

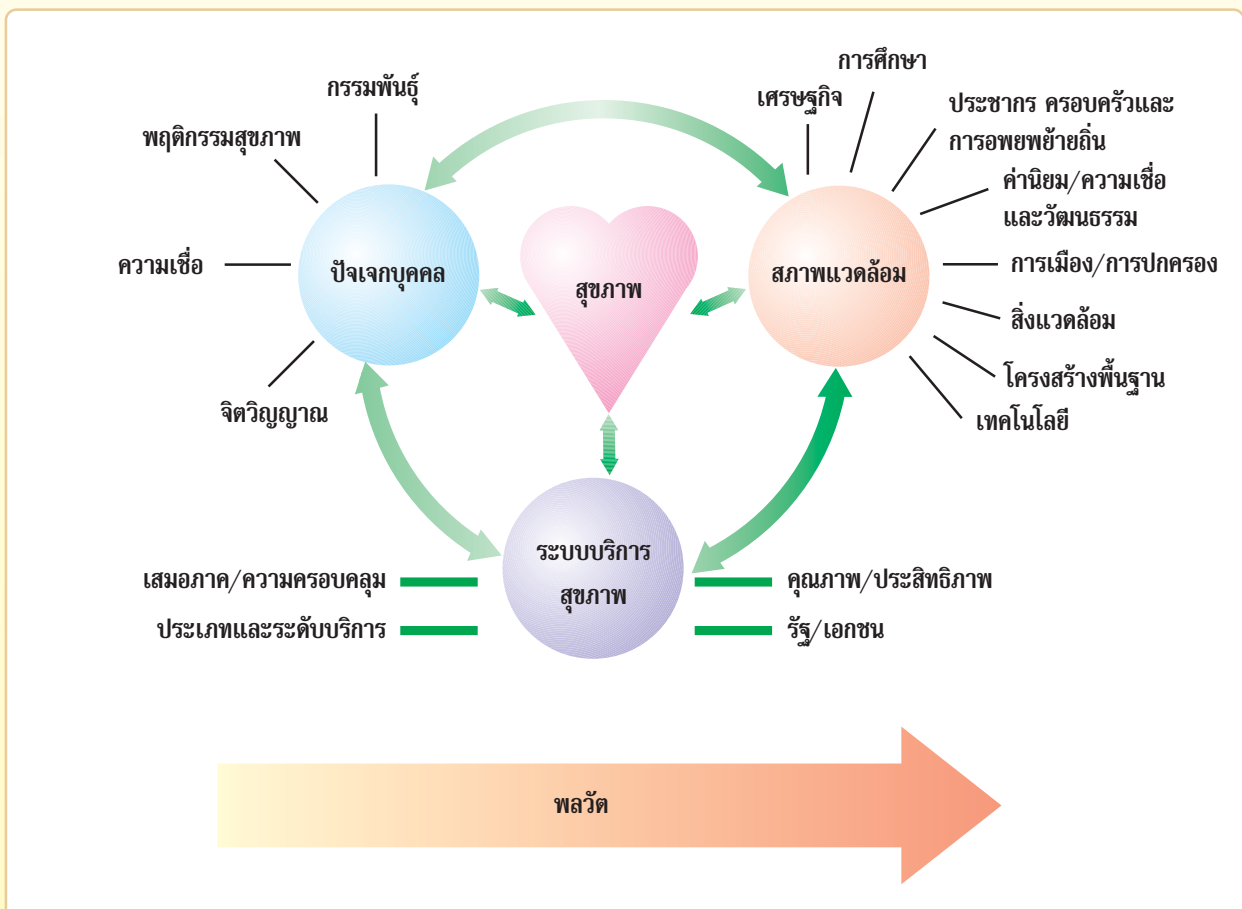


บทที่ 4

สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

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

ภาพที่ 4.1 ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ



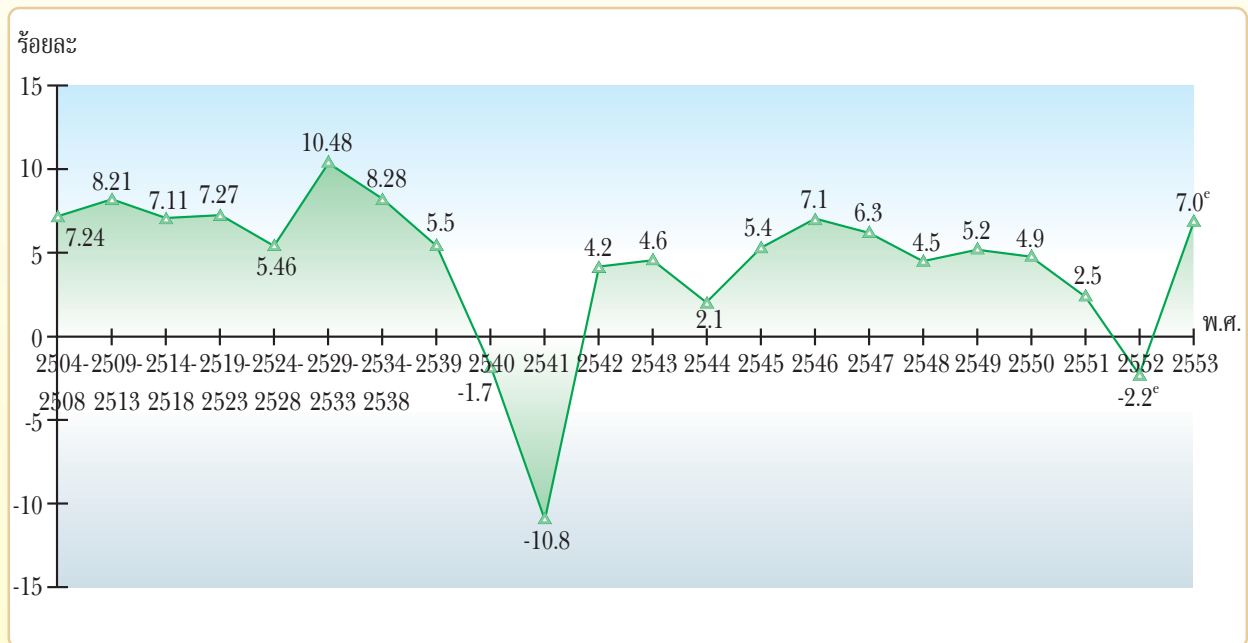


1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

1.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในช่วง 3 ทศวรรษก่อน พ.ศ. 2540 ที่ผ่านมา เศรษฐกิจของไทยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยกว่าร้อยละ 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) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว (ภาพที่ 4.3) ดังนั้น ประเทศไทยได้แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจด้วยมาตรการทางการเงินและการคลัง ส่งผลให้เศรษฐกิจเริ่มมีการฟื้นตัวเป็นบวกด้วยอัตราร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 7.1 ใน พ.ศ. 2546 และต่อมาเกิดวิกฤตเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกใน พ.ศ. 2551 ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจติดลบร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2552 และจะฟื้นตัวเป็น 7.0 ใน พ.ศ. 2553 อันเนื่องจากการฟื้นตัวของเศรษฐกิจโลก

ภาพที่ 4.2 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศไทย

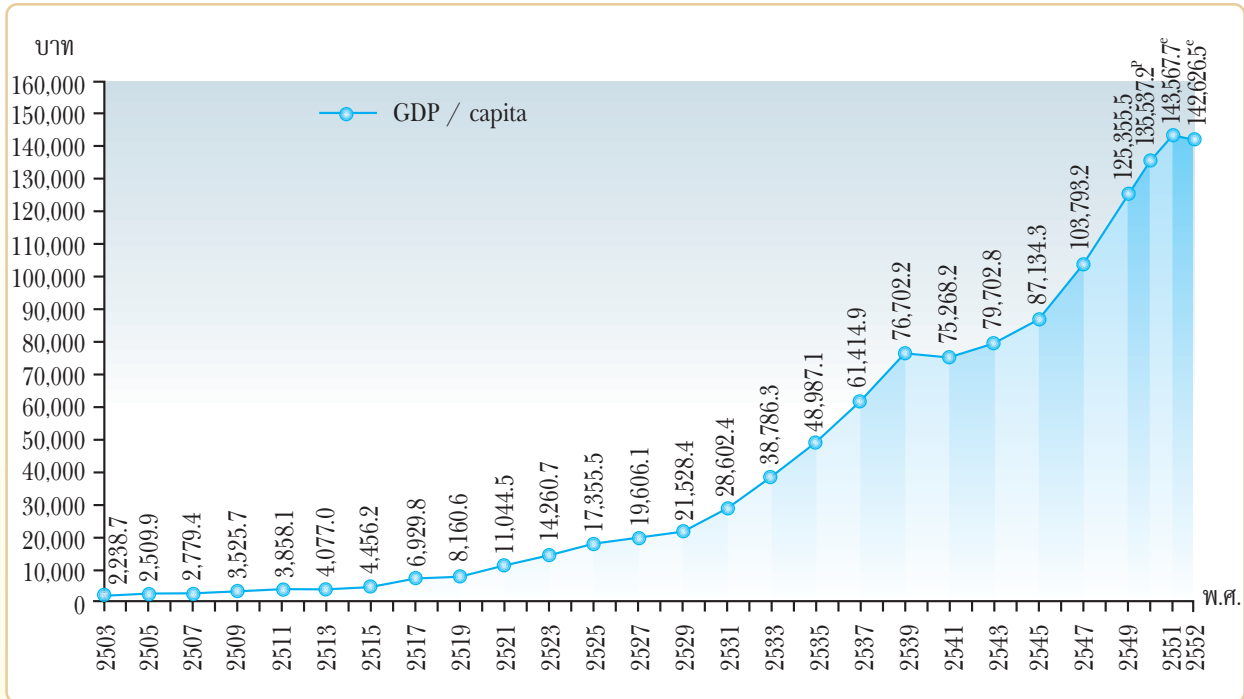


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: ^c เป็นข้อมูลประมาณการ



ภาพที่ 4.3 ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2552 (ราคาตลาด)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. ^p เป็นข้อมูลเบื้องต้น, ^c เป็นข้อมูลประมาณการ

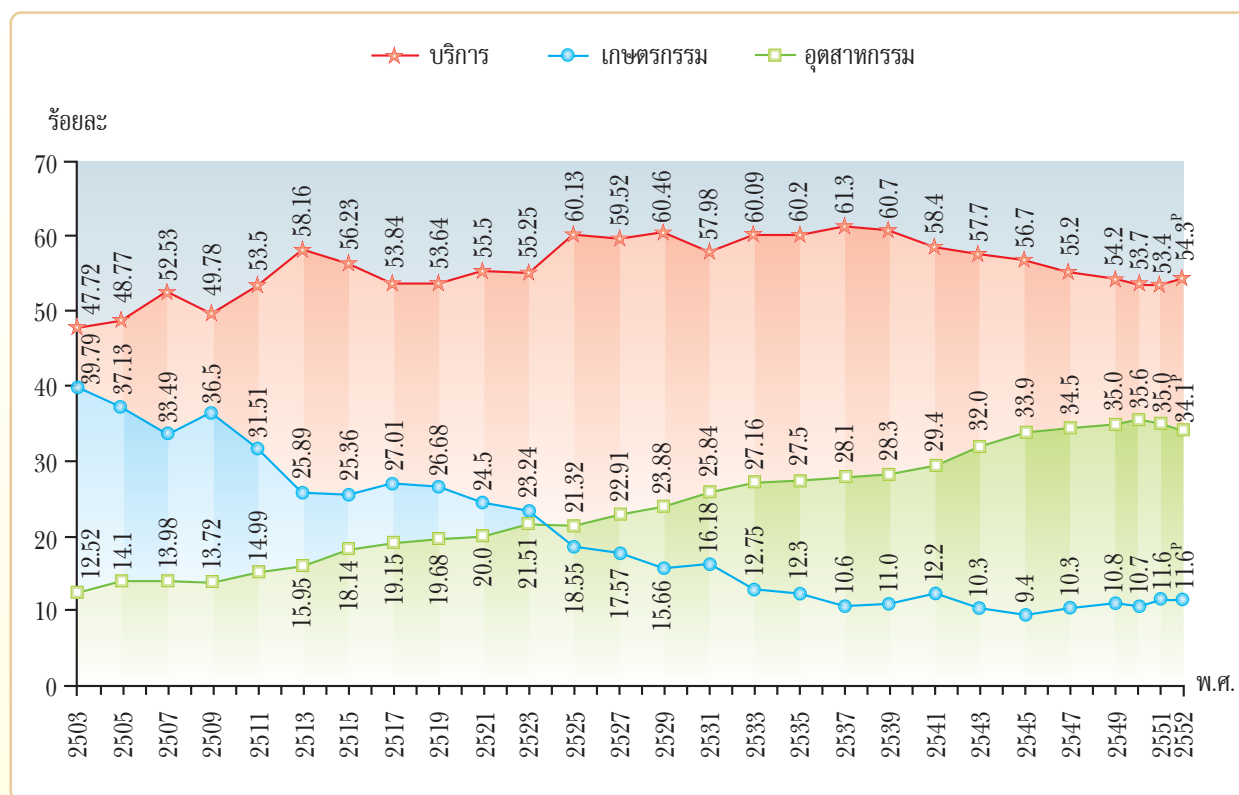
2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมามีการปรับข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหม่

1.2 โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

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



ภาพที่ 4.4 สัดส่วนของเศรษฐกิจ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

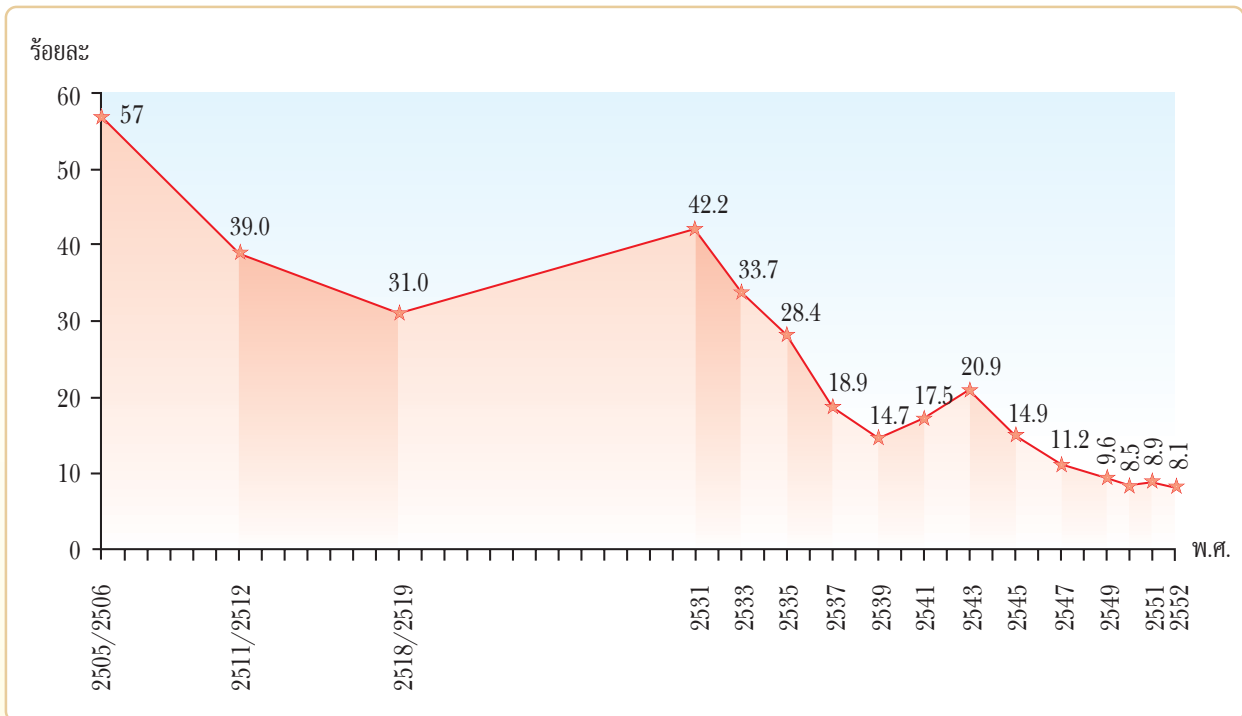
หมายเหตุ: ^p เป็นข้อมูลเบื้องต้น

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 8.1 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 4.5) อันเนื่องมาจากการฟื้นตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ และถึงแม้ว่าความยากจนจะลดลงเป็นลำดับ แต่สัดส่วนคนจนในชนบทมากกว่าในเขตเมืองถึง 3 เท่า (ตารางที่ 4.1)



ภาพที่ 4.5 สัดส่วนความยากจนของประเทศไทยวัดจากรายจ่าย พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2552



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

พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2552 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาข้อมูลและตัวชี้ภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: การศึกษาภาวะความยากจนของประเทศในแต่ละช่วงมีความแตกต่างในสมมติฐานของการศึกษา



ตารางที่ 4.1 สัดส่วนคนจนวัดจากรายจ่าย จำแนกตามพื้นที่ พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2552

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
2550	3.3	10.6	8.5
2551	2.9	11.5	8.9
2552	3.0	10.4	8.1

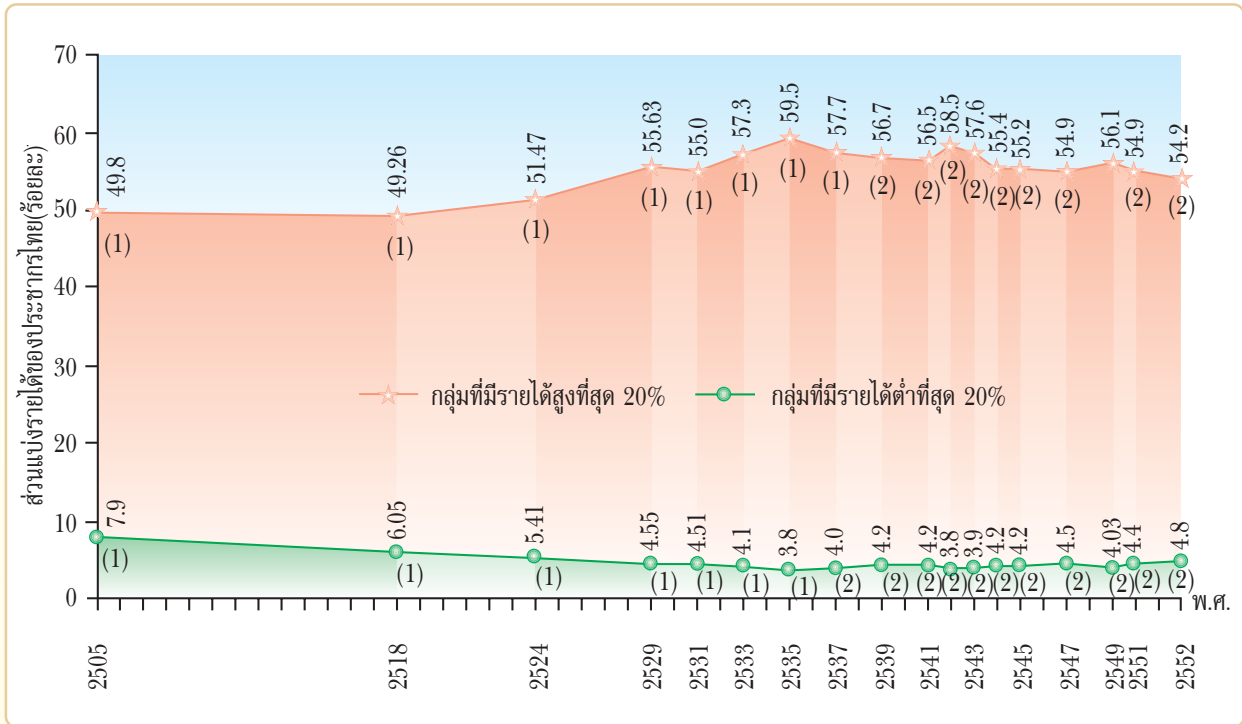
ที่มา: พ.ศ. 2505/พ.ศ. 2506 - พ.ศ. 2518/พ.ศ. 2519 ได้จาก เอื้อย มีสุข, Income, Consumption and Poverty in Thailand, 1962/63 to 1975/76

พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2552 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดยสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำหรับการกระจายรายได้ของไทย พบว่า ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนกลับขยายกว้างขึ้นมาโดยตลอด และเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจทำให้การกระจายรายได้มีความเหลื่อมล้ำมากขึ้น กล่าวคือ กลุ่มคนจนที่สุด 20% มีสัดส่วนรายได้ลดลงจากร้อยละ 4.2 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 3.9 ใน พ.ศ. 2543 ในขณะที่คนรวยที่สุด 20% สุดท้ายมีรายได้สูงขึ้นจาก 56.7 เป็น 57.6 ในช่วงเดียวกัน ส่วนใน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 การกระจายรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 4.6)



ภาพที่ 4.6 ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรไทย แยกเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับรายได้



	พ.ศ.																	
	2505	2518	2524	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2542	2543	2544	2545	2547	2549	2551	2552
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	4.03	4.4	4.8
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	56.1	54.9	54.2
ค่าความแตกต่างของรายได้ (จำนวนเท่า)	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	13.9	12.5	11.3

- ที่มา:
- (1) พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2535 ได้จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
 - (2) พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนาและสำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคมสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 ได้ปรับข้อมูลรายได้ที่บันทึกติดลบหรือขาดทุนให้เป็นศูนย์



1.4 ความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับโลกและภูมิภาค

กระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้โลกก้าวเข้าสู่ยุคการค้าเสรีและมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มการค้าภูมิภาค เพื่อสร้างอำนาจต่อรองในการแข่งขัน จึงมีความเคลื่อนไหวในเรื่องความร่วมมือทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคที่ไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิกอยู่ด้วย เช่น AFTA (ASEAN Free Trade Area), APEC (Asia Pacific Economic Cooperation), ASEM (Asia-Europe Meeting) ความร่วมมือทางเศรษฐกิจสามเหลี่ยมภาคใต้ ความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ความร่วมมือทางเศรษฐกิจอ่าวตังเกี๋ย-เจ้าพระยา แม่น้ำโขง ด้านความร่วมมือในภูมิภาคอื่น ได้แก่ NAFTA (North America Free Trade Area), EC (European Community) นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือระดับโลกก็เป็นเรื่องข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งมีองค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) เป็นผู้ดูแลอยู่ ทำให้เกิดการเปิดตลาดการค้าเสรีและการแข่งขันทางการค้าจะทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีมาตรการกีดกันทางการค้าที่ไม่ใช่ภาษีเป็นเครื่องมือกีดกันทางการค้ากับประเทศกำลังพัฒนา เช่น มาตรการด้านสิ่งแวดล้อม การใช้แรงงานเด็ก สิทธิมนุษยชน ฯลฯ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของ GDP ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.48 ของ GDP ใน พ.ศ. 2551 (ดูบทที่ 6 หัวข้อการคลังสุขภาพ)

2. บทบาททั้งภาครัฐ / เอกชน ในการจัดบริการสุขภาพ พบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ที่รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ผู้ป่วยนอกมาใช้บริการภาครัฐเพิ่มขึ้น 3 เท่า ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่ผู้ป่วยในมาใช้บริการภาครัฐแทบจะไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง

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

4. ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะผ่านวิกฤตเศรษฐกิจไปแล้วก็ตาม ปัญหาสุขภาพจิตก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยโรคจิตเพิ่มขึ้นจาก 440.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2540 เป็น 578.1 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2552 (ดูบทที่ 5 หัวข้อปัญหาสุขภาพจิต)

5. งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐผันแปรไปตามภาวะเศรษฐกิจ กล่าวคือ ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่งบประมาณด้านสุขภาพของรัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7.7 ของงบประมาณประเทศ ขณะที่ในช่วงเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณลดลง จนกระทั่ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้มีการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพของรัฐเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงบดำเนินการจึงทำให้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (รวมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 9.1 ใน พ.ศ. 2554 (ดูบทที่ 7 หัวข้องบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข)

6. การเปิดเสรีการค้าและความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศ ทำให้มีการแข่งขันทางการค้าตลอดจนมีการกีดกันทางการค้ามากขึ้น ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพบางส่วน นอกจากนี้ จะส่งผลให้เกิดการยกระดับความร่วมมือในมิติด้านสังคมและสาธารณสุขมากขึ้น เช่น การร่วมกันแก้ไขปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในคนและสัตว์ (โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ฯลฯ) ซึ่งหากไม่มีการเตรียมการรองรับที่ดีก็จะส่งผลกระทบให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคระหว่างประเทศ



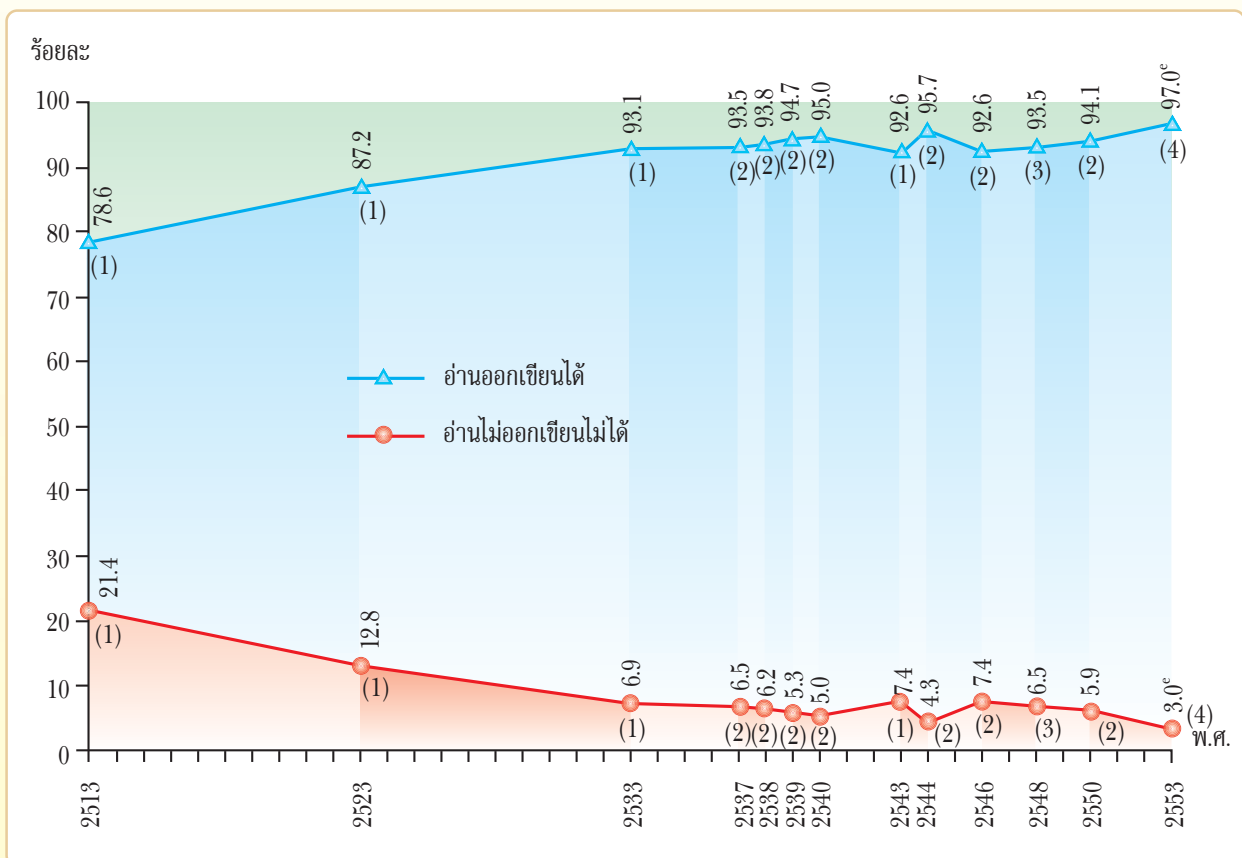
2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา

2.1 ความรู้ความสามารถและทักษะของคนไทย

2.1.1 อัตราการรู้หนังสือ

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราการรู้หนังสืออ่านออกเขียนได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.6 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 94.1 ใน พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 4.7) และเมื่อเปรียบเทียบกับ 10 ประเทศในกลุ่มอาเซียน ประเทศไทยมีอัตราการรู้หนังสือสูงเป็นอันดับที่ 3 ในกลุ่มอาเซียน¹ รองจากประเทศบรูไนและสิงคโปร์ แต่ก็ยังมีผู้อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ร้อยละ 5.9 ใน พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2553 จะมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปรู้หนังสือถึงร้อยละ 97

ภาพที่ 4.7 อัตราการรู้หนังสือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทย พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2553



- ที่มา:
- (1) พ.ศ. 2513, พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2543 ได้จากสำมะโนประชากรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - (2) พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2540, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550 ได้จาก UNDP, Human Development Report, 1997 - 2009
 - (3) พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - (4) UNESCO, Principal Regional Office for Asia and Pacific, Literacy in Asia and the Pacific.

¹ UNDP, Human Development Report, 2009.

2.1.2 อัตราการเรียนรู้

คนไทยมีการเรียนรู้ในระดับคิดเป็นทำเป็นยังมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ เพียงร้อยละ 44.4 ใน พ.ศ. 2552 และมีความเหลื่อมล้ำค่อนข้างสูงระหว่างคนในเมืองกับคนในชนบท (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 อัตราการเรียนรู้ของคนไทย พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552

หน่วย : ร้อยละ									
ภาคและพื้นที่	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
เขตเมือง	53.2	52.9	54.9	55.4	56.6	57.2	58.0	58.1	58.1
เขตชนบท	27.2	28.7	30.1	32.1	32.2	34.1	35.5	36.7	37.9
ประเทศ	35.9	36.9	35.5	39.9	39.8	41.3	42.5	43.4	44.4

ที่มา: ข้อมูลจากการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประมวลผลโดยสำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: อัตราการเรียนรู้ คือ ระดับการอ่านออกเขียนได้และการคิดคำนวณในเบื้องต้นที่จะทำให้เราสามารถปรับใช้ทักษะดังกล่าวในการแก้ปัญหาชีวิตประจำวัน วัดจากสัดส่วนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่าต่อประชากรในวัยเดียวกัน

อย่างไรก็ดีหากพิจารณาถึงการอ่านหนังสือของคนไทยแล้ว กลับพบว่า คนไทยอ่านหนังสือน้อยมาก คือ เพียงร้อยละ 61.2 ใน พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 69.1 ใน พ.ศ. 2548 และลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 66.3 ใน พ.ศ. 2551 (รายงานการสำรวจการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

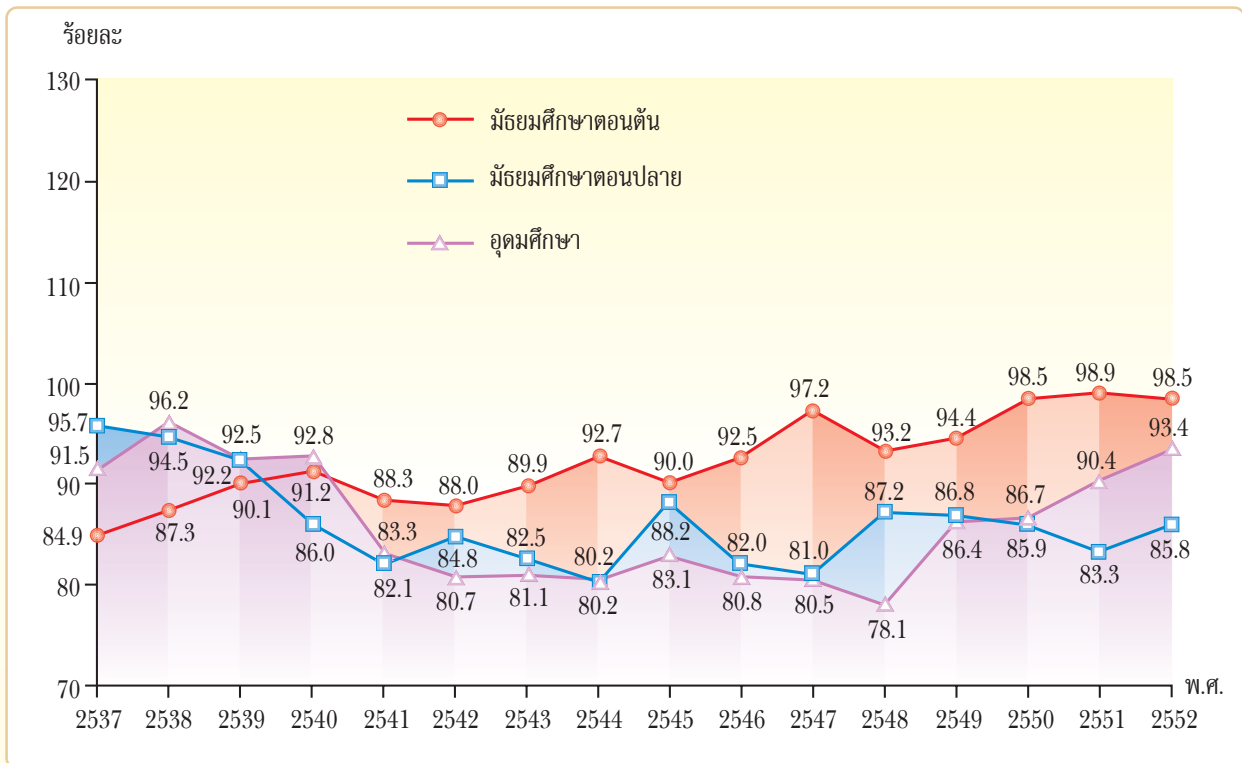
2.2 โอกาสทางการศึกษา

2.2.1 อัตราการเรียนรู้ต่อ

อัตราการเรียนรู้ต่อจากประถมศึกษาไปสู่มัธยมศึกษาตอนต้น จากมัธยมศึกษาตอนต้นไปต่อมัธยมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนปลายไปต่ออุดมศึกษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจก็กลับลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกหลังวิกฤตเศรษฐกิจ (ภาพที่ 4.8)



ภาพที่ 4.8 อัตราการเรียนรู้ของนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2537 - 2552

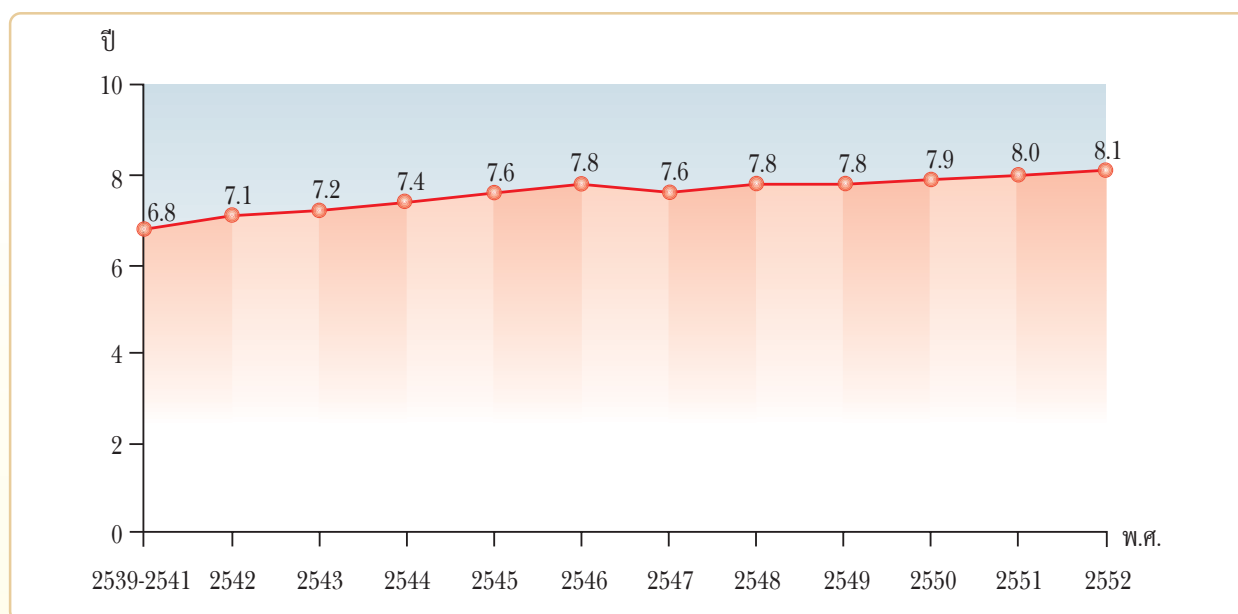


- ที่มา:
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ
 - ศูนย์ปฏิบัติการกระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงศึกษาธิการ

อัตราการศึกษาคือสูงขึ้นรวมทั้งจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของคนไทยในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 6.8 ปี ใน พ.ศ. 2539 เป็น 8.1 ปี ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 4.9) ทำให้แรงงานไทยในปัจจุบัน พ.ศ. 2552 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาลดลงเหลือร้อยละ 56.2 และคาดว่าในอนาคต พ.ศ. 2563 จะมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเหลือเพียงร้อยละ 39.9 ขณะที่ระดับอุดมศึกษาจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.4 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 22.5 ใน พ.ศ. 2563 (ตารางที่ 4.3)



ภาพที่ 4.9 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของประชากรไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา

ตารางที่ 4.3 โครงสร้างกำลังแรงงาน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2563

หน่วย : ร้อยละ

ระดับการศึกษา	2538 ⁽¹⁾	2540 ⁽¹⁾	2542 ⁽¹⁾	2544 ⁽¹⁾	2546 ⁽¹⁾	2548 ⁽¹⁾	2552 ⁽¹⁾	2553 ⁽²⁾	2563 ⁽²⁾
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	78.0	75.2	69.8	66.3	63.8	61.4	56.2	55.9	39.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	8.9	10.1	12.0	12.7	13.7	13.8	15.2	14.7	14.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3.3	3.6	5.0	6.2	7.2	8.1	9.8	8.7	14.3
อาชีวศึกษา	4.7*	4.8*	5.0*	3.4*	3.3*	3.3*	3.4*	6.6	8.7
อุดมศึกษา	5.1	6.2	8.2	11.3	11.9	13.4	15.4	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 - พ.ศ. 2552 ได้จากรายงานผลการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากรไทย พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 รอบที่ 3, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(2) พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2563 ได้จากรายงานผลการศึกษาแนวโน้มเศรษฐกิจและสังคมไทย, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

หมายเหตุ: * ตัวเลขอาชีวศึกษาใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 เป็นผลรวมของผู้จบอาชีวศึกษาและผู้จบฝึกหัดครู

2.2.2 ความเสมอภาคทางการศึกษาระหว่างเด็กชายและเด็กหญิง

ปัจจุบันเด็กหญิงและเด็กชายมีความเสมอภาคทางด้านโอกาสทางการศึกษามากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับพ.ศ. 2543/พ.ศ. 2544 พบว่า ใน พ.ศ. 2550 ในระดับประถมศึกษาที่มีเด็กชายเท่ากับเด็กหญิงและตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย แต่อย่างไรก็ดีความเสมอภาคทางการศึกษาของเด็กชายและเด็กหญิงของคนไทยก็ยังด้อยกว่าบางประเทศในกลุ่มอาเซียน และบางประเทศในยุโรป (ตารางที่ 4.4)



ตารางที่ 4.4 ความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอุดมศึกษา พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2550

กลุ่มประเทศ	2543/2544			2550		
	อัตรานักเรียน หญิงต่อชาย ระดับ ประถมศึกษา	อัตรานักเรียน หญิงต่อชาย ระดับ มัธยมศึกษา	อัตรานักเรียน หญิงต่อชาย ระดับ อุดมศึกษา	อัตรานักเรียน หญิงต่อชาย ระดับ ประถมศึกษา	อัตรานักเรียน หญิงต่อชาย ระดับ มัธยมศึกษา	อัตรานักเรียน หญิงต่อชาย ระดับ อุดมศึกษา
WHO/SEAR						
ศรีลังกา	1.00	NA	NA	1.00	NA	NA
มัลดีฟส์	1.01	1.13	NA	0.97	1.07	NA
อินโดนีเซีย	0.99	0.96	0.77	0.96	1.01	1.00
บังกลาเทศ	1.02	1.05	0.55	1.08	1.06	0.57
ไทย	0.93	1.01	1.12	1.00	1.10	1.21
อินเดีย	NA	NA	0.66	0.96	0.83	0.72
สหภาพพม่า	0.99	0.95	1.75	NA	NA	NA
เนปาล	0.87	NA	0.27	1.01	0.93	NA
ภูฏาน	NA	NA	NA	1.00	0.93	0.51
เกาหลีเหนือ	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ASEAN						
มาเลเซีย	1.00	1.11	1.08	0.99	1.10	1.22
เวียดนาม	0.94	NA	0.74	NA	NA	NA
ฟิลิปปินส์	1.01	1.18	1.10	0.98	1.10	1.24
อินโดนีเซีย	0.99	0.96	0.77	0.96	1.01	1.00
สิงคโปร์	NA	NA	NA	NA	NA	NA
บรูไน	NA	NA	1.96	0.99	1.04	1.88
ไทย	0.93	1.01	1.12	1.00	1.10	1.21
กัมพูชา	0.90	0.59	0.38	0.93	0.82	0.56
ลาว	0.92	0.81	0.59	0.90	0.79	0.72
สหภาพพม่า	0.99	0.95	1.75	NA	NA	NA
อันดับ 1-10 ของโลก						
นอร์เวย์	1.00	1.01	1.52	1.00	1.01	1.57
ออสเตรเลีย	1.01	1.03	1.24	1.00	0.96	1.29
ไอซ์แลนด์	1.00	1.05	1.74	0.99	1.03	1.86
แคนาดา	1.00	1.01	1.35	1.00	NA	NA
ไอร์แลนด์	1.00	NA	1.27	0.99	1.05	1.27
เนเธอร์แลนด์	0.99	1.00	1.07	0.98	1.02	1.09
สวีเดน	0.99	1.04	1.52	1.03	1.00	1.57
สาธารณรัฐฝรั่งเศส	1.00	1.02	1.23	0.99	1.02	1.27
สวิตเซอร์แลนด์	0.99	0.95	0.78	1.00	0.96	0.93
ญี่ปุ่น	1.00	1.01	0.85	1.00	1.00	0.88

ที่มา: - Human Development Report 2003, UNDP
 - Human Development Report 2006, UNDP
 - Education for All Global Monitoring Report 2010, UNESCO



2.3 คุณภาพการศึกษา

กระบวนการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียนมุ่งเน้นการสอนแบบท่องจำเนื้อหาการสอนมากกว่าการฝึกคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา และค้นคว้าความรู้ด้วยตนเอง ทำให้คุณภาพการศึกษาของเด็กไทยทั้งในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าร้อยละ 50 (ตารางที่ 4.5) นอกจากนี้ คุณภาพการศึกษาไทยก็ยังไม่สามารถแข่งขันกับนานาชาติได้ ซึ่งจากการประเมินในวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์และทักษะการอ่าน ของโครงการประเมินผลการศึกษานักเรียนนานาชาติ (PISA) พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 และโครงการศึกษาแนวโน้มการจัดการศึกษาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2550 (TIMSS) พบว่า เด็กไทยได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่เข้าร่วมโครงการแทบทุกประเทศยกเว้นอินโดนีเซียเพียงประเทศเดียว (ตารางที่ 4.6) อันจะกระทบต่อความสามารถในการคิดวิเคราะห์อันเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นของการสร้างทักษะชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่การไม่สามารถแก้ปัญหาและสถานการณ์ที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้

ตารางที่ 4.5 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552

หน่วย : ร้อยละ

คะแนนเฉลี่ย ผลการทดสอบ	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552
ป. 6	51.83	51.09	44.36	38.44	NA	39.82	43.09	44.03	36.22
ไทย	54.35	50.63	46.93	41.59	NA	42.74	36.58	42.02	38.58
อังกฤษ	49.56	47.4	43.1	35.81	NA	34.51	38.67	38.67	31.75
คณิตศาสตร์	46.95	49.88	43.44	38.47	NA	38.87	47.55	43.76	35.88
วิทยาศาสตร์	56.44	56.44	43.97	37.89	NA	43.17	49.57	51.68	38.67
ม. 3	39.49	42.86	42.54	38.26	NA	36.32	36.66	36.91	28.28
ไทย	46.27	46.65	55.39	41.59	NA	43.94	48.05	41.04	35.35
อังกฤษ	38.95	45.33	39.56	35.09	NA	30.83	28.68	34.56	22.54
คณิตศาสตร์	32.36	39.08	36.09	38.47	NA	31.15	34.7	32.64	26.05
วิทยาศาสตร์	40.36	40.36	39.12	37.89	NA	39.37	35.21	39.39	29.16
ม. 6	44.86	43.24	41.61	38.26	35.23	36.79	37.19	36.67	32.02
ไทย	55.52	50.01	44.49	41.59	48.62	50.33	50.7	46.42	46.47
อังกฤษ	45.76	42.45	39.14	35.09	29.81	32.37	30.93	30.64	23.98
คณิตศาสตร์	35.21	34.6	33.99	38.47	28.46	29.56	32.49	35.98	28.56
วิทยาศาสตร์	42.96	45.89	48.82	37.89	34.01	34.88	34.62	33.65	29.06
ผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียน	45.39	45.73	42.84	38.32	37.31	37.64	38.98	39.2	32.2

ที่มา: - สำนักทดสอบทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ
- สถาบันทางการทดสอบแห่งชาติ

หมายเหตุ: ไม่มีการทดสอบระดับประถมและมัธยมศึกษาตอนต้นปี 2548



ตารางที่ 4.6 คะแนนเฉลี่ยวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และทักษะการอ่านระดับนานาชาติ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550

ประเทศ	PISA 2003			PISA 2006			TIMSS 2007	
	คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์	การอ่าน	คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์	การอ่าน	คณิตศาสตร์	วิทยาศาสตร์
ฮ่องกง	550	540	510	547	542	536	572	530
สิงคโปร์	-	-	-	-	-	-	593	567
ไต้หวัน	-	-	-	-	-	-	598	561
ญี่ปุ่น	534	548	498	523	531	498	570	554
เกาหลี	542	538	534	547	522	556	597	553
มาเลเซีย	-	-	-	-	-	-	474	471
ไทย	417	429	420	417	421	417	441	471
อินโดนีเซีย	360	395	382	391	393	393	397	427
ประเทศที่เข้าร่วมโครงการ	40 ประเทศ	40 ประเทศ	40 ประเทศ	57 ประเทศ	57 ประเทศ	57 ประเทศ	48 ประเทศ	48 ประเทศ

ที่มา: - Programme for International Student Assessment (PISA) 2003 และ 2006
 - Trends in International Mathematics and Science Study (TIMSS) 2007

การเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพไทย ดังนี้

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

2. การที่ระดับการศึกษาของแรงงานไทย ใน พ.ศ. 2552 ร้อยละ 56.2 เป็นเพียงระดับประถมศึกษา มีผลต่อการพัฒนาฝีมือแรงงานและพัฒนาสุขภาพ กล่าวคือ กลุ่มคนงานไม่สามารถดูแลสุขภาพและปกป้องคุ้มครองตนเองจากการทำงาน ทำให้การบาดเจ็บจากการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก และกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคม เช่น คนยากจนในชนบท คนยากจนในเมืองที่ไม่สามารถเข้ารับการศึกษาก็ยังมีอยู่ไม่น้อย ซึ่งก็จะเป็นกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพมาก



3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัว และการอพยพย้ายถิ่น

3.1 โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปและมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ความสำเร็จของการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราการคุมกำเนิดของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.4 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 79.4 ใน พ.ศ. 2552 ส่งผลให้ไทยสามารถลดระดับภาวะเจริญพันธุ์รวมได้มากจนต่ำกว่าระดับทดแทน (มีบุตร 2 คน ทดแทนพ่อและแม่) จึงทำให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงตามลำดับ จากร้อยละ 3.2 ในช่วงก่อน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 0.41 ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งขณะนี้ต่ำกว่าที่คาดการณ์อนาคตว่าแนวโน้มอัตราเพิ่มของประชากรจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.54 ใน พ.ศ. 2573 (ภาพที่ 4.10) การลดลงของอัตราเพิ่มประชากรดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อจำนวนและโครงสร้างอายุของประชากร โดยประชากรไทยใน พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีประมาณ 70.6 ล้านคน (ภาพที่ 4.11) ขณะเดียวกันสัดส่วนของประชากรวัยเด็กอายุ 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 4.12) ซึ่งหมายถึงอัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงและผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าอัตราส่วนการพึ่งพิงในภาพรวมลดลงเรื่อย ๆ จนถึง พ.ศ. 2553 และจะกลับเพิ่มขึ้นอีกเนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่สูงมากขึ้น (ภาพที่ 4.13) ขณะเดียวกันพีระมิดประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงไป จากพีระมิดประชากรฐานกว้างมาเป็นพีระมิดประชากรฐานแคบ ซึ่งจะคล้ายคลึงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว (ภาพที่ 4.14) จึงมีแนวโน้มที่ไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอัตราที่เร็วมาก คือ ใช้เวลา 20 ปี จาก พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2573 โดยใน พ.ศ. 2553 จะเป็นปีแรกที่ไทยกำลังย่างก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ² ขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วยกเว้นญี่ปุ่น ส่วนใหญ่ใช้เวลาก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุประมาณ 60 ปีขึ้นไป³ ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ คือ แบบแผนการเกิดโรคเรื้อรังที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมอเสื่อม ทำให้รัฐต้องรับภาระรายจ่ายงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีอิทธิพลต่อการบริโภคสินค้าและบริการ โดยเฉพาะกลุ่มสินค้าและบริการเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสมุนไพรบำรุงร่างกาย เครื่องสำอางชะลอความแก่ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ฯลฯ นอกจากนี้ ภาวะสังคมผู้สูงอายุในต่างประเทศจะเป็นโอกาสสำหรับประเทศไทยในการให้บริการการแพทย์และสุขภาพแก่ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

