ISBN:978-974-8072-76-0

สารสาธารณสุขไทย ๒๕๔๘-๒๕๕๐

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์

นางสาวปาณบดี เอกะจัมปกะ

นายนิธิศ วัฒนมะโน

นางรุจิรา ทวีรัตน์

ISBN 978-974-8072-76-0

Website http://www.moph.go.th/ops/health_50

จัดทำโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์องค์การส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก

สนับสนุนโดย กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ)

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการจัดทำ "รายงานการสาธารณสุขไทย" และใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า "Thailand Health Profile" เป็นประจำทุก 2 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นเล่มที่ห้าซึ่งได้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนหน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้รายงานดังกล่าวเป็นรายงานที่นำเสนอระบบสุขภาพของประเทศที่มีการเชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมได้อย่างบูรณาการ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายงานการสาธารณสุขไทยฉบับใหม่ พ.ศ. 2548 - 2550 นี้ นำเสนอเรื่องราวที่มีความสัมพันธ์กับรายงานฉบับก่อน และมีการเพิ่มเติมเรื่องเด่นเฉพาะที่มีความสำคัญ รวม 2 เรื่อง คือ หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งได้กล่าวถึงวิวัฒนาการ ผลสำเร็จของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพและการแลไปข้างหน้า และอีกเรื่องที่มีความสำคัญเช่นกันคือ ระบบเฝ้าระวัง ควบคุมโรคและภัยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่พยายามปรับตัวเองเพื่อตอบโต้กับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้อย่างดี โดยเฉพาะในกรณีการเกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) โรคไข้หวัดนก และภัยธรรมชาติคลื่นยักษ์ Tsunami

กระทรวงสาธารณสุขหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548 - 2550 นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการอ้างอิงทางวิชาการในระดับชาติและนานาชาติ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์

กระทรวงสาธารณสุข

รายนามผู้จัดทำเฉพาะบท

บทที่ 1 พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย
โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ รุจิรา ทวีรัตน์ และ นิธิศ วัฒนมะโน

บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย
โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ รุจิรา ทวีรัตน์

บทที่ 3 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย
โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ รุจิรา ทวีรัตน์

บทที่ 4 สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน

บทที่ 5 สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย
โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน

บทที่ 6 ระบบบริการสุขภาพไทย
โดย นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล ปาณบดี เอกะจัมปกะ รุจิรา ทวีรัตน์ และ นิธิศ วัฒนมะโน

บทที่ 7 การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย
โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ดร. สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ รุจิรา ทวีรัตน์

บทที่ 8 หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย
โดย นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ

บทที่ 9 การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ดร. สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล และปาณบดี เอกะจัมปกะ

บทที่ 10 สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพ
โดย นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสุทธิ์

บทที่ 11 ระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคและภัยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
โดย นพ. คำณวน อึ้งชูศักดิ์

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	**ก**
สารบัญตาราง	**ฆ**
สารบัญภาพ	**ฏ**
บทที่ 1 พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย	**1**
1. พัฒนาการสาธารณสุขในยุคสมัยของพระราชจักรีวงศ์	
1.1 ยุคฟื้นฟูวิทยาการแพทย์แผนไทย (พ.ศ. 2325 - พ.ศ.2394)	1
1.2 ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง	2
1.3 ยุคบุกเบิกของการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2460 - พ.ศ. 2472)	4
1.4 ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุข	4
2. พระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	9
บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย	**13**
1. ที่ตั้ง อาณาเขตและพรมแดน	13
2. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย	14
3. ประชากร ภาษาและศาสนา	15
4. เศรษฐกิจ	15
5. ระบบการปกครองของไทย	16
บทที่ 3 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย	**21**
1. สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน	21
2. แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ	21
3. แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย	23
บทที่ 4 สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	**35**
1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ	36
2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา	44
3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัว และการอพยพย้ายถิ่น	52

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	4. คุณภาพชีวิตของคนไทย	65
	5. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต	69
	6. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองและการปกครอง	94
	7. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยี	103
	8. พฤติกรรมสุขภาพ	104
บทที่ 5	**สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย**	**157**
	1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป	157
	2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	170
	3. บทสังเคราะห์	239
บทที่ 6	**ระบบบริการสุขภาพไทย**	**249**
	1. กำลังคนด้านสุขภาพ	250
	2. สถานบริการสุขภาพ	279
	3. เทคโนโลยีทางสุขภาพ	294
	4. รายจ่ายด้านสุขภาพ	302
	5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	315
	6. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ	321
	7. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ	325
บทที่ 7	**การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย**	**335**
	1. ขอบเขตของระบบสุขภาพแห่งชาติ	335
	2. องค์ประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ	337
	3. กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ	342
	4. หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ	344
บทที่ 8	**หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย**	**379**
	1. วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพไทยก่อน พ.ศ. 2545	379
	2. การเปลี่ยนผ่านใน พ.ศ. 2544 ไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า	384
	3. การพัฒนาระบบย่อยเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพ	392
	4. ผลสำเร็จของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ	397

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 9	**การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ**	**403**
	1. การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	403
	2. การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	414
บทที่ 10	**สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพ**	**421**
	1. กระบวนการ อสม. ที่ขยายตัวและเป็นผู้หญิงมากขึ้น	422
	2. บทบาทของ อสม.	423
	3. ศักยภาพของชมรม อสม. ระดับจังหวัด	425
	4. จุดแข็ง อสม.	425
	5. รูปแบบอาสาสมัครสุขภาพที่มีความหลากหลายในชุมชน	426
	6. คุณค่า อสม. ในงานพัฒนาสุขภาพชุมชน	427
	7. อุปสรรคการทำงานของ อสม.	428
	8. บทสรุป	428
บทที่ 11	**ระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคและภัยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข**	**431**
	1. ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	431
	2. กฎอนามัยระหว่างประเทศและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	431
	3. ระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อและพัฒนาการในประเทศไทย	432
	4. หน่วยหรือทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว	433
	5. กรณีศึกษาการเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	435
	6. สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะ	439
เอกสารอ้างอิง		**441**
รายนามคณะกรรมการจัดทำรายงาน Thailand Health Profile 2005-2006		454

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
บทที่ 4		
4.1	สัดส่วนคนจน พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2549 วัดจากรายจ่าย จำแนกตามพื้นที่	40
4.2	ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	41
4.3	อัตราการเรียนรู้ของคนไทย พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2548	46
4.4	โครงสร้างกำลังแรงงาน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2563	48
4.5	ความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอุดมศึกษา พ.ศ. 2543 - 2547	49
4.6	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความถนัดทางการเรียนของนักเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ปี 2543 - 2549	51
4.7	ปีพุทธศักราชที่สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 7 และร้อยละ 14 ในประเทศที่พัฒนาแล้วเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนา	58
4.8	เด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2549	61
4.9	อัตราร้อยละของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามประเภทของการย้ายถิ่นและภาคที่อยู่ในปัจจุบัน พ.ศ. 2535 - พ.ศ.2549	64
4.10	เวลาที่ว่างโดยเฉลี่ยของประชากร จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547	66
4.11	ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2547	68
4.12	โครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2547	70
4.13	ประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามเขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549	71
4.14	การเปรียบเทียบความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2541, พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2548	72
4.15	ร้อยละของครัวเรือนที่มีเครื่องรับวิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2547	73
4.16	การมีไฟฟ้าใช้ของหมู่บ้านระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2548	74
4.17	ร้อยละของคุณภาพน้ำในแม่น้ำทั่วไปและแม่น้ำเจ้าพระยา พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549	78
4.18	ค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพอันเนื่องจากโรคท้องร่วง โรคบิดและไทฟอยด์ พ.ศ. 2542	79
4.19	ต้นทุนอันเนื่องจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พ.ศ. 2542	79
4.20	ปริมาณการนำเข้าของเคมีวัตถุ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2549	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.21	จำนวน/อัตราลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานใน พ.ศ.2517 -พ.ศ. 2549	84
4.22	ผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารสดจากตลาดสดทั่วประเทศ ตามโครงการความปลอดภัยด้านอาหาร พ.ศ. 2546 - 2549	86
4.23	การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักและผลไม้สด พ.ศ. 2547 - 2549	87
4.24	ร้อยละของประเภทน้ำบริโภคของคนไทย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2548	88
4.25	คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2549	90
4.26	การเฝ้าระวังความปลอดภัยของคุณภาพน้ำบริโภค พ.ศ. 2547	91
4.27	ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549	92
4.28	ร้อยละของพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง พ.ศ. 2549	93
4.29	การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาระบบราชการ พ.ศ. 2546-2548	95
4.30	ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2549	99
4.31	ดัชนีคอร์รัปชั่นของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2549	101
4.32	ภาพลักษณ์ของการจ่ายเงินโดยมิชอบของประเทศไทยช่วงปี 2544 - 2549	102
4.33	ปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรก (ร้อยละของปีการสูญเสียสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years-DALYs) ใน 3 กลุ่มประเทศ) พ.ศ. 2543	105
4.34	DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547	106
4.35	ปริมาณผักและผลไม้ที่รับประทานต่อคนต่อวันในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุและเพศ	108
4.36	การเปลี่ยนแปลงระดับและความชุกของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประชากรไทย (อายุ 35-59 ปี)	111
4.37	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุในกลุ่มอายุต่างๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2527,พ.ศ. 2532,พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2544	112
4.38	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ในกลุ่มอายุต่าง ๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2532, พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2543-2544	112
4.39	สถานที่กระจายยาของประเทศไทย (ร้อยละของมูลค่ายาทั้งหมด)	114
4.40	การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม รวบรวมจากรายงาน 11 ฉบับ	115
4.41	ร้อยละของประชากรชาย-หญิง ที่ใช้ยาเป็นประจำ จำแนกตามอายุ เพศ และประเภทของยา	116
4.42	ปริมาณการบริโภคบุหรี่ของคนไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2549	119
4.43	จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2549	120

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.44	สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549	121
4.45	อัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นประจำ จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์ที่สูบมากที่สุด	123
4.46	สัดส่วนการตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2549	124
4.47	ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2549	127
4.48	จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2549	128
4.49	อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปี ขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ	128
4.50	ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุรา จำแนกตามความถี่ของการดื่มสุรา พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549	129
4.51	มูลค่าการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พ.ศ.2532-พ.ศ.2549	131
4.52	ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน (เครื่องดื่มบำรุงกำลัง) พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549	132
4.53	จำนวนและความชุก (prevalence) และความชุกที่ปรับแล้ว (adjusted prevalence) ดื่มเครื่องดื่มประเภทต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างแยกตามเพศ	133
4.54	สถิติการจับกุมยาบ้า พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2549	134
4.55	ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาล ประเทศไทย พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2549	135
4.56	อัตราร้อยละการใช้ยา/สารเสพติด ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ในสถานศึกษา พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2542	136
4.57	ผลการประมาณการจำนวนนักเรียนและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จำแนกตามประเภทของยาเสพติด พ.ศ. 2544	137
4.58	จำนวนประชากรทั่วประเทศที่ใช้สารเสพติด จำแนกตามชนิดและระยะเวลาที่ใช้ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546	138
4.59	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2547	139
4.60	อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2530 - พ.ศ.2547	141

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
4.61	อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกายจำแนกตามระยะเวลาที่ปฏิบัติในแต่ละวัน พ.ศ. 2530 - พ.ศ.2545	142
4.62	อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามประเภทของการออกกำลังกาย พ.ศ. 2544, 2547	143
4.63	จำนวนประชาชนที่มาเข้าร่วมออกกำลังกายในงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ	143
4.64	อัตราส่วนของประชากรวัยแรงงาน จำแนกตามระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละวัน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2540	144
4.65	เวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยในการนอนและพักผ่อนหย่อนใจแต่ละวันนับเป็นชั่วโมง จำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547	145
4.66	อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับรถยนต์ จำแนกตามการใช้เข็มขัดนิรภัย	146
4.67	อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่	147
4.68	รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (หน่วย : ร้อยละ)	155
บทที่ 5		
5.1	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ	158
5.2	อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth)	159
5.3	อัตราทารกตายและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547	161
5.4	ร้อยละของประชากรที่ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2549	165
5.5	จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2545	166
5.6	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้พิการที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544	167
5.7	ร้อยละของสาเหตุของ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของประชากรไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ	167
5.8	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ	169
5.9	ร้อยละของการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2549	171

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
5.10	อุบัติการการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	172
5.11	การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง (episode) ครั้ง/คน/ปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	175
5.12	อัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิที่พบบ่อย (ร้อยละ)	176
5.13	แสดงอัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิในจังหวัดน่าน (ร้อยละ)	177
5.14	การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์, ผู้เสียชีวิตและป่วยจากโรคเอดส์ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2563	191
5.15	จำนวนผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก และเสียชีวิตของไทย พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2549	196
5.16	จำนวนผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคมือ เท้า และปาก พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2549 (ก.ย. 2549)	197
5.17	อุบัติการของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543	199
5.18	ร้อยละของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ใน พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2538-2540 และ พ.ศ. 2541-2543 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็ง	200
5.19	การประมาณการผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในสตรีสหรัฐอเมริกา จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2540	200
5.20	แสดงอายุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทย ปี 2526 - ปี 2549	201
5.21	ร้อยละของสตรีไทยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549	201
5.22	อุบัติการของโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543	202
5.23	ความชุกของโรคเรื้อรังของประชาชนไทยและการวินิจฉัยและการรักษา พ.ศ. 2547	206
5.24	จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2549	213
5.25	จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2549	214
5.26	ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอุบัติเหตุกับยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวม พ.ศ. 2533-พ.ศ.2549	216
5.27	การบาดเจ็บ และเสียชีวิต จำแนกตามประเภทของพาหนะ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2546	218
5.28	การตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรและการป่วย การตายด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549	222
5.29	อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2549	226

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
5.30	อัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2546	229
5.31	ภาวะโภชนาการในเด็ก 0-6 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2549	229
5.32	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545	234
5.33	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2545	234
5.34	แนวโน้มอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากรสูงอายุไทย ในเขตเมืองและเขตชนบท พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2541	235
5.35	ผลการคัดกรองสภาพสมองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ	236
5.36	เปรียบเทียบความชุกของโรคสมองเสื่อมของประชากรสูงอายุไทยกับสหรัฐอเมริกา	237
5.37	อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน หัวใจ มะเร็ง อัมพาต ตับ ไต ปอดอักเสบและอุบัติเหตุ จากการขนส่งต่อประชากรในประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549	239
5.38	ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ตามระดับความขัดสน	240
5.39	สัดส่วน (ร้อยละ) ของการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างระดับรายได้	241
5.40	ร้อยละของประชากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง จำแนกตามภาคและเขตภูมิลำเนา	244
5.41	อัตราตายทารกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2507 - 2549	244
5.42	จำนวนเท่าของโอกาสเกิดโรคเบาหวาน (Odds ratio) ของตัวแปรต่าง ๆ	247
บทที่ 6		
6.1	จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ของประเทศไทย ปีการศึกษา 2540 - 2546	259
6.2	แพทย์ที่สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2540 - 2549	259
6.3	จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่ บรรจุเข้ารับราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537 -2549	264
6.4	เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549	270
6.5	ภาระงานของแพทย์ พ.ศ. 2548	278
6.6	สถานบริการสุขภาพภาครัฐ พ.ศ. 2550	280
6.7	สถานบริการสุขภาพในภาคเอกชน พ.ศ. 2549	282
6.8	จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียง และตามภาค พ.ศ. 2549	284
6.9	การกระจายสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522, พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549	291
6.10	การกระจายร้านขายยา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2548	292

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
6.11	มูลค่าการผลิตและการนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2548	296
6.12	อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย	298
6.13	อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2549	301
6.14	อัตราส่วน CT Scanner ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2549	301
6.15	รายจ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าปัจจุบัน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 (ล้านบาท)	304
6.16	รายจ่ายด้านยาและรายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 (ล้านบาท)	306
6.17	สัดส่วนของแหล่งรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 ในมูลค่า พ.ศ. 2531	307
6.18	รายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่างๆ ในเอเชีย	308
6.19	แบบแผนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2547	314
6.20	ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534, 2539, 2544 และ พ.ศ. 2546 - 2549	315
6.21	ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2546, 2547 และ พ.ศ. 2549	316
6.22	อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546-2549	327
6.23	สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน ตามกลุ่มเดไซด์ของรายได้ พ.ศ. 2535 - 2547	332
6.24	ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามร้อยละของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ใน 10 กลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2547	333
บทที่ 7		
7.1	พ.ร.บ. ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเองโดยตรง	351
7.2	จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2549	354
7.3	จำนวนพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามสาขา/วิชาชีพ พ.ศ. 2549	355
7.4	กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมลูกจ้างประจำและพนักงานราชการ) จำแนกตามกลุ่ม/สายงานสำคัญที่มีคนครองตำแหน่งจริง พ.ศ. 2549	358

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
7.5	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข มูลค่าปัจจุบันและมูลค่าจริง	363
7.6	งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2550	365
7.7	การจัดสรรงบประมาณตามลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญในช่วง พ.ศ. 2545 - 2550	367
7.8	งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2541 - 2550 (มูลค่าปัจจุบัน)	369
7.9	งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2522- พ.ศ. 2550	370
7.10	ข้อมูลองค์กรเอกชนที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535- พ.ศ. 2550	377
7.11	ข้อมูลองค์กรเอกชนด้านเอดส์ที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549	378
บทที่ 8		
8.1	ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ก่อน พ.ศ. 2545	383
8.2	ประเด็นสำคัญในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	387
8.3	ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆ ในประเทศไทย เดือนกันยายน พ.ศ. 2545	391
8.4	สัดส่วนจำนวนบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงาน สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ไม่รวมแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) ปี พ.ศ. 2547	394
บทที่ 9		
9.1	การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามงาน	415
บทที่ 10		
10.1	แสดงสัดส่วน อสม.ชาย 1 คนต่อ อสม.หญิง พ.ศ. 2536 - 2549	422
10.2	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ในการทำหน้าที่ตามบทบาทงานด้านสาธารณสุข มูลฐานและเนื้อหาที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ เรียงจากมากไปหาน้อย	424
10.3	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำแนกตามบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	426
10.4	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำแนกตามความคิดเห็นต่อการยอมรับและ การทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน	427

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
บทที่ 2		
2.1	แผนที่ประเทศไทย	13
2.2	การนับถือศาสนาของคนไทย	15
2.3	ระบบการปกครองไทยในปัจจุบัน (ก่อนปฏิรูปการปกครอง 19 กันยายน 2549)	19
บทที่ 3		
3.1	ความเชื่อมโยงของนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย	23
3.2	กรอบความสัมพันธ์ของแนวคิด วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาประเทศ	26
3.3	แนวคิดเมืองไทยแข็งแรง	32
บทที่ 4		
4.1	ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ	35
4.2	อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศไทย	36
4.3	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2549 (ราคาตลาด)	37
4.4	สัดส่วนของเศรษฐกิจ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2549	38
4.5	สัดส่วนความยากจนของประเทศไทยวัดจากรายจ่าย พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2549	39
4.6	ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรไทย แยกเป็น 5 กลุ่มตามระดับรายได้	42
4.7	อัตราการรู้หนังสือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทย พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2553	45
4.8	อัตราการเรียนต่อของนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2537 - 2549	47
4.9	จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของประชากรไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2548	48
4.10	ผลการแข่งขันโอลิมปิกทางวิชาการเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2549	50
4.11	อัตราเพิ่มของประชากรไทยและการคาดการณ์ พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2563	53
4.12	จำนวนประชากรไทยทั่วประเทศและการคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2568	54

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.13	สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2480 - พ.ศ.2568	54
4.14	อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2568	55
4.15	พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2553 พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2568 กับประเทศสวีเดน เดนมาร์ก และญี่ปุ่น ในปัจจุบัน	56
4.16	การกระจายร้อยละของครอบครัว จำแนกตามประเภท พ.ศ. 2503-2553	59
4.17	ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและคาดการณ์ถึง พ .ศ. 2563	59
4.18	อัตราของประชากรอายุ 3-5 ปี ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549	62
4.19	การคาดประมาณประชากรเขตเมืองและชนบท	63
4.20	อัตราการมีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2549	75
4.21	ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549	77
4.22	ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมงสูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพฯ ปริมณฑลและเมืองใหญ่ในพื้นที่ต่างจังหวัด พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2549	80
4.23	อัตราการตายและการประสบอันตราย เนื่องจากการทำงานของคนงาน ใน พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2549	85
4.24	อัตราการมีส้วมถูกสุขลักษณะ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2548	93
4.25	ขีดความสามารถและอันดับในการแข่งขันด้านประสิทธิภาพของระบบราชการไทยต่อการพัฒนาธุรกิจ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2549	98
4.26	ดัชนีคอร์รัปชั่นของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - 2549	100
4.27	ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกลุ่มอาหาร	107
4.28	แสดงรายการประเภทอาหารที่ต้องรับประทานเป็นประจำ	109
4.29	ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2549	109
4.30	อัตราความชุกภาวะอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ.2529, พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2546	110
4.31	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศต่างๆ เปรียบเทียบกับประเทศไทย	113
4.32	มูลค่าการโฆษณายา อาหารและเครื่องสำอาง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549	117

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.33	ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549	122
4.34	เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อคน พ.ศ. 2543	126
4.35	ปริมาณจำหน่ายสุรา เบียร์และไวน์ และปริมาณแอลกอฮอล์ต่อประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2549	129
4.36	จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์ และไวน์ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2549	130
4.37	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2547	139
4.38	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2547	140
4.39	สัดส่วนการออกกำลังกายของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549	141
4.40	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามระยะเวลาที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2547	142
4.41	สัดส่วนของประชากรที่ขับรถภายหลังการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ	148
4.42	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการ พ.ศ. 2532- พ.ศ. 2549	149
4.43	สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 12 พ.ศ.2538 - พ.ศ. 2549	150
4.44	สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 11 พ.ศ.2538 -พ.ศ. 2548	150
4.45	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-12 พ.ศ.2538 - พ.ศ. 2549	151
4.46	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-11 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2548	151
4.47	สัดส่วนของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 11 พ.ศ.2538 - พ.ศ. 2548	152

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
4.48	สัดส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมาของหญิงที่มาฝากครรภ์และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 8 พ.ศ. 2538 -พ.ศ. 2545	152
4.49	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 11 พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2548	153
4.50	สัดส่วนของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-11 พ.ศ.2539-พ.ศ. 2548	153
4.51	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-11 พ.ศ. 2539-พ.ศ. 2548	154
4.52	ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 18 - 19 ปีที่เคยมีเพศสัมพันธ์และอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ของผู้เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก) ในกรุงเทพฯ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2549	154
บทที่ 5		
5.1	อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505-พ.ศ. 2549	160
5.2	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507-พ.ศ. 2549	162
5.3	อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ.2533-พ.ศ.2549	163
5.4	สัดส่วนของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ 5 ลำดับแรก	166
5.5	อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510-พ.ศ. 2549	168
5.6	อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG DPT_3 OPV_3 HB_3 Measles และ TT_2 + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525-พ.ศ. 2549	170
5.7	อุบัติการของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคหัด ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	173
5.8	อุบัติการของโรคไอกรน คอตีบและโปลิโอ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	173
5.9	อุบัติการและอัตราตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส บี ประเทศไทย พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2549	174
5.10	อุบัติการของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	175

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
5.11	อุบัติการ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2549	178
5.12	อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2549	179
5.13	อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำแนกตามภาค ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549	179
5.14	อัตราความชุกของโรคเรื้อนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทยปี 2520 - ปี 2549	180
5.15	อัตราป่วย/ตายของโรคพิษสุนัขบ้าต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	181
5.16	อุบัติการและอัตราตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	182
5.17	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	183
5.18	อุบัติการและอัตราตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทยปี 2520 - ปี 2549	184
5.19	อุบัติการและอัตราตายของโรคไข้สมองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	185
5.20	อัตราความชุกโรคเท้าช้างต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย ปี 2535 - ปี 2549	186
5.21	อัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติปี 2520 - ปี 2549	186
5.22	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549	188
5.23	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศโดยแฝง กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด, ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549	189
5.24	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พฤศจิกายน 2532 - พฤศจิกายน 2549	190
5.25	แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน แยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2549	191
5.26	แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีชีวิตในแต่ละปี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม และจำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี จากการคาดประมาณ ถึงปี พ.ศ. 2563	192
5.27	อัตราผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ของประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549	193
5.28	ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2548	194
5.29	อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	195
5.30	อัตราป่วยโรคมือ เท้าและปาก พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2549	197

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
5.31	อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2540	199
5.32	อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2543	203
5.33	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2548	203
5.34	อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549	204
5.35	ความชุกของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2539	205
5.36	อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549	206
5.37	อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และเพศ	207
5.38	ประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553	208
5.39	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2549	208
5.40	สัดส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการผ่าตัดในสถาบันโรคหัวใจ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2549	209
5.41	อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	209
5.42	อัตราตายและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2549	212
5.43	อัตราตายด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2549	215
5.44	สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2549	215
5.45	สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ. 2549	216
5.46	แนวโน้ม GDP, การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงด้านการขนส่ง, ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2537 - 2546	217
5.47	อัตราการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร จำแนกตามการคาดเข็มขัดนิรภัยและการสวมหมวกนิรภัย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2548	219
5.48	สัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามสภาพการใช้แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2548	219
5.49	อัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549	220

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
5.50	ร้อยละของรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2549	221
5.51	อัตราการเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2549	225
5.52	อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2549	226
5.53	อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549	227
5.54	สถานการณ์โรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2546	228
5.55	สัดส่วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2548	230
5.56	สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2548	231
5.57	ภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2545	231
5.58	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ขาดสารไอโอดีน <10 μg/dl พ.ศ. 2543 - 2548	232
5.59	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2549	232
5.60	ความชุกของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2544	233
5.61	การคาดประมาณผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมใน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573	236
5.62	อัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549	238
5.63	อัตราส่วนการตายมาตรฐานของการตายรวมและรายเพศระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ	242
5.64	อัตราส่วนการตายมาตรฐานของโรคมะเร็ง 3 ชนิด ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ	242
5.65	อัตราส่วนการตายมาตรฐานของโรคเรื้อรัง 3 โรค ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ	243
5.66	อัตราส่วนการตายมาตรฐานของอุบัติเหตุและฆ่าตัวตาย ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ	243
5.67	โรคและปัจจัยเสี่ยงในเพศชายของประเทศไทย พ.ศ. 2547	245
5.68	โรคและปัจจัยเสี่ยงในเพศหญิงของประเทศไทย พ.ศ. 2547	246

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
บทที่ 6		
6.1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า การจัดบริการ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ	249
6.2	องค์ประกอบของการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ	250
6.3	อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2541-2548	251
6.4	อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2542-2548	251
6.5	สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548	252
6.6	สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548	252
6.7	สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548	253
6.8	สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548	253
6.9	สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2542-2548 (ข้อมูลกรมอนามัย)	254
6.10	สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548	254
6.11	สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548	255
6.12	สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548	255
6.13	สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548	256
6.14	สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ทำงาน ไม่เต็มเวลาใน โรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2546-2548	256
6.15	สัดส่วนแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2541-2549	257
6.16	สัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2541-2548	257
6.17	จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ และจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540-2549	258
6.18	แผนการรับนักศึกษาแพทย์ของไทย พ.ศ. 2547-2556	260
6.19	จำนวนการรับนักศึกษาทันตแพทย์ และจำนวนทันตแพทย์ที่ สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540-2549	261
6.20	จำนวนการรับนักศึกษาเภสัชกร และจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540-2549	262
6.21	จำนวนการรับนักศึกษาพยาบาลและจำนวนพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540-2549	263
6.22	จำนวนแพทย์ที่จบใหม่ กลับเข้ารับราชการ และลาออก พ.ศ. 2540-2549	265
6.23	อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548	266
6.24	อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548	266

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
6.25	อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2542-2548	267
6.26	อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548	267
6.27	อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548	268
6.28	อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548	268
6.29	อัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2549	269
6.30	ความแตกต่างของประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	271
6.31	ความแตกต่างของประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ข้อมูลกรมอนามัย)	271
6.32	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อแพทย์ และประชากรต่อทันตแพทย์ พ.ศ. 2547	272
6.33	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อเภสัชกร และประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2547	273
6.34	สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2548	274
6.35	อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และแพทย์ต่อโรงพยาบาล ตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2548	275
6.36	จำนวนเตียง จำนวนแพทย์ และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2520-2550	275
6.37	อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2539 - 2550	276
6.38	จำนวนแพทย์เฉลี่ยต่อโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2539-2550	277
6.39	สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2540-2550	281
6.40	สัดส่วนของสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) จำแนกกรุงเทพฯ และภูมิภาค พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2549	283
6.41	สัดส่วนของสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำแนกกรุงเทพมหานคร และภูมิภาค พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2549	283
6.42	สัดส่วนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2549	284
6.43	สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียงและภาค พ.ศ. 2549	285

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
6.44	จำนวนสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ขอตั้งใหม่และเลิกกิจการ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2549	286
6.45	สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548	286
6.46	สัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548	287
6.47	สัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2548	287
6.48	สัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2548	288
6.49	อัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546-2548	288
6.50	อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548	289
6.51	อัตราการครองเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2546-2548	289
6.52	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราส่วนประชากรต่อเตียงระดับจังหวัด พ.ศ. 2547	290
6.53	อัตราส่วนประชากรต่อสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2549	292
6.54	สัดส่วนจำนวนเตียง จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล รายภาค พ.ศ. 2548	293
6.55	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลเอกชนต่อเตียงทั้งหมด รายจังหวัด พ.ศ. 2548	294
6.56	ร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549	295
6.57	ร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2548	297
6.58	มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2548	297
6.59	มูลค่าการส่งออกยาของประเทศใน พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549 (ราคาปัจจุบัน)	298
6.60	จำนวนเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปิดบริการในประเทศไทย จำแนกตามสถานบริการภาครัฐและเอกชน	299
6.61	มูลค่าการนำเข้า ส่งออก เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2548	299
6.62	จำนวนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2549	300
6.63	รายจ่ายสุขภาพรวม และรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ และภาคเอกชน พ.ศ. 2538 -2548	302
6.64	รายจ่ายสุขภาพภาพรวมต่อประชากร มูลค่าปัจจุบัน และมูลค่า ณ พ.ศ. 2531 ระหว่าง พ.ศ. 2538 - 2548	302
6.65	รายจ่ายด้านสุขภาพรวม และรายจ่ายด้านยาต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อรายจ่ายสุขภาพ ระหว่าง พ.ศ. 2538 - 2548	303
6.66	แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพ ภาครัฐและภาคเอกชน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548	303
6.67	สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ พ.ศ. 2538 - 2548	309

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
6.68	งบประมาณด้านสุขภาพและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 -พ.ศ. 2550	309
6.69	สัดส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุข จำแนกตามหมวด พ.ศ. 2542-2550	310
6.70	งบประมาณด้านสาธารณสุข จำแนกตามหมวด พ.ศ. 2542-2550	311
6.71	สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน พ.ศ. 2538 - 2548	312
6.72	รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2547	313
6.73	สัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2547	313
6.74	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี) พ.ศ. 2546 - 2548	317
6.75	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ร้อยละต่อคนต่อปี) พ.ศ. 2546 - 2548	317
6.76	ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2547	318
6.77	ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในและอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ระดับจังหวัด พ.ศ. 2547	318
6.78	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระดับจังหวัด พ.ศ. 2547	319
6.79	สัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2546 - 2548	319
6.80	สัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2546 - 2548	320
6.81	สัดส่วนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - 2549	320
6.82	จำนวนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - 2549	321
6.83	อัตราการรับผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) พ.ศ. 2546 - 2548 จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล	321
6.84	อัตราการรับผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) พ.ศ. 2546 - 2548 จำแนกตามภาค	322
6.85	วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) พ.ศ. 2546 - 2548 จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล	323
6.86	วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน พ.ศ. 2546 - 2548 จำแนกตามภาค	323
6.87	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของวันนอนเฉลี่ย รายจังหวัด พ.ศ. 2547	324
6.88	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยใน 3 กองทุน	324
6.89	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง ต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (RW) และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted RW) ของผู้ป่วยใน 3 กองทุน	325

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
6.90	ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อป่วยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549	326
6.91	ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อนอนในโรงพยาบาลตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549	326
6.92	สัดส่วนการนอนรักษาในโรงพยาบาลแต่ละประเภทของผู้ป่วย 2 กองทุน	328
6.93	อัตราการผ่าท้องคลอดของผู้คลอด 3 กองทุน	328
6.94	อัตราการผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใน 3 กองทุน	329
6.95	อัตราป่วยตายอย่างหยาบ อัตราป่วยตายที่ปรับค่าตามอายุ และ SMR ของผู้ป่วย 3 กองทุน	330
6.96	เปรียบเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดไซล์ ก่อนและหลังมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	331
6.97	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน ตามกลุ่มเดไซด์ของรายได้ พ.ศ. 2535, 2539, 2545 และ 2547	332
บทที่ 7		
7.1	ขอบเขตการจำกัดความของคำว่าระบบสุขภาพ	336
7.2	องค์ประกอบของระบบสุขภาพ	337
7.3	ความเชื่อมโยงกลไกอภิบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ	343
7.4	วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2431 - ปัจจุบัน	345
7.5	โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข	348
7.6	โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค	350
7.7	จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐและพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524 - 2549	356
7.8	สัดส่วนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐและพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524 - 2549	357
7.9	งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายของประเทศ (มูลค่าปัจจุบัน) และสัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศตั้งแต่ปีงบประมาณ 2512-2550	360
7.10	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ	361
7.11	สัดส่วนงบประมาณ ด้านความมั่นคง การชำระหนี้เงินกู้ การศึกษาและสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2512 -2550	362

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่		หน้า
7.12	สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามส่วนราชการ พ.ศ. 2550	366
7.13	สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะการดำเนินงาน พ.ศ. 2550	368
7.14	งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เปรียบเทียบกับร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522-พ.ศ.2550	371
7.15	ร้อยละของงบประมาณที่ได้รับในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2502 - พ.ศ. 2550	372
7.16	การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงาน ของกระทรวงสาธารณสุข	373
7.17	ระบบการติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข	374
บทที่ 8		
8.1	ข้อเสนอโครงสร้างระบบประกันสุขภาพ	390
8.2	สัดส่วนคนจน-คนรวย จำแนกตามระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล	398
8.3	สัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย (หน่วยเป็นร้อยละ)	399
8.4	เส้น Concentration curve ของการอุดหนุนบริการกรณีผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยในในระดับสถานพยาบาลต่างๆ	400
บทที่ 9		
9.1	ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา	406
9.2	ความสัมพันธ์ของกลไกต่าง ๆ ภายใต้ระบบสุขภาพใหม่	412
9.3	กรอบแนวคิดการดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	420
บทที่ 10		
10.1	แสดงสัดส่วนจำนวน อสม.ชาย 1 คน ต่อ จำนวน อสม.หญิง พ.ศ. 2536 - 2549	423

บทที่ 1
พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย

พัฒนาการของการสาธารณสุขไทย มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสถาบันพระมหากษัตริย์มาตั้งแต่ครั้งตั้งกรุงสุโขทัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคกรุงรัตนโกสินทร์ บทนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์เฉพาะพระราชวงศ์จักรีกับการสาธารณสุขไทย ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นยุคๆ ดังนี้

1. พัฒนาการสาธารณสุขในยุคสมัยของพระราชจักรีวงศ์ แบ่งออกเป็น 4 ยุค ดังนี้

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

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

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

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

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

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

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

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

พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ และโปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาไว้บนแผ่นหินอ่อน ประดับไว้ตามผนังโบสถ์และศาลารายในบริเวณวัด มีตำราบอกสมุฏฐานของโรคและวิธีบำบัด ทรงให้นำสมุนไพรที่ใช้ในการปรุงยา ที่หาได้ยากมาปลูกไว้ 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"** นักเผยแพร่ คริสตศาสนาชาวอเมริกันซึ่งมากับ คณะมิชชั่นนารีได้เข้ามาเมืองไทยใน พ.ศ. 2378 เป็นผู้ริเริ่ม**การป้องกันโรคติดต่อครั้งแรกในประเทศไทย** มีการ**ปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ**ซึ่งได้ผลดี จนกระทั่งใน พ.ศ. 2381 ทรงโปรดให้หมอหลวงไปเรียนวิธีปลูกฝีจากหมอบรัดเลย์ เพื่อปลูกให้แก่ข้าราชการและประชาชน

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

1.2 ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง

สมัยรัชกาลที่ 4 ถึง สมัยรัชกาลที่ 6 เป็นยุคที่มีการติดต่อกับประเทศแถบตะวันตก มีทูตมาเจริญสันถวไมตรี คณะมิชชั่นนารีเข้ามาเผยแพร่ศาสนาคริสต์มากขึ้น พระมหากษัตริย์ของไทยเสด็จประพาสต่างประเทศได้เห็นความเจริญในด้านต่างๆ จึงได้นำมาประยุกต์ให้เข้ากับประเทศไทย ทำให้บ้านเมืองเจริญรุ่งเรืองขึ้นเป็นลำดับ ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็วิวัฒนาการตามไปด้วย

1.2.1 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

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

แต่เดิมมาประเทศไทยไม่มีโรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งขึ้นเพื่อรักษาราษฎรที่ป่วยไข้ มีเพียงการจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวในที่ต่างๆ เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยในเวลาที่เกิดโรคระบาด เมื่อโรคสงบแล้วก็ล้มเลิกโรงพยาบาลนั้นไป ดังนั้น ใน พ.ศ. 2429 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดเกล้าฯ ให้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการคณะหนึ่งชื่อว่า **"คอมมิตตีจัดการโรงพยาบาล"** มีพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นศิริวัชสังกาศ เป็นองค์ประธาน เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลซึ่งแล้วเสร็จใน 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 โดยพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ของสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลศิริราช
- พ.ศ. 2440 จัดพิมพ์ตำราแพทย์เล่มใหม่ขึ้นโดยใช้ชื่อเดิมคือแพทยศาสตร์สงเคราะห์ แต่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแพทย์แผนตะวันตกเกือบทั้งสิ้น
- พ.ศ. 2448 จัดการสุขาภิบาลเป็นการทดลองขึ้นที่ตำบลท่าฉลอม จังหวัดสมุทรสงครามเป็นแห่งแรก
- พ.ศ. 2450 จัดพิมพ์ตำราออกมา 2 เล่ม คือ เวชศาสตร์วรรณา และตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งถือเป็นตำรายาแห่งชาติฉบับแรก
- ตั้งกองแพทย์เพื่อดูแลป้องกันโรคระบาดและทำการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษแก่ประชาชนตามหัวเมือง

1.2.3 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 โดยเพิ่มการสอนวิชาทางคลินิกและการฝึกหัดรักษาพยาบาลคนไข้ให้มากขึ้นและได้ยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยเนื่องจากลักษณะการสอนไม่เข้ากันและหาครูแพทย์ไทยที่มีความรู้ดีและเต็มใจถ่ายทอดวิชาไม่ได้

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

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

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก ทรงเป็นสมเด็จเจ้าฟ้าพระองค์แรกของไทยที่ทรงสนพระทัยในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างจริงจัง เนื่องจากได้ทรงเห็นว่าการแพทย์และการสาธารณสุขในสมัยนั้นยังไม่ก้าวหน้า ประชาชนมีความเสี่ยงสูงในการเจ็บป่วย โดยเฉพาะจากโรคติดต่อ ได้ทรงลาออกจากราชการกองทัพเรือและได้เสด็จไปศึกษาวิชาการแพทย์และการสาธารณสุข ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยพระวิริยะอุตสาหะอันมั่นคงทรงประสบความสำเร็จในการศึกษา ได้รับประกาศนียบัตรวิชาสาธารณสุข (C.P.H) และปริญญาแพทยศาสตร์ **ชั้นเกียรติปริญญา (cum laude)** และได้ทรงประกอบพระราชกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทยอเนกประการ อาทิ การพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ในการก่อสร้างโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล และหอพักพยาบาล พระราชทานทุนส่วนพระองค์แก่แพทย์พยาบาลเพื่อไปศึกษาต่างประเทศ ทรงเป็นผู้แทนรัฐบาลไทยในการเจรจากับ**มูลนิธิรอคกิเฟลเลอร์** เพื่อให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงการแพทย์ไทย นอกจากนี้ทรงส่งเสริมการพัฒนาค้นคว้าทางการแพทย์ โดยได้จัดตั้งทุนเพื่อการค้นคว้าและสืบสวนทางการแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช และยังได้ทรงปฏิบัติหน้าที่ในการสอนฝึกอบรมแก่นักเรียนแพทย์พยาบาล รวมทั้งทรงปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้าน ที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลแมคคอมิค จังหวัดเชียงใหม่ และทรงส่งเสริมเรื่อง “สงเคราะห์มารดาและทารก” โดยทรงวางโครงการดัดแปลงวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคลอดบุตรขนาดใหญ่ เพื่อเป็นศูนย์อบรม ศึกษาพยาบาล ผดุงครรภ์ พยาบาลสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และหมอตำแย เพื่อจะได้มีผู้ทำงานด้านสงเคราะห์มารดาและทารกเพิ่มขึ้น

ตลอดพระชนมชีพของพระองค์ได้ทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจในการบำรุงส่งเสริมการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศและเพื่อประโยชน์สุขของปวงชนชาวไทยอย่างไพศาล ด้วยพระเกียรติคุณและอัจฉริยภาพดังกล่าว จึงทรงได้รับการถวายพระสมัญญานามว่า **“บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย”** และมหาวิทยาลัยที่มุ่งผลิตบัณฑิตด้านแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลัก จึงได้รับนามว่า **“มหาวิทยาลัยมหิดล”**

1.4 ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุข

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

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการออก**กฎเสนาบดี** แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ กำหนดว่า

ก. ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิชาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้น อาศัยการศึกษา ตรวจค้น และการทดลองของผู้รู้ ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

ข. ประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราที่มีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปทางวิทยาศาสตร์

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

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

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2485 มีกระทรวงสาธารณสุขขึ้น นอกจากนี้ ได้ทำการศึกษาวิจัยสมุนไพรเพิ่มขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2485 - 2486 ขณะที่สงครามโลกครั้งที่ 2 ได้ขยายเข้ามาในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนยา ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้ทำวิจัยสมุนไพรที่ใช้รักษาไข้มาลาเรียที่โรงพยาบาลสัตหีบ หลังสงครามโลกสงบลงยังคงมีปัญหาขาดแคลนยา รัฐบาลจึงมีนโยบายให้โรงงานเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข นำสมุนไพรมาผลิตเป็นยารักษาโรค

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

1) **พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบัน** ทรงสนพระราชหฤทัยและห่วงใยในความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องสุขภาพอนามัย พระองค์ทรงริเริ่มโครงการต่างๆ ครอบคลุมทั้งงานด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประชาชนชาวไทยล้วนสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้น แม้ชาวต่างประเทศก็ตระหนักและชื่นชมในพระราชกรณียกิจในด้านสุขภาพอนามัยด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการที่**องค์การอนามัยโลกได้ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสุขภาพดีถ้วนหน้า** เมื่อ พ.ศ.2535 และคณะกรรมการระหว่างประเทศเพื่อการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสดุดีพระเกียรติคุณในการที่ทรงพระราชทานแนวคิดและทิศทางในการเผยแพร่เกลือเสริมไอโอดีน เพื่อควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2544 สถาบัน Franklin and Eleanor Roosevelt Institute และคณะกรรมการระดับโลกว่าด้วยคนพิการ ได้ถวายรางวัล “Franklin Delano Roosevelt International Disability Award” ในฐานะที่ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานที่สำคัญตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับโลกขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยคนพิการ และในวันที่ 26 พฤษภาคม 2549 องค์การสหประชาชาติ โดย นายโคฟี่ อันนัน เลขาธิการสหประชาชาติ เดินทางมาเยือนประเทศไทยอย่างเป็นทางการเพื่อทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายรางวัลความสำเร็จสูงสุดด้านการพัฒนามนุษย์ของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP Human Development Lifetime Achievement Award) แด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ผู้ทรงมีพระปรีชาสามารถและพระราชกรณียกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของพสกนิกรไทยอย่างยั่งยืนโดยแท้จริงมาโดยตลอดรัชสมัยครองสิริราชสมบัติ ซึ่งรางวัลดังกล่าวนี้ถือเป็นรางวัลเกียรติยศอันสูงสุดที่ริเริ่มขึ้นใหม่ โดยทางสหประชาชาติได้ทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อเฉลิมพระเกียรติเป็นกรณีพิเศษในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และทรงเป็นผู้ได้รับการถวายรางวัลเกียรติคุณพิเศษนี้เป็นพระองค์แรกในโลก

งานด้านสาธารณสุขที่ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีเป็นอเนกนานัปประการ สำหรับพระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่สำคัญได้แก่

(1) การก่อตั้งมูลนิธิอานันทมหิดล

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ตั้งมูลนิธิอานันทมหิดลขึ้น โดยส่งเสริมและสนับสนุนผู้ที่ใฝ่ใจในการศึกษา ที่ได้แสดงความสามารถอย่างยอดเยี่ยมให้ได้มีโอกาสไปศึกษาวิชาการชั้นสูงบางวิชา ณ ต่างประเทศ โดยทรงหวังในพระราชหฤทัยว่า เมื่อสำเร็จการศึกษากลับมาแล้ว จะได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในวิชาการที่ศึกษามา โดยเริ่มจากการทดลองดำเนินการก่อนด้วย “ทุนอานันทมหิดล” เมื่อ พ.ศ. 2498 ต่อมา เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2502 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้มีพระบรม

ราชวินิจฉัยให้เปลี่ยนสภาพจาก “ทุน” เป็น “มูลนิธิ” ชื่อว่า มูลนิธิ “อานันทมหิดล” โดยทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์เป็นทุนเริ่มแรก จำนวน 20,000 บาท เป็นการจัดตั้งมูลนิธิเพื่อเป็นพระบรมราชานุสรณ์ในพระมหากรุณาธิคุณแห่งสมเด็จพระบรมเชษฐาธิราช พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล โดยได้**พระราชทานทุนแก่นักศึกษาวิชาการแพทยศาสตร์เป็นประเดิม** ซึ่งปัจจุบันมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธานมูลนิธิ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2502 ถึง พ.ศ.2549 มีผู้ได้รับพระราชทานทุนมูลนิธิอานันทมหิดลไปศึกษาต่างประเทศและสำเร็จการศึกษา 254 ราย และกำลังศึกษาอยู่ 49 ราย โดยผู้สำเร็จการศึกษาเป็นแพทย์ 74 คน และทันตแพทย์ 7 คน และผู้ที่กำลังศึกษาเป็นแพทย์ 5 คน และทันตแพทย์ 7 คน

(2) การก่อตั้งมูลนิธิราชประชาสมาสัย

เมื่อ พ.ศ. 2497 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์และเป็นที่มีผู้โดยเสด็จพระราชกุศลเพื่อก่อสร้างตึก **“อานันทมหิดล”** ในบริเวณโรงพยาบาลศิริราชเพื่อเป็นพระอนุสรณ์สถานแก่สมเด็จพระปรเมนทรามหาอานันทมหิดล ซึ่งเมื่อการก่อสร้างตึกดังกล่าวขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราชแล้วเสร็จ ปรากฏว่ามีเงินเหลืออีก 175,064.75 บาท ประจวบกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นได้มีหนังสือกราบบังคมทูลขอพระราชทานเงินเพื่อสร้าง**สถาบันอบรมเจ้าหน้าที่และค้นคว้าโรคเรื้อน** ขึ้นที่สถานพยาบาลพระประแดง ในวงเงินประมาณหนึ่งล้านบาท จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินจำนวนที่เหลือนี้ให้เพื่อการริเริ่มงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อนและได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามสถาบันแห่งนี้ว่า **“สถาบันราชประชาสมาสัย”** นอกจากนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ยังทรงห่วงใยถึงการเล่าเรียนของเด็กลูกคนไข้โรคเรื้อนที่เป็นปกติไม่ได้ติดโรคเรื้อน ซึ่งทางราชการแยกเลี้ยงไว้ในสถานเลี้ยงเด็กของกรมอนามัย จึงได้โปรดเกล้าฯ ให้จัดสร้าง**โรงเรียนราชประชาสมาสัย**สำหรับให้การสงเคราะห์และการศึกษาแก่บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ได้ทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เริ่มแรก 1 ล้านบาท สมทบทุนการก่อสร้างและได้เสด็จพระราชดำเนินในพิธีเปิดและทรงมีพระเมตตาธิคุณเสด็จเยี่ยมหลายครั้ง

(3) การก่อตั้งมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์

ในวโรกาสเฉลิมฉลองวันคล้ายวันพระราชสมภพในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ครบ 100 ปี ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นการเผยแพร่พระราชเกียรติคุณพระผู้ทรงบำเพ็ญประโยชน์ต่อวงการแพทย์และการสาธารณสุขของไทยให้เจริญรุ่งเรืองทัดเทียมอารยะประเทศ จึงได้จัดตั้ง “มูลนิธิรางวัลมหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์” และได้เปลี่ยนแปลงเป็น **“มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์”** เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์

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

ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2548 มีบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ รวม 41 ราย จำแนกเป็นผู้ได้รับพระราชทานรางวัลบุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานและ/หรือวิจัยดีเด่นทางด้านการแพทย์ 20 ราย และด้านสาธารณสุข 21 ราย ซึ่งมีผู้ที่ได้รับรางวัลนี้

และต่อมาผลงานดังกล่าวนำไปสู่การได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์ 1 ราย คือ Professor Barry Marshall จากประเทศออสเตรเลีย

(4) โครงการควบคุมการขาดสารไอโอดีน

พ.ศ. 2534 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงริเริ่มโครงการนำร่องเกลือเสริมไอโอดีนที่อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อป้องกันโรคต่างๆ ที่เนื่องจากการขาดสารไอโอดีน เช่น โรคคอพอก และสมองเสื่อม เป็นต้น พระองค์ยังทรงสนพระทัยในการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการเสริมไอโอดีนแก่ผู้ผลิตเกลือรายย่อย โดยทรงสนับสนุนวิทยาลัยเทคนิคเชียงใหม่ให้พัฒนาเครื่องจักรขนาดกลางเพื่อเสริมไอโอดีน และเครื่องจักรดังกล่าวนี้ได้นำมาใช้งานอยู่ทั่วประเทศในขณะนี้ต่อมาพระองค์ทรงสนับสนุนให้มีการศึกษา **"เส้นทางเกลือ"** เพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งผลิตเกลือและการกระจายเกลือทั่วประเทศ ซึ่งเป็นผลให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถให้การช่วยเหลือและการสนับสนุนแก่ผู้ผลิตเกลือในการเสริมไอโอดีนอย่างเหมาะสม

สำหรับพระราชกรณียกิจของพระบรมวงศานุวงศ์ที่สำคัญ ได้แก่

1) สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ทรงส่งเสริมและสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพอนามัยของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาโดยตลอด ทรงดำรงตำแหน่ง **องค์สภานายิกาสภากาชาดไทย** ทรงเป็นองค์อุปถัมภ์องค์การ สมาคมและมูลนิธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากมายหลายแห่ง อาทิ มูลนิธิช่วยเหลือคนตาบอด มูลนิธิช่วยเด็กปัญญาอ่อน มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก เป็นต้น และที่สำคัญคือ ทรงเป็นองค์อุปถัมภ์โครงการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ 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 อาทิ โครงการแพทย์หลวง โครงการหมอหมู่บ้าน รวมทั้งทรงอุปถัมภ์คนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ เป็นต้น

2) สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ทรงเป็นพระบรมราชวงศ์ที่สำคัญอีกพระองค์ที่ทรงพระราชกิจนานาประการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังต่อไปนี้

(1) พ.ศ. 2499 ทรงรับมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการไว้ในพระราชูปถัมภ์ โดยทรงราชทานพระราชดำริพระราชทรัพย์และทรงรับเป็นพระราชภาระในการติดต่อกับบุคคลและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกประเทศเพื่อช่วยเหลือผู้พิการทุกสาขา

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

(3) พ.ศ. 2510 รับมูลนิธิชีวิตใหม่ไว้ในพระอุปถัมภ์ เพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจากโรคเรื้อนที่พิการ

(4) พ.ศ. 2512 **เริ่มก่อตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.** ซึ่งเป็นคณะแพทย์อาสาสมัครประกอบด้วย

แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสนับสนุนจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ไปปฏิบัติงานรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นทุรกันดาร

(5) พ.ศ. 2516 จัดตั้ง **"แพทย์อาสาทางอากาศ"** และต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น **"หน่วยแพทย์ทางวิท**ยุ" โดยใช้วิทยุรับส่งข่าวสำหรับแพทย์ใช้ติดต่อสั่งการรักษาผู้ป่วยได้โดยตรงตามสถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกล โรงพยาบาลในเขตที่เป็นจังหวัด พอ.สว. รวม 25 จังหวัด ที่เหลือเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2519 และหลังจากนั้นได้โอนงานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ พอ.สว. ให้กระทรวงสาธารณสุข รับไว้ดำเนินการหมดใน 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.** โดยจัดกิจกรรมในวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ 21 ตุลาคม ทุกปี

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

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

3) สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร ทรงเป็น**องค์นายกกิตติมศักดิ์ของมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช** ได้เสด็จพระราชดำเนินทรงเป็นประธานในพิธีวางศิลาฤกษ์และเปิดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจำนวน 21 แห่ง (เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอในที่ห่างไกลและกันดาร) และทรงสนพระราชหฤทัยในกิจการของโรงพยาบาล โดยได้เสด็จไปตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และได้ทรงพระราชทานพระราโชบายแก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชให้มีประสิทธิภาพสามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

4) สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงให้ความสนพระทัยเป็นพิเศษต่อการปรับปรุงและพัฒนางานโภชนาการ โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน จึงมีโครงการตามพระราชดำริหลายโครงการเกิดขึ้น อาทิ โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวันเพื่อช่วยเหลือเด็กในท้องถิ่นทุรกันดารให้มีสุขภาพดี โดยเน้นในโรงเรียนตำรวจตระเวณชายแดน ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการได้นำไปเป็นรูปแบบการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนอื่นทั่วประเทศ มีโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน และโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดาร

นอกจากนี้ยังทรงเป็นองค์ประธานคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งเป็น

โครงการที่สำคัญและทรงสนพระทัยแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังเป็นผลให้ภาวะขาดสารไอโอดีนลดลงมาอยู่ในระดับที่ควบคุมไม่ให้เป็นปัญหาอีกต่อไป

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

6) **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

7) **พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ** ทรงปฏิบัติพระกรณียกิจตามเบื้องพระยุคลบาท พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถฯ ในกิจกรรมต่างๆ เสมอมา

สำหรับพระกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุข พระองค์ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างมาก จะเห็นได้จากการที่พระองค์เสด็จเป็นองค์ประธานในงานเทียนส่องใจเป็นประจำเกือบทุกปีหากพระองค์ไม่มีพระกรณียกิจอื่นใด งานนี้สภากาชาดไทยร่วมกับชมรมเพื่อนวันพุธซึ่งเป็นชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้จัดขึ้นในวันที่ 1 ธันวาคม ตรงกับวันเอดส์โลกทุกปี โดยจัดใน พ.ศ. 2534 เป็นปีแรก และยังทรงพระกรุณาต่อโครงการอันเกี่ยวกับสภากาชาดไทยทุกโครงการ เช่น โครงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก โครงการเพื่อนพึ่งพายามยาก

2 พระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

นอกเหนือจากพระราชกรณียกิจดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีพระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ รวมทั้งพระบรมวงศานุวงศ์ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ใน พ.ศ. 2548-2553 ที่สำคัญมีดังนี้

2.1 โครงการพระราชดำริที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพระบรมวงศานุวงศ์

ชื่อโครงการ	พระราชดำริ
1. โครงการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการแพร่โรคหนอนพยาธิในพื้นที่แควน้อยอันเนื่องมาจากพระราชดำริ ปี 2548-2551 ในพื้นที่ 2 อำเภอ 10 หมู่บ้าน	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
2. โครงการสนับสนุนและติดตามการดำเนินการควบคุมเสียงดังในสถานบันเทิง	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
3. โครงการรณรงค์สัปดาห์ราชประชาสมาสัย ปี 2549	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
4. โครงการรณรงค์ประชาร่วมใจกำจัดโรคเรื้อนถวายเป็นพระราชกุศลทรงครองราชย์ครบ 60 ปี	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
5. ศูนย์ศึกษาพัฒนาพิกุลทอง (งานควบคุมโรคติดต่อและงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส)	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
6. โครงการศึกษาสถานการณ์อนามัยชุมชนจากการก่อสร้างเขื่อนแควน้อยอันเนื่องมาจากพระราชดำริฯ จังหวัดพิษณุโลก	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
7. โครงการพัฒนาอาหารปลอดภัยในพระราชวังสวนจิตลดารโหฐาน พระราชวังไกลกังวล วังศุโขทัย และศูนย์ศิลปาชีพ 904	- สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ
8. โครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิในเด็กนักเรียนตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในท้องถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพฯ 48 จังหวัด และโครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิภูฟ้าพัฒนาตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตน์ราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดน่าน 62 แห่ง	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
9. โครงการศึกษายุงพานะนำโรค : ผลกระทบจากการก่อสร้างโครงการเขื่อนแควน้อย อันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
10.โครงการประเมินผลโรคหนอนพยาธิ โรคไข้เลือดออกและโรคหูเสื่อม ในเด็กนักเรียนราชประชานุเคราะห์ 33 จังหวัดลพบุรี ตามโครงการพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
11.โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียในพื้นที่โครงการพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทรุกันดารตามพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
12.อาคารบ้านคุณพุ่ม จังหวัดภูเก็ต	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
13.โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

ชื่อโครงการ	พระราชดำริ
14.โครงการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่ในโครงการพัฒนาบ้านทุ่งรักมูลนิธิชัยพัฒนา จังหวัดพังงา	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
15.โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
16.โครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
17.โครงการส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะ	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
18.โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (สวนสมุนไพร-ไม้หอม)	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
19.โครงการคาราวานสายใยรักจากแม่สู่ลูกนมแม่ทุนสมอง เฉลิมพระเกียรติพระเจ้าหลานเธอพระองค์เจ้าทีปังกรรัศมีโชติ ครบ 1 พระชันษา พ.ศ. 2549	- พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ฯ

2.2 โครงการเทิดพระเกียรติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพระบรมวงศานุวงศ์

ชื่อโครงการ	เทิดพระเกียรติ
1. โครงการตรวจหาเชื้อไวรัสมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยเพื่อเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เนื่องในวโรกาสฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
2. โครงการฟันเทียมพระราชทานเพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ในวาระมหามงคล 80 พรรษา	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
3. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยเพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสครองราชย์สมบัติครบ 60 ปี	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
4. การพัฒนาความเป็นเลิศด้านการได้ยินและสื่อความหมายเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เนื่องในวโรกาสฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
5. พัฒนาสุขภาพพระสงฆ์-สามเณรให้ยั่งยืนแบบองค์รวมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ เนื่องในวโรกาสฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี	- พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ
6. โครงการพัฒนาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี 80 แห่ง	- สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถฯ
7. โครงการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 40 แห่ง	- สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ
8. โครงการยิ้มสวยเสียงใส เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ 75 จังหวัด	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

ชื่อโครงการ	เทิดพระเกียรติ
9. โครงการนมฟลูออไรด์ป้องกันพันผุในเด็ก กทม. เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
10.โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะ จังหวัดสกลนคร	- สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
11.โครงการจัดทำขาเทียมพระราชทานเคลื่อนที่ 4 จังหวัด	- สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากรมหลวงนราธิวาสฯ
12.โครงการสายใยรักจากแม่สู่ลูกในพระอุปถัมภ์ของพระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์พระวรชายาในสมเด็จพระบรมโรสาธิราชสยามมงกุฎราชกุมาร	- พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ฯ
13.โครงการรณรงค์ทางทันตสาธารณสุขในวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ 21 ตุลาคม ถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในวโรกาสวันคล้ายวันพระราชสมภพสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี	- พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์โสมสวลีฯ

บทที่ 2
ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

1. ที่ตั้งอาณาเขต และพรมแดน

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

ภาพที่ 2.1 แผนที่ประเทศไทย

ประเทศไทย มีพื้นที่ประมาณ 514,000 ตารางกิโลเมตร มีขนาดใหญ่ เป็นอันดับ 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 มีปัญหาไม่มากในเรื่อง ภัยพิบัติตามธรรมชาติที่รุนแรง เช่น ภูเขาไฟระเบิด แผ่นดินไหวหรือความหนาวเย็น

3. ประชากร ภาษา และศาสนา

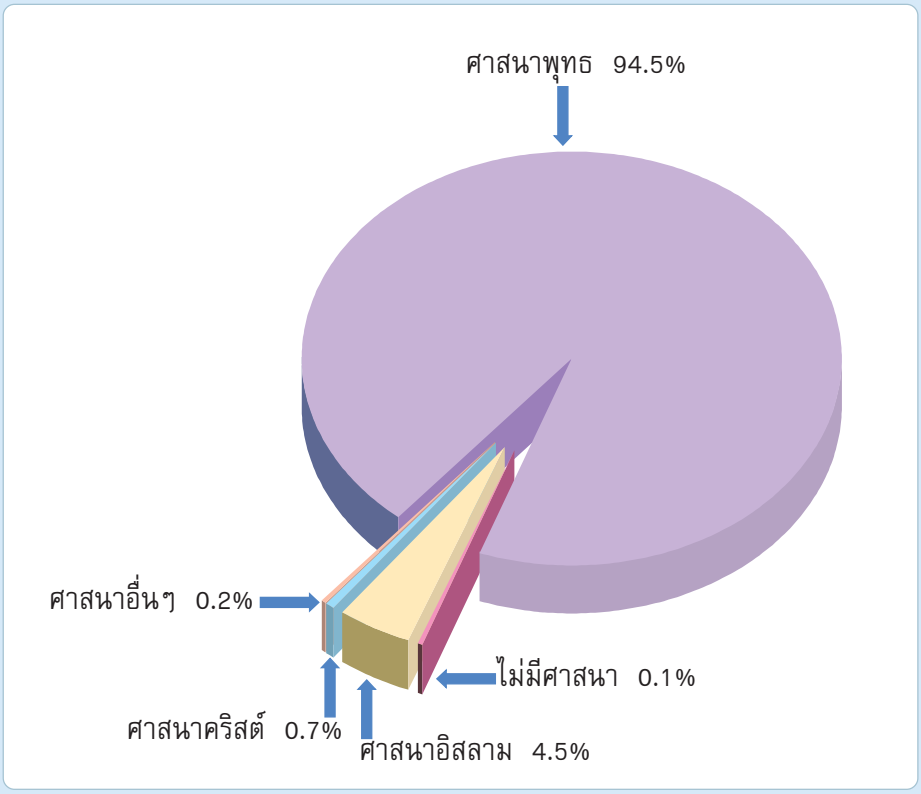
ประเทศไทยมีประชากร 62,829,000 คน ใน พ.ศ. 2550

ประชากรในประเทศไทย เกือบทั้งหมดร้อยละ 98.1 เป็นผู้มีสัญชาติไทย ที่เหลือเป็นผู้มีสัญชาติอื่นๆ เช่น จีน พม่าและลาว

การติดต่อสื่อสาร ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาพูด และภาษาเขียน แต่ขณะเดียวกันแนวโน้มการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาต่างประเทศอื่นๆ ก็เริ่มมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะในทางธุรกิจ

ประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.5) รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 4.5) ศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 0.7) และอื่นๆ (ภาพที่ 2.2)

ภาพที่ 2.2 การนับถือศาสนาของคนไทย



ที่มา : การสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม พ.ศ.2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549

หมายเหตุ: เป็นการสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามศาสนา

4. เศรษฐกิจ

เศรษฐกิจไทยในอดีตนั้นขึ้นอยู่กับภาคเกษตรเป็นหลัก เป็นการเกษตรแบบพึ่งตนเองไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อการขายและส่งออก ด้านอุตสาหกรรมเป็นการผลิตหัตถกรรมพื้นบ้าน ต่อมาเมื่อประเทศไทยได้มีการทำสนธิสัญญาเบาริ่งกับประเทศอังกฤษ ใน พ.ศ. 2399 และประเทศตะวันตกอื่นๆ อีกหลายประเทศ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตทั้งในเขตเมืองและชนบทเปลี่ยนแปลงไปสู่การผลิตในลักษณะอุตสาหกรรมเพื่อทดแทนการนำเข้า และเพื่อการส่งออกในที่สุด ระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่ยุคของการพัฒนาเศรษฐกิจที่มีการวางแผนเศรษฐกิจเป็นระบบ โดยได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่ง

ชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - พ.ศ. 2509) จนถึงปัจจุบันซึ่งอยู่ระหว่างจัดทำฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554) กล่าวโดยรวมแล้ว ไทยเป็นประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจแบบเสรี และเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (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 พันล้าน ดอลลาร์สหรัฐ 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 จนสามารถชำระเงินกู้คืน IMF ทั้งหมดได้ตั้งแต่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 ก่อนเวลาที่กำหนดไว้ถึง 2 ปี และเศรษฐกิจเริ่มชะลอตัวอีกครั้งในช่วง พ.ศ.2548-2550 เป็นร้อยละ 4.5-5.0 (ภาพที่ 4.2) เนื่องจากภาวะราคาน้ำมันที่สูงขึ้น การระบาดของไข้หวัดนก แนวโน้มอัตราดอกเบี้ยมีทิศทางสูงขึ้น และความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

แนวโน้มเศรษฐกิจในปี 2550

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยในปี 2550 จะชะลอตัวลง อันเป็นผลจากเศรษฐกิจโลกชะลอการขยายตัว โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศส่งออกที่สำคัญของไทย อาทิ สหรัฐอเมริกามีเศรษฐกิจชะลอตัว ราคาน้ำมันลดลง ค่าเงินบาทแข็งขึ้น รวมทั้งอัตราดอกเบี้ยที่สูงขึ้นและมาตรการทางการค้าของประเทศคู่ค้าที่เข้มงวดมากขึ้น มีผลให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจจะอยู่ในระดับร้อยละ 4.5 อัตราเงินเฟ้อคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.5 ขณะที่ดุลบัญชีเดินสะพัดมีแนวโน้มเกินดุล 3.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา หรือคิดเป็นเกินดุลร้อยละ 1.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

5. ระบบการปกครองของไทย

ประเทศไทยปกครองโดยระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขสูงสุด และอยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2540 อันถือเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนฉบับแรกของไทย รัฐธรรมนูญไทยได้แบ่งอำนาจอธิปไตยของประเทศ ออกเป็น 3 ส่วน และเป็นอิสระต่อกัน คือ อำนาจนิติบัญญัติ อำนาจบริหารและอำนาจตุลาการ นอกจากนี้ ยังมีส่วนราชการอิสระต่างๆ ภายใต้รัฐธรรมนูญ ซึ่งคอยตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจทั้งสาม ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ปปช.) สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง (กกต.) สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ศาลรัฐธรรมนูญ เป็นต้น

ในด้านนิติบัญญัตินั้นก่อนปฏิรูปการปกครองในเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 ประเทศไทยได้มีการเลือก

ตั้งวุฒิสมาชิก รวม 200 คน และการเลือกสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ทั้งแบบเขตเลือกตั้ง (400 คน) และแบบบัญชีรายชื่อ (Party list) รวม 100 คน นับเป็นครั้งที่สองที่มีการเลือกตั้งใหญ่ภายใต้รัฐธรรมนูญใหม่ พ.ศ. 2540

การบริหารราชการของไทยในปัจจุบันอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2545) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน (ภาพที่ 2.3) ความขัดแย้งทางการเมืองอย่างรุนแรงตั้งแต่ช่วงต้นปี 2549 ได้นำไปสู่การปฏิรูปการปกครอง ซึ่งถือเป็นการปฏิรูปการปกครองครั้งแรก และได้มีธรรมนูญการปกครองแผ่นดินใช้แทนรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 โดยมีสภานิติบัญญัติแห่งชาติที่ได้จากการแต่งตั้ง จำนวน 242 คน และมีการจัดตั้งสมัชชาแห่งชาติ จำนวน 2,000 คน เพื่อเลือกกันเองเหลือ 200 คน และคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติเลือกเหลือ 100 คน ทำหน้าที่เป็นสภาร่างรัฐธรรมนูญ โดยกำหนดให้แล้วเสร็จภายใน 6 เดือน และคาดว่าจะมีการเลือกตั้งใหม่ประมาณปลายปี 2550

5.1 การบริหารราชการส่วนกลาง

5.1.1 พระมหากษัตริย์ เป็นองค์พระประมุขของประเทศ ทรงใช้อำนาจนิติบัญญัติทางรัฐสภา, อำนาจบริหารทางคณะรัฐมนตรี และอำนาจตุลาการทางศาล

5.1.2 คณะรัฐมนตรี เป็นรัฐบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารประเทศ

5.1.3 การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนกลาง ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวง 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 ส่วนราชการและยังมีส่วนราชการซึ่งไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงหรือทบวง จำนวน 10 แห่ง คือ สำนักราชเลขาธิการ สำนักพระราชวัง สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ราชบัณฑิตยสถาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน สำนักงานอัยการสูงสุดและสำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

5.2 การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

ราชการส่วนภูมิภาค หมายถึง ราชการของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ซึ่งได้แบ่งแยกออกไปดำเนินการตามเขตการปกครองของประเทศ **ภายใต้การดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด** โดยมีเจ้าหน้าที่ของราชการส่วนกลาง ซึ่งได้รับการแต่งตั้งออกไปประจำตามเขตการปกครองส่วนภูมิภาค เพื่อบริหารราชการภายใต้การบังคับบัญชาของราชการส่วนกลางที่ได้แบ่งอำนาจให้จังหวัดไปดำเนินกิจการแทนเฉพาะบางเรื่อง บางประการเท่านั้น ราชการส่วนกลางมีอำนาจที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไขคำสั่งของส่วนภูมิภาคได้ **ผู้มีอำนาจสั่งการขั้นสุดท้ายก็คือ ปลัดกระทรวงและรัฐมนตรี**

การจัดระเบียบราชการบริหารส่วนภูมิภาค แบ่งออกเป็น จังหวัด รวม 75 จังหวัด และอำเภอ/กิ่งอำเภอ รวม 796 อำเภอ/81 กิ่งอำเภอ

5.3 การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

การปกครองท้องถิ่น หมายถึง การที่ประชาชนในท้องถิ่นมีอำนาจในการปกครองตนเองโดยอิสระภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย โดยต้องมีลักษณะอย่างน้อย 4 ประการ คือ

5.3.1 เป็นนิติบุคคล

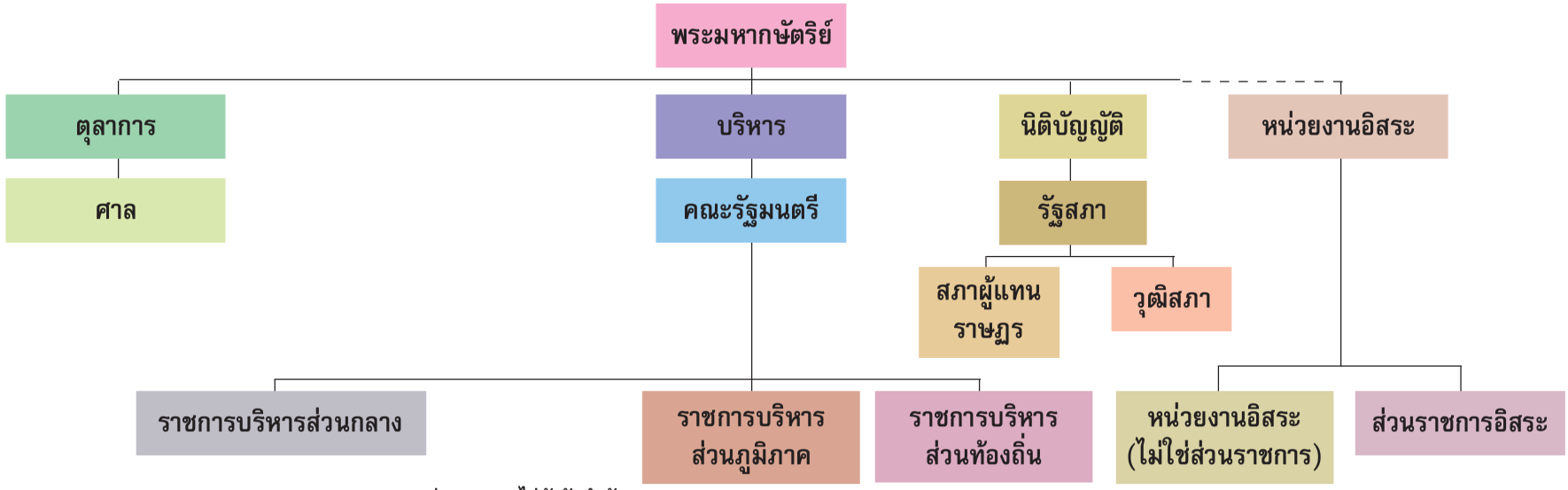
5.3.2 ผู้บริหารหรือสมาชิกสภาท้องถิ่น ได้รับเลือกตั้งจากประชาชนทั้งหมดหรือบางส่วน

5.3.3 มีรายได้และงบประมาณเป็นของตนเอง

5.3.4 มีอิสระในการบริหารงาน ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย

การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นของไทย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ **องค์การบริหารส่วนจังหวัด** (75 แห่ง) **เทศบาล** (1,158 แห่ง) **การปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ** คือ กรุงเทพมหานคร (1 แห่ง) เมืองพัทยา (1 แห่ง) **และองค์การบริหารส่วนตำบล** (6,620 แห่ง)

ภาพที่ 2.3 ระบบการปกครองไทยในปัจจุบัน (ก่อนปฏิรูปการปกครอง 19 กันยายน 2549)



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
10. สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1. จังหวัด (75 จังหวัด)
2. อำเภอ (796 แห่ง) และกิ่งอำเภอ(81 แห่ง)

1. องค์การบริหารส่วนจังหวัด (75 จังหวัด)
2. เทศบาล(1,158 แห่ง)
   - 2.1 เทศบาลนคร(22 แห่ง)
   - 2.2 เทศบาลเมือง(117 แห่ง)
   - 2.3 เทศบาลตำบล(1,019 แห่ง)*
3. ราชการส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่กฎหมายกำหนด
   - 3.1 กรุงเทพมหานคร(1 แห่ง)
   - 3.2 เมืองพัทยา(1 แห่ง)
   - 3.3 องค์การบริหารส่วนตำบล (6,620แห่ง)

1. สำนักงานทรัพย์สินส่วนมหากษัตริย์
2. ธนาคารแห่งประเทศไทย
3. สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพย์และตลาดหลักทรัพย์

ฯลฯ

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

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

หมายเหตุ: *เปลี่ยนจากสุขาภิบาลเป็นเทศบาลตำบลทั้งหมดใน พ.ศ. 2542

บทที่ 3
นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย

การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่สำคัญอันหนึ่งของรัฐบาลในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (All for Health) ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จึงเป็นส่วนสำคัญเพราะจะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของคนไทย ทั้งทางบวกและทางลบ

1. สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540[1] เป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายสูงสุดของรัฐ ซึ่งวางหลักประกันต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้อย่างรอบด้านทั้งทางกาย ทางจิตและสังคม ซึ่งรัฐไม่สามารถล่วงหรือละเมิดได้หากแต่มีหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพดังกล่าวด้วยโดยในรัฐธรรมนูญได้ระบุถึงสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนรวม 6 สิทธิ ดังนี้

1. สิทธิที่จะรับรู้ในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของคน (มาตรา 59 ของรัฐธรรมนูญ)
2. สิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต (มาตรา 59 ของรัฐธรรมนูญ)
3. สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบำรุงรักษา ได้ประโยชน์ คุ้มครอง ส่งเสริมและรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของคน (มาตรา 56 ของรัฐธรรมนูญ)
4. สิทธิที่ให้ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่า 50,000 คนรวมกันเข้าชื่อเสนอกฎหมายที่เกี่ยวกับ สุขภาพตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ให้รัฐสภาพิจารณาได้ (มาตรา 170 ของรัฐธรรมนูญ)
5. สิทธิในการร่วมรับบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทั่วถึง และเป็นธรรม (มาตรา 52 และ 86 ของรัฐธรรมนูญ)
6. สิทธิที่จะร่วมตรวจสอบเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยผ่านองค์กรอิสระที่เรียกว่า องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค (มาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญ)

2. แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ

นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 บัญญัติไว้ด้วย

---

[1] รัฐธรรมนูญฉบับนี้ถูกยกเลิกโดยประกาศของคณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2549 และมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2549 ใช้แทน ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ คาดว่าจะเสร็จภายในกลางปี พ.ศ. 2550

เจตนารมณ์ให้เป็นนโยบายหลักขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงจะได้รับบริการจากรัฐ ที่ทุกรัฐบาลต้องดำเนินการเพื่อการพัฒนาประเทศ เป็นแนวนโยบายหลักของประเทศไม่ใช่นโยบายของรัฐบาลใดรัฐบาลหนึ่ง ซึ่งรัฐบาลต้องแจ้งต่อรัฐสภาว่าจะดำเนินการใดๆ เพื่อจะบริหารราชการแผ่นดินให้เป็นไปตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ได้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหารราชการ อำนวยความยุติธรรม ความมั่นคง และการต่างประเทศ 2) ด้านการเมืองการปกครอง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งรัฐบาลมีพันธะต้องรายงานผลการดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐต่อรัฐสภาปีละหนึ่งครั้ง

สำหรับนโยบายด้านสุขภาพจัดอยู่ในแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านสังคมเป็นหลักและมีบางส่วนอยู่ในอีก 2 ด้านที่เหลือด้วย ซึ่งนโยบายด้านสุขภาพดังกล่าวถือได้ว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพอนามัย คนไทยที่รัฐจะต้องดำเนินการให้กับประชาชน มี 5 มาตรา และจัดได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 นโยบายด้านการสร้างระบบบริการสุขภาพที่เพียงพอสามารถเข้าถึงได้ มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ มี 1 มาตรา คือ มาตรา 82

มาตรา 82 ของรัฐธรรมนูญ ได้ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพเพียงพอ” จึงได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ รวม 35 ตัวชี้วัด โดยเป็นตัวชี้วัดด้านการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานทั่วถึง 16 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการมีหลักประกันด้านสุขภาพ มี 6 ตัวชี้วัดและตัวชี้วัดด้านการป้องกันและขจัดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มรุนแรง มี 13 ตัวชี้วัด

2.2 นโยบายด้านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีและสร้างเสริมสุขภาพ มี 4 มาตรา คือ มาตรา 71, 79, 80 และ 81

1) มาตรา 71 ของรัฐธรรมนูญ ได้ระบุว่า “รัฐต้องพิทักษ์รักษาไว้ซึ่งสถาบันพระมหากษัตริย์เอกราช และบูรณภาพแห่งอาณาเขต” ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ 1 ตัวชี้วัดคือ ความสำเร็จของโครงการ / กิจกรรมถวายพระเกียรติสถาบันพระมหากษัตริย์

2) มาตรา 79 ของรัฐธรรมนูญ ได้ระบุว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสงวน บำรุงรักษาและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ และความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน” จึงได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ รวม 5 ตัวชี้วัด โดยเป็นตัวชี้วัดด้านการเจ็บป่วยอันเนื่องจากมลภาวะ 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมสุขภาพ 2 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดด้านการดำเนินงาน การควบคุมมลภาวะที่กระทบต่อสุขภาพ 1 ตัวชี้วัด

3) มาตรา 80 ของรัฐธรรมนูญ ได้ระบุว่า “รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวและความเข้มแข็งของชุมชน รัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้” ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญรวม 10 ตัวชี้วัด โดยเป็นตัวชี้วัดด้านการควบคุม ป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 7 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชน 2 ตัวชี้วัด และ ตัวชี้วัดด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ตัวชี้วัด

4) มาตรา 81 ของรัฐธรรมนูญ ได้ระบุว่า “รัฐต้องจัดการศึกษาอบรม และสนับสนุนให้เอกชนจัดการศึกษาอบรมให้เกิดความรู้คู่คุณธรรม จัดให้มีกฎหมายเกี่ยวกับการศึกษาแห่งชาติ ปรับปรุงการศึกษาให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สร้างเสริมความรู้และปลูกฝังจิตสำนึกที่ถูกต้องเกี่ยวกับ

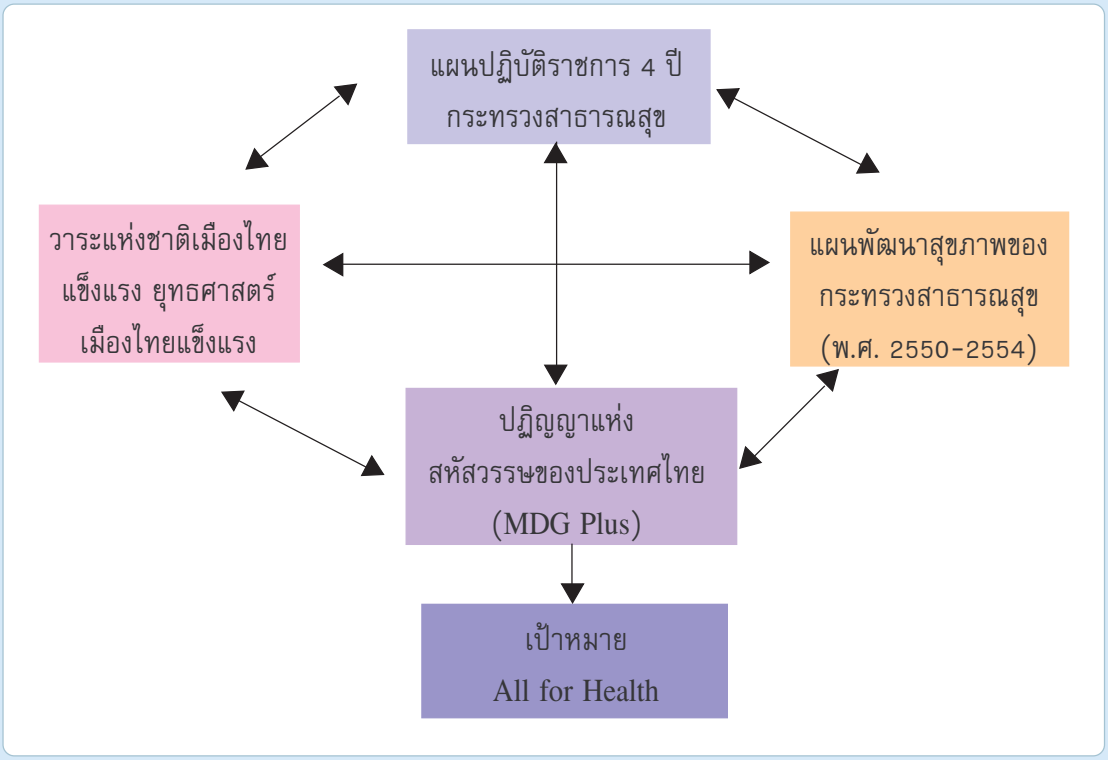
การเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริเป็นประมุข สนับสนุนการค้นคว้าวิจัยในศิลปวิทยาการต่างๆ เร่งรัดพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาประเทศ พัฒนาวิชาชีพครูและส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรมของชาติ” จึงได้กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ 1 ตัวชี้วัด คือ จำนวนแพทย์แผนไทยที่จดทะเบียนเพิ่มขึ้น

3. แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 นับว่าเป็นกรอบหลักของการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอนามัยของไทย ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศโดยจัดทำเป็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ขณะเดียวกันประเทศไทยร่วมมือกับประเทศต่างๆ ทั่วโลกให้การรับรองปฏิญญาสากลแห่งสหัสวรรษ โดยกำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG) และประเทศไทยได้ริเริ่มแนวคิดพัฒนาเป็น MDG Plus ซึ่งล้วนแต่มุ่งสู่เป้าหมายรวมพลังสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า (All for Health)

สำหรับความเชื่อมโยงของนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย ดังภาพที่ 3.1

ภาพที่ 3.1 ความเชื่อมโยงของนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย



แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย ที่สำคัญประกอบด้วย 5 แผน ดังนี้

3.1 แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554)

1) แนวคิดและเนื้อหาสาระของแผน

เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญต่อการต่อยอดความคิด สร้างจินตนาการสุขภาพใหม่ เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในการพัฒนาสุขภาวะที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และการรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ โดย

น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ทั้งในการดำเนินชีวิตและการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติทุกระดับและทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ

เนื้อหาสาระของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จะเป็นการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุขและการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

2) ภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย

ระบบสุขภาพพอเพียงภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

(1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

(2) มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ

(3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง

(4) มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

(5) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ

(6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

3) วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย

ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า **"มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง"**

4) พันธกิจหลัก

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้กำหนดพันธกิจหลักในการพัฒนา รวม 6 พันธกิจ คือ สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างวัฒนธรรมสุขภาพ สร้างดุลยภาพและบูรณาการการพัฒนา สร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างภาวะผู้นำที่สร้างสรรค์ สร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

5) วัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)

(1) เพื่อสร้าง**สุขภาพดี**ให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน โดยเน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

(2) เพื่อสร้างระบบ**บริการดี** เป็นระบบบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ให้บริการที่มีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์

(3) เพื่อสร้าง**สังคมดี** เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วยและยามวิกฤต

(4) เพื่อสร้าง**ชีวิตที่มีความสุขพอเพียง** เป็นวิถีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่เบียดเบียนกัน เติบโตได้ในสังคมแห่งการเรียนรู้ มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

6) เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)

ได้กำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงไว้ 10 ประการคือ

(1) เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน

(2) งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี

(3) วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม

(4) ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

(5) ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข

(6) หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทั่วถึง มีคุณภาพ

(7) ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์

(8) ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้

(9) ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน

(10) สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกข์ยาก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกข์คนยาก และผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

7) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย

เพื่อสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (ภาพที่ 3.2)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

ภาพที่ 3.2 กรอบความสัมพันธ์ของแนวคิด วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาประเทศ

ที่มา: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ณ 25 มกราคม 2550 พิมพ์ครั้งที่ 2, กันยายน 2550

8) กลวิธีการพัฒนา

ในยุทธศาสตร์ แต่ละด้านจะประกอบด้วยกลวิธีดำเนินการต่าง ๆ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดระบบสุขภาพ

(1) สร้างความเป็นหนึ่งเดียวของระบบสุขภาพบนความหลากหลายของหน่วยงานด้านสุขภาพที่สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีบูรณาการ

(2) ส่งเสริมและสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถพัฒนาระบบการจัดการด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

(3) สร้างระบบธรรมาภิบาลและสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เกื้อกูลต่อการทำงานเพื่อประโยชน์สาธารณะ

(4) สร้างเสริมภาวะผู้นำด้านสุขภาพทุกระดับให้สามารถสร้างความร่วมมือ ของภาคส่วนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ

(1) เร่งการสร้างงานสุขภาพเชิงรุก โดยมุ่งที่ปัจจัยพื้นฐานการมีสุขภาพดี ได้แก่ ความปลอดภัยของระบบอาหารและยา ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ และความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์สุขภาพ

(2) ขยายงานอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ ด้วยการเปิดพื้นที่ให้มีอาสาสมัครสุขภาพหลากหลายรูปแบบในระบบงานสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครช่วยดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล อาสาสมัครดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(3) ส่งเสริมชมรม กลุ่มสุขภาพในชุมชน และองค์กรประชาสังคม โดยอาศัยงานด้านสุขภาพสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมการรวมตัวทำงานส่วนรวมด้วยจิตสาธารณะ

(4) รณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นจิตสำนึกและวัฒนธรรมสุขภาพผ่านการสื่อสารสาธารณะ และการเรียนรู้ทั้งในและนอกระบบการศึกษา

(5) ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางปัญญาเพื่อการพัฒนาคุณภาพคนให้มีชีวิตที่ดีงามเต็มศักยภาพของความเป็นมนุษย์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

(1) เร่งรัดพัฒนางานสุขภาพชุมชนและขยายระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุกที่มีคุณภาพและเป็นที่ศรัทธาเชื่อถือในชุมชนเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล

(2) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

(3) ลดความขัดแย้งที่นำไปสู่การฟ้องร้องด้วยการปรับปรุงการสื่อสาร การสร้างกลไกการไกล่เกลี่ย และการเรียนรู้กระบวนการสันติวิธี

(4) ปรับการบริหารและสร้างระบบงานให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขและเห็นคุณค่าของการทำงาน

(5) ส่งเสริมนวัตกรรมด้านการเงินการคลังสุขภาพเพื่อการจัดหาและจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับภาระงานและความจำเป็นในการให้บริการประชาชน

(6) ยกระดับคุณภาพบริการในระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ให้สูงเสมอภาคกันและสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ใช้บริการ

(7) สร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการแพทย์ตติยภูมิให้มีคุณภาพและมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

(8) ส่งเสริมอุดมคติของวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งในระบบการศึกษาและในการทำงานด้วยการสนับสนุนอุดมการณ์เพื่อสังคม การทำความดี และความภูมิใจในคุณค่าของงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

(1) พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพรองรับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น

(2) เตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทุกระดับ ให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติทั้งจากธรรมชาติและวินาศภัยที่มนุษย์อาจก่อขึ้น

(3) สร้างกลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพดี (Healthy Public Policies) ควบคู่ไปกับการสร้างกลไกและกระบวนการเพื่อการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายและแผนงานโครงการต่างๆ (Health Impact Assessment) อย่างพอเพียงและเป็นระบบ

(4) สร้างเสริมศักยภาพระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมป้องกัน การรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

(1) เร่งรัดการพัฒนาสมุนไพร สายพันธุ์และเทคโนโลยีที่ใช้ในการผลิตยา อาหารและเครื่องมือแพทย์ อาหารเสริม เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สปา ให้สามารถใช้อย่างได้ผลและพอเพียงทั้งสำหรับครัวเรือน ชุมชน และระดับประเทศ เพื่อการพึ่งตนเองได้

(2) ส่งเสริมการบูรณาการการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(3) ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง โดยสร้างศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก สร้างสวนสมุนไพรและไม้หอม สร้างศูนย์บำบัดผู้ป่วยเรื้อรังสำหรับชุมชน และรณรงค์ให้ประชาชนบริโภคอาหารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

(4) พัฒนาวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและสมประโยชน์ เพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้อย่างพอเพียง โดยเน้นการวิจัยพัฒนาเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์แปรรูป ยาสมุนไพร องค์ความรู้การแพทย์ทางเลือกและส่งเสริมผลงานให้ใช้ได้ผลอย่างคุ้มค่าต่อการลงทุนอย่างจริงจัง พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับต่างประเทศที่มีความชำนาญ เช่น จีน อินเดีย ตลอดจนการคุ้มครองภูมิปัญญาและสร้างกลุ่มเครือข่าย

(5) สร้างระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการวางแผนการใช้ประโยชน์ที่รู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง โดยธุรกิจบริการสุขภาพมีการใช้เทคโนโลยีที่ถูกหลักวิชาการ ราคาถูก เหมาะสมกับท้องถิ่นและสิ่งแวดล้อม มีการใช้ทรัพยากรการผลิตที่เป็นพืชสมุนไพรท้องถิ่นอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพสูง และมีขนาดการผลิตที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการลงทุน รวมทั้งการบริหารจัดการวัตถุดิบและบริหารจัดการความเสี่ยงจากการนำเข้าวัตถุดิบ ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและท้องถิ่น

(6) สร้างทางเลือกที่หลากหลายในการเยียวยารักษาโรค เพื่อลดการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและมีราคาแพง ด้วยการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของประชาชนด้วยสมุนไพร การรับประทานอาหารสุขภาพที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ส่งเสริมการออกกำลังกาย ธุรกิจบริการสุขภาพ สปา

(7) พัฒนาระบบการศึกษาหลักสูตรการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกที่มีมาตรฐานและจัดระบบสารสนเทศที่รวบรวมองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก และเครือข่ายภาคีอย่างเป็นระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

(1) จัดระบบเพื่อให้เกิดตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลนโยบายและการตัดสินใจด้านการบริหารให้มีหลักประกันว่าดำเนินไปบนพื้นฐานของความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังโดยมีการนำวิชาการต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินงานทุกขั้นตอน

(2) สร้างและสนับสนุนให้เกิดองค์กรเรียนรู้และการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความรู้ในองค์กรด้านสุขภาพต่างๆ เพื่อให้เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้ในทุกระดับ

(3) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ทั้งในด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ การวิจัยด้านสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ และการวิจัยด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงได้อย่างเหมาะสมและครบวงจร

(4) พัฒนาระบบข้อมูลสาธารณสุขให้ทันสมัย เชื่อถือได้และเอื้อต่อการเข้าถึงและการนำไปใช้ประโยชน์

3.2 แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี ด้านสุขภาพ[2] (พ.ศ. 2548 - 2551)

1) แนวคิดและเนื้อหาสาระของแผน

เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการตามบทบัญญัติของ พ.ร.ฎ. ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 เพื่อให้การบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาลตลอดระยะเวลา 4 ปี เกิดความสอดคล้อง บูรณาการและเชื่อมโยงเป็นระบบ ซึ่งในด้านสุขภาพนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินการจัดทำแผนฯ ร่วมกับ 10 หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยจะมีการระบุถึงหน่วยงานรับผิดชอบและงบประมาณที่ใช้ดำเนินการอย่างชัดเจน

สำหรับเนื้อหาสาระของแผนจะเป็นการเสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนไทยให้แข็งแรง โดยลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ การเพิ่มคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและครบวงจร

2) เป้าประสงค์ของแผน

ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกมิติและได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพ

3) เป้าหมายของแผน

ประกอบด้วย 53 ตัวชี้วัด คือ ตัวชี้วัดด้านลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญมี 11 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการบริการสุขภาพมีคุณภาพและมาตรฐานมี 6 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพประชาชนมี 13 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการคุ้มครองดูแลแรงงานให้มีความมั่นคงในการทำงาน มี 8 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และสาธารณสุข มี 12 ตัวชี้วัดและตัวชี้วัดด้านการสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนด้านสุขภาพมี 3 ตัวชี้วัด

4) ยุทธศาสตร์ของแผน

ประกอบด้วย 1 ยุทธศาสตร์ คือ การเสริมสร้างสุขภาวะของประชาชนอย่างครบวงจรและมีคุณภาพมาตรฐาน และภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์หลัก คือ

กลยุทธ์หลักที่ 1 เพิ่มคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และปฏิรูประบบ

---

[2] แผนนี้เป็นแผนที่อยู่ภายใต้แผนบริหารราชการแผ่นดิน ตาม พรฎ. ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 จึงได้ถูกยกเว้นการจัดทำแผนดังกล่าวตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นไป จนกว่าจะมีรัฐธรรมนูญฉบับถาวรที่จะเป็นกรอบให้ปฏิบัติ

บริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพและครบวงจร ทั้งการวิจัยและพัฒนา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค โรคอุบัติใหม่ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจ ตลอดจนการคุ้มครองผู้บริโภคโดยให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ

กลยุทธ์หลักที่ 2 เสริมสร้างคนไทยให้เข้มแข็ง ให้ลดละเลิกพฤติกรรมสุ่มเสี่ยงต่อสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกายและดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งนำมาตรการภาษีการบริโภคสินค้าที่มีอันตรายต่อสุขภาพ มาตรการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคคล

กลยุทธ์หลักที่ 3 พัฒนาถ่ายทอดและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร

กลยุทธ์หลักที่ 4 ส่งเสริมการกีฬา เพื่อสร้างโอกาสให้เยาวชนพัฒนาทักษะด้านกีฬา สู่ความเป็นเลิศ สร้างนิสัยรักการกีฬาและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

3.3 แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548-2551[3]

1) แนวคิดและเนื้อหาสาระของแผน

เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการตามบทบัญญัติของพระราชกฤษีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเรือนที่ดี พ.ศ. 2546 เช่นกัน แต่ดำเนินการเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งจะมีการระบุถึงหน่วยงานรับผิดชอบและงบประมาณที่ได้รับอย่างชัดเจน เพื่อนำไปจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีและคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี

สำหรับเนื้อหาสาระของแผนจะเน้นการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนให้แข็งแรงด้วยการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานตลอดจนการวิจัยพัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนใหม่ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก สมุนไพรและภูมิปัญญาไทย รวมทั้งการเสริมสร้างความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยการส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพและการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

2) วิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อคนไทยทุกคนมีสุขภาพดี นำสู่เป้าหมาย คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง พร้อมที่จะเป็นผู้นำการแข่งขันด้านสุขภาพในระดับสากล

3) เป้าประสงค์ของแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2548-2551 กระทรวงสาธารณสุข มี 7 เป้าประสงค์ ดังนี้

เป้าประสงค์ที่ 1 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนลดลงและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง

เป้าประสงค์ที่ 2 ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยการมีส่วนร่วมและมาตรการทางสังคมที่เหมาะสม

---

[3] แผนนี้เป็นแผนที่อยู่ภายใต้แผนปฏิบัติราชการ 4 ปีด้านสุขภาพ ดังนั้น จึงได้ถูกยกเว้นการจัดทำแผนดังกล่าวตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นไป จนกว่าจะมีรัฐธรรมนูญฉบับถาวรที่จะเป็นกรอบให้ปฏิบัติ

เป้าประสงค์ที่ 3 ประชาชนได้รับการส่งเสริมให้ร่วมพัฒนา ถ่ายทอดและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรอย่างเหมาะสม

เป้าประสงค์ที่ 4 ประชาชนผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัด รักษา ฟื้นฟูและพัฒนาให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

เป้าประสงค์ที่ 5 ให้ความสำคัญกับการเพิ่มรายได้ให้แก่ประเทศ โดยการสนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้มีมาตรฐานเพียงพอที่จะแข่งขันได้

เป้าประสงค์ที่ 6 กฎหมายด้านสาธารณสุขได้รับการพัฒนาให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง การพัฒนาระบบการบริหารจัดการและกลไก ให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กร ให้อยู่ในระดับมาตรฐานที่สามารถยอมรับได้

เป้าประสงค์ที่ 7 ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีสุขภาพดี

4) เป้าหมายของแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2548-2551 กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 28 ตัวชี้วัด ดังนี้ ตัวชี้วัดด้านลดอัตราป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ มี 12 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการบริการสุขภาพมีคุณภาพและมาตรฐาน มี 3 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านเสริมสร้างพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน มี 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมการพัฒนา ถ่ายทอดและคุ้มครองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร มี 1 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติด มี 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจบริการสุขภาพ มี 2 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพมี 5 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านการแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ มี 1 ตัวชี้วัด

5) ยุทธศาสตร์ของแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2548-2551 กระทรวงสาธารณสุข มี 7 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 คนไทยแข็งแรง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก สมุนไพรและภูมิปัญญาไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้างความมั่นคงของชีวิตและสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เศรษฐกิจไทยแข็งแรง

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาระบบบริหารงานให้มีความเป็นเลิศ

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การรักษาความมั่นคงของรัฐ

3.4 ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง (พ.ศ. 2547 - 2558)

1) แนวคิดและเนื้อหาสาระของเมืองไทยแข็งแรง

การที่ประเทศไทยจะแข็งแรงได้นั้นต้องอยู่บนพื้นฐานที่ประชาชนไทยมีสุขภาพอนามัยดี แข็งแรง (Healthy) ซึ่งเป็นความแข็งแรงที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ มิติทางด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) และปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health) โดยจะเน้นการรณรงค์สร้างสุขภาพให้คนไทยแข็งแรงตามกรอบ 6 อ. คือ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยาและอบายมุข ดังภาพที่ 3.3

ภาพที่ 3.3 แนวคิดเมืองไทยแข็งแรง

ที่มา : แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง, กระทรวงสาธารณสุข, 2548

2) วิสัยทัศน์เมืองไทยแข็งแรง

คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญา มีรายได้ ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัว อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ชีวิต ทรัพย์สิน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว

3) เป้าประสงค์ / เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง

มีเป้าหมายรวมทั้งหมด 17 เป้าหมาย ทั้งที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม ดังนี้

(3.1) ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกาย (Physical Health) มีเป้าหมายดังนี้

(3.1.1) คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพแข็งแรงในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน ทุกหน่วยงานและสถานประกอบการ

(3.1.2) คนไทยได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดสารพิษปนเปื้อน ตลาดสด ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐานสุขอนามัย สถานที่ผลิตอาหารทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP (Good Manufacturing Practice)

(3.1.3) คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวพร้อมสุขภาพที่แข็งแรง อัตราการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของคนไทยลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออกและโรคเบาหวาน

(3.1.4) คนไทยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

(3.1.5) คนไทยมีอัตราการบาดเจ็บ ตาย ด้วยอุบัติเหตุลดน้อยลง

3.5 ปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ (Millenium Declaration)

1) แนวคิดและเนื้อหาสาระของปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2543 ผู้นำประเทศต่างๆ ทั่วโลก 189 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ได้ให้การรับรองปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ (Millenium Declaration) อันถือว่าเป็นพันธกิจของประชาคมโลกในการพัฒนาคนอย่างยั่งยืน ซึ่งปฏิญญาดังกล่าวเน้นการต่อสู้กับความยากจน ความอดอยากหิวโหย การไม่รู้หนังสือ โรคภัยไข้เจ็บ ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศและความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นที่มาของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษต่อไป

สำหรับประเทศไทยนอกจากจะใช้กรอบปฏิญญาที่ตกลงร่วมกันทั่วโลกแล้วยังนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางการพัฒนาประเทศอย่างบูรณาการ

2) เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG)

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษจะเป็นการแบ่งสรรความรับผิดชอบระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ระหว่างสหประชาชาติและองค์กรพัฒนาระหว่างประเทศและรัฐบาลประเทศต่างๆ และระหว่างภาคีการพัฒนาในแต่ละประเทศ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อันประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 8 ข้อ และตัวชี้วัด 48 ตัว โดยมีกรอบระยะเวลาสัมฤทธิผลภายใน พ.ศ. 2558 ดังนี้

เป้าหมายหลักที่ 1 ขจัดความยากจนและหิวโหย

เป้าหมายหลักที่ 2 ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา

เป้าหมายหลักที่ 3 ส่งเสริมบทบาทสตรีและความเท่าเทียมทางเพศ

เป้าหมายหลักที่ 4 ลดอัตราการตายของเด็ก

เป้าหมายหลักที่ 5 พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์

เป้าหมายหลักที่ 6 ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ

เป้าหมายหลักที่ 7 รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายหลักที่ 8 ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

ใน พ.ศ. 2547 ประเทศไทย นำเสนอผลการพัฒนาตามเป้าหมายสหัสวรรษของประเทศไทย พบว่า ผลการพัฒนามีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จในเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านความยากจน ความหิวโหย ความไม่เท่าเทียมทางเพศ โรคเอดส์และมาลาเรีย ก่อนเวลาเกือบ 10 ปี จึงได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการพัฒนาเพิ่มเติมที่ท้าทายยิ่งขึ้น เรียกว่า MDG Plus ให้สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาของประเทศไทย ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการพัฒนาสุขภาพอนามัยดังนี้

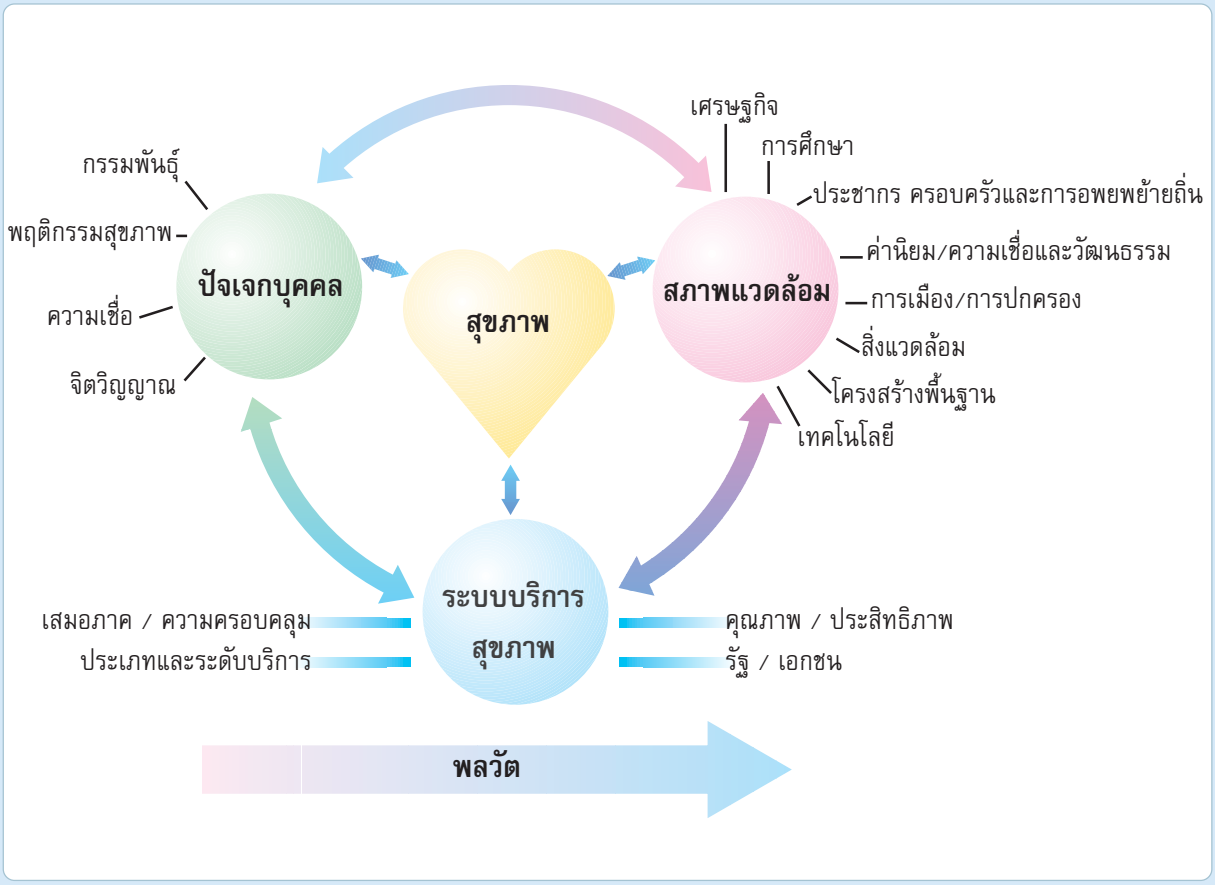
- ลดสัดส่วนประชากรยากจนลงให้ต่ำกว่าร้อยละ 4 ภายใน พ.ศ. 2552
- ให้เด็กทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นภายใน พ.ศ. 2549 และมัธยมศึกษาตอนปลายภายใน พ.ศ. 2558
- เพิ่มสัดส่วนผู้หญิงในรัฐสภา องค์การบริหารส่วนตำบล และตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงในราชการส่วนกลางเป็นสองเท่าในช่วง พ.ศ. 2545-2549
- ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายใน พ.ศ. 2549

- ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วง พ.ศ. 2548 - 2558
- ลดอัตราการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายใน พ.ศ. 2549
- ลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือบางแห่งและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วง พ.ศ. 2548-2558
- ลดอัตราการติดเชื้อ HIV ในประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือร้อยละ 1 ภายใ พ.ศ. 2549
- ลดอัตราการเกิดโรคมาลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดนให้เหลือ 1.4 ต่อประชากร 1,000 คน ภายใน พ.ศ. 2549
- เพิ่มสัดส่วนพลังงานหมุนเวียนให้เป็นร้อยละ 8 ของพลังงานเชิงพาณิชย์ขั้นต้นภายใน พ.ศ. 2554
- เพิ่มสัดส่วนการนำขยะมูลฝอยมาใช้ประโยชน์เป็นร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2549

บทที่ 4
สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สุขภาพมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ มากมาย ดังนั้น การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพของไทยจึงต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านปัจเจกบุคคล และทางด้านสภาพแวดล้อมทุกมิติที่จะกระทบต่อปัญหาสุขภาพ รวมทั้งตัวระบบบริการสุขภาพเอง (ภาพที่ 4.1)

ภาพที่ 4.1 ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

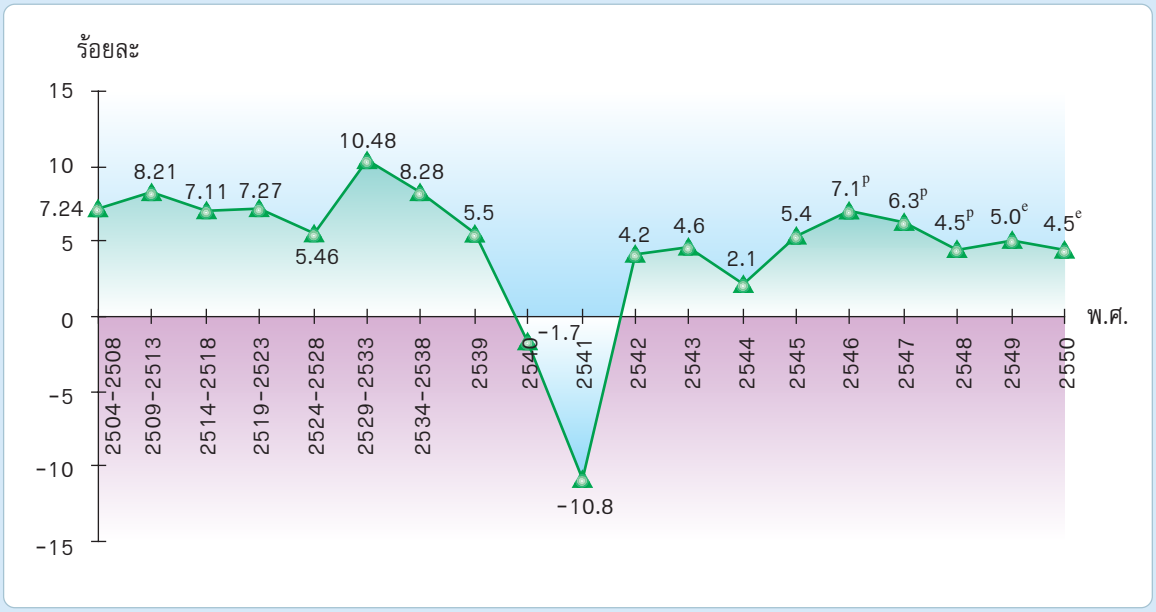


1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

1.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในช่วง 3 ทศวรรษก่อน พ.ศ. 2540 ที่ผ่านมาเศรษฐกิจของไทยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 ต่อปี มีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวเพิ่มขึ้นถึง 28 เท่า โดยเฉพาะมีการเพิ่มอย่างรวดเร็วมากตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา แต่นับตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2540 ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่เคยเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 7 กลับเป็นติดลบร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2540 และติดลบร้อยละ 10.8 ใน พ.ศ. 2541 (ภาพที่ 4.2) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลผลิตมวลรวมต่อหัว (ภาพที่ 4.3) ดังนั้น ประเทศไทยได้แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจด้วยมาตรการทางการเงินและการคลัง ส่งผลให้เศรษฐกิจเริ่มมีการฟื้นตัวเป็นบวกด้วยอัตราร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 7.1 ใน พ.ศ. 2546 และคาดว่าจะชะลอตัวลง เป็นร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2550

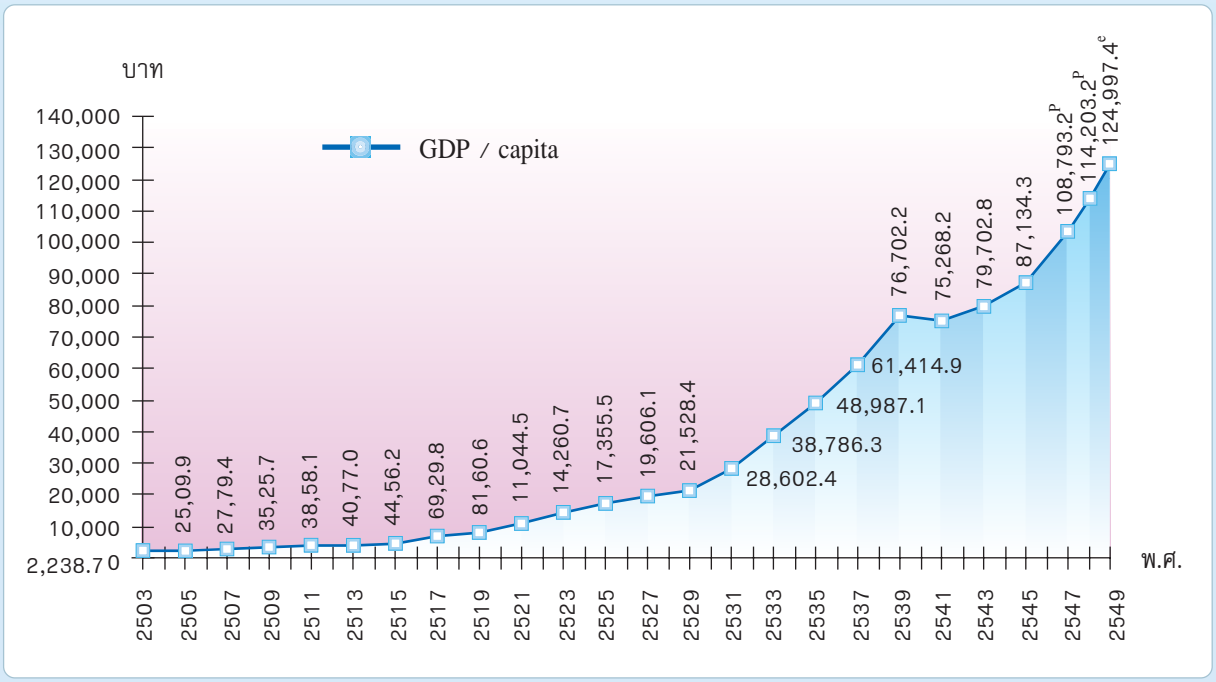
ภาพที่ 4.2 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศไทย



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

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

ภาพที่ 4.3 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2549 (ราคาตลาด)



ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

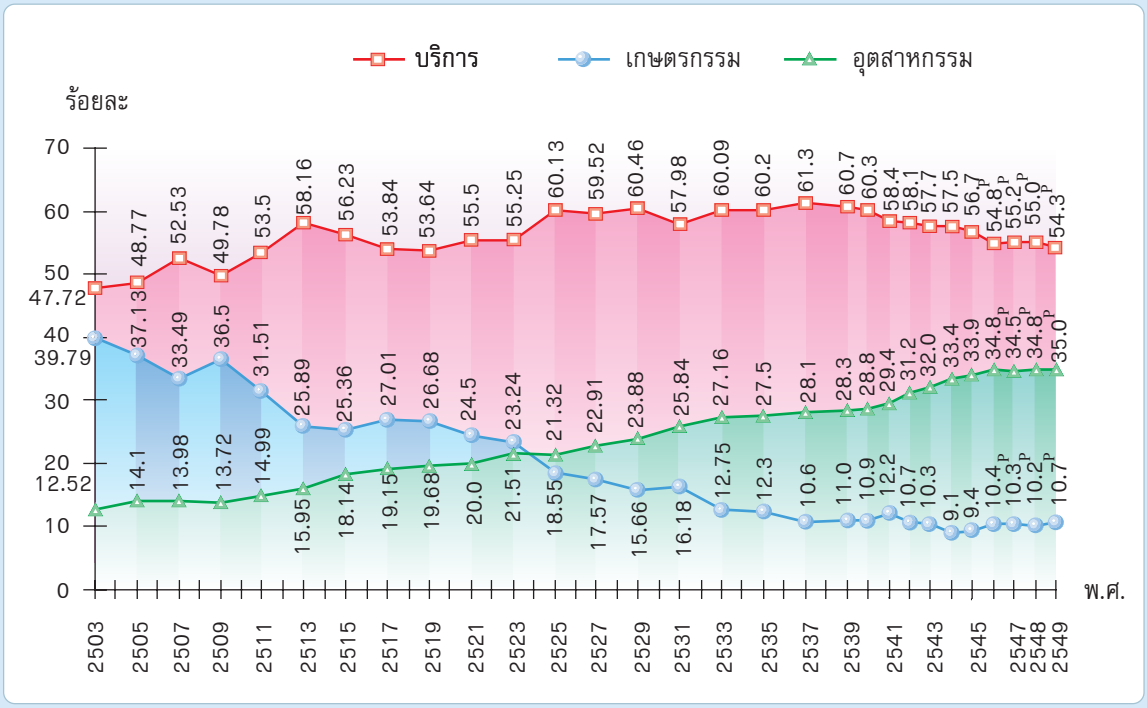
หมายเหตุ : 1. ^{P} เป็นข้อมูลเบื้องต้น, ^{e} เป็นข้อมูลประมาณการ

2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมามีการปรับข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหม่

1.2 โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

โครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่สัดส่วนของเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรมและบริการเติบโตเร็วกว่าภาคเกษตรกรรม (ภาพที่ 4.4) โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2533 เป็นต้นมา โครงสร้างการผลิตในภาคเกษตร ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการ จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนมากนัก

ภาพที่ 4.4 สัดส่วนของเศรษฐกิจ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2549

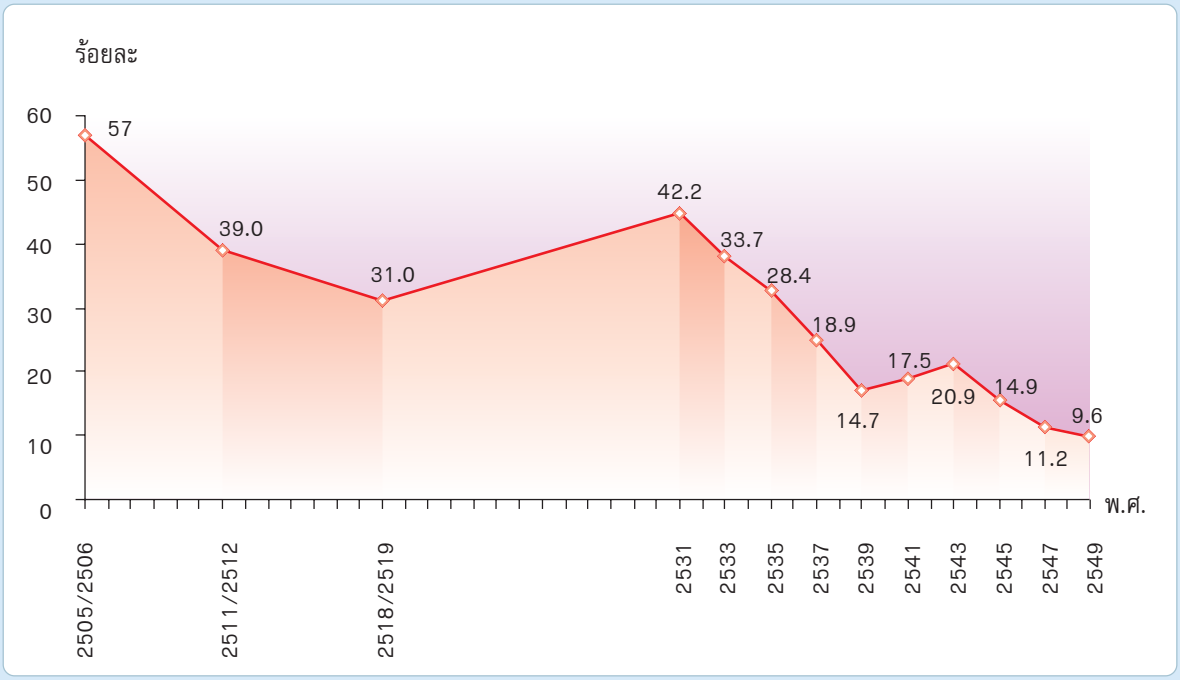


ที่มา : รายได้ประชาชาติของประเทศไทยไตรมาสที่ 4/2549, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

1.3 การกระจายรายได้และความยากจน

สถานการณ์ความยากจนของประเทศไทยได้มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 57.0 ใน พ.ศ. 2505 เป็นร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2539 อันเนื่องมาจาก การขยายตัวทางเศรษฐกิจของไทยอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาดังกล่าว แต่หลังจากวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ทำให้สัดส่วนความยากจนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 20.9 ใน พ.ศ. 2543 และกลับมีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ 9.6 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 4.5) อันเนื่องมาจากการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ และถึงแม้ว่าความยากจนจะลดลงเป็นลำดับ แต่สัดส่วนคนจนในชนบทมากกว่าในเขตเมืองถึง 3 เท่า (ตารางที่ 4.1)

ภาพที่ 4.5 สัดส่วนความยากจนของประเทศไทยวัดจากรายจ่าย พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2549



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

พ.ศ. 2531-2549 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผล โดยสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ : การศึกษาภาวะความยากจนของประเทศไทยในแต่ละช่วงมีความแตกต่างในสมมติฐานของการศึกษา

ตารางที่ 4.1 สัดส่วนคนจน พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2549 วัดจากรายจ่ายจำแนกตามพื้นที่

พ.ศ.	เขตเมือง	เขตชนบท	ประเทศ
2505/2506	38	61	57
2511/2512	16	43	39
2518/2519	14	35	31
2531	23.7	49.7	42.2
2533	20.5	39.2	33.7
2535	12.1	35.3	28.4
2537	9.9	22.9	18.9
2539	6.8	18.2	14.7
2541	7.1	21.9	17.5
2543	8.6	26.5	20.9
2545	6.4	18.9	14.9
2547	4.6	14.2	11.2
2549	3.6	12.0	9.6

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

พ.ศ. 2531-2549 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำหรับการกระจายรายได้ของไทย พบว่า 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 4.6) ซึ่งพบว่า การกระจายรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยในช่วง พ.ศ. 2537-พ.ศ. 2539

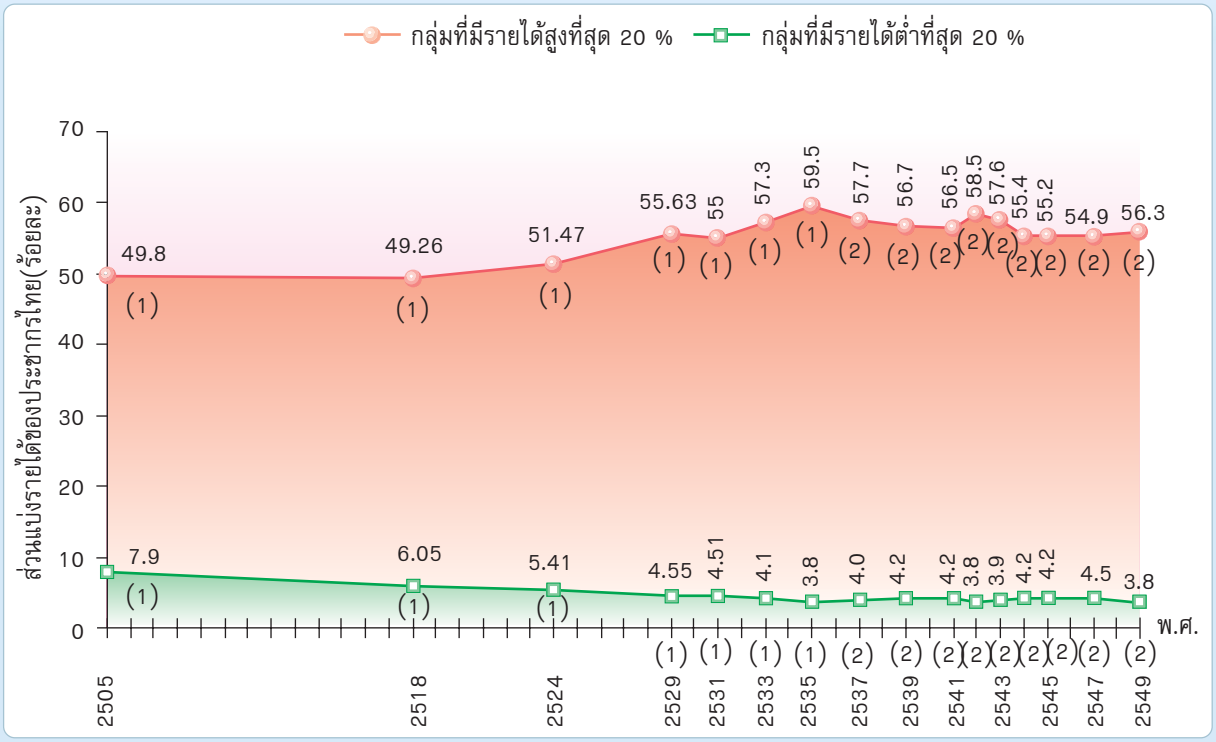
เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจทำให้การกระจายรายได้มีความเหลื่อมล้ำมากขึ้น กล่าวคือ คนจนสูงสุด 20% มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 3.9 ใน พ.ศ. 2543 ในขณะที่คนรวยสูงสุด 20% สุดท้ายมีรายได้สูงขึ้นจาก 56.7 เป็น 57.6 ในช่วงเดียวกัน ส่วน พ.ศ. 2544-พ.ศ. 2547 การกระจายรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย แต่ใน พ.ศ. 2549 ความแตกต่างทางรายได้ระหว่างคนรวยสุดและคนจนสุด กลับเพิ่มขึ้นจาก 12.2 เท่าใน พ.ศ. 2547 เป็น 14.8 เท่า ใน พ.ศ. 2549 และประเทศไทยก็ยังมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้สูงกว่าหลายประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ประเทศ	ชั้นรายได้สูงสุด 20% แรก	ชั้นรายได้ต่ำสุด 20% สุดท้าย	ความแตกต่าง (เท่า)
ไทย (2545)	55.2	4.2	13.2
สิงคโปร์ (2541)	49.0	5.0	9.8
มาเลเซีย (2540)	54.3	4.4	12.3
อินโดนีเซีย (2545)	43.3	8.4	5.1
ฟิลิปปินส์ (2543)	52.3	5.4	9.7
เวียดนาม (2545)	45.4	7.5	6.0
กัมพูชา (2540)	47.6	6.9	6.9
ลาว (2543)	43.3	8.1	5.3

ที่มา : Human Development Report, 2006

ภาพที่ 4.6 ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรไทย แยกเป็น 5 กลุ่มตามระดับรายได้



	พ.ศ.															
	2505	2518	2524	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2542	2543	2544	2545	2547	2549
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	4.5	3.8
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	55.2	54.9	56.3
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	13.2	12.2	14.8

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

(2) พ.ศ. 2537-2549 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา และสำนักพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนและการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ : พ.ศ. 2545 มีการปรับข้อมูลผลการคำนวณความเหลื่อมล้ำรายได้ตามการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน จากรอบ 6 เดือนแรกการสำรวจ เป็นรอบ 12 เดือนของการสำรวจ

1.4 ความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับโลกและภูมิภาค

กระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้โลกก้าวเข้าสู่ยุคการค้าเสรีและมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มการค้าภูมิภาค เพื่อสร้างอำนาจต่อรองในการแข่งขัน จึงมีความเคลื่อนไหวในเรื่องความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคที่ไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิกอยู่ด้วย เช่น AFTA (ASEAN Free Trade Area), APEC (Asia Pacific Economic Cooperation), ASEM (ASIA-Europe Meeting) ความร่วมมือทางเศรษฐกิจสามเหลี่ยมภาคใต้, ความร่วมมือในการพัฒนาลุ่มแม่น้ำโขง 6 ประเทศ ความร่วมมือทางเศรษฐกิจ อิระวดี เจ้าพระยา แม่โขง ด้านความร่วมมือในภูมิภาคอื่นได้แก่ 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)

ในปัจจุบันไทยเน้นการขยายเขตการค้าเสรีในลักษณะทวิภาคีกับประเทศต่างๆ มากขึ้น เช่น ออสเตรเลีย จีน นิวซีแลนด์ อินเดีย ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา เปรูและบาห์เรน เพื่อลดอุปสรรคทางการค้า รวมทั้งการส่งเสริมสถานะและรักษาผลประโยชน์ของชาติในกรอบพหุภาคี เช่น WTO ASEAN เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของ GDP ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.14 ของ GDP ใน พ.ศ. 2548 และหากพิจารณาความเสมอภาคในการรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแล้วจะพบว่า คนจนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นสัดส่วนของรายได้สูงกว่าคนรวย 2.1 เท่าใน พ.ศ. 2547 แต่อย่างไรก็ดีความไม่เสมอภาคนี้ก็มีแนวโน้มลดลงมากจาก 6.4 เท่า ใน พ.ศ. 2535 อันเนื่องมาจากการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลใน พ.ศ. 2544 (ดูบทที่ 6 หัวข้อการคลังสุขภาพ)

2. บทบาททั้งภาครัฐ / เอกชน ในการจัดบริการสุขภาพ กล่าวคือ ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ ความต้องการแพทย์ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 20.5 ใน พ.ศ. 2539 ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองไหลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนอย่างรุนแรง แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ กำลังซื้อประชาชนลดลง ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการที่สถานพยาบาลเอกชนได้ก็หันมาใช้บริการจากสถานพยาบาลรัฐมากขึ้น ดังนั้น การใช้บริการที่สถานพยาบาลเอกชนก็ลดลงเล็กน้อยในระยะแรก แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการภาครัฐเพิ่มขึ้นมาก โดยใน พ.ศ. 2548 ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการสถานบริการภาครัฐเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 131.7 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2543 ขณะที่ผู้ป่วยในมาใช้บริการภาครัฐเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 4.0 ในช่วงเวลาเดียวกัน

3. การกระจายรายได้ที่เหลื่อมล้ำระหว่างคนรวยและคนจน ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากรสุขภาพ แม้ว่าทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานในการจัดบริการสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้น แต่ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากรยังมีสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคเอกชนที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ได้ดูดทรัพยากรบุคคลจากชนบทเข้าเมือง และจากคนยากจนไปสู่คนรวย (ดูบทที่ 6 หัวข้อทรัพยากรสุขภาพ) ซึ่งความไม่เท่าเทียมดังกล่าว ทำให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชนบทที่ห่างไกลความเจริญและคนที่อยู่ในชุมชนแออัดมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐไม่ทั่วถึง

4. ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะผ่านวิกฤตเศรษฐกิจไปแล้วก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยโรคจิตเพิ่มขึ้นจาก 440.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2540 เป็น 640.6 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2549 (ดูบทที่ 5 หัวข้อปัญหาสุขภาพจิต)

5. งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐผันแปรไปตามภาวะเศรษฐกิจ กล่าวคือ ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7.7 ของงบประมาณประเทศ ขณะที่ในช่วงเกิดวิกฤตเศรษฐกิจกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณลดลง จนกระทั่ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงบดำเนินการจึงทำให้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 8.3 ใน พ.ศ. 2550 (ดูบทที่ 7 หัวข้องบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข)

6. การเปิดเสรีการค้าและความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ทำให้มีการแข่งขันทางการค้าตลอดจนมีการกีดกันทางการค้ามากขึ้น ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพบางส่วน

---

[1] UNDP. Human Development Report, 2005.

2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา

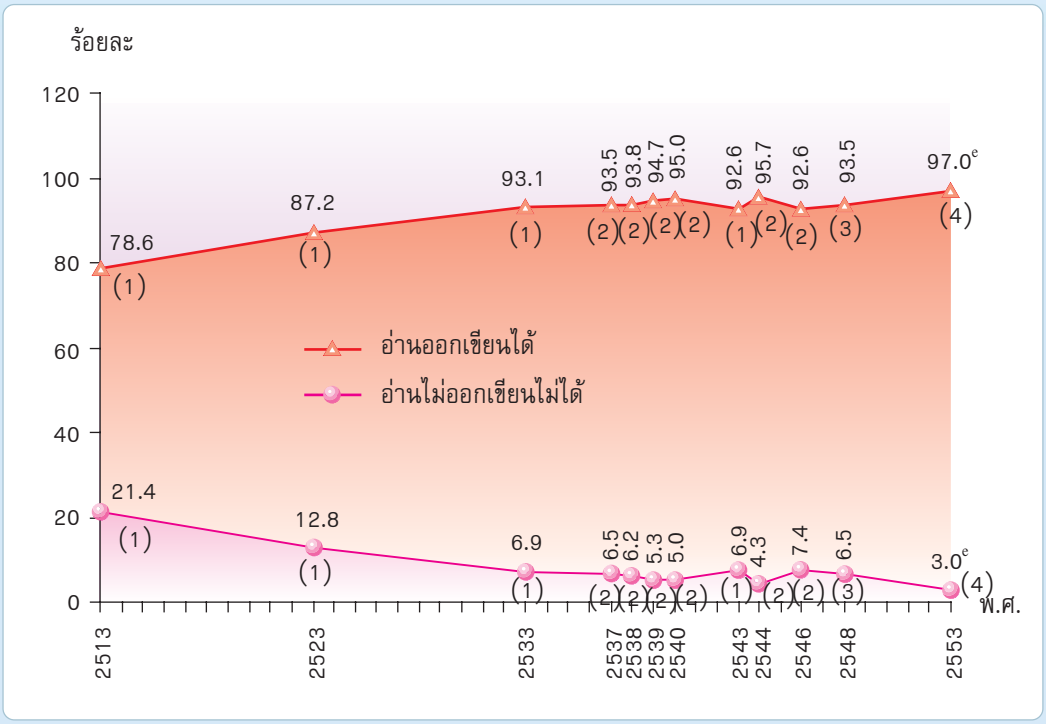
2.1 ความรู้ความสามารถและทักษะของคนไทย

2.1.1 อัตราการรู้หนังสือ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการรู้หนังสืออ่านออกเขียนได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.6 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 93.5 ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 4.7) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศกำลังพัฒนา (ร้อยละ 67.0) ค่อนข้างมากและเมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ประเทศในกลุ่มอาเซียน ประเทศไทยมีอัตราการรู้หนังสือสูงเป็นอันดับที่ 2 ในกลุ่มอาเซียน[1] รองจากประเทศบรูไน แต่ก็ยังมีผู้อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ร้อยละ 6.5 ใน พ.ศ. 2548 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ. 2553 จะมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป รู้หนังสือถึงร้อยละ 97

[1] UNDP. Human Development Report, 2005.

ภาพที่ 4.7 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, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 UNDP, Human Development Report, 1997-2003

(3) พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(4) UNESCO, Principal Regional Office for Asia and Pacific, Literacy in Asia And the Pacific.

2.1.2 อัตราการเรียนรู้

คนไทยมีการเรียนรู้ในระดับคิดเป็นทำเป็นยังมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ เพียงร้อยละ 60.0 ใน พ.ศ. 2548 และมีความเหลื่อมล้ำค่อนข้างสูงระหว่างภูมิภาคและระหว่างคนในเมืองกับคนในชนบท (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3 อัตราการเรียนรู้ของคนไทย พ.ศ. 2535 -พ.ศ. 2548

หน่วย : ร้อยละ

ภาคและพื้นที่	2535	2539	2540	2542	2544	2545	2546	2547	2548
เขตเมือง	57.1	60.0	61.7	65.4	67.5	68.6	70.0	70.8	71.2
เขตชนบท	36.5	41.0	42.2	46.9	49.4	50.8	52.9	54.6	54.3
ภาค									
กลาง	41.0	48.2	49.4	52.1	52.4	53.2	58.6	59.7	62.3
เหนือ	36.2	38.6	40.7	43.5	46.6	48.2	49.9	51.8	50.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	39.6	44.1	45.0	51.0	54.8	55.7	56.5	58.3	56.0
ใต้	43.6	47.5	48.5	53.8	56.3	58.7	58.7	60.7	62.5
กรุงเทพฯ	61.6	64.8	66.8	72.1	73.1	73.7	75.7	75.9	76.4
ประเทศ	**42.3**	**47.1**	**48.5**	**53.0**	**55.3**	**56.6**	**58.7**	**60.1**	**60.0**

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากร (รอบ 3) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ : อัตราการเรียนรู้ คือ ระดับการอ่านออกเขียนได้และการคิดคำนวณในเบื้องต้นที่จะทำให้เราสามารถปรับใช้ทักษะดังกล่าวในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน วัดจากสัดส่วนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่าต่อประชากรในวัยเดียวกัน

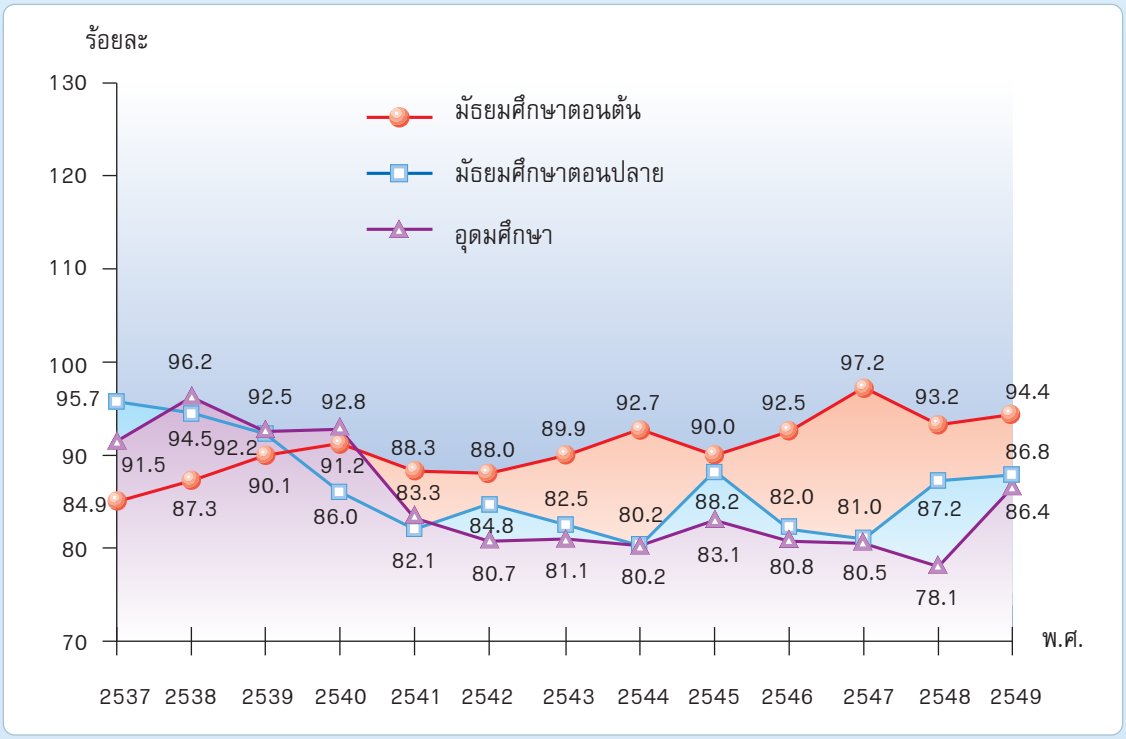
อย่างไรก็ดีหากพิจารณาถึงการอ่านหนังสือของคนไทยแล้ว กลับพบว่า คนไทยอ่านหนังสือน้อยมากคือใน พ.ศ. 2546 มีผู้อ่านหนังสือเพียง 35.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 61.2 แต่ใน พ.ศ. 2548 กลับมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย คือ มีผู้อ่านหนังสือ 40.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 69.1 (รายงานการสำรวจการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

2.2 โอกาสทางการศึกษา

2.2.1 อัตราการเรียนต่อ

อัตราการเรียนต่อจากประถมศึกษาไปสู่มัธยมศึกษาตอนต้น, จากมัธยมศึกษาตอนต้นไปต่อมัธยมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนปลายไปต่ออุดมศึกษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจกลับลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกหลังวิกฤตเศรษฐกิจ (ภาพที่ 4.8)

ภาพที่ 4.8 อัตราการเรียนต่อของนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2537-2549



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

อัตราการศึกษาต่อที่สูงขึ้นรวมทั้งจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของคนไทยในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 6.6 ปี ใน พ.ศ. 2539 เป็น 8.6 ปี ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 4.9) ทำให้แรงงานไทยในปัจจุบัน พ.ศ. 2549 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 59.9 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ. 2563 จะมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเหลือเพียงร้อยละ 39.9 ขณะที่ระดับอุดมศึกษาจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.0 ใน พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 22.5 ใน พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 โครงสร้างกำลังแรงงาน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2563

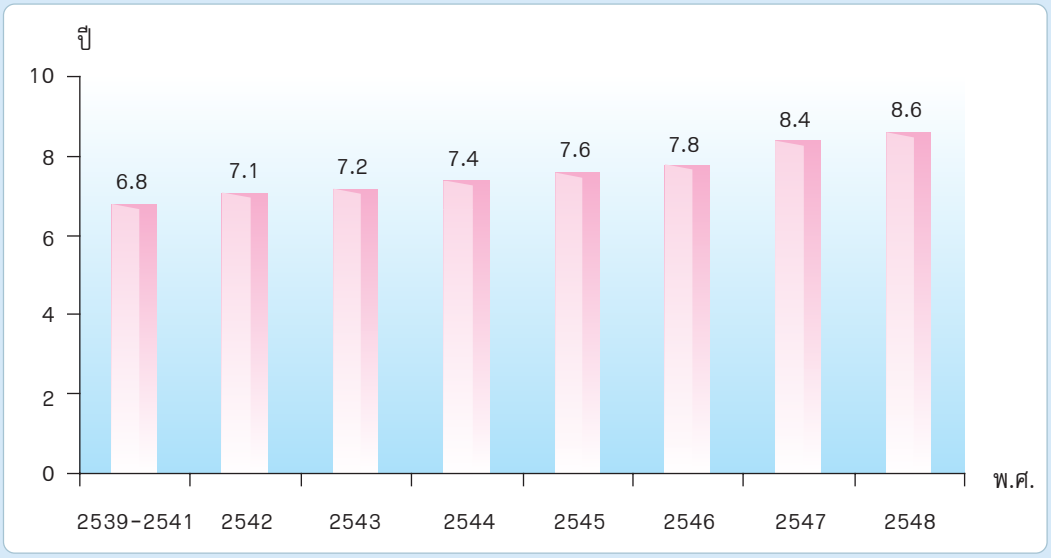
ระดับการศึกษา	2538(1)	2540(1)	2542(1)	2544(1)	2546(1)	2548(1)	2549(1)	2553(2)	2563(2)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	78.0	75.2	69.8	66.3	63.8	61.4	59.9	55.9	39.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	8.9	10.1	12.0	12.7	13.7	13.8	14.1	14.7	14.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3.3	3.6	5.0	6.2	7.2	8.1	8.8	8.7	14.3
อาชีวศึกษา	4.7*	4.8*	5.0*	3.4*	3.3*	3.3*	3.2*	6.6	8.7
อุดมศึกษา	5.1	6.2	8.2	11.3	11.9	13.4	14.0	14.1	22.5
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

ที่มา : (1)พ.ศ. 2538-2549 ได้จากรายงานผลการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากรไทย พ.ศ. 2538-2549 รอบที่ 3, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

หมายเหตุ : * ตัวเลขอาชีวศึกษาใน พ.ศ. 2538-2549 เป็นผลรวมของผู้จบอาชีวศึกษาและผู้จบฝึกหัดครู

ภาพที่ 4.9 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของประชากรไทย พ.ศ. 2539-พ.ศ. 2548



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา

หมายเหตุ : พ.ศ. 2539-2546 เป็นประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ย
พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป จะเป็นประชากรอายุ 15-59 ปี ที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ย

2.2.2 ความเสมอภาคทางการศึกษาระหว่างเด็กชายและเด็กหญิง

ปัจจุบันเด็กหญิงและเด็กชายมีความเสมอภาคทางด้านโอกาสทางการศึกษา โดยใน พ.ศ.2547 มีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงในระดับประถมศึกษาเล็กน้อยและสถานการณ์กลับกันในระดับอุดมศึกษา พบว่า นักศึกษาหญิงมากกว่านักศึกษาชาย แต่อย่างไรก็ดีความเสมอภาคทางการศึกษาของเด็กชายและเด็กหญิงของคนไทยก็ยังด้อยกว่าบางประเทศในกลุ่มอาเซียน และทุกประเทศในยุโรปและอเมริกา (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอุดมศึกษา พ.ศ. 2543-2547

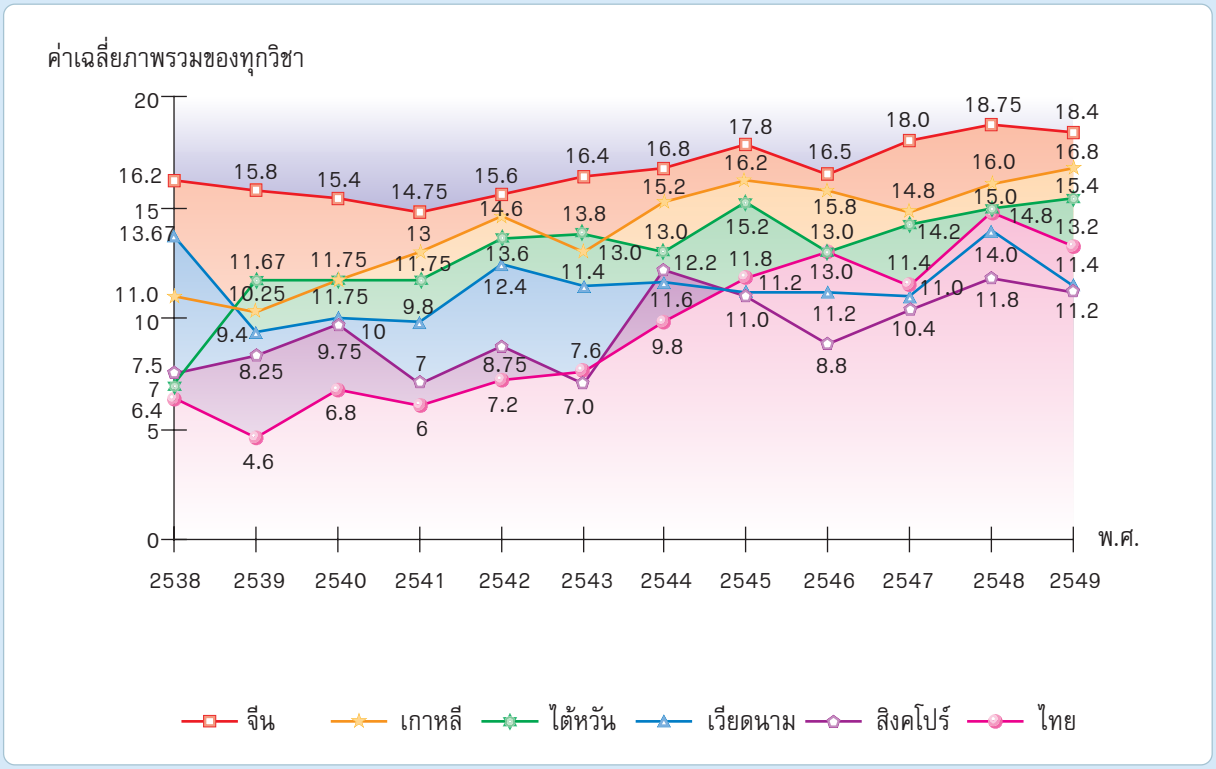
กลุ่มประเทศ	2543 / 2544			2547		
	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับประถมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับมัธยมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับอุดมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับประถมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับมัธยมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับอุดมศึกษา
WHO/SEAR						
ศรีลังกา	1.00	NA	NA	1.00	NA	NA
มัลดีฟส์	1.01	1.13	NA	1.00	1.15	NA
อินโดนีเซีย	0.99	0.96	0.77	0.98	0.99	0.79
บังคลาเทศ	1.02	1.05	0.55	1.03	1.11	0.50
ไทย	0.93	1.01	1.12	0.97	1.01	1.17
อินเดีย	NA	NA	0.66	0.94	NA	0.66
สหภาพพม่า	0.99	0.95	1.75	1.01	0.95	1.77
เนปาล	0.87	NA	0.27	0.87	NA	0.41
ภูฏาน	NA	NA	NA	NA	NA	NA
เกาหลีเหนือ	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ASEAN						
มาเลเซีย	1.00	1.11	1.08	1.00	1.14	1.41
เวียดนาม	0.94	NA	0.74	0.94	NA	0.77
ฟิลิปปินส์	1.01	1.18	1.10	1.02	1.20	1.28
อินโดนีเซีย	0.99	0.96	0.77	0.98	0.99	0.79
สิงค์โปร์	NA	NA	NA	NA	NA	NA
บรูไน	NA	NA	1.96	NA	NA	1.74
ไทย	0.93	1.01	1.12	0.97	1.01	1.17
กัมพูชา	0.90	0.59	0.38	0.96	0.73	0.45
ลาว	0.92	0.81	0.59	0.73	NA	0.80
สหภาพพม่า	0.99	0.95	1.75	1.01	0.95	1.77
อันดับ 1-10 ของโลก						
นอร์เวย์	1.00	1.01	1.52	1.00	1.01	1.54
ไอซแลนด์	1.00	1.05	1.74	0.98	1.04	1.78
ออสเตรเลีย	1.01	1.03	1.24	1.01	1.01	1.23
ไอร์แลนด์	1.00	NA	1.27	1.00	1.06	1.28
สวีเดน	0.99	1.04	1.52	1.00	1.03	1.55
แคนาดา	1.00	1.01	1.35	1.00	0.99	1.36
ญี่ปุ่น	1.00	1.01	0.85	1.00	1.01	0.89
สหรัฐอเมริกา	1.01	1.02	1.32	0.96	1.02	1.39
สวิตเซอร์แลนด์	0.99	0.95	0.78	1.00	0.93	0.20
เนเธอร์แลนด์	0.99	1.00	1.07	0.99	1.01	1.08

ที่มา :
- Human Development Report 2003
- Human Development Report 2006
- รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2547

2.3 คุณภาพการศึกษา

กระบวนการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียนมุ่งเน้นการสอนแบบท่องจำเนื้อหาการสอนมากกว่าการฝึกคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา และค้นคว้าความรู้ด้วยตนเอง ทำให้คุณภาพการศึกษาของเด็กไทยทั้งในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 รวมทั้งความรู้ความสามารถของเด็กไทยอ่อนลงในด้านการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ (ตารางที่ 4.6) นอกจากนี้ คุณภาพการศึกษาไทยก็ยังไม่สามารถแข่งขันกับต่างประเทศได้ ซึ่งจากการแข่งขันโอลิมปิกทางวิชาการ พบว่าไทยมีความสามารถทางด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์อยู่ในอันดับสุดท้ายของ 6 ประเทศ ในเอเชียมาตลอด ยกเว้นใน พ.ศ. 2545-2549 ที่ไทยอยู่ในอันดับที่ 4 ซึ่งดีกว่าสิงคโปร์และเวียดนาม (ภาพที่ 4.10) โดยเด็กไทยมีปัญหาในการตอบข้อสอบที่ต้องนำความรู้มาใช้ในการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาและข้อสอบที่วัดทักษะกระบวนการ ส่งผลให้คนไทยขาดความสามารถในการวิเคราะห์ อันเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นของการสร้างทักษะชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่สามารถแก้ปัญหาและสถานการณ์ที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้

ภาพที่ 4.10 ผลการแข่งขันโอลิมปิกทางวิชาการเปรียบเทียบระหว่างประเทศไทยกับประเทศ อื่นๆ ใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

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

ตารางที่ 4.6 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความถนัดทางการเรียนของนักเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ปี 2543-2549

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
	2547	43.8	41.6	44.2	37.3
	2549	38.9	43.2	42.7	34.5
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
	2547	34.8	37.2	38.3	32.3
	2549	31.1	39.3	43.9	30.8
3. มัธยมศึกษาตอนปลาย	2546	34.0	48.8*	44.5	39.1
	2548	28.5	34.0	48.6	29.8
	2549	29.6	34.9	50.3	32.4

ระดับการศึกษา / ความถนัดทางการเรียน		ความสามารถทางการคิดคำนวณ	ความสามารถเชิงวิเคราะห์	ความสามารถทางภาษา
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	2543	38.3	43.1	37.2
	2544	41.7	39.6	38.7
	2546	38.9	38.3	40.7
	2547	41.6	46.1	39.9

ที่มา : - สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, กระทรวงศึกษาธิการ
- สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ, กระทรวงศึกษาธิการ

หมายเหตุ :
1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ใน พ.ศ. 2544-พ.ศ. 2545 ทดสอบเฉพาะ 3 วิชา คือ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษและคณิตศาสตร์
2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2547 มีการประเมินผลความถนัดทางการเรียนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้การทดสอบความสามารถรวม 3 ด้าน คือ ความสามารถทางการคิดคำนวณ ความสามารถเชิงวิเคราะห์ และความสามารถทางภาษาเท่านั้น
3. พ.ศ. 2546 เพิ่มการประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
4. * เป็นวิชาวิทยาศาสตร์กายภาพชีวภาพ

การเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ดังนี้

1. ประชาชนคนไทยบางส่วนขาดการกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งพบว่าในปัจจุบันคนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เป็นคุณต่อร่างกาย เช่น สุรา อาหารขยะ บุหรี่ เป็นต้น (ดูบทที่ 4 หัวข้อพฤติกรรมสุขภาพ)

2. การที่ระดับการศึกษาของแรงงานไทย ใน พ.ศ. 2549 ร้อยละ 59.9 เป็นเพียงระดับประถมศึกษา มีผลต่อการพัฒนาแรงงานและพัฒนาสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มคนงานไม่สามารถดูแลสุขภาพและปกป้องคุ้มครองตนเองจากการทำงาน ทำให้การบาดเจ็บจากการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก และกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคม เช่น คนยากจนในชนบท คนยากจนในเมืองที่ไม่สามารถเข้ารับการศึกษา แม้แต่ชั้นประถมศึกษาก็ยังมีอยู่ไม่น้อย ซึ่งก็จะเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมาก

---

[2] องค์การสหประชาชาตินิยามว่า ประเทศที่กำลังจะย่างก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะพิจารณาจากสัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดอยู่ในช่วงร้อยละ 7-14 หากเกินร้อยละ 14 ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว

3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัว และการอพยพย้ายถิ่น

3.1 โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปและมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ความสำเร็จของการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการคุมกำเนิดของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 81.1 ใน พ.ศ. 2549 ส่งผลให้ไทยสามารถลดระดับภาวะเจริญพันธุ์รวมได้มากจนต่ำกว่าระดับทดแทน (มีบุตร 2 คน ทดแทนพ่อและแม่) จึงทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงตามลำดับ จากร้อยละ 3.2 ในช่วงก่อน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 0.41 ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งขณะนี้ต่ำกว่าที่คาดการณ์อนาคตว่าแนวโน้มอัตราเพิ่มของประชากรจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.53 ใน พ.ศ. 2563 (ภาพที่ 4.11) การลดลงของอัตราเพิ่มประชากรดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อจำนวนและโครงสร้างอายุของประชากร โดยประชากรไทยใน พ.ศ. 2568 คาดว่าจะมีประมาณ 72.3 ล้านคน (ภาพที่ 4.12) ขณะเดียวกันสัดส่วนของประชากรวัยเด็กอายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 4.13) ซึ่งหมายถึงอัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าอัตราส่วนการพึ่งพิงในภาพรวมลดลงเรื่อยๆ จนถึง พ.ศ. 2553 และจะกลับเพิ่มขึ้นอีกเนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่สูงมากขึ้น (ภาพที่ 4.14) ขณะเดียวกันพีระมิดประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงไป จากพีระมิดประชากรฐานกว้างมาเป็นพีระมิดประชากรฐานแคบ ซึ่งจะคล้ายคลึงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว (ภาพที่ 4.15) จึงมีแนวโน้มที่ไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอัตราที่เร็วมาก คือ ใช้เวลา 20 ปี จาก พ.ศ. 2553-2573 โดยใน พ.ศ. 2553 จะเป็นปีแรกที่ไทยกำลังย่างก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ[2] ซึ่งเหลือเวลาเพียง 4 ปีเท่านั้น ขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วยกเว้นญี่ปุ่น ส่วนใหญ่ใช้เวลาก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุประมาณ 60 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 4.7) ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น

ดังนั้น รัฐจึงต้องวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่การเตรียมความพร้อมแก่หนุ่มสาวให้เป็นคนสูงวัยที่มีคุณภาพ (Active Ageing) จนถึงการเตรียมระบบบริการสุขภาพที่รองรับปัญหาโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งนับวันจะมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ รวมทั้งศึกษาพยากรณ์ภาระงบประมาณที่รัฐต้องใช้จ่ายในการบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่

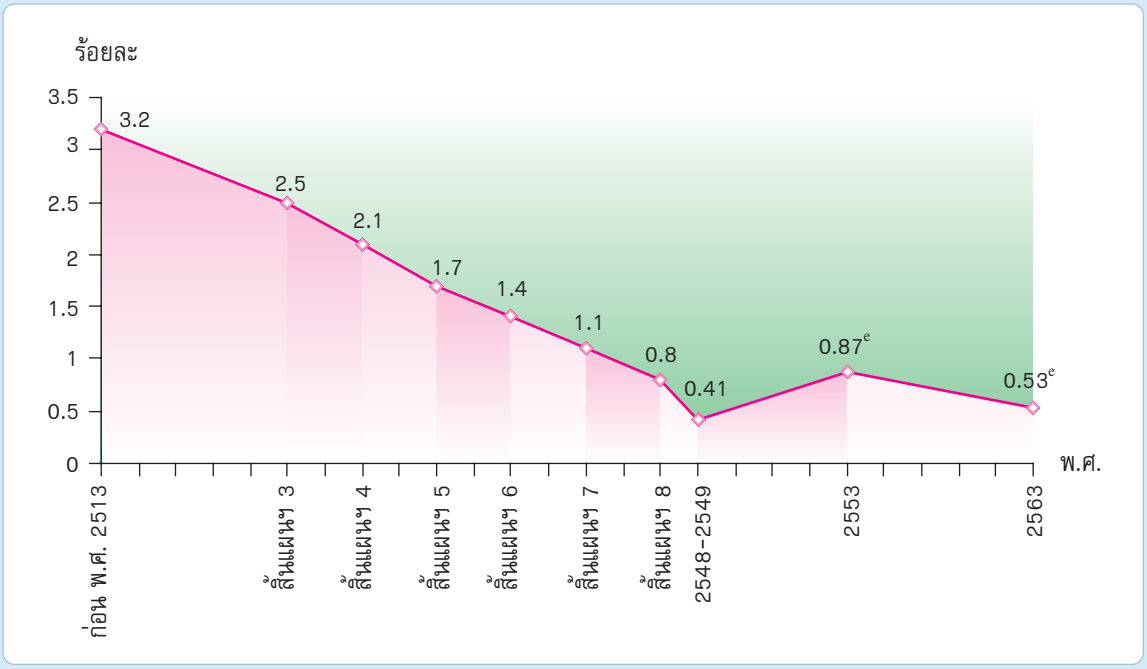
---

[2] องค์การสหประชาชาตินิยามว่า ประเทศที่กำลังจะย่างก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะพิจารณาจากสัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดอยู่ในช่วงร้อยละ 7-14 หากเกินร้อยละ 14 ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว

ต้องใช้บริการจากสถานพยาบาลในระยะเวลาที่ยาวนานและใช้งบประมาณสูงกว่าประชากรวัยอื่นๆ อันจะได้ไม่เป็นภาระทางงบประมาณของประเทศในระยะยาว

นอกจากนี้ จากการที่ไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะเป็นช่องทางการขยายตัวของตลาดอาหารเสริมสุขภาพ สมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกาย จึงต้องการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสุขภาพที่ช่วยบำรุงกำลัง ความจำและบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นกับกระดูกและข้อต่อต่างๆ ดังนั้นรัฐจึงต้องมีมาตรการมารองรับเพื่อควบคุมดูแลผลิตภัณฑ์ดังกล่าวที่นับวันจะมีการขยายตัวมากขึ้นในอนาคต

ภาพที่ 4.11 อัตราเพิ่มของประชากรไทยและการคาดการณ์ พ.ศ. 2513-พ.ศ. 2563



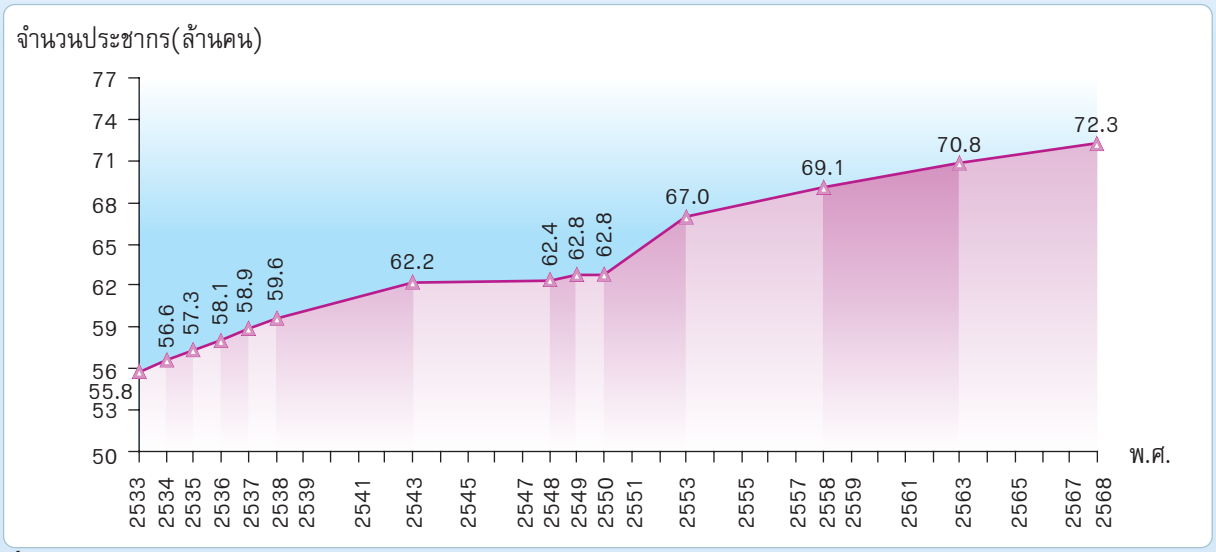
ที่มา : (1) ก่อน พ.ศ. 2513 ได้จาก นิพนธ์ เทพวัลย์, กว่าจะได้มาซึ่งนโยบายประชากร ปี 2513

(2) สิ้นแผนฯ 3-สิ้นแผนฯ 8 ได้จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

(3) พ.ศ. 2548/2549 ได้จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

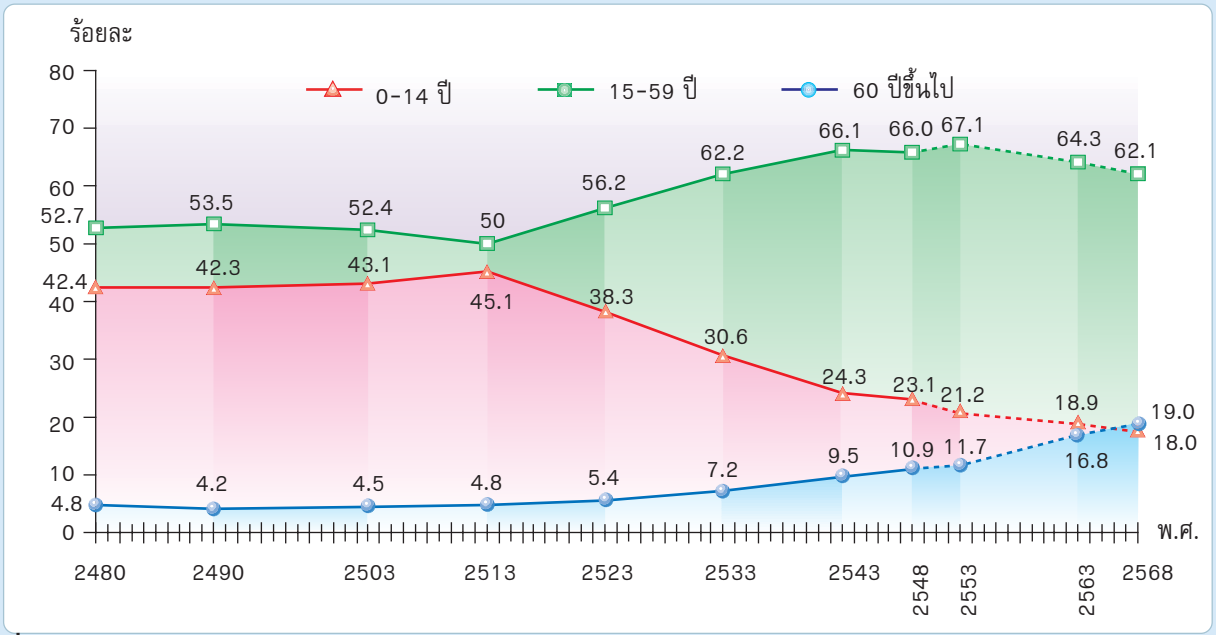
ภาพที่ 4.12 จำนวนประชากรไทยทั่วประเทศและการคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2568



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

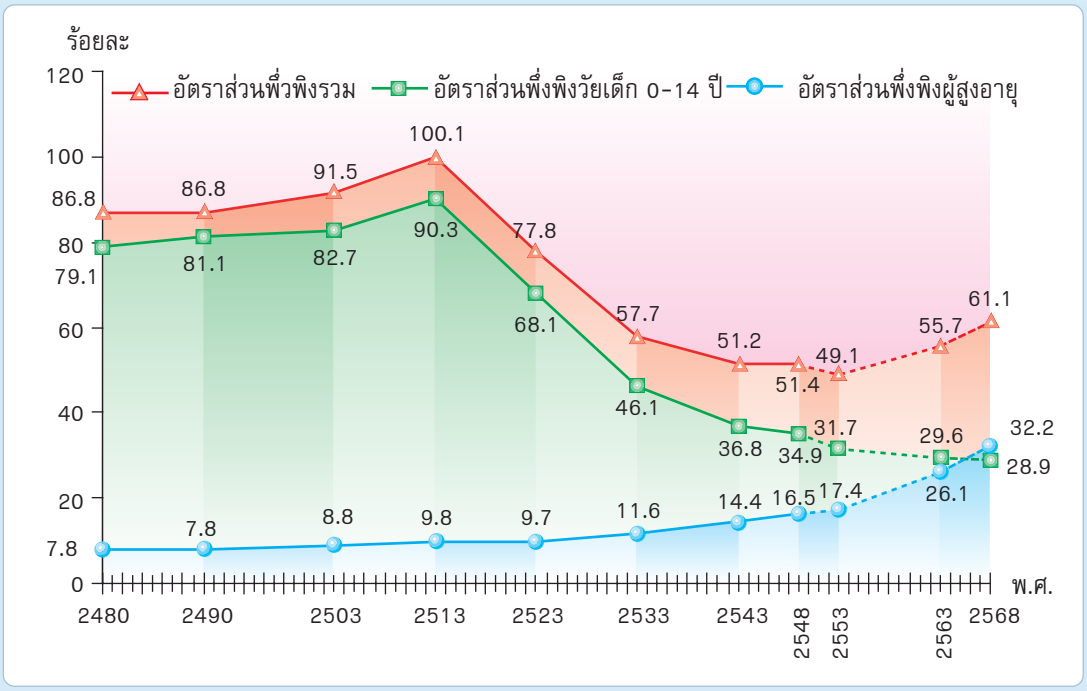
หมายเหตุ : พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 ได้ประชากรจริงจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2550 ได้จากประชากรคาดประมาณเมื่อกลางปี 2550 (1 กรกฎาคม) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาพที่ 4.13 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2480 - พ.ศ.2568



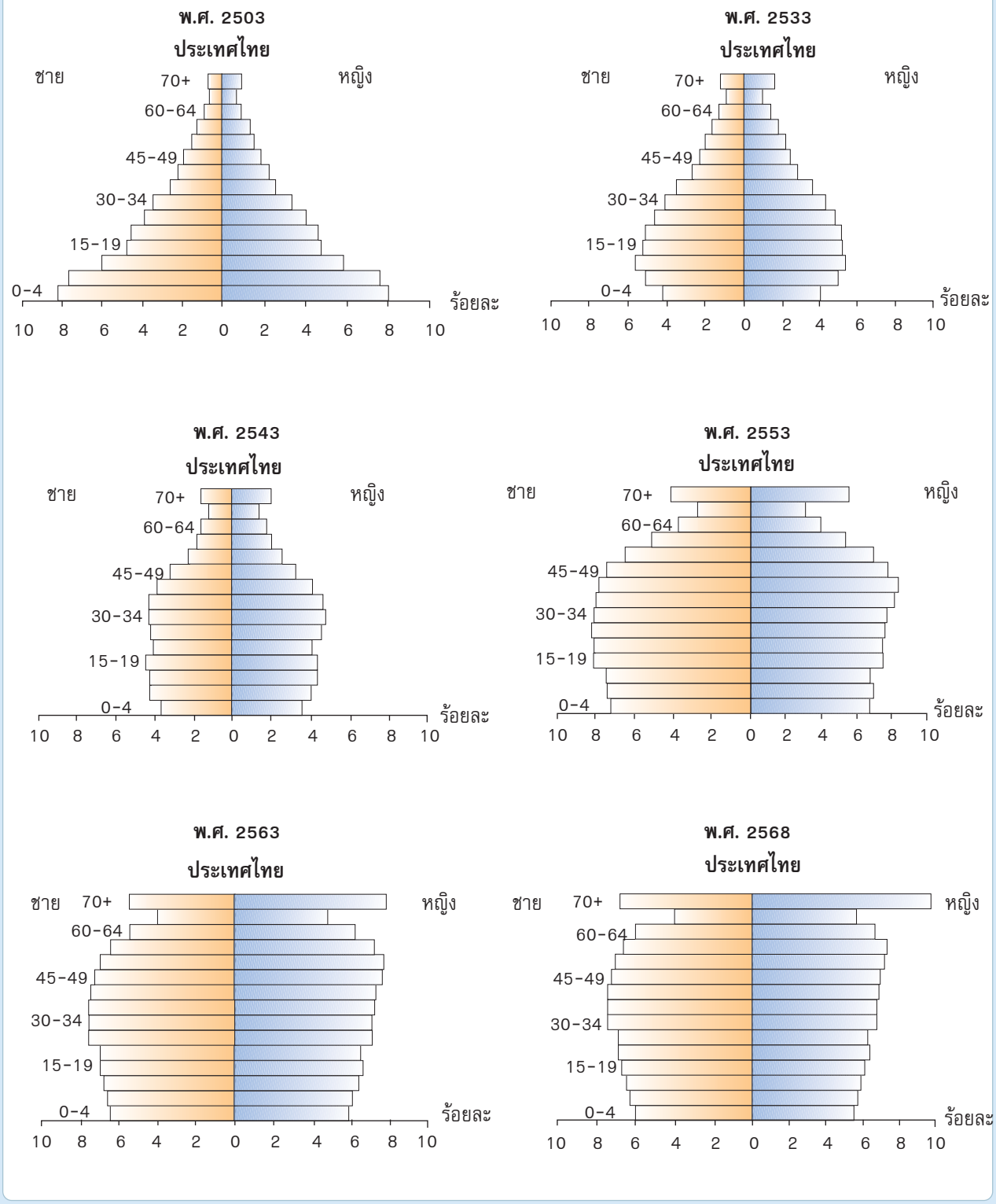
ที่มา :
- พ.ศ. 2480, 2490, 2503, 2513, 2523, 2533 และ 2543 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2553, 2563 และ 2568 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2568 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.14 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ พ.ศ. 2480-พ.ศ. 2568

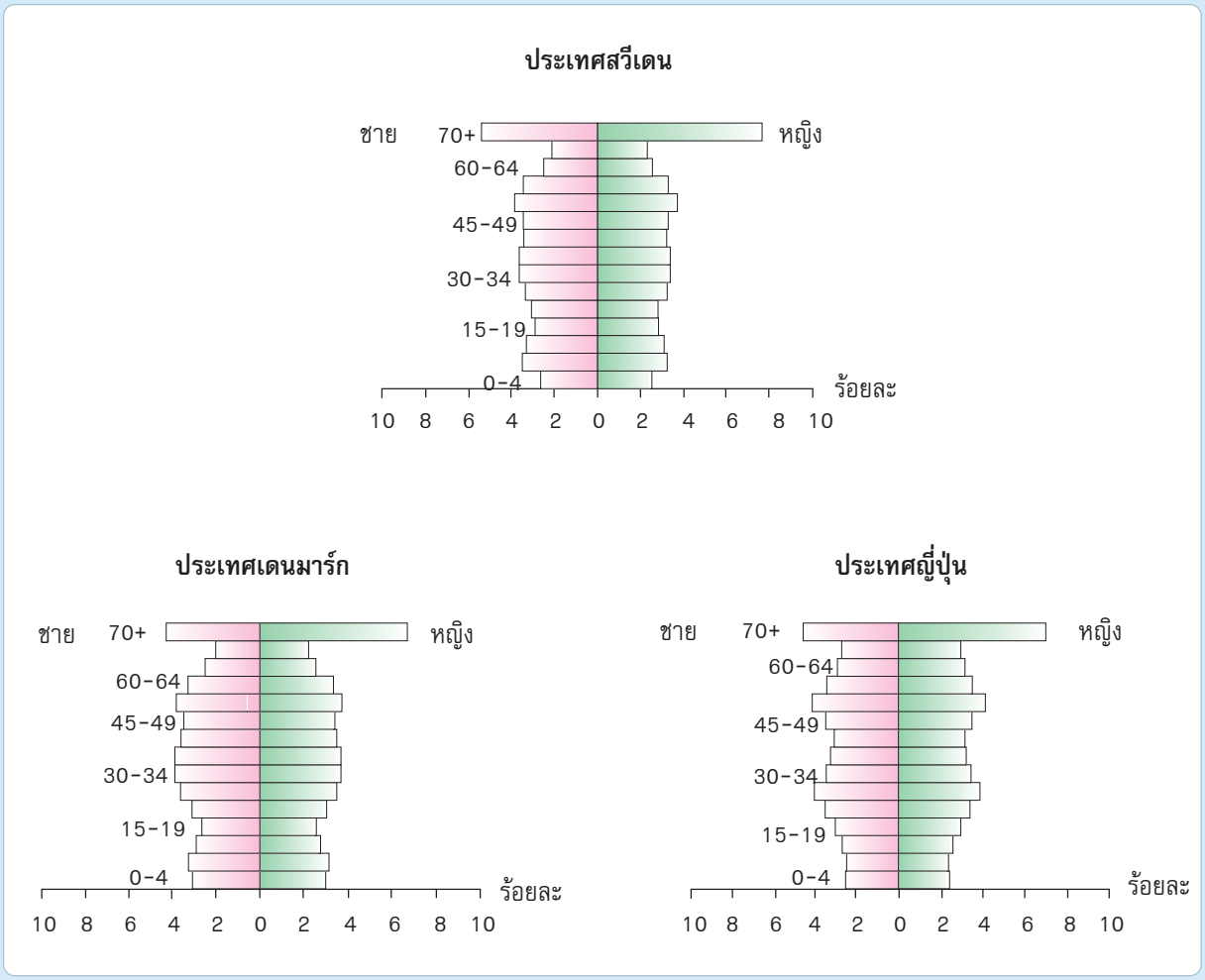


ที่มา :
- พ.ศ. 2480, 2490, 2503, 2513, 2523, 2533 และ 2543 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2568 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-พ.ศ. 2568, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.15 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 4.15 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 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-พ.ศ.2568, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- United Nations (1999). World Population Prospects : The 1998 Revision, Volume II : Sex and age.

