11.9	ไทย	29	3	18.7	ไทย	21	2	14.0	ไทย	22	2	13.1
ฟิลิปปินส์	98	3	17.7	ฟิลิปปินส์	20	2	16.3	ฟิลิปปินส์	23	3	14.7	ฟิลิปปินส์	28	3	15.0
อินโดนีเซีย	96	4	20.2	อินโดนีเซีย	46	4	27.7	อินโดนีเซีย	38	4	21.3	อินโดนีเซีย	35	4	17.8
บูรไน	-	-	-	บูรไน	-	-	-	บูรไน	-	-	-	บูรไน	-	-	-
เวียดนาม	122	5	26.1	เวียดนาม	51	5	28.7	เวียดนาม	45	6	29.1	เวียดนาม	41	5	20.0
สหภาพพม่า	131	6	27.5	สหภาพพม่า	55	6	32.3	สหภาพพม่า	43	5	28	สหภาพพม่า	45	6	25.4
กัมพูชา	140	8	39.9	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	78	8	45	กัมพูชา	74	8	42.6
ลาว	136	7	39.4	ลาว	66	7	38.9	ลาว	66	7	39.9	ลาว	66	7	40.3

ที่มา: Human Development Report, 1998-2004.

หมายเหตุ: พ.ศ. 2538 ใช้อันดับ HDI ไม่ได้ใช้อันดับจริงตามค่า HPI เนื่องจากในปีนี้ยังไม่มีการจัดเรียงอันดับประเทศต่าง ๆ ตามค่า HPI จึงต้องใช้อันดับของ HDI แทน

ใน พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้พัฒนาดัชนีวัดความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index: HAI) เพื่อประเมินว่าไทยสามารถพัฒนาคนในระดับภาคและจังหวัดไปได้ผลเพียงใด โดยวัดจาก 8 องค์ประกอบคือ สุขภาพ การศึกษา การทำงาน รายได้ ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ชีวิตครอบครัวและชุมชน การคมนาคมและการสื่อสาร และการมีส่วนร่วม ซึ่งครอบคลุมหลายมิติและสะท้อนการพัฒนาได้ดีกว่า HDI ซึ่งพบว่า ไทยมีดัชนีความก้าวหน้าของคนอยู่ในระดับกลาง (HAI = 0.6163) โดยภาคกลางและปริมณฑลมีความก้าวหน้าของคนมากที่สุด ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีความก้าวหน้าของคนน้อยที่สุด แต่หากพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีความก้าวหน้าของคนสูงสุดคือ ภูเก็ต (ตารางที่ 4.24)

ตารางที่ 4.24 ดัชนีความก้าวหน้าของคนจำแนกตามภาคและจังหวัดที่มีคะแนนสูงสุดห้าอันดับแรก พ.ศ. 2546

ภาค	ลำดับ HAI	คะแนน HAI	จังหวัด	ลำดับ HAI	คะแนน HAI
ทั่วราชอาณาจักร		0.6163	ภูเก็ต	1	0.7175
กรุงเทพมหานคร	1	0.6731	นนทบุรี	2	0.7060
ห้าจังหวัดปริมณฑลรอบกรุงเทพฯ	2	0.6627	ชลบุรี	3	0.7006
ภาคตะวันออก	3	0.6429	นครปฐม	4	0.6804
ภาคกลาง	4	0.6352	สงขลา	5	0.6788
ภาคตะวันตก	5	0.6259			
ภาคใต้	6	0.6178			
ภาคเหนือ	7	0.5868			
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8	0.5379			

ที่มา: รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย 2546, สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

5. ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม

5.1 ค่านิยมการบริโภคและการดำรงชีวิต

จากการสำรวจพฤติกรรมการจับจ่ายใช้สอยของวัยรุ่นที่เป็นนิสิตนักศึกษาในเขตกรุงเทพฯ ต่อการซื้อสินค้าแบรนด์เนมของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ใน พ.ศ. 2546 พบว่า วัยรุ่นนิยมซื้อสินค้าแบรนด์เนมถึงร้อยละ 43.7 โดยปัจจัยสำคัญในการเลือกซื้อสินค้าคือ รูปแบบของสินค้าและดูดีมีรสนิยมถึงร้อยละ 33.5 ทำให้คนไทยบริโภคเกินกำลังฐานะทางเศรษฐกิจของตนเอง บริโภคในสิ่งที่ไม่จำเป็นซึ่งบางอย่างเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ สุราและสารเสพติดต่าง ๆ

แนวโน้มของสื่อมวลชนจะเข้ามามีบทบาทต่อการดำรงชีวิตและการใช้เวลาว่างของคนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ ขณะที่วิทยุมีความสำคัญลดลงไป (ตารางที่ 4.25)

ตารางที่ 4.25 เวลาที่ว่างโดยเฉลี่ยของประชากร จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2544

ประเภทการใช้เวลาว่าง	ในเขตเทศบาล (ชั่วโมง : วัน)	นอกเขตเทศบาล (ชั่วโมง : วัน)	ทั้งประเทศ (ชั่วโมง : วัน)
- การดูโทรทัศน์ / วีดิโอ	3.2	2.7	2.9
- การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากคอมพิวเตอร์	2.0	1.7	1.9
- การเข้าชมกีฬา, ภาพยนตร์ ดนตรี	1.7	1.8	1.8
- การสังสรรค์	1.8	1.7	1.7
- งานอดิเรก	1.6	1.5	1.6
- การเล่นเกมส์	1.7	1.5	1.6
- เล่นกีฬา	1.5	1.5	1.5
- การฟังเพลง / วิทยุ	1.5	1.4	1.4

ที่มา: รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: เป็นการสำรวจประชากรตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป

5.2 ความเชื่อและวัฒนธรรม

จากการสำรวจการทำกิจกรรมทางศาสนาของวัยรุ่นไทยอายุ 15-20 ปี ที่นับถือศาสนาพุทธใน 14 จังหวัดที่เป็นตัวแทนภูมิภาคทั่วประเทศ รวม 2,177 คน ของสถาบันราชภัฏสวนดุสิต ใน พ.ศ. 2546 พบว่า วัยรุ่นไปวัดปีละ 1-2 ครั้ง เพียงร้อยละ 39.4 และไม่เคยสวดมนต์ก่อนนอนเลยสูงถึงร้อยละ 76.2 นอกจากนี้ยังมีความหย่อนยานในศีลธรรม จริยธรรม มีการแข่งขันกัน เอารัดเอาเปรียบ ตัวใครตัวมัน เพื่อแสวงหาอำนาจทั้งทางการเมืองและอำนาจเงินมากขึ้น และวัฒนธรรมไทยที่มีความเอื้อเฟื้อโอบอ้อมอารี และเคารพผู้อาวุโสก็เริ่มลดลงเป็นลำดับ จนถึงขนาดต้องมีแผนฟื้นฟูวัฒนธรรมไทย

6. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองและการปกครอง

6.1 ระบบการเมือง

ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชมาเป็นระบอบประชาธิปไตย ใน พ.ศ.2475 เป็นต้นมา มีรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศมา 16 ฉบับ โดยรัฐธรรมนูญฉบับล่าสุดคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ซึ่งได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2540 ถือเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนฉบับแรก เกิดการปฏิวัติรัฐประหาร 11 ครั้ง กบฏ 9 ครั้ง และมีรัฐบาลทั้งจากการเลือกตั้งและแต่งตั้งมาแล้วถึง 53 รัฐบาล ภายในระยะเวลา 68 ปีเศษ แม้ว่าระบบการเมืองของไทยที่ผ่านมาจะยังล้มลุกคลุกคลาน แต่ก็มีปัญหาและการเปลี่ยนแปลงให้เห็นชัดเจน 4 ประการ คือ

6.1.1 ระบบการเมืองไทย มีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้นกว่าในอดีต แต่ยังมีความไม่มั่นคงทางการเมือง เนื่องจากมีพรรคการเมืองหลายพรรคและมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลบ่อยครั้ง ซึ่งรัฐบาลผสมมีความขัดแย้งกันเสมอ

การเลือกตั้งครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนมกราคม 2544 อาจถือเป็นมิติใหม่ที่พรรคการเมืองขนาดใหญ่ได้รับเลือก

เข้ามาด้วยคะแนนเสียงเกือบครึ่งของสภาผู้แทนราษฎร ทำให้จำนวนพรรคร่วมรัฐบาลลดลงเหลือเพียง 3 พรรค รัฐบาลจึงมีความเป็นปึกแผ่นมั่นคง พัฒนาการของขบวนการประชาธิปไตย ทำให้อำนาจการเมืองการปกครองเปลี่ยนมือจากทหารและข้าราชการประจำมาสู่นักธุรกิจการเมืองมากขึ้น และคาดว่าในอนาคตอาจเหลือเพียงพรรคการเมืองใหญ่เพียงพรรคเดียวเข้ามาบริหารประเทศ

6.1.2 พรรคการเมืองไทยยังไม่มีโครงสร้างมั่นคงและเป็นตัวแทนผลประโยชน์ของประชาชนอย่างแท้จริง ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของนายทุนใหญ่ ทำให้ธุรกิจการเมืองมาครอบงำพรรคการเมืองได้ง่าย เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการให้การอุดหนุนทางการเงินแก่พรรคการเมืองเพื่อส่งผู้สมัครรับเลือกตั้ง

6.1.3 ระบบการเมืองไทยมีปัญหาในเชิงพฤติกรรมมาก เช่น มีการซื้อสิทธิ์ขายเสียง การใช้อำนาจแสวงหาประโยชน์ การคอร์รัปชั่น การขาดจรรยาบรรณทางการเมือง ซึ่งจากรายงานการวิจัยของ ศ.ดร. ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคณะ พบว่า ร้อยละ 30.6 ของครัวเรือนเคยถูกซื้อเสียงในการเลือกตั้ง ส.ส. เมื่อ พ.ศ. 2539 โดยเงินที่ใช้ในการซื้อเสียงเฉลี่ยต่อครัวเรือนเท่ากับ 678 บาท และทั้งประเทศเท่ากับ 3,066 ล้านบาท แต่ข้อมูลการสำรวจครั้งนี้น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงมากเนื่องจากมีรายงานวิจัยอื่นๆ เคยประมาณการการซื้อเสียงผู้มีสิทธิเลือกตั้งในการเลือกตั้ง ส.ส. ว่ามีสูงถึงร้อยละ 70[4] นอกจากนี้ ระบบการเมืองปัจจุบันยังเป็นระบบที่ประชาชนมีส่วนร่วมไม่มากนักในการกำหนดชะตากรรมของบ้านเมือง ขาดการตรวจสอบนักการเมืองและข้าราชการประจำ ดังนั้น ประสิทธิภาพในการตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาและการพัฒนาประเทศจึงไม่สูง

6.1.4 สังคมและประชาชน มีความเข้มแข็งและความสนใจทางการเมืองสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในหมู่ชนชั้นกลางในเมือง มีการแสดงความคิดเห็นในประเด็นทางการเมืองในสาธารณะโดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ มากมาย ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้สิทธิเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา พบว่า ประชาชนมีการใช้สิทธิเลือกตั้งเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการเลือกตั้งครั้งหลังสุดภายใต้รัฐธรรมนูญใหม่ (ตารางที่ 4.26)

ตารางที่ 4.26 การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการใช้สิทธิเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา

	การเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร						
	ครั้งที่ 15 (24 ก.ค.2531)	ครั้งที่ 16 (22 มี.ค.2535)	ครั้งที่ 17 (13 ก.ย.2538)	ครั้งที่ 18 (2 ก.ค.2538)	ครั้งที่ 19 (17 พ.ค.2539)	ครั้งที่ 20 (6 ม.ค.2544)	การเลือกตั้งสมาชิกวุฒิสภาครั้งที่ 1 (4 มีนาคม 2543)
จำนวนผู้มีสิทธิ์เลือกตั้ง (คน)	26,658,638	32,436,283	31,860,156	37,817,983	38,564,593	44,519,222	42,567,111
จำนวนผู้ใช้สิทธิ์เลือกตั้ง (คน)	16,944,931	19,216,466	19,622,332	23,462,746	24,070,750	29,904,940	30,684,040
ร้อยละ	63.6	59.2	61.6	62.0	62.4	67.2	72.1

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ประการ นำไปสู่ความ**เคลื่อนไหวในเรื่องการปฏิรูปการเมือง** โดยเฉพาะการประกาศใช้รัฐธรรมนูญใหม่ซึ่งถือได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับ "ปฏิรูปการเมือง" อันเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการเมืองที่สำคัญ กล่าวคือ เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมืองมากขึ้น เช่น การจัดตั้งและการสมัครเป็นสมาชิกพรรคการเมือง การตรวจสอบพรรคการเมือง การให้สิทธิเลือกตั้งสำหรับผู้อยู่นอกเขตเลือกตั้งและนอกประเทศและ

[4] ศ.ดร.ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคณะ, คอร์รัปชั่นในภาครัฐ : ความเห็นและประสบการณ์ของครัวเรือน, 2542

การบังคับใช้สิทธิเลือกตั้งของประชาชน การเลือกตั้งวุฒิสมาชิกโดยตรง ฯลฯ การเปลี่ยนแปลงระบบการเลือกตั้งใหม่จากระบบแบ่งเขตเรียงเบอร์เป็นระบบเขตละเบอร์เดียว การเลือกตั้ง ส.ส. แบบบัญชีรายชื่อ (party list) การจัดสรรคนเข้าสู่ตำแหน่งทางการเมืองตามวิธีเลือกตั้งใหม่ เช่น คุณสมบัติของผู้สมัครเลือกตั้งต้องจบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี การจัดระบบการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐโดยกำหนดให้ผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองที่สำคัญต้องยื่นบัญชีแสดงทรัพย์สินและหนี้สินซึ่งจะมีการตรวจสอบความมีอยู่จริงของทรัพย์สิน อีกทั้งหากมีการพบว่าทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติจะมีการดำเนินการเพื่อให้ทรัพย์สินที่เพิ่มขึ้นผิดปกตินั้นตกเป็นของแผ่นดิน และการเปลี่ยนแปลงอำนาจหน้าที่ในการควบคุมและจัดการเลือกตั้งทุกระดับรวมทั้งตรวจสอบพรรคการเมืองจากกระทรวงมหาดไทยไปยังองค์กรอิสระที่มีความเป็นกลางคือ คณะกรรมการการเลือกตั้งโดยมีสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้งสนับสนุนการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้**แนวโน้มการเมืองในอนาคตน่าจะมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น ประชาชนกลุ่มต่าง ๆ จะมีส่วนร่วมในการเมืองมากขึ้น การเมืองจะไม่จำกัดอยู่ในรัฐสภาเท่านั้น ระบบการตรวจสอบนักการเมืองโดยสังคมจะมากขึ้น ทำให้ระบบการเมืองโปร่งใสขึ้น รวมทั้งการบริหารงานต้องมุ่งเน้นที่ผลงานยิ่งขึ้น และผู้สมัครเลือกตั้งที่เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถจะเข้ามาสู่การเมืองมากขึ้น**

6.2 ระบบบริหารงานของรัฐ

ปัญหาของระบบบริหารงานของรัฐอาจสรุปได้ดังนี้

6.2.1 กฎระเบียบไม่เอื้อต่อการพัฒนา ระบบราชการเต็มไปด้วยกฎระเบียบที่หยุมหยิม มีขั้นตอนต่างๆ มาก เน้นการทำงานให้ถูกต้องตามระเบียบมากกว่า**ผลสำเร็จตามเป้าหมาย** รวมทั้งยังคงใช้กฎหมายเก่าที่มีเนื้อหาสาระไม่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัจจุบัน ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและไม่สามารถสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนและสังคม

6.2.2 มีการแยกส่วนความรับผิดชอบมาก ระบบราชการมีขั้นตอนการทำงานที่ยาก ทำให้งานล่าช้า มีการแบ่งแยกหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานกันมาก ส่งผลให้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหลายหน่วยงาน แต่ละหน่วยงานขึ้นกับพรรคการเมืองต่างพรรค ทำให้การคิดค้นนวัตกรรมในระบบสุขภาพไม่ยืดหยุ่น ไม่คล่องตัว ที่จะตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม และเป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาที่ต้องการการประสานงานจากหน่วยงาน เช่น ปัญหาอาชีวอนามัย ปัญหาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ปัญหาการบริหารโรงพยาบาลและปัญหาอุบัติเหตุ เป็นต้น

6.2.3 มีปัญหาด้านความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชันในระบบราชการ เนื่องจากรัฐเป็นผู้ผูกขาดบริการสาธารณสุขจึงยากแก่การตรวจสอบและเกิดการรั่วไหลสิ้นเปลือง ประกอบกับการที่ข้าราชการมีรายได้ ค่าตอบแทนต่ำและมีภาระหนี้สินรุงรัง ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่เป็นการหารายได้ในทางทุจริต ก่อให้เกิดปัญหาด้านความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชันในระบบราชการ โดยระบบตรวจสอบ เช่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการประพฤติมิชอบในวงราชการ ไม่เข้มแข็งเพียงพอ ซึ่งจากการสำรวจขององค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ ใน พ.ศ. 2541 - 2546 พบว่า ไทยมีความโปร่งใสอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำโดยดัชนีวัดความโปร่งใสของไทยมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยจาก 3.0 ใน พ.ศ. 2541 เป็น 3.3 ใน พ.ศ. 2546 ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 70 จาก 133 ประเทศที่มีการจัดลำดับ แต่อย่างไรก็ดีก็ยังด้อยกว่าหลายประเทศในเอเชีย (ตารางที่ 4.27) และจากการสำรวจครัวเรือนเกี่ยวกับการคอร์รัปชันในภาครัฐใน พ.ศ. 2542 พบว่า ประมาณร้อยละ 10 ของครัวเรือนไทยทั่วประเทศมีประสบการณ์เคยถูกเรียกเก็บสินบนจากข้าราชการ โดยจำนวนเงินสินบนที่ถูกเรียกเฉลี่ยต่อครัวเรือนเท่ากับ 970 บาทต่อครัวเรือนต่อปี โดยการเรียกสินบนของหน่วยงานราชการที่ทำหน้าที่เกี่ยวโยงกับธุรกรรมทางการเงินและทรัพย์สินมีมูลค่าสูงสุด ขณะที่การเรียกสินบนของหน่วยงานที่ให้บริการสาธารณะทั่วไปมีมูลค่าต่ำกว่า ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพฯ มีการเรียกสินบนมีมูลค่าเฉลี่ยสูงสุดในกลุ่มนี้ (ตารางที่ 4.28)

ตารางที่ 4.27 ดัชนีคอร์รัปชั่นของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546

กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2541			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2542			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2543			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2544			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2545			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2546		
	อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี
ASEAN				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**			
สิงคโปร์	7	1	9.1	สิงคโปร์	7	1	9.1	สิงคโปร์	6	1	9.1	สิงคโปร์	4	1	9.2	สิงคโปร์	5	1	9.3	สิงคโปร์	5	1	9.4
มาเลเซีย	29	2	5.3	มาเลเซีย	32	2	5.1	มาเลเซีย	36	2	4.8	มาเลเซีย	36	2	5	มาเลเซีย	33	2	4.9	มาเลเซีย	37	2	5.2
ไทย	61	4	3.0	ไทย	68	4	3.2	ไทย	60	3	3.2	ไทย	61	3	3.2	ไทย	64	3	3.2	ไทย	70	3	3.3
ฟิลิปปินส์	55	3	3.3	ฟิลิปปินส์	54	3	3.6	ฟิลิปปินส์	69	4	2.8	ฟิลิปปินส์	65	4	2.9	ฟิลิปปินส์	77	4	2.6	ฟิลิปปินส์	92	4	2.5
อินโดนีเซีย	80	6	2.0	อินโดนีเซีย	96	6	1.7	อินโดนีเซีย	85	6	1.7	อินโดนีเซีย	88	6	1.9	อินโดนีเซีย	96	6	1.9	อินโดนีเซีย	122	6	1.9
บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-
เวียดนาม	74	5	2.5	เวียดนาม	75	5	2.6	เวียดนาม	76	5	2.5	เวียดนาม	75	5	2.6	เวียดนาม	85	5	2.4	เวียดนาม	100	5	2.4
สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	129	7	1.6
กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-
ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-
อันดับ 1-10 ของโลก				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**				**อันดับ 1-10 ของโลก**			
เดนมาร์ก	1	1	10.0	เดนมาร์ก	1	1	10.0	ฟินแลนด์	1	1	10.0	ฟินแลนด์	1	1	9.9	ฟินแลนด์	1	1	9.7	ฟินแลนด์	1	1	9.7
ฟินแลนด์	2	2	9.6	ฟินแลนด์	2	2	9.8	เดนมาร์ก	2	2	9.8	เดนมาร์ก	2	2	9.5	เดนมาร์ก	2	2	9.5	ไอซแลนด์	2	2	9.6
สวีเดน	3	3	9.5	นิวซีแลนด์	3	3	9.4	นิวซีแลนด์	3	3	9.4	นิวซีแลนด์	3	3	9.4	นิวซีแลนด์	2	2	9.5	เดนมาร์ก	3	3	9.5
นิวซีแลนด์	4	4	9.4	สวีเดน	3	3	9.4	สวีเดน	3	3	9.4	ไอซแลนด์	4	4	9.2	ไอซแลนด์	4	4	9.4	นิวซีแลนด์	3	3	9.5
ไอซแลนด์	5	5	9.3	แคนาดา	5	5	9.2	แคนาดา	5	5	9.2	สิงคโปร์	4	4	9.2	สิงคโปร์	5	5	9.3	สิงคโปร์	5	5	9.4
แคนาดา	6	6	9.2	ไอซแลนด์	5	5	9.2	ไอซแลนด์	6	6	9.1	สวีเดน	6	6	9.0	สวีเดน	5	5	9.3	สวีเดน	6	6	9.3
สิงคโปร์	7	7	9.1	สิงคโปร์	7	7	9.1	นอร์เวย์	6	6	9.1	แคนาดา	7	7	8.9	แคนาดา	7	7	9.0	เนเธอร์แลนด์	7	7	8.9
เนเธอร์แลนด์	8	8	9.0	เนเธอร์แลนด์	8	8	9.0	สิงคโปร์	6	6	9.1	เนเธอร์แลนด์	8	8	8.8	ลักเซมเบอร์ก	7	7	9.0	ออสเตรเลีย	8	8	8.8
นอร์เวย์	9	9	9.0	นอร์เวย์	9	9	8.9	เนเธอร์แลนด์	9	9	8.9	ลักเซมเบอร์ก	9	9	8.7	เนเธอร์แลนด์	7	7	9.0	นอร์เวย์	8	8	8.8
สวิตเซอร์แลนด์	10	10	8.9	สวิตเซอร์แลนด์	9	10	8.9	สหราชอาณาจักร	10	10	8.7	นอร์เวย์	10	10	8.6	สหราชอาณาจักร	10	10	8.7	สวิชเซอร์แลนด์	8	8	8.8

ที่มา: Transparency International และ Dr. Johann Graf Lambsdaff Gottingen University, Germany, 1998-2003

หมายเหตุ:
1. ดัชนีคอร์รัปชั่น (Corruption Perceptions Index) มาจากมุมมองของนักธุรกิจ นักวิเคราะห์ความเสี่ยงและประชาชนทั่วไป โดยที่มีคะแนนระหว่าง 1-10 ซึ่ง “0” หมายถึง มีคอร์รัปชั่นสูงมาก และ “10” หมายถึง“แทบไม่มีคอร์รัปชั่น”
2. รายงานการสำรวจที่ใช้วัดดัชนีคอร์รัปชั่น ประเมินจากผลงานของแต่ละประเทศ ซึ่งต้องใช้รายงานการสำรวจอย่างน้อยตั้งแต่ 3 รายงานขึ้นไป

ตารางที่ 4.28 มูลค่าเฉลี่ยของเงินสินบนที่ถูกเรียกในแต่ละครัวเรือน จำแนกตามหน่วยงาน พ.ศ. 2542

ประเภทหน่วยงาน	มูลค่าเฉลี่ยของเงินสินบนที่ถูกเรียก (บาท)			
	รวมทั้งประเทศ	กรุงเทพฯ	ต่างจังหวัด เขตเทศบาล	ชนบท
- ตำรวจ	9,588	2,688	7,921	13,414
- ศุลกากร	8,428	13,025	3,059	201
- สรรพากร	6,287	11,403	4,939	753
- สำนักงานที่ดิน	3,179	1,489	7,056	1,430
- โรงเรียนรัฐบาล	1,394	1,293	2,943	295
- ประปา	880	859	1,000	-
- โรงพยาบาลของรัฐ	786	2,478	124	634
- ไฟฟ้า	721	300	664	767
- หนังสือเดินทาง	647	300	500	800
- อำเภอ	639	173	2,225	517
- ใบขับขี่, ทะเบียนรถ	586	851	784	447
- บริการเก็บขยะ	295	255	378	-
- โทรศัพท์สาธารณะ	288	-	423	-
- ไปรษณีย์	66	-	66	-
- ชลประทาน	45	-	-	45

ที่มา: ศ.ดร.ผาสุก พงษ์ไพจิตร, คอร์รัปชันในภาครัฐ: ความเห็นและประสบการณ์ของครัวเรือน, 2542

6.2.2 การขาดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาภาคธุรกิจ ประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ต่ำ มีผลทำให้ต้นทุนในการประกอบธุรกิจของภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของเสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์ และคณะ พบว่า ผู้ประกอบธุรกิจต้องสิ้นเปลืองเวลาในการติดต่อกับหน่วยงานราชการมาก เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 14 ของเวลาทั้งปี โดยหน่วยธุรกิจขนาดเล็กเสียเวลามากกว่าธุรกิจขนาดกลางและขนาดใหญ่[5] จึงทำให้ต้องมีการจ่ายสินบนให้กับเจ้าหน้าที่ภาครัฐเพื่ออำนวยความสะดวกให้รวดเร็วอันเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการประกอบธุรกิจของภาคเอกชน นอกจากนี้ จากการสำรวจของ IMD ใน พ.ศ. 2546 พบว่า ระบบราชการไทยมีขีดความสามารถค่อนข้างดีต่อการพัฒนาธุรกิจแต่อย่างไรก็ดีก็ยังด้อยกว่าประเทศมาเลเซีย (ตารางที่ 4.29)

สำหรับคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐนั้น พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 4 จากคะแนนเต็ม 7 คะแนน) โดยหน่วยงานที่ได้รับคะแนนคุณภาพบริการต่ำ คือ ศุลกากร ตำรวจ สำนักงานที่ดินและโรงพยาบาลของรัฐ (ภาพที่ 4.27)

---

[5] เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์ และคณะ, สภาพแลดล้อมทางธุรกิจและทัศนะของผู้ประกอบการต่อการให้บริการของภาครัฐ, คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 2542

ตารางที่ 4.29 ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2546

กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2546	
	อันดับ	คะแนน
1. กลุ่มประเทศที่มีประชากรมากกว่า 20 ล้านคน		
- มาเลเซีย	1	5.22
- ออสเตรเลีย	2	4.87
- สหรัฐอเมริกา	3	4.33
- ไทย	4	4.16
- ญี่ปุ่น	15	2.80
- ฝรั่งเศส	16	2.76
- สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน	23	1.96
2. กลุ่มประเทศที่มีประชากรน้อยกว่า 20 ล้านคน		
- ไอซแลนด์	1	6.97
- ฟินแลนด์	2	6.89
- สิงคโปร์	3	6.43
- ฮ่องกง	4	5.91
- กรีก	28	1.60
- บาวาเรีย	29	1.46

ที่มา: IMD. The World Competitiveness Yearbook, 2003.

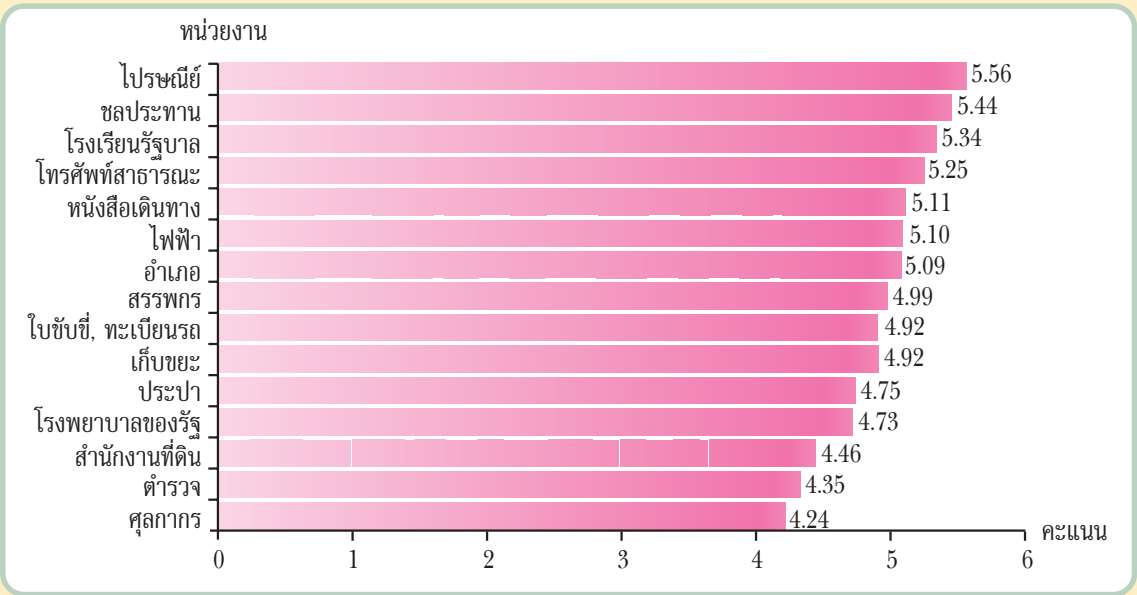
หมายเหตุ: 1. ในรายงาน IMD 2003 มีการเปลี่ยนวิธีการจัดเก็บข้อมูลใหม่ โดยจัดเก็บข้อมูลเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีประชากรมากกว่า 20 ล้านคน และกลุ่มที่มีประชากรน้อยกว่า 20 ล้านคน ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม ไม่สามารถเปรียบเทียบอันดับกันข้ามกลุ่มได้

2. กลุ่มที่มีประชากรมากกว่า 20 ล้านคน มีการจัดเรียงลำดับรวม 30 ประเทศ

3. กลุ่มที่มีประชากรน้อยกว่า 20 ล้านคน มีการจัดเรียงลำดับรวม 29 ประเทศ

4. คะแนนเต็ม 10 คะแนน

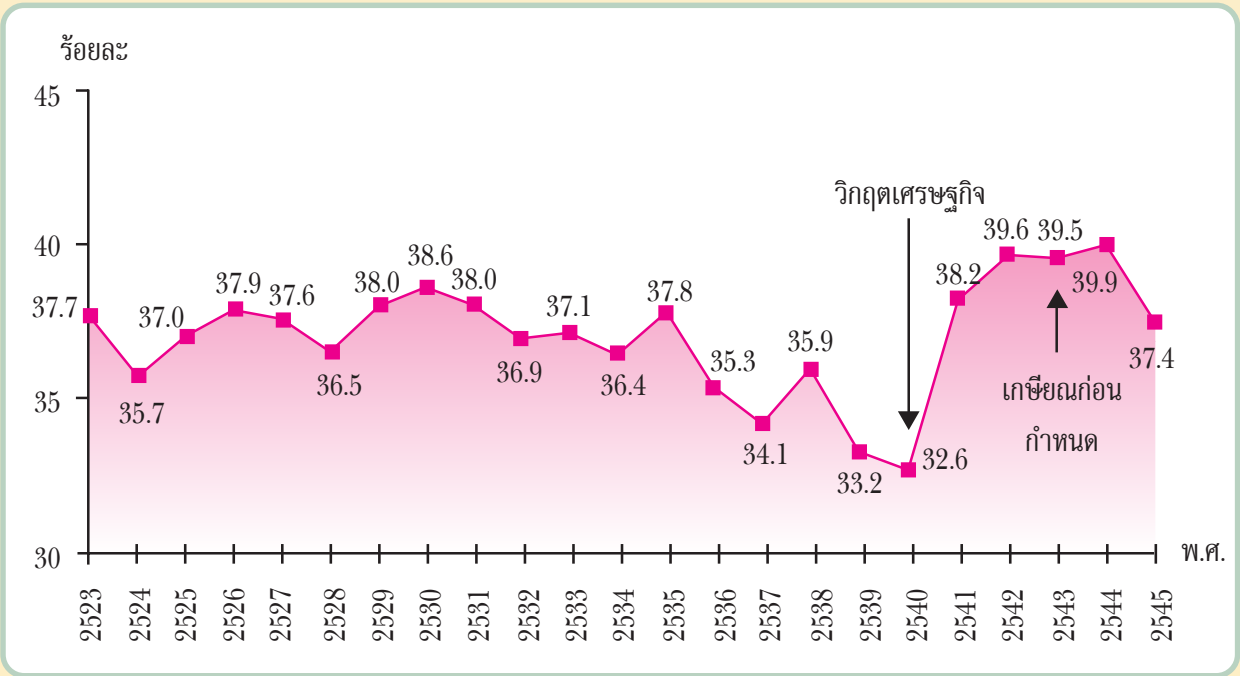
ภาพที่ 4.27 คุณภาพการให้บริการของหน่วยงานราชการ พ.ศ. 2542



ที่มา: ศ.ดร. ผาสุก พงษ์ไพจิตร, คอร์รัปชันในภาครัฐ: ความเห็นและประสบการณ์ของครัวเรือน, 2542

6.2.3. ปัญหาด้านโครงสร้างขององค์กร ระบบราชการมีโครงสร้างขนาดใหญ่และมีการขยายหน่วยงานมาก และมักจะมีหน่วยราชการใหม่เกิดขึ้น โดยที่หน่วยงานเดิมมิได้มีการยกเลิกหรือลดขนาด จึงมีผลทำให้จำนวนข้าราชการมากเกินไป ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของภาครัฐต่องบประมาณรายจ่ายรวมประเทศสูงมาก คือ จากร้อยละ 37.7 ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 37.4 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 4.28) ทำให้ไม่สามารถให้ผลตอบแทนในอัตราที่เหมาะสมได้ ดังนั้นค่าตอบแทนในระบบราชการจึงค่อนข้างต่ำ ซึ่งพบว่า อัตราเงินเดือนแรกเข้าของภาคราชการเมื่อเทียบกับภาคเอกชนมีความแตกต่างค่อนข้างมาก โดยยิ่งการศึกษาสูงขึ้นความแตกต่างระหว่างอัตราเงินเดือนแรกเข้าภาคเอกชนและภาครัฐก็มีมากขึ้นและมีแนวโน้มต่างมากขึ้นอีก (ตารางที่ 4.30) และหากพิจารณาความแตกต่างระหว่างความแตกต่างระหว่างผลตอบแทนภาคเอกชนและภาคราชการในระดับต่างๆ พบว่าผลตอบแทนภาคราชการต่ำกว่าภาคเอกชนโดยเฉลี่ย 2.66 เท่าโดยความแตกต่างระหว่างผลตอบแทนภาคเอกชนและภาคราชการระดับต่ำจะมีน้อยประมาณ 1-2 เท่า และสูงขึ้นเป็นลำดับจนถึงระดับ 11 ซึ่งต่างจากภาคเอกชนประมาณ 1-2 เท่าเนื่องจาก ยังไม่ได้รวมผลตอบแทนอื่นๆ ที่นอกเหนือจากเงินเดือน(ภาพที่ 4.29) นอกจากนี้อารยะ ปรีชาเมตตา (2537) ได้ทำการคำนวณรายได้และรายจ่ายทั้งชีวิตของคนๆ หนึ่งที่จบปริญญาตรีและรับราชการจนอายุ 60 ปี เปรียบเทียบกับรายได้ที่จะรับหากทำงานในภาคเอกชนโดยที่มีแบบแผนรายจ่ายเหมือนกัน โดยใช้บัญชีเงินเดือนข้าราชการพลเรือนที่ใช้ในปัจจุบันพบว่า มูลค่าปัจจุบันของเงินออมกรณีที่ทำงานภาคเอกชนจะสูงกว่ากรณีที่ทำงานราชการถึงประมาณ 28 เท่า

ภาพที่ 4.28 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของภาครัฐต่องบประมาณรายจ่ายประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน โดย พ.ศ. 2523 - 2545 ได้จากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
หมายเหตุ: พ.ศ. 2545 ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรของภาครัฐไม่รวมเงินเดือนค่าจ้างของหน่วยงานอิสระตามรัฐธรรมนูญ

ตารางที่ 4.30 การเปรียบเทียบอัตราเงินเดือนแรกเข้าของภาคราชการและภาคเอกชน พ.ศ. 2538 / 2539 , พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545

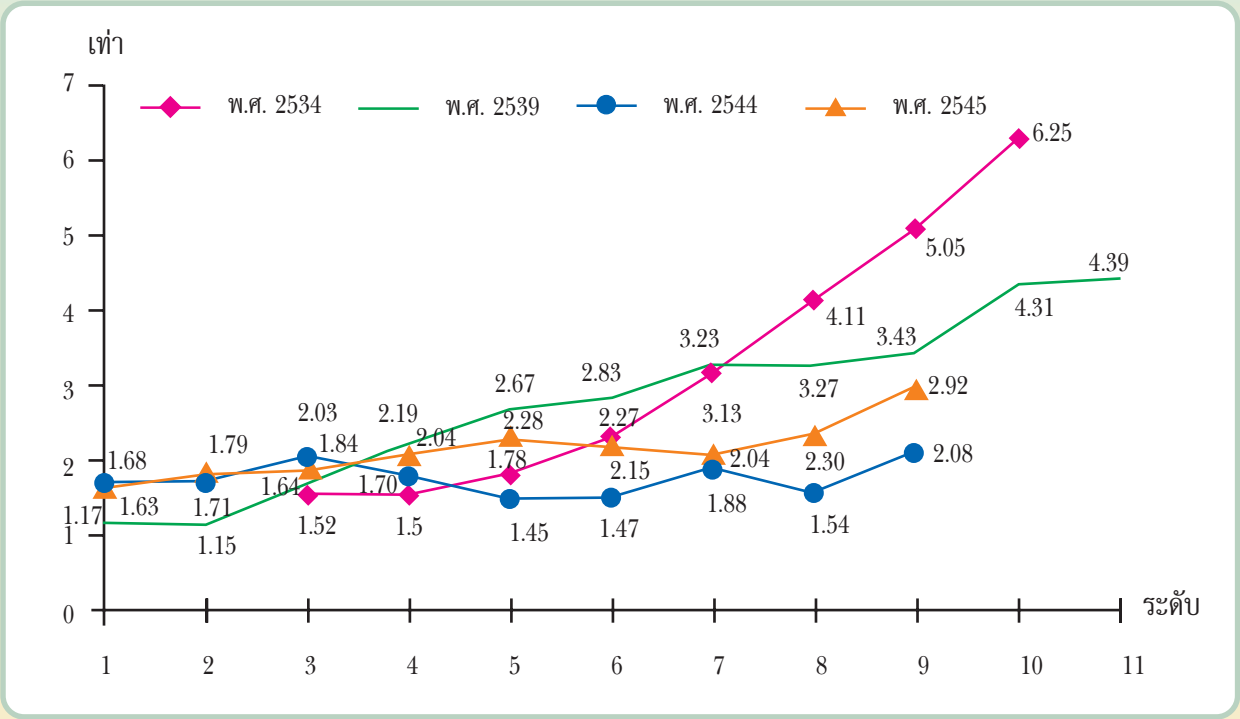
ระดับการศึกษา	พ.ศ. 2538 / 2539				พ.ศ. 2544				พ.ศ. 2545			
	ภาคเอกชน[n]	ภาคราชการ	ความแตกต่าง		ภาคเอกชน[n]	ภาคราชการ	ความแตกต่าง		ภาคเอกชน[n]	ภาคราชการ	ความแตกต่าง	
	(1) บาท/เดือน	(2) บาท/เดือน	(1) - (2) %	(1)/(2) เท่า	(1) บาท/เดือน	(2) บาท/เดือน	(1) - (2) %	(1)/(2) เท่า	(1) บาท/เดือน	(2) บาท/เดือน	(1)-(2) %	(1)/(2) (เท่า)
1. ปวช.												
1.1 การบัญชี	5,395	4,700	14.79	1.15	6,034	4,700	28.38	1.28	5,635	4,700	19.89	1.2
1.2 ช่างกล/ไฟฟ้า	5,637	4,700	19.94	1.20	6,222	4,700	32.38	1.32	5,996	4,700	27.57	1.27
เฉลี่ย	**5,516**	**4,700**	**17.36**	**1.17**	**6,128**	**4,700**	**30.38**	**1.30**	**5,815**	**4,700**	**23.72**	**1.24**
2. ปวส.												
2.1 การบัญชี	6,402	5,740	11.53	1.12	7,055	5,740	22.90	1.23	6,794	5,740	18.36	1.18
2.2 ช่างกล/ไฟฟ้า	6,650	5,740	15.85	1.16	7,483	5,740	30.37	1.30	7,049	5,740	22.80	1.23
2.3 คอมพิวเตอร์	6,666	5,740	16.13	1.16	7,230	5,740	25.96	1.26	7,039	5,740	22.63	1.23
เฉลี่ย	**6,573**	**5,740**	**14.51**	**1.15**	**7,256**	**5,740**	**26.41**	**1.26**	**6,961**	**5,740**	**21.27**	**1.21**
3. ปริญญาตรี												
3.1 วิศวกรรมศาสตร์	13,446	6,360	111.42	2.11	14,111	6,360	121.87	2.22	13,639	6,360	114.45	2.14
3.2 คอมพิวเตอร์	11,029	6,360	73.41	1.73	11,962	6,360	88.08	1.88	11,763	6,360	84.95	1.85
3.3 วิทยาศาสตร์	10,752	6,360	69.06	1.69	12,191	6,360	91.68	1.92	-	-	-	-
3.4 สถาปัตยกรรมศาสตร์	10,130	6,360	59.28	1.59	10,300	7,040	46.31	1.46	-	-	-	-
3.5 พาณิชยศาสตร์และการบัญชี	9,956	6,360	56.54	1.57	10,468	6,360	64.59	1.64	9,994	6,360	57.14	1.57
3.6 เภสัชศาสตร์	9,588	6,360	50.75	1.51	11,169	7,040	58.65	1.59	-	-	-	-
3.7 การตลาด	9,501	6,360	49.39	1.49	10,116	6,360	59.06	1.59	9,569	6,360	50.46	1.50
3.8 สังคมวิทยา	9,073	6,360	42.66	1.43	9,369	6,360	47.31	1.47	8,958	6,360	40.85	1.41
เฉลี่ย	**10,434**	**6,360**	**64.06**	**1.64**	**11,211**	**6,530**	**71.68**	**1.72**	**10,785**	**6,360**	**69.57**	**1.70**
4. ปริญญาโท	***15,830***	***7,780***	***103.47***	***2.03***	***17,678***	***7,780***	***127.22***	***2.27***	***15,826***	***7,780***	***103.42***	***2.03***

ที่มา: พ.ศ. 2538/2539 ได้จากการศึกษาผลตอบแทนภาคราชการและการทดลองปรับให้เท่ากับภาคเอกชน, มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, ธันวาคม 2539

พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 ได้จากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน โดยข้อมูลเงินเดือนภาคเอกชนใช้ค่าเฉลี่ย

หมายเหตุ: [n] เฉพาะกรณีที่จบการศึกษาในประเทศ

ภาพที่ 4.29 ความแตกต่างของผลตอบแทนภาคเอกชนและภาคราชการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2545



ที่มา: - การเปรียบเทียบค่าตอบแทนของภาคราชการและภาคเอกชน พ.ศ. 2534, สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

- การศึกษาผลตอบแทนภาคราชการและการทดลองปรับให้เท่ากับภาคเอกชน, มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, ธันวาคม 2539
- สำนักพัฒนาระบบจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทน สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน

หมายเหตุ: พ.ศ. 2534 เป็นการศึกษาโดยประเมิน "ค่างาน" ของตำแหน่งต่าง ๆ เพื่อนำมาเปรียบเทียบค่าตอบแทนภาคราชการและเอกชน

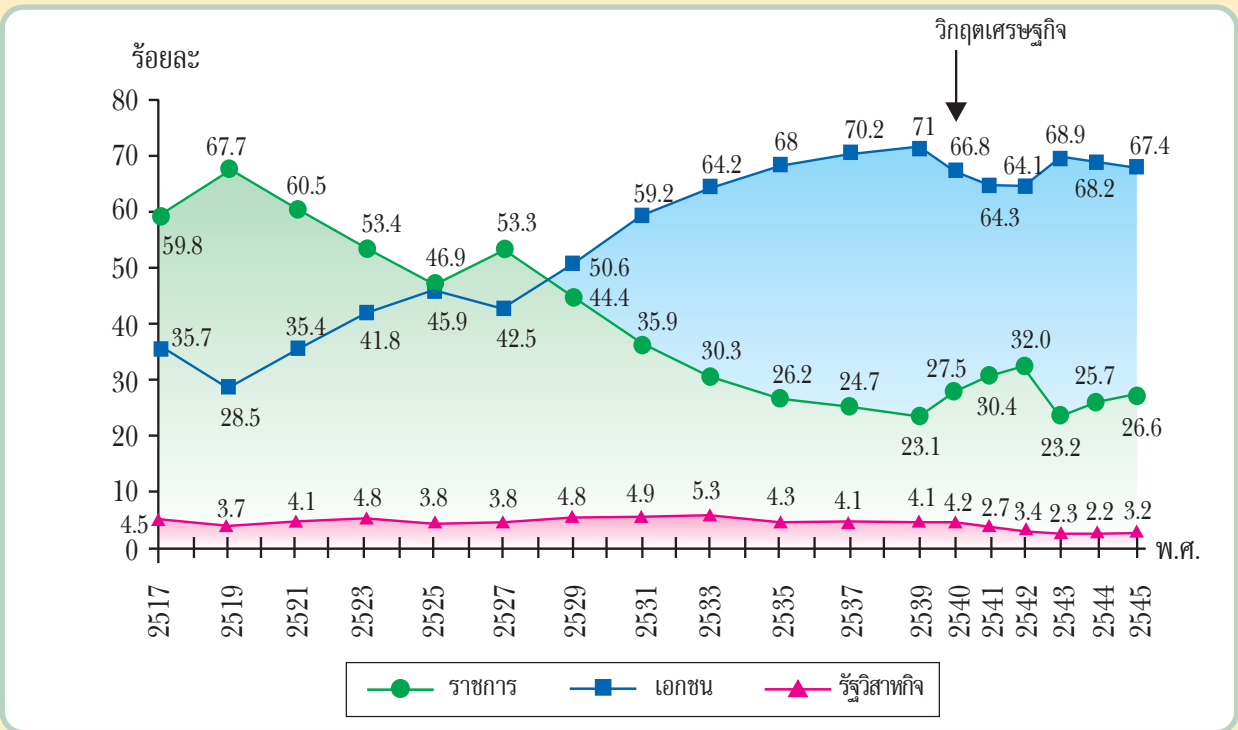
พ.ศ. 2539 เป็นการศึกษาโดยเปรียบเทียบ "ภาพเฉลี่ย" ของเงินเดือนของภาคราชการและผลตอบแทนในภาคเอกชน

พ.ศ. 2544-2545 เงินเดือนภาคราชการใช้ค่ากึ่งกลางของบัญชีอัตราเงินเดือนรวมเงินประจำตำแหน่งและเงินเดือนภาคเอกชนใช้เงินเดือนเฉลี่ยที่ไม่ได้รวมผลตอบแทนอื่นที่ไม่ใช่เงินเดือน ดังนั้นจึงทำให้ความแตกต่างของผลตอบแทนระหว่างภาคราชการและภาคเอกชนต่ำกว่าใน พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539

6.2.4 ปัญหาระบบบริหารงานบุคคลและคุณภาพของข้าราชการ

จากการที่ระบบราชการไม่มีระบบการประเมินผลงานอย่างจริงจัง ประกอบกับ ค่าตอบแทนในระบบราชการต่ำ ทำให้เกิดปัญหาแรงจูงใจในการเข้ารับราชการลดลงเรื่อยๆ ดังนั้น ภาคราชการจึงได้สูญเสียคนดีมีคุณภาพให้กับภาคเอกชนไปจำนวนมากเกิดภาวะ "**สมองไม่ไหลเข้า**" หรือคนเก่งมีความสามารถไม่เลือกเข้าทำงานในระบบราชการ และภาวะ "**สมองไหลออก**" ของข้าราชการที่เริ่มตระหนักถึงความแตกต่างอย่างมากของผลตอบแทนจากการทำงานระหว่างภาครัฐและเอกชนด้วย ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจพบว่า ข้าราชการใหม่ที่สอบเข้ารับราชการโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนมีคะแนนเรียนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.00 - 2.99 และนิสิตนักศึกษามีทัศนคติไม่แน่ใจต่ออาชีพราชการ รวมทั้งมีความต้องการที่จะรับราชการเพียงร้อยละ 29.4 ใน พ.ศ. 2534 (รายงานการวิจัยเรื่องความต้องการในการรับราชการของนิสิตนักศึกษา สำนักงาน ก.พ., 2534) ทั้งนี้เนื่องจากเงินเดือนน้อย/สวัสดิการไม่ดี ลักษณะงานซ้ำซากไม่มีอิสระ มีการเล่นพรรคเล่นพวก และทุจริตกันมาก นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2539 พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีที่ตอบแบบสอบถามของทบวงมหาวิทยาลัยว่าได้งานทำนั้นมีเพียงร้อยละ 23.1 เท่านั้น ที่เข้ารับราชการในขณะที่สัดส่วนดังกล่าวนี้มีถึงร้อยละ 59.8 ใน พ.ศ. 2517 (ภาพที่ 4.30) หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2542 กลับพบว่า นิสิตนักศึกษาเริ่มมีทัศนคติทางบวกต่ออาชีพรับราชการและเริ่มต้องการรับราชการมากขึ้นถึงร้อยละ 58.7 (รายงานการวิจัยเรื่องทัศนคติของนิสิตนักศึกษาถึงความต้องการในการรับราชการ สำนักงาน ก.พ., 2542) นอกจากนี้ การสำรวจความคิดเห็นของบัณฑิตที่ว่างงานที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 1,596 คน ของสถาบันราชภัฏสวนดุสิต ใน พ.ศ. 2544 พบว่า บัณฑิตที่ว่างงานมีความต้องการทำงานภาครัฐถึงร้อยละ 71.5 ขณะที่ต้องการทำงานภาคเอกชนเพียงร้อยละ 28.5 ซึ่งสอดคล้องกับผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ทำงานราชการมีเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 32 ใน พ.ศ. 2542 เนื่องจากต้องการความมั่นคงในอาชีพและไม่ต้องการถูกปลดออกจากงานง่ายเหมือนภาคเอกชน แต่มีข้อสังเกตว่าใน พ.ศ. 2543 ผู้ทำงานราชการกลับลดลงเป็นร้อยละ 23.2 และกลับเพิ่มใหม่เล็กน้อย เป็นร้อยละ 26.6 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 4.30)

ภาพที่ 4.30 ร้อยละของผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีที่ได้งานทำ จำแนกตามประเภทการจ้างงาน พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานภาวะการหางานทำของบัณฑิต, สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

6.2.5 กระบวนการวางแผน การตัดสินใจการพัฒนาคน การงบประมาณ มีลักษณะ**รวมศูนย์อำนาจ** และเป็นการมองปัญหาจากส่วนกลางเป็นหลัก ขาดความยืดหยุ่นและขาดประสิทธิภาพ ขาดความเข้าใจและการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในท้องถิ่น

6.2.6 ระบบราชการต้องเผชิญกับปัญหาการแทรกแซงทางการเมือง อันเป็นผลสืบเนื่องจากระบบธุรกิจการเมือง

จากปัญหาดังกล่าวประกอบกับการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศและเงื่อนไขของกองทุนการเงินระหว่างประเทศที่กำหนดให้ลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้ให้กับรัฐบาล ทำให้นำไปสู่ความเคลื่อนไหวในการ**ปฏิรูประบบราชการ** โดยการผลักดันให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการภาครัฐใน 5 ด้านคือ การปรับบทบาท ภารกิจและวิธีการบริหารงานภาครัฐ การปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณที่มุ่งเน้นผลงาน การปรับเปลี่ยนระบบบริหารบุคคล กฎหมาย วัฒนธรรมและค่านิยมของเจ้าหน้าที่รัฐ นอกจากนี้ได้มีการจัดตั้งองค์การมหาชน ตาม พ.ร.บ. องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2542 เพื่อปรับงานที่ไม่ควรทำในระบบราชการปกติ ไปสู่ระบบที่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพสูงกว่าและการดำเนินมาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ อาทิเช่น ปรับลดขนาดกำลังคนภาครัฐลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 การให้ส่วนราชการยุบเลิกตำแหน่งที่ว่างลงจากการเกษียณอายุราชการไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 และการจูงใจให้ข้าราชการสมัครใจออกจากราชการก่อนการเกษียณอายุก่อนกำหนดในปี 2543 - 2545 ซึ่งมีผู้ออกจากราชการตามโครงการนี้แล้วจำนวน 57,544 คน จากเป้าหมาย 90,000 คน การดำเนินมาตรการดังกล่าวนี้สามารถชะลอการเพิ่มอัตรากำลังคนภาครัฐได้ทั้งสิ้น 102,677 อัตรา และลดงบประมาณด้านบุคคลได้ 19,742 ล้านบาท และจากความพยายามปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารจัดการของภาครัฐดังกล่าวข้างต้น จะทำให้ระบบราชการไทยในอนาคตมีแนวโน้มเล็กลงและจะมีบทบาทเฉพาะในส่วนที่เป็นบทบาทของรัฐ และบางหน่วยงานในระบบราชการจะแปรสภาพเป็นองค์การมหาชนมากขึ้น อันได้แก่ มหาวิทยาลัยของรัฐและโรงพยาบาลของรัฐบางแห่งที่มีความพร้อม

ขณะเดียวกันการตรวจสอบการทำงานของระบบราชการก็มีมากขึ้น เช่น การตรวจสอบข้อมูลโดยอาศัยบทบัญญัติแห่ง พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมหรือประเด็นการพัฒนาสำคัญ ๆ ที่มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของคนส่วนใหญ่ อาทิเช่น ประชาพิจารณ์กรณีการตั้งโรงงานไฟฟ้าที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ แต่กลไกภาคประชาชนยังอ่อนแอไม่สามารถตรวจสอบการดำเนินงานของสถาบันต่างๆ ทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากชุมชนที่มีความเข้มแข็งมีประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น[6]

6.3 การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และการเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ นับเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เกิดการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยได้มีการปรับปรุงกฎหมายและรูปแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สำคัญคือ พ.ร.บ. เปลี่ยนแปลงฐานะของสุขาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 โดยยกฐานะสุขาภิบาล 980 แห่ง เป็นเทศบาลตำบลและ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อันเป็นกฎหมายลูกของรัฐธรรมนูญ (Organic law) ซึ่งรัฐจะต้องถ่ายโอนภารกิจการให้บริการในเขตขององค์กรท้องถิ่นแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใน 4 ปี และจัดสรรภาษีอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรายได้รัฐ ภายใน พ.ศ. 2544 และไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 ภายใน พ.ศ. 2549 ซึ่ง ณ ปัจจุบันสามารถจัดสรรได้เพียงร้อยละ 23.5 ใน พ.ศ. 2548 เท่านั้น อันจะส่งผลให้ส่วนท้องถิ่นมีภารกิจรายได้และความรับผิดชอบต่อประชากรในพื้นที่ยังไม่มาก

---

[6] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, การพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทไทย, 2546

ในส่วนของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอแนวทางการกระจายอำนาจโดยการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งมีองค์ประกอบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกรูปแบบ (อบต. / เทศบาล / อบจ.) รัฐส่วนกลาง / ภูมิภาคและผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น กสพ. จะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพให้ประชาชนหรืออาจเป็นเจ้าของสถานบริการของรัฐก็ได้ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องเตรียมการพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่นให้เข้มแข็งที่จะจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม ภายใน 5-10 ปี

แต่อย่างไรก็ดีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะการกระจายอำนาจทางด้านงบประมาณของไทยยังมีน้อย โดยส่วนกลางยังเป็นผู้ผูกขาดงบประมาณและจัดสรรเงินให้ท้องถิ่นในอัตราที่สูง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ใน พ.ศ. 2544 พบว่า สัดส่วนรายได้และรายจ่ายของส่วนท้องถิ่นต่อ GDP ต่ำกว่าส่วนกลางมาก โดยรายได้และรายจ่ายส่วนกลางประมาณร้อยละ 15-19 ของ GDP ขณะที่รายได้และรายจ่ายส่วนท้องถิ่นมีเพียงประมาณร้อยละ 3 ของ GDP (ตารางที่ 4.31) โดยรายได้ท้องถิ่นที่จัดเก็บเองมีเพียงร้อยละ 12-20 ขณะที่ส่วนกลางจัดเก็บรายได้ให้ท้องถิ่นมีถึงร้อยละ 50 (ตารางที่ 4.32)

ตารางที่ 4.31 รายได้และรายจ่ายของส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นเทียบเป็นร้อยละของ GDP

	2540/41	2541/42	2542/43	2543/44	2544/45	2545/46
ระดับท้องถิ่น						
- รายรับ*	2.0	2.1	2.1	2.9	3.2	3.4
- เงินอุดหนุน	0.7	0.8	0.7	1.2	1.4	1.2
- รายจ่าย	2.1	2.2	1.8	2.8	2.9	3.3
ส่วนกลาง						
- รายรับ	16.2	15.5	15.5	15.2	15.9	16.3
- รายจ่าย	18.7	19.0	18.4	18.1	19.5	17.7

ที่มา: Michael.E. Porter และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายงานการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย, 2546

หมายเหตุ: * รวมเงินอุดหนุน

ตารางที่ 4.32 โครงสร้างรายได้ส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ)

	2540/41	2541/42	2542/43	2543/44	2544/45	2545/46
รายได้ท้องถิ่นเอง	**67.9**	**61.6**	**65.4**	**58.7**	**58.0**	**64.8**
- จัดเก็บจากท้องถิ่นเอง	16.9	17.9	20.0	12.2	12.3	11.8
1. ภาษี	9.3	9.6	10.6	7.6	7.3	7.6
2. อื่นๆ	7.6	8.4	9.4	4.6	4.0	4.2
- จัดเก็บโดยส่วนกลาง	51.0	43.7	45.3	46.5	45.7	53.0
เงินอุดหนุนและเงินช่วยเหลือ	**32.1**	**38.4**	**34.6**	**41.5**	**42.0**	**35.2**

ที่มา: Michael.E. Porter และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายงานการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย, 2546

การเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองและการปกครองดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพดังนี้

(1) การกำหนดนโยบายสุขภาพ เดิมนโยบายสุขภาพถูกกำหนดโดยข้าราชการประจำที่มีข้อมูล มีวิชาการอยู่ในมือเป็นส่วนมากและการที่มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลบ่อยทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในนโยบายสุขภาพ แต่ปัจจุบันนโยบายสุขภาพถูกกำหนดโดยรัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศแทนข้าราชการประจำ เช่น นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค

(2) **กำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญบางสาขา เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ลาออกจากราชการไปทำงานเอกชนมากขึ้น** โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งมีการลาออกจากกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากประมาณปีละ 300 ราย ในช่วง พ.ศ. 2538 - 2540 เป็นปีละประมาณ 500-600 ราย ในช่วง พ.ศ. 2545-2546 ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งมาจากรายได้และค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าภาคเอกชนมาก ซึ่งจากการศึกษาอัตราค่าตอบแทนแยกรายสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล รวม 4 แห่ง ใน พ.ศ. 2540 พบว่า อัตราค่าตอบแทนสำหรับโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราที่ต่ำสุดทุกสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะค่าตอบแทนของแพทย์และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไรถึง 4-10 เท่า (ตารางที่ 4.33)

ตารางที่ 4.33 การเปรียบเทียบเงินเดือนและค่าตอบแทนของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พ.ศ. 2540

ประเภทเจ้าหน้าที่	โรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	โรงพยาบาลรัฐวิสาหกิจ	โรงพยาบาลเอกชนไม่แสวงกำไร	โรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร	ความแตกต่างของโรงพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงกับโรงพยาบาลเอกชนแสวงกำไร(เท่า)
ค่าตอบแทน (บาท/เดือน)					
- แพทย์	8,190-27,980	15,090-62,080	100,000*	50,000-300,000	6.1 - 10.7
- ทันตแพทย์	8,190-19,840	17,990-52,990	80,000*	27,000-150,000	3.3 - 7.6
- เภสัชกร	7,040-17,083	7,640-49,910	18,000-55,000	18,399-31,229	1.8 - 2.6
- พยาบาล	6,360-19,680	7,640-21,620	9,000-20,000	14,281-27,720	1.4 - 2.2
- เจ้าพนักงานเทคนิคการแพทย์	5,180-19,005	7,640-35,960	5,300-25,000	14,281-29,381	1.5 - 2.8
- เจ้าพนักงานรังสีเทคนิค	5,180-17,880	4,880-35,960	5,000-20,000	10,417-29,160	1.6 - 2.0

ที่มา: ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ, ระบบบริหารงานโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอชน : การบริหารจัดการทางการเงินและธุรกิจสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะบริหารอย่างอิสระ, 2540

หมายเหตุ: * หมายถึง ค่าเฉลี่ย

7.สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ

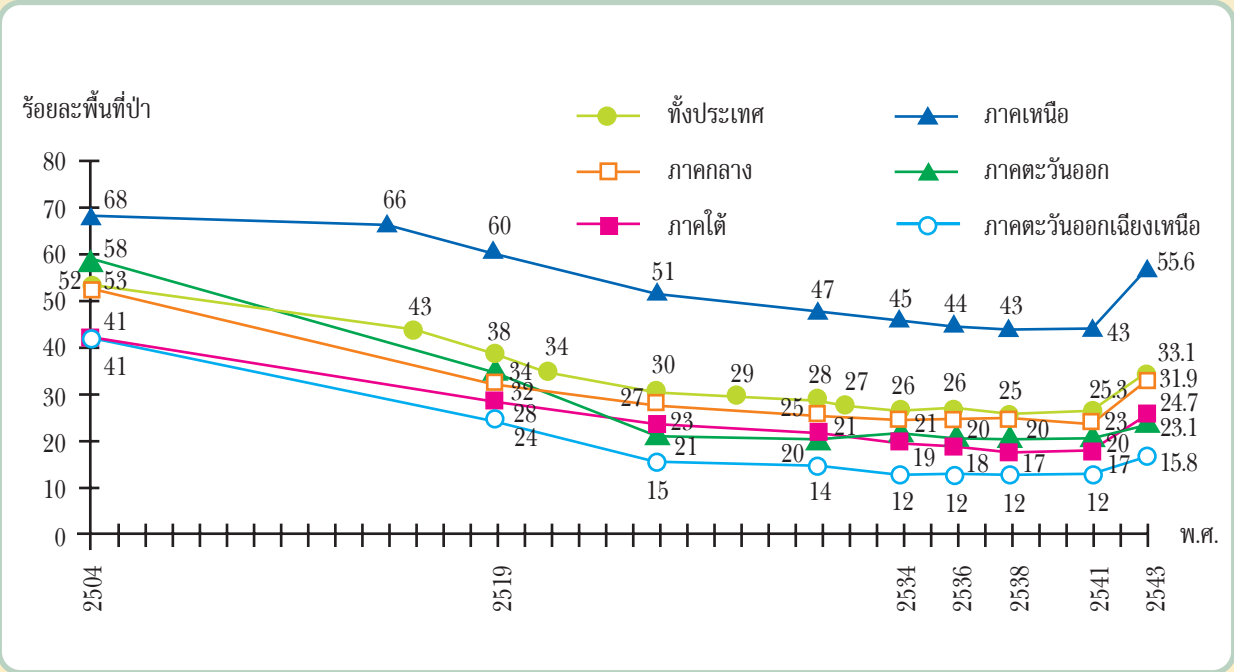
7.1 ทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ

7.1.1 ทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่า

ทรัพยากรป่าไม้ที่อุดมสมบูรณ์ของประเทศไทยลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจใน พ.ศ. 2504 พบว่า มีพื้นที่ป่าไม้จำนวน 171.0 ล้านไร่ ปกคลุมร้อยละ 53.3 ของพื้นที่ประเทศ แต่ได้ลดลงมาเป็นลำดับจนเหลือเพียงร้อยละ 25.3 หรือประมาณ 81.0 ล้านไร่ ใน พ.ศ. 2541 แต่ใน พ.ศ. 2543 พื้นที่ป่าไม้มีแนวโน้มดีขึ้นเป็น 107 ล้านไร่ หรือร้อยละ 33.1 ของพื้นที่ทั้งหมด (ภาพที่ 4.31) แต่ก็ยังต่ำกว่าเกณฑ์ความเหมาะสมของระบบนิเวศน์ที่กำหนดไว้ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 40 ของพื้นที่ สำหรับสาเหตุสำคัญที่พื้นที่ป่าไม้เพิ่มขึ้นเนื่องจาก นโยบายส่งเสริมการปลูกป่า การประกาศพื้นที่ป่าอนุรักษ์เพิ่มขึ้นและการปลูกป่าทดแทนเพิ่มขึ้น เช่น การมีโครงการปลูกป่าเฉลิมพระเกียรติ รวมทั้งกระแสการตื่นตัวในการอนุรักษ์ปกป้องป่าไม้

ส่วนสัตว์ป่าก็ลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว โดยมีสัตว์ป่าที่สูญพันธุ์ไปแล้วเป็นสัตว์เลี้ยงลูกด้วยน้ำนม 4 ชนิด และนก 9 ชนิด และสัตว์มีกระดูกสันหลังอีก 100 ชนิด ได้รับการขึ้นบัญชีว่าใกล้จะสูญพันธุ์

ภาพที่ 4.31 สัดส่วนของพื้นที่ป่าไม้ต่อพื้นที่ทั้งหมด พ.ศ. 2504 - พ.ศ. 2543



ที่มา: กรมป่าไม้ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

หมายเหตุ: ใน พ.ศ. 2543 มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดทำแผนที่พื้นที่ป่าไม้ใหม่โดยใช้ภาพถ่ายดาวเทียมมาตราส่วน 1 : 50,000 แทนมาตราส่วน 1 : 250,000 จึงอาจมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบกับข้อมูลช่วงที่ผ่านมา

7.1.2 ทรัพยากรดินและการใช้ที่ดินทางการเกษตร

ประเทศไทยมีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 320.69 ล้านไร่ มีการใช้ที่ดินเพื่อประโยชน์ทางการเกษตร ใน พ.ศ. 2518 112.2 ล้านไร่ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 131.3 ล้านไร่ ใน พ.ศ. 2542 หรือประมาณ ร้อยละ 41.0 ของพื้นที่ประเทศ ซึ่งการใช้ที่ดินเพื่อการเกษตรของไทยส่วนใหญ่จะเป็นที่นาปลูกข้าว ที่ปลูกพืชไร่ ที่ปลูกไม้ผลและไม้ยืนต้น และในจำนวนนี้มี**พื้นที่รกร้างว่างเปล่าที่ไม่ได้ทำประโยชน์ประมาณ 2.9 ล้านไร่**

หลัง พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา การใช้ประโยชน์จากที่ดินเพื่อการเกษตรมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในที่นาปลูกข้าวลดลงจาก 69.2 ล้านไร่ เป็น 65.2 ล้านไร่ ใน พ.ศ. 2544 และที่ปลูกพืชไร่ลดลงจาก 33.5 ล้านไร่ เป็น 28.2 ล้านไร่ ใน พ.ศ. 2544 ส่วนที่ปลูกไม้ผลและไม้ยืนต้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 20.2 ล้านไร่ เป็น 26.6 ล้านไร่ ใน พ.ศ. 2544 และที่อยู่อาศัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 3.5 ล้านไร่ เป็น 3.6 ล้านไร่ ใน พ.ศ. 2544

7.1.3 ทรัพยากรแร่ธาตุ

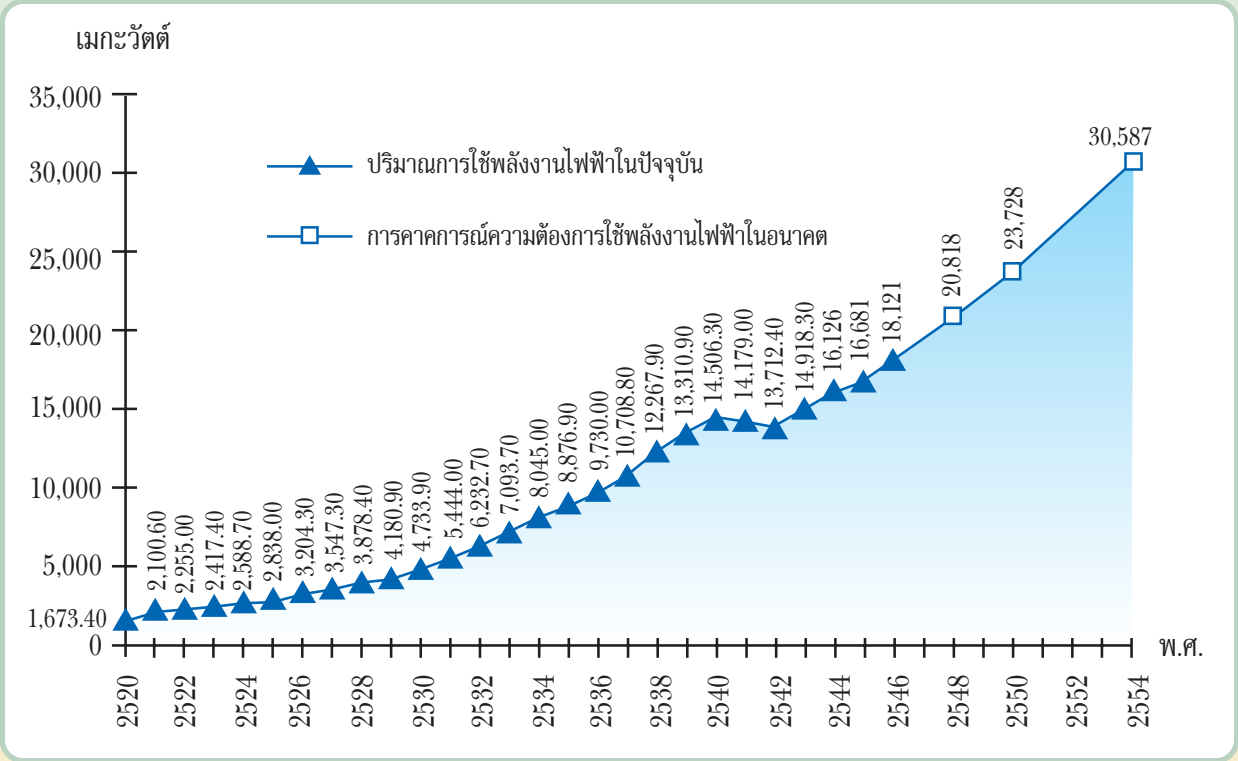
การผลิตแร่ธาตุยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อสนองความต้องการของประเทศ ซึ่งในปี 2546 มีแร่ที่มีปริมาณการผลิตสูงสุด ใน 5 อันดับแรก ได้แก่ ลิกไนต์ หินปูน ยิปซั่ม ทองคำ และบะซอลท์ อย่างไรก็ดีการให้สัมปทานนำแร่มาใช้ประโยชน์โดยไม่มีมาตรการป้องกันที่ดี อาจทำให้เกิดความเสียหายแก่ทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ ที่อยู่ในบริเวณเดียวกัน และกระทบต่อสุขภาพของผู้คนที่อยู่ในบริเวณนั้น ๆ ด้วย เช่น การระเบิดหินที่ก่อให้เกิดฝุ่นหินที่เป็นอันตรายต่อปอด และการปล่อยน้ำเสียที่มีสารตะกั่วสะสมของเหมืองแร่คลิตี้ในลำห้วยคลิตี้ ใน พ.ศ. 2542 ซึ่งกรมอนามัยได้ทำการตรวจสารตะกั่วในเลือดชาวบ้านคลิตี้และปริมาณตะกั่วสะสมในสิ่งแวดล้อม พบว่า ชาวบ้านหมู่บ้านคลิตี้มีปริมาณตะกั่วในเลือดสูงกว่าคนปกติทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก 0-6 ปี แต่ยังตรวจไม่พบอาการของโรคพิษตะกั่วอย่างชัดเจน สำหรับปริมาณตะกั่วในสิ่งแวดล้อม พบว่า น้ำในห้วยคลิตี้บางส่วนและสัตว์น้ำประเภทกุ้ง หอย ปู ปลา ในห้วยคลิตี้ทุกบริเวณมีสารตะกั่วปนเปื้อนอยู่ในปริมาณที่ไม่เหมาะสมต่อการบริโภคของประชาชน เป็นต้น

7.1.4 ทรัพยากรพลังงาน

การใช้พลังงานของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้น จึงต้องมีการผลิตพลังงานเพิ่มขึ้น ใน พ.ศ. 2546 เชื้อเพลิงสำหรับการผลิตพลังงานไฟฟ้าในประเทศไทย มีสัดส่วนการใช้ทรัพยากรพลังงานโดยใช้ก๊าซธรรมชาติร้อยละ 78.9 ถ่านหินและลิกไนต์ ร้อยละ 17.8 น้ำมันเตาร้อยละ 3.1 และน้ำมันดีเซล ร้อยละ 0.2 ซึ่งการใช้ลิกไนต์และน้ำมันเตาที่มีปริมาณเถ้ากำมะถันสูง ทำให้เกิดก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และฝุ่นแขวนลอย นอกจากนี้การใช้พลังงานในสาขาการคมนาคมและอุตสาหกรรมได้ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศเช่นกัน

หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกความต้องการใช้พลังงานไฟฟ้าได้ลดลงร้อยละ 2.2 และ 3.2 ใน พ.ศ. 2541 และ 2542 ตามลำดับ แต่กลับเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2544-2546 และคาดว่าในอนาคตความต้องการใช้พลังงานไฟฟ้าก็ยังคงเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.32) แม้จะมีความพยายามในการรณรงค์ประหยัดการใช้พลังงาน ก็คาดว่ายังมีความจำเป็นต้องนำแหล่งพลังงานอื่นเข้ามาทดแทน เช่น พลังงานแสงอาทิตย์ พลังงานลมและพลังงานนิวเคลียร์

ภาพที่ 4.32 ปริมาณการใช้พลังงานไฟฟ้าในปัจจุบันและความต้องการใช้พลังงานไฟฟ้าในอนาคต พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2554



ที่มา: กองการไฟฟ้า สำนักงานคณะกรรมการนโยบายพลังงานแห่งชาติ

7.1.5 ทรัพยากรประมง

เนื่องจากการขยายตัวทางอุตสาหกรรมประมง มีการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมในการจับสัตว์น้ำ รวมทั้งแหล่งน้ำธรรมชาติตื้นเขินและเสื่อมสภาพลงไปมาก ทำให้ชนิดและปริมาณสัตว์น้ำลดจำนวนลง มีการทำประมงในลักษณะเพาะเลี้ยงมากขึ้น ส่งผลต่อสภาพแวดล้อม เช่น กรณีการเลี้ยงกุ้งกุลาดำทั้งในบริเวณชายฝั่งทะเลและบริเวณน้ำจืด ส่งผลกระทบให้ทำลายป่าชายเลนและเกิดผลเสียหายต่อนาข้าว เป็นต้น

7.1.6 ความหลากหลายทางชีวภาพ

ความหลากหลายทางชีวภาพ ประกอบด้วย ระบบนิเวศน์ทางทะเล สัตว์และพันธุ์ไม้ ด้วยเหตุที่ประเทศไทยมีทรัพยากรชีวภาพรวมทั้งทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ อุดมสมบูรณ์มากจนเชื่อกันว่าจะใช้อย่างไรก็ไม่หมด จึงมีการใช้ทรัพยากรชีวภาพกันอย่างฟุ่มเฟือยจากการพัฒนาประเทศทุกด้านอย่างรวดเร็ว ทั้งการขยายพื้นที่เกษตรกรรม การขยายตัวของเมืองออกสู่ชนบท การก่อสร้างเขื่อนและฝายกั้นน้ำขนาดใหญ่ เป็นต้น ทั้งนี้ โดยปราศจากมาตรการการจัดการและคุ้มครองอย่างถูกต้องจริงจังมาโดยตลอด ปัจจุบันสภาพความหลากหลายทางชีวภาพได้ถูกบุกรุกทำลายจนระบบนิเวศน์บางแห่งเสื่อมโทรม

ในขณะเดียวกันก็มีความพยายามของต่างชาติในการนำเข้าพืช/สัตว์ ที่มีในธรรมชาติจากไทยไปศึกษาค้นคว้าวิจัยและอาจมีการจดสิทธิบัตรขึ้น ความพยายามดังกล่าวจะเกิดผลกระทบต่อผลประโยชน์ของประเทศไทยในระยะยาวจึงได้มีการออกกฎหมาย 3 ฉบับ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ไทยจะลงสัตยาบันในอนุสัญญาความหลากหลายทางชีวภาพ ได้แก่ **พ.ร.บ.คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 พ.ร.บ.คุ้มครองพันธุ์พืช พ.ศ. 2542 และร่าง พ.ร.บ.ป่าชุมชนซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณา**

7.2 ภาวะมลพิษ

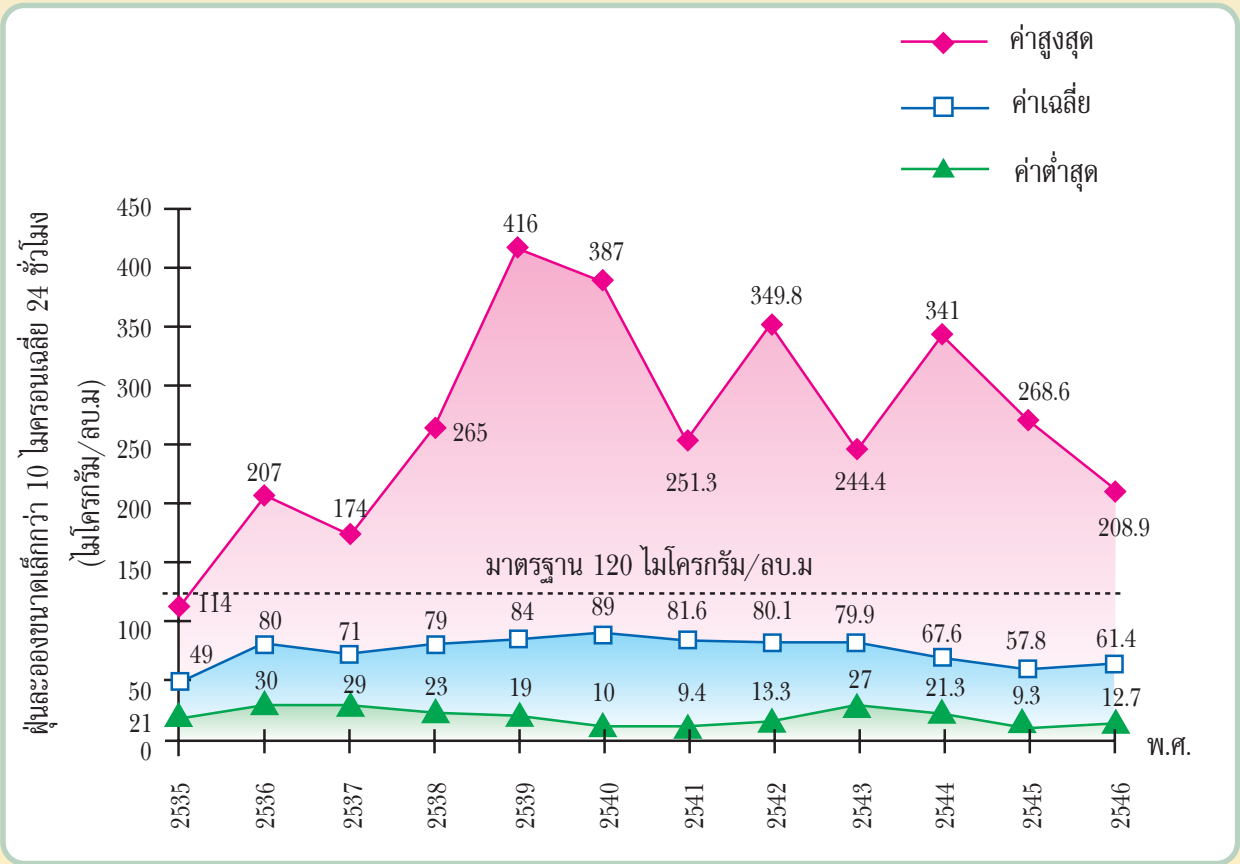
7.2.1 มลพิษทางอากาศ

(1) คุณภาพอากาศ

จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศในประเทศไทย ทั้งในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและพื้นที่ต่างจังหวัด พบว่า ฝุ่นละอองยังเป็นปัญหาสำคัญ สำหรับก๊าซคาร์บอนมอนออกไซด์และก๊าซโอโซนเกินมาตรฐานเป็นครั้งคราว ส่วนสารมลพิษอื่น ๆ เช่น ตะกั่วและก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ปัญหาหลักของมลภาวะในกรุงเทพมหานคร คือ ฝุ่นละอองทั้งในพื้นที่ทั่วไปและริมถนน ซึ่งจะมีปัญหารุนแรงกว่าเนื่องจากอยู่ใกล้แหล่งกำเนิดมลพิษ เช่น ยานพาหนะ กิจกรรมการก่อสร้าง สำหรับในปี 2546 ฝุ่นรวมเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร มีปริมาณลดลงตั้งแต่ปี 2540 อันเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจที่ส่งผลให้กิจกรรมด้านอุตสาหกรรมและการก่อสร้างต่าง ๆ ลดน้อยลง สำหรับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน เฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานครใน ปี 2535 - 2546 พบว่า เกินค่ามาตรฐานในทุกสถานีที่ตรวจ (ภาพที่ 4.33) ส่วนก๊าซคาร์บอนมอนออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์และสารตะกั่ว พบว่า ยังต่ำกว่าค่ามาตรฐาน

ภาพที่ 4.33 ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ส่วนในต่างจังหวัดใน พ.ศ. 2546 กรมควบคุมมลพิษได้ดำเนินการตรวจวัดคุณภาพอากาศทั้งหมด 31 สถานี รวม 15 จังหวัด ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ พบว่า ปัญหาหลักคือ ฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน มีค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงสูงสุดเกินค่ามาตรฐานเกือบทุกพื้นที่ (มาตรฐานฝุ่นขนาดเล็กค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง = 120 ไมโครกรัม/ลบ.ม.) โดยพบปริมาณสูงสุดที่จังหวัดสระบุรี วัดได้ค่าสูงสุดเท่ากับ 388.5 ส่วนก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ คาร์บอนมอนออกไซด์ ส่วนใหญ่ยังต่ำกว่าค่ามาตรฐาน

สำหรับมลพิษทางอากาศในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง ที่เป็นปัญหาหลัก ได้แก่ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์อันเกิดจากการเผาถ่านหินลิกไนต์ เพื่อใช้ในการผลิตกระแสไฟฟ้า ซึ่งพบว่าระดับก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์เฉลี่ย 1 ชั่วโมง ตั้งแต่ พ.ศ. 2539-2541 พบมีจำนวนครั้งที่เกินค่ามาตรฐานมีแนวโน้มลดลง จาก 51 ครั้ง เหลือ 16 ครั้ง และนับตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - 2546 ไม่พบจำนวนครั้งที่เกินมาตรฐานเนื่องจากสามารถควบคุมแหล่งกำเนิดมลพิษได้ แต่กลับพบว่า ปัญหาหลักคือฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน โดยพบปริมาณสูงสุดเท่ากับ 154.7 ไมโครกรัม/ลบ.ม. ใน พ.ศ. 2546

(2) ฝนกรด

การตกสะสมของกรดเกิดจากกรดซัลฟูริคและกรดไนตริคในบรรยากาศรวมตัวกับเมฆและกลายเป็นฝนตกลงสู่พื้นดินเป็น “ฝนกรด” เป็นปัญหามลพิษทางอากาศข้ามแดน (Transboundary Air Pollution) ซึ่งไทยอาจได้รับผลกระทบจากการตกสะสมของกรดที่มีแหล่งกำเนิดจากภายในประเทศและแพร่กระจายมาจากต่างประเทศได้ โดยเฉพาะจากประเทศอุตสาหกรรมในภูมิภาคเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีและจีน ซึ่งจากการติดตามตรวจสอบการตกสะสมของกรด โดยวัดจากระดับความเป็นกรด-ด่างของน้ำฝน (pH) ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 - 2545 ในพื้นที่ศึกษาพบว่า กรุงเทพมหานครและกาญจนบุรี มีแนวโน้มของค่าความเป็นกรด-ด่าง เฉลี่ยของน้ำฝนที่มีความเป็นกรดมากขึ้น (ตารางที่ 4.34) อันจะส่งผลกระทบต่อแหล่งน้ำและดิน ทำให้มีความเป็นกรดมากขึ้น เกิดความเสียหายต่อพืช สัตว์และสุขภาพของประชาชนในด้านของระบบทางเดินหายใจเป็นหลัก แต่ผลกระทบจะมากหรือน้อยขึ้นกับปฏิกิริยาและความไวในการรับก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ของแต่ละบุคคล เช่น คนเป็นโรคหอบ หืด จะได้รับผลกระทบจากก๊าซนี้ในระดับที่สูงกว่าผู้ที่มีสุขภาพปกติ[7]

ตารางที่ 4.34 ระดับความเป็นกรด-ด่าง (pH) เฉลี่ยของน้ำฝน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545

พื้นที่ศึกษา	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545
กรุงเทพมหานคร	6.4	5.6	5.2	5.2	5.0	5.0	5.1
ปทุมธานี	*	*	*	4.8	5.3	5.1	5.33
กาญจนบุรี	*	6.0	5.8	5.6	5.6	5.8	5.64
สมุทรปราการ	*	*	*	*	4.8	*	**
เชียงใหม่	*	*	*	*	*	5.7	5.72

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

หมายเหตุ: * ไม่มีการตรวจวัด

** มีการตรวจวัดแต่ข้อมูลที่ได้รับไม่สมบูรณ์

---

[7] สารกรดในบรรยากาศ มลพิษที่ไร้พรมแดน, กรมควบคุมมลพิษ

7.2.2 มลพิษทางน้ำ

ปัจจุบันคุณภาพของแม่น้ำสายต่างๆ ของประเทศมีแนวโน้มที่จะเสื่อมโทรมลง แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ยกเว้นแม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่างและแม่น้ำท่าจีนตอนล่างในภาคกลางที่คุณภาพน้ำเสื่อมโทรมมาก สามารถใช้ประโยชน์ได้เพียงเพื่อการคมนาคมเท่านั้น

จากรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพแม่น้ำ 49 สายและ 4 แหล่งน้ำนิ่ง ได้แก่ กว้านพะเยา บึงบอระเพ็ด หนองหาน และลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา ใน พ.ศ. 2535 - 2546 พบว่า คุณภาพแม่น้ำทั่วไปในภาพรวมทั้งประเทศอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น คือ คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.25 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 36.67 ใน พ.ศ. 2545 และกลับลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 32.0 ใน พ.ศ. 2546 และคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์พอใช้เพิ่มจากร้อยละ 18.75 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 31.00 ใน พ.ศ. 2546 ซึ่งน้ำดังกล่าวใช้เพื่อการอุปโภคบริโภคได้ แต่ต้องผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำตามปกติและเป็นพิเศษในบางแห่ง และผ่านการฆ่าเชื้อโรคก่อนเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ (ตารางที่ 4.35)

สำหรับคุณภาพแม่น้ำเจ้าพระยาใน พ.ศ. 2535 - 2546 พบว่า คุณภาพน้ำเจ้าพระยาอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นซึ่งคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ดีและพอใช้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.68 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 57.0 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.35) ซึ่งปัญหาที่พบคือ แบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มและฟิคัลโคลิฟอร์มเกินมาตรฐาน ปริมาณความสกปรกในรูปของสารอินทรีย์เกินมาตรฐานและปริมาณออกซิเจนละลายในน้ำที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

ตารางที่ 4.35 ร้อยละของคุณภาพน้ำในแม่น้ำทั่วไปและแม่น้ำเจ้าพระยา พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546

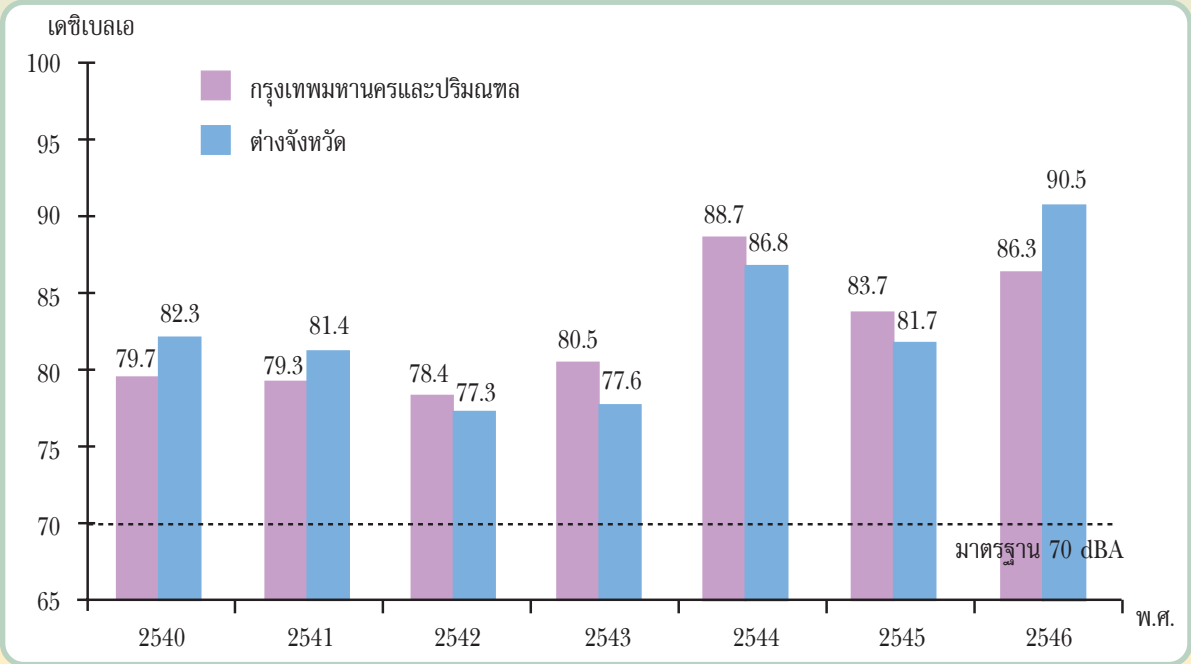
พ.ศ.	คุณภาพน้ำแม่น้ำทั่วไป				คุณภาพน้ำแม่น้ำเจ้าพระยา			
	ดี	พอใช้	เสื่อมโทรม	เสื่อมโทรมมาก	ดี	พอใช้	เสื่อมโทรม	เสื่อมโทรมมาก
2535	6.25	18.75	75.00	0.00	0.00	5.88	17.65	76.47
2536	8.33	19.44	61.11	11.11	0.00	12.50	50.00	37.50
2537	4.35	32.61	60.87	2.17	3.65	8.03	33.58	54.74
2538	10.87	21.74	56.52	10.87	4.17	15.28	36.11	44.44
2539	9.43	30.19	56.60	3.77	0.00	15.28	31.94	52.78
2540	20.75	35.85	37.74	5.66	3.70	16.67	31.48	48.15
2541	30.19	49.06	15.09	5.66	19.44	26.39	27.78	26.39
2542	20.75	35.85	39.62	3.77	12.04	24.07	34.26	29.63
2543	27.78	38.89	27.78	5.56	15.63	31.25	31.25	21.88
2544	18.52	40.74	33.33	7.41	31.94	22.22	26.39	19.44
2545	36.67	20.00	40.00	3.33	8.33	31.94	27.78	31.94
2546	32.0	31.00	31.0	6.0	25.0	32.0	13.0	30.0

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

7.2.3 มลพิษทางเสียง

ปัจจุบันมลพิษทางเสียงที่ก่อให้เกิดปัญหามากที่สุด ได้แก่ เสียงจากการจราจรยานพาหนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหามลพิษทางเสียง บริเวณริมถนนสายหลักในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและเมืองใหญ่ในพื้นที่ต่างจังหวัดที่มีการจราจรหนาแน่น ซึ่งจากการตรวจวัดระดับเสียงของกรมควบคุมมลพิษ ใน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546 ที่สถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศและเสียง จำนวน 32 สถานีใน 15 จังหวัด พบว่า ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq)[8] 24 ชั่วโมง สูงสุดเกินมาตรฐานเกือบทุกสถานี (ภาพที่ 4.34)

ภาพที่ 4.34 ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมงสูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพฯ ปริมณฑลและเมืองใหญ่ในพื้นที่ต่างจังหวัด พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

7.2.4 มลพิษจากสารอันตราย

มีการนำเข้าสารอันตรายเพื่อใช้ในกิจการอุตสาหกรรมและการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ โดยหากคิดเป็นสัดส่วนการนำเข้าของเคมีวัตถุตั้งแต่ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2546 พบว่า เป็นการนำเข้าเพื่อการอุตสาหกรรมและการเกษตรโดยเฉลี่ยร้อยละ 60.3 และ 38.5 ตามลำดับ และมีการนำเข้าเพื่อการอุปโภคบริโภคเพียงร้อยละ 1.2 สำหรับใน พ.ศ. 2546 มีปริมาณการนำเข้าสารเคมีเพื่อใช้ในอุตสาหกรรมและการเกษตร 6.7 และ 4.7 ล้านตัน ตามลำดับ (ตารางที่ 4.36) สารเหล่านี้มีโอกาสแพร่กระจายจากแหล่งกำเนิดออกสู่สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดมลพิษ ซึ่งกรมวิชาการเกษตรได้เก็บตัวอย่างน้ำใต้ดิน จำนวน 54 ตัวอย่าง ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 จังหวัด ใน พ.ศ. 2544 เพื่อตรวจหาการตกค้างของสารป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ประเภทแมลง พบการตกค้างของสารกำจัดแมลง จำนวน 8 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.8 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด

นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2546 มีอุบัติภัยด้านสารเคมีถึง 28 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 35 ราย แต่ไม่มีผู้เสียชีวิต มีความเสียหายรวมทั้งสิ้น 150 ล้านบาท

มีข้อน่าสังเกตว่า หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจช่วงแรกการนำเข้าเคมีวัตถุมีแนวโน้มลดลง แต่หลังจากนั้นกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก (ตารางที่ 4.36)

---

[8] ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมง เป็นค่าเฉลี่ยของพลังงานเสียงต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมง

ตารางที่ 4.36 ปริมาณการนำเข้าของเคมีวัตถุ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2546

เคมีวัตถุ	ปริมาณการนำเข้า (ตัน)										
	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
1. เพื่ออุตสาหกรรม	**NA**	**4,874,115**	**5,020,611**	**5,164,181**	**4,822,042**	**4,602,197**	**5,006,919**	**6,031,927**	**5,547,467**	**6,356,872**	**6,785,320**
❑ เคมีภัณฑ์อนินทรีย์	NA	839,228	966,346	961,009	1,050,327	836,241	1,080,753	1,777,212	1,200,203	1,331,981	1,527,059
❑ เคมีภัณฑ์อินทรีย์	NA	2,152,448	2,391,862	2,442,034	2,159,141	2,275,283	2,280,271	2,362,797	2,313,657	2,640,466	2,866,077
❑ วัตถุแต่งสี	86,813	111,468	99,302	100,270	100,151	68,971	87,427	107,855	104,806	125,674	137,679
❑ สีทาและวานิช	21,265	47,112	29,628	29,716	37,624	21,051	24,866	32,018	133,258	37,672	87,632
❑ สิ่งปรุงแต่งกัน เครื่องยนต์น๊อค	38,217	42,843	49,016	48,345	44,878	33,058	36,785	34,066	35,157	35,984	38,608
❑ เม็ดพลาสติก	515,378	692,895	656,835	718,958	622,876	571,376	712,857	787,681	744,459	875,167	947,317
❑ แผ่นฟิล์ม ฟอยล์และ แถบทำด้วยพลาสติก	45,406	54,564	58,399	58,755	64,307	51,666	91,401	82,987	80,682	91,422	104,951
❑ เคมีภัณฑ์อื่น ๆ	NA	933,557	769,223	805,094	742,738	744,551	692,559	847,311	935,245	1,218,506	1,075,997
2. เพื่อการเกษตร	**3,291,022**	**3,047,576**	**3,188,235**	**3,482,195**	**3,033,190**	**2,905,710**	**3,610,583**	**3,378,739**	**3,510,837**	**3,736,767**	**4,787,320**
❑ ยากำจัดศัตรูพืช	25,140	29,718	32,248	42,198	42,240	32,197	48,995	50,272	54,428	67,414	69,732
❑ ปุ๋ย	3,265,882	3,017,858	3,155,987	3,439,997	2,990,950	2,873,513	3,561,588	3,328,467	3,456,409	3,669,353	4,717,588
3. เพื่ออุปโภค บริโภค	**66,873**	**90,562**	**84,515**	**81,296**	**95,225**	**68,475**	**89,595**	**116,333**	**139,078**	**132,490**	**159,910**
❑ ยารักษาโรค	6,109	7,886	9,732	10,072	10,592	6,929	10,574	13,726	13,240	19,239	19,958
❑ วิตามิน & ฮอร์โมน	2,961	3,282	3,752	3,257	3,763	2,938	3,844	5,223	5,397	5,590	5,783
❑ ผลิตภัณฑ์เวชกรรม และเภสัชกรรมอื่นๆ	5,394	15,747	4,734	5,205	5,018	3,253	4,235	6,557	18,043	6,069	6,517
❑ สบู่และผงซักฟอก	40,440	48,934	54,308	51,116	55,700	43,010	55,563	67,381	80,376	75,163	94,774
❑ เครื่องสำอาง	11,969	14,713	11,989	11,646	20,152	12,345	15,379	23,446	22,022	26,429	32,878
รวมเคมีวัตถุที่นำเข้า	**NA**	**8,012,253**	**8,293,361**	**8,727,672**	**7,950,457**	**7,576,382**	**8,707,097**	**9,526,999**	**9,197,382**	**10,226,129**	**11,732,550**
อัตราเพิ่มขึ้นจากปีก่อน (ร้อยละ)	NA	NA	+3.5	+5.2	- 8.9	- 4.7	+14.9	+9.4	-3.4	+11.2	+14.8

ที่มา: กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์

หมายเหตุ: NA = Not Available คือ ไม่สามารถหาข้อมูลได้

พ.ศ. 2544 มีการปรับปรุงข้อมูลตามรายงานล่าสุดของกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์

7.2.5 มลพิษจากของเสียอันตราย

ปริมาณการเกิดของเสียอันตรายของไทยได้เพิ่มสูงขึ้นจาก 0.9 ล้านตัน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 1.8 ล้านตัน ใน พ.ศ. 2546 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นของเสียอันตรายที่เกิดจากอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ประมาณ 1.4 ล้านตัน หรือร้อยละ 77.8 ของของเสียทั้งหมดและจากชุมชน 0.4 ล้านตัน หรือร้อยละ 22.2 โดยที่กากของเสียจากอุตสาหกรรมนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ความสามารถในการกำจัดของเสียได้เพียงร้อยละ 16 ของกากของเสียทั้งหมด

ใน พ.ศ. 2545 มีปริมาณของเสียอันตรายที่เกิดจากอุตสาหกรรมที่ส่งไปกำจัดยังโรงงานกำจัดของเสียในประเทศ 0.22 ล้านตัน และส่งไปกำจัดของเสียในต่างประเทศ 330 ตัน ซึ่งของเสียอันตรายอีกจำนวนมากก็ยังคงเก็บไว้ในโรงงานหรือลักลอบทิ้งสู่สิ่งแวดล้อมอย่างผิดกฎหมาย

7.3 สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

7.3.1 สุขาภิบาลที่อยู่อาศัย

ชุมชนแออัดในประเทศไทยนับวันมีแต่เพิ่มขึ้นจาก 1,587 ชุมชน ใน พ.ศ. 2537 เป็น 1,802 ชุมชน ใน พ.ศ. 2540 และ 2,265 ชุมชน ใน พ.ศ. 2543 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.5 และ 25.7 ตามลำดับ โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2543 มีชุมชนแออัดทั้งสิ้น 442,525 ครัวเรือน ในจำนวนนี้อยู่ในกรุงเทพมหานครร้อยละ 53.9 (1,220 ชุมชน) ในเขตปริมณฑลร้อยละ 20 (452 ชุมชน) ในภูมิภาคร้อยละ 26.1 (593 ชุมชน) โดยพบว่า จำนวนชุมชนแออัดเพิ่มขึ้นในทุกภาค โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 44.7 สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มลดลง (กองข้อมูลที่อยู่อาศัย การเคหะแห่งชาติ)

สำหรับที่อยู่อาศัยในชนบทจากข้อมูลสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ใน พ.ศ. 2547 พบว่า ครัวเรือนในชนบทมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมากขึ้น กล่าวคือ มีบ้านคงทนถาวรเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 90.6 ใน พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 97.9 ใน พ.ศ. 2544 และกลับลดลงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 96.6 ใน พ.ศ. 2547 ครัวเรือนสนใจการจัดบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.4 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 89.3 ใน พ.ศ. 2544 และกลับเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 93.5 ใน พ.ศ. 2547

7.3.2 อาหารและน้ำ

(1) ความปลอดภัยของอาหาร

ปัจจุบันวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชาชนได้เปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารที่บ้านไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูปและอาหารพร้อมรับประทาน การปรุงประกอบอาหารที่รวดเร็วในปริมาณมาก จึงมักพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และความไม่เหมาะสมของการใช้วัสดุหรือภาชนะอุปกรณ์ทำให้มีการปนเปื้อนเชื้อโรคในอาหาร ซึ่งจากการศึกษาสภาวะการณ์ในสถานประกอบการด้านอาหารทั่วประเทศใน พ.ศ. 2545 พบว่า ร้านอาหาร ตลาดสด โรงอาหารในโรงเรียน และโรงครัวในโรงพยาบาลที่มีการปรับปรุงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีเพียงร้อยละ 27.1 (14,999 แห่ง จาก 55,311 แห่ง), 16.9 (2,344 แห่ง จาก 13,844 แห่ง), 16.0 (3,170 แห่ง จาก 19,844 แห่ง) และ 55.8 (382 แห่ง จาก 684 แห่ง) ตามลำดับ และจากการตรวจวิเคราะห์อาหารพร้อมปรุงที่วางจำหน่ายในท้องตลาดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ใน พ.ศ. 2544 จำนวน 235 ตัวอย่าง พบว่า คุณภาพอาหารพร้อมปรุงไม่ถูกสุขลักษณะถึงร้อยละ 40.4 (95 ตัวอย่างจาก 235 ตัวอย่าง) เนื่องจากเกิดการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในอาหาร นอกจากนี้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้เฝ้าระวังสถานประกอบการ คือ โรงแรมและห้องอาหารขนาดใหญ่ จำนวน 56 แห่ง โดยตรวจวิเคราะห์อาหาร ภาชนะและมือผู้สัมผัสอาหาร รวม 225 ตัวอย่าง พบสุขลักษณะของการผลิตอาหารไม่ได้มาตรฐานถึงร้อยละ 63.1 (142 ตัวอย่าง จาก 225 ตัวอย่าง) และเกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคอาหารเป็นพิษร้อยละ 4.9 (11 ตัวอย่าง จาก 225 ตัวอย่าง) ทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงกับการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและไม่ได้มาตรฐาน

(2) ความปลอดภัยของน้ำ

จากการสำรวจสถานการณ์น้ำบริโภคของคนไทย พ.ศ. 2529 - 2538 พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ดื่มน้ำฝน รองลงมาเป็นน้ำบาดาลและน้ำประปา และใน พ.ศ. 2544 ก็ยังพบเช่นเดียวกัน แต่คนในเมืองนิยมดื่มน้ำบรรจุขวด น้ำฝนและน้ำประปาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ขณะที่คนในชนบทนิยมดื่มน้ำฝน น้ำบาดาลและน้ำประปา (ตารางที่ 4.37)

ตารางที่ 4.37 ร้อยละของประเภทน้ำบริโภคของคนไทย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2544

แหล่งน้ำดื่ม*	พ.ศ. 2529	พ.ศ. 2538			พ.ศ. 2543			พ.ศ. 2544		
	ทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ
จำนวนครัวเรือนที่สำรวจ(ครัวเรือน)	3,181	809	3,260	4,069	5,291,871	10,645,933	15,937,804	27,183	143,904	171,087
น้ำดื่มบรรจุขวด	NA	23.4	8.2	11.2	40.6	9.2	19.5	35.5	9.7	13.7
น้ำประปา	15.8	27.6	9.4	13.0	36.4	16.8	23.2	26.1	16.1	17.7
น้ำฝน	39.2	42.2	52.2	50.2	16.1	51.0	39.6	27.5	51.3	47.6
น้ำบาดาล / น้ำบ่อส่วนตัว น้ำบาดาล / น้ำบ่อสาธารณะ }	26.2	27.0	52.5	47.4	6.7	21.9	16.9	9.7	21.8	19.9
แหล่งน้ำตามธรรมชาติ	19.0	0.9	2.7	2.3	0.2	1.1	0.8	0.2	0.6	0.5

ที่มา: 1. พ.ศ. 2529 และ พ.ศ. 2538 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 และ 4 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. พ.ศ. 2543 ได้จากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3. พ.ศ. 2544 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ. 2544, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สำหรับคุณภาพของน้ำบริโภคในประเทศไทย จากการสุ่มตัวอย่างของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546 พบว่า น้ำประปา ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐาน ยกเว้น น้ำประปานครหลวง ซึ่งกว่าร้อยละ 70 ได้มาตรฐานและใน พ.ศ. 2544 มีโครงการรณรงค์ประปาดื่มได้ในเขตชนบทและเขตเมือง ทำให้คุณภาพน้ำประปามีแนวโน้มดีขึ้น แต่ใน พ.ศ. 2545 - 2546 คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านกลับแย่ลงอีก ส่วนน้ำฝน น้ำบาดาลและน้ำบ่อตื้น พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพไม่ได้มาตรฐานเช่นกัน ซึ่งสาเหตุที่ไม่ได้มาตรฐานเนื่องจากมีบัคเตรี ปนเปื้อนเกินมาตรฐาน มีการปนเปื้อนด้วยสารเคมี ได้แก่ แคดเมียม เหล็ก ตะกั่ว แมงกานีสและมีปัญหาทางกายภาพไม่เหมาะสมคือ ความขุ่นและสีเกินมาตรฐาน (ตารางที่ 4.38)

ส่วนคุณภาพน้ำขวดที่ผลิตจำหน่าย จากการสุ่มตรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใน พ.ศ. 2538 - 2546 ก็พบว่า ได้มาตรฐานเฉลี่ยร้อยละ 71.0 ทั้งนี้ ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะมีเครื่องหมายหรือไม่มีเครื่องหมาย อย. และพบด้วยว่าน้ำแข็งหลอดได้มาตรฐานเฉลี่ยเพียงร้อยละ 57.0 (ตารางที่ 4.38)

ตารางที่ 4.38 คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546

ประเภทน้ำบริโภค	พ.ศ. 2538		พ.ศ. 2539		พ.ศ. 2540		พ.ศ. 2541		พ.ศ. 2542		พ.ศ. 2543		พ.ศ. 2544		พ.ศ. 2545		พ.ศ. 2546	
	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน
ประปานครหลวง	45	38 (84.4)	27	NA	75	56 (74.7)	118	81 (68.6)	81	70 (86.4)	-	-	-	-	-	-	-	-
ประปาส่วนภูมิภาค	129	95 (73.6)	547	276 (50.4)	1,470	713 (48.5)	1,568	1,397 (89.1)	532	294 (55.3)					120	92 (76.7)	131	74 (56.5)
ประปาเทศบาล	8	3 (37.5)	68	10 (14.7)	68	-	51	18 (35.3)	161	89 (55.3)	900	442 (49.1)	570	504 (88.4)	203	171 (84.2)		
ประปาสุขาภิบาล	43	22 (51.2)	327	90 (27.5)	496	232 (46.8)	370	164 (44.3)	51	18 (35.3)					-	-	-	-
ประปาหมู่บ้าน	209	102 (48.8)	1,683	399 (23.7)	465	108 (23.2)	3,925	1,103 (28.1)	5,041	2,039 (40.4)	4,246	1,507 (35.5)	2,673	2,297 (85.9)	1,318	760 (57.7)	633	165 (31.0)
น้ำบ่อตื้น	NA	NA	365	37 (10.1)	222	28 (12.6)	191	78 (40.8)	125	54 (43.2)	26	7 (26.9)	-	-	-	-	-	-
น้ำบ่อบาดาล	65	27 (41.5)	438	377 (86.1)	355	15 (4.2)	258	62 (24.0)	277	112 (40.4)	280	102 (36.4)	-	-	174	50 (28.7)	-	-
น้ำฝน	65	23 (35.4)	495	98 (19.8)	121	6 (5.0)	298	104 (34.9)	90	27 (30.0)	69	19 (27.5)	-	-	-	-	-	-
น้ำดื่มบรรจุขวด	1,462	968 (66.2)	407	286 (70.3)	3,225	2,837 (88.0)	4,496	3,167 (70.4)	3,766	2,329 (61.8)	1.033	788 (76.3)	3,551	2,383 (67.1)	2,996	2,121 (70.8)	2,743	1,925 (70.2)
น้ำแข็งหลอด	32	9 (28.1)	42	30 (71.4)	187	170 (90.9)	401	203 (50.6)	335	174 (51.9)	285	138 (48.4)	299	156 (52.2)	273	170 (62.3)	250	150 (60.0)

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ: ตัวเลขใน ( ) หมายถึง ร้อยละ

7.3.3 มูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

ใน พ.ศ. 2546 มีปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นจากชุมชนทั่วประเทศ 14.33 ล้านตัน เป็นมูลฝอยที่เกิดขึ้นในเขตกรุงเทพมหานคร 3.41 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 23.8) ในเขตเทศบาล 4.42 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 30.8) และนอกเขตเทศบาล / สุขาภิบาล 6.5 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 45.4) และเมื่อเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546 พบว่า ปริมาณมูลฝอยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณร้อยละ 2.4 ต่อปี โดยมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เพิ่มในเขตกรุงเทพมหานครและเทศบาลทั่วประเทศ แต่ตั้งแต่ พ.ศ.2544 เป็นต้นมา ปริมาณมูลฝอยนอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าเทศบาลเล็กน้อย (ตารางที่ 4.39) สำหรับความสามารถในการกำจัดขยะมูลฝอยยังมีจำกัด กล่าวคือ กรุงเทพมหานครมีความสามารถในการจัดเก็บขยะได้เกือบทั้งหมด ขณะที่พื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจัดเก็บขยะได้เพียงครึ่งเดียว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในส่วนภูมิภาค เนื่องจากถูกรบกวนด้วยกลิ่นเหม็นของขยะและปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมา

ตารางที่ 4.39 ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546

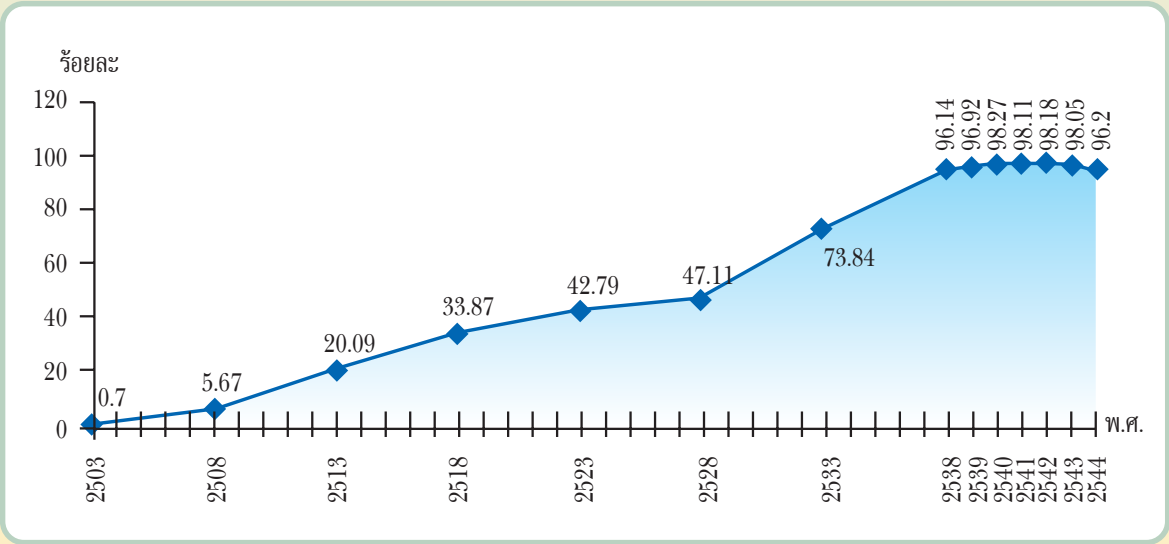
พื้นที่ / พ.ศ.	ก.ท.ม.		เขตเทศบาลรวมเมืองพัทยา		เขตสุขาภิบาล		นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล		รวม	
	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ
2535	2.19	-	1.16	-	1.62	-	5.81	-	10.78	-
2536	2.57	+ 17.3	1.25	+ 7.7	1.51	- 6.8	5.85	+ 0.7	11.18	+ 3.7
2537	2.56	- 0.4	2.05	+ 64.0	1.53	+ 1.3	5.91	+ 1.0	12.05	+ 7.8
2538	2.63	+ 2.7	2.30	+ 12.2	1.69	+ 10.5	5.96	+ 0.8	12.58	+ 4.4
2839	2.95	+ 12.2	2.43	+ 5.6	1.78	+ 5.3	5.97	+ 0.2	13.13	+ 4.4
2540	3.26	+ 10.5	3.0	+ 23.4	1.75	- 1.7	5.5	- 7.9	13.51	+ 2.9
2541	3.10	- 4.9	2.71	- 9.7	1.74	- 0.6	6.04	+ 9.8	13.59	+ 0.6
2542	3.28	+ 5.8	4.50	+ 66.0	-	-	6.04	-	13.82	+ 1.7
2543	3.33	+ 1.5	4.3	- 4.44	-	-	6.3	+ 4.3	13.93	+ 0.8
2544	3.40	+ 2.1	4.34	+ 0.9	-	-	6.36	+ 1.0	14.10	+ 1.2
2545	3.51	+ 3.2	4.37	+ 0.7	-	-	6.43	+ 1.1	14.31	+ 1.5
2546	3.41	- 2.8	4.42	+ 1.1	-	-	6.50	+ 1.1	14.33	+ 0.1

ที่มา: สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2542 สุขาภิบาลได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลทั้งหมด ดังนั้น ตัวเลขจึงไปรวมอยู่ที่เทศบาล

ส่วนสิ่งปฏิกูลตามบ้านเรือนในเขตเมือง จะพบปัญหาการขนถ่ายและปล่อยทิ้งอย่างไม่ถูกสุขลักษณะ สำหรับเขตชนบทใน พ.ศ. 2543 ครัวเรือนมีส้วมถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.05 และกลับลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 96.2 ใน พ.ศ. 2544 ดังภาพที่ 4.35 แต่จังหวัดที่มีส้วมครอบคลุม 100% ของหลังคาเรือน มีเพียงร้อยละ 61.3 (46 จังหวัด จาก 75 จังหวัด) (กรมอนามัย, 2542) แต่พฤติกรรมการใช้ส้วมของประชาชนไทยใน พ.ศ. 2544 พบว่า ถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเมื่ออยู่บ้านเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 97.9 แต่เมื่อออกไปทำงานในสวนหรือทำนามีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเป็นประจำเพียง ร้อยละ 38.0 (ตารางที่ 4.40)

ภาพที่ 4.35 อัตราการมีส้วมถูกสุขลักษณะ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2544



ที่มา: - พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2543 ได้จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2544 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ. 2544 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ตารางที่ 4.40 พฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมของประชาชนในประเทศไทย พ.ศ. 2544

พฤติกรรม	จำนวน	จำนวน (ร้อยละ) ของการปฏิบัติ		
	กลุ่มตัวอย่าง	เป็นประจำ	เป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. การถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ เมื่ออยู่ที่บ้าน	14,162	13,845 (97.9)	156 (1.1)	147 (1.0)
2. การถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ เมื่อออกไปทำงานในสวน ในไร่ หรือไปทำนา	14,055	5,345 (38.0)	3,216 (22.9)	5,489 (39.1)

ที่มา: รายงานการประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544, กรมควบคุมโรค

การเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพดังนี้

(1) ภาวะมลพิษที่เพิ่มขึ้นทำให้ประชาชนเป็นโรคที่เกิดจากมลพิษจากสิ่งแวดล้อมมากขึ้น อันได้แก่ โรคภูมิแพ้ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง รวมทั้งการได้รับสารอันตราย ก๊าซพิษที่แพร่ในอากาศซึ่งกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ดังนี้

(1.1) มลพิษทางอากาศโดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน(PM_{10}) มีผลกระทบให้ประชาชนเป็นโรคระบบทางเดินหายใจและโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ในประเทศไทย จากรายงานการติดตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมปี 2002 (ธนาคารโลก 2002) พบว่า ระดับของฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM_{10}) มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับจำนวนผู้ป่วยนอกของกรุงเทพมหานครที่มีอาการโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2534-2546 ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจประมาณร้อยละ 38-50 โดยผู้ป่วยในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล และผู้ป่วยในกรุงเทพฯ ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจสูงสุด เนื่องจากมีปัญหาด้านมลพิษทางอากาศมากที่สุด

นอกจากนี้ จากงานวิจัยของ Pope, C. Arden และคณะ (2545) พบว่าการเผชิญกับฝุ่นละอองขนาดเล็กเป็นระยะเวลานานมีความเสี่ยงเป็นอันตรายถึงชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับหัวใจและปอด และมะเร็งปอด โดยฝุ่นละอองขนาดเล็กที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จะมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตจากโรคเกี่ยวกับหัวใจและปอดและมะเร็งปอด ประมาณร้อยละ 6 และร้อยละ 8 ตามลำดับ[9]

(1.2) ค่าใช้จ่ายสุขภาพอันเนื่องมาจากมลพิษทางอากาศสูงมาก โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร

ธนาคารโลก (2545) ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพอันเนื่องจากมลพิษทางอากาศจากการสูดดมฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน ใน 6 เมืองใหญ่ของไทยได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา และสงขลา นี้ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 2,330 คน และป่วยเป็นโรคหลอดลมอักเสบปีละ 9,626 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 643.9 ล้านเหรียญสหรัฐหรือ 28,009.6 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1 - 1.6 ของ GDP พ.ศ. 2539 - 2542 และหากคิดเป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวประชากรเท่ากับ 2,000 บาทต่อคนต่อปี โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในกรุงเทพฯ เมืองเดียวมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 65.0 ของค่าใช้จ่ายทั้ง 6 เมืองใหญ่ (ตารางที่ 4.41)

ตารางที่ 4.41 ประมาณการผลกระทบและค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เกิดขึ้นจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{10}) ใน 6 เมืองใหญ่ประเทศไทย พ.ศ. 2543

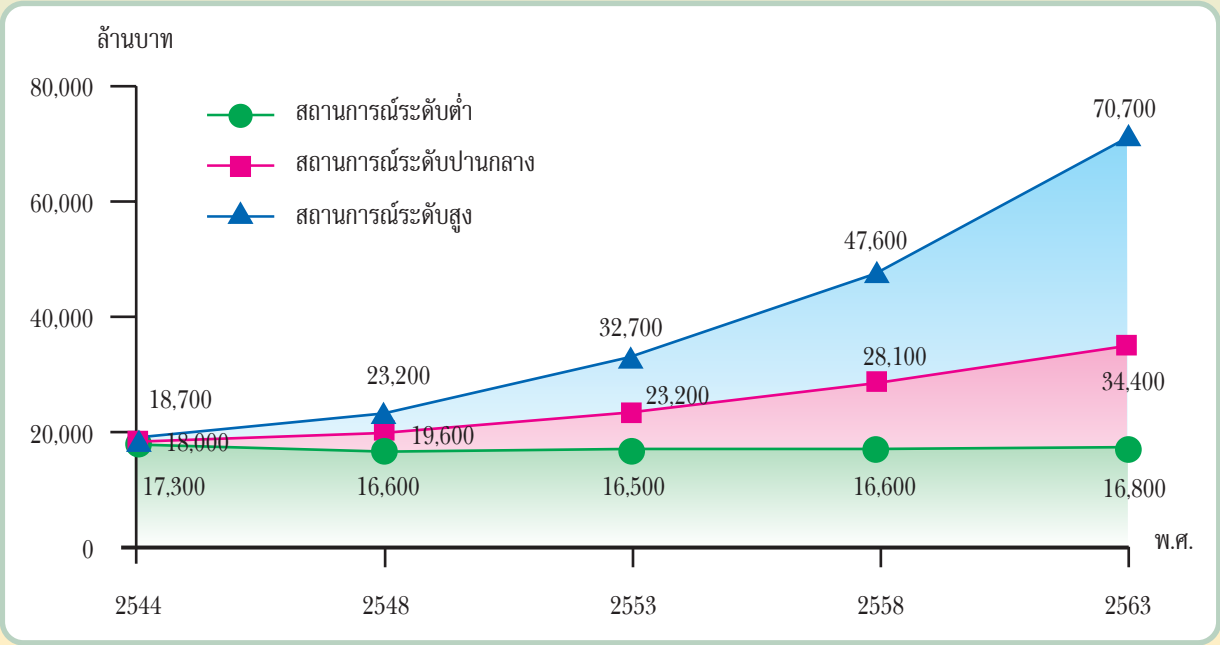
เมือง	ฝุ่นละอองเฉลี่ยขนาดเล็ก PM_{10} (ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)	ประชากร (ล้านคน)	อัตราการเสียชีวิต (ร้อยละ)	การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (คน)	โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (คน)	ค่าใช้จ่ายสุขภาพ	
						(ล้านเหรียญสหรัฐ)	(ล้านบาท)
กรุงเทพฯ	64	5.7	0.0065	1,092	4,550	424	18,444
เชียงใหม่	57	1.6	0.00985	390	1,080	56.8	2,470.8
นครสวรรค์	51	1.1	0.0058	134	630	26.1	1,135.35
ขอนแก่น	66	1.8	0.006	324	1,476	59.2	2,575.2
นครราชสีมา	51	2.6	0.0055	286	1,426	56.8	2,470.8
สงขลา	41	1.2	0.0061	104	464	21	913.5
รวม		**14**		**2,330**	**9,626**	**643.9**	**28,009.6**

ที่มา: รายงานการติดตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมไทยปี 2002, ธนาคารโลก, 2002

[9] Pope, C. Arden, et.al. (2002). "Lung Cancer, Cardiopulmonary Mortality, and Long-term Exposure to Fine Particulate Air Pollution", Journal of American Medical Association, 287(9),pp. 1132-1141

สำหรับในกรุงเทพฯ ซึ่งมีปัญหามลพิษทางอากาศสูงสุดในประเทศ ธนาคารโลกได้มีการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเนื่องจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน ภายใต้สถานการณ์ 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ[10] พบว่า ใน พ.ศ. 2544 ค่าใช้จ่ายสุขภาพภายใต้สถานการณ์ 3 ระดับจะอยู่ระหว่าง 17,300 - 18,700 ล้านบาท และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 16,800 - 70,700 บาท ใน พ.ศ. 2563 โดยจะเห็นว่าในสถานการณ์ระดับต่ำค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะลดลงเล็กน้อยจนถึง พ.ศ. 2553 แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากอัตราลดลงของฝุ่น PM_{10} ในช่วงแรกสูงกว่าการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัดของกรุงเทพฯ (GPP) หลัง พ.ศ. 2553 การขยายตัวของรายได้และมูลค่าชีวิตจะเพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่าอัตราการลดลงของฝุ่น PM_{10} (ภาพที่ 4.36)

ภาพที่ 4.36 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเนื่องจากฝุ่น PM_{10} ในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2563



ที่มา: รายงานการติดตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมไทยในปี 2002, ธนาคารโลก 2002

---

[10] สถานการณ์ระดับต่ำ : อัตราขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) = ร้อยละ 2 ต่อปี และอัตราขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัด (GPP) ของกรุงเทพฯ = ร้อยละ 1.5 ต่อปี

สถานการณ์ระดับปานกลาง : อัตราขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) = ร้อยละ 2 ต่อปี และอัตราขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัด (GPP) ของกรุงเทพฯ = ร้อยละ 4.5 ต่อปี

สถานการณ์ระดับสูง : อัตราขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) = ร้อยละ 8 ต่อปี และอัตราขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมรายจังหวัด (GPP) ของกรุงเทพฯ = ร้อยละ 7.5 ต่อปี

(1.3) **มลพิษทางเสียงมีแนวโน้มสูงขึ้นทำให้ประชาชนได้รับอันตรายต่อการได้ยินและมีบางส่วนที่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน** จากการศึกษาของ Dr. Andrew W. Smith[11] พบว่า เสียงที่ดังเกิน 80 เดซิเบล เป็นอันตรายต่อการได้ยินและ Schuttz (1978)[12] พบว่า เสียงที่ดังเกินกว่า 70 เดซิเบล จะทำให้ประชากรร้อยละ 22 - 95 ขึ้นไป ได้รับการรบกวนจากระดับเสียงดังกล่าวอย่างมาก

(2) **การใช้สารเคมีในอาหารเพิ่มสูงขึ้นหรือใช้โดยขาดหลักวิชาการรวมทั้งมีการลักลอบใส่สารเคมีบางตัวที่เป็นอันตรายส่งผลให้**

(2.1) **พบสารพิษตกค้างทั้งในพืช ผักสด ผลไม้สดและอาหารสดเกินมาตรฐาน จึงไม่ปลอดภัยและเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค** จากรายงานปกติของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พ.ศ. 2536 - 2545 พบการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสารเร่งการเจริญเติบโตซาลบูทานอลในอาหารทั่วไป เช่น ผัก ผลไม้ ฯลฯ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.2 ใน พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 63.9 ใน พ.ศ. 2545 โดยสารเร่งการเจริญเติบโตมีการตกค้างในอาหารสูงมาก ดังตารางที่ 4.42 ดังนั้น จึงได้มีการดำเนินโครงการความปลอดภัยด้านอาหารเพื่อรณรงค์ให้มีการลดการปนเปื้อนของสารห้ามใช้ในอาหารรวม 6 ชนิด ในกลุ่มอาหารสด ซึ่งพบว่า สารปนเปื้อนทุกชนิดมีแนวโน้มลดลง แต่สารเร่งเนื้อแดงและยาฆ่าแมลงยังพบในปริมาณสูงโดยเฉพาะในเนื้อสัตว์และผลิตผลทางการเกษตร (ตารางที่ 4.43)

นอกจากนี้ จากการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักและผลไม้สด พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2545 ของหลายหน่วยงานที่สำรวจก็พบว่า ผักและผลไม้สดมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในอาหารเช่นกัน และเกินมาตรฐาน ร้อยละ 3.5 - 14.9 โดยเฉพาะผักสดที่อ้างว่าปลอดสารเคมี พบสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน ร้อยละ 9.7 (ตารางที่ 4.44) อันแสดงว่า ประชาชนต้องบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และหากสารพิษดังกล่าวสะสมในร่างกายมากๆ ก็จะทำให้เป็นโรคมะเร็งได้

---

[11] อ้างในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - 2543, หน้า 113-114

[12] อ้างในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - 2543, หน้า 113-114

ตารางที่ 4.42 ผลการตรวจวิเคราะห์สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสารเร่งการเจริญเติบโตในอาหารประเภทต่างๆ ตามระบบงานปกติ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2546

สารปนเปื้อน	พ.ศ. 2536		พ.ศ. 2537		พ.ศ. 2538		พ.ศ. 2539		พ.ศ. 2540		พ.ศ. 2541		พ.ศ. 2542		พ.ศ. 2543		พ.ศ. 2544		พ.ศ. 2545		พ.ศ. 2546	
	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง	จำนวนตัวอย่าง	สารเคมีตกค้าง
1. วิเคราะห์การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในอาหารทั่วไป เช่น ผัก ผลไม้ นมสด ปลาเค็ม และปลาแห้ง	218	53 (24.3)	201	95 (47.3)	269	60 (22.3)	476	93 (19.5)	160	18 (11.2)	218	86 (39.4)	487	191 (39.2)	209	79 (37.8)	219	77 (35.2)	334	146 (43.7)	413	105 (25.4)
2. วิเคราะห์สารเร่งการเจริญเติบโต ซาลบูทามอล ในเนื้อหมู ไตหมู ตับหมู	108	-	55	-	50	-	34	3 (8.8)	10	4 (40.0)	42	9 (21.4)	59	13 (22.0)	26	5 (19.2)	146	33 (22.6)	347	289 (83.3)	2,074	182 (8.8)
รวม	326	53 (16.2)	256	95 (37.1)	319	60 (18.8)	510	96 (18.8)	170	22 (12.9)	260	95 (36.5)	546	204 (37.4)	235	84 (35.7)	365	110 (30.1)	681	435 (63.9)	2,487	287 (11.5)

ที่มา: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตัวเลขใน ( ) หมายถึง ร้อยละ

ตารางที่ 4.43 ผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารสดจากตลาดสดทั่วประเทศ ตามโครงการความปลอดภัยด้านอาหาร พ.ศ. 2546

สารปนเปื้อน	ก่อนมีโครงการ		เมื่อมีโครงการ (สิ้นธันวาคม 2546)		
	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	ร้อยละที่พบ	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	พบสารปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่พบสารปนเปื้อน
1. สารเร่งเนื้อแดง	2,132	96	1,111	115	10.4
2. สารฟอกขาว	3,256	10.0	4,812	83	1.7
3. สารกันรา	2,099	7.2	4,315	206	4.8
4. บอแรกซ์	3,184	42.0	6,695	46	0.7
5. ฟอร์มาลิน	2,471	10.0	3,800	46	1.2
6. ยาฆ่าแมลง	2,268	20.3	8,437	508	6.0

ที่มา: ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร, กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.44 การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักและผลไม้สด พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2545

ประเภทอาหาร	ตรวจวิเคราะห์	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วยงานที่สำรวจ	ปีที่สำรวจ
1. ผักและผลไม้สดของเกษตรกร	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	3,115	พบสารตกค้าง 1,127 ตัวอย่าง (36.2%) โดยตกค้างเกินมาตรฐาน 190 ตัวอย่าง (61%)	กรมส่งเสริมการเกษตร	2545
2. ผักและผลไม้สดในตลาดสี่มุมเมือง	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	1,753	พบการตกค้างของสารประกอบซัลเฟตและคาร์บาเมทสูงถึงร้อยละ 89.1 โดยเป็นการตกค้างที่ยืนยันว่าไม่ปลอดภัยร้อยละ 3.5	กรมส่งเสริมการเกษตร	2545
3. โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักสดปลอดสารเคมี					
- ผักสด	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	262	พบสารตกค้าง 170 ตัวอย่าง (64.8%) โดยตกค้างเกินมาตรฐาน 39 ตัวอย่าง (14.9%)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	2537-2545
- ผักสดปลอดสารเคมี	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	319	พบสารตกค้าง 155 ตัวอย่าง (48.6%) โดยตกค้างเกินมาตรฐาน 31 ตัวอย่าง (9.7%)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	2537-2545

ที่มา:
- หยุด! สารเคมีเกษตรเพื่อสุขภาพคนไทย, เอกสารประกอบการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546
- โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักสดปลอดสารเคมี, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2546

(2.2) **ประชาชนป่วยเนื่องจากสารเคมีและเป็นโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำมากขึ้น** ผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีทำให้มีผู้ป่วยอันเนื่องจากการใช้สารเคมีทั้งในภาคเกษตรและอุตสาหกรรมมากขึ้น โดยผู้ป่วยจากสารเคมีส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ซึ่งป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช (ดูหัวข้อ 3.4.1 โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช) ในอนาคตมีความเป็นไปได้ที่จะมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่ได้รับสารพิษเข้าสู่ร่างกายจะสะสมและแสดงอาการในระยะยาว เช่น เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันโรค ระบบทางเดินอาหารและมะเร็ง

นอกจากนี้ ผู้บริโภคที่บริโภคอาหารและน้ำที่ไม่สะอาด ไม่ได้มาตรฐานและปลอดภัย ทำให้ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อมากขึ้น โดยเฉพาะโรคอาหารเป็นพิษที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงมากจาก 4.35 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2519 เป็น 204.29 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546

(3) **การเพิ่มขึ้นของชุมชนแออัดอย่างรวดเร็ว ทำให้มีปัญหาสิ่งแวดล้อมซึ่งกระทบกับสุขภา**พ เช่น การขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาดและได้มาตรฐาน ซึ่งพบว่า ใน พ.ศ. 2541 มีคนไทยประมาณ 43 ล้านคน ดื่มน้ำที่ไม่ได้คุณภาพ โดยกลุ่มคนที่ดื่มน้ำฝนจะเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุดที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (ชัชวาล จันทรวิจิตร, สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคและความเสี่ยงต่อสุขภาพ: 2543) ประกอบกับพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ดี ทำให้อัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงยังคงเพิ่มสูงขึ้นในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเพิ่มจาก 3,031.25 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2527 เป็น 7,242.3 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2546

(4) **ประชาชนมีการร้องทุกข์เนื่องจากปัญหามลพิษที่กระทบต่อสุขภาพอนามัยประชาชนมากขึ้น** จากการสำรวจข้อมูลการรับเรื่องราวร้องทุกข์ด้านมลพิษของประชาชนใน พ.ศ. 2545-2546 พบว่า เรื่องร้องทุกข์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 9,168 เป็น 11,033 เรื่อง โดยเฉพาะปัญหามลพิษทางอากาศและเสียงจะมีผู้ร้องทุกข์มากที่สุด

8. สถานการณ์และแนวโน้มด้านโครงสร้างพื้นฐาน

8.1 การคมนาคมขนส่ง

8.1.1 การขนส่งทางบก

ใน พ.ศ. 2546 ระบบโครงข่ายถนนในประเทศไทยมีระยะทางประมาณ 172,504.4 กิโลเมตร โดยเป็นโครงข่ายทางหลวง 63,982.6 กิโลเมตรและโครงข่ายถนนชนบท 108,521.8 กิโลเมตร ระบบโครงข่ายถนนของไทยยังมีเครือข่ายเชื่อมโยงไปถึงภูมิภาคต่างๆ ทั้งสี่ภาค โดยมีถนน 4 ช่องทางจราจรรวม 1,889 กิโลเมตร ซึ่งถือว่าโครงข่ายถนนกระจายครอบคลุมพื้นที่ของประเทศไทยอย่างทั่วถึง

สำหรับกรุงเทพมหานครมีทางด่วนทั้งสิ้น 171.2 กิโลเมตร และกำลังจะก่อสร้างทางด่วนเพิ่มเติมอีก 146.3 กิโลเมตร ให้เสร็จทั้งหมดภายใน พ.ศ. 2552 รวมทั้งมีระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนให้บริการจำนวน 1 สาย และจะขยายเพิ่มเติมอีก 4 สาย ให้เสร็จภายใน พ.ศ. 2548 อันจะช่วยลดปัญหาการจราจรในกรุงเทพมหานครลง

นอกจากนี้ ยังมีการขนส่งทางรถไฟมีระยะทางทั้งสิ้น 5,356.5 กิโลเมตร

8.1.2 การขนส่งทางน้ำ

ใน พ.ศ. 2546 ท่าเรือหลักของไทยมี 5 แห่ง และท่าเทียบเรือ 11 ท่า ซึ่งมีศักยภาพในการรองรับการขนส่งสินค้าทางน้ำของอุตสาหกรรมได้อย่างเพียงพอในปัจจุบัน แต่อาจต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานของท่าเรือเพื่อรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจในอนาคต

8.1.3 การขนส่งทางอากาศ

ปัจจุบันไทยมีท่าอากาศยานสากลซึ่งเปิดดำเนินการแล้ว จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ ท่าอากาศยานกรุงเทพ เชียงใหม่ หาดใหญ่ ภูเก็ต และเชียงราย ซึ่งท่าอากาศยานกรุงเทพสามารถรองรับผู้โดยสารระหว่างประเทศในชั่วโมงคับคั่งได้

10,143 คน/ชั่วโมง และผู้โดยสารภายในประเทศ 8,685 คน/ชั่วโมง มีขีดความสามารถในการรองรับผู้โดยสารได้ปีละ 36.5 ล้านคน ซึ่งค่อนข้างคับคั่ง อย่างไรก็ตามขณะนี้รัฐบาลกำลังก่อสร้างท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เพื่อเป็นศูนย์กลางท่าอากาศยานที่ทันสมัยแห่งใหม่ในภูมิภาค คาดว่าสามารถเปิดให้บริการได้ใน พ.ศ. 2548 และจะสามารถรองรับผู้โดยสารได้ถึง 30 ล้านคน ในปีแรกและจะรองรับได้ 100 ล้านคนเมื่อก่อสร้างเสร็จสมบูรณ์ อันถือได้ว่าไทยมีความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐานทางอากาศ

8.2 การสื่อสาร

มีการขยายตัวด้านการสื่อสารของไทยไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ใน พ.ศ. 2546 มีโทรศัพท์รวมทั้งประเทศ 6,305,245 เลขหมาย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 22,077,858 เลขหมาย คิดเป็น 99.05 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน และ 346.8 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2546 ตามลำดับ นอกจากนี้ ประเทศไทยมีเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้ในสัดส่วน 43 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน (ตารางที่ 4.45) และมีผู้ใช้อินเตอร์เน็ทเพิ่มสูงขึ้นจาก 30 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 6.03 ล้านคน ใน พ.ศ. 2546 หรือคิดเป็นอัตราการใช้ร้อยละ 9.5 โดยผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาลเกือบ 2 เท่า และประชากรที่อยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลางใช้อินเทอร์เน็ตรวมกันมากกว่าภาคอื่นๆ เกินครึ่ง (ตารางที่ 4.46) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ แล้ว พบว่า ไทยมีโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสื่อสารและการใช้อินเทอร์เน็ตด้อยกว่าหลายประเทศในเอเชีย เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 4.47)

ตารางที่ 4.45 โครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารของประเทศต่าง ๆ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545

ประเทศ	จำนวนโทรศัพท์ประเภทใช้สายต่อประชากร 1,000 คน					จำนวนโทรศัพท์เคลื่อนที่ต่อประชากร 1,000 คน					จำนวนคอมพิวเตอร์ต่อประชากร 1,000 คน				
	2539	2540	2541	2542	2545**	2539	2540	2541	2542	2545	2539	2540	2541	2542	2545
สิงคโปร์	498.4	529.0	464.6	484.1	472	147.5	229	280.7	381.45	761.1	233	316	344	390.9	596
มาเลเซีย	192.5	192.5	204.7	219.3	206	88.4	101.9	101.5	145.05	372.9	53	65	78	94.5	137
ไทย	78.6	85.5	82.2	101.9	99*	27.8	34.5	39.6	138.6	346.8*	22	28	33	40.4	43
ฟิลิปปินส์	30.7	42.7	31.9	37.9	46	12.9	17.7	19.0	36.97	189.1	11	13	16	19.5	25
อินโดนีเซีย	17.8	24.7	26.7	29.1	34	3.0	5.4	5.2	9.83	48.5	6	9	11	13.4	13
สวีเดน	684.1	685.4	696.4	694.5	750	281.8	358.1	511.5	590.08	900.3	286	353	444	510.4	687
สหรัฐอเมริกา	636.6	625.6	676.6	709.8	701	161.9	205.6	241.2	314.87	496.9	403	450	499	538.9	739
นอร์เวย์	564.9	609.1	654.2	711.9	754	296.1	383.0	471.9	627.03	787.0	307	363	437	506.8	657

ที่มา: IMD. The World Competitiveness Yearbook, 1999 และ 2003.

หมายเหตุ: 1. * เป็นข้อมูล พ.ศ. 2546

2. ** ข้อมูลโทรศัพท์ประเภทใช้สายต่อประชากร 1,000 คน เป็นข้อมูล พ.ศ. 2544

ตารางที่ 4.46 ประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามเขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546

เขตการปกครองและภาค	พ.ศ. 2544[1]		พ.ศ. 2546[2]		อัตราเพิ่ม
	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	ร้อยละ	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	ร้อยละ	(ร้อยละ)
ทั่วประเทศ	3,536,001	100.0	6,031,300	100.0	+70.6
ในเขตเทศบาล	2,341,433	66.2	3,807,900	63.1	+62.6
นอกเขตเทศบาล	1,194,568	33.8	2,223,400	36.9	+86.1
กรุงเทพมหานคร	1,234,542	34.9	2,005,700	33.3	+62.5
ภาคกลาง	830,389	23.5	1,336,300	22.2	+60.9
ภาคเหนือ	516,114	14.6	1,003,200	16.6	+94.4
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	559,193	15.8	1,070,100	17.7	+91.4
ภาคใต้	395,763	11.2	616,000	10.2	+55.6
อัตราความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ต (%)	5.7		9.5		

ที่มา: รายงานการสำรวจการมีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศในครัวเรือน พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: [1] ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป

[2] ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4.47 การเปรียบเทียบความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2541, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2545

ประเทศ	ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต (ล้านคน)			อัตราความแพร่หลาย %		
	2541	2543	2545	2541	2543	2545
ออสเตรเลีย	4.0	8.42	10.63	22.2	43.9	54.4
สิงคโปร์	0.55	1.85	2.31	18.3	44.6	51.9
ฮ่องกง	1.1	3.46	4.35	18.3	48.7	59.6
นิวซีแลนด์	0.55	1.49	2.06	15.3	39.0	52.7
ไต้หวัน	3.0	6.4	11.6*	14.3	28.8	51.8
ญี่ปุ่น	14.0	47.08	56	10.8	37.2	44.1
เกาหลี	2.0	16.4	25.6	4.6	34.5	53.8
ไทย	0.67	2.3	4.8	1.1	3.7	7.7
มาเลเซีย	0.4	3.7	5.7*	2.0	16.9	25.1
ฟิลิปปินส์	0.2	2.0	4.5	0.3	2.4	7.7
จีน	1.5	22.5	45.8	0.1	1.7	3.5
อินโดนีเซีย	0.1	1.45	4.4	0.1	0.6	1.9
อินเดีย	0.4	5.0	7.0*	< 0.1	0.5	0.6
เวียดนาม	0.15	0.04	0.4*	< 0.1	< 0.1	0.5

ที่มา: Internet Users Worldwide, 2001

หมายเหตุ: 1. อัตราความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ต $= \frac{\text{จำนวนผู้ใช้อินเตอร์เน็ต}}{\text{จำนวนประชากรทั้งประเทศ}} \times 100$

2. * เป็นข้อมูล พ.ศ. 2544

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีดาวเทียมไทยคมของตนเอง การเปิดสถานีโทรทัศน์ตามสาย Cable TV และโทรทัศน์เสรีจะยิ่งขยายขอบข่ายการสื่อสารให้กว้างขึ้น แต่โอกาสเข้าถึงสื่อต่างๆ เหล่านั้นยังไม่เท่าเทียมกัน แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น (ตารางที่ 4.48)

ตารางที่ 4.48 ร้อยละของครัวเรือนที่มีเครื่องรับวิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2545

พื้นที่	วิทยุ				โทรทัศน์ขาวดำและสี				โทรศัพท์			
	2533	2537	2541	2545	2533	2537	2541	2545	2533	2537	2541	2545
ทั่วราชอาณาจักร	72.6	70.8	75.5	68.9	61.3	80.3	88.7	91.6	5.8	10.1	21.9	29.2
กทม. และ 3 จังหวัดรอบ กทม.	79.4	80.3	86.6	80.8	80.7	83.8	90.4	92.5	24.5	33.1	59.2	59.6
ในเขตเทศบาล	81.2	81.1	85.5	76.2	84.6	89.3	92.9	94.0	16.5	29.4	49.8	40.8
ในเขตสุขาภิบาล	76.0	74.6	78.5	-	70.8	86.3	90.5	-	4.2	12.2	28.7	-
นอกเขตเทศบาล-สุขาบาล	69.8	67.0	71.4	64.1	53.6	77.6	87.6	90.6	0.9	2.4	9.3	11.0

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533, 2537, 2541, 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
หมายเหตุ: ตั้งแต่พ.ศ. 2543 เป็นต้นไป ได้รวมเขตสุขาภิบาลเข้ากับเขตเทศบาล จึงไม่มีข้อมูลในส่วนของเขตสุขาภิบาล

การขยายตัวของเครือข่ายการสื่อสารของไทยมีความเชื่อมโยงกับพัฒนาการระดับโลกเป็นส่วนหนึ่งของวิวัฒนาการของยุค "โลกไร้พรมแดน"

นอกจากนี้ มีการขยายตัวของธุรกิจโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ มีมูลค่าปีละหลายหมื่นล้านบาท ซึ่งธุรกิจโฆษณาเหล่านี้ส่งผล อย่างรุนแรงต่อพฤติกรรมการบริโภคของคนไทย และมีระบบการจัดจำหน่ายสินค้าและบริการในรูปแบบใหม่ ๆ เป็นการจำหน่ายโดยผ่านสื่อต่าง ๆ **ตามระบบการขายตรง** ซึ่งควบคุมกำกับได้ยากกว่าการจำหน่ายตามร้านค้า

พฤติกรรมรับข้อมูลข่าวสารของประชาชนเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งเคยได้ข้อมูลจากสื่อวิทยุเป็นหลัก เปลี่ยนมาเป็นสื่อโทรทัศน์เป็นหลัก สื่อวิทยุรองลงมา ซึ่งจากการสำรวจสื่อมวลชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2546 พบว่าประชาชนที่ชมโทรทัศน์มีถึง 54.7 ล้านคน (ร้อยละ 94.5) ขณะที่ฟังวิทยุมีเพียง 24.8 ล้านคน (ร้อยละ 24.8) นอกจากนี้ประชาชนในเขตเมืองมีความสนใจที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สุขภาพมากขึ้นกว่าเดิมที่รับแต่ความบันเทิงเท่านั้น โดยเฉพาะรูปแบบใหม่ ๆ ที่นิยม คือ รูปแบบการถามตรงและการพูดคุยสด เกิดชุมชนใหม่ที่อาศัยสื่อเป็นตัวกลาง เช่น ชุมชน จส. 100 ชุมชนรายการเกมส์โชว์และชุมชนรายการวิทยุต่าง ๆ

8.3 การสาธารณูปโภค

8.3.1 พ.ศ. 2546 มีไฟฟ้าใช้ระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 98.9 (67,709 หมู่บ้าน) และไม่มีไฟฟ้าใช้อีก 787 หมู่บ้าน (ร้อยละ 1.1) ดังตารางที่ 4.49

ตารางที่ 4.49 การมีไฟฟ้าใช้ของหมู่บ้านระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546

พ.ศ.	จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดที่จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องนี้ได้	มีไฟฟ้าใช้				ไม่มีไฟฟ้าใช้	
		ระดับดี[1]		ปานกลาง[2]		จำนวน (หมู่บ้าน)	ร้อยละ
		จำนวน (หมู่บ้าน)	ร้อยละ	จำนวน (หมู่บ้าน)	ร้อยละ		
2535	59,354	54,719	92.2	2,466	4.2	2,169	3.6
2537	59,059	55,590	94.1	1,675	2.8	1,794	3.0
2539	60,215	57,523	95.5	1,198	2.0	1,494	2.5
2542	63,230	56,483	89.3	5,678	9.0	1,069	1.7
2544	66,193	60,128	90.8	4,698	7.1	1,367	2.1
2546	68,496	60,613	88.5	7,096	10.4	787	1.1

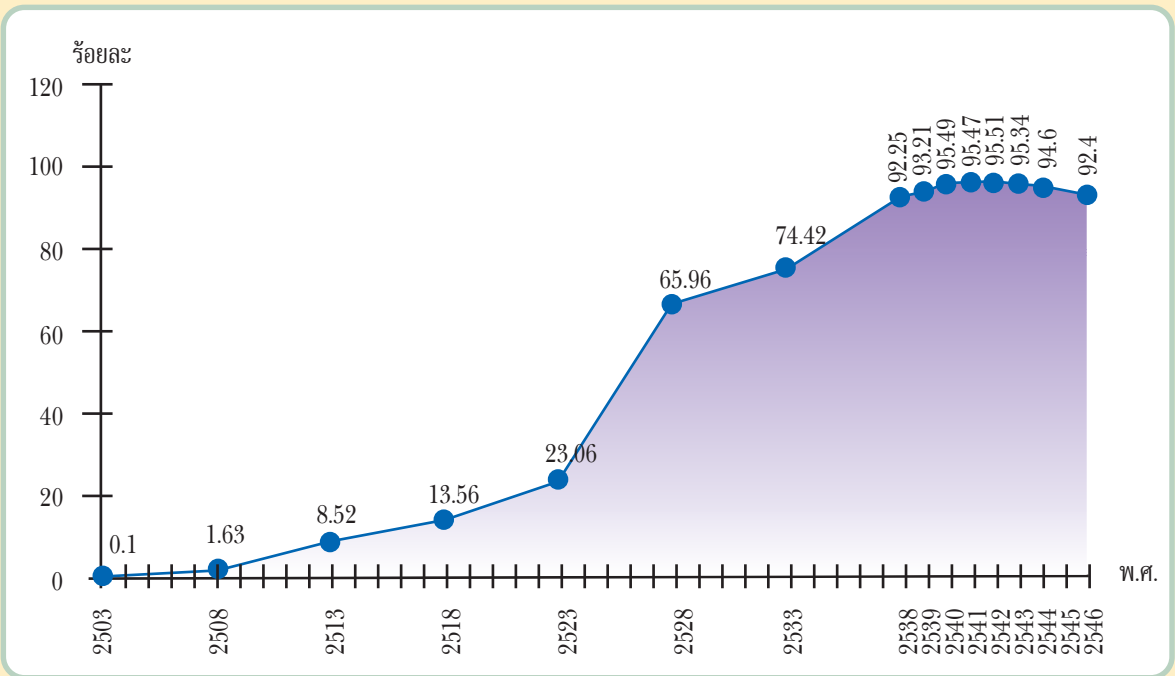
ที่มา: หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2535 - 2546 จากข้อมูล กชช. 2ค., ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย

หมายเหตุ: [1] ระดับดี หมายถึง หมู่บ้านที่มีครัวเรือนที่มีไฟฟ้าของรัฐใช้มากกว่าครึ่งหนึ่งของหมู่บ้าน

[2] ปานกลาง หมายถึง หมู่บ้านที่มีครัวเรือนที่มีไฟฟ้าของรัฐใช้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของหมู่บ้าน

8.3.2 พ.ศ. 2546 ครัวเรือนร้อยละ 92.4 มีน้ำสะอาดเพียงพอแก่การบริโภค (ภาพที่ 4.37) และใน พ.ศ. 2546 ครัวเรือนร้อยละ 92.8 มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี

ภาพที่ 4.37 อัตราการมีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2546



ที่มา: พ.ศ. 2503 - 2543 ได้จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 ได้จากหมู่บ้านชนบทไทย ปี 2544 และ 2546 จากข้อมูล กชช.2ค., ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพคนไทย ดังนี้

(1) ปัญหาอุบัติเหตุจากจราจรและยานพาหนะมากขึ้น เนื่องจากมีการขยายตัวทางด้านการคมนาคมขนส่ง โดยเฉพาะการขยายถนน เป็นการเพิ่มปริมาณยานพาหนะ ซึ่งจากสถิติจำนวนรถทุกประเภทที่จดทะเบียนในช่วง พ.ศ. 2535 - 2546 พบว่า มีรถเพิ่มขึ้นจาก 9,595,191 คัน ใน พ.ศ. 2535 เป็น 26,378,862 คัน ใน พ.ศ. 2546 หรือเพิ่มขึ้นถึง 2.7 เท่า ประกอบกับประชาชนมีพฤติกรรมการขับขี่รถที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากจราจรและยานพาหนะมากขึ้น กล่าวคือ อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มจาก 5.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2527 เป็น 20.97 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2545 ส่งผลให้เกิดการสูญเสียชีวิต การบาดเจ็บและทรัพย์สินอันเนื่องจากอุบัติเหตุ โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้ประมาณการมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนใน พ.ศ. 2543 ว่ามีมูลค่าถึง 115,337 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.3 ของ GDP (ดูบทที่ 5 หัวข้อ 3.4.5 โรคที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุ)

(2) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยังมีความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสื่อสารของไทยด้อยกว่าต่างประเทศมาก ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในเขตชนบทและภูมิภาคจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยากกว่าประชากรที่อยู่ในเมือง

9. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยี

การพัฒนาทางด้านสาธารณสุขได้มีการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการรักษาพยาบาลมากขึ้นอย่างเสรี อันได้แก่

9.1 เทคโนโลยีชีวภาพมีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว เช่น เรื่อง Recombinant DNA, Polymerase Chain Reaction (PCR), genomics ทำให้เกิดวัคซีนและยาใหม่ ตลอดจนวิธีตรวจและการรักษาโรคแบบใหม่ ๆ ที่จะใช้กับโรคที่รักษายาก ๆ เช่น มะเร็ง เอดส์ เป็นต้น รวมทั้งมีการนำการตรวจ DNA มาใช้ในกระบวนการยุติธรรมมากขึ้นด้วย ขณะเดียวกันก็จะมีปัญหาในการพัฒนาเกี่ยวกับการควบคุมอันตรายจากอาหารที่เกิดจากกระบวนการทางพันธุวิศวกรรมด้วย เช่น อาหารตัดต่อพันธุกรรม

9.2 เทคโนโลยีด้านอีเลคโทรนิค และคอมพิวเตอร์ เช่น Digital imaging, Multimedia computer, Telemedicine, Wide Area Network, Advance Expert System ทำให้เกิดโอกาสและนวัตกรรมทางการศึกษา ซึ่งรวมถึงการศึกษาด้านสาธารณสุข การส่งผ่าน / รับด้านข้อมูล การให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยวิธีการใหม่ๆ ด้วย

การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ดังนี้

(1) เทคโนโลยีใหม่ๆ มักจะมีราคาแพง มีการจดสิทธิบัตรและมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนในการใช้ตลอดจนต้องระวังป้องกันอันตรายที่ยังไม่รู้ จึงมีผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น รวมทั้งหากใช้เทคโนโลยีอย่างไม่เหมาะสม ไม่ประหยัด ก็เป็นการสิ้นเปลือง นอกจากนี้ ยังจะต้องลงทุนในการพัฒนาบุคลากรและต้องระวังพิษภัยอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น

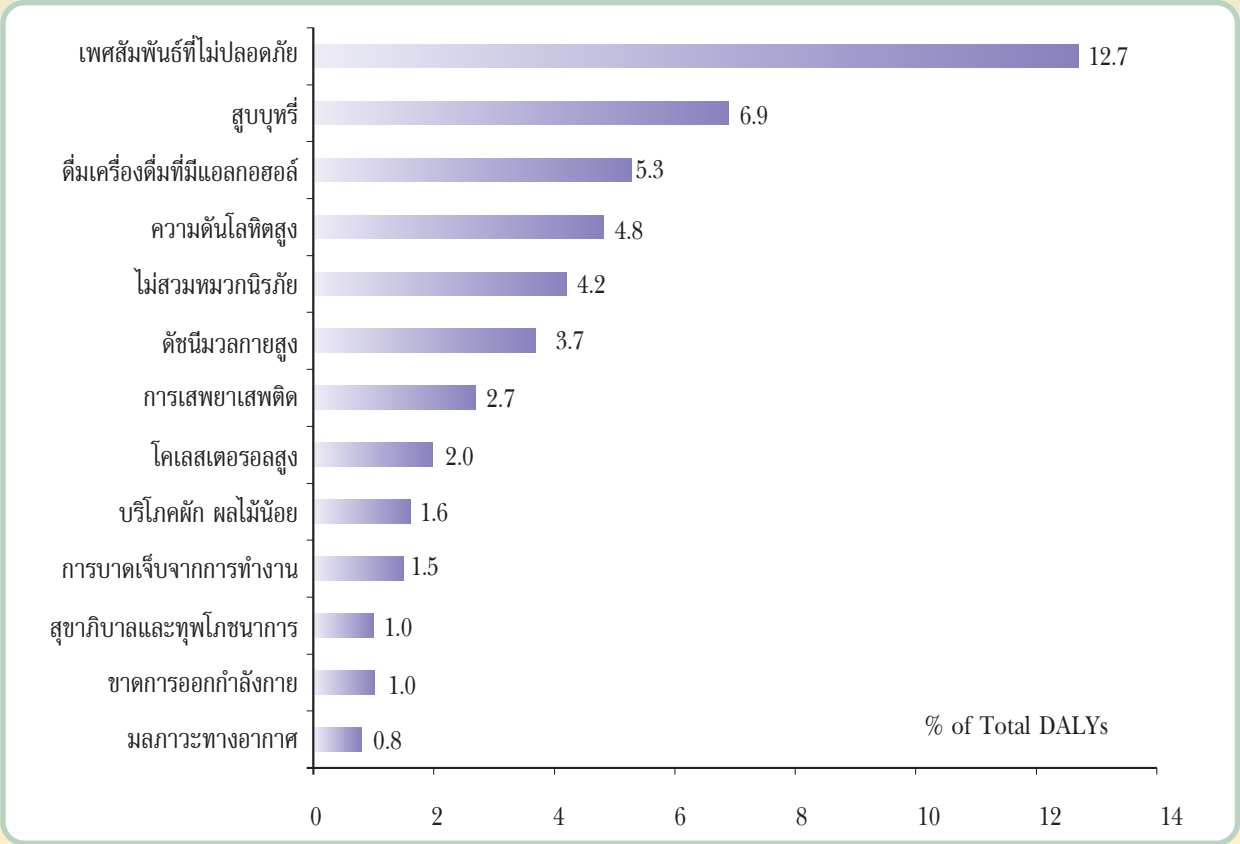
สำหรับในอนาคตที่มีการใช้เทคโนโลยีด้านการตัดต่อทางพันธุกรรม (GMO_S) มากขึ้น โดยเฉพาะในอาหารประเภทถั่วเหลือง ข้าวโพด มะเขือเทศ ซึ่งเทคโนโลยีดังกล่าวนั้นอยู่ในขั้นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น รัฐบาลจึงควรเร่งศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการผลิตและบริโภคอาหาร GMO_S เพื่อกำหนดนโยบายและวางมาตรการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคที่เหมาะสมต่อไป

(2) ผู้มีรายได้น้อย ทั้งในเมืองและชนบทอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ต้องมีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่มีราคาแพงนี้ เช่น ผู้มีรายได้น้อย ไม่มีสิทธิรับบริการล้างไต ในกรณีที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในขณะที่ผู้ประกันตนภายในระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐ จะได้รับสิทธิดังกล่าว

10. พฤติกรรมสุขภาพ

สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของคนไทยมีผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตของประชาชน และเป็นปัญหาระดับชาติที่มีผลต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ.2542 โดยคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ก่อให้เกิดโรคหลายชนิดมาศึกษารวม 13 ปัจจัย[13] ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคที่สำคัญ คือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย, การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์, ความดันโลหิตสูง, การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์, ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, ภาวะทุพโภชนาการ, โคเลสเตอรอลในเลือดสูง, การบริโภคผักและผลไม้น้อย และการขาดการออกกำลังกาย (ภาพที่ 4.38)

ภาพที่ 4.38 ร้อยละของภาระโรค* ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542



* หมายถึง ร้อยละเมื่อเปรียบเทียบจากภาระโรครวมทั้งหมดในปี 2542 (9.5 ล้าน DALYs)

เมื่อจำแนกภาระโรคของเพศชายกับเพศหญิงแล้วพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดทั้งในเพศชายและหญิง รองลงมาคือ การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์ การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์ และระดับความดันโลหิตสูงในเพศชาย ส่วนเพศหญิง คือ การมีดัชนีมวลกายสูง (ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน) ระดับความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และระดับโคเลสเตอรอลสูง (ตารางที่ 4.50)

---

[13] การศึกษาโดยใช้วิธีการหา Attributable burden ของแต่ละปัจจัยตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก

ตารางที่ 4.50 DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542

ลำดับที่	ชาย			ลำดับที่	หญิง		
	ปัจจัยเสี่ยง	DALYs			ปัจจัยเสี่ยง	DALYs	
		($X10^5$)	%			($X10^5$)	%
1	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	8.8	16%	1	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	3.2	8%
2	สูบบุหรี่	4.8	9%	2	ดัชนีมวลกายสูง	2.3	6%
3	ดื่มแอลกอฮอล์	4.6	8%	3	ความดันโลหิตสูง	2.1	5%
4	ไม่สวมหมวกนิรภัย	3.3	6%	4	สูบบุหรี่	1.8	5%
5	ความดันโลหิตสูง	2.5	4%	5	โคเลสเตอรอลสูง	0.9	2%
6	เสพยาเสพติด	2.4	4%	6	การบาดเจ็บจากการทำงาน	0.8	2%
7	ดัชนีมวลกายสูง	1.2	2%	7	ไม่สวมหมวกนิรภัย	0.7	2%
8	บริโภคผัก ผลไม้น้อย	1.1	2%	8	ขาดการออกกำลังกาย	0.6	2%
9	โคเลสเตอรอลสูง	1.1	2%	9	การสุขาภิบาลและภาวะทุพโภชนาการ	0.5	1%
10	การบาดเจ็บจากการทำงาน	0.7	1%	10	บริโภคผัก ผลไม้น้อย	0.5	1%
11	การสุขาภิบาลและภาวะทุพโภชนาการ	0.5	1%	11	ดื่มแอลกอฮอล์	0.4	1%
12	มลภาวะทางอากาศ	0.5	1%	12	เสพยาเสพติด	0.3	1%
13	ขาดการออกกำลังกาย	0.4	1%	13	มลภาวะทางอากาศ	0.3	1%

* Male DALYs: N = 5.6 Million, Female DALYs: N = 3.9 Million

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง เมื่อพิจารณาในแต่ละพฤติกรรม พบดังนี้

10.1 การบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างระหว่างประชากรในเขตเมืองและชนบท โดยประชาชนเขตเมืองมีการบริโภคเนื้อสัตว์และไขมันเพิ่มขึ้นแต่บริโภคผักผลไม้กลับลดลง เด็กวัยรุ่นนิยมบริโภคอาหารแนวตะวันตกมากกว่าอาหารท้องถิ่นหรืออาหารไทย รวมถึงวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้นจึงมีการย้ายไปพึ่งอาหารพร้อมปรุง อาหารกึ่งสำเร็จรูปมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มพบทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อพิจารณาการใช้จ่ายเรื่องอาหารพบว่า คนกรุงเทพฯ ใช้จ่ายสำหรับอาหารสำเร็จรูปหรือปรุงสำเร็จประมาณร้อยละ 50 ของการใช้จ่ายด้านอาหาร ขณะที่เขตชนบทพบร้อยละ 20[14]

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2544 พบว่า ในการเลือกซื้ออาหาร ประชาชนกว่าร้อยละ 60 คำนึงถึงความสะอาดและความอร่อย ส่วนคุณประโยชน์ของอาหารคำนึงถึงเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น โดยผู้ชายจะให้ความสำคัญกับความอร่อยในรสชาติของอาหารมากกว่าผู้หญิง (ตารางที่ 4.51)

---

[14] พัตธนี วินิจจะกูล และวงสวาท โกศัลวัฒน์. อาหารและโภชนาการ ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย, 2546

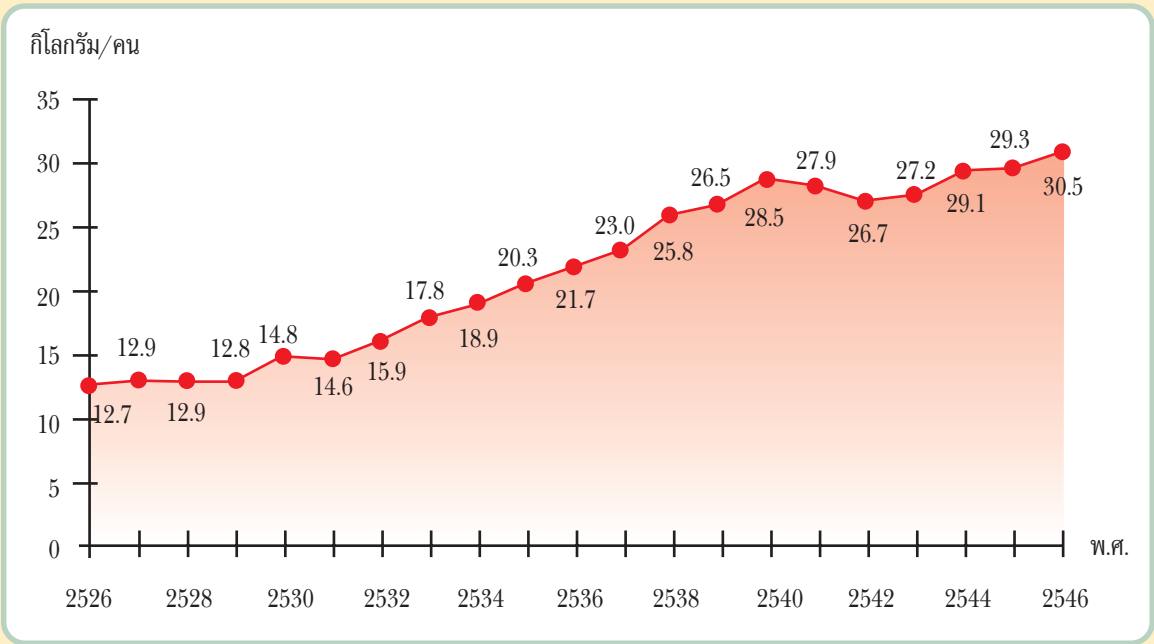
ตารางที่ 4.51 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามสิ่งที่คำนึงถึงในการเลือกซื้ออาหาร พ.ศ.2544

สิ่งที่คำนึงถึงในการเลือกซื้ออาหาร	รวม	เพศ	
		ชาย	หญิง
ความสะอาด	40.3	38.6	41.9
ความอร่อย	24.8	27.3	22.2
คุณประโยชน์	19.9	18.7	21.0
ราคาอาหาร	9.3	9.2	9.3
ความน่ารับประทาน	4.6	4.8	4.4
ความทันสมัย	0.2	0.2	0.2
อื่น ๆ	0.7	0.8	0.7
ไม่ทราบ	0.3	0.3	0.3

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ยังพบว่า คนไทยมีแนวโน้มการบริโภคน้ำตาลและอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นเป็น 2.4 เท่า จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2526 เป็น 30.5 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 4.39)

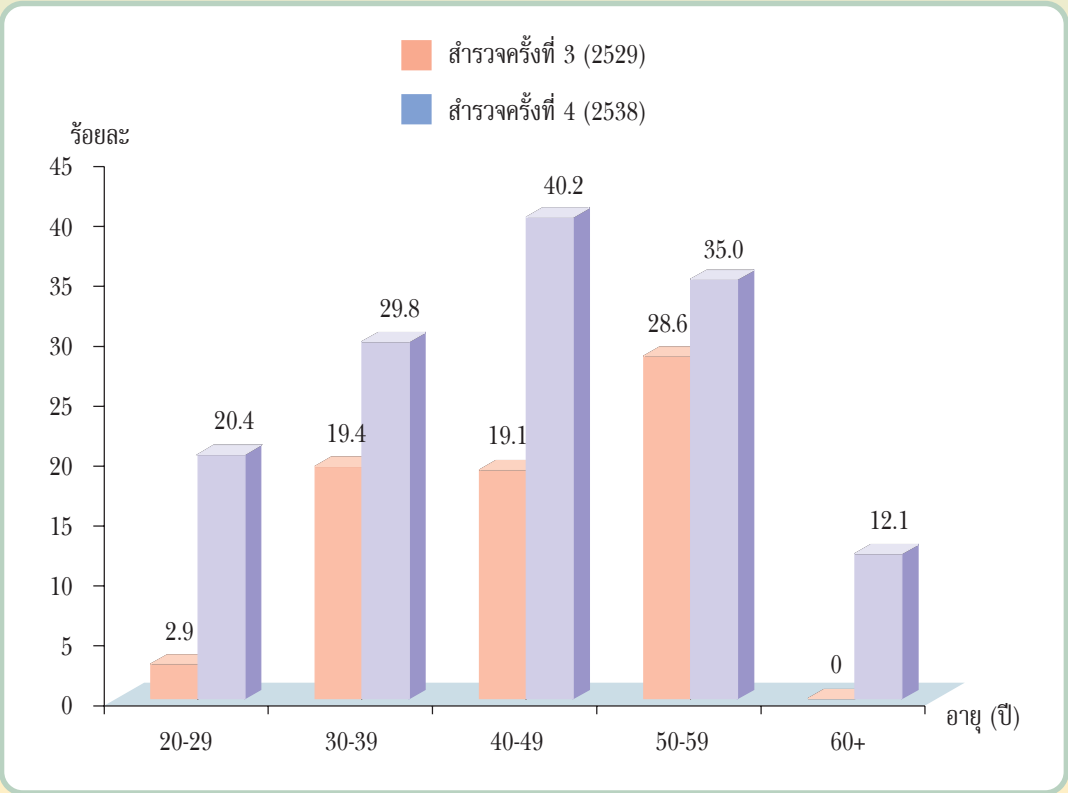
ภาพที่ 4.39 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2546



ที่มา: ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย

การบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรี่สูงก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2529 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 พบอัตราความชุกของภาวะอ้วนในคนไทยเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี จากร้อยละ 19.1 เป็นร้อยละ 40.2 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 20-29 ปี จากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 20.4 (ภาพที่ 4.40) และจากการศึกษาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรไทยอายุระหว่าง 35-59 ปี พบว่า มีแนวโน้มของไขมันโคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.52) โดยประชากรในเขตกรุงเทพฯ ทั้งชายและหญิงมีความชุกของน้ำหนักเกินและอ้วนสูงสุด ในขณะที่ภาคเหนือมีความชุกดังกล่าวต่ำสุด และประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีความชุกของน้ำหนักเกินและอ้วนสูงกว่านอกเขตเทศบาล[15]

ภาพที่ 4.40 อัตราความชุกภาวะอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ.2529 และ พ.ศ. 2538



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ภาวะอ้วนในประชากรอายุ >20 ปี = BMI ≥ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร

---

[15] ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย, 2546

ตารางที่ 4.52 การเปลี่ยนแปลงระดับและความชุกของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประชากรไทย (อายุ 35-59 ปี)

ปีที่สำรวจ	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 1 (พ.ศ.2534-2535)	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2539-2540)	การศึกษา Inter ASIA (พ.ศ.2543-2544)
ไขมันโคเลสเตอรอล (mg/dl)	189	198	201
ระดับน้ำตาลในเลือด(mg/dl)	87	92	99
ดัชนีมวลกาย (BMI)(kg/m^2)	22.8	23.8	24.4
น้ำหนักเกิน (%)	20	25	30
ภาวะอ้วน (%)	5	8	9

ที่มา: ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพไทย, 2546

หมายเหตุ: ประชากรปรับฐาน ปี 2543

การบริโภคขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามความสะดวกสบายในการหาซื้อและชนิดขนมที่เพิ่มความหลากหลายมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังจะเห็นได้จากการเปรียบเทียบกลุ่มขนมที่จำหน่ายในร้านค้าปลีกและกลุ่มขนมตามความนิยมบริโภคของเด็ก พบแนวโน้มไปในทางเดียวกัน คือ ขนมในกลุ่มแป้งกรอบ(ตารางที่ 4.53) ซึ่งขนมเหล่านี้จะขาดคุณค่าทางโภชนาการและเป็นตัวที่ทำให้ปัญหาทันตสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2544 พบว่า เด็กอายุ 6 ปี ซึ่งเป็นวัยที่จะเข้าสู่ระบบการศึกษาเป็นผู้ที่มีโรคฟันผุในฟันน้ำนมถึงร้อยละ 87.4 โดยมีค่าเฉลี่ย DMFT 6.0 ซี่/คน ซึ่งสูงกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2527 ที่มีเด็กเป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนม ร้อยละ 71.6 โดยมีค่าเฉลี่ย DMFT 4.9 ซี่/คน (ตารางที่ 4.54 และ 4.55) และใน พ.ศ. 2538 - 2544 กรมอนามัยได้ดำเนินการสำรวจทันตสุขภาพของจังหวัดต่างๆ พบว่า มี ผู้ปราศจากฟันผุในเด็กอายุ 5-6 ปี เพียงร้อยละ 6-15 เท่านั้น และพบเด็กอายุ 12 ปีมีค่าเฉลี่ย DMFT 1.6-2 ซี่ / คน

นอกจากนี้แล้วการบริโภคขนมที่เกินพอดียังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากการศึกษาถึงค่าขนมเด็กวัยประถมศึกษา[16] พบว่า เด็กใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อขนมและของเล่นเฉลี่ยอยู่ที่ 13 บาทต่อวัน และหากกำหนดให้ค่าขนมของเด็กวัยมัธยมศึกษาเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จะพบว่าอำนาจการซื้อขนมของเด็กและเยาวชนไทยมีถึง 142,357 ล้านบาทต่อปี (ตารางที่ 4.56) ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงพอ ๆ กับงบประมาณการศึกษาของประเทศ

---

[16] ปิยธิดา ประเสริฐสม. เด็กขนมหวาน-ฟันผุ ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 26 ฉบับที่ 2, เมย. - มิย. 2546

ตารางที่ 4.53 เปรียบเทียบกลุ่มขนมจำแนกตามผลการสำรวจรายการที่ร้านค้าปลีกขายดี และรายการที่เด็กนิยมบริโภค พ.ศ.2546

กลุ่มขนม	รายการที่ร้านค้าขายดี	รายการที่เด็กนิยมบริโภค
แป้งกรอบ	62.2	31.4
ลูกอม	7.9	4.2
ขนมปังนิ่ม	7.6	13.9
เครื่องดื่ม	5.9	12.3
ถั่ว	5.0	2.0
โปรตีน	3.4	2.8
เยลลี่	1.7	2.6
ช็อกโกแลต	1.7	1.5
หมากฝรั่ง	0.5	0.6
ผลไม้	-	7.2
ขนมไทย	-	16.7
อื่น ๆ	4.1	4.8

ที่มา : สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. ขนมกับโรคฟันผุของเด็กไทย, 2546

ตารางที่ 4.54 ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุในกลุ่มอายุต่างๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2527, พ.ศ. 2532,พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2543-พ.ศ. 2544

กลุ่มอายุ (ปี)	ร้อยละ			
	2527	2532	2537	2543-2544
3*	-	66.5	61.7	65.7
6*	71.6	83.1	85.1	87.4
6**	74.4	82.8	85.3	87.5
6	30.3	19.2	11.1	-
12	45.8	49.2	53.9	57.3
18	63.1	63.3	63.7	62.1
35 - 44	80.2	76.8	85.7	85.6
60 ปีขึ้นไป	95.2	93.9	95.0	95.6

ที่มา: รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2, 3, 4, 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: * ฟันน้ำนม ** ฟันผสม (ฟันแท้และฟันน้ำนม) กลุ่มที่เหลือเฉพาะฟันแท้

ตารางที่ 4.55 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ในกลุ่มอายุต่าง ๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2532, พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2544

กลุ่มอายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย DMFT (ซี่/คน)			
	2527	2532	2537	2543-2544
3*	-	4.0	3.4	3.6
6*	4.9	5.6	5.7	6.0
6**	0.5	0.3	0.3	-
12	1.5	1.5	1.6	1.6
18	3.0	2.7	2.4	2.1
35 - 44	5.4	5.4	6.5	6.1
60 ปีขึ้นไป	16.3	16.2	15.8	14.4

ที่มา: รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2, 3, 4, 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: * ฟันน้ำนม ** ฟันผสม (ฟันแท้และฟันน้ำนม) กลุ่มที่เหลือเฉพาะฟันแท้

ตารางที่ 4.56 หมวดที่ใช้จ่ายค่าขนมของเด็กประถมศึกษา

หมวดค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)	ร้อยละ	มูลค่าต่อปี (ล้านบาท)
1. ค่าขนมและของเล่น	13	44.9	142,357
2. ค่าอาหาร การเรียน ค่ารถ	7	24.1	76,625
3. เก็บออม	7	24.1	76,625
4. เผื่อไว้ใช้ต่อ	2	6.9	21,943
รวม	29	100.0	317,550

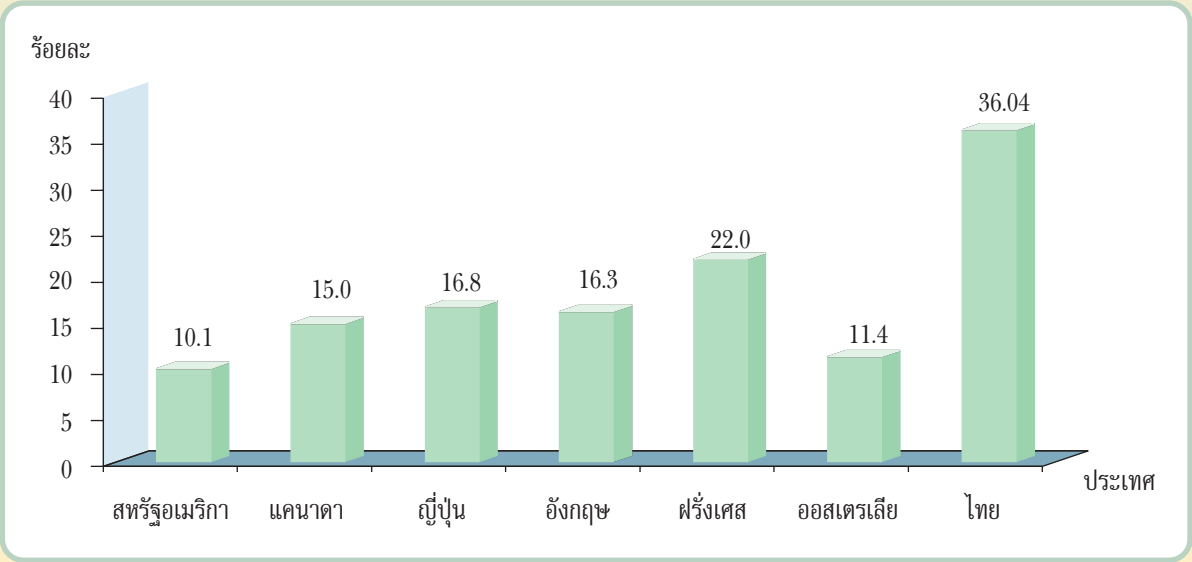
ที่มา: ปิยธิดา ประเสริฐสม. เด็ก-ขนมหวาน-ฟันผุ ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 26 ฉบับที่ 2, เมย.-มิย.2546

10.2 การบริโภคยา

มูลค่าการบริโภคยาของคนไทย ใน พ.ศ. 2545 ประมาณ 66,827 ล้านบาท (ราคาขายส่ง) หรือประมาณ 120,289 ล้านบาท (ราคาขายปลีก) คิดเป็นร้อยละ 36.04 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (ดูบทที่ 6 หัวข้อเวชภัณฑ์และเทคโนโลยี) ซึ่งนับว่าสูงมาก เพราะประเทศที่พัฒนาแล้วสัดส่วนนี้จะประมาณร้อยละ 10-20 เท่านั้น (ภาพที่ 4.41) ในช่วง พ.ศ. 2531-2545 มูลค่าการบริโภคนี้มีอัตราเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพและอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ

การบริโภคยาของคนไทยพบว่า บริโภคโดยผ่านการตัดสินใจหรือแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ) ประมาณ 2 ใน 3 และบริโภคโดยการตัดสินใจของประชาชน โดยอาศัยคำแนะนำจากญาติ เพื่อน หรือการโฆษณา ประมาณ 1 ใน 3 โดยมีแนวโน้มที่จะบริโภคผ่านการตัดสินใจและแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพมากขึ้นเรื่อย ๆ (ตารางที่ 4.57)

ภาพที่ 4.41 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศต่างๆ เปรียบเทียบกับประเทศไทย



ที่มา: OECD Health Data 2001 (อ้างในระบบยาของประเทศไทย, 2545)

ตารางที่ 4.57 สถานที่กระจายยาของประเทศไทย (ร้อยละของมูลค่ายาทั้งหมด)

ประเภท	พ.ศ. 2537 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2538 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2539 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2540 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2541 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2542 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2543 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2544 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2545 (ร้อยละ)	พ.ศ. 2546 (ร้อยละ)
ร้านขายยา	40	34	34	34	34	32	32	30	30	26
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน	43	46	52	52	52	58	58	60	60	64
คลินิกเอกชน	10	15	9	9	9	} 7	} 7	} 8	} 8	} 9
องค์การเภสัชกรรม	2	2	2	2	2					
อื่น ๆ	5	3	3	3	3	3	3	2	2	1

ที่มา: บริษัท IMS Thailand.