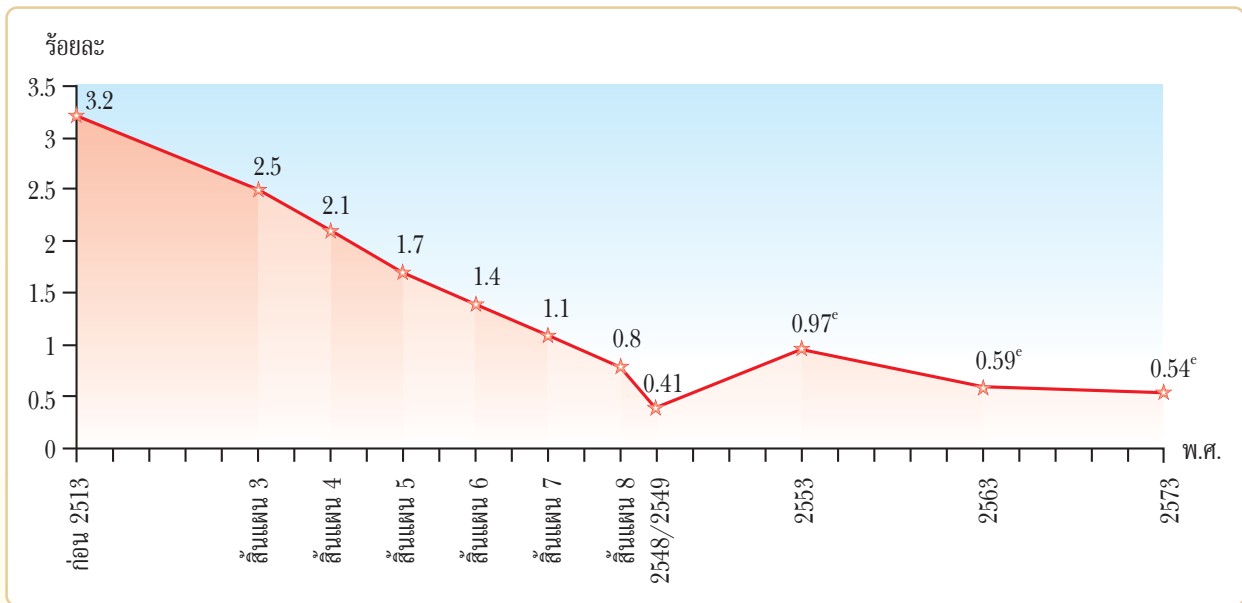
ดังนั้น รัฐจึงต้องวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่การเตรียมความพร้อมแก่หนุ่มสาวให้เป็นคนสูงวัยที่มีคุณภาพ (Active Ageing) จนถึงการเตรียมระบบบริการสุขภาพที่รองรับปัญหาโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาพยากรณ์ภาระงบประมาณที่รัฐต้องใช้จ่ายในการบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยและทุพพลภาพที่ต้องใช้บริการจากสถานพยาบาลในระยะเวลาที่ยาวนานและใช้งบประมาณสูงกว่าประชากรวัยอื่นๆ อันจะได้ไม่เป็นภาระทางงบประมาณของประเทศในระยะยาว และหามาตรการรองรับเพื่อควบคุมดูแลผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่นับวันจะขยายตัวมากขึ้นในอนาคต

² องค์การสหประชาชาตินิยามว่า ประเทศที่กำลังจะย่างก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะพิจารณาจากสัดส่วนของประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมดอยู่ในช่วงร้อยละ 7-14 หากเกินร้อยละ 14 ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว

³ World Population Prospects, The 2002 Revision Volume I: Comprehensive Table, United Nations. อ้างในสุวรรณี คำมั่น, "โอกาสสุดท้ายของประเทศไทย: 6 ปีทองของการพัฒนาคนไทยให้ก้าวไกลอย่างยั่งยืน", สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

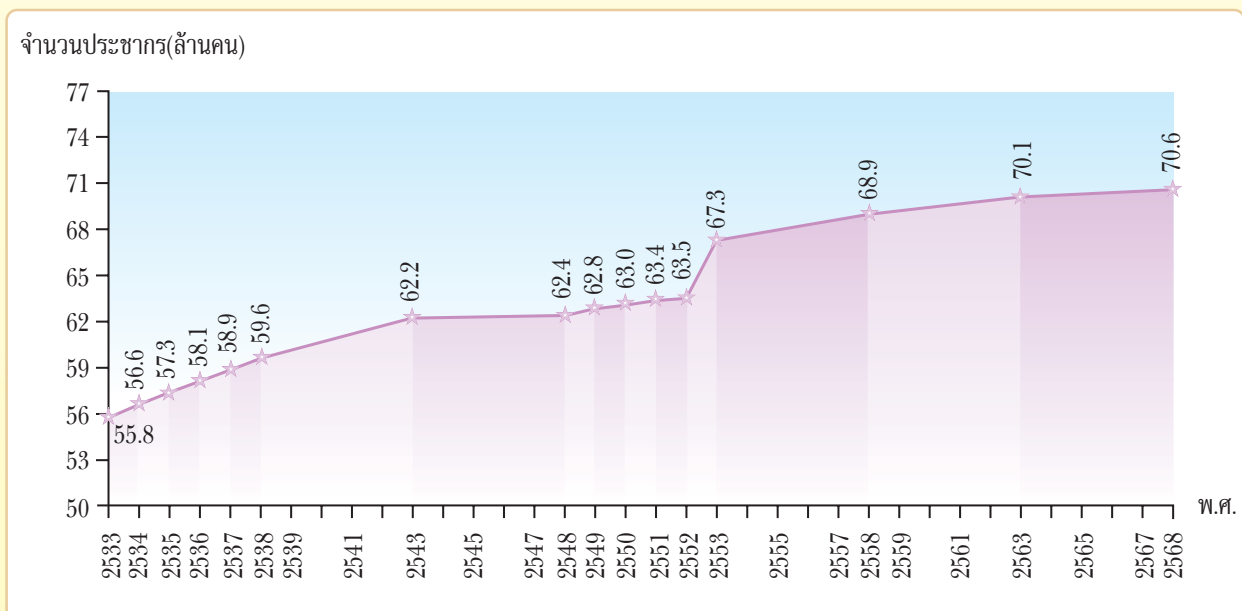


ภาพที่ 4.10 อัตราเพิ่มของประชากรไทยและการคาดการณ์ก่อน พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2573



- 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 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - (4) พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2573 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.11 จำนวนประชากรไทยทั่วประเทศและการคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2568

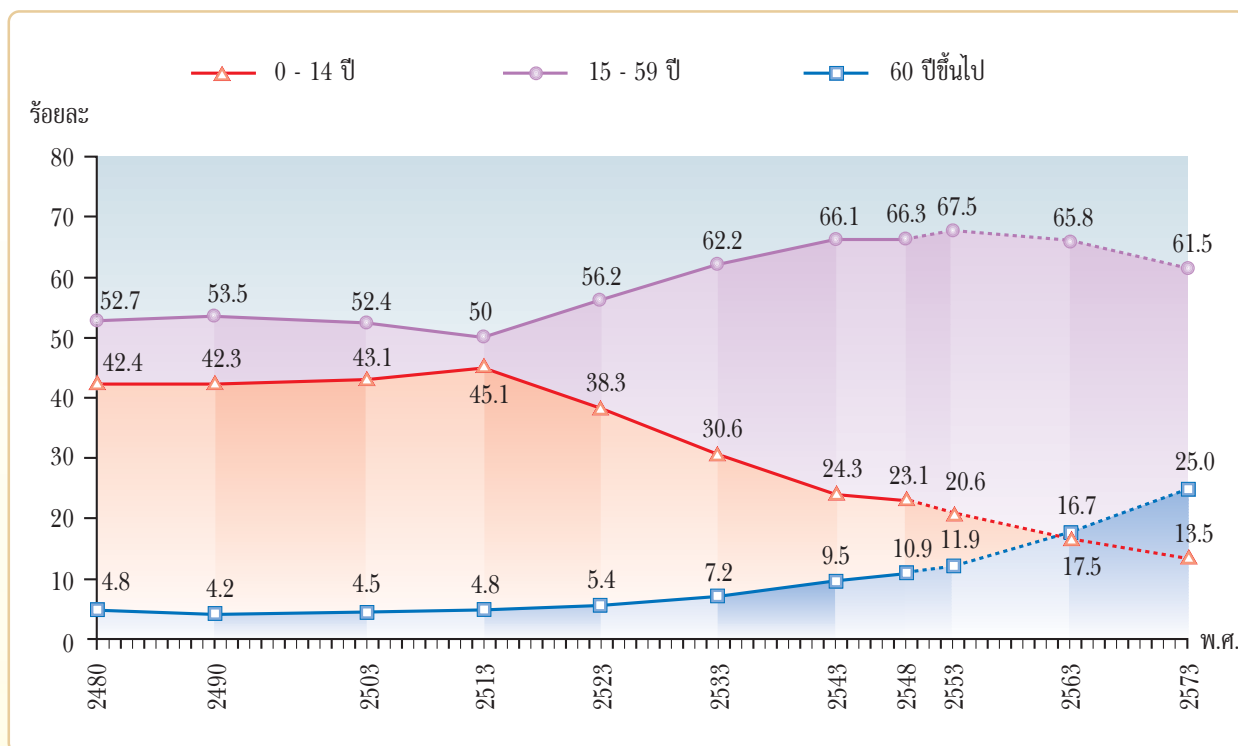


- ที่มา:
- การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552 ได้ประชากรจริงจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย



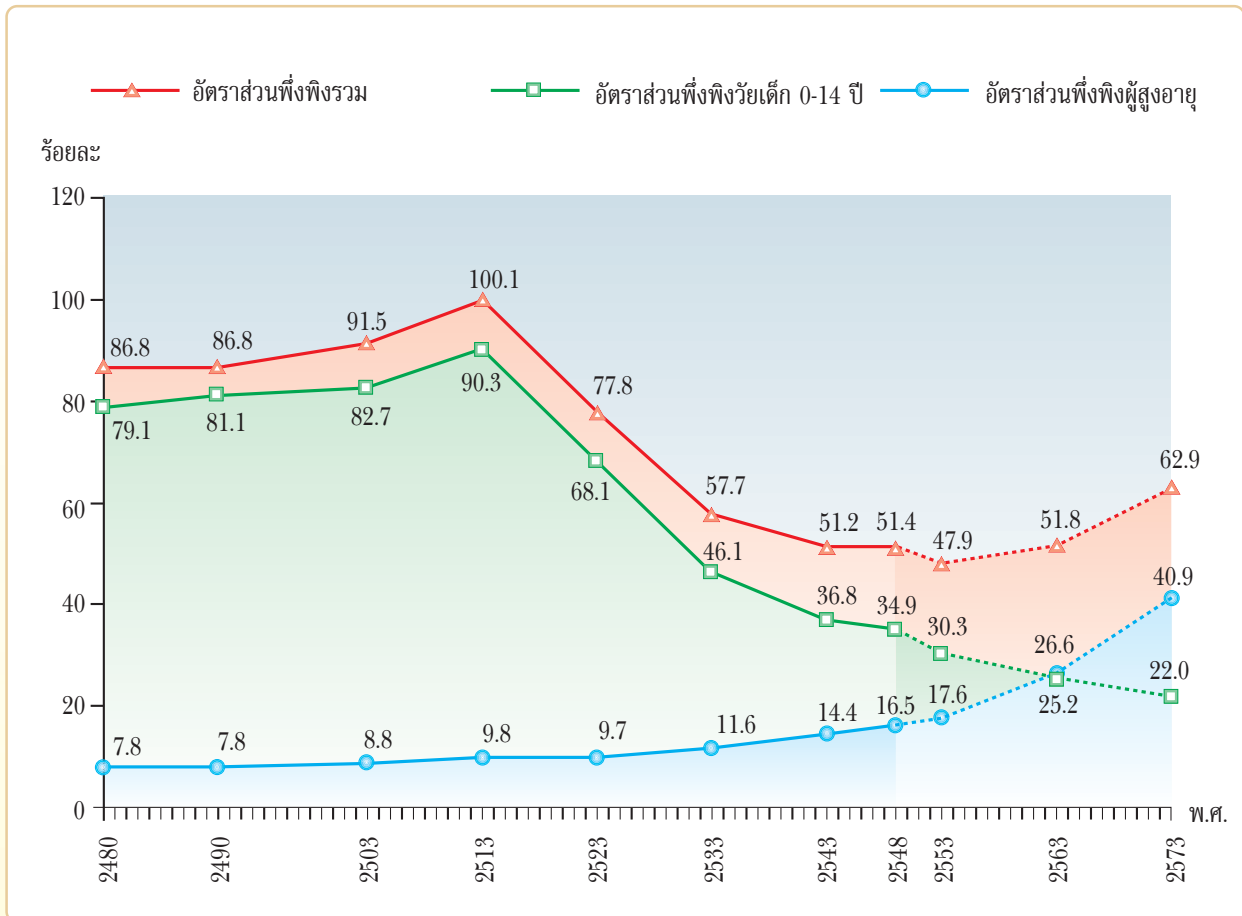
ภาพที่ 4.12 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2573



- ที่มา:
- พ.ศ. 2480, พ.ศ. 2490, พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2513, พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2543 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2573 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



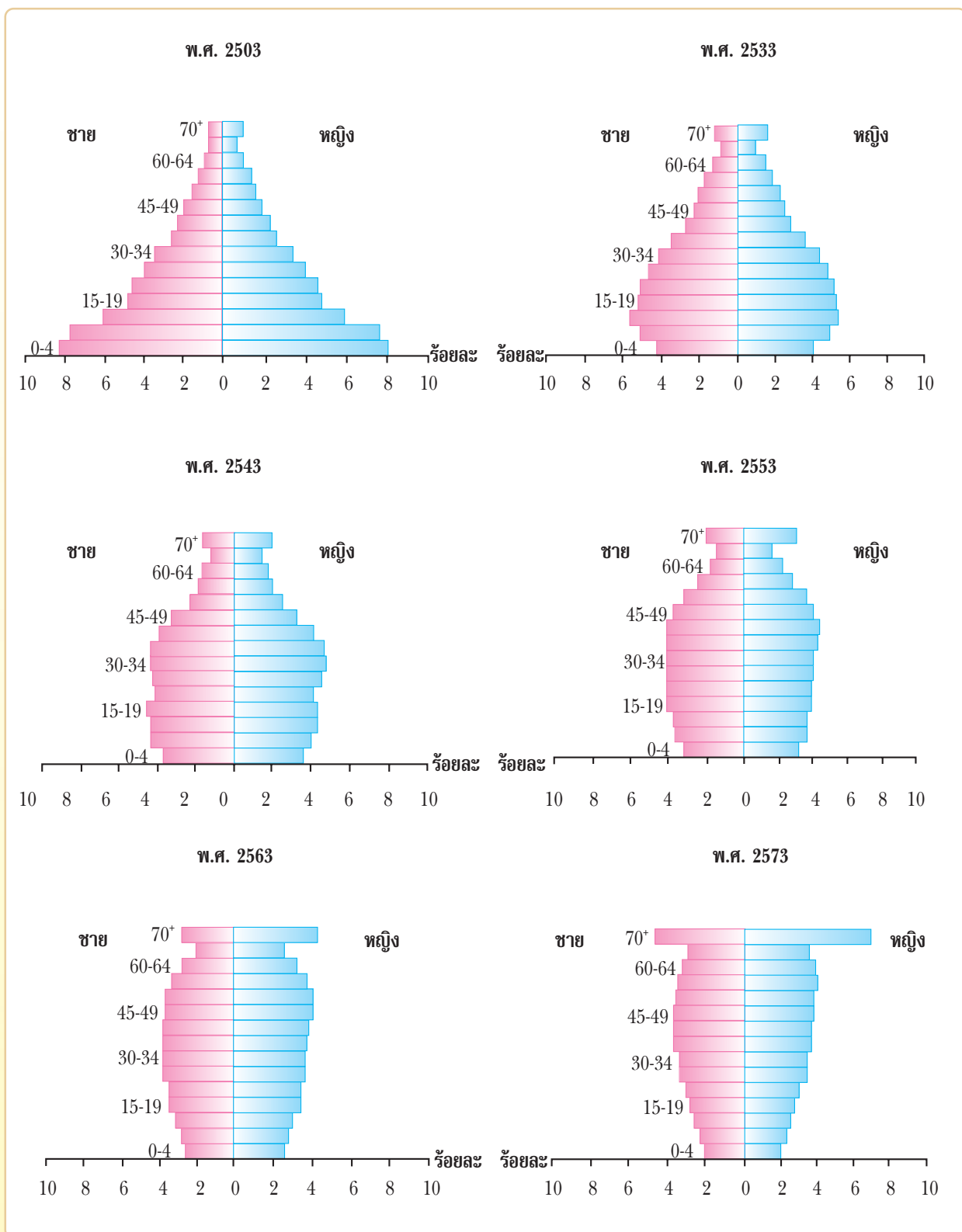
ภาพที่ 4.13 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2573



- ที่มา:
- พ.ศ. 2480, พ.ศ. 2490, พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2513, พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2543 ได้จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2573 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

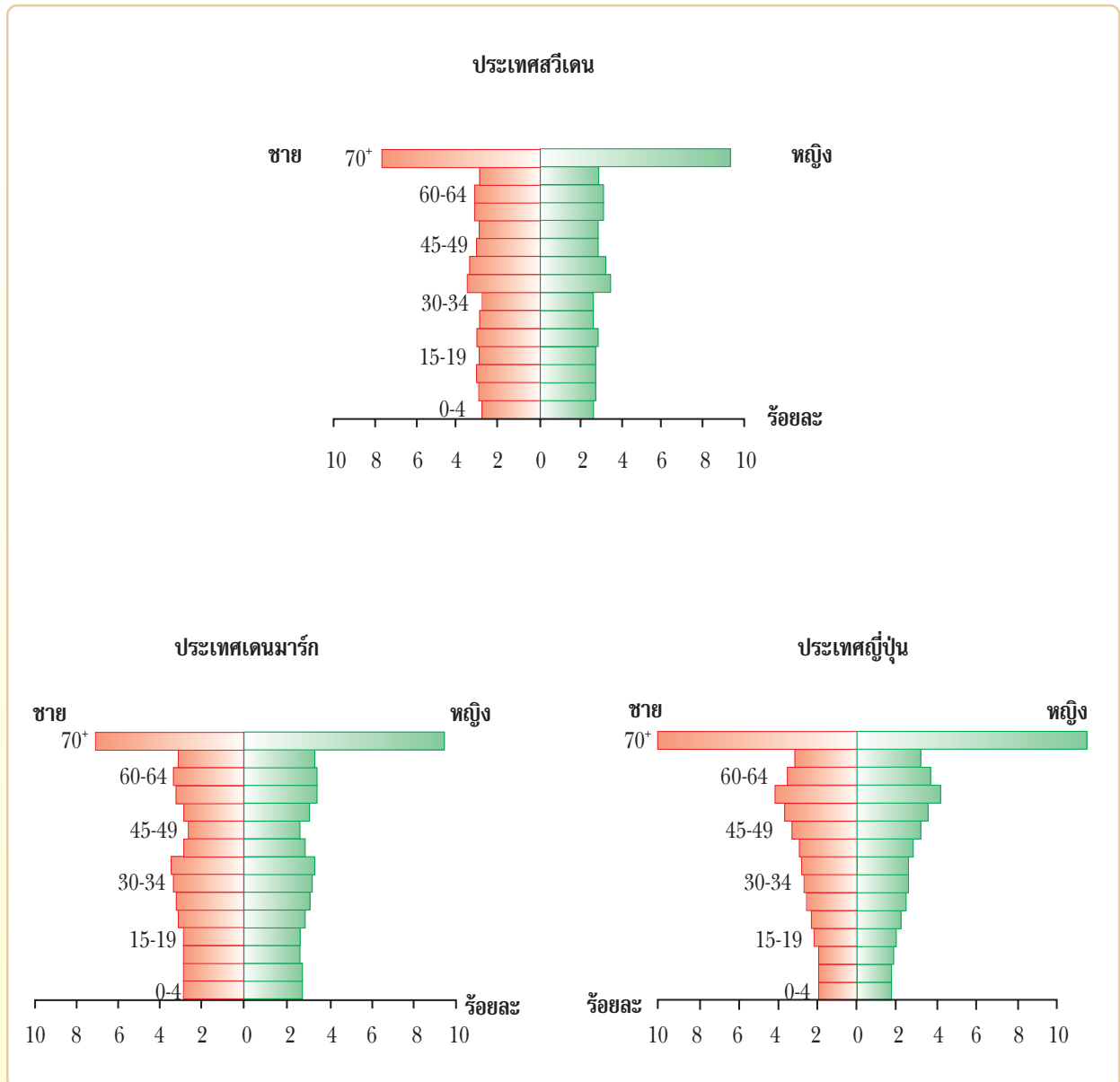


ภาพที่ 4.14 พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2553 พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2573
กับประเทศสวีเดน เดนมาร์ก และญี่ปุ่น ใน พ.ศ. 2573





ภาพที่ 4.14 พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2553 พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2573 กับประเทศสวีเดน เดนมาร์ก และญี่ปุ่น ใน พ.ศ. 2573 (ต่อ)



- ที่มา:
- พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2543 สำนักทะเบียนราษฎรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2573 การคาดการณ์ประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 - United Nations (2008). World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

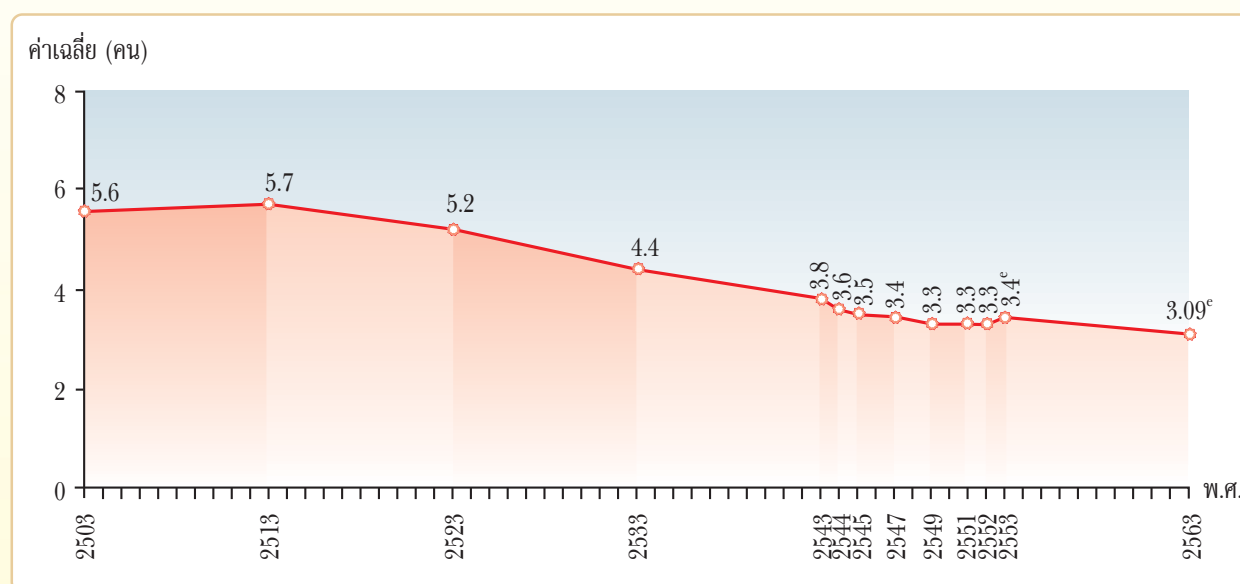


3.2 ชีวิตครอบครัวไทย

3.2.1 โครงสร้างของครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัวมีความหลากหลายและสลับซับซ้อน โดยส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว มากกว่าครอบครัวขยาย และปัจจุบันมีครอบครัวที่มีสมาชิกเพียงคนเดียวอาศัยอยู่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.0 ใน พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 16.4 ใน พ.ศ. 2553 (โยธิน แสงวดี, การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในครัวเรือนไทย, 2548) สำหรับขนาดครอบครัวลดลงเหลือ 3.3 คนต่อหนึ่งครอบครัว ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งต่ำกว่าที่คาดการณ์ใน พ.ศ. 2553 แต่คาดว่าใน พ.ศ. 2563 จะเหลือเพียง 3.09 คนต่อหนึ่งครอบครัว (ภาพที่ 4.15)

ภาพที่ 4.15 ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2563



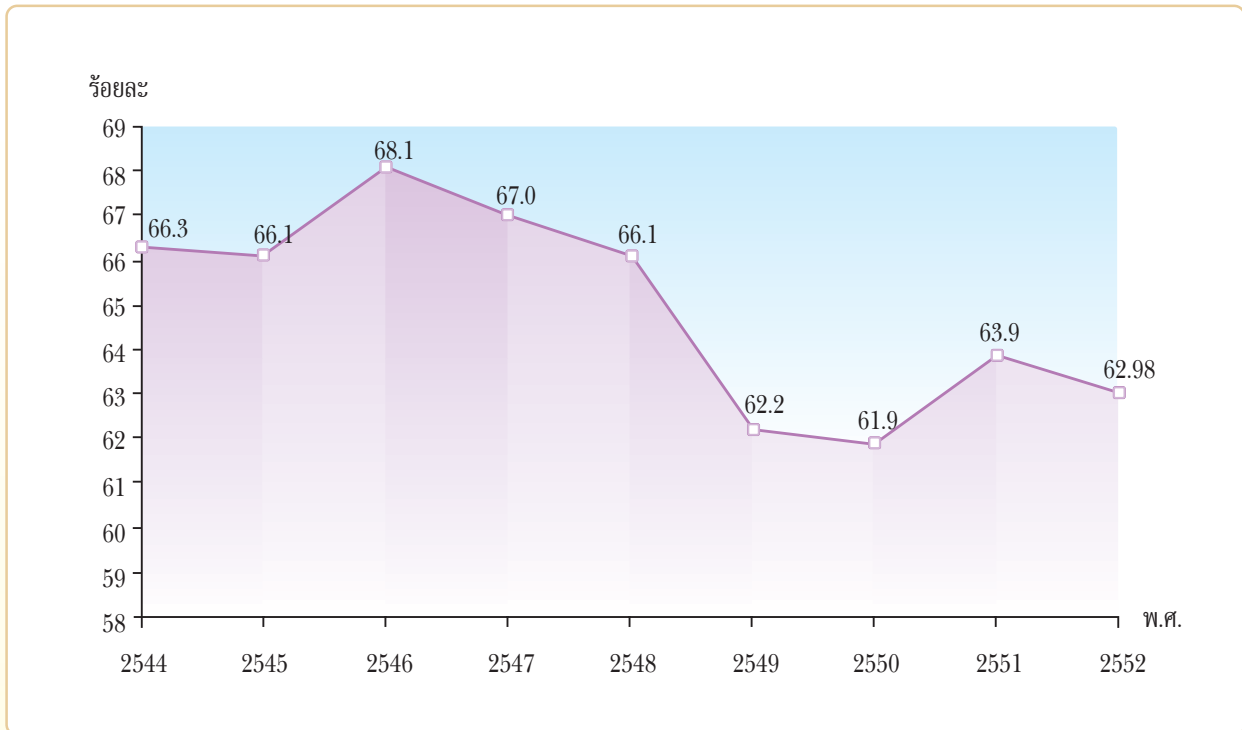
- ที่มา:
- พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2543 สำนักทะเบียนราษฎรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2563 ได้จากรายงานผลการศึกษานโยบายเศรษฐกิจและสังคมไทย, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

3.2.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัว: อ่อนแอลง

การพัฒนาประเทศภายใต้ระบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม รวมทั้งกระแสบริโภคนิยม การพัฒนาและแข่งขันกันทางวัตถุส่งผลให้วิถีชีวิตครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงต้องช่วยทำงานหาเลี้ยงครอบครัว โดยออกไปทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น เวลาที่ให้แก่กันในครอบครัวและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวมีน้อยลง ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวขาดความอบอุ่นและอ่อนแอลง จะเห็นได้จากดัชนีความอบอุ่นในครอบครัวไทยอยู่ในระดับต่ำกว่าในช่วง 7 ปีที่ผ่านมาคือ ลดลงจากร้อยละ 66.3 ใน พ.ศ. 2544 เหลือร้อยละ 62.9 ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำที่ต้องปรับปรุง (ภาพที่ 4.16) และสะท้อนด้วยอัตราการหย่าร้างมีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 10.5 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 36.3 ใน พ.ศ. 2552 โดยมีข้อสังเกตว่าแม้ประชากรจะเพิ่มขึ้นแต่จำนวนการสมรสกลับมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 จากคู่สมรส 492,683 คน ใน พ.ศ. 2537 เหลือคู่สมรสเพียง 300,878 คน ใน พ.ศ. 2552 (สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย) ทั้งนี้ เนื่องจากการมีสมรสที่ช้าลงร่วมกับการอยู่ด้วยกัน โดยมิได้จดทะเบียนสมรสมากขึ้น



ภาพที่ 4.16 ดัชนีครอบครัวอบอุ่น พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- หมายเหตุ: 1. ดัชนีครอบครัวอบอุ่นวัดจาก 3 องค์ประกอบ คือ บทบาทหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภายในครอบครัวและการพึ่งพิงตนเอง
2. ระดับดีมาก = ร้อยละ 90.0 - 100 ระดับดี = ร้อยละ 80.0 - 89.9 ระดับปานกลาง = ร้อยละ 70.0 - 79.0 ระดับต้องปรับปรุง = ร้อยละ 69.0 - 59.9 ระดับเร่งแก้ไข $\leq$ ร้อยละ 59.9

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพดังนี้

1) เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมีแนวโน้มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของเด็กและผู้

สูงอายุ

จากปัญหาครอบครัวอ่อนแอและเปราะบางเป็นสาเหตุให้เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น ซึ่งพบว่า เด็กถูกทอดทิ้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 30.33 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2536 เป็น 40.5 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2552 (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) ซึ่งข้อมูลที่ได้ยังไม่ครอบคลุมเด็กที่ถูกทอดทิ้งอีกมาก และผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 7.8 ใน พ.ศ. 2550 และเกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.3 - 55.8) มีปัญหาในการอยู่คนเดียว เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นความสามารถในการทำงานหรือสุขภาพร่างกายอาจไม่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิตหรือหาเลี้ยงชีพ โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ เหน็ด (ร้อยละ 51.2) รองลงมาคือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 27.5) (รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของเด็กและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วถึง



2) มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้หญิงและเด็ก

เนื่องจากการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสหรือไม่ได้แต่งงานตามรูปแบบประเพณี จึงมิได้มีการเตรียมตัวด้านการใช้ชีวิตคู่ ทำให้ขาดทักษะเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่และการแก้ปัญหาในครอบครัว ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวจึงมีการใช้ความรุนแรงทั้งการทำร้ายร่างกาย การทำร้ายทางจิตใจและการล่วงเกินทางเพศมากขึ้น โดยจากรายงานการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้ถามหญิงสมรสอายุ 15-49 ปี เกี่ยวกับการถูกสามีทำร้ายร่างกายในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า มีเพียงร้อยละ 2.9 ที่รายงานว่าเคยถูกทำร้าย โดยหญิงสมรสอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนของการถูกทำร้ายมากที่สุด (ร้อยละ 6.3) ดังตารางที่ 4.7 อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่า มีการรายงานความรุนแรงในครอบครัวต่ำกว่าความเป็นจริง และจากรายงานผู้เข้ารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กและสตรีถูกกระทำรุนแรงเพิ่มขึ้นจาก 6,951 ราย ใน พ.ศ. 2547 เป็น 23,839 ราย ใน พ.ศ. 2552 หรือจากเฉลี่ย 19 ราย/วัน เป็น 65 ราย/วัน ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 4.8) โดยเกือบครึ่งถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายและทางเพศมากที่สุด

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของหญิงสมรสอายุ 15-49 ปี ที่ถูกทำร้ายร่างกายจากสามีในรอบปีที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2552

กลุ่มอายุ (ปี)	การถูกสามีทำร้ายร่างกายในรอบปีที่แล้ว (ร้อยละ)
15 - 19	6.3
20 - 24	2.8
25 - 29	2.4
30 - 34	2.7
35 - 39	3.3
40 - 44	2.9
45 - 49	2.3
รวม	2.9

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ตารางที่ 4.8 เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

ประเภท การกระทำรุนแรง	พ.ศ. 2547		พ.ศ. 2549		พ.ศ. 2550		พ.ศ. 2552	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ร่างกาย	2,888	41.5	7,961	50.1	8,389	44.0	11,163	46.8
จิตใจ	503	7.2	750	4.7	1,001	5.2	1,486	6.2
เพศ	3,132	45.0	6,799	42.8	7,393	38.8	10,065	42.2
สังคม (ถูกทอดทิ้ง)	132	1.9	189	1.2	288	1.5	220	0.9
ล่อลวง	-	-	-	-	-	-	225	0.9
ไม่ระบุ	296	4.3	183	1.2	1,996	10.5	680	2.9
รวม	6,951	100.0	15,882	100.0	19,067	100.0	23,839	100.0
เฉลี่ยราย/วัน	19		44		52		65	

ที่มา: ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข, 2553

นอกจากนี้ จากรายงานสภาวะสุขภาพและสังคมของเด็กไทย พ.ศ. 2544 พบว่า เด็กอายุ 6 - < 13 ปี ร้อยละ 27.9 ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัวทางกายด้วยการตีด้วยเข็มขัดหรือของแข็งมากที่สุด รองลงมาเป็น ดึง จิกผม ตบหน้าและขว้างปาของใส่ และร้อยละ 31.1 - 45.9 ถูกกระทำรุนแรงทางวาจาด้วยการตวาด / ตะคอก และคำด้วยคำหยาบมากที่สุด (ภาพที่ 4.17) ส่วนเด็กอายุ 13 - 18 ปี เพียงร้อยละ 7 ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัวทางกายด้วยการตีด้วยเข็มขัดหรือของแข็งและขว้างปาของใส่ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 32.1 - 51.5 ของเด็กอายุ 13 - 18 ปี ถูกกระทำรุนแรงทางวาจาด้วยการตวาด / ตะคอก และคำคำหยาบมากที่สุดเช่นเดียวกับเด็กอายุ 6 - < 13 ปี (ภาพที่ 4.18) และสะท้อนด้วยรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย ปี 2548 ซึ่งสำรวจกลุ่มประชากรเด็กที่มีอายุระหว่าง 13 - 18 ปี จำนวน 301,557 คน ในประเด็นการถูกกระทำรุนแรงจากสมาชิกในครอบครัว พบว่า นักเรียนร้อยละ 10 ถูกกระทำรุนแรงจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 ครั้งต่อปี ซึ่งพบมากในช่วงมัธยมต้น (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของเด็กอายุ 13 - 18 ปี ที่ถูกทำร้ายจากคนในครอบครัว

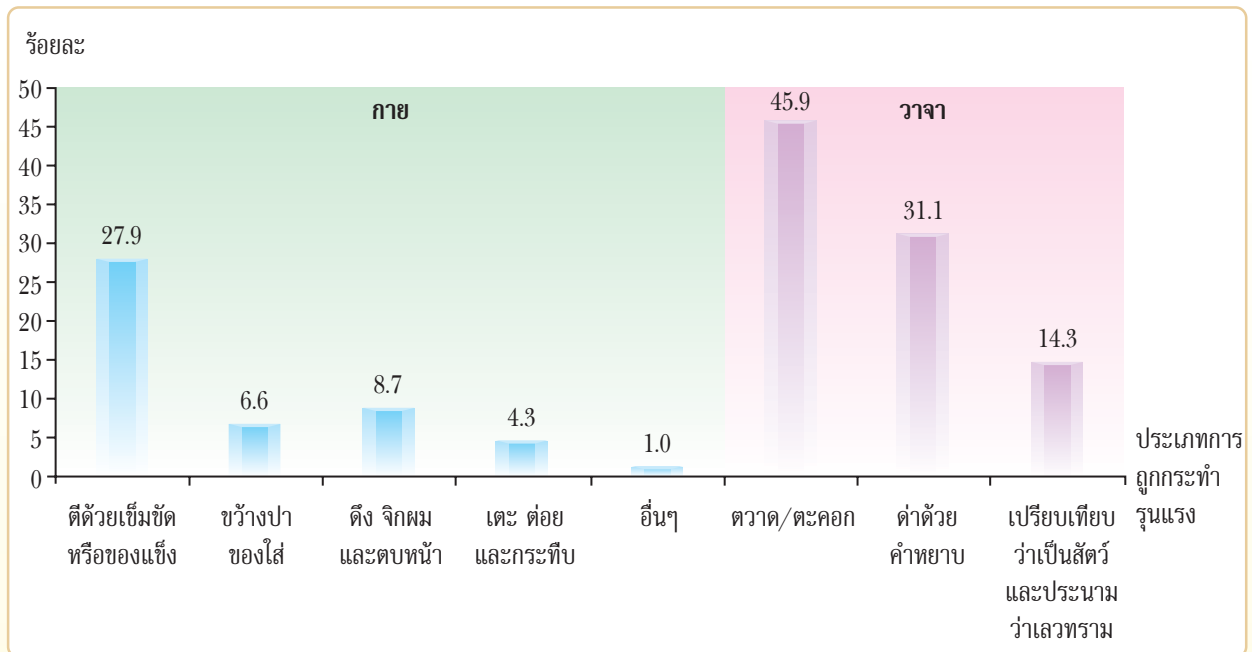
หน่วย: ร้อยละ

การถูกทำร้ายจากคนในครอบครัว	ม. 1	ม. 2	ม. 3	ม. 4	ม. 5	ม. 6
1 - 2 ครั้ง	13.35	11.47	10.62	8.63	7.19	6.00
3 - 5 ครั้ง	2.84	2.26	1.83	1.38	1.10	0.91
6 - 10 ครั้ง	0.80	0.55	0.46	0.23	0.24	0.20
11 ครั้งขึ้นไป	1.10	0.75	0.60	0.41	0.34	0.25

ที่มา: รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย 2548, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

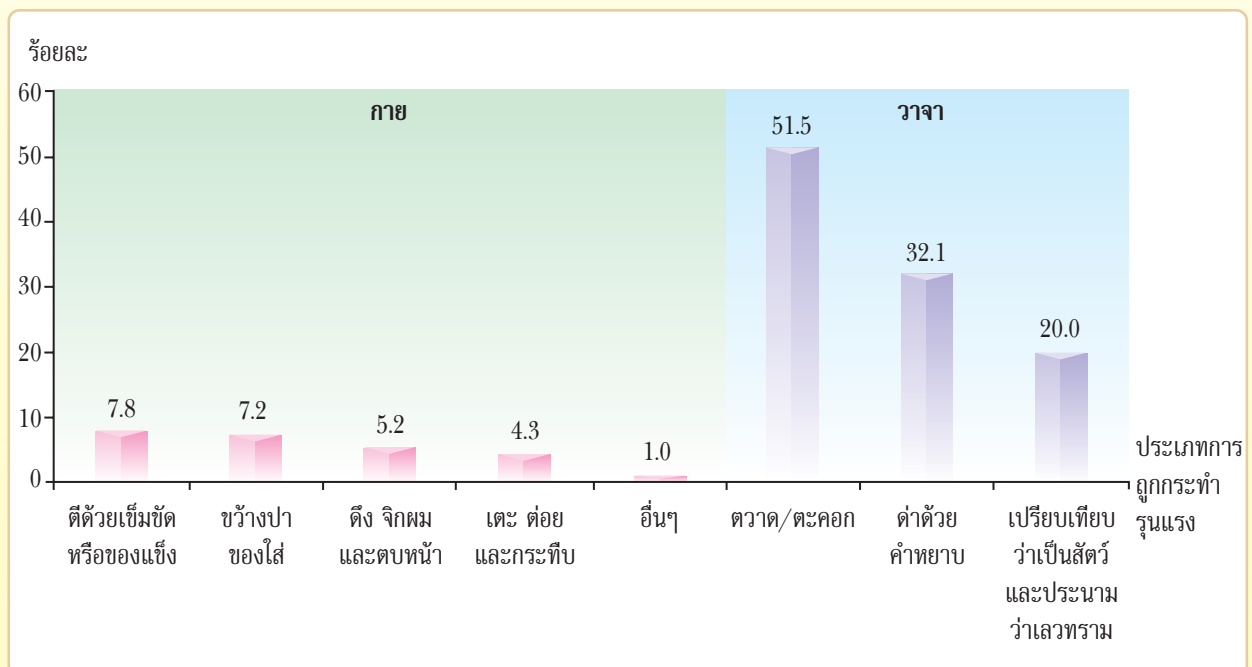


ภาพที่ 4.17 ร้อยละของเด็กอายุ 6 - < 13 ปี ที่ถูกระทำรุนแรงจากครอบครัวทางกายและวาจาแยกตามประเภท พ.ศ. 2544



ที่มา: ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, สภาวะสุขภาพและสังคมของเด็กไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2547

ภาพที่ 4.18 ร้อยละของเด็กอายุ 13 - 18 ปี ที่ถูกระทำรุนแรงจากครอบครัวทางกายและวาจาแยกตามประเภท พ.ศ. 2544



ที่มา: ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, สภาวะสุขภาพและสังคมของเด็กไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2547



3) ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากความรุนแรงทุกประเภท

หากพิจารณาความสูญเสียทางเศรษฐกิจของความรุนแรงจากการทำร้ายตัวเองและการทำร้ายกันในประเทศไทย พ.ศ. 2548 พบว่า ไทยมีภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความรุนแรงดังกล่าว 33,848 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 0.4 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ใน พ.ศ. 2548 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายดังกล่าวมาจากการสูญเสียกำลังการผลิต และมีค่าใช้จ่ายตรงทางการแพทย์เพื่อการรักษาตนเองและทำร้ายกัน คิดเป็นมูลค่า 1,948.9 ล้านบาท (ตารางที่ 4.10) แต่ถึงแม้ว่าไม่มีการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากความรุนแรงในครอบครัวที่ชัดเจน แต่ก็ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความรุนแรงจากการทำร้ายตนเองและการทำร้ายกัน

ตารางที่ 4.10 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากความรุนแรงจากการทำร้ายตนเองและการทำร้ายกันในประเทศไทย พ.ศ. 2548

อายุ (ปี)	ค่าใช้จ่ายตรงทางการแพทย์		ค่าใช้จ่ายทางอ้อม: ความสูญเสียกำลังการผลิต		รวม (ล้านบาท)
	เพื่อรักษาการบาดเจ็บ จากการทำร้ายตนเอง (ล้านบาท)	เพื่อรักษาการบาดเจ็บ จากการทำร้ายกัน (ผู้อื่น) (ล้านบาท)	ความสูญเสียกำลังการผลิตจากการ ทำร้ายตนเอง (ล้านบาท)	ความสูญเสียกำลังการผลิตจากการ ทำร้ายกัน (ล้านบาท)	
0 – 4	1.8	5.1	-	-	6.9
5 – 14	8.0	18.9	-	-	26.9
15 – 29	334.0	788.6	5,530.2	7,020.2	13,673.0
30 – 44	143.5	395.3	7,155.6	6,674.1	14,368.5
45 +	81.1	172.6	2,719.5	2,799.5	5,772.7
รวม	568.4	1,380.5	15,405.3	16,493.8	33,848.0

ที่มา: กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ, Cost of Injuries Due to Interpersonal and Self Directed Violence in Thailand, 2005

หมายเหตุ: ความสูญเสียกำลังการผลิต หมายถึง การบาดเจ็บหรือตายก่อนวัยอันควรในการทำงานเพื่อเพิ่มผลผลิตให้กับประเทศ

ดังนั้น รัฐจึงควรวางแผนจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับสตรีและเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัว ซึ่งนับวันจะมากขึ้น ตลอดจนหามาตรการในการสร้างสุขภาวะของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

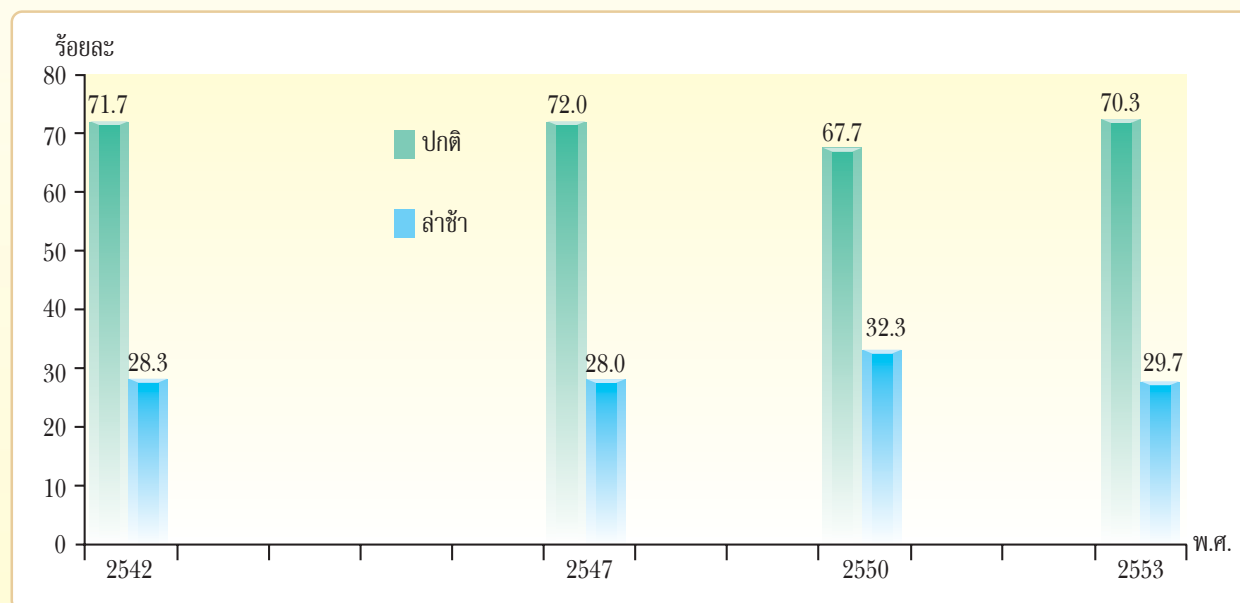
3.2.3 แบบแผนการเลี้ยงดูลูกในครอบครัว

แบบแผนการเลี้ยงดูลูกก็เปลี่ยนแปลงไปกล่าวคือ พ่อแม่ไม่ได้เลี้ยงลูกเองเนื่องจากไม่มีเวลา จึงมักนำลูกไปให้ผู้อื่นเลี้ยงที่เป็นคนนอกครอบครัวเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีเด็กอายุ 3-4 ปี ทั้งสิ้น 1.8 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 73.0) เป็นผู้เข้าเรียนก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก/สถานรับเลี้ยงเด็กมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับอัตราของประชากรเด็กวัย 3-5 ปี ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 39.3 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 74.0 ใน พ.ศ. 2551 (สถิติการศึกษาในระบบโรงเรียน, กระทรวงศึกษาธิการ)



จากการที่พ่อแม่ไม่มีเวลาใกล้ชิดดูแลลูก จึงต้องนำเข้าสู่ระบบการศึกษาให้ครูเป็นผู้ดูแลในช่วงเวลาที่พ่อแม่ไปทำงานหรือต้องนำไปฝากเลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งอาจจะไม่ได้มาตรฐาน โดยจากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีงบประมาณ 2552 มีศูนย์เด็กเล็กได้มาตรฐานระดับดีและดีมากเพียงร้อยละ 51.5 (8,813 แห่ง จาก 17,119 แห่ง) ขณะที่ได้มาตรฐานในระดับพื้นฐานและต้องปรับปรุงมีถึงร้อยละ 48.5 (8,306 แห่ง จาก 17,119 แห่ง) และจากการประเมินการจัดระบบบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของ ศิริกุล อิศรานุรักษ์ ซึ่งศึกษาใน 5 จังหวัด คือ แพร่ บุรีรัมย์ ชลบุรี สุพรรณบุรี และตรัง รวม 30 แห่ง ใน พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้ดูแลเด็กต้องทำหน้าที่หลายอย่าง เช่น แม่ครัว ทำความสะอาด อันเป็นภาระงานที่เพิ่มจากการดูแลเด็ก และพบร้อยละ 56.7 ของศูนย์พัฒนาเด็กให้เด็กซื้อขนมกรุบกรอบมารับประทาน ซึ่งยังไม่มีมาตรการควบคุมเรื่องโภชนาการเพียงพอ⁴ จึงกระทบต่อพัฒนาการเด็ก โดยจากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน พ.ศ. 2550 พบว่า เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) มีพัฒนาการภาพรวมปกติหรือสมวัยลดลงจากร้อยละ 71.7 ใน พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 65.1 ใน พ.ศ. 2550 แต่กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 72.3 ใน พ.ศ. 2553 (ภาพที่ 4.19)

