การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑-๕๓

ISBN : 978-616-11-0440-5

การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑-๒๕๕๓

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์

นางสาวปาณบดี เอกะจัมปกะ

นายนิธิศ วัฒนมะโน

ISBN: 978-616-11-0440-5

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

จัดทำโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จำนวนพิมพ์ 1,000 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

สนับสนุนโดย กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ)

รายนามผู้จัดทำเฉพาะบท

- **บทที่ 1** พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย
  โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน
- **บทที่ 2** ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย
  โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน
- **บทที่ 3** นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย
  โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน
- **บทที่ 4** สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
  โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน
- **บทที่ 5** สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย
  โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน
- **บทที่ 6** ระบบบริการสุขภาพไทย
  โดย นายแพทย์พินิจ ฟ้าอำนวยผล ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน
- **บทที่ 7** การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย
  โดย ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน
- **บทที่ 8** ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย
  โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
- **บทที่ 9** บทเรียนจากการควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในประเทศไทย
  โดย นายแพทย์คำนวณ อึ้งชูศักดิ์
- **บทที่ 10** การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
  โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ และ อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา
- **บทที่ 11** การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ
  โดย นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ และ เยาวมาลย์ เสือแสงทอง
- **บทที่ 12** การสนับสนุนการเข้าถึงยาและการบังคับใช้สิทธิบัตรโดยรัฐต่อยา
  โดย นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน
- **บทที่ 13** พลวัตรเศรษฐกิจกับสุขภาพ
  โดย แพทย์หญิงจงกล เลิศเธียรดำรง
- **บทที่ 14** การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย
  โดย นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย
- **บทที่ 15** ประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก
  โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา

คำนำ

เป็นเวลาถึง 16 ปีแล้วที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำ "รายงานการสาธารณสุขไทย" และใช้ชื่อภาษาอังกฤษว่า "Thailand Health Profile" เป็นประจำทุก 2 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งฉบับนี้นับเป็นรายงานเล่มที่หกแล้ว ที่ได้มีการนำเสนอสถานการณ์ แนวโน้มของสุขภาพ และระบบสุขภาพของประเทศ ที่เชื่อมโยงกับปัจจัยแวดล้อมอย่างบูรณาการจนมีทั้งหน่วยงาน สถาบัน และองค์กรต่างๆ ทางด้านสุขภาพนำไปใช้ประโยชน์อย่างแพร่หลายทั้งภายในและต่างประเทศ

สำหรับเนื้อหาสาระของรายงานการสาธารณสุขไทย ฉบับใหม่ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2553 นี้ยังคงสาระที่เกี่ยวข้องกับรายงานฉบับก่อน แต่ได้มีการหยิบยกบางประเด็นให้มีความหลากหลายมากขึ้น และได้มีการเพิ่มเติมเนื้อหาสาระใหม่ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านระบบสุขภาพในระดับมหภาคอีก 3 เรื่อง เรื่องแรก "การสนับสนุนการเข้าถึงยาและการบังคับใช้สิทธิบัตรโดยรัฐต่อยา" โดยหยิบยกประเด็นสถานการณ์การเข้าถึงยาในไทย เหตุผลความจำเป็นของการบังคับใช้สิทธิ ข้อตกลงนานาชาติและกฎหมายไทย การประกาศบังคับใช้สิทธิ์ การจัดหายาที่บังคับใช้สิทธิ์ ปริมาณยาที่จัดหาและการกระจาย เป็นต้น เรื่องที่สอง "พลวัตรเศรษฐกิจกับสุขภาพ" โดยหยิบยกประเด็นวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ และเรื่องที่สาม "ประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก" โดยนำเสนอแนวคิดของงานสาธารณสุขระดับโลก การขับเคลื่อนประเด็นด้านสาธารณสุขระดับโลก และบทบาทของประเทศไทยในงานสาธารณสุขระดับโลก

กระทรวงสาธารณสุขหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานการสาธารณสุขไทย ฉบับใหม่ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2553 นี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการอ้างอิงทางวิชาการในระดับชาติและนานาชาติ รวมทั้งการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ อันจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพรวมถึงการพัฒนาระบบสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัฒน์ต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข
เมษายน 2554

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		ข
สารบัญตาราง		ง
สารบัญภาพ		ฑ
บทที่ 1	พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย	1
	1. ยุคฟื้นฟูวิทยาการแพทย์แผนไทย (พ.ศ. 2325 - พ.ศ. 2394)	1
	2. ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง	2
	3. ยุคบุกเบิกของการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2460 - พ.ศ. 2472)	3
	4. ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุข	4
	5. ยุคสมัยรัชกาลที่ 9 (ครองราชย์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2489 จนถึงปัจจุบัน)	5
	6. พระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	10
บทที่ 2	ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย	13
	1. ที่ตั้ง อาณาเขต และพรมแดน	13
	2. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย	14
	3. ประชากร ภาษา และศาสนา	14
	4. เศรษฐกิจ	15
	5. ระบบการปกครองของไทย	16
บทที่ 3	นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย	19
	1. สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน	19
	2. แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ	19
	3. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ.2552	21
	4. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10	22
	5. แผนการดำเนินการด้านสาธารณสุขตามแผนการบริหารราชการแผ่นดิน	26
	6. ปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ (Millenium Declaration)	26
บทที่ 4	สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	29
	1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ	30
	2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา	37
	3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัว และการอพยพย้ายถิ่น	44
	4. คุณภาพชีวิตของคนไทย	60
	5. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต	63
	6. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองและการปกครอง	84
	7. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยี	92
	8. พฤติกรรมสุขภาพ	94
บทที่ 5	สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย	147
	1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป	147
	2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	161

หน้า

บทที่ 6	**ระบบบริการสุขภาพไทย**	*233*
	1. กำลังคนด้านสุขภาพ	*234*
	2. สถานบริการสุขภาพ	*263*
	3. เทคโนโลยีทางสุขภาพ	*275*
	4. รายจ่ายด้านสุขภาพ	*284*
	5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	*296*
	6. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ	*303*
	7. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ	*309*
บทที่ 7	**การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย**	*319*
	1. ระบบสุขภาพแห่งชาติ	*319*
	2. องค์ประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ	*320*
	3. กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ	*323*
	4. หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ	*324*
บทที่ 8	**ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย**	*363*
	1. พัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากลที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์ในประเทศไทย: จากออตตาวา ถึงกรุงเทพฯ สู่ไนโรบี เคนยา	*363*
	2. พัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย	*369*
	3. การปรับตัวใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต	*378*
บทที่ 9	**บทเรียนการควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ 2009 ในประเทศไทย**	*381*
	1. บทนำ	*381*
	2. เหตุการณ์สำคัญในไทยและต่างประเทศ (Chronology)	*382*
	3. ยุทธศาสตร์การลดการป่วย	*385*
	4. ยุทธศาสตร์การลดการตาย	*388*
	5. บทเรียนสำคัญด้านการบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต	*388*
	6. โอกาสในการพัฒนา	*391*
	7. บทสรุป	*394*
บทที่ 10	**การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ**	*397*
	1. ความหมายและพัฒนาการของนโยบายสาธารณะ	*397*
	2. พัฒนาการสู่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	*399*
	3. พัฒนาการของกลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจาก "การสาธารณสุขมูลฐาน" สู่ "การปฏิรูประบบสุขภาพ" และ "พรบ.สุขภาพแห่งชาติ"	*401*
	4. เจตนารมณ์และการได้มาซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ	*413*
	5. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552	*415*
บทที่ 11	**การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข**	*419*
	1. ความเป็นมา	*419*
	2. การดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	*421*

หน้า

3. บทสรุป 438

บทที่ 12 การสนับสนุนการเข้าถึงยาและการบังคับใช้สิทธิบัตรโดยรัฐต่อยา 439

1. บทนำ 439
2. ความเป็นมา 440
3. ขั้นตอนการดำเนินการ 441
4. การประกาศบังคับใช้สิทธิกับยา 3 รายการแรก 442
5. การจัดหายาที่บังคับใช้สิทธิ 443
6. การตอบโต้จากผู้ทรงสิทธิ 444
7. ทัศนะจากนานาชาติ 444
8. การชี้แจงของไทย 445
9. การประกาศบังคับใช้สิทธิระลอกสอง 446
10. การดำเนินการหลังการเปลี่ยนรัฐบาล 446
11. ผลการดำเนินการ 447
12. การเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย 447
13. การติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ 449
14. บทสรุป 450

บทที่ 13 พลวัตเศรษฐกิจกับสุขภาพ 451

1. วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540: ที่มาและแบบแผน 451
2. วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551: ที่มาและแบบแผน 454
3. บทสรุป 463

บทที่ 14 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย 465

1. ความสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 465
2. ผลกระทบของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 471
3. สภาพปัญหาในปัจจุบันและอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 480
4. ทิศทางในอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย 484

บทที่ 15 ประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก 485

1. การเปลี่ยนผ่านแนวคิดด้านสุขภาพ: จากปัญหาภายในของประเทศ สู่ปัญหาที่ต้องการความร่วมมือระหว่างรัฐ ไปถึงปัญหาที่ต้องการความร่วมมือขององค์กรทั้งรัฐและเอกชนทั่วโลก 485
2. พหุมิติของสุขภาพโลก 487
3. กลไกอภิบาลระบบสุขภาพโลก (Global Health Governance) 488
4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก 489
5. บทบาทของไทยในเวทีสุขภาพโลก 492
6. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรไทยในการทำงานด้านสุขภาพโลก 494
7. Global Health กับการสร้างเครือข่ายในประเทศ 494

เอกสารอ้างอิง 495

รายนามคณะกรรมการจัดทำรายงาน Thailand Health Profile 2008 - 2010 508

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
บทที่ 1		
ตารางที่ 1	โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติในพระบรมวงศานุวงศ์ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข (แยกรายพระองค์)	*11*
บทที่ 4		
ตารางที่ 4.1	สัดส่วนคนจน วัดจากรายจ่าย จำแนกตามพื้นที่ พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2552	*34*
ตารางที่ 4.2	อัตราการเรียนรู้ของคนไทย พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552	*38*
ตารางที่ 4.3	โครงสร้างกำลังแรงงาน จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2563	*40*
ตารางที่ 4.4	ความไม่เท่าเทียมทางเพศในการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอุดมศึกษา พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2550	*41*
ตารางที่ 4.5	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552	*42*
ตารางที่ 4.6	คะแนนเฉลี่ยวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ และทักษะการอ่านระดับนานาชาติ พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550	*43*
ตารางที่ 4.7	ร้อยละของหญิงสมรสอายุ 15 - 49 ปี ที่ถูกทำร้ายร่างกายจากสามีในรอบปีที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2552	*52*
ตารางที่ 4.8	เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552	*53*
ตารางที่ 4.9	ร้อยละของเด็กอายุ 13 - 18 ปี ที่ถูกทำร้ายจากคนในครอบครัว	*53*
ตารางที่ 4.10	ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากความรุนแรงจากการทำร้ายตนเองและการทำร้ายกันในประเทศไทย พ.ศ. 2548	*55*
ตารางที่ 4.11	อัตราร้อยละของผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามประเภทของการย้ายถิ่น และภาคที่อยู่ในปัจจุบัน พ.ศ. 2535 - พ.ศ.2551	*58*
ตารางที่ 4.12	เวลาที่ว่างโดยเฉลี่ยของประชากร จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552	*60*
ตารางที่ 4.13	ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2553	*62*
ตารางที่ 4.14	โครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารของประเทศต่าง ๆ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2550	*64*
ตารางที่ 4.15	ประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามเขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551	*64*
ตารางที่ 4.16	การเปรียบเทียบความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศแถบเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2541, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552	*65*
ตารางที่ 4.17	การมีไฟฟ้าใช้ของหมู่บ้านระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552	*66*
ตารางที่ 4.18	ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยจากภาคส่วนต่าง ๆ ของไทย พ.ศ. 2537,และ พ.ศ. 2546	*68*
ตารางที่ 4.19	ร้อยละของคุณภาพน้ำในแม่น้ำทั่วไปและแม่น้ำเจ้าพระยา พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552	*72*
ตารางที่ 4.20	ผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารสดจากตลาดสดทั่วประเทศตามโครงการความปลอดภัยด้านอาหาร พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552	*77*
ตารางที่ 4.21	การเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารทั่วไป ผักและผลไม้สด พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552	*78*

ตารางที่		หน้า

ตารางที่ 4.22 ร้อยละของประเภทน้ำบริโภคของคนไทย จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2552 *79*

ตารางที่ 4.23 คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 *80*

ตารางที่ 4.24 การเฝ้าระวังความปลอดภัยของคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนเขตเมืองและชนบท และในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 *81*

ตารางที่ 4.25 ปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552 *82*

ตารางที่ 4.26 ผลการสำรวจสถานการณ์ส้วมสาธารณะไทยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 *83*

ตารางที่ 4.27 ร้อยละของพฤติกรรมการใช้ส้วมสาธารณะที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง พ.ศ. 2549 *84*

ตารางที่ 4.28 คะแนนเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2551 *84*

ตารางที่ 4.29 ค่าดัชนีความสุขมวลรวม (Gross Domestic Happiness) ของประชาชนในด้านต่าง ๆ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 - มกราคม พ.ศ. 2553 *85*

ตารางที่ 4.30 ผลการพัฒนาระบบราชการ *86*

ตารางที่ 4.31 ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของประเทศต่าง ๆ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552 *89*

ตารางที่ 4.32 ดัชนีคอร์รัปชั่นของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2552 *91*

ตารางที่ 4.33 ปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรก (ร้อยละของปีการสูญเสียสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years-DALYs) ใน 3 กลุ่มประเทศ จำแนกตามรายได้ พ.ศ. 2547 *94*

ตารางที่ 4.34 ปริมาณผักและผลไม้ที่รับประทานต่อคนต่อวันในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุและเพศ *98*

ตารางที่ 4.35 สัดส่วนของประชาชนที่บริโภคผักและผลไม้ในแต่ละสัปดาห์ *99*

ตารางที่ 4.36 เปรียบเทียบการใช้น้ำตาลของโรงงานอุตสาหกรรม ระหว่าง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 *100*

ตารางที่ 4.37 ร้อยละของประชากรที่ชอบบริโภคอาหารรสหวาน *100*

ตารางที่ 4.38 มูลค่าการโฆษณาน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยว พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 *101*

ตารางที่ 4.39 ร้อยละของเด็กและเยาวชนที่บริโภคอาหารจานด่วนเป็นประจำ (Fast Food) *102*

ตารางที่ 4.40 ร้อยละของประชากร จำแนกตามความถี่ในการบริโภคอาหารจานด่วน (Fast Food) พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552 *102*

ตารางที่ 4.41 ความถี่ในการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน จำแนกตามเพศ *104*

ตารางที่ 4.42 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร *105*

ตารางที่ 4.43 การเปลี่ยนแปลงระดับและความชุกของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในประชากรไทย (อายุ 35 - 59 ปี) *105*

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 *106*

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 *107*

ตารางที่ 4.46 สถานที่กระจายยาของประเทศไทย (ร้อยละของมูลค่ายาทั้งหมด) *109*

ตารางที่ 4.47 ร้อยละของประชากรชาย-หญิง ที่ใช้ยาเป็นประจำ จำแนกตามอายุ เพศ และประเภทของยา *111*

ตารางที่ 4.48 อัตราภาษีสรรพสามิต ยอดจำหน่ายบุหรี่ ภาษีที่เก็บได้และจำนวนผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552 *112*

ตารางที่ 4.49 จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2552 *113*

ตารางที่ 4.50 สัดส่วนการตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552 *115*

ตารางที่ 4.51 ร้อยละของการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ *116*

ตารางที่		หน้า

ตารางที่ 4.52 ร้อยละของการเลิกยาสูบ *116*

ตารางที่ 4.53 ร้อยละของการได้รับควันบุหรี่มือสอง *117*

ตารางที่ 4.54 แสดงการประมาณการปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยและภาษีสรรพสามิตที่เก็บจากการผลิตในประเทศและนำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2551 *118*

ตารางที่ 4.55 ตารางแสดงโครงสร้างส่วนแบ่งของตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2551 *119*

ตารางที่ 4.56 จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552 *120*

ตารางที่ 4.57 อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ.2534 - พ.ศ. 2552 *120*

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 *121*

ตารางที่ 4.59 มูลค่าการโฆษณาเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พ.ศ.2532 - พ.ศ.2552 *122*

ตารางที่ 4.60 แสดงมูลค่าการนำเข้าสุราจากต่างประเทศ จำแนกตามแหล่งนำเข้า (ล้านบาท) *123*

ตารางที่ 4.61 ต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2549 *124*

ตารางที่ 4.62 สัดส่วน (ร้อยละ)ของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2550 *125*

ตารางที่ 4.63 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามประเภทของการออกกำลังกาย พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550 *128*

ตารางที่ 4.64 ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามการป่วย การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลและการออกกำลังกาย พ.ศ. 2550 *129*

ตารางที่ 4.65 ประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย จำแนกตามการป่วย การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาลและระยะเวลาในการออกกำลังกาย พ.ศ. 2550 *130*

ตารางที่ 4.66 จำนวนประชากรทั่วประเทศที่ใช้สารเสพติด จำแนกตามชนิดและระยะเวลาที่ใช้ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2550 *131*

ตารางที่ 4.67 สัดส่วนผู้เข้าบำบัดรักษา จำแนกตามชนิดยาเสพติด *134*

ตารางที่ 4.68 ต้นทุนบำบัดรักษายาเสพติด พ.ศ. 2550 จำแนกตามหน่วยงาน *136*

ตารางที่ 4.69 อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับรถยนต์ จำแนกตามการใช้เข็มขัดนิรภัย *137*

ตารางที่ 4.70 อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ *138*

ตารางที่ 4.71 แสดงร้อยละของเยาวชนที่เคยมีประสบการณ์ในการมีเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2549 - 2550 *145*

ตารางที่ 4.72 แสดงร้อยละของบุคคลที่เยาวชนมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550 *145*

ตารางที่ 4.73 แสดงร้อยละของสถานการณ์ที่ทำให้เยาวชนมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550 *145*

ตารางที่ 4.74 รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (หน่วย : ร้อยละ) *146*

บทที่ 5

ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ *148*

ตารางที่ 5.2 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) *149*

ตารางที่ 5.3 อัตราทารกตายและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 *151*

ตารางที่		หน้า

บทที่ 5

ตารางที่ 5.4 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 12 อันดับแรกจำแนกตามเพศในประชากรไทย พ.ศ. 2548 *154*

ตารางที่ 5.5 ร้อยละของประชากรที่ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2550 *155*

ตารางที่ 5.6 จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2550 *157*

ตารางที่ 5.7 ร้อยละของสาเหตุของ Disability Adjusted Life Years Loss (DALYs) ของประชากรไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามกลุ่มอายุ *159*

ตารางที่ 5.8 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศ *160*

ตารางที่ 5.9 สัดส่วนของ Disability Adjusted Life Years loss (DALYs) ของการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากร 23 ประเทศกำลังพัฒนารวมประเทศไทย *161*

ตารางที่ 5.10 ร้อยละของการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2551 *162*

ตารางที่ 5.11 อุบัติการการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552 *164*

ตารางที่ 5.12 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2554 จากการคาดการณ์โดย The Asian Epidemic Model *180*

ตารางที่ 5.13 จำนวนผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก และเสียชีวิตของไทย พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2553 *184*

ตารางที่ 5.14 จำนวนผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคมือ เท้า และปาก พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 *185*

ตารางที่ 5.15 สรุปรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ขององค์การอนามัยโลก ข้อมูล ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 *186*

ตารางที่ 5.16 อุบัติการของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544 *188*

ตารางที่ 5.17 ร้อยละของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ใน พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2544 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็ง *189*

ตารางที่ 5.18 แสดงอายุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทย ปี 2526 - ปี 2552 *189*

ตารางที่ 5.19 ร้อยละของสตรีไทยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552 *190*

ตารางที่ 5.20 อุบัติการของโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544 *191*

ตารางที่ 5.21 เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทย ระหว่าง พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 *194*

ตารางที่ 5.22 แสดงอัตราผู้ป่วยโรคไตต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 *199*

ตารางที่ 5.23 จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2552 *203*

ตารางที่		หน้า

ตารางที่ 5.24 จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552 *204*

ตารางที่ 5.25 แสดงจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนรถจักรยานยนต์ และสัดส่วนผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ดื่มสุรา ก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์ *207*

ตารางที่ 5.26 การตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรและการป่วย การตายด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552 *212*

ตารางที่ 5.27 อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มโรค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552 *213*

ตารางที่ 5.28 อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552 *215*

ตารางที่ 5.29 ภาวะโภชนาการในเด็ก 0 - 6 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2549 *216*

ตารางที่ 5.30 การจัดลำดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2547 จำแนกตามเพศและสาเหตุ *221*

บทที่ 6

ตารางที่ 6.1 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552 *250*

ตารางที่ 6.2 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 *256*

ตารางที่ 6.3 ภาระงานของแพทย์ พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552 *262*

ตารางที่ 6.4 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2552 *263*

ตารางที่ 6.5 สถานบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน พ.ศ. 2552 *266*

ตารางที่ 6.6 จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียง และตามภาค พ.ศ. 2552 *267*

ตารางที่ 6.7 การกระจายสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522, พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549 และพ.ศ. 2552 *274*

ตารางที่ 6.8 การกระจายร้านขายยา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552 *275*

ตารางที่ 6.9 มูลค่าการผลิตและการนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2551 *278*

ตารางที่ 6.10 อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย *279*

ตารางที่ 6.11 อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2552 *283*

ตารางที่ 6.12 อัตราส่วน CT Scanner ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552 *283*

ตารางที่ 6.13 รายจ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าปัจจุบัน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551 (ล้านบาท) *287*

ตารางที่ 6.14 รายจ่ายด้านยาและรายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551 (ล้านบาท) *288*

ตารางที่ 6.15 สัดส่วนของแหล่งรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551 *289*

ตารางที่ 6.16 รายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย *290*

ตารางที่ 6.17 แบบแผนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552 *295*

ตารางที่ **หน้า**

ตารางที่ 6.18 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552 *296*

ตารางที่ 6.19 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 *297*

ตารางที่ 6.20 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 *298*

ตารางที่ 6.21 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ร้อยละต่อคนต่อปี) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 *298*

ตารางที่ 6.22 อัตราการรับจำนวนผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552 *304*

ตารางที่ 6.23 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2544 - 2552 *304*

ตารางที่ 6.24 อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 *312*

ตารางที่ 6.25 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน วัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552 *315*

ตารางที่ 6.26 ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามร้อยละของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ใน 10 กลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551 *316*

ตารางที่ 6.27 สัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพวัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552 *317*

บทที่ 7

ตารางที่ 7.1 พ.ร.บ. ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเองโดยตรง *331*

ตารางที่ 7.2 จำนวนข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และจำนวนเจ้าหน้าที่องค์การของรัฐในหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 *334*

ตารางที่ 7.3 จำนวนพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามสาขา/วิชาชีพ พ.ศ. 2552 *335*

ตารางที่ 7.4 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมพนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวและเจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ/ลูกจ้าง) จำแนกตามประเภท/สายงานสำคัญที่มีคนครองตำแหน่งจริง พ.ศ. 2552 *338*

ตารางที่ 7.5 จำนวนลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 *340*

ตารางที่ 7.6 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข มูลค่าปัจจุบันและมูลค่าจริง *345*

ตารางที่ 7.7 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2554 *347*

ตารางที่ 7.8 การจัดสรรงบประมาณตามลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญในช่วง พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2554 *349*

ตารางที่ 7.9 งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2554 (มูลค่าปัจจุบัน) *352*

ตารางที่ 7.10 ข้อมูลองค์กรเอกชนที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2553 *360*

ตารางที่ 7.11 ข้อมูลองค์กรเอกชนด้านเอดส์ที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2553 *361*

ตารางที่ 7.12 โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกในประเทศไทย พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2557 *362*

ตารางที่ หน้า

บทที่ 13

ตารางที่ 13.1 ผลคะแนนสุขภาพจิตเปรียบเทียบการสำรวจปี พ.ศ. 2551 และปี พ.ศ. 2552 *455*

ตารางที่ 13.2 อัตราการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 *457*

ตารางที่ 13.3 แสดงปริมาณบริการสุขภาพและค่าเฉลี่ยบริการสุขภาพต่อโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548 - 2552 *458*

ตารางที่ 13.4 ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของรายได้ สัดส่วนหนี้สินต่อรายได้ และค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ ของครัวเรือนรายไตรมาส *459*

บทที่ 14

ตารางที่ 14.1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2515 - พ.ศ. 2545 *466*

ตารางที่ 14.2 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ก่อน พ.ศ. 2545 *468*

ตารางที่ 14.3 ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนและไม่ยากจนซึ่งได้รับการจัดสรรบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2543 *469*

ตารางที่ 14.4 ร้อยละของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนต่างๆ ของค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านอาหาร ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543 *470*

ตารางที่ 14.5 ร้อยละของครัวเรือนที่ประสบปัญหาล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2550 *478*

ตารางที่ 14.6 การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552 *478*

ตารางที่ 14.7 ข้อมูลสถานการณ์การเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ส่งข้อมูลครบถ้วน ปีงบประมาณ 2546 - 2552 *479*

บทที่ 15

ตารางที่ 15.1 การเปรียบเทียบระหว่าง Public Health, International Health และ Global Health *486*

ตารางที่ 15.2 การเปรียบเทียบกลุ่มสุขภาพโลก 5 กลุ่ม และจุดเน้น *487*

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
บทที่ 2		
ภาพที่ 2.1	แผนที่ประเทศไทย	*13*
ภาพที่ 2.2	การนับถือศาสนาของคนไทย พ.ศ. 2551	*15*
ภาพที่ 2.3	ระบบการปกครองไทยในปัจจุบัน	*18*
บทที่ 3		
ภาพที่ 3.1	กรอบความสัมพันธ์ของแนวคิด วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาประเทศ	*24*
ภาพที่ 3.2	เป้าหมายและกรอบระยะเวลาการพัฒนา MDG และ MDG Plus	*28*
บทที่ 4		
ภาพที่ 4.1	ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ	*29*
ภาพที่ 4.2	อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศไทย	*30*
ภาพที่ 4.3	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2552 (ราคาตลาด)	*31*
ภาพที่ 4.4	สัดส่วนของเศรษฐกิจ ภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2552	*32*
ภาพที่ 4.5	สัดส่วนความยากจนของประเทศไทยวัดจากรายจ่าย พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2552	*33*
ภาพที่ 4.6	ส่วนแบ่งรายได้ของประชากรไทย แยกเป็น 5 กลุ่ม ตามระดับรายได้	*35*
ภาพที่ 4.7	อัตราการรู้หนังสือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของประเทศไทย พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2553	*37*
ภาพที่ 4.8	อัตราการเรียนต่อของนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2537 - 2552	*39*
ภาพที่ 4.9	จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของประชากรไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552	*40*
ภาพที่ 4.10	อัตราเพิ่มของประชากรไทยและการคาดการณ์ก่อน พ.ศ. 2513 - พ.ศ. 2573	*45*
ภาพที่ 4.11	จำนวนประชากรไทยทั่วประเทศและการคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2568	*45*
ภาพที่ 4.12	สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2573	*46*
ภาพที่ 4.13	อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2573	*47*
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	*48*
ภาพที่ 4.15	ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2563	*50*
ภาพที่ 4.16	ดัชนีครอบครัวอบอุ่น พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552	*51*
ภาพที่ 4.17	ร้อยละของเด็กอายุ 6 - < 13 ปี ที่ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัวทางกายและวาจาแยกตามประเภท พ.ศ. 2544	*54*
ภาพที่ 4.18	ร้อยละของเด็กอายุ 13 - 18 ปี ที่ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัวทางกายและวาจาแยกตามประเภท พ.ศ. 2544	*54*
ภาพที่ 4.19	พัฒนาการของเด็กปฐมวัย 0-5 ปี พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2553	*56*
ภาพที่ 4.20	การคาดประมาณประชากรเขตเมืองและชนบท	*57*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 4.21	อัตราการมีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2552	*67*
ภาพที่ 4.22	ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นถ้าอุณหภูมิโลกสูงขึ้น	*69*
ภาพที่ 4.23	ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอนเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552	*70*
ภาพที่ 4.24	ระดับเสียงเฉลี่ย (Leq) 24 ชั่วโมงสูงสุดบริเวณริมถนนในกรุงเทพฯ ปริมณฑลและเมืองใหญ่ ในพื้นที่ต่างจังหวัด พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552	*73*
ภาพที่ 4.25	ปริมาณการนำเข้าสารเคมี พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552	*74*
ภาพที่ 4.26	อัตราการตายและการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานของคนงาน พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2552	*76*
ภาพที่ 4.27	อัตราการมีส้วมถูกสุขลักษณะ พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2552	*83*
ภาพที่ 4.28	ขีดความสามารถและอันดับในการแข่งขันด้านประสิทธิภาพของระบบราชการไทย ต่อการพัฒนาธุรกิจ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552	*88*
ภาพที่ 4.29	ดัชนีคอร์รัปชั่นของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2552	*90*
ภาพที่ 4.30	แบบแผนภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงในคนไทย พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547	*95*
ภาพที่ 4.31	เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่บริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552	*96*
ภาพที่ 4.32	เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอาหารที่รับประทานต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552	*96*
ภาพที่ 4.33	ร้อยละการกินผักตามส่วนบริโภคต่อวัน ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552	*97*
ภาพที่ 4.34	ร้อยละการกินผลไม้ตามส่วนบริโภคต่อวัน ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2551-2552	*98*
ภาพที่ 4.35	ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2552	*99*
ภาพที่ 4.36	สัดส่วน (ร้อยละ) ของเด็กประถมศึกษาที่ทานขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมเป็นประจำ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552	*101*
ภาพที่ 4.37	อัตราความชุกภาวะอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ.2529, พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2546	*104*
ภาพที่ 4.38	สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในประเทศต่างๆ เปรียบเทียบกับประเทศไทย	*108*
ภาพที่ 4.39	มูลค่าการโฆษณายา อาหารและเครื่องสำอาง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552	*110*
ภาพที่ 4.40	ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของประชากรที่มีอายุ 11 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550	*114*
ภาพที่ 4.41	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2550	*125*
ภาพที่ 4.42	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2550	*126*
ภาพที่ 4.43	ร้อยละของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย จำแนกตามความถี่ต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550	*127*
ภาพที่ 4.44	ร้อยละของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย จำแนกตามระยะเวลาต่อครั้ง พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550	*127*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 4.45	อัตราร้อยละของคนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำแนกตามระยะเวลาที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550	*128*
ภาพที่ 4.46	ร้อยละของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย จำแนกตามเหตุผลที่ออกกำลังกาย	*129*
ภาพที่ 4.47	ประมาณการผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2551	*130*
ภาพที่ 4.48	จำนวนผู้ต้องหาคดียาเสพติดที่จับกุมได้และจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษา พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552	*132*
ภาพที่ 4.49	สัดส่วนผู้ต้องหารายใหม่/รายเก่า พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552	*133*
ภาพที่ 4.50	สัดส่วน (ร้อยละ) ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาลประเทศไทย พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552	*134*
ภาพที่ 4.51	สัดส่วน (ร้อยละ) ของอายุผู้เข้าบำบัดรักษาครั้งแรก พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552	*135*
ภาพที่ 4.52	สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้เข้าบำบัดรักษา แยกตามอาชีพ พ.ศ. 2552	*136*
ภาพที่ 4.53	สัดส่วน (ร้อยละ) ของประชากรที่ขับรถภายหลังการดื่มสุรา จำแนกตามเพศ	*138*
ภาพที่ 4.54	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552	*140*
ภาพที่ 4.55	สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552	*140*
ภาพที่ 4.56	สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552	*141*
ภาพที่ 4.57	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552	*141*
ภาพที่ 4.58	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552	*142*
ภาพที่ 4.59	สัดส่วนของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมาจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552	*142*
ภาพที่ 4.60	สัดส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมาของหญิงที่มาฝากครรภ์และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 8 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545	*143*
ภาพที่ 4.61	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ในรอบปีที่ผ่านมาของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552	*143*
ภาพที่ 4.62	สัดส่วนของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมาจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2 - 15 พ.ศ.2539 - พ.ศ. 2552	*144*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 4.63	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมาของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2 - 15 พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552	*144*
บทที่ 5		
ภาพที่ 5.1	อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2552	*150*
ภาพที่ 5.2	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2549	*152*
ภาพที่ 5.3	อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552	*153*
ภาพที่ 5.4	สัดส่วนของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550	*156*
ภาพที่ 5.5	ร้อยละของประชากรที่พิการอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ จำแนกตามประเภทความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2550	*157*
ภาพที่ 5.6	อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510 - พ.ศ. 2552	*158*
ภาพที่ 5.7	อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG DPT_3 OPV_3 HB_3 Measles และ TT_2 + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2551	*163*
ภาพที่ 5.8	อุบัติการของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคหัด ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*165*
ภาพที่ 5.9	อุบัติการของโรคไอกรน คอตีบและโปลิโอ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*165*
ภาพที่ 5.10	อุบัติการและอัตราตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส บี ประเทศไทย พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552	*166*
ภาพที่ 5.11	อุบัติการของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*167*
ภาพที่ 5.12	อุบัติการ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552	*168*
ภาพที่ 5.13	อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552	*169*
ภาพที่ 5.14	อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำแนกตามภาค ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552	*169*
ภาพที่ 5.15	อัตราความชุกของโรคเรื้อนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทยปี พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*170*
ภาพที่ 5.16	อัตราป่วย/ตายของโรคพิษสุนัขบ้าต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*171*
ภาพที่ 5.17	อุบัติการและอัตราตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*172*
ภาพที่ 5.18	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*172*
ภาพที่ 5.19	อุบัติการและอัตราตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทยปี 2520 - 2552	*173*
ภาพที่ 5.20	อุบัติการและอัตราตายของโรคไข้สมองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*174*
ภาพที่ 5.21	อัตราความชุกโรคเท้าช้างต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย ปี 2535 - 2552	*175*
ภาพที่ 5.22	อัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ปี 2520 - 2552	*175*
ภาพที่ 5.23	อัตราความชุกการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552	*177*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 5.24	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศแฝง กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด, ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552	*178*
ภาพที่ 5.25	อัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พฤศจิกายน พ.ศ. 2532 - พฤศจิกายน พ.ศ. 2553	*179*
ภาพที่ 5.26	แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน แยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2552	*180*
ภาพที่ 5.27	แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีชีวิตในแต่ละปี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม และจำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี จากการคาดประมาณถึง พ.ศ. 2563	*181*
ภาพที่ 5.28	อัตราผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ของประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552	*182*
ภาพที่ 5.29	ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552	*182*
ภาพที่ 5.30	อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*183*
ภาพที่ 5.31	อัตราป่วยโรคมือ เท้าและปาก พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552	*184*
ภาพที่ 5.32	โรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2546	*187*
ภาพที่ 5.33	อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2544	*188*
ภาพที่ 5.34	อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2544	*191*
ภาพที่ 5.35	ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งปอด ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2551	*192*
ภาพที่ 5.36	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552	*193*
ภาพที่ 5.37	ความชุกของโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552	*195*
ภาพที่ 5.38	ความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552	*196*
ภาพที่ 5.39	อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552	*197*
ภาพที่ 5.40	ประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553	*198*
ภาพที่ 5.41	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552	*198*
ภาพที่ 5.42	จำนวนผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรั่วที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552	*199*
ภาพที่ 5.43	เปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยโรคไตวายต่อประชากร 100,000 คน ระหว่างเพศชายและหญิง พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552	*200*
ภาพที่ 5.44	อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*200*
ภาพที่ 5.45	อัตราตายและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2552	*202*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 5.46	ร้อยละของการตายด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552	*205*
ภาพที่ 5.47	สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2552	*205*
ภาพที่ 5.48	สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ. 2552	*206*
ภาพที่ 5.49	แนวโน้ม GDP, การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงด้านการขนส่ง, ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552	*208*
ภาพที่ 5.50	อัตราการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร จำแนกตามการคาดเข็มขัดนิรภัยและการสวมหมวกนิรภัย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552	*209*
ภาพที่ 5.51	สัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามสภาพการใช้แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552	*209*
ภาพที่ 5.52	อัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2553	*210*
ภาพที่ 5.53	ร้อยละของรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2553	*211*
ภาพที่ 5.54	อัตราการเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2552	*214*
ภาพที่ 5.55	อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552	*214*
ภาพที่ 5.56	อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552	*215*
ภาพที่ 5.57	สัดส่วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2551	*217*
ภาพที่ 5.58	สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2548	*218*
ภาพที่ 5.59	ภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2547	*219*
ภาพที่ 5.60	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ขาดสารไอโอดีน (ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ <100 μg/l) พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2551	*219*
ภาพที่ 5.61	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552	220
ภาพที่ 5.62	อัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552	*222*
ภาพที่ 5.63	อัตราผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำแนกตามโรคที่เป็นและเพศ พ.ศ. 2550	*224*
ภาพที่ 5.64	อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552	*225*
ภาพที่ 5.65	ความชุก (ร้อยละ) ของโรคเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552	*226*
ภาพที่ 5.66	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552	*227*
ภาพที่ 5.67	คาดประมาณผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552	*227*
ภาพที่ 5.68	อัตราการนอนโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ด้วยโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552	*228*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 5.69	ความชุก(ร้อยละ) ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552	*229*
ภาพที่ 5.70	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551	*230*
ภาพที่ 5.71	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551	*230*
ภาพที่ 5.72	เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552	*231*