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ.2544 พบว่า เมื่อมีสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยเล็กน้อย เกือบร้อยละ 20 ของครัวเรือนซื้อยากินเองจากร้านขายของชำและจากร้านขายยา โดยมีประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 68) อ่านฉลากยาทุกครั้งและบางครั้งก่อนการใช้ยา (ภาพที่ 4.42) และครัวเรือนในเขตเทศบาลอ่านฉลากยาก่อนใช้ยาในสัดส่วนที่สูงกว่าครัวเรือนนอกเขตเทศบาล

แต่ไม่ว่าจะบริโภคยาผ่านใคร ก็มีหลักฐานอย่างชัดเจนว่า มีการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นในทุก ๆ ระดับ โดยเฉพาะการบริโภคยาปฏิชีวนะ ดังจะเห็นได้จากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กที่ศึกษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 38.6 มีประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนมาโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่แสดงว่าประชาชนจำนวนไม่น้อยตัดสินใจใช้ยาต้านจุลชีพด้วยตนเองก่อนจะไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีอาการของโรคระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาโดยไม่จำเป็นหรือมีการใช้ยาไม่ครบขนาด[17] รวมทั้งยังพบการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่รับไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม (ตารางที่ 4.58) ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากอิทธิพลของการโฆษณา (ภาพที่ 4.43) ในขณะที่ความพยายามในการเผยแพร่ความรู้ด้านยาแก่ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุ ทีวี วารสาร มีน้อยมาก แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นก็ตาม จึงทำให้ประชาชนผู้บริโภคได้ข้อมูลข่าวสารด้านยาส่วนใหญ่จากผู้ประกอบธุรกิจทางยา

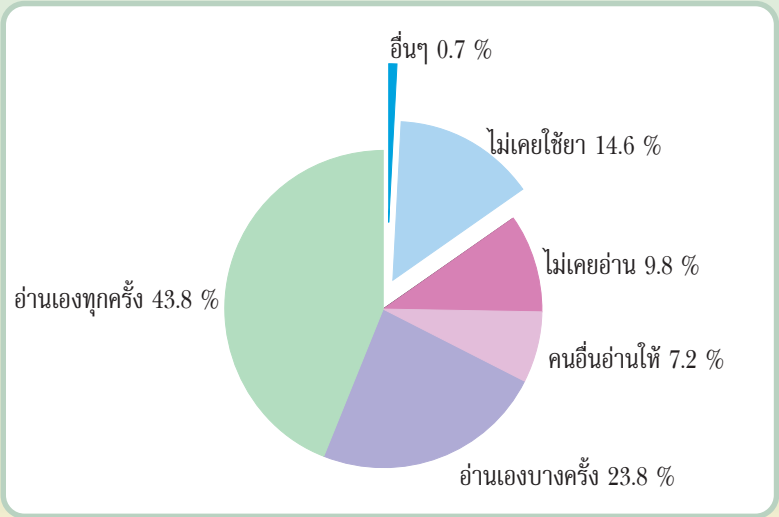
ตารางที่ 4.58 การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม รวบรวมจากรายงาน 11 ฉบับ

กลุ่มยา	สถานที่ศึกษา	ช่วงเวลาที่ศึกษา	จำนวนผู้ป่วย	ไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม (ร้อยละ)
Ceftriaxone	รพ.พระปกเกล้า	ต.ค. 41 - ก.ย. 42	9	77.8
Parenteral antibiotics	รพ. บ้านหมี่	มิ.ย. - พ.ย. 40	203	39.4
Ciprofloxacin	รพ. ลำปาง	พ.ย. - ธ.ค. 38	24	50.0
Parenteral antibiotics	รพ. ชัยนาท	ม.ค. - มิ.ย. 36	219	44.7
Ceftazidime	รพ. ยโสธร	ก.ค. - ก.ย. 42	48	60.4
Ceftazidime	รพ. ลำปาง	ก.ค. - ก.ย. 39	49	40.0
Cephalosporins	รพ. ตากสิน	มี.ค. 34 - ก.พ. 35	144	13.2 - 15.3
Ceftazidime	รพ. มหาราชนครราชสีมา	พ.ค. - ส.ค. 39	114	25.0
Ceftazidime	รพ. พระพุทธชินราช	มี.ค. - เม.ย. 43	59	37.5
Ceftriaxone	รพ. ลำปาง	ต.ค. 37	17	41.0
Cephalosporins	รพ. อุตรดิตถ์	ต.ค. 38 - ก.ย. 39	258	70.2

ที่มา: ระบบยาของประเทศไทย, 2545

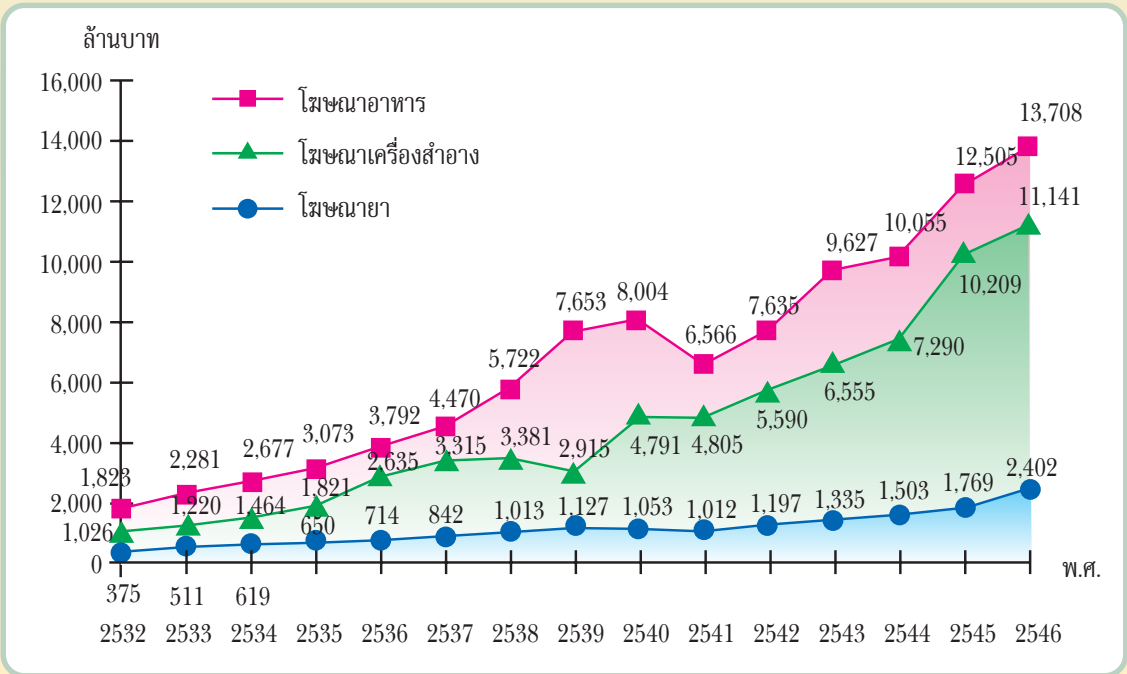
[17] คณะกรรมการโครงการศึกษาระบบยาของประเทศไทย. ระบบยาของประเทศไทย, 2545

ภาพที่ 4.42 ร้อยละของผู้แทนครัวเรือน จำแนกตามพฤติกรรมการอ่านฉลากยาก่อนการใช้ยา พ.ศ. 2544



ที่มา: การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ. 2544

ภาพที่ 4.43 มูลค่าการโฆษณายา อาหารและเครื่องสำอาง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546



ที่มา: Media Data Resources (MDR)

หมายเหตุ: 1. อาหาร หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นม เครื่องดื่มให้พลังงาน ขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ลูกอม เครื่องปรุงรส บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป กาแฟ อาหาร น้ำมันสำหรับปรุงอาหาร อาหารกระป๋อง ผลิตภัณฑ์นม ช๊อกโกแลต บุหรี่ อาหารแบบดื่มและอาหารอื่น ๆ

2. เครื่องสำอาง หมายถึง แชมพู สบู่ เครื่องสำอางทั่วไป แป้งทาตัวและครีมบำรุงผิว

10.3 การสูบบุหรี่

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรวมทั้งกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่แล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงมีผู้ที่สูบบุหรี่อยู่เป็นจำนวนมาก ใน พ.ศ.2546 พบว่า คนไทยบริโภคบุหรี่ทั้งสิ้น 31,366 ล้านมวน โดยมีการบริโภคบุหรี่เฉลี่ยคนละประมาณ 75.5 ซอง/ปี (ตารางที่ 4.59) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากช่วงปี พ.ศ. 2544-2545 ที่มีการบริโภค

เฉลี่ยประมาณ 71 ซอง/คน/ปี สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่า สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 20.5 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2546 โดยผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งชายและหญิงมีอัตราเพิ่มขึ้น ซึ่งมีข้อสังเกตว่าอัตราการสูบบุหรี่ของกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ต่ำกว่ากลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ก็จริง แต่เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนระหว่าง พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2544 - 2546 จะพบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง แสดงให้เห็นว่าบุหรี่ได้แพร่หลายไปยังกลุ่มเยาวชนเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกจะเห็นว่า ชายจะเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเร็วกว่าหญิง แต่แนวโน้มของอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ของชายเริ่มช้าลง ส่วนหญิงกลับมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้น (ตารางที่ 4.60 และ 4.61) ซึ่งใกล้เคียงกับที่องค์การอนามัยโลกคาดไว้ว่า อัตราการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อถึง ปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 20 โดยเพศชายจะลดลงจากเดิมร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 45 นอกจากนี้ ผลจากการสำรวจ ใน พ.ศ.2542 ยังพบว่า เยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี เริ่มสูบบุหรี่มากที่สุด คือ ร้อยละ 55.9 โดยมีสาเหตุสำคัญที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ อยากทดลองสูบและตามอย่างเพื่อน ซึ่งแตกต่างจากการสำรวจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย[18] พ.ศ. 2546 ที่พบว่า แรงกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ คือ ความเครียด การดื่มสุรา โมโห/หงุดหงิด เที่ยวกลางคืนและดูภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังพบว่า 1 ใน 3 ของเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 13 ปี ระบุว่า การดูภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันประมาณ 9.7 - 10.6 มวน โดยชายสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันสูงกว่าหญิง (ภาพที่ 4.44) สำหรับประเภทบุหรี่ที่สูบมากที่สุด พบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจ ประชาชนบริโภคบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศลดลง แต่หันไปบริโภคบุหรี่ซองผลิตจากต่างประเทศ รวมทั้งบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.62) ทั้งนี้เนื่องมาจากสัดส่วนการตลาดของบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 14.1 ใน พ.ศ. 2546 หรือในทางกลับกันสัดส่วนการตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบที่ลดลงจากร้อยละ 95.9 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 85.9 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.63) และการที่ประชาชนบริโภคบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากวิกฤตเศรษฐกิจทำให้ ประชาชนมีรายได้ลดลง ประชาชนที่สูบบุหรี่หันมาบริโภคบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้น

บุหรี่ยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาของศูนย์วิจัยกสิกรไทย[18] พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยด้านบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 15.07 ของรายได้ทั้งหมดในแต่ละเดือน โดยเฉลี่ยคนกรุงเทพฯ มีค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ 150 บาทต่อคน ซึ่งเมื่อคำนวณแล้วจะพบว่าในปี 2546 ตลาดบุหรี่ในกรุงเทพฯ มีมูลค่าประมาณ 500 ล้านบาท และถ้าเปรียบเทียบในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า แม้ว่าจะมีการรณรงค์ในเรื่องการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องแต่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนในการซื้อผลิตภัณฑ์ยาสูบยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้จากรายงานของธนาคารโลกระบุว่า บุหรี่ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างน้อย 200,000 ล้านดอลล่าร์สหรัฐต่อปี ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่ารายได้จากการขายบุหรี่ โดย 1 ใน 3 ของความเสียหายนั้นเกิดขึ้นกับประเทศกำลังพัฒนา[19]

ในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน[20] ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้าย โดยพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ชายที่ป่วยเป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารล้วนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ทั้งสิ้น

---

[18] ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ, 2546

[19] ประกิต วาทีสาธกกิจ. จะเกิดอะไรขึ้นกับบุหรี่ในอนาคต ในวารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ ฉบับที่ 7 (ม.ค. - ก.พ. 2543)

[20] จากการคำนวณของ ศ.นพ. ประกิต วาทีสาธกกิจ. ในสถิติสำคัญการสูบบุหรี่ของคนไทย มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (อัดสำเนา)

ตารางที่ 4.59 ปริมาณการบริโภคบุหรี่ของคนไทย พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546

รายการ	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
การบริโภคบุหรี่ทั้งสิ้น (ล้านมวน)	31,309	34,090	38,718	38,887	38,825	40,068	42,245.2	44,849.6	45,755.3	47,235.9	48,336.6	39,057.1	36,166.1	36,469.7	29,502	29,682	31,366
การบริโภค (ซอง/คน/ปี)	86.4	91.5	100.6	98.4	95.8	96.5	101.7	108.0	110.2	113.8	116.4	98.8	87.1	87.8	71.0	71.5	75.5
ปริมาณนำเข้า (ล้านซอง)	-	-	-	-	12	51	60	71	71	77	99	172	261	239	261	262	293
มูลค่านำเข้า (ล้านบาท)	-	-	-	-	-	716.8	968.5	787.0	1,032.1	952.2	907.3	2,755.6	4,289.8	4,586.3	6,151.9	6,136	6,472
บุหรี่ที่ผลิตในประเทศ																	
ล้านมวน	31,581.01	32,505.41	37,198.47	38,235.21	39,719.55	39,591.40	41,219.63	44,542.460	43,183.83	47,751.79	47,125.75	34,568.73	32,023.63	31,796.45	29,742.35	29,598.67	31,498.95
ล้านซอง	1,579.05	1,625.27	1,859.92	1,911.76	1,986.0	1,979.57	2,060.98	2,227.12	2,159.19	2,387.59	2,356.28	1,728.44	1,601.18	1,589.82	1,487.12	1,479.93	1,574.95
มูลค่าการจำหน่าย (ล้านบาท)	17,327	18,674	20,996	23,640	26,910	27,613	28,890	35,117	34,869	40,340	46,977	44,670	40,700	42,600	42,617	45,219	46,739
ภาษีบุหรี่ (ล้านบาท)	10,399	11,467	12,989	14,785	17,060	16,991	17,439	22,375	22,911	26,134	28,296	25,816	23,100.6	23,540.2	23,912.2	25,641	26,349
กำไรส่งกระทรวง (ล้านบาท)	877	1,069	2,595	2,064	2,244	3,202	2,802	2,954	3,588	3,445	3,600	4,657	5,000	5,310	5,232	4,958	5,948
ภาษีสรรพสามิต (%)	35-56.5[1]	35-56.5[1]	35-56.5[1]	35-56.5[1]	55[2]	55[3]	60[3]	60[3]	62[3]	68[3]	70[3]	70[3]	71.5[3]	71.5[3]	75[3]	75[3]	75[3]

ที่มา: - โรงงานยาสูบ และกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

- สถิติการค้าและเครื่องชี้วัดภาวะเศรษฐกิจของไทย, กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์

หมายเหตุ: [1] ก่อน กรกฎาคม พ.ศ. 2533 มี 3 อัตราคือ 35%, 48% และ 56.5% ของราคาขายปลีก ขึ้นกับปริมาณใบยาในประเทศ

[2] ตั้งแต่กรกฎาคม พ.ศ. 2533-พ.ศ. 2534 มีอัตราเดียว และเป็นร้อยละของราคาขายปลีก

[3] ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546 มีอัตราเดียว และเป็นร้อยละของราคาขายส่ง

ตารางที่ 4.60 จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2546

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่			สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2519	28.7[1]	8.6	7.7	0.9	30.1	54.7	6.1
2524	35.1[1]	9.8	9.0	0.8	27.8	51.2	4.4
2529	38.0[2]	10.4	9.6	0.8	27.4	50.4	4.2
2531	40.5[2]	10.1	9.4	0.7	25.0	46.7	3.5
2534	43.3[2]	11.4	10.6	0.8	26.3	49.0	3.8
	38.3[3]	11.3	10.5	0.8	29.7	55.3	4.3
2536	45.7[2]	10.4	9.8	0.6	22.8	43.2	2.5
	40.7[3]	10.4	9.8	0.6	25.5	48.5	2.8
2539	48.0[2]	11.2	10.6	0.6	23.4	44.6	2.5
2542	49.9[2]	10.2	9.6	0.6	20.5	38.9	2.4
2544	51.2[2]	10.5	10.0	0.5	20.6	39.3	2.2
2546	35.8[2]	7.7	7.1	0.6	21.6	44.1	2.9

ที่มา: 1. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

2. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมายเหตุ: 1. [1]ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป

[2]ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป

[3]ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

2. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ได้ทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ตอบสัมภาษณ์ด้วยตนเองเท่านั้น ถ้าไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์ก็จะไม่บันทึกข้อมูล จึงทำให้จำนวนประชากรที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้น้อยกว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศ

ตารางที่ 4.61 สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546

กลุ่มอายุ (ปี)	สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่									การเปลี่ยนแปลงของอัตราผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ					
	พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2546			พ.ศ. 2542-2544			พ.ศ. 2544-2546		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
11-14	0.2	0.5	-	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.1	-0.1	-0.3	+0.1	+0.1	0.0	0.0
15-24	12.3	24.0	0.3	13.5	26.0	0.6	15.2	32.1	0.9	+1.2	+2.0	+0.3	+1.7	+6.1	+0.3
25-59	26.3	49.8	3.0	26.2	49.9	2.6	25.3	51.8	3.4	-0.1	+0.1	-0.4	-0.9	+1.9	+0.8
60 ปีขึ้นไป	23.3	45.1	4.8	21.1	40.9	4.3	21.5	43.3	4.6	-2.2	-4.2	-0.5	+0.4	+2.4	+0.3
รวม	20.5	38.9	2.4	20.6	39.3	2.2	21.6	44.1	2.9	+0.1	+0.4	-0.2	+1.0	+4.8	+0.7
อายุเฉลี่ยเริ่มสูบบุหรี่(ปี)	18.2	17.9	22.2	18.5	18.3	21.9	18.4	18.2	21.5						

ที่มา:
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2542, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.44 ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546

ที่มา:
1. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.62 อัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นประจำ จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์ที่สูบมากที่สุด

ประเภทผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้มากที่สุด	ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ		หลังวิกฤตเศรษฐกิจ	
	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544
บุหรี่ซองผลิตในประเทศ	44.9	55.6	44.3	46.0
บุหรี่ซองผลิตจากต่างประเทศ	0.9	1.1	1.3	1.2
บุหรี่มวนเอง	54.0	42.5	54.1	52.7
บุหรี่ซิการ์	น้อยกว่า 0.1	0.2	0.1	} 0.1
ไปป์	0.1	0.2	0.2	
ไม่ทราบ	0.1	0.4	-	

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ.2542, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.63 สัดส่วนการตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546

ปีงบประมาณ	สัดส่วนการตลาด (ร้อยละ)	
	บุหรี่โรงงานยาสูบ	บุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ
2534	99.4	0.6
2535	97.4	2.5
2536	97.2	2.8
2537	97.0	3.0
2538	96.7	3.2
2539	96.8	3.1
2540	95.9	4.1
2541	91.5	8.4
2542	86.4	13.5
2543	86.7	13.3
2544	85.0	15.0
2545	84.7	15.3
2546	85.9	14.1

ที่มา: โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง

10.4 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

คนไทยมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ในทศวรรษที่ผ่านมา ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นจาก 721.8 ล้านลิตร ใน พ.ศ.2531 เป็น 1,604.3 ล้านลิตร ใน พ.ศ.2540 หรือประมาณกว่า 2 เท่า จนกระทั่งวิกฤตเศรษฐกิจปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงมีแนวโน้มลดลงจาก 1,689.8 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2541 เป็น 1,340.9 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2542 อย่างไรก็ตามเมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวใน พ.ศ. 2546 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กลับเพิ่มสูงขึ้น เป็น 3,783.7 ล้านลิตร นอกจากนี้ องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้คำนวณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปีของประชากร พบว่า ใน พ.ศ.2543 คนไทยบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และฟิลิปปินส์[21] (ภาพที่ 4.45)

เมื่อจำแนกประเภทของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า การบริโภคสุรามีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ขณะที่การบริโภคเบียร์และไวน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.64 และภาพที่ 4.46) ทั้งนี้เนื่องจาก ใน พ.ศ. 2535 รัฐบาลประกาศนโยบายการค้าเสรี ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้มีโรงงานผลิตเบียร์และไวน์เกิดขึ้นอีกหลายแห่ง (ภาพที่ 4.47) รวมทั้งราคาที่ถูกกว่าทำให้ยอดจำหน่ายหรือปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นจนสูงกว่าสุรา

นอกจากนี้ ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบสอดคล้องกันคือ สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.5 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 35.5 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.65) รวมทั้งการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2539-2540 พบสอดคล้องกันคือ 1 ใน 3 ของประชากรวัยแรงงานบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า เป็นที่น่าสังเกตว่าในช่วงระยะเวลา 8 ปี (พ.ศ. 2539-พ.ศ. 2546) ผู้หญิงมีแนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง (อายุ 15-19 ปี) ที่หันมาดื่มสุราเพิ่มขึ้นเกือบ 6 เท่า คือ จากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6 (ตารางที่ 4.66) ขณะที่การสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 30.7) ของเยาวชนไทยที่มีอายุ 15-24 ปี ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา [22] และการสำรวจการใช้สารเสพติดในนักเรียนก็พบว่า นักเรียนมีแนวโน้มการดื่มสุราสูงขึ้นด้วย (ตารางที่ 4.76)

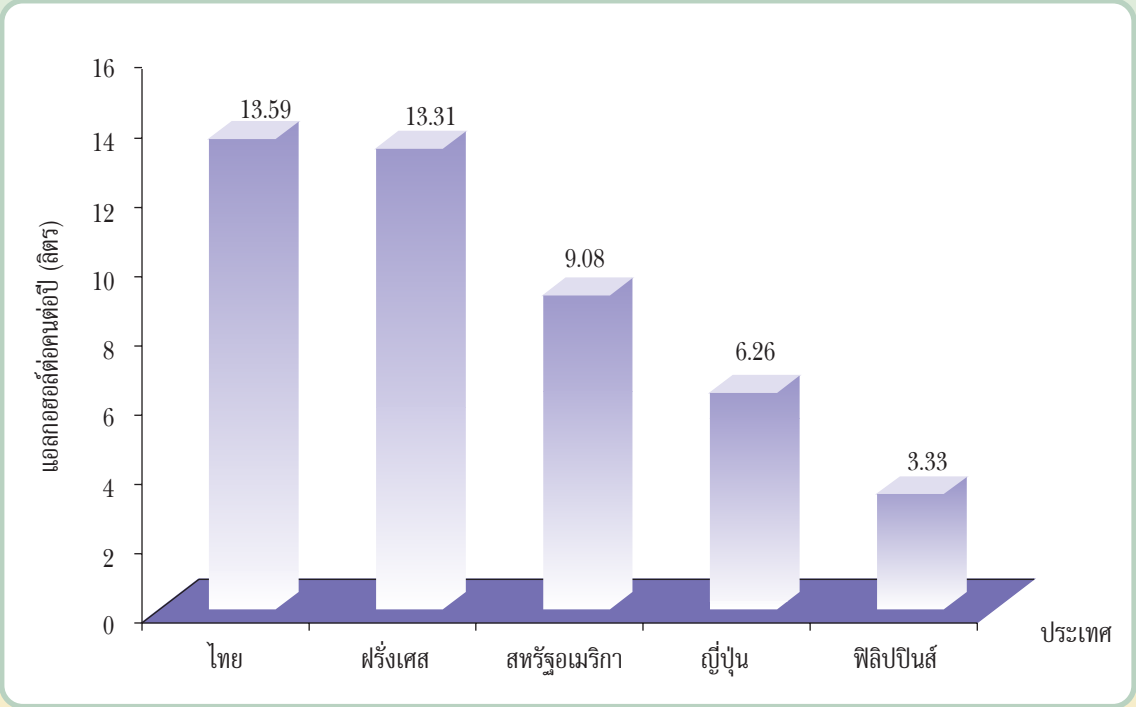
เมื่อพิจารณาความถี่ของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุราพบว่ามีประมาณครึ่งหนึ่งที่ดื่มนานๆ ครั้ง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้ที่ดื่มทุกวันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 8.6 ใน พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 9.4 ใน พ.ศ.2546 (ตารางที่ 4.67) นอกจากนี้ น.พ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ในอนาคตจากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกเพศและทุกวัย และมีโอกาสที่ผู้หญิงจะดื่มสุราหนักมากขึ้น คือ มากกว่า 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ สาเหตุของการดื่มสุราก็เพราะเพื่อเข้าสังคมตามเพื่อนและอยากทดลอง (ตารางที่ 4.68) รวมทั้งอิทธิพลของการโฆษณาอย่างไม่หยุดยั้ง ดังจะเห็นได้จากมูลค่าโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ.2542-2545 มีมูลค่าการโฆษณาเฉลี่ยสูงกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี (ตารางที่ 4.69) ดังนั้น ใน พ.ศ.2546 รัฐบาลจึงออกมาตรการห้ามมีการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ระหว่างเวลา 05.00-22.00 น. ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2546 เป็นต้นไป

---

[21] ยงยุทธ ขจรธรรม. การโฆษณาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความสูญเสีย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547

[22] สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. การสำรวจสภาวะเยาวชนไทย ,2541

ภาพที่ 4.45 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อคน พ.ศ. 2543



ที่มา: จากฐานข้อมูล WHO-alcohol consumption database อ้างใน ยงยุทธ ขจรธรรม การโฆษณา การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความสูญเสีย; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2546

ตารางที่ 4.64 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546

ประเภทเครื่องดื่ม	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
การบริโภคสุราทั้งสิ้น (พันลิตร)	561,857.8	499,619.2	611,926.2	681,767.7	670,922.5	678,011.1	557,634.5	743,825.6	795,633.1	736,616.0	734,879.4	666,275.5	641,487.0	760,556.5	711,280	1,108,704.9
การบริโภคสุราเฉลี่ยต่อคน (ลิตร)	15.7	13.9	16.3	17.6	17.0	16.7	13.8	17.4	18.4	16.7	16.5	14.7	14.0	16.4	14.7	23.9
การบริโภคเบียร์ทั้งสิ้น (พันลิตร)	157,801.3	178,530.0	260,805.8	278,479.6	320,150.9	419,759.4	509,367.7	616,389.1	714,899.1	863,914.6	950,696.7	666,275.5	1,148,409.2	1,149,184.1	1,248,550	2,509,129.4
การบริโภคเบียร์เฉลี่ยต่อคน (ลิตร)	4.4	5.0	6.9	7.2	8.1	10.3	12.1	14.4	16.5	19.6	21.3	14.7	25.1	24.8	25.8	54.1
การบริโภคไวน์ทั้งสิ้น (พันลิตร)	2,148.3	899.7	835.2	1,490.8	1,523.5	1,516.4	1,396.5	2,390.8	4,404.8	3,854.9	4,300.8	8,396.3	12,915.7	16,345.7	19,200.0	167,957.9
การบริโภคไวน์เฉลี่ยต่อคน (ลิตร)	0.06	0.03	0.02	0.04	0.04	0.04	0.03	0.06	0.10	0.09	0.10	0.20	0.30	0.35	0.40	3.6
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งสิ้น (พันลิตร)	721,807.5	679,049.0	873,567.3	961,738.2	992,597.0	1,099,287.0	1,088,394.8	1,362,605.6	1,514,937.0	1,604,385.5	1,689,876.9	1,340,947.3	1,802,812.0	1,926,086.4	1,979,030	3,783,792.2
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อคน (ลิตร)	20.2	18.9	23.3	24.8	25.2	27.1	25.9	31.9	35.0	36.4	37.9	29.5	39.3	41.6	40.9	81.7
ปริมาณนำเข้าสุราต่างประเทศ (พันลิตร)	-	-	-	-	12,783.3	14,801.3	18,165.9	20,700.4	33,334.5	32,749.2	17,467.4	28,728.5	39,728.3	48,921.7	57,154.1	92,446.2
ภาษีสุราต่างประเทศ(ล้านบาท)	-	-	-	-	1,105.5	1,227.2	1,671.1	1,603.3	2,536.6	2,525.0	1,959.9	2,998.5	3,358.3	5,377.7	6,146.1	7,225.4

ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

หมายเหตุ: การบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4.65 จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา (ล้านคน)			สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2534	39.5	12.4	10.5	1.8	31.5	53.7	9.5
2539	43.4	13.7	11.9	1.7	31.6	55.4	8.1
2544	46.9	15.3	13.0	2.3	32.6	55.9	9.8
2546	35.8	12.7	9.8	2.8	35.5	60.8	14.5

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544 และ 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการใน พ.ศ. 2546 ได้ทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ตอบ สัมภาษณ์ด้วยตนเองเท่านั้น ถ้าไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์ก็จะไม่บันทึกข้อมูล จึงทำให้จำนวนประชากรที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้น้อยกว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศ

ตารางที่ 4.66 อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	2534		2539		2544		2546	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
11-14	-	-	0.2	0.05	-	-	0.5	0.4
15-19	21.7	2.1	20.8	1.0	19.9	1.9	33.5	5.6
20-24	59.5	5.4	56.0	5.7	55.8	7.2	70.4	11.8
25-29	66.7	9.2	67.6	6.9	68.1	10.2	75.7	16.8
30-34	68.6	11.9	67.7	9.5	67.0	12.3	76.5	20.0
35-39	66.2	15.3	69.0	12.2	69.2	14.2	73.3	19.2
40-49	65.1	15.6	65.8	12.9	67.5	14.2	73.0	21.7
50-59	56.1	14.2	59.9	10.1	58.7	11.5	64.5	14.4
60 ปีขึ้นไป	38.0	8.5	36.8	6.3	37.0	5.7	41.9	8.6
รวม	53.7	9.5	50.1	7.4	55.9	9.8	60.8	14.5

ที่มา: วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.67 ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุรา จำแนกตามความถี่ของการดื่มสุรา พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546

ความถี่ของการดื่มสุรา	พ.ศ. 2539[1]	พ.ศ. 2544[2]	พ.ศ. 2546[1]
ดื่มทุกวัน	8.6	7.9	9.4
ดื่มค่อนข้างบ่อย (3 - 4 ครั้ง / สัปดาห์)	10.7	9.9	10.7
ดื่มเป็นบางวัน (1 - 2 ครั้ง / สัปดาห์)	17.4	17.2	17.7
ดื่มเดือนละ 1 - 2 ครั้ง	16.4	15.3	12.2
ดื่มนาน ๆ ครั้ง	46.2	49.4	50.0
ไม่ทราบ	0.6	0.3	-

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: [1] ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

[2] ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป

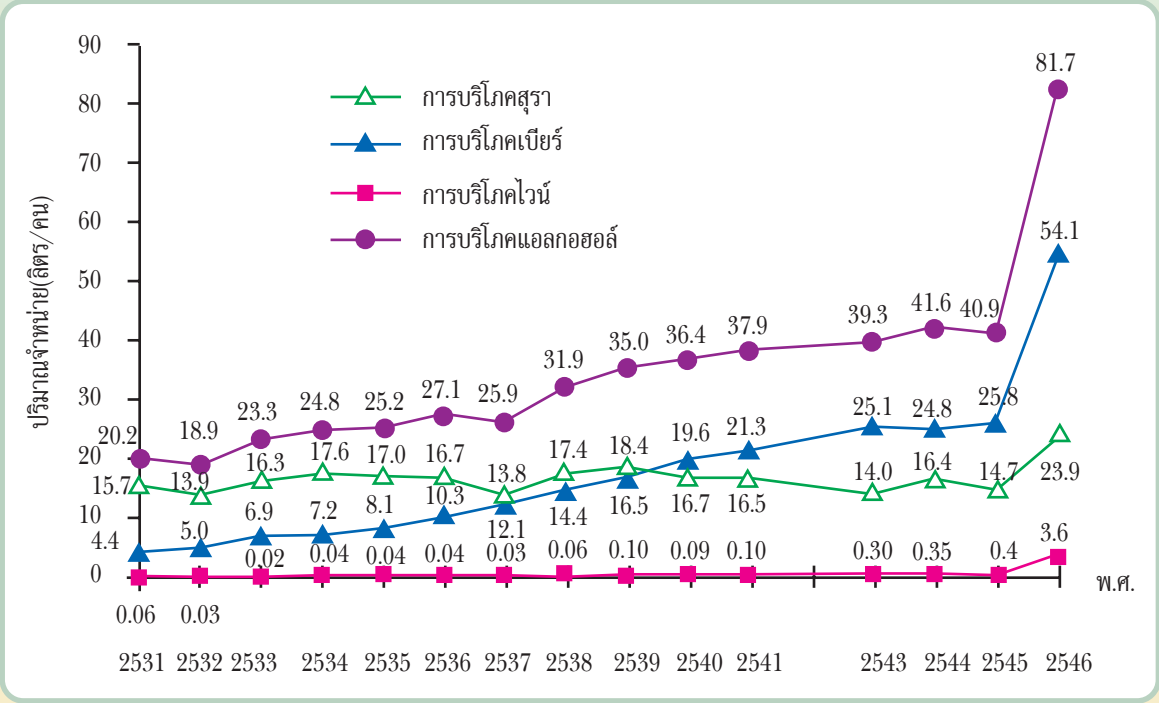
ตารางที่ 4.68 ร้อยละของประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำแนกตามอายุที่เริ่มดื่มและเหตุผลในการดื่ม พ.ศ.2534, พ.ศ.2539 และ พ.ศ. 2544

เหตุผลการเริ่มดื่ม	ชาย									หญิง								
	<20 ปี			20 ปีขึ้นไป			รวม			<20 ปี			20 ปีขึ้นไป			รวม		
	2534	2539	2544	2534	2539	2544	2534	2539	2544	2534	2539	2544	2534	2539	2544	2534	2539	2544
อยากทดลอง	7.3	11.5	11.5	6.2	5.4	6.0	13.5	16.9	17.5	3.0	2.5	4.0	7.7	4.6	5.9	10.7	7.1	9.9
เพื่อเข้าสังคม	12.8	16.4	18.9	21.1	21.5	22.7	33.9	37.9	41.6	7.8	8.9	8.9	31.9	43.5	45.5	39.7	52.4	54.4
ตามเพื่อน (โก้ อยากเป็นผู้ใหญ่ เลียนแบบดารา ไม่มีอะไรทำ)	27.2	22.9	23.4	22.3	17.6	13.3	49.5	40.5	36.6	7.4	6.0	6.8	23.1	15.6	13.0	30.5	21.6	19.8
มีความวิตกกังวล (กินเป็นยาแก้ผิดหวัง)	0.4	1.2	1.8	0.6	2.1	2.4	1.0	3.3	4.1	0.1	0.8	1.3	2.2	16.3	13.6	2.3	17.1	14.9
อื่น ๆ (ไม่มีเหตุผล)	0.5	0.5	0.1	1.4	0.8	0.1	1.9	1.3	0.2	2.8	0.4	0.6	14.1	1.4	0.3	16.9	1.8	1.0
รวม	**48.3**	**52.6**	**55.6**	**51.7**	**47.4**	**44.4**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**21.0**	**18.6**	**21.7**	**79.0**	**81.4**	**78.3**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

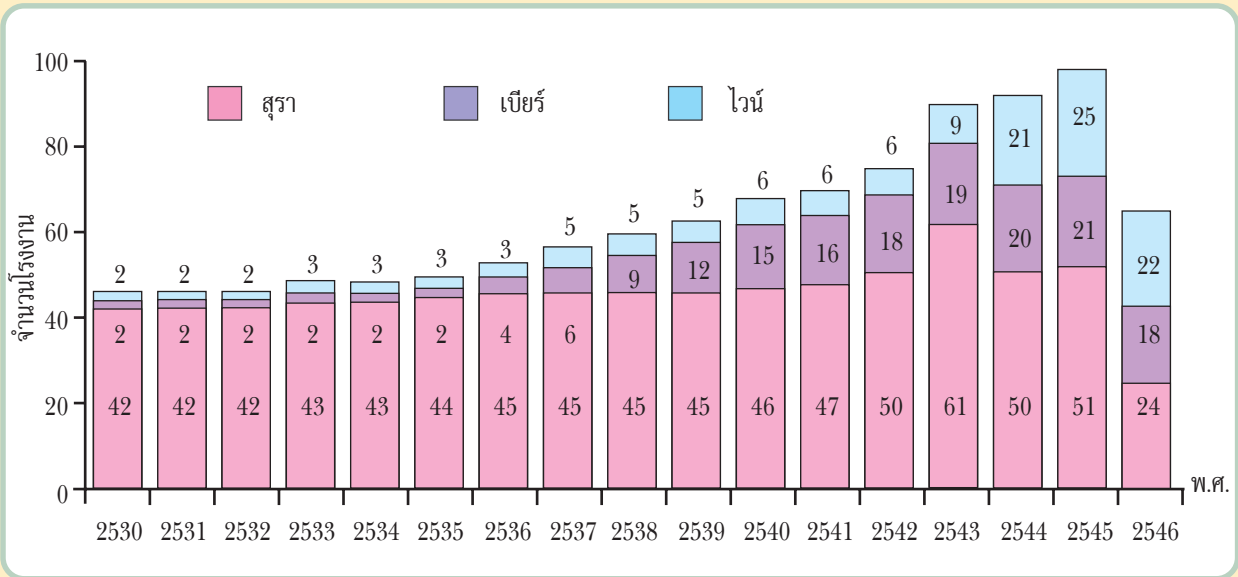
ภาพที่ 4.46 ปริมาณจำหน่ายสุรา เบียร์และไวน์ และปริมาณแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

หมายเหตุ: การบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ภาพที่ 4.47 จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์ และไวน์ ปี พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม

หมายเหตุ: พ.ศ. 2546 โรงงานสุรามีจำนวนลดลงเนื่องจากมีการปิดกิจการและมีการยุบรวมกัน

ตารางที่ 4.69 มูลค่าการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พ.ศ.2532-พ.ศ.2546

พ.ศ.	มูลค่าการโฆษณา (ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)
2532	255	-
2533	347	+36.1
2534	460	+32.6
2535	514	+11.7
2536	705	+37.2
2537	772	+9.5
2538	1,318	+70.7
2539	2,169	+64.6
2540	1,859	-14.3
2541	1,264	-32.0
2542	1,812	+43.4
2543	2,522	+39.2
2544	1,910	-24.3
2545	2,180	+14.1
2546	2,025	-7.1

ที่มา: Media Data Resources (MDR)

10.5 การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน

การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอันเป็นผลมาจากการส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ จาก 131.10 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2535 เป็น 310.05 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2540 จนกระทั่งวิกฤตเศรษฐกิจ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามเมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัว การบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็น 433.21 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.70)

ตารางที่ 4.70 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน (เครื่องดื่มบำรุงกำลัง) พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546

พ.ศ.	ปริมาณการผลิต (ล้านลิตร)	ปริมาณการจำหน่าย (ล้านลิตร)	ปริมาณการบริโภคต่อคน (ลิตร/ปี)	อัตราการเปลี่ยนแปลงการบริโภคเฉลี่ยต่อคน (ร้อยละ)
2535	138.40	131.10	3.32	-
2536	173.75	329.26	8.10	+144.0
2537	183.62	181.84	4.33	-46.5
2538	209.31	217.08	5.08	+17.3
2539	180.87	182.92	4.22	-16.9
2540	308.08	310.05	7.03	+66.6
2541	134.73	126.12	2.82	-59.9
2542	174.59	155.44	3.42	+21.3
2543	337.56	332.47	7.25	+112.0
2544	364.84	355.14	7.66	+5.6
2545	366.30	433.59	8.95	+16.8
2546	445.47	433.21	8.90	-0.6

ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

หมายเหตุ: การบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ใน พ.ศ. 2543 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน พบว่า คนไทยอายุ 12 ปีขึ้นไป ประมาณ 2 ใน 5 ดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน (ร้อยละ 38.6) ประมาณ 2 ใน 3 ดื่มเครื่องดื่มกาแฟ ชา (ร้อยละ 66.6) และประมาณ 3 ใน 4 ดื่มน้ำอัดลมผสมคาเฟอีน (ร้อยละ 77.0) นอกจากนี้ ยังพบว่า คนไทยมีความชุกของการบริโภครวมทั้ง 3 ประเภท ประมาณร้อยละ 23.7 โดยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 36.6) สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 11.1) ประมาณเกือบ 4 เท่า (ตารางที่ 4.71) สำหรับเหตุผลที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนประเภทต่างๆ เพราะแก้ง่วงนอน ทำให้สดชื่น ชอบในรสชาติ (ตารางที่ 4.72)

ตารางที่ 4.71 จำนวนและความชุก (Prevalence) และความชุกที่ปรับแล้ว (Adjusted prevalence) ดื่มเครื่องดื่มประเภทต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ

พฤติกรรมการดื่ม	เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน			เครื่องดื่ม กาแฟ ชา			เครื่องดื่มน้ำอัดลมผสมคาเฟอีน		
	ชาย	หญิง	คนไทย (อายุ 13-70)	ชาย	หญิง	คนไทย (อายุ 13-70)	ชาย	หญิง	คนไทย (อายุ 13-70)
ดื่ม	1,257	442	1,699	1,541	1,592	3,133	1,656	1,925	3,581
ดื่มแต่เลิกแล้ว	266	192	458	202	209	411	175	200	375
ไม่เคยดื่ม	648	1,830	2,478	428	663	1,091	338	337	675
รวม	2,171	2,464	4,635	2,171	2,464	4,635	2,169	2,462	4,631
ความชุก									
ดื่ม	57.9%	17.9%	36.7%	71.0%	64.6%	67.6%	76.3%	78.2%	77.3%
ดื่มแต่เลิกแล้ว	12.3%	7.8%	9.9%	9.3%	8.5%	8.9%	8.1%	8.1%	8.1%
ไม่เคยดื่ม	29.8%	74.3%	53.5%	19.7%	26.9%	23.5%	15.6%	13.7%	14.6%
ความชุก (adjusted)*									
ดื่ม	59.8%	17.8%	38.6%	70.1%	63.1%	66.6%	76.3%	77.6%	77.0%
ดื่มแต่เลิกแล้ว	10.9%	7.5%	9.2%	9.1%	8.3%	8.7%	7.6%	7.7%	7.6%
ไม่เคยดื่ม	29.3%	74.7%	52.3%	20.8%	28.6%	24.8%	16.1%	14.7%	15.4%

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมคาเฟอีนของคนไทย, 2543

หมายเหตุ: * ความชุกที่ปรับแล้ว (adjusted prevalence) ปรับตามสัดส่วนฐานประชากรแยกตามเพศ

ตารางที่ 4.72 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ดื่มในปัจจุบัน ที่ระบุเหตุผลที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนประเภทต่างๆ พ.ศ. 2543

เหตุผลที่ดื่ม (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน (N = 1,699)	เครื่องดื่ม กาแฟ ชา (N = 3,133)	น้ำอัดลมผสมคาเฟอีน (N = 3,581)
แก้ง่วงนอน / ทำให้สดชื่น	70.8	64.0	29.0
ทำให้มีแรงทำงาน / แก้อ่อนเพลีย	58.7	25.0	5.7
ไม่ดื่มแล้วหงุดหงิด / ติดแล้ว	6.7	10.5	1.8
อยากส่งฉลาก / ฝาไปชิงโชค	3.5	0.8	0.6
ดื่ม / กินเพื่อบำรุงร่างกาย	7.4	3.2	1.1
ชอบรสชาติ / อร่อย	32.3	38.5	43.7
ดื่มเป็นนิสัย	11.9	28.4	10.0
แก้กระหาย	15.8	19.8	84.4
เพราะแรงโฆษณา	3.4	1.5	3.4

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมคาเฟอีนของคนไทย, 2543

10.6 การเสพสารเสพติด

ปัญหายาเสพติดมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนตามการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม โดยจะลุกลามเข้าสู่ชุมชน สถานประกอบการ ตลอดจนสถานศึกษา สำหรับประเทศไทยแม้ว่าจะมีมาตรการทางกฎหมายออกมาควบคุม มีการปราบปราม รวมทั้งการรณรงค์ต่าง ๆ มาโดยตลอด แต่สถานการณ์ของปัญหาสารเสพติดก็ยังไม่ลดลง สารเสพติดสำคัญที่กำลังแพร่ระบาดอยู่ในขณะนี้ที่สำคัญ คือ ยาบ้า แม้ประเทศกำลังเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจก็ตาม แต่การลักลอบจำหน่ายก็ไม่ลดลงกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติการจับกุมยาบ้าที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะชายแดนภาคเหนือของประเทศที่มีสัดส่วนการจับกุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.7 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 46.5 ใน พ.ศ. 2546 หรือเพิ่มขึ้นถึง 33 ล้านเม็ด ในระยะเวลา 10 ปี (ตารางที่ 4.73)

ตารางที่ 4.73 สถิติการจับกุมยาบ้า พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2546

พ.ศ.	ทั่วประเทศ (เม็ด)	ภาคเหนือ	
		เม็ด	ร้อยละ
2536	7,000,000	40,000	0.6
2537	4,000,000	600,000	15.0
2538	6,000,000	1,000,000	16.7
2539	9,000,000	3,500,000	38.9
2540	15,000,000	9,000,000	60.0
2541	31,770,127	17,689,136	55.7
2542	49,887,050	33,137,431	66.4
2543	83,000,000	34,000,000	41.0
2544	93,800,000	55,670,540	59.3
2545	95,900,000	37,810,500	39.4
2546	71,400,000	33,227,800	46.5

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

นอกจากนี้ ในช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่า มีผู้ติดยาและสารเสพติดรายใหม่เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.1 ใน พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 52.2 ใน พ.ศ.2545 (ตารางที่ 4.74) และที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งก็คือ จำนวนนักเรียนที่เข้าบำบัดรักษาในระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545) มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจเกือบร้อยละ 80 ของนักเรียนที่เข้าบำบัดเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า มีนักเรียนที่เสพสารเสพติดรายใหม่ในทุกปีเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ (ตารางที่ 4.75) สารเสพติดที่มีแนวโน้มว่านักเรียนเสพเพิ่มขึ้น คือ ยากระตุ้นหรือยาบ้าซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.2 ใน พ.ศ.2528 เป็นร้อยละ 1.5 ใน พ.ศ.2542 หรือเพิ่มขึ้นถึง 7.5 เท่า (ตารางที่ 4.76)

ตารางที่ 4.74 ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาล ประเทศไทย พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545

พ.ศ.	จำนวนผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด	ผู้เข้ารับการรักษารายเก่า	ผู้เข้ารับการรักษารายใหม่	
			จำนวน	ร้อยละของผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด
2530	57,874	42,748	14,895	25.7
2531	61,218	46,766	13,779	22.5
2532	60,000	44,048	13,723	22.9
2533	58,327	41,942	13,984	24.0
2534	66,465	46,253	18,398	27.7
2535	63,978	44,816	19,162	30.0
2536	82,620	51,053	29,468	35.7
2537	80,618	49,644	30,189	37.4
2538	101,145	61,490	38,565	38.1
2539	81,050	50,774	29,223	36.1
2540	62,362	39,075	21,956	35.2
2541	73,079	45,001	28,060	38.4
2542	64,232	37,150	27,082	42.2
2543	67,155	38,778	28,377	42.3
2544	72,646	41,265	31,381	43.2
2545	68,623	32,772	35,851	52.2

ที่มา: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.75 จำนวนนักเรียนที่เข้าบำบัดรักษาการติดสารเสพติด พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545

พ.ศ.	รายใหม่		รายเก่า		รวมทั้งหมด
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
2535	1,119	86.8	170	13.2	1,289
2536	2,390	84.8	429	15.2	2,819
2537	3,091	79.6	793	20.4	3,884
2538	3,998	76.5	1,231	23.5	5,229
2539	3,147	73.5	1,137	26.5	4,284
2540	3,389	77.6	980	22.4	4,369
2541	8,109	88.2	1,084	11.8	9,193
2542	6,133	86.3	976	13.7	7,109
2543	6,862	90.8	698	9.2	7,560
2544	5,631	86.6	868	13.4	6,499
2545	5,903	78.1	1,659	21.9	7,562

ที่มา: พ.ศ. 2535 - 2544 ได้จากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
พ.ศ. 2545 ได้จากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.76 อัตราร้อยละการใช้ยา/สารเสพติด ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในสถานศึกษา พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2542

ชนิดของยา/สารเสพติด	พ.ศ. 2528 (n=155,541)	พ.ศ. 2530 (n=30,097)	พ.ศ. 2532 (n=4,986)	พ.ศ. 2539 (n=15,306)	พ.ศ. 2542 (n=24,110)
บุหรี่	9.16	6.73	7.62	7.60	5.28
สุรา	9.79	5.96	7.97	14.00	13.56
กัญชา	1.05	0.92	1.78	1.18	0.80
สารระเหย	0.52	1.78	2.38	0.85	0.44
ยากระตุ้น/ยาบ้า	0.18	0.73	0.60	1.64	1.52
เหล้าแห้ง	0.19	0.28	0.28	0.55	0.37
ยากล่อมประสาท	0.12	0.26	0.40	0.92	0.42
เฮโรอีน	0.74	0.12	0.46	0.33	0.19

ที่มา: การสำรวจสภาพปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดของนักเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา, กรมสามัญศึกษา และสำนักงาน ป.ป.ส., 2542

นอกจากนี้ จากการประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดของสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เน็ต (เอแบคโพลล์) ใน พ.ศ. 2544 ที่ได้ทำการสำรวจจากสถาบันการศึกษาทุกสังกัดทั่วประเทศ พบว่า ร้อยละ 6.2 ของนักเรียน-นักศึกษามีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องยาเสพติด (ตารางที่ 4.77) สำหรับประเภทของยาเสพติดที่นักเรียน-นักศึกษาเกี่ยวข้องสูงสุดคือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 58.5 ของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ตารางที่ 4.78)

ตารางที่ 4.77 ผลการประมาณการจำนวนนักเรียนและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พ.ศ. 2544

พฤติกรรมของนักเรียน - นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	ผลการประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษา (คน)	ร้อยละ
เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ไม่รวมเหล้าและบุหรี่)	374,653	6.2
ไม่เกี่ยวข้อง	5,717,819	93.8
รวม	**6,092,472**	**100.0**

ที่มา: การประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด : กรณีตัวอย่างนักเรียน-นักศึกษา จากสถาบันการศึกษาทุกสังกัดทั่วประเทศ, สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เน็ต(เอแบคโพลล์), 2544

ตารางที่ 4.78 ผลการประมาณการจำนวนนักเรียนและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำแนกตามประเภทของยาเสพติด พ.ศ. 2544

ลำดับที่	ประเภทของยาเสพติดที่นักเรียน - นักศึกษาเกี่ยวข้อง	ผลการประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษา (คน)	ร้อยละ
1	ยาบ้า	219,284	58.5
2	กัญชา	158,065	42.2
3	ยากล่อมประสาท เช่น โดมีคุ่ม/แวเลี่ยม	125,918	33.6
4	สารระเหย / กาว / แลค	62,354	16.6
5	ยาอี	42,443	11.3
6	ยาเลิฟ	39,349	10.5
7	ยาเค	32,655	8.7
8	เฮโรอีน	28,402	7.6
9	ฝิ่น	20,807	5.6
10	โคเคน	18,249	4.9
11	มอร์ฟีน	18,231	4.9

ที่มา: การประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด : กรณีตัวอย่างนักเรียน-นักศึกษา จากสถาบันการศึกษาทุกสังกัดทั่วประเทศ, สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เน็ต (เอแบคโพลล์), 2544

หมายเหตุ: จำนวนนักเรียน - นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด 374,653 คน

อย่างไรก็ตาม หลังจากที่รัฐบาลมีนโยบายเร่งด่วนด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างจริงจัง ใน พ.ศ. 2544 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจึงได้ทำการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย พบว่า จำนวนผู้ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 16.4 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2546 หรือลดลงต่ำกว่าครึ่ง (ตารางที่ 4.79)

ตารางที่ 4.79 จำนวนประชากรทั่วประเทศที่ใช้สารเสพติด จำแนกตามชนิดและระยะเวลาที่ใช้ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546

สารเสพติด	พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2546		
	จำนวนประชากรใช้สารเสพติด x 1,000 (ร้อยละ)			จำนวนประชากรใช้สารเสพติด x 1,000 (ร้อยละ)		
	เคยใช้	ใช้ใน 1 ปี	ใช้ใน 30 วัน	เคยใช้	ใช้ใน 1 ปี	ใช้ใน 30 วัน
สารชนิดใดชนิดหนึ่ง	**7,312.2(16.4)**	**1,942.1(4.3)**	**998.7(2.2)**	**3,155.5(6.9)**	**455.5(1.0)**	**257.8(0.6)**
ยาบ้า	3,491.6(7.8)	1,092.5(2.4)	490.3(1.1)	1,094.0(2.4)	83.8(0.2)	34.1(0.1)
ยาอี / ยาเลิฟ	360.1(0.8)	46.5(0.1)	17.7(0.0)	119.7(0.3)	13.3(0.0)	7.4(0.0)
ยาเค	40.7(0.1)	7.2(0.0)	1.2(0.0)	23.4(0.1)	1.0(0.0)	0.04(0.0)
โคเคน	52.8(0.1)	4.9(0.0)	1.1(0.0)	29.4(0.1)	7.4(0.0)	1.0(0.0)
กัญชา	5,425.3(12.1)	667.2(1.5)	210.0(0.5)	2,019.1(4.4)	83.4(0.2)	18.7(0.0)
กระท่อม	2,105.8(4.7)	643.8(1.4)	364.2(0.8)	1,160.0(2.6)	344.7(0.8)	221.6(0.5)
ฝิ่น	907.0(2.0)	38.6(0.1)	12.3(0.0)	323.7(0.7)	0.6(0.0)	0.3(0.0)
ผงขาว / เฮโรอีน	274.2(0.6)	22.7(0.1)	9.4(0.0)	192.6(0.4)	1.4(0.0)	-
ทินเนอร์/กาว/เบนซิน	933.9(2.1)	199.7(0.4)	101.2(0.2)	447.9(1.1)	21.2(0.1)	13.2(0.0)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย, 2546

10.7 การออกกำลังกายและพักผ่อน

10.7.1 การออกกำลังกาย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2545 พบว่า **มีคนไทยประมาณร้อยละ 29 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ**[23] (ตารางที่ 4.80) สอดคล้องกับการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2541 ที่พบว่า ประมาณหนึ่งในสามของเยาวชนอายุ 15-20 ปี มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ใกล้เคียงกับการสำรวจของสวนดุสิตโพล สถาบันราชภัฏสวนดุสิตเมื่อ พ.ศ. 2541 ที่พบว่า มีคนไทยประมาณร้อยละ 34.7 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ

---

[23] การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสนุกสนาน เพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่าย ๆ หรือมีกฎกติกาการแข่งขันง่าย ๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกาย การยกน้ำหนัก เป็นต้น (ยกเว้นการออกกำลังกายในอาชีพและการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน)

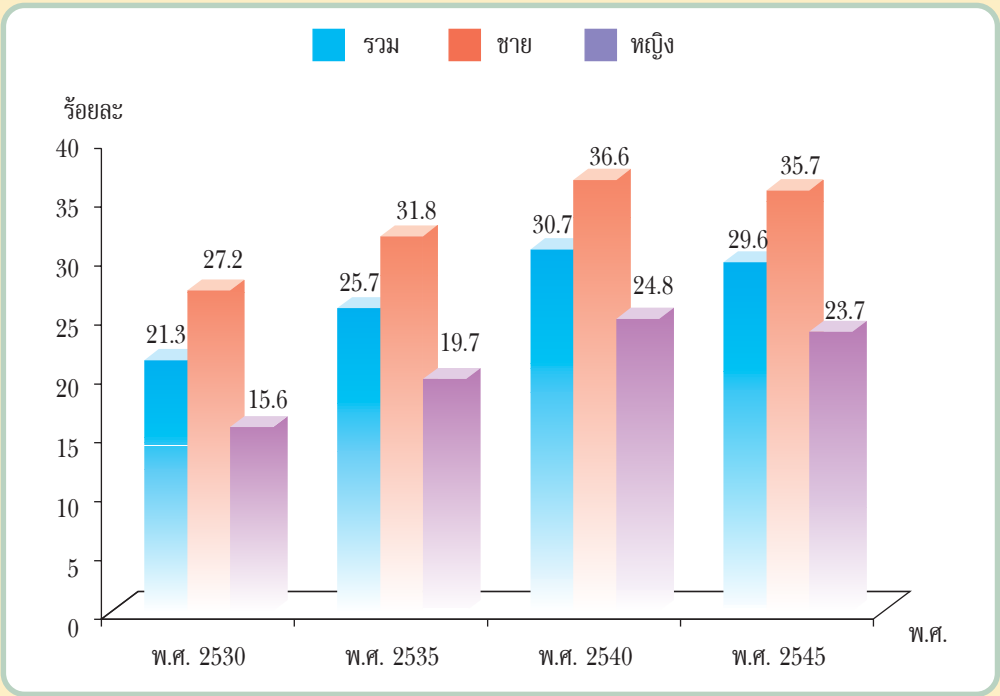
ตารางที่ 4.80 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545

พ.ศ.	ร้อยละของการออกกำลังกาย	
	ออกกำลังกายเป็นประจำ	อัตราการเปลี่ยนแปลง
2530	21.3	-
2535	25.7	+20.7
2540	30.7	+19.5
2545	29.6	-3.6

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2530, 2535, 2540 และ พ.ศ.2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงแนวโน้มของการออกกำลังกายเป็นประจำในช่วง พ.ศ. 2530 - 2545 พบว่า **คนไทยมีแนวโน้มออกกำลังกายเพิ่มขึ้น** เฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 20 (ตารางที่ 4.80) **โดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง** (ภาพที่ 4.48)

ภาพที่ 4.48 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2540 และ พ.ศ.2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้เกณฑ์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพพบว่า ประชาชน**กว่าร้อยละ 60 ออกกำลังกายมากกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน** และมี**ประมาณร้อยละ 80-90 ออกกำลังกายแต่ละครั้งนาน 30 นาทีขึ้นไป** (ตารางที่ 4.81 และ 4.82)

ตารางที่ 4.81 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2530 - พ.ศ.2545

จำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์	พ.ศ.2530	พ.ศ.2535	พ.ศ.2545
1 วัน	23.8	20.7	17.9
2 วัน	14.6	16.3	13.9
3-4 วัน	28.6	30.5	28.0
5-6 วัน	14.7	17.8	25.1
7 วัน	18.3	14.6	15.1
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2530, พ.ศ. 2535 และ พ.ศ.2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.82 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกายจำแนกตามระยะเวลาที่ปฏิบัติในแต่ละวัน พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2545

ระยะเวลาที่ออกกำลังกายเฉลี่ยต่อวัน	พ.ศ.2530			พ.ศ.2535			พ.ศ.2540			พ.ศ.2545		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
น้อยกว่า 30 นาที	25.8	21.3	34.9	21.1	17.7	26.5	12.0	10.3	14.7	4.1	3.0	5.7
30 นาทีขึ้นไป	74.2	78.7	65.1	78.8	82.2	73.5	87.9	89.6	85.2	95.9	97.0	94.3
ไม่ระบุ	-	-	-	0.1	0.1	-	0.1	0.1	0.1	-	-	-
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**10.0**

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2530, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับประเภทของการออกกำลังกายที่ประชาชนส่วนใหญ่นิยมคือ ฟุตบอล วอลเล่ย์บอล บริหารร่างกาย กรีฑา และวิ่งเพื่อสุขภาพ ซึ่งเพศชายนิยมเล่นฟุตบอลและตะกร้อ ส่วนเพศหญิงนิยมเล่นวอลเล่ย์บอลและบริหารร่างกาย (ตารางที่ 4.83) สถานที่ที่ประชาชนนิยมไปออกกำลังกายขึ้นอยู่กับประเภทของการออกกำลังกาย รวมทั้งความพร้อมและความสะดวกสบายของสถานที่ อย่างไรก็ตามพบว่า **สนามกีฬาของสถานศึกษา** จะเป็นสถานที่หลักในการออกกำลังกาย รองลงมาคือ ที่ว่างและบริเวณบ้าน (ตารางที่ 4.84)

ตารางที่ 4.83 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกายจำแนกตามประเภทของการออกกำลังกาย พ.ศ.2530-พ.ศ.2545

ประเภท	พ.ศ.2530			พ.ศ.2535			พ.ศ.2540			พ.ศ.2545		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
ฟุตบอล	33.9	50.9	4.4	28.9	44.6	3.5	38.1	61.0	4.7	39.4	61.7	6.2
วอลเล่ย์บอล	10.4	2.4	24.4	12.0	2.6	27.2	19.2	6.4	38.0	12.3	2.4	27.0
กรีฑา	10.2	6.5	16.4	5.6	3.9	8.3	15.8	11.4	22.2	3.2	2.0	5.1
วิ่งเพื่อสุขภาพ	7.5	7.1	8.2	16.0	13.1	20.6	9.1	9.2	8.9	10.0	8.8	11.9
บริหารร่างกาย	14.0	9.3	22.3	9.4	6.5	14.1	10.6	8.2	14.2	7.6	3.9	13.2
เซปัคตะกร้อ/ตะกร้อลอดห่วง	9.2	14.3	0.4	11.7	18.8	0.4	15.1	23.9	2.2	4.6	7.0	0.9
แบดมินตัน	3.8	2.0	6.9	3.9	1.7	7.5	7.5	4.1	12.4	5.7	1.9	11.4
เทเบิลเทนนิส	1.0	0.9	1.1	1.6	1.1	2.5	4.8	3.9	6.2	1.2	0.4	1.6
ว่ายน้ำ	1.6	1.1	2.4	2.2	1.5	3.4	2.1	1.4	3.2	1.4	0.8	2.3
บาสเกตบอล	3.2	1.7	5.8	3.2	1.6	6.0	11.1	8.0	15.7	3.7	2.2	5.9
เดินเพื่อสุขภาพ	0.7	0.6	0.9	1.0	0.9	1.2	1.7	1.4	2.1	3.8	2.9	5.1
แชร์บอล	1.8	0.5	4.1	1.2	0.4	2.5	1.5	0.5	2.9	0.7	0.3	1.3
อื่น ๆ	2.7	2.7	2.7	3.3	3.3	2.8	5.4	3.3	2.1	6.4	5.7	8.1
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2530, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.84 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามสถานที่ออกกำลังกาย พ.ศ.2540 และ พ.ศ.2545

พ.ศ.	รวม	สถานที่ออกกำลังกาย							
		สนามกีฬาของสถานศึกษา	สนามกีฬาของราชการ	สนามกีฬาเอกชน	สวนสาธารณะ	บริเวณบ้าน	บริเวณวัดมัสยิด โบสถ์	ที่ว่าง	อื่นๆ
2540	100.0	68.2	6.9	1.7	1.7	7.1	1.7	12.4	0.3
2545	100.0	53.5	5.7	3.0	7.4	18.7	2.5	7.6	1.6

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและดูกีฬาของประชากร พ.ศ.2540 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการออกกำลังกายได้ง่ายขึ้น จากสรุปรายงานของการกีฬาแห่งประเทศไทย และกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับสถานที่ออกกำลังกายและบริการที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.85) รวมทั้งการสำรวจเครือข่ายการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ที่พบว่า มีชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพครอบคุลมทั้งประเทศเพิ่มขึ้นจาก 1,118 ชมรม ใน พ.ศ. 2544 เป็น 35,532 ชมรม ใน พ.ศ. 2546 ทั้งนี้ เนื่องจากนโยบายการรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ทำให้ประชาชนตื่นตัวหันมาออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.86)

ตารางที่ 4.85 แสดงสถานที่ออกกำลังกาย จำแนกตามประเภท

สถานที่ออกกำลังกาย	ปี พ.ศ.								
	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
สวนสุขภาพ[1](แห่ง)	-	-	-	-	-	-	-	15	30
ลานกีฬาเอนกประสงค์[1](แห่ง)	-	-	-	-	-	-	1,154	2,254	3,911
ลานกีฬากรุงเทพมหานคร[2](แห่ง)	-	-	-	-	-	647	1,057	1,094	1,112
สนามกีฬากลางแจ้งในภูมิภาคระดับอำเภอและตำบล[1](แห่ง)	62	123	182	198	219	219	231	245	260

ที่มา: [1] ฝ่ายสถานที่กีฬาและบริการ กองโยธาและการช่าง การกีฬาแห่งประเทศไทย
[2] สำนักสวัสดิการสังคม กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 4.86 ชมรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2546

พ.ศ.	จำนวนชมรม (แห่ง)	จำนวนสมาชิก (คน)
2544	1,118	57,302
2545	12,974	172,103
2546	35,532	4,577,277

ที่มา: 1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากต่อผู้ปฏิบัติ การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอช่วยให้ร่างกายปรับตัวเข้ากับสภาวะแวดล้อม และเพิ่มความคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง ความแข็งแกร่ง ช่วยให้ร่างกายมีความพร้อมกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อร่างกาย อย่างไรก็ตามยังมีประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่ออกกำลังกาย โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ไม่มีเวลาและไม่สนใจออกกำลังกาย (ตารางที่ 4.87)

ตารางที่ 4.87 อัตราร้อยละของประชาชนที่ไม่ออกกำลังกาย จำแนกตามเหตุผลที่ไม่ออกกำลังกาย พ.ศ.2535 - พ.ศ.2545

เหตุผล	พ.ศ.2535	พ.ศ.2540	พ.ศ.2545
ไม่สนใจ	49.5	40.4	41.2
ไม่มีเวลา	44.5	51.4	54.1
ไม่มีสถานที่	1.0	0.9	0.8
ไม่มีอุปกรณ์	0.6	0.6	0.4
ไม่มีผู้สนับสนุน	-	0.2	0.1
อื่น ๆ	4.4	6.5	3.4
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2535 , พ.ศ. 2540 และ พ.ศ.2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

10.7.2 การพักผ่อน

ผลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน พ.ศ.2539-2540 พบว่า ประชากรวัยแรงงานนอนหลับเฉลี่ยวันละ 7.6 ชั่วโมง มีประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรวัยแรงงานที่นอนหลับระหว่าง 7-8 ชั่วโมง โดยพบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นระยะเวลาในการนอนหลับมากกว่า 8 ชั่วโมงจะลดลง แต่จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2544 กลับพบตรงกันข้าม กล่าวคือ ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงใช้เวลานอนหลับเฉลี่ยวันละ 8.7 ชั่วโมง โดยผู้สูงอายุใช้เวลาในการนอนมากที่สุดเฉลี่ยวันละ 10.4 ชั่วโมง รองลงมาเป็นเด็ก เยาวชนและวัยทำงาน ตามลำดับ (ตารางที่ 4.88 และตารางที่ 4.89)

สำหรับการใช้เวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจ พบว่า คนไทยใช้เวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจเฉลี่ยวันละ 2 ชั่วโมง โดยผู้ชายใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจมากกว่าผู้หญิง (ตารางที่ 4.89)

ตารางที่ 4.88 อัตราส่วนของประชากรวัยแรงงาน จำแนกตามระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละวัน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2540

อายุ	นอนหลับน้อยกว่า 6 ชม.		นอนหลับ 6-7 ชม.		นอนหลับ 8 ชม.ขึ้นไป	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
13-19 ปี	1.8	2.0	17.8	23.6	80.4	74.5
20-34 ปี	6.3	6.7	37.5	34.1	56.2	59.2
35-44 ปี	7.6	8.2	39.5	41.1	52.9	50.7
45-59 ปี	9.9	13.8	36.6	43.4	53.5	42.8

ที่มา: วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน พ.ศ.2539-2540, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2541

ตารางที่ 4.89 เวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยในการนอนและพักผ่อนหย่อนใจแต่ละวันนับเป็นชั่วโมง จำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ. 2544

กิจกรรม	10 - 14	15 - 24	25 - 59	60+	รวม
ชาย					
การนอน	9.2	8.4	8.4	10.6	8.7
การพักผ่อนหย่อนใจ*	2.2	2.4	2.0	2.4	2.2
หญิง					
การนอน	9.2	8.4	8.4	10.6	8.7
การพักผ่อนหย่อนใจ*	1.7	1.6	1.8	2.4	1.8
รวม					
การนอน	9.3	8.6	8.5	10.4	8.8
การพักผ่อนหย่อนใจ*	2.0	2.1	1.9	2.4	2.0

ที่มา: รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544,สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: * รวมกิจกรรมเชิงสังคมและวัฒนธรรมด้วย

10.8 พฤติกรรมการขับขี่รถ

10.8.1 การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์

ผลจากการสำรวจการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ทุกประเภท พบว่า แม้จะมีกฎหมายบังคับให้ผู้ขับหรือผู้โดยสารรถยนต์ต้องคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งแต่กลับพบว่ามีผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถลดลงจาก ร้อยละ 35.8 ใน พ.ศ. 2539 เหลือเพียงร้อยละ 23.5 ใน พ.ศ. 2546 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.90)

10.8.2 การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์

สำหรับการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งของประชาชนขณะขับขี่รถจักรยานยนต์มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงเช่นเดียวกันกับการคาดเข็มขัดนิรภัย กล่าวคือ มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่ลดลงจากร้อยละ 29.0 ใน พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นปีที่มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัยในประเทศไทยเป็นครั้งแรก เหลือเพียงร้อยละ 16 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.91)

ตารางที่ 4.90 อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับรถยนต์ จำแนกตามการใช้เข็มขัดนิรภัย

การใช้เข็มขัดนิรภัย	พ.ศ. 2534[1]	พ.ศ. 2539[1]	พ.ศ. 2540[2]	พ.ศ. 2543[3]	พ.ศ. 2544[1]	พ.ศ. 2546[1]
รถมีเข็มขัดนิรภัย						
- ใช้ทุกครั้งที่ขับรถ	4.3	35.8	35.7	25.9	27.1	23.5
- ใช้เป็นบางครั้ง	11.7	28.0	29.6	32.2	44.2	39.7
- ไม่เคยใช้	12.6	6.3	34.7	13.9	12.1	32.2
รถที่ขับไม่มีเข็มขัดนิรภัย	64.6	29.9	-	-	4.4	2.4

ที่มา: (1) พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 ได้จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) พ.ศ. 2540 ได้จาก ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ. การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน, 2540. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

(3) พ.ศ. 2543 ได้จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี), กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2544 สอบถามการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ที่ขับและผู้ที่โดยสารรถยนต์ตอนหน้า อายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4.91 อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่

การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่	พ.ศ. 2534[1]	พ.ศ. 2539[1]	พ.ศ. 2543[2]	พ.ศ. 2544[1]	พ.ศ. 2546[1]
- สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่	7.2	29.0	32.0	16.1	16.0
- สวมหมวกนิรภัยเป็นบางครั้ง	21.7	55.4	44.2	64.3	49.5
- มีหมวกนิรภัยแต่ไม่เคยใช้	11.0	6.0	15.8	10.3	32.8
- ไม่มีหมวกนิรภัย	59.8	9.3	-	9.1	-

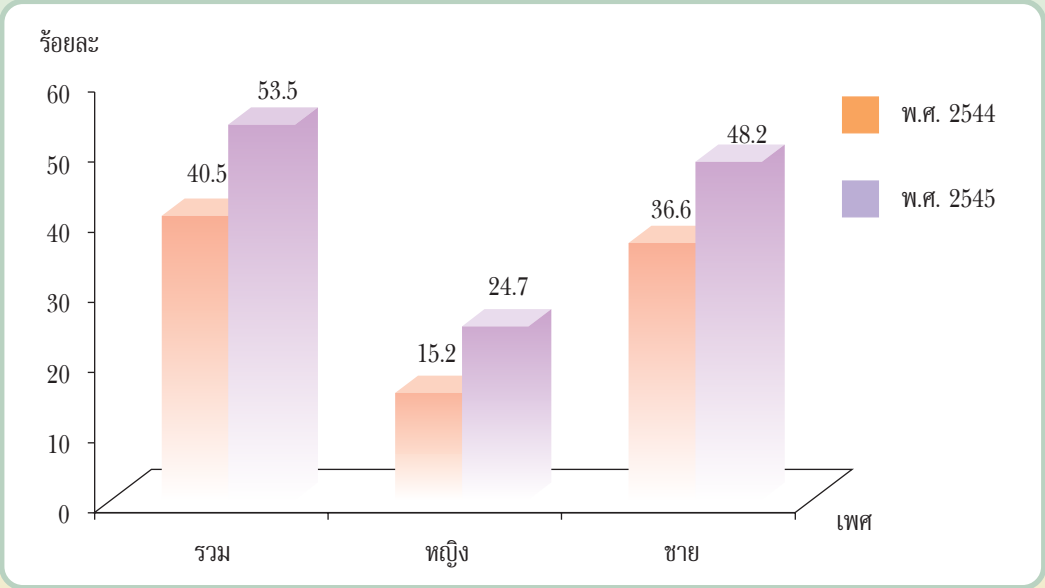
ที่มา: (1) พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 ได้จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) พ.ศ. 2543 ได้จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี), กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2544 สอบถามการสวมหมวกนิรภัยของผู้ที่ขับขี่และผู้ที่ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ อายุ 15 ปีขึ้นไป

การขับรถภายหลังการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร แม้ว่าประเทศไทยได้มีการรณรงค์รวมทั้งมีกฎหมายควบคุมห้ามมิให้ผู้ที่ดื่มสุรา จนมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าที่กำหนดขับรถแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงพบสัดส่วนของประชากรที่ขับรถภายหลังดื่มสุราเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30 หรือเพิ่มจากร้อยละ 40.5 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 53.5 ใน พ.ศ. 2546 โดยเป็นชายในสัดส่วนที่สูงกว่าหญิงกว่า 2 เท่า (ภาพที่ 4.49)

ภาพที่ 4.49 สัดส่วนของประชากรที่ขับรถภายหลังการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ



ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

10.9 พฤติกรรมทางเพศ

ผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการติดเชื้อเอดส์ และจากการรณรงค์ที่ผ่านมาทำให้ประชาชนระมัดระวังตนเองในการเที่ยวหญิงขายบริการมากขึ้น จึงทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 25 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 96.9 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 4.50) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า ประชาชนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่มิใช่หญิงขายบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่เร็วขึ้น และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย

จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทยในช่วง 9 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2538-พ.ศ.2546) พบว่า ทหารเกณฑ์และคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการและผู้หญิงอื่น**ลดลง** ยกเว้นใน พ.ศ. 2546 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย(ภาพที่ 4.51 และ 4.52) โดยมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพิ่มขึ้นแต่สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการมากกว่าบุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน (ภาพที่ 4.53 และ 4.54) ส่วนคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมและหญิงที่มาฝากครรภ์ มีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ลดลงในช่วง 4 ปีหลัง (ภาพที่ 4.55 และ 4.56) และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์**เพิ่มขึ้น** ยกเว้นใน พ.ศ. 2545 ที่พบสัดส่วนของหญิงที่มาฝากครรภ์ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นลดลง (ภาพที่ 4.57 และ 4.56)

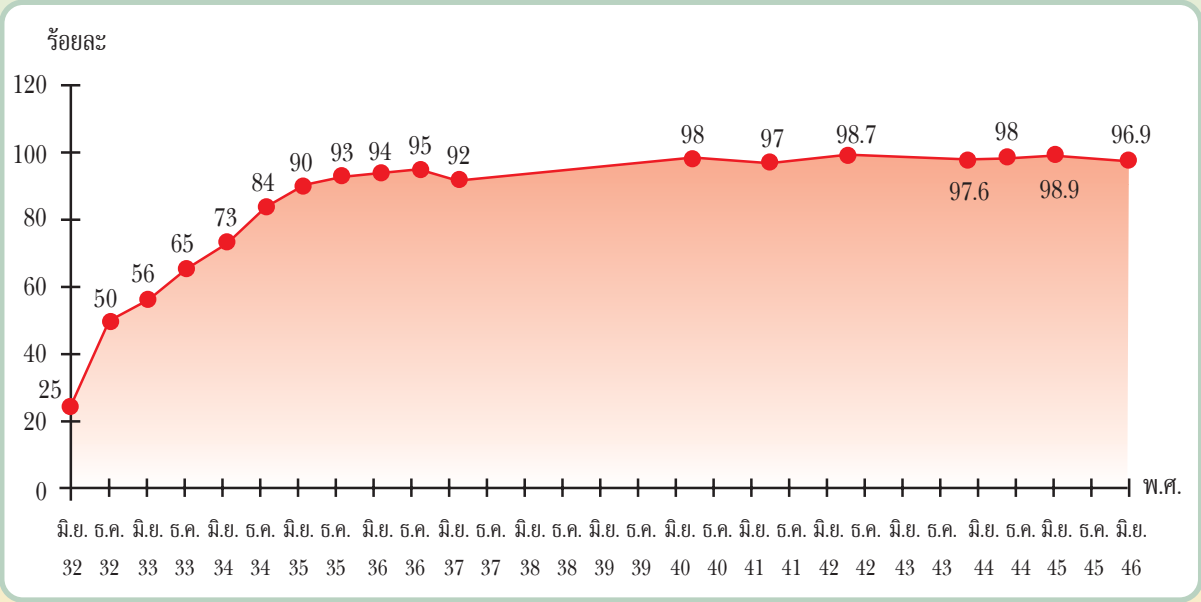
สำหรับกลุ่มวัยรุ่น พบว่า แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก เพื่อนสนิทและผู้ชายด้วยกัน**เพิ่มขึ้น** ในขณะที่การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการและผู้หญิงอื่นมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 4.58) และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการสูงกว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นๆ (ภาพที่ 4.59) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญยง เกี่ยวการค้าและคณะ[24] (2545) ที่พบว่าบุคคลที่วัยรุ่น (นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5) มีเพศสัมพันธ์ด้วยมากที่สุด คือ แฟนและคู่รัก แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยน้อยมากเพราะไม่ชอบ ไม่สนุก ทำให้เสียอารมณ์ ในขณะที่มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการเพราะว่าใช้แล้วปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้

---

[24] บุญยง เกี่ยวการค้าและคณะ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประชากร 7 กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2545, สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขแห่งอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545

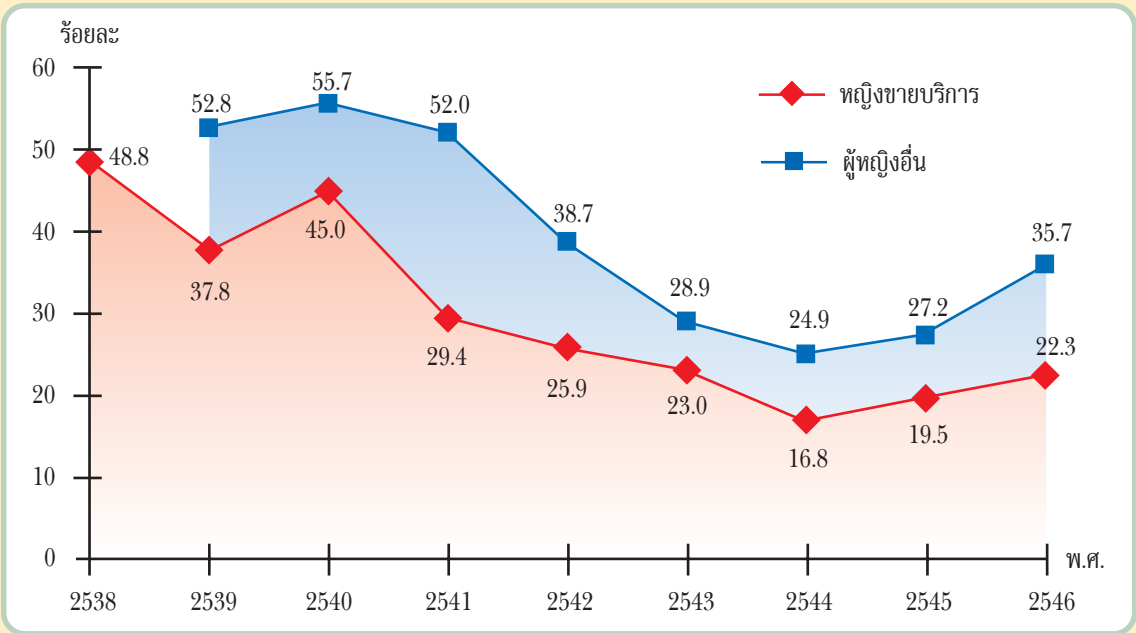
ข้อมูลจากการสำรวจระดับโลก[25] พบว่า วัยรุ่นทั่วโลกมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเพียง 16 ปี วัยรุ่น 1 คนจะมีคู่นอนเฉลี่ยประมาณ 5 คน โดยมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยประมาณ 89 ครั้งต่อปี สำหรับกลุ่มวัยรุ่นไทยที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว พบว่ามีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า**แต่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ** 12 โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า**ไม่มีถุงยางอนามัยให้ใช้**

ภาพที่ 4.50 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการ พ.ศ. 2532- พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 4.51 สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 9 พ.ศ.2538 - พ.ศ. 2546



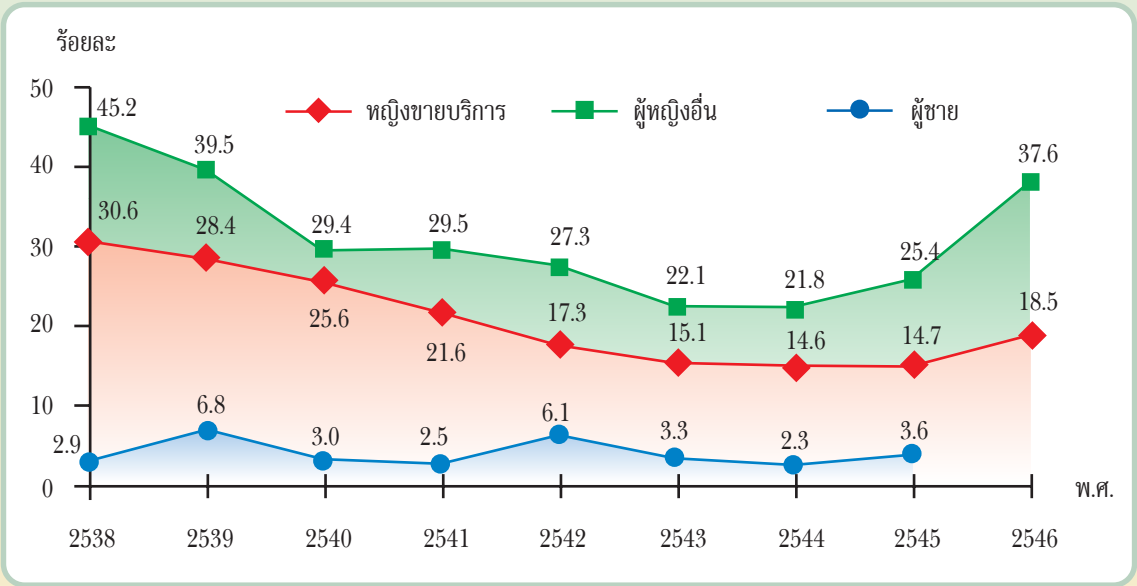
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-9 (พ.ศ. 2538-2546)

---

[25] การสำรวจ ใน 27 ประเทศทั่วโลกของโครงการ ดูเร็กซ์ โกลบัล เซ็กซ์ เซอร์เวย์ 2000

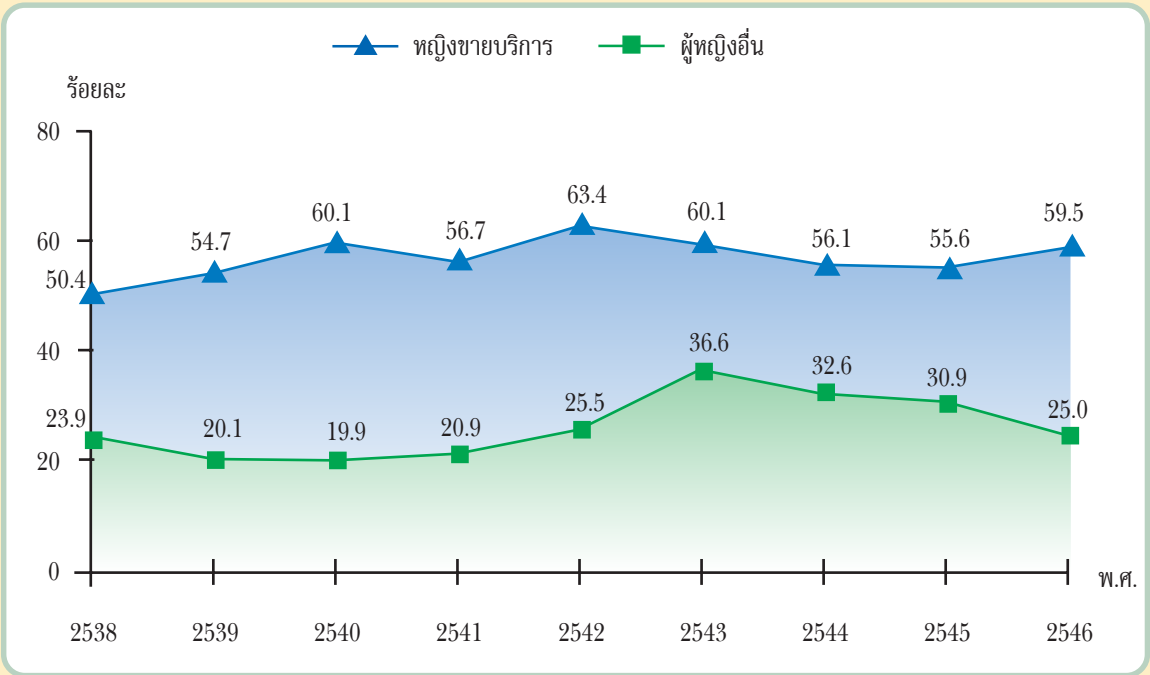
ภาพที่ 4.52 สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 9 พ.ศ.2538 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-9 (พ.ศ. 2538-2546)

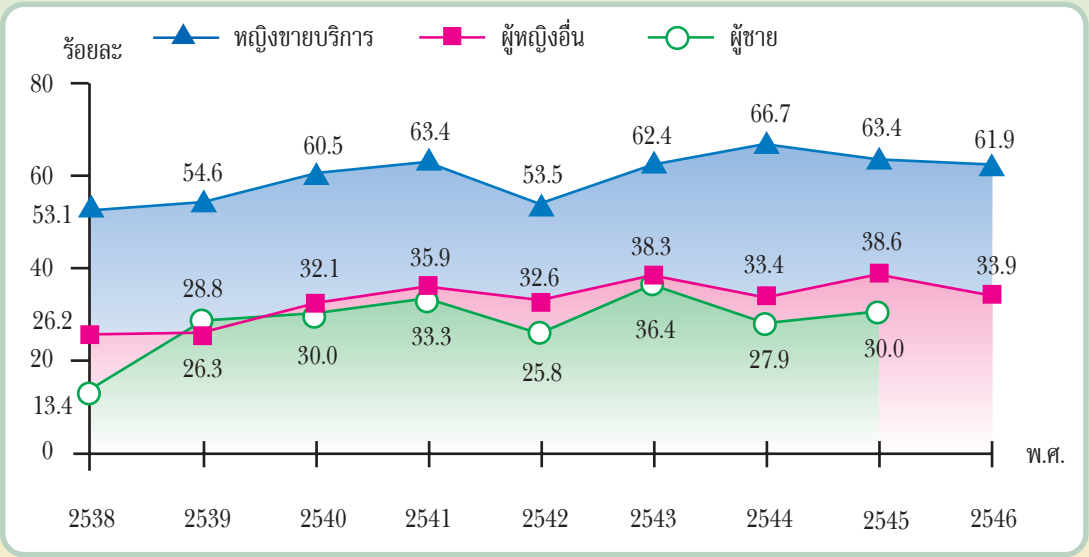
ภาพที่ 4.53 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-9 พ.ศ.2538 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-9 (พ.ศ. 2538-2546)

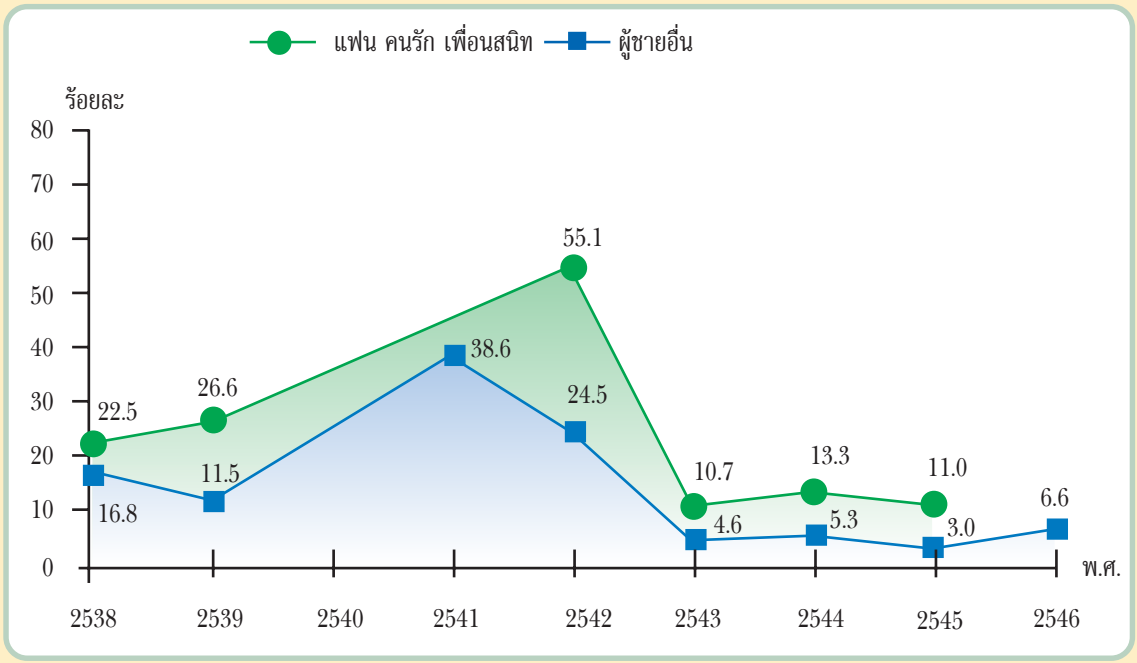
ภาพที่ 4.54 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 9 พ.ศ.2538 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-9 (พ.ศ. 2538-2546)

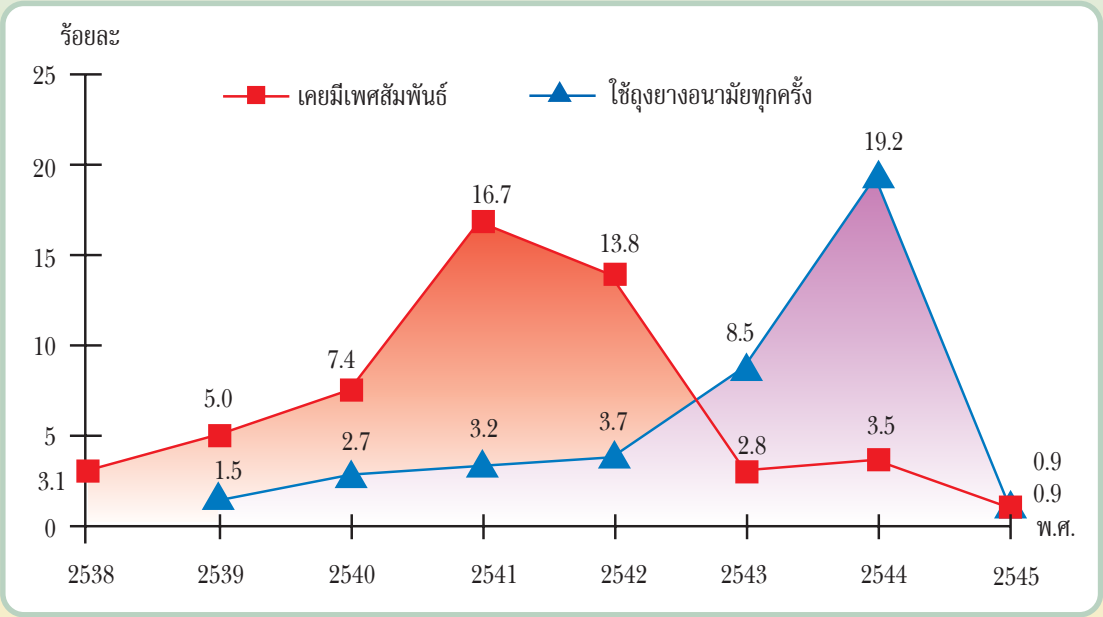
ภาพที่ 4.55 สัดส่วนของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 9 พ.ศ.2538 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-9 (พ.ศ. 2538-2546)

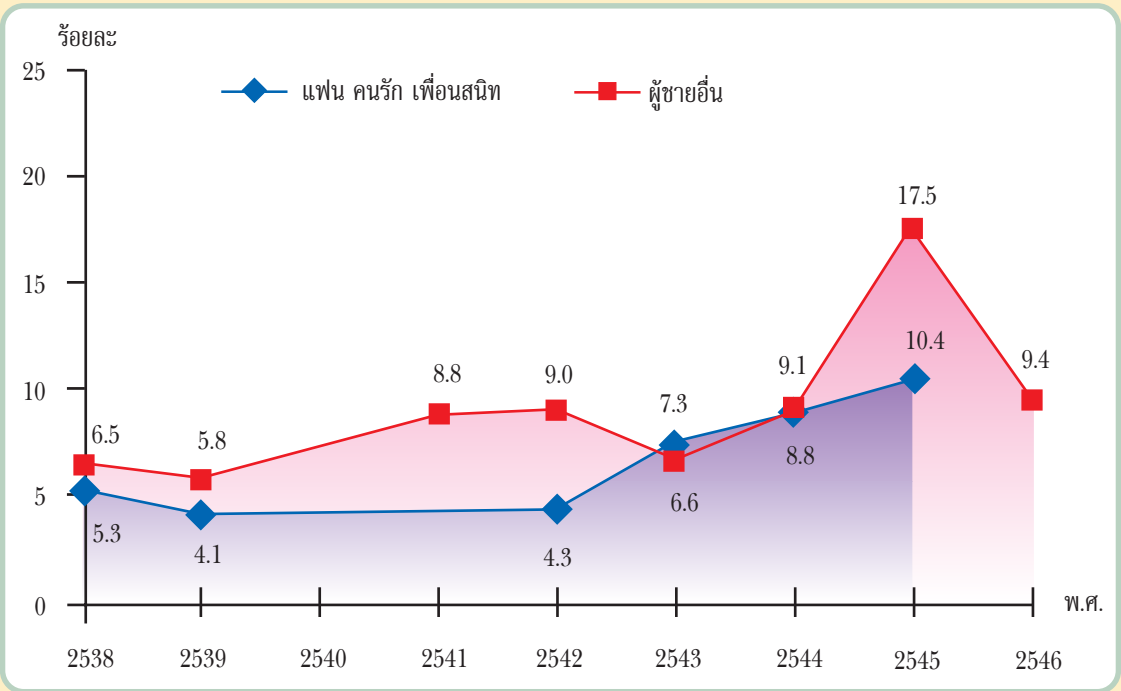
ภาพที่ 4.56 สัดส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมาของหญิงที่มาฝากครรภ์และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 8 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-8 (พ.ศ. 2538-2545)

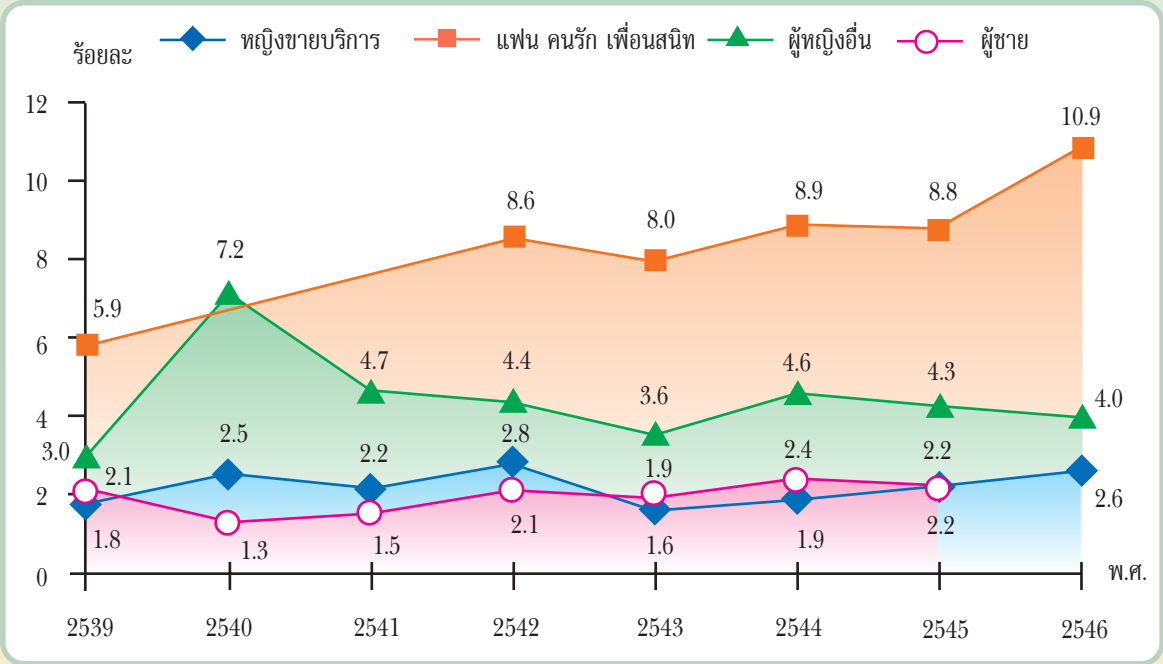
ภาพที่ 4.57 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 9 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-9 (พ.ศ. 2538-2546)

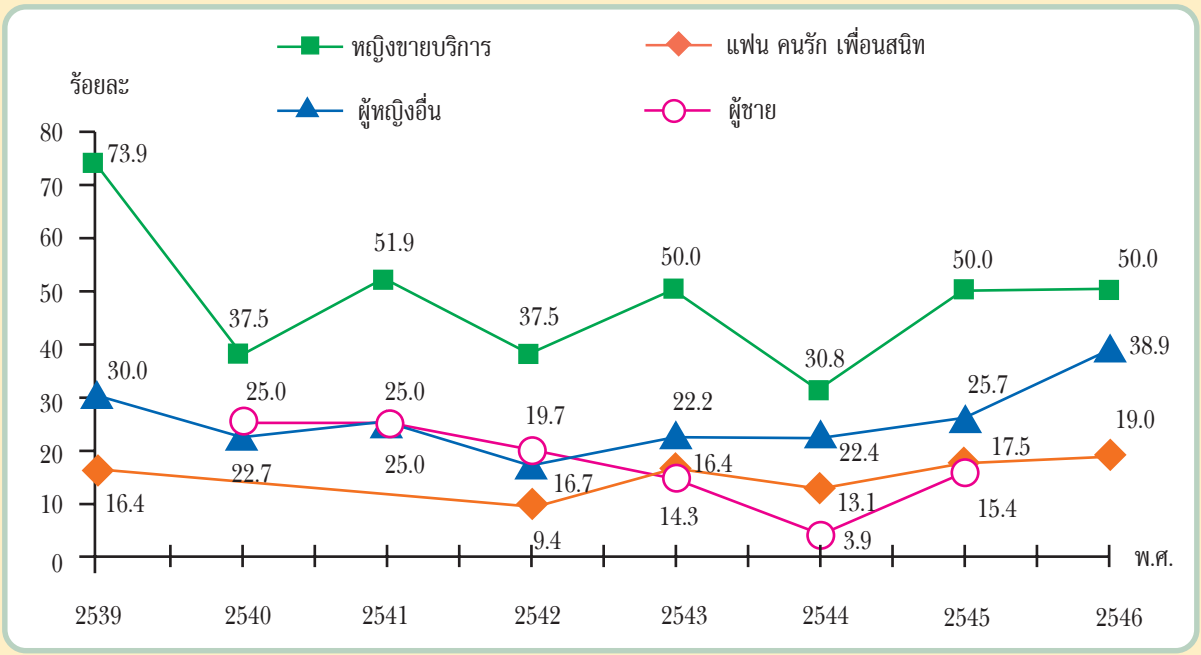
ภาพที่ 4.58 สัดส่วนของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-9 พ.ศ.2539 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-9 (พ.ศ. 2538-2546)

ภาพที่ 4.59 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-9 พ.ศ.2539 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-9 (พ.ศ. 2538-2546)

10.10 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ

การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ในภาพรวมทั้งประเทศ ประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้น จากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 53.9 ใน พ.ศ.2539 และซื้อยากินเองน้อยลงจาก ร้อยละ 51.4 ใน พ.ศ.2513 เหลือเพียงร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ.2539 ในขณะที่ใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นไม่มากนัก จากร้อยละ 22.7 ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 24.2 ใน พ.ศ.2539 หลังวิกฤตเศรษฐกิจประชาชนหันมาซื้อยากินเองมากขึ้นจากร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 20.9 ใน พ.ศ.2547 และใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนในสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 24.2 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 22.7 ใน พ.ศ. 2547 (ตารางที่ 4.92)

ตารางที่ 4.92 รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (หน่วย : ร้อยละ)

การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	2513 IPSR	2522 IPSR	2528 IPSR	2534 HWS	2539 PHS	2539 HWS	2544 HWS	2546 HWS	2547 HWS
รวมเขตชนบทและเขตเมือง									
ไม่ทำอะไร	2.7	4.2		15.9	0.5	6.9	5.4	5.9	5.3
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่น ๆ	7.7	6.3	2.4	5.7	4.2	2.8	2.5	2.9	4.4
ซื้อยากินเอง	51.4	42.3	28.6	38.3	17.1	37.9	24.2	21.5	20.9
สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	4.4	16.8	14.7	14.8	34.5	20.8	17.4	23.9	24.6
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.5	12.9	19.4	12.9	34.8	33.1	30.2
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	22.7	20.4	21.8	12.4	24.2	18.7	15.0	19.4	22.7
เขตชนบท									
ไม่ทำอะไร				15.6	0.4	6.7	5.8	6.0	5.0
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่น ๆ				5.8	6.2	2.5	2.6	3.0	4.4
ซื้อยากินเอง				38.6	11.6	38.4	22.1	19.9	18.7
สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน				17.0	49.6	24.6	22.3	29.5	30.8
โรงพยาบาลของรัฐ				12.8	20.0	13.8	35.2	34.4	31.0
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน				10.2	12.3	14.0	11.4	15.4	19.5

ตารางที่ 4.92 รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (หน่วย : ร้อยละ) (ต่อ)

การใช้บริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วย	2513 IPSR	2522 IPSR	2528 IPSR	2534 HWS	2539 PHS	2539 HWS	2544 HWS	2546 HWS	2547 HWS
เขตเมือง									
ไม่ทำอะไร				17.9	0.7	7.5	4.4	5.4	6.1
การรักษาแบบพื้นบ้าน และอื่น ๆ				4.7	1.3	4.3	2.1	2.6	4.7
ซื้อยากินเอง				36.9	25.2	36.0	29.4	25.6	27.0
สถานีอนามัย/ ศูนย์สุขภาพชุมชน				2.7	12.8	3.5	5.5	9.6	7.1
โรงพยาบาลของรัฐ				13.1	18.5	8.9	33.9	30.2	28.3
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน				24.7	41.6	39.8	24.0	29.8	32.0

ที่มา: 1. IPSR : Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2531
2. HWS : The Health and Welfare Survey, NSO, 2534, 2539, 2544, 2546, 2547
3. PHS: Provincial Health Survey, BHPP 2539

หมายเหตุ: 1. Different definition of illness in different sources
2. ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นนโยบายหนึ่งในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2546 พบว่า มีผู้ใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 5.3 ของประชากรทั้งหมด (ตารางที่ 4.93)

ตารางที่ 4.93 ร้อยละของประชากร จำแนกตามการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2546

การใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและ ประเภทบริการที่ใช้	รวม	เพศ	
		ชาย	หญิง
ใช้บริการ	5.3	4.0	6.7
ไม่ใช้บริการ	94.7	96.0	93.3
ประเภทของบริการที่ใช้			
ฉีดวัคซีน	33.2	45.6	26.0
ฝากครรภ์ / ตรวจครรภ์	7.1	-	11.3
วางแผนครอบครัว	2.6	0.5	3.8
ตรวจหลังคลอด	3.6	-	5.6
ตรวจสุขภาพ	33.5	32.2	34.3
ป้องกันโรคในช่องปาก	8.1	8.8	7.7
รับบริการตามนัดอื่นๆ	11.9	12.9	11.3

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับประเภทของบริการที่ใช้ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ใช้บริการมาใช้บริการตรวจสุขภาพและฉีดวัคซีนป้องกันโรค (ร้อยละ 33.5 และ 33.2 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.93) ส่วนสถานที่ใช้บริการนั้น 1 ใน 3 ของผู้ใช้บริการเลือกใช้บริการที่สถานีอนามัยหรือศูนย์บริการสาธารณสุข (ร้อยละ 34.2) รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 28.7) และโรงพยาบาลทั่วไป /ศูนย์ (ร้อยละ 11.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 4.94)

ตารางที่ 4.94 ร้อยละของประชากรที่ใช้บริการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกตามสถานที่ใช้บริการ พ.ศ. 2546

สถานที่ใช้บริการ	รวม	เพศ	
		ชาย	หญิง
ร้านขายยา	0.3	0.2	0.3
สถานีอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข	34.2	36.5	32.9
ศูนย์สุขภาพชุมชน	1.2	1.0	1.3
โรงพยาบาลของรัฐ	47.2	47.5	47.1
โรงพยาบาลชุมชน	28.7	30.2	27.8
โรงพยาบาลทั่วไป / ศูนย์	11.3	10.6	11.8
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	0.9	1.0	0.8
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	6.3	5.7	6.7
คลินิกเอกชน	9.2	7.4	10.2
โรงพยาบาลเอกชน	6.0	5.0	6.6
อื่นๆ	1.9	2.4	1.6

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การสาธารณสุขไทย
๒๕๔๔-๒๕๔๗

บทที่ 5
สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย

1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทางกายในภาพรวม

พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น ตลอด 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดดังนี้

1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย

พ.ศ.2545 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 69.1 ปี ถึงแม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรประเทศกำลังพัฒนาและประชากรโลกก็ตาม แต่ก็พบว่ายังด้อยกว่ากลุ่มประเทศอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1) แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2507-2543 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 69.4 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 74.1 ปี และเมื่อถึง พ.ศ. 2568 ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 74.8 ปี ผู้หญิงเป็น 80.3 ปี (ตารางที่ 5.2) มีข้อน่าสังเกตว่าแม้ผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยมากกว่าผู้ชายแต่ความแตกต่างก็ลดลงเป็นลำดับจาก 6.1 ปี ใน พ.ศ. 2507-2508 เป็น 4.7 ปี ใน พ.ศ. 2538-2543

นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2546 ระบุว่า ใน พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy - HALE) เท่ากับ 60.1 ปี โดยที่ผู้ชายมีอายุเป็น 57.7 ปี และผู้หญิงมีอายุเป็น 62.4 ปี ซึ่งก็ยังด้อยกว่าประเทศในกลุ่มอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

กลุ่มประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด			อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี(พ.ศ. 2545)[4]		
	พ.ศ. 2541[1]	พ.ศ. 2544[2]	พ.ศ. 2545[3]	รวม	ชาย	หญิง
WHO / SEAR						
ศรีลังกา	73.3	72.3	72.5	61.6	59.2	64.0
ไทย	68.9	68.9	69.1	60.1	57.7	62.4
อินโดนีเซีย	65.6	66.2	66.6	58.1	57.4	58.9
มัลดีฟส์	65.0	66.8	67.2	57.8	59.0	56.6
อินเดีย	62.9	63.3	63.7	53.5	53.3	53.6
ภูฏาน	61.2	62.5	63.0	52.9	52.9	52.9
สหภาพพม่า	60.6	57.0	57.2	51.7	49.9	53.5
บังคลาเทศ	58.6	60.5	61.1	54.3	55.3	53.3
เนปาล	57.8	59.1	59.6	51.8	52.5	51.1
ASEAN						
สิงคโปร์	77.3	77.8	78.0	70.1	68.8	71.3
บรูไน	75.7	76.1	76.2	65.3	65.1	65.5
มาเลเซีย	72.2	72.8	73.0	63.2	61.6	64.8
ไทย	68.9	68.9	69.1	60.1	57.7	62.4
ฟิลิปปินส์	68.6	69.5	69.8	59.3	57.1	61.5
เวียดนาม	67.8	68.6	69.0	61.3	59.8	62.9
อินโดนีเซีย	65.6	66.2	66.6	58.1	57.4	58.9
สหภาพพม่า	60.6	57.0	57.2	51.7	49.9	53.5
ลาว	53.7	53.9	54.3	47.0	45.6	49.5
กัมพูชา	53.5	57.4	57.4	47.5	45.6	49.5
High human development						
ญี่ปุ่น	80.0	81.3	81.5	75.0	72.3	77.7
แคนาดา	79.1	79.2	79.3	72.0	70.1	74.0
ไอซ์แลนด์	79.1	79.6	79.9	72.8	72.1	73.6
สวีเดน	78.7	79.9	80.0	73.3	71.9	74.8
สวิสเซอร์แลนด์	78.7	79.0	79.1	73.2	71.1	75.3
World	66.9	67.0	66.9	-	-	-
High human development	77.0	77.1	77.4	-	-	-
Medium human development	66.9	67.0	67.2	-	-	-

Source: [1] UNDP, Human Development 2000.
[2] UNDP, Human Development 2003.
[3] UNDP, Human Development 2004.
[4] WHO,World Health Report 2003.

ตารางที่ 5.2 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth)

พ.ศ.	ชาย	หญิง	หญิง-ชาย
2507-2508(1)	55.9	62.0	6.1
2517-2519(1)	58.0	63.8	5.8
2528-2529(1)	63.8	68.9	5.1
2533-2538(2)	68.6	73.4	4.8
2538-2543(2)	69.4	74.1	4.7
2543-2548(3)	67.9	74.9	7.0
2548-2553(3)	69.6	76.2	6.6
2553-2558(3)	71.3	77.5	6.3
2558-2563(3)	73.1	78.9	5.8
2563-2568(3)	74.8	80.3	5.5

ที่มา: (1) รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2507-2508, 2517-2519, 2528-2529, 2532, 2534 และ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) จิระพันธ์ กัลลประวิทย์ และคณะ, การปรับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2563, มิถุนายน 2541

(3) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543 - พ.ศ. 2568, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546

1.2 อัตรามารดาตาย

อัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศไทย ได้ลดลงจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2505 เหลือ 13.7 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.1) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบว่า อัตรามารดาตายสูงกว่าที่มีในรายงาน เช่น การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี RAMOS[1] เมื่อ พ.ศ. 2538-2539 พบอัตราตายของมารดาเท่ากับ 44.1 ขณะที่โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย[2] เมื่อ พ.ศ. 2538 - 2539 พบเท่ากับ 16.3 และการศึกษาของยงเจือ เหล่าศิริถาวร[3] (2546) พบเท่ากับ 52.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2538 - 2539

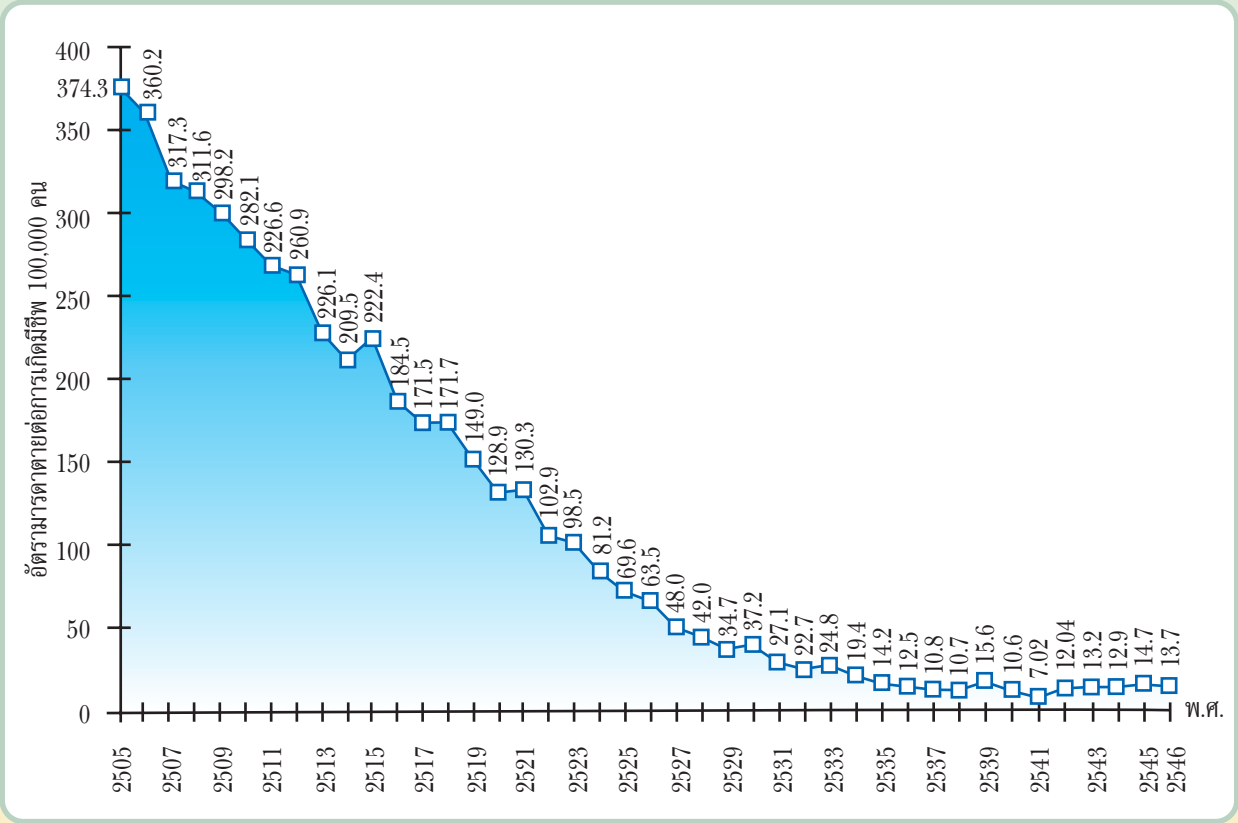
---

[1] การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี Reproductive Age Mortality Survey โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

[2] สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการตายมารดาในประเทศไทย โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย พ.ศ. 2538-2539

[3] ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. สถานการณ์และการรายงานการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดประเทศไทย พ.ศ. 2538-2539, 2546

ภาพที่ 5.1 อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505- พ.ศ. 2546

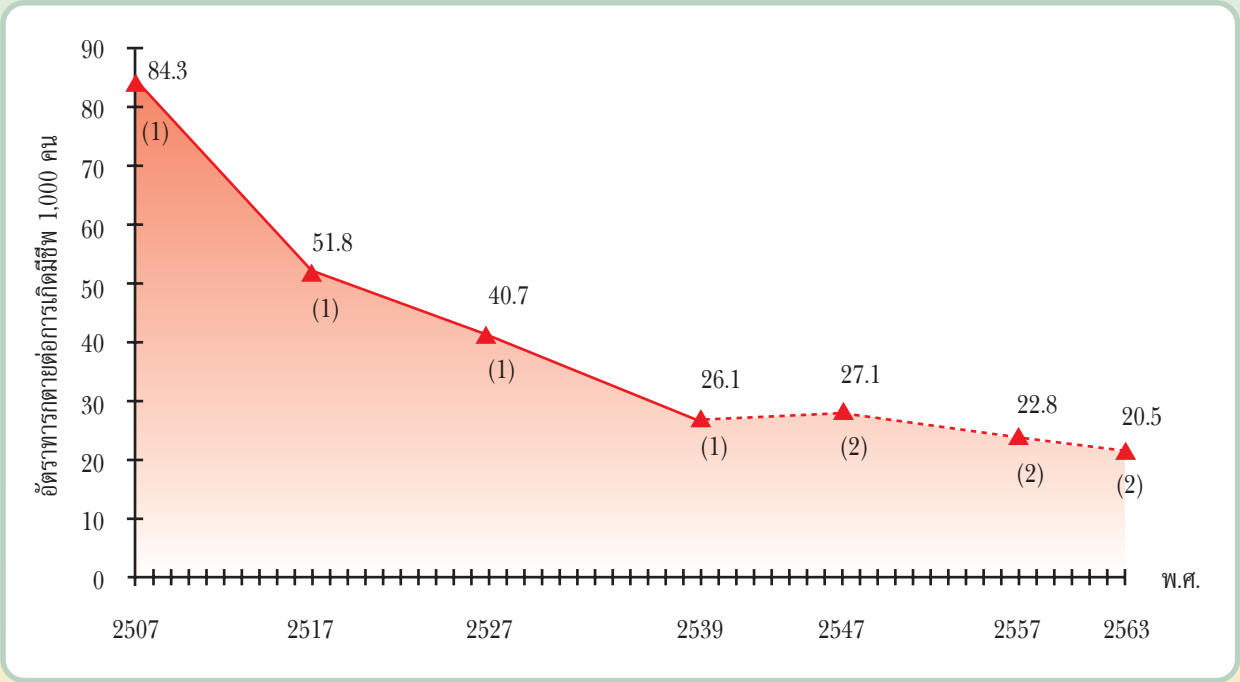


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

1.3 ภาวะการตายของทารก

อัตราทารกตายในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง จาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2527 และลดลงเป็น 26.1 ใน พ.ศ. 2539 และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2563 อัตราทารกตายจะลดลงเหลือ 20.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (ภาพที่ 5.2) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราทารกตายของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3)

ภาพที่ 5.2 อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2563



ที่มา: (1) จากการคาดการณ์ โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2563 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 5.3 อัตราทารกตายและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545

กลุ่มประเทศ	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน			อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน		
	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545
WHO / SEAR						
เกาหลีเหนือ	32	42	42	43	55	65
ศรีลังกา	34	17	16	48	19	19
ไทย	49	24	24	58	28	28
อินโดนีเซีย	90	33	32	125	45	43
สหภาพพม่า	109	77	77	134	109	108
อินเดีย	115	67	65	173	93	90
เนปาล	132	66	62	195	91	83
บังคลาเทศ	132	51	48	205	77	73
ASEAN						
สิงคโปร์	12	3	3	13	4	4
มาเลเซีย	30	8	8	42	8	8
ไทย	49	24	24	58	28	28
ฟิลิปปินส์	52	29	28	81	38	37
เวียดนาม	57	30	20	70	38	26
อินโดนีเซีย	90	33	32	125	45	43
สหภาพพม่า	109	77	77	134	109	108
ลาว	127	87	87	200	100	100
High income						
สวีเดน	7	3	3	8	3	3
ญี่ปุ่น	8	3	3	10	5	5
สวิสเซอร์แลนด์	9	5	5	11	6	6
แคนาดา	10	5	5	13	7	7
ไอร์แลนด์	11	6	6	14	6	6
World	**80**	**56**	**55**	**121**	**81**	**81**
High income	**13**	**5**	**5**	**15**	**7**	**7**
Middle income	**57**	**31**	**30**	**80**	**38**	**37**
Low income	**116**	**80**	**79**	**171**	**121**	**121**

ที่มา: World Bank, World Development Indicators, 1999, 2000/2001, 2002, 2003, 2004,

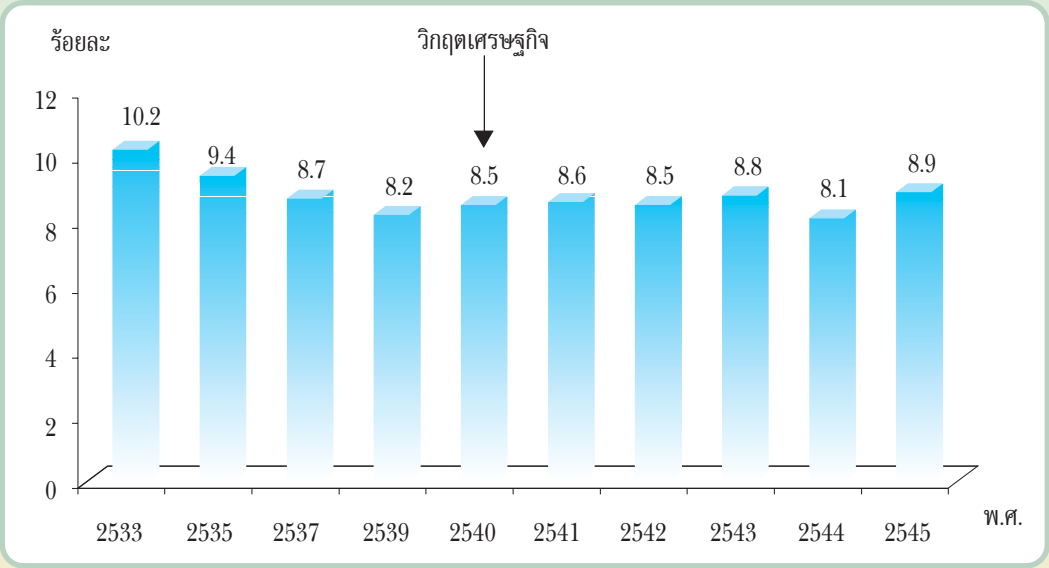
1.4 อัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ถึงแม้ว่าอัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมได้ลดลง จากร้อยละ 10.2 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.9 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 5.3) อย่างไรก็ตามตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า ปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและตกงานที่สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนอย่างชัดเจน ซึ่งพบว่า ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสูงสุด [4]

---

[4] ปรีดา แต้อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน และรุจิรา ทวีรัตน์. สถานการณ์สุขภาพของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐหลังวิกฤตเศรษฐกิจ, 2546

ภาพที่ 5.3 ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2545

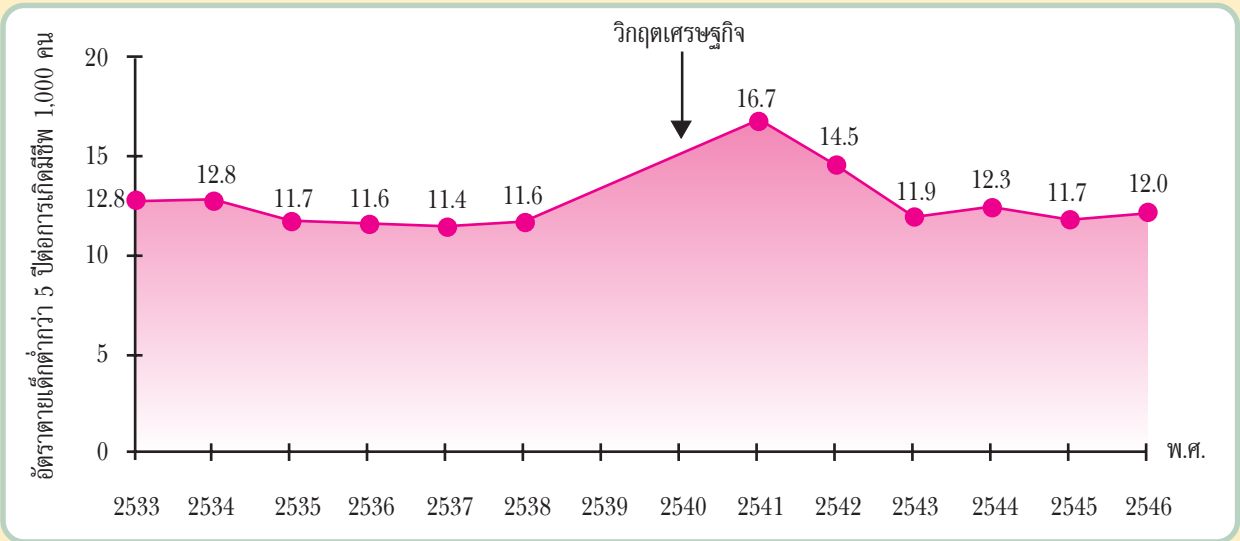


ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1.5 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 12.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2546 เป็นที่น่าสังเกตว่าวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกอาจส่งผลกระทบต่ออัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบเพิ่มขึ้นเป็น 16.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.4) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3) มีข้อสังเกตว่า ตัวเลขอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รายงานจากสำนักทะเบียนราษฎร์นี้มีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรพบอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 31.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2539

ภาพที่ 5.4 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533-พ.ศ. 2546



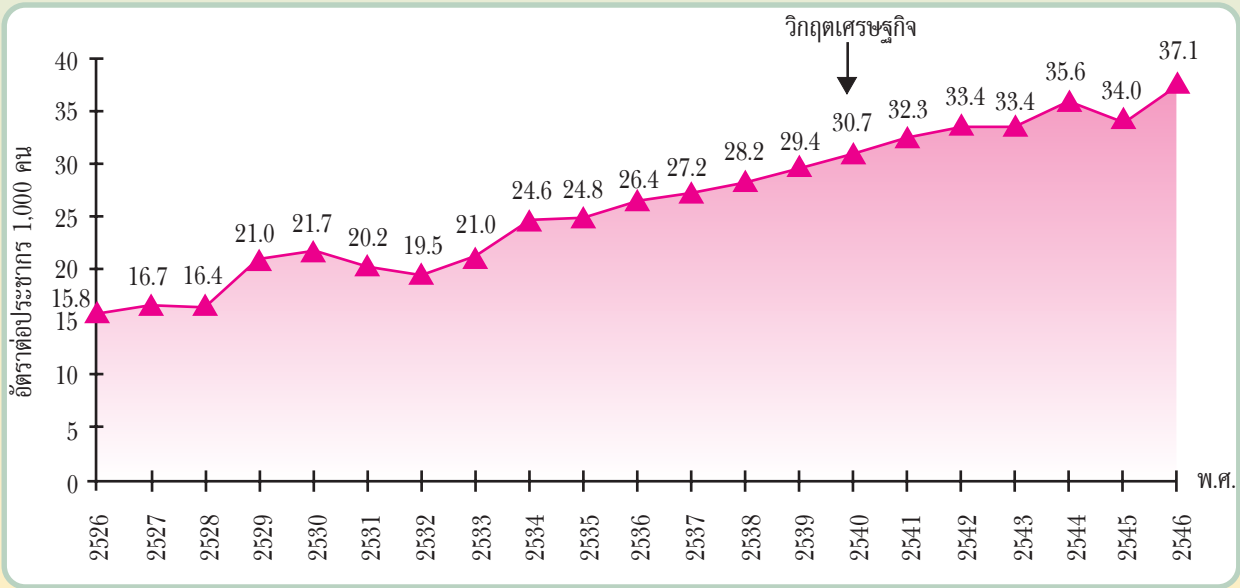
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ใน พ.ศ. 2539-2540 มีการปรับระบบการประมวลผลของสำนักทะเบียนราษฎร์ใหม่ ทำให้ไม่มีการประมวลผลข้อมูลการตายของเด็กในปีดังกล่าว และอาจมีผลกระทบต่ออัตราการตายที่สูงขึ้นใน พ.ศ. 2541 ด้วย

2. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพจิต

ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพจิต โดยพิจารณาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและการฆ่าตัวตาย จะพบว่า สุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและมีการเข้ารักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 37.1 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.5) และผู้ป่วยด้วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคลมชักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.4)

ภาพที่ 5.5 อัตราการเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2546



ที่มา: รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

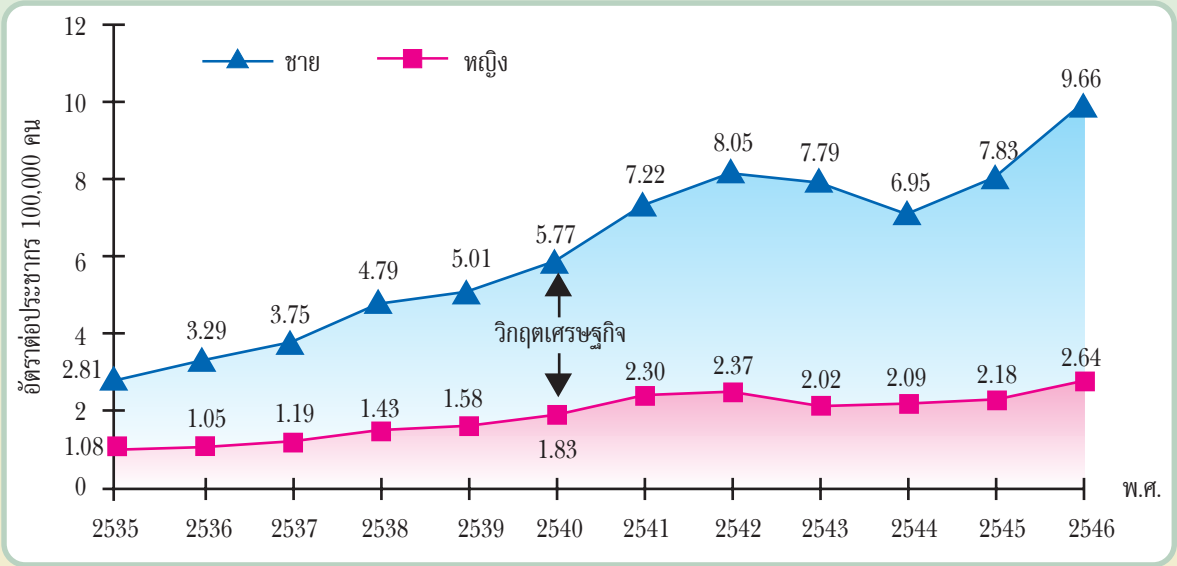
ตารางที่ 5.4 อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544

โรค	2540	2541	2542	2543	2544
- โรคจิต	440.1	435.3	424.8	451.0	519.6
- โรควิตกกังวล	789.9	822.6	764.7	812.2	776.0
- โรคซึมเศร้า	55.9	74.3	99.5	130.3	94.9
- ภาวะปัญญาอ่อน	44.7	52.9	58.2	52.4	51.7
- โรคลมชัก	109.3	125.8	NA	149.8	182.5

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนการฆ่าตัวตายก็เป็นดัชนีอีกตัวที่จะสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ 4 เท่า (ภาพที่ 5.6)

ภาพที่ 5.6 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

3. การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)

3.1 สาเหตุการตาย

หากพิจารณาในภาพรวมจากสาเหตุการตายของคนไทย(จากมรณบัตร)จะพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคเอดส์ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญ ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงยกเว้นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น วัณโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (ภาพที่ 5.7)ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระโรค(Burden of Diseases Study)ที่พบว่าการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYs loss) จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า 2 เท่า และประชากรยิ่งมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น(ตารางที่ 5.5)

อย่างไรก็ดี จากการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทยที่เสียชีวิตใน 1 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2540 - 2542 ใน 16 จังหวัดของประเทศไทยโดยวิธี Verbal autopsy ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า **มีความสอดคล้องของสาเหตุการตายระหว่างการศึกษาครั้งนี้กับมรณบัตรเพียงร้อยละ 29.3 เท่านั้น**กลุ่มโรคที่สอดคล้องกันมากที่สุดคือ สาเหตุไม่ชัดแจ้ง รองลงมาคือ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก กลุ่มสาเหตุภายนอกและกลุ่มโรคติดเชื้อ ส่วนกลุ่มโรคอื่นๆ มีความสอดคล้องต่ำ

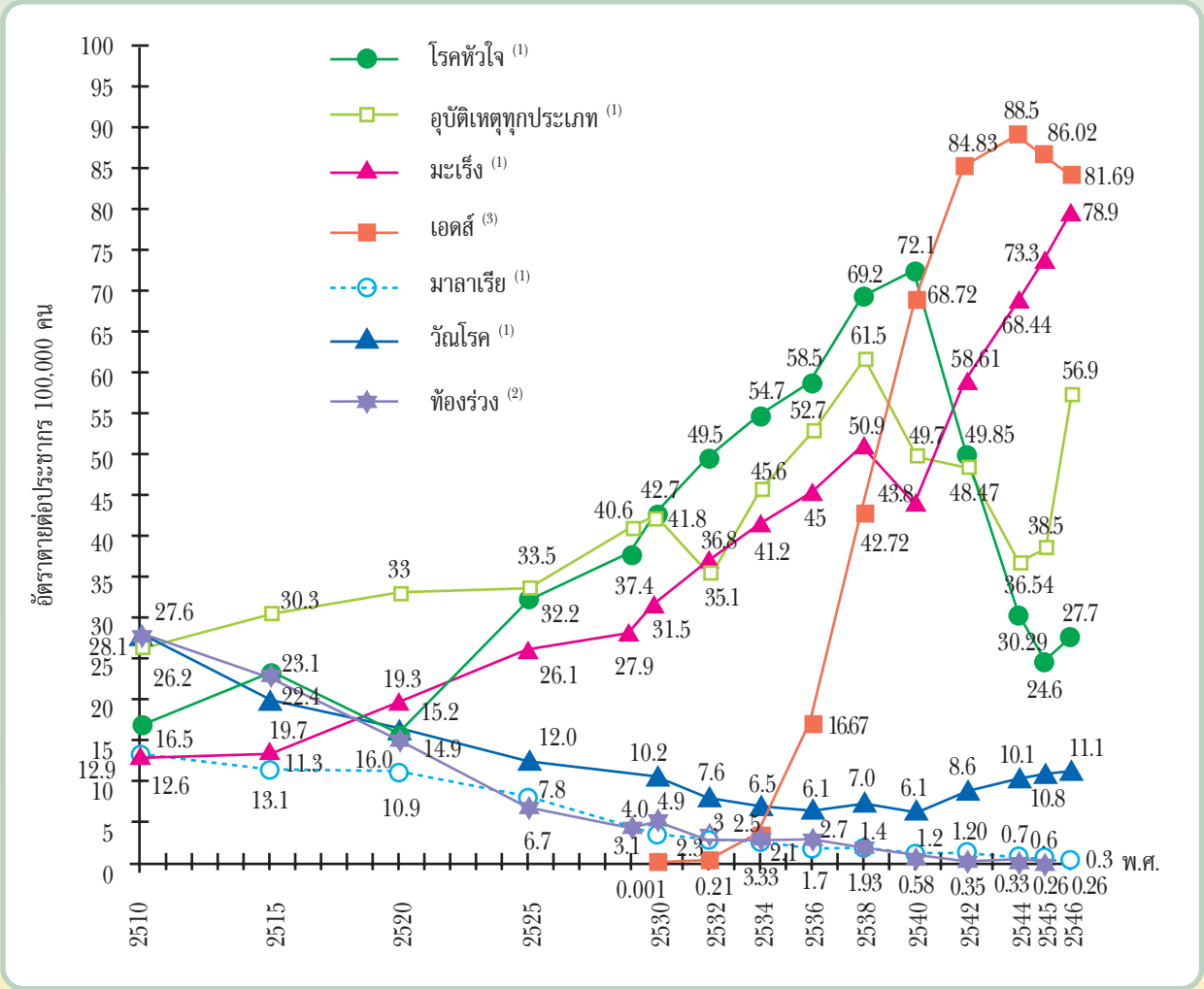
สาเหตุการตายที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ในภาพรวมทุกกลุ่มอายุ อันดับ 1 คือ **โรคระบบไหลเวียนโลหิต** ร้อยละ 18.6 ของการตายทั้งหมด ซึ่งกว่าครึ่งเป็นการตายของโรคหลอดเลือดสมอง อันดับ 2 คือ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอก ร้อยละ 16.2 ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งคือ มะเร็งตับ/ท่อน้ำดี และมะเร็งปอด สาเหตุการตายอันดับที่ 3 คือ กลุ่มโรคติดเชื้อ ร้อยละ 15.5 ซึ่งส่วนใหญ่ คือ การติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในเพศชายวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น รองลงมาจากการติดเชื้อเอชไอวี คือ วัณโรค สาเหตุอันดับที่ 4 คือ การตายจากสาเหตุภายนอกซึ่งเกิดขึ้นในวัยเด็กจนถึงหนุ่มสาว ร้อยละ 12.4 ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียนส่วนมากตายจากอุบัติเหตุจมน้ำ ส่วนวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก และในกลุ่มอุบัติเหตุจราจรทางบกนี้ เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด

การศึกษาพบมีความแตกต่างของสาเหตุการตายระหว่างเพศชายและหญิง กล่าวคือ เพศหญิงตายจากโรคระบบไหลเวียนโลหิตสูงถึงร้อยละ 21.4 รองลงมา คือ กลุ่มโรคมะเร็งและเนื้องอกร้อยละ 16.5 ในขณะที่เพศชายตายจากโรคติดเชื้อมากที่สุดร้อยละ 18.2 รองลงมา คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิตร้อยละ 16.6 ส่วนกลุ่มสาเหตุภายนอกมีความสำคัญเป็นอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง

เมื่อวิเคราะห์**สาเหตุการตายรายโรค**ตามกลุ่มอายุและเพศ พบดังนี้

กลุ่มอายุ	สาเหตุการตายหลัก		หมายเหตุ
	ชาย	หญิง	
ต่ำกว่า 1 ปี	คลอดก่อนกำหนด คลอดน้ำหนักน้อย ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสโลหิต	คลอดก่อนกำหนด คลอดน้ำหนักน้อย หัวใจพิการแต่กำเนิด ปอดอักเสบ	ตายจากการติดเชื้อเอช ไอ วี 5.7%
1 - 4 ปี	อุบัติเหตุจมน้ำ ปอดอักเสบ	อุบัติเหตุจมน้ำ ปอดอักเสบ	ตายจากการติดเชื้อเอช ไอ วี 13.3%
5 - 14 ปี	อุบัติเหตุจมน้ำ อุบัติเหตุจราจรทางบก	อุบัติเหตุจมน้ำ อุบัติเหตุจราจรทางบก	ตายจากการติดเชื้อเอช ไอ วี 7.9%
15 - 24 ปี	อุบัติเหตุจราจรทางบก ติดเชื้อ เอช ไอ วี ฆ่าตัวตาย	ติดเชื้อ เอช ไอ วี อุบัติเหตุจราจรทางบก ฆ่าตัวตาย	
25 - 44 ปี	ติดเชื้อ เอช ไอ วี อุบัติเหตุจราจรทางบก ฆ่าตัวตาย	ติดเชื้อ เอช ไอ วี อุบัติเหตุจราจรทางบก ฆ่าตัวตาย	
45 - 59 ปี	มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคหลอดเลือดสมอง	มะเร็งตับและท่อน้ำดี โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน	
60 - 74 ปี	โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งตับและท่อน้ำดี ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน มะเร็งตับและท่อน้ำดี	
75 ปีขึ้นไป	โรคหลอดเลือดสมอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด	โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน	

ภาพที่ 5.7 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510 - พ.ศ. 2546



ที่มา: (1) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

(2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

(3) คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563, 2544

ตารางที่ 5.5 ร้อยละของสาเหตุของ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของประชากรไทย พ.ศ. 2542 จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	0 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 59	60+	รวม
- โรคติดต่อ	56.7	32.8	34.8	14.6	11.3	27.7
- โรคไม่ติดต่อ	36.6	39.6	42.7	74.7	85.2	58.3
- อุบัติเหตุ	6.7	27.6	22.5	10.8	3.5	14.0

ที่มา: คณะทำงานพัฒนาดัชนีชี้วัดภาระโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อนึ่ง จากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY loss)[5] เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหา พบว่า **โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยลำดับแรก** ทั้งในเพศชายและหญิง (เพศชาย ร้อยละ 17 และเพศหญิง ร้อยละ 10 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด) โดยลำดับที่ 2 และ 3 ในเพศชาย คือ อุบัติเหตุจราจรและหลอดเลือดสมอง สำหรับเพศหญิง คือ หลอดเลือดสมองและเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.6)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า มีความแตกต่างกันในปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ ดังนี้

- กลุ่มอายุ 0 - 14 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ ทารกคลอดน้ำหนักน้อยและทารกขาดอากาศแรกเกิด
- กลุ่มอายุ 15 - 29 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร ยาเสพติด โรคจิตเภท และพิษสุราเรื้อรัง
- กลุ่มอายุ 30 - 59 ปี พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร โรคเบาหวานและมะเร็งตับ
- กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง ถุงลมโป่งพอง และเบาหวาน

ตารางที่ 5.6 แสดงโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2542 จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs loss	ร้อยละ	โรค	DALYs loss	ร้อยละ
1	เอดส์	960,087	17	เอดส์	372,947	10
2	อุบัติเหตุจราจร	510,907	9	หลอดเลือดสมอง	280,673	7
3	หลอดเลือดสมอง	267,567	5	เบาหวาน	267,158	7
4	มะเร็งตับ	248,083	4	โรคซึมเศร้า	145,336	4
5	เบาหวาน	168,372	3	มะเร็งตับ	118,384	3
6	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	164,094	3	ข้อเข่าเสื่อม	117,963	3
7	ถุงลมปอดโป่งพอง	156,861	3	อุบัติเหตุจราจร	114,963	3
8	ถูกทำร้าย ถูกฆาตกรรม	156,371	3	โลหิตจาง (ขาดธาตุเหล็ก)	112,990	3
9	ฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง	147,988	3	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	109,592	3
10	ยาเสพติด	137,703	2	ต้อกระจก	96,091	2

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ Burden of Disease and Injuries in Thailand, 2002

[5] การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY-Disability Adjusted Life Year) ซึ่งหนึ่งหน่วยเท่ากับการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพที่ดีไปจำนวน 1 ปี โดยคำนวณจาก DALY = ปีที่สูญเสียไปเพราะตายก่อนถึงวัยอันควร+ปีที่สูญเสียเพราะเจ็บป่วยหรือพิการ

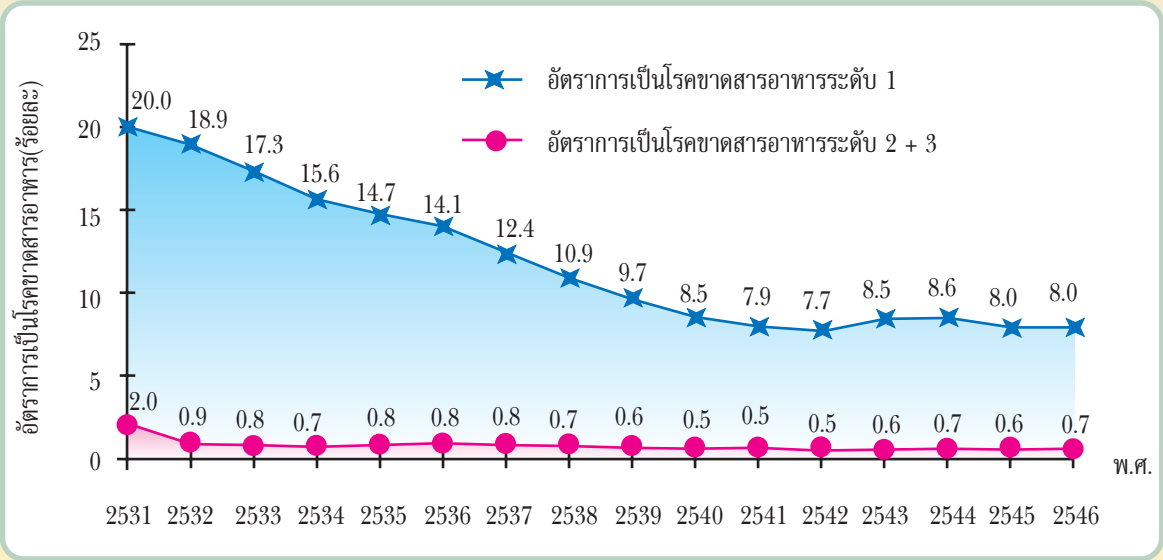
3.2 ปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพบางอย่างที่มีแนวโน้มลดลง

3.2.1 โรคขาดสารอาหาร

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น (ภาพที่ 5.8) แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนไทยในพื้นที่สูง (ชาวเขา) จะพบอัตราการขาดสารอาหารสูงกว่าเด็กในกรุงเทพมหานครถึงเกือบ 8 เท่า (ตารางที่ 5.7)

จากรายงานสุขภาพโลก[6] คาดการณ์ว่า ใน ค.ศ. 2000 ประมาณร้อยละ 27 หรือ 168 ล้านคนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการตายจากโรคท้องร่วงและปอดบวมสูงขึ้น