ภาพที่ 4.19 พัฒนาการของเด็กปฐมวัย 0 - 5 ปี พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2550 และพ.ศ. 2553



ที่มา: รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2553 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ประเมินพัฒนาการเด็กโดยเครื่องมือ Denver II

3.3 การอพยพย้ายถิ่น

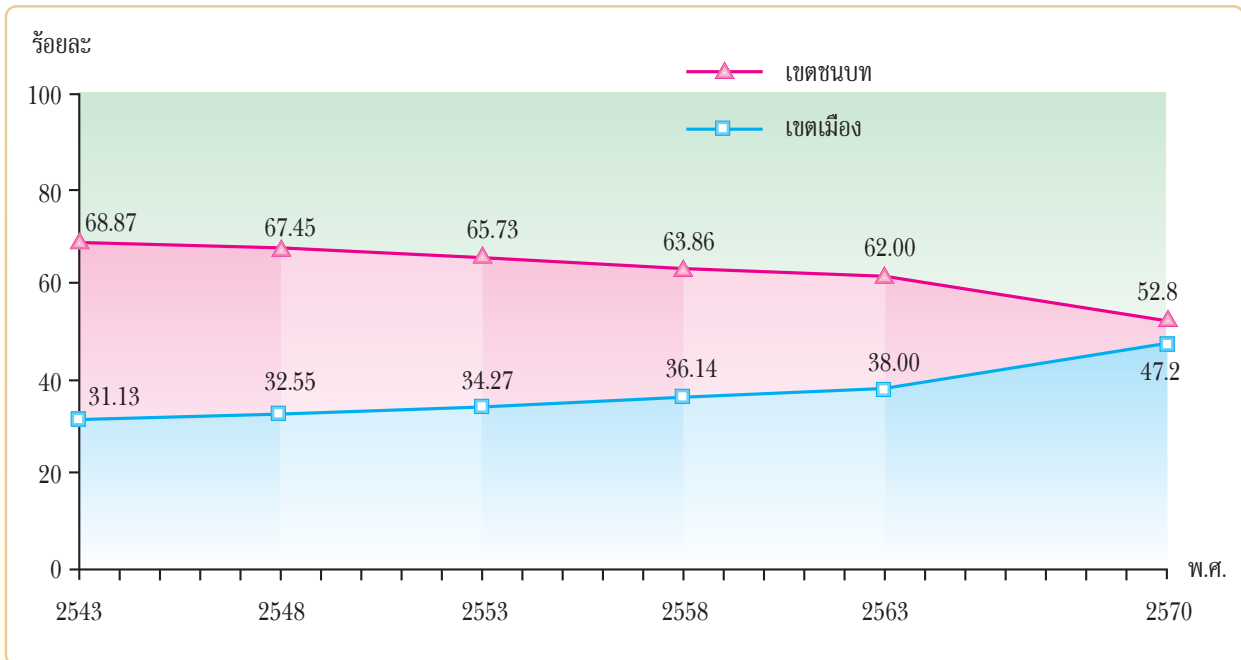
3.3.1 การอพยพย้ายถิ่นจากชุมชนชนบทเข้าสู่เมือง

การพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นส่งเสริมอุตสาหกรรม ทำให้ชาวชนบทจำนวนมากต้องอพยพเข้าสู่เมืองเพื่อขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการมากขึ้น จึงทำให้อัตราการขยายตัวของเมืองรอบนอกเขตเมืองที่เป็นศูนย์กลางความเจริญมีการขยายตัวเร็วขึ้น โดยคาดว่าใน พ.ศ. 2570 ประชาชนจะอยู่ในเขตเมืองถึงร้อยละ 47.2 (ภาพที่ 4.20) ส่วนใหญ่ของผู้อพยพจะย้ายถิ่นเข้าสู่กรุงเทพฯ มากที่สุด รองลงมาเป็นเขตปริมณฑลและเขตพัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก

⁴ ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ, การประเมินการจัดระบบบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, 2550



ภาพที่ 4.20 การคาดประมาณประชากรเขตเมืองและชนบท



- ที่มา:
- การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - 2568, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 - สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551

หมายเหตุ: การคาดการณ์ประชากรเมืองใน พ.ศ. 2570 จะมีความหมายครอบคลุมทั้งประชากรในเขตเทศบาลและประชากรในเขตชุมชนเมืองรอบนอกเขตเทศบาล (Peri-Urban)

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 แต่การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมีสูงถึงร้อยละ 19.2 แต่ใน พ.ศ. 2551 กลับพบว่า การย้ายถิ่นของประชากรไทยจากเขตเมืองสู่ชนบทสูงถึงร้อยละ 37.5 ขณะที่การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมีเพียงร้อยละ 14.3 (ตารางที่ 4.11)



ตารางที่ 4.11 อัตราร้อยละของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามประเภทของการย้ายถิ่น และภาคที่อยู่ในปัจจุบัน พ.ศ. 2535 - พ.ศ.2551

ประเภทของการย้ายถิ่น	รวม	ภาคที่อยู่ในปัจจุบัน				
		กรุงเทพมหานคร	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
รวมผู้ย้ายถิ่นระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
เขตเมือง ➡ เขตเมือง	15.8	30.3	22.7	14.7	8.3	19.7
เขตชนบท ➡ เขตเมือง						
พ.ศ. 2535	15.5	NA	NA	NA	NA	NA
พ.ศ. 2537	15.0	78.4	9.8	10.0	6.9	14.4
พ.ศ. 2540	13.4	74.1	10.5	8.8	5.9	15.9
พ.ศ. 2545	19.2	67.0	21.1	14.1	9.6	18.6
พ.ศ. 2550	13.6	55.1	18.7	10.9	6.4	16.2
พ.ศ. 2551	14.3	67.3	18.2	10.5	7.5	15.5
ไม่ทราบ ¹ ➡ เขตเมือง	0.5	2.4	0.4	0.6	0.3	0.5
เขตชนบท ➡ เขตชนบท	30.7	-	35.4	34.9	25.9	36.8
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. 2550	36.2	-	24.6	40.8	53.7	15.8
พ.ศ. 2551	37.5	-	22.9	37.5	56.4	25.7
ไม่ทราบ ¹ ➡ เขตชนบท	1.2	-	0.4	1.8	1.6	1.8

ที่มา: พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2537, พ.ศ. 2540, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 ได้จากรายงานการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2537, พ.ศ. 2540, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ¹ รวมผู้ย้ายถิ่นมาจากต่างประเทศ



การอพยพย้ายถิ่นจากชนบทไปสู่เมืองมากขึ้น ทำให้ผู้อพยพต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบชนบทไปเป็นแบบเขตเมือง ทำให้ผู้อพยพบางส่วนเกิดปัญหาในการปรับตัว ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพจิต โรคกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง และโรคบางโรคที่มักเกิดในชุมชนแออัด ซึ่งได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โรคท้องร่วง และวัณโรค 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 147,711 คน ใน พ.ศ. 2552 (สำนักงานบริหารแรงงานไทยในต่างประเทศ กรมการจัดหางาน) ซึ่งถ้านับรวมที่ไปโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมายอาจมีมากกว่านี้มาก โดยระยะหลังนิยมไปทำงานประเทศไต้หวัน สิงคโปร์ มาเลเซีย ตะวันออกกลางมากขึ้น นอกจากนี้ ก็มีแรงงานต่างประเทศที่ลี้ภัยเข้ามาประเทศไทยโดยเฉพาะแรงงานราคาถูกที่มาจากประเทศข้างเคียง เช่น พม่า ลาว จีน กัมพูชา ทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันรัฐบาลได้อนุญาตให้มีการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติดังได้ ใน พ.ศ. 2552 มีแรงงานต่างชาติดังกล่าวที่ได้มารายงานตัวจดทะเบียน 1,314,382 คน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานจากประเทศพม่า 1,078,767 คน (ร้อยละ 82.1) รองลงมาเป็นกัมพูชา 124,761 คน (ร้อยละ 9.5) และลาว 110,854 คน (ร้อยละ 8.4) โดยจังหวัดที่มีแรงงานต่างชาติดังกล่าวมากคือ กรุงเทพฯ สมุทรสาคร เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี และสมุทรปราการ มีถึง 58,613 - 250,891 คน และคาดว่าจะยังมีแรงงานผิดกฎหมายที่ไม่ได้มารายงานตัวอีกเป็นจำนวนมาก

แรงงานอพยพข้ามถิ่นที่เข้ามาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะแรงงานที่อพยพเข้ามาบริเวณชายแดน ทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคระบาดต่าง ๆ ได้แก่ มาลาเรีย อูจาระร่วง 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) พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 พบว่า กลุ่มวัยรุ่นโดยรวมร้อยละ 50 ใช้ชีวิตตามห้างสรรพสินค้า ชอบเที่ยวกลางคืน ดูภาพยนตร์ มีมือถือในครอบครอง นิยมอาหารแฉกด่วน และใช้อินเตอร์เน็ตเพื่อการพูดคุยและเล่นเกม จึงทำให้บริโภคเกินกำลังฐานะทางเศรษฐกิจตนเอง รวมทั้งบริโภคในสิ่งที่ไม่เป็นคุณต่อร่างกายและสติปัญญา เช่น บุหรี่ สุราและสารเสพติดต่างๆ

แนวโน้มของสื่อมวลชนจะเข้ามามีบทบาทต่อการดำรงชีวิตและการใช้เวลาว่างของคนไทยมากขึ้น โดยเฉพาะโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ ขณะที่วิทยุมีความสำคัญลดลงไป (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12 เวลาที่ว่างโดยเฉลี่ยของประชากร จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552

ประเภทการใช้เวลาว่าง	ในเขตเทศบาล (ชั่วโมง: วัน)			นอกเขตเทศบาล (ชั่วโมง: วัน)			ทั้งประเทศ (ชั่วโมง: วัน)		
	2544	2547	2552	2544	2547	2552	2544	2547	2552
- การดูโทรทัศน์ / วีดีโอ	3.2	2.9	2.9	2.7	2.6	2.6	2.9	2.7	2.7
- การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากคอมพิวเตอร์	2.0	2.0	2.1	1.7	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0
- การเข้าชมกีฬา, ภาพยนตร์ดนตรี	1.7	2.3	2.2	1.8	2.5	2.6	1.8	2.4	2.5
- การสังสรรค์	1.8	2.6	2.3	1.7	2.0	1.9	1.7	2.2	2.1
- งานอดิเรก	1.6	1.9	2.2	1.5	1.9	2.2	1.6	1.9	2.2
- เล่นกีฬา	1.5	1.6	1.4	1.5	1.5	1.2	1.5	1.6	1.3
- การฟังเพลง / วิทยุ	1.5	1.4	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4	1.4	1.5

ที่มา: รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
หมายเหตุ: เป็นการสำรวจประชากรตั้งแต่อายุ 10 ปีขึ้นไป



4.2 ความเชื่อและวัฒนธรรม

วัฒนธรรมต่างชาติที่หลั่งไหลเข้ามาพร้อมกับกระแสโลกาภิวัตน์ รวมทั้งการนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการผลิตและดำรงชีวิต ในขณะที่ยังไม่สามารถสร้างเทคโนโลยีเหล่านี้ได้ และขาดการกลั่นกรองและเลือกใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรมเหล่านี้อย่างมีเหตุผล ทำให้คนไทยส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมตกอยู่ภายใต้การครอบงำของวัฒนธรรมบริโภคนิยม มีการเอารัดเอาเปรียบผู้อื่นเพื่อการเป็นผู้ชนะ แข่งขันชิงดีชิงเด่นกัน คุณค่าของภูมิปัญญาไทยและลักษณะความเป็นไทยถูกกระแสวัฒนธรรมสมัยใหม่รุกราน ครอบงำ จนวัฒนธรรมไทยที่มีความเอื้อเพื่อโอบอ้อมอารีที่จะเคารพผู้อาวุโสเริ่มลดลงจนถึงต้องมีแผนฟื้นฟูวัฒนธรรมไทย ซึ่งจากการสำรวจจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม พ.ศ. 2548 พบว่า พฤติกรรมที่คิดว่าทำลายวัฒนธรรมไทยมากที่สุด คือ การแสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผย รองลงมาเป็น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน นอกจากนี้ วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นบางอย่างมีการถ่ายทอดสู่คนรุ่นใหม่ค่อยๆ ขาดการสืบสานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคนรุ่นใหม่สนใจเรียนรู้น้อย จึงขาดการต่อยอดและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง เช่น สมุนไพรไทย ฯลฯ

4.3 ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

UNDP (United Nation Development Program) ได้จัดทำเครื่องชี้วัดการพัฒนามนุษย์ในรูปของดัชนี เรียกว่า “Human Development Index : HDI” ซึ่งวัดจากปัจจัยทางสังคม คือ การศึกษา อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และปัจจัยทางเศรษฐกิจ (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อหัว) พบว่า ใน พ.ศ. 2533 คนไทยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ “กลาง” เป็นอันดับที่ 74 (HDI = 0.715) ใน 173 ประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียใต้ รองจากสิงคโปร์ บรูไนและมาเลเซีย และใน พ.ศ. 2538 พบว่า ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของคนไทยได้ยกระดับขึ้นอย่างรวดเร็วจากอันดับที่ 74 ใน พ.ศ. 2533 เป็นอันดับที่ 59 จาก 174 ประเทศ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพชีวิตระดับ “สูง” (HDI = 0.838) ซึ่งเป็นอันดับที่ 3 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียใต้ รองจากสิงคโปร์และบรูไน (ตารางที่ 4.13) โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่า HDI ของไทยขึ้นสู่ระดับสูงคือ ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจดัชนีการพัฒนามนุษย์ของไทยต่ำลง โดยพบว่า ตั้งแต่ พ.ศ. 2541-2553 ไทยมีคุณภาพชีวิตตกจากระดับ “สูง” มาอยู่ในระดับ “กลาง” (HDI = 0.654-0.784) และหล่นจากอันดับที่ 59 เป็นอันดับที่ 66 - 92 จาก 174 ประเทศ ซึ่งตกมาเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียใต้ 10 ประเทศ รองจากสิงคโปร์ บรูไนและมาเลเซีย (ตารางที่ 4.13)



ตารางที่ 4.13 ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2553

กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2533			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2541			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2542			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2548			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2550			กลุ่ม / ประเทศ	พ.ศ. 2553		
	อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี
WHO/SEAR	74	1	0.715	WHO/SEAR	74	1	0.768	WHO/SEAR	66	1	0.757	WHO/SEAR	78	1	0.781	WHO/SEAR	87	1	0.783	WHO/SEAR	92	2	0.654
ไทย				ไทย				ไทย				ไทย				ไทย				ไทย			
ศรีลังกา	86	2	0.663	ศรีลังกา	86	2	0.751	มัลดีฟส์	77	2	0.739	ศรีลังกา	99	2	0.743	มัลดีฟส์	95	2	0.771	ศรีลังกา	91	1	0.658
มัลดีฟส์	112	4	0.497	มัลดีฟส์	99	3	0.730	ศรีลังกา	81	3	0.735	มัลดีฟส์	100	3	0.741	ศรีลังกา	102	3	0.759	มัลดีฟส์	107	3	0.602
อินโดนีเซีย	108	3	0.515	อินโดนีเซีย	112	4	0.682	อินโดนีเซีย	102	4	0.677	อินโดนีเซีย	107	4	0.728	อินโดนีเซีย	111	4	0.734	อินโดนีเซีย	108	4	0.600
สหภาพพม่า	123	5	0.390	สหภาพพม่า	131	5	0.481	อินเดีย	115	5	0.571	สหภาพพม่า	132	6	0.583	ภูฏาน	132	5	0.619	อินเดีย	119	5	0.519
อินเดีย	134	6	0.309	อินเดีย	131	6	0.549	สหภาพพม่า	118	6	0.551	อินเดีย	128	5	0.619	บังกลาเทศ	134	6	0.612	บังกลาเทศ	129	6	0.469
ภูฏาน	159	9	0.150	ภูฏาน	136	7	0.511	เนปาล	129	7	0.48	ภูฏาน	133	7	0.579	สหภาพพม่า	138	7	0.586	ภูฏาน	-	-	-
เนปาล	152	8	0.170	เนปาล	139	8	0.502	ภูฏาน	130	8	0.471	เนปาล	142	8	0.534	บังกลาเทศ	146	8	0.543	สหภาพพม่า	132	7	0.451
บังกลาเทศ	147	7	0.189	บังกลาเทศ	143	9	0.499	บังกลาเทศ	132	9	0.47	บังกลาเทศ	140	9	0.547	เนปาล	144	9	0.553	เนปาล	138	8	0.428
เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-
ASEAN				ASEAN				ASEAN				ASEAN				ASEAN				ASEAN			
สิงคโปร์	43	1	0.849	สิงคโปร์	24	1	0.881	สิงคโปร์	26	1	0.876	สิงคโปร์	25	1	0.922	สิงคโปร์	23	1	0.944	สิงคโปร์	27	1	0.846
บรูไน	44	2	0.847	บรูไน	32	2	0.848	บรูไน	32	2	0.857	บรูไน	30	2	0.894	บรูไน	30	2	0.920	บรูไน	37	2	0.805
มาเลเซีย	57	3	0.790	มาเลเซีย	61	3	0.772	มาเลเซีย	56	3	0.774	มาเลเซีย	63	3	0.811	มาเลเซีย	66	3	0.829	มาเลเซีย	57	3	0.744
ไทย	74	4	0.715	ไทย	74	4	0.768	ไทย	66	4	0.757	ไทย	78	4	0.781	ไทย	87	4	0.783	ไทย	92	4	0.654
ฟิลิปปินส์	92	5	0.603	ฟิลิปปินส์	77	5	0.744	ฟิลิปปินส์	70	5	0.749	ฟิลิปปินส์	90	5	0.771	ฟิลิปปินส์	105	5	0.751	ฟิลิปปินส์	97	5	0.638
เวียดนาม	115	7	0.472	เวียดนาม	108	6	0.671	เวียดนาม	101	6	0.682	เวียดนาม	105	6	0.733	อินโดนีเซีย	111	6	0.734	อินโดนีเซีย	108	6	0.600
อินโดนีเซีย	108	6	0.515	อินโดนีเซีย	109	7	0.670	อินโดนีเซีย	102	7	0.677	อินโดนีเซีย	107	7	0.728	เวียดนาม	116	7	0.725	เวียดนาม	113	7	0.572
สหภาพพม่า	123	8	0.390	สหภาพพม่า	125	8	0.481	สหภาพพม่า	118	8	0.551	สหภาพพม่า	132	9	0.583	ลาว	133	8	0.619	ลาว	122	8	0.497
กัมพูชา	148	10	0.186	กัมพูชา	136	9	0.512	กัมพูชา	121	9	0.541	กัมพูชา	131	8	0.598	กัมพูชา	137	9	0.593	กัมพูชา	124	9	0.494
ลาว	141	9	0.246	ลาว	140	10	0.484	ลาว	131	10	0.476	ลาว	130	10	0.601	สหภาพพม่า	138	10	0.586	สหภาพพม่า	132	10	0.451
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	0.935	นอร์เวย์	1	1	0.939	ไอซ์แลนด์	1	1	0.968	นอร์เวย์	1	1	0.971	นอร์เวย์	1	1	0.988
แคนาดา	2	2	0.982	ฝรั่งเศส	2	2	0.946	นอร์เวย์	2	2	0.936	นอร์เวย์	2	2	0.968	ออสเตรเลีย	2	2	0.970	ออสเตรเลีย	2	2	0.937
นอร์เวย์	3	3	0.979	นอร์เวย์	3	3	0.943	สหรัฐอเมริกา	3	3	0.929	ออสเตรเลีย	3	3	0.962	ไอซ์แลนด์	3	3	0.969	นิวซีแลนด์	3	3	0.907
สวิตเซอร์แลนด์	4	4	0.978	สหรัฐอเมริกา	4	4	0.929	สวีเดน	4	4	0.936	แคนาดา	4	4	0.961	สหรัฐอเมริกา	4	4	0.966	สหรัฐอเมริกา	4	4	0.912
สวีเดน	5	5	0.977	ไอซ์แลนด์	5	5	0.927	เบลเยียม	5	5	0.935	ไอซ์แลนด์	5	5	0.959	ไอซ์แลนด์	5	5	0.965	ไอซ์แลนด์	5	5	0.895
สหรัฐอเมริกา	6	6	0.976	ฟินแลนด์	6	6	0.926	สหรัฐอเมริกา	6	6	0.934	สวีเดน	6	6	0.956	นอร์เวย์	6	6	0.964	ลัตเวีย	6	6	0.891
ออสเตรเลีย	7	7	0.972	เนเธอร์แลนด์	7	7	0.941	เบลเยียม	7	7	0.932	ไอซ์แลนด์	7	7	0.955	สวีเดน	7	7	0.963	เนเธอร์แลนด์	7	7	0.890
ฝรั่งเศส	8	8	0.971	ญี่ปุ่น	8	8	0.925	เนเธอร์แลนด์	8	8	0.931	ญี่ปุ่น	8	8	0.953	ฝรั่งเศส	8	8	0.961	แคนาดา	8	8	0.888
เนเธอร์แลนด์	9	9	0.970	นิวซีแลนด์	9	9	0.924	ญี่ปุ่น	9	9	0.928	เนเธอร์แลนด์	9	9	0.953	สวิตเซอร์แลนด์	9	9	0.960	สวีเดน	9	9	0.885
สหราชอาณาจักร	10	10	0.964	สวีเดน	10	10	0.918	ฟินแลนด์	10	10	0.925	ฝรั่งเศส	10	10	0.952	ญี่ปุ่น	10	10	0.960	สหราชอาณาจักร	10	10	0.885

ที่มา: Human Development Report, 1993-2010.



5. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต

5.1 โครงสร้างพื้นฐาน

5.1.1 การคมนาคมขนส่ง

1) การขนส่งทางบก

ใน พ.ศ. 2552 ระบบโครงข่ายถนนในประเทศไทยมีระยะทางประมาณ 393,906.739 กิโลเมตร โดยเป็นโครงข่ายทางหลวง 51,625.9 กิโลเมตรและโครงข่ายถนนชนบท 342,280.83 กิโลเมตร โดยระบบโครงข่ายถนนของไทยยังมีเครือข่ายเชื่อมโยงไปถึงภูมิภาคต่างๆ ทั้งสี่ภาค ซึ่งถือว่าโครงข่ายถนนกระจายครอบคลุมพื้นที่ของประเทศไทยอย่างทั่วถึง

สำหรับกรุงเทพมหานครมีทางด่วนทั้งสิ้น 198.4 กิโลเมตร และกำลังจะก่อสร้างทางด่วนขั้นที่ 3 เพิ่มเติมอีก 80.8 กิโลเมตร ให้เสร็จทั้งหมดภายใน พ.ศ. 2555 รวมทั้งมีระบบรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนให้บริการจำนวน 2 สาย และจะขยายเพิ่มเติมอีก 5 สาย ให้เสร็จภายในเร็วๆ นี้ อันจะช่วยลดปัญหาการจราจรในกรุงเทพมหานคร

นอกจากนี้ ยังมีการขนส่งทางรถไฟมีระยะทางทั้งสิ้น 4,428.789 กิโลเมตร

2) การขนส่งทางน้ำ

ใน พ.ศ. 2552 ท่าเรือหลักของไทยมี 7 แห่ง และท่าเทียบเรือ 11 ท่า ซึ่งมีศักยภาพในการรองรับการขนส่งสินค้าทางน้ำของอุตสาหกรรมได้อย่างเพียงพอในปัจจุบัน แต่อาจต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานของท่าเรือเพื่อรองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจในอนาคต

3) การขนส่งทางอากาศ

ปัจจุบันไทยมีท่าอากาศยานสากลซึ่งเปิดดำเนินการแล้ว จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ท่าอากาศยานดอนเมือง กรุงเทพฯ เชียงใหม่ หาดใหญ่ ภูเก็ต และเชียงราย แต่ต้องมีการพัฒนาท่าอากาศยานสุวรรณภูมิให้สามารถรองรับผู้โดยสารที่จะเพิ่มขึ้นอีกมากในอนาคต

5.1.2 การสื่อสาร

มีการขยายตัวด้านการสื่อสารของไทยไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ใน พ.ศ. 2552 มีโทรศัพท์ประเภทใช้สายทั่วประเทศ 6,582,548 เลขหมาย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 63,610,376 เลขหมาย คิดเป็น 104.1 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน และ 1,006.3 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 ตามลำดับ นอกจากนี้ ประเทศไทยมีเครื่องคอมพิวเตอร์ใช้ในสัดส่วน 96 เครื่องต่อประชากร 1,000 คน (ตารางที่ 4.14) และมีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มสูงขึ้นจาก 30 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 10.96 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 คิดเป็นอัตราการใช้อ้อยละ 17.3 หรือคิดเป็น 18,169.2 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2551 โดยกรุงเทพมหานครมีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงกว่าทุกภาค (ตารางที่ 4.15) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ แล้ว พบว่า ไทยมีโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสื่อสารและการใช้อินเทอร์เน็ตด้อยกว่าหลายประเทศในเอเชีย เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 4.14 และ 4.16)



ตารางที่ 4.14 โครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารของประเทศต่าง ๆ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2551

ประเทศ	จำนวนโทรศัพท์ประเภท ใช้สายต่อประชากร 1,000 คน					จำนวนโทรศัพท์เคลื่อนที่ ต่อประชากร 1,000 คน					จำนวนคอมพิวเตอร์ ต่อประชากร 1,000 คน				
	2539	2540	2542	2545	2550	2539	2540	2542	2545	2550	2539	2540	2542	2545	2551
สิงคโปร์	498.4	529.0	484.1	472	420	147.5	229	381.45	761.1	1,335	233	316	390.9	596	676
มาเลเซีย	192.5	192.5	219.3	206	164	88.4	101.9	145.05	372.9	879	53	65	94.5	137	286
ไทย	78.6	85.5	101.9	99*	104.1**	27.8	34.5	138.6	346.8*	1,006.3**	22	28	40.4	43	96
ฟิลิปปินส์	30.7	42.7	37.9	46	45	12.9	17.7	36.97	189.1	589	11	13	19.5	25	65
อินโดนีเซีย	17.8	24.7	29.1	34	77	3.0	5.4	9.83	48.5	353	6	9	13.4	13	31
สวีเดน	684.1	685.4	694.5	750	604	281.8	358.1	590.08	900.3	1,137	286	353	510.4	687	880
สหรัฐอเมริกา	636.6	625.6	709.8	701	533	161.9	205.6	314.87	496.9	835	403	450	538.9	739	869
นอร์เวย์	564.9	609.1	711.9	754	424	296.1	383.0	627.03	787.0	1,105	307	363	506.8	657	857

ที่มา: IMD. The World Competitiveness Yearbook, 1996 - 2009.

หมายเหตุ: 1. * เป็นข้อมูล พ.ศ. 2546

2. ** เป็นข้อมูล พ.ศ. 2552

3. ข้อมูลคอมพิวเตอร์ต่อประชากร 1,000 คน เป็นข้อมูล พ.ศ. 2551

ตารางที่ 4.15 ประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามเขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551

เขตการปกครอง และภาค	พ.ศ. 2544 ⁽¹⁾		พ.ศ. 2546 ⁽²⁾		พ.ศ. 2549 ⁽²⁾		พ.ศ. 2550 ⁽²⁾		พ.ศ. 2551 ⁽²⁾	
	ประชาชน ที่ใช้	อัตรา ต่อแสน	ประชาชน ที่ใช้	อัตรา ต่อแสน	ประชาชน ที่ใช้	อัตรา ต่อแสน	ประชาชน ที่ใช้	อัตรา ต่อแสน	ประชาชน ที่ใช้	อัตรา ต่อแสน
	อินเทอร์เน็ต	ประชากร	อินเทอร์เน็ต	ประชากร	อินเทอร์เน็ต	ประชากร	อินเทอร์เน็ต	ประชากร	อินเทอร์เน็ต	ประชากร
ทั่วประเทศ	3,536,001	6,163.7	6,031,300	10,434.1	8,465,823	14,226.2	9,320,126	15,540.4	10,964,243	18,169.2
ในเขตเทศบาล	2,341,433	12,361.5	3,807,900	19,897.3	4,242,901	23,370.9	4,564,814	24,821.5	5,369,342	28,966.4
นอกเขตเทศบาล	1,194,568	3,108.7	2,223,400	5,750.2	4,222,921	10,211.6	4,755,312	11,435.7	5,594,901	13,382.1
กรุงเทพมหานคร	1,234,542	16,774.1	2,005,700	26,862.3	1,774,375	27,961.7	1,917,348	29,945.7	2,323,439	36,023.3
ภาคกลาง	830,389	6,322.6	1,336,300	10,077.3	2,028,575	13,906.6	2,317,222	15,661.2	2,689,064	17,974.2
ภาคเหนือ	516,114	4,988.6	1,003,200	9,682.4	1,581,412	14,656.7	1,685,343	15,629.7	1,923,015	17,838.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	559,193	2,937.4	1,070,100	5,586.5	2,103,780	10,599.5	2,382,704	11,937.8	2,778,257	13,859.1
ภาคใต้	395,763	5,283.3	616,000	8,147.4	977,680	12,316.2	1,017,509	12,667.1	1,250,469	15,422.5
อัตราความแพร่หลายของ การใช้อินเทอร์เน็ต (%)	5.7		9.5		13.5		14.8		17.3	

ที่มา:

- รายงานการสำรวจการมี การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศในครัวเรือน พ.ศ. 2544 และ 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ไตรมาส 1 พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานผลที่สำคัญ การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนพ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ⁽¹⁾ ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป

⁽²⁾ ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป



ตารางที่ 4.16 การเปรียบเทียบความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2541, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552

ประเทศ	ผู้ใช้อินเทอร์เน็ต (ล้านคน)				อัตราความแพร่หลาย (%)			
	2541	2545	2548	2552	2541	2545	2548	2552
ออสเตรเลีย	4.0	10.63	14.66	17.0	22.2	54.4	71.8	80.1
สิงคโปร์	0.55	2.31	2.42	3.4	18.3	51.9	53.9	72.4
ฮ่องกง	1.1	4.35	4.88	4.88	18.3	59.6	70.3	69.2
นิวซีแลนด์	0.55	2.06	3.20	3.4	15.3	52.7	78.4	79.7
ไต้หวัน	3.0	11.6*	13.21	15.1	14.3	51.8	59.9	65.9
ญี่ปุ่น	14.0	56	86.3	95.9	10.8	44.1	67.7	75.5
เกาหลี	2.0	25.6	33.9	37.5	4.6	53.8	69.4	77.3
ไทย	0.67	4.8	8.46	16.1	1.1	7.7	13.5	24.4
มาเลเซีย	0.4	5.7*	11.02	16.9	2.0	25.1	41.2	65.7
ฟิลิปปินส์	0.2	4.5	7.82	24.0	0.3	7.7	8.7	24.5
จีน	1.5	45.8	123.0	360.0	0.1	3.5	9.3	26.9
อินโดนีเซีย	0.1	4.4	16.0	30.0	0.1	1.9	7.3	12.5
อินเดีย	0.4	7.0*	60.6	81.0	< 0.1	0.6	4.6	7.0
เวียดนาม	0.15	0.4*	13.10	21.9	< 0.1	0.5	15.4	24.8

- ที่มา:
- Internet Users Worldwide, 2001-2002
 - The World Fact Book, 2006-2007
 - Internet World Stats, 2009

- หมายเหตุ:
1. อัตราความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ต =
$$\frac{\text{จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ต}}{\text{จำนวนประชากรทั้งประเทศ}} \times 100$$
 2. * เป็นข้อมูล พ.ศ. 2544
 3. ข้อมูลประเทศไทย พ.ศ. 2552 ใช้จาก Internet World Stats, 2009

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีดาวเทียมไทยคมของตนเอง การเปิดสถานีโทรทัศน์ตามสาย Cable TV และโทรทัศน์เสริจะยิ่งขยายขอบข่ายการสื่อสารให้กว้างขึ้น

การขยายตัวของเครือข่ายการสื่อสารของไทยมีความเชื่อมโยงกับพัฒนาการระดับโลกเป็นส่วนหนึ่งของวิวัฒนาการของยุค “โลกไร้พรมแดน”



นอกจากนี้ มีการขยายตัวของธุรกิจโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ มีมูลค่าปีละหลายหมื่นล้านบาท ซึ่งธุรกิจโฆษณาเหล่านี้ส่งผลอย่างรุนแรงต่อพฤติกรรมผู้บริโภคของคนไทย และมีระบบการจัดจำหน่ายสินค้าและบริการในรูปแบบใหม่ ๆ เป็นการจำหน่ายโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ตามระบบการขายตรง ซึ่งควบคุมกำกับได้ยากกว่าการจำหน่ายตามร้านค้า

พฤติกรรมรับข้อมูลข่าวสารของประชาชนเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งเคยได้ข้อมูลจากสื่อวิทยุเป็นหลัก เปลี่ยนมาเป็นสื่อโทรทัศน์เป็นหลัก สื่อวิทยุรองลงมา ซึ่งจากการสำรวจสื่อมวลชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2551 พบว่าประชาชนที่ชมโทรทัศน์มีถึง 57.0 ล้านคน (ร้อยละ 94.6) ขณะที่ฟังวิทยุมีเพียง 18.7 ล้านคน (ร้อยละ 31.1) นอกจากนี้ประชาชนในเขตเมืองมีความสนใจที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สุขภาพมากขึ้นกว่าเดิมที่รับแต่ความบันเทิงเท่านั้น โดยเฉพาะรูปแบบใหม่ ๆ ที่นิยม คือ รูปแบบการถามตรงและการพูดคุยสด เกิดชุมชนใหม่ที่อาศัยสื่อเป็นตัวกลาง เช่น ชุมชน จส. 100 ชุมชนรายการเกมส์โชว์และชุมชนรายการวิทยุต่าง ๆ

5.1.3 การสาธารณูปโภค

1) พ.ศ. 2552 มีไฟฟ้าใช้ระดับดีและปานกลาง ร้อยละ 98.6 (70,186 หมู่บ้าน) และไม่มีไฟฟ้าใช้อีก 944 หมู่บ้าน (ร้อยละ 1.3) ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 การมีไฟฟ้าใช้ของหมู่บ้านระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552

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
2550	69,730	66,867	95.9	1,868	2.7	995	1.4
2552	71,130	68,520	96.3	1,666	2.3	944	1.3

ที่มา: หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2535 - 2552 จากข้อมูล กชช. 2ค., ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย

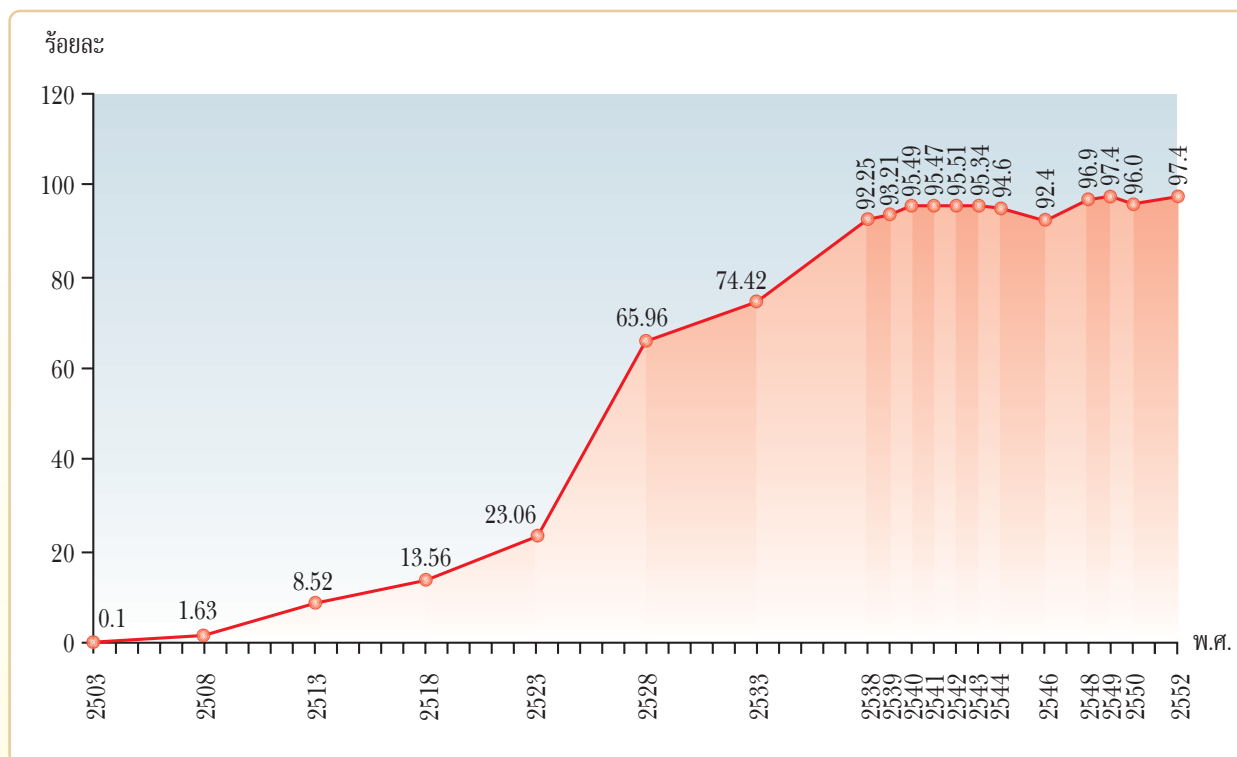
หมายเหตุ: ¹ ระดับดี หมายถึง หมู่บ้านที่มีครัวเรือนที่มีไฟฟ้าของรัฐใช้มากกว่าครึ่งหนึ่งของหมู่บ้าน

² ปานกลาง หมายถึง หมู่บ้านที่มีครัวเรือนที่มีไฟฟ้าของรัฐใช้ไม่เกินครึ่งหนึ่งของหมู่บ้าน

2) พ.ศ. 2552 ครัวเรือนร้อยละ 97.4 มีน้ำสะอาดเพียงพอแก่การบริโภค (ภาพที่ 4.21) และใน พ.ศ. 2552 ครัวเรือนร้อยละ 97.2 มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี



ภาพที่ 4.21 อัตราการมีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2552



ที่มา: พ.ศ. 2503 - 2543 ได้จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 ได้จากหมู่บ้านชนบทไทย ปี 2544, 2546, 2548, 2550 และ 2552 ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย
พ.ศ. 2549 ได้จากรายงาน จปฐ. ปี 2549, ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

(1) **ปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์และยานพาหนะมากขึ้น** เนื่องจากการขยายตัวทางด้านการคมนาคมขนส่ง โดยเฉพาะการขยายถนน เป็นการเพิ่มปริมาณยานพาหนะ (ดูบทที่ 5 หัวข้อ 2.6 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ)

(2) **การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยังมีความเหลื่อมล้ำ** เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสื่อสารของไทยด้อยกว่าต่างประเทศมาก ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในเขตชนบทและภูมิภาคจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยากกว่าประชากรที่อยู่ในเมือง

5.2 ความหลากหลายทางชีวภาพ

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



ในขณะที่เดียวกันไทยได้เข้าเป็นภาคีสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพในลำดับที่ 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 ก๊าซโลกร้อน

จากหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันว่า โลกกำลังเผชิญกับวิกฤตภาวะโลกร้อนอันเนื่องมาจากการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในภาคพลังงานและการขนส่ง ซึ่งจากรายงานของ World Bank พ.ศ. 2549 พบว่า ประเทศไทยปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากเป็นอันดับ 31 ของโลก (อันดับ 1-5 คือ สหรัฐอเมริกา จีน อินโดนีเซีย บราซิล และรัสเซีย) และเป็นอันดับที่ 4 ของอาเซียน รองจากประเทศอินโดนีเซีย มาเลเซียและพม่า โดยเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2546 ไทยมีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 (ตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18 ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยจากภาคส่วนต่าง ๆ ของไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2546

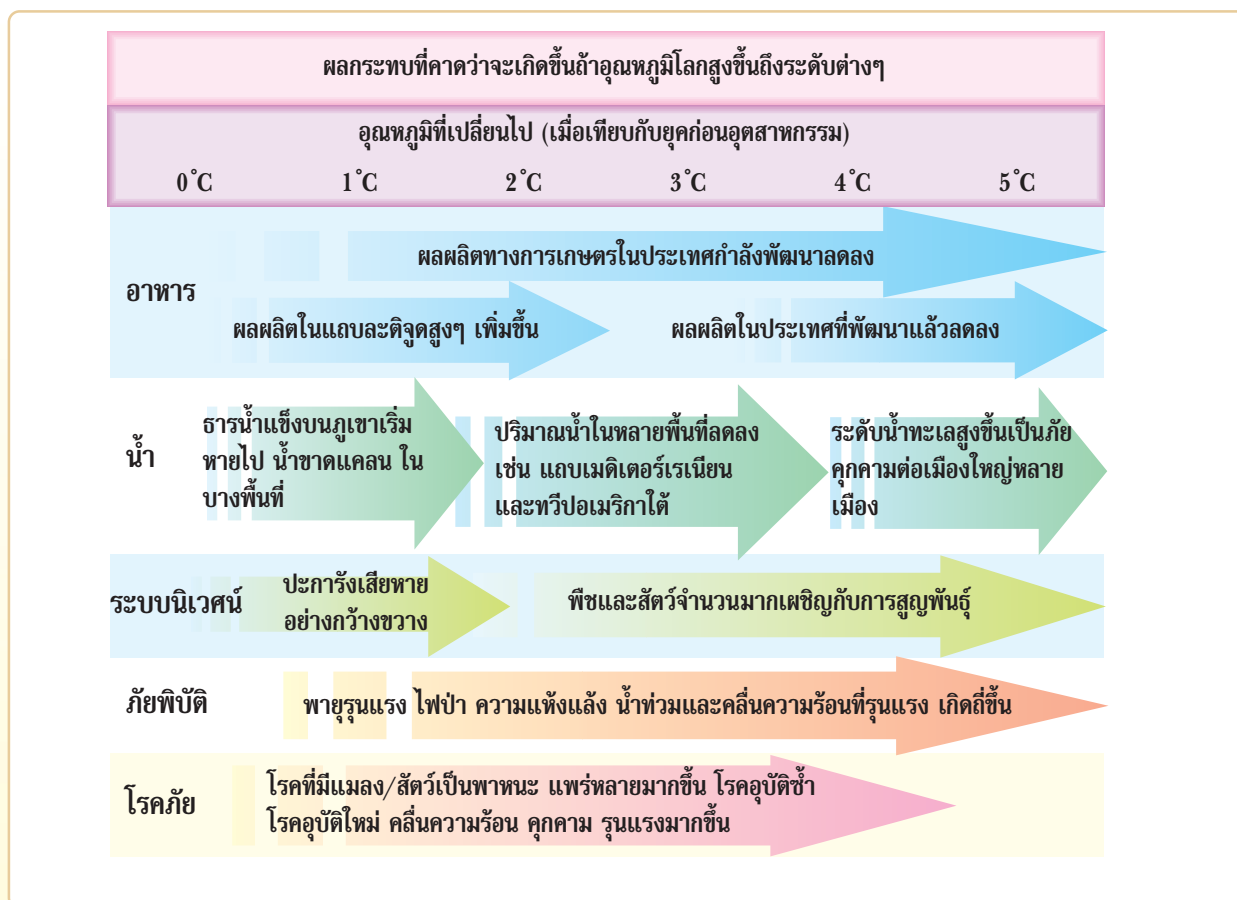
ภาค	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2546	อัตราเพิ่ม/ลดจาก พ.ศ. 2537
พลังงาน	129.87	193.2	+48.7
เกษตรกรรม	77.39	82.78	+7.0
ของเสีย	0.74	26.87	+353.1
ป่าไม้และการใช้ที่ดิน	61.85	22.61	-63.4
รวม	269.85	325.46	+20.6

ที่มา: - คณะกรรมการนโยบายการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศแห่งชาติ, 2550, อ้างอิงจากรายงานสุขภาพคนไทย 2551, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



สำหรับผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นถ้าอุณหภูมิโลกสูงขึ้น ดังภาพที่ 4.22

ภาพที่ 4.22 ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นถ้าอุณหภูมิโลกสูงขึ้น



ที่มา: รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2551, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาวะโลกร้อนมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพดังนี้

1. การสูญเสียชีวิตของประชาชนไทย อันเนื่องมาจากการเกิดภัยพิบัติและน้ำท่วมในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา ก่อให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจของประเทศ รวม 85,000 ล้านบาท โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2549 มีพื้นที่ถูกน้ำท่วม 47 จังหวัด คนตายมากกว่า 100 คน คนไร้ที่อยู่และได้รับความเดือดร้อน 4.2 ล้านคน (รายงานจากวิทยาลัยศร 2570... สู่แผนฯ 11, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

2. การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น อากาศร้อนทำให้พาหะนำโรคติดต่อบางชนิดเพิ่มจำนวนเร็วขึ้น โดยเฉพาะยุง แมลงวันและหนู โรคติดต่อจึงแพร่กระจายได้มากขึ้น เช่น โรคไข้เลือดออกพบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของไทย พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551 มีแนวโน้มสูง โดยใน พ.ศ. 2551 พบผู้ป่วยสูงถึง 89,626 ราย นอกจากนี้ พื้นที่แถบภูเขาสูงยังไม่เคยพบการระบาดของเชื้อโรคไข้เลือดออกมาก่อน มาบัดนี้กลับพบการเกิดการแพร่ระบาดขึ้นแล้วและมีผู้ป่วยวันละ 50 ราย ที่หมู่บ้านชาวเขาเผ่าอาข่า บ้านชาเจ๊ะ ต.แม่ไร่ อ.แม่จัน จ.เชียงราย จนทำให้ผู้ป่วยล้นโรงพยาบาล (รายงานสุขภาพคนไทย 2551)

3. สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

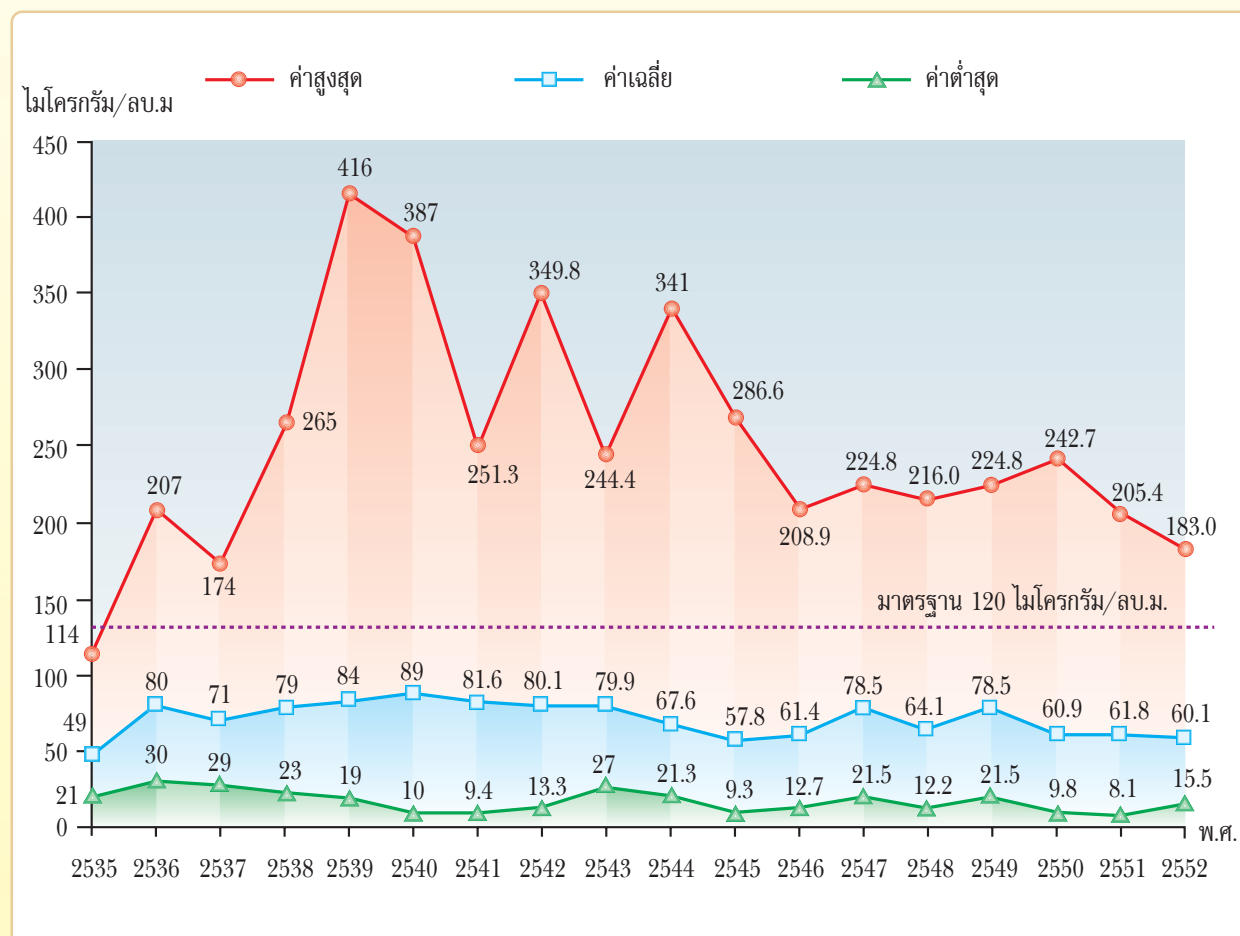
อุณหภูมิที่สูงขึ้น ความแห้งแล้งหรือฝนตกหนัก ทำให้สิ่งแวดล้อมเสียสมดุล โดยเฉพาะความแห้งแล้งยังทำให้เกิดไฟฟ้าที่รุนแรง ซึ่งควันและเขม่าจากไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจและทำให้เกิดการระคายเคืองต่อตา เช่น กรณีเกิดไฟฟ้าในประเทอินโดนีเซีย เมื่อปี 2540 - 2541 ส่งผลให้เกิดควันหนาแน่นปกคลุมภาคใต้ของไทย ทำให้มีผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเดินหายใจและตาเป็นจำนวนมาก