บทที่ 6

ภาพที่ 6.1	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า การจัดบริการ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ	*233*
ภาพที่ 6.2	องค์ประกอบของการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ	*234*
ภาพที่ 6.3	อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552	*235*
ภาพที่ 6.4	อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552 (จาก 2 แหล่งข้อมูล)	*236*
ภาพที่ 6.5	สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552	*237*
ภาพที่ 6.6	สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551	*238*
ภาพที่ 6.7	สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552	*239*
ภาพที่ 6.8	สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551	*240*
ภาพที่ 6.9	สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 (ใช้ข้อมูลของกรมอนามัย)	*240*
ภาพที่ 6.10	สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552	*241*
ภาพที่ 6.11	สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551	*242*
ภาพที่ 6.12	สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552	*243*
ภาพที่ 6.13	สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551	*244*
ภาพที่ 6.14	สัดส่วนบุคลากรที่ทำงาน ไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552	*244*
ภาพที่ 6.15	สัดส่วนแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552	*245*
ภาพที่ 6.16	สัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552	*246*
ภาพที่ 6.17	จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ และจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552	*247*
ภาพที่ 6.18	จำนวนการรับนักศึกษาทันตแพทย์ และจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552	*247*
ภาพที่ 6.19	จำนวนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ และจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552	*248*
ภาพที่ 6.20	แผนการรับนักศึกษาพยาบาล และจำนวนพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552	*249*
ภาพที่ 6.21	อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552	*251*
ภาพที่ 6.22	อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552	*252*
ภาพที่ 6.23	อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552 (ใช้ข้อมูลของกรมอนามัย)	*253*
ภาพที่ 6.24	อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552	*254*
ภาพที่ 6.25	อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552	*255*
ภาพที่ 6.26	ความแตกต่างของประชากรต่อบุคลากร กรุงเทพมหานครเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552	*257*
ภาพที่ 6.27	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อแพทย์ และประชากรต่อทันตแพทย์ พ.ศ. 2551	*258*
ภาพที่ 6.28	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อเภสัชกร และประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2551	*259*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 6.29	สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2552	*260*
ภาพที่ 6.30	อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และแพทย์ต่อโรงพยาบาล ตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2551	*261*
ภาพที่ 6.31	จำนวนเตียง จำนวนแพทย์ และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*261*
ภาพที่ 6.32	สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552	*265*
ภาพที่ 6.33	สัดส่วนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2552	*267*
ภาพที่ 6.34	จำนวนสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ขอตั้งใหม่และเลิกกิจการ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552	*268*
ภาพที่ 6.35	สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2551	*269*
ภาพที่ 6.36	สัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2551	*269*
ภาพที่ 6.37	สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2551	*270*
ภาพที่ 6.38	สัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2551	*271*
ภาพที่ 6.39	อัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552	*272*
ภาพที่ 6.40	อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2551	*272*
ภาพที่ 6.41	อัตราการครองเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552	*273*
ภาพที่ 6.42	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราส่วนประชากรต่อเตียงระดับจังหวัด พ.ศ. 2550	*273*
ภาพที่ 6.43	ร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2553	*276*
ภาพที่ 6.44	ร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2551	*277*
ภาพที่ 6.45	มูลค่าการส่งออกยาของประเทศใน พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552 (ราคาปัจจุบัน)	*279*
ภาพที่ 6.46	จำนวนเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปิดบริการในประเทศไทย จำแนกตามสถานบริการภาครัฐและเอกชน	*280*
ภาพที่ 6.47	มูลค่าการนำเข้า ส่งออก เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552	*281*
ภาพที่ 6.48	จำนวนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2552	*282*
ภาพที่ 6.49	รายจ่ายสุขภาพรวมและรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2551	*284*
ภาพที่ 6.50	รายจ่ายสุขภาพรวม และรายจ่ายด้านยาต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อรายจ่ายสุขภาพ (รายจ่ายสุขภาพต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อ GDP) ระหว่าง พ.ศ. 2538 - 2551	*285*
ภาพที่ 6.51	แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพ ภาครัฐและภาคครัวเรือน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551	*286*
ภาพที่ 6.52	งบประมาณด้านสุขภาพและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2554	*291*
ภาพที่ 6.53	รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552	*293*
ภาพที่ 6.54	สัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนเพื่อรับบริการในสถานบริการ พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2552	*294*
ภาพที่ 6.55	ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ระดับจังหวัด พ.ศ. 2550	*299*
ภาพที่ 6.56	ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในและอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ระดับจังหวัด พ.ศ. 2550	*299*
ภาพที่ 6.57	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในระดับจังหวัด พ.ศ. 2550	*300*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 6.58	สัดส่วนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552	*301*
ภาพที่ 6.59	สัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552	*301*
ภาพที่ 6.60	สัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552	*302*
ภาพที่ 6.61	จำนวนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552	*303*
ภาพที่ 6.62	วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล	*305*
ภาพที่ 6.63	วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 จำแนกตามภาคของโรงพยาบาล	*306*
ภาพที่ 6.64	การกระจายทางภูมิศาสตร์ของวันนอนเฉลี่ย รายจังหวัด พ.ศ. 2550	*307*
ภาพที่ 6.65	อัตราตายผู้ป่วยใน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด และวัณโรค พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553	*308*
ภาพที่ 6.66	อัตราตายผู้ป่วยใน การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553	*309*
ภาพที่ 6.67	ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อป่วยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2552	*310*
ภาพที่ 6.68	ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อนอนในโรงพยาบาลตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2552	*311*
ภาพที่ 6.69	เปรียบเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดไซล์ ก่อนและหลังมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	*313*
ภาพที่ 6.70	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน ตามกลุ่มเดไซล์ของรายได้ พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551	*314*
ภาพที่ 6.71	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน วัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552	*315*
ภาพที่ 6.72	สัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552	*317*

บทที่ 7

ภาพที่ 7.1	ขอบเขตการจำกัดความของคำว่าระบบสุขภาพ	*319*
ภาพที่ 7.2	องค์ประกอบของระบบสุขภาพ	*320*
ภาพที่ 7.3	ความเชื่อมโยงกลไกอภิบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ	*323*
ภาพที่ 7.4	วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2431 - ปัจจุบัน	*325*
ภาพที่ 7.5	โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข	*328*
ภาพที่ 7.6	โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค	*330*
ภาพที่ 7.7	จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ/พนักงานราชการ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ/ลูกจ้างในหน่วยงานในกำกับของ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552	*336*
ภาพที่ 7.8	สัดส่วนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ/พนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ/ลูกจ้างในหน่วยงานกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552	*337*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 7.9	สัดส่วนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขทุกประเภท (รวมลูกจ้างชั่วคราว) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552	*341*
ภาพที่ 7.10	งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายของประเทศ(มูลค่าปัจจุบัน)และสัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2512 - พ.ศ. 554	*342*
ภาพที่ 7.11	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ	*343*
ภาพที่ 7.12	สัดส่วนงบประมาณ ด้านความมั่นคง การชำระหนี้เงินกู้ การศึกษาและสาธารณสุข เปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2512 - พ.ศ. 2554	*344*
ภาพที่ 7.13	สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามส่วนราชการ พ.ศ. 2554	*348*
ภาพที่ 7.14	สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะการดำเนินงาน พ.ศ. 2554	*350*
ภาพที่ 7.15	งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เปรียบเทียบกับร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2544	*353*
ภาพที่ 7.16	ร้อยละของงบประมาณที่ได้รับในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2502 - พ.ศ. 2554	*354*
ภาพที่ 7.17	การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข	*355*
ภาพที่ 7.18	ระบบการติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข	*357*
บทที่ 9		
ภาพที่ 9.1	คาดประมาณผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิต จากไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ ในประเทศไทย (กรกฎาคม พ.ศ. 2552)	*391*
ภาพที่ 9.2	จำนวนและสัดส่วน (%) ที่ตรวจพบเชื้อ H1N1 PDM ในผู้ป่วย ILI ที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 13 แห่ง ที่เป็นจุดเฝ้าระวัง สัปดาห์ที่ 29/2552 ถึง 6/2553 (วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 - 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553)	*393*
บทที่ 10		
ภาพที่ 10.1	ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา	*400*
ภาพที่ 10.2	ระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพ	*405*
ภาพที่ 10.3	ความเชื่อมโยงระบบและกลไกการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในสังคมไทย	*408*
ภาพที่ 10.4	สาระ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	*413*
บทที่ 11		
ภาพที่ 11.1	แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ	*422*
ภาพที่ 11.2	ขั้นตอนการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสาธารณสุข	*428*
บทที่ 12		
ภาพที่ 12.1	อัตราการใช้ยาเอฟาวิเรนซ์ 600 มิลลิกรัม ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2553	*448*

ภาพที่		หน้า

ภาพที่ 12.2	อัตราการใช้ยาโลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์ (200/50 มิลลิกรัม) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2553	*448*
บทที่ 13		
ภาพที่ 13.1	อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2552	*456*
ภาพที่ 13.2	เป้าหมายการลงทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข	*461*
บทที่ 14		
ภาพที่ 14.1	ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพระบบต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552	*472*
ภาพที่ 14.2	สัดส่วนของกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐานะแตกต่างกันในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ	*473*
ภาพที่ 14.3	การใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกของประชากรกลุ่มควินไทล์ต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2546	*474*
ภาพที่ 14.4	การใช้บริการประเภทผู้ป่วยในของประชากรกลุ่มควินไทล์ต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548	*475*
ภาพที่ 14.5	เปรียบเทียบการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐของประชากรกลุ่มที่มีเศรษฐานะแตกต่างกันระหว่าง พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2550	*476*
ภาพที่ 14.6	สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติและสัดส่วนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2550	*480*
ภาพที่ 14.7	ประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติ (GDP) ระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2569	*481*
ภาพที่ 14.8	ความแตกต่างการได้รับบริการของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	*482*
ภาพที่ 14.9	ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการระหว่าง พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2551	*483*
บทที่ 15		
ภาพที่ 15.1	ความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆด้านสุขภาพโลก ในด้านการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ	*489*
ภาพที่ 15.2	การลงทุนของหน่วยงานต่างๆในด้านสุขภาพ	*491*

บทที่ 1
พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย

พัฒนาการของการสาธารณสุขไทย มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสถาบันพระมหากษัตริย์มาตั้งแต่ครั้งตั้งกรุงสุโขทัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคกรุงรัตนโกสินทร์ บทนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์เฉพาะพระราชวงศ์จักรีกับการสาธารณสุขไทย เป็นประเด็นและยุคต่าง ๆ คือ;-

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

สมัยรัชกาลที่ 1 ถึง รัชกาลที่ 3 เป็นยุคเริ่มต้นของกรุงรัตนโกสินทร์ เป็นช่วงของการ**ก่อร่างสร้างตัว**ของประเทศ มีความพยายามใน**การรวบรวมวิทยาการแขนงต่างๆ** เข้ามาไว้เป็นหลักฐานเพื่อใช้ศึกษาและพัฒนาประเทศ

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

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

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

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

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

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

พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ และโปรดเกล้าฯ ให้จารึกตำรายาไว้บนแผ่นหินอ่อน ประดับไว้ตามผนังโบสถ์และศาลารายในบริเวณวัด มีตำราบอกสมุฏฐานของโรคและวิธีบำบัด ทรงให้นำสมุนไพรที่ใช้ในการปรุงยาที่หาได้ยากมาปลูกไว้ เพื่อให้ราษฎรได้ศึกษาและนำไปใช้ในการรักษาตนโดยมิหวงห้ามไว้ในตระกูลใด นับได้ว่าเป็น "มหาวิทยาลัยเปิด" แห่งแรกในประเทศไทย

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

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

2. ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง

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

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

การแพทย์ของประเทศไทยสมัยนี้แยกออกได้เป็นสองแผน คือ การแพทย์แผนเดิมหรือแผนโบราณ และการแพทย์แผนปัจจุบัน

มีแพทย์ชาวอเมริกัน 3 คน คือ หมอบรัดเลย์ หมอเฮาส์ และหมอเลนเข้ามาอยู่ในประเทศไทยในช่วงเวลาหนึ่ง สำหรับหมอเฮาส์ เป็นผู้ที่มีบทบาทในการควบคุมอหิวาตกโรคและรักษาคนไข้โดยการใช้ทิงเจอร์ผสมน้ำให้ดื่มซึ่งได้ผลดี

ถึงแม้ว่าจะได้นำการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้มากขึ้น เช่น การสูติกรรมสมัยใหม่ แต่ก็ไม่สามารถชักจูงประชาชนให้เปลี่ยนค่านิยมได้ เพราะการรักษาพยาบาลแผนไทยเป็นประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบเนื่องกันมา และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตคนไทย

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

แต่เดิมมาประเทศไทยไม่มีโรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งขึ้นเพื่อรักษาราษฎรที่ป่วยไข้ มีเพียงการจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวในที่ต่างๆ เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยในเวลาที่เกิดโรคระบาด เมื่อโรคสงบแล้วก็ล้มเลิกโรงพยาบาลนั้นไป ดังนั้น ใน พ.ศ. 2429 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดเกล้าฯ ให้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการคณะหนึ่งชื่อว่า **"คอมมิตตีจัดการโรงพยาบาล"** มีพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นศิริวัชสังกาศ เป็นองค์ประธาน เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลซึ่งแล้วเสร็จใน พ.ศ. 2431 โดยได้พระราชทานนามโรงพยาบาลว่า **"โรงพยาบาลศิริราช"** เพื่อเป็นอนุสรณ์แด่สมเด็จเจ้าฟ้า**ศิริราชกกุธภัณฑ์** พระราชโอรส ซึ่งสิ้นพระชนม์ลงเนื่องจากโรคบิด และต่อมาได้ทรงตั้ง **"กรมพยาบาล"** ขึ้นเพื่อดูแลกิจการศิริราชพยาบาลสืบแทนคณะกรรมการฯ ซึ่งพ้นหน้าที่ไป พ.ศ. 2432 กรมพยาบาลได้เข้าอยู่ในสังกัดกระทรวงธรรมการ โดยพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นดำรงราชานุภาพ ทรงดำรงตำแหน่งผู้บังคับกรมพยาบาล ในช่วงนี้มีกิจการสำคัญด้านการแพทย์เกิดขึ้นหลายอย่าง ได้แก่

- พ.ศ. 2432 สร้างโรงเรียนแพทยากรขึ้นที่ศิริราชพยาบาล มีหลักสูตรการเรียนวิชาแพทย์แผนตะวันตกและแผนไทยร่วมด้วย และใน พ.ศ. 2438 ได้พิมพ์ตำราแพทย์สำหรับใช้ในโรงเรียนเล่มแรกคือ**ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์** ซึ่งมีเนื้อหาทั้งการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตก

- พ.ศ. 2439 การก่อตั้งโรงเรียนนางผดุงครรภ์ โดยพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ของสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถ ขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลศิริราช

- พ.ศ. 2440 จัดพิมพ์ตำราแพทย์เล่มใหม่ขึ้นโดยใช้ชื่อเดิมคือแพทยศาสตร์สงเคราะห์ แต่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการแพทย์แผนตะวันตกเกือบทั้งสิ้น

- พ.ศ. 2448 จัดการสุขาภิบาลเป็นการทดลองขึ้นที่ตำบลท่าฉลอม จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นแห่งแรก

- พ.ศ. 2450 จัดพิมพ์ตำราออกมา 2 เล่ม คือ เวชศาสตร์วรรณา และตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ ซึ่งถือเป็นตำรายาแห่งชาติฉบับแรก

- ตั้งกองแพทย์เพื่อดูแลป้องกันโรคระบาดและทำการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษแก่ประชาชนตามหัวเมือง

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

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีกิจกรรมสำคัญในด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการตามพระราชดำริ ดังนี้

พ.ศ. 2454 ทรงสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้ทุนทรัพย์ส่วนพระองค์สมทบกับเงินทุนของสภาอุณาโลมแดง

พ.ศ. 2455 ทรงสถาปนาปาสตรุสภา เพื่อบำบัดโรคกลัวน้ำ และสร้างวชิรพยาบาล

พ.ศ. 2457 กระทรวงมหาดไทยให้จังหวัดต่างๆ มีสถานที่รักษาผู้ป่วยและจำหน่ายยา เรียกว่าโอสถสภา ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นสุขศาลา มีการจัดทำ “ยาตำราหลวง” 8 ขนาน จำหน่ายให้ประชาชนและนำรายได้มาจัดหายาเพิ่มขึ้นเพื่อให้การสังเคราะห์ผู้ยากไร้ นับเป็นการพัฒนาระบบ “user fee” ขึ้นเป็นครั้งแรก

พ.ศ. 2459 เปลี่ยนชื่อกรมพยาบาลเป็นกรมประชาภิบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทย

พ.ศ. 2459 สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาไชยนาทนเรนทร ทรงปรับปรุงการศึกษาแพทย์ โดยเพิ่มการสอนวิชาทางคลินิกและการฝึกหัดรักษาพยาบาลคนไข้ให้มากขึ้นและ**ได้ยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทย** เนื่องจากลักษณะการสอนไม่เข้ากันและหาครูแพทย์ไทยที่มีความรู้ดีและเต็มใจถ่ายทอดวิชาไม่ได้

พ.ศ. 2460 ตั้งโรงเรียนการแพทย์ทหารบก

พ.ศ. 2461 รวมกิจการแพทย์และการสุขาภิบาลซึ่งยังแยกอยู่ภายใต้ 2 กระทรวง คือ กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงนครบาล และ**ตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในวันที่ 27 พฤศจิกายน** โดยกรมพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงเป็นอธิบดีพระองค์แรก

พ.ศ. 2463 ก่อตั้งสถานเสาวภา

พ.ศ. 2463 นำสภากาชาดสยามเข้าเป็นสมาชิกสภากาชาดสากลเมื่อวันที่ 8 เมษายน

พ.ศ. 2465 ตั้งกองอนุสภากาชาด และโรงเรียนนางพยาบาลของสภากาชาด

พ.ศ. 2466 มีประกาศใช้**พระราชบัญญัติการแพทย์** เป็นการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายแก่ประชาชนจากการประกอบการของผู้ที่ไม่มีความรู้และมิได้ฝึกหัด ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ และพระราชบัญญัติวิชาชีพต่าง ๆ อีก และสาขาในปัจจุบัน

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

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก ทรงเป็นสมเด็จเจ้าฟ้าพระองค์แรกของไทยที่ทรงสนพระทัยในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างจริงจัง เนื่องจากได้ทรงเห็นว่าการแพทย์และการสาธารณสุขในสมัยนั้นยังไม่ก้าวหน้า ประชาชนมีความเสี่ยงสูงในการเจ็บป่วย โดยเฉพาะจากโรคติดต่อ ได้ทรงลาออกจากราชการกองทัพเรือและได้

เสด็จไปศึกษาวิชาการแพทย์และการสาธารณสุข ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยพระวิริยะอุตสาหะอันมั่นคงทรงประสบความสำเร็จในการศึกษา ได้รับประกาศนียบัตรวิชาสาธารณสุข (C.P.H) และปริญญาแพทยศาสตร์ **ชั้นเกียรติปริญญา (cum laude)** และได้ทรงประกอบพระราชกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทยอเนกประการ อาทิ การพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ในการก่อสร้างโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล และหอพักพยาบาล พระราชทานทุนส่วนพระองค์แก่แพทย์พยาบาลเพื่อไปศึกษาต่างประเทศ ทรงเป็นผู้แทนรัฐบาลไทยในการเจรจากับ**มูลนิธิรอคกิเฟลเลอร์** เพื่อให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงการแพทย์ไทย นอกจากนี้ทรงส่งเสริมการพัฒนาค้นคว้าทางการแพทย์ โดยได้จัดตั้งทุนเพื่อการค้นคว้าและสืบสวนทางการแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช และยังได้ทรงปฏิบัติหน้าที่ในการสอนฝึกอบรมแก่นักเรียนแพทย์พยาบาล รวมทั้งทรงปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลแมคคอมิค จังหวัดเชียงใหม่ และทรงส่งเสริมเรื่อง “สงเคราะห์มารดาและทารก” โดยทรงวางโครงการดัดแปลงวชิรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคลอดบุตรขนาดใหญ่เพื่อเป็นศูนย์อบรม ศึกษาพยาบาล ผดุงครรภ์ พยาบาลสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และหมอตำแย เพื่อจะได้มีผู้ทำงานด้านสงเคราะห์มารดาและทารกเพิ่มขึ้น

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

4. ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุข

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

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการออก**กฎเสนาบดี** แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ กำหนดว่า

4.1.1 ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิชาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้น อาศัยการศึกษา ตรวจค้น และการทดลองของผู้รู้ ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

4.1.2 ประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราที่มีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปทางวิทยาศาสตร์

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

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

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

5. ยุคสมัยรัชกาลที่ 9 (ครองราชย์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2489 จนถึงปัจจุบัน)

5.1 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลปัจจุบัน

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

งานด้านสาธารณสุขที่ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีเป็นอเนกนานัปประการ ที่สำคัญได้แก่

5.1.1 การก่อตั้งมูลนิธิอานันทมหิดล

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ตั้งมูลนิธิอานันทมหิดลขึ้น โดยส่งเสริมและสนับสนุนผู้ที่ใฝ่ใจในการศึกษา ที่ได้แสดงความสามารถอย่างยอดเยี่ยมให้ได้มีโอกาสไปศึกษาวิชาการชั้นสูงบางวิชา ณ ต่างประเทศ โดยทรงหวังในพระราชหฤทัยว่า เมื่อสำเร็จการศึกษากลับมาแล้ว จะได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในวิชาการที่ศึกษามา โดยเริ่มจากการทดลองดำเนินการก่อนด้วย “ทุนอานันทมหิดล” เมื่อ พ.ศ. 2498 ต่อมา เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2502 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้มีพระบรมราชวินิจฉัยให้เปลี่ยนสภาพจาก “ทุน” เป็น “มูลนิธิ” ชื่อว่า มูลนิธิ “อานันทมหิดล” โดยทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์เป็นทุนเริ่มแรก จำนวน 20,000 บาท เป็นการจัดตั้งมูลนิธิเพื่อเป็นพระบรมราชานุสรณ์ในพระมหากรุณาธิคุณแห่งสมเด็จพระบรมเชษฐาธิราช พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล โดยได้**พระราชทานทุนแก่นักศึกษาวิชาการแพทยศาสตร์เป็นประเดิม** ซึ่งปัจจุบันมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธานมูลนิธิ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2502 ถึง พ.ศ. 2553 มีผู้ได้รับพระราชทานทุนมูลนิธิ อานันทมหิดลไปศึกษาต่างประเทศและสำเร็จการศึกษา 287 ราย และกำลังศึกษาอยู่ 53 ราย โดยผู้สำเร็จการศึกษาเป็นแพทย์ 77 คน และทันตแพทย์ 14 คน และผู้ที่กำลังศึกษาเป็นแพทย์ 7 คน และทันตแพทย์ 4 คน

5.1.2 การก่อตั้งมูลนิธิราชประชาสมาสัย

เมื่อ พ.ศ. 2497 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์และที่มีผู้โดยเสด็จพระราชกุศลเพื่อก่อสร้างตึก **"อานันทมหิดล"** ในบริเวณโรงพยาบาลศิริราชเพื่อเป็นพระอนุสรณ์สถานแก่สมเด็จพระปรเมนทรามหาอานันทมหิดล ซึ่งเมื่อการก่อสร้างตึกดังกล่าวขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราชแล้วเสร็จ ปรากฏว่ามีเงินเหลืออีก 175,064.75 บาท ประจวบกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้นได้มีหนังสือกราบบังคมทูลขอพระราชทานเงินเพื่อ**สร้างสถาบันอบรมเจ้าหน้าที่และค้นคว้าโรคเรื้อน** ขึ้นที่สถานพยาบาลพระประแดง ในวงเงินประมาณหนึ่งล้านบาท จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงินจำนวนที่เหลือนี้ให้เพื่อการริเริ่มงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อน และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามสถาบันแห่งนี้ว่า **"สถาบันราชประชาสมาสัย"** นอกจากนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวยังทรงห่วงใยถึงการเล่าเรียนของเด็กลูกคนไข้โรคเรื้อนที่เป็นปกติไม่ได้ติดโรคเรื้อน ซึ่งทางราชการแยกเลี้ยงไว้ในสถานเลี้ยงเด็กของกรมอนามัย จึงได้โปรดเกล้าฯ ให้จัดสร้าง**โรงเรียนราชประชาสมาสัย**สำหรับให้การสงเคราะห์และการศึกษาแก่บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระบรมราชินีนาถได้ทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เริ่มแรก 1 ล้านบาท สมทบทุนการก่อสร้างและได้เสด็จพระราชดำเนินในพิธีเปิดและทรงมีพระเมตตาธิคุณเสด็จเยี่ยมหลายครั้ง

5.1.3 การก่อตั้งมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์

ในวโรกาสเฉลิมฉลองวันคล้ายวันพระราชสมภพในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ครบ 100 ปี ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นการเผยแพร่พระราชเกียรติคุณ พระผู้ทรงบำเพ็ญประโยชน์ต่อวงการแพทย์และการสาธารณสุขของไทยให้เจริญรุ่งเรืองทัดเทียมอารยะประเทศ จึงได้จัดตั้ง "มูลนิธิรางวัลมหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์" และได้เปลี่ยนแปลงเป็น **"มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์"** เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์

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

ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2553 มีบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ รวม 59 ราย จำแนกเป็นผู้ได้รับพระราชทานรางวัลบุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานและ/หรือวิจัยดีเด่นทางด้านการแพทย์ 26 ราย และด้านสาธารณสุข 33 ราย ทั้งนี้ เป็นคนไทย 4 คน ได้แก่ นพ.ประสงค์ ตู้จินดา พญ.สุจิตรา นิมมานนิตย์ นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และนายมีชัย วีระไวทยะ ซึ่งมีผู้ที่ได้รับรางวัลนี้และต่อมาผลงานดังกล่าวนำไปสู่การได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์และการสาธารณสุข 2 ราย คือ ผู้ได้รับรางวัลสาขาการแพทย์ Professor Barry Marshall จากประเทศออสเตรเลีย ใน พ.ศ. 2544 ผู้ค้นพบว่า Helicobacter bacilli เป็นสาเหตุของโรคแผลในกระเพาะอาหารและนำไปสู่การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างได้ผล และผู้ได้รับรางวัลสาขาการสาธารณสุข คือ Professor Harald Zur Hausen จากประเทศเยอรมัน ใน พ.ศ. 2548 ผู้ค้นพบว่า Human Papilloma Virus เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกและนำไปสู่การพัฒนาวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้สำเร็จ

เพื่อให้รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลเป็นที่รู้จักแพร่หลายทั่วโลก ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 มูลนิธิจึงได้ร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก มูลนิธิรอกกี้เฟลเลอร์ จัดให้มีการประชุมระหว่างประเทศประจำปี เรียกชื่อว่า "Prince Mahidol Award Conference" ขึ้น โดยมุ่งเน้นประเด็นที่เป็นที่สนใจในด้านสาธารณสุขระดับโลก

นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2552 ยังได้ริเริ่มโครงการ Prince Mahidol Award Youth Program ขึ้น เพื่อ

คัดเลือกนักศึกษาด้านสุขภาพที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาและมีความสนใจเป็นพิเศษในด้านใดด้านหนึ่ง ให้ได้มีโอกาสไปศึกษาหรือปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษา/องค์กรระหว่างประเทศเป็นเวลาหนึ่งปี โดยมีอาจารย์ฝ่ายไทยเป็น mentor โดยมุ่งหมายให้เป็น "life long mentorship"

5.1.4 ก่อตั้งมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในพระบรมราชูปถัมภ์

มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้จัดตั้งขึ้นในวโรกาส 100 ปี แห่งการเสด็จพระราชสมภพของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ รับมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2543 และได้รับพระกรุณาธิคุณจากสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงรับเป็นองค์ประธานกรรมการมูลนิธิฯ จนสิ้นพระชนม์ ปัจจุบันตั้งแต่ พ.ศ. 2551 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี รับเป็นองค์ประธานกรรมการมูลนิธิฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาให้รางวัลแก่ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และ/หรือการผดุงครรภ์วิชาชีพจากประเทศในเอเชียใต้ เอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีผลงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ ก่อให้เกิดการพัฒนาด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้ เพื่อเป็นพระราชอนุสรณ์และเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ให้แผ่ไพศาลไปยังนานาประเทศ โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2553 มีบุคคลที่ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในพระบรมราชูปถัมภ์ รวม 11 ราย

5.2 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ

ทรงส่งเสริมและสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพอนามัยของสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาโดยตลอด ทรงดำรงตำแหน่ง **องค์สภานายิกาสภากาชาดไทย** ทรงเป็นองค์อุปถัมภ์องค์การสมาคมและมูลนิธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากมายหลายแห่ง อาทิ มูลนิธิช่วยเหลือคนตาบอด มูลนิธิช่วยเด็กปัญญาอ่อน มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก เป็นต้น และที่สำคัญคือทรงเป็นองค์อุปถัมภ์โครงการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอลดลงมาเป็นลำดับ และอยู่ในสภาวะที่สามารถจะกวาดล้างโรคนี้ได้หมดไปจากประเทศไทยได้ในไม่ช้า นอกจากนี้ยังมีพระราชกรณียกิจที่ทั่วโลกชื่นชมยกย่อง คือผลงานด้าน **"สร้างความสมดุลระหว่างเทคโนโลยีกับธรรมชาติ"** จึงทรงได้รับรางวัล "ลินเบอร์ก อวอร์ด" (Lindbergh Award) เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2538 จาก Charles A and Anne Morrow Lindbergh Foundation และผลงานด้านการเป็นผู้นำในการสนับสนุนและส่งเสริมการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยในระดับประเทศและนานาชาติ จึงทรงได้รับรางวัล Food Safety Awards เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2548 จากองค์การอนามัยโลก นับเป็นสุภาพสตรีพระองค์แรกที่ได้รับการทูลเกล้าฯ ถวายรางวัลดังกล่าว

นอกจากนี้ ยังมีพระราชกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาทิ โครงการแพทย์หลวง โครงการหมอหมู่บ้าน รวมทั้งทรงอุปถัมภ์คนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ เป็นต้น

5.3 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ทรงเป็นพระบรมราชวงศ์ที่สำคัญอีกพระองค์ที่ทรงพระราชกิจนานาประการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังต่อไปนี้

(1) พ.ศ. 2499 ทรงรับมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการไว้ในพระราชูปถัมภ์ โดยทรงพระราชทานพระราชดำริ พระราชทรัพย์และทรงรับเป็นพระราชภาระในการติดต่อกับบุคคลและองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกประเทศ เพื่อช่วยเหลือผู้พิการทุกสาขา

(2) พ.ศ. 2506 ทรงรับเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิช่วยคนโรคเรื้อน จังหวัดลำปาง และโรงเรียนจิตต์อารี โดย

พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ในการก่อสร้างอาคารเรียน หอพัก ทุนอุปการะบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์สนับสนุนการดำเนินงานโรงเรียนจิตต์อารีทุกปี เป็นผลให้บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ยากจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(3) พ.ศ. 2510 รับมูลนิธิชีวิตใหม่ไว้ในพระอุปถัมภ์ เพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจากโรคเรื้อนที่พิการ

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

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

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

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

(7) **งานทันตสาธารณสุข พอ สว.** โดยจัดกิจกรรมในวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ 21 ตุลาคม ทุกปี

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

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

5.4 สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร

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

5.5 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ทรงให้ความสนพระทัยเป็นพิเศษต่อการปรับปรุงและพัฒนางานโภชนาการ โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน จึงมีโครงการตามพระราชดำริหลายโครงการเกิดขึ้น อาทิ โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวันเพื่อช่วยเหลือเด็กในท้องถิ่นทุรกันดารให้มีสุขภาพดี โดยเน้นในโรงเรียนตำรวจตระเวณชายแดน ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการได้นำไปเป็นรูปแบบการ

ดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนอื่นทั่วประเทศ มีโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียน และโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดาร

นอกจากนี้ยังทรงเป็นองค์ประธานคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งเป็นโครงการที่สำคัญและทรงสนพระทัยแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังเป็นผลให้ภาวะขาดสารไอโอดีนลดลงมาอยู่ในระดับที่ควบคุมไม่ให้เป็นปัญหาอีกต่อไป

5.6 สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์วลัยลักษณ์อัครราชกุมารี

ทรงมีบทบาทโดดเด่นในฐานะนักวิทยาศาสตร์ ซึ่งพระเกียรติคุณเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ ทรงได้รับการทูลเกล้าถวายเหรียญทองไอน์สไตย์ จาก UNESCO ทรงนำความรู้มาพัฒนางานด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ ทรงก่อตั้งมูลนิธิจุฬาภรณ์เพื่อช่วยเหลือการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้ทรงสถาปนาสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์เพื่อเป็นศูนย์รวมแห่งความร่วมมือของนักวิทยาศาสตร์ให้สามารถผลิตผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติและเพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เช่น ปัญหาด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และการเกษตร เป็นต้น นอกจากนี้ทางสถาบันฯ ยังได้จัดทำโครงการฟื้นฟูสภาพสิ่งแวดล้อมและชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช และสุราษฎร์ธานีคือโครงการหมู่บ้านจุฬาภรณ์พัฒนา ซึ่งแนวทางการดำเนินงานสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐานคือการพึ่งตนเองของประชาชน

นอกจากนี้ ยังทรงประกอบพระราชกรณียกิจด้านต่างๆ ตามโครงการพระราชดำริของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับเป็นประธานกิตติมศักดิ์ มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2552

5.7 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

ทรงเป็น**องค์ประธานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย** โดยเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคไตและทางเดินปัสสาวะ การศึกษาค้นคว้าและวิจัย ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคดังกล่าว

นอกจากนี้ยังทรงประกอบพระราชกรณียกิจด้านต่างๆ ตามโครงการพระราชดำริของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับเป็นองค์นายิกากิตติมศักดิ์ มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2538 ตราบจนสิ้นพระชนม์ เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2551 รวมทั้งยังทรงมีผลงานสุขภาพจิตและยาเสพติดระหว่างประเทศดีเด่น โดยทรงให้ความสำคัญของพัฒนาการตั้งแต่เด็กอ่อน โดยทรงเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม เด็กในมูลนิธิอื่นๆ ได้พระราชทานทุนทรัพย์เพื่อจัดตั้งกองทุนอาหารเสริม จัดหาหนังสือและของเล่นสำหรับเด็กเป็นการส่งเสริมให้เด็กได้มีพัฒนาการตามวัย นอกจากนี้ได้จัดตั้งรางวัล Mental Health Princess Award ขึ้น ซึ่งเป็นรางวัลที่ทรงพระราชทานให้แก่ผู้ที่มีผลงานดีเด่นด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดระหว่างประเทศ จากพระเกียรติคุณซึ่งเป็นที่ยอมรับ ทรงได้รับทูลเกล้าถวายรางวัล WHO/SEARO AWARD จากองค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2546

5.8 พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ พระวรชายาฯ

ทรงให้ความสนพระทัยเป็นพิเศษในด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการอนามัยแม่และเด็ก โดยส่งเสริมการรวมกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด พ่อแม่ ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นชมรมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรือชมรมแม่อาสา หรือชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว รวมทั้งการส่งเสริมการจัดศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่คู่นมแม่

5.9 พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ

ทรงปฏิบัติพระกรณียกิจตามเบื้องพระยุคลบาท พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถฯ ในกิจกรรมต่างๆ เสมอมา

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

5.10 ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตน์ราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี

ทรงมีความห่วงใยประชากรและประเทศเป็นอย่างยิ่ง ได้ทรงรับเป็นองค์ประธานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) เพื่อกระตุ้นและปลูกจิตสำนึกของปวงชนในชาติให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงการต่อสู้เอาชนะปัญหายาเสพติด เพื่อสร้างโอกาสสนับสนุน และดึงกลับสู่สังคม

6. พระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

นอกเหนือจากพระราชกรณียกิจดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีพระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ รวมทั้งพระบรมวงศานุวงศ์ ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ 216 โครงการ และดำเนินการสิ้นสุดแล้ว 118 โครงการ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติในพระบรมวงศานุวงศ์ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข (แยกรายพระองค์)

ลำดับ	พระราชทินนาม/พระนาม	จำนวนโครงการ							
		พระราชดำริ/พระดำริ			เฉลิมพระเกียรติ			รวม	รวม
		สิ้นสุดแล้ว	ดำเนินการอยู่	รวม	สิ้นสุดแล้ว	ดำเนินการอยู่	รวม	สิ้นสุดแล้ว	ดำเนินการ
1	พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว	19	33	52	35	58	93	54	91
2	สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ	9	16	25	8	15	23	17	31
3	สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร	2	3	5	4	3	7	6	6
4	สมเด็จพระเทพฯ สยามบรมราชกุมารี	19	48	67	10	13	23	29	61
5	สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์วลัยลักษณ์	-	1	1	-	3	3	-	4
6	สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากรมหลวงนราธิวาสฯ	1	6	7	5	4	9	6	10
7	ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตน์ราชกัญญาฯ	5	6	11	-	2	2	5	8
8	พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าศรีรัศมิ์ฯ	1	3	4	-	1	1	1	4
9	พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลีฯ	-	1	1	-	-	-	-	1
	รวม	**56**	**117**	**173**	**62**	**99**	**161**	**118**	**216**

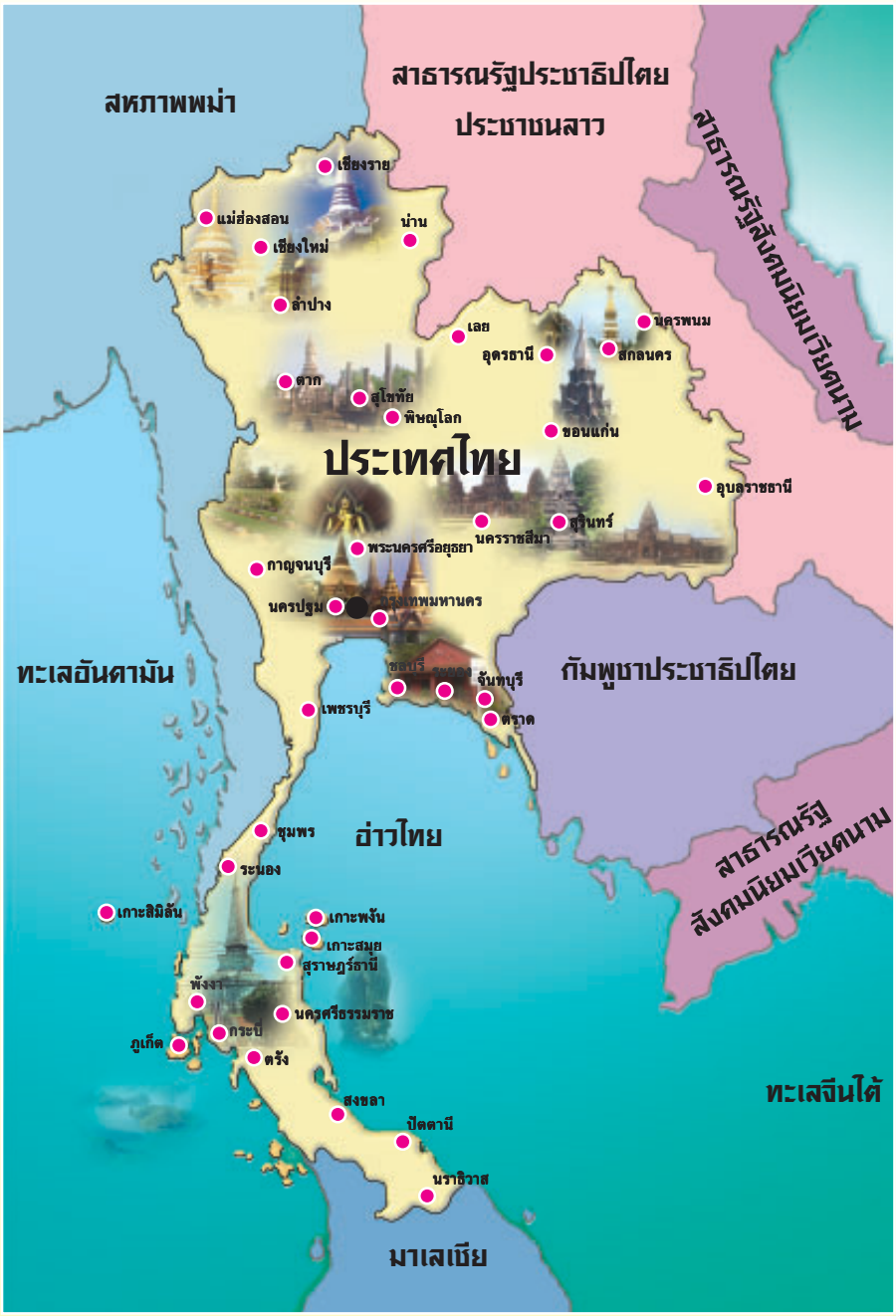
ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทที่ 2
ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

1. ที่ตั้ง อาณาเขต และพรมแดน

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

ภาพที่ 2.1 แผนที่ประเทศไทย



ประเทศไทย มีพื้นที่ประมาณ 514,000 ตารางกิโลเมตร มีขนาดใหญ่ เป็นอันดับ 3 ในกลุ่มประเทศสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินโดนีเซียและสหภาพพม่า พรมแดนที่เป็นอาณาเขตรอบประเทศไทย ยาวทั้งหมดประมาณ 8,031 กิโลเมตร เป็นพรมแดนทางบก 5,326 กิโลเมตร พรมแดนชายฝั่งทะเล 2,705 กิโลเมตร โดยเป็นความยาวของทะเลฝั่งอ่าวไทย 1,840 กิโลเมตร และความยาวทางฝั่งทะเลอันดามัน 865 กิโลเมตร

ด้านทิศเหนือ จุดเหนือสุดอยู่ที่เขตอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ติดต่อกับพรมแดนของสหภาพพม่า และประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว

ด้านทิศใต้ จุดใต้สุดอยู่ในเขตอำเภอเบตง จังหวัดยะลา ติดต่อกับพรมแดนประเทศมาเลเซียและอ่าวไทย

ด้านทิศตะวันออก จุดตะวันออกสุดอยู่ในเขตอำเภอพิบูลย์มังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ติดต่อกับพรมแดนประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และกัมพูชาประชาธิปไตย

ด้านทิศตะวันตก จุดตะวันตกสุดอยู่ในเขตอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ติดต่อกับพรมแดนสหภาพพม่า ทะเลอันดามัน และช่องแคบมะละกา

ประเทศไทยทั้งประเทศใช้เวลาเดียวกันและนับเวลาก่อนเวลากลางที่กรีนนิชประมาณ 7 ชั่วโมง

2. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย

2.1 ภูมิประเทศ จำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

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

2.1.2 ที่สูง ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ที่สูงโคราชซึ่งบนที่สูงนี้มีที่ราบลุ่มน้ำที่สำคัญ คือ แม่น้ำมูล แม่น้ำชี