ภาพที่ 5.8 สถานการณ์โรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

---

[6] ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างสุขภาพ; 2546

ตารางที่ 5.7 อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546

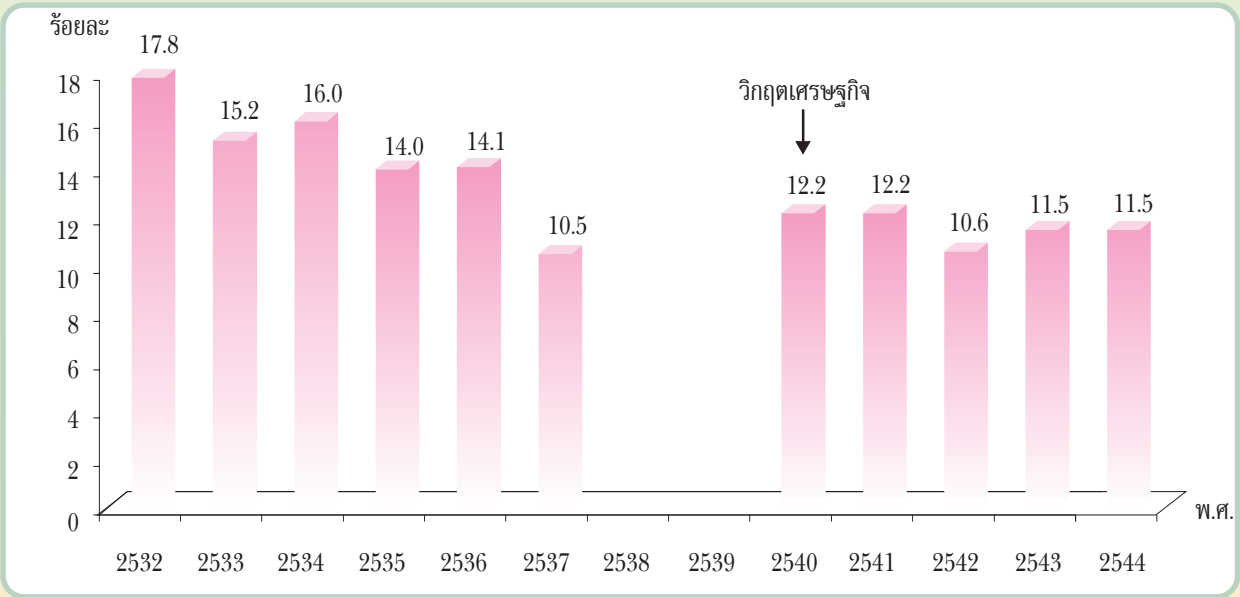
พ.ศ.	กทม.		กลาง		ตะวันออกเฉียงเหนือ		เหนือ		ใต้		ชาวเขา	
	ระดับ 1	ระดับ 2+3	ระดับ 1	ระดับ 2+3	ระดับ 1	ระดับ 2+3	ระดับ 1	ระดับ 2+3	ระดับ 1	ระดับ 2+3	ระดับ 1	ระดับ 2+3
2532	13.08	1.25	9.45	0.28	24.91	1.67	18.76	1.33	16.38	1.37	-	-
2533	5.65	0.43	8.19	0.18	23.46	1.12	17.50	0.96	14.80	0.58	-	-
2534	5.10	0.37	7.30	0.34	21.52	0.89	16.78	0.97	12.56	0.56	-	-
2535	4.33	0.19	6.82	0.18	20.88	0.96	15.87	1.07	11.87	0.54	-	-
2536	3.56	0.19	6.11	0.18	19.51	0.94	15.28	1.12	11.29	0.62	-	-
2537	3.66	0.31	5.56	0.18	17.55	0.99	14.77	0.92	10.47	0.68	-	-
2538	3.76	0.33	4.62	0.17	14.48	0.87	13.56	1.14	9.25	0.62	-	-
2539	2.89	0.23	4.35	0.15	12.56	0.71	10.67	0.83	8.21	0.52	-	-
2540	4.50	0.45	4.04	0.14	10.82	0.65	10.05	0.81	7.27	0.44	30.3	10.6
2541	4.01	0.38	3.86	0.12	10.26	0.65	9.52	0.78	6.55	0.44	18.92	2.84
2542	4.01	0.38	3.79	0.16	10.20	0.65	9.33	0.63	6.61	0.44	23.2	2.48
2543	4.66	0.31	4.19	0.16	10.61	0.85	8.95	0.73	7.35	0.59	17.24	2.55
2544	4.54	0.39	4.94	0.29	10.53	0.92	7.81	0.42	6.09	0.53	14.00	3.02
2545	-	-	3.89	0.24	9.93	0.83	8.52	0.69	7.06	0.56	-	-
2546	-	-	3.62	0.21	9.82	0.95	8.49	0.73	7.28	0.71	-	-
อัตราเทียบกับ กทม. พ.ศ. 2544	1	1	1.1	0.7	2.3	2.4	1.7	1.1	1.3	1.4	3.1	7.7

ที่มา: (1) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2545 -พ.ศ. 2546 ไม่มีการสำรวจชาวเขา
พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2546 ไม่มีการสำรวจในกรุงเทพมหานคร

อัตราการมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กนักเรียนประถมศึกษามีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 17.8 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 อย่างไรก็ตาม ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่า เด็กนักเรียนประถมศึกษา มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 5.9)

ภาพที่ 5.9 สัดส่วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2544



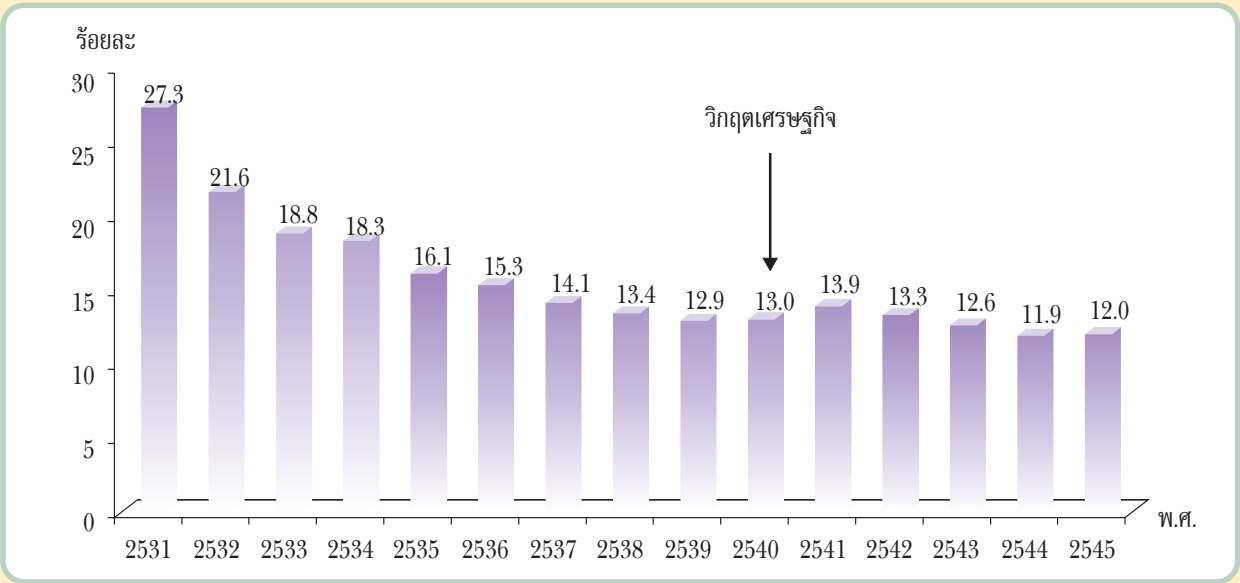
ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: พ.ศ. 2538, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2545 เป็นต้นไป ไม่มีการสำรวจน้ำหนักของเด็กนักเรียนประถมศึกษา

3.2.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 27.3 ใน พ.ศ.2531 เหลือร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ.2539 แต่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2545 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ลดลงเหลือร้อยละ 12.0 (ภาพที่ 5.10)

ภาพที่ 5.10 สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2545

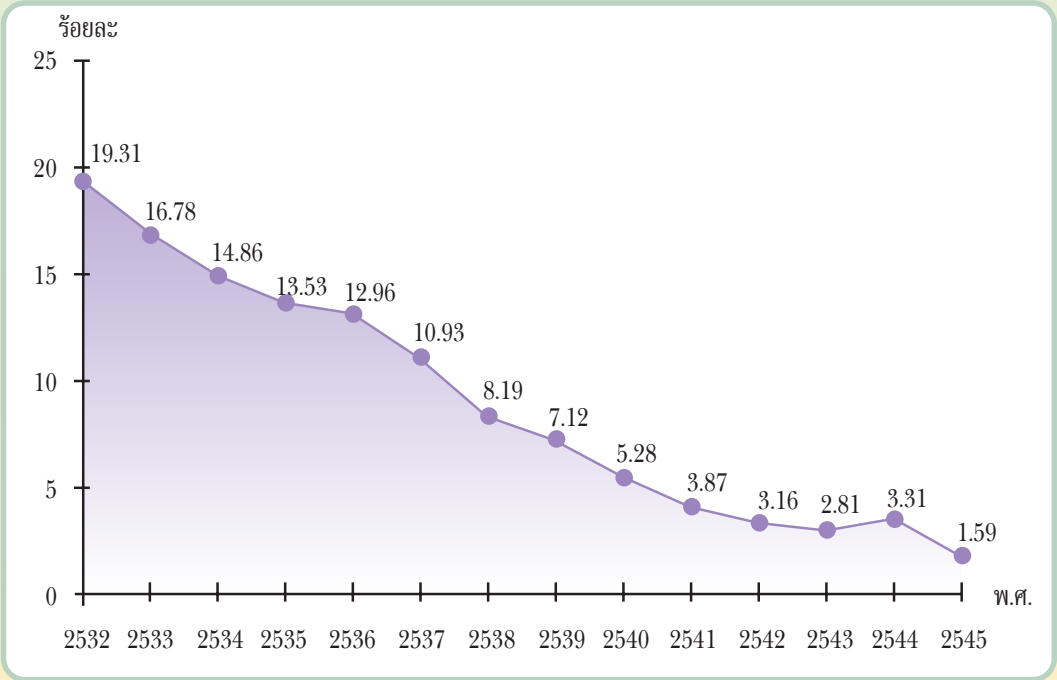


ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3.2.3 โรคขาดสารไอโอดีน

ผลจากการเร่งรัดการกำจัดโรคขาดสารไอโอดีน ทำให้ความชุกของโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ใน 15 จังหวัด ที่มีอัตราคอพอกรุนแรง ลดลงจากร้อยละ 19.31 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 1.59 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 5.11) และอัตราคอพอกโดยเฉลี่ยของประเทศ ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 1.3

ภาพที่ 5.11 ภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2545



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลเฉพาะ 15 จังหวัด ที่มีปัญหาอัตราคอพอกรุนแรง

3.2.4 โรคติดเชื้อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในกลุ่มเป้าหมาย ทำให้อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.8 และภาพที่ 5.12)

ตารางที่ 5.8 ร้อยละของการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2545

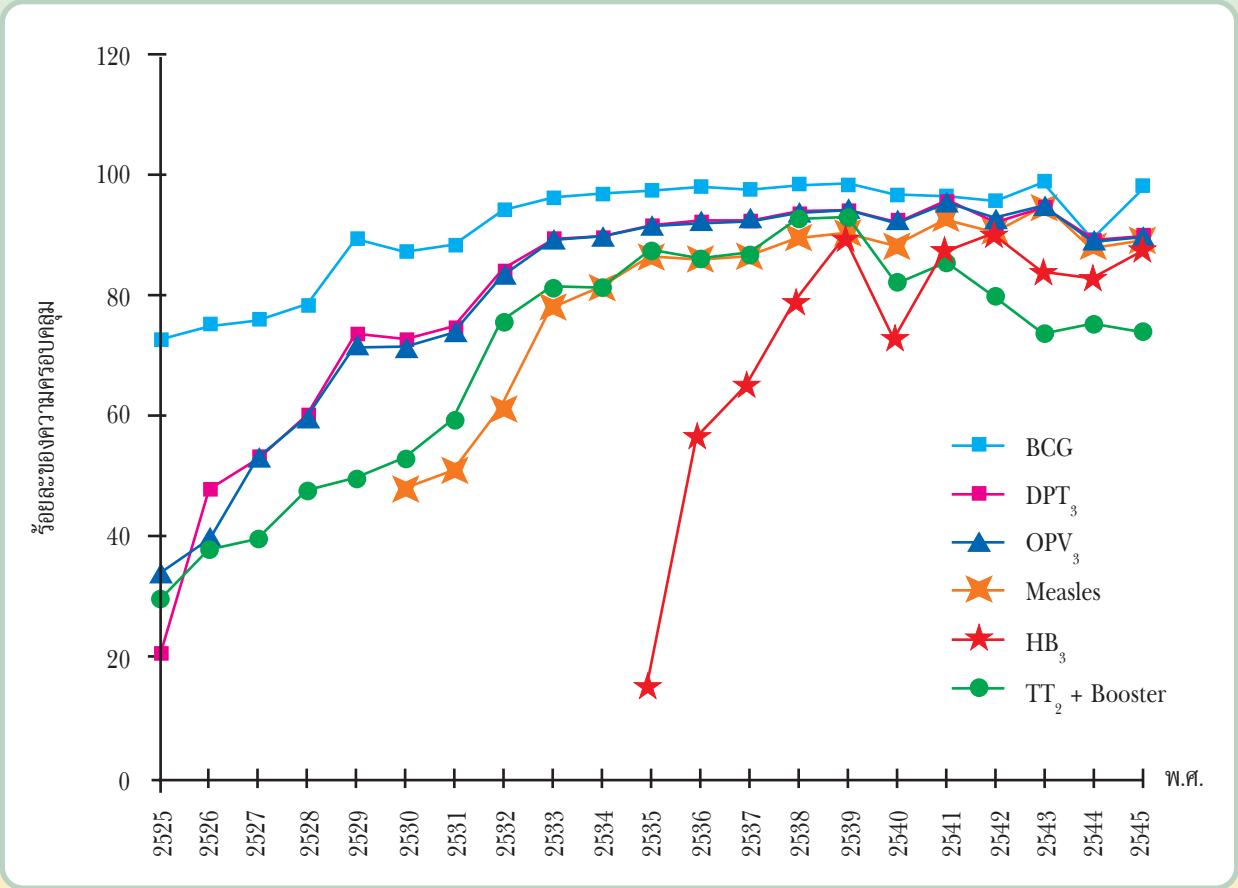
กิจกรรม	ปีงบประมาณ (ร้อยละ)																				
	2525[1]	2526[1]	2527[1]	2528[1]	2529[1]	2530[1]	2531[1]	2532[1]	2533[1]	2534[1]	2535[1]	2536[1]	2537[1]	2538[1]	2539[2]	2540[2]	2541[2]	2542[2]	2543[2]	2544[2]	2545[2]
เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี																					
BCG (%)	73	75	76	78.4	89.5	87.4	88.6	94.1	96.3	96.8	97.4	98.1	97.9	98.4	98.4	96.9	96.5	95.6	98.8	89.4	98.1
DPT_3 (%)	21	48	53	60.5	73.9	72.8	74.8	84.2	89.4	89.8	91.5	92.2	92.9	93.7	94.3	92.5	95.9	92.1	94.4	89.1	89.8
OPV_3 (%)	34	40	53	59.3	71.8	71.3	73.8	83.2	89.3	89.8	91.5	92.2	92.7	93.7	94.3	92.3	95.8	93.0	94.5	89.3	89.7
Measles(%)	-	-	-	-	-	48.2	51.1	61.4	78.4	81.5	86.3	86.1	86.0	89.8	90.8	73.0	87.2	90.5	83.8	83.1	83.7
HB_3(%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.4	57.1	65.6	79.3*	90.7	88.5	93.0	90.4	94.9	87.9	88.8
หญิงมีครรภ์																					
TT_2 + Booster (%)	30	38	40	48	50	53.1	59.6	75.9	81.6	81.6	87.8	86.4	86.9	92.8	93.0	82.5	85.7	80.4	74.0	75.5	74.5

ที่มา: [1] พ.ศ. 2525-2538 ได้จาก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

[2] พ.ศ. 2539-2545 ได้จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

*เป็นข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชากรระดับจังหวัดครั้งที่ 1

ภาพที่ 5.12 อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG DPT_3 OPV_3 HB_3 Measles และ TT_2 + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2545



ที่มา: (1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

และจากผลกระทบของการให้วัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 5.9 และภาพที่ 5.14) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ใน พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 อุบัติการด้วยโรคหัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการแพร่ระบาดของโรคหัดในชาวเขา (ภาพที่ 5.13)

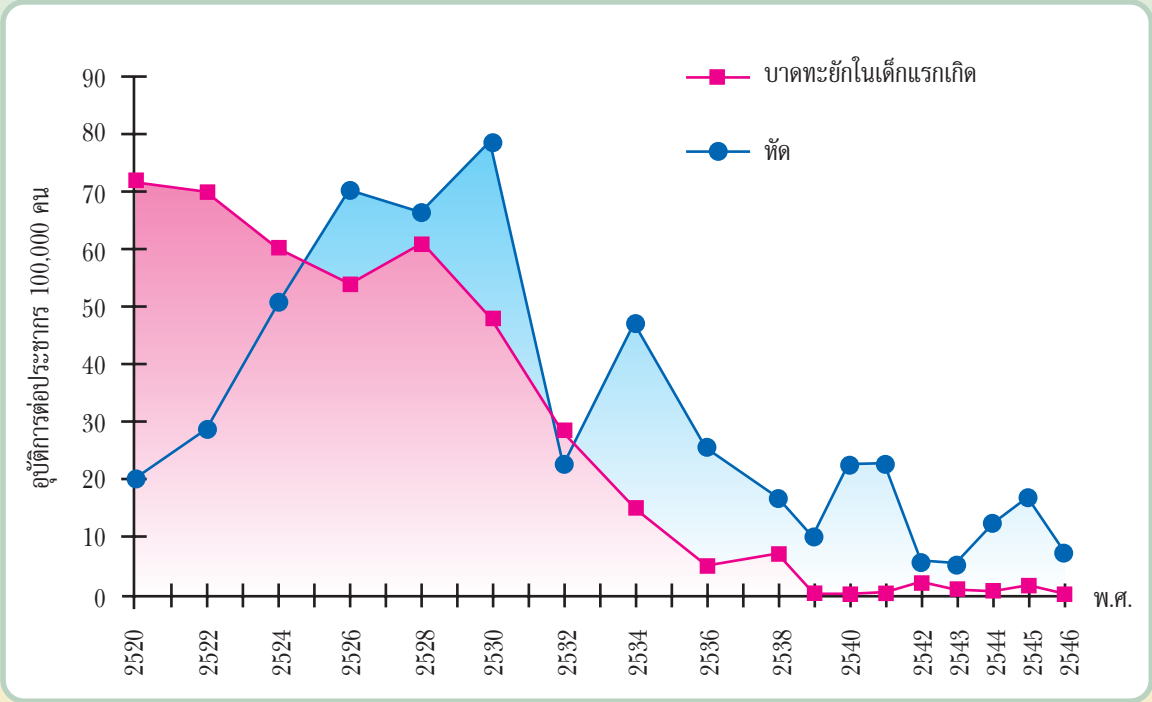
นอกจากนี้ ยังพบว่า โรคตับอักเสบจากไวรัสบี (ภาพที่ 5.15) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งน่าจะเกิดจากระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีความครอบคลุมมากขึ้น

ตารางที่ 5.9 อุบัติการการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546

อุบัติการโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อประชากร 100,000 คน						
พ.ศ.	หัด	บาดทะยักในเด็กแรกเกิด	คอตีบ	ไอกรน	โปลิโอ	ตับอักเสบจากไวรัสบี
2520	20.2	72.1	5.2	7.2	2.1	NA
2522	28.9	70.0	4.4	11.2	2.3	0.09
2524	51.1	59.8	1.6	6.2	0.5	0.14
2526	70.2	53.6	2.1	9.8	0.3	0.12
2528	66.2	60.4	1.4	4.8	0.1	0.55
2530	78.3	47.9	1.0	2.7	0.04	1.57
2532	22.5	28.1	0.1	2.2	0.03	3.30
2534	46.9	14.5	0.09	0.5	0.009	5.98
2536	25.2	4.7	0.04	0.6	0.015	4.39
2538	16.4	6.4	0.03	0.2	0.003	3.13
2539	9.5	0.05	0.08	0.13	0.03	2.20
2540	22.03	0.04	0.06	0.17	0.00	2.27
2541	22.39	0.03	0.08	0.16	0.00	2.53
2542	5.38	1.55	0.08	0.08	0.00	2.60
2543	6.67	0.03	0.02	0.16	0.00	2.71
2544	11.86	0.36	0.02	0.12	0.00	2.80
2545	16.48	1.14	0.02	0.02	0.00	3.44
2546	7.17	0.01	0.01	0.04	0.00	3.68

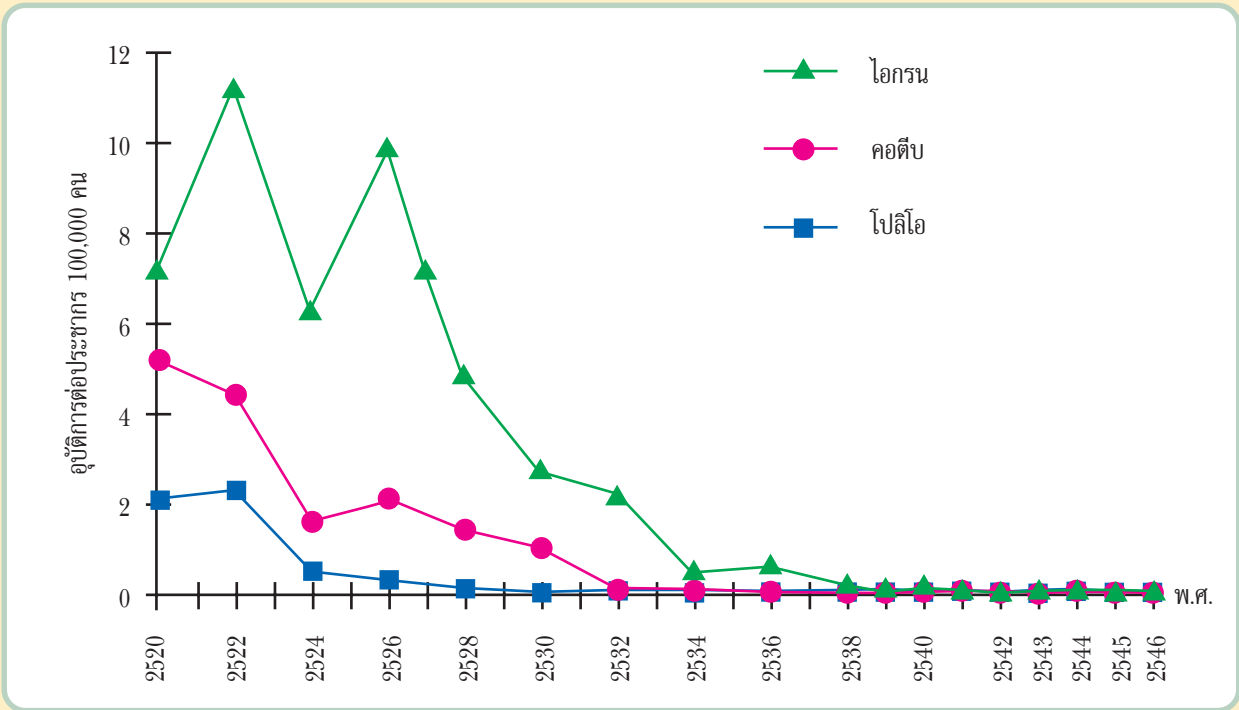
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.13 อุบัติการของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคหัด ประเทศไทย พ.ศ. 2520-พ.ศ. 2546



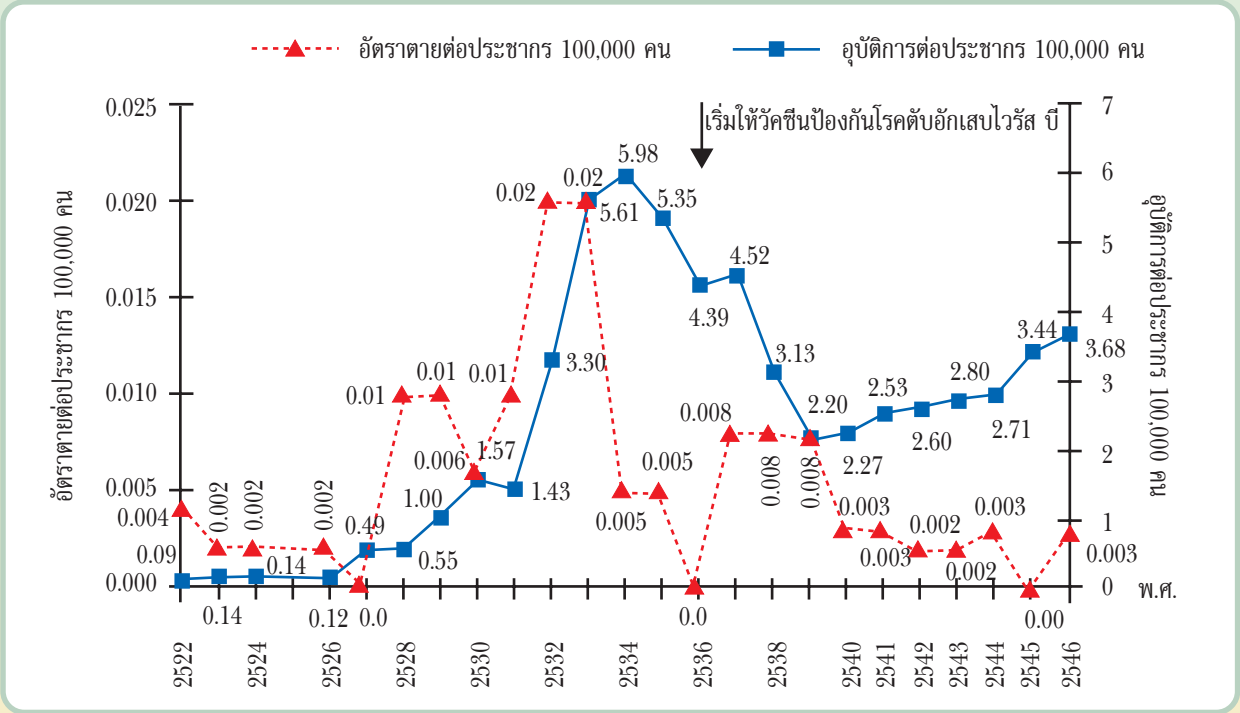
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.14 อุบัติการของโรคไอกรน คอตีบและโปลิโอ ประเทศไทย พ.ศ. 2520-พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.15 อุบัติการและอัตราตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส บี ประเทศไทย พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2.5 โรคพยาธิ

โรคหนอนพยาธิลำไส้โดยรวมมีแนวโน้มลดลงยกเว้นพยาธิใบไม้ตับที่พบความชุกของโรคเพิ่มขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศ (ตารางที่ 5.10) แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระและนับไข่ด้วยวิธี Modified Kato-Katz พบว่า ร้อยละ 90.6 ของผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มีจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระอยู่ในระดับต่ำ[7] (ต่ำกว่า 1,000 ฟองต่ออุจจาระ 1 กรัม)

ตารางที่ 5.10 อัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิที่พบบ่อย (ร้อยละ)

โรค	ปี 2524	ปี 2534	ปี 2539	ปี 2544
พยาธิปากขอ	40.56	27.69	21.6	11.4
พยาธิไส้เดือน	4.04	1.46	1.9	1.2
พยาธิแส้ม้า	4.46	4.34	3.9	1.5
พยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งประเทศ	14.7	15.2	11.8	9.6
- พยาธิใบไม้ตับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	34.6	24.01	15.3	15.7
- พยาธิใบไม้ตับในภาคเหนือ	5.6	22.9	29.7	19.3

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

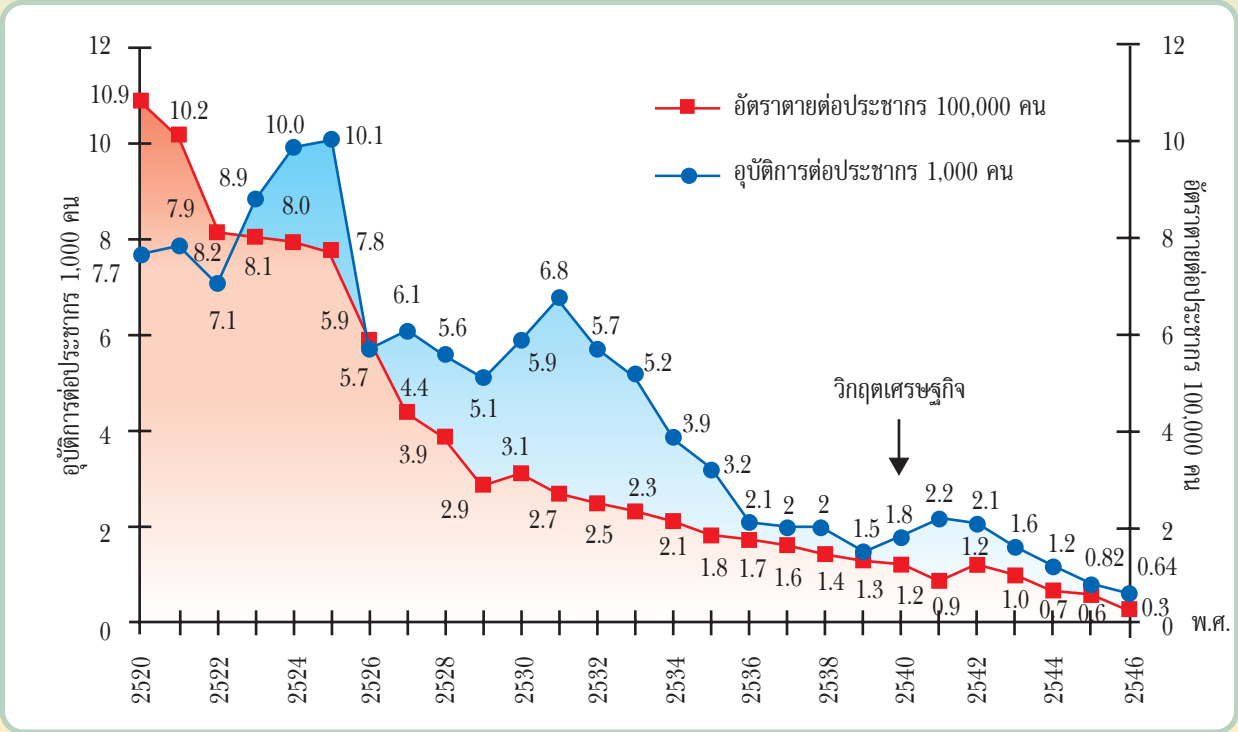
---

[7]กรมควบคุมโรคติดต่อ. โครงการประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทย เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2544, กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544

3.2.6 ไข้มาลาเรีย

ปัจจุบันประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมไข้มาลาเรียระดับหนึ่ง ทำให้อุบัติการและอัตราตายลดลง (ภาพที่ 5.16) แต่ก็ยังพบปัญหาในบางพื้นที่โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดชายแดนไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา รวมทั้งปัญหาเชื้อโรคดื้อยา อนึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า**ในช่วงปี 2540 - 2542 อุบัติการของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย** แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์นี้คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้ดีดีที ตั้งแต่ปี 2538 ปรากฏการณ์ EI NiNo และการปรับโครงสร้างการดำเนินการควบคุมโรค โดยรวมหน่วยงานมาลาเรีย เป็นหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ซึ่งรวมถึงไข้เลือดออก เท้าช้างและไข้สมองอักเสบด้วย ในระยะแรกจึงอาจมีปัญหาอยู่บ้าง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2543 อุบัติการและอัตราตายของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลง

ภาพที่ 5.16 อุบัติการและอัตราตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2546

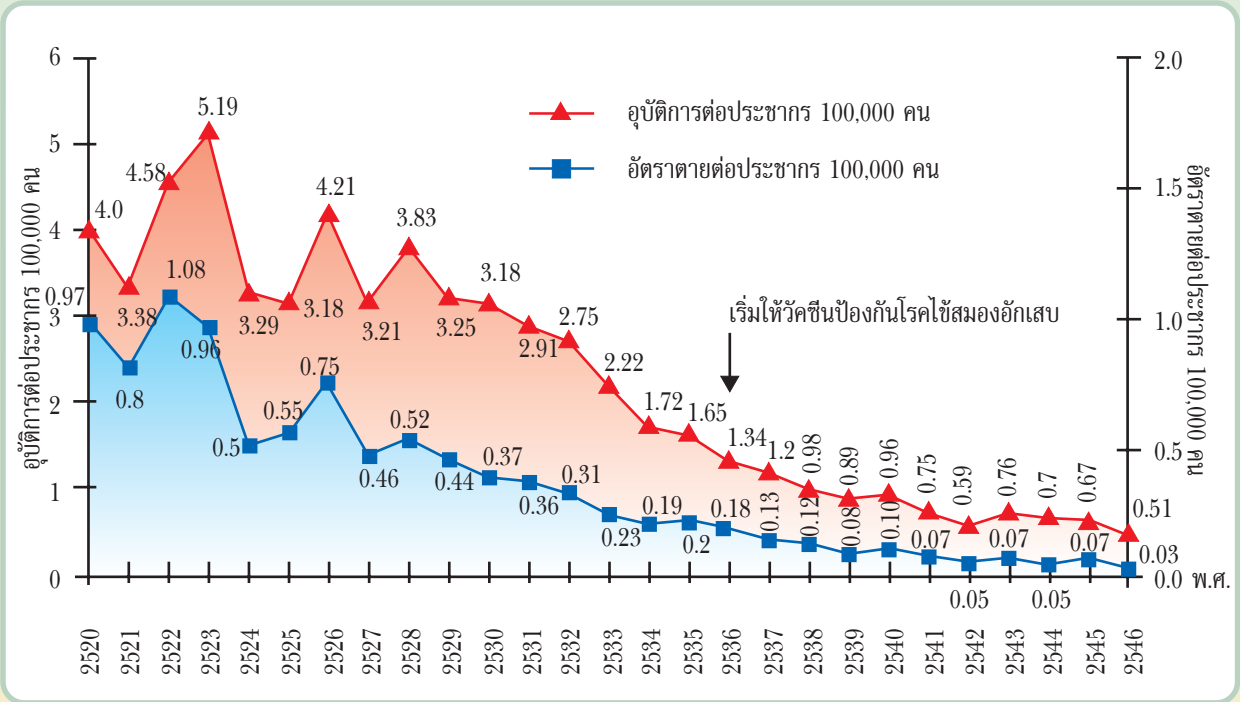


ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

3.2.7 ไข้สมองอักเสบ

ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมและการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบแก่เด็กในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้อุบัติการและอัตราตายมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก (ภาพที่ 5.17) โดยใน พ.ศ. 2546 พบอุบัติการของโรคไข้สมองอักเสบ เท่ากับ 0.51 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราตายเท่ากับ 0.03 ต่อประชากร 100,000 คน

ภาพที่ 5.17 อุบัติการและอัตราตายของโรคไข้สมองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



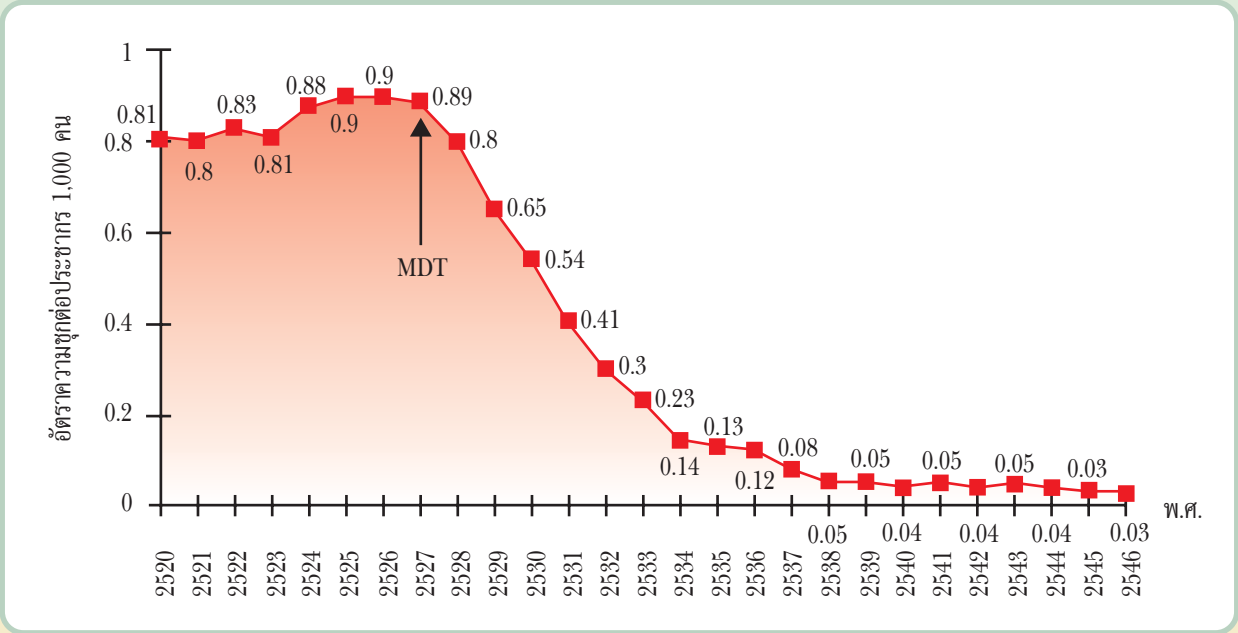
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2.8 โรคเรื้อน

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 40 ปี โดยเริ่มจากโครงการพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกและองค์กรภาคเอกชนต่างๆ จนทำให้ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อนเป็นอย่างดี กล่าวคือ เปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนใน ปี 2498 ซึ่งมีอัตราความชุกของโรค 5 ต่อประชากร 1,000 คน กับปัจจุบัน ปี 2546 มีอัตราความชุกของโรคเหลือเพียง 0.03 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งอัตราความชุกของโรคลดลงถึง 100 เท่า (ภาพที่ 5.18) และถือว่าไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหนึ่งมาจากการนำวิธีการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น โดยใช้ยาผสมตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (MDT WHO Regimens) มาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2527

ภาพที่ 5.18 อัตราความชุกของโรคเรื้อนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2546



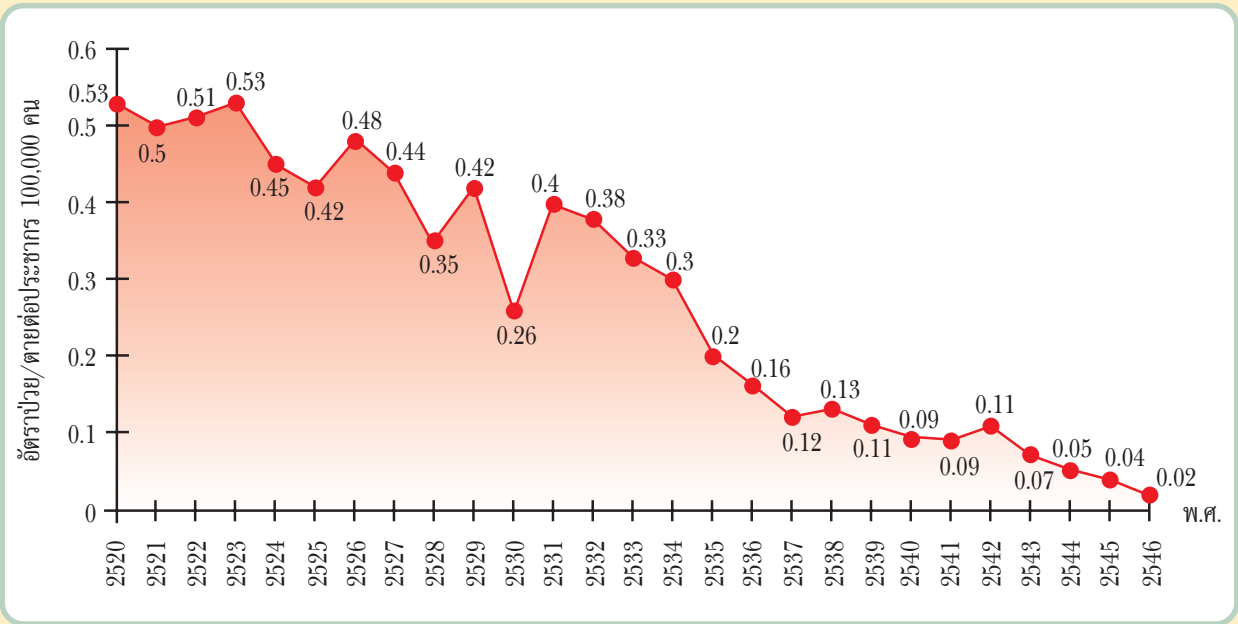
ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

MDT = Multiple Drug Therapy

3.2.9 โรคพิษสุนัขบ้า

จากผลการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทำให้สามารถลดอัตราป่วย/ตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจาก 0.53 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2520 เป็น 0.02 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.19)

ภาพที่ 5.19 อัตราป่วย/ตายของโรคพิษสุนัขบ้าต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546

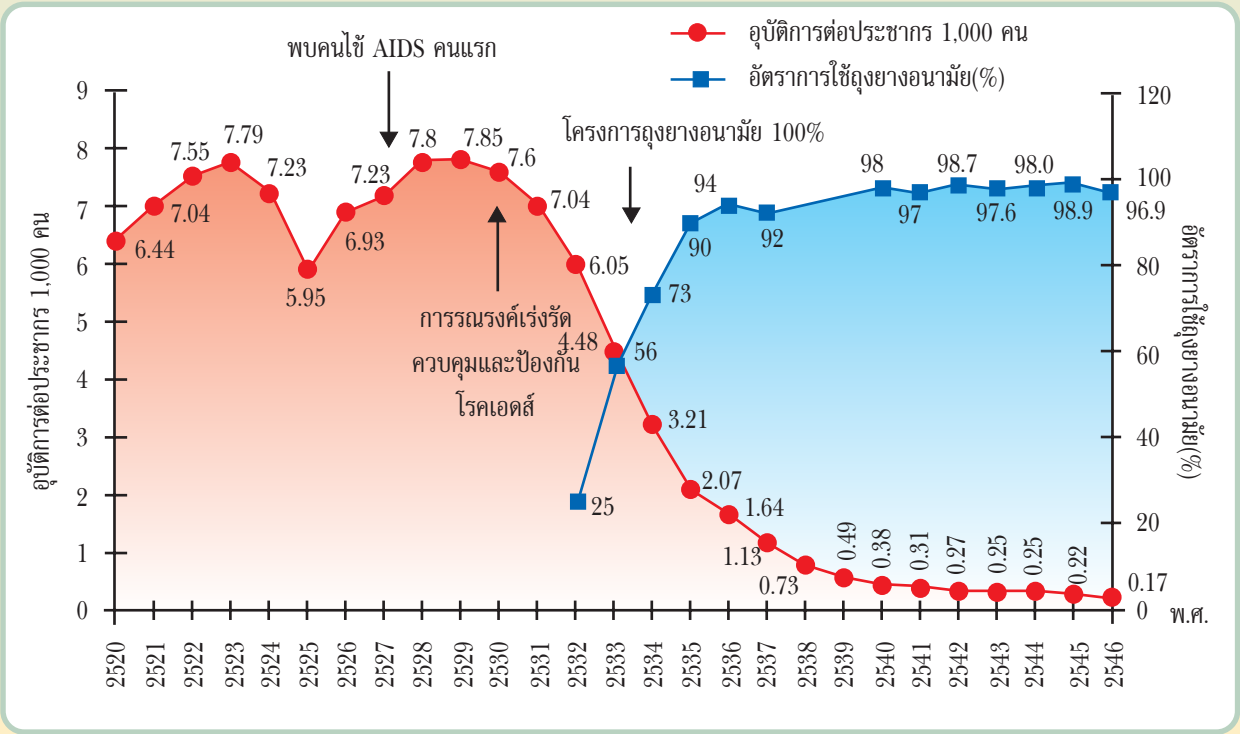


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2.10 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)

สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546 มีแนวโน้มที่ดีโดยเฉพาะตั้งแต่หลัง พ.ศ.2529 อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงจาก 7.85 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2529 เป็น 0.17 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.20) อันเป็นผลเนื่องมาจากการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

ภาพที่ 5.20 อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยาและกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน กามโรคต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบและหนองในเทียมทุกชนิดรวมกัน

3.3 ปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพบางอย่างที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก

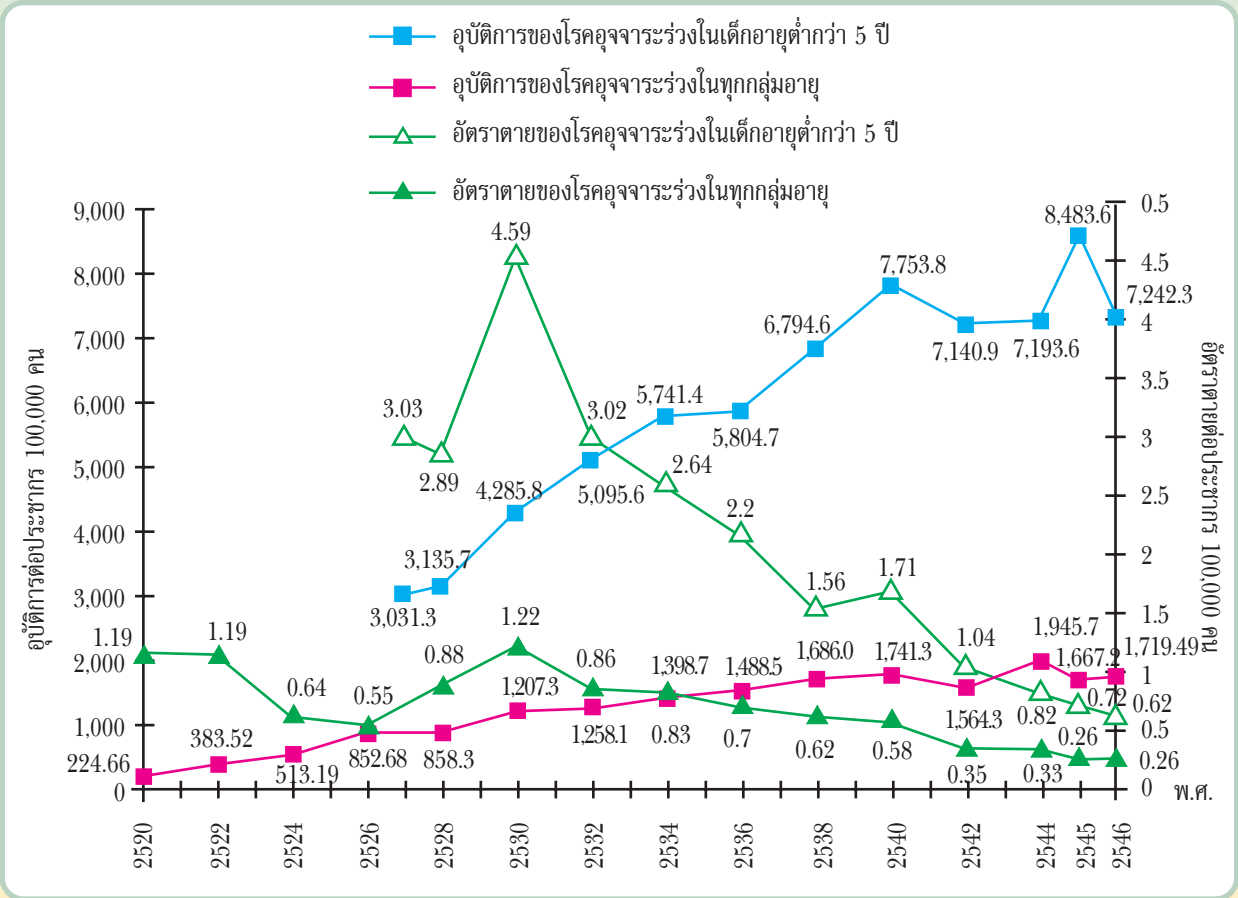
3.3.1 โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยมีอุบัติการที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบอุบัติการสูงกว่าในผู้ใหญ่ (ภาพที่ 5.21) ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยระดับจังหวัด พบว่า แนวโน้มการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กลดลงในระยะ 5 ปี จากอัตราการป่วย 6.0 ครั้ง/คน/ปี ใน พ.ศ. 2538 เป็น 3.6 ครั้ง/คน/ปี ใน พ.ศ. 2544[8] แต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้เหลือไม่เกิน 1 ครั้ง/ คน/ปี (ตารางที่ 5.11) อย่างไรก็ตามอัตราตายด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและครอบคลุมทั่วถึง รวมทั้งความสำเร็จของการรณรงค์การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่และ ORT (Oral Rehydration Therapy)

---

[8] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด, 2546

ภาพที่ 5.21 อุบัติการของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 5.11 การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง (episode) ครั้ง/คน/ปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

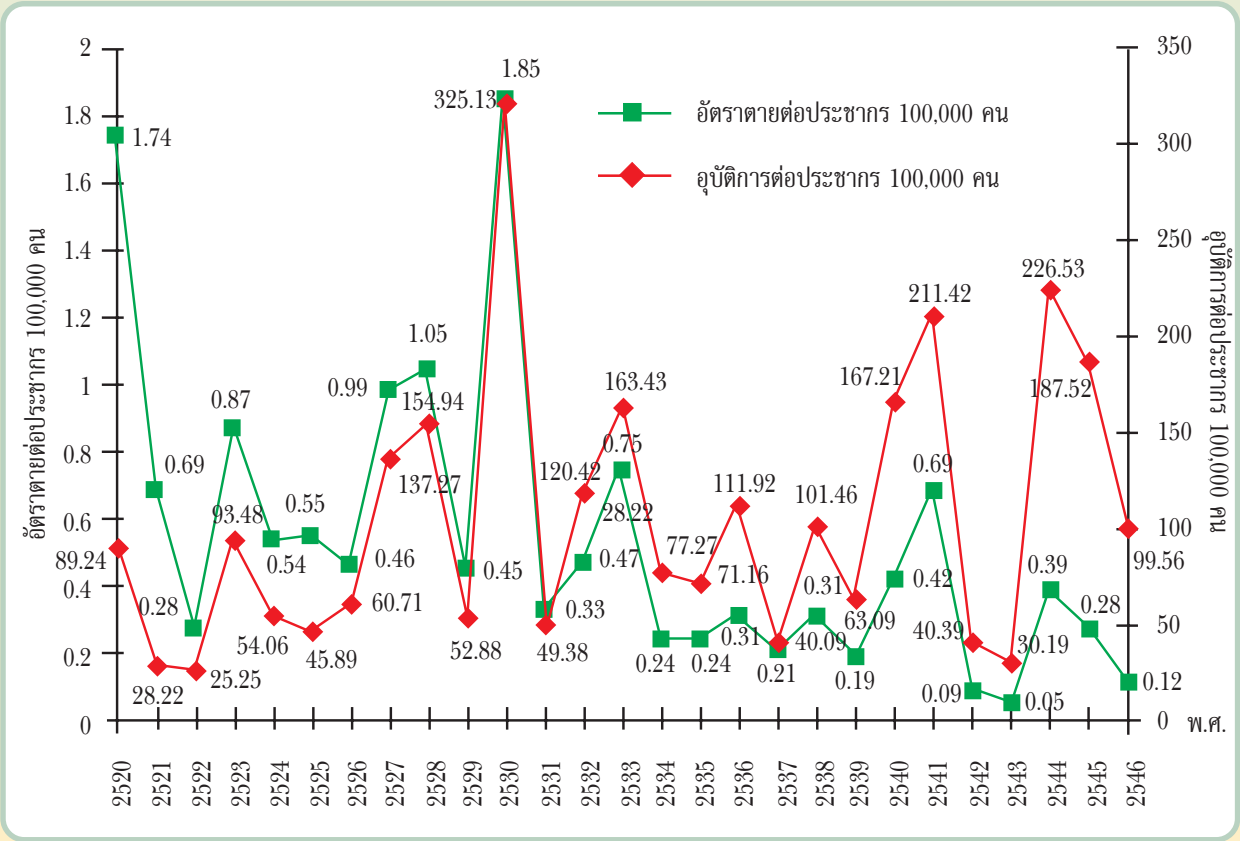
	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2544	เป้าหมายแผนฯ 8
ในเขตเทศบาล	4.9	3.1	3.4	
นอกเขตเทศบาล	5.2	3.4	3.9	
รวม	**6.0**	**3.4**	**3.6**	**ไม่เกิน 1**

ที่มา: การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ. 2538, 2539 และ 2544

3.3.2 ไข้เลือดออก

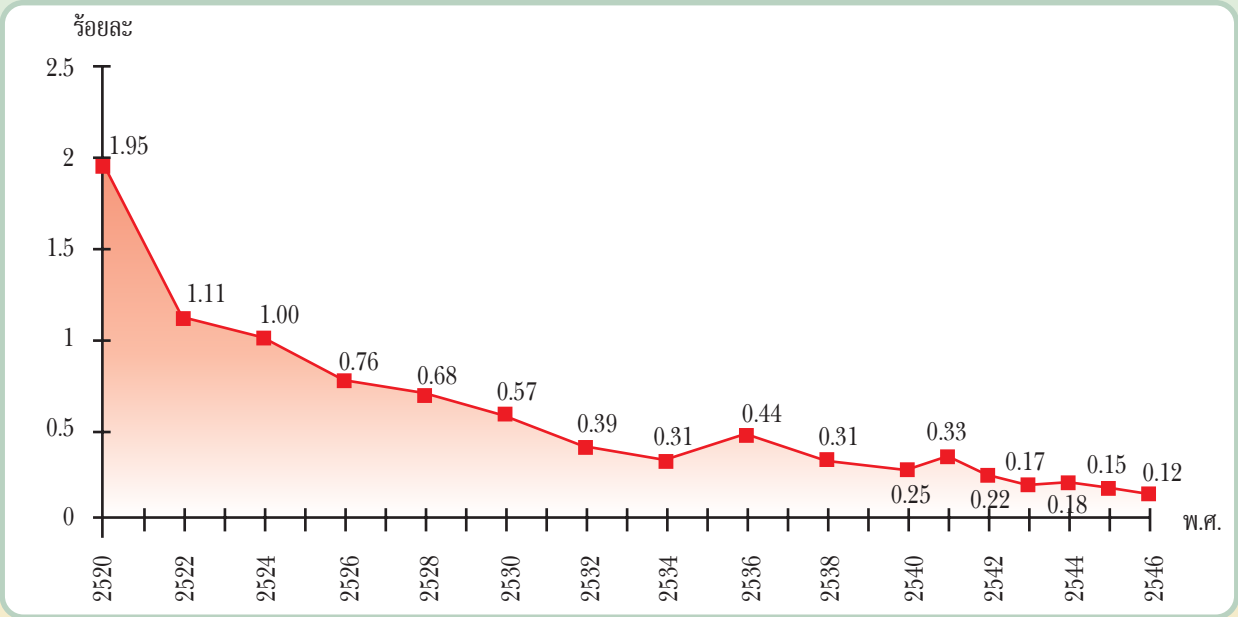
โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา โดยยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะช่วง พ.ศ. 2540, 2541 และ พ.ศ. 2544, 2545 กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย ลักษณะคล้ายมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี อย่างไรก็ตามอัตราป่วยตาย พบว่า มีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.23)

ภาพที่ 5.22 อุบัติการและอัตราตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.23 อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546

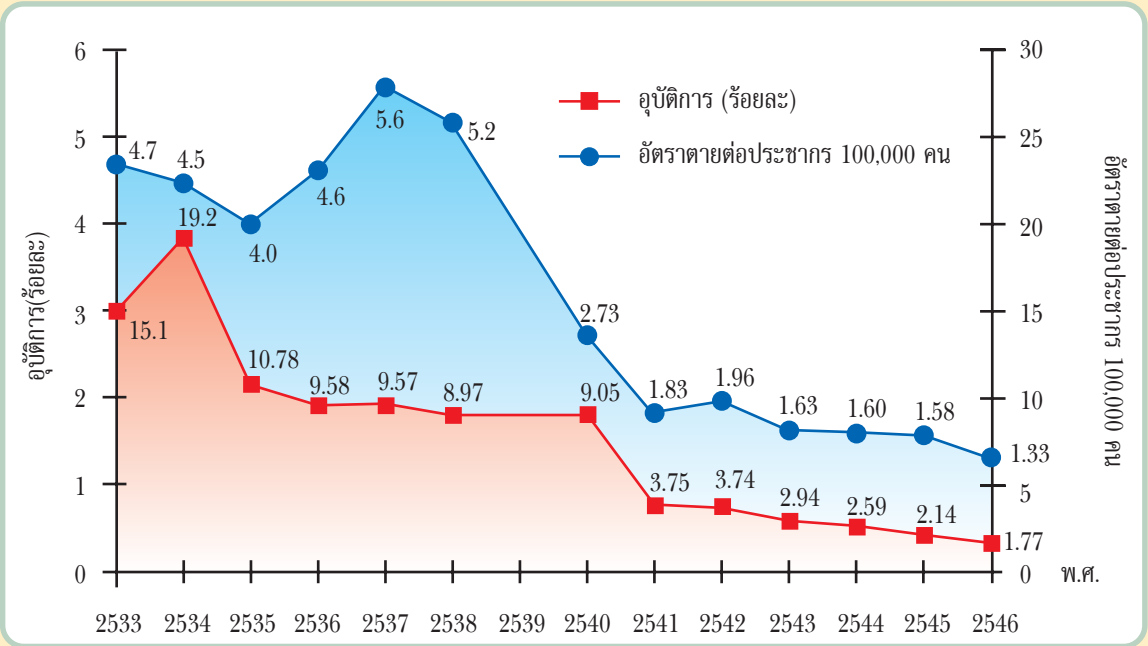


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.3.3 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARI)

ปัจจุบันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในไทย โดยพบว่า **โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี** พบอุบัติการของโรคปอดบวมในเด็กลดลงจากร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 1.33 ใน พ.ศ. 2546 รวมทั้งอัตราตาย ก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 15.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 1.77 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.24)

ภาพที่ 5.24 อุบัติการ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2546



ที่มา: (1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

(2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.4 ปัญหาสาธารณสุข / สุขภาพที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

3.4.1 โรคเอดส์

(1) สถานการณ์การติดเชื้อ HIV

จากรายงานการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มสำคัญ ดำเนินการในทุกจังหวัด ในช่วงเวลา 13 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2546 พบสถานการณ์และแนวโน้ม ดังนี้

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Donors) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.28 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 0.81 ใน พ.ศ. 2535 แล้วค่อยๆ ลดลง จนถึงร้อยละ 0.27 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.25)

กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.68 ใน พ.ศ. 2534 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 2.29 ใน พ.ศ. 2538 แล้วค่อยๆ ลดลงจนถึงร้อยละ 1.23 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.25)

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IVDU) มีความชุกประมาณร้อยละ 30-43 ตลอดช่วง พ.ศ. 2532-2540 และ เพิ่มขึ้นหลัง พ.ศ. 2540 จนเป็นความชุกร้อยละ 50.77 ใน พ.ศ. 2542 และกลับลดลงเหลือ 33.33 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.26)

กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค (STDs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 2.50 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 8.50 ใน พ.ศ. 2537 แล้วทรงตัวอยู่ในช่วงร้อยละ 7-9 ใน พ.ศ. 2538-2542 จนกระทั่งลดลงเป็นร้อยละ 4.00 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.26)

หญิงโสเภณีตรง (Direct CSWs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 3.47 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 33.15 ใน พ.ศ. 2537 แล้วลดลงเป็นร้อยละ 10.63 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.26)

หญิงโสเภณีแฝง (Indirect CSWs) ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.00 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ ร้อยละ 10.14 ใน พ.ศ. 2539 แล้วค่อยๆ ลดลงเป็นร้อยละ 3.88 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.26)

กลุ่มทหารเกณฑ์ ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2536 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.27)

นอกจากนี้ จากการสำรวจกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคเหนือ พบว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเอดส์ชาวเขามีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 9.5 ใน พ.ศ. 2541 ขณะที่อัตราการติดเชื้อของคนไทยลดลงจากร้อยละ 27.1 เหลือร้อยละ 16.2 ในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากลักษณะของประชากร สังคมและพฤติกรรมการเสพยาเสพติดแล้วจะเห็นได้ว่า การติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มชาวเขามิได้มีสาเหตุจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกันเพียงอย่างเดียว แต่อาจมีสาเหตุอื่น โดยเฉพาะการติดเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย[9] (ภาพที่ 5.28)

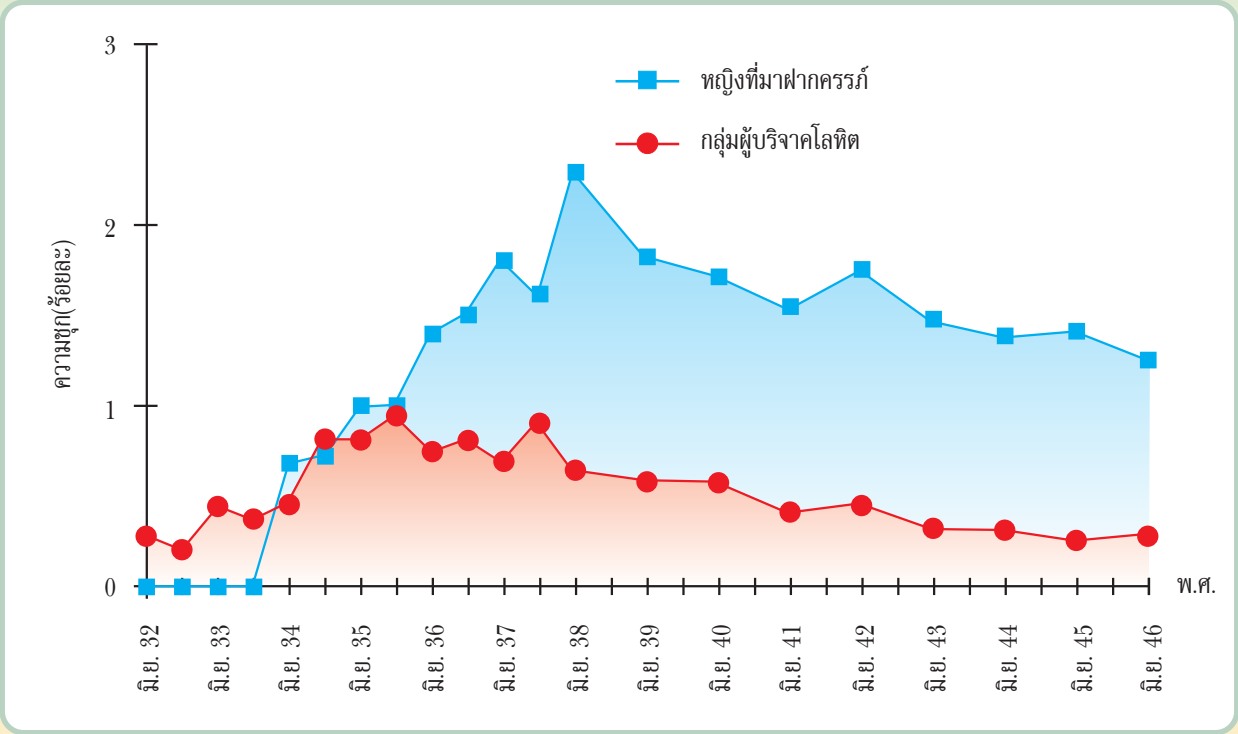
จะเห็นได้ว่า การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ HIV ในประเทศไทยเริ่มที่กลุ่มรักร่วมเพศ ในช่วง พ.ศ. 2529 - 2530 แล้วแพร่ขยายไปสู่กลุ่มฉีดยาเสพติด กลุ่มหญิงบริการทางเพศ กลุ่มชายนักเที่ยว และแพร่ระบาดเข้าไปสู่ครอบครัวในที่สุด

อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ต่างเพศ (heterosexual) ลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2538-2539 ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง และการรณรงค์ถุงยางอนามัย 100% ในหญิงบริการทางเพศ (ดูภาพที่ 5.20)

---

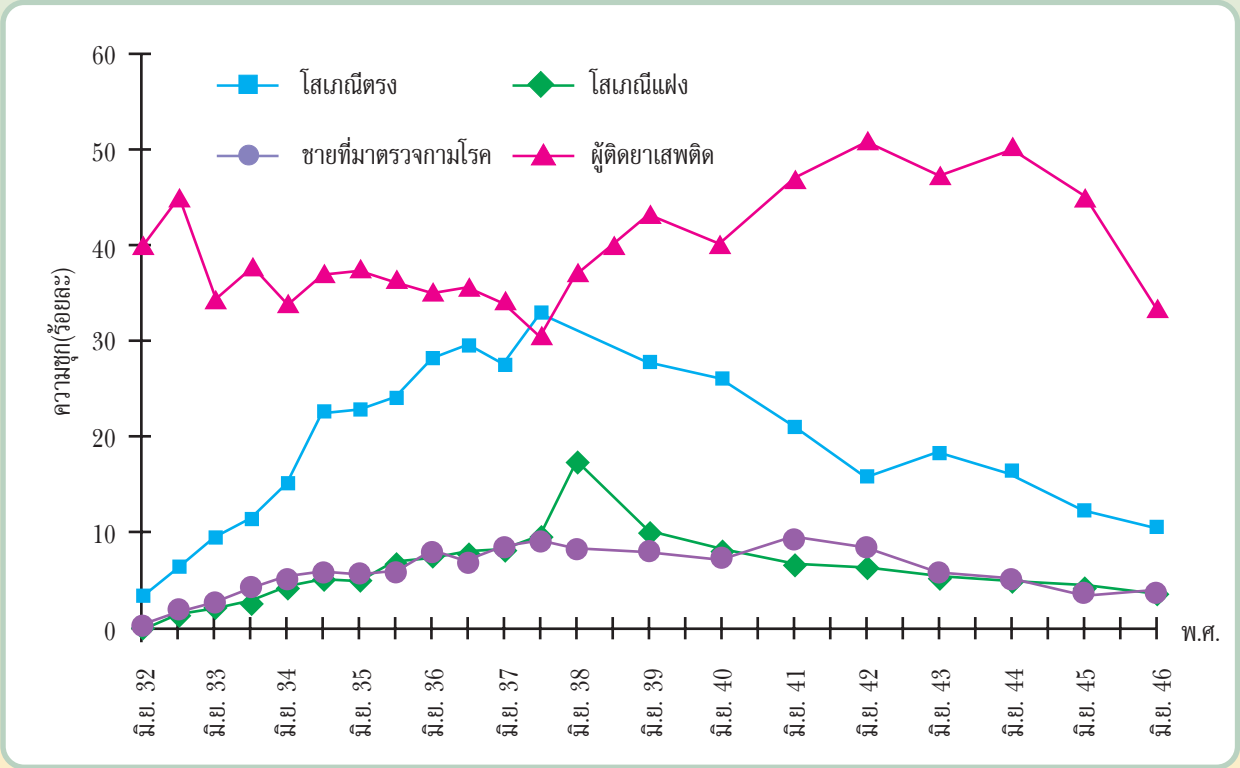
[9] อุษณีย์ พึ่งปาณ และละเอียด ธีระรัตน์. การติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคเหนือ 2532-2541, 2543

ภาพที่ 5.25 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.26 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศโดยแฝง กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546

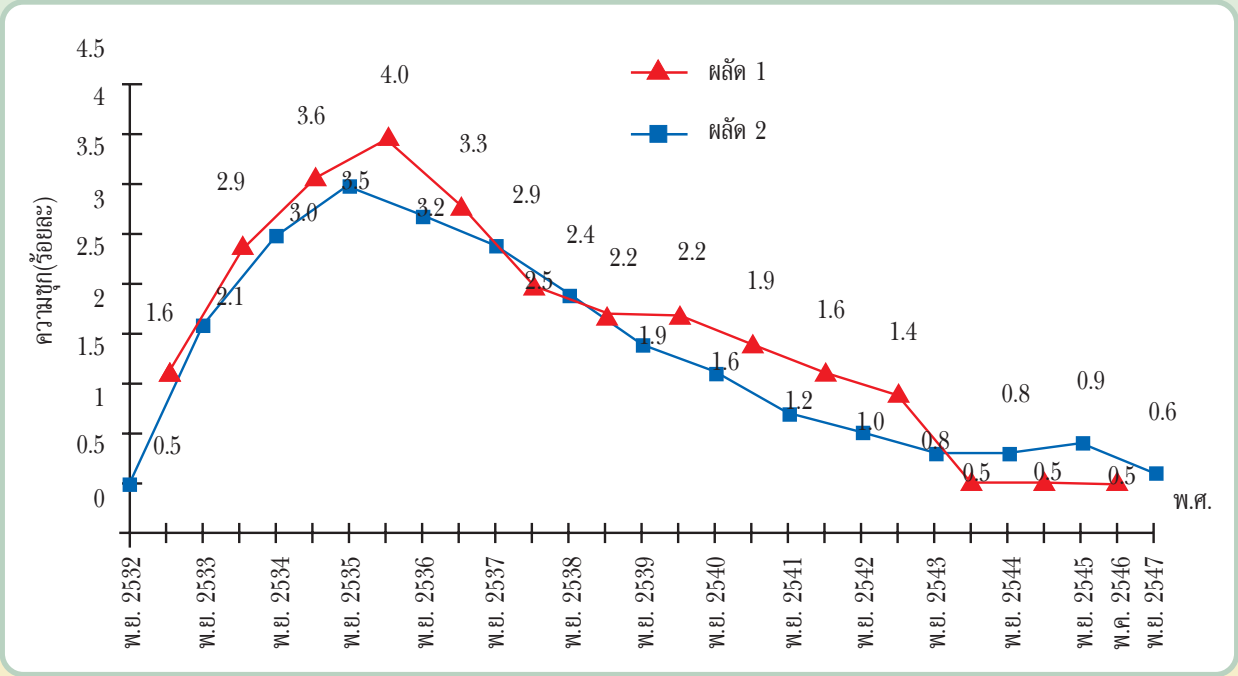


กลุ่ม	มิย. 2532	มิย. 2533	มิย. 2534	มิย. 2535	มิย. 2536	มิย. 2537	มิย. 2538	มิย. 2539	มิย. 2540	มิย. 2541	มิย. 2542	มิย. 2543	มิย. 2544	มิย. 2545	มิย. 2546
หญิงขายบริการทางเพศโดยตรง	3.47	9.30	15.24	22.97	28.25	27.64	33.15[1]	27.78	26.14	21.13	16.00	18.46	16.56	12.34	10.63
หญิงขายบริการทางเพศแฝง	0.00	2.00	4.34	5.02	7.58	8.00	9.48[1]	10.14	8.22	6.74	6.56	5.51	5.03	4.07	3.88
ชายที่มาตรวจกามโรค	0.00	2.50	5.05	5.71	8.00	8.50	8.16	8.00	7.07	9.30	8.71	5.96	5.08	4.76	4.00
ผู้ฉีดยาเสพติด	40.09	34.51	34.04	37.50	35.21	34.27	37.00	43.26	40.00	46.88	50.77	47.17	50.00	44.91	33.33
หญิงที่มาฝากครรภ์	0.00	0.00	0.68	1.00	1.39	1.80	2.29	1.81	1.71	1.53	1.74	1.46	1.37	1.39	1.23
โลหิตบริจาค	0.28	0.43	0.45	0.81	0.74	0.68	0.63	0.56	0.56	0.39	0.44	0.31	0.30	0.24	0.27

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

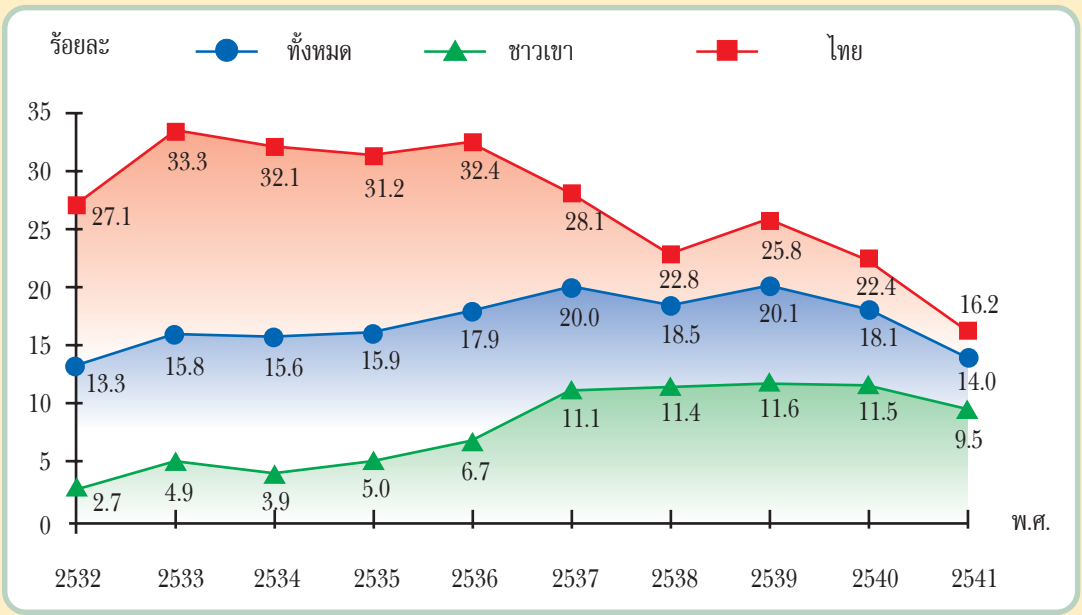
หมายเหตุ: [1] เป็นข้อมูลของเดือนธันวาคม 2537

ภาพที่ 5.27 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พฤศจิกายน 2532 - พฤษภาคม 2546



ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก
สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

ภาพที่ 5.28 อัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ของคนไทยและชาวเขาที่เสพยาเสพติดเข้ารับการรักษา ณ ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคเหนือ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2541



ที่มา: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคเหนือ กรมการแพทย์

(2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์

จากรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง พ.ศ. 2546 โดยแยกเป็นรายภาค พบว่า อัตรารายงาน ผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคน สูงสุดอยู่ในภาคเหนือ และต่ำสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 5.29)

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง คือมีการรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ระดับ ร้อยละ 30-60 เท่านั้น [10] และมีความล่าช้าของการรายงานประมาณ 3 เดือน

(3) การคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ใช้วิธีประมาณการที่เรียกว่า Asian Epidemic Model (AEM) คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2563 จำนวนรวมสะสมของคนไทยจะติดเชื้อเอดส์ 1,250,000 คน (ผู้ใหญ่ 1,180,000 คน เด็ก 70,000 คน) จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 1,100,000 คน ติดเชื้อเอดส์และยังมีชีวิตอยู่ 157,000 คน โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มปีละ 8,000 คน เป็นเด็ก 500 คน มีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เริ่มป่วยเป็นโรคเอดส์ 16,500 คน เป็นเด็ก 1,500 คน และมีผู้ที่เป็นเอดส์เสียชีวิตปีละ 18,000 คน (ภาพที่ 5.30)

สำหรับใน พ.ศ. 2546 คาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมรวม 1,055,000 คน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 450,000 คน ติดเชื้อและยังมีชีวิต 604,000 คน มีอุบัติการรายที่ติดเชื้อใหม่ 21,000 คน เป็นเด็ก 3,500 คน ผู้ติดเชื้อที่เริ่มมีอาการเป็นเอดส์ 50,500 คน และมีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต 52,000 คน (ตารางที่ 5.12)

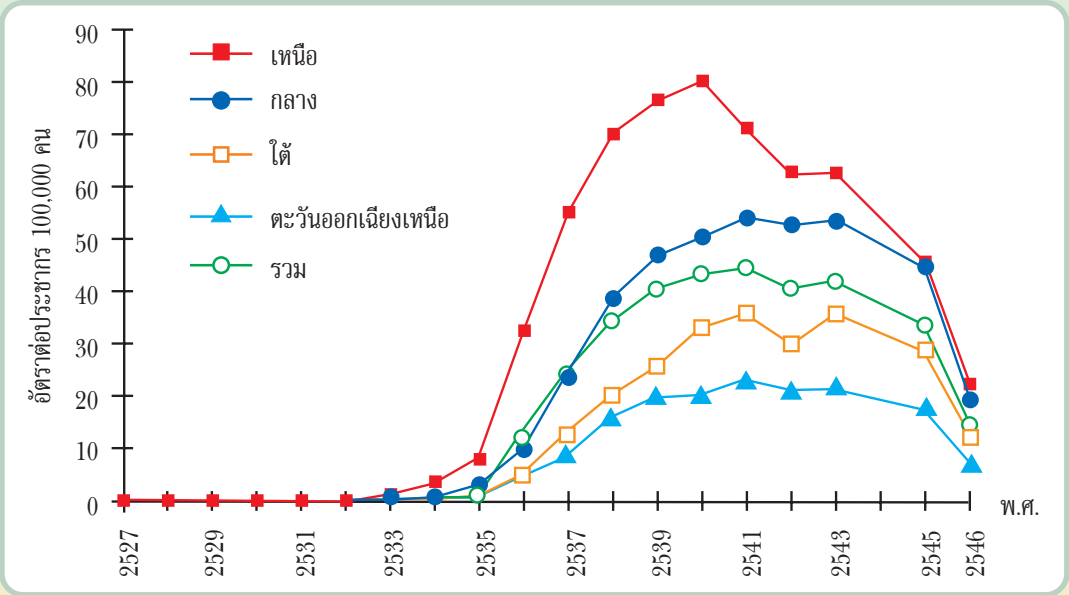
ตารางที่ 5.12 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์, ผู้เสียชีวิตและป่วยจากโรคเอดส์ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2563

	2546	2563
ผู้ติดเชื้อสะสม	1,055,000	1,250,000
ผู้เสียชีวิตสะสม	450,000	1,100,000
ติดเชื้อและยังมีชีวิตอยู่	604,000	157,000
อุบัติการ (ติดเชื้อใหม่)	21,000	8,000
ติดเชื้อเริ่มมีอาการ	50,500	16,500
เสียชีวิต	52,000	18,000

ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

[10] กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, การประเมินความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยเอดส์, 2543

ภาพที่ 5.29 แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน แยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2546

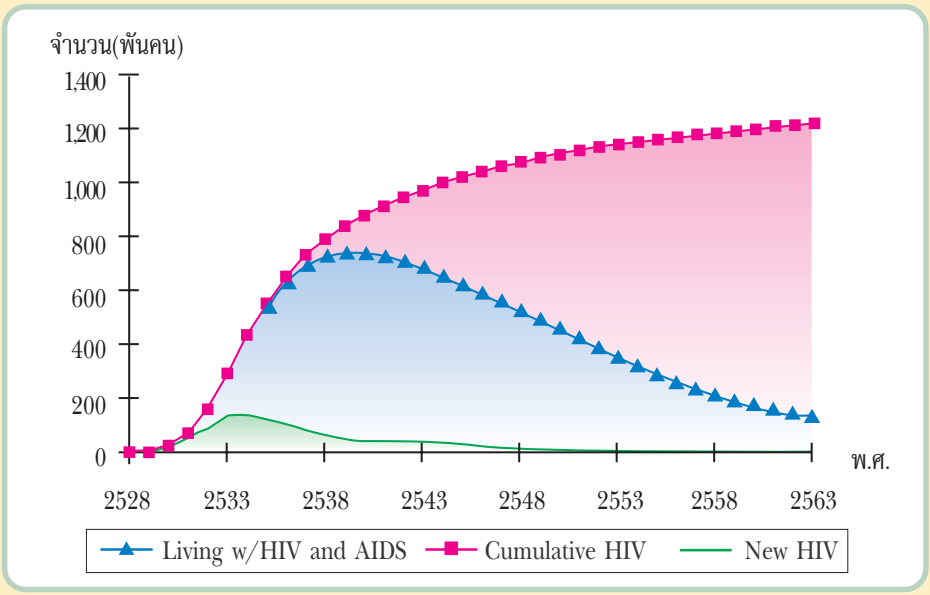


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาค	2527	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2543	2545	2546
เหนือ	-	-	0.04	0.61	7.76	55.08	76.66	71.17	62.86	45.73	22.20
กลาง	0.01	0.01	0.03	0.40	2.85	23.97	47.15	54.22	53.65	44.83	19.60
ใต้	-	-	0.01	0.07	1.35	12.46	25.81	36.06	35.98	29.15	12.12
ตะวันออกเฉียงเหนือ	-	-	0.01	0.11	1.14	8.82	20.15	23.27	21.74	18.16	6.96
รวม	**-**	**-**	**0.02**	**0.30**	**3.06**	**23.49**	**40.89**	**44.66**	**42.06**	**33.71**	**14.75**

หมายเหตุ: รายงานอยู่ที่ระดับ 30-60% ของความเป็นจริง

ภาพที่ 5.30 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีชีวิตในแต่ละปี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม และจำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี จากการคาดประมาณ ถึง ปี พ.ศ. 2563



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

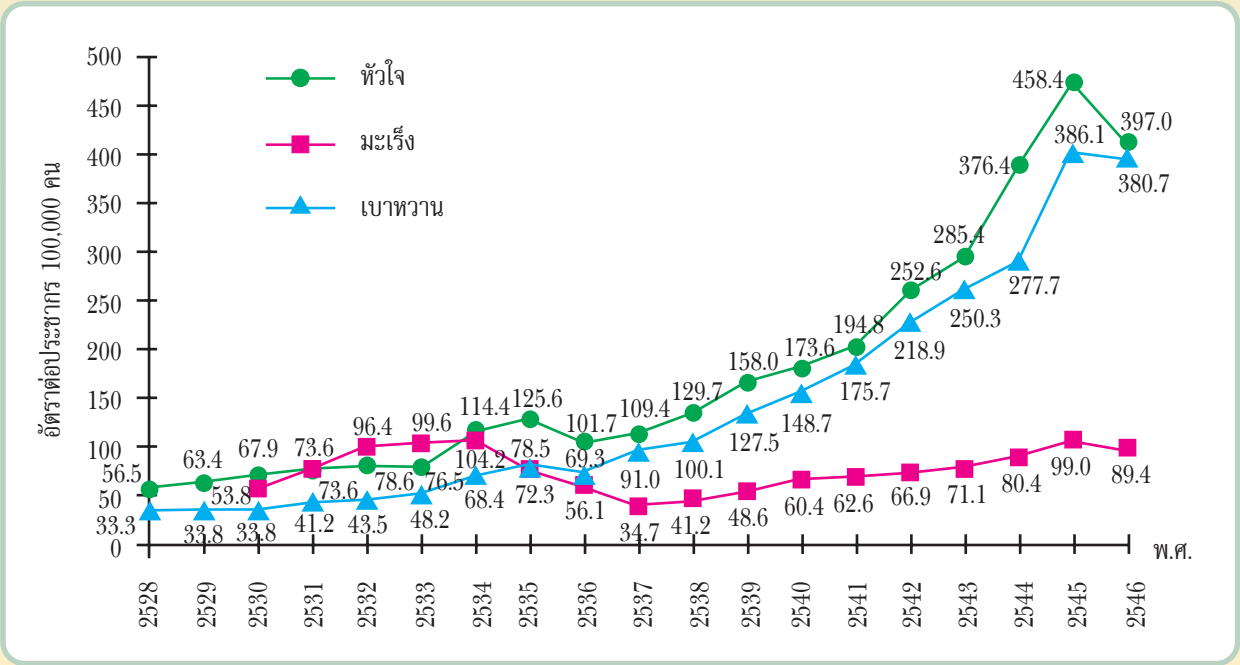
3.4.2 กลุ่มโรคเรื้อรัง - หัวใจ เบาหวาน

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย อันได้แก่ หัวใจ มะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบดังนี้

- โรคหัวใจ มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 397.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546
- โรคมะเร็ง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มเป็น 89.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546

นอกจากนี้ โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 380.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.31)

ภาพที่ 5.31 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546

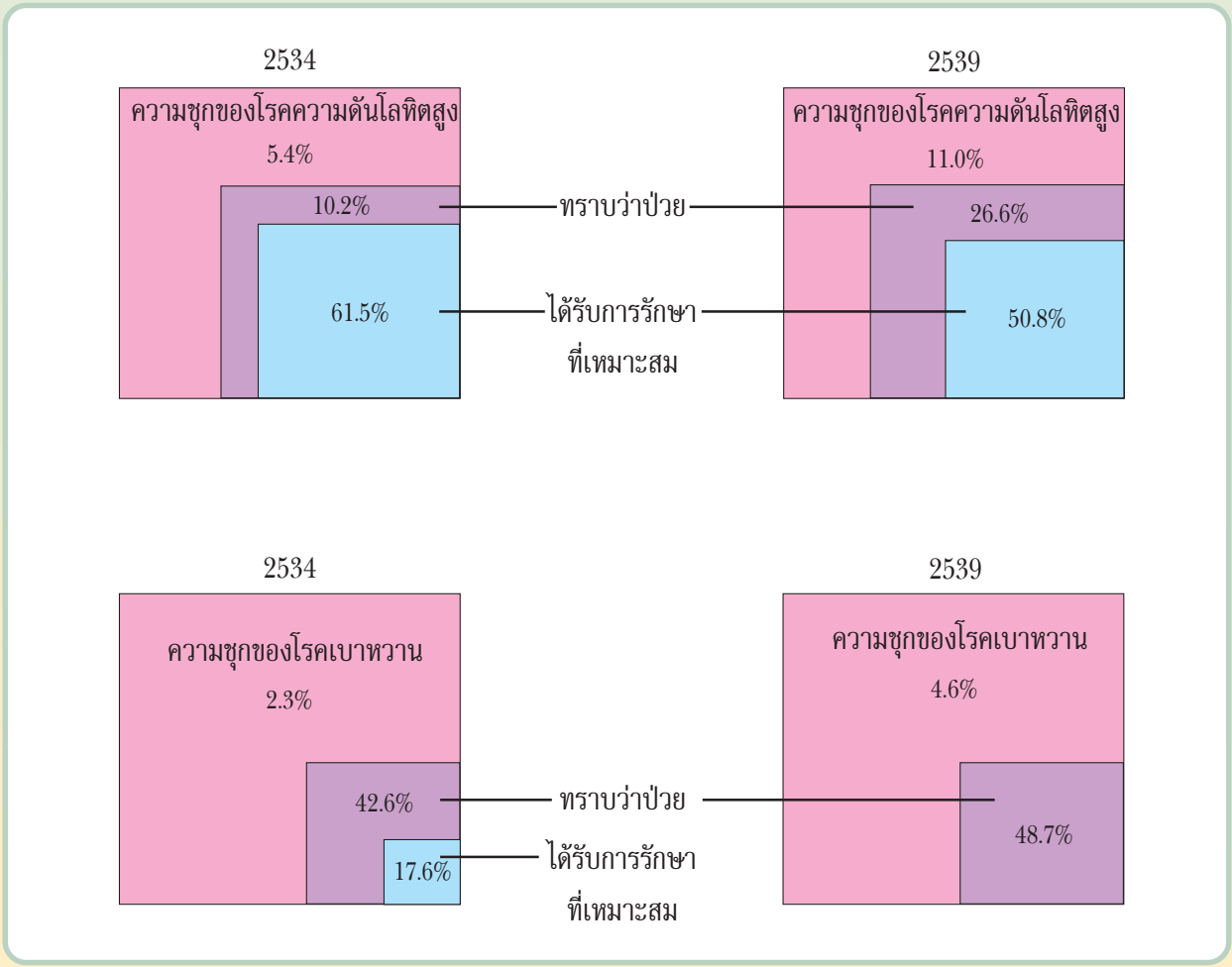


ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ความชุกของโรคมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แสดงเฉพาะมะเร็งตับ ปอด มดลูก และเต้านม เท่านั้น

นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2539 พบว่า จากผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 ล้านคน มีเพียงครึ่งหนึ่งที่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน และน้อยกว่าครึ่งที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 4 ล้านคน มีเพียงแค่หนึ่งในสี่ที่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีเพียงครึ่งหนึ่งของที่ทราบ ได้รับการรักษาที่เหมาะสม (ภาพที่ 5.32)

ภาพที่ 5.32 ความชุกของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2539



ที่มา: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2541

3.4.3 มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.13) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 5.33) และเมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งที่พบมากในสตรีใน 5 จังหวัด ในข่ายงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็ง พบว่า อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านมพบสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 5.14) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุแล้วพบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี (ตารางที่ 5.15) เมื่อเปรียบเทียบโรคมะเร็งเต้านมระหว่างสตรีในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนมากเป็นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 77) ในขณะที่ประเทศไทย พบเพียงร้อยละ 40-45 เท่านั้น (ตารางที่ 5.16 และ 5.17) นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีในประเทศไทยที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 80 เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่โรคเป็นมากแล้ว (invasive)[11]

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยระดับจังหวัด ใน พ.ศ. 2544 พบว่า สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีเพียงร้อยละ 23.7 เท่านั้น

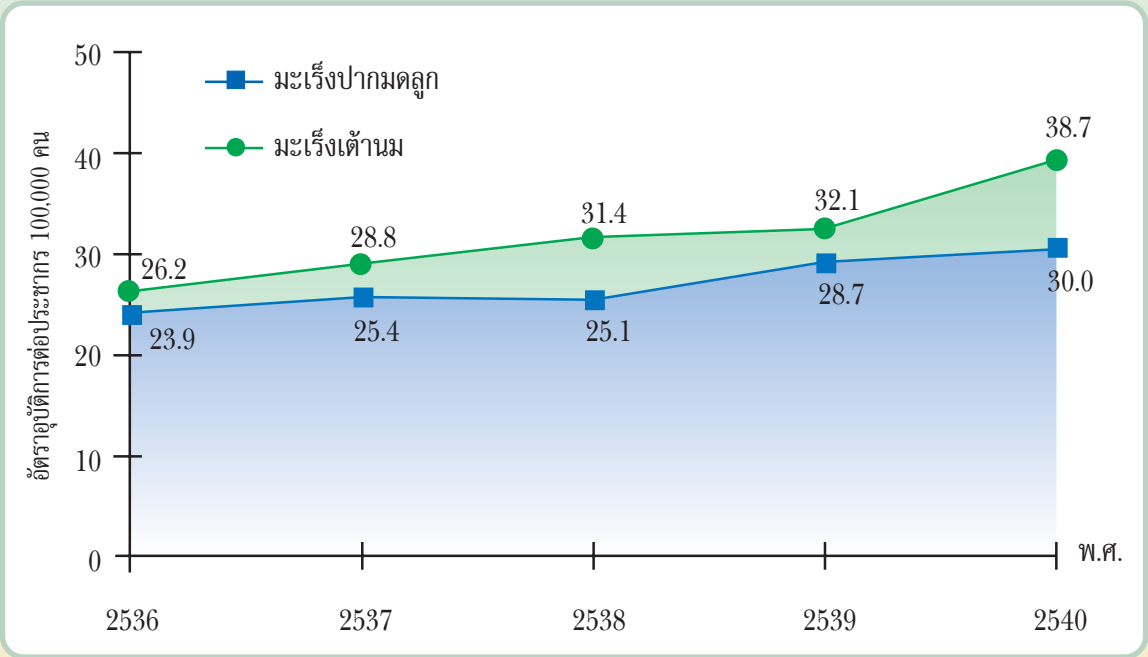
ตารางที่ 5.13 อุบัติการของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542

ลำดับ	ชนิด	อัตราอุบัติการต่อประชากร 100,000 คน			
		พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542
1	มะเร็งปากมดลูก	23.4	20.9	19.5	19.8
2	มะเร็งเต้านม	13.5	16.3	17.2	19.9
3	มะเร็งตับ	16.3	15.5	16.0	14.3
4	มะเร็งปอด	12.1	11.1	10.0	9.9
5	มะเร็งรังไข่	4.5	4.7	5.2	6.2

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

[11]ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช

ภาพที่ 5.33 อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2536-พ.ศ. 2540



ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.14 ร้อยละของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ใน พ.ศ. 2536 และพ.ศ. 2538-2540 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็ง

จังหวัด	มะเร็งปากมดลูก		มะเร็งเต้านม		มะเร็งรังไข่	
	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2538-40	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2538-40	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2538-40
เชียงใหม่	25.7	25.6	15.2	17.6	6.0	4.7
ลำปาง	23.1	23.6	15.0	16.4	4.4	3.7
ขอนแก่น	18.0	15.0	8.6	11.6	4.5	5.6
กรุงเทพมหานคร	18.5	20.7	20.6	25.4	4.2	5.9
สงขลา	15.8	16.1	11.5	12.1	3.1	4.6

ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.15 อัตราการเกิดโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีกลุ่มอายุ 15-59 ปีต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542 จำแนกตามอวัยวะที่เกิดและกลุ่มอายุ

อวัยวะที่เกิด	กลุ่มอายุ (ปี)												
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+
เต้านม													
- พ.ศ. 2539	0.1	0.5	3.1	10.5	23.1	39.9	54.2	48.8	49.8	48.4	44.9	41.2	36.5
- พ.ศ. 2542	0.1	0.7	3.9	15.2	25.5	43.0	57.6	57.0	57.1	62.8	53.1	46.1	46.5
ปากมดลูก													
- พ.ศ. 2539	0.4	1.0	3.6	11.4	24.4	40.5	51.0	56.6	63.0	64.8	56.1	53.8	39.1
- พ.ศ. 2542	0.0	1.1	4.2	11.9	26.2	41.1	48.2	56.8	65.0	68.0	51.3	56.5	45.2
คอมดลูก													
- พ.ศ. 2539	0.0	0.1	0.2	0.7	1.5	3.8	7.2	11.7	11.6	11.4	10.5	10.7	2.4
- พ.ศ. 2542	0.0	0.1	0.4	0.9	2.0	4.9	6.9	11.0	15.6	13.9	14.4	9.3	3.9
รังไข่													
- พ.ศ. 2539	1.3	2.0	2.5	4.6	5.5	7.6	12.6	14.6	17.6	15.7	13.2	13.8	6.0
- พ.ศ. 2542	1.9	2.0	2.2	4.8	7.7	8.9	15.5	14.6	20.4	22.0	15.5	12.8	11.3
อวัยวะสืบพันธุ์อื่น													
- พ.ศ. 2539	0.0	0.0	0.2	0.2	0.6	0.5	1.4	1.2	2.2	3.3	5.6	4.2	6.4
- พ.ศ. 2542	0.0	0.0	0.3	0.4	0.7	0.3	1.5	2.2	2.0	3.3	4.4	2.5	7.6

ที่มา: Cancer in Thailand, 1999-2000.

ตารางที่ 5.16 การประมาณการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีสหรัฐอเมริกา จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2540

อายุ	ประมาณการ	ร้อยละ
< 30	600	0.3
30-39	8,600	4.8
40-49	32,600	18.1
50-59	33,000	18.3
60-69	36,600	20.3
70-79	43,500	24.2
80+	25,300	14.0
รวม	**180,200**	**100.0**

ที่มา: American Cancer Society, Surveillance Research, 1997.

ตารางที่ 5.17 แสดงอายุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทย ปี 2526-ปี 2547

โรงพยาบาลศิริราชแผนกศัลยศาสตร์ 1,353 ราย (ปี 2526-2537)			ศูนย์ถันยรักษ์ 5,994 ราย (ปี 2538-2547)	
< 40	311	23.0	996	16.6
40-49	437	32.3	2,487	41.5
50-59	353	26.1	1,721	28.7
60-69	162	12.0	597	10.0
70 ปีขึ้นไป	90	6.6	193	3.2
รวม	1,353	100	5,994	100

ที่มา: ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์

3.4.4 โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่สำคัญมีดังนี้

(1) โรคพิษจากการกำจัดศัตรูพืช

ข้อมูลของกรมอนามัย ในการตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกร ระหว่าง พ.ศ. 2535-2545 พบว่า มีผู้ได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืช ถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติ ระหว่างร้อยละ 13-29 โดยที่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง และอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชอยู่ระหว่าง 4-6 ต่อประชากร 100,000 คน (ตารางที่ 5.18)

การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในโครงการประเมินความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของเกษตรกรจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2547 ดำเนินการในพื้นที่ 5 จังหวัด พบเกษตรกรได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืชถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติถึงร้อยละ 42.2

ตารางที่ 5.18 การตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรและการป่วย การตายด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2545

พ.ศ.	การตรวจหาระดับ Cholinesterase[1]			พิษจากสารกำจัดศัตรูพืช[2]		
	จำนวนที่ตรวจ (คน)	พบผิดปกติ (คน)	%	ป่วย (คน)	ตาย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน
2535	42,471	8,669	20.41	3,599	31	6.23
2536	242,820	48,500	19.97	3,299	44	5.65
2537	411,998	72,590	17.62	3,143	41	5.32
2538	460,521	78,481	17.04	3,398	21	5.71
2539	156,315	40,520	25.92	3,196	31	5.32
2540	563,354	89,926	15.96	3,297	27	5.42
2541	369,573	77,789	21.05	4,398	15	7.16
2542	360,411	48,217	13.38	4,169	31	6.78
2543	278,612	52,604	18.88	3,109	21	5.03
2544	89,945	21,758	24.19	2,652	15	4.27
2545	115,105	33,858	29.4	2,571	14	4.11

ที่มา: [1] กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
[2] สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

(2) โรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม

ผู้ใช้แรงงานมีอัตราการป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยพิจารณาจากผู้ที่เข้ารับการรักษาและขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.2 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2539 และลดลงเป็นร้อยละ 3.0 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.10) ทั้งนี้มีสาเหตุที่สำคัญมาจากการขยายตัวของอุตสาหกรรมการผลิตและบริการ การนำเทคโนโลยีแบบใหม่มาใช้ ขาดการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานให้มีทักษะการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร

นอกจากนี้ มีการศึกษาที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงอันตรายของโรคที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเฉพาะบางโรคเช่น

(2.1) โรคซิลิโคสิส (โรคปอดจากฝุ่นหิน) เป็นโรคปอดที่เกิดจากการทำงาน รายงานจากประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ก่อน พ.ศ. 2513 มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยมากกว่า 1,000 รายต่อปี หลัง พ.ศ. 2539 มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยน้อยกว่า 250 รายต่อปี สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ปัจจุบันมีสถานประกอบการที่เสี่ยงต่อโรคซิลิโคสิสทั้งประเทศประมาณ 7,845 แห่ง โดยมีประชากรกลุ่มเสี่ยงประมาณ 211,796 คน

จากการเฝ้าระวังโรคซิลิโคสิสในประชากรกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องตามประเภทอุตสาหกรรมของกรมโรงงานอุตสาหกรรมและกรมทรัพยากรธรณีระหว่าง พ.ศ. 2538 -พ.ศ. 2541 พบอุบัติการการเกิดโรคซิลิโคสิสเพิ่มขึ้นจาก 16.9 ใน พ.ศ. 2538 เป็น 20.7 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 โดยคาดว่าจะมีผู้มีอาการเข้าได้กับโรคซิลิโคสิสรายใหม่ทั้งหมดต่อจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคซิลิโคสิส ใน พ.ศ. 2541 จำนวน 4,393 คน จากสถานการณ์ดังกล่าว ใน พ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามความร่วมมือกับกรมทรัพยากรธรณี กระทรวงอุตสาหกรรม และกรมสวัสดิการ

และคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ดำเนินโครงการควบคุมป้องกันโรคซิลิโคสิส เป็นระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553) และใน พ.ศ. 2545 ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพคนงานในสถานประกอบการทั่วประเทศ จำนวน 3,263 คน พบโรคซิลิโคสิสจากภาพถ่ายรังสีปอด จำนวน 30 คน หรือคิดเป็น**อุบัติการการเกิดโรคซิลิโคสิสเท่ากับ 9.19 ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยง 1,000 คน**

(2.2) โรคบิสสิโนสิส (ฝุ่นฝ้าย) จากการศึกษาโดย กองอาชีวอนามัยร่วมกับนายแพทย์ประพาฬ ยงใจยุทธ และคณะ (พ.ศ. 2530) ทำการศึกษาในคนงานแผนกปั่นด้าย 229 คน ของโรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ พบอัตราชุกของโรครวม ร้อยละ 19.7 และพบว่า มีอัตราชุกของอาการและความผิดปกติของสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นในกลุ่มคนงานที่มีอายุงานมากขึ้น และจากการศึกษาของกองอาชีวอนามัยใน พ.ศ. 2545 ในโรงงานสิ่งทอ 43 แห่ง พบโรงงานที่มีฝุ่นเกินมาตรฐาน 4 แห่ง นอกจากนี้ ได้ทำการตรวจสุขภาพคนงาน 5,282 คน พบผู้มีอาการผิดปกติ 86 คน และยังพบว่าคนงานมีการใช้อุปกรณ์ปกป้องระบบทางเดินหายใจตลอดระยะเวลาการทำงานเพียงร้อยละ 21.6 (1,140 คน จาก 5,282 คน) นอกจากนี้ จากการศึกษาสถานการณ์การสัมผัสฝุ่นฝ้ายของคนงานในอุตสาหกรรมสิ่งทอ ของ มาลี พงษ์โสภณ และคณะ ใน พ.ศ. 2545 โดยทำการเก็บตัวอย่างที่แผนกผสมล้าง ปั่น กรอและทอ ในโรงงาน 6 แห่ง พบว่า ทุกแผนกมีปริมาณฝุ่นเกินมาตรฐานความปลอดภัย 28 ตัวอย่าง จาก 87 ตัวอย่าง (ร้อยละ 32.18)

(2.3) โรคพิษตะกั่ว จากข้อมูลใน พ.ศ. 2536 ของกรมโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า มีคนงานที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีการใช้สารตะกั่วในกระบวนการผลิตประมาณ 558,839 คนในสถานประกอบการทั้งสิ้น 14,440 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งจากผลการดำเนินการเฝ้าระวังโรคพิษตะกั่วของกองอาชีวอนามัย ในสถานประกอบการ 16 ประเภท ในพื้นที่ 16 จังหวัด รวมสถานประกอบการ 56 แห่ง ในช่วง พ.ศ. 2533-2536 พบว่า สถานประกอบการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษตะกั่วสูงมาก คือ โรงงานแบตเตอรี่ โรงถลุงแร่ เหมืองตะกั่ว และโรงหลอมตะกั่ว พบคนงานที่มีระดับสารตะกั่วในเลือดผิดปกติ (เกิน 40 ไมโครกรัม/เดซิลิตร) มากกว่าร้อยละ 80 ของคนงานทั้งหมด และคนงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดเกิน 60 ไมโครกรัม/เดซิลิตร มากกว่าร้อยละ 20 ของคนงานทั้งหมด สถานประกอบการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษตะกั่วสูงรองลงมาคือ โรงพิมพ์ อู่ซ่อมรถ อู่ต่อเรือ และโรงงานเครื่องประดับ ซึ่งพบคนงานที่มีระดับสารตะกั่วในเลือดเกิน 40 ไมโครกรัม/เดซิลิตร ประมาณร้อยละ 20-30 และพบคนงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดเกิน 60 ไมโครกรัม/เดซิลิตร น้อยกว่าร้อยละ 5 ของคนงานทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2545 กองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการเฝ้าระวังพิษตะกั่วจากการทำงาน โดยทำการตรวจหาระดับสารตะกั่วในเลือดคนงาน จำนวน 3,876 คน พบคนงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดผิดปกติ (เกิน 40 ไมโครกรัม/เดซิลิตร) 257 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6.6 และคนงานที่มีระดับตะกั่วในเลือดเกิน 60 ไมโครกรัม/เดซิลิตร 73 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.9 ของคนงานทั้งหมด

(2.4) ความเสี่ยงจากสารทำละลายอินทรีย์ จากการศึกษาความเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมี ของ ดร.นลินี ศรีพวง[12] ใน พ.ศ. 2542 โดยทำการเก็บข้อมูลจากคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมปิโตรเคมี อุตสาหกรรมการผลิตรถยนต์และอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า คนงานมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการได้รับสารทำละลายอินทรีย์ในกลุ่มอะโรมาติกไฮโดรคาร์บอน โดยพบว่าคนงานเพศหญิงมีระดับความเข้มข้นของสารเมตาโบไลท์ในปัสสาวะมากกว่าคนงานเพศชาย

นอกจากนี้ กองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาเรื่องการสัมผัสสารตัวทำละลายอินทรีย์ (เบนซิน โทลูอิน ไซลีน) ของคนงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด 3 แห่ง พบคนงานบางส่วนที่ทำงานอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสารทำละลายอินทรีย์ (สะสม Phenol เกินมาตรฐานร้อยละ 0.5 และระดับ Hippuric acid เกินมาตรฐานร้อยละ 1.4)

---

[12] นลินี ศรีพวง. การประเมินความเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมีในงานเฝ้าระวังด้านอาชีวอนามัย : กรณีศึกษาสารทำละลายอินทรีย์, 2542

(2.5) โรคประสาทหูเสื่อม กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย ได้ทำการศึกษาสมรรถภาพการได้ยินของคนงานที่สัมผัสเสียงดังขณะทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบคนงานมีความผิดปกติของระดับการได้ยินถึงร้อยละ 69.3 ใน พ.ศ. 2541[13]

3.4.5 โรคเกี่ยวกับอุบัติเหตุ

(1) อุบัติเหตุจราจร

สถานการณ์อุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย สามารถจำแนกตามอุบัติการณ์เป็นช่วงเวลา ดังนี้

ช่วงแรกก่อน พ.ศ. 2529 ช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ ปริมาณการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับไม่สูงมากนัก กล่าวคือ มีอุบัติเหตุประมาณ 18,000 - 25,000 ราย ส่วนปริมาณการเสียชีวิต 2,000 - 4,000 ราย หรือคิดเป็นอัตราตายระหว่าง 3.9 - 5.7 ต่อประชากร 100,000 คน สำหรับผู้บาดเจ็บมีปริมาณระหว่าง 8,000-9,000 ราย ในแต่ละปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 17.2 ต่อประชากร 100,000 คน

ช่วงที่ 2 พ.ศ. 2530-2535 ช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 40,000-60,000 รายต่อปี ซึ่งพบว่าปริมาณอุบัติเหตุในช่วงเวลาดังกล่าวนี้สูงขึ้นจากช่วงเดิมเกือบ 2 เท่า โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 8,000-9,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราตาย 7.4-16.0 ต่อประชากร 100,000 คน จะเห็นได้ว่า ปริมาณการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจากเดิมเกือบ 3 เท่าเช่นเดียวกัน ส่วนปริมาณผู้บาดเจ็บก็เพิ่มขึ้นจากเดิม เป็น 20,000-25,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บอยู่ระหว่าง 24.0-43.9 ต่อประชากร 100,000 คน หรือเพิ่มประมาณ 2 เท่า

ช่วงที่ 3 พ.ศ. 2536-2539 เป็นช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 80,000-100,000 รายต่อปี โดยเพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาที่ผ่านมา 2 เท่า มีปริมาณการเสียชีวิต 14,000-16,000 รายต่อปีหรือมีอัตราตาย 16.3-28.2 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากช่วงที่ผ่านมาประมาณเกือบ 2 เท่า ส่วนปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 40,000-50,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บอยู่ระหว่าง 43.4-85.6 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากช่วงที่ผ่านมาประมาณ 2 เท่า

ช่วงที่ 4 พ.ศ. 2540-2544 เป็นช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ อุบัติเหตุเกิดขึ้นลดลงเป็นประมาณ 70,000-80,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 12,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 20.0-22.7 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 48,000-52,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 77.5-86.9 ต่อประชากร 100,000 คน โดยมีแนวโน้มเริ่มลดลงจากในช่วงที่ผ่านมา

ช่วงที่ 5 พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา เป็นช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 90,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 13,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 21 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 70,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 110.8 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.34)

โดยพบว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานมีอายุระหว่าง 15-34 ปี เป็นผู้ชายมากกว่าหญิงถึง 4-5 เท่า (ตารางที่ 5.20 และภาพที่ 5.35)

เป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้งจำนวนอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ อันเป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายการกระตุ้นเศรษฐกิจระดับรากหญ้า โดยเฉพาะนโยบายการเงินที่ผ่อนคลาย (อัตราดอกเบี้ยต่ำ) และมาตรการภาษีเพื่อเพิ่มอำนาจซื้อของประชาชน ทำให้ประชาชนมีอำนาจในการใช้จ่ายซื้อสินค้าสูงขึ้น โดยเฉพาะยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา เนื่องจากรถยนต์ได้กลายมาเป็นปัจจัยที่ห้าสำหรับการดำรงชีพ แต่การเพิ่มขึ้นของจำนวนพาหนะดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาถึงความ

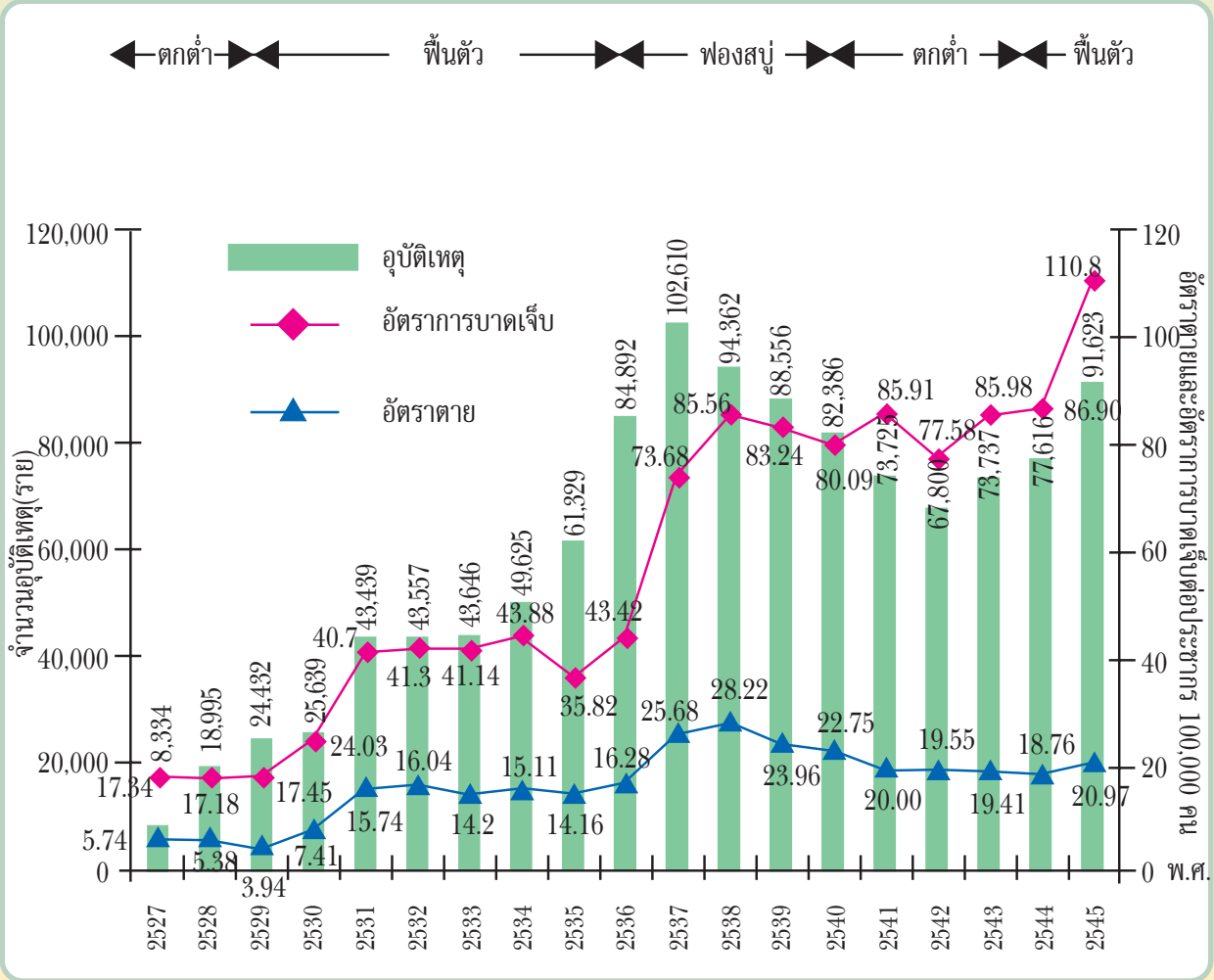
---

[13] วิกรม เสงค์สิริ. การเปรียบเทียบประสิทธิผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินระหว่างการหยุดสัมผัสเสียงดัง 16 ชั่วโมงกับการใช้ที่อุดหูตลอด 4 ชั่วโมงการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2541, 2542

สัมพันธ์ระหว่างจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับยอดการจำหน่ายรถยนต์ พบว่า การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการจำหน่ายรถยนต์มีผลต่อจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในทางบวก (r = 0.63) (ตารางที่ 5.21)

จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความสูญเสีย “โดยตรง” ของทรัพย์สินอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุเป็นเงินประมาณ 1,494.9 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 5.19) แต่แท้จริงแล้วยังมีความสูญเสียที่ยากจะประมาณค่าอีกมากทั้งในแง่ของชีวิต ภาระค่ารักษาพยาบาล ความทุพพลภาพ ฯลฯ ซึ่งจากการศึกษามูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) พบว่า ใน พ.ศ. 2543 มีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึง 115,337 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (4,923,263 ล้านบาท)[14] (ตารางที่ 5.22)

ภาพที่ 5.34 อัตราตายและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2527-พ.ศ. 2545



ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

---

[14] ศูนย์วิจัยและพัฒนาการจราจรและขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. โครงการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุอุบัติเหตุด้านการจราจรทางบก, 2545

ตารางที่ 5.19 จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2545

พ.ศ.	จำนวนประชากร	จำนวนอุบัติเหตุ (ราย)	ผู้เสียชีวิต		ผู้บาดเจ็บ		ทรัพย์สินเสียหาย (บาท)
			จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	
2527	50,583,105	18,334	2,904	5.74	8,770	17.34	56,265,453
2528	51,795,651	18,955	2,788	5.38	8,901	17.18	60,645,504
2529	52,696,204	24,432	2,086	3.94	9,242	17.45	55,061,650
2530	53,873,172	25,639	3,991	7.41	12,947	24.03	129,539,616
2531	54,960,917	43,439	8,651	15.74	22,370	40.70	329,527,667
2532	55,888,393	43,557	8,967	16.04	23,083	41.30	439,028,000
2533	56,303,273	43,646	7,997	14.20	23,161	41.14	477,603,000
2534	56,961,030	49,625	8,608	15.11	24,995	43.88	639,616,000
2535	57,788,965	61,329	8,184	14.16	20,702	35.82	607,793,000
2536	58,336,072	84,892	9,496	16.28	25,330	43.42	1,021,464,000
2537	59,095,419	102,610	15,176	25.68	43,541	73.68	1,408,216,000
2538	59,277,900	94,362	16,727	28.22	50,718	85.56	1,631,117,000
2539	60,116,182	88,556	14,405	23.96	50,044	83.24	1,561,708,187
2540	60,816,227	82,386	13,836	22.75	48,711	80.09	1,571,786,469
2541	61,155,888	73,725	12,234	20.00	52,538	85.91	1,378,673,826
2542	61,577,827	67,800	12,040	19.55	47,770	77.58	1,345,985,811
2543	61,770,259	73,737	11,988	19.41	53,111	85.98	1,242,205,524
2544	62,093,855	77,616	11,652	18.76	53,960	86.90	1,240,801,187
2545	62,554,482	91,623	13,116	20.97	69,313	110.80	1,494,936,815

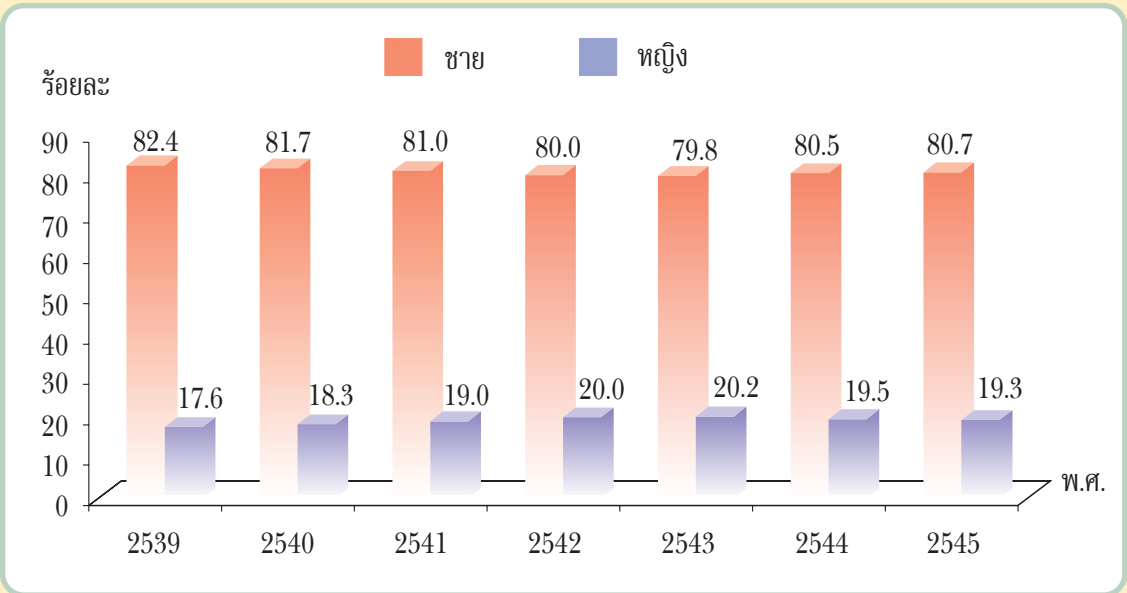
ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 5.20 จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ. 2539		พ.ศ. 2540		พ.ศ. 2541		พ.ศ. 2542		พ.ศ. 2543		พ.ศ. 2544		พ.ศ. 2545	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 - 4	291	1.7	175	1.3	210	2.6	254	2.2	287	2.2	243	1.9	205	1.5
5 - 9	389	2.3	227	1.8	146	1.8	261	2.2	287	2.2	256	2.0	214	1.6
10 - 14	599	3.6	392	3.0	237	3.0	300	2.6	387	2.9	356	2.7	428	3.2
15 - 19	2,786	16.6	2,052	15.8	1,075	13.5	1,501	13.0	1,647	12.5	1,623	12.5	1,869	13.9
20 - 24	2,995	17.8	2,236	17.3	1,184	14.8	1,702	14.6	1,861	14.1	1,810	14.0	2,003	14.9
25 - 29	2,262	13.5	1,743	13.5	1,051	13.2	1,470	12.6	1,641	12.4	1,575	12.2	1,686	12.6
30 - 34	1,733	10.3	1,343	10.4	830	10.4	1,286	11.1	1,452	11.0	1,437	11.1	1,415	10.5
35 -39	1,410	8.4	1,177	9.1	742	9.3	1,113	9.6	1,221	9.3	1,306	10.1	1,225	9.1
40 - 44	1,017	6.1	904	7.0	665	8.3	914	7.9	1,092	8.3	1,063	8.2	1,086	8.1
45 - 49	870	5.2	750	5.8	488	6.1	785	6.8	884	6.7	912	7.0	903	6.7
50 - 54	594	3.6	484	3.7	329	4.1	561	4.8	638	4.8	650	5.0	697	5.2
55 - 59	546	3.3	468	3.6	320	4.0	444	3.8	507	3.8	463	3.6	488	3.6
60 - 64	421	2.5	371	2.9	287	3.6	392	3.4	448	3.4	450	3.5	408	3.0
65 - 69	304	1.8	209	1.6	205	2.6	283	2.4	352	2.7	341	2.6	355	2.7
70 - 74	162	1.0	157	1.2	115	1.5	168	1.4	241	1.8	204	1.6	222	1.7
75 - 79	112	0.6	67	0.5	66	0.8	83	0.7	135	1.0	124	1.0	139	1.0
80 - 84	39	0.2	37	0.3	22	0.3	56	0.5	59	0.5	65	0.5	56	0.4
85 ปีขึ้นไป	26	0.1	21	0.1	10	0.1	26	0.2	46	0.3	60	0.5	39	0.3

ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ภาพที่ 5.35 อัตราตายด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ตารางที่ 5.21 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอุบัติเหตุกับยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวม พ.ศ. 2533-พ.ศ.2545

พ.ศ.	จำนวนอุบัติเหตุ [1] (ราย)	ยอดจำหน่าย [2] รถยนต์ทุกประเภท (คัน)	เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว
2533	43,646	304,062	+46%
2534	48,625	268,560	-11.7%
2535	61,329	362,987	+35.2%
2536	84,892	456,461	+25.8%
2537	102,610	485,105	+6.4%
2538	94,362	571,580	+17.7%
2539	88,556	589,126	+3.1%
2540	82,386	363,156	-38.4%
2541	73,725	144,065	-60.3%
2542	67,800	218,330	+51.5%
2543	73,737	262,189	+20.1%
2544	77,616	289,000	+10.2%
2545	91,623	410,000	+41.9%
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		0.630	

ที่มา: (1) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
(2) กรุงเทพธุรกิจ รวบรวมจากบริษัทโตโยต้า

ตารางที่ 5.22 มูลค่าความสูญเสียของเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

พ.ศ.	มูลค่าผู้เสียชีวิต (ล้านบาท)	มูลค่าผู้บาดเจ็บ (ล้านบาท)	มูลค่าทรัพย์สินเสียหาย (ล้านบาท)	รวมทั้งหมด (ล้านบาท)
2541	79,766	38,409	1,380	119,555
2542	78,501	36,580	1,346	116,427
2543	78,162	35,933	1,242	115,337

ที่มา: โครงการวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติเหตุด้านการจราจรทางบก, สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร

สำหรับประเภทรถที่เกิดอุบัติเหตุนั้น พบว่า รถจักรยานยนต์ รถปิกอัพ/รถตู้ รถเก๋งส่วนบุคคล และจักรยาน/สามล้อถีบ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและการตายสูงกว่ารถประเภทอื่นๆ แต่ถ้าพิจารณาถึงความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุแล้วจะเห็นได้ว่า ประเภทรถที่ทำให้ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงแก่ชีวิตมากที่สุดในระยะ 2 ปี (พ.ศ. 2544 - 2545) คือ รถเก๋งส่วนบุคคล รถปิกอัพ / รถตู้ และจักรยานยนต์ (ตารางที่ 5.23)

ตารางที่ 5.23 การบาดเจ็บ และเสียชีวิต จำแนกตามประเภทของพาหนะ พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2545

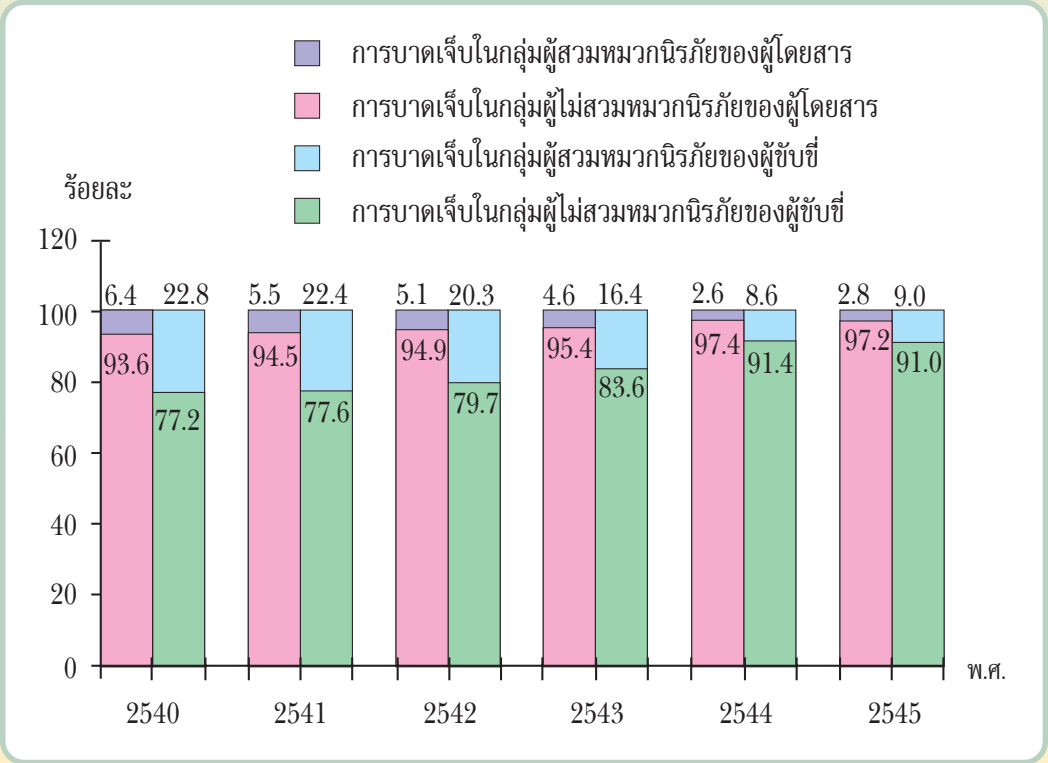
ประเภทพาหนะ	พ.ศ. 2540			พ.ศ. 2541			พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2543			พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2545		
	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต(%)	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต(%)	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต(%)	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต(%)	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต(%)	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต(%)
จักรยานและสามล้อถีบ	1,817	45	2.5	1,888	43	2.3	2,183	45	2.1	14,450	118	0.8	2,037	124	6.1	2,296	127	5.5
จักรยานยนต์	48,440	1,707	3.5	43,274	1,469	3.4	41,947	1,274	3.0	84,378	3,129	3.7	41,817	3,045	7.3	48,740	3,525	7.7
สามล้อเครื่อง	393	24	6.1	401	22	5.5	407	10	2.5	1,160	42	3.6	429	36	8.4	488	36	7.4
รถเก๋งส่วนบุคคล	1,075	65	6.0	1,169	84	7.2	1,064	58	5.5	2,700	102	3.8	891	91	10.2	1,020	107	10.5
รถปิกอัพ / รถตู้	6,628	348	5.2	5,373	251	4.7	5,172	221	4.3	8,584	402	4.7	4,008	335	8.4	4,668	403	8.6
รถบรรทุกหนัก 6 ล้อขึ้นไป	856	43	5.0	647	36	5.6	677	28	4.1	1,512	76	5.0	923	63	6.8	971	58	6.0
รถพ่วง	140	2	1.4	137	3	2.2	172	5	2.9	215	9	4.2	70	6	8.6	83	5	6.0
รถโดยสารสองแถว	437	20	4.6	317	8	2.5	411	13	3.2	738	19	2.6	186	9	4.8	270	20	7.4
รถบัสโดยสาร	627	9	1.4	377	11	2.9	385	10	2.6	966	25	2.6	232	19	8.2	406	15	3.7
รถใช้งานเกษตรกรรม	147	13	8.8	139	3	2.2	173	10	5.8	413	22	5.3	367	19	5.2	428	20	4.7
รถอีแต๋น	206	14	6.8	223	14	6.3	201	3	1.5	269	12	4.5	193	8	4.1	195	14	7.2
รวม	**60,766**	**2,290**	**3.8**	**53,945**	**1,944**	**3.6**	**52,792**	**1,677**	**3.2**	**115,385**	**3,956**	**3.4**	**51,153**	**3,755**	**7.3**	**59,565**	**4,330**	**7.3**

ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: พ.ศ. 2544-2545 เป็นการรายงานเฉพาะผู้บาดเจ็บรุนแรง (ผู้บาดเจ็บตายก่อนถึงโรงพยาบาล ตายที่ห้องปฏิบัติเหตุฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บที่ต้องรับไว้ สังเกตอาการหรือรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น)

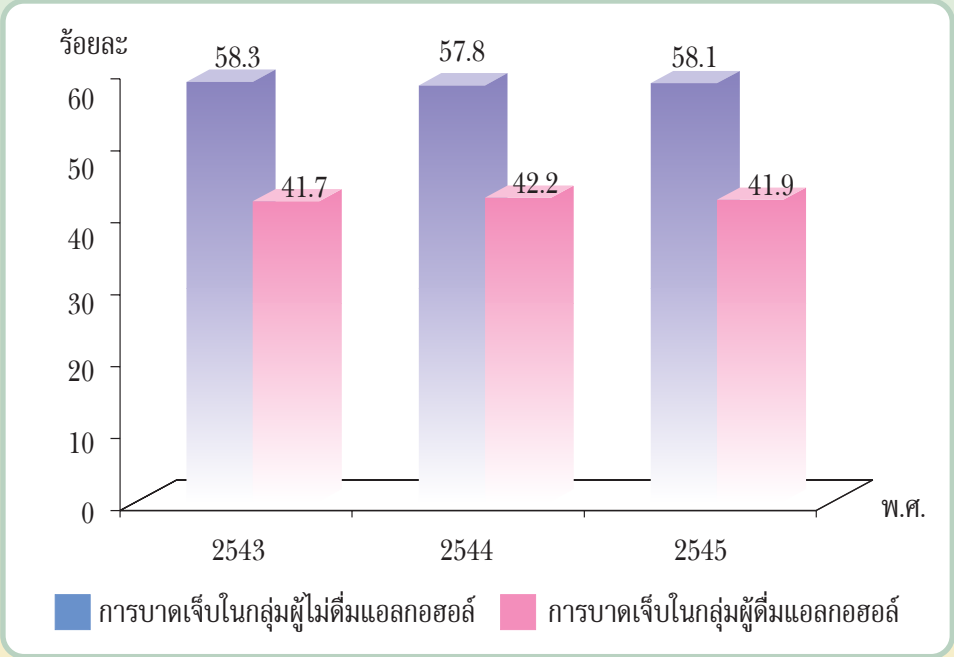
แม้ว่าได้มีการออกพระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัยในประเทศไทย โดยมีผลบังคับใช้ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2539 แล้วก็ตาม ซึ่งข้อมูลจากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พบว่า ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยมีอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมากกว่าผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่สวมหมวกนิรภัยถึงร้อยละ 90 (ภาพที่ 5.36) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรเกือบครึ่งหนึ่งดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (ภาพที่ 5.37)

ภาพที่ 5.36 อัตราการบาดเจ็บของผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัย พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.37 สัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามสภาพการใช้แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2545

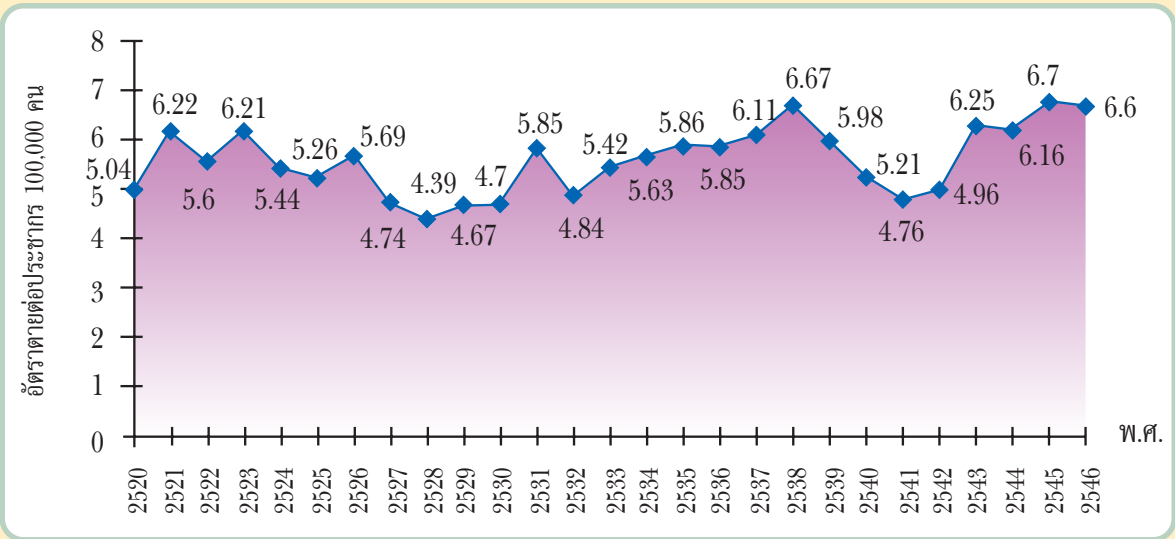


ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

(2) อุบัติเหตุทางน้ำ

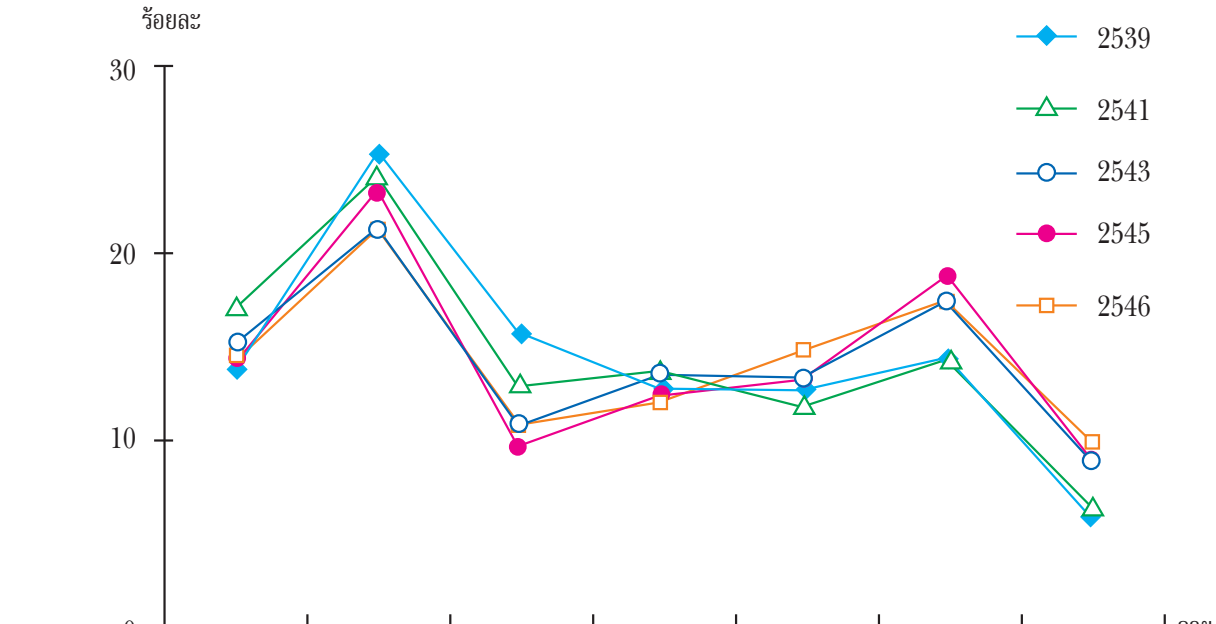
อุบัติเหตุทางน้ำเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับปัญหาอุบัติเหตุทางบก โดยเมื่อพิจารณาอัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ในช่วง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546 พบระหว่าง 4.4 - 6.7 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.38) และจากการศึกษาระบาดวิทยาการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ที่ตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ เป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 3 เท่า โดยพบการตายสูงสุดในกลุ่มเด็กวัยเรียน (ภาพที่ 5.39) ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากการขาดประสบการณ์ในการเล่นน้ำที่ปลอดภัย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ภาพที่ 5.38 อัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546

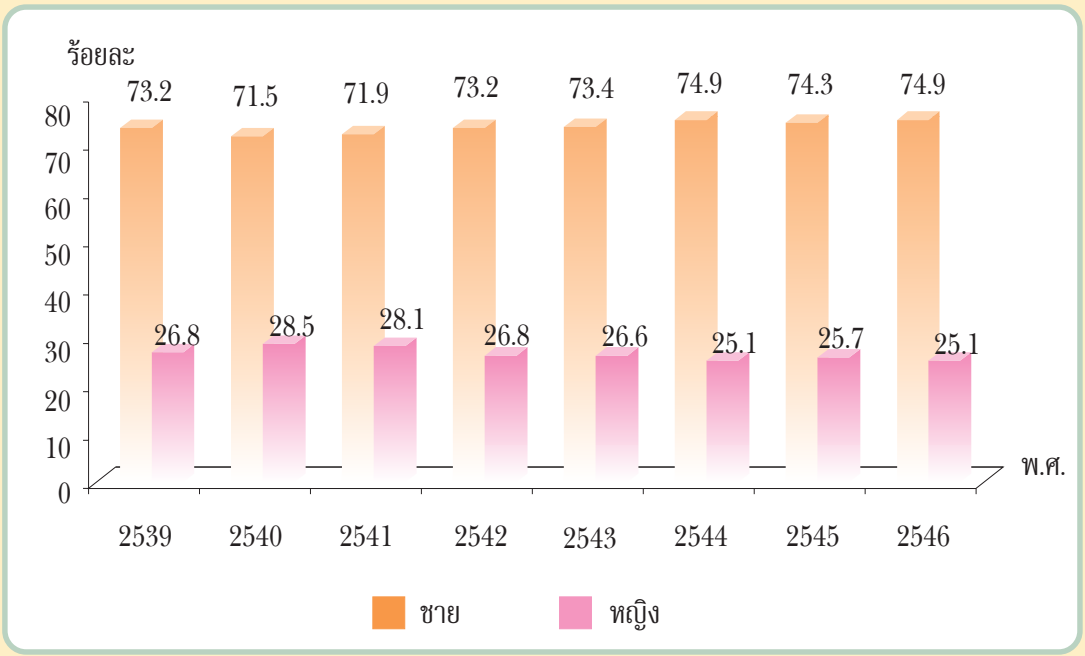


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.39 จำนวนและร้อยละของรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546



อายุ (ปี)	< 4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-64	>64
2539	13.8	25.3	15.7	12.7	12.5	14.2	5.7
2541	17.2	24.2	12.9	13.6	11.7	14.1	6.3
2543	15.2	21.3	10.8	13.4	13.1	17.3	8.9
2545	14.3	23.4	9.6	12.2	13.1	18.6	8.8
2546	14.3	21.3	10.7	11.9	14.7	17.2	9.8



ที่มา: รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

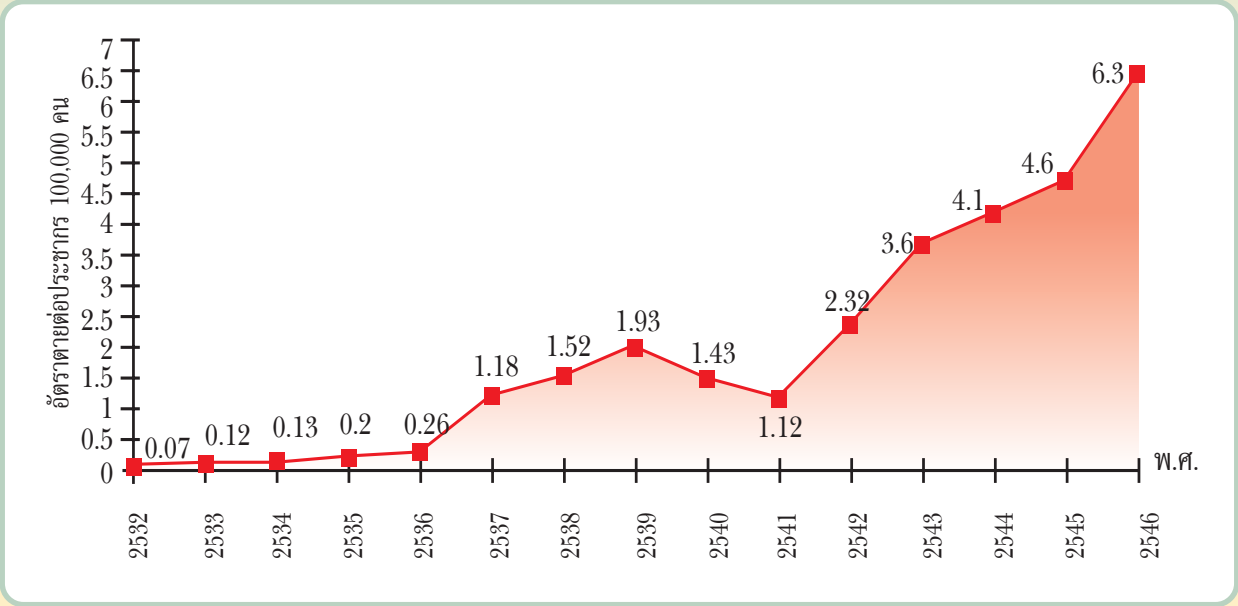
3.4.6 โรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำรงชีพ

(1) การสูบบุหรี่

โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่สำคัญ คือ ถุงลมโป่งพอง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็งปอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้

(1.1) โรคถุงลมโป่งพอง เพิ่มขึ้นจาก 0.07 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 เป็น 6.3 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.40)

ภาพที่ 5.40 อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546



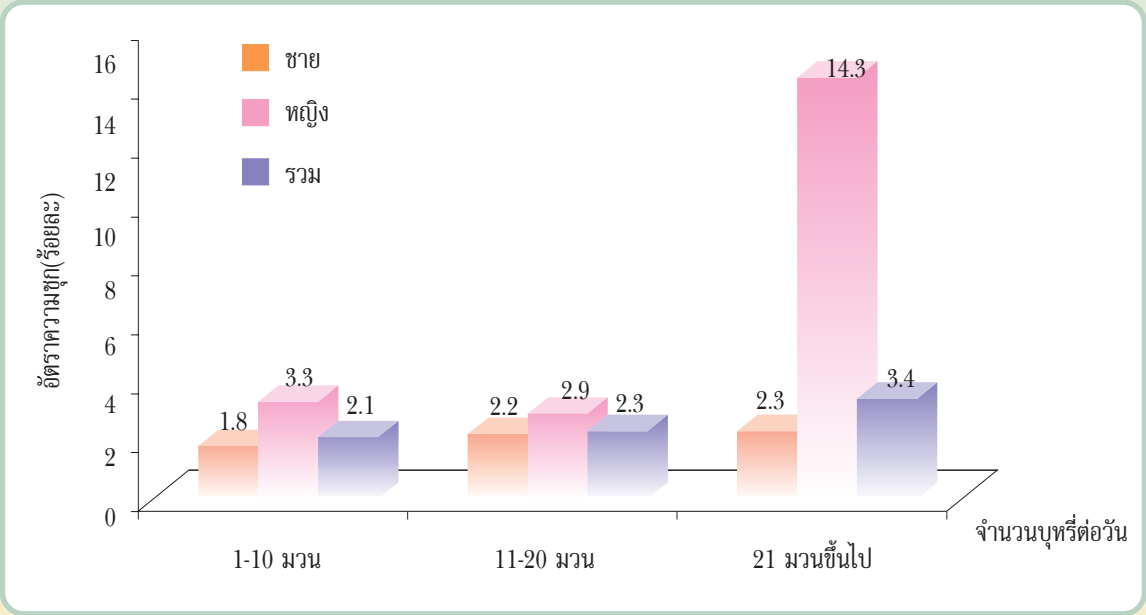
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

(1.2) โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ก็เป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานๆ ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2534 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.5 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่ในปริมาณที่สูงขึ้นจะเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.41) และจากการคาดประมาณความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ใน พ.ศ. 2553 จะมีคนไทยป่วยด้วยโรคนี้ถึง 7,035 ต่อประชากร 100,000 คน[15] (ภาพที่ 5.42)

---

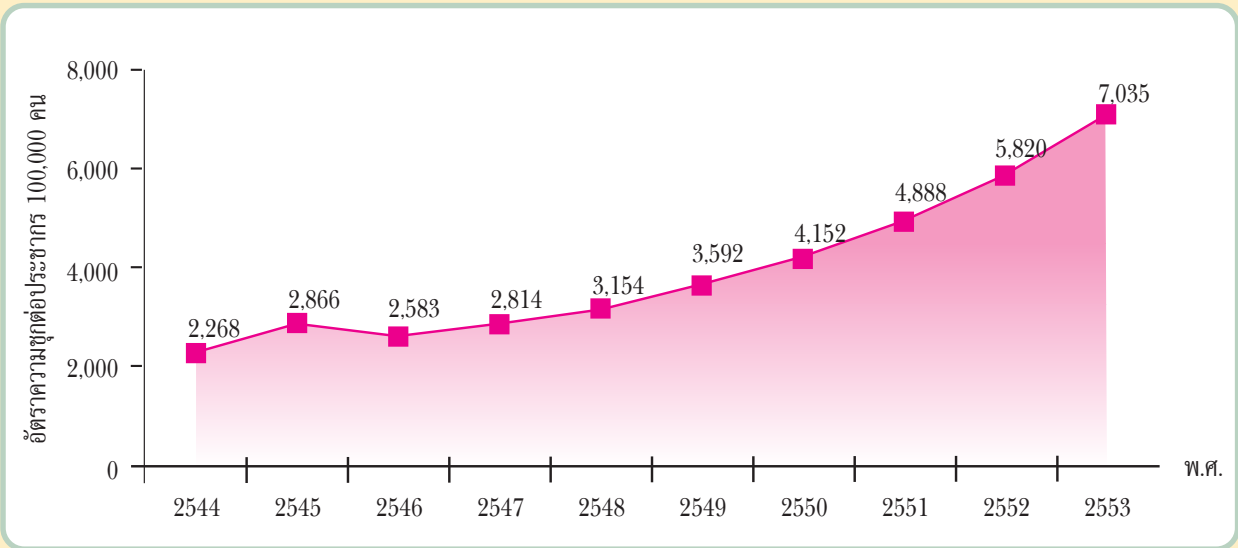
[15] จากประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยให้เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 0.42 ต่อปี และเพศหญิงลดลงร้อยละ 0.16 ต่อปี

ภาพที่ 5.41 อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และเพศ



ที่มา: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2534, 2539.

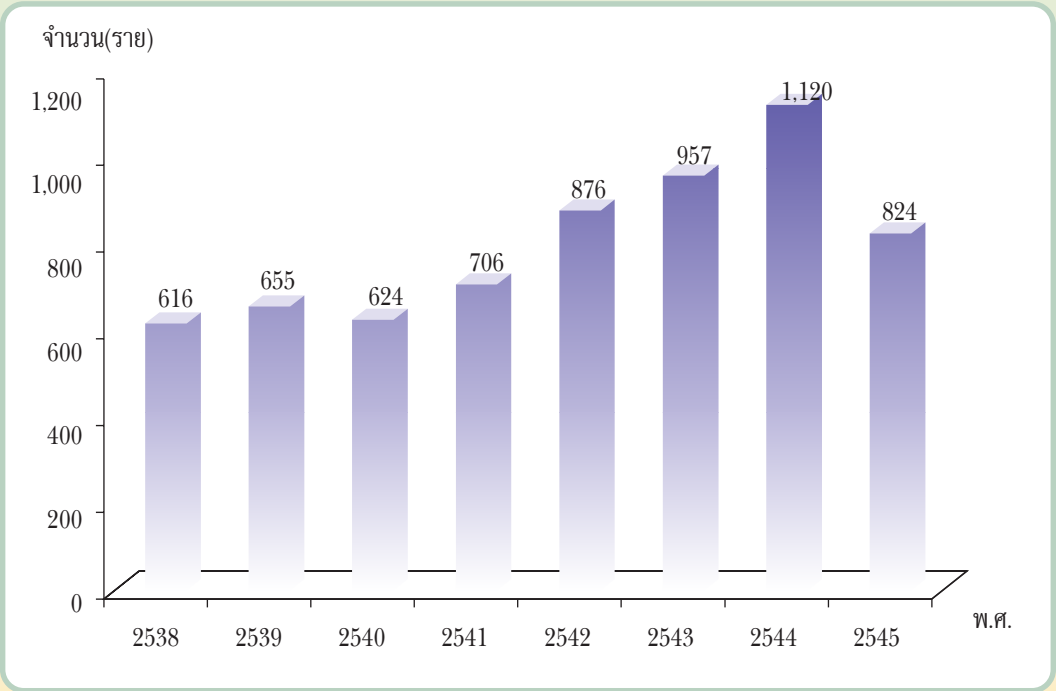
ภาพที่ 5.42 ประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553



ที่มา: สว่าง แสงหิรัญวัฒนา, โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้ม, 2542.

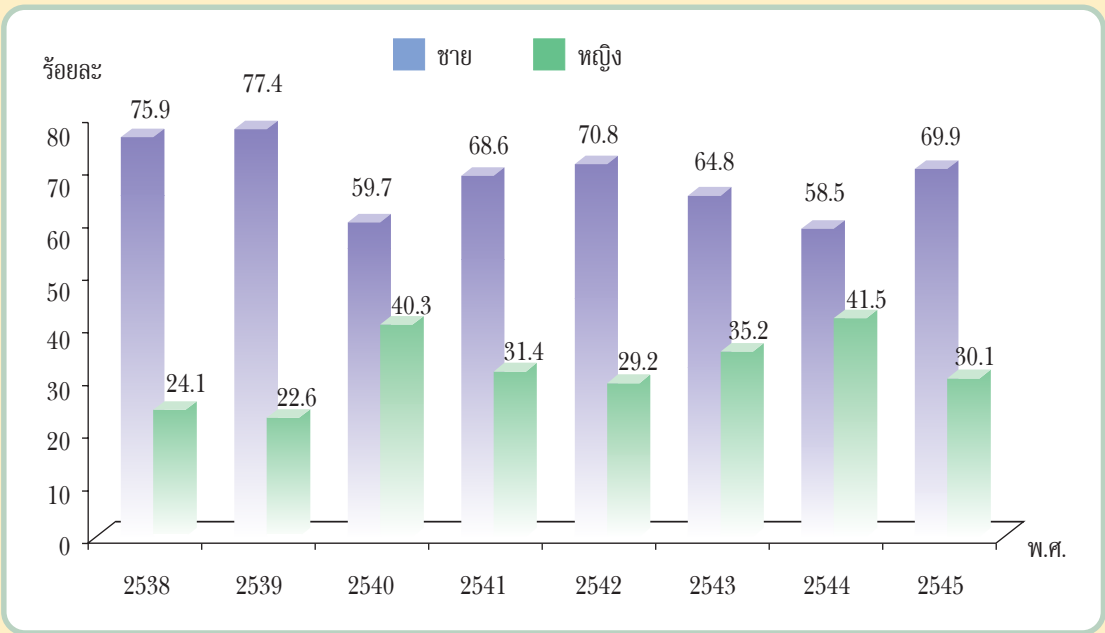
(1.3) **โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิงมีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.43 และ 5.44) ซึ่งโรคนี้นอกจากเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้วยังเกี่ยวกับการขาดการออกกำลังกาย การมีไขมันในเลือดสูงและการมีน้ำหนักเกินด้วย

ภาพที่ 5.43 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สถาบันโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข

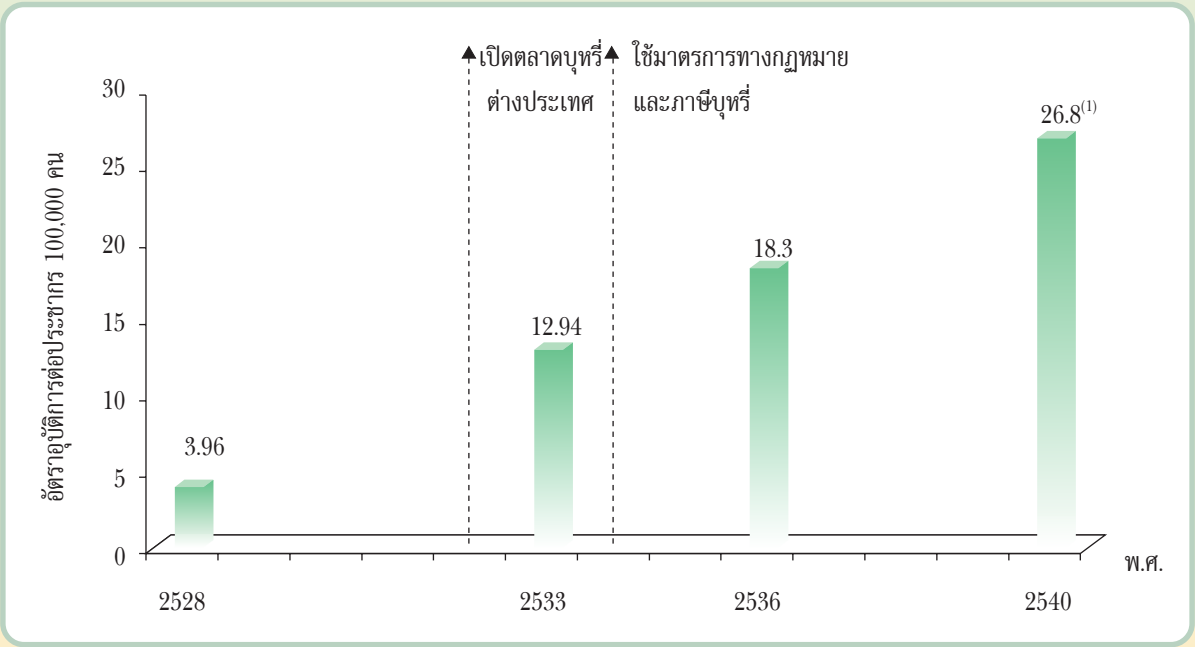
ภาพที่ 5.44 สัดส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการผ่าตัดในสถาบันโรคหัวใจ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สถาบันโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข

(1.4) อุบัติการของโรคมะเร็งปอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 26.8 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2540 ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะทางอากาศ (ภาพที่ 5.45)

ภาพที่ 5.45 อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2540

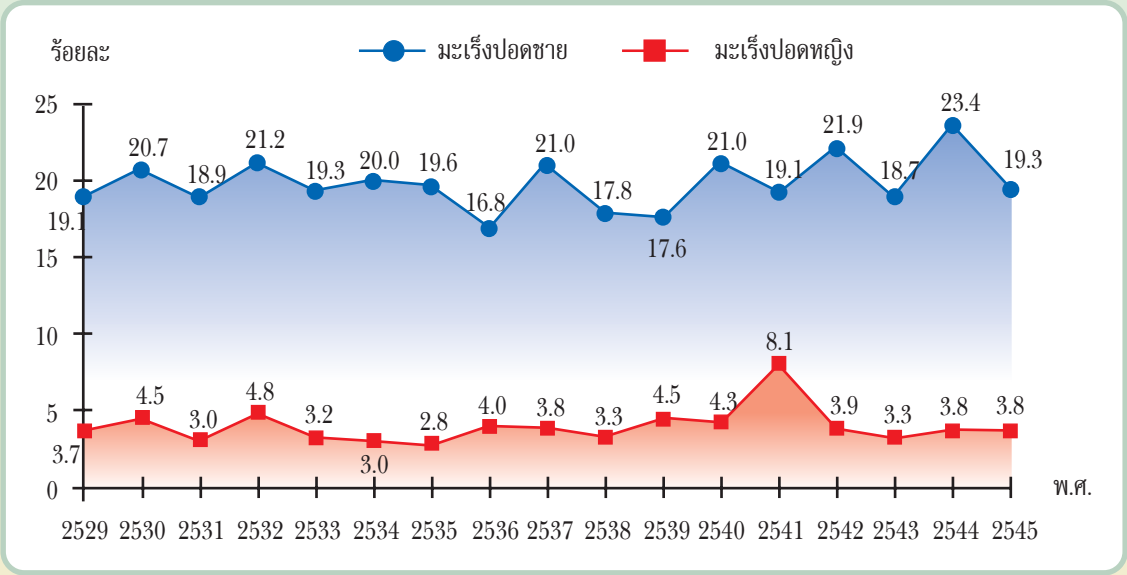


ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: (1) เป็นอุบัติการของโรคมะเร็งปอดในเพศชาย

นอกจากนี้ จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2545 พบว่า เป็นมะเร็งปอดชาย ประมาณร้อยละ 16-23 ซึ่งสูงกว่ามะเร็งปอดหญิง ประมาณ 3-8 เท่า (ภาพที่ 5.46)

ภาพที่ 5.46 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

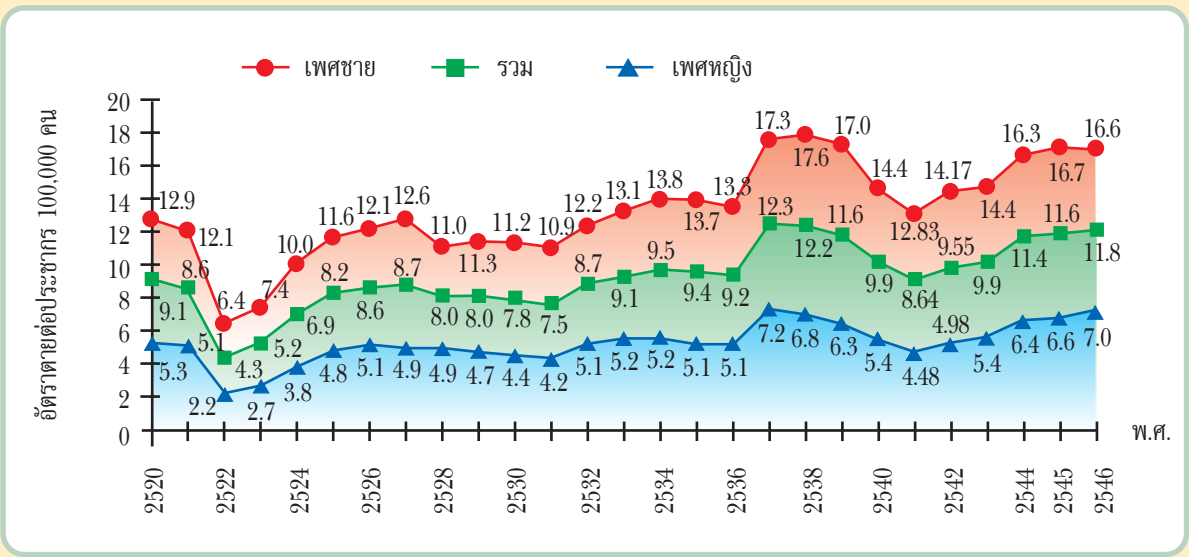
หมายเหตุ: เป็นร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

(2) การดื่มสุรา

โรคที่เกิดจากการดื่มสุราที่สำคัญ คือ โรคตับแข็ง และอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการดื่มสุรา

การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ มีผลเสียต่อตับ โดยพบว่า อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546 อยู่ระหว่าง 4.3 - 12.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็นชายประมาณ 6-18 ต่อประชากร 100,000 คน และหญิงประมาณ 2-7 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า (ภาพที่ 5.47) อนึ่ง โรคตับแข็งนี้มีส่วนสำคัญที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีแนวโน้มลดลงด้วย (ภาพที่ 5.15)

ภาพที่ 5.47 อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

(3) การบริโภคอาหารและยา

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหารไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านอาหารแผงลอยอันอาจจะเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษตลอดจนสุขลักษณะของผู้ปรุงประกอบอาหารได้ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงกับการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารเป็นสื่อ โดยเฉพาะโรคอุจจาระร่วงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.21) รวมทั้งการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (ตารางที่ 5.10) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ (ตารางที่ 5.24) โดยพบว่า ประเทศไทยมีอุบัติการของโรคมะเร็งตับสูงที่สุดในโลก[16]

ตารางที่ 5.24 อุบัติการของโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2542

พ.ศ.	อุบัติการต่อประชากร 100,000 คน	
	เพศชาย	เพศหญิง
2536	37.4	15.5
2539	40.5	16.0
2542	38.6	14.3

ที่มา: Cancer in Thailand, 1995-2000

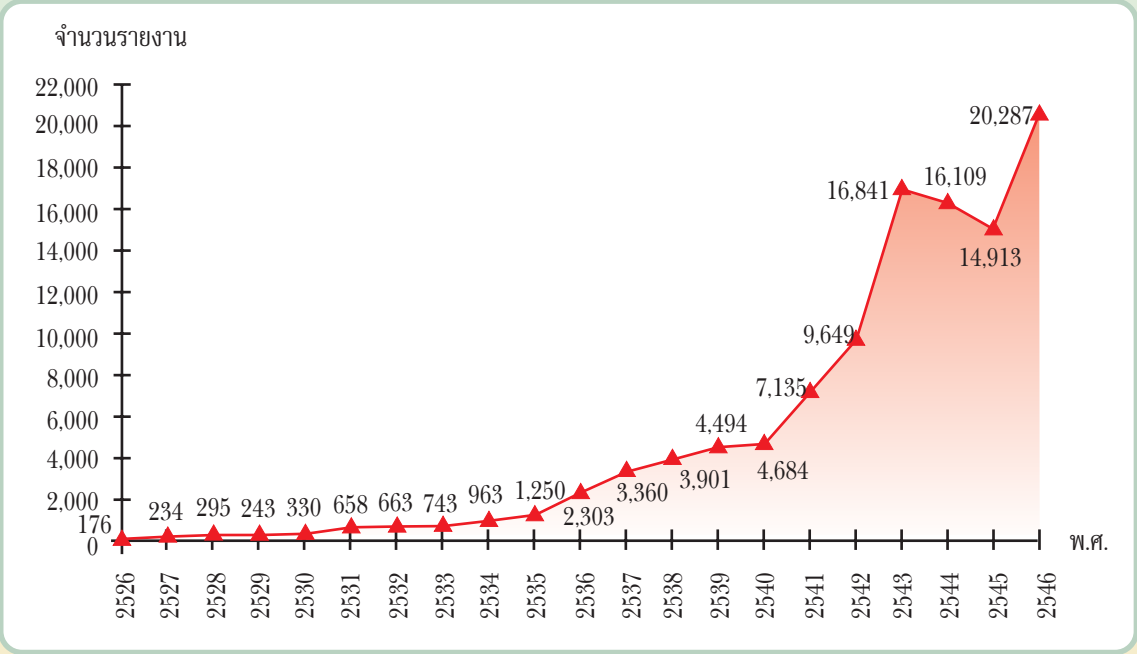
นอกจากนี้ การบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นหรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์มีแนวโน้มมากขึ้น เป็นเหตุให้มีปัญหาจากพิษภัยของยาทั้งพิษจากยาโดยตรงและจากการแพ้ยา ดังจะเห็นได้จากจำนวนรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นจาก 176 ใน พ.ศ. 2526 เป็น 4,684 ใน พ.ศ. 2540 และใน พ.ศ. 2546 รายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนประมาณ 20,287 ฉบับ (ภาพที่ 5.48) นอกจากนี้ ยังพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยร้อยละ 18-30 ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยปัญหาอันเนื่องมาจากยา ในจำนวนนี้เป็นการเกิดอันตรายจากการใช้ยาเป็นส่วนใหญ่และปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี[17]

---

[16] Vatanasapt, V., and Sriamporn, S. (1999). Cancer in Thailand 1992-1994. (IARC Technical Report No. 34), Lyon, IARC.