5.3.2 มลพิษทางอากาศ

จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศในประเทศไทย ทั้งในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและพื้นที่ต่างจังหวัด พบว่า ฝุ่นละอองยังเป็นปัญหาสำคัญ สำหรับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และก๊าซโอโซนเกินมาตรฐานเป็นครั้งคราว ส่วนสารมลพิษอื่น ๆ เช่น ตะกั่วและก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

ปัญหาหลักของมลภาวะในกรุงเทพมหานคร คือ ฝุ่นละอองทั้งในพื้นที่ทั่วไปและริมถนน ซึ่งจะมีปัญหารุนแรงกว่าเนื่องจากอยู่ใกล้แหล่งกำเนิดมลพิษ เช่น ยานพาหนะ กิจกรรมการก่อสร้าง สำหรับในปี 2552 ฝุ่นรวมเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร มีปริมาณลดลงตั้งแต่ปี 2540 อันเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจที่ส่งผลให้กิจกรรมด้านอุตสาหกรรมและการก่อสร้างต่าง ๆ ลดน้อยลง สำหรับฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน เฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานครใน ปี 2535 - 2552 พบว่า เกินค่ามาตรฐานในทุกสถานที่ที่ตรวจ (ภาพที่ 4.23) ส่วนก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์และสารตะกั่ว พบว่า ยังต่ำกว่าค่ามาตรฐาน

ภาพที่ 4.23 ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม



ส่วนในต่างจังหวัดใน พ.ศ. 2552 กรมควบคุมมลพิษได้ดำเนินการตรวจวัดคุณภาพอากาศทั้งหมด 25 สถานี รวม 18 จังหวัด ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ พบว่า ปัญหาหลักคือ ฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน มีค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดเกินค่ามาตรฐานเกือบทุกพื้นที่ (มาตรฐานฝุ่นขนาดเล็กค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง = 120 ไมโครกรัม/ลบ.ม.) โดยพบปริมาณ สูงสุดที่จังหวัดลำปาง วัดได้ค่าสูงสุดเท่ากับ 292.8 ส่วนก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ คาร์บอนมอนอกไซด์ ส่วนใหญ่ยังต่ำกว่าค่ามาตรฐาน

คุณภาพอากาศที่เสื่อมโทรมลงมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยพบว่า การสูดดมฝุ่นละอองขนาดเล็กขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน ใน 6 เมืองใหญ่ของไทย คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมาและ สงขลา ที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 2,330 คน และป่วยเป็นโรคหลอดลมอักเสบปัส 9,626 คน คิดเป็นค่าใช้จ่าย ทั้งสิ้น 28,009.6 ล้านบาท หรือคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรเท่ากับ 2,000 บาทต่อคนต่อปี โดยกรุงเทพมหานครมีค่าใช้จ่าย เป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 65.0 ของค่าใช้จ่ายทั้ง 6 เมืองใหญ่⁵

5.3.3 มลพิษทางน้ำ

ปัจจุบันคุณภาพของแม่น้ำสายต่างๆ ของประเทศมีแนวโน้มที่จะเสื่อมโทรมลง แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ยกเว้นแม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่างและแม่น้ำท่าจีนตอนล่างใน ภาคกลางที่คุณภาพน้ำเสื่อมโทรมมาก สามารถใช้ประโยชน์ได้เพียงเพื่อการคมนาคมเท่านั้น

จากรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพแม่น้ำ 49 สายและ 4 แหล่งน้ำนิ่ง ได้แก่ กว๊านพะเยา บึงบอระเพ็ด หนองหาน และลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา ใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552 พบว่า คุณภาพแม่น้ำทั่วไปในภาพรวมทั้งประเทศอยู่ใน เกณฑ์ดีขึ้น คือ คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นจากร้อยละ 6.25 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 36.67 ใน พ.ศ. 2545 และ กลับลดลง เป็นร้อยละ 31.0 ใน พ.ศ. 2552 และคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์พอใช้เพิ่มจากร้อยละ 18.75 ใน พ.ศ. 2535 เป็น ร้อยละ 54.0 ใน พ.ศ. 2551 และกลับลดลงเป็นร้อยละ 36.0 ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งน้ำดังกล่าวใช้เพื่อการอุปโภคบริโภคได้ แต่ ต้องผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำตามปกติและเป็นพิเศษในบางแห่ง และผ่านการฆ่าเชื้อโรคก่อนเพื่อความปลอดภัย ต่อสุขภาพ (ตารางที่ 4.19)

สำหรับคุณภาพแม่น้ำเจ้าพระยาใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2547 พบว่า คุณภาพน้ำเจ้าพระยาอยู่ใน เกณฑ์พอใช้ แต่ในช่วงหลัง พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรมลงอย่างมาก เป็นร้อยละ 76.0 ใน พ.ศ. 2552 (ตาราง ที่ 4.19) ซึ่งปัญหาที่พบคือ แบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มและฟีคัลโคลิฟอร์ม เกินมาตรฐาน ปริมาณความสกปรกในรูปของสาร อินทรีย์เกินมาตรฐานและปริมาณออกซิเจนละลายในน้ำที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

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



ตารางที่ 4.19 ร้อยละของคุณภาพน้ำในแม่น้ำทั่วไปและแม่น้ำเจ้าพระยา พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	คุณภาพน้ำแม่น้ำทั่วไป				คุณภาพน้ำแม่น้ำเจ้าพระยา			
	ดี	พอใช้	เสื่อมโทรม	เสื่อมโทรม มาก	ดี	พอใช้	เสื่อมโทรม	เสื่อมโทรม มาก
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
2550	19.0	35.0	44.0	2.0	2.0	22.0	57.0	19.0
2551	22.0	54.0	24.0	0.0	7.0	24.0	49.0	20.0
2552	31.0	36.0	33.0	0.0	3.0	21.0	46.0	30.0

ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

มลพิษทางน้ำนอกจากจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนแล้วยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ โดยมีการประมาณการค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคท้องร่วง โรคบิดและไทฟอยด์ ใน พ.ศ. 2542 ได้ทำให้ระบบเศรษฐกิจของไทยได้รับความสูญเสียประมาณ 23 ล้านบาทหรือ 0.02% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ โดยเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด 7.59 ล้านบาทหรือ 0.02% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก 4.96 ล้านบาทหรือ 0.02% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน 2.64 ล้านบาทหรือ 0.02% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ⁶

⁶ อ้างในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2550, หน้า 79

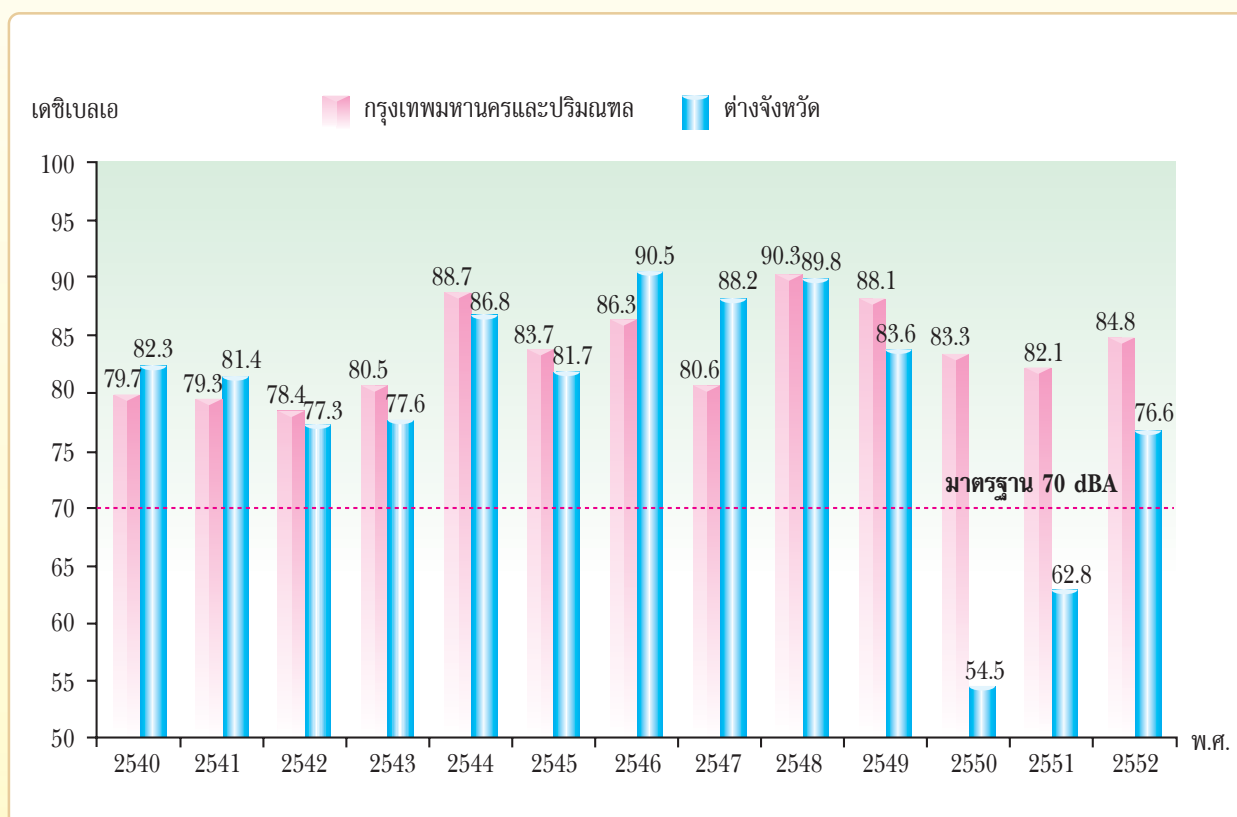


5.3.4 มลพิษทางเสียง

ปัจจุบันมลพิษทางเสียงที่ก่อให้เกิดปัญหามากที่สุด ได้แก่ เสียงจากการจราจรยานพาหนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหามลพิษทางเสียง บริเวณริมถนนสายหลักในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและเมืองใหญ่ในพื้นที่ต่างจังหวัดที่มีการจราจรหนาแน่น ซึ่งจากการตรวจวัดระดับเสียงของกรมควบคุมมลพิษ ใน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552 ที่สถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศและเสียง จำนวน 17 สถานีใน 11 จังหวัด พบว่า ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq)⁷ 24 ชั่วโมง สูงสุดเกินมาตรฐานเกือบทุกสถานี (ภาพที่ 4.24)

มลพิษทางเสียงมีแนวโน้มสูงขึ้นทำให้ประชาชนได้รับอันตรายต่อการได้ยินและมีบางส่วนที่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน จากการศึกษาของ Dr. Andrew W. Smith⁸ พบว่า เสียงที่ดังเกิน 80 เดซิเบล เป็นอันตรายต่อการได้ยินและ Schuttz (1978)⁹ พบว่า เสียงที่ดังเกินกว่า 70 เดซิเบล จะทำให้ประชากรร้อยละ 22 - 95 ขึ้นไป ได้รับความบกพร่องจากระดับเสียงดังกล่าวอย่างมาก

ภาพที่ 4.24 ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมงสูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพฯ ปริมณฑลและเมืองใหญ่ในพื้นที่ต่างจังหวัด พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

⁷ ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมง เป็นค่าเฉลี่ยของพลังงานเสียงต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมง

⁸ อ้างในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2543 หน้า 113 - 114

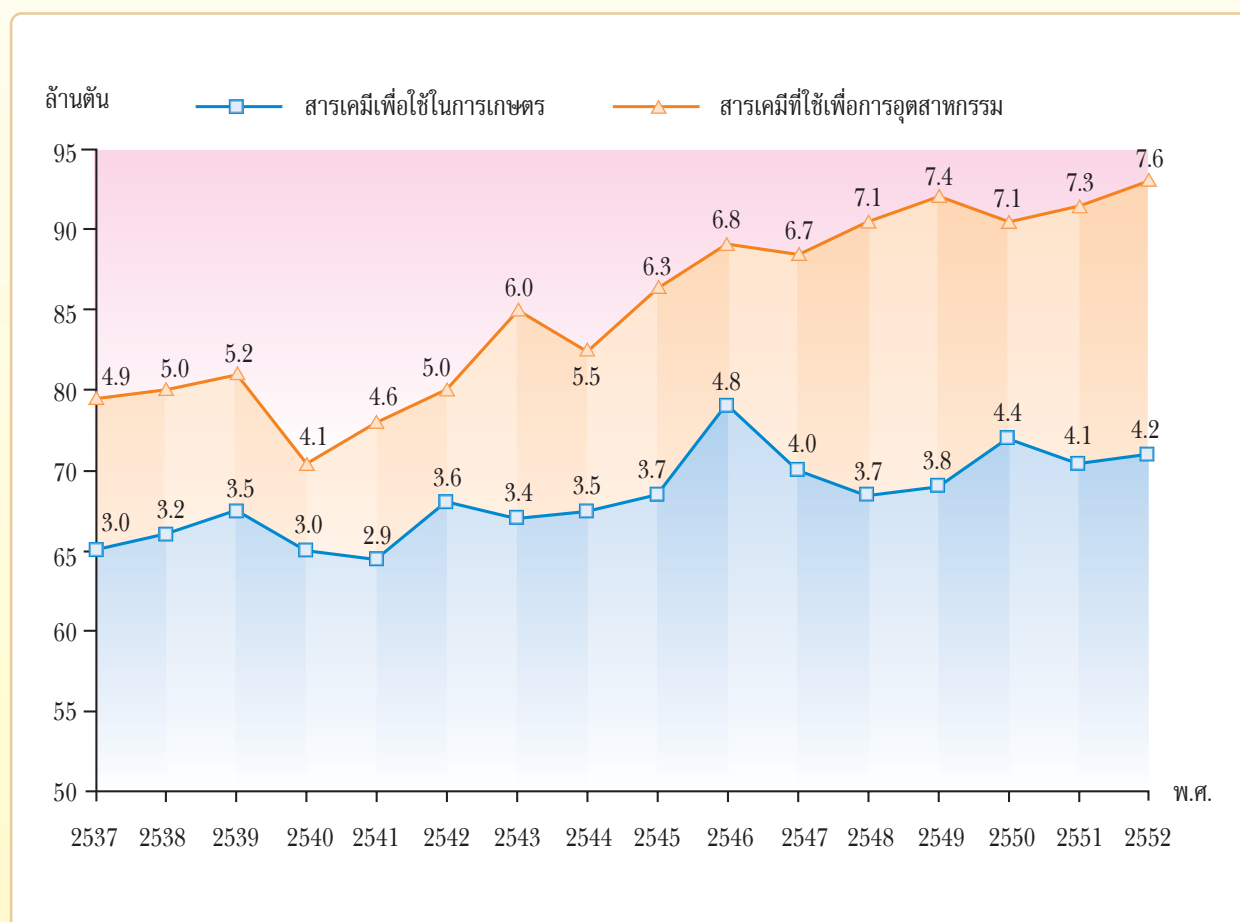
⁹ อ้างในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2543 หน้า 113 - 114

5.3.5 มลพิษจากสารอันตราย

ใน พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552 มีการนำเข้าสารอันตรายเพื่อใช้ในการกิจการอุตสาหกรรมและการเกษตร เพิ่มขึ้นจาก 4.9 ล้านตัน เป็น 7.6 ล้านตัน และ 3.0 ล้านตัน เป็น 4.2 ล้านตัน ตามลำดับ (ภาพที่ 4.25) ในขณะที่ยังขาดการจัดการที่ดีในการขนส่ง เก็บรักษาและใช้ประโยชน์ ทำให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งและรุนแรง ซึ่งใน พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552 มีอุบัติเหตุด้านสารเคมีถึง 119 ครั้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บ 990 ราย ผู้เสียชีวิต 10 ราย

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

ภาพที่ 4.25 ปริมาณการนำเข้าสารเคมี พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552



ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์ โดยความร่วมมือจากกรมศุลกากร

หมายเหตุ: สารเคมีที่ใช้ในการเกษตร หมายถึง ปุ๋ยและยากำจัดศัตรูพืช

สารเคมีใช้ในอุตสาหกรรม หมายถึง เคมีภัณฑ์อินทรีย์ เคมีภัณฑ์อนินทรีย์และเคมีภัณฑ์อื่นๆ



5.3.6 มลพิษจากของเสียอันตราย

ปริมาณการเกิดของเสียอันตรายของไทยได้เพิ่มสูงขึ้นจาก 0.9 ล้านตัน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 3.15 ล้านตัน ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นของเสียอันตรายที่เกิดจากอุตสาหกรรมเป็นส่วนใหญ่ประมาณ 2.45 ล้านตัน หรือร้อยละ 77.8 ของของเสียทั้งหมดและจากชุมชน 0.7 ล้านตัน หรือร้อยละ 22.2 โดยที่กากของเสียจากอุตสาหกรรมนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ความสามารถในการกำจัดของเสียอันตรายให้ถูกตามหลักสุขาภิบาลยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งใน พ.ศ. 2552 กำจัดของเสียอันตรายที่เกิดจากอุตสาหกรรมได้ ประมาณร้อยละ 75 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 2,453 ชุมชน ใน พ.ศ. 2551 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.5 และ 36.1 ตามลำดับ โดยพบว่าใน พ.ศ. 2551 มีชุมชนผู้มีรายได้น้อยทั้งสิ้น 270,764 ครัวเรือน ในจำนวนนี้อยู่ในกรุงเทพมหานครร้อยละ 44.8 (1,098 ชุมชน) ในเขตปริมณฑลร้อยละ 18.9 (463 ชุมชน) ในภูมิภาคร้อยละ 36.3 (892 ชุมชน) โดยพบว่า จำนวนชุมชนผู้มีรายได้น้อยเพิ่มขึ้นในกรุงเทพฯ และปริมณฑล (กองข้อมูลที่อยู่อาศัย การเคหะแห่งชาติ)

สำหรับที่อยู่อาศัยในชนบทจากข้อมูลสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ใน พ.ศ. 2551 พบว่า ครัวเรือนในชนบทที่มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมากขึ้น กล่าวคือ มีบ้านคงทนถาวรเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 90.6 ใน พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 98.9 ใน พ.ศ. 2551 ครัวเรือนสนใจการจัดบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.4 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 98.0 ใน พ.ศ. 2551

การเพิ่มขึ้นของชุมชนแออัดอย่างรวดเร็ว ทำให้มีปัญหาสิ่งแวดล้อมซึ่งกระทบกับสุขภาพ เช่น การขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาดและได้มาตรฐาน ประกอบกับพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ดี ทำให้อัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงยังคงเพิ่มสูงขึ้นในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเพิ่มจาก 3,031.3 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2527 เป็น 10,000 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2552

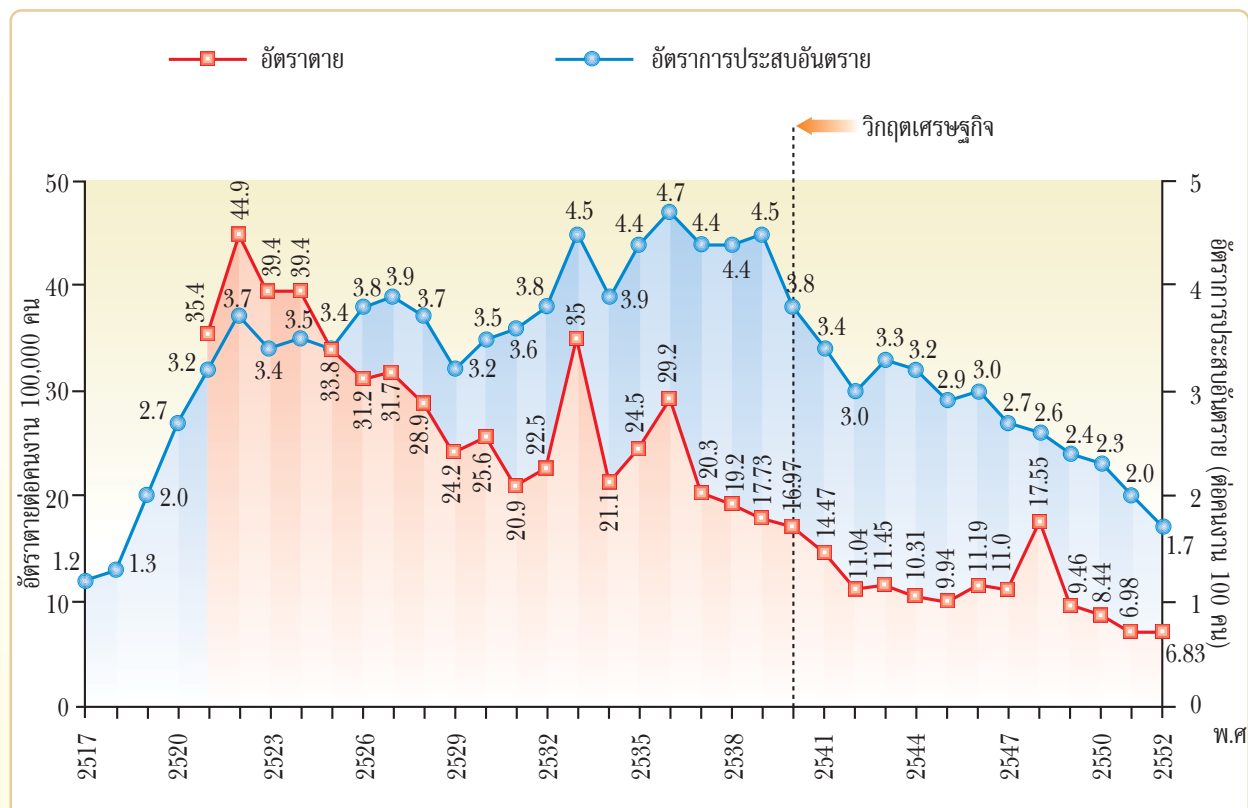
5.4.2 ความปลอดภัยในการทำงาน

ประชากรที่อยู่ในวัยแรงงานและมีงานทำ 38.3 ล้านคน (พ.ศ. 2552) เท่ากับร้อยละ 60.4 ของประชากรทั่วประเทศ ซึ่งเป็นแรงงานที่อยู่ในระบบ 14.0 ล้านคน (ร้อยละ 36.6) และแรงงานนอกระบบ 24.3 ล้านคน (ร้อยละ 63.4)

แรงงานในระบบซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการ จะมีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา จึงไม่สามารถปกป้องดูแลตนเองจากการทำงาน จึงทำให้ลูกจ้างในสถานประกอบการที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 2 ใน พ.ศ. 2519 เป็นร้อยละ 4.7 ใน พ.ศ. 2536 อัตรานี้จึงเริ่มคงที่และลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2537 จนเหลือเพียงร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2552 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 และกลับลดลงเป็น 6.83 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 4.26) แต่ยักรับว่ายังมีอัตราสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว เช่น อังกฤษ มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 1.3 คนต่อคนงาน 100,000 คน และฟินแลนด์มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 4 คน ต่อคนงาน 100,000 คน (ชูชัย ศุภวงศ์, สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพในประเทศไทย, 2539)



ภาพที่ 4.26 อัตราการตายและการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานของคนงาน พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กระทรวงแรงงาน

สำหรับแรงงานนอกระบบซึ่งเป็นแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศ อันได้แก่ แรงงานภาคเกษตร ผู้ทำงานส่วนตัว ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ฯลฯ ซึ่งยังไม่ได้รับการดูแลจากรัฐเท่าที่ควร โดยจากการสำรวจแรงงานนอกระบบ พบว่า แรงงานนอกระบบมีปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.8 ใน พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 10.7 ใน พ.ศ. 2552 และมีปัญหาสภาพแวดล้อมในการทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 14.0 ใน พ.ศ. 2552 โดยปัญหาด้านความไม่ปลอดภัยจากการทำงานที่พบมากที่สุดคือ ได้รับสารเคมีเป็นพิษและเครื่องจักรเครื่องมือเป็นอันตราย ขณะที่ปัญหาด้านสภาพแวดล้อมที่พบมากที่สุดคือ อิริยาบถในการทำงานและแสงสว่างไม่เพียงพอ (รายงานการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

ดังนั้น แม้ว่าปัจจุบันรัฐจะขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนได้มากกว่า ร้อยละ 95 แล้วก็ตาม แต่ก็ควรเร่งดำเนินการหาข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ให้ประชาชนที่เหลือนี้อย่างไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใด ๆ สามารถเข้าถึงสิทธิได้ อันจะเป็นการคุ้มครองให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น



5.4.3 ความปลอดภัยของอาหารและน้ำ

1) ความปลอดภัยของอาหาร

ปัจจุบันวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชาชนได้เปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารที่บ้านไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป และอาหารพร้อมรับประทาน การปรุงประกอบอาหารที่รวดเร็วในปริมาณมาก จึงมักพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะของสถานประกอบการด้านอาหาร ซึ่งจากการสุ่มตัวอย่างอาหารถุง รวม 4,344 ตัวอย่าง ในแฟงลอยจำหน่ายอาหารและซูเปอร์มาร์เก็ต พบว่า อาหารมีการปนเปื้อนแบคทีเรียและไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึง ร้อยละ 35.0 แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและท้องถิ่นได้มีการปรับปรุงสถานประกอบการด้านอาหารให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วก็ตาม โดยจากการศึกษาสภาวะการณ์ในสถานประกอบการด้านอาหาร พ.ศ. 2552 พบว่า ร้านอาหารและแฟงลอยจำหน่ายอาหารมีการปรับปรุงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Clean Food Good Taste) ถึงร้อยละ 85.3 (121,963 แห่ง จาก 143,042 แห่ง) สำหรับตลาดสด พบว่า ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อสูงถึงร้อยละ 77.4 (1,189 แห่ง จาก 1,536 แห่ง)

นอกจากนี้ การใช้สารเคมีในอาหารเพิ่มสูงขึ้น หรือใช้โดยขาดหลักวิชาการ รวมทั้งมีการลักลอบใส่สารเคมีบางตัวที่เป็นอันตรายส่งผลให้พบสารพิษตกค้างทั้งในพืชผักสดและผลไม้สด และอาหารสด เกินมาตรฐาน ซึ่งจากรายงานผลโครงการความปลอดภัยด้านอาหารใน พ.ศ. 2546-2552 พบว่า ก่อนเริ่มโครงการมีสารตกค้างในอาหารสดสูงมาก แต่หลังจากที่รณรงค์ให้มีการลดการปนเปื้อนของสารห้ามใช้ในอาหาร 6 ชนิด ในกลุ่มอาหารสด พบว่า สารปนเปื้อนทุกชนิดมีแนวโน้มลดลง แต่สารเร่งเนื้อแดงและยาฆ่าแมลงยังพบในปริมาณสูงโดยเฉพาะในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ทางการเกษตร (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.20 ผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารสดจากตลาดสดทั่วประเทศตามโครงการความปลอดภัยด้านอาหาร พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552

สารปนเปื้อน	ก่อนมีโครงการ		เมื่อมีโครงการ (2546)			พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2552		
	จำนวน ตัวอย่าง ที่ตรวจ	ร้อยละ ที่พบ	จำนวน ตัวอย่าง ที่ตรวจ	พบสาร ปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ ที่พบสาร ปนเปื้อน	จำนวน ตัวอย่าง ที่ตรวจ	พบสาร ปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ ที่พบสาร ปนเปื้อน	จำนวน ตัวอย่าง ที่ตรวจ	พบสาร ปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละ ที่พบสาร ปนเปื้อน
1. สารเร่งเนื้อแดง	2,132	96.0	1,111	115	10.4	2,997	65	2.2	1,356	42	3.1
2. สารฟอกขาว	3,256	10.0	4,812	83	1.7	14,338	2	0.01	14,246	19	0.1
3. สารกันรา	2,099	7.2	4,315	206	4.8	15,378	88	0.6	15,695	73	0.5
4. บอแรกซ์	3,184	42.0	6,695	46	0.7	31,287	160	0.5	24,995	135	0.5
5. ฟอรัมาลิน	2,471	10.0	3,800	46	1.2	13,743	206	1.5	9,974	232	2.3
6. ยาฆ่าแมลง	2,268	20.3	8,437	508	6.0	82,049	2,580	3.1	54,140	1,760	3.2

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

แต่อย่างไรก็ดี แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีมาตรการกำกับดูแลอย่างเข้มแข็ง แต่ก็ยังคงพบปัญหาสารพิษตกค้างสูงอยู่มาก ทั้งผลไม้ที่บริโภคในประเทศและที่ส่งออกไปต่างประเทศและอาหารทั่วไป พบสารพิษตกค้างเกินมาตรฐานร้อยละ 6.9 – 17.2 (ตารางที่ 4.21)



ตารางที่ 4.21 การเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารทั่วไป ผักและผลไม้สด พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552

ประเภทอาหาร	ตรวจวิเคราะห์	จำนวนตัวอย่าง ที่ตรวจ (ตัวอย่าง)	ผักผลไม้ที่มี สารพิษตกค้าง เกินมาตรฐาน (ร้อยละ)	หน่วยงาน ที่สำรวจ	ปีที่สำรวจ
1) อาหารทั่วไป เช่น ผัก ผลไม้และ ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	1,521	9.4	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	ปี 2550–2552
2) ผักและผลไม้สด 6 ชนิด ที่จำหน่าย ในประเทศ	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	295	6.9	กรมวิชาการเกษตร	ปี 2550–2552
3) ผักและผลไม้ 12 ชนิด ที่ส่งออก ต่างประเทศ	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	49,150	17.2	กรมวิชาการเกษตร	ปี 2550–2552

ที่มา: - สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- กรมวิชาการเกษตร, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้บริโภค กล่าวคือ ทำให้ประชาชนต้องบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ไม่ถูกสุขลักษณะทำให้ป่วยเป็นโรคที่เกิดจากอาหารเป็นพิษที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 4.35 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2519 เป็น 162.98 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 นอกจากนี้ หากสารพิษเข้าไปในร่างกายแล้วสะสมอยู่ในร่างกายมาก ๆ ก็จะทำให้เป็นโรคมะเร็ง การกลายพันธุ์หรือความพิการในทารก เป็นต้น

2) ความปลอดภัยของน้ำ

จากการสำรวจสถานการณ์น้ำบริโภคของคนไทย พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2543 พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ดื่มน้ำฝน รองลงมาเป็นน้ำบาดาลและน้ำประปา ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ดื่มน้ำฝน รองลงมาเป็นน้ำดื่มบรรจุขวด ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญมากขึ้นต่อไปในอนาคตและน้ำประปา โดยคนในเมืองเกือบครึ่งนิยมดื่มน้ำบรรจุขวด รองลงมาเป็นน้ำประปา ขณะที่คนในชนบทเกือบครึ่งนิยมดื่มน้ำฝน รองลงมาเป็นน้ำดื่มบรรจุขวด (ตารางที่ 4.22)



ตารางที่ 4.22 ร้อยละของประเภตน้ำบริโภคของคนไทย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2552

แหล่งน้ำดื่ม*	พ.ศ. 2529	พ.ศ. 2543			พ.ศ. 2548			พ.ศ. 2550			พ.ศ. 2551			พ.ศ. 2552		
	ทั้ง ประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้ง ประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้ง ประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้ง ประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้ง ประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้ง ประเทศ
น้ำดื่มบรรจุขวด	NA	40.6	9.2	19.5	48.8	20.0	29.0	48.6	19.4	28.7	46.6	22.3	30.1	47.0	23.9	31.6
น้ำประปา	15.8	36.4	16.8	23.2	36.0	15.3	21.7	25.1	36.7	15.6	39.1	15.0	22.7	39.9	15.9	23.9
น้ำฝน	39.2	16.1	51.0	39.6	10.7	49.6	37.4	10.5	49.3	37.0	10.3	48.7	36.4	9.5	47.0	34.6
น้ำบาดาล / น้ำบ่อส่วนตัว	26.2	6.7	21.9	16.9	3.7	14.2	11.0	3.9	14.2	11.0	3.3	13.0	9.9	2.2	8.7	9.3
น้ำบาดาล / น้ำบ่อสาธารณะ																
แหล่งน้ำ ตามธรรมชาติ	19.0	0.2	1.1	0.8	0.1	0.4	0.2	0.1	0.8	0.6	0	0.6	0.4	0	0.4	0.3

- ที่มา:
1. พ.ศ. 2529 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
 2. พ.ศ. 2543 ได้จากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 3. พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานลักษณะประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 4. พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สำหรับคุณภาพของน้ำบริโภคในประเทศไทย จากการสุ่มตัวอย่างของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 พบว่า น้ำฝน น้ำอบาตาล น้ำบ่อตื้น และน้ำประปา ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐาน ยกเว้น น้ำประปานครหลวง ซึ่งกว่าร้อยละ 70 ได้มาตรฐาน ซึ่งสาเหตุที่ไม่ได้มาตรฐานเนื่องจากมีบักเตรีปนเปื้อนเกินมาตรฐาน มีการปนเปื้อนด้วยสารเคมี ได้แก่ แคดเมียม เหล็ก ตะกั่ว แมงกานีสและมีปัญหาทางกายภาพไม่เหมาะสมคือ ความขุ่น และสีเกินมาตรฐาน (ตารางที่ 4.23)

ส่วนคุณภาพน้ำขวดที่ผลิตจำหน่าย จากการสุ่มตรวจของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 ก็พบว่า ได้มาตรฐานเฉลี่ยร้อยละ 72.4 ทั้งนี้ ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะมีเครื่องหมายหรือไม่มีเครื่องหมาย อย. และพบด้วยว่าน้ำแข็งหลอดได้มาตรฐานเฉลี่ยเพียงร้อยละ 59.4 (ตารางที่ 4.23)

นอกจากนี้ จาการรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของกรมอนามัย พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า น้ำบริโภคยังไม่ได้มาตรฐานเช่นกัน โดยน้ำบริโภคในครัวเรือนยังไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 14-22.4 ขณะที่น้ำบริโภคในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรไม่ได้มาตรฐานสูงถึงร้อยละ 31.4-52.3 (ตารางที่ 4.24)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ประชาชนที่บริโภคน้ำที่ไม่สะอาดและไม่ได้มาตรฐานก็จะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากระบบทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระร่วง บิด ฯลฯ

ตารางที่ 4.23 คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552

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. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552
	จำนวน ตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน ตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวน ตัวอย่าง
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)	-
ประปาเทศบาล	8	3 (37.5)	68	10 (14.7)	68	-	51	18 (35.3)	161	89 (55.3)	-
ประปาสหุภิกบาล	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)	-
น้ำบ่อต้น	NA	NA	365	37 (10.1)	222	28 (12.6)	191	78 (40.8)	125	54 (43.2)	-
น้ำบ่อบาดาล	65	27 (41.5)	438	377 (86.1)	355	15 (4.2)	258	62 (24.0)	277	112 (40.4)	-
น้ำฝน	65	23 (35.4)	495	98 (19.8)	121	6 (5.0)	298	104 (34.9)	90	27 (30.0)	-
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)	-
น้ำแข็งหลอด	32	9 (28.1)	42	30 (71.4)	187	170 (90.9)	401	203 (50.6)	335	174 (51.9)	-

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ: ตัวเลขใน () หมายถึง ร้อยละ



ตารางที่ 4.24 การเฝ้าระวังความปลอดภัยของคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนเขตเมืองและชนบท และในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552

ประเภทน้ำบริโภค	พ.ศ. 2551		พ.ศ. 2552	
	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน
1. น้ำบริโภคในครัวเรือนเขตเมืองและชนบท	383	86 (ร้อยละ 22.4)	264	37 (ร้อยละ 14.0)
2. น้ำบริโภคในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร	360	113 (ร้อยละ 31.4)	132	69 (ร้อยละ 52.3)

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร หมายถึง โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับดีที่สุดในด้านการวัดผลสัมฤทธิ์ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน

5.4.4 มูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

ใน พ.ศ. 2552 มีปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นจากชุมชนทั่วประเทศ 15.11 ล้านตัน เป็นมูลฝอยที่เกิดขึ้นในเขตกรุงเทพมหานคร 3.22 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 21.3) ในเขตเทศบาล 5.97 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 39.5) และนอกเขตเทศบาล / สุขาภิบาล 5.92 ล้านตันต่อปี (ร้อยละ 39.2) และเมื่อเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535 – พ.ศ. 2552 พบว่า ปริมาณมูลฝอยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยประมาณร้อยละ 2.0 ต่อปี โดยมูลฝอยที่เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เพิ่มในเขตกรุงเทพมหานครและเทศบาลทั่วประเทศ (ตารางที่ 4.25) สำหรับความสามารถในการกำจัดขยะมูลฝอยยังมีจำกัด กล่าวคือ กรุงเทพมหานครมีความสามารถในการจัดเก็บขยะได้เกือบทั้งหมด ขณะที่พื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจัดเก็บขยะได้เพียงครั้งเดียว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในส่วนภูมิภาค เนื่องจากถูกรบกวนด้วยกลิ่นเหม็นของขยะและปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมา



ตารางที่ 4.25 ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552

พื้นที่	กรุงเทพมหานคร		เขตเทศบาลรวม เมืองพัทยา		เขตสุขาภิบาล		นอกเขตเทศบาล/ สุขาภิบาล		รวม	
	ปริมาณ มูลฝอย (ล้านตัน ต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณ มูลฝอย (ล้านตัน ต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณ มูลฝอย (ล้านตัน ต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณ มูลฝอย (ล้านตัน ต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ	ปริมาณ มูลฝอย (ล้านตัน ต่อปี)	เพิ่ม/ลด ร้อยละ
พ.ศ.										
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
2550	3.11	+1.6	4.97	+5.5	-	-	6.64	-2.6	14.72	+0.9
2551	3.20	+2.9	5.44	+9.4	-	-	6.34	-4.5	14.98	+1.8
2552	3.22	+0.6	5.97	+9.7	-	-	5.92	-6.6	15.11	+0.8

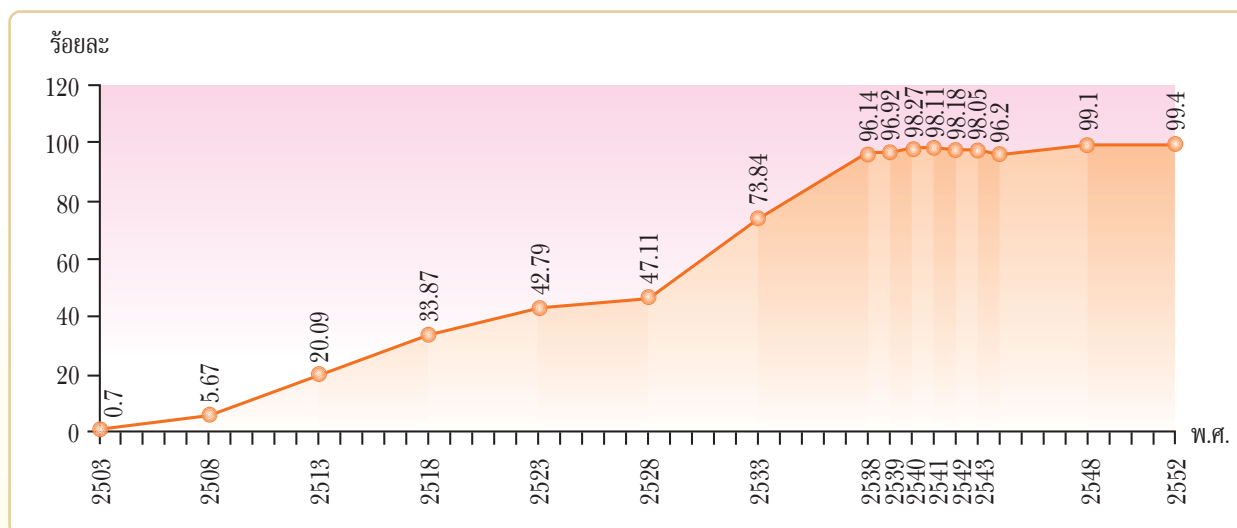
ที่มา: สำนักงานจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2542 สุขาภิบาลได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลทั้งหมด ดังนั้นตัวเลขจึงไปรวมอยู่ที่เทศบาล

ส่วนสิ่งปฏิกูลตามบ้านเรือนในเขตเมือง จะพบปัญหาการขนถ่ายและปล่อยทิ้งอย่างไม่ถูกสุขลักษณะ สำหรับเขตชนบทใน พ.ศ. 2552 ครั้วเรือนมีส้วมถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 99.4 ดังภาพที่ 4.27 แต่เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปคนส่วนใหญ่ต่างเดินทางและทำงานนอกบ้าน ดังนั้น การใช้ส้วมสาธารณะจึงมีบทบาทสำคัญมาก ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์ส้วมสาธารณะไทย พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 ในสถานที่เป้าหมาย 11 กลุ่ม พบว่า มีส้วมสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐานไม่ถึงครึ่ง (ตารางที่ 4.26) โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ความสะอาด ความไม่เพียงพอและความปลอดภัย สำหรับพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะ พบว่า มีพฤติกรรมการใช้ส้วมที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 47.1 (ตารางที่ 4.27)



ภาพที่ 4.27 อัตราการมีส่วนร่วมถูกสุขลักษณะ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2552



- ที่มา:
- พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2543 ได้จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
 - พ.ศ. 2544 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด พ.ศ. 2544 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 - พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
 - พ.ศ. 2552 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 4.26 ผลการสำรวจสถานการณ์สิ่งแวดล้อมไทยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552

กลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละผลการสำรวจ			
	ปี 2549 (จำนวน 6,149 แห่ง)	ปี 2550 (จำนวน 64,328 แห่ง)	ปี 2551 (จำนวน 51,025 แห่ง)	ปี 2552 (จำนวน 38,909 แห่ง)
ศาสนสถาน	20.6	9.36	6.91	11.75
สวนสาธารณะ	0.6	24.79	40.26	60.06
สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง	12.8	21.75	32.33	44.07
ตลาดสด	3.1	25.54	39.90	48.6
สถานีขนส่ง	0.5	14.16	44.21	41.4
สถานที่ราชการ	4.0	21.91	39.07	47.28
โรงพยาบาล	3.2	48.91	65.73	83.11
โรงเรียน	24.4	15.29	38.38	48.6
แหล่งท่องเที่ยว	2.4	21.88	51.34	62.91
ร้านจำหน่ายอาหาร	28.3	22.68	26.24	36.15
ส่วนริมทางเท้า	0	12.35	46.81	67.02
เฉลี่ย	9.08	20.16	30.85	40.37

ที่มา: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย



ตารางที่ 4.27 ร้อยละของพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง พ.ศ. 2549

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

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



6. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองและการปกครอง

6.1 ระบบการเมือง

แม้ว่าจะมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 และมีการเลือกตั้งในปลาย พ.ศ. 2550 แล้วก็ตาม แต่ผลการเลือกตั้งไม่สามารถลดปัญหาความขัดแย้งลงได้ เนื่องจากกลุ่มคนในสังคมยังมีความเห็นที่แตกต่างในเรื่องความชอบธรรมของรัฐบาลในการบริหารประเทศ ทำให้สถานการณ์ทางการเมืองมีความขัดแย้งและการแบ่งฝักฝ่ายในสังคมในช่วง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ขยายวงกว้างไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศและขยายลึกลงไปถึงระดับครอบครัวและชุมชน แม้ว่ารัฐบาลจะพยายามสร้างความสมานฉันท์ในชาติแต่ก็ยังไม่ได้รับการคลี่คลาย ส่งผลให้ภาพลักษณ์เสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงมาจาก 59.1 คะแนน ใน พ.ศ. 2545 เป็น 12.9 คะแนน ใน พ.ศ. 2551 และหล่นจากลำดับที่ 4 ในกลุ่มอาเซียน ใน พ.ศ. 2545 เป็นลำดับที่ 8 ในกลุ่มอาเซียน ใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 4.28) ทั้งนี้ เพราะมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนและการใช้กำลังในการตัดสินใจมากกว่าการใช้สันติวิธีภายใต้ระบอบประชาธิปไตย

ตารางที่ 4.28 คะแนนเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2551

ประเทศ	2545		2546		2547		2548		2549		2550		2551	
	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน
บรูไน	2	63.2	1	87.0	1	95.7	1	90.9	2	93.3	1	92.8	2	93.3
สิงคโปร์	1	95.7	2	84.6	2	89.9	2	89.4	1	94.2	2	91.8	1	96.2
เวียดนาม	5	57.2	4	52.4	4	55.3	4	59.1	3	60.6	3	56.3	3	56.5
มาเลเซีย	3	60.1	3	56.7	3	57.2	3	62.5	4	56.7	4	52.4	4	50.2
ลาว	6	36.1	7	17.8	7	27.4	5	37.0	5	46.2	5	40.4	5	43.5
กัมพูชา	8	24.5	6	25.0	6	30.3	6	30.8	6	31.3	6	26.9	6	34.4
ไทย	4	59.1	5	47.1	5	31.7	7	28.4	8	19.7	7	17.3	8	12.9
อินโดนีเซีย	10	8.7	10	3.8	10	7.2	10	12.0	9	13.5	8	15.9	7	15.8
สหภาพพม่า	9	13.0	9	13.0	8	18.8	8	20.2	7	21.6	9	13.0	10	9.1
ฟิลิปปินส์	7	26.0	8	14.4	9	12.5	9	17.8	10	12.0	10	11.5	9	10.5

ที่มา: Worldwide Governance Indicators for 1996-2008



การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการบริหารประเทศทำให้การขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ มีความล่าช้า ตลอดจนสูญเสียโอกาสในการพัฒนาเศรษฐกิจ รวมทั้งคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ของคนในสังคมลดลง เกิดความเครียด วิตกกังวลและหวาดระแวงเพิ่มมากขึ้น จนทำให้ความสุขของคนในสังคมลดลง ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนไทย

ตารางที่ 4.29 ค่าดัชนีความสุขมวลรวม (Gross Domestic Happiness) ของประชาชนในด้านต่าง ๆ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 - มกราคม พ.ศ. 2553

ลำดับที่	กลุ่มปัจจัยต่าง ๆ	ค่า GDH (คะแนนเฉลี่ย) ธันวาคม 2552	ค่า GDH (คะแนนเฉลี่ย) มกราคม 2553
1	บรรยากาศความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว	8.96	8.01
2	สุขภาพกาย	7.72	7.61
3	สุขภาพใจ	7.96	7.58
4	หน้าที่ การงาน อาชีพ	7.58	7.15
5	วัฒนธรรมประเพณีไทยในปัจจุบัน	6.91	6.99
6	สภาพแวดล้อม ถนน ไฟฟ้า ดิน อากาศ น้ำ	7.03	6.92
7	การเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่ดีที่ท่านได้รับ	7.53	6.78
8	บรรยากาศความสัมพันธ์ของคนในชุมชน	7.58	6.67
9	สภาวะเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว	7.09	5.87
10	ความเป็นธรรมในสังคม/ความไม่เป็นธรรมในสังคมที่ได้รับ	7.07	5.19
11	สถานการณ์การเมืองโดยภาพรวม	5.58	4.06
	ความสุขมวลรวมของคนไทยประจำเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552 - มกราคม พ.ศ. 2553	7.26	6.52

ที่มา: แนวโน้มความสุขมวลรวม GDH ของคนไทยภายในประเทศประจำเดือนมกราคม 2553, ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน, 2553