ตารางที่ 4.7 ปีพุทธศักราชที่สัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 7 และร้อยละ 14 ในประเทศที่พัฒนาแล้วเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนา

กลุ่มประเทศ	ร้อยละ 7	ร้อยละ 14	จำนวนปีที่ใช้เวลาก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว			
- ฝรั่งเศส	พ.ศ. 2408	พ.ศ. 2523	115
- สวีเดน	พ.ศ. 2429	พ.ศ. 2514	85
- สหรัฐอเมริกา	พ.ศ. 2484	พ.ศ. 2556	72
- อิตาลี	พ.ศ. 2467	พ.ศ. 2530	63
- ญี่ปุ่น	พ.ศ. 2512	พ.ศ. 2537	26
กลุ่มประเทศกำลังพัฒนา			
- เกาหลี	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2563	20
- สิงคโปร์	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2560	17
- ไทย	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2573	20
- จีน	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2570	25

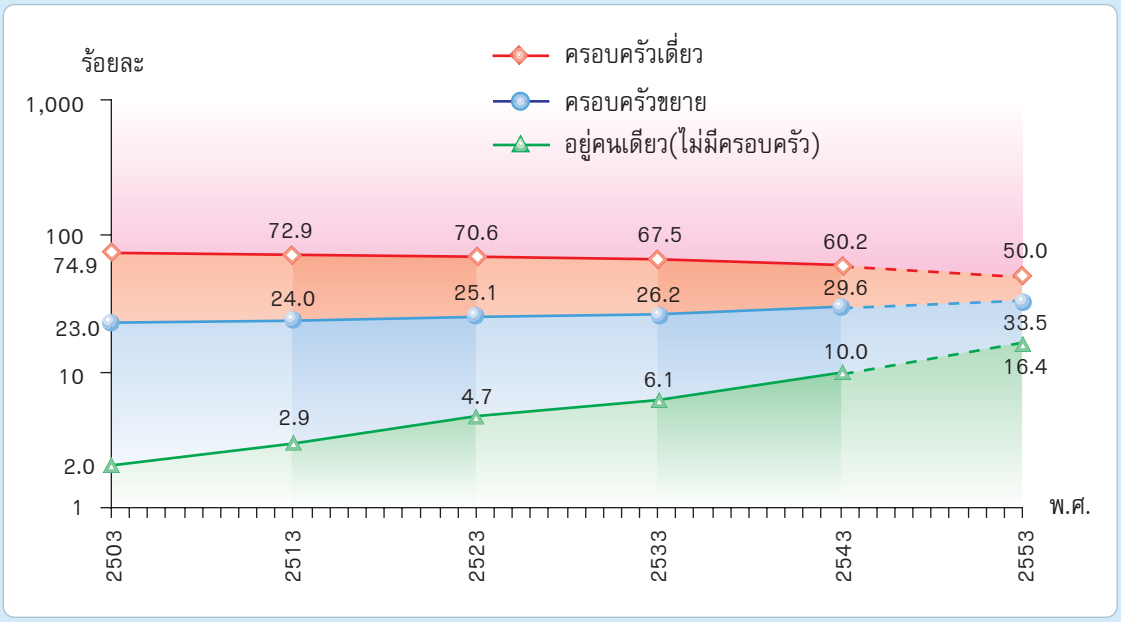
ที่มา : World Population Prospects, The 2002 Revision Volume I: Comprehensive Table, United Nations. อ้างใน สุวรรณี คำมั่น, "โอกาสสุดท้ายของประเทศไทย : 6 ปีทองของการพัฒนาคนไทยให้ก้าวไกลอย่างยั่งยืน", สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

3.2 ชีวิตครอบครัวไทย

3.2.1 โครงสร้างของครอบครัว

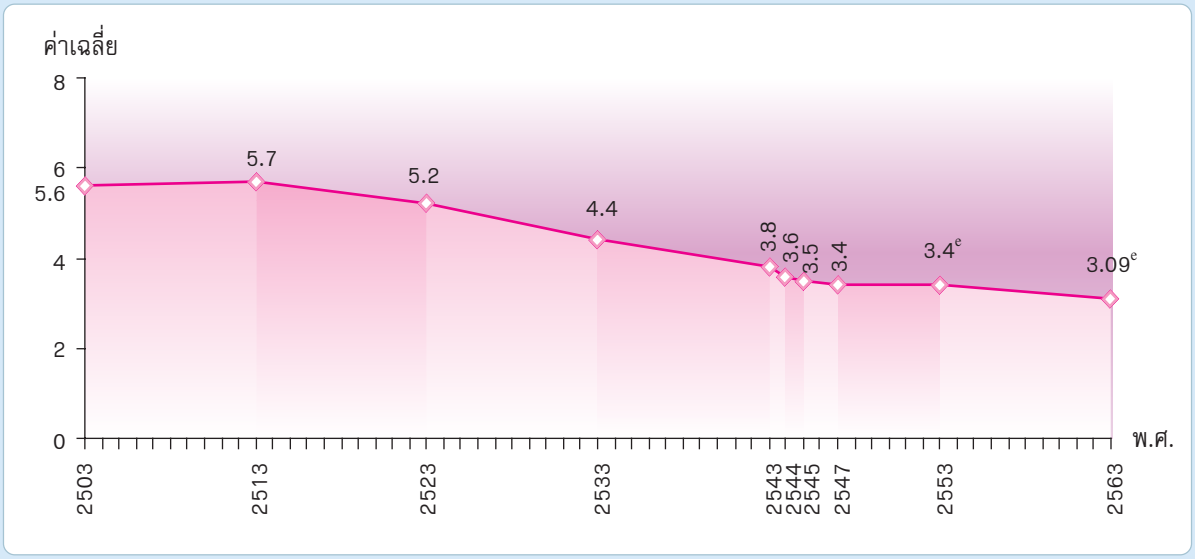
โครงสร้างของครอบครัวมีความหลากหลายและสลับซับซ้อน โดยส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย และปัจจุบันมีครอบครัวที่มีสมาชิกเพียงคนเดียวอาศัยอยู่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.16) สำหรับขนาดครอบครัวลดลงเหลือ 3.4 คนต่อหนึ่งครอบครัว ใน พ.ศ. 2547 ซึ่งคาดว่าใน พ.ศ. 2563 จะเหลือเพียง 3.09 คนต่อหนึ่งครอบครัว (ภาพที่ 4.17)

ภาพที่ 4.16 การกระจายร้อยละของครอบครัว จำแนกตามประเภท พ.ศ. 2503-2553



ที่มา : โยธิน แสวงดี, การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในครัวเรือนไทย, สารประชากรและการพัฒนา ปีที่ 25 ฉบับที่ 4 เม.ย. - พ.ค. 2548

ภาพที่ 4.17 ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2563



ที่มา :
- พ.ศ. 2503-พ.ศ. 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2544-พ.ศ. 2547 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2563 ได้จากรายงานผลการศึกษาแนวโน้มเศรษฐกิจและสังคมไทย, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประชากรไทย

3.2.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัว

การพัฒนาประเทศภายใต้ระบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม รวมทั้งกระแสบริโภคนิยม การพัฒนาและแข่งขันกันในทางวัตถุส่งผลให้วิถีชีวิตครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงต้องช่วยทำงานหาเลี้ยงครอบครัว โดยออกไปทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น เวลาที่ให้แก่กันในครอบครัวและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง ซึ่งจากการสำรวจผู้ปกครอง 1,066 ครอบครัว ในกรุงเทพฯ พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่ทำงานวันละ 7-9 ชั่วโมง พ่อแม่ร้อยละ 43 รู้สึกห่างเหินกับลูกเนื่องจากในแต่ละวันมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกับลูกเพียง 1-3 ชั่วโมง[3] ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวขาดความอบอุ่นและอ่อนแอลง จะเห็นได้จากอัตราการหย่าร้างมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 25.1 ใน พ.ศ. 2549 โดยมีข้อสังเกตว่าแม้ประชากรจะเพิ่มขึ้นแต่จำนวนการสมรสกลับมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 จากคู่สมรส 492,683 คน ใน พ.ศ. 2537 เหลือคู่สมรสเพียง 355,460 คน ใน พ.ศ. 2549 (สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย) ทั้งนี้ เนื่องจากมีการสมรสที่ช้าลงร่วมกับการอยู่ด้วยกัน โดยมิได้จดทะเบียนสมรสมากขึ้น จึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ดังนี้

1) เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมีแนวโน้มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของเด็กและผู้สูงอายุ จากปัญหาการหย่าร้าง ทำให้ครอบครัวแตกแยก จึงเป็นสาเหตุให้เด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2541-2542 และหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ก็ยังไม่มีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 4.8) ซึ่งในความเป็นจริงยังมีผู้สูงอายุและเด็กที่ถูกทอดทิ้งอีกมาก ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของเด็กและผู้สูงอายุมากขึ้น

[3] รายงานจากมูลนิธิเครือข่ายครอบครัวและศูนย์ประชามติ. สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2546

ตารางที่ 4.8 เด็กและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2549

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
2547	6,035	35.43	2,860	49.75
2548	6,102	36.05	2,497	42.00
2549	4,366	25.92	1,390	22.78

ที่มา : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

หมายเหตุ : ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 เป็นต้นไป กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ถ่ายโอนสถานสงเคราะห์บางส่วนให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจึงทำให้มีปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าว

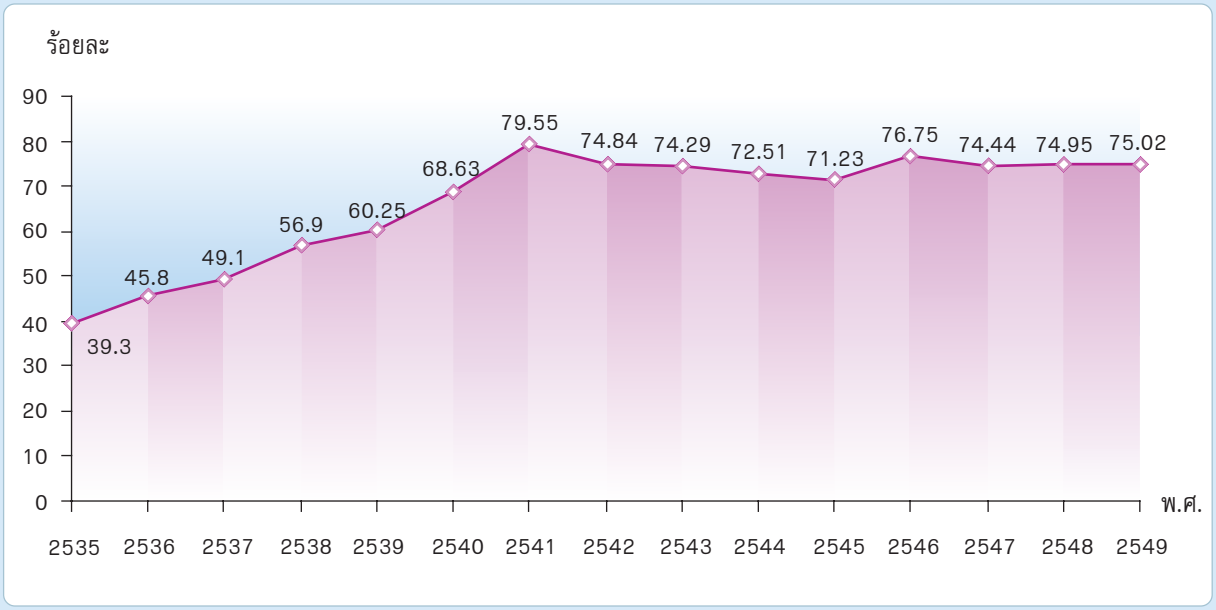
2) มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้หญิงและเด็ก เนื่องจากมีการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสหรือไม่ได้แต่งงานตามรูปแบบประเพณี จึงมิได้มีการเตรียมตัวด้านการใช้ชีวิตคู่ ทำให้ขาดทักษะเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่และการแก้ปัญหาในครอบครัว ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวจึงมีการใช้ความรุนแรงทั้งการทำร้ายร่างกาย การทำร้ายทางจิตใจและการล่วงเกินทางเพศมากขึ้น โดยจากการสำรวจสภาวะความรุนแรงในครอบครัว จากพ่อบ้านและแม่บ้าน 2,279 คน ในเขตกรุงเทพฯ สุพรรณบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมาและนครศรีธรรมราช ใน พ.ศ. 2547 พบว่า มีแม่บ้านถึง 1 ใน 5 ถูกทำรุนแรง (ร้อยละ 20.9) โดยหากพิจารณาเฉพาะแม่บ้านที่ถูกทำรุนแรงถึงขั้นหนัก (ถูกบังคับทำร้ายจิตใจ กระทำรุนแรงทางเพศและทางร่างกาย) จะมีอัตราแม่บ้านที่ถูกกระทำร้อยละ 8.7 ของแม่บ้านทั้งหมด สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า แม่บ้านที่ถูกกระทำรุนแรงส่วนใหญ่มีความรู้สึกขุ่นเคือง คับข้องใจ เศร้าสลด หวาดกลัว มีการบาดเจ็บทางร่างกายและที่น่าสนใจคือ แม่บ้านที่ถูกทำรุนแรง ร้อยละ 6.5 คิดที่จะฆ่าตัวตาย สำหรับปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรุนแรงในครอบครัว คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีทั้งพ่อบ้านและแม่บ้านติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะมีความรุนแรงถึงเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.1 ของครอบครัวทั้งหมด)

ดังนั้น รัฐจึงควรวางแผนจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับสตรีและเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัว ซึ่งนับวันจะมากขึ้น ตลอดจนหามาตรการรณรงค์ที่มีประสิทธิผลเพื่อให้ครอบครัวงดดื่มเหล้าอย่างจริงจังต่อเนื่อง

3.2.3 แบบแผนการเลี้ยงดูลูกในครอบครัว

แบบแผนการเลี้ยงดูลูกก็เปลี่ยนแปลงไปกล่าวคือ พ่อแม่ไม่ได้เลี้ยงลูกเองเนื่องจากไม่มีเวลา จึงมักนำลูกไปให้ผู้อื่นเลี้ยงที่เป็นคนนอกระบบครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการดูแลจากสถานรับเลี้ยงเด็ก/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/โรงเรียนถึงร้อยละ 53.3 และจากพ่อแม่เพียงร้อยละ 28.6 และจากการสำรวจของนิตยสาร Real Parenting ใน พ.ศ. 2549 ก็พบในทำนองเดียวกันกล่าวคือ ได้สำรวจกลุ่มตัวอย่างพ่อแม่อายุ 21-40 ปี และมีบุตรอายุ 2-12 ปี จำนวน 388 คน ในกรุงเทพฯ พบว่า พ่อแม่เลี้ยงลูกเองเพียงร้อยละ 30.2 ใน พ.ศ. 2549[4] ซึ่งสอดคล้องกับอัตราของประชากรเด็กวัย 3-5 ปี ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 39.3 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 75.0 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 4.18)

ภาพที่ 4.18 อัตราของประชากรอายุ 3-5 ปี ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษา พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2549



ที่มา : สถิติการศึกษาในระบบโรงเรียน, กระทรวงศึกษาธิการ

[4] รายงานจากงานวิจัยและพัฒนาบริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). นิตยสาร Real Parenting ฉบับ เดือนกรกฎาคม 2549

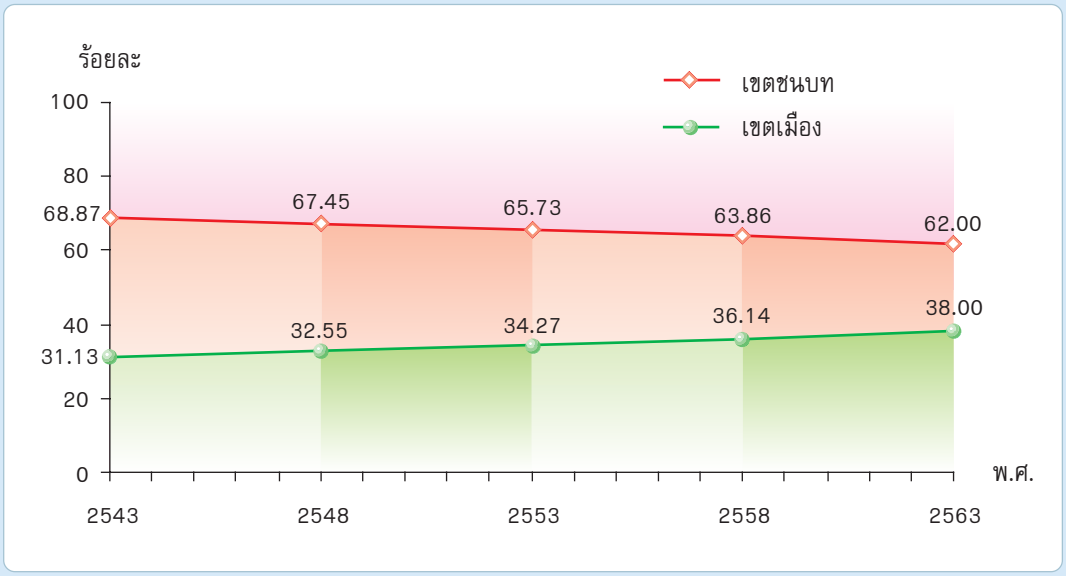
จากการที่พ่อแม่ไม่มีเวลาใกล้ชิดดูแลลูก จึงต้องนำเข้าสู่ระบบการศึกษาให้ครูเป็นผู้ดูแลในช่วงเวลาที่พ่อแม่ไปทำงานหรือต้องนำไปฝากเลี้ยงในสถานเลี้ยงเด็ก ซึ่งอาจจะไม่ได้มาตรฐาน พี่เลี้ยงไม่มีความผูกพันทางจิตวิญญาณกับเด็ก จึงกระทบต่อพัฒนาการและเชาวน์ปัญญาของเด็กและเยาวชนไทย ซึ่งจากการศึกษาภาคตัดขวาง เด็กอายุ 1-18 ปี ใน พ.ศ. 2544 รวม 9,488 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ โดยใช้แบบทดสอบคัดกรองพัฒนาการและแบบทดสอบเชาวน์ปัญญา พบว่า เด็กอายุน้อยกว่า 6 ปี มีพัฒนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติและเร็วกว่าปกติเพียงร้อยละ 63 และเด็กอายุ 6-18 ปี มีระดับเชาวน์ปัญญาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย, เอกสารเฉพาะเพื่อนิทรรศการ 10 ปี สกว., 2546) จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น ลักเพศ โรคเอดส์ การเสพยาเสพติดในวัยรุ่น และปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น

3.3 การอพยพย้ายถิ่น

3.3.1 การอพยพย้ายถิ่นจากชุมชนชนบทมาสู่เมือง

การพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นส่งเสริมอุตสาหกรรม ทำให้ชาวชนบทจำนวนมากต้องอพยพเข้าสู่เมืองเพื่อขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการมากขึ้น ซึ่งพบว่า สัดส่วนของผู้อพยพย้ายถิ่นเป็นร้อยละ 31.13 ใน พ.ศ. 2543 และคาดว่าใน พ.ศ. 2563 ประชาชนจะอยู่ในเขตเมืองถึงร้อยละ 38 (ภาพที่ 4.19) ซึ่ง โดยส่วนใหญ่ของผู้อพยพจะย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาเป็นเขตปริมณฑลและเขตพัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก

ภาพที่ 4.19 การคาดประมาณประชากรเขตเมืองและชนบท



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

วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้สถานประกอบการต้องปิดตัวเองหรือลดขนาดของกิจการลง แรงงานจำนวนมากอพยพกลับถิ่นฐานในชนบท โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ซึ่งพบว่า การย้ายถิ่นของประชากรไทยใน พ.ศ. 2540 จากเขตเมืองสู่ชนบทมีสูงถึงร้อยละ 37.2 แต่การย้ายจากชนบทสู่เมือง มีเพียงร้อยละ 13.4 เท่านั้น แต่เมื่อเศรษฐกิจขยายตัวใน พ.ศ. 2545 กลับพบว่า การย้ายถิ่นของประชากรไทยจากเขตเมืองสู่ชนบทลดลงเหลือเพียงร้อยละ 33.0 แต่การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมือง มีสูงถึงร้อยละ 19.2 แต่ใน พ.ศ. 2549 กลับพบว่า การย้ายถิ่นของประชากรไทยจากเขตเมืองสู่ชนบทสูงถึง ร้อยละ 35.6 ขณะที่การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมีเพียงร้อยละ 14.4 (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 อัตราร้อยละของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามประเภทของการย้ายถิ่น และภาคที่อยู่ในปัจจุบัน พ.ศ. 2535-พ.ศ.2549

ประเภทของการย้ายถิ่น	รวม	ภาคที่อยู่ในปัจจุบัน				
		กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
รวมผู้ย้ายถิ่นระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
เขตเมือง → เขตเมือง	17.6	33.6	26.8	12.4	11.8	13.6
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
พ.ศ. 2548	11.7	67.5	13.4	9.5	5.8	14.8
พ.ศ. 2549	14.4	64.9	18.2	10.7	6.3	15.2
ไม่ทราบ[1] → เขตเมือง	0.6	1.5	0.5	0.6	0.5	0.5
เขตชนบท → เขตชนบท	29.7	-	31.2	28.8	26.9	43.5
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
พ.ศ. 2548	39.1	-	24.6	42.0	55.5	23.7
พ.ศ. 2549	35.6	-	22.9	44.5	50.3	26.8
ไม่ทราบ[1] → เขตชนบท	2.1	-	0.4	3.0	4.2	0.4

ที่มา : พ.ศ. 2535, 2537, 2540, 2545, 2548 และ 2549 ได้จากรายงานการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร, พ.ศ. 2535, 2537, 2540, 2545, 2548 และ 2549, 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

3.3.2 การอพยพแรงงานข้ามชาติ

ปัจจุบันมีการอพยพแรงงานข้ามชาติมากขึ้น กล่าวคือ แรงงานไทยอพยพไปทำงานต่างประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากจาก 61,056 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 202,296 คน ใน พ.ศ. 2538 และกลับลดลงหลังวิกฤตเศรษฐกิจเหลือเพียง 160,846 คน ใน พ.ศ. 2549 (สำนักงานบริหารแรงงานไทยในต่างประเทศ กรมการจัดหางาน) ซึ่งถ้านับรวมที่ไปโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมายอาจมีมากกว่านี้มาก โดยระยะหลังนิยมไปทำงานประเทศไต้หวัน สิงคโปร์ มาเลเซีย ตะวันออกกลางมากขึ้น นอกจากนี้ ก็มีแรงงานต่างประเทศที่หลั่งไหลเข้ามาประเทศไทยโดยเฉพาะแรงงานราคาถูกที่มาจากประเทศข้างเคียง เช่น พม่า ลาว จีน กัมพูชา ทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันรัฐบาลได้อนุญาตให้มีการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติได้ ใน พ.ศ. 2549 มีแรงงานต่างชาติผิดกฎหมายที่ได้มารายงานตัวจดทะเบียน 705,293 คน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานจากประเทศพม่า 539,416 คน (ร้อยละ 76.5) รองลงมาเป็นลาว 90,073 คน (ร้อยละ 12.8) และกัมพูชา 75,804 คน (ร้อยละ 10.7) โดยจังหวัดที่มีแรงงานต่างชาติจากพม่ามากคือ กรุงเทพฯ ตาก สมุทรสาคร เชียงใหม่และระนอง มีถึง 20,000-90,000 คน (กรมการจัดหางาน) ซึ่งมารายงานตัวจดทะเบียนลดลงจาก พ.ศ. 2546 ถึงเท่าตัว และคาดว่ายังมีแรงงานผิดกฎหมายที่ไม่ได้มารายงานตัวอีกเป็นจำนวนมาก

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

4. คุณภาพชีวิตของคนไทย

4.1 ค่านิยมการบริโภคและดำรงชีวิต

จากกระแสวัฒนธรรมตะวันตกทำให้ระบบคุณค่าที่ดีของสังคมไทยเสื่อมถอยลงมาก อาทิให้ความสำคัญกับวัตถุนิยมมีค่านิยมเลียนแบบการบริโภคตามต่างชาติ ไม่เห็นคุณค่าความเป็นไทย เกิดความฟุ้งเฟ้อ ฟุ่มเฟือย โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นมีทัศนคติเปลี่ยนไป ต้องการรวยเร็ว ขาดความอดทน ใช้ชีวิตอย่างฉาบฉวย ขาดการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจากโครงการติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย พ.ศ. 2546 พบว่า กลุ่มวัยรุ่นโดยรวมร้อยละ 60 ใช้ชีวิตตามห้างสรรพสินค้า ชอบเที่ยวกลางคืน ดูภาพยนตร์ มีมือถือในครอบครอง นิยมอาหารแดกด่วนและใช้อินเตอร์เนตเพื่อการพูดคุยและเล่นเกม จึงทำให้บริโภคเกินกำลังฐานะทางเศรษฐกิจตนเอง รวมทั้งบริโภคในสิ่งที่ไม่เป็นคุณต่อร่างกายและสติปัญญา เช่น บุหรี่ สุราและสารเสพติดต่างๆ

แนวโน้มของสื่อมวลชนจะเข้ามามีบทบาทต่อการดำรงชีวิตและการใช้เวลาว่างของคนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ ขณะที่วิทยุมีความสำคัญลดลงไป (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 เวลาที่ว่างโดยเฉลี่ยของประชากร จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547

ประเภทการใช้เวลาว่าง	ในเขตเทศบาล (ชั่วโมง : วัน)		นอกเขตเทศบาล (ชั่วโมง : วัน)		ทั้งประเทศ (ชั่วโมง : วัน)	
	2544	2547	2544	2547	2544	2547
- การดูโทรทัศน์ / วีดิโอ	3.2	2.9	2.7	2.6	2.9	2.7
- การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากคอมพิวเตอร์	2.0	2.0	1.7	1.8	1.9	1.9
- การเข้าชมกีฬา, ภาพยนตร์ ดนตรี	1.7	2.3	1.8	2.5	1.8	2.4
- การสังสรรค์	1.8	2.6	1.7	2.0	1.7	2.2
- งานอดิเรก	1.6	1.9	1.5	1.9	1.6	1.9
- เล่นกีฬา	1.5	1.6	1.5	1.5	1.5	1.6
- การฟังเพลง / วิทยุ	1.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4

ที่มา : รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544, 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : เป็นการสำรวจประชากรตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป

4.2 ความเชื่อและวัฒนธรรม

คนเริ่มห่างศาสนาและมีความเลื่อมใสศรัทธาต่อพระภิกษุสงฆ์ลดลง ซึ่งจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2548 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เคยสวดมนตร์ ร้อยละ 43.5 ไม่เคยฟังเทศน์ / ดูรายการธรรมะ ถึงร้อยละ 54.9 และมีความเลื่อมใสศรัทธาต่อพระภิกษุสงฆ์เมื่อพบพระสงฆ์ นอกวัด ร้อยละ 65.7 นอกจากนี้ยังมีความหย่อนยานในศีลธรรม จริยธรรม มีการแข่งขันกัน เอารัดเอาเปรียบ ตัวใครตัวมัน เพื่อแสวงหาอำนาจทั้งทางการเมืองและอำนาจเงินมากขึ้น และวัฒนธรรมไทยที่มีความเอื้อเฟื้อโอบอ้อมอารี และเคารพผู้อาวุโสก็เริ่มลดลงเป็นลำดับ จนถึงขนาดต้องมีแผนฟื้นฟูวัฒนธรรมไทย นอกจากนี้วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นบางอย่างมีการถ่ายทอดสู่คนรุ่นใหม่น้อย ขาดการสืบสานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคนรุ่นใหม่สนใจเรียนรู้น้อย จึงขาดการต่อยอดและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง เช่น สมุนไพรไทย ฯลฯ

4.3 ดัชนีคุณภาพชีวิตของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

UNDP (United Nation Development Program) ได้จัดทำเครื่องชี้วัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในรูปของดัชนี เรียกว่า "Human Development Index : HDI" ซึ่งวัดจากปัจจัยทางสังคม คือ การศึกษา อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและปัจจัยทางเศรษฐกิจ (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 ของไทยขึ้นสู่ระดับสูงคือความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจคุณภาพชีวิตของไทยต่ำลง โดยพบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2541-2547 ไทยมีคุณภาพชีวิตตกจากระดับ "สูง" มาอยู่ในระดับ "กลาง" (HDI = 0.745-0.784) และหล่นจากอันดับที่ 59 เป็นอันดับที่ 66-76 จาก 174 ประเทศ ซึ่งตกมาเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 10 ประเทศ รองจากสิงคโปร์ บรูไนและมาเลเซีย (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11 ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533-พ.ศ. 2547

กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2533			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2538			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2541			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2542			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2544			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2546			กลุ่ม/ประเทศ	พ.ศ. 2547		
	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	74	1	0.768	ไทย	66	1	0.757	ไทย	74	1	0.768	ไทย	73	1	0.778	ไทย	74	1	0.784
ศรีลังกา	86	2	0.663	ศรีลังกา	90	2	0.716	ศรีลังกา	99	3	0.730	ศรีลังกา	81	3	0.735	ศรีลังกา	99	3	0.730	ศรีลังกา	93	2	0.751	ศรีลังกา	93	2	0.755
มัลดีฟส์	112	4	0.497	มัลดีฟส์	95	3	0.683	มัลดีฟส์	86	2	0.751	มัลดีฟส์	77	2	0.739	มัลดีฟส์	86	2	0.751	มัลดีฟส์	96	3	0.745	มัลดีฟส์	98	3	0.739
อินโดนีเซีย	108	3	0.515	อินโดนีเซีย	96	4	0.679	อินโดนีเซีย	112	4	0.682	อินโดนีเซีย	102	4	0.677	อินโดนีเซีย	112	4	0.682	อินโดนีเซีย	110	4	0.697	อินโดนีเซีย	108	4	0.711
สหภาพพม่า	123	5	0.390	สหภาพพม่า	131	5	0.481	สหภาพพม่า	131	6	0.549	สหภาพพม่า	118	6	0.551	สหภาพพม่า	131	6	0.549	สหภาพพม่า	129	6	0.578	สหภาพพม่า	130	6	0.581
อินเดีย	134	6	0.309	อินเดีย	139	6	0.451	อินเดีย	127	5	0.590	อินเดีย	115	5	0.571	อินเดีย	127	5	0.590	อินเดีย	127	5	0.602	อินเดีย	126	5	0.611
ภูฏาน	159	9	0.150	ภูฏาน	155	9	0.347	ภูฏาน	136	7	0.511	ภูฏาน	130	8	0.471	ภูฏาน	136	7	0.511	ภูฏาน	134	7	0.536	ภูฏาน	135	7	0.538
เนปาล	152	8	0.170	เนปาล	152	8	0.351	เนปาล	143	9	0.499	เนปาล	129	7	0.48	เนปาล	143	9	0.499	เนปาล	136	8	0.526	เนปาล	138	9	0.527
บังคลาเทศ	147	7	0.189	บังคลาเทศ	147	7	0.371	บังคลาเทศ	139	8	0.502	บังคลาเทศ	132	9	0.47	บังคลาเทศ	139	8	0.502	บังคลาเทศ	139	9	0.520	บังคลาเทศ	137	8	0.530
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	28	1	0.884	สิงคโปร์	25	1	0.907	สิงคโปร์	25	1	0.916
บรูไน	44	2	0.847	บรูไน	35	2	0.880	บรูไน	32	2	0.848	บรูไน	32	2	0.857	บรูไน	31	2	0.872	บรูไน	33	2	0.866	บรูไน	34	2	0.871
มาเลเซีย	57	3	0.790	มาเลเซีย	60	4	0.834	มาเลเซีย	61	3	0.772	มาเลเซีย	56	3	0.774	มาเลเซีย	58	3	0.790	มาเลเซีย	61	3	0.796	มาเลเซีย	61	3	0.805
ไทย	74	4	0.715	ไทย	59	3	0.838	ไทย	76	4	0.745	ไทย	66	4	0.757	ไทย	74	4	0.768	ไทย	73	4	0.778	ไทย	74	4	0.784
ฟิลิปปินส์	92	5	0.603	ฟิลิปปินส์	98	6	0.677	ฟิลิปปินส์	77	5	0.744	ฟิลิปปินส์	70	5	0.749	ฟิลิปปินส์	85	5	0.751	ฟิลิปปินส์	84	5	0.758	ฟิลิปปินส์	84	5	0.763
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	108	6	0.704	เวียดนาม	109	7	0.709
อินโดนีเซีย	108	6	0.515	อินโดนีเซีย	96	5	0.679	อินโดนีเซีย	109	7	0.670	อินโดนีเซีย	102	7	0.677	อินโดนีเซีย	112	7	0.682	อินโดนีเซีย	110	7	0.697	อินโดนีเซีย	108	6	0.711
สหภาพพม่า	123	8	0.390	สหภาพพม่า	131	8	0.481	สหภาพพม่า	125	8	0.585	สหภาพพม่า	118	8	0.551	สหภาพพม่า	131	9	0.549	สหภาพพม่า	129	8	0.578	สหภาพพม่า	130	9	0.581
กัมพูชา	148	10	0.186	กัมพูชา	140	10	0.422	กัมพูชา	136	9	0.512	กัมพูชา	121	9	0.541	กัมพูชา	130	8	0.556	กัมพูชา	130	9	0.571	กัมพูชา	129	8	0.583
ลาว	141	9	0.246	ลาว	136	9	0.465	ลาว	140	10	0.484	ลาว	131	10	0.476	ลาว	135	10	0.525	ลาว	133	10	0.545	ลาว	133	10	0.553
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	0.944	นอร์เวย์	1	1	0.963	นอร์เวย์	1	1	0.965
แคนาดา	2	2	0.982	ฝรั่งเศส	2	2	0.946	นอร์เวย์	2	2	0.934	ออสเตรเลีย	2	2	0.936	ไอซแลนด์	2	2	0.942	ไอซแลนด์	2	2	0.956	ไอซแลนด์	2	2	0.960
นอร์เวย์	3	3	0.979	นอร์เวย์	3	3	0.943	สหรัฐอเมริกา	3	3	0.929	แคนาดา	3	3	0.936	สวีเดน	3	3	0.941	ออสเตรเลีย	3	3	0.955	ออสเตรเลีย	3	3	0.957
สวิตเซอร์แลนด์	4	4	0.978	สหรัฐอเมริกา	4	4	0.943	ออสเตรเลีย	4	4	0.929	สวีเดน	4	4	0.936	ออสเตรเลีย	4	4	0.939	ลักเซมเบอร์ก	4	4	0.949	ไอร์แลนด์	4	4	0.956
สวีเดน	5	5	0.977	ไอซแลนด์	5	5	0.942	ไอซแลนด์	5	5	0.927	เบลเยี่ยม	5	5	0.935	เนเธอร์แลนด์	5	5	0.938	แคนาดา	5	5	0.949	สวีเดน	5	5	0.951
สหรัฐอเมริกา	6	6	0.976	ฟินแลนด์	6	6	0.942	สวีเดน	6	6	0.926	สหรัฐอเมริกา	6	6	0.934	เบลเยี่ยม	6	6	0.937	สวีเดน	6	6	0.949	แคนาดา	6	6	0.950
ออสเตรเลีย	7	7	0.972	เนเธอร์แลนด์	7	7	0.941	เบลเยี่ยม	7	7	0.925	ไอซแลนด์	7	7	0.932	สหรัฐอเมริกา	7	7	0.937	สวิตเซอร์แลนด์	7	7	0.947	ญี่ปุ่น	7	7	0.949
ฝรั่งเศส	8	8	0.971	ญี่ปุ่น	8	8	0.940	เนเธอร์แลนด์	8	8	0.925	เนเธอร์แลนด์	8	8	0.931	แคนาดา	8	8	0.937	ไอร์แลนด์	8	8	0.946	สหรัฐอเมริกา	8	8	0.948
เนเธอร์แลนด์	9	9	0.970	นิวซีแลนด์	9	9	0.939	ญี่ปุ่น	9	9	0.924	ญี่ปุ่น	9	9	0.928	ญี่ปุ่น	9	9	0.932	เบลเยี่ยม	9	9	0.945	สวิตเซอร์แลนด์	9	9	0.947
สหราชอาณาจักร	10	10	0.964	สวีเดน	10	10	0.936	สหราชอาณาจักร	10	10	0.918	ฟินแลนด์	10	10	0.925	สวิตเซอร์แลนด์	10	10	0.932	สหรัฐอเมริกา	10	10	0.944	เนเธอร์แลนด์	10	10	0.947

ที่มา : Human Development Report, 1993-2006

5. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต

5.1 โครงสร้างพื้นฐาน

5.1.1 การคมนาคมขนส่ง

1) การขนส่งทางบก

ใน พ.ศ. 2548 ระบบโครงข่ายถนนในประเทศไทยมีระยะทางประมาณ 182,848.726 กิโลเมตร โดยเป็นโครงข่ายทางหลวง 64,156.169 กิโลเมตรและโครงข่ายถนนชนบท 118,692.557 กิโลเมตร ระบบโครงข่ายถนนของไทยยังมีเครือข่ายเชื่อมโยงไปถึงภูมิภาคต่างๆ ทั้งสี่ภาค โดยมีถนน 4 ช่องทางจราจรรวม 1,889 กิโลเมตร ซึ่งถือว่าโครงข่ายถนนกระจายครอบคลุมพื้นที่ของประเทศไทยอย่างทั่วถึง

สำหรับกรุงเทพมหานครมีทางด่วนทั้งสิ้น 175.9 กิโลเมตร และกำลังจะก่อสร้างทางด่วนเพิ่มเติมอีก 146.3 กิโลเมตร ให้เสร็จทั้งหมดภายใน พ.ศ. 2552 รวมทั้งมีระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนให้บริการจำนวน 2 สาย และจะขยายเพิ่มเติมอีก 4 สาย ให้เสร็จภายในเร็วๆ นี้ อันจะช่วยลดปัญหาการจราจรในกรุงเทพมหานครลง

นอกจากนี้ ยังมีการขนส่งทางรถไฟมีระยะทางทั้งสิ้น 5,359.6 กิโลเมตร

2) การขนส่งทางน้ำ

ใน พ.ศ. 2549 ท่าเรือหลักของไทยมี 7 แห่ง และท่าเทียบเรือ 11 ท่า ซึ่งมีศักยภาพในการรองรับการขนส่งสินค้าทางน้ำของอุตสาหกรรมได้อย่างเพียงพอในปัจจุบัน แต่อาจต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานของท่าเรือเพื่อรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจในอนาคต

3) การขนส่งทางอากาศ

ปัจจุบันไทยมีท่าอากาศยานสากลซึ่งเปิดดำเนินการแล้ว จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ ท่าอากาศยานกรุงเทพ เชียงใหม่ หาดใหญ่ ภูเก็ต และเชียงราย ซึ่งท่าอากาศยานกรุงเทพสามารถรองรับผู้โดยสาร ระหว่างประเทศในชั่วโมงคับคั่งได้ 10,143 คน/ชั่วโมง และผู้โดยสารภายในประเทศ 8,685 คน/ชั่วโมง มีขีดความสามารถในการรองรับผู้โดยสารได้ปีละ 36.5 ล้านคน ซึ่งค่อนข้างคับคั่ง อย่างไรก็ตามขณะนี้รัฐบาลได้เปิดท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เพื่อเป็นศูนย์กลางท่าอากาศยานที่ทันสมัยแห่งใหม่ในภูมิภาค เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2549 และจะสามารถรองรับผู้โดยสารได้ถึง 30 ล้านคน ในปีแรกและจะรองรับได้ 100 ล้านคนเมื่อก่อสร้างเสร็จสมบูรณ์ อันถือได้ว่าไทยมีความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐานทางอากาศ

5.1.2 การสื่อสาร

มีการขยายตัวด้านการสื่อสารของไทยไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ใน พ.ศ. 2549 มีโทรศัพท์ประเภทใช้สายทั้งประเทศ 7,073,450 เลขหมาย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 40,052,612 เลขหมาย คิดเป็น 112.6 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน และ 637.5 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549 ตามลำดับ นอกจากนี้ ประเทศไทยมีเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้ในสัดส่วน 66 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน (ตารางที่ 4.12) และมีผู้ใช้อินเตอร์เน็ทเพิ่มสูงขึ้นจาก 30 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 8.46 ล้านคน ใน พ.ศ. 2549 คิดเป็นอัตราการใช้ร้อยละ 13.5 หรือคิดเป็น 14,226.2 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2549 โดยกรุงเทพมหานคร มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุดกว่าทุกภาค (ตารางที่ 4.13) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ แล้ว พบว่า ไทยมีโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสื่อสารและการใช้อินเทอร์เน็ตด้อยกว่าหลายประเทศในเอเชีย เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 4.12 และ 4.14)

ตารางที่ 4.12 โครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2539-พ.ศ. 2547

ประเทศ	จำนวนโทรศัพท์ประเภทใช้สายต่อประชากร 1,000 คน					จำนวนโทรศัพท์เคลื่อนที่ต่อประชากร 1,000 คน					จำนวนคอมพิวเตอร์ต่อประชากร 1,000 คน				
	2539	2540	2542	2545	2547	2539	2540	2542	2545	2547	2539	2540	2542	2545	2547
สิงคโปร์	498.4	529.0	484.1	472	432	147.5	229	381.45	761.1	894.7	233	316	390.9	596	601
มาเลเซีย	192.5	192.5	219.3	206	174	88.4	101.9	145.05	372.9	571.2	53	65	94.5	137	216
ไทย	78.6	85.5	101.9	99*	112.6**	27.8	34.5	138.6	346.8*	637.5**	22	28	40.4	43	66
ฟิลิปปินส์	30.7	42.7	37.9	46	42	12.9	17.7	36.97	189.1	398.5	11	13	19.5	25	42
อินโดนีเซีย	17.8	24.7	29.1	34	45	3.0	5.4	9.83	48.5	134.8	6	9	13.4	13	19
สวีเดน	684.1	685.4	694.5	750	715	281.8	358.1	590.08	900.3	1,084.7	286	353	510.4	687	776
สหรัฐอเมริกา	636.6	625.6	709.8	701	606	161.9	205.6	314.87	496.9	621.1	403	450	538.9	739	778
นอร์เวย์	564.9	609.1	711.9	754	472	296.1	383.0	627.03	787.0	1,036.0	307	363	506.8	657	743

ที่มา : IMD. The World Competitiveness Yearbook, 1999 และ 2006.

หมายเหตุ : 1. * เป็นข้อมูล พ.ศ. 2546

2. ** เป็นข้อมูล พ.ศ. 2549

3. ข้อมูลคอมพิวเตอร์ต่อประชากร 1,000 คน เป็นข้อมูล พ.ศ. 2548

ตารางที่ 4.13 ประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามเขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549

เขตการปกครองและภาค	พ.ศ. 2544[1]		พ.ศ. 2546[2]		พ.ศ. 2547[2]		พ.ศ. 2548[2]		พ.ศ. 2549[2]	
	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร
ทั่วประเทศ	3,536,001	6,163.7	6,031,300	10,434.1	6,971,528	11,891.8	7,084,201	11,990.6	8,465,823	14,226.2
ในเขตเทศบาล	2,341,433	12,361.5	3,807,900	19,897.3	4,155,737	21,427.9	3,807,055	21,230.5	4,242,901	23,370.9
นอกเขตเทศบาล	1,194,568	3,108.7	2,223,400	5,750.2	2,815,791	7,177.6	3,277,146	7,964.0	4,222,921	10,211.6
กรุงเทพมหานคร	1,234,542	16,774.1	2,005,700	26,862.3	1,999,943	26,585.4	1,630,752	25,895.8	1,774,375	27,961.7
ภาคกลาง	830,389	6,322.6	1,336,300	10,077.3	1,517,514	11,212.0	1,706,396	11,857.5	2,028,575	13,906.6
ภาคเหนือ	516,114	4,988.6	1,003,200	9,682.4	1,210,949	11,423.6	1,285,577	11,902.9	1,581,412	14,656.7
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	559,193	2,937.4	1,070,100	5,586.5	1,485,725	7,687.2	1,660,707	8,411.9	2,103,780	10,599.5
ภาคใต้	395,763	5,283.3	616,000	8,147.4	757,396	9,914.3	800,769	10,200.5	977,680	12,316.2
อัตราความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ต (%)	5.7		9.5		11.1		11.4		13.5	

ที่มา :
- รายงานการสำรวจการมีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศในครัวเรือน พ.ศ. 2544 และ 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ไตรมาส 1 พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ไตรมาส 3 พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : [1] ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป
[2] ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4.14 การเปรียบเทียบความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2541, พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2548

ประเทศ	ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต (ล้านคน)				อัตราความแพร่หลาย %			
	2541	2543	2545	2548	2541	2543	2545	2548
ออสเตรเลีย (2549)	4.0	8.42	10.63	14.66	22.2	43.9	54.4	71.8
สิงคโปร์	0.55	1.85	2.31	2.42	18.3	44.6	51.9	53.9
ฮ่องกง	1.1	3.46	4.35	4.88	18.3	48.7	59.6	70.3
นิวซีแลนด์	0.55	1.49	2.06	3.20	15.3	39.0	52.7	78.4
ไต้หวัน	3.0	6.4	11.6*	13.21	14.3	28.8	51.8	59.9
ญี่ปุ่น	14.0	47.08	56	86.3	10.8	37.2	44.1	67.7
เกาหลี	2.0	16.4	25.6	33.9	4.6	34.5	53.8	69.4
ไทย (2549)	0.67	2.3	4.8	8.46	1.1	3.7	7.7	13.5
มาเลเซีย	0.4	3.7	5.7*	11.02	2.0	16.9	25.1	41.2
ฟิลิปปินส์	0.2	2.0	4.5	7.82	0.3	2.4	7.7	8.7
จีน (2549)	1.5	22.5	45.8	123.0	0.1	1.7	3.5	9.3
อินโดนีเซีย	0.1	1.45	4.4	16.0	0.1	0.6	1.9	7.3
อินเดีย	0.4	5.0	7.0*	60.6	< 0.1	0.5	0.6	4.6
เวียดนาม (2549)	0.15	0.04	0.4*	13.10	< 0.1	< 0.1	0.5	15.4

ที่มา : - Internet Users Worldwide, 2001-2002
- The World Fact Book, 2006-2007

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 4.15)

ตารางที่ 4.15 ร้อยละของครัวเรือนที่มีเครื่องรับวิทยุ โทรทัศน์ โทรศัพท์ พ.ศ. 2533-พ.ศ. 2547

พื้นที่	วิทยุ					โทรทัศน์ขาวดำและสี					โทรศัพท์				
	2533	2537	2541	2545	2547	2533	2537	2541	2545	2547	2533	2537	2541	2545	2547
ทั่วราชอาณาจักร	72.6	70.8	75.5	68.9	63.6	61.3	80.3	88.7	91.6	93.0	5.8	10.1	21.9	29.2	23.9
กทม. และ 3 จังหวัดรอบ กทม.	79.4	80.3	86.6	80.8	78.3	80.7	83.8	90.4	92.5	93.5	24.5	33.1	59.2	59.6	50.7
ในเขตเทศบาล	81.2	81.1	85.5	76.2	68.6	84.6	89.3	92.9	94.0	95.2	16.5	29.4	49.8	40.8	39.7
ในเขตสุขาภิบาล	76.0	74.6	78.5	-	-	70.8	86.3	90.5	-	-	4.2	12.2	28.7	-	-
นอกเขตเทศบาล-สุขาภิบาล	69.8	67.0	71.4	64.1	58.5	53.6	77.6	87.6	90.6	92.2	0.9	2.4	9.3	11.0	12.9

ที่มา : รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2533, 2537, 2541, 2545, 2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นไป ได้รวมเขตสุขาภิบาลเข้ากับเขตเทศบาล จึงไม่มีข้อมูลในส่วนของเขตสุขาภิบาล

การขยายตัวของเครือข่ายการสื่อสารของไทยมีความเชื่อมโยงกับพัฒนาการระดับโลกเป็นส่วนหนึ่งของวิวัฒนาการของยุค "โลกไร้พรมแดน"

นอกจากนี้ มีการขยายตัวของธุรกิจโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ มีมูลค่าปีละหลายหมื่นล้านบาท ซึ่งธุรกิจโฆษณาเหล่านี้ส่งผล อย่างรุนแรงต่อพฤติกรรมการบริโภคของคนไทย และมีระบบการจัดจำหน่ายสินค้า และบริการในรูปแบบใหม่ๆ เป็นการจำหน่ายโดยผ่านสื่อต่างๆ **ตามระบบการขายตรง** ซึ่งควบคุมกำกับได้ยากกว่าการจำหน่ายตามร้านค้า

พฤติกรรมรับข้อมูลข่าวสารของประชาชนเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งเคยได้ข้อมูลจากสื่อวิทยุเป็นหลัก เปลี่ยนมาเป็นสื่อโทรทัศน์เป็นหลัก สื่อวิทยุรองลงมา ซึ่งจากการสำรวจสื่อมวลชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2546 พบว่า ประชาชนที่ชมโทรทัศน์มีถึง 54.7 ล้านคน (ร้อยละ 94.5) ขณะที่ฟังวิทยุ มีเพียง 24.8 ล้านคน (ร้อยละ 24.8) นอกจากนี้ ประชาชนในเขตเมืองมีความสนใจที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สุขภาพมากขึ้นกว่าเดิมที่รับแต่ความบันเทิงเท่านั้น โดยเฉพาะรูปแบบใหม่ๆ ที่นิยม คือ รูปแบบ การถามตรงและการพูดคุยสด เกิดชุมชนใหม่ที่อาศัยสื่อเป็นตัวกลาง เช่น ชุมชน จส. 100 ชุมชนรายการเกมส์โชว์และชุมชนรายการวิทยุต่างๆ

5.1.3 การสาธารณูปโภค

1) **พ.ศ. 2548** มีไฟฟ้าใช้ระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 99.0 (68,375 หมู่บ้าน) และไม่มีไฟฟ้าใช้อีก 721 หมู่บ้าน (ร้อยละ 1.0) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 การมีไฟฟ้าใช้ของหมู่บ้านระหว่าง พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2548

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
2548	69,096	64,807	93.8	3,568	5.2	721	1.0

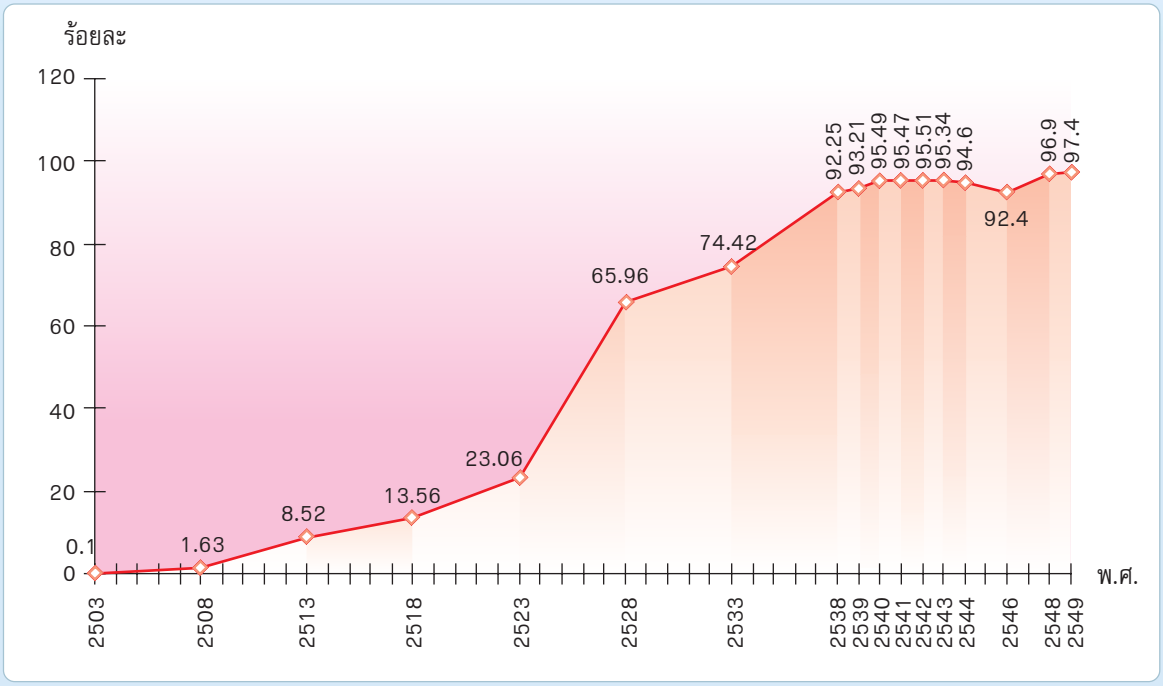
ที่มา : หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2535-2548 จากข้อมูล กชช. 2ค., ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย

หมายเหตุ : [1] ระดับดี หมายถึง หมู่บ้านที่มีครัวเรือนที่มีไฟฟ้าของรัฐใช้มากกว่าครึ่งหนึ่งของหมู่บ้าน

[2] ปานกลาง หมายถึง หมู่บ้านที่มีครัวเรือนที่มีไฟฟ้าของรัฐใช้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของหมู่บ้าน

2) **พ.ศ. 2549** ครัวเรือนร้อยละ 97.4 มีน้ำสะอาดเพียงพอแก่การบริโภค (ภาพที่ 4.20) และใน พ.ศ. 2549 ครัวเรือนร้อยละ 97.5 มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี

ภาพที่ 4.20 อัตราการมีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ พ.ศ. 2503-พ.ศ. 2549



ที่มา : พ.ศ. 2503-2543 ได้จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2548 ได้จากหมู่บ้านชนบทไทย ปี 2544, 2546, 2548, ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย
พ.ศ. 2549 ได้จากรายงาน จปฐ. ปี 2549, ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

(1) ปัญหาอุบัติเหตุจากจราจรและยานพาหนะมากขึ้น เนื่องจากมีการขยายตัวทางด้านการคมนาคมขนส่งโดยเฉพาะการขยายถนน เป็นการเพิ่มปริมาณยานพาหนะ (ดูบทที่ 5 หัวข้อ 2.6 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ)

(2) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยังมีความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสื่อสารของไทยด้อยกว่าต่างประเทศมาก ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพโดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในเขตชนบทและภูมิภาคจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยากกว่าประชากรที่อยู่ในเมือง

5.2 ความหลากหลายทางชีวภาพ

ไทยเป็นประเทศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งทางด้านพันธุกรรม ชนิดพันธุ์และระบบนิเวศสูงมาก โดยมีพันธุ์พืช 15,000 ชนิด พันธุ์สัตว์ประมาณ 25,000 ชนิด แบคทีเรีย ราและจุลินทรีย์ 7,800 ชนิด และมีความหลากหลายของระบบนิเวศ 15 ระบบ (ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) จึงมีการใช้กันอย่างฟุ่มเฟือย โดยปราศจากมาตรการการจัดการและคุ้มครองอย่างถูกต้องจริงจัง จนทำให้ปัจจุบันทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพถูกทำลายและลดลงอย่างรวดเร็ว จนปัจจุบันมีชนิดพันธุ์สัตว์ที่สูญพันธุ์แล้วถึง 14 ชนิด และอยู่ในบัญชีรายชื่อสัตว์และพันธุ์พืชที่ใกล้จะสูญพันธุ์อีก 684 ชนิด รวมทั้งระบบนิเวศน์บางแห่งเสื่อมโทรม

ในขณะเดียวกันไทยได้เข้าเป็นภาคีอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพในลำดับที่ 188 เมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2547 ซึ่งจะมีผลให้ต่างประเทศที่เป็นภาคีสามารถเข้าถึงทรัพยากรพันธุกรรมของไทยได้ จึงมีความพยายามของต่างชาติในการนำเข้าพืช/สัตว์ ที่มีในธรรมชาติจากไทยไปศึกษาค้นคว้าวิจัยและอาจมีการจดสิทธิบัตรขึ้น รัฐจึงต้องมีมาตรการที่เข้มแข็งในการปกป้องผลประโยชน์ของประเทศในระยะยาวและมีการจัดการที่ดีในการเชื่อมต่อระหว่างต่างชาติที่เป็นเจ้าของเทคโนโลยีกับไทยที่เป็นเจ้าของทรัพยากรความหลากหลายทางชีวภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้สามารถรักษาผลประโยชน์ของชาติได้สูงสุด

นอกจากนี้ กระแสความนิยมบริโภคสินค้าสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพและสมุนไพรเพื่อการผลิตยา จึงเป็นการสร้างโอกาสในการยกระดับองค์ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการสร้างมูลค่าเพิ่มกับสมุนไพรได้ รัฐจึงต้องส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรไทย เพื่อให้มีคุณภาพมาตรฐานในระดับสากล

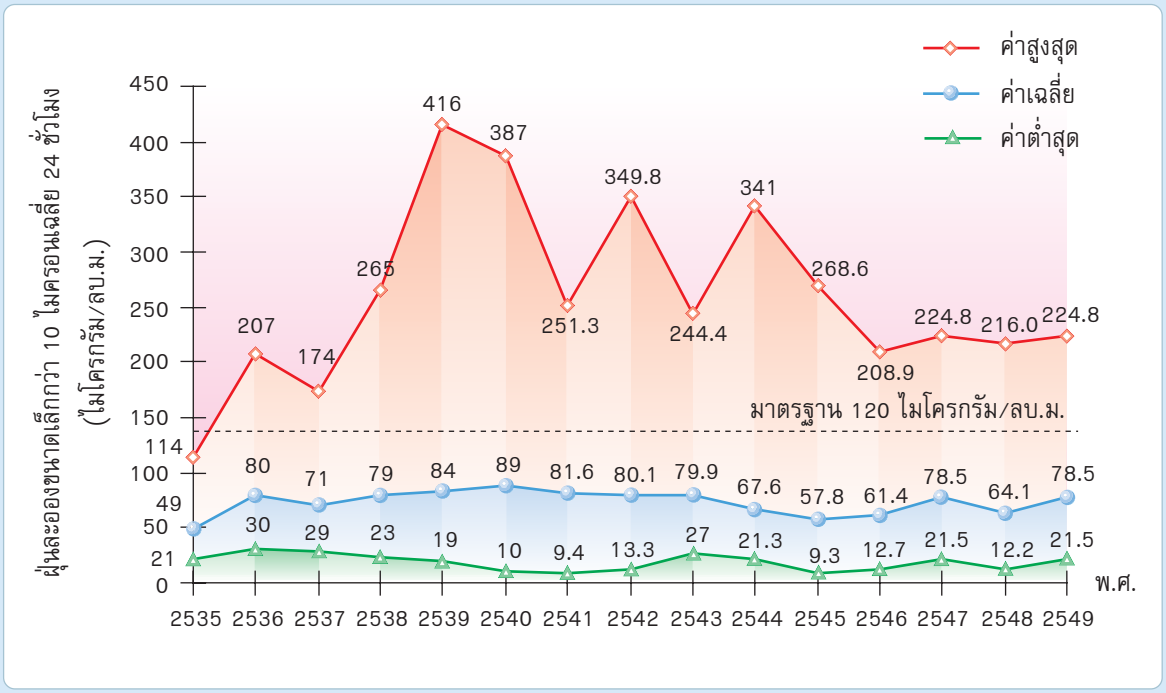
5.3 สิ่งแวดล้อม

5.3.1 มลพิษทางอากาศ

จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศในประเทศไทย ทั้งในกรุงเทพมหานครปริมณฑลและพื้นที่ต่างจังหวัด พบว่า ฝุ่นละอองยังเป็นปัญหาสำคัญ สำหรับก๊าซคาร์บอนมอนออกไซด์และก๊าซโอโซนเกินมาตรฐานเป็นครั้งคราว ส่วนสารมลพิษอื่นๆ เช่น ตะกั่วและก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ปัญหาหลักของมลภาวะในกรุงเทพมหานคร คือ ฝุ่นละอองทั้งในพื้นที่ทั่วไปและริมถนน ซึ่งจะมีปัญหารุนแรงกว่าเนื่องจากอยู่ใกล้แหล่งกำเนิดมลพิษ เช่น ยานพาหนะ กิจกรรมการก่อสร้าง สำหรับใน ปี 2549 ฝุ่นรวมเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร มีปริมาณลดลงตั้งแต่ปี 2540 อันเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจที่ส่งผลให้กิจกรรมด้านอุตสาหกรรมและการก่อสร้างต่างๆ ลดน้อยลง สำหรับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน เฉลี่ย 24 ชั่วโมงสูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานครใน ปี 2535-2549 พบว่า เกินค่ามาตรฐานในทุกสถานีที่ตรวจ (ภาพที่ 4.21) ส่วนก๊าซคาร์บอนมอนออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ และสารตะกั่ว พบว่า ยังต่ำกว่าค่ามาตรฐาน

ภาพที่ 4.21 ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2549



ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ส่วนในต่างจังหวัดใน พ.ศ. 2549 กรมควบคุมมลพิษได้ดำเนินการตรวจวัดคุณภาพอากาศทั้งหมด 36 สถานี รวม 20 จังหวัด ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ พบว่า ปัญหาหลักคือ ฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน มีค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงสูงสุดเกินค่ามาตรฐานเกือบทุกพื้นที่ (มาตรฐานฝุ่นขนาดเล็กค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง = 120 ไมโครกรัม/ลบ.ม.) โดยพบปริมาณสูงสุดที่จังหวัดสระบุรี วัดได้ค่าสูงสุดเท่ากับ 298.2 ส่วนก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ คาร์บอนมอนออกไซด์ ส่วนใหญ่ยังต่ำกว่าค่ามาตรฐาน

สำหรับมลพิษทางอากาศในพื้นที่ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง ที่เป็นปัญหาหลัก ได้แก่ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ อันเกิดจากการเผาถ่านหินลิกไนต์ เพื่อใช้ในการผลิตกระแสไฟฟ้า ซึ่งพบว่าระดับก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์เฉลี่ย 1 ชั่วโมง ตั้งแต่ พ.ศ. 2539-2541 พบมีจำนวนครั้งที่เกินค่ามาตรฐานมีแนวโน้มลดลง จาก 51 ครั้ง เหลือ 16 ครั้ง และนับตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - 2549 ไม่พบจำนวนครั้งที่เกินมาตรฐานเนื่องจาก สามารถควบคุมแหล่งกำเนิดมลพิษได้ แต่กลับพบว่า ปัญหาหลักคือฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน โดยพบปริมาณสูงสุดเท่ากับ 252.6 ไมโครกรัม/ลบ.ม. ใน พ.ศ. 2549

คุณภาพอากาศที่เสื่อมโทรมลงมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยพบว่า การสูดดมฝุ่นละอองขนาดเล็กขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน ใน 6 เมืองใหญ่ของไทย คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมาและสงขลา ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 2,330 คน และป่วยเป็นโรคหลอดลม อักเสบปีละ 9,626 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 28,009.6 ล้านบาท หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เท่ากับ 2,000 บาทต่อคนต่อปี โดยกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่ายเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 65.0 ของค่าใช้จ่ายทั้ง 6 เมืองใหญ่[5]

[5] อ้างในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2545-2547, หน้า 109-110.

5.3.2 มลพิษทางน้ำ

ปัจจุบันคุณภาพของแม่น้ำสายต่างๆ ของประเทศมีแนวโน้มที่จะเสื่อมโทรมลง แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ยกเว้นแม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่างและแม่น้ำท่าจีนตอนล่างในภาคกลางที่คุณภาพน้ำเสื่อมโทรมมาก สามารถใช้ประโยชน์ได้เพียงเพื่อการคมนาคม เท่านั้น

จากรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพแม่น้ำ 49 สายและ 4 แหล่งน้ำนิ่ง ได้แก่ กว้านพะเยา บึงบอระเพ็ด หนองหาน และลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา ใน พ.ศ. 2535-2549 พบว่า คุณภาพแม่น้ำทั่วไปใน ภาพรวมทั้งประเทศอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น คือ คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.25 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 36.67 ใน พ.ศ. 2545 และกลับลดลง เป็นร้อยละ 21.0 ใน พ.ศ. 2549 และคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์พอใช้เพิ่มจากร้อยละ 18.75 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 53.0 ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งน้ำดังกล่าวใช้เพื่อการอุปโภคบริโภคได้ แต่ต้องผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำตามปกติและเป็นพิเศษในบางแห่ง และผ่านการฆ่าเชื้อโรคก่อนเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ (ตารางที่ 4.17)

สำหรับคุณภาพแม่น้ำเจ้าพระยาใน พ.ศ. 2535-2548 พบว่า คุณภาพน้ำเจ้าพระยาอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นซึ่งคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ดีและพอใช้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.68 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 61.0 ใน พ.ศ. 2548 และกลับเสื่อมโทรมลงอย่างมาก เป็นร้อยละ 71.0 ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.17) ซึ่งปัญหาที่พบคือ แบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มและฟีคัลโคลิฟอร์ม เกินมาตรฐาน ปริมาณความสกปรกในรูปของสารอินทรีย์เกินมาตรฐานและปริมาณออกซิเจนละลายในน้ำที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

ตารางที่ 4.17 ร้อยละของคุณภาพน้ำในแม่น้ำทั่วไปและแม่น้ำเจ้าพระยา พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2549

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
2547	23.0	51.0	21.0	5.0	6.0	17.0	6.8	10.0
2548	17.0	49.0	29.0	5.0	35.0	26.0	35.0	4.0
2549	21.0	53.0	23.0	3.0	3.0	26.0	48.0	23.0

ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

มลพิษทางน้ำนอกจากจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนแล้วยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ โดยมีการประมาณการค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคท้องร่วง โรคบิดและไทฟอยด์ ใน พ.ศ. 2542 ได้ทำให้ระบบเศรษฐกิจของไทยได้รับความสูญเสียประมาณ 23 ล้านเหรียญสหรัฐหรือ 0.02% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ โดยเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด 7.59 ล้านเหรียญสหรัฐ (ตารางที่ 4.18) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก 4.96 ล้านเหรียญสหรัฐ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน 2.64 ล้านเหรียญสหรัฐ (ตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.18 ค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพอันเนื่องจากโรคท้องร่วง โรคบิดและไทฟอยด์ พ.ศ. 2542

โรค	โรคท้องร่วง	ไทฟอยด์	โรคบิด	รวม
ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในโรงพยาบาล (ล้านเหรียญสหรัฐ)	6.97	0.17	0.46	7.59
ค่าแรงที่สูญเสียจากการเจ็บป่วย	0.45	0.06	0.03	0.53
ค่าแรงที่สูญเสียอันเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร	14.34	0.06	0.54	14.94
รวม (ล้านเหรียญสหรัฐ)	**21.75**	**0.28**	**1.03**	**23.06**

ที่มา : Supakankunti Sripen, Pirus Pradithavani, and Tanawat Likitkererat, Valuing Heatlh and Economic Costs of Water Pollution in Thailand พฤษภาคม พ.ศ. 2544 (ร่าง), อ้างในรายงานการติดตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมคุณภาพของทรัพยากรน้ำ, ธนาคารโลก 2001

ตารางที่ 4.19 ต้นทุนอันเนื่องจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พ.ศ. 2542

โรค	ค่าใช้จ่ายการเป็นคนไข้นอก	ค่าใช้จ่ายการเป็นคนไข้นอกต่อราย	ค่าใช้จ่ายการเป็นคนไข้ใน	ค่าใช้จ่ายการเป็นคนไข้ในต่อราย	ค่าใช้จ่ายรวมคนไข้นอกและคนไข้ใน
ท้องร่วง	4.69	4.5	2.28	24.0	6.97
ไทยฟอยด์	0.03	9.7	0.14	32.5	0.17
โรคบิด	0.24	4.5	0.22	31.5	0.46
รวม (ล้านเหรียญสหรัฐ)	**4.96**		**2.64**		**7.59**

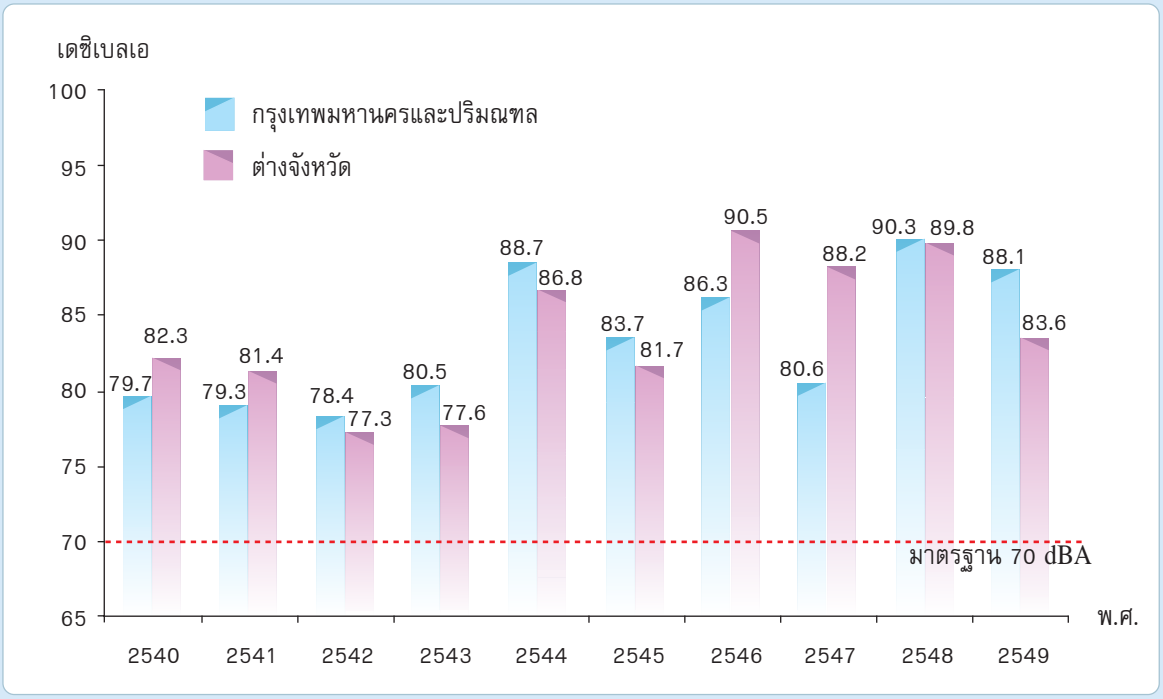
ที่มา : Supakankunti Sripen, Pirus Pradithavani, and Tanawat Likitkererat, Valuing Heatlh and Economic Costs of Water Pollution in Thailand พฤษภาคม พ.ศ. 2544 (ร่าง), อ้างในรายงานการติดตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมคุณภาพของทรัพยากรน้ำ, ธนาคารโลก 2001

5.3.3 มลพิษทางเสียง

ปัจจุบันมลพิษทางเสียงที่ก่อให้เกิดปัญหามากที่สุด ได้แก่ เสียงจากการจราจรยานพาหนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหามลพิษทางเสียง บริเวณริมถนนสายหลักในกรุงเทพมหานครปริมณฑลและเมืองใหญ่ในพื้นที่ต่างจังหวัดที่มีการจราจรหนาแน่น ซึ่งจากการตรวจวัดระดับเสียงของกรมควบคุมมลพิษ ใน พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2549 ที่สถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศและเสียง จำนวน 17 สถานีใน 11 จังหวัด พบว่า ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq)[6] 24 ชั่วโมง สูงสุดเกินมาตรฐานเกือบทุกสถานี (ภาพที่ 4.22)

มลพิษทางเสียงมีแนวโน้มสูงขึ้นทำให้ประชาชนได้รับอันตรายต่อการได้ยินและมีบางส่วนที่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน จากการศึกษาของ Dr. Andrew W. Smith[7] พบว่า เสียงที่ดังเกิน 80 เดซิเบล เป็นอันตรายต่อการได้ยินและ Schuttz (1978)[8] พบว่า เสียงที่ดังเกินกว่า 70 เดซิเบล จะทำให้ประชากรร้อยละ 22 -95 ขึ้นไป ได้รับการรบกวนจากระดับเสียงดังกล่าวอย่างมาก

ภาพที่ 4.22 ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมงสูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพฯ ปริมณฑลและเมืองใหญ่ในพื้นที่ต่างจังหวัด พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2549



ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

---

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

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

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

5.3.4 มลพิษจากสารอันตราย

มีการนำเข้าสารอันตรายเพื่อใช้ในกิจการอุตสาหกรรมและการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ โดยหากคิดเป็นสัดส่วนการนำเข้าของเคมีวัตถุตั้งแต่ พ.ศ. 2537-พ.ศ. 2546 พบว่า เป็นการนำเข้าเพื่อการอุตสาหกรรมและการเกษตร โดยเฉลี่ยร้อยละ 60.3 และ 38.5 ตามลำดับ และมีการนำเข้าเพื่อการอุปโภคบริโภคเพียงร้อยละ 1.2 สำหรับใน พ.ศ. 2549 มีปริมาณการนำเข้าสารเคมีเพื่อใช้ในอุตสาหกรรมและการเกษตร 7.4 และ 3.7 ล้านตัน ตามลำดับ (ตารางที่ 4.20) ในขณะที่ยังขาดการจัดการที่ดีในการขนส่ง เก็บรักษาและใช้ประโยชน์ ทำให้สารเหล่านี้มีโอกาสแพร่กระจายจากแหล่งกำเนิดออกสู่สิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยประชาชน ซึ่งจากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2547 มีการตรวจพบการปนเปื้อนของสารแคดเมียมสูงเกินมาตรฐานในดินและพืชผลทางการเกษตรบริเวณลุ่มแม่น้ำดาว อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก และได้ทำการตรวจสารแคดเมียมในร่างกายของประชาชนบริเวณนั้น จำนวน 9,000 ราย พบว่า ประมาณร้อยละ 13.9 ของประชากรที่สำรวจและทราบผลวิเคราะห์แล้วมีระดับสารแคดเมียม ค่อนข้างสูง จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพิษจากแคดเมียมในไตเรื้อรัง รวมทั้งยังทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งและรุนแรง ซึ่งใน พ.ศ. 2549 มีอุบัติภัยด้านสารเคมีถึง 23 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 215 ราย และมีผู้เสียชีวิต 3 ราย

นอกจากนี้ ผลกระทบด้านสุขภาพจากการใช้สารเคมีทำให้มีผู้ป่วยอันเนื่องจากการใช้สารเคมีทั้งในภาคเกษตรและอุตสาหกรรมมากขึ้น โดยผู้ป่วยจากสารเคมีส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ซึ่งป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช (บทที่ 5 หัวข้อ 2.7 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม) ในอนาคตมีความเป็นไปได้ที่จะมีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่ได้รับสารพิษเข้าสู่ร่างกายจะสะสมและแสดงอาการในระยะยาว เช่น เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันโรค ระบบทางเดินอาหารและมะเร็ง

ตารางที่ 4.20 ปริมาณการนำเข้าของเคมีวัตถุ พ.ศ.2537-พ.ศ.2549

เคมีวัตถุ	ปริมาณการนำเข้า (ตัน)											
	2537	2538	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
1.เพื่ออุตสาหกรรม	4,874,115	5,020,611	4,822,042	4,602,197	5,006,919	6,031,927	5,547,467	6,356,872	6,785,320	6,699,363	7,118,639	7,458,183
• เคมีภัณฑ์อนินทรีย์	839,228	966,346	1,050,327	836,241	1,080,753	1,777,212	1,200,203	1,331,981	1,527,059	1,623,335	1,786,195	1,797,061
• เคมีภัณฑ์อินทรีย์	2,152,448	2,391,862	2,159,141	2,275,283	2,280,271	2,362,797	2,313,657	2,640,466	2,866,077	3,163,521	3,422,214	3,473,087
• วัตถุแต่งสี	111,468	99,302	100,151	68,971	87,427	107,855	104,806	125,674	137,679	164,592	155,033	157,177
• สีทาและวานิช	47,112	29,628	37,624	21,051	24,866	32,018	133,258	37,672	87,632	64,803	44,873	43,097
• สิ่งปรุงแต่งกันเครื่องยนต์น๊อค	42,843	49,016	44,878	33,058	36,785	34,066	35,157	35,984	38,608	45,335	44,814	42,709
• เม็ดพลาสติก	692,895	656,835	622,876	571,376	712,857	787,681	744,459	875,167	947,317	1,054,543	1,071,108	1,072,864
• แผ่นฟิล์ม ฟอยล์และแถบทำด้วยพลาสติก	54,564	58,399	64,307	51,666	91,401	82,987	80,682	91,422	104,951	113,774	123,589	133,590
• เคมีภัณฑ์อื่น ๆ	933,557	769,223	742,738	744,551	692,559	847,311	935,245	1,218,506	1,075,997	469,460	470,799	738,698
2.เพื่อการเกษตร	3,047,576	3,188,235	3,033,190	2,905,710	3,610,583	3,378,739	3,510,837	3,736,767	4,787,320	3,993,174	3,666,432	3,782,886
• ยากำจัดศัตรูพืช	29,718	32,248	42,240	32,197	48,995	50,272	54,428	67,414	69,732	99,841	78,654	101,901
• ปุ๋ย	3,017,858	3,155,987	2,990,950	2,873,513	3,561,588	3,328,467	3,456,409	3,669,353	4,717,588	3,893,333	3,587,778	3,680,985
3.เพื่ออุปโภค บริโภค	90,562	84,515	95,225	68,475	89,595	116,333	139,078	132,490	159,910	NA	NA	NA
• ยารักษาโรค	7,886	9,732	10,592	6,929	10,574	13,726	13,240	19,239	19,958	NA	NA	NA
• วิตามิน & ฮอร์โมน	3,282	3,752	3,763	2,938	3,844	5,223	5,397	5,590	5,783	5,111	6,100	6,526
• ผลิตภัณฑ์เวชกรรมและเภสัชกรรมอื่นๆ	15,747	4,734	5,018	3,253	4,235	6,557	18,043	6,069	6,517	NA	NA	NA
• สบู่และผงซักฟอก	48,934	54,308	55,700	43,010	55,563	67,381	80,376	75,163	94,774	14,895	18,146	30,381
• เครื่องสำอาง	14,713	11,989	20,152	12,345	15,379	23,446	22,022	26,429	32,878	22,937	23,952	25,673
รวมเคมีวัตถุที่นำเข้า	8,012,253	8,293,361	7,950,457	7,576,382	8,707,097	9,526,999	9,197,382	10,226,129	11,732,550	NA	NA	NA
อัตราเพิ่มขึ้นจากปีก่อน (ร้อยละ)	NA	+3.5	- 8.9	- 4.7	+14.9	+9.4	-3.4	+11.2	+14.8	NA	NA	NA

ที่มา : กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์

หมายเหตุ :NA= Not Available คือ ไม่สามารถหาข้อมูลได้

พ.ศ.2544 มีการปรับปรุงข้อมูลตามรายงานล่าสุดของกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์

พ.ศ.2547 เป็นต้นไป มีการปรับปรุงข้อมูลและจัดกลุ่มโครงสร้างสินค้านำเข้าใหม่ในหมวดเคมีภัณฑ์อื่นๆ สบู่ และผงซักฟอก และเครื่องสำอาง จึงทำให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลง

พ.ศ.2547 เป็นต้นไปไม่สามารถหาปริมาณนำเข้าในหมวดยารักษาโรคและผลิตภัณฑ์เวชกรรมและเภสัชกรรมอื่นๆ ได้ เนื่องจากหน่วยนับของสินค้าแตกต่างกัน

5.3.5 มลพิษจากของเสียอันตราย

ปริมาณการเกิดของเสียอันตรายของไทยได้เพิ่มสูงขึ้นจาก 0.9 ล้านตัน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 1.8 ล้านตัน ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นของเสียอันตรายที่เกิดจากอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ประมาณ 1.4 ล้านตัน หรือร้อยละ 77.8 ของของเสียทั้งหมดและจากชุมชน 0.4 ล้านตัน หรือร้อยละ 22.2 โดยที่กากของเสียจากอุตสาหกรรมนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ความสามารถในการกำจัดของเสียอันตรายให้ถูกตามหลักสุขาภิบาลยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งใน พ.ศ. 2548 กำจัดของเสียอันตรายที่เกิดจากอุตสาหกรรมได้ ประมาณร้อยละ 20 ของปริมาณที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดปัญหาการลักลอบทิ้งของเสียอันตรายสู่สิ่งแวดล้อมอย่างผิดกฎหมาย เป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมและเกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยประชาชน

5.4 สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

5.4.1 สุขาภิบาลที่อยู่อาศัย

ชุมชนผู้มีรายได้น้อยในประเทศไทยนับวันมีแต่เพิ่มขึ้นจาก 1,587 ชุมชน ใน พ.ศ. 2537 เป็น 1,802 ชุมชน ใน พ.ศ. 2540 และ 2,696 ชุมชน ใน พ.ศ. 2549 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.5 และ 49.6 ตามลำดับ โดยพบว่าใน พ.ศ. 2549 มีชุมชนผู้มีรายได้น้อยทั้งสิ้น 439,235 ครัวเรือน ในจำนวนนี้อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 34.1 (919 ชุมชน) ในเขตปริมณฑลร้อยละ 21.4 (577 ชุมชน) ในภูมิภาคร้อยละ 44.5 (1,200 ชุมชน) โดยพบว่าจำนวนชุมชนผู้มีรายได้น้อยเพิ่มขึ้นเกือบทุกภาค ยกเว้นกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มลดลง (กองข้อมูลที่อยู่อาศัย การเคหะแห่งชาติ)

สำหรับที่อยู่อาศัยในชนบทจากข้อมูลสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ใน พ.ศ. 2549 พบว่า ครัวเรือนในชนบทมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมากขึ้น กล่าวคือ มีบ้านคงทนถาวรเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 90.6 ใน พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 98.5 ใน พ.ศ. 2549 ครัวเรือนสนใจการจัดบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.4 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 89.3 ใน พ.ศ. 2544 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.3 ใน พ.ศ. 2549

การเพิ่มขึ้นของชุมชนแออัดอย่างรวดเร็ว ทำให้มีปัญหาสิ่งแวดล้อมซึ่งกระทบกับสุขภาพ เช่น การขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาดและได้มาตรฐาน ประกอบกับพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ดี ทำให้อัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงยังคงเพิ่มสูงขึ้นในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเพิ่มจาก 3,031.3 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2527 เป็น 10,476.55 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2549

5.4.2 ความปลอดภัยในการทำงาน

ประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานและมีงานทำ 36.2 ล้านคน (พ.ศ. 2549) เท่ากับร้อยละ 55.6 ของประชากรทั่วประเทศ ซึ่งเป็นแรงงานที่อยู่ในระบบ 13.7 ล้านคน (ร้อยละ 37.8) และแรงงานนอกระบบ 22.5 ล้านคน (ร้อยละ 61.2)

แรงงานในระบบซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการ จะมีการศึกษา เพียงระดับประถมศึกษา จึงไม่สามารถปกป้องดูแลตนเองจากการทำงาน จึงทำให้ลูกจ้างในสถานประกอบการที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2 ใน พ.ศ. 2519 เป็นร้อยละ 4.7 ใน พ.ศ. 2536 อัตรานี้จึงเริ่มคงที่และลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2537 จนเหลือเพียงร้อยละ 2.4 ใน พ.ศ 2549 แต่ลูกจ้างที่เสียชีวิตจากการทำงานมีอัตราลดลงมาโดยตลอดจาก 44.9 ต่อคนงาน 100,000 คน ใน พ.ศ. 2522 เป็น 11.19 ต่อคนงาน 100,000 คน ใน พ.ศ. 2546 และกลับเพิ่มขึ้นเป็น 17.55 ใน พ.ศ. 2548 (ตารางที่ 4.21) และกลับลดลงเป็น 9.46 ใน พ.ศ.

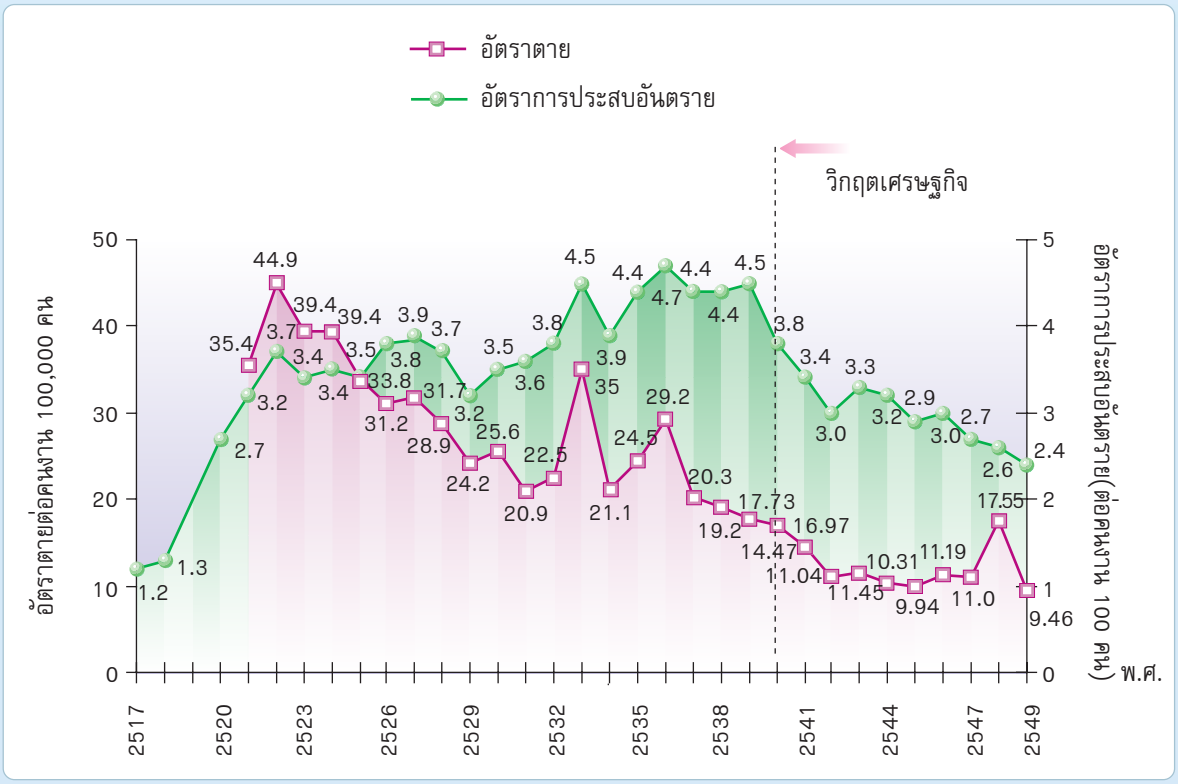
2549 (ภาพที่ 4.23) แต่ยังนับว่ายังมีอัตราสูงมาก เมื่อเทียบกับประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว เช่น อังกฤษ มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 1.3 คนต่อคนงาน 100,000 คน และฟินด์แลนด์ มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 4 คน ต่อคนงาน 100,000 คน (ชูชัย ศุภวงศ์, สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม และผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย, 2539)

ตารางที่ 4.21 จำนวน/อัตราลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานใน พ.ศ.2517-พ.ศ.2549

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
2547	7,831,463	215,534	2.7	861	11.00	23	0.3	3,775	48.20	210,875	2,692.66
2548	8,225,477	214,235	2.6	1,444	17.55	19	0.2	3,425	41.64	209,347	2,545.10
2549	8,537,801	204,257	2.4	808	9.46	21	0.2	3,413	39.97	200,015	2,342.70

ที่มา : สำนักงานกองทุนเงินทดแทน, กระทรวงแรงงาน

ภาพที่ 4.23 อัตราการตายและการประสบอันตราย เนื่องจากการทำงานของคนงาน ใน พ.ศ. 2517-พ.ศ. 2549



ที่มา : กระทรวงแรงงาน

สำหรับแรงงานนอกระบบซึ่งเป็นแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศ อันได้แก่ แรงงานภาคเกษตรผู้ทำงานส่วนตัว ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ฯลฯ ซึ่งยังไม่ได้รับการดูแลจากรัฐเท่าที่ควร โดยจากการสำรวจผู้รับงานมาทำที่บ้านซึ่งเป็นแรงงานนอกระบบประเภทหนึ่ง พบว่า ผู้รับงานมาทำที่บ้านมีปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงานเพิ่มขึ้นมากจากร้อยละ 2.8 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 33.2 ใน พ.ศ. 2545 และ 39.9 ใน พ.ศ. 2548 โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ สายตา อิริยาบทในการทำงานและการสูดดมฝุ่นละออง (รายงานการสำรวจ การรับงานมาทำที่บ้าน พ.ศ. 2542, 2545 และ พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

ดังนั้น แม้ว่าปัจจุบันรัฐจะขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนได้ประมาณ ร้อยละ 94 แล้วก็ตาม แต่ก็ควรเร่งดำเนินการหาข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ให้ประชาชนที่เหลือที่ยังไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ สามารถเข้าถึงสิทธิได้อันจะเป็นการคุ้มครองให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

5.4.3 ความปลอดภัยของอาหารและน้ำ

1) ความปลอดภัยของอาหาร

ปัจจุบันวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชาชนได้เปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารที่บ้านไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป และอาหารพร้อมรับประทาน การปรุงประกอบอาหารที่รวดเร็วในปริมาณมาก จึงมักพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะของสถานประกอบการด้านอาหาร ซึ่งจากการสุ่มตัวอย่างอาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภคของกรมอนามัย พ.ศ. 2548 รวม 1,035 ตัวอย่าง ใน

แผงลอยจำหน่ายอาหารและซุปเปอร์มาร์เก็ตใน 15 จังหวัด พบว่า อาหารมีการปนเปื้อนจุลินทรีย์และ ไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 44.2 นอกจากนี้ จากการศึกษาสภาวะการณ์ในสถานประกอบการด้านอาหาร พ.ศ. 2549 พบว่า ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารมีการปรับปรุงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Clean Food Good Taste) มีเพียงร้อยละ 60.2 (37,393 แห่ง จาก 62,140 แห่ง) และร้อยละ 65.2 (56,767 แห่งจาก 87,075 แห่ง) สำหรับตลาดสด พบว่า ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อเพียงร้อยละ 59.6 (928 แห่ง จาก 1,557 แห่ง)

นอกจากนี้ การใช้สารเคมีในอาหารเพิ่มสูงขึ้น หรือใช้โดยขาดหลักวิชาการ รวมทั้งมีการลักลอบใส่สารเคมีบางตัวที่เป็นอันตรายส่งผลให้พบสารพิษตกค้างทั้งในพืชผักสดและผลไม้สด และอาหารสด เกินมาตรฐาน ซึ่งจากรายงานผลโครงการความปลอดภัยด้านอาหารใน พ.ศ. 2546-2549 พบว่า ก่อนเริ่มโครงการมีสารตกค้างในอาหารสดสูงมาก แต่หลังจากที่รณรงค์ให้มีการลดการปนเปื้อนของสารห้ามใช้ในอาหาร 6 ชนิด ในกลุ่มอาหารสด พบว่า สารปนเปื้อนทุกชนิดมีแนวโน้มลดลง แต่สารเร่งเนื้อแดงและยาฆ่าแมลงยังพบในปริมาณสูง โดยเฉพาะในเนื้อสัตว์และผลิตผลทางการเกษตร (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.22 ผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารสดจากตลาดสดทั่วประเทศตามโครงการความปลอดภัยด้านอาหาร พ.ศ. 2546 - 2549

สารปนเปื้อน	ก่อนมีโครงการ		เมื่อมีโครงการ (2546)			2547			2549		
	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	ร้อยละที่พบ	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	พบสารปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่พบสารปนเปื้อน	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	พบสารปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่พบสารปนเปื้อน	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	พบสารปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่พบสารปนเปื้อน
1. สารเร่งเนื้อแดง	2,132	96.0	1,111	115	10.4	8,515	731	8.5	2,997	65	2.2
2. สารฟอกขาว	3,256	10.0	4,812	83	1.7	46,785	935	2.0	14,338	2	0.01
3. สารกันรา	2,099	7.2	4,315	206	4.8	45,614	1,260	2.8	15,378	88	0.6
4. บอแรกซ์	3,184	42.0	6,695	46	0.7	64,138	538	0.8	31,287	160	0.5
5. ฟอร์มาลิน	2,471	10.0	3,800	46	1.2	38,342	735	1.9	13,743	206	1.5
6. ยาฆ่าแมลง	2,268	20.3	8,437	508	6.0	80,540	4,383	5.4	82,049	2,580	3.1

ที่มา : ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร, กระทรวงสาธารณสุข

แต่อย่างไรก็ดี แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการกำกับดูแลอย่างเข้มแข็ง แต่ก็ ยังคงพบปัญหาสารพิษตกค้างสูงอยู่มาก ทั้งผลไม้ที่บริโภคในประเทศและที่ส่งออกไปต่างประเทศ พบสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน ร้อยละ 4.0-8.2 นอกจากนี้ พืชผักผลไม้ที่นำเข้าจากต่างประเทศก็ยังพบสารตกค้าง เช่นกัน โดยพบสารตกค้างเกินมาตรฐาน ร้อยละ 2.9 (ตารางที่ 4.23)

ตารางที่ 4.23 การเฝ้าระวังความปลอดภัยของผักและผลไม้สด พ.ศ. 2547-2549

ประเภทอาหาร	ตรวจวิเคราะห์	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ (ตัวอย่าง)	ผลการตรวจ	หน่วยงานที่สำรวจ	ปีที่สำรวจ
1) ผักสดในกรุงเทพมหานคร	สารฆ่าแมลง	903	พบสารตกค้างเกินมาตรฐาน74 ตัวอย่าง (ร้อยละ 8.2)	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	ปี 2548
2) ผักและผลไม้ที่จำหน่ายโดย ผู้ค้าเร่	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช,สารบอแรกซ์, สารกันรา,สารฟอกขาวและสีสังเคราะห์	2,048	พบสารตกค้าง 677 ตัวอย่าง(ร้อยละ 33.1) โดยตกค้างเกินมาตรฐาน 40 ตัวอย่าง (ร้อยละ 5.9)	สถาบันคลังสมองของชาติ	ปี 2548
3) ผักและผลไม้ที่นำเข้าจากต่างประเทศ	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	1,746	พบสารตกค้าง 376 ตัวอย่าง(ร้อยละ 21.5) โดยตกค้างเกินมาตรฐาน 11 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.9)	กรมวิชาการเกษตร	ปี2547-2549
4) ผักและผลไม้ 12 ชนิด ที่ส่งออกไปต่างประเทศ	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	79,343	พบสารตกค้าง 18,407 ตัวอย่าง (ร้อยละ 23.2) โดยตกค้างเกินมาตรฐาน 737 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.0)	กรมวิชาการเกษตร	ปี2546-2549

ที่มา : - ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร, กระทรวงสาธารณสุข
- กรมวิชาการเกษตร, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค กล่าวคือ ทำให้ประชาชนต้องบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ไม่ถูกสุขลักษณะทำให้ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากอาหารเป็นพิษที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4.35 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2519 เป็น 216.26 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 นอกจากนี้ หากสารพิษเข้าไปในร่างกายแล้วสะสมอยู่ในร่างกายมากๆ ก็จะทำให้เป็นโรคมะเร็ง การกลายพันธุ์หรือความพิการในทารก เป็นต้น

2) ความปลอดภัยของน้ำ

จากการสำรวจสถานการณ์น้ำบริโภคของคนไทย พ.ศ. 2529-2544 พบว่า คนไทย ส่วนใหญ่ดื่มน้ำฝน รองลงมาเป็นน้ำบาดาลและน้ำประปา แต่ใน พ.ศ. 2548 พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ดื่มน้ำฝน รองลงมาเป็น น้ำดื่มบรรจุขวด ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญมากขึ้นต่อไปในอนาคต และน้ำประปา โดยคนในเมืองเกือบครึ่งนิยมดื่มน้ำบรรจุขวด รองลงมาเป็นน้ำประปา ขณะที่คนในชนบทครึ่งหนึ่งนิยมดื่มน้ำฝน รองลงมาเป็นน้ำดื่มบรรจุขวด (ตารางที่ 4.24)

ตารางที่ 4.24 ร้อยละของประเภทน้ำบริโภคของคนไทย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2548

แหล่งน้ำดื่ม*	พ.ศ. 2529	พ.ศ. 2538			พ.ศ. 2543			พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2548		
	ทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ	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	50,000	32,000	82,000
น้ำดื่มบรรจุขวด	NA	23.4	8.2	11.2	40.6	9.2	19.5	35.5	9.7	13.7	48.8	20.0	29.0
น้ำประปา	15.8	27.6	9.4	13.0	36.4	16.8	23.2	26.1	16.1	17.7	36.0	15.3	21.7
น้ำฝน	39.2	42.2	52.2	50.2	16.1	51.0	39.6	27.5	51.3	47.6	10.7	49.6	37.4
น้ำบาดาล / น้ำบ่อส่วนตัว / น้ำบาดาล / น้ำบ่อสาธารณะ	26.2	27.0	52.5	47.4	6.7	21.9	16.9	9.7	21.8	19.9	3.7	14.2	11.0
แหล่งน้ำตามธรรมชาติ	19.0	0.9	2.7	2.3	0.2	1.1	0.8	0.2	0.6	0.5	0.1	0.4	0.2

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
4. พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานลักษณะประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สำหรับคุณภาพของน้ำบริโภคในประเทศไทย จากการสุ่มตัวอย่างของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2548 พบว่า น้ำฝน น้ำบ่อบาดาล น้ำบ่อตื้น และน้ำประปา ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐาน ยกเว้น น้ำประปานครหลวง ซึ่งกว่าร้อยละ 70 ได้มาตรฐาน ซึ่งสาเหตุที่ไม่ได้มาตรฐานเนื่องจากมีบัคเตรีปนเปื้อนเกินมาตรฐาน มีการปนเปื้อนด้วยสารเคมี ได้แก่ แคดเมียม เหล็ก ตะกั่ว แมงกานีสและมีปัญหาทางกายภาพไม่เหมาะสมคือ ความขุ่นและสีเกินมาตรฐาน (ตารางที่ 4.25)

ส่วนคุณภาพน้ำขวดที่ผลิตจำหน่าย จากการสุ่มตรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใน พ.ศ. 2538 - 2549 ก็พบว่า ได้มาตรฐานเฉลี่ยร้อยละ 71.7 ทั้งนี้ ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะมีเครื่องหมายหรือไม่มีเครื่องหมาย อย. และพบด้วยว่าน้ำแข็งหลอดได้มาตรฐานเฉลี่ยเพียงร้อยละ 57.3 (ตารางที่ 4.24)

นอกจากนี้ จากรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัย ที่สุ่มตรวจในกลุ่มร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหาร ครัวเรือนและโรงเรียน พบว่า น้ำบริโภคยังไม่ได้มาตรฐานสูงเช่นกัน โดยสูงถึงร้อยละ 65-93 (ตารางที่ 4.26)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ประชาชนที่บริโภคน้ำที่ไม่สะอาดและไม่ได้มาตรฐาน ก็จะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระร่วง บิด ฯลฯ

ตารางที่ 4.25 คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2549

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. 2547		พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2549	
	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	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)	90	70 (77.8)	230	180 (80.4)	24	11 (45.8)
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)	-	-	-	-	22	1 (4.5)
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)	46	22 (47.8)	54	11 (20.4)	6	-
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)	-	-	-	-	30	4 (13.3)	-	-	15	2 (13.3)
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)	2,065	1,543 (74.7)	1,113	926 (83.2)	466	381 (81.7)
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)	380	248 (65.3)	218	121 (48.8)	129	54 (41.9)

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กองแผนงานและวิชาการ และกองควบคุมอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ : 1. ตัวเลขใน ( ) หมายถึง ร้อยละ
2. พ.ศ.2549 ผลวิเคราะห์ของกรมอนามัยเป็นโครงการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ตารางที่ 4.26 การเฝ้าระวังความปลอดภัยของคุณภาพน้ำบริโภค พ.ศ. 2547

ประเภทน้ำบริโภค	ตรวจวิเคราะห์	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	ผลการตรวจ	หน่วยงานที่สำรวจ	ปีที่สำรวจ
1. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทขนาด 950 มิลลิลิตรและน้ำบริโภคที่ร้านค้าให้บริการ โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแก่ลูกค้า ในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร	เคมีกายภาพ และแบคทีเรีย	233	พบได้มาตรฐานเพียง ร้อยละ 6.9(16 ตัวอย่าง)และไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 93.1(217ตัวอย่าง)เนื่องจากพบการปนเปื้อนของแบคทีเรียสูงถึงร้อยละ 84.5 (197 ตัวอย่าง)	กรมอนามัย	2547
2. น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิทขนาด 950 มิลลิลิตร, 20 ลิตร) น้ำประปา น้ำฝน น้ำบ่อบาดาลและน้ำบ่อตื้นในครัวเรือน	เคมี กายภาพและแบคทีเรีย	121	พบได้มาตรฐานเพียง ร้อยละ 14.9 (18 ตัวอย่าง) และไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 85.1 (103 ตัวอย่าง)เนื่องจากพบการปนเปื้อนของแบคทีเรียสูงถึงร้อยละ 71.1 (86 ตัวอย่าง)	กรมอนามัย	2547
3. น้ำประปาและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ขาด 20 ลิตร) ในโรงเรียนพื้นที่กรุงเทพฯ	เคมี กายภาพและแบคทีเรีย	44	พบได้มาตรฐานเพียง ร้อยละ 84.1 (37 ตัวอย่าง) และไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 15.9 (7 ตัวอย่าง)เนื่องจากพบการปนเปื้อนของแบคทีเรียในทุกตัวอย่างที่ไม่ได้มาตรฐาน	กรมอนามัย	2547
4. น้ำประปา น้ำบาดาล น้ำบ่อตื้น น้ำฝนและน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทขนาด (20 ลิตร)ในโรงเรียนต่างจังหวัด	เคมี กายภาพและแบคทีเรีย	294	พบได้มาตรฐานเพียง ร้อยละ 34.7 (102 ตัวอย่าง) และไม่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 65.3 (192 ตัวอย่าง)เนื่องจากพบการปนเปื้อนของแบคทีเรียในทุกตัวอย่างที่ไม่ได้มาตรฐาน	กรมอนามัย	2547

ที่มา : - คุณภาพน้ำบริโภคในร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหารและครัวเรือน, กรมอนามัย, 2547
- สถานการณ์การจัดการและคุณภาพน้ำบริโภคในโรงเรียน, กรมอนามัย, 2547

5.4.4 มูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

ใน พ.ศ. 2549 มีปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นจากชุมชนทั่วประเทศ 14.59 ล้านตัน เป็นมูลฝอยที่เกิดขึ้นในเขตกรุงเทพมหานคร 3.06 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 21.0) ในเขตเทศบาล 4.71 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 32.3) และนอกเขตเทศบาล / สุขาภิบาล 6.82 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 46.7) และเมื่อเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2549 พบว่า ปริมาณมูลฝอยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณร้อยละ 2.1 ต่อปี โดยมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เพิ่มในเขตกรุงเทพมหานครและเทศบาลทั่วประเทศ แต่ตั้งแต่ พ.ศ.2544 เป็นต้นมา ปริมาณมูลฝอยนอกเขตเทศบาล / สุขาภิบาลเพิ่มขึ้นมากกว่าเทศบาลเล็กน้อย (ตารางที่ 4.27) สำหรับความสามารถในการกำจัดขยะมูลฝอยยังมีจำกัด กล่าวคือ กรุงเทพมหานครมีความสามารถในการจัดเก็บขยะได้เกือบทั้งหมด ขณะที่พื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจัดเก็บขยะได้เพียงครึ่งเดียว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในส่วนภูมิภาค เนื่องจากถูกรบกวนด้วยกลิ่นเหม็นของขยะและปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมา

ตารางที่ 4.27 ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2549

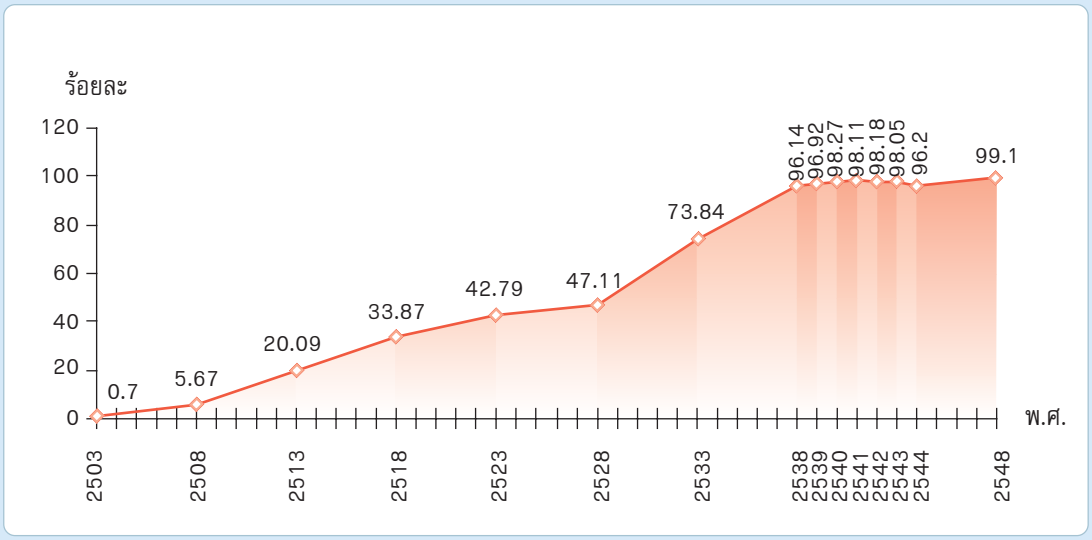
พื้นที่ / พ.ศ.	ก.ท.ม.		เขตเทศบาลรวมเมืองพัทยา		เขตสุขาภิบาล		นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล		รวม	
	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลด 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
2547	3.41	-	4.56	+3.2	-	-	6.60	+1.5	14.57	+1.7
2548	3.04	-10.8	4.61	+1.1	-	-	6.67	+1.1	14.32	-1.7
2549	3.06	+0.6	4.71	+2.2	-	-	6.82	+2.2	14.59	+1.9

ที่มา : สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

หมายเหตุ : พ.ศ. 2542 สุขาภิบาลได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลทั้งหมด ดังนั้น ตัวเลขจึงไปรวมอยู่ที่เทศบาล

ส่วนสิ่งปฏิกูลตามบ้านเรือนในเขตเมือง จะพบปัญหาการขนถ่ายและปล่อยทิ้งอย่างไม่ถูกสุขลักษณะ สำหรับเขตชนบทใน พ.ศ. 2549 ครัวเรือนมีส้วมถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 99.1 ดังภาพที่ 4.24 แต่จังหวัดที่มีส้วมครอบคลุม 100% ของหลังคาเรือน มีเพียงร้อยละ 61.3 (46 จังหวัดจาก 75 จังหวัด) (กรมอนามัย, 2542) แต่พฤติกรรมการใช้ส้วมของประชาชนไทยใน พ.ศ. 2544 พบว่า ถ่ายอุจจาระในส้วมที่ถูกสุขลักษณะเมื่ออยู่บ้านเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 97.9 (กรมควบคุมโรค, 2544) แต่เมื่อออกไปใช้ส้วมสาธารณะ พบว่า มีพฤติกรรมการใช้ส้วมที่ถูกต้อง เพียงร้อยละ 47.1 (ตารางที่ 4.28)

ภาพที่ 4.24 อัตราการมีส้วมถูกสุขลักษณะ พ.ศ. 2503-พ.ศ. 2548



ที่มา : - พ.ศ. 2503-พ.ศ. 2543 ได้จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- พ.ศ. 2544 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ. 2544 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ตารางที่ 4.28 ร้อยละของพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง พ.ศ. 2549

รายการ	ถูกต้อง (ร้อยละ)	ไม่ถูกต้อง (ร้อยละ)
1. การราดน้ำ	94.9	5.1
2. การทิ้งกระดาษชำระ	78.3	21.7
3. การล้างมือ	47.1	52.9
4. การนั่งส้วมนั่งราบ	83.0	17.0
สรุปพฤติกรรมที่ถูกต้องทั้ง 4 ประเด็น	**47.1**	**52.9**

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

6. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองและการปกครอง

6.1 ระบบการเมือง

จากการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาเป็นระยะเวลา 8 ปี นั้น ปรากฏว่ายังไม่สามารถบรรลุตามเจตนารมณ์ของการสร้างธรรมาภิบาลให้เกิดขึ้นในสังคมไทย เนื่องจากกลไกการบริหารประเทศคือรัฐบาลมีเสถียรภาพมากอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน สามารถควบคุมระบบราชการ และหน่วยงานสำคัญๆ ของประเทศได้อย่างสิ้นเชิง อีกทั้งกลไกนิติบัญญัติ ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการคัดสรรองค์กรอิสระถูกครอบงำจากฝ่ายบริหาร ทำให้องค์กรต่างๆ ขาดความเป็นอิสระตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ ในขณะที่การดำเนินงานของกลไกการบริหารจัดการภาครัฐและภาคการเมือง รวมทั้งกลไกการตรวจสอบขององค์กรอิสระ และสาธารณะชนตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของระบบอุปถัมภ์และวัฒนธรรมเครือญาติของไทย กลุ่มใกล้ชิดรัฐบาลได้รับผลประโยชน์จากนโยบายรัฐบาล ในขณะที่กระบวนการตรวจสอบไร้ประสิทธิภาพ ประชาชนเคลือบแคลงสงสัยการบริหารราชการแผ่นดินอันส่อไปในทางทุจริตประพฤติมิชอบอย่างกว้างขวางและ ไม่มีพื้นที่สาธารณะในการแสดงความคิดเห็น เกิดความกดดันต่อประชาชน สังคมรู้สึกคับแค้น แตกแยก และเกิดกระแสเรียกร้องการปฏิรูปการเมืองอีกครั้งหนึ่ง เพื่อนำไปสู่การเมืองที่มีจริยธรรม แต่ก็ยังไม่สามารถยุติความขัดแย้งที่มีแนวโน้มรุนแรงขึ้นลงได้ ทำให้คณะปฏิรูปการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ได้ยึดอำนาจการปกครองแผ่นดิน โดยประกาศให้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 วุฒิสภา สภาผู้แทนราษฎร คณะรัฐมนตรีและศาลรัฐธรรมนูญสิ้นสุดลง พร้อมกับรัฐธรรมนูญและได้ดำเนินการร่างรัฐธรรมนูญ (ชั่วคราว) พ.ศ. 2549 จัดตั้งรัฐบาลชั่วคราวเข้ามาบริหารประเทศในระยะเวลา 1 ปี ขณะเดียวกันได้เร่งดำเนินการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญขึ้นใหม่ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม อย่างกว้างขวางในทุกขั้นตอน เสร็จเรียบร้อยและร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ได้ผ่านการลงประชามติรับร่างจากประชาชนแล้ว และพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ได้ทรงลงพระปรมาภิไธยซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ต่อไปจะจัดให้มีการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตยภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ภายในเดือนธันวาคม 2550

6.2 ระบบบริหารงานของรัฐ

6.2.1 การพัฒนาระบบราชการ

เนื่องจากสถานการณ์ด้านค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐ มีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้มีงบประมาณเหลือสำหรับการพัฒนาประเทศน้อยมากตลอดจนระบบราชการไม่สามารถสนองความต้องการของประชาชนได้ดีพอ เจ้าหน้าที่ของรัฐยังทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ล่าช้า ทุจริต จึงทำให้เกิดการปฏิรูประบบราชการครั้งใหญ่ใน พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา โดยได้มีการปรับปรุงโครงสร้างกระทรวง ทบวง กรม ให้เป็นระบบที่ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนในเชิงบทบาทภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งได้ออกเป็น พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และการกำหนดกรอบการบริหารราชการแผ่นดินสมัยใหม่ที่เน้นหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีและการบริหารงานแนวใหม่ ซึ่งได้ออกเป็น พ.ร.บ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และต่อมาได้มีการพัฒนาระบบราชการอย่างต่อเนื่องให้มุ่งเน้นความผาสุกของประชาชนและ ความเจริญก้าวหน้าของประเทศ โดยออกพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาระบบราชการไทยยุคใหม่ให้มีขีดสมรรถนะสูงขึ้น และได้ดำเนินการพัฒนาระบบราชการทั้งในส่วนของการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน การปรับบทบาทภารกิจและขนาดให้มีความเหมาะสม การยกระดับขีด

ความสามารถและมาตรฐานการทำงานและการเปิดระบบราชการเข้าสู่กระบวนการประชาธิปไตย ซึ่งได้มีการประเมินผล พบว่า ในภาพรวมส่วนราชการมีผลการประเมินการพัฒนาระบบราชการในด้านต่างๆ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดีขึ้นไป โดยในปี 2547 มีความก้าวหน้าสูงกว่าปี 2546 อย่างชัดเจน คือมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเพิ่มจาก 2.61 ใน พ.ศ. 2546 เป็น 3.82 ใน พ.ศ. 2547 โดยมีรายละเอียดผลสำเร็จการพัฒนาในแต่ละด้าน ดังตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาระบบราชการ พ.ศ. 2546-2548

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548
1. ด้านพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน			
- ลดขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อให้บริการประชาชนลดลงได้มากกว่าร้อยละ 50 โดยเฉลี่ยภายใน ปี พ.ศ. 2550	ร้อยละ 44.1	ร้อยละ 47.8	ร้อยละ 51.8
- ความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการผู้รับบริการของหน่วยงานราชการ (ตัวชี้วัดใหม่ในปี 2547)	-	ร้อยละ 76.58	ร้อยละ 76.64
2. ด้านปรับบทบาท ภารกิจและขนาดให้มีความเหมาะสม			
• **บทบาทและภารกิจ**			
- ปริมาณ/จำนวนของภารกิจที่ไม่ใช่ภารกิจหลักของส่วนราชการ (Non-core Functions) ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปี 2550	-	-	ร้อยละ 73.0
- หน่วยงานราชการจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของมาตรการ 3/1 แห่งพระราชบัญญัติ ระเบียบราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 หรือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการบริหารราชการที่ดี พ.ศ. 2546 ภายในปี พ.ศ. 2550	ร้อยละ 68.5	-	ร้อยละ 100.0
- กฎหมายที่ไม่มีความจำเป็นหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศได้รับการปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิก (Deregulation) จำนวนไม่น้อยกว่า 100 ฉบับภายในปี พ.ศ. 2550	ทุกส่วนราชการปรับปรุงแก้ไข พ.ร.บ. 194 ฉบับ และเป็นประกาศ/กฎ/ระเบียบ 447 ฉบับ	ทุกส่วนราชการปรับปรุงแก้ไข พรบ. 89 ฉบับ พรฎ. 22 ฉบับ ประกาศ 301 ฉบับ ระเบียบ กฎ และคำสั่งต่างๆ 1,201 ฉบับ รวมทั้งสิ้น 1,434 ฉบับ	ทุกส่วนราชการปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย 233 ฉบับและอยู่ในขั้นตอนรอเสนอสภาผู้แทนราษฎรอีก 127 ฉบับ
• **งบประมาณแผ่นดิน**			
- รักษาสัดส่วนเงินงบประมาณแผ่นดินต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมรายได้ประชาชาติ ไม่ให้เกินร้อยละ 18 โดยเฉลี่ย ในช่วงปี พ.ศ. 2546 - 2550	ร้อยละ 17.5	ร้อยละ 18.0	ร้อยละ 17.5

เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548
• **ขนาดกำลังคนภาครัฐ** - ปรับลดจำนวนข้าราชการลงอย่างน้อยร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ. 2550	ร้อยละ 0.04 (ข้าราชการลดลง 691คน)	ร้อยละ 3.84 (ข้าราชการลดลง 45,330 คน)	ร้อยละ 4.35 (ข้าราชการลดลง 50,000 คน เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2545)
3. ด้านยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานให้อยู่ในระดับสูงเทียบเท่าเกณฑ์สากล	ร้อยละ 25.5	ทุกส่วนราชการมีผลการประเมินอยู่ในระดับดีขึ้นไป	-
• แต่ละหน่วยงานได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานอย่างน้อย 1 กระบวนงานหลักภายในปี พ.ศ. 2550 เช่น P.S.O. และ ISO เป็นต้น	ร้อยละ 26.2	ร้อยละ 36.0	ร้อยละ 60.0
• ข้าราชการได้รับการพัฒนาขีดความสามารถ (Competencies)ตรงตามที่กำหนดไว้อย่างน้อยร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย ภายในปี พ.ศ. 2550	ร้อยละ 55.3	ร้อยละ 100	ร้อยละ 80
• ส่วนราชการอย่างน้อยร้อยละ 90 ได้รับการพัฒนาการให้บริการหรือสามารถดำเนินงานในรูปแบบรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ ภายในปี พ.ศ. 2550	ร้อยละ 45.6	ร้อยละ 94.7	ร้อยละ 80
4. ด้านตอบสนองต่อการบริหารปกครองในระบอบประชาธิปไตย	ร้อยละ 77.9	ร้อยละ 98.0	-
- ประชาชนร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย มีความเชื่อมั่นศรัทธาเกี่ยวกับความโปร่งใสและใสสะอาดในวงราชการ ภายในปี พ.ศ. 2550 โดยมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารต่อสาธารณะอย่างเป็นระบบ	ร้อยละ 75.2	ร้อยละ 94.0	ผลการประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด
- หน่วยงานข้าราชการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้วางมาตรการหรือดำเนินกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ภายในปี พ.ศ. 2550	ร้อยละ 65.4	ร้อยละ 79.3	ผลการประเมินอยู่ในระดับมาก
- ปัญหาความขัดแย้งหรือกรณีพิพาทร้องเรียนระหว่างฝ่ายปกครองและประชาชนเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 20 ต่อปี โดยเฉลี่ย ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2550	-	-	ผลการประเมินพบว่า มีจำนวนลดลงหรือไม่มีปัญหาความขัดแย้งอยู่ในระดับมากที่สุด

ที่มา :
1. รายงานความก้าวหน้าการพัฒนาระบบราชการในรอบ 3 ปีของสำนักงาน ก.พ.ร. อ้างในรายงานการติดตามประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549), สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2550

การปรับเปลี่ยนระบบราชการเข้าสู่การบริหารงานตามแนวทางของราชการยุคใหม่ จะส่งผลให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐต้องเร่งพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

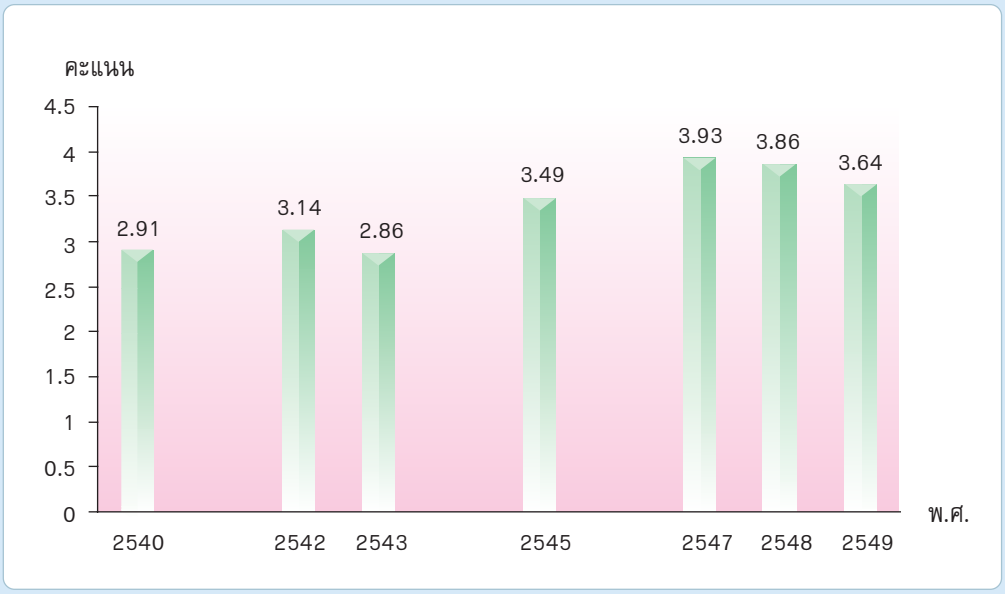
6.2.2 ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

ประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ต่ำ มีผลทำให้ต้นทุนในการประกอบธุรกิจของภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์ และคณะ พบว่า ผู้ประกอบธุรกิจต้องสิ้นเปลืองเวลาในการติดต่อกับหน่วยงานราชการมาก เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 14 ของเวลาทั้งปี โดยหน่วยธุรกิจขนาดเล็กเสียเวลามากกว่าธุรกิจขนาดกลางและขนาดใหญ่[9] จึงทำให้ต้องมีการจ่ายสินบนให้กับเจ้าหน้าที่ภาครัฐเพื่ออำนวยความสะดวกให้รวดเร็วอันเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการประกอบธุรกิจของภาคเอกชน แต่อย่างไรก็ดีหลังจากการปฏิรูประบบราชการ เมื่อ พ.ศ. 2544 เริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น กล่าวคือ จากการสำรวจความสามารถในการแข่งขันกับต่างประเทศของสถาบัน IMD ใน พ.ศ. 2540-2548 พบว่า ระบบราชการไทยมีประสิทธิภาพในการพัฒนาธุรกิจเพิ่มขึ้นจาก 2.91 คะแนน ใน พ.ศ. 2540 เป็น 3.86 คะแนน ใน พ.ศ. 2548 หรือจากลำดับที่ 28 ใน พ.ศ. 2540 เป็นลำดับที่ 16 ใน พ.ศ. 2548 และลดลงเล็กน้อยเป็น 3.64 คะแนน ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 21 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 4.25) แต่อย่างไรก็ดีก็ยังด้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศในกลุ่มอาเซียนคือ สิงคโปร์และมาเลเซีย (ตารางที่ 4.30)

---

[9] เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์ และคณะ. สภาพแวดล้อมทางธุรกิจและทัศนะของผู้ประกอบการต่อการให้บริการของภาครัฐ, คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 2542

ภาพที่ 4.25 ขีดความสามารถและอันดับในการแข่งขันด้านประสิทธิภาพของระบบราชการไทยต่อการพัฒนาธุรกิจ พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2549



	2540	2542	2543	2545	2547	2548	2549
อันดับความสามารถในการแข่งขันของไทยด้านประสิทธิภาพของระบบราชการไทยต่อการพัฒนาธุรกิจ	28	24	31	24	19	16	21

ที่มา : IMD. The World Competitiveness Yearbook, 1997-2006

ตารางที่ 4.30 ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2549

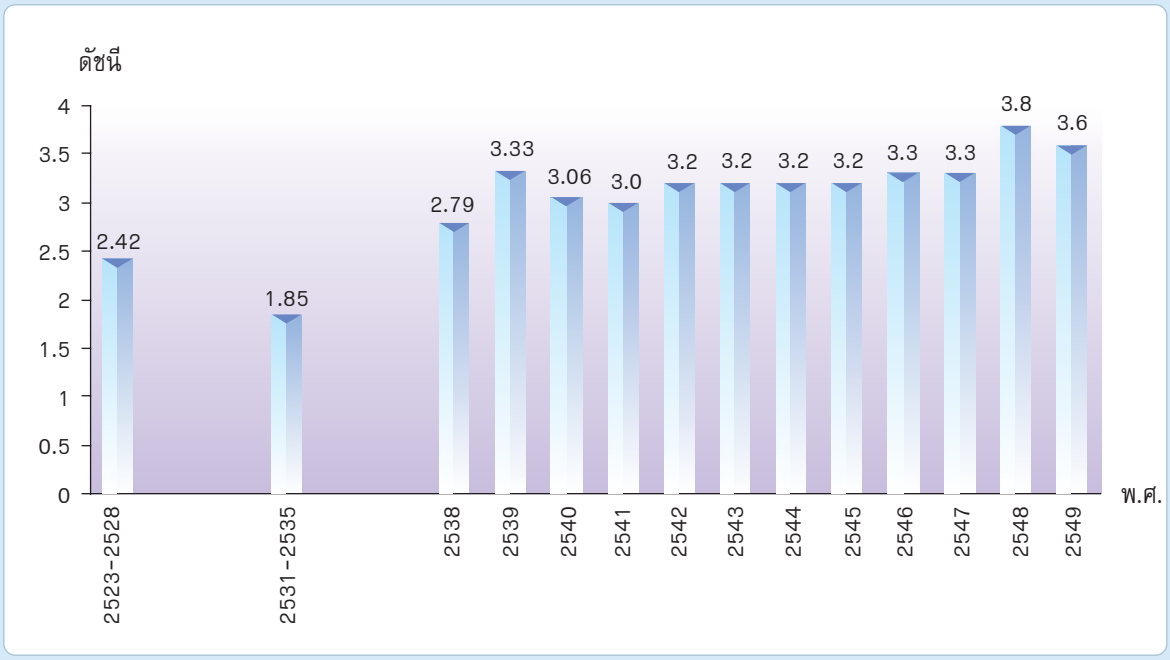
กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2540			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2542			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2545			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2547			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2549		
	อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน
ASEAN				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**			
สิงคโปร์	1	1	6.88	สิงคโปร์	1	1	7.45	สิงคโปร์	1	1	7.46	สิงคโปร์	4	1	5.95	สิงคโปร์	2	1	6.67
มาเลเซีย	15	2	4.69	มาเลเซีย	16	2	4.20	มาเลเซีย	13	2	4.59	มาเลเซีย	10	2	4.82	มาเลเซีย	11	3	4.87
ไทย	28	4	2.91	ไทย	24	3	3.14	ไทย	24	3	3.49	ไทย	19	3	3.93	ไทย	21	2	3.64
ฟิลิปปินส์	27	3	2.96	ฟิลิปปินส์	34	4	2.32	ฟิลิปปินส์	41	5	2.00	ฟิลิปปินส์	49	4	1.86	ฟิลิปปินส์	53	4	1.67
อินโดนีเซีย	32	5	2.67	อินโดนีเซีย	39	5	1.80	อินโดนีเซีย	32	4	2.83	อินโดนีเซีย	56	5	1.50	อินโดนีเซีย	48	5	1.83
บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-
เวียดนาม	-	-	-	เวียดนาม	-	-	-	เวียดนาม	-	-	-	เวียดนาม	-	-	-	เวียดนาม	-	-	-
สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-
กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-
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**			
สิงคโปร์	1	1	6.88	สิงคโปร์	1	1	7.45	สิงคโปร์	1	1	7.46	เดนมาร์ก	1	1	6.41	ไอซแลนด์	1	1	6.74
ฮ่องกง	2	2	6.63	ฟินแลนด์	2	2	7.03	ฟินแลนด์	2	2	6.83	ไอซแลนด์	2	2	6.40	สิงคโปร์	2	2	6.67
ฟินแลนด์	3	3	6.49	ฮ่องกง	3	3	6.28	ไอซแลนด์	3	3	6.09	ฟินแลนด์	3	3	6.09	ฮ่องกง	3	3	6.62
เดนมาร์ก	4	4	6.09	เดนมาร์ก	4	4	5.87	ลักเซมเบิร์ก	4	4	5.95	สิงคโปร์	4	4	5.95	ฟินแลนด์	4	4	6.54
นิวซีแลนด์	5	5	6.08	สวิตเซอร์แลนด์	5	5	5.54	เดนมาร์ก	5	5	5.77	ฮ่องกง	5	5	5.45	เดนมาร์ก	5	5	6.54
ไอซแลนด์	6	6	5.89	ลักเซมเบิร์ก	6	6	5.33	สวิตเซอร์แลนด์	6	6	5.71	ออสเตรเลีย	6	6	5.11	นอร์เวย์	6	6	5.66
ไอร์แลนด์	7	7	5.80	ไอซแลนด์	7	7	5.19	สวีเดน	7	7	5.70	แคนาดา	7	7	4.89	เอสโทเนีย	7	7	5.22
นอร์เวย์	8	8	5.67	ไอร์แลนด์	8	8	5.16	ไอร์แลนด์	8	8	5.32	สวีเดน	8	8	4.85	ไอร์แลนด์	8	8	5.07
เนเธอร์แลนด์	9	9	5.41	เนเธอร์แลนด์	9	9	4.98	ฮ่องกง	9	9	5.21	เอสโทเนีย	9	9	4.84	ออสเตรเลีย	9	9	5.02
สวิตเซอร์แลนด์	10	10	5.38	ออสเตรเลีย	10	10	4.97	เนเธอร์แลนด์	10	10	5.06	มาเลเซีย	10	10	4.82	วีเดน	10	10	4.97

ที่มา : IMD. The World Competitiveness Yearbook, 1997-2006

6.2.3 ความโปร่งใสและการทุจริตคอรัปชั่นของหน่วยงานภาครัฐ

เนื่องจากรัฐเป็นผู้ผูกขาดบริการสาธารณะจึงยากแก่การตรวจสอบและเกิดการรั่วไหลสิ้นเปลือง ประกอบกับการที่ข้าราชการมีรายได้ ค่าตอบแทนต่ำและมีภาระหนี้สินรุงรัง ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่เป็นการหารายได้ในทางทุจริต ก่อให้เกิดปัญหาด้านความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชั่นในระบบราชการ โดยระบบตรวจสอบ เช่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการประพฤติมิชอบในวงราชการ ไม่เข้มแข็งเพียงพอ ซึ่งจากการสำรวจขององค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ ใน พ.ศ. 2523-2548 พบว่า ไทยมีความโปร่งใสและมีภาพลักษณ์การทุจริตคอร์รัปชั่นมีแนวโน้มดีขึ้นจาก 2.42 ใน พ.ศ. 2523-2528 เป็น 3.8 ใน พ.ศ. 2548 และหล่นลงมาเล็กน้อยเป็น 3.6 ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 63 จาก 163 ประเทศที่มีการจัดลำดับ (ภาพที่ 4.26) แต่อย่างไรก็ดีหากเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศในกลุ่มอาเซียน พบว่า ไทยยังมีความโปร่งใสค่อนข้างต่ำและมีภาพลักษณ์การทุจริตคอร์รัปชั่นสูงกว่าประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย (ตารางที่ 4.31)

ภาพที่ 4.26 ดัชนีคอร์รัปชั่นของประเทศไทย พ.ศ. 2523-2549



ที่มา : Transparency International, 1998-2006

ตารางที่ 4.31 ดัชนีคอร์รัปชั่นของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2549

กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2541			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2543			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2545			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2547			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2548			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2549		
	อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน
ASEAN				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**			
สิงคโปร์	7	1	9.1	สิงคโปร์	6	1	9.1	สิงคโปร์	5	1	9.3	สิงคโปร์	5	1	9.3	สิงคโปร์	5	1	9.4	สิงคโปร์	5	1	9.4
มาเลเซีย	29	2	5.3	มาเลเซีย	36	2	4.8	มาเลเซีย	33	2	4.9	มาเลเซีย	39	2	5.0	มาเลเซีย	39	2	5.1	มาเลเซีย	44	2	5.0
ไทย	61	4	3.0	ไทย	60	3	3.2	ไทย	64	3	3.2	ไทย	64	3	3.6	ไทย	59	3	3.8	ไทย	65	3	3.6
ฟิลิปปินส์	55	3	3.3	ฟิลิปปินส์	69	4	2.8	ฟิลิปปินส์	77	4	2.6	ฟิลิปปินส์	102	4	2.6	ฟิลิปปินส์	117	5	2.5	ฟิลิปปินส์	126	5	2.5
อินโดนีเซีย	80	6	2.0	อินโดนีเซีย	85	6	1.7	อินโดนีเซีย	96	6	1.9	อินโดนีเซีย	133	6	2.0	อินโดนีเซีย	137	7	2.2	อินโดนีเซีย	134	6	2.4
บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-	บรูไน	-	-	-
เวียดนาม	74	5	2.5	เวียดนาม	76	5	2.5	เวียดนาม	85	5	2.4	เวียดนาม	102	4	2.6	เวียดนาม	107	4	2.6	เวียดนาม	118	5	2.6
สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	-	-	-	สหภาพพม่า	142	7	1.7	สหภาพพม่า	155	8	1.8	สหภาพพม่า	162	8	1.9
กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	-	-	-	กัมพูชา	130	6	2.3	กัมพูชา	152	7	2.1
ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-	ลาว	-	-	-	ลาว	114	4	2.6
อันดับ 10ของโลก				**อันดับ 10 ของโลก**				**อันดับ 10 ของโลก**				**อันดับ 10 ของโลก**				**อันดับ 10 ของโลก**				**อันดับ 10 ของโลก**			
เดนมาร์ก	1	1	10.0	ฟินแลนด์	1	1	10.0	ฟินแลนด์	1	1	9.7	ฟินแลนด์	1	1	9.7	ไอซแลนด์	1	1	9.7	ฟินแลนด์	1	1	9.6
ฟินแลนด์	2	2	9.6	เดนมาร์ก	2	2	9.8	เดนมาร์ก	2	2	9.5	นิวซีแลนด์	2	2	9.6	ฟินแลนด์	2	2	9.6	ไอซแลนด์	2	2	9.6
สวีเดน	3	3	9.5	นิวซีแลนด์	3	3	9.4	นิวซีแลนด์	2	2	9.5	เดนมาร์ก	3	3	9.5	นิวซีแลนด์	2	2	9.6	นิวซีแลนด์	3	3	9.6
นิวซีแลนด์	4	4	9.4	สวีเดน	3	3	9.4	ไอซแลนด์	4	4	9.4	ไอซแลนด์	3	3	9.5	เดนมาร์ก	4	4	9.5	เดนมาร์ก	4	4	9.5
ไอซแลนด์	5	5	9.3	แคนาดา	5	5	9.2	สิงคโปร์	5	5	9.3	สิงคโปร์	5	5	9.3	สิงคโปร์	5	5	9.4	สิงคโปร์	5	5	9.4
แคนาดา	6	6	9.2	ไอซแลนด์	6	6	9.1	สวีเดน	5	5	9.3	สวีเดน	6	6	9.2	สวีเดน	6	6	9.2	สวีเดน	6	6	9.2
สิงคโปร์	7	7	9.1	นอร์เวย์	6	6	9.1	แคนาดา	7	7	9.0	สวิตเซอร์แลนด์	7	7	9.1	สวิตเซอร์แลนด์	7	7	9.1	สวิตเซอร์แลนด์	7	7	9.1
เนเธอร์แลนด์	8	8	9.0	สิงคโปร์	6	6	9.1	ลักเซมเบิร์ก	7	7	9.0	นอร์เวย์	8	8	8.9	นอร์เวย์	8	8	8.9	นอร์เวย์	8	8	8.8
นอร์เวย์	8	8	9.0	เนเธอร์แลนด์	9	9	8.9	เนเธอร์แลนด์	7	7	9.0	ออสเตรเลีย	9	9	8.8	ออสเตรเลีย	9	9	8.8	ออสเตรเลีย	9	9	8.7
สวิตเซอร์แลนด์	10	10	8.9	สหราชอาณาจักร	10	10	8.7	สหราชอาณาจักร	10	10	8.7	เนเธอร์แลนด์	10	10	8.7	ออสเตรีย	10	10	8.7	เนเธอร์แลนด์	10	10	8.7

ที่มา : Transparency International และ Dr. Johann Graf Lambsdarff Gottingen University, Germany, 1998-2006

หมายเหตุ : 1. ดัชนีคอร์รัปชั่น (Corruption Perceptions Index) มาจากมุมมองของนักธุรกิจ นักวิเคราะห์ความเสี่ยงและประชาชนทั่วไป โดยที่มีคะแนนระหว่าง 1-10 ซึ่ง "0" หมายถึง มีคอร์รัปชั่นสูงมาก และ "10" หมายถึง "แทบจะไม่มีคอร์รัปชั่น"

2. รายงานการสำรวจที่ใช้วัดดัชนีคอร์รัปชั่น ประเมินจากผลงานของแต่ละประเทศ ซึ่งต้องใช้รายงานการสำรวจอย่างน้อยตั้งแต่ 3 รายงานขึ้นไป

นอกจากนี้ ข้อมูลจาก The Global Competitiveness Report ปี 2544/45 ถึง 2548/49 ซึ่งจัดทำโดย World Economic Forum (WEF) บ่งชี้ว่า ในความเห็นของผู้บริหารองค์กร (Chief Executive Office: CEO) และผู้บริหารระดับสูงจากธุรกิจเอกชนในประเทศไทย เรื่องการจ่ายเงินโดยมิชอบ 7 ลักษณะ ในภาพรวมมีแนวโน้มลดลงในทุกรูปแบบ แต่รูปแบบการจ่ายเงินโดยมิชอบ เพื่อให้การกำหนดนโยบายรัฐเอื้อประโยชน์ส่วนตัว เพื่อให้ได้สัญญาสัมปทานโครงการเป็นเรื่องที่พบเห็นกันบ่อยที่สุด ขณะที่การคอรัปชั่นที่ไม่ค่อยพบแล้วมากนัก คือ การจ่ายเงินโดยมิชอบเพื่อให้ได้รับบริการสาธารณูปโภคแสดงว่าผู้บริหารมีความรู้สึกว่ามีการคอรัปชั่นในส่วนนี้น้อยลง ซึ่งอาจเป็นเพราะการให้บริการสาธารณูปโภคพื้นฐานของไทยมีความทั่วถึงมากขึ้น ทำให้ธุรกิจเอกชนไม่จำเป็นต้องจ่ายเงินเพิ่มเพื่อขอรับบริการสาธารณูปโภคเหล่านั้นแล้ว (ตารางที่ 4.32)

ตารางที่ 4.32 ภาพลักษณ์ของการจ่ายเงินโดยมิชอบของประเทศไทยช่วงปี 2544-2549

ภาพลักษณ์	2544-45	2545-46	2546-47	2547-48	2548-49
1. การจ่ายเงินโดยมิชอบเพื่อให้ได้สัญญาโครงการลงทุนของรัฐ	3.7 (-)	3.8 (-)	4.1 (+)	4.3	4.5 (+)
2. การจ่ายเงินโดยมิชอบเพื่อให้ได้รับอนุญาตนำเข้า-ส่งออกสินค้า	3.7 (-)	4.3 (-)	4.3 (-)	4.1 (-)	4.8 (+)
3. การจ่ายเงินโดยมิชอบเพื่อให้การกำหนดนโยบายรัฐบาลเอื้อประโยชน์ส่วนตัว	- -	4.3 (-)	4.4 (+)	4.1 (-)	- -
4. การจ่ายเงินโดยมิชอบเพื่อเอื้อประโยชน์ในการพิจารณาคดี	- -	4.7 (-)	5.0 (+)	4.7	5.2 (+)
5. การจ่ายเงินโดยมิชอบเพื่อเลี่ยงการจ่ายภาษีประจำปี	4.2 (-)	4.8 (-)	5.1 (+)	5.2 (+)	5.4 (+)
6. การจ่ายเงินโดยมิชอบเพื่อให้ได้รับเงินกู้	4.6 (-)	5.1 (+)	5.3 (+)	5.3 (+)	- -
7. การจ่ายเงินโดยมิชอบเพื่อให้ได้รับบริการสาธารณูปโภค	4.7 (-)	5.5 (+)	5.8 (+)	5.7 (+)	5.6 (+)

ที่มา : World Economic Forum 2544-2549 อ้างในรายงานการติดตามประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ : เครื่องหมาย (-) หรือ (+) หมายถึง ไทยมีภาพลักษณ์การรับสินบนและการคอรัปชั่นแย่กว่า (-) หรือดีกว่า (+) คะแนนเฉลี่ยรวมของประเทศทั้งหมดที่ทำการสำรวจ

6.3 การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

ถึงแม้ว่า พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 จะไม่ได้สิ้นสุดลงเหมือนกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 แต่อย่างไรก็ดี ในอนาคต พ.ร.บ. ดังกล่าวก็อาจต้องมีการปรับให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 1-2 ปี อันจะส่งผลให้การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความล่าช้าและชะงัก โดยเฉพาะการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ซึ่ง ณ ปัจจุบันก็แทบไม่มีความคืบหน้าในการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยี

7.1 พัฒนาการของเทคโนโลยี

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีได้ถูกพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วและก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากได้มีการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคมากขึ้นอย่างเสรี อันได้แก่

7.1.1 เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร (Information and Communication Technology: ICT) โดยในด้านสาธารณสุขมีการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ และสาธารณสุข รวมทั้งการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยวิธีการใหม่ๆ ด้วย เช่น Telemedicine, Diagnostic Imaging Technology

7.1.2 เทคโนโลยีชีวภาพ (Genetics & Biotechnology) ที่มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว เช่น Digital-Genomics Convergence ที่ผสานเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์กับชีววิทยา ซึ่งอาจเป็นมิติใหม่ของการรักษาโรคจากเดิมที่เป็นแบบ Treatment เป็น Preventive ที่อาจมีการนำเอาระบบป้องกันโรคต่างๆ ผสมเข้าไปในอาหาร สบู่ อาบน้ำหรือเครื่องสำอางแทนการกินยาเพื่อรักษาโรค, การปลูกถ่ายอวัยวะต่างๆ เช่น ไขกระดูก, รักษาโรคด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell) เพื่อช่วยผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น การ Recombinant DNA, Polymerase Chain Reaction (PCR), Genomics ทำให้เกิดวัคซีนและยาใหม่ และการปลูกพืชดัดแปรพันธุกรรม เป็นต้น

7.1.3 เทคโนโลยีวัสดุ (Material Technology) ทำให้สามารถผลิตวัสดุใหม่ๆ ตอบสนองความต้องการใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับในด้านสาธารณสุขจะมีการนำมาใช้ในการผลิตวัสดุและอุปกรณ์การแพทย์ เช่น วัสดุทดแทนกระดูกขาเทียม / เท้าเทียม เพื่อให้การรักษาแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชน

7.1.4 นาโนเทคโนโลยี (Nanotechnology) ซึ่งจะเป็นเทคโนโลยีที่กำลังเข้ามามีบทบาทมากขึ้น และในอนาคตเชื่อกันว่าจะสามารถผลิตเครื่องจักรโมเลกุลที่ประกอบไปด้วยอะตอมของธาตุต่างๆ ที่สามารถส่งเข้าไปในร่างกายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือเข้าไปขจัดไขมันอุดตันในเส้นเลือด โดยไม่ต้องผ่าตัดหรือสร้างอนุภาคขนาดเล็กมาใช้ในการนำยาไปรักษาในจุดที่เป็นโรคโดยไม่มีผลข้างเคียงต่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดังกล่าวส่งผลให้ไทยมีการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างอิสระและไร้ขีดจำกัด โดยไม่มีกลไกการกลั่นกรองตรวจสอบความเหมาะสมของเทคโนโลยีราคาแพงที่นำเข้ามา อีกทั้งผู้กำหนดนโยบายก็ขาดข้อมูลที่มีหลักฐานเพื่อมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกใช้

เทคโนโลยีต่างๆ ทำให้ขาดการพิจารณาเลือกรับอย่างเหมาะสมประกอบกับยังไม่มีกฎหมายที่มาควบคุมดูแลการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งพบมูลค่าการนำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นจาก 2,493.2 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2534 เป็น 15,799.1 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2548

7.2 ประสิทธิภาพการใช้ การกระจาย ความเสมอภาคและการเข้าถึงเทคโนโลยี

ความอ่อนแอของภาครัฐในการควบคุมการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ราคาแพง ส่งผลให้มีการใช้งานอย่างไม่คุ้มค่าต่อการลงทุนทำให้แพทย์สั่งการตรวจรักษาโดยไม่คำนึงถึงความคุ้มค่าเป็นผลลบต่อ จริยธรรมวิชาชีพ รวมทั้งความเชื่อถือของประชาชนผู้รับบริการสุขภาพและยังต้องลงทุนในการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งต้องเฝ้าระวังพิษภัยอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ราคาแพง นอกจากนี้ ทำให้เกิดปัญหาการกระจายเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยมีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ (ดูบทที่ 6 หัวข้อ 3 เทคโนโลยีทางสุขภาพ) และส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ต้องมีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่มีราคาแพง เช่น ผู้มีรายได้น้อยไม่มีสิทธิรับบริการล้างไต ในกรณีที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในขณะที่ผู้ประกันตนภายในระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐจะได้รับสิทธิดังกล่าว

8. พฤติกรรมสุขภาพ

สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มีผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตของประชาชน และเป็นปัญหาระดับชาติที่มีผลต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในทุกกลุ่มประเทศนั้นจะเห็นได้ชัดว่าปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสร้างภาระโรคอย่างชัดเจนในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายสูง ปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกๆ เกิดจากการขาดสารอาหาร ขณะเดียวกันในกลุ่มประเทศที่มีการพัฒนามากกว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดเริ่มเปลี่ยนแปลงไปเป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ และในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วล้วนมีปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรมทั้งสิ้น (ตารางที่ 4.33)

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ทำการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 โดยคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ก่อให้เกิดโรคหลายชนิดมาศึกษารวม 15 ปัจจัย ผลการศึกษา เมื่อจำแนกภาระโรคของเพศชายกับเพศหญิงแล้วพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศชาย ขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและดัชนีมวลกายสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศหญิง (ตารางที่ 4.34)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง เมื่อพิจารณาในแต่ละพฤติกรรม พบดังนี้

ตารางที่ 4.33 ปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรก (ร้อยละของปีการสูญเสียสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years-DALYs) ใน 3 กลุ่มประเทศ) พ.ศ. 2543

ลำดับ	กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายสูง	ร้อยละ	กลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการตายต่ำ	ร้อยละ	กลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว	ร้อยละ
1	น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์	14.9	แอลกอฮอล์	6.2	สูบบุหรี่	12.2
2	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	10.2	ความดันโลหิตสูง	5.0	ความดันโลหิต	10.9
3	น้ำและสุขอนามัยที่ไม่สะอาด	5.5	สูบบุหรี่	4.0	แอลกอฮอล์	9.2
4	กลุ่มควันภายในอาคารจากการเผาถ่าน	3.6	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	3.1	ไขมันในเลือด	7.6
5	การขาดธาตุสังกะสี	3.2	น้ำหนักตัวเกิน	2.7	น้ำหนักตัวเกิน	7.4
6	การขาดธาตุเหล็ก	3.1	ไขมันในเลือด	2.1	การบริโภคผักและผลไม้น้อย	3.9
7	การขาดวิตามินเอ	3.0	การบริโภคผักและผลไม้น้อย	1.9	กิจกรรมทางกาย	3.3
8	ความดันโลหิต	2.5	กลุ่มควันภายในอาคารจากการเผาถ่าน	1.9	สารผิดกฎหมาย	1.8
9	สูบบุหรี่	2.0	การขาดธาตุเหล็ก	1.8	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	0.8
10	ไขมันในเลือด	1.9	น้ำและสุขอนามัยที่ไม่สะอาด	1.8	การขาดธาตุเหล็ก	0.7
	ปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรก	49.9		30.5		57.8

ที่มา : World Health Report 2002

ตารางที่ 4.34 DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542 และพ.ศ. 2547

ลำดับที่	ปัจจัยเสี่ยง	ชาย				ลำดับที่	ปัจจัยเสี่ยง	หญิง			
		พ.ศ.2547		พ.ศ.2542				พ.ศ.2547		พ.ศ.2542	
		DALYs		DALYs				DALYs		DALYs	
		(X100,000)	ร้อยละ	(X100,000)	ร้อยละ			(X100,000)	ร้อยละ	(X100,000)	ร้อยละ
1	ดื่มแอลกอฮอล์	7.6	13	5.1	9	1	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	3.9	9	4.5	11
2	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	5.4	9	8.6	16	2	ความดันโลหิตสูง	2.5	6	2.4	6
3	สูบบุหรี่	5.0	9	4.4	8	3	ดัชนีมวลกายสูง	2.5	6	2.3	6
4	ไม่สวมหมวกนิรภัย	3.6	6	3.3	6	4	โคเลสเตอรอลสูง	1.1	3	1.1	3
5	ความดันโลหิตสูง	2.9	5	2.6	5	5	ไม่สวมหมวกนิรภัย	0.8	2	0.7	2
6	ดัชนีมวลกายสูง	1.4	2	1.3	2	6	ขาดการออกกำลังกาย	0.7	2	0.6	2
7	โคเลสเตอรอลสูง	1.2	2	1.1	2	7	สูบบุหรี่	0.7	2	0.5	1
8	บริโภคผักและผลไม้น้อย	1.1	2	0.9	2	8	บริโภคผักและผลไม้น้อย	0.7	2	0.5	1
9	เสพยาเสพติด	0.7	1	3.3	6	9	ดื่มแอลกอฮอล์	0.4	1	0.4	1
10	ขาดการออกกำลังกาย	0.5	1	0.6	1	10	มลภาวะทางอากาศ	0.4	1	0.7	2
11	มลภาวะทางอากาศ	0.5	1	0.5	1	11	การสุขาภิบาลน้ำ	0.3	1	0.3	1
12	การสุขาภิบาลน้ำ	0.2	0	0.3	1	12	เสพยาเสพติด	0.2	0	0.4	1
13	ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	0.2	0	0.3	1	13	ภาวะทุพโภชนาการสากล	0.1	0	0.3	1
14	ภาวะทุพโภชนาการสากล	0.2	0	0.4	1	14	ภาวะทุพโภชนาการ-ไทย	0.1	0	0.1	0
15	ภาวะทุพโภชนาการ-ไทย	0.1	0	0.2	0	15	ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย	0.0	0	0.1	0

* Male DALYs: N = 5.3 Million, Female DALYs: N = 3.9 Million

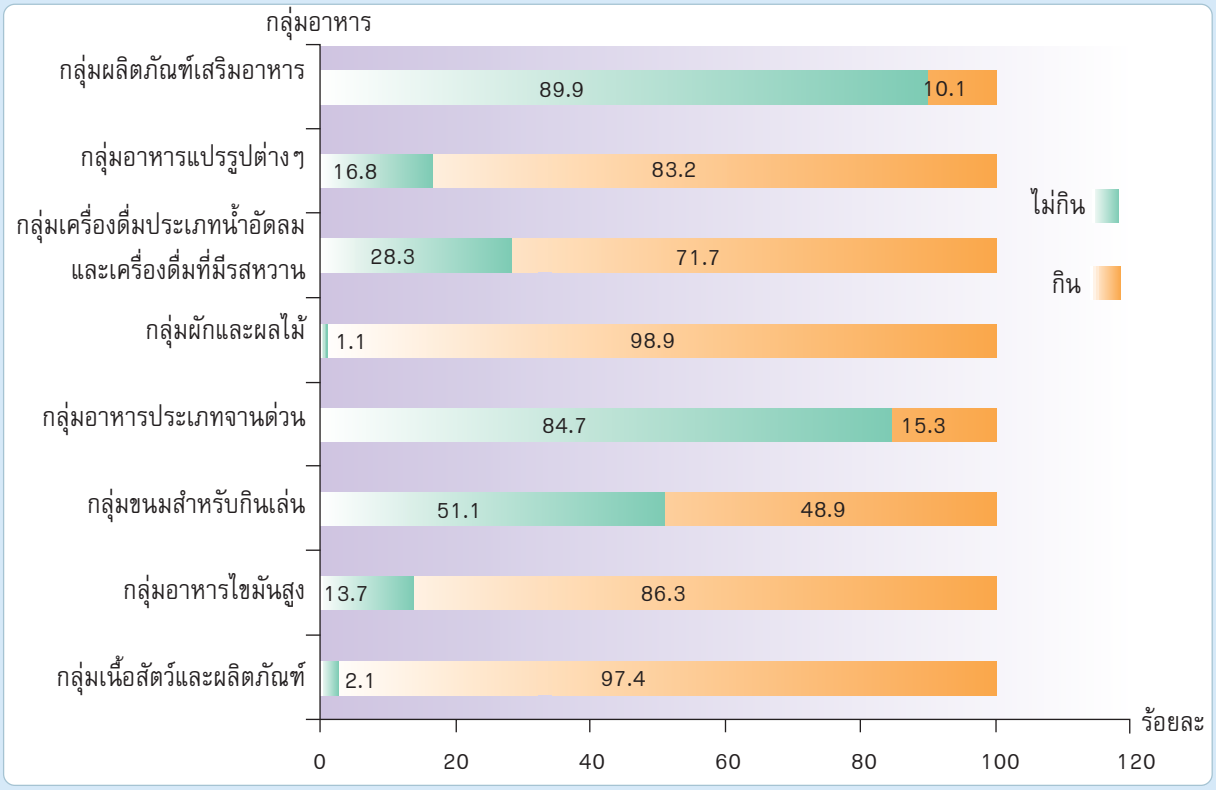
ที่มา : คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

8.1 การบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างระหว่างประชากรในเขตเมืองและชนบท โดยประชาชนเขตเมืองมีการบริโภคเนื้อสัตว์และไขมันเพิ่มขึ้นแต่บริโภคผักผลไม้กลับลดลง เด็กวัยรุ่นนิยมบริโภคอาหารแนวตะวันตกมากกว่าอาหารท้องถิ่นหรืออาหารไทย รวมถึงวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้นจึงมีการย้ายไปพึ่งอาหารพร้อมปรุง อาหารกึ่งสำเร็จรูปมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มพบทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อพิจารณาการใช้จ่ายเรื่องอาหารพบว่า คนกรุงเทพฯ ใช้จ่ายสำหรับอาหารสำเร็จรูป หรือปรุงสำเร็จประมาณร้อยละ 50 ของการใช้จ่ายด้านอาหาร ขณะที่เขตชนบทพบร้อยละ 20[10]

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2548 พบว่า กลุ่มอาหารที่ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปบริโภคต่อสัปดาห์ กว่าร้อยละ 80 คือ กลุ่มผักและผลไม้ (ร้อยละ 98.9) กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ (ร้อยละ 97.4) กลุ่มอาหารไขมันสูง (ร้อยละ 86.3) และกลุ่มอาหารแปรรูปต่างๆ (ร้อยละ 83.2) รองลงมาเป็นกลุ่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 71.7 และกลุ่มขนมสำหรับกินเล่น ร้อยละ 49.0 ในขณะที่กลุ่มอาหารประเภทจานด่วน และกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีสัดส่วนน้อยกว่า คือ ร้อยละ 15.3 และ 10.1 ตามลำดับ (ภาพที่ 4.27)

ภาพที่ 4.27 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกลุ่มอาหาร



ที่มา : รายงานการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ยังบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวัน ต่ำกว่ามาตรฐานสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (400-800 กรัมต่อวัน) กล่าวคือ เพศชายบริโภคผักและผลไม้ประมาณ 268 กรัมต่อวัน ขณะที่เพศหญิงบริโภคผักและผลไม้ประมาณ 283 กรัมต่อวัน และการบริโภคผักและผลไม้ลดลงตามอายุ โดยในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปจะบริโภคน้อยที่สุด ประมาณ 200 กรัมต่อวัน (ตารางที่ 4.35)

ตารางที่ 4.35 ปริมาณผักและผลไม้ที่รับประทานต่อคนต่อวันในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุและเพศ

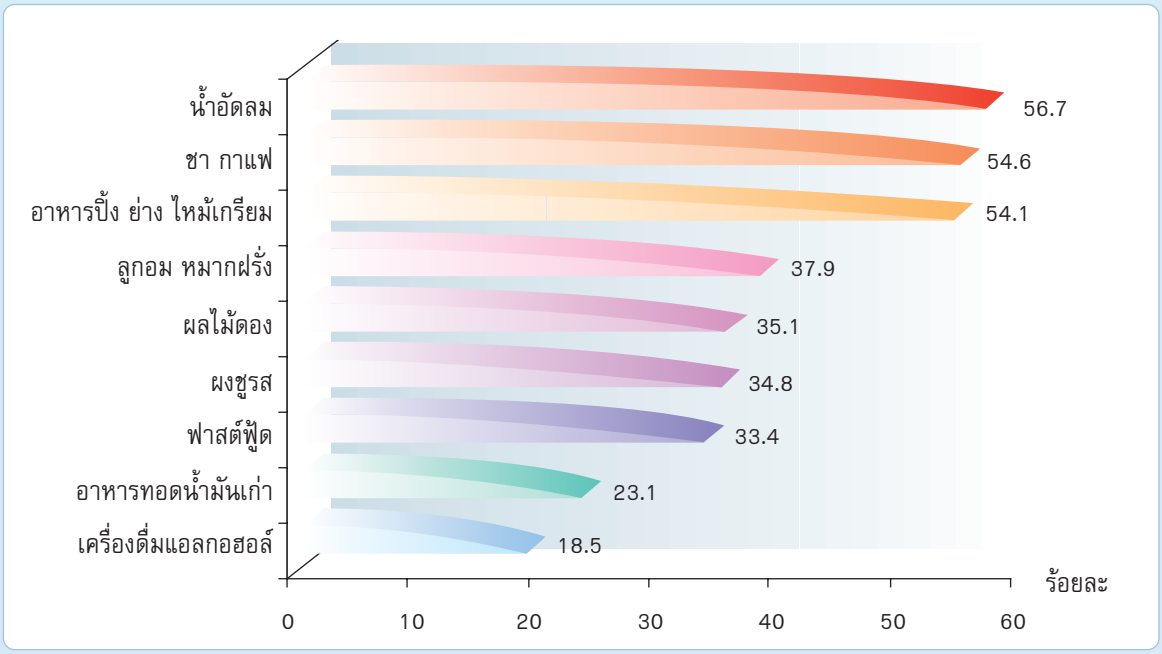
อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ยปริมาณผักและผลไม้ที่รับประทาน (กรัม /วัน)	
	ชาย	หญิง
15-29	285	300
30-44	272	293
45-59	261	283
60-69	238	245
70-79	216	215
80 ปีขึ้นไป	203	193
รวม	**268**	**283**

ที่มา : รายงานการสำรวจสภาวะอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547), กระทรวงสาธารณสุข

อนึ่ง จากการสำรวจชีวจิตโพลของคนกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2549 พบว่า ในภาวะที่ร่างกายเป็นปกติ ร้อยละ 38.7 มีพฤติกรรมกินตามใจปาก รับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยประเภทอาหาร / เครื่องดื่มที่ยอมรับว่าขาดไม่ได้ ต้องรับประทานเป็นประจำ คือ น้ำอัดลม ชา กาแฟ รองลงมาแป็น อาหารปิ้ง / ย่างที่ไหม้เกรียม (ภาพที่ 4.28)

ทั้งนี้ พบว่า คนส่วนใหญ่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนเมื่อมีอาการป่วย โดยการงดรับประทานอาหารรสจัด อาหารทอด อาหารโคเลสเตอรอลสูง เนื้อสัตว์บางชนิดและรับประทานผัก ผลไม้ เพิ่มขึ้น อีกทั้งรับประทานอาหารเสริม วิตามินซี วิตามินบีรวม แคลเซียมและสมุนไพร เช่น ฟ้าทะลายโจร ดอกคำฝอย มะขามแขก ยาจีน ควบคู่ไปด้วย แต่ปัญหาน่าเป็นห่วงที่พบคือคนกรุง ร้อยละ 37.5 จะกลับไปกินอาหารตามใจชอบมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ หลังจากที่หายป่วยแล้ว

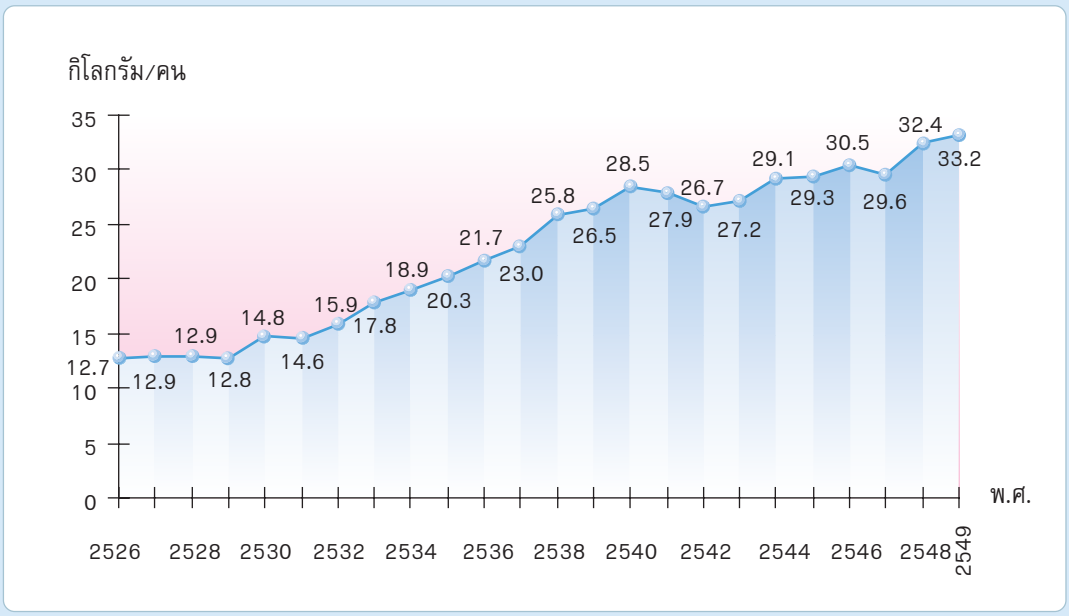
ภาพที่ 4.28 แสดงรายการประเภทอาหารที่ต้องรับประทานเป็นประจำ