2.1.3 ภูเขา ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงใต้ ทิวเขาที่สำคัญ ได้แก่ ทิวเขาแดนลาว หลวงพระบาง ถนนธงชัย เพชรบูรณ์ และตะนาวศรี

2.2 ภูมิอากาศของประเทศ มี 3 ชนิด คือ

2.2.1 ภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนตลอดปี ได้แก่ บริเวณทางฝั่งตะวันออกของภาคใต้ ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบป่าดงดิบมีฝนตกชุกตลอดปี มีป่าไม้ขึ้นหนาทึบ

2.2.2 ภูมิอากาศแบบมรสุมเมืองร้อนเกือบตลอดปี ได้แก่ บริเวณชายฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ และภาคตะวันออกเฉียงใต้ ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบมรสุม ปริมาณน้ำฝนรวมเฉลี่ยตลอดปีสูงมาก

2.2.3 ภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนเฉพาะฤดูหรือภูมิอากาศแบบทุ่งหญ้าเมืองร้อนหรือทุ่งหญ้าสวันนา ปริมาณน้ำฝนจะมากในฤดูมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ แห้งแล้งในฤดูหนาวคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ลมประจำที่พัดผ่าน ได้แก่ ลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ เริ่มประมาณกลางเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ เริ่มประมาณเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนกุมภาพันธ์

โดยสรุป ประเทศไทยมีภูมิประเทศและภูมิอากาศที่สงบ ร่มเย็น มีปัญหาไม่มากในเรื่องภัยพิบัติตามธรรมชาติที่รุนแรง เช่น ภูเขาไฟระเบิด แผ่นดินไหวหรือความหนาวเย็น

3. ประชากร ภาษา และศาสนา

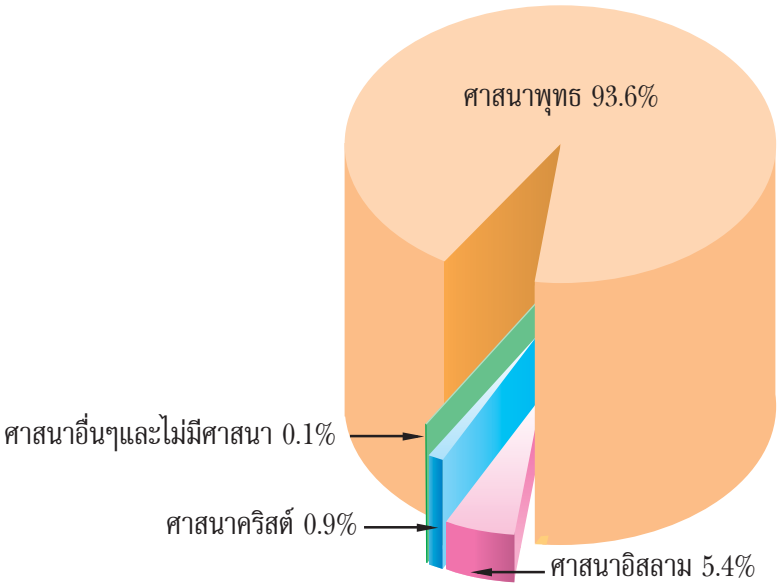
ประเทศไทยมีประชากร 63,525,062 คน ใน พ.ศ. 2552

ประชากรในประเทศไทย เกือบทั้งหมดร้อยละ 98.1 เป็นผู้มีสัญชาติไทย ที่เหลือเป็นผู้มีสัญชาติอื่นๆ เช่น จีน พม่าและลาว

การติดต่อสื่อสาร ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาพูด และภาษาเขียน แต่ขณะเดียวกันแนวโน้มการใช้ภาษาอังกฤษและภาษาต่างประเทศอื่น ๆ ก็เริ่มมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะในทางธุรกิจ

ประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.6) รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 5.4) ศาสนาคริสต์(ร้อยละ 0.9) และอื่นๆ (ภาพที่ 2.2)

ภาพที่ 2.2 การนับถือศาสนาของคนไทย พ.ศ. 2551



ที่มา: การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ.2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552

หมายเหตุ: เป็นการสำรวจประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป จำแนกตามศาสนา

4. เศรษฐกิจ

เศรษฐกิจไทยในอดีตนั้นขึ้นอยู่กับภาคเกษตรเป็นหลัก เป็นการเกษตรแบบพึ่งตนเอง ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อการขายและส่งออก ด้านอุตสาหกรรมเป็นการผลิตหัตถกรรมพื้นบ้าน ต่อมาเมื่อประเทศไทยได้มีการทำสนธิสัญญาเบาริ่งกับประเทศอังกฤษ ใน พ.ศ. 2399 และประเทศตะวันตกอื่นๆ อีกหลายประเทศ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตทั้งในเขตเมืองและชนบทเปลี่ยนแปลงไปสู่การผลิตในลักษณะเกษตรเพื่อส่งออกและอุตสาหกรรมเพื่อทดแทนการนำเข้า และพัฒนาไปสู่อุตสาหกรรมเพื่อการส่งออกในที่สุด ระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่ยุคของการพัฒนาเศรษฐกิจที่มีการวางแผนเศรษฐกิจเป็นระบบ โดยได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - พ.ศ. 2509) จนถึงปัจจุบันเป็นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554) กล่าวโดยรวมแล้ว ไทยเป็นประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจแบบเสรี และเป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (WTO) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2538

ผลจากการพัฒนาทำให้เศรษฐกิจไทยเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 7.8 ต่อปี ในช่วงกว่า 3 ทศวรรษ ตั้งแต่ พ.ศ. 2504 - พ.ศ. 2539 โดยมีช่วงวิกฤตเศรษฐกิจครั้งแรกในช่วง พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2529 อันเกิดจากน้ำมันราคาแพงและไทยต้องเข้ารับการช่วยเหลือจาก IMF เป็นครั้งแรก ต่อมาเศรษฐกิจเติบโตเร็วขึ้นถึงร้อยละ 8.3 ต่อปี โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2538

จนกระทั่งประเทศไทยกลายเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ใน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2540 ได้เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นครั้งที่ 2 ทำให้เศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรง และประเทศไทยต้องขอรับความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) โดยให้วงเงินกู้แก่ประเทศไทย 17,200 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ พร้อมกับเงื่อนไขในการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมมากมาย

นับตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา พบว่า เศรษฐกิจไทยติดลบร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2540 และติดลบเพิ่มถึงร้อยละ 10.8 ใน พ.ศ. 2541 แต่ใน พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2543 เศรษฐกิจไทยเริ่มมีการฟื้นตัว ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 4 และเริ่มชะลอตัวลงใน พ.ศ. 2544 แต่กลับเริ่มขยายตัวสูงกว่าร้อยละ 5 ใน พ.ศ. 2545 จนสามารถชำระเงินกู้คืน IMF ทั้งหมดได้ตั้งแต่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 **ก่อนเวลาที่กำหนดไว้ถึง 2 ปี** และเศรษฐกิจเริ่มชะลอตัวอีกครั้งในช่วง พ.ศ.2548 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน วิกฤติเศรษฐกิจ ครั้งที่ 3 เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 เศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรงจนติดลบร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 4.2) อันเนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจทั่วโลก การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) 2009 ที่กระทบการท่องเที่ยวและการใช้จ่าย ราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้นและการเมืองภายในประเทศยังไม่ราบรื่น

แนวโน้มเศรษฐกิจในปี 2553

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่าเศรษฐกิจไทยในปี 2553 จะฟื้นตัวเป็นร้อยละ 7.0 อันเป็นผลจากเศรษฐกิจโลกฟื้นตัว การกระตุ้นเศรษฐกิจของภาครัฐอย่างต่อเนื่องและการปรับตัวดีขึ้นของความเชื่อมั่นในระบบเศรษฐกิจ อัตราเงินเฟ้อคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.0 - 3.5 ขณะที่ดุลบัญชีเดินสะพัดมีแนวโน้มเกินดุล 15.1 พันล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา หรือคิดเป็นเกินดุลร้อยละ 4.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

5. ระบบการปกครองของไทย

ประเทศไทยปกครองโดยระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุขสูงสุด และอยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับที่ 18 ของประเทศ รัฐธรรมนูญไทยได้แบ่งอำนาจอธิปไตยของประเทศ ออกเป็น 3 ส่วนและเป็นอิสระต่อกัน คือ อำนาจนิติบัญญัติ อำนาจบริหารและอำนาจตุลาการ นอกจากนี้ ยังมีองค์กรอิสระต่าง ๆ ภายใต้รัฐธรรมนูญ ซึ่งคอยตรวจสอบและถ่วงดุลอำนาจทั้งสามอีก 7 แห่ง (ภาพที่ 2.3)

5.1 การบริหารราชการส่วนกลาง

5.1.1 พระมหากษัตริย์ เป็นองค์พระประมุขของประเทศ ทรงใช้อำนาจนิติบัญญัติทางรัฐสภา, อำนาจบริหารทางคณะรัฐมนตรี และอำนาจตุลาการทางศาล

5.1.2 คณะรัฐมนตรี เป็นรัฐบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารประเทศ

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

(1) สำนักนายกรัฐมนตรี
(2) กระทรวงกลาโหม
(3) กระทรวงการคลัง
(4) กระทรวงการต่างประเทศ
(5) กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
(6) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
(7) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
(8) กระทรวงคมนาคม
(9) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
(10) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
(11) กระทรวงพลังงาน
(12) กระทรวงพาณิชย์

(13) กระทรวงมหาดไทย (14) กระทรวงยุติธรรม

(15) กระทรวงแรงงาน (16) กระทรวงวัฒนธรรม

(17) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (18) กระทรวงศึกษาธิการ

(19) กระทรวงสาธารณสุข (20) กระทรวงอุตสาหกรรม

ภายใต้กระทรวง จะมีส่วนราชการ รวมทั้งสิ้น 154 กรม ซึ่งประกอบด้วย กรม 144 กรม หน่วยงานที่มีสถานะไม่เป็นกรมแต่ผู้บังคับบัญชาเป็นอธิบดีอีก 2 แห่ง และส่วนราชการซึ่งไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงหรือทบวง 8 แห่ง ได้แก่ สำนักราชเลขาธิการ สำนักพระราชวัง สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ราชบัณฑิตยสถาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน นอกจากนี้ ยังมีรัฐวิสาหกิจ 58 แห่งและองค์การมหาชน ที่จัดตั้งตาม พ.ร.บ. องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 จำนวน 29 แห่ง และจัดตั้งตาม พ.ร.บ. เฉพาะ (หน่วยงานในกำกับ) จำนวน 15 แห่ง ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีเจ้ากระทรวง (ภาพที่ 2.3)

5.2 การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

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

การจัดระเบียบราชการบริหารส่วนภูมิภาค แบ่งออกเป็น จังหวัด รวม 75 จังหวัด และอำเภอ รวม 878 อำเภอ

5.3 การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

การปกครองท้องถิ่น หมายถึง การที่ประชาชนในท้องถิ่นมีอำนาจในการปกครองตนเองโดยอิสระ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย โดยต้องมีลักษณะอย่างน้อย 4 ประการ คือ

5.3.1 เป็นนิติบุคคล

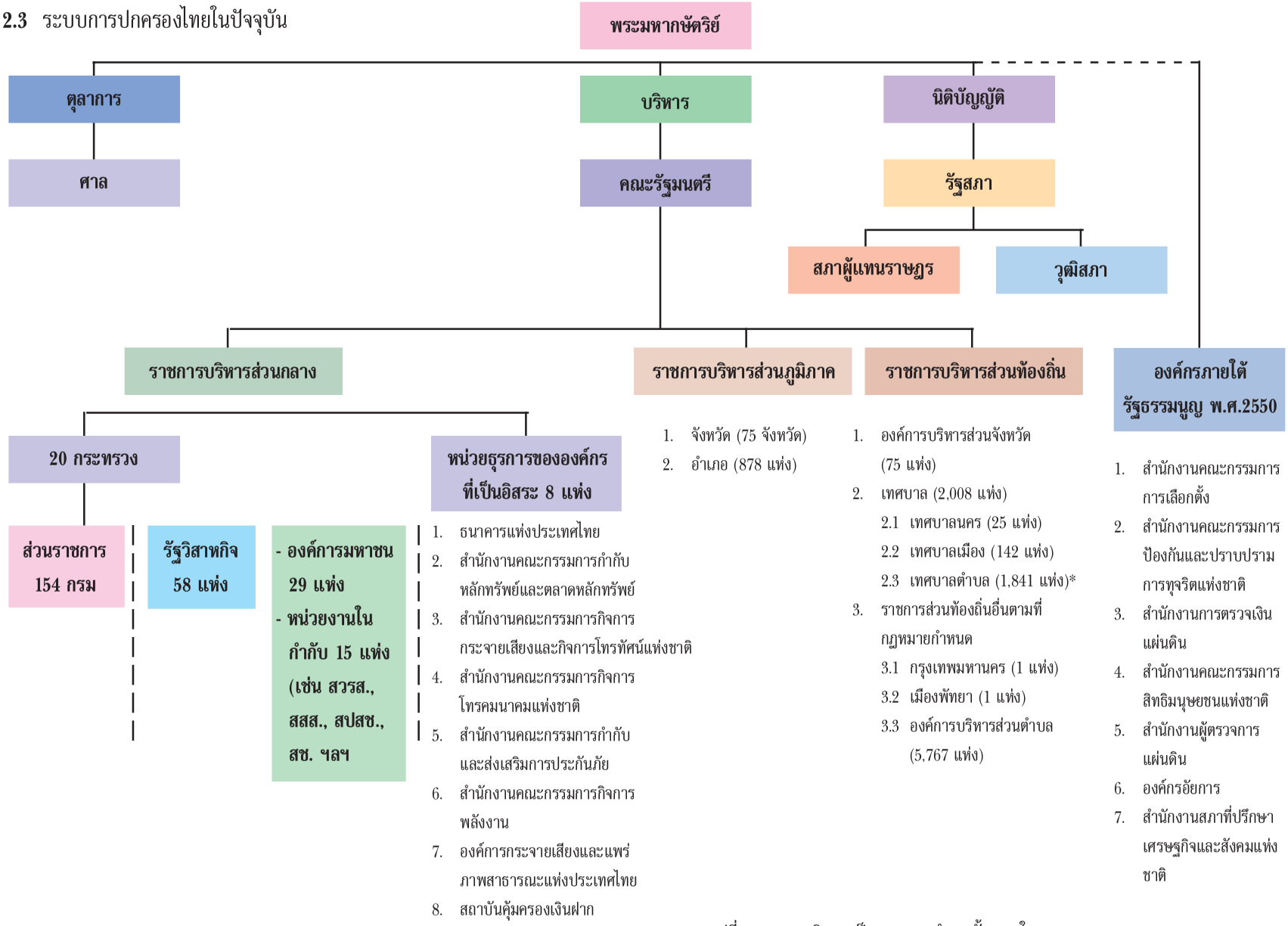
5.3.2 ผู้บริหารหรือสมาชิกสภาท้องถิ่น ได้รับเลือกตั้งจากประชาชนทั้งหมดหรือบางส่วน

5.3.3 มีรายได้และงบประมาณเป็นของตนเอง

5.3.4 มีอิสระในการบริหารงาน ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย

การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นของไทย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ **องค์การบริหารส่วนจังหวัด** (75 แห่ง) **เทศบาล** (2,008 แห่ง) **การปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ** คือ กรุงเทพมหานคร (1 แห่ง) เมืองพัทยา (1 แห่ง) **และองค์การบริหารส่วนตำบล** (5,767 แห่ง)

ภาพที่ 2.3 ระบบการปกครองไทยในปัจจุบัน



หมายเหตุ: *เปลี่ยนจากสุขาภิบาลเป็นเทศบาลตำบลทั้งหมดใน พ.ศ. 2542

บทที่ 3
นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย

1. สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550[1] เป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศไทย ซึ่งวางหลักประกันต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้อย่างรอบด้านทั้งทางกาย ทางจิตและสังคม ซึ่งรัฐไม่สามารถล่วงหรือละเมิดได้ หากแต่มีหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพดังกล่าว โดยในรัฐธรรมนูญได้ระบุถึงสิทธิด้านสุขภาพของประชาชน รวม 5 สิทธิ ใน 7 มาตรา ดังนี้

1. สิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุข การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน ทั่วถึง มีประสิทธิภาพ **โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย**และทันต่อเหตุการณ์ (มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญ)

2. สิทธิในการอยู่รอดและได้รับการพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาของเด็กและเยาวชนตามศักยภาพในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ (มาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญ)

3. สิทธิในการเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ (มาตรา 53 54 และ 55 ของรัฐธรรมนูญ)

4. สิทธิในการรับข้อมูล คำชี้แจง และแสดงความคิดเห็น หากหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต (มาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญ)

5. สิทธิในการมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา การได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพ และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย (มาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญ)

2. แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ

นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ ด้วยเจตนารมณ์ให้เป็นนโยบายหลักขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงจะได้รับบริการจากรัฐ ที่ทุกรัฐบาลต้องดำเนินการเพื่อการพัฒนาประเทศ โดยจัดทำเป็นแผนการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐนี้ไม่ใช่นโยบายของรัฐบาลใดรัฐบาลหนึ่ง ดังนั้น รัฐบาลที่เข้ามาทำหน้าที่บริหารประเทศจะต้องแจ้งต่อรัฐสภาว่าจะดำเนินการใดๆ ในระยะเวลาใด เพื่อจะบริหารราชการแผ่นดินให้เป็นไปตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้แบ่งแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐออกเป็น 9 ด้าน คือ 1) แนวนโยบายด้านความมั่นคงของรัฐ 2) แนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน 3) แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม 4) แนวนโยบายด้านกฎหมายและการยุติธรรม 5) แนวนโยบายด้านการต่างประเทศ 6) แนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ 7) แนวนโยบายด้านที่ดินทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 8) แนว

---

[1] เป็นรัฐธรรมนูญฉบับที่ 18 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาและมีผลใช้บังคับวันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2550

นโยบายด้านวิทยาศาสตร์ ทรัพย์สินทางปัญญาและพลังงาน และ 9) แนวนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งรัฐบาลมีพันธะต้องรายงานผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐต่อรัฐสภาปีละหนึ่งครั้ง

สำหรับนโยบายด้านสุขภาพจัดอยู่ในแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมเป็นหลัก มีบางส่วนกระจายอยู่ในด้านอื่น ๆ อีก 5 ด้าน ซึ่งนโยบายด้านสุขภาพที่เป็นหลักและถือได้ว่าเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพอนามัยคนไทยที่รัฐจะต้องดำเนินการให้กับประชาชน มี 6 มาตรา และจัดได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 นโยบายที่สนับสนุนการคุ้มครอง พัฒนาเด็กและเยาวชน การสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ รวมทั้งการพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการสนับสนุนการเรียนรู้ เผยแพร่ รักษา พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทยมี 2 มาตรา คือ มาตรา 80(1) (2) (6) และมาตรา 86(2)

มาตรา 80(1) ของรัฐธรรมนูญ ได้บัญญัติว่า "คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้" **ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ 10 ตัวชี้วัด** โดยจำแนกเป็นตัวชี้วัดด้านการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย 4 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดด้านเสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน 4 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดด้านสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ 2 ตัวชี้วัด

มาตรา 80(2) ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่า "ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย" **ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ 28 ตัวชี้วัด** ในด้านสุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน

มาตรา 80(6) ได้บัญญัติว่า "ส่งเสริมและสนับสนุนความรู้รักสามัคคีและการเรียนรู้ ปลูกจิตสำนึก และเผยแพร่ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของชาติ ตลอดจนค่านิยมอันดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่น" **ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ 1 ตัวชี้วัด** คือ เรื่องจำนวนแพทย์แผนไทยที่จดทะเบียนเพิ่มขึ้น

มาตรา 86(2) ของรัฐธรรมนูญได้บัญญัติว่า "ส่งเสริมการประดิษฐ์หรือการค้นคิดเพื่อให้เกิดความรู้ใหม่ รักษาและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นและภูมิปัญญาไทย รวมทั้งให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา" **ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ 1 ตัวชี้วัด**คือ เรื่อง ให้ความคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา

2.2 นโยบายด้านการคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพพลานามัยที่ดี มี 1 มาตรา คือ มาตรา 85(5) ได้บัญญัติว่า "ส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยประชาชนชุมชนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน" **ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ 2 ตัวชี้วัด** คือ อัตราของผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วยเนื่องจากมลภาวะและอุบัติการณ์การเกิดโรคซิลิโคซีสลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

2.3 นโยบายด้านการพิทักษ์รักษาสถาบันพระมหากษัตริย์ การส่งเสริมการดำเนินการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และการมีส่วนร่วมของประชาชน มี 3 มาตรา คือ มาตรา 77, 83 และมาตรา 87(1)

มาตรา 77 ได้บัญญัติว่า "รัฐต้องพิทักษ์รักษาไว้ซึ่งสถาบันพระมหากษัตริย์ เอกราช อธิปไตย และบูรณภาพแห่งเขตอำนาจรัฐ และต้องจัดให้มีกำลังทหาร อาวุธยุทโธปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย จำเป็น และเพียงพอ เพื่อพิทักษ์รักษาเอกราช อธิปไตย ความมั่นคงของรัฐ สถาบันพระมหากษัตริย์ ผลประโยชน์แห่งชาติและการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และเพื่อการพัฒนาประเทศ" **ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ 1 ตัวชี้วัด** คือ ร้อยละของกิจกรรมการจัดพิธีและงานเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสต่างๆ (ที่เสร็จแล้วครบถ้วน)

มาตรา 83 ได้บัญญัติว่า "รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการดำเนินการตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง" **ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ 3 ตัวชี้วัด** คือ ร้อยละของหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาติ และร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

มาตรา 87(1) ได้บัญญัติว่า "ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น" **ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบ 1 ตัวชี้วัด** คือ โครงการสาธารณะที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน

3. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552

อนุสนธิจากการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา องค์กรภาคี เครือข่าย และสมาชิกที่ร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนเห็นพ้องต้องกันว่า เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศมีทิศทางถูกต้องชัดเจนและมีพลังสามารถปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศให้บรรลุเป้าหมายแห่งสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง จำเป็นต้องมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม และเพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ดังนั้นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดให้มีการจัดทำ **"ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552"** ขึ้น เพื่อเป็นหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน (ตามมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) ซึ่งได้มีการประกาศใช้แล้วเมื่อ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552 มีเป้าหมายกรอบเวลา เป็นภาพรวมของระบบสุขภาพที่มองยาวไปถึงปี พ.ศ. 2563 ประกอบด้วย 12 หมวด ตามสาระสำคัญที่กฎหมายกำหนด ในมาตรา 47 ได้แก่

หมวด 1 ปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพ

หมวด 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

หมวด 3 การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

หมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

หมวด 6 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

หมวด 7 การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

หมวด 8 การคุ้มครองผู้บริโภค

หมวด 9 การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

หมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้มีการจัด**สมัชชาสุขภาพ (Health Assembly)**เพื่อเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี และได้นำเอายุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่เน้นการเชื่อมโยงพลัง 3 ประสาน ระหว่างการสร้างความรู้หรือการทำงานทางวิชาการ การเคลื่อนไหวของสังคม และการเชื่อมโยงกับภาคการเมือง โดยในมาตรา 24 (3) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปีละ 1 ครั้ง ซึ่งได้จัดไปแล้ว 2 ครั้ง ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 และสนับสนุนในการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (ดูรายละเอียดในบทที่ 10 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ)

4. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้บัญญัติกรอบแนวทางหลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของปวงชนชาวไทย ไว้ในหมวดที่ 5 ส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม และกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้นำกรอบแนวทางตามรัฐธรรมนูญดังกล่าวมาจัดทำเป็น**แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554)** โดยมีสาระดังนี้

4.1 แนวคิดและเนื้อหาสาระของแผนฯ

เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญต่อการต่อยอดความคิด สร้างจินตนาการสุขภาพใหม่ เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในการพัฒนาสุขภาวะที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ และการรวมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ โดยน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ทั้งในการดำเนินชีวิตและการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติทุกระดับและทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ

เนื้อหาสาระของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จะเป็นการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุขและการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

4.2 ภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย

ภาพลักษณ์ระบบสุขภาพ พอเพียงภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

(1) มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

(2) มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ

(3) มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง

(4) มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

(5) มีระบบคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ

(6) มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

4.3 วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย

ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า ***"มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างสุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง"***

4.4 พันธกิจหลัก

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้กำหนดพันธกิจหลักในการพัฒนา รวม 4 พันธกิจ คือ สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างระบบจัดการที่โปร่งใส และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

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

(1) เพื่อสร้าง**สุขภาพดี**ให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน โดยเน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

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

(3) เพื่อสร้าง**สังคมดี** เป็นสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วยและยามวิกฤติ

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

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

ได้กำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงไว้ 10 ประการคือ

(1) เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน

(2) งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี

(3) วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม

(4) ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

(5) ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข

(6) หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทั่วถึง มีคุณภาพ

(7) ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์

(8) ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้

(9) ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน

(10) สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกข์ยาก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกข์คนยาก และผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

4.7 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพไทย

เพื่อสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนา 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

ภาพที่ 3.1 กรอบความสัมพันธ์ของแนวคิด วิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาประเทศ

ที่มา: คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554, พฤษภาคม 2550

ในแต่ละยุทธศาสตร์ของการพัฒนาระบบสุขภาพไทย มีกลวิธีในการพัฒนาดังนี้

กลวิธีในการพัฒนา					
ยุทธศาสตร์ที่ 1	**ยุทธศาสตร์ที่ 2**	**ยุทธศาสตร์ที่ 3**	**ยุทธศาสตร์ที่ 4**	**ยุทธศาสตร์ที่ 5**	**ยุทธศาสตร์ที่ 6**
การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ - สร้างความเป็นหนึ่งเดียวของระบบสุขภาพ - ส่งเสริมและสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - สร้างระบบธรรมาภิบาลและสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เกื้อกูลต่อการทำงาน - สร้างเสริมภาวะผู้นำด้านสุขภาพทุกระดับ	การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ - เร่งการสร้างงานสุขภาพเชิงรุก - ขยายงานอาสาสมัครเพื่อสุขภาพ - ส่งเสริมชมรม กลุ่มสุขภาพในชุมชน และองค์กรประชาสังคม - รณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นจิตสำนึกและวัฒนธรรมสุขภาพ - ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณและสุขภาวะทางปัญญา	การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข - เร่งรัดพัฒนางานสุขภาพชุมชนและขยายระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุก - เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ - ลดความขัดแย้งที่นำไปสู่การฟ้องร้องด้วยการปรับปรุงการสื่อสาร - ปรับการบริหารและสร้างระบบงานเพื่อสร้างกำลังใจและแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงาน - ส่งเสริมนวัตกรรมด้านการเงินการคลังสุขภาพ - ยกระดับคุณภาพบริการในระบบหลักประกันสุขภาพ - สร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการแพทย์ตติยภูมิให้มีคุณภาพ - ส่งเสริมอุดมคติของวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งในระบบการศึกษาและในการทำงาน	การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ - พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ - เตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทุกระดับ - สร้างกลไกและกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพดี - สร้างเสริมศักยภาพระบบการเฝ้าระวัง การควบคุมป้องกัน การรักษาพยาบาลโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ	การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล - เร่งรัดการพัฒนาสมุนไพรให้สามารถใช้อย่างได้ผลและพอเพียง - ส่งเสริมการบูรณาการทางเลือกสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง - สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ทางเลือกสุขภาพ - สร้างระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ - สร้างทางเลือกที่หลากหลายในการเยียวยารักษาโรค ลดการใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและมีราคาแพง - พัฒนาการศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย - ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างกลไกทางกฎหมายเพื่อการคุ้มครองและเฝ้าระวังการละเมิดภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรของชาติไทย	การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้ - จัดระบบเพื่อให้เกิดตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล - สร้างและสนับสนุนให้เกิดองค์กรเรียนรู้ด้านสุขภาพและนำมาประยุกต์ใช้ - สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา - พัฒนาระบบข้อมูลสาธารณสุขให้ทันสมัยเชื่อถือได้

5. แผนการดำเนินการด้านสาธารณสุขตามแผนการบริหารราชการแผ่นดิน

แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี (พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2555) กระทรวงสาธารณสุข

5.1 แนวคิดและเนื้อหาสาระของแผนฯ

เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ดำเนินการตามบทบัญญัติของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 เช่นกัน แต่ดำเนินการเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งจะมีการระบุถึงหน่วยงานรับผิดชอบและงบประมาณที่ได้รับอย่างชัดเจนเพื่อนำไปจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีและคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปี

สำหรับเนื้อหาสาระของแผนจะเป็นการถ่ายทอดประเด็นนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด กลยุทธ์/วิธีดำเนินงานของแผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2554 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุขตามที่กล่าวไว้ในข้อ 3.2 มาเป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2555 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแผนงบประมาณในลักษณะ rolling plan ที่จะต้องปรับแผนงบประมาณปีปัจจุบันให้เท่ากับงบประมาณจริงที่ได้รับและประมาณการล่วงหน้าไปอีก 3 ปีข้างหน้า โดยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข

5.2 วิสัยทัศน์กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและเสมอภาค โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และสังคมที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพ เพื่อคนไทยทุกคนมีสุขภาพดี ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุข

5.3 เป้าหมายการให้บริการกระทรวง

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายการให้บริการกระทรวง ตัวชี้วัด และยุทธศาสตร์ ในแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2555 รวม 5 เป้าหมาย และเพื่อให้การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ 4 ปี พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2555 บรรลุเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 58 ผลผลิต/โครงการ รวมเป็นงบประมาณทั้งสิ้น 1,014,630.8309 ล้านบาท โดยเป็นงบประมาณโครงการลงทุนด้านสุขภาพ จำนวน 81,932.0264 ล้านบาท

6. ปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ (Millenium Declaration)

6.1 แนวคิดและเนื้อหาสาระของปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ

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

สำหรับประเทศไทยนอกจากจะใช้กรอบปฏิญญาที่ตกลงร่วมกันทั่วโลกแล้วยังนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางการพัฒนาประเทศอย่างบูรณาการ

6.2 เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDG)

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

เป้าหมายหลักที่ 1 ขจัดความยากจนและหิวโหย

เป้าหมายหลักที่ 2 ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา

เป้าหมายหลักที่ 3 ส่งเสริมบทบาทสตรีและความเท่าเทียมทางเพศ

เป้าหมายหลักที่ 4 ลดอัตราการตายของเด็ก

เป้าหมายหลักที่ 5 พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์

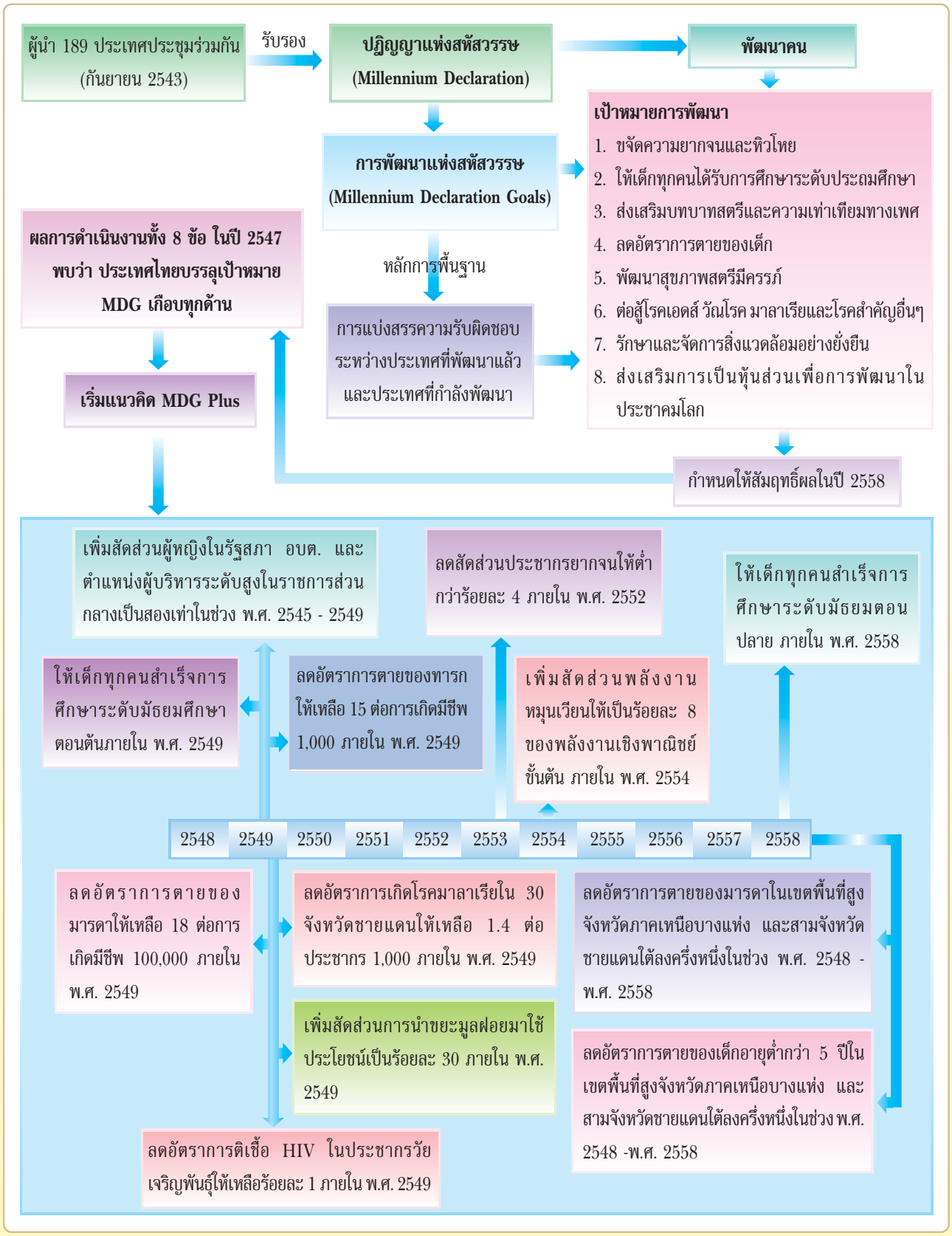
เป้าหมายหลักที่ 6 ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ

เป้าหมายหลักที่ 7 รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายหลักที่ 8 ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

ใน พ.ศ. 2547 ประเทศไทย นำเสนอผลการพัฒนาตามเป้าหมายสหัสวรรษของประเทศไทย พบว่า ผลการพัฒนามีความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จในเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านความยากจน ความหิวโหย ความไม่เท่าเทียมทางเพศ โรคเอดส์และมาลาเรีย ก่อนเวลาเกือบ 10 ปี จึงได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดการพัฒนาเพิ่มเติมที่ท้าทายยิ่งขึ้น เรียกว่า MDG Plus ให้สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาของประเทศไทย ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องโดยตรงและโดยอ้อมกับการพัฒนาสุขภาพอนามัย ดังภาพที่ 3.2

ภาพที่ 3.2 เป้าหมายและกรอบระยะเวลาการพัฒนา MDG และ MDG Plus

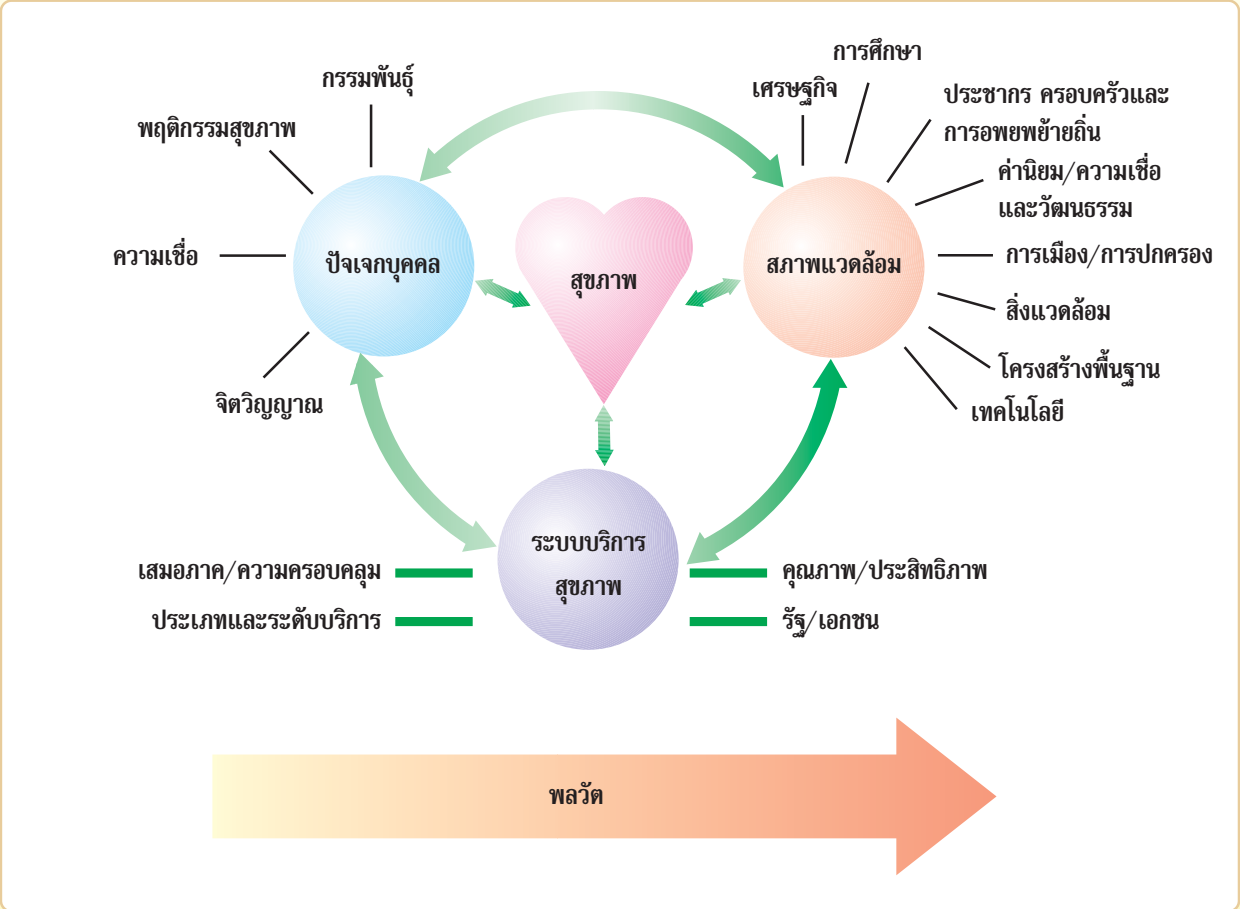


ที่มา: ดัดแปลงจากรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2547, หน้าที่ 10, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

บทที่ 4
สถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

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

ภาพที่ 4.1 ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

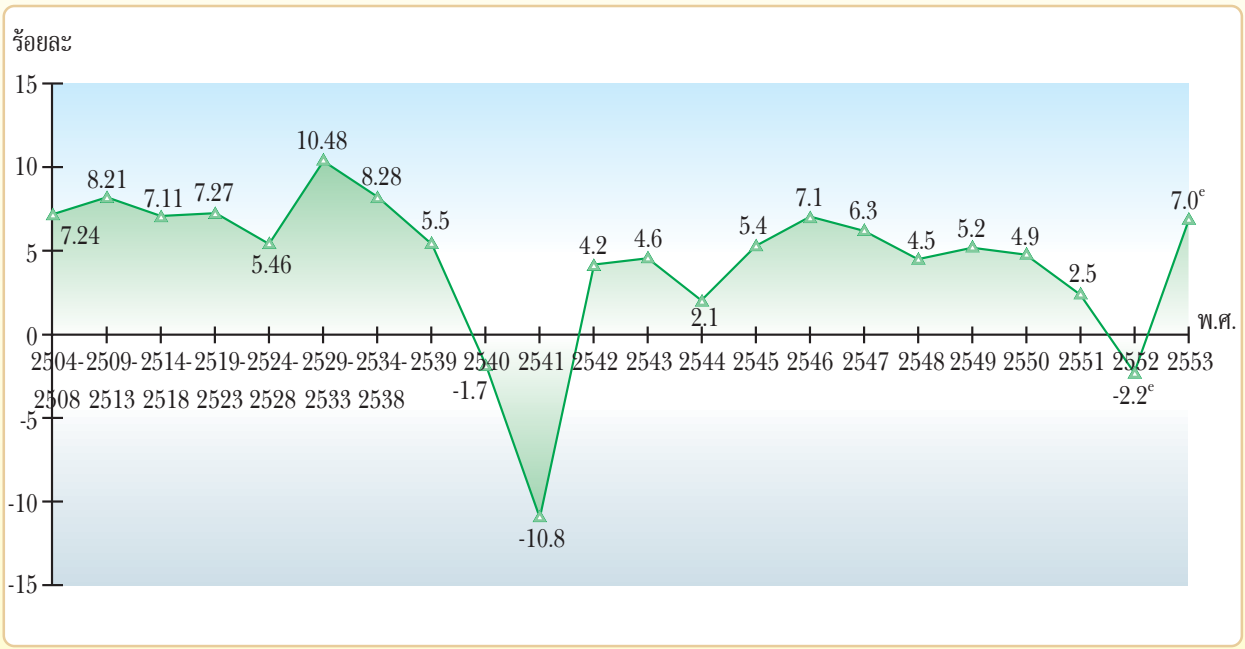


1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

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) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลผลิตมวลรวมต่อหัว (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