[17] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน และศรีเพ็ญ ตันติเวสส.(บรรณาธิการ). ระบบยาของประเทศไทย, 2545

ภาพที่ 5.48 จำนวนรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พ.ศ. 2526 -พ.ศ. 2546



ที่มา: กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

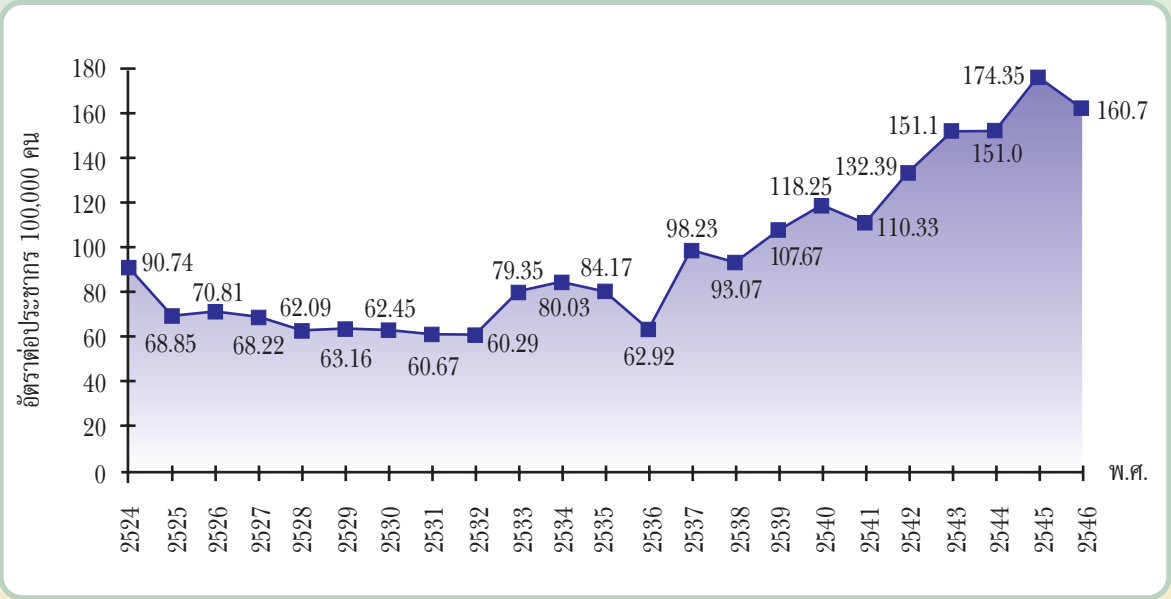
(4) โรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ผลจากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันกามโรคอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง ทำให้พฤติกรรมทางเพศมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน กล่าวคือ มีการสำส่อนทางเพศน้อยลง และมีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น เป็นผลให้อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างเห็นได้ชัด (ภาพที่ 5.20)

3.4.7 โรคเกี่ยวกับสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตและโรคประสาทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอัตราการเข้าพักรักษาตัวด้วยโรคจากความแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมซึ่งเพิ่มสูงขึ้นในช่วง พ.ศ. 2539-2546 (ภาพที่ 5.49) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการเผชิญกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อนในการหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายและการตกงาน สอดคล้องกับอัตราการเข้าพักรักษาตัวด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.49)

ภาพที่ 5.49 อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิต ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2546



ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

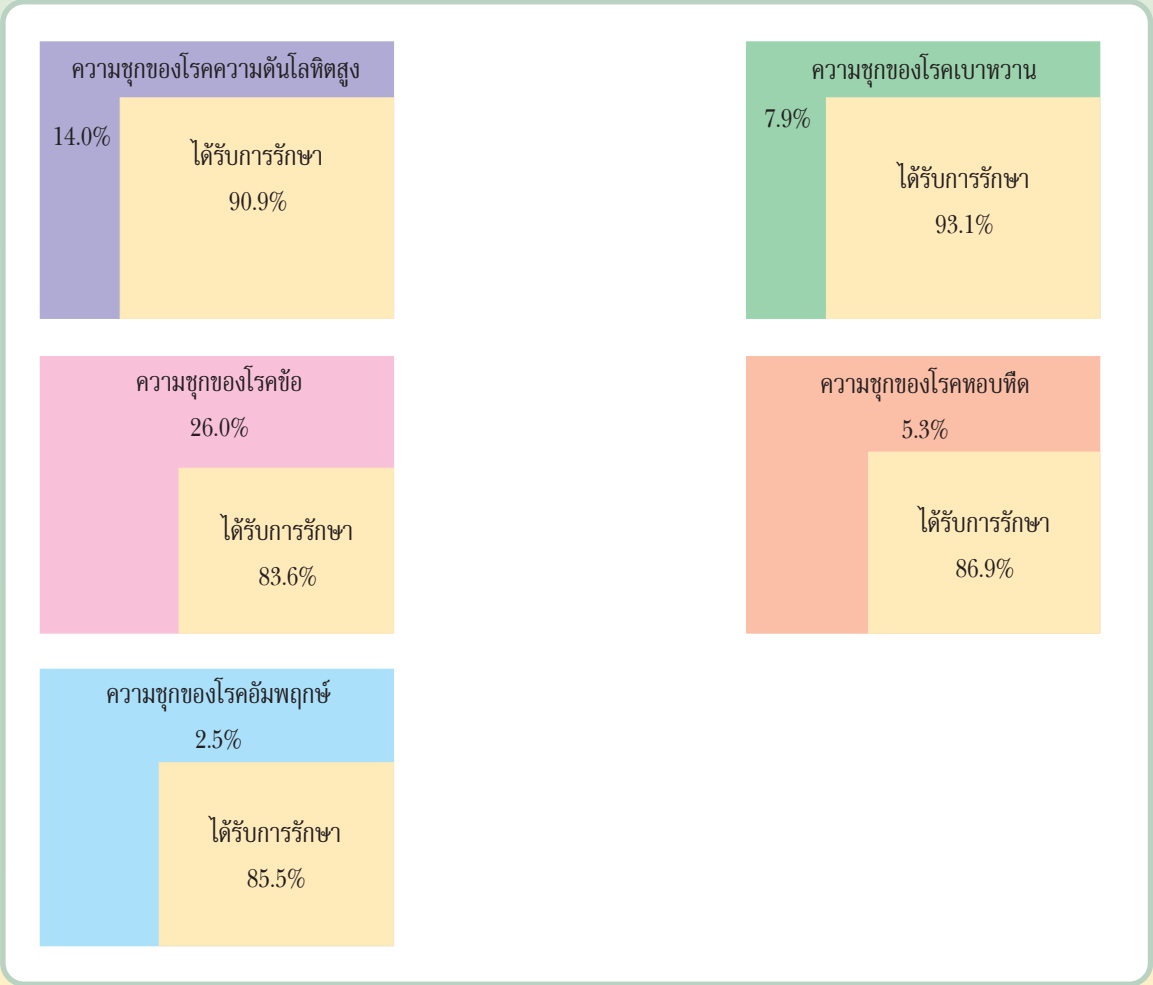
3.4.8 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

(1) โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2544 พบว่า โรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อต่างๆ โรคหอบหืด โรคอัมพฤกษ์ (ภาพที่ 5.50)

นอกจากนี้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2545 พบว่า โรคหรืออาการของโรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดข้อ นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ โรคเกี่ยวกับตา ความจำเสื่อมและความดันโลหิตสูง ตามลำดับ โดยพบว่า โรคหรืออาการของโรคต่างๆ เหล่านี้พบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.25) รวมทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเป็นโรคหรืออาการของโรคมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ตารางที่ 5.26)

ภาพที่ 5.50 ความชุกของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2544



ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี 2544

ตารางที่ 5.25 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545

โรค / อาการของโรค	พ.ศ. 2537					พ.ศ. 2545				
	รวม	60-64 ปี	65-69 ปี	70-74 ปี	75 ปี ขึ้นไป	รวม	60-64 ปี	65-69 ปี	70-74 ปี	75 ปี ขึ้นไป
- ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง	-	-	-	-	-	75.1	72.7	74.7	77.8	77.3
- ปวดข้อ (ข้อเสื่อม)	72.4	68.5	73.7	73.8	76.9	47.5	42.8	46.7	49.8	54.9
- นอนไม่หลับ	44.7	40.2	44.8	46.6	52.0	38.7	34.1	38.1	42.0	44.9
- เวียนศีรษะ	49.2	46.8	45.7	51.6	56.9	36.8	34.4	35.6	38.7	41.2
- โรคเกี่ยวกับตา	43.0	35.6	40.6	48.5	56.0	33.2	27.5	31.1	37.3	42.8
- ความจำเสื่อม	27.2	21.7	22.9	32.1	40.2	29.8	22.3	26.5	33.2	45.2
- ความดันโลหิตสูง / ต่ำ	25.0	22.3	25.7	27.4	26.8	20.0	17.7	20.3	21.9	21.6

ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 5.26 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545

โรค / อาการของโรค	พ.ศ. 2537			พ.ศ. 2545		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
- ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง	-	-	-	75.1	73.0	76.8
- ปวดข้อ (ข้อเสื่อม)	72.4	67.3	76.5	47.5	43.5	50.8
- นอนไม่หลับ	44.7	36.5	51.4	38.7	33.7	42.9
- เวียนศีรษะ	49.2	38.9	57.6	36.8	27.8	44.4
- โรคเกี่ยวกับตา	43.0	39.1	46.1	33.2	30.6	35.3
- ความจำเสื่อม	27.2	23.8	30.0	29.8	26.6	32.5
- ความดันโลหิตสูง / ต่ำ	25.0	22.1	27.3	20.0	17.6	22.0

ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่สำคัญ ได้แก่

(2.1) โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.27) และมีลักษณะสัมพันธ์กับพัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นโรคนี้สูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลก ประมาณการไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2000 ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย 7.1 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด อีกทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาวะที่ไม่ทำให้ตายด้วย

ตารางที่ 5.27 แนวโน้มอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากรสูงอายุไทย ในเขตเมืองและเขตชนบท พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2541

เขต	2528	2529	2531	2532	2534	2535	2538	2539	2541
เขตเมือง	28		26		15.8$^{+\#}$		26$^{**\#}$	44.4$^{\#}$	36.5
เขตชนบท		23.3		18*	11.1$^{+\#}$	8.8*	15.3$^{**\#}$	23.6$^{\#}$	

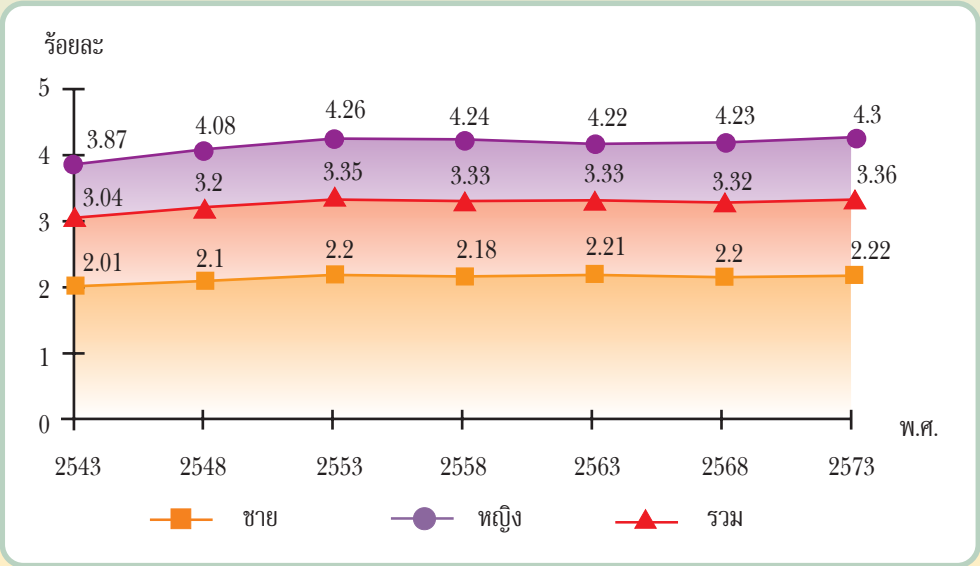
ที่มา: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, "การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทย" : สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรผู้สูงอายุ, 2543.

หมายเหตุ: * เกณฑ์ใช้เฉพาะการวัดความดันโลหิต + อายุ 65+ ปี

** เกณฑ์ใช้เฉพาะการสัมภาษณ์ประวัติ # การศึกษาระดับชาติ

(2.2) กลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแก่ ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคมอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทย พบว่า ปัจจุบันมีความชุกประมาณร้อยละ 3.04 และคาดว่าในอนาคต ใน พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุมีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 3.4 ในจำนวนนี้จะเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า (ภาพที่ 5.51) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุอเมริกาแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีอัตราโรคสมองเสื่อมต่ำกว่าผู้สูงอายุอเมริกา แต่เมื่อพิจารณาความชุกในแต่ละช่วงอายุแล้วจะเห็นว่า มีอัตราเพิ่มใกล้เคียงกับคนอเมริกา (ตารางที่ 5.28)

ภาพที่ 5.51 การคาดประมาณผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมใน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573



ที่มา: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, รายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, พ.ศ. 2541

ตารางที่ 5.28 เปรียบเทียบความชุกของโรคสมองเสื่อมของประชากรสูงอายุไทยกับสหรัฐอเมริกา

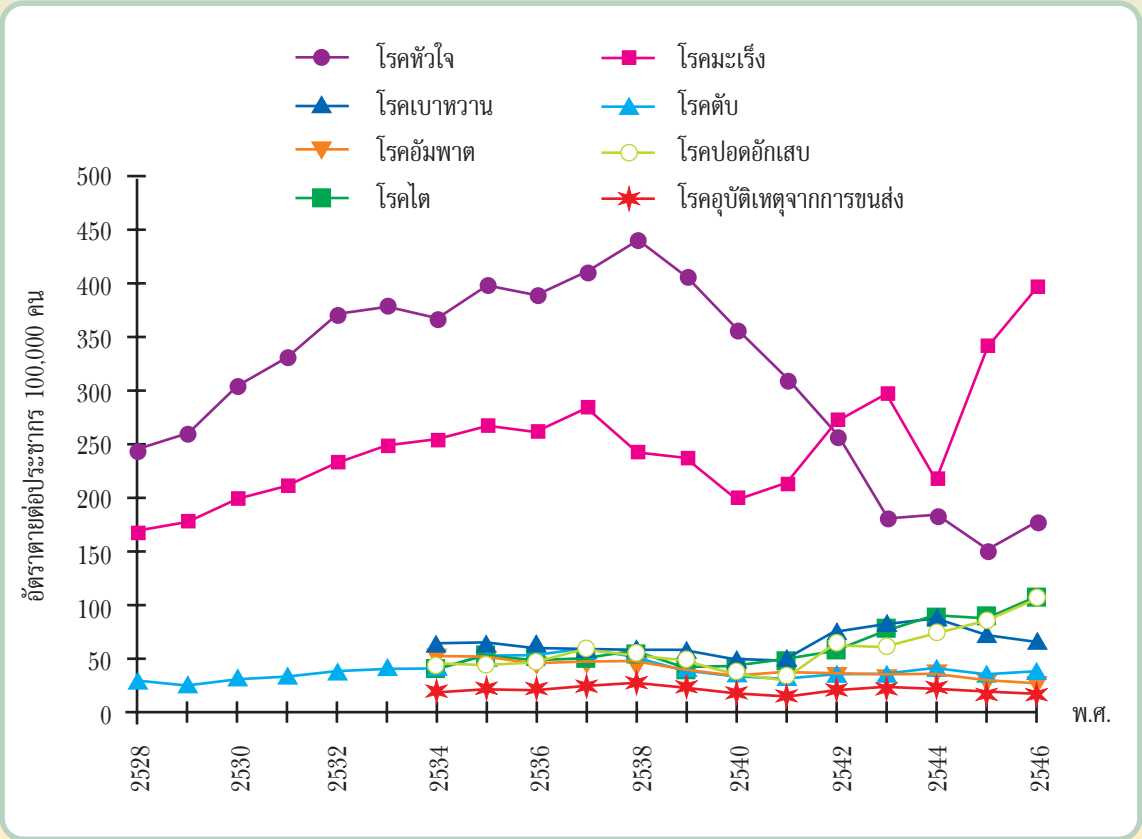
อายุ (ปี)	ไทย	สหรัฐอเมริกา
60 - 64	1%	-
65 - 69	2%	2.5%
70 - 74	3%	5%
75 - 79	5%	10%
80 - 84	7.5%	15%
85 - 89	12.5%	30%
90+	30%	-

ที่มา: Sutthichai Jitapunkul, Napaporn Chayovan and Jiraporn Kespichaywattana. “National Policies on Ageing and Long-term Care Provision for Older Persons in Thailand” in David R. Phillips and Alfred C.M. Chan (eds), Ageing and Long-term Care: National Policies in the Asia-Pacific. Bestprint Printing Co., Singapore. 2002.

(3) สาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุ

สำหรับการตายในประชากรผู้สูงอายุ พบว่า โรคที่ผู้สูงอายุตายมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน ตับ ไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุจากการขนส่ง โดยพบว่า ผู้สูงอายุตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น มีอัตราตายเพิ่มจาก 169.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 399.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 เบาหวาน มีอัตราตายเพิ่มจาก 28.8 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 66.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 และโรคไต มีอัตราตายเพิ่มจาก 38.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 108.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.52 และตารางที่ 5.29)

ภาพที่ 5.52 อัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.29 อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน หัวใจ มะเร็ง อัมพาต ตับ ไต ปอดอักเสบและอุบัติเหตุจากการขนส่งต่อประชากรในประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546

พ.ศ.	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนในกลุ่มผู้สูงอายุ							
	เบาหวาน	หัวใจ	มะเร็ง	ตับ	ไต	อัมพาต	ปอดอักเสบ	อุบัติเหตุจากการขนส่ง
2528	28.8	245.0	169.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2529	24.9	259.3	177.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2530	30.3	304.3	199.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2531	32.4	331.1	209.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2532	37.2	372.3	231.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2533	39.4	379.2	248.8	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2534	39.9	386.7	253.9	62.6	38.3	49.5	42.0	16.9
2535	49.5	400.3	266.8	63.4	48.0	51.5	42.3	20.1
2536	50.8	389.7	262.9	57.1	45.9	42.4	45.3	19.5
2537	57.2	412.2	283.9	56.3	47.5	44.9	56.0	24.1
2538	56.2	440.7	242.1	52.2	55.3	45.5	51.0	26.3
2539	57.4	407.5	236.2	41.4	38.2	37.4	46.8	22.4
2540	48.5	356.1	199.4	33.1	40.5	32.0	33.7	17.1
2541	47.7	310.0	213.0	34.4	46.7	31.3	28.9	13.3
2542	74.8	257.7	273.7	34.0	56.1	32.3	61.1	18.5
2543	82.1	179.9	297.6	34.0	75.5	33.9	59.9	22.6
2544	88.4	182.2	218.2	40.6	89.6	34.8	73.0	21.5
2545	72.1	149.4	342.6	35.5	87.2	29.2	85.5	18.9
2546	66.7	177.1	399.5	38.3	108.0	26.8	107.4	16.7

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

3.4.9 ปัญหาผู้พิการ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 5.30) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบความชุกของความพิการสูงกว่ารายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจสถานะทางสุขภาพประชากรไทยด้วยวิธีการตรวจร่างกาย (พ.ศ. 2534-2535) พบผู้มีความพิการ[18] ร้อยละ 6.3 ทั้งนี้ ยังไม่รวมความผิดปกติหรือพิการทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวมทั้งหมดโดยการประมาณการแล้วผู้พิการจะมีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด

---

[18] จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 - 2535. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2535

นอกจากนี้ สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และคณะ (2540) คาดการณ์ว่า อัตราเพิ่มของคนพิการมากกว่าอัตราเพิ่มของประชากร โดยมีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นลักษณะความพิการที่พบมากที่สุดซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาของประเทศ[19] เมื่อจำแนกลักษณะของความพิการจากรายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545 พบว่า ส่วนใหญ่มีความพิการทางสายตาเลือนลางทั้ง 2 ข้าง หูตึง อัมพฤกษ์ แขนขาลีบ / เหยียดงอไม่ได้ และสายตาเลือนลางข้างเดียว (ภาพที่ 5.53)

ตารางที่ 5.30 จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2545

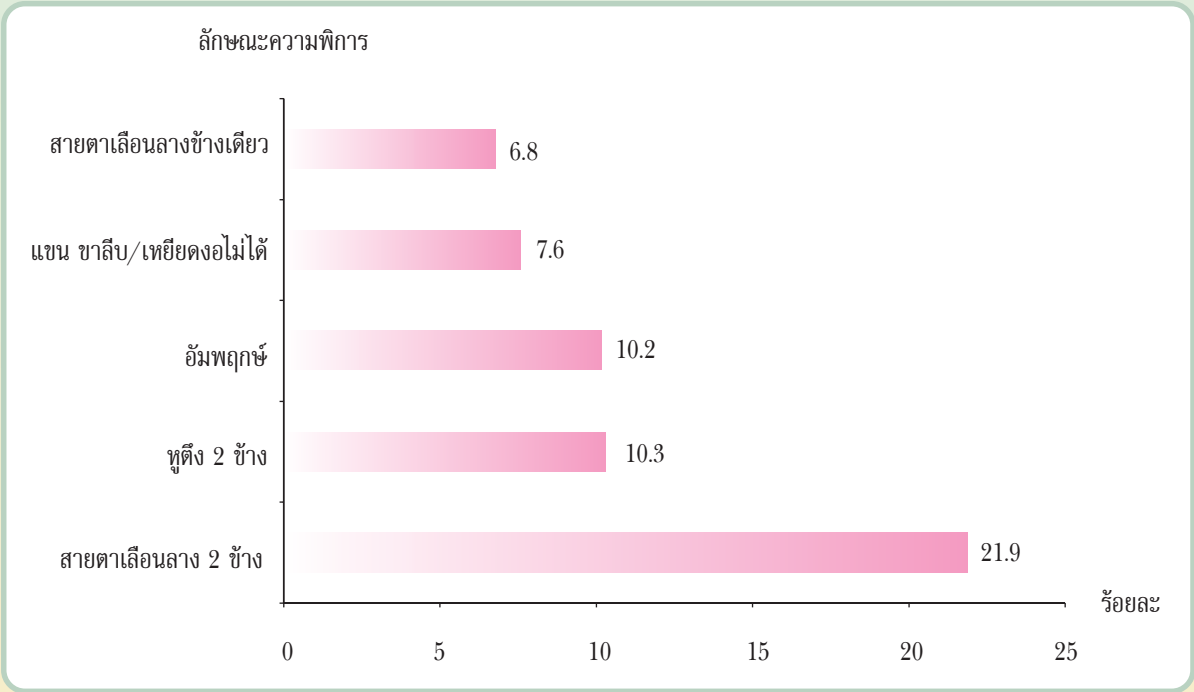
จำนวนหน่วย : พันคน

ปีสำรวจ	ประชากร	คนพิการ	อัตราร้อยละต่อประชากร
2517	39,796.9	209.0	0.5
2519	42,066.9	245.0	0.6
2520	44,211.5	296.2	0.7
2521	45,344.2	324.6	0.7
2524	47,621.4	367.5	0.8
2529	51,960.0	385.9	0.7
2534	57,046.5	1,057.0	1.8
2539	59,902.8	1,024.1	1.7
2544	62,871.0	1,100.8	1.8
2545	63,303.0	1,098.0	1.7

ที่มา: โครงการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2517 - 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

[19] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2540

ภาพที่ 5.53 สัดส่วนของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2544



ที่มา: รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ จากการสำรวจความเจ็บป่วยในกลุ่มผู้พิการ ใน พ.ศ. 2544 พบผู้พิการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 22.2 รองลงมาคือ ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ ร้อยละ 19.4 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 14.8 และระบบประสาทจิตเวช ร้อยละ 11.8 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดและระบบประสาทจิตเวชส่วนใหญ่พบมากในผู้พิการชาย ในขณะที่การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ พบมากในผู้พิการหญิง (ตารางที่ 5.31)

ตารางที่ 5.31 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้พิการที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544

โรค / อาการของโรค	รวม	เพศ	
		ชาย	หญิง
- โรคหัวใจหลอดเลือด	22.2	25.6	18.3
- ระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	19.4	17.6	21.6
- โรคระบบทางเดินหายใจ	14.8	14.6	14.9
- ระบบประสาทจิตเวช	11.8	14.1	9.0

ที่มา: รายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3.5 ปัญหาสาธารณสุข / สุขภาพที่เคยลดลงและกำลังจะเกิดเป็นปัญหาขึ้นอีก

ปัญหาสาธารณสุข/สุขภาพที่เคยลดลงและกำลังจะเป็นปัญหาขึ้นอีก คือ ปัญหาวัณโรคที่เพิ่มขึ้นพร้อมเอดส์ ปัญหาโรคเท้าช้างที่เข้ามากับแรงงานข้ามชาติจากประเทศพม่า และปัญหาการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส

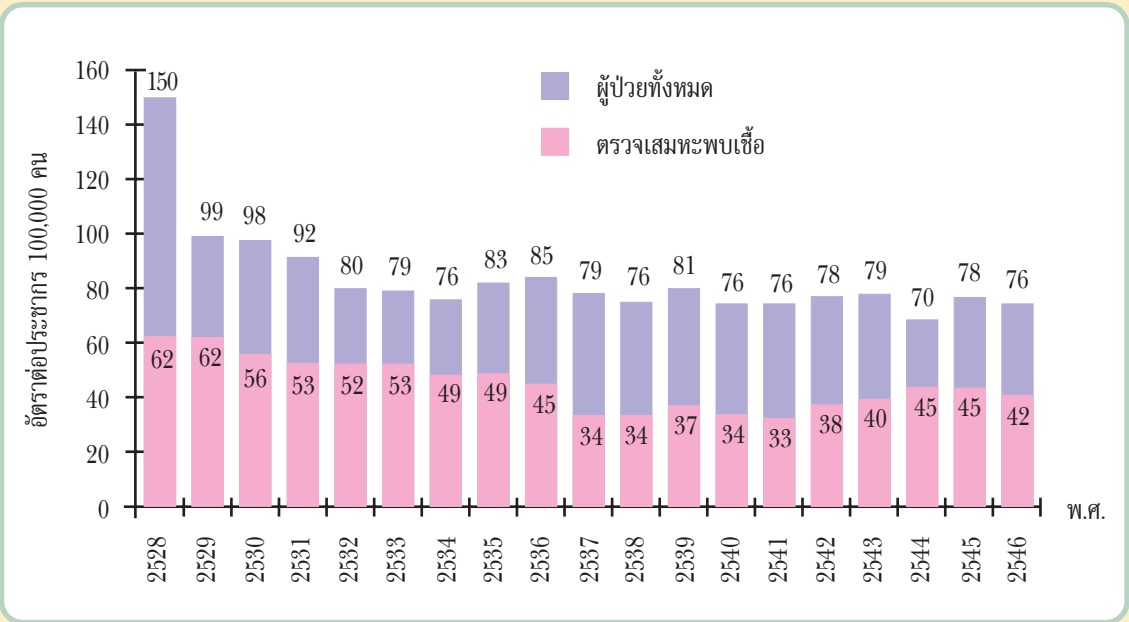
3.5.1 วัณโรค

อัตราผู้ป่วยวัณโรคลดลงจาก 150 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เหลือ 80 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2533 - 2546) อัตราผู้ป่วยวัณโรคมิได้ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยด้วย (ภาพที่ 5.54)

วัณโรคกำลังกลายมาเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากผลกระทบของโรคเอดส์ โดยเมื่อพิจารณาผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือตอนบนทุกจังหวัด พบอัตราการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.0 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 27.0 ใน พ.ศ. 2546 สำหรับในภาพรวมของประเทศไทยในระยะเวลา 10 กว่าปี มีอัตราการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.4 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 5.55)

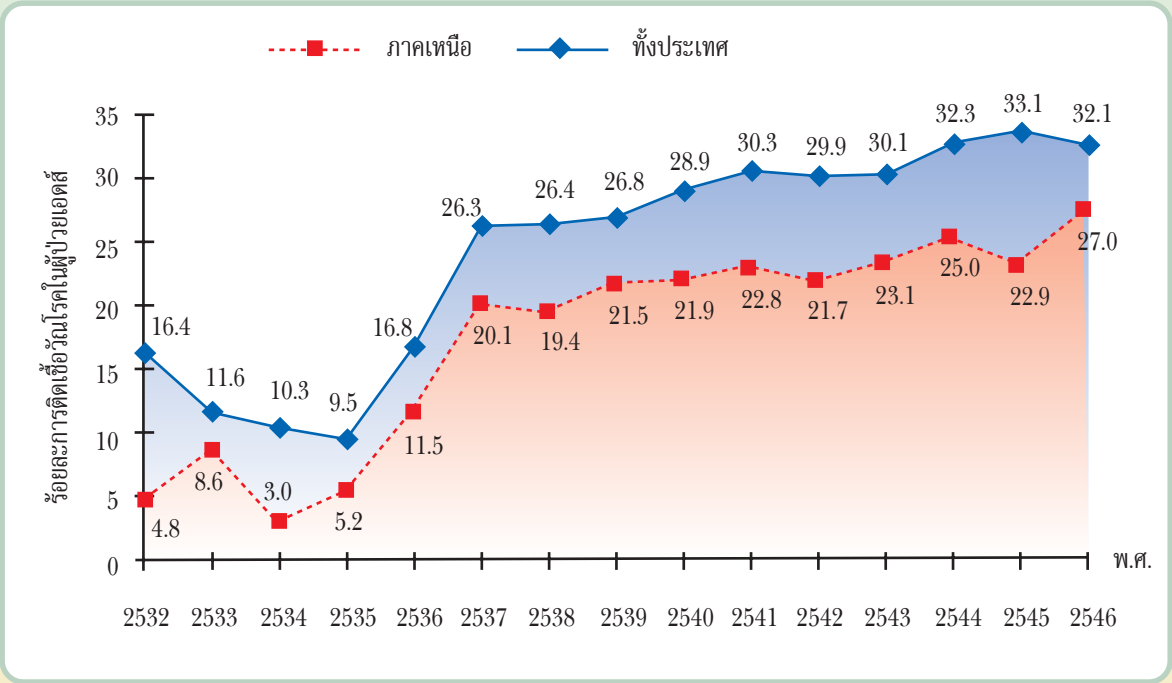
องค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนไว้ว่า ผลกระทบของโรคเอดส์ทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นปีละ 4% ซึ่งในระยะ 5 ปีที่ผ่านมานี้พบผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 3% ต่อปี และแนวโน้มของวัณโรคในระหว่าง พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545 จะยังไม่ลดลง แต่จากรายงานการเฝ้าระวังการดื้อยาหลายชนิด**ในผู้ป่วยใหม่**ที่ไม่เคยได้รับการรักษา (Multidrug Resistant Tuberculosis) พ.ศ. 2545 พบเฉลี่ยทั้งประเทศร้อยละ 1.06 ลดลงจากร้อยละ 2.02 ใน พ.ศ. 2540 - 2541 ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่มีผลกระทบของโรคเอดส์ ซึ่งพบสูงกว่าร้อยละ 10 (สถาบันวิจัยวัณโรคประเทศญี่ปุ่น อ้างในกองวัณโรค)

ภาพที่ 5.54 อัตราผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ของประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.55 ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546



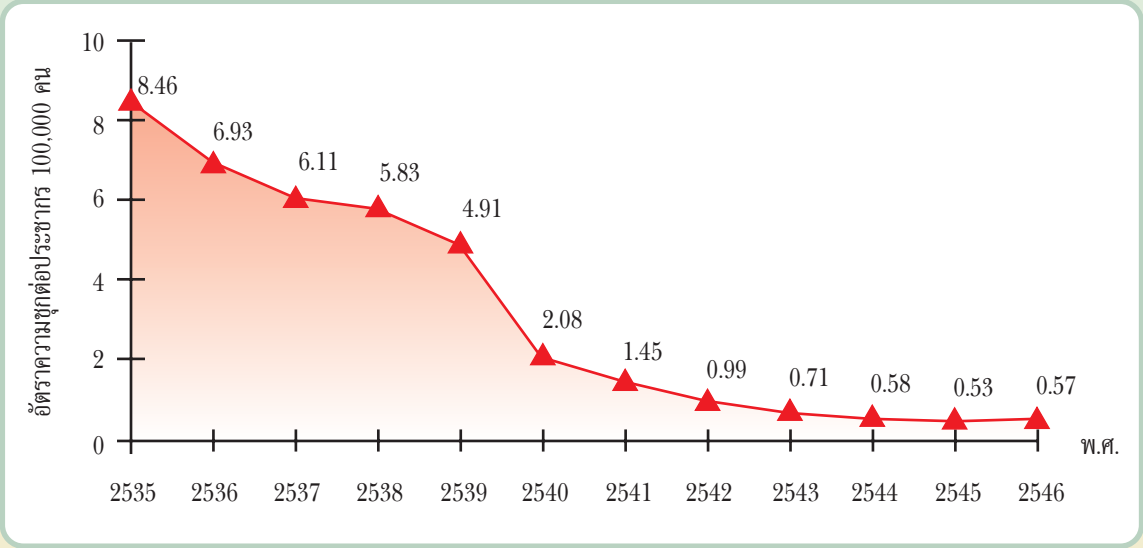
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการปรับข้อมูลใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 - 2546

3.5.2 โรคเท้าช้าง

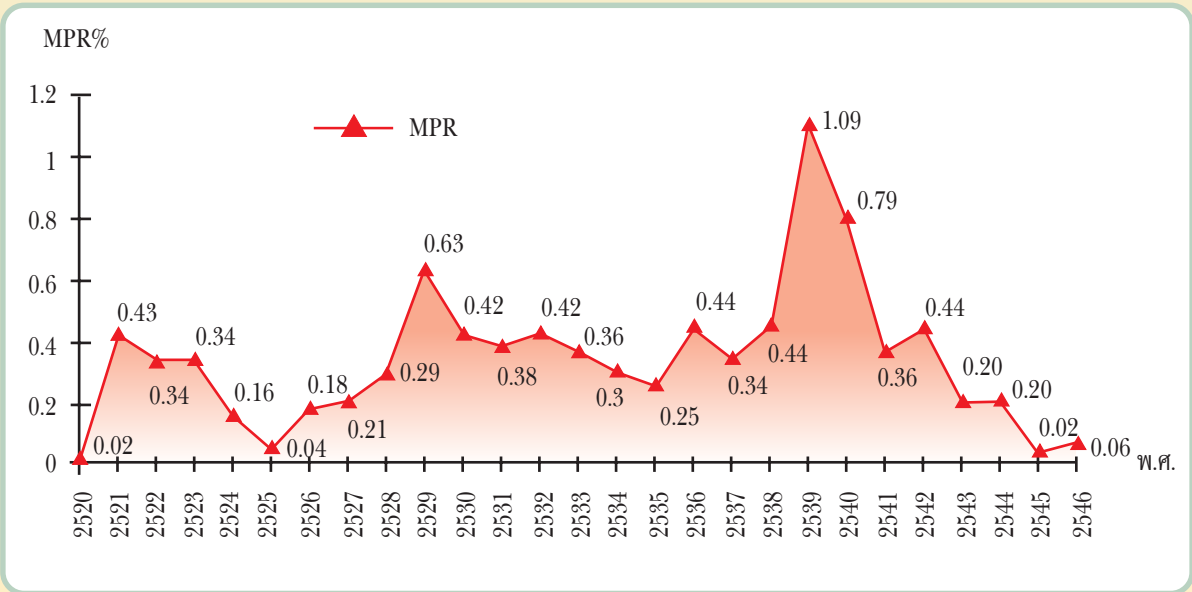
ถึงแม้การดำเนินการควบคุมโรคเท้าช้างที่ผ่านมาสามารถลดอัตราความชุกของโรคลงจาก 8.46 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2535 เหลือ 0.57 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2546 (ภาพที่ 5.56) และลดอัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ได้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในระยะ 20 กว่าปีที่ผ่านมา (ปี 2520 - 2546) ยกเว้นในปี 2539 ที่พบมากกว่าร้อยละ 1 เนื่องจากได้มีการรณรงค์ตรวจสุขภาพในแรงงานต่างชาติ (ภาพที่ 5.57) แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนเขตติดต่อระหว่างประเทศไทย-พม่า และไทย-มาเลเซีย ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและเป็นแหล่งที่ชาวต่างชาติโดยเฉพาะพม่าเข้ามาประเทศไทยเพื่อขายแรงงาน

ภาพที่ 5.56 อัตราความชุกโรคเท้าช้างต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย ปี 2535 - ปี 2546



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.57 อัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ปี 2520 - ปี 2546

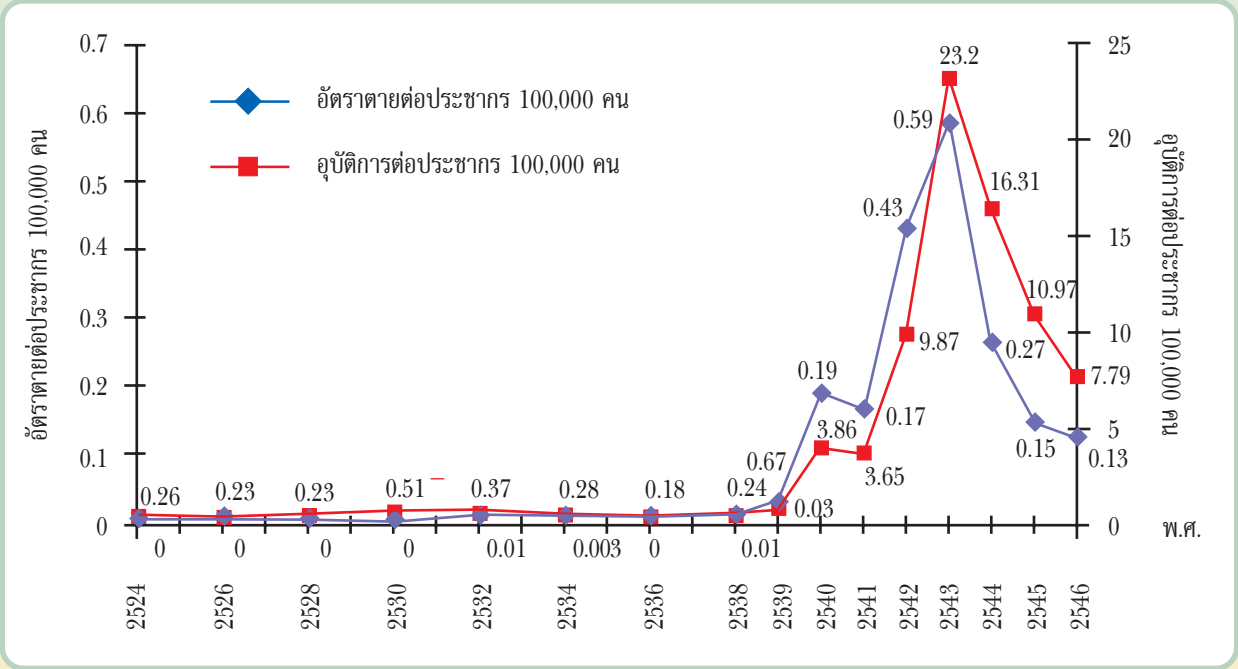


ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

3.5.3 โรคเลปโตสไปโรซิส

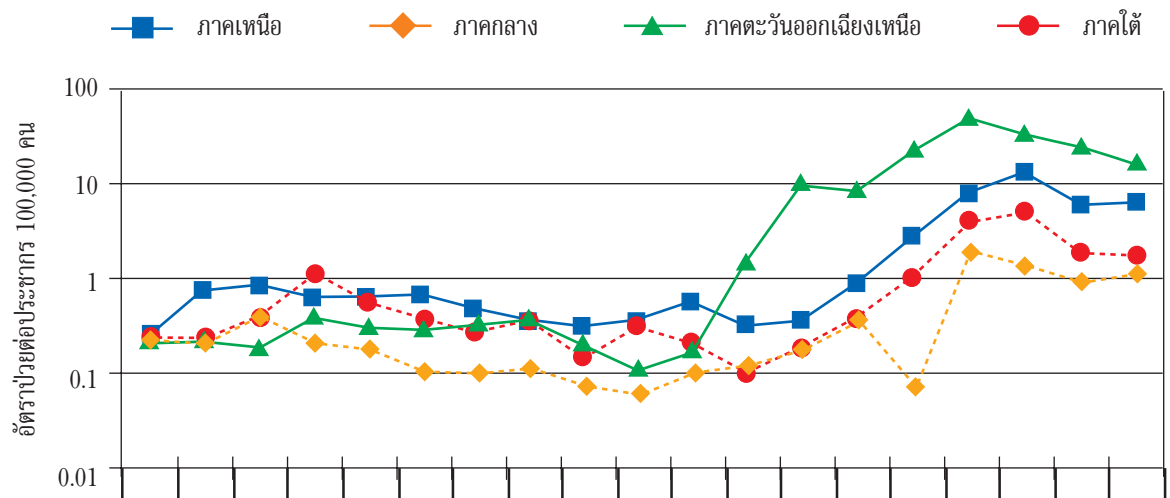
โรคเลปโตสไปโรซีสเป็นโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ โดยพบอุบัติการของโรคอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 - 2539 แต่ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซีสกลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ อุบัติการของโรค จาก 0.67 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเป็น 23.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 รวมทั้งอัตราตายที่เพิ่มจาก 0.03 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 0.59 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 (ภาพที่ 5.58) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ (ภาพที่ 5.59) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2544 - 2546 พบว่า ทั้งอุบัติการและอัตราตาย มีแนวโน้มลดลง

ภาพที่ 5.58 อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ. 2524 -พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.59 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำแนกตามภาค ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2546



พ.ศ. 25	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
ภาคเหนือ	0.27	0.78	0.89	0.67	0.66	0.7	0.49	0.36	0.32	0.36	0.58	0.33	0.37	0.94	3.08	8.72	13.91	6.43	6.76
ภาคกลาง	0.23	0.2	0.4	0.21	0.18	0.1	0.1	0.11	0.07	0.06	0.1	0.12	0.18	0.38	0.07	2.00	1.43	0.99	1.17
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.22	0.23	0.19	0.41	0.32	0.3	0.33	0.38	0.2	0.11	0.18	1.59	10.97	9.42	25.02	54.60	36.30	26.48	17.7
ภาคใต้	0.23	0.23	0.4	1.2	0.58	0.4	0.28	0.38	0.15	0.32	0.22	0.1	0.19	0.39	1.08	4.55	5.61	2.08	1.9

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.6 ปัญหาโรคอุบัติใหม่

3.6.1 โรคซาร์ส (SARS)

โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่เกิดการระบาดในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2545 ในมณฑลกวางตุ้ง ทางตอนใต้ของสาธารณรัฐประชาชนจีน และต่อมาถูกควบคุมให้สงบลงได้ในเดือนมิถุนายน 2546 มีรายงานผู้ป่วยใน 29 ประเทศ จำนวน 8,437 ราย เสียชีวิต 813 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 9.64 พื้นที่ที่พบมีการระบาดของโรคมาก ได้แก่ จีน (ปักกิ่งและกวางตุ้ง) ฮ่องกง ไต้หวัน สิงคโปร์ แคนาดา (กรุงโตรอนโต) และเวียดนาม (กรุงฮานอย)

สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยเข้าข่ายเป็นโรคซาร์ส (มีอาการปอดบวม) 9 ราย เสียชีวิต 2 ราย และมีผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มีอาการปอดบวม) อีก 31 ราย ไม่เสียชีวิต ทุกรายติดเชื้อมาจากต่างประเทศ ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มงวด เป็นผลให้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคซาร์สในประเทศได้สำเร็จ

3.6.2 โรคมือเท้าปาก (Hand Foot Mouth Disease)

โรคมือเท้าปากเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการระบาดใน พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย พบผู้ป่วย 2,140 ราย เสียชีวิต 31 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 1.4

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการรายงานผู้ป่วยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 โดยพบผู้ป่วยใน พ.ศ. 2544 ทั้งสิ้น 1,548 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2.49 ต่อประชากร 100,000 คน ส่วนใน พ.ศ. 2545 พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 3,533 ราย เสียชีวิต 2 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5.65 ต่อประชากร 100,000 คน

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหา Enterovirus 71 ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พ.ศ. 2541 - 2545 พบว่าสามารถตรวจพบ Enterovirus 71 ได้ในผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 พบ Enterovirus 71 ร้อยละ 8 เพิ่มขึ้นจนถึง พ.ศ. 2545 พบ Enterovirus 71 ร้อยละ 14.7 ซึ่งไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (ตารางที่ 5.32)

ตารางที่ 5.32 การตรวจพบ Enterovirus 71 พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2545

พ.ศ.	การตรวจ Enterovirus 71		
	จำนวนที่ตรวจ (ราย)	พบผลบวก (ราย)	%
2541	25	2	8.0
2542	36	3	8.3
2543	168	10	14.7
2544	397	81	20.4
2545	122	18	14.7

ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

3.6.3 โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza)

มีรายงานการเกิดโรคไข้หวัดนกในสัตว์มากกว่า 100 ปี โดยมีการเกิดโรคเป็นระยะๆ ล่าสุดปลาย พ.ศ. 2546 - 2547 มีรายงานการเกิดโรคในสัตว์ปีกที่ฮ่องกง เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น เวียดนาม กัมพูชา อินโดนีเซียและประเทศไทย โรคนี้เป็นโรคระบาดในสัตว์ปีกโดยเฉพาะในไก่ แต่สามารถติดต่อมายังคน ทำให้ป่วยและมีอาการรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ ครั้งแรกในฮ่องกง เมื่อ พ.ศ. 2540 มีรายงานการป่วย 18 ราย เสียชีวิต 6 ราย และใน พ.ศ. 2546 ประเทศเนเธอร์แลนด์ มีรายงานผู้ป่วย 83 ราย เสียชีวิต 1 ราย และใน พ.ศ. 2547 มีรายงานการระบาดในเวียดนาม ป่วย 18 ราย เสียชีวิต 5 ราย ปัจจุบันยังไม่มีรายงานการป่วยจากการติดต่อของไข้หวัดนกคนสู่คน

ที่ผ่านมาประเทศไทยไม่เคยมีรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกในคนมาก่อน จากรายงานที่พบไก่ป่วยตายจำนวนมากในหลายจังหวัดของประเทศ และการพบไข้หวัดนกในสัตว์ปีกของหลายประเทศ แต่เริ่มมีจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 21 ธันวาคม 2546 จนถึงวันที่ 10 เมษายน 2547 ดังนี้

ตารางที่ 5.33 ลักษณะและประวัติเสี่ยงของผู้ป่วยยืนยัน ผู้ป่วยสงสัย ผู้ป่วยตัดออกและผู้ป่วย Influenza ไม่ทราบ subtype

ลักษณะ	ผู้ป่วยยืนยัน	ผู้ป่วยสงสัย	ผู้ป่วยตัดออก	ผู้ป่วย Influenza A ไม่ทราบ subtype
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต (อัตราป่วยตาย)	12/8 (67%)	21/8 (38%)	546/20 (4%)	31/2 (6%)
อายุ (มัธยฐาน)	12 (2-58)	33 (1-67)	12 (0.5-84)	28 (0.5-92)
เพศ ชาย (%)	8 (67%)	15 (71%)	321 (59%)	21 (67%)
ประวัติสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ที่สงสัยป่วยหรือตาย	7/12 (58%)	11/21 (52%)	205/423 (48%)	14/29 (48%)
อาศัยในพื้นที่ที่มีสัตว์ตายผิดปกติในระยะ 14 วัน	21/21 (100%)	18/21 (86%)	274/404 (68%)	18/28 (64%)

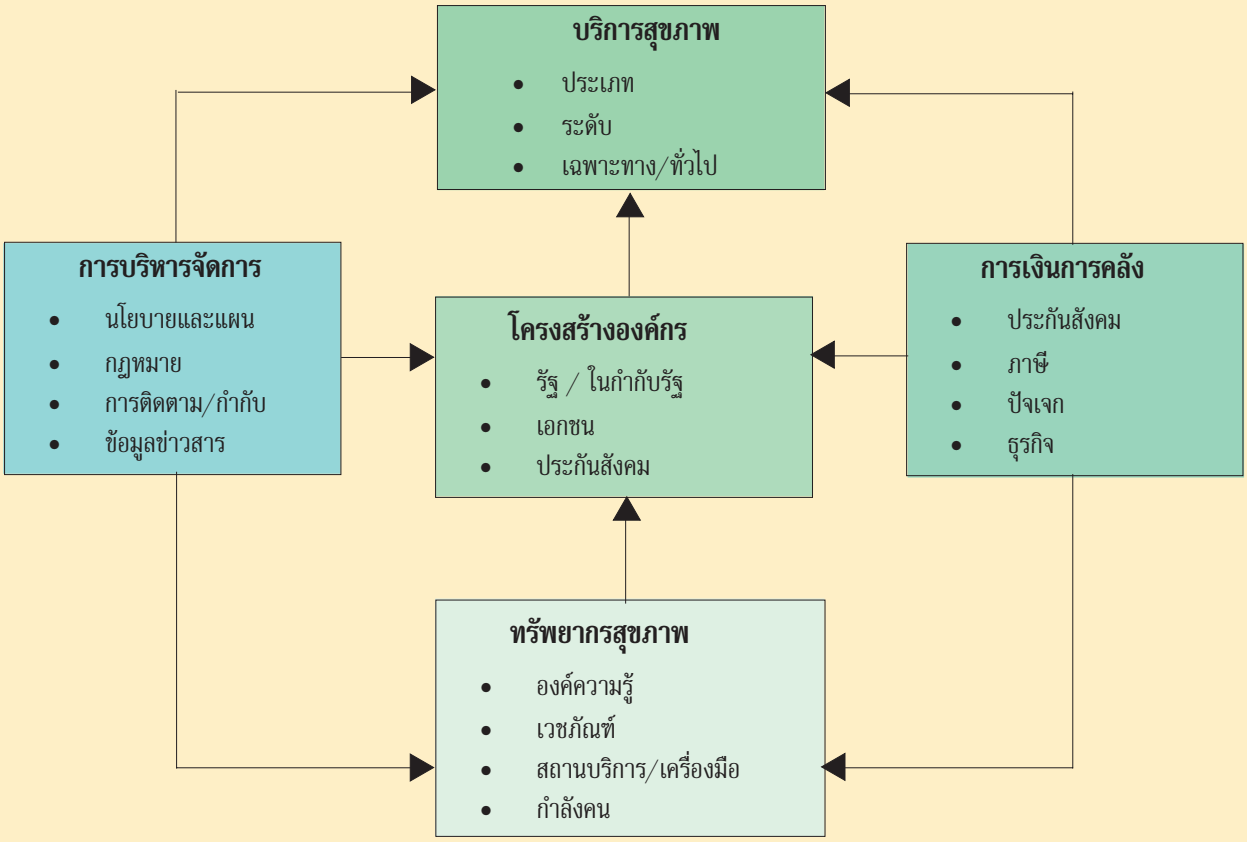
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

บทที่ 6
ระบบบริการสุขภาพไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีวิวัฒนาการเรื่อยมา จากอดีตที่ผู้คนพึ่งพากันเองโดยอาศัยภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการดูแลสุขภาพอนามัยกลายมาเป็นระบบที่พึ่งพาการแพทย์แผนปัจจุบัน และการสาธารณสุขสมัยใหม่เป็นสิ่งสำคัญ มีการจัดบริการออกเป็นหลายระดับ นับตั้งแต่การดูแลตนเองในระดับครอบครัวถึงการจัดบริการสาธารณสุขระดับสูงที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ได้มีการผลิตบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ มีการจัดหาและพัฒนาเทคโนโลยี ฯลฯ ตามแนวทางสมัยใหม่ มีการกำหนด "ฝ่ายผู้ให้บริการ" และ "ฝ่ายผู้รับบริการ" และกำหนดระบบบริการที่ชัดเจนมากขึ้น โดยภาครัฐทำหน้าที่เป็นผู้จัดบริการหลักของระบบ ในขณะเดียวกันฝ่ายประชาชนก็ยังคงช่วยกันเองตามวิถีเดิมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดมา และมีการจัดบริการของฝ่ายเอกชนทั้งที่มุ่งกำไรและไม่มุ่งกำไรผสมปนเปอยู่ด้วยกัน (Pluralistic health service system) การปรับระบบงบประมาณของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพไทยมีการปรับตัวโดยคำนึงถึงความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชนมากขึ้น

องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ ประกอบขึ้นด้วยส่วนต่างๆ อันได้แก่ (1) ทรัพยากรสุขภาพ (2) การบริหารจัดการ (3) โครงสร้างองค์กร (4) การเงินการคลัง และ (5) บริการสุขภาพ (ภาพที่ 6.1) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ภาพที่ 6.1 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ



1. ทรัพยากรสุขภาพ

ทรัพยากรสุขภาพประกอบด้วย (1) กำลังคน (2) สถานบริการและเครื่องมือ (3) เวชภัณฑ์ (4) องค์ความรู้

1.1 กำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจุบันมีหน่วยงานองค์กรที่ทำหน้าที่ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย จำนวน 70 แห่ง เป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 13 แห่ง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 43 แห่ง กระทรวงกลาโหม 3 แห่ง กระทรวงมหาดไทย 1 แห่ง ภาคเอกชนรวมสภากาชาดไทย 10 แห่ง โดยในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมามีการเร่งผลิตกำลังคนด้านสุขภาพทั้งระดับปริญญาและระดับผู้ช่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นทั้งผู้สร้างเทคโนโลยีและเป็นผู้นำเทคโนโลยีสุขภาพไปบริหารจัดการและจัดระบบบริการเพื่อให้เกิดสุขภาพดีขึ้นในหมู่ประชาชน เป็นทรัพยากรที่มีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายสูงสุด ซึ่งโดยทั่วไปจะสูงถึงร้อยละ 60-80 ของค่าใช้จ่ายด้านการดำเนินการ และจากข้อเท็จจริงปรากฏว่าขณะนี้กำลังคนด้านสุขภาพมีความไม่สมดุล ทั้งประเภท คุณภาพ จำนวนและการกระจาย ข้อมูลและความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดเรื่องหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ

ในบทนี้ ขอนำเสนอข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ ที่สำคัญเพียง 5 ประเภท คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ดังนี้

1.1.1 แพทย์

(1) การผลิตแพทย์

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันที่ผลิตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งสิ้น 11 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 10 แห่ง และเอกชน 1 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 6 แห่ง จะเริ่มผลิตแพทย์ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การผลิตแพทย์ในไทย พ.ศ. 2540 - 2546 ผลิตได้ปีละ 1,300 - 1,500 คน (ตารางที่ 6.1) แต่อีก 10 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2547-2556 จะมีแนวโน้มการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นให้เพียงพอกับความต้องการของประเทศอย่างเร่งด่วน โดยจะผลิตตามแผนการรับปกติ ปีละประมาณ 1,000-1,400 คน และมีแผนเร่งรัดผลิตแพทย์เพิ่มอีกปีละไม่ต่ำกว่า 600 คน ส่วนสถาบันผลิตแพทย์ภาคเอกชนยังมีการผลิตคงเดิม (ตารางที่ 6.2) สำหรับจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในอนาคต ดังตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.1 จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540 - 2546

หน่วย : คน

หน่วยงานผลิต	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	รวม
1. ภาครัฐ	**1,426**	**1,382**	**1,539**	**1,498**	**1,501**	**1,315**	**1,274**	**9,935**
1.1 สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	1,152	1,147	1,169	1,132	1,130	959	911	7,600
1.2 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	150	143	277	272	276	293	301	1,712
1.3 สังกัดหน่วยงานอื่นๆ	124	92	93	94	95	63	62	623
2. ภาคเอกชน	**102**	**100**	**96**	**97**	**77**	**102**	**100**	**674**
รวม	**1,528**	**1,482**	**1,635**	**1,595**	**1,578**	**1,417**	**1,374**	**10,609**

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

หมายเหตุ: 1. เป็นข้อมูลการรับนักศึกษาแพทย์จริง

2. หน่วยงานอื่นๆ หมายถึง วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎและวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 6.2 แผนการรับนักศึกษาแพทย์ของไทย ปีการศึกษา 2547-2556

หน่วย : คน

หน่วยงานผลิต	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	รวม
I. แผนการรับปกติ											
1. ภาครัฐ	**1,324**	**1,358**	**1,338**	**932**	**932**	**932**	**932**	**932**	**932**	**932**	**10,564**
1.1 สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	882	882	882	882	882	882	882	882	882	882	8,820
1.2 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	392	426	426	-	-	-	-	-	-	-	1,244
1.3 สังกัดหน่วยงานอื่นๆ	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	500
2. ภาคเอกชน	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**1,000**
รวมการผลิตตามแผนการรับปกติ	**1,424**	**1,458**	**1,458**	**1,032**	**1,032**	**1,032**	**1,032**	**1,032**	**1,032**	**1,032**	**11,564**
II. แผนเพิ่มการผลิต											
1. ภาครัฐ	**596**	**681**	**721**	**1,215**	**1,215**	**1,250**	**1,250**	**1,250**	**1,250**	**1,250**	**10,678**
1.1 สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	426	476	516	584	584	604	604	604	604	604	5,606
1.2 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	75	75	75	501	501	516	516	516	516	516	3,807
1.3 สังกัดหน่วยงานอื่นๆ	95	130	130	130	130	130	130	130	130	130	1,265
2. ภาคเอกชน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวมการผลิตตามแผนเพิ่มการผลิต	**596**	**681**	**721**	**1,215**	**1,215**	**1,250**	**1,250**	**1,250**	**1,250**	**1,250**	**10,678**
รวมการผลิตทั้งหมด	**2,020**	**2,139**	**2,179**	**2,247**	**2,247**	**2,282**	**2,282**	**2,282**	**2,282**	**2,282**	**22,242**

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

หมายเหตุ: 1. เป็นข้อมูลแผนการรับนักศึกษาแพทย์

2. หน่วยงานอื่นๆ หมายถึง วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎ และวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 6.3 แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2540 - 2549

หน่วย : คน

หน่วยงานผลิต	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	รวม
1. ภาครัฐ	**877**	**1,148**	**1,177**	**1,222**	**1,272**	**1,504**	**1,422**	**1,462**	**1,422**	**1,426**	**12,932**
1.1 สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	852	1,073	1,089	1,124	1,140	1,250	1,206	1,111	1,075	1,074	10,994
1.2 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	-	-	-	8	31	134	137	263	258	262	1,093
1.3 สังกัดหน่วยงานอื่นๆ	25	75	88	90	101	120	79	88	89	90	845
2. ภาคเอกชน	**37**	**30**	**58**	**40**	**66**	**79**	**56**	**91**	**92**	**73**	**622**
รวมทั้งหมด	**914**	**1,178**	**1,235**	**1,262**	**1,338**	**1,583**	**1,478**	**1,553**	**1,514**	**1,499**	**13,554**

ที่มา: แพทยสภาและโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ปีการศึกษา 2540-2546 เป็นจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและมาขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา

2. ปีการศึกษา 2547-2549 เป็นจำนวนแพทย์ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา เป็นการคาดการณ์โดยใช้อัตราการสำเร็จการศึกษาประมาณร้อยละ 95 ของนักศึกษาที่เข้าเรียน

3. สังกัดหน่วยงานอื่นๆ หมายถึง วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎและวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(2) จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงและที่ต้องการ

ใน พ.ศ. 2546 ประเทศไทยมีแพทย์ที่มีชีวิตอยู่และจดทะเบียนไว้กับแพทยสภาทั้งหมด 28,920 คน ใน พ.ศ. 2543 จากการสำมะโนประชากร พบมีแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงประมาณ 22,465 คน[1] คิดเป็นอัตราส่วนแพทย์ : ประชากร 1: 2,750 คน และมีการคาดประมาณว่าใน พ.ศ. 2563 มีแพทย์ทั้งหมด 44,028 - 47,519 คน[2] คิดเป็นอัตราส่วนแพทย์ : ประชากร 1: 1,540 คน ในขณะที่มีความต้องการแพทย์ทั้งหมดประมาณ 44,064 - 50,359 คน[2] (ตารางที่ 6.4) ดังนั้น หากการผลิตแพทย์เป็นไปตามแผนเพิ่มการผลิตและมีสถาบันการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้น ความขาดแคลนแพทย์ในภาพรวมน่าจะหายไปในอีก 20 ปีข้างหน้า **แต่ปัญหาการกระจายคงจะยังมีอยู่**

---

[1] ทักษพล ธรรมรังสี, การศึกษาลักษณะการกระจายบุคลากรสุขภาพในมิติต่างๆ จากการสำมะโนประชากรและการเคหะ ปี พ.ศ. 2543, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

[2] ณิชากร ศิริกนกวิไล, Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand, HRDJ; 1998, Vol.2, No. 3 : 197-209.

ตารางที่ 6.4 คาดประมาณจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2563

พ.ศ.	จำนวนผู้ปฏิบัติงานจริง		
	ต่ำ	สูง	ค่าเฉลี่ย
2543	20,263	21,866	21,065
2548	25,526	27,699	26,608
2553	31,855	34,467	33,161
2558	38,217	41,282	39,750
2563	44,028	47,519	45,774

ที่มา: ณิชากร ศิริกนกวิไล, Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand, HRDJ; 1998, Vol.2, No. 3 : 197-209.

(3) การกระจายแพทย์ตามภูมิศาสตร์

แพทย์โดยส่วนมากกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง และเมืองที่มีความเจริญ อย่างไรก็ดีช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานคร และชนบทมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2522 (ตารางที่ 6.5, ภาพที่ 6.2 และภาพที่ 6.3) จนถึง พ.ศ. 2532 และหลังจาก พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2540 ช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานครและชนบทมีแนวโน้มคงที่และ**แย่ลง** เนื่องมาจากการขยายตัวของสถานพยาบาลภาคเอกชนในเขตเมืองและกรุงเทพมหานครในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ มีแนวโน้มที่การกระจายแพทย์ดีขึ้น แพทย์จากภาคเอกชนมีสัดส่วนลดลง โดยแพทย์ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนและจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในชนบท

ตารางที่ 6.5 การกระจายแพทย์จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545

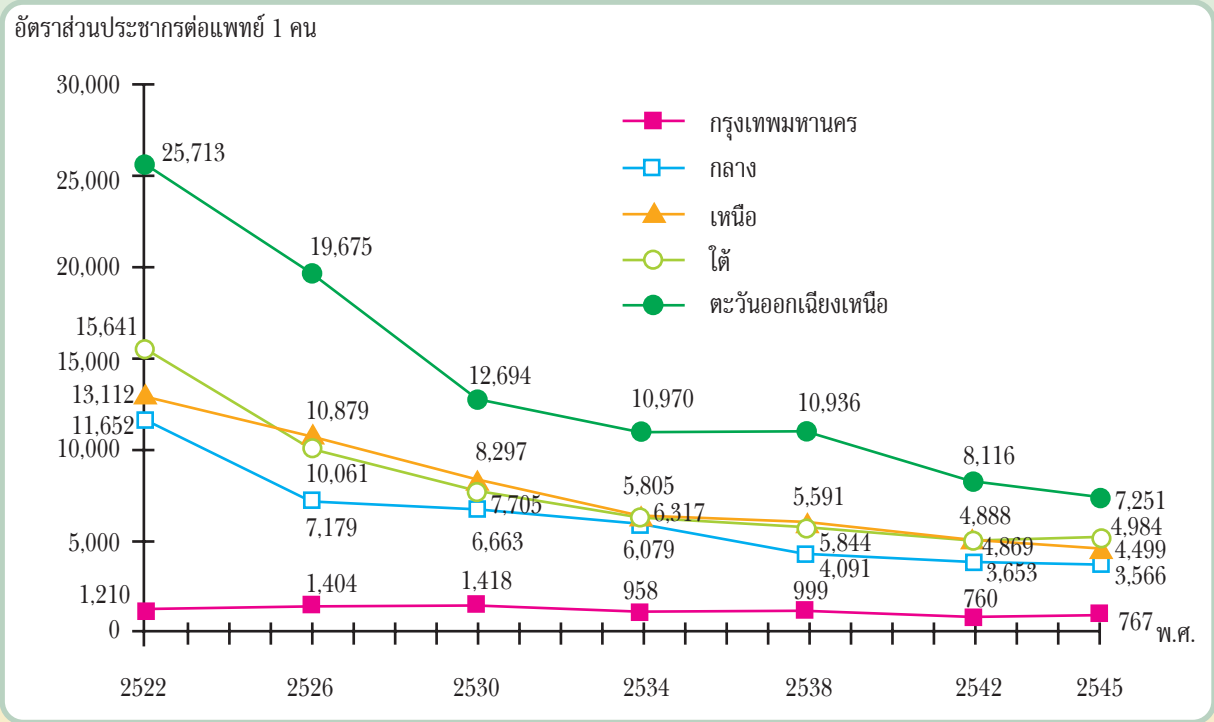
ภาค / ปี	พ.ศ.												
	2522	2524	2526	2528	2530	2532	2534	2536	2538	2540	2542	2544	2545
กรุงเทพมหานคร	4,069	3,927	4,084	3,966	4,211	5,888	5,832	6,191	5,582	7,771	7,438	7,504	7,504
	(1,210)	(1,362)	(1,404)	(1,431)	(1,418)	(1,062)	(958)	(1,045)	(999)	(720)	(760)	(760)	(767)
กลาง	814	1,019	1,387	1,521	1,730	2,008	2,227	2,490	3,309	3,100	3,917	4,315	4,135
	(11,652)	(9,407)	(7,179)	(7,335)	(6,663)	(5,920)	(5,805)	(5,180)	(4,091)	(4,506)	(3,653)	(3,375)	(3,566)
เหนือ	741	815	934	935	1,264	2,021	1,747	1,822	2,037	2,079	2,494	2,699	2,698
	(13,112)	(12,075)	(10,879)	(10,884)	(8,297)	(5,331)	(6,317)	(6,117)	(5,844)	(5,791)	(4,869)	(4,488)	(4,499)
ใต้	362	447	608	865	908	1,165	1,179	1,274	1,369	1,510	1,659	1,612	1,678
	(15,641)	(13,154)	(10,061)	(7,684)	(7,705)	(6,306)	(6,079)	(6,257)	(5,591)	(5,216)	(4,888)	(5,127)	(4,984)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	633	723	889	1,209	1,467	1,631	1,818	1,848	1,884	2,109	2,632	2,817	2,972
	(25,713)	(23,238)	(19,675)	(14,908)	(12,694)	(11,762)	(10,970)	(10,851)	(10,936)	(9,951)	(8,116)	(7,614)	(7,251)
เปรียบเทียบประชากร:แพทย์ระหว่าง กทม. และตะวันออกเฉียงเหนือ	1 : 21.3	1 : 17.1	1 : 14.0	1 : 10.4	1 : 8.9	1 : 11.1	1 : 11.4	1 : 10.4	1 : 10.9	1 : 13.8	1 : 10.7	1 : 10.0	1 : 9.5
รวม	6,619	6,931	7,902	8,496	9,580	12,713	12,803	13,634	14,181	16,569	18,140	18,947	18,987
	(6,956)	(6,847)	(6,259)	(6,083)	(5,595)	(4,361)	(4,426)	(4,297)	(4,180)	(3,649)	(3,395)	(3,277)	(3,295)

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) คือ จำนวนประชากรต่อแพทย์ 1 คน

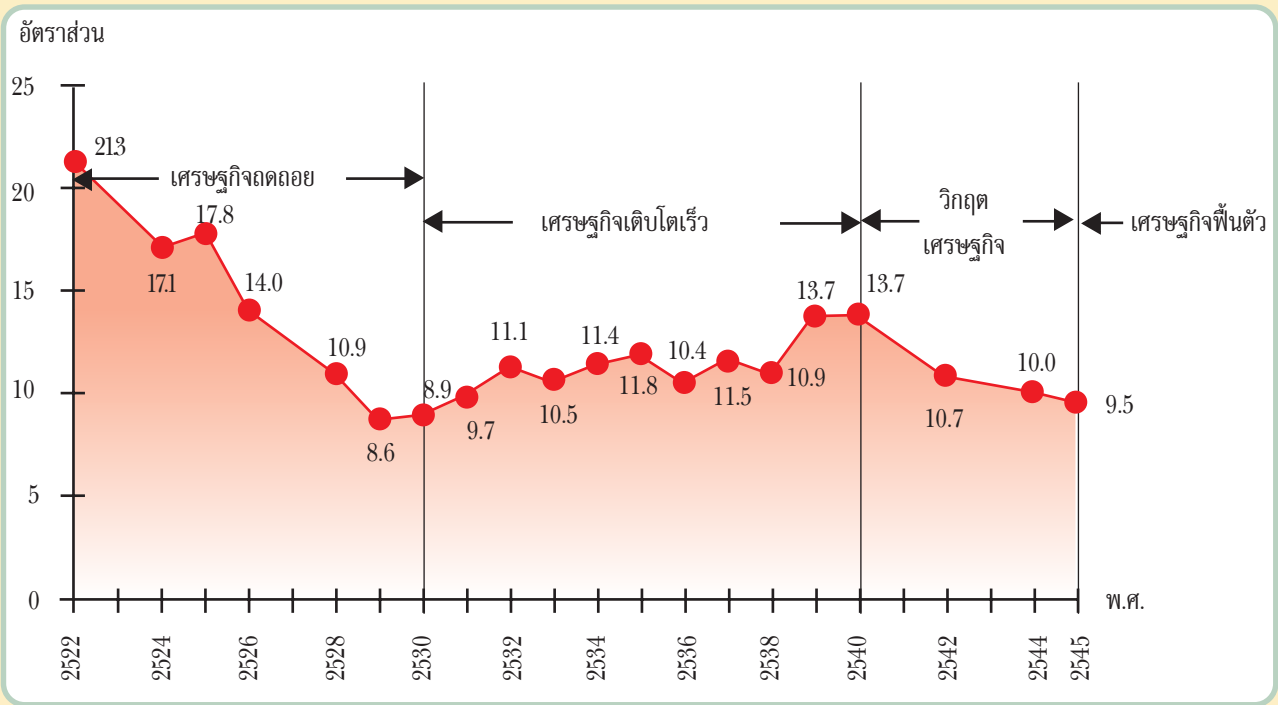
2. ตัวเลขจากการสำรวจน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง ร้อยละ 20
3. ข้อมูล พ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2527 แทน
4. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดย กทม. ได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 44.3 ภาคกลางร้อยละ 60.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.9 และภาคใต้ ร้อยละ 68.3
5. แพทย์ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.2 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.3 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจสถานบริการสุขภาพในกรุงเทพฯ เพียงร้อยละ 44.3 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7

2. แพทย์ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

(4) การกระจายแพทย์ตามสังกัด

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา พบว่า แพทย์สังกัดภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐวิสาหกิจและราชการท้องถิ่น) มีสัดส่วนลดลง จากร้อยละ 93.3 ใน พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 76.3 ใน พ.ศ. 2538 โดยแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 23.7 ใน พ.ศ. 2538

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2545 พบว่า ภาครัฐมีแพทย์ปฏิบัติงาน เป็นร้อยละ 79.0 โดยเพิ่มเฉพาะในกระทรวงสาธารณสุข ขณะเดียวกันแพทย์ในภาคเอกชนซึ่งลดลงในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นร้อยละ 21.0 (ตารางที่ 6.6 และภาพที่ 6.4)

ตารางที่ 6.6 สัดส่วนการกระจายแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545

ปี / สังกัด	จำนวน / ร้อยละ					
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	รวม
2514	1,515	1,832	123	341	274	4,085
	(37.1)	(44.8)	(3.0)	(8.3)	(6.7)	
2516	1,678	2,039	147	357	386	4,607
	(36.4)	(44.2)	(3.2)	(7.7)	(8.4)	
2518	1,922	2,068	143	452	420	5,005
	(38.4)	(41.3)	(2.8)	(9.0)	(8.4)	
2520	2,198	2,575	147	344	526	5,790
	(38.0)	(44.5)	(2.5)	(5.9)	(9.1)	
2522	2,510	2,768	168	433	740	6,619
	(37.9)	(41.8)	(2.5)	(6.5)	(11.2)	
2524	2,987	2,667	175	371	731	6,931
	(43.1)	(38.5)	(2.5)	(5.3)	(10.5)	
2526	3,622	2,806	197	333	890	7,848
	(46.1)	(35.8)	(2.5)	(4.2)	(11.3)	
2528	4,289	2,630	248	363	1,000	8,530
	(50.3)	(30.8)	(2.9)	(4.3)	(11.7)	
2530	4,758	3,086	235	407	1,094	9,580
	(49.7)	(32.2)	(2.5)	(4.2)	(11.4)	
2532	5,396	4,398	640	483	1,796	12,713
	(42.4)	(34.6)	(5.0)	(3.8)	(14.1)	
2534	5,437	4,100	442	517	2,307	12,803
	(42.5)	(32.0)	(3.5)	(4.0)	(18.0)	
2536	5,843	4,152	613	484	2,542	13,634
	(42.8)	(30.5)	(4.5)	(3.5)	(18.6)	

ตารางที่ 6.6 สัดส่วนการกระจายแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545 (ตารางต่อ)

ปี / สังกัด	จำนวน / ร้อยละ					
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	รัฐวิสาหกิจ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	รวม
2538	6,134	3,936	259*	488	3,364	14,181
	(43.3)	(27.8)	(1.8)	(3.4)	(23.7)	
2540	8,026	3,873	933	493	3,244	16,569
	(48.4)	(23.4)	(5.6)	(3.0)	(19.6)	
2542	9,799	3,683	721	534	3,403	18,140
	(54.0)	(20.3)	(4.0)	(3.0)	(18.7)	
2544	10,068	3,568	384	543	4,384	18,947
	(53.1)	(18.8)	(2.0)	(2.9)	(23.1)	
2545	10,444	3,613	374	565	3,991	18,987
	(55.0)	(19.0)	(2.0)	(3.0)	(21.0)	

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) แสดงร้อยละ

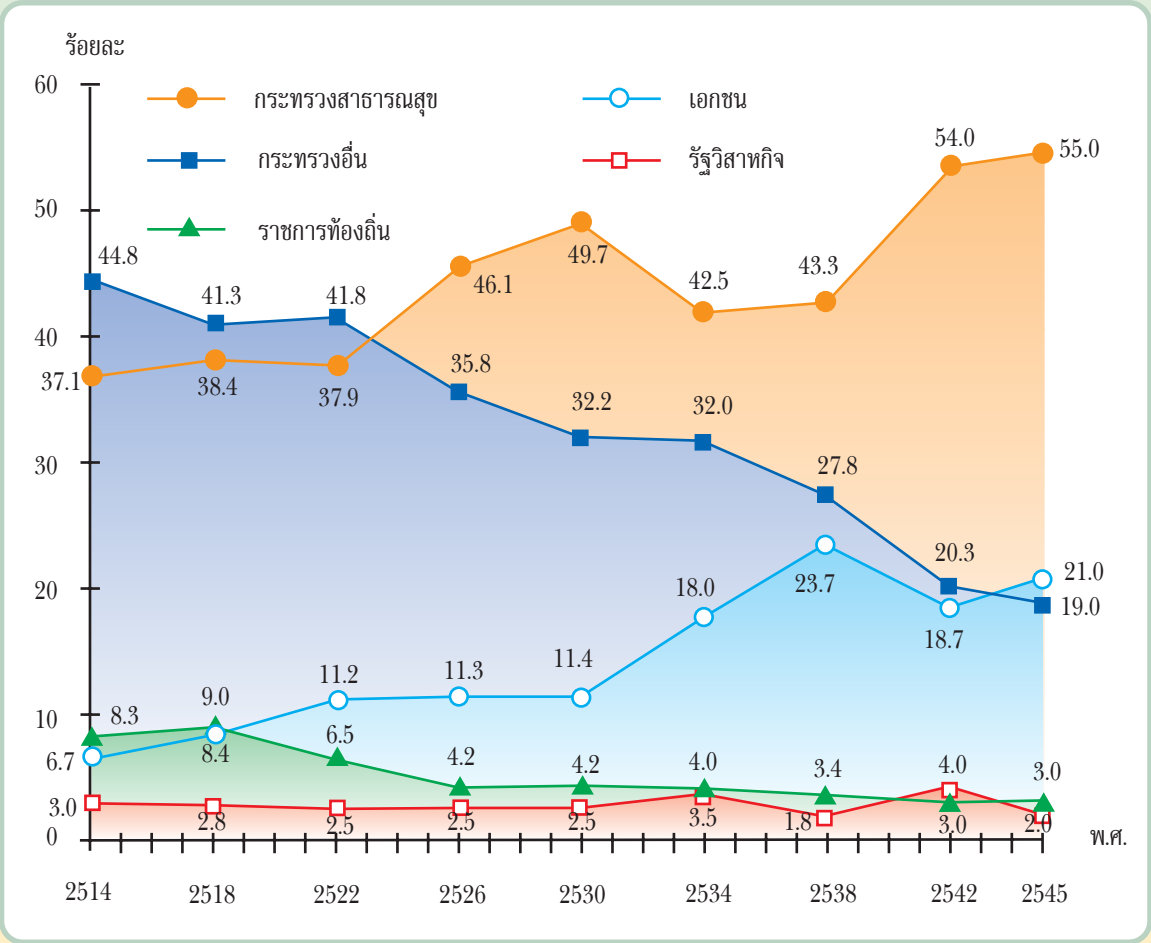
2. พ.ศ. 2538 ไม่มีข้อมูลจาก รพ.จุฬาลงกรณ์

3. พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดยสถานบริการสุขภาพภาครัฐได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 62.5 และสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน ได้รับข้อมูลร้อยละ 77.3

4. พ.ศ. 2545 แพทย์ของโรงพยาบาลจุฬาฯ ย้ายจากรัฐวิสาหกิจและองค์กรอิสระไปไว้ในกระทรวงอื่นๆ

5. แพทย์ในกรุงเทพมหานครสังกัดต่างๆ พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.4 สัดส่วนของแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545

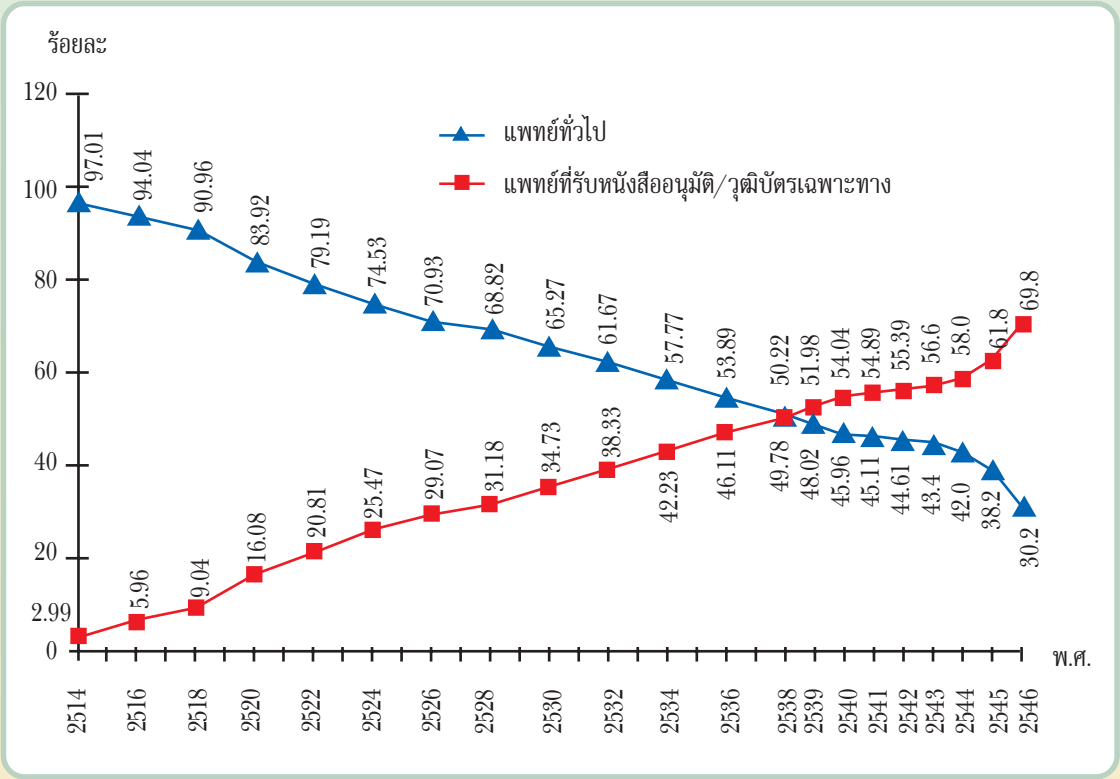


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

(5) การกระจายตามสาขาเฉพาะทาง

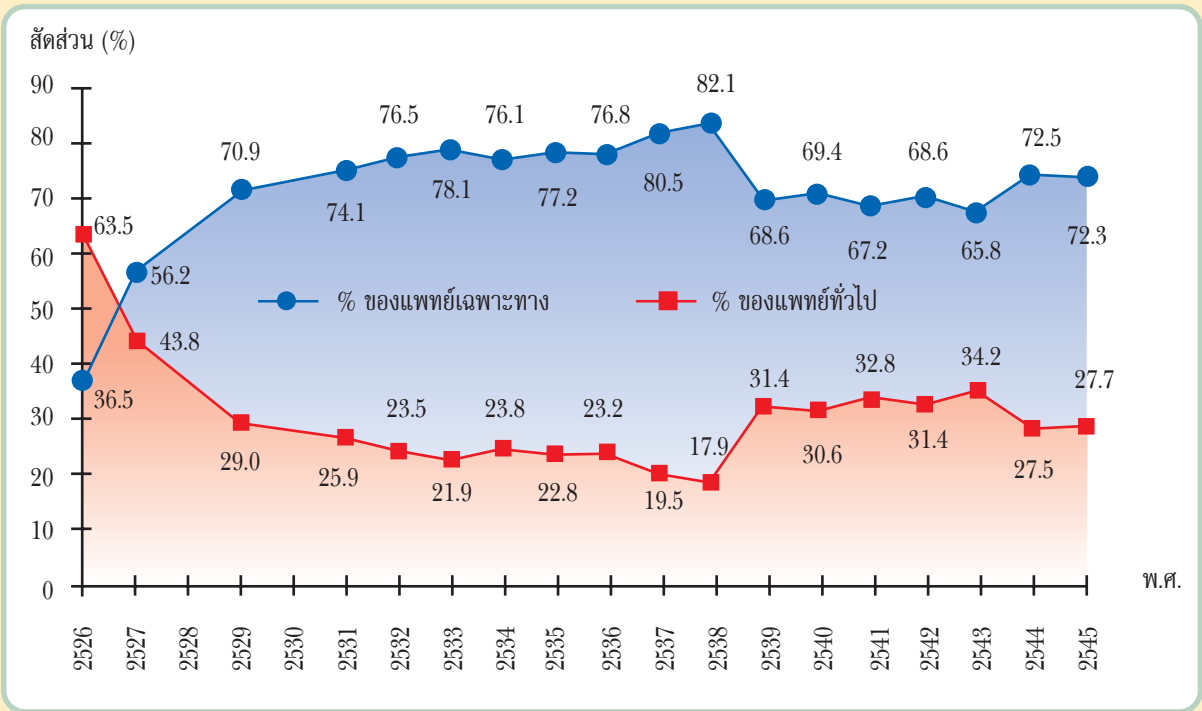
แพทย์ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยใน พ.ศ. 2546 มีแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ รวมกันถึงร้อยละ 69.8 (21,126 คน) (ภาพที่ 6.5) แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า แพทย์ที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เฉพาะทางมีสูงถึงร้อยละ 72.3 (ภาพที่ 6.6) ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากแพทย์ที่ไม่ได้หนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรจากแพทยสภา แต่ประกอบวิชาชีพในฐานะแพทย์เฉพาะทาง

ภาพที่ 6.5 สัดส่วนแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ทั่วไป พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา (นับเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ)

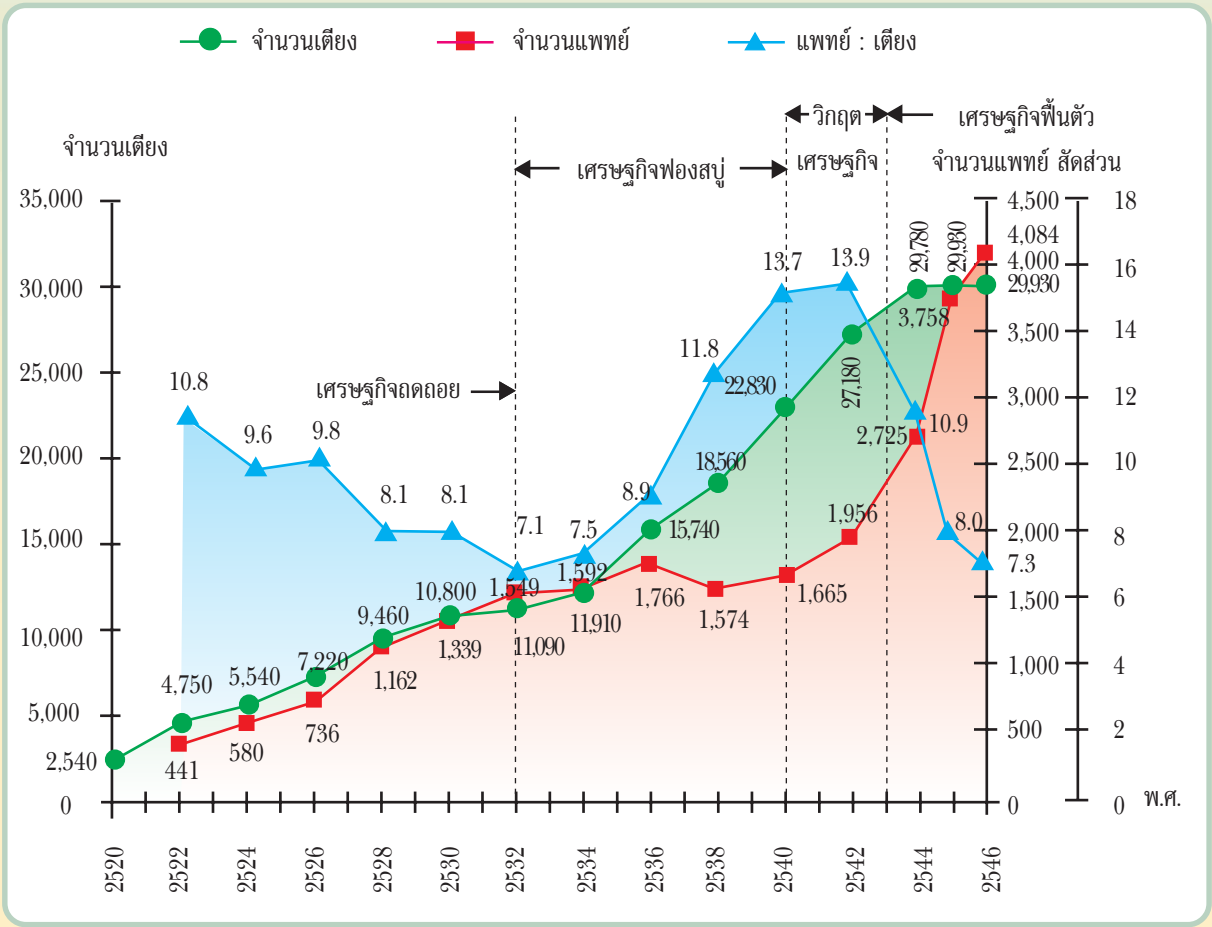
ภาพที่ 6.6 สัดส่วนแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2545 (นับจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงๆ)



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ขณะเดียวกันเมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของการสูญเสียแพทย์ (เมื่อเทียบจำนวนแพทย์จบใหม่) ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่โดยถึงระดับสูงสุดใน พ.ศ. 2539 (ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ) ซึ่งพบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนถึง 21 แห่ง ที่ไม่มีแพทย์ประจำเลย ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 สถานการณ์ดีขึ้นมาก จนเมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวใหม่ใน พ.ศ. 2544 - 2546 สถานการณ์การลาออกของแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขกลับรุนแรงใหม่อีกครั้ง (ตารางที่ 6.7)

ภาพที่ 6.7 จำนวนเตียงและจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป)

หมายเหตุ: ใน พ.ศ. 2544 - 2546 ไม่มีการสำรวจแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน จึงใช้ข้อมูลจากบัญชีถือจ่ายเงินเดือนข้าราชการ (จ 18) ซึ่งมีข้อจำกัดจึงทำให้ตัวเลขสูงกว่าความเป็นจริง

ตารางที่ 6.7 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537 - 2546

ปีงบประมาณ	จำนวนแพทย์						สูญเสียสุทธิ (จำนวน/ร้อยละ)
	เพิ่มขึ้น			ลดลง (ลาออก)			
	จบใหม่	กลับเข้ารับราชการใหม่	รวม	ข้าราชการ	พนักงานของรัฐ	รวม	
2537	526	-	526	42	-	42	42/8.0
2538	576	-	576	260	-	260	260 / 45.1
2539	568	-	568	344	-	344	344 / 60.6
2540	579	30	609	336	-	336	306 / 52.8
2541	618	93	711	299	-	299	206 / 33.3
2542	830	57	887	204	-	204	147 / 17.7
2543	893	98	991	201	-	201	103 / 11.5
2544	883	82	952	193	83	276	194 / 22.0
2545	878	38	916	401	163	564	526 / 59.9
2546	1,013	39	1,052	287	508	795	756 / 74.6

ที่มา: สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

* ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา มติ ครม. ให้กระทรวงสาธารณสุข รับนักเรียนทุนที่จบการศึกษาปี 2542 เป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แทนบรรจุเป็นข้าราชการ

หมายเหตุ: หน่วยงานเจ้าของเรื่องมีการปรับข้อมูลใหม่หมดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538 - ปีงบประมาณ 2546

(6) ภาระงานของแพทย์

หากเทียบกับปริมาณผู้ป่วยที่แพทย์ต้องดูแลในระดับต่างๆ พบว่า แพทย์โรงพยาบาลชุมชน มีภาระมากที่สุดเมื่อเทียบกับแพทย์ในเขตเมือง กทม. และเอกชน (ตารางที่ 6.8)

ตารางที่ 6.8 แสดงภาระงานของแพทย์ พ.ศ. 2545

สังกัด	(1) ผู้ป่วยนอก (คน)	(2) ผู้ป่วยใน (คน)	(3) ผู้ป่วยใน ที่ปรับค่า*	รวมภาระงาน (1) + (3)	แพทย์ (คน)	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ
รพช.	17,831,867	3,305,860	46,282,040	64,113,907	2,732	23,467.8	2.2
รพศ. / รพท.	5,823,778	2,605,672	46,902,096	52,725,874	4,619	11,415.0	1.1
รพ. มหาวิทยาลัย	934,774	303,866	5,469,588	6,404,362	2,576	2,486.2	0.2
รพ. สังกัด กทม.	430,098	81,267	1,462,806	1,892,904	543	3,486.0	0.3
เอกชน	4,025,727	1,535,831	21,501,634	25,527,361	3,572	7,146.5	0.7
รวม	29,046,244	7,832,496	121,618,164	150,664,408	14,042	10,729.6	1.0

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: * การปรับค่าผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแต่ละประเภทเพื่อให้เป็นผลผลิตเดียวกัน โดยกำหนดดังนี้

1. รพช. และ รพ. เอกชน ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 14
2. รพศ. / รพท. รพ. มหาวิทยาลัย และ กทม. ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 18
3. แพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

1.1.2 ทันตแพทย์

(1) การผลิตทันตแพทย์

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตทันตแพทย์ โดยสถาบันการศึกษาภาครัฐเท่านั้น รวมทั้งสิ้น 8 แห่ง การผลิตทันตแพทย์ในปัจจุบันผลิตประมาณปีละ 500 คน (ตารางที่ 6.9) แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จะมีการผลิตเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกปีละ 200 คน (ตารางที่ 6.10) สำหรับจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในอนาคต ดังตารางที่ 6.11

ตารางที่ 6.9 จำนวนการรับนักศึกษาทันตแพทยศาสตร์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540-2547

หน่วยงานผู้ผลิต	ปีการศึกษา								
	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	รวม
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	469	478	460	504	486	502	528	528	3,951

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลการรับนักศึกษาทันตแพทย์จริง

ตารางที่ 6.10 แผนการรับนักศึกษาทันตแพทย์ของไทย ปีการศึกษา 2548-2557

หน่วยงานผลิต	ปีการศึกษา										
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	รวม
1. แผนการรับปกติของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	513	513	513	533	533	533	533	533	533	533	5,270
2. แผนเพิ่มการผลิตของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2,000
รวม	713	713	713	733	733	733	733	733	733	733	7,270

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลแผนการรับนักศึกษาทันตแพทย์

ตารางที่ 6.11 จำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2540-2549

หน่วยงานผู้ผลิต	ปีการศึกษา										
	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	รวม
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	318	358	332	349	383	420	423	437	479	462	3,961

ที่มา: ทันตแพทยสภา

หมายเหตุ: 1. ปีการศึกษา 2540 - 2546 เป็นจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและมาขึ้นทะเบียนกับทันตแพทยสภา

2. ปีการศึกษา 2547 - 2549 เป็นจำนวนทันตแพทย์ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษาเป็นการคาดการณ์โดยใช้อัตราการสำเร็จการศึกษาประมาณร้อยละ 95 ของนักศึกษาที่เข้าเรียน

(2) จำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงและที่ต้องการ

ใน พ.ศ. 2546 มีทันตแพทย์รวมทั้งสิ้น 8,178 คน (ทันตแพทยสภา, 2546) ปฏิบัติงานจริงประมาณ 7,828 คน[3] และมีการคาดประมาณว่า ใน พ.ศ. 2558 มีทันตแพทย์รวม 10,323 คน[4] ในขณะที่ความต้องการทันตแพทย์มีประมาณ 8,924 - 9,768 คน[4] จึงเพียงพอกับความต้องการหรืออาจมีโอกาสเกินความต้องการได้ในอนาคต (ตารางที่ 6.12)

---

[3] รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2546, กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

[4] ดวงใจ เล็กสมบูรณ์, Supply Projections for Dentists, Thailand (2000-2030), HRDJ ; 2000, Vol.4, No.2: 94-105.

ตารางที่ 6.12 คาดประมาณจำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานและสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร พ.ศ. 2543 - 2573

พ.ศ.	จำนวนผู้ปฏิบัติงานจริง	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร
2543	6,021	10,350
2548	7,651	8,603
2553	9,118	7,625
2558	10,323	7,114
2563	11,354	6,501
2568	12,119	6,276
2573	12,652	6,072

ที่มา: ดวงใจ เล็กสมบูรณ์, Supply Projections for Dentists, Thailand (2000-2030) HRDJ: 2000, Vol.4, No. 2: 94-105.

(3) การกระจายทันตแพทย์ตามภูมิศาสตร์

ทันตแพทย์ส่วนมากกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด ช่องว่างระหว่างกรุงเทพมหานคร และภาคต่างๆ ก็มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเดียวกับการกระจายแพทย์ (ตารางที่ 6.13 และภาพที่ 6.8 - 6.9)

กรมอนามัยได้ทำการสำรวจการกระจายของทันตแพทย์ จำแนกตามภาคใน พ.ศ. 2542 -2546 พบเช่นเดียวกันกับการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข แต่สัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ต่ำกว่าถึง 1.5 - 2.2 เท่า เนื่องจากสำรวจได้ครอบคลุมกว่า และพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีการขาดแคลนทันตแพทย์รุนแรงสูงสุด โดยมีสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์สูงกว่า กทม. ถึง 15 เท่า ในช่วง พ.ศ. 2544 - 2546 (ตารางที่ 6.14)

ตารางที่ 6.13 การกระจายทันตแพทย์จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545

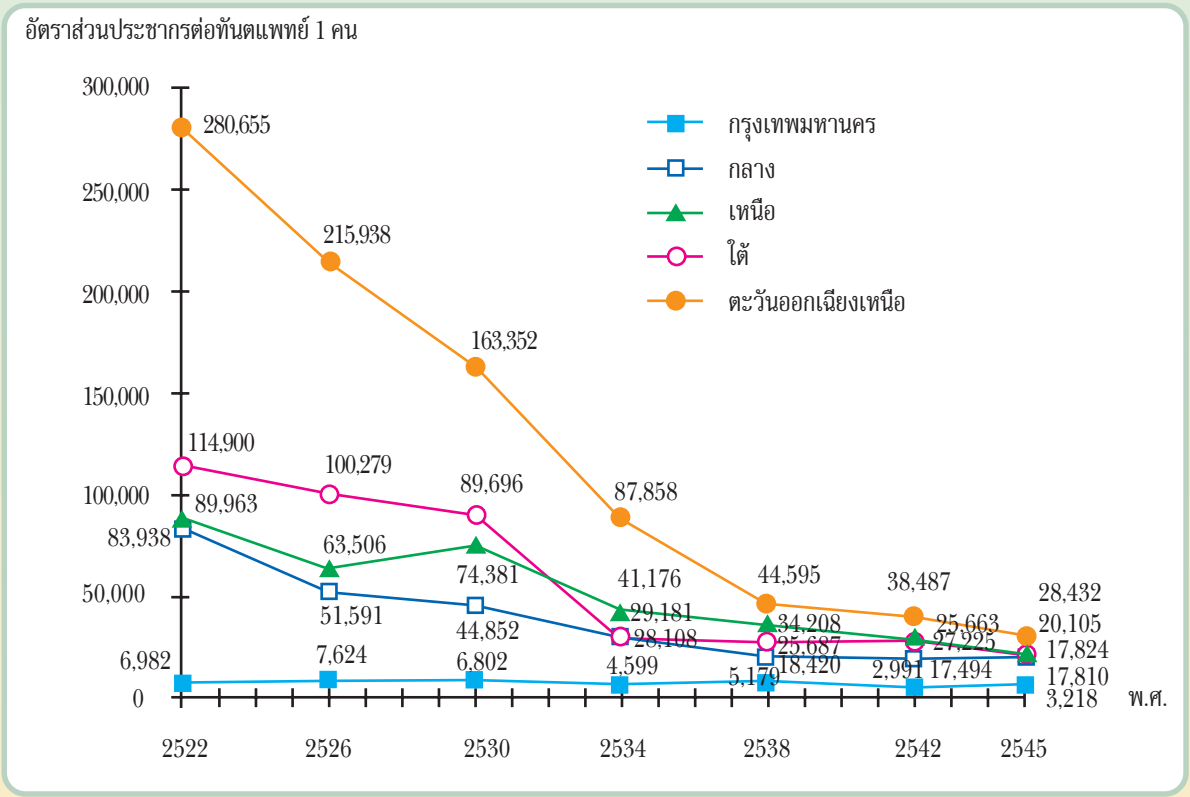
ภาค / ปี	พ.ศ.												
	2522	2524	2526	2528	2530	2532	2534	2536	2538	2540	2542	2544	2545
กรุงเทพมหานคร	705	676	752	797	878	1,085	1,215	1,331	1,077	1,651	1,891	1,788	1,788
	(6,982)	(7,914)	(7,624)	(7,123)	(6,802)	(5,766)	(4,599)	(4,861)	(5,179)	(3,389)	(2,991)	(3,190)	(3,218)
กลาง	113	152	193	206	257	369	443	526	735	657	818	878	828
	(83,938)	(63,066)	(51,591)	(54,155)	(44,852)	(32,213)	(29,181)	(24,612)	(18,420)	(21,263)	(17,494)	(16,588)	(17,810)
เหนือ	108	110	160	168	141	220	268	295	348	398	446	577	681
	(89,963)	(89,464)	(63,506)	(60,577)	(74,381)	(48,969)	(41,176)	(37,780)	(34,208)	(30,248)	(27,225)	(20,993)	(17,824
ใต้	38	57	61	69	78	179	255	246	298	248	316	414	416
	(114,900)	(103,158)	(100,279)	(96,333)	(89,696)	(41,044)	(28,108)	(32,406)	(25,687)	(31,760)	(25,663)	(19,963)	(20,105)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	58	83	81	86	114	254	227	388	462	460	555	660	758
	(280,655)	(202,422)	(215,938)	(209,581)	(163,352)	(75,526)	(87,858)	(51,680)	(44,595)	(45,622)	(38,487)	(32,499)	(28,432)
เปรียบเทียบประชากร : ทันตแพทย์ ระหว่าง กทม. และตะวันออกเฉียงเหนือ	1: 40.2	1 : 25.6	1 : 28.3	1 : 29.4	1 : 24.0	1 : 13.1	1 : 19.1	1 : 10.6	1 : 8.6	1 : 13.5	1 : 12.9	1 : 10.2	1 : 8.8
รวม	1,022	1,078	1,247	1,326	1,468	2,107	2,408	2,786	2,920	3,414	4,026	4,317	4,471
	(45,074)	(44,024)	(39,662)	(38,975)	(36,516)	(26,315)	(23,531)	(21,028)	(20,301)	(17,711)	(15,295)	(14,384)	(13,991)

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) คือ จำนวนประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คน

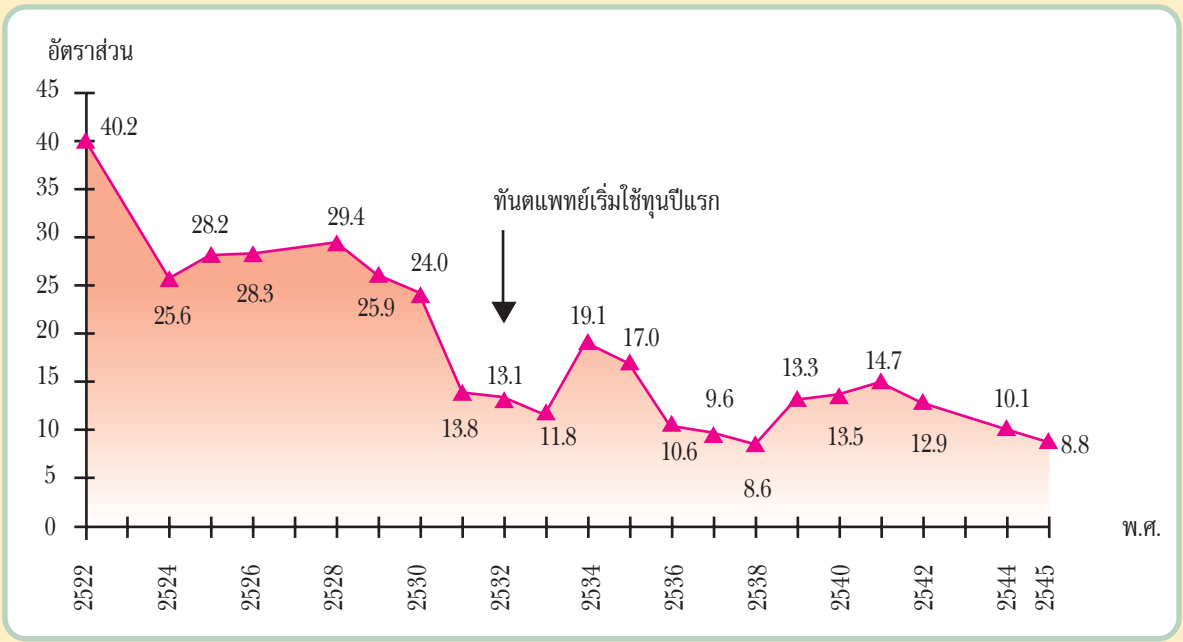
2. ตัวเลขจากการสำรวจน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง ร้อยละ 40
3. ข้อมูล พ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2527 แทน
4. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดย กทม. ได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 44.3 ภาคกลางร้อยละ 60.9 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.9 และภาคใต้ ร้อยละ 68.3
5. ทันตแพทย์ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.8 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.9 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจสถานบริการสุขภาพในกรุงเทพฯ เพียงร้อยละ 44.3 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7

2. ทันตแพทย์ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ตารางที่ 6.14 การกระจายของทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2546

ภาค	2542	2543	2544	2545	2546
กรุงเทพมหานคร	3,279 (1:1,722)	3,331 (1:1,690)	3,538 (1:1,605)	3,802 (1:1,506)	3,965 (1:1,458)
ภาคกลาง	1,110 (1:12,864)	1,191 (1:12,042)	1,256 (1:11,524)	1,277 (1:11,474)	1,318 (1:11,259)
ภาคเหนือ	813 (1:14,956)	838 (1:14,468)	892 (1:13,566)	900 (1:13,471)	925 (1:13,137)
ภาคใต้	551 (1:14,640)	581 (1:14,032)	614 (1:13,383)	600 (1:13,852)	626 (1:13,443)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	761 (1:28,005)	854 (1:25,034)	875 (1:24,462)	972 (1:22,112)	994 (1:21,739)
เปรียบเทียบประชากร : ทันตแพทย์ ระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	16.3	14.7	15.2	14.7	14.9
รวม	**6,514 (1:9,436)**	**6,795 (1:9,074)**	**7,175 (1:8,624)**	**7,551 (1:8,252)**	**7,828 (1:8,022)**

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542-2546, กรมอนามัย

(4) การกระจายทันตแพทย์ตามสังกัด

การกระจายทันตแพทย์ตามสังกัดในช่วงทศวรรษที่ผ่านมานั้น พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐวิสาหกิจและราชการท้องถิ่น) จะมีสัดส่วนลดลง และภาคเอกชนจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ จำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มจาก ร้อยละ 3.8 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 25.4 ใน พ.ศ. 2538 ในขณะที่ภาครัฐมีสัดส่วนลดลงจาก ร้อยละ 96.2 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 74.6 ใน พ.ศ. 2538 (ตารางที่ 6.15)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2545 ทันตแพทย์ในภาครัฐเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 88.4 โดยเพิ่มในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนมีความครอบคลุมของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 99.0 และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเหลือ ร้อยละ 96.0 ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 6.10) โดยคาดว่าจะมีอัตราการสูญเสียลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.06 ใน พ.ศ. 2547 (ภาพที่ 6.11)

กรมอนามัยได้ทำการสำรวจการกระจายของทันตแพทย์จำแนกตามสังกัดใน พ.ศ. 2542 - 2546 พบผลตรงกันข้ามกับรายงานทรัพยากรสาธารณสุข ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของการได้รับรายงานทรัพยากรสาธารณสุขต่ำมากประมาณ ร้อยละ 60 กล่าวคือ ทันตแพทย์ในภาครัฐมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 49.0 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 46.8 ใน พ.ศ. 2546 ขณะที่ภาคเอกชนมีสัดส่วนสูงกว่าภาครัฐ คือ ร้อยละ 51.0 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 53.2 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 6.16)

ตารางที่ 6.15 สัดส่วนการกระจายทันตแพทย์ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545

ปี / สังกัด	จำนวน / ร้อยละ					
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	รวม
2514	146	296	20	49	20	531
	(27.5)	(55.7)	(3.8)	(9.2)	(3.8)	
2516	171	327	20	52	26	596
	(28.7)	(54.9)	(3.3)	(8.7)	(4.4)	
2518	187	337	24	69	35	652
	(28.7)	(51.7)	(3.7)	(10.6)	(5.3)	
2520	230	416	34	82	53	815
	(28.2)	(51.0)	(4.2)	(10.1)	(6.5)	
2522	289	513	47	82	47	978
	(29.5)	(52.4)	(4.8)	(8.4)	(4.8)	
2524	401	420	41	97	98	1,057
	(37.9)	(39.7)	(3.9)	(9.2)	(9.3)	
2526	469	504	52	97	125	1,247
	(37.6)	(40.4)	(4.2)	(7.8)	(10.0)	
2528	581	503	79	134	154	1,451
	(40.0)	(34.7)	(5.4)	(9.2)	(10.6)	
2530	618	484	85	85	196	1,468
	(42.1)	(33.0)	(5.8)	(5.8)	(13.3)	
2532	852	623	79	143	410	2,107
	(40.4)	(29.6)	(3.7)	(6.8)	(19.5)	
2534	1,020	612	76	156	544	2,408
	(42.4)	(25.4)	(3.1)	(6.5)	(22.6)	
2536	1,201	728	76	125	656	2,786
	(43.1)	(26.1)	(2.7)	(4.5)	(23.5)	
2538	1,420	574	77	108	741	2,920
	(48.6)	(19.6)	(2.6)	(3.7)	(25.4)	
2540	2,064	658	31	195	466	3,414
	(60.5)	(19.3)	(0.9)	(5.7)	(13.6)	
2542	2,660	652	63	141	510	4,026
	(66.1)	(16.2)	(1.6)	(3.5)	(12.6)	
2544	3,014	520	86	133	564	4,317
	(69.8)	(12.0)	(2.0)	(3.1)	(13.1)	
2545	3,130	578	85	161	517	4,471
	(70.0)	(12.9)	(1.9)	(3.6)	(11.6)	

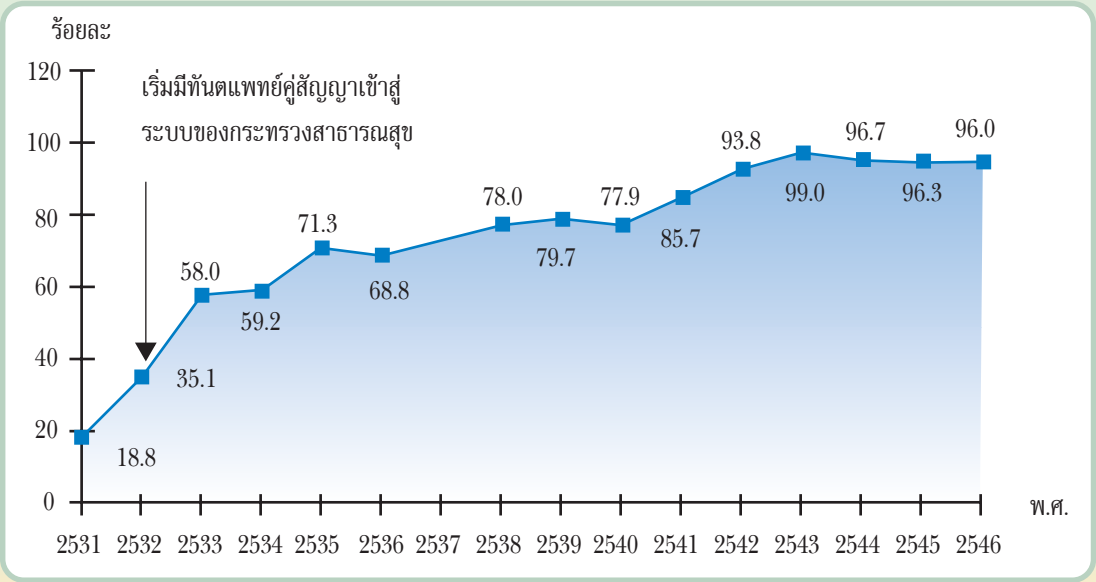
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) แสดงร้อยละ

2. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดยสถานบริการสุขภาพภาครัฐได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 62.5 และสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 77.3

3. ทันตแพทย์ในกรุงเทพมหานครสังกัดต่างๆ พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.10 ร้อยละความครอบคลุมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546

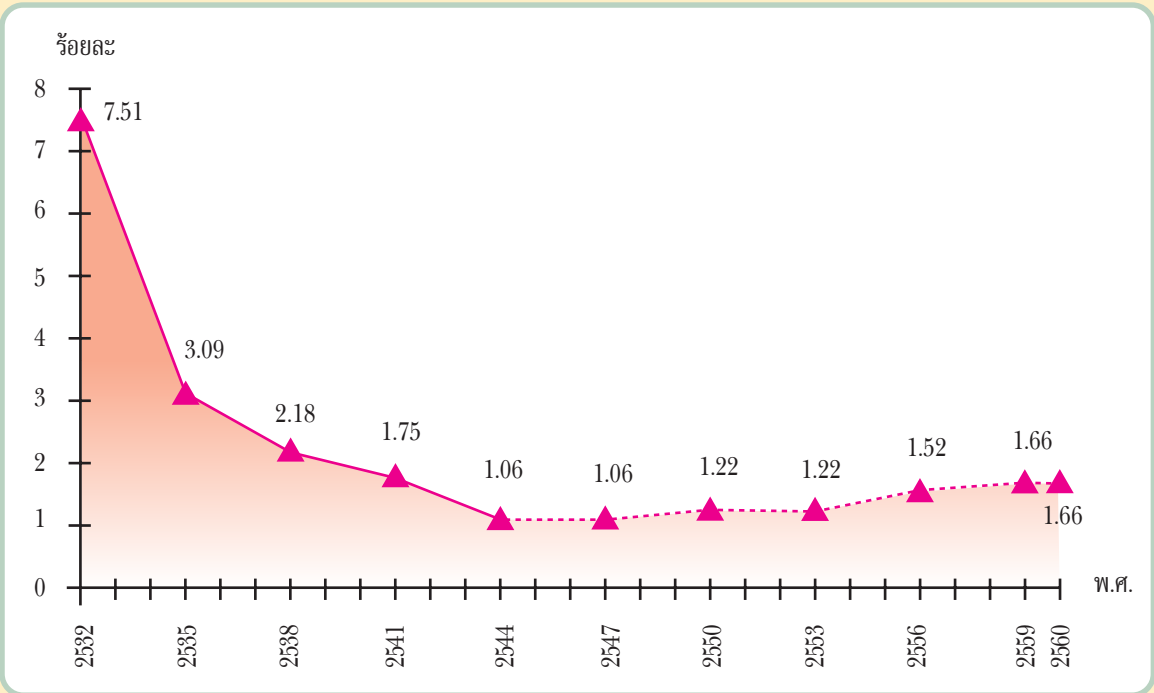


ที่มา: พ.ศ. 2531-2540 ได้จาก ท.พ.บุญฤทธิ์ สุวรรณโนภาส และคณะ, การวิเคราะห์ปัญหาและการปรับปรุงโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์, 2541

พ.ศ. 2541-2543 ได้จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

พ.ศ. 2544-2546 ได้จาก ท.ญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ, ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ ในพื้นที่ชนบทขาดแคลน, 2546

ภาพที่ 6.11 ร้อยละความสูญเสียทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2560



ที่มา: พ.ศ. 2532-2541 ได้จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

พ.ศ. 2544-2560 ได้จาก ท.พ.บุญฤทธิ์ สุวรรณโนภาส, การคาดประมาณจำนวนทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน, 2543

ตารางที่ 6.16 การกระจายทันตแพทย์ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2546

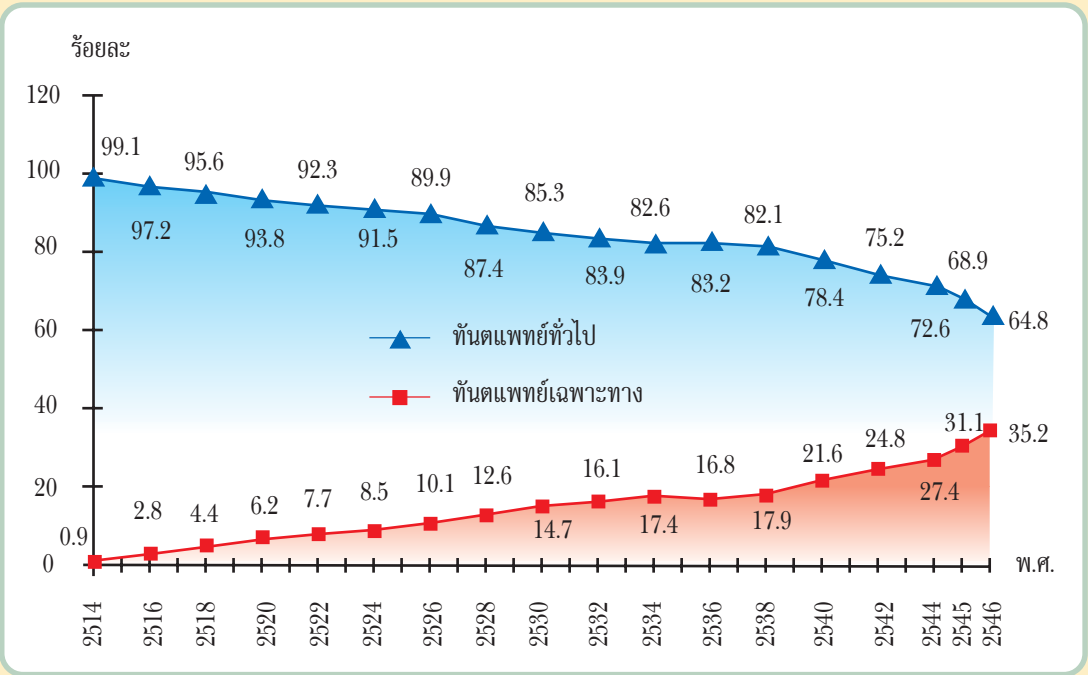
พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ท้องถิ่น	เอกชน	รวม
2542	1,912	1,112	43	126	3,321	6,514
	(29.3)	(17.1)	(0.7)	(1.9)	(51.0)	
2543	2,095	1,134	48	133	3,385	6,795
	(30.8)	(16.7)	(0.7)	(2.0)	(49.8)	
2544	2,249	1,089	51	129	3,657	7,175
	(31.3)	(15.2)	(0.7)	(1.8)	(51.0)	
2545	2,443	1,045	51	129	3,883	7,551
	(32.4)	(13.8)	(0.7)	(1.7)	(51.4)	
2546	2,452	1,039	52	123	4,162	7,828
	(31.3)	(13.3)	(0.6)	(1.6)	(53.2)	

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย

(5) การกระจายทันตแพทย์ตามสาขาเฉพาะทาง

ทันตแพทย์ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา โดยใน พ.ศ. 2546 มีทันตแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 35.2 ของทันตแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6.12)

ภาพที่ 6.12 สัดส่วนทันตแพทย์เฉพาะทางและทันตแพทย์ทั่วไป พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กองทันตสาธารณสุข, กันยายน 2546

1.1.3 เภสัชกร

(1) การผลิตเภสัชกร

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันการผลิตเภสัชกร ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 13 แห่ง โดยเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 11 แห่ง และเอกชน 2 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 1 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยบูรพาจะเริ่มผลิตเภสัชกร

การผลิตเภสัชกรในช่วง พ.ศ. 2540 - 2549 พบว่า มีแผนการผลิตเภสัชกรเพิ่มขึ้นในภาครัฐเล็กน้อย แต่ในภาคเอกชนกลับเริ่มมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เป็นต้นไป จากปีละประมาณ 300 คน เหลือปีละประมาณ 220 คน (ตารางที่ 6.17) สำหรับจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในอนาคต ดังตารางที่ 6.18

ตารางที่ 6.17 จำนวนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์และแผนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540-2549

หน่วยงานผู้ผลิต	ปีการศึกษา										
	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	รวม
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	1,016	1,055	1,070	1,173	1,219	1,307	1,472	1,582	1,582	1,582	13,058
ภาคเอกชน	294	294	304	314	290	270	220	220	220	220	2,646
รวม	**1,310**	**1,349**	**1,374**	**1,487**	**1,509**	**1,577**	**1,692**	**1,802**	**1,802**	**1,802**	**15,704**

ที่มา: สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

หมายเหตุ: 1. ปีการศึกษา 2540 - 2545 เป็นข้อมูลรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์จริง

2. ปีการศึกษา 2546 - 2549 เป็นข้อมูลแผนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์

ตารางที่ 6.18 จำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2540-2549

หน่วยงานผู้ผลิต	ปีการศึกษา										
	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	รวม
สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	657	700	807	868	959	965	815	1,114	1,158	1,242	9,285
ภาคเอกชน	106	176	140	159	262	199	145	298	276	257	2,018
รวม	**763**	**876**	**947**	**1,027**	**1,221**	**1,164**	**960**	**1,412**	**1,434**	**1,499**	**11,303**

ที่มา: สภาเภสัชกรรม

หมายเหตุ: 1. ปีการศึกษา 2540 - 2546 เป็นจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาและมาขึ้นทะเบียนกับสภาเภสัชกรรม

2. ปีการศึกษา 2547 - 2549 เป็นจำนวนเภสัชกรคาดว่าจะสำเร็จการศึกษา เป็นการคาดการณ์ โดยใช้อัตราการสำเร็จการศึกษาประมาณร้อยละ 95 ของนักศึกษาที่เข้าเรียน

(2) การปฏิบัติงานของเภสัชกร

พ.ศ. 2546 มีเภสัชกรที่ขึ้นทะเบียน 17,903 คน (สภาเภสัชกรรม, 2546) ปฏิบัติงานจริงประมาณ 13,836 คน[5] โดยคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2558 จะมีเภสัชกรประมาณ 25,124 คน[5] ซึ่งต่ำกว่าความต้องการของประเทศ 6,915 - 9,122 คน[5]

ในอนาคตความต้องการเภสัชกรจะขึ้นกับระบบบริการสุขภาพและการบังคับให้มีเภสัชกรในร้านขายยา หากเป็นเช่นปัจจุบัน (ไม่บังคับให้มีเภสัชกรในทุกร้านขายยาและโรงพยาบาล / คลินิกแพทย์ ยังมีการจำหน่ายยา) มีแนวโน้มที่จะมีเภสัชกรเกินความต้องการในอนาคตอันใกล้

(3) การกระจายเภสัชกรตามภูมิศาสตร์

เภสัชกรส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด อย่างไรก็ดีช่องว่างระหว่างภูมิภาคต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเดียวกับแพทย์และทันตแพทย์ (ตารางที่ 6.19 และภาพที่ 6.13 - 6.14)

(4) การกระจายเภสัชกรตามสังกัด

การกระจายเภสัชกรตามสังกัดในช่วงทศวรรษที่ผ่านมานั้น พบว่า ใน พ.ศ. 2514-2528 เภสัชกรครึ่งหนึ่ง (ประมาณ 50%) ปฏิบัติงานในภาคเอกชน โดยทำงานประจำโรงงานผลิตยา บริษัทนำเข้าและร้านขายยา ขณะที่ภาครัฐมีเภสัชกรปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 43.0 - 50.9 เท่านั้น แต่เมื่อรัฐได้มีนโยบายให้มีการปฏิบัติงานชดใช้ทุนของนักศึกษาเภสัชกร ทำให้เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเป็นร้อยละ 48.9 ใน พ.ศ. 2538 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.8 ใน พ.ศ. 2545 ขณะที่ภาคเอกชนมีเภสัชกรปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 32.2 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 10.8 ใน พ.ศ. 2545 (ดังตารางที่ 6.20 และ ภาพที่ 6.15)

---

[5] นิภา ปายะนันท์, Future Human Resources Balance for Pharmacy and Health Consumer Protection Services in Thailand, HRDJ; 1998, Vol.2 No.2:129-141.

ตารางที่ 6.19 การกระจายเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545

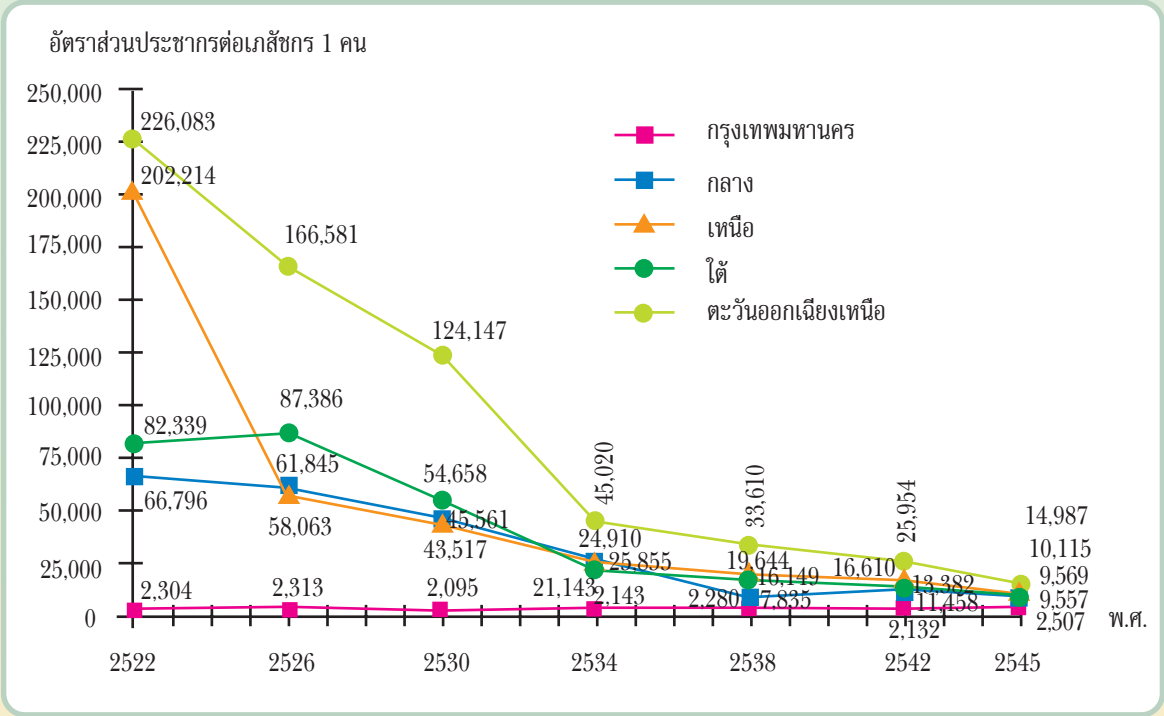
ภาค / ปี	พ.ศ.												
	2522	2524	2526	2528	2530	2532	2534	2536	2538	2540	2542	2544	2545
กรุงเทพมหานคร	2,136	2,295	2,479	2,762	2,850	2,445	2,608	2,717	2,446	2,847	2,653	2,295	2,295
	(2,304)	(2,331)	(2,313)	(2,055)	(2,095)	(2,559)	(2,143)	(2,381)	(2,280)	(1,965)	(2,132)	(2,485)	(2,507)
กลาง	142	143	161	175	253	408	500	615	1,728	1,145	1,249	1,426	1,543
	(66,796)	(67,035)	(61,845)	(63,748)	(45,561)	(29,134)	(25,855)	(21,050)	(7,835)	(12,201)	(11,458)	(10,213)	(9,557)
เหนือ	28	51	175	188	241	375	443	490	606	757	731	1,093	1,200
	(202,214)	(192,961)	(58,063)	(54,133)	(43,517)	(28,729)	(24,910)	(22,745)	(19,644)	(15,903)	(16,610)	(11,082)	(10,115)
ใต้	118	114	70	74	128	256	339	416	474	507	606	851	874
	(82,339)	(51,579)	(87,386)	(89,824)	(54,658)	(28,699)	(21,143)	(19,163)	(16,149)	(15,535)	(13,382)	(9,712)	(9,569)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	72	77	105	113	150	341	443	483	613	685	823	1,193	1,438
	(226,083)	(218,195)	(166,581)	(159,504)	(124,147)	(56,257)	(45,020)	(41,515)	(33,610)	(30,636)	(25,954)	(17,979)	(14,987)
เปรียบเทียบประชากร : เภสัชกรระหว่าง กทม. และ ตะวันออกเฉียงเหนือ	1: 98.1	1 : 93.6	1 : 72.0	1 : 77.6	1 : 59.3	1 : 22.0	1 :21.0	1 : 17.4	1 : 14.7	1 : 15.6	1 : 12.2	1 : 7.2	1 : 6.0
รวม	2,496	2,603	2,990	3,312	3,622	3,825	4,333	4,721	5,867	5,941	6,062	6,858	7,350
	(18,455)	(18,232)	(16,541)	(15,604)	(14,800)	(14,496)	(13,077)	(12,409)	(12,409)	(10,178)	(10,158)	(9,054)	(8,511)

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) คือ จำนวนประชากรต่อเภสัชกร 1 คน

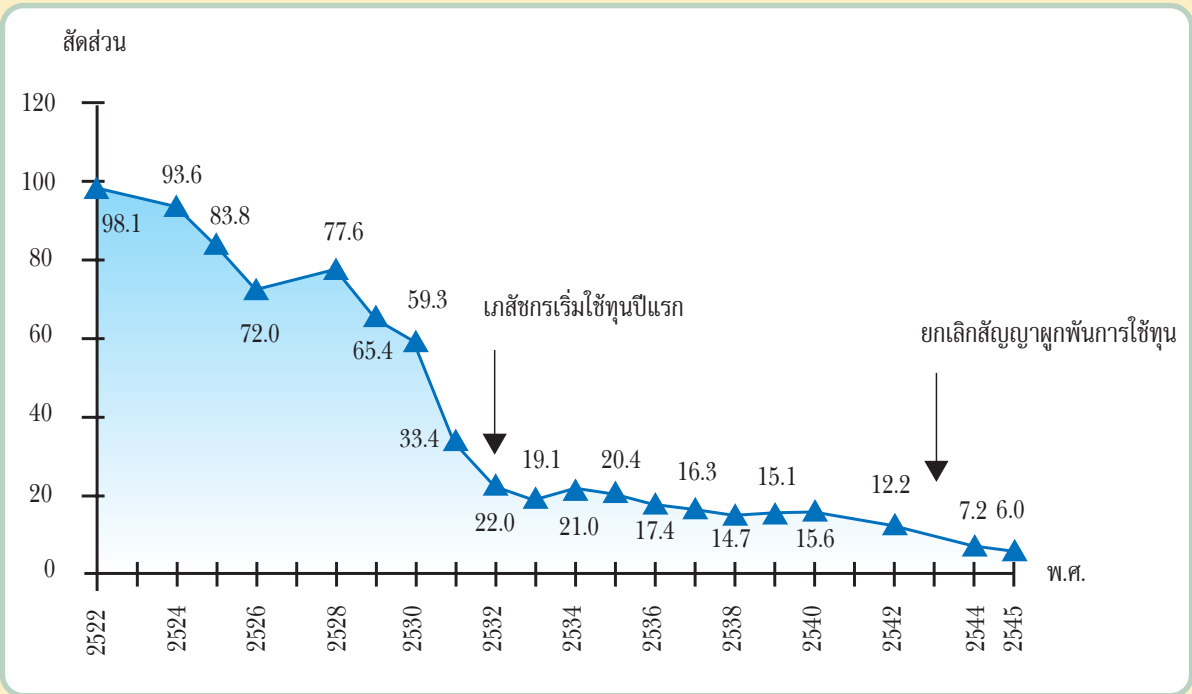
2. ตัวเลขจากการสำรวจน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง ร้อยละ 50
3. ข้อมูล พ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2527 แทน
4. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดย กทม. ได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 44.3 ภาคกลางร้อยละ 60.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.9 และภาคใต้ ร้อยละ 68.3
5. เภสัชกรในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.13 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.14 สัดส่วนประชากรต่อเภสัชกรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจสถานบริการสุขภาพในกรุงเทพฯ เพียงร้อยละ 44.3 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7

2. เภสัชกรในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ตารางที่ 6.20 สัดส่วนการกระจายเภสัชกร จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545

ปี / สังกัด	จำนวน / ร้อยละ					
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	รวม
2514	298	280	68	32	899	1,577
	(18.9)	(17.8)	(4.3)	(2.0)	(57.0)	
2516	307	299	73	31	917	1,627
	(18.9)	(18.4)	(4.5)	(1.9)	(56.4)	
2518	345	366	85	58	1,059	1,913
	(18.0)	(19.1)	(4.4)	(3.0)	(55.4)	
2520	415	398	105	59	1,259	2,236
	(18.6)	(17.8)	(4.7)	(2.6)	(56.3)	
2522	569	446	135	73	1,273	2,496
	(22.8)	(17.9)	(5.4)	(2.9)	(51.0)	
2524	616	419	153	68	1,424	2,680
	(22.9)	(15.6)	(5.7)	(2.5)	(53.1)	
2526	748	451	175	68	1,548	2,990
	(25.0)	(15.1)	(5.9)	(2.3)	(51.8)	
2528	1,133	310	216	60	1,657	3,376
	(33.6)	(9.2)	(6.4)	(1.8)	(49.1)	
2530	1,372	393	236	78	1,543	3,622
	(37.9)	(10.8)	(6.5)	(2.2)	(42.6)	
2532	1,431	516	238	109	1,531	3,825
	(37.4)	(13.5)	(6.2)	(2.8)	(40.0)	
2534	1,759	626	240	116	1,592	4,333
	(40.6)	(14.4)	(5.5)	(2.7)	(36.7)	
2536	2,012	685	253	87	1,684	4,721
	(42.6)	(14.5)	(5.4)	(1.8)	(35.7)	
2538	2,869	719	284	106	1,889	5,867
	(48.9)	(12.3)	(4.8)	(1.8)	(32.2)	
2540	3,835	344	344	117	1,301	5,941
	(64.5)	(5.8)	(5.8)	(2.0)	(21.9)	
2542	4,534	352	101	124	951	6,062
	(74.8)	(5.8)	(1.7)	(2.0)	(15.7)	
2544	5,465	381	113	115	784	6,858
	(79.7)	(5.6)	(1.6)	(1.7)	(11.4)	
2545	6,012	286	123	132	797	7,350
	(81.8)	(3.9)	(1.7)	(1.8)	(10.8)	

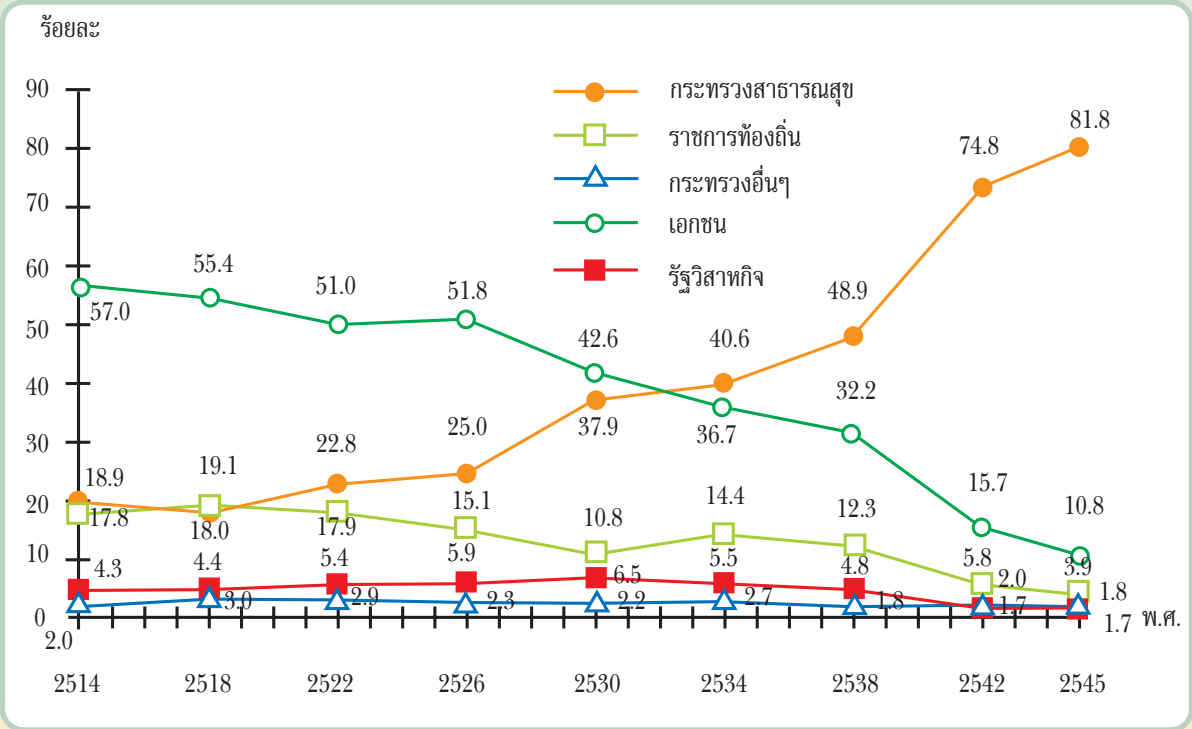
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) แสดงร้อยละ

2. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดยสถานบริการสุขภาพภาครัฐได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 62.5 และสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 77.3

3. เภสัชกรในกรุงเทพมหานครสังกัดต่างๆ พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.15 สัดส่วนของเภสัชกร จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

1.1.4 พยาบาลวิชาชีพ

(1) การผลิตพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันที่ผลิตพยาบาล รวมทั้งสิ้น 64 แห่ง ใน 7 สังกัด โดยเป็น กระทรวงศึกษาธิการ 13 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข 35 แห่ง กระทรวงกลาโหม 3 แห่ง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 1 แห่ง กรุงเทพมหานคร 1 แห่ง สภากาชาดไทย 1 แห่ง และสถาบันการศึกษาภาคเอกชน 10 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 2 แห่ง จะเริ่มผลิตพยาบาลวิชาชีพ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การผลิตพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา สถาบันการผลิตภาครัฐ ยกเว้นกระทรวงศึกษาธิการ มีการวางแผนการผลิตเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มการผลิตเพิ่มขึ้นอีกปีละ 1,000 คน จากแผนการผลิตเดิมที่ผลิตเพียงปีละ 1,500 คน เนื่องจากยังไม่เพียงพอกับความต้องการ (ตารางที่ 6.21) สำหรับจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในอนาคต ดังตารางที่ 6.22

ใน พ.ศ. 2533 กระทรวงสาธารณสุขได้ผลิตพยาบาลเทคนิคขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลชั่วคราว แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ได้งดการผลิตพยาบาลเทคนิคและเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพแทนเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ตารางที่ 6.21 แผนการรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540-2557

หน่วยงานผู้ผลิต	ปีการศึกษา																		รวม
	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	
1. ภาครัฐ																			
1.1 สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	1,842	2,020	1,639	1,376	1,353	1,435	1,455	1,725	1,725	1,725	1,725	1,755	1,755	1,755	1,755	1,755	1,755	1,755	30,305
1.2 กระทรวงสาธารณสุข	3,725	3,725	1,500	2,000	2,000	1,700	1,700	1,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	2,500	42,850
1.3 สังกัดหน่วยงานอื่นๆ	564	581	545	528	465	490	490	405	685	685	685	685	685	685	685	685	685	685	10,918
2. ภาคเอกชน	610	610	610	610	610	755	755	875	975	975	975	975	975	975	975	975	975	975	15,185
รวม	**6,741**	**6,936**	**4,294**	**4,514**	**4,428**	**4,380**	**4,400**	**4,505**	**5,885**	**5,885**	**5,885**	**5,915**	**5,915**	**5,915**	**5,915**	**5,915**	**5,915**	**5,915**	**99,258**

ที่มา: 1. ปีการศึกษา 2540 - 2546 รวบรวมจากแผนการผลิตของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา หน่วยงานอื่นๆ และสถาบันการผลิตพยาบาลของภาคเอกชน

2. ปีการศึกษา 2547 - 2557 ได้จากสภาการพยาบาล

หมายเหตุ: 1. หน่วยงานอื่นๆ หมายถึง วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม, สภากาชาดไทย, กรุงเทพมหานครและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2. ปีการศึกษา 2544 - 2547 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจงดรับนักศึกษาพยาบาล แต่จะเริ่มรับใหม่ตั้งแต่ ปีการศึกษา 2548 เป็นต้นไป

ตารางที่ 6.22 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาและคาดว่าจะสำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2540-2549

หน่วยงานผู้ผลิต	ปีการศึกษา										รวม
	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	
1. ภาครัฐ											
1.1 สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	1,674	1,808	1,722	2,099	1,511	1,722	1,561	1,285	1,363	1,382	16,127
1.2 กระทรวงสาธารณสุข	1,616	1,950	3,726	3,535	3,202	1,499	1,943	1,900	1,615	1,615	22,601
1.3 สังกัดหน่วยงานอื่นๆ	589	618	580	600	600	469	458	442	466	466	5,288
2. ภาคเอกชน	321	364	430	507	589	629	768	580	717	717	5,622
รวม	**4,200**	**4,740**	**6,458**	**6,741**	**5,902**	**4,319**	**4,730**	**4,207**	**4,161**	**4,180**	**49,638**

ที่มา: สภาการพยาบาลและสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ปีการศึกษา 2540 - 2546 เป็นจำนวนพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา

2. ปีการศึกษา 2547 - 2549 เป็นจำนวนพยาบาลที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา เป็นการคาดการณ์ โดยใช้อัตราการสำเร็จการศึกษาประมาณร้อยละ 95 ของนักศึกษาที่เข้าเรียน

3. หน่วยงานอื่นๆ หมายถึง วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม, สภากาชาดไทย, กรุงเทพมหานครและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

(2) การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

พ.ศ. 2545 มีพยาบาลวิชาชีพขึ้นทะเบียน 113,718 คน (สภาการพยาบาล, 2546) มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานจริง จำนวน 76,578 - 91,602 คน[6] และมีการคาดประมาณว่าใน พ.ศ. 2558 มีพยาบาลวิชาชีพ 120,197 - 173,321 คน ในขณะที่มีความต้องการพยาบาลประมาณ 137,997-142,366 คน[6] ซึ่งคาดว่าจำนวนพยาบาลวิชาชีพจะใกล้เคียงกับความต้องการในอนาคต

(3) การกระจายพยาบาลวิชาชีพตามภูมิศาสตร์

พยาบาลส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด การกระจายของพยาบาลวิชาชีพก็มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใกล้เคียงกับแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร (ดังตารางที่ 6.23 และภาพที่ 6.16 - 6.17)

(4) การกระจายพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด

การกระจายพยาบาลตามสังกัดในช่วงทศวรรษที่ผ่านมานั้น ภาครัฐจะมีสัดส่วนที่ลดลง กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพในภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐวิสาหกิจและราชการท้องถิ่น) ลดลงจากร้อยละ 93.2 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 85.8 ใน พ.ศ. 2538 แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในภาครัฐเพิ่มเป็นร้อยละ 89.5 ใน พ.ศ. 2540 ขณะที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนลดลงเป็นร้อยละ 10.5 และเมื่อภาคเอกชนได้ปรับตัวหลังวิกฤตเศรษฐกิจทำให้พยาบาลปฏิบัติงานในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.7-12.6 ใน พ.ศ. 2542 - 2545 (ตารางที่ 6.24 และภาพที่ 6.18)

---

[6] ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ, Supply and Requirement Projection of Professional Nurse in Thailand over the next two Decades(1995-2015 A.D.) 1998, vol.2, No.3: 210-220

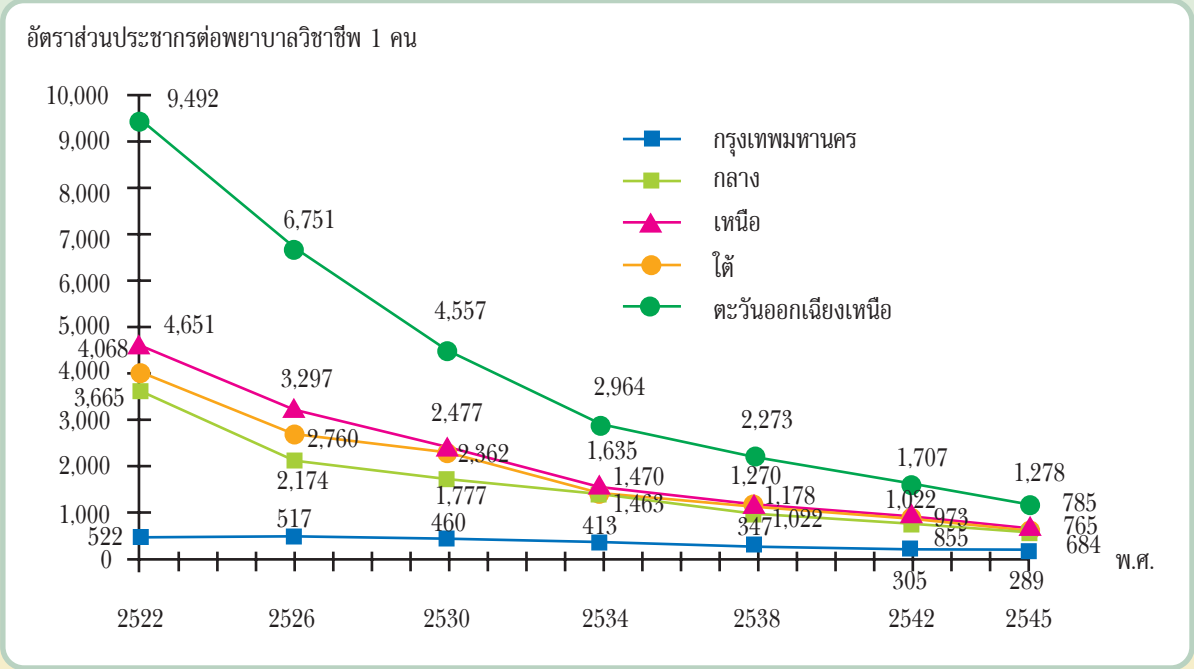
ตารางที่ 6.23 การกระจายพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522-พ.ศ. 2545

ภาค / ปี	พ.ศ.												
	2522	**2524**	**2526**	**2528**	**2530**	**2532**	**2534**	**2536**	**2538**	**2540**	**2542**	**2544**	**2545**
กรุงเทพมหานคร	9,428	10,826	11,096	11,831	12,982	14,338	13,514	14,979	16,089	15,190	18,543	19,889	19,889
	(522)	(494)	(517)	(480)	(460)	(436)	(413)	(432)	(347)	(368)	(305)	(287)	(289)
กลาง	2,588	2,954	4,580	5,032	6,488	7,368	8,795	10,526	13,240	13,915	16,738	19,437	21,545
	(3,665)	(3,245)	(2,174)	(2,217)	(1,777)	(1,613)	(1,470)	(1,230)	(1,022)	(1,004)	(855)	(749)	(684)
เหนือ	2,089	2,548	3,082	3,313	4,234	4,620	6,747	7,823	9,370	10,130	11,882	14,149	15,456
	(4,651)	(3,862)	(3,297)	(3,072)	(2,477)	(2,332)	(1,635)	(1,425)	(1,270)	(1,188)	(1,022)	(856)	(785)
ใต้	1,392	1,415	2,216	2,423	2,962	4,138	4,900	5,694	6,498	7,290	8,332	10,247	10,993
	(4,068)	(4,155)	(2,760)	(2,743)	(2,362)	(1,775)	(1,463)	(1,400)	(1,178)	(1,080)	(973)	(807)	(765)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,715	1,931	2,591	3,420	4,086	5,251	6,729	7,649	9,065	9,841	12,513	14,320	16,860
	(9,492)	(8,701)	(6,751)	(5,270)	(4,557)	(3,653)	(2,964)	(2,621)	(2,273)	(2,132)	(1,707)	(1,498)	(1,278)
เปรียบเทียบประชากร : พยาบาลวิชาชีพ ระหว่าง กทม. และตะวันออกเฉียงเหนือ	1: 18.2	1: 17.6	1: 13.1	1: 11.0	1: 9.9	1: 8.4	1: 7.2	1: 6.1	1: 6.6	1: 5.8	1:5.6	1: 5.2	1: 4.4
รวม	**17,212**	**19,674**	**23,565**	**26,019**	**30,752**	**37,515**	**40,685**	**46,671**	**54,262**	**56,366**	**68,008**	**78,042**	**84,683**
	(2,676)	**(2,412)**	**(2,099)**	**(1,986)**	**(1,743)**	**(1,478)**	**(1,255)**	**(1,255)**	**(1,092)**	**(1,073)**	**(905)**	**(796)**	**(739)**

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

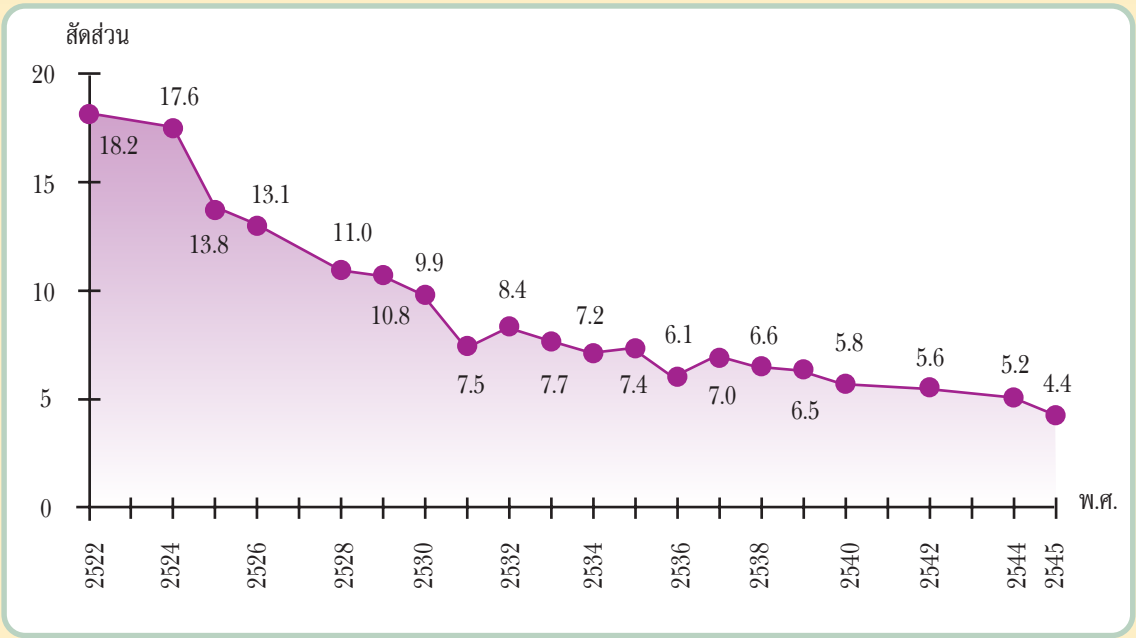
หมายเหตุ:
1. ตัวเลขใน ( ) คือ จำนวนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ 1 คน
2. ข้อมูล พ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2527 แทน
3. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดย กทม. ได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 44.3 ภาคกลางร้อยละ 60.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7 ภาคเหนือร้อยละ 74.9 และภาคใต้ ร้อยละ 68.3
4. พยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.16 อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.17 สัดส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเทียบกับกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจสถานบริการสุขภาพในกรุงเทพฯ เพียงร้อยละ 44.3 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7

2. พยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

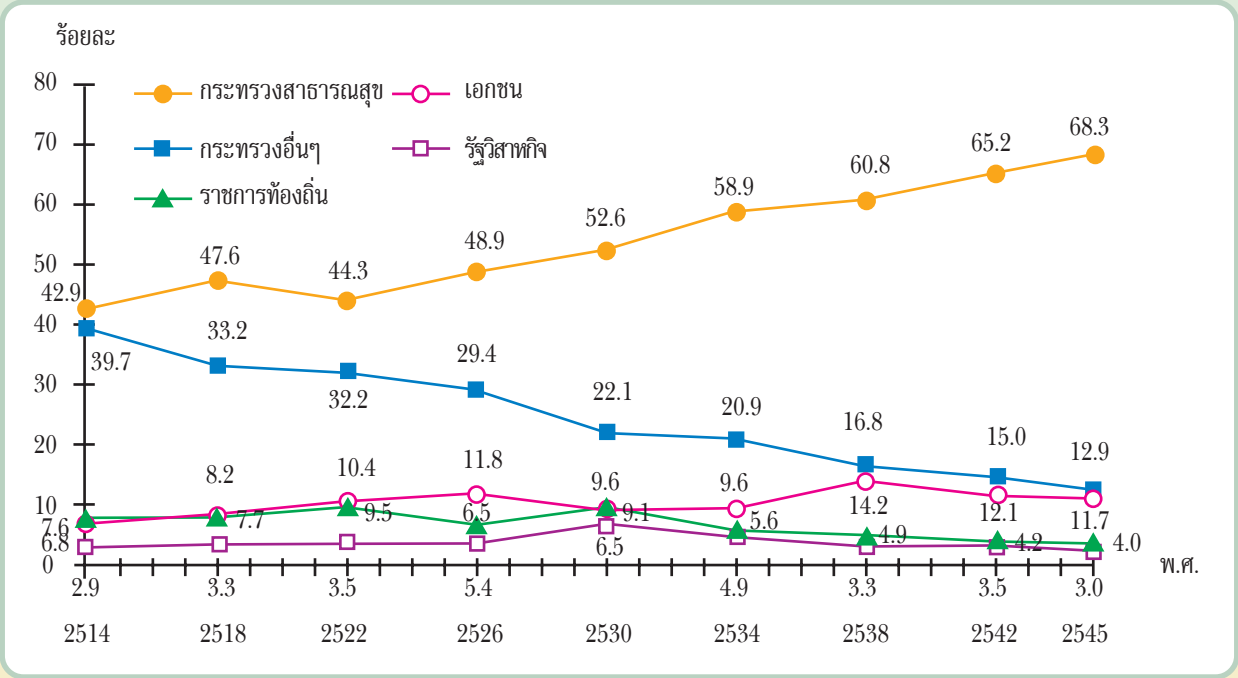
ตารางที่ 6.24 สัดส่วนการกระจายพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545

ปี / สังกัด	จำนวน / ร้อยละ					
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	รวม
2514	4,016	3,720	274	713	637	9,360
	(42.9)	(39.7)	(2.9)	(7.6)	(6.8)	
2516	4,757	3,708	409	761	927	10,562
	(45.0)	(35.1)	(3.9)	(7.2)	(8.8)	
2518	6,021	4,203	415	982	1,037	12,658
	(47.6)	(33.2)	(3.3)	(7.7)	(8.2)	
2520	6,462	5,588	550	1,099	1,532	15,231
	(42.4)	(36.7)	(3.6)	(7.2)	(10.1)	
2522	7,630	5,544	605	1,638	1,794	17,211
	(44.3)	(32.2)	(3.5)	(9.5)	(10.4)	
2524	8,526	6,370	680	1,525	2,498	19,599
	(43.5)	(32.5)	(3.5)	(7.8)	(12.7)	
2526	11,537	6,935	791	1,522	2,780	23,565
	(48.9)	(29.4)	(3.4)	(6.5)	(11.8)	
2528	16,036	5,462	1,958	1,683	2,880	28,019
	(57.2)	(19.5)	(6.9)	(6.0)	(10.3)	
2530	16,169	6,797	2,002	2,975	2,809	30,752
	(52.6)	(22.1)	(6.5)	(9.6)	(9.1)	
2532	19,423	10,849	2,103	2,000	3,140	37,515
	(51.8)	(28.9)	(5.6)	(5.3)	(8.4)	
2534	23,996	8,540	1,986	2,263	3,900	40,685
	(58.9)	(20.9)	(4.9)	(5.6)	(9.6)	
2536	28,088	9,117	2,072	2,539	4,855	46,671
	(60.2)	(19.5)	(4.4)	(5.4)	(10.4)	
2538	32,976	9,148	1,816	2,643	7,679	54,262
	(60.8)	(16.8)	(3.3)	(4.9)	(14.2)	
2540	37,087	9,099	2,017	2,220	5,943	56,366
	(65.8)	(16.1)	(3.6)	(3.9)	(10.5)	
2542	44,333	10,247	2,359	2,825	8,244	68,008
	(65.2)	(15.0)	(3.5)	(4.2)	(12.1)	
2544	51,450	11,240	2,564	2,917	9,871	78,042
	(65.9)	(14.4)	(3.3)	(3.7)	(12.6)	
2545	57,804	10,934	2,574	3,427	9,944	84,683
	(68.3)	(12.9)	(3.0)	(4.0)	(11.7)	

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ:
1. ตัวใน ( ) แสดงร้อยละ
2. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดยสถานบริการสุขภาพภาครัฐได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 62.5 และสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 77.3
3. พยาบาลวิชาชีพในกรุงเทพมหานครสังกัดต่างๆ พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.18 สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

(5) ภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ

หากเทียบกับปริมาณผู้ป่วยนอกพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน มีภาระงานสูงมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลในเขตเมืองและ กทม. (ตารางที่ 6.25)

ตารางที่ 6.25 แสดงภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2545

สังกัด	(1) ผู้ป่วยนอก (คน)	(2) ผู้ป่วยใน (คน)	(3) ผู้ป่วยใน ที่ปรับค่า*	รวมภาระงาน (1)+ (3)	พยาบาล วิชาชีพ (คน)	ภาระงานต่อ พยาบาล วิชาชีพ	ดัชนี เปรียบเทียบ
รพช.	17,831,867	3,305,860	46,282,040	64,113,907	22,744	2,818.9	1.3
รพศ. / รพท.	5,823,778	2,605,672	46,902,096	52,725,874	25,083	2,102.1	1.0
รพ. มหาวิทยาลัย	934,774	303,866	5,469,588	6,404,362	8,496	753.8	0.3
รพ. สังกัด กทม.	430,098	81,267	1,462,806	1,892,904	2,917	648.9	0.3
เอกชน	4,025,727	1,535,831	21,501,634	25,527,361	9,702	2,631.1	1.2
รวม	**29,046,244**	**7,832,496**	**121,618,164**	**150,664,408**	**68,942**	**2,185.4**	**1.0**

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. *การปรับค่าผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแต่ละประเภท เพื่อให้เป็นผลผลิตเดียวกัน โดยกำหนดดังนี้

รพช. และ รพ. เอกชน ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 14

รพศ. / รพท. รพ. มหาวิทยาลัย และ กทม. ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 18

2. พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

1.1.5 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

(1) จำนวน

ใน พ.ศ. 2546 มีสถานีอนามัยทั้งประเทศจำนวน 9,765 แห่ง มีเจ้าหน้าที่รวมทั้งสิ้น 28,839 คน (พ.ศ. 2546) เฉลี่ยสถานีอนามัยละ 3.0 คน ในอนาคตคาดว่า พ.ศ. 2558 จะมีความต้องการประมาณ 56,937 คน[7] หรือเฉลี่ยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ดูแลประชาชน 600 คน ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีความสามารถในการผลิตกำลังคนดังกล่าวในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร 7 แห่ง และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 35 แห่ง รวมจำนวนที่ผลิตได้ปีละประมาณ 5,000 คน และไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเพียงประมาณ 1,500 คน / ปี เท่านั้น ในปัจจุบันเริ่มมีพยาบาลวิชาชีพและทันตาภิบาลไปอยู่ในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ และในอนาคตจะเริ่มมีแพทย์ไปอยู่ประจำด้วย โดยเฉพาะสถานีอนามัยในเขตชุมชน

(2) การกระจายตามภูมิศาสตร์

อัตราส่วนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต่อประชากรมีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1 : 2,421 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 1 : 1,762 คน ใน พ.ศ. 2546 โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางและภาคใต้มากที่สุด อย่างไรก็ดี ช่องว่างระหว่างภาคต่างๆ ก็มีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 6.26)

---

[7] อำพล จินดาวัฒนะ, รายงานการศึกษาวิจัยความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า กลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขระดับต้นในชุมชน, 2540

ตารางที่ 6.26 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546

ภาค	จำนวนและอัตราส่วนต่อประชากร								
	พ.ศ. 2530	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546
กลาง	4,217	7,724	7,917	8,928	9,017	8,769	8,150	8,027	7,604
	(1:1,833)	(1:1,125)	(1:1,109)	(1:1,207)	(1:1,180)	(1:1,059)	(1:1,453)	(1:1,470)	(1:1,552)
เหนือ	3,233	5,734	6,826	6,970	7,167	7,068	6,558	6,456	6,043
	(1:2,387)	(1:1,512)	(1:1,293)	(1:1,389)	(1:1,349)	(1:1,292)	(1:1,572)	(1:1,603)	(1:1,713)
ใต้	2,318	4,628	5,038	5,152	5,264	5,146	4,843	4,761	4,463
	(1:2,064)	(1:1,161)	(1:1,079)	(1:1,129)	(1:1,127)	(1:1,141)	(1:1,378)	(1:1,416)	(1:1,511)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,573	9,114	10,430	10,236	10,569	10,248	9,693	9,591	9,015
	(1:3,167)	(1:1,785)	(1:1,582)	(1:1,681)	(1:1,655)	(1:1,666)	(1:1,938)	(1:1,971)	(1:2,097)
เปรียบเทียบประชากร : เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ระหว่างภาคกลางและตะวันออกเฉียงเหนือ	1:1.73	1:1.59	1:1.43	1:1.39	1:1.40	1:1.57	1:1.3	1:1.3	1:1.4
รวม	14,341	27,200	30,211	31,286	32,017	31,231	29,244	28,835	27,125
	(1:2,421)	(1:1,434)	(1:1,309)	(1:1,390)	(1:1,366)	(1:1,324)	(1:1,628)	(1:1,657)	(1:1,762)

ที่มา: พ.ศ. 2530 - 2543 ได้จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
พ.ศ. 2544 - 2546 ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) แสดงจำนวนประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาลต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

2. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นไป ข้อมูลเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นข้อมูลตามบัญชีถือจ่าย เงินเดือนข้าราชการ (จ.18) ของสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3. ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาล ในปี 2544 ใช้ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2544 และ พ.ศ. 2545 - 2546 ใช้ข้อมูล ณ 1 มกราคม 2546 จากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ประมวลผลเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต่อประชากร โดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

1.2 สถานบริการสาธารณสุข

1.2.1 จำนวนและความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข

1) **สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ** มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 6.27)

ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 29 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 19 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 10 เตียง ของกรุงเทพมหานคร 5 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 61 ศูนย์ / 82 สาขา

ระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 4 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 40 แห่ง

ระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 70 แห่ง (เดิมมีโรงพยาบาลทั่วไป 67 แห่ง แต่มีการตัดโอนโรงพยาบาลชลประทาน กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์และโรงพยาบาลโรคติดต่อภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อีก 2 แห่ง และยกฐานะโรงพยาบาลชุมชน (รพช. หัวหิน) อีก 1 แห่ง รวมเป็น 70 แห่ง) โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาลประจำหน่วยรบ สังกัดกระทรวงกลาโหม 57 แห่ง

ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 91.2 รวม 725 แห่ง โรงพยาบาลสาขา 2 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 214 แห่ง

ระดับตำบล มีสถานีอนามัย 9,765 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีสถานีอนามัยมากกว่า 1 แห่ง

ระดับหมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 311 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท 66,223 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

ตารางที่ 6.27 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2546

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	-
	โรงพยาบาลทั่วไป	29	-
	กระทรวงสาธารณสุข	5	-
	กระทรวงมหาดไทย (ไม่รวม กทม.)	5	-
	กระทรวงกลาโหม	7	-
	กรุงเทพมหานคร	8	-
	รัฐวิสาหกิจ	4	-
	โรงพยาบาลเฉพาะโรค และ สถานบันเฉพาะโรค	19	-
	ศูนย์บริการสาธารณสุข / สาขา	61/82	ครบทุกเขตใน กทม.
	โรงพยาบาลชุมชน 10 เตียง (กทม.)	5	

ตารางที่ 6.27 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2546 (ต่อ)

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
ภาค 4 ภาค	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	4	
และสาขาต่างๆ	โรงพยาบาลศูนย์	25	
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่	40	
	โรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก	12	
	โรงพยาบาลจิตเวช	11	
	โรงพยาบาลประสาท	1	
	โรงพยาบาลโรคเรื้อน	1	
	โรงพยาบาลโรคติดต่อ	1	
	โรงพยาบาลโรคทรวงอก	1	
	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	6	
	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด	5	
	ศูนย์การได้ยิน	1	
	ศูนย์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ	1	
75 จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	70	100%
	โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาลประจำหน่วยรบสังกัดกระทรวงกลาโหม	57	
795 อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชน (มค. 47)	725	91.2%
81 กิ่งอำเภอ	โรงพยาบาลสาขา	2	
	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (ต.ค. 2546)	214	
7,255 ตำบล	สถานีอนามัย (พ.ศ. 2546)	9,765	100%
72,861 หมู่บ้าน	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	311	
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ชนบท) (พ.ศ. 2546)	66,223	90.9%
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (เมือง) (พ.ศ. 2546)	3,108	-

ที่มา:
1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
4. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
5. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2) สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ประกอบด้วย

(2.1) ร้านขายยา มี 3 ประเภท คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 8,225 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย 4,653 แห่ง และร้านขายยาแผนโบราณ 2,106 แห่ง

(2.2) สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) มี 14,953 แห่ง

(2.3) สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(โรงพยาบาลเอกชน) มี 346 แห่ง ดังตารางที่ 6.28

ตารางที่ 6.28 สถานบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน พ.ศ. 2546

สถานบริการ	กทม.		ภูมิภาค		รวม
	จำนวน	%	จำนวน	%	
1. ร้านขายยา					
1.1 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	3,393	41.3	4,832	58.7	8,225
1.2 ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จฯ	565	12.1	4,088	87.9	4,653
1.3 ร้านขายยาแผนโบราณ	420	19.9	1,686	80.1	2,106
รวมทั้งหมด	4,378	29.2	10,606	70.8	14,984
2. สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)					
- แผนปัจจุบัน	2,687	NA	NA	NA	NA
- แผนโบราณ	413	NA	NA	NA	NA
- รวมทั้งหมด	3,100	20.7	11,853	79.3	14,953
3. สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน)					
- จำนวนโรงพยาบาล	100	28.9	246	71.1	346
- จำนวนเตียง	15,227	43.7	19,636	56.3	34,863

ที่มา: 1. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ในช่วง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2546 สัดส่วนของสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก) โดยเฉพาะในภูมิภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นขณะที่ในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 6.29 และ ภาพที่ 6.19) สำหรับสถานพยาบาลประเภทที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนก็เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (ภาพที่ 6.20)

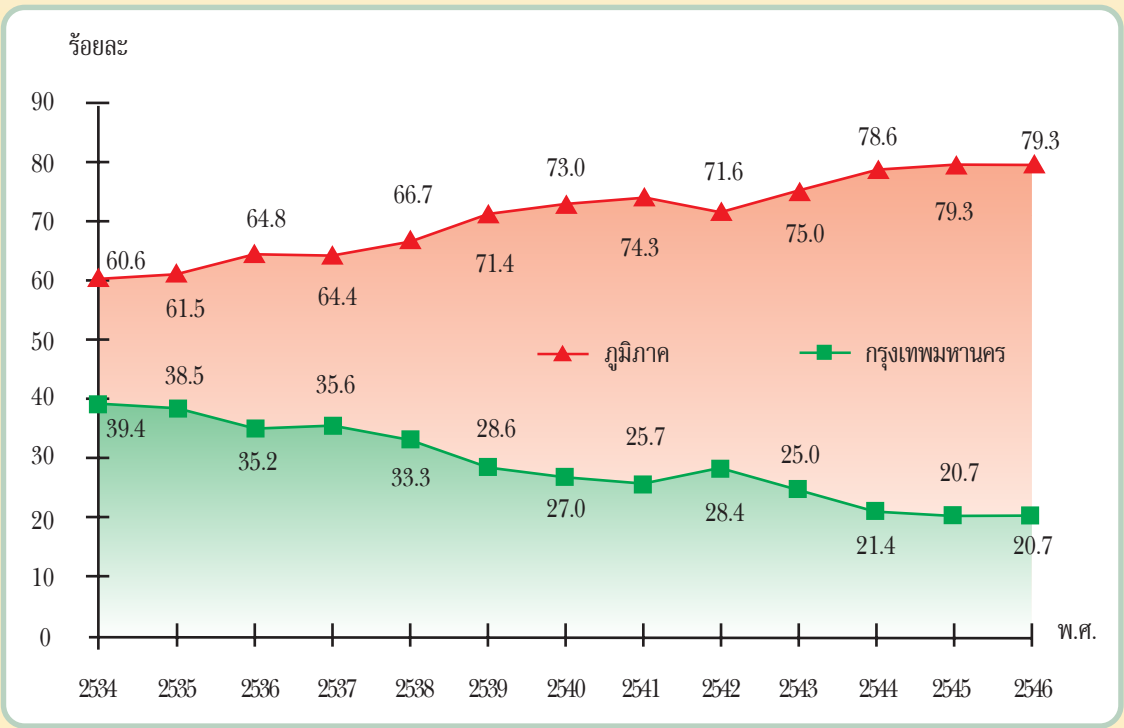
ตารางที่ 6.29 สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546

ภาค	จำนวนคลินิก												
	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
กรุงเทพมหานคร	5,625	4,130	3,829	4,247	4,062	3,114	3,087	3,143	3,399	3,552	3,081	3,156	3,100
	(39.4)	(38.5)	(35.2)	(35.6)	(33.3)	(28.6)	(27.0)	(25.7)	(28.4)	(25.0)	(21.4)	(20.7)	(20.7)
ภูมิภาค	8,658	6,592	7,037	7,689	8,122	7,787	8,354	9,063	8,572	10,698	11,322	12,111	11,853
	(60.6)	(61.5)	(64.8)	(64.4)	(66.7)	(71.4)	(73.0)	(74.3)	(71.6)	(75.0)	(78.6)	(79.3)	(79.3)
รวม	14,283	10,722	10,866	11,936	12,184	10,901	11,441	12,206	11,971	14,250	14,403	15,267	14,953
อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)	-	-24.9	+1.3	+9.8	+2.1	-10.5	+4.9	+6.7	-1.9	+19.0	+1.1	+6.0	-2.1

ที่มา: กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

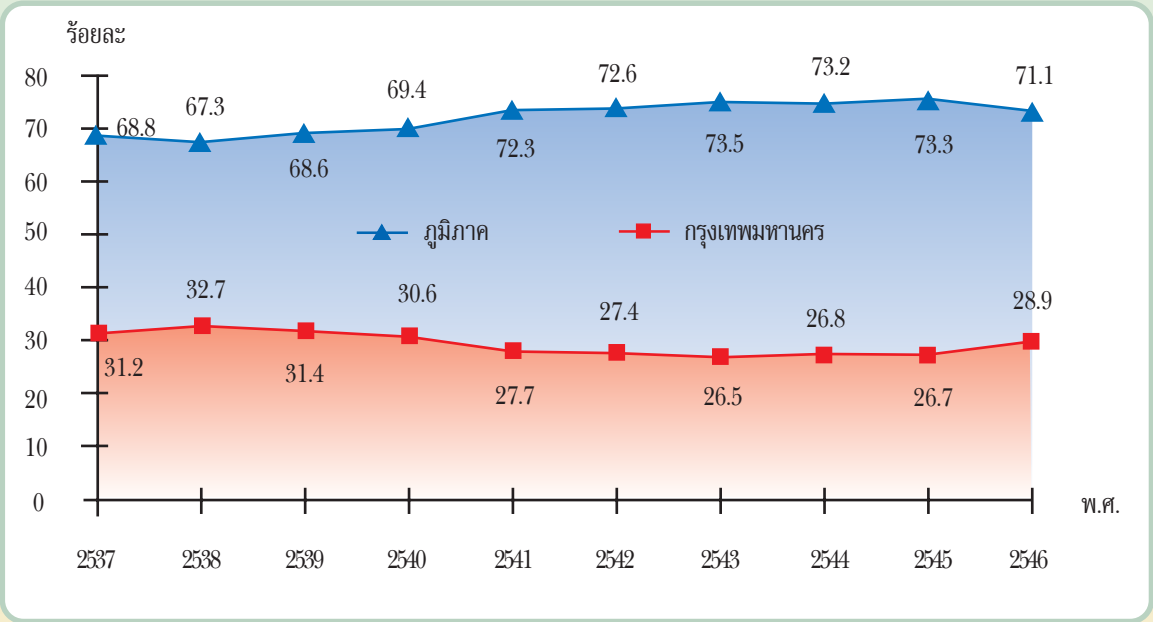
หมายเหตุ: ตัวเลขใน ( ) แสดงร้อยละ

ภาพที่ 6.19 ร้อยละของสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) จำแนกกรุงเทพมหานครและภูมิภาค พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ภาพที่ 6.20 ร้อยละของสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำแนกกรุงเทพมหานครและภูมิภาค พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2546



ที่มา: กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1.2.2 การกระจายสถานบริการสาธารณสุข

1) โรงพยาบาล

(1.1) การกระจายตามภูมิศาสตร์

การกระจายในด้านอัตราส่วนเตียงผู้ป่วยต่อประชากรในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เพิ่มจาก 1 : 752 ใน พ.ศ. 2522 เป็น 1 : 462 ใน พ.ศ. 2545 โดยที่เตียงกระจุกอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางมากที่สุด ช่องว่างระหว่างกรุงเทพฯและภูมิภาค ค่อนข้างคงที่ (ตารางที่ 6.30 และภาพที่ 6.21)

(1.2) การกระจายตามสังกัด

ภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานใหญ่ที่สุดในภาครัฐที่มีโรงพยาบาลและเตียงผู้ป่วยถึงสองในสามของทั้งประเทศ กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2545 มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 67.7 และเตียงถึงร้อยละ 64.1 โดยโรงพยาบาลกว่าร้อยละ 80 เป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระจายอยู่ตามอำเภอในชนบท สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงอื่นๆ แม้จะมีจำนวนโรงพยาบาลรวมกันเพียงร้อยละ 5.9 ของจำนวนโรงพยาบาลทั่วประเทศ แต่เนื่องจากส่วนมากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่จึงมีจำนวนเตียงถึงร้อยละ 11.3 ของจำนวนเตียงทั่วประเทศ (ตารางที่ 6.31 และ 6.32 และภาพที่ 6.23)

การเพิ่มของจำนวนเตียงนั้นปรากฏว่าจำนวนเตียงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นไม่มากนัก และสัดส่วนจำนวนเตียงดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงด้วย (ภาพที่ 6.24) เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะนโยบายการสร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอ ทำให้เกิดมีโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก และส่วนมากเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และ 60 เตียง (ตารางที่ 6.33)

เนื่องจากการขยายจำนวนโรงพยาบาลและเตียงของโรงพยาบาลชุมชนอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา โดยที่จำนวนแพทย์แทบไม่เพิ่มขึ้นเลย จึงทำให้อัตราแพทย์ต่อเตียง ลดลงจาก 1 : 7.5 ใน พ.ศ.