ที่มา : ซีวจิตโพล โครงการ 3, บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

นอกจากนี้ ยังพบว่า คนไทยมีแนวโน้มการบริโภคน้ำตาลและอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เพิ่มสูงขึ้นเป็น 2.6 เท่า จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2526 เป็น 33.2 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 4.29)

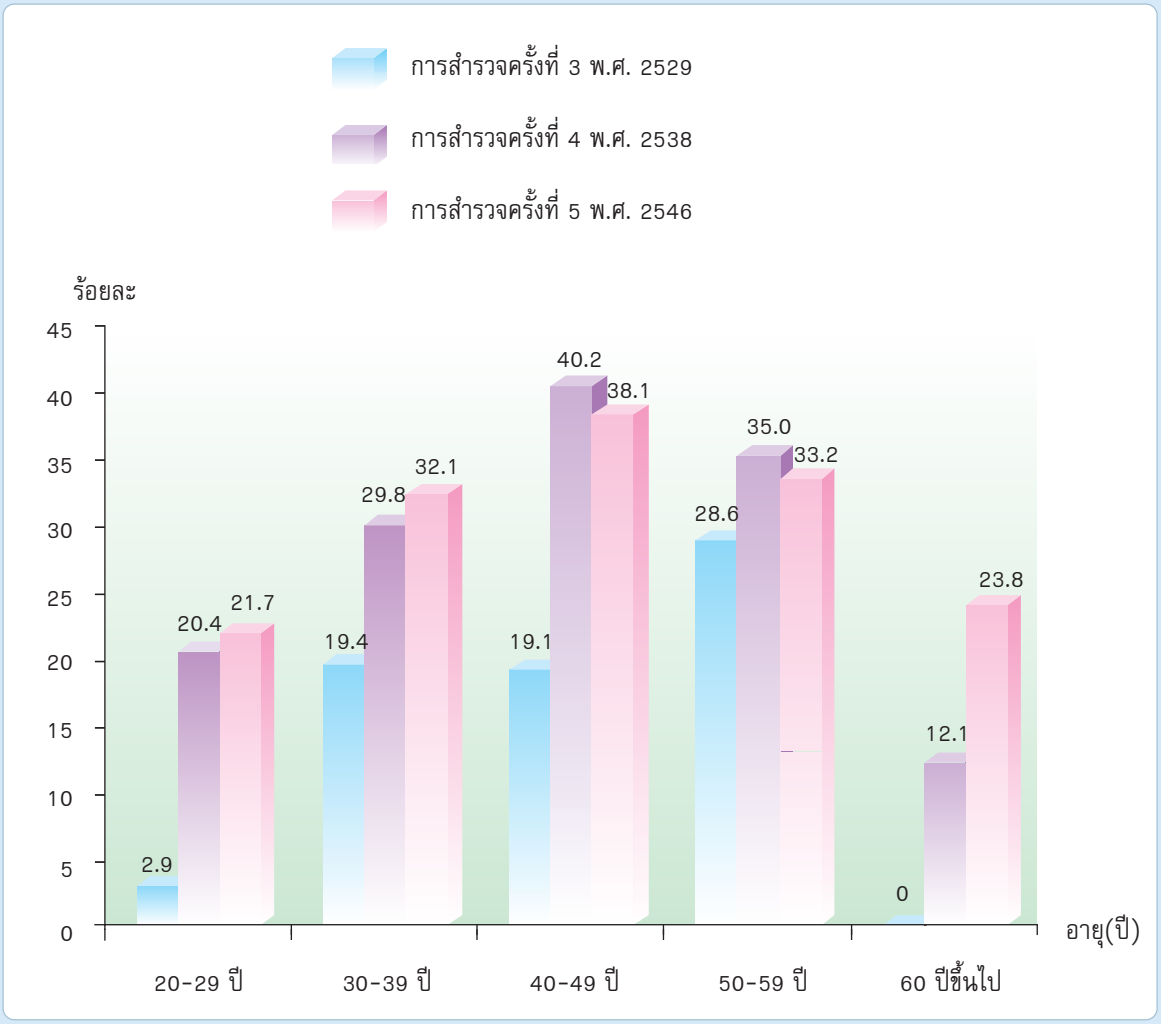
ภาพที่ 4.29 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526-พ.ศ. 2549



ที่มา : ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย

การบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรี่สูงก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 - ครั้งที่ 5 พบอัตราความชุกของภาวะอ้วนในคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 20-29 ปี, 30-39 ปี และ 60 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 4.30) และจากการศึกษาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรไทยอายุระหว่าง 35-59 ปี พบว่า มีแนวโน้มของไขมันโคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.36) โดยประชากรในเขตกรุงเทพฯ ทั้งชายและหญิงมีความชุกของ น้ำหนักเกินและอ้วนสูงสุด ในขณะที่ภาคเหนือมีความชุกดังกล่าวต่ำสุด และประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีความชุกของน้ำหนักเกินและอ้วนสูงกว่านอกเขตเทศบาล[11]

ภาพที่ 4.30 อัตราความชุกภาวะอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ.2529, พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2546



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ภาวะอ้วนในประชากรอายุ >20 ปี = BMI $\geq$ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร

---

[11] ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย, 2546

ตารางที่ 4.36 การเปลี่ยนแปลงระดับและความชุกของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย (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)	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 3 (พ.ศ.2546-2547)
ไขมันโคเลสเตอรอล (mg/dl)	189	198	201	207
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	87	92	99	100
ดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m^2)	22.8	23.8	24.4	24.6
น้ำหนักเกิน (%)	20	25	30	38
ภาวะอ้วน (%)	5	8	9	10

ที่มา : 1. ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพไทย, 2546

2. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ประชากรปรับฐานปี 2543

การบริโภคขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ ของเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กประถมศึกษา ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาทันตสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น 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 4.37 และ 4.38) และใน พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2544 กรมอนามัยได้ดำเนินการสำรวจทันตสุขภาพของจังหวัดต่างๆ พบว่า มีผู้ปราศจากฟันผุในเด็กอายุ 5-6 ปี เพียงร้อยละ 6-15 เท่านั้น และพบเด็กอายุ 12 ปีมีค่าเฉลี่ย DMFT 1.6-2 ซี่/คน นอกจากนี้ จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี ใน พ.ศ. 2549 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี นิยมบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลสูงถึงร้อยละ 61.7 โดยค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลจากขนมและเครื่องดื่มที่เด็กบริโภคเท่ากับ 40.4 กรัมต่อวัน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์บริโภคน้ำตาลที่เหมาะสม คือ ไม่ควรเกิน 24 กรัมต่อวัน ส่งผลต่อสุขภาพเด็กคือ พบปัญหาฟันผุร้อยละ 46.1 และโภชนาเกินร้อยละ 10.6[12] และจากการสำรวจสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนใน พ.ศ. 2547-พ.ศ. 2548 พบว่า เด็กประถมศึกษาที่รับประทานขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำมีอัตราส่วนร้อยละ 26.95 และ 20.28 ตามลำดับ[13]

---

[12] สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ. พฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี, 2549

[13] สถาบันรามจิตติ. สมุดรายงานสภาวการณ์เด็กและเยาวชนปี 2547-2548, 2549

ตารางที่ 4.37 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 4.38 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ในกลุ่มอายุต่างๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2532, พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2543-2544

กลุ่มอายุ (ปี)	ร้อยละ			
	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

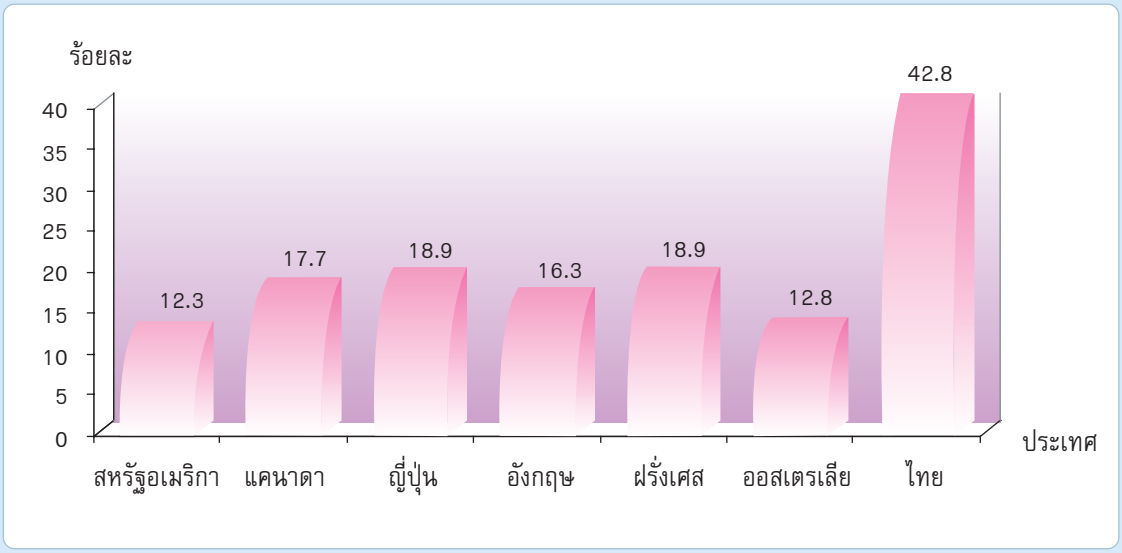
หมายเหตุ : * ฟันน้ำนม ** ฟันผสม (ฟันแท้และฟันน้ำนม) กลุ่มที่เหลือเฉพาะฟันแท้

8.2 การบริโภคยา

มูลค่าการบริโภคยาของคนไทย ใน พ.ศ. 2548 ประมาณ 103,517 ล้านบาท (ราคาขายส่ง) หรือประมาณ 186,331 ล้านบาท (ราคาขายปลีก) คิดเป็นร้อยละ 42.8 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (ดูบทที่ 6 หัวข้อ 3 เทคโนโลยีทางสุขภาพ) ซึ่งนับว่าสูงมาก เพราะประเทศที่พัฒนาแล้วสัดส่วนนี้จะประมาณร้อยละ 10-20 เท่านั้น (ภาพที่ 4.31) ในช่วง พ.ศ. 2531-2548 มูลค่าการบริโภคนี้มีอัตราเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพและอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ

การบริโภคยาของคนไทยพบว่า บริโภคโดยผ่านการตัดสินใจหรือแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ) ประมาณ 2 ใน 3 และบริโภคโดยการตัดสินใจของประชาชน โดยอาศัยคำแนะนำจากญาติ เพื่อน หรือการโฆษณา ประมาณ 1 ใน 3 โดยมีแนวโน้มที่จะบริโภคผ่านการตัดสินใจและแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพมากขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 4.39)

ภาพที่ 4.31 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศต่างๆ เปรียบเทียบกับประเทศไทย



ที่มา : OECD Health Data 2006

หมายเหตุ : OECD เป็นข้อมูลการใช้ยา OTC และกรณีผู้ป่วยนอกเท่านั้น แต่ประเทศไทยเป็นการใช้ยา ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ OTC

ตารางที่ 4.39 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)	พ.ศ.2547 (ร้อยละ)	พ.ศ.2548 (ร้อยละ)	พ.ศ.2549 (ร้อยละ)
ร้านขายยา	40	34	34	34	34	32	32	30	30	26	26	26	24
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน	43	46	52	52	52	58	58	60	60	64	64	64	66
คลินิกเอกชน	10	15	9	9	9	} 7	} 7	} 8	} 8	} 9	} 9	} 9	} 8
องค์การเภสัชกรรม	2	2	2	2	2								
อื่น ๆ	5	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	2

ที่มา : บริษัท IMS Thailand

แต่ไม่ว่าจะบริโภคยาผ่านใคร ก็มีหลักฐานอย่างชัดเจนว่า มีการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นในทุกๆ ระดับ โดยเฉพาะการบริโภคยาปฏิชีวนะ ดังจะเห็นได้จากพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กที่ศึกษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 38.6 มีประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะก่อนมาโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่แสดงว่าประชาชนจำนวน ไม่น้อยตัดสินใจใช้ยาต้านจุลชีพด้วยตนเองก่อนจะไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีอาการของโรคระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาโดยไม่จำเป็นหรือมีการใช้ยาไม่ครบขนาด[14] รวมทั้งยังพบการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่รับไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่มีข้อบ่งชี้ที่เหมาะสม (ตารางที่ 4.40) ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากอิทธิพลของการโฆษณา (ภาพที่ 4.32) ในขณะที่ความพยายามในการเผยแพร่ความรู้ด้านยาแก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุ ทีวี วารสาร มีน้อยมาก แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นก็ตาม จึงทำให้ประชาชนผู้บริโภคได้ข้อมูลข่าวสารด้านยาส่วนใหญ่จากผู้ประกอบธุรกิจทางยา

นอกจากนี้ จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 พบว่า ประมาณ 8-9 ล้านคนที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีการใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่งติดต่อกัน เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน โดยคนที่มีอายุมากขึ้นมีสัดส่วนของการใช้ยาเป็นประจำเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังพบว่า ในประชากรทุกเพศทุกวัย ยาที่ใช้ประจำมากที่สุดคือ ยาแก้ปวด และยิ่งอายุมากขึ้นการใช้ยาแก้ปวดก็เพิ่มมากขึ้นด้วย รองลงมาคือยาบำรุง ซึ่งความชุกของการใช้ยานี้ก็เพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรเช่นกัน (ตารางที่ 4.41)

ตารางที่ 4.40 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 ntibiotics	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

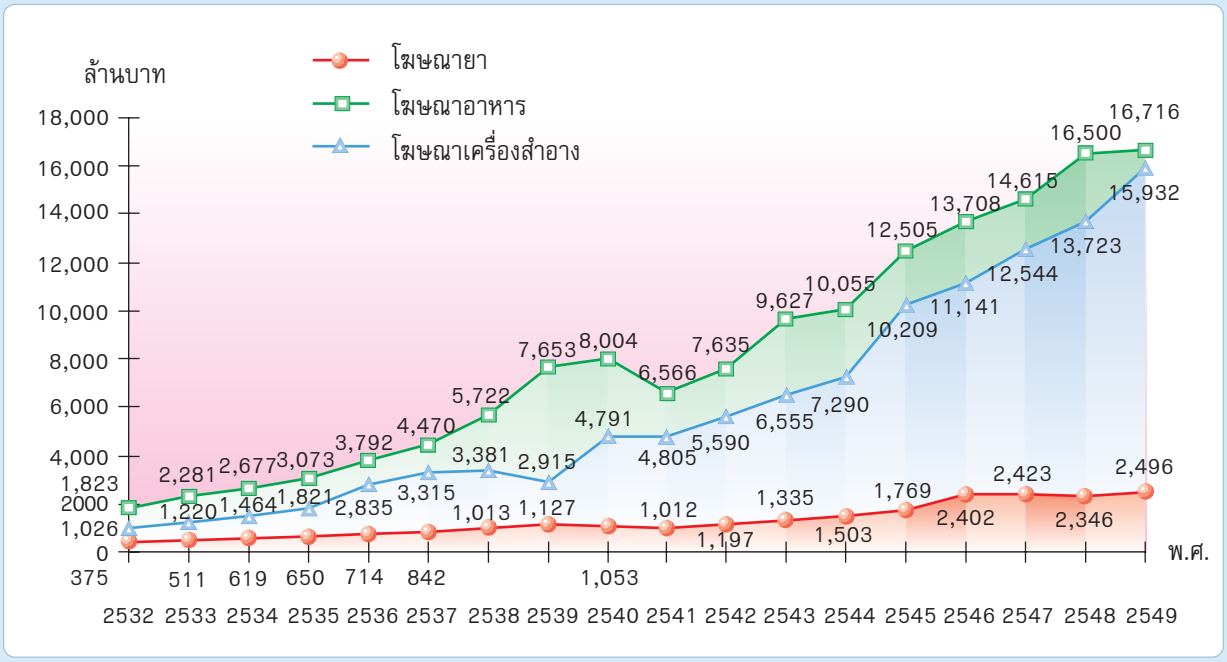
[14] คณะกรรมการโครงการศึกษาระบบยาของประเทศไทย. ระบบยาของประเทศไทย, 2545

ตารางที่ 4.41 ร้อยละของประชากรชาย-หญิง ที่ใช้ยาเป็นประจำ จำแนกตามอายุ เพศ และประเภทของยา

อายุ (ปี)	ร้อยละการใช้ยาประเภทต่าง ๆ					
	แก้ปวด	กล่อมประสาท	นอนหลับ	ลดความอ้วน	ยาบำรุง	ยาอื่น ๆ
ชาย						
15-29	1.4	0.4	0.4	0.2	1.5	3.3
30-44	3.6	0.4	0.8	0.1	0.8	7.8
45-59	5.2	0.5	0.7	0.2	1.5	15.8
60-69	7.9	0.5	1.3	0.0	4.0	27.6
70-79	8.0	0.6	1.8	0.1	6.2	29.8
80+	8.4	0.3	2.7	0.2	6.6	34.4
รวมทุกอายุ	3.8	0.4	0.7	0.1	1.7	10.6
หญิง						
15-29	2.2	0.1	0.1	0.3	2.6	8.9
30-44	3.8	0.4	0.5	0.1	2.1	14.4
45-59	6.5	0.8	2.1	0.1	3.3	26.1
60-69	10.0	1.5	2.9	0.2	6.7	33.3
70-79	12.7	1.1	2.7	0.1	8.4	36.7
80+	10.6	0.5	2.2	0.0	10.6	30.2
รวมทุกอายุ	4.9	0.5	1.0	0.2	3.4	18.1

ที่มา : รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547), กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 4.32 มูลค่าการโฆษณายา อาหารและเครื่องสำอาง พ.ศ. 2532-พ.ศ. 2549



ที่มา : Media Data Resources (MDR)

หมายเหตุ : 1. อาหาร หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นม เครื่องดื่มให้พลังงาน ขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม ลูกอม เครื่องปรุงรส บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป กาแฟ อาหาร น้ำมันสำหรับปรุงอาหาร อาหารกระป๋อง ผลิตภัณฑ์นม ช็อกโกแลต บุหรี่ อาหารแบบดื่มและอาหารอื่นๆ

2. เครื่องสำอาง หมายถึง แชมพู สบู่ เครื่องสำอางทั่วไป แป้งทาตัวและครีมบำรุงผิว

8.3 การสูบบุหรี่

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรวมทั้งกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของ ผู้ไม่สูบบุหรี่แล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงมีผู้ที่สูบบุหรี่อยู่เป็นจำนวนมาก ใน พ.ศ.2549 พบว่า คนไทยบริโภคบุหรี่ทั้งสิ้น 36,367 ล้านมวน โดยมีการบริโภคบุหรี่เฉลี่ยคนละประมาณ 87.6 ซอง/ปี (ตารางที่ 4.42) ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ช่วงปี พ.ศ. 2544-2545 ที่มีการบริโภคเฉลี่ยประมาณ 71 ซอง/คน/ปี โดยสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่มีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก จากร้อยละ 20.5 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 20.3 ใน พ.ศ. 2549 โดยผู้สูบบุหรี่ เป็นประจำทั้งชายและหญิงมีอัตราเพิ่มขึ้น 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. 2544-2549 จะพบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง แสดงให้เห็นว่าบุหรี่ได้แพร่หลายไปยังกลุ่มเยาวชนเพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกจะเห็นว่า ชายจะเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเร็วกว่าหญิง แต่แนวโน้มของอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ของชายเริ่มช้าลง ส่วนหญิงกลับมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่เร็วขึ้น (ตารางที่ 4.43 และ 4.44) ซึ่งใกล้เคียงกับที่องค์การอนามัยโลกคาดไว้ว่า อัตราการสูบบุหรี่ของผู้หญิงในประเทศที่กำลังพัฒนาเมื่อถึง ปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 20 โดยเพศชายจะลดลงจากเดิมร้อยละ 60 เป็น

ร้อยละ 45 นอกจากนี้ ผลจากการสำรวจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย[15] พ.ศ. 2546 พบว่า แรงกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ คือ ความเครียด การดื่มสุรา โมโห/หงุดหงิด เที่ยวกลางคืนและดูภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังพบว่า 1 ใน 3 ของเยาวชนที่มีอายุน้อยกว่า 13 ปี ระบุว่า การดูภาพยนตร์ที่มีการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความอยากสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำจะสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันประมาณ 9.0-10.6 มวน โดยชายสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวันสูงกว่าหญิง (ภาพที่ 4.33) สำหรับประเภทบุหรี่ที่สูบมากที่สุด พบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจประชาชนบริโภคบุหรี่ซองที่ผลิตในประเทศลดลง แต่หันไปบริโภคบุหรี่ซองผลิตจากต่างประเทศ รวมทั้งบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.45) ทั้งนี้เนื่องมาจากสัดส่วน การตลาดของบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 22.6 ใน พ.ศ. 2549 หรือในทางกลับกันสัดส่วนการตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบที่ลดลงจากร้อยละ 95.9 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 77.4 ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.46) และการที่ประชาชนบริโภคบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้นอาจกล่าวได้ว่าเป็นผลมาจากวิกฤตเศรษฐกิจทำให้ประชาชนมีรายได้ลดลง ประชาชนที่สูบบุหรี่หันมาบริโภคบุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้น

บุหรี่ยังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาของศูนย์วิจัยกสิกรไทย[15] 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[16]

ในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน[17] ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้าย โดยพบว่าร้อยละ 90 ของผู้ชายที่ป่วยเป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหารล้วนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ทั้งสิ้น

---

[15] ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนกรุงเทพฯ, 2546

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

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

ตารางที่ 4.42 ปริมาณการบริโภคบุหรี่ของคนไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2549

รายการ	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
การบริโภคบุหรี่ทั้งสิ้น (ล้านมวน)	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	34,174	34,237	36,367
การบริโภค (ซอง/คน/ปี)	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	82.3	82.4	87.6
ปริมาณนำเข้า (ล้านซอง)	-	-	-	12	51	60	71	71	77	99	172	261	239	261	262	293	508	574	454
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	8,698.7	9,810.3	9,548.8
บุหรี่ที่ผลิตในประเทศ																			
ล้านมวน	32,505.41	37,198.47	38,235.21	39,719.55	39,591.40	41,219.63	44,542.46	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	33,685.42	34,030.0	29,148.80
ล้านซอง	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	1,684.27	1,701.50	1,457.44
มูลค่าการจำหน่าย (ล้านบาท)	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	45,062	44,541	42,273
ภาษีบุหรี่ (ล้านบาท)	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	33,922	34,936	32,250
กำไรส่งกระทรวง	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	6,232	6,090	5,211
ภาษีสรรพสามิต (%)	35-56.5	35-56.5	35-56.5	55	55	60	60	62	68	70	70	71.5	71.5	75	75	75	75	79	79

ที่มา : - โรงงานยาสูบ และกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
- สถิติการค้าและเครื่องชี้วัดภาวะเศรษฐกิจของไทย, กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์

ตารางที่ 4.43 จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519- พ.ศ. 2549

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
2547	49.4[3]	11.3	10.7	0.6	21.1	40.1	2.4
2549	54.5[2]	11.0	10.3	0.7	20.3	38.8	2.6

ที่มา :
1. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

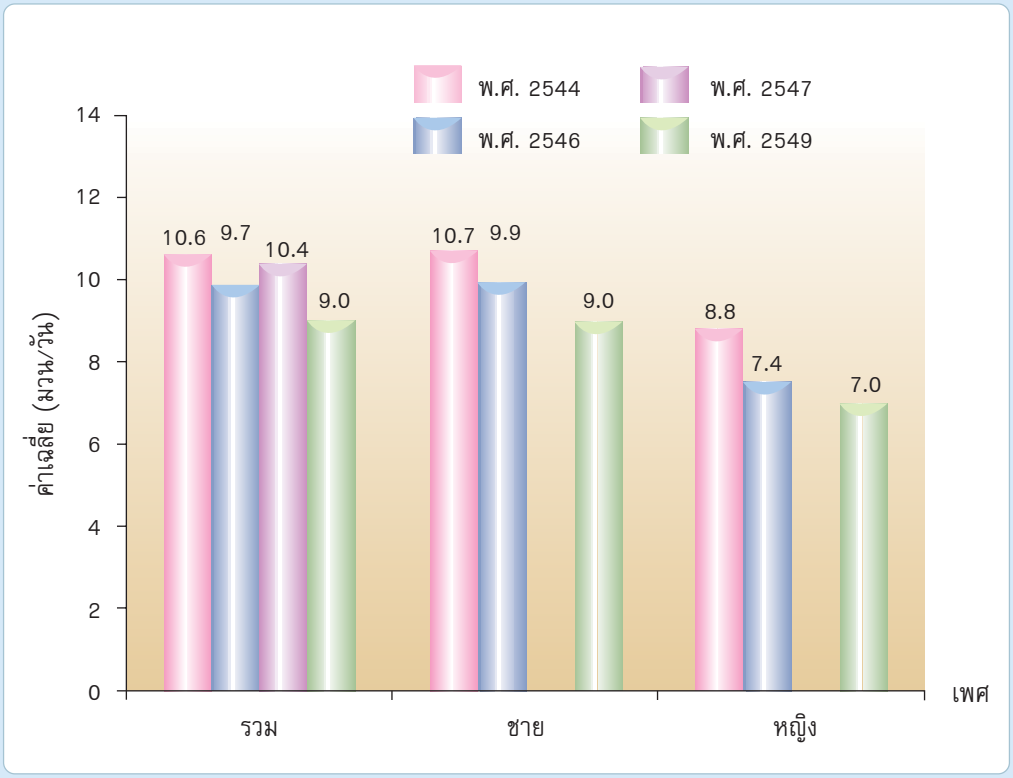
หมายเหตุ :
1. [1]ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป
   [2]ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป
   [3]ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ได้ทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ตอบสัมภาษณ์ด้วยตนเองเท่านั้น ถ้าไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์ก็จะไม่บันทึกข้อมูล จึงทำให้จำนวนประชากรที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้น้อยกว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศ

ตารางที่ 4.44 สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำในกลุ่มอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549

กลุ่มอายุ (ปี)	สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่															การเปลี่ยนแปลงของอัตราผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ					
	พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2546			พ.ศ. 2547			พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2542-2544			พ.ศ. 2544-2549		
	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	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	0.2	0.3	0.0	0.4	0.6	0.2	-0.1	-0.3	+0.1	+0.3	+0.4	+0.1
15-24	12.3	24.0	0.3	13.5	26.0	0.6	15.2	32.1	0.9	15.1	29.0	0.8	14.1	26.4	1.3	+1.2	+2.0	+0.3	+0.6	+0.4	+0.7
25-59	26.3	49.8	3.0	26.2	49.9	2.6	25.3	51.8	3.4	26.3	49.6	3.0	25.0	48.3	3.0	-0.1	+0.1	-0.4	-1.2	-1.6	+0.4
60 ปีขึ้นไป	23.3	45.1	4.8	21.1	40.9	4.3	21.5	43.3	4.6	20.6	40.3	3.9	19.2	38.1	4.0	-2.2	-4.2	-0.5	-1.9	-2.8	-0.3
รวม	20.5	38.9	2.4	20.6	39.3	2.2	21.6	44.1	2.9	21.1	40.1	2.4	20.3	38.8	2.6	+0.1	+0.4	-0.2	-0.3	-0.5	+0.4
อายุเฉลี่ยเริ่มสูบบุหรี่ (ปี)	18.2	17.9	22.2	18.5	18.3	21.9	18.4	18.2	21.5	18.4	18.2	21.7	18.3	18.2	20.2						

ที่มา :
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2542, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
4. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.33 ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549



ที่มา :

1. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : พ.ศ. 2547 สำรวจในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป แต่ไม่ได้มีการวิเคราะห์จำแนกตามเพศ

ตารางที่ 4.45 อัตราร้อยละของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นประจำ จำแนกตามประเภทผลิตภัณฑ์ที่สูบมากที่สุด

ประเภทผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้มากที่สุด	ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ		หลังวิกฤตเศรษฐกิจ		
	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2547
บุหรี่ซองผลิตในประเทศ	44.9	55.6	44.3	46.0	46.2
บุหรี่ซองผลิตจากต่างประเทศ	0.9	1.1	1.3	1.2	1.3
บุหรี่มวนเอง	54.0	42.5	54.1	52.7	50.0
บุหรี่ซิการ์	น้อยกว่า 0.1	0.2	0.1	} 0.1	} 2.5
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
4. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.46 สัดส่วนการตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2534 -พ.ศ. 2549

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
2547	80.1	19.9
2548	77.7	22.3
2549	77.4	22.6

ที่มา : โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง

8.4 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พบว่า มีภาระโรคจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นดับดับ 1 ในเพศชายและอันดับ 9 ในเพศหญิง (ตารางที่ 4.34) โดยคนไทยมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น ในทศวรรษที่ผ่านมา ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นจาก 721.8 ล้านลิตร ใน พ.ศ.2531 เป็น 1,604.3 ล้านลิตร ใน พ.ศ.2540 หรือประมาณกว่า 2 เท่า จนกระทั่งวิกฤตเศรษฐกิจ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงมีแนวโน้มลดลงจาก 1,689.8 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2541 เป็น 1,340.9 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2542 อย่างไรก็ตามเมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวใน พ.ศ. 2549 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์กลับเพิ่มสูงขึ้น เป็น 2,479.70 ล้านลิตร เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศทั่วโลกจากข้อมูลขององค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้คำนวณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปีของประชากร พบว่า ใน พ.ศ.2543 คนไทยบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับ 5 ของโลก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และฟิลิปปินส์[18] (ภาพที่ 4.34)

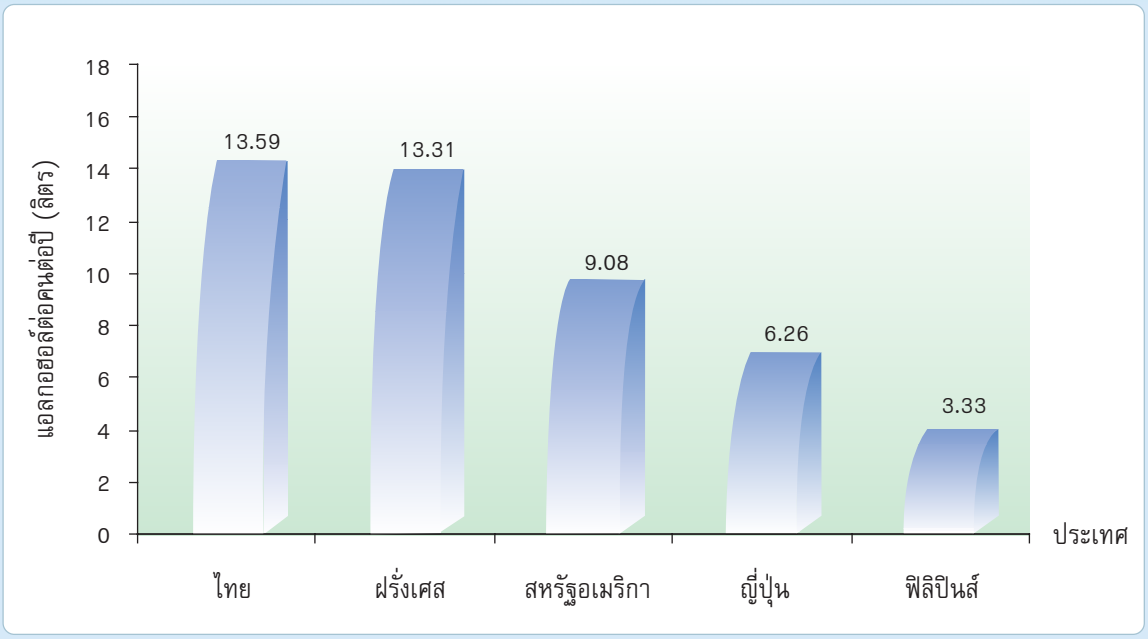
[18] ยงยุทธ ขจรธรรม. การโฆษณาบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความสูญเสีย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547

เมื่อจำแนกประเภทของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า การบริโภคสุรามีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ขณะที่การบริโภคเบียร์และไวน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.47 และภาพที่ 4.35) ทั้งนี้เนื่องจาก ใน พ.ศ. 2535 รัฐบาลประกาศนโยบายการค้าเสรี ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้มีโรงงานผลิตเบียร์และไวน์เกิดขึ้นอีกหลายแห่ง (ภาพที่ 4.36) รวมทั้งราคาที่ถูกกว่าทำให้ยอดจำหน่ายหรือปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นจนสูงกว่าสุรา

นอกจากนี้ ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบสอดคล้องกันคือ สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.5 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 35.3 ใน พ.ศ. 2547 แต่ลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 29.2 ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.48) เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2549) ผู้หญิงมีแนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง (อายุ 15-19 ปี) ที่หันมาดื่มสุราเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.0 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.49)

เมื่อพิจารณาความถี่ของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุรา พบว่า มีประมาณครึ่งหนึ่งที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มผู้ที่ดื่มทุกวันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 8.6 ใน พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 13.0 ใน พ.ศ.2549 (ตารางที่ 4.50) ซึ่งการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-2547 พบว่า ประชากรชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.6 และประชากรหญิง ร้อยละ 2.1 ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย โดยเพศชายดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เฉลี่ย 39.7 กรัม/วัน ในขณะที่เพศหญิงดื่มเฉลี่ย 6.3 กรัม/วัน นอกจากนี้ น.พ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ในอนาคตจากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกเพศและทุกวัย และมีโอกาสที่ผู้หญิงจะดื่มสุราหนักมากขึ้น คือ มากกว่า 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ สาเหตุของการดื่มสุราก็เพราะเพื่อเข้าสังคม ตามเพื่อนและอยากทดลอง รวมทั้งอิทธิพลของการโฆษณาอย่างไม่หยุดยั้ง ดังจะเห็นได้จากมูลค่าโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ.2543-2549 มีมูลค่าการโฆษณาเฉลี่ยสูงกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี (ตารางที่ 4.51) ส่งผลให้ ใน พ.ศ.2549 รัฐบาลจึงผลักดันร่าง พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ....เข้าสู่สภานิติบัญญัติแห่งชาติโดยมีสาระสำคัญคือ ห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสื่อต่างๆ และห้ามไม่ให้มีการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

ภาพที่ 4.34 เปรียบเทียบการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อคน พ.ศ. 2543



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

ตารางที่ 4.47 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2549

ประเภทเครื่องดื่ม	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2547	2548	2549
การบริโภคสุราทั้งสิ้น (ล้านลิตร)	561.85	499.61	611.92	681.76	670.92	678.01	557.63	743.82	795.63	736.61	734.87	666.27	641.48	760.55	711.28	616.93	595.57	477.95
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	12.6	12.2	9.7
การบริโภคเบียร์ทั้งสิ้น (ล้านลิตร)	157.80	178.53	260.80	278.47	320.15	419.75	509.36	616.38	714.89	863.91	950.69	666.27	1,148.40	1,149.18	1,248.55	1,535.99	1,620.68	1,983.67
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	31.5	33.3	40.3
การบริโภคไวน์ทั้งสิ้น (ล้านลิตร)	2.14	0.89	0.83	1.49	1.52	1.51	1.39	2.39	4.40	3.85	4.30	8.39	12.91	16.34	19.20	27.04	26.50	18.80
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	0.55	0.54	0.38
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รวมทั้งสิ้น (ล้านลิตร)	721.80	679.04	873.56	961.73	992.59	1,099.28	1,088.39	1,362.60	1,514.93	1,604.38	1,689.87	1,340.94	1,802.81	1,926.08	1,979.03	2,170.95	2,242.76	2,479.70
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	44.7	46.1	50.3
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	NA	NA	NA
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	7,918.24	7,741.39	8,245.50

ที่มา : กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

หมายเหตุ : - การบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4.48 จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา พ.ศ.2534- พ.ศ. 2549

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
2547	49.4	16.1	13.6	2.5	35.3	59.3	11.7
2549	54.5	15.9	13.3	2.6	29.2	50.3	9.1

ที่มา : 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2546 และ พ.ศ. 2549 , สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการใน พ.ศ. 2546 ได้ทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ตอบสัมภาษณ์ด้วยตนเองเท่านั้น ถ้าไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์ก็จะไม่บันทึกข้อมูล จึงทำให้จำนวนประชากรที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้น้อยกว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศ

ตารางที่ 4.49 อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	2534		2539		2544		2546		2547		2549	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
11-14	-	-	0.2	0.05	-	-	0.5	0.4	0.5	0.3	0.9	0.4
15-19	21.7	2.1	20.8	1.0	19.9	1.9	33.5	5.6	25.5	3.3	24.2	2.9
20-24	59.5	5.4	56.0	5.7	55.8	7.2	70.4	11.8	59.7	10.1	58.1	8.2
25-29	66.7	9.2	67.6	6.9	68.1	10.2	75.7	16.8	72.8	13.1	64.2	9.8
30-34	68.6	11.9	67.7	9.5	67.0	12.3	76.5	20.0	72.9	13.5	66.1	12.0
35-39	66.2	15.3	69.0	12.2	69.2	14.2	73.3	19.2	73.6	17.6	64.8	14.3
40-49	65.1	15.6	65.8	12.9	67.5	14.2	73.0	21.7	73.7	17.4	64.6	13.2
50-59	56.1	14.2	59.9	10.1	58.7	11.5	64.5	14.4	70.2	13.5	56.3	10.0
60 ปีขึ้นไป	38.0	8.5	36.8	6.3	37.0	5.7	41.9	8.6	62.7	10.4	33.2	5.9
รวม	**53.7**	**9.5**	**50.1**	**7.4**	**55.9**	**9.8**	**60.8**	**14.5**	**59.3**	**11.7**	**50.3**	**9.1**

ที่มา : วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.50 ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุรา จำแนกตามความถี่ของการดื่มสุรา พ.ศ. 2539,พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549

ความถี่ของการดื่มสุรา	พ.ศ. 2539[1]	พ.ศ. 2544[2]	พ.ศ. 2546[1]	พ.ศ. 2547[2]	พ.ศ. 2549[2]
ดื่มทุกวัน	8.6	7.9	9.4	9.5	13.0
ดื่มค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง / สัปดาห์)	10.7	9.9	10.7	10.2	11.2
ดื่มเป็นบางวัน (1-2 ครั้ง / สัปดาห์)	17.4	17.2	17.7	18.6	21.1
ดื่มเดือนละ 1-2 ครั้ง	16.4	15.3	12.2	16.3	13.2
ดื่มนานๆ ครั้ง	46.2	49.4	50.0	45.5	41.5
ไม่ทราบ	0.6	0.3	-	-	-

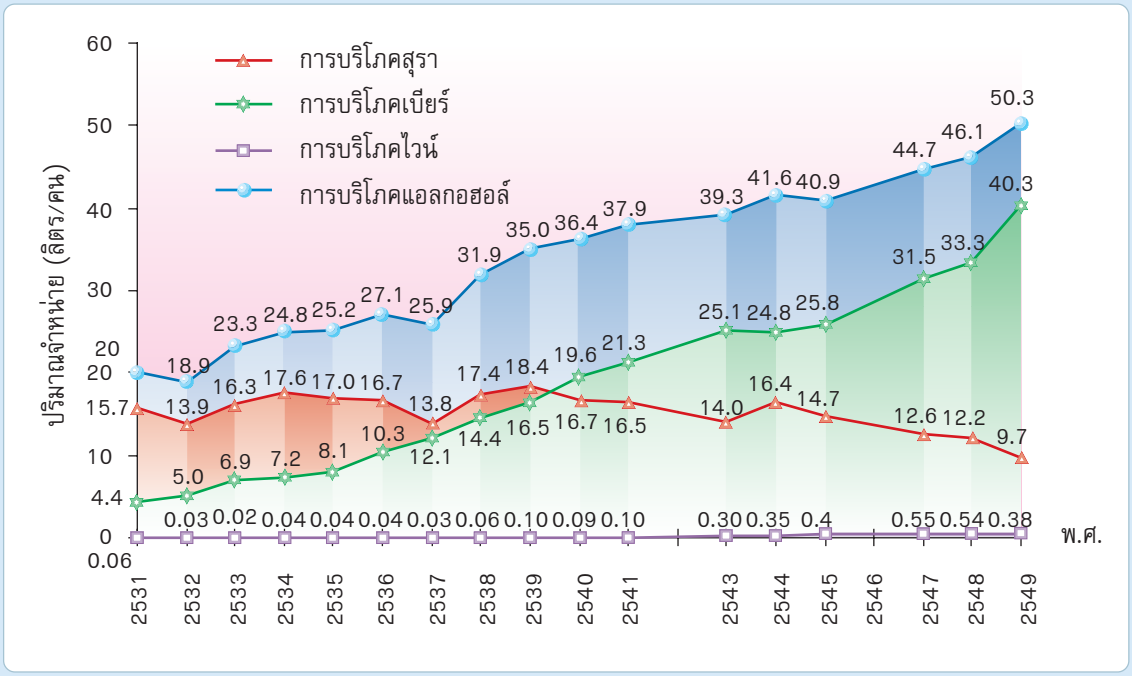
ที่มา : 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : [1]ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

[2]ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป

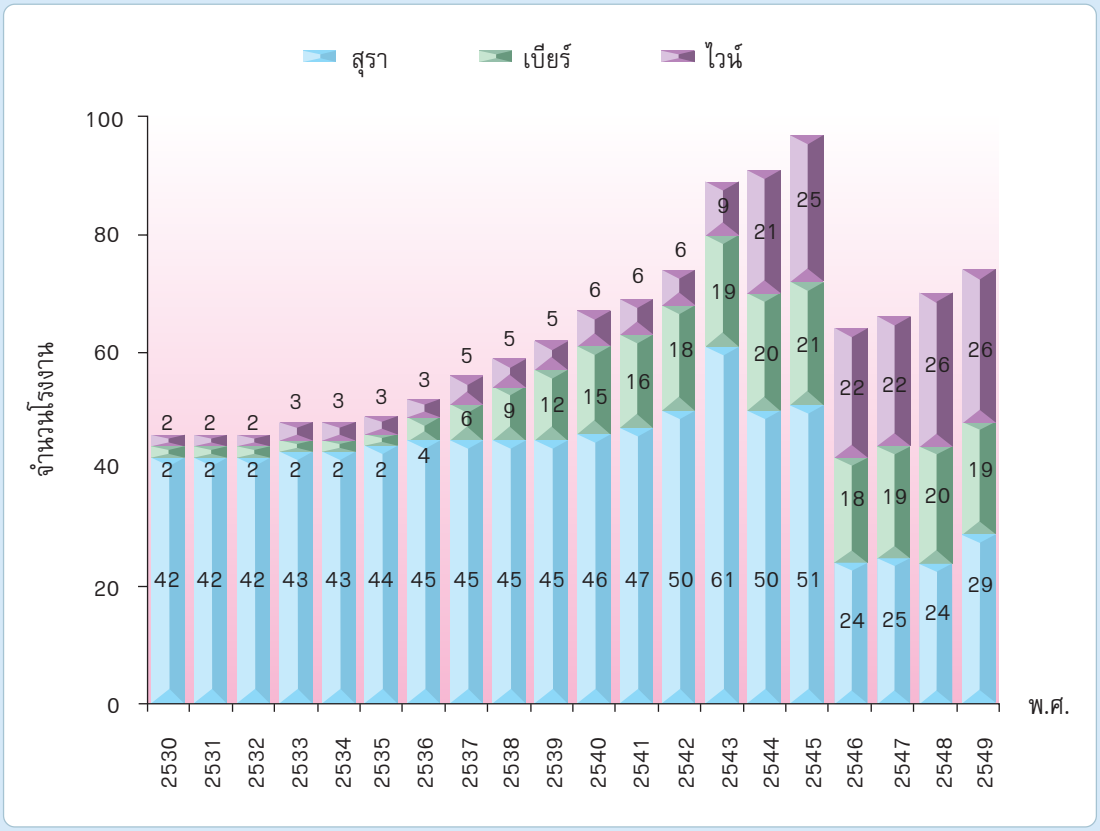
ภาพที่ 4.35 ปริมาณจำหน่ายสุรา เบียร์และไวน์ และปริมาณแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2531-พ.ศ. 2549



ที่มา : กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

หมายเหตุ : การบริโภคเฉลี่ยต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ภาพที่ 4.36 จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์ และไวน์ พ.ศ. 2530-พ.ศ. 2549



ที่มา : กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม

หมายเหตุ : พ.ศ. 2546- 2549 โรงงานสุรามีจำนวนลดลงเนื่องจากมีการปิดกิจการและมีการยุบรวมกัน

ตารางที่ 4.51 มูลค่าการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พ.ศ.2532-พ.ศ.2549

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
2547	2,007	-0.9
2548	2,302	+14.7
2549	2,000	-13.1

ที่มา : Media Data Resources (MDR)

8.5 การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน

การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอันเป็นผลมาจากการส่งเสริมการขายทุกรูปแบบ จาก 131.10 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2535 เป็น 310.05 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2540 จน กระทั่งวิกฤตเศรษฐกิจ ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามเมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัว การบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็น 991.06 ล้านลิตร ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.52)

ตารางที่ 4.52 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน (เครื่องดื่มบำรุงกำลัง) พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549

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
2547	741.35	786.80	16.14	+81.3
2548	1,020.81	968.07	19.88	+23.2
2549	1,003.80	991.06	20.12	+1.2

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 ยังพบว่าคนไทยมีความชุกของการบริโภครวมทั้ง 3 ประเภท ประมาณร้อยละ 23.7 โดยเป็นเพศชาย (ร้อยละ 36.6) สูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 11.1) ประมาณเกือบ 4 เท่า (ตารางที่ 4.53) สำหรับเหตุผลที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนประเภทต่างๆ เพราะแก้ง่วงนอน ทำให้สดชื่น ชอบในรสชาติ

ตารางที่ 4.53 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 มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมคาเฟอีนของคนไทย, 2543

หมายเหตุ : * ความชุกที่ปรับแล้ว (Adjusted Prevalence) ปรับตามสัดส่วนฐานประชากรแยกตามเพศ

8.6 การเสพสารเสพติด

ปัญหายาเสพติดมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนตามการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม โดยจะลุกลามเข้าสู่ชุมชน สถานประกอบการ ตลอดจนสถานศึกษา สำหรับประเทศไทยแม้ว่าจะมีมาตรการทางกฎหมายออกมาควบคุม มีการปราบปราม รวมทั้งการรณรงค์ต่างๆ มาโดยตลอด แต่สถานการณ์ของปัญหาสารเสพติดก็ยังไม่ลดลง สารเสพติดสำคัญที่กำลังแพร่ระบาดอยู่ในขณะนี้ที่สำคัญ คือ ยาบ้า แม้ประเทศกำลังเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจก็ตาม แต่การลักลอบจำหน่ายก็ไม่ลดลงกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติการจับกุมยาบ้าที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะชายแดนภาคเหนือของประเทศที่มีสัดส่วนการจับกุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.7 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 46.0 ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.54)

ตารางที่ 4.54 สถิติการจับกุมยาบ้า พ.ศ. 2536-พ.ศ. 2549

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
2547	31,169,919	10,021,603	32.1
2548	17,225,511	7,375,668	42.8
2549	13,480,000	6,195,800	46.0

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2546 มีจำนวนผู้ติดยาและสารเสพติดเข้ารับการบำบัดมากที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากในปีนี้รัฐบาลได้มีนโยบายกวดขันให้ผู้ติดยาและสารเสพติดเข้ามารับการรักษามากกว่าในช่วงปี 2544-2545 (ตารางที่ 4.55) และที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งก็คือ มีแนวโน้มว่านักเรียนเสพเพิ่มขึ้น กล่าวคือ มีการเสพยากระตุ้นหรือยาบ้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.2 ใน พ.ศ.2528 เป็นร้อยละ 1.5 ใน พ.ศ.2542 หรือเพิ่มขึ้นถึง 7.5 เท่า (ตารางที่ 4.56)

ตารางที่ 4.55 ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาล ประเทศไทย พ.ศ. 2530 -พ.ศ. 2549

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
2546	319,748	NA	NA	NA
2547	41,499	NA	NA	NA
2548	43,343	NA	NA	NA
2549	49,772	11,323	38,449	77.2

ที่มา : 1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : พ.ศ. 2546-พ.ศ. 2548 มีการเปลี่ยนแปลงการรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติดใหม่ โดยไม่มีการเก็บข้อมูลรายละเอียดประเภทผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด

ตารางที่ 4.56 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 สำหรับประเภทของยาเสพติดที่นักเรียน-นักศึกษาเกี่ยวข้องสูงสุดคือ ยาบ้า คิดเป็นร้อยละ 58.5 ของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (ตารางที่ 4.57)

ตารางที่ 4.57 ผลการประมาณการจำนวนนักเรียนและนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดจำแนกตามประเภทของยาเสพติด พ.ศ. 2544

ลำดับที่	ประเภทของยาเสพติด ที่นักเรียน นักศึกษาเกี่ยวข้อง	ผลการประมาณการ จำนวนนักเรียน-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-นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาทุกสังกัดทั่วประเทศ, 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 4.58)

ตารางที่ 4.58 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)	19.7(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 : รายงานผลโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

8.7 การออกกำลังกายและพักผ่อน

8.7.1 การออกกำลังกาย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2547 พบว่า **มีคนไทยประมาณร้อยละ 29.1 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ**[19] (ตารางที่ 4.59) อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงแนวโน้มของการออกกำลังกายเป็นประจำในช่วง พ.ศ. 2530-2547 พบว่า **คนไทยมีแนวโน้มออกกำลังกายไม่คงที่** เฉลี่ยปีละประมาณร้อยละ 20-30 (ตารางที่ 4.59) โดย**เพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง** (ภาพที่ 4.37) และมากกว่าครึ่งของผู้ที่ออกกำลังกายมีอายุต่ำกว่า 15 ปี การออกกำลังกายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.37)

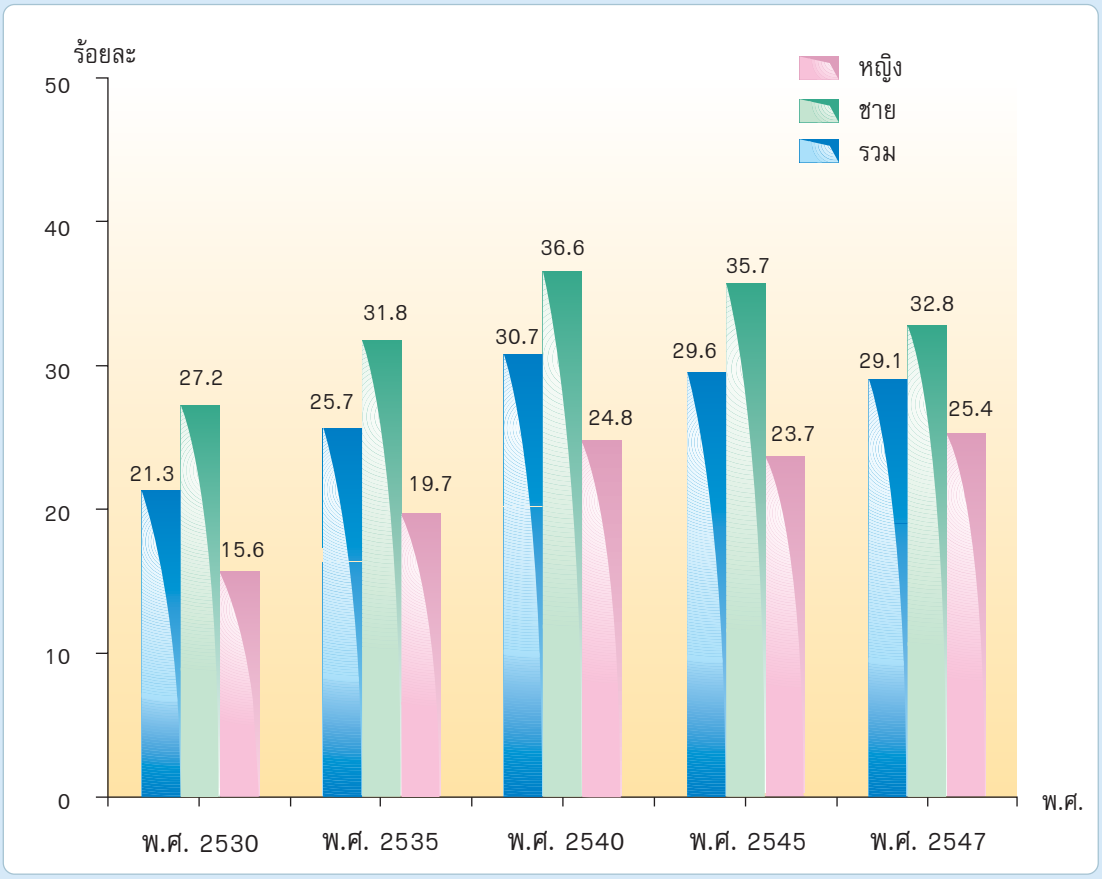
[19] การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสนุกสนาน เพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่ายๆ หรือมีกฎกติกาการแข่งขันง่าย ๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกาย การยกน้ำหนัก เป็นต้น (ยกเว้นการออกกำลังกายในอาชีพและการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน)

ตารางที่ 4.59 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ พ.ศ. 2530-พ.ศ. 2547

พ.ศ.	ร้อยละของการออกกำลังกาย	
	ออกกำลังกายเป็นประจำ	อัตราการเปลี่ยนแปลง
2530	21.3	-
2535	25.7	+20.7
2540	30.7	+19.5
2545	29.6	-3.6
2547	29.1	-1.7

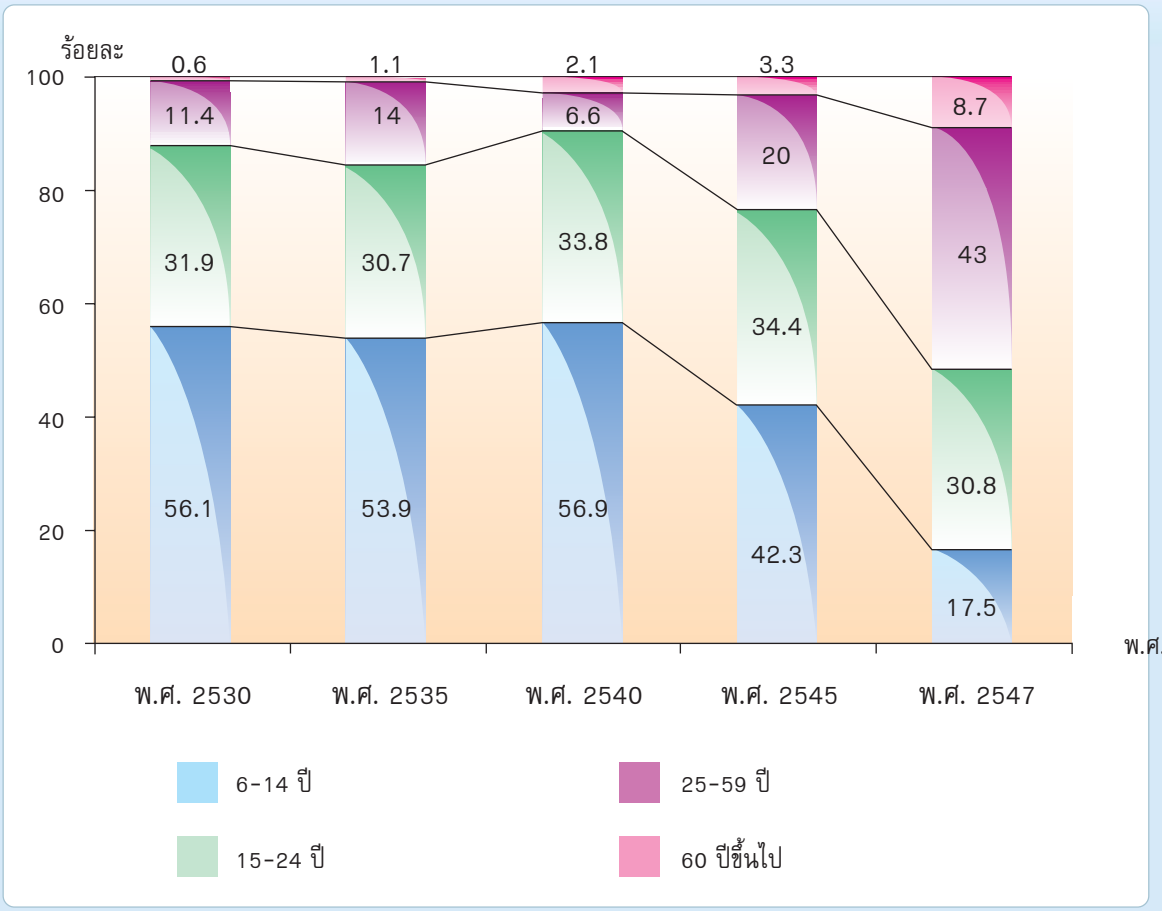
ที่มา :
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2530, 2535, 2540 และ พ.ศ.2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.37 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2530-พ.ศ. 2547



ที่มา :
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2540 และ พ.ศ.2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.38 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2530-พ.ศ. 2547

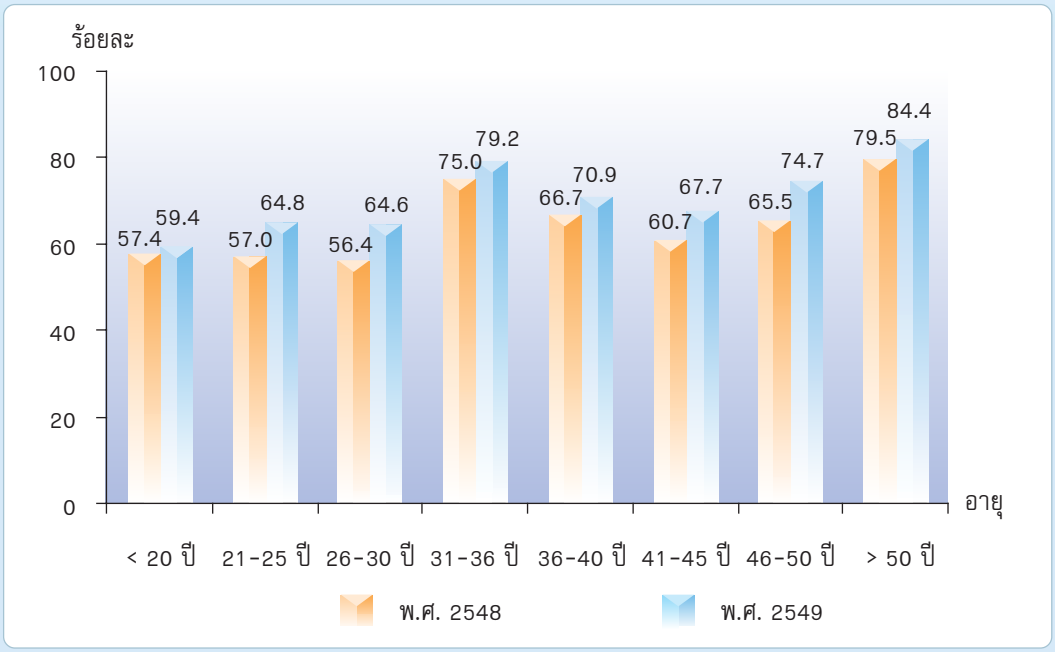


ที่มา : 1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ จากการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 ของชีวจิตโพล พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4.2 และใช้เวลาครั้งละ 2.44 ชั่วโมง เพิ่มขึ้นจากปี 2548 ถึง 2 เท่า แต่เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า วัยรุ่นครองแชมป์ขี้เกียจออกกำลังสูงสุด โดยมีอัตราเพิ่มเพียงร้อยละ 2.0 (ภาพที่ 4.39) ทั้งนี้ นักเรียน นักศึกษาส่วนใหญ่มองข้ามการดูแลสุขภาพเพราะเห็นว่าตนเองร่างกายแข็งแรงอยู่แล้ว จึงไม่ใส่ใจการออกกำลังกายเท่าที่ควรแตกต่างจากกลุ่มคนทำงานซึ่งใส่ใจการออกกำลังกายเป็นพิเศษ เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมอยู่เสมอและเป็นการคลายความตึงเครียดจากงานอีกวิธีหนึ่ง

ภาพที่ 4.39 สัดส่วนการออกกำลังกายของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2548 -พ.ศ. 2549



ที่มา : ชีวจิตโพล โครงการ 3, บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้เกณฑ์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพพบว่าประชาชน **กว่าร้อยละ 60 ออกกำลังกายมากกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน และมีประมาณร้อยละ 80-90 ออกกำลังกาย แต่ละครั้งนาน 30 นาทีขึ้นไป** (ตารางที่ 4.60 และ 4.61) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ออกกำลังกายติดต่อกันนานกว่า 7 เดือน คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงมาร้อยละ 18.1 เป็นผู้ที่ออกกำลังกายมานาน 1-3 เดือน (ภาพที่ 4.40)

ตารางที่ 4.60 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามความถี่ในการปฏิบัติต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2530 - พ.ศ.2547

จำนวนวันที่ออกกำลังกายต่อสัปดาห์	พ.ศ.2530	พ.ศ.2535	พ.ศ.2545	พ.ศ.2547
น้อยกว่า 3 วัน	38.4	37.0	31.8	34.2
3 วันขึ้นไป	61.6	62.9	68.2	65.8
รวม	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

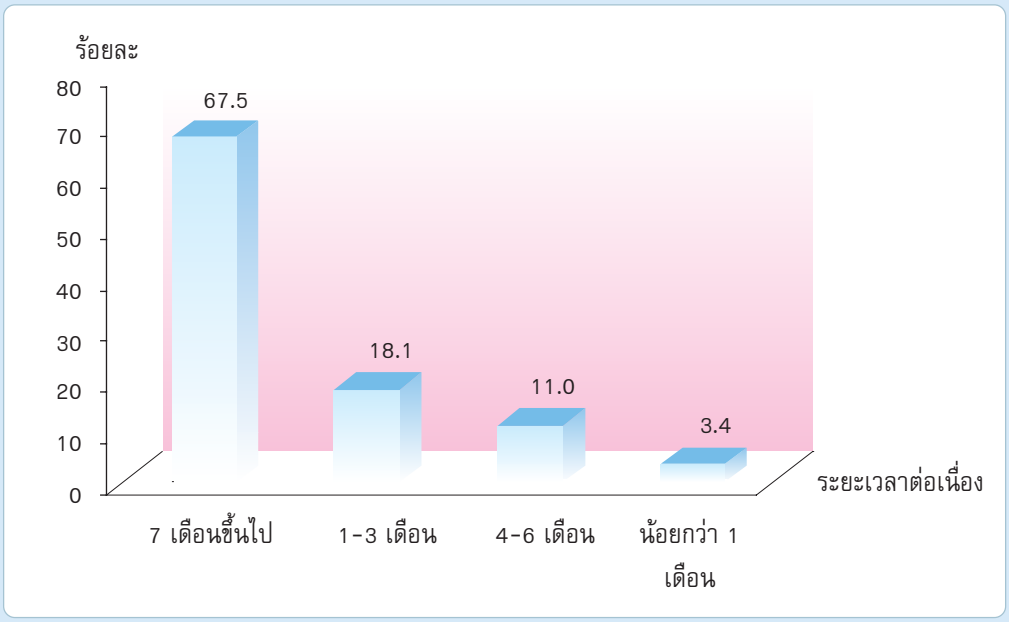
ที่มา :
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2530, พ.ศ. 2535 และ พ.ศ.2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.61 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**	**100.0**

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

ภาพที่ 4.40 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามระยะเวลาที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2547



ที่มา : รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับประเภทของการออกกำลังกายที่ประชาชนส่วนใหญ่ นิยมเพิ่มขึ้นคือ วิ่ง เต้นแอโรบิค ขณะที่การเล่นกีฬาทั่วไปและการเดินลดลงจากเดิม (ตารางที่ 4.62) สถานที่ที่ประชาชนนิยมไปออกกำลังกายขึ้นอยู่กับประเภทของการออกกำลังกาย รวมทั้งความพร้อมและความสะดวกสบายของสถานที่ อย่างไรก็ตามพบว่า **สนามกีฬาของสถานศึกษา** จะเป็นสถานที่หลักในการออกกำลังกาย รองลงมาคือ ที่ว่างและบริเวณบ้าน

ตารางที่ 4.62 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามประเภทของการ ออกกำลังกาย พ.ศ. 2544, 2547

ประเภท	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2547
เล่นกีฬา	55	51
วิ่ง	16	18
แอโรบิค	4	14
เดิน	16	12

ที่มา : รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อนึ่ง จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายพร้อมกันทั่วประเทศโดยได้จัดงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ 4 ครั้ง รวมทั้งได้สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมกีฬาและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ผลจากการดำเนินการดังกล่าวทำให้มีประชาชนสนใจเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น จาก 0.3 ล้านคน ใน พ.ศ. 2545 เป็น 8.6 ล้านคน ใน พ.ศ. 2546 และ เพิ่มสูงขึ้นเป็น 43.1 ล้านคน ใน พ.ศ. 2547 ทั้งนี้ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเร่งรัดการดำเนินงาน โดยได้กำหนดเป้าหมายที่จะให้มีผู้ร่วมออกกำลังกายในงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ ครั้งที่ 3 เพิ่มขึ้นเป็น 33 ล้านคน แต่หลังจากนั้นกลับลดลงมาเหลือเพียง 8.8 ล้านคน ใน พ.ศ. 2548 (ตารางที่ 4.63)

ตารางที่ 4.63 จำนวนประชาชนที่มาเข้าร่วมออกกำลังกายในงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ

จำนวนประชาชนที่มาออกกำลังกาย	งานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ			
	ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2545)	ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2546)	ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2547)	ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2548)
ส่วนกลาง	46,894	76,986	290,100	83,719
ส่วนภูมิภาค	271,873	8,584,103	42,820,543	8,717,208
รวม	**318,767**	**8,661,089**	**43,110,643**	**8,801,017**

ที่มา :
1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. สำนักงานเลขานุการกรม กรมควบคุมโรค

8.8.1 การพักผ่อน

ผลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชากรวัยแรงงาน พ.ศ.2539-2540 พบว่า ประชากรวัยแรงงานนอนหลับเฉลี่ยวันละ 7.6 ชั่วโมง มีประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรวัยแรงงานที่นอนหลับระหว่าง 7-8 ชั่วโมง โดยพบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นระยะเวลาในการนอนหลับมากกว่า 8 ชั่วโมงจะลดลง และจากการสำรวจ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547 พบใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงใช้เวลานอนหลับเฉลี่ยวันละ 8.3 ชั่วโมง โดยเด็กใช้เวลาในการนอนมากที่สุดเฉลี่ยวันละ 9.3 ชั่วโมง รองลงมาเป็นผู้สูงอายุ เยาวชน และวัยทำงาน ตามลำดับ (ตารางที่ 4.64 และตารางที่ 4.65)

สำหรับการใช้เวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจ พบว่า ใน พ.ศ. 2547 คนไทยใช้เวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจเฉลี่ยวันละ 3.6 ชั่วโมง ซึ่งสูงกว่า พ.ศ. 2544 ถึง 1.8 เท่า โดยผู้ชายใช้เวลาพักผ่อนหย่อนใจมากกว่าผู้หญิง (ตารางที่ 4.65)

ตารางที่ 4.64 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 4.65 เวลาที่ใช้โดยเฉลี่ยในการนอนและพักผ่อนหย่อนใจแต่ละวันนับเป็นชั่วโมงจำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547

กิจกรรม	10-14		15-24		25-59		60+		รวม	
	2544	2547	2544	2547	2544	2547	2544	2547	2544	2547
ชาย										
การนอน	9.2	9.3	8.4	8.5	8.4	8.2	10.6	8.8	8.7	8.4
การพักผ่อนหย่อนใจ*	2.2	4.6	2.4	4.4	2.0	3.3	2.4	4.3	2.2	3.8
หญิง										
การนอน	9.2	9.1	8.4	8.2	8.4	7.9	10.6	8.8	8.7	8.2
การพักผ่อนหย่อนใจ*	1.7	4.2	1.6	3.5	1.8	3.1	2.4	4.1	1.8	3.4
รวม										
การนอน	9.3	9.2	8.6	8.4	8.5	8.0	10.4	8.8	8.8	8.3
การพักผ่อนหย่อนใจ*	2.0	4.4	2.1	4.0	1.9	3.2	2.4	4.2	2.0	3.6

ที่มา : รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : * รวมกิจกรรมเชิงสังคมและวัฒนธรรมด้วย

8.8 พฤติกรรมการขับขี่รถ

8.8.1 การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์

ผลจากการสำรวจการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ทุกประเภท พบว่า แม้จะมีกฎหมายบังคับให้ผู้ขับหรือผู้โดยสารรถยนต์ต้องคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งแต่กลับพบว่ามีผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถลดลงจากร้อยละ 35.8 ใน พ.ศ. 2539 เหลือเพียงร้อยละ 31.3 ใน พ.ศ. 2549 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.66)

9.8.2 การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์

สำหรับการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งของประชาชนขณะขับขี่รถจักรยานยนต์มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงเช่นเดียวกันกับการคาดเข็มขัดนิรภัย กล่าวคือ มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่ลดลงจากร้อยละ 29.0 ใน พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นปีที่มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัยในประเทศไทยเป็นครั้งแรก เป็นร้อยละ 18.6 ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.67)

ตารางที่ 4.66 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]	พ.ศ. 2547[4]	พ.ศ. 2549[1]
รถมีเข็มขัดนิรภัย								
- ใช้ทุกครั้งที่ขับรถ	4.3	35.8	35.7	25.9	27.1	23.5	30.4	31.3
- ใช้เป็นบางครั้ง	11.7	28.0	29.6	32.2	44.2	39.7	16.9	45.2
- ไม่เคยใช้	12.6	6.3	34.7	13.9	12.1	32.2	11.5	21.9
รถที่ขับไม่มีเข็มขัดนิรภัย	64.6	29.9	-	-	4.4	2.4	-	1.6

ที่มา : (1) พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 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

(4) พ.ศ. 2547 ได้จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : พ.ศ. 2544 สอบถามการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ที่ขับและผู้ที่โดยสารรถยนต์ตอนหน้า อายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4.67 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]	พ.ศ. 2547[3]	พ.ศ. 2549[1]
- สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่	7.2	29.0	32.0	16.1	16.0	34.4	18.6
- สวมหมวกนิรภัยเป็นบางครั้ง	21.7	55.4	44.2	64.3	49.5	31.0	59.7
- มีหมวกนิรภัยแต่ไม่เคยใช้	11.0	6.0	15.8	10.3	32.8	15.9	21.7
- ไม่มีหมวกนิรภัย	59.8	9.3	-	9.1	-	-	-

ที่มา : (1)พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. , พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 ได้จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

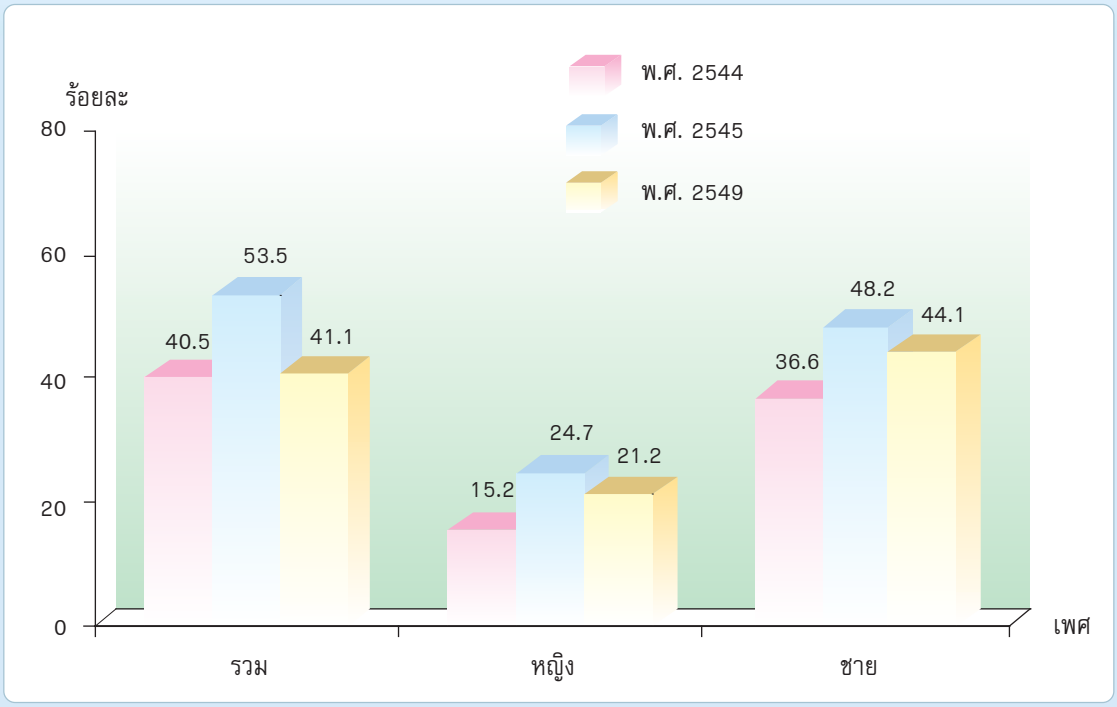
(2)พ.ศ. 2543 ได้จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี), กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(3)พ.ศ. 2547 ได้จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : พ.ศ. 2544 สอบถามการสวมหมวกนิรภัยของผู้ที่ขับขี่และผู้ที่ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ อายุ 15 ปีขึ้นไป

การขับรถภายหลังการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร แม้ว่าประเทศไทยได้มีการรณรงค์รวมทั้งมีกฎหมายควบคุมห้ามมิให้ผู้ที่ดื่มสุรา จนมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าที่กำหนดขับรถแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงพบสัดส่วนของประชากรที่ขับรถภายหลังดื่มสุราเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30 หรือเพิ่มจากร้อยละ 40.5 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 41.1 ใน พ.ศ. 2549 โดยเป็นชายในสัดส่วนที่สูงกว่าหญิงกว่า 2 เท่า (ภาพที่ 4.41)

ภาพที่ 4.41 สัดส่วนของประชากรที่ขับรถภายหลังการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ



ที่มา : รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544,พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

8.9 พฤติกรรมทางเพศ

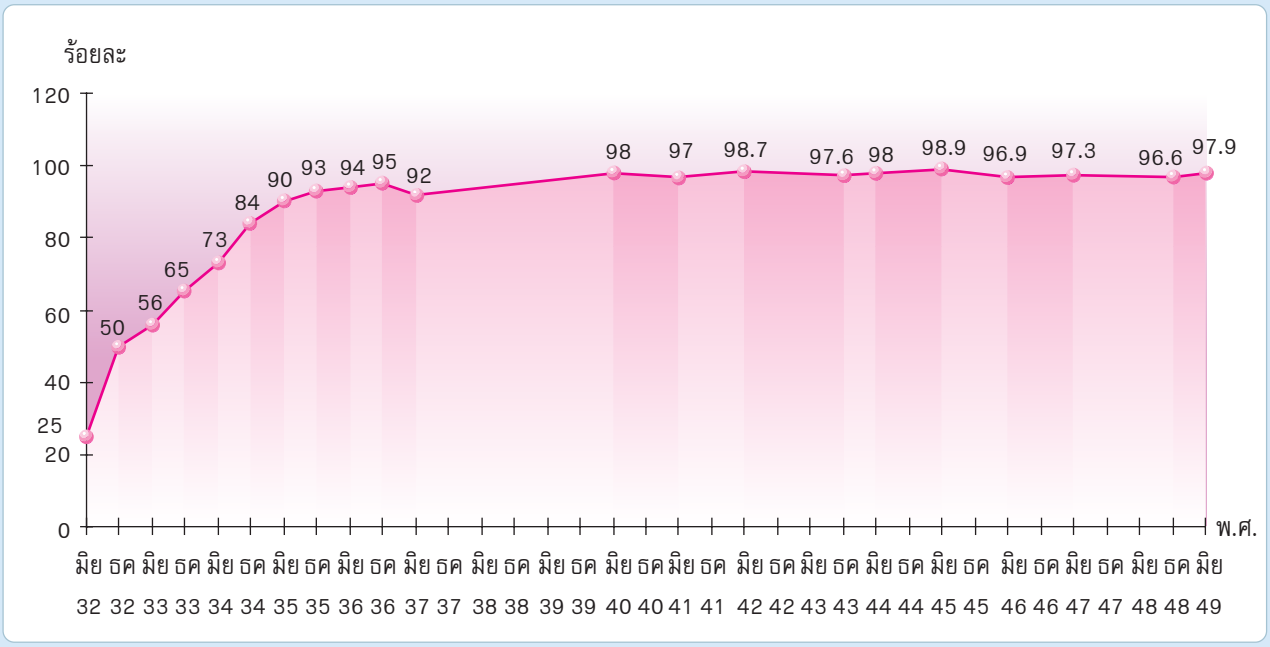
ผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการติดเชื้อเอดส์ และจากการรณรงค์ที่ผ่านมาทำให้ประชาชนระมัดระวังตนเองในการเที่ยวหญิงขายบริการมากขึ้น จึงทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 25 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 97.9 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 4.42) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า ประชาชนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่มิใช่หญิงขายบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่เร็วขึ้น และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย

จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทยในช่วง 12 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2538-พ.ศ.2549) พบว่า ทหารเกณฑ์และคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ**ลดลง** ยกเว้นใน พ.ศ. 2546 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยขณะที่การมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น โดยเฉพาะในทหารเกณฑ์กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.43 และ 4.44) อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพิ่มขึ้นแต่สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการมากกว่าบุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน (ภาพที่ 4.45 และ 4.46) ส่วนคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมและหญิงที่มาฝากครรภ์ มีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์ กับคู่นอนประเภทต่างๆ ลดลง (ภาพที่ 4.47 และ 4.48) และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์**เพิ่มขึ้น** ยกเว้นใน พ.ศ. 2546 ที่พบสัดส่วนของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นลดลง (ภาพที่ 4.49 และ 4.48)

สำหรับกลุ่มวัยรุ่น พบว่า การมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มต่างๆ (แฟน คนรัก เพื่อนสนิท หญิงขายบริการ

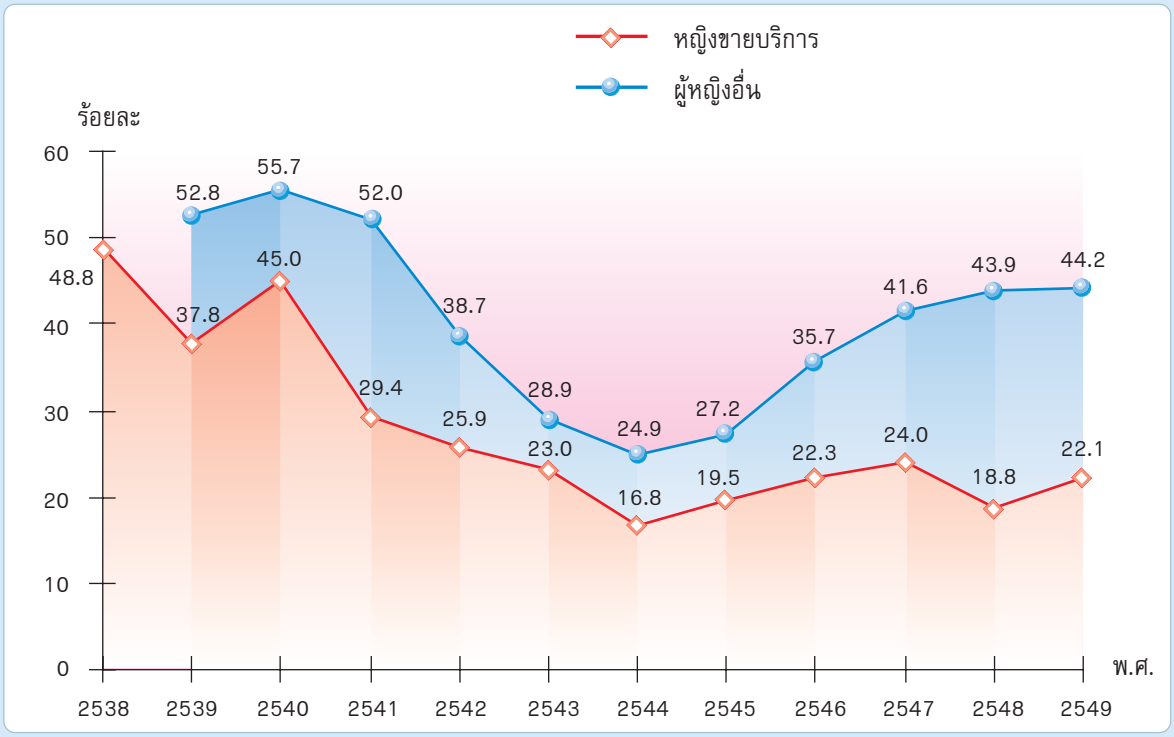
และผู้หญิงอื่น) ลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 4.50) และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการสูงกว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นๆ (ภาพที่ 4.51) แต่จากการศึกษาของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยผลสำรวจในครั้งนี้พบว่า เยาวชนอายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เกินกว่า 2 ใน 3 คือ ร้อยละ 45.0 ระบุเคยมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ร้อยละ 55.0 ระบุไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ ในกลุ่มคนที่เคยมีเพศสัมพันธ์นั้น ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 85.0 ระบุมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน / คู่รัก รองลงมาคือ ร้อยละ 7.5 ระบุเพื่อนร่วมโรงเรียน/สถาบัน ร้อยละ 3.5 ระบุเพื่อนต่างโรงเรียน/สถาบัน ตามลำดับ โดยสถานการณ์ที่เป็นตัวผลักดันให้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนั้น พบว่า ร้อยละ 66.9 ระบุมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพราะความรู้สึกรัก /ชอบ รองลงมาคือ ร้อยละ 34.2 ระบุการที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับเพศตรงข้าม ร้อยละ 28.8 ระบุมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพราะความอยากลอง ร้อยละ 9.9 ระบุจากการดื่มเหล้า ร้อยละ 7.1 ระบุดูหนังโป๊ / สื่อลามก และร้อยละ 4.9 ระบุเพื่อนชวน ตามลำดับ นอกจากนี้ จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม สำรวจในปี พ.ศ. 2549 ยังพบอีกว่า วัยรุ่นอายุ 18-19 ปี ในกรุงเทพมหานครมีเพศสัมพันธ์แล้วถึงร้อยละ 67 ในผู้ชาย และร้อยละ 44 ในผู้หญิง และในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์นี้อายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 15.5 ปีในผู้ชายและ 16.5 ปี ในผู้หญิง (ภาพที่ 4.52)

ภาพที่ 4.42 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการ พ.ศ. 2532- พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

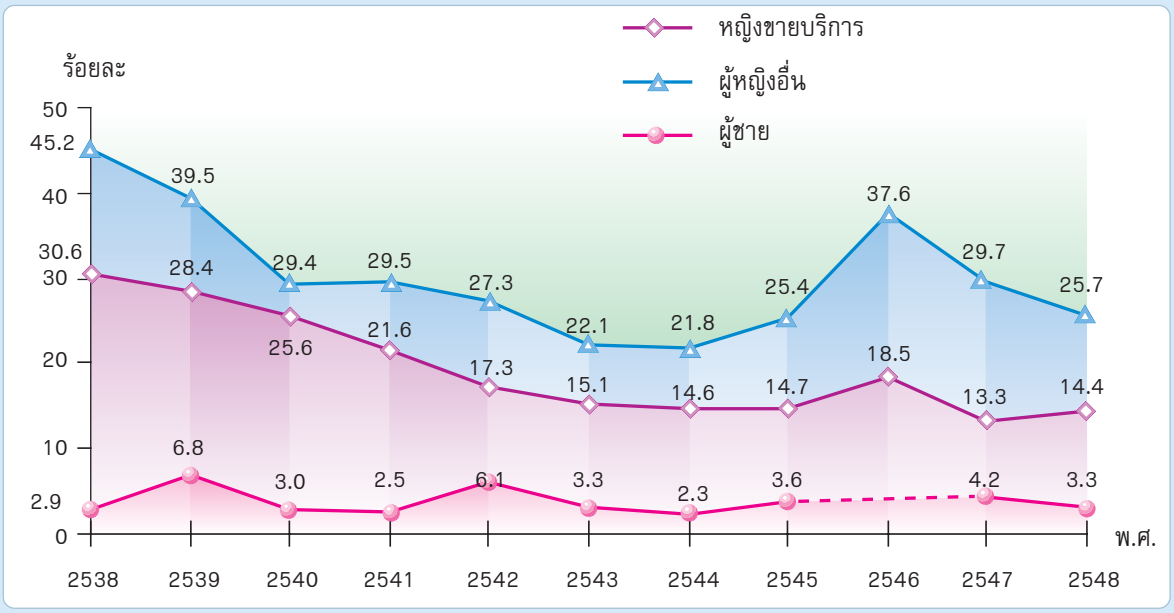
ภาพที่ 4.43 สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-12 พ.ศ.2538-พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-12 (พ.ศ. 2538-2549)

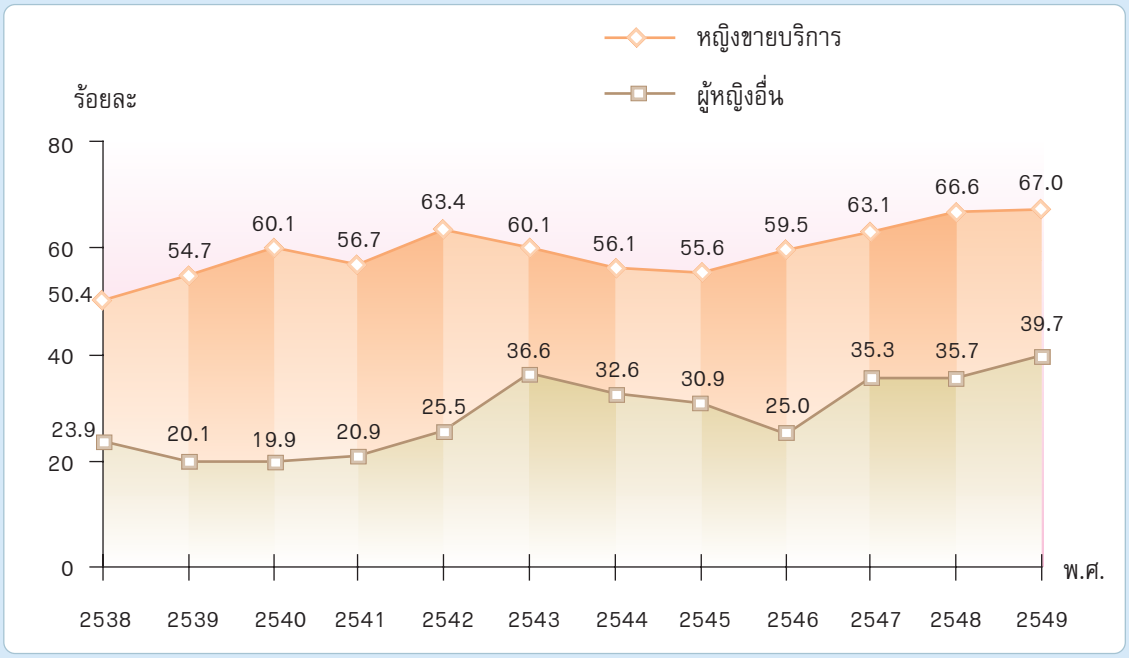
ภาพที่ 4.44 สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-11 พ.ศ.2538-พ.ศ. 2548



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-11 (พ.ศ. 2538-2548)

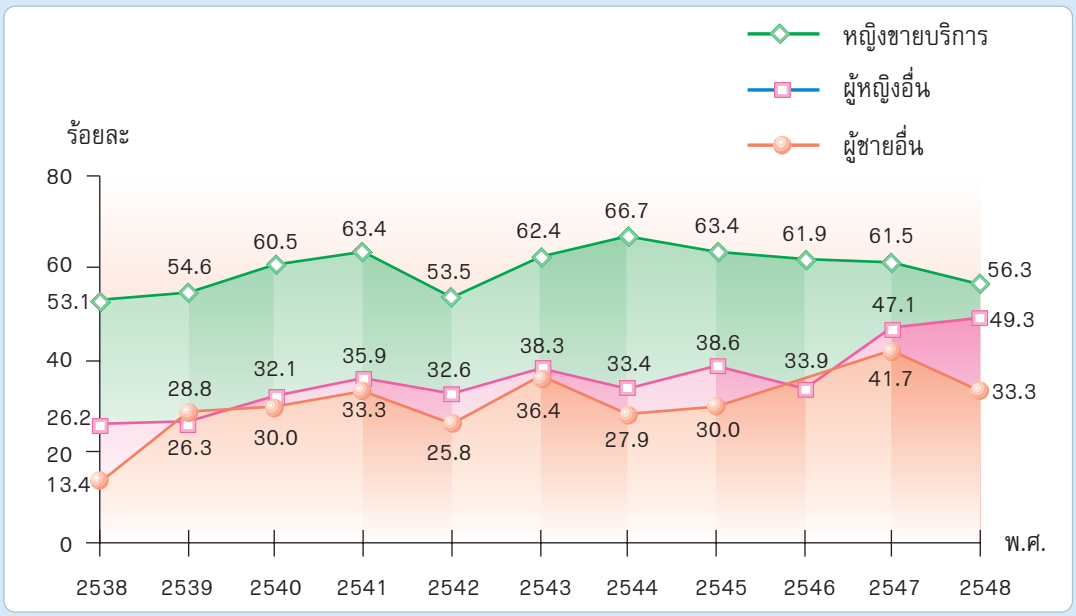
ภาพที่ 4.45 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ของทหารเกณฑ์ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-12 พ.ศ.2538-พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-12 (พ.ศ. 2538-2549)

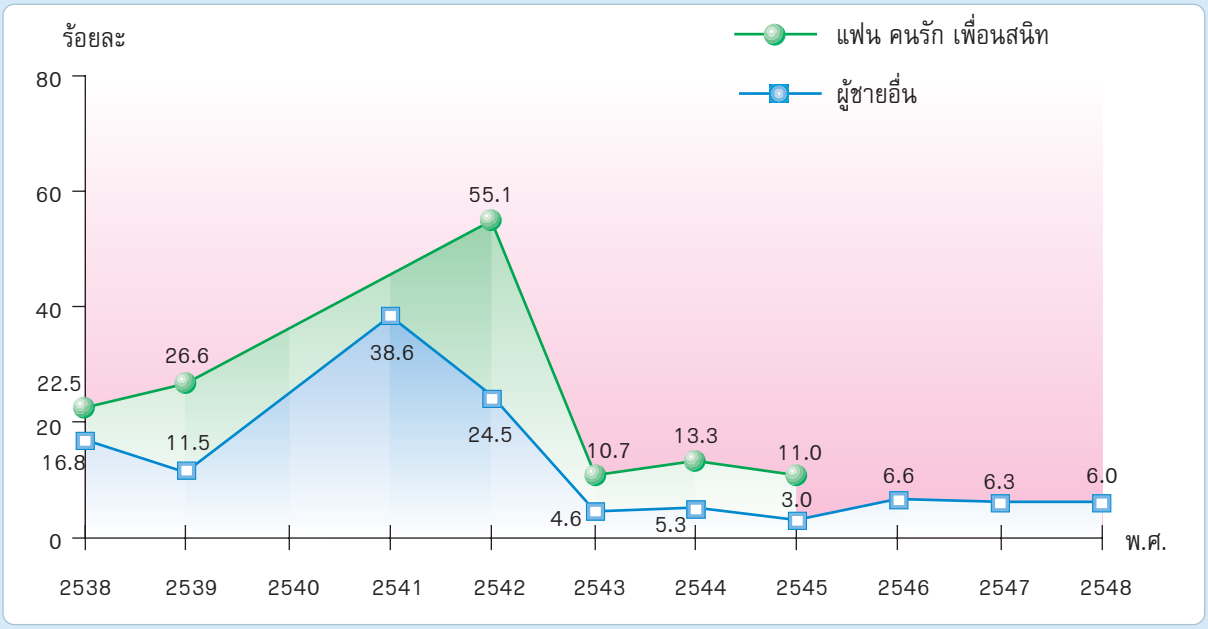
ภาพที่ 4.46 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-11 พ.ศ.2538-พ.ศ. 2548



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-11 (พ.ศ. 2538- 2548)

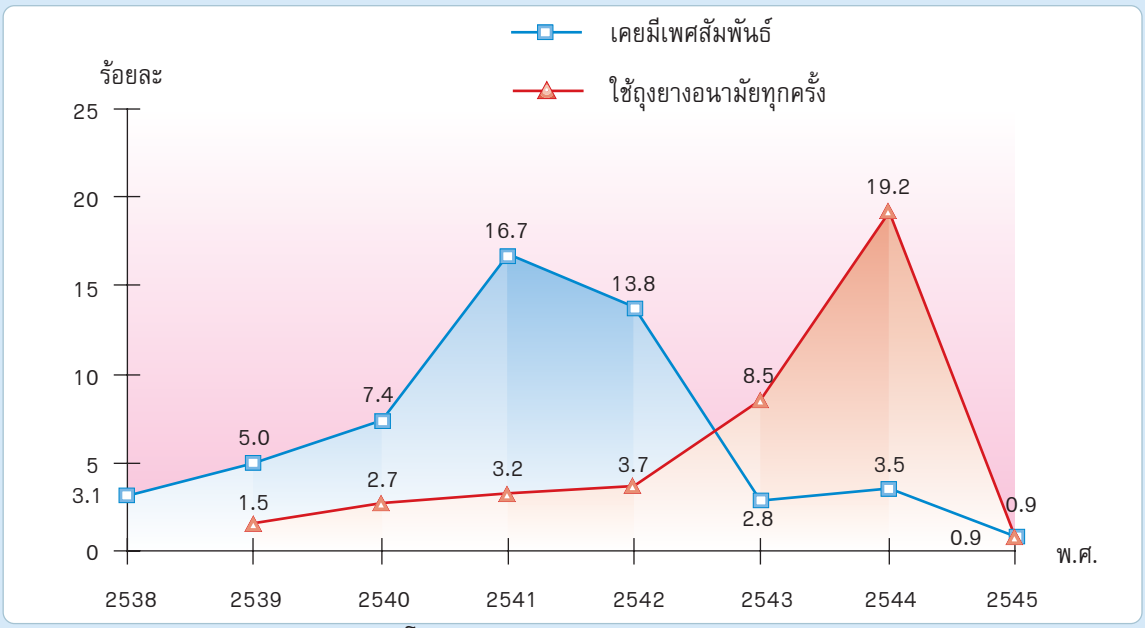
ภาพที่ 4.47 สัดส่วนของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-11 พ.ศ.2538-พ.ศ. 2548



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-11 (พ.ศ. 2538-2548)

ภาพที่ 4.48 สัดส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมาของหญิงที่มาฝากครรภ์และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยรอบที่ 1-8 พ.ศ. 2538- พ.ศ. 2545

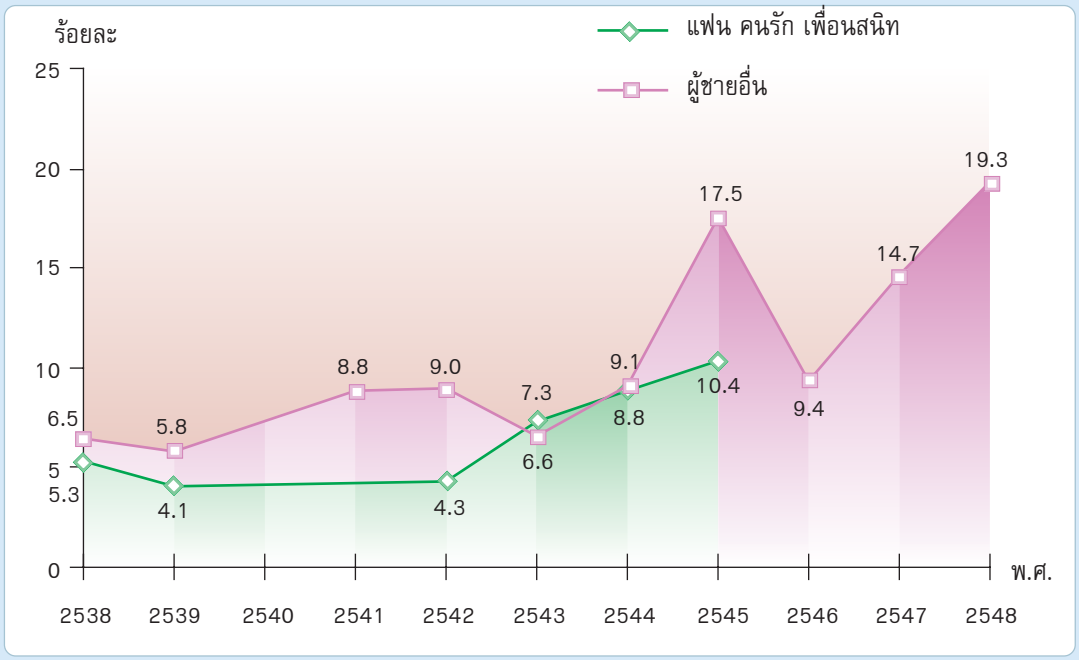


ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ไม่มีการสำรวจในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์

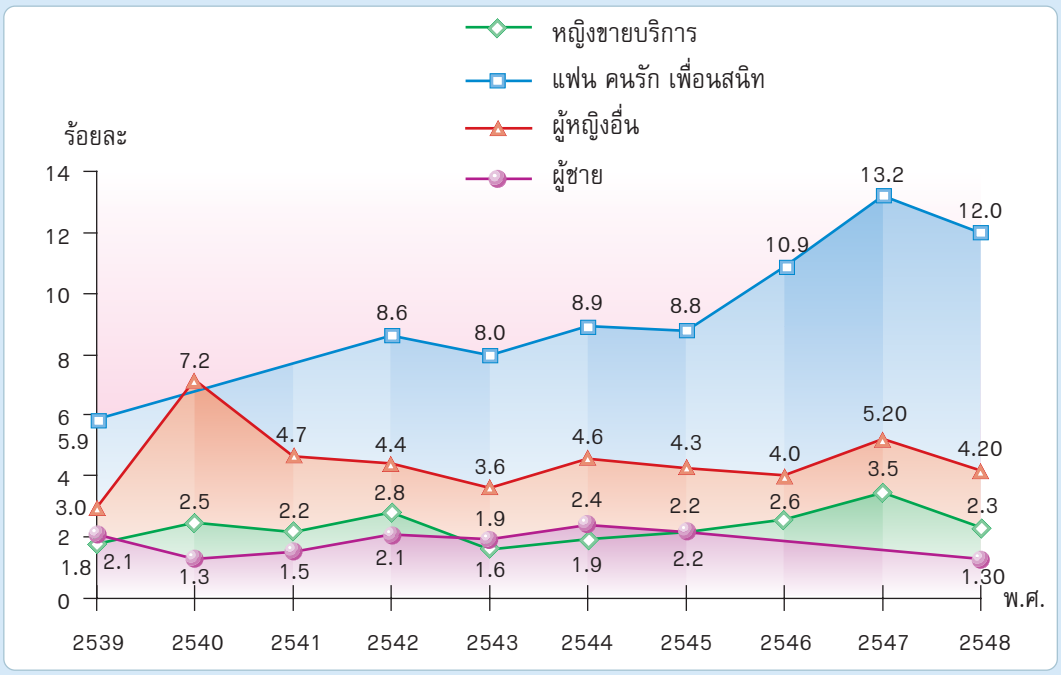
ภาพที่ 4.49 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-11 พ.ศ. 2538-พ.ศ. 2548



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-11 (พ.ศ. 2538-2548)

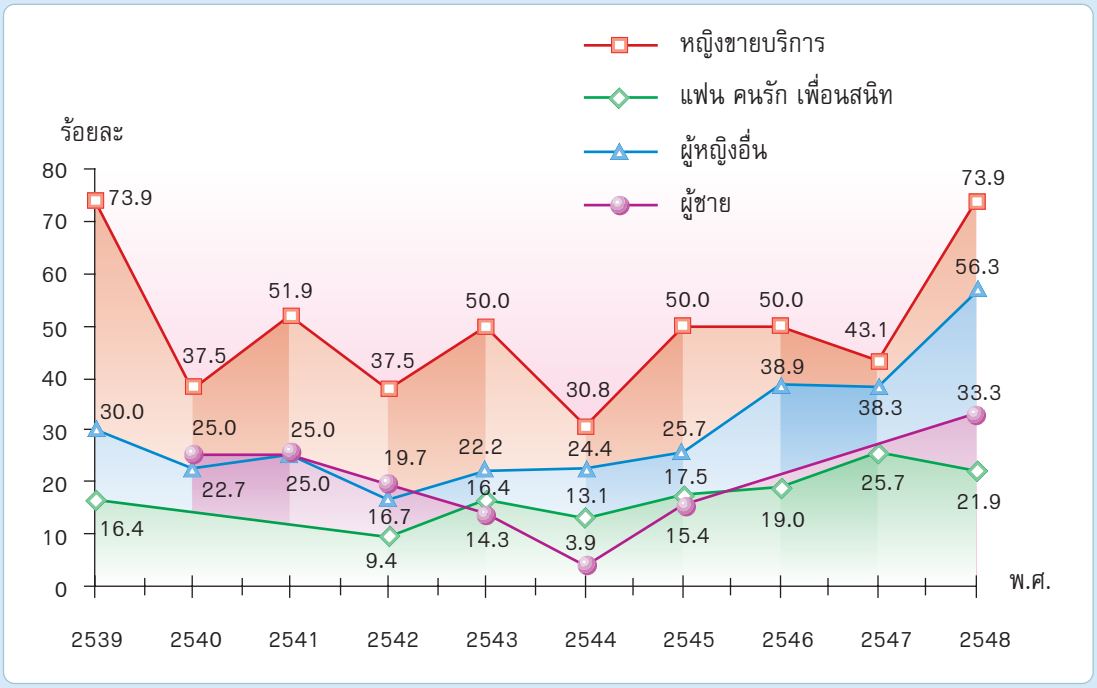
ภาพที่ 4.50 สัดส่วนของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-11 พ.ศ.2539-พ.ศ. 2548



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 2-11 (พ.ศ. 2539-2548)

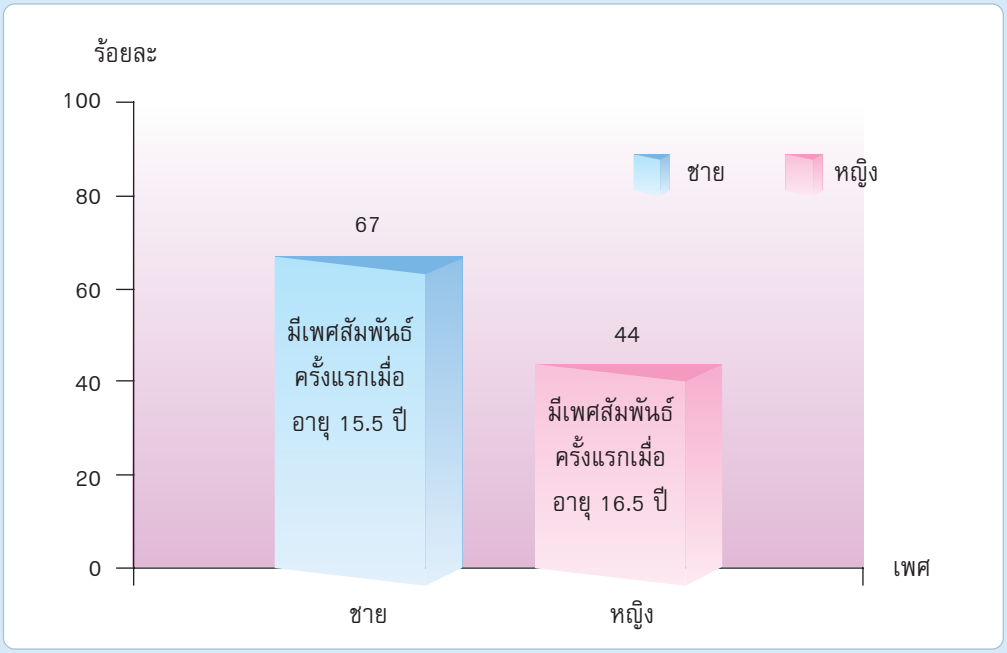
ภาพที่ 4.51 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-11 พ.ศ.2539-พ.ศ. 2548



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 2-11 (พ.ศ. 2539-2548)

ภาพที่ 4.52 ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 18-19 ปี ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ของผู้เคยมีเพศสัมพันธ์) ในกรุงเทพฯ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2549



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคเอดส์และความรู้เรื่องยาต้านเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2549

8.10 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ

การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ในภาพรวมทั้งประเทศประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้น จากร้อยละ 15.5 ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 33.7 ใน พ.ศ.2539 และซื้อยากินเองน้อยลงจาก ร้อยละ 51.4 ใน พ.ศ.2513 เหลือเพียงร้อยละ 37.9 ใน พ.ศ.2539 ในขณะที่ใช้บริการจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนในสัดส่วนที่ลดลง จากร้อยละ 22.7 ใน พ.ศ.2513 เป็นร้อยละ 18.7 ใน พ.ศ.2539 อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพ โดยพบว่า ประชาชนใช้บริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้นจากร้อยละ 33.7 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 46.2 ใน พ.ศ. 2549 ขณะที่การซื้อยากินเองลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ 37.9 เป็นร้อยละ 25.1 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 4.68)

ตารางที่ 4.68 รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (หน่วย : ร้อยละ)

การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	2513 IPSR	2522 IPSR	2528 IPSR	2534 HWS	2539 PHS	2539 HWS	2544 HWS	2546 HWS	2547 HWS	2549 HWS
รวบเขตชนบทและเขตเมือง										
ไม่ทำอะไร	2.7	4.2	15.9	15.9	0.5	6.9	5.4	5.9	5.3	5.1
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ	7.7	6.3	2.4	5.7	4.2	2.8	2.5	2.9	4.4	2.3
ซื้อยากินเอง	51.4	42.3	28.6	38.3	17.1	37.9	24.2	21.5	20.9	25.1
สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	4.4	16.8	14.7	14.8	34.5	20.8	17.4	23.9	24.6	16.3
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.5	12.9	19.4	12.9	34.8	33.1	30.2	29.9
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	22.7	20.4	21.8	12.4	24.2	18.7	15.0	19.4	22.7	26.3
เขตชนบท										
ไม่ทำอะไร				15.6	0.4	6.7	5.8	6.0	5.0	
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ				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	
เขตเมือง										
ไม่ทำอะไร				17.9	0.7	7.5	4.4	5.4	6.1	
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ				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, 2549
3. PHS: Provincial Health Survey, BHPP 2539

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

8.11 แนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย

เมื่อพิจารณาสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ตามกรอบของปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรค อันได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคยา การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน การเสพสารเสพติด การออกกำลังกายและการพักผ่อน ความปลอดภัยในการขับขี่รถ พฤติกรรมทางเพศ และการดูแลตนเองด้านสุขภาพรวมทั้งการใช้บริการสุขภาพ พบแนวโน้มในแต่ละปัจจัย ดังนี้

การบริโภคอาหาร พบว่า คนไทยบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันไม่ถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (400-800 กรัมต่อวัน) แต่มีแนวโน้มบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้น รวมทั้งการบริโภคขนมขบเคี้ยวต่างๆ ในเด็กที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การบริโภคยา คนไทยยังมีการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะที่บริโภคเกินความจำเป็นและมีการใช้ยาไม่ครบขนาด รวมทั้งการใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ยาแก้ปวด ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ

การสูบบุหรี่ อัตราการสูบบุหรี่เป็นประจำของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง โดยเฉพาะเพศหญิงที่มีอายุเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเร็วขึ้น

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิงโดยเฉพาะการบริโภคเบียร์และไวน์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันกับการบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

การเสพสารเสพติด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด โดยเฉพาะการเสพยาบ้าในกลุ่มเยาวชน แต่ภายหลังจากที่รัฐบาลมีนโยบายเร่งด่วนด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอย่างจริงจังทำให้จำนวนผู้เสพมีแนวโน้มลดลง

การออกกำลังกาย คนไทยมีแนวโน้มออกกำลังกายไม่คงที่ แต่มีประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มผู้ออกกำลังกายเป็นประจำที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเป็นระยะเวลานานเกินกว่า 7 เดือน

การพักผ่อน มีประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรวัยแรงงานที่นอนหลับระหว่าง 7-8 ชั่วโมง โดยพบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นระยะเวลาในการนอนหลับจะลดลง

ความปลอดภัยในการขับขี่รถ มีแนวโน้มการใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ และสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ลดลง รวมทั้งการขับรถภายหลังการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

พฤติกรรมทางเพศ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่แนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยของทหารเกณฑ์ คนงานชายและคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ในคู่นอนประเภทต่าง ๆ (ที่ไม่ใช้ผู้ขายบริการ) ไม่คงที่ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วย คนไทยใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้น แต่ใช้บริการจากคลินิก และโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งซื้อยากินเองลดลง

บทที่ 5
สถานสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย

1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป

พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น ตลอด 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดดังนี้

1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย

พ.ศ.2547 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 70.3 ปี ถึงแม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรประเทศกำลังพัฒนาและประชากรโลกก็ตาม แต่ก็พบว่ายังด้อยกว่ากลุ่มประเทศอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1) แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2507-2549 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 69.9 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 77.6 ปี และเมื่อถึง พ.ศ. 2568 ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 74.8 ปี ผู้หญิงเป็น 80.3 ปี (ตารางที่ 5.2)

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)[6]		
	พ.ศ.2541[1]	พ.ศ.2544[2]	พ.ศ.2545[3]	พ.ศ.2546[4]	พ.ศ.2547[5]	รวม	ชาย	หญิง
WHO / SEAR								
ศรีลังกา	73.3	72.3	72.5	74.0	74.3	61.6	59.2	64.0
ไทย	68.9	68.9	69.1	70.0	70.3	60.1	57.7	62.4
อินโดนีเซีย	65.6	66.2	66.6	66.8	67.2	58.1	57.4	58.9
มัลดีฟส์	65.0	66.8	67.2	66.6	67.0	57.8	59.0	56.6
อินเดีย	62.9	63.3	63.7	63.3	63.6	53.5	53.3	53.6
ภูฏาน	61.2	62.5	63.0	62.9	63.4	52.9	52.9	52.9
สหภาพพม่า	60.6	57.0	57.2	60.2	60.5	51.7	49.9	53.5
บังคลาเทศ	58.6	60.5	61.1	62.8	63.3	54.3	55.3	53.3
เนปาล	57.8	59.1	59.6	61.6	62.1	51.8	52.5	51.1
ASEAN								
สิงคโปร์	77.3	77.8	78.0	78.7	78.9	70.1	68.8	71.3
บรูไน	75.7	76.1	76.2	76.4	76.6	65.3	65.1	65.5
มาเลเซีย	72.2	72.8	73.0	73.2		63.2	61.6	64.8
ไทย	68.9	68.9	69.1	70.0	70.3	60.1	57.7	62.4
ฟิลิปปินส์	68.6	69.5	69.8	70.4	70.7	59.3	57.1	61.5
เวียดนาม	67.8	68.6	69.0	70.5	70.8	61.3	59.8	62.9
อินโดนีเซีย	65.6	66.2	66.6	66.8	67.2	58.1	57.4	58.9
สหภาพพม่า	60.6	57.0	57.2	60.2	60.5	51.7	49.9	53.5
ลาว	53.7	53.9	54.3	54.7	55.1	47.0	47.1	47.0
กัมพูชา	53.5	57.4	57.4	56.2	56.5	47.5	45.6	49.5
High human development								
ญี่ปุ่น	80.0	81.3	81.5	82.0	82.2	75.0	72.3	77.7
แคนาดา	79.1	79.2	79.3	80.0	80.2	72.0	70.1	74.0
ไอซ์แลนด์	79.1	79.6	79.9	80.7	80.9	72.8	72.1	73.6
สวีเดน	78.7	79.9	80.0	80.2	80.3	73.3	71.9	74.8
สวิสเซอร์แลนด์	78.7	79.0	79.1	80.5	80.7	73.2	71.1	75.3
World	66.9	66.7	66.9	67.1	67.3	-	-	-
High human development	77.0	77.1	77.4	78.0	78.0	-	-	-
Medium human development	66.9	67.0	67.2	67.2	67.3	-	-	-

Source :
[1] UNDP, Human Development Report 2000.
[2] UNDP, Human Development Report 2003.
[3] UNDP, Human Development Report 2004.
[4] UNDP, Human Development Report 2005.
[5] UNDP, Human Development Report 2006.
[6] 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
2532(1)	65.6	70.9	5.3
2534(1)	67.7	72.4	4.7
2538-2539(1)	69.9	74.9	5.0
2548-2549(1)	69.9	77.6	7.7
2548-2553(2)	69.6	76.2	6.6
2553-2558(2)	71.3	77.5	6.3
2558-2563(2)	73.1	78.9	5.8
2563-2568(2)	74.8	80.3	5.5

ที่มา : (1) รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2507-2508, 2517-2519, 2528-2529, 2532, 2534, 2538, 2539 และ พ.ศ. 2548-2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) 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 9.8 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (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

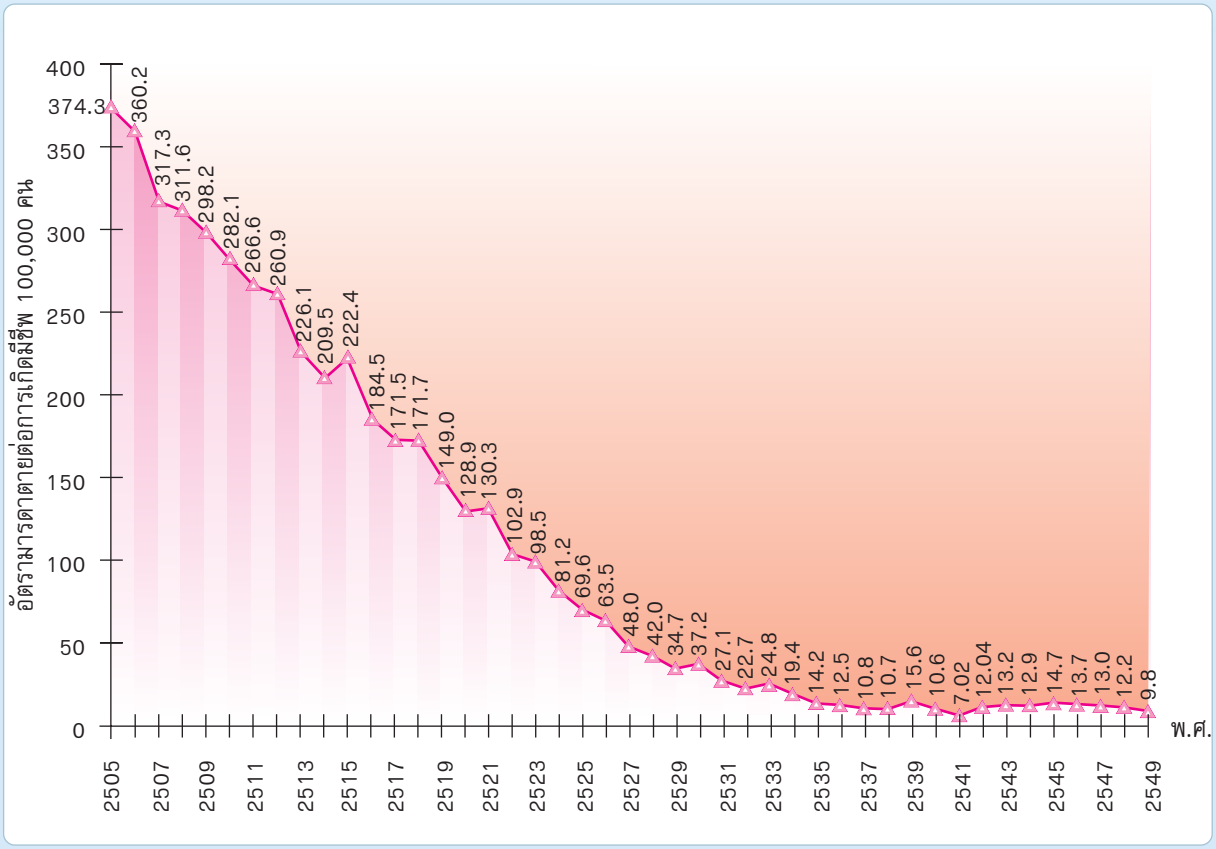
---

[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. 2549



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.3 ภาวะการตายของทารก

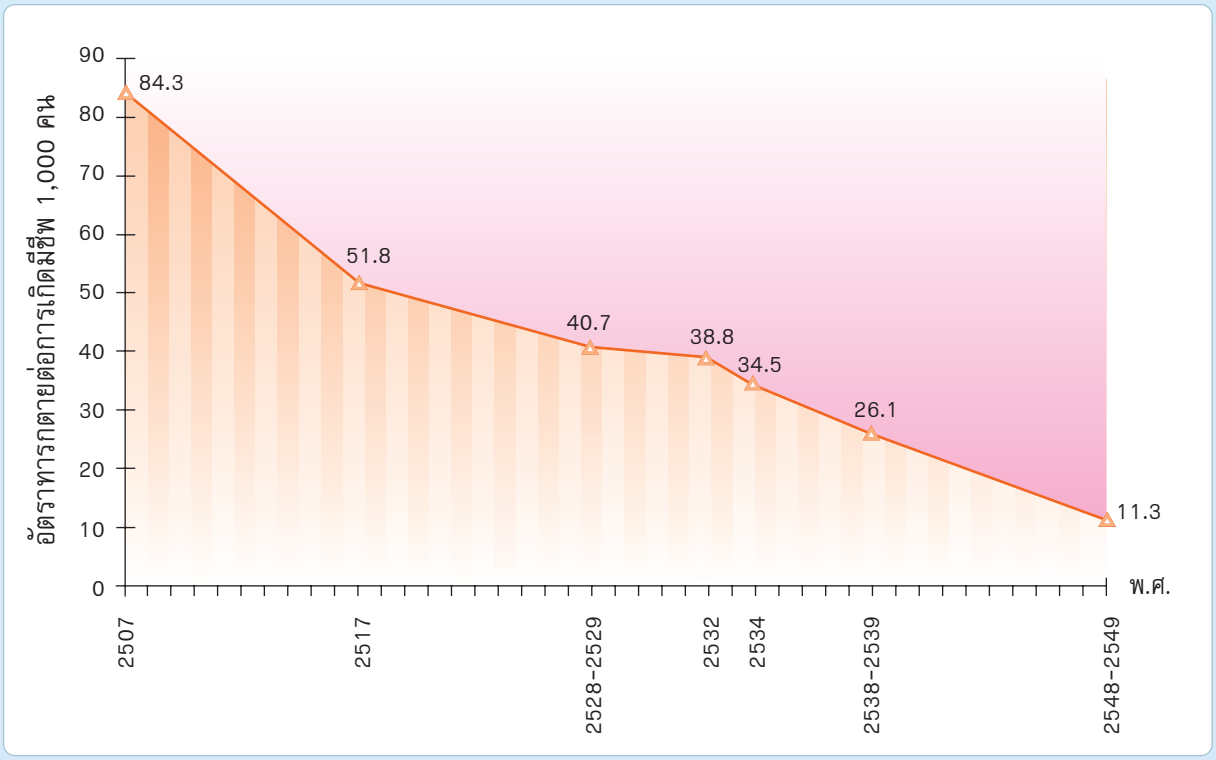
อัตราทารกตายในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง จาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ.2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2527 และลดลงเป็น 11.3 ใน พ.ศ. 2548-2549 (ภาพที่ 5.2) แต่อย่างไรก็ดี แม้ว่าอัตราทารกตายของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าบางประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3)

ตารางที่ 5.3 อัตราทารกตายและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2547

กลุ่มประเทศ	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน					อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน				
	พ.ศ.2523	พ.ศ.2544	พ.ศ.2545	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2523	พ.ศ.2544	พ.ศ.2545	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547
WHO / SEAR										
เกาหลีเหนือ	32	42	42	42	42	43	55	65	55	55
ศรีลังกา	34	17	16	13	12	48	19	19	15	14
ไทย	49	24	24	23	18	58	28	28	26	21
อินโดนีเซีย	90	33	32	31	30	125	45	43	41	38
สหภาพพม่า	109	77	77	76	76	134	109	108	107	106
อินเดีย	115	67	65	63	62	173	93	90	87	85
เนปาล	132	66	62	61	59	195	91	83	82	76
บังคลาเทศ	132	51	48	46	56	205	77	73	69	77
ASEAN										
สิงคโปร์	12	3	3	3	3	13	4	4	5	3
มาเลเซีย	30	8	8	7	10	42	8	8	7	12
ไทย	49	24	24	23	18	58	28	28	26	21
ฟิลิปปินส์	52	29	28	27	26	81	38	37	36	34
เวียดนาม	57	30	20	19	17	70	38	26	23	23
อินโดนีเซีย	90	33	32	31	30	125	45	43	41	38
สหภาพพม่า	109	77	77	76	76	134	109	108	107	106
ลาว	127	87	87	82	65	200	100	100	91	83
High income										
สวีเดน	7	3	3	3	3	8	3	3	4	4
ญี่ปุ่น	8	3	3	3	3	10	5	5	5	4
สวิสเซอร์แลนด์	9	5	5	4	5	11	6	6	6	5
แคนาดา	10	5	5	5	5	13	7	7	7	6
ไอร์แลนด์	11	6	6	5	5	14	6	6	7	6
Word	80	56	55	57	54	121	81	81	86	79
High income	13	5	5	5	6	15	7	7	7	7
Middle income	57	31	30	30	30	80	38	37	37	37
Low income	116	80	79	80	79	171	121	121	123	122

ที่มา : World Bank, World Development Indicators, 1999, 2000/2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006

ภาพที่ 5.2 อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2549

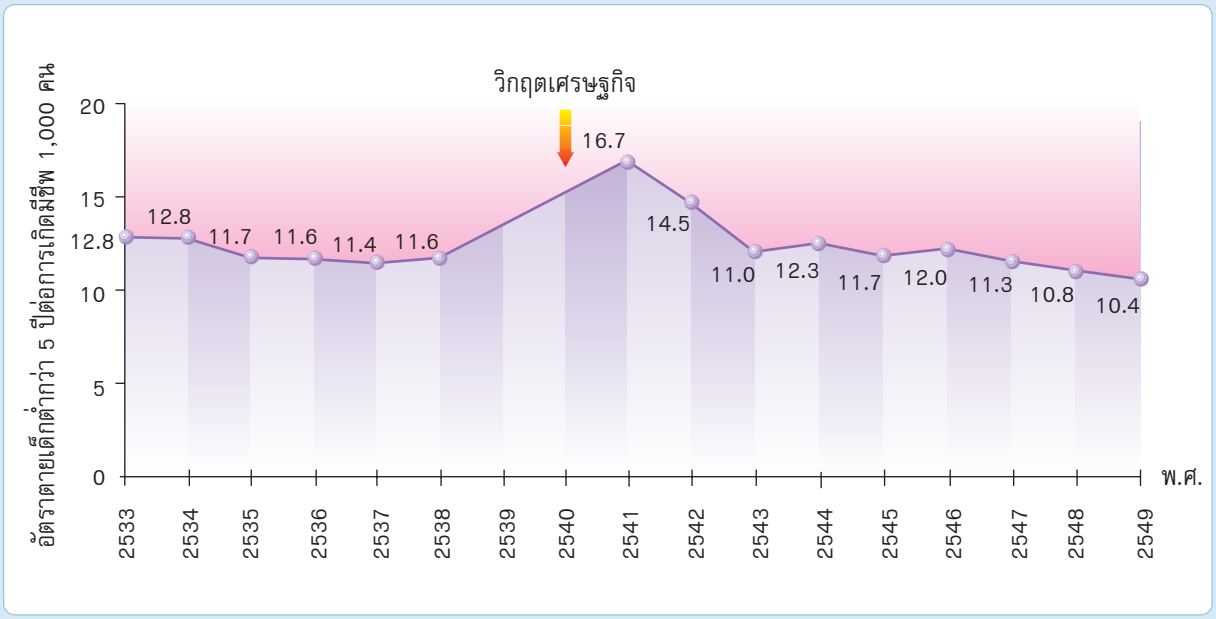


ที่มา : จากการคาดการณ์ โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.4 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 10.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549 เป็นที่น่าสังเกตว่าวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกอาจส่งผลกระทบต่ออัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบเพิ่มขึ้นเป็น 16.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.3) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3) มีข้อสังเกตว่าตัวเลขอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รายงานจากสำนักทะเบียนราษฎร์นี้มีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรพบอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 15.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549

ภาพที่ 5.3 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

1.5 สาเหตุการตาย

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 สาเหตุการตาย อันดับที่ 3 คือ กลุ่มโรคติดเชื้อ ร้อยละ 15.5 ซึ่งส่วนใหญ่คือการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในเพศชายวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น รองลงมาจากการติดเชื้อเอชไอวี คือ วัณโรค สาเหตุอันดับที่ 4 คือ การตายจากสาเหตุภายนอกซึ่งเกิดขึ้นในวัยเด็กจนถึงหนุ่มสาว ร้อยละ 12.4 ในกลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียนส่วนมากตายจากอุบัติเหตุจมน้ำ ส่วนวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก และในกลุ่มอุบัติเหตุจราจรทางบกนี้ เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด

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

เมื่อวิเคราะห์**สาเหตุการตายรายโรค**ตามกลุ่มอายุและเพศ พบดังนี้

กลุ่มอายุ	สาเหตุการตายหลัก	
	ชาย	หญิง
0 - 4	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ, ขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด	น้ำหนักแรกเกิดต่ำ, หัวใจพิการแต่กำเนิด
5 - 14	อุบัติเหตุจราจรทางบก, อุบัติเหตุจมน้ำ	อุบัติเหตุจมน้ำ, เอชไอวี / เอดส์
15 - 29	อุบัติเหตุจราจรทางบก, เอชไอวี / เอดส์	เอชไอวี / เอดส์, อุบัติเหตุจราจรทางบก
30 - 44	เอชไอวี / เอดส์, อุบัติเหตุจราจรทางบก	เอชไอวี / เอดส์, อุบัติเหตุจราจรทางบก
45 - 59	มะเร็งตับ, เอชไอวี / เอดส์	หลอดเลือดสมอง, มะเร็งตับ
60 - 69	มะเร็งตับ, หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง, เบาหวาน
70 - 79	หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	หลอดเลือดสมอง, เบาหวาน
80 +	หลอดเลือดสมอง, หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	หลอดเลือดสมอง, หัวใจขาดเลือด

1.6 สาเหตุการป่วย

ผลจากการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนระหว่าง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ และโรคระบบทางเดินอาหารตามลำดับ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่าภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคภูมิแพ้และโรคระบบประสาทจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.4)

ตารางที่ 5.4 ร้อยละของประชากรที่ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2549

กลุ่มโรค	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549
โรคระบบทางเดินหายใจ	38.1	45.7	39.6	40.2	44.8	45.0	44.3
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	15.7	13.2	14.0	14.9	11.8	12.2	11.4
โรคระบบทางเดินอาหาร	15.4	11.3	10.0	10.3	9.1	9.3	9.4
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3.0	6.6	6.6	6.3	5.2	5.9	6.3
โรคของต่อมไร้ท่อ	1.4	3.3	4.7	4.4	3.1	4.4	4.1
โรคของปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	4.7	3.2	3.6	2.6	3.3	3.2	2.7
โรคติดเชื้อ	2.2	2.1	1.8	1.3	2.1	1.7	0.9
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	1.4	1.8	1.3	1.3	1.1	0.9	1.0
โรคภูมิแพ้	0.7	1.5	1.8	2.1	1.8	1.9	2.3
โรคระบบประสาทจิตเวช	0.8	1.3	1.5	1.7	1.6	1.9	2.1
โรคผิวหนัง	3.2	1.2	1.5	1.1	1.0	1.2	1.4
โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	1.4	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.7

ที่มา : รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2546, 2547, 2548 และ 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.7 ความพิการ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 5.5) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่น ๆ พบความชุกของความพิการสูงกว่ารายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจสถานะทางสุขภาพประชากรไทยด้วยวิธีการตรวจร่างกาย (พ.ศ. 2534-2535) พบผู้มีความพิการ[4] ร้อยละ 6.3 ทั้งนี้ ยังไม่รวมความผิดปกติหรือพิการทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวมทั้งหมดโดยการประมาณการแล้วผู้พิการจะมีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด

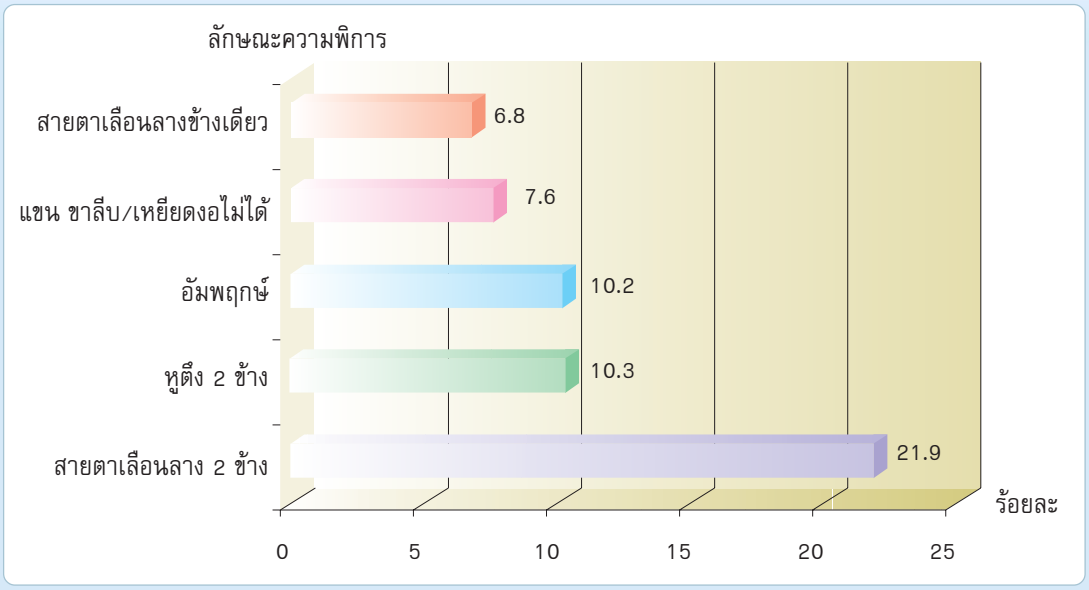
นอกจากนี้ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2540) คาดการณ์ว่า อัตราเพิ่มของคนพิการมากกว่าอัตราเพิ่มของประชากร โดยมีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นลักษณะความพิการที่พบมากที่สุด ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาของประเทศ[5] เมื่อจำแนกลักษณะของความพิการ จากรายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545 พบว่า ส่วนใหญ่มีความพิการทางสายตาเลือนลางทั้ง 2 ข้าง หูตึง อัมพฤกษ์ แขนลาลีบ/เหยียดงอ ไม่ได้ และสายตาเลือนลางข้างเดียว (ภาพที่ 5.4)

---

[4] จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 - 2535. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2535

[5] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2540

ภาพที่ 5.4 สัดส่วนของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความพิการ 5 ลำดับแรก



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 และ ระบบประสาทจิตเวช ร้อยละ 11.8 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจหลอดเลือดและระบบประสาทจิตเวช ส่วนใหญ่พบมากในผู้พิการชาย ในขณะที่การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ พบมากในผู้พิการหญิง (ตารางที่ 5.6)

ตารางที่ 5.5 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

ตารางที่ 5.6 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

1.8 การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)

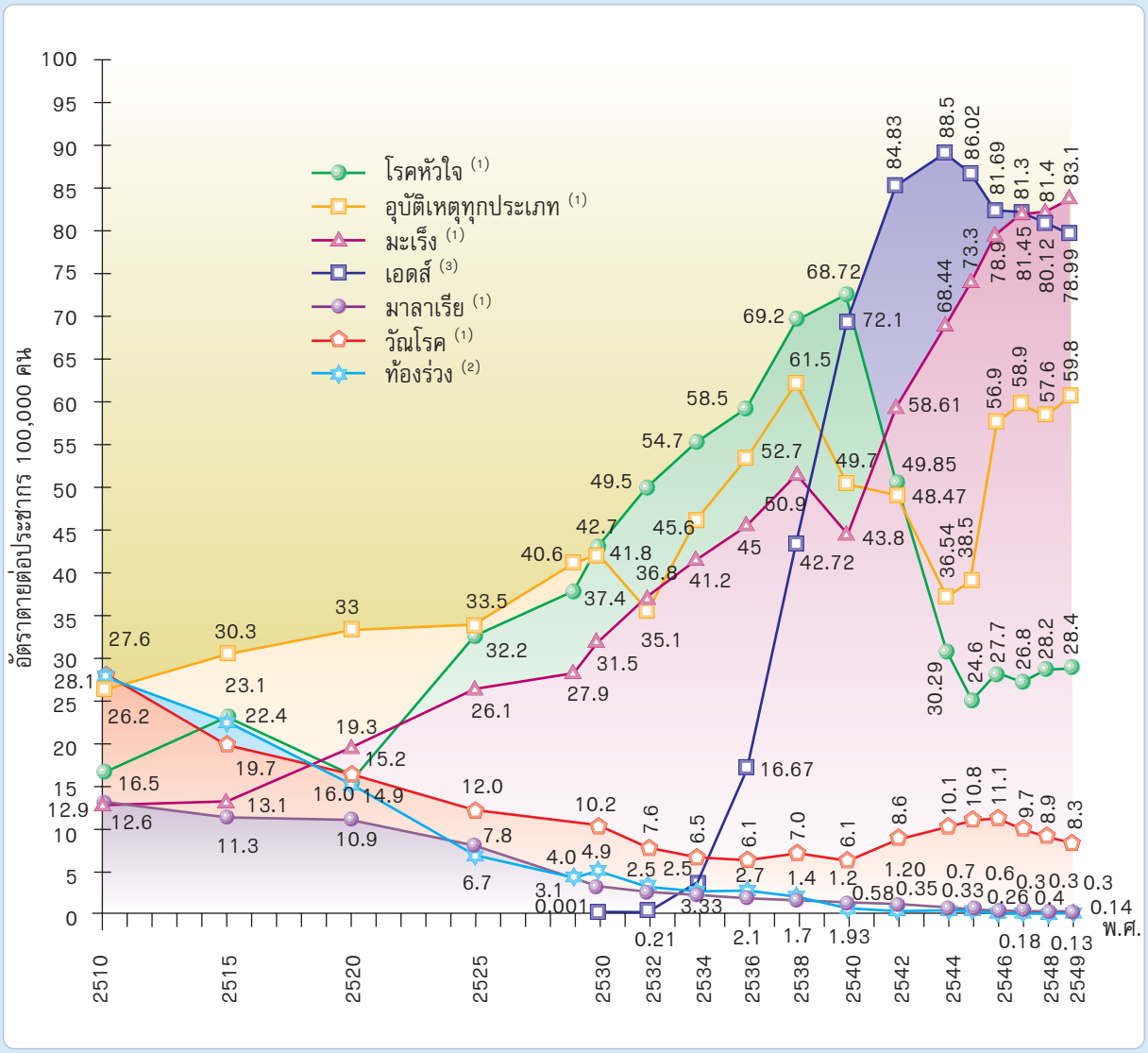
หากพิจารณาในภาพรวมจากสาเหตุการตายของคนไทย (จากมรณบัตร) จะพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคเอดส์ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญ ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงยกเว้นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น วัณโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (ภาพที่ 5.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระโรค (Burden of Diseases Study) ที่พบว่าการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYs loss) จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า 3 เท่า และประชากรยิ่งมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น (ตารางที่ 5.7)

ตารางที่ 5.7 ร้อยละของสาเหตุของ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของประชากรไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	0 – 4	5 – 14	15 – 44	45 – 59	60+	รวม
- โรคติดต่อ	55.3	33.6	25.6	14.6	10.3	20.2
- โรคไม่ติดต่อ	32.9	34.7	50.7	73.7	85.8	65.1
- อุบัติเหตุ	11.7	31.6	23.7	11.7	3.9	14.8

ที่มา : คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

ภาพที่ 5.5 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510 - พ.ศ. 2549



ที่มา : (1) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

1.9 การสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย

จากการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss)[6] เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหา พบว่า **โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยลำดับแรก** ในเพศชายขณะที่เพศหญิงคือ หลอดเลือดสมอง โดยลำดับที่ 2 และ 3 ในเพศชายคือ อุบัติเหตุจราจรและติดสุรา สำหรับเพศหญิงคือ โรคเอดส์และเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.8)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า มีความแตกต่างกันในปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ ดังนี้

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

ตารางที่ 5.8 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs loss	ร้อยละ	โรค	DALYs loss	ร้อยละ
1	เอชไอวี/เอดส์	645,426	12.1	หลอดเลือดสมอง	307,131	7.9
2	อุบัติเหตุจราจรทางบก	600,004	11.3	เอชไอวี/เอดส์	290,711	7.5
3	ติดสุรา	329,068	6.2	เบาหวาน	267,549	6.9
4	หลอดเลือดสมอง	305,105	5.7	ซึมเศร้า	191,490	4.9
5	มะเร็งตับ	294,868	5.5	มะเร็งตับ	140,480	3.6
6	หัวใจขาดเลือด	178,011	3.3	อุบัติเหตุจราจรทางบก	135,832	3.5
7	หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	175,549	3.3	หัวใจขาดเลือด	117,790	3.0
8	เบาหวาน	168,702	3.2	ข้อเข่าเสื่อม	117,042	3.0
9	ซึมเศร้า	136,895	2.6	หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	112,663	2.9
10	ตับแข็ง	133,046	2.5	ต้อกระจก	110,572	2.8

ที่มา : คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

---

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

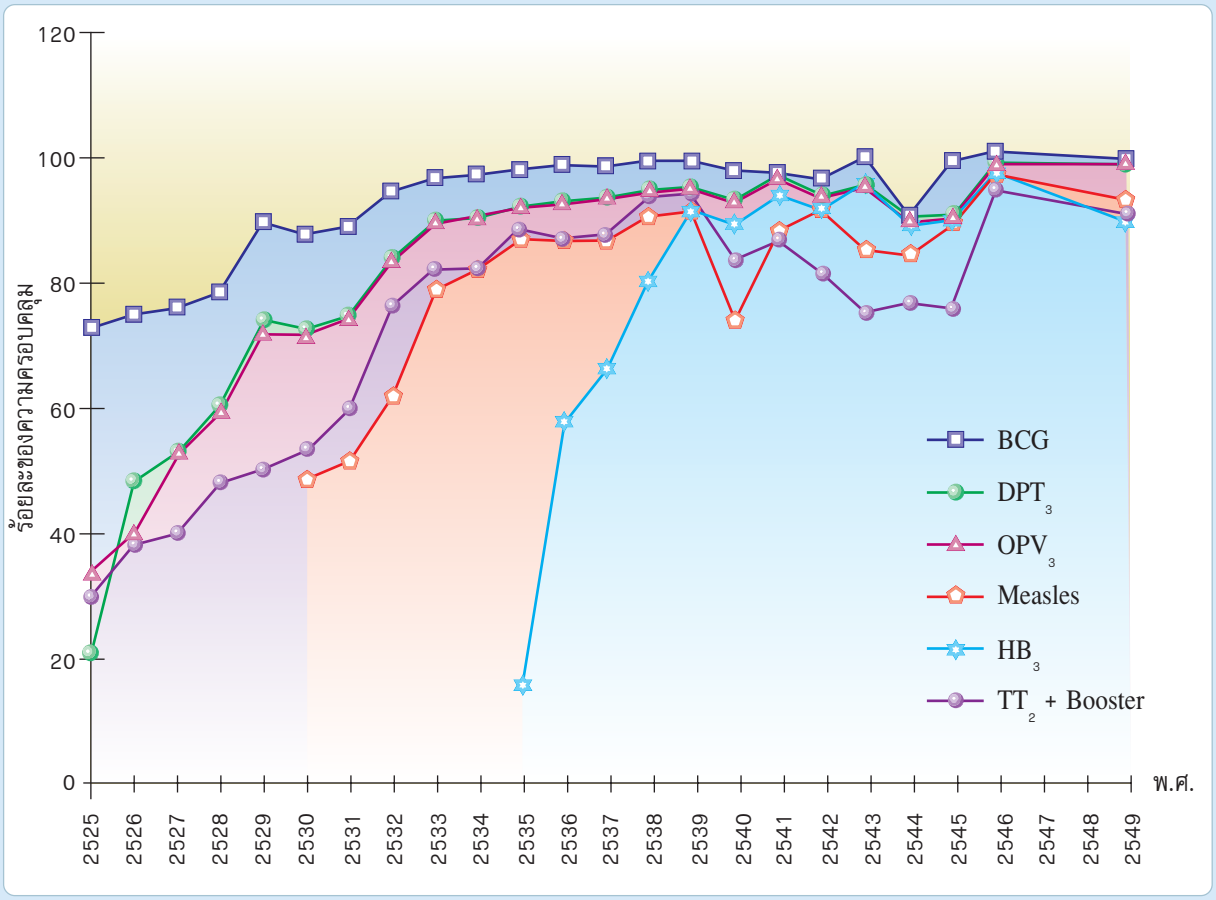
2 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

2.1 โรคติดต่อทั่วไป

2.1.1 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในกลุ่มเป้าหมาย ทำให้อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนส่วนใหญ่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.9 และภาพที่ 5.6)

ภาพที่ 5.6 อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG DPT_3 OPV_3 HB_3 Measles และ TT_2 + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2549



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

ตารางที่ 5.9 ร้อยละของการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2549

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[1]	2540[1]	2541[2]	2542[2]	2543[2]	2544[2]	2545[2]	2546[3]	2549[4]
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	99.5	98.0
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	97.6	97.1
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	97.6	97.6
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	96.1	91.4
HB_3 (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.4	57.1	65.5	79.3*	90.7	88.5	93.0	90.4	94.9	87.9	88.8	96.0	88.3
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	93.3	89.2

ที่มา : (1) พ.ศ. 2525 - 2538 ได้จาก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

(2) พ.ศ. 2539 - 2545 ได้จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

*เป็นข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชากรระดับจังหวัดครั้งที่ 1

(3) พ.ศ. 2546 ได้จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนโปลิโอในการรณรงค์ พ.ศ. 2546, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

(4) พ.ศ. 2549 ได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

และจากผลกระทบของการให้วัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 5.10 และภาพที่ 5.8) แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ใน พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 อุบัติการด้วยโรคหัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากการแพร่ระบาดของโรคหัดในชาวเขา (ภาพที่ 5.7)

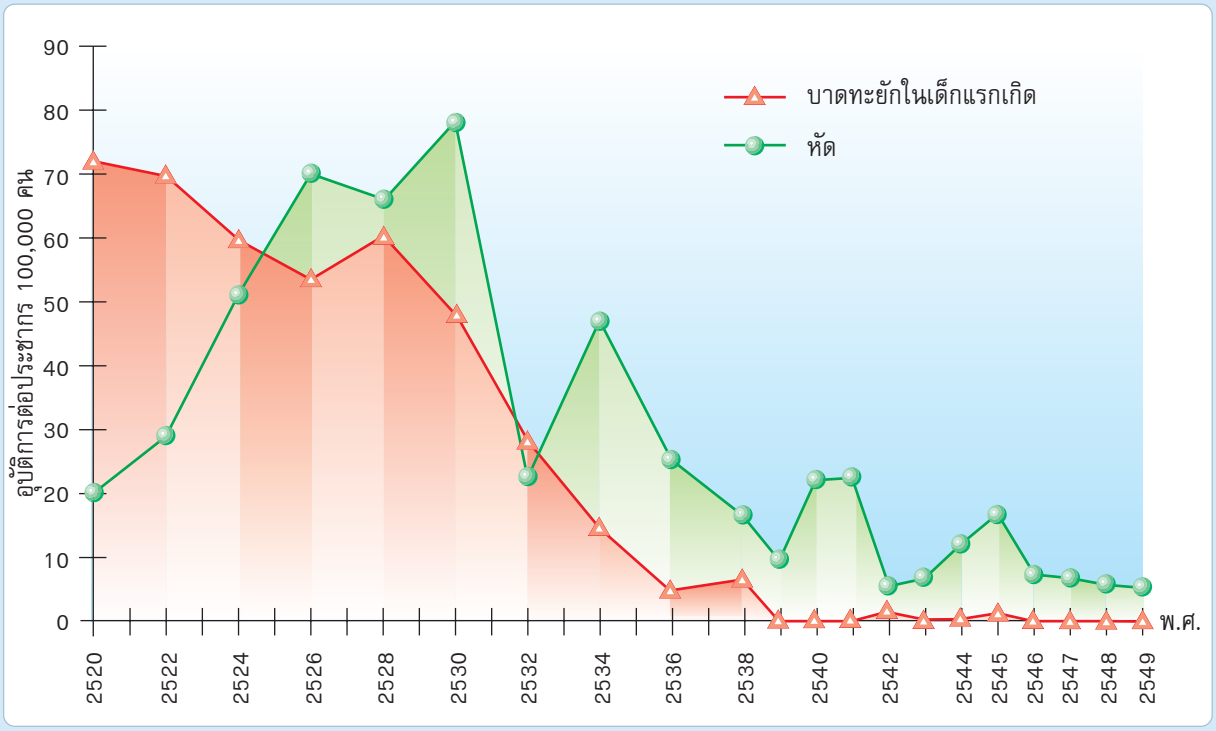
นอกจากนี้ ยังพบว่า โรคตับอักเสบจากไวรัสบี (ภาพที่ 5.9) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งน่าจะเกิดจากระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีความครอบคลุมมากขึ้น

ตารางที่ 5.10 อุบัติการการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2520-พ.ศ. 2549

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
2547	6.66	0.02	0.02	0.03	0.00	4.54
2548	5.67	0.01	0.00	0.04	0.00	4.41
2549	5.31	0.00	0.00	0.11	0.00	5.48

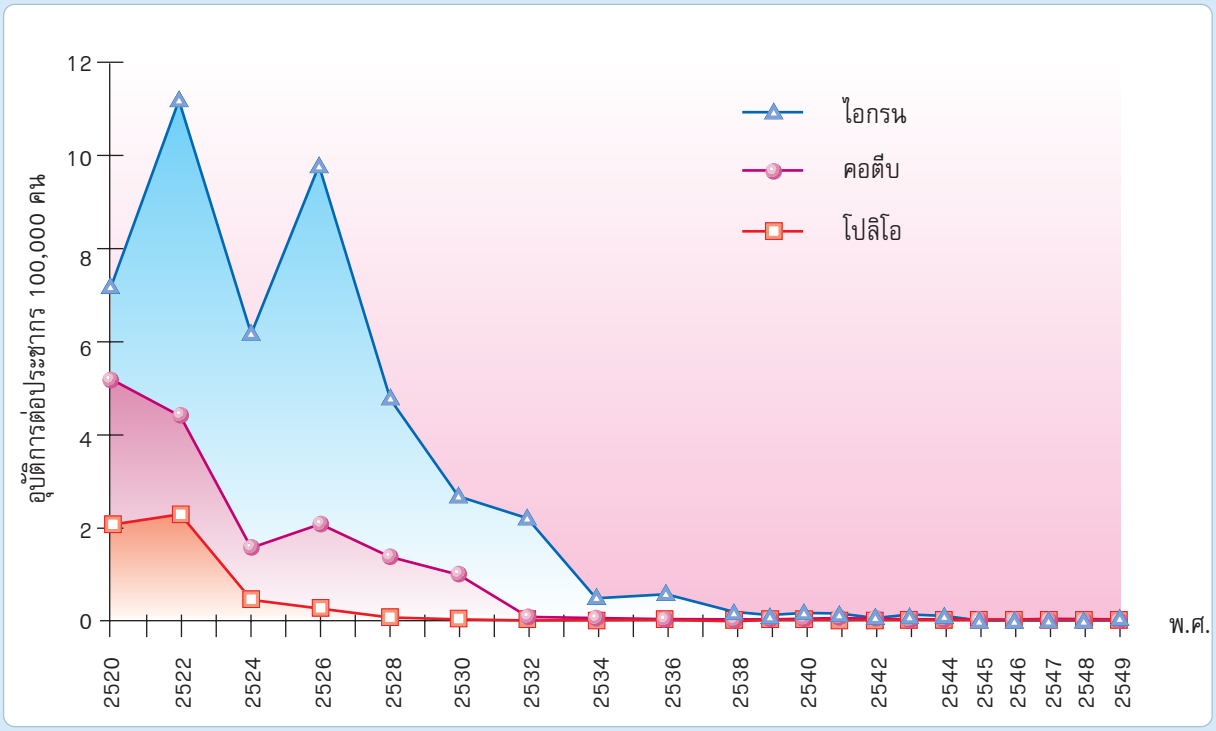
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.7 อุบัติการของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคหัด ประเทศไทย พ.ศ. 2520 -พ.ศ. 2549



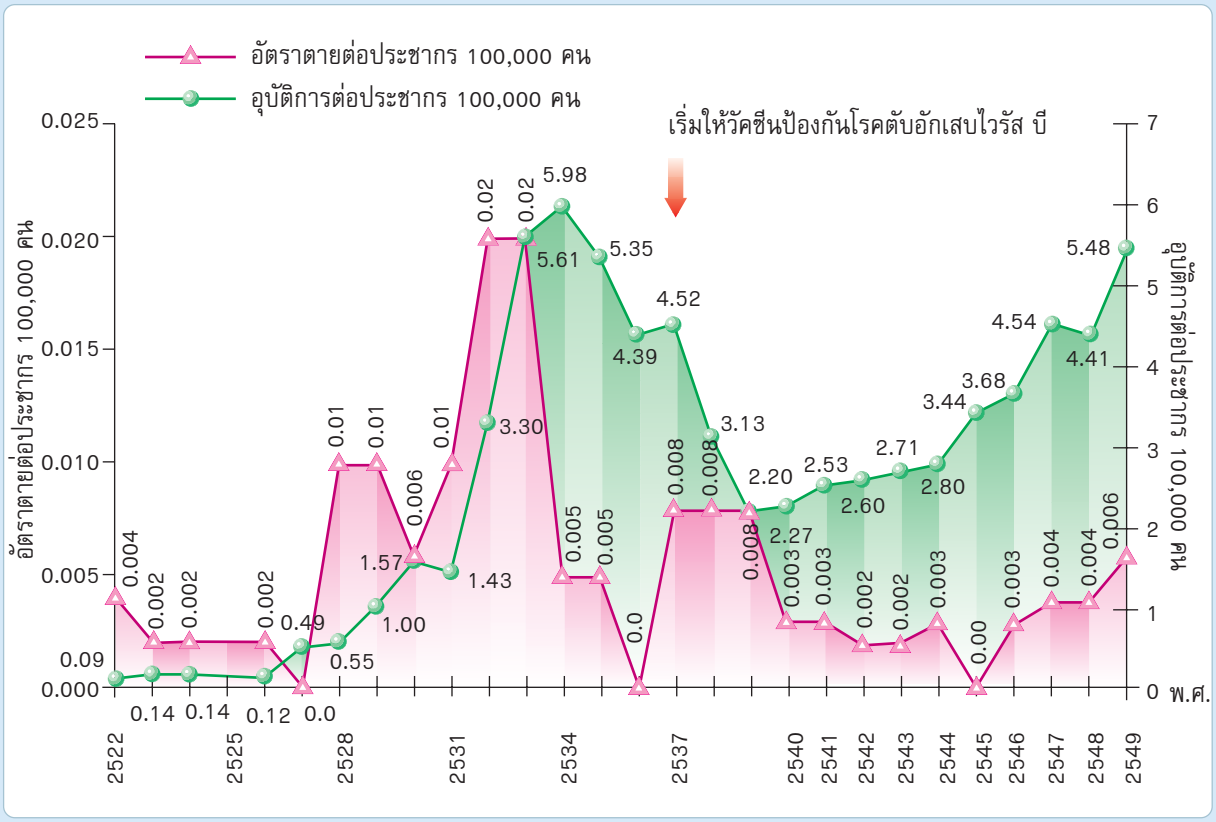
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.8 อุบัติการของโรคไอกรน คอตีบและโปลิโอ ประเทศไทย พ.ศ. 2520-พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.9 อุบัติการและอัตราตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส บี ประเทศไทย พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2549



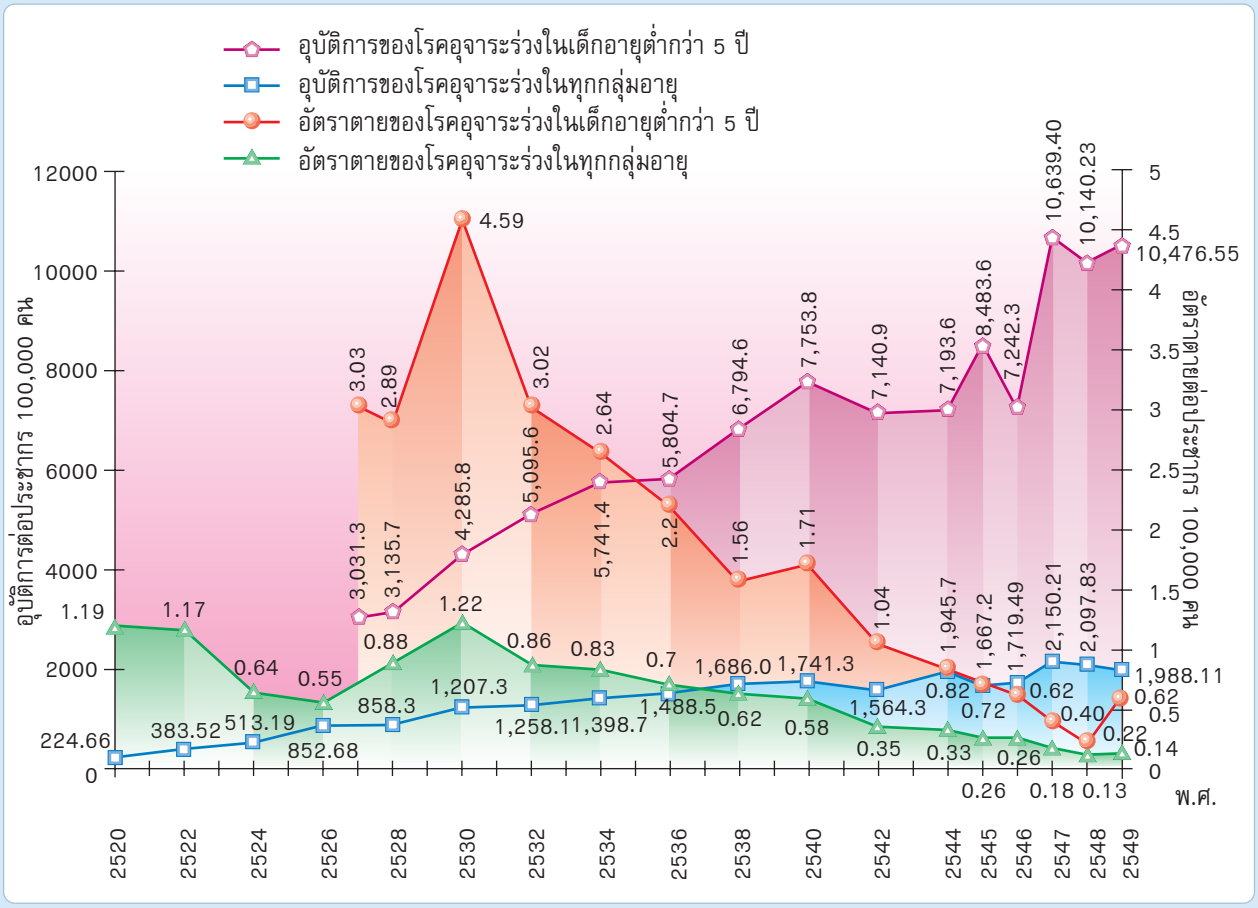
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.2 โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยมีอุบัติการที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบอุบัติการสูงกว่าในผู้ใหญ่ (ภาพที่ 5.10) 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[7] แต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้เหลือไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี (ตารางที่ 5.11) อย่างไรก็ตามอัตราตายด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและครอบคลุมทั่วถึง รวมทั้ง ความสำเร็จของการรณรงค์การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่และ ORT (Oral Rehydration Therapy)

[7] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด, 2546

ภาพที่ 5.10 อุบัติการของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549



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

2.1.3 โรคพยาธิ

โรคหนอนพยาธิลำไส้โดยรวมมีแนวโน้มลดลงยกเว้นพยาธิใบไม้ตับที่พบความชุกของโรคเพิ่มขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศ (ตารางที่ 5.12) แต่เมื่อทำการวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการตรวจอุจจาระและนับไข่ด้วยวิธี Modified Kato-Katz พบว่า ร้อยละ 90.6 ของผู้ที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มีจำนวนไข่พยาธิในอุจจาระอยู่ในระดับต่ำ[8] (ต่ำกว่า 1,000 ฟองต่ออุจจาระ 1 กรัม)

แต่อย่างไรก็ดีหากพิจารณาจากรายงานเฝ้าระวังโรคหนอนพยาธิในระดับพื้นที่ของจังหวัดน่านภายใต้แผนภูฟ้าพัฒนาตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระหว่าง พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2547 ซึ่งดำเนินการสำรวจใน 3 กลุ่ม คือ นักเรียนประถมศึกษา ศูนย์การเรียนชุมชนไทยภูเขาและประชาชน พบว่า ประชาชนในพื้นที่ยังมีปัญหาโรคหนอนพยาธิดังจะเห็นได้จากความชุกของโรคหนอนพยาธิยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 20 (ตารางที่ 5.13)

ตารางที่ 5.12 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

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

ตารางที่ 5.13 อัตราความชุกของโรคหนอนพยาธิในจังหวัดน่าน (ร้อยละ)

ชนิด	พ.ศ. 2545			พ.ศ. 2546			พ.ศ. 2547		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
พยาธิใบไม้ตับและใบไม้ลำไส้	22.5	1.0	65.3	19.6	3.4	58.4	5.5	1.6	42.1
พยาธิปากขอ	41.4	37.0	45.8	25.0	14.1	44.1	21.5	9.1	38.3
พยาธิไส้เดือน	35.5	88.0	12.4	38.1	86.9	19.5	49.3	60.5	27.3
พยาธิแส้ม้า	37.9	62.5	6.8	37.3	48.3	12.1	47.3	63.4	13.7
พยาธิเข็มหมุด	1.9	0.8	1.2	1.2	0.2	0.2	1.5	0.3	0.9
ตืดหมู - วัว	0.2	0.0	4.2	0.4	0.0	3.6	0.1	0.0	4.2

1 = นักเรียนประถมศึกษา

2 = ศูนย์การเรียนชุมชนไทยภูเขา

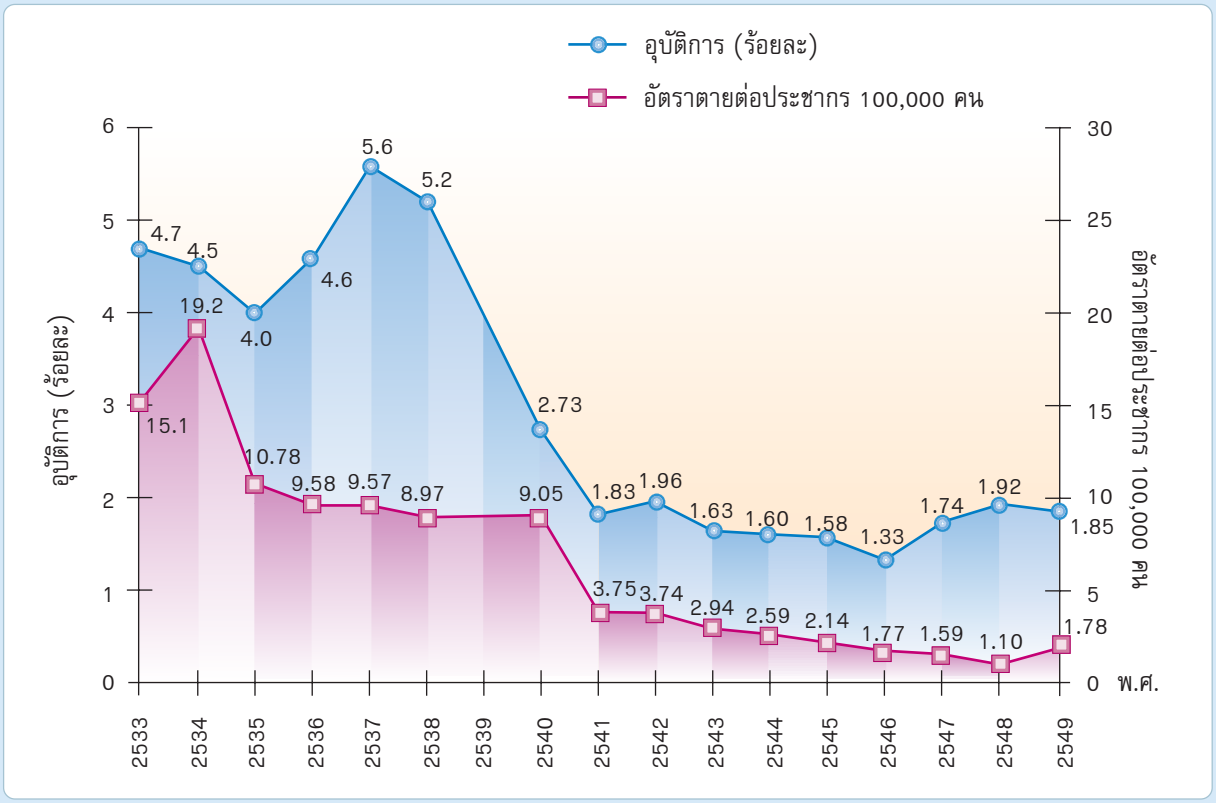
3 = ประชาชน

ที่มา : รายงานผลการปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิภายใต้แผนภูฟ้าพัฒนาตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดน่าน ปี 2545-2547

2.1.4 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARI)

ปัจจุบันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในไทย โดยพบว่า **โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี** พบอุบัติการของโรคปอดบวมในเด็กลดลงจากร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 1.85 ใน พ.ศ. 2549 รวมทั้งอัตราตาย ก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 15.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 1.78 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.11)

ภาพที่ 5.11 อุบัติการ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2549

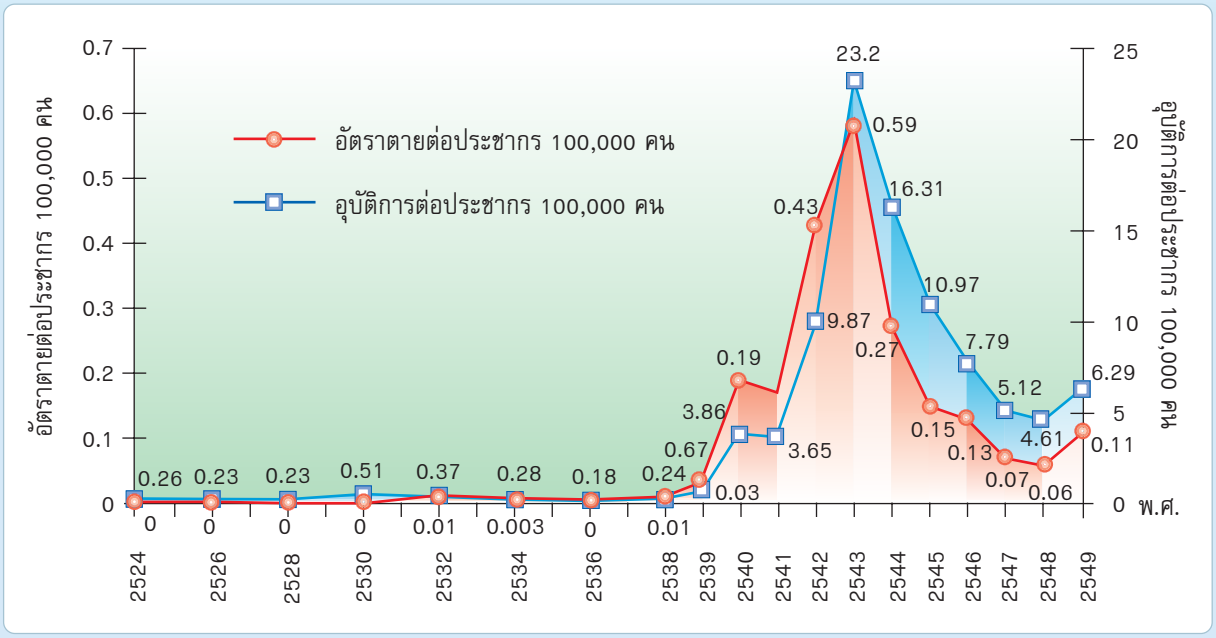


ที่มา : (1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.5 โรคเลปโตสไปโรซิส

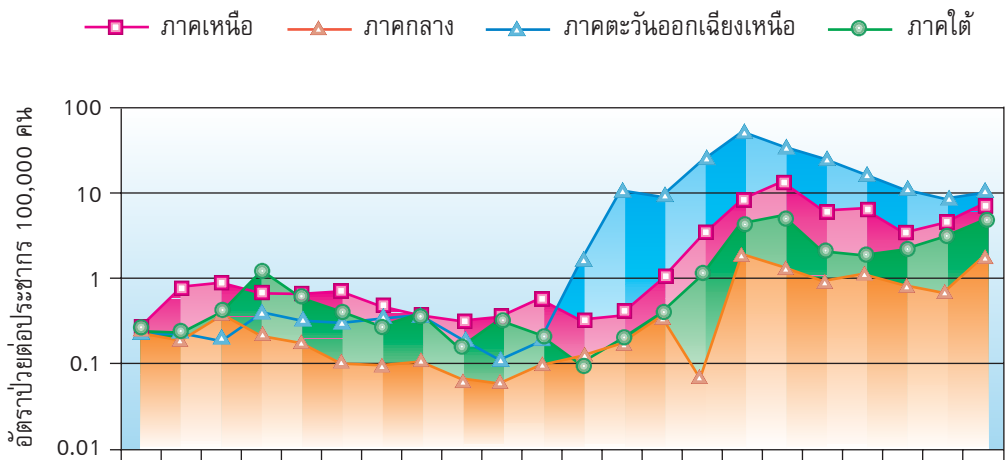
โรคเลปโตสไปโรซีสเป็นโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ โดยพบอุบัติการของโรคอยู่ระหว่าง 0.2-0.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 - 2539 แต่ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซีสกลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ อุบัติการของโรค จาก 0.67 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเป็น 23.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 และลดลง เป็น 6.29 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.12) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ (ภาพที่ 5.13) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2544-2549 พบว่า ทั้งอุบัติการและอัตราตายมีแนวโน้มลดลง

ภาพที่ 5.12 อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ. 2524 -พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.13 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำแนกตามภาค ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549



พ.ศ. 25	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
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	3.48	4.55	7.87
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	0.85	0.71	1.95
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	11.28	9.02	10.20
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	2.21	3.1	4.93

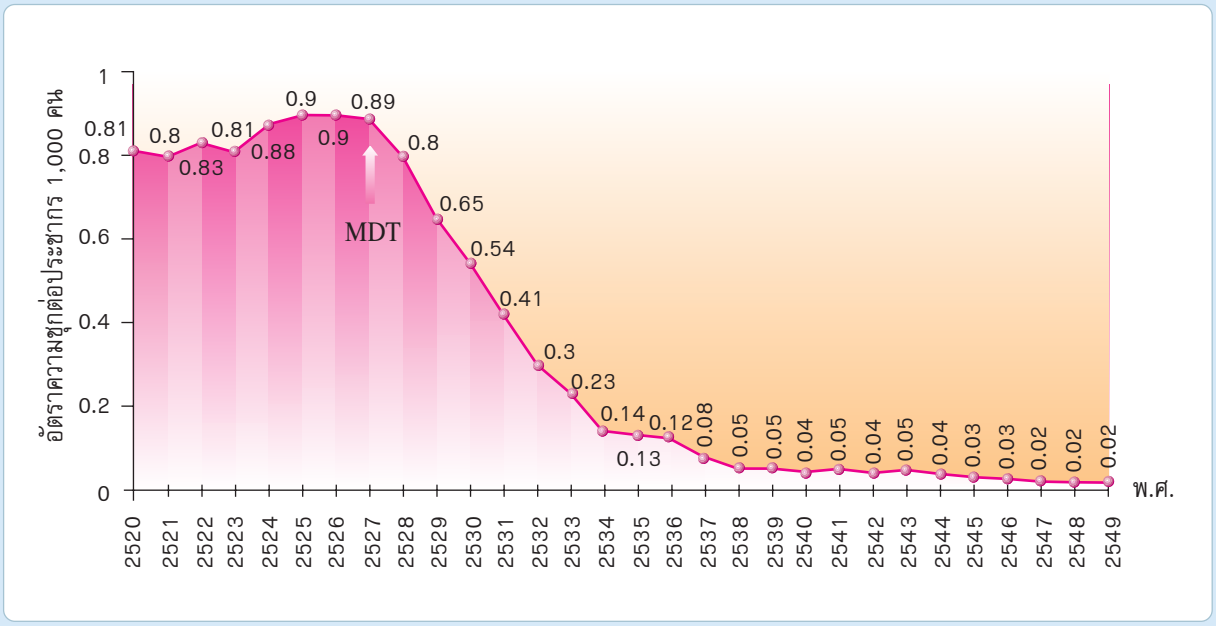
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.6 โรคเรื้อน