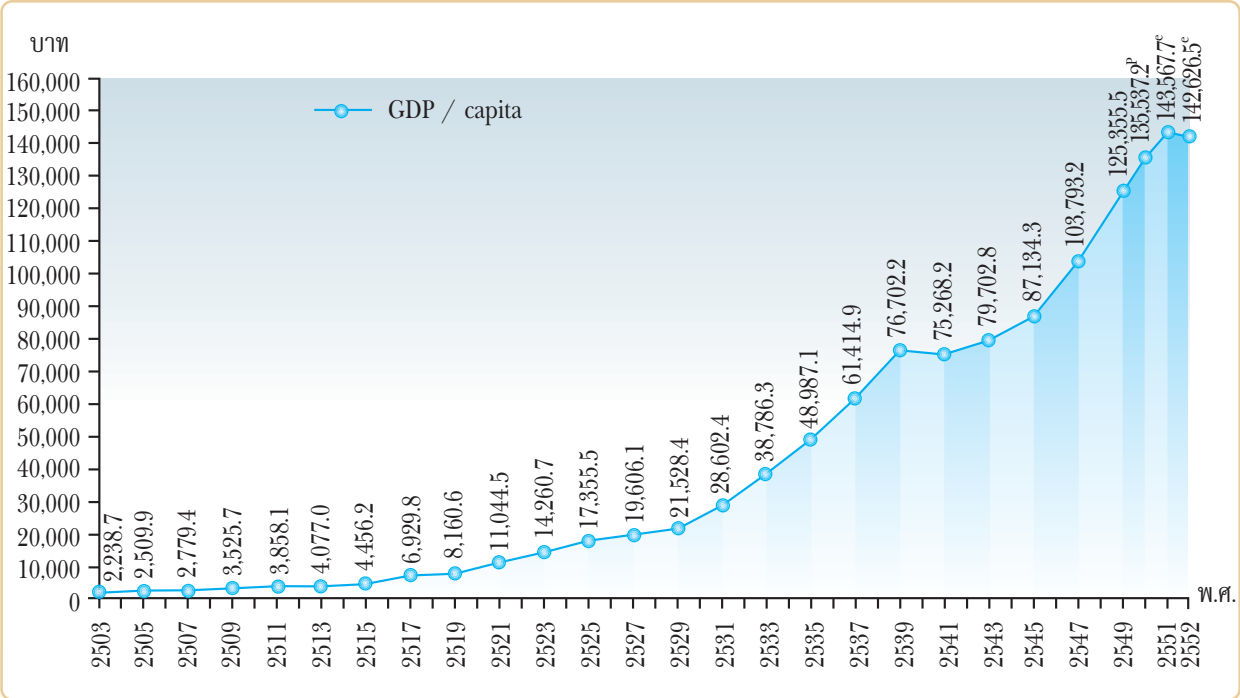
ภาพที่ 4.2 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยของประเทศไทย



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: e เป็นข้อมูลประมาณการ

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



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

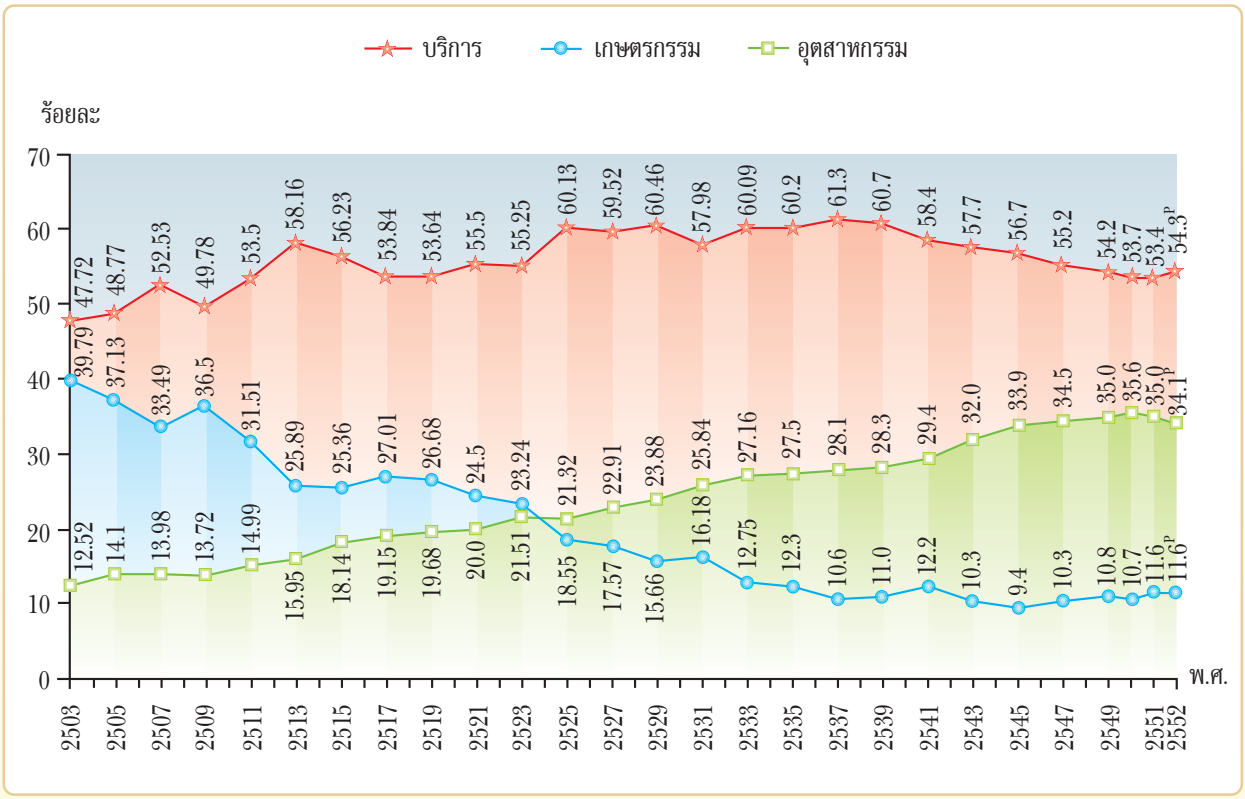
หมายเหตุ: 1. ^{P} เป็นข้อมูลเบื้องต้น, ^{e} เป็นข้อมูลประมาณการ

2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมามีการปรับข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศใหม่

1.2 โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

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

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



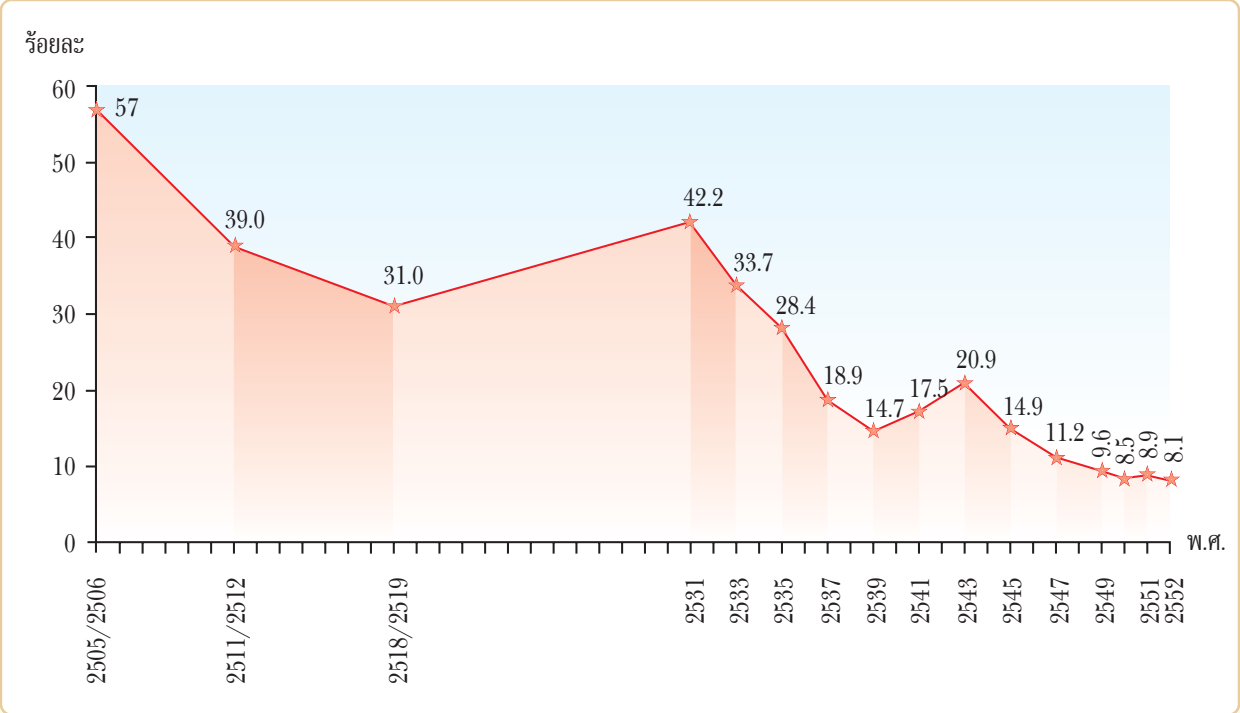
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

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 ประมวลผลโดย สำนักพัฒนาข้อมูลและตัวชี้ภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: การศึกษาภาวะความยากจนของประเทศในแต่ละช่วงมีความแตกต่างในสมมติฐานของการศึกษา

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

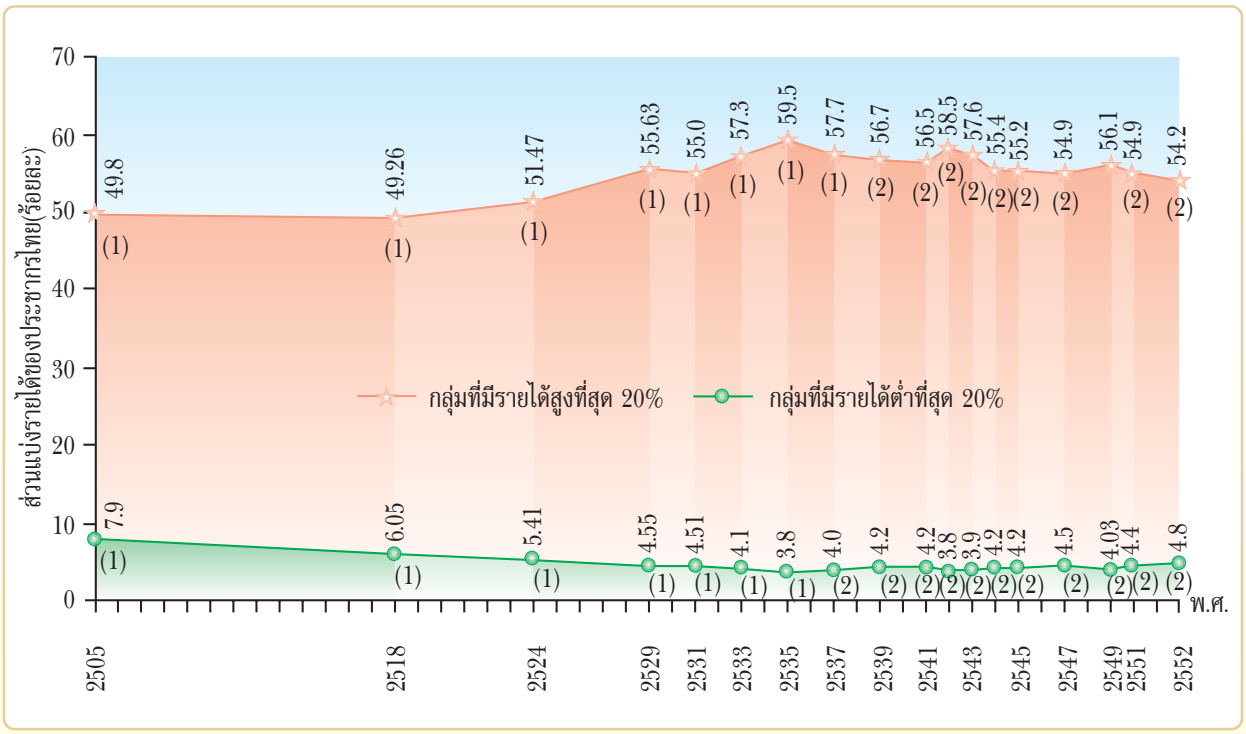
พ.ศ.	เขตเมือง	เขตชนบท	ประเทศ
2505/2506	38	61	57
2511/2512	16	43	39
2518/2519	14	35	31
2531	23.7	49.7	42.2
2533	20.5	39.2	33.7
2535	12.1	35.3	28.4
2537	9.9	22.9	18.9
2539	6.8	18.2	14.7
2541	7.1	21.9	17.5
2543	8.6	26.5	20.9
2545	6.4	18.9	14.9
2547	4.6	14.2	11.2
2549	3.6	12.0	9.6
2550	3.3	10.6	8.5
2551	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 ประมวลผลโดย สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม 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 ความร่วมมือทางเศรษฐกิจอิรวดี-เจ้าพระยา แม่โขง ด้านความร่วมมือในภูมิภาคอื่น ได้แก่ NAFTA (North America Free Trade Area), EC (European Community) นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือระดับโลกก็เป็นเรื่องข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศ ซึ่งมีองค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) เป็นผู้ดูแลอยู่ ทำให้เกิดการเปิดตลาดการค้าเสรีและการแข่งขันทางการค้าจะทวีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีมาตรการกีดกันทางการค้าที่ไม่ใช้ภาษีเป็นเครื่องมือกีดกันทางการค้ากับประเทศกำลังพัฒนา 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 ทำให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสในชนบทที่ห่างไกลความเจริญและคนที่อยู่ในชุมชนแออัดมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพจากรัฐไม่ทั่วถึง

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 นอกจากนี้จะส่งผลให้เกิดการยกระดับความร่วมมือในมิติด้านสังคมและสาธารณสุขมากขึ้น เช่น การร่วมกันแก้ไขปัญหาการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในคนและสัตว์ (โรคซาร์ส ไข้หวัดนก ฯลฯ) ซึ่งหากไม่มีการเตรียมการรองรับที่ดีก็จะส่งผลกระทบให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคระหว่างประเทศ

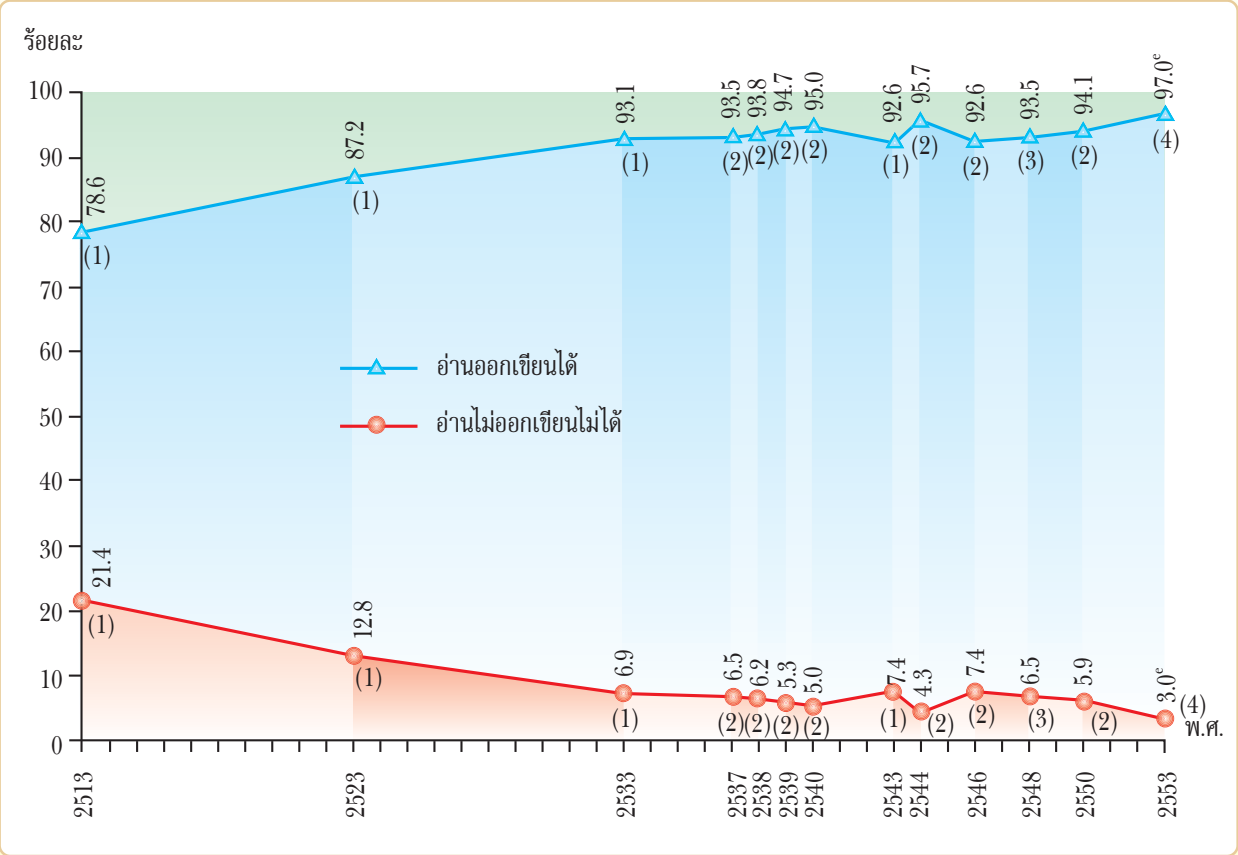
2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา

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 ในกลุ่มอาเซียน[1] 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 ที่จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่าต่อประชากรในวัยเดียวกัน

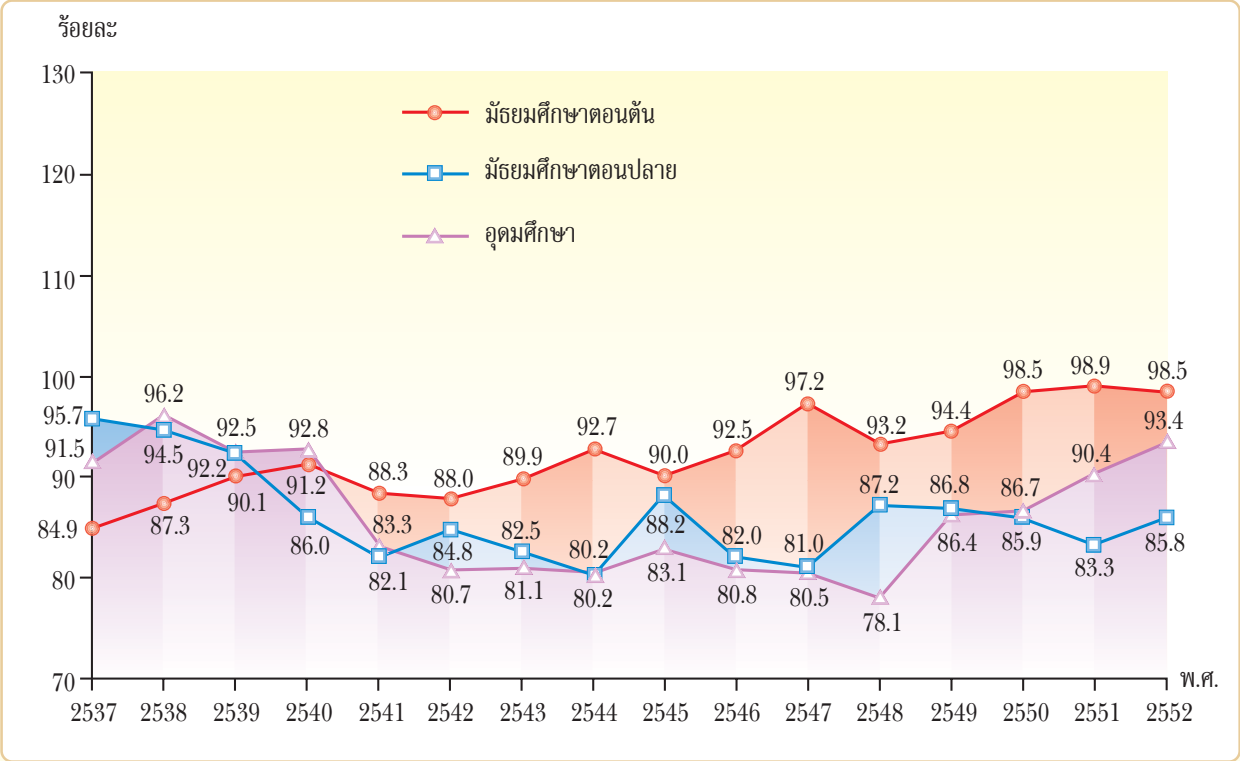
อย่างไรก็ดีหากพิจารณาถึงการอ่านหนังสือของคนไทยแล้ว กลับพบว่า คนไทยอ่านหนังสือน้อยมาก คือ เพียงร้อยละ 61.2 ใน พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 69.1 ใน พ.ศ. 2548 และลดลงเล็กน้อยเป็นร้อยละ 66.3 ใน พ.ศ. 2551 (รายงานการสำรวจการอ่านหนังสือของประชากร พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

2.2 โอกาสทางการศึกษา

2.2.1 อัตราการเรียนต่อ

อัตราการเรียนต่อจากประถมศึกษาไปสู่มัธยมศึกษาตอนต้น จากมัธยมศึกษาตอนต้นไปต่อมัธยมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาตอนปลายไปต่ออุดมศึกษา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจกลับลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกหลังวิกฤตเศรษฐกิจ (ภาพที่ 4.8)

ภาพที่ 4.8 อัตราการเรียนต่อของนักเรียน จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2537 - 2552

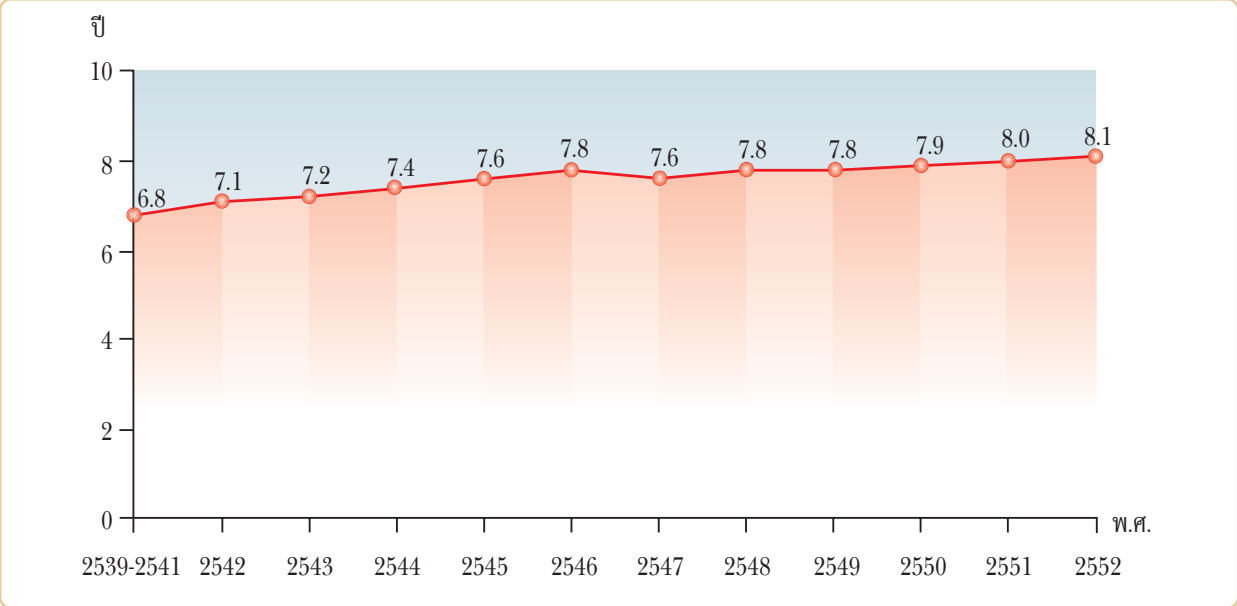


ที่มา: - สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา, กระทรวงศึกษาธิการ

- ศูนย์ปฏิบัติการกระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงศึกษาธิการ

อัตราการศึกษาต่อที่สูงขึ้นรวมทั้งจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ยของคนไทยในกลุ่มอายุ 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 ในระดับประถมศึกษามีเด็กชายเท่ากับเด็กหญิงและตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีเด็กหญิงมากกว่าเด็กชาย แต่อย่างไรก็ดีความเสมอภาคทางการศึกษาของเด็กชายและเด็กหญิงของคนไทยก็ยังด้อยกว่าบางประเทศในกลุ่มอาเซียน และบางประเทศในยุโรป (ตารางที่ 4.4)

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

กลุ่มประเทศ	2543/2544			2550		
	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับประถมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับมัธยมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับอุดมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับประถมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับมัธยมศึกษา	อัตรานักเรียนหญิงต่อชายระดับอุดมศึกษา
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
บังคลาเทศ	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
สิงค์โปร์	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
ไอซแลนด์	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

คะแนนเฉลี่ยผลการทดสอบ	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
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	**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 คนยากจนในเมืองที่ไม่สามารถเข้ารับการศึกษา แม้แต่ชั้นประถมศึกษาก็ยังมีอยู่ไม่น้อย 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 จะเป็นปีแรกที่ไทยกำลังย่างก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ[2] ขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วยกเว้นญี่ปุ่น ส่วนใหญ่ใช้เวลาก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุประมาณ 60 ปีขึ้นไป[3] ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น

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

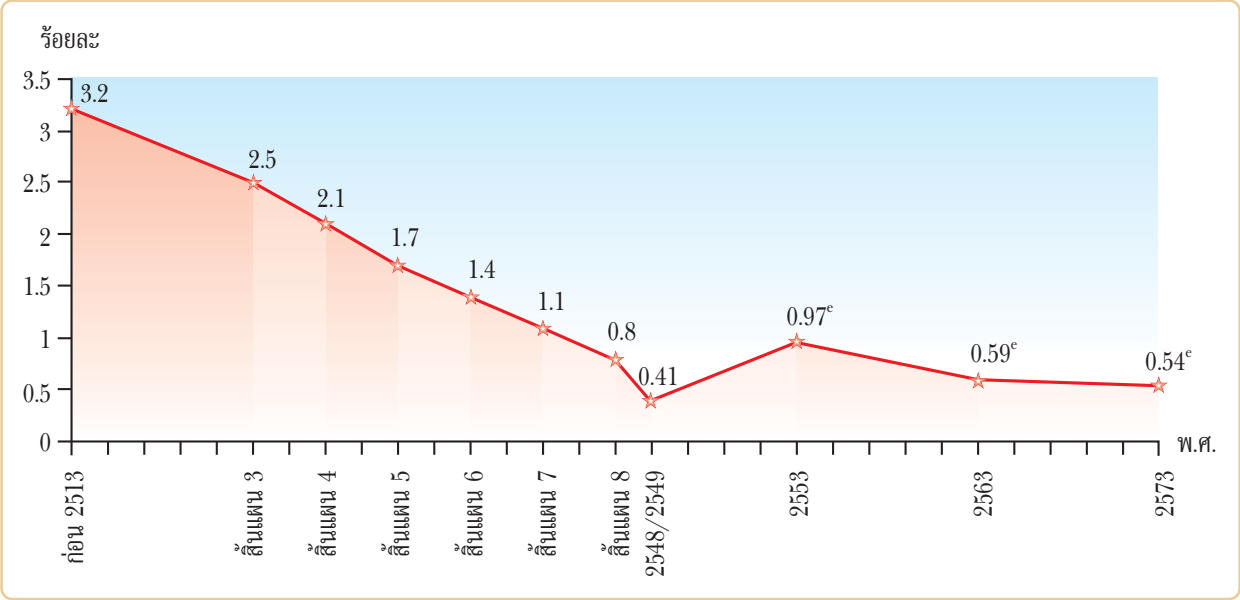
ดังนั้น รัฐจึงต้องวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่การเตรียมความพร้อมแก่หนุ่มสาวให้เป็นคนสูงวัยที่มีคุณภาพ (Active Ageing) จนถึงการเตรียมระบบบริการสุขภาพที่รองรับปัญหาโรคเรื้อรังและโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาพยากรณ์ภาระงบประมาณที่รัฐต้องใช้จ่ายในการบริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ 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



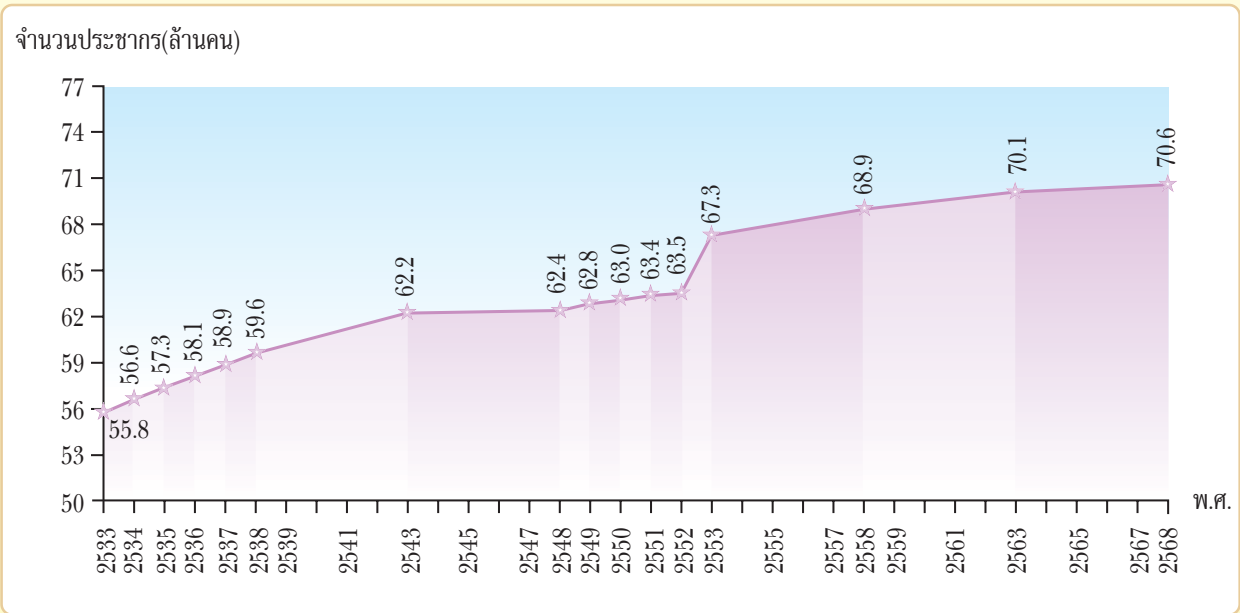
ที่มา: (1) ก่อน พ.ศ. 2513 ได้จาก นิพนธ์ เทพวัลย์, กว่าจะได้มาซึ่งนโยบายประชากร ปี 2513

(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

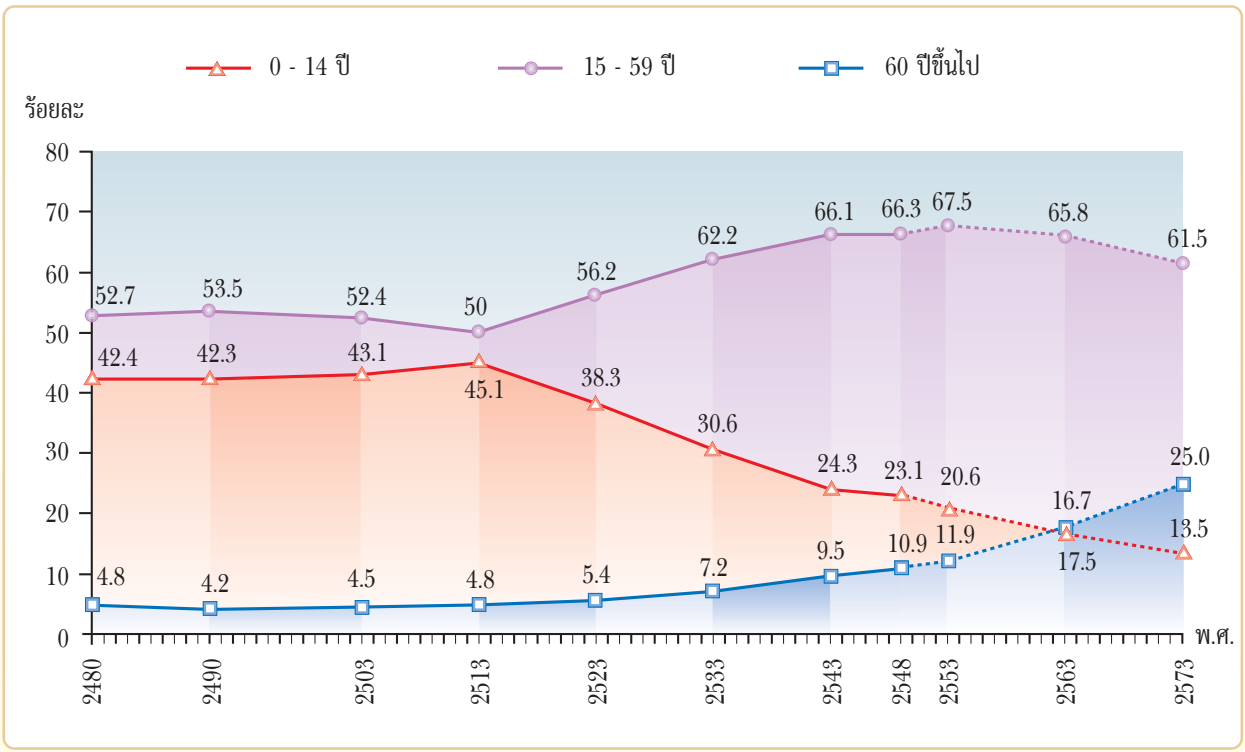
ภาพที่ 4.11 จำนวนประชากรไทยทั่วประเทศและการคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2568



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

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

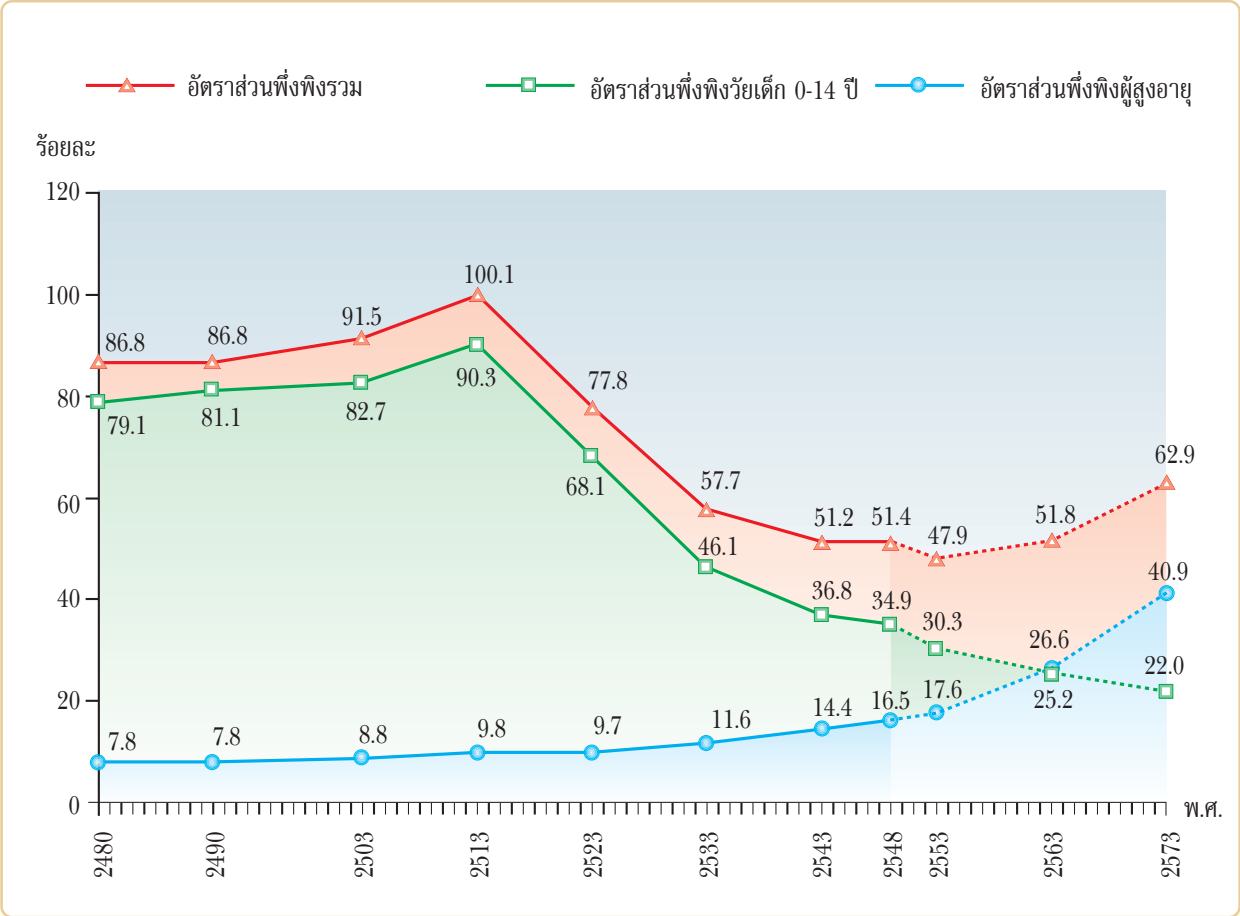
ภาพที่ 4.12 สัดส่วนร้อยละของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2573



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

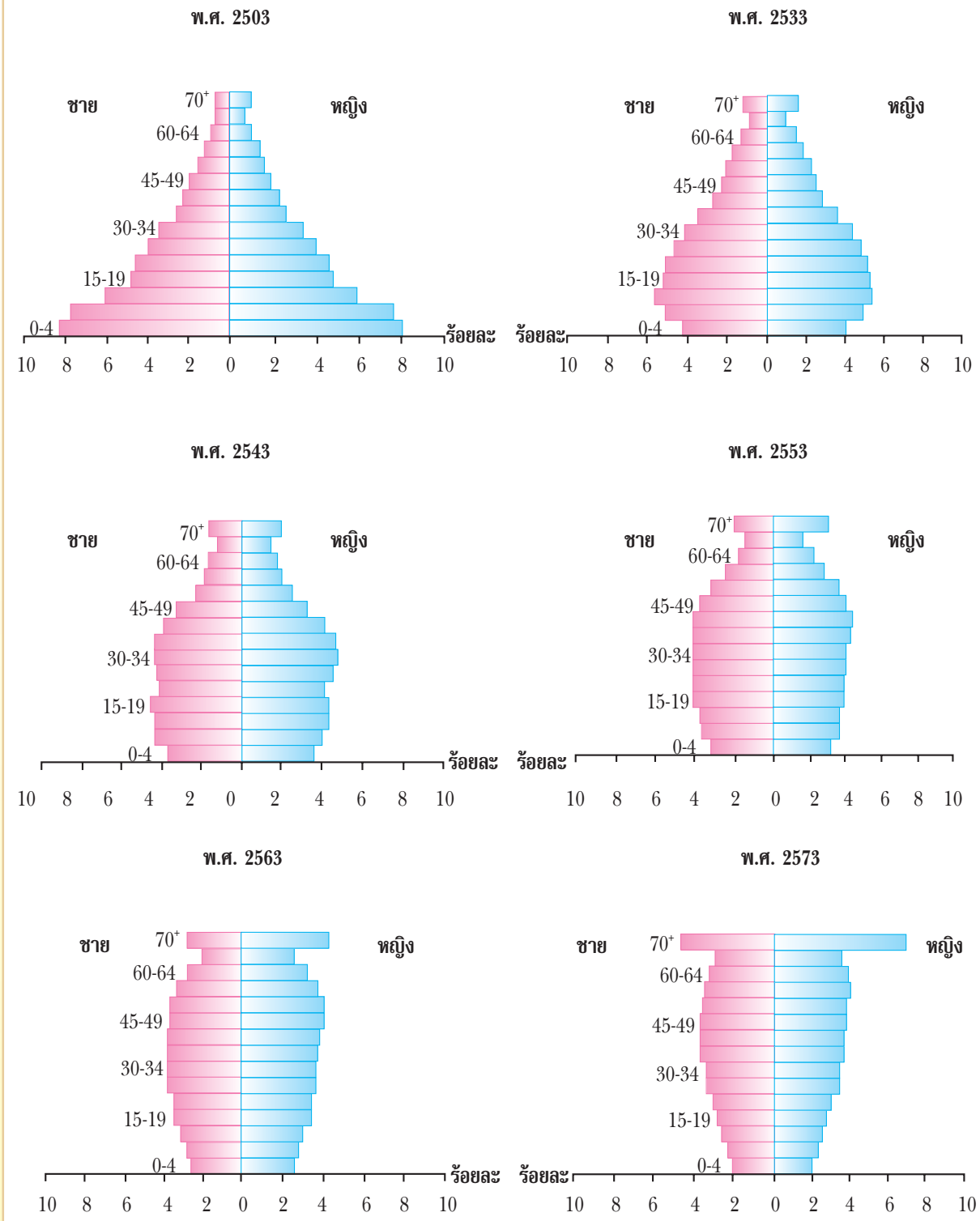
ภาพที่ 4.13 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ พ.ศ. 2480 - พ.ศ. 2573