2534 เป็น 1 : 15.3 ใน พ.ศ. 2541 จนกระทั่งหลังวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา และผลการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นในช่วง พ.ศ. 2535 - 2538 อัตราแพทย์ต่อเตียงเริ่มมีแนวโน้มดีขึ้นเป็น 1 : 7.3 ใน พ.ศ. 2546

ภาคเอกชน จำนวนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 23 แห่ง ใน พ.ศ. 2513 เป็น 473 แห่ง ใน พ.ศ. 2541 และหลังจากนั้นก็เริ่มลดลงเหลือ 346 แห่ง ใน พ.ศ. 2546 แต่ก็เพิ่มขึ้นถึง 15 เท่า เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2513 โดยโรงพยาบาลเอกชนเกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.1) เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 50 เตียงลงมา มีโรงพยาบาลเอกชน ขนาดเกินกว่า 100 เตียง ซึ่งสามารถเข้าเงื่อนไขตามโครงการประกันสุขภาพของ พ.ร.บ. ประกันสังคม จำนวน 101 แห่ง (ร้อยละ 29.2) (ตารางที่ 6.34 และ 6.36) โรงพยาบาลเอกชนส่วนมากจะกระจายไปตามศักยภาพทางเศรษฐกิจ คือ กระจายอยู่ในกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง มากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือและภาคใต้ (ตารางที่ 6.36) โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร มีขนาดเตียงเฉลี่ย 152 เตียง/แห่ง ขณะที่ในส่วนภูมิภาคมีขนาดเตียงเฉลี่ยเพียง 80 เตียง/แห่ง (ตารางที่ 6.28)

น่าสังเกตว่า จำนวนโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเคยมีสัดส่วนลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2513 - 2532 กลับเริ่มมีสัดส่วนสูงขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา โดยเฉพาะสัดส่วนจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นเร็วกว่าสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลมาก ทั้งนี้เนื่องจากการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่อย่างรวดเร็ว ตามการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยรัฐบาลได้มีนโยบายการส่งเสริมการลงทุนด้วย (ตารางที่ 6.34 และ 6.36)

หลังวิกฤตเศรษฐกิจได้ส่งผลกระทบต่อบริการด้านสุขภาพของเอกชนอย่างชัดเจน มีอัตราการครองเตียงลดลงอย่างน้อยร้อยละ 20-30 ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และลดลงกว่าร้อยละ 50 ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก หลายโรงพยาบาลลดจำนวนเตียงบริการลง หลายแห่งลดบุคลากรลง บางแห่งลดเงินเดือนหรือค่าตอบแทนลง (ผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2542) และมีแนวโน้มเลิกกิจการเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันการขอตั้งใหม่ก็มีแนวโน้มลดลงด้วย (ภาพที่ 6.22)

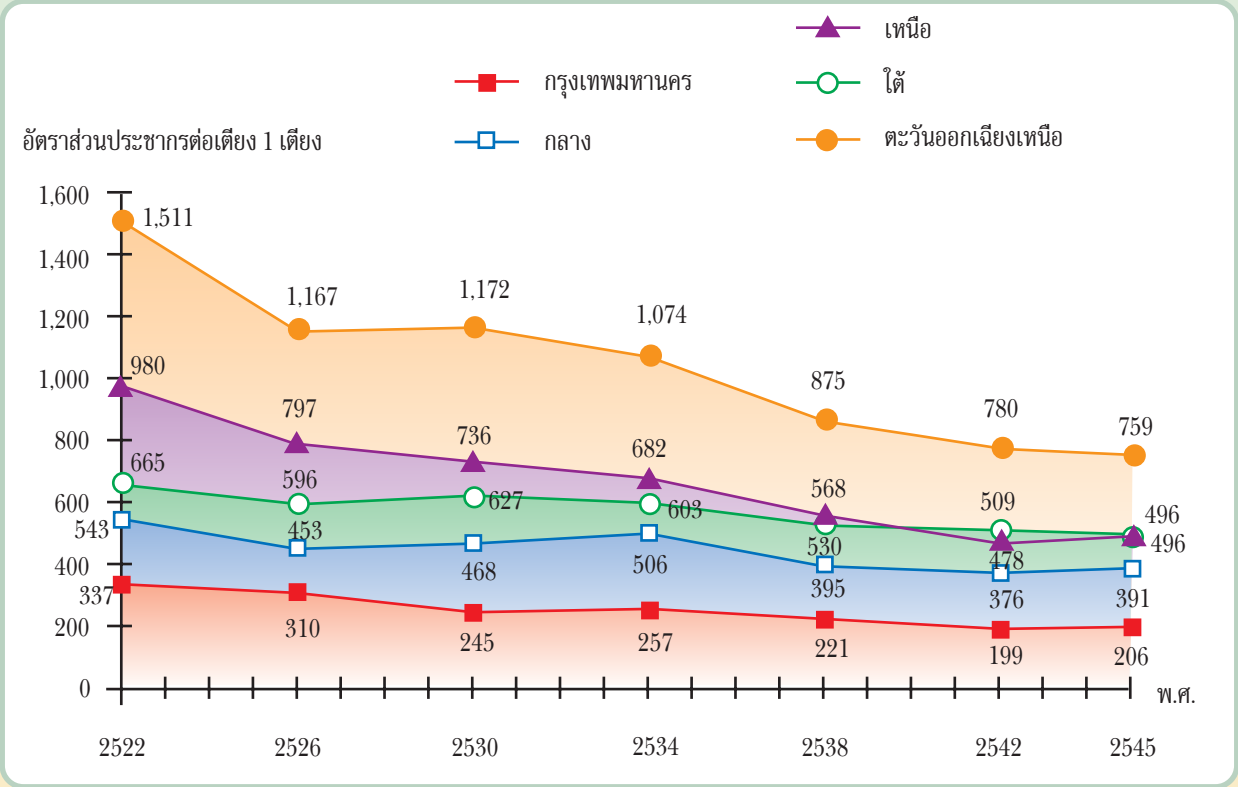
ตารางที่ 6.30 การกระจายเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545

ภาค / ปี	พ.ศ.												
	2522	**2524**	**2526**	**2528**	**2530**	**2532**	**2534**	**2536**	**2538**	**2540**	**2542**	**2544**	**2545**
กรุงเทพมหานคร	14,585	17,661	18,486	19,376	24,376	20,337	21,704	24,351	25,236	27,327	28,454	27,879	27879
	(337)	(303)	(310)	(293)	(245)	(308)	(257)	(266)	(221)	(205)	(199)	(205)	(206)
กลาง	17,481	20,246	21,954	32,018	24,628	24,156	25,519	27,658	34,248	37,386	38,103	39,615	37,721
	(543)	(473)	(453)	(348)	(468)	(492)	(506)	(468)	(395)	(374)	(376)	(368)	(391)
เหนือ	9,917	12,503	12,751	12,650	14,252	17,520	16,181	17,502	20,943	25,874	25,426	25,570	24,483
	(980)	(787)	(797)	(804)	(736)	(615)	(682)	(637)	(568)	(465)	(478)	(474)	(496)
ใต้	8,515	8,521	10,258	10,334	11,153	11,394	11,888	12,936	14,449	16,016	15,944	16,814	16,862
	(665)	(690)	(596)	(643)	(627)	(645)	(603)	(616)	(530)	(492)	(509)	(492)	(496)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	10,776	13,437	14,989	15,294	15,887	16,575	18,560	18,719	23,541	25,802	27,376	27,819	28,389
	(1,511)	(1,250)	(1,167)	(1,178)	(1,172)	(1,157)	(1,074)	(1,071)	(875)	(813)	(780)	(771)	(759)
เปรียบเทียบประชากรต่อเตียงระหว่าง กทม. และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1 : 4.5	1 : 4.1	1 : 3.8	1 : 4.0	1 : 4.8	1 : 3.8	1 : 4.2	1 : 4.0	1 : 3.9	1 : 4.0	1 : 3.9	1 : 3.8	1 : 3.7
รวม	61,274	72,368	78,438	80,438	87,554	89,982	93,852	101,166	118,417	132,405	135,303	137,697	135,334
	(752)	(656)	(630)	(642)	(612)	(616)	(604)	(579)	(500)	(457)	(455)	(451)	(462)

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

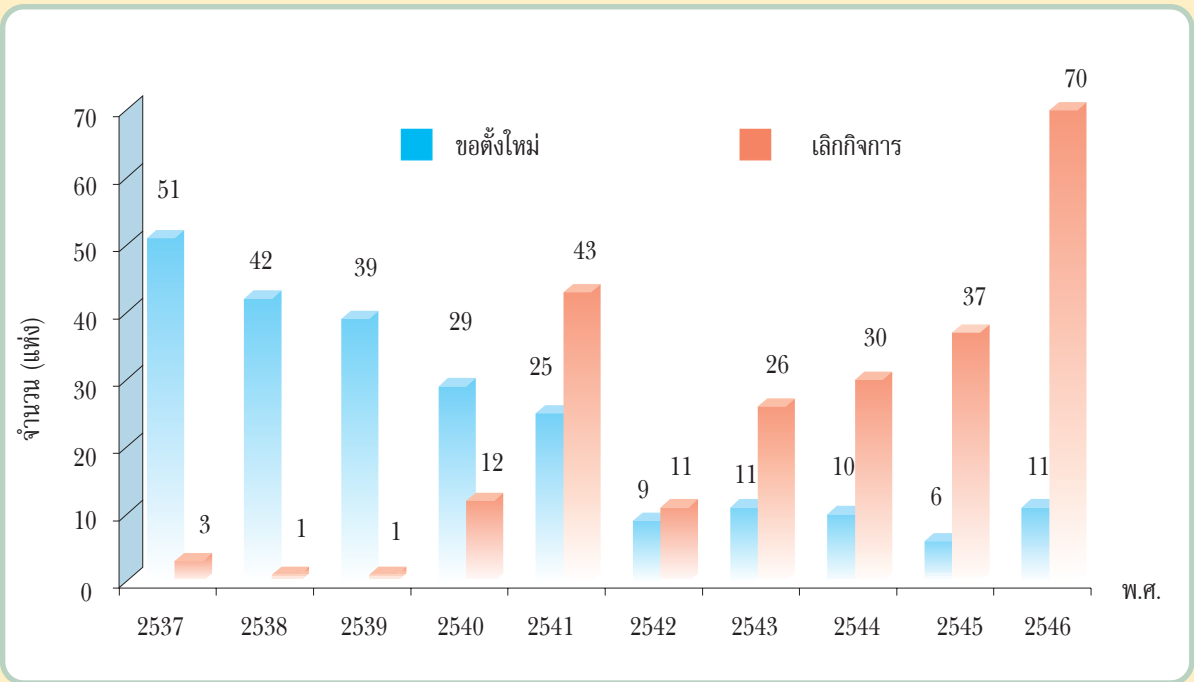
หมายเหตุ:
1. ตัวเลขใน ( ) คือ จำนวนประชากรต่อเตียง 1 เตียง
2. ข้อมูล พ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2527 แทน
3. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดย กทม. ได้รับข้อมูลเพียง ร้อยละ 44.3 ภาคกลางร้อยละ 60.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.9 และภาคใต้ ร้อยละ 68.3
4. จำนวนเตียงในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.21 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.22 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ขอตั้งใหม่และเลิกกิจการ พ.ศ. 2537- พ.ศ. 2546



ที่มา: กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 6.31 สัดส่วนการกระจายโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516- พ.ศ. 2545

ปี / สังกัด	จำนวน / ร้อยละ					
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	รวม
2516	112	65	14	6	127	324
	(34.6)	(20.1)	(4.3)	(1.8)	(39.2)	
2518	116	64	13	6	135	334
	(34.7)	(19.2)	(3.9)	(1.8)	(40.4)	
2520	295	68	19	6	167	555
	(53.2)	(12.3)	(3.4)	(1.1)	(30.1)	
2522	389	66	24	6	186	671
	(57.9)	(9.8)	(3.6)	(0.9)	(27.7)	
2524	444	64	23	6	210	747
	(59.4)	(8.6)	(3.1)	(0.8)	(28.1)	
2526	531	67	19	6	256	879
	(60.4)	(7.6)	(2.2)	(0.7)	(29.1)	
2528	625	58	9	6	229	927
	(67.4)	(6.2)	(1.0)	(0.6)	(24.7)	
2530	664	66	10	6	237	983
	(67.5)	(6.7)	(1.0)	(0.6)	(24.1)	
2532	692	64	11	7	237	1,011
	(68.4)	(6.3)	(1.1)	(0.7)	(23.4)	
2534	718	70	11	8	257	1,064
	(67.5)	(6.6)	(1.0)	(0.8)	(24.1)	
2536	754	68	12	8	263	1,105
	(68.2)	(6.1)	(1.1)	(0.7)	(23.8)	
2538	831	73	11	8	357	1,280
	(64.9)	(5.7)	(0.8)	(0.7)	(27.9)	
2540	845	79	11	8	358	1,301
	(64.9)	(6.1)	(0.8)	(0.6)	(27.5)	
2542	855	84	21	11	374	1,345
	(63.6)	(6.2)	(1.6)	(0.8)	(27.8)	
2544	875	79	10	11	323	1,298
	(67.4)	(6.1)	(0.8)	(0.8)	(24.9)	
2545	877	77	11	12	319	1,296
	(67.7)	(5.9)	(0.8)	(0.9)	(24.6)	

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ตัวใน ( ) แสดงร้อยละ

2. ข้อมูล พ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลไม่สมบรูณ์ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2527 แทน

3. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดยสถานบริการสุขภาพภาครัฐได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 62.5 และสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 77.3

4. โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครสังกัดต่างๆ พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ตารางที่ 6.32 สัดส่วนการกระจายเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2545

ปี / สังกัด	จำนวน / ร้อยละ					
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่นๆ	รัฐวิสาหกิจ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	รวม
2516	34,206	11,108	671	918	3,746	50,649
	(67.5)	(21.9)	(1.3)	(1.8)	(7.4)	
2518	36,201	12,361	591	1,307	3,963	54,423
	(66.5)	(22.7)	(1.1)	(2.4)	(7.3)	
2520	40,712	14,765	635	1,456	5,785	63,353
	(64.3)	(23.3)	(1.0)	(2.3)	(9.1)	
2522	44,964	14,672	843	1,387	6,210	68,076
	(66.0)	(21.5)	(1.2)	(2.0)	(9.1)	
2524	48,442	13,912	956	1,558	7,500	72,368
	(66.9)	(19.2)	(1.3)	(2.1)	(10.4)	
2526	53,943	13,835	823	1,541	8,296	78,438
	(68.8)	(17.6)	(1.0)	(1.9)	(10.6)	
2528	56,286	13,773	951	1,687	8,275	80,972
	(69.5)	(17.0)	(1.2)	(2.1)	(10.2)	
2530	57,766	15,482	2,243	2,089	9,974	87,554
	(65.9)	(17.7)	(2.6)	(2.4)	(11.4)	
2532	58,927	17,118	2,335	2,057	9,545	89,982
	(65.5)	(19.0)	(2.6)	(2.3)	(10.6)	
2534	62,250	15,422	2,178	2,152	11,877	93,852
	(66.3)	(16.4)	(2.3)	(2.3)	(12.6)	
2536	65,558	15,784	2,229	2,232	15,363	101,166
	(64.8)	(15.6)	(2.2)	(2.2)	(15.2)	
2538	73,191	15,430	2,333	2,165	25,298	118,417
	(61.8)	(13.0)	(2.0)	(1.8)	(21.4)	
2540	79,818	18,074	2,360	2,208	29,945	132,405
	(60.3)	(13.6)	(1.8)	(1.7)	(22.6)	
2542	82,085	17,110	2,541	2,360	31,207	135,303
	(60.7)	(12.6)	(1.9)	(1.7)	(23.1)	
2544	87,753	16,218	2,525	2,245	28,956	137,697
	(63.7)	(11.8)	(1.8)	(1.6)	(21.0)	
2545	86,761	15,254	2,555	2,267	28,497	135,334
	(64.1)	(11.3)	(1.9)	(1.7)	(21.0)	

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

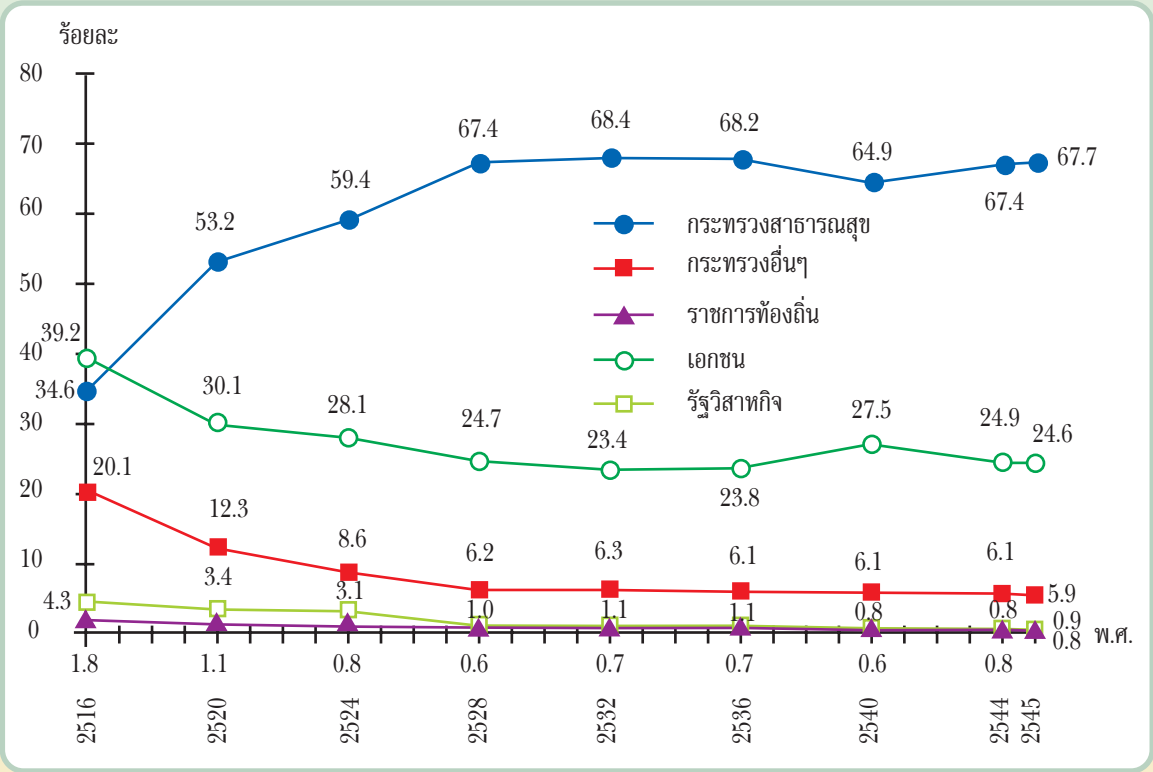
หมายเหตุ: 1. ตัวใน ( ) แสดงร้อยละ

2. ข้อมูล พ.ศ. 2528 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2527 แทน

3. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดยสถานบริการสุขภาพภาครัฐได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 62.5 และสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 77.3

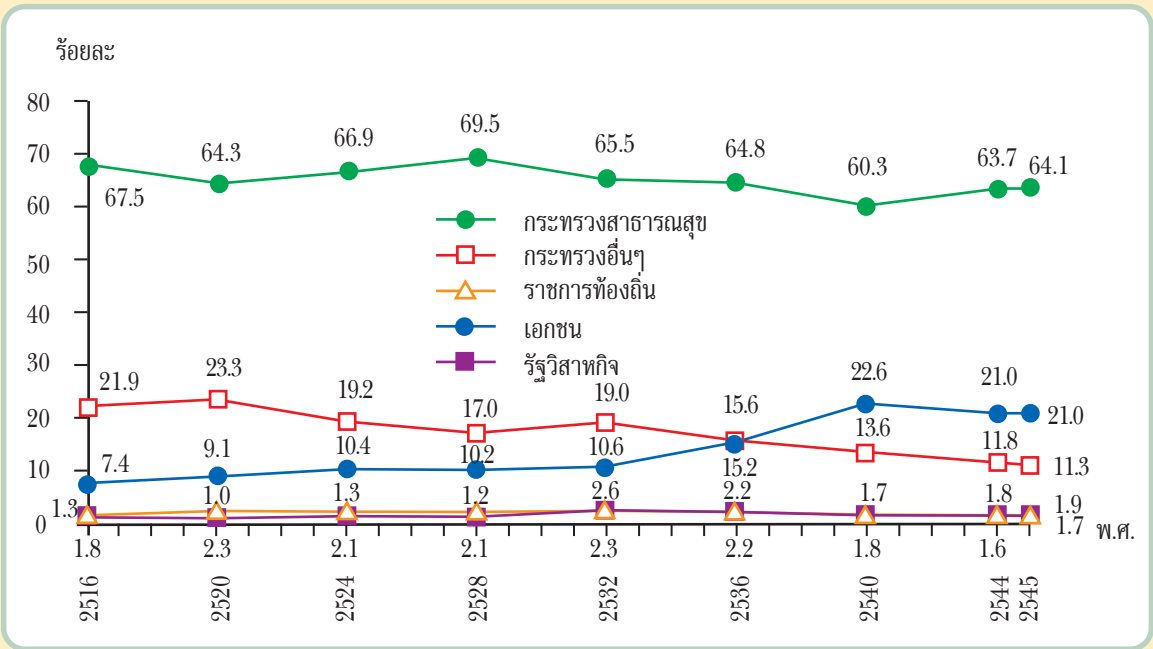
4. จำนวนเตียงในกรุงเทพมหานครสังกัดต่างๆ พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ภาพที่ 6.23 สัดส่วนของโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.24 สัดส่วนของเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ตารางที่ 6.33 จำนวนแพทย์ เตียง และโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษที่ผ่านมา

พ.ศ.	จำนวนโรงพยาบาลชุมชน							จำนวนเตียง (เตียง)	จำนวนแพทย์ (คน)	แพทย์ : เตียง	แพทย์ : โรงพยาบาลชุมชน
	10	30	60	90	120	150	แห่ง รวม				
2520	254	-	-	-	-	-	254	2,540	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2522	211	72	8	-	-	-	291	4,750	441	1:10.8	1.5
2524	215	83	15	-	-	-	313	5,540	580	1:9.6	1.8
2526	263	97	28	-	-	-	388	7,220	736	1:9.8	1.9
2528	325	109	40	6	-	-	480	9,460	1,162	1:8.1	2.4
2530	376	131	43	7	-	-	557	10,800	1,339	1:8.1	2.4
2532	377	131	46	7	-	-	561	11,090	1,549	1:7.1	2.8
2534	375	140	51	10	-	-	576	11,910	1,592	1:7.5	2.8
2536	344	224	65	12	5	-	650	15,740	1,766	1:8.9	2.7
2538	317	260	87	17	7	-	688	18,560	1,574	1:11.8	2.3
2539	368	302	97	21	7	-	695	20,290	1,653	1:12.3	2.4
2540	219	335	103	37	9	-	703	22,830	1,665	1:13.7	2.4
2541	142	397	112	46	9	-	706	26,830	1,758	1:15.3	2.5
2542	102	422	125	52	11	-	712	27,180	1,956	1:13.9	2.7
2543	96	418	136	52	12	-	714	27,780	2,617	1 : 10.6	3.7
2544	83	410	148	59	18	2	720	29,780	2,725	1 : 10.9	3.8
2545	83	415	148	59	18	2	725	29,930	3,758	1 : 8.0	5.2
2546	83	415	148	59	18	2	725	29,930	4,084	1 : 7.3	5.6

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ข้อมูลแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนช่วง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2544 ได้จากการสำรวจของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2. ข้อมูลแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนับจากข้าราชการและพนักงานของรัฐตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือนข้าราชการ (จ. 18) ซึ่งมีข้อจำกัดทำให้ตัวเลขสูงกว่าความเป็นจริง

ตารางที่ 6.34 จำนวนแพทย์ เตียง ในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2546

ปี พ.ศ.	จำนวนแพทย์ (เต็มเวลา)	จำนวนเตียง	จำนวนโรงพยาบาล	แพทย์ : เตียง	แพทย์ : โรงพยาบาล
2513	236	1,780	23	1 : 7.5	10.3
2515	329	2,281	28	1 : 6.9	11.7
2517	387	3,039	38	1 : 7.8	10.2
2519	461	4,239	50	1 : 9.2	9.2
2521	687	6,139	67	1 : 8.9	10.2
2523	781	7,328	87	1 : 9.4	9.0
2525	819	8,066	112	1 : 9.8	7.3
2527	890	8,942	132	1 : 10.0	6.7
2529	892	11,721	177	1 : 13.1	5.0
2531	1,065	13,024	203	1 : 12.2	5.2
2533	1,938	14,175	245	1 : 7.3	7.9
2535	2,552	21,297	335	1 : 8.3	7.6
2537	3,217	25,471	398	1 : 7.9	8.1
2539	3,325	35,052	474	1 : 10.5	7.0
2540	3,244	38,275	491	1 : 11.8	6.6
2541	3,567	40,253	473	1 : 11.3	7.5
2542	3,403	40,852	471	1 : 12.0	7.2
2543	3,920	40,250	456	1 : 10.3	8.6
2544	4,384	39,551	436	1 : 9.0	10.1
2545	3,572	38,370	405	1 : 10.7	8.8
2546	NA	34,863	346	NA	NA

ที่มา: - กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. จำนวนเตียงตามที่ขออนุญาต แต่เปิดทำการจริงจะน้อยกว่านี้และอัตราครองเตียงต่ำกว่าร้อยละ 50
2. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจสถานบริการสุขภาพเอกชน ร้อยละ 77.3

ตารางที่ 6.35 จำนวนสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและเตียง จำแนกตามภาครัฐและเอกชน พ.ศ. 2545

ภาค	โรงพยาบาล		จำนวนเตียง	
	รัฐ	เอกชน	รัฐ	เอกชน
กรุงเทพมหานคร	45	87	16,868	11,011
กลาง	247	106	29,582	8,139
เหนือ	210	56	19,900	4,583
ใต้	168	32	14,734	2,126
ตะวันออกเฉียงเหนือ	307	38	25,753	2,638
รวม	977	319	106,837	28,497

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจเพียงร้อยละ 65.6 ของสถานบริการสุขภาพทั้งหมด โดยกรุงเทพมหานครได้รับข้อมูลเพียงร้อยละ 44.3 ภาคกลางร้อยละ 60.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7 ภาคเหนือ ร้อยละ 74.9 และภาคใต้ ร้อยละ 68.3

2. สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนและเตียงของกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ตารางที่ 6.36 โรงพยาบาลเอกชนที่รักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค จำแนกตามจำนวนเตียง พ.ศ. 2546

ภาค	1 - 10 เตียง		11 - 25 เตียง		26 -50 เตียง		51 - 100 เตียง		101 - 200 เตียง		> 200 เตียง		รวม	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
กรุงเทพมหานคร	9	77	4	84	22	820	19	1,755	22	3,598	24	8,893	100	15,227
	(20.5)	(19.2)	(23.5)	(23.0)	(25.0)	(24.1)	(19.8)	(20.2)	(31.4)	(32.4)	(77.4)	(81.5)	(28.9)	(43.7)
	(9.0)	(0.5)	(4.0)	(0.6)	(22.0)	(5.4)	(19.0)	(11.5)	(22.0)	(23.6)	(24.0)	(58.4)	(100.0)	(100.0)
กลาง	16	154	9	182	27	947	39	3,513	23	3,919	4	1,180	118	9,895
	(36.4)	(38.3)	(52.9)	(49.7)	(30.7)	(27.9)	(40.6)	(40.5)	(32.9)	(35.3)	(12.9)	(10.8)	(34.1)	(28.4)
	(13.5)	(1.6)	(7.6)	(1.8)	(22.9)	(9.6)	(33.1)	(35.5)	(19.5)	(39.6)	(3.4)	(11.9)	(100.0)	(100.0)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4	39	-	-	17	747	13	1,220	7	939	1	214	42	3,159
	(9.1)	(9.7)	(0.0)	(0.0)	(19.3)	(22.0)	(13.5)	(14.1)	(10.0)	(8.5)	(3.2)	(2.0)	(12.1)	(9.1)
	(9.5)	(1.2)	(0.0)	(0.0)	(40.5)	(23.6)	(30.9)	(38.6)	(16.7)	(29.7)	(2.4)	(6.8)	(100.0)	(100.0)
เหนือ	7	70	1	25	12	472	20	1,739	9	1,224	2	620	51	4,150
	(15.9)	(17.4)	(5.9)	(6.8)	(13.6)	(13.9)	(20.8)	(20.0)	(12.9)	(11.0)	(6.5)	(5.7)	(14.7)	(11.9)
	(13.7)	(1.7)	(2.0)	(0.6)	(23.5)	(11.4)	(39.2)	(41.9)	(17.6)	(29.5)	(3.9)	(14.9)	(100.0)	(100.0)
ใต้	8	62	3	75	10	413	5	456	9	1,426	-	-	35	2,432
	(18.2)	(15.4)	(17.6)	(20.5)	(11.4)	(12.2)	(5.2)	(5.3)	(12.9)	(12.8)	(0.0)	(0.0)	(10.1)	(7.0)
	(22.8)	(2.5)	(8.6)	(3.1)	(28.6)	(17.0)	(14.3)	(18.8)	(25.7)	(58.6)	(0.0)	(0.0)	(100.0)	(100.0)
รวมทั้งประเทศ	44	402	17	366	88	3,399	96	8,683	70	11,106	31	10,907	346	34,863
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
	(12.7)	(1.2)	(4.9)	(1.0)	(25.4)	(9.7)	(27.7)	(24.9)	(20.2)	(31.9)	(9.0)	(31.3)	(100.0)	(100.0)

ที่มา: กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หมายเหตุ: ตัวเลข ( ) แสดงร้อยละ - แถวบนเป็น Column %

- แถวล่างเป็น Row %

2) สถานีอนามัย

(2.1) จำนวน

สถานีอนามัยมีการสร้างและกระจายไปทั้งประเทศครอบคลุมตำบลต่างๆ ครบทุกตำบล มาตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ปัจจุบัน พ.ศ. 2546 มีสถานีอนามัย ทั้งสิ้น จำนวน 9,765 แห่ง ในอนาคตประเด็นสำคัญ คือ การพัฒนาคุณภาพบริการ การปรับตัวให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละพื้นที่ และการเตรียมการรองรับการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(2.2) การกระจายตามภูมิศาสตร์

อัตราส่วนสถานีอนามัยต่อประชากรในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1 : 10,064 คนใน พ.ศ. 2522 เป็น 1 : 4,895 คน ใน พ.ศ. 2546 และแม้ว่าสถานีอนามัยจะกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางมากที่สุด แต่ช่องว่างระหว่างภาคก็ลดลงดังตารางที่ 6.37 และภาพที่ 6.25

ตารางที่ 6.37 การกระจายสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522, พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546

ภาค	จำนวนสถานีอนามัยต่อประชากร									
	2522	**2530**	**2539**	**2540**	**2541**	**2542**	**2543**	**2544**	**2545**	**2546**
กลาง	1219	1635	2377	2471	2508	2523	2524	2559	2559	2549
	(1:7,781)	(1:4,729)	(1:3,654)	(1:3,554)	(1:4,298)	(1:4,219)	(1:3,681)	(1:4,628)	(1:4,611)	(1:4,629)
เหนือ	914	1,616	1,965	2,151	2,203	2,225	2,231	2,210	2,216	2,220
	(1:10,748)	(1:4,775)	(1:4,412)	(1:4,103)	(1:4,393)	(1:4,345)	(1:4,093)	(1:4,667)	(1:4,670)	(1:4,662)
ใต้	688	1,252	1,400	1,488	1,505	1,513	1,516	1,507	1,526	1,521
	(1:8,230)	(1:3821)	(1:3,839)	(1:3,653)	(1:3,864)	(1:3,922)	(1:3,872)	(1:4,427)	(1:4,418)	(1:4,433)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,277	2,489	3,100	3,367	3,398	3,428	3,433	3,462	3,509	3,475
	(1:12,747)	(1:5,818)	(1:5,248)	(1:4,900)	(1:5,063)	(1:5,102)	(1:4,972)	(1:5,427)	(1:5,387)	(1:5,440)
เปรียบเทียบประชากรต่อสถานีอนามัย ระหว่างภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1:1.64	1:1.23	1:1.44	1:1.38	1:1.18	1:1.21	1:1.21	1:1.17	1:1.17	1:1.18
รวม	4,088	6,992	8,842	9,477	9,614	9,689	9,704	9,738	9,810	9,765
	(1:10,064)	(1:4,964)	(1:4,411)	(1:4,173)	(1:4,522)	(1:4,514)	(1:4,262)	(1:4,890)	(1:4,872)	(1:4,895)

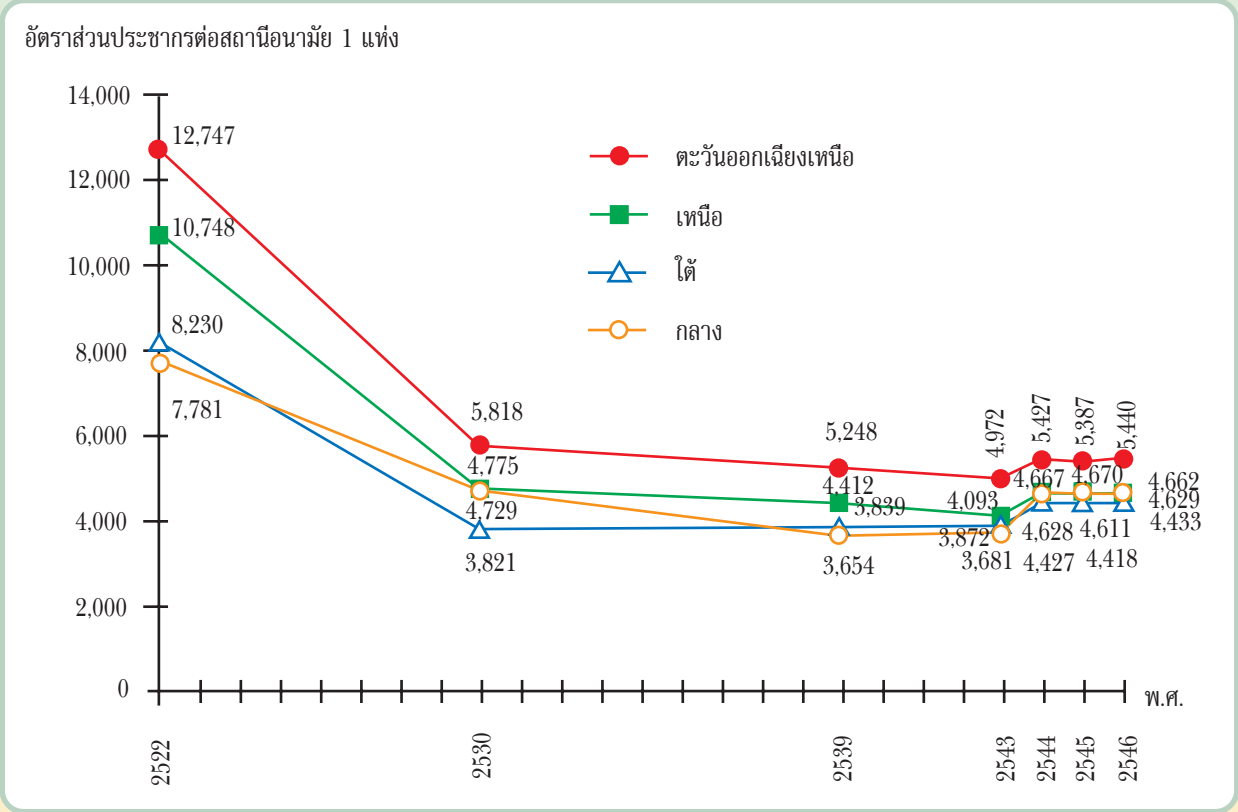
ที่มา: สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลโดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) หมายถึง สัดส่วนสถานีอนามัย 1 แห่ง ต่อประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล

2. ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาลในปี 2544 และ 2545 ใช้ข้อมูลจากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ประมวลผลโดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3. พ.ศ. 2546 ใช้ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาล ปี 2545 จากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

ภาพที่ 6.25 อัตราส่วนประชากรต่อสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2546



ที่มา: - สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3) ร้านขายยา

อัตราส่วนร้านขายยาแผนปัจจุบันต่อประชากร ในช่วง 13 ปี ที่ผ่านมามีแนวโน้มดีขึ้น กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1 : 15,694 คน ใน พ.ศ. 2532 เป็น 1:7,739 ใน พ.ศ. 2546 ในขณะที่อัตราส่วนร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายต่อประชากร (ไม่ต้องมีเภสัชกรประจำ) และอัตราส่วนร้านขายยาแผนโบราณต่อประชากรมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 6.38)

ร้านขายยาแผนปัจจุบันเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ขณะที่ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายและร้านขายยาแผนโบราณกว่าร้อยละ 80 อยู่ในส่วนภูมิภาค (ตารางที่ 6.38)

ตารางที่ 6.38 การกระจายร้านขายยาแผนปัจจุบัน แผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จและแผนโบราณ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546

ประเภทร้านขายยา	พ.ศ.													
	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2543	2544	2545	2546
1. ร้านขายยาแผนปัจจุบัน														
กทม.	1,917	1,963	2,123	2,194	2,135	2,176	2,249	2,262	2,208	2,420	2,773	3,047	3,200	3,393
	(1:3,263)	(1:3,258)	(1:2,632)	(1:2,903)	(1:3,030)	(1:2,564)	(1:2,480)	(1:2,466)	(1:2,534)	(1:2,325)	(1:2,039)	(1:1,872)	(1:1,798)	(1:1,962)
ภูมิภาค	1,616	1,743	1,743	1,743	2,336	2,363	2,500	2,461	2,506	2,931	3,197	3,458	3,458	4,832
	(1:30,440)	(1:29,654)	(1:29,302)	(1:29,484)	(1:22,309)	(1:22,487)	(1:21,480)	(1:22,028)	(1:21,896)	(1:18,946)	(1:17,492)	(1:16,307)	(1:16,426)	(1:11,796)
รวมทั้งประเทศ	**3,533**	**3,706**	**3,866**	**3,937**	**4,471**	**4,539**	**4,749**	**4,723**	**4,714**	**5,351**	**5,970**	**6,505**	**6,658**	**8,225**
	(1:15,694)	**(1:15,202)**	**(1:14,656)**	**(1:14,671)**	**(1:13,103)**	**(1:12,936)**	**(1:12,482)**	**(1:12,659)**	**(1:12,827)**	**(1:11,429)**	**(1:10,315)**	**(1:9,546)**	**(1:9,395)**	**(1:7,739)**
2. ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะบรรจุเสร็จ														
กทม.	747	926	925	844	793	748	748	710	648	681	638	620	577	565
	(1:8,375)	(1:6,907)	(1:6,041)	(1:7,547)	(1:8,159)	(1:7,458)	(1:7,456)	(1:7,856)	(1:8,634)	(1:8,262)	(1:8,864)	(1:9,199)	(1:9,973)	(1:11,781)
ภูมิภาค	4,604	4,644	4,644	4,644	4,548	4,442	4,484	4,437	4,551	4,326	4,286	4,195	4,195	4,088
	(1:10,684)	(1:10,754)	(1:10,998)	(1:11,066)	(1:11,459)	(1:11,962)	(1:11,976)	(1:12,218)	(1:12,057)	(1:12,836)	(1:13,048)	(1:13,442)	(1:13,540)	(1:13,943)
รวมทั้งประเทศ	**5,351**	**5,570**	**5,569**	**5,488**	**5,341**	**5,190**	**5,232**	**5,147**	**5,199**	**5,007**	**4,924**	**4,815**	**4,772**	**4,653**
	(1:10,362)	**(1:10,115)**	**(1:10,174)**	**(1:10,525)**	**(1:10,969)**	**(1:11,313)**	**(1:11,330)**	**(1:11,616)**	**(1:11,630)**	**(1:12,214)**	**(1:12,506)**	**(1:12,896)**	**(1:13,109)**	**(1:13,680)**
3. ร้านขายยาแผนโบราณ														
กทม.	535	479	459	436	432	413	445	395	370	398	398	409	412	420
	(1:11,693)	(1:13,353)	(1:12,174)	(1:14,610)	(1:14,977)	(1:13,507)	(1:12,534)	(1:14,121)	(1:15,121)	(1:14,136)	(1:14,209)	(1:13,944)	(1:13,967)	(1:15,848)
ภูมิภาค	1,999	1,999	1,999	1,999	1,916	1,900	1,854	1,854	1,913	1,792	1,600	1,581	1,581	1,686
	(1:24,607)	(1:24,984)	(1:25,550)	(1:25,708)	(1:27,200)	(1:27,967)	(1:28,965)	(1:29,240)	(1:28,683)	(1:30,987)	(1:34,952)	(1:35,668)	(1:35,927)	(1:33,807)
รวมทั้งประเทศ	**2,534**	**2,478**	**2,458**	**2,435**	**2,348**	**2,313**	**2,299**	**2,249**	**2,283**	**2,190**	**1,998**	**1,990**	**1,993**	**2,106**
	(1:21,881)	**(1:22,736)**	**(1:23,052)**	**(1:23,721)**	**(1:24,951)**	**(1:25,358)**	**(1:25,784)**	**(1:26,584)**	**(1:26,485)**	**(1:27,925)**	**(1:30,820)**	**(1:31,203)**	**(1:31,387)**	**(1:30,226)**
4. รวมร้านขายยาทุกประเภท														
กทม.	3,199	3,368	3,507	3,474	3,360	3,337	3,442	3,367	3,226	3,499	3,809	4,076	4,189	4,378
	(1:1,956)	(1:1,899)	(1:1,593)	(1:1,834)	(1:1,925)	(1:1,672)	(1:1,620)	(1:1,657)	(1:1,734)	(1:1,608)	(1:1,485)	(1:1,399)	(1:1,374)	(1:1,520)
ภูมิภาค	8,219	8,386	8,386	8,386	8,800	8,705	8,838	8,752	8,970	9,049	9,083	9,234	9,234	10,606
	(1:5,985)	(1:5,956)	(1:6,090)	(1:6,128)	(1:5,922)	(1:6,104)	(1:6,076)	(1:6,194)	(1:6,117)	(1:6,136)	(1:6,157)	(1:6,107)	(1:6,151)	(1:5,374)
รวมทั้งประเทศ	**11,418**	**11,754**	**11,893**	**11,860**	**12,160**	**12,042**	**12,280**	**12,119**	**12,196**	**12,548**	**12,892**	**13,310**	**13,423**	**14,984**
	(1:4,856)	**(1:4,793)**	**(1:4,764)**	**(1:4,870)**	**(1:4,818)**	**(1:4,876)**	**(1:4,827)**	**(1:4,933)**	**(1:4,958)**	**(1:4,874)**	**(1:4,776)**	**(1:4,665)**	**(1:4,660)**	**(1:4,248)**

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตัวเลขใน ( ) คือ จำนวนร้านขายยา 1 ร้านต่อประชากร

1.3 เวชภัณฑ์และเทคโนโลยี

1.3.1 เวชภัณฑ์

ยาแผนปัจจุบันที่จำหน่ายและบริโภคภายในประเทศนั้น ส่วนใหญ่ (ประมาณมูลค่าร้อยละ 55) จะเป็นยาสำเร็จรูปที่ผลิตได้ในประเทศ อีกส่วนประมาณร้อยละ 45 นั้น เป็นการบริโภคยาสำเร็จรูปที่นำเข้าจากต่างประเทศ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ.2531-2545) มูลค่าการบริโภคยามีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12.2 ต่อปี ในราคาปัจจุบันหรือร้อยละ 7.7 ต่อปีในมูลค่าจริง อัตราเพิ่มนี้สูงกว่าอัตราเพิ่มทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและอัตราเติบโตทางเศรษฐกิจ (ตารางที่ 4.4, 6.39 และ ภาพที่ 4.11)

ในช่วง พ.ศ. 2531-2539 เศรษฐกิจมีการเติบโตในอัตราสูงทำให้สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้าเพิ่มจากร้อยละ 27.7 เป็นร้อยละ 37.1 และการลดค่าเงินบาทในช่วง พ.ศ. 2540-2543 รวมทั้งการผูกขาดยาใหม่ๆ ทำให้สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40.7 - 44.3 และแม้หลังวิกฤตเศรษฐกิจในช่วง พ.ศ. 2545 สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้าก็ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 45.1 ซึ่งหากแนวโน้มเป็นเช่นนี้ต่อไปในอนาคตยานำเข้าจะมีมูลค่าสูงกว่ายาที่ผลิตในประเทศ แต่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งใช้วิธีการจ่ายเงินแบบประหยัดทำให้ภาระความเสี่ยงด้านการเงินตกเป็นของผู้จัดบริการ ระบบเช่นนี้จะทำให้มีการประหยัดการใช้ยาและใช้ยาที่ผลิตในประเทศมากขึ้น ดังนั้น จึงเป็นเรื่องน่าสนใจที่จะติดตามการเปลี่ยนแปลงนี้อย่างจริงจัง

ประมาณร้อยละ 40 ของมูลค่ายาที่ผลิตในประเทศ เป็นส่วนของวัตถุดิบ ซึ่งนำเข้าถึงกว่าร้อยละ 90 และประมาณร้อยละ 60 ของมูลค่ายานำเข้า เป็นส่วนที่ต้องจ่ายเงินออกนอกประเทศ ดังนั้น ในภาพรวมมูลค่ายาในราคาขายส่งตามตารางที่ 6.39 นั้น จึงเป็นส่วนที่ต้องจ่ายเงินออกนอกประเทศ ประมาณร้อยละ 46.27 แต่หากคิดเฉพาะตัววัตถุดิบยา (ทั้งยาที่ผลิตในประเทศและยานำเข้า) แล้ว ร้อยละ 96 เป็นส่วนที่นำเข้าจากต่างประเทศ

คุณภาพของยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice, GMP) ซึ่งปัจจุบันมีโรงงานผลิตยาที่ได้ GMP เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 70 ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา (ภาพที่ 6.26) นอกจากผลิตและจำหน่ายยาเพื่อการบริโภคในประเทศแล้ว ยังส่งออกไปจำหน่ายยังต่างประเทศด้วย โดยประเทศไทยสามารถส่งออกยาได้เพิ่มขึ้นจาก 480.8 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2532 เป็น 4,821.9 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2546 (ภาพที่ 6.28)

ในช่วง พ.ศ. 2543 มีโรงงานยาที่เป็นโรงงานของบริษัทต่างประเทศได้ปิดตัวลงจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจและค่าจ้างแรงงานที่สูงขึ้น โดยไปเปิดในประเทศที่ค่าจ้างแรงงานถูกกว่า เช่น เวียดนาม ทำให้สัดส่วนของโรงงานยาที่ได้ GMP ลดลงไป

นับตั้งแต่ พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่งต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต ภายใน 5 มิถุนายน 2547

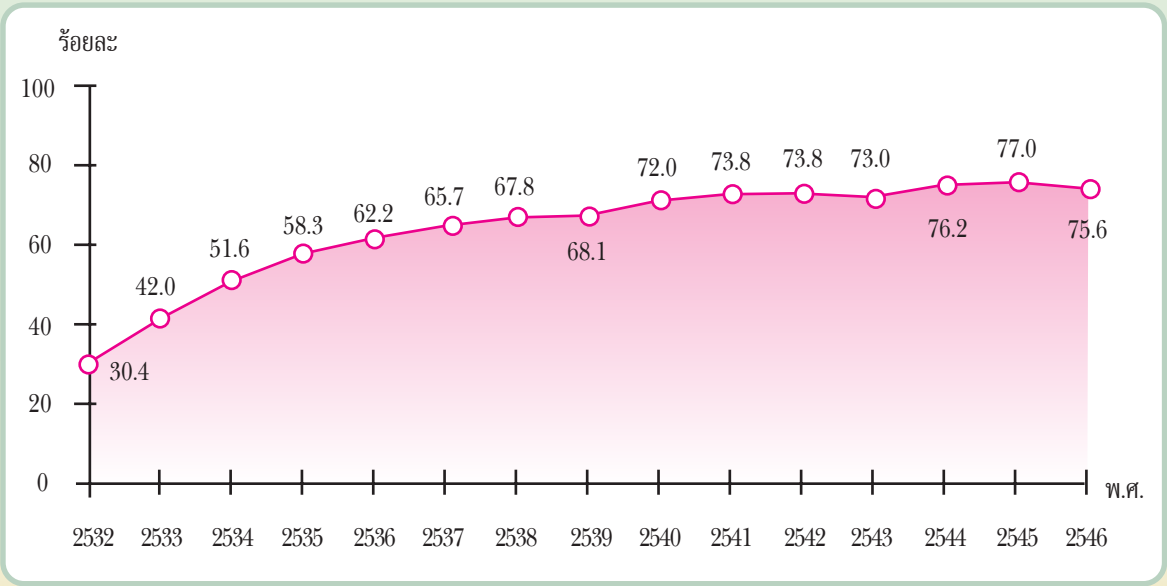
ตารางที่ 6.39 แสดงมูลค่าการผลิตและการนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2545

พ.ศ.	มูลค่าราคาขายส่งจากรายงาน (ราคาปีปัจจุบัน)									ประมาณการบริโภค มูลค่า พ.ศ. 2545		อัตราเพิ่ม		ราคาขายปลีกคิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพ
	ผลิต		นำเข้า			มูลค่าส่งออก (ล้านบาท)	บริโภคในประเทศ[1] (ล้านบาท)	ประมาณการบริโภคในประเทศ (ขายส่ง) [2] x 1.675	ประมาณการตามมูลค่าขายปลีกในประเทศ[3] x 1.8	ราคาขายส่ง	ราคาขายปลีก	มูลค่าปัจจุบัน	มูลค่าคงที่	
	มูลค่าผลิตภายในประเทศ	ร้อยละ	มูลค่านำสั่งเข้า	ร้อยละ	รวม (ล้านบาท)									
2526	3,777.9	65.2	2,012.0	34.8	5,789.9	255.6	5,534.3	9,270.0	16,686.0	18,429.31	33,172.76	-	-	40.52
2527	5,453.0	76.5	1,673.0	23.5	7,126.0	284.0	6,842.0	11,460.4	20,628.7	22,615.19	40,707.30	+23.6	+22.7	39.49
2528	6,651.2	73.5	2,393.1	26.5	9,044.3	315.5	8,728.8	14,620.7	26,317.3	28,142.73	50,657.00	+27.6	+24.4	44.41
2529	4,678.0	71.5	1,864.5	28.5	6,542.5	350.5	6,192.0	10,371.6	18,668.9	19,595.70	35,272.50	-29.1	-30.4	28.26
2530	5,145.8	68.9	2,325.4	31.1	7,471.2	389.4	7,081.8	11,862.0	21,351.6	21,883.91	39,391.04	+14.4	+11.7	28.73
2531	6,708.8	72.3	2,571.0	27.7	9,279.8	432.7	8,847.1	14,818.9	26,674.0	26,318.37	47,373.02	+24.9	+20.3	29.65
2532	8,372.9	71.7	3,307.6	28.3	11,680.5	480.8	11,199.7	18,759.5	33,763.1	31,629.94	56,927.15	+26.6	+20.2	32.13
2533	8,886.0	72.0	3,449.1	28.0	12,335.1	604.1	11,731.0	19,649.4	35,368.9	31,270.01	56,285.99	+4.8	-1.1	28.23
2534	9,657.6	69.6	4,216.4	30.4	13,874.0	784.8	13,089.2	21,924.4	39,463.9	32,998.08	59,396.51	+11.6	+5.5	28.43
2535	10,696.6	69.6	4,682.6	30.4	15,379.2	1,193.5	14,185.7	23,761.0	42,769.8	34,364.44	61,856.00	+8.4	+4.1	27.08
2536	11,831.0	70.0	5,075.3	30.0	16,906.3	2,855.3	14,051.0	23,535.4	42,363.7	32,929.76	59,273.58	-0.9	-4.2	23.02
2537	12,969.7	68.1	6,086.6	31.9	19,056.3	1,536.2	17,520.1	29,346.2	52,823.2	39,084.14	70,360.50	+24.7	+18.7	26.41
2538	15,820.9	63.0	9,276.4	37.0	25,097.3	2,398.5	22,698.8	38,020.5	68,436.9	47,867.02	86,160.63	+29.6	+22.5	30.08
2539	18,120.4	62.9	10,676.0	37.1	28,796.4	1,784.9	27,011.5	45,244.3	81,439.7	53,808.40	96,855.07	+19.0	+12.4	31.63
2540	19,608.0	59.3	13,467.1	40.7	33,075.1	2,319.7	30,755.4	51,515.3	92,727.5	58,052.77	104,494.95	+13.9	+7.9	32.88
2541	16,127.7	53.3	14,146.5	46.7	30,274.2	2,782.3	27,491.9	46,048.9	82,888.1	47,994.63	86,390.41	-10.6	-17.3	30.02
2542	19,033.9	57.2	14,232.3	42.8	33,266.2	3,014.9	30,251.3	50,670.9	91,207.7	52,647.14	94,764.94	+10.0	+9.7	32.09
2543	20,995.9	55.7	16,700.4	44.3	37,696.3	3,732.7	33,963.6	56,889.0	102,400.2	58,199.81	104,759.65	+12.3	+10.5	34.16
2544	23,087.9	53.6	19,967.6	46.4	43,055.5	43,26.9	38,728.6	64,870.4	116,766.7	65,311.70	117,561.03	+14.0	+12.2	36.35
2545	24,144.6	54.9	19,867.9	45.1	44,012.5	41,15.5	39,897.0	66,827.5	120,289.5	66,827.50	120,289.50	+3.0	+2.3	36.04
											เฉลี่ย 15 ปี	12.2	7.7	-

ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

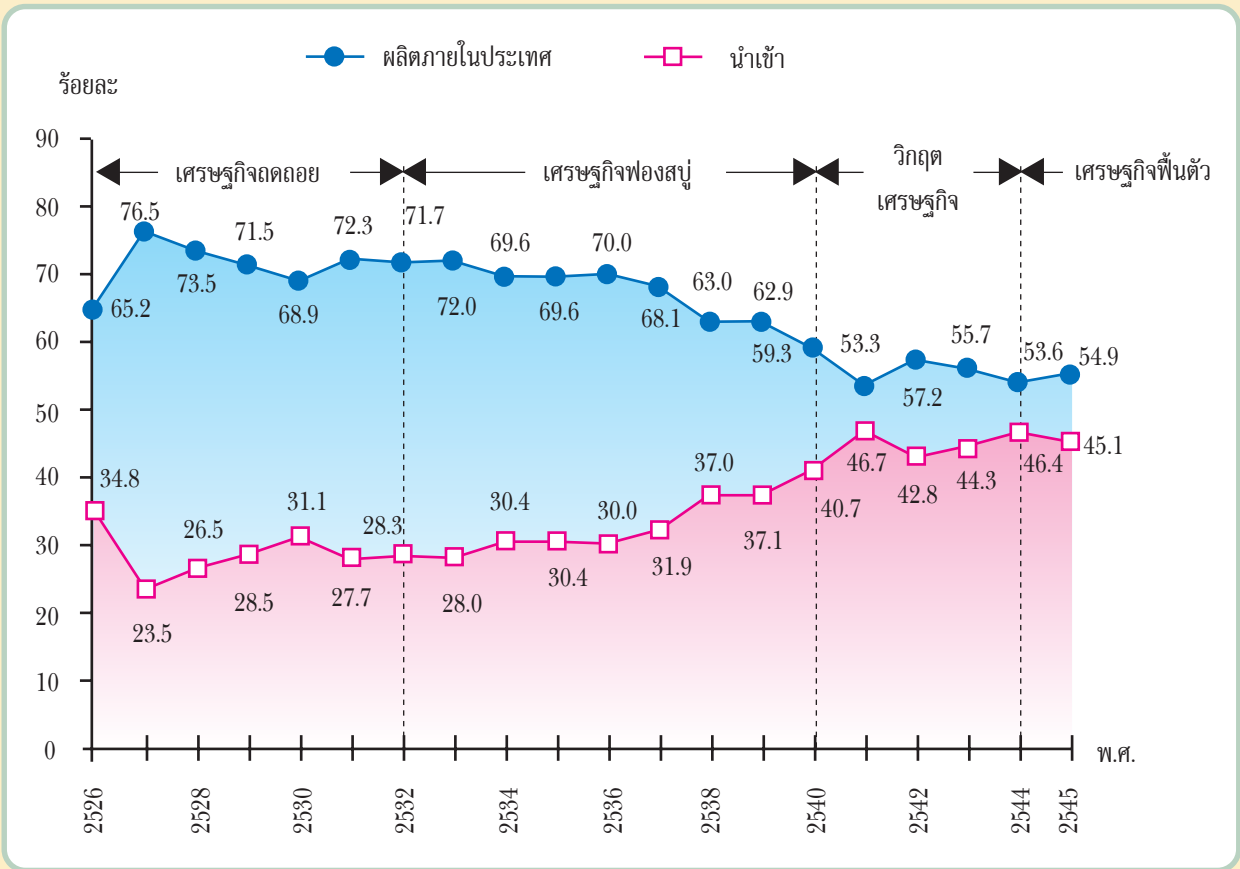
หมายเหตุ:
1. ตัวเลขประมาณการจะต้องลบมูลค่ายาส่งออกด้วย (ภาพที่ 6.28)
2. ตัวเลขจากรายงานต่ำกว่าความจริงประมาณร้อยละ 67.5 (รายงานต่ำไปร้อยละ 48 และรายงานไม่รวมยาขององค์การเภสัชกรรม และยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ด้วย)
3. ราคาขายปลีกประมาณ 1.8 เท่าของราคาขายส่ง

ภาพที่ 6.26 ร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546



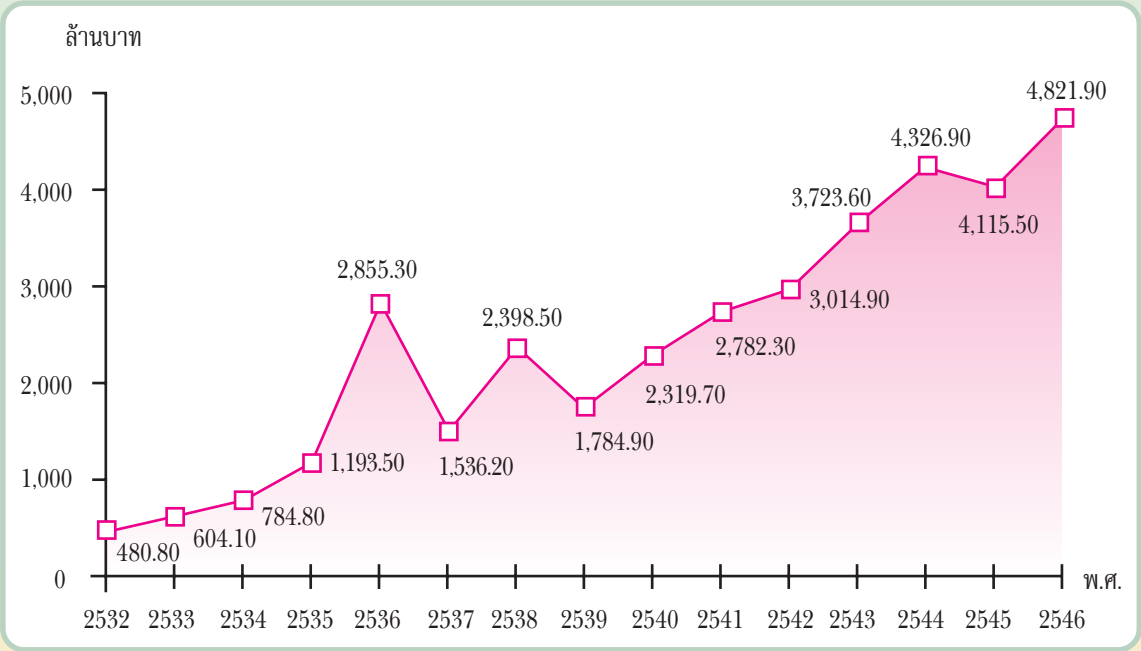
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.27 ร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2545



ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ภาพที่ 6.28 มูลค่าการส่งออกยาของประเทศใน พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546 (ราคาปัจจุบัน)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: พ.ศ. 2532-2546 มูลค่าส่งออกยาได้จากกรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

1.3.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

พัฒนาการทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ความตื่นตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนที่มีกำลังซื้อสูงและการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทย ทำให้ระบบสาธารณสุขไทยมีการใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ไฮเทคใหม่ๆ ที่มีราคาแพง ตลอดจนวิธีการตรวจรักษาแบบใหม่ๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้น ทำให้มีการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ไฮเทคเหล่านี้เพิ่มขึ้นมากในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ และหยุดลงเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ดังเช่น เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปิดบริการในไทย ในช่วง พ.ศ. 2531 - 2543 แต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 6.29) โดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ไฮเทคฯ มีการกระจุกตัวในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐยกเว้นเครื่องสลายนิ่วและเครื่องอัลตร้าซาวด์ที่มีในภาครัฐมากกว่าเอกชน (ตารางที่ 6.40)

ตารางที่ 6.40 อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย

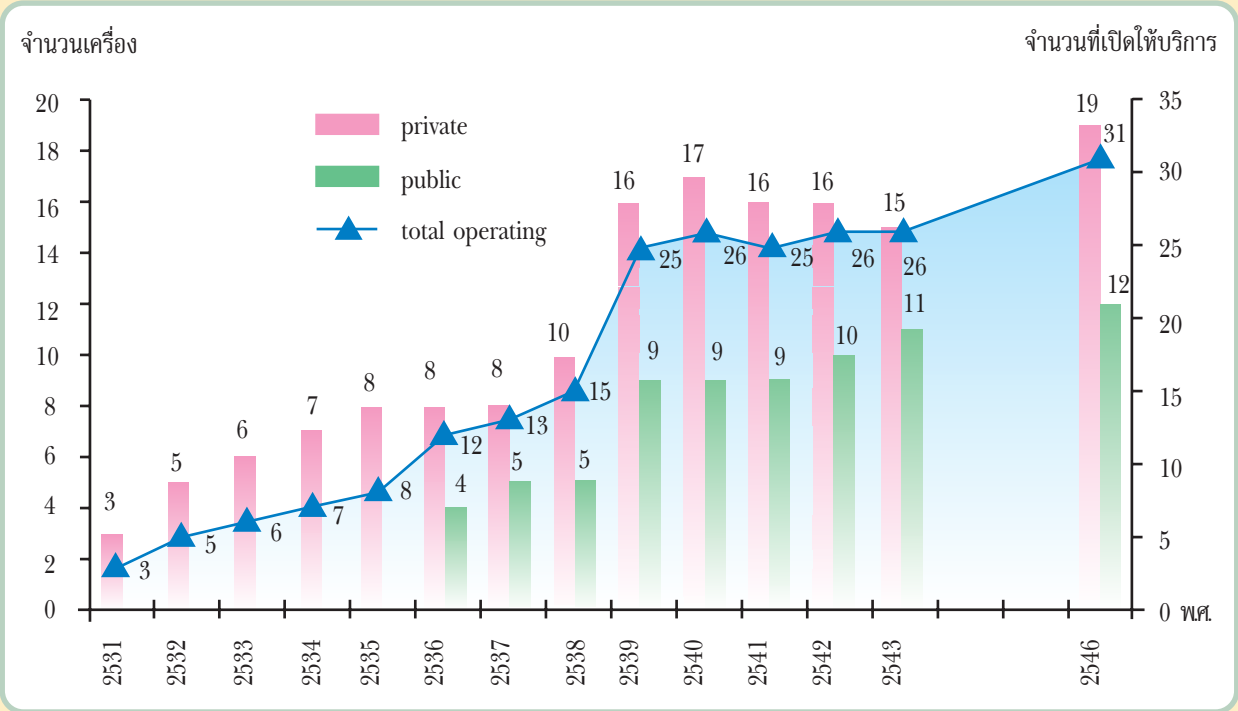
อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	จำนวนทั้งหมด	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	รวม		หมายเหตุ
				รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ [(1)]	266	89 (33.5)	177 (66.5)	83 (31.2)	183 (68.8)	พ.ศ. 2546
2. เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า [(1)]	31	20 (64.5)	11 (35.5)	12 (38.7)	19 (61.3)	พ.ศ. 2546
3. เครื่องสลายนิ่ว [(2)]	75	22 (29.3)	53 (70.7)	55 (73.3)	20 (26.7)	พ.ศ. 2545
4. เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม [(1)]	113	62 (54.9)	51 (45.1)	45 (39.8)	68 (60.2)	พ.ศ. 2546
5. เครื่องอัลตร้าซาวด์ [(2)]	1,643	269 (16.4)	1,374 (83.6)	1,271 (77.4)	372 (22.6)	พ.ศ. 2545

ที่มา: [(1)] ได้จากกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2546

[(2)] ได้จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2546

หมายเหตุ: ตัวเลขใน ( ) คือ ร้อยละ

ภาพที่ 6.29 จำนวนเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปิดบริการในประเทศไทยจำแนกตามสถานบริการภาครัฐและเอกชน



ที่มา: พ.ศ. 2531 - 2542 ได้จาก ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, 2542.

พ.ศ. 2546 ได้จาก กองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2546

หมายเหตุ: จำนวนเครื่องที่ระบุในแต่ละปีเป็นจำนวนเมื่อปลายปีนั้น (ยกเว้น พ.ศ. 2543)

มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในช่วง พ.ศ. 2534-2546 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 12.4 ต่อปี โดยหลังวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกมูลค่าการนำเข้ามีแนวโน้มลดลงและขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.2 ใน พ.ศ. 2546 ในขณะที่การส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา โดยใน พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2545 ถึงร้อยละ 24.7 สำหรับใน พ.ศ. 2547 ตลาดเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีแนวโน้มเติบโตทั้งตลาดในประเทศที่ได้รับปัจจัยหนุนจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจทำให้คนไทยมีกำลังซื้อเพิ่มขึ้นจึงสนใจสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับนโยบายการพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย (Thailand: Centre of Excellent Health of Asia) และสำหรับตลาดต่างประเทศก็มีความต้องการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของไทยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของไทยมีคุณภาพมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ และมีราคาไม่สูงนักเมื่อเทียบกับประเทศคู่แข่งในเอเชีย (ตารางที่ 6.41 ตารางที่ 6.42 และภาพที่ 6.30)

ตารางที่ 6.41 มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546 (ล้านบาท)

ผลิตภัณฑ์	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
HS 9018.90 อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่นๆ	491.9	705.9	1,292.8	925.2	1,070.7	1,359.1	1,566.7	1,161.2	1,079.0	2,323.7	2179.1	2,453.0	2,794.4
HS 9018.19 เครื่องวินิจฉัยด้วยไฟฟ้าอื่นๆ	377.9	417.5	718.8	773.9	784.5	873.5	996.2	493.6	542.7	1,402.4	1051.9	955.7	1,426.2
HS 9019.20 เครื่องบำบัดโรคด้วยโอโซน ฯลฯ	138.6	130.1	195.8	221.7	303.7	303.8	404.0	417.3	188.9	458.6	366.6	306.2	398.3
HS 9019.20 เครื่องสเตอร์ไรด์ที่ใช้ในทางการแพทย์ ฯลฯ	98.4	99.4	180.5	228.5	202.6	301.0	501.9	312.9	146.3	293.3	410.5	335.9	177.7
HS 9018.39 หลอดฉีดยา เข็มฉีดยา ฯลฯ	113.6	136.0	178.3	312.9	298.8	382.4	388.3	303.3	326.4	416.3	496.8	509.0	647.8
HS 9021.30 อวัยวะเทียมอื่นๆ ของร่างกาย	119.9	112.2	139.4	187.1	243.6	267.3	284.9	237.1	263.1	309.0	342.1	2.7	-
HS 3701.10 แผ่นไวแสงและฟิลม์สำหรับเอ็กซเรย์	137.1	165.7	132.3	140.6	169.7	220.7	224.4	202.0	240.6	222.7	291.9	297.6	322.8
HS 9018.50 อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่นๆ เกี่ยวกับนัยน์ตา	32.6	88.3	105.6	137.9	156.2	209.7	215.4	197.5	136.7	324.2	210.0	301.8	329.8
HS 3006.10 เอ็นเย็บแผล วัสดุใช้เย็บแผลอื่นๆ	102.9	136.8	134.1	157.7	172.3	186.4	256.1	194.6	244.6	231.8	302.9	290.6	342.7
HS 9018.32 เข็มฉีดยาทำด้วยโลหะและเข็มสำหรับเย็บแผล	143.4	174.9	194.9	204.3	193.6	209.5	255.4	193.3	171.4	227.8	262.7	233.1	250.6
HS 9021.19 เครื่องใช้อื่นทางศัลยกรรมกระดูก	73.3	88.4	104.8	148.9	209.8	260.6	267.6	190.7	232.8	297.0	354.1	4.8	-
HS 9018.49 อุปกรณ์และเครื่องใช้ทางทันตกรรม	38.7	51.7	84.5	117.6	138.2	170.4	181.1	182.8	213.0	350.5	386.1	418.9	398.2
HS 9019.10 เครื่องใช้ในการบำบัดโรคด้วยวิธีทางกล	40.5	58.8	56.9	333.5	403.2	279.5	211.6	141.1	53.8	57.0	74.0	105.7	198.9
HS 3005.90 แวดดิ้ง ผ้ากอซ ผ้าพันแผลและของที่คล้ายกัน	71.4	100.4	92.1	119.2	138.1	139.3	184.5	138.7	66.2	95.1	111.4	140.6	110.8
HS 9402.90 เฟอร์นิเจอร์ที่ใช้ทางการแพทย์	41.8	59.9	113.9	165.1	211.3	310.9	290.2	111.1	60.2	65.7	63.4	97.8	91.3
รวม	**2,022.0**	**2,526.0**	**3,724.7**	**4,168.1**	**4,696.3**	**5,474.1**	**6,198.3**	**4,477.2**	**3,965.8**	**7,707.4**	**6,903.5**	**6,453.3**	**7,489.5**
อื่นๆ	471.2	719.5	670.9	976.0	1,163.9	1,276.7	1,471.8	980.4	1,222.9	2,257.4	1,938.5	2,008.6	2,600.7
รวมทั้งหมด	**2,493.2**	**3,245.5**	**4,395.6**	**5,144.1**	**5,860.2**	**6,750.8**	**7,670.1**	**5,457.6**	**5,188.7**	**9,334.8**	**8,842.0**	**8,461.9**	**10,090.2**
อัตราการขยายตัว (%)	-	+30.2	+35.4	+17.0	+13.9	+15.2	+13.6	-28.8	-4.9	+79.9	-5.3	-4.3	+19.2

อัตราการนำเข้าขยายตัวเฉลี่ย 12 ปี +12.4

ที่มา: กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

ตารางที่ 6.42 มูลค่าการส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ.2534-พ.ศ.2546 (ล้านบาท)

ผลิตภัณฑ์	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
HS 3005.10 ของใช้แต่งแผลที่มีสานยึด	98.0	146.8	212.3	238.2	298.1	267.8	344.4	465.9	501.5	590.9	719.5	567.3	682.9
HS 3005.90 แวดดิ้ง ผ้ากอซ สำลี อื่นๆ	173.5	308.5	1,365.7	136.5	783.7	23.0	26.3	45.0	107.9	356.4	424.1	548.5	650.9
HS 3006.10 เอ็นเย็บแผล วัสดุใช้เย็บแผลอื่น	3.5	0.3	1.9	2.2	0.1	1.6	3.2	2.8	2.6	8.7	16.3	4.1	4.6
HS 3006.20 รีเจนต์ที่ใช้ตรวจกลุ่มเลือด	-	-	-	-	0.1	0.4	0.3	1.7	0.1	0.2	0.2	0.3	2.8
HS 3006.30 รีเจนต์ที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคที่ทำจากจุลินทรีย์	0.2	-	278.3	0.3	1.1	0.1	0.4	21.0	2.6	2.2	2.5	-	-
HS 3006.40 ซีเมนต์อุดฟันและของอื่นที่ใช้อุดฟัน	-	-	0.2	-	5.1	-	0.1	1.4	1.4	-	0.006	0.70	0.20
HS 3006.50 หีบและชุดสำหรับปฐมพยาบาล	-	-	2.6	-	-	0.8	0.7	0.2	0.5	1.2	1.3	1.4	1.8
HS 3701.10 แผ่นไวแสงและฟิมล์สำหรับเอกซเรย์	9.0	281.0	4.8	1.6	0.3	0.4	0.7	2.5	1.1	0.4	0.6	0.4	1.0
HS 3702.10 ฟิล์มม้วนไวแสงสำหรับเอกซเรย์	5.6	5.3	2.2	-	0.2	1.1	-	0.3	0.2	-	-	0.03	0.6
HS 4015.11 ถุงมือใช้ในทางศัลยกรรม	451.0	780.2	1,227.2	1,045.1	822.2	1,022.0	1,206.3	1,649.0	1,521.3	1,796.4	2,019.9	1,733.5	1,905.9
HS 8419.20 เครื่องเสตอไรด์ที่ใช้ในการแพทย์ศัลยกรรมหรือใช้ในห้องปฏิบัติการ	0.9	5.6	2.0	0.3	1.4	7.3	32.8	4.6	6.7	2.3	7.4	12.7	2,757.4
HS 8713.10 รถเข็นสำหรับคนพิการ	0.1	-	-	-	0.2	0.2	-	0.4	0.0	0.8	1.1	1.0	0.2
HS 8713.90 รถเข็นสำหรับคนพิการอื่นๆ	0.1	1.5	14.7	0.2	3.1	1.5	2.7	1.6	0.4	1.1	2.2	0.7	1.4
HS 9001.30 คอนแทกเลนส์	-	-	0.6	-	-	0.5	8.7	2.8	0.9	3.1	80.0	258.0	208.4
HS 9018.11 เครื่องบันทึกคลื่นหัวใจไฟฟ้า	1.2	0.5	0.3	-	0.2	0.8	0.2	4.0	0.1	1.7	4.7	4.2	3.0
HS 9018.19 เครื่องวินิจฉัยโรคด้วยไฟฟ้าอื่นๆ	5.1	16.0	13.6	10.2	28.0	40.0	95.0	113.6	118.8	395.2	178.4	295.7	250.9
HS 9018.20 เครื่องรังสีอัลตราไวโอเลตหรืออินฟาเรด	0.1	1.5	4.0	2.0	7.2	3.1	25.6	7.7	0.5	6.8	0.8	8.8	22.7
HS 9018.31 หลอดฉีดยามีหรือไม่มีเข็มฉีดยา	60.0	142.0	246.5	240.9	378.3	204.9	228.0	337.3	187.3	248.5	247.0	247.3	246.0
HS 9018.32 เข็มฉีดยาทำโดยโลหะและเข็มสำหรับเย็บแผล	170.6	162.4	180.9	202.8	234.7	250.7	346.5	324.0	211.1	64.5	464.6	405.7	413.0
HS 9018.39 หลอดฉีดยา เข็มฉีดยา ฯลฯ ประเภทอื่นๆ	-	126.7	11.0	56.3	28.1	20.4	31.1	69.0	65.4	32.7	77.3	93.9	138.8
HS 9018.41 เครื่องกรอฟัน	0.2	0.8	-	0.5	-	0.1	0.9	2.4	19.5	3.2	34.9	25.9	67.7
HS 9018.49 อุปกรณ์และเครื่องใช้ทางทันตกรรมอื่นๆ	0.4	4.3	2.9	0.6	6.3	8.5	13.1	28.7	12.6	8.0	5.7	11.0	11.9

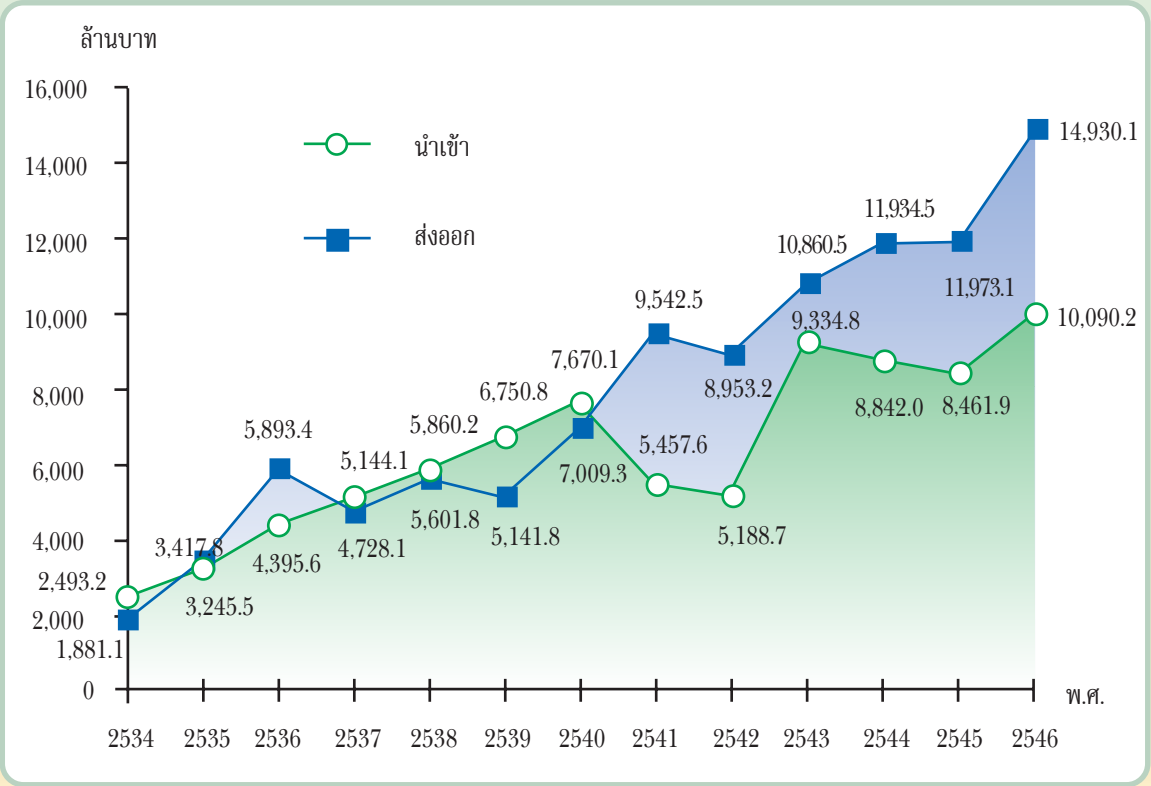
ตารางที่ 6.42 (ต่อ) มูลค่าการส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ.2534-พ.ศ.2546 (ล้านบาท)

ผลิตภัณฑ์	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
HS 9018.50 อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่นที่เกี่ยวกับนัยตา	0.2	0.4	2.2	1.1	3.0	1.5	5.0	2.2	2.8	8.0	6.8	12.8	9.6
HS 9018.90 อุปกรณ์และเครื่องใช้อื่นๆ	722.4	1,190.3	1,906.1	2,415.2	2,622.4	3,007.5	4,206.7	5,993.5	5,819.4	6,605.6	7,121.6	7,239.0	7,131.2
HS 9019.10 เครื่องใช้ในการบำบัดโรคโดยวิธีทางกล	97.4	115.2	273.3	239.6	267.9	160.3	258.2	324.1	233.5	239.0	298.8	246.2	153.9
HS 9019.20 เครื่องบำบัดโรคด้วยโอโซน	32.1	33.0	41.3	53.0	28.0	35.3	51.1	13.3	28.9	67.0	73.8	98.8	63.9
HS 9021.11 ข้อต่อเทียม	0.8	-	-	-	0.1	-	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	-	-
HS 9021.19 เครื่องใช้อื่นๆทางศัลยกรรมกระดูก	2.7	0.1	0.2	0.3	1.8	1.2	2.8	1.3	3.4	1.2	2.0	-	-
HS 9021.21 ฟันปลอม	25.1	54.9	27.7	10.6	6.7	8.0	13.4	19.3	18.3	26.2	44.1	47.8	59.8
HS 9021.29 อุปกรณ์ติดตั้งเกี่ยวกับฟัน	0.3	-	4.5	22.8	18.2	20.6	23.0	34.8	26.1	3.9	15.4	39.9	52.5
HS 9021.30 อวัยวะเทียมอื่นๆของร่างกาย	1.7	1.2	0.5	1.6	2.3	0.1	1.3	0.7	1.4	2.0	0.3	-	-
HS 9021.40 เครื่องช่วยฟัง	-	0.2	-	-	-	-	0.6	0.2	2.9	1.0	-	0.2	0.02
HS 9021.50 ครื่องควบคุมจังหวะสำหรับกระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจ	-	-	-	0.1	-	-	-	-	-	-	0.01	-	-
HS 9021.90 อื่นๆ ในหมวด HS9021	0.5	0.4	0.1	0.3	1.1	1.0	2.3	0.2	5.8	3.9	3.3	8.2	13.5
HS 9022.19 อื่นๆ ในหมวด HS9022	1.6	9.7	25.1	14.1	10.1	2.6	2.6	3.4	23.6	10.8	12.8	10.1	18.3
HS 9022.21 เครื่องอุปกรณ์ที่ใช้ในการแผ่รังสีใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์	0.5	0.4	0.1	0.8	1.4	4.3	1.3	-	0.5	2.7	0.1	3.8	0.7
HS 9022.29 เครื่องอุปกรณ์ที่ใช้ในการแผ่รังสีใช้ประโยชน์ในด้านอื่นๆ	1.1	-	1.3	3.7	0.1	1.1	-	-	0.2	-	2.0	1.3	0.03
HS 9022.30 หลอดเอ็กซเรย์	0.3	1.9	3.1	0.4	2.0	1.7	0.3	3.1	1.2	1.6	0.5	1.8	2.7
HS 9022.90 อื่นๆ ในหมวด HS9022	1.6	3.2	5.2	2.6	16.2	8.2	14.5	23.4	11.2	30.7	50.7	27.6	36.2
HS 9402.10 เก้าอี้ทำฟัน	10.2	18.6	23.3	19.2	19.0	20.6	13.1	7.1	4.6	3.7	2.9	9.5	3.1
HS 9402.90 เฟอร์นิเจอร์ที่ใช้ในทางการแพทย์	3.1	4.9	7.7	5.0	3.1	12.6	46.0	30.7	6.8	17.6	10.7	5.0	12.5
รวม	**1,881.1**	**3,417.8**	**5,893.4**	**4,728.1**	**5,601.8**	**5,141.8**	**7,009.3**	**9,542.5**	**11,495.2**	**10,860.5**	**11,934.5**	**11,973.1**	**14,930.1**
อัตราการขยายตัว (%)	-	+81.6	+72.4	-19.7	+18.4	-8.2	+36.3	+36.1	-6.2	+21.3	+9.9	+0.3	+24.70

อัตราการส่งออกขยายตัวเฉลี่ย 12 ปี +18.8

ที่มา: กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

ภาพที่ 6.30 มูลค่าการนำเข้า ส่งออก เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2546



ที่มา: จากตารางที่ 6.41 และ ตารางที่ 6.42

1.4 องค์ความรู้

องค์ความรู้ในระบบสาธารณสุข มี 2 ลักษณะ คือ องค์ความรู้พื้นฐานที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ และองค์ความรู้เชิงระบบ เพื่อการพัฒนาระบบบริการ

ในด้านองค์ความรู้พื้นฐานนั้น ประเทศไทยมีการนำเข้าองค์ความรู้ด้านนี้จากประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยเฉพาะในตะวันตกเป็นส่วนมาก ในระยะหลังมีการส่งเสริมศึกษาวิจัยภายในประเทศมากขึ้นมาก ทั้งภายใต้โครงการวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง องค์ความรู้พื้นฐานจากภูมิปัญญาดั้งเดิมในเรื่องสมุนไพรและแพทย์แผนไทย เพิ่งจะได้รับความสนใจในการพัฒนาอย่างจริงจังในช่วงทศวรรษที่ผ่านมานี้เท่านั้น และก็มีสมุนไพรหลายตัวที่เริ่มประสบความสำเร็จ เช่น ครีมพญายอ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน เป็นต้น

ในส่วนขององค์ความรู้เชิงระบบ เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอนามัยนั้น เนื่องจากเรานำเข้าองค์ความรู้พื้นฐานมาจากตะวันตก โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ระบบบริการสุขภาพของไทยจึงตามแบบระบบในตะวันตก (โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา) แต่เนื่องจากรัฐบาลเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้เหมาะสมกับเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรมของไทย จึงได้จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นองค์กรอิสระนอกระบบราชการขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา

2. การบริหารจัดการระบบสาธารณสุข

2.1 นโยบายและแผนสาธารณสุข

ระบบสาธารณสุขของไทย (โดยเฉพาะในภาครัฐ) พัฒนาไปตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้มีพัฒนาการต่อเนื่องโดยตลอด โดยอาจจะแบ่งเป็นช่วงๆ ดังนี้

(1) ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-7 (พ.ศ. 2504 - 2539)

นับตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1-7 (พ.ศ. 2504 - 2539) โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่จะทำให้คนแข็งแรง เพื่อที่จะได้มีกำลังที่จะพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งในช่วงระยะแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1-3 มีการลงทุนในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-6 นี้ นับว่าเป็นช่วงสำคัญที่ได้มีการปรับปรุง ระบบการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติอย่างจริงจังตามหลักวิชาการ โดยนำเอาเทคนิคการวางแผนแบบ Country Health Programming มาใช้ มีการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ (MPNHD - Managerial Process for National Health Development) โดยมีระบบวิเคราะห์ปัญหา กำหนดนโยบาย กลวิธีและมีการใช้ระบบงบประมาณแบบแผนงาน (PPBS - Planning Programming and Budgeting System) และได้นำแนวคิด “การสาธารณสุขมูลฐาน” อันหมายถึง การส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนได้รับรู้ถึงสภาพปัญหา สาเหตุของปัญหา รวมทั้งความรู้ความเข้าใจใหม่ๆ ที่จะทำให้เขาสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยการดำเนินงานของประชาชนในชุมชนเอง พร้อมทั้งได้กำหนดเป้าหมายระยะยาวคือ “**สุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543**” เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและประชาชนในการพัฒนา

ผลการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขได้ขยายครอบคลุมพื้นที่อย่างกว้างขวางในเชิงปริมาณ ดังนั้นในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 มีการขยายตัวในเรื่องการประกันคุณภาพมากขึ้น จึงมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานบริการทุกระดับ พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ นำเทคโนโลยีใหม่ๆ เข้ามาใช้ การพัฒนานวัตกรรมในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนาสถานีอนามัยให้เป็นจุดเชื่อมของงานสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย ซึ่งเป็นโครงการระยะยาว 10 ปี (พ.ศ. 2535 - 2544) และได้ขยายหลักประกันด้านสุขภาพจนสามารถครอบคลุมประชากรได้กว่าสองในสาม

(2) ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544)

เป็นช่วงที่ปรับแนวคิดจากเดิมที่มุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นการเน้น “คนเป็นศูนย์กลาง” เพราะคนเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการพัฒนา แผนพัฒนาสาธารณสุขจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาขององค์รวม และในช่วงเริ่มต้นแผนฯ 8 ได้เกิดวิกฤตเศรษฐกิจขึ้น ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับแผนฯ เพื่อลดการลงทุนและมุ่งรักษาบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ยากไร้ไว้ก่อน

ในช่วง พ.ศ. 2543-2544 ได้มีความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพ มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ มีคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพและตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยจะมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ออกมาภายใน 3 ปี (31 กรกฎาคม 2546) แต่ภายหลังมีการขยายเวลาออกไปอีก 2 ปี ให้เสร็จสิ้นภายใน 8 สิงหาคม 2548

นอกจากนี้ นโยบายรัฐบาลใหม่เมื่อกุมภาพันธ์ 2544 กำหนดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (100%) ซึ่งมีการดำเนินการอย่างจริงจังและเต็มพื้นที่ทั่วประเทศใน พ.ศ. 2545

(3) ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549)

ยังคงเป็นแผนที่มุ่งยึด "คนเป็นศูนย์กลาง" รวมทั้งได้อันเชิญแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำรัสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ มาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาสุขภาพคนไทยรวมทั้งระบบสุขภาพและปรับปรุงให้เป็น**แผนสุขภาพแห่งชาติ**ที่แท้จริง โดยเน้นการวางยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพที่มุ่งสร้างรากฐานการพัฒนาประเทศให้มีความ สมดุลทั้งด้านตัวคน สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม โดยสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพ

นโยบายรัฐบาลใหม่เน้นการกำหนดยุทธศาสตร์ที่มีลำดับความสำคัญสูงนอกเหนือไปจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ เช่น มีการกำหนดเรื่อง "อาหารปลอดภัย" "การออกกำลังกาย" และการจัดการกับปัญหาอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น

2.2 กฎหมาย

มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวนมากทั้งในลักษณะของ พ.ร.บ. กฎกระทรวง, ข้อบังคับ และระเบียบต่างๆ โดยแบ่งเป็น

1) พระราชบัญญัติที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเองโดยตรงแบ่งเป็น 4 ประเภท รวม 37 พ.ร.บ. (ตารางที่ 6.43)

ตารางที่ 6.43 พ.ร.บ. ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเองโดยตรง

ลำดับที่	ประเภทพระราชบัญญัติ
1	พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับระบบบริการการสาธารณสุข มี 6 พ.ร.บ. คือ
	1.1 พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541
	1.2 พ.ร.บ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535
	1.3 พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542
	1.4 พ.ร.บ. องค์การเภสัชกรรม พ.ศ. 2509
	1.5 พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544
	1.6 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
2	พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค มี 3 พ.ร.บ. คือ
	2.1 พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535
	2.2 พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2523
	2.3 พ.ร.บ. เชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2525
3	พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข มี 10 พ.ร.บ. คือ
	3.1 พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ. 2522
	3.2 พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2518) ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2522) ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2528) และฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2530)
	3.3 พ.ร.บ. เครื่องสำอาง พ.ศ. 2535
	3.4 พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535
	3.5 พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2528 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2535 และฉบับที่ 4 พ.ศ. 2543
	3.6 พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2528) ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2530) และฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2543)
	3.7 พ.ร.บ. เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2531
	3.8 พ.ร.ก. ป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2543)
	3.9 พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535
	3.10 พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535
4	พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับวิชาชีพ มี 5 พ.ร.บ. คือ
	4.1 พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542
	4.2 พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525
	4.3 พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540)
	4.4 พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537
	4.5 พ.ร.บ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

2) พ.ร.บ. ที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงทั้งหมด แต่ร่วมรับผิดชอบกับกระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย มี 6 พ.ร.บ. คือ

(1) พ.ร.บ. สุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. 2528

(2) พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534

(3) พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534

(4) พ.ร.บ. รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535

(5) พ.ร.บ. ความลับทางการค้า พ.ศ. 2545

(6) พ.ร.บ. จัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534

3) พ.ร.บ. และประกาศกระทรวงที่กระทรวงอื่นดูแล แต่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมี 7 พ.ร.บ. คือ

(1) พ.ร.บ. ส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535

(2) พ.ร.บ. โรงงาน พ.ศ. 2535

(3) พ.ร.บ. ประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2533

(4) พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

(5) พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537

(6) พ.ร.บ. คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541

(7) พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

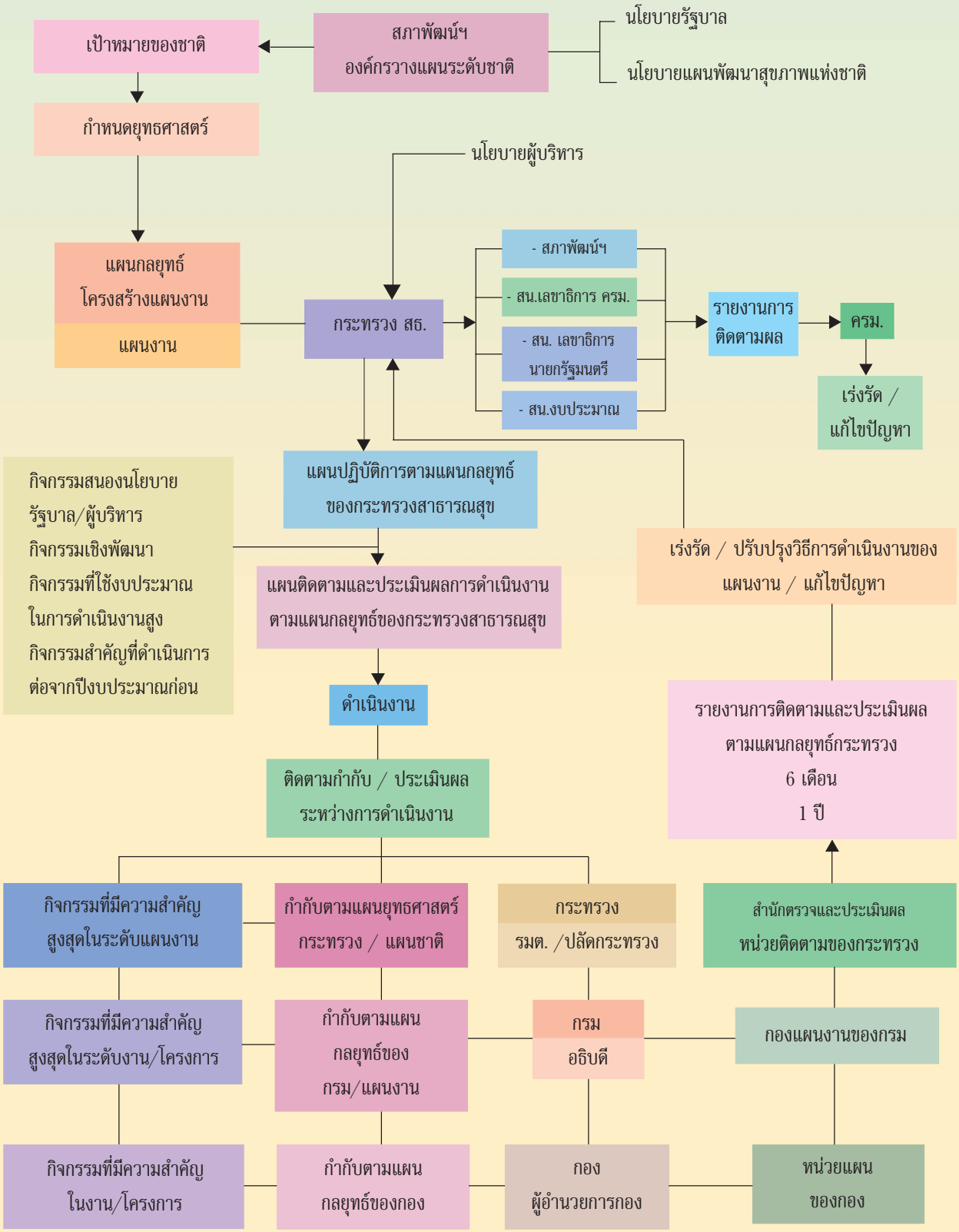
นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมุ่งเน้นการจัดทำกระบวนการเพื่อนำไปสู่การร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ให้เกิด “รัฐธรรมนูญสุขภาพ” ของคนไทยด้วย

2.3 ระบบการติดตามกำกับและประเมินผล

ตามที่รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่เน้นการรับผิดชอบต่อผลงานและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชน ทำให้หน่วยงานของรัฐมีการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ โดยกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นไป ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับเปลี่ยนโครงการที่สำคัญให้เป็นระบบการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicator, KPI) สำหรับใช้ติดตามประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาประเทศ แต่ก็ยังติดตามประเมินผลเฉพาะในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเป็นหลัก (ภาพที่ 6.31)

และเพื่อให้ระบบการติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นระบบที่มีเอกภาพในการตรวจติดตามและประเมินผล จึงได้มีการรวมหน่วยงานที่มีหน้าที่ตรวจราชการ และหน่วยงานที่มีหน้าที่ติดตามประเมินผลไว้ด้วยกันเป็น “สำนักตรวจและประเมินผล” อยู่ภายในสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานตามภารกิจของส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.31 ระบบการติดตามกำกับการดำเนินงานและการประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข



2.4 ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข

ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข มีกระจายอยู่ตามหน่วยงานต่างๆ องค์กรหลักที่ดูแลเรื่องนี้คือ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งวิวัฒนาการของระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขของไทยสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ช่วง ดังนี้

(1) ช่วงก่อนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4

ในระยะนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีการรวบรวมข้อมูลรายงานและสถิติต่างๆ ในงานสาธารณสุขไว้เป็นอันมาก เช่น ข้อมูลการเกิด การตาย ประชากร การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ฯลฯ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเก็บรวบรวมมาจากระดับจังหวัด และนำส่งไปยังกองต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและรับผิดชอบนั้นๆ โดยตรง เพื่อรวบรวมเป็นสถิติทางด้านสาธารณสุขของประเทศ เมื่อผู้บริหารต้องการก็จะต้องถามไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบนั้นๆ จึงทำให้เกิดปัญหาว่าสถิติต่างๆ กระจัดกระจายไปตามหน่วยงานทั่วไป ยากต่อการรวบรวมมาใช้ ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จัดเก็บข้อมูลขาดความรู้ความเข้าใจ การกรอกระเบียน และจัดทำรายงาน จึงทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ส่งผลต่อคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูลอย่างมาก

(2) ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-6 (พ.ศ. 2520-2534)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดวางระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขขึ้น โดยกำหนดไว้เป็นกิจกรรมหนึ่งของโครงการพัฒนาการวางแผนการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข (Planning Management Information System Development Project : PMIS) ซึ่งได้จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขขึ้นในส่วนกลาง จังหวัดและอำเภอเพื่อรวบรวมข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขไว้ในแหล่งเดียวกัน วางรูปแบบของระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขและพัฒนาคุณภาพข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขให้มีความถูกต้องครบถ้วน และได้มีการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข คือ คอมพิวเตอร์และได้ขยายขีดความสามารถโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในทุกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทุกระดับ นอกจากนี้ได้จัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร (Management Information System) เพื่อให้ผู้บริหารได้ใช้ข้อมูลข่าวสารในการพิจารณาตัดสินใจทุกระดับของการบริหาร

(3) ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7-8 (พ.ศ. 2535-2544)

ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ได้เกิดแนวคิดการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารแนวใหม่ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ลดระบบรายงานกิจกรรมที่ไม่จำเป็นลง โดยสนับสนุนระบบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ (Provincial Health Survey และ National Health Examination Survey) รวมทั้งยังดำเนินการสำรวจประชากรกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น ประชากรไทยบนพื้นที่สูง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจวางแผนพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนร่วมมือกับสถาบันการศึกษาของรัฐ (ทบวงมหาวิทยาลัย) สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ทำการศึกษาระเบียบวิธีการสำรวจและพัฒนาแบบสำรวจในกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ยากจนในเมืองและชนบท กลุ่มเด็กและสตรีในธุรกิจทางเพศ กลุ่มผู้พิการและกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีญาติหรือผู้เลี้ยงดู เพื่อเป็นแนวทางในการสำรวจต่อไป

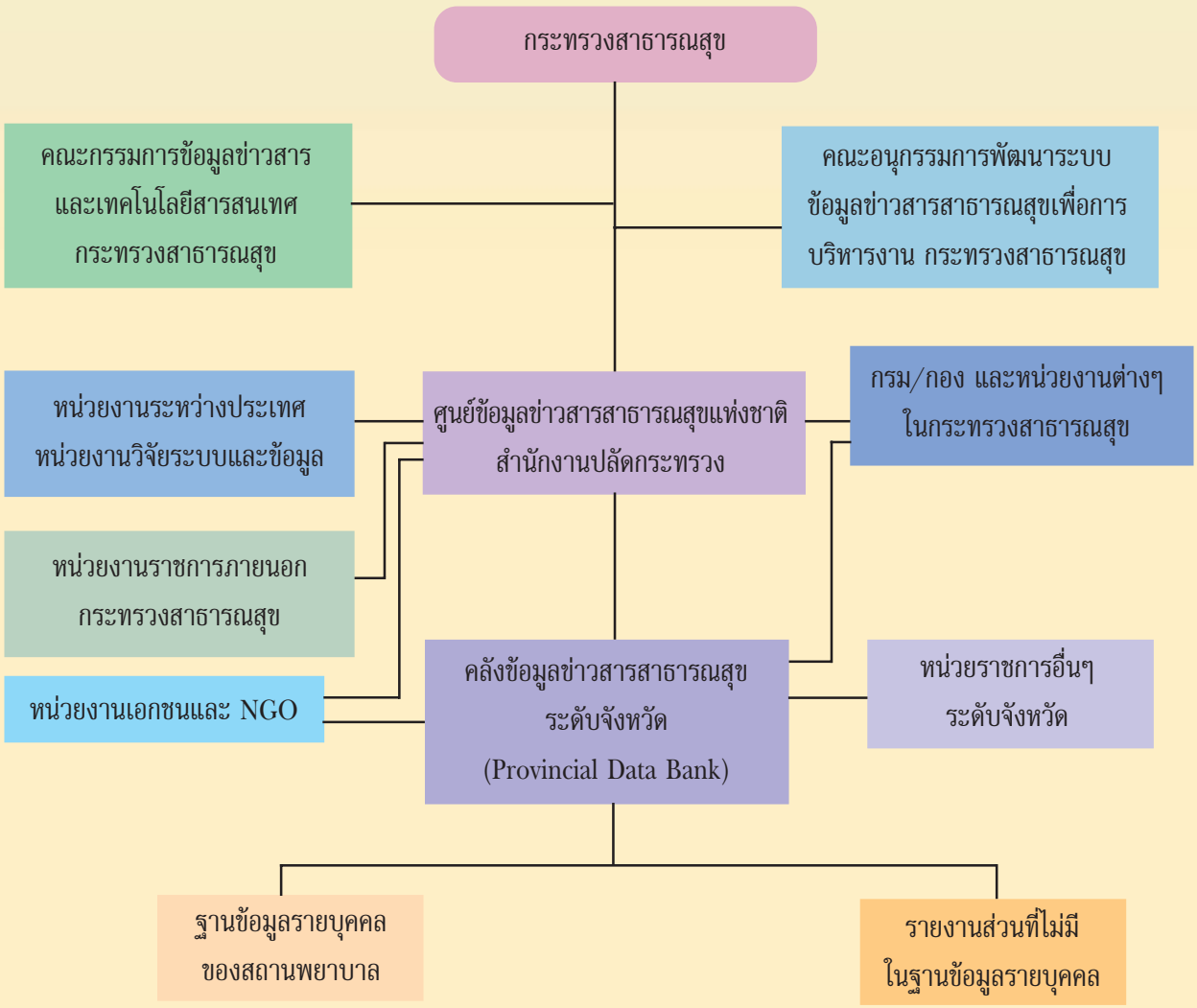
นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2542 - 2544 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการศึกษาสาเหตุการตายใน 16 จังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลการตายเป็นข้อมูลที่ได้จากมรณะบัตรในระบบทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีหลักฐานที่เชื่อได้ว่าน่าจะมีความคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงมาก การเสาะหาสาเหตุการตายที่แท้จริงของคนไทยนับว่าเป็นความพยายามปรับปรุงระบบข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลสาเหตุการตายที่เป็นมาตรฐาน และเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของรัฐในการลงทุนด้านบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ในช่วง พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ริเริ่มจัดทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพทั้งหมดเป็นรายงานทุก 2 ปี เรียกชื่อว่า “รายงานการสาธารณสุขไทย”

(4) ช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549)

เป็นการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบราชการและการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขแนวใหม่ เพื่อการบริหารจัดการ (MIS reform) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นฐานข้อมูลรายบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Individual Cards) ที่สามารถเชื่อมโยงทั้งหน่วยงานส่วนกลางและระหว่างพื้นที่และเป็นข้อมูลสำหรับจังหวัดเพื่อการบริหารราชการจังหวัดบูรณาการ โดยพัฒนาฐานข้อมูลในระดับปฏิบัติการ ได้แก่ สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้มีโครงสร้างเป็นมาตรฐานเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งระบบตลอดจนเชื่อมโยงกับระบบ Smart Card ได้ในอนาคต อันจะตอบสนองต่อดัชนีวัดความสำเร็จต่างๆ ได้แก่ KPI, E-inspection และ MOC (Ministry Operation Center) ตามบทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ภาพที่ 6.32)

ภาพที่ 6.32 การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข



3. โครงสร้างองค์กรในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

ทรัพยากรสาธารณสุขจะกระจายไปยังหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชนและภาคเอกชน

3.1 ภาครัฐ

1) หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของคนไทยทั่วประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรที่รับผิดชอบหลักในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม และประสานกิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งกายและจิต ตลอดจนความเป็นอยู่ของประชาชนและการจัดให้บริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนชาวไทยมีสุขภาพสมบูรณ์ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และมีอายุยืนนาน ไม่เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันสมควร

2) หน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ ได้แก่

(1) หน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา) กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงกลาโหม

(2) หน่วยงานภาครัฐ ที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อม คนงาน เด็กและสตรี ได้แก่ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(3) หน่วยงานภาครัฐที่ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพและบรรลุประสิทธิผล ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สนับสนุนด้านแผนงาน) สำนักงบประมาณ (สนับสนุนด้านงบประมาณ) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สนับสนุนด้านกำลังคนสาธารณสุข) กรมวิเทศสหการ (สนับสนุนด้านความช่วยเหลือต่างประเทศ) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุนการมีหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเสมอภาค)

(4) หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบสนับสนุนเพื่อบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

3.2 องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไร

องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไรที่ดำเนินกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข (NPO-Not-For Profit Organization) ในประเทศไทย มีประมาณ 300 - 500 องค์กร ซึ่งองค์กรเอกชนเหล่านี้โดยทั่วไปจะมีลักษณะเป็นมูลนิธิ หรือสมาคมฯ ซึ่งจะต้องไปจดทะเบียนกับกระทรวงวัฒนธรรม (สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติและ /หรือ กระทรวงมหาดไทย) จึงจะเป็นองค์กรที่เป็นนิติบุคคลแต่ก็มีองค์กรเอกชนเล็กๆ บางแห่งที่ไม่ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล เช่น ชมรมแพทย์ชนบท กลุ่มศึกษาปัญหายา เป็นต้น

องค์กรเอกชนเหล่านี้มักจะได้รับเงินสนับสนุนจากต่างประเทศ หรือการบริจาคภายในประเทศ รวมทั้งการสนับสนุนจากภาครัฐบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้งบประมาณสนับสนุนองค์กรเอกชนปีละ 49.2 ล้านบาท มาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 - 2540 และลดเหลือเพียงปีละประมาณ 35 ล้านบาท ใน พ.ศ.2541 - 2546 เพื่อให้องค์กรเอกชนเหล่านั้นดำเนินการใน 4 แผนงาน คือ แผนงานผู้สูงอายุ แผนงานผู้พิการและด้อยโอกาส แผนงานแม่และเด็กและเยาวชน และ แผนงานอื่น ๆ สำหรับในปีงบประมาณ 2547 จัดสรรงบประมาณจำนวน 26,369,545 บาท ให้กับ 70/182 องค์กร/โครงการ (ตารางที่ 6.44) นอกจากนี้ ได้จัดสรร

งบประมาณสนับสนุนองค์กรเอกชนเฉพาะด้านเอดส์ 508 แห่ง จำนวน 70 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2547 (ตารางที่ 6.45) อันจะเป็นการช่วยรัฐในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศได้อีกหนทางหนึ่ง

ที่ผ่านมาองค์กรเอกชนเหล่านี้ได้ช่วยให้เป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุขบรรลุอย่างได้ผลดีหลายกรณี เช่น การวางแผนครอบครัว การสุขาภิบาล การอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการบริการสุขภาพด้วย

นอกจากนี้ องค์การชำนัญพิเศษขององค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลกก็ได้ริเริ่มการสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไรเหล่านี้ด้วย ซึ่งเป็นการพัฒนาจากระบบเดิมที่สนับสนุนเฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น

ตารางที่ 6.44 ข้อมูลองค์กรเอกชนที่ขอ / ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535- พ.ศ. 2547

พ.ศ.	จำนวนองค์กร			จำนวนโครงการ			งบประมาณ		
	ขอ	ได้	%	ขอ	ได้	%	วงเงินที่ขอ	เงินที่ได้รับ	%
2535	45	42	93.3	91	72	79.1	85,600,000	49,200,000	57.5
2536	142	119	83.8	264	185	70.1	160,844,928	49,200,000	30.6
2537	416	305	73.3	909	654	71.9	334,481,098	49,200,000	14.7
2538	362	103	28.5	615	287	46.7	205,348,213	49,200,000	23.9
2539	150	106	70.7	491	219	44.6	192,234,358	49,200,000	25.6
2540	142	78	54.9	420	180	42.8	230,287,800	49,200,000	21.4
2541	152	101	66.4	258	174	67.4	129,016,142	35,000,000	27.1
2542	177	114	64.4	541	223	41.2	241,270,797	35,760,000	14.8
2543	163	92	56.4	493	191	38.7	257,227,874	46,582,300	18.1
2544	152	66	43.4	411	166	40.4	160,768,084	33,557,800	20.9
2545	161	70	43.5	327	124	37.9	161,955,967	34,965,922	21.6
2546	235	128	54.5	411	251	61.1	160,813,010	34,831,160	21.7
2547	106	70	66.0	295	182	61.7	103,900,200	26,369,545	25.4

ที่มา: - พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2544 ได้จากกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2546 ได้จากกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ: สำนักงานคณะกรรมอาหารและยา ให้การสนับสนุนงบประมาณองค์กรเอกชน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - 2546 เท่านั้น

ตารางที่ 6.45 ข้อมูลองค์กรเอกชนด้านเอดส์ที่ขอ / ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2547

พ.ศ.	จำนวนองค์กร			จำนวนโครงการ			งบประมาณ		
	ขอ	ได้	%	ขอ	ได้	%	วงเงินที่ขอ	เงินที่ได้รับ	%
2535	37	23	62.2	42	35	83.3	66,125,734	11,900,000	18.0
2536	38	36	94.7	61	56	91.8	33,123,818	15,000,000	45.3
2537	101	76	75.2	120	91	75.8	72,903,868	10,300,000	14.1
2538	115	94	81.7	209	153	73.2	350,765,292	75,000,000	21.4
2539	186	122	65.6	308	188	61.0	267,232,488	80,000,000	29.9
2540	268	184	68.7	385	247	64.1	309,015,357	90,000,000	29.1
2541	434	244	56.2	725	343	47.3	494,739,684	90,000,000	18.2
2542	596	371	62.2	931	458	49.2	450,972,885	87,262,350	19.3
2543	625	293	46.9	882	372	42.2	368,671,357	60,000,000	16.3
2544	497	371	74.6	730	457	62.6	403,438,189	70,000,000	17.4
2545	660	444	67.3	922	522	56.6	370,340,183	70,000,000	18.9
2546	712	519	72.9	987	605	61.3	337,938,984	70,000,000	20.7
2547	678	508	74.9	868	577	66.5	289,624,851	70,000,000	24.2

ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

3.3 องค์กรเอกชนมุ่งกำไร

ภาคเอกชนนอกจากมีบทบาทในการบริการสุขภาพแล้ว ยังมีบทบาทในการผลิตกำลังคนด้วย แต่ยังไม่มากนัก ยกเว้นสาขาพยาบาลศาสตร์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2546 มีสถาบันการผลิตเป็นเอกชนไม่มุ่งกำไร ถึง 6 แห่ง ผลิตพยาบาลได้ 586 คน (ตารางที่ 6.46)

ตารางที่ 6.46 จำนวนสถาบันการศึกษา / ผู้สำเร็จการศึกษาของภาคเอกชน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546 จำแนกตามสาขาต่างๆ

สาขา	เอกชนมุ่งกำไร										เอกชนไม่มุ่งกำไร									
	สถาบัน					ผลผลิต					สถาบัน					ผลผลิต				
	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546
1. แพทยศาสตร์	1	1	1	1	1	53	52	41	49	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. พยาบาลศาสตร์	3	4	3	3	3	42	166	174	224	160	6	6	6	6	6	279	329	413	485	586
3. เภสัชศาสตร์	1	1	1	1	1	88	81	78	108	116	1	1	1	1	1	18	54	61	110	109
4. เทคนิคการแพทย์	1	1	1	1	1	28	16	55	27	46	1	1	1	1	1	11	15	47	68	107
5. กายภาพบำบัด	1	1	1	1	1	6	13	7	29	18	1	1	1	1	1	11	21	20	58	65
6. สาธารณสุขศาสตร์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	11	19	25	92	130
7. ทันตแพทยศาสตร์	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ที่มา: สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

ภาคเอกชนมุ่งกำไร ซึ่งดำเนินธุรกิจสถานพยาบาล มีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายและมีการระดมทุน ปัจจุบัน (พ.ศ. 2546) จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 12 ราย อันได้แก่ โรงพยาบาลเอกชล กรุงเทพดุสิตเวชการ โรงพยาบาลกรุงธน โรงพยาบาลมหาชัย บริษัทเชียงใหม่การแพทย์ วัฒนาการแพทย์ โรงพยาบาลนนทเวช โรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์และโรงพยาบาลศิขรินทร์

4. บริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพของไทย แบ่งตามระดับการให้บริการ (Level of Care) มี 5 ระดับ คือ (ภาพที่ 6.33)

4.1 การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในระดับครอบครัว (Self Care Level) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย แนวโน้มประชาชนไทย มีความตระหนักในด้านสุขภาพมากขึ้น เช่น การลดการสูบบุหรี่หรือมีการออกกำลังกาย แต่ขณะเดียวกันการดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยน้อยลง โดยหันไปใช้บริการจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนมากขึ้น

4.2 การบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Level) หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยกันเองและสามารถจะทำได้ในระดับชุมชนเป็นงานสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ วิทยาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ใช้ไม่สูงมากนัก ซึ่งจะเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน การบริการสาธารณสุขในระดับนี้ ผู้ให้บริการคือ ประชาชนด้วยกันเองและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรืออาสาสมัครประเภทอื่นที่เป็นประชาชนด้วยกันเองไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐ การบริการระดับนี้ จึงใกล้ชิดกับการดูแลรักษาตนเองและบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นอย่างมาก

4.3 การจัดบริการสุขภาพระดับต้น (Primary Care Level) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเภทต่างๆ และแพทย์ทั่วไป ลักษณะของระบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทยนอกจากในระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนแล้ว จะเป็นลักษณะที่ไม่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจนและทั้งหมดยังไม่มีลักษณะของการดูแลให้บริการแบบองค์รวมในระดับครัวเรือน

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลปัจจุบัน มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการระดับต้นที่ดูแลแบบองค์รวมทุกครัวเรือน ในอนาคตอันใกล้คงคะได้เห็นบริการระดับต้นที่เป็นองค์รวมและเข้มแข็งขึ้น บริการสุขภาพระดับต้นประกอบด้วยหน่วยบริการดังนี้ คือ

1) **สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.)** เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับหมู่บ้าน ซึ่งจัดตั้งขึ้น**เฉพาะพื้นที่ที่กันดารห่างไกล เข้าถึงบริการได้ยาก** ครอบคลุมประชากรประมาณ 500-1,000 คน มีพนักงานสุขภาพชุมชน (พสช.) ปฏิบัติงาน (สถานภาพเป็นลูกจ้างประจำของกระทรวงสาธารณสุข) การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลง่ายๆ เบื้องต้น

2) **สถานีอนามัย (สอ.)** เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้านทั่วไป ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด (First Line Health Service) ครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 - 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ คือ พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ พยาบาลเทคนิค ปัจจุบันให้ทันตาภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในสถานีอนามัยด้วย การให้บริการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและรักษาพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการจะอยู่ภายใต้การกำหนดมาตรฐานการนิเทศงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากโรงพยาบาลชุมชน

ภายใต้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ได้มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีภารกิจในการให้บริการตอบสนองความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผสมผสานและมีระบบการให้บริการคำปรึกษาและส่งต่อ เพื่อสร้างสุขภาพประชาชน ซึ่งปัจจุบันมีศูนย์สุขภาพชุมชนที่พัฒนาจากสถานีอนามัย

5,946 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่ได้พัฒนามาจากสถานีอนามัย 953 แห่ง (เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มาจากโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพเทศบาล หรือตั้งขึ้นใหม่อิสระนอกสถานบริการสุขภาพ)

3) **ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล, แผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปของโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐ และเอกชนทุกระดับ ตลอดจนคลินิกเอกชน** เป็นการบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยแพทย์และบุคลากรระดับวิชาชีพ

4) **ร้านขายยา** จัดเป็นบริการระดับต้นอย่างหนึ่ง ซึ่งดำเนินการโดยเภสัชกรหรือผู้ได้รับการอบรมความรู้ด้านยา

4.4 การจัดบริการสุขภาพในระดับกลาง (Secondary Care Level) เป็นการจัดบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง ประกอบด้วยหน่วยบริการทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก ดังนี้

1) **โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)** เป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอหรือกิ่งอำเภอ มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 10 เตียงขึ้นไปจนถึง 150 เตียง ครอบคลุมประชากรตั้งแต่ 10,000 คนขึ้นไป มีแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ปฏิบัติงานประจำ การให้บริการจะเน้นหนักในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าสถานบริการในระดับต้น

2) **โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆของรัฐ** โรงพยาบาลทั่วไป เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในระดับจังหวัดหรืออำเภอขนาดใหญ่ มีขนาดและจำนวนเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 200-500 เตียง โรงพยาบาลศูนย์ คือ โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีขนาดเกิน 500 เตียงขึ้นไป และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ครบถ้วน

3) **โรงพยาบาลเอกชน** ที่ดำเนินการโดยไม่มุ่งกำไรหรือดำเนินการแบบธุรกิจ มีแพทย์มาปฏิบัติงานประจำหรือมาทำนอกเวลาทำงาน ประชาชนต้องเสียค่าบริการ

4.5 การจัดบริการสุขภาพระดับสูง (Tertiary Care) เป็นการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ ที่ต้องปฏิบัติงานโดยผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ประกอบด้วยหน่วยบริการ ดังนี้

1) **โรงพยาบาลทั่วไป**

2) **โรงพยาบาลศูนย์**

3) **โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย** และโรงพยาบาลใหญ่ของรัฐในสังกัดกระทรวงอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) **โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่** ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ครบถ้วนส่วนมากเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดมากกว่า 100 เตียง

การแบ่งระดับสถานบริการออกเป็นระดับต่างๆ นี้ เป็นการแบ่งคร่าวๆ แต่ในทางปฏิบัติตามความเป็นจริงแล้ว สถานพยาบาลระดับสูงๆ ก็มักจะมีระดับต้นปนอยู่ด้วยเสมอ

ภาพที่ 6.33 ระดับการให้บริการสุขภาพของไทย

หากวิเคราะห์การให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยมองในด้านโครงสร้างของจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือ สถานีอนามัย / สถานบริการสาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลสาขา และโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ก็พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ จำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสุขภาพดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยระดับสถานีอนามัย / สถานบริการสาธารณสุขชุมชนให้บริการเพิ่มมากที่สุด รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน / สาขา และสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป เพิ่มน้อยที่สุด ดังนั้น ภาพของโครงสร้างผู้ป่วยกำลังค่อยๆ เปลี่ยนจากภาพสามเหลี่ยมหัวกลับมาเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง (ตารางที่ 6.47 และภาพที่ 6.34)

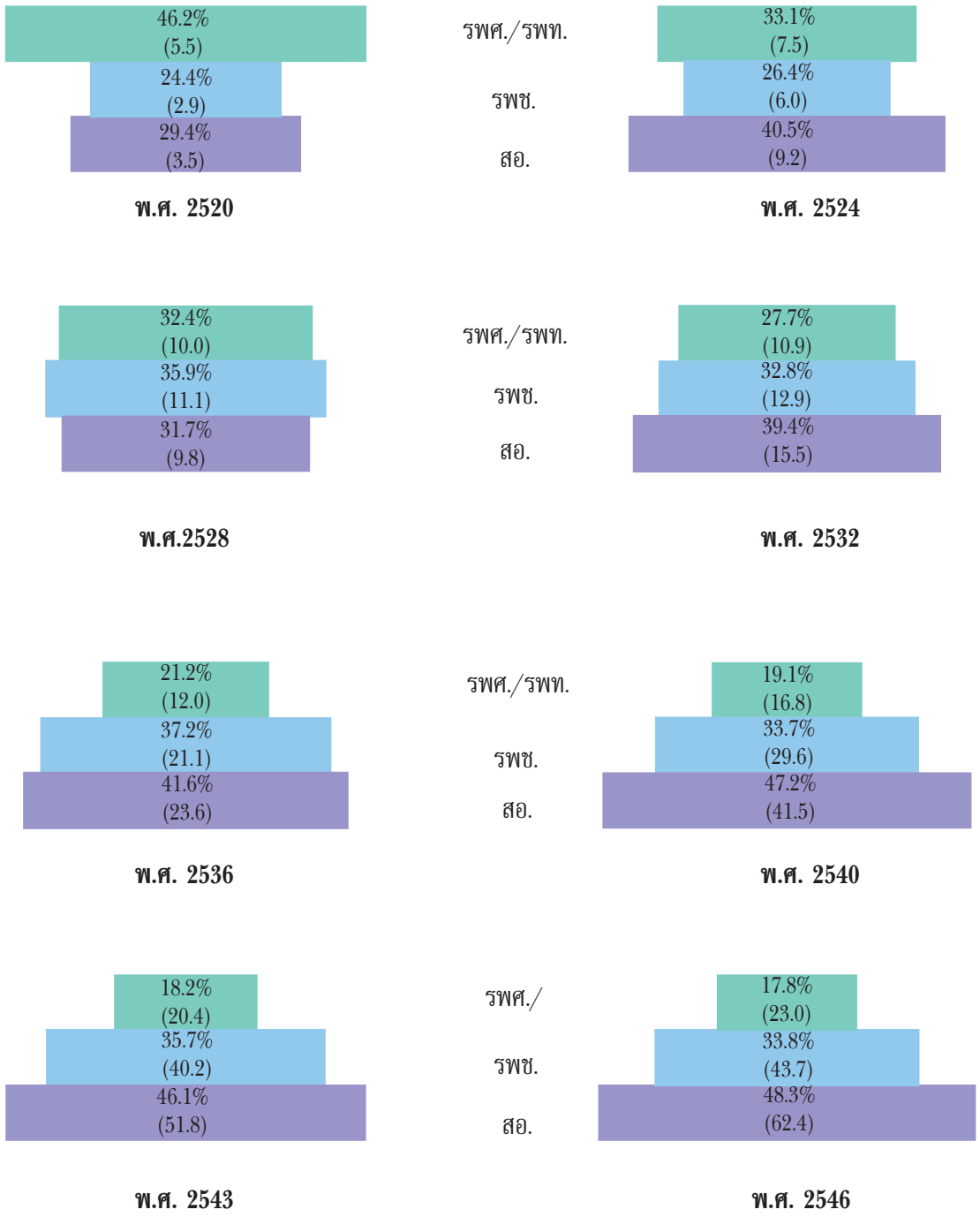
ตารางที่ 6.47 จำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของ รพศ. / รพท. รพช./รพ.สาขา และ สอ. / สสช. พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546

หน่วยงาน	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)											
	2520	2524	2528	2532	2536	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2546
รพศ. + รพท.	5.5	7.5	10.0	10.9	12.0	14.6	15.5	16.8	18.1	19.4	20.4	23.0
	(46.2)	(33.1)	(32.4)	(27.7)	(21.2)	(20.0)	(19.6)	(19.1)	(18.8)	(18.8)	(18.2)	(17.8)
รพช. + รพ.สาขา	2.9	6.0	11.1	12.9	21.1	26.1	28.0	29.6	33.9	36.7	40.2	43.7
	(24.4)	(26.4)	(35.9)	(32.8)	(37.2)	(35.7)	(35.5)	(33.7)	(35.1)	(35.6)	(35.7)	(33.8)
สอ. + สสช.	3.5	9.2	9.8	15.5	23.6	32.4	35.4	41.5	44.5	46.86	51.8	62.4
	(29.4)	(40.5)	(31.7)	(39.4)	(41.6)	(44.3)	(44.9)	(47.2)	(46.1)	(45.5)	(46.1)	(48.3)
รวม	11.9	22.7	30.9	39.3	56.7	73.1	78.9	87.9	96.5	103.0	112.4	129.1

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

หมายเหตุ: ตัวเลขใน ( ) แสดงร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด

ภาพที่ 6.34 จำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2546



ตัวเลขในวงเล็บ คือ จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)

5. การคลังสาธารณสุขไทย

5.1 รายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมารายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 3.82 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.12 ใน พ.ศ. 2545 โดยเพิ่มในอัตราที่เร็วกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กล่าวคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.95 ต่อปี ในมูลค่าจริง ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 5.66 ต่อปี เมื่อคิดเป็นมูลค่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากมูลค่า

25,315 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2523 เป็นมูลค่า 333,798 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 13.2 เท่า หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เพิ่มขึ้นจาก 545 บาท ใน พ.ศ. 2523 เป็น 5,336 บาท ใน พ.ศ. 2545 หรือเพิ่ม 9.8 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน (ตารางที่ 6.48, 6.49, 6.50) โดยที่รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาลจะเห็นได้จากค่าใช้จ่ายด้านยามีสัดส่วนสูงกว่าร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยประมาณ 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (ตารางที่ 6.50)

5.2 แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

5.2.1 แหล่งเงินจากภาครัฐ แหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุดของภาครัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยราชการส่วนกลาง ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2523-2532 แหล่งเงินในภาครัฐมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 29.9 ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 19.7 ใน พ.ศ. 2532 หลังจาก พ.ศ. 2532 แหล่งเงินภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถึงร้อยละ 37.8 ใน พ.ศ. 2540 เนื่องจากเป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวและเติบโตต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว และรัฐบาลมีนโยบายมุ่งพัฒนาคนเป็นหลัก รวมทั้งการให้ความสำคัญกับนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้า แต่ในช่วงหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจรัฐบาลต้องปรับลดงบประมาณเพื่อให้สอดคล้องกับเงื่อนไขที่ทำไว้กับกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ทำให้แหล่งเงินภาครัฐมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 32.9 ใน พ.ศ. 2544 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.1 ใน พ.ศ. 2545 ทั้งนี้เนื่องจากรัฐบาลชุดปัจจุบันมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ซึ่งหากพิจารณาจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะเห็นว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 6.9 และ 7.6 ของงบประมาณทั้งประเทศใน พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2547 ตามลำดับ (ตารางที่ 6.48, 6.49 ภาพที่ 6.37)

5.2.2 แหล่งเงินจากภาคเอกชน ภาคเอกชนมีแหล่งเงินจากครัวเรือนที่เป็นแหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุด เนื่องจากความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพยังไม่ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ มีประชาชนกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ อีกประมาณร้อยละ 30 ที่จะต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าตนเองเพื่อซื้อบัตรสุขภาพโดยตรง รวมทั้งพฤติกรรมของประชาชนที่ยังนิยมการรักษาตัวเองด้วยการซื้อยากินเอง ทำให้แหล่งเงินจากครัวเรือนมีบทบาทมากในการจัดบริการสุขภาพ โดยมีสัดส่วนที่เกินกว่าร้อยละ 60 มาโดยตลอด (ตารางที่ 6.48, 6.49, ภาพที่ 6.35) โดยในปี พ.ศ. 2523 แหล่งเงินจากครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 68.6 เพิ่มขึ้นสูงสุดใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 80.1 เนื่องจากการปรับลดงบประมาณจากภาครัฐ ทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หลังจาก พ.ศ. 2532 จนถึงช่วงวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 แหล่งเงินจากครัวเรือนมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนลดลงเรื่อยๆ เป็นร้อยละ 62.2 โดยมีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับแหล่งเงินภาครัฐ และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.03 ใน พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ งบประมาณภาครัฐมีการปรับลดลง ในอนาคตหากเศรษฐกิจมีแนวโน้มดีขึ้นและทำให้มีงบประมาณภาครัฐสนับสนุนเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนนโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล ทำให้ประชาชนมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้บริการจากสถานพยาบาลมากขึ้น ซื้อยากินเองน้อยลง ซึ่งจะส่งผลให้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในส่วนของครัวเรือน มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ

5.2.3 แหล่งเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ พบว่า เงินช่วยเหลือต่างประเทศด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 1.44 ใน พ.ศ. 2523 เหลือร้อยละ 0.15 ใน พ.ศ. 2533 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เหลือเพียงร้อยละ 0.06 ใน พ.ศ. 2544 แต่ใน พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา กลับพบว่า เงินช่วยเหลือต่างประเทศด้านสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.11 ใน พ.ศ. 2545 ในอนาคตประเทศไทยจะมีแนวโน้มเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศอื่นมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศแถบอินโดจีน

ตารางที่ 6.48 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าปัจจุบัน พ.ศ. 2523-พ.ศ. 2545 (ล้านบาท)

พ.ศ.	ภาครัฐ								ภาคเอกชน				เงินช่วยเหลือต่างประเทศ		รวมรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด	รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อบาท	ร้อยละของ GDP
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น	สวัสดิการข้าราชการ	สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	กองทุนทดแทนแรงงาน	ประกันสังคม	รวม	ร้อยละ	ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน	ครัวเรือนและนายจ้าง	รวม	ร้อยละ	รวม	ร้อยละ			
2523	4,495	2,210	660	111	100	-	7,576	29.93	224	17,150	17,374	68.63	365	1.44	25,315	544.94	3.82
2524	5,572	2,535	995	167	149	-	9,418	29.66	284	21,229	21,513	67.75	824	2.59	31,755	668.70	4.18
2525	6,652	2,838	1,219	204	153	-	11,066	31.73	318	23,109	23,427	67.18	380	1.09	34,873	719.16	4.14
2526	7,902	3,134	1,482	248	205	-	12,971	31.50	350	27,469	27,819	67.55	391	0.95	41,181	832.63	4.47
2527	8,618	3,467	1,791	300	250	-	14,426	27.61	469	36,951	37,420	71.63	395	0.76	52,241	1,036.61	5.29
2528	9,044	3,716	2,157	362	236	-	15,515	26.18	547	42,751	43,298	73.06	452	0.76	59,265	1,14675	5.61
2529	9,275	3,965	2,594	435	221	-	16,490	24.96	630	48,432	49,062	74.27	508	0.77	66,060	1,254.78	5.83
2530	9,525	4,082	2,828	474	274	-	17,183	22.70	756	57,258	58,014	76.63	507	0.67	75,704	1,439.10	5.82
2531	10,373	4,338	3,156	529	347	-	18,743	20.83	951	69,955	70,906	78.81	319	0.35	89,968	1,649.70	5.77
2532	11,733	4,448	3,521	590	397	-	20,689	19.69	1,162	82,988	84,150	80.07	252	0.24	105,091	1,895.31	5.66
2533	16,225	4,558	4,316	723	443	-	26,265	20.96	1,403	97,450	98,853	78.89	184	0.15	125,302	2,224.04	5.74
2534	20,569	4,699	5,127	859	624	778	32,656	23.52	1,544	104,348	105,892	76.28	270	0.19	138,818	2,449.93	5.54
2535	24,604	4,840	5,854	981	753	2,057	39,089	24.75	1,775	116,745	118,520	75.03	356	0.23	157,965	2,753.20	5.58
2536	32,898	4,928	7,906	1,291	927	2,473	50,423	27.39	2,061	131,297	133,358	72.45	281	0.15	184,062	3,141.85	5.81
2537	39,319	5,558	9,954	1,668	1,169	3,773	61,441	30.73	2,307	136,047	138,354	69.19	154	0.08	199,949	3,405.40	5.51
2538	45,833	6,677	11,156	1,869	1,370	3,991	70,896	31.17	4,984	151,508	156,492	68.79	89	0.04	227,477	3,837.50	5.43
2539	55,861	7,768	13,587	2,418	1,610	6,239	87,483	33.97	6,296	163,693	169,989	66.01	35	0.01	257,507	4,307.00	5.58
2540	68,934	7,182	15,503	2,756	1,987	10,245	106,607	37.80	7,518	167,780	175,298	62.16	96	0.03	282,001	4,663.80	5.96
2541	65,065	5,740	16,440	2,817	1,630	7,637	99,329	35.98	7,803	168,876	176,679	63.99	82	0.03	276,090	4,514.50	5.97
2542	62,787	6,087	15,174	2,539	1,404	7,676	95,667	33.66	8,171	180,356	188,527	66.33	41	0.01	284,235	4,615.90	6.13
2543	63,001	6,195	17,062	1,622	1,257	9,623	98,760	32.95	7,291	193,634	200,925	67.03	72	0.02	299,757	4,852.80	6.09
2544	61,563	7,134	19,180	3,013	1,277	13,543	105,710	32.91	8,400	206,942	215,342	67.03	187	0.06	321,239	5,173.40	6.26
2545	70,923	6,884	20,475	3,081	1,220	11,223	113,806	34.09	9,734	209,886	219,620	65.80	372	0.11	333,798	5,336.10	6.12

ที่มา:
1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายได้ประชาชาติของไทย พ.ศ. 2494-พ.ศ. 2545
2. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2539
3. Charles Myers, Financing Health Services and Medical Care in Thailand, 1985

หมายเหตุ: วิธีการประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

1. กระทรวงสาธารณสุข ใช้ตัวเลขจริง จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. กองทุนทดแทนแรงงาน / ประกันสังคม ใช้ตัวเลขจริงจากสำนักงานประกันสังคม
3. สวัสดิการข้าราชการ ใช้ตัวเลขจริงจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
4. รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและนายจ้าง ใช้ตัวเลขจากรายได้ประชาชาติของประเทศไทยจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา มีการปรับข้อมูลใหม่คือ รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและนายจ้าง จะมีเฉพาะค่ารักษาพยาบาล ค่ายาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์เท่านั้น โดยตัดส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายด้านบริการประกันอุบัติเหตุออกไปไว้ในหมวดบริการอื่น ทำให้รายจ่ายดังกล่าวลดลง
5. กระทรวงอื่น
   5.1 พ.ศ. 2523 - 2526 ใช้จาก Financing Health Services and Medical Care in Thailand, Charles Myers, 2528.
   5.2 พ.ศ. 2527 - 2535 (ปีคู่ใช้ตัวเลขจากทุกข์ / สมุทัย ของ น.พ.วิโรจน์)
   5.3 พ.ศ. 2527 - 2535 (ปีคี่ใช้ 2 ปีติดกันเฉลี่ย)
   5.4 พ.ศ. 2537 - 2543 ใช้ตัวเลขจัดสรรงบประมาณจากสำนักงบประมาณ
   5.5 พ.ศ. 2544 - 2545 ใช้ตัวเลขรายจ่ายจริงจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ประมวลผลโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
6. สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ
   - คิดเป็นสัดส่วนคงที่ของสวัสดิการข้าราชการ โดยคิด = สวัสดิการข้าราชการ x $\frac{1,668}{9,954}$
     (ใช้ตัวเลข พ.ศ. 2537 จาก NHA เป็นฐานในการคำนวณ)
   - พ.ศ. 2539-2545 ใช้ตัวเลขจริงจากสำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ, สำนักงบประมาณ
7. ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน
   ข้อมูล พ.ศ. 2523 - 2529 Charles Myers ได้จากกรมการประกันภัย
   พ.ศ. 2537 วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
   7.1 พ.ศ. 2523 - 2526 ใช้ paper ของ Charles Myer
   7.2 พ.ศ. 2527 - 2537 ใช้สัดส่วน private insurance ต่อ Total private health expenditure ระหว่าง พ.ศ. 2526 (~1.26) และ พ.ศ. 2537 (~1.62) แล้วเฉลี่ยสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
   7.3 พ.ศ. 2538-2545 ใช้ตัวเลขจริงจากกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์
8. เงินช่วยเหลือต่างประเทศ
   8.1 พ.ศ. 2523 - 2526 ใช้ paper Charles Myers
   8.2 พ.ศ. 2527 - 2535 (คู่) ใช้ paper Viroj
   8.3 พ.ศ. 2527 - 2536 ใช้ค่า 2 ปี ติดกันเฉลี่ย
   8.4 พ.ศ. 2537 - 2544 ใช้ตัวเลขจาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, รายงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537 - 2544
   8.5 พ.ศ. 2545 รวบรวมข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก กรมวิเทศสหการและกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข
9. ประมาณการการบริโภคยา ใน พ.ศ. 2545 ใช้ตัวเลขจาก บทที่ 6 ตารางที่ 6.39

ตารางที่ 6.49 สัดส่วนของแหล่งรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545 ในมูลค่า พ.ศ. 2531

แหล่งที่มาของเงิน	2523	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545
1. ภาครัฐ																							
กระทรวงสาธารณสุข	17.76	17.55	19.07	19.19	16.50	15.26	14.04	12.58	11.53	11.16	12.95	14.82	15.58	17.87	19.67	20.15	21.69	24.44	23.57	22.10	21.02	19.16	21.25
กระทรวงอื่น	8.73	7.98	8.14	7.61	6.64	6.27	6.00	5.39	4.82	4.23	3.64	3.39	3.06	2.68	2.78	2.94	3.02	2.55	2.08	2.14	2.07	2.22	2.06
สวัสดิการข้าราชการ	2.61	3.13	3.50	3.60	3.43	3.64	3.93	3.74	3.51	3.35	3.44	3.69	3.71	4.30	4.98	4.91	5.28	5.50	5.95	5.34	5.69	5.97	6.13
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	0.44	0.53	0.58	0.60	0.57	0.61	0.66	0.63	0.59	0.56	0.58	0.62	0.62	0.70	0.83	0.82	0.94	0.98	1.02	0.89	0.54	0.94	0.92
กองทุนทดแทนแรงงาน	0.40	0.47	0.44	0.50	0.48	0.40	0.33	0.36	0.39	0.38	0.35	0.45	0.48	0.50	0.58	0.60	0.62	0.70	0.59	0.49	0.42	0.40	0.37
ประกันสังคม	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.56	1.30	1.34	1.89	1.75	2.42	3.63	2.77	2.70	3.21	4.22	3.36
รวม	29.93	29.66	31.73	31.50	27.61	26.18	24.96	22.70	20.83	19.69	20.96	23.52	24.75	27.39	30.73	31.17	33.97	37.80	35.98	33.66	32.95	32.91	34.09
2. ภาคเอกชน																							
ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน	0.88	0.89	0.91	0.85	0.90	0.92	0.95	1.00	1.06	1.11	1.12	1.11	1.12	1.12	1.15	2.19	2.44	2.66	2.82	2.88	2.43	2.61	2.92
ครัวเรือนและนายจ้าง	67.75	66.85	66.27	66.7	70.73	72.14	73.32	75.63	77.76	78.97	77.77	75.17	73.91	71.33	68.04	66.6	63.57	59.5	61.17	63.45	64.6	64.42	62.88
รวม	68.63	67.75	67.18	67.55	71.63	73.06	74.27	76.63	78.81	80.07	78.89	76.28	75.03	72.45	69.19	68.79	66.01	62.16	63.99	66.33	67.03	67.03	65.80
3. อื่นๆ																							
เงินช่วยเหลือต่างประเทศ	1.44	2.59	1.09	0.95	0.76	0.76	0.77	0.67	0.35	0.24	0.15	0.19	0.23	0.15	0.08	0.04	0.01	0.03	0.03	0.01	0.02	0.06	0.11
รวม (ร้อยละ)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
รวมรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด (ล้านบาท)	34,916	40,415	42,246	48,131	60,187	66,824	73,275	80,184	89,968	99,033	111,635	116,955	127,368	143,634	149,962	161,255	172,438	178,935	162,025	166,284	172,671	182,108	187,949
อัตราเพิ่ม (%)	-	15.75	4.53	13.93	25.05	11.03	9.65	9.43	12.20	10.08	12.72	4.77	8.90	12.77	4.41	7.53	6.93	3.77	-9.45	2.63	3.84	5.47	3.21
ร้อยละของ GDP	3.82	4.18	4.14	4.47	5.29	5.61	5.83	5.82	5.77	5.66	5.74	5.54	5.58	5.81	5.51	5.43	5.58	5.96	5.97	6.13	6.09	6.26	6.12
ประชากร (ล้านคน)	46.45	47.49	48.49	49.46	50.40	51.68	52.65	52.61	54.54	55.45	56.34	56.66	57.37	58.58	58.72	59.28	59.79	60.46	61.15	61.58	61.77	62.09	62.55
รายจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)	752	851	871	973	1,194	1,293	1,392	1,524	1,650	1,786	1,981	2,064	2,220	2,452	2,554	2,720	2,884	2,959	2,649	2,700	2,795	2,933	3,005
อัตราเพิ่ม (%)	-	13.21	2.37	11.70	22.72	8.28	7.63	9.51	8.23	8.27	10.94	4.17	7.56	10.44	4.16	6.50	6.03	2.60	-10.48	1.93	3.52	4.94	2.45

ที่มา: ตารางที่ 6.48

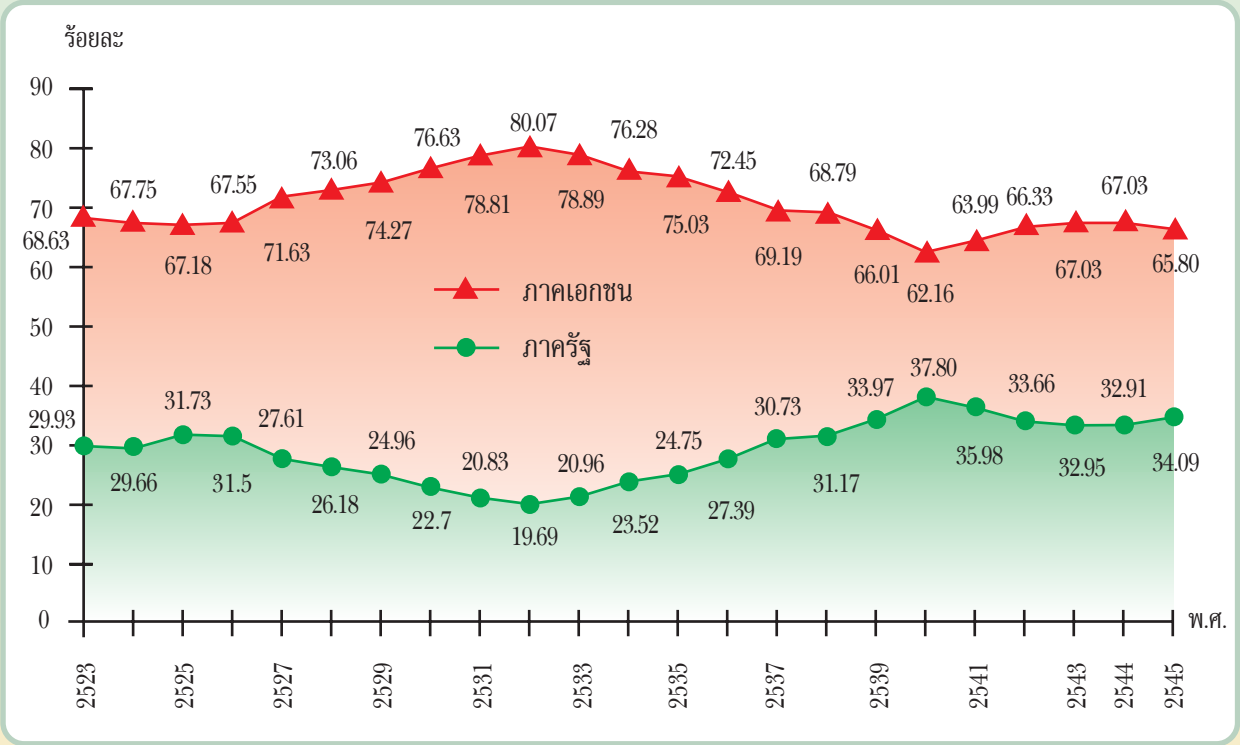
ตารางที่ 6.50 ค่าใช้จ่ายด้านยาและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523-พ.ศ. 2545 (ล้านบาท)

พ.ศ.	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ			ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ				ค่าใช้จ่ายด้านยา				
	มูลค่าจริง	มูลค่าในปี พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP	ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
2523	662,482	913,733	4.61	25,315	34,916	-	3.82	-	-	-	-	-
2524	760,356	967,706	5.91	31,755	40,415	15.75	4.18	-	-	-	-	-
2525	841,569	1,019,501	5.35	34,873	42,246	4.53	4.14	-	-	-	-	-
2526	920,989	1,076,432	5.58	41,181	48,131	13.93	4.47	16,686	19,502	-	1.81	40.52
2527	988,070	1,138,353	5.75	52,241	60,187	25.05	5.29	20,629	23,767	21.87	2.09	39.49
2528	1,056,496	1,191,255	4.65	59,265	66,824	11.03	5.61	26,317	29,674	24.85	2.49	44.41
2529	1,133,397	1,257,177	5.53	66,060	73,275	9.65	5.83	18,669	20,708	-30.21	1.65	28.26
2530	1,299,913	1,376,847	9.52	75,704	80,184	9.43	5.82	21,352	22,616	9.21	1.67	28.73
2531	1,559,804	1,559,804	13.29	89,968	89,968	12.20	5.77	26,674	26,674	17.94	1.71	29.65
2532	1,856,992	1,749,952	12.19	105,091	99,033	10.08	5.66	33,763	31,817	19.28	1.82	32.13
2533	2,183,545	1,945,372	11.23	125,302	111,635	12.72	5.74	35,369	31,511	-0.96	1.62	28.23
2534	2,506,635	2,111,862	8.56	138,818	116,955	4.77	5.54	39,464	33,249	5.51	1.57	28.43
2535	2,830,914	2,282,572	8.08	157,965	127,368	8.90	5.58	42,770	34,486	3.72	1.51	27.08
2536	3,170,258	2,473,937	8.38	184,062	143,634	12.77	5.81	42,364	33,059	-4.14	1.34	23.02
2537	3,629,341	2,722,006	10.03	199,949	149,962	4.41	5.51	52,823	39,617	19.83	1.45	26.41
2538	4,186,212	2,967,542	9.02	227,477	161,255	7.53	5.43	68,437	48,514	22.46	1.63	30.08
2539	4,611,041	3,087,751	4.05	257,507	172,438	6.93	5.58	81,440	54,536	12.41	1.77	31.63
2540	4,732,610	3,002,925	-2.75	282,001	178,935	3.77	5.96	92,728	58,838	7.89	1.98	32.88
2541	4,626,447	2,715,051	-9.59	276,090	162,025	-9.45	5.97	82,888	48,643	-17.33	1.82	30.02
2542	4,637,079	2,712.800	-0.08	284,235	166,284	2.63	6.13	91,208	53,359	9.70	1.98	32.09
2543	4,923,263	2,835,981	4.54	299,757	172,671	3.84	6.09	102,400	58,986	10.55	2.08	34.16
2544	5,133,836	2,910,338	2.62	321,239	182,108	5.47	6.26	116,767	66,194	12.22	2.27	36.35
2545	5,451,854	3,069,738	5.48	333,798	187,949	3.21	6.12	120,290	67,731	2.32	2.21	36.04
		Average	5.66			7.95				6.77		

ที่มา: ตารางที่ 6.48 และตารางที่ 6.49

หมายเหตุ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีการปรับตัวเลขผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา

ภาพที่ 6.35 แนวโน้มสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ภาครัฐและภาคเอกชน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2545



ที่มา: 1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายได้ประชาชาติของไทย พ.ศ. 2494-2545

2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2539

3. Charles Myers, Financing Health Services and Medical Care in Thailand, 1985.

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ในเอเชีย (ตารางที่ 6.51) พบว่า รัฐยังให้ความสำคัญแก่บริการทางด้านสุขภาพไม่สูงนัก โดยปล่อยให้ประชาชนเป็นผู้รับภาระส่วนใหญ่ในเรื่องค่าใช้จ่ายสุขภาพด้วยตนเอง

ตารางที่ 6.51 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่างๆ ในเอเชีย

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายต่อหัว (USD)	% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	สัดส่วนการจ่าย รัฐ : ประชาชน
อินโดนีเซีย	77	2.4	25.1 : 74.9
ฟิลิปปินส์	169	3.3	45.2 : 54.8
ศรีลังกา	122	3.6	48.9 : 51.1
มาเลเซีย	345	3.8	53.7 : 46.3
ไทย (2545)	124	6.1	34.1 : 65.8
สิงคโปร์	993	3.9	33.5 : 66.5
เกาหลีใต้	948	6.0	44.4 : 55.6

ที่มา: The world health report, 2004 (เป็นข้อมูล พ.ศ. 2544)

หมายเหตุ: ตัวเลข พ.ศ. 2545 คิดอัตรา 43.1 บาท ต่อ 1 USD

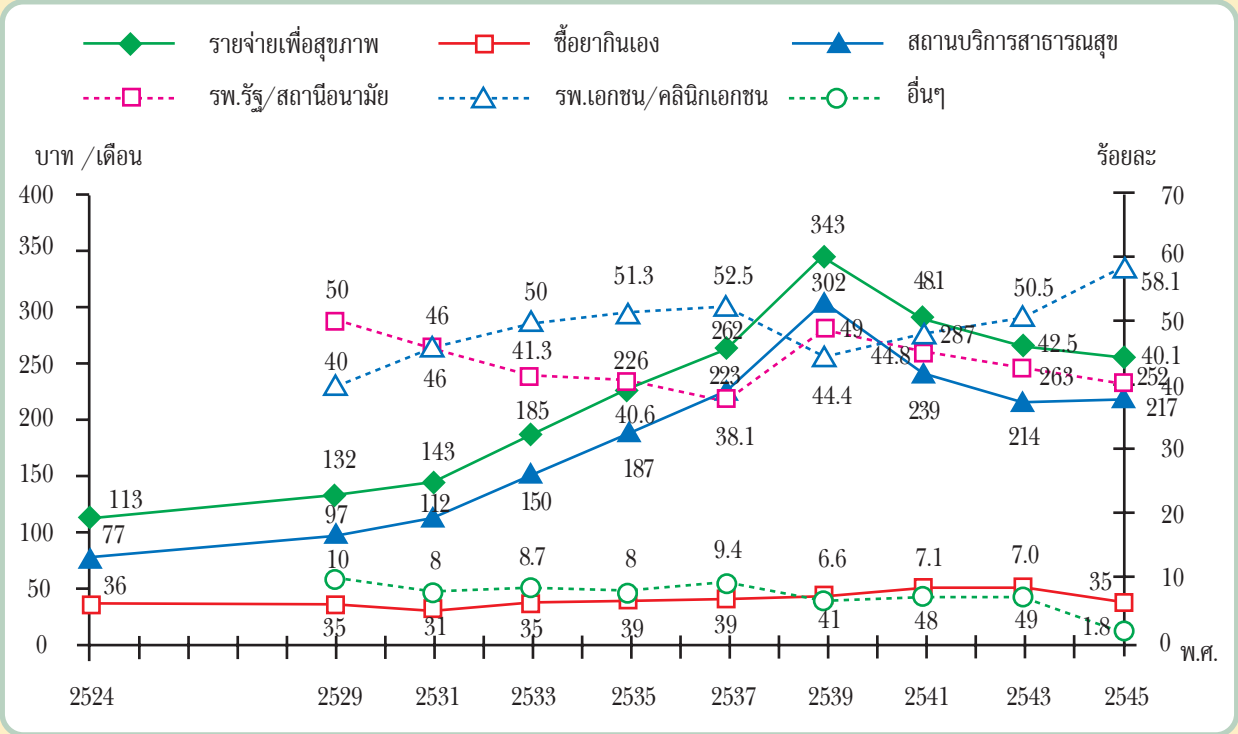
5.3 รายจ่ายเพื่อสุขภาพในครัวเรือน

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจรายได้และรายจ่ายของครัวเรือนเป็นการประจำทุก 5 ปี มาตั้งแต่ พ.ศ. 2519, 2524, 2529 และดำเนินการสำรวจทุก 2 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 จนถึง พ.ศ. 2545 รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนไทยได้แสดงไว้ในตารางที่ 6.52 ในรอบ 21 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2524-2545 ขนาดของครัวเรือนไทยเล็กลงจาก 4.5 คนเป็น 3.5 คน รายจ่ายเพื่อสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2524 - 2539 ค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่างร้อยละ 3.6 - 3.9 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคของครัวเรือนในแต่ละเดือน และเริ่มมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 3.2 ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นต้นมา จนถึง พ.ศ. 2545 เหลือร้อยละ 2.6 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคของครัวเรือนในแต่ละเดือน โดยมีข้อสังเกตที่สำคัญ คือ

5.3.1 รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนสำหรับการซื้อยากินเอง มีสัดส่วนลดลงตามลำดับ จากร้อยละ 31.9 ใน พ.ศ. 2524 เหลือร้อยละ 11.9 ใน พ.ศ. 2539 ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนของรายจ่ายที่ซื้อบริการในสถานพยาบาล (ซึ่งในที่นี้รวมถึงการบริโภคยาด้วย) ทั้งคลินิกเอกชน รพ.รัฐ และเอกชน เป็นต้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอดจากร้อยละ 68.1 ใน พ.ศ. 2524 เป็นร้อยละ 88.0 ใน พ.ศ. 2539

แนวโน้มดังกล่าวเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ทำให้ประชาชนหันมาซื้อยากินเองเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 18.6 ใน พ.ศ. 2543 รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลลดลง โดยมีข้อน่าสังเกตว่า รายจ่ายที่ซื้อบริการในสถานพยาบาลกลับเพิ่มขึ้นเฉพาะสถานพยาบาลเอกชน แต่เมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวใน พ.ศ. 2545 ประชาชนมีรายจ่ายในการซื้อยากินเองลดลงเหลือร้อยละ 13.9 และกลับมีค่าใช้จ่ายที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชน (ภาพที่ 6.36 และตารางที่ 6.52)

ภาพที่ 6.36 รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2545



ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6.52 แบบแผนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2545

แบบแผนรายจ่าย	2524		2529		2531		2533		2535		2537		2539		2541		2542		2543		2544		2545	
เพื่อสุขภาพของครัวเรือน	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%
ขนาดของครัวเรือน (คน)	4.5	-	4.3	-	4.0	-	4.1	-	3.9	-	3.8	-	3.7	-	3.7	-	3.7	-	3.6	-	3.6	-	3.5	-
รายจ่ายทั้งหมด / เดือน	3,374	-	3,783	-	4,161	-	5,437	-	6,529	-	7,567	-	9,190	-	10,389	-	10,238	-	9,848	-	10,025	-	10,889	-
รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค/เดือน	3,151	-	3,486	-	3,804	-	4,942	-	5,892	-	6,787	-	8,072	-	8,966	-	8,903	-	8,558	-	8,758	-	9,601	-
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ/เดือน	113	3.6	132	3.8	143	3.9	185	3.7	226	3.8	262	3.9	343	4.2	287	3.2	273	3.1	263	3.1	264	3.0	252	2.6
ซื้อยากินเอง	36	31.9	35	26.5	31	21.7	35	18.9	39	17.3	39	14.9	41	11.9	48	16.7	42	15.4	49	18.6	46	17.4	35	13.9
สถานบริการสาธารณสุข	77	68.1	97	73.5	112	78.3	150	81.1	187	82.7	223	85.1	302	88.0	239	83.3	231	84.6	214	81.4	218	82.6	217	86.1
- รพ.รัฐ / สถานีอนามัย	-	-	48	50	52	46	62	41.3	76	40.6	85	38.1	148	49.0	107	44.8	94	40.7	91	42.5	98	45.0	87	40.1
- รพ.เอกชน / คลินิกเอกชน	-	-	39	40	51	46	75	50.0	96	51.3	117	52.5	134	44.4	115	48.1	122	52.8	108	50.5	110	50.4	126	58.1
- อื่น ๆ	-	-	10	10	9	8	13	8.7	15	8.0	21	9.4	20	6.6	17	7.1	15	6.5	15	7.0	10	4.6	4	1.8

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5.3.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพื่อรับบริการในสถานบริการเอกชน มีสัดส่วนสูงขึ้นขณะที่ภาครัฐลดลง จากตารางที่ 6.52 จะเห็นได้ว่า รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนเพื่อซื้อบริการที่ภาคเอกชน ทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2529 ถึง 2537 โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 ใน พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 52.5 ใน พ.ศ. 2537 ในทางตรงกันข้าม รายจ่ายของครัวเรือนสำหรับบริการที่ รพ.รัฐและสถานีอนามัยนั้น มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 50 ใน พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 38.1 ใน พ.ศ. 2537 แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจระยะแรกครัวเรือนมีแนวโน้มไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐและสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นและไปโรงพยาบาล / คลินิกเอกชนลดลง สำหรับบริการอื่นๆ เช่น บริการทันตกรรม ตรวจวัดสายตาประกอบแว่น เป็นต้น มีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 8-10 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน และมีข้อน่าสังเกตว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว รายจ่ายของครัวเรือนสำหรับบริการที่โรงพยาบาล / คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้น

รายจ่ายสุขภาพที่ครัวเรือนจ่ายนั้นเป็นการซื้อขายสินค้าและบริการระหว่างผู้ป่วยแต่ละคนกับผู้ให้บริการ มีลักษณะเป็น Individual transaction ในตลาดบริการทางการแพทย์นั้น ผู้บริโภคไม่มีอำนาจการต่อรองกับแพทย์ ทั้งนี้เพราะแพทย์ในฐานะผู้รู้ทางด้านเทคนิคมีความรู้มากกว่าผู้บริโภค (unilateral information) แพทย์จึงสามารถกำหนดอุปสงค์ทั้งชนิดและปริมาณให้แก่ผู้บริโภคได้ (supplier dictated demand) ทำให้กลไกตลาดไม่สามารถทำงานได้อย่างสมบูรณ์ (Imperfect market) ซึ่งก่อให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพในระบบอย่างมาก