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 40 ปี โดยเริ่มจากโครงการพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกและองค์กรภาคเอกชนต่างๆ จนทำให้ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อนเป็นอย่างดีกล่าวคือเปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนในปี 2498 ซึ่งมีอัตราความชุกของโรค 5 ต่อประชากร 1,000 คน กับปัจจุบัน ปี 2549 มีอัตราความชุกของโรคเหลือเพียง 0.02 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งอัตราความชุกของโรคลดลงถึง 100 เท่า (ภาพที่ 5.14) และถือว่าไม่เป็นปัญหาสาธารณสุขอีกต่อไป

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหนึ่งมาจากการนำวิธีการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น โดยใช้ยาผสมตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (MDT WHO Regimens) มาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2527

ภาพที่ 5.14 อัตราความชุกของโรคเรื้อนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2549



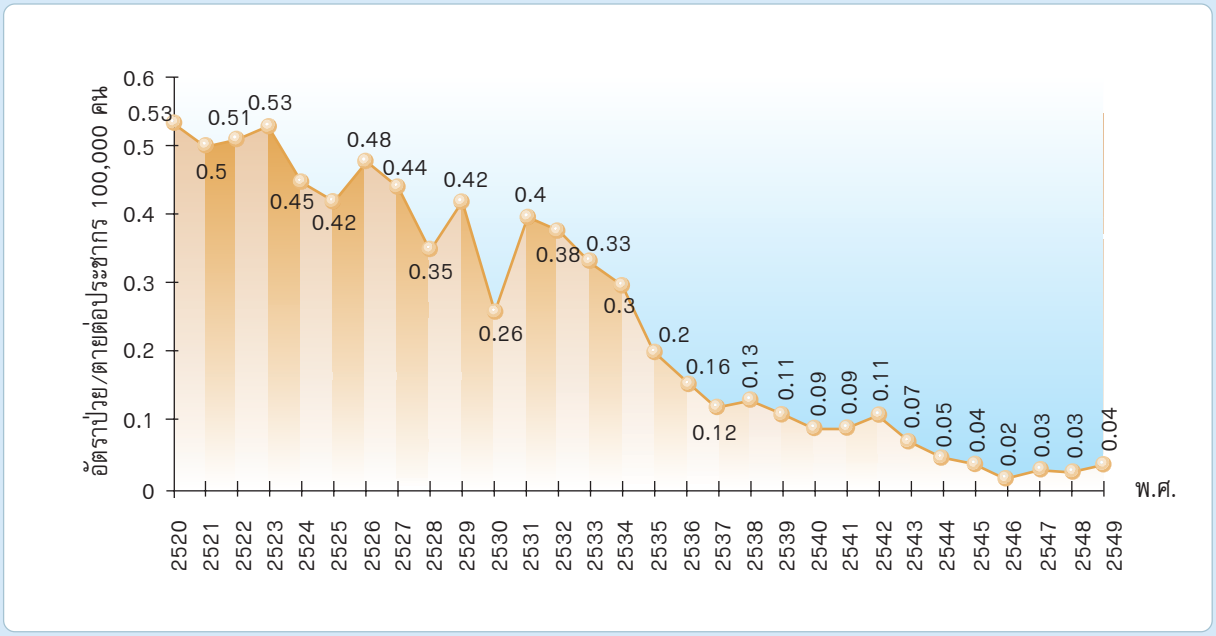
ที่มา : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

MDT = Multiple Drug Therapy

2.1.7 โรคพิษสุนัขบ้า

จากผลการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทำให้สามารถลดอัตราป่วย/ตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจาก 0.53 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2520 เป็น 0.04 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.15)

ภาพที่ 5.15 อัตราป่วย/ตายของโรคพิษสุนัขบ้าต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549



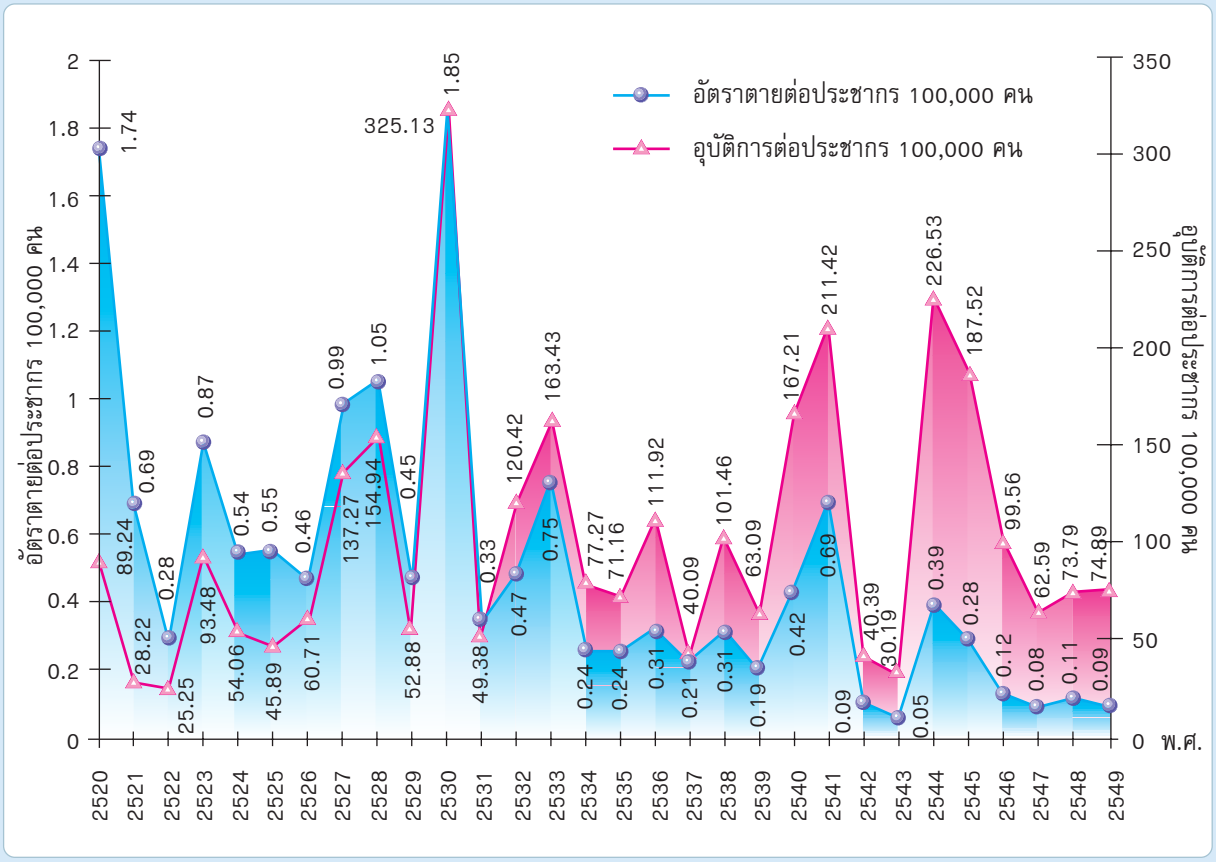
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2 โรคติดต่อที่นำโดยแมลง

2.2.1 ไข้เลือดออก

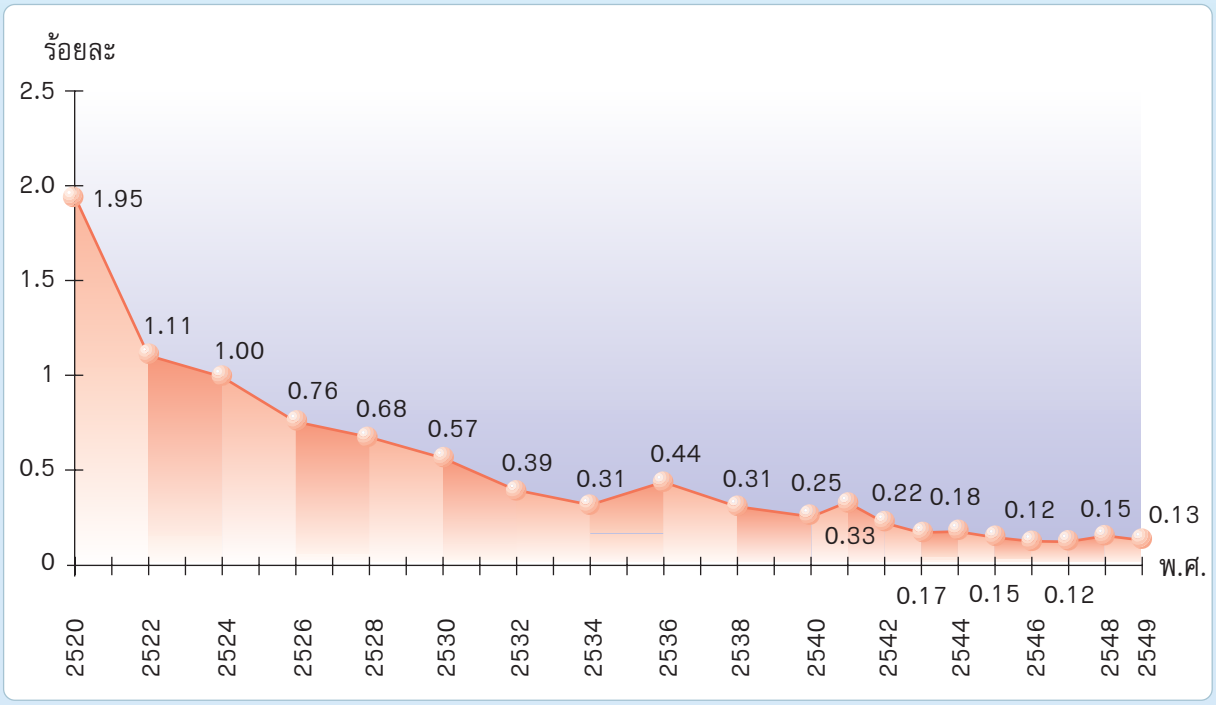
โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศตลอดระยะเวลากว่า 30 ปี ที่ผ่านมา โดยยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะช่วง พ.ศ. 2540, 2541 และ พ.ศ. 2544, 2545 กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย ลักษณะคล้ายมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี อย่างไรก็ตามอัตราป่วยตาย พบว่า มีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.16)

ภาพที่ 5.16 อุบัติการและอัตราตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.17 อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549

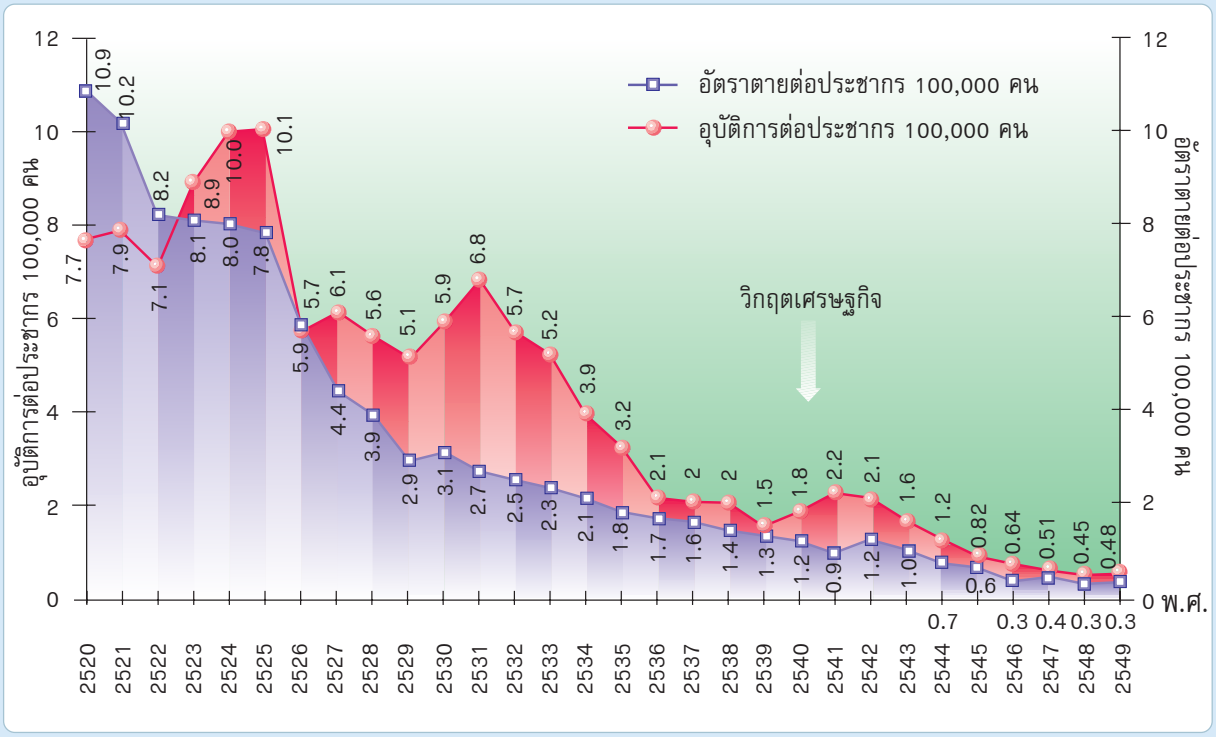


ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.2 ไข้มาลาเรีย

ปัจจุบันประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมไข้มาลาเรียระดับหนึ่ง ทำให้อุบัติการและอัตราตายลดลง (ภาพที่ 5.18) แต่ก็ยังพบปัญหาในบางพื้นที่โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดชายแดนไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา รวมทั้งปัญหาเชื้อโรคดื้อยา อนึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า**ในช่วงปี 2540-2542 อุบัติการของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย** แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์นี้คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้ดีดีที ตั้งแต่ปี 2538 ปรากฏการณ์ EI NiNo และการปรับโครงสร้างการดำเนินการควบคุมโรค โดยรวมหน่วยงานมาลาเรียเป็นหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ซึ่งรวมถึงไข้เลือดออก เท้าช้างและ ไข้สมองอักเสบด้วย ในระยะแรกจึงอาจมีปัญหาอยู่บ้าง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2543 อุบัติการและอัตราตายของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลง

ภาพที่ 5.18 อุบัติการและอัตราตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2549

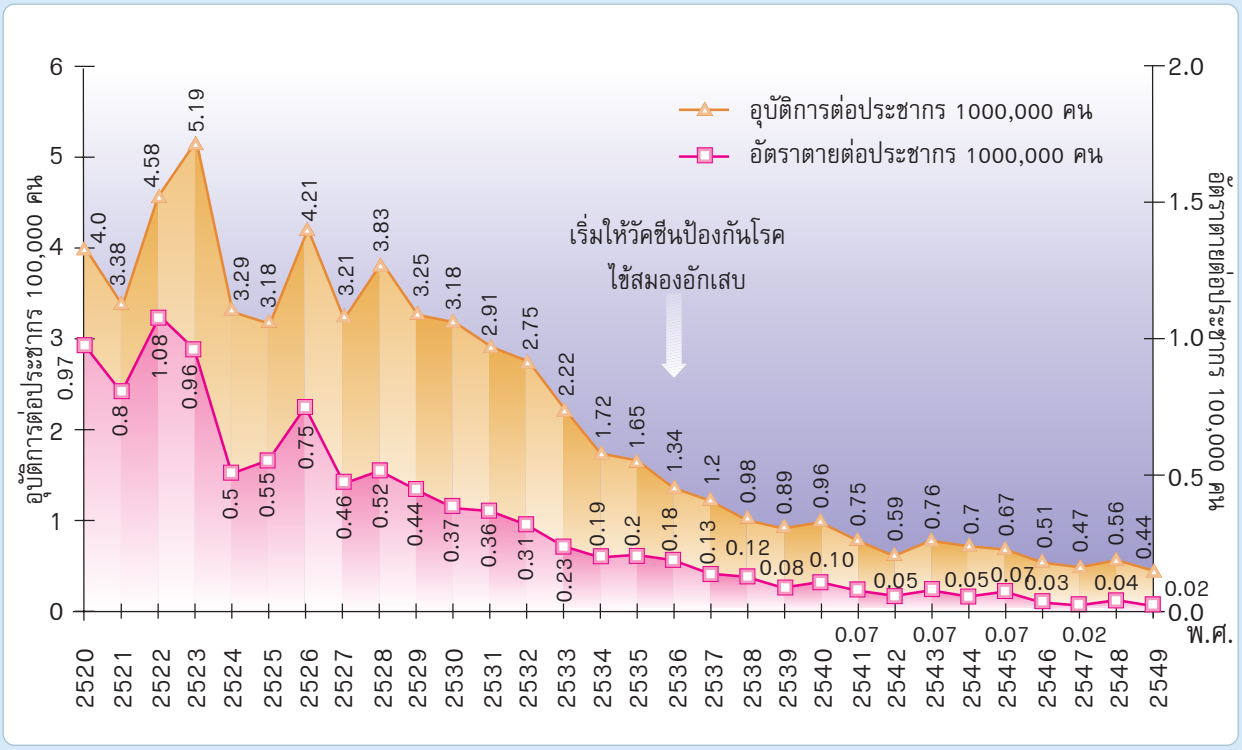


ที่มา : สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2.3 ไข้สมองอักเสบ

ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมและการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบแก่เด็กในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้อุบัติการและอัตราตายมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก (ภาพที่ 5.19) โดยใน พ.ศ. 2549 พบอุบัติการของโรคไข้สมองอักเสบ เท่ากับ 0.44 ต่อประชากร 100,000 คน และอัตราตายเท่ากับ 0.02 ต่อประชากร 100,000 คน

ภาพที่ 5.19 อุบัติการและอัตราตายของโรคไข้สมองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549

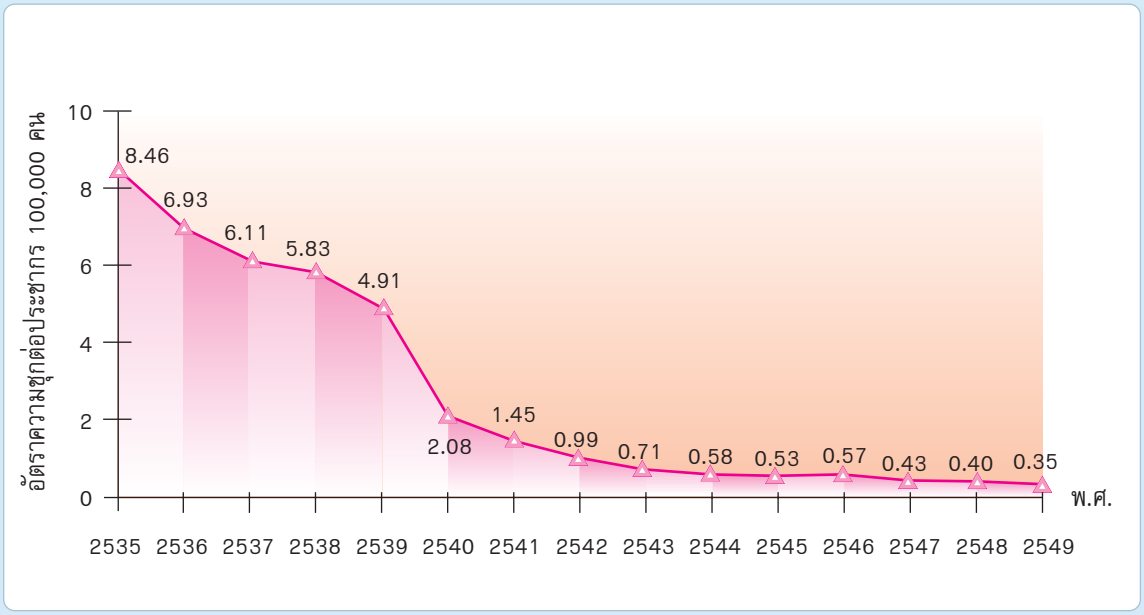


ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.4 โรคเท้าช้าง

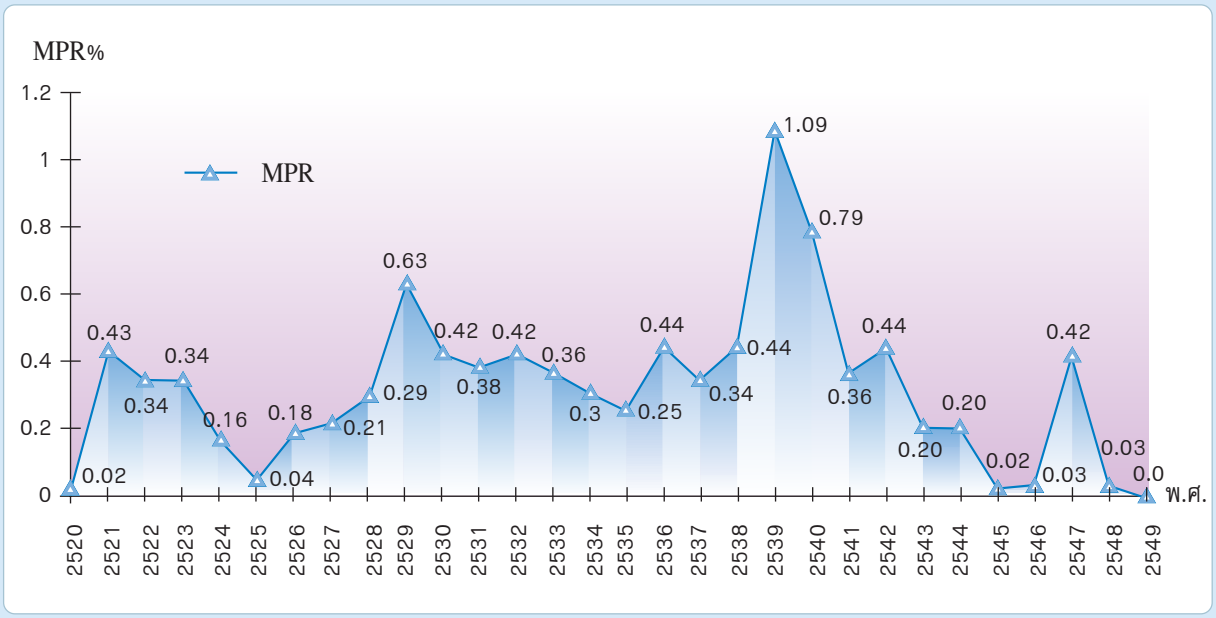
ถึงแม้การดำเนินการควบคุมโรคเท้าช้างที่ผ่านมาสามารถลดอัตราความชุกของโรคลง จาก 8.46 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2535 เหลือ 0.35 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2549 (ภาพที่ 5.20) และลดอัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ได้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในระยะเกือบ 30 ปีที่ผ่านมา (ปี 2520 - 2549) ยกเว้นในปี 2539 ที่พบมากกว่าร้อยละ 1 เนื่องจากได้มีการรณรงค์ตรวจสุขภาพในแรงงานต่างชาติ (ภาพที่ 5.21) แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนเขตติดต่อระหว่างประเทศไทย-พม่า และไทย-มาเลเซีย ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและเป็นแหล่งที่ชาวต่างชาติ โดยเฉพาะพม่าเข้ามาประเทศไทยเพื่อขายแรงงาน

ภาพที่ 5.20 อัตราความชุกโรคเท้าช้างต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย ปี 2535 - ปี 2549



ที่มา : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.21 อัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ปี 2520 - ปี 2549



ที่มา : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.2.5 โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1) โรคเอดส์

(1) สถานการณ์การติดเชื้อ HIV

จากรายงานการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มสำคัญ ดำเนินการในทุกจังหวัด ในช่วงเวลา 18 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2532-2549 พบสถานการณ์และแนวโน้ม ดังนี้

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Donors) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.28 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 0.81 ใน พ.ศ. 2535 แล้วค่อยๆ ลดลง จนถึงร้อยละ 0.29 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.22)

กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.68 ใน พ.ศ. 2534 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 2.29 ใน พ.ศ. 2538 แล้วค่อยๆ ลดลงจนถึงร้อยละ 0.87 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.22)

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IVDU) มีความชุกประมาณร้อยละ 30-43 ตลอดช่วง พ.ศ. 2532-2540 และเพิ่มขึ้นหลัง พ.ศ. 2540 จนเป็นความชุกร้อยละ 50.77 ใน พ.ศ. 2542 และกลับลดลงเหลือ 36.33 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.23)

กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค (STDs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 2.50 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 8.50 ใน พ.ศ. 2537 แล้วทรงตัวอยู่ในช่วงร้อยละ 7-9 ใน พ.ศ. 2538-2542 จน กระทั่งลดลงเป็นร้อยละ 3.39 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.23)

หญิงโสเภณีตรง (Direct CSWs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 3.47 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 33.15 ใน พ.ศ. 2537 แล้วลดลงเป็นร้อยละ 4.59 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.23)

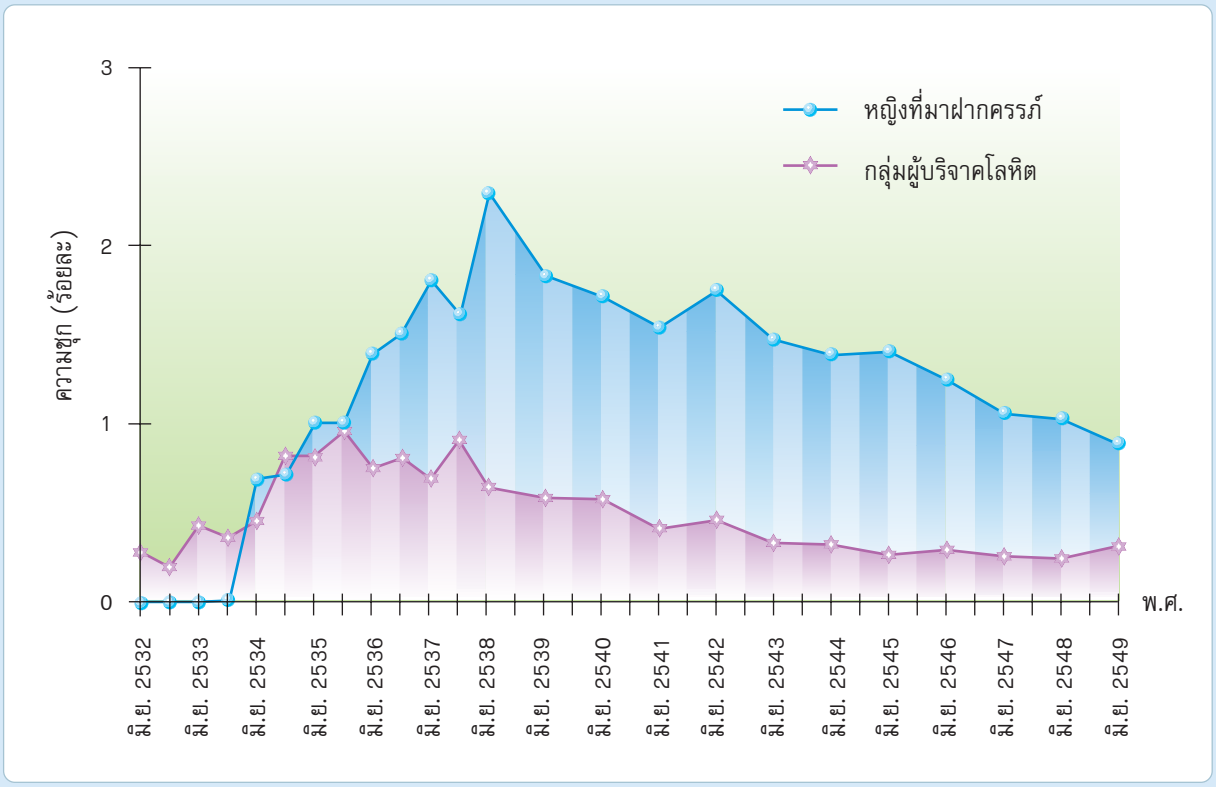
หญิงโสเภณีแฝง (Indirect CSWs) ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.00 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 10.14 ใน พ.ศ. 2539 แล้วค่อยๆ ลดลงเป็นร้อยละ 2.27 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.23)

กลุ่มทหารเกณฑ์ ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 ใน พ.ศ. 2533 สูงสุดที่ร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2536 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 0.4 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.24)

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

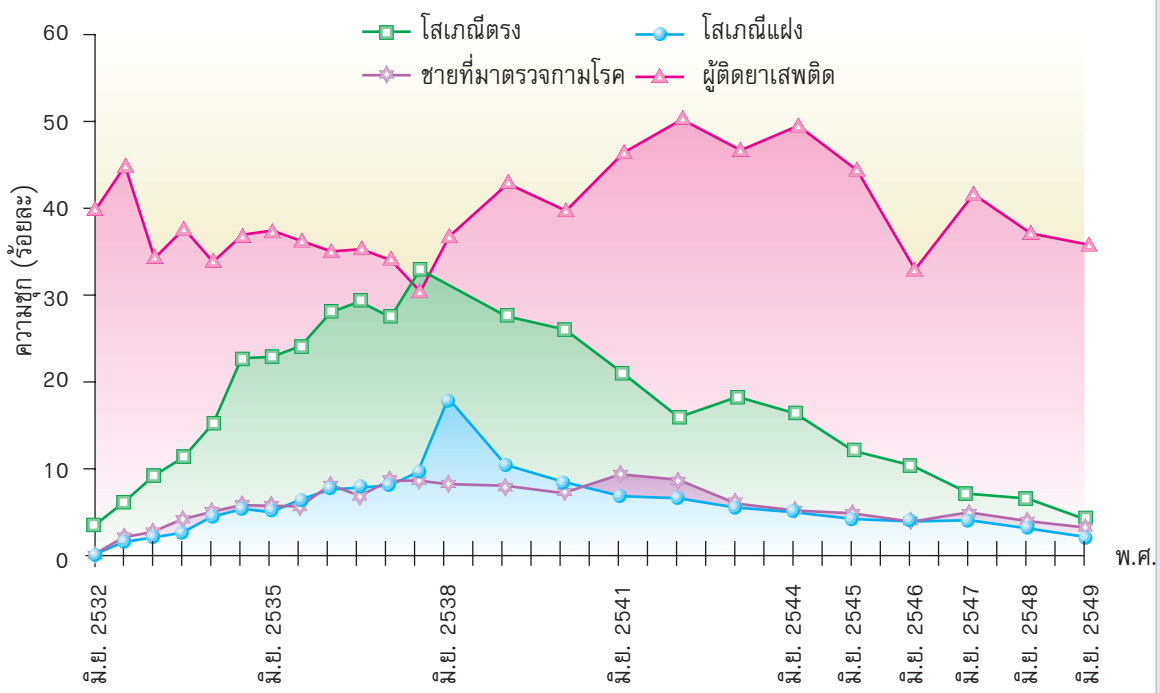
อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ต่างเพศ (Heterosexual) ลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2538-2539 ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง และการรณรงค์ถุงยางอนามัย 100% ในหญิงบริการทางเพศ (ดูภาพที่ 5.29)

ภาพที่ 5.22 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.23 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศโดยแฝง กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด, ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549

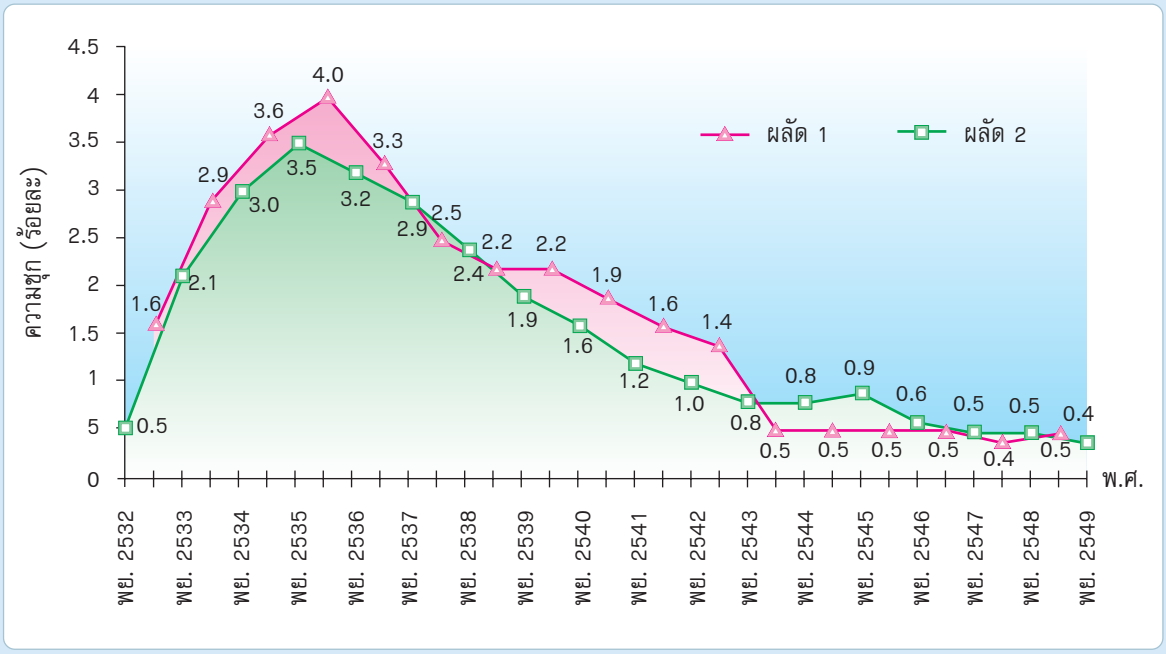


กลุ่ม	มิย. 2532	มิย. 2533	มิย. 2534	มิย. 2535	มิย. 2536	มิย. 2537	มิย. 2538	มิย. 2539	มิย. 2540	มิย. 2541	มิย. 2542	มิย. 2543	มิย. 2544	มิย. 2545	มิย. 2546	มิย. 2547	มิย. 2548	มิย. 2549
หญิงขายบริการทางเพศโดยตรง	3.47	9.30	15.24	22.97	28.25	27.64	33.15[1]	27.78	26.14	21.13	16.00	18.46	16.56	12.34	10.63	7.36	6.80	4.59
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	4.00	3.37	2.27
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	5.00	4.13	3.39
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	42.22	37.64	36.33
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	1.04	1.01	0.87
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	0.23	0.22	0.29

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ [1] เป็นข้อมูลของเดือนธันวาคม 2537

ภาพที่ 5.24 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พฤศจิกายน 2532 - พฤศจิกายน 2549



ที่มา : สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก
สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

(2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์

จากรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง พ.ศ. 2549 โดยแยกเป็นรายภาค พบว่า อัตรารายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคน สูงสุดอยู่ในภาคเหนือ และต่ำสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 5.25)

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง คือมีการรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ระดับ ร้อยละ 30-60 เท่านั้น[9] 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 และมีผู้ที่เป็นเอดส์เสียชีวิต ปีละ 18,000 คน (ภาพที่ 5.26)

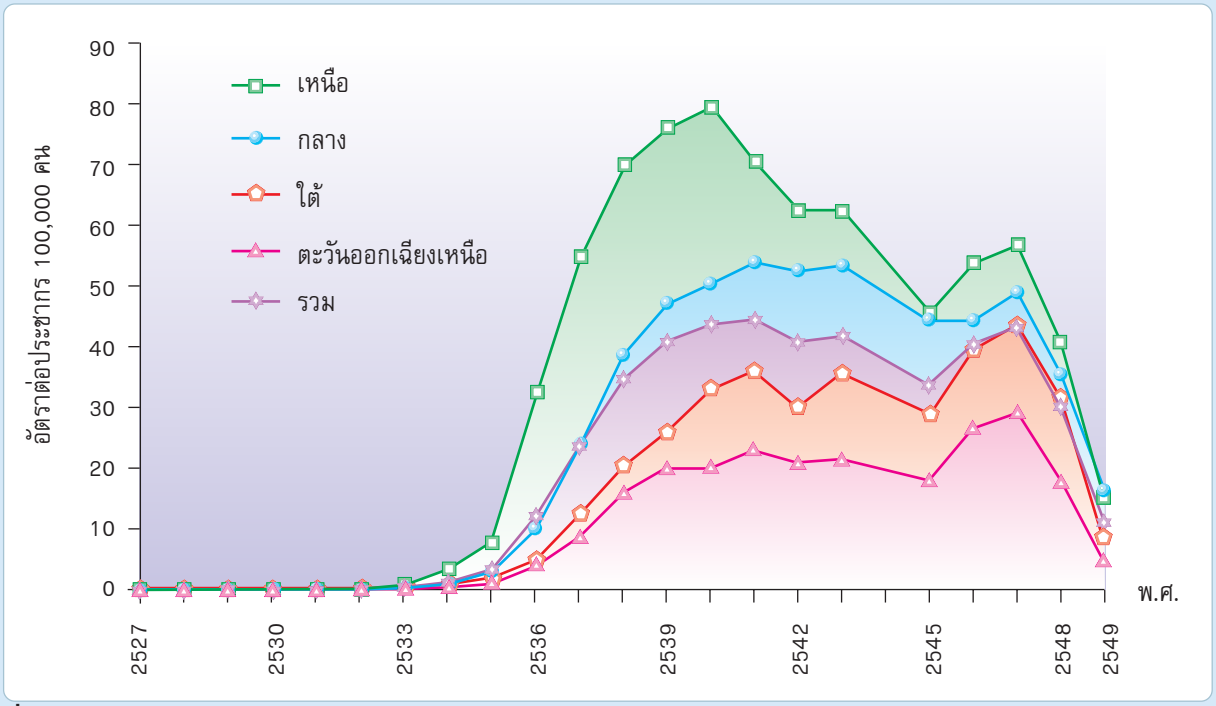
[9] กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, การประเมินความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยเอดส์, 2543

ตารางที่ 5.14 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

ภาพที่ 5.25 แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน แยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2549

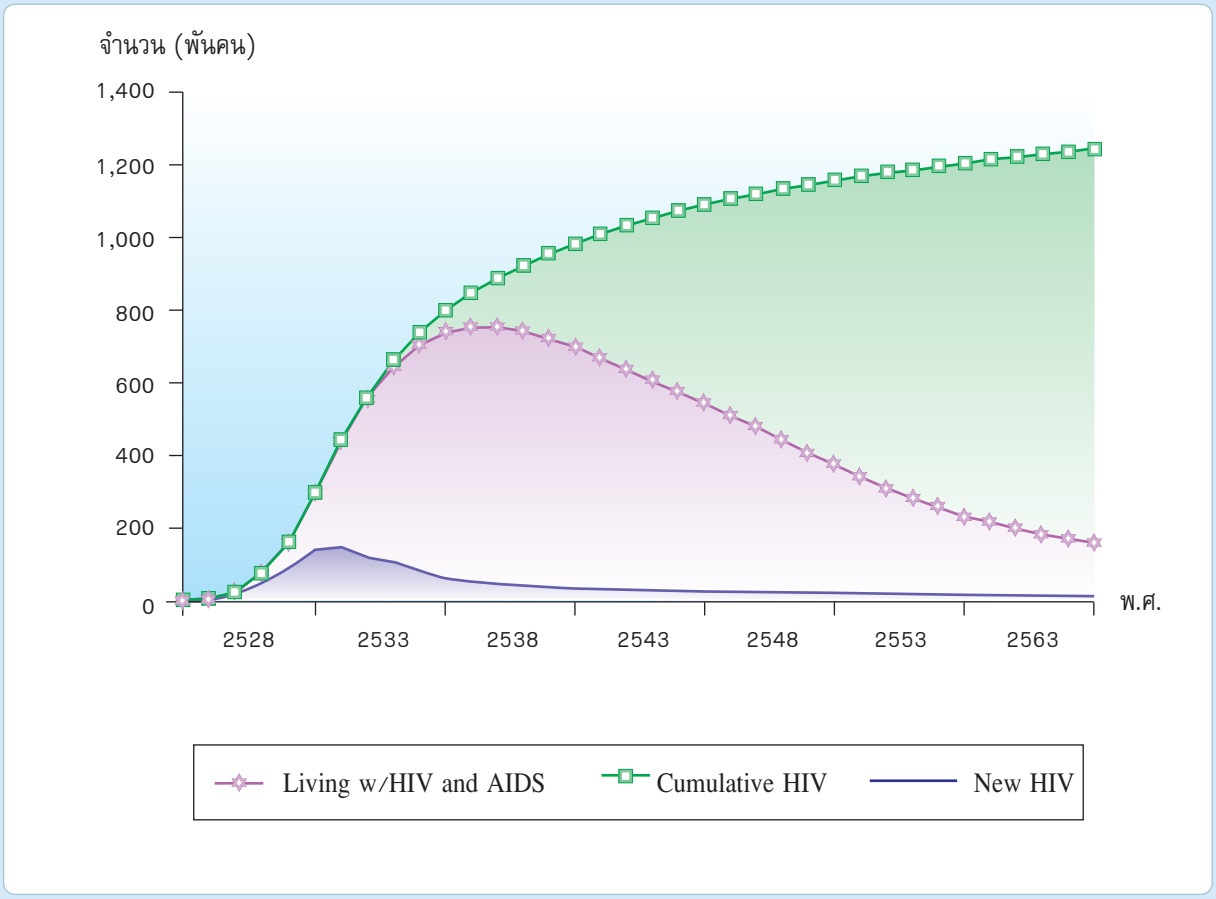


ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาค	2527	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2543	2545	2546	2547	2548	2549
เหนือ	-	-	0.04	0.61	7.76	55.08	76.66	71.17	62.86	45.73	54.26	57.15	41.31	15.7
กลาง	0.01	0.01	0.03	0.40	2.85	23.97	47.15	54.22	53.65	44.83	44.76	49.28	35.73	16.51
ใต้	-	-	0.01	0.07	1.35	12.46	25.81	36.06	35.98	29.15	39.84	43.88	32.18	8.63
ตะวันออกเฉียงเหนือ	-	-	0.01	0.11	1.14	8.82	20.15	23.27	21.74	18.16	27.12	29.66	18.15	5.06
รวม	**-**	**-**	**0.02**	**0.30**	**3.06**	**23.49**	**40.89**	**44.66**	**42.06**	**33.71**	**40.85**	**43.32**	**30.29**	**11.36**

หมายเหตุ : รายงานอยู่ที่ระดับ 30-60% ของความเป็นจริง

ภาพที่ 5.26 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีชีวิตในแต่ละปี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม และจำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี จากการคาดประมาณถึง พ.ศ. 2563



ที่มา : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

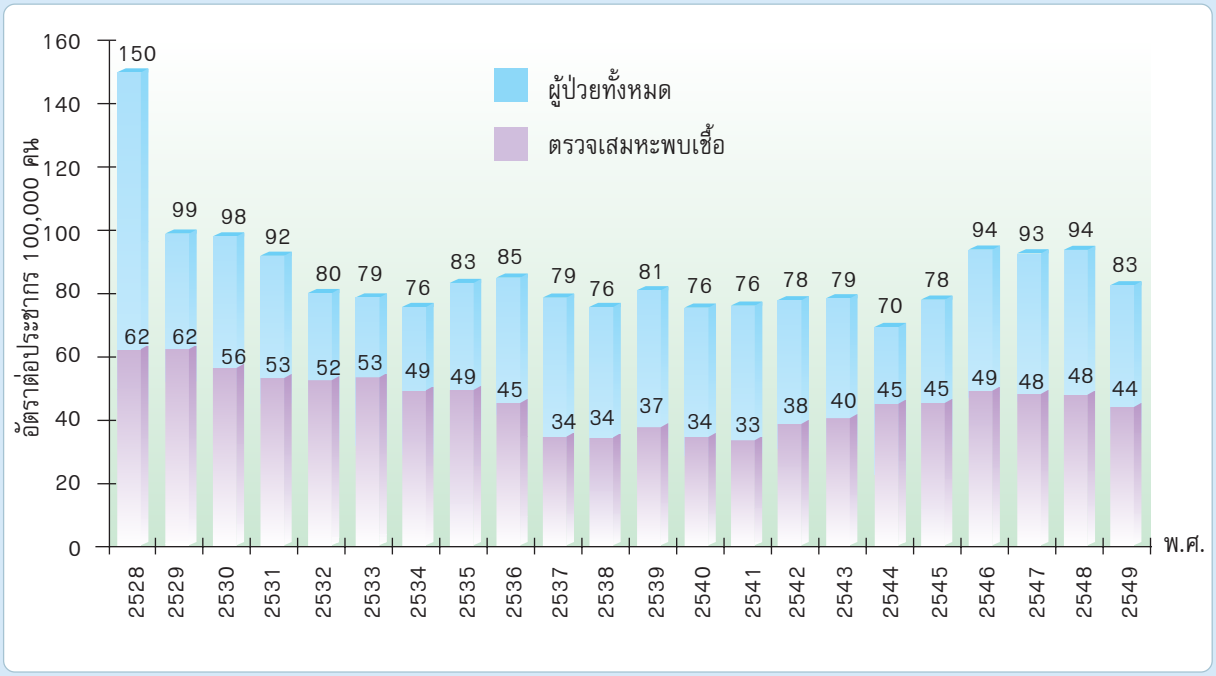
2) วัณโรค

อัตราผู้ป่วยวัณโรคลดลงจาก 150 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เหลือ 80 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2533 - 2548) อัตราผู้ป่วยวัณโรคมิได้ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยด้วย (ภาพที่ 5.27)

วัณโรคกำลังกลายมาเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากผลกระทบของโรคเอดส์ โดยเมื่อพิจารณาผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือตอนบนทุกจังหวัด พบอัตราการติดเชื้อ วัณโรคร่วมด้วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 15.1 ใน พ.ศ. 2548 สำหรับในภาพรวมของประเทศไทยในระยะเวลา 10 กว่าปี มีอัตราการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.5 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 28.7 ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 5.28)

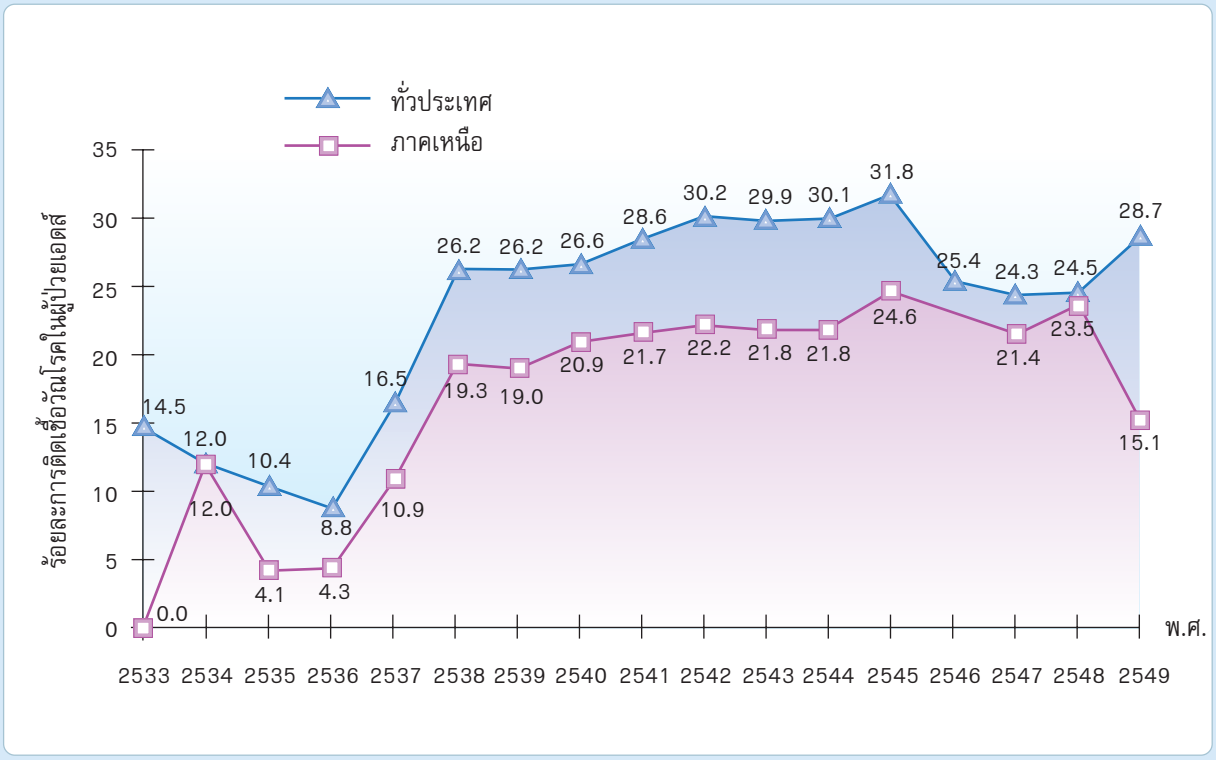
องค์การอนามัยโลกได้คาดคะเนไว้ว่า ผลกระทบของโรคเอดส์ทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นปีละ 4% ซึ่งในระยะ 5 ปีที่ผ่านมานี้พบผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณ 2% ต่อปี และแนวโน้มของวัณโรคในระหว่าง พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545 จะยังไม่ลดลง แต่จากรายงานการเฝ้าระวังการดื้อยาหลายชนิดในผู้ป่วยใหม่ที่ไม่เคยได้รับการรักษา (Multidrug Resistant Tuberculosis) ใน พ.ศ. 2540-2541 พบเฉลี่ยทั้งประเทศร้อยละ 2.02 โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัญหาโรคเอดส์สูง เช่น จังหวัดเชียงราย พบร้อยละ 6 ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ที่มีผลกระทบของโรคเอดส์ ซึ่งพบสูงกว่าร้อยละ 10 (สถาบันวิจัยวัณโรคประเทศญี่ปุ่น อ้างในกองวัณโรค)

ภาพที่ 5.27 อัตราผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ของประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549



ที่มา : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.28 ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2548



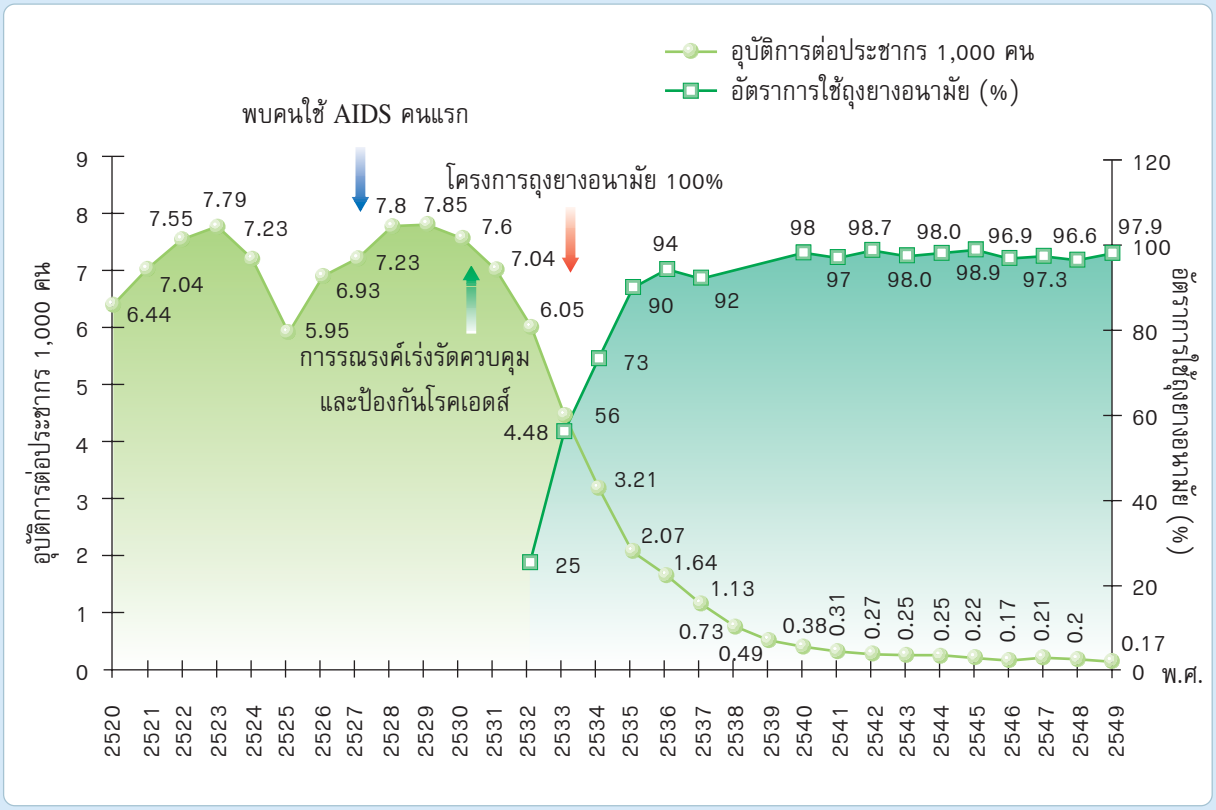
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : สำนักระบาดวิทยามีการปรับข้อมูลใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 - 2546

3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)

สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) ในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มที่ดีโดยเฉพาะตั้งแต่หลัง พ.ศ.2529 อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ลดลงจาก 7.85 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2529 เป็น 0.17 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.29) อันเป็นผลเนื่องมาจากการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

ภาพที่ 5.29 อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยาและกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน กามโรคต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบและหนองในเทียมทุกชนิดรวมกัน

2.4 ปัญหาโรคอุบัติใหม่

2.4.1 โรคไข้หวัดนก

สถานการณ์การแพร่ระบาดไข้หวัดนก ตั้งแต่ปี 2546 จนถึงวันที่ 28 กันยายน 2549 ในหลายประเทศทั่วโลกรายงานจากองค์การอนามัยโลก พบเป็นไข้หวัดนกในคน 251 ราย เสียชีวิต 148 ราย สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนกสะสมรวม 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 68.0 โดยใน พ.ศ. 2549 (ณ เดือนกันยายน) ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก 3 ราย เสียชีวิต 3 ราย และปัจจุบันยังไม่พบการป่วยที่เกิดจากการติดต่อจากคนสู่คน (ตารางที่ 5.15)

ตารางที่ 5 .15 จำนวนผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก และเสียชีวิตของไทย พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2549

จำนวน (คน)	2546	2547	2548	2549	รวม
ผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก	0	17	5	3	25
เสียชีวิต	0	12	2	3	17
อัตราป่วยตายร้อยละ	0.0	70.6	40.0	100.0	68.0

ที่มา : สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.4.2 โรคซาร์ส (SARS)

โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่เกิดการระบาดในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2545 ในมณฑลกวางตุ้ง ทางตอนใต้ของสาธารณรัฐประชาชนจีนและต่อมาถูกควบคุมให้สงบลงได้ในเดือนมิถุนายน 2546 มีรายงานผู้ป่วยใน 29 ประเทศ จำนวน 8,437 ราย เสียชีวิต 813 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 9.64 พื้นที่ที่พบมีการระบาดของโรคมาก ได้แก่ จีน (ปักกิ่งและกวางตุ้ง) ฮ่องกง ไต้หวัน สิงคโปร์ แคนาดา (กรุงโตรอนโต) และ เวียดนาม (กรุงฮานอย)

สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยเข้าข่ายเป็นโรคซาร์ส (มีอาการปอดบวม) 9 ราย เสียชีวิต 2 ราย และมีผู้ป่วยที่สงสัย (ไม่มีอาการปอดบวม) อีก 31 ราย ไม่เสียชีวิต ทุกรายติดเชื้อมาจากต่างประเทศ ประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มงวด เป็นผลให้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคซาร์สในประเทศได้สำเร็จ

2.4.3 โรคมือ เท้า ปาก

โรคมือ เท้า ปากเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการระบาดใน พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย สำหรับประเทศไทยมีการรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก มาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา โดยใน พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 3,961 ราย เสียชวิต 7 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6.33 ต่อประชากรแสนคน (ภาพที่ 5.30)

ภาพที่ 5.30 อัตราป่วยโรคมือ เท้าและปาก พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2549

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ใน พ.ศ. 2549 ผลจากการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบ Enterovirus 71 ร้อยละ 13.5 (26 ราย) (ตารางที่ 5.16)

ตารางที่ 5.16 จำนวนผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคมือ เท้า และปาก พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2549 (ก.ย. 2549)

พ.ศ.	สถานการณ์การเฝ้าระวัง		ผลการตรวจแยกเชื้อและตรวจภูมิของเชื้อ	
	ป่วย	ตาย	พบ Enterovirus 71	พบ Echovirus
2544	1,545	0	2	2
2545	3,533	2	3	0
2546	871	2	10	4
2547	474	0	51	0
2548	2,270	0	40	0
2549	3,961	7	26	0

ที่มา : สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

2.5 โรคไม่ติดต่อ

2.5.1 โรคมะเร็ง

1) มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.17) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 5.31) และเมื่อพิจารณา เฉพาะมะเร็งที่พบมากในสตรีใน 5 จังหวัด ในข่ายงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็ง พบว่า อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านมพบสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 5.18) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุแล้วพบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี เมื่อเปรียบเทียบโรคมะเร็งเต้านมระหว่างสตรีในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนมากเป็นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 77) ในขณะที่ประเทศไทย พบเพียงร้อยละ 40-45 เท่านั้น (ตารางที่ 5.19 และ 5.20) นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีในประเทศไทยที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 80 เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่โรคเป็นมากแล้ว (Invasive)[10]

จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2547 และการสำรวจอนามัยการเจริญพันธ์ พ.ศ. 2549 พบว่า สตรีอายุ 15-59 ปีทั่วประเทศ เคยได้รับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่เริ่มแรกประมาณร้อยละ 49 ในจำนวนนี้สตรีที่มีอายุ 30-44 ปี มารับบริการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่กลุ่มอายุ 15-29 ปี มารับบริการดังกล่าวน้อยที่สุด (ตารางที่ 5.21)

สำหรับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ใน พ.ศ. 2547 สตรีไทยอายุ 15-59 ปี ประมาณร้อยละ 50 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ขณะที่การสำรวจใน พ.ศ. 2549 กลับพบว่า มีการตรวจเต้านม ด้วยตนเองเพียงร้อยละ 25 ส่วนการได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549 มีประมาณร้อยละ 23-24 โดยสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่ได้รับการตรวจมากที่สุด ขณะที่สตรี อายุ 15-29 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อยที่สุด (ตารางที่ 5.21) อย่างไรก็ตามการตรวจวัดด้วย Mammogram ในสตรีอายุ 40-59 ปี พบว่า มีเพียงร้อยละ 4 ของสตรีทั่วประเทศที่เคยได้รับการตรวจด้วยวิธีดังกล่าว (ตารางที่ 5.21)

---

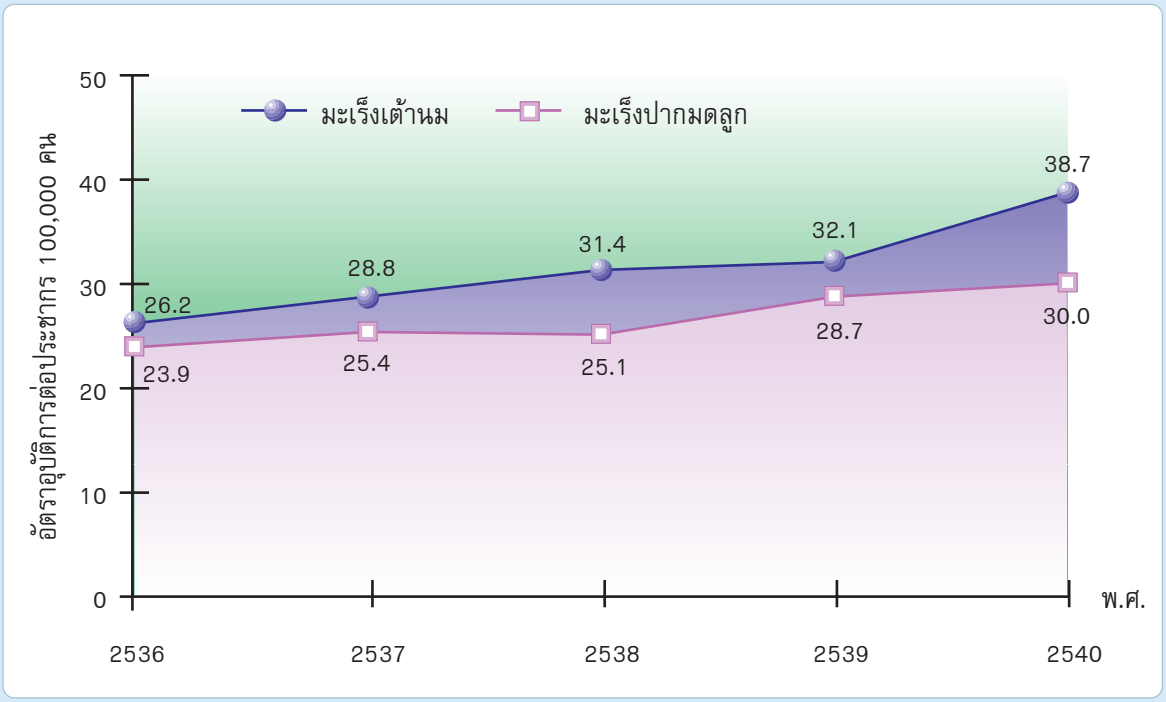
[10] ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช

ตารางที่ 5.17 อุบัติการของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543

ลำดับ	ชนิด	อัตราอุบัติการต่อประชากร 100,000 คน				
		พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543
1	มะเร็งปากมดลูก	23.4	20.9	19.5	19.8	24.7
2	มะเร็งเต้านม	13.5	16.3	17.2	19.9	20.5
3	มะเร็งตับ	16.3	15.5	16.0	14.3	12.3
4	มะเร็งปอด	12.1	11.1	10.0	9.9	9.3
5	มะเร็งรังไข่	4.5	4.7	5.2	6.2	6.0

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ภาพที่ 5.31 อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานครระหว่าง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2540



ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ตารางที่ 5.18 ร้อยละของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ใน พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2538-2540 และ พ.ศ. 2541-2543 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็ง

จังหวัด	มะเร็งปากมดลูก			มะเร็งเต้านม			มะเร็งรังไข่		
	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2538-40	พ.ศ. 2541-43	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2538-40	พ.ศ. 2541-43	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2538-40	พ.ศ. 2541-43
เชียงใหม่	25.7	25.6	29.4	15.2	17.6	20.7	6.0	4.7	6.9
ลำปาง	23.1	23.6	22.3	15.0	16.4	20.8	4.4	3.7	4.6
ขอนแก่น	18.0	15.0	15.9	8.6	11.6	13.7	4.5	5.6	6.2
กรุงเทพมหานคร	18.5	20.7	19.3	20.6	25.4	24.3	4.2	5.9	6.1
สงขลา	15.8	16.1	20.6	11.5	12.1	17.2	3.1	4.6	5.7

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

ตารางที่ 5.19 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 5.20 แสดงอายุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทย ปี 2526 - ปี 2549

โรงพยาบาลศิริราชแผนกศัลยศาสตร์ 1,353 ราย (ปี 2526-2537)			ศูนย์ถันยรักษ์ 5,994 ราย (ปี 2538-2547)		ศูนย์ถันยรักษ์ 219 ราย (ปี 2548)		ศูนย์ถันยรักษ์ 499 ราย (ปี 2549)	
อายุ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
< 40	311	23.0	996	16.6	39	13.4	53	11.8
40-49	437	32.3	2,487	41.5	97	33.4	158	32.2
50-59	353	26.1	1,721	28.7	92	31.6	139	31.0
60-69	162	12.0	597	10.0	37	12.7	68	15.1
70 ปีขึ้นไป	90	6.6	193	3.2	26	8.9	31	6.9
รวม	**1,353**	**100**	**5,994**	**100**	**291**	**100**	**449**	**100**

ที่มา : ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์, Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์

ตารางที่ 5.21 ร้อยละของสตรีไทยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2547 และพ.ศ. 2549

การตรวจคัดกรอง	พ.ศ. 2547 (1)				พ.ศ. 2549 (2)
	15-29 ปี	30-44 ปี	45-59 ปี	รวม	
- การตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยใช้วิธี Pap smear	29.0	62.2	55.0	48.5	49.8
- การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	35.0	58.3	53.5	48.7	24.6
- การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	13.2	28.1	27.9	22.7	24.5
- การตรวจเต้านมโดย Mammogram (อายุ 40-59 ปี)	-	-	-	4.0	-

ที่มา :
1. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) มะเร็งตับ

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหารไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านอาหารแผงลอยอันอาจจะเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษตลอดจนสุขลักษณะของผู้ปรุงประกอบอาหารได้ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงกับการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารเป็นสื่อ รวมทั้งการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (ตารางที่ 5.12) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ (ตารางที่ 5.22) โดยพบว่า ประเทศไทยมีอุบัติการของโรคมะเร็งตับสูงที่สุดในโลก[11]

ตารางที่ 5.22 อุบัติการของโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543

พ.ศ.	อุบัติการต่อประชากร 100,000 คน	
	เพศชาย	เพศหญิง
2536	37.4	15.5
2539	40.5	16.0
2542	38.6	14.3
2543	31.2	11.5

ที่มา : Cancer in Thailand, 1995 - 2000

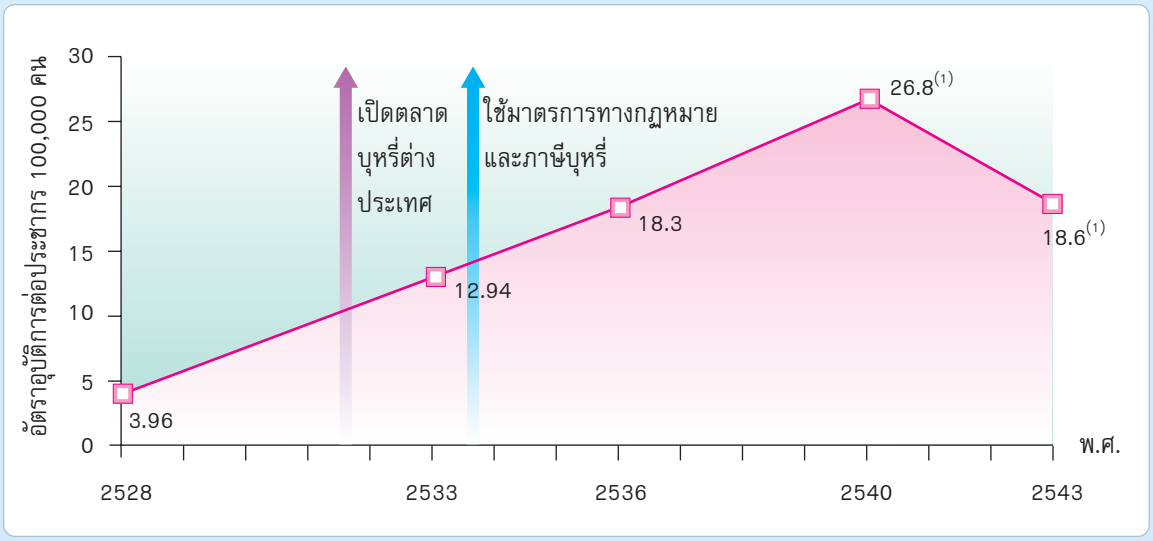
3) มะเร็งปอด

อุบัติการของมะเร็งปอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 26.8 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2540 และลดลงเป็น 18.6 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2543 ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะทางอากาศ (ภาพที่ 5.32)

---

[11] Vatanasapt, V., Sriamporn, S. (1999). Cancer in Thailand 1992-1994. (IARC Technical Report No. 34), Lyon, IARC.

ภาพที่ 5.32 อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2543

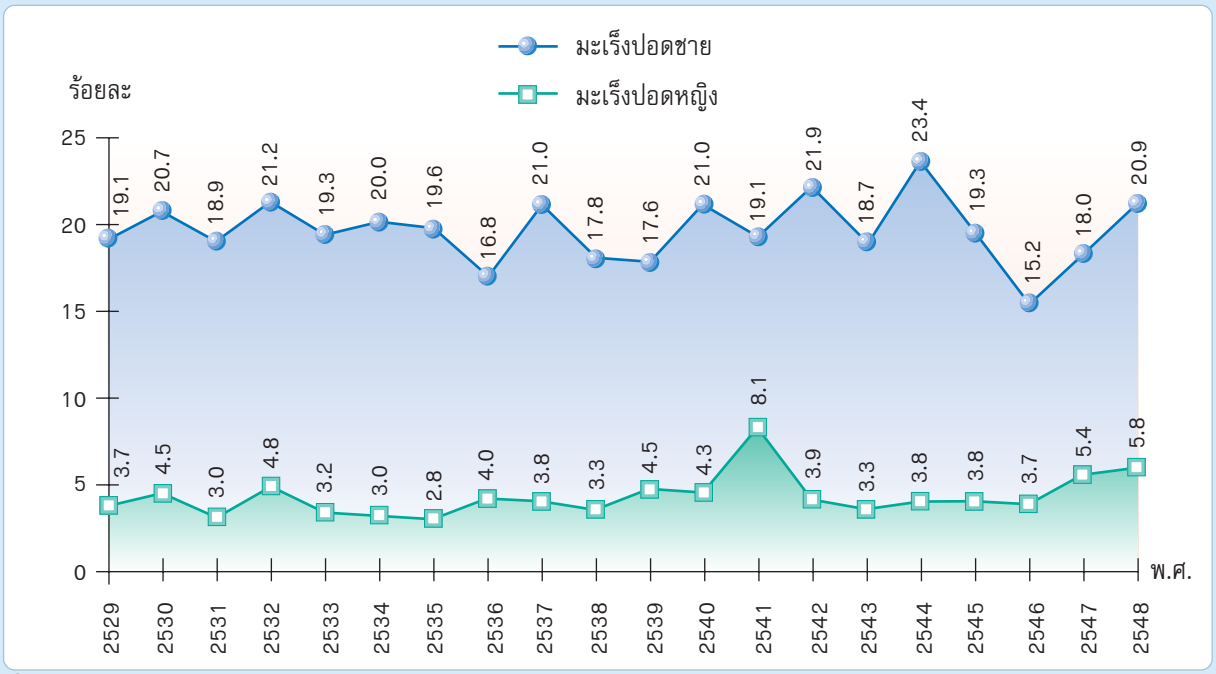


ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

หมายเหตุ : (1) เป็นอุบัติการของโรคมะเร็งปอดในเพศชาย

นอกจากนี้ จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2548 พบว่า เป็นมะเร็งปอดชาย ประมาณร้อยละ 15-23 ซึ่งสูงกว่ามะเร็งปอดหญิง ประมาณ 3-8 เท่า (ภาพที่ 5.33)

ภาพที่ 5.33 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2548



ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

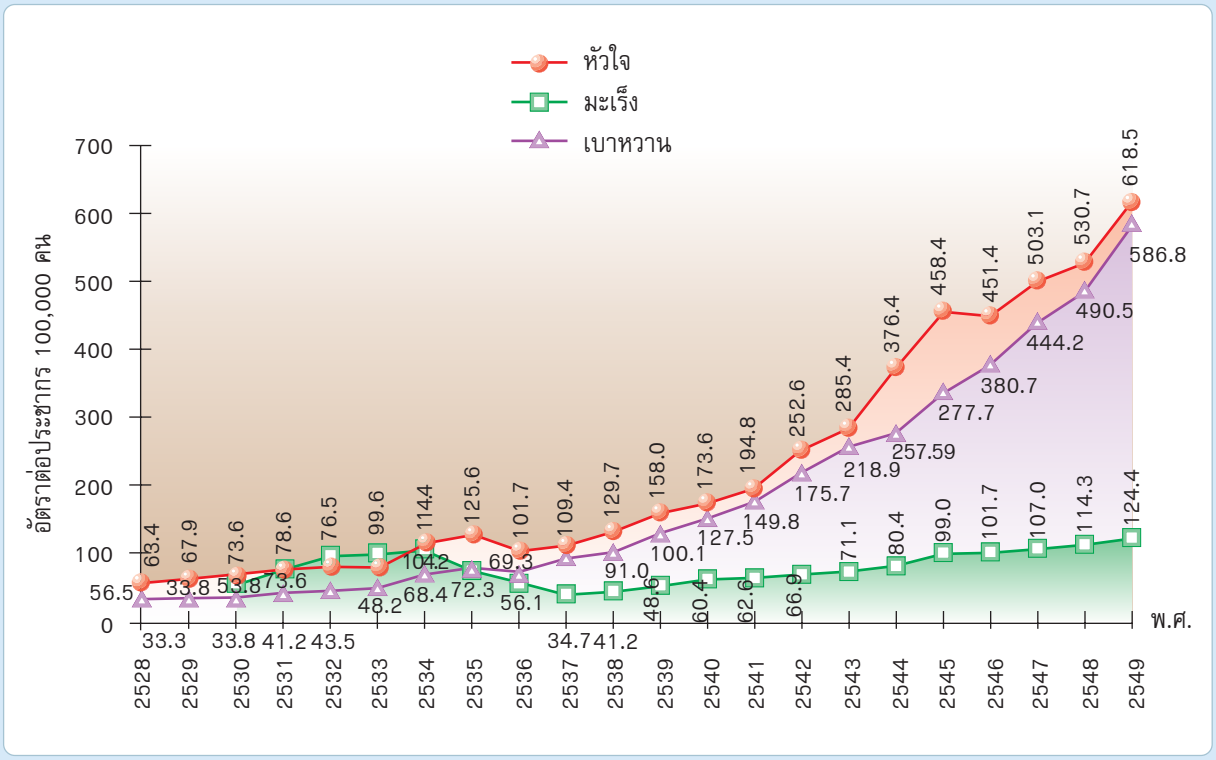
หมายเหตุ : เป็นร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

2.5.2 หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย อันได้แก่ หัวใจ มะเร็งและเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกายที่ ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบดังนี้

- โรคหัวใจ มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 618.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549
- โรคมะเร็ง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มเป็น 124.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549
- โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 586.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.34)

ภาพที่ 5.34 อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคเบาหวาน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549

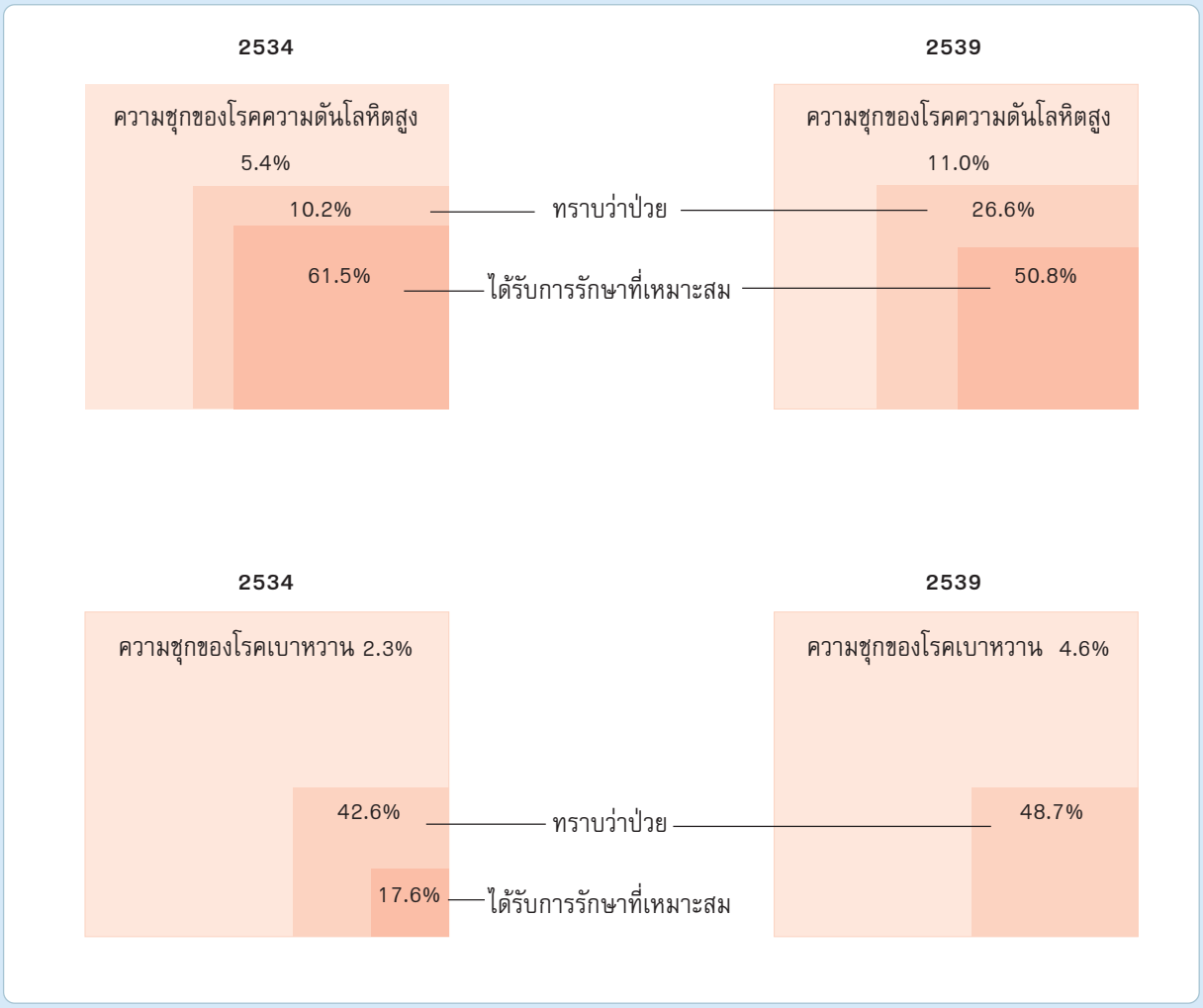


ที่มา : รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ความชุกของโรคมะเร็ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 แสดงเฉพาะมะเร็งตับ ปอด มดลูกและเต้านม เท่านั้น

นอกจากนี้ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2546-2547 พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 11.0 ใน พ.ศ. 2539 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 22 หรือประมาณ 10.1 ล้านคน ใน พ.ศ. 2547 เช่นเดียวกับอัตราความชุกของโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 4.6 ใน พ.ศ. 2539 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 6.9 หรือประมาณ 3.2 ล้านคน ใน พ.ศ. 2547 อันแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นโรคไม่ติดต่อของคนไทยที่เพิ่มสูงขึ้นและที่สำคัญคือ ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยพบในสัดส่วนที่สูง ซึ่งส่งผลให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาค่อนข้างต่ำ ทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้ขาดโอกาสที่จะได้รับการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามหลังจากการเป็นโรคนี้ด้วย (ภาพที่ 5.35 และ ตารางที่ 5.23)

ภาพที่ 5.35 ความชุกของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงและการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2539



ที่มา : มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2541

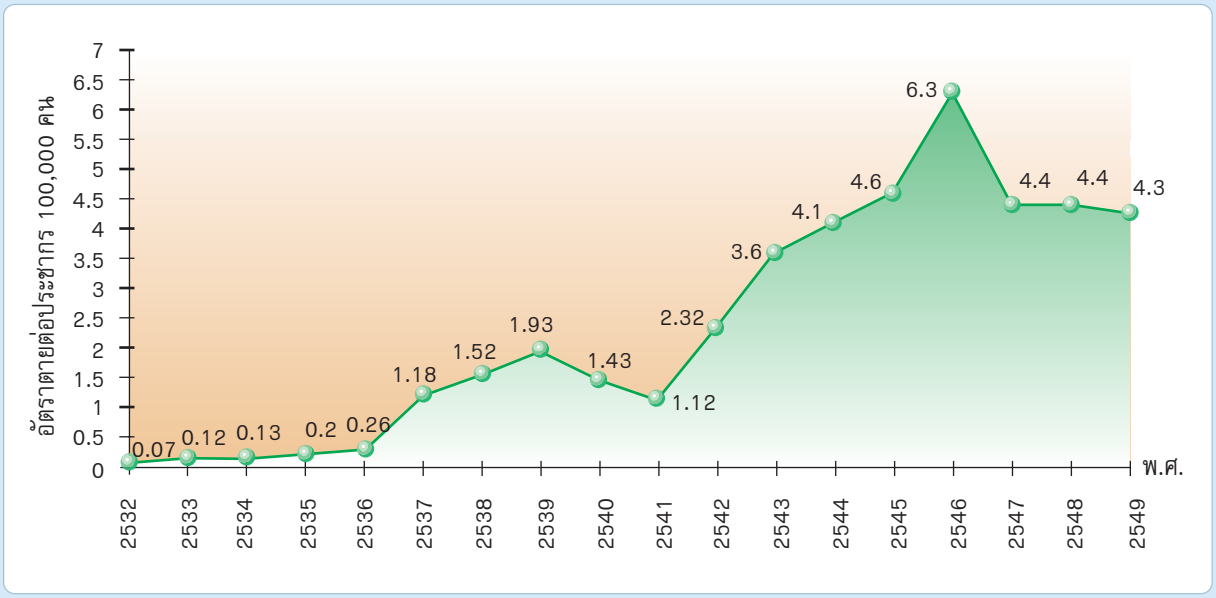
ตารางที่ 5.23 ความชุกของโรคเรื้อรังของประชาชนไทยและการวินิจฉัยและการรักษา พ.ศ. 2547

อัตรา (ร้อยละ)	ความดันโลหิตสูง		ไขมันในเลือดสูง		เบาหวาน	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ความชุก	**23.3**	**20.9**	**13.7**	**17.1**	**6.4**	**7.3**
- ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย	78.6	63.8	87.6	86.8	65.5	49.2
- ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่รักษา	4.5	5.4	3.1	4.1	1.9	1.7
- รักษาแต่ควบคุมไม่ได้	11.2	19.0	2.7	3.3	24.1	33.9
- รักษาและควบคุมได้	5.7	11.7	6.7	5.9	8.5	15.2

ที่มา : รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข

2.5.3 โรคถุงลมโป่งพอง เพิ่มขึ้นจาก 0.07 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 เป็น 4.3 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.36)

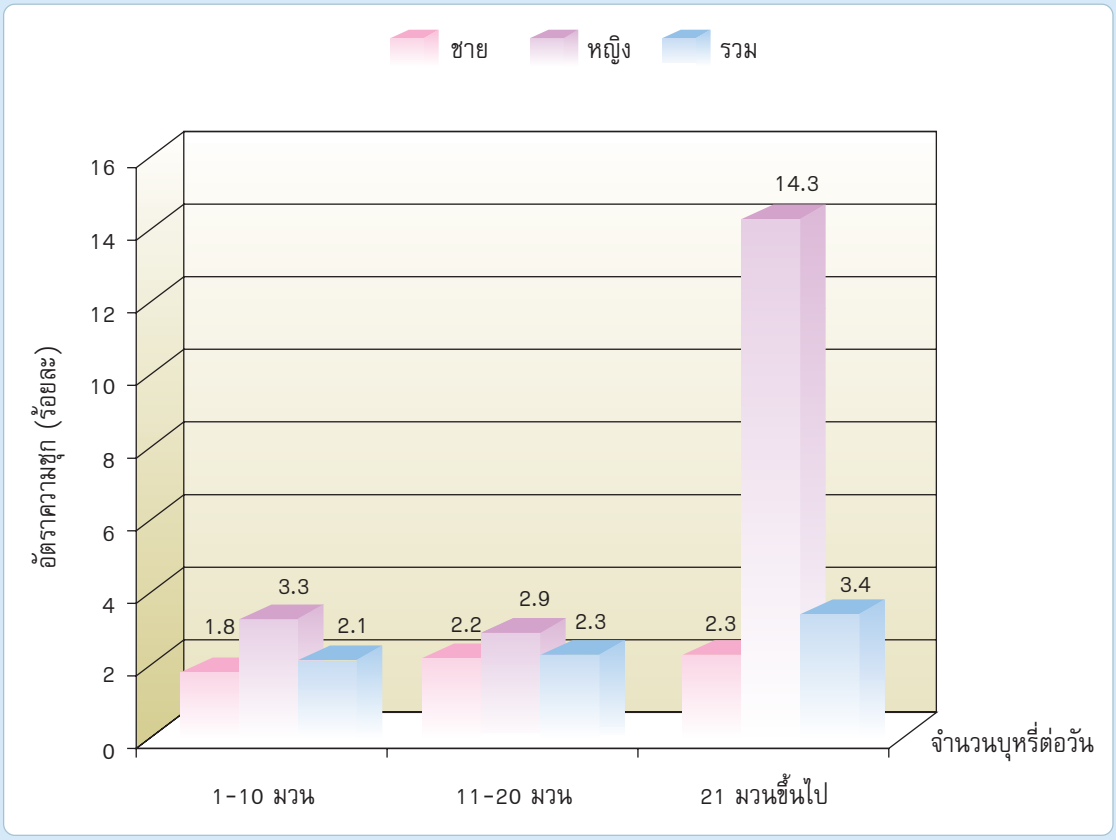
ภาพที่ 5.36 อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.5.4 โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ก็เป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานานๆ ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2534 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 1.5 โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่ในปริมาณที่สูงขึ้นจะเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.37) และจากการคาดประมาณความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ใน พ.ศ. 2553 จะมีคนไทยป่วยด้วยโรคนี้ถึง 7,035 ต่อประชากร 100,000 คน[12] (ภาพที่ 5.38)

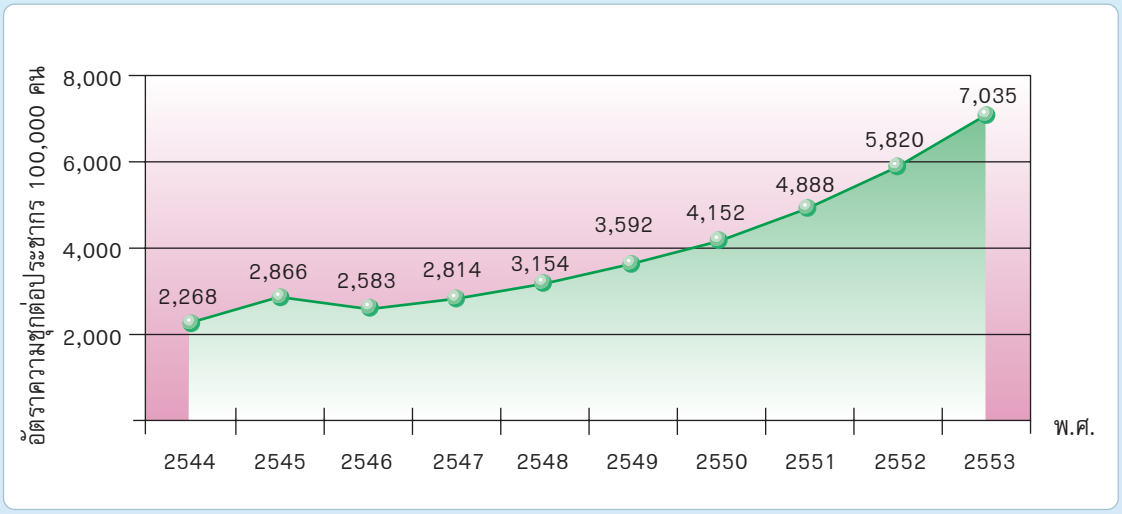
ภาพที่ 5.37 อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ) ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน และเพศ



ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 1ปี พ.ศ. 2534, 2539

[12] จากประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยให้เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 0.42 ต่อปี และเพศหญิงลดลงร้อยละ 0.16 ต่อปี

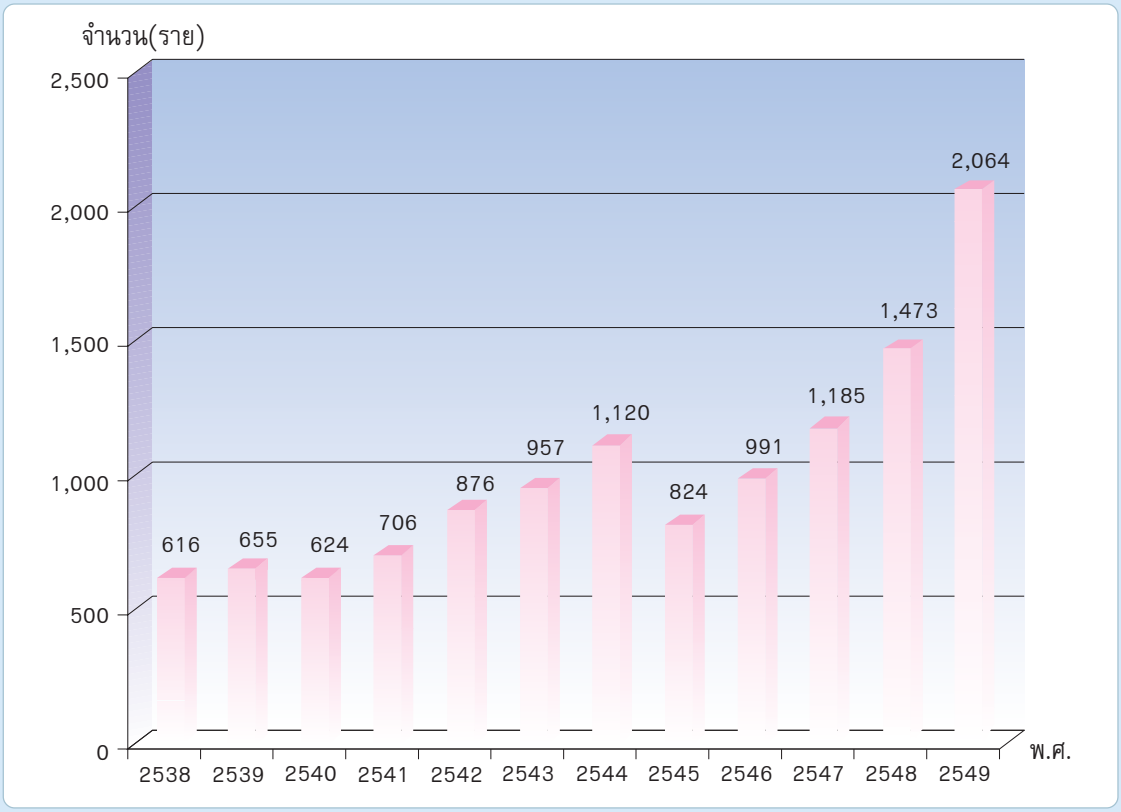
ภาพที่ 5.38 ประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553



ที่มา : สว่าง แสงหิรัญวัฒนา, โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้ม, 2542

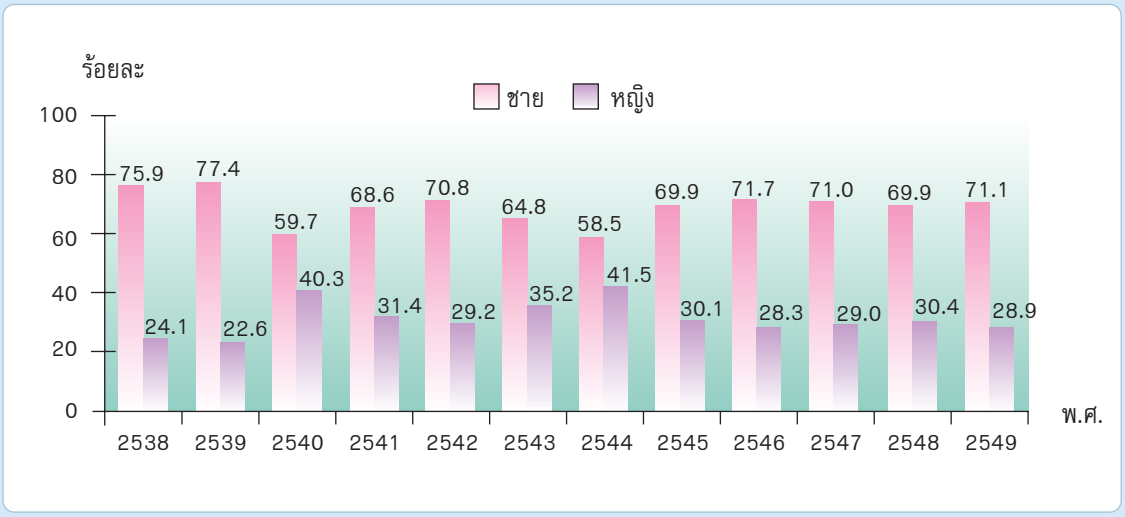
2.5.5 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิงมีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.39 และ 5.40) ซึ่งโรคนี้นอกจากเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้วยังเกี่ยวกับการขาดการออกกำลังกาย การมีไขมันในเลือดสูงและการมีน้ำหนักเกินด้วย

ภาพที่ 5.39 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคหัวใจ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สถาบันโรคหัวใจ กรมการแพทย์

ภาพที่ 5.40 สัดส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการผ่าตัดในสถาบันโรคหัวใจ จำแนกตาม เพศ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2549

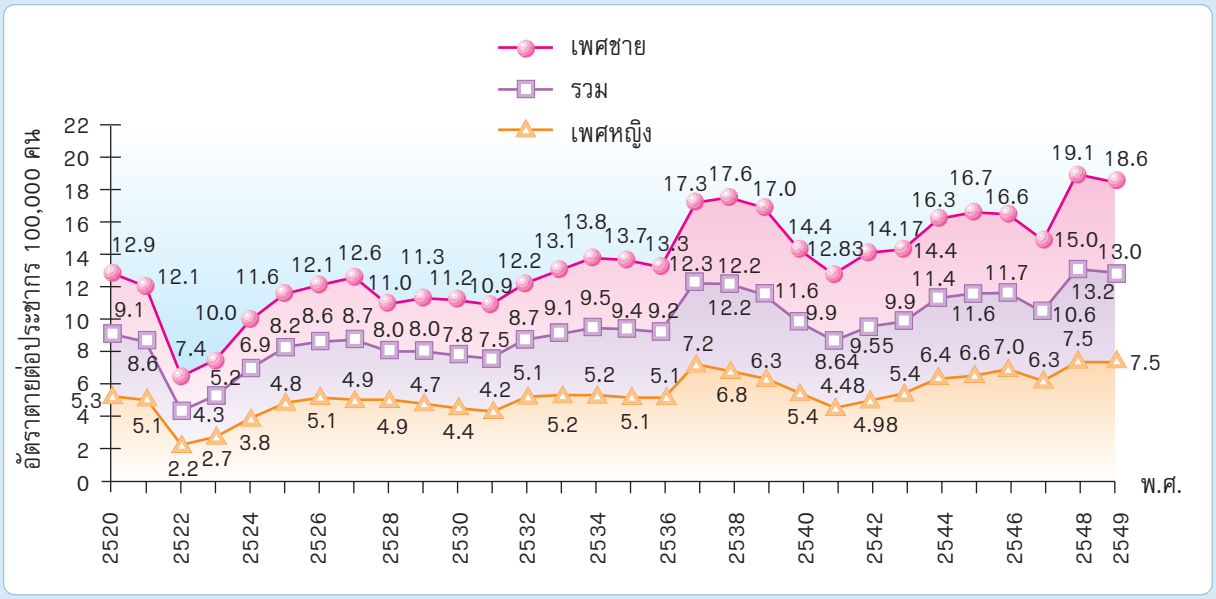


ที่มา : สถาบันโรคหัวใจ กรมการแพทย์

2.5.6 โรคตับแข็ง

การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ มีผลเสียต่อตับ โดยพบว่า อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549 อยู่ระหว่าง 4.3 - 13.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็นชายประมาณ 6-19 ต่อประชากร 100,000 คน และหญิงประมาณ 2-7 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-4 เท่า (ภาพที่ 5.41) อนึ่ง โรคตับแข็งนี้มีส่วนสำคัญที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีแนวโน้มลดลงด้วย

ภาพที่ 5.41 อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.6 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ

2.6.1 อุบัติเหตุจราจร

สถานการณ์อุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย สามารถจำแนกตามอุบัติการณ์เป็นช่วงเวลา ดังนี้

ช่วงแรกก่อน พ.ศ. 2529 ช่วงเศรษฐกิจตกต่ำปริมาณการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับไม่สูงมากนัก 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 ต่อ ประชากร 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 90,000-125,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 13,000-14,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 21 - 22.26 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 70,000-95,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 110.8-151.72 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.42)

โดยพบว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานมีอายุระหว่าง 15-34 ปี เป็นผู้ชายมากกว่าหญิงถึง 4-5 เท่า (ตารางที่ 5.25 และภาพที่ 5.43)

สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ส่วนใหญ่เกิดจากคนถึงร้อยละ 69.6 โดยสาเหตุจากรถและสิ่งแวดล้อมพบเพียงร้อยละ 1.2 และ 0.6 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.44) เมื่อจำแนกประเภทของสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า การขับรถเร็วเกินอัตราที่กำหนดเป็นสาเหตุอันดับแรก (ร้อยละ 17.3) รองลงมาคือ การตัดหน้ากระชั้นชิด เมาสุรา แซงรถผิดกฎหมายและตามกระชั้นชิด ตามลำดับ (ภาพที่ 5.45)

เป็นที่น่าสังเกตว่า ทั้งจำนวนอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ อันเป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายการกระตุ้นเศรษฐกิจระดับรากหญ้า โดยเฉพาะนโยบายการเงินที่ผ่อนคลาย (อัตราดอกเบี้ยต่ำ) และมาตรการภาษีเพื่อเพิ่มอำนาจซื้อของประชาชน ทำให้ประชาชนมีอำนาจในการใช้จ่ายซื้อสินค้าสูงขึ้น โดยเฉพาะ

ยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวมที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่หลังวิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา เนื่องจากรถยนต์ได้กลายมาเป็นปัจจัยที่ห้าสำหรับการดำรงชีพ แต่การเพิ่มขึ้นของจำนวนพาหนะดังกล่าวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับยอดการจำหน่ายรถยนต์ พบว่า การเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการจำหน่ายรถยนต์มีผลต่อจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในทางบวก (r = 0.818) (ตารางที่ 5.26)

นอกจากนี้ จากการศึกษาของยอดผล ธนาบริบูรณ์ และคณะ (2549) พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มตามภาวะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงของประเทศ[13] (ภาพที่ 5.46)

จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความสูญเสีย "โดยตรง" ของทรัพย์สินอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุเป็นเงินประมาณ 3,643.7 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 5.24) แต่แท้จริงแล้วยังมีความสูญเสียที่ยากจะประมาณค่าอีกมากทั้งในแง่ของชีวิต ภาระค่ารักษาพยาบาล ความทุพพลภาพ ฯลฯ ซึ่งจากการศึกษามูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากอุบัติเหตุจราจรบนท้องถนนใน พ.ศ. 2543 - 2545 พบว่า มีมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 106,994-115,337 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2-2.3 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ [14,15]

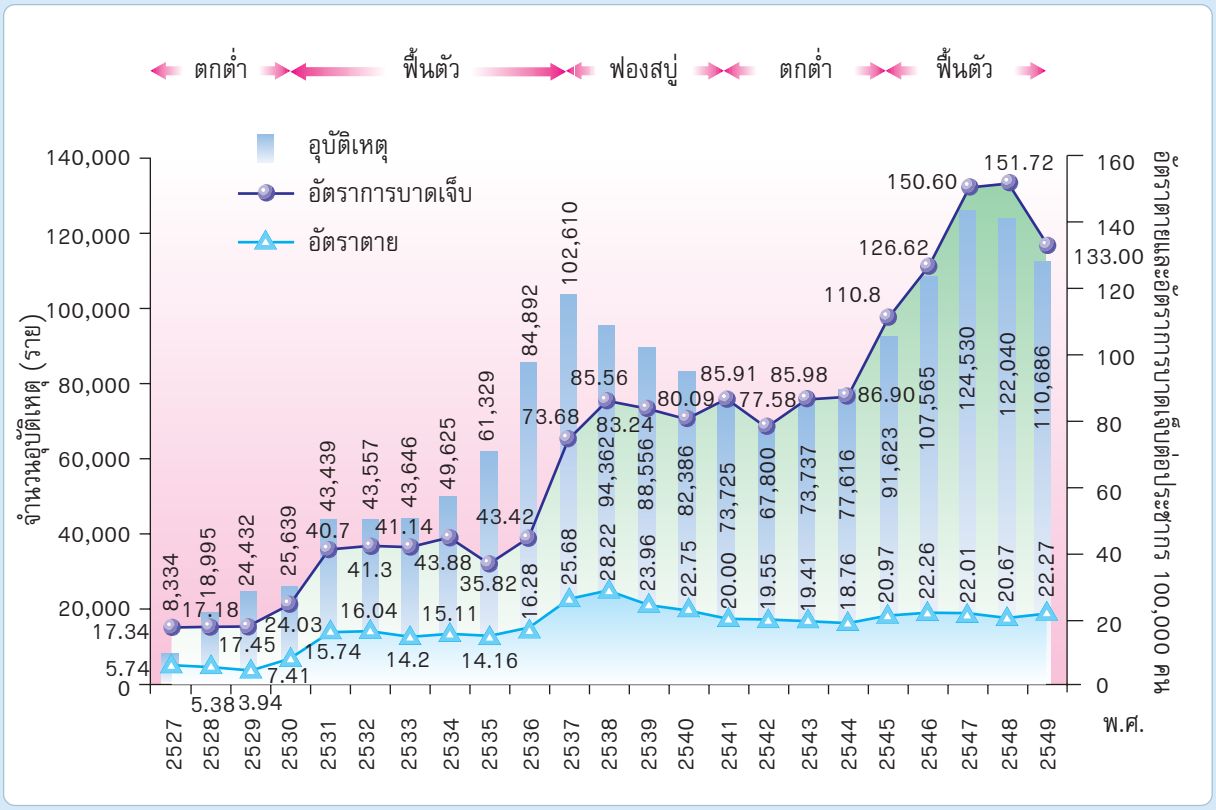
---

[13] ยอดพล ธนาบริบูรณ์ และคณะ. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย, 2549

[14] ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ความสูญเสียเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย, 2548

[15] ศูนย์วิจัยและพัฒนาการจราจรและขนส่ง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. โครงการศึกษาวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติเหตุด้านการจราจรทางบก, 2545

ภาพที่ 5.42 อัตราตายและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2527-พ.ศ. 2549



ที่มา : ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 5.24 จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2549

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
2546	62,939,819	107,565	14,012	22.26	79,692	126.62	1,750,964,040
2547	62,526,693	124,530	13,766	22.01	94,164	150.60	1,623,081,112
2548	62,195,839	122,040	12,858	20.67	94,364	151.72	3,238,226,110
2549	62,623,416	110,686	12,693	20.27	83,290	133.00	3,643,747,912

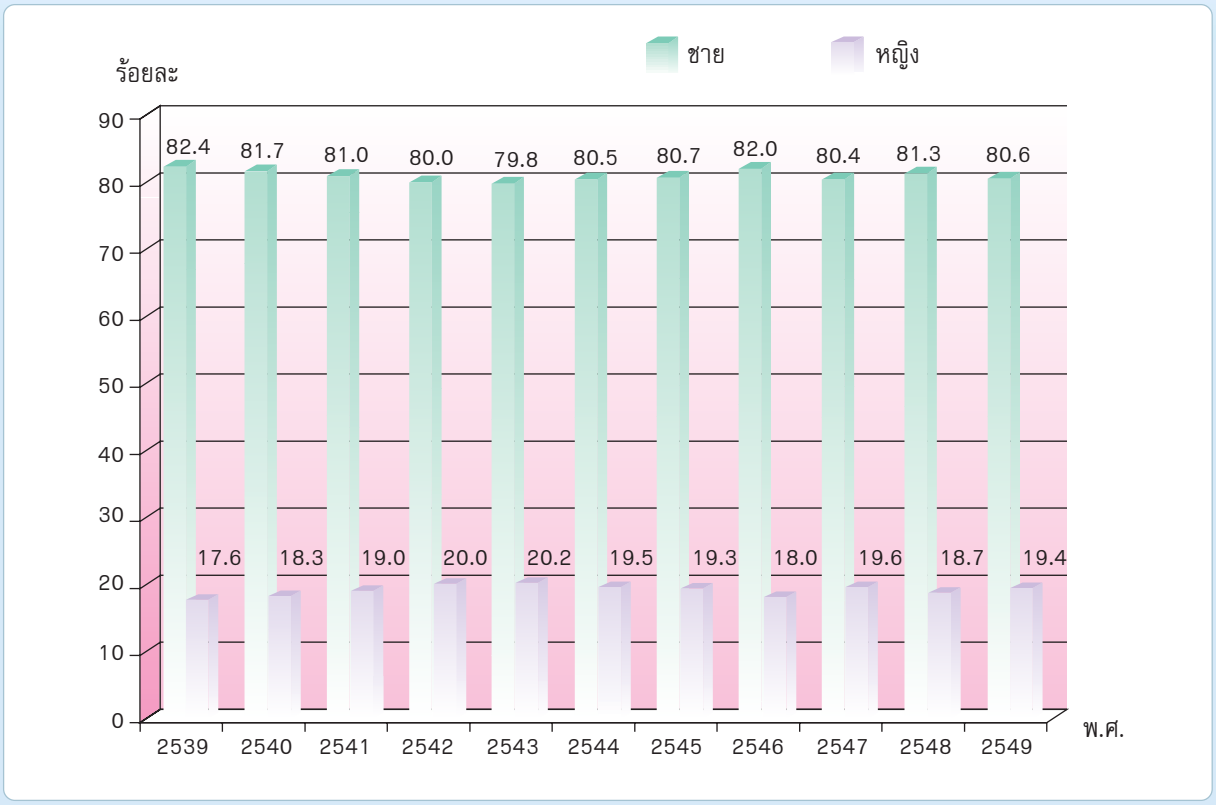
ที่มา : ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 5.25 จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2549

กลุ่มอายุ (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		พ.ศ. 2547		พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2549	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	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	164	1.3	154	1.3	158	1.5	135	1.3
5 - 9	389	2.3	227	1.8	146	1.8	261	2.2	287	2.2	256	2.0	214	1.6	196	1.5	183	1.5	151	1.4	149	1.4
10 - 14	599	3.6	392	3.0	237	3.0	300	2.6	387	2.9	356	2.7	428	3.2	363	2.8	425	3.4	359	3.3	375	3.6
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	1,829	14.3	1,811	14.7	1,534	13.9	1,408	13.5
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	2,040	15.9	1,819	14.7	1,598	14.5	1,405	13.5
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	1,623	12.7	1,530	12.4	1,334	12.1	1,244	11.9
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	1,279	10.0	1,233	10.0	1,103	10.0	986	9.5
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	1,198	9.4	1,094	8.9	1,016	9.2	956	9.2
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	1,030	8.0	950	7.7	891	8.1	886	8.5
45 - 49	870	5.2	750	5.8	488	6.1	785	6.8	884	6.7	912	7.0	903	6.7	847	6.6	832	6.8	759	6.9	745	7.2
50 - 54	594	3.6	484	3.7	329	4.1	561	4.8	638	4.8	650	5.0	697	5.2	651	5.1	654	5.3	614	5.6	648	6.2
55 - 59	546	3.3	468	3.6	320	4.0	444	3.8	507	3.8	463	3.6	488	3.6	493	3.8	510	4.1	449	4.0	421	4.0
60 - 64	421	2.5	371	2.9	287	3.6	392	3.4	448	3.4	450	3.5	408	3.0	371	2.9	422	3.4	395	3.5	352	3.4
65 - 69	304	1.8	209	1.6	205	2.6	283	2.4	352	2.7	341	2.6	355	2.7	316	2.5	295	2.4	272	2.4	277	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	225	1.8	232	1.9	201	1.8	233	2.2
75 - 79	112	0.6	67	0.5	66	0.8	83	0.7	135	1.0	124	1.0	139	1.0	116	0.9	126	1.0	123	1.1	125	1.2
80 - 84	39	0.2	37	0.3	22	0.3	56	0.5	59	0.5	65	0.5	56	0.4	43	0.3	43	0.3	52	0.5	45	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	27	0.2	27	0.2	32	0.2	31	0.3

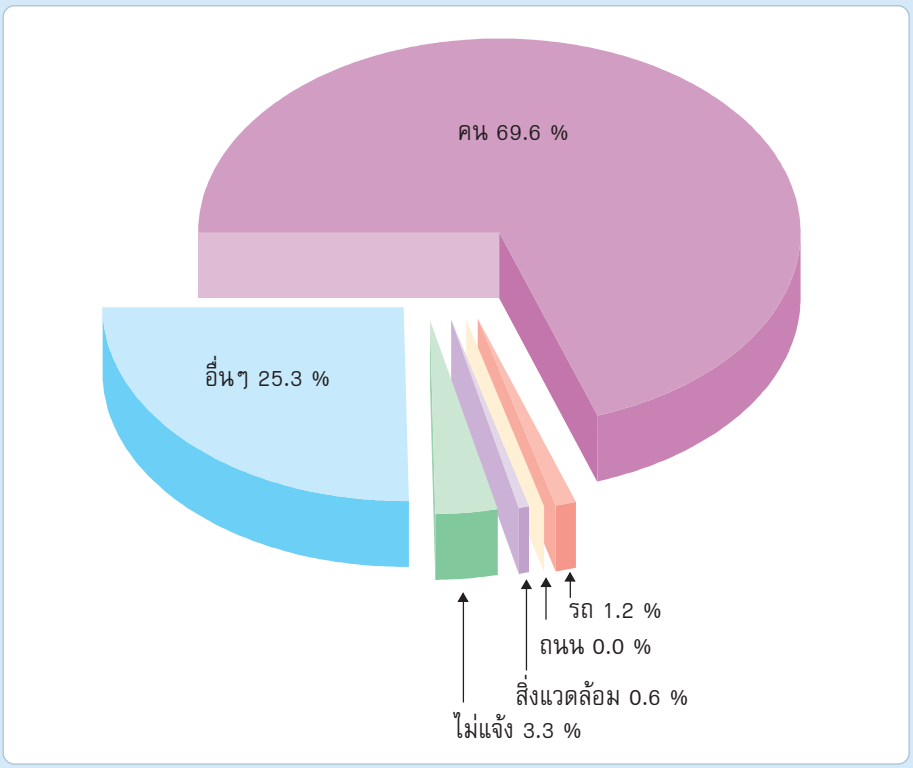
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.43 อัตราตายด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2549



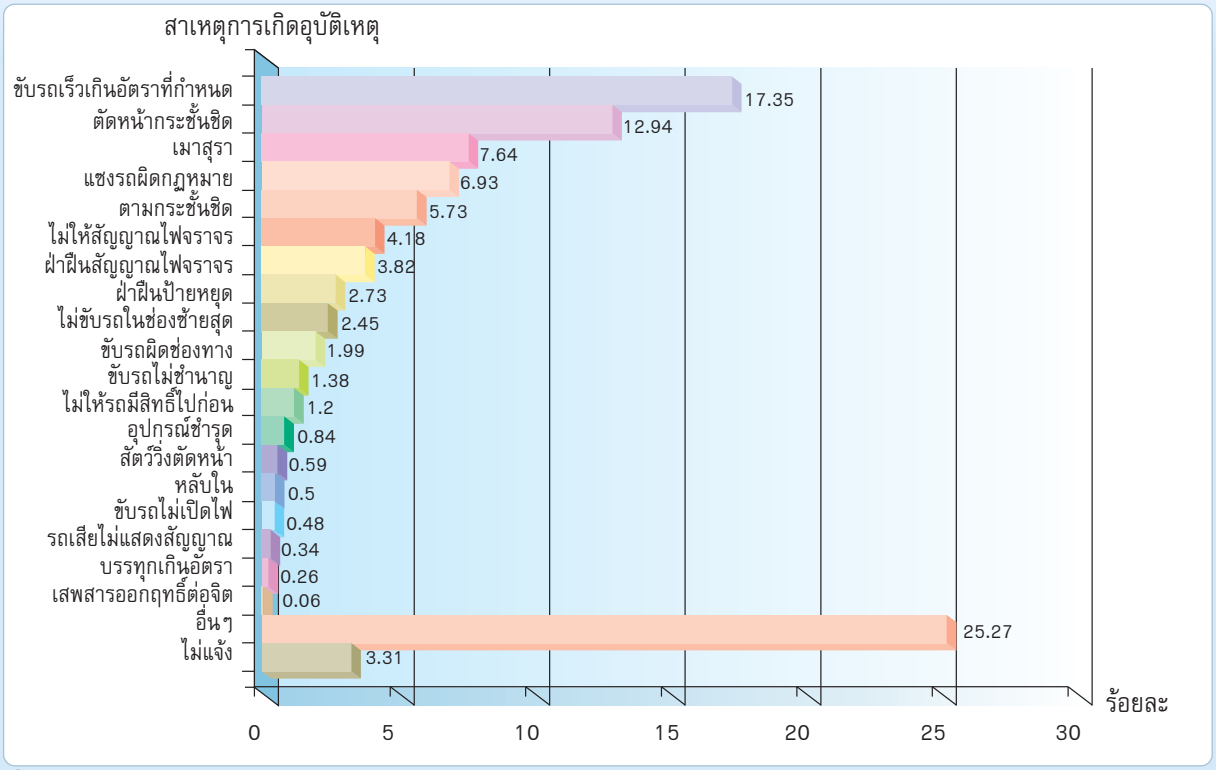
ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.44 สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ภาพที่ 5.45 สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ. 2549



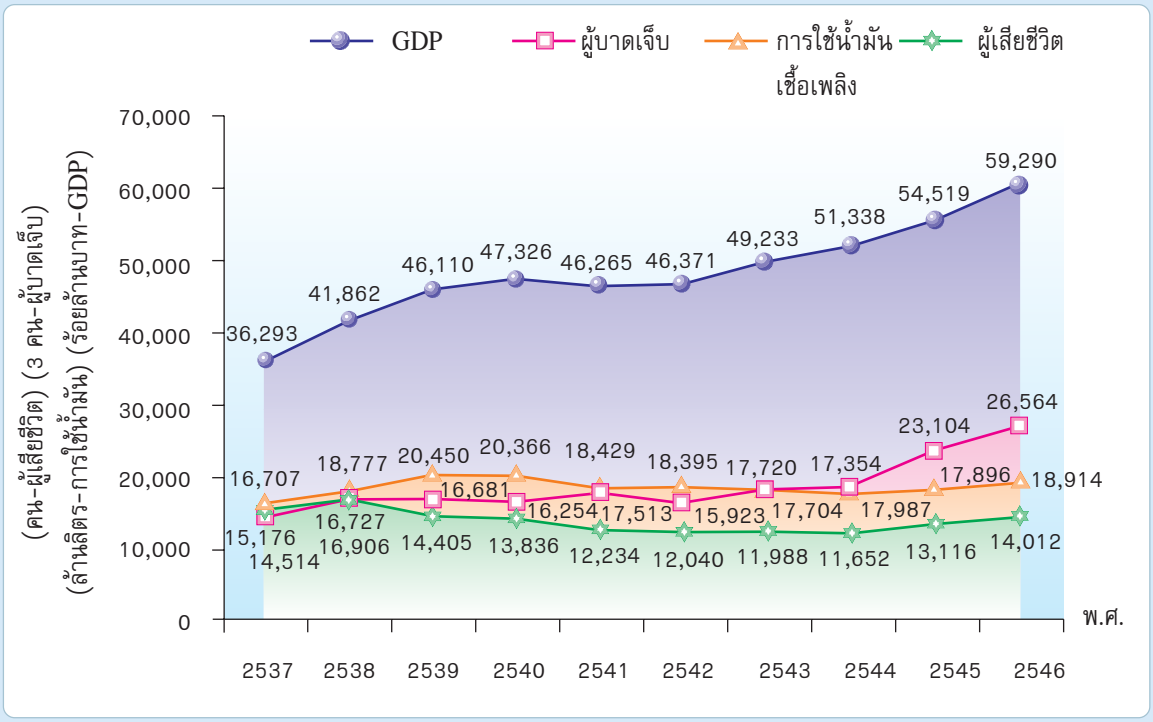
ที่มา : สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 5.26 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนอุบัติเหตุกับยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวม พ.ศ. 2533 - พ.ศ.2549

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%
2546	107,565	533,176	+30.0%
2547	124,530	626,026	+17.4%
2548	122,040	703,432	+12.4%
2549	110,686	682,500	-3.1%
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	=	0.818	

ที่มา : [1] สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
[2] จากบริษัทโตโยต้ามอเตอร์ ประเทศไทย จำกัด

ภาพที่ 5.46 แนวโน้ม GDP, การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงด้านการขนส่ง, ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2537 - 2546



ที่มา : ยอดพล ธนาบริบูรณ์ และคณะ. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย, 2549

สำหรับประเภทรถที่เกิดอุบัติเหตุนั้น พบว่า รถจักรยานยนต์ รถปิกอัพ/รถตู้ รถเก๋งส่วนบุคคล และจักรยาน/สามล้อถีบก่อให้เกิดการบาดเจ็บและการตายสูงกว่ารถประเภทอื่นๆ แต่ถ้าพิจารณาถึงความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุแล้วจะเห็นได้ว่า ประเภทรถที่ทำให้ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุถึงแก่ชีวิตมากที่สุดในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2544 - 2546) คือ รถเก๋งส่วนบุคคล รถปิกอัพ / รถตู้ และจักรยานยนต์ (ตารางที่ 5.27)

ตารางที่ 5.27 การบาดเจ็บ และเสียชีวิต จำแนกตามประเภทของพาหนะ พ.ศ.2540 - พ.ศ. 2546

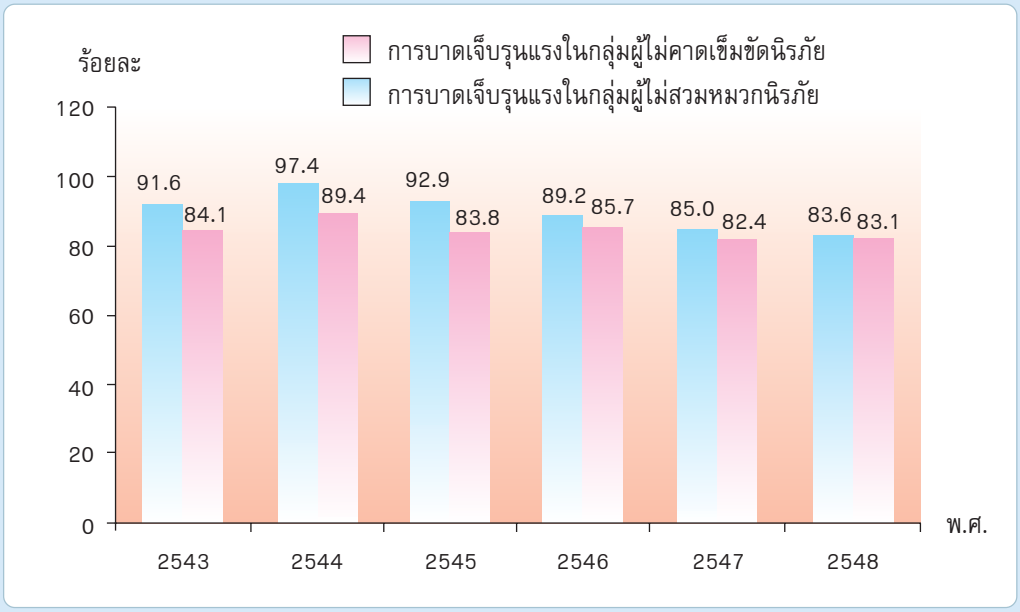
ประเภทพาหนะ	พ.ศ. 2540			พ.ศ. 2541			พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2543			พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2545			พ.ศ. 2546		
	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต (%)	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต (%)	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราผู้บาดเจ็บเสียชีวิต (%)	จำนวนบาดเจ็บ	จำนวนผู้เสียชีวิต	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	1,812	108	6.0
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	42,048	3,144	7.5
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	431	34	7.9
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	886	90	10.2
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	3,743	359	9.6
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	805	70	8.7
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	72	7	9.7
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	199	13	6.5
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	204	11	55.4
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	390	20	5.1
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	184	10	5.4
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**	**50,774**	**3,866**	**7.6**

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ : พ.ศ. 2544 - 2546 เป็นการรายงานเฉพาะผู้บาดเจ็บรุนแรง (ผู้บาดเจ็บตายก่อนถึงโรงพยาบาล ตายที่ห้องปฏิบัติเหตุฉุกเฉินและผู้บาดเจ็บที่ต้องรับไว้สังเกตอาการหรือรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น)

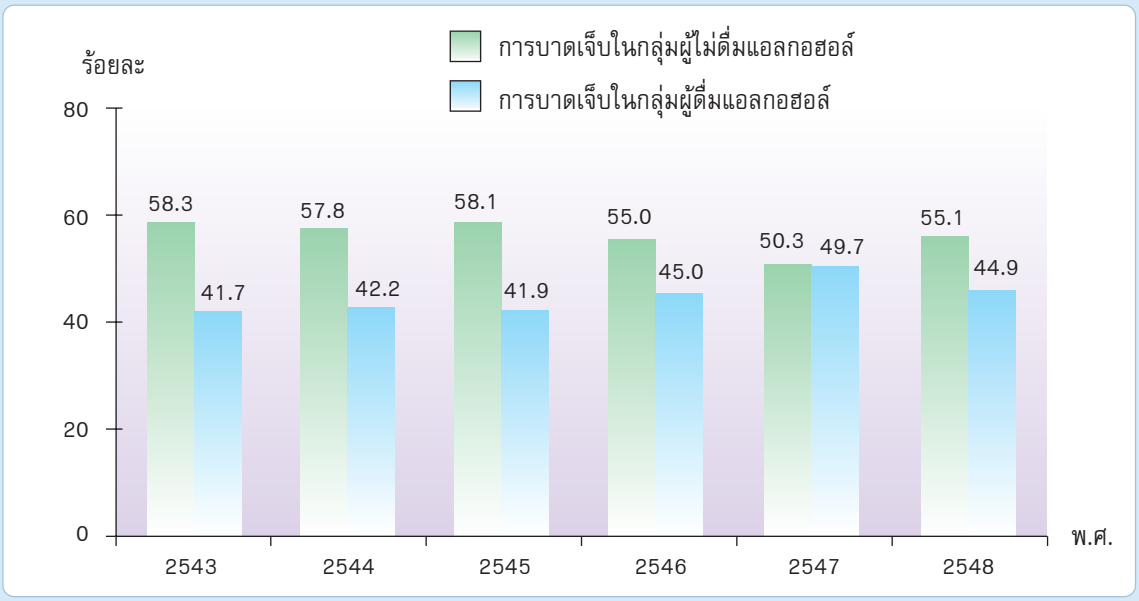
แม้ว่าได้มีการออกพระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัยในประเทศไทย โดยมีผลบังคับใช้ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2539 แล้วก็ตาม ซึ่งข้อมูลจากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พบว่าผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยรวมทั้งผู้ขับขี่รถและผู้โดยสารรถยนต์ที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยมีอัตราการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรมากกว่าร้อยละ 80 (ภาพที่ 5.47) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรเกือบครึ่งหนึ่งดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (ภาพที่ 5.48)

ภาพที่ 5.47 อัตราการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร จำแนกตามการคาดเข็มขัดนิรภัยและการสวมหมวกนิรภัย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2548



ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.48 สัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามสภาพการใช้แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2548

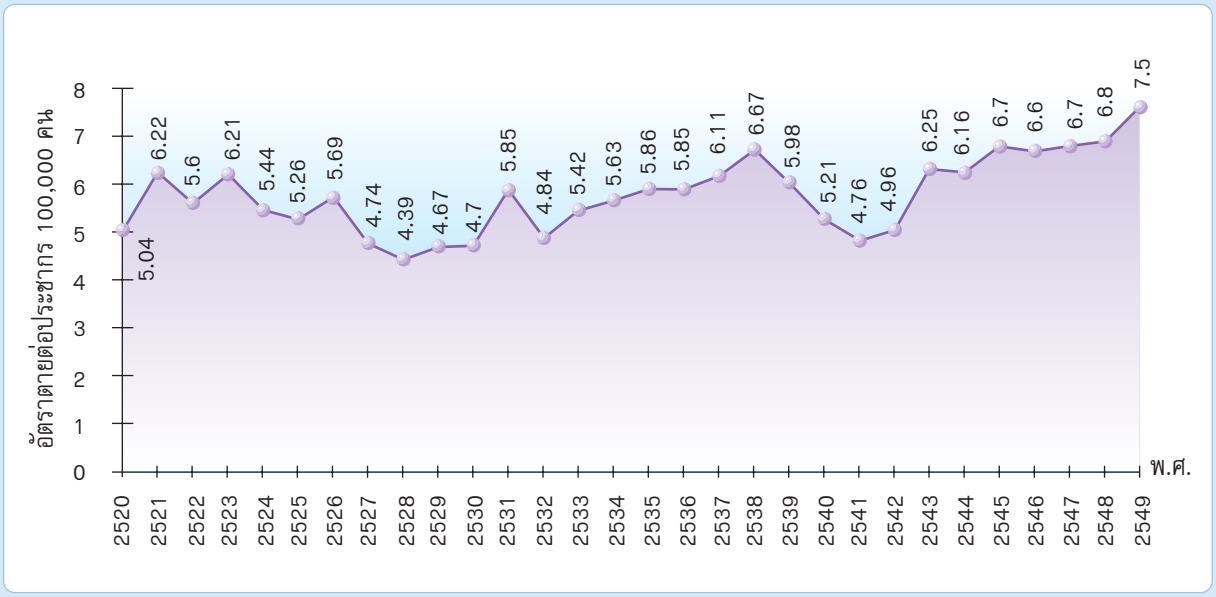


ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.6.2 อุบัติเหตุทางน้ำ

อุบัติเหตุทางน้ำเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับปัญหาอุบัติเหตุทางบก ทั้งๆ ที่ประเทศไทยมีอัตราตายของเด็กจากการจมน้ำสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 5-15 เท่าตัว[16] โดยเมื่อพิจารณาอัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ในช่วง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549 พบระหว่าง 4.4 - 7.5 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.49) และจากการศึกษาระบาดวิทยาการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้ที่ตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ เป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 3 เท่า โดยพบ**การตายสูงสุดในกลุ่มเด็กวัยเรียน** (ภาพที่ 5.50) ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจาก การขาดประสบการณ์ในการเล่นน้ำที่ปลอดภัย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย

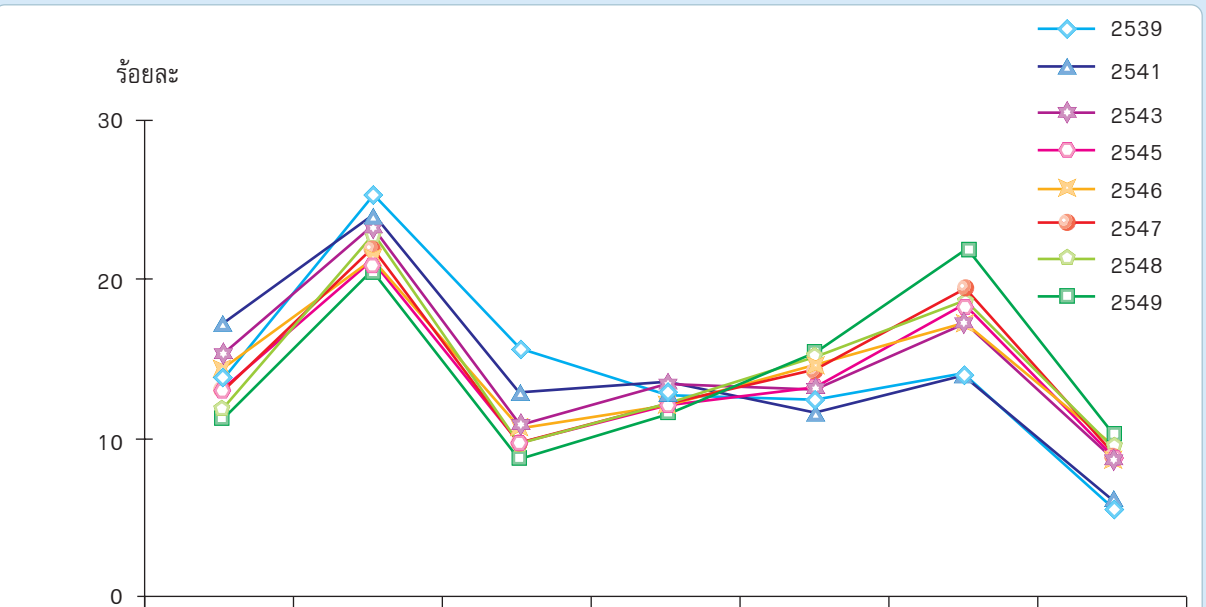
ภาพที่ 5.49 อัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

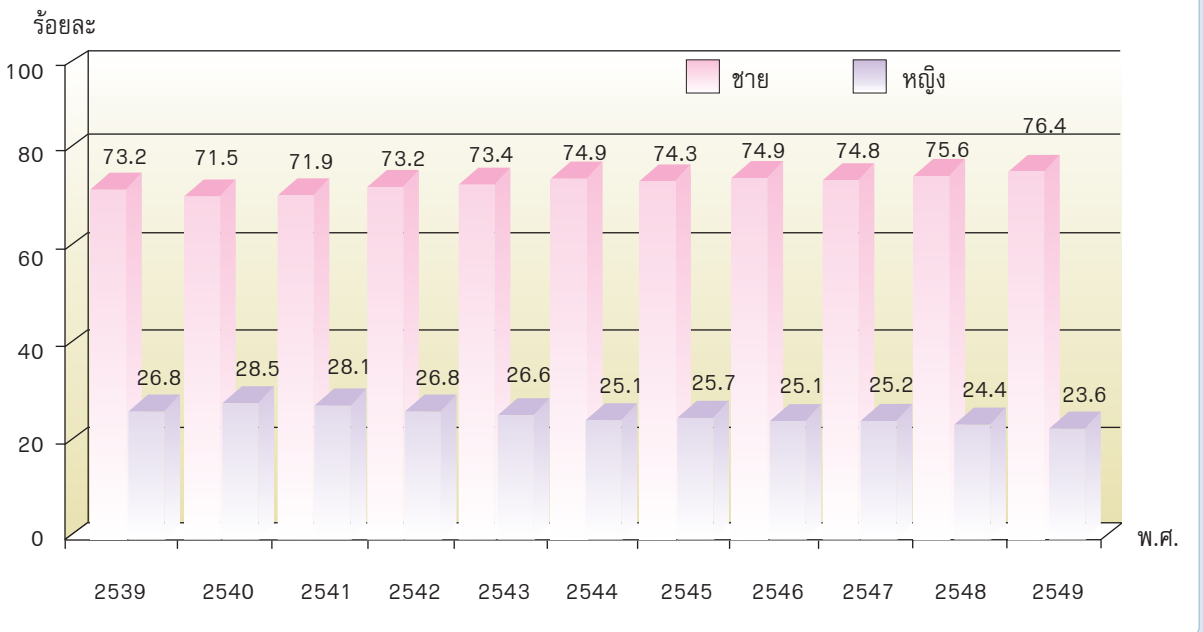
[16] อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, 2549

ภาพที่ 5.50 ร้อยละของรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2549



	< 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
2547	13.0	22.0	9.8	12.2	14.4	19.6	9.0
2548	11.8	22.9	9.7	12.1	15.2	18.8	9.5
2549	11.2	20.6	8.7	11.5	15.5	22.1	10.4

อายุ(ปี)



ที่มา : รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.7 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่สำคัญมีดังนี้

2.7.1 โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช

ข้อมูลของกรมอนามัย ในการตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกร ระหว่าง พ.ศ. 2535-2549 พบว่า มีผู้ได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืช ถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติ ระหว่างร้อยละ 13-31 โดยที่ยังไม่มีแนวโน้มลดลงและอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชอยู่ระหว่าง 2-6 ต่อประชากร 100,000 คน (ตารางที่ 5.28)

ตารางที่ 5.28 การตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรและการป่วย การตายด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549

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
2546	NA	NA	NA	2,342	9	3.72
2547	NA	NA	NA	1,864	9	2.98
2548	84,046	26,034	31.0	1,321	0	2.12
2549	133,255	36,776	27.6	1,183	0	1.90

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

2.7.2 โรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม

ผู้ใช้แรงงานมีอัตราการป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น โดยพิจารณาจากผู้ที่เข้ารับการรักษาและขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.2 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 4.5 ใน พ.ศ. 2539 และลดลงเป็นร้อยละ 2.4 ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.20) ทั้งนี้มีสาเหตุที่สำคัญมาจากการขยายตัวของอุตสาหกรรมการผลิตและบริการ การนำเทคโนโลยีแบบใหม่มาใช้ ขาดการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานให้มีทักษะการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมายยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร

นอกจากนี้ มีการศึกษาที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงอันตรายของโรคที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเฉพาะบางโรค เช่น

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 และกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน 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) **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)

3) **โรคพิษตะกั่ว** จากข้อมูลใน พ.ศ. 2536 ของกรมโรงงานอุตสาหกรรม พบว่า มีคนงานที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีการใช้สารตะกั่วในกระบวนการผลิตประมาณ 558,839 คนในสถานประกอบการ

ทั้งสิ้น 14,440 แห่ง ทั่วประเทศ ซึ่งจากผลการดำเนินการเฝ้าระวังโรคพิษตะกั่วของกองอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ 16 ประเภท ในพื้นที่ 16 จังหวัด รวมสถานประกอบการ 56 แห่ง ในช่วง พ.ศ. 2533-2536 พบว่าสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษตะกั่วสูงมาก 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

4) ความเสี่ยงจากสารทำละลายอินทรีย์ จากการศึกษาความเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมี ของ ดร.นลินี ศรีพวง[17] ใน พ.ศ. 2542 โดยทำการเก็บข้อมูลจากคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมปิโตรเคมี อุตสาหกรรมการผลิตรถยนต์และอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ พบว่า คนงานมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการได้รับสารทำละลายอินทรีย์ในกลุ่ม อะโรมาติกไฮโดร-คาร์บอน โดยพบว่าคนงานเพศหญิงมีระดับความเข้มข้นของสารเมตาโบไลท์ในปัสสาวะมากกว่าคนงานเพศชาย

นอกจากนี้ กองอาชีวอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาเรื่องการสัมผัสสารตัวทำละลายอินทรีย์ (เบนซิน โทลูอิน ไซลีน) ของคนงานในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด 3 แห่ง พบคนงานบางส่วนที่ทำงานอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสารทำละลายอินทรีย์ (สะสม Phenol เกินมาตรฐานร้อยละ 0.5 และระดับ Hippuric acid เกินมาตรฐานร้อยละ 1.4)

ใน พ.ศ. 2546 ดร.นลินี ศรีพวง[18] และคณะ ได้ทำการศึกษาผลกระทบของสารทำละลายจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพในประเทศไทย โดยทำการเก็บข้อมูลชนิดของสารเคมีอันตรายที่ใช้ วิธีการจัดการอัตรายจากสารเคมี สารเคมีอันตรายประเภทสารทำละลายที่เป็นปัญหาหลักในพื้นที่และปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาหลักในเขตพื้นที่จังหวัด 62 จังหวัด พบว่า สารทำละลายจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาหลักนั้น คือสารทำละลายอินทรีย์ (Organic Solvents) ใน 4 กลุ่ม ซึ่งสารเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพ 3 ประการ คือ 1) ก่อให้เกิดอุบติภัย 2) ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย และ 3) ก่อให้เกิดเหตุรำคาญ และกิจการที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับอันตรายจากสารทำละลายอินทรีย์ ได้แก่ การซะล้าง การสกัด การผลิตเคมีภัณฑ์ การบริการน้ำมัน กิจการซ่อมรถยนต์ กิจการโรงพิมพ์ ผลิตสี ตลอดจนการผลิต การสะสมและจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์

---

[17] นลินี ศรีพวง. การประเมินความเสี่ยงต่ออันตรายจากสารเคมีในงานเฝ้าระวังด้านอาชีวอนามัย : กรณีศึกษาสารทำละลายอินทรีย์, 2542

[18] นลินี ศรีพวง และคณะ. ผลกระทบของสารทำละลายจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพในประเทศไทย, 2546

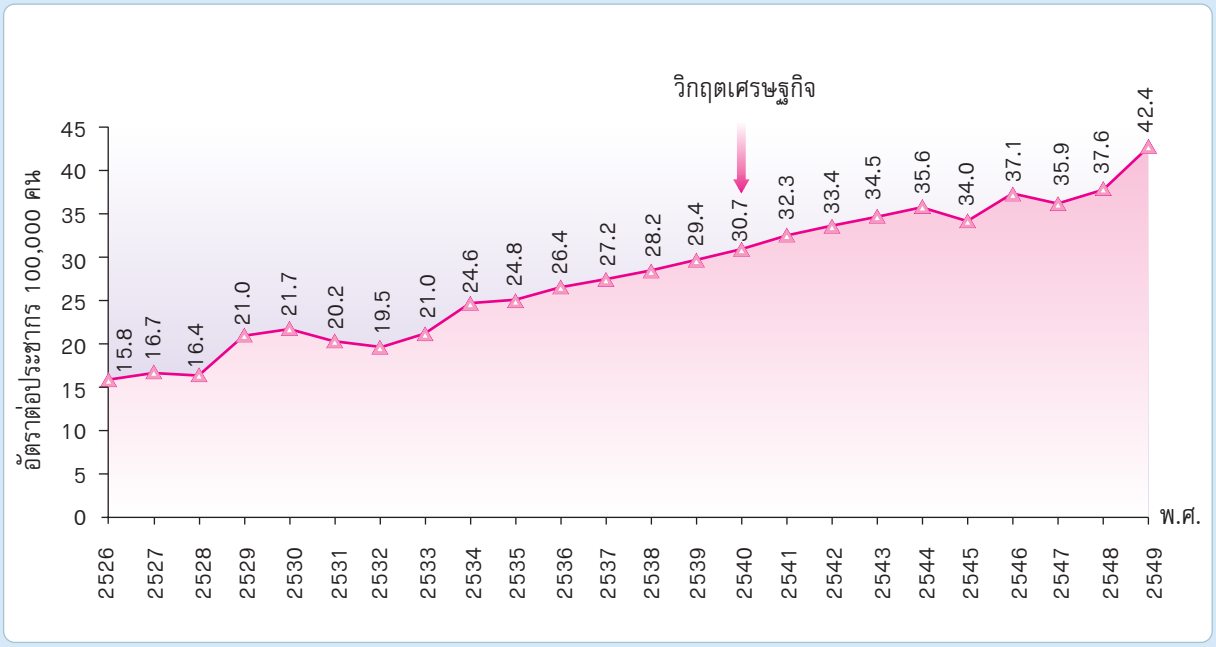
5) โรคประสาทหูเสื่อม กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย ได้ทำการศึกษาสมรรถภาพการได้ยินของคนงานที่สัมผัสเสียงดังขณะทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบคนงานมีความผิดปกติของระดับการได้ยินถึงร้อยละ 69.3 ใน พ.ศ. 2541[19]

[19] วิกรม เสงค์สิริ. การเปรียบเทียบประสิทธิผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินระหว่างการหยุดสัมผัสเสียงดัง 16 ชั่วโมงกับการใช้ที่อุดหูตลอด 4 ชั่วโมงการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2541, 2542

2.8 ปัญหาสุขภาพจิต

พิจารณาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและการฆ่าตัวตาย พบว่า สุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและมีการเข้ารักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 42.4 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.51) โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคลมชักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.29) และพบอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันจาก 90.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 เป็น 227.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.52)

ภาพที่ 5.51 อัตราการเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2549

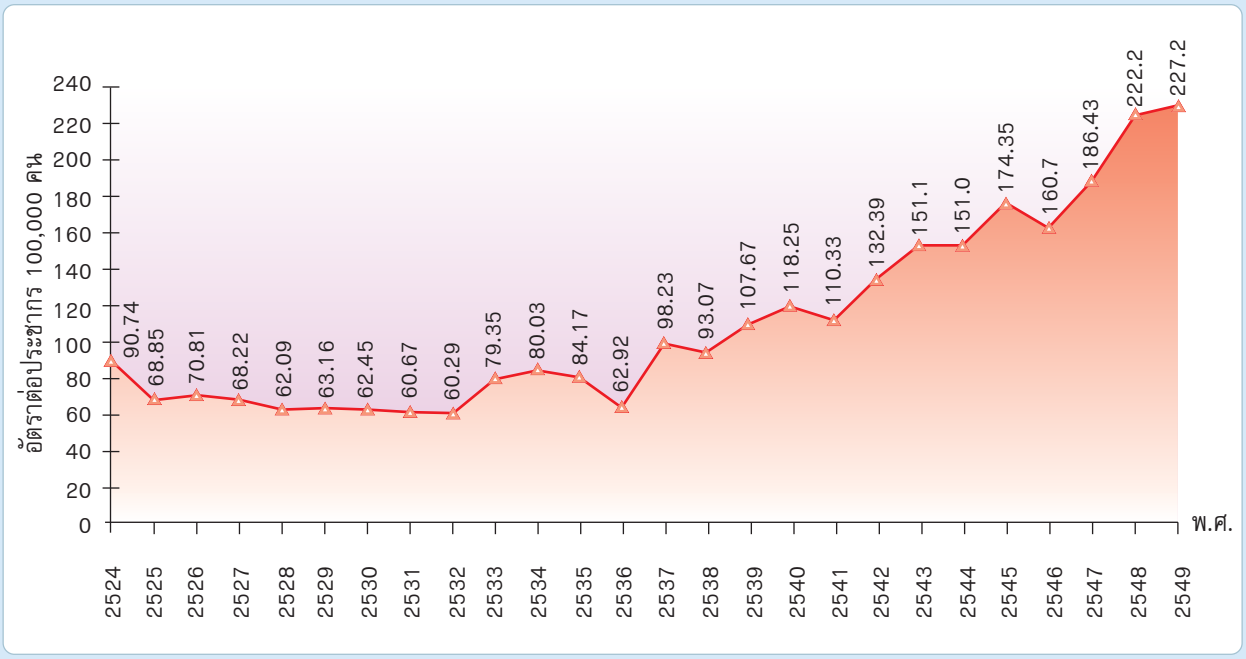


ที่มา : รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

---

[19] วิกรม เสงค์สิริ. การเปรียบเทียบประสิทธิผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินระหว่างการหยุดสัมผัสเสียงดัง 16 ชั่วโมงกับการใช้ที่อุดหูตลอด 4 ชั่วโมงการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2541, 2542

ภาพที่ 5.52 อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิต ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2549



ที่มา : รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

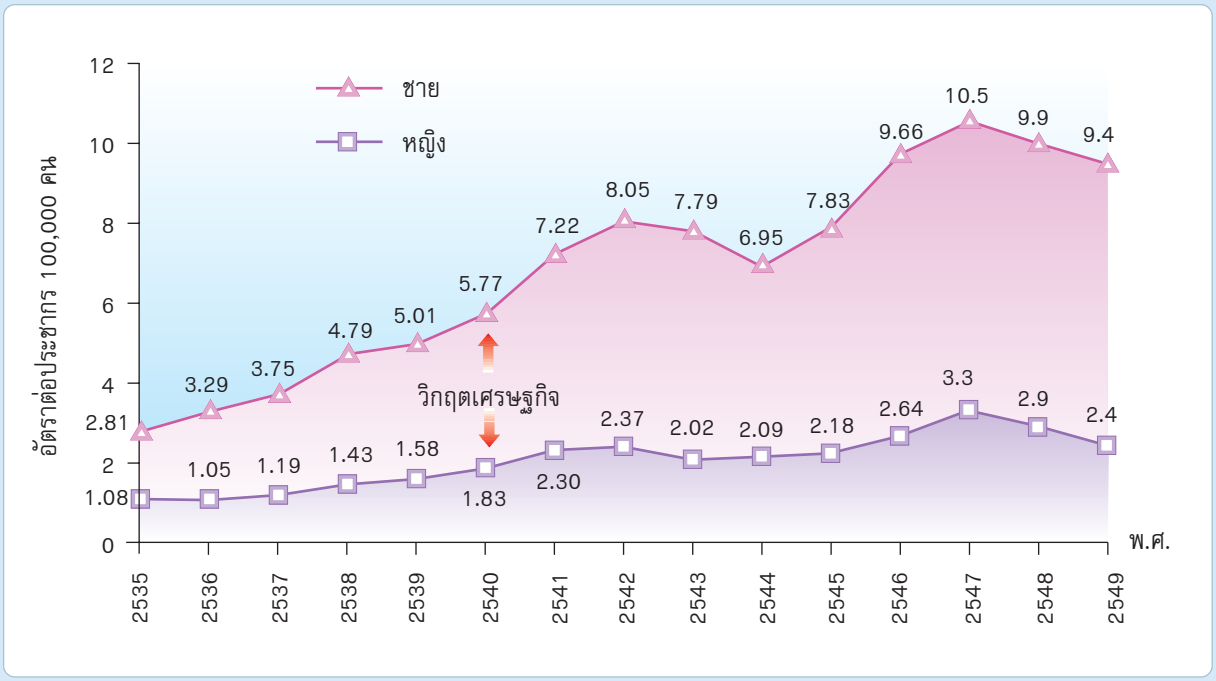
ตารางที่ 5.29 อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2549

โรค	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
- โรคจิต	440.1	435.3	424.8	451.0	519.6	828.0	751.4	682.7	572.3	640.6
- โรควิตกกังวล	789.9	822.6	764.7	812.2	776.0	862.5	865.6	667.6	596.8	548.8
- โรคซึมเศร้า	55.9	74.3	99.5	130.3	94.9	134.8	163.8	140.6	149.9	186.0
- ภาวะปัญญาอ่อน	44.7	52.9	58.2	52.4	51.7	62.3	56.6	55.5	51.7	60.8
- โรคลมชัก	109.3	125.8	NA	149.8	182.5	200.3	193.5	180.5	195.2	172.1

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนการฆ่าตัวตายก็เป็นดัชนีอีกตัวที่จะสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ 4 เท่า (ภาพที่ 5.53)

ภาพที่ 5.53 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549



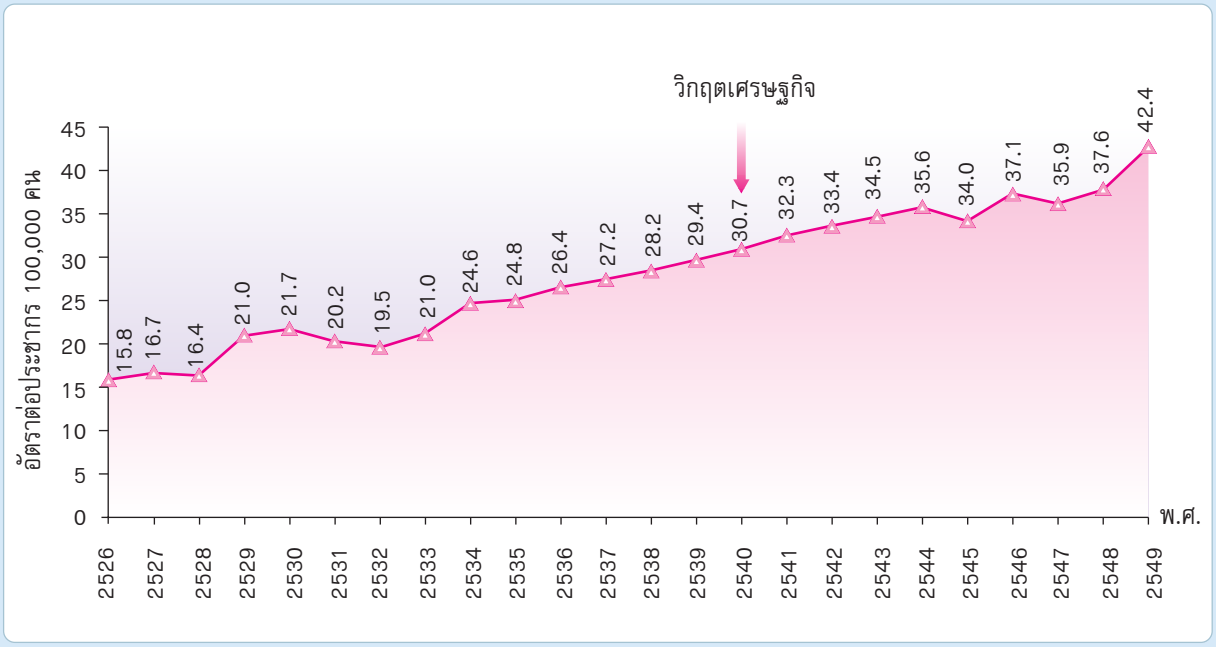
ที่มา : พ.ศ. 2535 - 2546 ได้จากฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
พ.ศ. 2547 - 2549 ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

[20] ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ, 2546

2.8 ปัญหาสุขภาพจิต

พิจารณาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและการฆ่าตัวตาย พบว่า สุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและมีการเข้ารักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 42.4 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.51) โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคลมชักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.29) และพบอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกันจาก 90.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 เป็น 227.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.52)

ภาพที่ 5.51 อัตราการเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2549

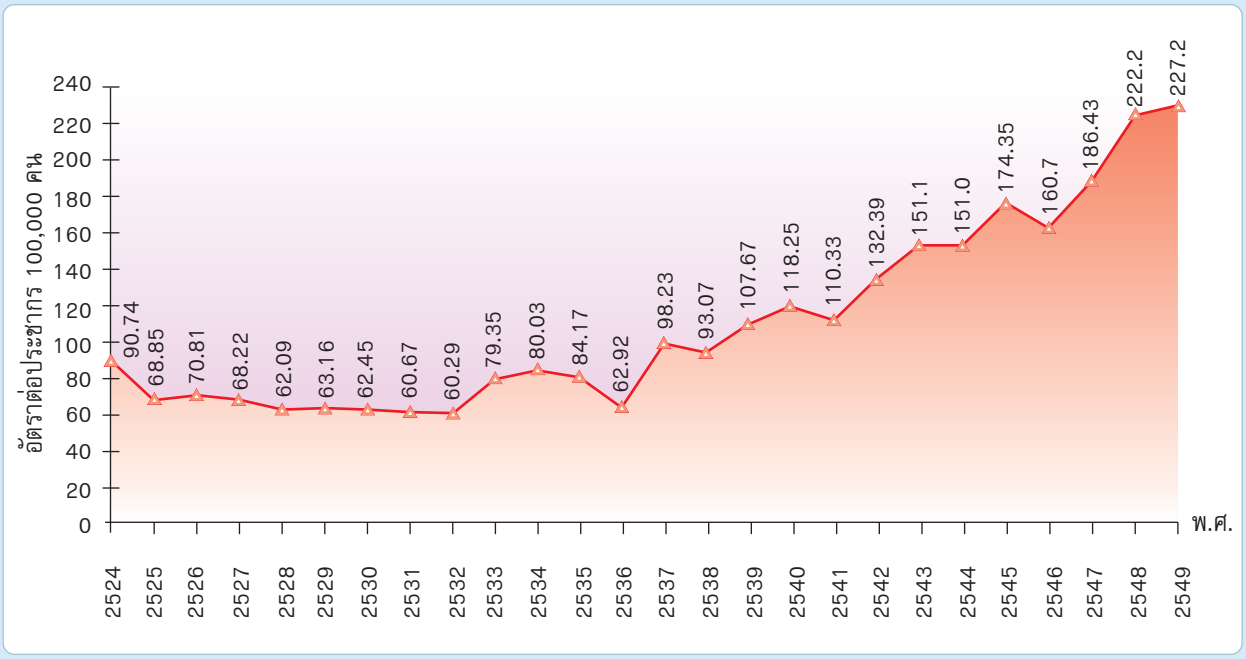


ที่มา : รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

---

[19] วิกรม เสงค์สิริ. การเปรียบเทียบประสิทธิผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินระหว่างการหยุดสัมผัสเสียงดัง 16 ชั่วโมงกับการใช้ที่อุดหูตลอด 4 ชั่วโมงการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ปี 2541, 2542

ภาพที่ 5.52 อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิต ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2549



ที่มา : รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

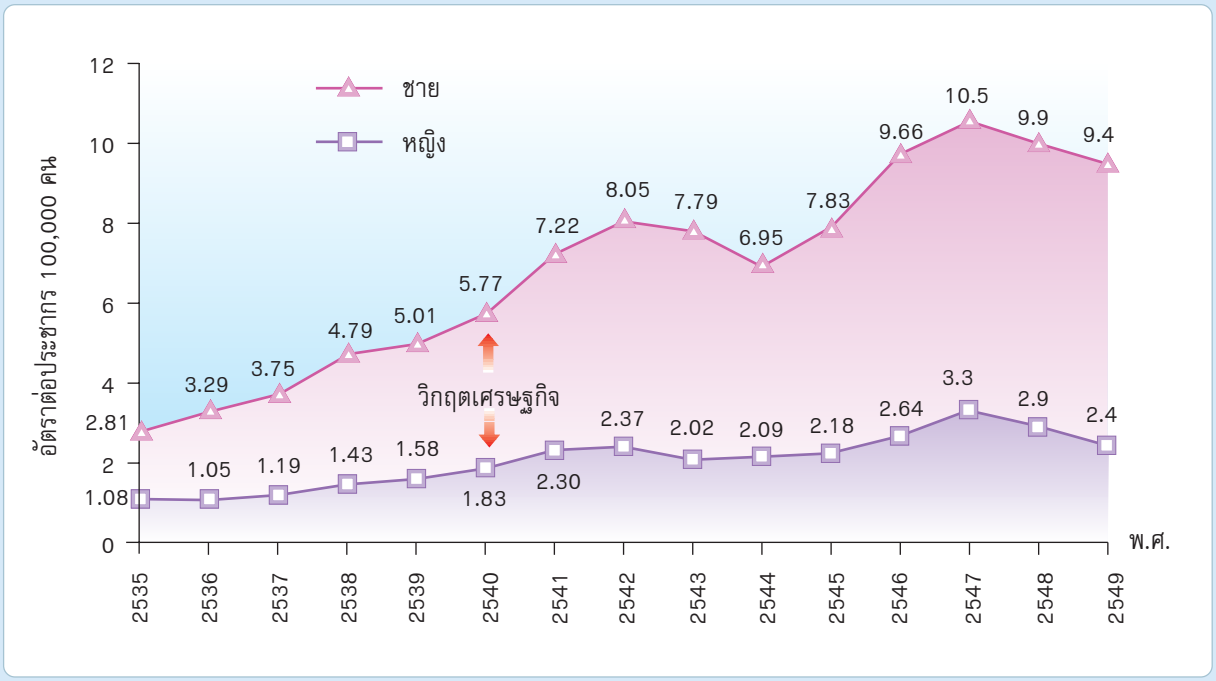
ตารางที่ 5.29 อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540-พ.ศ. 2549

โรค	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549
- โรคจิต	440.1	435.3	424.8	451.0	519.6	828.0	751.4	682.7	572.3	640.6
- โรควิตกกังวล	789.9	822.6	764.7	812.2	776.0	862.5	865.6	667.6	596.8	548.8
- โรคซึมเศร้า	55.9	74.3	99.5	130.3	94.9	134.8	163.8	140.6	149.9	186.0
- ภาวะปัญญาอ่อน	44.7	52.9	58.2	52.4	51.7	62.3	56.6	55.5	51.7	60.8
- โรคลมชัก	109.3	125.8	NA	149.8	182.5	200.3	193.5	180.5	195.2	172.1

ที่มา : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนการฆ่าตัวตายก็เป็นดัชนีอีกตัวที่จะสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ 4 เท่า (ภาพที่ 5.53)

ภาพที่ 5.53 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549



ที่มา : พ.ศ. 2535 - 2546 ได้จากฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
พ.ศ. 2547 - 2549 ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

[20] ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ, 2546

2.9 โรคทางโภชนาการ

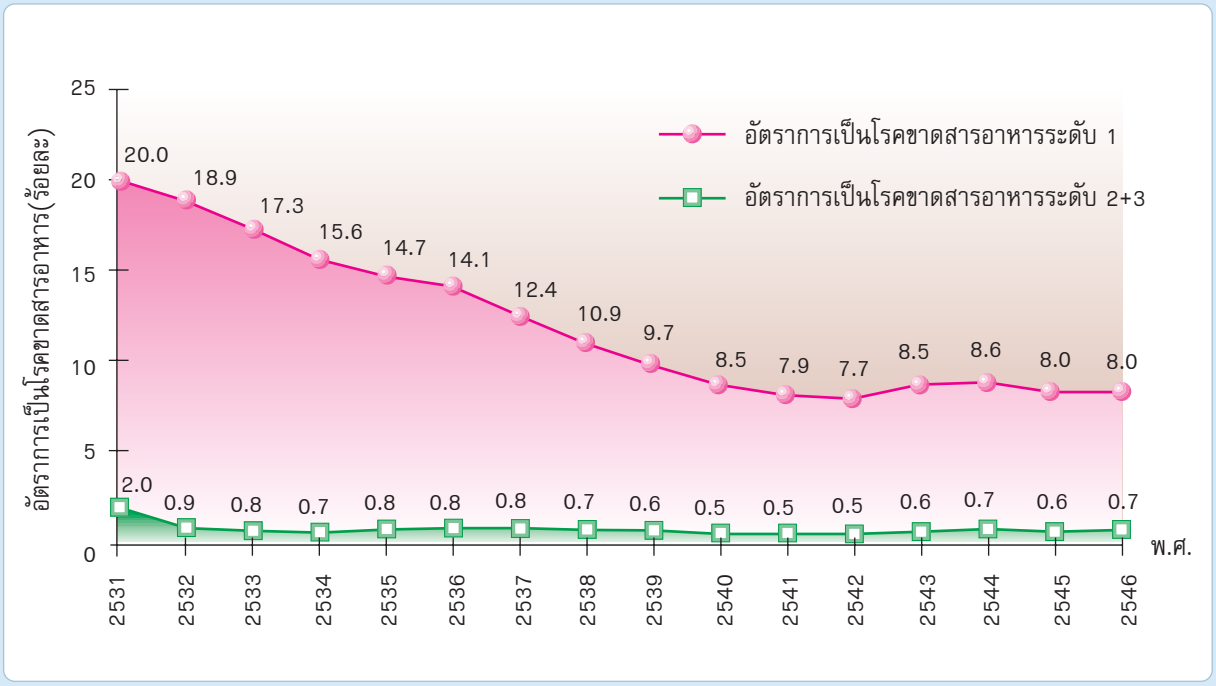
2.9.1 โรคขาดสารอาหาร

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น (ภาพที่ 5.54) แต่ เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่นๆ โดยเฉพาะกลุ่มคนไทยในพื้นที่สูง (ชาวเขา) จะพบอัตราการขาดสารอาหารสูงกว่าเด็กในกรุงเทพมหานครถึงเกือบ 8 เท่า (ตารางที่ 5.30 และ 5.31)

จากรายงานสุขภาพโลก[20] คาดการณ์ว่า ใน ค.ศ. 2000 ประมาณร้อยละ 27 หรือ 168 ล้านคนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการตาย จากโรคท้องร่วงและปอดบวมสูงขึ้น

[20] ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ, 2546

ภาพที่ 5.54 สถานการณ์โรคขาดโปรตีนและกำลังงานในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2531- พ.ศ. 2546



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.30 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 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

ตารางที่ 5.31 ภาวะโภชนาการในเด็ก 0-6 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2549

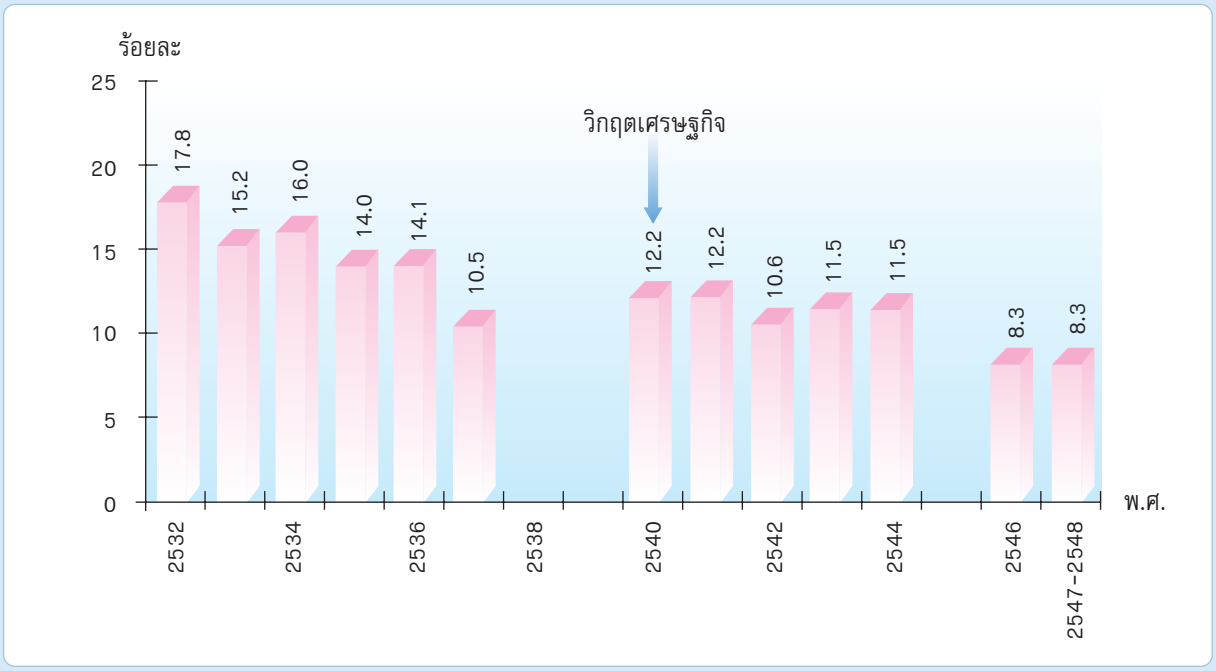
พ.ศ.	กลาง		ตะวันออกเฉียงเหนือ		เหนือ		ใต้		รวม	
	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์
2547	2.68	1.35	8.02	3.03	7.56	2.67	5.24	2.81	6.23	2.53
2548	3.01	1.91	6.58	3.23	5.98	3.39	4.99	2.68	5.30	2.83
2549	2.90	2.81	6.44	2.98	4.74	2.72	4.36	3.27	5.19	2.94

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 กรมอนามัยมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการในเด็กใหม่

อัตราการมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กนักเรียนประถมศึกษามีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 17.8 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 อย่างไรก็ตาม ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ พบว่าเด็กนักเรียนประถมศึกษามีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 5.55)

ภาพที่ 5.55 สัดส่วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2548



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

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

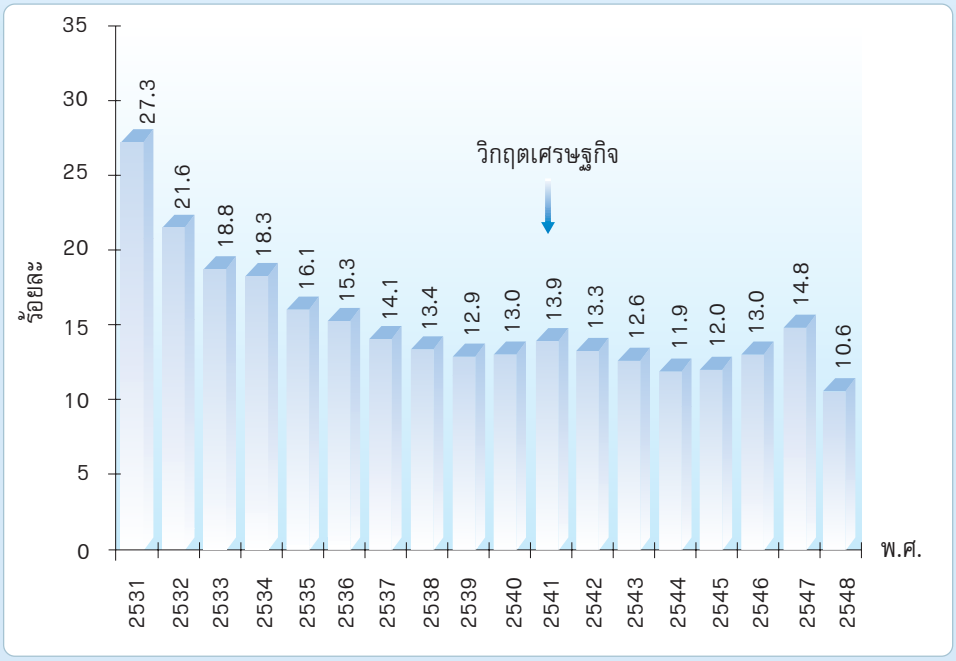
พ.ศ. 2546 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานสภาวการณ์เด็กและเยาวชน ปี 2547-2548, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549

2.9.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 27.3 ใน พ.ศ.2531 เหลือร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ.2539 แต่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้ม สูงขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2548 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.6 (ภาพที่ 5.56)

ภาพที่ 5.56 สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2548

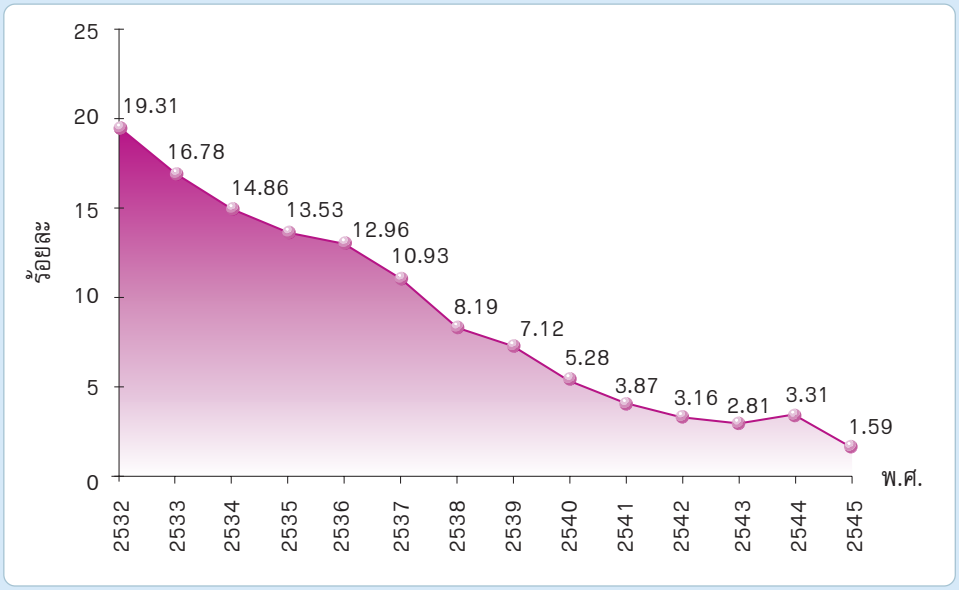


ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.9.3 โรคขาดสารไอโอดีน

ผลจากการเร่งรัดการกำจัดโรคขาดสารไอโอดีน ทำให้ความชุกของโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ใน 15 จังหวัด ที่มีอัตราคอพอกรุนแรง ลดลงจากร้อยละ 19.31 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 1.59 ใน พ.ศ. 2545 (ภาพที่ 5.57) และอัตราคอพอกโดยเฉลี่ยของประเทศ ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 1.3 แต่จากการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์ เพื่อป้องกันปัญหาระดับสติปัญญาของทารกแรกเกิด พบว่า หญิงมีครรภ์ มีแนวโน้มขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.58)

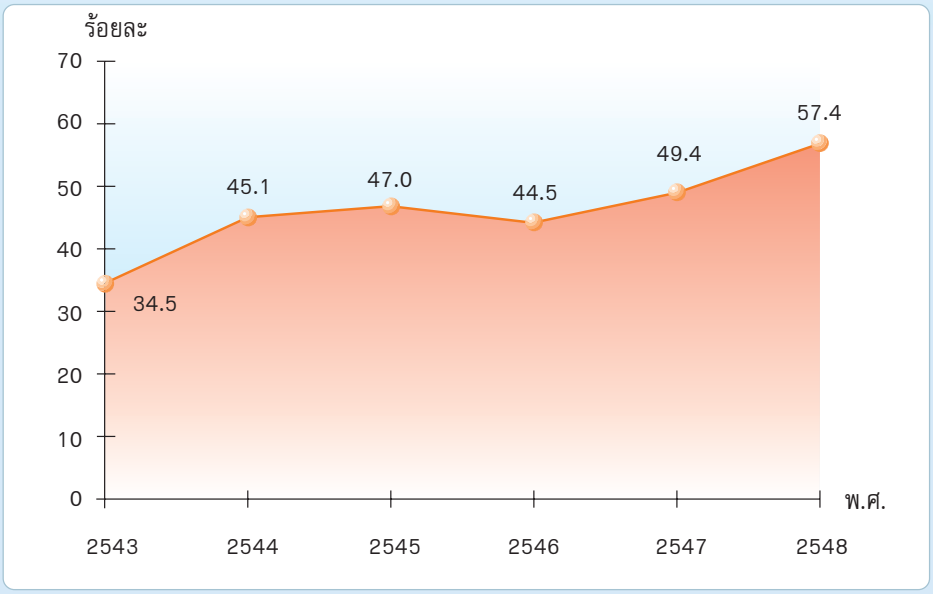
ภาพที่ 5.57 ภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2545



ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : เป็นข้อมูลเฉพาะ 15 จังหวัด ที่มีปัญหาอัตราคอพอกรุนแรง

ภาพที่ 5.58 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ขาดสารไอโอดีน <10 μg/dl พ.ศ. 2543-2548

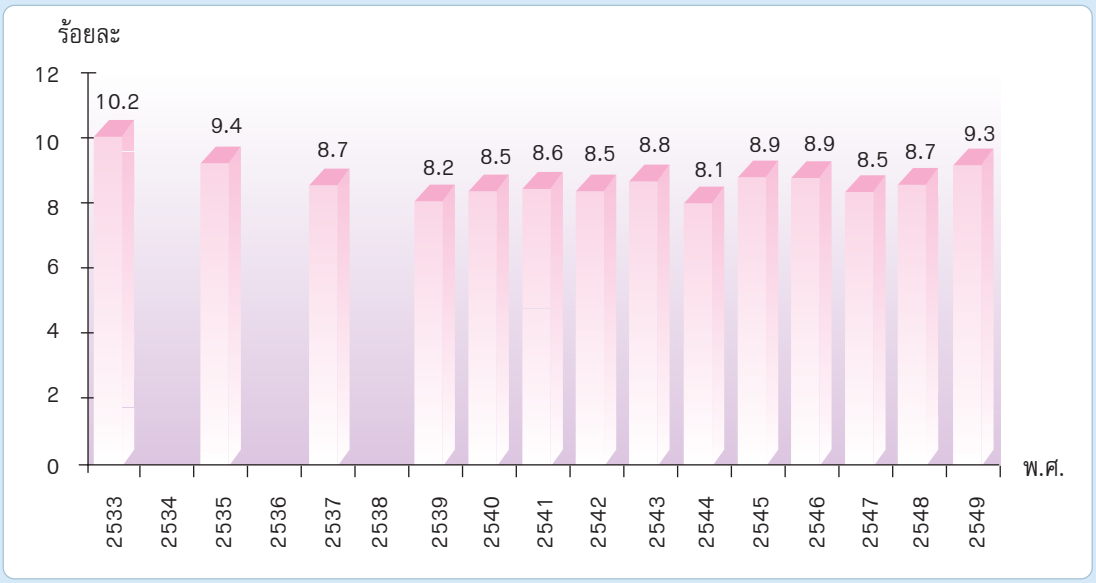


ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.9.4 ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ถึงแม้ว่าอัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมได้ลดลงจากร้อยละ 10.2 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 9.3 ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.59) อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า ปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและตกงานที่สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนอย่างชัดเจน ซึ่งพบว่า ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสูงสุด

ภาพที่ 5.59 ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2549



ที่มา : 1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. พ.ศ. 2549 ได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

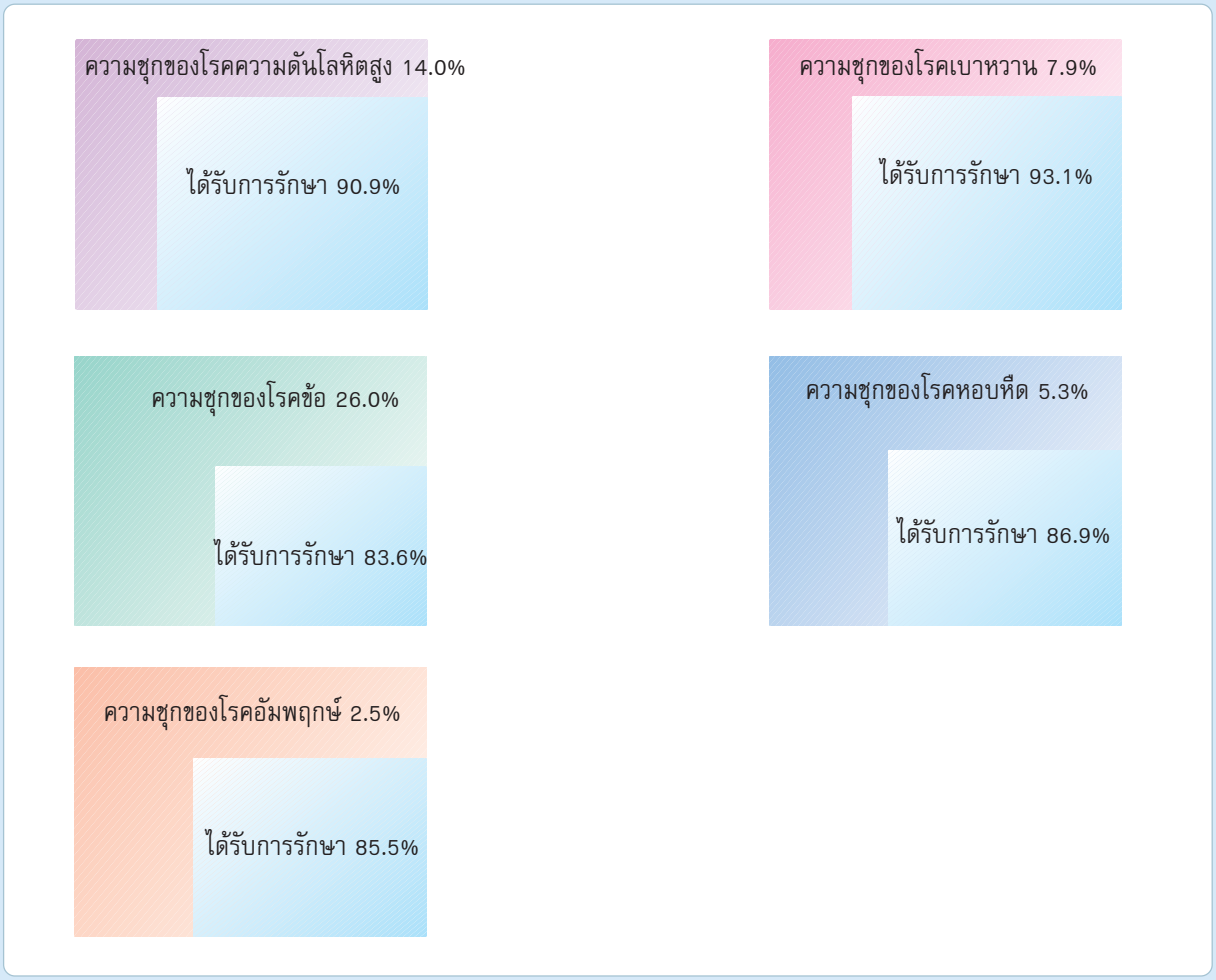
2.10 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.10.1 โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2544 พบว่า โรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อต่างๆ โรคหอบหืด โรคอัมพฤกษ์ (ภาพที่ 5.60)

นอกจากนี้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2545 พบว่า โรคหรืออาการของโรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหลัง ปวดข้อ นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ โรคเกี่ยวกับตา ความจำเสื่อมและความดันโลหิตสูง ตามลำดับ โดยพบว่า โรคหรืออาการของโรคต่างๆ เหล่านี้พบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.32) รวมทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการเป็นโรคหรืออาการของโรคมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ตารางที่ 5.33) และจากการสำรวจความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ใน พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 3 ใน 4 มีโรคประจำตัว โรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูก/ไขข้อ โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับตาและโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภาพที่ 5.60 ความชุกของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2544



ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี 2544

ตารางที่ 5.32 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 5.33 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคหรือมีอาการของโรคที่พบบ่อยจำแนกตามเพศ 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

2.10.2 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่สำคัญ ได้แก่

1) **โรคความดันโลหิตสูง** เป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.34) และมีลักษณะสัมพันธ์กับพัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคม กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นโรคนี้สูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลกประมาณการไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2000 ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตาย 7.1 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด อีกทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาวะที่ไม่ทำให้ตายด้วย

ตารางที่ 5.34 แนวโน้มอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากรสูงอายุไทยในเขตเมืองและเขตชนบท 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[#]	

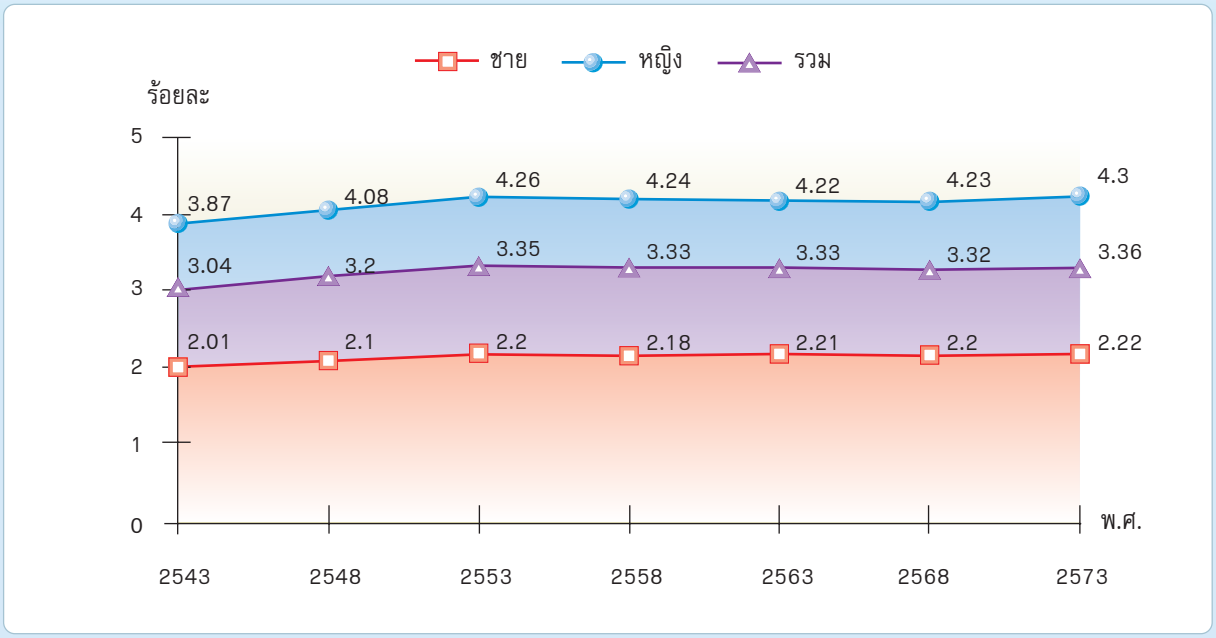
ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, "การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทย" : สมมติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยในประชากรผู้สูงอายุ, 2543.