หมายเหตุ: คะแนนเต็ม 10 คะแนน



6.2 ระบบบริหารงานของรัฐ

6.2.1 การพัฒนาระบบราชการ

เนื่องจากสถานการณ์ด้านค่าใช้จ่ายบุคลากรภาครัฐ มีอัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้มีงบประมาณเหลือสำหรับการพัฒนาประเทศน้อยมากตลอดจนระบบราชการไม่สามารถสนองความต้องการของประชาชนได้ดีพอ เจ้าหน้าที่ของรัฐยังทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ล่าช้า ทุจริต จึงทำให้เกิดการปฏิรูประบบราชการครั้งใหญ่ใน พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา เริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารงานภาครัฐและการปรับปรุงโครงสร้างส่วนราชการ ทำให้มีการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม มีการนำหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีหรือธรรมาภิบาลและการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่เข้ามาประยุกต์ใช้ และการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 เพื่อพัฒนาระบบราชการไทยให้มีขีดสมรรถนะสูงขึ้น สำหรับผลการพัฒนาระบบราชการไทย พบว่า ชีตความสามารถและมาตรฐานการทำงานของระบบราชการอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและประชาชนมีความพึงพอใจในด้านการบริการของหน่วยงานราชการ ร้อยละ 80.2 ดังรายละเอียดผลสำเร็จของการพัฒนาในแต่ละด้าน ดังตารางที่ 4.30

นอกจากนี้ หน่วยงานราชการของไทยได้มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการให้บริการอย่างประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ อาทิเช่น กรมสรรพากรได้รับรางวัลชนะเลิศ eASIA Award ประเภทธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐ และโรงพยาบาลโสธร สามารถผ่านเข้าสู่การพิจารณารอบสุดท้าย ในการประกวดรางวัล United Nations Public Service Awards ประจำปี 2008 ของคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (Economic and Social Council: ECOSOC) พร้อมกับได้รับประกาศนียบัตรยกย่องชมเชยในฐานะเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการด้านการให้บริการสาธารณะอย่างมืออาชีพ

ตารางที่ 4.30 ผลการพัฒนาระบบราชการ

เป้าประสงค์หลัก	ตัวชี้วัด	ผลดำเนินการ
1. พัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน	1. ประชาชนร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย มีความพึงพอใจในคุณภาพการให้บริการของหน่วยงานราชการที่ดีขึ้น	ร้อยละ 80.25
	2. ขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อให้บริการประชาชน ลดลงได้มากกว่าร้อยละ 50 โดยเฉลี่ย ภายใน พ.ศ. 2550	ร้อยละ 50.31
2. ปรับบทบาทภารกิจและขนาดให้มีความเหมาะสม	บทบาทและภารกิจ	
	1. ปริมาณ/จำนวนของภารกิจที่ไม่ใช่ภารกิจหลักของส่วนราชการ (Non-core Functions) ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายใน พ.ศ. 2550	ร้อยละ 73
	2. หน่วยงานราชการจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ได้ดำเนินการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของมาตรา 3/1 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 หรือปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546	ร้อยละ 100
	3. กฎหมายที่ไม่มีควมจำเป็นหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ ได้รับการปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิก (Deregulation) จำนวนไม่น้อยกว่า 100 ฉบับ ภายใน พ.ศ. 2550	มากกว่า 100 ฉบับ



ตารางที่ 4.30 ผลการพัฒนาระบบราชการ (ต่อ)

เป้าประสงค์หลัก	ตัวชี้วัด	ผลดำเนินการ
	งบประมาณแผ่นดิน - รักษาสัดส่วนเงินงบประมาณแผ่นดินต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมรายได้ ประชาชาติ ไม่ให้เกินร้อยละ 18 โดยเฉลี่ยในช่วงปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550 ขนาดกำลังคนภาครัฐ - ปรับลดจำนวนข้าราชการลง อย่างน้อยร้อยละ 10 ภายใน พ.ศ. 2550 และ/หรือเพิ่มความสามารถของกำลังคนให้ได้ในระดับเดียวกัน	เฉลี่ยร้อยละ 17.80 ลดลงร้อยละ 9.72
3. ยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานให้อยู่ในระดับสูงและเทียบเท่าเกณฑ์สากล	1. แต่ละหน่วยงานราชการได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (เฉพาะเรื่องการลดขั้นตอนงานบริการ) อย่างน้อย 1 กระบวนงานหลัก ภายใน พ.ศ. 2550 2. ข้าราชการได้รับการพัฒนาขีดความสามารถ (Competencies) ตรงตามที่กำหนดไว้อย่างน้อยร้อยละ 80 โดยเฉลี่ยภายใน พ.ศ. 2550 3. ส่วนราชการอย่างน้อยร้อยละ 90 ได้รับการพัฒนาการให้บริการหรือสามารถดำเนินงานในรูปแบบรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ได้ภายใน พ.ศ. 2550	รับรองครบ ทุกส่วนราชการ ร้อยละ 80 ดำเนินการครบทุก ส่วนราชการ
4. ตอบสนองต่อการบริหารการปกครองในระบอบประชาธิปไตย	1. ประชาชนร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย มีความเชื่อมั่นศรัทธาเกี่ยวกับความโปร่งใสและใสสะอาด(เฉพาะในเรื่องคุณภาพการให้บริการ) ในวงราชการไทย ภายใน พ.ศ. 2550 2. หน่วยงานราชการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้วางมาตรการหรือดำเนินกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมภายใน พ.ศ. 2550 3. ปัญหาความขัดแย้งหรือกรณีข้อพิพาทร้องเรียนระหว่างฝ่ายปกครอง และประชาชนเพิ่มขึ้น ไม่เกินร้อยละ 20 ต่อปี โดยเฉลี่ยในช่วงปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ.2550 (เน้นความพร้อมของทั้งสองฝ่ายที่พร้อมจะร่วมกันเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง)	ร้อยละ 80.92 ดำเนินการทุกส่วน ราชการ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 81 ของทั้งสองฝ่ายที่พร้อม ร่วมแก้ปัญหาความ ขัดแย้ง)

ที่มา: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2555), สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

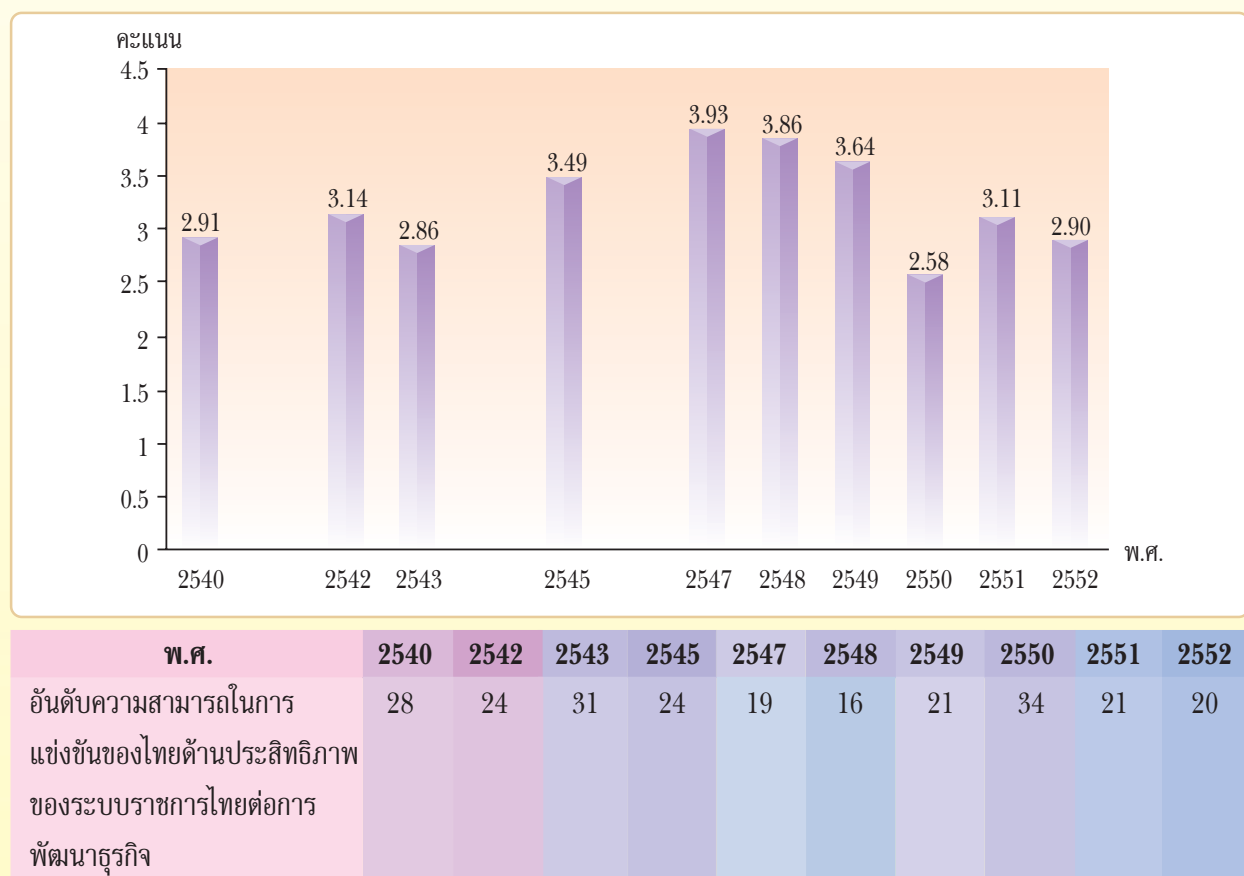


การปรับเปลี่ยนระบบราชการเข้าสู่การบริหารงานตามแนวทางของราชการยุคใหม่ จะส่งผลให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐต้องเร่งพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6.2.2 ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ

ประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ต่ำ มีผลทำให้ต้นทุนในการประกอบธุรกิจของภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์ และคณะ พบว่า ผู้ประกอบธุรกิจต้องสิ้นเปลืองเวลาในการติดต่อกับหน่วยงานราชการมาก เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 14 ของเวลาทั้งปี โดยหน่วยธุรกิจขนาดเล็กเสียเวลามากกว่าธุรกิจขนาดกลางและขนาดใหญ่¹⁰ จึงทำให้ต้องมีการจ่ายสินบนให้กับเจ้าหน้าที่ภาครัฐเพื่ออำนวยความสะดวกให้รวดเร็วอันเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการประกอบธุรกิจของภาคเอกชน แต่อย่างไรก็ดีหลังจากการปฏิรูประบบราชการ เมื่อ พ.ศ. 2544 เริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น กล่าวคือ จากการสำรวจความสามารถในการแข่งขันกับต่างประเทศของสถาบัน IMD ใน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2549 พบว่าระบบราชการไทยมีประสิทธิภาพในการพัฒนาธุรกิจเพิ่มขึ้นจาก 2.86 คะแนน ใน พ.ศ. 2543 เป็นกว่า 3.5 คะแนน ใน พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549 หรือจากลำดับที่ 31 ใน พ.ศ. 2543 เป็นลำดับที่ 21 ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งเป็นช่วงรัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งภายใต้รัฐธรรมนูญ 2540 และภายหลังการรัฐประหาร ปี 2549 ก็ลดลงเหลือเพียง 2.90 คะแนน ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 20 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 4.28) แต่อย่างไรก็ดีก็ยังด้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศในกลุ่มอาเซียนคือ สิงคโปร์และมาเลเซีย (ตารางที่ 4.31)

ภาพที่ 4.28 ชัดความสามารถและอันดับในการแข่งขันด้านประสิทธิภาพของระบบราชการไทยต่อการพัฒนาธุรกิจ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



ที่มา: IMD. The World Competitiveness Yearbook, 1997-2009

¹⁰ เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์ และคณะ. สภาพแวดล้อมทางธุรกิจและทัศนะของผู้ประกอบการต่อการให้บริการของภาครัฐ. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 2542

ตารางที่ 4.31 ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของประเทศต่าง ๆ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552

กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2540			พ.ศ. 2542			พ.ศ. 2545			พ.ศ. 2547			พ.ศ. 2552		
	อันดับ จริง	อันดับ ในกลุ่ม	คะแนน	อันดับ จริง	อันดับ ในกลุ่ม	คะแนน	อันดับ จริง	อันดับ ในกลุ่ม	คะแนน	อันดับ จริง	อันดับ ในกลุ่ม	คะแนน	อันดับ จริง	อันดับ ในกลุ่ม	คะแนน
ASEAN															
สิงคโปร์	1	1	6.88	1	1	7.45	1	1	7.46	4	1	5.95	2	1	5.83
มาเลเซีย	15	2	4.69	16	2	4.20	13	2	4.59	10	2	4.82	15	3	3.37
ไทย	28	4	2.91	24	3	3.14	24	3	3.49	19	3	3.93	20	2	2.90
ฟิลิปปินส์	27	3	2.96	34	4	2.32	41	5	2.00	49	4	1.86	46	4	1.30
อินโดนีเซีย	32	5	2.67	39	5	1.80	32	4	2.83	56	5	1.50	34	5	2.09
บรูไน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เวียดนาม	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
สหภาพพม่า	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
กัมพูชา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ลาว	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อันดับ 1-10															
ของโลก															
สิงคโปร์	1	1	6.88	1	1	7.45	1	1	7.46	1	1	6.41	1	1	6.12
ฮ่องกง	2	2	6.63	2	2	7.03	2	2	6.83	2	2	6.40	2	2	5.83
ฟินแลนด์	3	3	6.49	3	3	6.28	3	3	6.09	3	3	6.09	3	3	5.83
เดนมาร์ก	4	4	6.09	4	4	5.87	4	4	5.95	4	4	5.95	4	4	5.17
นิวซีแลนด์	5	5	6.08	5	5	5.54	5	5	5.77	5	5	5.45	5	5	5.05
ไอซ์แลนด์	6	6	5.89	6	6	5.33	6	6	5.71	6	6	5.11	6	6	4.77
ไอร์แลนด์	7	7	5.80	7	7	5.19	7	7	5.70	7	7	4.89	7	7	4.65
นอร์เวย์	8	8	5.67	8	8	5.16	8	8	5.32	8	8	4.85	8	8	4.4
เนเธอร์แลนด์	9	9	5.41	9	9	4.98	9	9	5.21	9	9	4.84	9	9	4.36
สวีเดน	10	10	5.38	10	10	4.97	10	10	5.06	10	10	4.82	10	10	4.09
อันดับ 1-10															
ของโลก															
สิงคโปร์	1	1	6.88	1	1	7.45	1	1	7.46	1	1	6.41	1	1	6.12
ฮ่องกง	2	2	6.63	2	2	7.03	2	2	6.83	2	2	6.40	2	2	5.83
ฟินแลนด์	3	3	6.49	3	3	6.28	3	3	6.09	3	3	6.09	3	3	5.83
เดนมาร์ก	4	4	6.09	4	4	5.87	4	4	5.95	4	4	5.95	4	4	5.17
นิวซีแลนด์	5	5	6.08	5	5	5.54	5	5	5.77	5	5	5.45	5	5	5.05
ไอซ์แลนด์	6	6	5.89	6	6	5.33	6	6	5.71	6	6	5.11	6	6	4.77
ไอร์แลนด์	7	7	5.80	7	7	5.19	7	7	5.70	7	7	4.89	7	7	4.65
นอร์เวย์	8	8	5.67	8	8	5.16	8	8	5.32	8	8	4.85	8	8	4.4
เนเธอร์แลนด์	9	9	5.41	9	9	4.98	9	9	5.21	9	9	4.84	9	9	4.36
สวีเดน	10	10	5.38	10	10	4.97	10	10	5.06	10	10	4.82	10	10	4.09

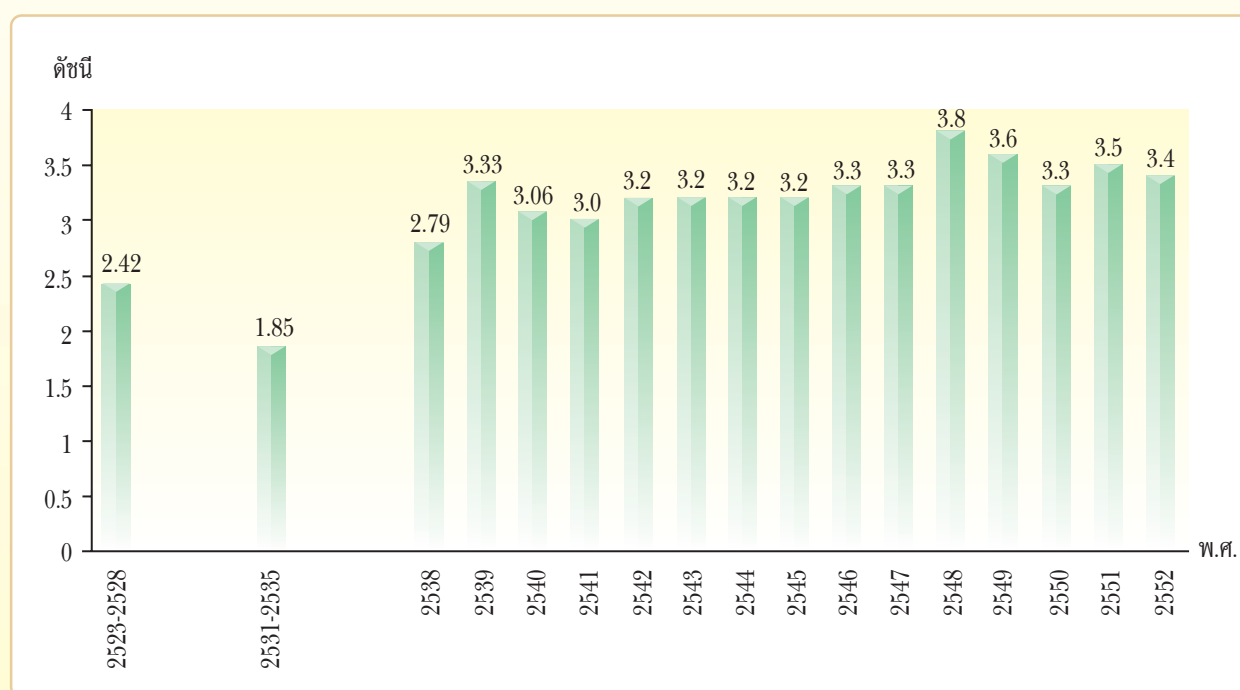
ที่มา: IMD. The World Competitiveness Yearbook, 1997-2009



6.2.3 ความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชันของหน่วยงานภาครัฐ

เนื่องจากรัฐเป็นผู้ผูกขาดบริการสาธารณะจึงยากแก่การตรวจสอบและเกิดการรั่วไหลสิ้นเปลือง ประกอบกับการที่ข้าราชการมีรายได้ ค่าตอบแทนต่ำและมีภาระหนี้สินรุงรัง ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่เป็นการหารายได้ในทางทุจริต ก่อให้เกิดปัญหาด้านความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชันในระบบราชการ โดยระบบตรวจสอบ เช่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการประพฤติมิชอบในวงราชการ ไม่เข้มแข็งเพียงพอ ซึ่งจากการสำรวจขององค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ ใน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 พบว่า ไทยมีความโปร่งใสและมีภาพลักษณ์การทุจริตคอร์รัปชันมีแนวโน้มดีขึ้นจาก 2.42 ใน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2528 เป็น 3.8 ใน พ.ศ. 2548 และลดลงเป็น 3.4 ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 84 จาก 180 ประเทศ ที่มีการจัดลำดับ (ภาพที่ 4.29) แต่อย่างไรก็ดีหากเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศในกลุ่มอาเซียน พบว่า ไทยยังมีความโปร่งใสค่อนข้างต่ำและมีภาพลักษณ์การทุจริตคอร์รัปชันสูงกว่าประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย (ตารางที่ 4.32)

ภาพที่ 4.29 ดัชนีคอร์รัปชันของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2552



ที่มา: Transparency International, 1998-2009

ตารางที่ 4.32 ดัชนีคอร์รัปชันของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2552

กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2541			พ.ศ. 2543			พ.ศ. 2545			พ.ศ. 2547			พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2552		
	อันดับ	อันดับ	คะแนน	อันดับ	อันดับ	คะแนน	อันดับ	อันดับ	คะแนน	อันดับ	อันดับ	คะแนน	อันดับ	อันดับ	คะแนน	อันดับ	อันดับ	คะแนน
	จริง	ในกลุ่ม		จริง	ในกลุ่ม		จริง	ในกลุ่ม		จริง	ในกลุ่ม		จริง	ในกลุ่ม		จริง	ในกลุ่ม	
ASEAN						ASEAN			ASEAN			ASEAN			ASEAN			
สิงคโปร์	7	1	9.1	6	1	9.1	5	1	9.3	5	1	9.3	5	1	9.4	3	1	9.2
มาเลเซีย	29	2	5.3	36	2	4.8	33	2	4.9	39	2	5.0	44	2	5.0	56	2	4.5
ไทย	61	4	3.0	60	3	3.2	64	3	3.2	64	3	3.6	65	3	3.6	84	3	3.4
ฟิลิปปินส์	55	3	3.3	69	4	2.8	77	4	2.6	102	4	2.6	126	5	2.5	139	6	2.4
อินโดนีเซีย	80	6	2.0	85	6	1.7	96	6	1.9	133	6	2.0	134	6	2.4	111	4	2.8
บรูไน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เวียดนาม	74	5	2.5	76	5	2.5	85	5	2.4	102	4	2.6	118	5	2.6	120	5	2.7
สหภาพพม่า	-	-	-	-	-	-	-	-	-	142	7	1.7	162	8	1.9	178	8	1.4
กัมพูชา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	152	7	2.1	158	7	2.0
ลาว	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114	4	2.6	ลาว	-	-
อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก	อันดับ 10 ของโลก
เดนมาร์ก	1	1	10.0	1	1	10.0	1	1	9.7	1	1	9.7	1	1	9.6	1	1	9.4
ฟินแลนด์	2	2	9.6	2	2	9.8	2	2	9.5	2	2	9.6	2	2	9.6	2	2	9.3
สวีเดน	3	3	9.5	3	3	9.4	3	3	9.5	3	3	9.5	3	3	9.6	3	3	9.2
นิวซีแลนด์	4	4	9.4	3	3	9.4	4	4	9.4	3	3	9.5	4	4	9.5	3	3	9.2
ไอซ์แลนด์	5	5	9.3	5	5	9.2	5	5	9.3	5	5	9.3	5	5	9.4	5	5	9.0
แคนาดา	6	6	9.2	6	6	9.1	5	5	9.3	6	6	9.2	6	6	9.2	6	6	8.9
สิงคโปร์	7	7	9.1	6	6	9.1	7	7	9.0	7	7	9.1	7	7	9.1	6	6	8.9
เนเธอร์แลนด์	8	8	9.0	6	6	9.1	7	7	9.0	8	8	8.9	8	8	8.8	8	8	8.7
นอร์เวย์	8	8	9.0	9	9	8.9	7	7	9.0	9	9	8.8	9	9	8.7	8	8	8.7
สวีเดน	10	10	8.9	10	10	8.7	10	10	8.7	10	10	8.7	10	10	8.7	10	10	8.7

ที่มา: Transparency International และ Dr. Johann Graf Lambsdorff Göttingen University, Germany, 1998-2009

หมายเหตุ: 1. ดัชนีคอร์รัปชัน (Corruption Perceptions Index) มาจากมุมมองของนักธุรกิจ นักวิเคราะห์ความเสี่ยงและประชาชนทั่วไป โดยที่มีคะแนนระหว่าง 1-10 ซึ่ง “0” หมายถึง มีคอร์รัปชันสูงมาก และ “10” หมายถึง “แทบจะไม่มีคอร์รัปชัน”

2. รายงานการสำรวจที่ใช้ดัชนีคอร์รัปชัน ประเมินจากผลงานของแต่ละประเทศ ซึ่งต้องใช้รายงานการสำรวจอย่างน้อยตั้งแต่ 3 รายงานขึ้นไป



6.3 การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 พบว่า สามารถถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียง 180 ภารกิจ จากภารกิจที่กำหนดไว้ (244 ภารกิจ) โดยการถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมถึงการศึกษาและสาธารณสุขยังดำเนินงานได้ซ้ำเนื่องจากมีปัญหาในทางปฏิบัติมาก ทั้งปัญหาด้านความสมัครใจ ความไม่พร้อมของบุคลากรที่จะถ่ายโอน รวมทั้งบุคลากรที่จะโอนย้ายไม่ตรงกับความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแนวคิดที่ต้องการให้การดูแลสุขภาพเป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด จึงทำให้มีข้อโต้แย้งการถ่ายโอนให้ท้องถิ่น สำหรับการกระจายอำนาจการเงินการคลัง ทำให้รายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มขึ้นจาก 1.59 แสนล้านบาท ใน พ.ศ. 2544 เป็น 4.14 แสนล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 หรือสัดส่วนรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อรายได้รัฐบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 26.1 ใน พ.ศ. 2552



7. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยี

7.1 พัฒนาการของเทคโนโลยี

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีได้ถูกพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วและก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคมากขึ้นอย่างเสรี อันได้แก่

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

7.1.2 เทคโนโลยีชีวภาพ (Genetics & Biotechnology) ที่มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว เช่น Digital-Genomics Convergence ที่ผสานเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์กับชีววิทยา ซึ่งอาจเป็นมิติใหม่ของการรักษาโรคจากเดิมที่เป็นแบบ Treatment เป็น Preventive ที่อาจมีการนำเอาระบบป้องกันโรคต่าง ๆ ผสมเข้าไปในอาหาร สบู่อาบน้ำหรือเครื่องสำอางแทนการกินยาเพื่อรักษาโรค, การปลูกถ่ายอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไชกระดูก รักษาโรคด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell) เพื่อช่วยผู้ป่วยโรคหัวใจ มะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น การ Recombinant DNA, Polymerase Chain Reaction (PCR), Genomics ทำให้เกิดวัคซีนและยาใหม่ และการปลูกพืชตัดแปรพันธุกรรม เป็นต้น

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

7.1.4 นาโนเทคโนโลยี (Nanotechnology) ซึ่งจะเป็นเทคโนโลยีที่กำลังเข้ามามีบทบาทมากขึ้น และในอนาคตเชื่อกันว่าจะสามารถผลิตเครื่องจักรโมเลกุลที่ประกอบไปด้วยอะตอมของธาตุต่าง ๆ ที่สามารถส่งเข้าไปในร่างกายเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือเข้าไปขจัดไขมันอุดตันในเส้นเลือด โดยไม่ต้องผ่าตัดหรือสร้างอนุภาคนาโนขนาดเล็กมาใช้ในการนำยาไปรักษาในจุดที่เป็นโรคโดยไม่มีผลข้างเคียงต่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เป็นต้น



การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดังกล่าวส่งผลให้ไทยมีการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างอิสระและไร้ขีดจำกัด โดยไม่มีกลไกการกั้นกรองตรวจสอบความเหมาะสมของเทคโนโลยีราคาแพงที่นำเข้ามา อีกทั้งผู้กำหนดนโยบายก็ขาดข้อมูลที่มีหลักฐานเพื่อมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้ขาดการพิจารณาเลือกรับอย่างเหมาะสมประกอบกับยังไม่มีกฎหมายที่ควบคุมดูแลการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งพบมูลค่าการนำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 2,493.2 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2534 เป็น 22,654.3 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 นอกจากนี้ ยังมีปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้นในการดูแลด้านความปลอดภัยด้วย

7.2 ประสิทธิภาพการใช้ การกระจาย ความเสมอภาคและการเข้าถึงเทคโนโลยี

ความอ่อนแอของภาครัฐในการควบคุมการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ราคาแพง ส่งผลให้มีการใช้งานอย่างไม่คุ้มค่าต่อการลงทุนทำให้แพทย์สั่งการตรวจรักษาโดยไม่คำนึงถึงความคุ้มค่าเป็นผลลบลต่อจริยธรรมวิชาชีพ รวมทั้งความเชื่อถือของประชาชนผู้รับบริการสุขภาพและยังต้องลงทุนในการพัฒนาบุคลากรรวมทั้งต้องเฝ้าระวังพิษภัยอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ราคาแพง นอกจากนี้ ทำให้เกิดปัญหาการกระจายเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยมีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ (ดูบทที่ 6 หัวข้อ 3 เทคโนโลยีทางสุขภาพ) และส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ต้องมีการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่มีราคาแพง เช่น ผู้มีรายได้น้อยไม่มีสิทธิรับบริการล้างไต ในกรณีที่เป็โรไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในขณะที่ผู้ประกันตนภายในระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐจะได้รับสิทธิดังกล่าว



8. พฤติกรรมสุขภาพ

สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มีผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตของประชาชน และเป็นปัญหาระดับชาติที่มีผลต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในทุกกลุ่มประเทศนั้น จะเห็นได้ชัดว่าปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสร้างภาระโรคอย่างชัดเจนในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ ปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกๆ เกิดจากการขาดสารอาหาร ขณะเดียวกันในกลุ่มประเทศที่มีการพัฒนามากกว่า(รายได้สูง)ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดเริ่มเปลี่ยนแปลงไปเป็นปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ภาวะโภชนาการเกิน เป็นต้น (ตารางที่ 4.33)

ตารางที่ 4.33 ปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรก (ร้อยละของปีการสูญเสียสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years-DALYs) ใน 3 กลุ่มประเทศ จำแนกตามรายได้ พ.ศ. 2547

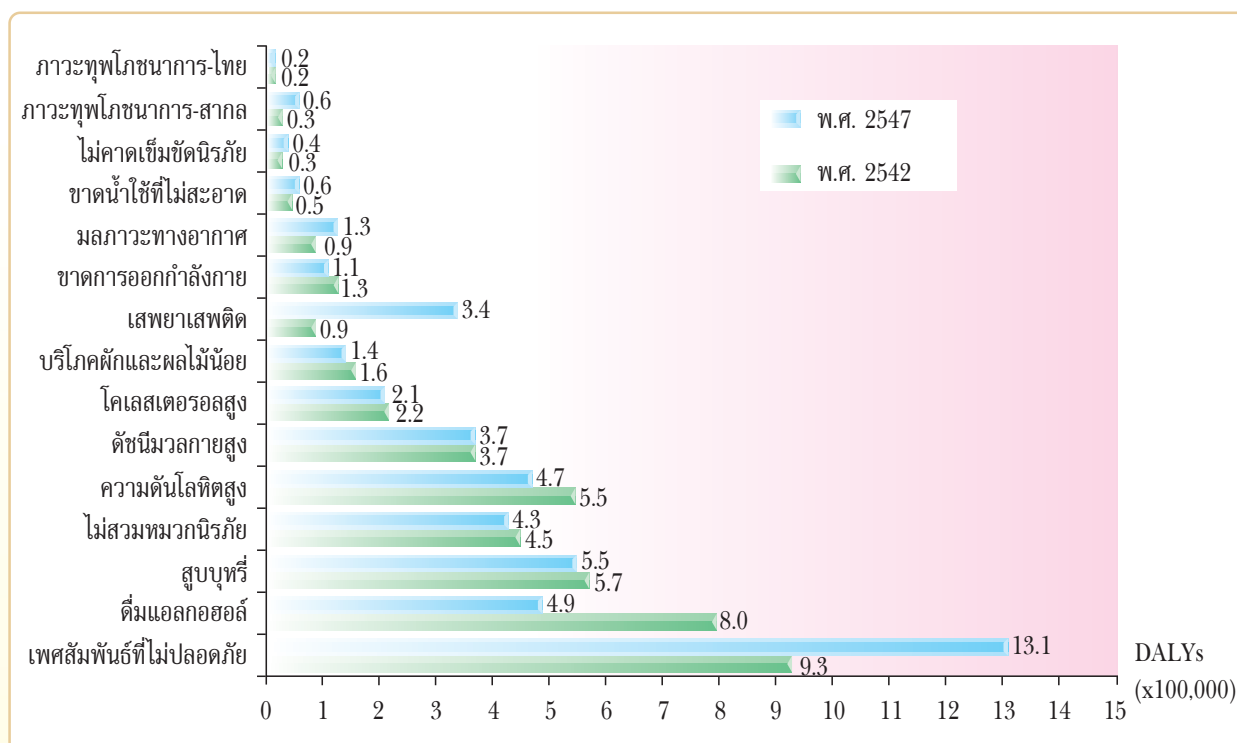
ลำดับ	กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ	ร้อยละ	กลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง	ร้อยละ	กลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง	ร้อยละ
1	น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์	9.9	แอลกอฮอล์	7.6	สูบบุหรี่	10.7
2	น้ำและสุขอนามัยที่ไม่สะอาด	6.3	ความดันโลหิตสูง	5.4	แอลกอฮอล์	6.7
3	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	6.2	สูบบุหรี่	5.4	น้ำหนักตัวเกิน	6.5
4	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่เหมาะสม	4.1	น้ำหนักตัวเกิน	3.6	ไขมันในเลือดสูง	6.1
5	กลุ่มควันภายในอาคารจากการเผาถ่าน	4.0	น้ำตาลในเลือดสูง	3.4	น้ำตาลในเลือดสูง	4.9
6	การขาดวิตามินเอ	2.4	เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	3.0	กิจกรรมทางกาย	4.1
7	ความดันโลหิตสูง	2.2	กิจกรรมทางกาย	2.7	ไขมันในเลือดสูง	3.4
8	แอลกอฮอล์	2.1	ไขมันในเลือดสูง	2.5	สารพิษตกค้าง	2.1
9	น้ำตาลในเลือดสูง	1.9	ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ	2.3	ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ	1.5
10	การขาดธาตุสังกะสี	1.7	น้ำและสุขอนามัยที่ไม่สะอาด	2.0	การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ	1.3
ปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรก		40.8		37.9		47.3

ที่มา: Global Health Risks: Mortality and Burden of disease attributable to selected major risks, World Health Organization, 2009

นอกจากนี้ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ทำการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 โดยคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ก่อให้เกิดโรคหลายชนิดมาศึกษา รวม 15 ปัจจัย ผลการศึกษาเมื่อจำแนกภาระโรคของเพศชายกับเพศหญิงแล้วพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศชาย ขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและดัชนีมวลกายสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศหญิง อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาปัจจัยเสี่ยงบางประการ ได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การมีดัชนีมวลกายสูง ระดับโคเลสเตอรอลสูง รวมถึงความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่าเป็นกลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดภาระโรคทั้งสิ้น กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบภาระโรคใน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในเรื่องความดันโลหิตสูง การมีดัชนีมวลกายสูง การมีระดับโคเลสเตอรอลสูง และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ทำให้มีความสูญเสียสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนแต่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งสิ้น (ภาพที่ 4.30)



ภาพที่ 4.30 แบบแผนภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547



ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

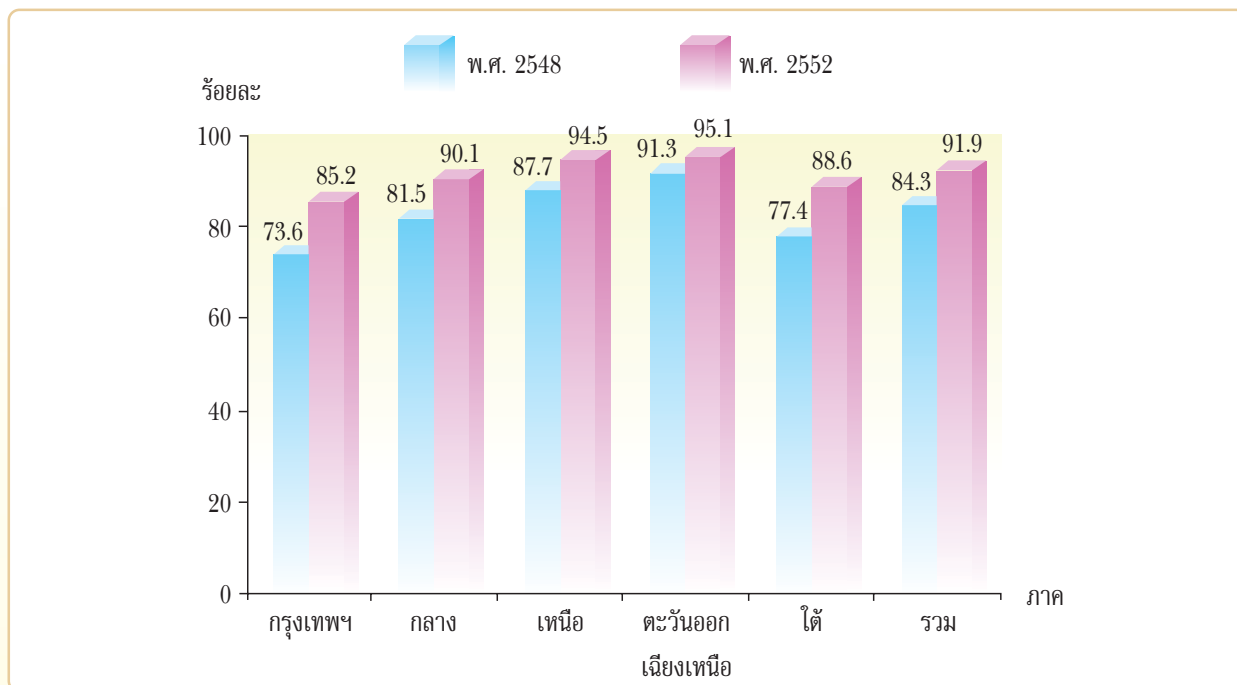
8.1 การบริโภคอาหาร

8.1.1 แบบแผนการบริโภคอาหารของคนไทย

แบบแผนการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างระหว่างความเป็นเมืองและชนบท จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่บริโภคอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกภาค (ภาพที่ 4.31) สำหรับกลุ่มอาหารที่บริโภคต่อสัปดาห์ กว่าร้อยละ 80 คือ กลุ่มผักและผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ และกลุ่มอาหารไขมันสูง รองลงมาเป็นกลุ่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ในขณะที่กลุ่มอาหารประเภทจานด่วน และกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีการบริโภคต่อสัปดาห์ในสัดส่วนค่อนข้างน้อย (ภาพที่ 4.31)

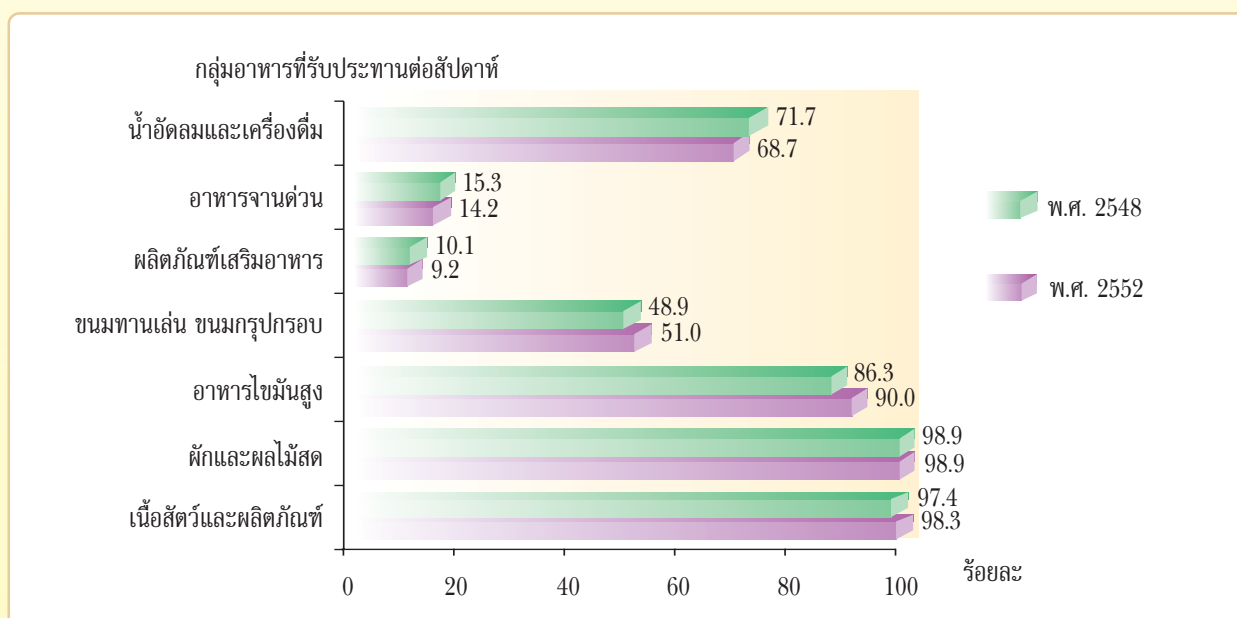


ภาพที่ 4.31 เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่บริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552



- ที่มา:**
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร), สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการและการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.32 เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอาหารที่รับประทานต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552



- ที่มา:**
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร), สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการและการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

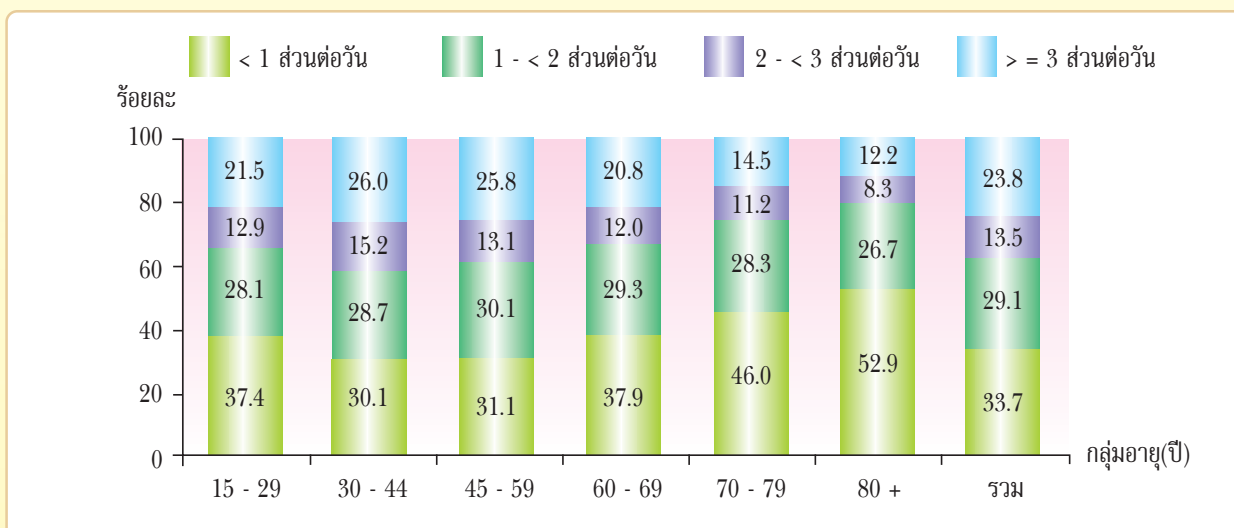


8.1.2 กลุ่มอาหาร / ประเภทอาหารที่บริโภค

1) การบริโภคผักและผลไม้

ข้อมูลผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสำนักงานสถิติแห่งชาติจะพิจารณา เฉพาะความถี่ในการบริโภค แต่เมื่อพิจารณาถึงปริมาณการบริโภคต่อวัน ในกลุ่มอาหารประเภทผักและผลไม้ โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกคือ บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณไม่ต่ำกว่า 600 กรัม/คน/วัน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ยังบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันต่ำกว่ามาตรฐาน กล่าวคือ เพศชายบริโภคผักและผลไม้ประมาณ 268 กรัมต่อวัน ขณะที่เพศหญิงบริโภคผักและผลไม้ประมาณ 283 กรัมต่อวัน และการบริโภคผักผลไม้ลดลงตามอายุ โดยในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปจะบริโภคน้อยที่สุด ประมาณ 200 กรัมต่อวัน (ตารางที่ 4.34) นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 จากการใช้เกณฑ์ความเพียงพอตามปริมาณที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปกินผักเฉลี่ยวันละ 1.7 ส่วน ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กินวันละ 3 ส่วน คิดเป็นร้อยละ 23.8 ที่กินผักตั้งแต่ 3 ส่วนขึ้นไปต่อวัน (ภาพที่ 4.33) สำหรับการกินผลไม้ พบว่า เฉลี่ยวันละ 1.5 ส่วน ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กินวันละ 2 ส่วน คิดเป็นร้อยละ 28.2 ที่กินผลไม้ตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไปต่อวัน (ภาพที่ 4.34) และพบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผักและผลไม้เฉลี่ยวันละ 3 ส่วน ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กิน 5 ส่วนต่อวัน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 17.7 (ชายร้อยละ 16.9 หญิงร้อยละ 18.5) ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ (ตั้งแต่ 5 ส่วนขึ้นไป) โดยสัดส่วนของการกินผักและผลไม้เพียงพอตามกลุ่มอายุลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้วันละตั้งแต่ 5 ส่วนขึ้นไป มีเพียงไม่เกินร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับ การกินผักผลไม้ในการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่า สัดส่วนการกินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ (ตั้งแต่ 5 ส่วนขึ้นไป) มากกว่าการสำรวจครั้งที่ 4 กล่าวคือ สัดส่วนการกินผักและผลไม้เพียงพอในปี 2547 เท่ากับร้อยละ 20 ในผู้ชาย และร้อยละ 24 ในผู้หญิง ในขณะที่ของการสำรวจครั้งที่ 4 นี้เท่ากับ ร้อยละ 16.9 และ 18.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่องโรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า มีเพียง 1 ใน 3 ของประชาชนอายุ 15-74 ปีที่รับประทานผักและผลไม้วันละ 1 มื้อ โดยผู้หญิงบริโภคผักและผลไม้สูงกว่าผู้ชาย (ตารางที่ 4.35)

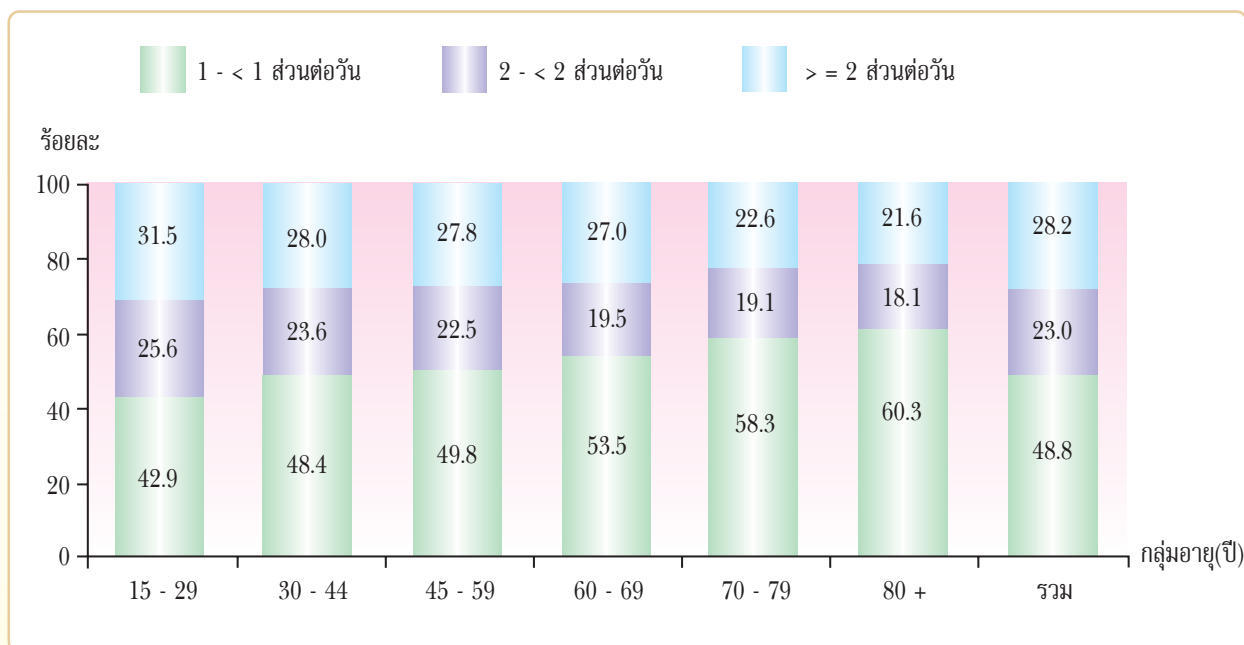
ภาพที่ 4.33 ร้อยละการกินผักตามส่วนบริโภคต่อวัน ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข



ภาพที่ 4.34 ร้อยละการกินผลไม้ตามส่วนบริโภคต่อวัน ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชากรไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4.34 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 – พ.ศ. 2547), กระทรวงสาธารณสุข



ตารางที่ 4.35 สัดส่วนของประชาชนที่บริโภคผักและผลไม้ในแต่ละสัปดาห์

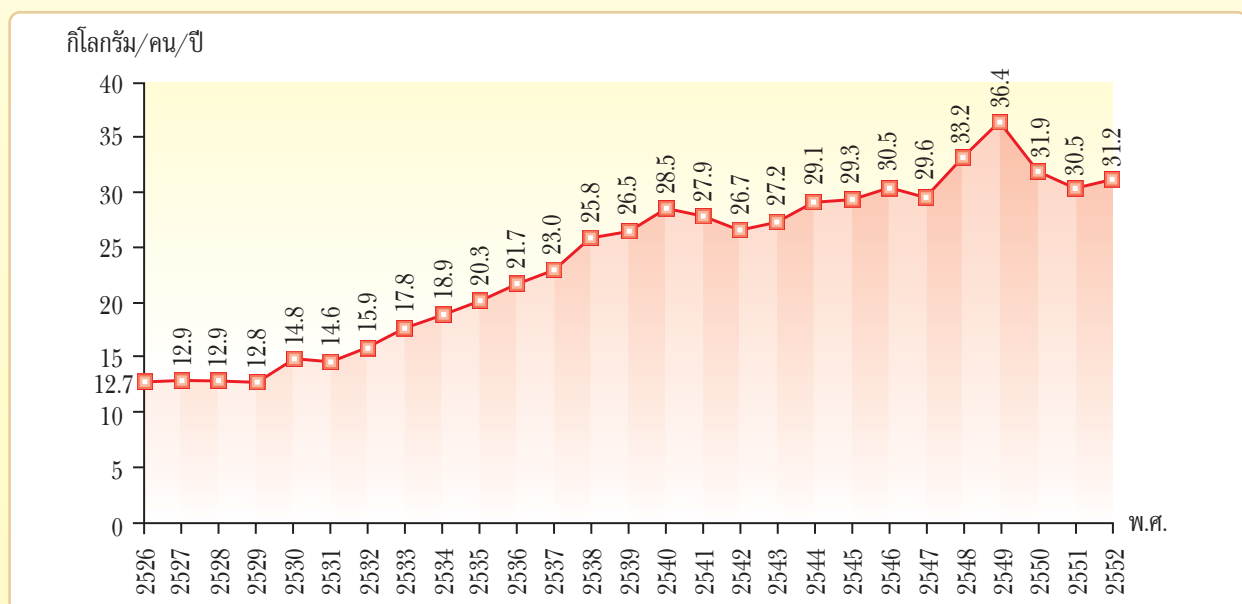
ความถี่ในการบริโภค	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 มื้อ	87	3.6	87	3.2	174	3.4
น้อยกว่าวันละ 1 มื้อ	381	15.8	343	12.6	724	14.1
วันละ 1 มื้อ	848	35.1	896	33.0	1,744	34.0
วันละ 2 มื้อ	684	28.3	849	31.3	1,533	29.9
วันละ 3 มื้อ	417	17.2	539	19.9	956	18.6
รวม	2,417	100.0	2,714	100.0	5,131	100.0

ที่มา: รายงานการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่อง โรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ. 2550, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2) การบริโภคแป้งและน้ำตาล

คนไทยมีแนวโน้มการบริโภคน้ำตาลและอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก อัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนในช่วงกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2526 เป็น 31.2 กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งตามข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยกำหนดไว้ว่า ไม่ควรบริโภคน้ำตาลเกิน 14.6 กิโลกรัม/คน/ปี (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย) (ภาพที่ 4.35) โดยพบว่า ลูกกวาดเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีแนวโน้มการผลิตเพิ่มมากขึ้น (ตารางที่ 4.36) สอดคล้องกับการสำรวจของโครงการ Child Watch 2549 - 2550 ที่พบว่า เด็กและเยาวชนเกือบ 1 ใน 5 ชอบบริโภคอาหารรสหวาน (ตารางที่ 4.37)

ภาพที่ 4.35 ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย



ตารางที่ 4.36 เปรียบเทียบการใช้น้ำตาลของโรงงานอุตสาหกรรม ระหว่าง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552

หน่วย: กระสอบ (100 กก.)