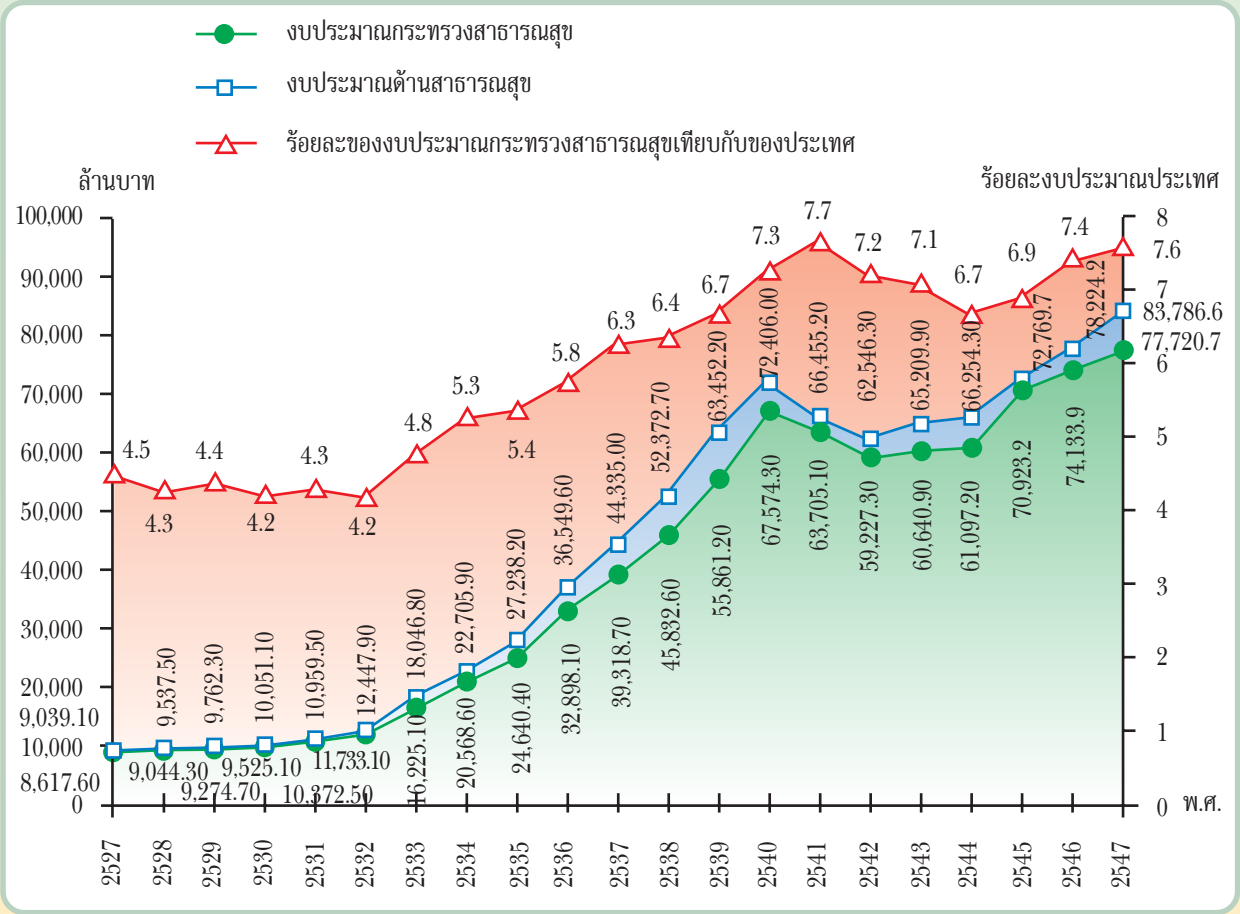
รายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจากครัวเรือนมีสัดส่วนสูงถึง 2 ใน 3 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด สะท้อนถึงการขาดประสิทธิภาพในระดับมหภาค การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นที่จะให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการจัดระบบการคลังสุขภาพรวมหมู่ (Collective Financing) และการปรับระบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลโดยบุคคลที่สาม (Third party payer) ให้เข้มแข็ง เพื่อให้ค่าใช้จ่ายที่มาจากครัวเรือนที่มีลักษณะการจ่ายอย่างกระจัดกระจายและไร้ทิศทางการกำกับจากประเทศให้เป็นลักษณะการรวมเป็นกองทุนขนาดใหญ่ เพื่อจัดการให้ระบบมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

5.4 รายจ่ายสุขภาพโดยภาครัฐ

5.4.1 แนวโน้มงบประมาณสุขภาพภาครัฐ

สัดส่วนงบประมาณสุขภาพภาครัฐในภาพรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 จนถึงต้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ก่อนที่จะเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง หากพิจารณางบประมาณเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข จะพบว่า สัดส่วนงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขต่องบประมาณภาครัฐทั้งหมดสูงขึ้นมากด้วยเช่นเดียวกัน ดังแสดงในภาพที่ 6.37 กล่าวคือ มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 5 ของงบประมาณรายจ่ายทั้งสิ้น มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 อย่างไรก็ตามงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยยังอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ หากเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ซึ่งมีงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 13-15 ของงบประมาณรายจ่ายทั้งหมด แต่ก็มีสัดส่วนที่สูงกว่าประเทศในแถบเอเชียด้วยกันหลายประเทศ

ภาพที่ 6.37 งบประมาณด้านสุขภาพและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 - 2547



ที่มา: สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2538 - 2547 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขรวมงบกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ (เดิมเป็นงบเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ)

5.4.2 การจัดสรรงบประมาณสุขภาพของภาครัฐ

การจัดสรรงบประมาณสุขภาพของภาครัฐ ให้ความสำคัญกับงานด้านการรักษาพยาบาลมาโดยตลอด (ตารางที่ 6.53) จะเห็นได้จากงบประมาณร้อยละ 60-66 จัดสรรให้กับงานบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งมีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคค่อนข้างน้อย ในขณะที่งบประมาณที่จัดสรรให้กับงานบริการที่สถานีอนามัยที่มุ่งเน้นงานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก เพียงประมาณร้อยละ 20-24 และสัดส่วนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จนช่วงเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ จะเห็นได้ชัดว่างบประมาณบริการของโรงพยาบาลลดลงมาก เนื่องจากการปรับลดงบลงทุนในส่วนงบประมาณก่อสร้าง ทำให้สัดส่วนงบประมาณที่สถานีอนามัยสูงขึ้น

ตารางที่ 6.53 การจัดสรรงบประมาณด้านการจัดบริการสาธารณสุขภาครัฐเปรียบเทียบ พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2547

งบประมาณ	2536		2537		2538		2539		2540		2541		2542		2543		2544		2545		2546		2547	
ด้านสาธารณสุข	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%
1. โรงพยาบาล	22,955.5	66.1	26,958.0	63.8	31,006.1	62.7	37,443.0	62.6	44,881.2	65.9	39,181.2	63.7	37,795.1	62.8	38,230.0	60.2	38,949.0	60.0	35,546.9	48.8	38,554.2	49.3	41,252.5	49.2
2. งานผู้ป่วยนอก (สถานีอนามัย)	7,154.8	20.6	10,244.4	24.2	11,173.2	22.6	13,630.4	22.8	13,898.3	20.4	13,239.6	21.5	14,044.5	23.3	15,122.1	23.8	14,943.4	23.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
3. งานบริการสาธารณสุข	2,083.1	6.1	1,721.3	4.1	2,033.1	4.1	2,571.3	4.3	2,335.7	3.4	2,395.2	3.9	2,187.2	3.6	2,494.5	3.9	2,765.7	4.3	5,072.8	7.0	2,875.9	3.7	1,949.1	2.3
4. งานวิจัยสาธารณสุข	288.4	0.8	371.2	0.9	476.0	0.9	537.6	0.9	1,022.3	1.5	975.9	1.6	809.3	1.3	858.2	1.4	718.9	1.1	2,037.1	2.8	2113.2	2.7	3,172.3	3.8
5. งานสาธารณสุขอื่น	220.5	6.4	2,951.0	7.0	4,785.7	9.7	5,628.1	9.4	5,987.3	8.8	5,716.3	9.3	5,343.6	9.0	6,796.4	10.7	7,550.5	11.6	30,112.9	41.4	34,680.9	44.3	37,412.7	44.7
รวม	32,702.3	100	42,245.9	100	49,474.1	100	59,810.4	100	68,124.8	100	61,508.2	100	60,179.7	100	63,501.2	100	64,927.5	100	72,769.7	100	78,224.2	100	83,786.6	100

ที่มา: สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สำนักงบประมาณได้นำตัวเลขงบประมาณงานผู้ป่วยนอก(สถานีอนามัย)มารวมไว้ในงานสาธารณสุขอื่นซึ่งไม่สามารถแยกตัวเลขออกมาได้

5.4.3 แบบแผนการใช้จ่ายงบประมาณสุขภาพ

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาแบบแผนรายจ่ายสุขภาพของรัฐในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5-6-7 (พ.ศ. 2525-2539) พิจารณาตามประเภทของกิจกรรม พบว่า งบประมาณด้านสุขภาพในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5, 6 และ 7 มุ่งเน้นบริการรักษาพยาบาลเป็นหลัก มุ่งเน้นการจัดสรรในส่วนกลางมากที่สุดแต่ก็มีแนวโน้มจัดสรรให้เขตเทศบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.9 เป็นร้อยละ 37.5 ซึ่งการเพิ่มขึ้นของงบประมาณจัดสรรให้เขตเทศบาล ทำให้สัดส่วนงบประมาณที่จัดสรรให้สุขาภิบาลและนอกเขตสุขาภิบาลลดลงตามลำดับในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา และเมื่อพิจารณาการจัดสรรงบประมาณตามประเภทรายจ่ายพบว่า งบดำเนินการมีแนวโน้มเป็นสัดส่วนที่ลดลง และงบลงทุนที่ลดลงในแผนฯ 6 แต่สัดส่วนกลับเพิ่มขึ้นเท่าตัว ในช่วงแผนฯ 7

เมื่อพิจารณาแผนการใช้จ่ายงบประมาณในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 งบประมาณด้านสาธารณสุขยังคงมุ่งเน้นบริการรักษาพยาบาลเป็นหลักเช่นเดียวกับแผนพัฒนาฯ ที่ผ่านมา ที่น่าสังเกตคือ งานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลับได้รับงบประมาณน้อยลงกว่าเดิม ในขณะที่งานด้านการควบคุมสารเสพติด ฟื้นฟูสมรรถภาพ การผลิตและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคได้รับจัดสรรเพิ่มมากขึ้น ส่วนการจัดสรรงบประมาณตามประเภทรายจ่ายพบว่า สัดส่วนงบลงทุนลดลงเกือบเท่าตัว เนื่องจากเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้การปรับลดงบประมาณในส่วนของการก่อสร้างมีผลให้สัดส่วนงบดำเนินการและงบเงินเดือนและค่าจ้างเพิ่มสูงขึ้น (ตารางที่ 6.54) นอกจากนั้น การจัดสรรงบประมาณตามพื้นที่ถึงแม้ไม่มีข้อมูลแสดงให้เห็นชัดเจนว่ามีการจัดสรรให้แต่ละพื้นที่เป็นสัดส่วนอย่างไร แต่จากตารางที่ 6.54 สะท้อนให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขยังมุ่งเน้นให้ส่วนกลางมากที่สุด

อย่างไรก็ตามแบบแผนการใช้จ่ายงบประมาณสุขภาพในอนาคตคาดว่า มีการจัดสรรให้กับงานด้านส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีแนวโน้มปรับระบบการคลังสุขภาพโดยเน้นนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และจากการกำหนดเจตนารมย์ของระบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นไปเพื่อการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานและผลลัพธ์ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการระบบการคลังสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” จะมีรูปแบบการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวโดยรวมเอาเงินเดือนและงบประมาณดำเนินการไปด้วย ลักษณะการจัดสรรงบประมาณแบบนี้จะทำให้เกิดการปฏิรูประบบการจัดการสถานบริการสุขภาพภาครัฐอย่างขนานใหญ่ในอนาคตอันใกล้นี้

ตารางที่ 6.54 การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุข จำแนกตาม 11 กิจกรรมหลัก,เขตพื้นที่และหมวดรายจ่าย ตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5,6,7,8

	แผนฯ 5		แผนฯ 6		แผนฯ 7		แผนฯ 8	
	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%	ล้านบาท	%
By type of expenditure	**44,508.97**	**100**	**74,253.70**	**100**	**233,792.39**	**100**	**330,930.46**	**100**
1. บริหาร	2,958.9	6.65	5,431.37	7.31	12,301.07	5.5	16,859.68	5.09
2. บริการรักษาพยาบาล	26,053.77	58.54	42,996.71	57.91	124,262.44	55.52	182,394.81	55.12
3. ส่งเสริมสุขภาพ	7,678.67	17.25	11,978.34	16.13	43,161.80	19.29	54,618.37	16.50
4. ควบคุมป้องกันโรค	4,502.25	10.12	8,143.44	10.97	26,311.92	11.75	36,612.44	11.06
5. ควบคุมสารเสพติด	233.15	0.52	395.50	0.53	1,337.51	0.6	3,924.44	1.19
6. ฟื้นฟูสมรรถภาพ	105.27	0.24	196.18	0.26	732.72	0.33	4,915.74	1.49
7. ผลิตบุคลากร	1,609.87	3.62	2,172.51	2.93	6,627.11	2.96	18,824.87	5.69
8. พัฒนาสมรรถนะบุคลากร	513.42	1.15	833.83	1.12	1,206.25	0.54	2,362.14	0.71
9. สาธารณสุขมูลฐาน *	353.42	0.79	1,260.47	1.70	4,995.48	2.23	4,160.32	1.26
10. คุ้มครองผู้บริโภค	397.33	0.89	643.52	0.87	2,117.66	0.95	4,337.09	1.31
11. วิจัยและพัฒนา	102.92	0.23	201.83	0.27	738.43	0.33	1,920.56	0.58
By four Area								
1. ส่วนกลาง	26,766.58	60.14	41,023.08	55.25	112,696.09	50.36	NA	NA
2. เทศบาล	10,203.97	22.93	23,644.55	31.84	84,088.57	37.57		
3. สุขาภิบาล	4,206.76	9.45	5,315.10	7.16	14,420.312	6.44		
4. นอกเขตสุขาภิบาล	3,331.66	7.48	4,270.97	5.75	12,587.39	5.62		
By items								
1. งบดำเนินการ	16,913.41	38.0	25,988.79	35.0	71,613.59	32.0	128,070.09	38.7
2. งบลงทุน	7,566.52	17.0	10,395.52	14.0	62,661.83	28.0	61,553.06	18.6
3. งบเงินเดือนและค่าจ้าง	20,029.04	45.0	37,869.39	51.0	89,516.97	40.0	141,307.31	42.7

ที่มา: งบประมาณแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5-7 ได้จาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2540

หมายเหตุ: 1. * คิดเฉพาะกิจกรรมการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน (การฝึกอบรมอาสาสมัครและผู้นำชุมชน) เท่านั้น

2. งบประมาณด้านสาธารณสุขของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ที่จำแนกตามกิจกรรม ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์และสำนักงบประมาณ โดยข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวเลขจริงและงบประมาณด้านสาธารณสุขของหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขได้จากการคาดประมาณจากค่าเฉลี่ยของข้อมูล งบประมาณในช่วงแผนฯ 5-7 จากหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

6. ปัญหาระบบสุขภาพไทย

ปัญหาระบบสุขภาพไทยที่สำคัญสามารถแบ่งได้ 5 ด้าน คือ

6.1 ปัญหาความไม่เป็นธรรม แบ่งออกเป็น 4 ข้อ คือ

6.1.1 ความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร

ถึงแม้ว่าอัตราส่วนของทรัพยากรสุขภาพต่อประชากรในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มดีขึ้น แต่พบว่า

ยังมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค ทั้งในด้านกำลังคน สถานบริการและจำนวนเตียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากร จะเห็นได้จากตารางที่ 6.55 กรุงเทพมหานคร มีอัตราส่วนเตียงต่อประชากรเป็น 1 : 206 และอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็น 1: 767 ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนเตียงต่อประชากรเป็น 1 : 759 และอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็น 1: 7,251 ความแตกต่างระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะอัตราส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากร ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนสูงถึง 3-10 เท่า อย่างไรก็ตามในอดีตความไม่เท่าเทียมกันระหว่างภาคมีแนวโน้มดีขึ้นมาตลอดจนถึง พ.ศ. 2532 เนื่องจากเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเติบโตเร็วมาก ทำให้สถานบริการเอกชนขยายตัวโดยเฉพาะกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ๆ จึงดึงเอาทรัพยากรภาครัฐจากชนบทและภาคต่างๆ จนทำให้ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างภาคกลับคงที่และเพิ่มมากขึ้น เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 สถานบริการภาคเอกชนจำนวนมากต้องลดขนาดปัจจัยนำเข้า เช่น เตียง แพทย์และบุคลากรอื่นๆ ส่งผลให้สัดส่วนของเตียงและกำลังคนภาครัฐเพิ่มขึ้น และจากผลการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ ใน พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว พบว่า ความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากรระหว่างภาคมีแนวโน้มที่ดีขึ้น (ดูบทที่ 6 หัวข้อ 1 ทรัพยากรสุขภาพ)

ตารางที่ 6.55 การกระจายทรัพยากรสุขภาพรายภาค พ.ศ. 2546

ประเภท/ภาค	กรุงเทพ-มหานคร	กลาง (ไม่รวม กทม.)	เหนือ	ใต้	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ทั่วประเทศ
เตียง[1]	1: 206	1: 391	1: 496	1: 496	1: 759	1: 462
สถานีอนามัย	1: 46,545[2]	1: 4,629	1: 4,662	1: 4,433	1: 5,540	1: 4,895
แพทย์[1]	1: 767	1: 3,566	1: 4,499	1: 4,984	1: 7,251	1: 3,295
ทันตแพทย์[1]	1: 3,218	1: 17,810	1: 17,824	1: 20,105	1: 28,432	1: 13,991
เภสัชกร[1]	1: 2,507	1: 9,557	1: 10,115	1: 9,569	1: 14,987	1: 8,511
พยาบาลทุกประเภท[1]	1: 244	1: 499	1: 595	1: 537	1: 918	1: 556
พยาบาลวิชาชีพ[1]	1: 289	1: 684	1: 785	1: 765	1: 1,278	1: 739
พยาบาลเทคนิค[1]	1: 1,549	1: 1,848	1: 2,449	1: 1,797	1: 3,257	1: 2,240
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย	-	1: 1,552	1: 1,713	1: 1,511	1: 2,097	1: 1,762
ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	1: 1,962	1: 6,052	1: 14,641	1: 11,745	1: 26,935	1: 7,739
ร้านขายยาแผนโบราณ	1: 15,848	1: 27,503	1: 36,419	1: 38,053	1: 36,659	1: 30,226
ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ	1: 11,781	1: 10,918	1: 12,002	1: 15,399	1: 18,439	1: 13,680

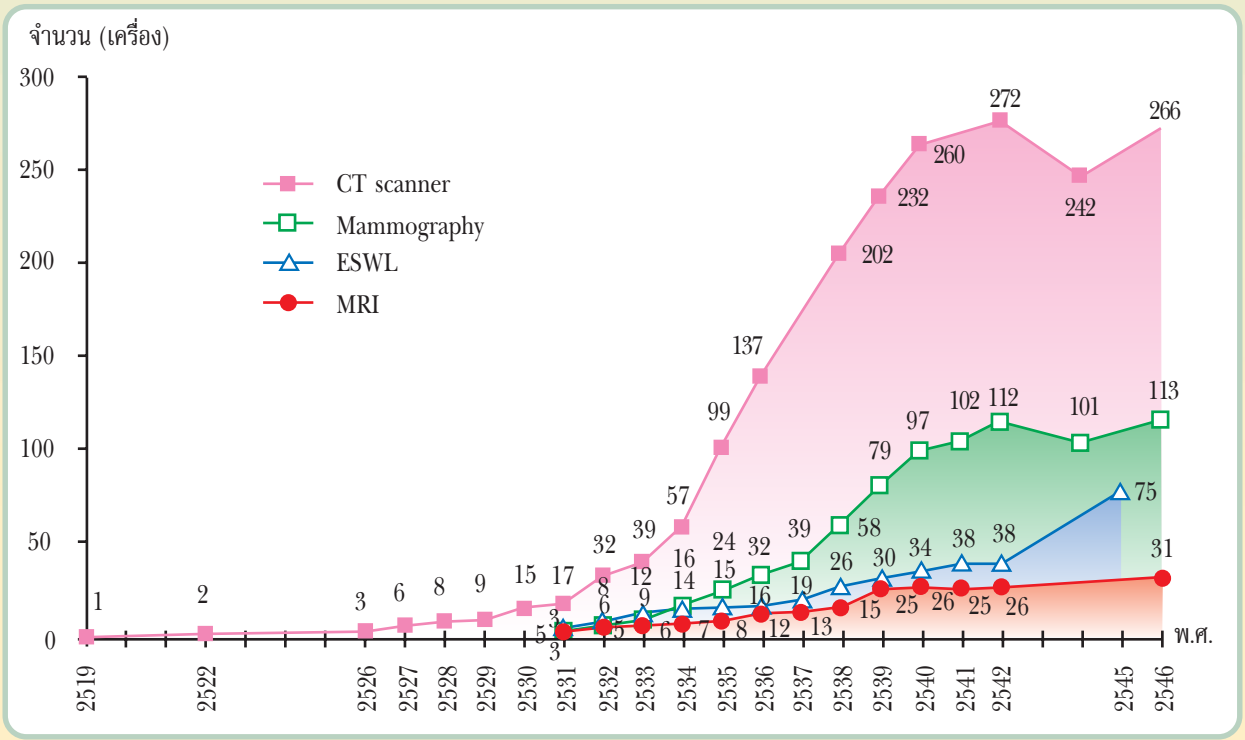
ที่มา: 1. รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. [1] เป็นข้อมูลปี 2545
2. [2] ศูนย์บริการสาธารณสุข กทม. (รวมสาขาด้วย)
3. พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจร้อยละ 65.6 โดยได้รับข้อมูลจาก กทม. เพียงร้อยละ 44.3 ภาคกลางร้อยละ 60.5 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 76.7 ภาคเหนือร้อยละ 74.9 และภาคใต้ร้อยละ 68.3

นอกจากนี้ ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมของการกระจายเทคโนโลยีชั้นสูง เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ภาพที่ 6.38) จนทำให้อัตราส่วนของเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่อประชากรในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังพบปัญหาเรื่องการกระจายที่ไม่เท่าเทียมกันในระหว่างภาค (ตารางที่ 6.56)

เมื่อพิจารณาค่าดัชนีความแตกต่าง พบว่า เครื่องมือแพทย์ที่ติดตั้งในกรุงเทพฯ ทั้ง 4 ประเภท มีค่าอยู่ระหว่าง 3.2 - 6.0 ขณะที่เครื่องมือแพทย์ที่ติดตั้งในภูมิภาคต่างๆ มีค่า 0.4 - 0.8 เมื่อเทียบกับของประเทศ (ตารางที่ 6.56) ส่วน CT Scanner พบว่า ช่องว่างของความแตกต่างระหว่างภาคมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย (ตารางที่ 6.57)

ภาพที่ 6.38 จำนวนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2519-พ.ศ.2546



ที่มา: - วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย: การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ,2542

- พ.ศ. 2545-2546 ได้จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ตารางที่ 6.56 อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2546

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน				ดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index)			
	ESWL (2545)	CT	MRI	Mammo	ESWL (2545)	CT	MRI	Mammo
กรุงเทพฯ	3.8	13.3	3.0	9.2	3.2	3.2	6.0	5.1
ภูมิภาค	0.9	3.1	0.2	0.9	0.8	0.7	0.4	0.5
กลาง	1.4	5.3	0.1	1.4	1.2	1.3	0.2	0.8
เหนือ	1.1	3.2	0.2	0.8	0.9	0.8	0.4	0.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.6	1.7	0.2	0.5	0.5	0.4	0.4	0.3
ใต้	0.7	2.5	0.2	1.2	0.6	0.6	0.4	0.7
ทั้งประเทศ	1.2	4.2	0.5	1.8	1.0	1.0	1.0	1.0

ที่มา: - รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ข้อมูล ESWL ปี 2545)
- กองป้องกันอันตรายจากรังสี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ข้อมูล CT, MRI, Mammo ปี 2546)

ตารางที่ 6.57 อัตราส่วน CT Scanner ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวน CT scan				CT ต่อล้านประชากร				Discrepancy Index			
	2537	2541	2542	2546	2537	2541	2542	2546	2537	2541	2542	2546
กรุงเทพฯ	88	83	89	89	15.7	14.8	15.9	13.3	12.1	8.6	7.2	7.8
ภูมิภาค	117	156	183	177	2.2	2.8	3.3	3.1	1.7	1.6	1.5	1.8
กลาง	45	66	74	80	3.3	4.6	5.2	5.3	2.7	2.7	2.4	3.1
เหนือ	31	37	41	37	2.6	3.1	3.4	3.2	2.0	1.8	1.5	1.9
ตะวันออกเฉียงเหนือ	26	36	46	38	1.3	1.8	2.2	1.7	1.0	1.0	1.0	1.0
ใต้	15	17	22	22	2.0	2.1	2.8	2.5	1.5	1.2	1.3	1.5
ทั้งประเทศ	205	239	272	266	3.5	3.9	4.5	4.2	2.7	2.3	2.0	2.5

ที่มา: พ.ศ. 2537 ได้จาก วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, การกระจายเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย, 2538
พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2546 ได้จากกองป้องกันอันตรายจากรังสี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
พ.ศ. 2542 ได้จาก วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542

การกระจายงบประมาณด้านสุขภาพก็เป็นอีกดัชนีหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกัน กล่าวคือ เมื่อพิจารณาถึงการจัดสรรและกระจายงบประมาณด้านสุขภาพภาครัฐต่อหัวประชากร (ตารางที่ 6.58) พบว่า การจัดสรรงบประมาณโดยรวม ส่วนใหญ่มีความโน้มเอียงกระจายไปสู่ภูมิภาคที่ร่ำรวยอยู่แล้วมากกว่า จะเห็นว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวต่อปี ในสัดส่วนที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นๆ โดยเฉพาะภาคกลางและกรุงเทพและปริมณฑลที่ได้รับจัดสรรมากที่สุด ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคของการได้รับบริการด้านสาธารณสุขในภูมิภาคต่างๆ รวมทั้งปัญหาระบบการบริหารจัดการภาครัฐที่เป็นแบบรวมศูนย์อยู่ที่หน่วยงานส่วนกลางเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 6.58 การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัว จำแนกตามภาค (ณ ราคาคงที่ปี 2546)

หน่วย : บาท

ภาค	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
กลาง	358	412	518	547	639	692	435	813	1,656	1,643	1,383	1,800
ตะวันออก	293	369	470	549	679	676	581	419	1,282	1,242	1,111	1,522
ตะวันตก	351	384	454	508	632	675	712	481	1,384	1,434	1,168	1,594
เหนือ	333	466	526	600	618	607	489	388	1,298	1,250	1,061	1,438
ตะวันออกเฉียงเหนือ	267	358	419	467	502	409	340	347	967	966	696	1,129
ใต้	413	440	549	631	613	608	436	433	1,291	1,318	1,038	1,570
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	2,619	3,395	3,694	3,994	4,098	3,820	5,164	4,055	1,963	2,610	4,980	3,160
รวมทั้งประเทศ	**700**	**894**	**1,026**	**1,130**	**1,281**	**1,127**	**1,373**	**1,067**	**1,327**	**1,398**	**1,698**	**1,650**

ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ประมวลผลโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. พ.ศ. 2535 - 2542 การเก็บรวบรวมข้อมูลงบประมาณของกรุงเทพมหานครและปริมณฑลได้รวมงบประมาณของส่วนกลางและกระทรวงเข้าไปด้วย และไม่สามารถแยกเฉพาะกรุงเทพมหานครและปริมณฑลออกมาได้ จึงทำให้ตัวเลขสูงกว่าในช่วง พ.ศ. 2543 - 2546

2. พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2546 เงินงบประมาณเฉพาะกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเท่านั้น

6.1.2 ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและใช้บริการ

ประชาชนในเขตเมืองและชนบทมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพแตกต่างกัน กล่าวคือ ประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการจากสถานพยาบาลที่มีแพทย์มากกว่าประชาชนในเขตชนบท นอกจากนี้ หลังวิกฤตเศรษฐกิจ ประชาชนในเขตเมืองนิยมพึ่งตนเองด้วยการซื้อยากินเองมากกว่าประชากรในเขตชนบท (ตารางที่ 6.59)

ตารางที่ 6.59 พฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนในเขตที่อยู่อาศัยและภาค พ.ศ. 2531, พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547

ประเภทบริการ	รวม				เมือง				ชนบท			
	2531	2542	2546	2547	2531	2542	2546	2547	2531	2542	2546	2547
สถานพยาบาลที่มีแพทย์	54.3	54.3	52.5	52.9	81.0	67.3	60.0	60.3	47.3	52.1	49.8	50.5
สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์	4.7	NA	23.9	24.6	1.1	NA	9.6	7.1	18.2	NA	29.5	30.8
รักษาพื้นบ้าน	2.4	1.6	2.9	2.0	1.0	0.8	2.6	2.1	2.8	1.7	3.0	2.0
ซื้อยากินเอง/รักษาตัวเอง	28.6	24.1	27.4	26.2	17.0	31.0	31.0	33.1	31.7	22.3	25.9	23.7

ประเภทบริการ	เหนือ				อีสาน				กลาง				ใต้				กรุงเทพมหานคร			
	2531	2542	2546	2547	2531	2542	2546	2547	2531	2542	2546	2547	2531	2542	2546	2547	2531	2542	2546	2547
สถานพยาบาลที่มีแพทย์	61.9	52.2	42.7	50.4	46.3	52.4	56.5	49.8	47.0	53.1	55.8	59.0	43.4	59.2	51.3	61.2	81.3	62.5	59.4	51.9
สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์	15.2	NA	29.4	26.9	15.2	NA	29.0	31.5	21.0	NA	17.4	17.0	17.1	NA	22.9	21.5	0.5	NA	8.1	5.7
รักษาพื้นบ้าน	1.9	1.3	2.4	1.7	1.3	1.2	2.4	1.7	3.8	1.9	2.1	2.1	4.1	2.9	5.4	3.0	1.0	0.8	3.5	2.4
ซื้อยากินเอง/รักษาตัวเอง	21.0	20.2	32.3	25.8	37.2	23.6	21.8	24.8	28.2	26.8	27.7	25.8	35.4	17.8	26.9	21.2	17.1	32.7	32.8	41.7

ที่มา: พ.ศ. 2531 ได้จาก IPSR, MMD, 1988

IPSR = Instiute for Population and Social Research

MMD = Morbidity Mortality Differentials

พ.ศ. 2542 ได้จากรายงานการเจ็บป่วยและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2542, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พ.ศ. 2546 ได้จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พ.ศ. 2547 ได้จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

6.1.3 ความไม่เป็นธรรมของสถานสุขภาพ

อัตราตายของทารกเป็นเครื่องชี้วัดความแตกต่างของภาวะสุขภาพใน ประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ชัดเจน กล่าวคือ อัตราตายทารกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลถึง 1.85 เท่า ถึงแม้ว่าอัตราตายทารกจะลดน้อยลงถึงเท่าตัวในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา แต่ความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลกับนอกเขตเทศบาลกลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 6.60)

ตารางที่ 6.60 อัตราตายทารกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2507 - 2539

	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	นอกเขต : ในเขต
SPC 1 (2507 - 2508)	84.3	67.6	85.5	1.26
SPC 2 (2517 - 2519)	51.8	39.6	58.7	1.48
SPC 3 (2528 - 2529)	40.7	27.6	42.6	1.54
SPC 4 พ.ศ. 2532	38.8	23.6	41.4	1.75
SPC 5 พ.ศ. 2534	34.5	21.0	37.0	1.76
SPC 6 พ.ศ. 2538 - 2539	26.05	15.24	28.23	1.85

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: SPC = Survey of Population Changes

นอกจากนี้ สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ได้พัฒนาดัชนีวัดความก้าวหน้าของคน ซึ่งมี 8 องค์ประกอบ โดยสุขภาพเป็นหนึ่งในองค์ประกอบดังกล่าวซึ่งวัดจากอายุขัยเฉลี่ย สุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพและบริการสาธารณสุข (จำนวนประชากรต่อแพทย์) พบว่า มีความไม่เท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพในระดับภูมิภาค คือ กรุงเทพมหานครมีดัชนีสุขภาพสูงที่สุดและเป็นภาคที่รวยที่สุด ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือเป็นภาคที่มีคนจนมากที่สุดและมีดัชนีสุขภาพต่ำที่สุด (ตารางที่ 6.61)

ตารางที่ 6.61 ดัชนีสุขภาพของคนไทย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2545

พื้นที่	ดัชนีสุขภาพ	พื้นที่	ดัชนีสุขภาพ
ทั่วราชอาณาจักร	0.6889	ภาคตะวันตก	0.7042
กรุงเทพมหานคร	0.7884	ภาคใต้	0.6743
ปริมณฑล	0.7369	ภาคเหนือ	0.6563
ภาคตะวันออก	0.7058	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.6234
ภาคกลาง	0.7110		

ที่มา: รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย 2546, สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2546

6.1.4 ความไม่เป็นธรรมในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ไม่ได้เป็นไปตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มรายได้ พบว่า คนที่มีรายได้ต่ำมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่มากกว่าคนที่มีรายได้สูง (ภาพที่ 4.10, บทที่ 4)

หลังจากที่รัฐมีการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่ควรเกื้อกูลประเภทต่างๆ เพิ่มขึ้น และที่สำคัญคือ การดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ความแตกต่างของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนรวยกับคนจนมีแนวโน้มลดลงเหลือ 1.6 เท่า ใน พ.ศ. 2545 นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2545 ยังพบว่า คนที่มีรายได้น้อยมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้น้อยมาก (ตารางที่ 6.62) แต่หากพิจารณาถึงความเป็นธรรมของการได้รับประโยชน์จากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ยังไม่มีความเป็นธรรมเชิงโครงสร้างในระบบสุขภาพไทย กล่าวคือ บริการผู้ป่วยในสถานพยาบาลตติยภูมิ (โรงพยาบาลระดับจังหวัด) เอื้อประโยชน์ต่อคนรวยมากกว่าคนจน และคนจนได้รับประโยชน์มากกว่าคนรวยเฉพาะบริการผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น (ตารางที่ 6.63)

ตารางที่ 6.62 ร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2545

กลุ่มเดไซล์	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน							
	0-5%	6-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	มากกว่า 50%	รวมครัวเรือนทั้งหมด (ครัวเรือน)
1	86.0	7.3	7.2	1.2	0.4	0.2	0.7	3,483
2	90.3	5.7	2.4	0.9	0.2	0.2	0.3	3,474
3	89.5	6.0	3.0	0.7	0.3	0.2	0.3	3,477
4	90.0	5.9	2.6	0.7	0.3	0.1	0.2	3,476
5	89.9	5.7	2.7	0.9	0.4	0.2	0.2	3,478
6	90.2	5.2	2.7	0.9	0.5	0.2	0.2	3,477
7	91.0	4.8	2.5	0.9	0.3	0.2	0.3	3,525
8	91.5	4.5	2.5	0.8	0.4	0.1	0.1	3,430
9	92.1	4.5	2.1	0.6	0.3	0.1	0.3	3,476
10	92.3	4.0	2.0	0.7	0.3	0.2	0.4	3,478
รวม	90.3	5.4	2.7	0.8	0.3	0.2	0.3	34,774

ที่มา: ดร.ภูษิต ประคองสาย, วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6.63 สัดส่วนของการได้รับประโยชน์จากรัฐกรณีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของครัวเรือน 10 กลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2545

กลุ่มเดไซล์ตามระดับรายจ่ายต่อคนต่อเดือน	กรณีบริการผู้ป่วยนอก			กรณีบริการผู้ป่วยใน			รวม
	สถานีอนามัย	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	โรงพยาบาลนอกจังหวัด	
1% จนที่สุด	12.2%	11.5%	3.5%	11.7%	6.7%	21.1%	8.90%
2	13.1%	13.6%	6.5%	10.5%	7.0%	4.3%	9.29%
3	10.8%	14.1%	8.7%	8.6%	9.2%	3.2%	9.98%
4	15.4%	11.5%	10.7%	14.2%	9.8%	10.1%	11.53%
5	13.7%	13.2%	8.5%	10.4%	10.8%	13.7%	11.03%
6	11.7%	11.8%	15.6%	7.4%	14.2%	4.7%	12.12%
7	13.9%	10.2%	10.6%	24.9%	6.7%	6.6%	12.38%
8	5.6%	8.2%	17.0%	6.5%	13.8%	26.4%	11.77%
9	2.9%	3.3%	7.8%	2.8%	14.0%	5.3%	7.13%
10% รวยที่สุด	0.7%	2.5%	11.1%	3.0%	7.8%	4.6%	5.87%
รวม	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
CI	-0.272	-0.247	0.052	-0.189	-0.008	-0.154	-0.110
Robust SE of CI	0.043	0.038	0.043	0.054	0.042	0.186	0.023
Kakwani Index; KI	-0.689	-0.663	-0.334	-0.599	-0.399	-0.560	-0.511
Robust SE of KI	0.048	0.044	0.048	0.060	0.047	0.205	0.027

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปัจจุบันและอนาคต, 2547

6.2 ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ข้อ คือ

6.2.1 ปัญหาประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข

บริการสุขภาพที่ประชาชนได้รับมักจะเป็นบริการด้านการรักษาพยาบาลซึ่งมีประสิทธิภาพในการทำให้มีสุขภาพดี น้อยกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมาก (ดูจากเรื่องการคลังสาธารณสุข บทที่ 6) นอกจากนี้ แม้การให้บริการรักษาพยาบาลเอง ก็พบว่า มีความด้อยประสิทธิภาพในหลายประเด็น เช่น การใช้ยาเกินความจำเป็น ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงแพทย์เฉพาะทาง

6.2.2 ปัญหาประสิทธิภาพในการลงทุนด้านเตียงโรงพยาบาล

เมื่อพิจารณาอัตราครองเตียง ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดที่สำคัญที่สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการลงทุนด้านเตียงของโรงพยาบาล จากรายงานการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - 2545 พบว่า สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการครองเตียงมากกว่าร้อยละ 80 รองลงมา ได้แก่ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงอื่นๆ ในขณะที่สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชนมุ่งกำไร มีอัตราการครองเตียงต่ำกว่าร้อยละ 50 มาตลอด แม้ว่าเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวก็ยังมีแนวโน้มลดต่ำลงถึงร้อยละ 38.2 ในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งแสดงถึง over supply ของเตียงภาคเอกชน (ตารางที่ 6.64)

ตารางที่ 6.64 การใช้เตียงของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2545

สถาบัน	เตียง					จำนวนวันนอนผู้ป่วย (วัน)					ผู้ป่วย/เตียง					อัตราการครองเตียง (%)				
	2538	2540	2542	2544	2545	2538	2540	2542	2544	2545	2538	2540	2542	2544	2545	2538	2540	2542	2544	2545
กระทรวงสาธารณสุข	73,191	79,818	82,085	87,753	86,761	4.8	4.6	4.3	4.3	4.3	62.6	66.6	70.1	73.3	72.1	83.6	83.5	82.8	86.3	85.7
กระทรวงอื่นๆ	14,236	16,880	15,879	14,982	14,100	5.5	6.4	6.7	7.3	5.9	18.3	24.9	30.5	29.4	42.1	27.6	43.6	55.6	58.5	68.3
กระทรวงมหาดไทย	3,359	3,402	3,591	3,481	3,421	9.7	8.1	4.6	6.2	6.2	23.0	32.6	58.0	43.2	30.8	61.2	72.5	73.7	73.3	51.9
รัฐวิสาหกิจ	365	365	385	335	335	10.9	9.3	6.4	6.7	5.4	14.3	18.6	15.6	26.1	24.1	43.2	47.3	27.3	47.6	35.7
เอกชนมุ่งกำไร	25,298	29,945	31,207	28,956	28,497	4.0	3.1	3.1	2.8	2.6	38.3	52.8	47.4	59.0	53.9	42.3	44.3	39.9	44.8	38.2
เอกชนไม่มุ่งกำไร	1,968	1,995	2,156	2,190	2,220	7.3	6.6	6.0	5.8	4.5	34.6	36.5	35.2	40.1	12.9	69.4	66.1	57.7	63.9	15.9
รวม	**118,417**	**132,405**	**135,303**	**137,697**	**135,334**	**4.8**	**4.4**	**4.3**	**4.2**	**4.2**	**50.4**	**56.7**	**59.2**	**64.1**	**63.0**	**67.1**	**68.9**	**68.9**	**73.8**	**71.8**

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ข้อมูลอัตราการครองเตียงของรัฐวิสาหกิจใน พ.ศ. 2542 ต่ำลงมากเนื่องจากโรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวงมีมาตราการจำกัดจำนวนวันนอนลง

2. ข้อมูลอัตราการครองเตียงของกระทรวงอื่นๆ ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา สูงกว่าเดิม เนื่องจากโรงพยาบาลในสังกัดคณะแพทยศาสตร์ เชียงใหม่ ส่งรายงานเข้ามา

3. พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจ ร้อยละ 65.6 โดยได้รับข้อมูลการสำรวจจากสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ร้อยละ 62.5 และสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน 77.3

4. เตียงในกรุงเทพมหานครสังกัดต่างๆ พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

ตารางที่ 6.65 อัตราส่วนจำนวนเตียงต่อแพทย์ จำนวนเตียงต่อพยาบาล, ผู้ป่วยในต่อแพทย์, ผู้ป่วยในต่อพยาบาล และจำนวนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2545

สถาบัน	Bed : MD					Bed : N					Adm : Md : yr					IP : Md : d					IP : N : d					OPD : Md : yr				
	2538	2540	2542	2544	2545	2538	2540	2542	2544	2545	2538	2540	2542	2544	2545	2538	2540	2542	2544	2545	2538	2540	2542	2544	2545	2538	2540	2542	2544	2545
กระทรวงสาธารณสุข	11.9	9.9	8.4	8.7	8.3	1.1	1.2	1.1	1.1	1.1	747.7	662.2	587.2	639.2	598.6	10.0	8.3	6.9	7.5	7.1	1.0	1.0	0.9	1.0	0.9	2,874.50	2,520.10	2,211.60	2,398.40	2,526.0
กระทรวงอื่นๆ	3.9	4.7	4.6	4.5	4.2	1.5	1.7	1.5	1.2	1.1	66.4	111.4	159.0	132.9	170.7	1.2	2.1	2.6	2.7	2.7	0.5	0.7	0.9	0.7	0.7	420.80	981.50	564.10	598.40	694.6
รัฐวิสาหกิจ	3.2	4.4	3.3	2.5	2.9	0.8	2.4	1.3	1.1	1.1	46.3	81.9	51.6	66.3	69.6	1.4	2.1	0.9	1.2	1.0	0.3	1.1	0.3	0.5	0.4	109.20	217.70	156.70	67.10	76.10
เทศบาล	4.4	4.5	4.4	4.1	4.0	0.7	0.9	0.7	0.7	0.6	135.0	205.5	200.9	214.3	145.0	2.8	3.6	3.3	3.3	3.1	0.4	0.8	0.6	0.6	0.4	784.00	928.70	795.00	958.60	801.9
เอกชน	7.5	9.2	9.2	6.6	7.1	3.0	4.6	3.5	2.8	2.8	288.1	487.7	434.5	389.4	384.8	3.2	4.1	3.7	3.0	2.7	1.2	2.1	1.4	1.3	1.1	1,276.30	1,370.60	1,348.60	1,133.10	1,008.7
องค์กรอิสระ	13.5*	2.4	3.6	8.7	8.6	1.4*	1.1	0.6	1.0	1.0	466.3*	85.7	125.5	348.2	111.4	9.4*	1.5	2.1	5.6	1.4	0.9*	0.7	0.4	0.6	0.2	1,830.5*	343.10	420.00	1,745.80	522.6
รวม	8.3	8.0	7.6	7.3	7.1	1.4	1.5	1.4	1.3	1.2	420.0	453.2	441.4	466.0	448.9	5.6	5.5	5.1	5.4	5.1	1.0	1.1	0.9	0.9	0.9	1,709.6	1,764.8	1,600.6	1,700.5	1,765.0

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: Bed : MD = จำนวนเตียงต่อแพทย์ Bed : N = จำนวนเตียงต่อพยาบาล

Adm : Md : yr = จำนวนผู้ป่วยในต่อแพทย์ต่อปี IP : M : d = จำนวนผู้ป่วยในต่อแพทย์ในแต่ละวัน

IP : N : d = จำนวนผู้ป่วยในต่อพยาบาลในแต่ละวัน OPD : Md : yr = จำนวนผู้ป่วยนอกต่อแพทย์ต่อปี

* พ.ศ. 2538 ไม่มีข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันสังกัดต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545 ใช้ข้อมูล พ.ศ. 2544 แทน

6.2.3 ปัญหาคุณภาพของระบบบริการ

เมื่อวิเคราะห์ในขั้นของการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยดูจากปัญหาของประชาชนเมื่อใช้บริการ พบว่า สถานบริการภาครัฐและเอกชนมีปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ ปัญหาการให้บริการที่เกิดขึ้นในภาครัฐ คือ ปัญหาเรื่องความสะดวกสบายและความสนใจของผู้ให้บริการ ส่วนปัญหาเฉพาะในสถานพยาบาลภาคเอกชน มักเป็นเรื่องค่าบริการ (ตารางที่ 6.66)

อย่างไรก็ดีนับตั้งแต่มีนโยบายพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการนำกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือ HA (Hospital Accreditation) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รวมทั้งกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพได้มีการเสนอประเด็นการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพเพื่อกำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และการออกพระราชบัญญัติสถานพยาบาลและกฎกระทรวงฉบับใหม่ ทำให้สถานบริการมีการจัดบริการอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน และมีการจัดระบบประเมินและรับรองคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการใช้บริการในสถานพยาบาลมากขึ้น ซึ่งจากการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในสถานพยาบาล พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ใช้บริการส่วนใหญ่พอใจกับบริการที่ได้รับร้อยละ 87.1 - 95.7 โดยถ้าเป็นสถานพยาบาลระดับที่สูงขึ้น ผู้ใช้บริการยิ่งมีความพึงพอใจน้อยลง (ตารางที่ 6.67)

นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค” ของรัฐบาลปัจจุบันจะมีส่วนช่วยเร่งการพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพระดับต้นด้วย โดยจากการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 - 2546 พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อการบริการของสถานพยาบาลประมาณร้อยละ 80 โดยมีความพึงพอใจต่อคุณภาพยาน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 68.6 (ตารางที่ 6.68)

ตารางที่ 6.66 ความทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพของผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทสถานบริการสุขภาพ พ.ศ. 2541

ทุกข์ที่เกิดจากการใช้บริการสุขภาพ	รพ.ศูนย์/มหาราช/มหาวิทยาลัย (ร้อยละ)	รพ.ทั่วไป (ร้อยละ)	รพ.ชุมชน (ร้อยละ)	รพ.เอกชน (ร้อยละ)	รวม N = 1,473 (ร้อยละ)
กิริยาท่าทางของเจ้าหน้าที่แพทย์	5.1	1.3	1.5	0.3	8.2
แพทย์ไม่บอกข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยและวิธีการรักษา	10.5	2.7	5.9	4.3	23.4
การคอยตรวจรักษา	18.2	5.0	7.6	3.6	34.4
ค่าบริการแพง	10.9	0.3	1.9	13.0	26.1
ระบบการให้บริการที่ห้องจ่ายยา	7.7	1.9	5.6	3.3	18.5
สภาพแวดล้อมการจัดรับบริการผู้ป่วยนอกที่แออัดและไม่สะอาด	13.6	2.9	6.2	2.2	24.9
อุปกรณ์การแพทย์ไม่สะอาด	15.9	3.2	9.4	7.8	36.3

ที่มา: โยธิน แสวงดี และคณะ, ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข, 2543

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ความทุกข์ หมายถึง ความไม่สบายใจและไม่พึงพอใจที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นจากการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพ

ตารางที่ 6.67 ความพึงพอใจของประชากรต่อการใช้บริการในสถานพยาบาล พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546

ความพึงพอใจต่อการใช้บริการสถานพยาบาล	พ.ศ. 2544				พ.ศ. 2546
	รวมทั้งหมด (ร้อยละ)	สถานีอนามัย (ร้อยละ)	โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ)	โรงพยาบาลจังหวัดอื่นๆ ของรัฐ (ร้อยละ)	รวมทั้งหมด (ร้อยละ)
พอใจ	87.1	92.4	85.8	81.6	95.7
ไม่พอใจ	12.1	7.2	13.4	17.4	4.3
ไม่ทราบ	0.8	0.4	0.8	1.0	-
สาเหตุที่ไม่พอใจ					
- บริการไม่ดี	NA	NA	NA	NA	2.2
- ไม่สะอาด	0.5	0.3	0.7	0.5	NA
- รอนาน	7.1	2.2	7.9	12.6	NA
- ไม่หาย	1.2	1.6	1.2	0.7	0.2
- หมอไม่เก่ง	0.7	0.9	0.7	0.5	0.3
- หมอ / พยาบาลดุ	1.5	1.2	2.0	1.7	NA
- หมอไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ	0.6	0.4	0.6	0.9	NA
- ถูกเลือกปฏิบัติ	NA	NA	NA	NA	0.3
- คุณภาพยาไม่ดี	NA	NA	NA	NA	0.7
- อื่นๆ	0.5	0.6	0.3	0.5	0.6

ที่มา: รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. การสำรวจใน พ.ศ. 2544 สอบถามประชากรที่ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ

2. การสำรวจใน พ.ศ. 2546 สอบถามประชากรที่เป็นผู้ป่วยในที่เข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาลทุกประเภททั้งรัฐและเอกชน

ตารางที่ 6.68 ความพึงพอใจของประชาชนที่ใช้บริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546

ความพึงพอใจต่อการบริการสถานพยาบาลในด้าน	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546
ภาพรวม		
- พึงพอใจ	83.8	-
- ไม่พอใจ	16.2	-
การบริการ / การดูแลและเอาใจใส่		
- พึงพอใจ	-	80.5
- ไม่พอใจ	-	19.5
การตรวจรักษาของแพทย์ / พยาบาล		
- พึงพอใจ	-	83.9
- ไม่พอใจ	-	16.1
อุปกรณ์ทางการแพทย์		
- พึงพอใจ	-	83.6
- ไม่พอใจ	-	16.4
คุณภาพยา		
- พึงพอใจ	-	68.6
- ไม่พอใจ	-	31.4

ที่มา: - รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) พ.ศ. 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. ใน พ.ศ. 2545 สำรวจประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป
2. ใน พ.ศ. 2546 สำรวจประชากรอายุ 18 ปี ขึ้นไป

6.2.4 ปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในยามฉุกเฉิน

ประชาชนยังคงประสบปัญหาในยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่การดูแลจากจุดที่เจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุไปยังโรงพยาบาลซึ่งยังไม่มีการจัดระบบอย่างเป็นกิจจะลักษณะหรือมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง การที่สถานพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพไม่ยอมรับผู้ป่วยโดยอ้างเหตุผลว่าไม่มีเตียง การที่แพทย์มาให้การดูแลผู้ป่วยล่าช้าเกินกว่าที่ควร การที่สถานพยาบาลเอกชนไม่ยอมให้การดูแลเบื้องต้นที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่มีเงิน ล้วนเป็นปัญหาคุณภาพที่สมควรได้รับการปรับปรุง ซึ่งในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทยใน 7 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ เพชรบุรี ลำปางและสงขลา โดยจัดบริการในลักษณะเครือข่ายครอบคลุมทั้งจังหวัดและจะขยายให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอีก 13 จังหวัดในปีงบประมาณ 2547

หลังจากที่มี พ.ร.บ. ประกันภัยบุคคลที่ 3 ใน พ.ศ. 2538 ปัญหาการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุลดลงไปมาก เพราะมีผู้รับภาระทางการเงินที่แน่นอน (วงเงิน 50,000 บาท) แต่ก็ปรากฏว่า โรงพยาบาลเอกชน มักจะส่งตัวผู้ป่วยที่หมดเงินประกันอุบัติเหตุแล้ว (เกิน 50,000 บาท) และไม่สามารถรับภาระทางการเงินได้มาให้โรงพยาบาลรัฐรับภาระแทน นอกจากนี้ บริษัทประกันรวมทั้งประชาชนมักจะผลักภาระค่าบริการมาที่บัตร สปร. และบัตรสุขภาพอีกด้วย

6.2.5 ความครอบคลุมในหลักประกันด้านสุขภาพ

ประเทศไทยมีแนวโน้มขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนใน 5 ลักษณะ คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ข้าราชการบำนาญและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เช่น โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (โครงการบัตรประกันสุขภาพ) เป็นต้น ระบบประกันสุขภาพเอกชนและการประกันสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งปรากฏว่า ใน พ.ศ. 2544 สามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 71.0 โดยประชาชนในชนบทมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 6.69 และ 6.70) อย่างไรก็ตาม การที่ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลายระบบและแต่ละระบบมีวิธีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในด้านสิทธิประโยชน์โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ได้รับสิทธิประโยชน์และความครอบคลุมต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ มาก (ตารางที่ 6.71)

จากการที่รัฐบาลปัจจุบันมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ.2544 เป็นต้นมาส่งผลให้ประชาชนทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.0 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 94.3 ใน พ.ศ. 2547 โดยเป็นผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 73.5 และมีผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย ร้อยละ 5.7 (ตารางที่ 6.69) และพบว่าใน พ.ศ. 2547 ประชากรที่อยู่ในเขตชนบทได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงกว่าประชาชนในเขตเมือง แต่ประชาชนในเขตเมืองมีสวัสดิการประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการมากกว่าประชาชนในเขตชนบท (ตารางที่ 6.70)

ตารางที่ 6.69 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539 พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547

ระบบประกันสุขภาพ	ก่อนมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			เมื่อมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
	2534	**2539**	**2544**	**2546**	**2547**
1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	0.9	74.7	73.5
- บัตรทองมี ท. (ไม่เสีย 30 บาท)	-	-	-	74.7	30.6
- บัตรทองไม่มี ท. (เสีย 30 บาท)		-	0.9		42.9
2. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)	12.7	12.6	31.5	-	-
3. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	**15.3**	**10.2**	**8.5**	**8.9**	**9.4**
- ข้าราชการ	13.2	9.0	7.5	8.9	9.4
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.1	1.2	1.0		
4. ประกันสังคมและกองทุนทดแทนแรงงาน	-	5.6	7.2	9.6	10.7
5. ประกันสุขภาพภาคสมัครใจ	**4.5**	**16.1**	**22.1**	**1.7**	**0.8**
- บัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	1.4	15.3	20.8	-	-
- ประกันสุขภาพเอกชน	3.1	0.8	1.3	1.7	0.8
6. อื่น ๆ	0.9	1.0	0.8	-	-
มีหลักประกันสุขภาพ	33.5	45.5	71.0	94.9	94.3
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	66.5	54.5	29.0	5.1	5.7

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราณี วาศวิท และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

ตารางที่ 6.70 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547

การมีหลักประกันสุขภาพ	ในเขตเทศบาล					นอกเขตเทศบาล				
	2534	2539	2544	2546	2547	2534	2539	2544	2546	2547
ไม่มีสวัสดิการ	65	58	42	9	10.1	68	52	22	3	3.5
ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	22	17	16	15	15.3	6	7	9	6	6.5
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	-	56	54.6	-	-	-	84	82.8
ประกันสังคม	-	11	13	18	18.2	-	3	4	6	7.0
สปร.	7	5	15	-	-	21	16	39	-	-
บัตรประกันสุขภาพ	1	6	10	-	-	2	20	27	-	-
ประกันสุขภาพเอกชน	5	2	3	3	1.8	1	1	1	1	0.3
อื่นๆ	1	1	1	-	-	1	1	1	-	-

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราณี วาศวิท และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

ตารางที่ 6.71 ความคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษาพยาบาล

ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการรักษาพยาบาล	ค่าใช้จ่าย (บาท) /หัว/ปี *	สิทธิประโยชน์และความคุ้มครอง			
		การเลือกสถานพยาบาล	เงินสด	การตั้งครรภ์/คลอดบุตร	การป้องกันโรค/ส่งเสริมสุขภาพ
สวัสดิการสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	273[1] สาธารณสุข	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	ไม่มี	จำกัด
สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	2,106	รัฐ (เอกชน)	ไม่มี	มี	มี
ประกันสุขภาพภาคบังคับ					
• ประกันสังคม	1,284	คู่สัญญา	มี	มี	มีบ้าง
• กองทุนเงินทดแทน	n.a.	คู่สัญญา	มี	ไม่มี	ไม่มี
ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ					
• บัตรประกันสุขภาพ	249[1]	ระบบส่งต่อ	ไม่มี	เป็นไปได้	เป็นไปได้
• ประกันสุขภาพภาคเอกชน	1,667	อิสระ	ตามกรณี	แล้วแต่	แล้วแต่

ที่มา: Supachutikul, 1996 ; Tangcharoensathien, et,al. 1998 (อ้างถึงใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์)
* เป็นข้อมูล พ.ศ. 2542 อ้างถึงใน ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2543
[1] เฉพาะค่ายาและค่าใช้จ่ายดำเนินการ ที่ไม่รวมค่าแรงและงบประมาณลงทุน

นอกจากนี้ การดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 71.6 ใน พ.ศ. 2547 โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 60.6 ใน พ.ศ. 2547 และกลุ่มที่มีสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราป่วยสูงที่สุดและเข้าไปใช้บริการในสถานพยาบาลมีแนวโน้มสูงสุดกว่ากลุ่มอื่นๆ (ตารางที่ 6.72) และผลกระทบจากนโยบายดังกล่าวยังทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลงในเกือบทุกระดับ เนื่องจากรัฐได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายลดลงมากที่สุดคือ กลุ่มยากจน (กลุ่ม 1-4) ลดลงถึงร้อยละ 27- 45 แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่รวยที่สุด (กลุ่ม 10) มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 42 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเลือกใช้บริการที่นอกเหนือสิทธิประโยชน์หรือการไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพที่ 6.39)

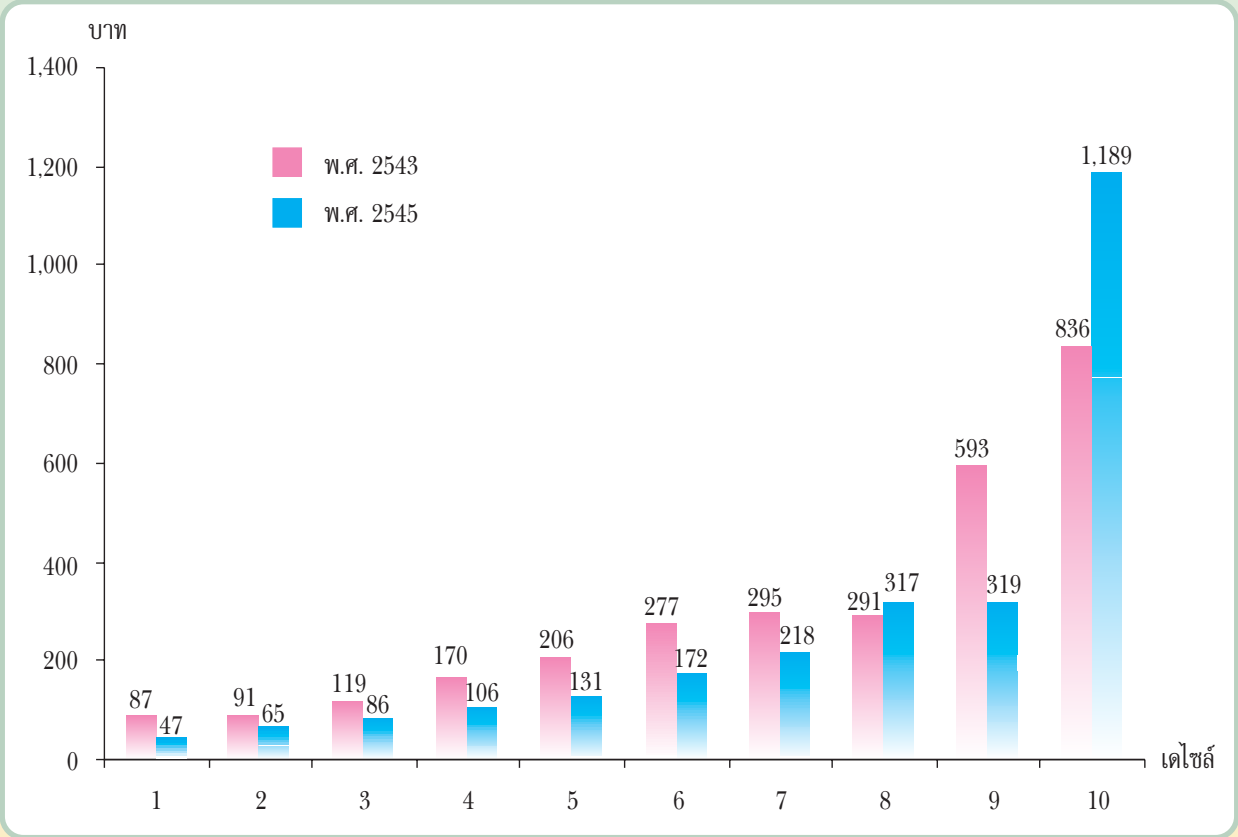
ตารางที่ 6.72 อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547

ประเภทสวัสดิการ	อัตราป่วย (ครั้ง / คน / ปี)					ร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาล				
	2534	2539	2544	2546	2547	2534	2539	2544	2546	2547
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	5.7	3.5	3.3	4.2	3.2	47	62	61	56	60.6
บัตรทอง 30 บาท/บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	3.4	5.0	5.1	-	-	62	72	72.8
สปร.	7.2	6.9	5.3	-	-	50	67	74	-	-
บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	7.0	4.5	3.7	-	-	55	68	71	-	-
สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5.4	3.7	3.6	4.9	4.8	60	71	75	71	73.1
ประกันสังคม	-	2.5	2.5	3.0	3.0	-	58	66	67	63.0
ประกันเอกชน	4.4	3.5	3.0	3.5	1.9	42	72	65	67	60.2
รวมทั้งประเทศ	**5.9**	**4.0**	**3.9**	**4.7**	**4.7**	**49**	**65**	**70**	**71**	**71.6**

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราณี วาศวิท และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

ภาพที่ 6.39 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดไซล์ ก่อนและหลังมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2547

หมายเหตุ: วิเคราะห์เฉพาะไตรมาสสุดท้ายของ พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2545

บทที่ 7
ระบบบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย มีส่วนแบ่งของทรัพยากรกว่าร้อยละ 60 ซึ่งเกือบทั้งหมดอยู่ในชนบททั่วประเทศ จึงเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขหลักของประเทศไทย รวมทั้งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศด้วย ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการและระบบบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นส่วนสำคัญของความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการสาธารณสุขของไทย

1. กว่าจะมาเป็นกระทรวงสาธารณสุข

ในอดีตตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา จนถึงต้นรัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ รวมเป็นเวลา 317 ปี คนไทยยังไม่รู้จักการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน เมื่อเจ็บป่วยก็รักษาพยาบาลกันไปแบบพื้นบ้าน โดยใช้ยาแผนโบราณและความเชื่อถือดั้งเดิม โดยเฉพาะโชคลางและไสยศาสตร์ จนกระทั่งใน พ.ศ. 2371 อันเป็นปีที่ 5 ของรัชกาลที่ 3 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ กล่าวได้ว่าเป็นปีแรกที่การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการแพทย์และการสาธารณสุขไทย โดย **นายแพทย์ แดน บีช บรัดเลย์** ซึ่งเป็นนักเผยแพร่คริสต์ศาสนา ได้เป็นผู้ที่ริเริ่มการป้องกันโรคติดต่อครั้งแรกในไทย คือ **การปลูกฝีเพื่อป้องกันไข้ทรพิษ** และมีแพทย์ต่างชาติอีกหลายท่านที่เข้ามาให้บริการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน จึงทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันได้วิวัฒนาการเข้าไปแทนที่การแพทย์แผนโบราณทีละน้อย จนประชาชนไทยค่อยๆ เกิดความศรัทธาต่อการแพทย์แผนปัจจุบัน และเมื่อความนิยมต่อแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น ก็เป็นช่วงที่ภาครัฐริเริ่มการพัฒนาบริการสาธารณสุข โดยใน พ.ศ. 2429 ในสมัยรัชกาลที่ 5 ได้ดำเนินการจัดตั้ง**ศิริราชพยาบาล** เพื่อเป็นโรงพยาบาลในการดูแลรักษาประชาชนที่เจ็บป่วย โดยจัดตั้งเป็นอนุสรณ์แด่พระองค์เจ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ พระราชโอรส ซึ่งสิ้นพระชนม์จากโรคบิด ตั้งแต่ยังทรงพระเยาว์และต่อมาใน พ.ศ. 2431 ก็ได้ตั้ง**กรมพยาบาล**อยู่ในสังกัดกระทรวงธรรมการ อันนับว่าเป็นหน่วยงานระดับกรมที่ดำเนินการด้านสาธารณสุขเพื่อควบคุมกิจการศิริราชพยาบาลแล้วยังมีหน้าที่อื่นอีกคือ การจัดการศึกษาวิชาแพทย์ และควบคุมโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีในสมัยนั้นรวมทั้งการปลูกฝีเป็นทานแก่ประชาชน ต่อมาใน พ.ศ. 2432 กรมพยาบาลที่สังกัดกระทรวงธรรมการก็ได้มีการดำเนินงานสำคัญเกิดขึ้นอีกหลายอย่าง ได้แก่ การตั้งโรงเรียนนางผดุงครรภ์ การตั้งสถานทำพันธุ์หนองฝีขึ้นใช้เอง การจัดให้มีแพทย์ประจำเมืองขึ้นบางแห่ง การทำยาโอสถสภา**จำหน่าย**แก่ประชาชนในราคาถูก การตั้งโอสถศาลารัฐบาลและการตั้งกองแพทย์ เพื่อออกไปป้องกันโรคระบาด ต่อมาก็ได้มีวิวัฒนาการเรื่อยมาจนเป็นกระทรวงสาธารณสุขตามลำดับดังนี้ (ภาพที่ 7.1)

ยุคที่ 1 เริ่มต้นการแพทย์แผนปัจจุบัน

พ.ศ. 2429	ตั้งศิริราชพยาบาล เพื่อเป็นโรงพยาบาลประจำของรัฐในการรักษาพยาบาลประชาชน
พ.ศ. 2431	**ตั้งกรมพยาบาล สังกัดกระทรวงธรรมการ**ขึ้นเพื่อควบคุมดูแลศิริราชพยาบาลและดำเนินการด้านสาธารณสุข โดยตั้งโรงพยาบาลแพทย์ผดุงครรภ์ สถานทำหนองฝี มีแพทย์ประจำเมืองและทำยาโอสถสภา**จำหน่าย**ในราคาถูก
พ.ศ. 2448	**ให้ยุบเลิกกรมพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลที่สังกัดกรมพยาบาลไปสังกัดกระทรวงนครบาล** ยกเว้นศิริราชพยาบาลให้ย้ายสังกัดไปขึ้นอยู่กับกรมศึกษาธิการ และให้กองทำพันธุ์หนองฝี กองโอสถศาลารัฐบาล กองแพทย์ป้องกันโรค และแพทย์ประจำเมืองอยู่ในสังกัดกระทรวงธรรมการดังเดิม
พ.ศ. 2451	กระทรวงมหาดไทยได้ขอโอนกองทำพันธุ์หนองฝี กองโอสถศาลา จากกระทรวงธรรมการไปสังกัดกรมพลำภังค์ กระทรวงมหาดไทย

พ.ศ. 2455 **ตั้งกรมพยาบาลขึ้นใหม่** สังกัดกระทรวงมหาดไทย และรวมงานที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขซึ่งอยู่ในสังกัดกรมพลำภังค์เข้าด้วยกัน แล้วแบ่งส่วนราชการเป็น 6 แผนก คือ แผนกบัญชาการ แผนกการแพทย์ แผนกป้องกันโรคระบาด แผนกปัสตุระสภา แผนกสุขาภิบาลและแผนกโอสถศาลารัฐบาล

พ.ศ. 2459 เปลี่ยนชื่อ **กรมพยาบาล** เป็น **กรมประชาภิบาล** สังกัดกระทรวงมหาดไทย โดยมีส่วนราชการ 4 กอง คือ กองบัญชาการเบ็ดเสร็จ กองสุขาภิบาล กองพยาบาลและกองเวชวัตถุ

ยุคที่สอง จุดเริ่มต้น "การสาธารณสุขไทย"

27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 เปลี่ยนชื่อ **กรมประชาภิบาล** เป็น **กรมสาธารณสุข** สังกัดกระทรวงมหาดไทย นับเป็นครั้งแรกที่มีคำว่า **"สาธารณสุข"** เกิดขึ้น **ต่อมาทางราชการจึงถือเอา วันที่ 27 พฤศจิกายน ของทุกปีเป็นวันคล้ายวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุข**

พ.ศ. 2468 ปรับปรุงองค์กรภายในกรมสาธารณสุข แบ่งส่วนราชการเป็น 6 กอง คือ กองประชากร กองสุขศึกษา กองสาธารณสุข กองยาเสพติดให้โทษ กองโอสถศาลารัฐบาล และกองสุขาภิบาล ในส่วนภูมิภาคมีผู้ตรวจการประจำภาค สาธารณสุขมณฑล สาธารณสุขจังหวัด แพทย์หลวงประจำท้องที่ แพทย์สำรอง ผู้ตรวจการสุขาภิบาล ผู้ตรวจการปลูกไข้ทรพิษ แพทย์สุขาภิบาล และแพทย์ประจำตำบล ซึ่งการบริการสาธารณสุขมุ่งเน้นการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก

ยุคที่สาม ยุคก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข

10 มีนาคม พ.ศ. 2485 **สถาปนากระทรวงการสาธารณสุข** ขึ้นตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2485 มี 7 กรม คือ สำนักงานเลขานุการรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง กรมการแพทย์ กรมประชาสงเคราะห์ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และกรมสาธารณสุข

พ.ศ. 2495 เปลี่ยนชื่อ **กระทรวงการสาธารณสุข** เป็น**กระทรวงสาธารณสุข** มีการโอนกรมประชาสงเคราะห์ไปอยู่กระทรวงมหาดไทยและเปลี่ยนชื่อกรมสาธารณสุข เป็นกรมอนามัย ดำเนินการจัดตั้ง**โรงพยาบาลประจำจังหวัดจนครบทุกจังหวัด**

พ.ศ. 2502 โอนกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี

ยุคที่สี่ ยุคปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

ยุคนี้มีการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรของกระทรวงสาธารณสุขจากโครงสร้างใน**แนวดิ่ง** (Vertical) เป็นโครงสร้างลักษณะ**ผสมผสาน** (Integrate) และขยายงานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

พ.ศ. 2515 ปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1 โดยรวมกรมอนามัยและกรมการแพทย์เข้าเป็นกรมเดียวกันและเป็นกรมหลักในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน

พ.ศ. 2517 ปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 2 แยกกรมการแพทย์ และกรมอนามัยออกจากกันและให้ทำหน้าที่เป็นกรมสนับสนุนวิชาการ โดยขยายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงให้เป็นกรมหลักในการปฏิบัติการทั้งหมด และกรมอื่นๆ เป็นกรมวิชาการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ได้มีการตั้ง**กรมควบคุมโรคติดต่อและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**ขึ้นในช่วงนี้ด้วย

พ.ศ. 2520 - 2530 เป็นยุคของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีการสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอ และสถานีอนามัยระดับตำบล **จนครบทุกอำเภอ และตำบล** และมีการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานอย่างกว้างขวาง ครอบคลุม**ทุกหมู่บ้าน**

ยุคที่ห้า ปรับบทบาทกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2535 ปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 3 โดย**เพิ่มสถาบันสุขภาพจิต** (ต่อมาเป็นกรมสุขภาพจิต) และจัดตั้ง**สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข** ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์การมหาชน ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ยุคนี้เป็นยุคของการปฏิรูประบบสาธารณสุขไปสู่ความเสมอภาค มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ โดยสอดคล้องกับพัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคมของไทย ที่เข้าสู่ลักษณะอุตสาหกรรมและการเมืองประชาธิปไตย ยุคนี้เป็นยุคที่เศรษฐกิจเติบโตเร็ว สถานพยาบาลภาคเอกชนขยายตัวอย่างมากมาย **บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจึงเริ่มเปลี่ยนไปจากบทบาทผู้ให้บริการเป็นหลัก โดยเพิ่มบทบาทของการจัดทำมาตรฐาน และกำกับดูแลและสนับสนุนสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบธุรกิจด้านสุขภาพของเอกชนด้วย**

พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขใน**ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ** มีการปฏิรูประบบงานหลายประการ เช่น การปฏิรูประบบการจัดซื้อยาในระดับจังหวัด การทดลองให้โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค 1 แห่ง (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว) เป็นองค์การมหาชน เป็นต้น

ยุคที่หก ยุคปฏิรูประบบสุขภาพ

พ.ศ. 2543 มีความเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพ มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ และมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ(สปรส.) ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และจะมีการออก พ.ร.บ.สุขภาพ ภายใน 3 ปี (กรกฎาคม 2546) มีการจัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจและมีการทดลองจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้น

พ.ศ. 2544 รัฐบาลใหม่ มาพร้อมกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ “**30 บาทรักษาทุกโรค**” ซึ่งมีการปรับระบบงบประมาณและระบบการบริหารจัดการครั้งใหญ่ โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพ คุณภาพและเสมอภาค

มีการออกพระราชบัญญัติ**กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544** ตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้รับงบประมาณจากร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากสุราและยาสูบ

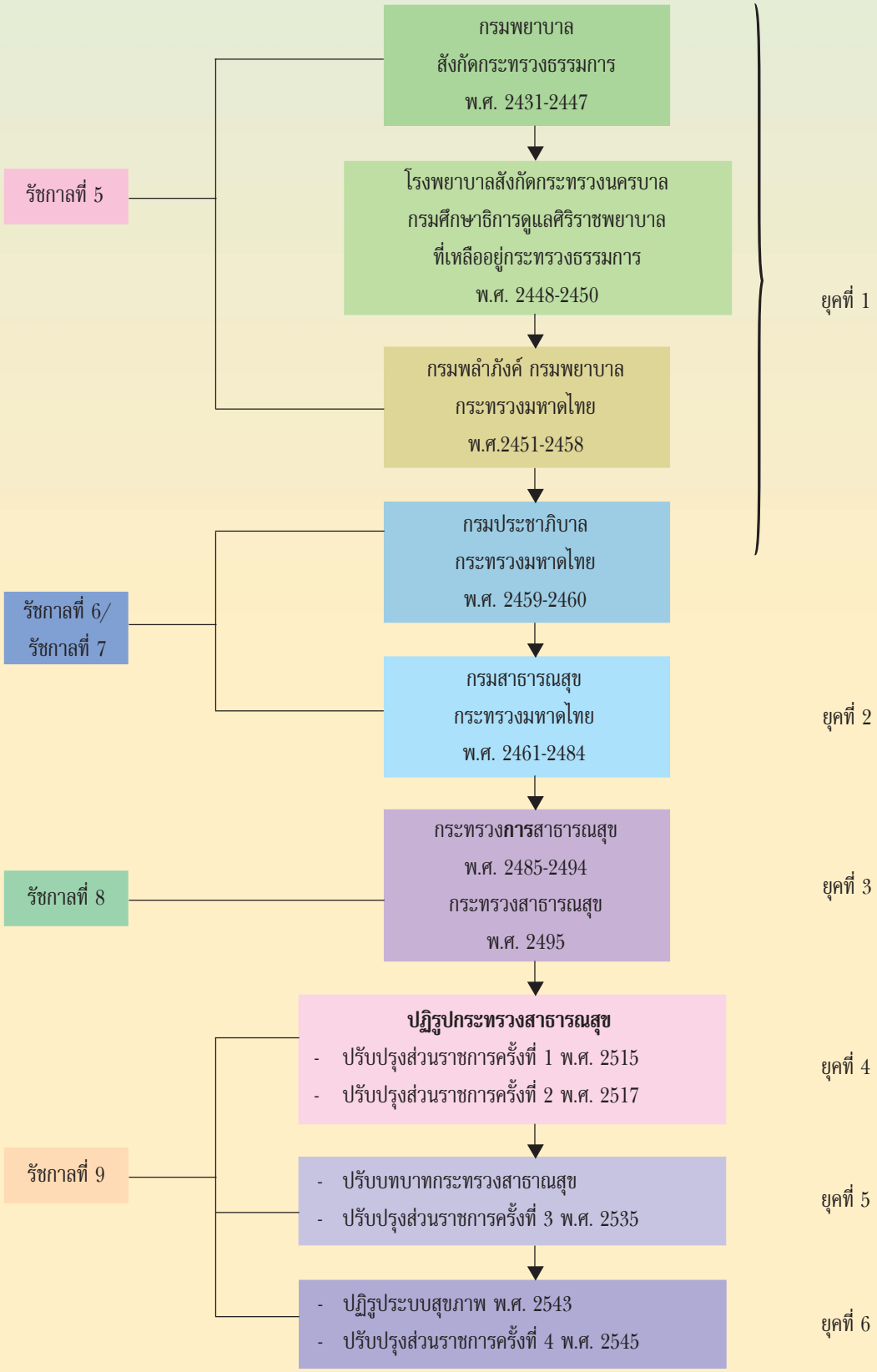
พ.ศ.2545 มีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นหลักสำหรับการดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงส่วนราชการครั้งที่ 4 ตามพระราชบัญญัติ ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545 มี 9 กรม โดยจัดตั้งกรมใหม่เพิ่ม 2 กรม คือ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมทั้งปรับเปลี่ยนชื่อ “กรมควบคุมโรคติดต่อ” เป็น “กรมควบคุมโรค” โดยปรับภารกิจให้กว้างขวางขึ้น จากการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อมาเป็นการป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ (โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม)

มีการจัดโครงสร้างองค์กรเป็น **3 กลุ่มภารกิจ** ซึ่งมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขดูแลในแต่ละกลุ่มภารกิจ คือ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ (กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ กรมสุขภาพจิต) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค และ กรมอนามัย) และกลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา)

พ.ศ. 2546 มีการแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยขยายเวลาการดำเนินการของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติออกไปอีก 2 ปี (กรกฎาคม 2548)

ภาพที่ 7.1 วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2431 - ปัจจุบัน



2. กระทรวงสาธารณสุข : ปัจจุบันและแนวโน้มอนาคต

2.1 อำนาจหน้าที่และภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข

ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า **"กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข"**

โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ **ให้ประชากรมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ**

2.2 โครงสร้างการบริหารงาน

กระทรวงสาธารณสุขแบ่งการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค

2.2.1 การบริหารราชการส่วนกลาง (ภาพที่ 7.2) มี 10 ส่วนราชการ ประกอบด้วย (1) สำนักงานรัฐมนตรี (2) สำนักงานปลัดกระทรวง และ (3) กลุ่มภารกิจ ซึ่งประกอบด้วย 8 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) สำนักงานรัฐมนตรี

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับราชการทางการเมืองเพื่อสนับสนุนภารกิจของรัฐมนตรี รวมทั้งการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์กลั่นกรองและเสนอความเห็นประกอบการวินิจฉัยสั่งการของรัฐมนตรี

(2) สำนักงานปลัดกระทรวง

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนายุทธศาสตร์และแปลงนโยบายของกระทรวงเป็นแผนปฏิบัติงาน การจัดสรรและบริหารทรัพยากร การกำกับติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การประชาสัมพันธ์ การดำเนินงานความร่วมมือระหว่างประเทศ และการพัฒนาปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานปลัดกระทรวงประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลาง รวม 5 หน่วยงาน

(3) กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์ ประกอบด้วย 3 หน่วยงาน ดังนี้

(3.1) กรมการแพทย์

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการศึกษา วิจัย พัฒนาวิชาการและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และให้บริการทางการแพทย์เฉพาะด้านหรือในระดับตติยภูมิที่ยุ่งยากซับซ้อน

กรมการแพทย์ ประกอบด้วย 21 หน่วยงาน โดยเป็นหน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 17 หน่วยงาน

(3.2) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับ การดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง การศึกษา วิจัย พัฒนาวิชาการและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี กำหนดและพัฒนามาตรฐาน ตลอดจนเสนอแนะเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่น รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นในระบบบริการสุขภาพ

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย 3 หน่วยงาน โดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 1 หน่วยงาน และหน่วยงานวิชาการ 2 หน่วยงาน

(3.3) กรมสุขภาพจิต

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการศึกษา วิจัย พัฒนาวิชาการและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตและจัดบริการรองรับการส่งต่อผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน

กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 10 หน่วยงาน และ 12 ศูนย์สุขภาพจิต โดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 6 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

(4) กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 หน่วยงาน ดังนี้

(4.1) กรมควบคุมโรค

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการศึกษา วิจัย พัฒนาวิชาการและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ การร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้ององค์กรระหว่างประเทศ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ และปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ

กรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 12 หน่วยงานและ 12 สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 8 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

(4.2) กรมอนามัย

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการศึกษา วิจัย พัฒนาวิชาการและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การกำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน การดำเนินงานด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและการส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

กรมอนามัย ประกอบด้วย 12 หน่วยงาน และ 12 ศูนย์อนามัย โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 4 หน่วยงาน หน่วยงานวิชาการ 6 หน่วยงาน หน่วยงานที่บูรณาการงานจากกองวิชาการ 2 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

(5) กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 3 หน่วยงาน ดังนี้

(5.1) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินการสุขศึกษาและพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชน ศึกษาวิจัย และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านระบบบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 7 หน่วยงาน โดยจำแนกเป็น หน่วยงานสนับสนุน 1 หน่วยงาน และหน่วยงานสนับสนุนบริการและวิชาการ 6 หน่วยงาน

(5.2) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับ การกำหนด พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของระบบและวิธีการตรวจวิเคราะห์รวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชีววัตถุ สมุนไพรและการชันสูตรโรค การให้บริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิง รวมทั้งการพัฒนาระบบการประกันคุณภาพห้องปฏิบัติการ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ประกอบด้วย 10 หน่วยงานและ 12 ศูนย์วิทยาศาสตร์การ

แพทย์ โดยจำแนก เป็นหน่วยงานสนับสนุน 2 หน่วยงาน หน่วยงานสนับสนุนบริการและวิชาการ 8 หน่วยงาน และหน่วยงานที่อยู่ในส่วนภูมิภาค 12 แห่ง

(5.3) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร ยา เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ เครื่องมือแพทย์และการป้องกันการใช้สารระเหย การเฝ้าระวัง กำกับและตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ สถานประกอบการและการโฆษณา รวมทั้งผลอันไม่พึงประสงค์ของผลิตภัณฑ์ การศึกษา วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี และระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและการปกป้องสิทธิตนเอง

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ประกอบด้วย 10 หน่วยงานโดยจำแนกเป็นหน่วยงานสนับสนุน 2 หน่วยงาน หน่วยงานควบคุม กำกับผลิตภัณฑ์และสนับสนุนวิชาการ 7 หน่วยงาน และหน่วยงานส่งเสริมศักยภาพผู้บริโภค 1 หน่วยงาน

(6) หน่วยงานภายใต้การดูแล

มีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มภารกิจใดกลุ่มภารกิจหนึ่งโดยเฉพาะ ดังนี้

(6.1) หน่วยงานในกำกับ มี 4 หน่วยงาน โดย 2 หน่วยงาน คือ สถาบันพระบรมราชชนก (อยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (อยู่ภายใต้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) เป็นหน่วยงานที่อยู่ระหว่างการจัดทำพระราชบัญญัติ และอีก 2 หน่วยงาน มี พ.ร.บ. แล้ว ดังนี้

ก. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีหน้าที่ในการศึกษาวิจัยกิจการด้านสาธารณสุข ในเชิงสหวิทยาการโดยสัมพันธ์กับศาสตร์ด้านอื่น เช่น สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ มานุษยวิทยา จิตวิทยา เพื่อให้กิจการด้านสาธารณสุขสามารถพัฒนาได้อย่างมีระบบและสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มีคณะกรรมการสถาบันเป็นองค์กรบริหาร แต่งตั้งโดย คณะรัฐมนตรี มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการรวมทั้งสิ้น 18 คน โดยเป็นกรรมการจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน

ข. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่ในการขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพให้แก่ผู้ที่ไม่อยู่ในความคุ้มครองของหลักประกันอื่นใดที่รัฐจัดให้ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ให้ได้มาตรฐานเท่าเทียมกัน และบริหารจัดการทั้งด้านการเงินการคลังและการให้สิทธิแก่กลุ่มเป้าหมาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีคณะกรรมการเป็นองค์กรบริหาร แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการรวมทั้งสิ้น 30 คน โดยเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน

(6.2) รัฐวิสาหกิจ มี 1 หน่วยงาน คือ

องค์การเภสัชกรรม เป็นรัฐวิสาหกิจในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่หลักในการผลิตยาและเวชภัณฑ์ และการศึกษาวิจัยการผลิตยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งวัตถุดิบที่ใช้ผลิตยาและเวชภัณฑ์

องค์การเภสัชกรรม มีคณะกรรมการองค์การเภสัชกรรมเป็นองค์กรบริหาร แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรีตามการเสนอของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(6.3) องค์การมหาชน

มีหน่วยงานที่จะปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชนภายใต้ พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 4 หน่วยงาน คือ สถานบริการสุขภาพ(โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน/สถานีอนามัย)เมื่อมีความพร้อม โดยขณะนี้มีเพียง 1

แห่ง ที่มีการออกพระราชกฤษฎีกาแล้ว คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร และหน่วยงานที่อยู่ระหว่างการพิจารณาออกพระราชกฤษฎีกา 3 หน่วยงาน ได้แก่ สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2.2.2 การบริหารราชการส่วนภูมิภาค (ภาพที่ 7.3)

หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นไป รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนบทบาทอำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดให้เป็นผู้บริหารสูงสุดของจังหวัด (Chief Executive Office: CEO) และใช้การบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการ เพื่อมุ่งพัฒนาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด จึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข

(1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อผู้ว่าราชการจังหวัด มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนั้นๆ เป็นผู้บังคับบัญชาดูแลรับผิดชอบ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้รับการนิเทศงาน กำกับดูแลและสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานปลัดกระทรวงและกรมวิชาการต่างๆ

นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลระดับจังหวัด คือ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (150-1000 เตียง) รวมทั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอ คือ โรงพยาบาลชุมชน (10-120 เตียง) ทั้งหมดขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

(2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอ

เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อนายอำเภอ มีสาธารณสุขอำเภอ/กิ่งอำเภอเป็นหัวหน้า มีหน้าที่ทางด้านบริหาร ส่งเสริม สนับสนุน ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของสถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้รับการนิเทศงานและประสานงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจะเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการและบริหาร

(3) สถานีอนามัย

เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับตำบลหรือระดับหมู่บ้าน มีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนในชนบทในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยครอบคลุมประชากรประมาณ 1,000 - 5,000 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานประจำ คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์และพยาบาลเทคนิค) ซึ่งจบการศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ปัจจุบันเริ่มมีทันตาภิบาล พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข บรรจุเข้าทำงานในระดับสถานีอนามัยด้วย

ตั้งแต่รัฐบาลมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้มีการปรับให้โรงพยาบาลทุกแห่งและสถานีอนามัยจัดตั้ง**ศูนย์สุขภาพชุมชน**ขึ้น มีภารกิจในการจัดบริการสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน เพื่อให้บริการชุมชนและประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยมีระบบการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาและส่งต่อ

ปัจจุบัน (พ.ศ. 2546) มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณ 5,946 แห่ง

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนจะเป็น“ผู้รับสัญญาระดับต้น” (Contracting Unit for Primary Care - CUP) และสถานีอนามัยต่างๆ จะได้รับทรัพยากรสนับสนุนจากโรงพยาบาลแต่ยังอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ

ภาพที่ 7.2 โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

- สภาวิชาชีพ
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- สำนักงานรัฐมนตรี

ปลัดกระทรวง

- **สำนักงานปลัดกระทรวง**
  ราชการบริหารส่วนกลาง
  - สำนักบริหารกลาง
  - ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
  - สถาบันพระบรมราชชนก
  - สำนักตรวจและประเมินผล
  - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ราชการบริหารส่วนภูมิภาค
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ รองปลัดกระทรวง

- **กรมการแพทย์**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการเจ้าหน้าที่
  - กองคลัง
  - กองแผนงาน
  - โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
  - โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
  - โรงพยาบาลราชวิถี
  - โรงพยาบาลเลิดสิน
  - โรงพยาบาลสงฆ์
  - ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
  - สถาบันทันตกรรม
  - สถาบันพยาธิวิทยา
  - สถาบันประสาทวิทยา
  - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
  - สถาบันธัญญารักษ์
  - สถาบันโรคทรวงอก
  - สถาบันโรคผิวหนัง
  - สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
  - สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
  - สำนักการพยาบาล
  - สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
- **กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการแพทย์ทางเลือก
  - สถาบันการแพทย์แผนไทย
- **กรมสุขภาพจิต**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการเจ้าหน้าที่
  - กองคลัง
  - กองแผนงาน
  - กองสุขภาพจิตสังคม
  - โรงพยาบาลศรีธัญญา
  - ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-12
  - สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
  - สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
  - สถาบันราชานุกูล
  - สำนักพัฒนาสุขภาพจิต

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข รองปลัดกระทรวง

- **กรมควบคุมโรค**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการเจ้าหน้าที่
  - กองคลัง
  - กองแผนงาน
  - สถาบันบำราศนราดูร
  - สถาบันราชประชาสมาสัย
  - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12
  - สำนักระบาดวิทยา
  - สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
  - สำนักโรคติดต่อทั่วไป
  - สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
  - สำนักโรคไม่ติดต่อ
  - สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- **กรมอนามัย**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการเจ้าหน้าที่
  - กองคลัง
  - กองทันตสาธารณสุข
  - กองแผนงาน
  - กองโภชนาการ
  - กองสุขาภิบาลชุมชนและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
  - กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
  - กองอนามัยการเจริญพันธุ์
  - กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
  - ศูนย์อนามัยที่ 1-12
  - สำนักส่งเสริมสุขภาพ
  - สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ รองปลัดกระทรวง

- **กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**
  - สำนักบริหาร
  - กองการประกอบโรคศิลปะ
  - กองแบบแผน
  - กองวิศวกรรมการแพทย์
  - กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
  - กองสุขศึกษา
  - สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย
  - กองชีววัตถุ
  - กองแผนงานและวิชาการ
  - กองรังสีและเครื่องมือแพทย์
  - ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1-12
  - สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
  - สถาบันวิจัยสมุนไพร
  - สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร
  - สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ
  - สำนักยาและวัตถุเสพติด
- **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองควบคุมเครื่องมือแพทย์
  - กองควบคุมยา
  - กองควบคุมวัตถุเสพติด
  - กองควบคุมอาหาร
  - กองงานด่านอาหารและยา
  - กองแผนงานและวิชาการ
  - กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค
  - กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
  - สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย

หน่วยงานในกำกับ :
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถาบันพระบรมราชชนก (ต้องจัดทำ พ.ร.บ.)
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (ต้องจัดทำ พ.ร.บ.)

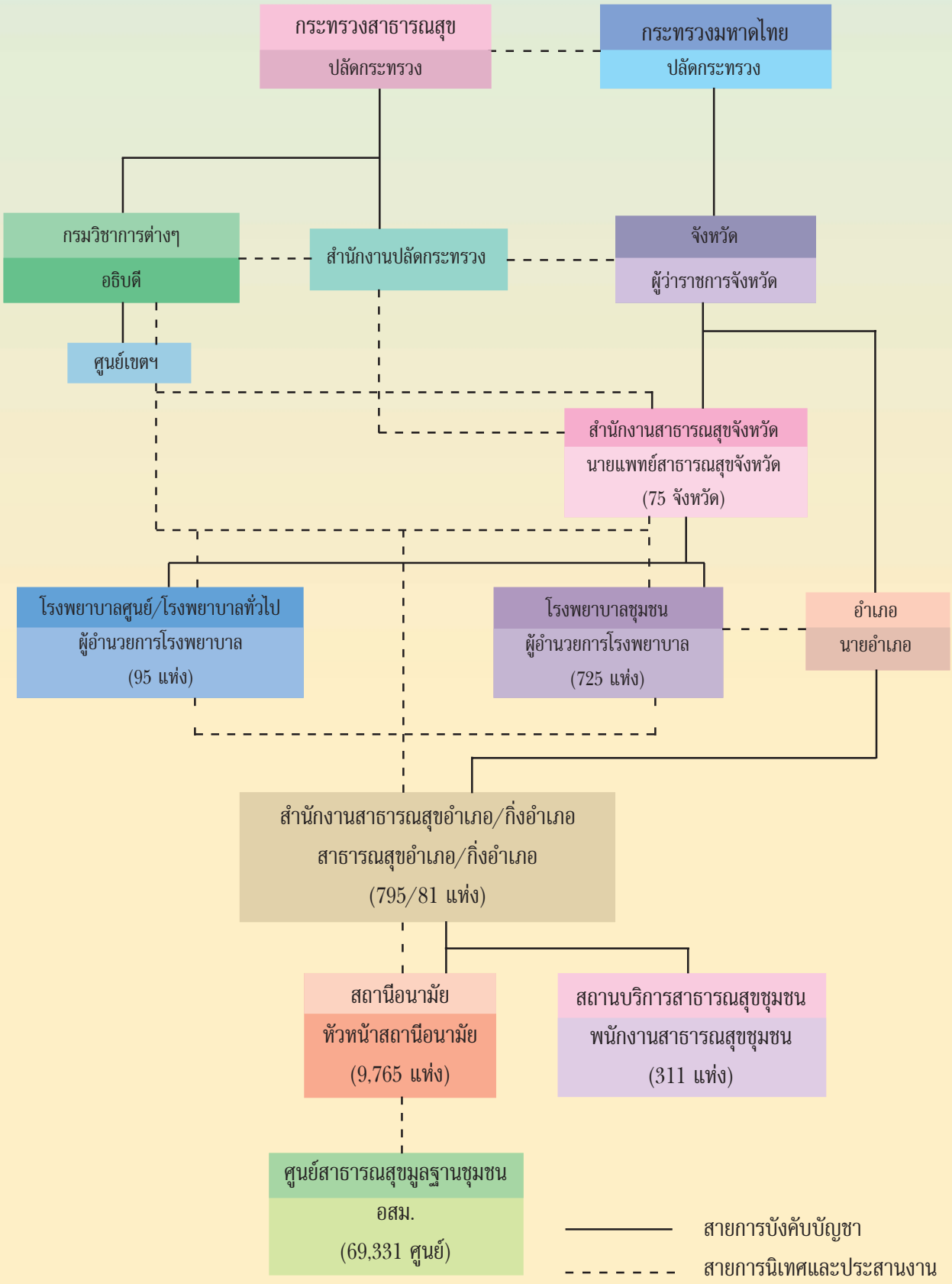
รัฐวิสาหกิจ
- องค์การเภสัชกรรม

องค์การมหาชน (ต้องออก พ.ร.ฎ.)
- สถานบริการสุขภาพ (มีโรงพยาบาลบ้านแพ้วออก พ.ร.ฎ. แล้ว)
- สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- สถาบันการแพทย์เฉพาะทาง
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ที่มา: กฎกระทรวงสาธารณสุข, 2545

หมายเหตุ: หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน หน่วยงานในกำกับ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขแต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

ภาพที่ 7.3 โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค



2.3 ลักษณะเฉพาะของโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข

โครงสร้างองค์กรและระบบงานของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการปรับปรุงมาเป็นระยะๆ โดยเฉพาะการปรับปรุงโครงสร้างกระทรวง เมื่อ พ.ศ. 2545 ถือได้ว่าเป็นการปรับปรุงที่มีความสำคัญและเป็นพื้นฐานขององค์กรและระบบงาน โดยมีลักษณะเฉพาะ 4 ประการ คือ

2.3.1 **สำนักงานปลัดกระทรวง** เป็นหน่วยงานเดียวของกระทรวงสาธารณสุขที่กำกับดูแลหน่วยงานบริการหลักของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคทั้งหมด โดยประสานงานกับกรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การสนับสนุนสถานบริการในราชการบริหารส่วนภูมิภาค ผ่านทางสำนักงานปลัดกระทรวง

2.3.2 หน่วยงานต่างๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับ กรม และกองต่างร่วมกัน**ทำงานภายใต้วัตถุประสงค์เดียวกัน** โดยมี**ยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือสำคัญ** ดังนั้น ผลงานที่ออกมาจึงมิได้เป็นของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งโดยเฉพาะ แต่เป็นผลงานของกระทรวงสาธารณสุขทั้งกระทรวง

2.3.3 โครงสร้างของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้มีบริการครอบคลุมในทุกระดับ และดำเนินการจัดบริการแบบผสมผสานทั้งด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.3.4 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ในราชการบริหารส่วนภูมิภาค มีความเป็นเอกภาพโดยการกำหนดให้**สำนักงานปลัดกระทรวงเป็นหน่วยงานเดียวที่มีหน่วยงานในสังกัดราชการบริหารส่วนภูมิภาคได้ (คือสามารถมีหน่วยงานในสังกัดได้ในทุกจังหวัด) ซึ่งก็คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด** สำหรับกรมอื่นๆ ทุกกรมในกระทรวงฯ จะมีแต่หน่วยงานวิชาการและช่วยสนับสนุนการปฏิบัติงานแก่หน่วยงานในสังกัดราชการบริหารส่วนภูมิภาค หน่วยวิชาการเหล่านี้**มิได้มีทุกจังหวัดมีเพียงระดับเขต 12 เขตเท่านั้น** แต่ก็จะมีการปรับเพิ่มเป็น 19 เขต ให้สอดคล้องกับ 19 กลุ่มจังหวัดใหม่ตามระบบบริหารราชการจังหวัดบูรณาการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับระบบของประเทศ

2.4 แนวโน้มในอนาคต

เนื่องจากมีการปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2545 และการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ จึงมีแนวโน้มในอนาคตที่กระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะหน่วยงานในส่วนกลางจะเล็กลง โดยทำหน้าที่กำหนดมาตรฐาน นโยบายและสนับสนุนทางวิชาการ ซึ่งงบประมาณดำเนินการจัดบริการสุขภาพเกือบทั้งหมดจะไปอยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ภายใต้บทเฉพาะกาลของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการงบประมาณในส่วนที่สถานบริการในสังกัดได้รับไปก่อนในช่วง 3 ปีแรก (จนถึงปีงบประมาณ 2548)

หน่วยงานในส่วนภูมิภาค เช่น สถานบริการสุขภาพ (โดยเฉพาะโรงพยาบาล) จัดบริการโดยได้รับอำนาจอิสระคล่องตัวในการบริหารงาน ซึ่งอาจจะออกไปจากระบบราชการเป็น **"องค์การมหาชน"** ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข หรือของท้องถิ่น (ในรูปของ กสพ.) การเปลี่ยนแปลงนี้เริ่มใน พ.ศ. 2543 ภายใต้เงื่อนไขที่รัฐบาลไทยทำกับธนาคารพัฒนาแห่งเอเชียซึ่งกำหนดให้มี โรงพยาบาลส่วนภูมิภาค อย่างน้อย 1 แห่ง ที่จะออกไปเป็นองค์การมหาชน ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ขณะเดียวกันสถานีอนามัยต่างๆ ก็อาจเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรบริหารระดับท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเป็นส่วนหนึ่งของพวงบริการที่เป็นองค์การมหาชน

อนึ่ง รัฐบาลปัจจุบันได้มีนโยบายที่จะพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสถานพยาบาลต่างๆ ใหม่ ให้มีอิสระและคล่องตัวแบบองค์การมหาชน แต่ยังอยู่ในระบบราชการ ทั้งนี้ รายละเอียดของรูปแบบยังอยู่ระหว่างการพัฒนา

3. แผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินกิจกรรมภายใต้แผนงาน/โครงการในแผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ดูรายละเอียดในบทที่ 3) และแผนปฏิบัติการตามนโยบายรัฐบาล รวมทั้งนโยบายที่กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการตามแผน รวมทั้งระบบข้อมูลที่แสดงสภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของประเทศไทยด้วย ทั้งนี้ระบบดังกล่าวเป็นระบบที่ได้ข้อมูลจากการสำรวจ การเฝ้าระวัง และระบบรายงาน

การปฏิบัติตามแผนงานโครงการดังกล่าวแม้จะเป็นลักษณะการปฏิบัติงานแบบผสมผสานโดยหน่วยงานในส่วนภูมิภาค แต่การสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการจากส่วนราชการในส่วนกลาง ยังคงเป็นลักษณะการสนับสนุนแบบแนวดิ่ง การประสานงานระหว่างส่วนราชการยังมีไม่มากเพียงพอ

4. กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

4.1 ข้อมูลพื้นฐานกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย ข้าราชการประมาณร้อยละ 70 และลูกจ้างประจำ ประมาณร้อยละ 30 แต่ตั้งแต่ พ.ศ.2532 เป็นต้นมา สัดส่วนลูกจ้างประจำมีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ 20.7 ใน พ.ศ.2546 และตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา สัดส่วนข้าราชการมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากมีพนักงานของรัฐมากขึ้น รวมทั้งการที่รัฐบาลมีโครงการเกษียณอายุข้าราชการก่อนกำหนดใน พ.ศ. 2544 ดังภาพที่ 7.4 และ 7.5

ใน พ.ศ.2546 กระทรวงสาธารณสุขมีอัตรากำลังทั้งสิ้น 218,069 คน เป็นข้าราชการ 151,473 คน คิดเป็นร้อยละ 69.5 เป็นลูกจ้างประจำ 45,089 คน คิดเป็นร้อยละ 20.7 ที่เหลือเป็นพนักงานของรัฐ 21,507 คน คิดเป็นร้อยละ 9.9 โดยพบว่า ข้าราชการร้อยละ 88.2 ลูกจ้างประจำร้อยละ 74.9 และพนักงานของรัฐร้อยละ 93.6 อยู่ในสำนักงานปลัดกระทรวง โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานที่มีอัตรากำลังที่เป็นข้าราชการน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ 0.1 ของกระทรวงสาธารณสุข และกรมที่มีสัดส่วนของข้าราชการน้อยกว่าลูกจ้างประจำ คือ กรมควบคุมโรค (ตารางที่ 7.1)

นับตั้งแต่ พ.ศ.2542 กระทรวงสาธารณสุขรับบรรจุนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขและทุนรัฐบาลไทย "เป็นพนักงานของรัฐ" แทนการบรรจุเป็นข้าราชการ ซึ่งมีลักษณะกึ่งข้าราชการและลูกจ้างประจำ จนถึงปัจจุบันมีพนักงานของรัฐทั้งสิ้น 21,507 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ (ตารางที่ 7.2) แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2547 ให้บรรจุพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้าราชการ จำนวน 27,385 ตำแหน่ง เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคที่มีการลาออกเป็นจำนวนมากเมื่อใช้ทุนหมด เนื่องจากปัญหาการขาดสิ่งจูงใจและค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภารกิจ รวมทั้งการไม่ได้รับความคุ้มครองทางกฎหมายว่าด้วยความรับผิดทางละเมิด

ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขเกือบทั้งหมดโดยเฉพาะในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง **"อยู่ในชนบท"** และส่วนใหญ่เป็นข้าราชการที่บรรจุจากนักเรียนทุนที่สำเร็จการศึกษาจากสถานศึกษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.1 จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2546

กรม	ข้าราชการ		ลูกจ้างประจำ		พนักงานของรัฐ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สำนักงานปลัดกระทรวง	133,597	88.2 (71.2)	33,783	74.9 (18.0)	20,135	93.6 (10.7)	187,515	86.0
กรมการแพทย์	6,816	4.5 (65.7)	2,882	6.4 (27.8)	674	3.1 (6.5)	10,372	4.8
กรมอนามัย	1,972	1.3 (48.9)	1,822	4.0 (45.2)	235	1.1 (5.8)	4,029	1.8
กรมควบคุมโรค	3,354	2.2 (46.0)	3,832	8.5 (52.5)	111	0.5 (1.5)	7,297	3.3
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	960	0.6 (74.5)	287	0.6 (22.3)	41	0.2 (3.2)	1,288	0.6
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	482	0.3 (74.3)	73	0.2 (11.2)	94	0.4 (14.5)	649	0.3
กรมสุขภาพจิต	3,089	2.0 (59.0)	1,931	4.3 (36.9)	217	1.0 (4.1)	5,237	2.4
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1,080	0.7 (9.4)	477	1.1 (30.6)	0	0.0 (0.0)	1,557	0.7
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	123	0.1 (98.4)	2	0.004 (1.6)	0	0.0 (0.0)	125	0.1
รวม	151,473	100.0 (69.5)	45,089	100.0 (20.7)	21,507	100.0 (9.9)	218,069	100.0 (100.0)

ที่มา: กองและฝ่ายการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ ตุลาคม 2546

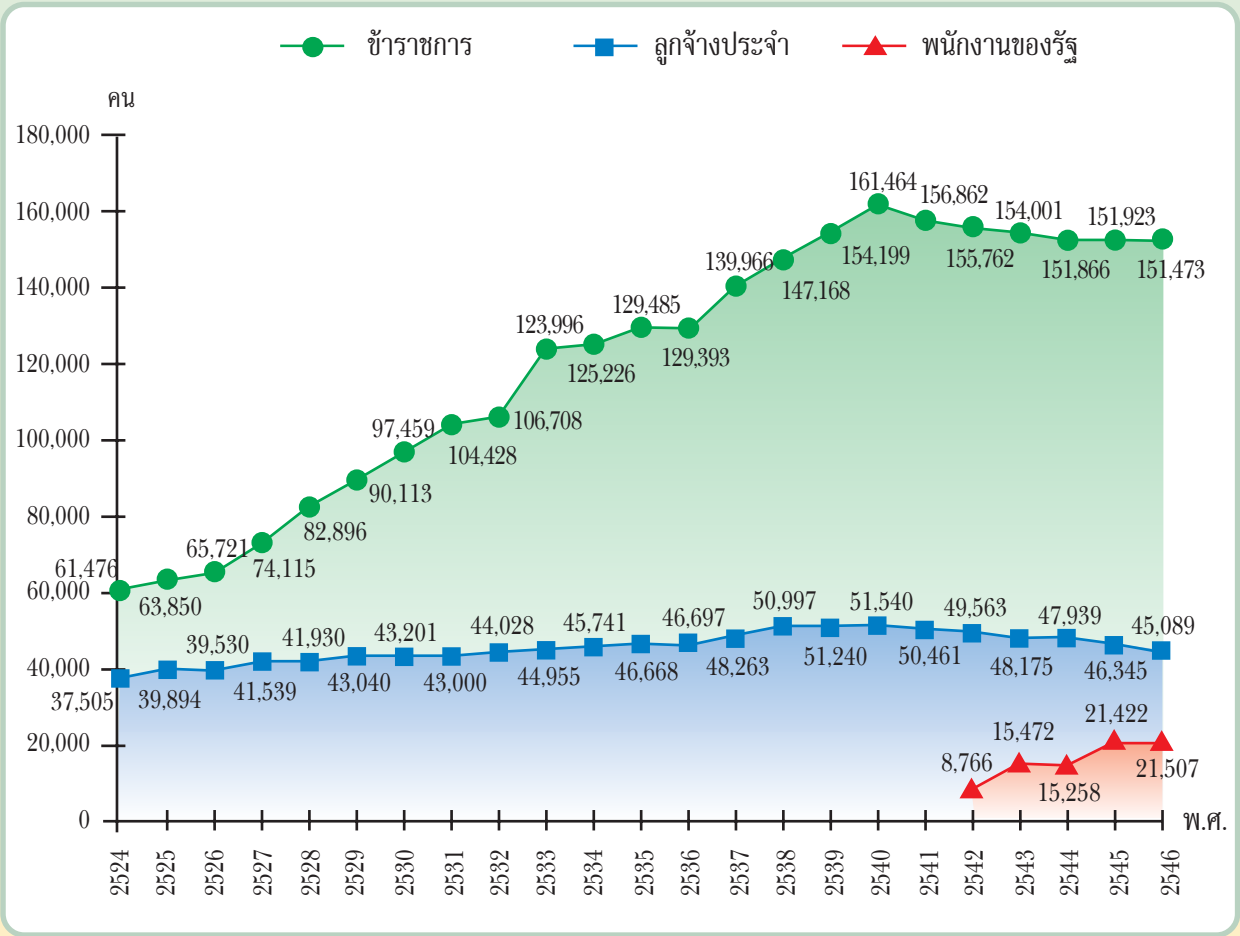
หมายเหตุ:
1. ตัวเลขข้าราชการและลูกจ้างประจำของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง ซึ่งเป็นข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2546
2. ตัวเลขใน ( ) คือ ร้อยละตามแนวนอน

ตารางที่ 7.2 จำนวนพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามสาขา/วิชาชีพ พ.ศ. 2546

	สาขา/วิชาชีพ	2546
1	แพทย์	2,877
2	ทันตแพทย์	979
3	เภสัชกร	2,173
4	พยาบาลวิชาชีพ	10,927
5	นักวิชาการควบคุมโรค	2
6	นักวิชาการสาธารณสุข	380
7	พยาบาลเทคนิค	1,723
8	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	850
9	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	485
10	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	568
11	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	250
12	เจ้าพนักงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	41
13	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	49
14	เจ้าหน้าที่เวชสถิติ	127
15	ช่างทันตกรรม	8
16	เจ้าพนักงานควบคุมโรค	68
	รวม	**21,507**

ที่มา: กองและฝ่ายการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 7.4 จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524-2546

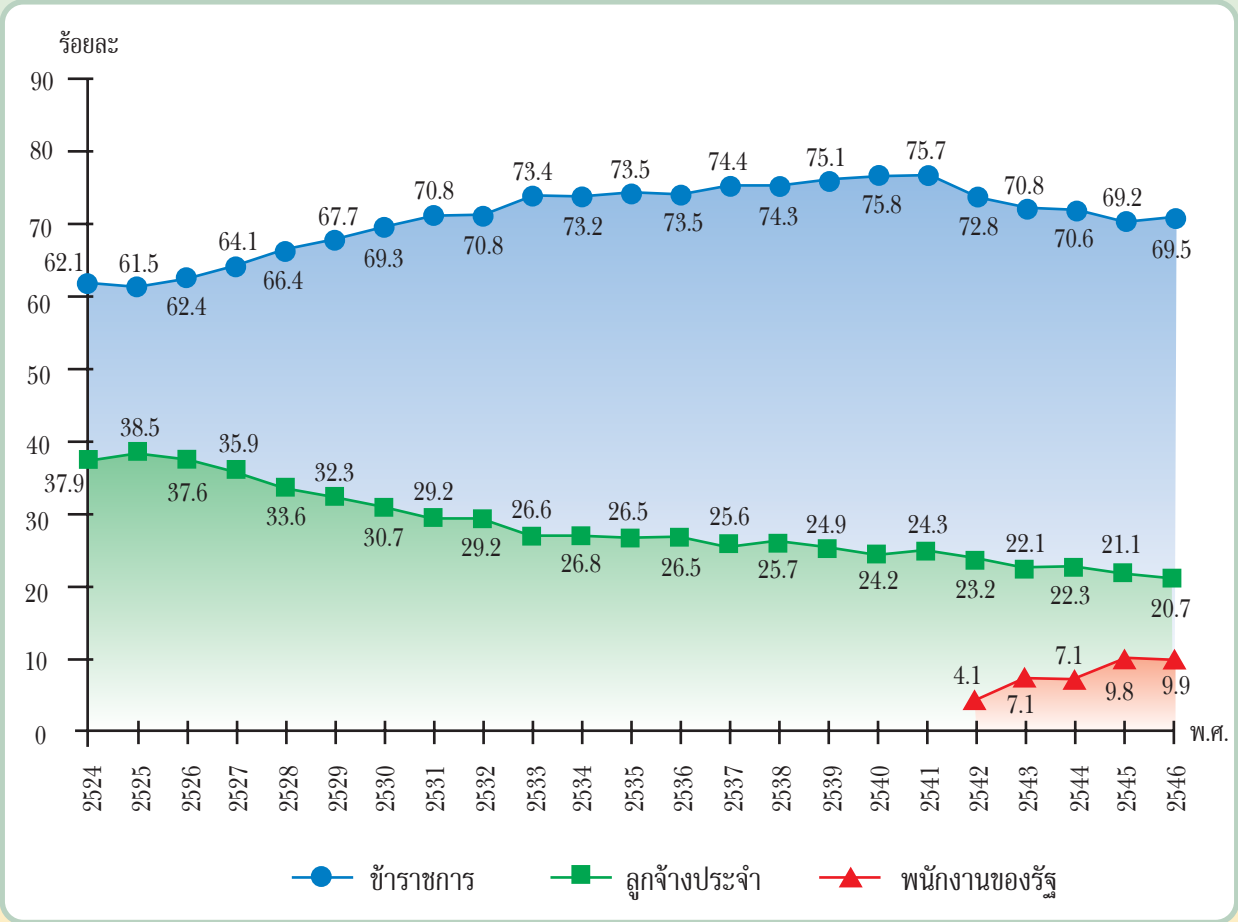


ที่มา: พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2540 ได้จากสมาคมอนามัย ปฏิทินสาธารณสุข

พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546 ได้จากกองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง

ภาพที่ 7.5 สัดส่วนข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524-2546



ที่มา: พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2540 ได้จากสมาคมอนามัย ปฏิทินสาธารณสุข
พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546 ได้จากกองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง

กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมลูกจ้างประจำ) จำแนกตามกลุ่ม/สายงานสำคัญ ที่มีคนครองตำแหน่งจริง ใน พ.ศ. 2546 ทั้งหมด 172,980 คน ประกอบด้วย 29 กลุ่ม ดังนี้ (ตารางที่ 7.3)

ตารางที่ 7.3 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมลูกจ้างประจำ) จำแนกตามกลุ่ม/สายงานสำคัญที่มีคนครองตำแหน่งจริง พ.ศ. 2546

กลุ่ม/สายงาน	ข้าราชการ		พนักงานของรัฐ		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. พยาบาลวิชาชีพ	49,056	32.4	10,927	50.8	59,983	34.7
2. พยาบาลเทคนิค / เจ้าหน้าที่พยาบาล	22,032	14.5	1,723	8.0	23,755	13.7
3. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	17,752	11.7	850	4.0	18,602	10.7
4. นักวิชาการสาธารณสุข	11,426	7.5	380	1.8	11,806	6.8
5. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	9,914	6.5	-	-	9,914	5.7
6. แพทย์	7,458	4.9	2,877	13.4	10,335	6.0
7. เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับธุรการ / การเงิน / พัสดุ / สถิติ / บันทึกข้อมูล/ คอมพิวเตอร์ / พิมพ์ดีด	6,471	4.3	-	-	6,471	3.7
8. ทันตานามัย/ผู้ช่วยทันตแพทย์/ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3,892	2.6	485	2.3	4,377	2.5
9. เภสัชกร	3,279	2.2	2,173	10.1	5,452	3.2
10. เจ้าหน้าที่ / พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	3,154	2.1	250	1.2	3,404	2.0
11. ผู้ช่วยเภสัชกร / เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	2,693	1.8	568	2.6	3,261	2.0
12. เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ / รังสีการแพทย์	1,634	1.1	-	-	1,634	0.9
13. ทันตแพทย์	1,542	1.0	979	4.5	2,521	1.4
14. เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	1,358	0.9	-	-	1,358	0.8
15. นักวิชาการด้านสถิติ /นักวิชาการด้านคอมพิวเตอร์	999	0.7	127	0.6	1,126	0.7
16. นักเทคนิคการแพทย์	980	0.6	-	-	980	0.6
17. เจ้าหน้าที่ / เจ้าพนักงานควบคุมโรค	804	0.5	68	0.3	872	0.5
18. นายช่าง / ช่างโยธา / ไฟฟ้า / ไฟฟ้าสื่อสาร	876	0.6	-	-	876	0.5
19. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ / นักวิทยาศาสตร์	703	0.5	-	-	703	0.4
20. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	669	0.4	-	-	669	0.4
21. เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด / เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	589	0.4	41	0.2	630	0.4
22. นักสังคมสงเคราะห์ / นักจิตวิทยา	557	0.4	-	-	557	0.3
23. บุคลากร/เจ้าหน้าที่ฝึกอบรม /เจ้าหน้าที่ทะเบียนวิชาชีพ /นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล	490	0.3	-	-	490	0.3

ตารางที่ 7.3 (ต่อ)

กลุ่ม/สายงาน	ข้าราชการ		พนักงานของรัฐ		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
24. โภชนาการ / นักโภชนาการ	441	0.3	-	-	441	0.2
25. เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับประชาสัมพันธ์ / เผยแพร่ / โสตทัศนศึกษา / สื่อสาร / ห้องสมุด	404	0.3	49	0.2	453	0.3
26. นักกายภาพบำบัด	381	0.3	-	-	381	0.2
27. วิทยาจารย์	220	0.1	-	-	220	0.1
28. นักรังสีการแพทย์ / นักฟิสิกส์รังสี	202	0.1	-	-	202	0.1
29. กลุ่มอื่นๆ ที่เหลือทั้งหมด	1,497	1.0	10	0.0	1,507	0.9
รวมทั้งหมด	151,473	100.0	21,507	100.0	172,980	100.0

ที่มา: กองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ ตุลาคม 2546

หมายเหตุ: ในปี 2545 มีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายปฏิรูประบบราชการ จึงได้มีการจัดอัตรากำลัง/สายงานใหม่ โดยให้มีการลดจำนวนสายงานลง คือ ยุบสายงานนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการควบคุมโรค นักวิชาการสุขาภิบาลและนักวิชาการสุขศึกษาและให้เปลี่ยนเป็นนักวิชาการสาธารณสุขแทน เพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการย้ายและประเมินเข้าสู่ตำแหน่ง

4.2 ปัญหากำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข สรุปได้ดังนี้

4.2.1 อัตรากำลังไม่สอดคล้องกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากภาระงานที่ส่วนราชการต่างๆ รับผิดชอบตามแผนงาน/โครงการของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนงานโครงการใหม่ของส่วนราชการมีเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตรากำลังข้าราชการลดลงเป็นผลให้ส่วนราชการบางแห่งมีอัตรากำลังไม่เพียงพอที่จะสามารถปฏิบัติงานสนองนโยบายต่างๆให้มีประสิทธิภาพได้

4.2.2 ขาดการวางแผนกำลังคนในภาพรวม ทำให้มีการใช้กำลังคนไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ซึ่งภายหลังการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า กำลังคนของบางหน่วยงานยังมีความไม่คล่องตัวและไม่สอดคล้องกับภารกิจใหม่ของหน่วยงาน เช่น กรมควบคุมโรคติดต่อปรับโครงสร้างเป็นกรมควบคุมโรค ทำให้มีภารกิจโรคไม่ติดต่อเพิ่มจากภารกิจเดิม แต่ยังขาดกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญโรคไม่ติดต่ออย่างมาก เนื่องจากกำลังคนเดิมส่วนใหญ่ ดำเนินงานเฉพาะโรคติดต่อเท่านั้น

4.2.3 ขาดระบบการเกลี่ยกำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ การเกลี่ยกำลังคนที่ผ่านมายังไม่ได้ผลเท่าที่ควร เนื่องจากยังไม่สามารถเกลี่ยกำลังคนระหว่างส่วนราชการภายในกระทรวงเดียวกันได้ นอกจากนี้ส่วนราชการที่แยกตัวออกจากหน่วยงานเดิม เช่น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความต้องการกำลังคนที่มีประสบการณ์และความสามารถสูง แต่กลับได้รับกำลังคนที่ไม่เพียงพอและตรงกับลักษณะงานที่จะรองรับการบุกเบิกงานตามภารกิจใหม่ของหน่วยงาน

4.2.4 ขาดระบบการตรวจสอบการใช้กำลังคน เนื่องจากขาดระบบการตรวจสอบการใช้กำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า กำลังคนขาดหรือเกินในส่วนใด ในช่วงที่ผ่านมาความต้องการกำลังคนเป็นไปตามกรอบอัตรากำลังที่สำนักงาน ก.พ. อนุมัติ ซึ่งยึดตามขนาดสถานบริการ จำนวนเตียง ห้องผ่าตัด แต่ยังไม่สะท้อนถึงปริมาณและภาระงานในแต่ละระดับของหน่วยบริการและการเข้าถึงบริการของประชาชน

4.2.5 การสูญเสียในระบบสุขภาพ ที่สำคัญคือ การลาออกโดยเฉพาะแพทย์ เนื่องจากภาระงานที่หนักขึ้น รายได้และค่าตอบแทนไม่เพียงพอ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียในลักษณะแฝง เช่น การใช้กำลังคนไม่ตรงกับความรู้

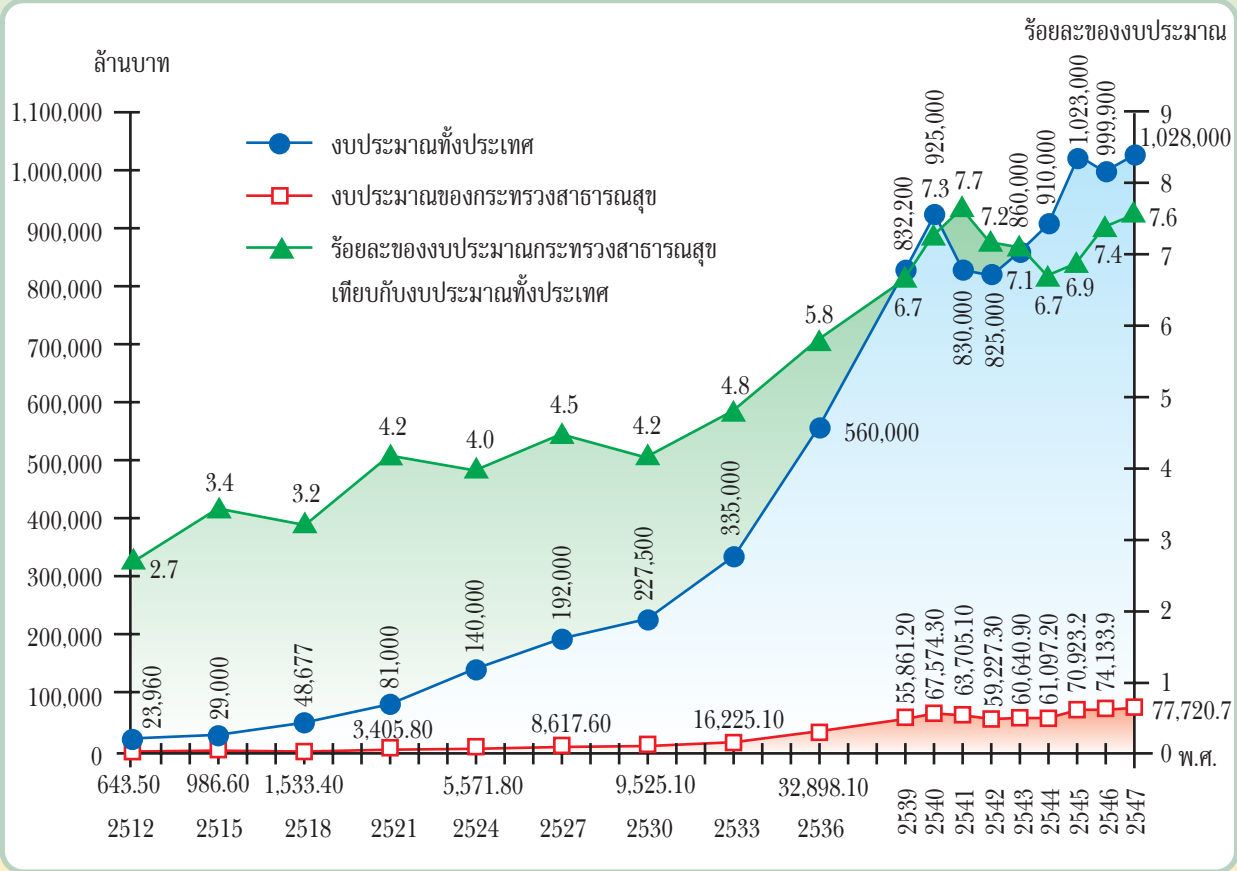
5. งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

5.1 สัดส่วนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณระหว่างปี พ.ศ. 2512-2547 คิดเป็นร้อยละ 2.7-7.7 (ภาพที่ 7.6) ของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ หรือประมาณร้อยละ 0.4-1.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) จะเห็นได้ว่างบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมามีเม็ดเงินไหลมาด้านสังคมมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากภาระการจ่ายหนี้ต่างประเทศและสัดส่วนงบประมาณด้านความมั่นคงลดลงจนกระทั่งวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ทำให้ภาระหนี้ต่างประเทศกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.0 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 13.2 ใน พ.ศ. 2547 (ภาพที่ 7.8) กระทรวงสาธารณสุขก็ได้งบประมาณในสัดส่วนที่ลดลงจนถึง พ.ศ. 2544 แต่ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขกลับได้รับงบประมาณในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพที่ 7.7) โดยในปีงบประมาณ 2547 ได้รับจัดสรรเป็นเงิน 45,147.9 ล้านบาท นอกจากนี้ยังได้รับเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ จำนวน 32,572.8 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 77,720.7 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 7.6 ของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ (ภาพที่ 7.6)

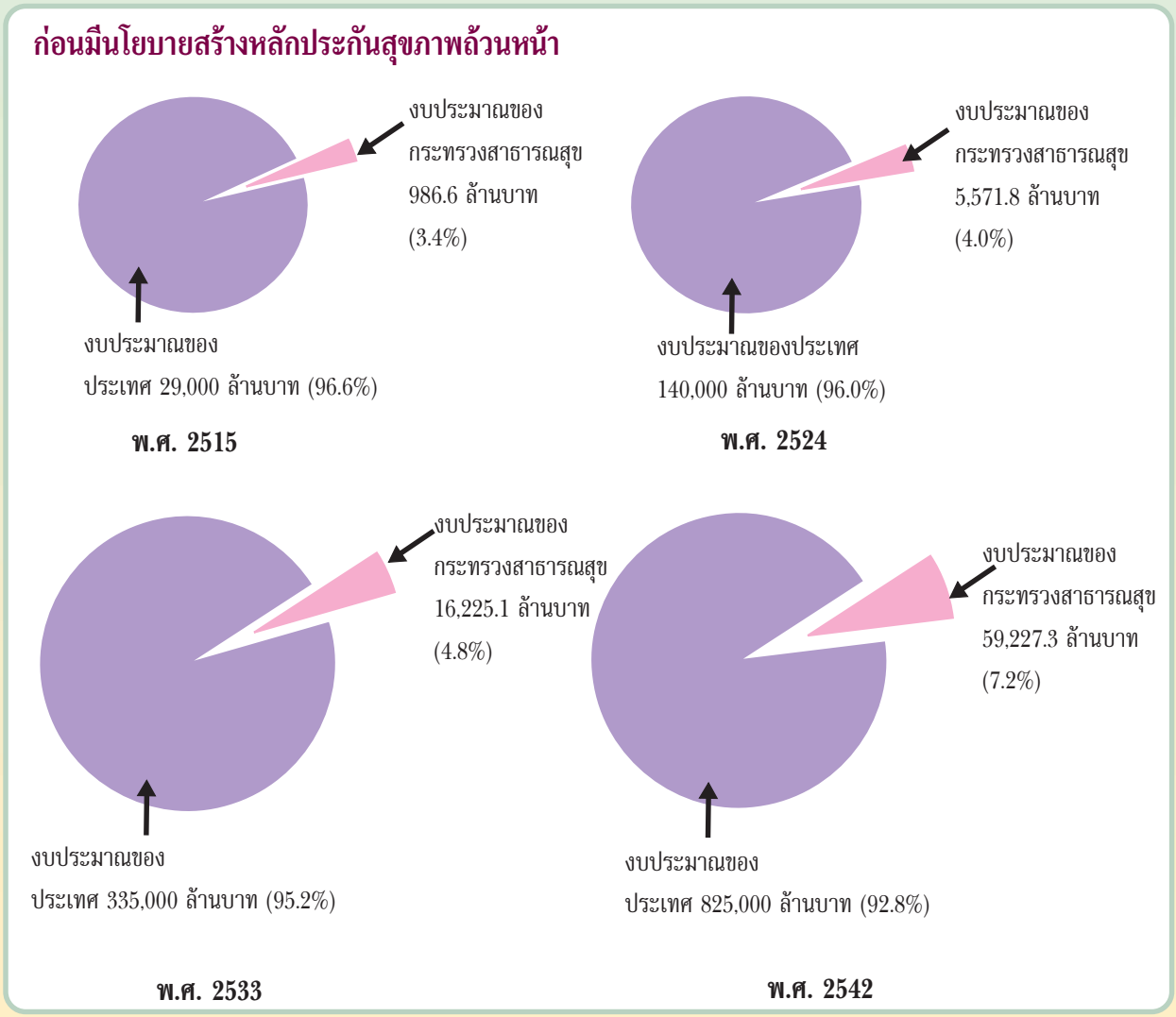
หากคิดงบประมาณในมูลค่าจริง จะพบว่า งบประมาณในปี 2547 มีมูลค่าน้อยกว่างบประมาณใน พ.ศ. 2540 เสียอีก ซึ่งน่าสังเกตว่าช่วง พ.ศ.2540-2544 มีเงินกู้จากต่างประเทศพอสมควร แต่หลังจากนั้น พ.ศ. 2545-2547 ไม่มีเงินกู้จากต่างประเทศเข้ามาอีก (ตารางที่ 7.4)

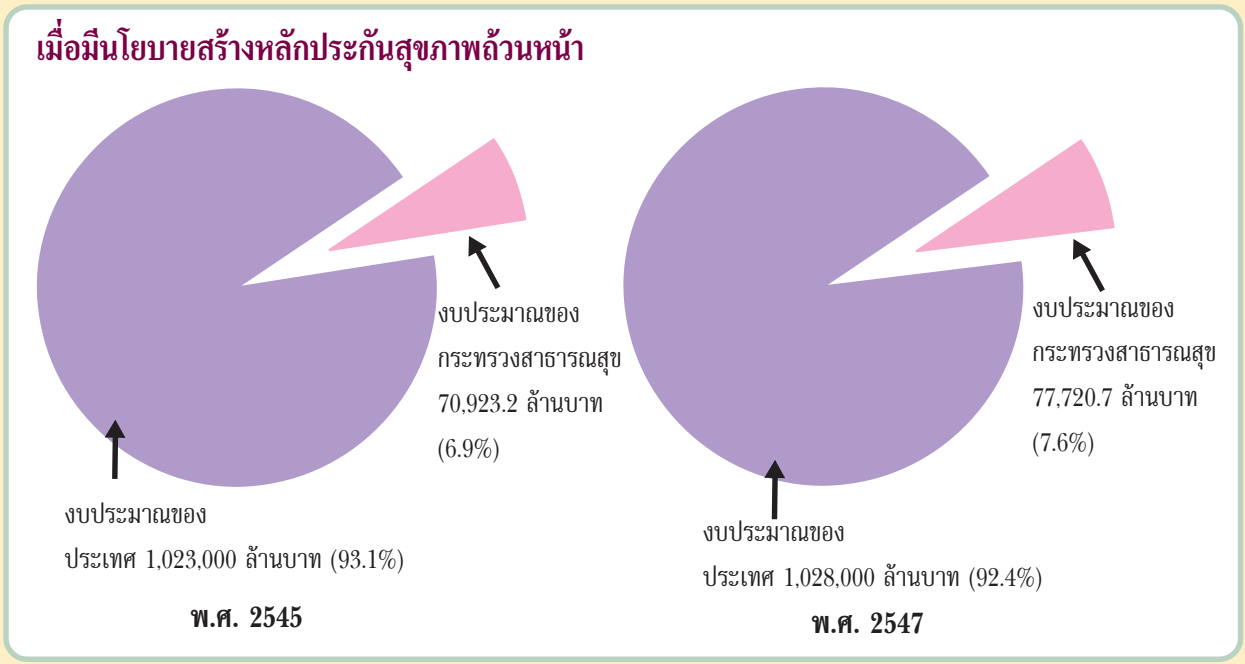
ภาพที่ 7.6 งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายของประเทศ(มูลค่าปัจจุบัน) และสัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2512-2547



ที่มา: - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงบประมาณ

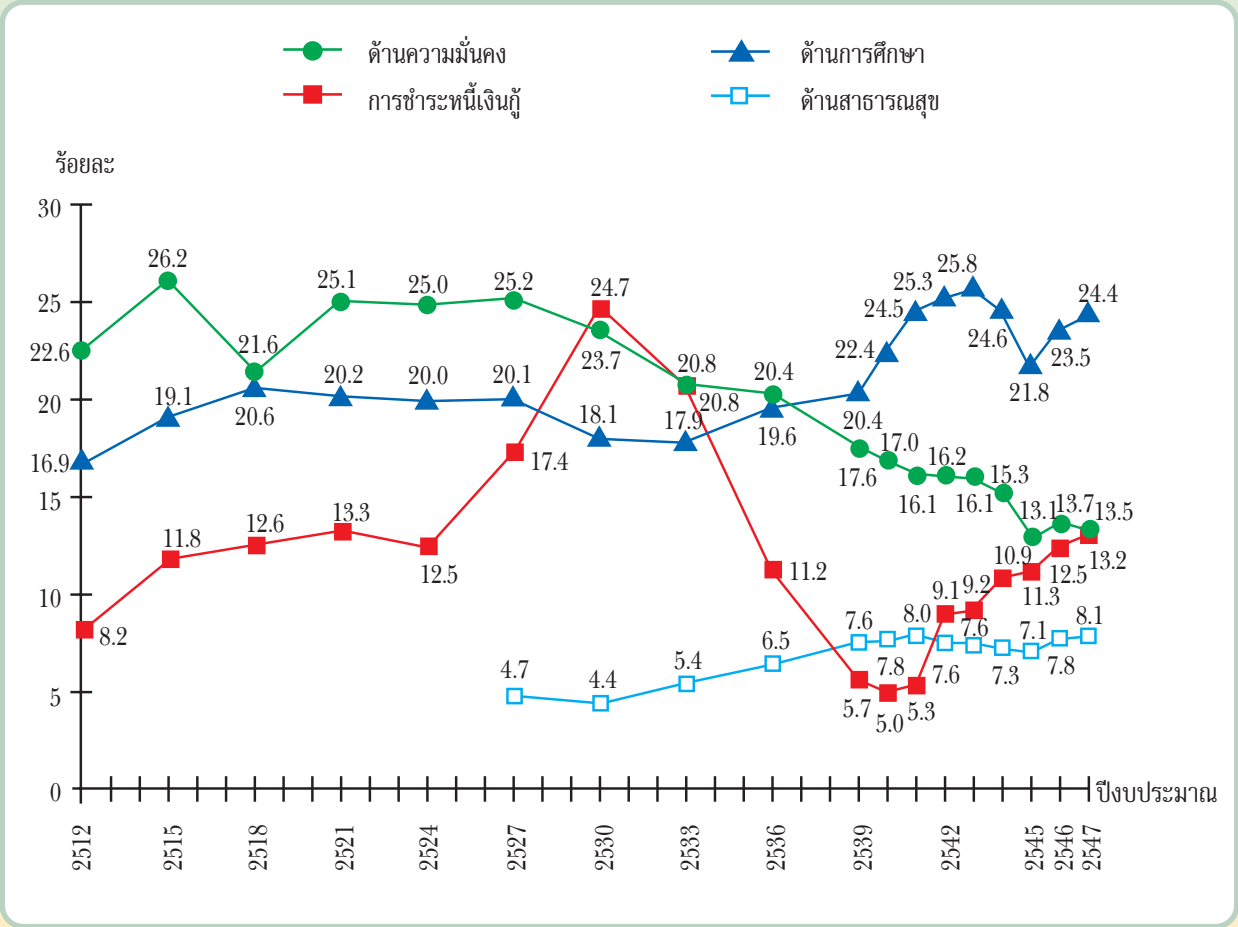
ภาพที่ 7.7 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ





ที่มา: จากภาพที่ 7.6

ภาพที่ 7.8 สัดส่วนงบประมาณ ด้านความมั่นคง การชำระหนี้เงินกู้ การศึกษาและสาธารณสุข เปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2512-2547



ที่มา: สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ: พ.ศ 2512-พ.ศ. 2524 ไม่มีข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุข เนื่องจากในช่วงดังกล่าวงบประมาณด้านสาธารณสุขจะรวมอยู่ในงบประมาณด้านบริการสังคมสงเคราะห์ชุมชน

ตารางที่ 7.4 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข มูลค่าปัจจุบันและมูลค่าจริง

พ.ศ.	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (ล้านบาท)	เงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (ในมูลค่าปัจจุบัน) (ล้านบาท)	ตัวเลขของดัชนีราคาผู้บริโภค เมื่อคิด พ.ศ. 2537= 100	มูลค่า พ.ศ. 2547 (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลดจากปีก่อน (มูลค่า พ.ศ. 2547)	ร้อยละงบประมาณประเทศ
2535	24,640	-	24,640	92.1	36,572	-	-
2536	32,898	-	32,898	95.1	47,289	+29.3	5.8
2537	39,319	-	39,319	100	53,749	+13.7	6.3
2538	45,103	730	45,833	105.8	59,219	+10.2	6.4
2539	55,236	625	55,861	112.0	68,180	+15.1	6.7
2540	66,544	1,030	67,574	118.2	78,150	+14.6	7.3
			(68,934)		(79,723)	(+16.9)	(7.4)
2541	62,625	1,080	63,705	127.8	68,141	-12.8	7.7
			(65,065)		(69,596)	(-12.7)	(7.8)
2542	57,171	2,056	59,227	128.2	63,154	-7.3	7.2
			(62,787)		(66,950)	(-3.8)	(7.6)
2543	58,426	2,215	60,641	130.2	63,668	+0.8	7.1
			(63,001)		(66,146)	(-1.2)	(7.3)
2544	58,697	2,400	61,097	132.3	63,129	-0.8	6.7
			(61,563)		(63,610)	(-3.8)	(6.8)
2545	43,311	27,612	70,923	133.2	72,787	+15.3	6.9
2546	41,996	32,138	74,134	135.7	74,680	+2.6	7.4
2547	45,147	32,573	77,720	136.7[1]	77,720	+4.1	7.6

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ:

1. งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขได้รวมงบประมาณของหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย
2. ตัวเลขใน ( ) คือ ตัวเลขที่รวมเงินกู้ด้านสุขภาพจากต่างประเทศใน พ.ศ. 2540-2544 คือ ประเทศสวีเดน เดนมาร์ก OECF ธนาคารโลก ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย และญี่ปุ่น (Miyazawa Plan) พ.ศ. 2540 = 1,360 ล้านบาท พ.ศ. 2541 = 1,360 ล้านบาท พ.ศ. 2542 = 3,560 ล้านบาท พ.ศ. 2543 = 2,360 ล้านบาท และพ.ศ. 2544 = 466 ล้านบาท
3. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538-2544 เป็นต้นมากระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณสมทบเป็นค่าบัตรประกันสุขภาพแยกต่างหากเรียกว่าเงินสมทบเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งก่อนนั้นงบประมาณส่วนนี้รวมอยู่ในงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข
4. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพแทนเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นผู้บริหารและจัดสรรงบประมาณกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้พื้นที่ดำเนินการ จนครบ 3 ปี หลังจาก พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้
5. [1] เป็นตัวเลขดัชนีราคาผู้บริโภค ณ มกราคม 2547
6. เงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพไม่รวมงบบุคลากรและงบดำเนินการ

5.2 การจัดสรรตามส่วนราชการ

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนที่ได้รับจัดสรรตามกรมต่างๆ แล้ว พบว่า ในปี พ.ศ. 2547 หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณมากที่สุด คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมกองทุนหมุนเวียนหลักประกันสุขภาพ) ร้อยละ 43.2 รองลงมาเป็น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 41.4 (รวมเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย) และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการจัดสรรน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 0.2 (ตารางที่ 7.5 ภาพที่ 7.9)

ตารางที่ 7.5 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2547

กรม	งบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)															
	2540	2541		2542		2543		2544		2545		2546		2547		
	ได้รับ	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2540	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2541	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2542	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2543	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2544	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2545	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2546	สัดส่วน
- ประเทศ	**925,000.0**	**830,000.0**	**-10.3**	**825,000.0**	**-0.6**	**860,000.0**	**+4.2**	**910,000.0**	**+5.8**	**1,023,000.0**	**+12.4**	**999,900.0**	**-2.3**	**1,028,000.0**	**+2.8**	**-**
- กระทรวงสาธารณสุข	**67,574.3**	**63,705.1**	**-5.7**	**59,227.3**	**-7.0**	**60,640.9**	**+2.4**	**61,097.2**	**+0.8**	**70,923.2**	**+16.1**	**74,133.9**	**+4.5**	**77,720.7**	**+4.8**	**-**
- สำนักงานปลัดกระทรวง	52,137.3	48,730.2	-6.5	45,307.6	-7.0	46,487.4	+2.6	46,691.6	+0.4	29,802.0	-36.2	28,978.7	-2.8	32,177.5	+11.0	41.4
- กรมการแพทย์	3,518.9	3,307.4	-6.0	3,003.9	-9.2	3,083.7	+2.7	3,189.3	+3.4	2,556.7	-19.8	2,490.4	-2.6	2,664.7	+7.0	3.4
- กรมควบคุมโรค	3,646.7	3,713.5	+1.8	4,039.8	+8.8	4,185.4	+3.6	4,501.4	+7.6	3,670.1	-18.5	3,635.6	-0.9	4,081.5	+12.3	5.2
- กรมอนามัย	5,380.8	5,098.7	-5.2	4,205.3	-17.5	4,073.8	-3.1	3,755.2	-7.8	2,708.5	-27.9	1,185.6	-56.2	1,340.8	+13.1	1.7
- กรมสุขภาพจิต	1,514.9	1,438.1	-5.1	1,382.4	-3.9	1,478.5	+7.0	1,628.3	+10.1	1,591.7	-2.2	1,553.2	-2.4	1,623.4	+4.5	2.1
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,125.6	0.0	587.4	-47.8	0.8
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	893.2	877.0	-1.8	797.0	-9.1	815.9	+2.4	804.5	-1.4	782.3	-2.8	747.3	-4.5	927.2	+24.1	1.2
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73.7	0.0	120.1	+63.0	0.2
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	422.5	480.2	+13.7	431.3	-10.2	451.1	+4.6	454.0	+0.6	464.0	+2.2	495.5	+6.8	507.1	+2.3	0.7
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	60.0	60.0	0.0	60.0	0.0	65.1	+8.5	72.9	+12.0	138.4	+89.8	109.9	-20.6	96.9	-11.8	0.1
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,597.4	-	1,600.0	+0.2	1,021.3	-36.2	1.3
- กองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27,612.0	-	32,138.5	+16.4	32,572.8	+1.4	41.9

ที่มา: 1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กระทรวงสาธารณสุข

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

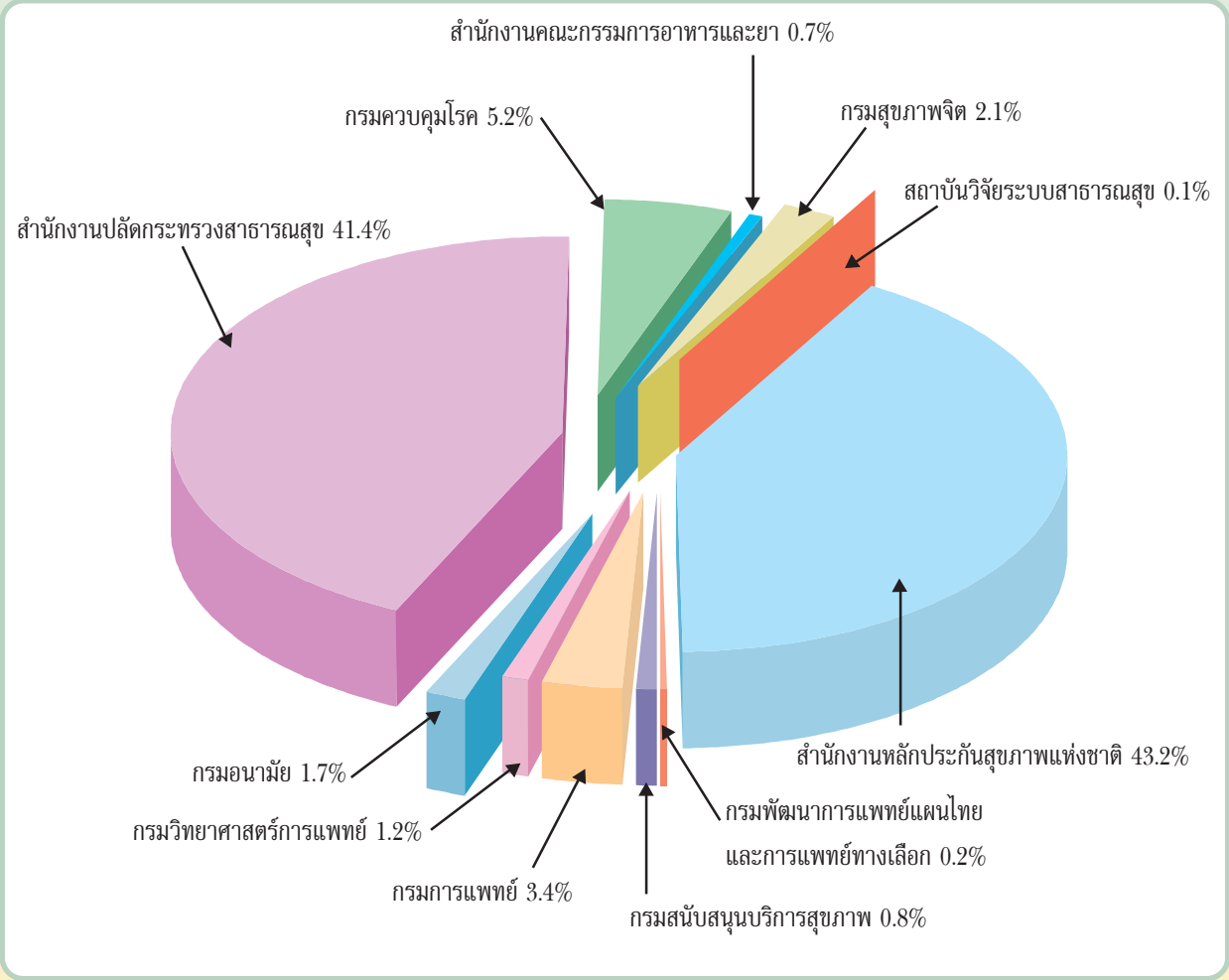
หมายเหตุ: 1) พ.ศ. 2540 - 2544 งบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงได้รวมเงินสมทบบัตรประกันสุขภาพเข้าไปด้วย

2) พ.ศ. 2545 - 2547 งบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงได้รวมเงินเดือนและค่าจ้างซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย

3) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นกรมใหม่ที่จัดตั้งขึ้นจากการปฏิรูประบบราชการซึ่งได้รับงบประมาณตามโครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นไป

4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ซึ่งได้รับงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นไป

ภาพที่ 7.9 สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามส่วนราชการ พ.ศ. 2547



ที่มา: ตารางที่ 7.5

หมายเหตุ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวมเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพเข้าไปด้วย

5.3 การจัดสรรตามลักษณะการดำเนินงาน

สำหรับงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2547 ได้จัดสรรสำหรับการดำเนินงานในประเด็นสำคัญรวม 9 งาน (ตารางที่ 7.6) ตามโครงสร้างแผนงานใหม่ของแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 9 ซึ่งมีเพียง 3 แผนงาน (ดูบทที่ 3) โดยมีข้อสังเกตว่างานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเป็นงานตามนโยบายรัฐบาลชุดปัจจุบัน จึงได้รับงบประมาณเพิ่มในอัตราที่สูงมาก ขณะที่งานป้องกัน ควบคุมโรค และสร้างเสริมสุขภาพได้รับการจัดสรรงบประมาณในอัตราที่คงที่และมีสัดส่วนน้อยเพียงร้อยละ 6.4 เท่านั้น (ภาพที่ 7.10)

ตารางที่ 7.6 การจัดสรรงบประมาณตามลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญในช่วงครึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2547)

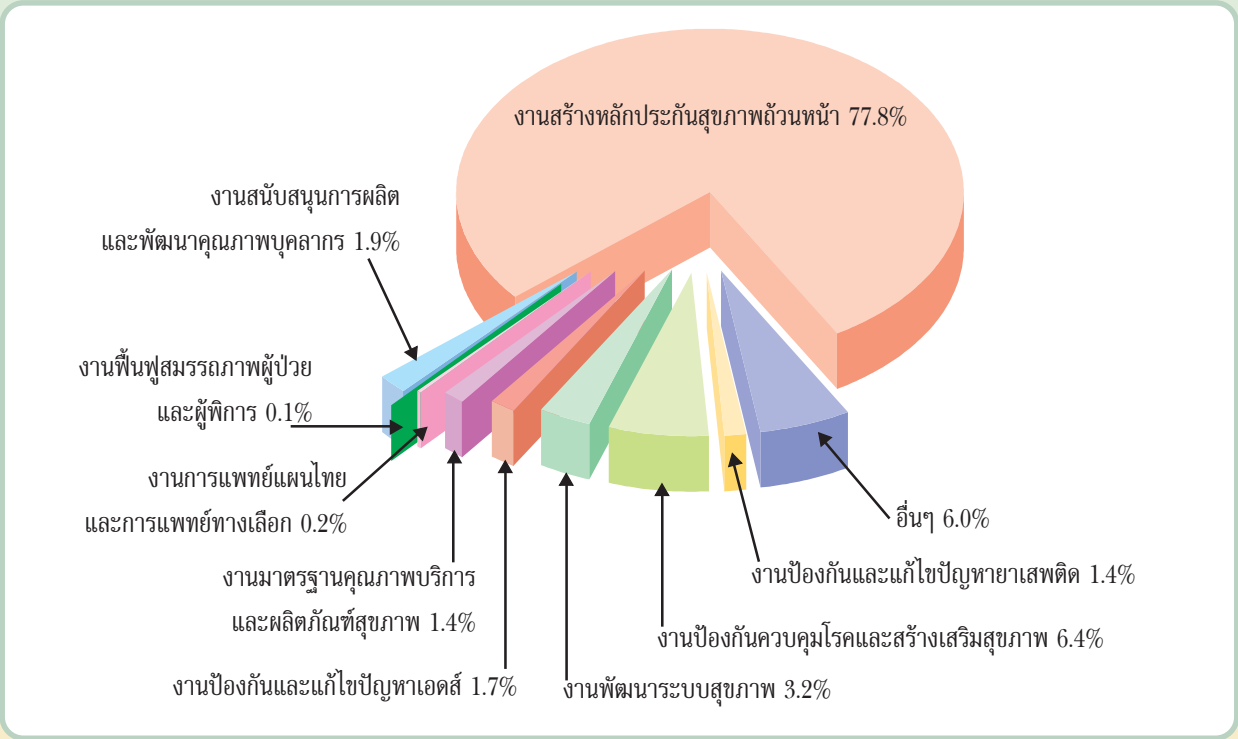
ประเภท	2545	2546		2547		สัดส่วน
	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2545	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2546	
1. งานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	53,022.9	57,697.2	+8.8	60,431.2	+4.7	77.8
2. งานป้องกัน ควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ	7,619.9	6,292.0 [1]	NA	4,951.2 [2]	NA	6.4
3. งานพัฒนาระบบสุขภาพ	1,519.6	1,674.0	+10.2	2,474.5	NA	3.2
4. งานสนับสนุนการผลิตและพัฒนาคุณภาพบุคลากร	1,501.5	1,464.6	-2.4	1,495.9	+2.1	1.9
5. งานมาตรฐานคุณภาพบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	812.9	819.6	+0.8	1,085.0	+32.4	1.4
6. งานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	698.7	885.1	+26.7	1,355.1	+53.1	1.7
7. งานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	524.7	538.2	+2.6	1,100.1	+104.4	1.4
8. งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	39.1	73.7	+88.5	120.1	+63.0	0.2
9. งานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการ	65.7	79.5	+21.0	82.1	3.3	0.1

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: [1] ในปีงบประมาณ 2546 งบประมาณด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพได้รับลดลง เนื่องจากกรมอนามัยมีการตัดโอนภารกิจและหน่วยงานภายใต้กรมที่มีภารกิจเฝ้าระวัง ตรวจวิเคราะห์คุณภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดการน้ำสะอาด ไปกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตามนโยบายการปฏิรูประบบราชการ

[2] ในปีงบประมาณ 2547 งบประมาณด้านการป้องกัน ควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพได้รับลดลง เนื่องจากกรมอนามัยมีการปรับบทบาทภารกิจ จึงได้ย้ายงบประมาณจากงานป้องกัน ควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ แผนงานบริการสุขภาพไปอยู่ในงานพัฒนาระบบสุขภาพ แผนงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ แทน

ภาพที่ 7.10 สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะการดำเนินงาน พ.ศ. 2547



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5.4 การจัดสรรตามลักษณะการใช้จ่ายเงิน

งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขส่วนมาก (ร้อยละ 33-47) ใช้จ่ายเป็นเงินเดือนและค่าจ้างประจำ และร้อยละ 28-51 เป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ส่วนงบประมาณการลงทุนนั้นมีสัดส่วนที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจค่อนข้างมาก (ร้อยละ 11-39) (ตารางที่ 7.7) แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา แม้ว่าเศรษฐกิจจะเริ่มขยายตัวดีขึ้นก็ตามแต่รัฐบาลก็ยังคงชะลองบประมาณการลงทุนลง เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จึงจัดสรรงบดำเนินการเพิ่มในส่วนนี้ค่อนข้างมากแทน

ในช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำครั้งแรก (พ.ศ. 2526-2529) งบประมาณด้านลงทุนลดลงจากร้อยละ 22.1 ใน พ.ศ. 2525 เป็นร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2530 (ภาพที่ 7.13) แต่เมื่อเศรษฐกิจขยายตัวอย่างมากในช่วงทศวรรษ 2531-2539 สัดส่วนงบประมาณด้านลงทุนได้เพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ 38.7 ใน พ.ศ. 2540 และเมื่อวิกฤตเศรษฐกิจเกิดขึ้นอีกครั้งใน พ.ศ. 2540 สัดส่วนดังกล่าวก็ปรับลดลงมาเหลือเพียงร้อยละ 8.8 ใน พ.ศ. 2544 และปัจจุบันเป็นร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2547 ทำให้โครงการก่อสร้างใหม่ๆ จึงแทบจะไม่มีเลยในช่วงนี้

เป็นที่น่าสังเกตว่าในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้รับงบประมาณลดลงไปอย่างมาก จนงบประมาณใน พ.ศ. 2547 ในมูลค่าจริงน้อยกว่างบประมาณในปี พ.ศ.2540 เสียอีก (ตารางที่ 7.4) แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ยังคงให้ความสำคัญแก่งบประมาณที่จะสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยงบประมาณส่วนนี้กลับมากขึ้นกว่าเดิม (ตารางที่ 7.8) และแม้กระทั่งในปัจจุบัน พ.ศ. 2545-2547 รัฐบาลก็ยังจัดสรรงบประมาณให้กลุ่มดังกล่าวอยู่ แต่เป็นการจัดสรรงบกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ครอบคลุมประชากร 46 ล้านคน ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยจัดสรรต่อหัวประชากรปี 2545 = 1,202.4 บาท, ปี 2546 = 1,202.4 บาท และปี 2547 = 1,308.5 บาท

ตารางที่ 7.7 งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2540-2547 (มูลค่าปัจจุบัน)

หมวดรายจ่าย	ปี 2540		ปี 2541		ปี 2542		ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546		ปี 2547	
	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ
1. เงินเดือนและค่าจ้าง	**22,639.3**	**33.5**	**24,503.3**	**38.5**	**26,407.5**	**44.6**	**28,355.8**	**46.8**	**28,807.6**	**47.2**	**29,532.3**	**41.7**	**33,035.0**	**44.6**	**34,664.7**	**44.6**
1.1 เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	22,591.3	33.4	24,458.0	38.4	26,361.6	44.5	28,310.0	46.7	28,757.0	47.1	29,489.2	41.6	32,991.3	44.5	34,620.4	44.5
1.2 ค่าจ้างชั่วคราว	48.0	0.1	45.3	0.1	45.9	0.1	45.8	0.1	50.6	0.1	43.1	0.1	43.7	0.1	44.3	0.1
2. งบดำเนินการ	**18,755.4**	**27.8**	**21,794.2**	**34.2**	**23,825.7**	**40.2**	**25,304.1**	**41.7**	**26,910.6**	**44.0**	**35,786.5**	**50.4**	**37,780.6**	**51.0**	**37,864.8**	**48.7**
2.1 ค่าตอบแทน ใช้สอยและวัสดุ	9,230.8	13.7	9,927.9	15.6	9,491.6	16.0	9,755.3	16.1	9,728.1	15.9	4,403.5	6.2	5,667.1	7.6	6,607.7	8.5
2.2 ค่าสาธารณูปโภค	1,036.1	1.5	843.6	1.3	811.2	1.4	851.8	1.4	848.0	1.4	325.0	0.4	317.0	0.4	309.0	0.4
2.3 เงินอุดหนุน	8,350.2	12.4	10,360.0	16.3	12,773.2	21.5	13,606.0	22.4	14,171.5	23.2	3,964.7	5.6	3,166.4	4.4	2,275.4	2.9
2.4 รายจ่ายอื่น	138.3	0.2	662.7	1.0	749.7	1.3	1,091.0	1.8	2,163.0	3.5	27,093.3	38.2	28,630.1	38.6	28,672.7	36.9
3. งบลงทุน																
3.1 ค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	**26,179.6**	**38.7**	**17,407.6**	**27.3**	**8,994.1**	**15.2**	**6,981.0**	**11.5**	**5,379.0**	**8.8**	**5,604.3**	**7.9**	**3,318.3**	**4.4**	**5,191.2**	**6.7**
รวม	**67,574.3**	**100.0**	**63,705.1**	**100.0**	**59,227.3**	**100.0**	**60,640.9**	**100.0**	**61,097.2**	**100.0**	**70,923.2**	**100.0**	**74,133.9**	**100.0**	**77,720.7**	**100.0**

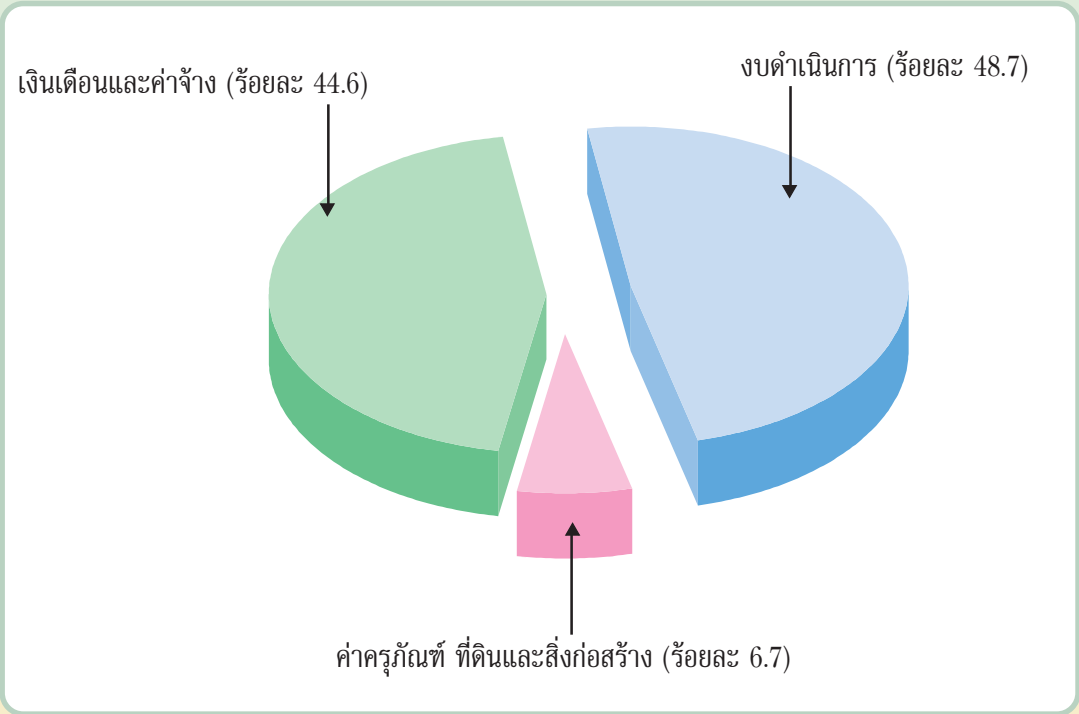
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ในปีงบประมาณ 2540-2544 เงินอุดหนุนได้รวมเงินสมทบบัตรประกันสุขภาพเข้าไปด้วย โดย พ.ศ.2540 = 1,030 ล้านบาท พ.ศ. 2541 = 1,080 ล้านบาท พ.ศ. 2542 = 2,056 ล้านบาท พ.ศ. 2543 = 2,215 ล้านบาท พ.ศ. 2544 = 2,400 ล้านบาท

2. ในปีงบประมาณ 2545-2547 รายจ่ายอื่นได้รวมเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพที่หักงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกแล้ว โดย พ.ศ.2545 = 24,183.2 ล้านบาท พ.ศ. 2546 = 28,608.8 ล้านบาท พ.ศ. 2547 = 28,652.4 ล้านบาท

3. ในปีงบประมาณ 2545-2547 ได้รวมงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าไว้ในงบลงทุนของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในพ.ศ.2545 = 3,428.8 ล้านบาท พ.ศ.2546 = 1,929.6 ล้านบาท พ.ศ.2547 = 3,920.4 ล้านบาท

ภาพที่ 7.11 สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามหมวดรายจ่าย พ.ศ. 2547



ที่มา: ตารางที่ 7.7

ตารางที่ 7.8 งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2522-พ.ศ.2547

พ.ศ.	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (ล้านบาท)	งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (ล้านบาท)			ร้อยละของงบประมาณทั้งกระทรวง
		มูลค่าปัจจุบัน	มูลค่า พ.ศ. 2547	เพิ่ม/ลดในมูลค่าจริง (%)	
2522	3,976.9	300.0	901.3	-	7.5
2523	4,494.5	350.0	879.5	-2.4	7.8
2524	5,571.8	350.0	780.5	-11.3	6.3
2525	6,652.3	476.7	1,010.3	+29.4	7.2
2526	7,902.4	603.0	1,230.3	+21.8	7.6
2527	8,617.6	659.7	1,336.0	+8.6	7.7
2528	9,044.3	721.8	1,425.9	+6.7	8.0
2529	9,274.7	678.5	1,315.6	-7.7	7.3
2530	9,525.1	705.8	1,336.3	+1.6	7.4
2531	10,372.5	725.0	1,321.4	-1.1	7.0
2532	11,733.1	800.0	1,384.3	+4.8	6.8
2533	16,225.1	1,500.0	2,449.8	+77.0	9.2
2534	20,568.6	2,000.0	3,089.3	+26.1	9.7
2535	24,640.4	2,480.0	3,681.0	+19.2	10.1
2536	32,898.1	3,456.0	4,967.8	+35.0	10.5
2537	39,318.7	4,263.5	5,828.2	+17.3	10.8
2538	45,832.6	4,470.1	5,775.6	-0.9	9.8
2539	55,861.2	4,816.9	5,879.2	+1.8	8.6
2540	67,574.3	6,370.5	7,367.6	+25.3	9.4
2541	63,705.1	7,029.0	7,518.5	+2.0	11.0
2542	59,227.3	8,405.6	8,962.9	+19.2	14.2
	(62,787)	(8,887.6)	(9,476.9)	(+26.0)	(14.2)
2543	60,640.9	8,910.1	9,354.9	+4.4	14.7
	(63,001)	(9,392.1)	(9,861.0)	(+4.1)	(14.9)
2544	61,097.2	8,966.3	9,264.5	-1.0	14.7
	(61,563)	(9,419.6)	(9,732.9)	(-1.3)	(15.3)
2545	70,923.2	11,704.7	12,012.3	+29.7	16.5
2546	74,133.9	11,701.9	11,788.1	-1.9	15.8
2547	77,720.7	12,749.5	12,749.5	+8.2	16.4