หมายเหตุ : * เกณฑ์ใช้เฉพาะการวัดความดันโลหิต + อายุ 65+ ปี

** เกณฑ์ใช้เฉพาะการสัมภาษณ์ประวัติ # การศึกษาระดับชาติ

2) **กลุ่มอาการสมองเสื่อม** เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตแก่ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และสังคมอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุไทย พบว่า ปัจจุบันมีความชุกประมาณร้อยละ 3.04 และคาดว่าในอนาคต ใน พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุมีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 3.4 ในจำนวนนี้จะเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า (ภาพที่ 5.61) นอกจากนี้ ยังพบว่า ความชุกของโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น นอกจากนี้ จากการตรวจคัดกรองสภาพสมองของผู้สูงอายุ พบสัดส่วนของผู้มีภาวะความบกพร่องของสภาพสมองซึ่งอาจเป็นภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นตามอายุทั้งเพศชายและหญิง โดยเพศหญิงจะมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย (ตารางที่ 5.35) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุอเมริกาแล้ว พบว่าผู้สูงอายุไทยมีอัตราโรคสมองเสื่อมต่ำกว่าผู้สูงอายุอเมริกา แต่เมื่อพิจารณาความชุกในแต่ละช่วงอายุแล้วจะเห็นว่ามีอัตราเพิ่มใกล้เคียงกับคนอเมริกา (ตารางที่ 5.36)

ภาพที่ 5.61 การคาดประมาณผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสมองเสื่อมใน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573



ที่มา : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, รายงานการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย, พ.ศ. 2541

ตารางที่ 5.35 ผลการคัดกรองสภาพสมองของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ

เพศ	อายุ (ปี)	สมองเสื่อม (%)
ชาย	60-69	16.3
	70-79	27.0
	80 ปีขึ้นไป	47.2
	รวม	**23.8**
หญิง	60-69	22.1
	70-79	38.6
	80 ปีขึ้นไป	70.3
	รวม	**35.2**

ทีมา : รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประเทศไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตารางที่ 5.36 เปรียบเทียบความชุกของโรคสมองเสื่อมของประชากรสูงอายุไทยกับสหรัฐอเมริกา

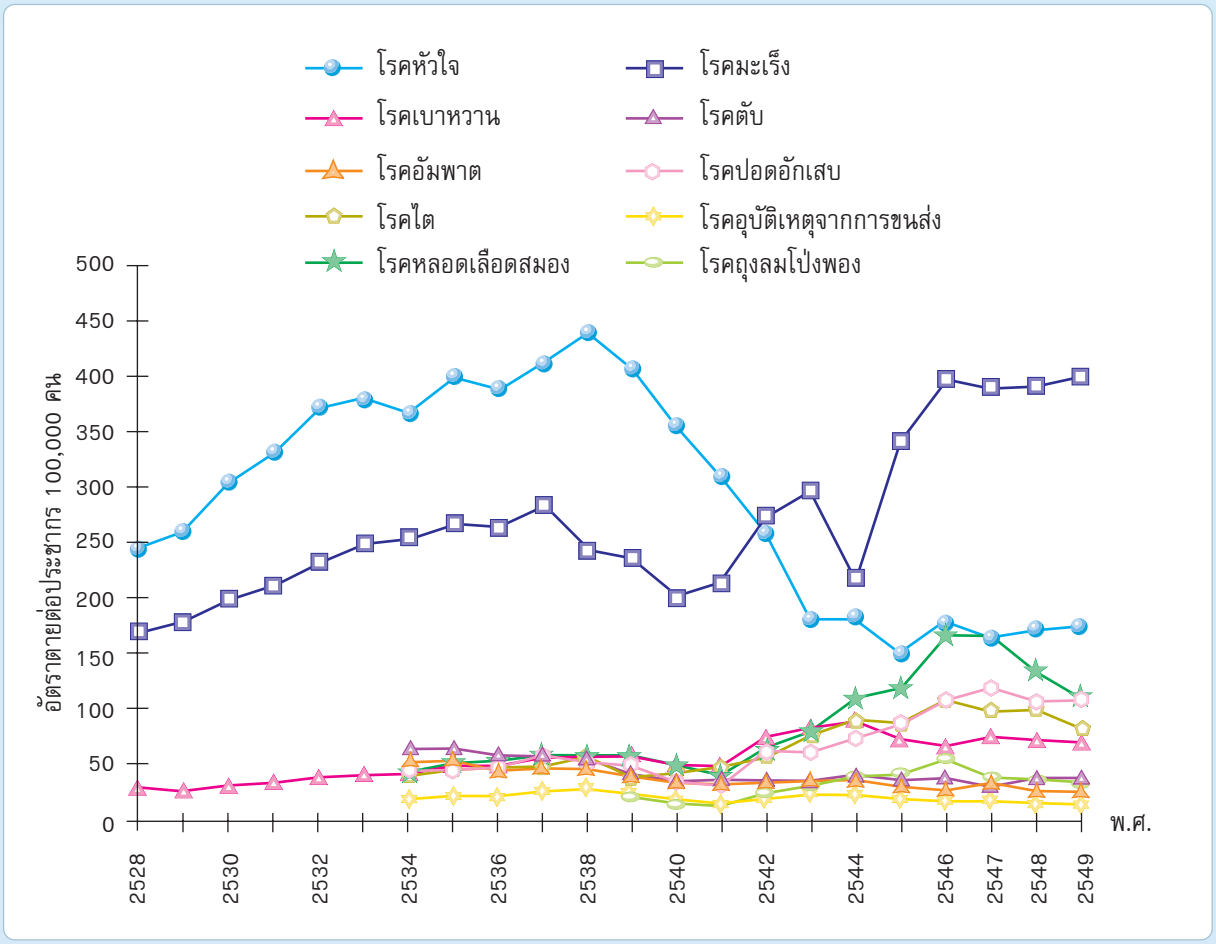
อายุ (ปี)	ไทย	สหรัฐอเมริกา
60 - 64	1%	-
65 - 69	2%	2.5%
70 - 74	3%	5%
75 - 79	5%	10%
80 - 84	7.5%	15%
85 - 89	12.5%	30%
90+	30%	-

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.

2.10.3 สาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุ

สำหรับการตายในประชากรผู้สูงอายุ พบว่า โรคที่ผู้สูงอายุตายมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน โดยพบว่า ผู้สูงอายุตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น มีอัตราตายเพิ่มจาก 169.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 402.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 หลอดเลือดสมองมีอัตราตายเพิ่มจาก 54.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 110.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 เบาหวานมีอัตราตายเพิ่มจาก 28.8 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 71.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 และโรคปอดอักเสบ มีอัตราตายเพิ่มจาก 42.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 110.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.62 และตารางที่ 5.37)

ภาพที่ 5.62 อัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.37 อัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน หัวใจ มะเร็ง อัมพาต ตับ ไต ปอดอักเสบและอุบัติเหตุจากการขนส่งต่อประชากรในประชากรผู้สูงอายุ 100,000 คน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2549

พ.ศ.	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนในกลุ่มผู้สูงอายุ									
	เบาหวาน	หัวใจ	มะเร็ง	ตับ	ไต	อัมพาต	ปอดอักเสบ	อุบัติเหตุจากการขนส่ง	หลอดเลือดสมอง	ถุงลมโป่งพอง
2528	28.8	245.0	169.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2529	24.9	259.3	177.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2530	30.3	304.3	199.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2531	32.4	331.1	209.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2532	37.2	372.3	231.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2533	39.4	379.2	248.8	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2534	39.9	386.7	253.9	62.6	38.3	49.5	42.0	16.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2535	49.5	400.3	266.8	63.4	48.0	51.5	42.3	20.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2536	50.8	389.7	262.9	57.1	45.9	42.4	45.3	19.5	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2537	57.2	412.2	283.9	56.3	47.5	44.9	56.0	24.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2538	56.2	440.7	242.1	52.2	55.3	45.5	51.0	26.3	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2539	57.4	407.5	236.2	41.4	38.2	37.4	46.8	22.4	54.9	18.4
2540	48.5	356.1	199.4	33.1	40.5	32.0	33.7	17.1	49.1	13.3
2541	47.7	310.0	213.0	34.4	46.7	31.3	28.9	13.3	38.0	11.0
2542	74.8	257.7	273.7	34.0	56.1	32.3	61.1	18.5	63.8	23.0
2543	82.1	179.9	297.6	34.0	75.5	33.9	59.9	22.6	79.7	29.5
2544	88.4	182.2	218.2	40.6	89.6	34.8	73.0	21.5	110.1	38.8
2545	72.1	149.4	342.6	35.5	87.2	29.2	85.5	18.9	118.7	40.2
2546	66.7	177.1	399.5	38.3	108.0	26.8	107.4	16.7	166.8	54.9
2547	75.8	163.8	393.1	30.7	98.9	32.8	119.2	17.3	166.3	37.7
2548	73.0	172.3	393.6	39.5	100.3	26.6	107.8	16.2	134.3	37.4
2549	71.3	175.3	402.5	39.2	83.0	25.9	110.3	15.2	110.9	35.1

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

3 บทสังเคราะห์

3.1 ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ

3.1.1 สถานะสุขภาพตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมระดับปัจเจก

ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมในระดับปัจเจก หรือระดับครัวเรือน มีอิทธิพลต่อสุขภาพ เนื่องจากมีผลต่อการเข้าถึงปัจจัยในการดำรงชีวิต และการบริการโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่จำเป็น

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2539 มีการศึกษาเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มเศรษฐานะต่างๆ โดยแบ่งผู้สูงอายุตามสถานะการเงินของครอบครัวเป็น ผู้ไม่ขัดสนเลย ขัดสนเป็นบางครั้ง ขัดสนบ้าง และขัดสนมาก พบว่าสภาพความขัดสนทางการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะทุพพลภาพ โดยผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ขัดสนทางการเงินมีภาวะทุพพลภาพร้อยละ 22 ถ้ามีความขัดสนทางเศรษฐกิจมาก จะมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 หรือมีโอกาสทุพพลภาพเพิ่มขึ้นเป็น 1.5-3 เท่า (Odds ratio) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ขัดสน (ตารางที่ 5.38)

ตารางที่ 5.38 ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ตามระดับความขัดสน

สถานะทางการเงิน	ทุพพลภาพระยะยาว		ทุพพลภาพทั้งหมด	
	ร้อยละ	Odds ratio	ร้อยละ	Odds ratio
ขัดสนมาก (n=188)	25.5	1.63-3.4	34.6	1.59-3.09
ขัดสนบ้าง (n=591)	20.8	1.12-1.83	28.9	1.22-1.88
ขัดสนบางครั้ง (n=1,056)	19.6	1.08-1.61	27.0	1.15-1.65
ไม่ขัดสน (n=2,213)	17.7	1.0	22.2	1.0

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2547 พบว่าสัดส่วนของประชากรตามระดับรายได้ ที่รายงานการเจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีลักษณะใกล้เคียงกับการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กล่าวคือ ประชากร กลุ่มรายได้ต่ำสุด มีรายงานว่าเจ็บป่วยทั้งสองลักษณะในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 26) ในขณะที่ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุด มีสัดส่วนจากการรายงานว่าเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 15 (ตารางที่ 5.39) ซึ่งถ้ามีการรายงานว่าป่วยเท่ากันในแต่ละกลุ่มรายได้ ควรจะมีสัดส่วนเท่ากันคือร้อยละ 20 เนื่องจากการแบ่งกลุ่มรายได้เป็น 5 กลุ่มเท่ากัน จะมีสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มเท่ากับร้อยละ 20

ตารางที่ 5.39 สัดส่วน (ร้อยละ) ของการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่างระดับรายได้

ระดับรายได้	ร้อยละการเจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก)	ร้อยละการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)
ต่ำสุด	26.4	25.6
ต่ำ	21.0	21.1
ปานกลาง	20.4	19.3
สูง	17.2	19.0
สูงสุด	15.0	15.0
รวม	100	100

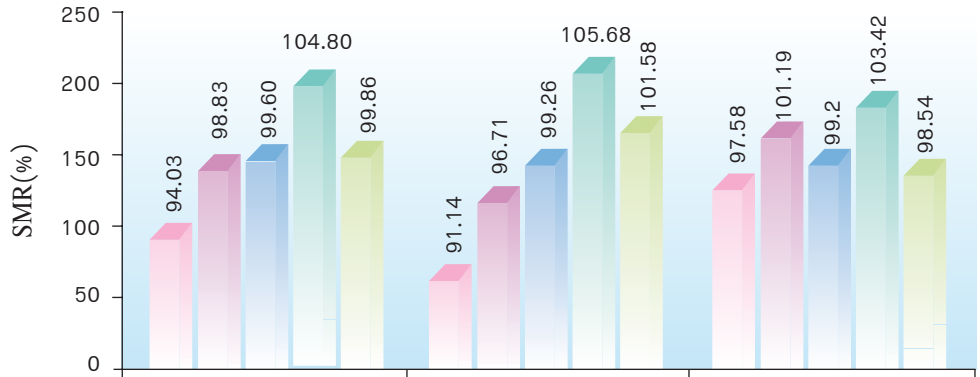
ที่มา : สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ, 2548

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของปัจเจกหรือครัวเรือน ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่สัมพันธ์กับภาวะการเจ็บป่วยโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการรายงานว่าป่วย (self-reported illness) รวมทั้งภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลมาจากการขาดการดูแลที่เหมาะสม

3.1.2 สถานะสุขภาพตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมในระดับพื้นที่

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่กับการตาย โดยแบ่งอำเภอจำนวนทั้งหมด 926 อำเภอ (รวมกรุงเทพมหานคร) ออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน (Quintile) โดยใช้ดัชนีเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ (อำเภอ) ที่พัฒนาขึ้นจากตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม 5 ตัว จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมาตรฐานระหว่างกลุ่มอำเภอ ผลการวิเคราะห์พบว่า อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized Mortality Ratio-SMR) ระหว่างกลุ่มอำเภอมีความแตกต่างกัน โดยมีลักษณะที่แตกต่างกันระหว่าง การตายรวม การตายรายเพศ และการตายรายโรค โดยการตายรวม การตายในเพศชาย การตายจากอุบัติเหตุ และการตายจากการฆ่าตัวตาย มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงสูง (Quintile ที่ 4) โดยกลุ่มอำเภอที่ยากจนมีการตายต่ำกว่า สำหรับการตายจากโรคมะเร็งตับ มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่ยากจน (Quintile ที่ 1 และ 2) เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีตับสูงมากกว่าภาคอื่น สำหรับโรคมะเร็งปอด โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่มีฐานะร่ำรวย (Quintile ที่ 5) ในขณะที่ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และอุบัติเหตุจมน้ำ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอำเภอ (ภาพที่ 5.63 - 5.66)

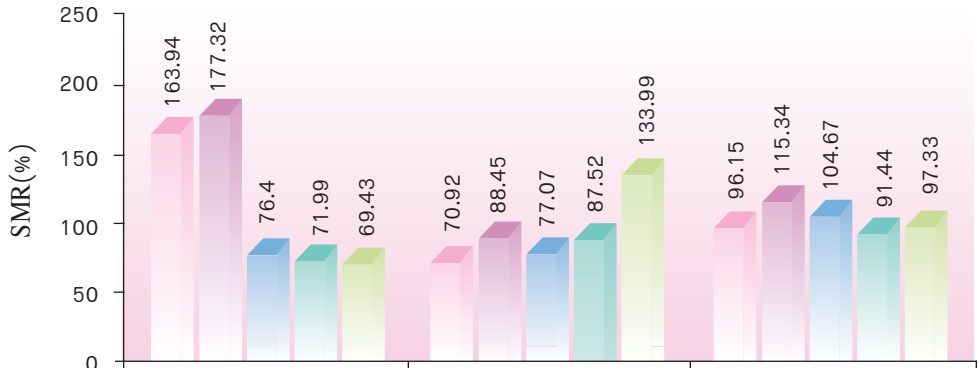
ภาพที่ 5.63 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของการตายรวมและรายเพศระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



	SMR รวม	SMR ชาย	SMR หญิง
Quintile 1	94.03	91.14	97.58
Quintile 2	98.83	96.71	101.19
Quintile 3	99.60	99.26	99.2
Quintile 4	104.80	105.68	103.42
Quintile 5	99.86	101.58	98.54

Quintile 1 = จนที่สุด Quintile 5 = รวยที่สุด

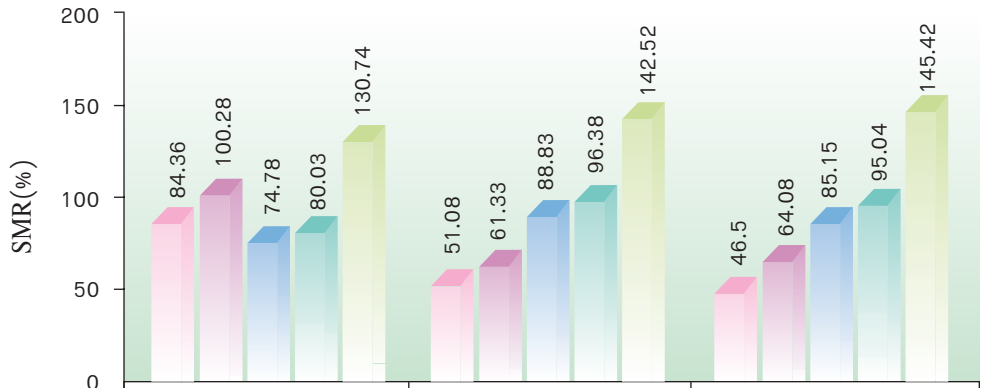
ภาพที่ 5.64 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของโรคมะเร็ง 3 ชนิด ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



	มะเร็งตับ	มะเร็งปอด	มะเร็งเม็ดเลือดขาว
Quintile 1	163.94	70.92	96.15
Quintile 2	177.32	88.45	115.34
Quintile 3	76.4	77.07	104.67
Quintile 4	71.99	87.52	91.44
Quintile 5	69.43	133.99	97.33

Quintile 1 = จนที่สุด Quintile 5 = รวยที่สุด

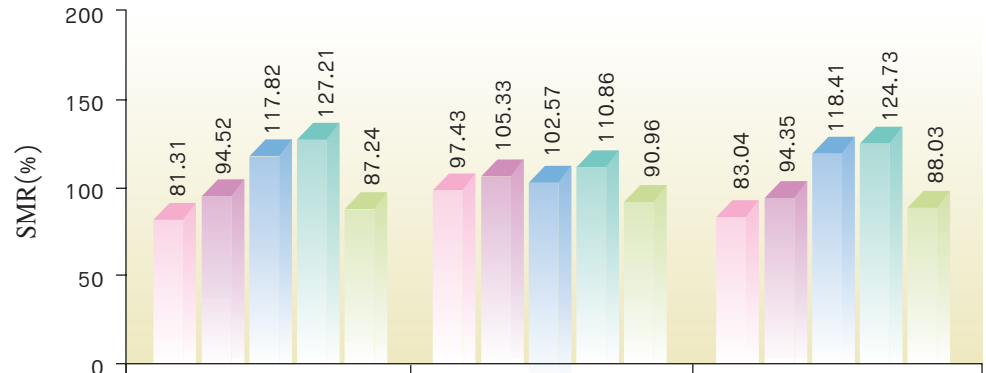
ภาพที่ 5.65 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของโรคเรื้อรัง 3 โรค ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



	เบาหวาน	หัวใจขาดเลือด	หลอดเลือดสมอง
Quintile 1	84.36	51.08	46.3
Quintile 2	100.28	61.33	64.08
Quintile 3	74.78	88.83	85.15
Quintile 4	80.3	96.38	95.04
Quintile 5	130.74	142.52	145.42

Quintile 1 = จนที่สุด Quintile 5 = รวยที่สุด

ภาพที่ 5.66 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของอุบัติเหตุและฆ่าตัวตาย ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



	อุบัติเหตุจราจร	จมน้ำ	ฆ่าตัวตาย
Quintile 1	81.31	97.43	83.04
Quintile 2	94.52	105.33	94.35
Quintile 3	117.82	102.57	118.41
Quintile 4	127.21	110.86	124.41
Quintile 5	87.24	90.96	88.03

Quintile 1 = จนที่สุด Quintile 5 = รวยที่สุด

ที่มา : พินิจ ฟ้าอำนวยผล และปัทมา ว่าพัฒนวงศ์, 2548

เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ใช้อธิบายความแตกต่างของการป่วยและการตาย ระหว่างพื้นที่ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่างกัน ก็คือการมีปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น ระหว่างพื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่าคนที่อาศัยในเขตเทศบาล มีสัดส่วนของคนที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง (มากกว่า 200 mg%) สูงกว่าคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ประมาณร้อยละ 18 (ตารางที่ 5.40)

ตารางที่ 5.40 ร้อยละของประชากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง จำแนกตามภาคและเขตภูมิลำเนา

ภูมิลำเนา	กทม.	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	รวม
Cholesterol >200 mg%	56.1	48.4	36.1	15. 7	41.7	35.8
ในเขตเทศบาล		43.2	43.3	42.6	50.4	51.5
นอกเขตเทศบาล		49.3	35.5	13.9	40.3	33.9

ที่มา : รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกายครั้งที่ 2

จากข้อมูลชุดเดียวกัน พบว่า คนที่อยู่ในเขตเทศบาล มีโอกาสพบโรคความดันโลหิตสูง เป็น 1.2 เท่าของคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล นอกจากนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ซึ่งเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายที่สำคัญ ก็มีความแตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้ อัตราตายของทารกเป็นเครื่องชี้วัดความแตกต่างของภาวะสุขภาพในประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ชัดเจน กล่าวคือ อัตราตายทารกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลถึง 1.56 เท่า ถึงแม้ว่าอัตราตายทารกจะลดน้อยลงถึงเท่าตัวในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา แต่ความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลกับนอกเขตเทศบาลกลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 5.41)

ตารางที่ 5.41 อัตราตายทารกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2507 - 2549

	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
SPC 7 พ.ศ. 2548 - 2549	11.26	7.92	12.39	1.56

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : SPC = Survey of Population Changes

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพ พบว่า การสูบบุหรี่และการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญต่อภาระโรคที่สำคัญในเพศชาย กล่าวคือ การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบก, ติดสุรา, มะเร็งตับ ภาวะซึมเศร้าและโรคตับแข็ง ขณะที่การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, มะเร็งตับ หัวใจขาดเลือดและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น (ภาพที่ 5.67)

สำหรับปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับภาระโรคที่สำคัญในเพศหญิง พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึมเศร้า หัวใจขาดเลือดและข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น (ภาพที่ 5.68)

ภาพที่ 5.67 โรคและปัจจัยเสี่ยงในเพศชายของประเทศไทย พ.ศ. 2547

Rank	Rank factors	Rank	Males	DALYs (x 100,000)	DALYs %
1	Alcohol	1	HIV/AIDS	6.5	12
2	Unsafe Sex	2	Traffic accidents	6.0	11
3	Tobacco	3	Alcohol dependence/harmful use	3.3	6
4	Non-Helmet	4	Stroke	3.1	6
5	Blood pressure	5	Liver and bile duct cancer	2.9	5
6	Obesity	6	Depression	2.6	5
7	Cholesterol	7	Ischaemic heart disease	1.8	3
8	Fruit & Vegetable	8	COPD	1.8	3
9	Illicit Drugs	9	Diabetes	1.7	3
10	Air Pollution	10	Cirrhosis	1.3	2
11	Physical Inactivity				
12	WSH				
13	Non-Seatbelt				
14	Malnutrition-Inter				
15	Malnutrition-Thai				

ที่มา : คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

ภาพที่ 5.68 โรคและปัจจัยเสี่ยงในเพศหญิงของประเทศไทย พ.ศ. 2547

Rank	Rank factors	Rank	Males	DALYs (x 100,000)	DALYs %
1	Unsafe Sex	1	Stroke	3.1	
2	Obesity	2	HIV/AIDS	2.9	
3	Blood pressure	3	Diabetes	2.9	
4	Cholesterol	4	Depression	1.9	
5	Non-Helmet	5	Liver and bile duct cancer	1.4	
6	Tobacco	6	Traffic accidents	1.4	
7	Physical Inactivity	7	Ischaemic heart disease	1.2	
8	Fruit & Vegetable	8	Osteoarthritis	1.2	
9	Alcohol	9	COPD	1.1	
10	Air Pollution	10	Cirrhosis	1.1	
11	WSH				
12	Illicit Drugs				
13	Malnutrition-Inter				
14	Malnutrition-Thai				
15	Non-Seatbelt				

ที่มา : คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

3.3 ปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรค

นอกเหนือจากปัจจัยเสี่ยงที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ แล้ว ปัจจัยระดับปัจเจกที่มีผลต่อการเกิดโรคก็มักจะส่งผลต่อโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคไม่ติดต่อต่างๆ เช่น ความอ้วน กรรมพันธุ์ (ประวัติครอบครัว) ระดับของสารเคมีในเลือด เช่น ระดับไขมันและระดับน้ำตาล เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระยะยาว (Cohort study) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในบริษัทการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยจำกัด มหาชน (EGAT) โดยติดตามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 - 2540 เป็นเวลา 12 ปี พบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดโอกาสในการเป็นโรคเบาหวาน เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) ความยาวรอบเอว ความดันโลหิตสูง ประวัติการเป็นโรคเบาหวานในครอบครัว การมี Impaired glucose tolerance ระดับ Triglyceride และระดับ HDL-Cholesterol โดยจากการศึกษาพบว่า การมี BMI ระหว่าง 23- 27.5 เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานเป็น 1.7 เท่า ในขณะที่ BMI ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 27.5 เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 2.9 เท่า เมื่อเทียบกับ BMI ที่น้อยกว่า 23 ความยาวรอบเอวที่เกินมาตรฐาน (90 เซ็นติเมตรในเพศชาย และ 80 เซ็นติเมตรในเพศหญิง) เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 1.7 เท่า ความดันโลหิตสูงเพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 1.7 เท่า และการมีประวัติครอบครัวเพิ่มโอกาสเป็นเบาหวาน 2.7 เท่า (ตารางที่ 5.42) จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านี้ กำหนดโอกาสในการเกิดโรคในอนาคต ซึ่งบางปัจจัยนั้น สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้

ตารางที่ 5.42 จำนวนเท่าของโอกาสเกิดโรคเบาหวาน (Odds ratio) ของตัวแปรต่างๆ

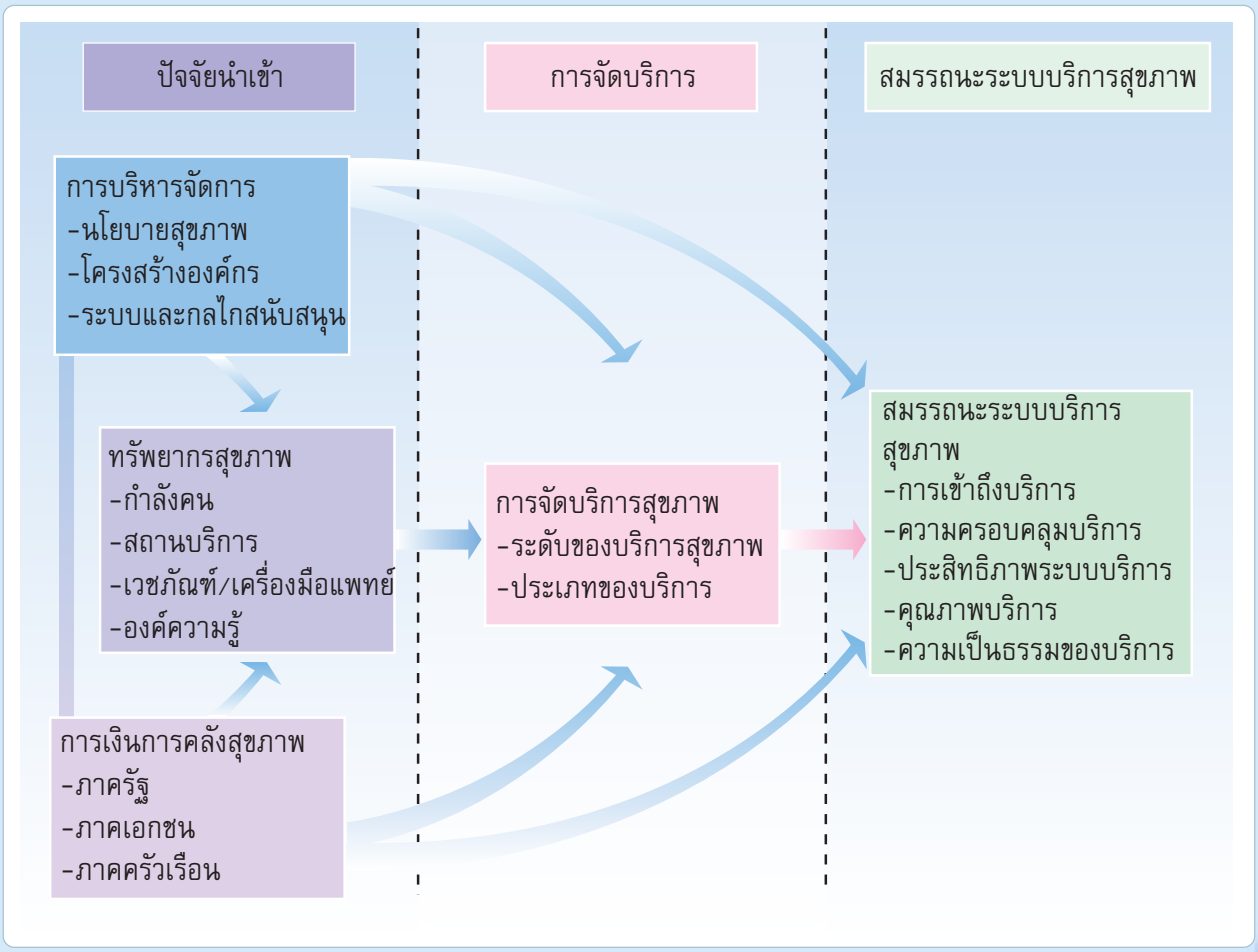
ตัวแปร	Odds ratio (95% CI)
อายุ 35-39	1
40-44	0.86 (0.60, 1.25)
45-49	1.06 (0.72, 1.57)
>=50	1.43 (0.81, 2.49)
เพศ (ผู้ชาย=1, ผู้หญิง=0)	1.64 (1.09, 2.47)
BMI (kg/m2) 23 - < 27.5	1.73 (1.26, 2.47)
>= 27.5	2.93 (1.59, 5.54)
เส้นรอบวงเอว >=90 ซมในผู้ชาย, >=80 ในผู้หญิง	1.69 (1.12, 2.57)
ความดันเลือดสูง	1.67 (1.18, 2.35)
มีประวัติ พ่อ หรือแม่ หรือ พี่ หรือ น้อง เป็นเบาหวาน	2.72 (2.03, 3.66)
Impaired Glucose tolerance	4.10 (2.97, 5.64)
Triglyceride >=200	1.57 (1.11, 2.23)
HDL-C <40 ผู้ชาย, < 50 ผู้หญิง	1.30 (0.85, 1.98)

ที่มา : วิชัย เอกพลากร, 2548

บทที่ 6
ระบบบริการสุขภาพไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีพัฒนาการเรื่อยมาในด้านการเพิ่มศักยภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของทรัพยากรสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นกำลังคนด้านสุขภาพ การขยายสถานบริการด้านสุขภาพ เทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ และงบประมาณหรือแหล่งการเงินด้านสุขภาพ โดยองค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ 2) การจัดบริการสุขภาพ และ 3) สมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลผลิตของระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยนำเข้าประกอบด้วย กลไกบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ และการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพและสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ดังภาพที่ 6.1

ภาพที่ 6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า การจัดบริการ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ



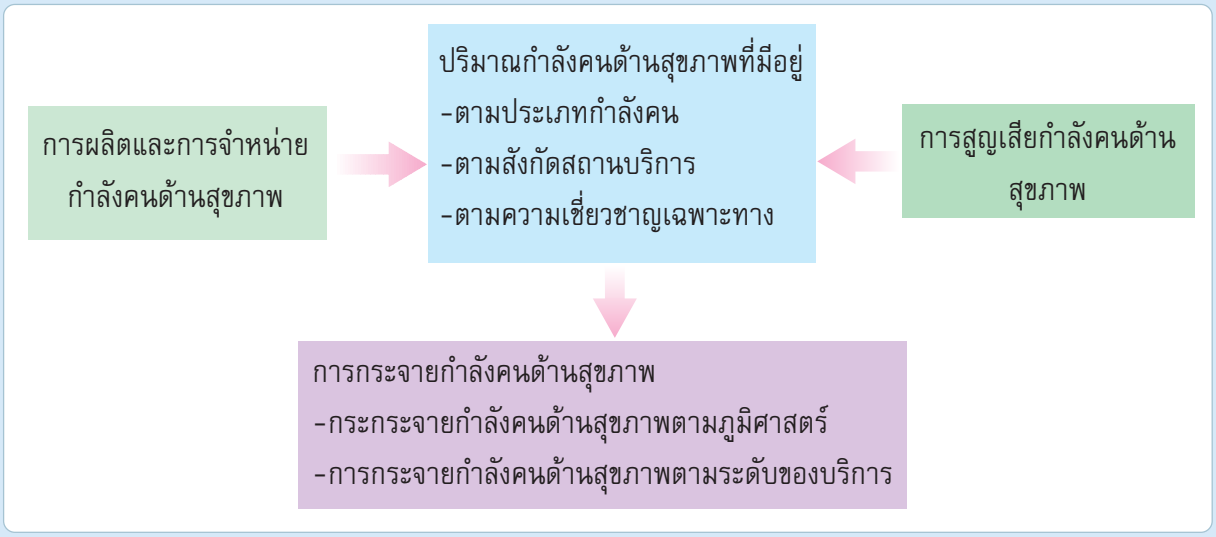
ในบทที่ 6 นี้ จะนำเสนอข้อมูลในส่วนของทรัพยากรสุขภาพ การเงินการคลังสุขภาพ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย 1) กำลังคนด้านสุขภาพ 2) สถานบริการสุขภาพ 3) เทคโนโลยีทางสุขภาพ 4) รายจ่ายด้านสุขภาพ 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ 7) ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ นับว่าเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพ ที่ผ่านมามีการผลิตบุคลากรสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้จำนวนของบุคลากรสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีการกระจายไปยังสถานบริการระดับต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ดี ประเด็นเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงประสบปัญหาบางประการ โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากร เมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น ปัญหาการกระจายบุคลากรไปยังพื้นที่ต่างๆที่ทั่วถึง รวมทั้งปัญหาคุณภาพของบุคลากร ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับภาระงานของบุคลากร

ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านกำลังคน จะประกอบไปด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ปริมาณบุคลากรที่มีอยู่ สถานการณ์การผลิต สถานการณ์การสูญเสีย และสถานการณ์การกระจายบุคลากร โดยองค์ประกอบสำคัญในการวิเคราะห์สถานการณ์บุคลากรสุขภาพ ดังในภาพที่ 6.2

ภาพที่ 6.2 องค์ประกอบของการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ



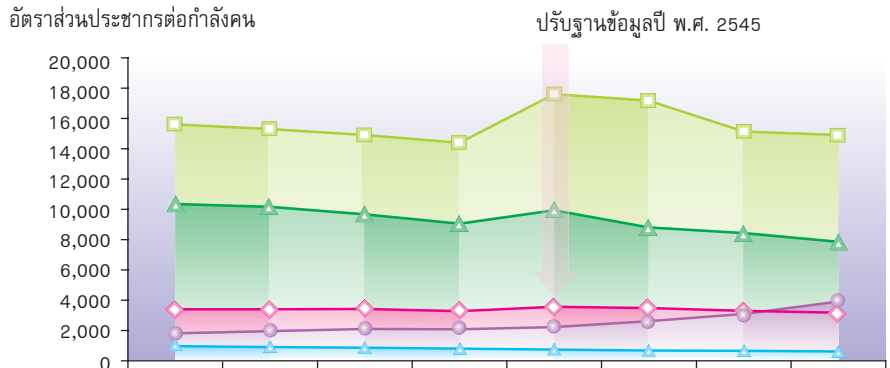
1.1 สถานการณ์และแนวโน้มปริมาณกำลังคนด้านสุขภาพ

1.1.1 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ จำแนกตามประเภทบุคลากร

หากพิจารณาสถานการณ์โดยรวมของกำลังคนด้านสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยใช้อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคน จะเห็นว่าปริมาณกำลังคนมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่หากพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ตั้งแต่พ.ศ. 2541 ถึง 2548 จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่มากนัก (ภาพที่ 6.3)

อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพลดลง ในขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิคเพิ่มขึ้นทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพจากพยาบาลเทคนิคเป็นพยาบาลวิชาชีพอย่างไรก็ตาม ข้อมูลแนวโน้มดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงใน พ.ศ. 2545 ที่มีอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอันเป็นผลมาจากการปรับฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.3 อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2541-2548

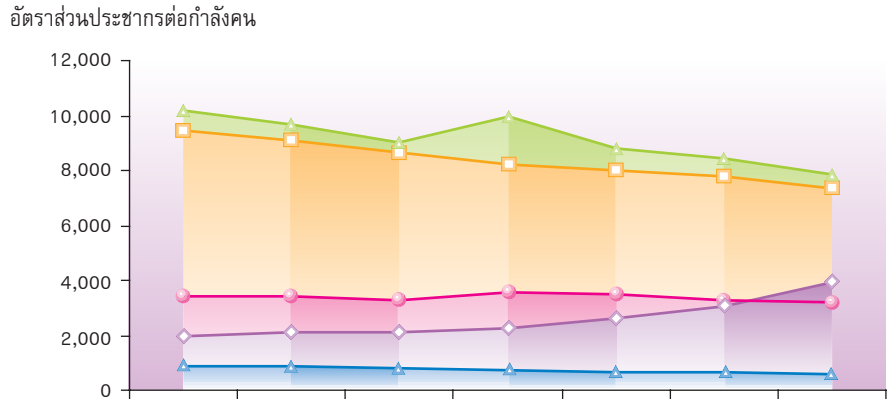


	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
แพทย์	3,406	3,395	3,427	3,277	3,569	3,476	3,305	3,182
ทันตแพทย์	15,613	15,295	14,917	14,384	17,606	17,182	15,143	14,901
เภสัชกร	10,346	10,158	9,676	9,054	9,948	8,807	8,432	7,847
พยาบาลวิชาชีพ	960	905	870	796	739	687	652	613
พยาบาลเทคนิค	1,806	1,952	2,096	2,080	2,233	2,625	3,085	3,910

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ข้อมูลจากการสำรวจทรัพยากรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข อาจมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลทันตแพทย์ ซึ่งจากรายงานบุคลากรทันตสาธารณสุขของกรมอนามัย กลับพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ มีค่าที่ใกล้เคียงกับอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร และมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 6.4)

ภาพที่ 6.4 อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2542-2548



	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
แพทย์	3,395	3,427	3,277	3,569	3,476	3,305	3,182
ทันตแพทย์	9,436	9,074	8,624	8,252	8,022	7,811	7,340
เภสัชกร	10,158	9,676	9,054	9,948	8,807	8,432	7,847
พยาบาลวิชาชีพ	905	870	796	739	687	652	613
พยาบาลเทคนิค	1,952	2,096	2,080	2,233	2,625	3,085	3,910

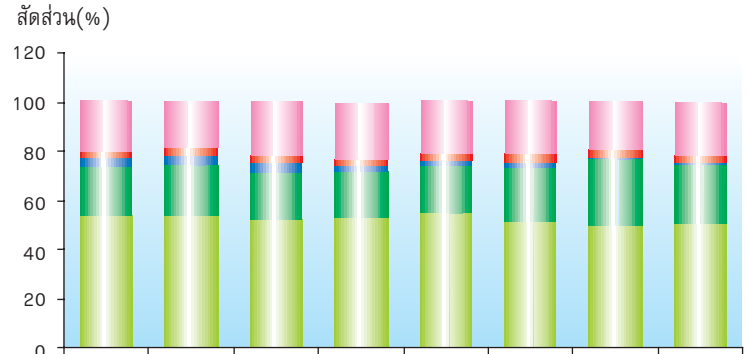
ที่มา:
- รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542-2548, กรมอนามัย

1.1.2 กำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด

1) แพทย์

แนวโน้มสัดส่วนของแพทย์ตามสังกัดใน พ.ศ. 2541 - 2548 มีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยแพทย์ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนที่ลดลง ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสัดส่วนของแพทย์ที่อยู่ภาคเอกชนมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 6.5) โดยแพทย์ส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่นๆ รองลงมาคือภาคเอกชน ในขณะที่ภาคอื่นๆ แพทย์ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.6)

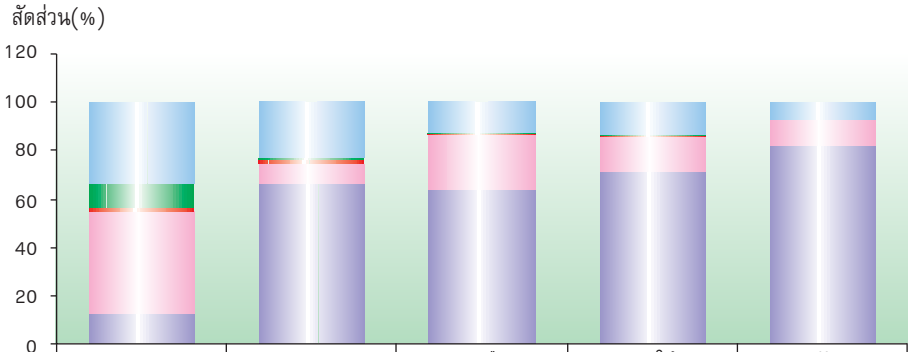
ภาพที่ 6.5 สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548



	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
เอกชน	19.8	18.7	21.7	23.1	21.0	21.1	18.9	21.6
ราชการส่วนท้องถิ่น	2.8	3.0	3.2	2.9	3.0	4.0	3.3	3.4
รัฐวิสาหกิจ	4.0	4.0	4.3	2.0	2.0	1.4	0.7	0.6
กระทรวงอื่นๆ	19.7	20.3	18.9	18.8	19.0	22.1	27.5	23.5
กระทรวงสาธารณสุข	53.7	54.0	51.9	53.1	55.0	51.5	49.6	50.8

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.6 สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548



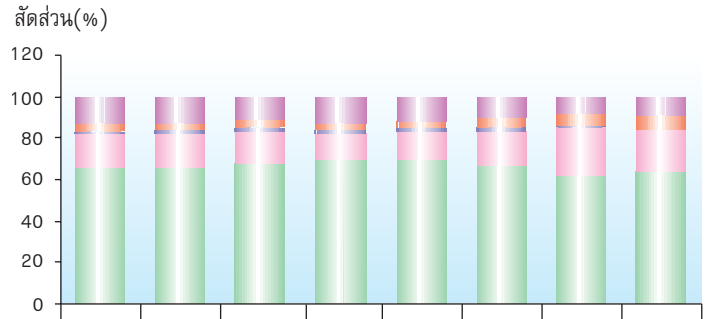
	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	33.8	23.4	12.9	13.9	7.0
ราชการส่วนท้องถิ่น	9.9	0.1	0.3	0.2	0.1
รัฐวิสาหกิจ	1.5	1.5	0.3	0.0	0.03
กระทรวงอื่นๆ	42.5	8.9	22.5	14.5	10.9
กระทรวงสาธารณสุข	12.4	65.9	64.0	71.4	81.9

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2) ทันตแพทย์

แนวโน้มสัดส่วนของทันตแพทย์ตามสังกัดใน พ.ศ. 2541-2548 มีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนที่เปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ในขณะที่สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสัดส่วนของทันตแพทย์ที่อยู่ภาคเอกชนมีสัดส่วนที่ลดลง (ภาพที่ 6.7) อย่างไรก็ดีในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนของทันตแพทย์ตามสังกัด มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คงที่ สำหรับทันตแพทย์ส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่นๆ รองลงมาคือราชการส่วนท้องถิ่นหรือกทม. และภาคเอกชน ในขณะที่ภาคอื่นๆ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.8)

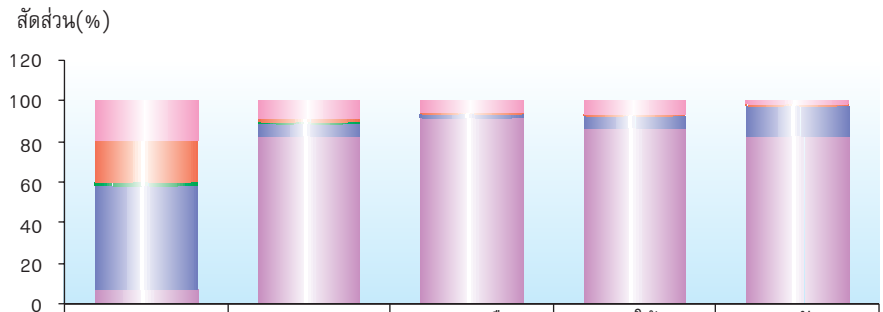
ภาพที่ 6.7 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548



	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
เอกชน	13.0	12.6	11.1	13.1	11.6	10.5	8.3	9.4
ราชการส่วนท้องถิ่น	3.4	3.5	3.9	3.1	3.6	4.3	5.9	6.3
รัฐวิสาหกิจ	1.5	1.6	1.8	2.0	1.9	2.1	0.6	0.6
กระทรวงอื่นๆ	16.6	16.2	15.0	12.0	12.9	16.6	23.8	19.6
กระทรวงสาธารณสุข	65.5	66.1	68.1	69.8	70.0	66.6	61.5	64.2

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.8 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548

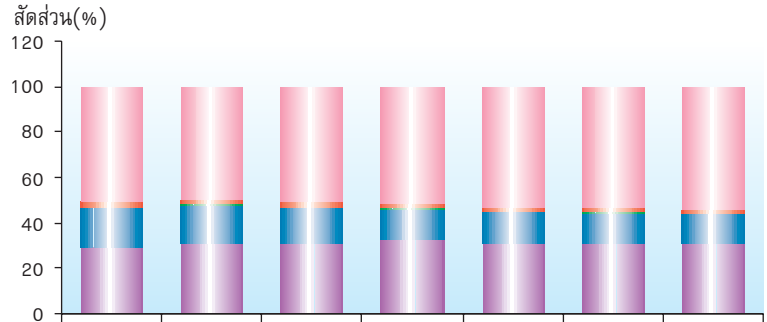


	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	19.6	8.8	5.5	6.3	2.0
ราชการส่วนท้องถิ่น	20.6	1.3	0.6	1.6	0.9
รัฐวิสาหกิจ	1.8	1.3	0.5	0.0	0.0
กระทรวงอื่นๆ	51.2	5.9	2.4	5.5	14.5
กระทรวงสาธารณสุข	6.8	82.7	91.0	86.5	82.7

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อย่างไรก็ดี หากใช้แหล่งข้อมูลอื่นโดยเฉพาะจากข้อมูลรายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขของกรมอนามัย จะพบว่าสัดส่วนของทันตแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน ในขณะที่ทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 30.7 โดยสัดส่วนของทันตแพทย์ตามสังกัด มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก (ภาพที่ 6.9)

ภาพที่ 6.9 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2542-2548 (ข้อมูลกรมอนามัย)



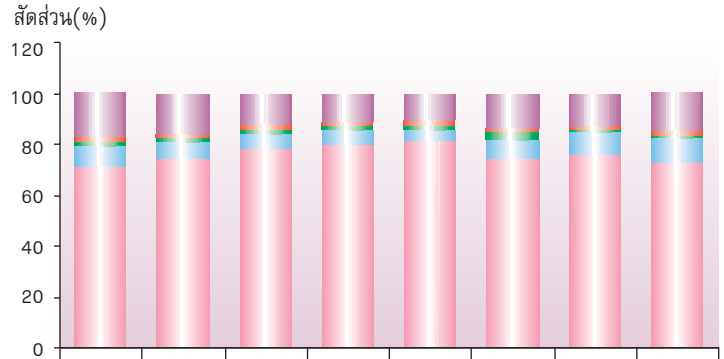
	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
เอกชน	51.0	49.8	51.0	51.4	53.2	53.4	53.9
ราชการส่วนท้องถิ่น	1.9	2.0	1.8	1.7	1.6	1.7	1.6
รัฐวิสาหกิจ	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5
กระทรวงอื่นๆ	17.1	16.7	15.2	13.8	13.3	13.5	13.2
กระทรวงสาธารณสุข	29.3	30.8	31.3	32.4	31.3	30.8	30.7

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542-2548, กรมอนามัย

3) เภสัชกร

เภสัชกรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย และสัดส่วนของเภสัชกรที่อยู่ภาคเอกชนมีแนวโน้มลดลง แต่หากพิจารณาแนวโน้มตั้งแต่ พ.ศ. 2545 จะพบว่าสัดส่วนเภสัชกรในภาคเอกชนเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 6.10) เภสัชกรส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดเอกชน ซึ่งใกล้เคียงกับสังกัดกระทรวงอื่นๆ ในขณะที่ภาคอื่นๆ เภสัชกรส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.11)

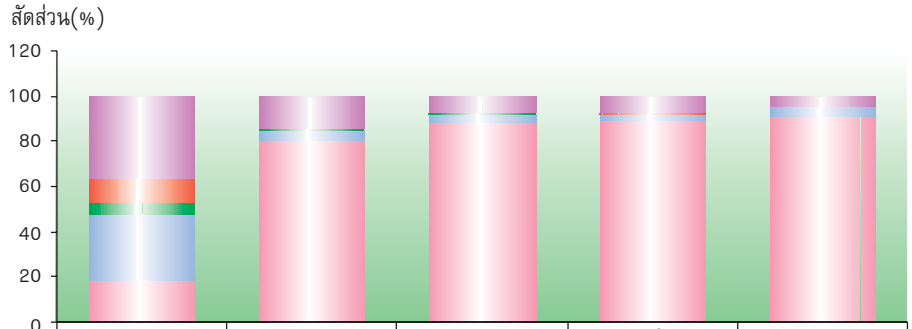
ภาพที่ 6.10 สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548



	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
เอกชน	17.2	15.7	12.2	11.4	10.8	13.7	12.7	14.6
ราชการส่วนท้องถิ่น	2.0	2.0	2.0	1.7	1.8	1.9	2.1	2.3
รัฐวิสาหกิจ	1.7	1.7	1.7	1.6	1.7	3.0	0.8	0.7
กระทรวงอื่นๆ	7.4	5.8	5.6	5.6	3.9	6.8	8.6	9.7
กระทรวงสาธารณสุข	71.7	74.8	78.5	79.7	81.8	74.6	75.8	72.8

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.11 สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548



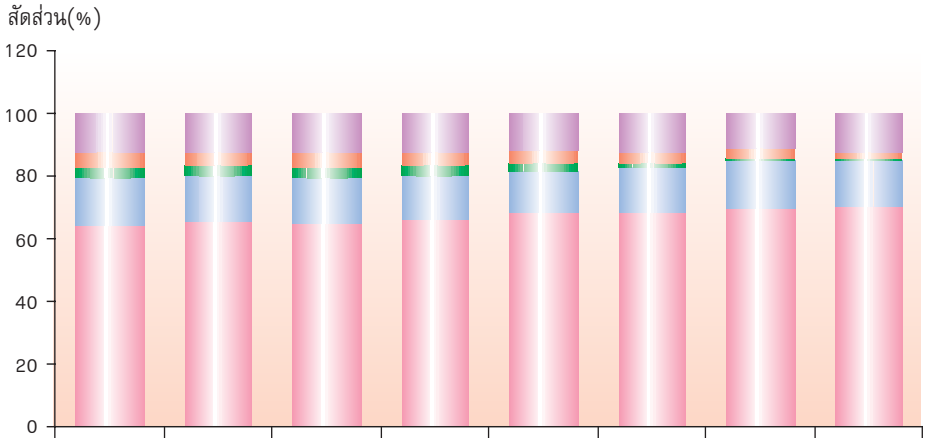
	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	36.4	14.3	7.4	7.4	4.6
ราชการส่วนท้องถิ่น	10.2	0.2	0.4	0.4	0.3
รัฐวิสาหกิจ	5.8	0.9	0.1	0.0	0.0
กระทรวงอื่นๆ	29.2	4.1	4.0	3.0	4.0
กระทรวงสาธารณสุข	18.4	80.5	88.2	89.2	91.1

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

4) พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่สังกัดกระทรวงอื่นๆ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย เช่นเดียวกันกับภาคเอกชนที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ในช่วงแคบๆ (ภาพที่ 6.12) โดยพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่นๆ รองลงมาคือเอกชน ในขณะที่ภาคอื่นๆ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.13)

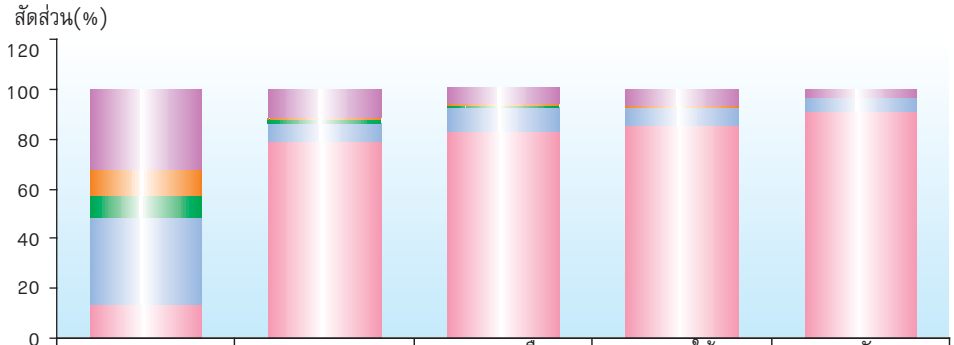
ภาพที่ 6.12 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548



	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
เอกชน	12.6	12.1	12.6	12.6	11.7	12.2	10.9	12.2
ราชการส่วนท้องถิ่น	4.4	4.2	4.4	3.7	4.0	3.7	3.7	2.6
รัฐวิสาหกิจ	3.7	3.5	3.7	3.3	3.0	1.1	0.7	0.7
กระทรวงอื่นๆ	15.2	15.0	14.4	14.4	12.9	14.5	15.0	14.1
กระทรวงสาธารณสุข	64.1	65.2	64.9	65.9	68.3	68.5	69.8	70.4

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.13 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548

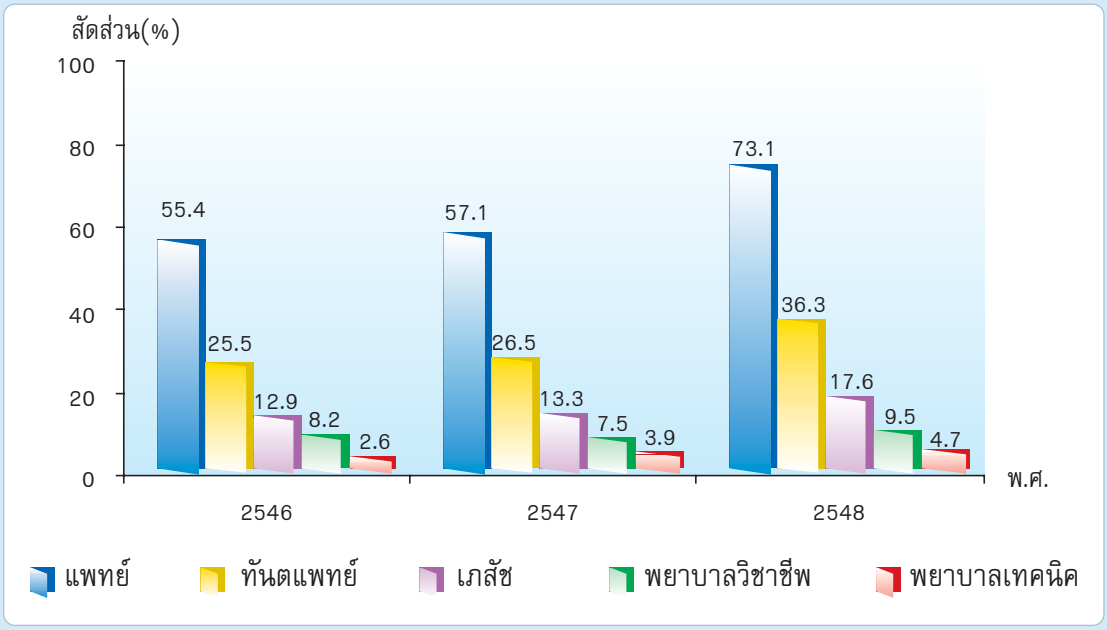


	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	32.4	11.4	6.8	6.2	3.3
ราชการส่วนท้องถิ่น	10.7	0.9	0.5	1.0	0.3
รัฐวิสาหกิจ	8.6	1.5	1.0	0.1	0.1
กระทรวงอื่นๆ	34.2	7.4	9.8	7.5	5.1
กระทรวงสาธารณสุข	14.0	78.7	82.8	85.2	91.2

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อีกประเด็นที่มีความสำคัญในด้านการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ก็คือลักษณะของการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนของกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ก็ยังคงปฏิบัติงานในภาครัฐ โดยแนวโน้มสัดส่วนของแพทย์ที่มีการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชน สูงถึงร้อยละ 55.4 ในพ.ศ. 2546 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.1 ในพ.ศ. 2548 ในขณะที่ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิค มีสัดส่วนของการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนลดหลั่นกันลงมา และส่วนใหญ่มีแนวโน้มของการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 6.14)

ภาพที่ 6.14 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพที่ทำงาน ไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2546-2548

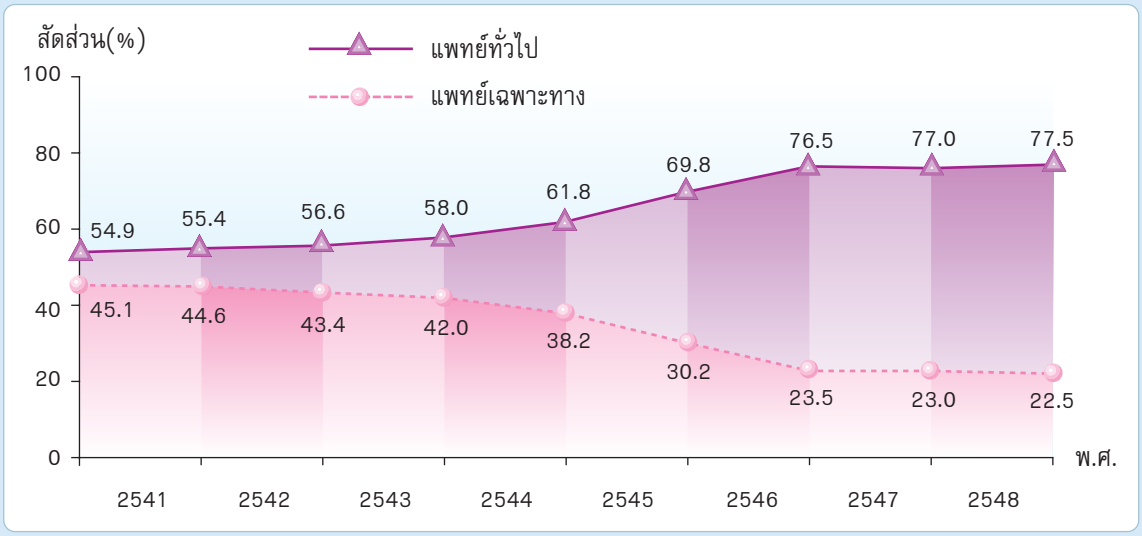


ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

1.1.3 ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของกำลังคนด้านสุขภาพ

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของกำลังคนด้านสุขภาพ สะท้อนให้เห็นทิศทางของกำลังคนด้านสุขภาพที่กำลังก้าวไปสู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่าการบริการแบบผสมผสาน โดยแพทย์ในประเทศไทย มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โดยใน พ.ศ. 2549 มีแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 77.5 ของแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6.15)

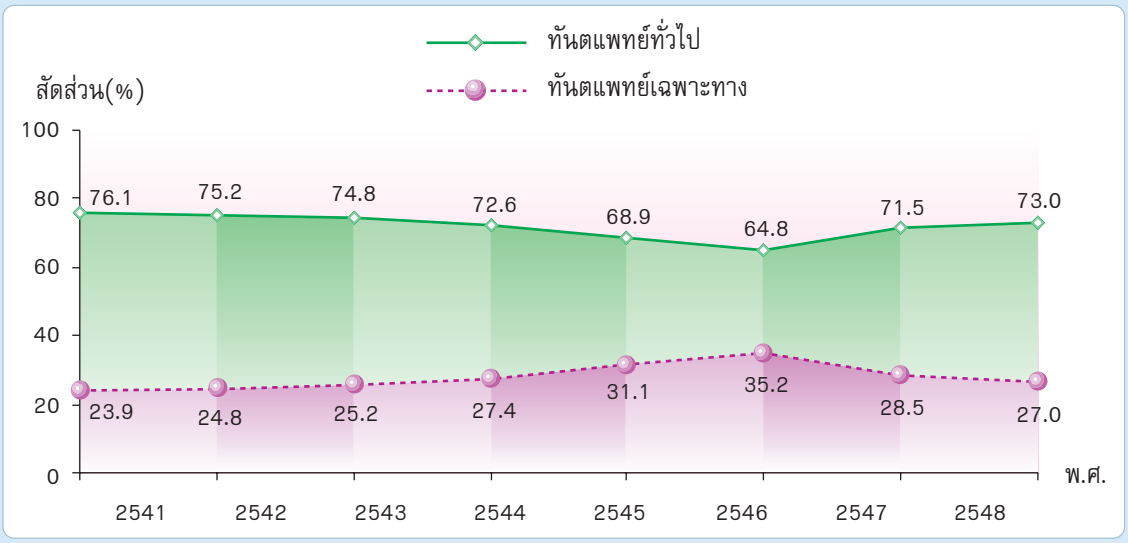
ภาพที่ 6.15 สัดส่วนแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2541-2549



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา

เช่นเดียวกับทันตแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยใน พ.ศ. 2548 มีทันตแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 27.0 ของทันตแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6.16)

ภาพที่ 6.16 สัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2541-2548



ที่มา: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, กันยายน 2549

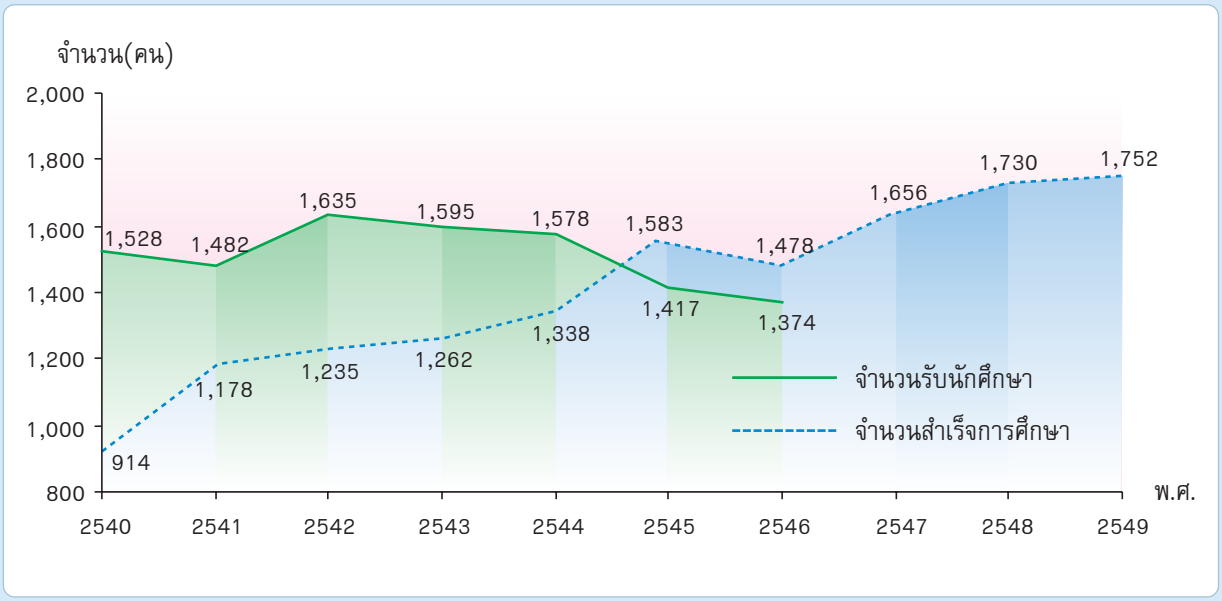
1.2 สถานการณ์การผลิตและการจำหน่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

1.2.1 การผลิตแพทย์

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตแพทย์ โดยสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งสิ้น 14 แห่ง โดยเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 13 แห่ง และเอกชน 1 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นไป มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 4 แห่ง จะเริ่มผลิตแพทย์ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การรับนักศึกษาแพทย์ และจำนวนแพทย์ที่จบการศึกษาในแต่ละปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการรับนักศึกษาแพทย์ในช่วงพ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2544 ที่มีการรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท ซึ่งทำให้มีการรับนักศึกษาแพทย์ปีละประมาณ 1,600 คน และจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2545 เป็นต้นไป มีแพทย์ที่จบการศึกษาเกินปีละ 1,500 คน อย่างไรก็ตาม จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ในระยะหลังเริ่มมีแนวโน้มที่ลดลง โดยมีจำนวนแพทย์ที่รับในแต่ละปีประมาณ 1,400 คน (ภาพที่ 6.17)

ภาพที่ 6.17 จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ และจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540-2549



ที่มา: **ข้อมูลการรับนักศึกษา** จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลการรับนักศึกษาแพทย์จริง

ข้อมูลการจบการศึกษา จากแพทยสภาและโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: เป็นจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและมาขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา

หากพิจารณาแยกหน่วยงานผู้ผลิตแพทย์ จะเห็นว่าการรับนักศึกษาแพทย์ในส่วนของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา มีแนวโน้มที่ลดลงใน พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546 ในขณะที่การผลิตในส่วนอื่นๆ มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ในขณะที่แนวโน้มการสำเร็จการศึกษา จะพบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกหน่วยผลิต แต่ในระยะหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ (ตารางที่ 6.1 และตารางที่ 6.2)

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 วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎและวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ตารางที่ 6.2 แพทย์ที่สำเร็จการศึกษา 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**	**1,575**	**1,659**	**1,677**	**13,533**
1.1 สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	852	1,073	1,089	1,124	1,140	1,250	1,206	1,231	1,296	1,291	11,552
1.2 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา	-	-	-	8	31	134	137	249	255	292	1,106
1.3 สังกัดหน่วยงานอื่นๆ	25	75	88	90	101	120	79	95	108	94	875
2. ภาคเอกชน	**37**	**30**	**58**	**40**	**66**	**79**	**56**	**81**	**71**	**75**	**593**
รวม	**914**	**1,178**	**1,235**	**1,262**	**1,338**	**1,583**	**1,478**	**1,656**	**1,730**	**1,752**	**14,126**

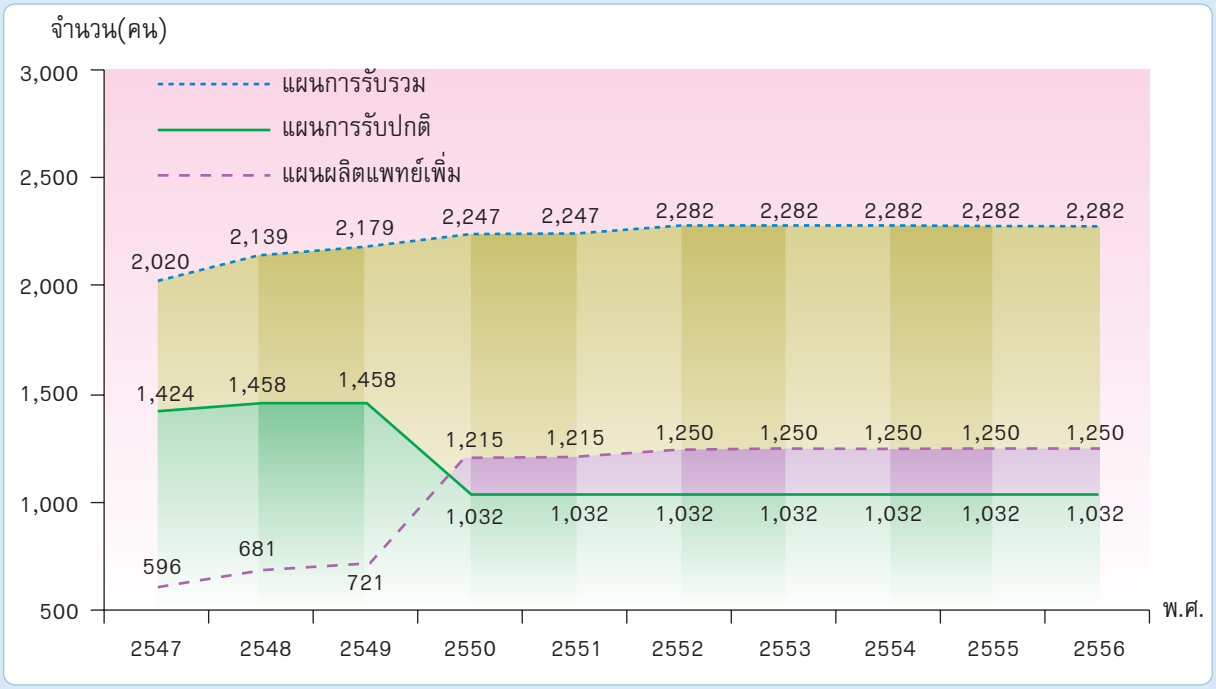
ที่มา: แพทยสภาและโครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ปีการศึกษา 2540-2549 เป็นจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและมาขึ้นทะเบียนกับแพทยสภา

2. สังกัดหน่วยงานอื่นๆ หมายถึง วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎและวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และต่างประเทศ

การผลิตแพทย์ในไทย พ.ศ. 2540 -2546 ผลิตได้ปีละ 1,300 - 1,500 คน แต่อีก 10 ปีข้างหน้า พ.ศ. 2547-2556 จะมีแนวโน้มการผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นให้เพียงพอกับความต้องการของประเทศอย่างเร่งด่วน โดยจะผลิตตามแผนการรับปกติ ปีละประมาณ 1,000-1,400 คน และมีแผนเร่งรัดผลิตแพทย์เพิ่มอีกปีละไม่ต่ำกว่า 600 คน (ภาพที่ 6.18)

ภาพที่ 6.18 แผนการรับนักศึกษาแพทย์ของไทย พ.ศ. 2547-2556



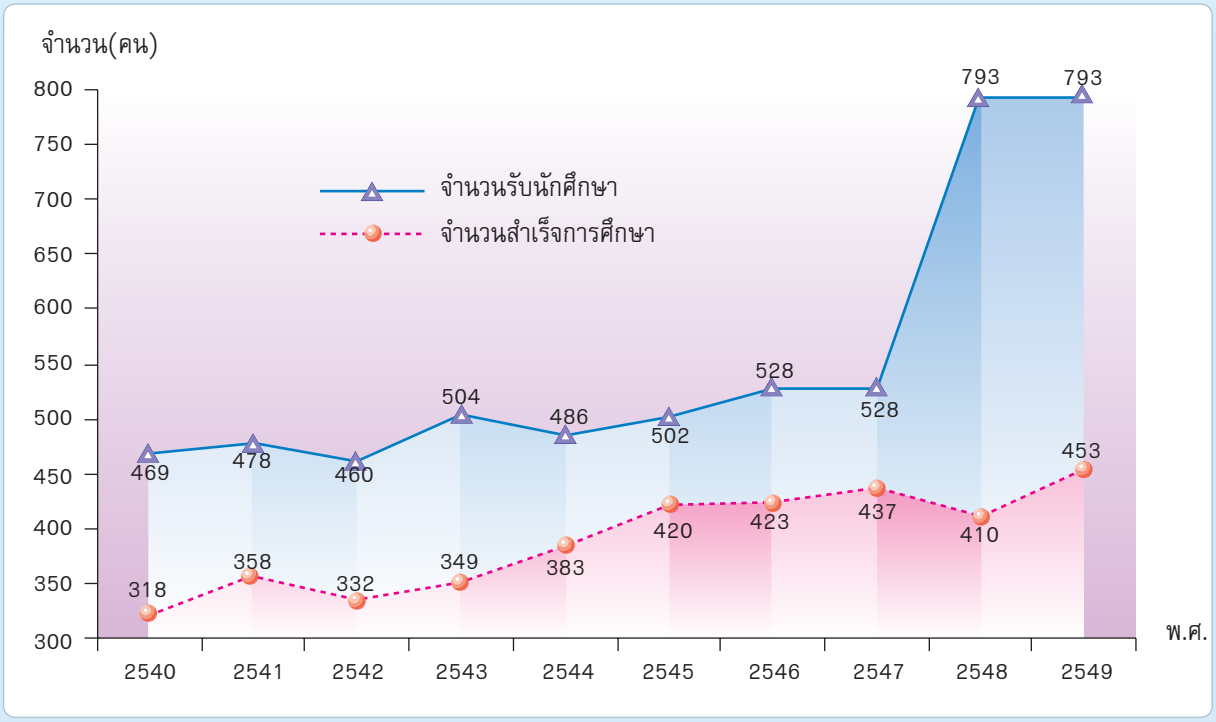
ที่มา : สำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

1.2.2 การผลิตทันตแพทย์

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตทันตแพทย์ โดยสถาบันการศึกษาภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งสิ้น 10 แห่ง เป็นสถาบันการศึกษาภาครัฐ 9 แห่ง และเอกชน 1 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งเริ่มผลิตทันตแพทย์ใน พ.ศ. 2548 เป็นต้นไป

การผลิตทันตแพทย์ในปัจจุบันผลิตประมาณปีละ 500 คน แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จะมีการผลิตเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกปีละ 200 คน ส่วนสถาบันการผลิตภาคเอกชนจะผลิตปีละ 80 คน สำหรับจำนวนการรับนักศึกษาและจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา ดังภาพที่ 6.19

ภาพที่ 6.19 จำนวนการรับนักศึกษาทันตแพทย์ และจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540-2549



ที่มา: **ข้อมูลการรับนักศึกษา** จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

หมายเหตุ : เป็นข้อมูลการรับนักศึกษาทันตแพทย์จริง

ข้อมูลการจบการศึกษา จากทันตแพทยสภา

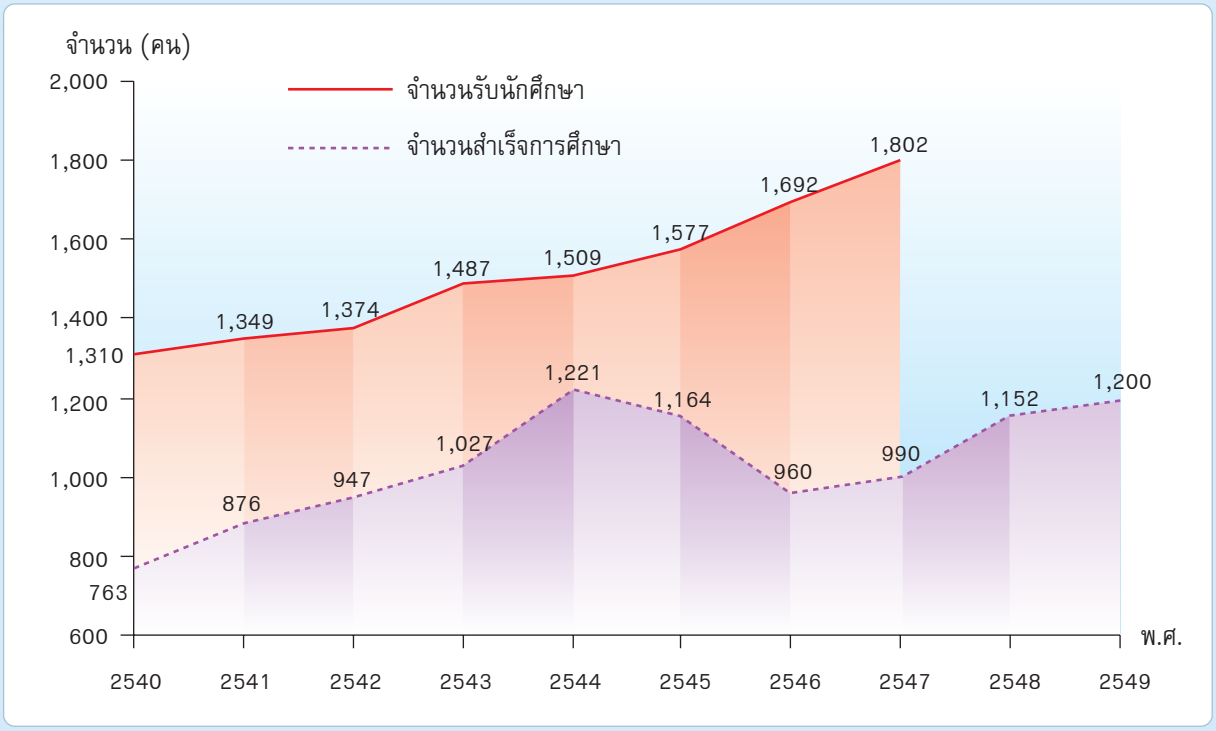
หมายเหตุ : เป็นจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาและมาขึ้นทะเบียนกับทันตแพทยสภา

1.2.3 การผลิตเภสัชกร

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตเภสัชกร โดยสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 13 แห่ง โดยเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 11 แห่ง และเอกชน 3 แห่ง

การผลิตเภสัชกรในช่วง พ.ศ. 2540 - 2549 พบว่า มีแผนการผลิตเภสัชกรเพิ่มขึ้นในภาครัฐเล็กน้อย แต่ในภาคเอกชนกลับเริ่มมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2546 เป็นต้นไป จากปีละประมาณ 300 คน เหลือปีละประมาณ 220 คน สำหรับจำนวนการรับนักศึกษาและจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษา ดังภาพที่ 6.20

ภาพที่ 6.20 จำนวนการรับนักศึกษาเภสัชกร และจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540-2549



ที่มา: **ข้อมูลการรับนักศึกษา** จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

หมายเหตุ : 1. ปีการศึกษา 2540 -2545 เป็นข้อมูลรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์จริง

2. ปีการศึกษา 2546 -2549 เป็นข้อมูลแผนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์

ข้อมูลการจบการศึกษา จากสภาเภสัชกรรม

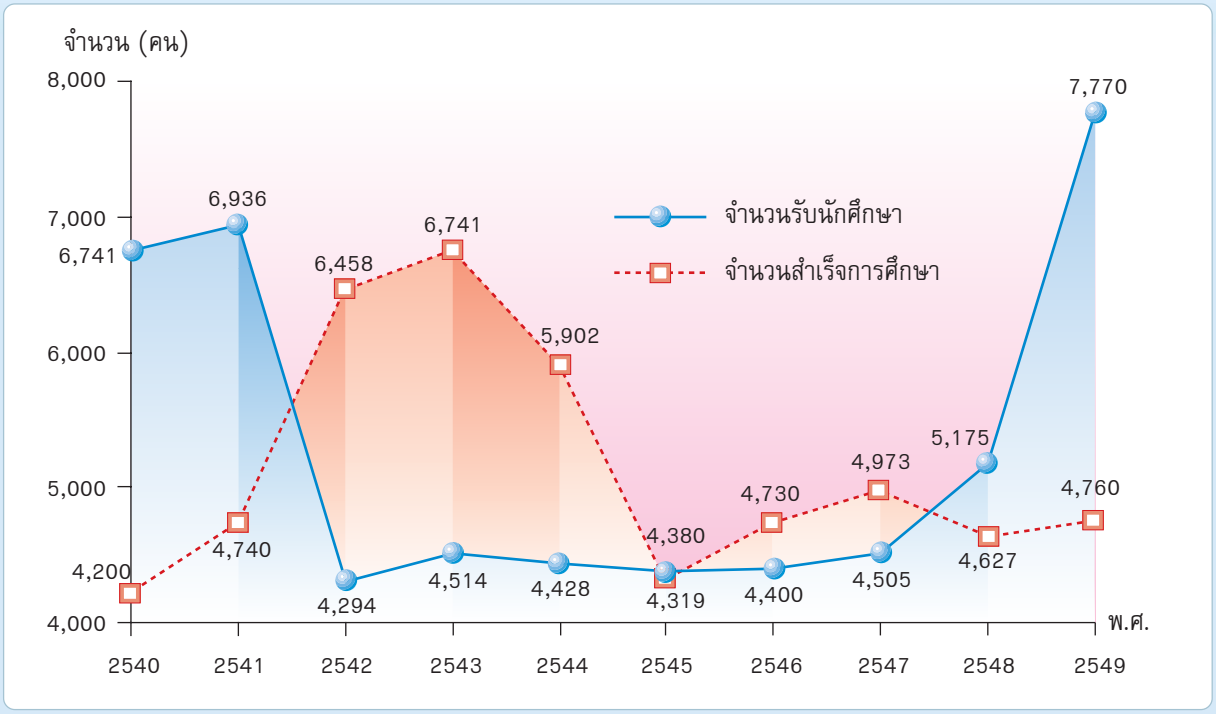
หมายเหตุ : ปีการศึกษา 2540 -2549 เป็นจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาและมาขึ้นทะเบียนกับสภาเภสัชกรรม

1.2.4 การผลิตพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพ โดยสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 74 แห่ง โดยเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 64 แห่ง และเอกชน 10 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นไป มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 2 แห่ง จะเริ่มผลิตพยาบาลวิชาชีพ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การผลิตพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา สถาบันการผลิตภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มการผลิตเพิ่มขึ้นอีก ปีละ 1,000 คน จากแผนการผลิตเดิมที่ผลิตเพียงปีละ 1,500 คน เนื่องจากยังไม่เพียงพอกับความต้องการ สำหรับจำนวนการรับนักศึกษาและจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษา ดังภาพที่ 6.21

ภาพที่ 6.21 จำนวนการรับนักศึกษาพยาบาลและจำนวนพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - 2549



ที่มา : **ข้อมูลการรับนักศึกษา** จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

ข้อมูลการจบการศึกษา จากสภาการพยาบาลและสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ปีการศึกษา พ.ศ. 2540 - 2549 เป็นจำนวนพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาและมาขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาล

1.3 การสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพ

ประเด็นการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพในที่นี้ จะเน้นประเด็นการลาออกจากราชการเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนสังกัดของกำลังคนด้านสุขภาพไปยังภาคเอกชน หรือเปลี่ยนไปทำอาชีพอื่น ทั้งนี้ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนสังกัดไปยังภาคเอกชนจะไม่ได้หมายถึงการสูญเสียในภาพรวมของระบบ แต่ก็มีผลกระทบอยู่ไม่ใช่น้อย เนื่องจากประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งบริการของภาครัฐ โดยเฉพาะในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขที่มีปัญหาสำคัญก็คือการลาออกของแพทย์ พบว่า การสูญเสียสุทธิมีแนวโน้มสูงขึ้น ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่โดยถึงระดับสูงสุดใน พ.ศ. 2539 (ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ) ซึ่งพบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนถึง 21 แห่ง ที่ไม่มีแพทย์ประจำเลย (ตารางที่ 6.3)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 สถานการณ์ดีขึ้นมาก ซึ่งเป็นไปได้ว่าเกิดจากภาวะซบเซาของภาคเอกชน จนเมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวใหม่ใน พ.ศ. 2544 -2546 สถานการณ์การลาออกของแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขกลับรุนแรงใหม่อีกครั้ง (ภาพที่ 6.22) อย่างไรก็ดี การลาออกของแพทย์ลดลงในปี พ.ศ. 2547 แต่กลับเพิ่มขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2549 ซึ่งน่าจะได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งมาจากการฟื้นตัวของภาคเอกชน

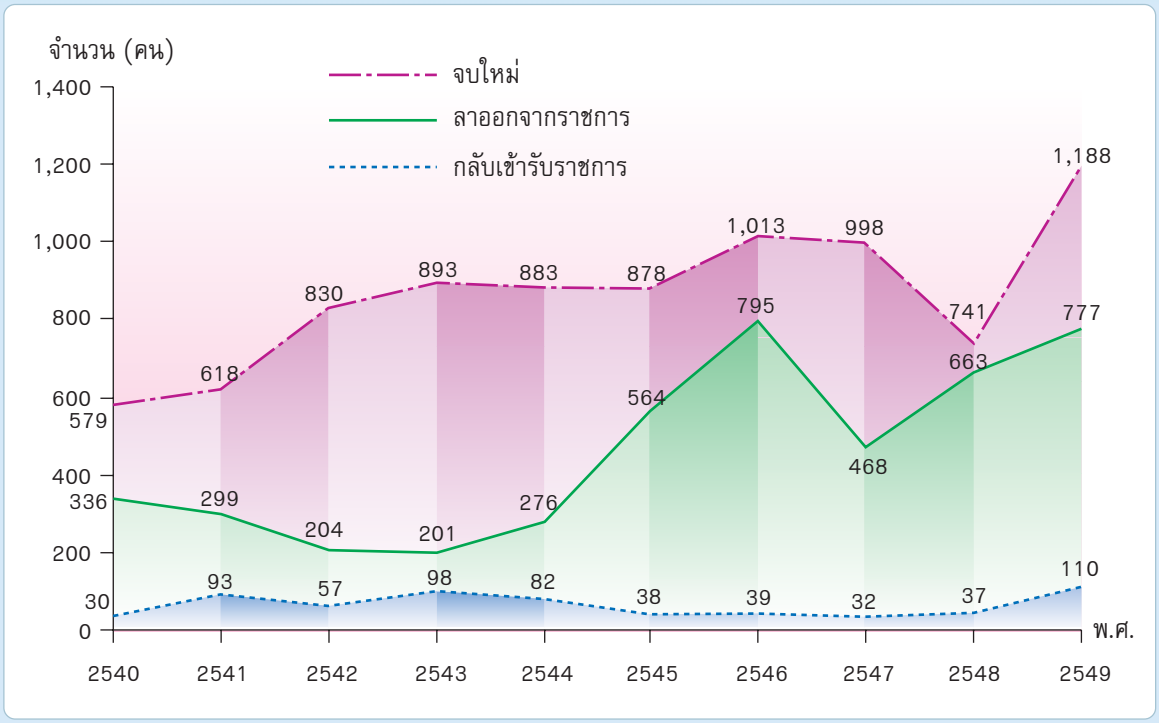
ตารางที่ 6.3 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537 - 2549

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
2547	998	32	1,030	468	-	468	436 / 43.7
2548	741	37	778	663	-	663	626 / 84.5
2549	1,188	110	1,298	777	-	777	667 /56.1

ที่มา : สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :
1. หน่วยงานเจ้าของเรื่องมีการปรับข้อมูลใหม่หมดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538 - ปีงบประมาณ 2546
2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา มติ ครม. ให้กระทรวงสาธารณสุข รับนักเรียนทุนที่จบการศึกษา ปี 2542 เป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แทนบรรจุเป็นข้าราชการ
3. พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุพนักงานของรัฐกลับเป็นข้าราชการทั้งหมด

ภาพที่ 6.22 จำนวนแพทย์ที่จบใหม่ กลับเข้ารับราชการ และลาออก พ.ศ. 2540-2549



ที่มา : สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

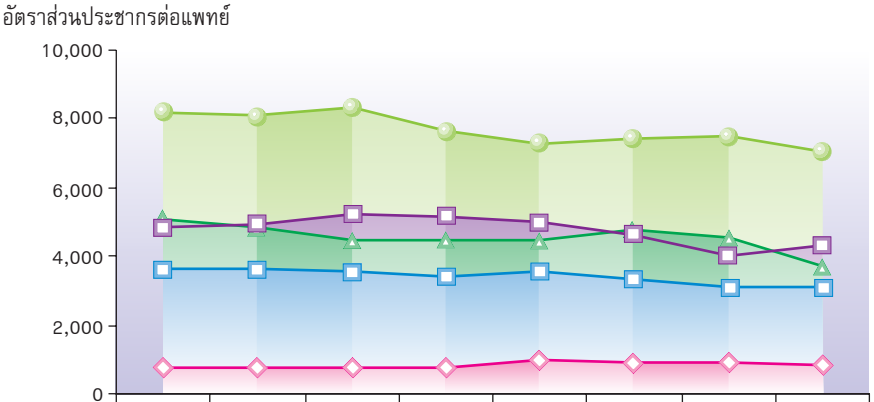
1.4 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ

1.4.1 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิศาสตร์

1) อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ จำแนกตามภาค

แนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ในช่วง พ.ศ. 2541 - 2548 เปรียบเทียบระหว่างภาค จะพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังสูงกว่าภาคอื่นๆ โดยภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 6.23)

ภาพที่ 6.23 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548

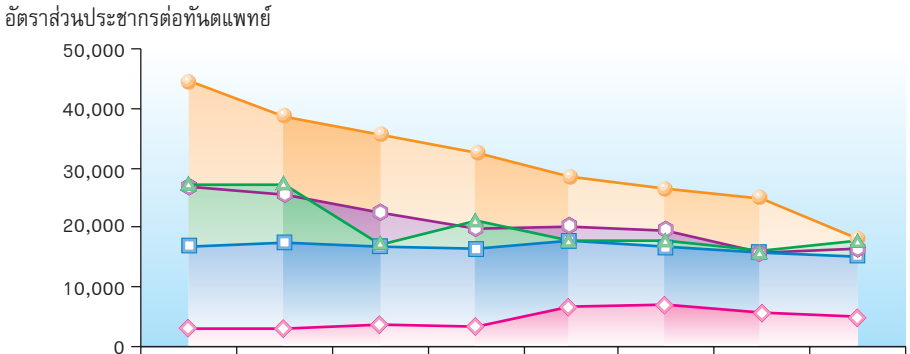


	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
กรุงเทพมหานคร	762	760	793	760	952	924	879	867
กลาง	3,614	3,653	3,576	3,375	3,566	3,301	3,134	3,124
เหนือ	5,050	4,869	4,501	4,488	4,499	4,766	4,534	3,724
ใต้	4,814	4,888	5,194	5,127	4,984	4,609	3,982	4,306
ตะวันออกเฉียงเหนือ	8,218	8,116	8,311	7,614	7,251	7,409	7,466	7,015

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เช่นเดียวกันกับอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จนใน พ.ศ. 2548 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ที่ใกล้เคียงกับภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง (ภาพที่ 6.24)

ภาพที่ 6.24 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548

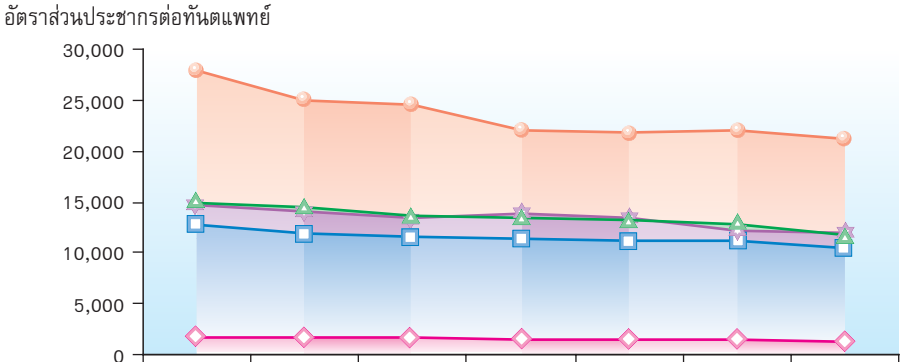


	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
กรุงเทพมหานคร	3,033	2,991	3,529	3,190	6,614	6,920	5,583	5,064
กลาง	16,800	17,494	16,813	16,588	17,810	16,851	15,775	15,176
เหนือ	27,310	27,225	17,037	20,993	17,824	17,694	16,039	17,897
ใต้	26,954	25,663	22,549	19,963	20,105	19,578	15,620	16,595
ตะวันออกเฉียงเหนือ	44,484	38,487	35,476	32,499	28,432	26,351	24,699	18,157

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อย่างไรก็ตาม หากใช้แหล่งข้อมูลอื่น จากรายงานบุคลากรทันตสาธารณสุขของกรมอนามัย กลับพบว่า อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ที่ต่ำกว่า (ทันตแพทย์มากกว่า) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ที่สูงกว่าภาคอื่นๆ ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 6.25)

ภาพที่ 6.25 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2542-2548

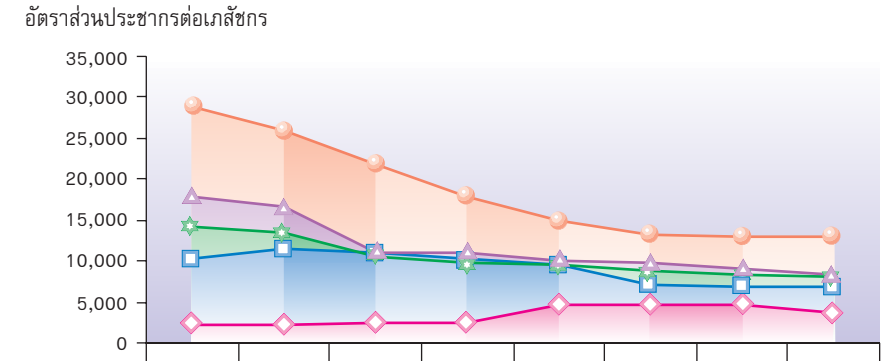


	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
กรุงเทพมหานคร	1,722	1,690	1,605	1,506	1,458	1,422	1,305
กลาง	12,864	12,042	11,524	11,474	11,259	11,235	10,494
เหนือ	14,956	14,468	13,566	13,471	13,137	12,752	11,830
ใต้	14,640	14,032	13,383	13,852	13,443	12,160	11,877
ตะวันออกเฉียงเหนือ	28,005	25,034	24,462	22,112	21,739	21,967	21,120

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542-2548, กรมอนามัย

สำหรับอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง และสำหรับอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรของภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 6.26)

ภาพที่ 6.26 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548

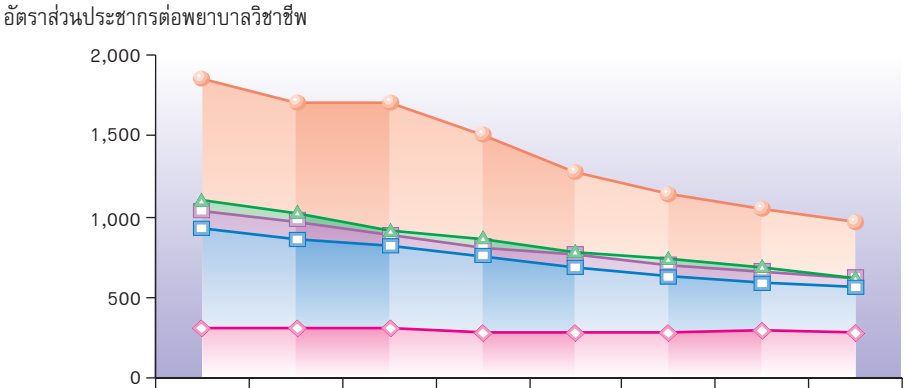


	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
กรุงเทพมหานคร	2,221	2,132	2,551	2,485	4,667	4,765	4,632	3,562
กลาง	10,346	11,458	11,058	10,213	9,557	7,169	6,819	6,852
เหนือ	17,780	16,610	11,012	11,082	10,115	9,743	9,037	8,273
ใต้	14,094	13,382	10,575	9,712	9,569	8,801	8,292	8,125
ตะวันออกเฉียงเหนือ	28,988	25,954	21,740	17,979	14,987	13,183	13,032	12,869

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

แนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มลดลง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ก็มีอัตราส่วนที่ลดลงมาใกล้เคียงกับภาคอื่นมากขึ้น (ภาพที่ 6.27)

ภาพที่ 6.27 อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548

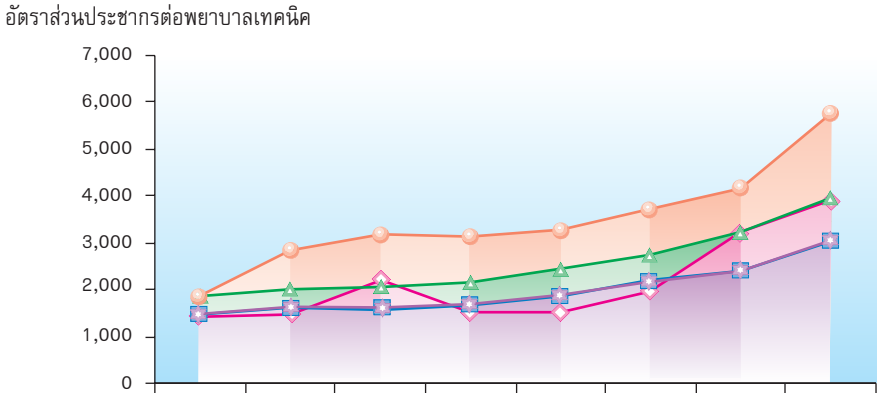


	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
กรุงเทพมหานคร	311	305	309	287	279	285	289	285
กลาง	922	855	825	749	684	631	593	562
เหนือ	1,100	1,022	908	856	785	734	684	621
ใต้	1,037	973	884	807	765	692	659	622
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,849	1,707	1,702	1,498	1,278	1,145	1,045	968

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ส่วนพยาบาลเทคนิคนั้น อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกภาค เนื่องจากการเปลี่ยนสถานภาพเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิคที่สูงที่สุด และภาคกลางและภาคใต้ มีอัตราส่วนที่ต่ำที่สุด (ภาพที่ 6.28)

ภาพที่ 6.28 อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548

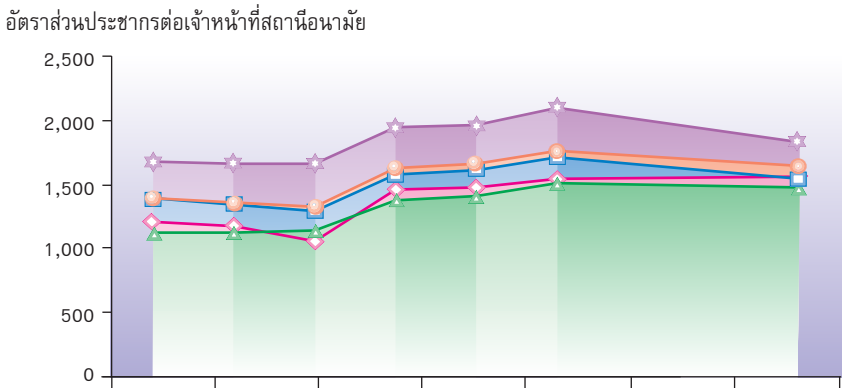


	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
กรุงเทพมหานคร	1,425	1,477	2,208	1,535	1,511	1,960	3,250	3,900
กลาง	1,466	1,597	1,555	1,686	1,848	2,187	2,402	3,047
เหนือ	1,849	1,994	2,078	2,160	2,449	2,737	3,228	3,944
ใต้	1,466	1,609	1,612	1,639	1,791	2,137	2,481	3,042
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,857	2,821	3,183	3,130	3,257	3,730	4,141	5,761

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนั้น อัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย มีแนวโน้มลดลงใน พ.ศ. 2549 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนที่สูงที่สุด และภาคใต้มีอัตราส่วนที่ต่ำที่สุด (ภาพที่ 6.29) ซึ่งหากพิจารณาโดยรวม ก็จะเห็นว่าความแตกต่างระหว่างภาค ก็มีแนวโน้มที่ลดลงด้วย

ภาพที่ 6.29 อัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541 - 2549



	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2549
กลาง	1,207	1,180	1,059	1,453	1,470	1,552	1,562
เหนือ	1,389	1,349	1,292	1,572	1,603	1,713	1,547
ใต้	1,129	1,127	1,141	1,378	1,416	1,511	1,484
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,681	1,655	1,666	1,938	1,971	2,097	1,832
รวม	1,390	1,366	1,324	1,628	1,657	1,762	1,637

ที่มา: ตารางที่ 6.4

ตารางที่ 6.4 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549

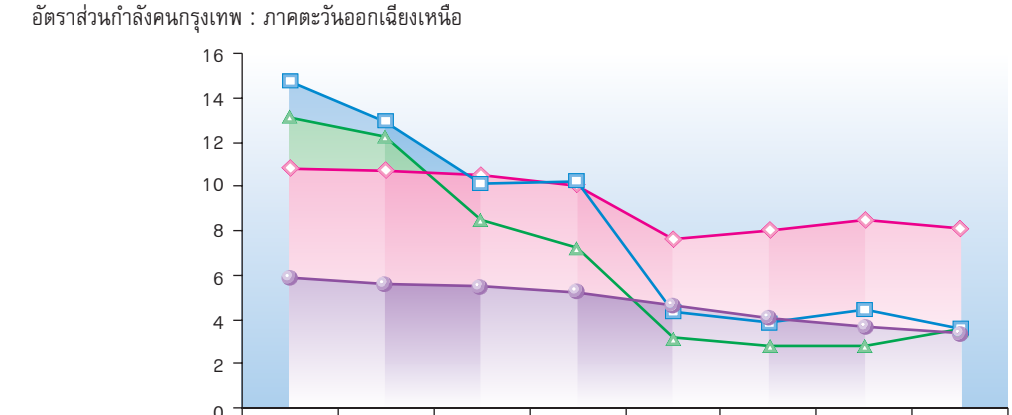
ภาค	จำนวนเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย									
	พ.ศ. 2530	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2541	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2549
กลาง	4,217	7,724	7,917	8,928	9,017	8,769	8,150	8,027	7,604	8,502
เหนือ	3,233	5,734	6,826	6,970	7,167	7,068	6,558	6,456	6,043	6,823
ใต้	2,318	4,628	5,038	5,152	5,264	5,146	4,843	4,761	4,463	4,837
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,573	9,114	10,430	10,236	10,569	10,248	9,693	9,591	9,015	10,279
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	1: 1.2
รวม	**14,341**	**27,200**	**30,211**	**31,286**	**32,017**	**31,231**	**29,244**	**28,835**	**27,125**	**30,441**

ที่มา : พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2543 ได้จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2546 และ 2549 ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :
1. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นไป ข้อมูลเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นข้อมูลตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือนข้าราชการ (จ.18) ของสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาล ในปี 2544 ใช้ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2544 และ พ.ศ. 2545 - 2546ใช้ข้อมูล ณ 1 มกราคม 2546 และ พ.ศ. 2549 ใช้ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2549 จากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ประมวลผลเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยต่อประชากร โดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หากเปรียบเทียบอัตราส่วนความแตกต่างระหว่างประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพของกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบแนวโน้มของอัตราส่วนดังกล่าวที่ลดลงอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มทันตแพทย์และเภสัชกรที่มีความแตกต่างที่ลดลงจาก 13-14 เท่า ใน พ.ศ. 2541 เป็น 3.5 เท่าใน พ.ศ. 2548 โดยแพทย์ยังมีความแตกต่างประมาณ 8 เท่า และพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกัน 3.4 เท่า ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 6.30) แต่หากเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของทันตแพทย์ โดยใช้ข้อมูลของกรมอนามัย พบว่าความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงสูงอยู่ โดยต่างกัน 15 เท่า ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 6.31)

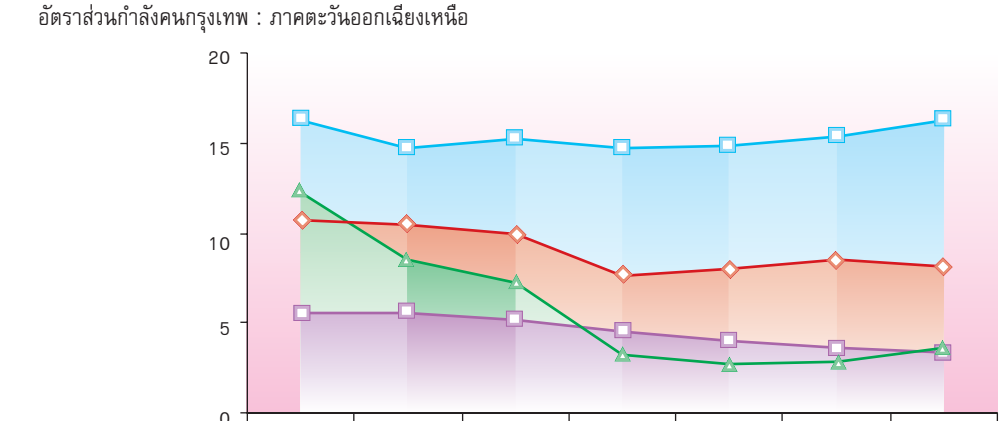
ภาพที่ 6.30 ความแตกต่างของประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
แพทย์	10.8	10.7	10.5	10.0	7.6	8.0	8.5	8.1
ทันตแพทย์	14.7	12.9	10.1	10.2	4.3	3.8	4.4	3.6
เภสัชกร	13.1	12.2	8.5	7.2	3.2	2.8	2.8	3.6
พยาบาลวิชาชีพ	5.9	5.6	5.5	5.2	4.6	4.0	3.6	3.4

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.31 ความแตกต่างของประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ข้อมูลกรมอนามัย)



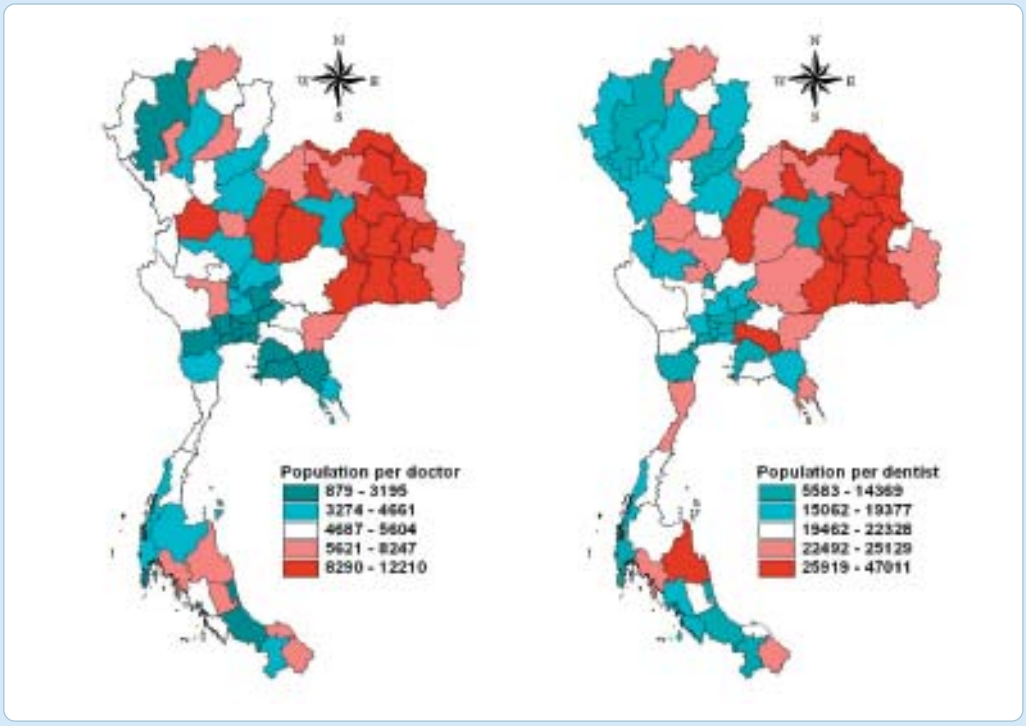
	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
แพทย์	10.7	10.5	10.0	7.6	8.0	8.5	8.1
ทันตแพทย์	16.3	14.7	15.2	14.7	14.9	15.4	16.2
เภสัชกร	12.2	8.5	7.2	3.2	2.8	2.8	3.6
พยาบาลวิชาชีพ	5.6	5.5	5.2	4.6	4.0	3.6	3.4

ที่มา:
- รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542-2548, กรมอนามัย

2) อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกรายจังหวัด

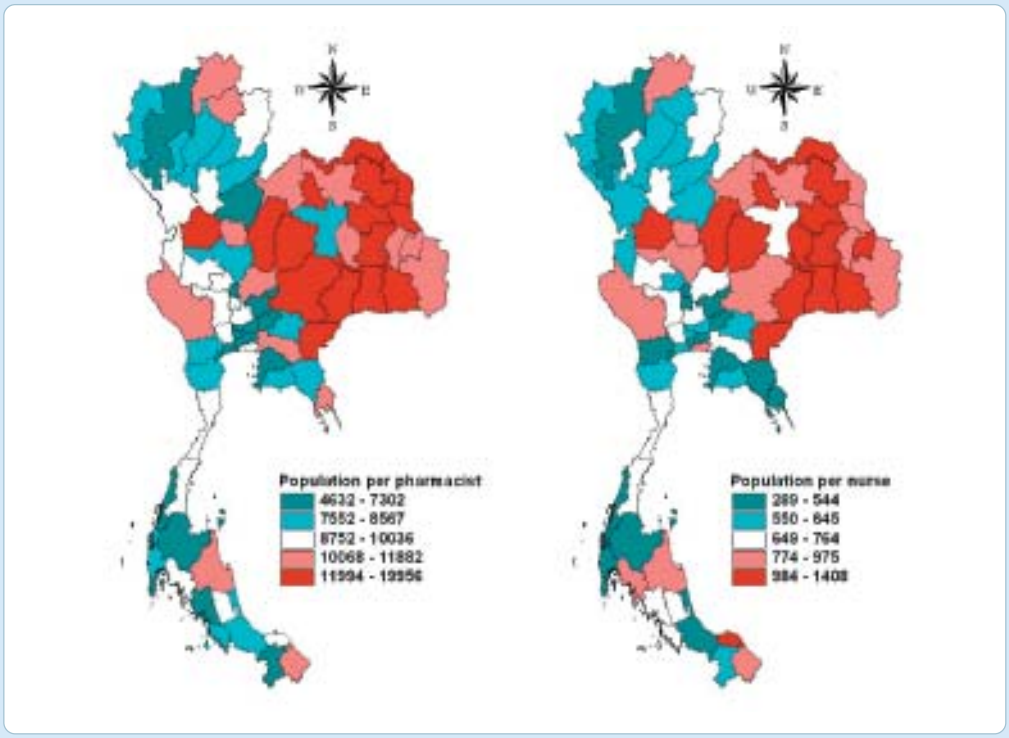
การเปรียบเทียบอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพเป็นรายจังหวัด แล้วนำมาแสดงในแผนที่การกระจายในระดับจังหวัด โดยนำจังหวัดทั้ง 76 จังหวัดมาเรียงกัน จากน้อยไปหามาก แล้วแบ่งจังหวัดออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆกัน (Quintile) เพื่อแสดงเฉดสีที่แตกต่างกัน ก็จะได้แผนที่ที่แสดงลักษณะการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพในระดับจังหวัด ภาพที่ 6.32 และ ภาพที่ 6.33 จะเห็นว่าจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพที่สูงกว่าภาคอื่นๆ ยกเว้นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยจังหวัดในภาคกลางรอบๆกรุงเทพฯ และภาคตะวันออก รวมทั้งภาคใต้ตอนบนบางจังหวัด เช่น ภูเก็ต มีกำลังคนด้านสุขภาพมากกว่าจังหวัดอื่น

ภาพที่ 6.32 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อแพทย์ และประชากรต่อทันตแพทย์ พ.ศ. 2547



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.33 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อเภสัชกร และประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2547



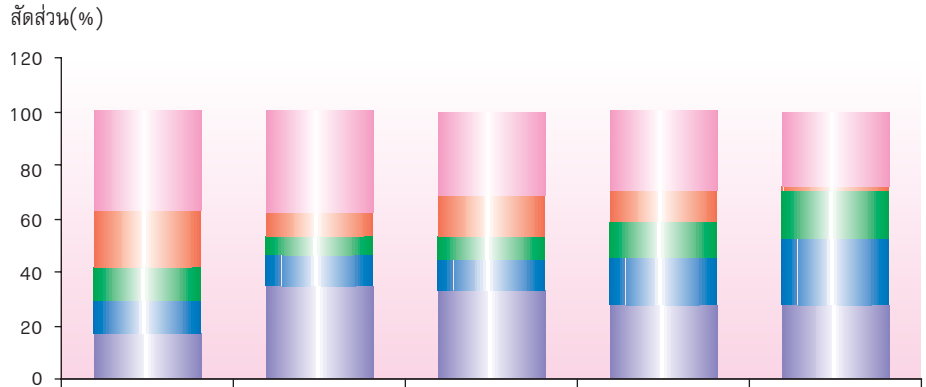
ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

1.4.2 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการและภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพ

1) สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการ

หากพิจารณาสัดส่วนของกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามระดับและประเภทของสถานพยาบาลแล้ว พบว่าแพทย์มีสัดส่วนของการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ยังมีสัดส่วนที่น้อยกว่าทุกวิชาชีพ สำหรับทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคนั้นส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (ภาพที่ 6.34)

ภาพที่ 6.34 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2548



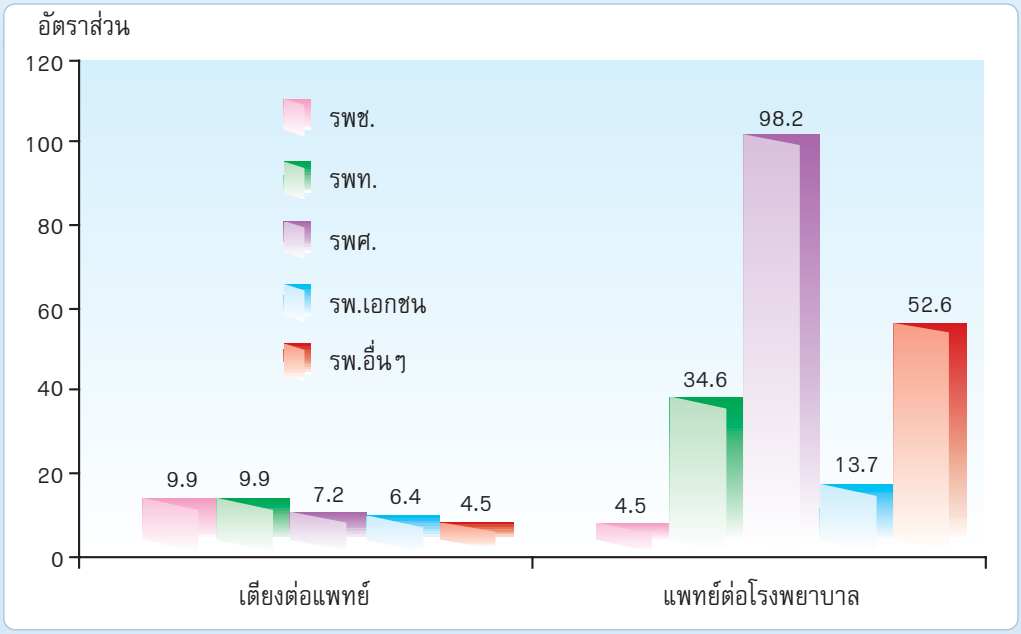
	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค
อื่นๆ	36.9	37.7	31.9	29.5	27.9
รพ.เอกชน	21.6	9.4	14.6	12.2	1.9
รพศ.	12.6	6.6	8.8	12.7	17.6
รพท.	12.4	11.4	12.1	17.7	25.2
รพช.	16.5	34.9	32.6	28.0	27.4

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

การวิเคราะห์อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์และจำนวนแพทย์เฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จะสะท้อนถึงการมีแพทย์เปรียบเทียบกับขนาดของโรงพยาบาล โดยใน พ.ศ. 2548 พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์สูงสุด และใกล้เคียงกับโรงพยาบาลทั่วไป รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน และหากเปรียบเทียบจำนวนแพทย์เฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จะพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์เฉลี่ย 4.5 คน โรงพยาบาลทั่วไปมีแพทย์ 35 คน โรงพยาบาลศูนย์มีแพทย์ 98 คน และโรงพยาบาลเอกชนมีแพทย์ 14 คน (ภาพที่ 6.35)

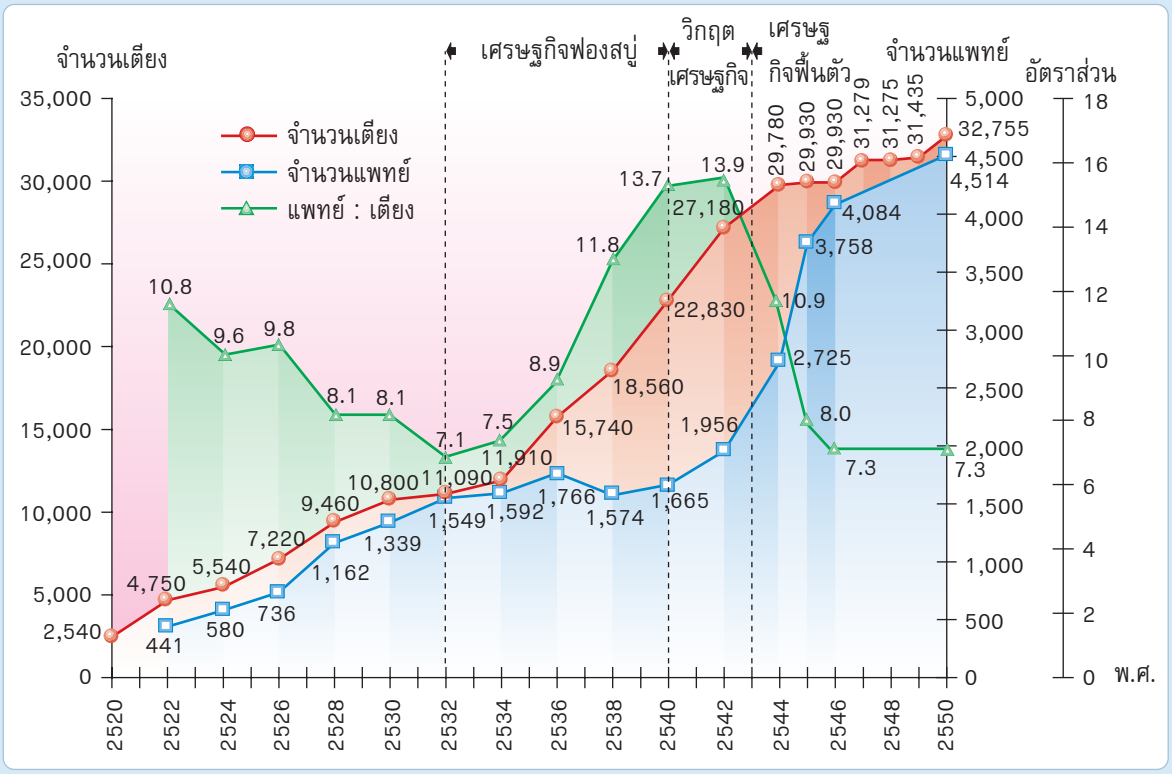
อย่างไรก็ดี หากพิจารณาแนวโน้มของอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะพบว่าในช่วงก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แสดงถึงสถานการณ์การขาดแคลนแพทย์ในช่วงเวลาดังกล่าว แต่ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ก็เริ่มลดลง เนื่องจากจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 6.36)

ภาพที่ 6.35 อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และแพทย์ต่อโรงพยาบาล ตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2548



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.36 จำนวนเตียง จำนวนแพทย์ และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2520-2550

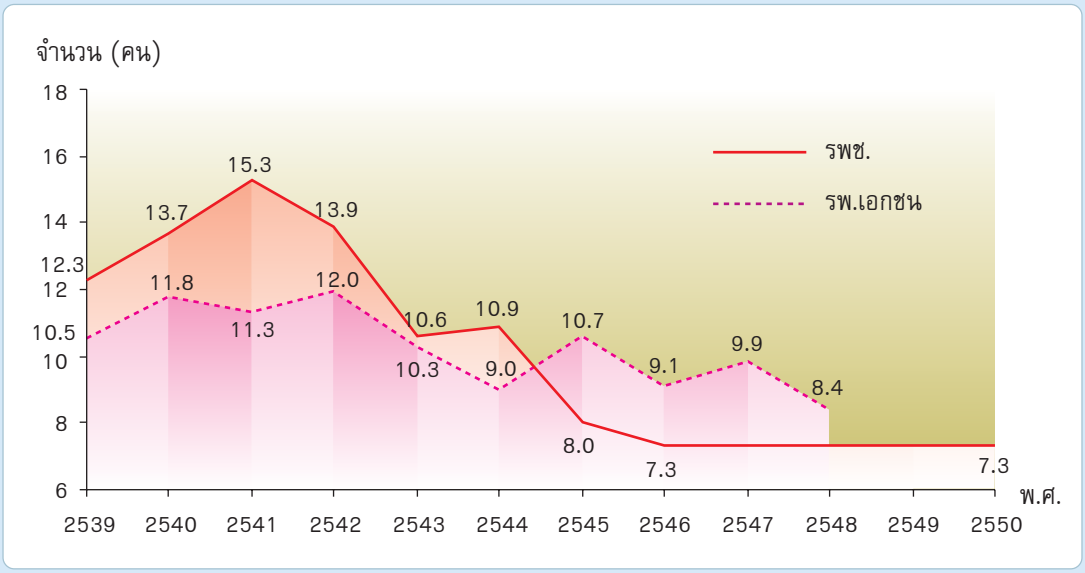


ที่มา : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะจำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป)

หมายเหตุ : ใน พ.ศ. 2544 - 2550 ไม่มีการสำรวจแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน จึงใช้ข้อมูลจากบัญชีถือจ่ายเงินเดือนข้าราชการ (จ 18) ซึ่งมีข้อจำกัดจึงทำให้ตัวเลขสูงกว่าความเป็นจริง

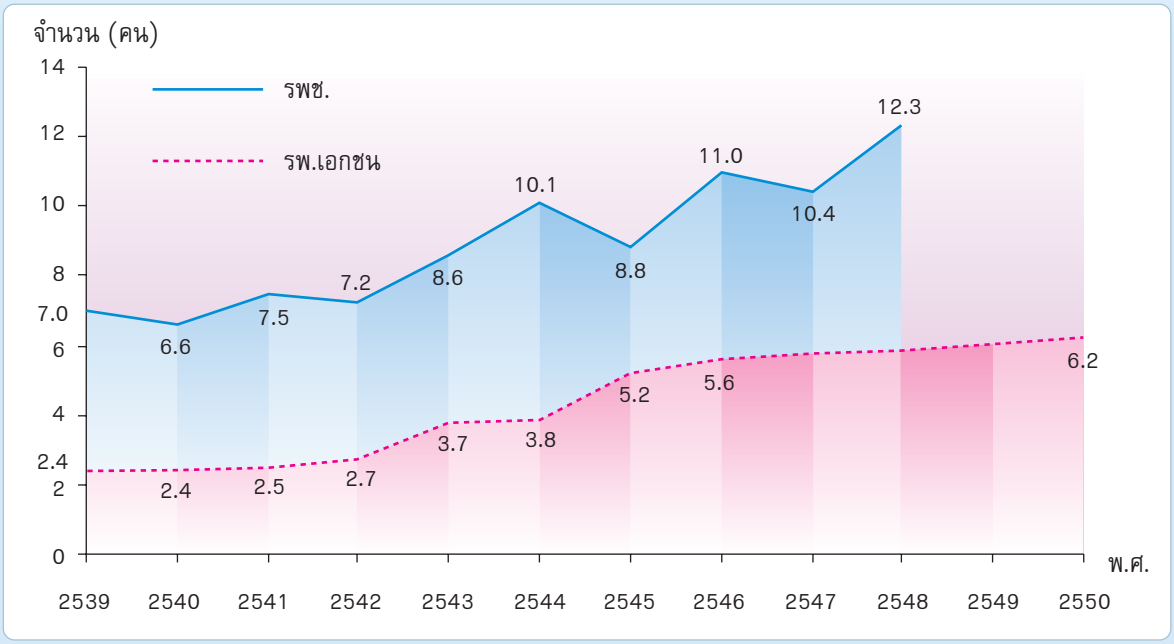
หากเปรียบเทียบโรงพยาบาลชุมชน กับโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่าอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าของโรงพยาบาลเอกชน โดยในช่วง พ.ศ. 2539 - 2544 และหลังจากนั้นอัตราส่วนดังกล่าวของโรงพยาบาลชุมชนกลับน้อยกว่าของโรงพยาบาลเอกชน (ภาพที่ 6.37) และหากเปรียบเทียบจำนวนแพทย์เฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จะพบว่าโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนแพทย์เฉลี่ยที่สูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน (ภาพที่ 6.38)

ภาพที่ 6.37 อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2539-2550



ที่มา:
- สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ภาพที่ 6.38 จำนวนแพทย์เฉลี่ยต่อโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2539-2550



ที่มา:
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :
1. ข้อมูลแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2544 ได้จากการสำรวจ ของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
2. ข้อมูลแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนับจากข้าราชการและพนักงานของรัฐตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือนข้าราชการ (จ. 18) ซึ่งมีข้อจำกัด ทำให้ตัวเลขสูงกว่าความเป็นจริง
3. จำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนตามที่ขออนุญาต แต่เปิดทำการจริงจะน้อยกว่านี้และอัตราครองเตียง ต่ำกว่าร้อยละ 50
4. ใน พ.ศ. 2545 ได้รับข้อมูลจากการสำรวจสถานบริการสุขภาพเอกชน ร้อยละ 77.3

2) ภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการ

การวิเคราะห์ภาระงานของแพทย์ ที่ต้องกระจายไปให้บริการในสถานพยาบาลระดับต่างๆ จะช่วยสะท้อนสถานการณ์ของภาระงานที่แพทย์ในโรงพยาบาลแต่ละระดับต้องรับ อย่างไรก็ตาม ในการคำนวณภาระงาน อาจจะคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากความซับซ้อนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละระดับอาจจะแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉพาะที่ซับซ้อน ก็อาจจะเป็นภาระสำหรับแพทย์ผู้รักษา มากกว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยโดยทั่วไป

จากรายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พ.ศ. 2548 พบว่าแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนจะมีภาระงานมากที่สุด รองลงมาคือแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่แพทย์ประจำโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะมีภาระงานต่ำที่สุด สำหรับแพทย์โรงพยาบาลเอกชนจะมีภาระงานใกล้เคียงกับแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ โดยสมมติให้ตัวคูณสำหรับผู้ป่วยใน กรณีโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีน้ำหนักเท่ากัน และตัวคูณสำหรับกรณีโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเอกชนมีน้ำหนักเท่ากัน และสมมติให้น้ำหนักของผู้ป่วยนอกเท่ากันทุกระดับของโรงพยาบาล (ตารางที่ 6.5)

ตารางที่ 6.5 ภาระงานของแพทย์ พ.ศ. 2548

สังกัด	ผู้ป่วยนอก (ครั้ง) (1)	ผู้ป่วยใน (คน) (2)	ผู้ป่วยในที่ปรับค่า * (3)	รวมภาระงาน (1) + (3)	แพทย์ (คน) (4)	ภาระงานต่อแพทย์ (1)+(3)/(4)	ดัชนีเปรียบเทียบ
รพช.	54,005,596	3,061,014	42,854,196	96,859,792	3,229	29,997	1.9
รพท.	15,623,960	1,552,186	27,939,348	43,563,308	2,422	17,987	1.14
รพศ.	10,954,499	1,171,450	21,086,100	32,040,599	2,456	13,046	0.83
รพ. มหาวิทยาลัย	6,396,731	317,878	5,721,804	12,118,535	3,179	3,812	0.24
เอกชน	35,299,555	1,790,142	25,061,988	60,361,543	4,229	14,273	0.9
รวม	**122,280,341**	**7,892,670**	**122,663,436**	**244,943,777**	**15,515**	**15,788**	**1**

ที่มา : รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ : * การปรับค่าผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแต่ละประเภทเพื่อให้เป็นผลผลิตเดียวกัน โดยกำหนดดังนี้

1. รพช. และ รพ. เอกชน ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 14
2. รพศ. / รพท. รพ. มหาวิทยาลัย และ กทม. ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 18

2. สถานบริการสุขภาพ

2.1 สถานการณ์และแนวโน้มสถานบริการสุขภาพ

สถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีแนวโน้ม ดังนี้

2.1.1 สถานบริการสุขภาพภาครัฐ

สถานบริการสุขภาพภาครัฐ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้จัดบริการให้ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ สามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล โดยการจัดบริการของรัฐนั้น ประกอบด้วย การจัดบริการโดยกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย นอกจากนี้ ยังมีสถานบริการสุขภาพของกระทรวงอื่นๆ ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ (โรงเรียนแพทย์) กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รวมกรุงเทพมหานคร) รวมทั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทั้งนี้ สามารถแบ่งสถานบริการสุขภาพของรัฐตามระดับของเขตการปกครองได้ดังนี้ (ตารางที่ 6.6)

ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 14 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 68 ศูนย์ / 77 สาขา

ระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 47 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 59 แห่ง

ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 91.7 รวม 730 แห่ง โรงพยาบาลสาขา 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 214 แห่ง

ระดับตำบล มีสถานีอนามัย 9,762 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีสถานีอนามัยมากกว่า 1 แห่ง

ระดับหมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 311 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท 66,223 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

ตารางที่ 6.6 สถานบริการสุขภาพภาครัฐ พ.ศ. 2550

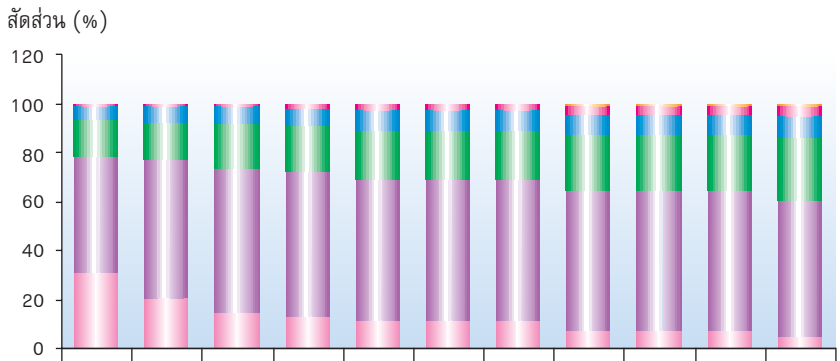
ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	
	โรงพยาบาลทั่วไป	26	
	กระทรวงสาธารณสุข	4	
	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1	
	กระทรวงยุติธรรม	4	
	กระทรวงกลาโหม	5	
	กรุงเทพมหานคร	8	
	รัฐวิสาหกิจ	4	
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถานบันเฉพาะโรค	14	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข / สาขา	68/77	ครบทุกเขตใน กทม.
ภาค 4 ภาค	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	6	
และสาขาต่าง ๆ	โรงพยาบาลศูนย์	25	
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่	47	
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	12	
	โรงพยาบาลจิตเวช	13	
	โรงพยาบาลประสาท	1	
	สถาบันราชประชาสมาสัย	1	
	สถาบันบำราศนราดูร	1	
	สถาบันโรคทรวงอก	1	
	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	6	
	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด	5	
	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	1	
	ศูนย์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ	1	
	ศูนย์ฯ โรคผิวหนัง	1	
	สถาบันทันตกรรม	1	
	ศูนย์สิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	
	สถาบันธัญญารักษ์	1	
	ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ธัญบุรี	1	
75 จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป	70	100%
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
	โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาล	59	
	ประจำหน่วยรบสังกัดกระทรวงกลาโหม		
	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1	
796 อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชน (มีค. 50)	730	91.7%
81 กิ่งอำเภอ	โรงพยาบาลสาขา	1	

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
	ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล (ต.ค. 2546)	214	
7,255 ตำบล	สถานีอนามัย (พ.ศ. 2549)	9,762	100%
74,435 หมู่บ้าน	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	311	
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ชนบท)(พ.ศ. 2546)	66,223	89.0%
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(เมือง) (พ.ศ. 2546)	3,108	

ที่มา : 1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
4. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
5. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลระดับอำเภอ ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลชุมชน ที่มีจำนวนเตียง 10-150 เตียง และกระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆทั่วประเทศนั้น ที่ผ่านมามีการขยายขนาดของโรงพยาบาลอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขยายขนาดจากโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง เป็น 30 เตียง โดยล่าสุดเหลือโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง เพียง 34 แห่ง (พ.ศ. 2550) และมีโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงถึง 408 แห่ง จาก 730 แห่ง โดยสัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง เหลือเพียงร้อยละ 4.7 ใน พ.ศ. 2550 ในขณะที่สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.9 ใน พ.ศ. 2550 เช่นเดียวกันกับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 90 เตียง 120 เตียง และ 150 เตียง (ภาพที่ 6.39)

ภาพที่ 6.39 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2540-2550



	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
150 เตียง	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	1.1	1.1	1.1	1.4
120 เตียง	1.3	1.3	1.5	1.7	2.5	2.5	2.5	3.3	3.3	3.3	3.7
90 เตียง	5.3	6.5	7.3	7.3	8.2	8.1	8.1	8.3	8.3	8.4	8.9
60 เตียง	14.6	15.9	17.5	19.0	20.5	20.4	20.4	22.7	22.7	22.8	25.5
30 เตียง	47.6	56.2	59.3	58.5	56.9	57.2	57.2	57.4	57.4	57.4	55.9
10 เตียง	31.1	20.1	14.3	13.4	11.5	11.4	11.4	7.2	7.2	7.0	4.7

ที่มา : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.1.2 สถานบริการสุขภาพภาคเอกชน

สถานบริการสุขภาพภาคเอกชน มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง ที่ภาวะเศรษฐกิจดี ประชาชนมีกำลังซื้อบริการ ทำให้เกิดการลงทุนในภาคเอกชนเพื่อจัดบริการให้กับประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ดี สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนมิได้มีอยู่ในเฉพาะในกรุงเทพฯเท่านั้น แต่ยังมีอยู่ในต่างจังหวัด ทั้งในเขตอำเภอเมืองและอำเภอรอบนอก โดยเฉพาะร้านขายยา และสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน หรือ คลินิก โดยใน พ.ศ. 2549 สถานบริการสุขภาพภาคเอกชน สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (ตารางที่ 6.7) ดังนี้

(1) ร้านขายยา มี 3 ประเภท คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 8,801 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย 4,528 แห่ง และร้านขายยาแผนโบราณ 2,096 แห่ง

(2) สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) มี 16,800 แห่ง

(3) สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(โรงพยาบาลเอกชน) มี 344 แห่ง

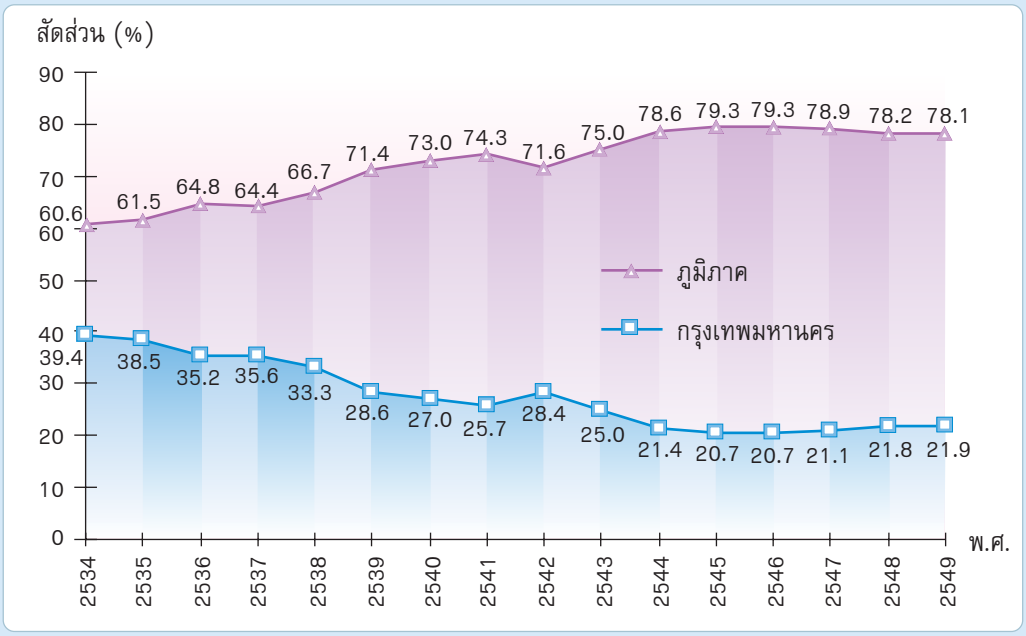
ตารางที่ 6.7 สถานบริการสุขภาพในภาคเอกชน พ.ศ. 2549

สถานบริการ	กทม.		ภูมิภาค		รวม
	จำนวน	%	จำนวน	%	
1. ร้านขายยา					
1.1 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	3,615	41.1	5,186	58.9	8,801
1.2 ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จฯ	497	11.0	4,031	89.0	4,528
1.3 ร้านขายยาแผนโบราณ	400	19.1	1,696	80.9	2,096
รวมทั้งหมด	4,512	29.2	10,913	70.8	15,425
2. สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)	3,687	21.9	13,113	78.1	16,800
3. สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน)	3,603	21.8	12,944	78.2	16,547
- จำนวนโรงพยาบาล	102	29.7	242	70.3	344
- จำนวนเตียง	15,500	43.3	20,306	56.7	35,806

ที่มา: 1. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

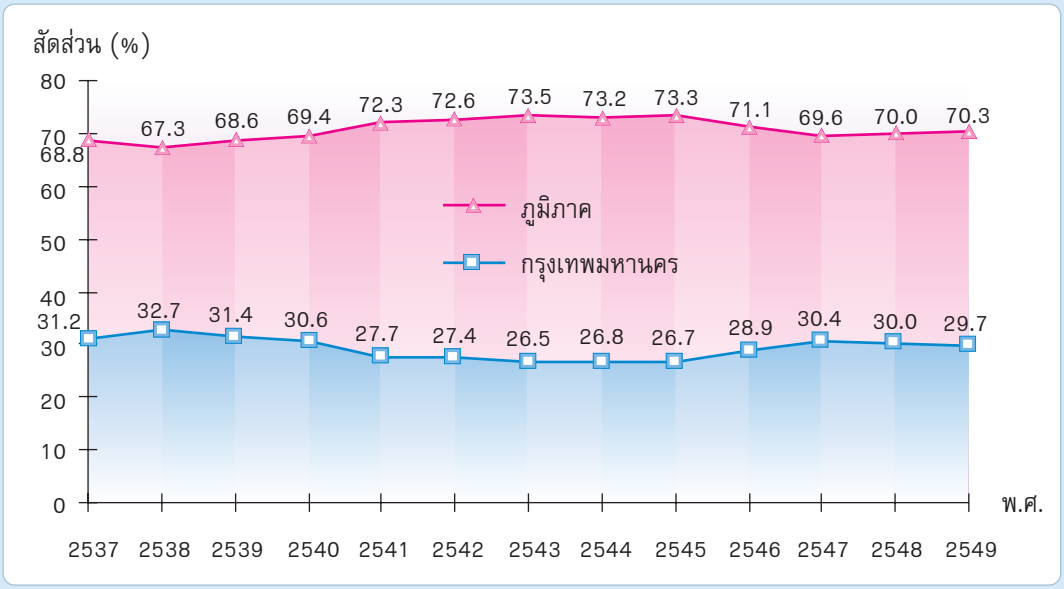
หากวิเคราะห์สัดส่วนของสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนจำแนกเป็นกรุงเทพฯและภูมิภาค จะพบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) ที่อยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เหลืออีก ร้อยละ 22 อยู่ในกรุงเทพฯ (ภาพที่ 6.40) เช่นเดียวกับสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ส่วนใหญ่อยู่ในส่วนภูมิภาค (ร้อยละ 70) และที่เหลือร้อยละ 30 อยู่ในกรุงเทพฯ (ภาพที่ 6.41)

ภาพที่ 6.40 สัดส่วนของสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) จำแนกกรุงเทพฯ และภูมิภาค พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2549



ที่มา : กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

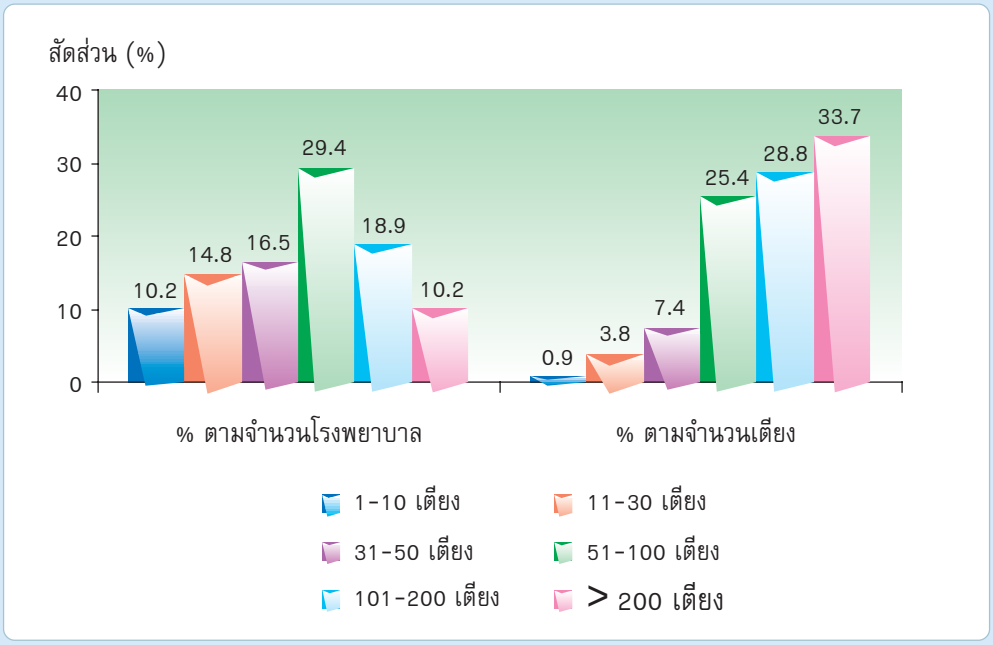
ภาพที่ 6.41 สัดส่วนของสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำแนกกรุงเทพมหานคร และภูมิภาค พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2549



ที่มา : กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

สำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน) ใน พ.ศ. 2549 พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีขนาด 51-100 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง แต่หากคิดตามจำนวนเตียง จะพบว่าเตียงส่วนใหญ่ จะอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (เกิน 200 เตียง) ภาพที่ 6.42

ภาพที่ 6.42 สัดส่วนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2549



ที่มา : กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หากจำแนกจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงตามขนาดของโรงพยาบาล โดยจำแนกตามภาค จะพบว่าใน พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลที่มีขนาดเกิน 200 เตียง ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ (25 แห่งจาก 35 แห่ง) (ตารางที่ 6.8)

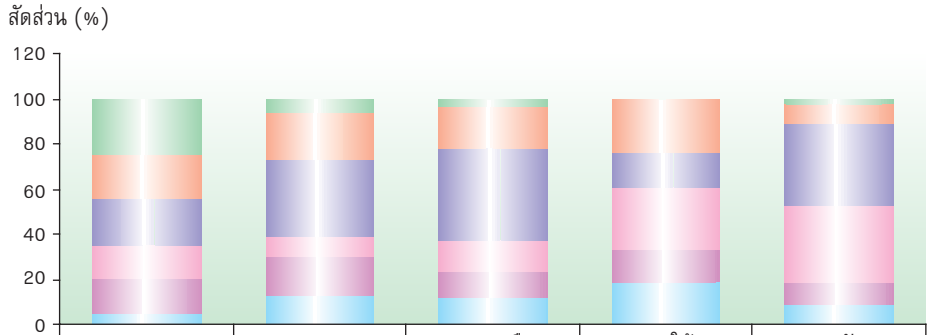
ตารางที่ 6.8 จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียง และตามภาค พ.ศ. 2549

ภาค	1-10 เตียง		11-30 เตียง		31-50 เตียง		51-100 เตียง		101-200เตียง		>200 เตียง		รวม	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
กรุงเทพมหานคร	5	57	16	412	15	673	21	1,912	20	3,318	25	9,128	102	15,500
กลาง	14	136	20	516	11	488	38	3,499	24	3,910	7	2,108	114	10,657
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4	39	4	112	15	716	16	1,440	4	560	1	214	44	3,081
เหนือ	6	60	6	168	7	336	21	1,798	9	1,224	2	620	51	4,206
ใต้	6	47	5	136	9	432	5	448	8	1,299	-	-	33	2,362
รวมทั้งประเทศ	35	339	51	1,344	57	2,645	101	9,097	65	10,311	35	12,070	344	35,806

ที่มา : กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หากคิดเป็นสัดส่วนของโรงพยาบาลตามขนาดของโรงพยาบาล ในแต่ละภาค จะพบว่า 1 ใน 4 ของโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ มีขนาดเกิน 200 เตียง โดยมีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีขนาด 10 เตียงลงมา ในขณะที่ภาคกลางโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ ถึง 1 ใน 3 ที่มีขนาด 51-100 เตียง เช่นเดียวกับภาคเหนือที่ร้อยละ 41 ของโรงพยาบาลเอกชน มีขนาด 51-100 เตียง สำหรับภาคใต้ โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีขนาด 31-50 เตียง รองลงมาคือโรงพยาบาลขนาด 101-200 เตียง ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีเพียงร้อยละ 11 ที่มีขนาดของโรงพยาบาล 101 เตียงขึ้นไป (ภาพที่ 6.43)

ภาพที่ 6.43 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียงและภาค พ.ศ. 2549

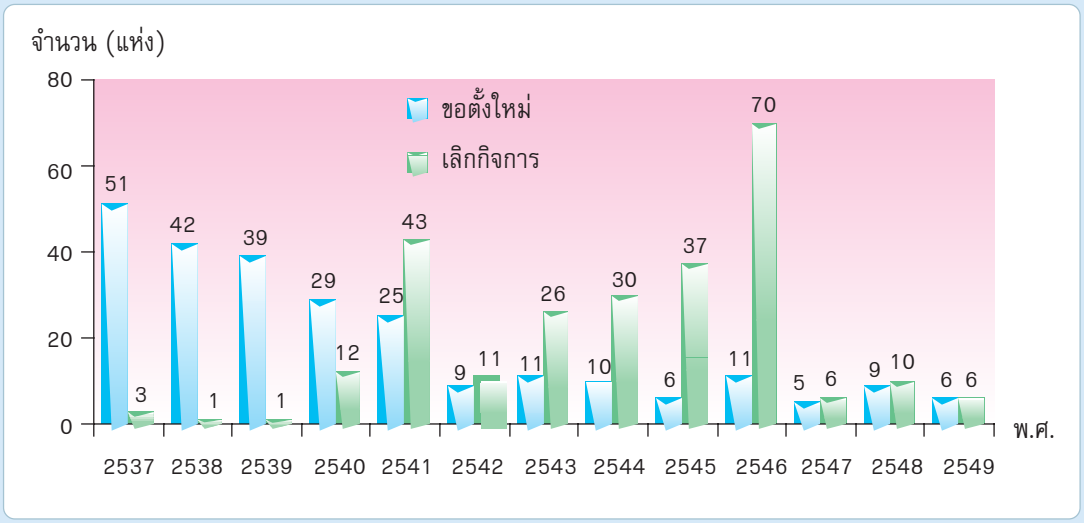


	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
> 200 เตียง	24.5	6.1	3.9	0.0	2.3
101-200 เตียง	19.6	21.1	17.6	24.1	9.1
51-100 เตียง	20.6	33.3	41.2	15.2	36.3
31-50 เตียง	14.7	9.7	13.7	27.3	34.1
11-30 เตียง	15.7	17.5	11.8	15.2	9.1
1-10 เตียง	4.9	12.3	11.8	18.2	9.1

ที่มา : กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

นอกจากนี้สถานการณ์การขยายตัวและเลิกกิจการของสถานพยาบาลภาคเอกชน ก็เป็นประเด็นที่มีความสำคัญเช่นกัน โดยข้อมูลการขอตั้งสถานพยาบาลใหม่ (ประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลง และการเลิกกิจการก็เพิ่มขึ้นในช่วง พ.ศ. 2541- พ.ศ. 2546 ซึ่งมีโรงพยาบาลที่เลิกกิจการถึง 70 แห่งในปีเดียว แล้วหลังจากนั้นจำนวนโรงพยาบาลที่เลิกกิจการก็ลดลง อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับจำนวนที่ขอตั้งใหม่ (ภาพที่ 6.44) สะท้อนถึงภาวะเศรษฐกิจที่เริ่มกลับมาอยู่ในภาวะสมดุล

ภาพที่ 6.44 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ขอตั้งใหม่และเลิกกิจการ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2549

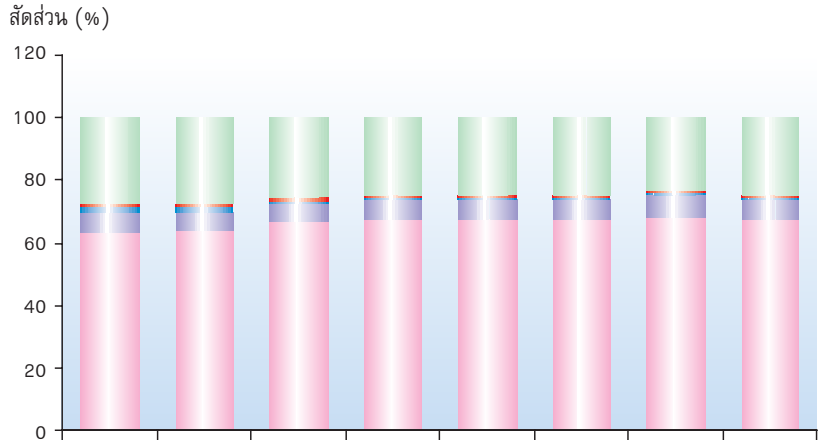


ที่มา : กองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

3) สัดส่วนสถานบริการสุขภาพ จำแนกตามสังกัด

แนวโน้มสัดส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนที่ลดลง เช่นเดียวกันกับสัดส่วนเตียงโรงพยาบาล (ภาพที่ 6.45 และ ภาพที่ 6.46)

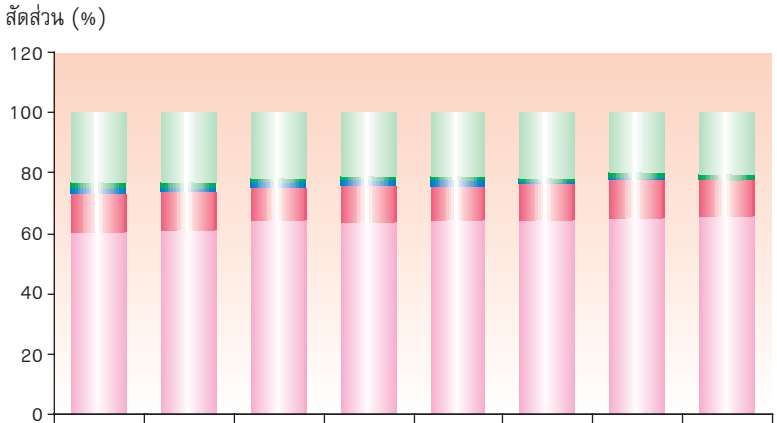
ภาพที่ 6.45 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548



	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
เอกชน	27.9	27.8	25.6	24.9	24.6	24.9	23.3	24.4
ราชการส่วนท้องถิ่น	0.7	0.8	1.1	0.8	0.9	0.8	1.0	0.8
รัฐวิสาหกิจ	1.6	1.6	0.7	0.8	0.8	0.8	0.6	0.6
กระทรวงอื่นๆ	6.3	6.2	5.5	6.1	6.0	6.2	6.6	6.5
กระทรวงสาธารณสุข	63.5	63.6	67.1	67.4	67.8	67.3	68.5	67.7

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.46 สัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2541-2548

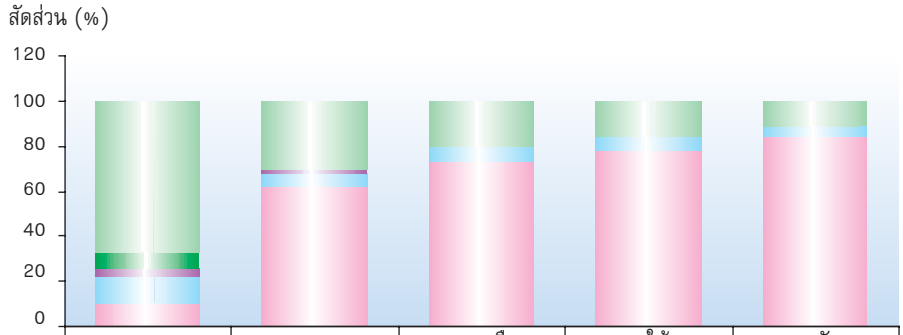


	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
เอกชน	23.2	23.1	21.6	21.0	21.0	21.5	19.8	20.2
ราชการส่วนท้องถิ่น	1.7	1.7	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.9
รัฐวิสาหกิจ	1.9	1.9	1.8	1.8	1.9	0.7	0.6	0.5
กระทรวงอื่นๆ	12.8	12.6	10.6	11.8	11.3	12.0	12.9	11.8
กระทรวงสาธารณสุข	60.4	60.7	64.4	63.7	64.1	64.1	65.0	65.6

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

นอกจากนี้หากเปรียบเทียบเป็นรายภาค จะพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ เป็นโรงพยาบาลเอกชน รองลงมาคือกระทรวงอื่นๆ ในขณะที่ส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.47) สำหรับสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลจำแนกตามภาค ก็มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับสัดส่วนโรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ ในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลที่สูงที่สุด ใกล้เคียงกับเตียงโรงพยาบาลเอกชน (ภาพที่ 6.48) สะท้อนว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆในกรุงเทพฯ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่

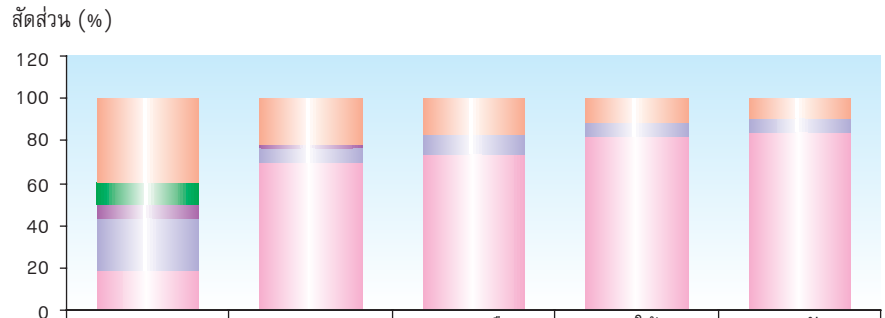
ภาพที่ 6.47 สัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2548



	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	66.9	30.1	20.2	15.4	11.4
ราชการส่วนท้องถิ่น	7.3	0.0	0.4	0.0	0.0
รัฐวิสาหกิจ	4.0	1.7	0.0	0.5	0.0
กระทรวงอื่นๆ	12.1	6.2	6.0	6.1	4.1
กระทรวงสาธารณสุข	9.7	62.0	73.4	78.0	84.5

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.48 สัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2548

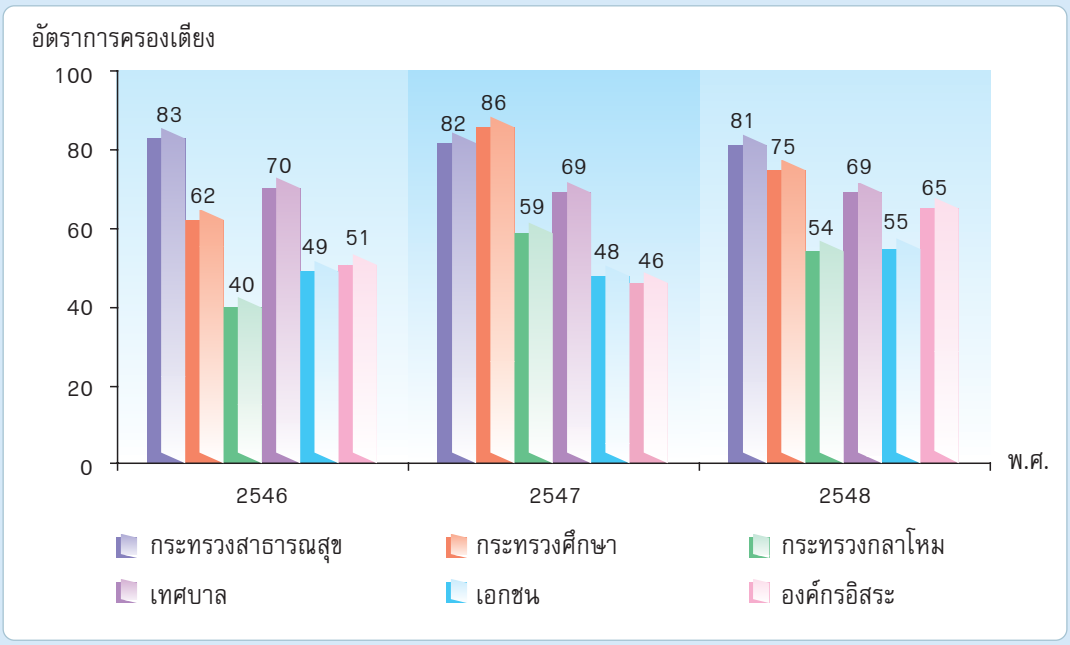


	กรุงเทพ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	39.8	21.7	16.5	11.1	9.3
ราชการส่วนท้องถิ่น	9.8	0.0	0.1	0.0	0.0
รัฐวิสาหกิจ	7.1	1.6	0.0	0.1	0.0
กระทรวงอื่นๆ	24.5	7.0	9.3	6.7	6.3
กระทรวงสาธารณสุข	18.9	69.7	74.0	82.2	84.4

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

การวิเคราะห์อัตราการครองเตียง จะเป็นเครื่องสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการใช้เตียงที่มีอยู่ และสะท้อนถึงภาระของโรงพยาบาลที่ต้องรับผู้ป่วยในนอนในโรงพยาบาล จากข้อมูล พ.ศ. 2548 พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุด รองลงมาคือกระทรวงศึกษาธิการ โดยโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีอัตราการครองเตียงต่ำที่สุด (ภาพที่ 6.49)