ประเภทอุตสาหกรรม	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552	เพิ่มขึ้น/ลดลง	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
เครื่องดื่ม	3,639,320.11	3,817,897.73	+ 178,577.62	+ 4.91
ขนมปัง (รวมสุราและเบียร์)	231,903.00	149,684.30	- 82,218.70	- 35.45
อาหาร (อาหารกระป๋องและน้ำปลา)	1,950,505.20	1,880,350.49	- 70,154.71	- 3.60
ผลิตภัณฑ์นม	1,505,286.34	1,653,290.60	+ 148,004.26	+ 9.83
ลูกกวาด	219,764.87	612,726.16	+ 392,961.29	+ 178.81
ยาและอื่น ๆ	89,347.50	206,620.55	+ 117,273.05	+ 131.25
รวมทั้งสิ้น	7,636,127.02	8,320,569.83	+ 684,442.81	+ 8.96

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย

ตารางที่ 4.37 ร้อยละของประชากรที่ชอบบริโภคอาหารรสหวาน

กลุ่มอายุ	ร้อยละที่ชอบบริโภคอาหารรสหวาน
6-14 ปี	18.3
15-24 ปี	9.9
25-59 ปี	7.2
60 ปีขึ้นไป	5.8

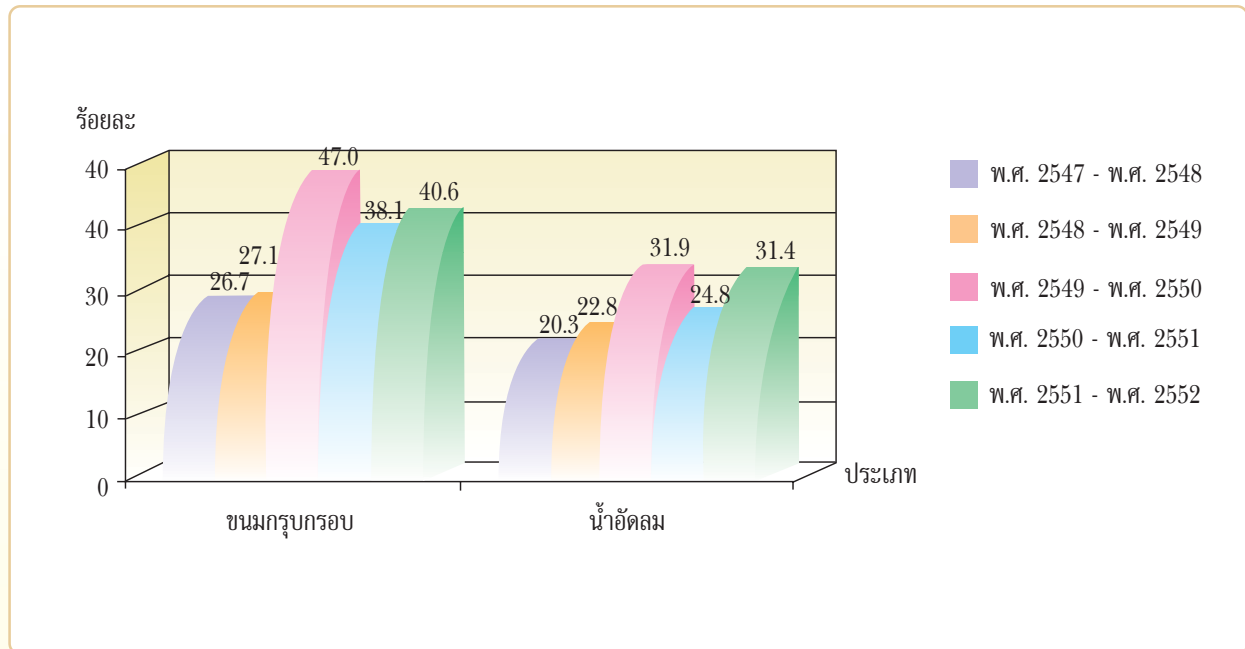
ที่มา: โครงการ Child Watch 2549 - 2550, สถาบันรามจิตติ

3) การบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลม

การบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามความสะดวกในการซื้อหา และความหลากหลายของชนิดและประเภทที่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจสภาวะการเด็กและเยาวชนใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 พบว่า เด็กประถมศึกษาที่รับประทานขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.7 และ 20.3 ใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 40.6 และ 31.4 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ตามลำดับ (ภาพที่ 4.36) การบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมที่เพิ่มขึ้นเพราะความหลากหลายทั้งยี่ห้อและประเภทที่มีจำนวนมากขึ้น รวมทั้งอิทธิพลของการโฆษณาในเชิงของการชักนำ (Induce) ให้เกิดการบริโภค ซึ่งข้อมูลจาก Media Spending แสดงให้เห็นถึงมูลค่ารวมของค่าใช้จ่ายในการโฆษณาอาหารในประเทศไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมูลค่าการโฆษณาน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยวที่มีสัดส่วนถึงเกือบ 1 ใน 3 ของมูลค่าการโฆษณาอาหาร (ตารางที่ 4.38 และภาพที่ 4.36) นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวของเยาวชนในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา และกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2547 พบว่า การโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการตัดสินใจซื้อขนมขบเคี้ยวของเยาวชน ดังนั้น อาจสรุปได้ว่ามีความเชื่อมโยงระหว่างการกระตุ้นพฤติกรรมบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมโดยการโฆษณา



ภาพที่ 4.36 สัดส่วน (ร้อยละ) ของเด็กประถมศึกษาที่ทานนมกรูบกรอบและน้ำอัดลมเป็นประจำ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานสภาวะการณ์เด็กและเยาวชนปี 2547-2552 ,โครงการ Child Watch, 2553

ตารางที่ 4.38 มูลค่าการโฆษณา น้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยว พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552

หน่วย : ล้านบาท

รายการ	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2552
น้ำอัดลม	2,107,214	2,242,832	2,062,776	2,403,077
ขนมขบเคี้ยว	2,707,511	2,508,990	2,442,873	2,430,742
• ขนมปังกรอบ	1,622,136	1,535,150	1,506,151	1,640,632
• ลูกกวาด	712,953	680,538	652,262	441,443
• ช็อคโกแลต/เวเฟอร์	372,422	293,302	284,460	348,667
มูลค่าการโฆษณา น้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยว	4,814,725	4,751,822	4,505,649	4,833,819
มูลค่าการโฆษณาอาหาร	16,716,291	16,432,446	16,448,422	17,761,223
สัดส่วนต่อมูลค่าการโฆษณาอาหารทั้งหมด (%)	28.8	28.9	27.4	27.2

ที่มา: บริษัท Media Spending

4) การบริโภคอาหารจานด่วน

การเชื่อมโยงส่วนต่าง ๆ ของโลกเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดการขยายตัวของลัทธิบริโภคนิยม (Consumerism) และพฤติกรรมการเลียนแบบโลกตะวันตก ซึ่งหนึ่งในพฤติกรรมดังกล่าวคือ อาหารจานด่วนได้เข้าสู่วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน¹¹ ซึ่งจากการสำรวจชีวิตจิตใจของคนกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2549 พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของคนกรุงเทพฯ รับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำ สอดคล้องกับการสำรวจของโครงการ Child Watch 2548-2549 ที่พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กและเยาวชนมีสัดส่วนบริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ และสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นในช่วงวันหยุดเสาร์ อาทิตย์ (ตารางที่ 4.39) รวมทั้งรายงานการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552 ที่พบว่า กลุ่มวัยรุ่นมีความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วนสูงสุดเมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ (ตารางที่ 4.40)

ตารางที่ 4.39 ร้อยละของเด็กและเยาวชนที่บริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ (Fast Food)

ระดับการศึกษา	ร้อยละที่รับประทานอย่างน้อย 1 วัน/สัปดาห์	
	วันธรรมดา	วันเสาร์-อาทิตย์
ประถมศึกษา	36.9	48.4
มัธยมต้น	36.1	43.8
มัธยมปลาย	34.0	40.2
อาชีวศึกษา	32.1	34.2
อุดมศึกษา	35.6	36.8

ที่มา: โครงการ Child Watch 2548 - 2549, สถาบันรามจิตติ

ตารางที่ 4.40 ร้อยละของประชากร จำแนกตามความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วน (Fast Food) พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552

ความถี่ในการบริโภค	กลุ่มอายุ									
	รวม		6-14 ปี		15-24 ปี		25-59 ปี		60 ปีขึ้นไป	
	2548	2552	2548	2552	2548	2552	2548	2552	2548	2552
1-2 วัน/สัปดาห์	12.3	11.8	17.1	18.9	20.0	19.3	10.0	9.6	3.1	3.0
3-4 วัน/สัปดาห์	2.0	1.6	3.5	2.9	3.2	2.7	1.3	1.1	0.7	0.3
5-6 วัน/สัปดาห์	0.5	0.6	0.8	1.2	0.9	1.0	0.4	0.4	0.1	0.1
กินทุกวัน	0.5	0.3	0.8	0.5	0.7	0.3	0.4	0.3	0.2	0.1

ที่มา: - รายงานการสำรวจพฤติกรรมและสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร), สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการและการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

¹¹ รุ่งสรรค์ ธนะพรพันธุ์. โลกานุวัฒน์กับสังคมเศรษฐกิจไทยอาหาร. ในสังสิทธิ์ พิริยะรุ่งสรรค์ และผาสุก พงษ์ไพจิตร(บรรณาธิการ). โลกานุวัฒน์กับสังคมเศรษฐกิจไทย, 2538



นอกจากนี้ การมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้นจึงมีการย้ายไปพึ่งอาหารพร้อมปรุง อาหารสำเร็จรูปมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มพบทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อพิจารณาการใช้จ่ายเรื่องอาหารพบว่า คนกรุงเทพฯ ใช้จ่ายสำหรับอาหารสำเร็จรูปหรือปรุงสำเร็จประมาณร้อยละ 50 ของการใช้จ่ายด้านอาหาร ขณะที่เขตชนบทพบร้อยละ 20¹²

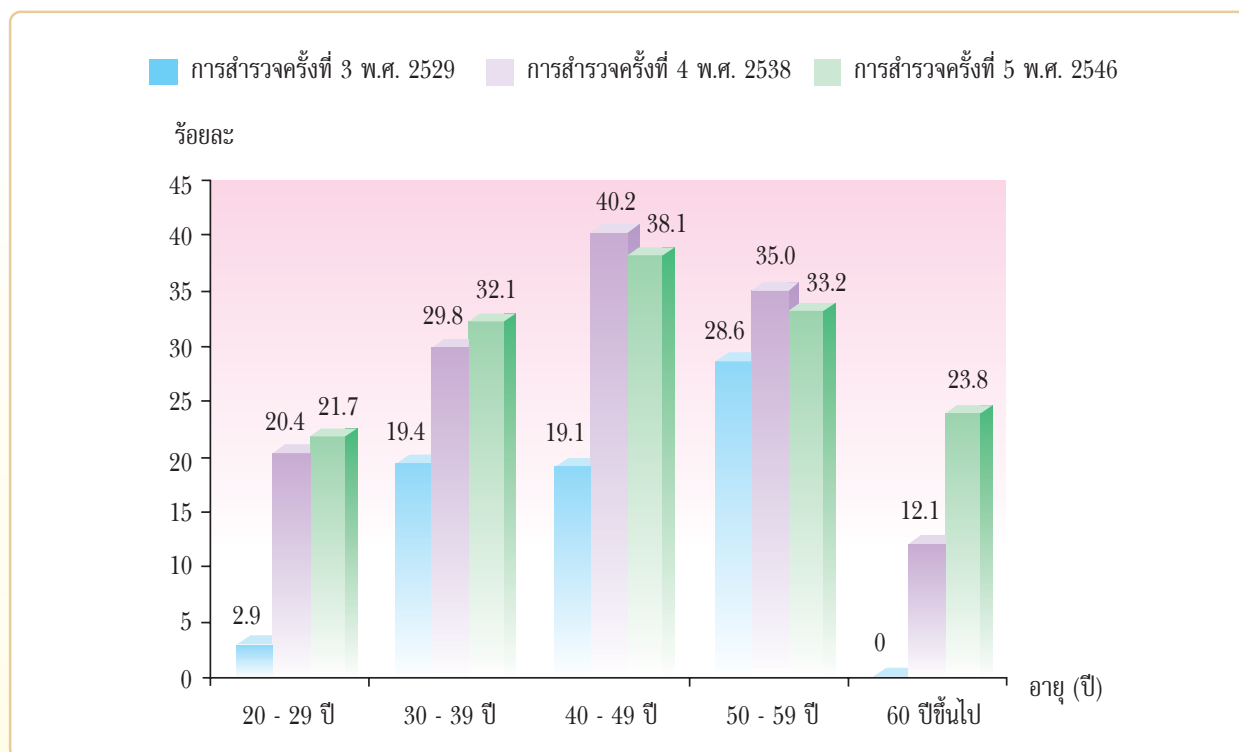
8.1.3 ผลของการบริโภคอาหารที่มีผลต่อสุขภาพ

การบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรีสูงก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจากการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่องโรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประชาชนอายุ 15-74 ปี บริโภคอาหารประเภทที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เฉลี่ยประเภทละ 2-5 มื้อต่อสัปดาห์ โดยบริโภคอาหารประเภทขนมขบเคี้ยวและอาหารทอดสูงสุดเฉลี่ย 5 มื้อ/สัปดาห์ บริโภคขนมหวาน อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ สเต็ก/เนื้อย่างติดมัน/คอหมูย่าง อาหารจานด่วน เช่น ไก่ทอด เบอร์เกอร์ พิซซ่า ข้าวขาหมู ตามลำดับ (ตารางที่ 4.41) แสดงให้เห็นว่า ประชาชนนิยมบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนสูงถึง 1 ใน 4 ของอาหารมื้อหลัก ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญในการทำให้คนไทยจำนวนมากเป็นโรคอ้วน นอกจากนี้ จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 8 จังหวัดครอบคลุมทั้ง 4 ภาคของประเทศ ในเดือนเมษายน 2551 พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่บริโภคอาหารประเภททอด (ร้อยละ 96.2) รับประทานอาหารและขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ (ร้อยละ 91.8) และรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม (ร้อยละ 91.8) (ตารางที่ 4.42) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์เกี่ยวโยงซึ่งกันและกันใน 5 โรค คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หลอดเลือดสมองและมะเร็ง และจากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 - ครั้งที่ 5 พบความชุกของภาวะอ้วนในคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 20-29 ปี, 30-39 ปี และ 60 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 4.37) และจากการศึกษาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากรไทยอายุระหว่าง 35 - 59 ปี พบว่า มีแนวโน้มของไขมันโคเลสเตอรอล ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วนเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.41)

¹² พัดธน วิจิระกุล และวงสวาท โกศลวัฒน์. อาหารและโภชนาการ. ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย, 2546



ภาพที่ 4.37 อัตราความชุกภาวะอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2529, พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2546



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

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

ตารางที่ 4.41 ความถี่ในการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน จำแนกตามเพศ

รายการอาหาร	ความถี่เฉลี่ย/สัปดาห์		รวม
	ชาย	หญิง	
ขนมขบเคี้ยว	5	5	5
อาหารทอด	5	5	5
ขนมหวาน	3	3	3
อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	3	3	3
สแต็ก/เนื้อย่างติดมัน/คอหมูย่าง	2	2	2
อาหารจานด่วน เช่น ไก่ทอด เบอร์เกอร์ พิซซ่า	2	2	2
ข้าวขาหมู	2	2	2
รวม	5	4	5

ที่มา: รายงานการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่อง โรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ. 2550, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



ตารางที่ 4.42 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ประเด็นพฤติกรรม	ร้อยละที่มีการปฏิบัติ
- บริโภคอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอด ไก่ทอด ปลาทอด ไข่ทอด กลัวยทอด	96.2
- รับประทานอาหารและขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ	91.8
- รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง กระเทียมดอง	91.8
- เติมน้ำตาล เพิ่มรสในอาหาร	86.1
- รับประทานอาหารขาวขาม ข้าวมันไก่ หอยทอด ผัดไท	85.1
- เติมน้ำปลาหรือซอสปรุงรสเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน	82.5
- รับประทานขนมหวานจัด เช่น ทองหยอด ฝอยทอง ฟักเชื่อม	75.8

ที่มา: รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2551, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.43 การเปลี่ยนแปลงระดับและความชุกของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศไทย (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)	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-2552)
ไขมันโคเลสเตอรอล (mg/dl)	189	198	201	207	204
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	87	92	99	100	89
ดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m ²)	22.8	23.8	24.4	24.6	23.8
น้ำหนักเกิน (%)	20	25	30	38	34.7
ภาวะอ้วน (%)	5	8	9	10	ชาย=6.0, หญิง= 11.6

- ที่มา:**
1. ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพไทย, 2546
 2. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
 3. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 สำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ การบริโภคขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ ของเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กประถมศึกษา ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาทันตสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ ใน พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2550 พบว่า เด็กอายุ 5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่จะเข้าสู่ระบบการศึกษาเป็นผู้ที่มีโรคฟันผุในฟันน้ำนมถึงร้อยละ 80.6 โดยมีค่าเฉลี่ย DMFT 5.4 ซี/คน (ตารางที่ 4.44 และ 4.45) และใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2551 กรมอนามัยได้ดำเนินการสำรวจทันตสุขภาพของจังหวัดต่างๆ พบว่า มีผู้ปราศจากฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี เพียงร้อยละ 40 เท่านั้น¹³

ตารางที่ 4.44 ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุในกลุ่มอายุต่างๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2532, พ.ศ. 2537, พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550

กลุ่มอายุ (ปี)	ร้อยละ				
	2527	2532	2537	2543 - 2544	2549 - 2550
3*	-	66.5	61.7	65.7	61.4
5	-	-	-	-	80.6
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	56.9
15	-	-	-	-	66.3
18	63.1	63.3	63.7	62.1	-
35 - 44	80.2	76.8	85.7	85.6	89.6
60 ปีขึ้นไป	95.2	93.9	95.0	95.6	96.1

ที่มา: 1. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2, 3, 4, 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: * ฟันน้ำนม ** ฟันผสม (ฟันแท้และฟันน้ำนม) กลุ่มที่เหลือเฉพาะฟันแท้

¹³ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด ปี 2548-2551, 2551



ตารางที่ 4.45 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ในกลุ่มอายุต่าง ๆ เปรียบเทียบจากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2527, พ.ศ. 2532, พ.ศ. 2537 พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550

กลุ่มอายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย DMFT (ซี่/คน)				
	2527	2532	2537	2543-2544	2549-2550
3*	-	4.0	3.4	3.6	3.2
5	-	-	-	-	5.4
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	1.6
15	-	-	-	-	2.2
18	3.0	2.7	2.4	2.1	-
35 - 44	5.4	5.4	6.5	6.1	6.7
60 ปีขึ้นไป	16.3	16.2	15.8	14.4	15.8

- ที่มา:**
1. รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2, 3, 4, 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
 2. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: * ฟันน้ำนม ** ฟันผสม (ฟันแท้และฟันน้ำนม) กลุ่มที่เหลือนเฉพาะฟันแท้

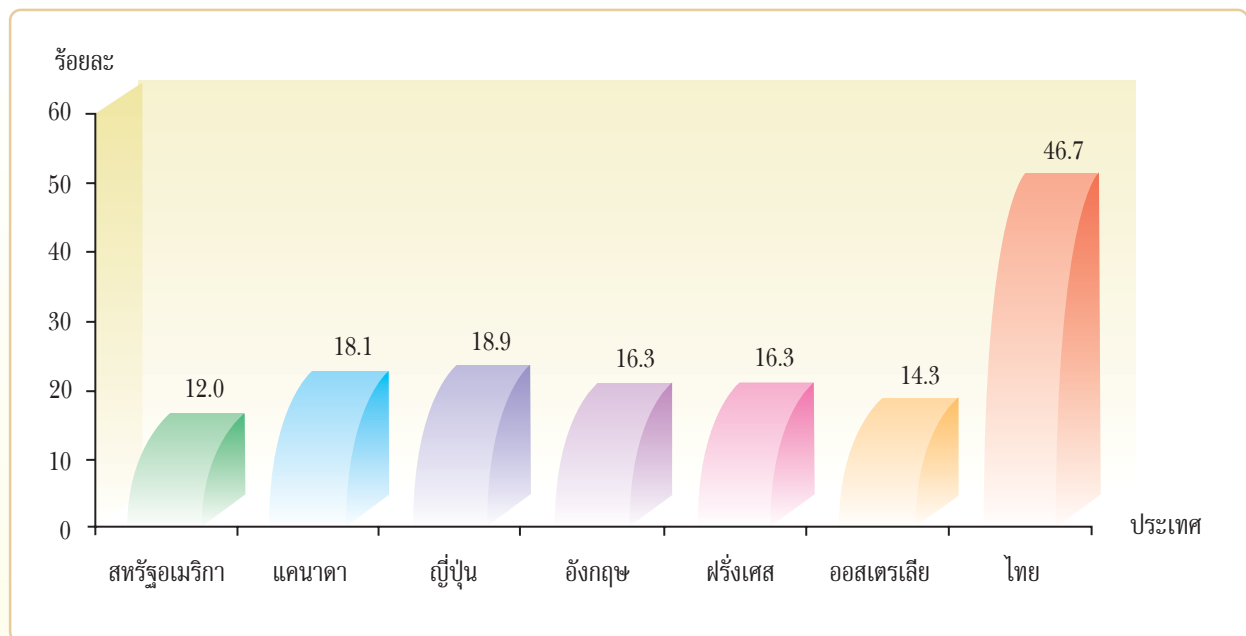
8.2 การบริโภคยา

มูลค่าการบริโภคยาของคนไทย ใน พ.ศ. 2551 ประมาณ 151,578 ล้านบาท (ราคาขายส่ง) หรือประมาณ 272,841 ล้านบาท (ราคาขายปลีก) คิดเป็นร้อยละ 46.4 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (ดูบทที่ 6 หัวข้อ 3 เทคโนโลยีทางสุขภาพ) ซึ่งนับว่าสูงมาก เพราะประเทศที่พัฒนาแล้วสัดส่วนนี้จะประมาณร้อยละ 10-20 เท่านั้น (ภาพที่ 4.38) ในช่วง พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2551 มูลค่าการบริโภคนี้อัตราเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพและอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ

การบริโภคยาของคนไทยพบว่า บริโภคโดยผ่านการตัดสินใจหรือแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ) ประมาณ 2 ใน 3 และบริโภคโดยการตัดสินใจของประชาชน โดยอาศัยคำแนะนำจากญาติ เพื่อน หรือการโฆษณา ประมาณ 1 ใน 3 โดยมีแนวโน้มที่จะบริโภคผ่านการตัดสินใจและแนะนำจากผู้ประกอบวิชาชีพมากขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 4.46)



ภาพที่ 4.38 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศต่างๆ เปรียบเทียบกับประเทศไทย



ที่มา: OECD Health Data 2008

หมายเหตุ: OECD เป็นข้อมูลการใช้ยา OTC และกรณีผู้ป่วยนอกเท่านั้น แต่ประเทศไทยเป็นการใช้ยารวมผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน และ OTC

ตารางที่ 4.46 สถานที่กระจายยาของประเทศไทย (ร้อยละของมูลค่าขายทั้งหมด)

ประเภท	พ.ศ.2537	พ.ศ.2538	พ.ศ.2539	พ.ศ.2540	พ.ศ.2541	พ.ศ.2542	พ.ศ.2543	พ.ศ.2544	พ.ศ.2545	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550	พ.ศ.2551	พ.ศ.2552
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ร้านขายยา	40	34	34	34	34	32	32	30	30	26	26	26	24	22	22	20
โรงพยาบาลรัฐและเอกชน	43	46	52	52	52	58	58	60	60	64	64	64	66	70	70	72
คลินิกเอกชน	10	15	9	9	9	} 7	} 7	} 8	} 8	} 9	} 9	} 9	} 8	} 7	} 7	} 7
องค์การเภสัชกรรม	2	2	2	2	2											
อื่นๆ	5	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	2	1	1	1

ที่มา: บริษัท IMS Thailand.

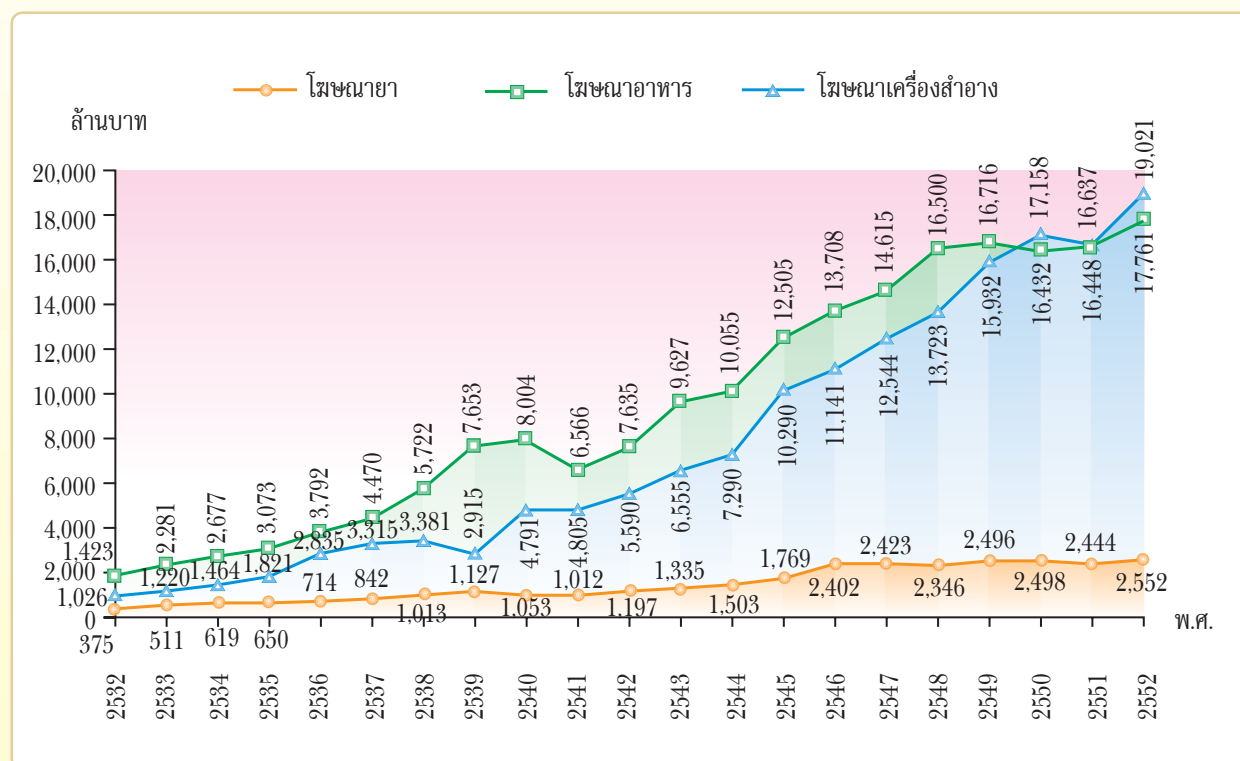




แต่ไม่ว่าจะบริโภคยาผ่านใคร ก็มีหลักฐานอย่างชัดเจนว่า มีการบริโภคยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นในทุก ๆ ระดับ ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากอิทธิพลของการโฆษณา (ภาพที่ 4.39) ในขณะที่ความพยายามในการเผยแพร่ความรู้ด้านยาแก่ประชาชนผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร มีน้อยมาก แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นก็ตาม จึงทำให้ประชาชนผู้บริโภคได้ข้อมูลข่าวสารด้านยาส่วนใหญ่จากผู้ประกอบธุรกิจทางยา

นอกจากนี้ จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า คนไทยใช้ยาแก้ปวดเป็นประจำทุกวันลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนการใช้ยาคลายเครียดและยานอนหลับกลับพบว่า เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยยิ่งอายุมากขึ้นการใช้ยาคลายเครียดและยานอนหลับก็เพิ่มขึ้นด้วย ขณะที่การใช้ยาลดความอ้วนพบมากในเพศหญิงโดยเฉพาะวัยรุ่น (อายุ 15-29 ปี) มีสัดส่วนการใช้ยาลดความอ้วนร้อยละ 4.9 (ตารางที่ 4.47) โดยแหล่งยาลดน้ำหนักได้มาจากร้านยา (ร้อยละ 27.8) และโรงพยาบาล (ร้อยละ 27.0) ร้านค้า (ร้อยละ 19.4) การขายตรง (ร้อยละ 11.4) และเพื่อน ญาติ คนรู้จัก (ร้อยละ 9.5)

ภาพที่ 4.39 มูลค่าการโฆษณา ยา อาหารและเครื่องสำอาง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552



ที่มา: บริษัท Media Spending

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



ตารางที่ 4.47 ร้อยละของประชากรชาย-หญิง ที่ใช้ยาเป็นประจำ จำแนกตามอายุ เพศ และประเภทของยา

อายุ (ปี)	ร้อยละการใช้ยาประเภทต่าง ๆ					
	แก้ปวด		คลายเครียดและนอนหลับ		ลดความอ้วน	
	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552
ชาย						
15 – 29	1.4	0.6	0.4	1.7	0.2	0.1
30 – 44	3.6	1.1	0.8	1.4	0.1	0.3
45 – 59	5.2	2.6	0.7	2.0	0.2	0.4
60 – 69	7.9	3.2	1.3	3.1	0.0	0.4
70 – 79	8.0	3.2	1.8	4.2	0.1	0.3
80+	8.4	3.2	2.7	6.5	0.2	0.2
รวมทุกอายุ	3.8	1.8	0.7	2.0	0.1	0.3
หญิง						
15 – 29	2.2	1.2	0.1	1.1	0.3	4.9
30 – 44	3.8	2.2	0.5	3.4	0.1	1.9
45 – 59	6.5	3.2	2.1	5.7	0.1	1.1
60 – 69	10.0	4.9	2.9	8.3	0.2	0.2
70 – 79	12.7	5.1	2.7	8.4	0.1	0.1
80+	10.6	4.3	2.2	8.5	0.0	0.2
รวมทุกอายุ	4.9	2.3	1.0	4.5	0.2	1.9

- ที่มา: 1. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547), กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

8.3 การสูบบุหรี่

ผลจากมาตรการการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างเข้มข้นโดยกฎหมาย 2 ฉบับ ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 และโดยเฉพาะมาตรการด้านภาษี ซึ่งมีผลให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นเกือบ 4 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลงจากร้อยละ 30.1 ใน พ.ศ. 2519 เป็นร้อยละ 20.7 ใน พ.ศ. 2552 โดยจำนวนผู้สูบบุหรี่ค่อนข้างคงที่หรือไม่เพิ่มขึ้นที่ชัดเจนคือ จำนวนยอดจำหน่ายบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 2,328 ล้านซอง ใน พ.ศ. 2537 เป็น 1,790 ล้านซองใน พ.ศ. 2552 โดยที่รายได้จากภาษีบุหรี่กลับเพิ่มขึ้นจาก 15,345 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2536 เป็น 44,167 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า (ตารางที่ 4.48) และประชาชนบริโภคบุหรี่ที่ผลิตในประเทศลดลงแต่หันไปบริโภคบุหรี่ที่นำเข้าจากต่างประเทศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.0 ใน พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 24 ใน พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 4.50) นับเป็นความสำเร็จที่เป็นตัวอย่างไปทั่วโลก



นอกจากนี้ จากการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey: GATS) พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบัน (ทั้งชนิดมีควันและไม่มีควัน) มีจำนวน 14.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 27.2 โดยเป็นผู้ชายร้อยละ 46.4 และผู้หญิงร้อยละ 9.1 (ตารางที่ 4.51) โดย 6 ใน 10 ของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดมีควัน คิดจะเลิกสูบ และ 5 ใน 10 ของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (รวมผู้ใช้ปัจจุบันและเพิ่งเลิกไม่ถึง 12 เดือน) เคยเลิกสูบในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (ตารางที่ 4.52) นอกจากนี้ ยังพบว่า คนทำงาน 3.3 ล้านคน (ร้อยละ 27.2) ได้รับความทุกข์ในสถานที่ทำงาน และมีประชากรถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 39.1) ได้รับความทุกข์ในบ้าน (ตารางที่ 4.53)

ตารางที่ 4.48 อัตราภาษีสรรพสามิต ยอดจำหน่ายบุหรี่ ภาษีที่เก็บได้และจำนวนผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	ภาษี (%)	ยอดจำหน่าย (ล้านซอง)	ภาษีบุหรี่ (ล้านบาท)	จำนวนผู้สูบบุหรี่ (ล้านคน)	ราคาบุหรี่ต่อซอง (บาท)
2532	35-55	1,843	14,664		
2533	55	1,941	15,461		15
2534	55	1,942	15,898	11.3	
2535	55	2,035	15,438		
2536	55	2,135	15,345	10.4	15
2537	60	2,328	20,002		18
2538	62	2,171	20,736		21
2539	68	2,463	24,092	11.2	24
2540	68	2,415	29,755	10.2	28
2541	70	1,951	28,691		
2542	70	1,810	26,708	10.2	28
2543	71.5	1,826	28,110		32
2544	75	1,727	29,627	10.5	36
2545	75	1,716	31,247		
2546	75	1,904	33,582	7.7	38
2547	75	2,110	36,326	11.3	
2548	75	2,187	39,690		38
2549	79	1,793	35,646	11.0	42
2550	80	1,958	41,528	10.8	45
2551	80	1,837	40,489		45
2552	85	1,790	44,167	10.9	58

ที่มา: 1. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
2. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่



ตารางที่ 4.49 จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2552

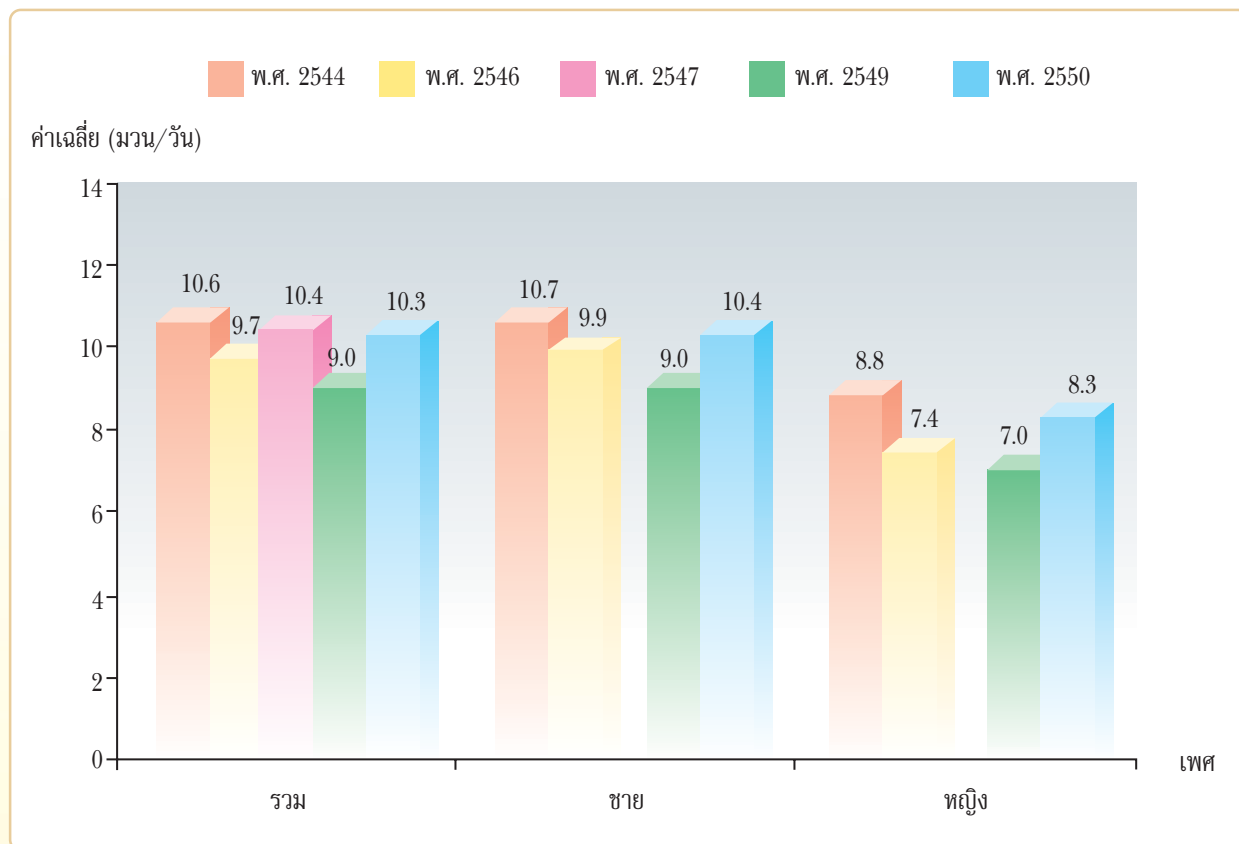
พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้สูบบุหรี่			สัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2519	28.7 ⁽¹⁾	8.6	7.7	0.9	30.1	54.7	6.1
2524	35.1 ⁽¹⁾	9.8	9.0	0.8	27.8	51.2	4.4
2529	38.0 ⁽²⁾	10.4	9.6	0.8	27.4	50.4	4.2
2531	40.5 ⁽²⁾	10.1	9.4	0.7	25.0	46.7	3.5
2534	43.3 ⁽²⁾	11.4	10.6	0.8	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
2550	51.2 ⁽³⁾	10.8	10.3	0.5	21.2	41.7	1.9
2552	52.7 ⁽³⁾	10.9	10.4	0.5	20.7	40.4	2.0

- ที่มา:
1. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 3. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ⁽¹⁾ ประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป
⁽²⁾ ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป
⁽³⁾ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป



ภาพที่ 4.40 ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ยี่สิบต่อวันของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550



- ที่มา:**
1. สรุปผลการสำรวจเบื้องต้นการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 3. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 สำรวจในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และ พ.ศ. 2547 ไม่ได้มีการวิเคราะห์จำแนกตามเพศ



ตารางที่ 4.50 สัดส่วนการตลาดของบุหรืโรงงานยาสูบและบุหรืนำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552

ปีงบประมาณ	สัดส่วนการตลาด (ร้อยละ)	
	บุหรืโรงงานยาสูบ	บุหรืนำเข้าจากต่างประเทศ
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	73.2	26.8
2550	77.4	22.6
2551	76.0	24.0
2552	76.0	24.0

ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง



ตารางที่ 4.51 ร้อยละของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

การใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ	รวม (%)	ชาย (%)	หญิง (%)
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดมีควัน			
ผู้ใช้ปัจจุบัน	23.7	45.6	3.1
ผู้ใช้เป็นประจำ	20.3	39.2	2.4
ผู้ใช้ปัจจุบัน ชนิดบุหรี่ซอง	15.0	29.6	1.1
ผู้ใช้เป็นประจำ ชนิดบุหรี่ซอง	11.3	22.4	0.8
ผู้ใช้ปัจจุบัน ชนิดบุหรี่มวนเอง	14.1	27.0	1.8
ผู้ใช้เป็นประจำ ชนิดบุหรี่มวนเอง	12.4	24.0	1.4
ผู้เคยใช้เป็นประจำ ¹ จากประชากรทั้งหมด	8.9	16.7	1.4
ผู้เคยใช้เป็นประจำ ¹ จากผู้ที่ปัจจุบันใช้เป็นประจำและเป็นครั้งคราว	28.8	28.4	34.4
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน			
ผู้ใช้ปัจจุบัน	3.9	1.3	6.3
ผู้ใช้เป็นประจำ	3.4	0.9	5.8
ผู้เคยใช้เป็นประจำ ² จากประชากรทั้งหมด	0.6	0.4	0.7
ผู้เคยใช้เป็นประจำ ² จากผู้ที่ปัจจุบันใช้เป็นประจำและเป็นครั้งคราว	13.8	27.8	11.0
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (รวมทั้งชนิดมีควันหรือชนิดไม่มีควัน)			
ผู้ใช้ปัจจุบัน	27.2	46.4	9.1

ที่มา: การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก, 2552

หมายเหตุ: ¹ ผู้ที่ปัจจุบันไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควัน

² ผู้ที่ปัจจุบันไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน

ตารางที่ 4.52 ร้อยละของการเลิกยาสูบ

การเลิกบุหรี่	รวม (%)	ชาย (%)	หญิง (%)
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันที่คิดจะเลิกสูบ	60.0	60.5	52.9
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เคยเลิกสูบ ^{1*}	49.8	49.9	47.4
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่เคยได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบโดยบุคลากรทีมสุขภาพ ^{1,2*}	51.9	52.3	48.7
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดไม่มีควันที่คิดจะเลิกใช้	24.0	37.4	21.3
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดไม่มีควันที่เคยเลิกใช้ ^{3*}	21.5	31.6	19.5
ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควันที่เคยได้รับคำแนะนำให้เลิกใช้โดยบุคลากรทีมสุขภาพ ^{2,3*}	18.7	14.1	19.4

ที่มา: การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก, 2552

หมายเหตุ: ¹ รวมผู้ใช้ปัจจุบันและผู้ที่เพิ่งเลิกในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

² ผู้ใช้ปัจจุบันและผู้ที่เพิ่งเลิกและไปพบแพทย์/ไปปรึกษาที่สถานพยาบาลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

³ รวมผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดไม่มีควันและผู้ที่เพิ่งเลิกในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

* ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา



ตารางที่ 4.53 ร้อยละของการได้รับควันบุหรี่มือสอง

ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป	รวม (%)	ชาย (%)	หญิง (%)
คนทำงานที่สัมผัสควันบุหรี่ในสถานที่ทำงาน ^{1*}	27.2	34.9	18.9
ผู้สัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน ²	39.1	43.4	35.1
ผู้สัมผัสควันบุหรี่ขณะใช้บริการขนส่งสาธารณะ*	6.3	5.1	7.5
ผู้สัมผัสควันบุหรี่ในร้านอาหาร ภัตตาคาร*	9.0	10.8	7.2
ผู้สัมผัสควันบุหรี่ที่ตลาดสดหรือตลาดนัด*	53.5	54.4	52.7

ที่มา: การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก, 2552

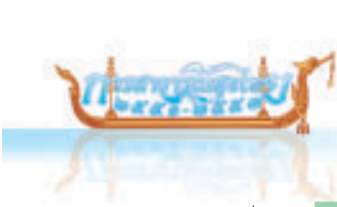
หมายเหตุ: ¹ กลุ่มผู้ทำงานนอกบ้านที่ปกติทำงานภายในอาคารหรือทำงานทั้งภายในและภายนอกอาคารพอๆ กัน

² รวมบ้านที่มีการสูบบุหรี่ในบ้านทุกวัน/หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง/หรืออย่างน้อยเดือนละครั้ง/หรือไม่ทุกเดือน

* ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา

8.4 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พบว่า มีภาระโรคจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นอันดับ 1 ในเพศชายและอันดับ 9 ในเพศหญิง โดยคนไทยมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในทศวรรษที่ผ่านมา ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้นจาก 37.9 ลิตร/คน/ปี ใน พ.ศ. 2540 เป็น 45.7 ลิตร/คน/ปี ใน พ.ศ. 2551 หรือประมาณกว่า 1.2 เท่า เมื่อจำแนกประเภทของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า การบริโภคสุรามีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ขณะที่การบริโภคเบียร์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.54) ดังจะเห็นได้จากโครงสร้างส่วนแบ่งของตลาดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ปี 2540 - 2551 พบว่า เบียร์ มีส่วนแบ่งของตลาดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.4-69.0 รองลงมาคือ สุราขาว ร้อยละ 19.4-27.3 ส่วนลำดับที่สาม ในช่วงแรกในปี 2540 - 2544 คือ สุราผสม หลังจากนั้นจนถึงปัจจุบัน (2551) สุราน้ำเข้ามีส่วนแบ่งของตลาดเป็นลำดับที่สาม (ตารางที่ 4.55) ทั้งนี้ เนื่องจากใน พ.ศ. 2535 รัฐบาลประกาศนโยบายการค้าเสรี ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้มีโรงงานผลิตเบียร์เกิดขึ้นอีกหลายแห่ง รวมทั้งราคาที่ถูกลงกว่าทำให้ยอดขายหรือปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นจนสูงกว่าสุรา อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2551 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย ลดลงทุกประเภทสาเหตุอาจจะเนื่องมาจาก สภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่อยู่ในภาวะถดถอยควบคู่กับการดำเนินการมาตรการต่างๆ ของภาครัฐและประชาคม เช่น การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 การรณรงค์ลด ละ เลิก เหล้า เป็นต้น



ตารางที่ 4.54 แสดงการประมาณการปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยและภาษีสรรพสามิตที่เกิดขึ้นจากการผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2551