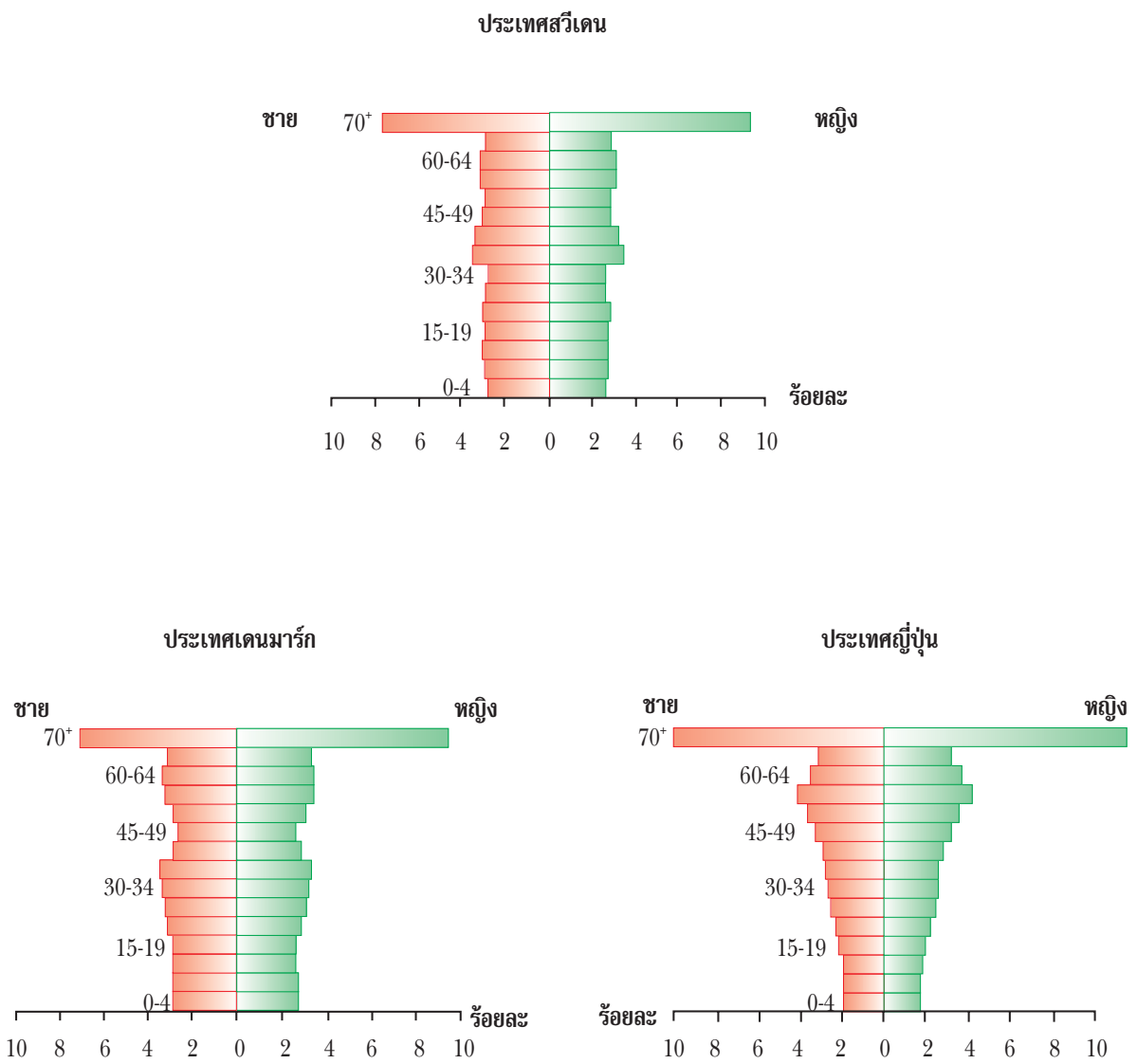
ที่มา:

- 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)



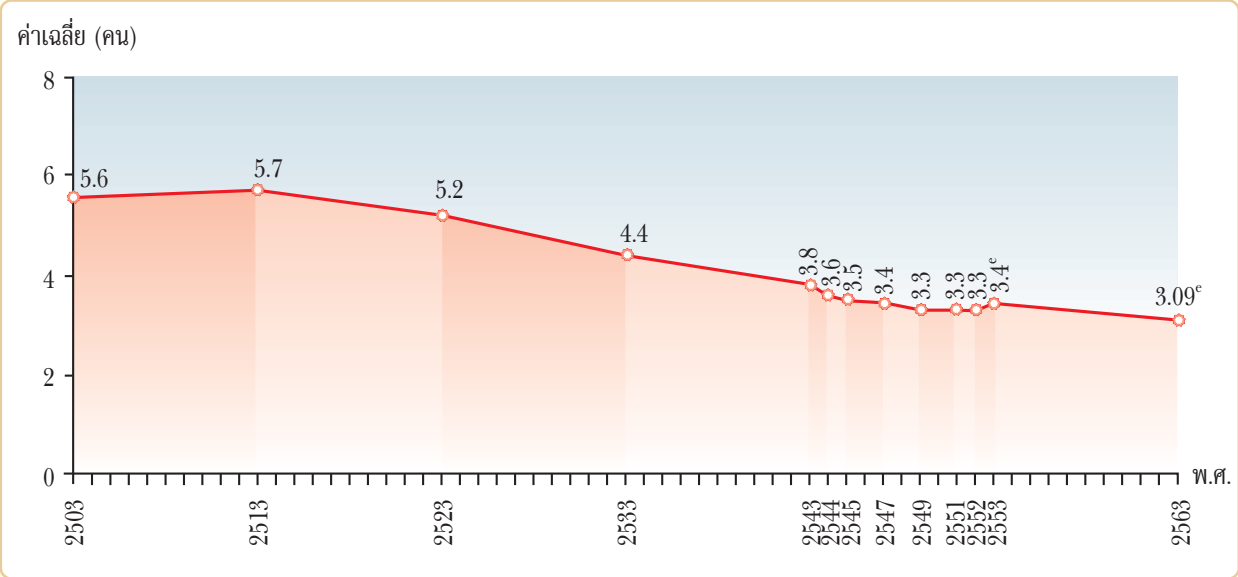
ที่มา:
- พ.ศ. 2503, พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2573 การคาดการประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2573, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- Unied Nations (2008). World Population Prospects: The 2008 Revision, http://esa.un.org/unpp

3.2 ชีวิตครอบครัวไทย

3.2.1 โครงสร้างของครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัวมีความหลากหลายและสลับซับซ้อน โดยส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย และปัจจุบันมีครอบครัวที่มีสมาชิกเพียงคนเดียวอาศัยอยู่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.0 ใน พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 16.4 ใน พ.ศ. 2553 (โยธิน แสวงดี, 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

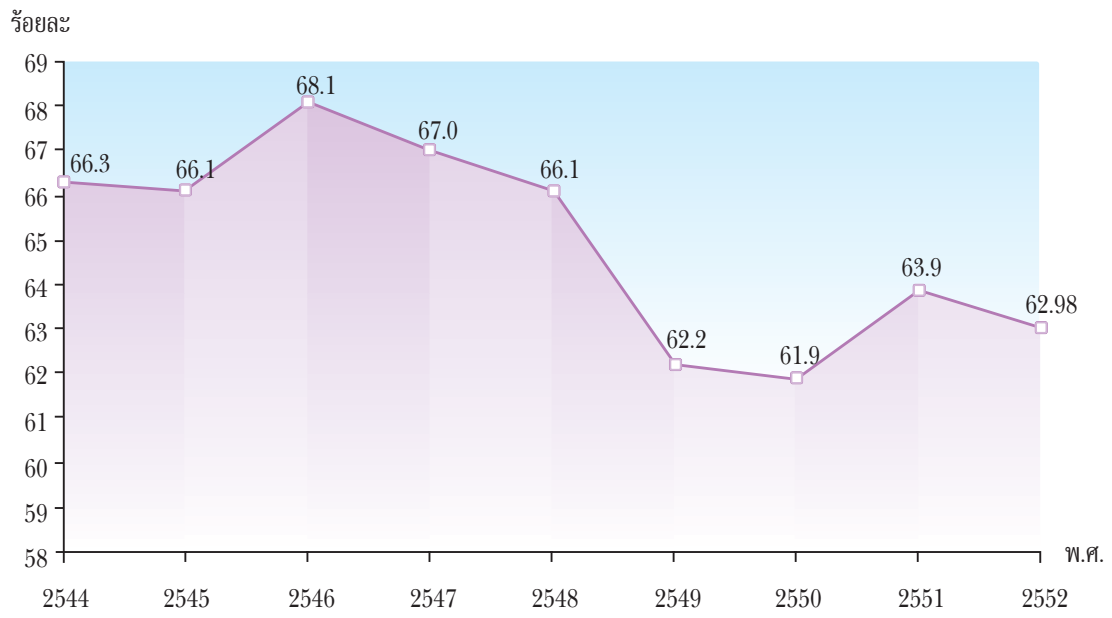


ที่มา:
- พ.ศ. 2503 - พ.ศ. 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 ได้จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2563 ได้จากรายงานผลการศึกษาแนวโน้มเศรษฐกิจและสังคมไทย, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประชากรไทย

3.2.2 ความสัมพันธ์ในครอบครัว: อ่อนแอลง

การพัฒนาประเทศภายใต้ระบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรม รวมทั้งกระแสบริโภคนิยม การพัฒนาและแข่งขันกันในทางวัตถุส่งผลให้วิถีชีวิตครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป 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 เนื่องจากมีการสมรสที่ช้าลงร่วมกับการอยู่ด้วยกัน โดยมิได้จดทะเบียนสมรสมากขึ้น

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



ที่มา: สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. ดัชนีครอบครัวอบอุ่นวัดจาก 3 องค์ประกอบ คือ บทบาทหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธ์ภายในครอบครัวและการพึ่งพิงตนเอง

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 ≤ ร้อยละ 59.9

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัวดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบสุขภาพดังนี้

1) เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมีแนวโน้มมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของเด็กและผู้สูงอายุ

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 เหงา (ร้อยละ 51.2) รองลงมาคือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย (ร้อยละ 27.5) (รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ) ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของเด็กและผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ครอบคลุมทั่วถึง

2) มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัวมากขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้หญิงและเด็ก

เนื่องจากมีการใช้ชีวิตคู่ร่วมกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรสหรือไม่ได้แต่งงานตามรูปแบบประเพณี 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 อย่างไรก็ดี 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) โดยเกือบครึ่งถูกกระทำรุนแรงทางร่ายกายและทางเพศมากที่สุด

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

ประเภทการกระทำรุนแรง	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 และด่าด้วยคำหยาบมากที่สุด (ภาพที่ 4.17) ส่วนเด็กอายุ 13 - 18 ปี เพียงร้อยละ 7 ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัวทางกายด้วยการตีด้วยเข็มขัดหรือของแข็งและขว้างปาของใส่ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 32.1 - 51.5 ของเด็กอายุ 13 – 18 ปี ถูกกระทำรุนแรงทางวาจาด้วยการตวาด / ตะคอก และด่าคำหยาบมากที่สุดเช่นเดียวกับเด็กอายุ 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)

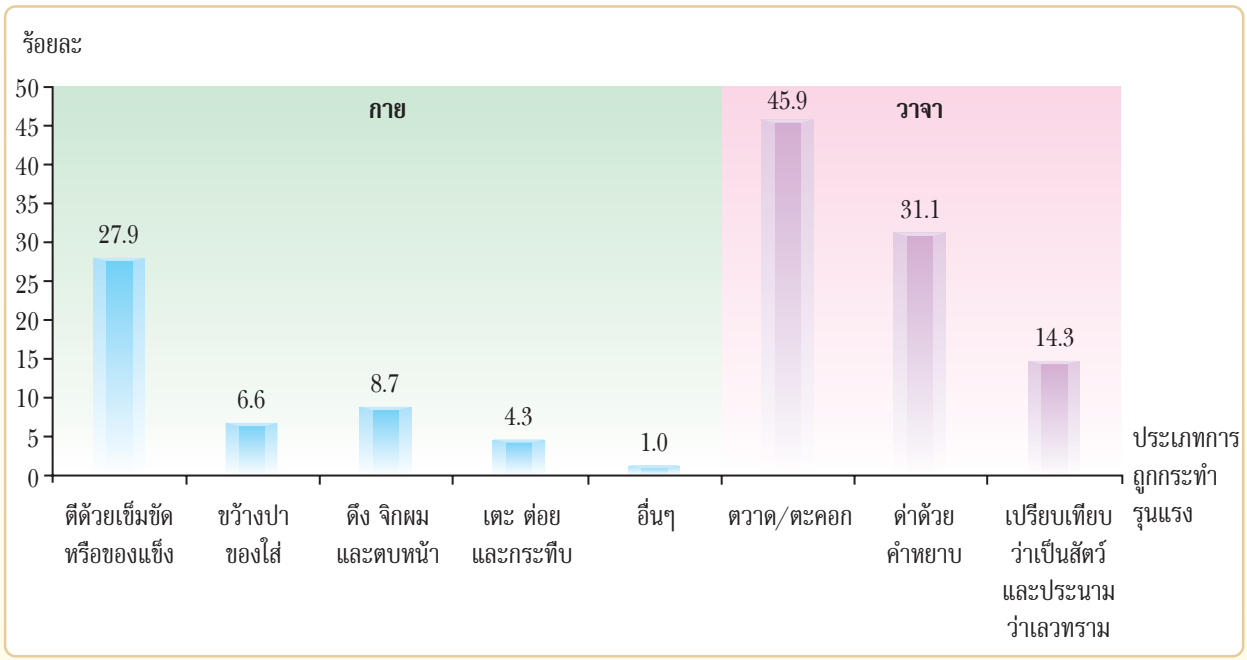
ตารางที่ 4.9 ร้อยละของเด็กอายุ 13 - 18 ปี ที่ถูกทำร้ายจากคนในครอบครัว

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

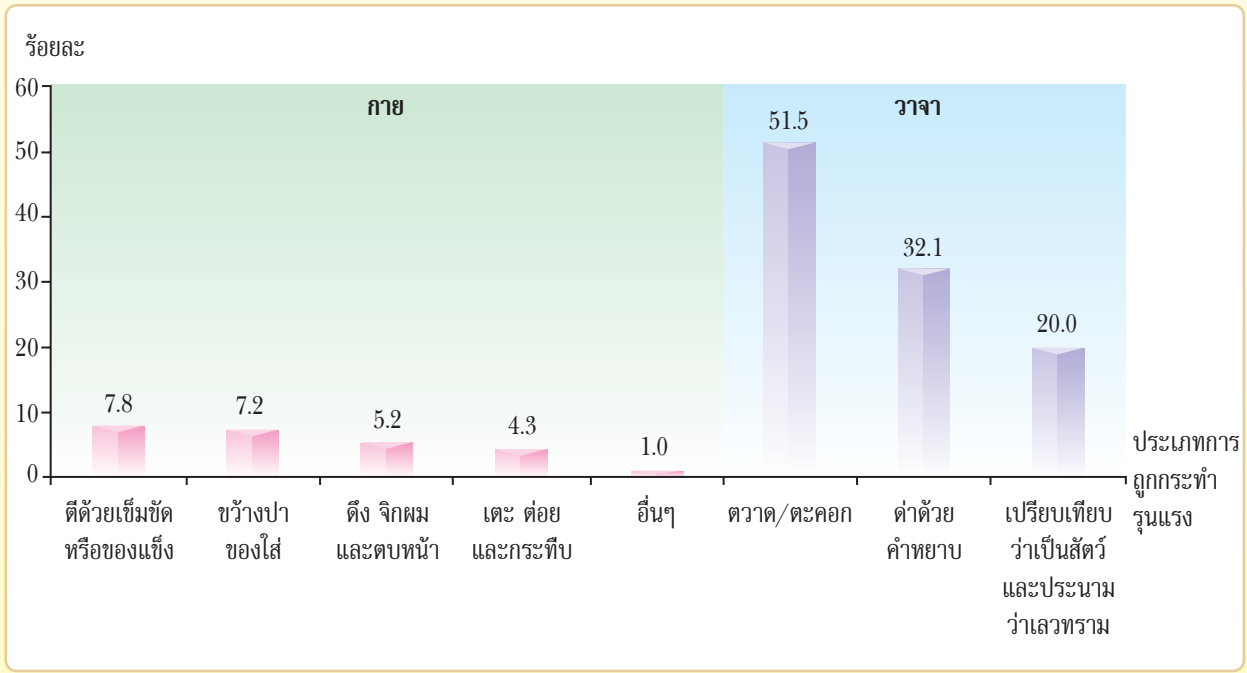
ที่มา: รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กไทย 2548, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

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



ที่มา: ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ, สภาวะสุขภาพและสังคมของเด็กไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2547

ภาพที่ 4.18 ร้อยละของเด็กอายุ 13 - 18 ปี ที่ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัวทางกายและวาจาแยกตามประเภท 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) แต่ถึงแม้ว่าไม่มีการประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากความรุนแรงในครอบครัวที่ชัดเจนแต่ก็ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความรุนแรงจากการทำร้ายตนเองและการทำร้ายกัน

ตารางที่ 4.10 ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากความรุนแรงจากการทำร้ายตนเองและการทำร้ายกันในประเทศไทย พ.ศ. 2548

อายุ (ปี)	ค่าใช้จ่ายตรงทางการแพทย์		ค่าใช้จ่ายทางอ้อม: ความสูญเสียกำลังการผลิต		รวม (ล้านบาท)
	เพื่อรักษาการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเอง (ล้านบาท)	เพื่อรักษาการบาดเจ็บจากการทำร้ายกัน (ผู้อื่น) (ล้านบาท)	ความสูญเสียกำลังการผลิตจากการทำร้ายตนเอง (ล้านบาท)	ความสูญเสียกำลังการผลิตจากการทำร้ายกัน (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

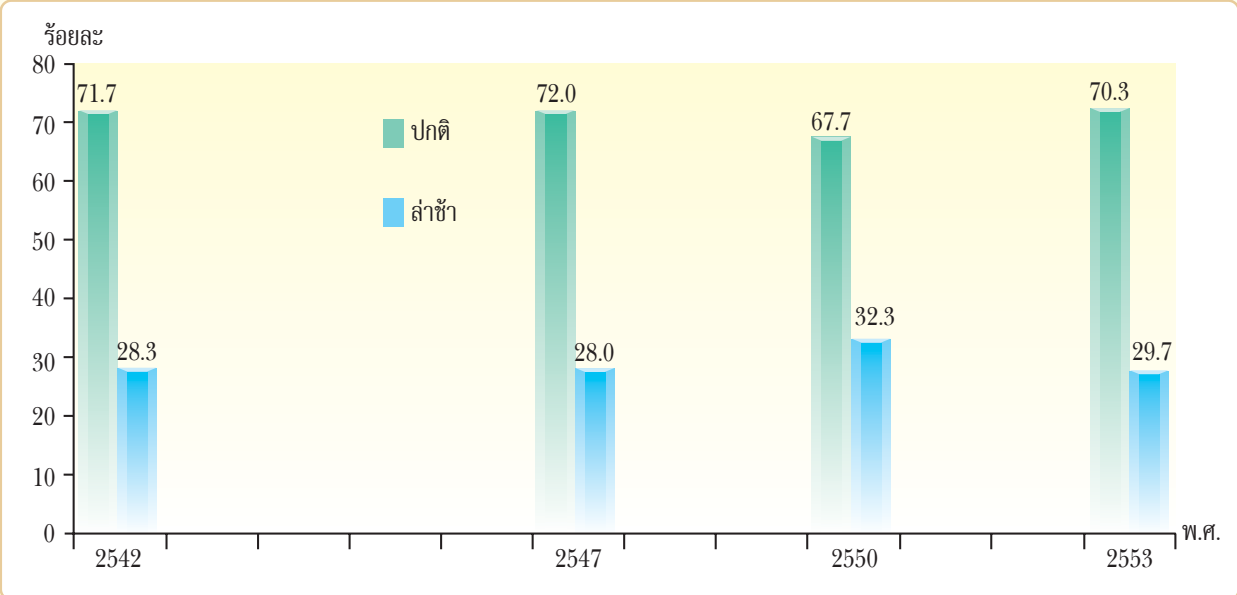
ดังนั้น รัฐจึงควรวางแผนจัดระบบบริการทางการแพทย์ เพื่อรองรับสตรีและเด็กที่ถูกกระทำรุนแรงจากครอบครัว ซึ่งนับวันจะมากขึ้น ตลอดจนหามาตรการในการสร้างสุขภาวะของครอบครัวที่มีประสิทธิผล

3.2.3 แบบแผนการเลี้ยงดูลูกในครอบครัว

แบบแผนการเลี้ยงดูลูกก็เปลี่ยนแปลงไปกล่าวคือ พ่อแม่ไม่ได้เลี้ยงลูกเองเนื่องจากไม่มีเวลา จึงมักนำลูกไปให้ผู้อื่นเลี้ยงที่เป็นคนนอกระบบครอบครัวเพิ่มขึ้น 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 ที่เข้าเรียนในระดับก่อนประถมศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 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 ซึ่งยังไม่มีการควบคุมเรื่องโภชนาการเพียงพอ[4] 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

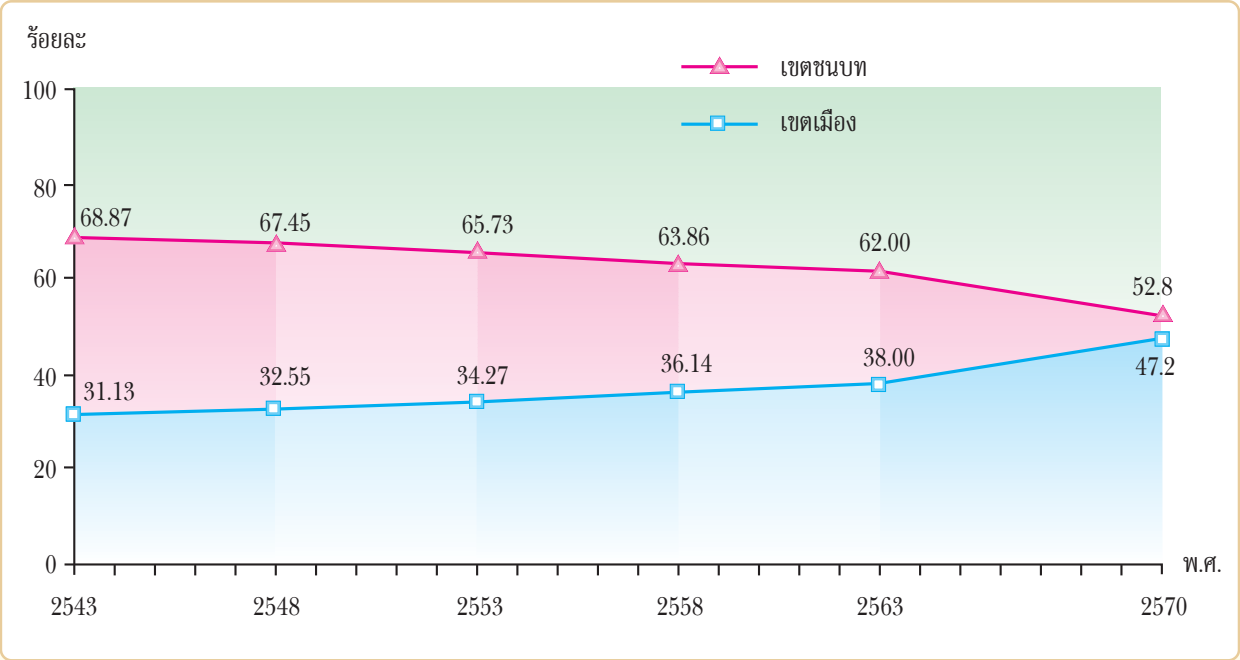
3.3 การอพยพย้ายถิ่น

3.3.1 การอพยพย้ายถิ่นจากชุมชนชนบทมาสู่เมือง

การพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นส่งเสริมอุตสาหกรรม ทำให้ชาวชนบทจำนวนมากต้องอพยพเข้าสู่เมืองเพื่อขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการมากขึ้น จึงทำให้ในอนาคตชุมชนเมืองรอบนอกเขตเมืองที่เป็นศูนย์กลางความเจริญมีการขยายตัวเร็วขึ้น 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: การคาดการประชากรเมืองใน พ.ศ. 2570 จะมีความหมายครอบคลุมทั้งประชากรในเขตเทศบาลและประชากรในเขตชุมชนเมืองรอบนอกเขตเทศบาล (Peri-Urban)

วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้สถานประกอบการต้องปิดตัวเองหรือลดขนาดของกิจการลงแรงงานจำนวนมากอพยพกลับถิ่นฐานในชนบท โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ซึ่งพบว่า การย้ายถิ่นของประชากรไทยใน พ.ศ. 2540 จากเขตเมืองสู่ชนบทมีสูงถึงร้อยละ 37.2 แต่การย้ายจากชนบทสู่เมือง มีเพียงร้อยละ 13.4 เท่านั้น แต่เมื่อเศรษฐกิจขยายตัวใน พ.ศ. 2545 กลับพบว่า การย้ายถิ่นของประชากรไทยจากเขตเมืองสู่ชนบทลดลงเหลือเพียงร้อยละ 33.0 แต่การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมีสูงถึงร้อยละ 19.2 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 ก็มีแรงงานต่างประเทศที่หลั่งไหลเข้ามาประเทศไทยโดยเฉพาะแรงงานราคาถูกที่มาจากประเทศข้างเคียง เช่น พม่า ลาว จีน กัมพูชา ทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันรัฐบาลได้อนุญาตให้มีการจดทะเบียนแรงงานต่างชาติได้ ใน พ.ศ. 2552 มีแรงงานต่างชาติผิดกฎหมายที่ได้มารายงานตัวจดทะเบียน 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) โดยจังหวัดที่มีแรงงานต่างชาติจากพม่ามากคือ กรุงเทพฯ สมุทรสาคร เชียงใหม่ สุราษฎร์ธานี และสมุทรปราการ มีถึง 58,613 - 250,891 คน และคาดว่ายังมีแรงงานผิดกฎหมายที่ไม่ได้มารายงานตัวอีกเป็นจำนวนมาก

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

4. คุณภาพชีวิตของคนไทย

4.1 ค่านิยมการบริโภคและดำรงชีวิต

จากกระแสวัฒนธรรมตะวันตกทำให้ระบบคุณค่าที่ดีของสังคมไทยเสื่อมถอยลงมาก อาทิให้ความสำคัญกับวัตถุนิยมมีค่านิยมเลียนแบบการบริโภคตามต่างชาติ ไม่เห็นคุณค่าความเป็นไทย เกิดความฟุ้งเฟ้อ ฟุ่มเฟือย โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่นมีทัศนคติเปลี่ยนไป ต้องการรวยเร็ว ขาดความอดทน ใช้ชีวิตอย่างฉาบฉวย ขาดการรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจากโครงการติดตามสถานการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (Child Watch) พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 พบว่า กลุ่มวัยรุ่นโดยรวมร้อยละ 50 ใช้ชีวิตตามห้างสรรพสินค้า ชอบเที่ยวกลางคืน ดูภาพยนตร์ มีมือถือในครอบครอง นิยมอาหารแดกด่วน และใช้อินเตอร์เนตเพื่อการพูดคุยและเล่นเกม 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 / วีดิโอ	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, ภาพยนตร์ ดนตรี	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

วัฒนธรรมต่างชาติที่หลั่งไหลเข้ามากับกระแสโลกาภิวัตน์ รวมทั้งการนำวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการผลิตและดำรงชีวิต ในขณะที่ยังไม่สามารถสร้างเทคโนโลยีเหล่านี้ได้ และขาดการกลั่นกรองและเลือกใช้ประโยชน์จากวัฒนธรรมเหล่านี้อย่างมีเหตุผล ทำให้คนไทยส่วนใหญ่มีวัฒนธรรมตกอยู่ภายใต้การครอบงำของวัฒนธรรมบริโภคนิยม มีการเอารัดเอาเปรียบผู้อื่นเพื่อการเป็นผู้ชนะ แข่งขันชิงดีชิงเด่นกัน คุณค่าของภูมิปัญญาไทยและลักษณะความเป็นไทยถูกกระแสวัฒนธรรมสมัยใหม่รุกล้ำ ครอบงำ จนวัฒนธรรมไทยที่มีความเอื้อเฟื้อโอบอ้อมอารีที่จะเคารพผู้อาวุโสเริ่มลดลงจนถึงต้องมีแผนฟื้นฟูวัฒนธรรมไทย ซึ่งจากการสำรวจจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม พ.ศ. 2548 พบว่า พฤติกรรมที่คิดว่าทำลายวัฒนธรรมไทยมากที่สุด คือ การแสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผย รองลงมาเป็น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน นอกจากนี้ วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นบางอย่างมีการถ่ายทอดสู่คนรุ่นใหม่น้อย ขาดการสืบสานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคนรุ่นใหม่สนใจเรียนรู้น้อย จึงขาดการต่อยอดและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง เช่น สมุนไพรไทย ฯลฯ

4.3 ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

UNDP (United Nation Development Program) ได้จัดทำเครื่องชี้วัดการพัฒนามนุษย์ในรูปของดัชนีเรียกว่า "Human Development Index : HDI" ซึ่งวัดจากปัจจัยทางสังคม คือ การศึกษา อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด และปัจจัยทางเศรษฐกิจ (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อหัว) พบว่า ใน พ.ศ. 2533 คนไทยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ "กลาง" เป็นอันดับที่ 74 (HDI = 0.715) ใน 173 ประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากสิงคโปร์ บรูไนและมาเลเซีย และใน พ.ศ. 2538 พบว่า ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของคนไทยได้ยกระดับขึ้นอย่างรวดเร็วจากอันดับที่ 74 ใน พ.ศ. 2533 เป็นอันดับที่ 59 จาก 174 ประเทศ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่มีคุณภาพชีวิตระดับ "สูง" (HDI = 0.838) ซึ่งเป็นอันดับที่ 3 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 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 ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 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. 2538			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		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี
WHO/SEAR				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**				**WHO/SEAR**			
ไทย	74	1	0.715	ไทย	59	1	0.838	ไทย	74	1	0.768	ไทย	66	1	0.757	ไทย	78	1	0.781	ไทย	87	1	0.783	ไทย	92	2	0.654
ศรีลังกา	86	2	0.663	ศรีลังกา	90	2	0.716	มัลดีฟส์	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	95	3	0.683	ศรีลังกา	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	96	4	0.679	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	127	5	0.590	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	139	6	0.451	สหภาพพม่า	131	6	0.549	สหภาพพม่า	118	6	0.551	อินเดีย	128	5	0.619	อินเดีย	134	6	0.612	บังคลาเทศ	129	6	0.469
ภูฏาน	159	9	0.150	ภูฏาน	155	9	0.347	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	152	8	0.351	บังคลาเทศ	139	8	0.502	ภูฏาน	130	8	0.471	เนปาล	142	8	0.534	บังคลาเทศ	146	8	0.543	สหภาพพม่า	132	7	0.451
บังคลาเทศ	147	7	0.189	บังคลาเทศ	147	7	0.371	เนปาล	143	9	0.499	บังคลาเทศ	132	9	0.47	บังคลาเทศ	140	9	0.547	เนปาล	144	9	0.553	เนปาล	138	8	0.428
เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-	เกาหลีเหนือ	-	-	-
ASEAN				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**				**ASEAN**			
สิงคโปร์	43	1	0.849	สิงคโปร์	28	1	0.896	สิงคโปร์	24	1	0.881	สิงคโปร์	26	1	0.876	สิงคโปร์	25	1	0.922	สิงคโปร์	23	1	0.944	สิงคโปร์	27	1	0.846
บรูไน	44	2	0.847	บรูไน	35	2	0.880	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	60	4	0.834	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	59	3	0.838	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	98	6	0.677	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	122	7	0.560	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	96	5	0.679	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	131	8	0.481	สหภาพพม่า	125	8	0.585	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	140	10	0.422	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	136	9	0.465	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**				**อันดับ 1-10 ของโลก**			
ญี่ปุ่น	1	1	0.983	แคนาดา	1	1	0.960	แคนาดา	1	1	0.935	นอร์เวย์	1	1	0.939	ไอซแลนด์	1	1	0.968	นอร์เวย์	1	1	0.971	นอร์เวย์	1	1	0.938
แคนาดา	2	2	0.982	ฝรั่งเศส	2	2	0.946	นอร์เวย์	2	2	0.934	ออสเตรเลีย	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	แคนาดา	3	3	0.929	ออสเตรเลีย	3	3	0.962	ไอซแลนด์	3	3	0.969	นิวซีแลนด์	3	3	0.907
สวิตเซอร์แลนด์	4	4	0.978	สหรัฐอเมริกา	4	4	0.943	ออสเตรเลีย	4	4	0.929	สวีเดน	4	4	0.936	แคนาดา	4	4	0.961	แคนาดา	4	4	0.966	สหรัฐอเมริกา	4	4	0.902
สวีเดน	5	5	0.977	ไอซแลนด์	5	5	0.942	ไอซแลนด์	5	5	0.927	เบลเยี่ยม	5	5	0.935	ไอร์แลนด์	5	5	0.959	ไอร์แลนด์	5	5	0.965	ไอร์แลนด์	5	5	0.895
สหรัฐอเมริกา	6	6	0.976	ฟินแลนด์	6	6	0.942	สวีเดน	6	6	0.926	สหรัฐอเมริกา	6	6	0.934	สวีเดน	6	6	0.956	เนเธอร์แลนด์	6	6	0.964	ลิตเตนสไตน์	6	6	0.891
ออสเตรเลีย	7	7	0.972	เนเธอร์แลนด์	7	7	0.941	เบลเยี่ยม	7	7	0.925	ไอซแลนด์	7	7	0.932	สวิตเซอร์แลนด์	7	7	0.955	สวีเดน	7	7	0.963	เนเธอร์แลนด์	7	7	0.890
ฝรั่งเศส	8	8	0.971	ญี่ปุ่น	8	8	0.940	เนเธอร์แลนด์	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	0.939	ญี่ปุ่น	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	0.936	สหราชอาณาจักร	10	10	0.918	ฟินแลนด์	10	10	0.925	ฝรั่งเศส	10	10	0.952	ญี่ปุ่น	10	10	0.960	สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	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 อันจะช่วยลดปัญหาการจราจรในกรุงเทพมหานครลง

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 มีโทรศัพท์ประเภทใช้สายทั้งประเทศ 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) และมีผู้ใช้อินเตอร์เน็ทเพิ่มสูงขึ้นจาก 30 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 10.96 ล้านคน ใน พ.ศ. 2551 คิดเป็นอัตราการใช้ร้อยละ 17.3 หรือคิดเป็น 18,169.2 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2551 โดยกรุงเทพมหานครมีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุดกว่าทุกภาค (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	จำนวนโทรศัพท์ประเภทใช้สายต่อประชากร 1,000 คน					จำนวนโทรศัพท์เคลื่อนที่ต่อประชากร 1,000 คน					จำนวนคอมพิวเตอร์ต่อประชากร 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

เขตการปกครองและภาค	พ.ศ. 2544(1)		พ.ศ. 2546(2)		พ.ศ. 2549(2)		พ.ศ. 2550(2)		พ.ศ. 2551(2)	
	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร	ประชาชนที่ใช้อินเทอร์เน็ต	อัตราต่อแสนประชากร
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
อัตราความแพร่หลายของการใช้อินเทอร์เน็ต (%)	**5.7**		**9.5**		**13.5**		**14.8**		**17.3**	

ที่มา:
- รายงานการสำรวจการมีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เทคโนโลยีสารสนเทศในครัวเรือน พ.ศ. 2544 และ 2546, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานการสำรวจเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ครัวเรือน) ไตรมาส 1 พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานผลที่สำคัญ สำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนพ.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 และโทรทัศน์เสรีจะยิ่งขยายขอบข่ายการสื่อสารให้กว้างขึ้น

การขยายตัวของเครือข่ายการสื่อสารของไทยมีความเชื่อมโยงกับพัฒนาการระดับโลกเป็นส่วนหนึ่งของวิวัฒนาการของยุค "โลกไร้พรมแดน"

นอกจากนี้ มีการขยายตัวของธุรกิจโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ มีมูลค่าปีละหลายหมื่นล้านบาท ซึ่งธุรกิจโฆษณาเหล่านี้ส่งผลอย่างรุนแรงต่อพฤติกรรมการบริโภคของคนไทย และมีระบบการจัดจำหน่ายสินค้าและบริการในรูปแบบใหม่ๆ เป็นการจำหน่ายโดยผ่านสื่อต่างๆ **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

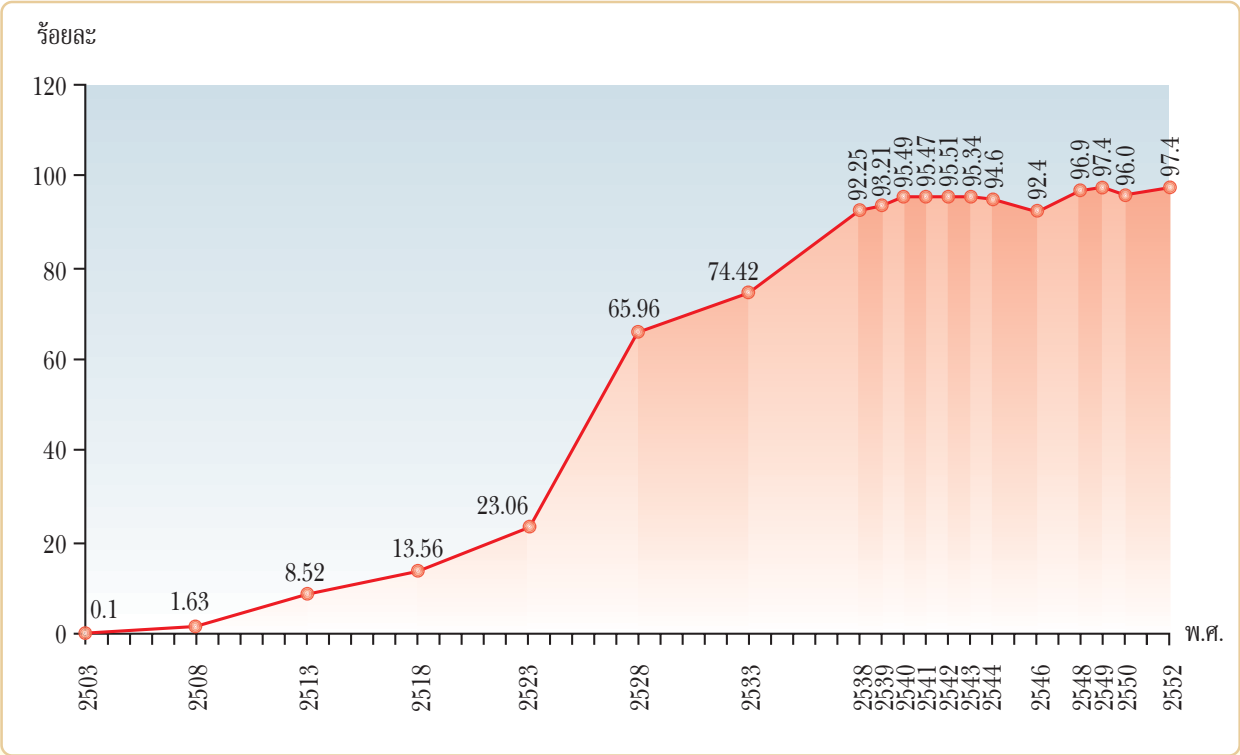
ที่มา: หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2535 - 2552 จากข้อมูล กชช. 2ค., ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กระทรวงมหาดไทย