ภาพที่ 6.49 อัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546-2548



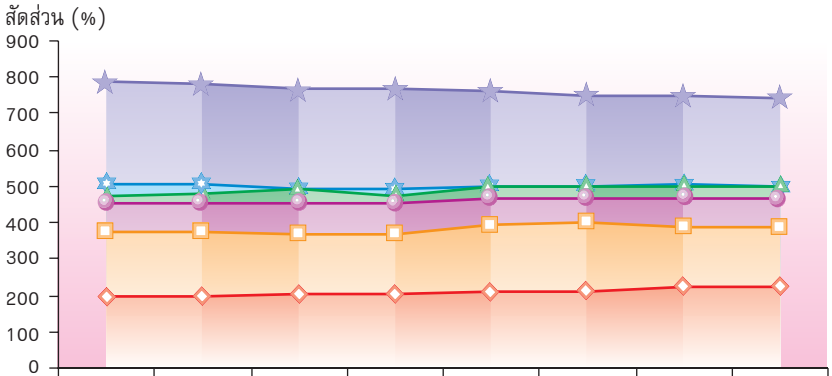
ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2.2 การกระจายสถานบริการสุขภาพ

2.2.1 การกระจายโรงพยาบาลตามภูมิศาสตร์

แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล พ.ศ. 2541 - 2548 พบว่า อัตราส่วนประชากรต่อเตียงของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (มีเตียงมากขึ้น) ในขณะที่ภาคอื่นๆ รวมทั้งกรุงเทพฯ มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 6.50)

ภาพที่ 6.50 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2541-2548

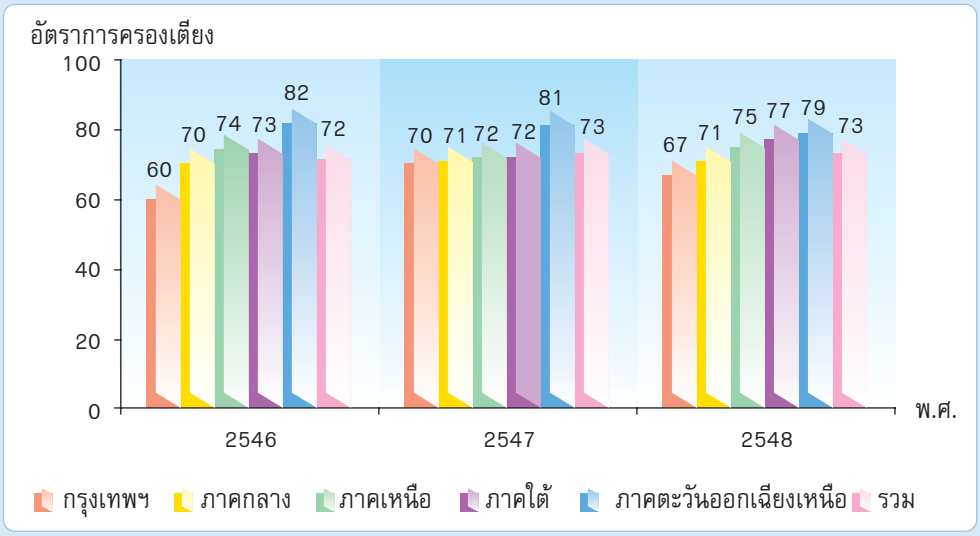


	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
กรุงเทพมหานคร	199	199	202	205	213	210	224	223
ภาคกลาง	377	376	369	368	391	401	390	388
ภาคเหนือ	475	478	493	474	496	501	503	498
ภาคใต้	507	509	494	492	496	499	501	498
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	790	780	766	771	759	752	747	740
รวม	456	455	454	451	465	467	469	468

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

นอกจากนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุด (ภาพที่ 6.51) แสดงให้เห็นถึงภาระของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีมากกว่าภาคอื่นๆ

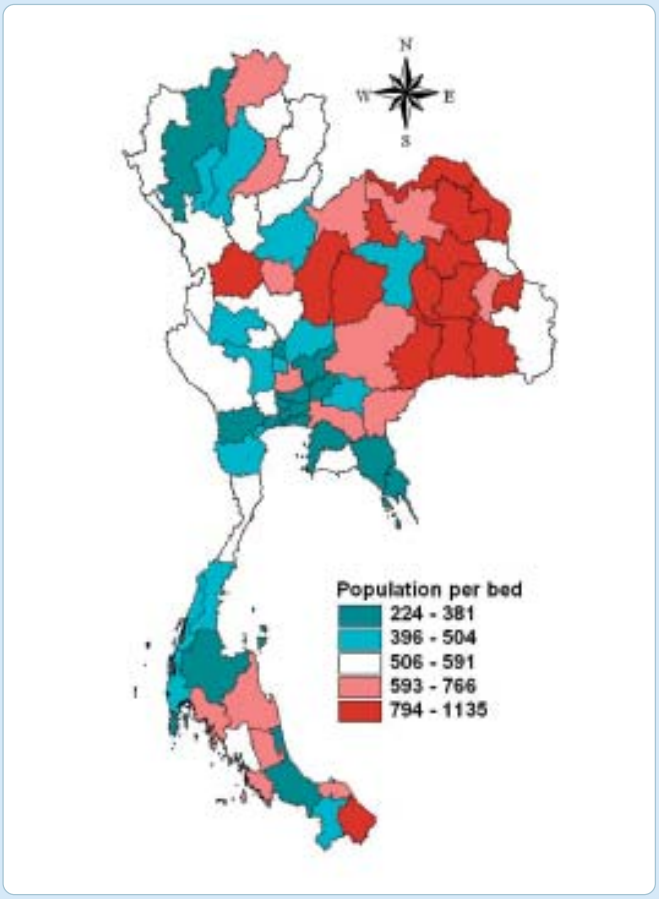
ภาพที่ 6.51 อัตราการครองเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2546-2548



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เมื่อวิเคราะห์การกระจายของเตียงโรงพยาบาลเป็นรายจังหวัด พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีอัตราส่วนประชากรต่อเตียงที่สูงกว่าจังหวัดในภาคอื่น โดยการกระจายของเตียงนั้นมีความคล้ายคลึงกับการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพ (ภาพที่ 6.52)

ภาพที่ 6.52 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราส่วนประชากรต่อเตียงระดับจังหวัด พ.ศ. 2547



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2.2.2 การกระจายสถานีอนามัยตามภูมิศาสตร์

สถานีอนามัยมีการสร้างและกระจายไปทั้งประเทศครอบคลุมตำบลต่างๆ ครบทุกตำบลมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ปัจจุบัน พ.ศ. 2549 มีสถานีอนามัย ทั้งสิ้น จำนวน 9,762 แห่ง

อัตราส่วนสถานีอนามัยต่อประชากรในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1 : 10,064 คนใน พ.ศ. 2522 เป็น 1 : 5,106 คน ใน พ.ศ. 2549 และแม้ว่าสถานีอนามัยจะกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางมากที่สุด แต่ช่องว่างระหว่างภาคก็ลดลงดังตารางที่ 6.9 และภาพที่ 6.53

ตารางที่ 6.9 การกระจายสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522, พ.ศ. 2530, พศ. 2539- พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549

ภาค	จำนวนสถานีอนามัยต่อประชากร										
	2522	2530	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2549
กลาง	1,219	1,635	2,377	2,471	2,508	2,523	2,524	2,559	2,559	2,549	2,564
	(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)	(1:5,179)
เหนือ	914	1,616	1,965	2,151	2,203	2,225	2,231	2,210	2,216	2,220	2,227
	(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)	(1:4,739)
ใต้	688	1,252	1,400	1,488	1,505	1,513	1,516	1,507	1,526	1,521	1,510
	(1:8,230)	(1:3,821)	(1:3,839)	(1:3,653)	(1:3,864)	(1:3,922)	(1:3,872)	(1:4,427)	(1:4,418)	(1:4,433)	(1:4,753)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,277	2,489	3,100	3,367	3,398	3,428	3,433	3,462	3,509	3,475	3,461
	(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)	(1:5,442)
เปรียบเทียบประชากรต่อสถานีอนามัยระหว่างภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	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	1:1.05
รวม	4,088	6,992	8,842	9,477	9,614	9,689	9,704	9,738	9,810	9,765	9,762
	(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)	(1:5,106)

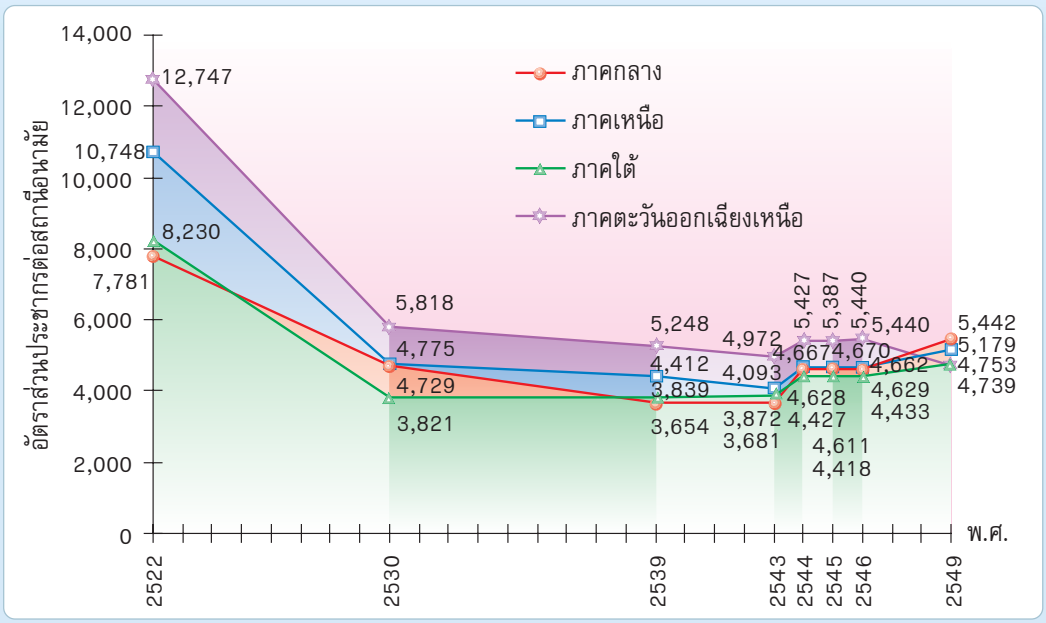
ที่มา : สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล โดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ : 1. ตัวเลขใน ( ) หมายถึง สัดส่วนสถานีอนามัย 1 แห่ง ต่อประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล

2. ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาลในปี 2544, 2545 และ 2549 ใช้ข้อมูลจากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ประมวลผลโดย รุจิรา ทวีรัตน์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

3. พ.ศ. 2546 ใช้ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาล ปี 2545 จากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

ภาพที่ 6.53 อัตราส่วนประชากรต่อสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2549



ที่มา : - สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2.3 ร้านขายยาตามภูมิศาสตร์

อัตราส่วนร้านขายยาต่อประชากรในทศวรรษที่ผ่านมามีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1: 4,931 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 1: 4,032 คน ใน พ.ศ. 2548 โดยร้านขายยาส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลาง (ตารางที่ 6.10)

ตารางที่ 6.10 การกระจายร้านยา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2548

ภาค	พ.ศ.									
	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ภาคกลาง	6,644	6,690	6,904	7,465	7,534	7,826	7,895	8,821	8,696	8,960
	(1:2,908)	(1:2,925)	(1:2,869)	(1:2,675)	(1:2,665)	(1:2,590)	(1:2,547)	(1:2,350)	(1:2,373)	(1:2,295)
ภาคเหนือ	1,989	1,958	2,029	2,029	2,045	1,982	1,964	2,087	2,103	2,179
	(1:6,004)	(1:6,149)	(1:5,976)	(1:5,984)	(1:5,923)	(1:6,111)	(1:6,180)	(1:5,808)	(1:5,690)	(1:5,444)
ภาคใต้	1,189	1,152	1,237	1,243	1,273	1,354	1,398	1,510	1,507	1,535
	(1:6,534)	(1:6,837)	(1:6,472)	(1:6,524)	(1:6,430)	(1:6,104)	(1:5,983)	(1:5,601)	(1:5,618)	(1:5,521)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,303	2,396	2,378	2,536	2,253	2,148	2,166	2,566	2,574	2,751
	(1:9,019)	(1:8,759)	(1:8,923)	(1:8,423)	(1:9,445)	(1:9,986)	(1:9,950)	(1:8,431)	(1:8,339)	(1:7,742)
รวมประเทศ	12,125	12,196	12,548	13,273	13,105	13,310	13,423	14,984	14,880	15,425
	(1:4,931)	(1:4,958)	(1:4,874)	(1:4,639)	(1:4,713)	(1:4,665)	(1:4,660)	(1:4,200)	(1:4,202)	(1:4,032)

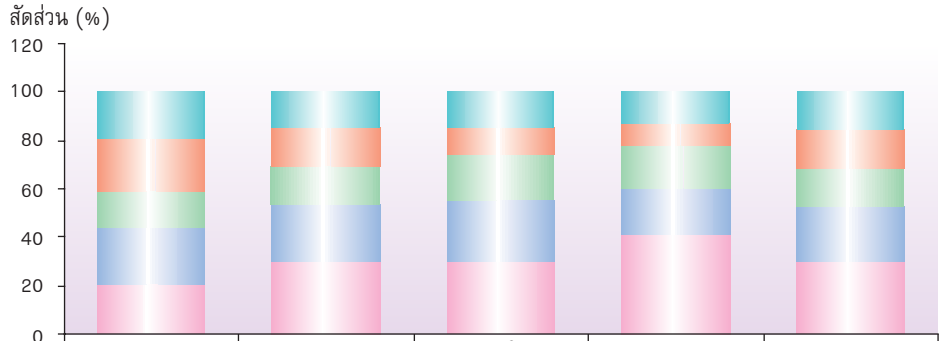
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : 1. ตัวเลขใน ( ) คือ จำนวนร้านขายยาต่อประชากร
2. ร้านขายยา หมายถึง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จและแผนโบราณ
3. ภาคกลางรวมกรุงเทพมหานครด้วย

2.3 การกระจายโรงพยาบาลตามระดับของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์สัดส่วนจำนวนเตียงของโรงพยาบาลตามระดับของโรงพยาบาล จะช่วยสะท้อนการกระจายของโรงพยาบาลตามศักยภาพของโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาลชุมชนสูงที่สุด และสำหรับเตียงของโรงพยาบาลเอกชนนั้น มีสัดส่วนสูงที่สุดในภาคกลาง (ภาพที่ 6.54) เมื่อวิเคราะห์สัดส่วนของเตียงโรงพยาบาลเอกชนรายจังหวัด พบว่าจังหวัดในภาคกลาง จังหวัดขนาดใหญ่ในภาคเหนือ รวมทั้งจังหวัดในภาคตะวันออกและภาคใต้ มีสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาลเอกชน สูงกว่าจังหวัดอื่น (ภาพที่ 6.55)

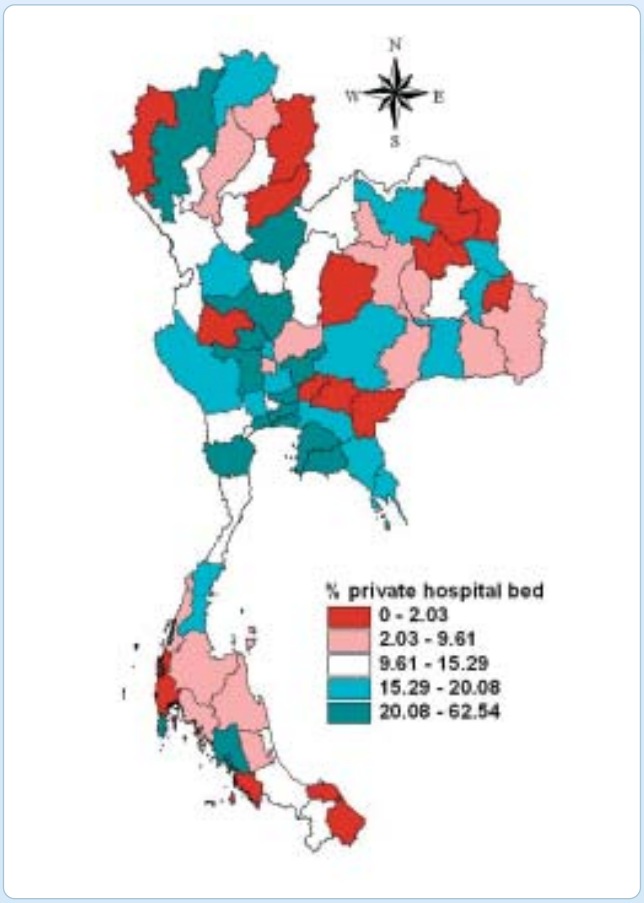
ภาพที่ 6.54 สัดส่วนจำนวนเตียง จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล รายภาค พ.ศ. 2548



	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	รวม
รพช.	19.2	14.4	14.8	13.2	15.8
รพท.	21.8	16.6	11.1	9.3	15.6
รพศ.	15.0	15.7	18.9	17.3	16.4
รพ.เอกชน	23.1	23.1	24.9	19.1	22.3
อื่นๆ	20.9	30.2	30.2	41.2	29.9

ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.55 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลเอกชนต่อเตียงทั้งหมดรายจังหวัด พ.ศ. 2548



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

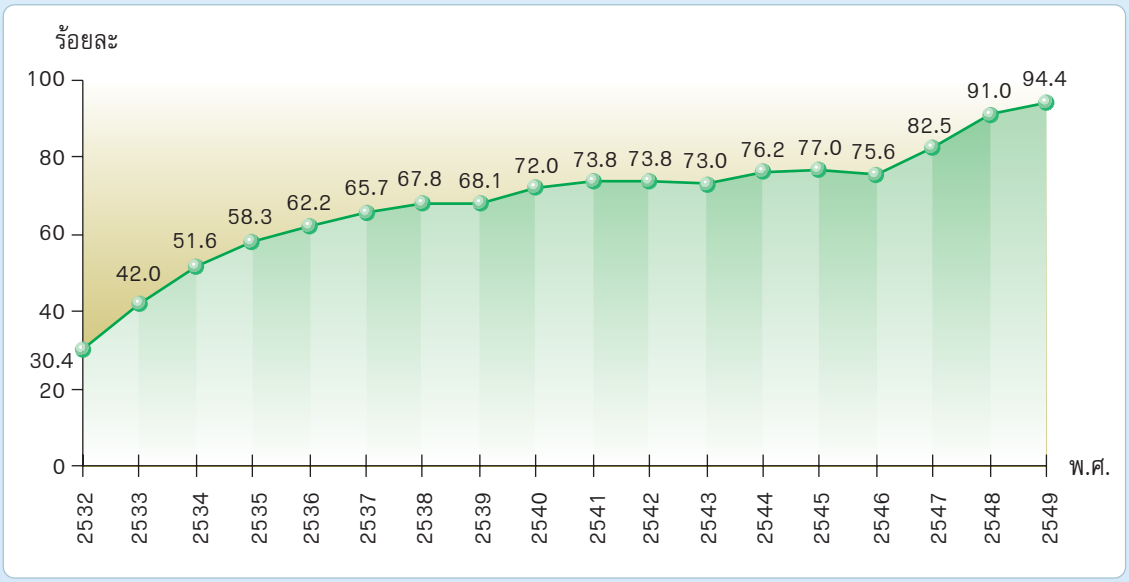
3. เทคโนโลยีทางสุขภาพ

เทคโนโลยีทางสุขภาพ ที่สำคัญได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ใช้ในการรักษาโรค

3.1 ยาและเวชภัณฑ์

คุณภาพของยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริมหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice, GMP) ซึ่งใน พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่งต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตโดย ณ ปัจจุบันมีโรงงานผลิตยาได้รับรองมาตรฐาน GMP ร้อยละ 94.4 ใน พ.ศ. 2549

ภาพที่ 6.56 ร้อยละของสถานที่ผลิตยาได้ GMP พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2549



ที่มา : กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ในช่วง พ.ศ. 2531-2539 เศรษฐกิจมีการเติบโตในอัตราสูง รวมทั้งการผูกขาดยาใหม่ ๆ ทำให้สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และแม้หลังวิกฤตเศรษฐกิจในช่วง พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้าก็ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 56.3 ในพ.ศ. 2548 (ตารางที่ 6.11 และภาพที่ 6.57)

หากพิจารณามูลค่าของการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบันจะพบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยกเว้นมูลค่าการผลิตใน พ.ศ. 2548 ที่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ในขณะที่การนำเข้ามีมูลค่าที่สูงขึ้นจนสูงกว่ามูลค่าการผลิตในปีพ.ศ. 2548 โดยมีมูลค่าที่ต่างกันประมาณ 9 พันล้านบาท (ภาพที่ 6.58)

นอกจากผลิตและจำหน่ายยาเพื่อการบริโภคในประเทศแล้ว ยังส่งออกไปจำหน่ายยังต่างประเทศด้วย โดยประเทศไทยสามารถส่งออกยาได้เพิ่มขึ้นจาก 480.8 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2532 เป็น 6,958.3 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 6.59)

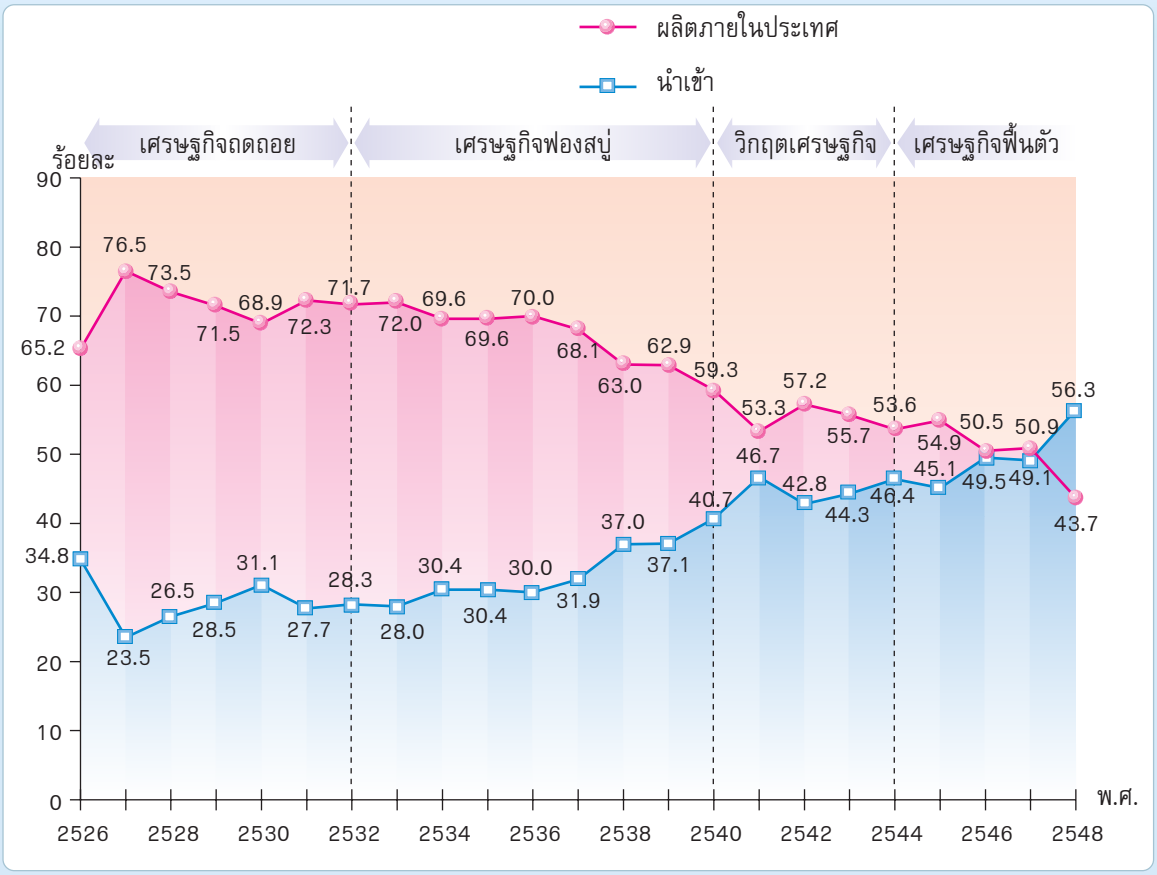
ตารางที่ 6.11 มูลค่าการผลิตและการนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2548

พ.ศ.	มูลค่าราคาขายส่งจากรายงาน (ราคาปีปัจจุบัน)								ประมาณการตามมูลค่าขายปลีกในประเทศ X 1.8	ประมาณการบริโภคมูลค่า พ.ศ. 2548		อัตราเพิ่ม		ราคาขายปลีกคิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพ
	มูลค่าผลิตภายในประเทศ	ร้อยละ	มูลค่านำสั่งเข้า	ร้อยละ	รวม (ล้านบาท)	มูลค่าส่งออก (ล้านบาท)	บริโภคในประเทศ[1] (ล้านบาท)	ประมาณการบริโภคในประเทศ (ขายส่ง)[2] X 1.675		ราคาขายส่ง	ราคาขายปลีก	มูลค่าปัจจุบัน	มูลค่าคงที่	
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	20,131.02	36,236.01	-	-	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	24,703.42	44,466.31	+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	30,741.58	55,334.85	+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	21,405.22	38,529.39	-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	23,904.75	43,028.56	+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	28,748.65	51,747.57	+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	34,550.72	62,191.30	+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	34,157.60	61,483.68	+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	36,045.22	64,881.39	+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	37,537.81	67,568.06	+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	35,970.63	64,747.14	-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	42,698.67	76,857.61	+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	52,287.16	94,116.88	+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	58,777.14	105,798.86	+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	63,413.50	114,144.30	+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	52,426.60	94,367.88	-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	57,508.74	103,515.72	+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	63,574.15	114,433.40	+12.3	+10.5	34.16
2544	23,087.9	53.6	19,967.6	46.4	43,055.5	4,326.9	38,728.6	64,870.4	116,766.7	71,342.74	128,416.89	+14.0	+12.2	36.35
2545	24,144.6	54.9	19,867.9	45.1	44,012.5	4,115.5	39,897.0	66,827.5	120,289.5	72,998.48	131,397.31	+3.0	+2.3	36.04
2546	26,586.1	50.5	26,024.9	49.5	52,611.0	4,821.5	47,789.5	80,047.4	144,085.3	85,891.53	154,604.75	+19.8	+17.7	38.92
2547	31,707.6	50.9	30,545.5	49.1	62,253.1	4,961.6	57,291.5	95,963.3	172,734.0	100,234.49	180,422.08	+19.9	+16.7	43.97
2548	29,704.8	43.7	38,293.4	56.3	67,998.2	6,196.9	61,801.3	103,517.4	186,330.8	103,517.13	186,330.83	+7.9	+3.3	42.84
											เฉลี่ย 18 ปี	12.8	8.5	-

ที่มา : กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

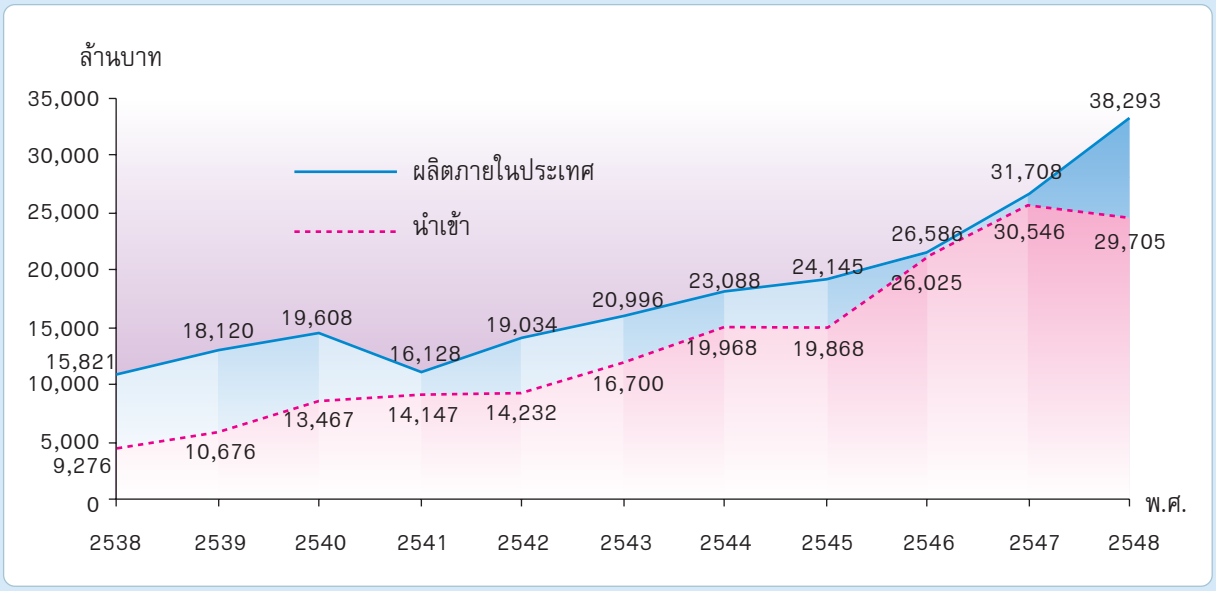
หมายเหตุ :
1. ตัวเลขประมาณการจะต้องลบมูลค่ายาส่งออกด้วย (ภาพที่ 6.59)
2. ตัวเลขจากรายงานต่ำกว่าความจริงประมาณร้อยละ 67.5 (รายงานต่ำไปร้อยละ 48 และรายงานไม่รวมยาขององค์การเภสัชกรรม และยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ด้วย)
3. ราคาขายปลีกประมาณ 1.8 เท่าของราคาขายส่ง

ภาพที่ 6.57 ร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2548



ที่มา : กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ภาพที่ 6.58 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2548



ที่มา : กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

เครื่องมือแพทย์ไฮเทคฯ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่มีการกระจุกตัวในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ ยกเว้นเครื่องสลายนิ่วและเครื่องอัลตร้าซาวด์ที่มีในภาครัฐมากกว่าเอกชน (ตารางที่ 6.12)

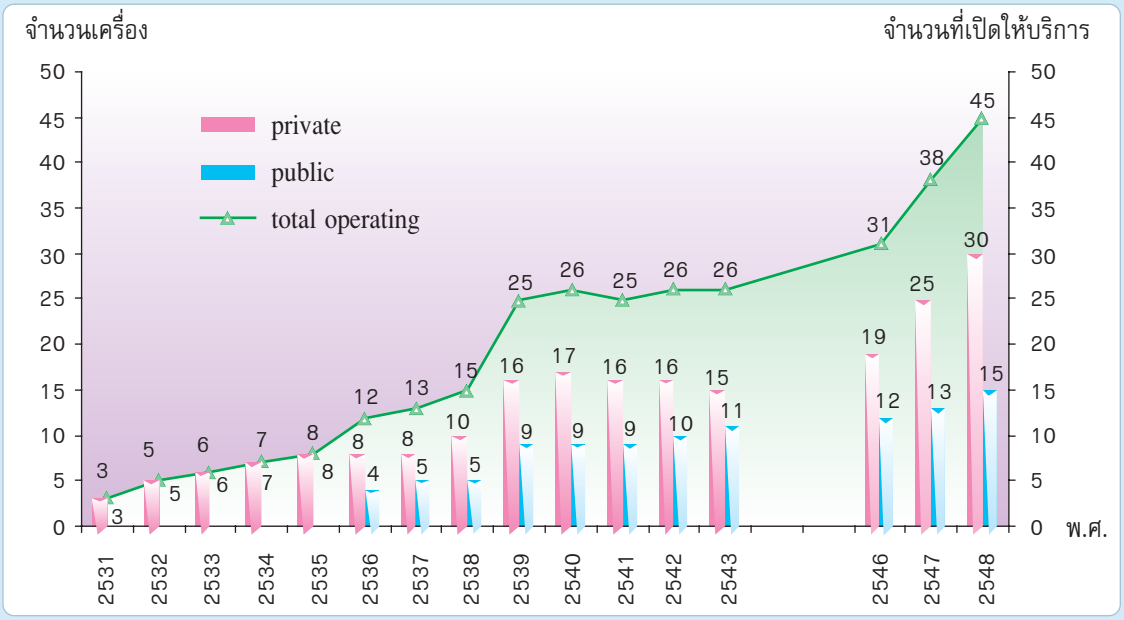
ตารางที่ 6.12 อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย

อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	จำนวนทั้งหมด	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	รวม		หมายเหตุ
				รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์[1]	343	115 (33.5)	228 (66.5)	61 (17.8)	282 (82.2)	พ.ศ. 2549
2. เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า [1]	45	30 (64.5)	15 (35.5)	15 (33.3)	30 (66.7)	พ.ศ. 2548
3. เครื่องสลายนิ่ว[2]	76	22 (29.3)	54 (70.7)	55 (72.4)	21 (27.6)	พ.ศ. 2548
4. เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม [1]	152	80 (54.9)	72 (45.1)	46 (30.3)	106 (69.7)	พ.ศ. 2549
5. เครื่องอัลตร้าซาวด์ [2]	1,987	399 (16.4)	1,588 (83.6)	1,501 (75.5)	486 (24.5)	พ.ศ. 2548

ที่มา : [1] ได้จากกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2549
[2] ได้จากรายงานทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550

หมายเหตุ : ตัวเลขใน ( ) คือ ร้อยละ

ภาพที่ 6.60 จำนวนเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปิดบริการในประเทศไทย จำแนกตามสถานบริการภาครัฐและเอกชน



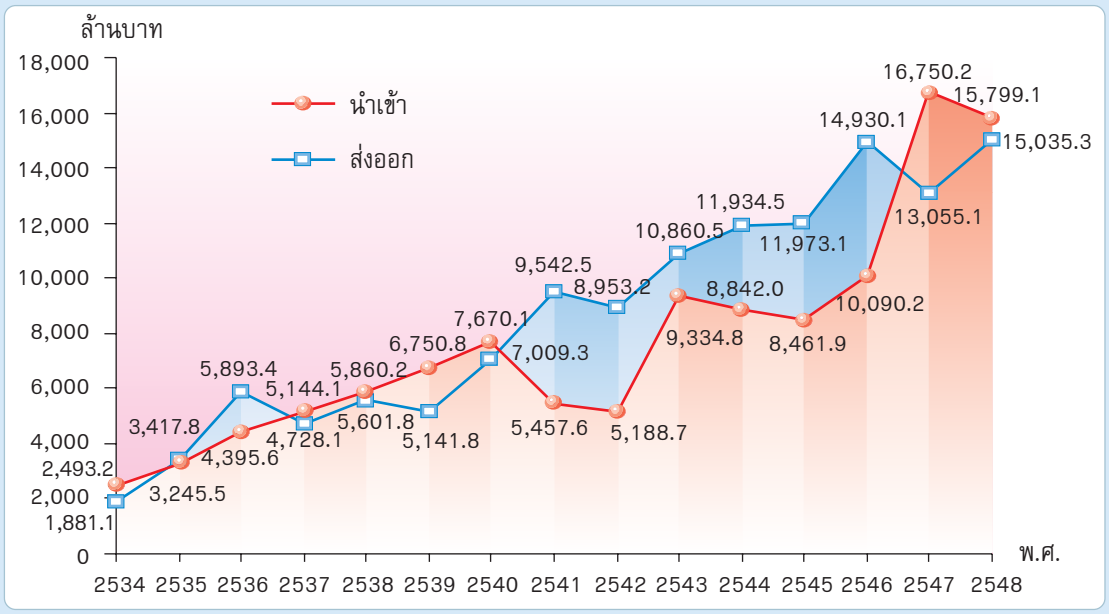
ที่มา : พ.ศ. 2531 - 2542 ได้จาก ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, 2542.

พ.ศ. 2546 - 2548 ได้จาก กองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2549

หมายเหตุ : จำนวนเครื่องที่ระบุในแต่ละปีเป็นจำนวนเมื่อปลายปีนั้น (ยกเว้น พ.ศ. 2543)

มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในช่วง พ.ศ. 2534 - 2548 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 14.1 ต่อปี โดยหลังวิกฤตเศรษฐกิจระยะแรกมูลค่าการนำเข้ามีแนวโน้มลดลงและขยายตัวเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 66.0 ใน พ.ศ. 2547 ในขณะที่การส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ยกเว้นใน พ.ศ. 2547 ที่ลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 6.61)

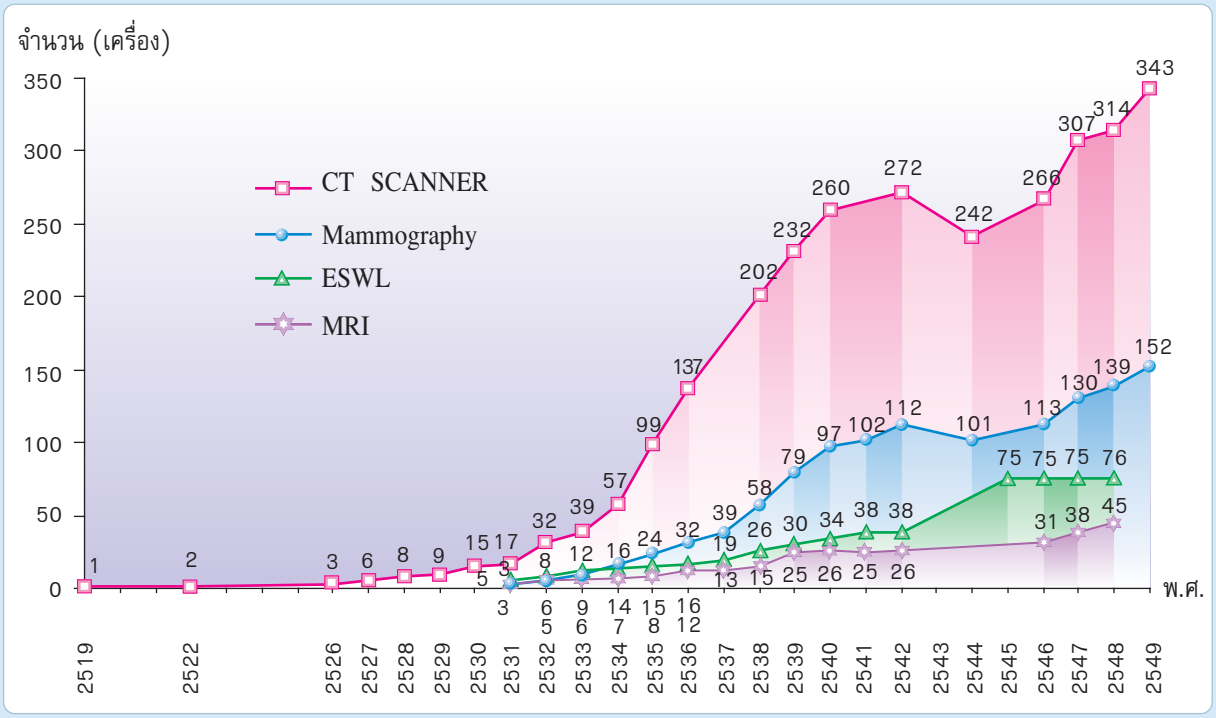
ภาพที่ 6.61 มูลค่าการนำเข้า ส่งออก เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2548



ที่มา : กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

การเพิ่มขึ้นของการนำเข้าเทคโนโลยี ส่วนหนึ่งเป็นการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ราคาแพง โดยเฉพาะการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) (ภาพที่ 6.62)

ภาพที่ 6.62 จำนวนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2549



ที่มา : - วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542

- พ.ศ. 2545 - 2549 ได้จากรายงานทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ปัญหาความไม่เท่าเทียมของการกระจายเทคโนโลยีชั้นสูง เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) พิจารณาได้จากอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน ซึ่งพบว่ากรุงเทพฯ มีอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อล้านประชากรสูงสุด ทั้งเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่องสลายนิ่ว และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม และหากเปรียบเทียบโดยใช้ค่าดัชนีความแตกต่างพบว่า เครื่องมือแพทย์ที่ติดตั้งในกรุงเทพฯ ทั้ง 4 ประเภท มีค่าอยู่ระหว่าง 3.2 - 7.7 (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ) ขณะที่เครื่องมือแพทย์ที่ติดตั้งในภูมิภาคต่าง ๆ มีค่า 0.4 - 1.3 (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ) (ตารางที่ 6.13) และหากเปรียบเทียบแนวโน้มของดัชนีความแตกต่างของ CT Scanner พบว่า ความแตกต่างระหว่างภาคมีแนวโน้มลดลงใน พ.ศ. 2542 แต่กลับเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 6.14) โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดลงจาก 12 เท่า ใน พ.ศ. 2537 เป็น 7.2 เท่าใน พ.ศ. 2542 แล้วเพิ่มขึ้นเป็น 9.3 เท่าใน พ.ศ. 2549 แสดงให้เห็นว่าเมื่อพ้นภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ความไม่เสมอภาคของการกระจายเครื่องมือแพทย์ก็กลับเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 6.13 อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2549

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน				ดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index)			
	ESWL (2548)	CT	MRI (2548)	Mammogram	ESWL (2548)	CT	MRI (2548)	Mammogram
กรุงเทพฯ	3.9	20.5	5.4	14.3	3.2	3.7	7.7	6.0
ภูมิภาค	1.0	4.0	0.3	1.3	0.8	0.7	0.4	0.5
กลาง	1.0	7.4	0.2	2.4	0.8	1.3	0.3	1.0
เหนือ	0.9	4.0	0.3	0.9	0.8	0.7	0.4	0.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.8	2.2	0.2	0.7	0.7	0.4	0.3	0.3
ใต้	1.2	2.9	0.5	1.3	1.0	0.5	0.7	0.5
ทั้งประเทศ	1.2	5.5	0.7	2.4	1.0	1.0	1.0	1.0

ที่มา : - รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ข้อมูล ESWL ปี 2548)
- กองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ข้อมูล MRI ปี 2548, ข้อมูล CT และ Mammogram ปี 2549)

ตารางที่ 6.14 อัตราส่วน CT Scanner ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2549

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวน CT scan					CT ต่อล้านประชากร					Discrepancy Index				
	2537	2541	2542	2546	2549	2537	2541	2542	2546	2549	2537	2541	2542	2546	2549
กรุงเทพฯ	88	83	89	89	115	15.7	14.8	15.9	13.3	20.5	12.1	8.6	7.2	7.8	9.3
ภูมิภาค	117	156	183	177	228	2.2	2.8	3.3	3.1	4.0	1.7	1.6	1.5	1.8	1.8
กลาง	45	66	74	80	110	3.3	4.6	5.2	5.3	7.4	2.7	2.7	2.4	3.1	3.4
เหนือ	31	37	41	37	48	2.6	3.1	3.4	3.2	4.0	2.0	1.8	1.5	1.9	1.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	26	36	46	38	46	1.3	1.8	2.2	1.7	2.2	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
ใต้	15	17	22	22	24	2.0	2.1	2.8	2.5	2.9	1.5	1.2	1.3	1.5	1.3
ทั้งประเทศ	205	239	272	266	343	3.5	3.9	4.5	4.2	5.5	2.7	2.3	2.0	2.5	2.5

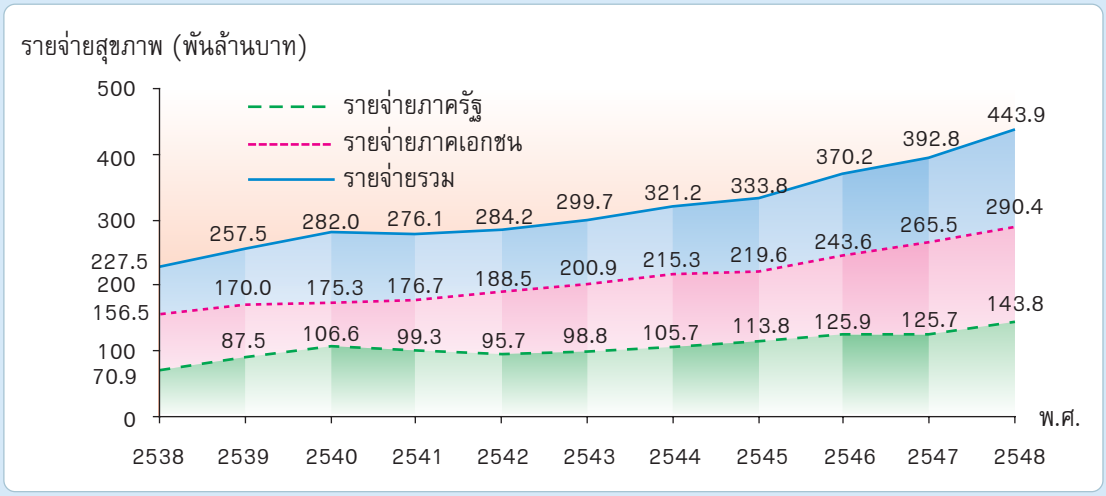
ที่มา : พ.ศ. 2537 ได้จาก วิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, การกระจายเครื่องมือแพทย์ในประเทศไทย, 2538 พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2546-2549 ได้จากกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พ.ศ. 2542 ได้จาก วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542

4. รายจ่ายด้านสุขภาพ

4.1 แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพภาพรวม

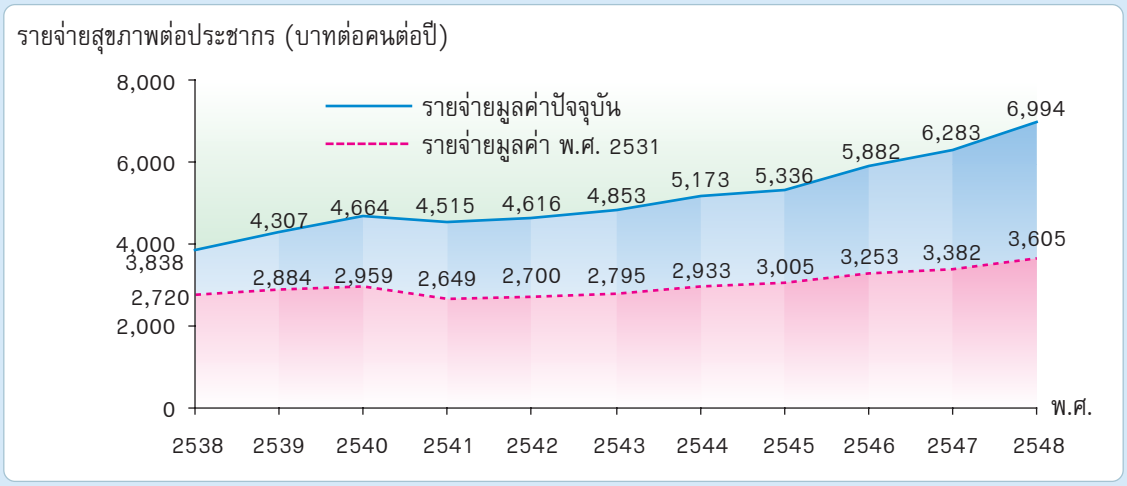
ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมารายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจากมูลค่า 25,315 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2523 เป็นมูลค่า 434,974 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2548 (ตารางที่ 6.15 และ ภาพที่ 6.63) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึง 17.2 เท่า หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เพิ่มขึ้นจาก 545 บาท ใน พ.ศ. 2523 เป็น 6,994 บาท ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 6.64) หรือเพิ่ม 12.8 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน

ภาพที่ 6.63 รายจ่ายสุขภาพรวม และรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ และภาคเอกชน พ.ศ. 2538 - 2548



ที่มา :
1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายได้ประชาชาติของไทย พ.ศ. 2494 - พ.ศ. 2548
2. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2539
3. Charles Myers, Financing Health Services and Medical Care in Thailand, 1985

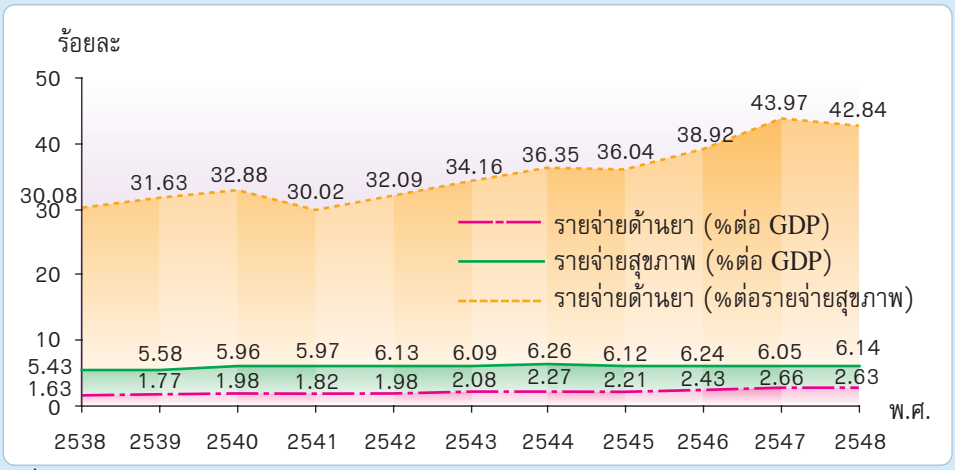
ภาพที่ 6.64 รายจ่ายสุขภาพภาพรวมต่อประชากร มูลค่าปัจจุบัน และมูลค่า ณ พ.ศ. 2531 ระหว่าง พ.ศ. 2538 - 2548



ที่มา: ตารางที่ 6.15 และตารางที่ 6.17

หากคิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 6.65) โดยเพิ่มในอัตราที่เร็วกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กล่าวคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.7 ต่อปี ในมูลค่าจริง ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 5.7 ต่อปี (ตารางที่ 6.16) โดยรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล จะเห็นได้จากรายจ่ายด้านยามีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 42.8 ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2548 (ตารางที่ 6.16 และ ภาพที่ 6.65)

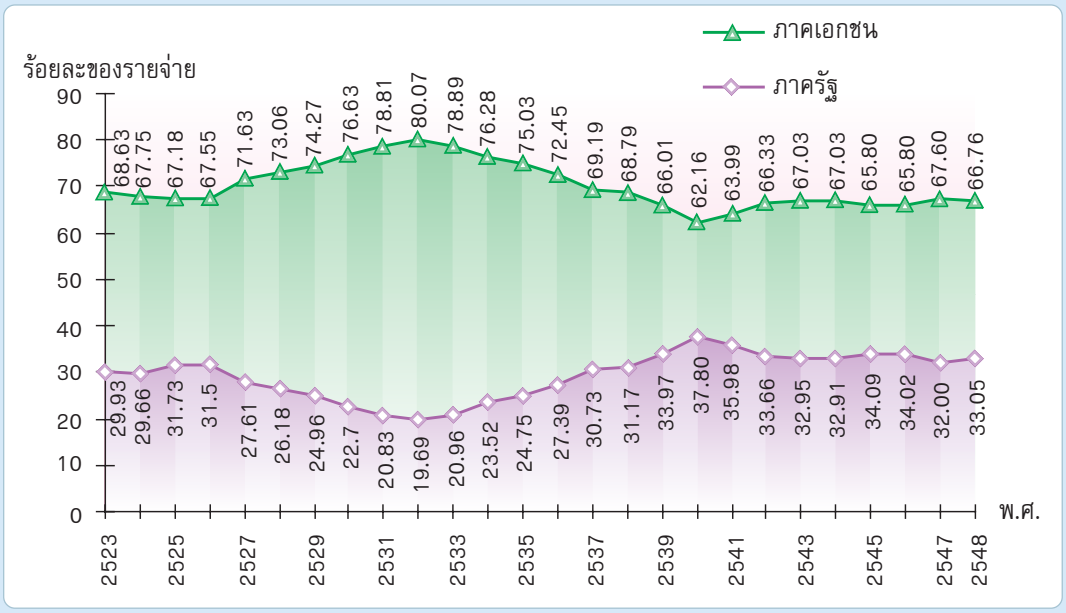
ภาพที่ 6.65 รายจ่ายด้านสุขภาพและรายจ่ายด้านยาต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อรายจ่ายด้านสุขภาพ ระหว่าง พ.ศ. 2538 - 2548



ที่มา: ตารางที่ 6.16

นอกจากนี้ หากพิจารณาตามแหล่งที่มาของรายจ่ายด้านสุขภาพ จะพบว่าส่วนใหญ่ของรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นของภาคเอกชน ซึ่งรวมถึงรายจ่ายของครัวเรือน โดยคิดเป็นร้อยละ 66.8 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2548 ในขณะที่รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 33 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ (ภาพที่ 6.66)

ภาพที่ 6.66 แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพ ภาครัฐและภาคเอกชน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548



ที่มา : ตารางที่ 6.17

ตารางที่ 6.15 รายจ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าปัจจุบัน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 (ล้านบาท)

พ.ศ.	ภาครัฐ								ภาคเอกชน				เงินช่วยเหลือต่างประเทศ		รวมรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด	รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อบาท	ร้อยละของ GDP
	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	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	68.68	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	1,146.75	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
2546	74,134	8,579	22,679	3,971	1,480	15,113	125,956	34.02	11,128	232,457	243,585	65.80	665	0.18	370,206	5,881.90	6.24
2547	77,721	7,056	19,798	4,101	1,490	15,553	125,719	32.00	12,581	252,956	265,537	67.60	1,573	0.40	392,829	6,282.60	6.05
2548	85,914	6,070	28,951	3,741	1,507	17,592	143,775	33.05	13,861	276,547	290,408	66.76	791	0.18	434,974	6,993.60	6.14

ที่มา :
1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายได้ประชาชาติของไทย พ.ศ. 2494 - พ.ศ. 2548
2. นพ.วิโรจน์ ตังเจริญเสถียร. ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2539
3. Charle Myers, Financing Health Services and Medical 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 เป็นต้นมามีการปรับข้อมูลใหม่คือ 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 - 2548 ใช้ตัวเลขรายจ่ายจริงจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ประมวลผลโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
6. สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ
   - คิดเป็นสัดส่วนคงที่ของสวัสดิการข้าราชการ โดยคิด = สวัสดิการข้าราชการ x $\frac{1,668}{9,954}$ (ใช้ตัวเลข พ.ศ. 2537 จาก NHA เป็นฐานในการคำนวณ)
   - พ.ศ. 2539-2548 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) แล้วเฉลี่ยสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
   - 7.3 พ.ศ. 2538-2548 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 - 2548 รวบรวมข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก กรมวิเทศสหการและกรมทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 6.16 รายจ่ายด้านยาและรายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 (ล้านบาท)

พ.ศ.	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ			รายจ่ายด้านสุขภาพ				รายจ่ายด้านยา				
	มูลค่าจริง	มูลค่าในปี พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP	ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพ
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
2546	5,917,368	3,272,881	6.62	370,206	204,760	8.94	6.24	144,085	79,693	17.66	2.43	38.92
2547	6,489,847	3,494,175	6.76	392,829	211,502	3.29	6.05	172,734	93,001	16.70	2.66	43.97
2548	7,087,660	3,653,433	4.56	434,974	224,213	6.01	6.14	186,331	96,047	3.28	2.63	42.84
		Average	5.70			7.72				7.52		

ที่มา : ตารางที่ 6.15 และตารางที่ 6.17

หมายเหตุ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีการปรับตัวเลขผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหม่ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา

ตารางที่ 6.17 สัดส่วนของแหล่งรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 ในมูลค่า พ.ศ. 2531

แหล่งที่มาของเงิน	2523	2525	2527	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
1. ภาครัฐ																							
กระทรวงสาธารณสุข	17.76	19.07	16.50	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	20.03	19.78	19.75
กระทรวงอื่น	8.73	8.14	6.64	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	2.32	1.80	1.40
สวัสดิการข้าราชการ	2.61	3.50	3.43	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	6.13	5.04	6.66
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	0.44	0.58	0.57	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	1.07	1.04	0.86
กองทุนทดแทนแรงงาน	0.40	0.44	0.48	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	0.40	0.38	0.35
ประกันสังคม	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	4.08	3.96	4.04
รวม	29.93	31.73	27.61	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	34.02	32.00	33.05
2. ภาคเอกชน																							
ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน	0.88	0.91	0.90	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	3.01	3.20	3.19
ครัวเรือนและนายจ้าง	67.75	66.27	70.73	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	62.79	64.39	63.57
รวม	68.63	67.18	71.63	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	65.80	67.60	66.76
3. อื่นๆ																							
เงินช่วยเหลือต่างประเทศ	1.44	1.09	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	0.18	0.40	0.18
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	42,246	60,187	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	204,760	211,502	224,213
อัตราเพิ่ม (%)	-	4.53	25.05	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	8.94	3.29	6.02
ร้อยละของ GDP	3.82	4.14	5.29	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	6.24	6.05	6.14
ประชากร (ล้านคน)	46.45	48.49	50.40	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	62.94	62.53	62.20
รายจ่ายต่อคนต่อปี(บาท)	752	871	1,194	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	3,253	3,382	3,605
อัตราเพิ่ม (%)	-	15.82	37.08	16.58	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	8.27	3.97	6.57

ที่มา : ตารางที่ 6.16

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย (ตารางที่ 6.18) พบว่า ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพที่ไม่สูงมากนัก เมื่อเป็นมูลค่าต่อประชากร แต่เมื่อคิดเป็นร้อยละต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศกลับมีค่าที่สูงกว่าประเทศอื่นๆ และรัฐยังมีส่วนแบ่งรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าภาคเอกชน โดยประชาชนยังเป็นผู้รับภาระส่วนใหญ่ในเรื่องรายจ่ายสุขภาพด้วยตนเอง

ตารางที่ 6.18 รายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายต่อหัว (USD)	% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	สัดส่วนการจ่าย รัฐ : ประชาชน
อินโดนีเซีย	113	3.1	35.9 : 64.1
ฟิลิปปินส์	174	3.2	43.7 : 56.3
ศรีลังกา	121	3.5	45.0 : 55.0
มาเลเซีย	374	3.8	58.2 : 41.8
ไทย (2547)	145	6.1	32.0 : 67.6
สิงคโปร์	1,156	4.5	36.1 : 63.9
เกาหลีใต้	1,074	5.6	49.4 : 50.6

ที่มา : The world health report, 2006 (เป็นข้อมูล พ.ศ. 2546)

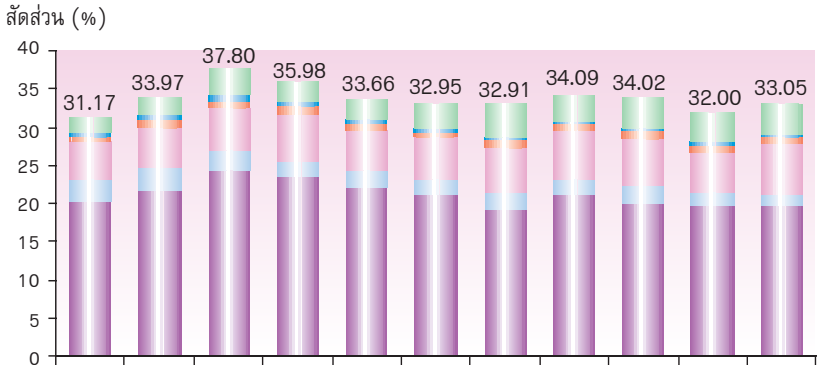
หมายเหตุ : ตัวเลข พ.ศ. 2547 คิดอัตรา 40 บาท ต่อ 1 USD

4.2 รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ

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 แหล่งเงินภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึงร้อยละ 37.8 ใน พ.ศ. 2540 เนื่องจากเป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวและเติบโตต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว แต่ในช่วงหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ รัฐบาลต้องปรับลดงบประมาณ ทำให้แหล่งเงินภาครัฐมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 32.9 ใน พ.ศ. 2544 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.1 ใน พ.ศ. 2545 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หากจำแนกแหล่งการเงินภาครัฐตามแหล่งที่มา จะพบว่า สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 24.4 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 19.7 ใน พ.ศ. 2548 ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพจากสวัสดิการข้าราชการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2548 เช่นเดียวกับสัดส่วนของประกันสังคมที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.4 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 6.67)

ภาพที่ 6.67 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ พ.ศ. 2538 - 2548

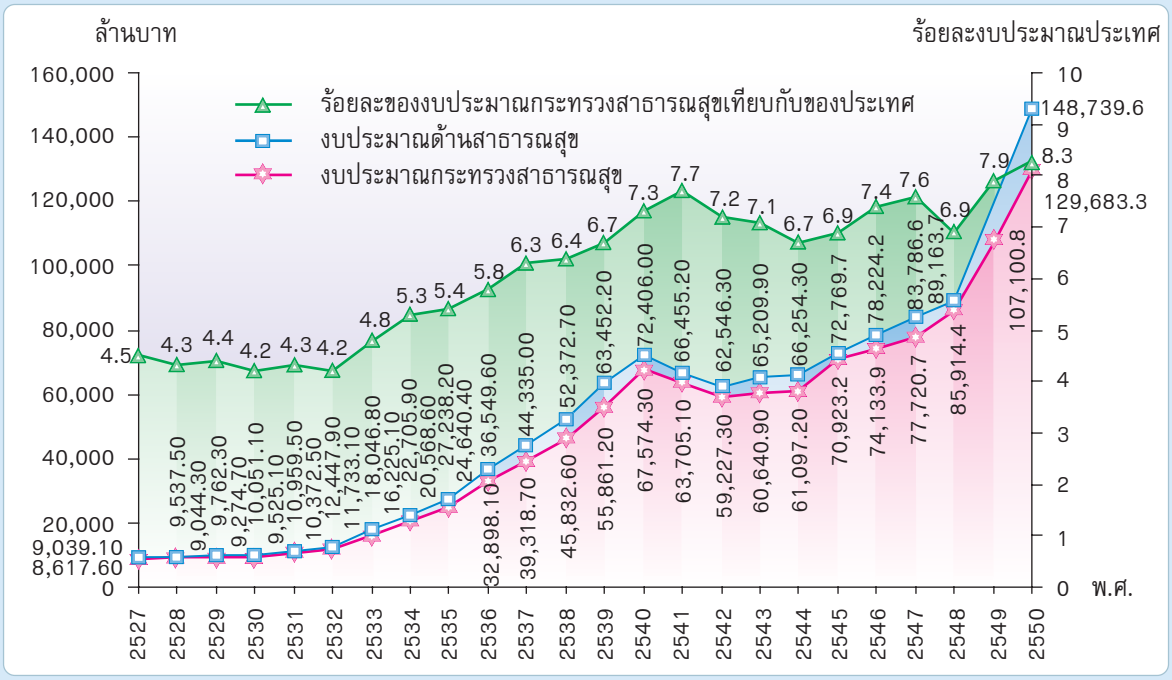


	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ประกันสังคม	1.75	2.42	3.63	2.77	2.70	3.21	4.22	3.36	4.08	3.96	4.04
กองทุนทดแทน	0.60	0.62	0.70	0.59	0.49	0.42	0.40	0.37	0.40	0.38	0.35
รัฐวิสาหกิจ	0.82	0.94	0.98	1.02	0.89	0.54	0.94	0.92	1.07	1.04	0.86
สัวสดิการข้าราชการ	4.91	5.28	5.50	5.95	5.34	5.69	5.97	6.13	6.13	5.04	6.66
กระทรวงอื่นๆ	2.94	3.02	2.55	2.08	2.14	2.07	2.22	2.06	2.32	1.80	1.40
กระทรวงสาธารณสุข	20.15	21.69	24.44	23.57	22.10	21.02	19.16	21.25	20.03	19.78	19.75

ที่มา : ตารางที่ 6.17

เมื่อพิจารณาจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะเห็นว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ของงบประมาณทั้งประเทศ ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 7.6 และ 8.3 ของงบประมาณทั้งประเทศใน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ (ภาพที่ 6.68) แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของภาครัฐที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 6.68 งบประมาณด้านสุขภาพและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2550



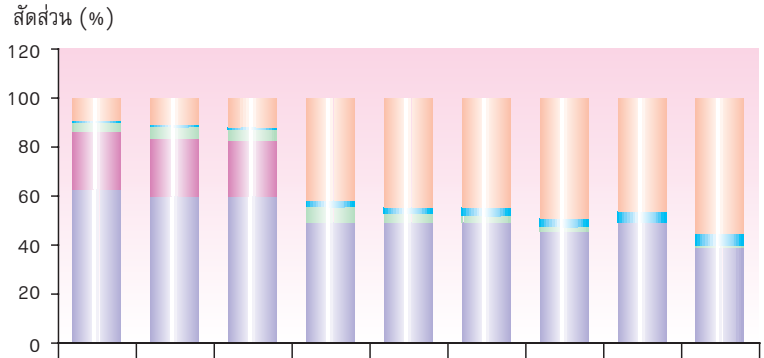
ที่มา : สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ : พ.ศ. 2538 - 2550 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขรวมงบกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ (เดิมเป็นงบเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ)

สำหรับการจัดสรรงบประมาณสุขภาพของภาครัฐ มีการให้ความสำคัญกับงานด้านการรักษาพยาบาลมาโดยตลอด จะเห็นได้จากงบประมาณร้อยละ 60-66 จัดสรรให้กับงานบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ในขณะงบประมาณที่จัดสรรให้กับงานบริการที่สถานีอนามัยมุ่งเน้นงานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีเพียงประมาณร้อยละ 20-24 (ภาพที่ 6.69) และตั้งแต่ พ.ศ. 2545 มีการปรับโครงสร้างงบประมาณตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีการปรับลดงบลงทุน ทำให้สัดส่วนงบประมาณของโรงพยาบาลลดลง แต่มีการเพิ่มขึ้นในส่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งานสาธารณสุขอื่นๆ) ซึ่งรวมงบประมาณของสถานีอนามัยและงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเอาไว้ในงบประมาณส่วนดังกล่าว

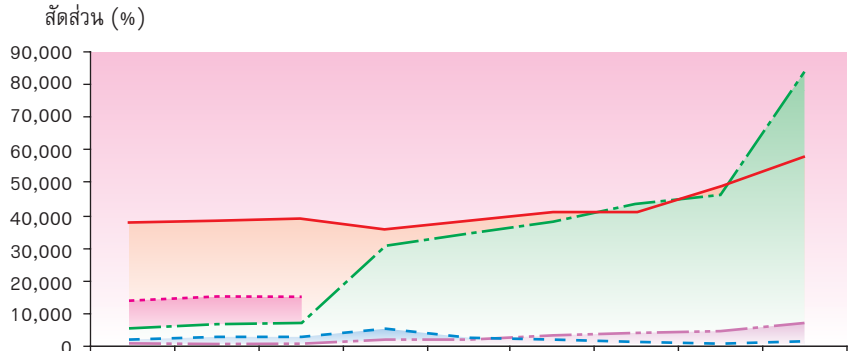
อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาเป็นมูลค่างบประมาณ ก็จะยังเห็นแนวโน้มของงบประมาณโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากงบประมาณโดยรวมของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะงบประมาณสาธารณสุขอื่นๆ ที่เป็นกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก 30,113 ล้านบาทใน พ.ศ. 2545 เป็น 82,741 ล้านบาทใน พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 6.70)

ภาพที่ 6.69 สัดส่วนงบประมาณด้านสาธารณสุข จำแนกตามหมวด พ.ศ. 2542-2550



	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
งานสาธารณสุขอื่นๆ	9.0	10.7	11.6	41.4	44.3	44.7	48.7	46.2	55.6
งานวิจัยสาธารณสุข	1.3	1.4	1.1	2.8	2.7	3.8	4.3	4.3	4.4
งานบริการสาธารณสุข	3.6	3.9	4.3	7.0	3.7	2.3	1.2	0.8	1.0
งานผู้ป่วยนอก (สอ.)	23.3	23.8	23.0	NA	NA	NA	NA	NA	NA
งานโรงพยาบาล	62.8	60.2	60.0	48.8	49.3	49.2	45.8	48.7	39.0

ภาพที่ 6.70 งบประมาณด้านสาธารณสุข จำแนกตามหมวด พ.ศ. 2542-2550



	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550
งานโรงพยาบาล	37,795	38,230	38,949	35,547	38,554	41,253	40,819	49,222	57,994
งานผู้ป่วยนอก(สอ.)	14,045	15,122	14,943	NA	NA	NA	NA	NA	NA
งานบริการสาธารณสุข	2,187	2,495	2,766	5,073	2,876	1,949	1,051	823	1,534
งานวิจัยสาธารณสุข	809	858	719	2,037	2,113	3,172	3,859	4,374	6,472
งานสาธารณสุขอื่นๆ	5,344	6,796	7,551	30,113	34,681	37,413	43,434	46,621	82,741

ที่มา : สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ : พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สำนักงบประมาณได้นำตัวเลขงบประมาณงานผู้ป่วยนอก (สถานีอนามัย) มารวมไว้ในงานสาธารณสุขอื่น

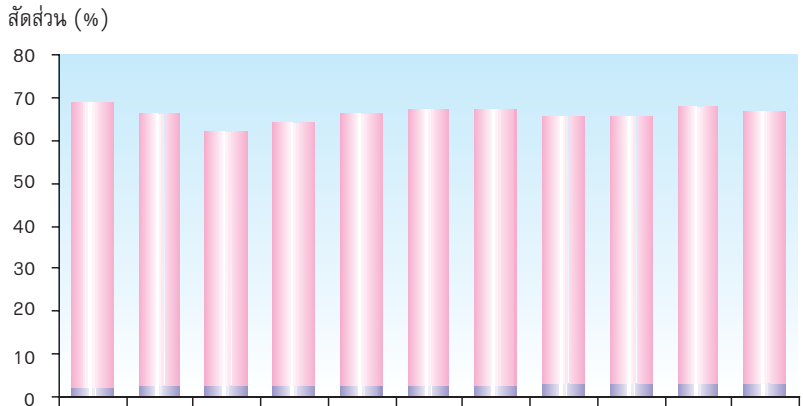
4.3 รายจ่ายสุขภาพภาคเอกชนและครัวเรือน

ภาคเอกชนมีแหล่งเงินจากครัวเรือนที่เป็นแหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุด เนื่องจากประชาชนบางส่วนหรือบางครั้งต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าตนเองเมื่อใช้บริการ โดยเฉพาะพฤติกรรมของประชาชนที่ยังนิยมการรักษาตัวเองด้วยการซื้อยากินเอง หรือใช้บริการในสถานบริการที่ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษาได้ เช่น คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน หรือไม่ได้ใช้บริการตามขั้นตอน หรือในพื้นที่ หรือในสถานบริการที่ระบุไว้ในสิทธิประโยชน์ ทำให้แหล่งเงินจากครัวเรือนมีบทบาทมากในการจัดบริการสุขภาพ

สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพภาคครัวเรือมีค่าเกินกว่าร้อยละ 60 มาโดยตลอด (ตารางที่ 6.17 และภาพที่ 6.71) โดยใน พ.ศ. 2523 แหล่งเงินจากครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 68.6 เพิ่มขึ้นสูงสุดใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 80.1 เนื่องจากการปรับลดงบประมาณภาครัฐ ทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หลังจาก พ.ศ. 2532 จนถึงช่วงวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 แหล่งเงินจากครัวเรือนมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนลดลงเรื่อย ๆ เป็นร้อยละ 62.2 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.03 ใน พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ งบประมาณภาครัฐมีการปรับลดลง และใน พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนร้อยละ 66.77 ซึ่งลดลงเล็กน้อย ถึงแม้ว่ารัฐจะมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันแสดงให้เห็นว่า การใช้บริการที่ไม่ได้อยู่ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังคงสูงอยู่ โดยเฉพาะการซื้อยากินเอง การใช้คลินิกเอกชน และการใช้บริการข้ามขั้นตอนหรือข้ามเขตพื้นที่ ที่ประชาชนยังคงต้องจ่ายเงินเองเมื่อไปใช้บริการ

เมื่อจำแนกตามแหล่งที่มาของรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน จะพบว่าส่วนใหญ่จะมาจากภาคครัวเรือนและนายจ้าง มากกว่าจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยแนวโน้มของสัดส่วนรายจ่ายจากการประกันสุขภาพเอกชน เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 3.2 ใน พ.ศ. 2548 แต่ก็นับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับรายจ่ายจากครัวเรือนและนายจ้าง (ภาพที่ 6.72)

ภาพที่ 6.71 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน พ.ศ. 2538 - 2548



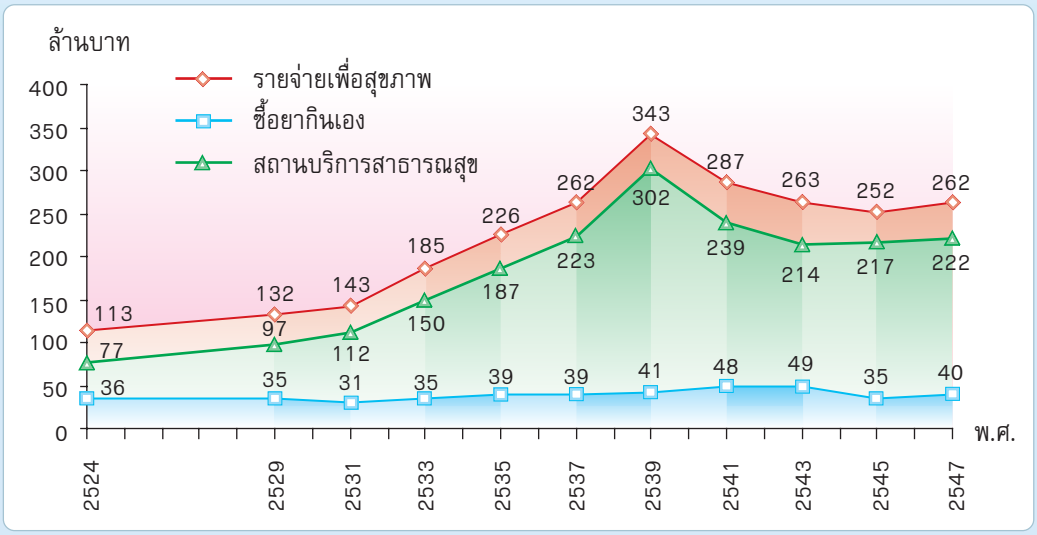
	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
ครัวเรือนและนายจ้าง	66.60	63.57	59.50	61.17	63.45	64.60	64.42	62.88	62.79	64.39	63.57
ประกันสุขภาพเอกชน	2.19	2.44	2.66	2.82	2.88	2.43	2.61	2.92	3.01	3.20	3.19

ที่มา : ตารางที่ 6.17

แบบแผนรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ได้จากการสำรวจรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจทุก 5 ปี มาตั้งแต่ พ.ศ. 2519, 2524, 2529 และสำรวจทุก 2 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2531 จนถึง พ.ศ. 2547 รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนไทยได้แสดงไว้ในตารางที่ 6.19 รายจ่ายเพื่อสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2524 - 2539 ค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่างร้อยละ 3.6 - 3.9 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคของครัวเรือนในแต่ละเดือน และเริ่มมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 3.2 ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นต้นมา จนถึง พ.ศ. 2547 เหลือร้อยละ 2.4 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคของครัวเรือนในแต่ละเดือน โดยมีข้อสังเกตที่สำคัญ คือ

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 เมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวใน พ.ศ. 2545 ประชาชนมีรายจ่ายในการซื้อยากินเองลดลงเหลือร้อยละ 15.3 และกลับมีค่าใช้จ่ายที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชน (ภาพที่ 6.72 และตารางที่ 6.19)

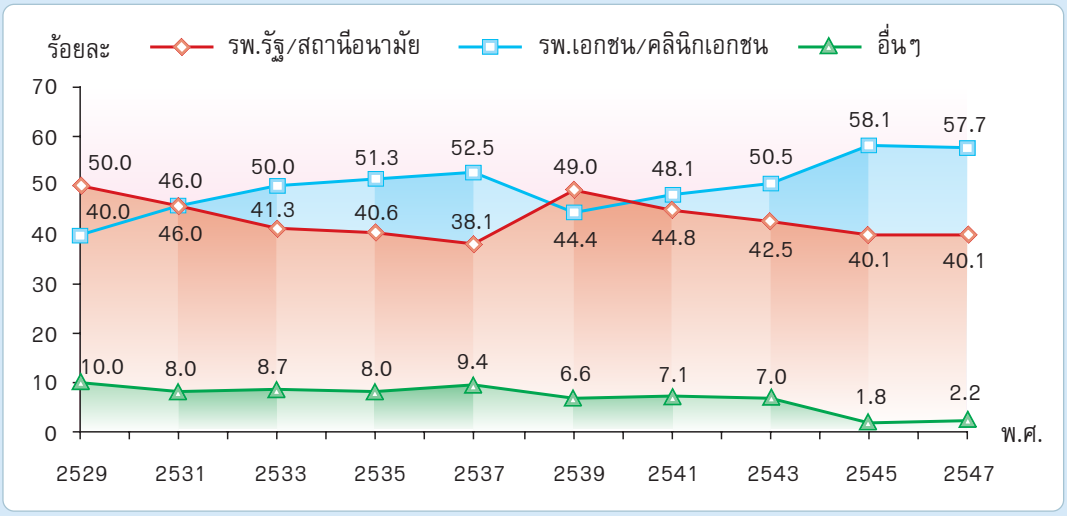
ภาพที่ 6.72 รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2547



ที่มา : รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อรับบริการในสถานบริการ มีสัดส่วนสูงขึ้นในสถานบริการภาคเอกชน ในขณะที่ภาครัฐลดลง จากภาพที่ 6.73 จะเห็นได้ว่า รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนเพื่อซื้อบริการที่ภาคเอกชน ทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 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 สำหรับบริการอื่น ๆ เช่น บริการทันตกรรม ตรวจวัดสายตาประกอบแว่น เป็นต้น มีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 8-10 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนและมีข้อน่าสังเกตว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว รายจ่ายของครัวเรือนสำหรับบริการที่โรงพยาบาล / คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.7 ใน พ.ศ. 2547

ภาพที่ 6.73 สัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2547



ที่มา : รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6.19 แบบแผนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2547

แบบแผนรายจ่าย	2524		2529		2531		2533		2535		2537		2539		2541		2543		2544		2545		2547	
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	-	3.6	-	3.6	-	3.5	-	3.4	-
รายจ่ายทั้งหมด / เดือน	3,374	-	3,783	-	4,161	-	5,437	-	6,529	-	7,567	-	9,190	-	10,389	-	9,848	-	10,025	-	10,889	-	12,297	-
รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค/เดือน	3,151	-	3,486	-	3,804	-	4,942	-	5,892	-	6,787	-	8,072	-	8,966	-	8,558	-	8,758	-	9,601	-	10,885	-
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	263	3.1	264	3.0	252	2.6	262	2.4
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	49	18.6	46	17.4	35	13.9	40	15.3
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	214	81.4	218	82.6	217	86.1	222	84.7
- รพ.รัฐ / สถานีอนามัย	-	-	48	50	52	46	62	41.3	76	40.6	85	38.1	148	49.0	107	44.8	91	42.5	98	45.0	87	40.1	89	40.1
- รพ.เอกชน / คลินิกเอกชน	-	-	39	40	51	46	75	50.0	96	51.3	117	52.5	134	44.4	115	48.1	108	50.5	110	50.4	126	58.1	128	57.7
- อื่น ๆ	-	-	10	10	9	8	13	8.7	15	8.0	21	9.4	20	6.6	17	7.1	15	7.0	10	4.6	4	1.8	5	2.2

ที่มา : รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.1 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

ประเทศไทยมีแนวโน้มขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ระบบประกันสุขภาพเอกชนและ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งใน พ.ศ. 2544 สามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 71.0 และจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ.2544 เป็นต้นมา ส่งผลให้ประชาชนทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 96.0 ใน พ.ศ. 2549 โดยเป็นผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 74.3 และมีผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย ร้อยละ 4.0 (ตารางที่ 6.20)

ตารางที่ 6.20 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534, 2539, 2544 และ พ.ศ. 2546 - 2549

ระบบประกันสุขภาพ	ก่อนมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			เมื่อมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			
	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549
1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	**0.9**	**74.7**	**73.5**	**72.2**	**74.3**
- บัตรทองมี ท. (ไม่เสีย 30 บาท)	-	-	-	74.7	30.6	28.1	28.6
- บัตรทองไม่มี ท. (เสีย 30 บาท)	-	-	0.9		42.9	44.1	45.7
2. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.)	12.7	12.6	31.5	-	-	-	-
3. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	**15.3**	**10.2**	**8.5**	**8.9**	**9.4**	**9.8**	**8.9**
- ข้าราชการ	13.2	9.0	7.5	8.9	**9.4**	9.8	8.9
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.1	1.2	1.0				
4. ประกันสังคมและกองทุนทดแทนแรงงาน	-	**5.6**	**7.2**	**9.6**	**10.7**	**11.0**	**11.4**
5. ประกันสุขภาพภาคสมัครใจ	**4.5**	**16.1**	**22.1**	**1.7**	**0.8**	**1.0**	**0.7**
- บัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	1.4	15.3	20.8	-	-	-	-
- ประกันสุขภาพเอกชน	3.1	0.8	1.3	1.7	0.8	1.0	0.7
6. อื่น ๆ	0.9	1.0	0.8	-	-	1.1	0.7
มีหลักประกันสุขภาพ	33.5	45.5	71.0	94.9	94.3	95.1	96.0
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	66.5	54.5	29.0	5.1	5.7	4.9	4.0

ที่มา : 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

นอกจากนั้น พบว่าใน พ.ศ. 2549 ประชากรที่อยู่ในเขตชนบทได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงกว่าประชาชนในเขตเมือง แต่ประชาชนในเขตเมืองมีสวัสดิการประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการมากกว่าประชาชนในเขตชนบท (ตารางที่ 6.21)

ตารางที่ 6.21 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2546, 2547 และ พ.ศ. 2549

การมีหลักประกันสุขภาพ	ในเขตเทศบาล						นอกเขตเทศบาล					
	2534	2539	2544	2546	2547	2549	2534	2539	2544	2546	2547	2549
ไม่มีสวัสดิการ	65	58	42	9	10.1	7.7	68	52	22	3	3.5	2.5
ข้าราชการและพนักงารัฐวิสาหกิจ	22	17	16	15	15.3	14.1	6	7	9	6	6.5	6.6
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	-	56	54.6	56.3	-	-	-	84	82.8	82.1
ประกันสังคม	-	11	13	18	18.2	19.8	-	3	4	6	7.0	7.7
สปร.	7	5	15	-	-	-	21	16	39	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพ	1	6	10	-	-	-	2	20	27	-	-	-
ประกันสุขภาพเอกชน	5	2	3	3	1.8	1.6	1	1	1	1	0.3	0.3
อื่น ๆ	1	1	1	-	-	0.6	1	1	1	-	-	0.7

ที่มา : 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

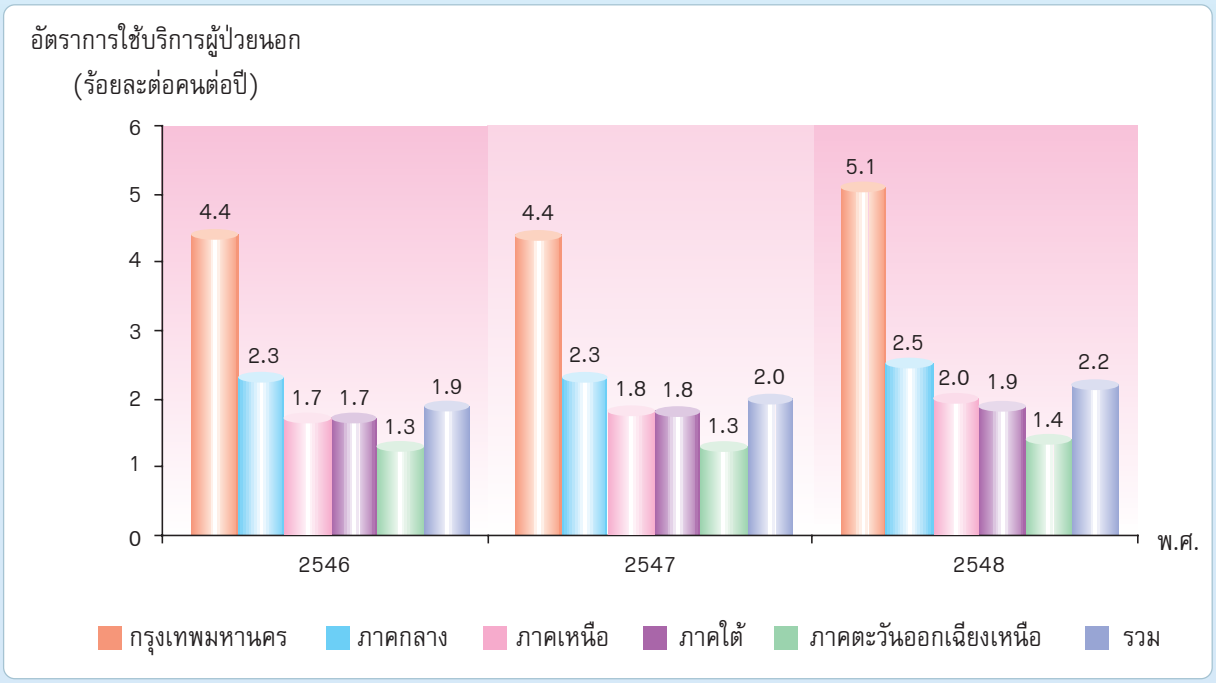
หมายเหตุ : จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

5.2 อัตราการใช้บริการสุขภาพ

การใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในสถานบริการที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วยนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยใน พ.ศ. 2548 มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกสังกัดเท่ากับ 2.2 ครั้งต่อคนต่อปี โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร และต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสูงสุดในกรุงเทพมหานคร (ทั้งนี้รวมผู้ป่วยที่มาจากจังหวัดอื่นด้วย) (ภาพที่ 6.74) และเช่นเดียวกับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่สูงสุดที่กรุงเทพมหานครและต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 6.75)

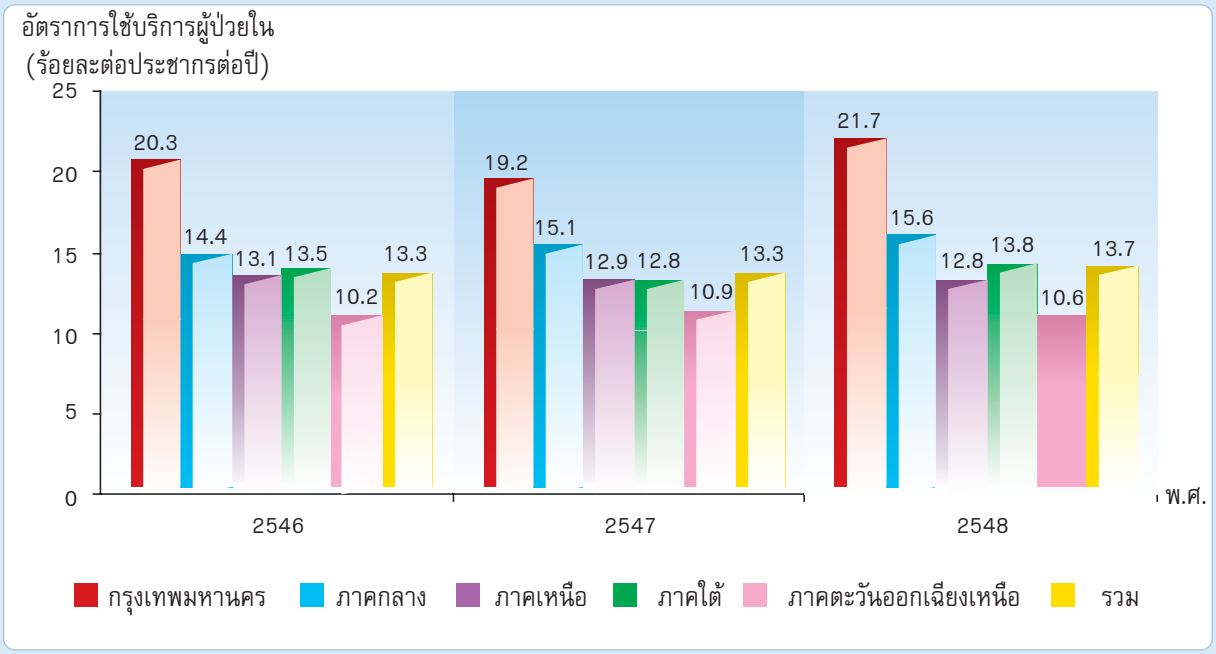
เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการ กับทรัพยากรสุขภาพในระดับจังหวัด จะพบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อเตียง (ภาพที่ 6.76 และภาพที่ 6.77) แสดงให้เห็นว่าจังหวัดที่มีทรัพยากรสุขภาพมาก (อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ที่มีค่าน้อย) จะมีอัตราการใช้บริการที่สูง เป็นการยืนยันอิทธิพลของทรัพยากรสุขภาพที่มีต่อโอกาสในการใช้บริการของประชาชน

ภาพที่ 6.74 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี) พ.ศ. 2546 - 2548



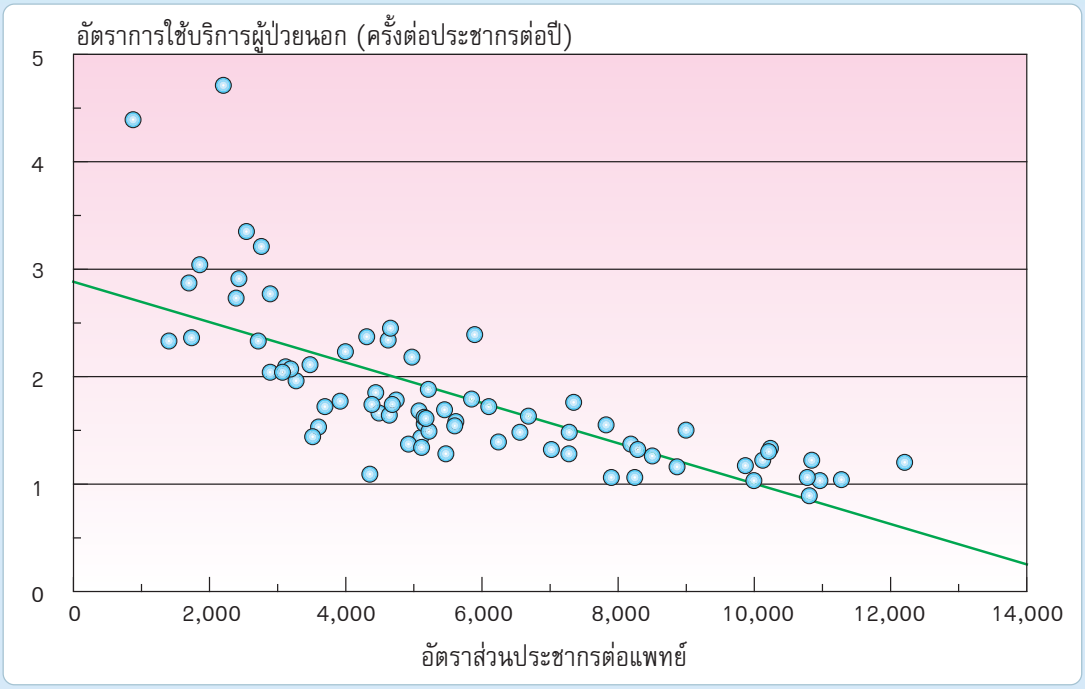
ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.75 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ร้อยละต่อคนต่อปี) พ.ศ. 2546 - 2548



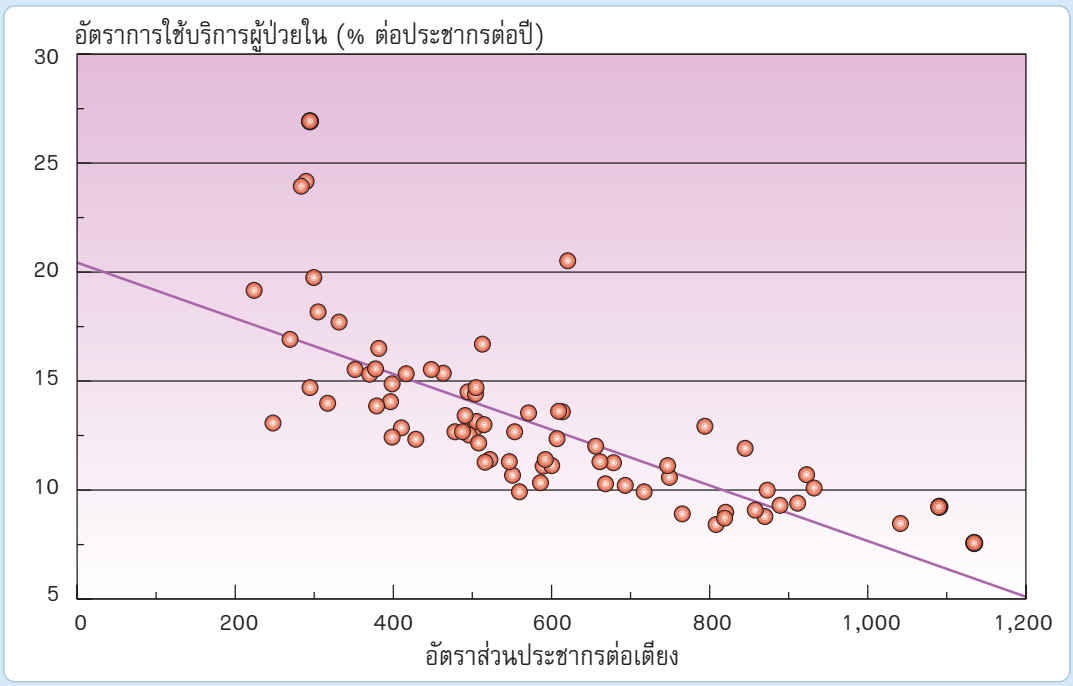
ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.76 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2547



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

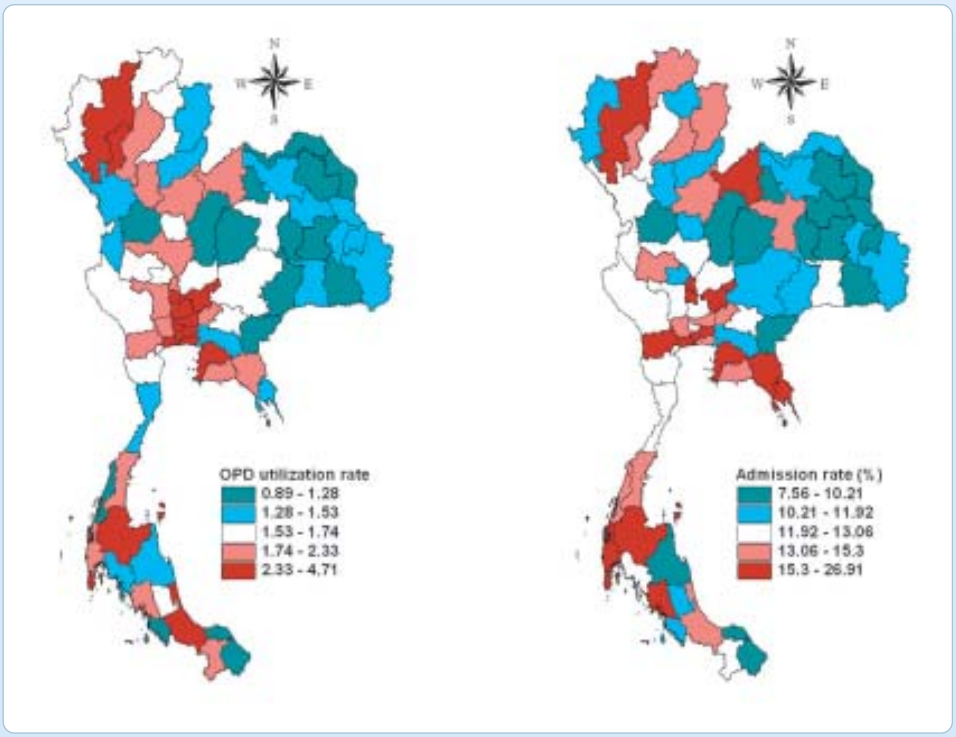
ภาพที่ 6.77 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในและอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ระดับจังหวัด พ.ศ. 2547



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เมื่อวิเคราะห์การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการใช้บริการระดับจังหวัด จะพบว่า จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค และจังหวัดในภาคกลาง จะมีอัตราการใช้บริการที่สูง ในขณะที่จังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีอัตราการใช้บริการที่ต่ำกว่าจังหวัดอื่น (ภาพที่ 6.78)

ภาพที่ 6.78 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในระดับจังหวัด พ.ศ. 2547

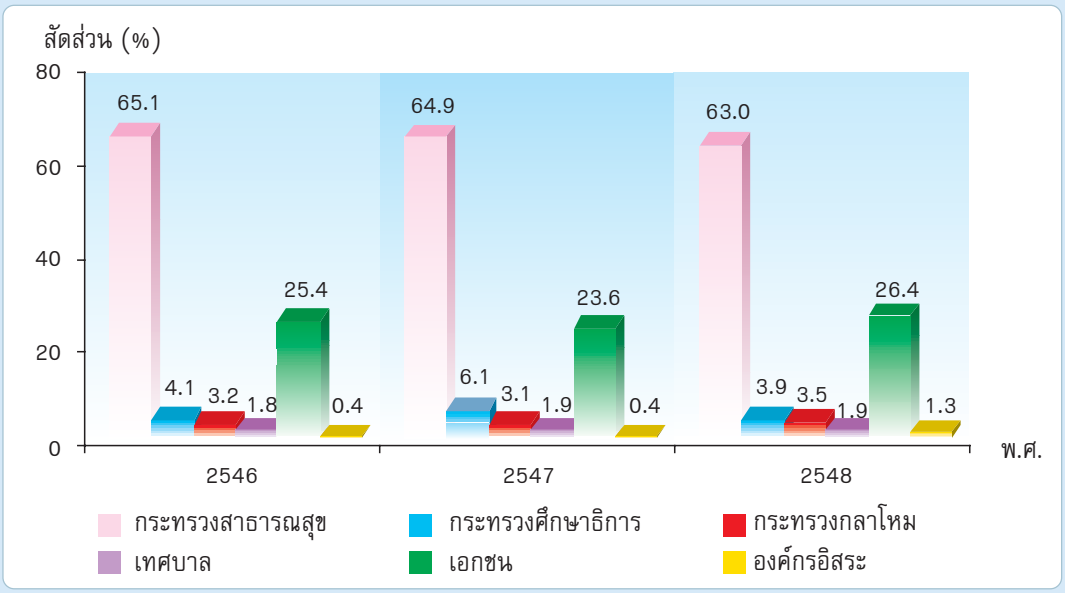


ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

5.3 การใช้บริการสุขภาพตามสังกัดและระดับของสถานบริการ

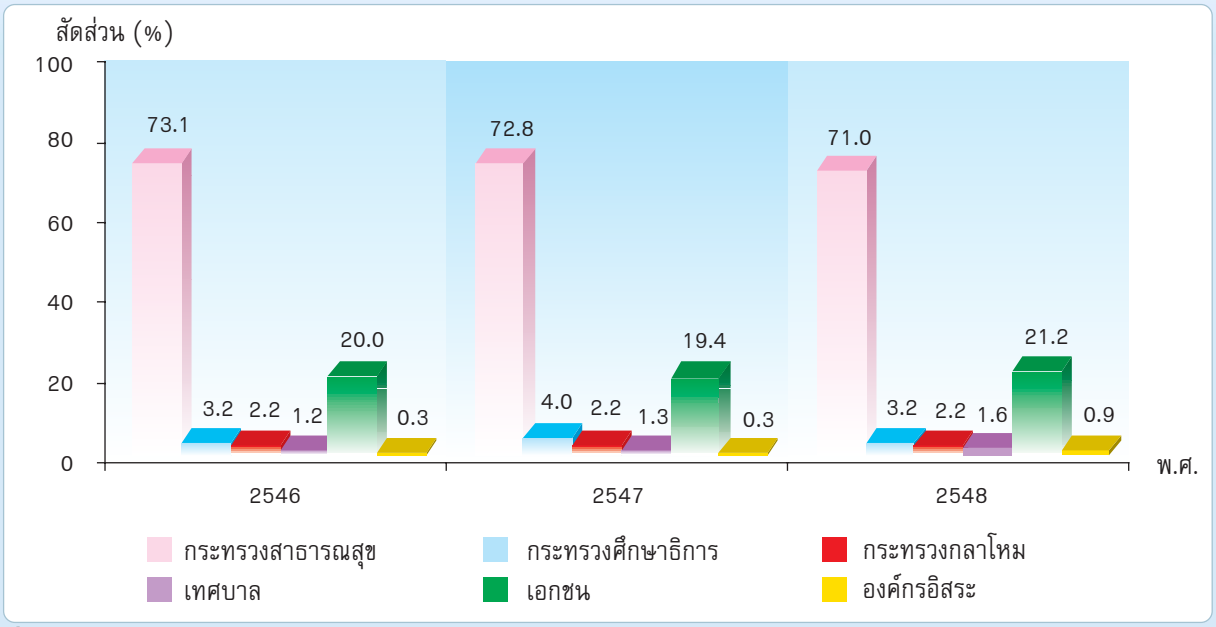
ใน พ.ศ. 2548 สัดส่วนผู้ป่วยนอกตามสังกัดของโรงพยาบาล สูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ภาพที่ 6.79) เช่นเดียวกับ สัดส่วนผู้ป่วยในตามสังกัดของโรงพยาบาล ที่สูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ภาพที่ 6.80)

ภาพที่ 6.79 สัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2546 - 2548



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

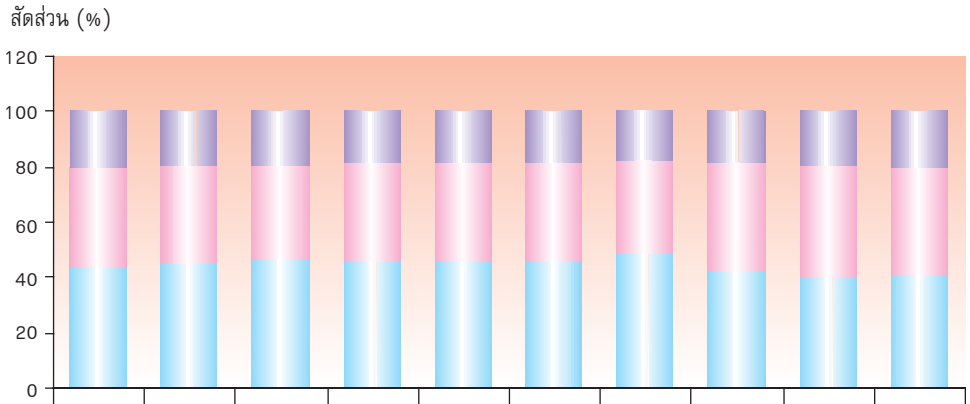
ภาพที่ 6.80 สัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2546 - 2548



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เมื่อวิเคราะห์สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก โดยรวมผู้ป่วยที่ใช้บริการที่สถานีอนามัยด้วย และวิเคราะห์เฉพาะสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อพิจารณาแนวโน้มการใช้บริการสุขภาพตามระดับของสถานบริการ จะพบว่าใน พ.ศ. 2546 สัดส่วนของผู้ป่วยนอกในระดับสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48 แต่กลับลดลงในระยะเวลาต่อมา ทั้งนี้สัดส่วนของผู้ป่วยนอกระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยตั้งแต่ พ.ศ. 2547 (ภาพที่ 6.81) และหากพิจารณาจำนวนผู้ป่วยนอก จะพบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนใน พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยนอกของสถานีอนามัยลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 6.82)

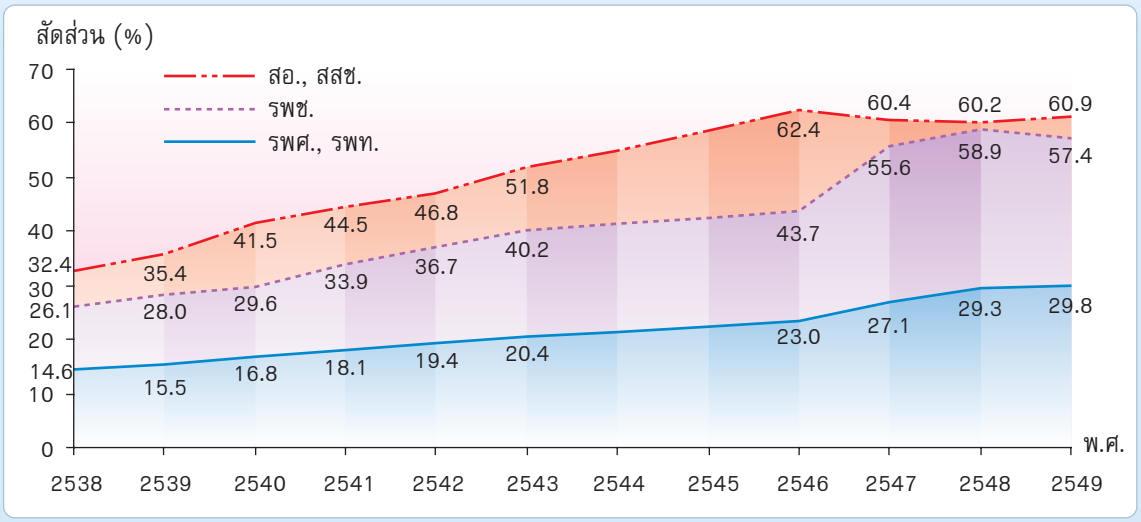
ภาพที่ 6.81 สัดส่วนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - 2549



	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2546	2547	2548	2549
รพศ. รพท.	20.0	19.6	19.1	18.8	18.8	18.2	17.8	18.9	19.7	20.1
รพช.	35.7	35.5	33.7	35.1	35.6	35.7	33.8	38.9	39.7	38.8
สอ. สสช.	44.3	44.9	47.2	46.1	45.5	46.1	48.3	42.2	40.6	41.1

ที่มา : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ภาพที่ 6.82 จำนวนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - 2549



ที่มา : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

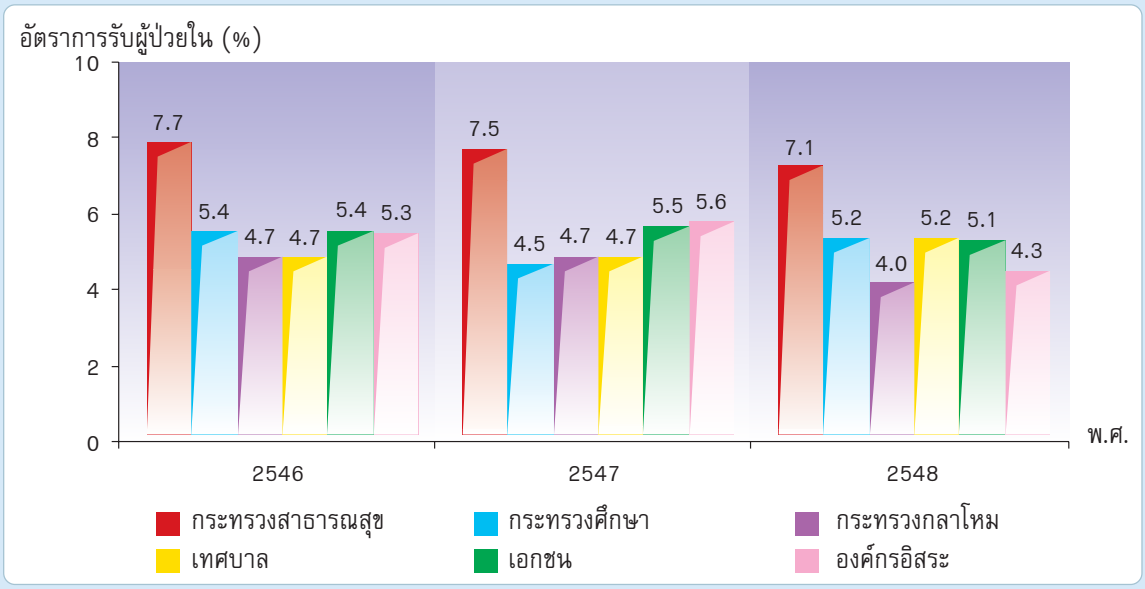
6. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ

6.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลวิเคราะห์จากอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก หมายความถึงโอกาสในการเป็นผู้ป่วยในจากผู้ป่วยทุกรายที่มาใช้บริการ ซึ่งก็คือผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง) โดยหากพิจารณาในมุมของประสิทธิภาพแล้ว หากผู้ป่วยมีความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน การรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่มากกว่า จะสะท้อนประสิทธิภาพที่ต่ำกว่า เนื่องจากการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในจะใช้ทรัพยากรและเกิดค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงกว่า แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยนอกด้วย ซึ่งจะสัมพันธ์กับปัจจัยเรื่องการเข้าถึงบริการ โดยหากการเข้าถึงบริการดี จะทำให้ผู้ป่วยนอกมีความรุนแรงน้อย ทำให้การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลน้อยตามไปด้วย

จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกที่สูงที่สุด ในขณะที่โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 6.83)

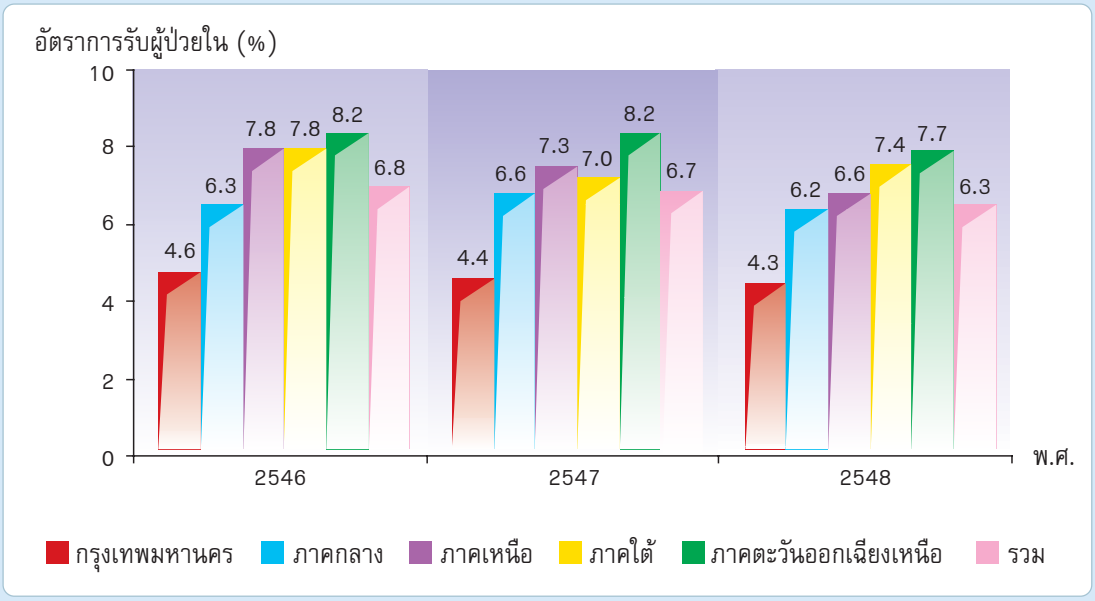
ภาพที่ 6.83 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) พ.ศ. 2546 - 2548 จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หากพิจารณารายภาค จะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกสูงที่สุด ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนต่ำที่สุด (ภาพที่ 6.84) หากพิจารณาในมุมของประสิทธิภาพ อาจจะตีความว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลที่สูงกว่าภาคอื่น แต่ในความเป็นจริง น่าจะเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันมากกว่า หมายความว่า ผู้ป่วยนอกที่รักษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจจะมีความรุนแรงของโรคที่มากกว่าภาคอื่น ทำให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลที่มากกว่า อันเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการในการรักษาที่ต่ำกว่าภาคอื่น

ภาพที่ 6.84 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) พ.ศ. 2546 - 2548 จำแนกตามภาค



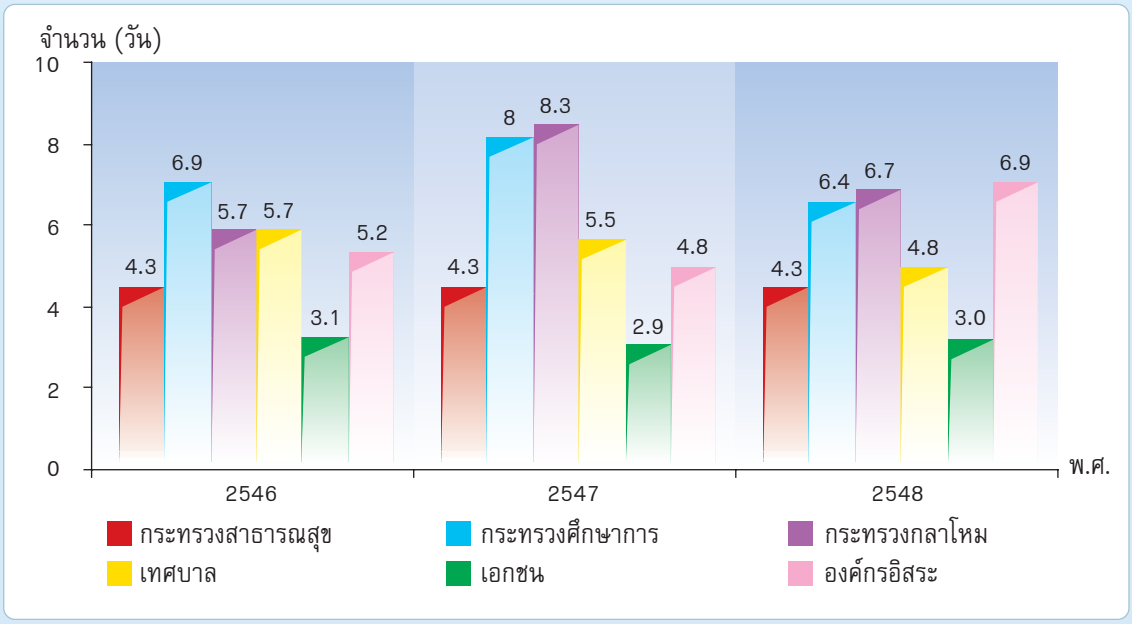
ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

6.2 วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน อาจจะช่วยในการสะท้อนประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเท่ากัน การนอนนานจะทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงประสิทธิภาพการรักษาต่ำกว่า

จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พบว่า โรงพยาบาลเอกชนมีวันนอนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 3 วัน ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีวันนอนเฉลี่ยที่สูงที่สุดประมาณ 8 วัน ใน พ.ศ. 2547 แล้วลดลงเหลือ 6-7 วัน ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 6.85) ลักษณะดังกล่าว อาจจะเกิดจากปัจจัยความรุนแรงของผู้ป่วยในด้วย โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง มักจะต้องรับผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อน ทำให้ต้องนอนนาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

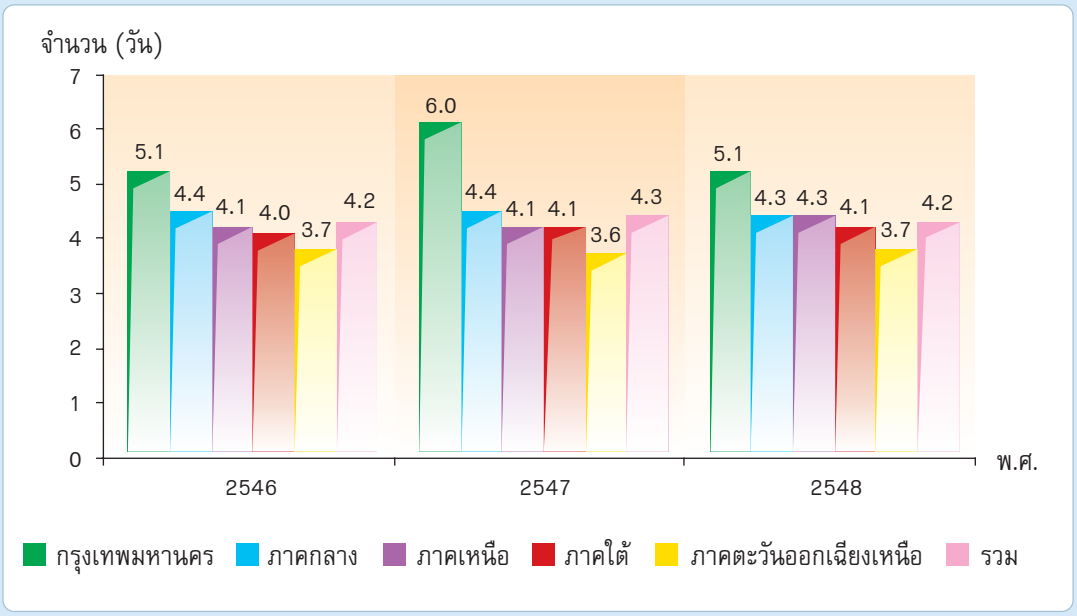
ภาพที่ 6.85 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) พ.ศ. 2546 - 2548 จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

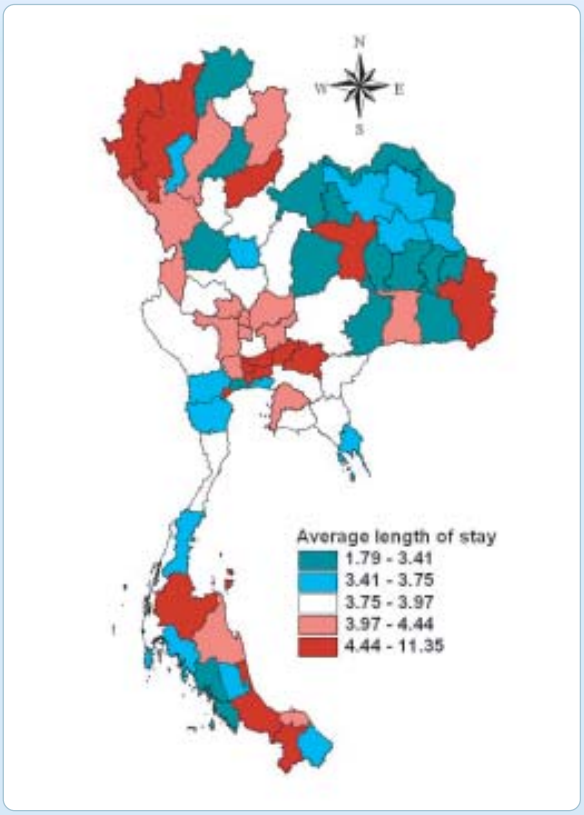
หากวิเคราะห์รายภาค จะพบว่าวันนอนเฉลี่ยของกรุงเทพมหานครนานที่สุด 5-6 วัน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีวันนอนเฉลี่ยต่ำที่สุด 3.7 วัน (ภาพที่ 6.86) ทั้งนี้ปัจจัยเรื่องศักยภาพของโรงพยาบาลน่าจะมีผลทำให้โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีศักยภาพสูง ต้องรับผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อน และนอนนาน เช่นเดียวกับ จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค และบางจังหวัดในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ (ภาพที่ 6.87)

ภาพที่ 6.86 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน พ.ศ. 2546 - 2548 จำแนกตามภาค



ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.87 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของวันนอนเฉลี่ย รายจังหวัด พ.ศ. 2547

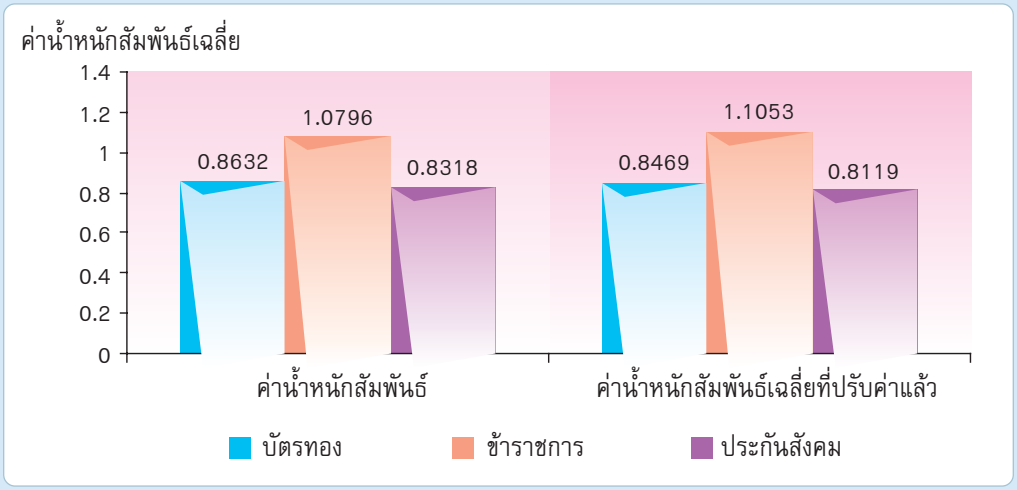


ที่มา: รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

6.3 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย

ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย เป็นเครื่องสะท้อนลักษณะของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาล และสะท้อนถึงความจำเป็นในการใช้ทรัพยากรในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย แต่ส่วนหนึ่งก็สะท้อนถึงการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วย จากข้อมูลจะพบว่าค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการสูงกว่าผู้ป่วยบัตรทองและประกันสังคม โดยผู้ป่วยประกันสังคมมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยต่ำที่สุด (ภาพที่ 6.88)

ภาพที่ 6.88 ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยผู้ป่วยใน 3 กองทุน

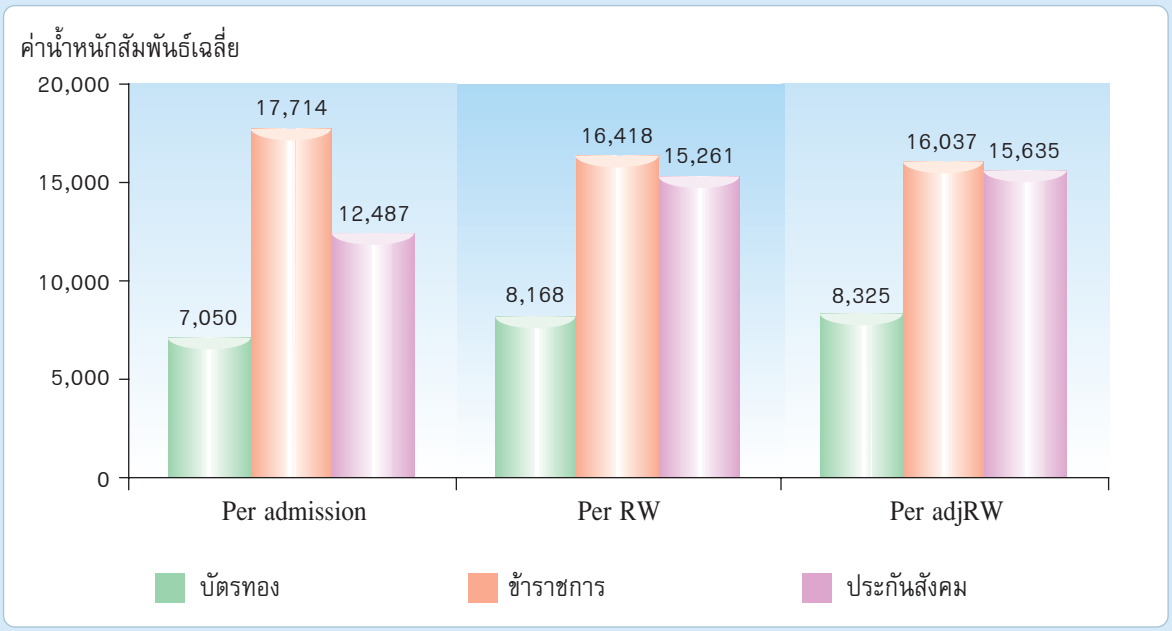


ที่มา: พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.4 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย (Charge) ต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ สะท้อนถึงการคิดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ซึ่งจะสัมพันธ์กับบริการที่ให้ ต้นทุนของโรงพยาบาล และการคิดราคาของแต่ละโรงพยาบาล จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการนอนโรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยประกันสังคม ในขณะที่หากเปรียบเทียบโดยใช้ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ จะพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยสิทธิข้าราชการและประกันสังคม มีค่าใกล้เคียงกัน แต่มากกว่าผู้ป่วยบัตรทองถึง 2 เท่า (ภาพที่ 6.89)

ภาพที่ 6.89 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้ง ต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (RW) และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted RW) ของผู้ป่วยใน 3 กองทุน



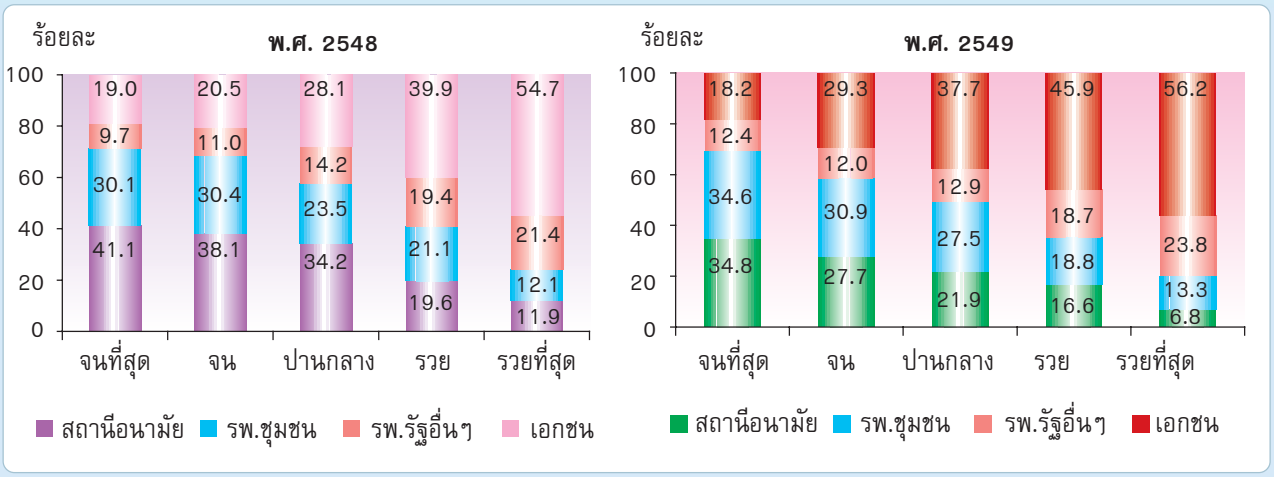
ที่มา: พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

7.1 ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ

โอกาสในการเลือกใช้บริการระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมมีความแตกต่างกัน จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 พบว่าเมื่อคิดรวมเฉพาะการใช้บริการที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป (รวมโรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่ากลุ่มที่ยากจนที่สุดมีการเลือกใช้บริการสถานีอนามัยสูงที่สุด (ประมาณร้อยละ 35-40) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดใช้โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 50) แสดงให้เห็นว่าโอกาสในการเลือกใช้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนนั้นจำกัดอยู่เพียงกลุ่มที่มีรายได้สูง และเช่นเดียวกันกับการใช้บริการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่สูงสุดในกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดเช่นกัน (ภาพที่ 6.90) ลักษณะความแตกต่างของการเลือกใช้บริการ อาจจะส่งผลต่อคุณภาพของบริการที่ได้รับตามศักยภาพของสถานพยาบาล ซึ่งจะกระทบมากหากการเจ็บป่วยนั้นต้องรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง

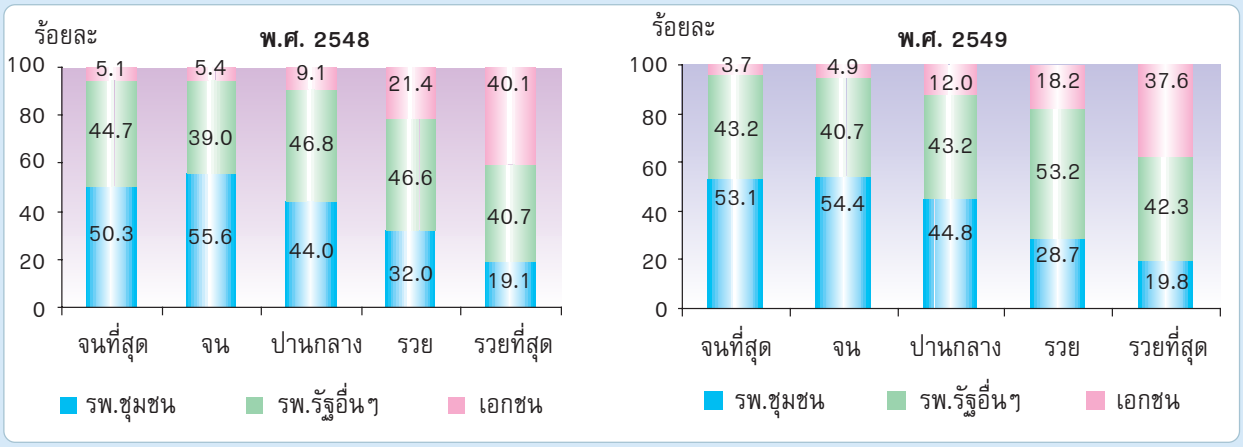
ภาพที่ 6.90 ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อป่วยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549



ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การใช้บริการในกรณีที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ก็คือกลุ่มที่ยากจนที่สุดจะใช้นอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 50) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 40) เมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้อื่น แต่อย่างไรก็ดี การนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยทุกกลุ่มรายได้มีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ประมาณร้อยละ 40 ถึง 45 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ภาพที่ 6.91) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ยากจนยังมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงอยู่พอสมควร ถึงแม้จะมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุดก็ตาม

ภาพที่ 6.91 ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อนอนในโรงพยาบาลตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549



ที่มา : วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบการใช้บริการตามสิทธิการรักษา จะพบว่า การดำเนินการตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 71.3 ใน พ.ศ. 2549 โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 55.1 ใน พ.ศ. 2549 และกลุ่มที่มีสวัสดิการข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อป่วย ที่สูงที่สุดกว่ากลุ่มอื่นๆ (ตารางที่ 6.22)

ตารางที่ 6.22 อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547 - 2549

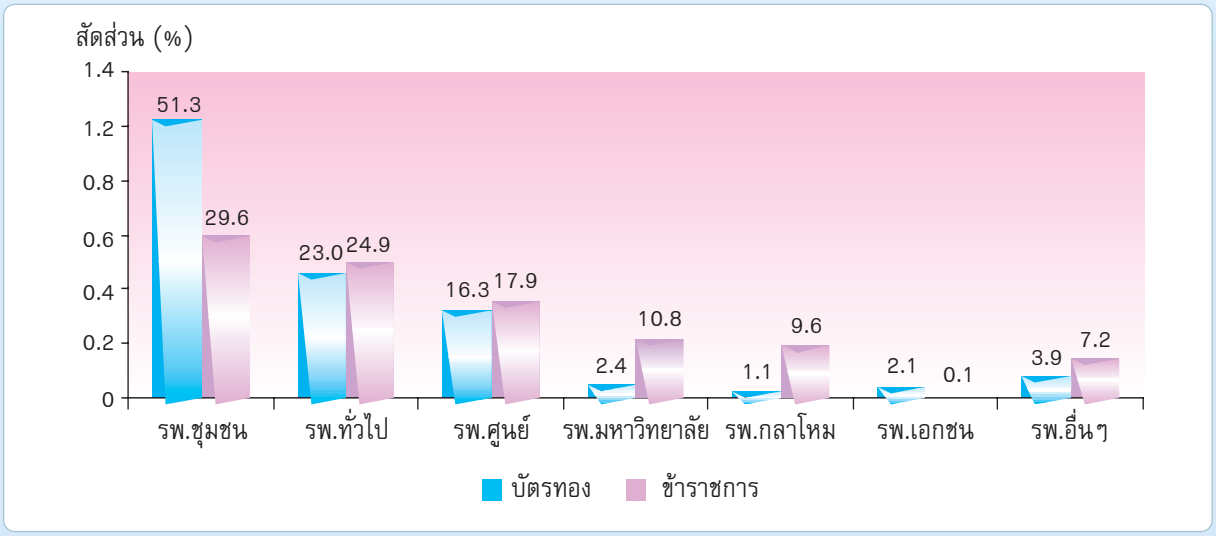
ประเภทสวัสดิการ	อัตราป่วย (ครั้ง / คน / ปี)						ร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาล					
	2534	2539	2544	2547	2548	2549	2534	2539	2544	2547	2548	2549
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	5.7	3.5	3.3	3.2	3.4	2.6	47	62	61	60.6	66.6	55.1
บัตรทอง 30 บาท / บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	3.4	5.1	4.8	3.4	-	-	62	72.8	76.5	72.1
สปร.	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	4.8	4.5	4.1	60	71	75	73.1	75.1	75.8
ประกันสังคม	-	2.5	2.5	3.0	2.7	1.9	-	58	66	63.0	68.6	66.8
ประกันเอกชน	4.4	3.5	3.0	1.9	2.1	2.4	42	72	65	60.2	77.0	50.6
รวมทั้งประเทศ	5.9	4.0	3.9	4.7	4.4	3.3	49	65	70	71.6	75.3	71.3

ที่มา :
1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

หากเปรียบเทียบสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลตามระดับและประเภทของโรงพยาบาล ระหว่างสิทธิการรักษา โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่เบิกจ่ายเงิน จะพบว่าผู้ป่วยบัตรทองมีสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลชุมชนสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลสังกัดกลาโหมที่สูงกว่าผู้ป่วยบัตรทอง สำหรับโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีข้อมูลเพียงเล็กน้อย เนื่องจากข้อจำกัดในการเบิกจ่ายเงิน (ภาพที่ 6.92) สัดส่วนที่แตกต่างกันดังกล่าว แสดงถึงโอกาสในการเลือกใช้โรงพยาบาลที่ต่างกันของแต่ละสิทธิการรักษา

ภาพที่ 6.92 สัดส่วนการนอนรักษาในโรงพยาบาลแต่ละประเภทของผู้ป่วย 2 กองทุน



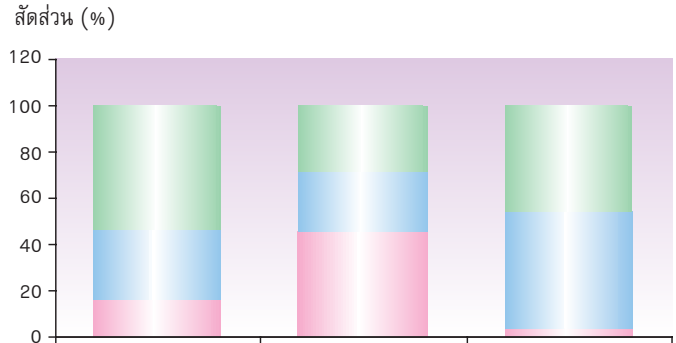
ที่มา : พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7.2 ความเป็นธรรมของการให้บริการสุขภาพ

ลักษณะการให้บริการของผู้ให้บริการ หรือสถานพยาบาลอาจจะมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ได้เลือกหัตถการบางอย่างมาใช้เพื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาที่ต่างกัน ได้แก่ การผ่าท้องคลอด และการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ โดยเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า (บัตรทอง) และสิทธิประกันสังคม จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่ใช้เพื่อเบิกจ่ายเงิน พ.ศ. 2547

อัตราการผ่าท้องคลอด (C-section) สะท้อนการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของแพทย์ร่วมกับผู้คลอด ซึ่งถ้าตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ก็น่าจะมีอัตราการผ่าท้องคลอดที่ต่างกันไม่มากนัก จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า อัตราการผ่าท้องคลอดในผู้คลอดสิทธิข้าราชการสูงสุดถึง ร้อยละ 46 ในขณะที่บัตรทองมีอัตราผ่าท้องคลอด ร้อยละ 16 และประกันสังคมมีอัตราผ่าท้องคลอดเพียง ร้อยละ 3 (ภาพที่ 6.93)

ภาพที่ 6.93 อัตราการผ่าท้องคลอดของผู้คลอด 3 กองทุน

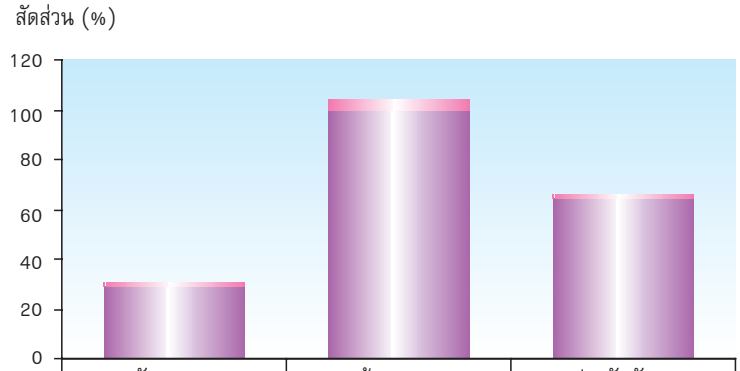


	บัตรทอง	ข้าราชการ	ประกันสังคม
คลอดเอง	53.02	28.38	45.51
คลอดโดยใช้เครื่องมือช่วย	30.68	25.73	51.12
การผ่าท้องคลอด	16.30	45.90	3.37

ที่มา : พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ กรณีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น จะมีการผ่าตัดสำคัญ ได้แก่ การผ่าตัด Coronary artery bypass graft (CABG) ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ และการขยายหลอดเลือดหัวใจ จากข้อมูลพบว่าอัตราการผ่าตัดในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นสูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยประกันสังคม และบัตรทอง (ภาพที่ 6.94) แสดงถึงโอกาสในการผ่าตัดที่แตกต่างกันระหว่างกองทุน โดยเฉพาะในผู้ป่วยบัตรทอง

ภาพที่ 6.94 อัตราการผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใน 3 กองทุน



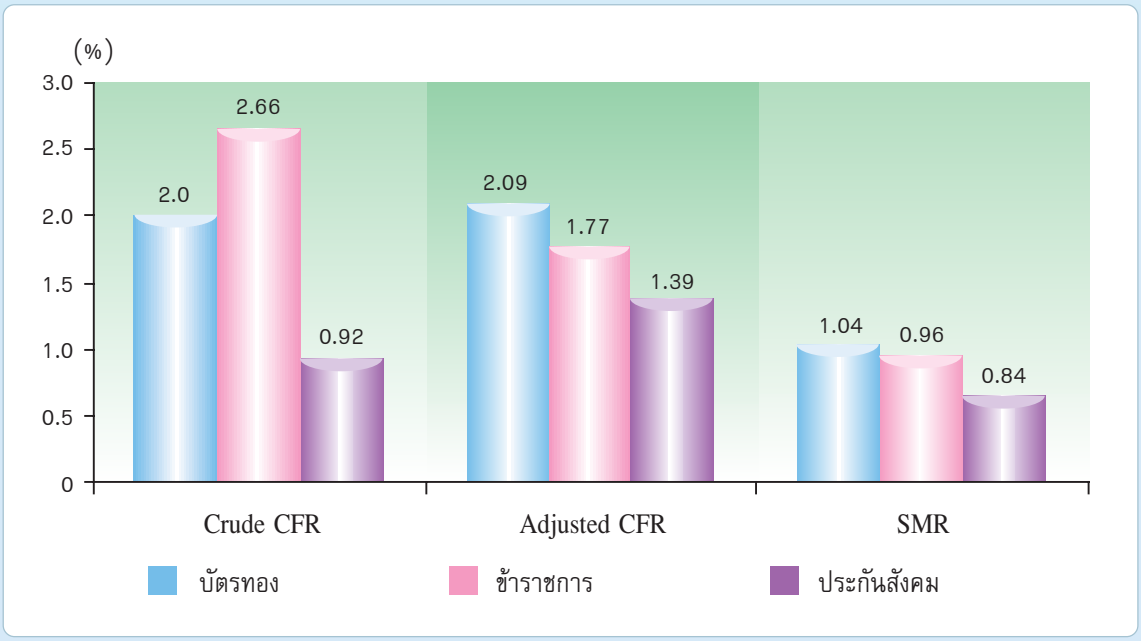
	บัตรทอง	ข้าราชการ	ประกันสังคม
% Coronary bypass	0.13	0.46	0.18
% Removal of Coronary obstruction	2.90	9.93	6.45

ที่มา: พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7.3 ความเป็นธรรมของผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ

อัตราป่วยตายของผู้ป่วยใน นับว่าเป็นผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ หากความรุนแรงของโรคเท่ากัน โอกาสเสียชีวิตของผู้ป่วยก็จะใกล้เคียงกัน จากการวิเคราะห์อัตราป่วยตายรายอายุของ 3 กองทุน โดยวิเคราะห์เป็นอัตราป่วยตายที่ปรับค่าตามอายุ (Age-adjusted case-fatality rate) จะพบว่าผู้ป่วยบัตรทองมีอัตราป่วยตายสูงที่สุด 2.09% แทนที่จะเป็นผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ ซึ่งมีอัตราป่วยตายที่ปรับค่าแล้วเท่ากับ 1.77% และผู้ป่วยประกันสังคมมีอัตราป่วยตายที่ปรับค่าแล้วเพิ่มขึ้นเป็น 1.39% เช่นเดียวกับเมื่อวิเคราะห์เป็นอัตราส่วนการตายมาตรฐาน หรือ Standardized mortality ratio (SMR) ก็พบว่าผู้ป่วยบัตรทองมี SMR เท่ากับ 1.04 (การตายเป็น 1.04 เท่าของที่ควรจะเป็น) ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ (0.96) และผู้ป่วยประกันสังคม (0.64) (ภาพที่ 6.95) ทั้งนี้หมายความว่าเมื่อปรับตามโครงสร้างอายุแล้ว ผู้ป่วยบัตรทองมีอัตราป่วยตายสูงสุด ตามมาด้วยผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ และผู้ป่วยประกันสังคม ลักษณะเช่นนี้ อาจจะเกี่ยวข้องกับลักษณะโรคที่ต่างกันของผู้ป่วย การเลือกใช้บริการ และศักยภาพของสถานพยาบาล

ภาพที่ 6.95 อัตราป่วยตายอย่างหยาบ อัตราป่วยตายที่ปรับค่าตามอายุ และ SMR ของผู้ป่วย 3 กองทุน

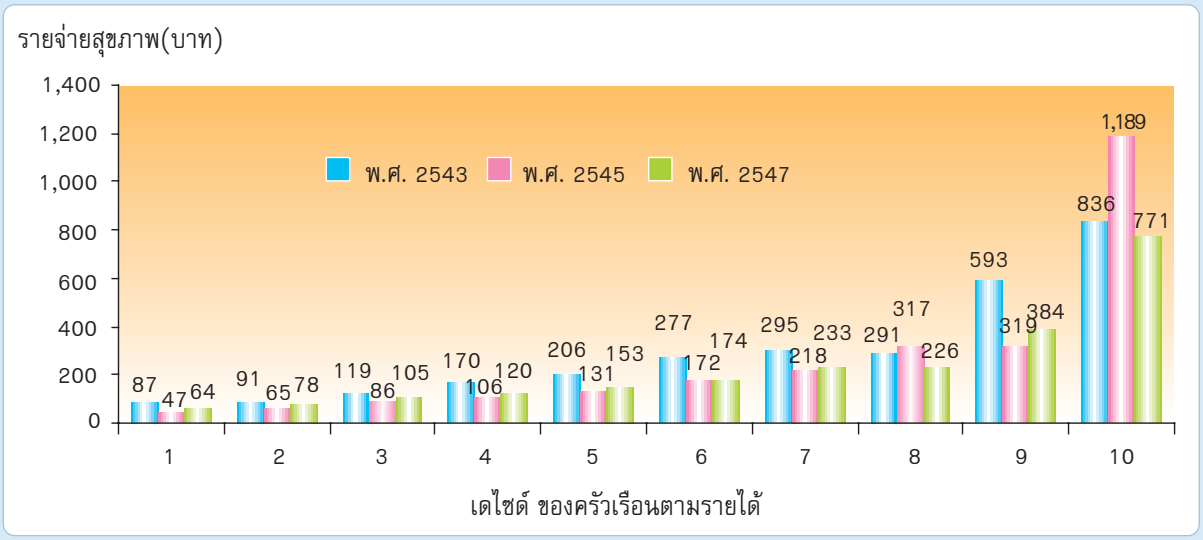


ที่มา: พินิจ ฟ้าอำนวยผล, วิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ. 2547, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7.4 ความเป็นธรรมของภาระรายจ่ายสุขภาพ

รายจ่ายของครัวเรือนตามระดับเศรษฐกิจสังคม ควรจะมีความเป็นธรรม หมายความว่า ครัวเรือนที่ยากจนควรจะจ่ายเงินเข้าสู่ระบบน้อยกว่าครัวเรือนที่ร่ำรวย โดยคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของครัวเรือน ผลกระทบจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง โดยใน พ.ศ. 2545 พบว่า กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายลดลงมากที่สุดคือ กลุ่มยากจน (กลุ่มเดไซด์ที่ 1-4) ลดลงถึงร้อยละ 27- 45 แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่รวยที่สุด (กลุ่ม 10) มีรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 42 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเลือกใช้บริการที่นอกเหนือสิทธิประโยชน์หรือการไม่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีรายจ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้น แต่ใน พ.ศ. 2547 พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนในกลุ่มยากจน (กลุ่มเดไซด์ที่ 1-4) เพิ่มขึ้นร้อยละ 10-30 แต่ก็ถือได้ว่าลดลงหากเทียบกับ พ.ศ. 2543 และมีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่รวย (กลุ่มเดไซด์ 8-10) มีรายจ่ายด้านสุขภาพลดลง ร้อยละ 7-30 (ภาพที่ 6.96)

ภาพที่ 6.96 เปรียบเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดไซล์ก่อนและหลังมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



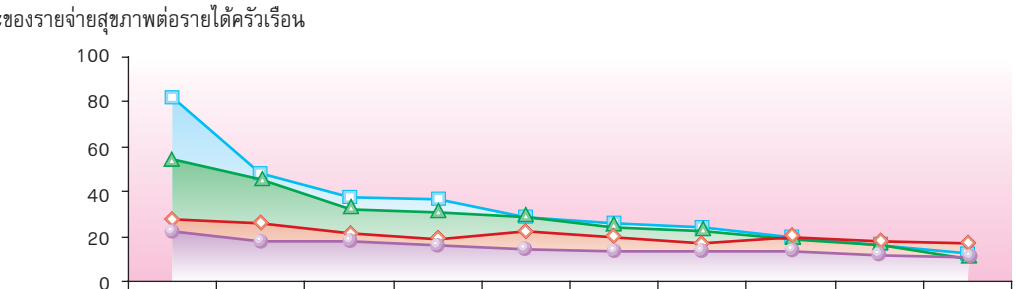
ที่มา: - วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันและอนาคต, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2547

- สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : วิเคราะห์เฉพาะไตรมาสสุดท้ายของ พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2545

เมื่อวิเคราะห์เป็นสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มรายได้ จะพบว่าภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ไม่ได้เป็นไปตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มรายได้ พบว่า คนที่มีรายได้ต่ำมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่มากกว่าคนที่มีรายได้สูง (ภาพที่ 6.97) หลังจากที่รัฐมีการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่ควรเกื้อกูลประเภทต่างๆ และดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ความแตกต่างของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนรวยกับคนจนมีแนวโน้มลดลงจาก 6.4 เท่า ใน พ.ศ. 2535 เหลือ 1.6 เท่า ใน พ.ศ. 2545 และกลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 2.1 เท่าใน พ.ศ. 2547 (ตารางที่ 6.23)

ภาพที่ 6.97 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน ตามกลุ่มเดไซด์ของรายได้ พ.ศ. 2535, 2539, 2545 และ 2547



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2535	8.17	4.82	3.74	3.65	2.87	2.57	2.45	1.99	1.64	1.27
2539	5.46	4.58	3.32	3.16	2.93	2.52	2.36	1.97	1.57	1.10
2545	2.77	2.59	2.14	1.90	2.20	1.98	1.74	1.92	1.83	1.71
2547	2.23	1.77	1.75	1.62	1.40	1.37	1.32	1.35	1.15	1.07

ที่มา : สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ, วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2535 - 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6.23 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน ตามกลุ่มเดไซด์ของรายได้ พ.ศ. 2535 - 2547

พ.ศ.	เดไซด์ของรายได้										ความแตกต่างของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	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
2547	2.23	1.77	1.75	1.62	1.40	1.37	1.32	1.35	1.15	1.07	2.1

ที่มา : สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2535 - 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2547 ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ รวมทั้งคนที่มีรายได้น้อยมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 82.2 ของผู้ยากจนที่สุด มีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ครัวเรือน และร้อยละ 94 ของผู้ที่ร่ำรวยที่สุด มีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ครัวเรือน (ตารางที่ 6.24)

ตารางที่ 6.24 ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามร้อยละของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ใน 10 กลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2547

กลุ่มเดไซล์	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน						
	0-5%	6-10%	11-20%	21-30%	31-40%	41-50%	มากกว่า 50%
1	82.2	7.3	4.7	1.2	0.3	0.1	0.8
2	91.4	5.2	1.9	0.7	0.2	0.4	0.4
3	92.2	4.6	2.2	0.3	0.1	0.1	0.5
4	92.2	5.0	1.7	0.4	0.3	0.2	0.2
5	92.2	4.8	1.9	0.4	0.3	0.2	0.2
6	92.5	4.7	1.8	0.6	0.2	0.04	0.1
7	94.2	3.1	1.7	0.4	0.2	0.03	0.4
8	94.6	2.9	2.0	0.3	0.1	0.1	0.03
9	94.5	2.8	1.6	1.0	0.02	0.0	0.1
10	94.0	3.9	1.5	0.4	0.1	0.0	0.1
รวม	92.0	4.4	2.1	0.6	0.2	0.1	0.3

ที่มา : สุพล ลิมวัฒนานนท์ และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2535 - 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

บทที่ 7
การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย

ระบบสุขภาพที่ดี ต้องเป็นระบบที่วางอยู่บนฐานของศีลธรรม คุณธรรมและจริยธรรม เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ นำไปสู่ความเท่าเทียมกันมีโครงสร้างครบถ้วนและมีการทำงานที่สัมพันธ์เชื่อมโยงและสอดประสานกันอย่างมีบูรณาการ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ตรวจสอบได้ และมีความรับผิดชอบร่วมกันอย่างสมานฉันท์ มีปัญญา/ความรู้เป็นฐาน เรียนรู้และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง สอดประสานกับวิถีชีวิตและสังคม พึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน เป็นระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม (All for Health) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All)

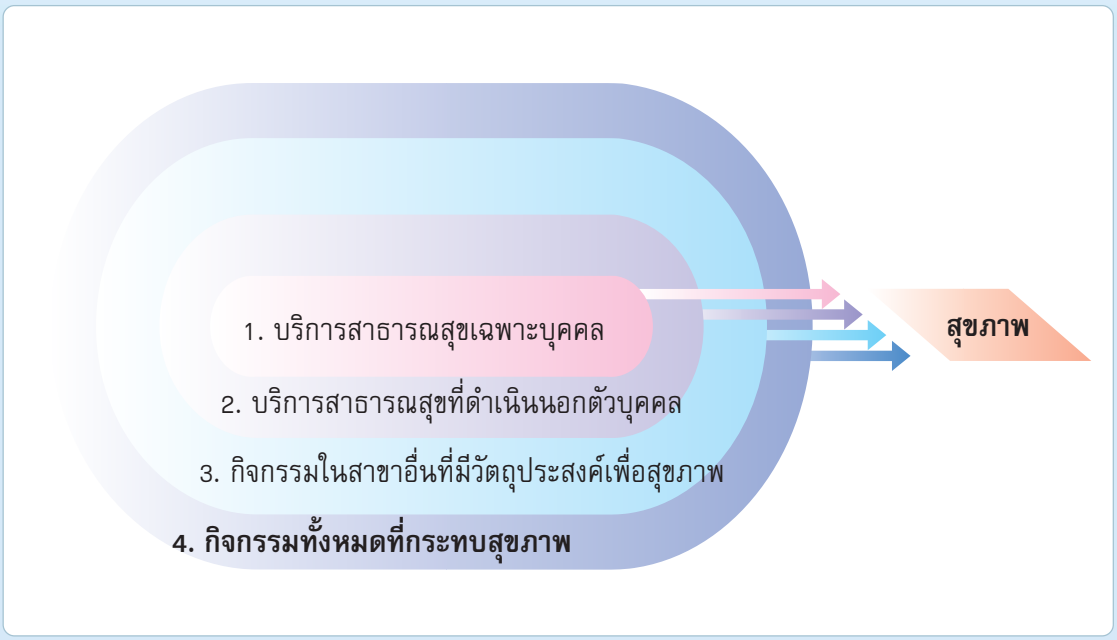
1. ขอบเขตของระบบสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก ลงวันที่ 19 มีค. 2550) ได้มีการกำหนดความหมายของ**สุขภาพ**ไว้ว่า **"สุขภาพ หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล"** และในขณะเดียวกัน ได้ให้ความหมายของ**ระบบสุขภาพ** ไว้ว่า "ระบบสุขภาพ หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ"

ส่วนคำว่า**ระบบสาธารณสุข**มีความหมายเกี่ยวกับการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สารานุกรมสาธารณสุข, 2531) และ**ระบบบริการสาธารณสุข**มีความหมายว่าการบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

สรุปแล้วระบบสุขภาพแห่งชาติจึงหมายถึงระบบต่างๆ ที่ครอบคลุมการดำเนินงานด้านสุขภาพในทุกมิติ ส่วนระบบสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยสามารถแสดงขอบเขตของระบบสุขภาพได้ดังภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 7.1 ขอบเขตการจำกัดความของคำว่าระบบสุขภาพ



ที่มา : พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

จากภาพ สามารถอธิบายขอบเขตของระบบสุขภาพออกได้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นระดับที่แคบที่สุด คือระบบบริการที่มุ่งการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล ทั้งด้านการรักษาพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ

ระดับที่ 2 เป็นระดับที่รวมบริการนอกตัวบุคคล เช่น การควบคุมโรคในชุมชน การอนามัยครอบครัวและชุมชน แต่ยังไม่รวมกิจกรรมในสาขาอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพด้วย เช่น เรื่องน้ำสะอาด สุขาภิบาล เรื่องการออกกฎหมายลดสารตะกั่วในน้ำมัน เป็นต้น

ระดับที่ 3 เป็นระดับที่รวมกิจกรรมในสาขาอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพเข้าไปด้วย เช่นการกำจัดขยะ น้ำสะอาด ความปลอดภัยบนท้องถนน เป็นต้น

ระดับที่ 4 เป็นระดับที่กว้างที่สุด ที่รวมเอากิจกรรมทั้งหมดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพหรือไม่ก็ตาม เช่น การศึกษา การท่องเที่ยว การเกษตร การผังเมือง การยุติธรรม การเศรษฐกิจ เป็นต้น

ระบบสุขภาพ (Total Health Systems) ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงมีความหมายครอบคลุมไปถึงคำจำกัดความในระดับที่ 4 ส่วนระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพมีความหมายครอบคลุมคำจำกัดความในระดับที่ 1, 2 และ 3 ส่วนระบบบริการสาธารณสุข (Health Care / Service Systems) ครอบคลุมระดับที่ 1 และเลยไปถึงบางส่วนของระดับที่ 2 เช่น งานบริการอนามัยครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

2. องค์ประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ

การจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพเป็นความพยายามจัดวางองค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพให้ครบถ้วนและสอดประสานกัน เพื่อให้ได้ระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ สามารถแบ่งองค์ประกอบของระบบสุขภาพรวมได้เป็น 10 ระบบย่อย ดังนี้ (ภาพที่ 7.2)

2.1 ระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

2.2 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

2.3 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

2.4 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

2.5 ระบบการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

2.6 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

2.7 ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

2.8 ระบบเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

2.9 ระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

2.10 ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ภาพที่ 7.2 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

ที่มา : ประยุกต์จาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2.1 ระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ หมายรวมทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) และนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) ซึ่งการพัฒนาระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่ดี ควรเน้นการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางทุกภาคส่วน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคม โดยผ่านความร่วมมือระหว่างภาคีทุกภาคส่วนและสร้างเสริมให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามาร่วมกันรับผิดชอบต่อเรื่องสุขภาพ ผสมผสานการใช้องค์ความรู้และวิทยาการสหสาขา นโยบายและยุทธศาสตร์เหล่านี้มีขอบเขตที่กว้างขวาง ได้แก่ นโยบายการกระจายรายได้ อัตราการว่าจ้างการเกษตรและอุตสาหกรรม การใช้ที่ดิน การจัดการผังเมือง การจัดการพลังงาน การจัดการสิ่งแวดล้อม การควบคุมป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร การควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมไปถึงนโยบายสาธารณสุข เช่น นโยบายการขยายและกระจายบริการสาธารณสุข นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ นโยบายการควบคุมป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ นโยบายการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ นโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา นโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น นโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

กลไกระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) จะทำหน้าที่เป็นแกนประสานเชื่อมโยงหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย เพื่อประโยชน์แก่คนส่วนใหญ่ของประเทศ

2.2 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงการใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี (พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, พ.ศ.2544) เป็นกระบวนการส่งเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินวิถีชีวิตที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาพ ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวยเป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น กล่าวคือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ จึงหมายถึงการให้บริการแก่ประชาชนโดยบุคลากรสาธารณสุขผ่านการจัดบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospitals) ที่มีแนวคิดการพัฒนาโรงพยาบาล และเพิ่มบทบาทโรงพยาบาลให้เป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพ และระบบการสร้างเสริมสุขภาพในความหมายที่กว้างตามกฎบัตรออตตาวา ที่มองว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของทุกฝ่ายในสังคมต้องร่วมกันทำผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขอันเป็นที่มาของงานหลายเรื่องได้แก่ การขับเคลื่อนงานเมืองน่าอยู่สู่เมืองไทยแข็งแรง งานชุมชนเป็นสุข งานโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นกลไกสนับสนุนหลักที่สำคัญ

2.3 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ระบบนี้มีความมุ่งหมายเพื่อลดการป่วย การตาย ความพิการและขจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพให้ได้ผลทันต่อสถานการณ์และอย่างรู้เท่าทัน โดยมีหลักการที่ต้องมีการทำงานเชิงระบบ มีการทำงานด้านวิชาการและการจัดการควบคู่กันไป ระบบนี้จึงไม่ได้หมายถึงระบบควบคุมป้องกันโรคในความหมายเดิมๆ แต่เป็นระบบที่มุ่งเน้นการควบคุมป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บหรือก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ในอดีตมักเน้นที่การป้องกันและควบคุมโรค อีกทั้งการบริหารจัดการเป็นรูปแบบโครงการในแนวดิ่ง ผ่านกลไกของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก โดยจัดแบ่งจำแนกความรับผิดชอบตามธรรมชาติของโรค เช่น โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากสิ่งแวดล้อม โรคจากการประกอบอาชีพ โรคจิต เป็นต้น แต่ปัจจุบันระบบนี้ได้ขยายความไปถึงการควบคุมและป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี รวมทั้งระบบต่างๆ ในสังคมด้วย ยกตัวอย่างเช่นกรณีไข้หวัดนก ที่ส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศจากการกีดกันทางการค้าโดยการระงับการนำเข้าไก่สดจากประเทศไทย และส่งผลทำให้มีประชาชนเสียชีวิต การป้องกันและการควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจึงต้องเป็นการทำงานแบบประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Intersectoral) โดยให้องค์กรส่วนกลางทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สภาการวิจัยแห่งชาติ องค์กรธุรกิจ มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องฯลฯ รับภาระหน้าที่ทางด้านวิชาการเพื่อติดตามความรู้ สถานการณ์ของโรคทั้งในประเทศและต่างประเทศ พัฒนาและสร้างเสริมความรู้ใหม่ให้ทันกับการแก้ปัญหาไข้หวัดนก รวมทั้งการเฝ้าระวังการกลายพันธุ์ของเชื้อหวัดนก ตลอดจนหามาตรการที่เหมาะสมในการติดตามและประเมินผลการทำงานขององค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในขณะเดียวกันองค์กรในส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชน ก็ต้องมีการปรับบทบาทให้สามารถทำงานประสานกันเพื่อระดมสรรพกำลังเข้ามาดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยสาเหตุไปพร้อม ๆ กัน ทั้งด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านการสุขาภิบาล ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ เป็นต้น ระบบการควบคุมและป้องกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในความหมายนี้จึงเป็นงานที่มีขอบเขตกว้างกว่างานการแพทย์และสาธารณสุขเช่นในอดีต

2.4 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพของประเทศไทยมีพัฒนาจากแนวคิดที่รัฐจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงในรูปแบบของสังคมสงเคราะห์ มาเป็นแนวคิดที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อการจัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า หรือแนวคิดประกันสุขภาพแบบเฉลี่ยความเสี่ยง หรือแนวคิดในการพึ่งพาตนเองโดยส่งเสริมการออมของประชาชน เพื่อให้เป็นเครื่องมือนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ว่าประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นแก่ชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกัน (Universal Coverage) โดยแยกบทบาทชัดเจนระหว่างผู้จัดให้มีบริการ (ซื้อบริการ) และผู้จัดบริการเพื่อให้มีบริการได้ครอบคลุมทั่วถึงอย่างเป็นธรรม ทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และสามารถควบคุมคุณภาพได้มาตรฐาน

ระบบการบริการสาธารณสุขที่ดี จึงหมายถึงการบริการสาธารณสุขที่มีอย่างพอเพียง เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และไม่เป็นการค้ากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล เป็นระบบที่มีบริการตั้งแต่การดูแลรักษาตัวเอง การดูแลในระดับครอบครัว การดูแลในระดับชุมชน บริการฉุกเฉิน บริการระดับปฐมภูมิ บริการระดับทุติยภูมิ บริการระดับตติยภูมิ การบริการเฉพาะสาขาหรือเฉพาะทาง และการบริการ ฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นหลักประกันมาตรฐานและคุณภาพบริการ รวมทั้งมีระบบการประเมินการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

2.5 ระบบการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ฯ หมายถึงองค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพ ที่สั่งสมมาจากการปฏิบัติในประสบการณ์ชีวิต โดยถ่ายทอดทางวัฒนธรรมของกลุ่มคน การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพจึงต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อรองรับและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการด้านสุขภาพมีทางเลือกที่หลากหลาย

ในอดีตภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพยังไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ประกอบกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพหรือการแพทย์แผนปัจจุบันมีวิวัฒนาการก้าวหน้าอย่างมาก ส่งผลให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพถูกลดความสำคัญหรือสูญหายไป แต่เมื่อสถานการณ์ทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไป ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพหรือการแพทย์นอกกระแสหลักจึงกลับมาเป็นทางเลือกใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2536 ได้มีการตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทย ขึ้นในกรมการแพทย์ ซึ่งต่อมาได้พัฒนาเป็นกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน พ.ศ. 2545 เป็นการพัฒนาการแพทย์ไทยฯ อย่างเป็นทางการ นับตั้งแต่ถูกยกเลิกไปจากโรงพยาบาลศิริราชใน พ.ศ.2447 (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2547) เป็นการเคลื่อนกระบวนทัศน์ไปสู่พลวัตใหม่ของความหลากหลายทางการแพทย์

ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพนี้ ยังต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้พัฒนาอีกมาก เนื่องจากที่ผ่านมาถูกละเลยและทอดทิ้งมายาวนาน นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2547: 39-42) และสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและประพจน์ เภตรากาศและคณะ (2549) ได้เสนอข้อเสนอทางยุทธศาสตร์หลายประการ ได้แก่ การสร้างกลไกและการพัฒนาการจัดการความรู้โดยการตั้งสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพวิถีไท การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกหลักในการกำหนดนโยบายและผลักดันให้เกิดวาระแห่งชาติด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ผลักดันให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย ส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายจัดการความรู้และสร้างแผนที่ภูมิปัญญาสุขภาพชุมชน รวมทั้งการสร้างกลไกเชื่อมโยง สื่อสารและสร้างเครือข่ายกับสถาบันวิชาการชั้นนำระดับโลกเกี่ยวกับการแพทย์และสุขภาพที่มาจากวิทยาศาสตร์กระบวนทัศน์ใหม่

2.6 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างปลอดภัยและเป็นธรรม จึงจำเป็นต้องมีระบบรองรับการดำเนินงานที่ครบถ้วน ได้แก่ระบบการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพด้านสาธารณสุข ระบบการพัฒนามาตรฐานบริการสาธารณสุข ระบบการพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ระบบการให้คำปรึกษา ระบบการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ระบบการตรวจสอบ เพื่อให้ความเป็นธรรม ระบบการไกล่เกลี่ย ระบบการเยียวยาช่วยเหลือในกรณีที่เกิดความเสียหาย เป็นต้น โดยการออกแบบระบบต่างๆ เหล่านี้ ต้องอยู่บนฐานคิดที่คำนึกถึงเรื่องสิทธิของประชาชน ในขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงสภาวะการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสมานฉันท์อันเป็นจุดเด่นของสังคมไทยด้วย

นอกจากระบบต่าง ๆ ข้างต้นแล้ว การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของภาคประชาชนก็เป็นสิ่งจำเป็น โดยต้องเสริมสร้างความเข้มแข็ง (Empowerment) ให้แก่เครือข่ายองค์กรภาคประชาชนที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับระบบการดำเนินงานของรัฐ เพื่อทำงานเสริมซึ่งกันและกันและถ่วงดุลซึ่งกันและกันด้วย

2.7 ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ในทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น มีการจัดตั้งองค์กรต่างๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในเรื่องการวิจัยด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีการริเริ่มแนวคิดการวิจัยที่ส่งผลในการสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น แต่ในภาพรวมยังไม่มีการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และการบริหารจัดการยังไม่เป็นระบบเท่าที่ควร ในอนาคตจึงควรจัดให้มีกลไกทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบาย รวมทั้งบริหารนโยบายการวิจัยและบริหารทรัพยากรด้านสุขภาพ อีกทั้งดูแลติดตาม ประเมินผลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันต้องส่งเสริมสนับสนุนและจัดการให้เกิดเครือข่ายกลไกการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพด้วย เพื่อให้เกิดการวิจัยและการจัดการความรู้ตามนโยบายอย่างมีระบบ เพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับระบบสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายลง และให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงขึ้นกว่าเดิม

2.8 ระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวด้านสุขภาพ

ระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นระบบที่ต้องมีการสร้างและพัฒนาอย่างเพียงพอและเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย โดยการสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพให้เป็นปัจจุบันทันสมัย สามารถสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจง่ายและทันการณ์ ในปัจจุบันข้อมูลข่าวสารยังไม่สามารถสะท้อนมิติทางสุขภาพของประชาชนได้อย่างครบถ้วน อีกทั้งข้อมูลที่มีอยู่ยังกระจัดกระจายเนื่องจากขาดกลไกทำหน้าที่รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ให้สามารถชี้ชัดถึงแนวโน้มของสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ขาดความแม่นยำในการใช้

ในอดีตการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะใช้กระบวนการให้สุขศึกษา โดยบุคลากรสาธารณสุขในสถานพยาบาล หรือโดยอาสาสมัครในชุมชน ทำให้ข้อมูลที่นำเสนอสู่ประชาชนมีข้อจำกัด ขึ้นอยู่กับกรอบความรู้ความเข้าใจและความเชื่อของผู้ให้ข้อมูล บางครั้งข้อมูลที่มีอยู่ไม่ทันสมัย หรือทันกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและโลกที่วิวัฒนาการไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนที่กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพเฉพาะตัวในลักษณะต่างๆ กันมากขึ้น ประกอบกับเทคนิควิธีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความทันสมัยมากขึ้น ประชาชนสามารถหาข้อมูลข่าวสารได้ด้วยตนเองจากช่องทางการสื่อสารรูปแบบต่างๆ หากมีการจัดข้อมูลสุขภาพให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน และมีระบบการกระจายข้อมูลข่าวสารไปสู่กลุ่มวิชาชีพและสื่อมวลชนต่าง ๆ รูปแบบของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพก็จะปรับและขยายจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการสาธารสุขไปสู่นักสื่อมวลชนและบุคคลกลุ่มอื่นๆ ที่มีเทคนิคการนำเสนอที่น่าสนใจ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาไปสู่การรับรู้ของประชาชนและสังคมในวงกว้างด้วยรูปแบบวิธีการและช่องทางต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น

2.9 ระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

ระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข หมายถึง ระบบนโยบายและแผนการผลิต ระบบการผลิต ระบบการพัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้และการจัดการที่มีลักษณะจำเพาะ ระบบบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ดีต้องเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและสามารถสร้างความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นได้ด้วย

ในอดีต ระบบการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขยึดโยงอยู่กับระบบการบริหารจัดการภาครัฐส่วนกลางเป็นหลัก โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ใช้บุคลากรด้านสาธารณสุขรายใหญ่ภายใต้ระบบราชการ ส่วนการผลิตอยู่ในระบบการศึกษาของชาติ และกระทรวงสาธารณสุขผลิตบุคลากรใช้เองส่วนหนึ่ง ซึ่งยังไม่มีระบบและกลไกดูแลนโยบายและแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขระดับชาติที่ชัดเจน แต่ก็มีความพยายามให้นักเรียนส่วนภูมิภาคได้รับโอกาสเข้าศึกษาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขกลับไปทำงานในภูมิลำเนา เพื่อสร้างความเป็นธรรมและแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรในชนบทมาโดยตลอด ซึ่งได้ผลดีในส่วนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสถานีอนามัย แต่ปัญหาสมองไหลจากชนบทเข้าสู่เมืองสำหรับบุคลากรสาขาแพทย์ยังคงเป็นปัญหาเรื้อรัง ปัญหาต่างๆ มีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์และปัจจัยที่เปลี่ยนไป ระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขในอนาคตจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปของสังคม โดยต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมให้มากขึ้น ลดการพึ่งพิงเฉพาะระบบและวิถีราชการให้น้อยลง จะต้องเป็นระบบพหุลักษณ์มากขึ้น จึงจะสามารถรองรับระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไปได้อย่างทันท่วงที

2.10 ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

การเงินการคลังด้านสุขภาพ หมายถึง การจัดการการเงินเพื่อให้เกิดสุขภาพ เช่นการใช้มาตรการทางภาษีส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ส่งเสริมให้บริษัทห้างร้านดูแลสุขภาพของพนักงาน ส่งเสริมให้มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้มาตรการทางภาษีควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรา เป็นต้น รวมไปถึงการจัดการการเงินการคลัง เพื่อให้มีการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า

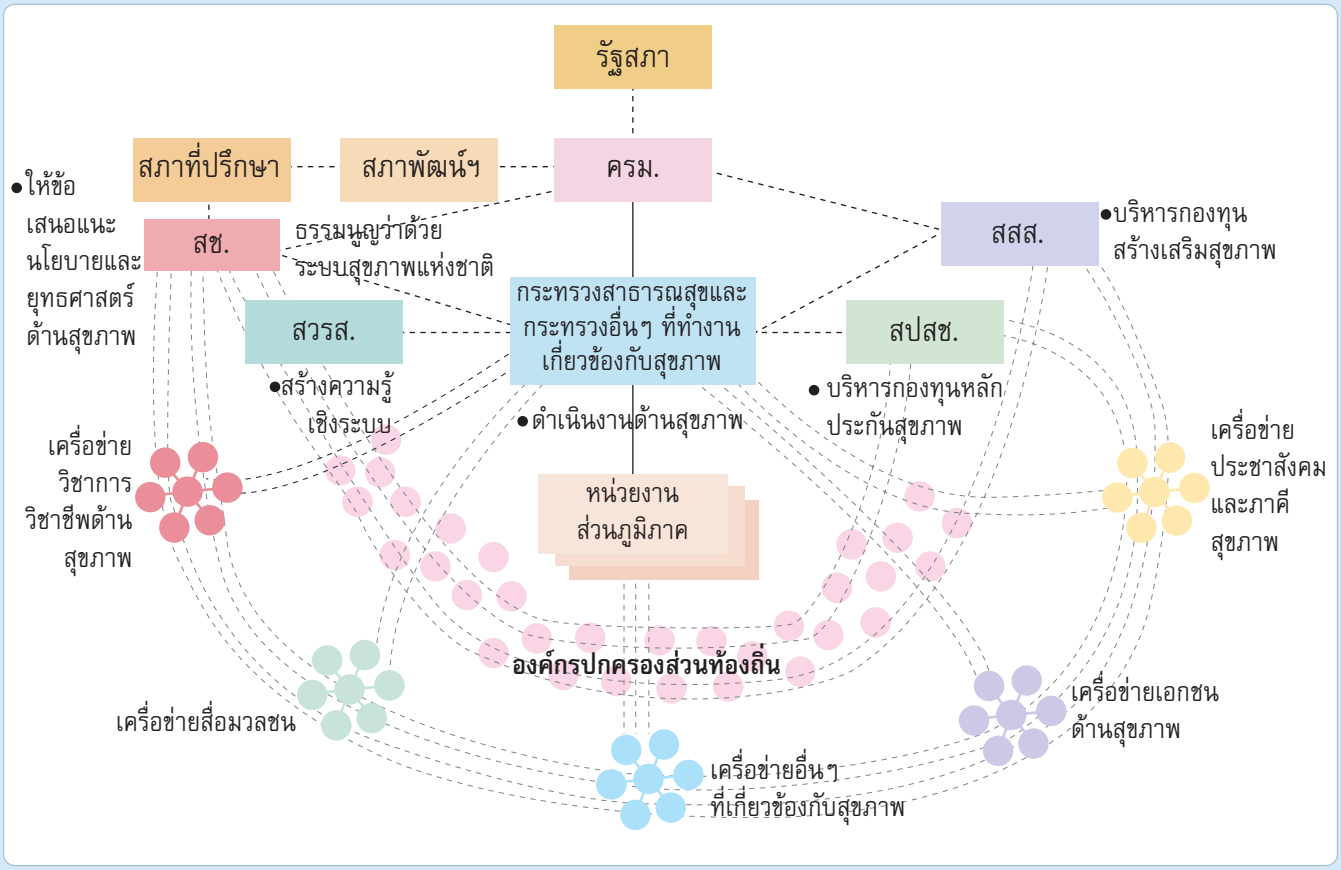
การเงินการคลังเพื่อการบริการสาธารณสุข หมายถึงระบบการเงินการคลังที่สามารถทำให้เกิดระบบบริการที่ดีทุกขั้นตอน เป็นหลักประกันว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม โดยไม่มีปัญหาทางการเงินเข้ามาเป็นอุปสรรค โดยหลักการแล้ว การเงินการคลังด้านสุขภาพต้องมีทิศทางมุ่งสู่การสร้างสุขภาพนำหน้าการซ่อมสุขภาพ เป็นระบบที่สร้างความเป็นธรรม (Equity) มีความโปร่งใส ตรวจสอบได้ (Transparency / Accountability) มีประสิทธิภาพ (Efficiency) สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในระดับที่สมเหตุสมผลได้ (Cost Containment) และทำให้มีบริการที่มีคุณภาพ (Quality)

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ทั้งในด้านการใช้มาตรการทางการเงินและมาตรการทางภาษี ได้แก่ การขึ้นภาษีสุราและยาสูบ การออกพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเก็บภาษีสุราและยาสูบ ร้อยละ 2 ใช้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งยังคงมีแนวทางและวิธีการอีกมากที่สามารถทำได้เพื่อให้เกิดการสร้างสุขภาพ และพิทักษ์รักษาสุขภาพของประชาชนและของสังคมให้ดีขึ้น ในขณะเดียวกันก็มีพัฒนาการด้านการเงินการคลังเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขปัจจุบันมี 4 ระบบหลักคือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว และระบบประกันสุขภาพเอกชน

ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพถือว่าเป็นอีกระบบหนึ่งที่เป็นปัจจัยสำคัญมากของระบบสุขภาพ เพราะสามารถใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการผลักดันในระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นไปอย่างที่พึงประสงค์ได้

บริการสาธารณสุขในสังกัดอื่นๆ สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ เป็นต้น แต่ในปัจจุบันบริบทของสังคมเปลี่ยนแปลงไปมาก เกิดกลไกใหม่ๆ ที่เข้ามาร่วมทำงานด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน (ภาพที่ 7.3)

ภาพที่ 7.3 ความเชื่อมโยงกลไกอภิบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ



จากภาพ จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะเป็นแกนกลางของรัฐมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบให้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพมีหน่วยงานในสังกัดทั้งหน่วยงานด้านบริหาร ด้านบริการ และด้านวิชาการ กระจายอยู่ทั่วประเทศ ในขณะเดียวกันก็มีกระทรวงอื่นที่มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ที่ต้องเชื่อมโยงการทำงานเข้าด้วยกัน ได้แก่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีกลไกอิสระอื่นๆ ทั้งที่อยู่ในกำกับกระทรวงสาธารณสุขและนอกกำกับ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีหน้าที่บริหารกองทุนเพื่อสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในสังคมดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ อย่างกว้างขวาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับประชาชน สำนักงานประกันสังคม (กระทรวงแรงงาน) ดูแลให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ผู้ใช้แรงงานและครอบครัว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนเพื่อ สนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ด้านระบบสุขภาพ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการโรงพยาบาล (พรพ.) มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ และ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแก่รัฐบาลและแก่ทุกภาคส่วนในสังคม โดยเน้นกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม

ในขณะเดียวกันก็มีกลไกอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมากที่มีส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ได้แก่ สภาที่ปรึกษาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาการด้านสุขภาพ สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ ภาคเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพและสื่อมวลชน องค์กรสาธารณประโยชน์ด้านสุขภาพและเครือข่ายประชาสังคมด้านสุขภาพ เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค เครือข่ายประชาคมสุขภาพที่ทำงานด้านเอดส์ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือก เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ ในระดับพื้นที่ก็มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศกว่า 7,000 แห่ง มีอำนาจและหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางและชัดเจนตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง

จึงเห็นได้ว่ากลไกต่างๆ ที่มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพที่มีเป็นจำนวนมาก แตกต่างและหลากหลายเหล่านี้ มิได้อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาและสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข แต่จะต้องมีระบบการทำงานที่สอดประสานเชื่อมโยงกันตามลักษณะสังคมที่เป็นพหุลักษณ์ อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขยังคงต้องทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักในการประสานเชื่อมโยงการทำงานของกลไกต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อสร้างเสริมพลัง (Synergy) ร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานของระบบย่อยต่างๆ ให้ไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าร่วมกัน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรปรับลดบทบาทผู้ปฏิบัติการเองให้เหลือเท่าที่จำเป็นจริงๆ และส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรและกลไกในภาคส่วนต่างๆ ทำหน้าที่ผู้ปฏิบัติการให้มากและหลากหลายยิ่งขึ้น

4. หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

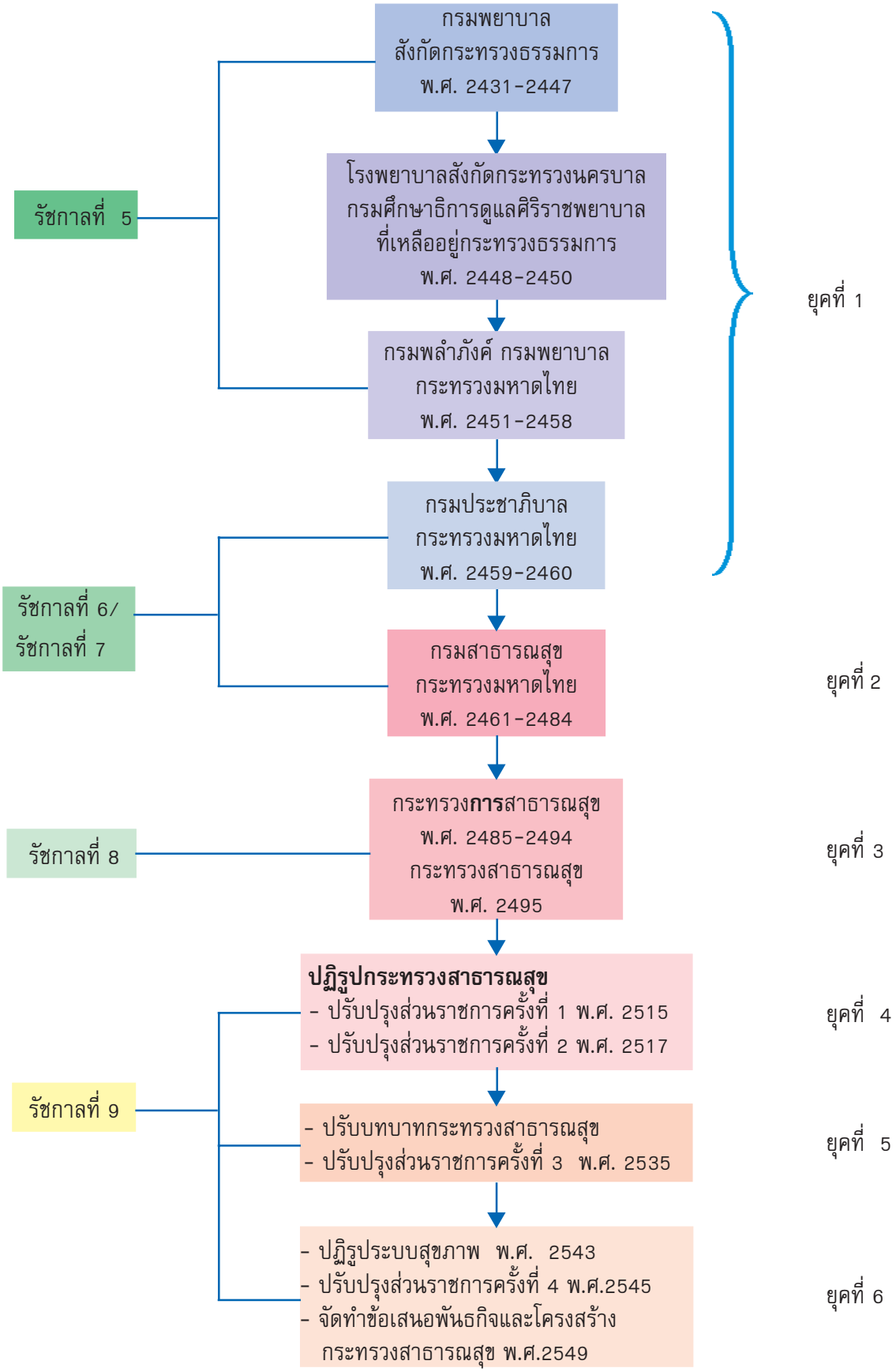
4.1 กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ มีส่วนแบ่งของทรัพยากรกว่าร้อยละ 60 ซึ่งเกือบทั้งหมดอยู่ในชนบททั่วประเทศ จึงเป็นผู้จัดบริการสาธารณสุขหลักของประเทศไทย รวมทั้งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศด้วย โดยมีพัฒนาการและระบบบริหารงานที่สำคัญดังนี้

4.1.1 วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ.2431 - ปัจจุบัน และแนวโน้มอนาคต

กระทรวงสาธารณสุขมีพัฒนาการมาตั้งแต่ พ.ศ.2431 ขณะนั้นเป็นกรมพยาบาล สังกัดกระทรวงธรรมการ จนถึงการเป็นกรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทยใน พ.ศ.2461 และเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2485 จึงได้สถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้น ตาม พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม(ฉบับที่ 3) พ.ศ.2485 ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงส่วนราชการอีกหลายครั้ง คือ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2515 ครั้งที่ 2 พ.ศ.2517 ครั้งที่ 3 พ.ศ.2535 และครั้งที่ 4 พ.ศ.2545 ได้มีการปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้าง สำหรับปัจจุบัน พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการศึกษาบทบาทหน้าที่ ระบบงานและโครงสร้างขององค์กร เพื่อวางแผนและดำเนินการปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมระดับประเทศและระดับโลก ทั้งนี้เพื่อให้สามารถพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคาดว่าจะมีการปรับปรุงบทบาทหน้าที่ ระบบงานและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขครั้งที่ 5 ในเวลาไม่นานนี้(ภาพที่ 7.4)

ภาพที่ 7.4 วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2431 - ปัจจุบัน



แนวโน้มในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะหน่วยงานในส่วนกลางจะเล็กลง โดยจะเป็นกลไกทำหน้าที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ควบคุม กำกับและกำหนดมาตรฐานและการประสานเชื่อมโยงศักยภาพทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามาร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ และลดบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติเองให้เหลือเท่าที่จำเป็น ซึ่งงบประมาณดำเนินการจัดบริการสุขภาพเกือบทั้งหมดไปอยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจ่ายเงินไปสถานบริการโดยตรงไม่ผ่านกระทรวงสาธารณสุขแล้วตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2549 เป็นต้นไป สำหรับหน่วยงานภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในอนาคตอาจต้องปรับเป็นหน่วยงานสังกัดนิติบุคคลจังหวัด(กรมจังหวัด)เพื่อรองรับการบริหารงานโดยยึดยุทธศาสตร์จังหวัดและข้อตกลงที่ทำขึ้นอันสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ส่วนสถานบริการสุขภาพทุกประเภท/ระดับในพื้นที่เดียวกันอาจปรับรวมกันเป็นหน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคลที่มิใช่ส่วนราชการแต่อยู่ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่หรืออาจถ่ายโอนไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.1.2 อำนาจหน้าที่และโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

1) อำนาจหน้าที่และภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข

ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุมและรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข”

โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ ให้ประชากรมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ

2) โครงสร้างการบริหารงาน

กระทรวงสาธารณสุขแบ่งการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค

(1) การบริหารราชการส่วนกลาง (ภาพที่ 7.5) มี 10 ส่วนราชการประกอบด้วย (1) สำนักงานรัฐมนตรี (2) สำนักงานปลัดกระทรวง และ (3) กลุ่มภารกิจ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มภารกิจ รวม 8 กรม ดังนี้

- **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์** ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต
- **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข** ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย
- **กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ** ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มภารกิจใดกลุ่มภารกิจหนึ่งโดยเฉพาะ ดังนี้

- **หน่วยงานในกำกับ** มี 6 หน่วยงาน โดย 4 หน่วยงาน กำลังอยู่ระหว่างการจัดทำพระราชบัญญัติ คือ สถาบันพระบรมราชชนก (อยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) สถาบันวิจัย

วิทยาศาสตร์สาธารณสุข (อยู่ภายใต้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์) สถาบันพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และอีก 2 หน่วยงาน ที่มี พ.ร.บ. ของตนเองแล้ว คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- **รัฐวิสาหกิจ** มี 1 หน่วยงาน คือ องค์การเภสัชกรรม
- **องค์การมหาชน** มีหน่วยงานที่จะปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชนภายใต้ พ.ร.บ.องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 คือ สถานบริการสุขภาพ(โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน/สถานีอนามัย) เมื่อมีความพร้อม โดยขณะนี้มีเพียง 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร และกำลังดำเนินการจัดตั้งเพิ่มขึ้น

ใน พ.ศ. 2550 มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้นตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นนิติบุคคลในกำกับนายกรัฐมนตรี มีบทบาทหลักในการประสานงาน กับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ

ภาพที่ 7.5 โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข

สภาวิชาชีพ — **กระทรวงสาธารณสุข** — **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ**

สำนักงานรัฐมนตรี

ปลัดกระทรวง

- **สำนักงานปลัดกระทรวง**
  ราชการบริหารส่วนกลาง
  - สำนักบริหารกลาง
  - ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
  - สถาบันพระบรมราชชนก
  - สำนักตรวจและประเมินผล
  - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ราชการบริหารส่วนภูมิภาค
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ รองปลัดกระทรวง

- **กรมการแพทย์**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการเจ้าหน้าที่
  - กองคลัง
  - กองแผนงาน
  - โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
  - โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)
  - โรงพยาบาลราชวิถี
  - โรงพยาบาลเลิดสิน
  - โรงพยาบาลสงฆ
  - ศูนย์ลิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ
  - สถาบันทันตกรรม
  - สถาบันพยาธิวิทยา
  - สถาบันประสาทวิทยา
  - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
  - สถาบันธัญญารักษ์
  - สถาบันโรคทรวงอก
  - สถาบันโรคผิวหนัง
  - สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
  - สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
  - สำนักการพยาบาล
  - สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
- **กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก**
  - 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
  - สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม
  - สำนักโรคติดต่อทั่วไป
  - สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
  - สำนักโรคไม่ติดต่อ
  - สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- **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.)
- สถาบันบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (จัดทำ พ.ร.บ.)
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (จัดทำ พ.ร.บ.)