พ.ศ.	ปริมาณการจำหน่าย (ล้านลิตร)						ปริมาณการผลิต/นำเข้า (ล้านลิตร)		ยอดรวมสุรากลั่น (ล้านลิตร)	ยอดรวมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท (ล้านลิตร)	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (คน)	ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (ลิตร/คน/ปี)				ภาษีสรรพสามิต (ล้านบาท)			
	สุราขาว	สุราผสม	สุราปรุงพิเศษ	สุราพิเศษ	เบียร์	ไวน์	สุราพื้นเมือง	สุรานำเข้า				สุรากลั่น	เบียร์	ไวน์	เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท	เฉพาะสุราในประเทศ	เฉพาะสุรานำเข้า	เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกประเภท	
2540	449.7	204.1	72.6	10.2	863.9	3.9	NA	45.2	781.8	1,649.6	43,537,586	18.0	19.8	0.09	37.9	4.7	2,915.6	41,983.6	
2541	389.9	315.1	52.4	16.9	950.3	4.3	0.08	17.6	791.9	1,746.6	44,235,024	17.9	21.5	0.10	39.5	330.3	2,098.7	43,391.6	
2542	419.7	116.7	44.4	17.8	1,032.2	7.2	0.30	24.5	623.1	1,662.8	44,755,436	13.9	23.1	0.17	37.2	440.0	2,365.0	47,749.8	
2543	395.3	167.1	19.3	27.2	1,092.2	15.4	0.76	34.7	643.6	1,752.0	45,163,700	14.3	24.2	0.36	38.8	118.5	3,033.7	34,670.5	
2544	404.8	130.3	31.1	83.5	1,158.7	11.0	2.29	54.6	704.3	1,876.3	45,726,748	15.4	25.3	0.29	41.0	24.3	4,728.4	38,852.5	
2545	421.6	99.1	34.0	84.2	1,195.6	21.3	3.97	101.1	740.0	1,960.9	46,323,539	16.0	25.8	0.55	42.3	27.2	5,675.8	53,890.4	
2546	495.5	39.3	19.9	71.3	1,506.7	22.6	3.55	138.7	764.7	2,297.6	46,788,017	16.3	32.2	0.56	49.1	35.9	7,437.4	62,618.2	
2547	489.6	21.7	19.0	69.2	1,531.7	32.6	5.61	161.8	761.3	2,331.2	47,152,370	16.1	32.5	0.81	49.4	34.6	7,864.1	68,868.4	
2548	507.1	24.2	17.6	78.6	1,468.7	3.3	0.34	176.7	804.2	2,276.5	47,731,109	16.8	30.8	0.08	44.7	41.2	8,587.2	74,029.7	
2549	527.1	39.9	18.9	55.2	1,621.1	1.7	0.42	159.9	801.0	2,424.2	48,290,398	16.6	33.6	0.04	50.2	40.3	7,770.0	72,871.5	
2550	480.1	75.3	9.9	48.0	1,711.0	1.6	0.11	152.3	765.6	2,478.3	48,615,243	15.7	35.2	0.03	51.0	43.2	7,401.6	84,863.3	
2551	441.2	112.7	8.5	44.6	1,477.1	1.5	0.17	156.2	763.2	2,242.0	49,075,757	15.6	30.1	0.03	45.7	39.5	7,589.0	90,186.1	

ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง
หมายเหตุ: เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง สุราทุกประเภท เบียร์และไวน์



ตารางที่ 4.55 ตารางแสดงโครงสร้างส่วนแบ่งของตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2551

พ.ศ.	ส่วนแบ่งของตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (%)							
	เบียร์	สุราขาว	สุรานำเข้า	สุราผสม	สุราพิเศษ	สุราปรุงพิเศษ	ไวน์	สุราพื้นเมือง
2540	52.4	27.3	2.7	12.4	0.6	4.4	0.2	NA
2541	54.4	22.3	1.0	20.1	1.0	3.0	0.2	0.0
2542	62.1	25.2	1.5	7.0	1.1	2.7	0.4	0.0
2543	62.3	22.6	2.0	9.5	1.3	1.1	0.9	0.0
2544	61.7	21.6	2.9	6.9	4.5	1.7	0.6	0.1
2545	61.0	21.4	5.2	5.1	4.3	1.7	1.1	0.2
2546	65.5	21.6	6.0	1.7	3.1	0.9	1.0	0.2
2547	65.7	21.0	6.9	0.9	3.1	0.8	1.4	0.2
2548	64.5	22.2	7.8	1.1	3.5	0.8	0.1	0.0
2549	66.8	21.7	6.7	1.6	2.3	0.8	0.1	0.0
2550	69.0	19.4	6.1	3.0	1.9	0.4	0.1	0.0
2551	65.9	19.7	7.0	5.0	2.0	0.4	0.1	0.0

ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

อนึ่ง ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบสอดคล้องกันคือ สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.5 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 35.3 ใน พ.ศ. 2547 แต่ลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 32.0 ใน พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 4.56) เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2550) ผู้หญิงมีแนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง (อายุ 15-19 ปี) ที่หันมาดื่มสุราเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.57)

เมื่อพิจารณาความถี่ของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุรา พบว่า มีประมาณครึ่งหนึ่งที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง แต่เป็นที่น่าสนใจว่า กลุ่มผู้ที่ดื่มทุกวันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 8.6 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 13.0 ใน พ.ศ. 2549 และลดลงเป็นร้อยละ 11.7 ใน พ.ศ. 2552 โดยมีข้อสังเกตว่า กลุ่มที่ดื่มสุราเดือนละ 1-2 ครั้ง เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว ใน พ.ศ. 2550 (ตารางที่ 4.58) สาเหตุของการดื่มสุราก็เพราะเพื่อเข้าสังคมตามเพื่อนและอยากทดลอง รวมทั้งอิทธิพลของการโฆษณาอย่างไม่หยุดยั้ง ดังจะเห็นได้จากมูลค่าโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2549 มีมูลค่าการโฆษณาเฉลี่ยสูงกว่า 2,000 ล้านบาทต่อปี แต่หลังจากที่มีมาตรการห้ามโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่าน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ทำให้มูลค่าการโฆษณาลดลง (ตารางที่ 4.59)



ตารางที่ 4.56 จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้ดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (ล้านคน)			สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ (%)		
		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
2550	51.1	14.9	12.6	2.3	29.3	51.0	8.8
2552	52.7	16.8	13.9	2.9	32.0	54.4	10.8

- ที่มา: 1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, 2539, 2544, 2546, 2549 และ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการใน พ.ศ. 2546 ได้ทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ตอบสัมภาษณ์ด้วยตนเองเท่านั้น ถ้าไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์ก็จะไม่นับเป็นข้อมูล จึงทำให้จำนวนประชากรที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ต่ำกว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศ

ตารางที่ 4.57 อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ.2534 - พ.ศ. 2552

กลุ่มอายุ(ปี)	2534		2539		2544		2546		2547		2549		2550		2552	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	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	0.7	0.1	-	-
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	23.2	1.8	41.0	6.7
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	55.3	6.0		
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	59.8	8.3	62.8	13.4
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	60.7	10.1		
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	63.7	12.1		
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	61.0	13.4		
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	50.5	10.2	34.2	4.9
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	29.4	4.6		
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	51.0	8.8	54.4	10.8

ที่มา: วิเคราะห์ใหม่จากฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ตารางที่ 4.58 ร้อยละของประชากรที่ดื่มสุรา จำแนกตามความถี่ของการดื่มสุรา พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552

ความถี่ของการดื่มสุรา	พ.ศ. 2539 ¹	พ.ศ. 2544 ²	พ.ศ. 2546 ¹	พ.ศ. 2547 ²	พ.ศ. 2549 ²	พ.ศ. 2550 ¹	พ.ศ. 2552 ¹
ดื่มทุกวัน	8.6	7.9	9.4	9.5	13.0	8.9	11.7
ดื่มค่อนข้างบ่อย (3-4 ครั้ง / สัปดาห์)	10.7	9.9	10.7	10.2	11.2	8.9	12.3
ดื่มเป็นบางวัน (1-2 ครั้ง / สัปดาห์)	17.4	17.2	17.7	18.6	21.1	14.5	20.2
ดื่มเดือนละ 1 – 2 ครั้ง	16.4	15.3	12.2	16.3	13.2	26.0	19.3
ดื่มนาน ๆ ครั้ง	46.2	49.4	50.0	45.5	41.5	41.7	36.3
ไม่ทราบ	0.6	0.3	-	-	-	-	0.2

- ที่มา:**
1. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ:¹ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
² ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป



ตารางที่ 4.59 มูลค่าการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552

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
2550	1,440	-2.8
2551	1,429	-0.8
2552	1,294	-9.4

ที่มา: บริษัท Media Spending

นอกจากนี้ ผลจากนโยบายการเปิดเขตการค้าเสรี FTA (Free Trade Agreement) ส่งผลให้ภาษีศุลกากรนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นำเข้าจากประเทศในกลุ่มอาเซียนลดลงจากร้อยละ 60 เหลือร้อยละ 5 ซึ่งเท่ากับลดลง 12 เท่า เป็นผลให้ส่วนแบ่งมูลค่าตลาดของสุรานำเข้าจากกลุ่มประเทศอาเซียนเพิ่มขึ้นจาก 99.25 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2545 เป็น 787.39 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2546 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 693.3 (ตารางที่ 4.60) และภาษีศุลกากรนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นำเข้าจากประเทศในกลุ่มอาเซียนจะเท่ากับร้อยละ 0 ใน พ.ศ. 2553 กล่าวคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นำเข้าจากประเทศในกลุ่มอาเซียนจะไม่ต้องเสียภาษีศุลกากรอีกต่อไป



ตารางที่ 4.60 แสดงมูลค่าการนำเข้าสุราจากต่างประเทศ จำแนกตามแหล่งนำเข้า (ล้านบาท)

มูลค่า กลุ่มประเทศ	2544 (ล้านบาท)	2545 (ล้านบาท)	2546 (ล้านบาท)	2547 (ล้านบาท)	2548 (ล้านบาท)	2549 (ล้านบาท)	2550 (ล้านบาท)	2551 (ล้านบาท)
อาเซียน	102.80	99.25	787.39	1,016.34	821.03	872.29	642.96	551.71
ออสเตรเลีย	162.67	180.31	59.61	2.55	3.48	2.23	27.73	7.51
สหภาพยุโรป	3,389.21	3,844.22	4,312.94	3,980.85	4,485.75	4,718.79	4,173.99	5,305.70
สหรัฐอเมริกา	123.19	85.38	205.53	169.99	178.46	258.83	129.66	173.60
อื่น ๆ	310.10	373.61	121.22	123.05	138.70	155.25	101.69	213.33
รวมทั่วโลก	4,087.98	4,582.77	5,486.69	5,292.78	5,627.41	6,007.39	5,076.03	6,251.85

ที่มา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์ โดยความร่วมมือจากกรมศุลกากร

ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์ จากการประเมินต้นทุนหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย พ.ศ. 2549 พบว่า มีมูลค่ารวมทั้งสิ้นถึง 150,677.4 ล้านบาท จำแนกเป็นต้นทุนทางตรง ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล 5,263.3 ล้านบาท ต้นทุนจากทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรทางบก 779.4 ล้านบาท และ ต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ 247.6 ล้านบาท และต้นทุนทางอ้อม อันได้แก่ ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 98,922.5 ล้านบาท ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง 45,464.6 ล้านบาท ทั้งนี้ พบว่าความสูญเสียเหล่านี้มีมูลค่ารวม คิดเป็นร้อยละ 1.92 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (ตารางที่ 4.61) จะเห็นได้ว่า ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการดื่มแอลกอฮอล์มีมูลค่ามากกว่ารายได้ที่รัฐบาลจัดเก็บในรูปของภาษีสรรพสามิต ดังนั้น ภาครัฐจำเป็นต้องมีมาตรการในการจัดการกับผลกระทบเชิงลบจากการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสังคม ตลอดจนลดปริมาณการบริโภค รวมทั้งสร้างสมดุลระหว่างรายรับของภาครัฐและรายจ่ายในการจัดสวัสดิการสังคมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น



ตารางที่ 4.61 ต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2549

ต้นทุน	ล้านบาท
1. ต้นทุนทางตรง	
ต้นทุนการรักษาพยาบาล	5,263.3
- ต้นทุนผู้ป่วยนอก	2,294.5
- ต้นทุนผู้ป่วยใน	2,968.8
ต้นทุนการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ	247.6
- ต้นทุนศาล	154.5
- ต้นทุนตำรวจ	93.1
ต้นทุนทรัพย์สินที่เสียหายอันมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร	779.4
2. ต้นทุนทางอ้อม	
ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพ	
- ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร	98,922.5
- ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง	45,464.6
ต้นทุนทั้งหมด (ล้านบาท)	150,677.4
ต้นทุนทั้งหมดต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ	1.92
ต้นทุนทั้งหมดต่อหัวประชากร (บาท)	2,398.21

ที่มา: การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2550

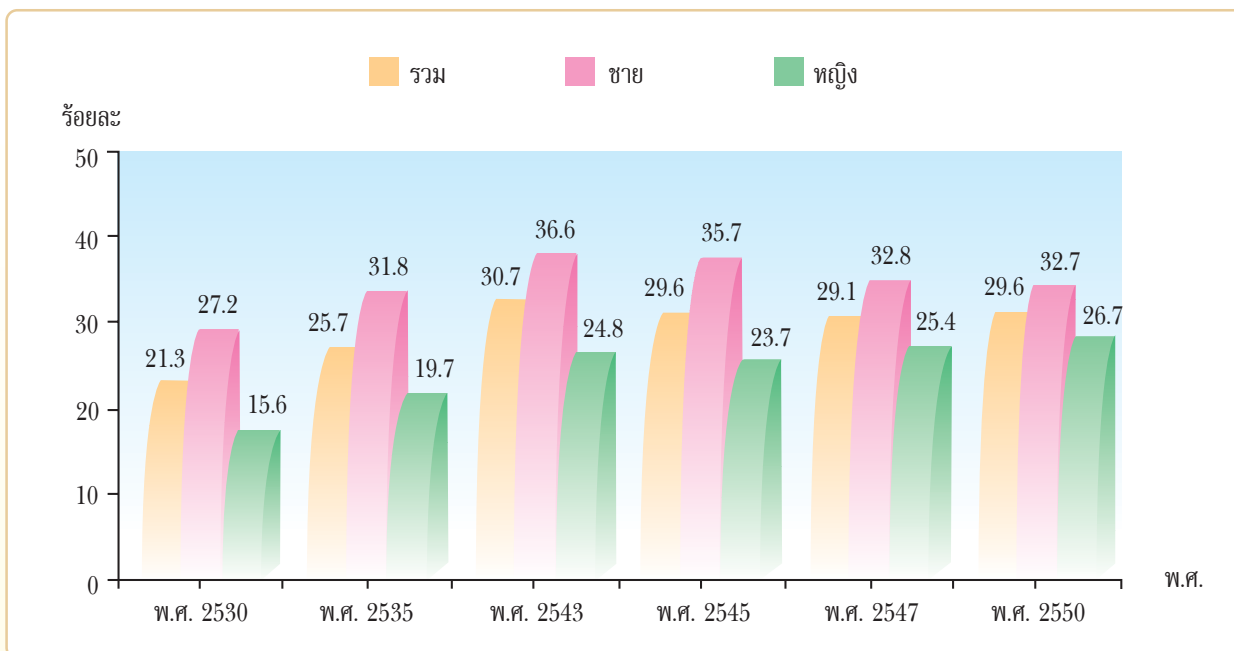
8.5 การออกกำลังกาย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า มีคนไทยประมาณร้อยละ 29.6 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ¹⁴ (ภาพที่ 4.41) อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงแนวโน้มของการออกกำลังกายเป็นประจำในช่วง พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2550 พบว่า คนไทยมีแนวโน้มออกกำลังกายไม่คงที่ เฉลี่ยประมาณร้อยละ 20-30 (ตารางที่ 4.62) โดยเพศชายออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง (ภาพที่ 4.41) และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่ออกกำลังกายมีอายุระหว่าง 15-24 ปี เป็นที่น่าสังเกตว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มการออกกำลังกายลดลง ขณะที่วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) มีแนวโน้มการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.42)

¹⁴ การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสนุกสนาน เพื่อสังคม โดยใช้กิจกรรมง่าย ๆ หรือมีกฎกติกาการแข่งขันง่าย ๆ เช่น เดิน วิ่ง กระโดดเชือก การบริหารร่างกาย การยกน้ำหนัก เป็นต้น (ยกเว้นการออกกำลังกายในอาชีพและการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน)



ภาพที่ 4.41 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2550



- ที่มา:
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

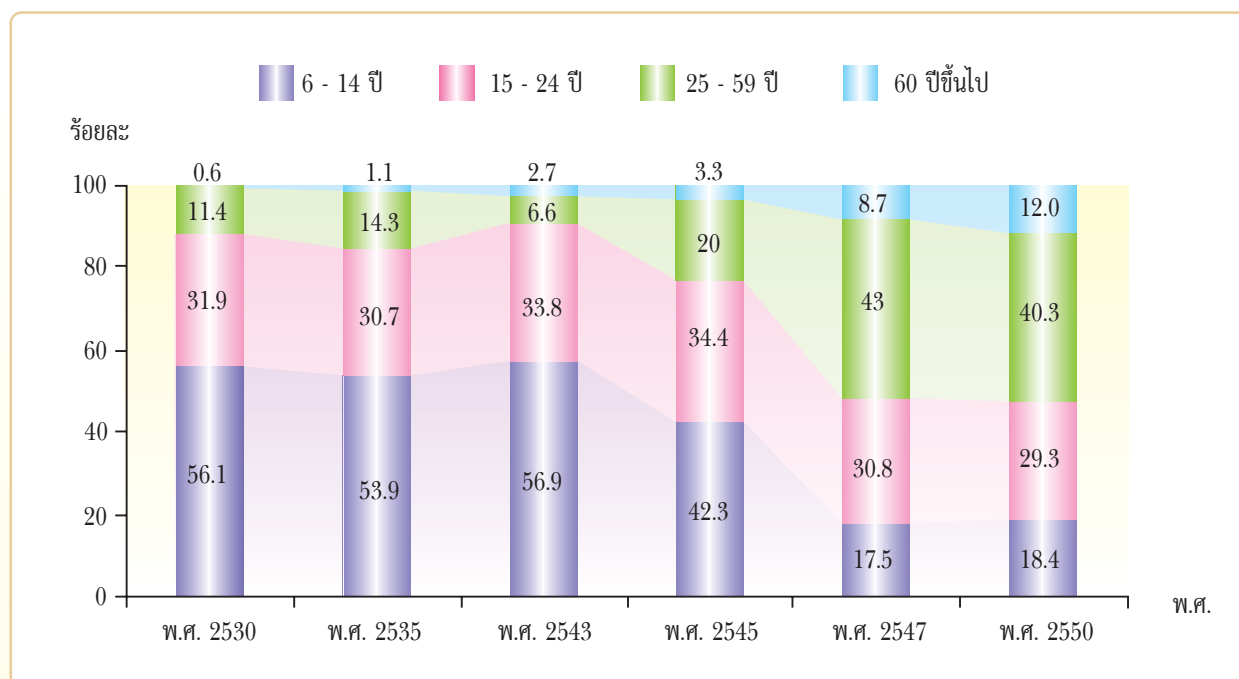
ตารางที่ 4.62 สัดส่วน (ร้อยละ)ของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2550

พ.ศ.	สัดส่วน (ร้อยละ) ของการออกกำลังกาย	
	ออกกำลังกายเป็นประจำ	อัตราการเปลี่ยนแปลง
2530	21.3	-
2535	25.7	+20.7
2540	30.7	+19.5
2544	24.2	-21.2
2545	29.6	+22.3
2546	29.0	-2.0
2547	29.1	+0.3
2550	29.6	+1.7

- ที่มา:
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2530, 2535, 2540 และ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2544, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 3. รายงานการสำรวจพฤติกรรมออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ภาพที่ 4.42 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2550

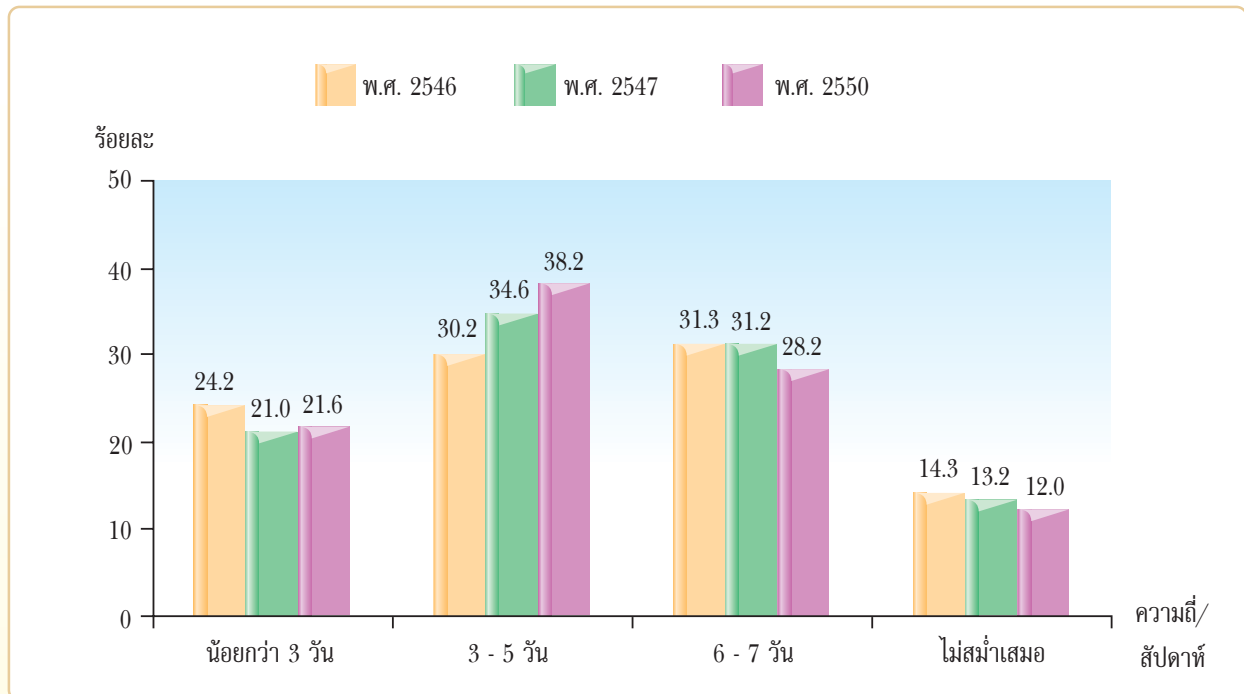


- ที่มา:
1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้เกณฑ์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพพบว่า **ประชาชนกว่าร้อยละ 60 ออกกำลังกายมากกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน** และมากกว่าครึ่งใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายใกล้เคียงกัน ประมาณ 21-30 นาที และ 31-60 นาที (ร้อยละ 31.0 และ 29.3 ตามลำดับ) สำหรับผู้ที่ออกกำลังกายมากกว่า 60 นาที มีร้อยละ 14.2 และผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 10 นาที มีน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 3.9 แต่มีข้อสังเกตว่า ใน พ.ศ. 2547 ระยะเวลาในการออกกำลังกายช่วง 31-60 นาที และ 60 นาทีขึ้นไป มีสูงถึงร้อยละ 33.6 และ 23.3 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นเพราะในช่วงเวลานั้นมีการส่งเสริมการออกกำลังกายจริงจัง (ภาพที่ 4.43 และ 4.44) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาระยะเวลาในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ออกกำลังกายติดต่อกันนานกว่า 7 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.5 ใน พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 83.4 ใน พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 4.45)



ภาพที่ 4.43 ร้อยละของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย จำแนกตามความถี่ต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2546, 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

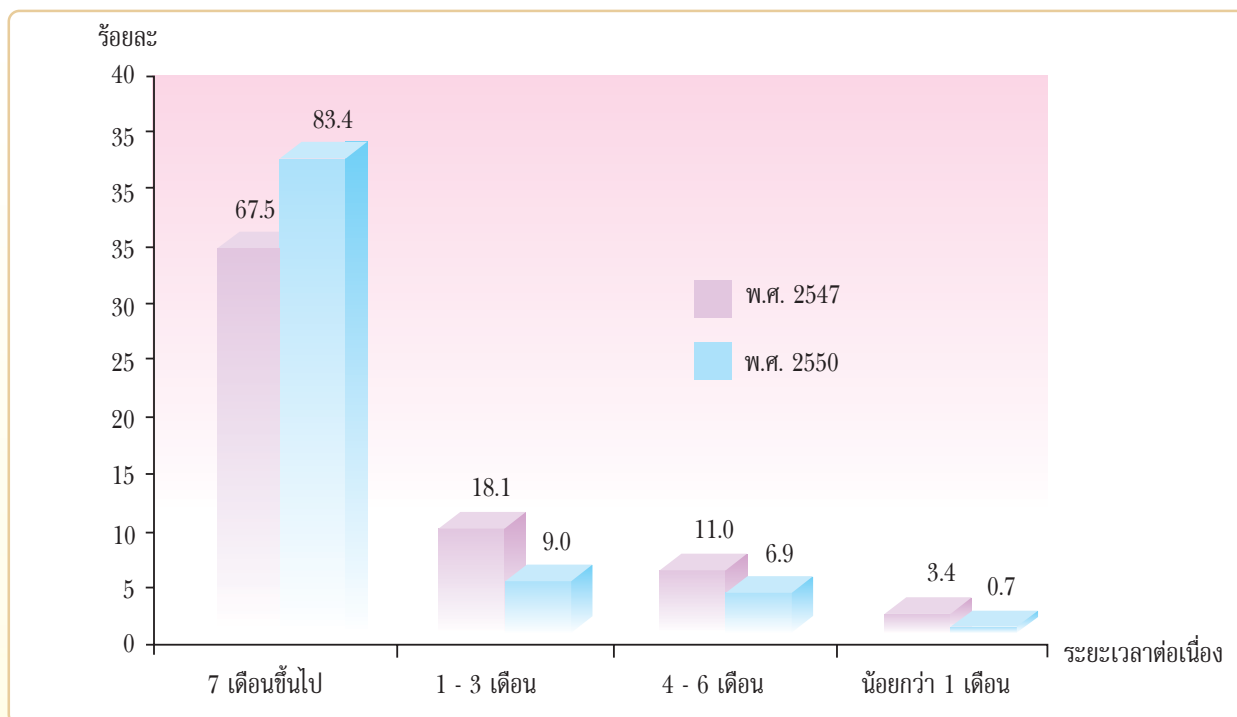
ภาพที่ 4.44 ร้อยละของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย จำแนกตามระยะเวลาต่อครั้ง พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร อายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2546, 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ภาพที่ 4.45 อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามระยะเวลาที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับประเภทของการออกกำลังกายที่ประชาชนส่วนใหญ่ นิยมเพิ่มขึ้นคือ วิ่ง เต้นแอโรบิก ขณะที่การเล่นกีฬาทั่วไปลดลงจากเดิม (ตารางที่ 4.63) สถานที่ที่ประชาชนนิยมไปออกกำลังกายขึ้นอยู่กับประเภทของการออกกำลังกาย รวมทั้งความพร้อมและความสะดวกสบายของสถานที่ อย่างไรก็ตามพบว่า **สนามกีฬาของสถานศึกษา** จะเป็นสถานที่หลักในการออกกำลังกาย รองลงมาคือ ที่ว่างและบริเวณบ้าน

ตารางที่ 4.63 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามประเภทของการออกกำลังกาย พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550

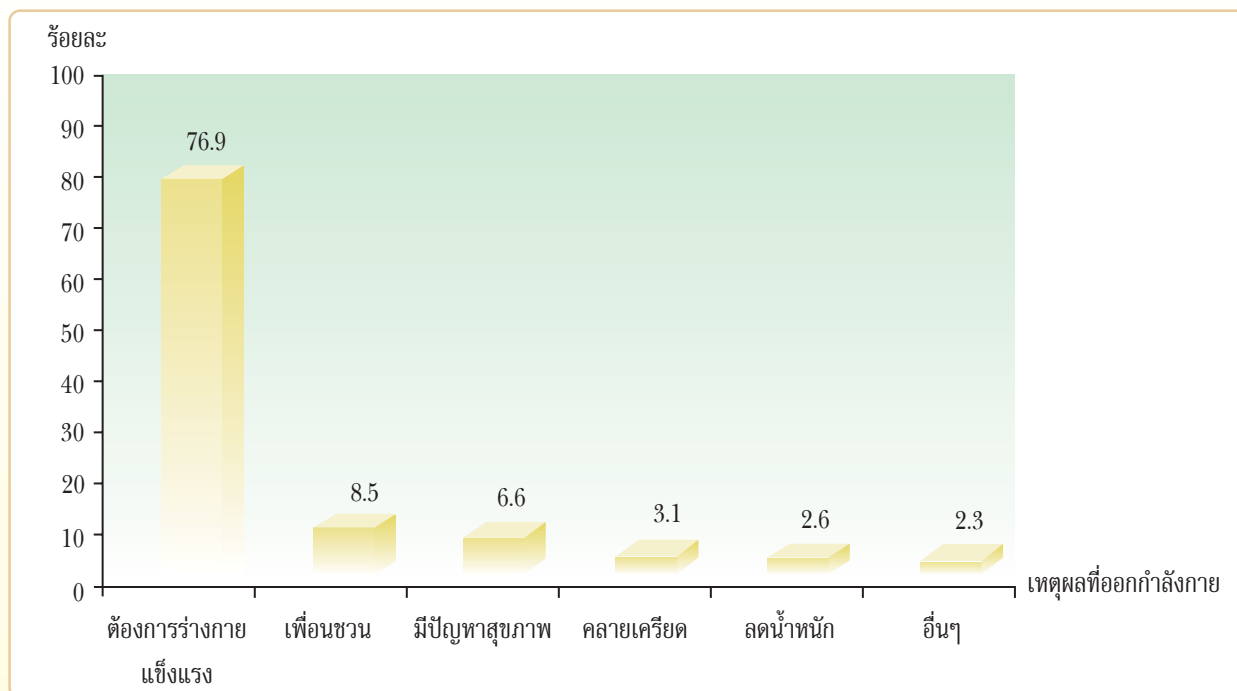
ประเภท	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2550
เล่นกีฬา	55	51	48
วิ่ง	16	18	18
แอโรบิก	4	14	8
เดิน	16	12	19
อื่น ๆ	8	5	7

ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



สำหรับเหตุผลที่ออกกำลังกายจากการสำรวจพบว่า เหตุผลสำคัญของการออกกำลังกายเป็นเพราะผู้ออกกำลังกายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.9) ต้องการให้ร่างกายแข็งแรง สำหรับเหตุผลรองลงมาคือ เพื่อนชวน ซึ่งมีสัดส่วนเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 8.5)

ภาพที่ 4.46 ร้อยละของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย จำแนกตามเหตุผลที่ออกกำลังกาย พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผลของการออกกำลังกายของประชากรกับภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายของประชากรกับภาวะสุขภาพ (การเจ็บป่วยและการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล) พบว่า จำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่มีอาการป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 16.3 และผู้ที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลร้อยละ 6.4 (ตารางที่ 4.64)

ตารางที่ 4.64 ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามการป่วย การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลและการออกกำลังกาย พ.ศ. 2550

การออกกำลังกาย	ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป					
	รวม		ที่ป่วย		เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล	
	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ
รวม	55,031.0	100.0				
ออกกำลังกาย	16,318.9	29.7	2,897.4	17.7	861.6	5.3
ไม่ออกกำลังกาย	38,712.1	70.3	6,301.3	16.3	2,478.6	6.4

ที่มา: ดัดแปลงจากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระยะเวลาในการออกกำลังกายกับการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอในระยะเวลาที่นานกว่า 3 เดือนขึ้นไป จะมีการป่วยในรอบ 1 เดือน หรือเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลในรอบปีน้อยกว่าผู้ที่ออกกำลังกายในระยะเวลาที่สั้นกว่า (ต่ำกว่า 1 เดือน) กล่าวคือ ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป มีการเจ็บป่วยและการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลเพียงร้อยละ 17.4 และ 5.2 ตามลำดับ ขณะที่ผู้ออกกำลังกายเป็นระยะเวลาต่ำกว่า 1 เดือน มีการเจ็บป่วยและการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลสูงกว่า คือ ร้อยละ 24.1 และ 8.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.65)

ตารางที่ 4.65 ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย จำแนกตามการป่วย การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลและระยะเวลาในการออกกำลังกาย พ.ศ. 2550

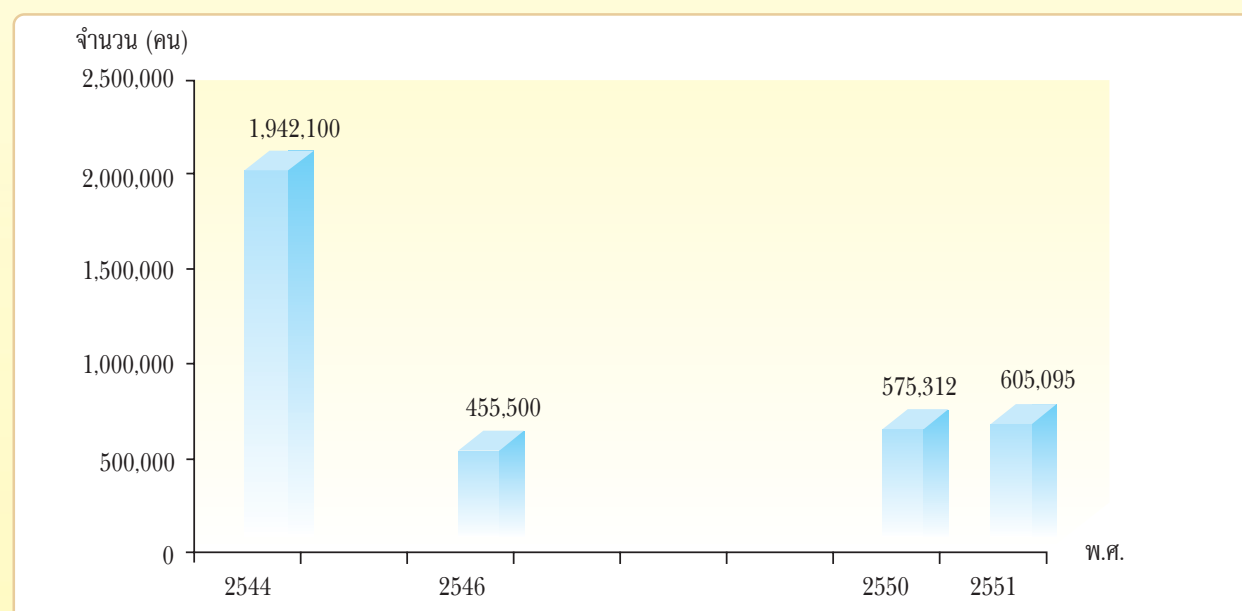
ระยะเวลาในการออกกำลังกาย	จำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปที่ออกกำลังกาย (พันคน)	อัตราการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป	
		ที่ป่วย	ที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล
รวม	16,318.9	17.7	5.3
1 เดือนและต่ำกว่า	424.7	24.1	8.2
2 เดือน	435.0	22.7	6.2
3 เดือนขึ้นไป	15,459.1	17.4	5.2

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

8.6 การเสพลาสเสพติด

สถานการณ์ปัญหาเสพลาสเสพติดใน พ.ศ. 2552 ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจเพื่อประมาณการจำนวนผู้เสพล/ผู้ติดยาเสพลิติน พ.ศ. 2551 พบว่า มีจำนวน 605,095 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2550 ที่มีจำนวน 575,312 คน (ภาพที่ 4.47)

ภาพที่ 4.47 ประมาณการผู้เสพล/ผู้ติดยาเสพลิตินในประเทศไทย พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551





สำหรับสารเสพติดที่เป็นที่นิยมของผู้เสพ ได้แก่ กัญชา กระต่อมและยาบ้า ซึ่งใน พ.ศ. 2550 นี้ มีผู้เสพยาบ้ามากถึง 788,900 คน (ตารางที่ 4.66) อันแสดงว่าปัจจุบันยาบ้าเป็นสารเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมาก

ตารางที่ 4.66 จำนวนประชากรทั่วประเทศที่ใช้สารเสพติด จำแนกตามชนิดและระยะเวลาที่ใช้ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550

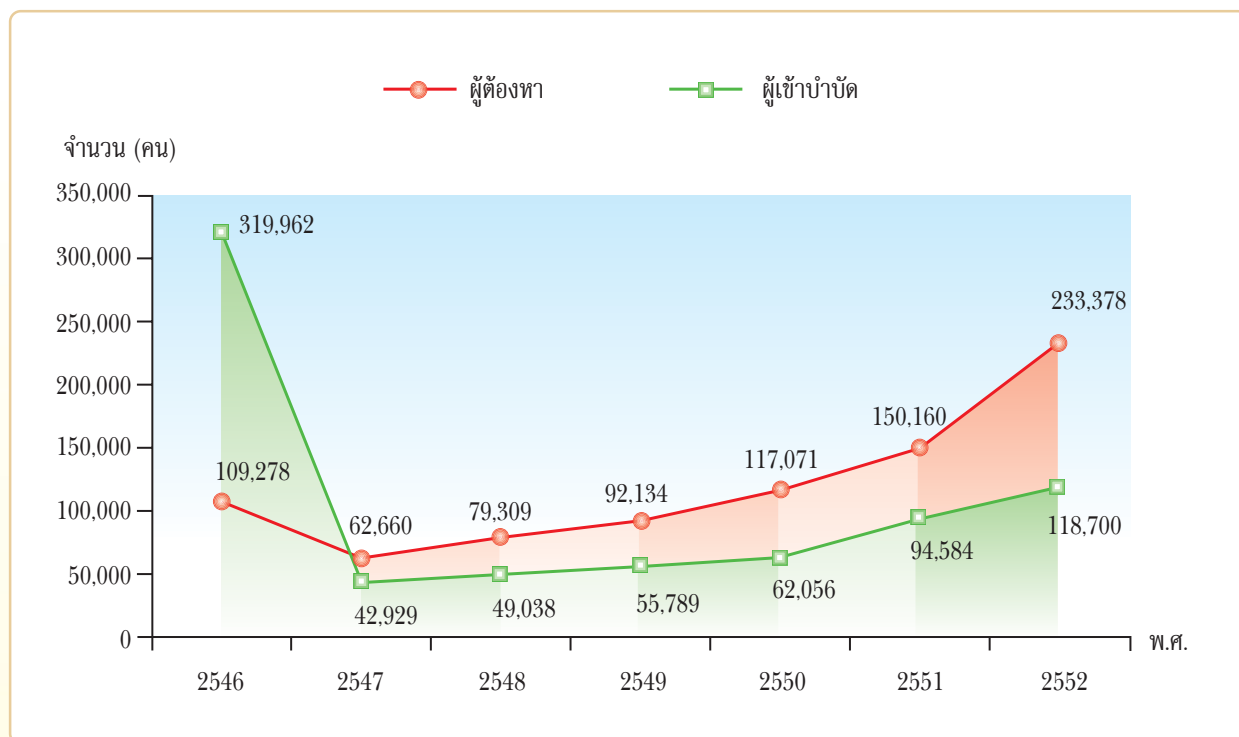
สารเสพติด	พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2546			พ.ศ. 2550		
	จำนวนประชากรใช้สารเสพติด x 1,000 (ร้อยละ)			จำนวนประชากรใช้สารเสพติด x 1,000 (ร้อยละ)			จำนวนประชากรใช้สารเสพติด x 1,000 (ร้อยละ)		
	เคยใช้	ใช้ใน 1 ปี	ใช้ใน 30 วัน	เคยใช้	ใช้ใน 1 ปี	ใช้ใน 30 วัน	เคยใช้	ใช้ใน 1 ปี	ใช้ใน 30 วัน
สารชนิดใดชนิดหนึ่ง	7,312.2(16.4)	1,942.1(4.3)	998.7(2.2)	3,155.5(6.9)	455.5(1.0)	257.8(0.6)	2,521.5(5.4)	575.3(1.2)	335.8(0.7)
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)	788.9(1.7)	66.3(0.1)	22.8(0.1)
ยาอี / ยาเลิฟ	360.1(0.8)	46.5(0.1)	17.7(0.0)	119.7(0.3)	13.3(0.0)	7.4(0.0)	124.3(0.3)	15.2(0.0)	3.3(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)	30.3(0.1)	-	-
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)	28.3(0.1)	-	-
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)	1,506.3(3.2)	57.5(0.1)	13.5(0.0)
กระต่อม	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)	1,078.1(2.3)	378.2(0.8)	264.5(0.6)
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)	228.9(0.5)	3.0(0.0)	-
ผงขาว/เฮโรอีน	274.2(0.6)	22.7(0.1)	9.4(0.0)	192.6(0.4)	1.4(0.0)	-	151.0(0.3)	3.9(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)	NA	NA	NA

- ที่มา:**
- รายงานผลโครงการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2544 และ 2546, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
 - สถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2550, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

ขณะเดียวกันจำนวนผู้ต้องหาและผู้เข้ารับการรักษาเสพยาเสพติดก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยใน พ.ศ. 2552 สามารถจับกุมผู้ต้องหาได้ทั้งสิ้น 233,378 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2551 ที่จับกุมผู้ต้องหาได้ 150,160 คน ทางด้านผู้เข้ารับการรักษาก็เพิ่มขึ้นจากเดิม 94,584 คน เป็น 118,700 คน (ภาพที่ 4.48) กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดยังคงเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ประมาณร้อยละ 70 เป็นรายใหม่ โดยยาบ้าเป็นตัวยาลัก รองลงมาคือ กัญชา และสารระเหย (ภาพที่ 4.49)



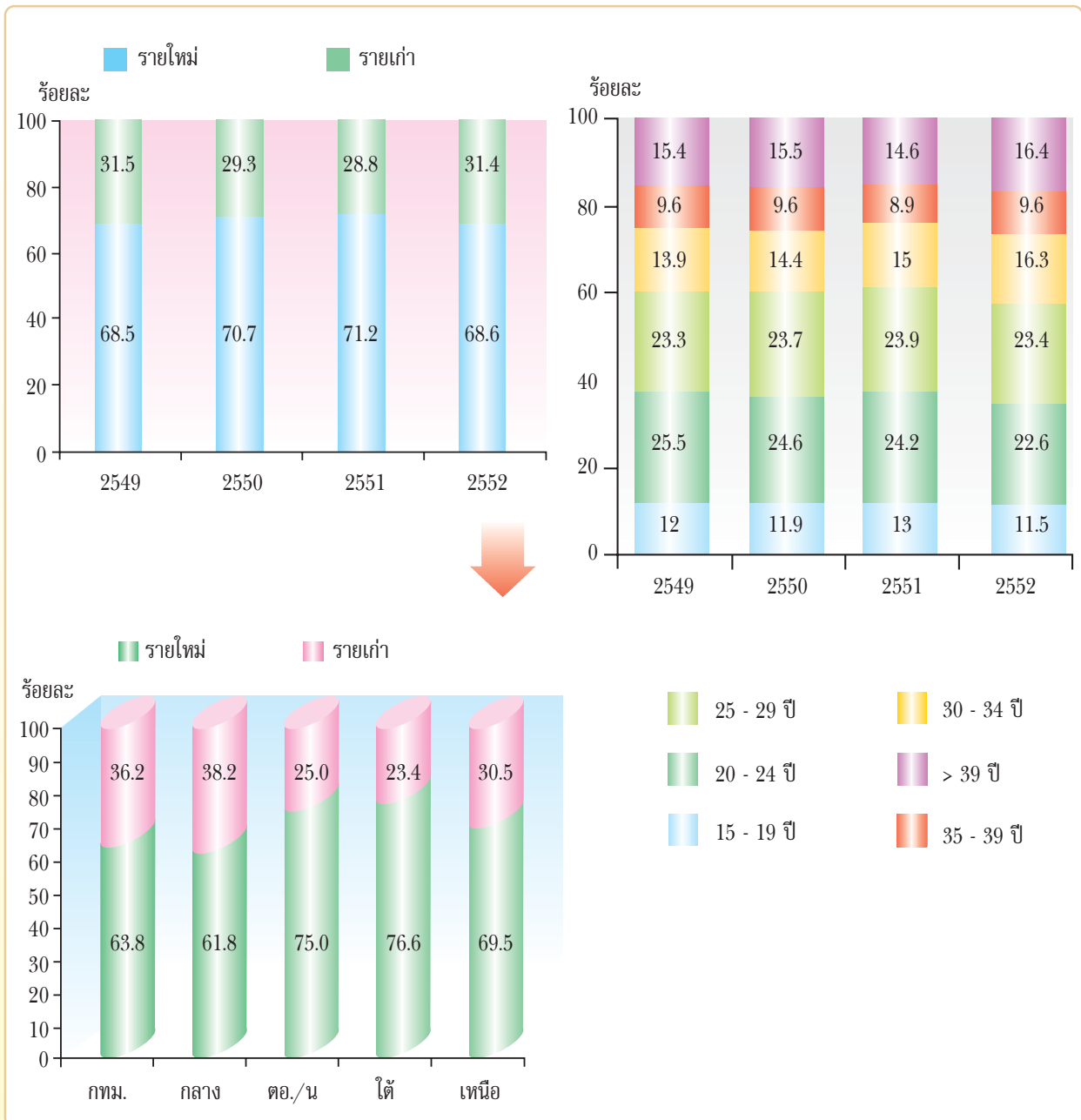
ภาพที่ 4.48 จำนวนผู้ต้องหาคดียาเสพติดที่จับกุมได้และจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษา พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผน ปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด



ภาพที่ 4.49 สัดส่วนผู้ต้องการรายใหม่/รายเก่า พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552

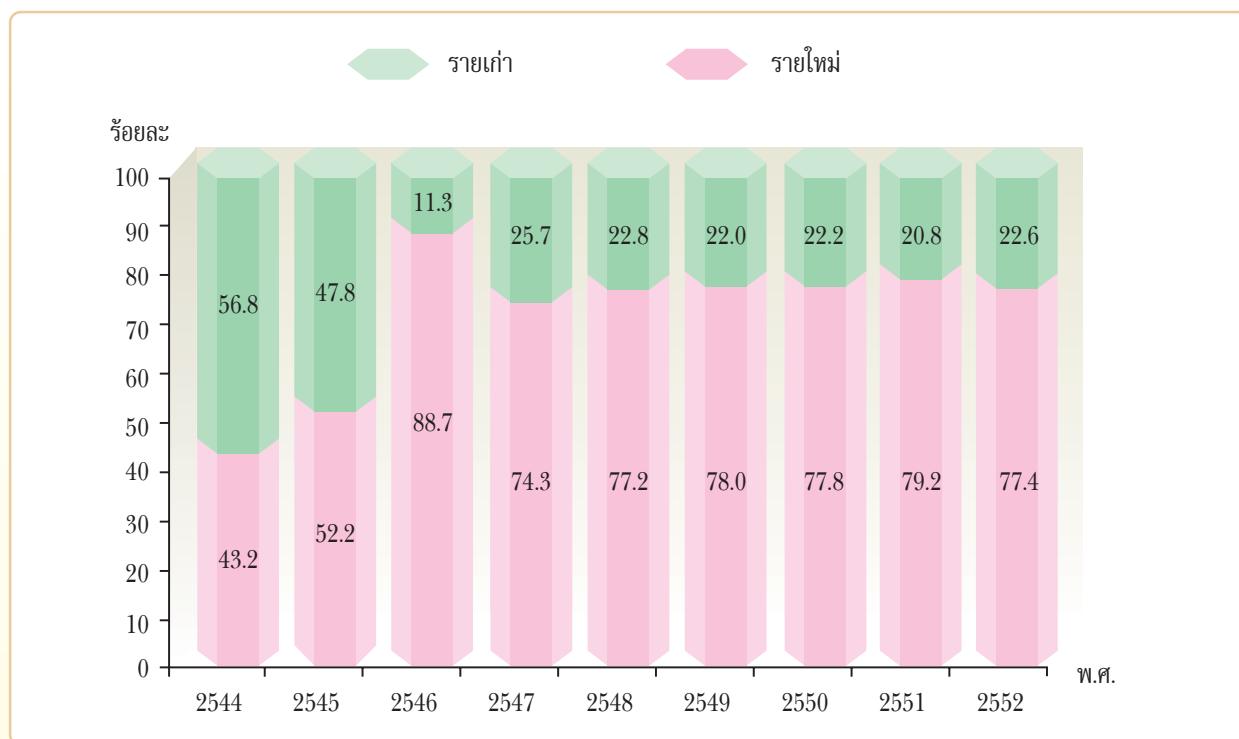


ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผน ปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

เมื่อมาพิจารณาจำนวนผู้ติดยาที่ได้รับการบำบัดรักษาในช่วง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษารายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 43.2 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 77.4 ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2546 รัฐบาลมีนโยบายประกาศสงครามต่อผู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด จึงมีการกวาดล้างให้ผู้ติดยาและสารเสพติดเข้ามารับการรักษามากขึ้น จึงทำให้มีผู้ได้รับการรักษารายใหม่สูงถึงร้อยละ 88.7 (ภาพที่ 4.50)



ภาพที่ 4.50 สัดส่วน (ร้อยละ) ผู้เข้ารับการรักษาเสพติดในสถานพยาบาล ประเทศไทย พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับชนิดยาเสพติดที่ผู้เข้าบำบัดรักษาครั้งแรกเข้ามาบำบัดรักษา พบว่า ไม่แตกต่างจากช่วงเวลาที่ผ่านมา ที่มากที่สุดยังคงเป็นยาบ้า (ร้อยละ 79-84) กัญชา (ร้อยละ 7-10) สารระเหย (ร้อยละ 4-5) โดยยาบ้ามีแนวโน้มการเข้ามาบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.67)