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) ปัญหาอุบัติเหตุจากจราจรและยานพาหนะมากขึ้น เนื่องจากมีการขยายตัวทางด้านการคมนาคมขนส่ง โดยเฉพาะการขยายถนน เป็นการเพิ่มปริมาณยานพาหนะ (ดูบทที่ 5 หัวข้อ 2.6 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ)

(2) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยังมีความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสื่อสารของไทยด้อยกว่าต่างประเทศมาก ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งอาจไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพโดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในเขตชนบทและภูมิภาคจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพยากกว่าประชากรที่อยู่ในเมือง

5.2 ความหลากหลายทางชีวภาพ

ไทยเป็นประเทศที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ ทั้งทางด้านพันธุกรรม 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

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

นอกจากนี้ กระแสความนิยมบริโภคสินค้าสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพและสมุนไพรเพื่อการผลิตยา จึงเป็นการสร้างโอกาสในการยกระดับองค์ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการสร้างมูลค่าเพิ่มกับสมุนไพรได้ รัฐจึงต้องส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนาสมุนไพรไทย เพื่อให้มีคุณภาพมาตรฐานในระดับสากล

5.3 สิ่งแวดล้อม

5.3.1 ภาวะโลกร้อน

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)

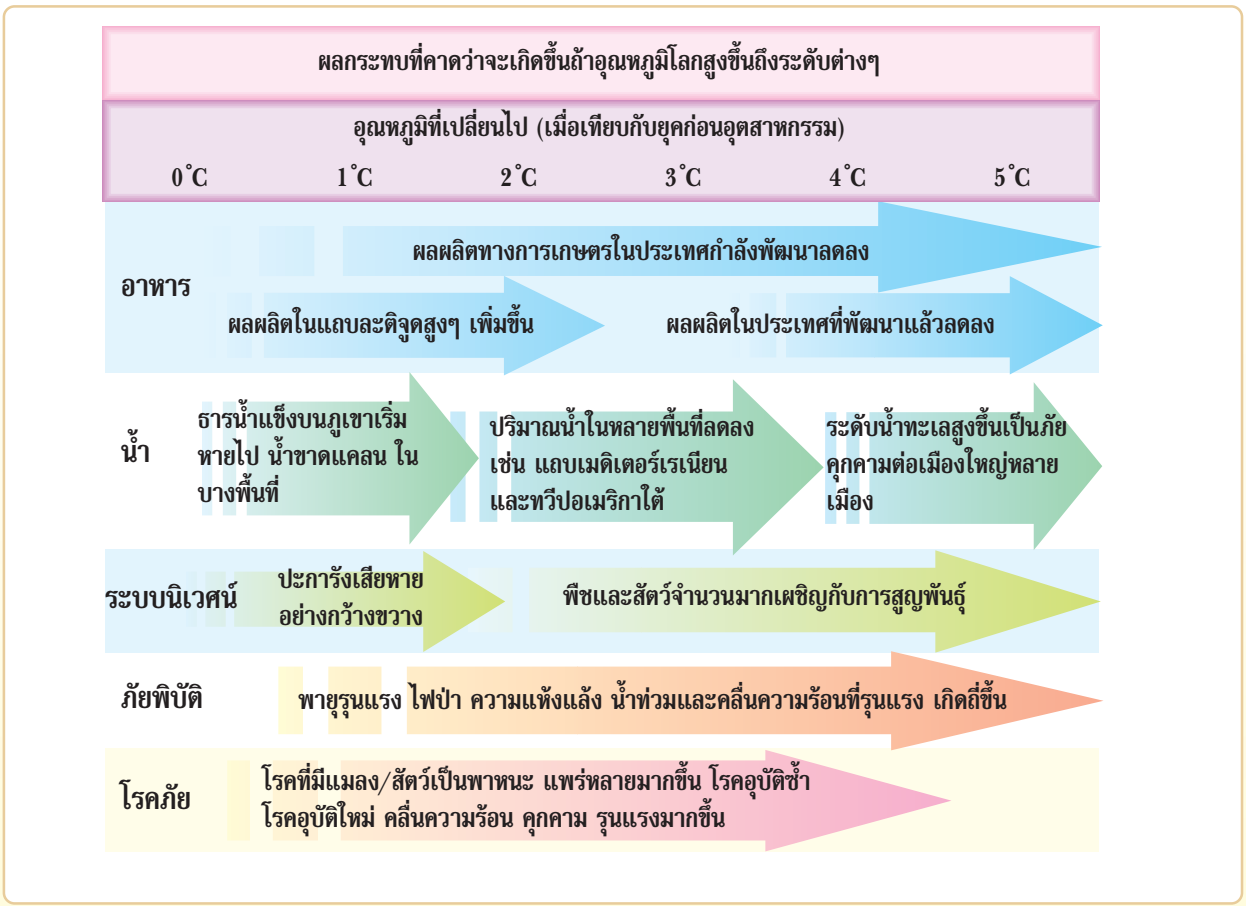
ตารางที่ 4.18 ปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยจากภาคส่วนต่าง ๆ ของไทย พ.ศ. 2537 และ พ.ศ. 2546

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 (รายงานจากวิสัยทัศน์ 2570... สู่แผนฯ 11, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

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

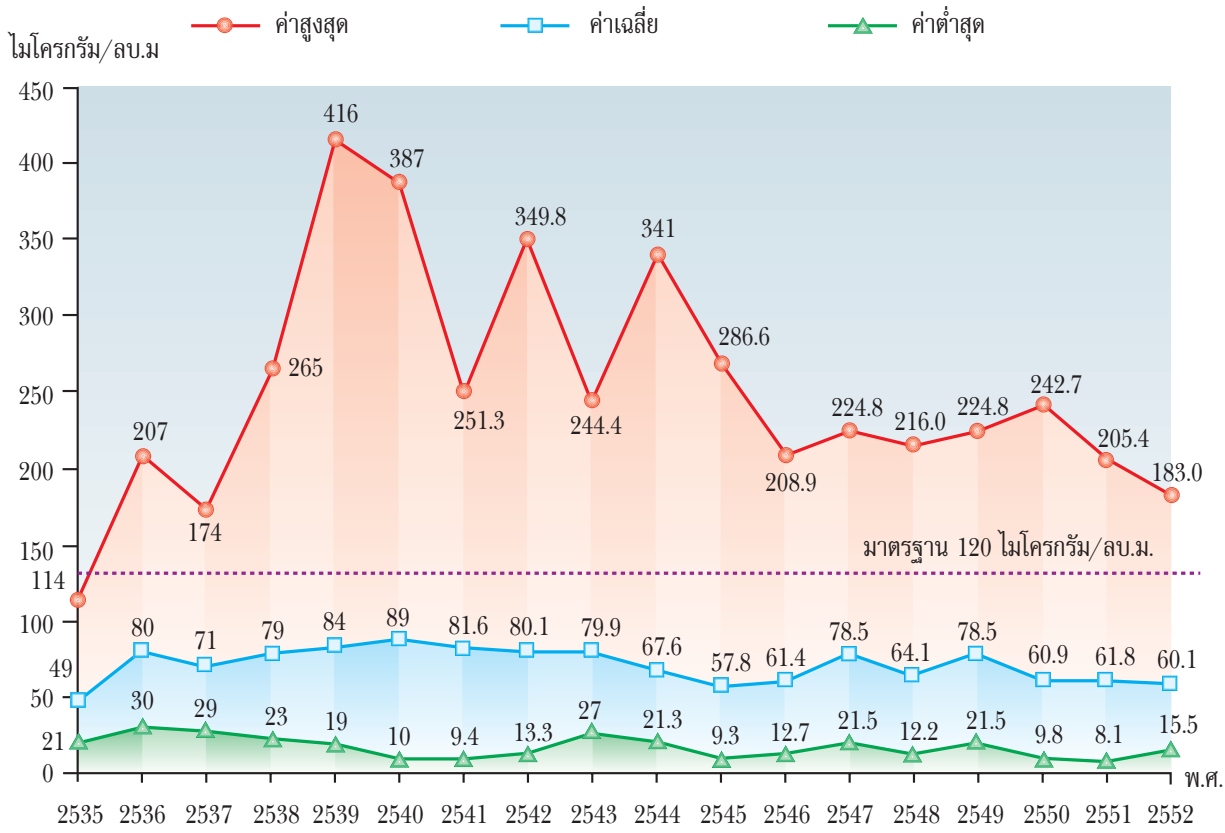
3. สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี อุณหภูมิที่สูงขึ้น ความแห้งแล้งหรือฝนตกหนัก ทำให้สิ่งแวดล้อมเสียสมดุล โดยเฉพาะความแห้งแล้งยังทำให้เกิดไฟป่าที่รุนแรง ซึ่งควันและเขม่าจากไฟป่าเป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจและทำให้เกิดการระคายเคืองต่อตา เช่น กรณีเกิดไฟป่าในประเทศอินโดนีเซีย เมื่อปี 2540 - 2541 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 เกินค่ามาตรฐานในทุกสถานีที่ตรวจ (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.) โดยพบปริมาณสูงสุดที่จังหวัดลำปาง วัดได้ค่าสูงสุดเท่ากับ 292.8 ส่วนก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ คาร์บอนมอนอกไซด์ ส่วนใหญ่ยังต่ำกว่าค่ามาตรฐาน

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

5.3.3 มลพิษทางน้ำ

ปัจจุบันคุณภาพของแม่น้ำสายต่างๆ ของประเทศมีแนวโน้มที่จะเสื่อมโทรมลง แต่ก็ยังอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ยกเว้นแม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่างและแม่น้ำท่าจีนตอนล่างในภาคกลางที่คุณภาพน้ำเสื่อมโทรมมาก สามารถใช้ประโยชน์ได้เพียงเพื่อการคมนาคมเท่านั้น

จากรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพแม่น้ำ 49 สายและ 4 แหล่งน้ำนิ่ง ได้แก่ กว้านพะเยา บึงบอระเพ็ด หนองหาน และลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา ใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552 พบว่า คุณภาพแม่น้ำทั่วไปในภาพรวมทั้งประเทศอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น คือ คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.25 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 36.67 ใน พ.ศ. 2545 และกลับลดลง เป็นร้อยละ 31.0 ใน พ.ศ. 2552 และคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์พอใช้เพิ่มจากร้อยละ 18.75 ใน พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 54.0 ใน พ.ศ. 2551 และกลับลดลงเป็นร้อยละ 36.0 ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งน้ำดังกล่าวใช้เพื่อการอุปโภคบริโภคได้ แต่ต้องผ่านกระบวนการปรับปรุงคุณภาพน้ำตามปกติและเป็นพิเศษในบางแห่ง และผ่านการฆ่าเชื้อโรคก่อนเพื่อความปลอดภัยต่อสุขภาพ (ตารางที่ 4.19)

สำหรับคุณภาพแม่น้ำเจ้าพระยาใน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2547 พบว่า คุณภาพน้ำเจ้าพระยาอยู่ในเกณฑ์พอใช้ แต่ในช่วงหลัง พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรมลงอย่างมาก เป็นร้อยละ 76.0 ใน พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 4.19) ซึ่งปัญหาที่พบคือ แบคทีเรียกลุ่มโคลิฟอร์มและฟิคัลโคลิฟอร์ม เกินมาตรฐาน ปริมาณความสกปรกในรูปของสารอินทรีย์เกินมาตรฐานและปริมาณออกซิเจนละลายในน้ำที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

---

[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	เสื่อมโทรมมาก	ดี	พอใช้	เสื่อมโทรม	เสื่อมโทรมมาก
2535	6.25	18.75	75.00	0.00	0.00	5.88	17.65	76.47
2536	8.33	19.44	61.11	11.11	0.00	12.50	50.00	37.50
2537	4.35	32.61	60.87	2.17	3.65	8.03	33.58	54.74
2538	10.87	21.74	56.52	10.87	4.17	15.28	36.11	44.44
2539	9.43	30.19	56.60	3.77	0.00	15.28	31.94	52.78
2540	20.75	35.85	37.74	5.66	3.70	16.67	31.48	48.15
2541	30.19	49.06	15.09	5.66	19.44	26.39	27.78	26.39
2542	20.75	35.85	39.62	3.77	12.04	24.07	34.26	29.63
2543	27.78	38.89	27.78	5.56	15.63	31.25	31.25	21.88
2544	18.52	40.74	33.33	7.41	31.94	22.22	26.39	19.44
2545	36.67	20.00	40.00	3.33	8.33	31.94	27.78	31.94
2546	32.0	31.00	31.0	6.0	25.0	32.0	13.0	30.0
2547	23.0	51.0	21.0	5.0	6.0	17.0	6.8	10.0
2548	17.0	49.0	29.0	5.0	35.0	26.0	35.0	4.0
2549	21.0	53.0	23.0	3.0	3.0	26.0	48.0	23.0
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 ล้านเหรียญสหรัฐหรือ 0.02% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ โดยเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้าโรงพยาบาลทั้งหมด 7.59 ล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยนอก 4.96 ล้านเหรียญสหรัฐ และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน 2.64 ล้านเหรียญสหรัฐ[6]

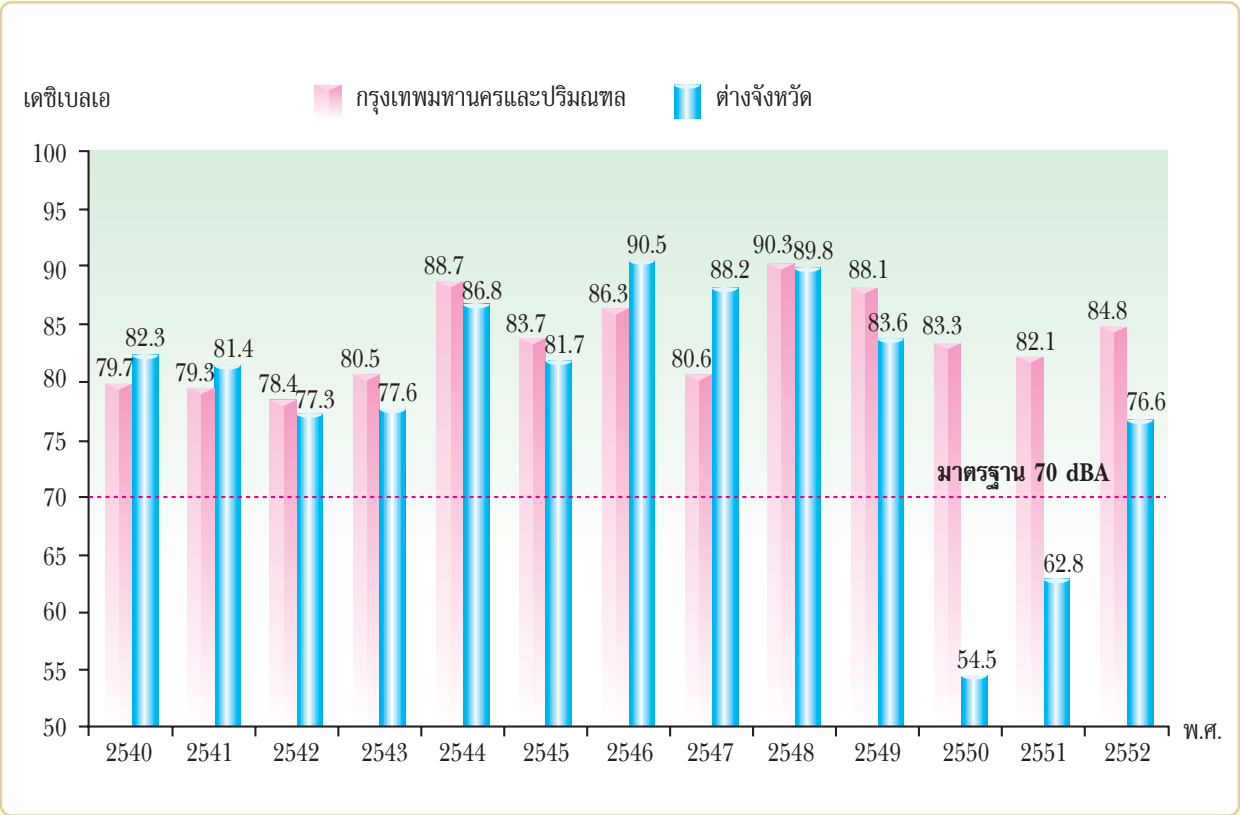
[6] อ้างในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2550, หน้า 79

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. Smith[8] พบว่า เสียงที่ดังเกิน 80 เดซิเบล เป็นอันตรายต่อการได้ยินและ Schuttz (1978)[9] พบว่า เสียงที่ดังเกินกว่า 70 เดซิเบล จะทำให้ประชากรร้อยละ 22 - 95 ขึ้นไป ได้รับการรบกวนจากระดับเสียงดังกล่าวอย่างมาก

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] อ้างในรายงานการสารธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2543 หน้า 113 - 114

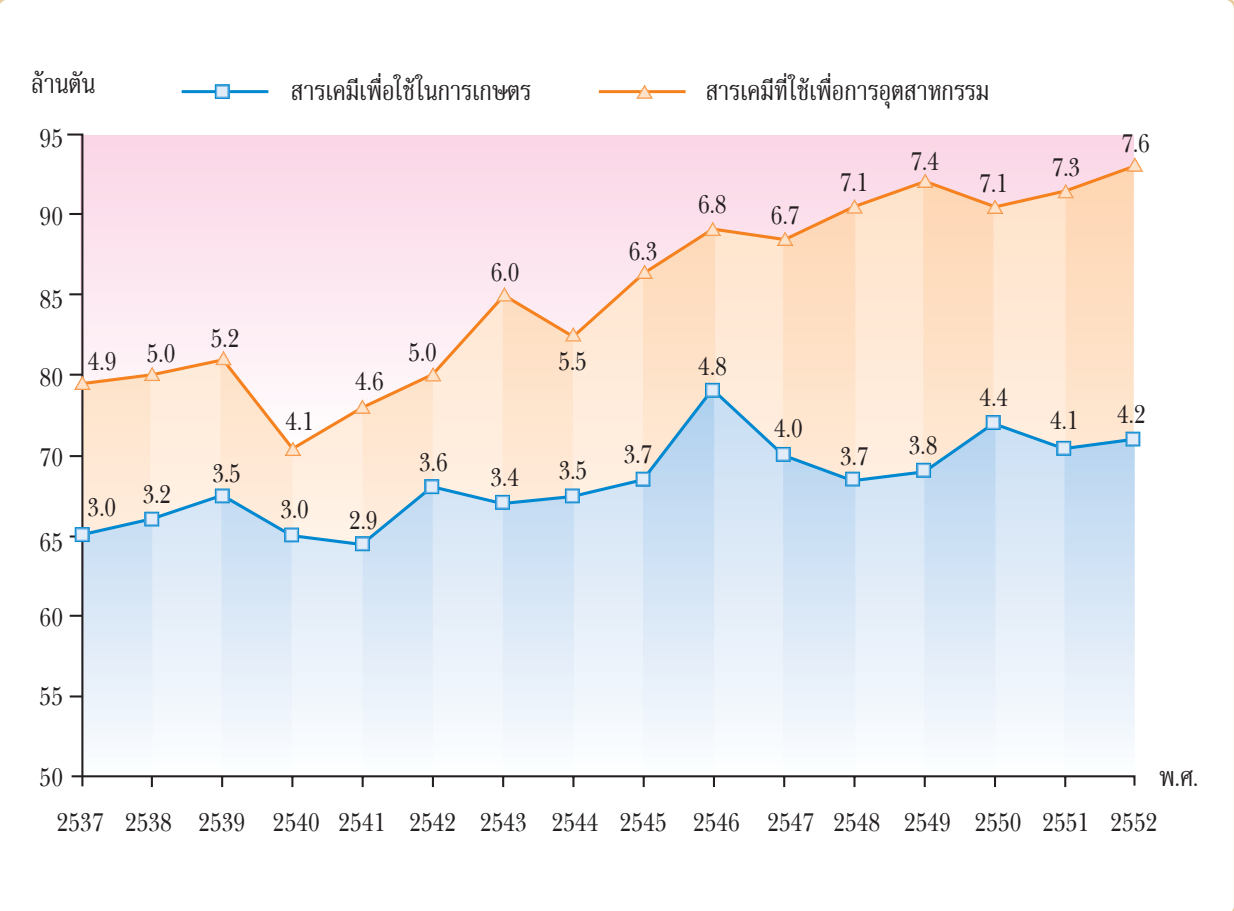
[9] อ้างในรายงานการสารธารณสุขไทย พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2543 หน้า 113 - 114

5.3.5 มลพิษจากสารอันตราย

ใน พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552 มีการนำเข้าสารอันตรายเพื่อใช้ในกิจการอุตสาหกรรมและการเกษตร 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 มีอุบัติภัยด้านสารเคมีถึง 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

สารเคมีที่ใช้ในอุตสาหกรรม หมายถึง เคมีภัณฑ์อนินทรีย์ เคมีภัณฑ์อินทรีย์และเคมีภัณฑ์อื่นๆ

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 ครัวเรือนในชนบทมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมากขึ้น 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

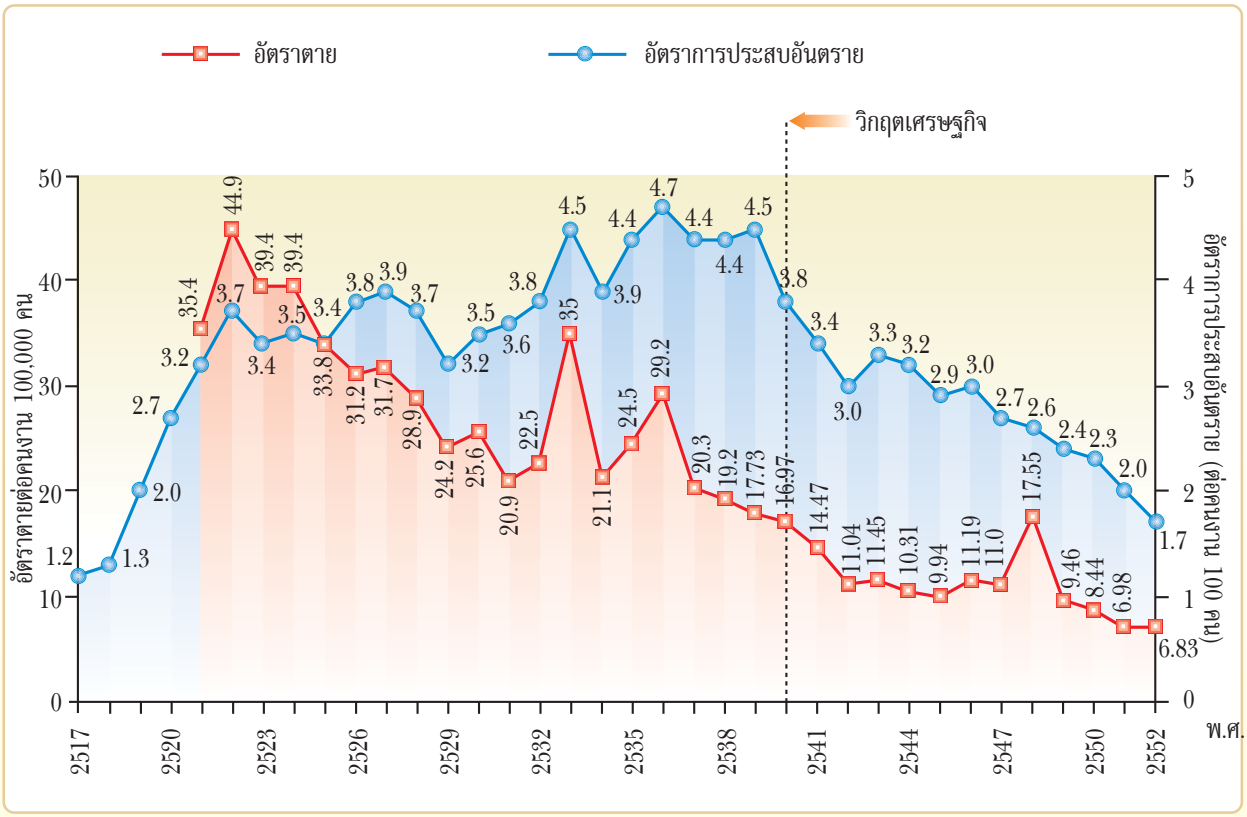
การเพิ่มขึ้นของชุมชนแออัดอย่างรวดเร็ว ทำให้มีปัญหาสิ่งแวดล้อมซึ่งกระทบกับสุขภาพ เช่น การขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาดและได้มาตรฐาน ประกอบกับพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ดี ทำให้อัตราป่วยของโรคอุจจาระร่วงยังคงเพิ่มสูงขึ้นในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเพิ่มจาก 3,031.3 ต่อประชากรแสนคน 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) แต่ยังนับว่ายังมีอัตราสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอุตสาหกรรมที่พัฒนาแล้ว เช่น อังกฤษ มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 1.3 คนต่อคนงาน 100,000 คน และฟินด์แลนด์มีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 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 แต่ก็ควรเร่งดำเนินการหาข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ให้ประชาชนที่เหลือที่ยังไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใด ๆ สามารถเข้าถึงสิทธิได้ อันจะเป็นการคุ้มครองให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น

5.4.3 ความปลอดภัยของอาหารและน้ำ

1) ความปลอดภัยของอาหาร

ปัจจุบันวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชาชนได้เปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารที่บ้านไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป และอาหารพร้อมรับประทาน การปรุงประกอบอาหารที่รวดเร็วในปริมาณมาก จึงมักพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะของสถานประกอบการด้านอาหาร ซึ่งจากการสุ่มตัวอย่างอาหารถุง รวม 4,344 ตัวอย่าง ในแผงลอยจำหน่ายอาหารและซุปเปอร์มาร์เก็ต พบว่า อาหารมีการปนเปื้อนแบคทีเรียและไม่ผ่านเกณฑ์สูงถึง ร้อยละ 35.0 แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขและท้องถิ่นได้มีการปรับปรุงสถานประกอบการด้านอาหารให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วก็ตาม โดยจากการศึกษาสภาวะการณ์ในสถานประกอบการด้านอาหาร พ.ศ. 2552 พบว่า ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารมีการปรับปรุงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (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 แต่สารเร่งเนื้อแดงและยาฆ่าแมลงยังพบในปริมาณสูงโดยเฉพาะในเนื้อสัตว์และผลิตผลทางการเกษตร (ตารางที่ 4.20)

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

สารปนเปื้อน	ก่อนมีโครงการ		เมื่อมีโครงการ (2546)			พ.ศ. 2549			พ.ศ. 2552		
	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	ร้อยละที่พบ	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	พบสารปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่พบสารปนเปื้อน	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	พบสารปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่พบสารปนเปื้อน	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	พบสารปนเปื้อน (ตัวอย่าง)	ร้อยละที่พบสารปนเปื้อน
1. สารเร่งเนื้อแดง	2,132	96.0	1,111	115	10.4	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. ฟอร์มาลิน	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	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ (ตัวอย่าง)	ผักผลไม้ที่มีสารพิษตกค้างเกินมาตรฐาน (ร้อยละ)	หน่วยงานที่สำรวจ	ปีที่สำรวจ
1) อาหารทั่วไป เช่น ผัก ผลไม้และผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	1,521	9.4	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	ปี 2550–2552
2) ผักและผลไม้สด 6 ชนิด ที่จำหน่ายในประเทศ	สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	295	6.9	กรมวิชาการเกษตร	ปี 2550–2552
3) ผักและผลไม้ 12 ชนิด ที่ส่งออกไปต่างประเทศ	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 ร้อยละของประเภทน้ำบริโภคของคนไทย 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		
	ทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ	เมือง	ชนบท	รวมทั้งประเทศ
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 / น้ำบาดาล / น้ำบ่อสาธารณะ	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
แหล่งน้ำตามธรรมชาติ	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 น้ำบ่อบาดาล น้ำบ่อตื้น และน้ำประปา ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐาน ยกเว้นน้ำประปานครหลวง ซึ่งกว่าร้อยละ 70 ได้มาตรฐาน ซึ่งสาเหตุที่ไม่ได้มาตรฐานเนื่องจากมีบัคเตรีปนเปื้อนเกินมาตรฐาน มีการปนเปื้อนด้วยสารเคมี ได้แก่ แคดเมียม เหล็ก ตะกั่ว แมงกานีสและมีปัญหาทางกายภาพไม่เหมาะสมคือ ความขุ่นและสีเกินมาตรฐาน (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 จากรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรของกรมอนามัย พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า น้ำบริโภคยังไม่ได้มาตรฐานเช่นกัน โดยน้ำบริโภคในครัวเรือนยังไม่ได้มาตรฐานร้อยละ 14-22.4 ขณะที่น้ำบริโภคในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรไม่ได้มาตรฐานสูงถึงร้อยละ 31.4-52.3 (ตารางที่ 4.24)

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ประชาชนที่บริโภคน้ำที่ไม่สะอาดและไม่ได้มาตรฐานก็จะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากโรคระบบทางเดินอาหาร 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	
	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน	จำนวนตัวอย่าง	ได้มาตรฐาน
ประปานครหลวง	45	38 (84.4)	27	NA	75	56 (74.7)	118	81 (68.6)	81	70 (86.4)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ประปาส่วนภูมิภาค	129	95 (73.6)	547	276 (50.4)	1,470	713 (48.5)	1,568	1,397 (89.1)	532	294 (55.3)					120	92 (76.7)	-	-	213	110 (51.6)	161	54 (33.5)
ประปาเทศบาล	8	3 (37.5)	68	10 (14.7)	68	-	51	18 (35.3)	161	89 (55.3)	900	442 (49.1)	570	504 (88.4)	203	171 (84.2)	-	-				
ประปาสุขาภิบาล	43	22 (51.2)	327	90 (27.5)	496	232 (46.8)	370	164 (44.3)	51	18 (35.3)					-	-	-	-	-	-	-	-
ประปาหมู่บ้าน	209	102 (48.8)	1,683	399 (23.7)	465	108 (23.2)	3,925	1,103 (28.1)	5,041	2,039 (40.4)	4,246	1,507 (35.5)	2,673	2,297 (85.9)	1,318	760 (57.7)	110	23 (20.9)	162	39 (24.1)	221	29 (13.1)
น้ำบ่อตื้น	NA	NA	365	37 (10.1)	222	28 (12.6)	191	78 (40.8)	125	54 (43.2)	26	7 (26.9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
น้ำบ่อบาดาล	65	27 (41.5)	438	377 (86.1)	355	15 (4.2)	258	62 (24.0)	277	112 (40.4)	280	102 (36.4)	-	-	174	50 (28.7)	-	-	-	-	-	-
น้ำฝน	65	23 (35.4)	495	98 (19.8)	121	6 (5.0)	298	104 (34.9)	90	27 (30.0)	69	19 (27.5)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
น้ำดื่มบรรจุขวด	1,462	968 (66.2)	407	286 (70.3)	3,225	2,837 (88.0)	4,496	3,167 (70.4)	3,766	2,329 (61.8)	1.033	788 (76.3)	3,551	2,383 (67.1)	2,996	2,121 (70.8)	232	209 (90.1)	218	194 (89.0)	420	362 (86.2)
น้ำแข็งหลอด	32	9 (28.1)	42	30 (71.4)	187	170 (90.9)	401	203 (50.6)	335	174 (51.9)	285	138 (48.4)	299	156 (52.2)	273	170 (62.3)	155	106 (68.4)	157	115 (73.2)	164	122 (74.4)

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 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในระดับดีที่สุด เน้นการวัดผลลัพท์ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน

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 ขณะที่พื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจัดเก็บขยะได้เพียงครึ่งเดียว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนในส่วนภูมิภาค เนื่องจากถูกรบกวนด้วยกลิ่นเหม็นของขยะและปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมา

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

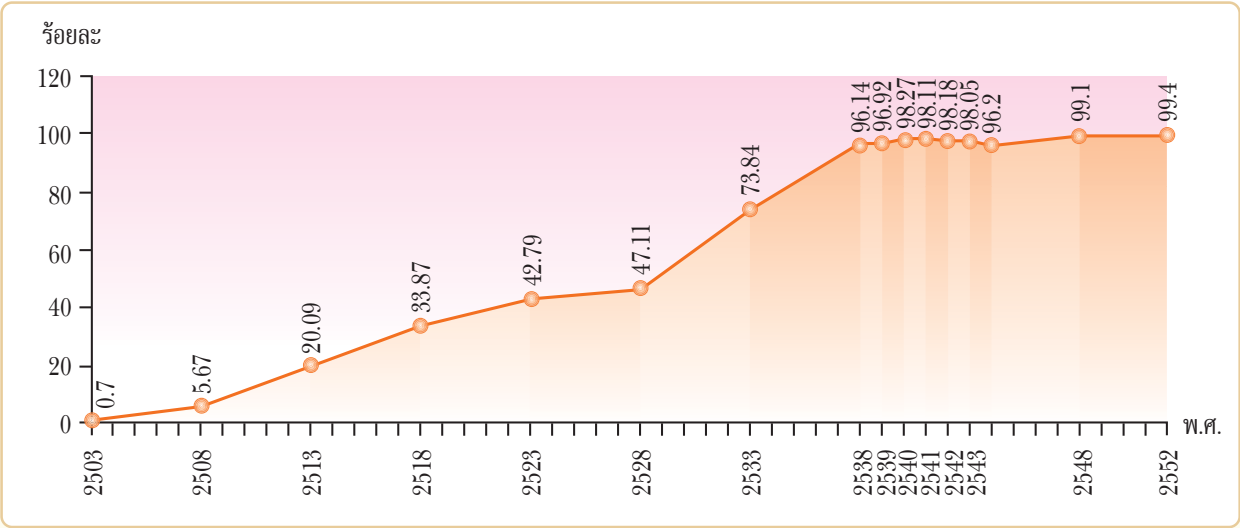
พื้นที่ / พ.ศ.	กรุงเทพมหานคร		เขตเทศบาลรวมเมืองพัทยา		เขตสุขาภิบาล		นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล		รวม	
	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลดร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลดร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลดร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลดร้อยละ	ปริมาณมูลฝอย (ล้านตันต่อปี)	เพิ่ม/ลดร้อยละ
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: สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2542 สุขาภิบาลได้รับการยกฐานะเป็นเทศบาลทั้งหมด ดังนั้นตัวเลขจึงไปรวมอยู่ที่เทศบาล

ส่วนสิ่งปฏิกูลตามบ้านเรือนในเขตเมือง จะพบปัญหาการขนถ่ายและปล่อยทิ้งอย่างไม่ถูกสุขลักษณะ สำหรับเขตชนบทใน พ.ศ. 2552 ครัวเรือนมีส้วมถูกสุขลักษณะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 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 อัตราการมีส้วมถูกสุขลักษณะ 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 ผลการสำรวจสถานการณ์ส้วมสาธารณะไทยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 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
ส้วมริมทางเท้า	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. การราดน้ำ	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 ส่งผลให้ภาพลักษณ์เสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงมากจาก 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 เพราะมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนและการใช้กำลังในการตัดสินปัญหามากกว่าการใช้สันติวิธีภายใต้ระบอบประชาธิปไตย

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

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการบริหารประเทศทำให้การขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ 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 ขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานของระบบราชการอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและประชาชนมีความพึงพอใจในด้านการบริการของหน่วยงานราชการ ร้อยละ 80.2 ดังรายละเอียดผลสำเร็จของการพัฒนาในแต่ละด้าน ดังตารางที่ 4.30

นอกจากนี้ หน่วยงานราชการของไทยได้มีการปรับปรุงและพัฒนาระบบการให้บริการอย่างประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ อาทิเช่น กรมสรรพากรได้รับรางวัลชนะเลิศ eASIA Award ประเภทธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ภาครัฐ และโรงพยาบาลยโสธร 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. ขั้นตอนและระยะเวลาการปฏิบัติราชการเพื่อให้บริการประชาชนลดลงได้มากกว่าร้อยละ 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. กฎหมายที่ไม่มีความจำเป็นหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ ได้รับการปรับปรุงแก้ไขหรือยกเลิก (Deregulation) จำนวนไม่น้อยกว่า 100 ฉบับ ภายใน พ.ศ. 2550	มากกว่า 100 ฉบับ

ตารางที่ 4.30 ผลการพัฒนาระบบราชการ (ต่อ)

เป้าประสงค์หลัก	ตัวชี้วัด	ผลดำเนินการ
	งบประมาณแผ่นดิน	
	- รักษาสัดส่วนเงินงบประมาณแผ่นดินต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมรายได้ประชาชาติ ไม่ให้เกินร้อยละ 18 โดยเฉลี่ยในช่วงปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550	เฉลี่ยร้อยละ 17.80
	ขนาดกำลังคนภาครัฐ	
	- ปรับลดจำนวนข้าราชการลง อย่างน้อยร้อยละ 10 ภายใน พ.ศ. 2550 และ/หรือเพิ่มความสามารถของกำลังคนให้ได้ในระดับเดียวกัน	ลดลงร้อยละ 9.72
3. ยกระดับขีดความสามารถและมาตรฐานการทำงานให้อยู่ในระดับสูงและเทียบเท่าเกณฑ์สากล	1. แต่ละหน่วยงานราชการได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (เฉพาะเรื่องการลดขั้นตอนงานบริการ) อย่างน้อย 1 กระบวนงานหลัก ภายใน พ.ศ. 2550	รับรองครบทุกส่วนราชการ
	2. ข้าราชการได้รับการพัฒนาขีดความสามารถ (Competencies) ตรงตามที่กำหนดไว้อย่างน้อยร้อยละ 80 โดยเฉลี่ยภายใน พ.ศ. 2550	ร้อยละ 80
	3. ส่วนราชการอย่างน้อยร้อยละ 90 ได้รับการพัฒนาการให้บริการหรือสามารถดำเนินงานในรูปแบบรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ได้ ภายใน พ.ศ. 2550	ดำเนินการครบทุกส่วนราชการ
4. ตอบสนองต่อการบริหารการปกครองในระบอบประชาธิปไตย	1. ประชาชนร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย มีความเชื่อมั่นศรัทธาเกี่ยวกับความโปร่งใสและใสสะอาด(เฉพาะในเรื่องคุณภาพการให้บริการ) ในวงราชการไทย ภายใน พ.ศ. 2550	ร้อยละ 80.92
	2. หน่วยงานราชการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้วางมาตรการหรือดำเนินกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมภายใน พ.ศ. 2550	ดำเนินการทุกส่วนราชการ
	3. ปัญหาความขัดแย้งหรือกรณีข้อพิพาทร้องเรียนระหว่างฝ่ายปกครอง และประชาชนเพิ่มขึ้น ไม่เกินร้อยละ 20 ต่อปี โดยเฉลี่ยในช่วงปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ.2550 (เน้นความพร้อมของทั้งสองฝ่ายที่พร้อมจะร่วมกันเพื่อแก้ไขความขัดแย้ง)	(ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 81 ของทั้งสองฝ่ายที่พร้อมร่วมแก้ปัญหาความขัดแย้ง)