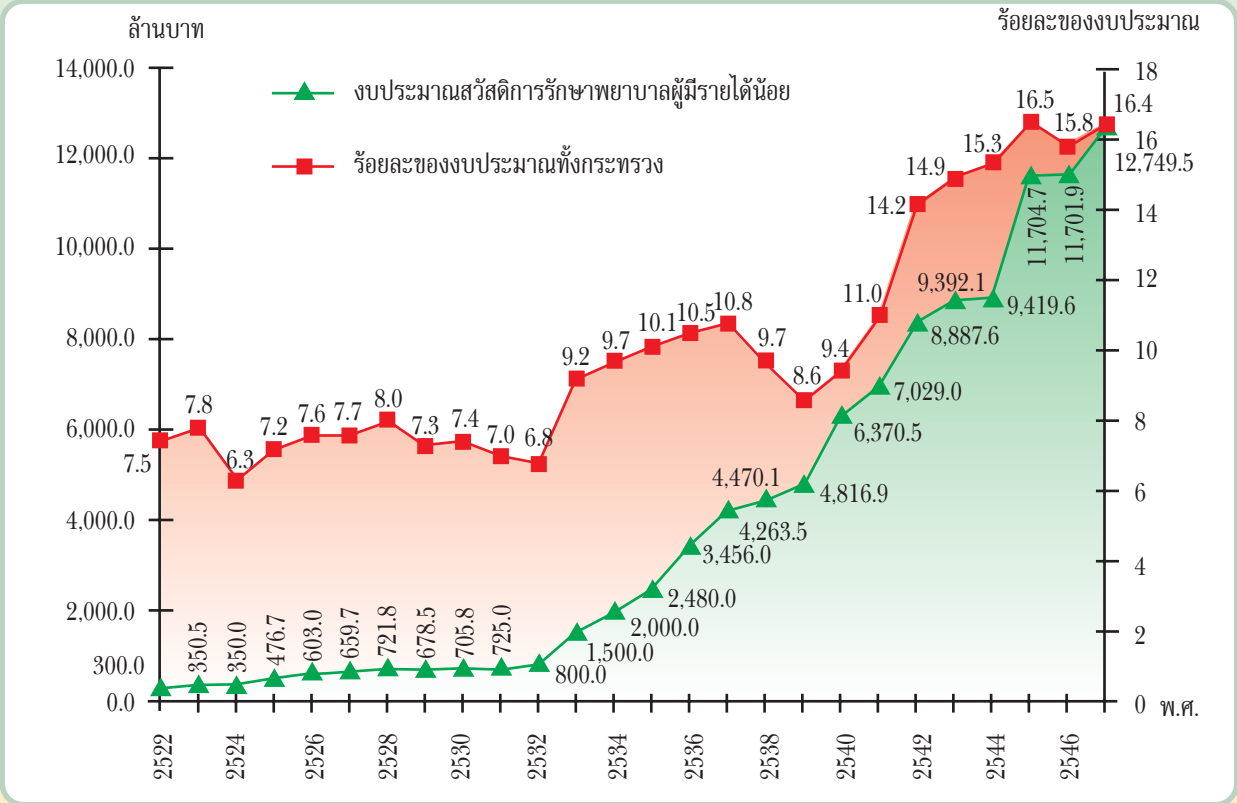
ที่มา: 1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) คือตัวเลขที่รวมเงินกู้จากธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย และธนาคารโลก พ.ศ. 2542 = 482 ล้านบาท พ.ศ. 2543 = 482 ล้านบาท พ.ศ. 2544 = 453.3 ล้านบาท

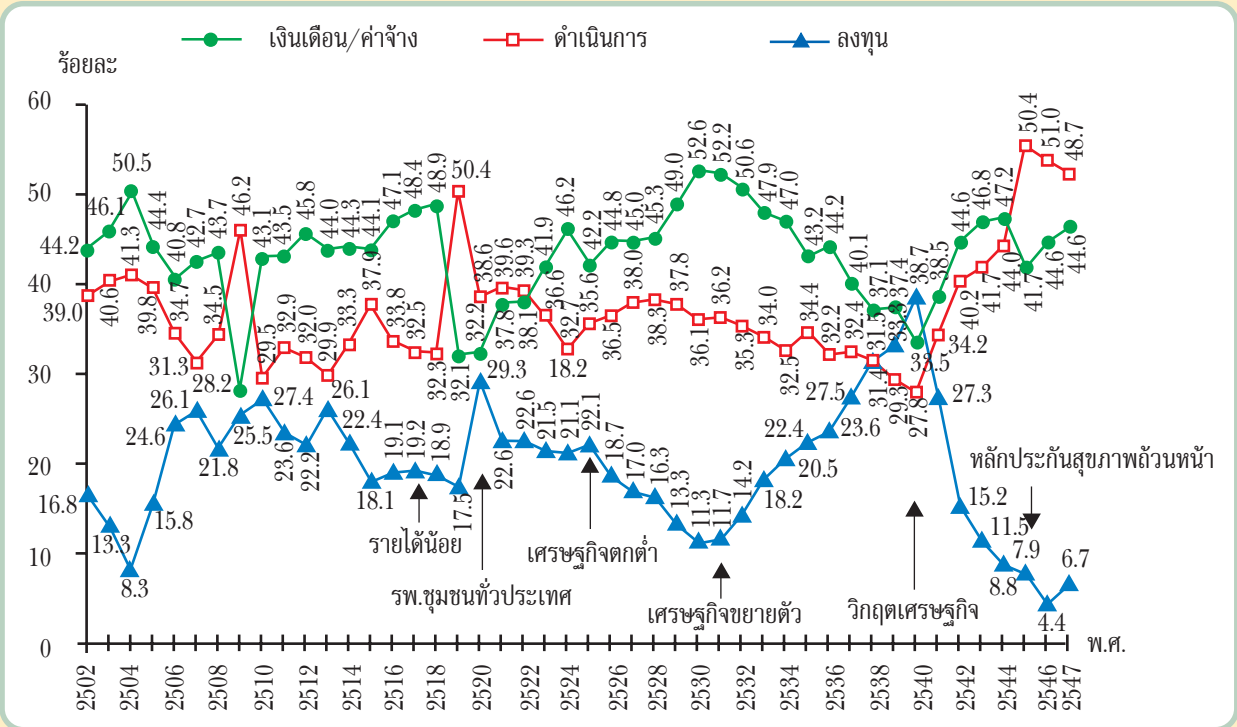
2. จำนวนบัตรประกันสุขภาพ (ประเภทไม่เสีย 30 บาท) พ.ศ. 2545 = 24,336,250 บัตร พ.ศ. 2546 = 24,330,386 บัตร และ พ.ศ. 2547 = 24,359,065 บัตร

ภาพที่ 7.12 งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเปรียบเทียบกับร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2547



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 7.13 ร้อยละของงบประมาณที่ได้รับในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2502 - พ.ศ. 2547



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

6. สรุปการปรับตัวของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2547

6.1 ปรับลดการผลิตกำลังคนในสถานศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขลงกว่าร้อยละ 60

6.2 ปรับลดงบประมาณในด้านการลงทุนจากร้อยละ 38.7 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2547

6.3 รักษางบประมาณในส่วนที่จำเป็น เช่น งบประมาณด้านเอดส์ ด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านสวัสดิการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งได้ขยายความครอบคลุมผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันใดๆ ให้ได้รับสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลอีกด้วย

6.4 จากการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2545 ส่งผลให้แนวโน้มในอนาคตกระทรวงสาธารณสุขจะมีขนาดเล็กลง โดยจะมีการปรับเปลี่ยนหน่วยงาน เช่น สถานบริการสุขภาพให้หน่วยงานภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ในลักษณะที่เรียกว่าหน่วยงานในกำกับ องค์การมหาชน หรืออาจเป็นลักษณะที่มีอิสระมากขึ้น คล่องตัวมากขึ้น แต่ยังเป็นส่วนราชการ

6.5 จัดทำแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ โดยดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายซึ่งขณะนี้ยังไม่ชัดเจนในการเคลื่อนต่อไป

6.6 การดำเนินการโครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ซึ่งครอบคลุม 75 จังหวัดและกรุงเทพมหานคร แล้วใน พ.ศ.2545 จุดนี้ทำให้มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างมาก โดยใช้วิธีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมเงินเดือน โดยสนับสนุนให้ประชากรมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้บ้าน

การสาธารณสุขไทย
๒๕๔๔-๒๕๔๗

บทที่ 8
โครงการและกิจกรรมสำคัญทางด้านสุขภาพ ที่ดำเนินการในประเทศไทย

เดิมการดำเนินโครงการและกิจกรรมสำคัญทางด้านสุขภาพในไทย จะจำกัดบทบาทอยู่ที่ภาครัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบสุขภาพอนามัยของคนไทยทั่วประเทศ แต่ต่อมาปัญหาสาธารณสุขมีความสลับซับซ้อน อาทิเช่น ปัญหามลพิษ เอดส์ ฯลฯ ซึ่งลำพังเพียงหน่วยงานของรัฐหน่วยงานเดียวจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่สลับซับซ้อนและมีรากเหง้าทางสังคมได้ ดังนั้น จึงเกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรพัฒนาเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขมี 300-500 องค์กร (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนและสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) ซึ่งจะมีบทบาทสนับสนุนภาครัฐได้เป็นอย่างดี เนื่องจากฐานะองค์กรที่มีโครงสร้างไม่ซับซ้อนและมีความคล่องตัวในการทำงาน ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนกลายเป็นพลังนอกระบบภาครัฐที่มีศักยภาพ ได้กลายเป็นทิศทางสำคัญที่ภาครัฐต้องเข้ามาแสวงหาความร่วมมือแลกเปลี่ยนวิธีการทำงาน เพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน

นอกจากนี้ ได้จัดตั้ง “กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ” ขึ้นใน พ.ศ. 2544 โดยได้รับเงินจากร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตของบุหรี่และสุรา ซึ่งทำให้จะมีงบประมาณด้านนี้เพิ่มอีกปีละประมาณ 1,500 ล้านบาท ทั้งนี้ กองทุนดังกล่าวจะบริหารจัดการโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการที่นายกรัฐมนตรีเป็นประธานคอยกำกับดูแล

โครงการและกิจกรรมสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการในไทย ที่แสดงในบทนี้เป็น**กิจกรรมเด่นๆ ใน พ.ศ. 2544 - 2546 เท่านั้น ไม่ใช่กิจกรรมทั้งหมด**

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ “30 บาทรักษาทุกโรค” โดยเริ่มดำเนินโครงการนำร่องระยะแรกในพื้นที่ 6 จังหวัด เมื่อเดือนเมษายน 2544 และได้ขยายพื้นที่ดำเนินงานอีก 15 จังหวัด ในวันที่ 1 มิถุนายน 2544 และขยายครอบคลุมทุกพื้นที่เมื่อเดือนมกราคม 2545 ซึ่งทำให้ในปีงบประมาณ 2546 มีประชาชนที่มีสิทธิได้รับบัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 47.7 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมร้อยละ 74.7 ของประชากรทั่วประเทศ (63.8 ล้านคน) มีเพียง 3.2 ล้านคน (ร้อยละ 5) ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ส่วนที่เหลืออีก 12.9 ล้านคน ได้สิทธิอื่นๆ (ดูรายละเอียดในหัวข้อ 6.2.5 ความครอบคลุมในหลักประกันด้านสุขภาพ บทที่ 6 ระบบบริการสุขภาพไทย)

2. การสร้างเสริมสุขภาพ

ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งมีการทำงานหลายลักษณะ อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม และการสนับสนุนให้คนและชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง

สำหรับผลการดำเนินงานที่สำคัญ มีดังนี้

2.1 สนับสนุนให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบายและผลักดันให้เกิดมาตรการที่มีผลต่อการสร้างสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและองค์กรภาคีต่างๆ สนับสนุนให้มีมาตรการทางกฎหมายและสังคมในการลดผลกระทบและป้องกันเยาวชนจากการบริโภคสุรา ซึ่งทำให้รัฐบาลออกระเบียบกำหนดให้ห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดในสถานีวิทยุกระจายเสียงและสถานีโทรทัศน์ระหว่างเวลา 05.00 - 22.00 น. ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2546 เป็นต้นไป ส่วนการโฆษณาในช่วงเวลาอื่นก็ห้ามโฆษณาในลักษณะเชิญชวนให้ดื่มด้วย

2.2 รณรงค์และสนับสนุนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

2.2.1 การรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย รัฐบาลได้ประกาศให้ปี 2545 - 2547 เป็นปีแห่งการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดงานรวมพลังสร้างสุขภาพ รวม 2 ครั้ง เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2545 และ 23 พฤศจิกายน 2546 เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสร้างสุขภาพของตนเองและมีการขยายไปจัดมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพสู่วิถีไทยในระดับเขต รวม 12 เขต นอกจากนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพและองค์กรภาคีต่างๆ ร่วมกันจัดงาน “รวมพล คนสร้างสุข” เมื่อวันที่ 10 - 12 พฤศจิกายน 2546 เพื่อรณรงค์ให้คนไทยสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืน

2.2.2 การรณรงค์ส่งเสริมการออกกำลังกาย กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมให้ประชาชนไทยออกกำลังกายโดยดำเนินโครงการขยับกายสบายชีวี โครงการวิ่ง 30 สู่สุขภาพดี และการจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพที่มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย เพื่อรณรงค์และสร้างกระแสให้ประชาชนออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ซึ่งผลจากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้มีชมรมสร้างสุขภาพที่มีการออกกำลังกาย 35,532 ชมรม และมีประชาชนตั้งแต่อายุ 6 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ร้อยละ 47.3 (กำหนดเป้าหมายไว้ร้อยละ 50) ส่งผลให้ไทยได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมการสร้างเสริมสุขภาพแห่งโลกครั้งที่ 6 ที่กรุงเทพมหานคร ใน พ.ศ. 2548

2.2.3 การส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ได้แก่ โครงการสายด่วน 1675 กินดี สุขภาพดี โครงการสายด่วนโภชนาการ โครงการกินอาหารตามวัยสะอาดปลอดภัยห่างไกลโรค โครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีวิตามินเอสูง โครงการหนูรักผักสีเขียว การส่งเสริมการบริโภคอาหารแบบมังสวิรัติ

2.2.4 การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ องค์กรพัฒนาเอกชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ดำเนินการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จนประสบผลสำเร็จ คือสามารถควบคุมอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยให้มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 30.1 ใน พ.ศ. 2519 เป็นร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2546 สำหรับผลงานสำคัญที่เป็นรูปธรรมในปีงบประมาณ 2544 - 2546 คือ โครงการรณรงค์ป้องกันเด็ก เยาวชนและสตรีไทยจากการสูบบุหรี่ โครงการรณรงค์เพื่อส่งเสริมให้คนเลิกสูบบุหรี่ การให้บริการคำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์หมายเลข 1600 Quitline การสร้างกระแสสังคมและจัดกิจกรรมรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ในวันงดสูบบุหรี่โลกและทางสื่อมวลชนต่างๆ การขยายเขตปลอดบุหรี่ในร้านอาหาร สำนักงาน วัด การแข่งขันกีฬา / สนามกีฬา การจัดตั้งเครือข่ายรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่แห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การเฝ้าระวังติดตาม และเปิดโปงกลยุทธ์บริษัทบุหรี่ และที่สำคัญคือ การผลักดันให้มีมาตรการทางกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาปรับปรุงกฎหมายโดยออกประกาศรวม 3 ฉบับ คือ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2546 กำหนดให้**สถานที่สาธารณะรวม 20 ประเภท เป็นเขตปลอดบุหรี่** ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2547 กำหนดให้บุหรี่ที่ผลิตหรือนำเข้าในราชอาณาจักรต้อง**พิมพ์ฉลากรูปภาพคำเตือนพิษภัยของบุหรี่ ภาพที่กำหนดไว้เป็นรูปภาพสี่สีบนซองบุหรี่ พื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่ทั้งสองด้าน** เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายจากสารพิษในควันบุหรี่และป้องกันเยาวชนไม่ให้ริเริ่มลองสูบบุหรี่

2.2.5 การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ

1) **กลุ่มแม่และเด็กทารก** กระทรวงสาธารณสุขได้เฝ้าระวังสุขภาพหญิงมีครรภ์ให้ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 75.2 ใน พ.ศ. 2546 การตรวจคัดกรองธาลัสซีเมียในหญิงมีครรภ์ ได้ร้อยละ 56.3 ของเป้าหมาย การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือน ทำให้ปัจจุบันมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ

16.3 ใน พ.ศ. 2544 แต่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าอย่างน้อยร้อยละ 30 การดำเนินโครงการโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูกได้ร้อยละ 98.5 (792 แห่ง จากเป้าหมาย 804 แห่ง) และที่สำคัญคือ การลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้บริการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี แก่หญิงมีครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ในกรณีที่หญิงมีครรภ์ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์ จะได้รับยาต้านไวรัส AZT จนถึงระยะเจ็บท้องคลอด รวมทั้งทารกก็จะได้รับยา AZT และได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมผงแทนมารดา ด้วยวิธีดังกล่าวสามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจากร้อยละ 18.6 ใน พ.ศ. 2539 เหลือร้อยละ 9.0 ใน พ.ศ. 2544 ซึ่งทำให้ไทยได้รับรางวัล Recognition Award เมื่อ พ.ศ. 2544 และปัจจุบันอัตราการติดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูกเป็นร้อยละ 9.3 ใน พ.ศ. 2546

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพทารกแรกเกิดที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการลดภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า ใน พ.ศ. 2545 อัตราภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็น 35.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าต้องไม่เกิน 30 : 1,000 การเกิดมีชีพ และการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ให้ได้มาตรฐาน ซึ่งใน พ.ศ. 2546 มีศูนย์เด็กเล็กเข้าร่วมโครงการ 4,332 แห่ง โดยศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์มี 603 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 13.9 ของโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการเท่านั้น

2) กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน นอกจากการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของเด็กนักเรียนทั้งระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา และการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนตามภารกิจปกติแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการที่สำคัญร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ คือ **โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ** เพื่อให้โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้นในการส่งเสริมสุขภาพกายของนักเรียนและชุมชน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสร้างสุขภาพกายและจิตที่ถูกต้อง ซึ่งใน พ.ศ. 2546 มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 29,377 แห่ง โดยโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์มี 12,372 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.1 ของโรงเรียนที่ร่วมโครงการ

นอกจากนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการดำเนินโครงการ**โรงเรียนแสนสุข**เพื่อพัฒนาระบบการเรียนรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะอย่างองค์รวม โดยกำหนดเป้าหมายที่จะสนับสนุนให้โรงเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานของทุกสังกัดจำนวน 300 โรงเรียน พัฒนาเป็นโรงเรียนแสนสุขภายใน พ.ศ. 2548 อันจะทำให้นักเรียนได้รับการปลูกฝังให้มีทักษะชีวิตและวินัยชีวิตที่สามารถสร้างสุขภาวะแห่งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณของตนเอง

3) กลุ่มวัยทำงาน กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน โดยสร้างเสริมบทบาทชายเพื่อรับผิดชอบอนามัยการเจริญพันธ์มากขึ้นแทนที่จะเป็นผู้หญิงรับผิดชอบแต่เพียงฝ่ายเดียว การให้บริการวางแผนครอบครัวในทุกกลุ่มเป้าหมายของประเทศ โดยร่วมกับสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน สมาคมส่งเสริมการผสมผสานกิจกรรมพัฒนาประชากรและสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และสมาคมอนามัยการเจริญพันธุ์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งประเทศไทย การส่งเสริมสุขภาพชายและหญิงวัยทอง โดยการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้บริการชายวัยทองได้ 188 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.9 ของเป้าหมายทั้งหมด (9,931 แห่ง) และจัดตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยทองได้ 4,146 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 41.7 ของเป้าหมายทั้งหมด (9,931 แห่ง)

สำหรับโครงการที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ **โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ** เพื่อปรับระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลให้เคลื่อนไปในทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งใน พ.ศ. 2546 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ 572 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 831 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 68.8 โดยมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์เพียง 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.6 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสนใจในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation - HA) มากกว่าการประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีโครงการสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานในสถานประกอบการ ซึ่งใน พ.ศ. 2546 มีสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการ 2,691 แห่ง โดยสถานประกอบการที่ผ่านเกณฑ์มี 1,585 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.9 ของสถานประกอบการที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งการดำเนินโครงการนี้ยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควรเนื่องจากสถานประกอบการขนาด

กลางและขนาดย่อม (SMEs) สมัครเข้าร่วมโครงการน้อยและขาดการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเฝ้าระวังและดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งจัดงานสัปดาห์วันผู้สูงอายุแห่งชาติเพื่อให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยบริการตรวจสุขภาพและจัดเวทีแสดงศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และชมรมผู้สูงอายุ โดยสภาผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางระหว่างสมาคม ชมรมผู้สูงอายุในประเทศที่มีอยู่ราวประมาณ 7,000 ชมรม ทั่วประเทศ ได้ดำเนินกิจกรรมที่สำคัญคือ การสร้างความรู้จักคุณค่าของตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุ สนับสนุนให้กลุ่มผู้สูงอายุมีเวทีในการแลกเปลี่ยนในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองได้

ในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดเวทีสัมมนาส่งเสริมชมรมและเครือข่ายผู้สูงอายุระดับชาติ และมีการประกาศเจตนารมณ์ของภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุร่วมกัน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2545 ว่าจะส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุไทยสามารถดูแลตนเองให้ยืนยาวที่สุด และมีคุณภาพชีวิตในสังคมได้ดีที่สุด พร้อมทั้งจะผนึกกำลังเป็น **"พันธมิตรภาคีเครือข่ายผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย"** เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ได้จัดทำโครงการนำร่องวัดส่งเสริมสุขภาพ รวม 24 แห่ง เพื่อส่งเสริมให้องค์กรทางศาสนามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

สำหรับการเคลื่อนไหวในเรื่องกฎหมายผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนในการจัดทำร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนกระทั่งมีการปฏิรูประบบราชการจึงได้มีการโอนงานเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และได้ดำเนินการทำหน้าที่เป็นแกนกลางในเรื่องร่าง พ.ร.บ. ผู้สูงอายุต่อ ซึ่งขณะนี้ **พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ออกเป็นกฎหมายเรียบร้อยแล้ว** ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกาเล่ม 120 ตอนที่ 130 ก. ลงวันที่ 31 ธันวาคม 2546 โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขมี 1 มาตรา คือ มาตรา 11(1) คือ ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้**โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ** และขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับกฎหมายดังกล่าว

2.3 การส่งเสริมสุขภาพจิต

2.3.1 การจัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิตพร้อมบุคลากรให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ประชาชนที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถช่วยเหลือประชาชนที่จะฆ่าตัวตายให้ได้รับความปลอดภัยในชีวิตเบื้องต้นได้ 39 ราย และมีการสร้างเครือข่ายที่ปรึกษาด้านวิกฤตสุขภาพตามภูมิภาคต่างๆ จำนวน 11 หน่วยงาน โดยมีเป้าหมายที่จะขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมหน่วยงานทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2547

2.3.2 การสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยให้ชุมชนดูแลสุขภาพใจของชุมชนกันเอง ซึ่งให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำในการดึงชุมชนให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพใจ ใน 620 หมู่บ้าน / ชุมชน ใน 31 จังหวัด และจะขยายผลการดำเนินงานในปี 2547 เป็น 3,350 หมู่บ้าน / ชุมชน ใน 76 จังหวัด อันจะส่งผลให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันทางจิตใจในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2.3.3 โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัวและเผยแพร่ให้ผู้นำครอบครัวประเมินคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัวด้วยตนเอง ใน 60,162 ครอบครัว ใน 19 จังหวัด การจัดกิจกรรมรณรงค์เรื่อง "ผูกพันสายใยในครอบครัว" และการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทั้ง

ทางวิทยุและโทรทัศน์เกี่ยวกับความรักความผูกพันในครอบครัว

2.3.4 การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาองค์ความรู้เรื่องความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ส่งเสริมผนวกในหมวดวิชาสุขศึกษาและพลานามัย 1 เรื่อง และการพัฒนาแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทยอายุ 3 - 11 ปี เพื่อใช้ประเมินความสามารถในการรู้จักดูแลและจัดการกับอารมณ์ตนเอง

2.4 ขยายเครือข่ายองค์กรภาคีทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพไปยังทุกส่วนของสังคมไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ดำเนินการขยายเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพระดับจังหวัดใน 12 จังหวัดทั่วประเทศ การสร้างเครือข่ายวิชาชีพที่มีบทบาทในการพัฒนากลไกเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เครือข่ายทันตสุขภาพและการพัฒนาให้เกิดเครือข่ายของภาคประชาชนที่ต้องการขยายผลกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น เครือข่ายคนทำงานในสถานประกอบการพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างมีทิศทาง และมีพลังในการจุดประกายให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในวงกว้าง

3. การป้องกันและควบคุมโรค

3.1 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

3.1.1 การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

1) โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์แบบสามชนิดพร้อมกันตั้งแต่ พ.ศ. 2544 และมีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาให้ได้รับยาทุกคน (Universal Access to ARV) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 ซึ่งปัจจุบัน มิถุนายน พ.ศ. 2547 มีโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ 849 แห่ง โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 35,000 ราย และมีเป้าหมายจะขยายให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครอบคลุมทั่วถึงจำนวน 50,000 ราย ในปีงบประมาณ 2547 ทั้งนี้ องค์การเภสัชกรรมได้วิจัยพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ชนิดเม็ดเดียว มียา 3 ชนิดใช้ชื่อว่า GPO-VIR รวมทั้งยาต้านไวรัสเอดส์ตัวอื่นๆ ซึ่งทำให้ยามีราคาถูกลงมาก

2) โครงการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการพัฒนาวัคซีนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ รวม 2 ชนิดคือ r-BDG-HIV-1 E และ r-Vaccina Dis-HIV-1 Subtype E ซึ่งขณะนี้ได้ทดสอบความปลอดภัยและการกระตุ้นภูมิคุ้มกันในลิง พบว่า ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ และกำลังเตรียมข้อมูลวัคซีนทั้ง 2 ชนิดที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อยื่นต่อคณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกันโรคเอดส์พิจารณาต่อไป นอกจากนี้ ได้มีโครงการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ที่จะทดสอบประสิทธิผลในคนในระยะที่ 3 โดยจะทดสอบวัคซีนเอดส์ทดลอง 2 ชนิดร่วมกัน (Prime-boost) โดยใช้วัคซีนเอดส์ทดลอง ALVAC และ AIDSVAX B/E ในอาสาสมัครชุมชนจำนวน 16,000 คน ในจังหวัดชลบุรีและระยอง ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในสิ้นปี พ.ศ. 2547

3) การให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ เช่น การจัดบริการที่พักชั่วคราว ที่พักระยะสุดท้ายและสถานบำบัด การให้บริการให้คำปรึกษาแนะนำ การช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ การช่วยค่าใช้จ่ายฉุกเฉินและการให้ทุนประกอบอาชีพ การเคลื่อนไหวและผลักดันเรื่องสิทธิและสวัสดิการผู้ติดเชื้อให้มีโอกาสเข้าถึงยาและการสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์

3.1.2 การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในปีงบประมาณ 2546 ได้แก่ โครงการรณรงค์หมู่บ้านและโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย โครงการผนึกมวลชนไทยและเยาวชนไทยต้านภัยไข้เลือดออก โครงการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนทุกรูปแบบและการพัฒนาศักยภาพคนและชุมชนเพื่อปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2546 พบว่ามีหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย **ร้อยละ 6.3** (620 หมู่บ้าน จากจำนวนที่สำรวจ 9,764 หมู่บ้าน) และโรงเรียนปลอดลูกน้ำยุงลาย

ร้อยละ 73.4 (5,016 โรงเรียนจากจำนวนที่สำรวจ 6,833 โรงเรียน) ซึ่งจะต้องเร่งรัดการเพิ่มหมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลายต่อไป

3.1.3 การป้องกันและควบคุมวัณโรค ดำเนินกิจกรรมการเร่งรัดและขยายงานการรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง (Directly Observed Treatment Short Course, DOTS ใน พ.ศ. 2545 สามารถครอบคลุม 772 อำเภอ จากทั้งหมด 876 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 88.1 ของเป้าหมายทั้งหมด และมีอัตราการรักษาหาย (Cure rate) ร้อยละ 76.4 ใน พ.ศ. 2546

3.1.4 การป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ได้ดำเนินการควบคุมโรคมาลาเรียในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยในพื้นที่ 30 จังหวัดชายแดน การรณรงค์ป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่ที่มีไข้สูงทั่วประเทศใน 5 จังหวัด โดยมีกิจกรรมต่างๆ คือ ตั้งจุดสกัดตามจุดเข้าออกระหว่างประเทศ จัดตั้งคลินิกประจำสำนักงานและมาลาเรียคลินิกเคลื่อนที่ และให้บริการรักษาผู้ป่วยที่พบเชื้อให้หายขาดทุกราย รวมถึงการควบคุมยุงพาหะโดยการใช้สารเคมีชนิดตกค้าง การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและการส่งเสริมให้ประชาชนป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัด ทำให้ใน พ.ศ. 2546 อุบัติการณ์ของโรคมาลาเรียมีแนวโน้มลดลงเป็น 0.64 ต่อประชากรพันคน

3.1.5 โรคเท้าช้าง ดำเนินการควบคุมโรคในแรงงานต่างชาติพม่า โดยจ่ายยา Diethylcarbamazine Citrate ขนาด 300 mg ทุก 6 เดือน แก่แรงงานต่างชาติชาวพม่าทุกคน การเฝ้าระวังและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง ทำให้สามารถลดความชุกของโรคลงจาก 8.46 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2535 เหลือ 0.57 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2546 และมีอัตราการตรวจพบผู้มีเชื้อพยาธิในโลหิตร้อยละ 0.06

3.1.6 โรคโปลิโอ นอกจากการดำเนินการภาครัฐแล้ว โรตารี่สากลและสโมสรไลออนส์ทั่วประเทศยังร่วมมือดำเนินการกวาดล้างโปลิโอ โดยให้ความช่วยเหลือบริจาควัคซีนโปลิโอปีละ 4 ล้านโด๊ส รวมมูลค่าทั้งสิ้น 30 ล้านบาท และการสนับสนุนกำลังคนในการช่วยหยอดวัคซีนให้แก่เด็ก ทำให้สามารถดำเนินการครอบคลุมวัคซีนโปลิโอเกินกว่าร้อยละ 90 นอกจากนี้ ยังได้เฝ้าระวังผู้ป่วยอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (AFP) การสอบสวนโรคและควบคุมโรคหลังพบผู้ป่วย AFP ภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้ปัจจุบัน พ.ศ. 2546 ประเทศไทยไม่พบผู้ป่วยโปลิโอเป็นเวลากว่า 6 ปีแล้ว จึงมั่นใจว่าไม่มีผู้ป่วยโปลิโอเหลือในประเทศไทยแล้ว

3.1.7 โรคเรื้อน เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยใหม่ในชุมชนให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งการนำวิธีการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น โดยการใช้ยาผสมตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (MDT) มาใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 และการดำเนินโครงการปีรณรงค์ประชาชนร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศลเฉลิมพระชนมพรรษา 5 ธันวาคม 2545 (โครงการ ปรร. 2545) ผลของการดำเนินงาน พบว่า สามารถค้นหาผู้ป่วยใหม่ได้ 467 ราย และให้การรักษาผู้ป่วยทุกราย ด้วยยา MDT และความชุกของโรคเรื้อนลดลงเป็น 0.03 ต่อประชากรพันคน ใน พ.ศ. 2546

3.2 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

3.2.1 การป้องกันและควบคุมโรคหัวใจหลอดเลือดและเบาหวาน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด อาทิ โครงการรณรงค์การเรียนรู้ความดันโลหิตเพื่อให้ประชาชนรู้จักจัดการความดันโลหิตทั้งในภาวะปกติและภาวะเสี่ยง เพื่อลดความเสี่ยงในการเป็นอัมพาตและโรคหัวใจ การรณรงค์สัปดาห์วันหัวใจโลกและวันเบาหวานโลกใน 76 จังหวัดทั่วประเทศ การพัฒนาองค์ความรู้โดยการพัฒนาแนวทางการจัดระบบบริการผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบครบวงจรได้ 1 แนวทาง การศึกษาวิจัยระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในไทย (เป็นโครงการต่อเนื่อง 5 ปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550) ขณะนี้อยู่ระหว่างขั้นการเตรียมการและที่สำคัญคือ การดำเนินโครงการแก้วตาดวงใจ เทิดไท้ 72 พรรษา มหาราชินี พ.ศ. 2546 เพื่อดำเนินการผ่าตัดผู้ป่วยโรคหัวใจ 7,200 ราย สิ้นปี พ.ศ. 2546 ผ่าตัดได้ 3,253 ราย และผู้ป่วยต้อกระจก 100,000 ราย สิ้นปี พ.ศ. 2546 ผ่าตัดได้ 68,801 ราย และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยได้รับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ซึ่งได้ให้บริการตรวจ 285,738 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 ของเป้าหมาย (534,741 ราย) พบเป็นมะเร็ง 429 ราย ส่วนการป้องกันและควบคุมมะเร็งเต้านมนั้นจะดำเนินการรณรงค์ให้สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือน

3.3 การลดปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภค

3.3.1 การควบคุมการบริโภคสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการแต่งตั้ง**คณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ** เพื่อกำกับดูแลนโยบายการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ มี 3 ด้านคือ ยุทธศาสตร์ด้านการจัดการความรู้ ยุทธศาสตร์ด้านการรณรงค์และการสร้างภาคีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยุทธศาสตร์ด้านกฎหมายเพื่อพัฒนากฎหมายและบังคับใช้กฎหมายการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3.3.2 การควบคุมการบริโภคยาสูบ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ พัฒนาปรับปรุงกฎหมายโดยการออกประกาศรวม 3 ฉบับ (ดูในหัวข้อ 2.2.4 บทที่ 8 การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 24,738,000 บาท เพื่อดำเนินงานโครงการนำร่องการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบใน 13 จังหวัด ซึ่งได้จับกุมผู้ละเมิดกฎหมาย จำนวน 46 ราย และโครงการจะสิ้นสุดในเดือนกันยายน 2547

3.4 การควบคุมป้องกันการติดยาและสารเสพติด

รัฐบาลปัจจุบันถือเรื่องยาเสพติดเป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วนและกระทรวงสาธารณสุขได้มีบทบาทร่วมในการต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด โดยการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ติดยาเสพติด การปลุกพลังแผ่นดินและการรณรงค์เพื่อป้องกันการติดยาเสพติดและการควบคุมตัวยาและสารเคมี ซึ่งผลงานที่สำคัญในปีงบประมาณ 2546 ได้ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ / ติดยาเสพติด รวม 474,421 ราย การปลุกพลังแผ่นดินโดยการจัดทำโครงการ TO BE NUMBER ONE เพื่อรณรงค์และกระตุ้นให้เยาวชนไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ขณะนี้มีจำนวนสมาชิกรวมทั้งสิ้น 8,293,343 คน และการจัดมหกรรมรวมพลังเอาชนะยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 26 พฤศจิกายน 2546 รวมทั้งร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในการจัดงานมหกรรมรวมพลังแผ่นดินขจัดสิ้นยาเสพติด วันที่ 27-28 พฤศจิกายน 2546 และงานวันประกาศชัยชนะสงครามยาเสพติด 3 ธันวาคม 2546

3.5 การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุจราจร

3.5.1 การลดพฤติกรรมเสี่ยง ในปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการที่สำคัญ ได้แก่ โครงการรณรงค์ขับขี่ปลอดภัย ปีใหม่โชคดี โครงการรณรงค์สงกรานต์ปลอดภัย ร่วมใจป้องกันอุบัติเหตุจราจร โครงการประชาสัมพันธ์เพื่อลดอุบัติเหตุประชากร 3 ม 1 ข (มอเตอร์ไซด์ หมวกนิรภัย เมาไม่ขับและใบขับขี่) และโครงการสาธารณสุขร่วมใจสวมหมวกนิรภัย 100% ตั้งแต่ 1 เมษายน 2546 นอกจากนี้ยังมีองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ ที่ดำเนินการ เช่น มูลนิธิเมาไม่ขับได้รณรงค์โครงการเมาไม่ขับสัญจรในชุมชนสำคัญต่างๆ ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลและในสถานศึกษา

3.5.2 การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในปีงบประมาณ 2545 ได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งได้ดำเนินการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทยใน 7 จังหวัดคือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ เพชรบุรี ลำปางและสงขลา โดยจัดบริการในลักษณะเครือข่ายครอบคลุมทั้งจังหวัด ขณะนี้ในปีงบประมาณ 2546 ได้ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ 20,221 ราย และในปีงบประมาณ 2547 จะขยายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอีก 13 จังหวัด คือ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ปทุมธานี นนทบุรี สมุทรปราการ พิษณุโลก อุดรธานี ชลบุรี สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ปราจีนบุรีและพระนครศรีอยุธยา

3.5.3 การวิจัยเพื่อการลดอุบัติเหตุจราจร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้จัดสรรงบประมาณให้มูลนิธิรามาธิบดี เพื่อดำเนินโครงการจัดการความรู้เพื่อลดอุบัติเหตุจราจร รวม 13 โครงการ ที่สำคัญคือ โครงการวิจัยการสืบค้นเพื่อถนนปลอดภัยและโครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างพลังชุมชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจร

4. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนประมาณ 89 องค์กร โดยองค์กรด้านแพทย์แผนไทยรวม 28 องค์กร มีการพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันภายใต้ชื่อ "สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย" ซึ่งผลการดำเนินงานที่สำคัญมีดังนี้

4.1 การอนุรักษ์และคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรภายใต้ พ.ร.บ.ส่งเสริมและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร พ.ศ. 2542

4.2 การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดสร้างพิพิธภัณฑ์การแพทย์แผนไทย เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้เปิดดำเนินการแล้วเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2546 นอกจากนี้ยังดำเนินการศึกษาวิจัยความเป็นพิษของตำรับยาไทยและสมุนไพรไทย รวม 6 ชนิด การรวบรวมองค์ความรู้และภูมิปัญญาการใช้ว่าน เห็ดและหอยเป็นยารักษาโรค

สำหรับในด้านการแพทย์ทางเลือก ได้มีการรวบรวมองค์ความรู้เรื่องโยคะและสถานการณ์ของศาสตร์โฮมีโอพาธีในไทย และการวิจัยการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

4.3 การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปีงบประมาณ 2546 มีการนำรูปแบบการให้บริการแพทย์แผนไทย / สมุนไพร มาใช้ในสถานบริการของรัฐได้ 2,311 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 19.8 ของเป้าหมายทั้งหมด (11,687 แห่ง)

4.4 การพัฒนาต้นแบบศูนย์การแพทย์แผนไทย ในปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ทดลอง รูปแบบศูนย์ส่งเสริมสุขภาพแผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน 26 แห่ง และในปั๊มน้ำมันบางจาก จำนวน 15 แห่ง

5. การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

5.1 การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผู้พิการ ในปีงบประมาณ 2546 ให้บริการอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือ ผู้พิการที่มาขอรับบริการทั่วประเทศ จำนวน 9,791 ชิ้น 2,150 เครื่อง ในขณะเดียวกันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอีก4บาทต่อหัวของผู้มีสิทธิ์ตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5.2 ดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการโดยชุมชน (Community-based Rehabilitation-CBR) โดยส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายภาคีคนทำงานที่เป็นผู้พิการและให้ชุมชนร่วมมือให้เกิดระบบการสำรวจค้นหาผู้พิการและป้องกันความพิการ

นอกจากนี้ องค์กรพัฒนาเอกชนได้ดำเนินการจัดกิจกรรมให้ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งในการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ การสร้างให้ผู้พิการรู้จักคุณค่าของตนเอง การสร้างความพร้อมของผู้พิการในการออกสู่สังคม การเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้พิการของคนรอบข้างและส่งเสริมสนับสนุนการก่อตั้งประชาคมผู้พิการเพื่อให้ดูแลซึ่งกันและกัน

6. การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน

ตลอดระยะเวลาสองทศวรรษของการดำเนินงานการสาธารณสุขมูลฐานในไทย ในฐานะเป็นกลยุทธ์หลักของการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2543 นั้น รูปแบบและกลไกของการดำเนินงานการ

สาธารณสุขมูลฐานได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้กระบวนการมีส่วนร่วมทางด้านสังคมและสุขภาพของ อสม. และประชาชนก็ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมาก และจากการดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ภาคีอสม.ก็ได้เสนอให้บทบาทภาคประชาชนเป็นองค์ประกอบหลักของระบบสุขภาพอีกองค์ประกอบหนึ่ง พร้อมทั้งเสนอให้บรรจุกลไกการจัดการด้านสุขภาพโดยประชาชนลงในสาระขององค์ประกอบด้านองค์กรและการจัดการ โดยใช้คำว่าระบบสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งเป็นกระบวนการที่สืบเนื่องจากการสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ด้วยการจัดการของชุมชนเป็นหลักภายใต้การสนับสนุนของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานเดิม) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สำหรับผลการดำเนินงานที่สำคัญมีดังนี้

6.1 การพัฒนาศักยภาพภาคประชาชน ได้พัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน องค์กรชุมชน เครือข่ายสุขภาพ ประชาคมสุขภาพและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยการ อบรมความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3,527,731 คน

6.2 การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่หมู่บ้านเพื่อให้สามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนด้วยตนเอง ซึ่งในปีงบประมาณ 2546 มีหมู่บ้านที่สามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพด้วยตนเอง 18,041 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 50.3 ของเป้าหมายที่กำหนด (35,681 หมู่บ้าน)

7. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐและองค์กรผู้บริโภค ซึ่งเมื่อเดือนกรกฎาคม 2542 องค์กรผู้บริโภค จำนวน 17 องค์กร รวมตัวกันเป็นเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคใช้ชื่อว่า **"สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค"** เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความเข้มแข็งและพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภค รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมในระดับนโยบายและกติกาต่างๆ ในสังคมที่จะมีผลกระทบต่อผู้บริโภค ปัจจุบันสหพันธ์องค์กรผู้บริโภค สมาชิก 25 องค์กร สำหรับผลการดำเนินงานที่สำคัญมีดังนี้

7.1 การรณรงค์ในระดับนโยบายด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ได้มีการนำเสนอความคิดเห็นในประเด็นนโยบายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การผลักดัน พ.ร.บ. องค์การอิสระผู้บริโภคตามมาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการรวบรวมรายชื่อ จำนวน 50,000 รายชื่อ เพื่อเสนอร่าง พ.ร.บ. องค์การอิสระผู้บริโภค เพื่อให้เป็นสภาของผู้บริโภค โดยทำหน้าที่ให้ความเห็นต่อนโยบาย กฎหมายและมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค การเคลื่อนไหวทางสังคมกรณีทุจริตจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ในกระทรวงสาธารณสุขและการเคลื่อนไหวเพื่อจัดทำพระราชบัญญัติยาฉบับประชาชนให้มีการคุ้มครองสวัสดิภาพในการใช้ยาของผู้บริโภคแบบครบวงจร การพัฒนาอุตสาหกรรมยาเพื่อการพึ่งตนเองเพิ่มขึ้นและการแก้ไขโครงสร้างองค์กรควบคุมยา

7.2 การปรับปรุงและออกกฎหมายเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ได้จัดทำกฎกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการผลิตยาแผนปัจจุบัน (GMP) เป็นข้อบังคับตามกฎหมาย ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2547 และการกำหนดให้อาหารที่ได้จากเทคนิคการดัดแปลงพันธุกรรม รวม 22 ชนิดต้องแสดงฉลากและข้อความว่า "ดัดแปลงพันธุกรรม" ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2546

7.3 โครงการความปลอดภัยด้านอาหาร ตามที่รัฐบาลได้กำหนดให้ปี 2547 เป็นปีแห่งอาหารปลอดภัยเพื่อให้ประเทศไทยมีอาหารที่มีคุณภาพและมาตรฐานปลอดภัยในระดับสากล รวมทั้งเพื่อส่งเสริมอุตสาหกรรมการส่งออกอาหารและการท่องเที่ยว ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการรณรงค์ตรวจสอบอย่างเข้มงวดในอาหาร 3 กลุ่ม คือ อาหารสด อาหารแปรรูปและอาหารปรุงจำหน่าย และจากผลการดำเนินการอย่างจริงจังด้วยการรวมพลังของทุกภาคส่วนในปีงบประมาณ 2546 จนถึงปัจจุบัน ทำให้การปนเปื้อนของสารปนเปื้อน 6 ชนิด ในอาหารสดลงลงในระดับที่น่าพอใจ (ตารางที่ 4.43 บทที่ 4) ซึ่งอาหารสดที่ได้รับการตรวจจากกระทรวงสาธารณสุขจะได้รับป้ายอาหารปลอดภัย โดยขณะนี้ได้มอบไปแล้ว 76,089 ป้าย (ข้อมูลมกราคม 2547) ส่วนอาหารปรุงจำหน่ายนั้นได้ดำเนินการตรวจสุขลักษณะของร้านอาหารและแผงลอยทั่วประเทศและได้มอบ

ป้ายอาหารสะอาดรสชาดอร่อย (Clean Food Good Taste) แล้วจำนวน 23,055 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 16.6 ของร้านอาหารและแผงลอยทั่วประเทศ (138,510 แห่ง) (ข้อมูล มกราคม 2547) และสำหรับอาหารแปรรูปนั้นได้ควบคุมมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหาร 54 ประเภททั่วประเทศทั้งสิ้น 9,453 แห่ง ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ GMP 4,470 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.9 ของจำนวนที่ตรวจ (6,887 แห่ง) (ข้อมูล มกราคม 2547)

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานภาครัฐได้จัดงานมหกรรม "รวมพลังอาหารปลอดภัย ถวายแม่ของแผ่นดิน" เพื่อเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราชินี เมื่อวันที่ 6-9 ธันวาคม 2546 และได้ดำเนินการรณรงค์ "ความปลอดภัยด้านอาหารในโรงเรียน" ขึ้นเป็นพิเศษ โดยได้รับความร่วมมือจากกระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพมหานครและโรงเรียนใน 175 เขตการศึกษาทั่วประเทศ สนับสนุนให้มีอาสาสมัครนักเรียนเป็น **"อย. น้อย"** ตรวจสอบอาหารในโรงเรียนและชุมชนใกล้เคียง โดยขณะนี้มีโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการแล้วทั้งสิ้น 5,154 แห่งทั่วประเทศ ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่าได้ตรวจหาบอแรกซ์ในอาหาร 14,925 ตัวอย่าง พบผิดเพียงร้อยละ 3.1 และตรวจหาเชื้อจุลินทรีย์ในอาหารและภาชนะ 15,342 ตัวอย่าง พบผิดร้อยละ 14.4

7.4 การพัฒนาและรับรองความสามารถห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการรับรองห้องปฏิบัติการด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและด้านชันสูตรสาธารณสุข เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการชันสูตรสาธารณสุขได้มาตรฐาน ซึ่งดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2540 จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2547 สามารถรับรองห้องปฏิบัติการได้ 115 แห่ง ซึ่งเป็นห้องปฏิบัติการด้านชันสูตรสาธารณสุข 5 แห่ง ห้องปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 26 แห่ง ห้องปฏิบัติการด้านการตรวจสุขภาพคนงานไปทำงานต่างประเทศ 70 แห่ง และรับรองระบบตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักสด / ผลไม้สด 14 แห่ง

7.5 การพัฒนาและส่งเสริมสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน

7.5.1 การยกระดับมาตรฐานการผลิตของโรงงานผลิตยาแผนปัจจุบัน ดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. 2526 จนถึง พ.ศ. 2546 สามารถผลักดันให้โรงงานผลิตยาแผนปัจจุบันได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต 133 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 75.6 ของโรงงานผลิตยาทั้งหมด ซึ่งตามกฎกระทรวงโรงงานผลิตยาทุกแห่งจะต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตภายใน 5 มิถุนายน พ.ศ. 2547

7.5.2 การพัฒนามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 โดยจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปัจจุบัน มีนาคม พ.ศ. 2547 มีโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) แล้ว 82 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลภาครัฐ 63 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลภาคเอกชน 19 แห่ง

7.5.3 การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งเป็นการสนับสนุนโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ของรัฐบาล ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาผลิตภัณฑ์อาหารจำนวน 4,607 รายการ ให้ถูกต้องตาม พ.ร.บ. อาหาร จำนวน 2,327 รายการ คิดเป็นร้อยละ 50.5 พัฒนาผลิตภัณฑ์ยาจากสมุนไพรจำนวน 154 รายการ ได้ทะเบียนตำรับยา 9 รายการ คิดเป็นร้อยละ 5.8 และพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางจำนวน 318 รายการ ให้ถูกต้องตาม พ.ร.บ. เครื่องสำอาง 226 รายการ คิดเป็นร้อยละ 71.0

7.6 สนับสนุนโครงการธุรกิจบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพโดยสนับสนุนให้ไทยเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพของเอเชียภายใน 5 ปี (พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2551) และกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3 กลุ่มผลผลิตคือ บริการสุขภาพด้านการแพทย์ (บริการรักษาพยาบาล ทันตกรรมและตรวจสุขภาพ) กำหนดเป้าหมายในปี 2548 นี้มีผู้ใช้บริการชาวต่างประเทศ 1 ล้านคน เพิ่มรายได้ 23,100 ล้านบาท บริการส่งเสริมสุขภาพ (บริการนวดไทย สปา และบริการดูแลสุขภาพระยะยาว) กำหนดเป้าหมายเพิ่มรายได้ในปี 2548 6,754 ล้านบาท และบริการผลิตภัณฑ์สุขภาพ (สมุนไพรไทยและเครื่องสำอาง) กำหนดเป้าหมายเพิ่มรายได้ในปี 2548

2,000 ล้านบาท

7.7 การสร้างความตื่นตัวเข้มแข็งและพิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้กับผู้บริโภค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ตลอด 24 ชั่วโมง โดยผ่านสายด่วนหมายเลข 1556 โทรศัพท์หมายเลข 0-2590-7354-5 หรือโทรสาร 0-2590-7356 และทางไปรษณีย์ที่ตู้ ป.ณ. 52 ปทจ. นนทบุรี เพื่อให้บริการแก่ผู้ต้องการร้องเรียนหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นธรรมแล้ว ยังมีองค์กรภาคประชาชนดำเนินการตั้งศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค โดยผ่านโทรศัพท์หมายเลข 0-2952-5060-2 เพื่อให้บริการรับเรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภคอีกช่องทางหนึ่ง

นอกจากนี้ เครือข่ายองค์กรผู้บริโภคจัดประชุมเวทีสภาผู้บริโภค พร้อมมีกิจกรรมให้นำของที่ซื้อแล้วคุณภาพไม่เป็นไปตามโฆษณา มาแลกของดีอันเป็นการกระตุ้นให้ผู้บริโภคตื่นตัวต่อความไม่เป็นธรรมตามสิทธิผู้บริโภค และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคมีการจัดกิจกรรมรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนทุกรูปแบบเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้บริโภค

7.8 การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคด้านสุขภาพ

7.8.1 การรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคผ่านสื่อมวลชนทุกรูปแบบ และผ่านสายด่วนผู้บริโภค ซึ่งในปีงบประมาณ 2546 ได้ให้บริการแก่ผู้บริโภค 304,457 ครั้ง เฉลี่ยวันละ 834 ครั้ง

นอกจากนี้ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคมีการจัดทำวารสาร “ฉลาดซื้อ” การจัดรายการโทรทัศน์ “สภาผู้บริโภค” ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทยช่อง 11 ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 10.30 - 11.00 น. เพื่อนำเสนอสาระความรู้และการหยิบยกปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้บริโภคและหาทางออกในการแก้ปัญหา รวมทั้งการจัดเวทีผู้บริโภคเพื่อหาทางออกในการแก้ปัญหาของผู้บริโภคในเรื่องต่างๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลแพงผู้บริโภคจะทำอย่างไร ฯลฯ

7.8.2 การรณรงค์อ่านฉลากโภชนาการ ผ่านสื่อมวลชนทุกรูปแบบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคได้รับทราบข้อมูลเรื่องฉลากโภชนาการและมีทัศนคติที่ดีในการอ่านฉลาก สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเลือกซื้อเลือกบริโภคอาหารได้

8. การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

8.1 การพัฒนานักบริหารทางการแพทย์และสาธารณสุข

ได้จัดให้มีการอบรมนักบริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับ แต่ก็ยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้ครบถ้วน (ตารางที่ 8.1)

ตารางที่ 8.1 จำนวนผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรนักบริหารระดับสูง ระดับกลางและระดับต้น พ.ศ. 2538 - 2546

หลักสูตร	เป้าหมายทั้งหมด	จำนวนผู้สำเร็จการอบรมถึงปี 2546	ร้อยละ
ผู้บริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับสูง	900	860	95.6
ผู้บริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับกลาง	5,200	3,784	72.8
ผู้บริหารการแพทย์และสาธารณสุขระดับต้น	40,000	7,854	19.6
รวม	**46,100**	**12,498**	**27.1**

8.2 การส่งเสริมคุณภาพวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข

นอกจากภาครัฐและเอกชนบางส่วนที่มีหน้าที่ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว ยังมีองค์กรวิชาชีพที่ดำเนินงานด้านการส่งเสริมคุณภาพวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล มูลนิธิแพทย์ชนบท สมาคมวิชาชีพ ฯลฯ

นอกจากนี้ ตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามมาตรา 38 ได้กำหนดให้ใช้งบประมาณไม่เกินร้อยละ 1 ของเงินที่จะจ่ายให้หน่วยบริการไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้รับบริการในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ซึ่งขณะนี้ได้เริ่มดำเนินการแล้ว

9. การวิจัยด้านสุขภาพ

9.1 โครงการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสนับสนุนชุดการวิจัยเพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับปฏิบัติการ โดยเน้นการระดมหน่วยงานภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มประชาคมที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการศึกษาวิจัยจนสามารถผลิตผลงานวิจัยด้านการปฏิรูประบบสุขภาพ รวม 7 ประเด็น คือ การอภิบาลระบบสุขภาพ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ การควบคุมป้องกันภาวะคุกคามทางสุขภาพ การบริการสุขภาพ ระบบวิจัยสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสารและระบบสร้างเสริมศักยภาพผู้บริโภค ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวก่อให้เกิดการบริหารจัดการงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายในการปฏิรูประบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนไทย

9.2 โครงการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพ ที่สำคัญมีดังนี้

9.2.1 โครงการสมุนไพรต้านเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการวิจัยและพัฒนายาจากสมุนไพรเพื่อผู้ป่วยเอดส์อย่างครบวงจร ซึ่งแต่เดิมกำหนดระยะเวลาการวิจัยไว้ 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 - 2544 แต่ไม่อาจดำเนินการเสร็จทันจึงขอต่อระยะเวลาโครงการอีก 3 ปี จนถึงปีงบประมาณ 2547 สำหรับผลการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ได้ทดสอบฤทธิ์ต้านเชื้อ HIV เชื้อรา ไวรัส และแบคทีเรียฉวยโอกาสและฤทธิ์เสริมภูมิคุ้มกันของสมุนไพรไปแล้วมากกว่า 85 ชนิด จำนวนไม่น้อยกว่า 300 สารสกัด และได้พบสมุนไพรและยาตำรับที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อ HIV หรือเชื้อฉวยโอกาสในหลอดทดลองแล้วหลายชนิดที่จะต้องทำการศึกษาวิจัยต่อใน in vivo model ต้านพิษวิทยาและประสิทธิผลทางคลินิก และร่วมกับ Kunming Institute of Botany (KIB) ดำเนินการการศึกษาทางเคมีเพื่อพัฒนาวิธีการควบคุมคุณภาพของยาจากสมุนไพรคือ ยาตำรับ SH ของ KIB ซึ่งได้มีการวิจัยทางคลินิก Phase I/II ที่โรงพยาบาลสันป่าตอง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ได้ผลค่อนข้างน่าพอใจ จึงได้ทดลองทางคลินิกใน Phase III และผ่านเรียบร้อยแล้ว จึงได้ขึ้นทะเบียนเป็นยาแผนโบราณและจะออกจำหน่ายในเร็วๆ นี้

9.2.2 โครงการคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตรวจสุขภาพให้กับทารกแรกเกิดทั่วประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2539 - ปีงบประมาณ 2546 พบว่า ได้ตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด 2,696,637 ราย พบทารกที่ผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง 8,742 ราย สามารถติดตามทารกมาตรวจยืนยันโรคได้ 5,037 ราย พบทารกผิดปกติ 941 ราย และได้รับการรักษาครบทุกราย ซึ่งทำให้สามารถช่วยป้องกันเด็กไทยไม่ให้เกิดปัญญาอ่อนได้

9.2.3 ชุดโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้สนับสนุนงบประมาณการวิจัยด้านสุขภาพให้กับเครือข่ายวิจัยสุขภาพ ซึ่งมีมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติเป็นผู้จัดการเครือข่ายวิจัยสุขภาพ โดยงานวิจัยที่อยู่ระหว่างดำเนินการจนถึงปัจจุบันจะเป็นชุดโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพ รวม 16 ชุดโครงการ โดยเป็นชุดโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรค 6 ชุดโครงการ ชุดโครงการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ รวม 7 ชุดโครงการ ชุดโครงการที่สนับสนุนระบบสุขภาพ รวม 3 ชุดโครงการ

10. การพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ

10.1 การพัฒนาความร่วมมือด้านสาธารณสุขในระดับโลก ที่สำคัญได้แก่

10.1.1 การร่วมมือกับกองทุนโลกเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ มาลาเรียและวัณโรค องค์การสหประชาชาติได้จัดตั้งกองทุนโลกเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ มาลาเรียและวัณโรค (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria -

GFATm)โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสนับสนุนงบประมาณให้ประเทศต่างๆทั่วโลกที่มีปัญหาการแพร่ระบาดจากโรคดังกล่าวประมาณ 60,000 ล้านเหรียญสหรัฐหรือ 27 ล้านล้านบาท ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามในข้อตกลงความช่วยเหลือทางการเงินจากกองทุนดังกล่าว โดยกองทุนฯ ให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ประเทศไทย จำนวน 5 โครงการ รวม 211 ล้านเหรียญสหรัฐหรือประมาณ 9,300 ล้านบาท ดำเนินการในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2546-2550) ซึ่งครอบคลุมการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียทั้งในภาครัฐและเอกชน

นอกจากนี้ คณะกรรมการกองทุนโลกเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ มาลาเรียและวัณโรค ได้มีมติเอกฉันท์ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2546 ให้ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้แทนไทย ดำรงตำแหน่งรองประธาน คณะกรรมการกองทุน โดยมี ฯพณฯ ทอมมี่ จี. ทอมสัน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสหรัฐอเมริกาเป็นประธานคณะกรรมการ นอกจากนี้ ผู้แทนไทยยังดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการจริยธรรมและประธานคณะกรรมการประเมินผล ผู้อำนวยการกองทุนด้วย นับว่าเป็นเกียรติอย่างสูงของคณะผู้แทนไทยและคณะกรรมการกองทุนยังให้ไทยเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนครั้งที่ 6 เมื่อวันที่ 15-17 ตุลาคม 2546 ณ จังหวัดเชียงใหม่

10.1.2 การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 56 (56th World Health Assembly-WHA) จัดขึ้นเมื่อวันที่ 18-28 พฤษภาคม 2546 ณ สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก กรุงเจนีวา สวิสเซอร์แลนด์ นั้น ประเทศไทยได้มีบทบาทผลักดันในเรื่องสำคัญๆ ดังนี้

1) ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกได้ให้การรับรองร่างมติเรื่องโรคซาร์สและมติความปลอดภัยด้านสารเคมี ซึ่งไทยได้เป็นแกนนำในการจัดทำร่างดังกล่าวอย่างเป็นเอกฉันท์เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2546

2) ไทยมีบทบาทในการเจรจาต่อรองอัตราการจ่ายเงินสมทบของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2004 - 2005 จนทำให้ที่ประชุมมีมติรับรองการใช้เกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ โดยให้อัตราการจ่ายเงินสมทบสูงสุดที่ร้อยละ 22 และต่ำสุดที่ร้อยละ 0.001 ซึ่งในช่วงปีงบประมาณ ค.ศ. 2004 - 2005 นี้ ไทยจะต้องจ่ายเงินสมทบร้อยละ 0.2893 ของงบประมาณองค์การอนามัยโลก โดยไทยไม่ขอใช้สิทธิ์ส่วนลด ทำให้ประเทศพัฒนาแล้วไม่กล้าขอใช้สิทธิ์ส่วนลดเช่นกัน จึงทำให้สามารถรักษางบประมาณขององค์การอนามัยโลกไว้ได้ที่ 880 ล้านเหรียญสหรัฐแทนที่จะถูกปรับลดเหลือ 860 ล้านเหรียญสหรัฐ

3) การคำนวณสัดส่วนเจ้าหน้าที่ในองค์การอนามัยโลกที่มาจากประเทศกำลังพัฒนา ที่ประชุมมีมติโดยเสียงข้างมากรับข้อมติที่เสนอโดยคณะทำงานที่ประเทศไทยร่วมด้วย ให้ใช้น้ำหนักอัตราความก้าวหน้าตามขนาดประชากรในการคำนวณจำนวนเจ้าหน้าที่ ซึ่งสำหรับไทยเมื่อใช้สูตรการคำนวณใหม่จะทำให้จำนวนโควต้าเจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกในส่วนของประเทศไทยเปลี่ยนจาก 2-8 คน เป็น 4-12 คน

นอกจากนี้ แพทย์ไทยคือ พญ.วัฒนีย์ เย็นจิตร ได้รับรางวัล Leon Bernard ในฐานะที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางสายตา โดยมีพิธีมอบรางวัลในวันที่ 22 พฤษภาคม 2546 ณ ที่ประชุมใหญ่ของสมัชชาอนามัยโลก

10.1.3 การประชุมเวทีระดับประเทศเรื่องความปลอดภัยด้านเคมีวัตถุ (Inter-governmental Forum on Chemical Safety (IFCS Forum IV) IFCS มีการประชุมมาแล้ว รวม 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 4 นี้ ไทยโดยสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์และกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ จัดขึ้นที่ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 1-7 พฤศจิกายน 2546 และสมเด็จพระเจ้าลูกเธอเจ้าฟ้าจุฬาภรณ์วลัยลักษณ์อัครราชกุมารี องค์ประธานสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์เป็นองค์ประธานในพิธีเปิดการประชุม มีผู้เข้าประชุมจากประเทศสมาชิก IFCS ประมาณ 130 ประเทศทั่วโลก รวมทั้งสิ้น 600 คน

การประชุมดังกล่าวไทยมีบทบาทผลักดันในเรื่องสำคัญๆ ดังนี้

1) ที่ประชุมมีมติเป็นครั้งแรกเสนอให้รัฐบาลประเทศต่างๆ ห้ามหรือจำกัดการจำหน่ายและการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพิษร้ายแรง โดยเฉพาะสารเคมีที่องค์การอนามัยโลกได้จัดในกลุ่มเป็นพิษรุนแรงและเป็นพิษอย่างมาก รวมทั้ง

กลุ่มอื่นๆ ที่พบการเกิดพิษบ่อยๆ ครั้ง โดยไทยได้ร่วมสนับสนุนมตินี้อย่างเข้มแข็ง

2) ที่ประชุมมีมติให้จัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะกิจเพื่อพัฒนาระบบการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของประเทศกำลังพัฒนาด้านการดูแลเรื่องความปลอดภัยด้านสารเคมี ซึ่งข้อเสนอนี้เป็นข้อเสนอจากอิหร่านและไทยให้ความสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจนประสบผลสำเร็จเป็นครั้งแรก

3) ผู้แทนไทย (นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ) ได้ดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการบริหารของ IFCS คนใหม่ (IFCS President) โดยมีวาระ 3 ปี (พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2549)

10.2 ความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านและประเทศกำลังพัฒนา

10.2.1 ความร่วมมือไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประเทศไทยได้ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ งบประมาณและการพัฒนาสาธารณสุขแก่สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขไทยได้มอบเตียงคนไข้ 100 เตียง ไม้ช่วยเดิน 80 อัน ถังออกซิเจน 80 ถัง และวิตามินเอจำนวน 500,000 เม็ด

10.2.2 ความร่วมมือไทย-สหภาพพม่า ได้มีการเยือนสหภาพพม่าของ ฯพณฯ ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 19-20 มิถุนายน 2544 เพื่อเจรจาความร่วมมือระหว่างไทยกับสหภาพพม่าโดยเฉพาะการจัดกิจกรรมด้านสาธารณสุขชายแดนร่วมกัน ซึ่งหลังจากนั้นก็ได้มีการจัดประชุมรวมทั้งจัดนิทรรศการความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างไทยกับสหภาพพม่า รวม 3 ครั้ง โดยในครั้งที่ 3 เมื่อวันที่ 28-29 กันยายน 2546 ที่จังหวัดเชียงราย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้มอบถุงยางอนามัย จำนวน 1,000,000 ชิ้น ให้แก่กระทรวงสาธารณสุขสหภาพพม่าและทั้งสองประเทศตกลงที่จะดำเนินการร่วมมือป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย ตามแนวชายแดนและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา อาหารและการแพทย์แผนไทยโบราณ

10.2.3 ความร่วมมือไทย - สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม ใน พ.ศ. 2545 - 2546 ไทยได้สนับสนุนทางด้านวิชาการด้านสาธารณสุข โดยจัดรายการศึกษาดูงานให้แก่คณะแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม รวม 112 คน และใน พ.ศ. 2547 กรมวิเทศสหการจะเตรียมการลงนามความร่วมมือทางวิชาการในภาพรวมระหว่างไทยกับสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

10.2.4 ความร่วมมือไทย - กัมพูชา ได้มีการลงนามในบันทึกข้อตกลงระหว่างกระทรวงสาธารณสุขไทยและกัมพูชา เพื่อร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย เมื่อวันที่ 3 - 4 พฤษภาคม 2544 ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขไทยได้มอบยา รวม 4 ครั้ง มูลค่าทั้งสิ้น 7.5 ล้านบาทแก่กัมพูชา และได้จัดอบรมบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขของกัมพูชา รวม 30 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2545 - 2547

10.2.5 ความร่วมมือไทย-มาเลเซีย ได้มีการประชุม The 3rd Malaysia-Thailand Health Conference ซึ่งจัดขึ้นระหว่างวันที่ 12 - 14 มีนาคม 2546 ณ จังหวัดภูเก็ต ประเทศไทย ซึ่งเป็นการประชุมระดับรัฐมนตรีเป็นครั้งแรกเกี่ยวกับการแพทย์แผนโบราณ ความร่วมมือในด้านสมุนไพรและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์องค์รวม การเฝ้าระวังและการควบคุมโรค การตรวจสอบอาหาร การวิจัยและธุรกิจท่องเที่ยวที่เกี่ยวกับสุขภาพ

10.2.6 ความร่วมมือไทย-สาธารณรัฐประชาชนจีน ใน พ.ศ. 2545 ได้มีโครงการความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างสองประเทศในด้านการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ไทย-จีน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในไทย โดยทางฝ่ายไทยมีมหาวิทยาลัยร่วมโครงการ 4 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี และมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และฝ่ายจีนมีมหาวิทยาลัยที่แสดงความประสงค์เข้าร่วมโครงการ 4 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้ ปักกิ่ง นานกิงและเฉินตู นอกจากนี้ ยังร่วมมือในการพัฒนาสมุนไพรโดยจีนมอบสมุนไพรจีน 11 ชนิด มาทดลองปลูกในไทย และมีความร่วมมือสาขาใหม่ๆ ได้แก่ สุขภาพจิตและการจัดทำมาตรฐานการนำเข้าอาหารและยา

10.2.7 โครงการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง 6 ประเทศ (ลาว พม่า ไทย จีน (มณฑลยูนนาน) เวียดนาม กัมพูชา) โดยประเทศไทยมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสาธารณสุขของ

ประเทศเพื่อนบ้าน และส่งเสริมให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคและพัฒนาชนกลุ่มน้อยตามแนวชายแดน ซึ่งโครงการที่สำคัญ ได้แก่ Mekong Basin Disease Surveillance Project (MBDS), Mekong Roll Back Malaria Initiative in the Greater Mekong Sub Region Project และ Human Resource Development Project

นอกจากนี้ โรงพยาบาลต่างๆ ตามชายแดนของกระทรวงสาธารณสุขได้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในประเทศเพื่อนบ้านโดยไม่คิดมูลค่า ซึ่งผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2539-2546 ให้บริการรวม 37,083 ราย

การสาธารณสุขไทย
๒๕๔๔-๒๕๔๗

บทที่ 9
สุขภาพกับพลวัตทางเศรษฐกิจ

เศรษฐกิจของประเทศไทยมีลักษณะเป็นพลวัต เช่นเดียวกับประเทศอื่นและเศรษฐกิจโลก โดยมีเศรษฐกิจถดถอย ในช่วง พ.ศ. 2521-2530 และเศรษฐกิจขยายตัวรวดเร็ว ช่วง พ.ศ. 2531- 2539 ต่อด้วยวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 และเศรษฐกิจฟื้นตัวตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ซึ่งในบทนี้จะวิเคราะห์ผลกระทบจากพลวัตทางเศรษฐกิจต่อสุขภาพและนำเสนอยุทธศาสตร์ที่ใช้แก้ปัญหาในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ

1. สุขภาพและระบบบริการสุขภาพในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ (พ.ศ. 2521 - พ.ศ. 2530)

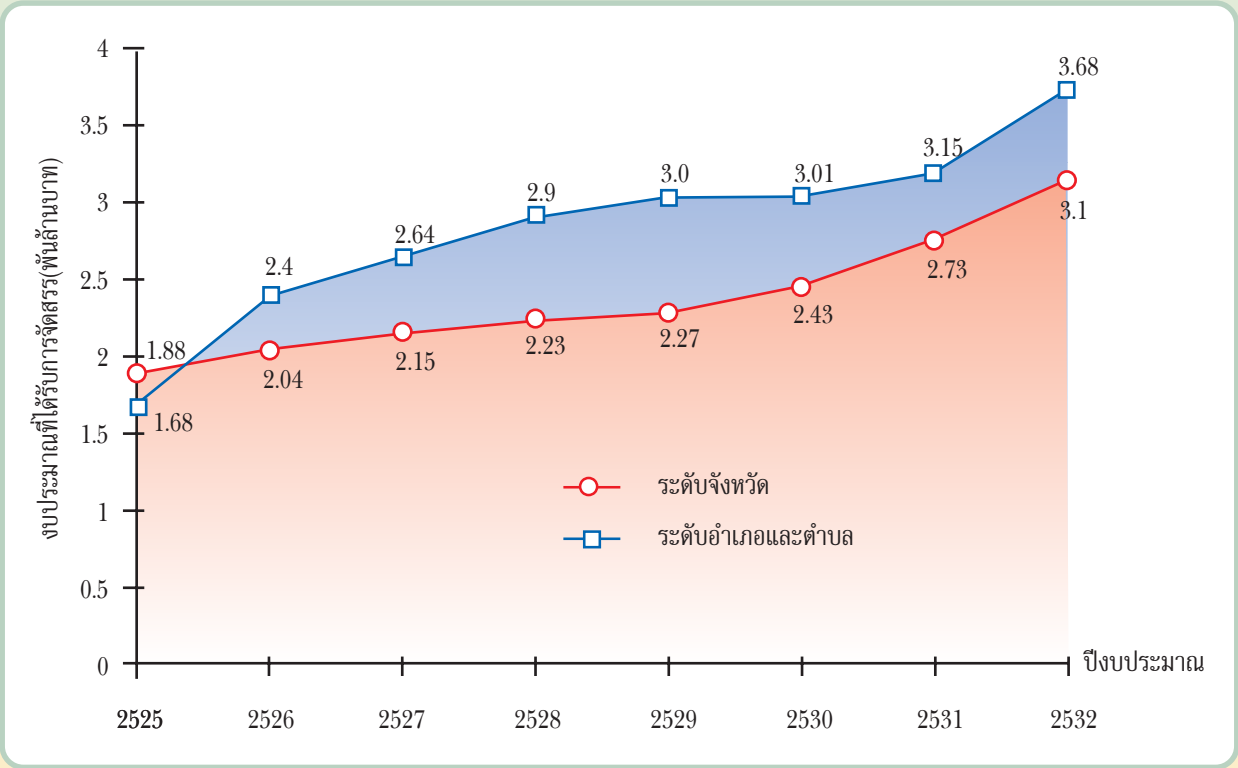
ก่อน พ.ศ. 2540 ประเทศไทยเคยเกิดวิกฤตเศรษฐกิจมาแล้ว 2 ครั้งในช่วง พ.ศ. 2521 และ พ.ศ. 2526 โดยมีสาเหตุมาจากการขึ้นราคาน้ำมันดิบและภาวะเงินเฟ้ออย่างรุนแรง นอกเหนือจากการที่มีการกู้เงินมากเกินตัว ใน พ.ศ. 2528 รัฐบาลได้ลดค่าเงินบาทลงร้อยละ 15 และต้องเข้าโครงการช่วยเหลือขอรับเงินกู้จากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) ในจำนวน 1,500 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือคิดเป็นมูลค่าใน พ.ศ. 2541 เท่ากับ 3,600 ล้านเหรียญสหรัฐ ในช่วงนั้นก็มีการปรับลดงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนำไปสู่การปรับลดเป้าหมายการพัฒนาบางอย่าง เช่น เป้าหมายการสร้างโรงพยาบาลชุมชน และเป้าหมายการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ สัดส่วนของงบประมาณลงทุนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2530 ใกล้เคียงกับตัวเลขใน พ.ศ. 2543 (ภาพที่ 7.13)

แม้เศรษฐกิจจะไม่ดี และงบประมาณด้านสาธารณสุขไม่เพิ่มขึ้นมากนัก ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2521 - 2529 แต่สุขภาพของคนไทยกลับดีขึ้นมาก และระบบบริการสุขภาพมีความเสมอภาคและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนาชนบทแบบผสมผสานโดยอาศัยตัวชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ทำให้มีการถ่ายเทงบประมาณที่จำกัดไปสู่การสร้างสถานพยาบาลในชนบท (โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย) จนครอบคลุมเกือบร้อยละ 100 เป็นทศวรรษแห่งการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้า รูปธรรมของความสำเร็จ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของอัตราการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก ภาวะโภชนาการ และการสุขาภิบาลและน้ำสะอาด

การพัฒนาท่ามกลางความขาดแคลนทรัพยากรเหล่านี้ เกิดจากมี**ภาวะผู้นำและความมุ่งมั่นทางการเมืองอย่างสูง**ทั้งๆ ที่เป็นรัฐบาลทหาร ในช่วงเวลาดังกล่าวมีนโยบายที่ชัดเจนในการถ่ายเทงบประมาณจากโรงพยาบาลในเมืองไปสู่การลงทุนในสถานบริการในชนบท ใน พ.ศ. 2526 เป็นปีแรกที่งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดสรรให้แก่สถานพยาบาลในชนบท (โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย) สูงกว่างบประมาณที่จัดสรรให้แก่สถานบริการในเขตเมือง (ภาพที่ 9.1)

ภาพที่ 9.1 การจัดสรรงบประมาณระหว่างงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลกับงานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2525-2532



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, กระทรวงสาธารณสุข

มีตัวอย่างรูปธรรมของความสำเร็จอย่างน้อย 3 ประการ

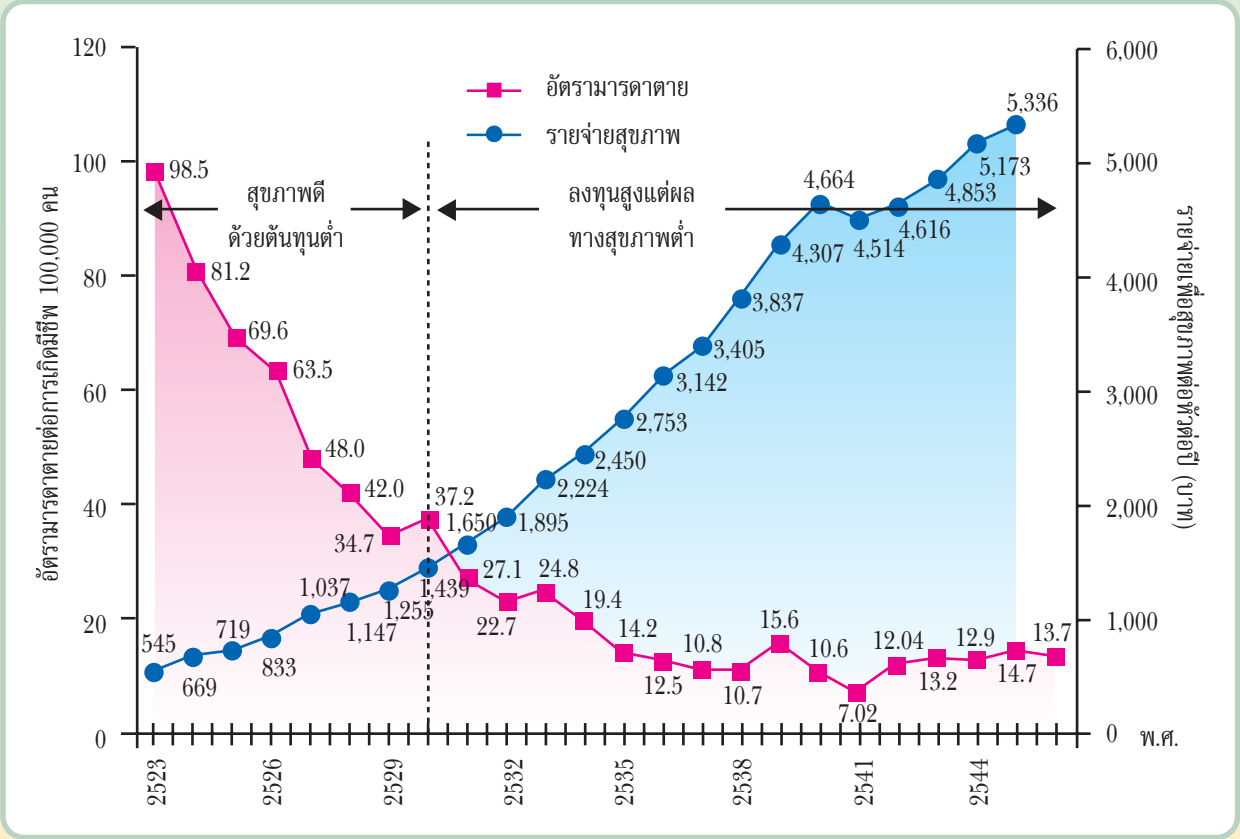
1.1 การกระจายทรัพยากรสุขภาพดีขึ้น ใน พ.ศ. 2522 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานคร สูงกว่าในภาคอิสานถึง 21 เท่า ตัวเลขนี้ลดลงเหลือเพียง 9 เท่าใน พ.ศ. 2530 (ภาพที่ 6.3) จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในชนบทเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่า อัตราแพทย์ต่อเตียงในโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มจาก 1:10.8 ใน พ.ศ. 2522 เป็น 1:8.1 ใน พ.ศ. 2530 (ภาพที่ 6.7)

1.2 การครอบคลุมบริการสุขภาพที่จำเป็นเพิ่มขึ้น อัตราการครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ และ ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก เพิ่มจากร้อยละ 20-30 ใน พ.ศ. 2525 เป็นร้อยละ 70 ใน พ.ศ. 2529 (ตารางที่ 5.8 และภาพที่ 5.12) ในช่วงเวลาเดียวกัน การครอบคลุมของส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาลและน้ำสะอาด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35 เป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 60 ตามลำดับ (ภาพที่ 4.35 และภาพที่ 4.37)

1.3 ภาวะสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น อัตราการตายของมารดาลดลง 4 เท่า จาก 130.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ใน พ.ศ. 2521 เหลือน้อยกว่า 30 ใน พ.ศ. 2531 (ภาพที่ 5.1) อัตราตายของทารกลดลงจาก 50 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย เป็น 38 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ภาพที่ 5.2)

จึงอาจกล่าวได้ว่าในช่วง พ.ศ. 2521 - 2529 แม้จะมีภาวะเศรษฐกิจไม่ดีนัก แต่ก็เป็นทศวรรษแห่ง **"สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ"** (ภาพที่ 9.2)

ภาพที่ 9.2 "สุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ" และ "ลงทุนสูงแต่ผลทางสุขภาพต่ำ"



ที่มา: ดัดแปลงจากการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2541

2. ระบบสุขภาพในช่วงเศรษฐกิจขยายตัว (พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2539)

ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2531 - 2539 เศรษฐกิจไทยขยายตัวอย่างรวดเร็ว บางปีมากกว่า ร้อยละ 10 งบประมาณภาครัฐเพิ่มขึ้นมาก และรัฐบาลให้ความสำคัญแก่การลงทุนด้านสังคมมาก งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ต่อปี เป็นเวลาติดต่อกันหลายปี ในทศวรรษดังกล่าวงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นถึง **4 เท่าตัว** และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและค่ายาเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่าในมูลค่าจริง (ตารางที่ 6.50 และภาพที่ 6.37) สัดส่วนของงบประมาณสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 ของงบประมาณประเทศ ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 7.7 ใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 6.37) ส่วนมากนำไปลงทุนในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สัดส่วนงบประมาณลงทุนของกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 38.7 ใน พ.ศ. 2540 นับเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในรอบ 35 ปี (ภาพที่ 7.13)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และงบประมาณด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมากนี้ ในบางส่วนเป็นปัญหาค่อนข้างมาก เช่น กรณีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้าง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มจาก 4,316 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2533 เป็น 16,440 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 4 เท่าใน 8 ปี (ตารางที่ 9.1) โดยมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยปีละราวร้อยละ 20 ทั้งๆ ที่จำนวนข้าราชการเพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 2 ต่อปี ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นมากนี้เป็นผลเนื่องมาจากระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายตามรายการ (fee for services) ทำให้เกิดแรงจูงใจที่มีการใช้เทคโนโลยีและยาราคาแพงในการตรวจรักษาโรค รวมทั้งความไม่โปร่งใสในระบบการเบิกจ่ายเงินโดยเฉพาะในภาคเอกชน

ตารางที่ 9.1 ค่าใช้จ่ายสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2546

ปีงบประมาณ	ค่าใช้จ่าย (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)
2533	4,316	-
2534	5,127	18.79
2535	5,854	14.17
2536	7,906	35.05
2537	9,954	25.90
2538	11,156	12.08
2539	13,587	21.79
2540	15,503	14.10
2541	16,440	6.04
2542	15,174	-7.7
2543	17,062	12.44
2544	19,180	12.41
2545	20,475	6.75
2546	22,679	10.76

ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

ในช่วง พ.ศ. 2535-2539 ซึ่งเป็นช่วงแห่งการเติบโตแบบฟองสบู่ โดยเฉพาะของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีจำนวนเตียงและแพทย์เพิ่มจาก 9,974 เตียง และ 1,094 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 29,945 เตียง และแพทย์ 3,244 คน ใน พ.ศ. 2540 นับเป็นการเพิ่มถึงกว่า 3 เท่าในระยะเวลา 10 ปี (ตารางที่ 6.6 และตารางที่ 6.32) ทำให้สัดส่วนของจำนวนเตียงในภาคเอกชนเพิ่มจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 22.6 (ตารางที่ 6.32 และภาพที่ 6.24) และสัดส่วนของจำนวนแพทย์เพิ่มจากร้อยละ 11.4 เป็นร้อยละ 19.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 6.6 และภาพที่ 6.4) การลงทุนธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ มีการสร้างความต้องการเทียมเกิดขึ้นมากพอสมควร เช่น อัตราการผ่าตัดคลอดบุตรในโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าร้อยละ 50 ในบางโรงพยาบาลสูงกว่าร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งอยู่ในอัตราต่ำกว่าร้อยละ 20 อย่างไรก็ดีการลงทุนที่มากและรวดเร็วเกินไป ส่งผลให้มีทรัพยากรส่วนเกินและมีการใช้ทรัพยากรที่ขาดประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้จากอัตราครองเตียงของโรงพยาบาลเอกชนใน พ.ศ. 2540 มีเพียงร้อยละ 44.3 เท่านั้น ถือได้ว่ามีเตียงมากเกินความต้องการไปถึงร้อยละ 235

ในช่วงทศวรรษดังกล่าว มีการใช้เทคโนโลยีราคาแพงเพิ่มขึ้นอย่างมาก เช่น จำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (ภาพที่ 6.29) การใช้ยาก็มีมูลค่ามากขึ้น ในบางปีเพิ่มขึ้นถึงกว่าร้อยละ 20 โดยเฉพาะยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งมีสัดส่วนการใช้เพิ่มจากร้อยละ 27.7 ใน พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 40.7 ใน พ.ศ. 2540 (ภาพที่ 6.27) ความสนใจต่อนโยบายแห่งชาติด้านยาและบัญชียาหลักลดลงไปอย่างมากในช่วงเวลาดังกล่าว

นอกจากนี้ ยังเป็นทศวรรษที่มีการขยายตัวของความไม่โปร่งใสในระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่การสั่งใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม การรับผลประโยชน์ตอบแทนจากการสั่งใช้ยาและเทคโนโลยี รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชน จนถึงการรับผลประโยชน์จากการจัดหายาและเทคโนโลยี และการเรียกเก็บเงินที่เกินสมควรสำหรับบริการสุขภาพภาคเอกชน

ในทศวรรษดังกล่าว ก็มีความไม่เสมอภาคในการกระจายทรัพยากรมากขึ้น ตัวอย่างเช่น ความแตกต่างระหว่างอัตราแพทย์ต่อประชากร ใน กทม. และภาคอีสาน ซึ่งต่างกัน 9 เท่าใน พ.ศ. 2530 เพิ่มเป็น 14 เท่า ใน พ.ศ. 2540 (ภาพที่ 6.3) สาเหตุที่สำคัญคือภาวะสมองไหลของแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐในชนบทสู่โรงพยาบาลเอกชนในเขตเมือง ในช่วงเดือนเมษายน 2540 ก่อนเศรษฐกิจฟองสบู่จะแตก มีโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอถึง 21 แห่งที่ไม่มีแพทย์ประจำเลย อัตราการสูญเสียแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปี เพิ่มจากร้อยละ 8.0 ใน พ.ศ. 2537 เป็น 45.1, 60.6 และ 52.8 ของจำนวนแพทย์จบใหม่ที่เข้ารับราชการทั้งหมด ใน พ.ศ. 2538, 2539 และ 2540 ตามลำดับ (ตารางที่ 6.7) อัตราแพทย์ต่อเตียงของโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอลดลงจาก 1:8.1 ใน พ.ศ. 2530 เป็น 1:15.3 ใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 6.7)

ยิ่งไปกว่านั้นยังพบด้วยว่าคนยากจนจำนวนมากไม่ได้บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และจำนวนมากต้องจ่ายเงินซื้อยากินเอง หรือจ่ายเงินให้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ใน พ.ศ. 2535 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำสุด (decile ต่ำสุด) คิดเป็นร้อยละ 8.2 ของรายได้ ขณะที่กลุ่มที่มีรายได้สูงสุด (decile สูงสุด) คิดเป็นร้อยละ 1.3 ดังนั้นกลุ่มคนรายได้น้อยจึงมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มคนที่มีรายได้สูงถึง 6.4 เท่า ตัวเลขนี้ลดลงเป็น 3.4 เท่าใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 4.10)

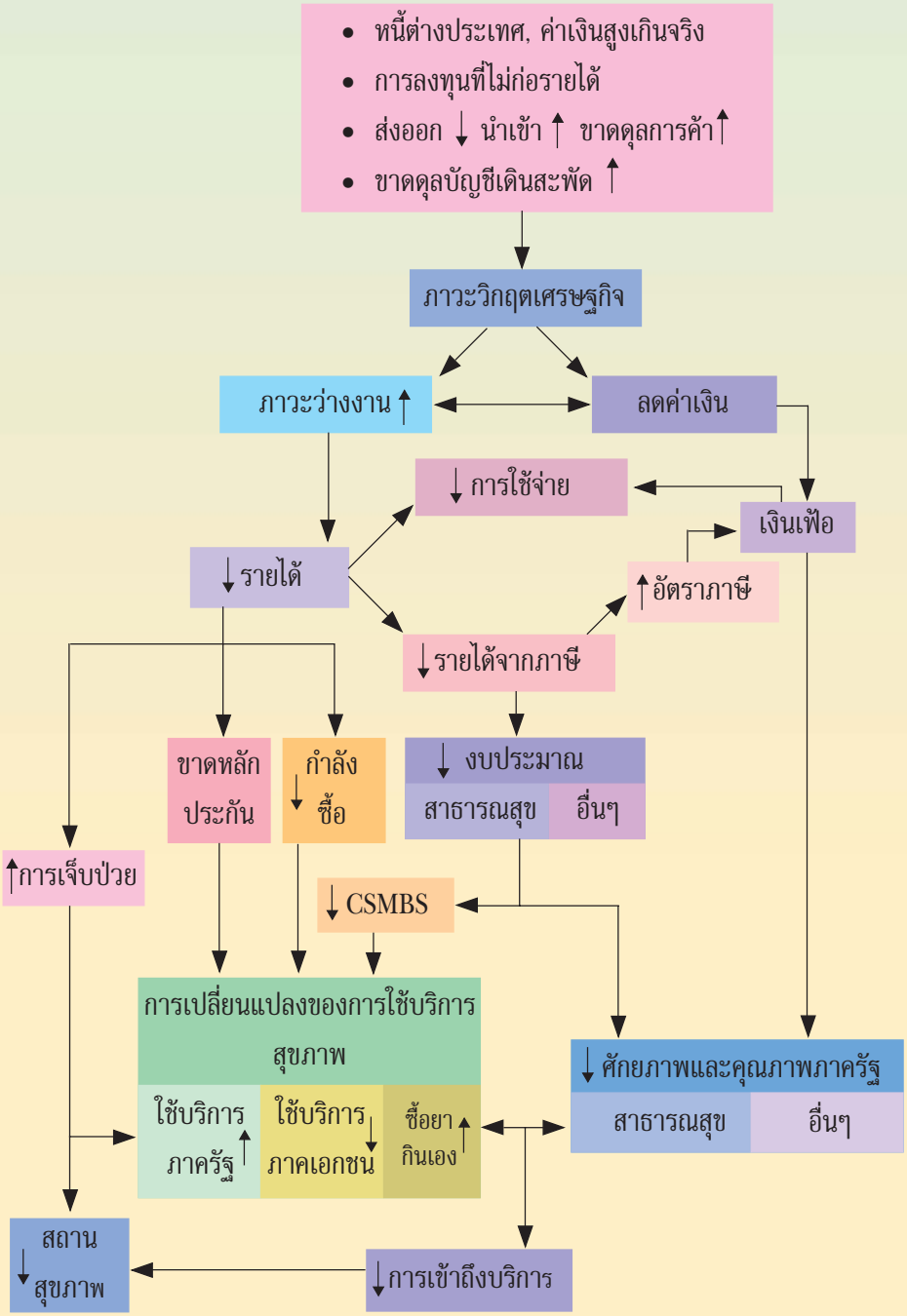
ในทศวรรษเดียวกันนี้ ก็ได้มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงใหม่ๆ เกิดขึ้น เช่น โรคเอดส์ ความรุนแรง ยาเสพติด อุบัติเหตุ มะเร็ง และโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ เพิ่มจากจำนวนต่ำกว่า 10,000 คน ใน พ.ศ. 2530 เป็น 850,000 คน ใน พ.ศ. 2540 โรคที่เคยควบคุมได้บางโรคก็กลับมารุนแรงอีก เช่น วัณโรค

ดังนั้น แม้ทศวรรษที่ พ.ศ. 2531-2540 จะเป็นทศวรรษแห่งการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ถือเป็นทศวรรษที่ "**ลงทุนมาก แต่ได้ผลตอบแทนทางสุขภาพต่ำ**" (ภาพที่ 9.2)

3. วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 และผลกระทบต่อสุขภาพ

การเปิดเสรีด้านการเงินด้วยการอนุญาตกิจการวิเทศธนกิจ (Bangkok International Banking Facilities - BIBF) ใน พ.ศ. 2536 โดยที่ระบบการกำกับดูแลยังไม่เข้มแข็ง เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ภายหลังการเปิดเสรีทางการเงิน มีการนำเข้าเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำจำนวนมหาศาล มาลงทุนในกิจการที่ได้ผลตอบแทนต่ำ โดยเฉพาะกิจการโรงกลั่นน้ำมัน อุตสาหกรรมยานยนต์ อสังหาริมทรัพย์ และโรงพยาบาลเอกชน ในขณะเดียวกันการกำหนดอัตราแลกเปลี่ยนเงินที่ตายตัวทำให้ค่าเงินบาทแข็งกว่าปกติ มีผลกระทบต่อศักยภาพการแข่งขันและทำให้การส่งออกชะลอตัว ซึ่งนำไปสู่ภาวะการขาดดุลบัญชีเดินสะพัดสูงถึงร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใน พ.ศ. 2539 การป้องกันการโจมตีค่าเงินบาทในช่วงต้นปีและกลาง พ.ศ. 2540 ทำให้สูญเสียเงินทุนสำรองระหว่างประเทศอย่างมาก จนนำไปสู่การกำหนดค่าเงินบาทลอยตัวเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 อันเป็นจุดเริ่มต้นของวิกฤตเศรษฐกิจ มีการล้มละลาย และปรับตัวของอุตสาหกรรมต่างๆ อย่างขนานใหญ่ อัตราการว่างงานสูงขึ้น อัตราดอกเบี้ยและภาวะเงินเฟ้อสูงขึ้นอย่างมาก ผลกระทบต่อมาทำให้รายได้ของประชาชนลดลง มีการลดการบริโภค ทำให้รัฐมีรายได้จากภาษีลดลงและต้องตัดงบประมาณรายจ่ายลง การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลกระทบต่อภาคสังคม เช่น การศึกษา การสาธารณสุข ซึ่งนำไปสู่ผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 9.3

ภาพที่ 9.3 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจ



CSMBS = Civil Servant Medical Benefit Scheme สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

ที่มา: ดัดแปลงจาก Musgrove P., The Economic crisis and its impact on health care in Latin America and the Caribbean, 1994

ผลกระทบด้านสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจ มีดังนี้

3.1 ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในมิติทางกาย ที่ชัดเจนที่สุดได้แก่ผลกระทบด้านโภชนาการ ความชุกของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 12.2, 12.2, 10.6, 11.5 และ 11.5 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543 และ 2544 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.9) ความชุกของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.2 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 8.5, 8.6, 8.5, 8.8, 8.1 และ 8.9 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.3) และความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์เพิ่มจากร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 13.0, 13.9, 13.3, 12.6, 11.9 และ 12.0 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543, 2544 และ 2545 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.10) ปัญหาดังกล่าวพบมากในกลุ่มคนจนและคนว่างงาน อย่างไรก็ตามไม่พบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องภาวะการขาดสารอาหารในเด็กต่ำกว่า 5 ขวบ ปัญหาโรคติดเชื้อบางอย่างมีอุบัติการสูงขึ้น แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น เช่น ไข้มาเลเรียหัด ท้องร่วงในเด็กและไข้เลือดออก อุบัติการของไข้มาเลเรียเพิ่มจาก 1.5 ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2539 เป็น 1.8, 2.2, 2.1, 1.6 ,1.2, 0.82 และ 0.64 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.16) การเพิ่มขึ้นของอุบัติการของไข้มาเลเรียนี้ เคยเกิดขึ้นในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำครั้งก่อนๆ (ช่วง พ.ศ. 2522 - 2525 และช่วง พ.ศ. 2529 - 2531)

อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบ ก็เพิ่มขึ้นจาก 11.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2538 เป็น 16.7, 14.5, 11.9, 12.3, 11.7 และ 12.0 ใน พ.ศ. 2541, 2542, 2543, 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.4)

ปัญหาสุขภาพทางกายบางอย่างมีแนวโน้มดีขึ้น เช่น อาชีวอนามัยและอุบัติเหตุจราจร (ภาพที่ 5.34) การลดลงของอุบัติเหตุจราจรน่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการลดลงของจำนวนยานพาหนะ ซึ่งพบว่ายอดจำหน่ายรถยนต์ลดลงจาก 589,126 คัน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 144,065 คัน ใน พ.ศ. 2541 คิดเป็นการลดลงถึงร้อยละ 75.5 (ตารางที่ 5.21) อัตราการขอรับเงินทดแทนจากอุบัติเหตุจากการทำงานลดลงจากร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 3.8, 3.4, 3.0, 3.3, 3.2, 2.9 และ 3.0 ใน พ.ศ. 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545 และ 2546 ตามลำดับ (ภาพที่ 4.12) นอกจากนี้ความชุกของการสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่และปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่ายก็ลดลงด้วย ความชุกของการสูบบุหรี่ ซึ่งเพิ่มจากร้อยละ 22.8 ใน พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 23.4 ใน พ.ศ. 2539 ลดลงเป็นร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2546 จำนวนบุหรี่ที่จำหน่ายในช่วงดังกล่าวก็ลดลงถึงร้อยละ 24.6 แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.60) อัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็ลดลงถึงร้อยละ 19.0 ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2542 แต่ใน พ.ศ. 2546 กลับมีการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.64)

ดัชนีชี้วัดสุขภาพทางกายอื่นๆ ยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงมากนัก

ในด้านสุขภาพจิต พบว่ามีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในหมู่คนว่างงาน การสำรวจทางโทรศัพท์โดยกรมสุขภาพจิต รวม 11 ครั้ง ช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่าความชุกของความเครียดและความคิดฆ่าตัวตายในหมู่คนว่างงานสูงกว่ากลุ่มผู้ประกอบอาชีพและประชาชนทั่วไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข)

3.2 ผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ประชาชนมีแนวโน้มจะหันไปซื้อยากินเองและใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐมากขึ้น การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่สถานบริการลดลงร้อยละ 23.0 จาก 343 บาท/เดือน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 264 บาท/เดือน ใน พ.ศ. 2544 และค่าใช้จ่ายในการซื้อยากินเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.2 จาก 41 บาท/เดือน เป็น 46 บาท/เดือน ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 6.52)

การสำรวจโดยหน่วยติดตามสถานะสุขภาพจากวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2542 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเอกชนลดลง ร้อยละ 20-70 ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 6-15 ในช่วง พ.ศ. 2535-2543 (ตารางที่ 4.5) และจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.8 ต่อปี ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 4.6) การสำรวจเพิ่มเติมอีกหลายครั้งก็พบแนวโน้มเดียวกัน (ดูในการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - 2543 ตารางที่ 4.98 และ 4.99)

3.3 ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและงบประมาณด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ในมูลค่าจริง) ใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3.7 ใน พ.ศ. 2540 และลดลงในอัตราร้อยละ -9.5 ใน พ.ศ. 2541 เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ในมูลค่าจริง) มีค่าลดลง (ตารางที่ 6.50) ค่าใช้จ่ายด้านยาก็ลดลงถึงร้อยละ 17.3 ใน พ.ศ. 2541 (ตารางที่ 6.50) งบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐลดลงในอัตราที่เร็วกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพภาคเอกชน ส่งผลให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐลดลงจากร้อยละ 37.80 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 32.95 ใน พ.ศ. 2543 (ตารางที่ 6.49) งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขในมูลค่าจริงลดลงจาก 67,574 ล้านบาทใน พ.ศ. 2540 เป็น 61,097 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2544 คิดเป็นการลดลงถึงร้อยละ 9.6 (ภาพที่ 6.37) งบประมาณที่ลดลงนี้จะยังไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินการมากนัก เพราะกระทรวงสาธารณสุขได้ลดงบประมาณในส่วนของการลงทุนเป็นหลัก แต่ยังคงงบประมาณในส่วนการดำเนินการเอาไว้ได้มากพอควร สัดส่วนงบประมาณลงทุนใน พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 11.5 และ 8.8 ตามลำดับ (ภาพที่ 7.13) แม้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะเพิ่มขึ้นช้าลง แต่ก็ยังมากกว่าการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2542 ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.63 เศรษฐกิจขยายตัวเพียงร้อยละ -0.08 เป็นผลให้อัตราส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) เพิ่มเป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ. 2543 (ตารางที่ 6.50)

3.4 ผลกระทบต่อสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน

เมื่อประชาชนมีอำนาจการซื้อลดลง การใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพของภาคเอกชนซึ่งมีราคาสูงก็ลดลงด้วย ในสภาวะที่รายได้ลดลง แต่ภาระหนี้สินสูงขึ้น เพราะการลดค่าเงินบาทและการเพิ่มอัตราดอกเบี้ยทำให้โรงพยาบาลเอกชนจำนวนมากอยู่ในภาวะลำบาก การสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุขในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 ขณะที่ค่าเงินบาทลดลงร้อยละ 40 พบว่าโรงพยาบาลเอกชนในภาพรวมมีหนี้สินเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 ล้านบาท หรือประมาณ 250 ล้านเหรียญสหรัฐ โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งมีการลดจำนวนเตียงลง ลดการจ่ายค่าล่วงเวลาและลดเงินเดือนพนักงานและบางแห่งถึงขนาดต้องลดจำนวนพนักงานลง มีการคาดการณ์กันว่า มีการลดเตียงโรงพยาบาลเอกชนลงถึงหนึ่งในสามในภาพรวม โรงพยาบาลเอกชนที่เปิดใหม่บางแห่งถึงขนาดต้องปิดกิจการลง ทุกโรงพยาบาลต้องเร่งปฏิรูปการจัดการ เช่น การเข้าเป็นสมาชิกของระบบบริการสุขภาพภายใต้ พ.ร.บ. ประกันสังคม การจัดชุดบริการสุขภาพและการจัดทัวร์สุขภาพ เฉพาะใน พ.ศ. 2542 มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าเป็นสมาชิกของระบบประกันสังคมเพิ่มขึ้นถึง 25 แห่ง คิดเป็นอัตราเพิ่มถึงร้อยละ 32.05 (ตารางที่ 9.2) มีการนำยาชื่อสามัญเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นและนับแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา เริ่มมีนักลงทุนต่างชาติเข้ามาถือหุ้นใหญ่ในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง ในลักษณะถือหุ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

ตารางที่ 9.2 โรงพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2548

พ.ศ.	โรงพยาบาลหลัก					โรงพยาบาลในเครือข่าย				
	รัฐ		เอกชน		รวม	รัฐ		เอกชน		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2534	119	86.9	18	13.1	137	-	-	-	-	-
2535	118	81.4	27	18.6	145	838	92.4	69	7.6	907
2536	119	76.3	37	23.7	156	748	89.2	91	10.8	839
2537	122	68.9	55	31.1	177	1,019	78.7	275	21.3	1,294
2538	126	66.7	63	33.3	189	1,206	63.6	691	36.4	1,897
2539	126	63.6	72	36.4	198	1,210	42.6	1,629	57.4	2,839
2540	127	64.5	70	35.5	197	1,340	46.9	1,517	53.1	2,857
2541	127	62.0	78	38.0	205	1,263	56.0	994	44.0	2,257
2542	128	55.2	104	44.8	232	1,522	39.9	2,294	60.1	3,816
2543	130	52.8	116	47.2	246	1,621	40.4	2,393	59.6	4,014
2544	133	50.8	129	49.2	262	801	39.1	1,247	60.9	2,048
2545	136	50.7	132	49.3	268	899	40.0	1,351	60.0	2,250
2546	137	50.9	132	49.1	269	946	36.4	1,654	63.6	2,600
2547	144	51.8	134	48.2	278	931	37.0	1,586	63.0	2,517
2548	147	53.6	127	46.4	274	919	35.0	1,706	65.0	2,625

ที่มา: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

หมายเหตุ: ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป จำนวนเครือข่ายนับแบบไม่ซ้ำ

4. ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในการตอบสนองต่อวิกฤตเศรษฐกิจ

4.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างระบบสุขภาพที่เสมอภาค

4.1.1 การขยายหลักประกันสุขภาพ ใน พ.ศ. 2544 ประชาชนไทยมีหลักประกันค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 71 ส่วนมากเป็นหลักประกันที่พึ่งพางบประมาณจากภาษี ประชากรร้อยละ 29 ที่ยังไม่มีหลักประกันได้แก่กลุ่มที่มีรายได้ต่ำและปานกลางซึ่งมีอาชีพอิสระ ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ได้มีความพยายามที่จะขยายหลักประกันสุขภาพไปสู่กลุ่มคนดังกล่าว โดยเฉพาะการขยายในเรื่องการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย และการขยายเรื่องการประกันสุขภาพโดยระบบสมัครใจ (บัตรสุขภาพ) ปรากฏว่าการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเพิ่มจากอัตราการครอบคลุมร้อยละ 12.7 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 31.5 ใน พ.ศ. 2544 ส่วนบัตรสุขภาพเพิ่มจากร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 22.1 ใน พ.ศ. 2544 (ตารางที่ 6.69) รัฐบาลปัจจุบันได้ดำเนินการตามนโยบายครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคน โดยเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป ซึ่งทำให้การครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 95 ใน พ.ศ. 2546 นอกจากความพยายามในการครอบคลุมหลักประกันสุขภาพแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการลดช่องว่างระหว่างสิทธิและค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ซึ่งจะมีการดำเนินการภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

4.1.2 การบำรุงรักษาข่ายความมั่นคงด้านสังคม

แม้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขจะลดลงในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ แต่งบประมาณที่สนับสนุนสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากไร้ ก็ยังเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25.3 ในมูลค่าจริง ใน พ.ศ. 2540 ทำให้สัดส่วนงบประมาณด้านนี้เพิ่มจากร้อยละ 9.4 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 15.3 ใน พ.ศ. 2544 (ตารางที่ 7.8 และภาพที่ 7.12) อย่างไรก็ดีจุดสำคัญอยู่ที่ความโปร่งใสและประสิทธิภาพของการกระจายและการบริหารงบประมาณ ซึ่งได้มีระเบียบกระทรวงการคลัง จัดตั้งคณะกรรมการขึ้นดูแลงบประมาณส่วนนี้ โดยมีผู้แทนสื่อมวลชน ผู้สูงอายุ ประชาคม และผู้ให้บริการร่วมกันดูแลการจัดสรรและการใช้งบประมาณก้อนนี้

4.1.3 ผลิตแพทย์ชนบทอย่างต่อเนื่อง

เพื่อแก้ปัญหาสมองไหลของแพทย์ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ได้มีโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทขึ้นใน พ.ศ. 2538 โดยรับนักศึกษาที่มีภูมิลำเนาในต่างจังหวัด เข้าศึกษาแพทย์โดยใช้โรงพยาบาลระดับจังหวัดเป็นฐานการศึกษา และเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วก็กลับไปปฏิบัติงานในจังหวัดภูมิลำเนาเป็นเวลา 3 ปี แม้การผลิตนักเรียนทุนในสาขาต่างๆ จะลดลงในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ แต่จำนวนนักศึกษาแพทย์ในโครงการนี้กลับเพิ่มขึ้นจนถึงเป้าหมายปีละ 300 คน ใน พ.ศ. 2542

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทก็เริ่มลดลงภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ อัตราการสูญเสียแพทย์ใหม่ลดลงจากร้อยละ 52.8 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 33.3 ใน พ.ศ. 2541 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 11.5 ใน พ.ศ. 2543 (ตารางที่ 6.7) ผู้ที่ลาออกไปเริ่มขอกลับเข้ารับราชการ เกิดภาวะ**สมองไหลกลับ** อัตราส่วนแพทย์ต่อเตียงในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มจาก 1:15.3 ใน พ.ศ. 2541 เป็น 1:13.9 และ 1:10.9 ใน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2544 ตามลำดับ (ภาพที่ 6.7)

4.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

4.2.1 ประสิทธิภาพในการจัดการ

(1) **การปฏิรูประบบการจัดการด้านยา** มีการลดจำนวนรายการยาในโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการใช้ยาตามบัญชียาหลัก ระบบการจัดซื้อยารวมในระดับจังหวัด ซึ่งเริ่มพัฒนามาตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ได้มีการดำเนินการทุกจังหวัดใน พ.ศ. 2541 ระบบนี้จัดซื้อยาจากโรงงานที่ได้รับประกาศนียบัตรหลักเกณฑ์และกรรมวิธีที่ดีในการผลิต (GMP) และมีการร่วมกันตรวจคุณภาพยาอย่างจริงจัง ระบบนี้ทำให้สามารถประหยัดงบประมาณค่ายาลงถึงร้อยละ 19.5 ใน พ.ศ. 2544 (ตารางที่ 9.3) ทั้งๆ ที่ระหว่าง พ.ศ. 2540-2542 กระทรวงพาณิชย์ได้อนุญาตให้ขึ้นราคายาได้ร้อยละ 22.85 สำหรับยานำเข้า และร้อยละ 20.63 สำหรับยาผลิตในประเทศ ระบบการจัดซื้อร่วมกันนี้กำลังขยายตัวไปเป็นระดับเขต

ตารางที่ 9.3 ผลการดำเนินการจัดซื้อร่วมและมูลค่าประมาณการประหยัด พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546

ปีงบประมาณ	ดำเนินการ		มูลค่าจัดซื้อ (ล้านบาท)		ประมาณการจัดซื้อถูกลง		มูลค่าซื้อรวม/จังหวัดเฉลี่ย
	จังหวัด	รายการ	ปกติ	จัดซื้อร่วม	ล้านบาท	ร้อยละ	
2540	33	-	247.14	189.23	57.91	23.44	5.73
2541	60	2,168	691.30	523.69	171.47	24.67	8.73
2542	75	4,491	1,209.90	874.21	335.69	27.75	11.65
2543	74	8,173	1,831.10	1,286.74	549.46	30.01	17.39
2544	74	9,041	2,060.57	1,553.29	507.28	24.62	21.57
2545	70	8,581	2,443.36	1,956.01	487.30	16.70	16.34
2546	67	7,889	NA	1,593.8	NA	NA	15.96

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(2) การปฏิรูประบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ ประเด็นสำคัญ คือ มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล การจำกัดการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน (เหลือเฉพาะกรณีฉุกเฉิน) และการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ มาตรการดังกล่าวโดยเฉพาะมาตรการแรกมีผลให้ค่าใช้จ่ายใน พ.ศ. 2542 ลดลงถึง 1,187 ล้านบาท (ตารางที่ 9.3) ในอนาคตจะเริ่มใช้ระบบการจ่ายเงินผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ด้วย ซึ่งจะช่วยให้ประหยัดงบประมาณลงไปได้อีก

(3) โรงพยาบาลรัฐที่เป็นอิสระ ความพยายามพัฒนาประสิทธิภาพอีกประการหนึ่งก็คือการจัดการให้โรงพยาบาลของรัฐมีอิสระมากขึ้นในการจัดการทรัพยากร โดยให้เป็น**โรงพยาบาลภายใต้การกำกับของรัฐ** ภายใต้ **พ.ร.บ.องค์การมหาชน** แนวทางนี้มุ่งเน้นให้เกิดความยืดหยุ่นคล่องตัว และประสิทธิภาพในการจัดการ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน พ.ศ. 2543 มีแผนปฏิบัติการที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้มีโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นอิสระ รวม 7 แห่ง แต่ประสบการณ์จากต่างประเทศ โดยเฉพาะมาเลเซีย และสิงค์โปร์ ทำให้ประเทศไทยตระหนักว่าจะต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง ดังนั้นขณะนี้จึงมีเพียงโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 180 เตียงเท่านั้น ที่มีการดำเนินการดังกล่าว การกระจายอำนาจด้านสุขภาพแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็กำลังดำเนินการตามแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจ ซึ่งคู่ขนานไปกับการกระจายอำนาจทางการเมืองด้วย

4.2.2 ประสิทธิภาพในการจัดการกระจายทรัพยากร เป็นที่ทราบกันดีว่าการกระจายทรัพยากรไปสู่ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกิจกรรมในชุมชนและบริการพื้นฐาน จะมีประสิทธิภาพสูงกว่าด้านการรักษาพยาบาล ดังนั้น ยุทธศาสตร์ที่สำคัญอันหนึ่งในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ คือ การมุ่งลงทุนที่จะสนับสนุนให้ประชาชนออกกำลังกายสม่ำเสมอ บริโภคอาหารอย่างเหมาะสม รณรงค์การไม่สูบบุหรี่ การขับขี่ยานพาหนะอย่างมีความรับผิดชอบ และการหลีกเลี่ยงสำส่อนทางเพศ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้งบประมาณจากร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตบุหรี่และสุรา ขณะเดียวกันแม้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขจะลดลง แต่งบประมาณด้านการป้องกันและควบคุมโรค เช่น งบประมาณวัคซีน งบประมาณด้านแม่และเด็ก งบประมาณด้านการดูแลเรื่องเอดส์โดยชุมชน ยังคงมีอยู่และไม่ได้ลดลง

4.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

แม้สถานพยาบาลภาครัฐ จะได้รับความนิยมมากพอควร โดยพิจารณาจากจำนวนผู้รับบริการที่มากในสถานพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่สถานีอนามัยจนถึงโรงพยาบาลเฉพาะทางในเขตเมือง แต่ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ยังเป็นปัญหาอยู่ ดังนั้น นอกจากจะสร้างหลักประกันสุขภาพ และขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพแล้ว ประเด็นสำคัญจะต้องพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกประเภททุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชน ด้วยมาตรการต่างๆ ที่อาจดำเนินการได้ เช่น การสร้างแรงจูงใจทางการเงิน การจัดบริการนอกเวลาราชการ การสร้างระบบคุณภาพในสถานพยาบาล และการพัฒนาระบบประเมินคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation System) ซึ่งเป็นระบบที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ภายใต้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (พรพ.) และได้รับรองสถานพยาบาลไปแล้ว 82 แห่ง ใน พ.ศ. 2547 ในอนาคตอันใกล้ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานพยาบาลทุกแห่งจะต้องได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

4.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของสังคม

ยุทธศาสตร์นี้เชื่อมโยง 3 ยุทธศาสตร์ข้างต้น ความเข้มแข็งทางสังคมโดยสะท้อนผ่านความเข้มแข็งของกลุ่มประชาคมต่างๆ จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่ผู้มีอำนาจทางการเมืองจะมุ่งมั่นดำเนินการ เพื่อประโยชน์ส่วนรวม ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณ ประมาณปีละ 49 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ และอีกประมาณปีละ 90 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านโรคเอดส์ เป้าหมายดังกล่าวนี้แม้จะลดลงไปบ้างภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ แต่ก็ยังดำรงอยู่เพียงพอที่จะเกิดความต่อเนื่อง นอกจากนี้กองทุนสร้างเสริมสุขภาพก็จะเป็นแหล่งอุดหนุนทรัพยากรใหม่แก่องค์กรเอกชนด้านสุขภาพด้วย

ใน พ.ศ. 2540 ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน ซึ่งนำไปสู่การปฏิรูปการเมืองและสังคม โดยมีการประกาศใช้ พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติใน พ.ศ. 2542 ในด้านสุขภาพ ก็มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2543 วัตถุประสงค์ก็เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนไทย ในการจัดทำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถประกาศใช้ได้ภายใน 3 ปี โดยจะเป็น “ธรรมนูญด้านสุขภาพ” ของไทยฉบับแรก ยุทธศาสตร์สำคัญ คือ การสร้างความรู้และเคลื่อนไหวสังคม เพื่อให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนในอนาคต

5. สุขภาพในช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว (ตั้งแต่ พ.ศ. 2545)

เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา โดยอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มจากร้อยละ 2.1 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 5.4, 6.3 และ 6.0 ใน พ.ศ. 2545, 2546 และ 2547 ตามลำดับ ลดลงแล้วจากหวัดนก และ Tsunami

ผลของการฟื้นตัวทำให้ความต้องการบริการสุขภาพภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก(ตารางที่ 9.4) นอกจากนี้ความเคลื่อนไหวในการขยายบริการสุขภาพแก่ชาวต่างประเทศทั้งในภาคเอกชนและภาครัฐ ทำให้เพิ่มความต้องการบริการสุขภาพภาคเอกชนขึ้นไปอีก

ผลที่เกิดขึ้น ก็คือ การเกิดภาวะสมองไหล จากภาครัฐในชนบทสู่ภาคเอกชนในเมืองอีกครั้งหนึ่ง

การลาออกของแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเคยลดลงอย่างมากในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ก็กลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน พ.ศ. 2546 มีแพทย์ลาออกถึง 756 คน คิดเป็นร้อยละ 74.6 ของแพทย์จบใหม่และแพทย์ที่กลับเข้ารับราชการใหม่

เพื่อตอบสนองต่อความต้องการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก รัฐบาลได้อนุมัติโครงการผลิตแพทย์เพิ่มในช่วง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2557 รวม 10,678 คน โดยเริ่มรับนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา

ตารางที่ 9.4 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของคนไทย

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ	2534	2539	2544	2546	2547
ไม่รักษา	15.9	6.9	5.4	5.9	5.3
การรักษาแบบพื้นบ้าน	5.7	2.8	2.5	2.9	4.4
ซื้อยารับประทานเอง	38.3	37.9	24.2	21.5	20.9
สถานบริการสาธารณสุข	14.8	20.8	17.4	23.9	24.6
โรงพยาบาลของรัฐ	12.9	12.9	34.80	33.1	30.2
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	12.4	18.7	15.0	19.4	22.7

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2534, 2539, 2544, 2546, 2547

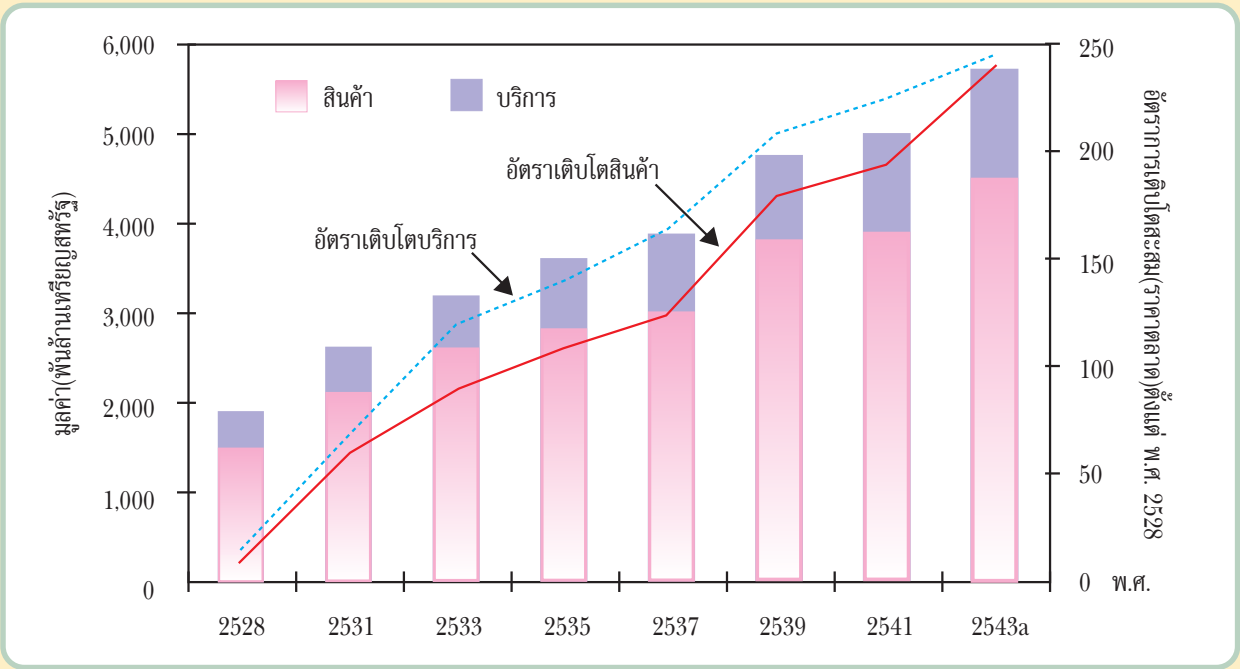
การสาธารณสุขไทย
๒๕๔๔-๒๕๔๗

บทที่ 10
ระบบสุขภาพกับการค้าระหว่างประเทศ

เป็นที่ทราบกันมาหลายศตวรรษแล้วว่า การค้าระหว่างประเทศมีผลกระทบด้านสุขภาพ เช่น การระบาดของกาฬโรคในศตวรรษที่ 14 เกิดขึ้นตามเส้นทางการค้าระหว่างประเทศ การระบาดของอหิวาต์ในยุโรปตั้งแต่ พ.ศ. 2373 ซึ่งเกิดเนื่องจากการเดินทางและการค้าได้นำไปสู่การประชุมระหว่างประเทศด้านสุขาภิบาล ที่กรุงปารีส เมื่อ พ.ศ. 2394 การจัดตั้งองค์กรระหว่างประเทศด้านสุขภาพต่างๆ มักจะมีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมโรคที่แพร่ระบาดจากการค้าและการเดินทางระหว่างประเทศ เช่น การจัดตั้ง Pan American Sanitary Bureau (พ.ศ. 2445) องค์การสุขภาพของสันนิบาตชาติ (พ.ศ. 2462) และองค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2491)

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาการค้าระหว่างประเทศยิ่งทวีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาทางเทคโนโลยีและการสื่อสารคมนาคม ตลอดจนการพัฒนาเศรษฐกิจและข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศต่างๆ ประมาณกันว่าการค้าระหว่างประเทศ ใน พ.ศ. 2543 มีขนาดราว 7 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งเป็นการค้าด้านบริการประมาณร้อยละ 20 (1.4 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ) ในขณะที่ตัวเลขมูลค่าบริการด้านสุขภาพทั่วโลกมีขนาดประมาณ 3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ แต่ส่วนมากเป็นการบริโภคภายในประเทศ (บริการด้านสุขภาพของไทยมีมูลค่าราว 5 พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณร้อยละ 0.17 ของมูลค่าของโลก) มูลค่าการจำหน่ายยาในประเทศต่างๆ ทั่วโลกรวมกันประมาณ 400,000 ล้านเหรียญสหรัฐ (ของไทยมีมูลค่าราว 1,000 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณร้อยละ 0.25 ของมูลค่าทั่วโลก) (ภาพที่ 10.1)

ภาพที่ 10.1 มูลค่าและอัตราการเติบโตทางการค้าของสินค้าและบริการในกลุ่มประเทศ OECD, พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2543



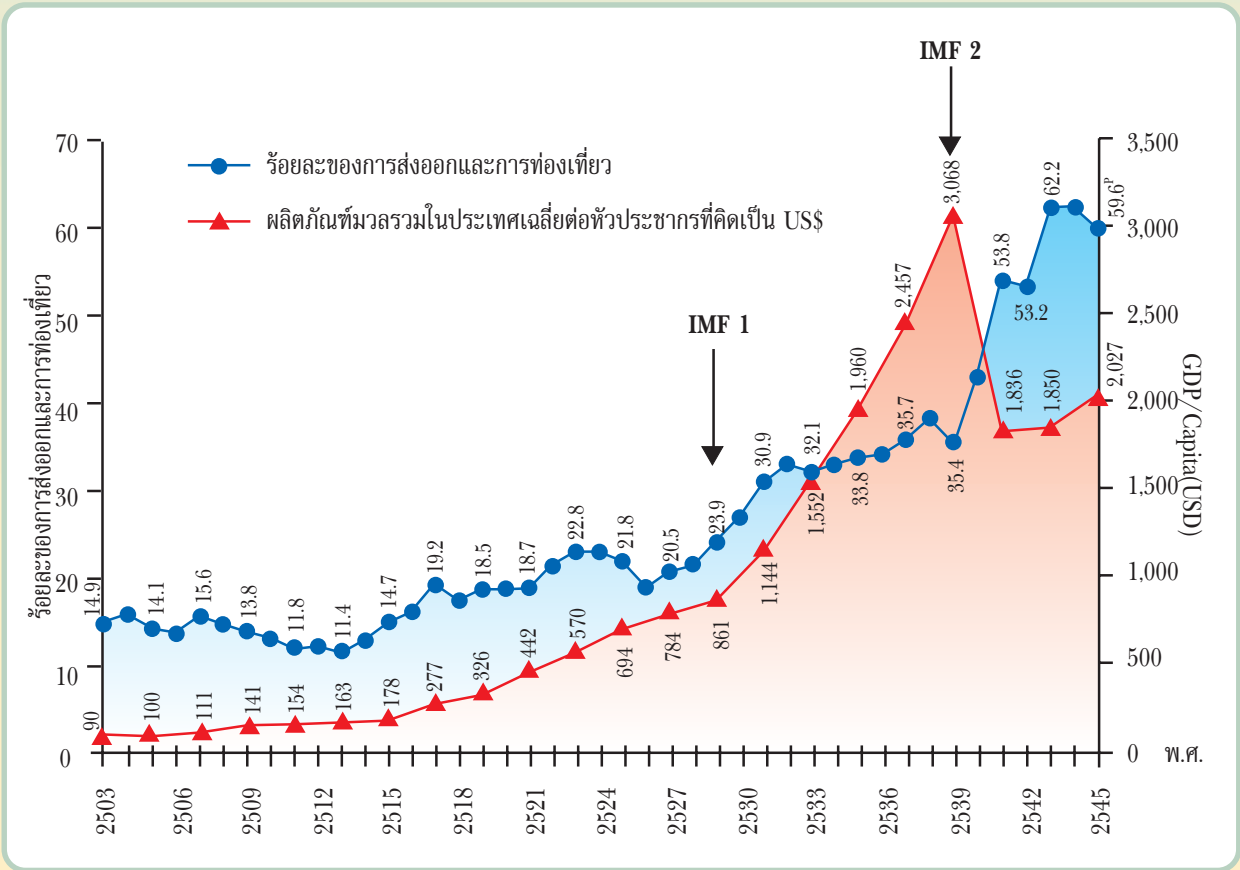
a 2543 OECD estimates

ที่มา: OECD-Eurostat, OECD Statistics on International trade in services, 2001. IMF, Balance of Payments Statistics Yearbook, 2000.

ในประเทศกำลังพัฒนา มูลค่าการค้าระหว่างประเทศเมื่อเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศจะพบว่ามีสัดส่วนสูงขึ้นเรื่อยๆ เช่น ใน พ.ศ. 2543 มูลค่าการค้าระหว่างประเทศของไทยมีสัดส่วนถึงร้อยละ 63 ของ GDP เพิ่มจากร้อยละ 20 ในช่วง พ.ศ. 2520-2528 และร้อยละ 35 ในช่วง พ.ศ. 2537-2539 โดยเฉพาะภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ มูลค่าการบริโภคในประเทศลดลง และค่าเงินบาทตกต่ำลง ทำให้สัดส่วนดังกล่าวยิ่งเพิ่มสูงขึ้น (ภาพที่ 10.2)

ดังนั้น ในบทนี้จะเป็นการนำเสนอบทวิเคราะห์ผลกระทบของการค้าระหว่างประเทศต่อสุขภาพ

ภาพที่ 10.2 สัดส่วนมูลค่าการค้าระหว่างประเทศต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ของไทย พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: P เป็นข้อมูลเบื้องต้น

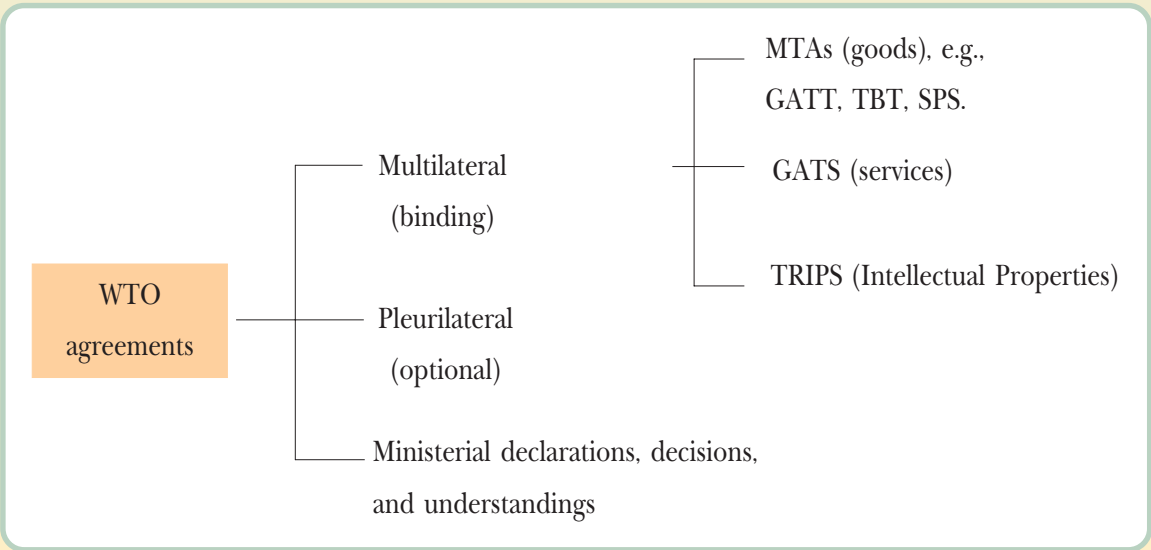
1. องค์การการค้าโลก (World Trade Organization-WTO)

1.1 ต้นกำเนิด ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง ทำให้ประเทศ 23 ประเทศร่วมกันลงนามในข้อตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าและพิกัดอัตราภาษีศุลกากร (The General Agreement on Tariffs and Trade-GATT) โดยมุ่งหวังเพื่อควบคุมและส่งเสริมการเปิดเสรีทางการค้า โดยผ่านการเจรจารอบต่างๆ การเจรจารอบที่ 8 ซึ่งเรียกว่ารอบอุรุกวัย (พ.ศ. 2529-พ.ศ. 2537) จบลงด้วยการลงนามในข้อตกลงมาราเกซ เพื่อจัดตั้งองค์การการค้าโลกอย่างถาวรขึ้น ในข้อตกลงดังกล่าวเป็นครั้งแรกที่มีการบรรจุเรื่องการค้าบริการและเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาเข้าไปด้วย ตามแรงผลักดันของประเทศพัฒนาแล้ว

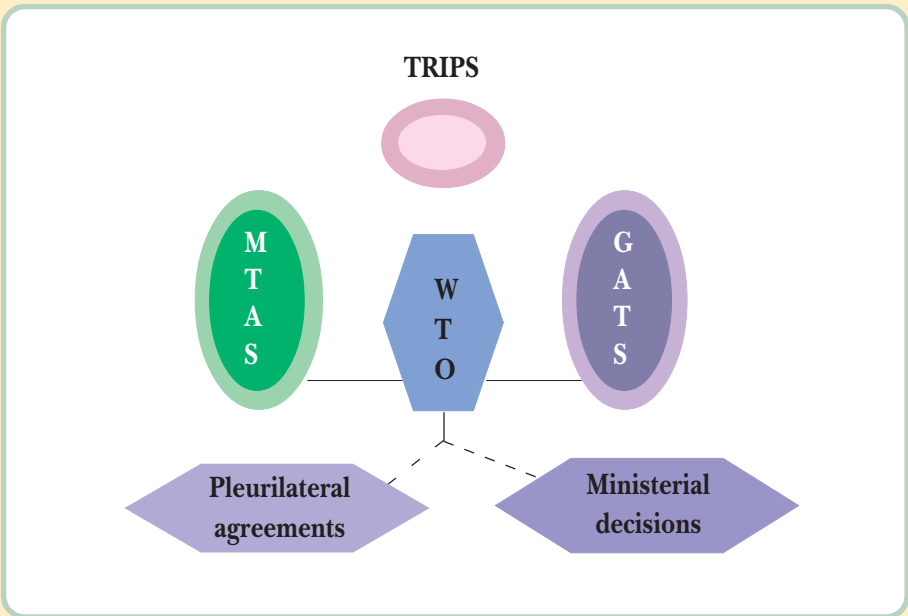
1.2 เขี้ยวเล็บขององค์การการค้าโลก เครื่องมือขององค์การการค้าโลก ที่จะควบคุมและสนับสนุนการค้าระหว่างประเทศ ได้แก่ ข้อตกลงพหุภาคีต่างๆ (Multilateral Agreements) ซึ่งผูกพันทุกประเทศที่**เข้าเป็นสมาชิก** และข้อตกลงหลายฝ่าย (Pleurilateral Agreements) ซึ่งสมาชิกลงนามร่วมตามความสมัครใจ นับเป็นครั้งแรกที่ข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ มีผลผูกพันและสามารถบังคับใช้ถึงในระดับประเทศ

ข้อตกลงเหล่านี้สามารถจัดได้เป็น 3 กลุ่ม ซึ่งสัมพันธ์กันคล้ายๆ รถสามล้อ โดยมีองค์การการค้าโลกเป็นผู้ขับ และมีล้อใหญ่ 2 ล้อหลัง คือ ข้อตกลงทางการค้าเกี่ยวกับสินค้า (Multilateral Agreements on Trade in Goods-MTAs) และข้อตกลงทางการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services-GATS) และล้อเล็กด้านหน้าคือ ข้อตกลงเกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (Agreement on Trade Related Intellectual Property Rights-TRIPS) (ภาพที่ 10.3 และ 10.4)

ภาพที่ 10.3 เขี้ยวเล็บขององค์การการค้าโลก



ภาพที่ 10.4 ความสัมพันธ์ของกลไกหลักขององค์การการค้าโลก (สามล้อ)



1.3 ภารกิจ โครงสร้าง และสมาชิกขององค์การการค้าโลก

1.3.1 ภารกิจ องค์การการค้าโลกมีภารกิจ 5 ประการ คือ

(1) บริหารจัดการให้มีการดำเนินการตามข้อตกลง

(2) จัดการให้**มีการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ**

(3) ดูแลนโยบายการค้าของประเทศสมาชิก

(4) แก้ปัญหาข้อขัดแย้งทางการค้า

(5) ดำเนินการให้มีการ**ลงโทษ กรณีที่จำเป็น**

1.3.2 โครงสร้าง (ภาพที่ 10.5)

กลไกที่มีอำนาจสูงสุดในองค์การการค้าโลก คือ การประชุมระดับรัฐมนตรี (Ministerial Conference) ซึ่งจัดให้มีทุก 2 ปี ส่วนงานประจำเป็นภาระของสภาบริหารทั่วไป (General Council) และสำนักงานเลขานุการ

1.3.3 สมาชิก นับจนถึงธันวาคม พ.ศ. 2547 มีประเทศต่างๆ เป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก รวม 148 ประเทศ และมีประเทศผู้สังเกตการณ์ รวม 31 ประเทศ ประเทศไทยมีฐานะเป็นสมาชิกผู้ก่อตั้ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2538

ภาพที่ 10.5 โครงสร้างขององค์การการค้าโลก

Key

- Reporting to General Council (or a subsidiary)
- Reporting to Dispute Settlement Body
- Plurilateral committees inform the General Council or Goods Council of their activities, although these agreements are not signed by all WTO members
- Trade Negotiations Committee reports to General Council

The General Council also meets as the Trade Policy Review Body and Dispute Settlement Body

ที่มา: www.wto.org

1.4 หลักการสำคัญทั่วไปขององค์การการค้าโลก

1.4.1 หลักการ "ประเทศที่ได้รับความอนุเคราะห์ยิ่ง" (Most-Favoured National -MFN) ทุกประเทศสมาชิกจะให้สิทธิ์แก่ประเทศสมาชิกอื่นๆ ทุกประเทศอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกปฏิบัติ

1.4.2 หลักการ "ประติบัติเยี่ยงคนชาติ" (National Treatment) ทุกประเทศสมาชิกจะปฏิบัติต่อนักลงทุนในประเทศสมาชิกอื่นเช่นเดียวกันกับผู้มีสัญชาติของประเทศตนเอง

1.4.3 หลักการความโปร่งใส (Transparency) คือ การเปิดเผยข้อมูลต่างๆ แก่ประเทศสมาชิกด้วยกัน

1.4.4 หลักการ "การยอมรับร่วมกัน" (Mutual Recognition) คือ มีการยอมรับเกณฑ์มาตรฐานของประเทศสมาชิกร่วมกัน เช่น ใบอนุญาต ปริญญาบัตรต่างๆ

1.4.5 หลักการการเปิดเสรีอย่างก้าวหน้า ข้อตกลง/ผูกพันของประเทศสมาชิกจะต้องค่อยๆ ขยายการเปิดเสรีทางการค้ามากขึ้นเรื่อยๆ

1.4.6 หลักการการดูแลประเทศกำลังพัฒนาเป็นพิเศษ เพื่อลดผลกระทบด้านลบจากการค้าเสรีที่อาจจะเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา

1.4.7 หลักการแก้ไขกฎระเบียบภายใน กฎระเบียบภายในของแต่ละประเทศจะต้องแก้ไขให้สอดคล้องกับข้อตกลงระหว่างประเทศ โดยเฉพาะประเด็น Market Access (การเข้าถึงตลาด) และ National Treatment (การประติบัติเยี่ยงคนชาติ)

1.5 องค์การการค้าโลกและเงื่อนไขด้านสุขภาพ

1.5.1 การป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพ ข้อตกลงต่างๆ ขององค์การการค้าโลกจึงมักจะอนุญาตให้ประเทศสมาชิกแต่ละประเทศสามารถจัดทำมาตรฐานเกี่ยวกับมนุษย์ สัตว์ และพืชของตนเองได้ ตราบเท่าที่**มิได้ดำเนินการไปเพื่อการกีดกันทางการค้า**

1.5.2 ข้อตกลงที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพ มีข้อตกลงทางการค้าที่มีผลกระทบ**โดยตรง**ต่อด้านสุขภาพที่สำคัญ 4 เรื่อง ได้แก่

(1) ข้อตกลงพหุภาคีด้านการค้าผลิตภัณฑ์ (MTA_S)

(1.1) ข้อตกลงเกี่ยวกับอุปสรรคทางวิชาการต่อการค้า (TBT-Agreement on Technical Barriers to Trade)

(1.2) ข้อตกลงเกี่ยวกับมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมพืชและสัตว์ (SPS - Agreement on Sanitary and Phyto-sanitary Standard)

(2) ข้อตกลงการค้าบริการ (GATS-General Agreement on Trade in Services)

(3) ข้อตกลงเกี่ยวกับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญา (TRIPS - Agreement on Trade Related Intellectual Properties Rights)

2. ข้อตกลงพหุภาคีด้านการค้าผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ภายหลัง GATT แก้ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากอัตราภาษีศุลกากรแล้ว ปัญหาที่ยังหลงเหลืออยู่ก็คืออุปสรรคด้านวิชาการซึ่งแก้ไขโดยข้อตกลง TBT และ SPS

ข้อตกลง SPS มุ่งเน้นให้การกำหนดมาตรการต่างๆ ในการควบคุมพืชและสัตว์ของประเทศสมาชิกเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะหลักการประเมินความเสี่ยง ส่วนข้อตกลง TBT ครอบคลุมประเด็นทางวิชาการอื่นๆ นอกเหนือจาก SPS ทั้งหมด เช่น ข้อกำหนดเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ การขออนุญาตฉลากหรือการผลิตสินค้า เป็นต้น

ข้อตกลง SPS มุ่งเน้นผลิตภัณฑ์อาหารและอาศัยมาตรฐานของคณะกรรมการมาตรฐานอาหารระหว่างประเทศ (Codex Alimentarius Commission) ที่จัดตั้งโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับองค์การอาหารและการเกษตรแห่งประชาชาติ (FAO) รวมทั้งข้อตกลงมาตรฐานที่เกี่ยวกับพืชและสัตว์ระหว่างประเทศอื่นๆ

ประเทศไทยเป็นผู้ส่งออกอาหารหลักรายหนึ่งของโลก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าร่วมในการเจรจากำหนดมาตรฐาน **Codex** และการเจรจาในเรื่อง **SPS** โดยมีสำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรมเป็นแกนหลัก ร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งนอกจากจะช่วยสร้างความมั่นใจและป้องกันการกีดกันสินค้าอาหารของไทยแล้ว ยังช่วยให้มาตรฐานผลิตภัณฑ์อาหารภายในประเทศดีขึ้นด้วย

3. การเปิดเสรีทางการค้าบริการ - GATS

ประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายไม่เต็มใจที่จะให้มีข้อตกลงในการสนับสนุนการเปิดเสรีการค้าบริการ เพราะการค้าบริการมีส่วนสัมพันธ์กับประเด็นต่างๆ ภายในประเทศค่อนข้างมาก เช่น ประเด็นการอนุญาตสถานบริการ การอนุญาตการประกอบกิจการ การอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเดินทางเข้ามาขายบริการ เป็นต้น ซึ่งอาจมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศและผลกระทบด้านสังคมด้วย ดังนั้น ข้อตกลง GATS จึงมีหลักการที่ชัดเจนว่าจะต้องให้ความสำคัญแก่ยุทธศาสตร์การพัฒนา และกฎเกณฑ์ต่างๆ ภายในประเทศเป็นหลัก และอนุญาตให้ประเทศสมาชิกเลือกที่จะผูกพันการเปิดเสรีการค้าบริการตามความเหมาะสม ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ

3.1 รูปแบบการค้าบริการระหว่างประเทศ (ภาพที่ 10.6)

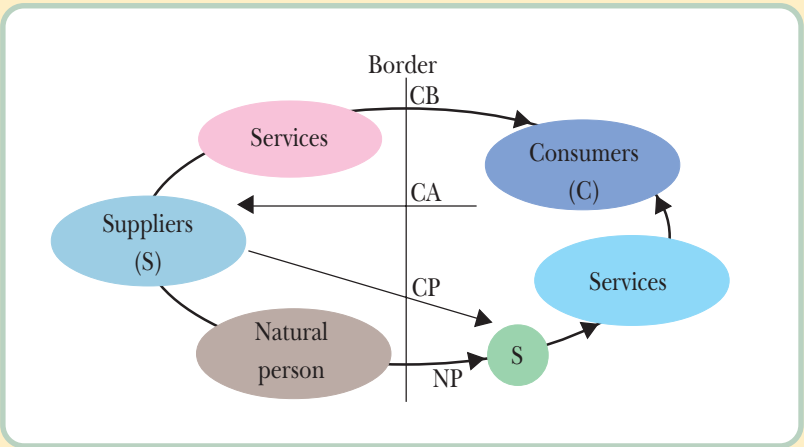
3.1.1 การค้าข้ามพรมแดน (CB - Cross Border Trade) คือ บริการส่งข้ามพรมแดน โดยตัวผู้ให้และผู้รับบริการไม่มีการสัมผัสกันทางกายภาพ เช่น การแพทย์ทางไกล การศึกษาทางไกล การสมัครเป็นสมาชิกวารสารหรือฐานข้อมูลต่างๆ

31.2 การบริโภคข้ามประเทศ (CA - Consumption Abroad) คือ ผู้รับบริการเดินทางไปรับบริการสุขภาพในประเทศอื่น

3.1.3 การลงทุนจัดบริการ (CP - Commercial Presence) คือ นักลงทุนประเทศหนึ่ง ไปลงทุนจัดบริการในอีกประเทศหนึ่ง

3.1.4 การเคลื่อนย้ายบุคคล (NP - Movement of National Person) คือ การที่ผู้ประกอบอาชีพในประเทศหนึ่งเดินทางไปประกอบอาชีพบริการในอีกประเทศหนึ่ง เช่น แพทย์ พยาบาล

ภาพที่ 10.6 รูปแบบการค้าบริการระหว่างประเทศ



3.2 สาขาการบริการที่เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้ข้อตกลงการค้าบริการมีความชัดเจนจึงได้อาศัยการแบ่งประเภทการค้าบริการตาม Central Product Classification ขององค์การสหประชาชาติ โดยมีสาขาการค้าบริการ รวมทั้งสิ้น 12 สาขา (ภาพที่ 10.7) สาขาที่มีผลต่อด้านสุขภาพ**โดยตรง** ได้แก่

3.2.1 สาขาบริการธุรกิจ (Business Sector) เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เป็นต้น

3.2.2 สาขาบริการการศึกษา (Education Sector) เกี่ยวกับการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

3.2.3 สาขาบริการการกระจายสินค้า (Distribution Sector) เกี่ยวกับการค้าส่ง/ค้าปลีก เช่น การจำหน่ายยา

3.2.4 สาขาบริการด้านการเงิน (Financial Sector) เกี่ยวกับธุรกิจประกันสุขภาพ

3.2.5 สาขาบริการสุขภาพและบริการสังคม (Health and Social Services) เกี่ยวกับการเปิดบริการสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น

3.3 การผูกพันของประเทศสมาชิก (ภาพที่ 10.7)

สมาชิกขององค์การการค้าโลกสามารถเลือกสาขาบริการและเงื่อนไขต่างๆ ที่ตนประสงค์จะผูกพันการเปิดเสรีการค้าบริการได้ตาม**ความสมัครใจ** ซึ่งเป็นการผูกพันการเข้าถึงตลาด (Market Access) และผูกพันการประติบัติเยี่ยงคนชาติ (National Treatment) และตามที่ได้เจรจาไว้กับประเทศสมาชิกอื่น ในการปฏิบัติตามหลัก MFN นั้น หากมีข้อยกเว้นแก่สมาชิกบางประเทศ เนื่องจากข้อตกลง/สนธิสัญญาต่างๆ ที่ผูกพันกันไว้ก่อนการจัดตั้งองค์การการค้าโลก (MFN exemption) จะต้องระบุไว้ให้ชัดเจน และต้องทบทวนทุก 5 ปี ข้อตกลงผูกพันนี้สามารถแก้ไขได้หลังจากผูกพันแล้ว 3 ปี และหากการแก้ไขนั้น**มีผลให้การผูกพันลดลง** จะ**ต้องเจรจาและชดเชยค่าเสียหายแก่ประเทศสมาชิกอื่นด้วย**

ข้อผูกพัน มีได้ 2 ลักษณะ คือ

3.3.1 ข้อผูกพันทั่วไป เป็นข้อผูกพันที่ครอบคลุมทุกสาขาบริการ

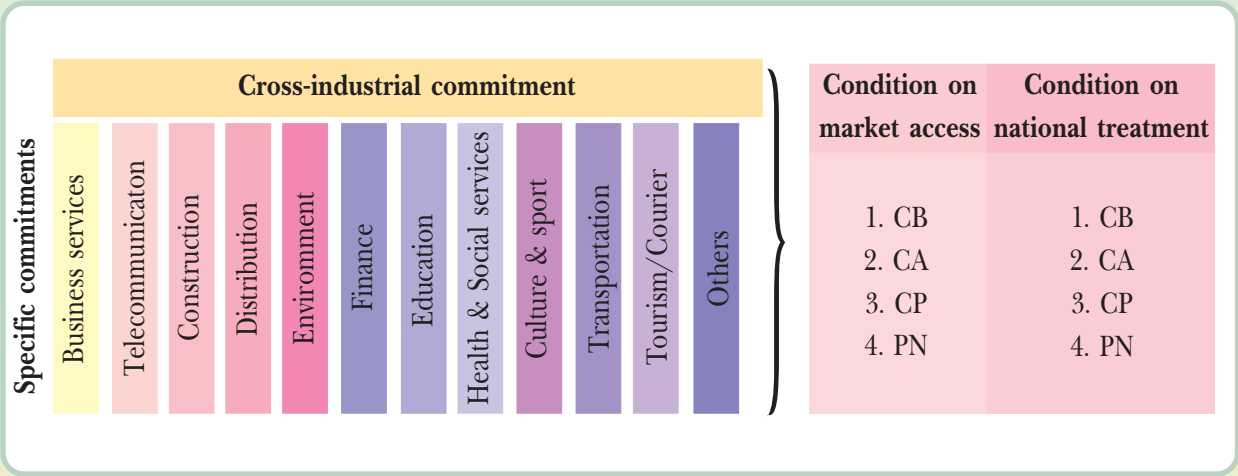
3.3.2 ข้อผูกพันเฉพาะ เป็นข้อผูกพันในสาขาบริการใดสาขาบริการหนึ่ง

ในส่วนของประเทศไทย ได้ระบุข้อผูกพันทั่วไปและผูกพันเฉพาะสาขาบริการ 10 ใน 12 สาขา โดยยังมิได้มีการผูกพันในสาขาบริการสุขภาพ และข้อมูลจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก ก็มีการผูกพันในสาขาบริการสุขภาพน้อยมาก ประเทศในแถบเอเชียที่ผูกพันไว้ก็มีอินเดีย

อย่างไรก็ดี แม้จะมิได้ผูกพันไว้กับองค์การการค้าโลก กฎหมายของไทยก็ได้อนุญาตให้ต่างชาติสามารถทำธุรกิจเกี่ยวกับการลงทุนด้านบริการสุขภาพ การจัดจำหน่ายยา การประกันสุขภาพ การจัดการศึกษา/ฝึกอบรมด้านสุขภาพ รวมทั้งการให้คนต่างชาติเข้ามาประกอบวิชาชีพได้อยู่แล้ว ตามเงื่อนไขข้อจำกัดต่างๆ เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ต้องมีถิ่นที่อยู่ในไทยและสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพได้ (ซึ่งจัดสอบเป็นภาษาไทย) เป็นต้น จึงเท่ากับว่า**ประเทศไทยได้ผูกพันกับองค์การการค้าโลกไว้น้อยกว่าที่กฎหมายไทยกำหนด** ประเทศไทยจึงไม่ต้องแก้ไขกฎหมายภายในให้สอดคล้องกับข้อผูกพันดังกล่าว

อย่างไรก็ดี หากประเทศไทยจะขยายการผูกพันให้เท่ากับข้อกำหนดในกฎหมายไทย ก็จะต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวัง และควรเจรจาเรื่องมาตรการแก้ปัญหากรณีฉุกเฉิน (ESM - Emergency Safeguard Measures) เอาไว้ก่อนเพราะเมื่อผูกพันไปแล้ว หากภายหลังมีความจำเป็นต้องแก้ไขกฎหมายภายใน ซึ่งจะมีผลให้ลดการผูกพันลง ก็จะต้องไปเจรจาและชดเชยค่าเสียหายแก่ประเทศสมาชิกต่างๆ

ภาพที่ 10.7 การผูกพันของประเทศสมาชิก



3.4 ผลกระทบด้านสุขภาพ

เนื่องจากประเทศไทยยังมิได้ผูกพันการเปิดเสรีการค้าบริการเกินกว่าที่กฎหมายไทยกำหนดไว้ ดังนั้นผลกระทบต่างๆ ที่เกิดจากข้อผูกพัน**กับองค์การการค้าโลกจึงยังไม่มี**

อย่างไรก็ดี ผลกระทบจากการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพ**ภายใต้กรอบกฎหมายไทย** ได้เกิดขึ้นแล้ว โดยเฉพาะเกี่ยวกับการกระจายบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น

การที่ขาดแคลนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา และเปิดให้แพทย์จากประเทศกำลังพัฒนาเดินทางเข้าไปประกอบวิชาชีพได้ ทำให้แพทย์ไทยหลั่งไหลไปสหรัฐอเมริกา กว่า 1,500 คน ในช่วง พ.ศ. 2505-2515 เหตุการณ์ดังกล่าวอาจจะเกิดกับสาขาการพยาบาล ซึ่งประเทศพัฒนาแล้วขาดแคลนมาก โดยเฉพาะ สหรัฐอเมริกา แคนาดา และสหราชอาณาจักร ได้รับพยาบาลจากประเทศกำลังพัฒนาไปทำงานหลายหมื่นคน ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ในส่วนของประเทศไทยความพยายามในการจัดหาพยาบาลไทยไปทำงานต่างประเทศยังประสบผลสำเร็จน้อยมาก เพราะมีปัญหาอุปสรรคด้านภาษา

การเปิดเสรีทางการเงิน ในช่วง พ.ศ. 2536 ซึ่งส่งผลให้เกิดการจัดตั้งสถานพยาบาลเอกชนขึ้นเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดภาวะ “สมองไหล” ในประเทศ ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 9

รัฐบาลปัจจุบันกำลังเจรจาเปิดเสรีการค้าทวิภาคีกับประเทศต่างๆ โดยมีนโยบายสำคัญประการหนึ่งคือ การเปิดเสรีการค้าบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกับประเทศญี่ปุ่น ซึ่งหากสำเร็จก็จะมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของไทย โดยเฉพาะปัญหา “สมองไหล” ของบุคลากรจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน มีการคาดการณ์กันว่า ถ้าอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยต่างชาติ มีขนาดตั้งแต่ร้อยละ 10-20 ต่อปี (ปัจจุบันเพิ่มปีละกว่าร้อยละ 30) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นไป จะมีความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2558 รวม 910 - 1,372 คน คิดเป็นร้อยละ 9-12 ของจำนวนแพทย์ที่ต้องการเพิ่มขึ้นทั้งประเทศ

4. ข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญา (TRIPS)

4.1 หลักการเหตุผลและขอบเขตของ TRIPS

แต่เดิมนั้นทรัพย์สินทางปัญญาได้รับการดูแลภายใต้อนุสัญญาปารีสว่าด้วยการป้องกันทรัพย์สินทางอุตสาหกรรม (Paris Convention for the Protection of Industrial Property) และอนุสัญญากรุงเบิร์น ว่าด้วยการป้องกันงานวรรณกรรมและศิลปะ แต่อนุสัญญาดังกล่าวจะขึ้นกับกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายในแต่ละประเทศ ทำให้ทรัพย์สินทางปัญญา โดยเฉพาะเรื่องลิขสิทธิ์โปรแกรมคอมพิวเตอร์ วรรณกรรม ศิลปกรรม และอุตสาหกรรมยาและอาหาร ไม่ได้รับความคุ้มครองเพียงพอในการดำเนินธุรกิจการค้าระหว่างประเทศ จึงมีการผลักดันจากประเทศพัฒนาแล้วให้มีข้อตกลง TRIPS เป็น

ส่วนหนึ่งของข้อตกลงในการจัดตั้งองค์การการค้าโลก ข้อตกลงนี้เป็น**ภาคบังคับ**ของสมาชิกและครอบคลุมทั้ง**ทรัพย์สินทางปัญญาด้านอุตสาหกรรม** (เช่น เครื่องหมายการค้า สิทธิบัตร การออกแบบทางอุตสาหกรรม) และ**ทรัพย์สินทางปัญญาด้านวรรณกรรมและศิลปกรรม** (เช่น ลิขสิทธิ์และสิทธิ์ข้างเคียงอื่นๆ)

4.2 ข้อกำหนดหลักของ TRIPS ที่เกี่ยวกับสิทธิบัตร (โดยเฉพาะด้านยา)

4.2.1 ประเทศสมาชิกจะต้องกำหนดให้มีสิทธิบัตรกระบวนการผลิตและผลิตภัณฑ์ (Process & Product Patent) ของสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ โดยมีระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 20 ปี นับจากวันที่ยื่นขอสิทธิบัตร และอาจให้สิทธิบัตรแก่การประดิษฐ์จุลชีพ หรือกระบวนการทางจุลชีววิทยาก็ได้ แต่ประเทศสมาชิกสามารถมีข้อยกเว้นกรณีที่เกี่ยวกับพืชหรือสัตว์ รวมทั้งสิ่งประดิษฐ์ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งการผ่าตัด เพื่อการรักษามนุษย์และสัตว์ รวมทั้งกระบวนการทางชีววิทยาในการคุ้มครองพืชและสัตว์ได้ ซึ่ง **พ.ร.บ.สิทธิบัตรของไทยในปัจจุบันก็ได้ยกเว้นไว้ทั้งหมดแล้ว**

4.2.2 ให้มีกลไกการใช้สิทธิบัตรโดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ทรงสิทธิบัตรได้ ในกรณีที่จำเป็นโดยอาศัยมาตรการการนำเข้าซ้อน การบังคับใช้สิทธิ์ และการใช้โดยรัฐ

4.2.3 ภาระการพิสูจน์เป็นของผู้ถูกกล่าวหาว่าละเมิดสิทธิบัตร

4.2.4 มีช่วงระยะเวลาที่ให้ประเทศสมาชิกแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรของตนให้เป็นไปตามหลักการของ TRIPS

(1) ประเทศอุตสาหกรรม 1 ปี

(2) ประเทศกำลังพัฒนา 5-10 ปี (พ.ศ. 2543-2548)

(3) ประเทศด้อยพัฒนา 11 ปี และขยายได้ (พ.ศ. 2549)

อย่างไรก็ดี แม้จะยังไม่ครบระยะเวลาที่กำหนด ประเทศสมาชิกจะต้องให้การผูกขาดการตลาดแก่ผลิตภัณฑ์ยาที่มีสิทธิบัตรของประเทศสมาชิกอย่างน้อย 5 ปี

เนื่องจากแรงกดดันทางการค้าจากประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วง พ.ศ. 2529-2534 ทำให้ไทยจำเป็นต้องแก้ไข พ.ร.บ. สิทธิบัตรใน พ.ศ. 2535 ให้สอดคล้องกับ TRIPS ซึ่งเป็นการดำเนินการล่วงหน้าก่อนถึงระยะเวลาสิ้นสุดที่ไทยควรจะแก้ไข (พ.ศ. 2543) ถึง 8 ปี

4.3 ผลกระทบด้านสุขภาพจาก TRIPS

ผลกระทบด้านสุขภาพ สำหรับประเทศกำลังพัฒนา มักจะเป็นผลด้านลบ ได้แก่ การที่ยาที่มีสิทธิบัตร มีราคาแพงมาก และประชาชนไม่สามารถเข้าถึงได้ (เช่น ยาต้านไวรัสเอดส์) การล่มสลายหรือการถดถอยของอุตสาหกรรมยาในประเทศ ตัวอย่างในประเทศไทยพบความจริงทั้ง 2 ประการ กล่าวคือ ยาที่มีสิทธิผูกขาดการตลาดมีราคาถูกลงมากเมื่อการผูกขาดหมดไป เช่น ยา Fluconazole สำหรับรักษาการติดเชื้อรา ราคาถูกลงถึง 10 เท่า ทำให้ประชาชนมีโอกาสบริโภคมากขึ้น (ภาพที่ 10.8) และยังพบด้วยว่าสัดส่วนมูลค่ายาที่ผลิตในประเทศลดลงไปมาก ภายหลังจากที่มีการให้สิทธิผูกขาดยาใหม่ ด้วยการบังคับใช้หลักเกณฑ์การติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยา (ดูบทที่ 9)

ผลกระทบด้านบวก เช่น การถ่ายทอดเทคโนโลยี การพัฒนาอุตสาหกรรมในประเทศ การพัฒนาการวิจัยพัฒนายาในประเทศ ตามที่มีการกล่าวอ้างโดยกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วนั้น จากการศึกษาวิจัยในประเทศไทยไม่พบผลกระทบดังกล่าวในระยะสั้น นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา บริษัทยาข้ามชาติได้ย้ายฐานการผลิตยาจากประเทศไทยไปด้วย

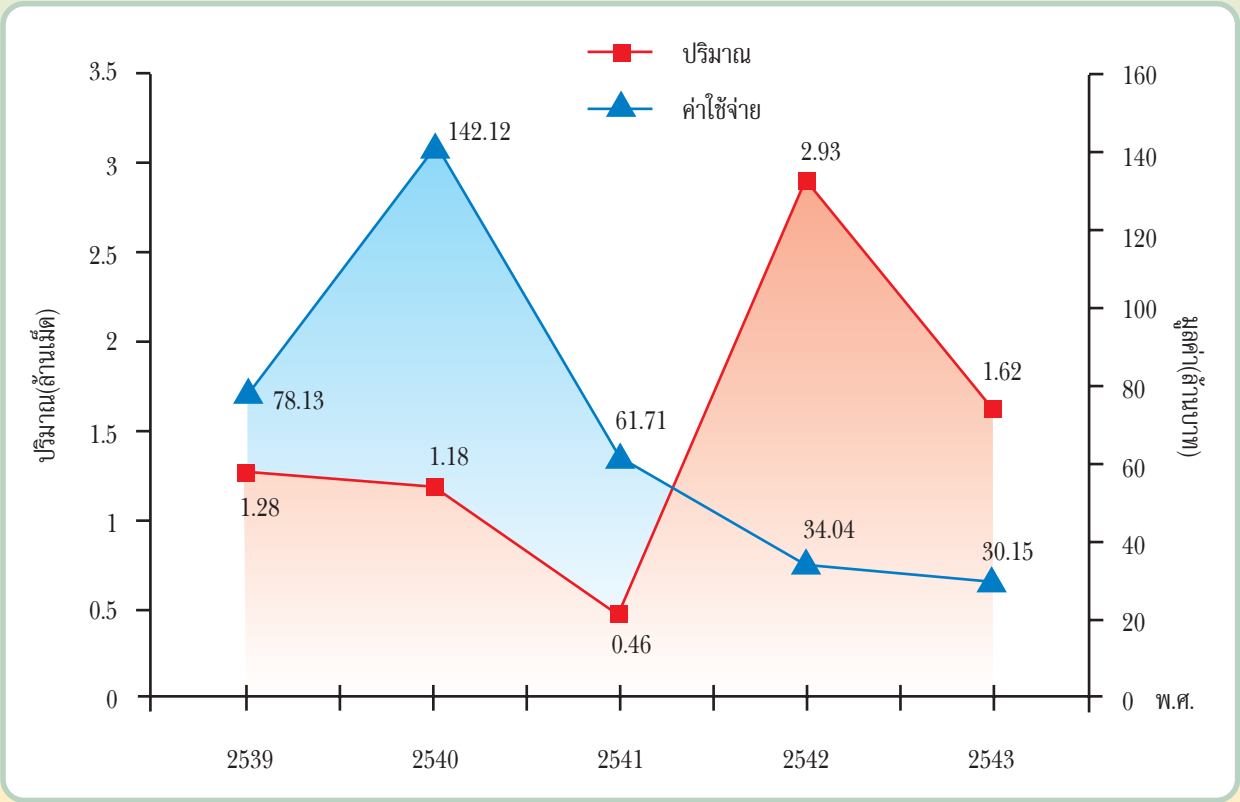
4.4 การขยายการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาภายใต้ข้อตกลงการค้าทวิภาคี

ปัจจุบันรัฐบาลไทยกำลังดำเนินการเจรจาเปิดเสรีการค้าระดับทวิภาคีกับประเทศพัฒนาแล้วต่างๆ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นข้อตกลงทวิภาคีนี้จะเป็นการขยายการเปิดการค้าเสรีในขอบเขตที่กว้างกว่าข้อตกลงภายใต้ WTO/TRIPS

สหรัฐอเมริกามุ่งที่จะให้ไทยขยายการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันทั้งในด้านสิทธิบัตรและลิขสิทธิ์ เช่น การขยายอายุสิทธิบัตรให้มากกว่า 20 ปี การสร้างเงื่อนไขเพิ่มขึ้นในการบังคับใช้สิทธิ์ การห้ามใช้ข้อมูลของผู้ทรงสิทธิบัตรในการขึ้นทะเบียนฯ ของยาชื่อสามัญ (Data exclusivity) เป็นต้น

หากรัฐบาลไทยยินยอมตามข้อเรียกร้องดังกล่าวก็จะเกิดผลกระทบต่อราคายา (ที่มีสิทธิบัตร) ของไทย ทำให้คนไทยต้องใช้ยาราคาแพง ในระยะเวลาที่นานออกไปอีก

ภาพที่ 10.8 ค่าใช้จ่ายและปริมาณของการใช้ยา Fluconazole ในประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543



ที่มา: กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5. บทสรุป

ข้อตกลงทางการค้าใหม่ๆ ภายใต้องค์การการค้าโลกนับเป็นจุดเริ่มต้น ในอนาคตจะมีการพิจารณาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมอื่นๆ เข้ามาในข้อตกลงทางการค้าด้วย ทั้งหมดนี้จะมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบต่อระบบสุขภาพ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ความพยายามของแต่ละประเทศที่จะกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อคุ้มครองสุขภาพและระบบสุขภาพของตน เป็นสิ่งที่ถูกต้องและสมควรกระทำภายใต้เงื่อนไขว่ามิได้เป็นไปเพื่อมุ่งกีดกันทางการค้า

ผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ นักวิจัยและนักวิชาการต่างๆ จึงควรจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในข้อตกลงการค้าระหว่างประเทศ และกำหนดแนวทาง/นโยบายในการพัฒนาให้สอดคล้องกัน ที่สำคัญที่สุดคือการพัฒนาศักยภาพทั้งในระดับสถาบันและตัวบุคคล ให้สามารถรู้เท่ากัน และสร้างมาตรการเงื่อนไขต่างๆ ที่จะได้ประโยชน์สูงสุดจากการค้าระหว่างประเทศ ตัวอย่างเช่น

(1) กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องและสามารถรองรับผลกระทบจากข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ

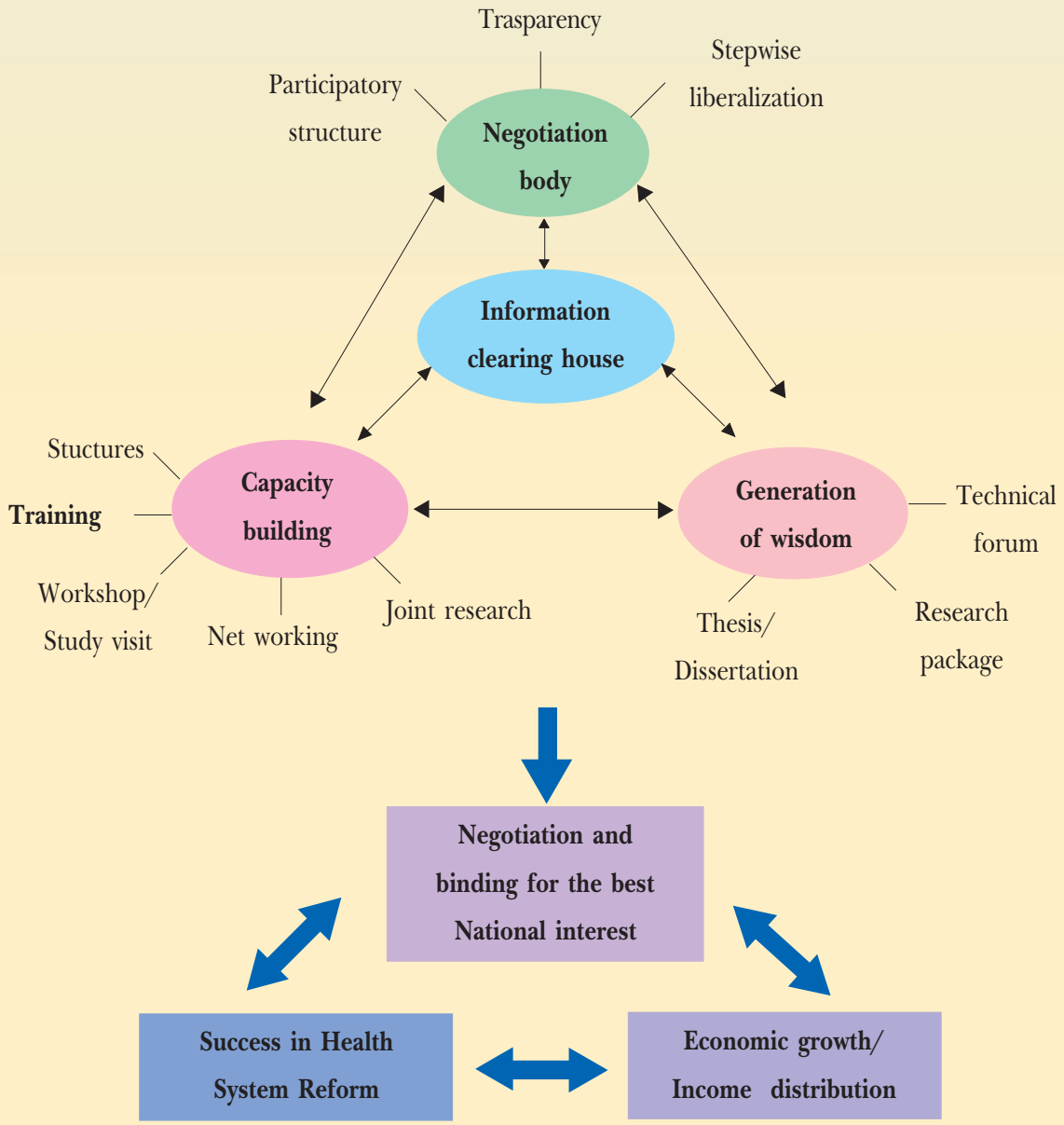
(2) เตรียมการพัฒนาศักยภาพให้พร้อมที่จะเข้าร่วมในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศทั้งระดับทวิภาคีและพหุภาคี

(3) พัฒนาศักยภาพด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศให้เข้มแข็ง

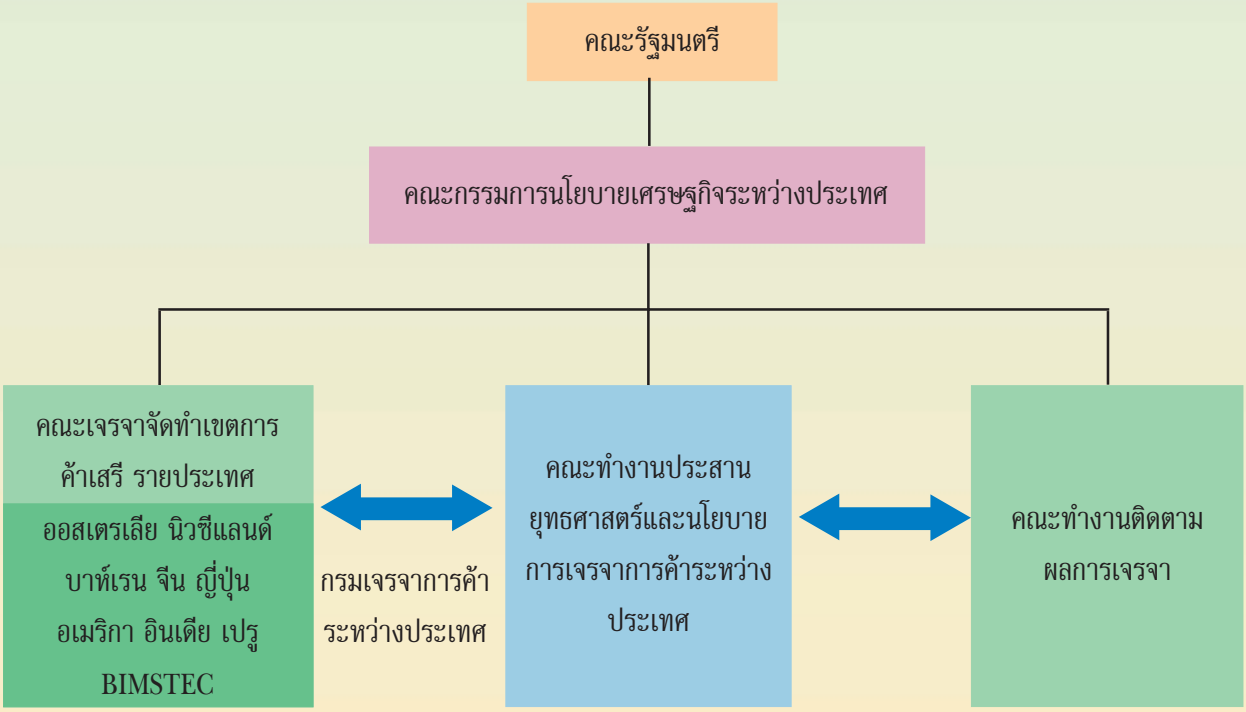
(4) เตรียมพัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อแก้ไขผลกระทบด้านลบ

กรอบแนวคิดในการพัฒนาอย่างครบวงจร เพื่อพัฒนาศักยภาพของระบบสุขภาพ เพื่อรองรับข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศของรัฐในภาพที่ 10.9 ในประเทศไทยมีกลไกการมีส่วนร่วมในการเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ในเรื่องต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 10.10 กลไกเหล่านี้กำลังอยู่ในระยะเริ่มต้น และต้องการการพัฒนาอย่างจริงจัง และต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรที่มีความรู้ภายใต้โครงสร้างองค์กรที่ถาวรในกระทรวงสาธารณสุขด้วย

ภาพที่ 10.9 กรอบแนวคิดในการพัฒนาอย่างครบวงจร เรื่อง สุขภาพกับการค้าระหว่างประเทศ



ภาพที่ 10.10 โครงสร้างกลไกการเตรียมท่าทีของไทยเพื่อการเจรจาการค้าทวิภาคี



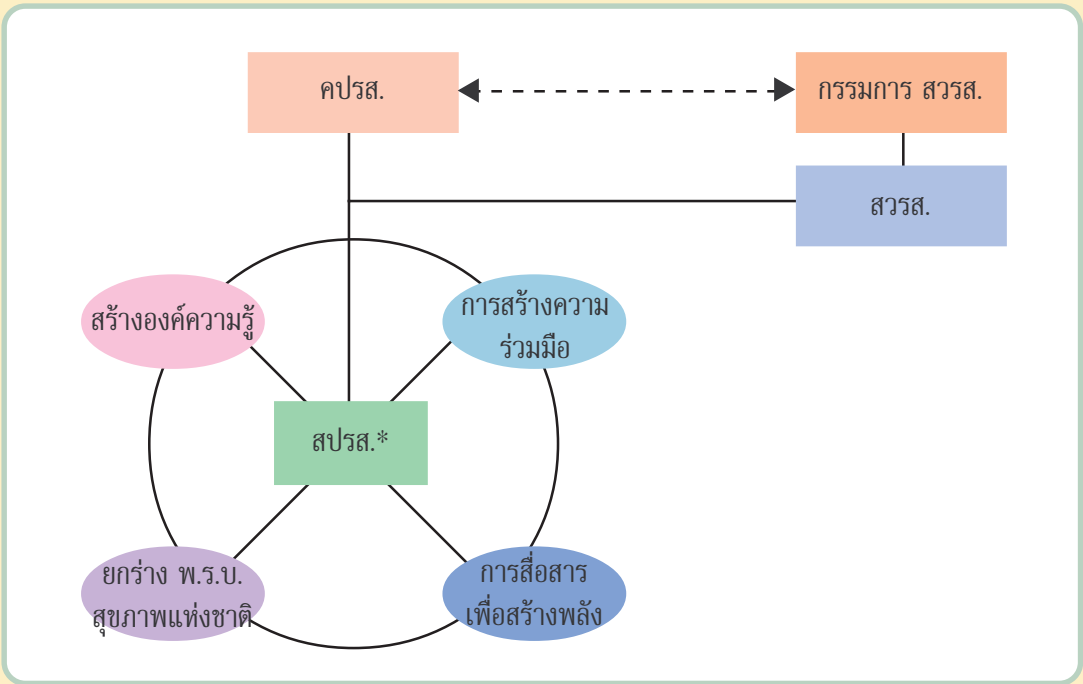
การสาธารณสุขไทย
๒๕๔๔-๒๕๔๗

บทที่ 11
การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

1. ความเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพ

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2543 ภายใต้ระเบียบดังกล่าว มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นเลขานุการ สำนักงานดังกล่าวจัดตั้งขึ้นภายใต้ข้อบังคับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภารกิจหลักของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ นอกจากจะต้องร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ แล้ว ยังมุ่งในการสร้างองค์ความรู้และความเข้มแข็งของประชาสังคมและสื่อมวลชน เพื่อเป็นหลักในการสนับสนุนความสำเร็จและความยั่งยืนของการปฏิรูประบบสุขภาพด้วย (ภาพที่ 11.1)

ภาพที่ 11.1 โครงสร้างกลไกและภารกิจเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ



* สปรส. ตั้งขึ้นตามข้อบังคับของ สวรส.