ตารางที่ 4.67 สัดส่วนผู้เข้าบำบัดรักษา จำแนกตามชนิดยาเสพติด

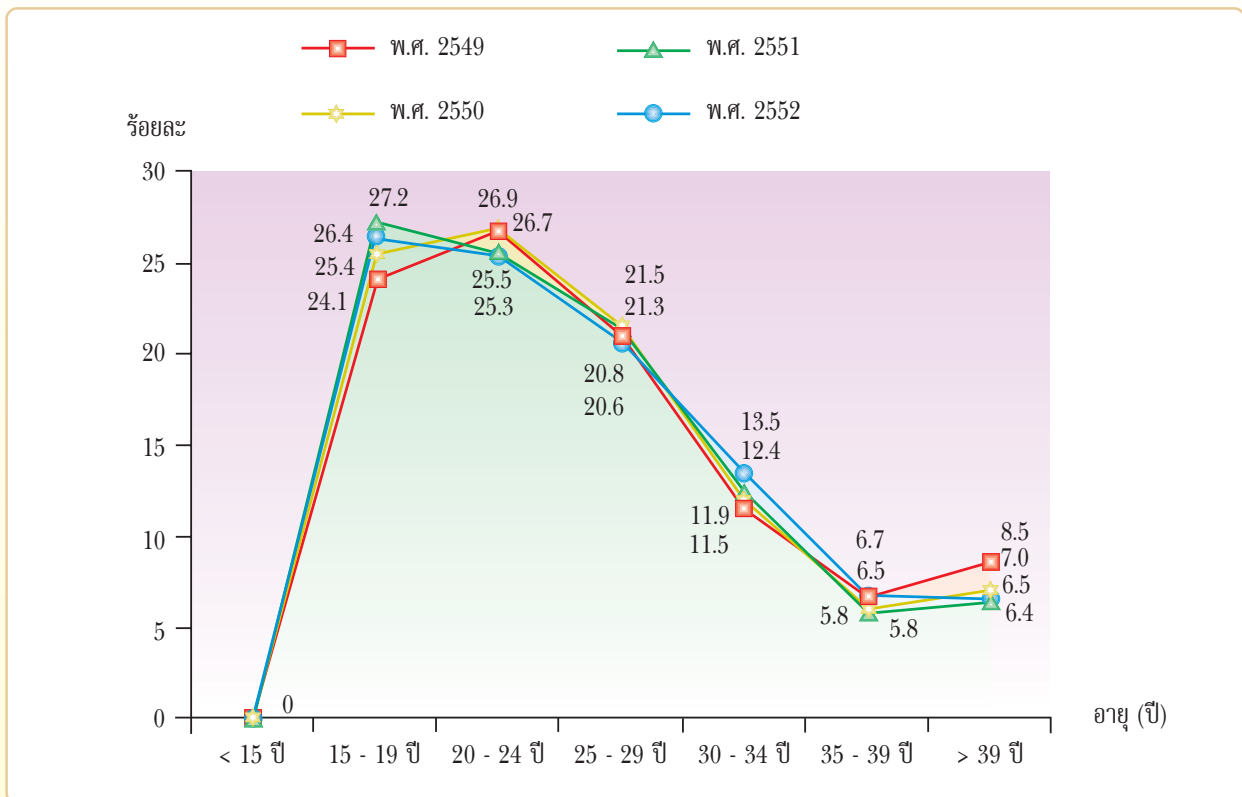
ชนิดยาเสพติด	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551
ยาบ้า	78.9	80.2	84.5
เฮโรอีน	1.2	0.9	0.5
กัญชา	10.2	9.9	6.9
สารระเหย	5.0	4.3	4.1
Club drugs	0.9	1.1	1.0
กระท่อม	1.3	1.4	1.1
ฝิ่น	1.6	1.4	1.5
อื่นๆ	0.9	0.8	0.4

ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด



จากกลุ่มผู้เข้าบำบัดรักษาครั้งแรก ซึ่งถือเป็นกลุ่มหลักของผู้เข้าบำบัดรักษา แต่เดิมอายุของผู้เข้ารับการบำบัดรักษากลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-24 ปี รองลงมาเป็นอายุ 15-19 ปี และ 25-29 ปี ตามลำดับ แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา พบว่า กลุ่มอายุน้อยเข้าบำบัดรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยกลุ่มหลักเป็นอายุ 15-19 ปี เข้ามาแทนที่ รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปี (ภาพที่ 4.51)

ภาพที่ 4.51 สัดส่วน (ร้อยละ) ของอายุผู้เข้าบำบัดรักษาครั้งแรก พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552

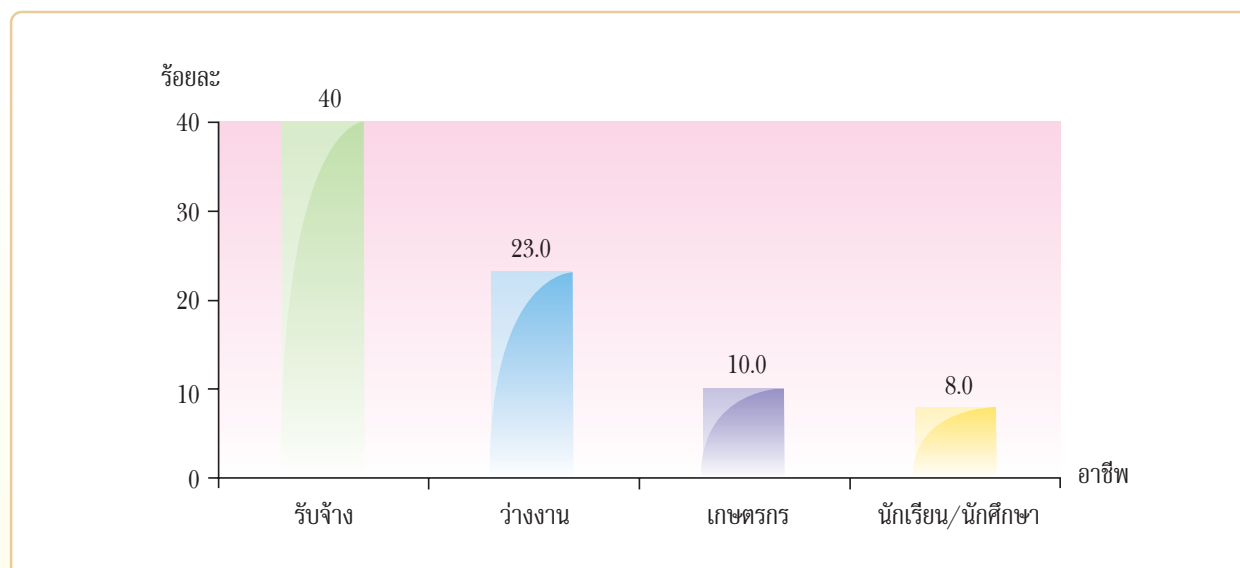


ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

อย่างไรก็ตามถ้าพิจารณาถึงสัดส่วนในด้านการประกอบอาชีพของผู้เข้าบำบัดรักษาครั้งแรกส่วนใหญ่จะอยู่ใน 3 กลุ่มหลัก คือ รับจ้าง ว่างานและเกษตรกร ในช่วง 3 ปีหลังสุด ผู้เข้าบำบัดรักษาจะประกอบอาชีพรับจ้างเป็นหลัก ประมาณร้อยละ 40 รองลงมาคือ กลุ่มว่างงาน (ร้อยละ 23) และเกษตรกร (ร้อยละ 10) ในส่วนกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา มีประมาณ ร้อยละ 7-8 และมีแนวโน้มค่อย ๆ เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.52)



ภาพที่ 4.52 สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้เข้ารับการรักษา แยกตามอาชีพ พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

อนึ่ง จากการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการบำบัดรักษาของ 10 หน่วยงาน โดยเฉลี่ยมีต้นทุนต่อคน 15,597 บาท ใน พ.ศ. 2550 และจากสถิติผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในปีดังกล่าวที่มีจำนวน 62,056 ราย จะมีค่าใช้จ่ายรวมโดยประมาณ เกือบ 1 พันล้านบาท และภาระค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็น 94,584 ราย ในปี 2551 และ 118,700 ราย ในปี 2552 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.4 และ 20.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4.68)

ตารางที่ 4.68 ต้นทุนบำบัดรักษายาเสพติด พ.ศ. 2550 จำแนกตามหน่วยงาน

ลำดับ	การบำบัดรักษายาเสพติด	ต้นทุน(บาท/ปี)	จำนวนผู้บำบัด (คน)
1	ศูนย์แรกรับเด็กและเยาวชนชายบ้านเมตตา	11,138,855	430
2	สำนักงานคุมประพฤติประจำตามแขวงดุสิต	7,431,553	1,018
3	ศูนย์ชุมชนบำบัดคลองไผ่ เรือนจำกลางคลองไผ่	10,758,301	400
4	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนินทร์	25,914,461	1,063
5	สถานกักขังกลาง จังหวัดปทุมธานี	4,350,697	4,061
6	ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดลาดหลุมแก้ว	28,764,103	360
7	สถาบันธัญญารักษ์	181,136,030	8,668
8	ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนพระนครศรีอยุธยา	12,032,093	360
9	ศูนย์ฟื้นฟูฯ กองบิน 46	6,676,737	180
10	โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี	2,714,682	2,112
	รวม	290,917,513	18,652
	ค่าเฉลี่ยต้นทุนการบำบัด/คน	15,597	

ที่มา: รายงานการศึกษาวเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพของระบบบำบัดรักษายาเสพติด ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (มิถุนายน 2552)



8.7 พฤติกรรมการขับขีรถ

8.7.1 การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับขีรถยนต์

ผลจากการสำรวจการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขีรถยนต์ทุกประเภท พบว่า แม้จะมีกฎหมายบังคับให้ผู้ขับหรือผู้โดยสารรถยนต์ต้องคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2539 แต่กลับพบว่าผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับขีรถคงที่อยู่ประมาณร้อยละ 30 ตั้งแต่ พ.ศ. 2539- พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.69)

8.7.2 การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขีรถจักรยานยนต์

แม้จะมีพระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา การสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งของประชาชนขณะขับขีรถจักรยานยนต์ก็ไม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ ไม่เกินร้อยละ 20 ที่สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขีรถจักรยานยนต์ และสวมบางครั้งเฉลี่ยราวร้อยละ 50 เท่านั้น (ตารางที่ 4.70)

ตารางที่ 4.69 อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับขีรถยนต์ จำแนกตามการใช้เข็มขัดนิรภัย⁽¹⁾

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								
- ใช้ทุกครั้งที่ขับขีรถ	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), กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- (4) พ.ศ. 2547 ได้จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2544 สอบถามการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ที่ขับและผู้โดยสารรถยนต์ตอนหน้า อายุ 15 ปีขึ้นไป



ตารางที่ 4.70 อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับขีรถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่

การสวมหมวกนิรภัย ขณะขับขี่	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⁾
- สวมหมวกนิรภัย ทุกครั้งที่ขับขี่	7.2	29.0	32.0	16.1	16.0	34.4	18.6
- สวมหมวกนิรภัย เป็นบางครั้ง	21.7	55.4	44.2	64.3	49.5	31.0	59.7
- มีหมวกนิรภัย แต่ไม่เคยใช้	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 ได้จากรายงานการสำรวจอนามัยแล
สวัสดิการ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

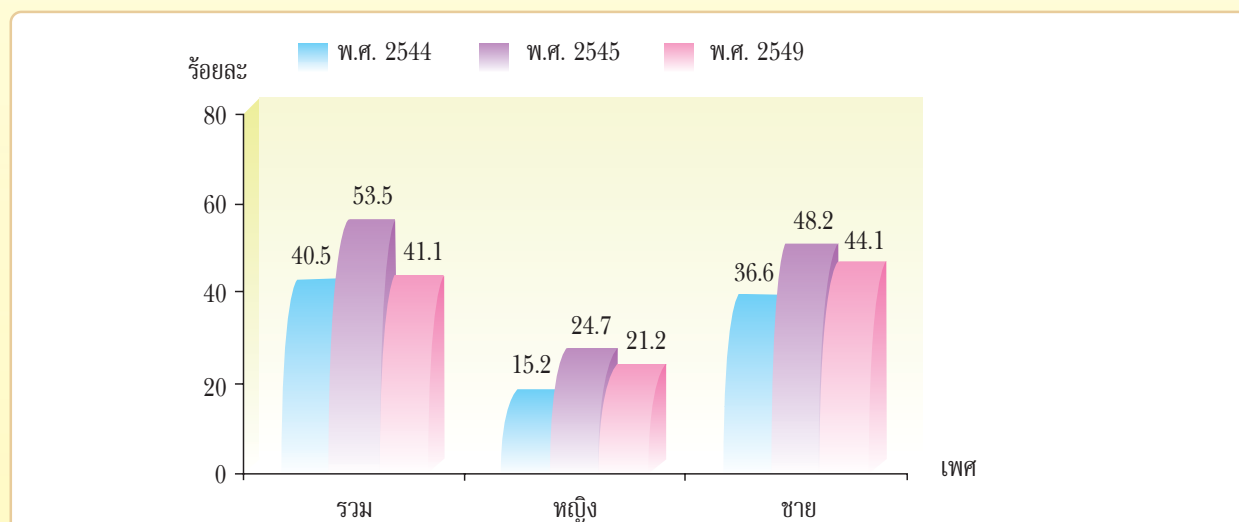
(2) พ.ศ. 2543 ได้จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี), กองสุกศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

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

หมายเหตุ: พ.ศ. 2544 สอบถามการสวมหมวกนิรภัยของผู้ที่ขับขี่และผู้ที่ยื่นทำารถจักรยานยนต์ อายุ 15 ปีขึ้นไป

สำหรับการขับขีรถจักรยานยนต์หลังการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา เป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร แม้ว่า
ประเทศไทยได้มีการรณรงค์รวมทั้งมีกฎหมายควบคุมห้ามมิให้ผู้ดื่มสุรา จนมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าที่กำหนดขับ
รถแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงพบสัดส่วนของประชากรที่ขับขีรถจักรยานยนต์หลังการดื่มสุราไม่มีแนวโน้มลดลง คือ อยู่ระหว่างร้อยละ 40-50 ใน
ช่วง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2549 โดยเป็นชายในสัดส่วนที่สูงกว่าหญิงกว่า 2 เท่า (ภาพที่ 4.53)

ภาพที่ 4.53 สัดส่วน (ร้อยละ) ของประชากรที่ขับขีรถจักรยานยนต์หลังการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ



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



8.8 พฤติกรรมทางเพศ

ผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการติดเชื้อเอดส์ และจากการรณรงค์ที่ผ่านมาทำให้ประชาชนระมัดระวังตนเองในการเที่ยวหญิงขายบริการมากขึ้น จึงทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 25 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 96.0 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 4.54) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า ประชาชนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่มีใช้หญิงขายบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่เร็วขึ้น และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย

จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทยในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2538-พ.ศ.2552) พบว่า ทหารเกณฑ์และคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการลดลง ยกเว้นใน พ.ศ. 2546 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยขณะที่การมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น โดยเฉพาะในทหารเกณฑ์กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.55 และ 4.56) อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพิ่มขึ้นแต่สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการมากกว่าบุคคลที่รู้จักกันผิวเผิน (ภาพที่ 4.57 และ 4.58) ส่วนคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมและหญิงที่มาฝากครรภ์ มีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นลดลง (ภาพที่ 4.59 และ 4.60) และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ยกเว้นใน พ.ศ. 2546 ที่พบสัดส่วนของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นลดลง (ภาพที่ 4.60 และ 4.61)

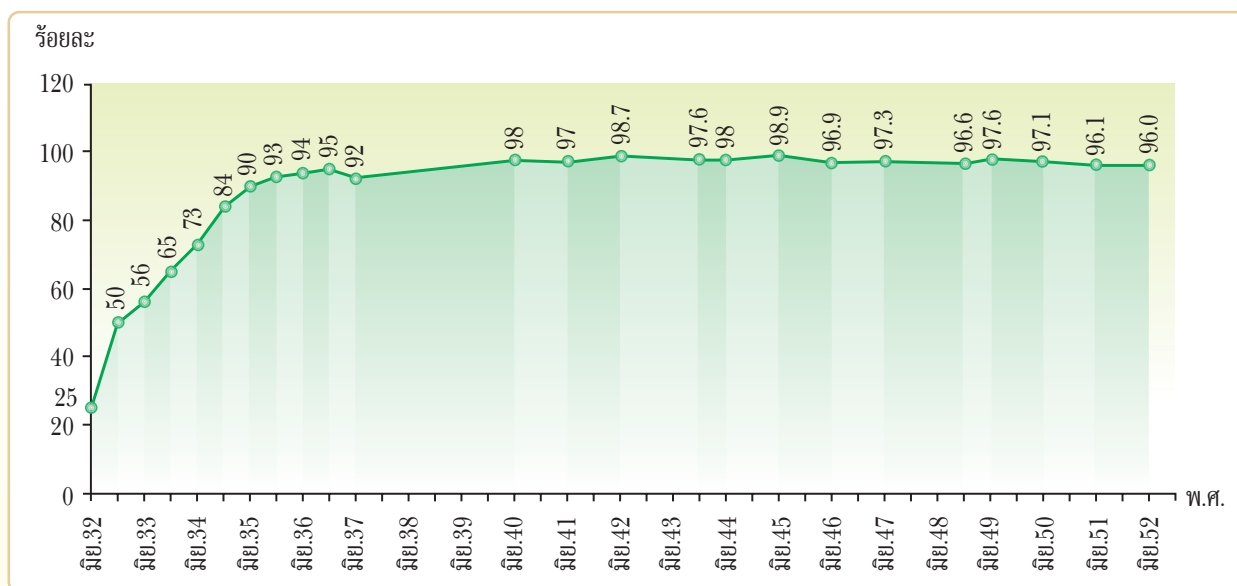
สำหรับกลุ่มวัยรุ่น พบว่า การมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มต่างๆ (แฟน คนรัก เพื่อนสนิท หญิงขายบริการและผู้หญิงอื่น) เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.62) และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการสูงกว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นๆ (ภาพที่ 4.63)

นอกจากนี้ จากการสำรวจสถานการณ์ทางเพศของวัยรุ่นไทยอายุ 12-24 ปี ใน 18 จังหวัดทั่วประเทศ ของศูนย์วิจัยเอดส์แบบนครวัดกรรมทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พ.ศ. 2550 พบว่า เยาวชนประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 30.9) เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน โดยเยาวชนเพศชายมีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 37.0 และ ร้อยละ 24.8 ตามลำดับ) อีกทั้งจากการสำรวจในเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ของศูนย์วิจัยเอดส์แบบนครวัดกรรมทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พ.ศ. 2549 ยังพบว่า เยาวชนกว่า 2 ใน 3 (ร้อยละ 45.0) เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน (ตารางที่ 4.71) สำหรับบุคคลที่เยาวชนเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกในการสำรวจทั้งสองครั้งพบสอดคล้องกัน ส่วนใหญ่คือแฟน/คูรัก (ร้อยละ 83.1 และร้อยละ 85.0) รองลงมาคือ เพื่อนร่วมสถานศึกษา/เพื่อนต่างสถานศึกษา (ตารางที่ 4.72) โดยสถานการณ์ที่เป็นตัวผลักดันให้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในการสำรวจทั้งสองครั้งพบใกล้เคียงกัน คือ ความรู้สึกรัก/ชอบ (ร้อยละ 68.8 และร้อยละ 66.9) รองลงมาคือ ได้อยู่ใกล้ชิดกับเพศตรงข้ามและอยากทดลอง (ตารางที่ 4.73)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เยาวชนไทยกำลังตกอยู่ในสถานการณ์เปราะบางเรื่องเพศ โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนวัยอันควร ซึ่งหากไม่มีการป้องกันที่ถูกต้องแล้วก็จะเป็ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมา

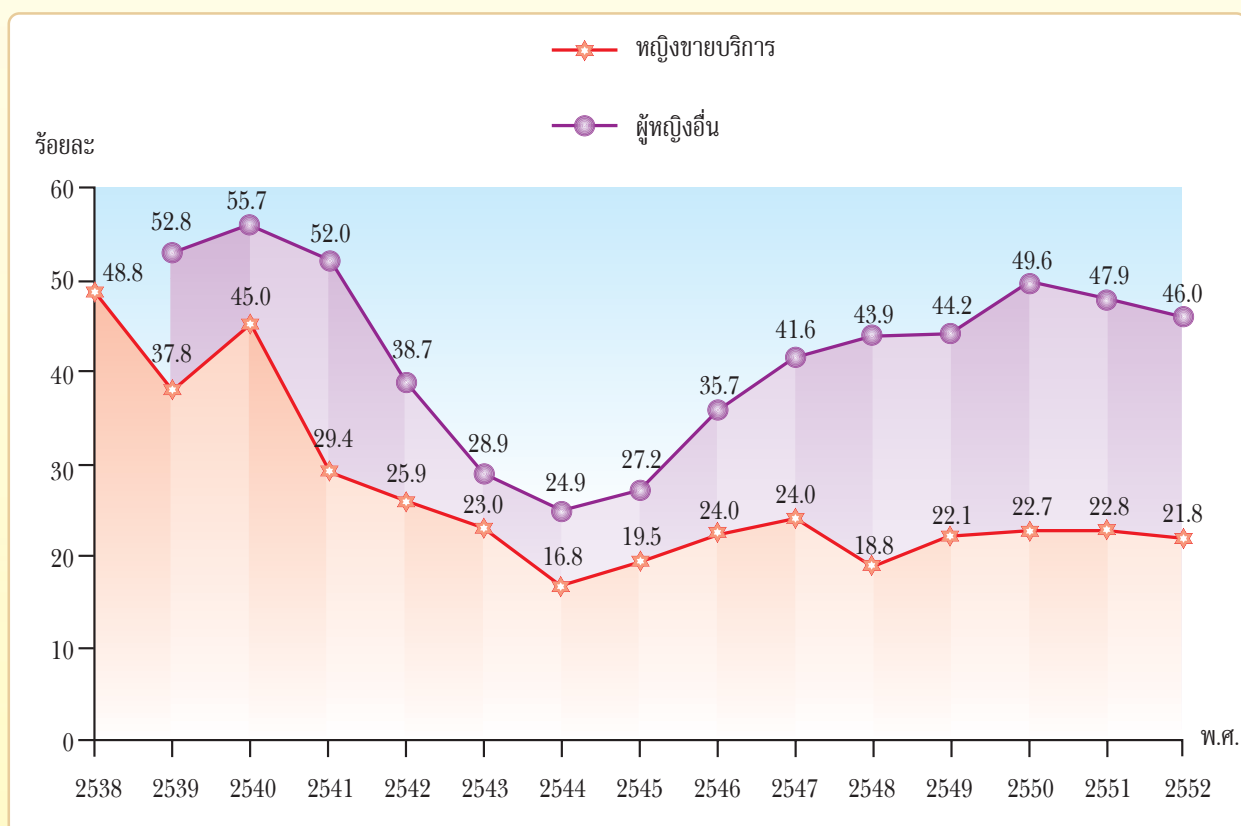


ภาพที่ 4.54 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 4.55 สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552

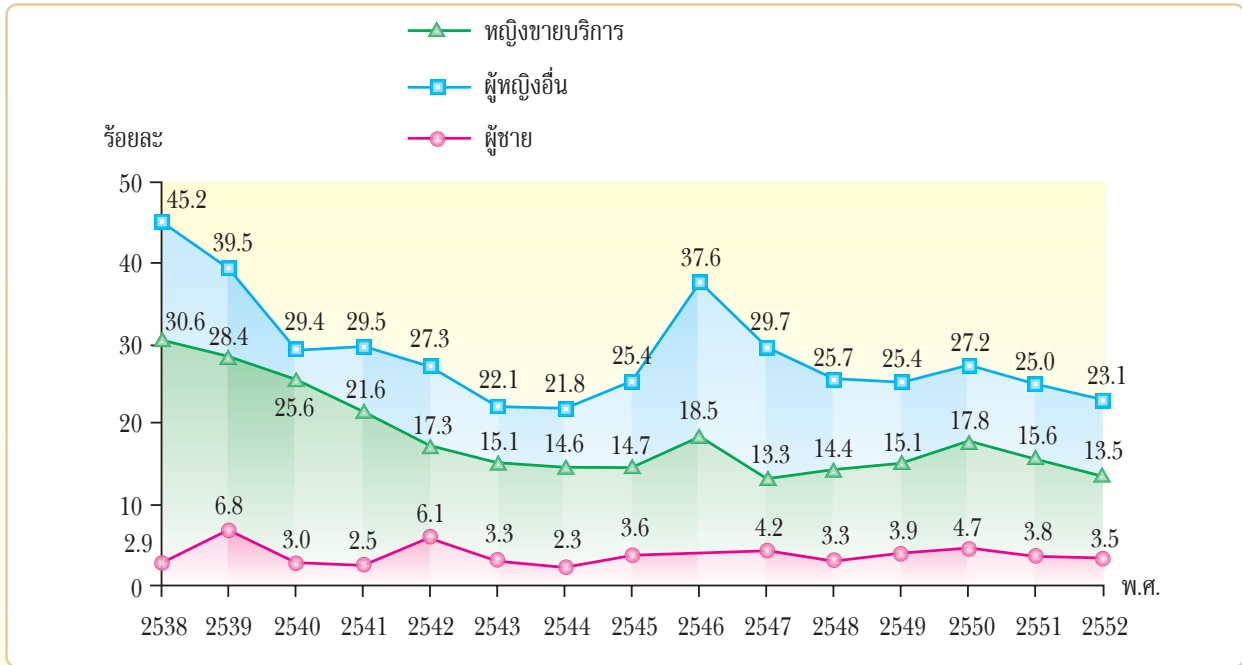


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-15 (พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552)



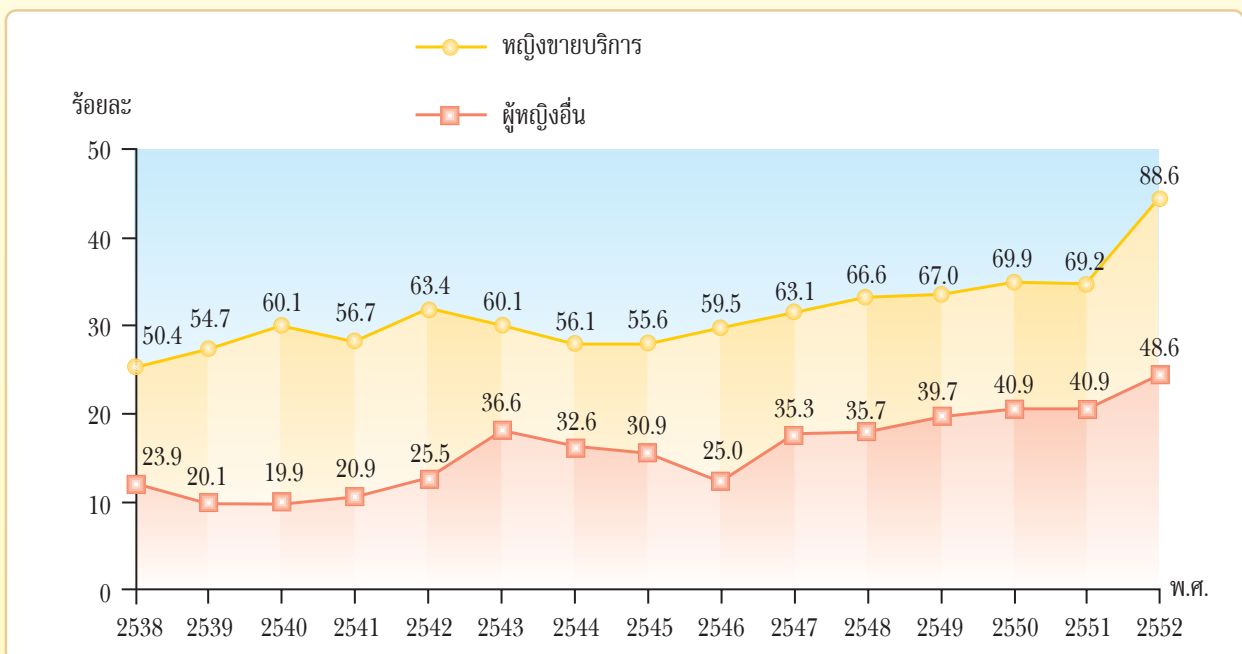
ภาพที่ 4.56 สัดส่วนของคูปองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของคณงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-15 (พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552)

ภาพที่ 4.57 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552

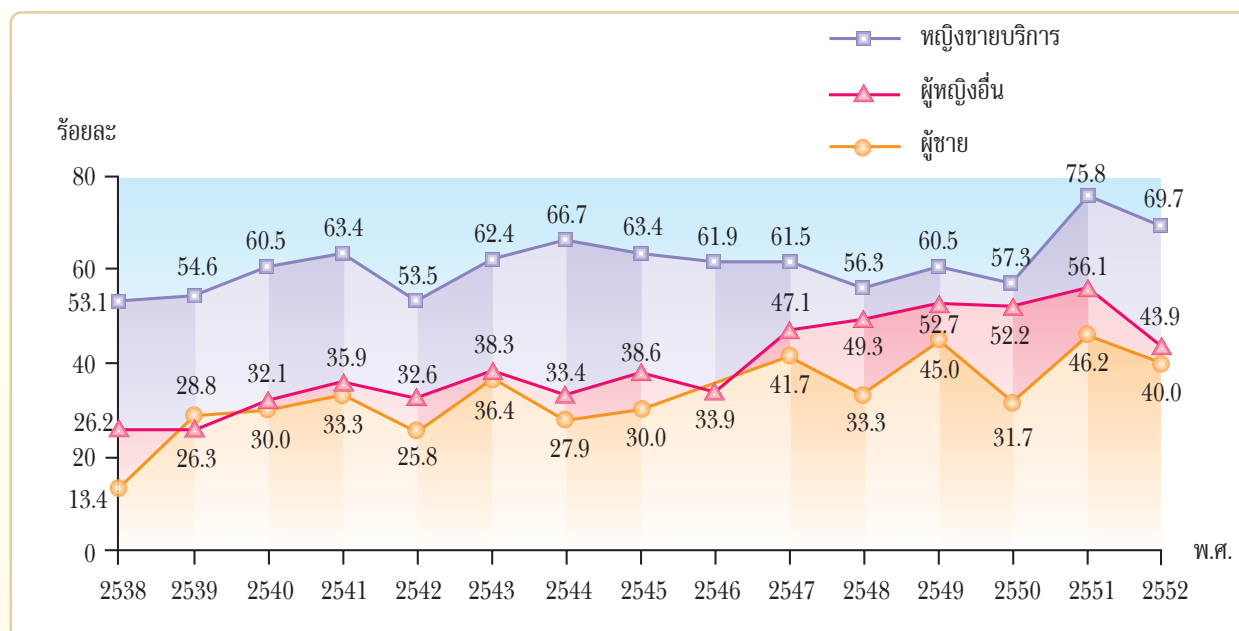


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-15 (พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552)



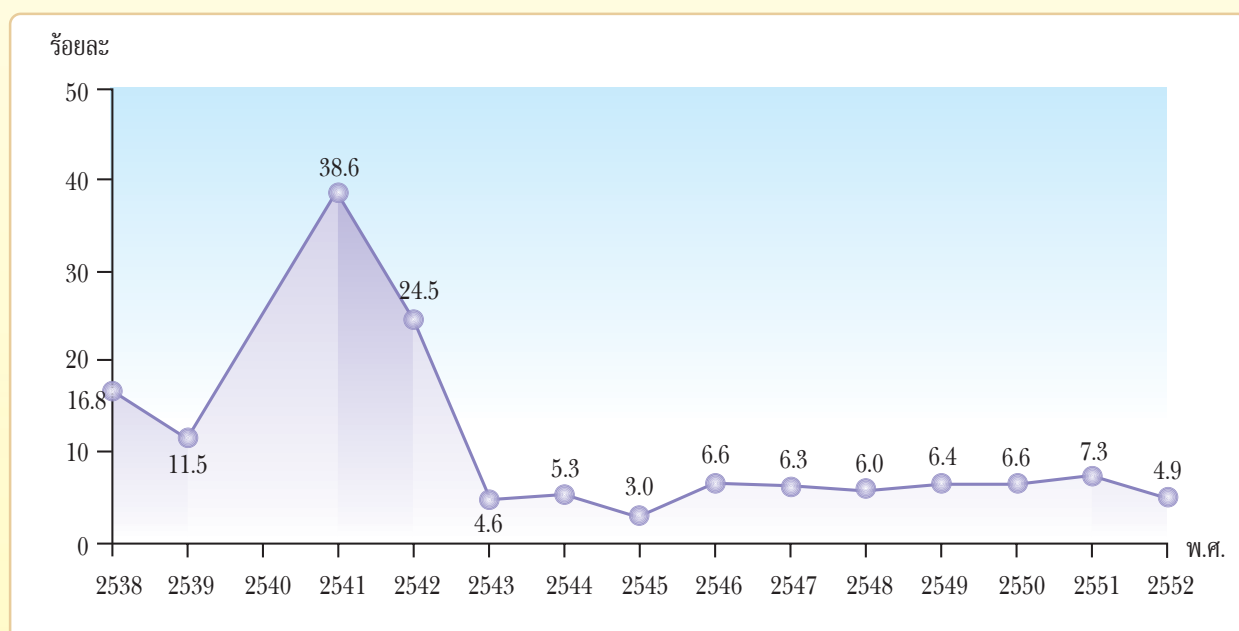
ภาพที่ 4.58 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ของพนักงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-15 (พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552)

ภาพที่ 4.59 สัดส่วนของพนักงานพญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552

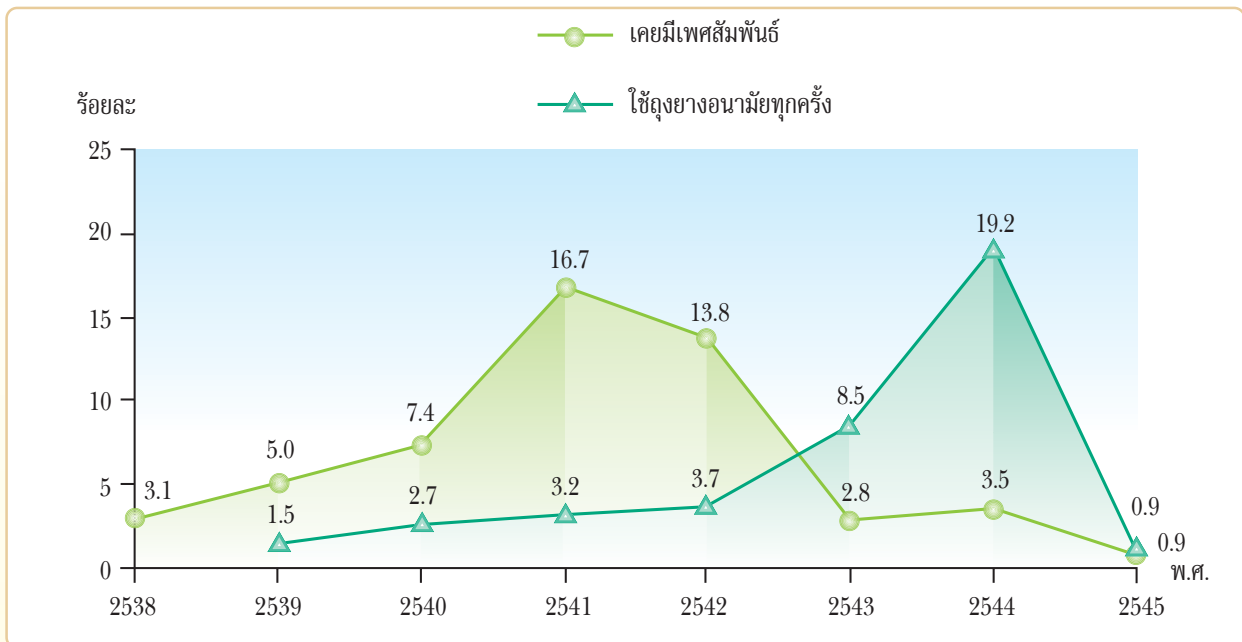


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-15 (พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552)



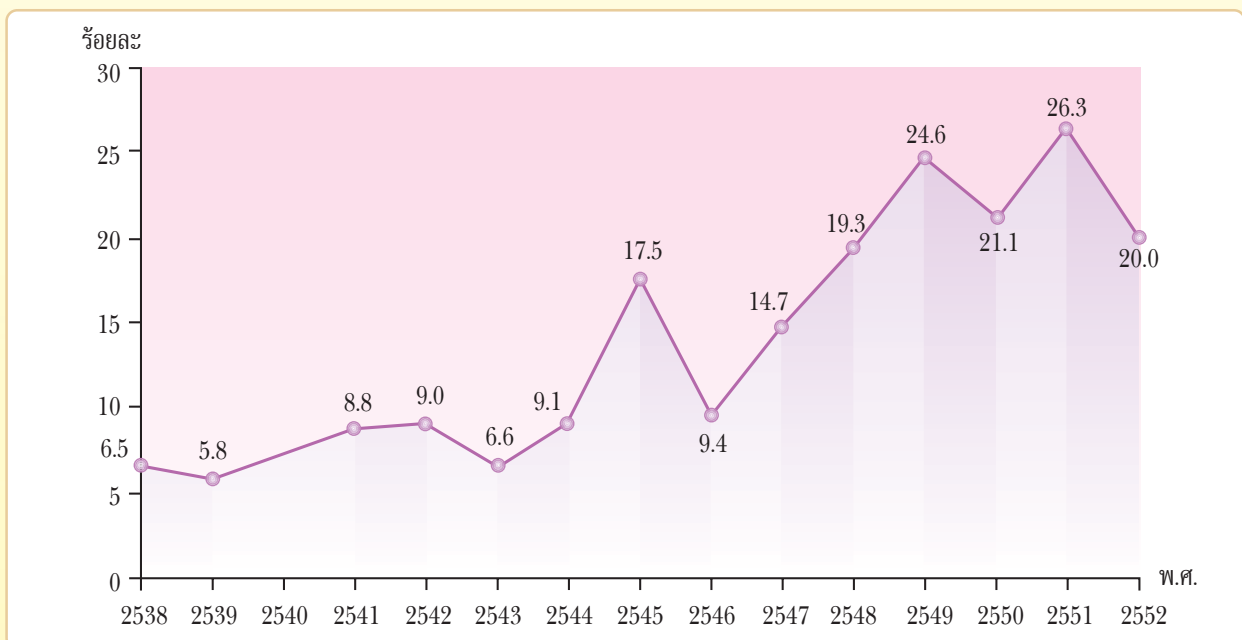
ภาพที่ 4.60 สัดส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมาของหญิงที่มาฝากครรภ์และอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้ง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รอบที่ 1 - 8 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: 1. สำนักระบาดวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-8 (พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545)
2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ไม่มีการสำรวจในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์

ภาพที่ 4.61 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ในรอบปีที่ผ่านมาของคณงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552

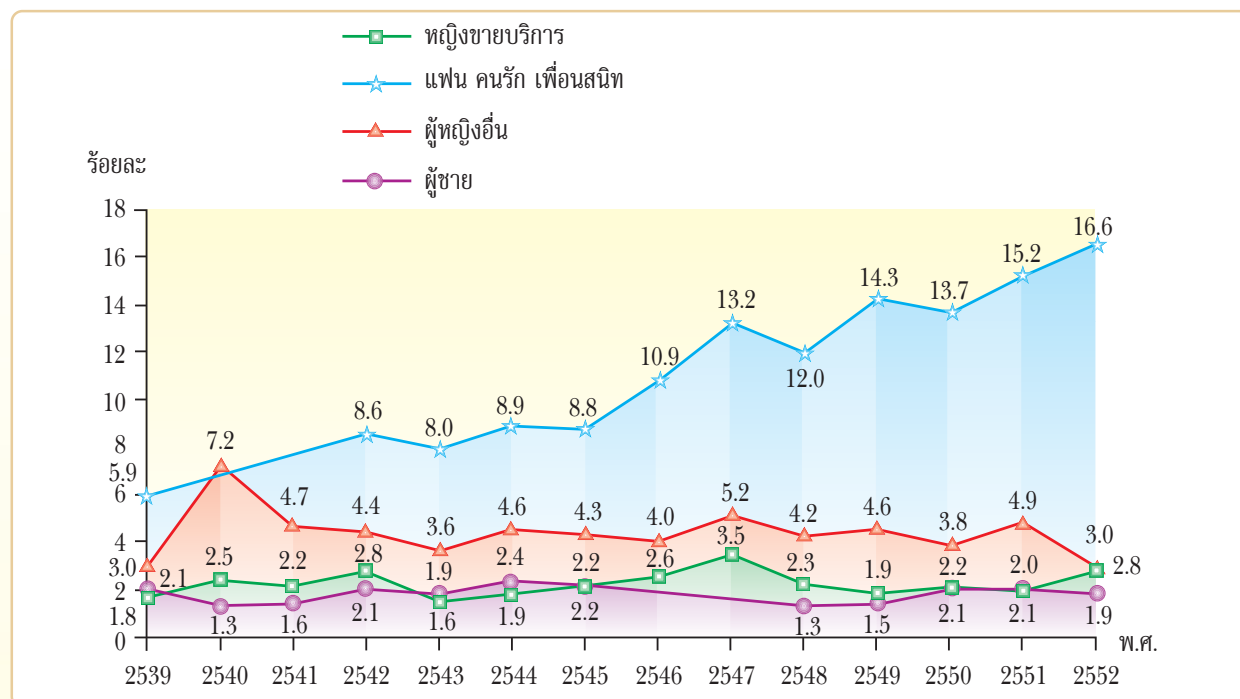


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยา มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 1-15 (พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552)



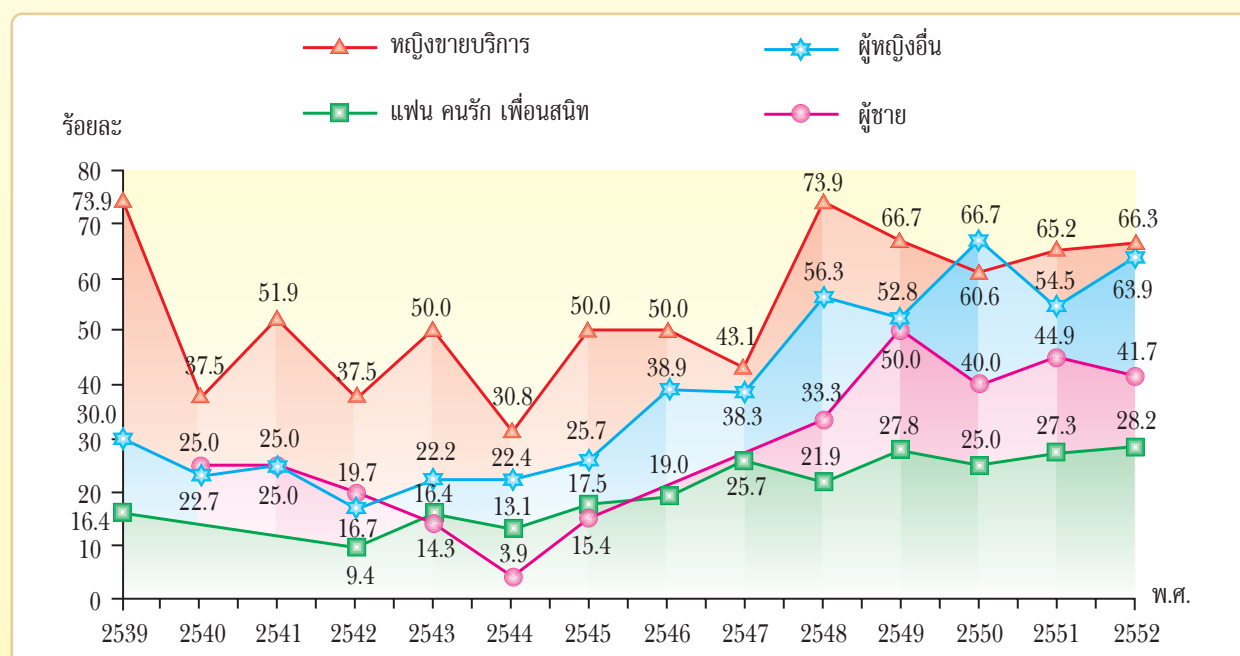
ภาพที่ 4.62 สัดส่วนของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รอบที่ 2-15 พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 2-15 (พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552)

ภาพที่ 4.63 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย รอบที่ 2 - 15 พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักงานสถิติแห่งชาติมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ ตั้งแต่รอบที่ 2-15 (พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552)



ตารางที่ 4.71 แสดงร้อยละของเยาวชนที่เคยมีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550

ประสบการณ์ครั้งแรก	อายุ 12 - 24 ปี (พ.ศ. 2550)	อายุ 15 - 24 ปี (พ.ศ. 2549)
เคยมีเพศสัมพันธ์	30.9	45.0
ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	69.1	55.0

ที่มา: ศูนย์วิจัยเฝ้าระวังและควบคุมโรคทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

ตารางที่ 4.72 แสดงร้อยละของบุคคลที่เยาวชนมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550

บุคคลมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	อายุ 12 - 24 ปี (พ.ศ. 2550)	อายุ 15 - 24 ปี (พ.ศ. 2549)
แฟน/คู่รัก	83.1	85.0
เพื่อนร่วม/ต่างสถานศึกษา	11.3	11.0
เพื่อนทางอินเทอร์เน็ต	-	0.8
ผู้ขายบริการทางเพศ	1.5	0.6
อื่น ๆ	4.1	2.6

ที่มา: ศูนย์วิจัยเฝ้าระวังและควบคุมโรคทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

ตารางที่ 4.73 แสดงร้อยละของสถานการณ์ที่ทำให้เยาวชนมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550

สถานการณ์	อายุ 12 - 24 ปี (พ.ศ. 2550)	อายุ 15 - 24 ปี (พ.ศ. 2549)
ความรู้สึกรัก/ชอบ	68.8	66.9
อยู่ใกล้ชิดเพศตรงข้าม	33.3	34.2
อยากลอง	28.5	28.8
ดื่มเหล้า	10.9	9.9
คู่อลวน	6.1	7.1
เพื่อนชวน	3.8	4.9
อื่น ๆ (ถูกบังคับ/ล่อลวง เสพยา)	5.3	6.8

ที่มา: ศูนย์วิจัยเฝ้าระวังและควบคุมโรคทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ



8.9 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ

การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ในภาพรวมทั้งประเทศ ประชาชนใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากขึ้น 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 53.9 ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่การซื้อยากินเองลดลงอย่างชัดเจน จากร้อยละ 37.9 เป็นร้อยละ 23.4 ในช่วงเวลาเดียวกัน (ตารางที่ 4.74)

ตารางที่ 4.74 รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย

หน่วย : ร้อยละ

การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย	2513 IPSR	2522 IPSR	2528 IPSR	2534 HWS	2539 PHS	2539 HWS	2544 HWS	2546 HWS	2547 HWS	2549 HWS	2550 HWS	2552 HWS
รวบเขตชนบทและเขตเมือง												
ไม่ทำอะไร	2.7	4.2		15.9	0.5	6.9	5.4	5.9	5.3	5.1	4.4	7.7
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่น ๆ	7.7	6.3	2.4	5.7	4.2	2.8	2.5	2.9	4.4	3.3	1.2	0.7
ซื้อยากินเอง	51.4	42.3	28.6	38.3	17.1	37.9	24.2	21.5	20.9	25.0	25.4	23.4
สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	4.4	16.8	14.7	14.8	34.5	20.8	17.4	23.9	24.6	16.2	15.4	18.9
โรงพยาบาลของรัฐ	11.1	10.0	32.5	12.9	19.4	12.9	34.8	33.1	30.2	30.0	26.4	35.0
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	22.7	20.4	21.8	12.4	24.2	18.7	15.0	19.4	22.7	26.4	25.3	14.3
เขตชนบท												
ไม่ทำอะไร				15.6	0.4	6.7	5.8	6.0	5.0	4.6	4.1	7.8
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่น ๆ				5.8	6.2	2.5	2.6	3.0	4.4	3.5	1.4	0.6
ซื้อยากินเอง				38.6	11.6	38.4	22.1	19.9	18.7	23.8	23.0	22.0
สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน				17.0	49.6	24.6	22.3	29.5	30.8	20.0	19.6	22.7
โรงพยาบาลของรัฐ				12.8	20.0	13.8	35.2	34.4	31.0	31.3	26.5	34.3
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน				10.2	12.3	14.0	11.4	15.4	19.5	23.4	23.4	12.5
เขตเมือง												
ไม่ทำอะไร				17.9	0.7	7.5	4.4	5.4	6.1	6.4	5.1	7.3
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่น ๆ				4.7	1.3	4.3	2.1	2.6	4.7	2.5	0.8	0.9
ซื้อยากินเอง				36.9	25.2	36.0	29.4	25.6	27.0	28.4	31.4	27.4
สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน				2.7	12.8	3.5	5.5	9.6	7.1	5.7	4.8	9.1
โรงพยาบาลของรัฐ				13.1	18.5	8.9	33.9	30.2	28.3	26.5	25.9	36.8
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน				24.7	41.6	39.8	24.0	29.8	32.0	34.4	30.2	18.9

- 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, 2550, 2552
 3. PHS: Provincial Health Survey, BHPP 2539

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