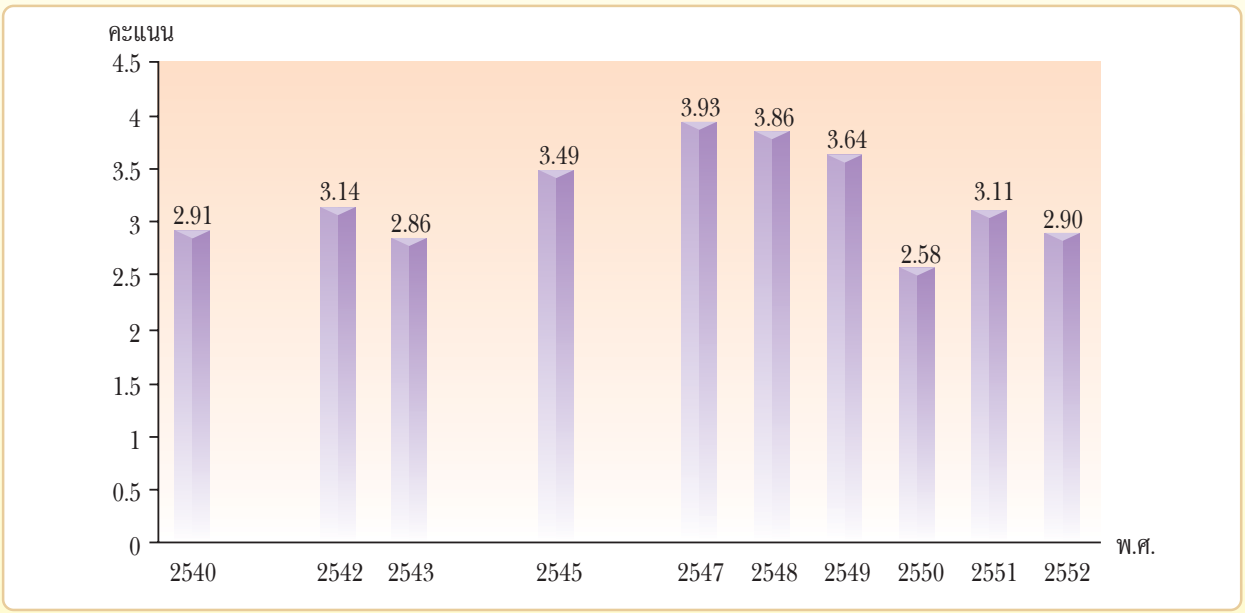
ที่มา: แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2555), สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

การปรับเปลี่ยนระบบราชการเข้าสู่การบริหารงานตามแนวทางของราชการยุคใหม่ จะส่งผลให้สถานบริการสุขภาพภาครัฐต้องเร่งพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

6.2.2 ประสิทธิภาพของระบบราชการต่อการพัฒนาธุรกิจของไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ

ประสิทธิภาพการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐที่ต่ำ มีผลทำให้ต้นทุนในการประกอบธุรกิจของภาคเอกชนเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ เสาวนีย์ ไทยรุ่งโรจน์ และคณะ พบว่า ผู้ประกอบธุรกิจต้องสิ้นเปลืองเวลาในการติดต่อกับหน่วยงานราชการมาก เฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 14 ของเวลาทั้งปี โดยหน่วยธุรกิจขนาดเล็กเสียเวลามากกว่าธุรกิจขนาดกลางและขนาดใหญ่[10] 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 ขีดความสามารถและอันดับในการแข่งขันด้านประสิทธิภาพของระบบราชการไทยต่อการพัฒนาธุรกิจ พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



พ.ศ.	2540	2542	2543	2545	2547	2548	2549	2550	2551	2552
อันดับความสามารถในการแข่งขันของไทยด้านประสิทธิภาพของระบบราชการไทยต่อการพัฒนาธุรกิจ	28	24	31	24	19	16	21	34	21	20

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

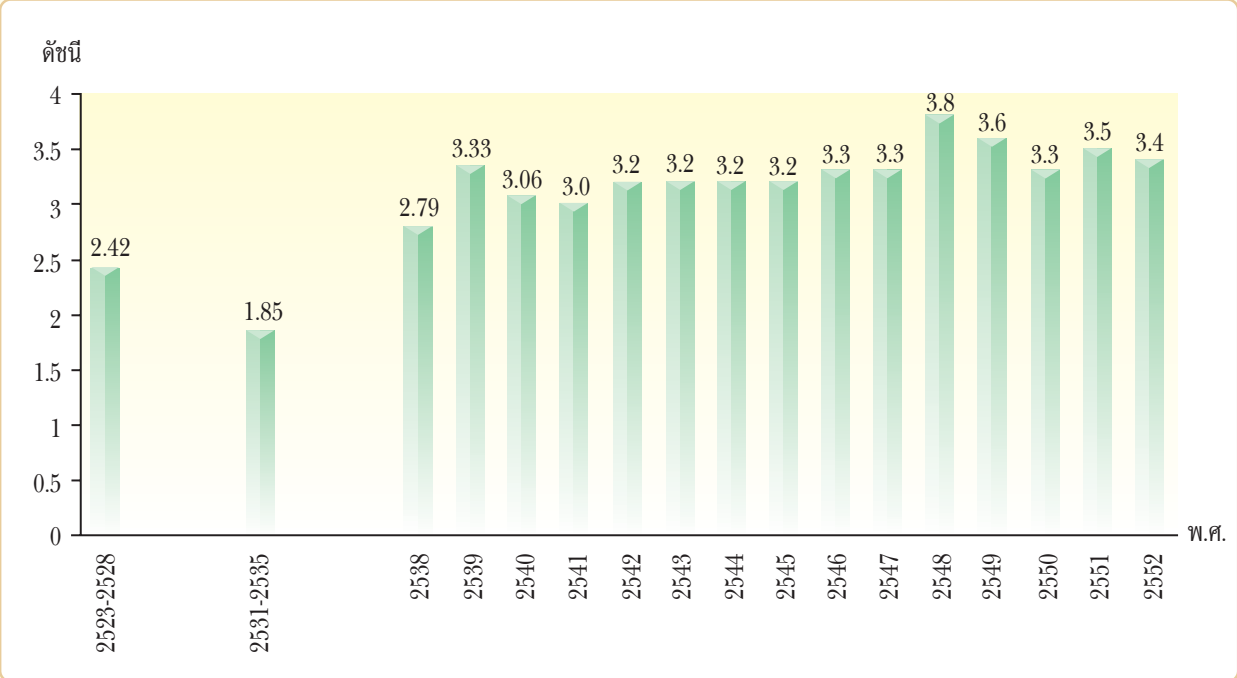
กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2540			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2542			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2545			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2547			กลุ่มประเทศ	พ.ศ. 2552		
	อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน		อันดับจริง	อันดับในกลุ่ม	คะแนน
ASEAN				**ASEAN**		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

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

6.2.3 ความโปร่งใสและการทุจริตคอรัปชั่นของหน่วยงานภาครัฐ

เนื่องจากรัฐเป็นผู้ผูกขาดบริการสาธารณะจึงยากแก่การตรวจสอบและเกิดการรั่วไหลสิ้นเปลือง ประกอบกับการที่ข้าราชการมีรายได้ ค่าตอบแทนต่ำและมีภาระหนี้สินรุงรัง ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่เป็นการหารายได้ในทางทุจริต ก่อให้เกิดปัญหาด้านความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชั่นในระบบราชการ โดยระบบตรวจสอบ เช่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินและสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการประพฤติมิชอบในวงราชการ ไม่เข้มแข็งเพียงพอ ซึ่งจากการสำรวจขององค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ ใน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2548 พบว่า ไทยมีความโปร่งใสและมีภาพลักษณ์การทุจริตคอร์รัปชั่นมีแนวโน้มดีขึ้นจาก 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 ไทยยังมีความโปร่งใสค่อนข้างต่ำและมีภาพลักษณ์การทุจริตคอร์รัปชั่นสูงกว่าประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย (ตารางที่ 4.32)

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



ที่มา: Transparency International, 1998-2009

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

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

ที่มา: Transparency International และ Dr. Johann Graf Lambsdarff Gottingen University, Germany, 1998-2009

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

2. รายงานการสำรวจที่ใช้วัดดัชนีคอร์รัปชั่น ประเมินจากผลงานของแต่ละประเทศ ซึ่งต้องใช้รายงานการสำรวจอย่างน้อยตั้งแต่ 3 รายงานขึ้นไป

6.3 การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 พบว่า สามารถถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพียง 180 ภารกิจ จากภารกิจที่กำหนดไว้ (244 ภารกิจ) โดยการถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมถึงการศึกษาและสาธารณสุขยังดำเนินงานได้ช้าเนื่องจากมีปัญหาในทางปฏิบัติมาก ทั้งปัญหาด้านความสมัครใจ ความไม่พร้อมของบุคลากรที่จะถ่ายโอน รวมทั้งบุคลากรที่จะโอนย้ายไม่ตรงกับความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแนวคิดที่ต้องการให้การดูแลสาธารณสุขเป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด 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 เนื่องจากได้มีการนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาใช้ในการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคมากขึ้นอย่างเสรี 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 ไขกระดูก รักษาโรคด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell) เพื่อช่วยผู้ป่วยโรคหัวใจมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น การ Recombinant DNA, Polymerase Chain Reaction (PCR), Genomics ทำให้เกิดวัคซีนและยาใหม่ และการปลูกพืชดัดแปรพันธุกรรม 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 โดยไม่ต้องผ่าตัดหรือสร้างอนุภาคขนาดเล็กมาใช้ในการนำยาไปรักษาในจุดที่เป็นโรคโดยไม่มีผลข้างเคียงต่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีดังกล่าวส่งผลให้ไทยมีการนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างอิสระและไร้ขีดจำกัด โดยไม่มีกลไกการกลั่นกรองตรวจสอบความเหมาะสมของเทคโนโลยีราคาแพงที่นำเข้ามา อีกทั้งผู้กำหนดนโยบายก็ขาดข้อมูลที่มีหลักฐานเพื่อมาประกอบการตัดสินใจในการเลือกใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ทำให้ขาดการพิจารณาเลือกรับอย่างเหมาะสมประกอบกับยังไม่มีกฎหมายที่มาควบคุมดูแลการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสม ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว 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 ส่งผลให้มีการใช้งานอย่างไม่คุ้มค่าต่อการลงทุนทำให้แพทย์สั่งการตรวจรักษาโดยไม่คำนึงถึงความคุ้มค่าเป็นผลลบต่อจริยธรรมวิชาชีพ รวมทั้งความเชื่อถือของประชาชนผู้รับบริการสุขภาพและยังต้องลงทุนในการพัฒนาบุคลากรรวมทั้งต้องเฝ้าระวังพิษภัยอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ราคาแพง นอกจากนี้ ทำให้เกิดปัญหาการกระจายเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยมีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ (ดูบทที่ 6 หัวข้อ 3 เทคโนโลยีทางสุขภาพ) และส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้มีรายได้น้อยและผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่ต้องมีการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่มีราคาแพง เช่น ผู้มีรายได้น้อยไม่มีสิทธิรับบริการล้างไต ในกรณีที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในขณะที่ผู้ประกันตนภายในระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการและพนักงานของรัฐจะได้รับสิทธิดังกล่าว

8. พฤติกรรมสุขภาพ

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

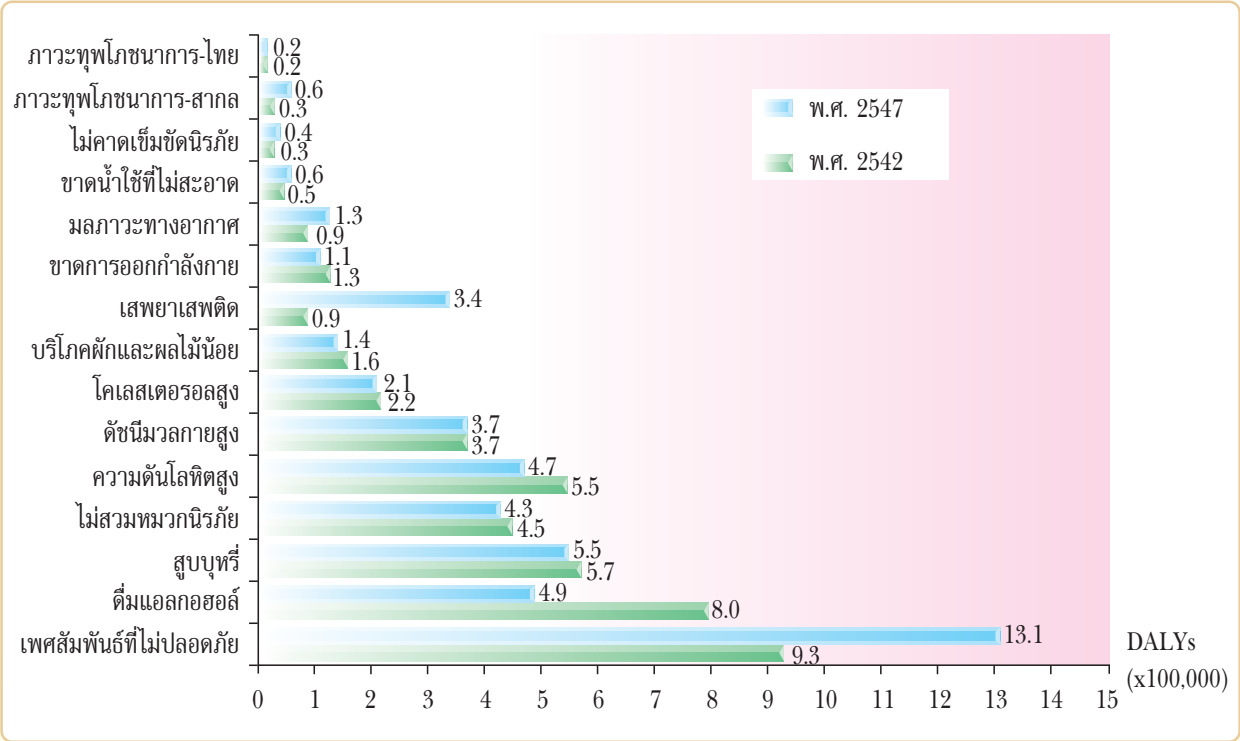
ตารางที่ 4.33 ปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรก (ร้อยละของปีการสูญเสียสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years-DALYs) ใน 3 กลุ่มประเทศ จำแนกตามรายได้ พ.ศ. 2547

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	สารผิดกฎหมาย	2.1
9	น้ำตาลในเลือดสูง	1.9	ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ	2.3	ความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ	1.5
10	การขาดธาตุสังกะสี	1.7	น้ำและสุขอนามัยที่ไม่สะอาด	2.0	การบริโภคผักและผลไม้น้อย	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 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ก่อให้เกิดโรคหลายชนิดมาศึกษารวม 15 ปัจจัย ผลการศึกษาเมื่อจำแนกภาระโรคของเพศชายกับเพศหญิงแล้วพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศชาย ขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและดัชนีมวลกายสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศหญิง อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาปัจจัยเสี่ยงบางประการ ได้แก่ การบริโภคผักและผลไม้น้อย การมีดัชนีมวลกายสูง ระดับโคเลสเตอรอลสูง รวมถึงความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่าเป็นกลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดภาระโรคทั้งสิ้น กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบภาระโรคใน พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในเรื่องความดันโลหิตสูง การมีดัชนีมวลกายสูง การมีระดับโคเลสเตอรอลสูง และการบริโภคผักและผลไม้น้อย ทำให้มีความสูญเสียปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนแต่ส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งสิ้น (ภาพที่ 4.30)

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



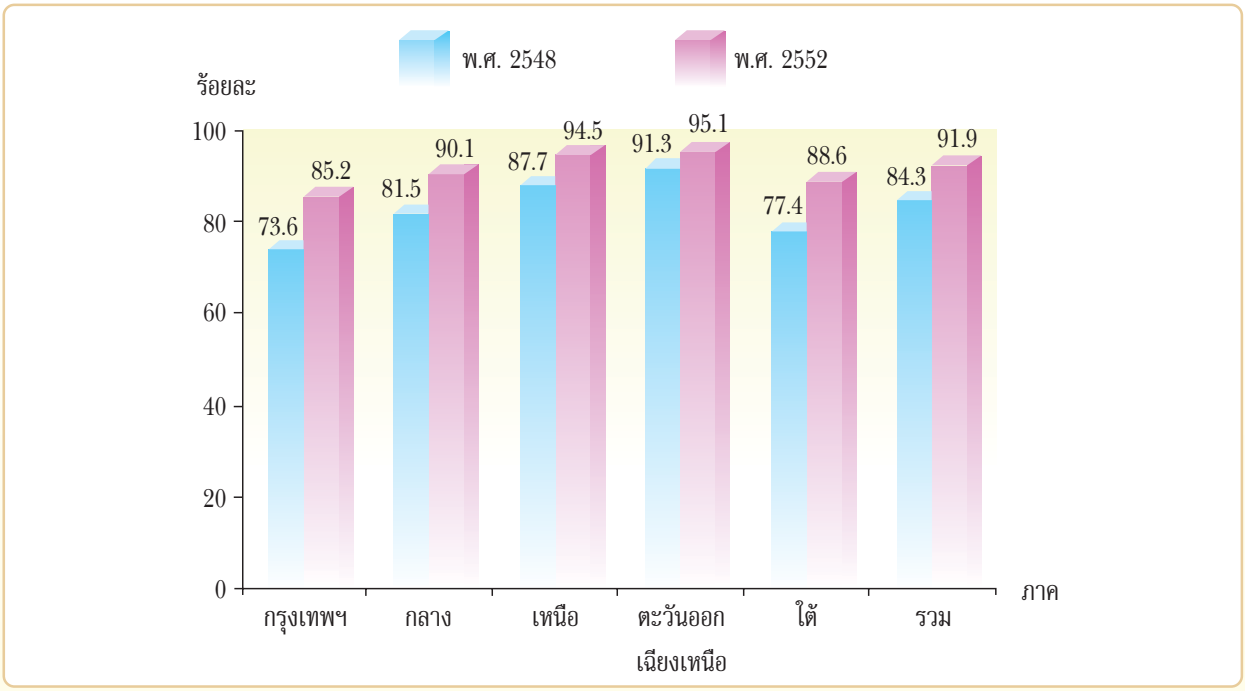
ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

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)

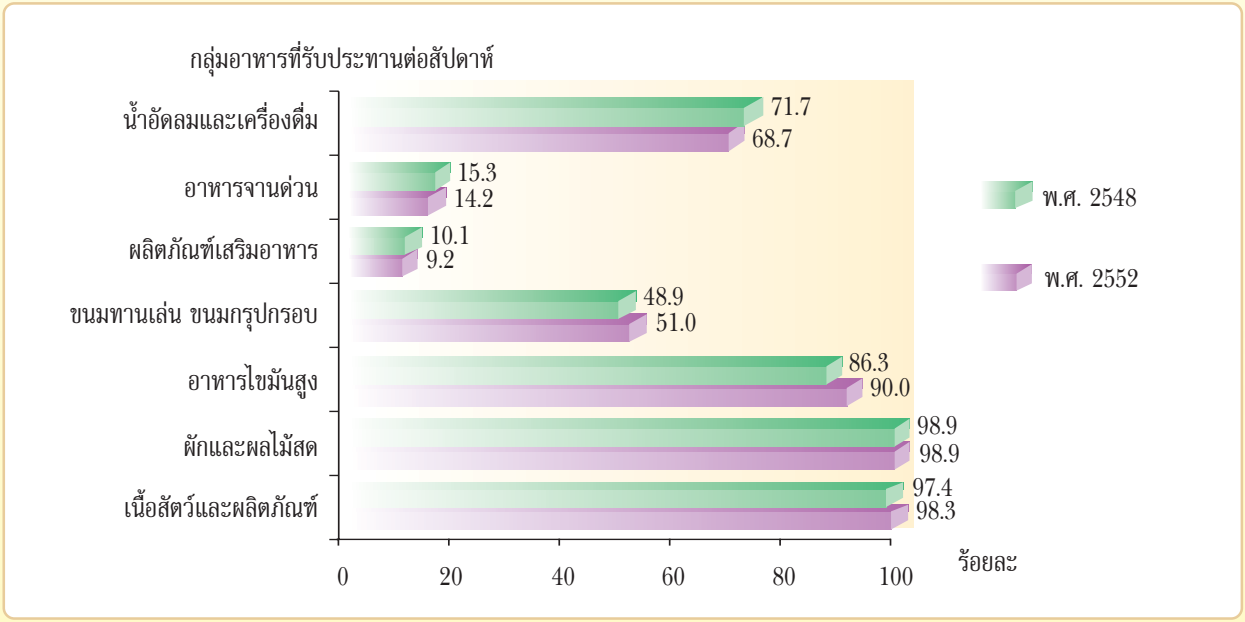
ภาพที่ 4.31 เปรียบเทียบสัดส่วนของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่บริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2552



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

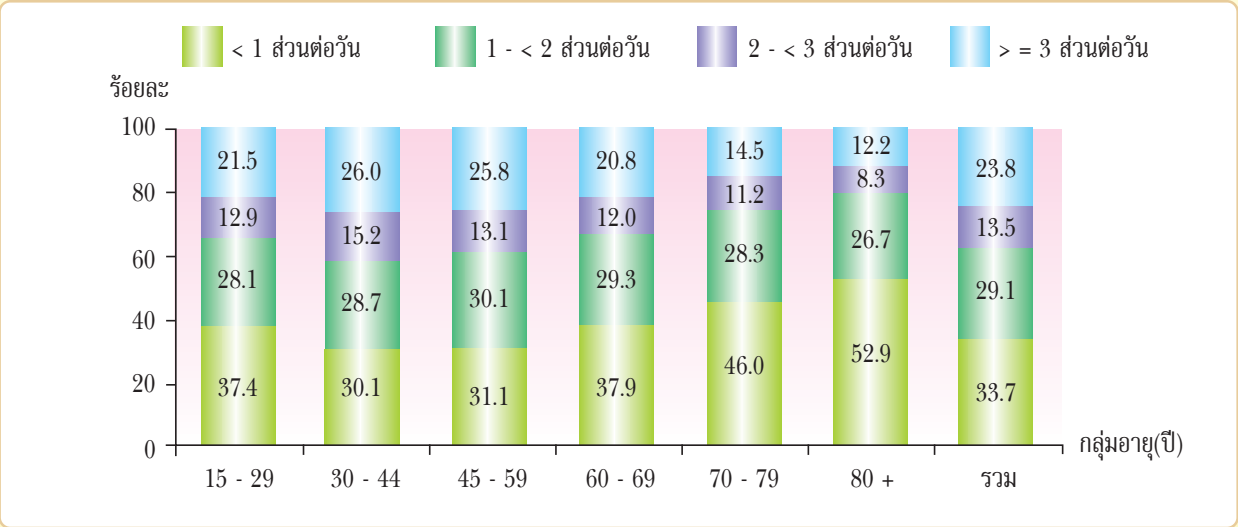
2. รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการและการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

8.1.2 กลุ่มอาหาร / ประเภทอาหารที่บริโภค

1) การบริโภคผักและผลไม้

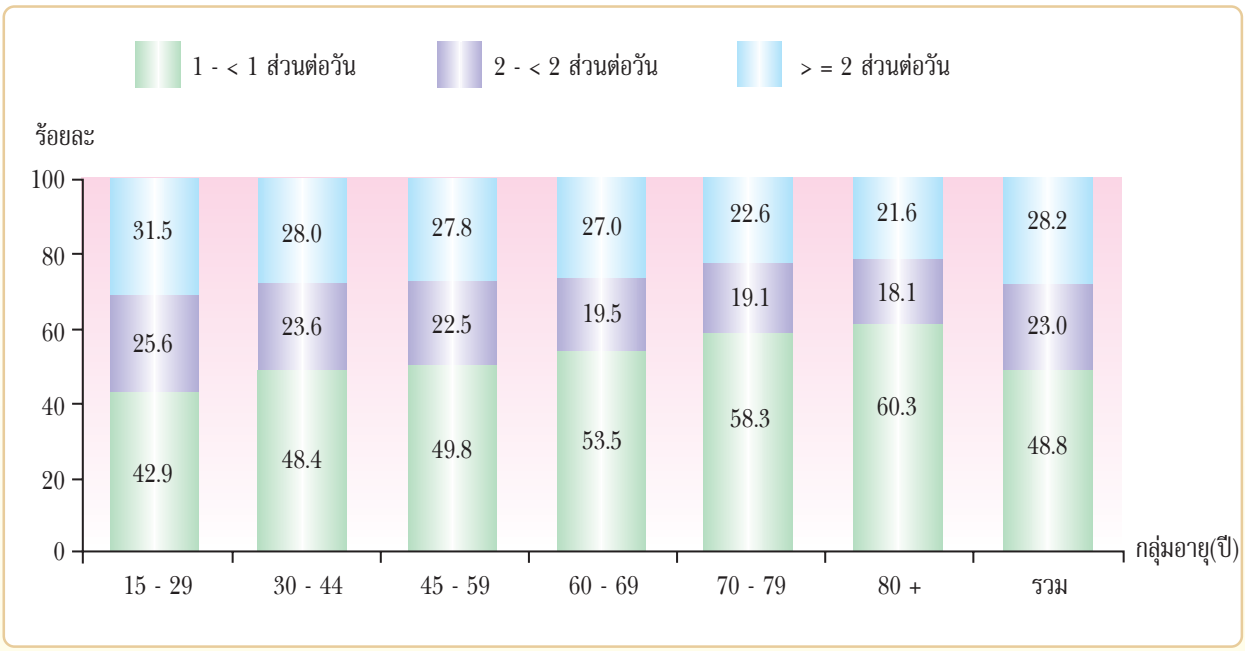
ข้อมูลผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของสำนักงานสถิติแห่งชาติจะพิจารณา เฉพาะความถี่ในการบริโภค แต่เมื่อพิจารณาถึงปริมาณการบริโภคต่อวัน ในกลุ่มอาหารประเภทผักและผลไม้ โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกคือ บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณไม่ต่ำกว่า 600 กรัม/คน/วัน จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 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 เมื่อเปรียบเทียบกับการกินผักผลไม้ในการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่าสัดส่วนการกินผักและผลไม้อย่างเพียงพอตามข้อแนะนำ (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

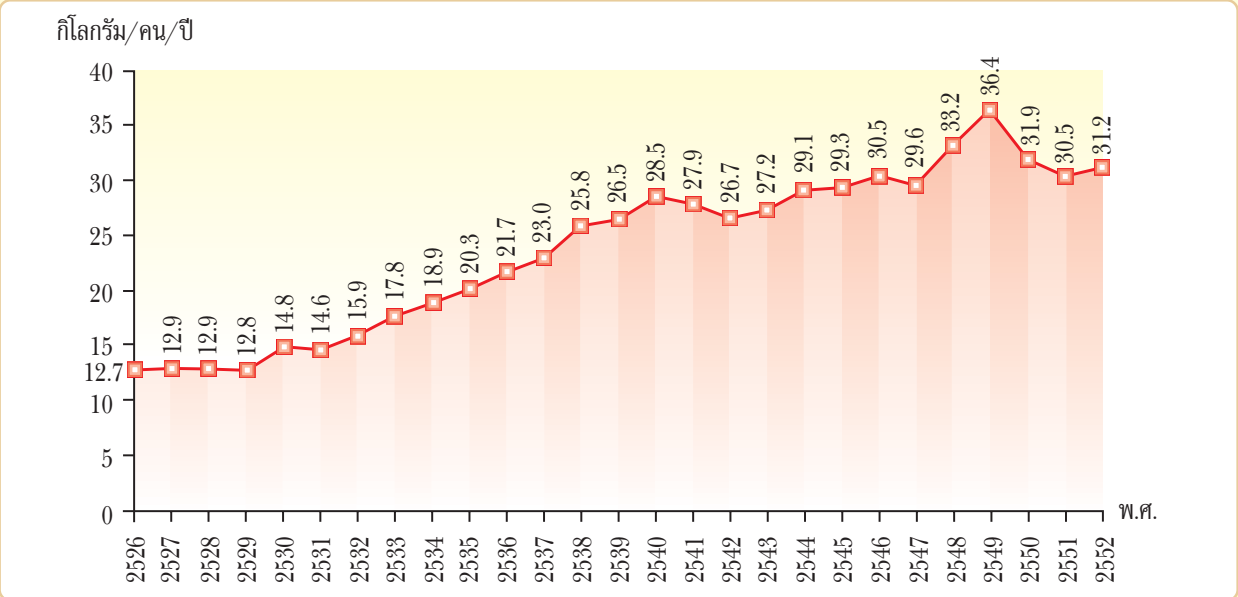
ความถี่ในการบริโภค	เพศ				รวม	
	ชาย		หญิง		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 มื้อ	87	3.6	87	3.2	174	3.4
น้อยกว่าวันละ 1 มื้อ	381	15.8	343	12.6	724	14.1
วันละ 1 มื้อ	848	35.1	896	33.0	1,744	34.0
วันละ 2 มื้อ	684	28.3	849	31.3	1,533	29.9
วันละ 3 มื้อ	417	17.2	539	19.9	956	18.6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

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

2) การบริโภคแป้งและน้ำตาล

คนไทยมีแนวโน้มการบริโภคน้ำตาลและอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนในช่วงกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เพิ่มสูงขึ้นเกือบ 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 ที่พบว่าเด็กและเยาวชนเกือบ 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

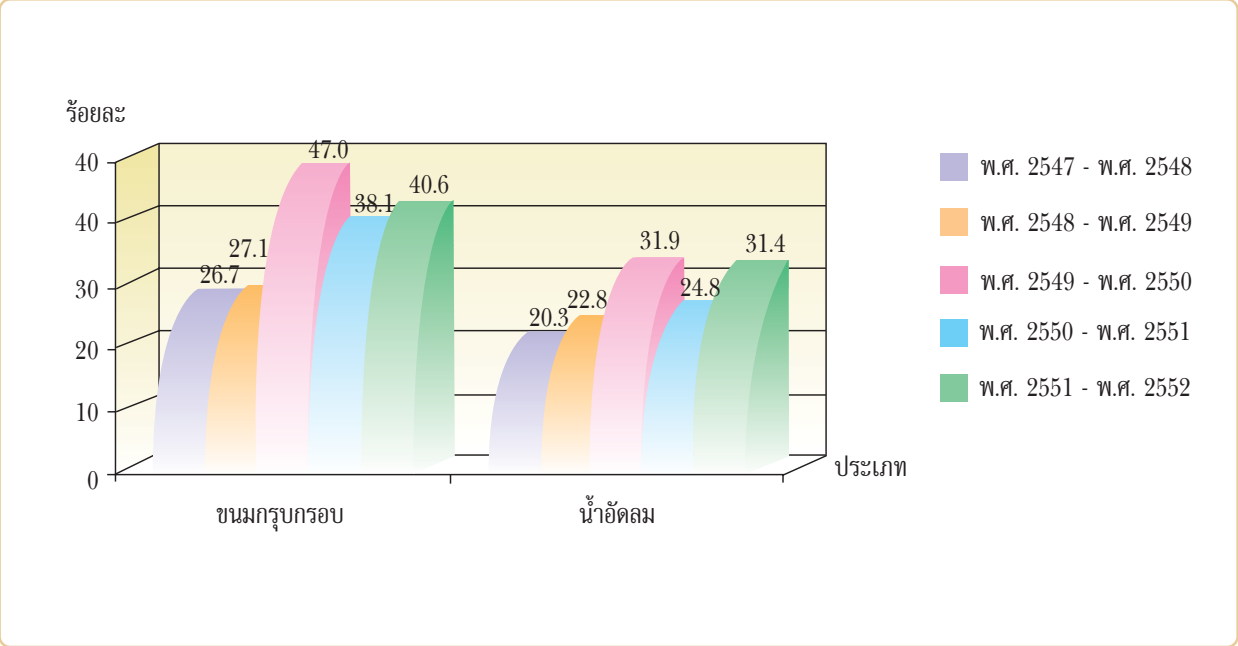
กลุ่มอายุ	ร้อยละที่ชอบบริโภคอาหารรสหวาน
6-14 ปี	18.3
15-24 ปี	9.9
25-59 ปี	7.2
60 ปีขึ้นไป	5.8

ที่มา: โครงการ Child Watch 2549 - 2550, สถาบันรามจิตติ

3) การบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลม

การบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามความสะดวกในการซื้อหา และความหลากหลายของชนิดและประเภทที่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจสภาวการณ์เด็กและเยาวชนใน 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 ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวของเยาวชนในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา และกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2547 พบว่า การโฆษณาผ่านสื่อต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการตัดสินใจซื้อขนมขบเคี้ยวของเยาวชน ดังนั้น อาจสรุปได้ว่ามีความเชื่อมโยงระหว่างการกระตุ้นพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลมโดยการโฆษณา

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



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

ตารางที่ 4.38 มูลค่าการโฆษณาน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยว พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552

หน่วย : พันบาท

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
มูลค่าการโฆษณาน้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยว	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 อาหารจานด่วนได้เข้าสู่วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชน[11] ซึ่งจากการสำรวจชีวจิตโพลของคนกรุงเทพมหานคร 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:
- รายงานการสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548 (พฤติกรรมการบริโภคอาหาร), สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- รายงานการสำรวจอนามัยสวัสดิการและการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

[11] รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. โลกานุวัฒน์กับสังคมเศรษฐกิจไทยอาหาร. ในสังสิต พิริยะรังสรรค์ และผาสุก พงษ์ไพจิตร(บรรณาธิการ). โลกานุวัฒน์กับสังคมเศรษฐกิจไทย, 2538

นอกจากนี้ การมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้นจึงมีการย้ายไปพึ่งอาหารพร้อมปรุง อาหารกึ่งสำเร็จรูปมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มพบทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อพิจารณาการใช้จ่ายเรื่องอาหารพบว่า คนกรุงเทพฯ ใช้จ่ายสำหรับอาหารสำเร็จรูปหรือปรุงสำเร็จประมาณร้อยละ 50 ของการใช้จ่ายด้านอาหาร ขณะที่เขตชนบทพบร้อยละ 20[12]

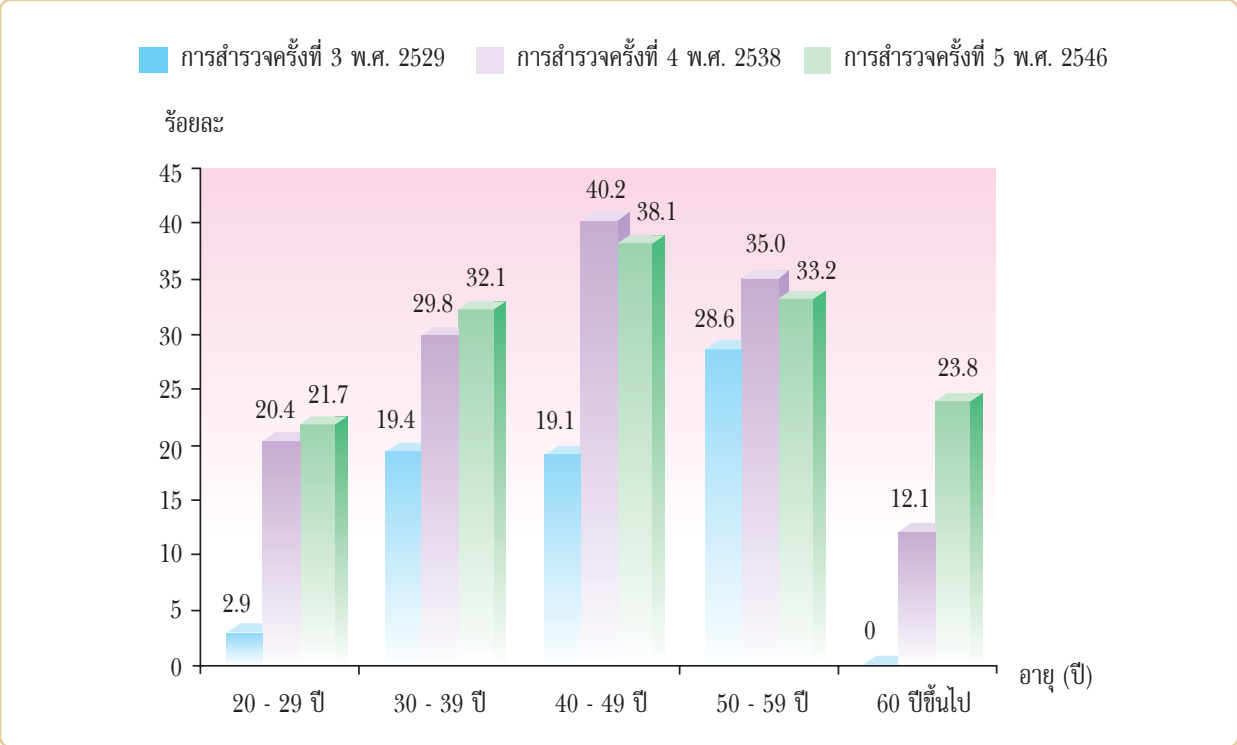
8.1.3 ผลของการบริโภคอาหารที่มีผลต่อสุขภาพ

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 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ 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 ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.41)

---

[12] พัตธนี วินิจจะกูล 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 ≥ 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
สเต็ก/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 กล้วยทอด	96.2
- รับประทานอาหารและขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ	91.8
- รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง กระเทียมดอง	91.8
- เติมน้ำตาล เพิ่มรสในอาหาร	86.1
- รับประทานข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หอยทอด ผัดไท	85.1
- เติมน้ำปลาหรือซอสปรุงรสเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน	82.5
- รับประทานขนมหวานจัด เช่น ทองหยอด ฝอยทอง ฟักเชื่อม	75.8

ที่มา: รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2551, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 4.43 การเปลี่ยนแปลงระดับและความชุกของปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย (อายุ 35 - 59 ปี)

ปีที่สำรวจ	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 1 (พ.ศ.2534-2535)	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2539-2540)	การศึกษา Inter ASIA (พ.ศ.2543-2544)	การสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 3 (พ.ศ.2546-2547)	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 ซี่/คน (ตารางที่ 4.44 และ 4.45) และใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2551 กรมอนามัยได้ดำเนินการสำรวจทันตสุขภาพของจังหวัดต่างๆ พบว่า มีผู้ปราศจากฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี เพียงร้อยละ 40 เท่านั้น[13]

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

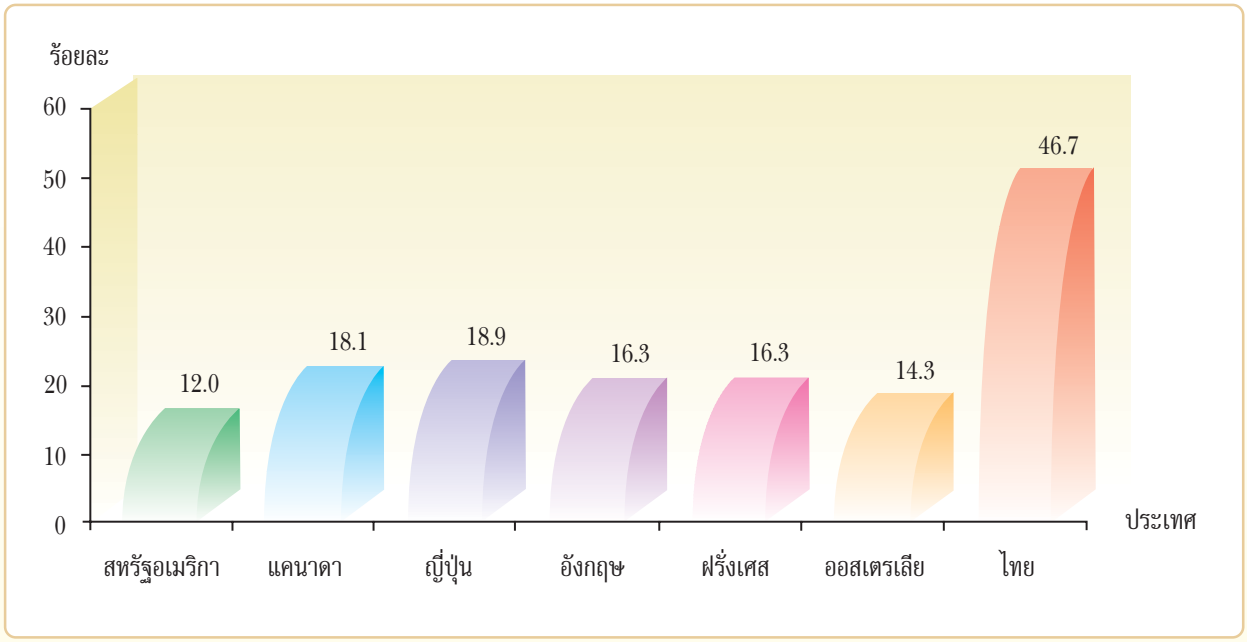
หมายเหตุ: * ฟันน้ำนม ** ฟันผสม (ฟันแท้และฟันน้ำนม) กลุ่มที่เหลือเฉพาะฟันแท้

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 มูลค่าการบริโภคนี้มีอัตราเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพและอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ

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 (ร้อยละของมูลค่ายาทั้งหมด)