รัฐวิสาหกิจ
- องค์การเภสัชกรรม

องค์การมหาชน (ต้องออก พ.ร.ฎ.)
- สถานบริการสุขภาพ (มีโรงพยาบาลบ้านแพ้วออก พ.ร.ฎ. แล้ว)

ที่มา : *กฎกระทรวงสาธารณสุข, 2545*

หมายเหตุ : *หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน หน่วยงานในกำกับ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขแต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง*

(3) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค (ภาพที่ 7.6)

หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย

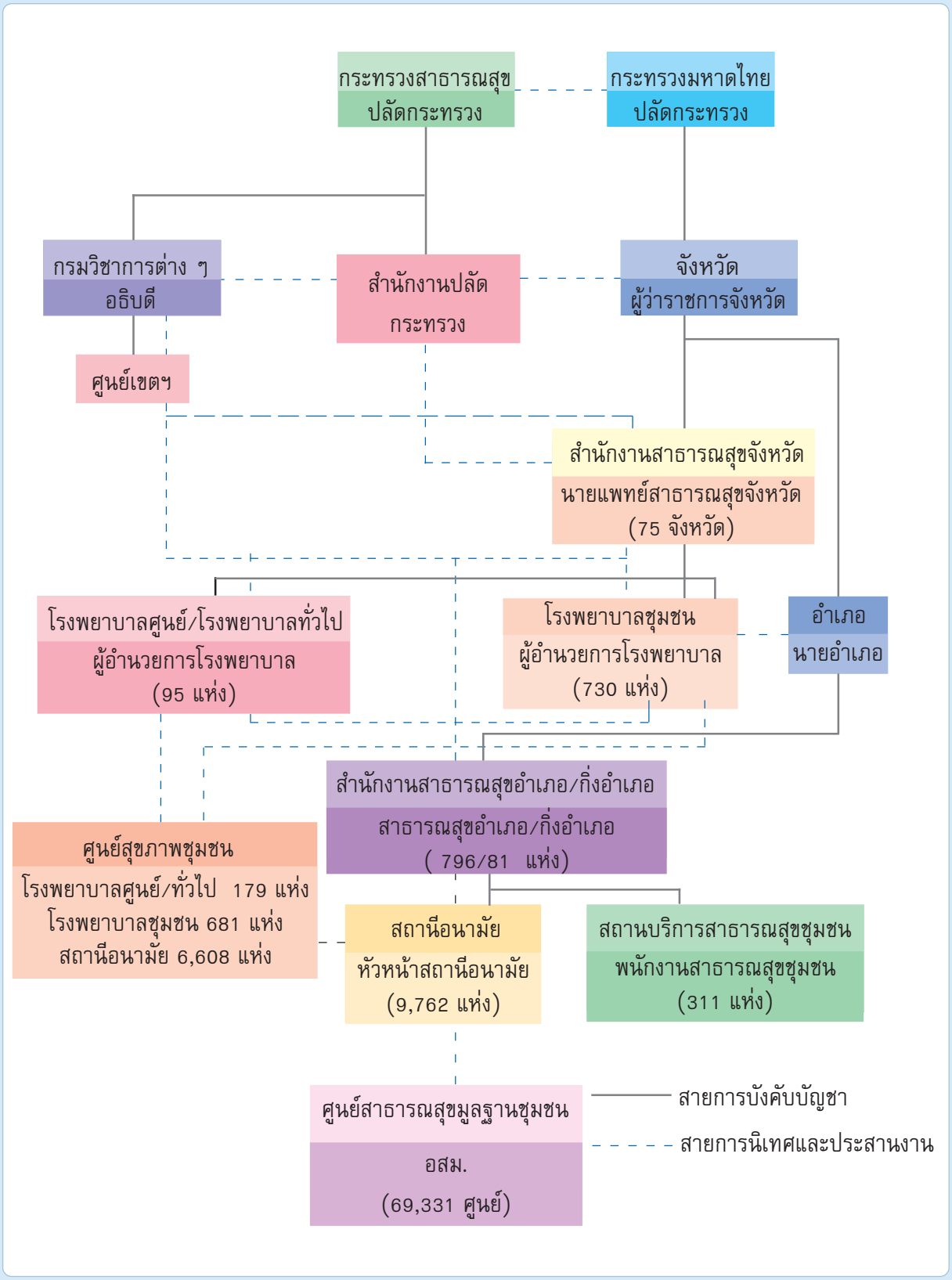
ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นไป รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนบทบาทอำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดให้เป็นผู้บริหารสูงสุดของจังหวัด(Chief Executive Office: CEO) และใช้การบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการ เพื่อมุ่งพัฒนาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด จึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข

ตั้งแต่รัฐบาลมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้มีการปรับให้โรงพยาบาลทุกแห่งและสถานีอนามัยจัดตั้ง**ศูนย์สุขภาพชุมชน**ขึ้น มีภารกิจในการจัดบริการสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน เพื่อให้บริการชุมชนและประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยมีระบบการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาและส่งต่อ

ปัจจุบัน (พ.ศ. 2549) มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณ 7,515 แห่ง โดยเป็นหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7,468 แห่ง จำแนกเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป จำนวน 179 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 681 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งพัฒนามาจากสถานีอนามัย จำนวน 6,608 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 67.7 ของสถานีอนามัยทั้งหมด (9,762 แห่ง) และเป็นหน่วยบริการสังกัดภาคเอกชน จำนวน 47 แห่ง

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนจะเป็น“ผู้รับสัญญาระดับต้น” (Contracting Unit for Primary Care - CUP) และสถานีอนามัยต่างๆ จะได้รับทรัพยากรสนับสนุนจากโรงพยาบาลแต่ยังอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ

ภาพที่ 7.6 โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค



4.1.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวนมากทั้งในลักษณะของ พ.ร.บ. กฎกระทรวง, ข้อบังคับและระเบียบต่างๆ โดยแบ่งเป็น

1) พระราชบัญญัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำกับดูแลโดยตรง แบ่งเป็น 4 ประเภท รวม 37 พ.ร.บ. (ตารางที่ 7.1)

ตารางที่ 7.1 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

ตารางที่ 7.1 พ.ร.บ. ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเองโดยตรง (ต่อ)

ลำดับที่	ประเภทพระราชบัญญัติ
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 แต่ร่วมรับผิดชอบกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สำนักนายกรัฐมนตรีและกระทรวงมหาดไทย ฯลฯ มี 7 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
(7) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550

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

4.1.4 แผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินกิจกรรมภายใต้แผนงาน/โครงการในแผนพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนปฏิบัติราชการ (ดูรายละเอียดในบทที่ 3) รวมทั้งนโยบายที่กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การปฏิบัติตามแผนงานโครงการดังกล่าว แม้จะเป็นลักษณะการปฏิบัติงานแบบผสมผสานโดยหน่วยงานในส่วนภูมิภาค แต่การสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการจากส่วนราชการในส่วนกลาง ยังคงเป็นลักษณะการสนับสนุนแบบแนวดิ่ง การประสานงานระหว่างส่วนราชการยังมีไม่มากเพียงพอ

4.1.5 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย ข้าราชการประมาณร้อยละ 70 และลูกจ้างประจำ ประมาณร้อยละ 30 แต่ตั้งแต่ พ.ศ.2532 เป็นต้นมา สัดส่วนลูกจ้างประจำมีแนวโน้มลดลงเหลือเพียงร้อยละ 19.4 ใน พ.ศ.2549 และตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา สัดส่วน ข้าราชการมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากมีพนักงานของรัฐมากขึ้น จนกระทั่งใน พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2547 ให้บรรจุพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น**ข้าราชการ** จำนวน 27,385 ตำแหน่ง ส่งผลให้มีข้าราชการเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 80.1 ใน พ.ศ. 2549 ดังภาพที่ 7.7 และ 7.8

ใน พ.ศ.2549 กระทรวงสาธารณสุขมีอัตรากำลังทั้งสิ้น 211,891 คน เป็นข้าราชการ 169,622 คน คิดเป็นร้อยละ 80.1 เป็นลูกจ้างประจำ 41,074 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ที่เหลือเป็นพนักงานราชการ 1,195 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 โดยพบว่า ข้าราชการร้อยละ 89.1 ลูกจ้างประจำร้อยละ 76.4 และพนักงานราชการร้อยละ 51.8 อยู่ในสำนักงานปลัดกระทรวง โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานที่มีอัตรากำลังที่เป็นข้าราชการน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ 0.1 ของกระทรวงสาธารณสุขและกรมที่มีสัดส่วนของข้าราชการน้อยกว่าลูกจ้างประจำ คือ กรมควบคุมโรค (ตารางที่ 7.2)

ใน พ.ศ.2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำสัญญาจ้างพนักงานราชการเข้าปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น คล่องตัวและสอดคล้องกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ จนปัจจุบันมีพนักงานราชการทั้งสิ้น 1,195 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สนับสนุนทางด้านบริหารและบริการ (ตารางที่ 7.3)

ตารางที่ 7.2 จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2549

กรม	ข้าราชการ		ลูกจ้างประจำ		พนักงานราชการ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สำนักงานปลัดกระทรวง	151,125	89.1 (82.5)	31,393	76.4 (17.1)	619	51.8 (0.3)	183,137	86.4
กรมการแพทย์	7,572	4.5 (73.8)	2,582	6.3 (25.1)	112	9.4 (1.1)	10,266	4.8
กรมอนามัย	2,009	1.2 (54.6)	1,621	3.9 (44.1)	48	4.0 (1.3)	3,678	1.7
กรมควบคุมโรค	2,980	1.8 (47.7)	3,013	7.3 (48.2)	252	21.1 (4.0)	6,245	2.9
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	973	0.6 (77.3)	263	0.6 (20.9)	23	1.9 (1.8)	1,259	0.6
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	602	0.4 (90.8)	60	0.1 (9.0)	1	0.1 (0.2)	663	0.3
กรมสุขภาพจิต	3,265	1.9 (64.2)	1,712	4.2 (33.7)	109	9.9 (2.1)	5,086	2.4
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	949	0.6 (69.0)	427	1.0 (31.0)	0	0.0 (0.0)	1,376	0.6
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	147	0.1 (81.2)	3	0.01 (1.7)	31	2.6 (17.1)	181	0.1
รวม	**169,622**	**100.0 (80.1)**	**41,074**	**100.0 (19.4)**	**1,195**	**100.0 (0.5)**	**211,891**	**100.0 (100.0)**

ที่มา : กองและฝ่ายการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ ตุลาคม 2549

หมายเหตุ : 1. ตัวเลขข้าราชการและลูกจ้างประจำของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง ซึ่งเป็นข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2549

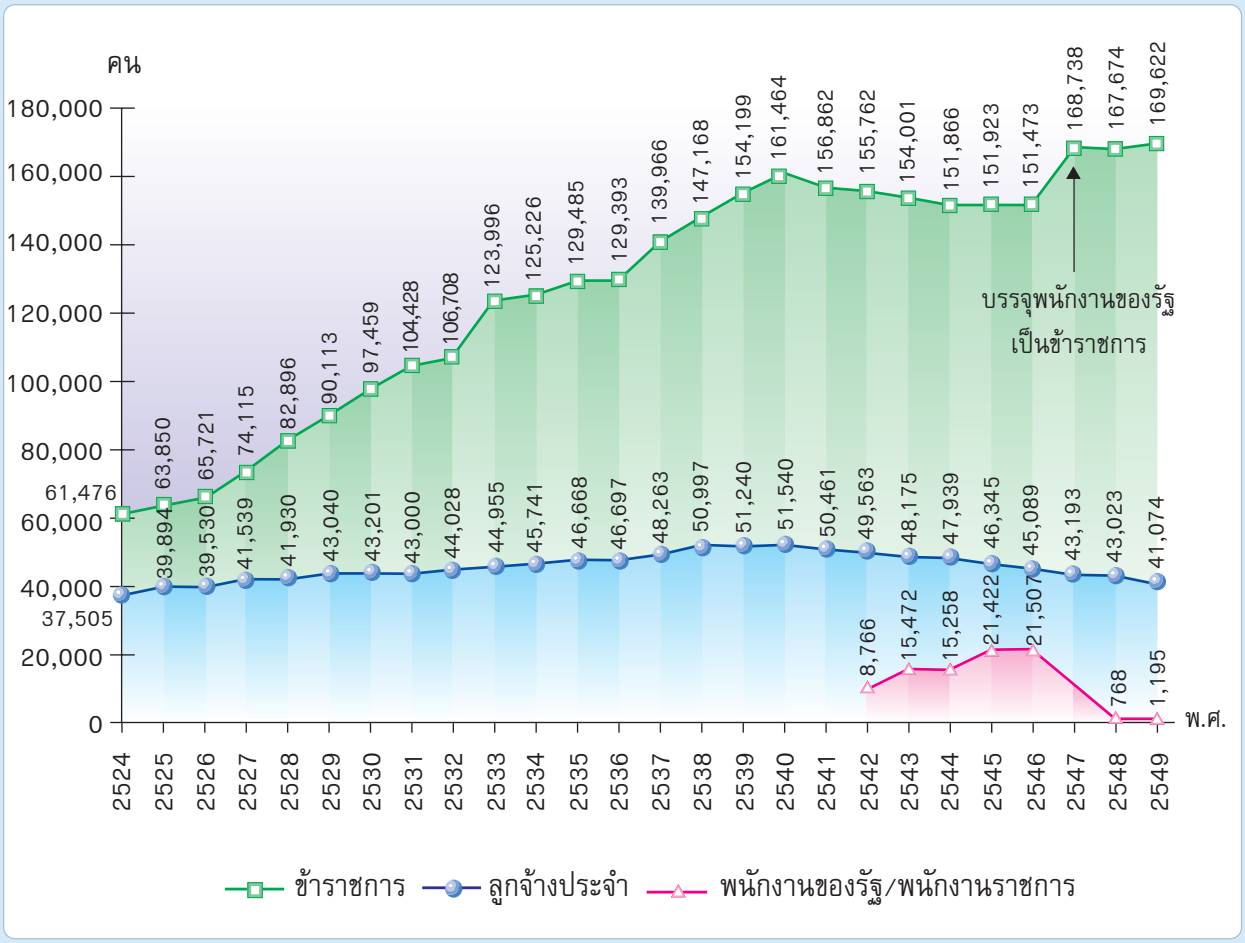
2. ตัวเลขใน ( ) คือ ร้อยละตามแนวนอน

ตารางที่ 7.3 จำนวนพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามสาขา/วิชาชีพ พ.ศ. 2549

สาขา/วิชาชีพ	จำนวน
1. นักวิชาการการเงินและบัญชี/นักวิชาการพัสดุ	275
2. เจ้าพนักงานควบคุมโรค / พนักงานสนับสนุนบริการ	199
3. นักสถิติ/นักวิชาการคอมพิวเตอร์/เจ้าหน้าที่ระบบงานคอมพิวเตอร์	152
4. พยาบาลวิชาชีพ	104
5. นักวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม/นักวิชาการสาธารณสุข	73
6. เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับธุรการ/การเงิน/พัสดุ/สถิติ/บันทึกข้อมูล	70
7. นักอาชีวบำบัด/นักกายภาพบำบัด	57
8. นักเทคนิคการแพทย์	51
9. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	43
10. นิติกร/ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย	29
11. นักสังคมสงเคราะห์/นักจิตวิทยา	26
12. บุคลากร/นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล	21
13. พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	21
14. เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์/นักประชาสัมพันธ์/นักวิชาการเผยแพร่	18
15. เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	17
16. นักโภชนาการ	10
17. นายช่าง/ช่างโยธาเครื่องกล/ไฟฟ้า/ไฟฟ้าสื่อสาร/เทคนิค	10
18. นักรังสีการแพทย์ / เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ / เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์	6
19. นักวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัย	6
20. บรรณารักษ์ / เจ้าหน้าที่ห้องสมุด	3
21. ช่างภาพการแพทย์ / นักเทคโนโลยีโรคหัวใจ	2
22. เภสัชกร	2
รวม	**1,195**

ที่มา: กองและฝ่ายการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 7.7 จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐและพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524 - 2549



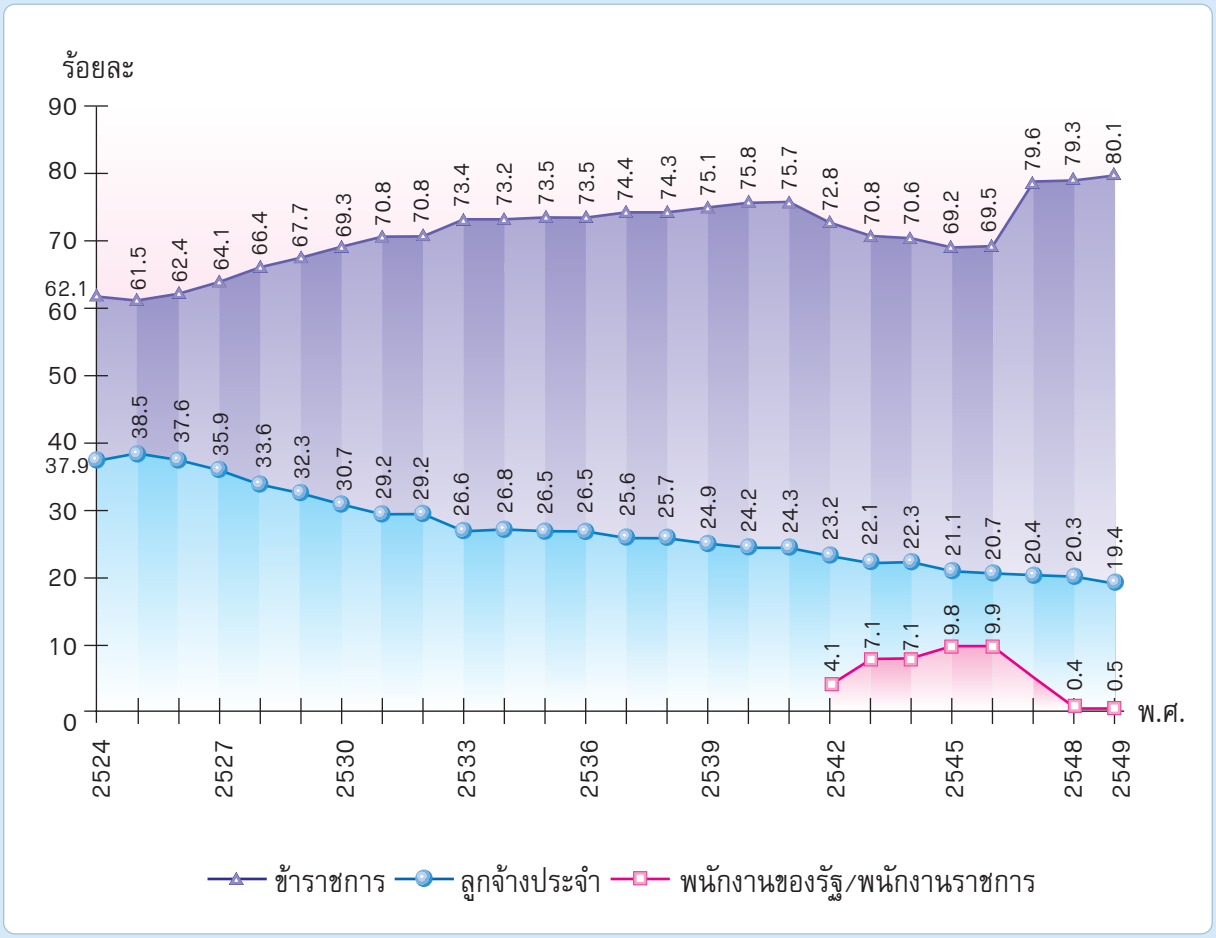
ปีงบประมาณ	ข้าราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงานของรัฐ/พนักงานราชการ
2524	61,476	37,505	
2525	63,850	39,894	
2526	65,721	39,530	
2527	74,115	41,539	
2528	82,896	41,930	
2529	90,113	43,040	
2530	97,459	43,201	
2531	104,428	43,000	
2532	106,708	44,028	
2533	123,996	44,955	
2534	125,226	45,741	
2535	129,485	46,668	
2536	129,393	46,697	
2537	139,966	48,263	
2538	147,168	50,997	
2539	154,199	51,240	
2540	161,464	51,540	
2541	156,862	50,461	
2542	155,762	49,563	8,766
2543	154,001	48,175	15,472
2544	151,866	47,939	15,258
2545	151,923	46,345	21,422
2546	151,473	45,089	21,507
2547	168,738	43,193	
2548	167,674	43,023	768
2549	169,622	41,074	1,195

ที่มา : พ.ศ. 2524 - พ.ศ.2540 ได้จากสมาคมอนามัย ปฏิทินสาธารณสุข

พ.ศ.2541 - พ.ศ.2549 ได้จากกองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :
1. ตั้งแต่ พ.ศ.2541 เป็นต้นมา เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง
2. ตั้งแต่ พ.ศ.2547 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุพนักงานของรัฐเป็นข้าราชการทั้งหมด
3. ตั้งแต่ พ.ศ.2548 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้รูปแบบการจ้างงานเป็นพนักงานราชการทำงานในภาคราชการควบคู่กับข้าราชการ

ภาพที่ 7.8 สัดส่วนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานของรัฐ/พนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524 - 2549



ที่มา : พ.ศ. 2524 - พ.ศ.2540 ได้จากสมาคมอนามัย ปฏิทินสาธารณสุข
พ.ศ.2541 - พ.ศ.2549 ได้จากกองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :
1. ตั้งแต่ พ.ศ.2541 เป็นต้นมา เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง
2. ตั้งแต่ พ.ศ.2547 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุพนักงานของรัฐเป็นข้าราชการทั้งหมด
3. ตั้งแต่ พ.ศ.2548 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้รูปแบบการจ้างงานเป็นพนักงานราชการทำงานในภาคราชการควบคู่กับข้าราชการ

กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมลูกจ้างประจำและพนักงานราชการ) จำแนกตามกลุ่ม/สายงานสำคัญ ที่มีคนครองตำแหน่งจริง ใน พ.ศ. 2549 ทั้งหมด 169,622 คน ประกอบด้วย 29 กลุ่ม ดังนี้ (ตารางที่ 7.4)

ตารางที่ 7.4 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมลูกจ้างประจำและพนักงานราชการ) จำแนกตามกลุ่ม/สายงานสำคัญที่มีคนครองตำแหน่งจริง พ.ศ.2549

กลุ่ม/สายงาน	ข้าราชการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. พยาบาลวิชาชีพ	69,142	40.8
2. พยาบาลเทคนิค/เจ้าหน้าที่พยาบาล	13,495	8.0
3. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	13,030	7.7
4. นักวิชาการสาธารณสุข	14,772	8.7
5. เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข	9,555	5.6
6. แพทย์	11,571	6.8
7. เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับธุรการ/การเงิน /พัสดุ/สถิติ/บันทึกข้อมูล/คอมพิวเตอร์/พิมพ์ดีด	5,936	3.5
8. เภสัชกร	5,767	3.4
9. ทันตานามัย/ผู้ช่วยทันตแพทย์/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	4,311	2.5
10. ผู้ช่วยเภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	3,184	1.9
11. เจ้าหน้าที่/พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	3,074	1.8
12. ทันตแพทย์	2,884	1.7
13. เจ้าหน้าที่เอกซเรย์/รังสีการแพทย์	1,545	0.9
14. เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	1,404	0.8
15. นักเทคนิคการแพทย์	1,148	0.7
16. นักวิชาการด้านสถิติ/นักวิชาการด้านคอมพิวเตอร์	1,067	0.6
17. นายช่าง /ช่างโยธา/ไฟฟ้า/ไฟฟ้าสื่อสาร	831	0.5
18. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/นักวิทยาศาสตร์	744	0.4
19. เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	659	0.4
20. เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด/เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู	596	0.3
21. เจ้าหน้าที่/เจ้าพนักงานควบคุมโรค	532	0.3
22. นักสังคมสงเคราะห์/นักจิตวิทยา	572	0.3
23. บุคลากร/เจ้าหน้าที่ฝึกอบรม/เจ้าหน้าที่ทะเบียนวิชาชีพ/นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล	465	0.3
24. โภชนาการ/นักโภชนาการ	450	0.3
25. เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับประชาสัมพันธ์/เผยแพร่/โสตทัศนศึกษา/สื่อสาร/ห้องสมุด	425	0.3
26. นักกายภาพบำบัด	429	0.3

ตารางที่ 7.4 (ต่อ)

กลุ่ม/สายงาน	ข้าราชการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
27. นักรังสีการแพทย์ / นักฟิสิกส์รังสี	289	0.2
28. วิทยาจารย์	190	0.1
29. กลุ่มอื่น ๆ ที่เหลือทั้งหมด	1,555	0.9
รวมทั้งหมด	**169,622**	**100.0**

ที่มา : กองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ ตุลาคม 2549

หมายเหตุ : ในปี 2545 มีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายปฏิรูประบบราชการ จึงได้มีการจัดอัตรากำลัง / สายงานใหม่ โดยให้มีการลดจำนวนสายงานลง คือ ยุบสายงานนักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการควบคุมโรค นักวิชาการสุขาภิบาลและนักวิชาการสุขศึกษาและให้เปลี่ยนเป็นนักวิชาการสาธารณสุขแทน เพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการย้ายและประเมินเข้าสู่ตำแหน่ง

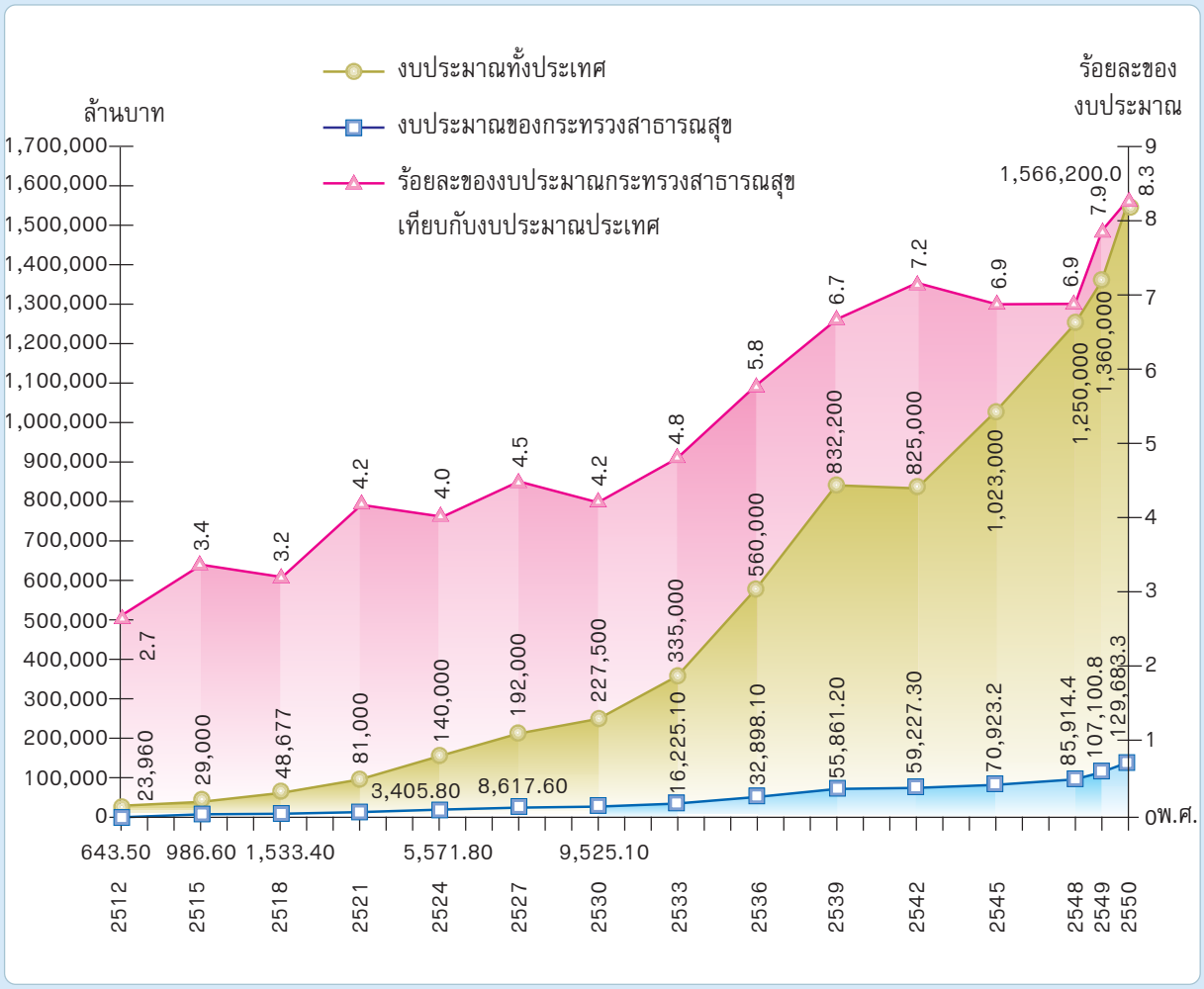
4.1.6 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

1) สัดส่วนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณระหว่าง พ.ศ. 2512-2550 คิดเป็นร้อยละ 2.7-8.3 (ภาพที่ 7.9) ของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ หรือประมาณร้อยละ 0.4-1.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) จะเห็นได้ว่างบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมามีเม็ดเงินไหลมาด้านสังคมมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากภาระการจ่ายหนี้ต่างประเทศและสัดส่วนงบประมาณด้านความมั่นคงลดลง จนกระทั่งวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ทำให้ภาระหนี้ต่างประเทศกลับเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.0 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 7.11) กระทรวงสาธารณสุขก็ได้งบประมาณในสัดส่วนที่ลดลงจนถึง พ.ศ. 2544 แต่ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา กลับได้รับงบประมาณในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพที่ 7.10) โดยในปีงบประมาณ 2550 ได้รับจัดสรรเป็นเงิน 62,319 ล้านบาท นอกจากนี้ยังได้รับเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ จำนวน 67,364 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 129,683.3 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 8.3 ของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ (ภาพที่ 7.9)

หากคิดงบประมาณในมูลค่าจริง จะพบว่า งบประมาณในช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2541-2544) มีมูลค่าน้อยกว่างบประมาณใน พ.ศ. 2539 เสียอีก ซึ่งน่าสังเกตว่าช่วง พ.ศ. 2540-2544 มีเงินกู้จากต่างประเทศเข้ามามากพอควร แต่หลังจากที่รัฐมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา พบว่า งบประมาณในช่วง พ.ศ. 2545-2550 มีมูลค่าจริงสูงกว่า พ.ศ. 2539 ถึง 1.1-1.7 เท่า (ตารางที่ 7.5)

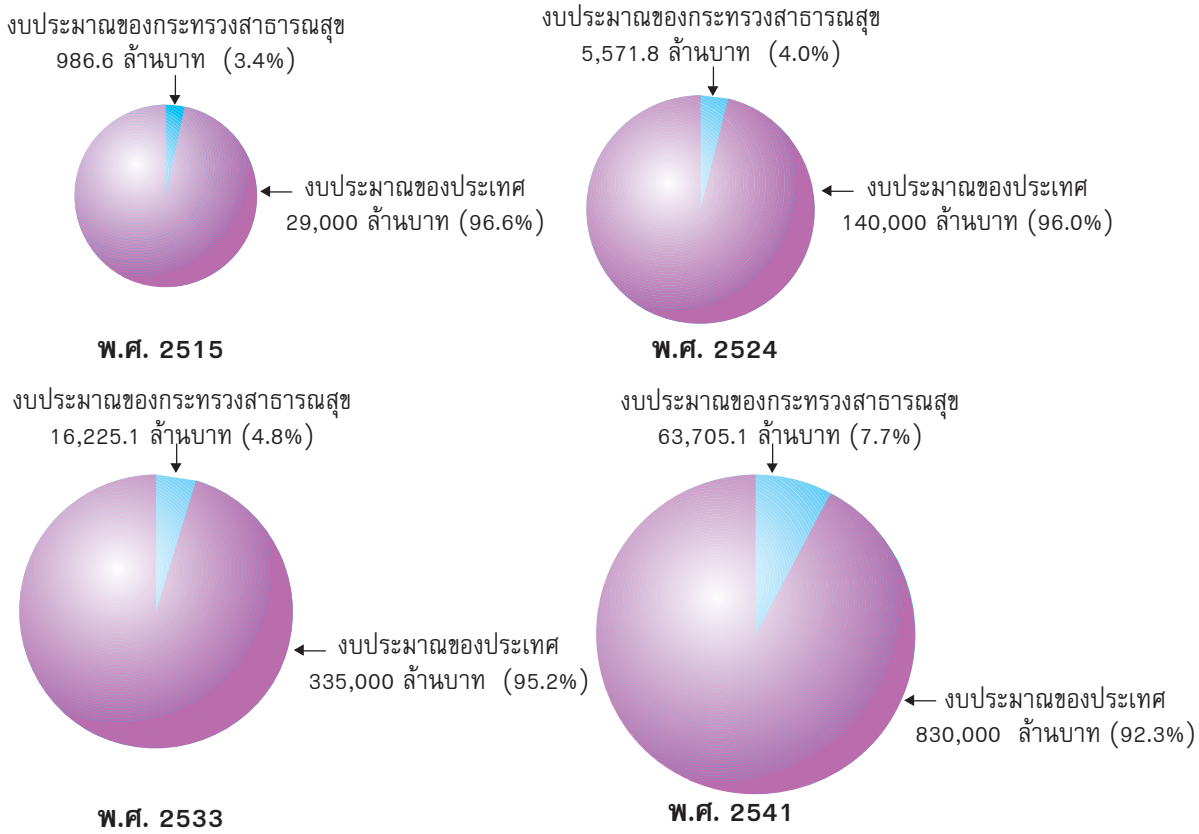
ภาพที่ 7.9 งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายของประเทศ (มูลค่าปัจจุบัน)และสัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศตั้งแต่ปีงบประมาณ 2512-2550



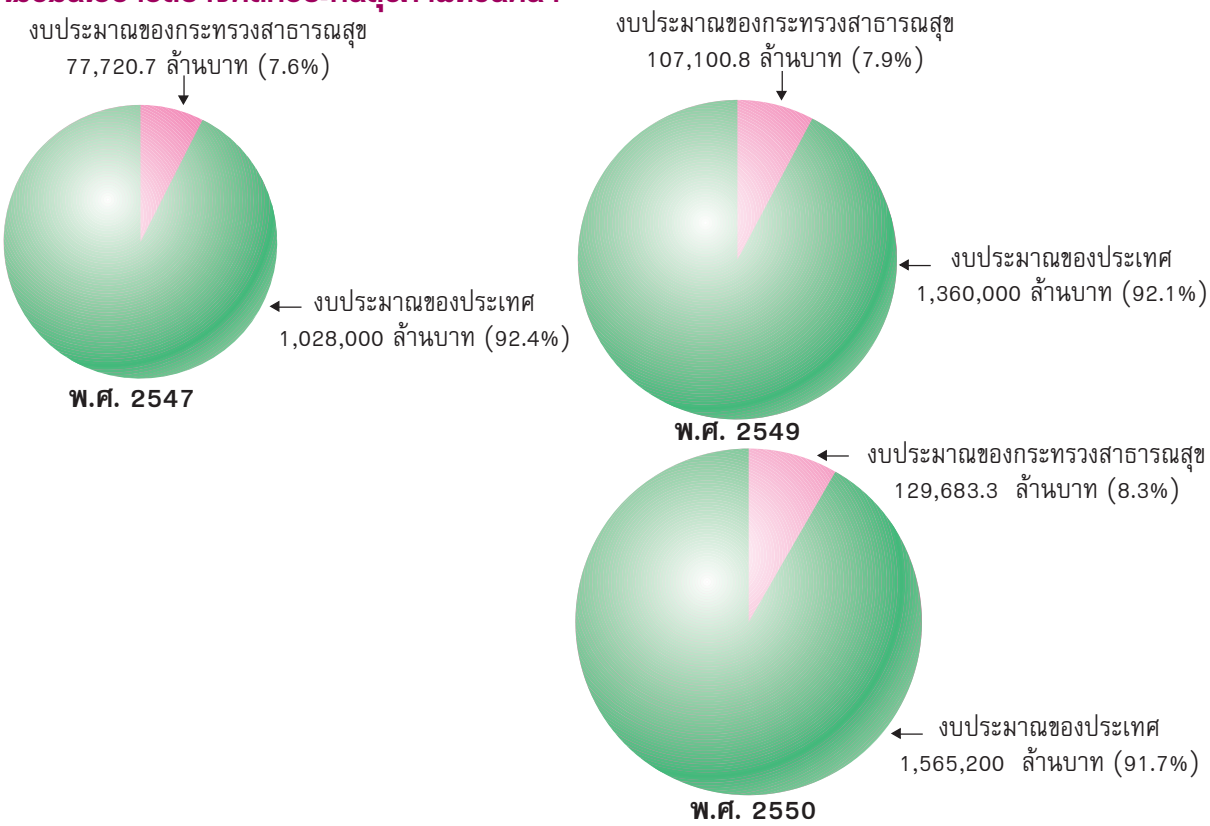
ที่มา : - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงบประมาณ

ภาพที่ 7.10 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ

ก่อนมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

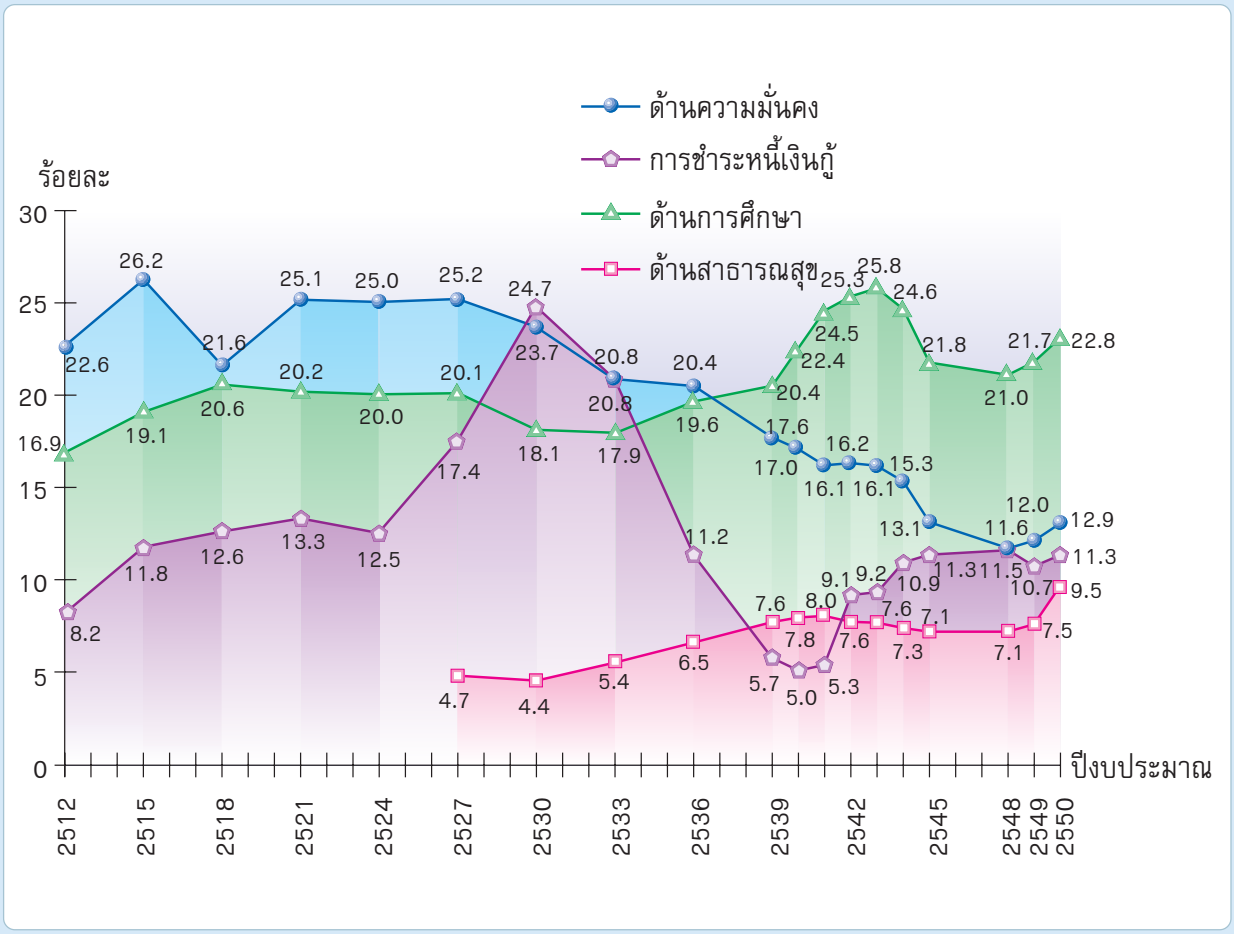


เมื่อมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ที่มา : จากภาพที่ 7.9

ภาพที่ 7.11 สัดส่วนงบประมาณ ด้านความมั่นคง การชำระหนี้เงินกู้ การศึกษาและสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2512-2550



ที่มา : สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ : พ.ศ. 2512 - พ.ศ. 2524 ไม่มีข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุข เนื่องจากในช่วงดังกล่าวงบประมาณด้านสาธารณสุขจะรวมอยู่ในงบประมาณด้านบริการสังคมสงเคราะห์ชุมชน

ตารางที่ 7.5 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข มูลค่าปัจจุบันและมูลค่าจริง

พ.ศ.	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (ล้านบาท)	เงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (ในมูลค่าปัจจุบัน) (ล้านบาท)	ตัวเลขของดัชนีราคาผู้บริโภค เมื่อคิด พ.ศ. 2537 = 100	มูลค่า พ.ศ. 2550 (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลดจากปีก่อน (มูลค่า พ.ศ. 2550)	ร้อยละงบประมาณประเทศ
2535	24,640	-	24,640	92.1	40,960	-	-
2536	32,898	-	32,898	95.2	52,906	+29.2	5.8
2537	39,319	-	39,319	100.0	60,197	+13.8	6.3
2538	45,103	730	45,833	105.7	66,386	+10.3	6.4
2539	55,236	625	55,861	112.0	76,360	+15.0	6.7
2540	66,544	1,030	67,574	118.2	87,526	+14.6	7.3
			(68,934)		89,288	(+16.9)	(7.4)
2541	62,625	1,080	63,705	127.8	76,316	-12.8	7.7
			(65,065)		77,946	(-12.7)	(7.8)
2542	57,171	2,056	59,227	128.1	70,786	-7.2	7.2
			(62,787)		75,041	(-3.7)	(7.6)
2543	58,426	2,215	60,641	130.2	71,307	+0.7	7.1
			(63,001)		74,082	(-1.3)	(7.3)
2544	58,697	2,400	61,097	132.4	70,649	-0.9	6.7
			(61,563)		71,188	(-3.9)	(6.8)
2545	43,311	27,612	70,923	133.2	81,519	+15.4	6.9
2546	41,996	32,138	74,134	135.6	83,701	+2.7	7.4
2547	45,147	32,573	77,720	139.3	85,419	+2.1	7.6
2548	45,024	40,890	85,914	145.5	90,402	+5.8	6.9
2549	52,672	54,429	107,101	152.3	107,664	+19.1	7.9
2550	62,319	67,364	129,683	153.1[1]	129,683	+20.5	8.3

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :
1. งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขได้รวมงบประมาณของหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขคือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย
2. ตัวเลขใน ( ) คือ ตัวเลขที่รวมเงินกู้ด้านสุขภาพจากต่างประเทศใน พ.ศ. 2540-2544 คือ ประเทศ สวีเดน 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 และ พ.ศ. 2544 = 466 ล้านบาท
3. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538-2544 เป็นต้นมากระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณสมทบเป็นค่าบัตรประกันสุขภาพแยกต่างหากเรียกว่าเงินสมทบเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งก่อนนั้นงบประมาณส่วนนี้รวมอยู่ในงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข
4. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพแทนเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นผู้บริหาร และจัดสรรงบประมาณกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้พื้นที่ดำเนินการจนครบ 3 ปี หลังจาก พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้
5. [1] เป็นตัวเลขดัชนีราคาผู้บริโภค ณ กุมภาพันธ์ 2550
6. เงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพไม่รวมงบบุคลากรและงบดำเนินการ

2) การจัดสรรตามส่วนราชการ

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนที่ได้รับจัดสรรตามกรมต่างๆ แล้ว พบว่าใน พ.ศ. 2549 หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณมากที่สุด คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมกองทุนหมุนเวียนหลักประกันสุขภาพ) ร้อยละ 52.5 รองลงมาเป็น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 37.9 (รวมเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้าง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย) และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้รับการจัดสรรน้อย ที่สุด คือ ร้อยละ 0.1 (ตารางที่ 7.6 ภาพที่ 7.12)

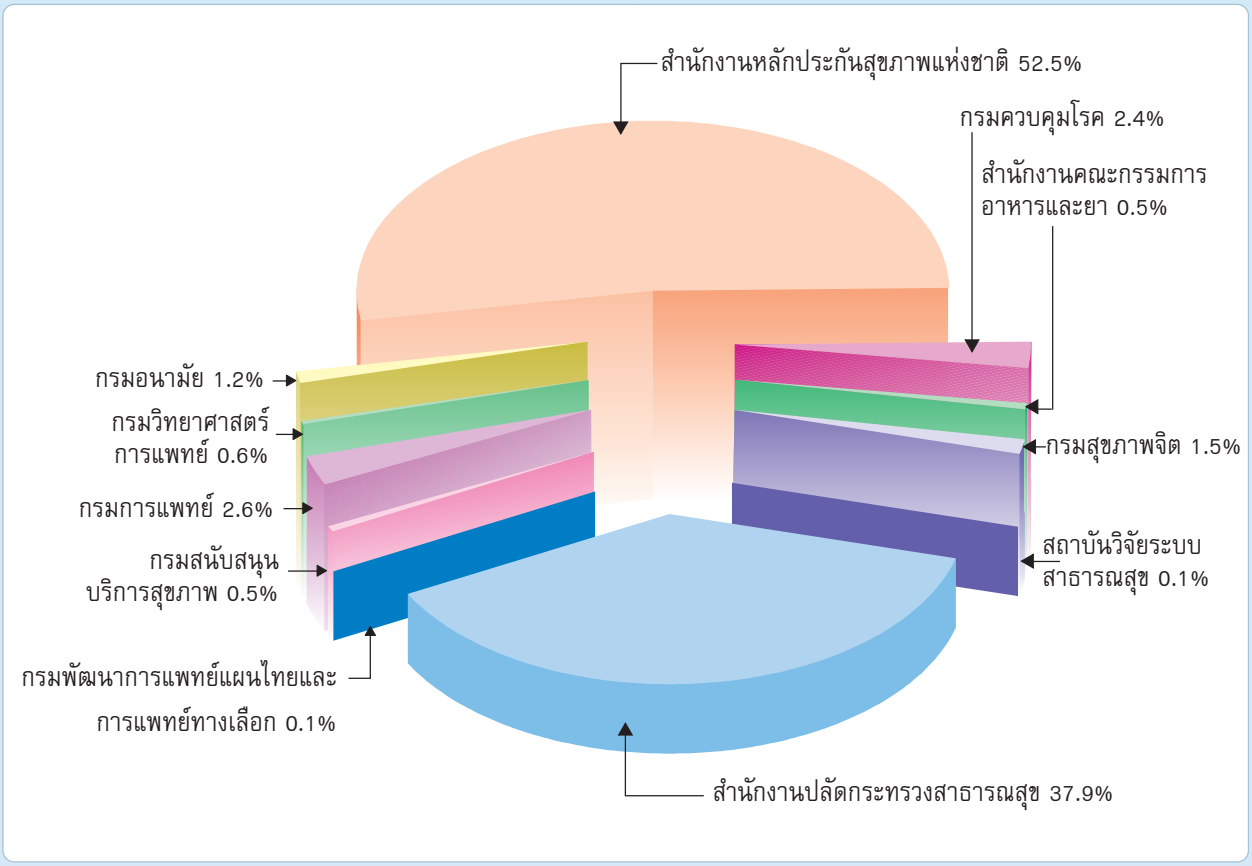
ตารางที่ 7.6 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2550

กรม	งบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)															
	2543	2544		2545		2546		2547		2548		2549		2550		
	ได้รับ	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2543	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2544	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2545	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2546	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2547	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2548	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2549	สัดส่วน
- ประเทศ	**860,000.0**	**910,000.0**	**+5.8**	**1,023,000.0**	**+12.4**	**999,900.0**	**-2.3**	**1,028,000.0**	**+2.8**	**1,250,000.0**	**+21.6**	**1,360,000.0**	**+8.8**	**1,566,200.0**	**+15.2**	**-**
- กระทรวงสาธารณสุข	**60,640.9**	**61,097.2**	**+0.8**	**70,923.2**	**+16.1**	**74,133.9**	**+4.5**	**77,720.7**	**+4.8**	**85,914.4**	**+10.5**	**107,100.8**	**+24.8**	**129,683.3**	**+21.1**	**-**
- สำนักงานปลัดกระทรวง	46,487.4	46,691.6	+0.4	29,802.0	-36.2	28,978.7	-2.8	32,177.5	+11.0	32,096.6	-0.3	41,016.8	+27.8	49,115.0	+19.7	37.9
- กรมการแพทย์	3,083.7	3,189.3	+3.4	2,556.7	-19.8	2,490.4	-2.6	2,664.7	+7.0	2,721.6	+2.1	2,937.9	+7.9	3,421.8	+16.5	2.6
- กรมควบคุมโรค	4,185.4	4,501.4	+7.6	3,670.1	-18.5	3,635.6	-0.9	4,081.5	+12.3	4,048.7	-0.8	2,736.3	-32.4	3,133.2	+14.5	2.4
- กรมอนามัย	4,073.8	3,755.2	-7.8	2,708.5	-27.9	1,185.6	-56.2	1,340.8	+13.1	1,361.2	+1.5	1,366.7	+0.4	1,559.5	+14.1	1.2
- กรมสุขภาพจิต	1,478.5	1,628.3	+10.1	1,591.7	-2.2	1,553.2	-2.4	1,623.4	+4.5	1,721.7	+6.1	1,659.7	-3.6	1,888.6	+13.8	1.5
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	-	-	-	-	-	1,125.6	0.0	587.4	-47.8	597.8	+1.8	593.4	-0.7	651.3	+9.8	0.5
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	815.9	804.5	-1.4	782.3	-2.8	747.3	-4.5	927.2	+24.1	973.1	+4.9	891.2	-8.4	838.2	-5.9	0.6
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	-	-	-	-	-	73.7	0.0	120.1	+63.0	113.0	-5.9	113.1	+0.08	134.1	+18.6	0.1
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	451.1	454.0	+0.6	464.0	+2.2	495.5	+6.8	507.1	+2.3	667.1	+31.6	613.1	-8.1	627.0	+2.3	0.5
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	65.1	72.9	+12.0	138.4	+89.8	109.9	-20.6	96.9	-11.8	88.7	-8.5	79.0	-10.9	99.4	+25.8	0.1
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-	-	-	1,597.4	-	1,600.0	+0.2	1,021.3	-36.2	625.0	-38.8	644.9	+3.2	810.9	+25.7	0.6
- กองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ	-	-	-	27,612.0	-	32,138.5	+16.4	32,572.8	+1.4	40,889.9	+25.5	54,428.6	+33.4	67,364.1	+23.8	51.9
- กองทุนภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.0	0.0	20.00	+100.0	40.0	+100.0	0.03

ที่มา : 1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ : 1) พ.ศ.2540-2544 งบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงได้รวมเงินสมทบบัตรประกันสุขภาพเข้าไปด้วย
2) พ.ศ. 2545-2549 งบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงรวมเงินเดือนและค่าจ้างซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย
3) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นกรมใหม่ที่จัดตั้งขึ้นจากการปฏิรูประบบราชการซึ่งได้รับงบประมาณตามโครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นไป
4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้งใหม่ ซึ่งได้รับงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นไป

ภาพที่ 7.12 สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามส่วนราชการ พ.ศ. 2550



ที่มา : ตารางที่ 7.6

หมายเหตุ : 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวมเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพเข้าไปด้วย

2. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรวมเงินกองทุนภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยเข้าไปด้วย

3) การจัดสรรตามลักษณะการดำเนินงาน

สำหรับงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2550 ได้จัดสรรสำหรับการดำเนินงานในประเด็นสำคัญ รวม 9 ด้าน (ตารางที่ 7.7) โดยมีข้อสังเกตว่าการดำเนินงานด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นงานตามนโยบายรัฐบาลชุดปัจจุบัน จึงได้รับงบประมาณเพิ่มในอัตราที่สูงมาก ขณะที่การดำเนินงานด้านอื่นๆ มีแนวโน้มได้รับงบประมาณลดลงและคงที่ (ภาพที่ 7.13)

ตารางที่ 7.7 การจัดสรรงบประมาณตามลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญในช่วง พ.ศ. 2545-2550

ประเภท	2545	2546		2547		2548		2549		2550		สัดส่วน
	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2545	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2546	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2547	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2548	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2549	
1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	53,022.9	57,697.2	+8.8	60,431.2	+4.7	68,207.6	+12.9	78,535.7	+15.3	86,594.5	+10.3	66.8
2. การป้องกัน ควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ	7,619.9	6,292.0 [1]	NA	4,951.2 [2]	NA	2,968.4[3]	NA	2,944.0[3]	-0.7	3,584.7	+21.8	2.8
3. การพัฒนาระบบสุขภาพ	1,519.6	1,674.0	+10.2	2,474.5	NA	3,292.2	+33.0	3,235.6	-1.7	4,026.5	+24.4	3.1
4. การสนับสนุนการผลิตและพัฒนาคุณภาพบุคลากร	1,501.5	1,464.6	-2.4	1,495.9	+2.1	1,647.9	+10.2	1,919.3	+16.5	2,426.9	+26.4	1.9
5. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	812.9	819.6	+0.8	1,085.0	+32.4	1,446.9	+33.3	1,513.1	+4.6	1,632.1	+7.9	1.3
6. การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	698.7	885.1	+26.7	1,355.1	+53.1	1,321.5	-2.5	3,087.4[4]	+133.6	4,073.4	+31.9	3.1
7. การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด	524.7	538.2	+2.6	1,100.1	+104.4	842.1	-23.5	483.1	-42.6	526.5	+9.0	0.4
8. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	39.1	73.7	+88.5	120.1	+63.0	122.9	+2.3	126.9	+3.2	195.5	+54.1	0.2
9. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการ	65.7	79.5	+21.0	82.1	+3.3	87.1	+6.1	93.8	+7.7	120.4	+28.4	0.0001

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :

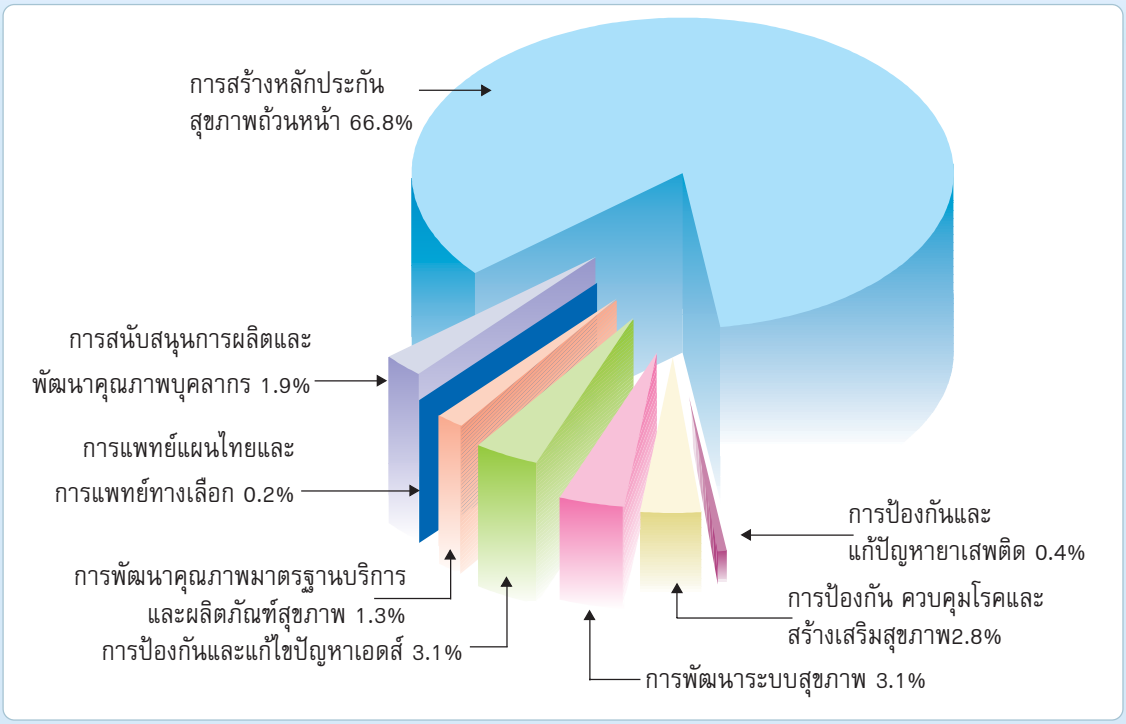
[1] ในปีงบประมาณ 2546 งบประมาณด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพได้รับลดลง เนื่องจากกรมอนามัยมีการตัดโอนภารกิจและหน่วยงานภายใต้กรมที่มีภารกิจเฝ้าระวัง ตรวจวิเคราะห์คุณภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดการน้ำสะอาด ไปกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตามนโยบายการปฏิรูประบบราชการ

[2] ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นไป งบประมาณด้านการป้องกัน ควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพได้รับลดลงเนื่องจากกรมอนามัยมีการปรับบทบาทภารกิจ จึงได้ย้ายงบประมาณไปอยู่ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

[3] ตั้งแต่ในปีงบประมาณ 2548 เป็นต้นไป งบประมาณด้านการป้องกันและควบคุมโรคของกรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ได้ย้ายไปอยู่ในการดำเนินงานด้านการบริการเฉพาะทางระดับตติยภูมิและสูงกว่า จึงทำให้งบประมาณด้านการป้องกันและควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพลดลง

[4] ในปีงบประมาณ 2549 ได้รับงบประมาณในการจัดซื้อยาต้านไวรัสเอดส์ = 2,798 ล้านบาท และปีงบประมาณ 2550 ได้รับ = 3,855.6 ล้านบาท จึงทำให้งบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มสูงขึ้นมาก

ภาพที่ 7.13 สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะการดำเนินงาน พ.ศ. 2550



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4) การจัดสรรตามลักษณะการใช้จ่ายเงิน

งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขส่วนมาก (ร้อยละ 31-53) ใช้จ่ายเป็นเงินเดือนและค่าจ้างประจำ และร้อยละ 28 - 50 เป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ตั้งแต่ พ.ศ.2545 เป็นต้นมา ส่วนงบประมาณการลงทุนนั้นมีสัดส่วนที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจค่อนข้างมาก (ร้อยละ 11-39) (ตารางที่ 7.8) แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา แม้ว่าเศรษฐกิจจะเริ่มขยายตัวดีขึ้นก็ตาม แต่รัฐบาลก็ยังคงชะลองบประมาณการลงทุนลง เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จึงจัดสรรงบดำเนินการเพิ่มในส่วนนี้ค่อนข้างมากแทน

ในช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำครั้งแรก (พ.ศ. 2526-2529) งบประมาณด้านลงทุนลดลงจากร้อยละ 22.1 ใน พ.ศ. 2525 เป็นร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2530 (ภาพที่ 7.15) แต่เมื่อเศรษฐกิจขยายตัวอย่างมากในช่วงทศวรรษ 2531-2539 สัดส่วนงบประมาณด้านลงทุนได้เพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ 38.7 ใน พ.ศ. 2540 และเมื่อวิกฤตเศรษฐกิจเกิดขึ้นอีกครั้งใน พ.ศ. 2540 สัดส่วนดังกล่าวก็ปรับลดลงมาเหลือเพียงร้อยละ 8.8 ใน พ.ศ. 2544 และปัจจุบันเป็นร้อยละ 6.8 ใน พ.ศ. 2550 ทำให้โครงการก่อสร้างใหม่ๆ จึงแทบจะไม่มีเลย ในช่วงนี้

เป็นที่น่าสังเกตว่าในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้รับงบประมาณลดลงไปอย่างมาก (ตารางที่ 7.5) แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ยังคงให้ความสำคัญแก่งบประมาณที่จะสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยงบประมาณส่วนนี้กลับมากขึ้นกว่าเดิม (ตารางที่ 7.9 และภาพที่ 7.14) และแม้กระทั่งในปัจจุบัน พ.ศ. 2545-2550 รัฐบาลก็ยังจัดสรรงบประมาณให้กลุ่มดังกล่าวอยู่ แต่เป็นการจัดสรรงบกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ครอบคลุมประชากร 46 ล้านคน ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยจัดสรรต่อหัวประชากรปี 2545 = 1,202.4 บาท, ปี 2546 = 1,202.4 บาท, ปี 2547 = 1,308.5 บาท, ปี 2548 = 1,396.30 บาท, ปี 2549 = 1,659.2 บาท และ ปี 2550 = 1,899.69 บาท

ตารางที่ 7.8 งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2541-2550 (มูลค่าปัจจุบัน)

หมวดรายจ่าย	ปี 2541		ปี 2542		ปี 2543		ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550	
	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ
1. เงินเดือนและค่าจ้าง	**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**	**34,818.1**	**40.5**	**42,908.7**	**40.1**	**47,518.7**	**36.6**
1.1 เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	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	34,770.9	40.5	42,769.8	40.0	47,314.6	36.5
1.2 ค่าจ้างชั่วคราว	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	47.2	0.1	138.9	0.1	204.1	0.1
2. งบดำเนินการ	**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**	**46,224.4**	**53.8**	**56,376.0**	**52.6**	**73,330.7**	**56.6**
2.1 ค่าตอบแทน ใช้สอยและวัสดุ	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	6,448.9	7.5	5,523.1	5.2	7,848.2	6.1
2.2 ค่าสาธารณูปโภค	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	411.7	0.5	368.7	0.3	384.2	0.3
2.3 เงินอุดหนุน	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	2,014.3	2.3	2,107.0	1.9	2,740.8	2.1
2.4 รายจ่ายอื่น	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	37,349.5	43.4	48,377.2	45.2	62,357.5	48.1
3. งบลงทุน																				
3.1 ค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	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	4,871.8	5.6	7,816.1	7.3	8,833.8	6.8
รวม	**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**	**85,914.3**	**100.0**	**107,100.8**	**100.0**	**129,683.2**	**100.0**

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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 -2549 รายจ่ายอื่นได้รวมเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพที่หักงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกแล้ว โดย พ.ศ.2545 = 24,183.2 ล้านบาท พ.ศ. 2546 = 28,608.8 ล้านบาท พ.ศ. 2547 = 28,652.4 ล้านบาท พ.ศ.2548 = 37,286.3 ล้านบาท พ.ศ. 2549 = 48,296.4 ล้านบาท พ.ศ. 2550 = 60,717.8 ล้านบาท
3. ในปีงบประมาณ 2545-2550 ได้รวมงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าไว้ในงบลงทุนของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ.2545 = 3,428.8 ล้านบาท พ.ศ.2546 = 1,929.6 ล้านบาท พ.ศ.2547 = 3,920.4 ล้านบาท พ.ศ. 2548 = 3,603.7 ล้านบาท พ.ศ. 2549 = 6,132.2 ล้านบาท พ.ศ. 2550 = 6,646.3 ล้านบาท

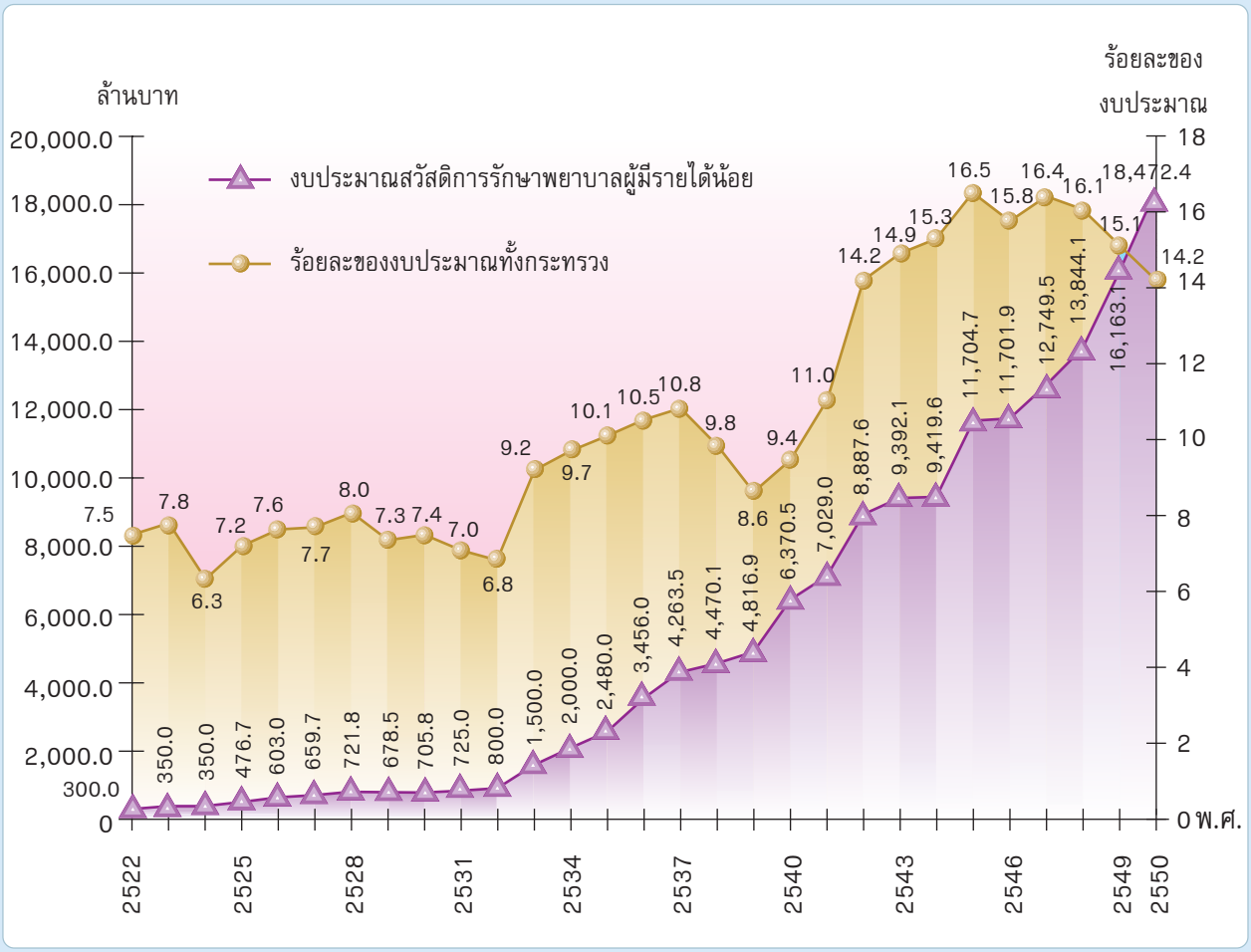
ตารางที่ 7.9 งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2522- พ.ศ. 2550

พ.ศ.	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (ล้านบาท)	งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (ล้านบาท)			ร้อยละของงบประมาณทั้งกระทรวง
		มูลค่าปัจจุบัน	มูลค่า พ.ศ. 2550	เพิ่ม/ลดในมูลค่าจริง (%)	
2522	3,976.9	300.0	1,009.5	-	7.5
2523	4,494.5	350.0	983.2	-2.6	7.8
2524	5,571.8	350.0	872.7	-11.2	6.3
2525	6,652.3	476.7	1,129.8	+29.5	7.2
2526	7,902.4	603.0	1,377.9	+22.0	7.6
2527	8,617.6	659.7	1,494.1	+8.4	7.7
2528	9,044.3	721.8	1,596.9	+6.9	8.0
2529	9,274.7	678.5	1,475.5	-7.6	7.3
2530	9,525.1	705.8	1,496.6	+1.4	7.4
2531	10,372.5	725.0	1,480.0	-1.1	7.0
2532	11,733.1	800.0	1,548.4	+4.6	6.8
2533	16,225.1	1,500.0	2,747.0	+77.4	9.2
2534	20,568.6	2,000.0	3,463.8	+26.1	9.7
2535	24,640.4	2,480.0	4,122.6	+19.0	10.1
2536	32,898.1	3,456.0	5,557.9	+34.8	10.5
2537	39,318.7	4,263.5	6,527.4	+17.4	10.8
2538	45,832.6	4,470.1	6,474.7	-0.8	9.8
2539	55,861.2	4,816.9	6,584.5	+1.7	8.6
2540	67,574.3	6,370.5	8,251.5	+25.3	9.4
2541	63,705.1	7,029.0	8,420.5	+2.1	11.0
2542	59,227.3	8,405.6	10,046.0	+19.3	14.2
	(62,787)	(8,887.6)	(10,622.1)	(+26.0)	(14.2)
2543	60,640.9	8,910.1	10,477.2	+4.3	14.7
	(63,001)	(9,392.1)	(11,044.0)	(+4.0)	(14.9)
2544	61,097.2	8,966.3	10,368.1	-1.0	14.7
	(61,563)	(9,419.6)	(10,892.3)	(-1.4)	(15.3)
2545	70,923.2	11,704.7	13,453.4	+29.8	16.5
2546	74,133.9	11,701.9	13,212.1	-1.8	15.8
2547	77,720.7	12,749.5	14,012.6	+6.1	16.4
2548	85,914.3	13,844.1	14,567.2	+4.0	16.1
2549	107,100.8	16,163.1	16,248.0	+11.5	15.1
2550	129,683.3	18,472.4	18,472.4	+13.7	14.2

ที่มา : 1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

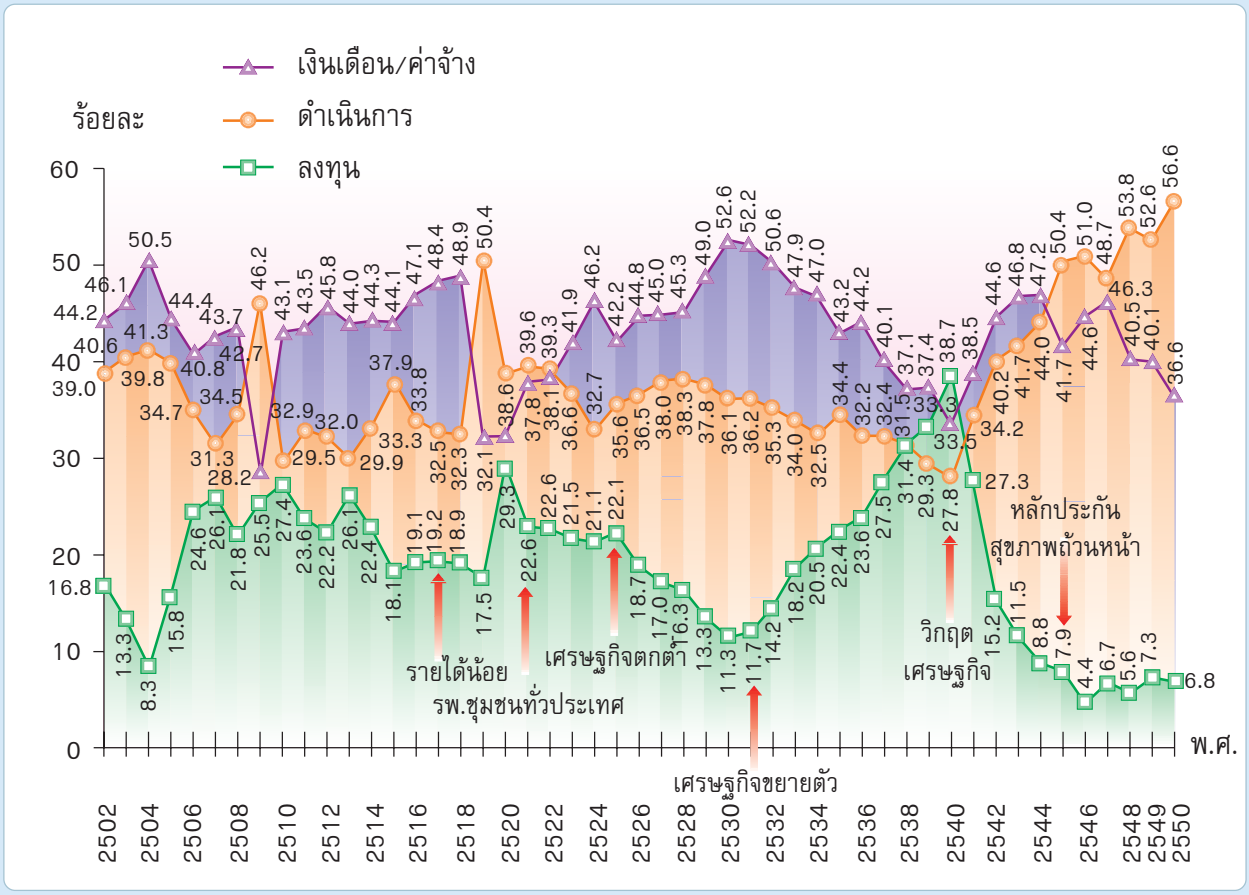
หมายเหตุ : 1. ตัวเลขใน ( ) คือตัวเลขที่รวมเงินกู้จากธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย และธนาคารโลก พ.ศ. 2542 = 482 ล้านบาท พ.ศ. 2543 = 482 ล้านบาท พ.ศ. 2544 = 453.3 ล้านบาท
2. จำนวนบัตรประกันสุขภาพ (ประเภทไม่เสีย 30 บาท) พ.ศ. 2545 = 24,336,250 บัตร พ.ศ. 2546 = 24,330,386 บัตร พ.ศ. 2547 = 24,359,065 บัตร พ.ศ. 2548 = 24,787,262 บัตร พ.ศ. 2549 = 24,353,691 บัตร และ พ.ศ. 2550 = 24,309,727 บัตร

ภาพที่ 7.14 งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเปรียบเทียบกับร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522-พ.ศ.2550



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 7.15 ร้อยละของงบประมาณที่ได้รับในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2502 - พ.ศ. 2550



ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

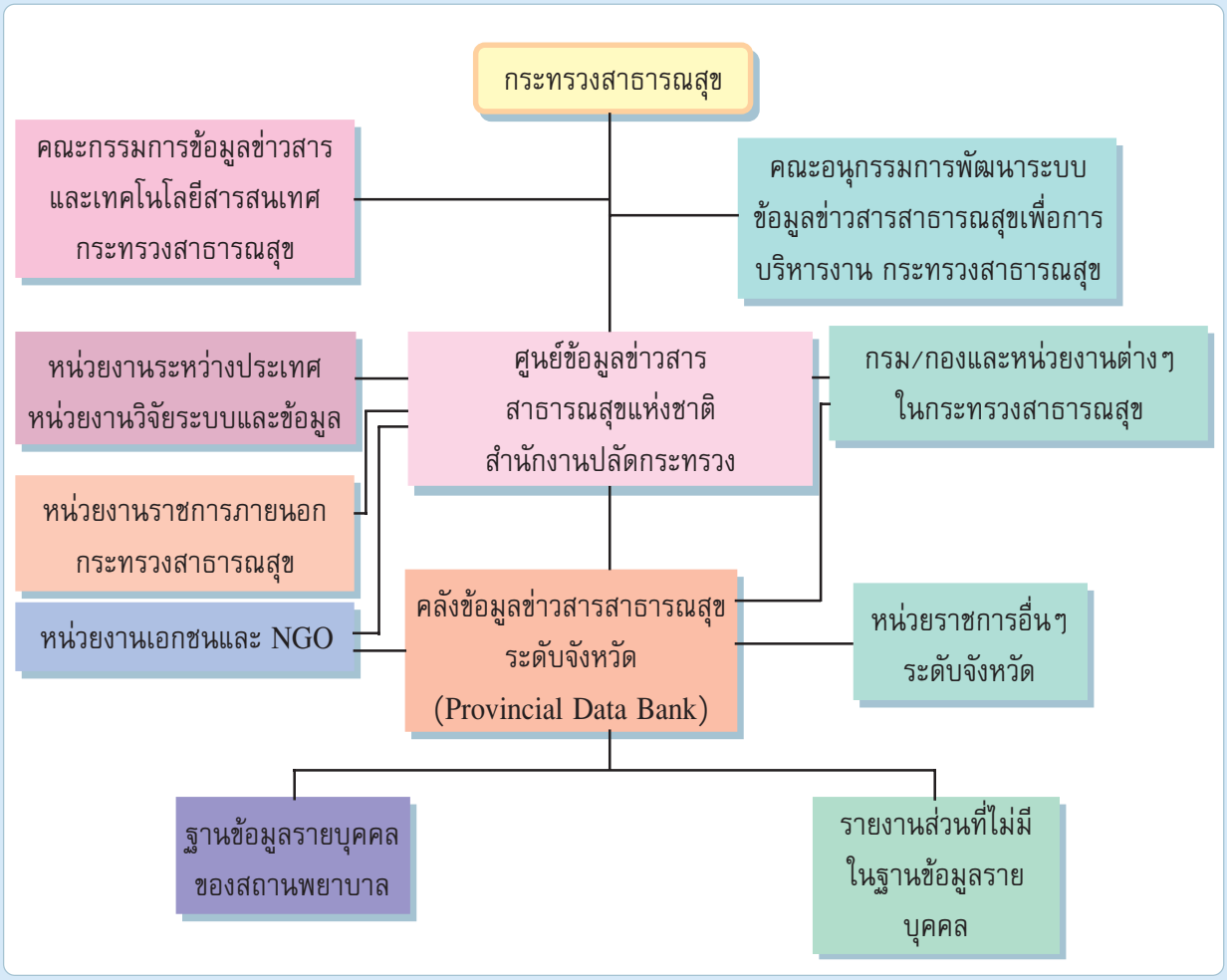
4.1.7 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ(เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น)

ในระยะช่วงก่อนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรวบรวมข้อมูลรายงานและสถิติต่างๆ ในงานสาธารณสุขไว้เป็นอันมาก แต่เกิดปัญหาว่ารายงานและสถิติดังกล่าวกระจัดกระจายอยู่ตามหน่วยงาน จึงยากต่อการรวบรวมมาใช้และการจัดทำข้อมูลยังไม่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูล ดังนั้นตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาการวางแผนการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขเพื่อวางรูปแบบและพัฒนาคุณภาพข้อมูลข่าวสารให้มีความถูกต้องครบถ้วน พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและขยายขีดความสามารถโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคทุกระดับ รวมทั้งจัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร (Management Information System) เพื่อให้ผู้บริหารได้ใช้ข้อมูลข่าวสารในการพิจารณาตัดสินใจทุกระดับของการบริหาร

สำหรับในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7-8 กระทรวงสาธารณสุขได้ลดระบบรายงานกิจกรรมที่ไม่จำเป็นลง โดยสนับสนุนระบบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ (Provincial Health Survey และ National Health Examination Survey) นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขยังได้เริ่มรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทยเป็นรายงานทุก 2 ปี เรียกชื่อว่า “รายงานการสาธารณสุขไทย”

ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9-10 (พ.ศ. 2545 - 2554) มีการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขแนวใหม่ เพื่อการบริหารจัดการ (MIS reform) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นฐานข้อมูลรายบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Individual Cards) เพื่อให้มีโครงสร้างเป็นมาตรฐานเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งระบบ ตลอดจนเชื่อมโยงกับระบบ Smart Card ได้ในอนาคต อันจะตอบสนองต่อดัชนีวัดความสำเร็จต่างๆ ได้แก่ KPI, E-inspection และ MOC (Ministry Operation Center) (ภาพที่ 7.16)

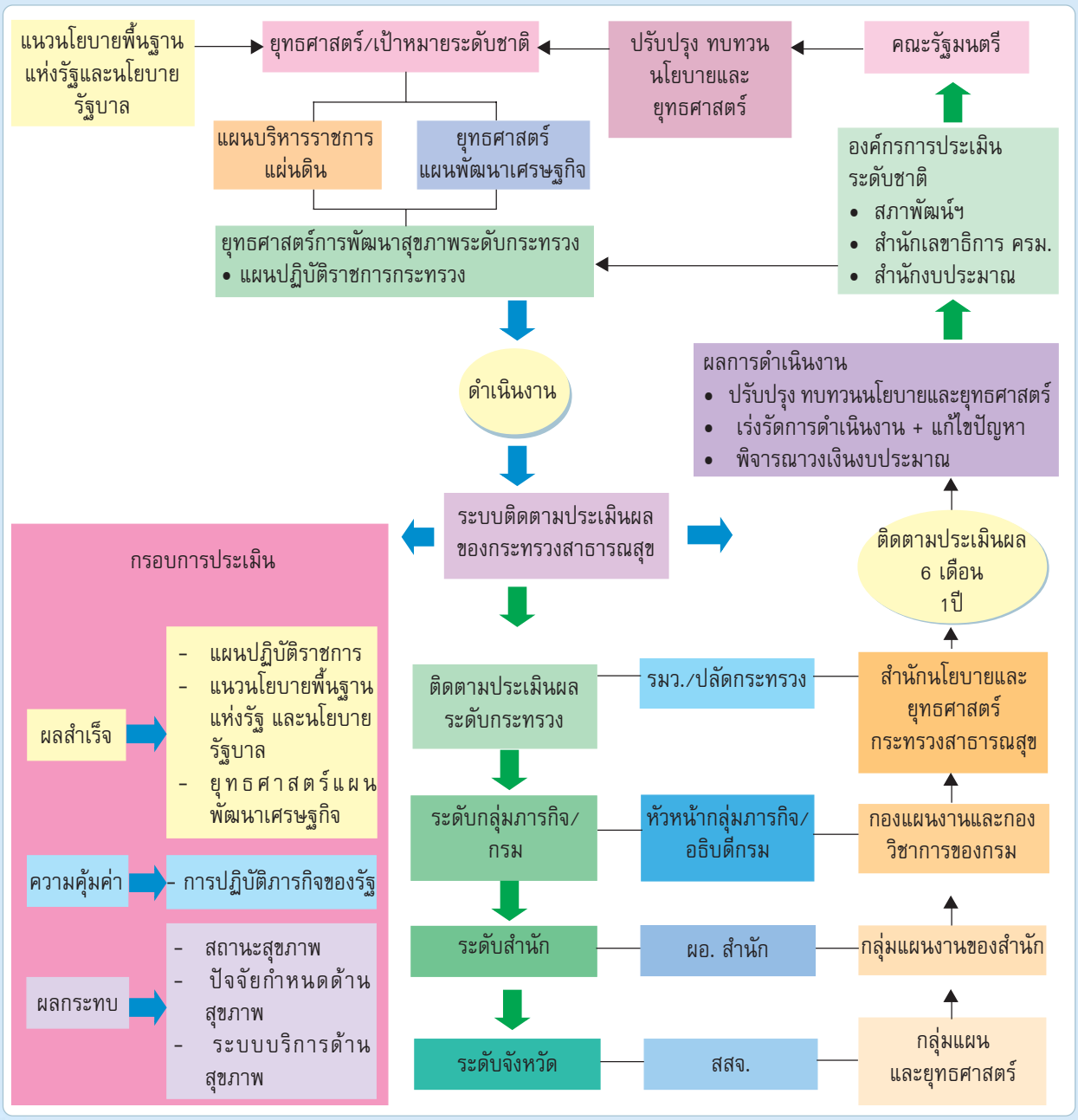
ภาพที่ 7.16 การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข



4.1.8 ระบบการติดตามประเมินผล

ตามที่รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) ที่เน้นการรับผิดชอบต่อผลงานและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชน ทำให้หน่วยงานของรัฐมีการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ โดยกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นไป ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้ปรับและพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลเพื่อให้เป็นกลไกการบริหารงานสำคัญ ที่แสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จของการดำเนินงานและผลกระทบต่อประชาชน โดยกำหนดตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicator, KPI) สำหรับใช้ติดตามประเมินผลสำเร็จของการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพคนไทย แต่ก็ยังติดตามประเมินผลเฉพาะในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเป็นหลักเท่านั้น (ภาพที่ 7.17)

ภาพที่ 7.17 ระบบการติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข



4.2 หน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ

4.2.1 หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่สนับสุนนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 กลุ่มดังนี้

1) หน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพและผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ 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 (สนับสนุนด้านกำลังคนสุขภาพ) กรมวิเทศสหการ (สนับสนุนด้านความช่วยเหลือต่างประเทศ) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุนการมีหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเสมอภาค) และใน พ.ศ. 2550 มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุนการประสานงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ)

4) หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบสนับสนุนเพื่อบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

4.2.2 องค์กรเอกชนมุ่งกำไรที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

ภาคเอกชนนอกจากมีบทบาทในการบริการสุขภาพมานานแล้ว ซึ่งแต่เดิมมักเป็นสถานพยาบาลที่สังกัดองค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไร แต่หลังจากที่เศรษฐกิจขยายตัวรวดเร็วตั้งแต่ พ.ศ. 2530-2540 ภาคเอกชนได้ขยายตัวมากขึ้นในรูปของโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการผลิตกำลังคนด้วยแต่ยังไม่มากนัก

ภาคเอกชนมุ่งกำไร ซึ่งดำเนินธุรกิจสถานพยาบาล มีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายและมีการระดมทุน โดยที่ปัจจุบัน (พ.ศ. 2549) จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 13 ราย อันได้แก่ โรงพยาบาลเอกชลกรุงเทพดุสิตเวชการ โรงพยาบาลกรุงธน โรงพยาบาลมหาชัย บริษัทเชียงใหม่ธุรกิจการแพทย์ วัฒนาการแพทย์ โรงพยาบาลนนทเวช โรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลศิขรินทร์และบริษัทบางกอก เซน ฮอสปิทอล จำกัด

4.2.3 องค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไรที่ดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ (NPO-Not-For Profit Organization) ในประเทศไทย มีประมาณ 300 - 500 องค์กร ซึ่งองค์กรเอกชนเหล่านี้โดยทั่วไปจะมีลักษณะเป็นมูลนิธิ หรือสมาคมฯ ซึ่งจะต้องไปจดทะเบียนกับกระทรวงวัฒนธรรม (สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ

และ /หรือ กระทรวงมหาดไทย) จึงจะเป็นองค์กรที่เป็นนิติบุคคลแต่ก็มีองค์กรเอกชนเล็กๆ บางแห่ง ที่ไม่ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล เช่น ชมรมแพทย์ชนบท กลุ่มศึกษาปัญหายา เป็นต้น

องค์กรเอกชนเหล่านี้มักจะได้รับเงินสนับสนุนจากต่างประเทศ หรือการบริจาคภายในประเทศ รวมทั้งการสนับสนุนจากภาครัฐบาล

กระทรวงสาธารณสุขยังได้สนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพด้วย โดยได้ให้งบประมาณสนับสนุนองค์กรเอกชนจากปีละ 49.2 ล้านบาท มาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 - 2540 และลดเหลือเพียงปีละประมาณ 12-46 ล้านบาท ใน พ.ศ.2541 - 2550 เพื่อให้องค์กรเอกชนเหล่านั้นดำเนินการใน 4 แผนงาน คือ แผนงานผู้สูงอายุ แผนงานผู้พิการและด้อยโอกาส แผนงานแม่และเด็กและเยาวชน และแผนงานอื่นๆ สำหรับในปีงบประมาณ 2550 จัดสรรงบประมาณจำนวน 12.0 ล้านบาท ให้กับ 72/82 องค์กร/โครงการ (ตารางที่ 7.10) นอกจากนี้ ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนองค์กรเอกชนเฉพาะด้านเอดส์ 672 แห่ง จำนวน 36 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 7.11) อันจะเป็นการช่วยรัฐในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศได้อีกหนทางหนึ่ง

นอกจากนี้ องค์การชำนัญพิเศษขององค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลกก็ได้ริเริ่มการสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไรเหล่านี้ด้วย ซึ่งเป็นการพัฒนาจากระบบเดิมที่สนับสนุนเฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น

ตารางที่ 7.10 ข้อมูลองค์กรเอกชนที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2550

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
2548	104	76	73.1	210	156	74.3	91,655,450	26,454,000	28.9
2549	77	52	67.5	118	69	58.5	71,072,240	20,000,000	28.1
2550	91	72	79.1	127	82	64.6	89,877,311	12,000,000	13.3

ที่มา :
- พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2544 ได้จากกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2550 ได้จากกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ : สำนักงานคณะกรรมอาหารและยา ให้การสนับสนุนงบประมาณองค์กรเอกชน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - 2546 เท่านั้น

ตารางที่ 7.11 ข้อมูลองค์กรเอกชนด้านเอดส์ที่ขอ / ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2549

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
2548	795	637	80.1	935	657	70.3	277,646,531	70,000,000	25.2
2549	860	672	78.1	909	692	76.1	210,968,670	36,000,000	17.1

ที่มา : สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

บทที่ 8
หลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในบทนี้จะวิเคราะห์ถึงการพัฒนาหลักประกันสุขภาพในประเทศไทยในอดีต จนถึงปัจจุบัน และอนาคตควรดำเนินการอย่างไรต่อไป โดยกำหนดเป็น 4 ส่วนย่อยได้แก่ (1) วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพไทยก่อน พ.ศ. 2545 (2) การเปลี่ยนผ่านใน พ.ศ. 2544 ไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3) การพัฒนาระบบย่อยต่างๆ เพื่อการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (4) ผลสำเร็จของการดำเนินงานการสร้างหลักประกันสุขภาพ (5) แลไปข้างหน้า

1 วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพไทยก่อน พ.ศ. 2545

ภายหลังการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้มีการกำหนดให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ ใน พ.ศ. 2488 ต่อมาจึงมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรและสามารถจำแนกได้เป็น 6 กลุ่มหลัก ดังนี้

1) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) พัฒนามาจากโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย เริ่มใน พ.ศ. 2518
2) โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ คุ้มครองประชาชนที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานและไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการที่รัฐจัดให้นั้น โดยพัฒนามาจากกองทุนประกันสุขภาพในชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2526
3) สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2521
4) โครงการประกันสุขภาพแบบบังคับที่จัดโดยภาครัฐ ที่คุ้มครองผู้อยู่ในภาคการจ้างงานเอกชน คือ กองทุนทดแทนการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงาน (ตั้งแต่ พ.ศ.2517) และ กองทุนประกันสังคม (ตั้งแต่ พ.ศ. 2533)
5) โครงการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ภาคบังคับ คือ การประกันการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุจราจร เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2536 โดยมีพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2535
6) การประกันสุขภาพโดยสมัครใจภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชน พัฒนามาจากธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนของบริษัทข้ามชาติ ที่ได้เข้ามาในประเทศไทยนานแล้ว ก่อน พ.ศ. 2453

1.1 โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

โครงการนี้ มีวัตถุประสงค์หลัก คือรัฐให้การสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้และผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยแรกเริ่มใน พ.ศ. 2518 สงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย แล้วขยายไปรวมผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2532 และได้ขยายไปยังกลุ่ม เด็ก 0-12 ปี ผู้พิการ ครอบครัวทหารผ่านศึก ภิกษุสามเณรและนักบวชใน

พ.ศ. 2535 และใน พ.ศ. 2537 ได้มีการขยายไปยังกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว การออกบัตรสำหรับผู้มีรายได้น้อยในระยะแรกของโครงการเป็นไปตามดุลยพินิจของผู้ให้บริการ ต่อมาใช้เกณฑ์รายได้เป็นหลักตั้งแต่ พ.ศ. 2522 โดยบัตรมีอายุ 3 ปี และต้องมีการพิจารณาใหม่ โดยคณะกรรมการระดับตำบลและอำเภอเป็นผู้พิจารณาให้สิทธิ์ โครงการนี้ครอบคลุม 30 เปอร์เซ็นต์ของประชากรในประเทศใน พ.ศ. 2544

สิทธิประโยชน์ของโครงการครอบคลุมบริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโดยมีรายการยกเว้นบางกรณี ในช่วงแรก สิทธิการใช้บริการจำกัดอยู่เฉพาะในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข และมีสถานีอนามัยเป็นสถานบริการด่านแรก ต่อมาใน พ.ศ. 2540 กำหนดให้ผู้มีสิทธิสามารถไปรับบริการได้โดยตรงที่โรงพยาบาลอำเภอที่ขึ้นทะเบียนโดยมีสถานีอนามัยเป็นเครือข่าย ด้วยเหตุผลว่าประชาชนทุกคนควรมีสิทธิ์ได้พบแพทย์ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น สถานพยาบาลของรัฐในสังกัดอื่นๆก็ได้เข้ามาร่วมให้บริการ

การบริหารโครงการโดยกระทรวงสาธารณสุข ในระยะแรกนั้นเป็นการบริหารงบประมาณจากส่วนกลางแล้วจัดสรรเงินให้แก่จังหวัดต่างๆ เพื่อจัดสรรให้สถานพยาบาลในสังกัดต่อไป ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นการบริหารงบประมาณแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ มากขึ้น โดยมีการตั้งคณะกรรมการบริหารโครงการในระดับประเทศและจังหวัดเข้ามาบริหารโครงการภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและจังหวัดต่างๆ ได้รับงบประมาณตามจำนวนรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนของโครงการ ในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกันนั้นประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจและต้องขอกู้เงินช่วยเหลือจากธนาคารโลกภายใต้โครงการการลงทุนด้านสังคม (Social Investment Project: SIP) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขอรับการสนับสนุนเงินกู้เพื่อจัดทำโครงการนำร่องการปฏิรูปการจ่ายค่าบริการแก่สถานพยาบาล ใน 6 จังหวัด โดยมีการทดลองจ่ายค่าบริการแก่แบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและจ่ายตามน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวม (DRG weighted global budget) สำหรับบริการผู้ป่วยในซึ่งเป็นต้นแบบสำหรับการบริหารโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะต่อมา

ปัญหาหลักของโครงการคือการขาดความครอบคลุมและความตรงของการออกบัตรในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กล่าวคือจากการประเมินผลการออกบัตรรายได้น้อยในแต่ละรอบพบว่ายังคงมีผู้มีรายได้น้อยจำนวนมากที่ไม่ได้รับบัตรในขณะที่กลุ่มที่ได้รับบัตรก็มีจำนวนค่อนข้างมากที่ไม่ใช่คนจนจริง

1.2 โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ

กระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจใน พ.ศ. 2526 และดำเนินการมาจนถึง พ.ศ. 2544 โดยมีวิวัฒนาการเป็นสองช่วงหลักด้วยกัน คือ ช่วงสิบปีแรกของโครงการ (พ.ศ. 2526 - 2535) บริหารในลักษณะกองทุนชุมชนและมีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนในชนบทโดยจำหน่ายบัตรในราคาถูก มีทั้งบัตรอนามัยแม่และเด็ก บัตรรักษาพยาบาลรายครอบครัวและบุคคล (ในระยะต่อมาเหลือเพียงบัตรครอบครัว) โครงการนี้ขยายอย่างรวดเร็วในช่วงสองปีแรกและถดถอยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขาดนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องนี้ ช่วงครึ่งหลังของโครงการ (พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2544) เป็นการปรับปรุงอันเป็นผลมาจากการประเมินอย่างเป็นระบบ โดยเปลี่ยนเป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจอย่างเต็มตัวตั้งแต่ พ.ศ. 2537 มีกองทุนระดับประเทศและระดับจังหวัดโดยรัฐบาลให้การอุดหนุนงบประมาณครึ่งหนึ่งของราคาบัตร (บัตรราคา 1,000 บาท) คุ้มครองสมาชิกในครอบครัวไม่เกิน 5 คน มีอายุ 1 ปี) และต่อมาในระยะท้ายของโครงการได้เพิ่มเป็นสองในสามในราคาบัตร (บัตรราคา 1,500 บาท)

โครงการนี้ได้รับความนิยมจากประชาชนและขยายตัวอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในชนบท โดยใน พ.ศ. 2544 ความครอบคลุมประชากรของโครงการคิดเป็นร้อยละ 23.4 ของประชากรไทย

สิทธิประโยชน์ของโครงการไม่ต่างจากโครงการ สปร. มากนัก แต่ในระยะแรกที่บริหารแบบกองทุนชุมชนมีการจำกัดจำนวนครั้งของการใช้บริการและเพดานค่าใช้จ่ายที่คุ้มครอง และสมาชิกต้องใช้บริการที่สถานีอนามัยก่อนและต้องได้รับการส่งต่อจึงจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลได้ แต่เมื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบเป็นประกันสุขภาพแบบสมัครใจเต็มตัวได้ยกเลิกเพดานค่าใช้จ่ายและไม่จำกัดจำนวนครั้งการใช้บริการ และประชาชนสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอของตนได้โดยตรง นอกจากนั้นก็สามารถขอรับบัตรข้ามเขต (ข้ามจังหวัด) ได้ในกรณีย้ายถิ่นทั้งกรณีชั่วคราวหรือถาวรในระหว่างปี

ปัญหาของโครงการนี้คือการขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดีของโครงการสืบเนื่องจากเป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจและคิดอัตราเบี้ยประกันแบบอัตราเดียว ทำให้มีสัดส่วนคนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพมากกว่าปกติและทำให้อัตราการคืนทุนของโครงการค่อนข้างต่ำโดยเฉพาะในจังหวัดที่มีความครอบคลุมจำนวนสมาชิกต่ำเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร

1.3 สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

รัฐบาลและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้จัดสวัสดิการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยให้ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและลูกจ้าง ซึ่งครอบคลุมทั้งเจ้าตัว คู่สมรส บุตร และบิดามารดาของผู้มีสิทธิ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 วัตถุประสงค์ของโครงการเป็นสวัสดิการ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่ข้าราชการและลูกจ้างของตนเอง โดยใช้จ่ายเงิน จากงบประมาณของรัฐบาลและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้นๆ ระบบนี้ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 8.5 ของประเทศใน พ.ศ. 2544

สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้ดีกว่าโครงการอื่นๆในแง่ผู้มีสิทธิ์สามารถเลือกไปรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ และบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (มีเพดานการจ่าย) ในกรณีของข้าราชการ ส่วนของรัฐวิสาหกิจนั้นส่วนใหญ่ให้อิสระแก่ผู้มีสิทธิ์ในการไปเลือกใช้บริการ สำหรับชุดสิทธิประโยชน์นั้นไม่ต่างจากโครงการอื่นมากนักแต่อาจมีบริการที่ยกเว้นน้อยกว่าเช่นครอบคลุมกรณีไตวายเรื้อรัง หรือการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ

สวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการส่วนกลางและภูมิภาคนั้นบริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง ส่วนสวัสดิการข้าราชการท้องถิ่นและพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้นจะบริหารจัดการโดยหน่วยงานนั้นๆเอง โดยบริการผู้ป่วยนอกต้องจ่ายค่าบริการไปเองก่อนและมาเบิกคืนภายหลังส่วนบริการผู้ป่วยในต้องใช้ใบส่งตัวจากหน่วยงานต้นสังกัดและโรงพยาบาลตั้งเบิกจากกรมบัญชีกลาง (ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ผู้มีสิทธิที่มีโรคเรื้อรังและข้าราชการบำนาญสามารถขอขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลเบิกตรงกับกรมบัญชีกลางสำหรับบริการผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการเองก่อน และจะขยายไปยังกลุ่มข้าราชการในระยะต่อไป) โครงการนี้จ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลตามปริมาณบริการ (fee-for-services) สำหรับหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้นสิทธิประโยชน์อาจแตกต่างกันไปตามฐานะและส่วนใหญ่มีเพดานค่าใช้จ่ายที่คุ้มครอง

ปัญหาหลักของระบบนี้คือการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็วอันเนื่องจากวิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการ

1.4 โครงการประกันสุขภาพภาคบังคับที่จัดโดยภาครัฐ

ในภาคการจ้างงานเอกชนมี 2 กองทุน คือกองทุนเงินทดแทน ซึ่งคุ้มครองการเจ็บป่วยของลูกจ้างที่เกิดจากการทำงานโดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันแต่ฝ่ายเดียว และกองทุนประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งการชดเชยกรณีการเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต และเกษียณ โดย นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลต้องสมทบเบี้ยประกันฝ่ายละ

เท่าๆ กัน กองทุนประกันสังคมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วยโดยมีหลักการสำคัญคือ กระจายความเสี่ยงและเกื้อกูลกันระหว่างผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกับผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่า และระหว่างผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ทั้งนี้ในระยะแรกของโครงการครอบคลุมเฉพาะลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและต่อมาได้ค่อยๆขยายไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน 5 คน และ 1 คน ตามลำดับ โครงการนี้ครอบคลุมร้อยละ 7.6 ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2544

สิทธิประโยชน์ของโครงการใกล้เคียงกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆ ที่รัฐจัดให้ ทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การคลอดบุตร และทันตกรรม โดยผู้มีสิทธิสามารถเลือกขึ้นทะเบียนไปใช้บริการได้ที่โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและสามารถเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ปีละครั้ง

โครงการนี้บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ภายใต้คณะกรรมการประกันสังคม โดยจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักหลายรูปแบบ ตั้งแต่เหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไป การจ่ายเพิ่มให้ตามอัตราการใช้บริการ ภาระโรคเรื้อรัง บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่กำหนด รวมถึงการจ่ายชดเชยให้กับผู้ประกันตนกรณี คลอดบุตร บริการทันตกรรม บริการอุบัติเหตุฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลคู่สัญญา

1.5 พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

การประกันการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุจราจร กำหนดเป็นการประกันภาคบังคับที่เจ้าของรถยนต์และจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนทุกรายต้องจ่ายเบี้ยประกันเพื่อคุ้มครองผู้ได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร โครงการนี้มีวัตถุประสงค์ให้ความคุ้มครองผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรทางบกให้ได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและได้รับการชดเชยกรณีที่พิการหรือเสียชีวิต โดยเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับแก่เจ้าของยานพาหนะที่จดทะเบียนทุกราย แม้โครงการนี้จะเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับแต่บริษัทประกันเอกชนเป็นผู้บริหารจัดการ ปัญหาหลักของโครงการนี้คือความซ้ำซ้อนของสิทธิกับโครงการประกันสุขภาพอื่นๆนอกจากนั้นขั้นตอนและหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายที่ค่อนข้างยุ่งยากก็ทำให้เกิดการโยนภาระค่าใช้จ่ายให้กับกองทุนอื่นหรือสถานพยาบาลของรัฐ

1.6 การประกันสุขภาพเอกชนภาคสมัครใจ

ประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นประกันสุขภาพที่พ่วงกับกรมธรรม์ประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพหมู่จากอุบัติเหตุ วัตถุประสงค์หลักของประกันสุขภาพเอกชนเป็นการประกันความเสี่ยงสำหรับภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อัตราเบี้ยประกันมักเป็นไปตามอัตราความเสี่ยงของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ประกันสุขภาพเอกชนนั้นมีบทบาทค่อนข้างจำกัด ขนาดของตลาดจำกัดอยู่ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะค่อนข้างดี และสามารถจ่ายเบี้ยประกันได้ โดยใน พ.ศ. 2544 มีประชากรเพียงร้อยละ 1.2 ที่รายงานว่ามีประกันสุขภาพเอกชน

สิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่จะครอบคลุมเฉพาะบริการผู้ป่วยในซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าบริการผู้ป่วยนอก แต่มักมีเพดานของการคุ้มครอง ขณะเดียวกันก็มีการชดเชยการสูญเสียรายได้ อันเนื่องจากการเจ็บป่วย

สาระสำคัญภาพรวมของระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ก่อนหน้าที่ประเทศไทยจะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถสรุปได้ดังในตารางที่ 8.1

1.7 สรุป

ก่อน พ.ศ. 2545 ด้วยการพัฒนาแบบแยกส่วน ทำให้ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพที่หลากหลาย โดยมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป เช่น โครงการ สปร.มุ่งเน้นให้การคุ้มครองผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และเด็ก เป็น Social Protection ที่สำคัญ แต่ไม่สามารถคุ้มครองคนจนได้เท่าที่ควร และขาดงบประมาณที่เพียงพอในการให้บริการ, สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และบุคคลในครอบครัว รวมทั้งพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีปัญหาประสิทธิภาพของโครงการ เนื่องจาก การจ่ายตามรายการรักษาพยาบาลนั้น โรงพยาบาลมีแนวโน้มให้บริการเกินจำเป็น ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมากทุกปี ส่วนโครงการประกันสังคม มีระบบการจ่ายโรงพยาบาลค่อนข้างดี คือเป็นระบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งน่าจะเป็นทางเลือกในการปฏิรูประยะยาวของประเทศไทย นอกจากนี้ โครงการประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจภาครัฐ มีปัญหาในด้านการเฉลี่ยความเสี่ยง ทำให้โครงการไม่สามารถอยู่รอดทางการเงินได้ในระยะยาว ความรู้จากงานวิจัยต่างๆ และเจตน์จำนง ทางการเมือง นำไปสู่การปฏิรูประบบการคลัง ใน พ.ศ. 2545 ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในหัวข้อ 2

ตารางที่ 8.1 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ก่อน พ.ศ. 2545

Characteristics	สปร.	บัตรสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ	ประกันเอกชน
ลักษณะ	สวัสดิการของรัฐ	ประกันสมัครใจที่รัฐสนับสนุน	สวัสดิการ	ประกันภาคบังคับที่รัฐสนับสนุน	ประกันภาคบังคับเจ้าของยานพาหนะ	ประกันเอกชน
กลุ่มเป้าหมาย	คนจนและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	ผู้อยู่เหนือเส้นยากจนและไม่มีหลักประกันอื่น	ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	ลูกจ้างภาคเอกชน	ประชาชนที่ประสบภัยจากรถ	ประชาชนทั่วไป
ครอบคลุมประชากร (พ.ศ. 2544)	30%	23.4%	8.5%	7.6%	ทุกคน	1.2%
สิทธิประโยชน์						
• บริการผู้ป่วยนอก	รัฐ	รัฐ (สธ.)	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
• บริการผู้ป่วยใน	รัฐ	รัฐ (สธ.)	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
• ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล	กำหนด	กำหนด	ไม่กำหนด	กำหนด	ไม่กำหนด	ไม่กำหนด
• สิทธิประโยชน์ยกเว้น	15 กรณี	15 กรณี	-	15 กรณี	-	โรคประจำตัว

ตารางที่ 8.1 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ ก่อน พ.ศ. 2545(ต่อ)

Characteristics	สปร.	บัตรสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ	ประกันเอกชน
• คลอดบุตร	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ไม่	ไม่
• ตรวจสุขภาพ	ไม่	ไม่	ครอบคลุม	ไม่	ไม่	อาจจะ
• บริการที่ไม่ครอบคลุม	ห้องพิเศษ	ห้องพิเศษ	-	ห้องพิเศษ	-	-
การคลัง						
• แหล่งเงิน	งบประมาณ	ครัวเรือนและรัฐสนันสุน $^{1}/_{2}$, $^{3}/_{4}$	งบประมาณ	ลูกจ้าง/นายจ้าง / รัฐ ฝ่ายละเท่ากัน	เจ้าของยานพาหนะ	ครัวเรือน
• วิธีจ่ายค่าบริการ	งบประมาณยอดรวม	เหมาจ่าย/ตามผลงาน	ตามปริมาณบริการ	เหมาจ่าย/ตามผลงาน	ตามปริมาณบริการ	ตามปริมาณบริการ
• ส่วนร่วมจ่าย	ไม่มี	ไม่มี	ใช้ รพ.เอกชน	ส่วนเกินเพดานคลอดบุตร/ฉุกเฉิน	ส่วนที่เกินเพดาน	ส่วนที่เกินเพดาน
ปัญหาหลัก	ความตรงและความครอบคลุมคนจน	ขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดี	ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว	ครอบคลุมเฉพาะช่วงการจ้างงาน	ความซ้ำซ้อนสิทธิ/การเบิกจ่าย	การคัดเลือกความเสี่ยง

2 การเปลี่ยนผ่านใน พ.ศ. 2544 ไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 กระบวนการกำหนดนโยบาย และการจัดทำพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) กระบวนการการกำหนดนโยบาย

การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขไทย เกิดขึ้นหลังจากที่พรรคไทยรักไทยใช้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือชื่อที่เรียกติดปากคือ ***"30 บาท รักษาทุกโรค"*** ในการหาเสียงและรักษาสัญญาที่ได้ให้ไว้ภายหลังชนะการเลือกตั้งเมื่อ วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 ทำให้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กลายเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 รัฐบาลได้ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีข้อสรุปสาระดังนี้

"นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งที่จะจัดตั้งโครงการประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยโดยสร้างดุลอำนาจในการควบคุมคุณภาพบริการที่แยกผู้ซื้อบริการออกจากผู้ให้บริการ (กระทรวงสาธารณสุข) รัฐมีหน้าที่เกลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพและการเงิน ใช้เงินอุดหนุนจากงบประมาณ นอกจากนี้โครงการนี้มีกลไกในการควบคุมต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโดยการใช้วิธีการจ่ายเงินสถานพยาบาลแบบตกลงล่วงหน้าและเป็นปลายปิด กองทุนหลักประกันสุขภาพจะแบ่งเป็น 2 กองทุน คือ (1) สำหรับภาคการจ้างงาน โดยขยายกองทุนประกันสังคมให้ครอบคลุมถึงสวัสดิการข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว และ (2) นอก

ภาคการจ้างงาน ได้แก่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้ง 2 กองทุน จะมีสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกันและในที่สุดจะพัฒนาไปสู่ระบบการจ่ายเงิน และชุดสิทธิประโยชน์เดียวกันหรือรวมเป็นกองทุนเดียว"

การดำเนินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ **"30 บาท รักษาทุกโรค"** ได้ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 45.4 ล้านคน (ร้อยละ 73 ของประชากร) และใช้งบประมาณจากภาษีของประชาชนกว่า 55,000 ล้านบาทต่อปี (พ.ศ. 2545) การบริหารจัดการงบประมาณในช่วงเปลี่ยนผ่านอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้จัดสรรเงินให้กับจังหวัด ส่วนในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะรับผิดชอบบริหารกองทุนระดับพื้นที่ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ให้คำปรึกษา ภายหลัง พ.ศ. 2546 เมื่อมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว กระทรวงสาธารณสุขจึงค่อยลดบทบาทในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ การขยายหลักประกันสุขภาพได้ดำเนินงานเป็นขั้นเป็นตอน คือ ระยะแรก นำร่องใน 6 จังหวัดและให้ใช้สิทธิ์เฉพาะในสถานพยาบาลของรัฐ, ระยะที่2 ขยายเพิ่มอีก 15 จังหวัด และเปิดให้สถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วม, ระยะที่ 3 ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศและครอบคลุมบางเขตของกรุงเทพมหานคร (13 เขต), และระยะที่ 4 ขยายคลอบคลุมทั่วกรุงเทพมหานครและครอบคลุมทั้งประเทศในเดือนเมษายน พ.ศ. 2545

การที่นโยบายนี้มีความพร้อมที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น เกิดขึ้นจากพัฒนาการ 3 ด้าน คือ ด้านตัวนโยบายที่ใช้แก้ปัญหา หรือกระแสนโยบาย (Policy Stream), ด้านการจุดประกายประเด็นปัญหาหรือกระแสปัญหา (Problem Stream), และด้านการสนับสนุนทางเมืองหรือกระแสการเมือง (Political Stream) และเมื่อพัฒนาการทั้งสามด้านมาบรรจบกัน หน้าต่างของโอกาสจึงเกิดขึ้น การเลือกตั้งถือว่าเป็นการเปิดหน้าต่างของโอกาสครั้งสำคัญ ทำให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกหยิบยกมาเป็นวาระนโยบายของรัฐได้ (Policy Agenda)

- กระแสนโยบาย (Policy Stream) คือ มีการทำงานของนักวิชาการในกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เพื่อหาวิถีทางการแก้ปัญหา และผลักดันให้เกิดนโยบายที่ตัวเองตั้งใจ และพยายามปรับนโยบายในการแก้ปัญหาให้เป็นที่ยอมรับของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จนได้รับการยอมรับจากสาธารณชนและนักการเมือง
- กระแสปัญหา (Problem Stream) คือ สภาวะที่การเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับการยอมรับจากสาธารณชนและผู้มีอำนาจตัดสินใจว่าเป็นปัญหา และจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลง กลไกที่เป็นตัวจุดความสนใจของการให้สิทธิค่ารักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือรายได้ที่ลดลงของประชาชนอันเนื่องมาจากผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ และการนำเสนอปัญหาทุกข์ในระบบสุขภาพโดยองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายสนับสนุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- กระแสการเมือง (Political Stream) คือ การเปลี่ยนแปลงรัฐบาล และการมีพรรคการเมืองที่สนใจการปฏิรูประบบสุขภาพ และนำเสนอนโยบายที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน

จะเห็นได้ว่าการพัฒนาองค์ความรู้มีความสำคัญในการจัดทำนโยบาย นอกจากนี้การเชื่อมประสานกับประชาสังคมและเครือข่ายอื่นๆทำให้เกิดพลังการยอมรับนโยบายดังกล่าว ส่วนนักการเมืองเป็นผู้เปิดหน้าต่างแห่งโอกาส องค์ประกอบเหล่านี้สนับสนุนแนวคิดเรื่องยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ

2) กระบวนการทางนิติบัญญัติ

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะกรรมาธิการสาธารณสุขสภาผู้แทนราษฎรใน พ.ศ. 2538 - 2539 เคยร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาครั้งหนึ่งแล้ว แต่ไม่สามารถผลักดันให้ออกมาเป็นกฎหมายได้

ความพยายามครั้งใหม่เกิดขึ้นภายหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 โดยอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 มาตรา 170 ซึ่งระบุว่า ประชาชนผู้มีสิทธิลงคะแนนซึ่งเข้าชื่อรวมกันไม่น้อยกว่าห้าหมื่นคนสามารถยื่นร่างกฎหมายให้ประธานสภาพิจารณาบรรจุเข้าเป็นร่างกฎหมายเพื่อพิจารณาในสภาได้โดยตรง ในครั้งนั้นมีชื่อผู้สนับสนุนกว่า 60,000 ชื่อ ทำให้มี นักวิชาการ, องค์กรพัฒนาเอกชน และประชาชนที่สนใจได้ร่วมกันจัดทำ ร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น และมีการลงนามของกลุ่มพัฒนาองค์กรเอกชนสนับสนุนแนวทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนตุลาคม พ.ศ.2543 ก่อนที่จะมีการเลือกตั้งในเดือนมกราคม พ.ศ.2544 และเสนอร่างพรบ. ต่อประธานสภาใน พ.ศ. 2544

ในขณะเดียวกันพรรคการเมืองที่ใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการหาเสียง ได้ดำเนินการขยายหลักประกันสุขภาพตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2544 และได้จัดทำร่าง พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอเข้าคณะรัฐมนตรี และเสนอต่อไปยังรัฐสภา

ในการประชุมของสภาผู้แทนราษฎร มีร่าง พ.ร.บ.ให้พิจารณารวมทั้งสิ้น 6 ร่าง คือ จากรัฐบาล 1 ฉบับ จากพรรคการเมือง 4 ฉบับ และ ร่างจากภาคประชาชนซึ่งเดิมตั้งใจจะเสนอเองโดยตรงต่อรัฐสภา แต่กระบวนการตรวจสอบรายชื่อผู้ร่วมลงนาม 60,000 ชื่อยังไม่แล้วเสร็จสมบูรณ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจึงตัดสินใจเสนอร่างนี้แทนภาคประชาชน

พ.ร.บ.นี้ ผ่านการประชาพิจารณ์ 4 ครั้ง ที่ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และกรุงเทพมหานคร ก่อนที่จะปรับปรุงแล้วส่งให้วุฒิสภาเพื่อพิจารณา ในระหว่างที่คณะกรรมาธิการวิสามัญของวุฒิสภาเริ่มพิจารณา ร่าง พรบ. มีบทความหนังสือพิมพ์ การประชุม วิจารณ์ร่าง พ.ร.บ. นี้ ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุข ข้าราชการ และ ผู้มีสิทธิประกันสังคม โดยเรียกร้องขอให้มีการแก้ไข พ.ร.บ.ตามแนวทางที่แต่ละกลุ่มเห็นสมควร กลุ่มผู้ใช้แรงงานต้องการให้ตัดข้อความที่เกี่ยวข้องกับกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม ตัวแทนวิชาชีพสาธารณสุขแม้ว่าจะแสดงจุดยืนสนับสนุนกฎหมายฉบับนี้ แต่ต้องการลดบทบาทของกฎหมายฉบับนี้ในการควบคุมบุคลากร และการให้เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ซึ่งคณะกรรมาธิการได้มีการแก้ไขบางประเด็นตามข้อเรียกร้องดังกล่าว

สุดท้าย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ถูกประกาศลงในราชกิจานุเบกษาในวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 อันทำให้ พ.ร.บ.นี้มีผลบังคับใช้ในวันรุ่งขึ้น คือ วันที่ 19 พฤศจิกายน 2545 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีประเด็นที่สำคัญ ดังตารางที่ 8.2

ตารางที่ 8.2 ประเด็นสำคัญในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545

ประเด็น	พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
1. คำจำกัดความของบริการสาธารณสุข	บริการครอบคลุมการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การสร้างสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข	บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้
3. หน่วยบริการประจำ	ใช้สถานบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่ในบริเวณภูมิลำเนาหรือที่ทำงานของตนเป็นหน่วยบริการประจำเว้นแต่กรณีที่มีเหตุอันสมควรหรือกรณีอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย
4. แนวทางการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพภาครัฐที่มีมาก่อน	ผู้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามกฎหมายใดอยู่แล้ว ให้คงมีสิทธิตามกฎหมายนั้นต่อไป โดยให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดเตรียมความพร้อม การกำหนดการจัดบริการสาธารณสุขตามกฎหมายนี้ให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา
5. กรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการจำนวน 30 คน มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีตัวแทนจากภาคประชาชน 5 คน เป็นสมาชิกกรรมการ
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	เป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. แหล่งเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	แหล่งเงินสำหรับจัดบริการ มาจากเงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปีและประกันสุขภาพแห่งชาติ รายได้อื่นๆ และให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเสนอขอรับงบประมาณรายจ่ายประจำปีต่อคณะรัฐมาตรี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงาน
8. เงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ	ให้กันเงินไม่เกินร้อยละ 1 ของที่จะจ่ายให้หน่วยบริการเป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ
9. คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน	กรรมการจำนวน 35 คน ตัวประธานให้เลือกตั้งจากคณะกรรมการ และมีตัวแทนภาคประชาชน 5 คน เป็นสมาชิกกรรมการ
10. สถานพยาบาลและมาตรฐานการรักษา	- กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ - มีหลักเกณฑ์การกำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข
11. การกำกับมาตรฐานสถานพยาบาล	มีคณะกรรมการสอบสวนทำหน้าที่สอบสวนและเสนอความเห็น และรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน

ที่มา : ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ถาวร สกุลพาณิชย์, และคณะ, กระบวนการจัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2547

2.2 เนื้อหาสาระสำคัญของการปฏิรูป

1) หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือว่าเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชน และจัดระบบให้คนในสังคมได้มีการ "เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข" ด้วยการกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงิน (Risk Sharing) ที่เกิดเนื่องจากความเจ็บป่วย ทั้งนี้ จะเป็นการส่งเสริมให้คนในสังคมมีภราดรภาพ (Solidarity) และการเกื้อกูลกันมากขึ้น

เป้าประสงค์หลัก 3 ประการคือ 1) ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage) 2) คนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 3) มีการจัดทำแผนแม่บทและประสานทุกหน่วยงานเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนในทางนโยบาย (Policy Sustainability), ทางการเงิน (Financial Sustainability), และทางสถาบันหรือองค์กร (Institutional Sustainability)

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการออกแบบระบบเป็นดังนี้

1) งบประมาณสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลมาจากระบบภาษี ประชาชนที่มีสิทธิเมื่อใช้บริการตามระบบจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง ยกเว้นการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค นอกจากนี้ยังยกเว้นค่าธรรมเนียมให้กับผู้ที่เคยอยู่ภายใต้ โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เช่น คนจน เด็ก คนชรา พระ และทหารผ่านศึก เป็นต้น

2) หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้บ้าน เป็นจุดบริการด่านแรก (Front Line Service) และสามารถ เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (Main Contractor) และรับขึ้นทะเบียนประชาชน (Unit for Registration)

3) ระบบการเงินการคลัง เป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment)

4) ชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันกับกองทุนภาครัฐอื่น

5) ใช้กระบวนการรับรองคุณภาพ มากำกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

6) การบริหารนโยบาย ให้มีการกระจายอำนาจ (Decentralization) ในการบริหารจัดการแก่จังหวัด โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนระดับพื้นที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ

7) แยกบทบาทผู้ซื้อ-ผู้ให้บริการ (Purchaser Provider Split) ออกจากกันอย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) การปฏิรูปโครงสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ

(ก) จัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้กลไกการซื้อบริการ บริหารโครงการให้มีประสิทธิภาพและเป็นตัวแทนผู้บริโภคเพื่อทำการตรวจสอบคุณภาพบริการ และจัดสมดุลอำนาจในระบบบริการ ซึ่งเดิมที กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่กำกับระบบ และเป็นทั้งผู้ให้บริการอยู่ด้วย จึงอาจไม่มีแรงจูงใจในการประเมินคุณภาพบริการในฐานะตัวแทนของผู้บริโภค

ข้อเสนอในการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารหลักประกันสุขภาพภาครัฐของคณะทำงานพัฒนารูปแบบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ต้องการให้มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นมาทำหน้าที่กำกับนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมด อันได้แก่กองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อกำหนดมาตรฐานชุดสิทธิประโยชน์ และวิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่เป็นตัวแทนของกองทุนทั้งสามในการทำสัญญากับสถานพยาบาลที่เข้าโครงการ (ภาพที่ 8.1) หากแต่ว่าในช่วงการดำเนินงานในระยะเปลี่ยนผ่านนั้น (พ.ศ. 2544-2545) ยังมิได้มีการตรากฤษฎีกาเพื่อกำหนดวิธีปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องกับกองทุนอื่นๆ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำกับนโยบายของกองทุนหลักประกันสุขภาพเท่านั้น

(ข) การจัดตั้งกองทุนเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการ ในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ (Medical Injury Compensation System)

กองทุนลักษณะนี้ถือเป็นนวัตกรรมใหม่ เป็นการชดเชยให้แก่ผู้ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องพิสูจน์ความถูกผิดก่อน (Pure No-fault System) อันจะบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ได้รับความเสียหาย ความสำคัญของการมีกองทุนดังกล่าวจะพัฒนาให้เกิดผลดี 4 ประการคือ

1. การบรรเทาความเดือดร้อนของผู้เสียหายเป็นเบื้องต้น แต่ไม่จำกัดสิทธิที่จะได้รับการชดเชยจากระบบอื่น

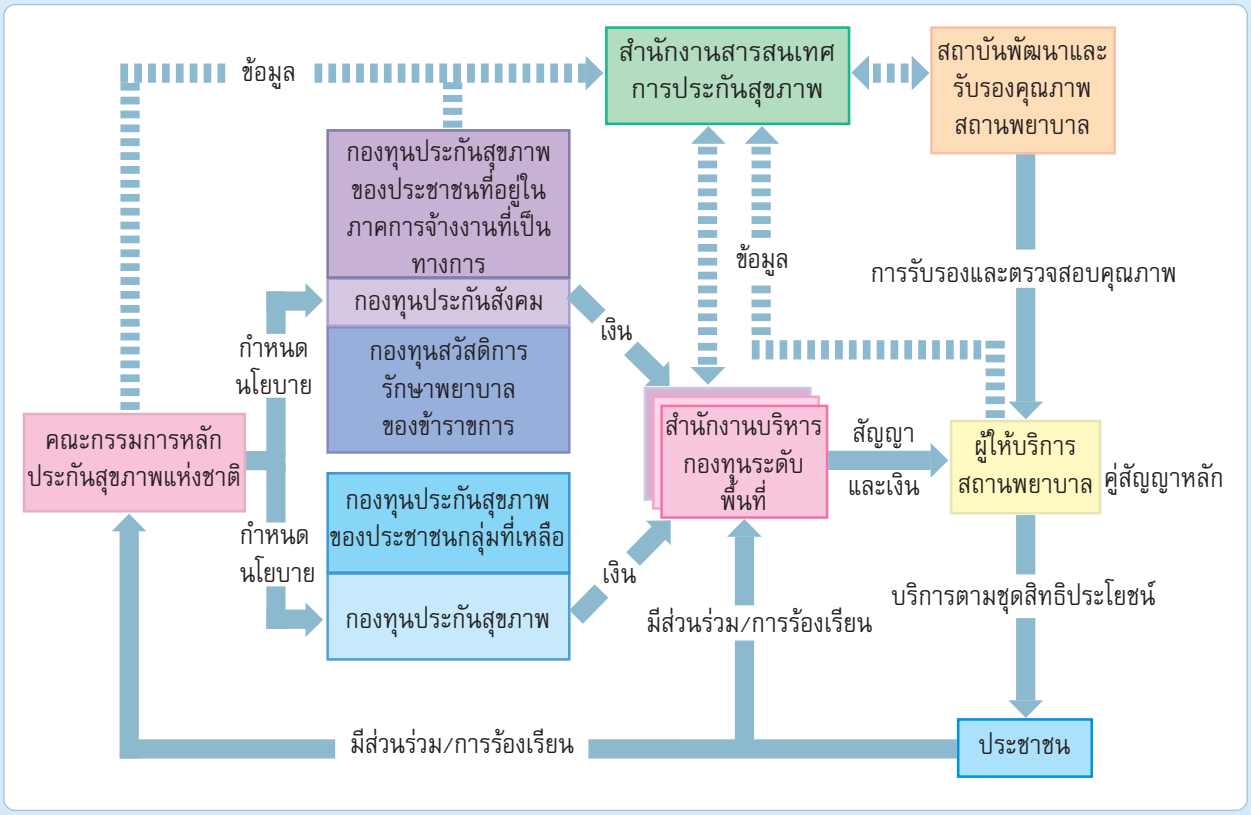
2. ส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยจะทำให้ผู้ให้บริการมีความตระหนักในความเสียหายที่อาจจะเกิดต่อผู้รับบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถใช้กลไก 2 ด้าน คือ การควบคุมกำกับคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อป้องกันความเสียหายจากระบบอันเนื่องมาจากเหตุสุดวิสัย และการไล่เบี้ยค่าเสียหายจากผู้กระทำผิดหรือเลินเล่อ

3. ป้องกันแพทย์ หรือผู้ให้บริการจากการถูกฟ้องร้อง โดยไม่จำเป็น ซึ่งระบบดังกล่าวยึดหลักการไกล่เกลี่ยและสมานฉันท์

4. กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำหน้าที่กระจายความเสี่ยงเอง โดยจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ไม่เกินร้อยละ 1 ของค่ารักษาพยาบาล ทำให้ผู้ให้บริการไม่ต้องเสียค่าเบี้ยประกันจำนวนมากเพื่อเอาประกันจากบริษัทประกันภัยเอกชน

ผลการดำเนินการจะเป็นอย่างไร ต้องติดตามต่อไป

ภาพที่ 8.1 ข้อเสนอโครงสร้างระบบประกันสุขภาพ



ที่มา : คณะทำงานพัฒนารูปแบบโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2544)

2.3 ระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศไทย หลังเดือน เมษายน พ.ศ. 2545

โดยสรุปหลังมีการเปลี่ยนคณะรัฐบาลและมีการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรวมผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลและโครงการบัตรประกันสุขภาพเดิม แล้วทำการขยายไปสู่ผู้ไม่มีหลักประกันมาก่อน ทำให้ประชาชนไทยมีความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 92.5 โดยแบ่งเป็น 3 ระบบหลักคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 74.2, ระบบสวัสดิการข้าราชการร้อยละ 6.6, และระบบประกันสังคมร้อยละ 11.5 นอกนั้นเป็นระบบย่อยเช่นสำหรับนักการเมืองและผู้อาศัยในต่างประเทศ ผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน 4.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของประชากรทั้งประเทศ

สรุปเปรียบเทียบลักษณะสำคัญของระบบ ทั้ง 3 ระบบ (ดูในตารางที่ 8.3) มีประเด็นสำคัญดังนี้

1) สิทธิประโยชน์ : ชุดสิทธิประโยชน์ด้านรักษามีความคล้ายกันระหว่างประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่รวมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน คลอดบุตร และทันตกรรม มีรายการ ยกเว้น 15 กรณี และไม่รวมการตรวจสุขภาพและการใช้บริการห้องพิเศษ นอกจากนี้หลักประกันสุขภาพยังไม่ครอบคลุมการฟอกไตอันเนื่องมาจากไตวายเรื้อรัง ส่วนสวัสดิการรักษาพยาบาลไม่มีข้อยกเว้น ส่วนการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ มีเฉพาะในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ ทุกโครงการมีการอิงบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยาในชุดสิทธิประโยชน์

2) แหล่งการคลังและการร่วมจ่าย: หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับงบประมาณจากระบบภาษี

และกำหนดให้ประชาชนร่วมจ่ายครั้งละ 30 บาท ยกเว้นผู้สมควรได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูล เช่นเดียวกับสวัสดิการข้าราชการที่ได้รับงบประมาณจากระบบภาษีแต่กำหนดให้มีการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ส่วนประกันสังคมได้เงินมาจากการสมทบ 3 ฝ่ายคือ ลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ กำหนดให้ร่วมจ่ายเมื่อมีค่ารักษาเกินเพดาน กรณีคลอดบุตรหรือกรณีฉุกเฉิน

3) วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล: หลักประกันสุขภาพคล้ายประกันสังคมคือเหมาจ่ายรายหัว และปรับตามผลงานเช่นผลงานตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยใน เป็นต้น ส่วนสวัสดิการข้าราชการจ่ายตามปริมาณบริการ

อย่างไรก็ดี มีความพยายามที่จะพัฒนาให้ทั้ง 3 โครงการมีความคล้ายกัน เพื่อให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องจัดทำต่อไป

ตารางที่ 8.3 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพประเภทต่างๆในประเทศไทยเดือนกันยายน พ.ศ. 2545

Characteristics	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม
ลักษณะ	สวัสดิการของรัฐ (State Welfare)	สวัสดิการการจ้างงาน (Fringe Benefit)	ประกันภาคบังคับ (Social Insurance)
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้อยู่นอกสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคม	ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว	ลูกจ้างภาคเอกชน
ครอบคลุมประชากร *	74.2%	6.6%	11.5%
สิทธิประโยชน์			
• บริการผู้ป่วยนอก	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
• บริการผู้ป่วยใน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
• ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล	กำหนด	ไม่กำหนด	กำหนด
• สิทธิประโยชน์ยกเว้น	15 กรณี	-	15 กรณี
• คลอดบุตร	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม
• ตรวจสุขภาพ	ไม่	ครอบคลุม	ไม่
• บริการที่ไม่ครอบคลุม	ห้องพิเศษ, ฟอกไต	-	ห้องพิเศษ
การคลัง			
• แหล่งเงิน	งบประมาณ	งบประมาณ	ลูกจ้าง/นายจ้าง/รัฐ
• วิธีจ่ายค่าบริการ	เหมาจ่าย/ตามผลงาน	ตามปริมาณบริการ	เหมาจ่าย/ตามผลงาน
• ส่วนร่วมจ่าย	ค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง	ใช้ รพ.เอกชน	ส่วนเกินเพดานคลอดบุตร/ฉุกเฉิน

*__หมายเหตุ__ : ฐานข้อมูลประชากรรวม 61.2 ล้านคน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เดือนกันยายน พ.ศ. 2545

3 การพัฒนาระบบย่อยเพื่อสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 การพัฒนาฐานข้อมูลระดับบุคคล

ระบบประกันสังคมเป็นระบบประกันสุขภาพของรัฐระบบแรกที่มีและใช้ฐานข้อมูลระดับบุคคลของผู้มีสิทธิ์ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้สร้างฐานข้อมูลระดับบุคคลเบื้องต้น ใน พ.ศ.2544 เพื่อดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้ฐานข้อมูลระดับบุคคลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นฐานข้อมูลอ้างอิง ประกอบกับข้อมูลจากสำนักงานประกันสังคม และการสำรวจครัวเรือน พบว่าฐานข้อมูลผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะแรก มีปัญหาเรื่องความถูกต้องของข้อมูล โดยพบผู้มีสิทธิประกันสุขภาพซ้ำซ้อนสูงถึงร้อยละ 12.4 (เดือนเมษายน พ.ศ. 2545) ต่อมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแก้ไขปรับปรุงทำให้การซ้ำซ้อนสิทธิประกันสุขภาพลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1

ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548 รัฐบาลมีนโยบายที่จะบูรณาการระบบบริหารการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งหมด โดยเบื้องต้นมอบหมายให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกรมบัญชีกลางร่วมกันบริหารระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ทำให้การพัฒนาฐานข้อมูลระดับบุคคลของผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเริ่มดำเนินการอย่างจริงจัง ทั้งนี้คาดว่าจะแล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน พ.ศ. 2549

โดยสรุป ฐานข้อมูลระดับบุคคลได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น หลังจากมีการนำมาใช้ในการบริหารระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากมีการใช้และการเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีการตรวจสอบ ปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ การตรวจสอบดังกล่าวยังเกิดขึ้นจากการที่ระบบอนุญาตให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและตรวจสอบข้อมูลดังกล่าวด้วย แต่การแก้ไขข้อมูลจะกระทำได้โดยผู้ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น

3.2 การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วย

ที่ผ่านมา มีนโยบายและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิในหลายด้านประกอบด้วย

1) การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการประจำ และการตรวจประเมินเพื่อการรับรองหน่วยบริการตามเกณฑ์

เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการ สะท้อนความต้องการพื้นฐานด้านคุณภาพหน่วยบริการของระบบประกันสุขภาพ และใช้เป็นเครื่องมือควบคุมกำกับคุณภาพหน่วยบริการด้วย ที่ผ่านมา เกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นหลัก เช่น ลักษณะโครงสร้าง จำนวนบุคลากร อุปกรณ์ ฯลฯ โดยกำหนดขนาดปัจจัยนำเข้าให้สัมพันธ์กับจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบ (เช่น หน่วยบริการประจำที่มีแพทย์ 1 คน จะดูแลรับผิดชอบประชากรผู้มีสิทธิไม่เกิน 10,000 คน)

การตรวจประเมินเพื่อการรับรองหน่วยบริการตามเกณฑ์ ก่อนให้บริการในระบบประกันสุขภาพที่ผ่านมาเน้นสถานพยาบาลภาคเอกชนเป็นหลัก (เนื่องจากไม่สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการภาครัฐได้) จนกระทั่งใน พ.ศ. 2549 จึงมีนโยบายให้มีการตรวจประเมินทั้งภาครัฐและเอกชน โดยข้อมูลผลการตรวจประเมินหน่วยบริการภาครัฐจะใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาระยะต่อไป

2) การสนับสนุนนวัตกรรมและการพัฒนาของสถานพยาบาลปฐมภูมิ (โครงการ PCU ในฝัน)

ใน พ.ศ. 2547 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้มีการประกวดนวัตกรรมการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Innovation Award: UCIA) ขึ้น เพื่อส่งเสริม

ขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน และรวบรวมผลงานเผยแพร่เป็นแบบอย่างแก่หน่วยงานอื่นๆ ต่อไป และได้จัดให้มีโครงการส่งเสริมคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิสู่ความเป็นเลิศ (โครงการ PCU ในฝัน) ขึ้น เพื่อสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของสถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยให้สถานพยาบาลปฐมภูมิแต่ละแห่งประเมินตนเองตามแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น แล้วจัดทำคำขอเงินสนับสนุนเพื่อพัฒนาบริการตามส่วนขาด โดยมีสถานพยาบาลได้รับการสนับสนุน 562 แห่ง จากการสมัครเข้าร่วมจำนวน 1,451 แห่ง โดยหนึ่งในสามเป็นโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพสถานีอนามัยให้ได้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข) ขึ้น โดยตั้งเป้าหมายการพัฒนาสถานีอนามัยจำนวน 800 แห่ง หลังการดำเนินงานพบว่ามีสถานีอนามัยผ่านการประเมินจำนวน 530 แห่งหรือคิดเป็นร้อยละ 66 ของเป้าหมาย

3) การพัฒนารูปแบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เป็นกระแสการพัฒนาคุณภาพที่ได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวาง โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบได้เห็นชอบตรงกันที่จะให้ระบบ HA เป็นระบบพัฒนาคุณภาพกลาง[1]

อย่างไรก็ตาม ระบบ HA เน้นที่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่โรงพยาบาล ยังไม่ครอบคลุมการให้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการปฐมภูมิขึ้น โดยสนับสนุนสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข[2] ในการวิจัยและพัฒนาระบบดังกล่าว ปัจจุบันข้อเสนออยู่ระหว่างการพัฒนา

4) การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

ในระยะแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบลงทุนเพื่อการทดแทน (Capital Replacement Fund) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวได้ถูกจัดสรรเพื่อใช้ในการปรับปรุงโครงสร้างทั้งในส่วนของบริการปฐมภูมิและบริการเฉพาะด้าน[3] โดยส่วนใหญ่เน้นที่การกระจายศูนย์บริการเฉพาะด้าน (Excellent Center) ขณะที่ไม่มีนโยบายชัดเจนเกี่ยวกับการลงทุนด้านโครงสร้างของบริการปฐมภูมิ

ระยะต่อมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนเรื่องกำลังคนมากขึ้น โดยใน พ.ศ. 2548 ได้จัดสรรงบลงทุนเพื่อการทดแทนจำนวน 100 ล้านบาท (ร้อยละ 2.8 ของงบ

---

[1] มติคณะกรรมการประสานความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม ครั้งที่ 5 วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2549 ณ โรงแรมโนโวเทล ทิพย์วิมาน รีสอร์ทแอนด์สปา จังหวัดเพชรบุรี

[2] ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสถาบันพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

[3] ระยะแรกงบลงทุนเพื่อการทดแทนร้อยละ 30 จัดสรรเพื่อการลงทุนในศูนย์บริการเฉพาะด้าน โดยเน้นหนักศูนย์มะเร็ง ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์อุบัติเหตุ ต่อมาสัดส่วนดังกล่าวลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งใน พ.ศ. 2549 เหลือเพียงร้อยละ 10

ลงทุนเพื่อการทดแทนทั้งหมด) เพื่อการพัฒนากำลังคนทั้งในระดับบริการปฐมภูมิและบริการเฉพาะด้าน แต่มีเพียงร้อยละ 10 ของงบดังกล่าวที่ใช้ในการพัฒนากำลังคนที่ระดับปฐมภูมิ โดยมีการอบรมวิทยากรระดับเขตขึ้นจำนวน 130 คน เพื่อเตรียมจัดตั้งเป็นศูนย์ฝึกอบรมระดับเขตจำนวน 12 ศูนย์ อบรมวิทยากรระดับจังหวัดและอำเภอจำนวน 1,800 คน ใน พ.ศ. 2549 คณะกรรมการได้จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 1,062 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 17.2 ของงบลงทุนเพื่อการทดแทนทั้งหมด เพื่อใช้ทั้งในการพัฒนาทั้งโครงสร้างและการพัฒนากำลังคนที่บริการปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีแพทย์ประจำ (Community Medical Centre: CMC) จำนวน 200 แห่ง ขยายการฝึกอบรมบุคลากรสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ พร้อมเพิ่มค่าตอบแทนแก่บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม และสนับสนุนการลดจำนวนผู้ป่วยของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขนาดใหญ่

การให้ความสำคัญกับสถานพยาบาลปฐมภูมิในช่วงที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สถานพยาบาลปฐมภูมิระดับหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีจำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 8.4)

ตารางที่ 8.4 สัดส่วนจำนวนบุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ไม่รวมแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) พ.ศ. 2547

รายการ	สถานีอนามัย	หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพช.	หน่วยบริการปฐมภูมินอก รพช.	หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพท./รพศ.	หน่วยบริการปฐมภูมินอก รพท./รพศ.	รวม
จำนวนตัวอย่าง	442	76	17	3	3	577
สัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีจำนวนบุคลากร ลดลง %	11.09	14.47	5.88	0.00	33.33	11.61
เท่าเดิม %	42.53	38.16	35.29	33.33	33.33	41.77
เพิ่มขึ้น %	46.38	47.37	58.82	66.67	33.33	46.62

ที่มา : สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ 36 จังหวัด, สิงหาคม 2547

หมายเหตุ : บุคลากร ในที่นี้ รวมพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักวิชาการ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขและทันตาภิบาล

นอกจากการลงทุนเพื่อพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิโดยตรงแล้ว ที่ผ่านมายังได้มีความพยายามที่จะพัฒนากลไกส่วนอื่น ๆ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิประกอบด้วย

1) นโยบายลดภาระงานแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ใน พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศพันธะสัญญาต่อประชาชนไทย[4] โดยหนึ่งในพันธะสัญญาดังกล่าวคือ การพัฒนาโรงพยาบาลรัฐสู่ความทันสมัย (Modernized Hospital) ตามแนวทาง "บริการฉับไว ไร้ความแออัด" กำหนดเป้าหมายลดความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 12 แห่ง โดยกลยุทธ์ที่สำคัญคือ การพัฒนาสถานพยาบาลปฐมภูมิในเขตเมืองและกระจายภาระงานการดูแลผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปฐมภูมิดังกล่าว ทั้งนี้ ให้โรงพยาบาลเป้าหมายเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงาน ด้วยกลยุทธ์นี้คาดว่า จะทำให้การพัฒนาคุณภาพและความมั่นใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลปฐมภูมิดีขึ้น รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

2) การพัฒนาระบบการส่งต่อและศูนย์ประสานเตียง

ระบบส่งต่อเชื่อมโยงการให้บริการสุขภาพแต่ละระดับเข้าด้วยกัน ให้เกิดความต่อเนื่อง และสนับสนุนการเข้าถึงบริการตามความจำเป็น ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถครอบคลุมการส่งต่อทั้ง "ผู้ป่วย" และ "ข้อมูล" ปัญหาด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างสถานพยาบาลแต่ละระดับ โดยเป็นการส่งต่อในสองทิศทาง (ส่งไป-ส่งกลับ) ด้วย

ที่ผ่านมา ระบบส่งต่อของประเทศไทยมีประสิทธิภาพระดับหนึ่ง หลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบส่งต่อในชนบทได้รับการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผ่านการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการตามระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographical Information System: GIS) และการแบ่งประเภทหน่วยบริการคู่สัญญาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกำหนดให้มี "หน่วยบริการรับส่งต่อ" และสถานพยาบาลเอกชนสามารถเข้าร่วมให้บริการเป็นหน่วยบริการรับส่งต่อได้ ทำให้ทางเลือกช่องทางการส่งต่อมีมากขึ้น

มีการจัดตั้ง "ศูนย์ประสานการส่งต่อ" ขึ้น ทำหน้าที่ประสานโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแล มีลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจที่รอการผ่าตัด แล้วเกลี่ยไปรับบริการ ที่โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยรอผ่าตัดน้อยกว่า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็วขึ้น นอกจากนี้ ศูนย์ประสานการส่งต่อได้ทำหน้าที่ประสานหาเตียง โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลสะสมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานคร ต้องการให้ประสานหาเตียงอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ กัน คือ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ (ร้อยละ 72.99), โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารักษามีเตียงเต็ม (ร้อยละ 11.01), ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลที่แรกเข้า (ร้อยละ 13.69), นอกนั้นเป็นการบริการหาเตียงให้กับผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการอื่น (ร้อยละ 2.04) และสาเหตุ อื่นๆ (ร้อยละ 0.28) และพบว่าสามารถช่วยประสานหาเตียงให้ผู้ป่วยได้ร้อยละ 64.4 ทั้งนี้ได้มีการประสานโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งเข้าร่วมโครงการสำรองเตียง โดยมีการปรับระบบจ่ายเงินโรงพยาบาลเพื่อจูงใจโรงพยาบาลให้ความร่วมมือเป็นกรณีพิเศษด้วย

3.3 การประสานระหว่างระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพหลักภาครัฐทั้ง 3 ระบบมีความแตกต่างกันทำให้สถานพยาบาลเกิดความยุ่งยากในเชิงการจัดการและเกิดระบบการให้บริการผู้ป่วยด้วยมาตรฐานทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน (Double Standard) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พัฒนาขึ้นจากบทเรียนของระบบประกันสุขภาพอื่นโดยอิงระบบประกันสังคมเป็นหลัก ทำให้ทั้งสองระบบไม่แตกต่างกันมากนัก

---

[4] พันธะสัญญาจากกระทรวงสาธารณสุขต่อประชาชนไทยใน พ.ศ. 2549 เอกสารประกอบการชี้แจงผลงานกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2548 วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2548

แม้ว่าจะมีกระแสต่อต้านการบูรณาการเพื่อให้เกิดเอกภาพของระบบบริหารการประกันสุขภาพภาครัฐ แต่หน่วยงานที่รับผิดชอบของทั้ง 3 ระบบ ประกอบด้วย สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ต่างเห็นความสำคัญที่จะต้องมีการประสานการพัฒนาระบบบริหารการประกันสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หนุนเสริมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพสูงสุดและลดความไม่เท่าเทียมระหว่างระบบ จึงมีการจัดทำข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 3 หน่วยงาน[5] พร้อมจัดตั้งคณะกรรมการประสานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพขึ้นใน พ.ศ. 2547 ประกอบด้วยผู้บริหารจากทั้งสามหน่วยงาน โดยให้ผู้บริหารสูงสุดของแต่ละหน่วยงานเวียนทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการ มีวาระ 1 ปี เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการในปีแรก ผลของการจัดตั้งคณะกรรมการดังกล่าว และคณะทำงานอื่นๆ ที่จัดตั้งขึ้นภายหลัง ทำให้เกิดการพัฒนาร่วมกันในหลายประเด็นที่เป็นรูปธรรมคือ

1) การพัฒนามาตรฐานกลางของกองทุนประกันสุขภาพ ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย มาตรฐานชุดข้อมูลในการบริหารระบบประกันสุขภาพและรหัส (Standard Data Set and Coding System) มาตรฐานราคาเรียกเก็บค่าบริการ (Standard fee Schedule) การใช้ระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เป็นระบบกลางในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลคู่สัญญา มาตรฐานสถานพยาบาลคู่สัญญาในระดับต่างๆ

2) การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน ได้แก่ ข้อมูลสิทธิประกันสุขภาพของประชาชนไทย ข้อมูลโรงพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการ (Hospital Profile) ข้อมูลการใช้บริการของผู้มีสิทธิ

3) การประสานการดำเนินงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการให้บริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guideline: HSPG) การตรวจเยี่ยมประเมินโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Hospital) [6] การวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการของผู้มีสิทธิ ซึ่งเกิดการลงทะเบียนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการอย่างเป็นระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลผู้มีสิทธิ์ระดับบุคคล การพัฒนาระบบให้โรงพยาบาลเป็นหน่วยเบิกค่าใช้จ่ายแทนผู้มีสิทธิกรณีการใช้บริการผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้มีสิทธิไม่ต้องสำรองจ่ายเงินล่วงหน้าเหมือนในอดีตการบริหารการตรวจสอบชดเชยค่าบริการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปอย่างเหมาะสม ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารระบบดังกล่าว

3.4 การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติ จาก พ.ศ. 2539 เป็น พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547

ประมาณการค่าใช้จ่ายสุขภาพด้านยาของประเทศไทยใน พ.ศ. 2544 เท่ากับ 46,639 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 27.4 ของรายจ่ายสุขภาพรวม ซึ่งนับว่าค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ แม้กระทั่งประเทศที่พัฒนาแล้ว มาตรการควบคุมการใช้จ่ายยาที่ไม่จำเป็นจึงมีความจำเป็นและหนึ่งในมาตรการดังกล่าวคือ การจัดทำ "บัญชียาหลักแห่งชาติ" ขึ้น เพื่อคัดเลือกและรวบรวมรายการยาที่จำเป็นต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยมีคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา เป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงบัญชียาดังกล่าว

---

[5] ข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 19 มกราคม พ.ศ. 2547

[6] ระยะแรกมีความพยายามประสานการตรวจเยี่ยมประเมินโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมกัน แต่มีปัญหากลไกของแต่ละระบบประกันสุขภาพแตกต่างกัน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้กลไกในระดับพื้นที่ในการตรวจเยี่ยมประเมินขณะที่ระบบประกันสังคมใช้กลไกส่วนกลาง