คปรส. = คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สวรส. = สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สปรส. = สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

1.1 ปรัชญาพื้นฐาน ของการปฏิรูประบบสุขภาพ มี 8 ประการ ได้แก่

1.1.1 ความเป็นองค์รวม โดยมุ่งบูรณาการระบบสุขภาพที่มุ่งสร้างสุขสภาวะที่เป็นองค์รวมทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

1.1.2 การมีส่วนร่วม มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

1.1.3 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยมุ่งให้นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่กำหนดขึ้นเป็นไปเพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพ

1.1.4 ความเสมอภาค มุ่งความเสมอภาคในระดับของสุขภาพ และในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

1.1.5 ประสิทธิภาพ มุ่งให้ใช้ทรัพยากรที่จำกัดไปสู่ผลลัพท์สูงสุด

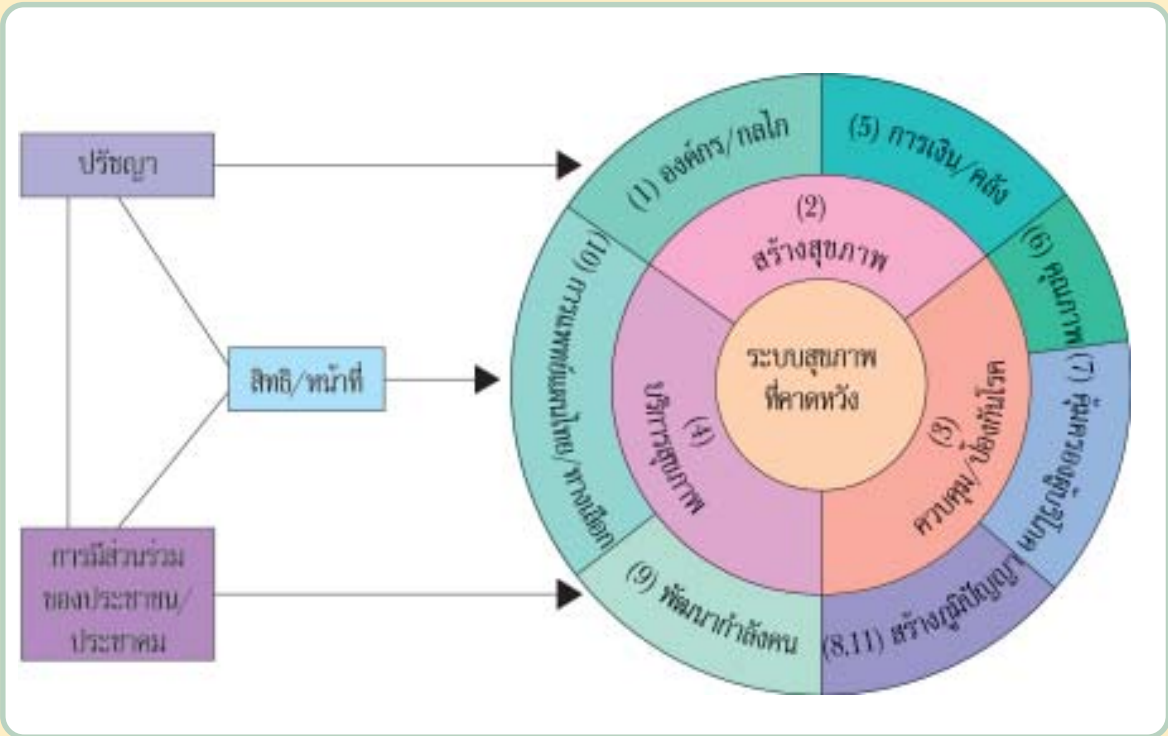
1.1.6 คุณภาพ มุ่งการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพและการตอบสนองต่อความจำเป็นและความต้องการของประชาชน

1.1.7 พัฒนาศักยภาพผู้บริโภค มุ่งพัฒนาให้องค์กรผู้บริโภคมีความเข้มแข็ง และผู้บริโภคสามารถเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์และบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

1.1.8 การพึ่งตนเอง มุ่งพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองในหมู่ประชาชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพในการศึกษาวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น

1.2 ประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ (ภาพที่ 11.2)

ภาพที่ 11.2 ประเด็นสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ



1.2.1 องค์กร/กลไกอภิบาลระบบสุขภาพ ให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีองค์ประกอบทั้งภาคการเมือง ราชการ นักวิชาการและประชาสังคม กลไกนี้ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพและกำกับดูแลการดำเนินการตามนโยบาย

1.2.2 การสร้างสุขภาพ มุ่งสร้างกลไก เงื่อนไข และสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพและต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

1.2.3 การควบคุมและป้องกันโรค มุ่งสร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการเกิดโรคทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งพัฒนากลไกควบคุมโรคระดับชาติ ซึ่งสามารถตอบสนองต่อการควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.4 การบริการสุขภาพ มุ่งสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดการในการควบคุมค่าใช้จ่าย และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างเหมาะสมในลักษณะองค์รวม

1.2.5 การเงินการคลังด้านสุขภาพ มุ่งสร้างระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพที่จะเป็นหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ให้ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่ต้องมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

1.2.6 การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล มุ่งพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลภายใต้การดำเนินการของสถาบันพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

1.2.7 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มุ่งสร้างกลไกการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค การตรวจสอบการละเมิดสิทธิ์และการจัดระบบชดเชยการถูกละเมิดสิทธิ์ของผู้บริโภค ให้มีกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคในระดับชุมชน/ท้องถิ่น

1.2.8 การประเมินเทคโนโลยี มุ่งสร้างกลไกที่มีประสิทธิภาพในการประเมินความคุ้มค่าและความปลอดภัยของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการใช้อย่างเหมาะสม

1.2.9 การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีกลไกระดับชาติ เพื่อวางแผนและควบคุมการผลิต การพัฒนา การกระจาย และการใช้กำลังคนด้านสุขภาพ

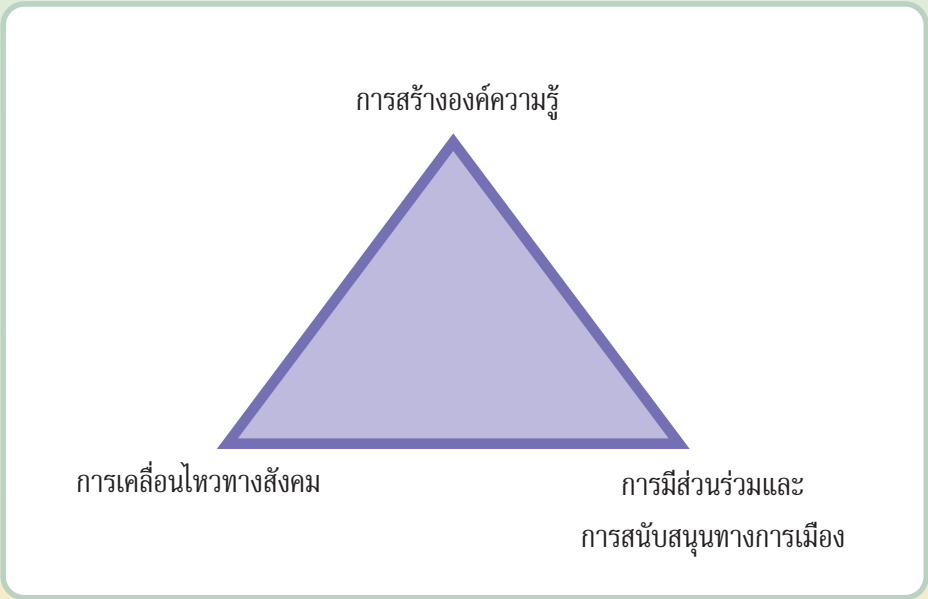
1.2.10 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้มีกลไกระดับชาติที่จะสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทย รวมทั้งการแพทย์ทางเลือก

1.2.11 ระบบวิจัยสุขภาพ ให้มีกลไกใหม่เพื่อการสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพที่ครบวงจรและดำเนินการอย่างคล่องตัว เพื่อให้มีเอกภาพในการใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด

1.3 ยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ

ใช้ยุทธศาสตร์ "**สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา**" โดยเชื่อมโยงการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน/สังคม และการสนับสนุนทางการเมืองเข้าด้วยกัน (ภาพที่ 11.3)

ภาพที่ 11.3 ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”



1.4 ความคืบหน้าในการดำเนินการ

1.4.1 การสร้างความเข้มแข็งของประชาคมสุขภาพ

(1) มีการสนับสนุนการประชุมสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดและสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเฉพาะกลุ่ม รวมทั้งจัดให้มีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นประจำทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2545

(2) มีการสนับสนุนกิจกรรมของประชาคมสุขภาพทุกพื้นที่ทั่วประเทศ และมีการรวบรวมประสบการณ์การสร้างสุขภาพในชุมชนต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

1.4.2 การสร้างองค์ความรู้ มีการทบทวนองค์ความรู้ในประเทศและต่างประเทศ เพื่อจัดเป็นข้อสรุปในการสนับสนุนการเคลื่อนไหวประชาคมสุขภาพและการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

1.4.3 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีและมีการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยโดยคณะกรรมการกฤษฎีกา คาดว่าน่าจะได้รับการเห็นชอบจากรัฐสภาได้ภายในกลางปี พ.ศ. 2548

2. การปฏิรูปโรงพยาบาลในภาครัฐ

2.1 แรงผลักดันในการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

การจัดการในโรงพยาบาลของรัฐยังคงเป็นแบบการรวมศูนย์ ไม่ว่าจะเป็นการบรรจุบุคลากรและการจัดการด้านบุคลากร ล้วนถูกกำหนดโดยหน่วยงานกลางของรัฐ ที่เกี่ยวข้องกับกำลังคนและงบประมาณของรัฐ ได้แก่ สำนักงาน ก.พ. สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง และกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าโรงพยาบาลจะสามารถมีรายได้จากผู้ใช้บริการ แต่รายได้นั้นจะนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายของบุคลากรได้ภายใต้กฎและระเบียบกลางที่กำหนดขึ้น งบประมาณของโรงพยาบาลต่างๆ ถูกกำหนดโดยส่วนกลาง ซึ่งมากกว่า 70% ของงบประมาณนั้น ใช้จ่ายเป็นเงินเดือนและไม่สามารถใช้เพื่อจุดประสงค์อื่นๆ ได้ งบประมาณในการดำเนินงานต้องใช้ให้หมดภายในปีงบประมาณนั้น ไม่เช่นนั้นต้องส่งคืนคลัง ไม่ค่อยมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล เว้นแต่จะผ่านทางระบบนิเทศติดตามและรายงานตามปกติ สถานบริการไม่อยู่ภายใต้การตรวจสอบของประชาชนและไม่ตอบสนองต่อผู้ใช้บริการอย่างเพียงพอ

คำถามที่เกิดขึ้นใหม่ ก็คือ ประเทศไทยจะพัฒนาโรงพยาบาลรัฐแบบใหม่ที่จะกระตุ้นให้มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยมากขึ้นได้อย่างไร และควรจะมีการพัฒนาระบบการจัดการแบบเอกชนภายในสถานพยาบาลของรัฐหรือไม่

2.2 การก้าวไปสู่การปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ทำให้นโยบายของรัฐและสถาบันต่างๆ ของรัฐหลายแห่ง กลายเป็นเป้าหมายในการปฏิรูป ธนาคารพัฒนาเอเชีย (ADB) เสนอเงินกู้เพื่อการปฏิรูปภาคสังคม เพื่อช่วยให้รัฐสามารถดำเนินการปฏิรูป การดำเนินการของรัฐในด้านการศึกษา แรงงาน และสาธารณสุข สำหรับด้านสาธารณสุข มีเงื่อนไขหนึ่งคือ การให้โรงพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลในกำกับของรัฐ โดยมีเงื่อนไขที่กำหนดให้มีโรงพยาบาลรัฐอย่างน้อย 1 แห่งออกนอกระบบรัฐได้ในต้นปี พ.ศ. 2542

2.3 หลักการและกลยุทธ์ในการปฏิรูปโรงพยาบาลของรัฐ

2.3.1 แนวทางที่เป็นไปได้ในการปฏิรูป

คณะทำงานวิชาการของธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) ได้เสนอให้หลีกเลี่ยงการใช้คำที่ทำให้เข้าใจผิดว่า เป็นการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐให้เป็นบริษัทเอกชนที่มุ่งให้ได้กำไรสูงสุดสำหรับผู้ถือหุ้น โดยเสนอให้ใช้คำว่า **โรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ (autonomous public hospital)** ซึ่งมีแนวคิดสำคัญคือการดำเนินการที่เป็นสาธารณประโยชน์ มีการบริหารจัดการที่ยืดหยุ่น มีกฎเกณฑ์ระเบียบที่จัดตั้งขึ้นโดยคณะกรรมการของโรงพยาบาล แต่ยังคงรับนโยบายจากรัฐด้วย

2.3.2 รูปแบบองค์กร

เนื่องจากได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 จึงทำให้สามารถจะปฏิรูปโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น โดยออกพระราชกฤษฎีกาให้เป็นลักษณะองค์การมหาชน และสามารถจัดตั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเพื่อเป็นตัวแทนของรัฐในการกำกับดูแลการทำงานของโรงพยาบาลอิสระแต่ละแห่ง

2.3.3 การสร้างความมั่นใจในการตอบสนองความต้องการของชุมชน

ในการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐต้องการที่จะได้รูปแบบที่การควบคุมจากส่วนกลาง คือ กระทรวงสาธารณสุข ถูกแทนที่โดยชุมชนในพื้นที่ซึ่งโรงพยาบาลตั้งอยู่ เพื่อให้โรงพยาบาลตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนนั้นๆ ได้ดีขึ้น โดยผ่านคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ซึ่งมีตัวแทนจากชุมชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่ง

2.3.4 แหล่งเงิน

จุดมุ่งหมายของการปฏิรูปโรงพยาบาลรัฐไม่ได้ต้องการให้เป็นโรงพยาบาลที่หาเงินเลี้ยงตัวเองได้โดยลำพัง แต่โรงพยาบาลยังจะต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรงพยาบาลยังคงต้องรับนโยบายจากรัฐด้วย ทั้งนี้การบริหารจัดการงบประมาณ ทั้งในแง่ของการใช้งบประมาณและการติดตามกำกับจะเปลี่ยนไป โดยมุ่งเน้นผลงานเป็นหลัก โรงพยาบาลจะต้องมีระบบการตรวจสอบผลงานที่ชัดเจนและโปร่งใส จำนวนงบประมาณจากรัฐนั้นจะถูกกำหนดโดยหลักเกณฑ์ที่พิจารณาเป็นรายๆ มากกว่าที่จะเป็นสูตรเดียวกันที่ตายตัว

2.3.5 การควบคุมจากส่วนกลางและความร่วมมือกันของโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ

การจัดตั้งโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ ต้องป้องกันปัญหามิให้ระบบบริการสาธารณสุขแยกเป็นส่วนๆ โดยการสร้างกลไกเฉพาะที่มีประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล รวมทั้งการควบคุมให้โรงพยาบาลมีขนาดและประเภทบริการที่เหมาะสม ซึ่งหากปล่อยให้แต่ละโรงพยาบาลตัดสินใจเอง อาจจะทำให้เกิดกลไกตลาดและการแข่งขันการให้บริการสุขภาพที่มากเกินความจำเป็น

2.4 ผลกระทบของการดำเนินการ

ในช่วงแรกกระทรวงสาธารณสุขได้ร่างแผนที่จะปฏิรูปโรงพยาบาลนำร่องอย่างน้อยที่สุด 7 โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกันในแต่ละส่วนของประเทศ ซึ่งจะทำให้มีโอกาสอันดีในการหาจุดอ่อน จุดแข็ง และความต้องการในการพัฒนาระบบโดยเฉพาะในเรื่องการปรับตัวของบุคลากร และการพัฒนาบุคลากรต่างๆ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้จัดการ และสมาชิกในชุมชน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความสงสัยของสาธารณชนต่อเหตุผลในการปฏิรูปและการขาดซึ่งการประสานงานร่วมมือจากฝ่ายการเมือง รวมถึงการต่อต้านจากบุคลากรในโรงพยาบาล จึงมีเพียงโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงเพียงโรงพยาบาลเดียว (โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร) ที่สามารถพัฒนาเป็นโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ

ถึงแม้ว่ามีเพียงโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวที่สามารถทำได้ ก็เป็นที่ชัดเจนแล้วว่า ระบบต่างๆ ของรัฐในปัจจุบันยังไม่พร้อมและยืดหยุ่นเพียงพอที่จะสนับสนุนการปฏิรูป รัฐไม่สามารถทำให้สาธารณชนและบุคลากรทางการแพทย์เชื่อได้ว่า แรงกระตุ้น/แรงขับ ในการปฏิรูปทำไปเพื่อให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น เรื่องที่สำคัญที่สุดคือ ระดับของความสามารถในการหาเงินเลี้ยงตนเอง และการกำหนดราคาค่าบริการกับสาธารณชน เป็นการยากที่จะทำให้ประชาชนเชื่อว่า สถานภาพใหม่ของโรงพยาบาลจะไม่นำไปสู่การเพิ่มค่ารักษาพยาบาล เมื่อปราศจากทิศทางและนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการหารายได้จากการบริการประชาชน ในระยะแรกสาธารณชนและบุคลากรการแพทย์จึงมีความสงสัยและไม่เต็มใจที่จะสนับสนุนการจัดตั้งโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ

3. การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนอำนาจในภาคสาธารณสุข

3.1 กฎหมายที่รองรับ

เมื่อรัฐสภาผ่านกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2542 อันเป็นกฎหมายลูกของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 พ.ร.บ.นี้ กำหนดให้ทุกกระทรวงรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขด้วย ต้องจัดทำรายละเอียดของแผนที่จะถ่ายโอนภารกิจ ทรัพยากรและบุคลากร ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และ/หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2553)

ในพระราชบัญญัติยังได้กำหนดเป้าหมายในการเพิ่มสัดส่วนของรายได้ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากระดับในขณะนั้นคือ 9% ของรายรับทั้งหมดของรัฐ เป็น 20% ในปี พ.ศ. 2544 และ 35% ในปี พ.ศ. 2549 ซึ่งในการกระจายรายได้แบบใหม่นี้เองที่จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมการบริการสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายการบริหารส่วนท้องถิ่นโดยมีหน้าที่หลัก 6 ประการ คือ

(1) การสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น

(2) การปรับปรุงคุณภาพชีวิต อันได้แก่ บริการสาธารณสุขและการศึกษาเป็นสำคัญ

(3) การจัดการชุมชนและสังคม

(4) การวางแผนและลงทุนระดับท้องถิ่นและการท่องเที่ยว

(5) การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(6) การจัดการวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย

3.2 ข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการกระจายอำนาจและสุขภาพ

การปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด โดยบรรลุเป้าหมายในการกระจายอำนาจความรับผิดชอบ และการ

บริหารให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น น่าจะมีผลทำให้ร้อยละ 80 ของงบประมาณประจำปี และร้อยละ 90 ของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขถูกกระจายไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างไรก็ตามเนื่องจากท้องถิ่นมีการบริหารที่แยกออกเป็นส่วน ๆ และขาดประสบการณ์ในด้านสุขภาพ จึงมีประเด็นต่างๆ ที่ถูกยกขึ้นมาถกเถียง ดังนี้

3.2.1 การบริการที่แยกส่วน

การบริหารส่วนท้องถิ่น 2 รูปแบบ คือ อบต. และเทศบาล ครอบคลุมพื้นที่ด้านภูมิศาสตร์และขนาดของประชากรแตกต่างกัน เกณฑ์ในการแยกความแตกต่างระหว่าง อบต. และเทศบาล มีพัฒนาการจากอดีต โดยเทศบาลเป็นการบริหารส่วนท้องถิ่นที่ถูกตั้งขึ้นมาก่อน อบต. และอยู่ในพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจที่ดีกว่า ส่วน อบต. ได้มีการตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2538 แต่องค์กรรัฐทั้ง 2 แบบนี้ก็จะมีขนาดที่เล็กกว่าอำเภอ ทั้ง อบต. และเทศบาล มีหน้าที่จะต้องจัดหาทรัพยากรเพื่อให้บริการด้านสังคมในพื้นที่ของตนดำเนินการไปได้ โดยไม่จำเป็นจะต้องร่วมมือซึ่งกันและกัน ดังนั้นการกระจายอำนาจให้แต่ละท้องถิ่นดูแลสถานบริการแต่ละประเภท จะทำให้เกิดการแยกส่วนของระบบบริการและทำให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพน้อยลง

ในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยนั้น หากมีกลไกการจัดการทางด้านการเงินดีก็อาจมีปัญหาไม่มากนัก แต่ถ้าหากกลไกนี้ไม่ดีพอ ทางเลือกก็คือควรให้สถานบริการสาธารณสุขหลายๆ ระดับอยู่ภายใต้การบริหารเดียวกัน และถ้าหากว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นเล็กเกินไปที่จะดูแลสถานบริการซึ่งมีหลายระดับได้ ก็ควรต้องจัดตั้งหน่วยบริหารส่วนท้องถิ่นที่ใหญ่ขึ้น เพื่อดูแลเรื่องสุขภาพ และดูแลสถานบริการสาธารณสุข ให้ทำงานเชื่อมต่อกันโดยจัดตั้งเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้นมาเป็นผู้ดูแล

3.2.2 ระบบธรรมาภิบาล (good governance)

สิ่งหนึ่งที่สำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาโดยบุคลากรสาธารณสุขคือการขาดประสบการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อบต. เพิ่งจะถูกจัดตั้งขึ้น การจัดการต่างๆ ก็ยังไม่เรียบร้อย นอกจากนี้ท้ายที่สุดการเมืองท้องถิ่นก็ถูกมองว่ามีการฉ้อราษฎร์บังหลวง และขาดความโปร่งใส จึงมีข้อโต้แย้งในหมู่เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ต่อต้านการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอให้มีการตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยมีองค์ประกอบที่มาจากหลายฝ่ายนอกเหนือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กสพ. ประกอบด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขและบุคคลทั่วไปที่เป็นที่เคารพ มีประสบการณ์ในการจัดการและการสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยทำให้การวางแผนและการตัดสินใจใดๆ ให้เกิดความโปร่งใส และความมั่นใจในการบริหารสาธารณสุขระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ ยังจะช่วยให้กลุ่มประชาคมในท้องถิ่นหรือชุมชนมามีส่วนร่วมในการดูแลการพัฒนาสาธารณสุข มากกว่าการที่ปล่อยให้เป็นเรื่องขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยลำพัง

3.2.3 ประสิทธิภาพ

เกิดความกังวลว่า ความพยายามต่างๆ ในการปรับปรุงประสิทธิภาพนั้น จะหายไปพร้อมกับการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงได้มีข้อเสนอว่าควรจะมีการจัดสรรทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งข้อเสนอข้อหนึ่งก็คือ ให้สถานบริการสาธารณสุขรวมกันเป็นเครือข่ายที่มีการบริหารที่อิสระภายใต้การควบคุมของ กสพ. โดย กสพ.เป็นผู้บริหารทรัพยากรเหล่านั้นภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน ซึ่งก็อาจจะบรรเทาความวิตกกังวลเกี่ยวกับการขาดการปกครองและระบบการจัดการที่ดีในระดับท้องถิ่น พร้อมๆ กับการพยายามที่จะปรับปรุงระบบการจัดการทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ให้ดีขึ้น

3.2.4 สถานภาพและเงื่อนไขการจ้างงานในอนาคต

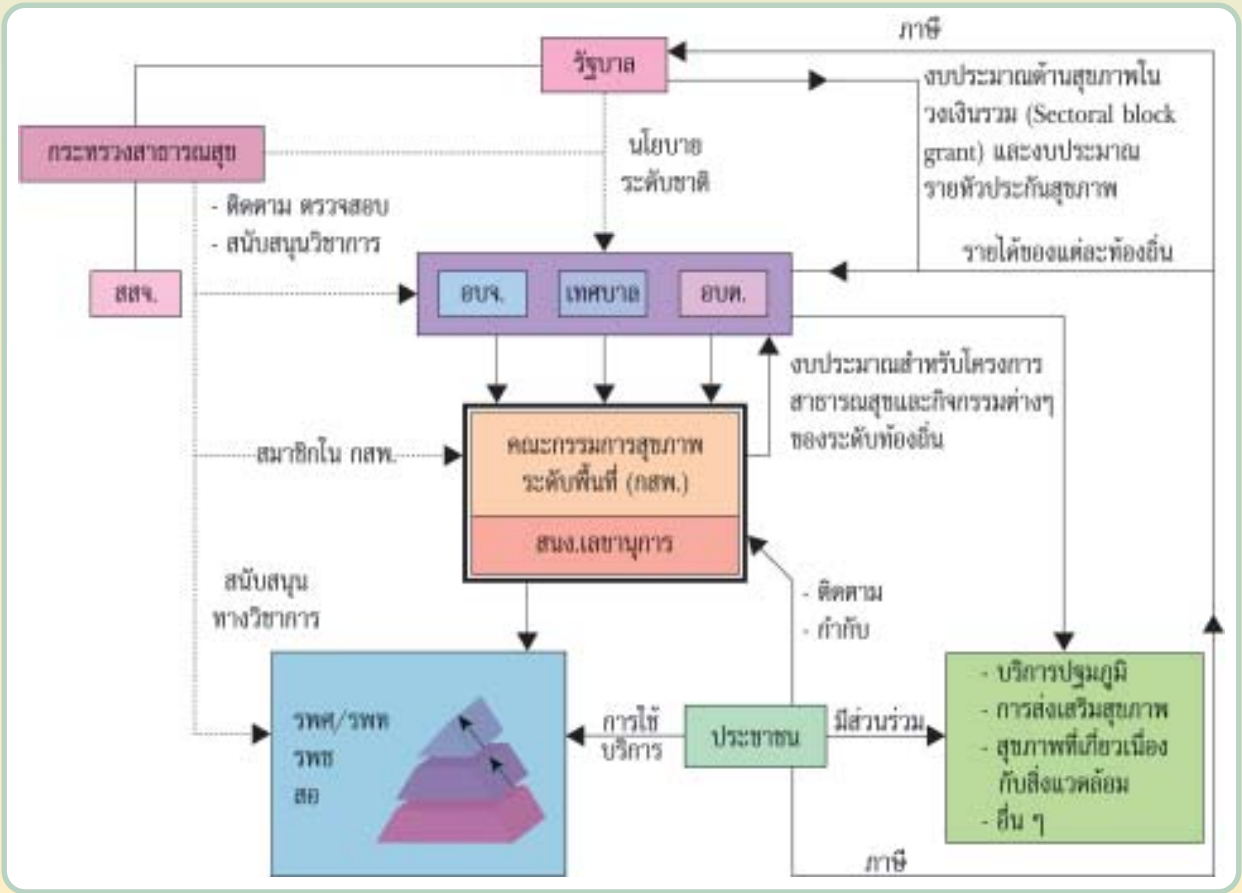
การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้บุคลากรหวาดวิตกถึงความไม่มั่นคงที่จะเกิดขึ้น ในขณะที่เป็นข้าราชการ จะได้รับการประกันการจ้างงานตลอดชีพ พร้อมทั้งบำนาญ สวัสดิการ และผลประโยชน์ต่างๆ แต่ระบบใหม่นี้ไม่ได้

ประกันว่าผลประโยชน์ต่างๆ และความมั่นคงจะยังมีต่อไปหรือไม่ ความกังวลเกี่ยวกับความโปร่งใสขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดความลังเลใจ ยิ่งไปกว่านั้น ระบบปัจจุบันของ ก.พ. บุคลากรสามารถย้ายไปยังจังหวัดอื่นๆ ได้ทั่วประเทศ แต่ระบบใหม่นี้ดูเหมือนจะจำกัดการจ้างงานไว้เป็นแต่ละท้องถิ่น และมีความเป็นไปได้น้อยที่จะย้ายไปยังจังหวัดอื่น หรือท้องถิ่นอื่น

3.3 รูปแบบที่เสนอและผลกระทบต่อระบบการเงินในอนาคต

ได้มีการเสนอให้พัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ **การจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)** ซึ่งจะรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพในท้องถิ่น ขนาดของ กสพ. สามารถเกิดจากการรวมตัวกันใน 1 อำเภอ หรืออาจจะใหญ่กว่า 1 อำเภอ เช่น 2 - 3 อำเภอ (ภาพที่ 11.4)

ภาพที่ 11.4 ระบบการกระจายการสาธารณสุขแบบใหม่



ที่มา: Public sector reform and future development of health insurance in Thailand

กสพ. ประกอบด้วย คณะกรรมการและสำนักงานเลขานุการ กรรมการส่วนใหญ่มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนหนึ่งจากกระทรวงสาธารณสุข ส่วนที่เหลือมาจากประชาคม กสพ. ต้องมีสถานภาพทางกฎหมาย และมีอำนาจในการตัดสินใจ

ลักษณะที่สำคัญ**ประการที่สองของระบบการกระจายอำนาจแบบใหม่ก็คือ การรวมสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในหลายๆ ระดับ มาอยู่ภายใต้การดูแลของ กสพ.** ซึ่งจะต้องการโครงสร้างการจัดการแบบใหม่ โดยที่ไม่ได้เป็นการอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้รูปแบบใหม่นี้ โรงพยาบาลอำเภอ และสถานีอนามัยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน จะร่วมกันในการวางแผนและจัดการองค์กร โดยมีจุดประสงค์ร่วมกันในการใช้ทรัพยากร เงิน และกำลังคน ให้ได้ประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ลักษณะที่สามของระบบการกระจายอำนาจ คือ การกำหนดให้จัดสรรเงินเฉพาะสาขาจากกระทรวงไปยัง กสพ. รัฐบาลกลางจะมีส่วนในการกำหนดและสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพที่ตัดโอนให้องค์กรปกครองท้องถิ่น และให้ท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจการใช้งบประมาณทั้งหมด โดยมีเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพในลักษณะของวงเงินรวมจากส่วนกลางร่วมกับเงินของท้องถิ่นโดยมีสัดส่วนที่เหมาะสมกัน (central government block grant + matching grant จาก กสพ.) นอกจากนี้ เมื่อรัฐบาลดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวก็สามารถใช้กลไก กสพ. ในการบริหารจัดการงบประมาณก้อนนี้ในระดับพื้นที่ได้

ลักษณะที่สี่คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง กสพ. และสถานบริการต่างๆ กสพ. จะจัดการดูแลสถานบริการสาธารณสุขด้วยระบบที่ยืดหยุ่นและให้อิสระ โดยสถานบริการไม่จำเป็นต้องทำตามกฎระเบียบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ได้รับจัดสรรงบประมาณโดยขึ้นอยู่กับผลงาน และมีอิสระในการตัดสินใจในเรื่องของการจัดการด้านกำลังคน

3.4 การเปรียบเทียบรูปแบบต่างๆ ในการกระจายอำนาจ

เราอาจสามารถเปรียบเทียบรูปแบบของการกระจายอำนาจในประเด็นต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 11.1

ตารางที่ 11.1 เปรียบเทียบรูปแบบการกระจายอำนาจ

	รูปแบบที่ 1 การถ่ายโอนโดยตรง	รูปแบบที่ 2 ระบบเครือข่าย (กสพ.)
1. ความเป็นธรรม	ต่ำ	สูง
2. ประสิทธิภาพ	ต่ำ	สูง
3. การส่งต่อ	ไม่ดี	ดีกว่า
4. การปกครองที่ดี	?	อาจจะดีกว่า
5. ควบคุมโดยตรงจากท้องถิ่น	สูง	ปานกลาง
6. การตอบสนอง	สูง	ปานกลาง
7. การต่อต้าน	สูง	ปานกลาง
8. การเปลี่ยนผ่านที่ค่อยเป็นค่อยไป	ต่ำ	ปานกลาง

3.4.1 ความเป็นธรรม

การยกสถานบริการไปให้ท้องถิ่นบริหารโดยตรง จะมีความเป็นไปได้ยากที่ทำให้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขมีการประสานงานและถ่ายเทไปยังพื้นที่ที่ขาดแคลน ส่วนในรูปแบบที่ 2 แบบรวมกลุ่มจะทำให้มีการดูแลประชากรภายใต้พื้นที่ในความรับผิดชอบที่ใหญ่กว่า ทำให้สามารถปรับระดับการจัดสรรทรัพยากรให้มีความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ได้ดีกว่า

3.4.2 ประสิทธิภาพ

รูปแบบที่ 2 จะสามารถสร้างศูนย์รวมทรัพยากรที่ใหญ่กว่า โดยเฉพาะทรัพยากรมนุษย์ ทำให้เกิดประสิทธิภาพจากขนาดของทรัพยากร

3.4.3 ระบบการส่งต่อผู้รับบริการ

รูปแบบที่ 1 ทำให้ระบบส่งต่อด้อยลงไป เนื่องจากมีอุปสรรคระหว่างสถานบริการที่มีเจ้าของต่างกัน สำหรับรูปแบบที่ 2 จะทำให้แก้ปัญหานี้ได้โดยการรวมกลุ่มกันของสถานบริการสุขภาพหลายๆ ระดับภายใต้การจัดการเดียว

3.4.4 การปกครองที่ดี (ธรรมรัฐ)

ระบบบริหารร่วมกันในรูปแบบที่ 2 อาจจะทำให้มีการปกครองที่ดี เพราะ องค์กรปกครองท้องถิ่นจะค่อยๆ สร้างความพร้อมขึ้นมา โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและประชาคมในพื้นที่ร่วมในการตัดสินใจ

3.4.5 การควบคุมและการตอบสนองต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รูปแบบที่ 1 จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการควบคุมทรัพยากรต่างๆ และตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นได้ดีกว่า ส่วนรูปแบบที่ 2 ยังคงมีการควบคุมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ แต่ไม่มากเท่าแบบที่ 1

3.4.6 การต่อต้านจากบุคลากรด้านสุขภาพ

รูปแบบที่ 1 จะทำให้เกิดการต่อต้านมากที่สุด เนื่องจากความไม่มั่นใจในสถานภาพและการเมืองท้องถิ่น ส่วนรูปแบบที่ 2 อาจจะมีการต่อต้านน้อยกว่า เนื่องจากมีการให้อิสระแก่หน่วยให้บริการ

3.4.7 การเปลี่ยนผ่านจากระบบปัจจุบัน

รูปแบบที่ 1 จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลของบุคลากร ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้การให้บริการที่ดำเนินอยู่หยุดชะงัก สำหรับรูปแบบที่ 2 จะมีส่วนร่วมจากเจ้าหน้าที่ใน สสจ. ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานมาเป็นเวลานาน ทำให้เปลี่ยนผ่านได้สะดวกกว่า

3.5 การเงินการคลังด้านสุขภาพภายใต้การกระจายอำนาจ

แหล่งเงินที่สำคัญของ กสพ. ประกอบด้วย 2 แหล่งด้วยกันคือ งบประมาณด้านสุขภาพในวงเงินรวมจากส่วนกลางและงบประมาณที่ได้จากท้องถิ่น เงินสองส่วนนี้รวมกันไม่ควรจะน้อยกว่าส่วนที่รัฐบาลกลางใช้จ่ายอยู่ในแต่ละพื้นที่ในปัจจุบันนี้ เงินส่วนนี้จะจัดสรรไปให้กลุ่มต่างๆ ที่ทำงานในด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยมีส่วนหนึ่งจะจัดสรรให้กับโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ และอีกส่วนหนึ่งจัดสรรให้แก่เครือข่ายบริการที่ได้ทำสัญญาในการที่จะจัดบริการให้ตามเงื่อนไขต่างๆ ตามที่ตกลงร่วมกัน นอกจากนี้ เงินจากกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติก็อาจจัดสรรเหมาจ่ายรายหัว มาให้ กสพ. บริหารจัดการได้ เมื่อ กสพ. มีความเข้มแข็งและจัดตั้งได้ดีแล้ว กสพ. ก็จะเป็นผู้ดูแลเงินและกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ สำหรับบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ กสพ. มีหน้าที่ที่จะบริหารจัดการให้กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มได้รับสิทธิประโยชน์ตามที่ได้กำหนดไว้ และหาก กสพ. บริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะสามารถมีเงินส่วนหนึ่งเหลือพอที่จะใช้จ่ายอย่างอื่นที่เกี่ยวกับสุขภาพได้ ดังนั้น เงินแต่ละกองทุนก็จะมีการบริหารจัดการ โดยบรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแต่ละกลุ่ม โดยผ่าน กสพ. ซึ่งก็จะเป็นแรงจูงใจให้ กสพ. บริหารอย่างมีประสิทธิภาพและครบถ้วนตามสิทธิประโยชน์ที่แต่ละกลุ่มเป้าหมายพึงได้รับ

4. การดำเนินการในการกระจายอำนาจ

4.1 ความจำเป็นในการวิจัยและพัฒนา

ภายใต้ช่วงเวลาที่จำกัด ของการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ กลยุทธ์ที่สำคัญคือ จะต้องมีระยะเวลาช่วงแรกของการดำเนินการที่เป็นลักษณะวิจัยและพัฒนา โดยใช้กรอบแนวคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น โดยจัดให้มีการวิจัยและพัฒนาในจังหวัดนำร่องที่ได้คัดเลือกมาจำนวนหนึ่ง ซึ่งจะต้องมีการปรับองค์กรของหน่วยบริหารท้องถิ่นภายในจังหวัดนั้นๆ ประเด็นสำคัญๆ ที่ต้องมีการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย

4.1.1 คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) มีประเด็นในการศึกษา เกี่ยวกับองค์ประกอบ ภาระหน้าที่ สถานภาพทางกฎหมาย โครงสร้าง กลไกและสถานภาพบุคลากร

4.1.2 หน่วยบริการสุขภาพ มีประเด็นที่ต้องศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพขององค์กร บุคลากร การจัดการด้านการเงินการคลัง การเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายและระหว่างเครือข่าย รวมทั้งระบบการจัดบริการผสมผสานเบ็ดเสร็จด้วย นอกจากนี้จะต้องศึกษาด้วยว่าจะมีการกำหนดเงื่อนไขความพร้อมขององค์กรปกครองท้องถิ่นหรือ กสพ. ในการถ่ายโอนสถานพยาบาลอย่างไรด้วย

4.1.3 งบประมาณและการเงินการคลัง มีประเด็นที่ต้องศึกษา เช่น สัดส่วนของงบประมาณจากแหล่งต่างๆ กระบวนการจัดสรรและบริหารงบประมาณ ระบบการบัญชีและข้อมูลข่าวสารที่จะแสดงถึงความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของการใช้จ่ายงบประมาณ

4.1.4 สสจ. และ สสอ. ในบทบาทใหม่ มีประเด็นที่ต้องวิจัย เช่น บทบาทใหม่ควรเป็นอย่างไร การปรับบทบาทจะมีขั้นตอนอย่างไร ต้องมีการพัฒนาศักยภาพอย่างไร เป็นต้น

4.2 ความจำเป็นของการพัฒนาศักยภาพ

4.2.1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้ง กสพ.

เป้าหมายสำคัญพื้นฐานของการพัฒนาคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแม้ว่าจะมีเทศบาลมานานถึง 50 ปีกว่าแล้ว แต่ท้องถิ่นก็ยังมีประสบการณ์ไม่มากนักในเรื่องของการพัฒนาระบบสุขภาพ มีเพียงจำนวนหนึ่งที่มีหน่วยบริการสุขภาพของตัวเอง และได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและจัดสรรงบประมาณในด้านสุขภาพ อบต. ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพ

จึงมีความต้องการการพัฒนาศักยภาพในการบริหารจัดการของท้องถิ่นหลายด้านด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priority setting) การวางแผนงบประมาณ และการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณ ท้องถิ่นจำต้องมีความสามารถในการกำหนดผลผลิต (outputs) และผลลัพธ์ (outcome) จากทั้งหน่วยงานของท้องถิ่นและจากหน่วยบริการสุขภาพ รวมทั้งการประเมินติดตามผลการปฏิบัติงานจากหน่วยปฏิบัติต่างๆ

4.2.2 เครือข่ายสถานบริการ

แนวโน้มของเครือข่ายสถานบริการในระบบสุขภาพ ที่มีการกระจายอำนาจนี้จะต้องมีการดำเนินการในลักษณะของเครือข่ายที่ประกอบด้วยบริการหลายระดับ (multi - level network) และมีขนาดใหญ่ขึ้น รวมทั้งกระบวนการทำงานใหม่ที่จะต้องมีการตัดสินใจร่วมกันภายในองค์กร มีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารใหม่ ให้มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากร

นอกจากนี้ เครือข่ายบริการยังต้องสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แตกต่างกันของพื้นที่และชุมชนแต่ละแห่ง รวมทั้งจะต้องให้บริการที่ครอบคลุมทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และรักษาโรค จะเห็นได้ว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) จะเป็นจุดแรกของการปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญและต้องการความพยายามอย่างมากในการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ปัจจุบันที่หน่วยบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะบริการแบบตั้งรับอยู่ในสำนักงาน จึงต้องมีการพัฒนารูปแบบการอบรมและหลักสูตรต่างๆ เพื่อที่จะอบรมบุคลากรสุขภาพ ให้สามารถแสดงบทบาทที่มีประสิทธิภาพได้ โดยสามารถที่จะรับรู้และตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างเข้มแข็ง

4.2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

บทบาทของ สสจ. และ สสอ. ในปัจจุบัน เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณและให้การสนับสนุนด้านบริหารจัดการแก่หน่วยบริการต่างๆ ซึ่งบทบาทนี้จะกลายไปเป็นบทบาทของ กสพ.และสำนักเลขานุการของ กสพ. ส่วน สสจ. และ สสอ.จะมีบทบาทในการกำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาการ และนโยบายระดับชาติ ซึ่งจะเป็น

บทบาทใหม่ของทั้ง สสจ. และ สสอ.ที่ต่างไปจากปัจจุบัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการปรับบทบาทโดยจะต้องมีการเพิ่มศักยภาพในด้านของการกำกับติดตามประเมินผลสุขภาพต่างๆ ซึ่งส่วนนี้อาจจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครื่องมือและระเบียบวิธีในการประเมินระบบสุขภาพใหม่ๆ ให้กับทั้งพื้นที่ สสจ. และ สสอ. ใหม่ด้วย

4.3 ความสามารถของส่วนกลางในการติดตามกำกับ

นอกเหนือไปจากการที่ต้องมีการศึกษาวิจัยอย่างเข้มข้นในช่วงแรกแล้ว ในช่วง 10 ปีแรกของการกระจายอำนาจ ยังต้องการการสนับสนุนและกำกับอย่างต่อเนื่อง แม้ว่ากระบวนการนี้จะเกี่ยวข้องกับผู้ดำเนินการต่างๆ แต่กระทรวงสาธารณสุขยังต้องเป็นผู้ที่รับผิดชอบสำหรับผลลัพธ์บั้นปลาย กระทรวงฯ จึงจำเป็นต้องแสดงบทบาทอย่างแข็งขันในการพัฒนากลไกที่จะทำงานกับท้องถิ่น โดยต้องมีบทบาทในเชิงกว้าง เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น สำนักนายกรัฐมนตรี, กระทรวงมหาดไทย, สำนักงบประมาณ, กระทรวงการคลัง รวมทั้งผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ของท้องถิ่น

5. ความคืบหน้าในการดำเนินการ

จวบจนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2547 มีความคืบหน้าในการดำเนินการเกี่ยวกับการกระจายอำนาจตามกฎหมายไม่มากนักด้านสาธารณสุข จะมีเพียงการถ่ายโอนงานที่เกี่ยวกับการจัดหาน้ำสะอาด งานสุขาภิบาล บางส่วนไปให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น

ยังไม่มีการดำเนินการใด ๆ ที่จะเริ่มต้นการถ่ายโอนงบประมาณสถานบริการไปให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การกำหนดเงื่อนไข/มาตรฐานต่างๆ ในการถ่ายโอน เป็นต้น การทดลองดำเนินการของ กสพ. ในบางจังหวัดก็ยุติลงไปในช่วง พ.ศ. 2546 - 2547

มีแนวโน้มสูงที่จะมีการแก้ไขกฎหมาย พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เพื่อให้มีการขยายระยะเวลาในการกระจายอำนาจออกไปอีก

ในด้านโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นอิสระ ก็ยังคงมีเพียงโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) เท่านั้น ซึ่งเวลาผ่านไป 3 ปี ก็ได้พิสูจน์ตัวเองว่าสามารถดำเนินการได้อย่างดีมีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกับเครือข่ายบริหารทั้งระดับสูงและระดับล่างได้อย่างดี แต่ก็ไม่มีแนวคิดหรือเป้าหมายที่จะขยายผล รวมทั้งไม่มีการจัดตั้งกลไกส่วนกลางที่จะสนับสนุนในเรื่องนี้

บทที่ 12
ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ

1. ความหมายและที่มา

1.1 ความหมาย

ประชาสังคม หมายถึง "การที่คนในสังคม ซึ่งมี**จิตสำนึกร่วมกัน** มารวมตัวกันกระทำการ**เพื่อประโยชน์สาธารณะ** ในลักษณะที่เป็น**หุ้นส่วนกัน** ทั้งนี้ด้วย**ความรัก**และ**ความเอื้ออาทร**ต่อกัน ภายใต้ระบบการ**จัดการให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน**"

การรวมตัวกันนี้อาจเกิดขึ้นในรูปแบบเครือข่ายหรือกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมนักวิ่งเพื่อสุขภาพ หรือเป็นรูปแบบที่เป็นทางการ เช่น สมาคม มูลนิธิต่างๆ

1.2 พัฒนาการ

หากศึกษาการก่อตัวของแนวคิดประชาสังคม ทั้งระดับโลกและในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า กระแสประชาสังคมก่อตัวมาจากหลายเหตุปัจจัยด้วยกัน

1.2.1 วิกฤตในสังคม ที่รัฐและทุนไม่สามารถแก้ไขได้โดยลำพัง หรือเป็นวิกฤตระดับโลก (global crisis) เช่น วิกฤตสิ่งแวดล้อม สิทธิมนุษยชน เอดส์ ฯลฯ

1.2.2 การก่อกำเนิดของชนชั้นกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พ่อค้า นักธุรกิจ นักวิชาการที่มีการศึกษา และมีฐานะทางเศรษฐกิจ

1.2.3 พัฒนาการของกระบวนการประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

1.2.4 ระบบการติดต่อสื่อสาร ซึ่งช่วยให้การรวมตัวกันเป็นไปได้สะดวกขึ้น โดยที่บางครั้งไม่จำเป็นต้องพบกัน

1.2.5 ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพและความโปร่งใสทางภาครัฐ ทำให้รัฐไม่สามารถเป็นผู้แก้ไขปัญหาในสังคมได้แต่เพียงผู้เดียว จึงต้องมีการหาทางเลือกอย่างอื่น

การที่มีปัญหาเกิดขึ้นในสังคม ซึ่งประชาชนผู้แบกรับปัญหาไม่สามารถพึ่งพารัฐแต่เพียงอย่างเดียว ไม่ว่าด้วยเหตุความสลับซับซ้อนของปัญหา หรือเพราะความจำกัดของประสิทธิภาพในภาครัฐ ประชาชนย่อมจะต้องหาทางแก้ไขปัญหานั้น ตั้งแต่แก้ไขด้วยตนเอง เป็นกลุ่มเล็กๆ จนเมื่อมีโอกาสในการสนทนา แลกเปลี่ยนความเห็นในวงกว้าง จึงเกิดการรวมตัวกันที่จะกระทำการบางอย่างเพื่อแก้ไขปัญหานั้นให้ลุล่วงไป ทั้งนี้อาจดำเนินการโดยประชาสังคมเอง หรือร่วมกับภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชนก็ได้

ธีรยุทธ บุญมี ได้เสนอขั้นตอนการก่อตัวของ**ประชาสังคม**หรือ**สังคมเข้มแข็ง** ว่ามี 4 ขั้นตอนคือ **(1) การเกิดจิตสำนึก (2) การเกิดกลุ่มองค์กร (3) การก่อรูปของอุดมการณ์ร่วม และ (4) การตกผลึกของอุดมการณ์จนเป็นเสมือนสถาบันที่ทุกคนยอมรับเป็นกฎเกณฑ์แห่งชีวิต**

โดยเสนอด้วยว่า ขณะนี้สังคมไทยอยู่ในขั้นที่ 3

1.3 องค์ประกอบของประชาสังคม (ภาพที่ 12.1)

กิจกรรมหรือกระบวนการที่จะเรียกว่าเป็นประชาสังคมได้นั้น จะต้องประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

1.3.1 จิตสำนึกประชาสังคม (civic consciousness) หมายถึง ความคิดและความยอมรับในเรื่องการรวมตัวกันอย่างอิสระด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ความยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน ในอันที่จะเรียนรู้ร่วมกัน หรือแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

การรวมตัวกันจึงเป็นลักษณะ partnership เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal) มีอิสระ และมีการเรียนรู้ร่วมกัน

1.3.2 โครงสร้างองค์กรประชาสังคม (civic organization) หมายถึง กลุ่มการรวมตัว ซึ่งอาจเป็นองค์กรที่เป็นทางการ (นิติบุคคล) หรือไม่เป็นทางการก็ได้ เป็นกลุ่มที่รวมตัวกันเฉพาะคราว เฉพาะเรื่องหรือต่อเนื่องก็ได้ สมาชิกของกลุ่มอาจจะเป็นบุคคลในภาครัฐ ภาคธุรกิจ หรือประชาชน หรือรวมกันอยู่ก็ได้ จำนวนสมาชิกไม่จำกัด มีสมาชิกเพียง 2-3 คนก็ได้

การมีองค์กร หมายถึง มีระบบการจัดการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ และนำไปสู่การแก้ปัญหา

รูปแบบที่เห็นได้มากที่สุด คือ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นมูลนิธิ สมาคม ชมรม สมาพันธ์ สหพันธ์ ชุมนุม สหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์ หรือกลุ่มอื่นๆ

ประเด็นสำคัญ คือ การรวมกลุ่ม**ต้องมีจิตสำนึกประชาสังคม**ครบถ้วน

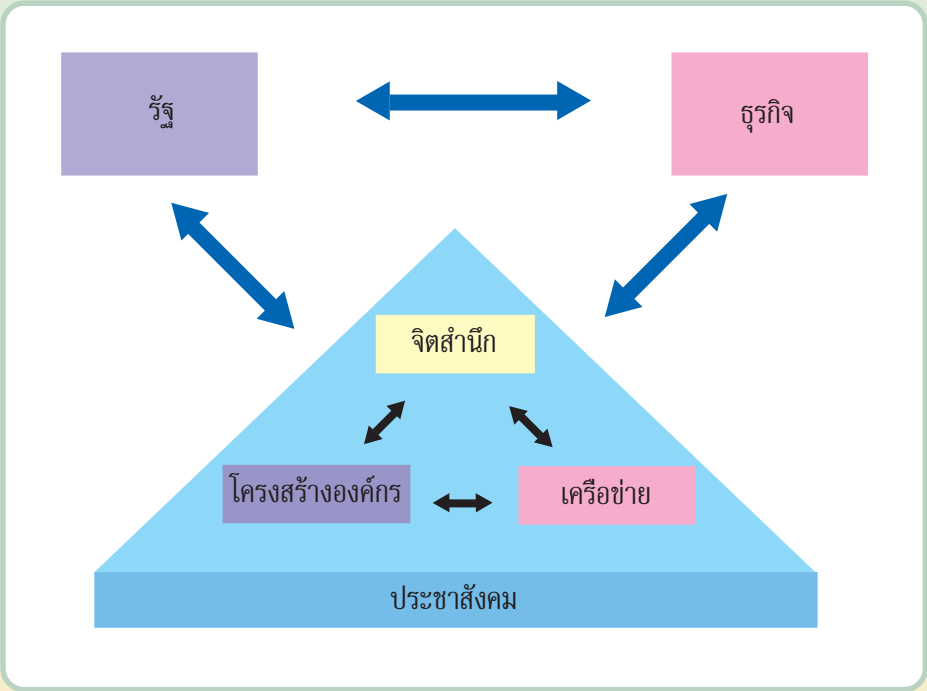
องค์กรการรวมกลุ่ม ที่มีลักษณะจัดตั้ง ชี้นำ ขาดการสร้าง partnership ไม่มีการเรียนรู้ร่วมกัน และมีลักษณะความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง แม้จะเกิดอยู่ในชุมชน ไม่ว่าจะสนับสนุนโดยภาครัฐ หรือองค์กรเอกชน ยังไม่สามารถนับเป็นประชาสังคมได้ เพราะขาดจิตสำนึกประชาสังคม

1.3.3 เครือข่ายประชาสังคม (civic network) หมายถึง โครงสร้างและกระบวนการ ซึ่งเชื่อมโยงสมาชิกในกลุ่มหรือเชื่อมโยงองค์ประชาสังคมต่างๆ เข้าด้วยกัน

ปัจจัยสำคัญของเครือข่ายประชาสังคม คือ ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการสัมพันธ์กันด้วยความสมานฉันท์

เครือข่ายประชาสังคม จะเป็นสิ่งที่ช่วยรวมพลังแห่งจิตสำนึกของสมาชิก และองค์กรประชาสังคมต่างๆ ให้เกิดเป็น “อำนาจที่สาม” ที่มีความเข้มแข็งในสังคมขึ้นมา

ภาพที่ 12.1 องค์ประกอบประชาสังคม



1.4 ประเภทขององค์กรประชาสังคม

องค์กรประชาสังคม อาจแบ่งอย่างหยาบๆ ได้ตามวัตถุประสงค์หลักเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.4.1 องค์กรสนับสนุนบริการ เป็นเครือข่ายประชาสังคมที่มุ่งเน้นการบริการ สวัสดิการสมาชิก ซึ่งมักเป็นรูปของสมาคม สหกรณ์ ชมรม หรือบริการบุคคลผู้ที่สมควรช่วยเหลือ ซึ่งมักจะดำเนินการในลักษณะองค์กรการกุศลต่างๆ เช่น มูลนิธิช่วยเหลือคนพิการ มูลนิธิปกป้องคุ้มครองเด็ก มูลนิธิร่วมกตัญญู เป็นต้น

องค์กรประชาสังคมลักษณะนี้ มักจะมีการจัดตั้งที่เป็นทางการและเป็นรูปแบบแรกๆ ขององค์กรประชาสังคมที่เกิดขึ้น

1.4.2 องค์กรเคลื่อนไหวด้านสิทธิและนโยบาย เป็นเครือข่ายที่มุ่งเน้นการเคลื่อนไหวสังคม เพื่อเรียกร้องสิทธิของคนบางกลุ่มหรือมุ่งผลักดันนโยบายเพื่อปกป้องคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ กลุ่มนี้มีทั้งรูปแบบที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการ เช่น มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สถาบันส่งเสริมสุขภาพ สมาคมสิทธิเสรีภาพ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มศึกษาปัญหายา ชมรมแพทย์ชนบท เป็นต้น

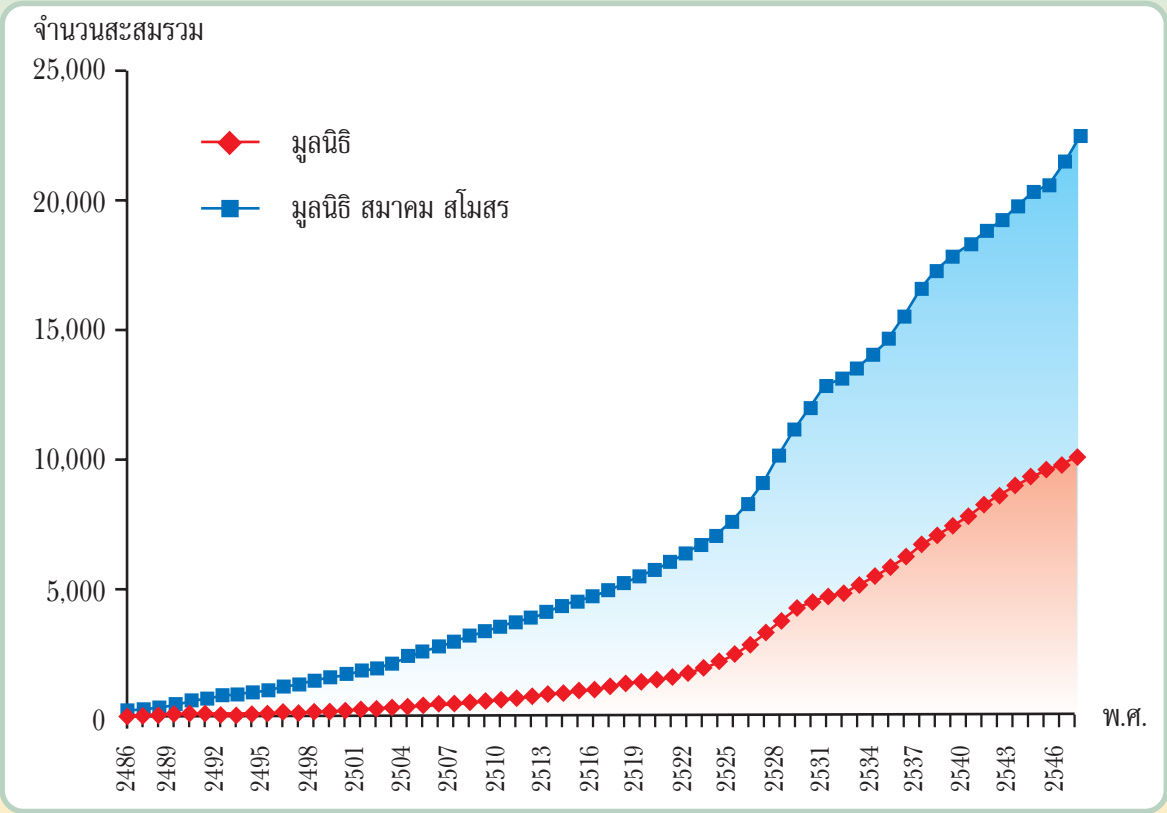
1.4.3 องค์กรด้านความรู้และการวิจัย เป็นเครือข่ายที่มุ่งการจัดการความรู้ เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางปัญญาแก่สังคม เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิการวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

อันที่จริงแล้ว องค์กรประชาสังคมหนึ่งๆ มักจะมีวัตถุประสงค์มากกว่า 1 ลักษณะ โดยเฉพาะองค์กรในลักษณะ 1.4.2 และ 1.4.3

2. องค์กรประชาสังคมในประเทศไทย

2.1 องค์กรที่เป็นทางการ เป็นองค์กรในลักษณะมูลนิธิ สมาคม สโมสร ที่จัดตั้งขึ้นเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ซึ่งจะต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงมหาดไทย จำนวนขององค์กรในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในช่วงหลังจาก พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา (ภาพที่ 12.2)

ภาพที่ 12.2 จำนวนรวมสะสมระหว่างมูลนิธิ และมูลนิธิ สมาคม สโมสร ที่ได้รับการพิจารณาออกใบอนุญาตจัดตั้ง โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2486 - พ.ศ. 2547



ที่มา: กองเอกชนสัมพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ

2.2 องค์กรที่ไม่เป็นทางการ องค์กรลักษณะนี้มีนับไม่ถ้วน ตั้งแต่ระดับ หมู่บ้าน ชุมชน จนถึงระดับจังหวัดและระดับชาติ องค์กรเหล่านี้ มักจะมีเครือข่ายเชื่อมโยงกันตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง บางครั้งมีการจัดตั้งองค์กรเครือข่ายขึ้นด้วย เช่น คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อพัฒนาชนบท (กป.อพช.) คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) และคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) เป็นต้น

3. ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพในประเทศไทย

3.1 ความพยายามภาครัฐในการสร้างองค์กรประชาสังคม

แต่เดิมมาการดูแลสุขภาพ เป็นเรื่องความรับผิดชอบของครอบครัว ชุมชน ที่จะดูแลกันเองตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ จนกระทั่งมีการพัฒนาความรู้ และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และการพัฒนาระบบสาธารณสุขแผนปัจจุบันขึ้น การแพทย์แผนใหม่จึงได้เข้าครอบครองกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ในขณะที่ศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชน แม้จะลดน้อยถอยลงแต่ยังมิได้หมดไป

ปัญหาของระบบบริการสุขภาพแผนใหม่ที่สำคัญ คือ **คุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ ราคาค่าบริการและความทั่วถึงเป็นธรรมในการได้รับบริการ**

ปัญหาดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยลำพังเพียงบริการจากภาครัฐ หรือธุรกิจเท่านั้น และได้นำไปสู่การมองเห็นความจำเป็นในการบูรณะฟื้นฟูศักยภาพของประชาชนและชุมชน ที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพของตนเอง จนนำไปสู่แนวคิดหลักการ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ด้วยกลยุทธ์ “สาธารณสุขมูลฐาน”

ในส่วนของประเทศไทย มีความพยายามในการพัฒนารูปธรรมของการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะในชนบท ในรูปของการอบรมและจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และยังมีการสนับสนุนการรวมตัวเป็นกลุ่มในลักษณะกองทุนต่างๆ เช่น กองทุนยา กองทุนสุขาภิบาล จนถึงสุดท้ายมีการจัดตั้งเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทั้งหมดนี้ ล้วนมีลักษณะการจัดตั้งและชี้นำจากภาครัฐ จิตสำนึกประชาสังคมมีไม่สูง หรือไม่เข้มแข็ง จึงไม่สามารถนับเป็นกระบวนการประชาสังคมที่สมบูรณ์ได้ แต่ก็ได้สร้างความมีส่วนร่วมระดับหนึ่งและเป็นกลไกที่รัฐใช้ในการเคลื่อนไหวแก้ปัญหาสุขภาพในชนบท ตั้งแต่เรื่องการเข้าถึงยาจำเป็น การสุขาภิบาล จนถึงการแก้ปัญหาโรคติดต่อ

3.2 ประชาสังคมที่เกิดจากภาคประชาชนเอง

ขณะเดียวกันได้เกิดกลุ่มองค์กรที่ประชาชนรวมตัวกันเองด้วยจิตสำนึกประชาสังคม เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพมากมายหลายลักษณะ ทั้งในระดับชุมชนชนบท ในเขตเมือง ทั้งโดยคนในภาครัฐและประชาชน และมีความสนใจหลากหลาย ตั้งแต่การพัฒนาบริการสุขภาพ ไปจนถึงการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น สมาคมทำหมัน สมาคมวางแผนครอบครัว สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ชมรมและมูลนิธิแพทย์ชนบท กลุ่มศึกษาปัญหายา มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิฮอทไลน์ คปอส. (คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน) ฯลฯ

ภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญในการสนับสนุนการรวมตัวเหล่านี้ ในระยะแรกจะเป็นการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ และกำลังคน ต่อมาได้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535 เป็นต้นมา โดยเฉพาะเมื่อมีวิกฤตการณ์โรคเอดส์ก็มีงบประมาณสนับสนุนองค์กรประชาสังคมด้านเอดส์โดยเฉพาะด้วย (ตารางที่ 6.44 และ 6.45) งบประมาณสนับสนุนเหล่านี้ จะมีองค์กรที่เกิดจากการรวมตัวขององค์กรประชาสังคมด้านสุขภาพต่างๆ เป็นผู้พิจารณาจัดสรร

การดำเนินการขององค์กรประชาสังคมด้านสาธารณสุขที่ผ่านมามีรูปธรรมแห่งความสำเร็จมากมาย เช่น การวางแผนครอบครัว การสุขาภิบาลน้ำสะอาด การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การเผยแพร่และพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน ฯลฯ มีข้อน่าสังเกตว่าความสำเร็จมักจะเกิดกับองค์กรประชาสังคมที่ดำเนินการในลักษณะสมานฉันท์กับภาครัฐและธุรกิจ

แต่การรวมตัวในลักษณะประชาสังคมด้านสุขภาพดังกล่าว ยังนับว่าไม่เข้มแข็งเพียงพอ และไม่ทันการกับความสลับซับซ้อน ทางเทคโนโลยี และการพัฒนาระบบสาธารณสุขแผนใหม่ นอกจากนี้การดำเนินการของกระบวนการประชาสังคมบางกลุ่ม บางครั้งจะมีลักษณะขัดแย้ง กดดัน กับภาครัฐและภาคธุรกิจ จนถึงขั้นเข้าสู่เวทีการเมืองระดับประเทศ เช่น การอภิปรายและการตรวจสอบในกรรมาธิการงบประมาณของรัฐสภา

ปัญหาสำคัญในการพัฒนา "**อำนาจที่สาม**" เพื่อเกิดสังคมสมานุภาพ ด้านสุขภาพ จึงอยู่ที่การสร้างจิตสำนึกร่วมกันในสังคม **ทั้งภาครัฐ ธุรกิจ และประชาสังคม** ที่จะแสวงหา**แนวทางสมานฉันท์**ในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน

ตัวอย่างของความสำเร็จขององค์กรภาคประชาชน ได้แก่

3.2.1 การควบคุมการบริโภคยาสูบ

มีองค์กรภาคประชาชนที่เข้มแข็งมาก 2 องค์กร ได้แก่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ องค์กรทั้งสองดำเนินการในลักษณะที่มีการจัดการความรู้ การเคลื่อนไหวสร้างความเข้มแข็งให้แก่สังคม และการเชื่อมโยงการเมือง การรณรงค์ประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก และได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกลุ่มดารา นักแสดง นักร้อง วัยรุ่น องค์กรทั้งสองทำงานในลักษณะเครือข่ายร่วมกับองค์กรประชาสังคมอื่นๆ ด้วย เช่น การจัดการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2530 ซึ่งจัดโดยชมรมและมูลนิธิแพทย์ชนบท การรณรงค์ดังกล่าวมีคนไทยร่วมลงชื่อสนับสนุนการไม่สูบบุหรี่ถึง 6 ล้านคน

ความสำเร็จของการเคลื่อนไหวของทั้งสององค์กร ที่สำคัญที่สุด คือการออกพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ใน พ.ศ. 2535 ผู้นำของทั้งสององค์กรก็ได้เข้าร่วมในคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรีด้วย องค์กรทั้งสองเป็นตัวอย่างของความสำเร็จ ในการใช้ยุทธศาสตร์ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" เพื่อแก้ไขปัญหาที่ยากและซับซ้อนในสังคมไทย

ผลสำเร็จดังกล่าวมีส่วนทำให้ความชุกของการสูบบุหรี่ในคนไทยลดลงจากร้อยละ 30.1 ใน พ.ศ. 2519 เป็นร้อยละ 20.6 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.60)

3.2.2 ชุมชน จ.ส. 100 และการพัฒนาบริการสุขภาพ

วิกฤตจราจรใน กทม. ซึ่งสัมพันธ์เชื่อมโยงกับนโยบายของรัฐในการพัฒนาเศรษฐกิจและพัฒนาเมือง กทม.จึงเป็นทุกอย่าง ทั้งเมืองหลวง เมืองท่า เมืองอุตสาหกรรม เมืองธุรกิจ และเมืองการศึกษา รวมทั้งเป็นที่อยู่อาศัยด้วย ถนนทุกสายจึงมุ่งสู่ กทม. เพื่อผลทางเศรษฐกิจ การศึกษา และอำนาจรัฐ

วิกฤตนี้นำไปสู่ความทุกข์ยากของคนไทยเกือบ 10 ล้านคนที่ต้องใช้ชีวิตอยู่บนถนนวันละหลายชั่วโมง และยังทำลายเศรษฐกิจมหาศาล

ภาครัฐมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างทางด่วนโทลล์เวย์ ทางรถไฟยกระดับ รถไฟฟ้าใต้ดิน แต่ดูจะไม่สามารถแก้ไขอะไรได้มากนัก ปัญหาดูจะรุนแรงขึ้นทุกวัน

มีการวิเคราะห์ว่า แม้ทุกโครงการที่ภาครัฐและภาคธุรกิจ ได้ระดมทุนกันดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาจราจรใน กทม.จะสำเร็จลง ถึงตอนนั้น จราจรใน กทม.ก็จะไม่ดีกว่าในปัจจุบัน

ท่ามกลางความสิ้นหวังนี้เอง ใน พ.ศ. 2530 ได้มีกิจกรรมอันหนึ่งเกิดขึ้น ซึ่งได้เชื่อมร้อยเอาจิตใจ และความทุกข์ของคน กทม.เข้ามาด้วยกัน มีการถ่ายทอดข้อมูลจราจรถึงกันอย่างรวดเร็ว แม้จะไม่แก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ แต่ก็ช่วยให้ผู้คนคลายความทุกข์ไปได้ระดับหนึ่ง

กิจกรรมนี้ คือ จ.ส.100 สถานีวิทยุเพื่อการจราจร สถานีแรกในประเทศไทย

จากรายการวิทยุ จ.ส.100 นำไปสู่การจัดตั้งเป็นชมรมและมีกิจกรรมเพื่อบรรเทาปัญหาต่างๆ ในสังคมตามมา เช่น การแก้ปัญหาผู้ป่วยรถติดไปไม่ถึงสถานพยาบาล การให้ความรู้ด้านสุขภาพ โครงการหมออาสา มีแพทย์เวรให้คำปรึกษาเรื่องความเจ็บป่วยทุกคืน โครงการรับบริจาคเงินซื้อลิ้นหัวใจเทียม โครงการรับบริจาคเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยตึกถล่มที่นครราชสีมาและโครงการรณรงค์เรื่องจราจร เป็นต้น

ทั้งหมดนี้ แม้จะเริ่มดำเนินการโดยภาคธุรกิจ และได้รับความสนับสนุนจากภาครัฐ แต่หากมิได้มีการร่วมแรงร่วมใจจากทั้งคนขับรถและประชาชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพร้อมใจกันรับฟัง พร้อมใจกันร่วมมือปฏิบัติ พร้อมใจกันส่งข้อมูล พร้อมใจกันให้ความเห็นด้วยความเอื้ออาทร ความรัก และมิตรภาพ จนเกิดเป็น "**ชุมชนทางอากาศ**" แล้ว กิจการนี้ย่อมไม่มีทางประสบความสำเร็จไปได้

จากชุมชน จส.100 ได้ขยายไปสู่ชุมชนอื่นๆ เช่น สถานีวิทยุร่วมด้วยช่วยกัน เป็นต้น

ในช่วงวิกฤติคลื่นยักษ์สึนามิถล่ม 6 จังหวัดภาคใต้ ผู้จัดรายการวิทยุได้ร่วมกันเป็นเครือข่าย "วิทยุรวมกันเฉพาะกิจ" เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย นับเป็นเหตุการณ์ที่มิได้เกิดขึ้นได้ง่ายนัก

3.2.3 องค์กรเอกชนด้านโรคเอดส์

วิกฤตการณ์การระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งเกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ทำให้มีผู้ติดเชื้อเอดส์ในช่วงดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึงปีละกว่า 1 แสนคน แม้รัฐบาลจะให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาอย่างเต็มที่ โดยที่มีการประกาศยอมรับว่าเป็นปัญหาสำคัญของชาติ และนายกรัฐมนตรีได้นั่งเป็นประธานคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติก็ตามที แต่วิกฤตการณ์ก็รุนแรงมากสุดที่ภาครัฐฝ่ายเดียวจะแก้ปัญหาได้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ติดเชื้อที่เริ่มมีอาการป่วยซึ่งมักจะเป็นที่ไม่ยอมรับของญาติและชุมชน

องค์กรเอกชนด้านโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ส่วนมากเกี่ยวข้องกับองค์กรเอกชนที่ทำงานพัฒนาชนบทหรือชุมชนแออัดอยู่เดิม แต่ประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทำให้การพัฒนาทำได้ยาก จึงหันมาสนใจและระดมสรรพกำลังในชุมชน เพื่อช่วยกันป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อ จำนวนองค์กรเอกชนดังกล่าวมีมากกว่า 100 องค์กร และได้มีการจัดตั้ง คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ขึ้น ใน พ.ศ. 2532 และในภาคเหนือ ซึ่งมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากที่สุด ก็มีการจัดตั้งคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านโรคเอดส์ในภาคเหนือด้วย

ใน พ.ศ. 2536 ภาคธุรกิจ ก็ได้รวมตัวกันจัดตั้งสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ขึ้น โดยสมาชิกคือธุรกิจเอกชนต่างๆ ได้ร่วมกันลงขัน ขณะนี้มีสมาชิกมากกว่า 100 บริษัท โดยกำหนดบทบาทที่สำคัญ คือ ระดมความคิดและกำลังของผู้บริหารธุรกิจ เพื่อกำหนดยุทธวิธีในการป้องกันโรคเอดส์อย่างได้ผล และเป็นศูนย์รวมความช่วยเหลือของภาคธุรกิจร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชนอื่นๆ รวมทั้งยังเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในภาคธุรกิจผ่านศูนย์ข้อมูล Workplace Resource Centre ด้วย

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เหล่านี้ ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างมากจากภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่องค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 งบประมาณเหล่านี้มีคณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชนเป็นผู้พิจารณาจัดสรรและติดตามกำกับดูแลการใช้จ่ายด้วย

ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 มีการจัดตั้งกองทุนโลกเพื่อการต่อต้านโรคเอดส์ มาเลเรีย และวัณโรค โดยกำหนดให้ทุกประเทศที่ขอทุนจะต้องจัดให้มีคณะกรรมการประสานงานระดับชาติ โดยมีองค์กรเอกชนเข้าร่วมด้วย เครือข่ายองค์กรเอกชนด้านเอดส์ ก็ได้เข้าร่วมอย่างเข้มแข็ง และเป็นตัวอย่างที่ดีของประเทศอื่นๆ องค์กรเอกชนด้านเอดส์ของไทย ยังได้รับการยอมรับให้เป็นองค์กรที่สามารถรับการสนับสนุนโดยตรงจากกองทุนโลกดังกล่าวด้วย

3.3 การสนับสนุนองค์กรประชาสังคมด้านการพัฒนาสุขภาพ

องค์กรประชาสังคมด้านการพัฒนาสุขภาพ จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และการสนับสนุนอื่นๆ ขึ้นกับลักษณะของงานที่ปฏิบัติ องค์กรที่ทำงานด้านสังคมสงเคราะห์และช่วยเหลือบริการประชาชน มักจะได้รับเงินบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา หรือมีการขายบริการในราคาย่อมเยา (เช่น การบริการในโรงพยาบาลในสังกัด) และบางส่วนอาจได้รับงบประมาณสนับสนุนบ้าง ส่วนองค์กรที่แสดงบทบาทในการเคลื่อนไหวสังคมมักจะได้รับงบประมาณจากองค์กรระหว่างประเทศ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนองค์กรเอกชนด้านการพัฒนาสุขภาพขึ้น งบประมาณดังกล่าวเพิ่มขึ้นจนเป็น 49.2 ล้านบาท/ปี ใน พ.ศ. 2535 แต่ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจได้ลดลงไป (ตารางที่ 6.44)

ใน พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มเติมงบประมาณเพื่อสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เป็นการเฉพาะ งบประมาณดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึง 90 ล้านบาท/ปี ใน พ.ศ. 2540 แม้ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจจะลดลงไปบ้าง แต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 6.45)

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ยังมีการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ และกำลังคน แก่องค์กรเอกชนต่างๆ ด้วย

4. แนวโน้มอนาคต

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน นับเป็นก้าวสำคัญที่เปิดโอกาสให้เกิดการเติบโต และการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ประชาสังคม ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสำคัญและซับซ้อนของชาติ จึงทำให้มีแนวโน้มที่องค์การประชาสังคมจะได้รับการสนับสนุนให้ขยายตัว ทั้งในเชิงปริมาณและประเภทของกิจกรรม รวมทั้งการสร้างเครือข่ายที่จะทำให้สังคมทั้งสังคมเข้มแข็งขึ้น

การเคลื่อนไหวเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ในช่วง พ.ศ. 2543-2547 (ดูบทที่ 11) เป็นตัวอย่างที่ดีที่สุด ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งของคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาเสร็จแล้ว กำลังจะเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาต่อไป ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีองค์ประกอบทั้งจากภาครัฐ ภาคนักวิชาการ และภาคประชาสังคม ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และกำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง สมัชชานี้จะเป็นเวทีที่ภาคประชาชนประชาสังคมจากทั่วประเทศจะได้แสดงความเห็น ร่วมกันกำหนดความต้องการในการพัฒนาระบบสุขภาพ

คาดว่า ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จะได้รับการรับรองจากรัฐสภา และมีการประกาศใช้ในราวกลางปี พ.ศ. 2548 ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญ ในการขยายการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ประชาสังคม เพื่อความยั่งยืนในการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต

นอกจากนี้ ในการเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพก็ได้มีการทดลองการจัดสมัชชาสุขภาพตามพื้นที่ระดับอำเภอ/จังหวัด สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2545). จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง พ.ศ. 2545. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.

กรมการแพทย์. (2545). รายงานสถิติวิเคราะห์ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งได้รับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2545. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมมลพิษ. (ม.ป.ป.). สารกรดในบรรยากาศ: มลพิษที่ไร้พรมแดน. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

กรมควบคุมโรค. (2546). ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ พ.ศ. 2546. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). โครงการประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทยเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ.2544. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ.

กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2546). จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์และไวน์ พ.ศ.2546. กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม.

กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง. (2546). สถิติการนำเข้า-ส่งออกสินค้า. ใน (http://www.customs.go.th/Statistic/StatisticIndex.jsp) 16/6/2547.

กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง. (2547). มูลค่ายาส่งออก ปี 2544-2546. ใน (http://www.customs.go.th/Statistic/StatisticResult/jsp..) 23/3/2547.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2546). ข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขมูลฐานประจำปีงบประมาณ 2546. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กรมสรรพสามิต. (2546). ปริมาณการจำหน่ายสุรา เบียร์ และไวน์ พ.ศ. 2546. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสรรพสามิต. (2546). ปริมาณการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มบำรุงกำลัง. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสรรพสามิต. (2546). ภาษีบุหรี่ พ.ศ. 2546. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานประจำปี ปีงบประมาณ 2546. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2546). รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2545. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2546). โครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราชินี. (เอกสารอัดสำเนา).

กฤตยา อาชวนิจกุล ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันทัด. (2546). รายงานการวิจัย ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิผู้หญิง.

กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2546). รายชื่อสถานพยาบาลเอกชน ประจำปีงบประมาณ 2545. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(เอกสารอัดสำเนา).

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2544). รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

กองนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 และกฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 103 ก (เล่ม 3) 9 ตุลาคม 2545.

กองนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 99 ก 2 ตุลาคม 2545.

กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2545). รายงานสรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ 2545. กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2546). รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2545). รายงานภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนในโรงเรียนอนุบาลประจำปีการศึกษา 2544 ภาคเรียนที่ 1. กองโภชนาการ กรมอนามัย.

กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. (2547). สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคและผลกระทบต่อสุขภาพ. กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย.

กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย. (2545). รายงานประจำปีงบประมาณ 2545. กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย.

คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. (2545). ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรประเทศไทย.

คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์. (2544). การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. (2546). รายงานผลการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทยที่เสียชีวิตใน 1 ปี พ.ศ. 2540 - 2542 ใน 16 จังหวัดของประเทศไทย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543: สถานสุขภาพคนไทย กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2546). โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย เอกสารเฉพาะเพื่อนิทรรศการ 10 ปี สกว.. (เอกสารอัดสำเนา).

จิตปราณี วาศวิท และคณะ. (ม.ป.ป.). อนามัยและสวัสดิการของคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 1 : เรื่อง ใครไม่มีหลักประกันและการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของคนไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

จิตปราณี วาศวิท. (2546). การวิเคราะห์ภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ณิชากร ศิริกนกวิไล. (1998). Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand. HDRJ, Vol.2 No.3: 197-209.

ดวงใจ เล็กสมบูรณ์. (2000). Supply Projections for Dentists, Thailand (2000-2030). HRDJ, Vol.4 No.2: 94-105.

ทักษพล ธรรมรังสี พนา พงษ์ชำนะภัย ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย. (ม.ป.ป.). สาเหตุการลาออกของแพทย์จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2546. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ธนาคารโลก. (2002). สถานการณ์สิ่งแวดล้อมไทย ปี 2002. ธนาคารโลก สำนักงานประเทศไทยภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิค. http://www.worldbank.or.th/monitor.

ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. (2547). Screening Mammography. ศูนย์ถันยรักษ์ คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล.

ธิดา สุวรรณกิจ. (1998). Supply Projection for Physicians in Thailand in the Next 25 Years (1996-2020 A.D.). HRDJ, Vol.2 No.2: 117-128.

นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นลินี ศรีพวง. (2542). การประเมินความเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมีในงานเฝ้าระวังด้านอาชีวอนามัย : กรณีศึกษาสารทำละลายอินทรีย์. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

นิพนธ์ พัวพงศกร เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และสุวรรณา ตุลยวศินพงศ์. (ม.ป.ป.). คอร์รัปชันในวงราชการไทย : กรณีศึกษาและยุทธศาสตร์การต่อต้านคอร์รัปชันในเชิงเศรษฐศาสตร์. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

นิภา ปายะนันท์. Future Human Resources Balance for Pharmacy and Health Consumer Protection Services in Thailand. HDRJ; 1998, Vol.2 No.2:129-141.

บุญยง เกี่ยวการค้า และคณะ. (2545). การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในประชากร 7 กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2545. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขแห่งอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. (บรรณาธิการ). (2546). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ. (เอกสารแปล).

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2543). จะเกิดอะไรขึ้นกับบุหรี่ในอนาคต. ในวารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่. 7 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2543).

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (ม.ป.ป.). สถิติสำคัญการสูบบุหรี่ของคนไทย. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (เอกสารอัดสำเนา).

ปราโมทย์ ประสาทกุล, อัญชลี วรางค์รัตน์, ปัทมา ว่านพัฒนวงศ์ และคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรีดา แต้อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน และรุจิรา ทวีรัตน์. (2546). สถานการณ์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐหลังวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

ปาณบดี เอกะจัมปกะ และสุทธิสารณ์ วัฒนมะโน. (2542). การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ปิยธิดา ประเสริฐสม. (2546). เด็ก ขนมหวาน-ฟันผุ ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 26 ฉบับที่ 2, เมย.-มิย. 2546.

ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. (2545). กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. (2545). การศึกษาสถานการณ์ภาวะอ้วนในประเทศไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

พลเดช ปิ่นประทีป. (2542). สู่ความเป็นไทด้วยพลังของท้องถิ่น ข้อเสนอกรอบแนวคิดเพื่อการจัดทำแผน 9. (ม.ป.ท.).

มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2539). แนวโน้ม เศรษฐกิจ สังคมและการเมืองไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. (2546). สถานการณ์และการรายงานการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดประเทศไทย พ.ศ.2538-2539. (เอกสารอัดสำเนา).

ยงยุทธ ขจรธรรม และสำนักวิจัย ABAC. (2544). รายงานการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนของคนไทย พ.ศ.2543. (เอกสารอัดสำเนา).

ยงยุทธ ขจรธรรม. (2547). การโฆษณาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความสูญเสีย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

โยธิน แสวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และ มาลี สันภูวรรณ์. (2543). ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. (2546). ปริมาณการผลิตบุหรี่ภายในประเทศและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ. (เอกสารอัดสำเนา).

วัฒนีย์ เย็นจิตร. (2543). คนไทยสูงอายุกับสุขภาพตา. (เอกสารอัดสำเนา).

วิกรม เสงค์ศิริ. (2542). การเปรียบเทียบประสิทธิผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินระหว่างการหยุดสัมผัสเสียงดัง 16 ชั่วโมง กับการใช้ที่อุดหูตลอด 4 ชั่วโมงการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2541. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

วิจิตร ศรีสุพรรณ. Supply and Requirement Projection of Professional Nurses in Thailand over the Next Two Decades(1995-2015 A.D.). HRDJ; 1998,Vol.2 No.3: 210-220.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท และคณะ. (2547.). วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546 และ พ.ศ.2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (เอกสารอัดสำเนา).

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2547). การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (เอกสารอัดสำเนา).

วีระศักดิ์ พุทธาศรี สมหญิง สายธนู และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2546). รายงานการวิจัย บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤตเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2539-2544). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. (2542). ระบบบริหารงานโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน: การบริหารจัดการทางการเงินและธุรกิจสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะบริหารอย่างอิสระ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2544). ดัชนีเศรษฐมหภาคเพื่อวัดความเป็นธรรมทางการคลังและการใช้บริการสาธารณสุข ระหว่างปี 2529-2541. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย. (2545). หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2544. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (2546). ข้อมูลประชากรจำแนกตามศาสนา. ใน http://www.thaibuddhist.net.

ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. (2546). ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ.2546. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2546). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ. (เอกสารอัดสำเนา).

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการจราจรและขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. (2545). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติเหตุด้านการจราจรทางบก. สำนักงานคณะกรรมการจัดระบบการจราจรทางบก สำนักนายกรัฐมนตรี.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2546). รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2542. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันโรคหัวใจ. (2545). รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการผ่าตัดในสถาบันโรคหัวใจ. สถาบันโรคหัวใจ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2546). การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับลิชชิ่ง จำกัด.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2536). เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมายสาธารณสุข ภายใต้โครงการติดตามผลการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ MDGs: Millennium Development Goals. วันที่ 3 และ 9 กันยายน 2546 ณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศไทย. เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็น ในการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า". ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก. (2546). รายงานความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอ วี และปัจจัยด้านประชากรในชายที่เข้าเป็นทหารกองประจำการผลัด พฤศจิกายน 2546. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานการตรวจพบ Enterovirus 71 พ.ศ. 2541-2545. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2546). การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี 2544. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.

สภาเภสัชกรรม. (2546). จำนวนเภสัชกรผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในแต่ละปี. ใน (http://www.phamacycouncil.org/html/member.html..).

สว่าง แสงหิรัญวัฒนา. (2542). โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้ม. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2542). การปรับปรุงระบบการจัดการงบประมาณ. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2545. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2546). งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2546. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2547). งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2547. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2547). พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2547. กรุงเทพ : พิมพ์ที่บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2547). เอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 7 คู่มือรหัสงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2547. พิมพ์ที่ งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงบประมาณ.

สำนักงาน ก.พ. (2544). รายงานการวิจัยคอร์รัปชันในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.

สำนักงานคณะกรมการอาหารและยา สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2537). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมแคฟเฟอีนในประเทศไทย. สำนักงานคณะกรมการอาหารและยา สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2546). ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี 2546. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2546). รายงานผลโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2546). สถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทยและสถานการณ์ พ.ศ.2546. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2542). การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ : 2 ปีแห่งการเปลี่ยนแปลง ในเอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2546 การพัฒนาที่ยั่งยืน วันที่ 30 มิถุนายน 2546 ณ ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้า อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2542). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่เก้า พ.ศ.2545-2549. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). รายงานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย : ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2545 เรื่อง ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย : 5 ปี หลังวิกฤตเศรษฐกิจ. วันที่ 21 มิถุนายน 2545 ณ ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้าอิมแพค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). วิเคราะห์รายจ่ายจริง ภาครัฐปี 2545. ส่วนกระจายรายได้และความยากจน. ใน (http://poverty.nesdb.go.th/ poverty__new) 3/12/46

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). การพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทไทย เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2546 การพัฒนาที่ยั่งยืน วันที่ 30 มิถุนายน 2546 ณ ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้าอิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไตรมาสที่ 4/2546. กองบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). รายงานการศึกษาการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของไทย โครงการศึกษาการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของไทย เล่มที่ 1 การศึกษาในระดับมหภาค. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). เศรษฐกิจไทยไตรมาสที่สามและแนวโน้มปี 2546-2547. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ.2547. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ฉบับ พ.ศ.2545. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2546). โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักสดปลอดสารเคมี. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2546). จำนวนผู้ผลิตยาแผนปัจจุบันทั้งหมดกับผู้ผลิตยาแผนปัจจุบันที่ได้ GMP. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ใน (http:// wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/...) 11/2/2547.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2547). สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาทั่วราชอาณาจักร ประจำปีงบประมาณ 2546. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. (2546). รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย 2546. สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2545). สถิติอุบัติเหตุจราจร พ.ศ.2545. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2546). สถิติการฆ่าตัวตาย พ.ศ.2546. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.

สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2544). รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้านรายจังหวัด รายอำเภอและรายตำบล ณ เดือนธันวาคม 2544. ใน (http://www.dopa.go.th) 10/10/2546.

สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2545). รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้านรายจังหวัด รายอำเภอและรายตำบล ณ เดือนธันวาคม 2545. ใน (http://www.dopa.go.th) 10/10/2546.

สำนักงานปฏิรูปการศึกษา. (2542). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542. สำนักงานปฏิรูปการศึกษา.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). หยุด! สารเคมีเกษตรเพื่อสุขภาพคนไทย. เอกสารประกอบการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2546. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานประกันสังคม. (2547). รายงานประจำปี 2546. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2546). ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรสายงานแพทย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง. สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารภายใน).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). รายงานการเจ็บป่วยและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การสำรวจข้อมูลทางสังคม พ.ศ. 2542. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2544). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). สำมะโนประชากรและเคหะทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2543. กองคลังข้อมูลและสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). การสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2545. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). รายงานการสำรวจการรับงานมาทำที่บ้าน พ.ศ. 2545. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). รายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากรในวัยทำงาน พ.ศ. 2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). การสำรวจการมีการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ พ.ศ.2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ.2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากร พ.ศ. 2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : กองสถิติประชามติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ.2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2547 (ฉบับพิเศษ) เนื่องในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษามหามงคล 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการประมวลข้อมูลรายได้ และรายจ่ายจริงของหน่วยราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการศึกษาผลกระทบจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่มีต่อครัวเรือน พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). สมุดสถิติรายปี ประเทศไทย พ.ศ.2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). สรุปผลการสำรวจ การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2544). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยระดับจังหวัด พ.ศ. 2544. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานผู้ป่วยใน พ.ศ.2546. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานผู้ป่วยนอก พ.ศ.2546. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2546. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. .

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานทรัพยากรสาธารณสุขปี 2545. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2546). นโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารภายใน).

สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา. (2546). ข้อมูลผู้สำเร็จการศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันการศึกษาเอกชน. สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา. (2546). เป้าหมายจำนวนนักศึกษาเข้าใหม่และจำนวนผู้สำเร็จระดับปริญญาตรีในช่วงแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549). สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ. 2545. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ.2546. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พ.ศ.2546. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2546. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี สำนักนายกรัฐมนตรี. (2547). ขออนุมัติเปลี่ยนพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้าราชการ และขออนุมัติตำแหน่งข้าราชการ. 17 พฤษภาคม 2547. (เอกสารภายใน).

สำนักวิจัยเอแบค - เคเอสซีอินเตอร์เน็ตโพลล์. (2544). การประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด : กรณีตัวอย่างนักเรียน-นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาทุกสังกัด ทั่วประเทศ. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์. (2543). หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2546). สถิติข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ พ.ศ.2546. (เอกสารอัดสำเนา).

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. (2546). ขนมกับโรคฟันผุของเด็กไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. (2546). ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ ในพื้นที่ชนบทขาดแคลน. (เอกสารอัดสำเนา)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ชัยยศ คุณานุสนธิ์ วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทย : สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(1).

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, วัชรา ริ้วไพบูลย์ และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน และรุจิรา ทวีรัตน์. (2546). ชุดโครงการศึกษา : เพื่อติดตามสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ : บริษัท ออลพริ้นช้อพ จำกัด.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2540). รายงานการศึกษาวิจัยความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า กลุ่มผู้ให้บริการระดับต้นในชุมชน. กรุงเทพฯ : ดีไซร์ จำกัด.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ).(2545). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ).(2546). 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. กรุงเทพฯ : องค์การอนามัยโลก.

อุรา สุวรรณรักษ์. (2546). การวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงครึ่งแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (ระหว่างปีงบประมาณ 2547-2549). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

Durex. (2000). Global survey into sexual attitudes and behaviour 2000. SSL International plc.

WTO.(2004). WTO oganization chart. In http.//www. wto.org/english/ thewto__e/whatis__e/tif__e/org2__e.htm

WHO.(2004). WHO Framework Convention on Tobacco Control. In http://www.who.int/mediacentre/news/ releases/2004/pr89/en/print.html.

Internet Users Worldwide. (2001). http://www.zooknic.com/users/global 2001 08.html 8/9/2546.

IMD. (2003). The World Competitiveness Yearbook. IMD.

IMS. (2003). Places for Medicines Distribution in Thailand. IMS Thailand.

Media Data Resources. (2003). มูลค่าการโฆษณา พ.ศ.2546. (เอกสารอัดสำเนา).

Office of the Education Council. (2004). Education in Thailand 2004. Office of the Education Council.

Pachanee C. and Wibulpolprasert S. (2004). Dual Track Health Policies: In-coherence between the Policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade I Health Services in Thailand. .

Wibulpolprasert S. (1991). Health Status, health policy, Objectives, health services infrastructures and utilization in Thailand. NE. Regional Public health collage, KhonKaen.

Putthasri W., Mugem S, Jindawattana W., et al. (2002). Screening for Breast Cancer with Mammography: Resource, Cost, and Utilization. International Health Policy Program (IHPP), Thailand.

The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. (2002). Burden of Disease and Injuries in Thailand. Priority Setting for Policy. Bureau of Health Policy and Planning, Ministry of Public Health.

The Stock Exchange of Thailand. (2547). Market Data : Health Care Services. (http://www.set.or.th/set/ sectorquotation.do..). 26/2/2547.

United Nations Development Programme. (2003). Human Development Report 2003. United Nations Development Programme.

United Nations Development Programme. (2004). Human Development Report 2004. United Nations Development Programme.

World Bank.(2003). World Development Indicators, 2003. Washington, DC, World Bank.

World Health Organization. (2003). The World Health Report, 2003. Shaping the Future. World Health Organization.

World Health Organization. (2004). The World Health Report, 2004. Changing history. World Health Organization.

บทที่ 13
การพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ

1. ขอบเขต หน้าที่ องค์กร และกลไกของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

1.1 ขอบเขต

การสาธารณสุขระหว่างประเทศ หมายถึง "**กิจการสาธารณสุขที่ข้ามเขตแดนของแต่ละประเทศ โดยแต่ละประเทศมีปัญหาและผลประโยชน์ร่วมกัน และพิจารณาเห็นว่าจะแก้ปัญหาและบรรลุผลประโยชน์ร่วมกันได้ก็ต่อเมื่อได้มีการร่วมมือกันในการดำเนินการ**"

ขอบเขตของการสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ขยายวงกว้างขึ้นจากความร่วมมือระหว่างประเทศในการควบคุมโรคติดต่อไปสู่การพัฒนาสุขภาพด้านต่างๆ เช่น การควบคุมอาหารและยา การพัฒนาองค์ความรู้และการค้าระหว่างประเทศ

1.2 หน้าที่ (Function)

1.2.1 ลักษณะปัญหาสุขภาพที่ต้องการความร่วมมือระหว่างประเทศ คือ

(1) **ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน**: ซึ่งปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยความร่วมมือของรัฐบาลหลายๆ ประเทศร่วมกันแก้ไข เช่น การค้าระหว่างประเทศและสุขภาพ การควบคุมโรคติดต่อ เช่น โรคซาส์ โรคไข้หวัดนก

(2) **ปัญหาเฉพาะ**: ซึ่งเกิดขึ้นกับประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือประชากร กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง และประเทศนั้นๆ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ต้องการการสนับสนุนจากประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะ ด้วยเหตุผลทางคุณธรรม เช่น ปัญหาสุขภาพในประเทศยากจน ปัญหาสุขภาพของผู้อพยพ ปัญหาสุขภาพในสถานการณ์วิกฤต เช่น กรณีคลื่นยักษ์ "สึนามิ"

1.2.2 หน้าที่ที่สำคัญของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

(1) ตามธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญด้านการสาธารณสุขต่างประเทศ มีบทบาทหน้าที่ทั้งสิ้น 22 ประการ

(2) การประชุม World Health Cooperation Beyond 2000 ณ Mexico Health Foundation เมื่อเดือนเมษายน 2541 ได้ให้รายละเอียดของบทบาท 6 ประการของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ได้แก่

(2.1) **การเฝ้าระวังด้านสุขภาพ**เพื่อให้มีจัดทำระบบเตือนภัยเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและแสดงแนวโน้มด้านสุขภาพและโรคต่างๆ

(2.2) **การแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลก**: เช่น การแพร่กระจายของการสูบบุหรี่ และการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ มาเลเรีย และเชื้อโรคที่ดื้อยาในบริเวณแนวชายแดน

(2.3) **การพัฒนามาตรฐานต่างๆ ด้านสุขภาพ**: จัดทำบรรทัดฐานด้านวิทยาศาสตร์ ด้านจริยธรรมการแพทย์ และระบบบริการสุขภาพ

(2.4) **การบริหารจัดการองค์ความรู้**: จัดทำกลไกสนับสนุนการเผยแพร่และใช้ความรู้หรือข้อค้นพบจากการวิจัยหรือการเรียนรู้ในประเทศหนึ่งไปสู่ประเทศอื่นๆ

(2.5) **การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส**: เพื่อพิทักษ์สุขภาพของประชากรที่อยู่ในสถานการณ์ที่เลวร้าย เช่น คนพลัดถิ่น เหยื่อของการลิดรอนสิทธิมนุษยชนและการขัดแย้งในประเทศ เหยื่อของวิบัติภัยต่างๆ เช่น กรณีคลื่นยักษ์ "สึนามิ"

(2.6) สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ: มุ่งพัฒนาศักยภาพของระบบสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายซึ่งมีทรัพยากรจำกัด

2. องค์กร / กลไกด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

2.1 วิวัฒนาการ

ความพยายามในความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศเกิดขึ้นเนื่องจากปัญหาการระบาดของโรคติดต่อที่เกิดขึ้นทั่วโลก นับตั้งแต่กลางศตวรรษที่แล้ว (ตารางที่ 13.1) ในที่สุดก็มีการจัดตั้งองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศขึ้นภายใต้ระบบขององค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก ที่ได้รับการจัดตั้งในปี พ.ศ. 2491 ปัจจุบันนี้มีหลายองค์กรภายใต้องค์การสหประชาชาติและธนาคารเพื่อการพัฒนาต่างๆ ที่ทำงานด้านสาธารณสุข (ตารางที่ 13.2)

ตารางที่ 13.1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

พ.ศ. 2373	อหิวาตกโรคระบาดไปทั่วทวีปยุโรป
พ.ศ. 2377	เจ้าหน้าที่ของ France's Higher Council of Health จัดการประชุมระหว่างประเทศขึ้นเป็นครั้งแรกเพื่อจัดทำมาตรฐานการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และข้อจำกัดระเบียบการกักกันโรคที่เป็นอุปสรรคต่อกิจการพานิชย์
พ.ศ. 2394	มีการจัดประชุม เรื่องสุขาภิบาลระหว่างประเทศขึ้นเป็นครั้งแรก ณ กรุงปารีส เพื่อจัดทำ International Sanitary Convention แต่ปรากฏว่าล้มเหลว
พ.ศ. 2435	มีการเห็นชอบต่อสนธิสัญญา International Sanitary Convention ที่เน้นเฉพาะอหิวาตกโรค
พ.ศ. 2440	มีการเห็นชอบต่อสนธิสัญญา International Sanitary Convention ว่าด้วยมาตราการการป้องกันโรคกาฬโรค
พ.ศ. 2445	มีการจัดตั้ง สำนักการสุขาภิบาลระหว่างประเทศ (The International Sanitary Bureau) ณ กรุงวอชิงตันดีซี ซึ่งภายหลังได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น Pan American Sanitary Bureau และ Pan American Sanitary Organization ตามลำดับ
พ.ศ. 2450	มีการจัดตั้งสำนักงานสุขลักษณะสาธารณะนานาชาติ (L'Office international d'hygiene publique - OIHP) ขึ้น ณ กรุงปารีส โดยมีคณะเลขานุการกิจ และคณะกรรมการถาวร ที่ประกอบด้วยข้าราชการอาวุโสจากประเทศสมาชิก
พ.ศ. 2462	จัดตั้งสหพันธ์ชาติ (The League of Nations) เพื่อดำเนินการในการป้องกันและควบคุมโรค ในขณะเดียวกันมีการจัดตั้งองค์การอนามัย (Health Organization) ของสหพันธ์ชาติ ขึ้น ณ นครเจนีวา
พ.ศ. 2469	มีการทบทวนสนธิสัญญา International Sanitary Convention และเพิ่มเติมการเตรียมการสำหรับโรคไข้ทรพิษ และไข้ไทฟัส
พ.ศ. 2478	เริ่มการบังคับใช้ International Sanitary Convention เพื่อการเดินทางทางอากาศ
พ.ศ. 2488	การประชุมสหประชาชาติ ณ เมืองซานฟรานซิสโก มีมติเห็นด้วยอย่างเป็นเอกฉันท์ต่อการจัดตั้งองค์การอนามัยระหว่างประเทศ ที่เป็นองค์กรอิสระแห่งใหม่

พ.ศ. 2489	การประชุมทางวิชาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ณ นครนิวยอร์ค เห็นชอบต่อการสถาปนาองค์การอนามัยโลก
พ.ศ. 2491	สถาปนาองค์การอนามัยโลก ขึ้นเมื่อ 7 เมษายน ซึ่งปัจจุบันถือเป็นวันอนามัยโลกของทุกปี
พ.ศ. 2494	การประชุมสมัชชาอนามัยโลกอนุมัติ International Sanitary Regulations เพื่อบังคับใช้ แทน International Sanitary Convention
พ.ศ. 2512	มีการเปลี่ยนชื่อ International Sanitary Regulations เป็น International Health Regulations ซึ่งครอบคลุมเฉพาะอหิวาตกโรค, กาฬโรค, ไข้ทรพิษและไข้เหลือง
พ.ศ. 2521	การประชุมร่วมระดับนานาชาติ ของ WHO/UNICEF ณ เมือง อัลมา-อตา ได้มีการเห็นชอบต่อ Declaration on Primary Health Care ให้เป็นหัวใจสำคัญของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000
พ.ศ. 2522	Global Commission ประกาศรับรองการกวาดล้างไข้ทรพิษ ทั้งนี้ไข้ทรพิษได้เกิดขึ้นครั้งสุดท้ายเมื่อปี ค.ศ. 1977
พ.ศ. 2524	การประชุมสมัชชาอนามัยโลกได้เห็นชอบต่อ Global Strategy ของการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2000 และการประชุมสมัชชาสหประชาชาติได้อนุมัติ Global Strategy นี้ ซึ่งเป็นการเรียกร้องให้องค์กรระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องประสานความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก
พ.ศ. 2531	การประชุมสมัชชาอนามัยโลกได้ให้คำมั่นว่าจะกวาดล้างโรคโปลิโอ ได้ภายในปี พ.ศ. 2543
พ.ศ. 2537	คณะกรรมการบริหารระดับสูงขององค์การอนามัยโลก ได้เริ่มดำเนินการปฏิรูปองค์กรเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกในยุคปัจจุบัน
พ.ศ. 2540	องค์การอนามัยโลกเริ่มดำเนินการในการจัดทำร่างกรอบอนุสัญญาเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ และได้รับการรับรองจากประเทศต่างๆ ครบ 40 ประเทศ เมื่อ**วันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน 2547** ทำให้มีผลบังคับใช้ใน**วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2548** นับเป็นกฎหมายระหว่างประเทศด้านสุขภาพฉบับแรกภายใต้ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก

ที่มา: ดัดแปลงจาก The World Health Report 1998

ตารางที่ 13.2 องค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ และจุดอ่อน จุดแข็ง

องค์กร	จุดแข็ง	จุดอ่อน
ธนาคารโลกและธนาคารพัฒนาภูมิภาคต่างๆ	• เป็นแหล่งเงินทุน คำแนะนำด้านนโยบายและการช่วยเหลือทางวิชาการ • มีความเชื่อมโยงกับกระทรวงการคลังและการวางแผน	• รวมศูนย์และ มีสำนักงานระดับประเทศที่ไม่เข้มแข็ง • สนใจปัญหาด้านสาธารณสุขในวงแคบ • เน้นแนวคิดแบบตะวันตก
UNICEF	• มีประสิทธิภาพในระดับการปฏิบัติการ • เป็นแหล่งทุนในระดับประเทศ • มีสำนักงานประเทศที่เข้มแข็ง (มีเจ้าหน้าที่เป็นคนท้องถิ่น 85%) • มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุน	• มีเป้าหมายที่แคบ • การริเริ่มโครงการต่างๆ มีปัญหาความไม่ยั่งยืน • เน้นเฉพาะโครงการที่มีลักษณะเป็นแนวดิ่ง
UNFPA	• เป็นแหล่งทุนด้านประชากร • มีบทบาทสนับสนุนที่เข้มแข็ง • มีระบบการจัดหาพัสดุ ที่มีประสิทธิภาพ	• เล็ก มีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการควบคุมประชากรสู่สุขภาพการสืบพันธุ์ • มีศักยภาพทางวิชาการจำกัด • เปลี่ยนแปลงไปตามความแตกต่างด้านการเมือง
UNDP	• เป้าหมายกว้าง • มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับรัฐบาล • มีบทบาทในการประสานงาน	• ความสามารถในระดับประเทศแตกต่างกัน • การสนับสนุนจากชุมชนต่ำมุ่งเน้นงานร่วมกับรัฐบาล
WHO	• องค์ความรู้ทางวิชาการและวิทยาศาสตร์การแพทย์ • เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญระดับโลก • เชื่อมกับกระทรวงสาธารณสุข	• ระดับชุมชนไม่เข้มแข็ง • เจ้าหน้าที่ 2 ใน 3 (ของ 5,700 คน) อยู่ในส่วนกลางหรือระดับภูมิภาค

ที่มา: Enchancing Performance of International Health Institutions: Pocantico Retreat.

องค์กรเพื่อมนุษยธรรม เช่น มูลนิธิรอคกีเฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation), Ford Foundation, Welcome Trust และ Gate's Foundation ก็มีส่วนสำคัญในเรื่องการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ขณะเดียวกันก็ได้มีการจัดตั้งกลไกใหม่ๆ ขึ้น เช่น Global Alliance on Vaccine and Immunization (GAVI) and กองทุน Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM) ซึ่งเป็นกองทุนสำคัญที่แหล่งทุนต่างๆ ร่วมกันพัฒนาขึ้น และบริหารงานแบบมีส่วนร่วม

2.2 ความจำเป็นในการปฏิรูปกลไก/องค์กรด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ

2.2.1 ความซับซ้อนของปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา โรคติดเชื้ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำและความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพกับปัญหาความยากจน

2.2.2 ผลกระทบของโลกาภิวัตน์และการพึ่งพากันระหว่างประเทศต่าง ๆ

(1) ความเสี่ยงจากการเดินทาง การค้าและสิ่งแวดล้อม

(2) ข้อตกลงทางการค้านานาชาติรวมทั้งการค้าทวิภาคี, ในภูมิภาค ภายใต้องค์การการค้าโลก (เช่น GATT TRIPS GATS TBT และ SPS) APEC NAFTA และ AFTA

2.2.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทขององค์กรต่างๆ

(1) องค์การสหประชาชาติ - คงที่หรือลดลง

(2) องค์การความร่วมมือทวิภาคี - ลดลง

(3) ธนาคารเพื่อการพัฒนา - เพิ่มขึ้น

(4) องค์กรประชาสังคม - เพิ่มขึ้น

(5) องค์กรธุรกิจ - เพิ่มขึ้น

(6) ประเทศร่ำรวย - เพิ่มขึ้น

2.2.4 โครงสร้างองค์กรปัจจุบันขององค์การอนามัยโลกที่ล้าสมัย

(1) จำกัดเฉพาะภาคราชการ ภาคประชาชนเข้าร่วมได้น้อยมาก

(2) โครงสร้างที่ล้าสมัยของภูมิภาค

(3) โครงสร้างที่มีพิธีรีตรอง และขั้นตอนมากเกินไป

2.2.5 ขาดการร่วมมือกับผู้มีบทบาทอื่นๆ

2.2.6 ขาดกลไกสำหรับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างประเทศต่างๆ

2.3 ข้อเสนอสำหรับการปฏิรูปกลไกสาธารณสุขระหว่างประเทศ

การประชุม Conference for World Health Cooperation Beyond 2000 ได้เสนอ 3 ข้อเสนอ เพื่อปรับปรุงการร่วมมือระหว่างผู้มีบทบาทหลักด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ดังนี้

2.3.1 ปฏิรูประบบการทำงานที่มุ่งเน้นประเด็นเฉพาะหน้าสู่ประเด็นเชิงกลยุทธ์

2.3.2 เน้นการทำหน้าที่ด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศมากกว่าความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

2.3.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งของหน้าที่ที่สำคัญให้อยู่เหนือมาตรฐานทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

3. ความสำเร็จของไทยในเวทีสาธารณสุขระหว่างประเทศ (พ.ศ. 2543 - 2547)

3.1 บทบาทในองค์การอนามัยโลก

3.1.1 **ผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทนำในการประชุมคณะกรรมการภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และการประชุมสมัชชาอนามัยโลก**

ในทุกวาระของการประชุม จะมีผู้แทนไทยเตรียมข้อเสนอและแสดงความคิดเห็น รวมทั้งร่วมเจรจาต่อรองในการร่างมติต่างๆ และหลายกรณีได้รับเชิญเป็นประธานคณะทำงานในการร่างมติต่างๆ เช่น มติสมัชชาอนามัยโลกในเรื่องโรคซาร์ (WHA 56.29) มติสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับการอพยพของบุคลากรสาธารณสุข (WHA 57.19)

บทบาทดังกล่าว ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ทำให้ภาพลักษณ์ของประเทศไทยเด่นชัดขึ้นในเวทีสุขภาพโลก

และมีการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับผู้บริหารระดับสูงขององค์การอนามัยโลกรวมทั้งประเทศสมาชิกอื่นๆ ด้วย ทำให้มีการเชิญผู้บริหารระดับสูงของไทยเข้าเป็นคณะกรรมการต่างๆ ระดับโลก เช่น Commission on Intellectual Property and Public Health มี ศ.ดร.ภักดี โพธิศิริ เป็นกรรมการ

3.1.2 **การผลักดันให้คนไทยได้เลือกตั้งเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้** ได้แก่ นพ.สำลี เปลี่ยนบางช้าง ซึ่งดำรงตำแหน่งตั้งแต่มีนาคม พ.ศ. 2547 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 นับเป็นคนไทยคนแรกที่ประสบความสำเร็จระดับนี้

3.1.3 **บทบาทในการจัดเวทีสุขภาพระหว่างประเทศ** ที่สามารถเชื่อมโยงประเทศต่างๆ ที่เป็นสมาชิกขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก เช่น การร่วมมือกันในเรื่องกองทุนเอดส์โลก การป้องกันและควบคุมโรคซาร์ และโรคไข้หวัดนก เป็นต้น

3.1.4 **บทบาทในคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก** ผู้แทนไทยเป็นกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - เมษายน 2550 และเป็นกรรมการในคณะกรรมการด้านแผนงาน งบประมาณ และระบบบริหารด้วย

3.1.5 **การปฏิรูปการจัดการสำนักงานองค์การอนามัยโลกในประเทศไทย** โดยเพิ่มประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และการมีส่วนร่วม นับเป็นสำนักงานองค์การอนามัยโลกที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก

3.2 บทบาทในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศอื่น

ผู้บริหารและนักวิชาการระดับสูงของไทยได้รับการคัดเลือกไปเป็นผู้นำในองค์การต่างๆ หลายองค์กร เช่น :-

COHRED (Council for Health Research and Development) เชิญ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธาน และขณะนี้มี นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นกรรมการ

GFHR (Global Forum for Health Research) เคยเชิญ ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธาน

GFATM (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) ผู้แทนไทย คือ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นกรรมการบริหารกองทุนฯ และได้รับเลือกเป็นรองประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ (มกราคม 2546 - มีนาคม 2547)

GAVI (Global Alliance on Vaccine Initiative) มี นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เป็นประธานคณะกรรมการทบทวนโครงการ

IFCS (Intergovernmental Forum on Chemical Safety) มี นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็น President (พฤศจิกายน 2546 - กันยายน 2549)

3.3 การดำเนินการในการจัดประชุมระหว่างประเทศที่สำคัญ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระหว่างประเทศที่สำคัญๆ หลายเรื่อง เช่น การประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ (กรกฎาคม 2547) ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 20,000 คน การประชุมเวทีระหว่างประเทศในเรื่องความปลอดภัยด้านสารเคมี (พฤศจิกายน 2546) และกำลังจะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 (สิงหาคม 2548)

นอกจากนี้ ยังประสบความสำเร็จในการจัดประชุมระหว่างประเทศในระดับภูมิภาคด้วย เช่น เรื่องเกี่ยวกับไข้หวัดนก เรื่องโรคซาร์ และเรื่องความร่วมมือเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การจัดประชุมรัฐมนตรีเอเชียแปซิฟิกเรื่องโรคเอดส์ เป็นต้น

3.4 ความร่วมมือทวิภาคี

ประเทศไทย ได้มีการเจรจาความร่วมมือทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้านทุกประเทศและมีการจัดประชุมความร่วมมือกันเป็นประจำทุกปี ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อต่างๆ อย่างใกล้ชิดมากขึ้นกว่าเดิม

4. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการสาธารณสุขระหว่างประเทศในประเทศไทย

4.1 ปัญหาของระบบปัจจุบัน

4.1.1 ความไม่ชัดเจนเชิงนโยบาย: ขาดการพัฒนาวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ของการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศในระดับประเทศ

4.1.2 ปัญหาด้านโครงสร้างกลไก: โครงสร้างที่มีอยู่ ยังอยู่ในวงจำกัดเฉพาะภาครัฐเท่านั้น โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่รับผิดชอบ มีศักยภาพเฉพาะด้านวิเทศสัมพันธ์ แต่ยังขาดศักยภาพในด้านวิชาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ และขาดแผนการพัฒนาผู้เชี่ยวชาญที่มีความต่อเนื่อง ผู้ที่เคยทำงานในด้านนี้มักจะทำตามที่ตนมีศักยภาพอยู่ ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศกระจัดกระจายทั่วไป โดยที่ไม่สามารถรวบรวมได้ง่าย

4.1.3 ประสิทธิภาพ: กลไกที่มีอยู่เป็นกลไกย่อยๆ กระจัดกระจาย มีความร่วมมือน้อย ขาดความเข้มแข็ง

4.2 ความจำเป็นในการปฏิรูป นอกจากปัจจัยในระดับโลก ดังที่กล่าวในข้อ 2.2 แล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ส่งผลผลักดันให้เกิดการปฏิรูปของระบบปัจจุบัน เช่น

4.2.1 ระดับการพัฒนาในประเทศ: ประเทศไทยกลายเป็นประเทศผู้มีรายได้ปานกลางตั้งแต่ทศวรรษที่ผ่านมา แม้ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากร ก็ยังอยู่ที่ประมาณ 2,000 เหรียญสหรัฐฯ ส่งผลต่อการไม่ได้รับการช่วยเหลือจากนานาชาติหรือองค์กรความช่วยเหลือทวิภาคีต่าง ๆ เงินงบประมาณขององค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนประเทศไทย ปีละ 130 ล้านบาท มากเป็นอันดับ 8 ของโลก กำลังจะลดลง นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้จัดตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการพัฒนาของประเทศเพื่อนบ้านที่ยากจนกว่า ซึ่งงบประมาณนี้เคยมีงบประมาณถึง 200 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2536 แต่ลดลงเหลือ 80 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2543

4.2.2 พลวัตทางเศรษฐกิจ: วิกฤตทางเศรษฐกิจส่งผลต่อการลดงบประมาณสาธารณสุขและงบประมาณช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้น ความร่วมมือด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาสาธารณสุข เช่น บทบาทที่เพิ่มขึ้นของธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย เมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวตั้งแต่ พ.ศ. 2545 บทบาทของไทยในการร่วมมือช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านก็มีมากขึ้นอีก

4.2.3 ศักยภาพในการพัฒนาสาธารณสุข: ความสำเร็จของการพัฒนาสุขภาพนับเป็นฐานทางสังคมที่สะสมมาทั้งในระดับสถาบันและบุคคล ซึ่งสิ่งนี้สามารถใช้เสริมสร้างความเข้มแข็งของบทบาทของประเทศไทยในการร่วมมือระหว่างประเทศ โดยเฉพาะศักยภาพในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ จำนวนผู้รับทุนองค์การอนามัยโลกที่มาศึกษา/ ฝึกอบรมในประเทศไทย (339 คน ใน พ.ศ. 2540 และ 225 คน ใน พ.ศ. 2541) สามารถเทียบเท่าได้กับสหรัฐอเมริกา (ตารางที่ 13.3) แต่มีข้อแตกต่างตรงที่ผู้ที่มาในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นทุนระยะสั้น

ตารางที่ 13.3 10 ประเทศแรกที่รับผู้ได้ทุนจากองค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2539

ประเทศ	ภูมิภาค					รวม	หมายเหตุ
	อเมริกา	เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	ยุโรป	เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	แปซิฟิกตะวันตก		
1. สหรัฐอเมริกา	10.0						ไม่มีประเทศในทวีปอาฟริกาที่อยู่ใน 10 อันดับแรกนี้ แต่ 3 ประเทศแรกในอาฟริกา (87 ทุน) เคนย่า (74 ทุน) เซเนกัล (65 ทุน) รวมเป็น 1.8% ของทุนทั้งหมด
2. ไทย		10.0					
3. อินเดีย		8.5					
4. อังกฤษ			7.5				
5. อียิปต์				6.2			
6. อินโดนีเซีย		5.2					
7. ออสเตรเลีย					4.7		
8. จาไมก้า	3.4						
9. ฝรั่งเศส			2.7				
10. ฟิลิปปินส์					2.6		
สัดส่วนในภูมิภาคต่างๆ 10 ประเทศ	**13.4**	**23.7**	**10.2**	**6.2**	**7.3**	**60.8**	
สัดส่วนต่อประเทศทั้งหมด (121 ประเทศ)	**39.2**					**100.0**	

ที่มา: Global Database องค์การอนามัยโลก (ข้อมูลนี้รวมถึงทุนภายในภูมิภาค)

4.2.4 กลไกความร่วมมือทวิภาคีและในภูมิภาคที่เพิ่มขึ้น: ได้มีความร่วมมือทวิภาคีและในภูมิภาคใหม่ๆ เกิดขึ้นหลายโครงการ เช่น Mekong Basin Disease Surveillance Project (MBSD), ASEAN Subcommittee on Health and Nutrition ข้อตกลงทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้าน และความร่วมมือ South-South Collaboration ซึ่งทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มศักยภาพของการสาธารณสุขระหว่างประเทศเพื่อให้มีผลดีต่อความร่วมมือเหล่านี้

4.2.5 ประเด็นทางการเมืองเกี่ยวกับการสาธารณสุขระหว่างประเทศที่เพิ่มขึ้น: เช่น ประเด็นเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรในองค์กรระหว่างประเทศ ผลประโยชน์จากการค้าระหว่างประเทศ และประเด็นการเมืองในองค์กรระหว่างประเทศ มีผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งประเทศไทย ถึงแม้ว่าบทบาทของผู้แทนไทยในเวทีการเจรจาต่อรองจะเริ่มโดดเด่นขึ้น แต่ยังขึ้นกับตัวบุคคลมากกว่าการมีระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง

5. แนวทางการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศในอนาคต

5.1 การกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์

ได้เคยมีการจัดทำวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศไว้เมื่อ พ.ศ. 2541 ซึ่งยังทันสมัยและควรได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง

5.1.1 วิสัยทัศน์

"จะเสริมสร้างการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพเร่งด่วน เพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์ของประเทศ และเพื่อเสริมสร้างภาพลักษณ์ของประเทศไทยในเวทีสาธารณสุขระหว่างประเทศ"

5.1.2 ยุทธศาสตร์

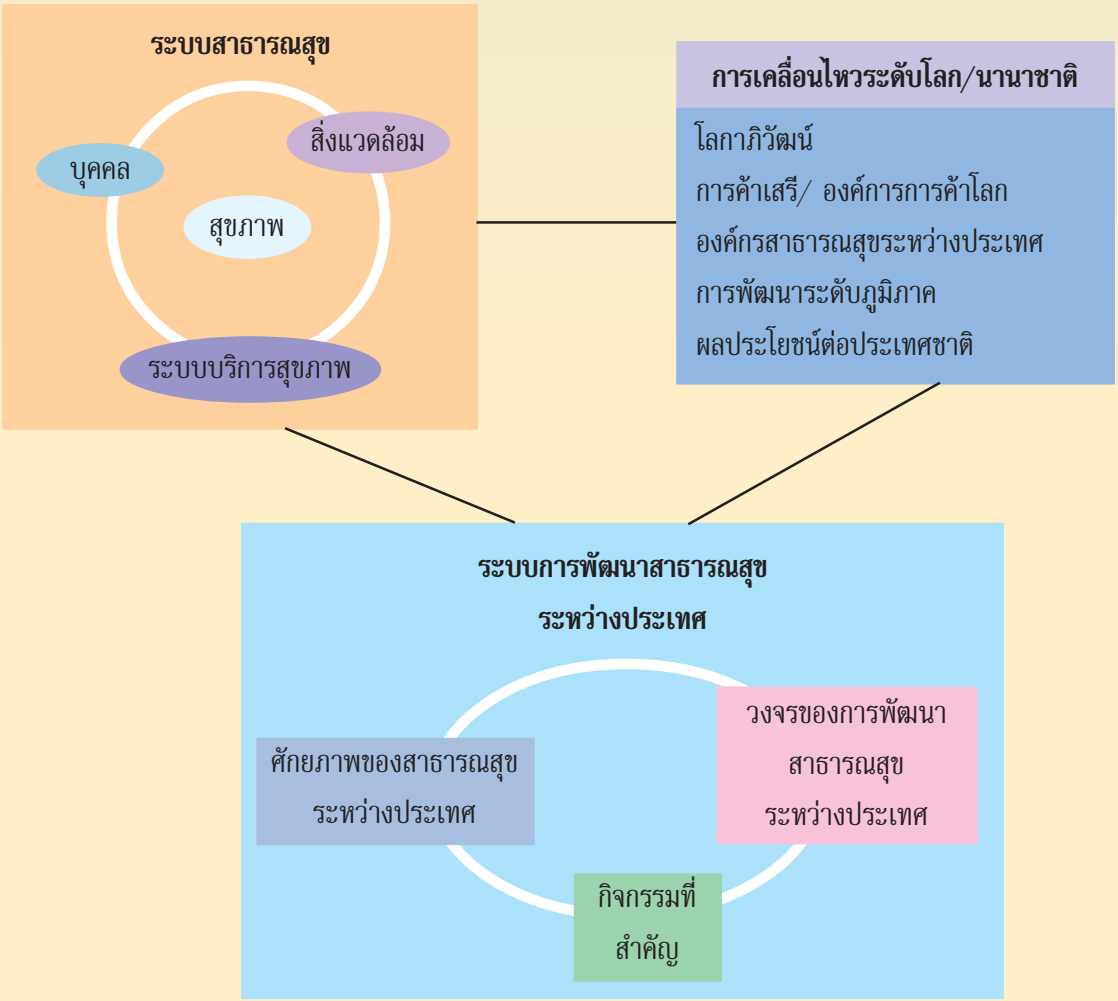
(1) การพัฒนาโครงสร้างและกลไกการสาธารณสุขระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ

(2) การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

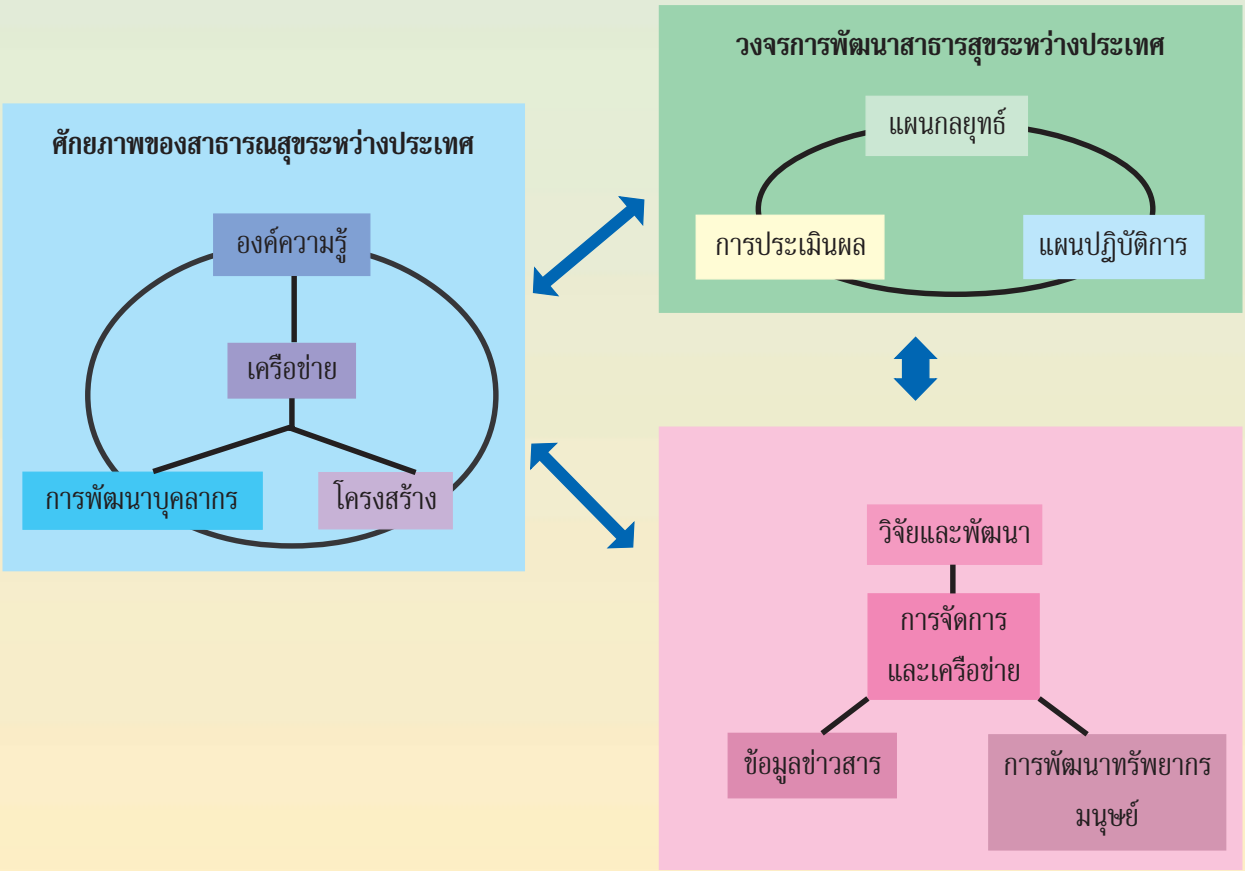
(3) การพัฒนาระบบการสาธารณสุขระหว่างประเทศบนพื้นฐานขององค์ความรู้

5.2 แนวคิดในการพัฒนา

ภาพที่ 13.1 กรอบแนวคิดของการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ



ภาพที่ 13.2 ระบบการพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ



ภาพที่ 13.3 Framework ของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

ภารกิจ 6 ประการ ของสาธารณสุขระหว่างประเทศ	การสนับสนุน 3 ประการ		
	บริหารจัดการ	พัฒนาคน	พัฒนาความรู้
1. การเฝ้าระวังด้านสุขภาพ	◄	─	►
2. การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับโลก	◄	─	►
3. การพัฒนามาตรฐานต่างๆ ด้านสุขภาพ	◄	─	►
4. การบริหารจัดการองค์ความรู้	◄	─	►
5. การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส	◄	─	►
6. สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ	◄	─	►

5.3 การพัฒนาและเสริมสร้างโครงการและกลไกใหม่

5.3.1 กลุ่มการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ควรได้รับการพัฒนาโดยการสนับสนุนทางด้านการจัดการและบุคลากร ให้มีบุคลากรด้านวิชาการที่มีทักษะและประสบการณ์ด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศเพิ่มขึ้น

5.3.2 ควรมีการปฏิรูปบทบาทขององค์การอนามัยโลกในประเทศไทยให้มีภารกิจหลักอีก 3 ประการคือ สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลก Liaison Office to ESCAP และสำนักงานสำหรับโครงการความร่วมมือระหว่างสองภูมิภาค เช่น Mekong Basin Disease Surveillance Project, โครงการโรคเอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค ในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง

5.3.3 มีการมีส่วนร่วมจากองค์กรนอกกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรอื่นๆ เพิ่มขึ้น

5.3.4 มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ WHO Collaborating Centers ในประเทศไทย

5.3.5 การพัฒนากลไกเพื่อสร้างความเชื่อมโยงกับองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ เพื่อเพิ่มการแลกเปลี่ยนภูมิปัญญา

5.4 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ควรมุ่งที่การเสริมสร้างภูมิปัญญาด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศในระดับบุคคลและองค์กร

5.4.1 กำหนดเป้าหมายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศในองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นด้านความสามารถด้านภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆ ทักษะการประสานงานและเจรจาต่อรอง และความรู้ความเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรม พิธีการ กฎระเบียบต่างๆ รวมทั้งประเด็นด้านสาธารณสุขเฉพาะเรื่องและทั่วไป

5.4.2 มีการสนับสนุนให้นักวิชาการในระดับล่างและระดับกลางของระบบสาธารณสุขไทย ให้ไปทำงานหาประสบการณ์ในฐานะ fellow ในหน่วยงานภายใต้องค์การอนามัยโลก ทั้งสำนักงานใหญ่และสำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

5.4.3 พัฒนาความก้าวหน้าในการทำงานสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ

5.4.4 สนับสนุนผู้เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุขไทยให้ไปอยู่ในองค์กรสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในฐานะที่ปรึกษา สมาชิกของคณะกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญ และในระดับผู้บริหารระดับสูง

5.5 การพัฒนาระบบสาธารณสุขระหว่างประเทศบนพื้นฐานองค์ความรู้

5.5.1 การวิจัยด้านการพัฒนาสาธารณสุขระหว่างประเทศ

(1) การวิเคราะห์สถานการณ์ของศูนย์ความร่วมมือองค์การอนามัยโลกในประเทศไทย และให้คำแนะนำเพื่อการพัฒนาในอนาคต

(2) ผลกระทบของข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศต่อการพัฒนาสาธารณสุขไทย โดยเน้นที่การให้การเสนอแนะสำหรับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อการมีส่วนร่วมจะได้ประโยชน์สูงสุด

(3) การวิเคราะห์สถานการณ์ของหลักสูตรฝึกอบรมนานาชาติในประเทศไทย ทั้งระยะสั้น ระยะยาว รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงในอนาคต

(4) วิเคราะห์ศักยภาพของผู้เชี่ยวชาญสาธารณสุขไทย เพื่อไปปฏิบัติงานในองค์การระหว่างประเทศ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

(5) ประเมินกลไกการสาธารณสุขระหว่างประเทศที่มีอยู่ในระดับภูมิภาคและระดับโลก ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสมของประเทศไทย

(6) การจัดทำแนวทางและคู่มือสำหรับกิจกรรมการสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่น คู่มือการเข้าประชุมสมัชชาอนามัยโลก

5.5.2 เครือข่ายการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

นอกจากเครือข่ายการพัฒนานักวิชาการสาธารณสุขระหว่างประเทศแล้ว เครือข่ายในระดับที่สูงขึ้นและในด้านต่างๆ ควรได้รับการพัฒนาเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่น เครือข่ายการวิจัยด้านนโยบายและระบบสาธารณสุข นอกจากนี้ศูนย์ความร่วมมือองค์การอนามัยโลกในประเทศไทยสามารถแสดงบทบาทในฐานะผู้ประสานงานสำหรับหลายๆ เครือข่าย ซึ่งจะช่วยเพิ่มความยอมรับของประเทศไทยให้เป็นศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาคอินโดจีน

5.5.3 การสนับสนุนการสื่อสารและการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในระดับนานาชาติ

(1) การตีพิมพ์ผลงานการวิจัยของนักวิจัยไทยในวารสารนานาชาติ ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนทั้งโดยลักษณะที่เป็นเงื่อนไขและตามความสมัครใจ

(2) สนับสนุนการตีพิมพ์และจัดทำวารสารนานาชาติ และ Webpage ในประเทศไทย เช่น HSRI Journal/Webpage นอกจากนี้ ได้จัดทำ webpage ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นภาษาอังกฤษ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2543

(3) สนับสนุนการตีพิมพ์รายงานเฉพาะเรื่องเป็นภาษาอังกฤษ เช่น รายงานการสาธารณสุขไทย (Thailand Health Profile) และรายงานสุขภาพคนไทย (Thai Health Report)

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2545). จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการขนส่ง พ.ศ. 2545. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.

กรมการแพทย์. (2545). รายงานสถิติวิเคราะห์ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งได้รับการบำบัดรักษาทั่วประเทศ ปีงบประมาณ 2545. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมมลพิษ. (ม.ป.ป.). สารกรดในบรรยากาศ: มลพิษที่ไร้พรมแดน. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

กรมควบคุมโรค. (2546). ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ พ.ศ. 2546. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). โครงการประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทยเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 พ.ศ.2544. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ.

กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2546). จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์และไวน์ พ.ศ.2546. กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม.

กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง. (2546). สถิติการนำเข้า-ส่งออกสินค้า. ใน (http://www.customs.go.th/Statistic/StatisticIndex.jsp) 16/6/2547.

กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง. (2547). มูลค่ายาส่งออก ปี 2544-2546. ใน (http://www.customs.go.th/Statistic/StatisticResult/jsp..) 23/3/2547.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2546). ข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุขมูลฐานประจำปีงบประมาณ 2546. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กรมสรรพสามิต. (2546). ปริมาณการจำหน่ายสุรา เบียร์ และไวน์ พ.ศ. 2546. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสรรพสามิต. (2546). ปริมาณการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มบำรุงกำลัง. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสรรพสามิต. (2546). ภาษีบุหรี่ พ.ศ. 2546. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานประจำปี ปีงบประมาณ 2546. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2546). รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2545. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2544). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2546). โครงการเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราชินี. (เอกสารอัดสำเนา).

กฤตยา อาชวนิจกุล ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา วาสนา อิ่มเอม และอุษา เลิศศรีสันทัด. (2546). รายงานการวิจัย ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิผู้หญิง.

กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2546). รายชื่อสถานพยาบาลเอกชน ประจำปีงบประมาณ 2545. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(เอกสารอัดสำเนา).

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2544). รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

กองนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2545 และกฎกระทรวงว่าด้วยกลุ่มภารกิจ พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 103 ก (เล่ม 3) 9 ตุลาคม 2545.

กองนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119 ตอนที่ 99 ก 2 ตุลาคม 2545.

กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2545). รายงานสรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ 2545. กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2546). รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา. กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2545). รายงานภาวะโภชนาการเกินของเด็กนักเรียนในโรงเรียนอนุบาลประจำปีการศึกษา 2544 ภาคเรียนที่ 1. กองโภชนาการ กรมอนามัย.

กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. (2547). สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคและผลกระทบต่อสุขภาพ. กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย.

กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย. (2545). รายงานประจำปีงบประมาณ 2545. กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย.

คณะกรรมการโครงการศึกษาวิเคราะห์ระบบยาของประเทศไทย. (2545). ระบบยาของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรประเทศไทย.

คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์. (2544). การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. (2546). รายงานผลการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทยที่เสียชีวิตใน 1 ปี พ.ศ. 2540 - 2542 ใน 16 จังหวัดของประเทศไทย. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543: สถานสุขภาพคนไทย กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2546). โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย เอกสารเฉพาะเพื่อนิทรรศการ 10 ปี สกว.. (เอกสารอัดสำเนา).

จิตปราณี วาศวิท และคณะ. (ม.ป.ป.). อนามัยและสวัสดิการของคนไทย หลังหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอนที่ 1 : เรื่อง ใครไม่มีหลักประกันและการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพของคนไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

จิตปราณี วาศวิท. (2546). การวิเคราะห์ภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2545. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ณิชากร ศิริกนกวิไล. (1998). Modified population-to-physician ratio method to project future physician requirement in Thailand. HDRJ, Vol.2 No.3: 197-209.

ดวงใจ เล็กสมบูรณ์. (2000). Supply Projections for Dentists, Thailand (2000-2030). HRDJ, Vol.4 No.2: 94-105.

ทักษพล ธรรมรังสี พนา พงษ์ชำนะภัย ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย. (ม.ป.ป.). สาเหตุการลาออกของแพทย์จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2545-2546. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ธนาคารโลก. (2002). สถานการณ์สิ่งแวดล้อมไทย ปี 2002. ธนาคารโลก สำนักงานประเทศไทยภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิค. http://www.worldbank.or.th/monitor.

ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. (2547). Screening Mammography. ศูนย์ถันยรักษ์ คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล.

ธิดา สุวรรณกิจ. (1998). Supply Projection for Physicians in Thailand in the Next 25 Years (1996-2020 A.D.). HRDJ, Vol.2 No.2: 117-128.

นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นลินี ศรีพวง. (2542). การประเมินความเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมีในงานเฝ้าระวังด้านอาชีวอนามัย : กรณีศึกษาสารทำละลายอินทรีย์. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

นิพนธ์ พัวพงศกร เดือนเด่น นิคมบริรักษ์ และสุวรรณา ตุลยวศินพงศ์. (ม.ป.ป.). คอร์รัปชันในวงราชการไทย : กรณีศึกษาและยุทธศาสตร์การต่อต้านคอร์รัปชันในเชิงเศรษฐศาสตร์. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

นิภา ปายะนันท์. Future Human Resources Balance for Pharmacy and Health Consumer Protection Services in Thailand. HDRJ; 1998, Vol.2 No.2:129-141.

บุญยง เกี่ยวการค้า และคณะ. (2545). การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในประชากร 7 กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2545. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขแห่งอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. (บรรณาธิการ). (2546). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ. (เอกสารแปล).

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (2543). จะเกิดอะไรขึ้นกับบุหรี่ในอนาคต. ในวารสารเพื่อคนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่. 7 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2543).

ประกิต วาทีสาธกกิจ. (ม.ป.ป.). สถิติสำคัญการสูบบุหรี่ของคนไทย. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. (เอกสารอัดสำเนา).

ปราโมทย์ ประสาทกุล, อัญชลี วรางค์รัตน์, ปัทมา ว่านพัฒนวงศ์ และคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรีดา แต้อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน และรุจิรา ทวีรัตน์. (2546). สถานการณ์ของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลของรัฐหลังวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

ปาณบดี เอกะจัมปกะ และสุทธิสารณ์ วัฒนมะโน. (2542). การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของสถานบริการสาธารณสุขในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ปิยธิดา ประเสริฐสม. (2546). เด็ก ขนมหวาน-ฟันผุ ในวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 26 ฉบับที่ 2, เมย.-มิย. 2546.

ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. (2545). กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. (2545). การศึกษาสถานการณ์ภาวะอ้วนในประเทศไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

พลเดช ปิ่นประทีป. (2542). สู่ความเป็นไทด้วยพลังของท้องถิ่น ข้อเสนอกรอบแนวคิดเพื่อการจัดทำแผน 9. (ม.ป.ท.).

มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2539). แนวโน้ม เศรษฐกิจ สังคมและการเมืองไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. (2546). สถานการณ์และการรายงานการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดประเทศไทย พ.ศ.2538-2539. (เอกสารอัดสำเนา).

ยงยุทธ ขจรธรรม และสำนักวิจัย ABAC. (2544). รายงานการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนของคนไทย พ.ศ.2543. (เอกสารอัดสำเนา).

ยงยุทธ ขจรธรรม. (2547). การโฆษณาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความสูญเสีย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

โยธิน แสวงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และ มาลี สันภูวรรณ์. (2543). ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. (2546). ปริมาณการผลิตบุหรี่ภายในประเทศและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ. (เอกสารอัดสำเนา).

วัฒนีย์ เย็นจิตร. (2543). คนไทยสูงอายุกับสุขภาพตา. (เอกสารอัดสำเนา).

วิกรม เสงค์ศิริ. (2542). การเปรียบเทียบประสิทธิผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินระหว่างการหยุดสัมผัสเสียงดัง 16 ชั่วโมง กับการใช้ที่อุดหูตลอด 4 ชั่วโมงการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2541. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

วิจิตร ศรีสุพรรณ. Supply and Requirement Projection of Professional Nurses in Thailand over the Next Two Decades(1995-2015 A.D.). HRDJ; 1998,Vol.2 No.3: 210-220.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จิตปราณี วาศวิท และคณะ. (2547.). วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546 และ พ.ศ.2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (เอกสารอัดสำเนา).

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2547). การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (เอกสารอัดสำเนา).

วีระศักดิ์ พุทธาศรี สมหญิง สายธนู และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2546). รายงานการวิจัย บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤตเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2539-2544). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. (2542). ระบบบริหารงานโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน: การบริหารจัดการทางการเงินและธุรกิจสำหรับโรงพยาบาลรัฐที่จะบริหารอย่างอิสระ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2544). ดัชนีเศรษฐมหภาคเพื่อวัดความเป็นธรรมทางการคลังและการใช้บริการสาธารณสุข ระหว่างปี 2529-2541. ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย. (2545). หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2544. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (2546). ข้อมูลประชากรจำแนกตามศาสนา. ใน http://www.thaibuddhist.net.

ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. (2546). ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ.2546. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2546). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ. (เอกสารอัดสำเนา).

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการจราจรและขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. (2545). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติเหตุด้านการจราจรทางบก. สำนักงานคณะกรรมการจัดระบบการจราจรทางบก สำนักนายกรัฐมนตรี.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2546). รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ. 2542. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันโรคหัวใจ. (2545). รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการผ่าตัดในสถาบันโรคหัวใจ. สถาบันโรคหัวใจ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2546). การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับลิชชิ่ง จำกัด.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2536). เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเป้าหมายสาธารณสุข ภายใต้โครงการติดตามผลการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ MDGs: Millennium Development Goals. วันที่ 3 และ 9 กันยายน 2546 ณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). กลไกทางการเงินการคลังด้านประกันสุขภาพของประเทศไทย. เอกสารวิชาการเพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยน ข้อคิดเห็น ในการประชุมวิชาการ "พลังปัญญา : สู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า". ในวันที่ 19-20 กุมภาพันธ์ 2547.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก. (2546). รายงานความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอ วี และปัจจัยด้านประชากรในชายที่เข้าเป็นทหารกองประจำการผลัด พฤศจิกายน 2546. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานการตรวจพบ Enterovirus 71 พ.ศ. 2541-2545. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2546). การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี 2544. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.

สภาเภสัชกรรม. (2546). จำนวนเภสัชกรผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมในแต่ละปี. ใน (http://www.phamacycouncil.org/html/member.html..).

สว่าง แสงหิรัญวัฒนา. (2542). โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้ม. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2542). การปรับปรุงระบบการจัดการงบประมาณ. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2545). งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2545. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2546). งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2546. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2547). งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ 2547. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2547). พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี 2547. กรุงเทพ : พิมพ์ที่บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2547). เอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 7 คู่มือรหัสงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2547. พิมพ์ที่ งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงบประมาณ.

สำนักงาน ก.พ. (2544). รายงานการวิจัยคอร์รัปชันในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.

สำนักงานคณะกรมการอาหารและยา สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2537). พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มผสมแคฟเฟอีนในประเทศไทย. สำนักงานคณะกรมการอาหารและยา สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2546). ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ ประจำปี 2546. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2546). รายงานผลโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2546). สถานการณ์ยาเสพติดประเทศไทยและสถานการณ์ พ.ศ.2546. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2542). การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ : 2 ปีแห่งการเปลี่ยนแปลง ในเอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2546 การพัฒนาที่ยั่งยืน วันที่ 30 มิถุนายน 2546 ณ ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้า อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2542). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่เก้า พ.ศ.2545-2549. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). รายงานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย : ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2545 เรื่อง ความอยู่ดีมีสุขของคนไทย : 5 ปี หลังวิกฤตเศรษฐกิจ. วันที่ 21 มิถุนายน 2545 ณ ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้าอิมแพค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2545). วิเคราะห์รายจ่ายจริง ภาครัฐปี 2545. ส่วนกระจายรายได้และความยากจน. ใน (http://poverty.nesdb.go.th/ poverty__new) 3/12/46

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). การพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทไทย เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2546 การพัฒนาที่ยั่งยืน วันที่ 30 มิถุนายน 2546 ณ ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้าอิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศไตรมาสที่ 4/2546. กองบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). รายงานการศึกษาการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของไทย โครงการศึกษาการพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของไทย เล่มที่ 1 การศึกษาในระดับมหภาค. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). เศรษฐกิจไทยไตรมาสที่สามและแนวโน้มปี 2546-2547. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ.2547. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ฉบับ พ.ศ.2545. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2546). โครงการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักสดปลอดสารเคมี. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2546). จำนวนผู้ผลิตยาแผนปัจจุบันทั้งหมดกับผู้ผลิตยาแผนปัจจุบันที่ได้ GMP. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. ใน (http:// wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/...) 11/2/2547.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2547). สถิติใบอนุญาตประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาทั่วราชอาณาจักร ประจำปีงบประมาณ 2546. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. (2546). รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย 2546. สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2545). สถิติอุบัติเหตุจราจร พ.ศ.2545. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2546). สถิติการฆ่าตัวตาย พ.ศ.2546. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.

สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2544). รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้านรายจังหวัด รายอำเภอและรายตำบล ณ เดือนธันวาคม 2544. ใน (http://www.dopa.go.th) 10/10/2546.

สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2545). รายงานสถิติจำนวนประชากรและบ้านรายจังหวัด รายอำเภอและรายตำบล ณ เดือนธันวาคม 2545. ใน (http://www.dopa.go.th) 10/10/2546.

สำนักงานปฏิรูปการศึกษา. (2542). พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542. สำนักงานปฏิรูปการศึกษา.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2546). หยุด! สารเคมีเกษตรเพื่อสุขภาพคนไทย. เอกสารประกอบการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2546. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานประกันสังคม. (2547). รายงานประจำปี 2546. สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2546). ข้อมูลการสูญเสียบุคลากรสายงานแพทย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง. สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารภายใน).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). รายงานการเจ็บป่วยและสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การสำรวจข้อมูลทางสังคม พ.ศ. 2542. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2544). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). สำมะโนประชากรและเคหะทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2543. กองคลังข้อมูลและสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). การสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2545. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). รายงานการสำรวจการรับงานมาทำที่บ้าน พ.ศ. 2545. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). รายงานการสำรวจคนพิการ พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545). รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากรในวัยทำงาน พ.ศ. 2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). การสำรวจการมีการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศ พ.ศ.2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ.2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากร พ.ศ. 2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ : กองสถิติประชามติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ.2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). รายงานภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2545. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2547 (ฉบับพิเศษ) เนื่องในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษามหามงคล 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการประมวลข้อมูลรายได้ และรายจ่ายจริงของหน่วยราชการส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการศึกษาผลกระทบจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่มีต่อครัวเรือน พ.ศ. 2544. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). สมุดสถิติรายปี ประเทศไทย พ.ศ.2546. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). สรุปผลการสำรวจ การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2544). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยระดับจังหวัด พ.ศ. 2544. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานผู้ป่วยใน พ.ศ.2546. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). รายงานผู้ป่วยนอก พ.ศ.2546. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2546. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. .

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานทรัพยากรสาธารณสุขปี 2545. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2546). นโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารภายใน).

สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา. (2546). ข้อมูลผู้สำเร็จการศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันการศึกษาเอกชน. สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา. (2546). เป้าหมายจำนวนนักศึกษาเข้าใหม่และจำนวนผู้สำเร็จระดับปริญญาตรีในช่วงแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549). สำนักประสานและส่งเสริมกิจการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ. 2545. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ.2546. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พ.ศ.2546. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2546). สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2546. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี สำนักนายกรัฐมนตรี. (2547). ขออนุมัติเปลี่ยนพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้าราชการ และขออนุมัติตำแหน่งข้าราชการ. 17 พฤษภาคม 2547. (เอกสารภายใน).

สำนักวิจัยเอแบค - เคเอสซีอินเตอร์เน็ตโพลล์. (2544). การประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด : กรณีตัวอย่างนักเรียน-นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาทุกสังกัด ทั่วประเทศ. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์. (2543). หลักประกันสุขภาพในสายตาประชาชน. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2546). สถิติข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ พ.ศ.2546. (เอกสารอัดสำเนา).

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. (2546). ขนมกับโรคฟันผุของเด็กไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. (2546). ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ ในพื้นที่ชนบทขาดแคลน. (เอกสารอัดสำเนา)

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ชัยยศ คุณานุสนธิ์ วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทย : สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรผู้สูงอายุ. วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(1).

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, วัชรา ริ้วไพบูลย์ และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ปาณบดี เอกะจัมปกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน และรุจิรา ทวีรัตน์. (2546). ชุดโครงการศึกษา : เพื่อติดตามสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ. กรุงเทพฯ : บริษัท ออลพริ้นช้อพ จำกัด.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2540). รายงานการศึกษาวิจัยความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษหน้า กลุ่มผู้ให้บริการระดับต้นในชุมชน. กรุงเทพฯ : ดีไซร์ จำกัด.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ).(2545). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2542-2543. กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ).(2546). 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. กรุงเทพฯ : องค์การอนามัยโลก.

อุรา สุวรรณรักษ์. (2546). การวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงครึ่งแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 9 (ระหว่างปีงบประมาณ 2547-2549). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

Durex. (2000). Global survey into sexual attitudes and behaviour 2000. SSL International plc.

WTO.(2004). WTO oganization chart. In http.//www. wto.org/english/ thewto__e/whatis__e/tif__e/org2__e.htm

WHO.(2004). WHO Framework Convention on Tobacco Control. In http://www.who.int/mediacentre/news/ releases/2004/pr89/en/print.html.

Internet Users Worldwide. (2001). http://www.zooknic.com/users/global 2001 08.html 8/9/2546.

IMD. (2003). The World Competitiveness Yearbook. IMD.

IMS. (2003). Places for Medicines Distribution in Thailand. IMS Thailand.

Media Data Resources. (2003). มูลค่าการโฆษณา พ.ศ.2546. (เอกสารอัดสำเนา).

Office of the Education Council. (2004). Education in Thailand 2004. Office of the Education Council.

Pachanee C. and Wibulpolprasert S. (2004). Dual Track Health Policies: In-coherence between the Policies on Universal Coverage of Health Insurance and Promotion of International Trade I Health Services in Thailand. .

Wibulpolprasert S. (1991). Health Status, health policy, Objectives, health services infrastructures and utilization in Thailand. NE. Regional Public health collage, KhonKaen.

Putthasri W., Mugem S, Jindawattana W., et al. (2002). Screening for Breast Cancer with Mammography: Resource, Cost, and Utilization. International Health Policy Program (IHPP), Thailand.

The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. (2002). Burden of Disease and Injuries in Thailand. Priority Setting for Policy. Bureau of Health Policy and Planning, Ministry of Public Health.

The Stock Exchange of Thailand. (2547). Market Data : Health Care Services. (http://www.set.or.th/set/ sectorquotation.do..). 26/2/2547.

United Nations Development Programme. (2003). Human Development Report 2003. United Nations Development Programme.

United Nations Development Programme. (2004). Human Development Report 2004. United Nations Development Programme.

World Bank.(2003). World Development Indicators, 2003. Washington, DC, World Bank.

World Health Organization. (2003). The World Health Report, 2003. Shaping the Future. World Health Organization.

World Health Organization. (2004). The World Health Report, 2004. Changing history. World Health Organization.