การพัฒนาบัญชียามีมาอย่างต่อเนื่อง จาก"บัญชียากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522" และ "บัญชียาจำเป็นแห่งชาติ พ.ศ. 2524" นำไปสู่บัญชียาหลักแห่งชาติฉบับแรก พ.ศ. 2539 ที่ยึดหลักการขององค์การอนามัยโลกคือ ครอบคลุมยาที่มีความสำคัญ เป็นยาพื้นฐานที่ขาดเสียมิได้ และมีความจำเป็นต่อสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประเทศ และได้ปรับปรุงอันเนื่องมาจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ทำให้ความสามารถในการจ่ายและผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมถูกนำมาเป็นหลักเกณฑ์ในการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับ พ.ศ. 2542 ซึ่ง ประกอบด้วย 4 บัญชี ในบัญชีที่ ยาสำหรับโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข มีรายการยาที่จัดหมวดหมู่ตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาและประโยชน์ทางรักษารวม 23 กลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 932 รายการ

การปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติครั้งหลังสุดใน พ.ศ.2547 ได้พิจารณาบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไปหลายประเด็น ได้แก่ (1) แบบแผนของโรคที่เป็นภาระ (Burden of Disease) (2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (3) ความจำเป็นต้องปรับปรุงประสิทธิภาพระบบภายใต้นโยบาย "การพัฒนาสุขภาพที่ดีด้วยต้นทุนต่ำ (Good Health at Low Cost) (4) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมโดยใช้แนวปฏิบัติการให้บริการสาธารณสุข (Health Service Practice Guideline: HSPG) ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 จะจัดแบ่งเป็น 5 บัญชีย่อยคือ

บัญชี ก หมายถึง รายการยาสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับ **บัญชี ข** หมายถึง รายการยาที่ใช้สำหรับข้อบ่งใช้หรือโรคบางชนิดที่ใช้ยาในบัญชี ก ไม่ได้ หรือไม่ได้ผล หรือเป็นยาที่ใช้แทนยาในบัญชี ก ชั่วคราว กรณีที่จัดหายาในบัญชี ก ไม่ได้ **บัญชี ค** หมายถึง รายการยาที่ต้องในโรคเฉพาะทางโดยผู้ชำนาญ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยมีมาตรการกำกับการใช้ **บัญชี ง** หมายถึง รายการยาที่มีหลายข้อบ่งใช้ แต่มีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือเป็นรายการยาที่มีราคาแพง จึงต้องมีการระบุข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา และ **บัญชี จ** หมายถึง รายการยาสำหรับโครงการพิเศษของหน่วยงานของรัฐ

การปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมหรือลดรายการยาในบัญชียาในระยะแรกมีความล่าช้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้ามาสนับสนุนกระบวนการดังกล่าวใน พ.ศ. 2548 เพื่อเร่งปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติให้เป็นปัจจุบัน ให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีความเชื่อมั่น และประชาชนเกิดความมั่นใจในคุณภาพยามากขึ้น

4. ผลสำเร็จของการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพ

สัมฤทธิผลของการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนนี้ ย่อสรุปจากรายงานการศึกษาความเป็นธรรมในระบบการคลังของประเทศไทย โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งวิเคราะห์จากฐานข้อมูลใน พ.ศ. 2547

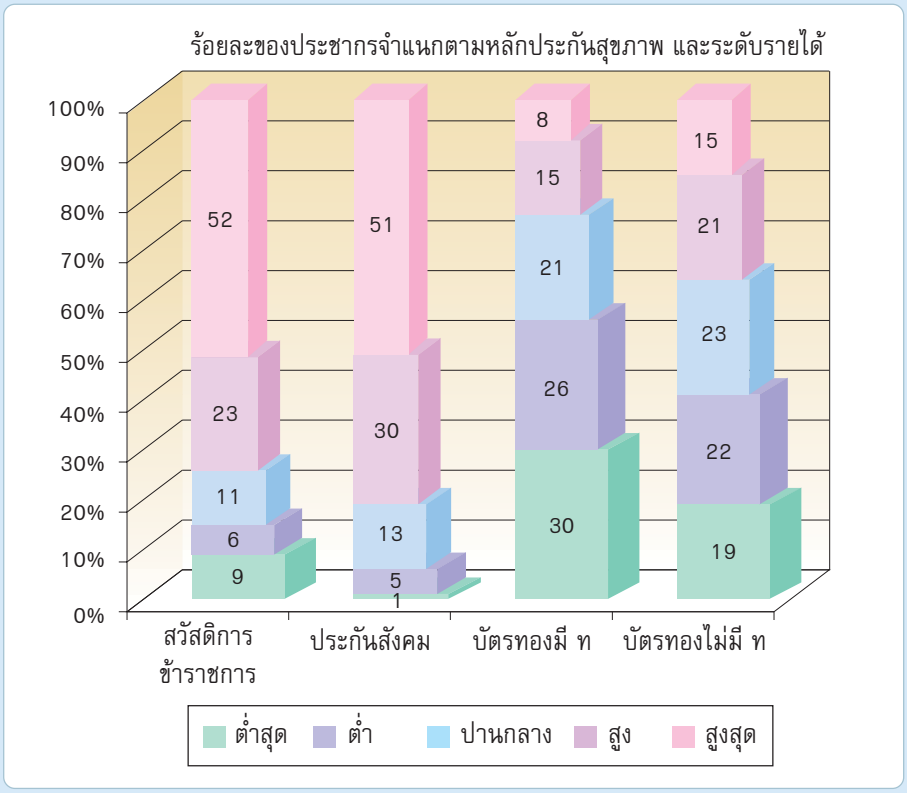
4.1 ระบบหลักประกันสุขภาพ กับคนจน-คนรวย

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547 แสดงให้เห็นว่า เมื่อแบ่งประชากรเป็น 5 กลุ่มตามรายได้ครัวเรือน บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ต้องชำระเงิน 30 บาท เมื่อใช้บริการ (ประเภทบัตรมี "ท.") ได้กระจายไปสู่ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดในสัดส่วนถึงร้อยละ 30 และกระจายไปสู่ประชากรกลุ่มรายได้สูงขึ้นมีสัดส่วนลดหลั่นลงไปตามลำดับ ทั้งนี้ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระจายในหมู่คนจนมากกว่า สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ-พนักงานรัฐวิสาหกิจและกองทุนประกันสังคม

ส่วนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าประเภทที่ต้องชำระเงิน 30 บาทเมื่อไปใช้บริการ (บัตรไม่มี “ท.”) ได้กระจายไปสู่ประชากรตามกลุ่มรายได้ ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยส่วนใหญ่ (ดูภาพที่ 8.2)

อย่างไรก็ดี ยังมีคนที่มีรายได้ต่ำสุด แต่ไม่ได้รับการยกเว้นในการร่วมจ่าย 30 บาท ในทางกลับกัน ยังมีคนรายได้สูงสุดได้รับการยกเว้นไม่ต้องร่วมจ่าย ทั้งนี้เป็นผลมาจากโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมพึงช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) เดิมของกระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่สามารถกลั่นกรองคนจนเข้ามาในโครงการ และคัดคนไม่จนจริงออกจากโครงการฯได้มีประสิทธิภาพมากนัก

ภาพที่ 8.2 สัดส่วนคนจน-คนรวย จำแนกตามระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล



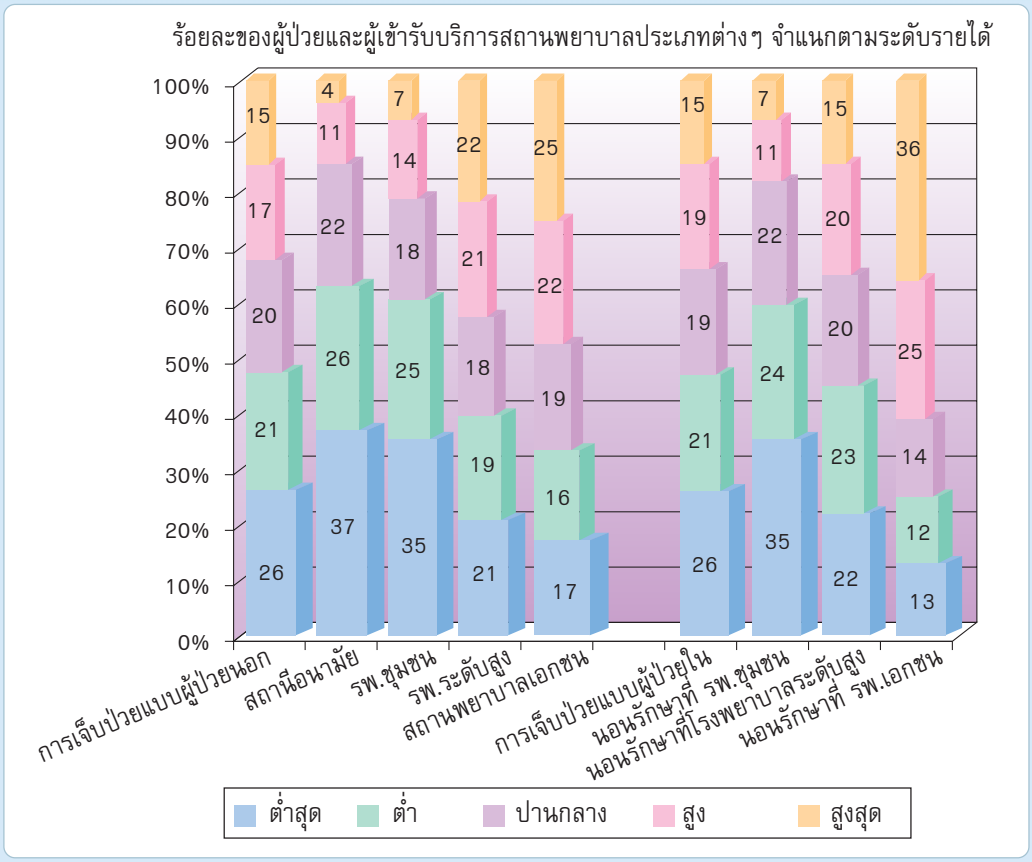
ที่มา : รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.2 การเจ็บป่วยและการใช้บริการของคนจน-คนรวย

ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำสุดมีการเจ็บป่วยสูงสุด ที่ร้อยละ 26 ของผู้เจ็บป่วยทั้งหมด ในขณะที่ผู้เจ็บป่วยเพียงร้อยละ 15 อยู่ในกลุ่มประชากรรายได้สูงสุด (ภาพที่ 8.3) การกระจายของผู้เจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมีลักษณะใกล้เคียงกับการเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุด มีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 26 แต่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่สถานีอนามัย ร้อยละ 37, ที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 35, ที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง ร้อยละ 21, และที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 17 ในขณะประชากรกลุ่มรายได้สูงสุดมีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 15 แต่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการ ที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง ร้อยละ 22 ทั้งเนื่องจากประชากรกลุ่มรายได้ต่ำส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทและมีความยากลำบากในการเข้าถึงสถานบริการระดับสูงซึ่งมักตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ดังนั้นเมื่อเทียบกับระดับความเจ็บป่วยที่ต้องการเพียงบริการแบบผู้ป่วยนอก ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำจึงเลือกบริการในระดับตำบลหรืออำเภอมากกว่า

ภาพที่ 8.3 สัดส่วนจำนวนผู้รายงานการเจ็บป่วย (หน่วยเป็นร้อยละ)



ที่มา : รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อทำการวิเคราะห์การใช้บริการสุขภาพแบบผู้ป่วยใน พบว่า ประชากรกลุ่มรายได้ต่ำครองส่วนแบ่งการใช้บริการการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลรัฐ มีลักษณะคล้ายคลึงกับกรณีผู้ป่วยนอก และพบว่าโรงพยาบาลรัฐระดับสูง มีสัดส่วนผู้ป่วยในที่อยู่ในกลุ่มประชากรรายได้สูงสุดสอดคล้องกับสัดส่วนการเจ็บป่วย กล่าวคือ กลุ่มรายได้สูงสุดมีการเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนร้อยละ 15 และครองส่วนแบ่งการใช้บริการที่สถานพยาบาลภาครัฐระดับสูง เป็นร้อยละ 15 เช่นกัน ในขณะที่ครองส่วนแบ่งการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลรัฐระดับสูงถึง ร้อยละ 22 ทั้งนี้เพราะประชากรกลุ่มรายได้สูงสุดไปใช้บริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งกลุ่มรายได้สูงสุดมีสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน สูงถึงร้อยละ 36

4.3 คนจนหรือคนรวยได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากรัฐ

การศึกษานี้ ประมาณประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากเงินอุดหนุนจากงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐ โดยวิเคราะห์จากผลต่างระหว่างต้นทุนการให้บริการสุขภาพโดยสถานพยาบาลภาครัฐระดับต่างๆ และรายจ่ายค่ารักษาฯ ที่ครัวเรือนจ่ายเอง เส้น Concentration Curve สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างสัดส่วนการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกับสัดส่วนจำนวนประชากรที่เรียงลำดับห้ากลุ่ม (จากจนที่สุดถึงรวยที่สุด) ตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน โดยแกนนอนแทนจำนวนสะสมของประชากรเรียงตามลำดับ เศรษฐานะจากจนที่สุดถึงรวยที่สุด และแกนตั้งแทนปริมาณสะสมของการอุดหนุนงบประมาณสำหรับประชากรดังกล่าว หากการอุดหนุนมีความเป็น

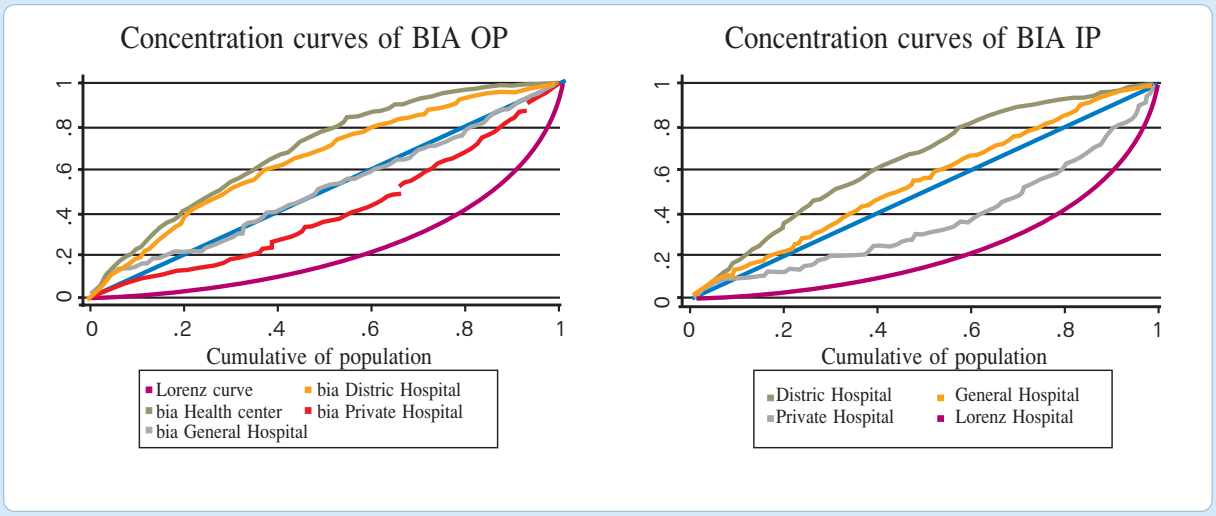
ธรรมเต็มที่ (Perfect Equity) ระหว่างคนจน-คนรวย ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่บนเส้นแห่งความเป็นธรรม (Equity Line) ซึ่งเป็นเส้นทแยงมุม 45 องศา ระหว่างแกนทั้งสอง นั่นคือ ปริมาณการอุดหนุนเป็นสัดส่วนที่เท่ากับจำนวนประชากรในแต่ละกลุ่มเศรษฐานะ เช่น คนจนที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 แรกของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของปริมาณการอุดหนุนทั้งหมด และ คนรวยที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 สุดท้ายของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 เช่นกัน เป็นต้น (ภาพที่ 8.4)

หากคนจนได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนที่มากกว่าคนรวย Concentration Curve จะเป็นเส้นโค้งที่อยู่เหนือเส้นทแยงมุม 45 องศา นั่นคือ ประชากรที่จนที่สุด (ร้อยละ 20 แรกของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของปริมาณการอุดหนุนทั้งหมด และ ประชากรที่รวยที่สุด (จำนวนร้อยละ 20 สุดท้ายของประชากรทั้งหมด) ได้รับการอุดหนุนในสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 20 ของการอุดหนุน ทั้งหมด ในทางตรงข้าม หากการอุดหนุนดังกล่าวกระจุกตัว (Concentrate) อยู่ที่คนรวยเป็นส่วนใหญ่ Concentration Curve ก็จะมีลักษณะเป็นเส้นโค้งอยู่ใต้เส้นทแยงมุม 45 องศา

นอกจาก Concentration Curve แล้ว การเปรียบเทียบสัดส่วนปริมาณการอุดหนุนกับสัดส่วนประชากรกลุ่มต่างๆทั้งห้ากลุ่ม สามารถแสดงได้ด้วยดัชนี Concentration Index (CI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 2 เท่าของพื้นที่ระหว่างเส้นทแยงมุม (เส้นแห่งความเป็นธรรม) กับ Concentration Curve โดยมีค่าระหว่าง -1.0 ถึง 1.0 (หาก Concentration Curve อยู่เหนือเส้นทแยงมุม โดยที่คนจนมีสัดส่วนการอุดหนุนมากกว่าคนรวย CI มีค่าติดลบ และหาก Concentration Curve อยู่ใต้เส้นทแยงมุม โดยที่การอุดหนุนกระจุกตัวที่คนรวยมากกว่าคนจน ค่า CI มีค่าเป็นบวก)

นอกจากนี้ หากต้องการดูว่าการอุดหนุนค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพช่วยลดช่องว่างทางเศรษฐกิจระหว่างคนจน-คนรวยหรือไม่ ก็อาจเปรียบเทียบระหว่างเส้น Concentration Curve กับ Lorenz Curve ซึ่งเป็นเส้นแสดงการกระจายรายได้ ในประชากร ซึ่งมักจะกระจุกตัวในกลุ่มคนรวย ดังนั้น เส้น Lorenz Curve มักจะอยู่ใต้เส้นทแยงมุม 45 องศา หาก Concentration Curve ของการอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลวางอยู่เหนือ Lorenz Curve มากเท่าใด ก็แสดงว่าการอุดหนุนดังกล่าวช่วยลดช่องว่างทางเศรษฐกิจระหว่างคนจน-คนรวย ได้มากเท่านั้น ในกรณีเช่นนี้ ดัชนีวัดความเป็นธรรมเชิงสัมพัทธ์ (Relative Equity) คือ Kakwani Index มีค่าติดลบ

ภาพที่ 8.4 เส้น Concentration Curve ของการอุดหนุนบริการกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในระดับสถานพยาบาลต่างๆ



การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี 2547 ด้านการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกรณีผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลภาครัฐ พบว่า ที่ระดับสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน CI มีค่าเป็นลบ แสดงว่าอุดหนุนกลุ่มรายได้ต่ำในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มรายได้สูง (CI ที่สถานีอนามัย เท่ากับ -0.357 และโรงพยาบาลชุมชนเท่ากับ -0.276) สำหรับโรงพยาบาลระดับสูงของรัฐ การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพแก่กลุ่มรายได้ต่ำใกล้เคียงกับกลุ่มรายได้สูง (CI เท่ากับ 0.003 หรือ Concentration Curve เกือบอยู่ชิดกับเส้นทแยงมุม หรือเส้นแห่งความเสมอ)

การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกรณีผู้ป่วยใน ที่โรงพยาบาลชุมชนมีลักษณะคล้ายกับกรณีผู้ป่วยนอก กล่าวคือ กลุ่มรายได้ต่ำได้รับประโยชน์ในสัดส่วนมากกว่ารายได้สูง (CI เท่ากับ -0.272) ในขณะที่การอุดหนุนบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลรัฐอื่นยังให้ประโยชน์กลุ่มรายได้ต่ำมากกว่ากลุ่มรายได้สูง แต่ในระดับที่น้อยกว่าที่โรงพยาบาลชุมชน (CI เท่ากับ -0.087)

ในทางตรงข้าม การอุดหนุนค่าบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนมีลักษณะกระจุกตัวอยู่ที่ประชาชนที่มีรายได้สูงเป็นส่วนใหญ่ (CI สำหรับผู้ป่วยนอกเท่ากับ 0.184 และสำหรับผู้ป่วยในเท่ากับ 0.256) เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าค่า CI ของโรงพยาบาลเอกชนจะมีค่าบวก แต่ Concentration Curve ก็ยังอยู่ใกล้เส้นแห่งความเป็นธรรมมากกว่าเส้นกระจายรายได้ Lorenz Curve อาจกล่าวได้ว่า การคลังและการให้บริการสุขภาพในประเทศไทยช่วยลดความไม่เป็นธรรมกันทางเศรษฐกิจในเชิงสัมพัทธ์ได้ แม้กระทั่งในโรงพยาบาลเอกชน โดยที่ Kakwani Index มีค่าเท่ากับ -0.352 สำหรับผู้ป่วยนอก และ-0.277 สำหรับผู้ป่วยใน

5. แลไปข้างหน้า

เมื่อได้ทบทวนสัมฤทธิผลของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว พบว่า เป็นโครงการที่ดี และได้ประโยชน์ต่อประชาชนโดยเฉพาะที่อยู่ใน Income Quintile ที่ 1 คือกลุ่มคนที่จนที่สุด และที่ 2 คือกลุ่มคนจน โดยระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยในเครือข่าย ทำหน้าที่แปลงนโยบายไปสู่ การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และได้ผลดีต่อสมาชิกฯ เนื่องจากเป็นบริการที่เข้าถึงสะดวก ใกล้บ้าน และมีคุณภาพดีระดับหนึ่ง การจะคงบทบาท และเพิ่มขยายบทบาทของบริการระดับอำเภอให้ทำหน้าที่เพิ่มความเสมอภาคในระบบสาธารณสุข จำเป็นจะต้องได้รับงบประมาณที่เพียงพอ และการจัดสรรทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอและเหมาสมในการปฏิบัติหน้าที่

ใน พ.ศ. 2550 บริการทดแทนไต (ได้แก่ การฟอกเลือด- Hemodialysis, บริการ Peritoneal Dialysis และการผ่าตัดเปลี่ยนไต) ยังไม่ได้จัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้ง ๆ ที่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และการประกันสังคม ได้คุ้มครองบริการทดแทนไตอย่างครบถ้วน ทั้งนี้เนื่องจาก บริการทดแทนไต มีราคาแพงประมาณ 2 ถึง 3 แสนบาทต่อปี รัฐไม่ได้อยู่ในวิสัยทางงบประมาณที่จะให้บริการทดแทนไตแก่ผู้ป่วยทุกคนได้ อย่างไรก็ตาม หากสมาชิกหลักประกันสุขภาพฯ ดิ้นรนที่จะใช้เงินของตนเองซื้อบริการทดแทนไต ก็จะทำให้ ครอบครัวประสบกับภาวะสิ้นเนื้อประดาตัว เนื่องจากค่ารักษาค่อนข้างแพงมาก จึงมีความจำเป็นต้องกู้หนี้ยืมสิน หรือขายทรัพย์สิน ปัจจัยการผลิต เพื่อการรักษาทดแทนไต ทำให้ครอบครัวขาดความมั่นคงทางการเงิน และจนลงอย่างชัดเจน รัฐบาลพึงจะต้องตัดสินใจทำอะไรบางอย่าง เพื่อลด หรือแบ่งเบาภาระทางการเงินของครอบครัว เช่น การให้บริการทดแทนไต แก่ผู้ป่วยบางคน ที่น่าจะได้ผลตอบแทนสุขภาพที่ดี เช่น อายุน้อย เป็นหัวหน้าครัวเรือน หรือการหาแหล่งการคลังหลากหลาย เพื่อจัดบริการทดแทนไต เช่น รัฐ, มูลนิธิ หรือเงินบริจาค และผู้ป่วย มีส่วนร่วมจ่ายบ้างเป็นต้น การจะให้บริการ และไม่ให้บริการแก่ผู้ป่วยใดหนึ่งนั้น มีข้อวิพากษ์ด้านความเป็นธรรมในสังคม และจริยธรรมของการจัดสรรทรัพยากรอยู่อีกมาก

บทที่ 9
การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

1 การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2543 เมื่อรัฐบาลออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นองค์กรเฉพาะกิจตั้งขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ

การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม เพื่อชวนคนไทยทั้งประเทศเข้าร่วมคิด ร่วมเสนอแนะ ร่วมยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยถือโอกาสใช้กระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.ฉบับนี้เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมไทยไปพร้อม ๆ กัน

1.1 ความเป็นมาของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กว่า 30 ปีที่ผ่านมามีความพยายามของผู้นำทางด้านสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งทั้งที่อยู่ในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำข้อเสนอเพื่อการวางแผนการสาธารณสุขของประเทศในทิศทางที่มุ่งชุมชน มีการจัดทำข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปแพทยศาสตร์ศึกษาที่ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางแทนการใช้โรงพยาบาลใหญ่เป็นศูนย์กลาง เข้าลักษณะเสนอให้ทำในสิ่งที่แทบจะเป็นไปไม่ได้ มีความพยายามเสนอให้ตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติขึ้นมาทำหน้าที่เป็นกลไกทำนโยบายด้านสาธารณสุขของชาติ ในรูปที่มีส่วนร่วมจากหลาย ๆ ฝ่าย ด้วยเล็งเห็นว่า เรื่องสุขภาพอนามัยมีผู้คนเกี่ยวข้องมากมายทั้งในส่วนราชการต่าง ๆ และในส่วนของประชาชนเอง

ในยุคต่อมาเกิดนโยบายมุ่งกระจายบริการสาธารณสุขออกสู่ชนบทระดับอำเภอและตำบลทั่วประเทศ โดยมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ และสถานีอนามัยตำบลทั่วประเทศขึ้น พร้อม ๆ กับมีการรับแนวทาง **"การสาธารณสุขมูลฐาน"** เข้ามาใช้เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในเรื่องสุขภาพ ควบคู่ไปด้วย ซึ่งเป็นการปฏิรูปการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นชนบทอย่างชัดเจน

พ.ศ. 2535 มีการออกพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในสมัยที่นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี เพื่อให้เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสาธารณสุข (สมัยนั้นยังนิยมใช้คำว่าระบบสาธารณสุขมากกว่าระบบสุขภาพ) เพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนในอนาคต ซึ่งองค์ความรู้ที่เกิดจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในเวลาต่อมา

ในการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2539 (วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539) ในหัวข้อว่า **"ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ"** เป็นการเตรียมการไปสู่การปฏิรูประบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เขียนหนังสือขึ้นมาเล่มหนึ่ง ใช้ชื่อว่า **"การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ"**

นายแพทย์ประเวศ วะสี เขียนบทนำไว้ว่า

"สุขภาพ ในความหมายว่า ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตและการพัฒนา ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพเรียกว่า ระบบสุขภาพ *(Health System)*

ระบบสุขภาพนี้รวมทั้งองค์ประกอบที่อยู่นอก "วงการสาธารณสุข" ด้วย เช่น สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือแม้แต่เขตใดเขตหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งมีความจำเพาะสำหรับประเทศนั้นหรือเขตนั้น หรือเรื่องนั้น เพราะขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น วัฒนธรรม ระบบราชการ ระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ซึ่งมีความจำเพาะ ฉะนั้นจะไปอาศัยความรู้เรื่องระบบสุขภาพจากที่อื่นเอามาใช้เลยหาได้ไม่ แต่ต้องวิจัยระบบสุขภาพ (Health System Research) ของตัวเอง เพื่อให้เข้าใจสภาวะการทำงาน และทิศทางของระบบที่เคลื่อนตัวไป จึงจะสามารถปรับปรุงระบบเพื่อสุขภาพได้

ในท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health System Reform) มีความจำเป็น ถ้าปราศจากการปฏิรูประบบเก่า ๆ จะตกเป็นเบี้ยล่าง ถูกกระทำจากสถานการณ์ใหม่และปัญหาใหม่ อันจะมีผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจ สังคม อย่างรุนแรง ฉะนั้น ขณะนี้การปฏิรูประบบสุขภาพกำลังเป็นกระแสใหญ่ทั้งโลก

ในการปฏิรูประบบสุขภาพ จำเป็นต้องมีความคิดเชิงระบบ (System Thinking)

หรือต้อง**คิดใหญ่**ให้ครบทั้งระบบ ถ้าคิดเล็กคือคิดเป็นส่วนๆ หรือคิดเฉพาะส่วน หรือคิดเฉพาะส่วนที่ตนสนใจเท่านั้น ย่อมไม่สามารถก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ นี้อยากจะย้ำไว้เป็นพิเศษ เพราะเราคุ้นเคยกับการคิดเป็นส่วนๆ หรือคิดเล็ก คนที่อยู่ในฐานะจะคิดใหญ่ได้แล้วก็ยังคิดเล็กอยู่ จำเป็นที่คนที่มีความรู้ความสามารถจะต้องรวมตัวกันคิดใหญ่ คือคิดทั้งระบบ เพื่อให้มีการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพของประชาชนทั้งหมด"

นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงความจำเป็นในการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ โดยแนะให้ใช้ความรู้ผนวกเข้ากับการจัดการให้เกิดการเคลื่อนไหวของสังคมทั้งสังคม พร้อมกันนั้นก็เสนอมรรค 8 สำหรับการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพไว้คือ

1. สร้างระบบผู้มีส่วนร่วมในการปฏิรูป
2. การวิจัยแนวโน้มใหญ่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
3. การวิจัยเพื่อสร้างคุณค่าของสุขภาพและเครื่องชี้วัดสุขภาพของสังคม
4. การวิจัยเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพเชิงวัฒนธรรม
5. การวิจัยประเมินผลระบบบริการสาธารณสุข
6. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
7. การส่งเสริมประชาคมสุขภาพ
8. การวิจัยเพื่อยกร่างกฎหมายสาธารณสุขแห่งชาติหรือ พ.ร.บ.ปฏิรูประบบสุขภาพ

คำว่า **"ระบบสุขภาพ"** เริ่มมีความหมายชัดเจนขึ้น ว่าเป็นระบบที่กว้างกว่าเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุข กว้างกว่าเรื่องระบบบริการสาธารณสุข และเริ่มมองเห็นแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพชัดเจนขึ้นตามลำดับ

ในส่วนของความพยายามที่จะปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพที่มีปัญหาต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของปัญหาการกระจายบริการ ปัญหาการกระจายบุคลากร ปัญหาคุณภาพบริการ ปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรม ปัญหาการเงินการคลัง และปัญหาเชิงจริยธรรม แม้ว่ารัฐบาลทุกชุดได้พยายามแก้ปัญหาและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข มาโดยตลอดก็ตาม ทางกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2539 เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับประชาคมยุโรป (EU.) มีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นแกนนำคนสำคัญ ทำหน้าที่สร้างความรู้ พัฒนาบุคลากร ทดลองรูปแบบระบบบริการและผลักดันการปฏิรูปเชิงนโยบาย ผลงานของโครงการนี้ที่สำคัญที่สุดคือ การผลักดันให้รัฐบาลชุดนายกทักษิณ ชินวัตร ทำการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขด้วยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) เมื่อ พ.ศ. 2544 ซึ่งตามมาด้วยการจัดทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผลสำเร็จใน พ.ศ. 2545 โครงการนี้มีการทำงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับเครือข่ายประชาชนเพื่อรณรงค์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการเคลื่อนไหวหารายชื่อประชาชนจำนวน 5 หมื่นคนมาสนับสนุนการเสนอ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2544

พ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พร้อม ๆ กับเป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้เปิดศักราช "ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม" ควบคู่ไปกับ "ประชาธิปไตยแบบตัวแทน" ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2540 คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ชุดที่ 7 (ชุดสุดท้ายก่อนใช้รัฐธรรมนูญใหม่) ได้ตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อจัดทำ **"รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ"** เพื่อเป็นข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร เป็นประธาน ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นรองประธาน และมีนายแพทย์สุภกร บัวสาย เป็นเลขานุการ

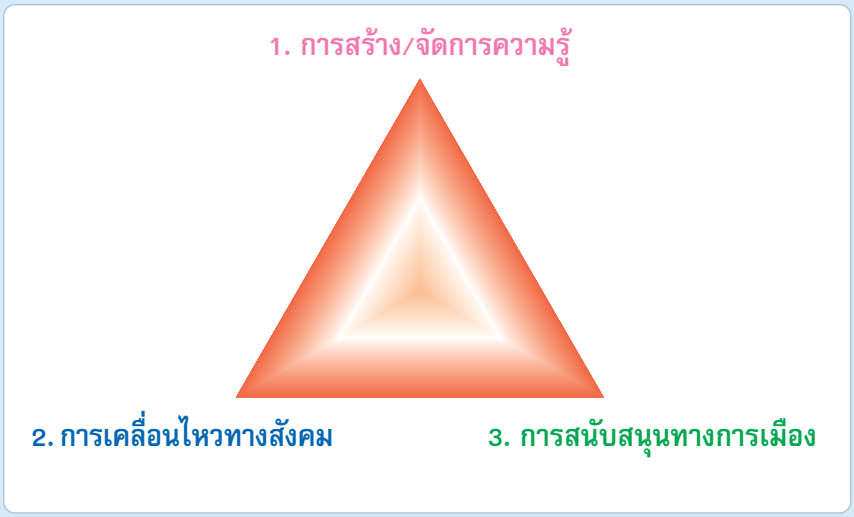
ผลงานวิชาการชิ้นนี้ได้นำเสนอสาระสำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็นไว้ค่อนข้างครบถ้วน โดยแบ่งสาระสำคัญเป็น 8 หมวด คือ (1) ความมุ่งหมาย เจตนารมณ์ และหลักการสำคัญ (2) สิทธิ หน้าที่ ความเสมอภาคและหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน (3) การสร้างสุขภาพและการควบคุมโรค (4) ระบบบริการ (5) ทรัพยากรและการลงทุนในระบบสุขภาพ (6) กลไกการตรวจสอบคุณภาพ/คุ้มครองสุขภาพ (7) การบริหารจัดการข้อมูลและความรู้เพื่อสุขภาพ (8) บทบาทรัฐและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยในแต่ละหมวดได้เสนอหลักการ ความมุ่งหมาย คุณลักษณะที่พึงประสงค์และความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ พร้อมเสนอตัวอย่างรูปธรรม ตลอดจนข้อเสนอการออกกฎหมายสำหรับอนาคตด้วย ซึ่งสาระสำคัญบางส่วนของรายงานฉบับนี้ได้นำมาสู่การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา และส่วนหนึ่งกลายเป็นที่มาของสโลแกนที่ว่า **"สร้างนำซ่อม"** ซึ่งใช้กันอย่างกว้างขวางในเวลาถัดมาด้วย

กรกฎาคม พ.ศ. 2543 มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยระบุเหตุผลความจำเป็นไว้ว่า "โดยที่ระบบสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน ยังไม่สามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีพอ ปัญหาโรคและภยันตรายหลายประการยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพยังขาดประสิทธิภาพ ไม่ทั่วถึง และไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย"

1.2 ยุทธศาสตร์และความคืบหน้าของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ใช้ยุทธศาสตร์ **"สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา"** ที่เน้นการเชื่อมโยงการสร้าง/จัดการองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการสนับสนุนทางการเมืองเข้าด้วยกัน ดังภาพที่ 9.1

ภาพที่ 9.1 ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา



ที่มา : ประเวศ วะสี, 2545

1) การสร้าง/จัดการความรู้หรือการทำงานวิชาการ

การสร้าง/จัดการความรู้หรือการทำงานทางวิชาการ ก่อให้เกิดพลังปัญญาที่เป็นฐานการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะช่วยประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มการเมืองและประชาสังคม จนสามารถสร้างเจตนารมณ์ร่วมที่ชัดเจนในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นเสมือนเครื่องช่วยนำทางให้สังคมพ้นจากมิจฉาทิฐิ อันอาจครอบงำกลุ่มที่มีผลประโยชน์ได้เสียอยู่ในระบบสุขภาพ และช่วยให้เกิดการรวบรวมประสบการณ์และความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศมาเสนอให้ผู้ที่เข้าร่วมการปฏิรูประบบสุขภาพใช้เป็นแนวทางประกอบในการตัดสินใจได้อย่างเป็นวิทยาศาสตร์และไร้อคติ การผนึกกำลังของนักวิชาการจากหลากหลายสาขาเข้ามาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ เพื่อย่อยข้อมูลเหล่านี้แล้วนำเสนอต่อสาธารณชน ให้เข้าใจและเรียนรู้ รวมทั้งทำการสังเคราะห์ความรู้ในการปฏิรูประบบสุขภาพร่วมกับกลุ่มการเมืองและกลุ่มประชาสังคม จะช่วยผลักดันให้เส้นทางสู่การปฏิรูปกระจ่างชัดขึ้น (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

2) การเคลื่อนไหวทางสังคม

การเคลื่อนไหวทางสังคม เป็นตัวสร้างพลังประชาสังคม เป็นพลังพลเมืองที่เริ่มมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนในการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับชาติอย่างกว้างขวางขึ้น การปฏิรูประบบการเมืองจนก่อเกิดเป็นรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เป็นผลจากพลังประชาสังคมที่รวมตัวอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดรัฐธรรมนูญที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มและขยายศักยภาพของประชาสังคมให้แข็งกล้ายิ่งขึ้น กลุ่มประชาคมประกอบด้วยกลุ่มผู้สนใจ กลุ่มผลประโยชน์ และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนกลุ่มที่รวมตัวกันโดยมีจุดมุ่งหมายในผลประโยชน์สาธารณะ ต่างก็พัฒนาประสบการณ์และเริ่มขยายเครือข่าย

เชื่อมโยงเป็นแนวร่วมในประเด็นปัญหาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันได้ดีขึ้น พลังประชาสังคมจึงสามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างคมชัดขึ้น (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

3) การสนับสนุนทางการเมือง

การสนับสนุนทางการเมือง คือพลังการเมือง เป็นพลังในระบบประชาธิปไตยที่มีตัวแทนของปวงชนชาวไทยเข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติและบริหารกลไก โดยมีข้าราชการเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย พลังทางการเมืองเป็นพลังสำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบาย งบประมาณ และกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ตอบสนองต่อเจตนารมณ์ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ในสภาพการกระจายอำนาจทางการเมืองในปัจจุบัน กลไกการเมืองท้องถิ่นกำลังพัฒนาองค์กรขึ้นมาเป็นพลังทางการเมือง แยกย่อยรับผิดชอบภาระเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น เป็นกลุ่มพลังที่กำลังได้รับความสนใจจากทุกภาคส่วน เพราะแม้จะยังเป็นมือใหม่ที่เริ่มเข้ามารับบทบาทในการปกครองบริหารระบบสุขภาพในพื้นที่ชุมชนก็ตาม แต่หากช่วยกันสร้างสรรค์ศักยภาพและแสวงหาความชัดเจนในรูปแบบและบทบาทในการจรรโลงระบบสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นได้จริง ก็จะเป็นฐานพลังหลักสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพได้เป็นอย่างดี (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

รัฐบาลที่จัดตั้งใหม่ใน พ.ศ. 2549 ได้แถลงนโยบายทางด้านสังคมเอาไว้ว่า " รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะสร้างสังคมเข้มแข็งที่คนในชาติอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างสมานฉันท์บนพื้นฐานของคุณธรรม" และได้กำหนดนโยบายในด้านสาธารณสุขและสุขภาพในข้อ 3.4 ดังนี้ " พัฒนาสุขภาวะของประชาชนให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เน้นการมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งยามปกติและฉุกเฉินที่สมดุลทั้งการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การบริการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพ ทั่วถึง และเป็นธรรม และจะเสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ"

พลังสามประสานตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เป็นการสร้างความร่วมมือให้เกิดการสานทอพลังจนเกิดการรวมพลัง (Synergy) เป็นแนวทางหลักสำหรับจัดการให้เกิดการเคลื่อนกระบวนทัศน์ (Paradigm shift) ที่จะนำไปสู่การเป็นแนวร่วมในการออกแบบองค์กร ความสัมพันธ์ขององค์กรและเครือข่ายภายใต้ระบบสุขภาพให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนภายใต้เงื่อนไขของระบบสังคมและเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ ตลอดจนสอดคล้องกับวิวัฒนาการอย่างรวดเร็วของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวพันกับสุขภาพ (วิพุธ พูลเจริญ,2544)

1.3 ความคืบหน้าของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สรุปได้ดังนี้

พ.ศ. 2543

- ม.ค. 43 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นเป็นสำนักงานชั่วคราว
- ม.ค.-ก.ค. 43 สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบย่อยต่าง ๆ ของระบบสุขภาพ ที่มีการสร้างความรู้อย่างต่อเนื่องมาเกือบ 10 ปี โดยมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นองค์กรแกนหลัก
- มี.ค. 43 กรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา เสนอรายงานเรื่อง **"รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอตาม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540"** รายงานฉบับนี้อาศัยองค์ความรู้ที่สั่งสมมาโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเช่นเดียวกัน

- ก.ค. 43 **ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ** ตั้ง คปรส. และ สปรส. เพื่อดำเนินงานภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี
- ส.ค. 43 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจัดประชุมใหญ่เรื่อง **"ภูมิปัญญาประชาคม สู่สุขภาพประชาชาติไทย"** ประชาสังคม 12 เครือข่ายนำเสนอมุมมองและข้อคิดเห็นต่อระบบสุขภาพในแง่มุมต่าง ๆ (1,500 คน)
- พ.ย.-ธ.ค.43 จัดทำกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเผยแพร่รับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่ายในสังคม

พ.ศ. 2544

- ม.ค.-ส.ค.44 จัดเวทีสาธารณะโดยเครือข่ายภาคประชาชน รับฟังความเห็นต่อกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ กว่า 100 เวทีทั่วประเทศ
- 1-5 ก.ย. 44 มีงาน **"ตลาดนัดสุขภาพ"** เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสร้างสุขภาพ มีผู้เข้าร่วมงานประมาณ 150,000 คน มีการจัดเวทีสาธิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รับฟังความเห็นต่อกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ มีผู้เข้าร่วมจาก 1,599 ภาคี ประมาณ 5,000 คน
- ต.ค.-ธ.ค.44 สังเคราะห์ข้อเสนอแนะ จัดทำเป็นร่างสาระสำคัญที่ควรบรรจุใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2545

- ก.พ.-เม.ย. 45 มีเวทีสาธารณะจัดโดยเครือข่ายภาคประชาชน ทั้งระดับอำเภอและจังหวัดประมาณ 500 เวที รับฟังความเห็นต่อร่างสาระสำคัญมีผู้เข้าร่วมเวทีรวมประมาณ 40,000 คน
- เม.ย.-พ.ค.45 สังเคราะห์สาระสำคัญและข้อคิดเห็นต่าง ๆ จัดทำเป็น **"ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...."**
- มิ.ย.-ก.ค.45 นำร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไปรับฟังความเห็นในเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด ทุกจังหวัด และเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นต่างๆ ที่ผู้เข้าร่วมเวทีและให้ความเห็นผ่านช่องทางสาธารณะอื่นๆ รวมกว่า 100,000 คน
- 8-9 ส.ค. 45 รับฟังความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีผู้เข้าร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมกว่า 3,000 ภาคี รวมประมาณ 4,000 คน **นายกรัฐมนตรีมาร่วมแสดงปาฐกถาพิเศษและรับเป็นเจ้าภาพผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นผลสำเร็จ**
- ก.ย.-ต.ค.45 ปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... รอบสุดท้าย ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เสนอต่อรัฐบาลเพื่อดำเนินการผลักดันเป็นกฎหมาย
- 1-7 พ.ย. 45 มี **"การรณรงค์รวมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาท"** ประชาคมทุกภาคส่วนร่วมจัดกิจกรรมวิ่งและปั่นจักรยานรณรงค์ 5 สาย พร้อมกันทั่วประเทศ **มีการรวบรวมรายชื่อคนไทยที่สนับสนุนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้จำนวน 4,717,119 รายชื่อ ส่งมอบให้ประธานรัฐสภาเพื่อเป็นการแสดงเจตนารมณ์ของประชาชน**

- ธ.ค. 45 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอ ครม.

พ.ศ. 2546

- ม.ค. 46 คณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอ ครม. ชุดที่มีนายจาตุรนต์ ฉายแสง เป็นประธาน ให้ความเห็นชอบหลักการของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ แล้วส่งต่อให้คณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอ ครม. ชุดที่มีนายวิษณุ เครืองาม เป็นประธาน พิจารณาอีกขั้นหนึ่งตามมติ ครม.เมื่อ 21 ม.ค. 46
- ก.พ.-ก.ค.46 มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ 4 ภาค เพื่อทดลองและพัฒนากลไกตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
- มิ.ย. 46 ครม. เห็นชอบให้ต่ออายุการทำงานของ คปรส. และ สปรส. ออกไปอีก ไม่เกิน 2 ปี (ไม่เกิน 8 ส.ค. 48) เพื่อดูแลการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้แล้วเสร็จ
- ส.ค. 46 มีเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 พิจารณานโยบายสาธารณะ 6 ประเด็น พร้อมกับจัดกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างสุขภาพในมิติต่าง ๆ ผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ 3,000 คน

พ.ศ. 2547

- ม.ค.-ก.พ.47 เครือข่ายประชาคมที่มีส่วนช่วยกันยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่ต้น รวมตัวกันจัดตั้ง **"เครือข่ายส่งเสริมกระบวนการเสนอกฎหมายภาคประชาชน" (สกช.)** เพื่อศึกษาช่องทางเสนอกฎหมายโดยภาคประชาชน ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ด้วยพิจารณาเห็นว่าร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่รัฐบาลรับเป็นเจ้าภาพ**ไปติดค้างอยู่ที่รัฐบาลเป็นเวลานาน จนไม่มีทีท่าว่าจะผ่านขั้นตอนบริหารได้เมื่อใด**
- ก.พ.-มี.ค.47 สกช. รวบรวมรายชื่อประชาชนเสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งขาติ โดยตั้งเป้าหมาย 150,000 รายชื่อ มีสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาเป็นองค์กรแกนประสานงานหลัก
- 27 พ.ค. 47 สกช. ยื่นรายชื่อประชาชน 120,000 รายชื่อ เสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ต่อประธานรัฐสภา
- ก.พ.-ส.ค.47 มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นทั่วประเทศจำนวน 173 เวที มีผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ 32,600 คน พิจารณานโยบายสาธารณะรวม 5 ประเด็น
- ก.ค. 47 คณะกรรมการกลั่นกรองเรื่องเสนอ ครม. ที่มีนายวิษณุ เครืองาม เป็นประธานให้ความเห็นชอบต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ **หลังจากค้างอยู่ที่รัฐบาลประมาณ 1 ปีครึ่ง**
- ส.ค. 47 ครม. มีมติเห็นชอบหลักการของร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตั้งคณะกรรมการชุดพิเศษขึ้นมาพิจารณาให้แล้วเสร็จโดยเร็วเพื่อส่งเข้าสู่ขั้นตอนนิติบัญญัติ
- ก.ย. 47 มีเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2547 ประเด็นหลักว่าด้วยเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ มีการพิจารณาประเด็นย่อยอีก 10 ประเด็น มีผู้เข้าร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะจากภาคส่วนต่างๆ ประมาณ 3,500 คน

พ.ศ. 2548

- มี.ค.-มิ.ย. 48 มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น รวม 64 เวที มีผู้เข้าร่วมเวทีรวมประมาณ 8,000 คน พิจารณานโยบายสาธารณะ 8 กลุ่มเรื่อง
- เม.ย. 48 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ที่ภาคประชาชนเข้าชื่อกันเสนอ (ผ่านการตรวจสอบรายชื่อถูกต้อง 95,410 รายชื่อ) ได้รับการบรรจุวาระการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร
- 7-8 ก.ค.48 มีเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 พิจารณาประเด็นหลักว่าด้วยความอยู่เย็นเป็นสุข และประเด็นย่อยอีก 12 ประเด็น มีผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ 3,800 คน
- ก.ค. 48 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ฉบับที่รัฐบาลรับเป็นเจ้าภาพ ผ่านการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขโดยคณะกรรมการชุดพิเศษ ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ต่อมา คปรส. และกระทรวงสาธารณสุขยืนยันให้ความเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.ฯ ตามที่มีการปรับปรุงแก้ไข
- 23 ส.ค. 48 ครม.เห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ที่ปรับปรุงโดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ส่งต่อให้คณะกรรมาธิการประสานงานสภาผู้แทนราษฎร พิจารณาเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎร
- 30 พ.ย. 48 นายกรัฐมนตรีลงนามส่งร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....ให้ประธานสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาดำเนินการเป็นเรื่องด่วน
- 14 ธ.ค. 48 สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... วาระ 1 มีมติเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ด้วยคะแนน 277 คะแนน ไม่ออกเสียง 3 เสียง โดยให้ใช้ร่างฉบับที่รัฐบาลเสนอเป็นหลัก พร้อมตั้งคณะกรรมาธิการวิสามัญ จำนวน 47 คน ขึ้นมาพิจารณา

พ.ศ. 2549

- ก.พ.49 มีการยุบสภา ทำให้ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่เสนอโดยรัฐบาล ภาคประชาชน และพรรคการเมือง 5 ฉบับ ต้องรอการพิจารณาของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรชุดใหม่
- 19 ก.ย. 49 มีการปฏิรูปการปกครองและประกาศยุติการใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ทำให้ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติต้องตกไป
- 3 พ.ย. 49 รัฐบาลใหม่โดยพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรีได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ นโยบายข้อ 3.4 กำหนดให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
- 7 พ.ย. 49 คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และส่งให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณา
- 22 พ.ย. 49 สภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติในวาระที่ 1 (รับหลักการ) ด้วยคะแนนเห็นด้วย 118 เสียง ไม่เห็นด้วย 5 เสียง ไม่ออกเสียง 1 เสียง และตั้งกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ จำนวน 33 คน

พ.ศ.2550

- 4 ม.ค. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาวาระที่ 2 และมีมติในวาระที่ 3 ให้ประกาศใช้

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายด้วยคะแนนเห็นด้วย 154 เสียง ไม่เห็นด้วย 9 เสียง ไม่ออกเสียง 2 เสียง

- 19 มี.ค. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16ก มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2550

1.4 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : เครื่องมือหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ถูกคาดหวังให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ในขณะที่กระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ถูกคาดหวังให้เป็นเครื่องมือที่คนไทยทุกภาคส่วนจะได้เข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการปรับความคิดเรื่องสุขภาพจากสุขภาพที่ว่าด้วยโรค (Disease Oriented) ไปสู่กรอบความคิดของสุขภาพที่ว่าด้วยสุขภาวะ (Well Being Oriented)

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ ถูกออกแบบและจัดทำขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) ขยายขอบเขตความหมายของสุขภาพออกไปกว้างกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขโดยให้หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้าร่วมกันดำเนินงานสร้างสุขภาพ และร่วมกันดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

2) กำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพที่สำคัญๆ ที่ยังมิได้กำหนดไว้ในกฎหมายอื่น เช่น สิทธิการอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อตัดสินใจในการรับหรือปฏิเสธการบริการสาธารณสุข สิทธิการปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่จะเป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

3) กำหนดให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยกรรมการมาจากทั้งภาคราชการ นักวิชาการ วิชาชีพด้านสาธารณสุข และภาคประชาชน ทำหน้าที่เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ คณะกรรมการชุดนี้จะเป็นกลไกระดับชาติที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้เข้ามาดูแลและขับเคลื่อนระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพและร่วมกันผลักดันนโยบายเหล่านั้นให้เป็นผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

4) กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ให้ทุกฝ่ายในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในการดำเนินงานสร้างสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่หลากหลาย โดยไม่ต้องรอคอยรับบริการหรือรอความช่วยเหลือจากรัฐและจากวิชาชีพด้านสาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียว

5) กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดูแลให้มีการจัดทำ **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** เสนอให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ และรายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศที่ทุกฝ่ายในสังคมจะได้ใช้ร่วมกัน โดยให้ใช้กระบวนการจัดทำที่เปิดให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางและให้มีการปรับปรุงทบทวนอย่างน้อยทุกห้าปีเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไป

จากสาระสำคัญข้างต้น ผลที่ประชาชนและสังคมจะได้รับเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ

1) ได้กลไกระดับชาติที่มีส่วนร่วมจากภาคการเมืองและราชการ ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคประชาชนมาร่วมกันดูแลทิศทางและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของรัฐบาล ของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรทุกภาคส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ

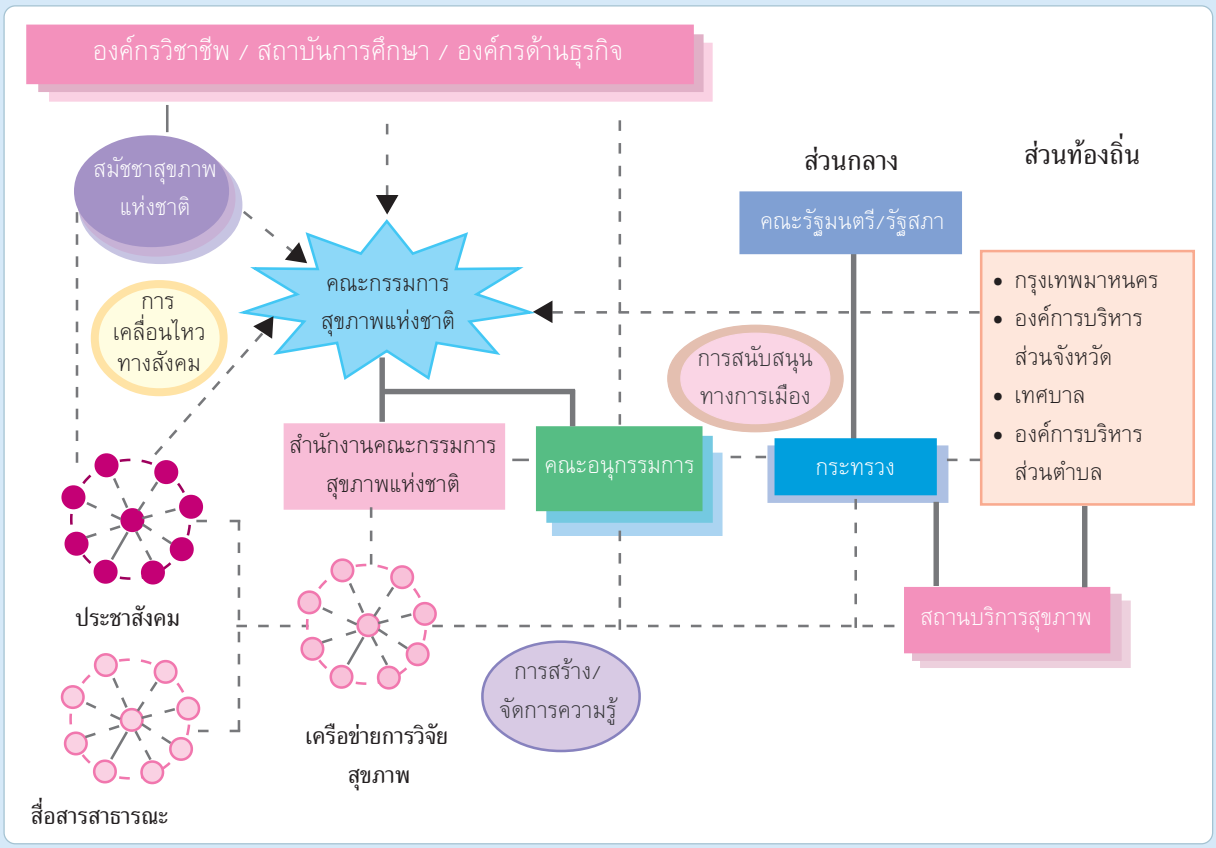
2) ได้กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นกลไกการมีส่วนร่วมรูปแบบหนึ่งตามรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2540 มาตรา 76 ที่เป็นกระบวนการสาธารณะที่เปิดให้ทุกฝ่ายในสังคมได้ร่วมกันพัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการสร้างสุขภาพ

3) ได้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่ทุกภาคส่วนร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ที่ส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะนำไปใช้ประกอบการทำงานด้านสุขภาพร่วมกัน

4) การปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพัฒนาและแก้ไขระบบย่อยต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติจะเกิดตามมาอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกติดตามดูแลให้ภาพรวมอย่างต่อเนื่อง

5) ในระยะยาวคนไทยจะป่วย พิการ และตายด้วยเหตุอันไม่สมควรลดลง รายจ่ายด้านสุขภาพก็จะลดลงหรือเพิ่มขึ้นน้อย ซึ่งจะหนุนช่วยให้รัฐบาลลดภาระรายจ่ายตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกทางหนึ่งและลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนโดยรวมลงได้

ภาพที่ 9.2 ความสัมพันธ์ของกลไกต่างๆ ภายใต้ระบบสุขภาพใหม่



ที่มา : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548

อนึ่งมักจะมีการเข้าใจสับสนกันเสมอเกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ พ.ร.บ.การสาธารณสุข จึงขอนำลักษณะสำคัญของ พ.ร.บ.ทั้ง 3 ฉบับมาเปรียบเทียบให้เห็น โดยสังเขปดังตารางต่อไปนี้

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ	พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	พ.ร.บ.สาธารณสุข
1. จัดทำโดย 3 ฝ่าย (การเมือง & ราชการ+วิชาการ & วิชาชีพ + ประชาชน) เริ่ม พ.ศ. 2543 เน้นการมีส่วนร่วม พ.ศ. 2550 ประกาศใช้เป็นกฎหมาย	- โดยรัฐบาล ตามนโยบายของรัฐ เริ่ม พ.ศ. 2544 เป็นกฎหมาย พ.ศ. 2545 และประชาชนก็มีส่วนร่วมโดยเสนอชื่อ 5 หมื่นชื่อเสนอร่างกฎหมายฉบับประชาชน	- โดยภาครัฐ เป็นกฎหมาย พ.ศ. 2535 (กำลังมีการแก้ไขบางส่วนให้ทันสมัย)
2. ครอบคลุมการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ (Total Health Systems) กว้างกว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุข	- ครอบคลุมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Service System)	- ครอบคลุมการจัดการเกี่ยวกับการสาธารณสุข (Public Health Activities)
3. เป็นเครื่องมือสำหรับทุกฝ่ายในสังคมใช้เพื่อทำงานด้านสุขภาพร่วมกัน - รัฐส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการ - ผลที่ได้กลับไปสนับสนุนการทำงานของรัฐและทุกภาคส่วน - ไม่เน้นการใช้อำนาจของรัฐ - เปิดให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพ อย่างเป็นพลวัตร (ผ่านการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม)	- เป็นเครื่องมือการบริหารของรัฐ - กำหนดกติกาและกลไกการจัดการการเงินการคลังของภาครัฐ เพื่อให้มีบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ถ้วนหน้า	- เป็นเครื่องมือบริหารของรัฐ - กำหนดกติกาและกลไกการจัดการของภาครัฐ
4. ใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process) เป็นเครื่องมือเปิดให้ ทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมทำงานเพื่อสุขภาพอย่างกว้างขวาง	- ใช้การปรับระบบการเงินการคลัง (Health Financing Reform) เป็นเครื่องมือให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น	- ใช้อำนาจรัฐเข้าจัดการงานสาธารณสุข ได้แก่ ความสะอาด ตลาด อาคาร การเลี้ยงสัตว์ กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฯลฯ
5. มีคณะกรรมการที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีภาคีต่างๆ ทั้งรัฐ ประชาคมและวิชาชีพเข้าร่วม	- มีคณะกรรมการที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีองค์กรภาคีเข้าร่วม	- มีคณะกรรมการสาธารณสุขที่มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน อธิบดีกรมต่างๆ เป็นกรรมการ และกรมอนามัยเป็นเลขาฯ ไม่มีองค์กรภาคี เข้าร่วม

2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

2.1 การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมา

ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งบัญญัติตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดให้ทุกกระทรวงรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขด้วย ต้องจัดทำรายละเอียดของแผนที่จะถ่ายโอนภารกิจ ทรัพยากรและบุคลากร ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2553)

ในพระราชบัญญัติยังได้กำหนดเป้าหมายในการเพิ่มสัดส่วนของรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากระดับในขณะนั้นคือ 9% ของรายรับทั้งหมดของรัฐ เป็น 20% ใน พ.ศ. 2544 และ 35% ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งในการกระจายรายได้แบบใหม่นี้เองที่จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมการบริการสังคมในรูปแบบต่างๆ ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายการบริหารส่วนท้องถิ่นโดยมีหน้าที่หลัก 6 ประการคือ

1) การสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น

2) การปรับปรุงคุณภาพชีวิต อันได้แก่ **บริการสาธารณสุข**และการศึกษาเป็นสำคัญ

3) การจัดการชุมชนและสังคม

4) การวางแผนและลงทุนระดับท้องถิ่นและการท่องเที่ยว

5) การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

6) การจัดการวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย

พ.ร.บ. ดังกล่าว ได้นำไปสู่การจัดทำ**แผนการกระจายอำนาจ**ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 และ**แผนปฏิบัติการกระจายอำนาจ**ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2545

ในด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้

1) การให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้นมารองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพเป็นลักษณะเครือข่าย (เป็นพวง) และให้มีการถ่ายโอนงานหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) ให้แก่ กสพ. ภายใน พ.ศ. 2546

พ.ศ. 2545 มีการแต่งตั้ง กสพ. ขึ้น โดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็น Advisory Board ใน 52 จังหวัด และเน้นหนักใน 10 จังหวัด แต่การดำเนินการหยุดชะงัก เพราะมีนโยบายเร่งด่วน เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบราชการตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545

2) การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองสวนท้องถิ่น รวม 41 ภารกิจ ได้ถ่ายโอนแล้ว 16 ภารกิจ คงเหลืออีก 25 ภารกิจ (ตารางที่ 9.1) สำหรับภารกิจ ที่ได้ถ่ายโอนแล้วมีดังนี้

(1) ถ่ายโอนภารกิจด้านโครงสร้างพื้นฐาน รวม 7 ภารกิจ คือ ภารกิจด้านสาธารณูปโภคที่เกี่ยวกับแหล่งน้ำ / ระบบประปาชนบท 7 ภารกิจ

(2) ถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตรวม 9 ภารกิจ คือ งานส่งเสริมสุขภาพ 5 ภารกิจ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 ภารกิจ การสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 ภารกิจ การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย 1 ภารกิจ และการบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ 1 ภารกิจ

ตารางที่ 9.1 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามงาน

ภารกิจ	งาน	หน่วยงาน	จำนวนภารกิจทั้งหมดที่ต้องถ่ายโอน	ถ่ายโอน	ยังไม่ถ่ายโอน	หมายเหตุ
ด้านโครงสร้างพื้นฐาน	**สาธารณูปโภค**					
	- แหล่งน้ำ/ระบบประปาชนบท	กรมอนามัย	7	7	-	ถ่ายโอนให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติฯ และ อบต.
ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต	- งานส่งเสริมสุขภาพ	กรมอนามัย	12	5	7	
	- งานอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรมอนามัย	4	1	3	
	- งานจัดหาน้ำสะอาด	กรมอนามัย	1	-	1	
	- งานสุขาภิบาลอาหาร	กรมอนามัย	1	-	1	
	- งานอาชีวอนามัย	กรมอนามัย	1	-	1	
		สำนักงานปลัด	1	-	1	
ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต	- การก่อสร้างสถานบริการใหม่/ เพิ่มเติม/ ซ่อมแซม	กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัด	1	-	-	ไม่ได้ถ่ายโอนไป อปท. แต่ถ่ายโอนไป สปสช.
	- โครงการประกันสุขภาพ (30 บาท รักษาทุกโรค)	กระทรวงสาธารณสุข				
	- สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ	สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข	1	-	-	ถ่ายโอนให้กรมส่งเสริม/ อบต.
	- ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย	กรมสุขภาพจิต	1	1	-	
	- การพัฒนาบุคลากรและชุมชน เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	กรมควบคุมโรค	1	1	1	อยู่ในชุดสิทธิบัตรฯ
	- การปฏิบัติการเฝ้าระวังและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	กรมควบคุมโรค	1	-	1	อยู่ในชุดสิทธิบัตรฯ

ภารกิจ	งาน	หน่วยงาน	จำนวนภารกิจทั้งหมดที่ต้องถ่ายโอน	ถ่ายโอน	ยังไม่ถ่ายโอน	หมายเหตุ
	- การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น	กรมควบคุมโรค	1	-	1	กำลังดำเนินการ
	- สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน	กรมควบคุมโรค	1	-	1	กำลังดำเนินการ
	- สนับสนุนเงินอุดหนุนในการสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน	กรมควบคุมโรค	1	-	1	กำลังดำเนินการ
	- การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1	-	1	กำลังดำเนินการ
	- เสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1	-	1	กำลังดำเนินการ
	- สร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1	-	1	กำลังดำเนินการ
	- ตรวจสอบ ติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานที่จำหน่าย	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	1	-	1	กำลังดำเนินการ
	- งานบริการสาธารณสุขเขต กทม. / ปริมณฑล / เขตเมือง	กรมการแพทย์	1	-	1	ขอปรับเป็นการบริการระดับตติยภูมิ
	- การบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1	1	-	
			41	7	27	

ที่มา: กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

โดยสรุปก็คือ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีความคืบหน้าในระดับหนึ่งแต่ยังไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการฯ พ.ศ.2545 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีการปรับแก้ไขแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและปรับปรุงแผนปฏิบัติการฯ ในส่วนที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับแนวทาง ดังกล่าวต่อไปคือ

2.2 การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอนาคต

1) หลักการในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ยึดหลักการและวัตถุประสงค์ตาม "รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540" "พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542" และ "แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543" โดยเฉพาะประเด็น ดังนี้

1.1) **มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน** โดยมุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **มีศักยภาพระยะยาว**ในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจ และเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพ**ที่เสมอภาค มีประสิทธิภาพและคุณภาพดี**

1.2) **มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นและมีพลวัต** โดยให้มีความยืดหยุ่นตามศักยภาพ ความเป็นไปได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่าง**ต่อเนื่อง** และเกิดความ**ยั่งยืน**ในการพัฒนาสุขภาพ

1.3) **มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม** โดยการสร้างกลไกและกระบวนการ**ที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง**ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในท้องถิ่น โดยตัดสินใจร่วมกันด้วยกระบวนการปรึกษาหารือ**บนพื้นฐานของความปรารถนาดี ความรัก ความเมตตาและขันติ หลีกเลี่ยงอัตตา** และความยึดมั่นถือมั่นในความคิดของตนเอง ทั้งนี้ เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างราบรื่น และ**สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะทางระบบบริการสุขภาพ**

มีข้อสังเกตที่สำคัญคือ การที่จะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้ร้อยละ 35 ของรายได้ของรัฐนั้น มิได้เป็นเป้าหมายหลักของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

2) ขอบเขตของภารกิจที่จะถ่ายโอน

ภารกิจที่จะถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจแบ่งเป็น 2 แบบ

2.1) **ลักษณะของภารกิจ** ได้แก่ ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ

2.2) **ความกว้างขวางครอบคลุมของภารกิจ** อาจเป็นกิจกรรมที่บริการเฉพาะบุคคล เฉพาะครอบครัวหรือภารกิจที่ดำเนินการในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจในเรื่องการพัฒนาสภาพแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคและภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพไปได้ทั้งหมดโดยเร็ว

3) ลักษณะการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

อาจมีได้อย่างน้อย 4 ลักษณะ (ซึ่งผสมผสานกันได้) ดังนี้

3.1) **ท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ** โดยท้องถิ่นเป็นเจ้าของเงิน (เช่น เงินรายได้ของท้องถิ่นเอง หรืองบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีการโอนให้ท้องถิ่น) และเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกพื้นที่

ในส่วนนี้ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถจัดการด้านการเงินและสามารถดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการที่ได้รับเป็นอย่างดี

3.2) **ท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับส่วนกลาง/ภูมิภาค** เช่น ท้องถิ่นร่วมกับโครงการ 30 บาท ลงทุนในการดำเนินงานด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ท้องถิ่นร่วมกับสถานีอนามัย/โรงพยาบาลต่างๆ พัฒนาโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

3.3) **ท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน** เช่น ท้องถิ่นรับผิดชอบดำเนินการในด้านการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

3.4) **ท้องถิ่นดำเนินการเองทั้งหมด** ท้องถิ่นเป็นเจ้าของสถานบริการสุขภาพและเป็นผู้ดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด

ท้องถิ่นใดจะดำเนินการในลักษณะใด ในด้านใดและเมื่อไร ให้เป็นไปตามหลักการ 3 ประการในข้อ 1)

4) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อาจมีได้หลายแบบ ซึ่งสามารถปรับตามความพร้อมของทุกฝ่าย ตามความเหมาะสมของพื้นที่และตามสถานการณ์ เช่น

4.1) **ถ่ายโอนแบบแยกส่วน** โดยถ่ายโอนสถานบริการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ เช่น โอนสถานีอนามัยให้ อบต., โอนโรงพยาบาลให้เทศบาลหรือ อบจ. เป็นต้น

4.2) **ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ** (เป็นพวงบริการ) โดยรวมสถานีอนามัยและโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

4.3) **จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน** (Autonomous Public Organization) โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมในการบริหารและอาจเป็นองค์การมหาชน เฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการหรือให้ กสพ. เป็นองค์การมหาชน

4.4) **จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ** (Service Delivery Unit-SDU) โดยให้แต่ละโรงพยาบาลเป็น SDU ภายใต้การดูแลขององค์กร Health Facility Authority (หรือ Hospital Authority) ซึ่งเป็นองค์การมหาชนภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

การดำเนินการในรูปแบบที่ 4.3) และ 4.4) อาจมิใช่การถ่ายโอนภารกิจโดยตรง เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีส่วนร่วมในการบริหาร แต่มิได้เป็นเจ้าของโดยตรง

5) กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการกระจายอำนาจ

เพื่อให้เป็นตามหลักการ ขอบเขต ลักษณะและรูปแบบการกระจายอำนาจ ได้มีการกำหนดกลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ดังนี้

5.1) **กลไกและกระบวนการในการตัดสินใจ** ให้มีการกำหนดและพัฒนากลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย**ในระดับต่างๆ** เพื่อพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทาง รูปแบบ กระบวนการและขั้นตอนการถ่ายโอนใน**ทุกพื้นที่ ทุกระดับ** ซึ่งจะสามารถเกิดรูปแบบและแนวทาง/ขั้นตอน การถ่ายโอนภารกิจที่**หลากหลาย ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกพื้นที่** เช่น

ในระดับประเทศ ให้มีคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจกระจายอำนาจด้านสุขภาพภายใต้คณะกรรมการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ในระดับจังหวัด อาจใช้ กสพ. ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดและ/หรือนายกองค์การบริหาร

ส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นประธาน และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกประเภทร่วมเป็นกรรมการ

ในระดับอำเภอ อาจใช้กรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) ที่มีนายอำเภอและ/หรือนายกเทศมนตรี เป็นประธาน

ในระดับตำบล อาจใช้กรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) ที่มีกำนันและ/หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นประธาน เป็นต้น

5.2) กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการถ่ายโอน ให้มีการพัฒนากลไก และกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการของกลไกในข้อ 5.1 และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการ ดังนี้

5.2.1)การสนับสนุนทั่วไป ดำเนินการในการถ่ายโอนทุกลักษณะ และรูปแบบ เช่น กระบวนการพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบความเชื่อมโยงของสถานบริการสุขภาพ การพัฒนาความเชื่อมโยงของระบบงบประมาณ โดยเฉพาะภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบ เป็นต้น

5.2.2)การสนับสนุนเฉพาะลักษณะ / รูปแบบ ดำเนินการเฉพาะการถ่ายโอนบางลักษณะ/รูปแบบ ตามความจำเป็น เช่น การออก พ.ร.ฎ. การจัดตั้งองค์การมหาชน การออกกฎหมายให้ กสพ. เป็นนิติบุคคล การจัดทำหลักเกณฑ์เงื่อนไข มาตรฐานและแนวทางการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5.3) โครงสร้างกลไก

5.3.1) ในส่วนกลาง กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรประสานหลัก โดยมีคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจฯ และกรมวิชาการ ต่างๆ ให้การสนับสนุน ทั้งนี้ **ให้พัฒนากลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้เป็นสำนัก แยกต่างหากจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในระยะต่อไป**

5.3.2) ในส่วนภูมิภาค ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย เป็นองค์กรสนับสนุนกลไกในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ตามลำดับ

6) เงื่อนไขสำคัญในการดำเนินการถ่ายโอน

ในการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีเงื่อนไขสำคัญ/สิทธิ การทำความเข้าใจก่อนถ่ายโอน มีการวางระบบการถ่ายโอน เพื่อดำเนินการประคับประคอง ดังนี้

6.1) บุคลากรสาธารณสุขการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจจะกระทบต่อวิถีชีวิตและอนาคตของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมาก จึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษในเรื่องนี้ และมีความชัดเจนว่า ถ่ายโอนแล้ว **สิทธิและศักดิ์ศรีจะไม่ลดลง** บุคลากรได้รับ**การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การย้ายการโอนจะต้องสะดวกและเป็นไปได้เหมือนเดิม** ที่สำคัญที่สุด คือ ต้องมีการทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับอย่างถ่องแท้ และมีระบบ/กลไกที่จะประคับประคองการดำเนินการให้เกิดความราบรื่น

6.2) ระบบการจัดการทางการเงิน แหล่งที่มาของงบประมาณต่างๆ ทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ส่วนกลางหรือจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **ต้องมีความชัดเจนและสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของระบบ** ทั้งนี้ อาจมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของแหล่งเงินทุนในการกระจายอำนาจของแต่ละพื้นที่

6.3) **การจัดระบบสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต** ซึ่งต้องการระดมทรัพยากรสุขภาพในสังกัดต่างๆ มาช่วยแก้ไขภาวะฉุกเฉินและวิกฤต เช่น การระบาดของโรคอย่างรุนแรงและภัยพิบัติอื่นๆ จะต้อง**มีระบบที่สร้างความมั่นใจว่า จะสามารถระดมทรัพยากรมาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ**

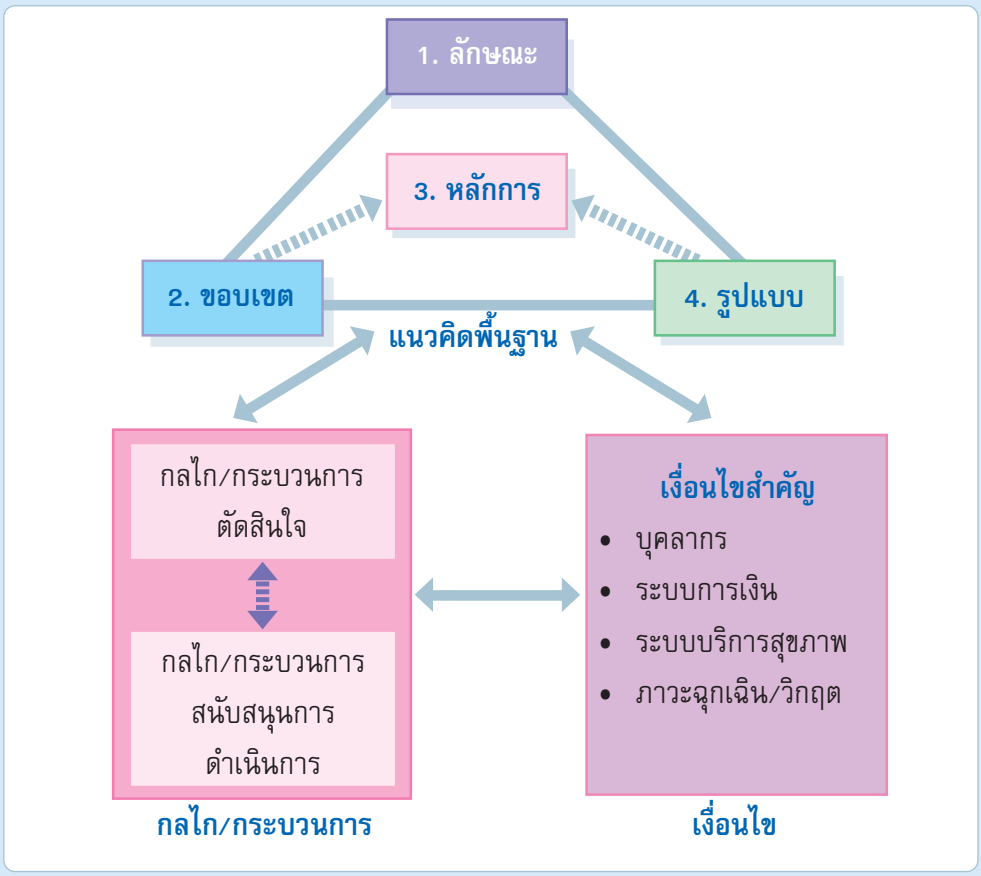
6.4) **การจัดระบบบริการสุขภาพ** ต้องสามารถเชื่อมโยงงานด้านสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่สูงและพื้นที่ทุรกันดารที่มีประชากรไม่มากนัก รวมทั้งพื้นที่ที่มีแรงงานอพยพจำนวนมาก

7) **ความคืบหน้าในการดำเนินการ**

7.1) **การถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ อบต.** มีการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัยและอนุกรรมการ 3 ชุด ดำเนินการจัดทำกลไกกระบวนการและคู่มือแนวทางในการถ่ายโอน ตลอดจนการติดตามประเมินผลแล้ว คาดว่าจะให้ทดลองการถ่ายโอนได้ภายในกลางปี 2550 โดยเริ่มจาก อบต. ที่ได้รับรางวัลธรรมาภิบาลดีเด่นและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ (เช่น ร่วมลงทุนกับ สปสช. ในกองทุนพัฒนาสุขภาพชุมชน หรือลงทุนส่งคนในตำบลหรือเทศบาลและรับกลับมาทำงานในพื้นที่)

7.2) **การพัฒนาสถานพยาบาลในกำกับให้เป็นองค์การมหาชน** มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการจัดตั้งและดำเนินการองค์การมหาชนและการบริหารองค์การรัฐรูปแบบพิเศษ (SDU) สำหรับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาจัดทำหลักเกณฑ์และคัดเลือกสถานพยาบาลที่มีความ พร้อมและเตรียมออกพระราชกฤษฎีกาต่อไป คาดว่าจะมีการจัดตั้งโรงพยาบาลเป็นองค์การมหาชนใหม่ เพิ่มขึ้นอีกภายในกลางปี 2550

ภาพที่ 9.3 กรอบแนวคิดการดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



บทที่ 10

สุขภาพภาคประชาชนกับการพัฒนาระบบสุขภาพ

สุขภาพภาคประชาชนถูกนำเสนอได้จากหลายมุมมองทางสังคม ในทางมานุษยวิทยา มองสุขภาพภาคประชาชนเป็นระบบการดูแลสุขภาพขนาดใหญ่ มีหลากหลายระดับตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มและเครือข่ายทางสังคมต่างๆ อีกทั้งความรู้ ความเชื่อและกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สุขภาพภาคประชาชนมีองค์ประกอบทางวัฒนธรรมเป็นส่วนสำคัญ จึงมีความหลากหลายตามนิเวศท้องถิ่น รวมทั้งผสมผสานไปกับวิถีชีวิตที่มีพลวัตอยู่เสมอ

สุขภาพภาคประชาชน (Popular Sector) ในเชิงระบบสุขภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับระบบสุขภาพแบบวิชาชีพ (Professional Sector) และระบบสุขภาพท้องถิ่น (Folk Sector) ทั้งในระดับบุคคลและโครงสร้าง ยุคเริ่มต้นงานสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงหลังของทศวรรษที่ 20 นับได้ว่ารัฐให้ความสำคัญต่อระบบสุขภาพภาคประชาชน และมีการสนับสนุนการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างกลไกอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกหมู่บ้าน ให้มีบทบาทพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในแต่ละท้องถิ่นอย่างทั่วถึง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ปัจจุบันมีจำนวน 791,383 คน[1] กลายเป็นกำลังคนด้านสุขภาพจากภาคประชาชนที่มีบทบาทอย่างสำคัญในระบบสุขภาพไทย แนวคิดอาสาสมัครที่เกิดขึ้นตั้งแต่ยุคงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งในช่วงทศวรรษที่ 20 มีพัฒนาการที่สอดรับกับเงื่อนไขทางสังคมการเมืองและสถานการณ์สุขภาพในแต่ละช่วงเวลา โดยพิจารณาจากปริมาณ อสม. ที่เพิ่มขึ้น และการขยายบทบาทจนเป็นที่รู้จักและยอมรับจากภาครัฐและประชาชน จนกล่าวได้ว่า ในรอบ 30 ปีของการพัฒนาสาธารณสุขไทยอาสาสมัครสาธารณสุข[2] หรือ อสม. ในสังคมไทย มีบทบาทสาคัญที่ช่วยเสริมให้งานสาธารณสุขพัฒนาไปได้ด้วยดีโดยเฉพาะงานสาธารณสุขในชุมชนซึ่งไม่สามารถดำเนินการได้หากอาศัยเพียงลำพังแต่เจ้าหน้าที่ของรัฐเท่านั้น

โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา[3] ปี 2549 วิเคราะห์บทบาทและศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีการเปลี่ยนแปลงไป มีกระบวนการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณ[4] และคุณภาพ ประกอบการทบทวนแนวคิดและสถานการณ์ทางสุขภาพและสังคมในพื้นที่ปฏิบัติการต่างๆ ร่วมกับเครือข่ายปฏิบัติงาน สะท้อนพัฒนาการที่เป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพ ในอันที่จะพัฒนาให้เกิดคุณค่าและประโยชน์ต่อสาธารณะและระบบสุขภาพของสังคมไทย ดังข้อค้นพบที่น่าสนใจดังนี้

---

1 จากฐานข้อมูลทะเบียนประวัติอาสาสมัครสาธารณสุข ณ วันที่ 30 เมษายน 2549. โดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

2 โดยทั่วไปเรียก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข เพราะบทบาทที่เพิ่มขึ้น

3 โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะวิจัย. (2549). โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

4 แสงเทียน อัจจิมางกูร และคณะ. (2549). รายงานผลการศึกษา เรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา.

1 กระบวนการ อสม. ที่ขยายตัวและเป็นผู้หญิงมากขึ้น

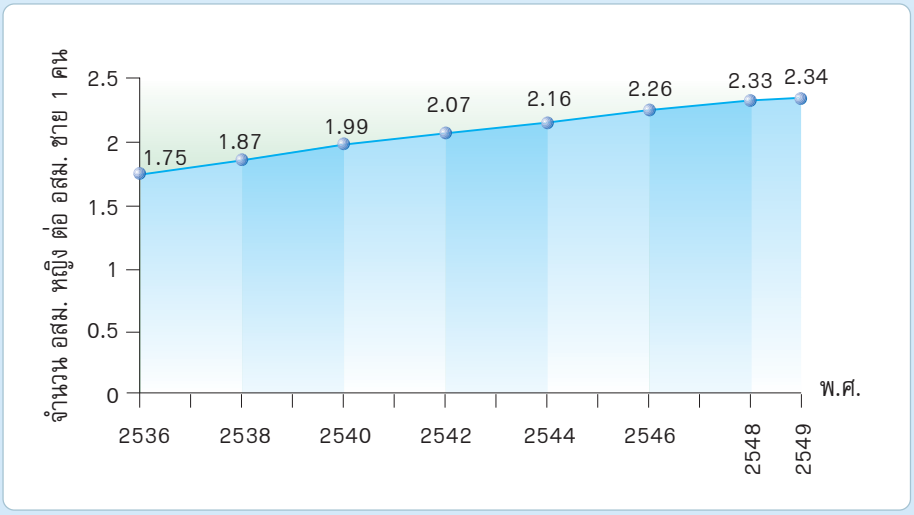
การศึกษาพบแนวโน้มของ อสม. ในภาพรวมที่ชัดเจนว่า ผู้หญิงเป็น อสม. มากขึ้น เพศหญิง จะถูกคัดเลือกเป็น อสม. ใหม่มากกว่าเพศชาย ในสัดส่วน อสม. เพศชาย 1 คนต่อ อสม. เพศหญิง 2.33 คน และทุกภาคจะมี อสม. ใหม่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายจากข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม. จำแนกเป็น เพศชาย 236,833 คน (29.93%) และเพศหญิง 551,299 คน (69.66%) ไม่ระบุเพศจำนวน 3,251 คน (0.41%) ดังตารางที่ 10.1 และภาพที่ 10.1

ตารางที่ 10.1 แสดงสัดส่วน อสม.ชาย 1 คนต่อ อสม.หญิง จำแนกตาม พ.ศ. 2536 - 2549

พ.ศ.	สัดส่วนอสม.ชาย1คน ต่อ อสม.หญิง (คน)
2536	1.7553
2537	1.8144
2538	1.8729
2539	1.9233
2540	1.9994
2541	2.0378
2542	2.0786
2543	2.1203
2544	2.1618
2545	2.1953
2546	2.2656
2547	2.3112
2548	2.3340
2549	2.3410

ที่มา : แสงเทียน อัจจิมางกูร และคณะ, รายงานผลการศึกษาเรื่องการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา, 2549

ภาพที่ 10.1 แสดงสัดส่วนจำนวนอสม.ชาย 1 คน ต่อ จำนวน อสม.หญิง จำแนกตาม พ.ศ. 2536 - 2549



ที่มา : แสงเทียน อัจจิมางกูร และคณะ, รายงานผลการศึกษาเรื่องการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา, 2549

2 บทบาทของ อสม.

ในการศึกษาบทบาทของอสม.ในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่าบทบาทที่มีมากสุด คือการแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน คิดเป็นร้อยละ 96.4 รองลงมา คือการสำรวจข้อมูล การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ การให้ความรู้ และการให้บริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 91.5, 81.3, 78.6 และ 74.5 ตามลำดับ ส่วนบทบาทที่มีค่อนข้างน้อย ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีอนามัย การเฝ้าระวังโรคในชุมชน และ การคุ้มครองสิทธิ คิดเป็นร้อยละ 54.6, 48.5 และ 48.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 10.2

ตารางที่ 10.2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำแนกตามการทำหน้าที่ตามบทบาทงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน และเนื้อหาที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ เรียงจากมากไปหาน้อย

บทบาทของ อสม.	ไม่ได้ทำ (%)	ทำ (%)
1. การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน (เนื้อหา ได้แก่ ด้านการตรวจสุขภาพ ความดัน เบาหวาน มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก การเฝ้าระวังไข้หวัดนก ยุงลาย แนะนำบัตรสุขภาพ การออกตรวจของหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ยาเสพติด การฉีดวัคซีน การสงเคราะห์คนชรา และคนพิการ)	3.6	96.4
2. การสำรวจข้อมูล (เนื้อหา ได้แก่ การสำรวจข้อมูลจปฐ. ข้อมูลอนามัย / ประชากร / คนต่างถิ่น (ประชากรแฝง) / สำรวจการเลี้ยงสัตว์ปีก / แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย / ประชากรเด็กและการฉีดวัคซีน / ผู้สูงอายุ / หญิงมีครรภ์ / สิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรสุขภาพ)	8.5	91.5
3. การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ (เนื้อหา ได้แก่ การออกกำลังกาย แนะนำความสะอาดของอาหาร การกระตุ้นให้ชาวบ้านเฝ้าระวังโรคระบาด การเฝ้าระวังไข้หวัดนก เดินตรวจแต่ละบ้านด้านโรคไข้เลือดออก โรคเรื้อน การเฝ้าระวังสัตว์และโรคติดต่อ รณรงค์การพ่นหมอกควัน)		
4. การให้ความรู้กับชาวบ้านผ่านตัวต่อตัว หรือผ่านสื่อ เช่น ผ่านหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน	21.4	78.6
5. การให้บริการสุขภาพ (ได้แก่ การตรวจน้ำตาล การวัดความดัน วัดส่วนสูง น้ำหนัก ของเด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ การปฐมพยาบาลและการจ่ายยาเบื้องต้น การทำแผล)		
6. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีอนามัย (วิธีการ ได้แก่ การขับขี่รถมอเตอร์ไซค์ส่งผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ประสบภัย นำผู้ป่วยส่งอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน การรักษาเบื้องต้น การเรียกรถพยาบาล)	45.4	54.6
7. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (ได้แก่ ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก อุจจาระร่วง การตรวจร้านค้าขายของชำ ความสะอาดของอาหาร การรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน ดูแลด้านสุขภาพของสมาชิกในชุมชน ขยะ น้ำทิ้ง)		
8. การคุ้มครองสิทธิ (ได้แก่ ตั้งด่านตรวจรถเร่เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค และให้คำแนะนำเกี่ยวกับ สิทธิประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพ การตรวจร้านค้าของชำ เครื่องหมาย อย. แนะนำการจดทะเบียนคนพิการ การสังเกตฉลากผลิตภัณฑ์ แนะนำบัตรสุขภาพ การดูแลระบบอาหาร น้ำทิ้ง ขยะ)	51.5	48.5

ที่มา : แสงเทียน อัจจิมางกูร และคณะ, รายงานผลการศึกษาเรื่องการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา, 2549

แม้ว่า อสม.จะตอบว่ามีบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานค่อนข้างมาก แต่เมื่อพิจารณาจากบทบาทการช่วยเหลือด้านสังคมและอื่นๆ พบว่ามีเพียงจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 39.1 ได้แก่

- การเป็นหมอพื้นบ้าน (30 คน) คิดเป็นร้อยละ 18.6
- เชี่ยวชาญการปลูกต้นไม้หรือการใช้พืชสมุนไพร (61 คน) คิดเป็นร้อยละ 37.9
- เชี่ยวชาญด้านเกษตรชีวภาพ/ปุ๋ยหมัก/น้ำหมัก (29 คน) คิดเป็นร้อยละ 18.0
- นักจัดรายการวิทยุชุมชน/หอกระจายข่าว/นักประชาสัมพันธ์ (37 คน) คิดเป็นร้อยละ 23.0
- การเป็นวิทยากรหรือผู้ดำเนินรายการเวที (33 คน) คิดเป็นร้อยละ 20.5
- อื่นๆ ได้แก่ กรรมการการเลือกตั้ง กรรมการศูนย์ถ่ายทอดเทคโนโลยี กลุ่มผลิตภัณฑ์แปรรูป กลุ่มส่งเสริมอาชีพ อาสาปศุสัตว์หมู่บ้าน พิธีกรในงานต่างๆ ผู้นำการออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ (42 คน) คิดเป็นร้อยละ 26.1

3 ศักยภาพของชมรม อสม. ระดับจังหวัด

การจัดตั้งชมรม อสม. ระดับจังหวัด ในทางนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน รวมเป็นระยะเวลา 14 ปี ผลการศึกษา พบว่า ชมรม อสม. ระดับจังหวัด มีโครงสร้างและการบริหารจัดการด้วยตัว อสม. เองค่อนข้างสูง จำนวน 29 แห่ง (65.9 %) อีกทั้งมีศักยภาพและความสามารถการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้เป็นอย่างดี จำนวน 31 แห่ง (81.8 %) เนื่องจากใน 2-3 ปีที่ผ่านมานั้นกระทรวงสาธารณสุขไม่มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนชมรม อสม. ดังนั้น การดำเนินงานของชมรม อสม. ระดับจังหวัด จึงขึ้นกับความสามารถของชมรมและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

4 จุดแข็ง อสม.

การสำรวจการทำงานตามบทบาทในงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร ปรากฏแนวโน้มที่ชัดเจนคือ อสม. ที่มีอยู่นี้มีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความรู้หรือแจ้งข่าวสารแก่ชาวบ้าน การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน (ข้อมูล จปฐ. ข้อมูลอนามัย ประชากร สัตว์ปีก การฉีดวัคซีน เป็นต้น) การรณรงค์เพื่อการควบคุมโรคที่เกิดเป็นครั้งคราวตามฤดูกาล เช่น ไข้หวัดนก ไข้เลือดออก เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นไปตามเงื่อนไขของวัยและอาชีพที่กว่า 61.4% ยังมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ยังเรียนและไม่ได้ทำงาน และ อสม.ร้อยละ 44.4 มีอาชีพเป็นเกษตรกรและร้อยละ 25.4 ทำงานรับจ้าง ข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ต้องทำมาหากินและต้องเลี้ยงดูครอบครัวจึงไม่สามารถคาดหวังให้ อสม. มีให้เวลาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตลอดเวลาได้ รายละเอียดดังตารางที่ 10.3

จุดแข็ง อสม. ที่เป็นต้นทุนสำคัญคือ กระบวนการ อสม. ได้รับการยอมรับจากชุมชนสูงและมีการขยายบทบาทงานสุขภาพที่กว้างขึ้น และมีแนวโน้มที่มีอาสาสมัครคนรุ่นใหม่ๆ เข้าร่วมมากขึ้น

อสม. ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 มีกระบวนการทำงานร่วมกันในกลุ่ม อสม. โดยเฉพาะกิจกรรมเรื่องการแจ้งข่าวสาร การสำรวจข้อมูล การให้บริการด้านสุขภาพ และการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

- การทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ พบว่า ค่อนข้างมาก ประมาณร้อยละ 60 ในกิจกรรมการเฝ้าระวังโรค การบริการสุขภาพ และการคุ้มครองสิทธิ์
- การทำงานแบบทำคนเดียว ค่อนข้างน้อย ยกเว้นการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่ อสม. จะขี่รถมอเตอร์ไซค์ไปส่งด้วยตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 51.1

ตารางที่ 10. 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำแนกตามบทบาทการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

บทบาทของ อสม.	กระบวนการทำงาน (ตอบได้หลายข้อ)				
	ทำคนเดียว	ร่วมกับคนอื่น	ร่วมกับเจ้าหน้าที่	ร่วมกับ อสม.	ร่วมกับผู้นำหรือกลุ่มต่าง ๆ
1. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน (n=335)	10.7	91.9	66.9	81.5	40.9
2. การสำรวจข้อมูล (n=377)	18.8	89.7	40.1	78.2	32.4
3. การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้าน (n=397)	15.5	88.8	53.2	77.4	53.2
4. การให้บริการด้านสุขภาพ (n=307)	12.1	93.5	73.9	70.0	12.7
5. การเป็นผู้นำในด้านสุขภาพ (n=301)	26.6	79.1	40.2	59.8	35.2
6. การคุ้มครองสิทธิ์ (n=200)	20.5	83.0	61.0	58.0	25.0
7. การให้ความรู้กับชาวบ้าน (n=324)	30.9	79.0	33.6	57.1	38.0
8. การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานีอนามัย (n=225)	51.1	55.1	15.6	39.6	16.4

ที่มา : แสงเทียน อัจจิมางกูร และคณะ, รายงานผลการศึกษาเรื่องการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา, 2549

5 รูปแบบอาสาสมัครสุขภาพที่มีความหลากหลายในชุมชน

แนวโน้มของการเกิดความหลากหลายของรูปแบบอาสาสมัครในชุมชน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ทำให้การมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นไปอย่างกว้างขวางขึ้น ในขณะเดียวกัน การทำงานพัฒนาขององค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ ได้เชื่อมโยง ให้ อสม. ส่วนหนึ่งพัฒนาไปมีบทบาทที่หลากหลายทางสังคม จากการร่วมเรียนรู้กับความเคลื่อนไหวทางสังคมอื่นๆ ควบคู่ไปกับการเกิดความหลากหลายของอาสาสมัครอื่นๆ ทั้งในและนอกระบบงานสาธารณสุขด้วย เช่น อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน ทู บี นัมเบอร์ วัน เครือข่ายจิตอาสา อาสาสมัครทำความดีเพื่อในหลวง อาสาสมัครที่ทำงานในโรงพยาบาลต่างๆ อาสาสมัครนวดเด็กกำพร้า อาสาสมัครกลุ่มมิตรภาพบำบัด อาสาสมัครดูแลคนพิการ อาสาสมัครดูแลคนชรา รวมไปถึงอาสาสมัครต่างชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดขึ้นของเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิได้ทำให้เกิดความตื่นตัวของอาสาสมัคร โดยเฉพาะเยาวชนคนหนุ่มสาวซึ่งหลั่งไหลไปช่วยเหลือผู้ประสบภัย และพัฒนาเป็นกระบวนการและเครือข่ายจิตอาสาที่ชัดเจนมากขึ้น สถานการณ์สังคมใหม่ๆ ก่อเกิดอาสาสมัครที่หลากหลาย และ อสม. ในฐานะองค์กรชุมชนหนึ่ง จึงได้เรียนรู้และเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมพัฒนาอื่นๆ ในสังคมเพิ่มขึ้น

6 คุณค่า อสม. ในงานพัฒนาสุขภาพชุมชน

จากการประเมินผลความพึงพอใจของผู้นำชุมชนและ อบต. ต่อบทบาทของ อสม.ในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่พอใจการดำเนินงานของ อสม. ถึงร้อยละ 86.2 (81 คน) และไม่พอใจ ร้อยละ 13.8 (13 คน)

สำหรับความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของ อสม. พบว่า ผู้นำชุมชน และ อบต. เห็นว่าประชาชนยอมรับ อสม.มาก ร้อยละ 95.5 และเห็นว่า อสม. เป็นกลไกที่ยังจำเป็นต้องมีในหมู่บ้าน ร้อยละ 80.7 อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี ร้อยละ 95.5 และสามารถจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี ร้อยละ 69.3 (ตารางที่ 10.4)

ตารางที่ 10.4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำแนกตามความคิดเห็นต่อการยอมรับและการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (n=88)

บทบาทของ อสม. ในชุมชน	ไม่เห็นด้วย		เห็นด้วย	
	ไม่เห็นด้วยเลย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ประชาชนในหมู่บ้านยอมรับ อสม. มาก	1.1	3.4	43.2	52.3
2. ทุกวันนี้ชาวบ้านได้รับข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลสุขภาพจาก อสม. มาก	1.1	9.1	52.3	37.5
3. อสม. มีความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เป็นอย่างดี	0	4.5	37.5	58.0
4. อสม. มีความสามารถในการจัดทำแผนเพื่อของบประมาณจาก อบต. ได้เป็นอย่างดี	5.7	25.0	45.4	23.9
5. ปัจจุบันเจ้าหน้าที่เข้ามาให้บริการและจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้อย่างทั่วถึง ไม่จำเป็นต้องมี อสม.ในหมู่บ้าน	62.5	18.2	10.2	9.1

ที่มา : แสงเทียน อัจจิมางกูร และคณะ, รายงานผลการศึกษาเรื่องการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลงในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา, 2549

บทบาทของ อสม. ที่ผู้นำชุมชนและ อบต. เห็นว่า อสม. มีบทบาทด้านการพัฒนาสุขภาพและสังคมค่อนข้างมาก คือ บทบาทการเฝ้าระวังโรค มากที่สุด ร้อยละ 88.8 รองลงมาคือ การสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน ร้อยละ 74.5 การคุ้มครองสิทธิ์ ร้อยละ 56.7 การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ ร้อยละ 54.4

7 อุปสรรคการทำงานของ อสม.

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่ศึกษาพบปัญหาที่ อสม. ตอบว่า เป็นปัญหามาก คือ ชาวบ้านไม่เห็นความสำคัญของ อสม. ร้อยละ 27.4 รองลงมาคือ อสม.ทำงานยากขึ้นเนื่องจากขาดความร่วมมือจากชุมชน ร้อยละ 26.8 อสม.ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ร้อยละ 25.5 และ อสม. ส่วนใหญ่ขาดการอบรมทักษะความสามารถในการทำงาน ร้อยละ 21.4

ส่วนปัญหาที่ อสม. ตอบว่ามีค่อนข้างน้อย คือ เรื่องขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ร้อยละ 56.0 อสม. ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน ร้อยละ 46.0 และ อสม.ไม่เห็นคุณค่าในบทบาทการทำงานของตน ร้อยละ 33.6

อุปสรรคต่อการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนของ อสม. พบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ ร้อยละ 55.8 รองลงมา คือ ขาดการสนับสนุนงบประมาณที่ชัดเจน และมีความติดขัดในการใช้ ร้อยละ 43.1 ชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร้อยละ 37.3 และนโยบายของ อบต. ไม่ได้พัฒนาองค์กร อสม. ร้อยละ 15.0

8. ผลสรุป

โดยทั่วไปบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม. ค่อนข้างสัมพันธ์กับบริบทเชิงนโยบายรัฐอย่างมาก และในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเกิดนโยบายใหม่ๆ เช่น นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดการปรับตัวเชิงโครงสร้างและบทบาทภารกิจภายในระบบสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อภารกิจของ อสม. ที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

ข้อค้นพบการศึกษาของโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สามารถนำไปวิเคราะห์ยุทธศาสตร์การทำงานสนับสนุน อสม. ที่สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมและสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีข้อสรุป 6 ประการ คือ

1) จากการที่แนวคิดและตัวแบบของปฏิบัติการเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผลผลิตจากพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ ดังนั้น เมื่อสถานการณ์การเมืองและสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในช่วงสองทศวรรษ ที่ผ่านมา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิด และตัวแบบของปฏิบัติการเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข ใหม่ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

2) อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่จำนวนราว 800,000 คน นับว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่ายิ่ง อาสาสมัครส่วนใหญ่ทั้งที่ได้รับเลือกและสมัครใจมักเป็นผู้ที่มีความตั้งใจอุทิศตนให้กับการทำงานเพื่อสุขภาพของชุมชน

3) อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตอยู่ และมีผู้หญิงเข้ามาเป็นอาสาสมัครมากขึ้นถึง ร้อยละ 70 ในขณะที่มากกว่าร้อยละ 35 ของอาสาสมัครเป็นคนรุ่นใหม่ที่เพิ่งเป็นอาสาสมัครได้ไม่เกิน 5 ปี

4) อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ส่วนใหญ่มีความสามารถทำงานเสร็จสิ้นได้ในระยะเวลาสั้นๆ เช่น การสำรวจรวบรวมข้อมูล การรณรงค์ป้องกันโรค และมีข้อจำกัดในการทำงานที่ต้องใช้เวลาต่อเนื่องยาวนาน เช่น การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

5) อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอยู่ส่วนใหญ่มาจากกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาและมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนัก ขณะเดียวกันจะทำอย่างไรเพื่อให้สามารถระดมกลุ่มบุคคลที่มีคุณภาพ และฐานะทางเศรษฐกิจที่สูงกว่านี้เข้าสู่กระบวนการอาสาสมัครสาธารณสุขได้มากขึ้น

6) ระบบการสนับสนุนที่เปลี่ยนแปลงไป นโยบายการกระจายอำนาจ ได้ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้บริหารท้องถิ่นและบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข แม้ว่าจะมีพัฒนาการของกลไกการ

ประสานงานในระดับต่างๆ เกิดขึ้น แต่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนมีส่วนร่วมในกลไกการประสานงานในระดับที่สูงกว่าจังหวัดค่อนข้างน้อย

ข้อสังเกตสำคัญประการหนึ่งก็คือ เมื่อการสนับสนุน อสม. มาจากหลายแหล่งมากขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขต้องทำงานสนองงานขององค์กรที่ให้การสนับสนุน ซึ่งแต่ละแหล่งก็มีความคาดหวังของตัวเองที่แตกต่างกันโดยปริยาย ทำให้ อสม. ต้องผันตัวเองไปตามความคาดหวังนั้นๆ มากขึ้นไปด้วย จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายว่า หาก อสม. ไม่สามารถบูรณาการงานต่างๆ ที่เจ้าภาพต่างๆ ล้วนแต่มีวาระงาน (Agenda) ของตน เพื่อให้เป็นวาระสุขภาพท้องถิ่น (Local Agenda) ของชุมชนตัวเองได้แล้ว การทำงานก็จะเป็นไปแบบขาดการบูรณาการ รวมทั้งจะทำให้ อสม. หลุดออกจากการเป็นคนของชุมชน เพราะองค์กรภายนอกมีผลต่อการทำงานมากกว่า ในแง่นี้จึงมีเสียงเรียกร้องให้คืนอสม.ให้ชุมชนซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจและการส่งเสริมประชาสังคมด้านสุขภาพ และมุ่งให้ อสม. เป็นองค์กรท้องถิ่นที่ทำงานเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพภาคประชาชนได้ต่อไป

บทที่ 11
ระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคและภัยที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

1. ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency)

เวลาพูดถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (Medical Emergency) ทุกคนจะนึกภาพออกว่าคนไข้กำลังอยู่ในภาวะวิกฤต อยู่ในรอยต่อระหว่างการมีชีวิตอยู่หรือการเสียชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรวดเร็วและความพร้อมของทีมแพทย์ที่จะวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้อง เช่น คนไข้ที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน ภาวะช็อค ภาวะการหายใจล้มเหลว หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมก็จะเสียชีวิตได้ภายในเวลานาทีหรือชั่วโมงเป็นต้น

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency) เป็นศัพท์ที่ได้ยินมากขึ้นในช่วงหลังนี้ มีนัยเหมือนกัน ต่างกันเพียงแทนที่จะเกิดกับคนไข้เป็นรายๆ แต่เกิดกับชุมชนซึ่งมีคนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ซึ่งกำลังอยู่ในภาวะถูกคุกคามด้วยโรคหรือภัยที่มาอย่างรวดเร็ว หากทีมงานสาธารณสุขขาดความพร้อมและความรวดเร็วในการวินิจฉัยและควบคุมโรคหรือภัยอย่างเหมาะสม ผู้คนในชุมชนนั้นก็จะเกิดการล้มป่วยเจ็บตายจำนวนมากในช่วงเวลาสั้นๆเช่นไม่กี่วันหรือ ภายในสัปดาห์หรือเดือน และเกิดผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขนี้อาจเป็นโรคระบาดเช่นโรค SARS โรคไข้หวัดนก อาหารเป็นพิษจากหน่อไม้ปี๊บ สารพิษรั่วไหลปนเปื้อนในอาหารหรือน้ำ ภัยธรรมชาติ รวมถึงการจงใจใช้สารชีวภาพหรือสารเคมีประทุษร้ายต่อประชาชน นับวันเรายิ่งจะพบภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขใหม่ๆ มากขึ้นเรื่อยๆ และภาระการรับผิดชอบต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขนั้นไม่สามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นหรือมอบให้เอกชนดำเนินการได้ เนื่องจากต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ รวดเร็ว ฉับพลันทั้งในประเทศและร่วมกับต่างประเทศ

รายงานนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้เห็นประโยชน์ของระบบเฝ้าระวังโรค/ภัยของประเทศไทยที่พยายามปรับตัวเองเพื่อจะช่วยให้ระบบสาธารณสุขของประเทศสามารถตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ดีขึ้น

2. กฎอนามัยระหว่างประเทศและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (International Health Regulation 2005)

ใน ค.ศ. 1969 สมาชิกองค์การอนามัยโลกได้รับรองและประกาศใช้กฎอนามัยโลกระหว่างประเทศฉบับแรก โดยให้ประเทศที่มีผู้ป่วยด้วยอหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้เหลือง ต้องรายงานให้องค์การอนามัยโลกทราบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่ กี่ราย อยู่ที่เมืองอะไร เนื่องจากโรคเหล่านี้มีศักยภาพในการก่อให้เกิด การระบาดจากชุมชนหนึ่งไปสู่อีกชุมชนหนึ่ง จากประเทศหนึ่งไปยังหลายๆประเทศ ทั่วทวีปหรือทั่วโลก ในขณะนั้นยังเน้นเรื่องมาตรการที่ด่านทางเรือและทางอากาศเนื่องจากคิดว่าเป็นประตูเข้าออกของโรคติดต่อต่างๆ

ต่อมาพบว่ากฎอนามัยระหว่างประเทศนี้ไม่ได้รับความสนใจและปฏิบัติอย่างจริงจัง ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อประเทศมีการรายงานโรคดังกล่าวให้องค์การอนามัยโลกหรือให้นานาชาติทราบ มักเกิดผลกระทบต่อการส่งออก การท่องเที่ยว และภาพพจน์ ทำให้ประเทศต่าง ๆไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับนี้

ในประมาณปลายทศวรรษ 1990 องค์การอนามัยโลกจึงได้พยายามทบทวนกฎอนามัยโลกใหม่ จนมาเกิดกรณีการระบาดของโรคซาร์ส ซึ่งการที่ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดไม่ได้รายงานการป่วยด้วยโรคปอดบวมที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน มีอัตราป่วยตายสูง และมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องจนกระจายไปยังประเทศต่าง ๆถึง 32 ประเทศ เกิดผลกระทบทางสาธารณสุข ทางสังคม เศรษฐกิจ การเดินทางและการเมืองอย่างกว้างขวาง ทำให้ประเทศสมาชิกเห็นความสำคัญของความร่วมมือที่จะต้องเฝ้าระวังโรค/ภัยที่เข้าข่ายภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับนานาชาติ (Public Health Emergency of International Content) อันเป็นเนื้อหาใจความสำคัญของกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับใหม่ซึ่งได้รับการรับรองใน พ.ศ. 2548 และประเทศต่าง ๆจะนำไปปฏิบัติในกลาง พ.ศ. 2550

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับนานาชาติ ได้แก่เหตุการณ์ผิดปกติซึ่งอาจเป็นโรคติดต่อ การปนเปื้อนสารเคมี ภัยธรรมชาติ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดหรือการเจ็บป่วยต่อประชากรของประเทศอื่นๆ และต้องการความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการควบคุมปัญหาดังกล่าว ซึ่งหากพบว่ามีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น ประเทศสมาชิกจำเป็นต้องรีบรายงานให้องค์การอนามัยโลกทราบอย่างเร่งด่วน หรือหากไม่มีการรายงานจากประเทศต้นตอ แต่องค์การอนามัยโลกได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่น ก็สามารถที่จะดำเนินการทั้งทางตรงหรือทางอ้อมในการให้ได้รับทราบข้อเท็จจริง สำหรับเกณฑ์การพิจารณาว่าเหตุการณ์ใดควรจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับนานาชาตินั้นประกอบด้วย เหตุการณ์ดังกล่าวมีความรุนแรงหรือไม่ ผิดจากเหตุการณ์ปกติหรือความคาดหมายหรือไม่ มีผลกระทบต่อการเดินทางหรือค้าขายในระดับนานาชาติหรือไม่ ฯลฯ

นอกจากนี้ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกยังได้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถในการเฝ้าระวังและควบคุมภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งสมควรที่กระทรวงสาธารณสุขจะได้ตรวจสอบศักยภาพและความพร้อมของประเทศ

3. ระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อและพัฒนาการในประเทศไทย

การเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา โดยเริ่มจากการมีรายงานโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญในสมัยแรก ๆ อันได้แก่ มาลาเรีย คุดทะราด โดยดำเนินการเป็นโครงการชำนาญพิเศษ (Vertical Program) มีบุคลากรเฉพาะที่จะไปค้นหาผู้ป่วย เก็บตัวเลขผู้ป่วยจากจังหวัดต่าง ๆ มาติดตามแนวโน้มการป่วย การตาย การกระจายของโรค และออกดำเนินการควบคุมโรคแบบครบวงจร ต่อมามีการระบาดของอหิวาตกโรคใหญ่ทั่วประเทศ มีโครงการกำจัดกวาดล้างไข้ทรพิษ และเริ่มมีการใช้วัคซีนป้องกันโรคที่สำคัญในเด็กเช่นโปลิโอ คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีหน่วยงานที่ทำการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคระดับประเทศโดยให้มีลักษณะที่บูรณาการการรายงานโรค (Integrated Disease Notification)

ในการปรับปรุงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในประมาณ พ.ศ. 2515 จึงมีกองระบาดวิทยา สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีอัตราพนักงานระบาดวิทยาในแต่ละจังหวัด ทำหน้าที่เก็บรวบรวม จำนวนป่วย จำนวนตายและข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยด้วยโรคที่สำคัญแต่ละรายลงในบัตรรายงานโรค (รง 506) เพื่อใช้ประโยชน์ในระดับจังหวัดและรายงานเข้ามาสู่ส่วนกลาง ในระยะแรกพนักงานระบาดวิทยาเหล่านี้รับเงินเดือนตรงจากกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ต่อมามีการบูรณาการให้เป็นเจ้าหน้าที่ของจังหวัด มีงาน

ระบาดวิทยาที่เป็นงานหนึ่งในฝ่ายแผนและประเมินผล มีเจ้าหน้าที่ประมาณหนึ่งหรือสองคนในแต่ละจังหวัด สำหรับในหน่วยบริการเช่นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ก็ได้ขอให้แต่ละโรงพยาบาลมอบหมายให้มีเจ้าหน้าที่รายงานโรค ทุกๆปีจะมีการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ใหม่ที่จะทำหน้าที่การรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เมื่อมีการรายงานโรคเข้ามาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาก็จะทำการวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์เป็นรายสัปดาห์เสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หากพบความผิดปกติก็จะทำการออกสอบสวนโรคและมีเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคซึ่งอยู่ฝ่ายควบคุมโรคออกไปดำเนินการคู่ขนานกันไป

แม้ระบบเฝ้าระวังโรคจะมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีปัญหาอยู่มากที่สำคัญได้แก่

1. การลืมเจตนารมณ์ดั้งเดิมของการเฝ้าระวัง มีการขยายจำนวนโรคที่ต้องรายงานมากขึ้นเรื่อยๆ จากเพียงประมาณ 20 โรคในระยะแรกเป็นกว่า 70 โรคในปัจจุบัน เพียงเพื่ออยากรู้ว่าโรคนั้นๆ มีจำนวนมากเท่าไร ซึ่งเป็นแนวคิดของการรวบรวมตัวเลขเพื่อจัดทำสถิติ ในขณะที่การเฝ้าระวังโรคที่แท้จริงนั้นมีแนวคิดที่จะทำการเฝ้าระวังโรคที่สำคัญยิ่งยวด (Priority Diseases) เช่น โรคที่มีศักยภาพในการก่อให้เกิดการระบาด อย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวังโรคจึงเน้นความรวดเร็วที่จะได้ข้อมูลมาเพื่อส่งทีมออกไปตรวจสอบว่าจริงเท็จอย่างไร ที่ชุมชนซึ่งผู้ป่วยอยู่ เพื่อจะได้ดำเนินการควบคุมโรคหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงออกไปอย่างทันที

2. ความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่าหากเกิดโรคระบาดเป็นความผิดพลาด ผู้บริหารจำนวนไม่น้อยมักจะคิดว่าหากมีการรายงานโรคซึ่งถูกกำหนดเป็นนโยบาย ก็จะทำให้ถูกมองว่าการควบคุมโรคไม่ประสบความสำเร็จ จึงมีการชะลอการรายงาน คัดกรองรายงานเฉพาะที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน หรือบางครั้งอาจไม่มีการรายงานหรือรายงานในชื่ออื่น เช่น ให้รายงานอหิวาตกโรคเป็นโรคอุจจาระร่วงอย่างแรง

3. ความเป็นเอกภาพของการเฝ้าระวังโรคและการควบคุมโรค ในอดีตงานทางด้านระบาดวิทยาและงานควบคุมโรคมักไม่ได้อยู่รวมกัน เช่น ในส่วนกลาง กองระบาดวิทยาอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงไม่ได้ขึ้นกับกรมควบคุมโรค ในระดับจังหวัดงานระบาดวิทยาอยู่ที่ฝ่ายแผนงานและประเมินผล ทำให้การทำงานร่วมกันยังไม่เป็นทีมเดียวกันอย่างชัดเจน ภายหลังการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 จึงได้มีการเปลี่ยนให้ กองระบาดวิทยาเป็นสำนักระบาดวิทยาขึ้นกับกรมควบคุมโรค สำหรับในระดับจังหวัดแม้ส่วนใหญ่จะเอางานระบาดวิทยาและงานควบคุมโรคไปอยู่ด้วยกันภายใต้กลุ่มงานวิชาการแต่ก็ยังมีจำนวนหนึ่งที่งานระบาดวิทยายังอยู่กับกลุ่มงานแผนและยุทธศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างนี้เพื่อเน้นความสำคัญให้เกิดการเฝ้าระวังโรคหรือภัยสุขภาพเพื่อการควบคุมป้องกันโรคอย่างทันท่วงที (Surveillance for Action) มิได้เพื่อการใช้ทำแผนคำของบประมาณเพียงอย่างเดียว ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่น่าจะถูกทิศทาง อย่างไรก็ดีอัตรากำลังคนและบุคลากรที่ทำงานด้านการเฝ้าระวังอย่างเต็มเวลายังมีน้อยเกินไป โดยเฉลี่ยจังหวัดหนึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาเพียง 1 หรือ 2 คน และไม่มีอัตรากำลังใน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลชุมชน

4. หน่วยหรือทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team (SRRT))

ในช่วงสี่ปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้ประสบกับปัญหา Public Health Emergency ในระดับใหญ่ๆ ตลอดเรื่อยมาอันได้แก่โรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือ SARS (พ.ศ. 2545) ไข้หวัดนก (พ.ศ. 2546) สึนามิ (พ.ศ. 2547) และล่าสุด Botulism Food Poisoining จากการทานหน่อไม้ปี๊บ (พ.ศ. 2549) ซึ่งจะได้มีการกล่าวในรายละเอียดในหัวข้อต่อไปว่าระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศเพื่อตอบโต้กับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเหล่านี้ดำเนินการในลักษณะอย่างใด

ในอดีตเมื่อเกิดโรคระบาดที่มีขนาดที่ค่อนข้างใหญ่ มักจะมีคำสั่งให้ตั้ง War Room หรือศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจเพื่อจัดการควบคุมโรคนั้นๆ ที่เกิดบ่อยๆได้แก่อหิวาตกโรค และมักจะมีการรวมเจ้าหน้าที่ทางระบาดวิทยาและเจ้าหน้าที่ควบคุมโรค เจ้าหน้าที่สุขาภิบาล เข้าด้วยกัน และมีชื่อเรียกกันว่า Special Response Team เพื่อจะรีบออกไปยังจุดเกิดเหตุทันทีและมีขีดความสามารถในการค้นหาผู้ป่วย หาแหล่งแพร่โรคร่วมหรือปัจจัยเสี่ยง ทำการปรับปรุงสภาพสุขาภิบาลหรือปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการแพร่ระบาด เมื่อดำเนินการเสร็จแล้วทีมดังกล่าวก็สลายตัว

เมื่อเกิดโรค SARS กรมควบคุมโรคได้เสนอและได้รับความเห็นชอบจากกระทรวงสาธารณสุขที่จะให้ทุกจังหวัดจัดตั้งทีมปฏิบัติการอย่างน้อยจังหวัดละ 2 ทีม ที่ประกอบด้วย แพทย์ นักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่ห้องชัณสูตรและเจ้าหน้าที่ควบคุมโรค เพื่อสามารถออกปฏิบัติการติดตามหาผู้สัมผัสกับผู้ป่วยที่ถูกสงสัยว่าเป็นโรค SARS ทีมเหล่านี้ได้ออกปฏิบัติงานตลอดวันตลอดคืน ทันทีที่ได้รับแจ้งว่าพบผู้ป่วยสงสัย เมื่อโรค SARS ผ่านพ้นไป แนวคิดเรื่องทีมปฏิบัติงานตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจึงได้ถูกยกระดับเพื่อให้เป็นทีมถาวรประจำอยู่ในทุกระดับ

เมื่อเกิดโรคไข้หวัดนก กระทรวงสาธารณสุขจึงเรียกทีมนี้ว่า Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) มีการกำหนดเป้าหมายว่าทุกอำเภอจะต้องมีทีม SRRT อย่างน้อยหนึ่งทีม ที่ระดับจังหวัดอย่างน้อยหนึ่งทีมในทุกจังหวัด (Provincial SRRT) รวมถึงกรุงเทพมหานครที่มีทีมประจำในทุกพื้นที่ ซึ่งมีศูนย์บริการสุขภาพ และที่ระดับเขตก็จะมี Regional SRRT และ สุดท้ายระดับประเทศก็จะมี Central SRRT

เพื่อให้สามารถดำเนินงานในเรื่อง SRRT ให้ประสบความสำเร็จนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามพัฒนาองค์ประกอบที่สำคัญสี่ด้านคือ

ประการแรก การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์

- แนวคิดเรื่อง SRRT ได้ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายและปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกแห่งชาติ (พ.ศ. 2548 - 2550)
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับกระทรวงมาดูแล และกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญของ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาสาธารณสุขและของกรมควบคุมโรค
- กำหนดให้ SRRT เป็นกลไกที่สำคัญของการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 โดยให้มีโครงสร้างของ Surveillance Unit ในทุกหน่วยบริการ

ประการที่สอง การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง

- ลดจำนวนโรคจากปัจจุบันให้คงเหลือเฉพาะที่สำคัญซึ่งข้อมูลการเฝ้าระวังมีความสำคัญยิ่งยวดในการตอบโต้กับภัยคุกคามนั้นๆ
- กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานเป็นรายโรคโดยประกอบด้วยความสำคัญของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง นิยาม เกณฑ์การรายงาน มาตรการทางสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการ และองค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน
- ใช้เทคโนโลยีด้านสารสนเทศเพื่อสนับสนุนให้มีการรายงานที่รวดเร็วและลดภาระงาน เช่น การรายงานผ่านอินเทอร์เนตโดยเริ่มสำหรับกรณีโรคไข้หวัดนกในพื้นที่ซึ่งมีการระบาดซ้ำซาก
- ส่งเสริมร่วมมือกับหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ทราบสาเหตุเช่นเชื้อ หรือ สารเคมี ที่เป็นตัวก่อโรค

ประการที่สาม การพัฒนาบุคลากร

- มีการจัดอบรมทีม SRRT ของทุกจังหวัดและทุกอำเภอใน พ.ศ. 2547 - 2548
- การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง เช่น การออกสอบสวนโรคร่วมกัน หรือการศึกษากรณีที่เกิด

ขึ้น จริง เช่น โรคอาหารเป็นพิษจากหน่อไม้ปี๊บ

- จัดหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นให้แพทย์หัวหน้าทีม และนักวิชาการ
- ผลิตนักระบาดวิทยาด้านการสอบสวนโรค (FETP) เพิ่มขึ้นเพื่อเป็นฐานความรู้

ประการที่สี่ ส่งเสริมเครือข่ายบุคคลและข่าวสารทั้งในและต่างประเทศ

- พัฒนาเครือข่ายด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีการจัดทำ Outbreaklist ซึ่งแจ้งข่าวการระบาดหรือข่าวสารใหม่ๆ จากในและต่างประเทศให้สมาชิกทีม SRRT ทั่วประเทศได้ทราบทันทีที่เกิดเหตุ
- จัดประชุมเครือข่ายทีมงานภายในจังหวัด ในเขต และทั่วประเทศ เป็นประจำปี มีการนำเสนอผลงานและรับฟังความก้าวหน้าทางวิชาการต่างๆ เพิ่มเติม

5. กรณีศึกษาการเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

5.1 SARS

ปลาย พ.ศ. 2545 ได้มีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือที่รู้จักกันใน ชื่อ SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) ในมณฑลกวางตุ้งของประเทศจีน พบผู้ป่วยปอดบวม (Atypical Pneumonia)ซึ่งไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะและมีการแพร่ระบาดไปยังประเทศอื่นๆ อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้รับรายงานผู้ป่วยจากประเทศต่างๆ รวม 32 ประเทศ มีผู้ป่วย 8,436 คน เสียชีวิต 813 คน ซึ่งในที่สุดพบว่าเชื้อสาเหตุของการระบาดดังกล่าวเป็นกลุ่ม Corona Virus แต่เป็นสายพันธุ์ใหม่ (SARS-CoV) ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีผู้ป่วยยืนยันรายแรกซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากองค์การอนามัยโลกเดินทางเข้ามารับการรักษา

กรมควบคุมโรคได้วางแนวทางการเฝ้าระวังโรคเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 14 มีนาคม 2546 โดยส่งสัญญานให้หน่วยงานต่างๆสนใจเรื่อง Atypical Pneumonia ผ่านรายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ และกระทรวงสาธารณสุขได้มีหนังสือสั่งการอย่างเป็นทางการในวันที่ 19 มีนาคม 2546 ให้ทุกหน่วยดำเนินการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวด ต่อมา ในวันที่ 1 เมษายน 2546 ได้มีการประชุมใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อวางมาตรการรองรับการระบาด ที่อาจจะเกิดขึ้นในประเทศ มีการรายงานสถานการณ์จากทุกจังหวัดและสรุปเป็นภาพรวมของกระทรวงเป็นรายวันติดต่อกันทุกวันไม่เว้นวันหยุดติดต่อกันรวม 96 วัน

โรค SARS Corona Virus เป็นเชื้ออุบัติใหม่ องค์ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับตัวเชื้อ การติดต่อ การดำเนินโรคของผู้ป่วย เป็นเรื่องที่ไม่มีผู้ใดทราบอย่างชัดเจน สิ่งที่ทราบในระยะเริ่มต้นของการระบาดคือเป็นโรคติดเชื้อที่รุนแรง มีอัตราป่วยตายสูง และบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับตัวเชื้อ การดำเนินโรคและแนวทางการดำเนินงานของประเทศต่างๆ และองค์กรที่เกี่ยวข้องมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ประชาชน และสื่อมวลชนต่างๆให้ความสนใจต่อการระบาดอย่างมาก นอกจากนั้น การรับรู้ของสาธารณะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและสถานบริการทางสาธารณสุข ได้ส่งผลกระทบทางสังคมต่อทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล เนื่องจากภาพลักษณ์ว่า SARS เป็นโรคติดต่ออันตราย ดังนั้นข้อมูลต่างๆจึงถือว่าเป็นข้อมูลลับ ทำให้การดำเนินงานต่างๆ มีความยากลำบากมากขึ้น ทั้งในเรื่องการประสานงาน การดำเนินการแยกผู้ป่วย การดำเนินการแยกผู้สัมผัส เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ก็ยังไม่เคยมีผู้ใดมีประสบการณ์โดยตรงต่อการดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว วัสดุอุปกรณ์ที่สามารถป้องกันการติดเชื้อที่แพร่โดยทางเดินหายใจ อันได้แก่ หน้ากากระดับ N95 และเครื่องป้องกันต่างๆมีความขาดแคลน เนื่องจากไม่ได้มีการจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า ต้องอาศัยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

ได้มีการจัดระบบเฝ้าระวังโรคโดย

- จัดทำคู่มือแนวทางในการเฝ้าระวังสอบสวน มีการปรับปรุงใหม่ 3 ครั้ง จากนั้นมีการจัดพิมพ์แจกจ่ายให้กับผู้เข้ารับการอบรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักควบคุมโรคที่1-12 และเผยแพร่ทางอินเตอร์เน็ตที่ **<http://epid.moph.go.th/sars/investSARS%2020 06 46.doc> และ <http://www. ddc.moph.go.th/sars center.html>**
- อบรมเจ้าหน้าที่จังหวัดและสำนักงานควบคุมโรคที่ 1-12 จำนวน 3 ครั้ง รวมประมาณ 250 คน
- รับแจ้งผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยและได้ดำเนินการสอบสวนหรือประสานงานเพื่อให้มีการสอบสวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 313 คนจาก 52 จังหวัด และได้ผลสรุปเป็นผู้ป่วยสงสัย 31 ราย ผู้ป่วยน่าจะเป็น 9 ราย
- ติดตามผู้สัมผัสกับผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งทุกรายจนกว่าจะตัดสินว่าผู้ป่วยไม่เป็นผู้ป่วยสงสัยหรือน่าจะเป็น ในส่วนของผู้ป่วยสงสัยและน่าจะเป็นได้ดำเนินการติดตามผู้สัมผัสจนครบ 10 วันหลังการสัมผัสผู้ป่วยครั้งสุดท้าย จำนวนทั้งสิ้น 1,016 รายโดยแยกเป็น

ผู้สัมผัสร่วมบ้าน	***132***	***ราย***	***(เฉลี่ย 3 ราย/ผู้ป่วย)***
ผู้สัมผัสใกล้ชิด	**154**	**ราย**	**(เฉลี่ย 4 ราย/ผู้ป่วย)**
ผู้สัมผัสบุคลากร	***730***	***ราย***	***(เฉลี่ย 18 ราย/ผู้ป่วย)***

- ดำเนินการเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยเพื่อตรวจยืนยันการติดเชื้อ Corona Virus ทางห้องปฏิบัติการจำนวน 110 ราย พบเชื้อ SARS- Corona Virus จำนวน 1 ราย ติดเชื้อ Mycoplasma 2 ราย (ได้ใช้ผลการวินิจฉัยนี้ในการตัดผู้ป่วยน่าจะเป็นออกไปสองราย ทำให้เหลือเพียง 9 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติที่ชัดเจนได้เนื่องจากไม่สามารถเก็บเลือดผู้ป่วยครั้งที่สองได้เพราะเป็นชาวต่างประเทศ

บทเรียนสำคัญที่พบในระหว่างการดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวนและติดตามผู้สัมผัสคือ

- ความพร้อมของโรงพยาบาลและบุคลากรในการให้การแยกผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลไม่เพียงพอเจ้าหน้าที่ยังขาดความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้เกิดความหวาดกลัว
- ความพร้อมของหน่วยงานสาธารณสุขในการดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมในสถานการณ์เร่งด่วนขาดการวางแผนและฝึกซ้อม และสำรองอุปกรณ์ที่จำเป็นในงานเฝ้าระวังและสอบสวน
- การบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคระบาดยังพบว่ามีปัญหารายละเอียดในเชิงปฏิบัติ เช่น รายได้ที่สูญเสียในการสั่งให้แยกตัวอยู่กับบ้าน ค่าใช้จ่ายที่เกิดเมื่อให้กักตัวไว้ในโรงพยาบาล
- การตระหนกของสังคมต่อการระบาดของโรคในระยะวิกฤตก่อให้เกิดการรังเกียจผู้ป่วย แม้จะเสียชีวิตแล้วก็ไม่ยอมให้มีการสวดหรือทำตามประเพณีที่ควรเป็น

5.2. ไข้หวัดนก

แม้โรคซาร์สจะเงียบสงบไปพักใหญ่ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2546 แต่ประเทศไทยก็มิได้ประมาท กระทรวงสาธารณสุขได้สั่งให้มีการเตรียมแผนสำหรับรองรับการหวนกลับมาของโรคซาร์ส และก็ยังทำการเฝ้าระวังในผู้ป่วยปอดอักเสบที่เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ประมาณเดือนพฤศจิกายน ก็เริ่มมีข่าวภายในพูดถึงเรื่องการตายอย่างผิดปกติของไก่ฟาร์มและไก่พื้นบ้านในจังหวัดนครสวรรค์ ต่อมาอีกหลายจังหวัดในภาคกลางก็พบการตายผิดปกติ สำนักระบาดวิทยาได้ส่งทีมออกไปศึกษาที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และ ได้ตัวอย่างไก่ที่ตายผิดปกติมาให้มหาวิทยาลัยมหิดล ตรวจ ซึ่งผลพบว่ามีการติดเชื้อ Influenza group A ที่ไม่ใช่ H1 หรือ H3 ในอวัยวะหลายส่วน

ของไก่ที่ตาย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำการเฝ้าระวังการป่วยหรือตายด้วยโรคไข้หวัดใหญ่หรือปอดบวมในจังหวัดที่มีรายงานการตายของไก่ผิดปกติ จนกระทั่งกลางเดือนมกราคมเริ่มมีรายงานว่าพบผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงในจังหวัดสุพรรณบุรี และกาญจนบุรี ผู้ป่วยได้เสียชีวิตลงและมีการตรวจพบเชื้อ Influenza Group A ชนิด H5N1 ในผู้ป่วยทั้งสองราย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ทำการประกาศการพบผู้ป่วยไข้หวัดนกเป็นครั้งแรกในวันที่ 23 มกราคม 2547 และขอให้แต่ละจังหวัดจัดทีมปฏิบัติการที่พร้อมออกไปสอบสวนโรคทันทีที่ทางโรงพยาบาลพบผู้ป่วยที่เข้าข่ายหรือสงสัย โดยทีมงานจะเข้าไปในหมู่บ้าน ดูสภาพแวดล้อม ตรวจสอบว่ามีสัตว์ปีกป่วยตายผิดปกติจริงหรือไม่ ทำการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ให้ความรู้และเฝ้าติดตามการป่วยในชาวบ้านในหมู่บ้านที่พบการตายของสัตว์ปีกอย่างผิดปกติติดต่อกันอย่างน้อย 10 วัน

นับตั้งแต่ต้นปี 2547 จนถึงสิ้นเดือนธันวาคม 2549 ประเทศไทยได้รายงานผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนกไป 25 ราย เสียชีวิต 17 โดยแยกได้ดังนี้

- ปี 2547 มีการรายงานผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรครวม 2,920 ราย ภายหลังการสอบสวนพบผู้ป่วยยืนยัน 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย
- ปี 2548 มีการรายงานผู้ป่วยที่ต้องสอบสวนโรครวม 3,244 ราย พบผู้ป่วยยืนยัน 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย
- ปี 2549 มีการรายงานผู้ป่วยที่ต้องออกสอบสวนโรครวม 5,641ราย พบผู้ป่วยยืนยัน 3 ราย เสียชีวิตทั้งสามราย

การเฝ้าระวังกรณีไข้หวัดนกเป็นการเปลี่ยนโฉมหน้าของการเฝ้าระวังโรคไปอย่างมาก ทั้งนี้เพราะทุกครั้งที่มีการรายงานผู้ป่วยจากโรงพยาบาล จะต้องมีการออกไปสอบสวนโรค มีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ และมีการออกเยี่ยมในชุมชน มีการสรุปสถานการณ์เป็นรายวันเสนอผู้บริหารระดับสูง และเมื่อพบผู้ป่วยยืนยันก็จะมีการแถลงข่าวเพื่อความโปร่งใส แนวทางการทำงานเช่นนี้จึงจัดเป็นการเฝ้าระวังอย่างแท้จริง

5.3 ภัยธรรมชาติ คลื่นยักษ์ Tsunami

วันที่ 25 ธันวาคม 2547 เกิดภัยธรรมชาติ Tsunami ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่เกาะสุมาตราแต่คลื่นได้เดินทางมาถึงหกจังหวัดทางภาคใต้ของประเทศไทย ทำให้เกิดคลื่นยักษ์ซัดชายหาดซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวของไทยเกิดความเสียหายรุนแรงในจังหวัดพังงา ภูเก็ต กระบี่ ระนอง และเสียหายบ้างในจังหวัดตรัง และ สตูล มีผู้สูญเสียชีวิตรวม 5,383 ราย บาดเจ็บ 8,457 ราย

ปัญหาใหญ่ที่ติดตามมาหลังจากเกิดคลื่นยักษ์คือประชาชนไร้ที่อยู่อาศัย ขาดอาหารและ น้ำสะอาด เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆทั้งในและต่างประเทศได้เร่งรีบการบรรเทาทุกข์ด้วยการจัดหาที่พักพิงชั่วคราว อาหาร น้ำสะอาด ซึ่งโดยทางทฤษฎีแล้วเมื่อไรก็ตามที่ประชาชนต้องไร้ที่อยู่อาศัยและมาพักพิงร่วมกันจะมีโอกาสสูงในการเกิดโรคติดต่อแพร่ระบาดได้ ประกอบกับทีม SRRT ของจังหวัด ที่ได้รับผลกระทบต้องไปทำภารกิจอื่นเช่นการอำนวยการและการประสานงานบรรเทาทุกข์ต่างๆ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขส่งทีมหน่วยแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า 100 ทีมเข้าไปช่วยดูแลด้านการรักษาพยาบาล ในขณะเดียวกัน กรมควบคุมโรคได้ส่ง SRRT จากระดับเขตและส่วนกลางเข้าไปเสริมตลอดหกสัปดาห์ โดยแบ่งให้มีทีมปฏิบัติงานรวมทั้งสิ้น 12 ทีม กระจายอยู่ในพื้นที่ซึ่งประสบปัญหามากที่สุดได้แก่พังงา และ ภูเก็ต

ทีม SRRT สามารถแบ่งภารกิจออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกทำการป้องกันโรคล่วงหน้าโดยเฉพาะโรคที่นำโดยแมลง มีการพ่นสารเคมี ทำลายแหล่งเพาะพันธ์ยุง การแจกมุ้งชุบสารเคมี ฯลฯ

ภารกิจที่สองได้แก่ การเฝ้าระวังเชิงรุกและสอบสวนควบคุมการระบาด ระบบเฝ้าระวังโรคเชิงรุกนี้ จะดำเนินการเฝ้าระวังโรคและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ จำนวน 22 โรค ใน 5 กลุ่มอาการ ได้แก่ กลุ่มโรคอุจจาระร่วง กลุ่มระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการไข้ กลุ่มเยื่อหุ้มสมองอักเสบ และกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ Wound infection, injury, and jaundice เป็นต้น แต่ได้มีการเพิ่มโรคบางโรคที่พบเป็นปัญหา เข้ามาในการเฝ้าระวังในสัปดาห์ถัดมา สำหรับจุดที่เฝ้าระวังโรค ได้แก่ สถานีอนามัย 77 แห่ง โรงพยาบาลของรัฐ 22 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง ศูนย์พักพิงชั่วคราวผู้ประสบภัย 2 แห่ง และศูนย์พิสูจน์บุคคลที่เสียชีวิตจากเหตุภัยพิบัติ 2 แห่ง ทีมงานได้จัดทำแบบฟอร์มสำหรับใช้เก็บข้อมูลผู้ป่วย แบบรายงานโรคประจำวัน และแบบสอบสวนสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคที่เฝ้าระวัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้สนับสนุนเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ และอุปกรณ์เก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเชื้อแบคทีเรีย ทั้งชนิดที่พึ่งและไม่พึ่งออกซิเจน และการตรวจทางไวรัสวิทยาเพื่อตรวจหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของการป่วยของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากในแต่ละศูนย์จะมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของหน่วยงานต่างๆ สลับกันมาทำหน้าที่ ดังนั้นทีม SRRT จำเป็นต้องไปรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง และทำการวิเคราะห์ว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคอะไรที่เพิ่มขึ้นผิดปกติ และรีบออกไปทำการสอบสวนควบคุมโรคทันที

ผลจากการเฝ้าระวังโรคเชิงรุก อย่างเข้มแข็ง ภายหลังการเกิดคลื่นยักษ์สึนามิ พบเหตุการณ์น่าสนใจนำไปสู่การสอบสวนทางระบาดวิทยาจำนวน 9 เหตุการณ์ ซึ่งใน 7 เหตุการณ์เป็นอาการอุจจาระร่วงและโรคอาหารเป็นพิษ ทีมงานได้ดำเนินการสอบสวนหาสาเหตุและควบคุมป้องกันการระบาด โดยให้คำแนะนำเรื่องการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารและให้สุขศึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง จนไม่มีการระบาดของโรคในวงกว้าง และไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนอีก 2 เหตุการณ์ เป็นโรคมาลาเรีย ที่พบผู้ป่วยประปรายไม่กี่ราย และโรคไข้เลือดออกที่พบผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งยังไม่พบหลักฐานว่า เกี่ยวข้องกับการเกิดพิบัติภัยครั้งนี้ หลังจากนั้น ทีมจากส่วนกลาง ได้ส่งต่องานเฝ้าระวังฯให้กับพื้นที่ดำเนินการต่อไป เนื่องจากสถานการณ์เริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งบุคลากรของพื้นที่สามารถกลับมาปฏิบัติงานในหน้าที่เดิมของแต่ละงานได้

5.4 โรคอาหารเป็นพิษจากเชื้อโบโทลิซึมในหน่อไม้ปี๊ป (Botulism)

วันที่ 15 มีนาคม 2549 มีงานทำบุญที่บ้านนาหวายใหม่ ต. ป่าคาหลวง อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน ชาวบ้านได้นำเอาหน่อไม้ที่เก็บในช่วงฤดูฝนและบรรจุใส่ปี๊ปไว้มาเลี้ยงเป็นอาหารกลางวันหลังงานบุญเสร็จ ต่อมาในช่วงบ่ายๆ มีชาวบ้านในหมู่บ้านนี้มาตรวจรักษาประปรายที่โรงพยาบาลบ้านหลวง จนกระทั่งเวลาหัวค่ำ มีผู้ป่วยมาพร้อมกันประมาณสิบกว่าคนด้วยอาการแน่นอึดอัดท้อง พูดและหายใจลำบาก ในจำนวนนั้นมีบางรายที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ นับเป็นโชคดีที่แพทย์จากโครงการฝึกอบรมสาขาระบาดวิทยา (Field Epidemiology Training Program) และบุคลากรของโรงพยาบาลบ้านหลวงได้ประวัติว่าชาวบ้านทั้งหมดมาจากหมู่บ้านเดียวกันและทุกคนมีประวัติการกินหน่อไม้ปี๊ป จึงทำให้นึกถึงโรคอาหารเป็นพิษจาก เชื้อโบโทลิซึม (Botulism Food Poisoining) จึงได้มีการระดมทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว Surveillance and Rapid Response Team ออกไปยังหมู่บ้านเกิดเหตุทันที ทีมงานได้ทำการกระจายเสียงเรียกให้ผู้ที่ทานหน่อไม้ปี๊ปในงานและมีอาการผิดปกติรีบไปพบแพทย์ พร้อมกันนั้นได้ทำการเรียกเก็บหน่อไม้ปี๊บ ที่ยังเหลืออยู่ทั้งหมดในหมู่บ้านที่เกิดเหตุและหมู่บ้านใกล้เคียงมาทำลาย เพื่อมิให้มีการบริโภคอีก จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้มีชาวบ้านมาตรวจรักษาและมีอาการเข้าได้กับโรค Botulism รวม 209 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล 134 ราย ในจำนวนนี้มี 42 รายที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นระบบหายใจล้มเหลว ต้องนำเข้าดูแลในห้อง ICU และใช้เครื่องช่วยหายใจ ในขณะเดียวกันได้มีการดำเนินงานประสานขอ Botulism antitoxin ซึ่งไม่มีในเมืองไทย มาจากศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (50 โด๊ส) สห

ราชอาณาจักร (20 โด๊ส) ประเทศญี่ปุ่น (23 โด๊ส) ได้ฉีด antitoxin ให้กับผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ทำการประสานส่งต่อให้โรงพยาบาลในส่วนกลางและภูมิภาครับผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปดูแลต่อรวม 17 ราย ผลการดำเนินงานพบว่าไม่มีผู้เสียชีวิตเลย นับเป็นความสำเร็จสำคัญอันเป็นผลจาก การตรวจพบการระบาด การสอบสวนให้รู้ถึงสาเหตุสามารถทำได้อย่างรวดเร็วโดยอาศัยทีม SRRT และความสามารถของทีมแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการบริหารจัดการภายใต้วิกฤตกาลที่ทำได้อย่างดี จึงทำให้สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้อย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนในการระบาดของที่ผ่านๆ มาหรือในประเทศอื่นๆ

6. สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะ

ประเทศไทยมีการพัฒนาเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุขมาตลอด ในระยะทศวรรษที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลายประการที่จะส่งผลต่อการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระแสที่สำคัญประการหนึ่งคือการกระจายอำนาจและการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชน การจัดสรรงบประมาณรายหัวทำให้ภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านที่ไม่มีงบประมาณชัดเจนของตนเอง กระทรวงสาธารณสุขมีความจำเป็นต้องถ่ายโอนภารกิจต่างๆ เช่น การสุขาภิบาล การรักษาพยาบาลไปสู่ท้องถิ่นและให้ภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญมากขึ้น แต่ภารกิจสำคัญประการหนึ่งที่ไม่สามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นหรือเอกชนรับไปดำเนินการโดยเบ็ดเสร็จเด็ดขาดได้แก่เรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับใหม่ที่สมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ลงมติรับรองไปเมื่อการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2548 ได้ขยายความหมายของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้ครอบคลุมเรื่องโรคติดต่อ ภัยธรรมชาติ อุบัติภัย และการใช้สารชีวภาพหรือสารเคมีเพื่อประทุษร้ายต่อชุมชนอย่างจงใจ ภาวะเหล่านี้เป็นภาระของรัฐที่ต้องสร้างขีดความสามารถให้พร้อมในการป้องกัน ติดตามสถานการณ์ ตรวจสอบและตอบโต้อย่างมีหลักวิชาและรวดเร็วฉับเพลัน มีงบประมาณรองรับที่เพียงพอและมีทีมงานที่ผ่านการฝึกอบรมและมีความเชี่ยวชาญสูง กระทรวงสาธารณสุขไทยได้ใช้พัฒนาการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่เคยทำกันมาปรับให้มีความเข้มข้นและเน้นเรื่องการใช้ประโยชน์ในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน โดยสร้างทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วหรือที่เรียกว่า SRRT กระจายในทุกอำเภอทั่วประเทศทำงานตลอดเวลาไม่มีวันหยุด โดยประสานกันเป็นเครือข่าย ทำให้ประเทศไทยสามารถจัดการรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขใหม่ๆ เช่น การระบาดของโรค SARS ไข้หวัดนก การป้องกันโรคติดต่อภายหลังเหตุการณ์คลื่นยักษ์สึนามิในหกจังหวัดภาคใต้และล่าสุดการระบาดของโรคพิษโบโทลิซึมจากหน่อไม้ปี๊ปที่จังหวัดน่าน อย่างไรก็ดีระบบนี้ เพิ่งเริ่มต้นยังประสบปัญหาต่างๆ หลายประการ ที่สำคัญที่รัฐบาลต้องสนับสนุนกระทรวงสาธารณสุขคือกำหนดให้มีภารกิจการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญปรากฏในโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยให้มีแพทย์และนักวิชาการที่ได้รับการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา ปฏิบัติงานรับผิดชอบภารกิจดังกล่าวและมีงบประมาณรองรับอย่างเพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง. (2549). ข้อมูลทางการปกครอง. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ใน *http://www.dopa.go.th/web_pages/m03010000/s-new/prakat.jpg* 11/04/2549.

กรมการปกครอง. (2549). ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับจำนวนประชากร. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ใน *http://www.go.th/cgi-bin/people2_stat.exe?YEAR=48&LEVEL=4&PROVI...* 17/4/2549.

กรมการปกครอง. (2549). ประกาศสำนักทะเบียนกลาง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักรแยกเป็นกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่าง ๆ ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2548. ใน *http://dopa.go.th/stat/y_stat48.html. 11/04/2549.*

กรมการประกันภัย. (2550). เปรียบเทียบเบี้ยประกันภัยของธุรกิจประกันวินาศภัย. กองส่งเสริมการประกันภัยและสารสนเทศ กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์. ใน *http://www.doi.go.th/stat_data/statt-non-life/2548/yearly/T Premiums.xls* 14/02/50.

กรมการแพทย์. (2547). แผนแม่บทการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ พ.ศ. 2547 - 2549. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมมลพิษ. (2548). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2547. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

กรมควบคุมมลพิษ. (2549). สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย 2548. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

กรมควบคุมมลพิษ. (2550). ร่างรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2549. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานผลการปฏิบัติงานโครงการควบคุมโรคหนอนพยาธิภายใต้แผนภูฟ้าพัฒนาตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดน่าน ปี 2545 - 2547. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2549). ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ พ.ศ. 2549. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2549). จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์และไวน์ พ.ศ.2549. กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม.

กรมศุลกากร. (2550). มูลค่ายาส่งออก ปี 2546-2548. กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง. ใน *http:///www.customs.go.th/StatisticResult.jps 14/02/50.*

กรมศุลกากร. (2550). สถิติการส่งออก-นำเข้า. กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง. ใน *http:///www.customs.go.th/StatisticResult.jps 14/02/50.*

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2550). รายงานข้อมูลศูนย์สุขภาพชุมชน ประจำปีงบประมาณ 2548. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2549). ข้อมูลจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาลทั่วประเทศ พ.ศ. 2549. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสรรพสามิต. (2549). ปริมาณการจำหน่ายสุรา เบียร์ และไวน์ พ.ศ.2549. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสรรพสามิต. (2549). ปริมาณการผลิตและจำหน่ายเครื่องดื่มบำรุงกำลัง. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสรรพสามิต. (2549). ภาษีบุหรี่ พ.ศ.2549. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). อัตราป่วยด้วยโรคทางจิต พ.ศ. 2549. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2547). คุณภาพน้ำบริโภคในร้านอาหารแผงลอยจำหน่ายอาหารและครัวเรือน. กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2547). ผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะ. กองสุขาภิบาลชุมชนและประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2547). สถานการณ์การจัดการและคุณภาพน้ำบริโภคในโรงเรียน. กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2547). สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคและผลกระทบต่อสุขภาพ. กองสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2547). รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2546. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2548). รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2547. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2548). รายงานผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กองโภชนาการ กรมอนามัย.

กรมอนามัย. (2549). รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2548. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงการคลัง. (2550). จำนวนพนักงานและค่ารักษาพยาบาลของรัฐวิสาหกิจ จำแนกตามหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2548 และปีงบประมาณ 2549. สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ กระทรวงการคลัง.(เอกสารราชการ).

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2549). การสำรวจความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

กระทรวงพาณิชย์. (2549). เบี้ยประกันภัยรับโดยตรงของธุรกิจประกันวินาศภัย ปี 2547-2548. กองส่งเสริมการประกันภัยและสารสนเทศ กรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์. ใน *http://www.doi.go.th/TStatistics_Doi.htm* 10/12/2549.

กระทรวงสาธารณสุข. (2545). 30 ประเด็นสู่แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. โครงการตำราสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. กรุงเทพ: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2548). แนวทางการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง(Healthy Thailand) 2549. กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). นโยบายของคณะรัฐมนตรี วันที่ 3 พฤศจิกายน 2549. ใน เอกสารการบริหารการพัฒนาสาธารณสุข นำเสนอต่อคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2550.

กระทรวงสาธารณสุข. (2550). กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548 และ 2549. กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารภายใน).

กระทรวงสาธารณสุข. (มปป.). แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ.2548-2551 กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา จันทร์สุง, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, ภัทระ แสนไชยสุริยา และคณะ. (2546). การใช้ยาเบาหวานเพื่อการรักษาโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาคุณภาพการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 12: 530-40.

การเคหะแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจชุมชนผู้มีรายได้น้อย พ.ศ. 2546 - 2549. กองข้อมูลที่อยู่อาศัยการเคหะแห่งชาติ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะวิจัย. (2549). โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). 3 ปี บนเส้นทางปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : บริษัทสร้างสื่อ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). ทิศทางและยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านไทยและการแพทย์ทางเลือก. นนทบุรี : กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ คณะที่ 1. (2550). โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ คู่มือการตรวจเยี่ยมสนับสนุน กำกับ ติดตาม 2550. กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. (2547). บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา.(2543). รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ : ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพสืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. วันที่ 1 มีนาคม 2543. (เอกสารอัดสำเนา).

คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2549). DALYs ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2547. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2549). โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2547. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.

คณะทำงานวิชาการ คณะกรรมการระบาดวิทยา. (2535). การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข.

โครงการบัณฑิตศึกษาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2533). รายงานโครงการวิจัยประเมินผลเรื่อง การจัดทำบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล. ม.ป.ท.

จินตนา ภู่มงกุฎชัย. (2549). สารพิษตกค้างในผลิตผลเกษตรกับความปลอดภัยด้านอาหาร. กรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.

จิรุตม์ รัตนบัลล์. (2544). ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: บทเรียนการจ่ายตามปริมาณบริการที่ไร้การควบคุม ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ชูชัย ศุภวงศ์. (2544). ทิศทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพใน 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2544 - 2553). สำนักงานสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ.

ธนาคารโลก. (2544). รายงานการติดตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมคุณภาพของทรัพยากรน้ำ พ.ศ. 2544. ธนาคารโลก.

ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. (2549). Screening Mammography. ศูนย์ถันยรักษ์ คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล.

นลินี ศรีพวง. (2546). ผลกระทบของสารทำละลายจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพในประเทศไทย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

บริษัทโตโยต้ามอเตอร์ ประเทศไทย จำกัด. (2549). ยอดจำหน่ายรถยนต์โดยรวม พ.ศ. 2549. (เอกสารอัดสำเนา).

บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). (2549). ชีวจิตโพล โครงการ 3.

บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). (2549). พ่อแม่ไทยเลี้ยงลูกไม่เป็นจริงหรือ นิตยสาร Real Parenting ฉบับเดือนกรกฎาคม 2549.

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. (2543). ปฏิรูประบบสุขภาพ: สิทธิ? หน้าที่? ของคนไทย. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). กรุงเทพ: บริษัท ดีไซร์ จำกัด.

ประเวศ วะสี. (2539). การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ. เอกสารนำเข้าประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข "ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ" วันที่ 1- 2 กุมภาพันธ์ 2539.

ประเวศ วะสี. (2545). พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญสุขภาพของคนไทย เครื่องมือนวัตกรรมทางสังคม. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

ประเวศ วะสี. (2547). การปฏิวัติเงียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

ประเวศ วะสี. (2547). ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

ปรีดา แต้อารักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). (2545). การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่ท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 118 ตอนที่ 102 ก วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544.

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 109 ตอนที่ 38 วันที่ 5 เมษายน 2535.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 119 ตอนที่ 116 ก วันที่ 18 พฤศจิกายน 2545.

พัตธนี วินิจจะกูล และวงสวาท โกศัลวัฒน์. (2546). อาหารและโภชนาการในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

พินิจ ฟ้าอำนวยผล และ ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. (2548). การตายตามเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 4. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.

พินิจ ฟ้าอำนวยผล. (2549). รายงานการพัฒนาดัชนีชี้วัดเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของ 3 กองทุน พ.ศ. 2547. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). ประชากรคาดประมาณ กลางปี พ.ศ. 2550. สารประชากร ปีที่ 16 มกราคม 2550. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มหาวิทยาลัยรามคำแหง. (2546). สถาบันครอบครัวกับวิกฤตชีวิตเด็กไทย. มูลนิธิเครือข่ายครอบครัวและศูนย์ประชามติ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ยอดพล ธนาบริบูรณ์ และคณะ. (2549). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

โยธิน แสวงดี. (2548). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในครัวเรือนไทย. สารประชากรและการพัฒนา ปีที่ 25 ฉบับที่ 4 เมษายน - พฤษภาคม 2548. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2543. ลงวันที่ 27 กรกฎาคม ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่มที่ 117 ตอนพิเศษ 75 ง. ลงวันที่ 31 กรกฎาคม 2543.

ร่างพรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ..... ฉบับประชาชน เสนอโดยประชาคมสุขภาพ ผู้แทนเครือข่ายต่างๆ และประชาชนทั่วประเทศ จำนวน 150,000 ชื่อ ยื่นต่อประธานรัฐสภา (นายอุทัย พิมพ์ใจชน) เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2547.

ราชกิจจานุเบกษา. (2549). ประกาศแต่งตั้งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. เล่มที่ 123 ตอนพิเศษ 109 ง.

ราชกิจจานุเบกษา. (2549). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย(ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2549. เล่มที่ 123 ตอนที่ 102 ก.

โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. (2549). ปริมาณการผลิตบุหรี่ภายในประเทศและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ. (เอกสารอัดสำเนา).

วรชัย ทองไทย และสุรีย์พร พันพึ่ง. (บรรณาธิการ). (2550). ประชากรและสังคม 2550. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิชัย เอกพลากร. (2548). รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาพัฒนา Diabetes Risk Score. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.

วิพุธ พูลเจริญ. (2544). สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2540). การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ทางเลือกเชิงนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2544). ระบบประกันสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ถาวร สกุลพาณิชย์, สลินลา สิงหพันธุ์ และพรหมมินทร์ หอมหวน. (2548). กระบวนการจัดทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. รายงานการวิจัย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. (2547). The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand. วิทยานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต London School of Hygiene and Tropical Medicine.

ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, มานิต คงแป้น และพัชนี ธรรมวันนา. (2540). การปฏิรูประบบการเงินการคลังโครงการประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: การศึกษาการใช้บริการทางการแพทย์และการเงินการคลังของโครงการ. สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท. (2550). รายงาน จปฐ. ปี 2549. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.

ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท. (2549). หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2548. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.

ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. (2549). ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ.2549. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.

ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร.(2548).ผลสำเร็จการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยด้านอาหาร ปีงบประมาณ 2546 - 2548. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร. (2549). สรุปผลการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ปีงบประมาณ 2549. ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยด้านอาหาร กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2548). ความสูญเสียเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรทางบกในประเทศไทย. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ. (2550). สถิติคะแนนสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (O-Net) ปีการศึกษา 2548. สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ.

สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ. (2550). สถิติคะแนนสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (O-Net) ปีการศึกษา 2549. สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2549). รายงานผู้ป่วยโรคมะเร็ง พ.ศ.2542. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันโรคหัวใจ. (2549). รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการผ่าตัดในสถาบันโรคหัวใจ. สถาบันโรคหัวใจ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - 2547. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก. (2549). รายงานความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอ วี และปัจจัยด้านประชากรในชายที่เข้าเป็นทหารกองประจำการผลัด พฤศจิกายน 2549. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคมือเท้าปาก พ.ศ. 2549. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคไข้หวัดนก พ.ศ. 2549. (เอกสารอัดสำเนา).

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2541). ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปฏิรูประบบการเงินการคลัง: โครงการสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล. วารสารสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 2541; 24-41.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2544). โครงการบัตรประกันสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐในไทย ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2549). เอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 3 งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2549 เล่มที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม. พิมพ์ที่ งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงบประมาณ.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2550). เอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 3 งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2550 เล่มที่ 9 กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ที่ งานพิมพ์และผลิตเอกสาร สำนักอำนวยการและบริหารทั่วไป สำนักงบประมาณ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2549). รายงานสถานการณ์เด็กและเยาวชน ปี 2547 -2548. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2544). คู่มือการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2548). รายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์นักเรียนระดับการศึกษา ขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2547. สำนักทดสอบทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2550). รายงานการประเมินผลสัมฤทธิ์นักเรียนระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ปีการศึกษา 2549. สำนักทดสอบทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2549). ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศประจำปี 2549. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2568. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ.2547. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2548). รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ฉบับ พ.ศ.2548. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ไตรมาสที่ 4/2549. กองบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). ภาวะเศรษฐกิจไทย ไตรมาสที่ 3 และแนวโน้มปี 2549-2550. สำนักงานวางแผนเศรษฐกิจมหภาค สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). รายงานการติดตามประเมินผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2549 สังคมที่มีความสุข อย่างยั่งยืน วันที่ 30 มิถุนายน 2549 ณ ศูนย์การประชุมและแสดงสินค้า อิมแพ็ค เมืองทองธานี นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). รายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ 2546-2548. สำนักพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนและการกระจายรายได้ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2549). โอกาสสุดท้ายของประเทศไทย: 6 ปีทองของการพัฒนาคนไทยให้ก้าวไกลอย่างยั่งยืน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). รายงานสถานการณ์ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2550 ของ ศสช. ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย วันที่ 6 กรกฎาคม 2550 ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมเพ็ค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). ภาวะเศรษฐกิจไทย ไตรมาสที่ 4/2549 และแนวโน้มปี 2550. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2549). รายงาน 4 ปี การพัฒนาระบบราชการไทย. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2550). มูลค่าการผลิตและการนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ.2546 พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2548. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2544). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะเปลี่ยนผ่าน. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะเปลี่ยนผ่าน. (ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมครั้งที่ 1).

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. (2545). แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะเปลี่ยนผ่าน. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2549). สถิติอุบัติเหตุจราจร พ.ศ.2549. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.(2546). ธรรมนูญสุขภาพคนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2549). สถิติการศึกษาในระบบโรงเรียน ปีการศึกษา 2548. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.

สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2550). สถิติการศึกษาในระบบโรงเรียน ปีการศึกษา 2549. สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจำแนกรายภาค ปีงบประมาณ 2549. สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(เอกสารภายใน).

สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2548). ผลการศึกษาเพื่อกำหนดตัวชี้วัดตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. สำนักส่งเสริมและประสานงาน คณะรัฐมนตรี สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีกรุงเทพ: บริษัท บพิธการพิมพ์ จำกัด.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2548). สถิติการศึกษาของประเทศไทย ปีการศึกษา 2547. สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2549). ร่างรายงานการศึกษาเฉลี่ยของคนไทย ปี 2548. สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2549). สถิติการศึกษาของประเทศไทย ปีการศึกษา 2548. สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2550). สถิติการศึกษาของประเทศไทย ปีการศึกษา 2549. สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ.2547 (ฉบับพิเศษ) เนื่องในวโรกาสเฉลิมพระชนมพรรษามหามงคล 6 รอบ 12 สิงหาคม 2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ไตรมาส 1 พ.ศ.2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากร อายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ.2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานผลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักร ไตรมาสที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2548. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ.2547. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานการสำรวจการรับงานมาทำที่บ้าน พ.ศ.2548. สำนัก สถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานการสำรวจการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ.2548. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ไตรมาส 3 พ.ศ. 2548. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2547 ทั่วราชอาณาจักร. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ไตรมาส 3 พ.ศ. 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). การสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม พ.ศ.2548. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ใน http://service.nso.go.th/nso/data/data23_3.html. 12/04/2549.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร). สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากรใน พ.ศ.2548. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (ธันวาคม 2548 - กุมภาพันธ์ 2549). สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานผลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2540). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พ.ศ. 2546. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พ.ศ. 2547. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พ.ศ. 2548. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานผู้ป่วยใน พ.ศ.2549. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานผู้ป่วยนอก พ.ศ.2549. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2549. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548). คู่มือการจัดทำข้อมูลระบบงาน Healthy Thailand ด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2549. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (มปป.). แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี (พ.ศ.2548-2551) ภายใต้แผนการบริหารราชการแผ่นดิน ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2.3 การสร้างเสริมสุขภาวะของประชาชนอย่างครบวงจรและมีคุณภาพมาตรฐาน. คณะกรรมการกำหนดทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขในระยะ 4 ปี (พ.ศ.2548-2551). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2544). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2544. รายงานการวิจัย ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2548). รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ.2548. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2549). รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ.2549. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2549). รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พ.ศ.2549. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2549). สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2549. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2548). ผลการศึกษาเพื่อกำหนดตัวชี้วัดตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. สำนักส่งเสริมและประสานงานคณะรัฐมนตรี สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

สำนักวิจัยเอแบค - เคเอสซีอินเตอร์เน็ตโพลล์. (2549). การสำรวจพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชน อายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เนตโพลล์. (2547). การสำรวจสภาวะความรุนแรงในครอบครัว : กรณีศึกษาพ่อบ้านและแม่บ้าน ในเขตกรุงเทพมหานคร สุพรรณบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมาและนครศรีธรรมราช (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2548). จำนวนประชาชนที่มาเข้าร่วมออกกำลังกายในงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2549). ภาวะโภชนาการในเด็ก 0-6 ปี พ.ศ. 2547 - 2549. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุกัลยา คงสวัสดิ์, พิชญ์ รอดแสวง, สินิทธิ์ โขนงนุช, และวรรณา จารุสมบูรณ์. (2543). ประสิทธิผลและกระบวนการออกบัตรด้านรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย รอบที่ 6 (พ.ศ. 2541 - 2543). สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสรณ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สุพล ลิมวัฒนานนท์, กัญจนา ติษยาธิคม, ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วลัยพร พัชรนฤมล. (2548). ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ. สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย ปีที่ 1 ฉบับที่ 6. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.

สุพล ลิมวัฒนานนท์. (2544) ระบบประกันสุขภาพชนิดใหม่ ใน จเด็จ ธรรมธัชอารี (บรรณาธิการ) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2547). การศึกษาติดตามประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในพื้นที่ 36 จังหวัด. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประพจน์ เภตรากาศ และคณะ. (2549). การสร้างและจัดการความรู้ ภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2545). การสาธารณสุขไทย 2542 - 2543. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2548). การสาธารณสุขไทย 2544 - 2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

แสงเทียน อัจจิมางกูร และคณะ. (2549). รายงานผลการศึกษา เรื่อง การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง ในโครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับ

ยุทธศาสตร์การพัฒนา. สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2547). มองทะลุ 30 บาทรักษาทุกโรค หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า?. กรุงเทพฯ : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. กระทรวงสาธารณสุข.

อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2549). การปฏิรูประบบสุขภาพระบบสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข. ในประมวลสาระชุดวิชาระบบสุขภาพและการจัดการ. นนทบุรี : สำนักพิมพ์ มสธ..

อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2548). ข. การเมืองภาคประชาชน กรณีศึกษา : การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารนำเสนอในการประชุมวิชาการสถาบันพระปกเกล้า ครั้งที่ 7 การเมืองฐานประชาชน ความยั่งยืนของประชาธิปไตย 4-6 พย.2548.

อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ. (2549). รายงานการสังเคราะห์กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ และบทบาทหน้าที่โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Canadian Institute for Health Information. (2006). Drug Expenditure in Canada 1985-2005. Ontario, Canada.

CIA. (2006). The World Fact book. Year book 2006. CIA.

CIA. (2007). The World Fact book. Year book 2007. CIA.

IMD. (2004). The World Competitiveness. Year book 2004. IMD.

IMD. (2005). The World Competitiveness. Year book 2005. IMD.

IMD. (2006). The World competitiveness Year book 2006. IMD.

IMS. (2006). Places for Medicines Distribution in Thailand. IMS Thailand.

Komatra Chuengsatiansup. (2005). Deliberative Action : Civil Society and Health Systems Reform in Thailand. Bangkok : Beyond Publishing.

Media Data Resources. (2006). มูลค่าการโฆษณา พ.ศ.2549. (เอกสารอัดสำเนา).

Supachutikul, A. (1995). Situation Analysis on Health Insurance and Future Development. Health Systems Research Institute.

Transparency International Corruption Perceptions Index 2004 ใน (http://www.transparency.org)

Transparency International Corruption Perceptions Index 2005 ใน (http://www.transparency.org)

Transparency International Corruption Perceptions Index 2006 ใน (http://www.transparency.org)

United Nations Development Programme. (2005). Human Development Report 2005. United Nations Development Programme.

United Nations Development Programme. (2006). Human Development Report 2006. United Nations Development Programme.

Wiput Phoolcharoen. (2004). Quantum Leap: The reform of Thailand's Health System. Bangkok : Health systems Research Institute.

World Bank.(2005). World Development Indicators, 2005. Washington, DC, World Bank.

World Bank.(2006). World Development Indicators, 2006. Washington, DC, World Bank.

World Health Organization. (2005). The World Health Report, 2005. Making every mother and child count. World Health Organization.

World Health Organization. (2006). The World Health Report, 2006. Working together for health.

รายนามคณะกรรมการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย 2005-2006

รายนาม	หน่วยงาน	ตำแหน่ง
1. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค	ประธานคณะกรรมการ
2. นายแพทย์ปรีดา แต้อารักษ์	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
3. นายแพทย์พินิจ ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	กรรมการ
4. รศ.ดร.วาสนา อิ่มเอม	กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ	กรรมการ
5. นางเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
6. นายแพทย์สุวัช เชียศิริวัฒนา	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
7. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
8. ดร.ทญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
9. นางมนทิรา รัชตะสมบูรณ์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
10. นายธนศักดิ์ ประเสริฐสาร	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
11. นางสาววรทรัพย์ จิตต์ประเสริฐ	กรมอนามัย	กรรมการ
12. นางศรีสุรางค์ จิตชินะกุล	กรมการแพทย์	กรรมการ
13. นางอัจฉรา วิไลสกุลยง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
14. นางวรวรรณ จุฑา	กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
15. นางสาวพรทิพย์ ศิริภานุมาศ	กรมควบคุมโรค	กรรมการ
16. นางชาลิณี เอี่ยมศรี	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
17. นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์	สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ	กรรมการ
18. นางอรพิน ทรัพย์ล้น	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
19. ดร.ทรงพรรณ สิงห์แก้ว	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและเลขานุการ
20. นางสาวปาณบดี เอกะจัมปกะ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
21. นางรุจิรา ทวีรัตน์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
22. นายนิธิศ วัฒนมะโน	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
23. นางสาวไพจิตร์ เพ็งไพบูลย์	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