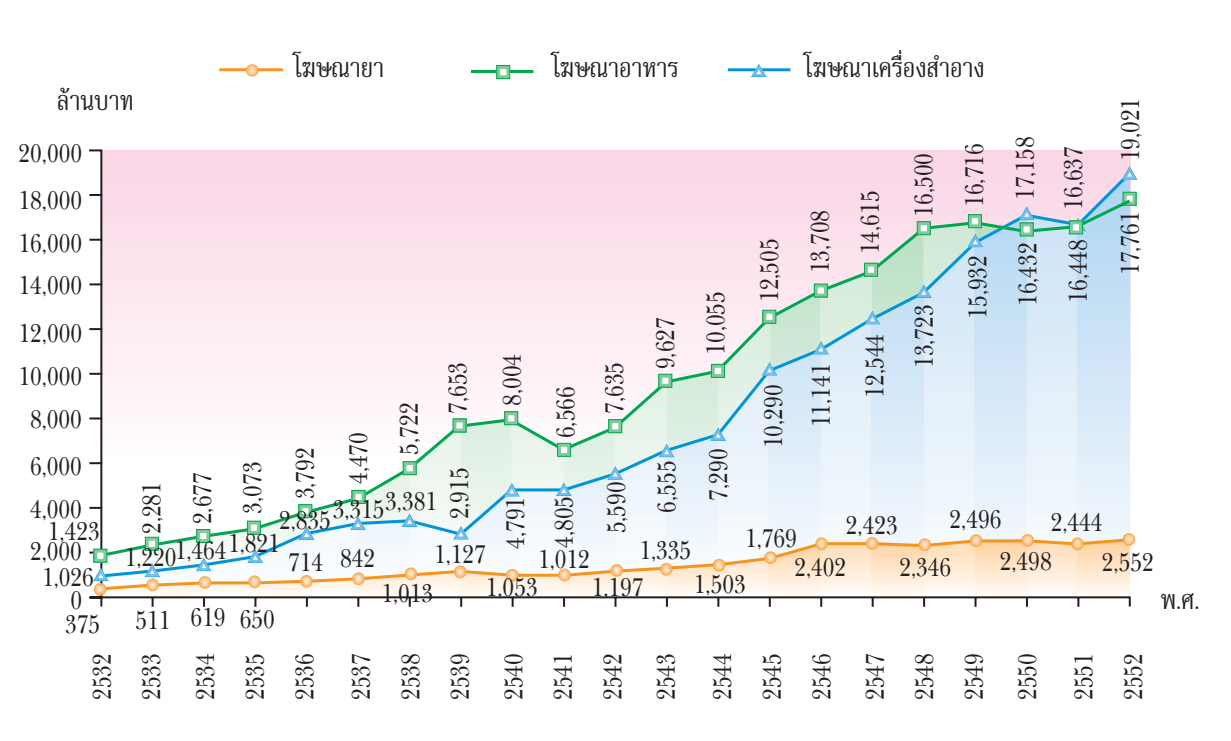
ประเภท	พ.ศ.2537 (ร้อยละ)	พ.ศ.2538 (ร้อยละ)	พ.ศ.2539 (ร้อยละ)	พ.ศ.2540 (ร้อยละ)	พ.ศ.2541 (ร้อยละ)	พ.ศ.2542 (ร้อยละ)	พ.ศ.2543 (ร้อยละ)	พ.ศ.2544 (ร้อยละ)	พ.ศ.2545 (ร้อยละ)	พ.ศ.2546 (ร้อยละ)	พ.ศ.2547 (ร้อยละ)	พ.ศ.2548 (ร้อยละ)	พ.ศ.2549 (ร้อยละ)	พ.ศ.2550 (ร้อยละ)	พ.ศ.2551 (ร้อยละ)	พ.ศ.2552 (ร้อยละ)
ร้านขายยา	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											
อื่น ๆ	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 ทีวี 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 มูลค่าการโฆษณายา 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 น้ำมันสำหรับปรุง อาหาร 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 โดยจำนวนผู้สูบบุหรี่ค่อนข้างคงที่หรือไม่เพิ่มขึ้น ที่ชัดเจนคือ 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 ของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบปัจจุบันชนิดมีควันคิดจะเลิกสูบ และ 5 ใน 10 ของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (รวมผู้ใช้ปัจจุบันและเพิ่งเลิกไม่ถึง 12 เดือน) เคยเลิกสูบในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา (ตารางที่ 4.52) นอกจากนี้ ยังพบว่า คนทำงาน 3.3 ล้านคน (ร้อยละ 27.2) ได้รับควันบุหรี่ในสถานที่ทำงาน และมีประชากรถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 39.1) ได้รับควันบุหรี่ในบ้าน (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

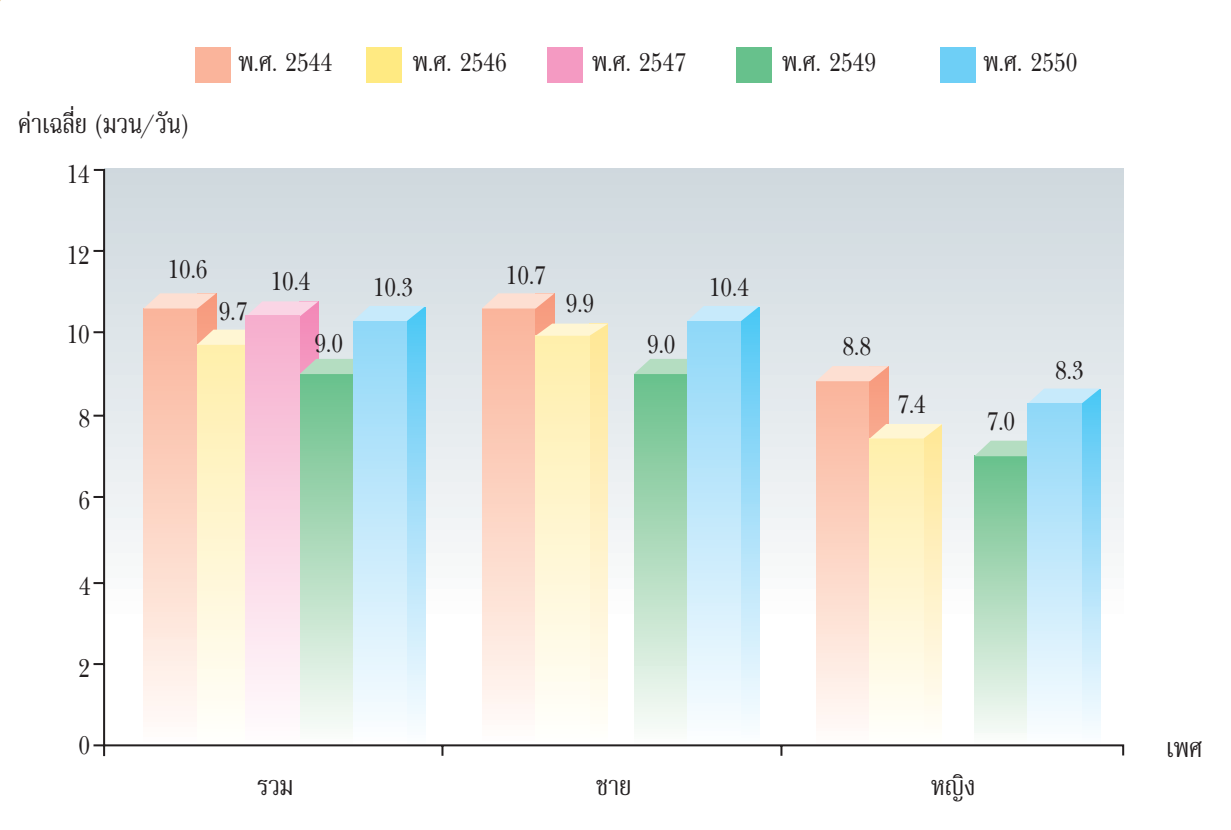
ตารางที่ 4.49 จำนวนผู้สูบบุหรี่และสัดส่วนของการเป็นผู้สูบบุหรี่ พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2552

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 ค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของประชากรที่มีอายุ 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 สัดส่วนการตลาดของบุหรี่โรงงานยาสูบและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552

ปีงบประมาณ	สัดส่วนการตลาด (ร้อยละ)	
	บุหรี่โรงงานยาสูบ	บุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ
2534	99.4	0.6
2535	97.4	2.5
2536	97.2	2.8
2537	97.0	3.0
2538	96.7	3.2
2539	96.8	3.1
2540	95.9	4.1
2541	91.5	8.4
2542	86.4	13.5
2543	86.7	13.3
2544	85.0	15.0
2545	84.7	15.3
2546	85.9	14.1
2547	80.1	19.9
2548	77.7	22.3
2549	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/ไปรักษาที่สถานพยาบาลในรอบ 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) สุรานำเข้ามีส่วนแบ่งของตลาดเป็นลำดับที่สาม (ตารางที่ 4.55) ทั้งนี้ เนื่องจากใน พ.ศ. 2535 รัฐบาลประกาศนโยบายการค้าเสรี ทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้มีโรงงานผลิตเบียร์เกิดขึ้นอีกหลายแห่ง รวมทั้งราคาที่ถูกกว่าทำให้ยอดจำหน่ายหรือปริมาณการบริโภคเบียร์เพิ่มขึ้นจนสูงกว่าสุรา อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2551 ประมาณการปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย ลดลงทุกประเภทสาเหตุอาจจะเนื่องมาจาก สภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่อยู่ในภาวะถดถอยควบคู่กับการดำเนินการมาตรการต่างๆ ของภาครัฐและประชาคม เช่น การขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 การรณรงค์ลด ละ เลิก เหล้า เป็นต้น

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

พ.ศ.	ปริมาณการจำหน่าย (ล้านลิตร)						ปริมาณการผลิต/นำเข้า (ล้านลิตร)		ยอดรวมสุรากลั่น (ล้านลิตร)	ยอดรวมปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท (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	01	0.0
2551	65.9	19.7	7.0	5.0	2.0	0.4	0.1	0.0

ที่มา: กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง

อนึ่ง ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบสอดคล้องกันคือ สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 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) ผู้หญิงมีแนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นหญิง (อายุ 15-19 ปี) ที่หันมาดื่มสุราเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 4.57)

เมื่อพิจารณาความถี่ของการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาในกลุ่มผู้ที่ดื่มสุรา พบว่า มีประมาณครึ่งหนึ่งที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า 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 จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา และสัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุรา พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	จำนวนประชากร (ล้านคน)	จำนวนผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา (ล้านคน)			สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมา (%)		
		รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
2534	39.5	12.4	10.5	1.8	31.5	53.7	9.5
2539	43.4	13.7	11.9	1.7	31.6	55.4	8.1
2544	46.9	15.3	13.0	2.3	32.6	55.9	9.8
2546	35.8	12.7	9.8	2.8	35.5	60.8	14.5
2547	49.4	16.1	13.6	2.5	35.3	59.3	11.7
2549	54.5	15.9	13.3	2.6	29.2	50.3	9.1
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. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการใน พ.ศ. 2546 ได้ทำการสัมภาษณ์เฉพาะผู้ที่ตอบสัมภาษณ์ด้วยตนเองเท่านั้น ถ้าไม่พบผู้ตอบสัมภาษณ์ก็จะไม่บันทึกข้อมูล จึงทำให้จำนวนประชากรที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้น้อยกว่าจำนวนประชากรทั้งประเทศ

ตารางที่ 4.57 อัตราการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 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		
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	34.2	4.9
รวม	**53.7**	**9.5**	**50.1**	**7.4**	**55.9**	**9.8**	**60.8**	**14.5**	**59.3**	**11.7**	**50.3**	**9.1**	**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 และต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดีความ 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	
ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล	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**

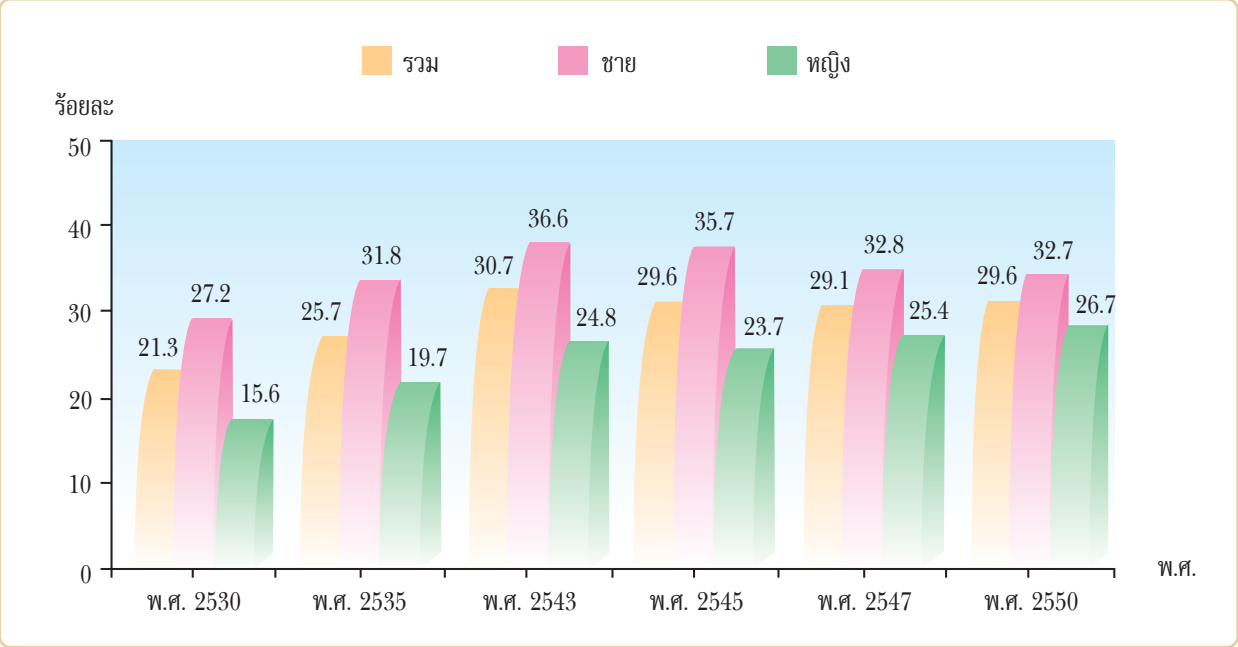
ที่มา: การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2550

8.5 การออกกำลังกาย

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า มี**คนไทยประมาณร้อยละ 29.6 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ**[14] (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. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

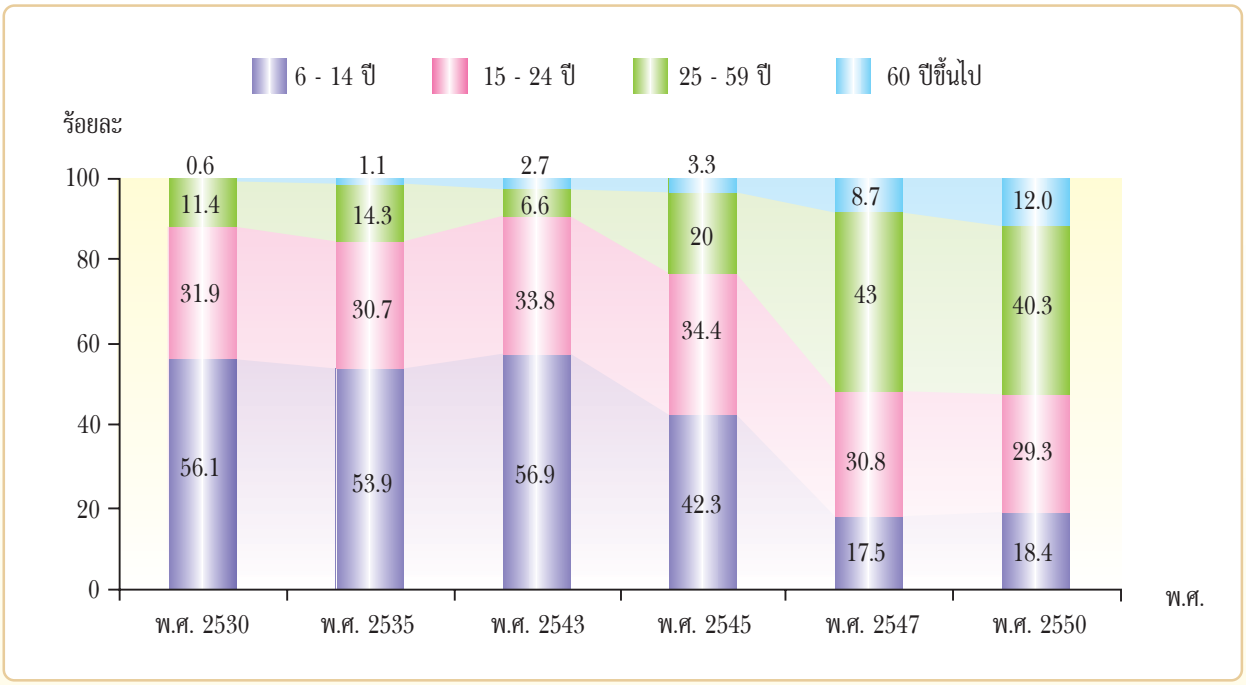
พ.ศ.	สัดส่วน (ร้อยละ) ของการออกกำลังกาย	
	ออกกำลังกายเป็นประจำ	อัตราการเปลี่ยนแปลง
2530	21.3	-
2535	25.7	+20.7
2540	30.7	+19.5
2544	24.2	-21.2
2545	29.6	+22.3
2546	29.0	-2.0
2547	29.1	+0.3
2550	29.6	+1.7

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

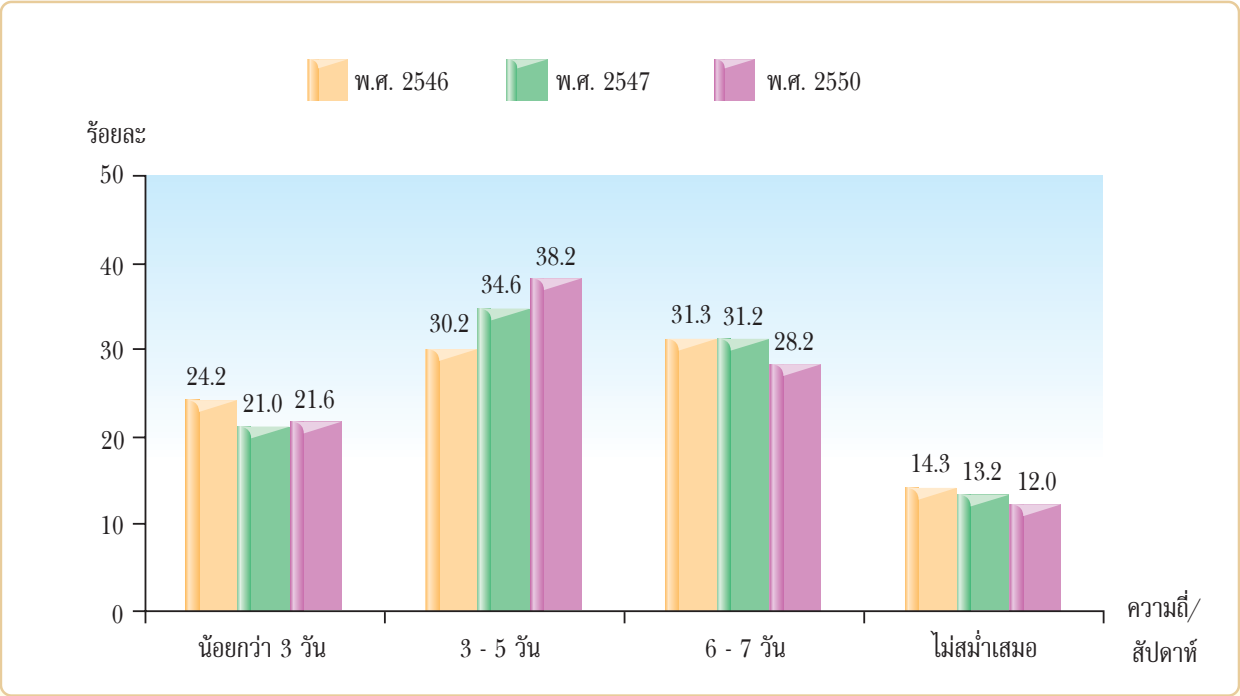


ที่มา: 1. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

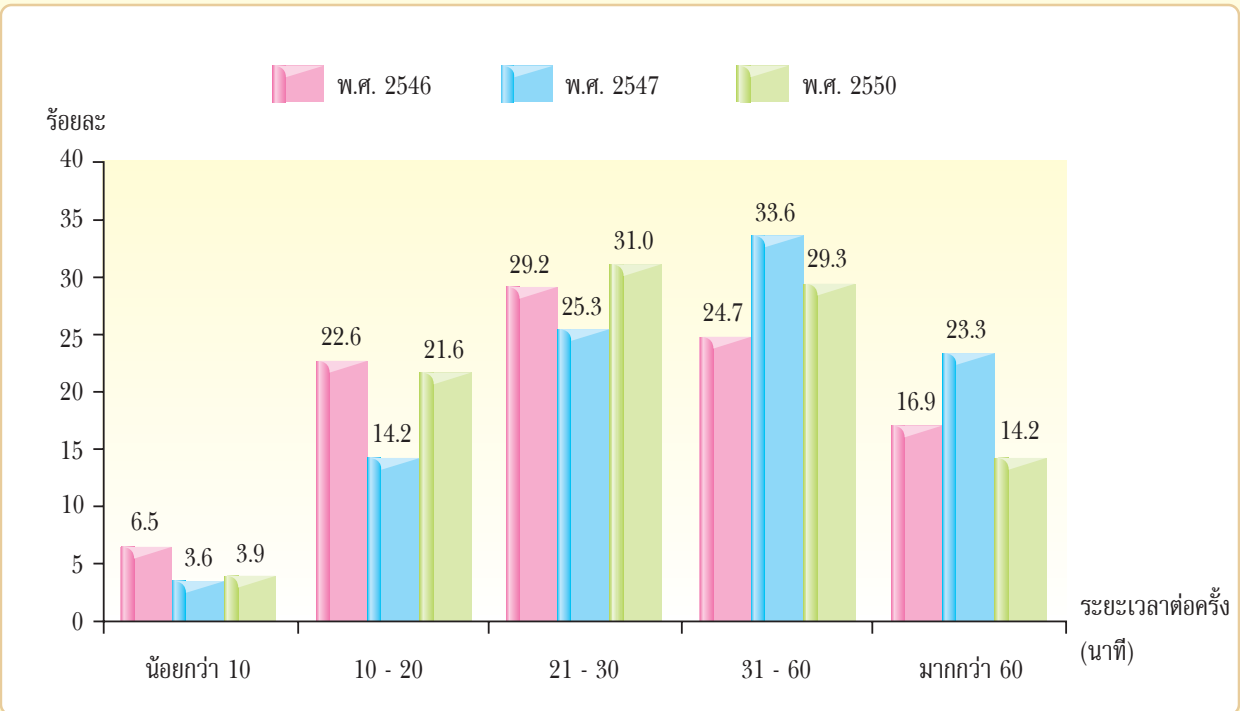
เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยใช้เกณฑ์การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพพบว่า **ประชาชนกว่าร้อยละ 60 ออกกำลังกายมากกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน** และมากกว่าครึ่งใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกายใกล้เคียงกัน ประมาณ 21-30 นาที และ 31-60 นาที (ร้อยละ 31.0 และ 29.3 ตามลำดับ) สำหรับผู้ที่ออกกำลังกายมากกว่า 60 นาที มีร้อยละ 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



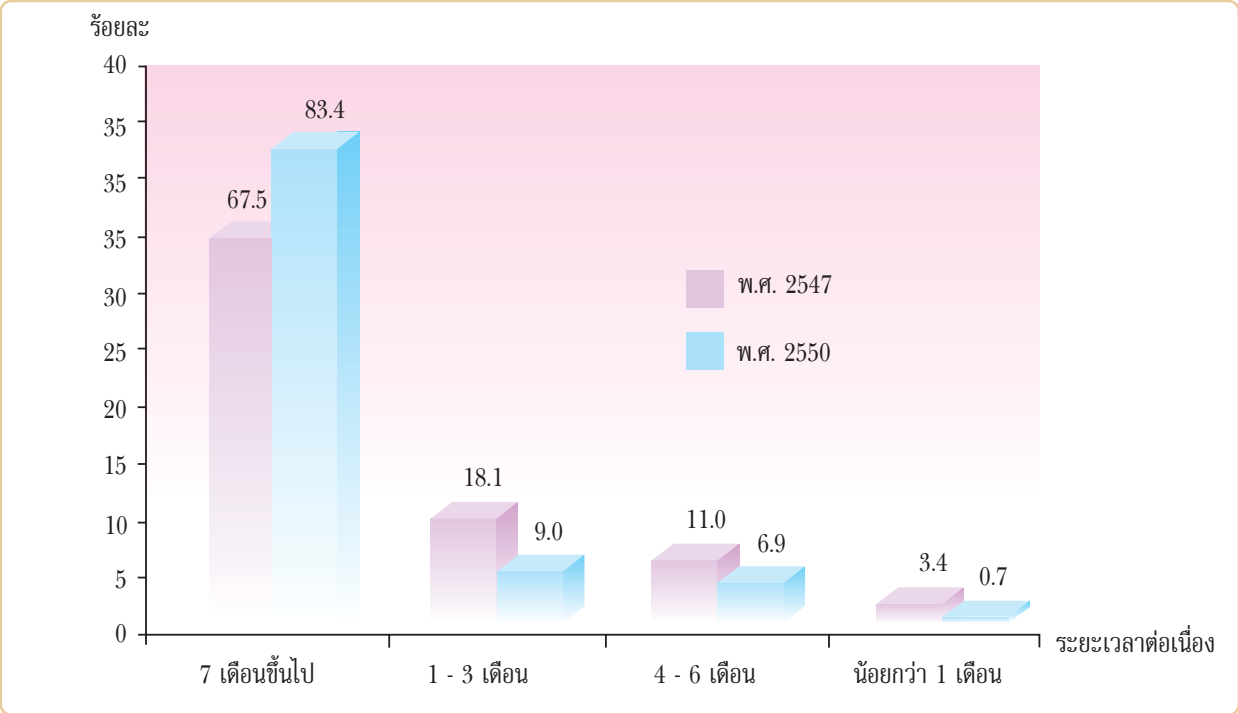
ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2546, 2547 และ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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 เต้นแอโรบิค ขณะที่การเล่นกีฬาทั่วไปลดลงจากเดิม (ตารางที่ 4.63) สถานที่ที่ประชาชนนิยมไปออกกำลังกายขึ้นอยู่กับประเภทของการออกกำลังกาย รวมทั้งความพร้อมและความสะดวกสบายของสถานที่ อย่างไรก็ตามพบว่า **สนามกีฬาของสถานศึกษา** จะเป็นสถานที่หลักในการออกกำลังกาย รองลงมาคือ ที่ว่างและบริเวณบ้าน

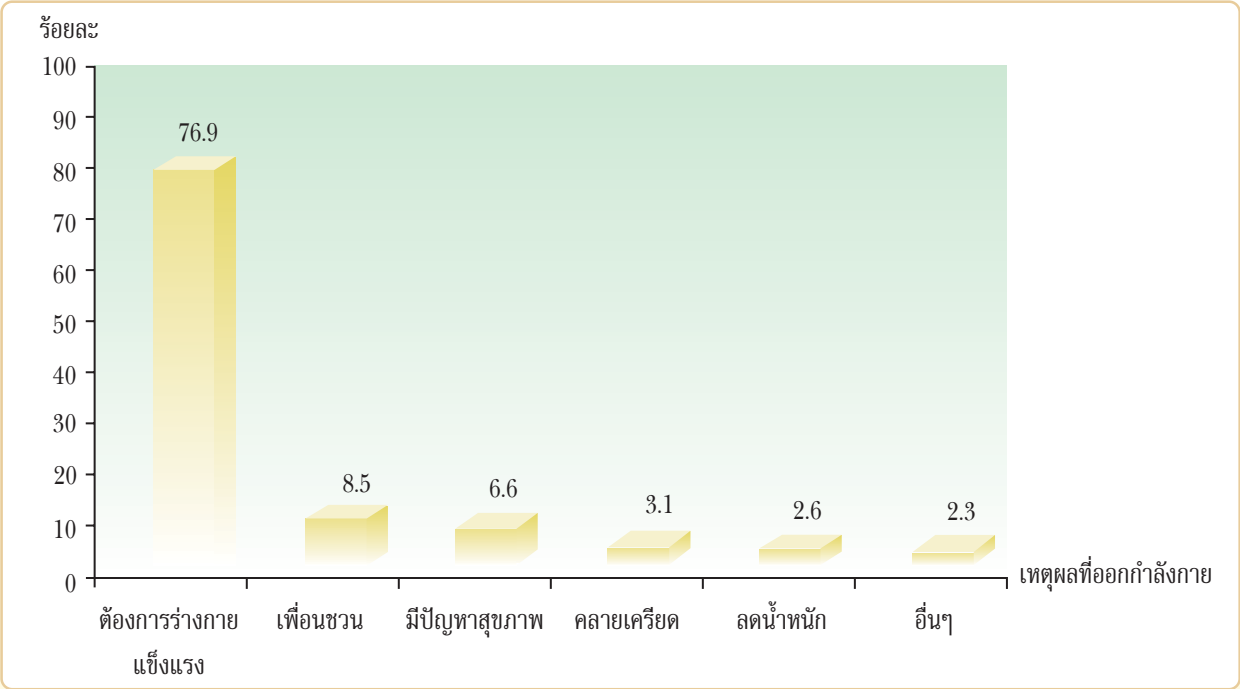
ตารางที่ 4.63 อัตราร้อยละของประชาชนที่ออกกำลังกาย จำแนกตามประเภทของการออกกำลังกาย พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550

ประเภท	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2550
เล่นกีฬา	55	51	48
วิ่ง	16	18	18
แอโรบิค	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: รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผลของการออกกำลังกายของประชากรกับภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของการออกกำลังกายของประชากรกับภาวะสุขภาพ (การเจ็บป่วยและการเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล) พบว่า จำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่มีอาการป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นผู้ที่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 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

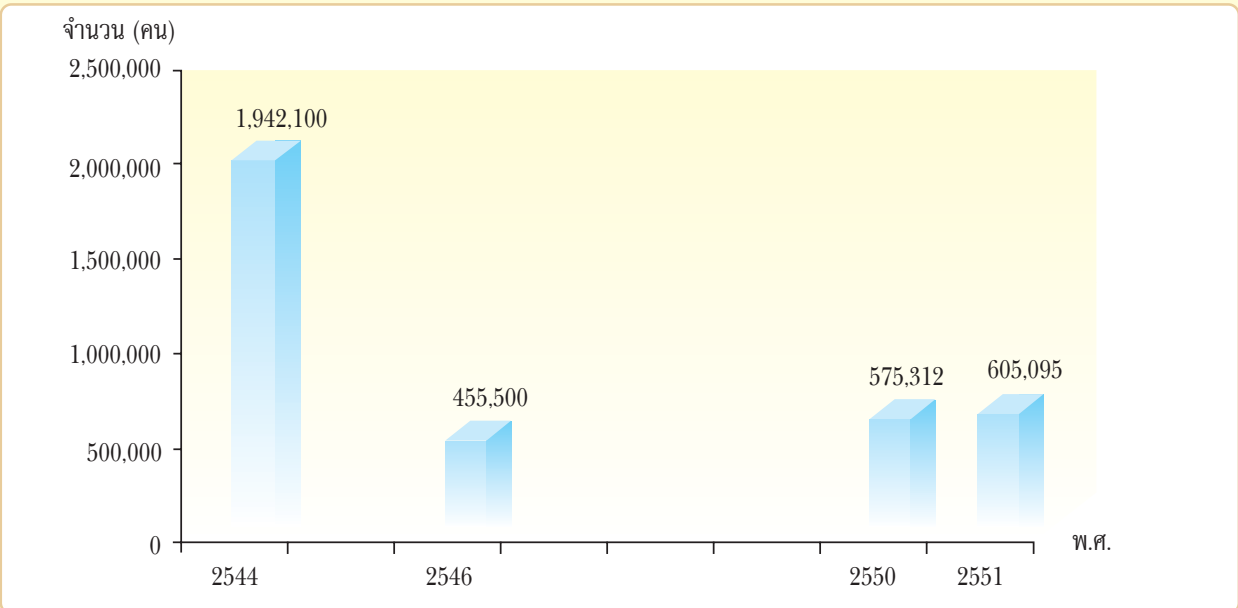
ระยะเวลาในการออกกำลังกาย	จำนวนประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไปที่ออกกำลังกาย (พันคน)	อัตราการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป	
		ที่ป่วย	ที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาล
รวม	**16,318.9**	**17.7**	**5.3**
1 เดือนและต่ำกว่า	424.7	24.1	8.2
2 เดือน	435.0	22.7	6.2
3 เดือนขึ้นไป	15,459.1	17.4	5.2

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

8.6 การเสพสารเสพติด

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดใน พ.ศ. 2552 ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจเพื่อประมาณการจำนวนผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดใน พ.ศ. 2551 พบว่า มีจำนวน 605,095 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2550 ที่มีจำนวน 575,312 คน (ภาพที่ 4.47)

ภาพที่ 4.47 ประมาณการผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551



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

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

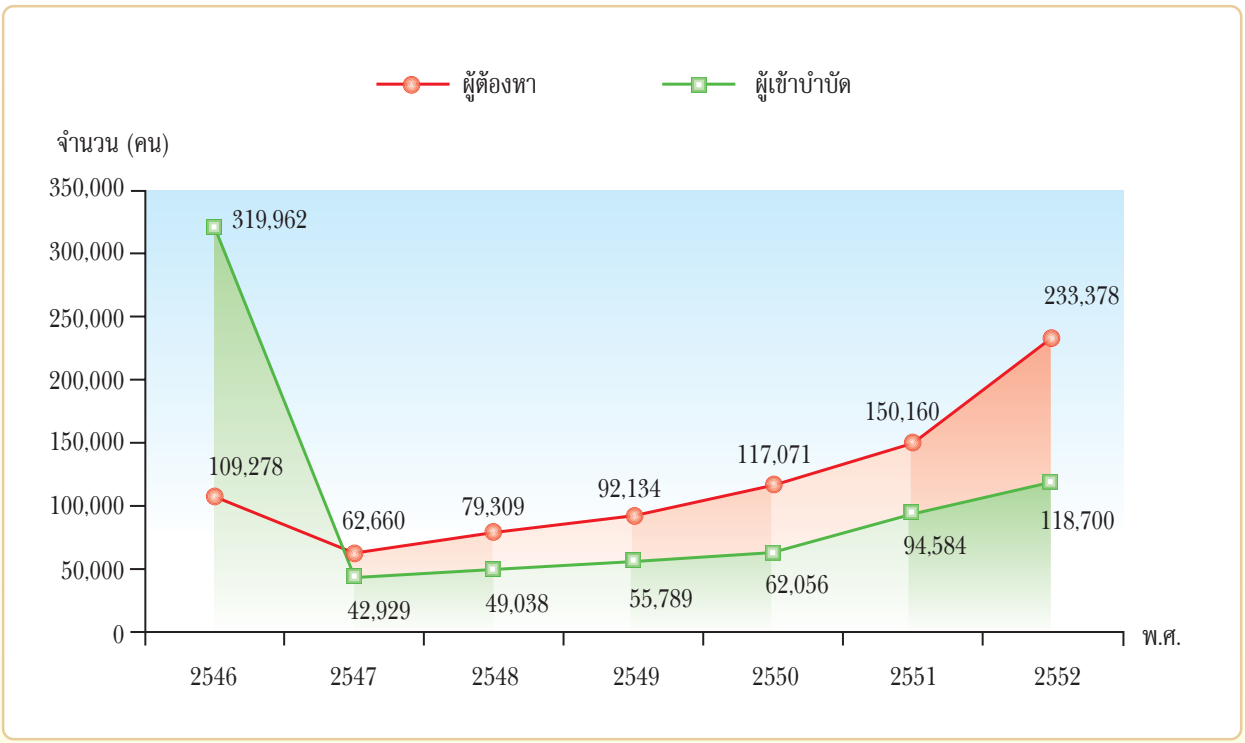
สารเสพติด	พ.ศ. 2544			พ.ศ. 2546			พ.ศ. 2550		
	จำนวนประชากรใช้สารเสพติด x 1,000 (ร้อยละ)			จำนวนประชากรใช้สารเสพติด x 1,000 (ร้อยละ)			จำนวนประชากรใช้สารเสพติด x 1,000 (ร้อยละ)		
	เคยใช้	ใช้ใน 1 ปี	ใช้ใน 30 วัน	เคยใช้	ใช้ใน 1 ปี	ใช้ใน 30 วัน	เคยใช้	ใช้ใน 1 ปี	ใช้ใน 30 วัน
สารชนิดใดชนิดหนึ่ง	7,312.2(16.4)	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)
กระท่อม	2,105.8(4.7)	643.8(1.4)	364.2(0.8)	1,160.0(2.6)	344.7(0.8)	221.6(0.5)	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

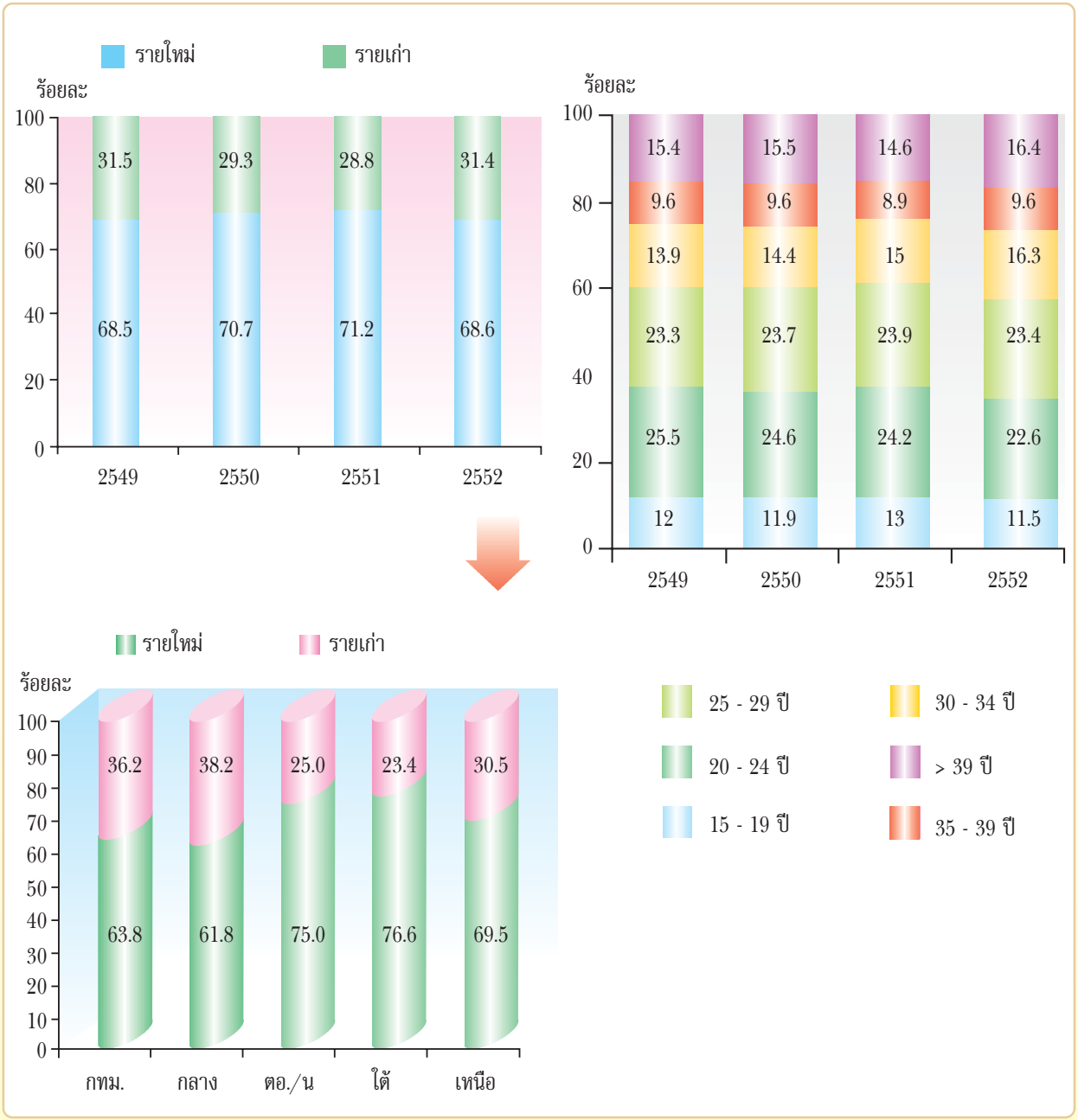
ขณะเดียวกันจำนวนผู้ต้องหาและผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยใน พ.ศ. 2552 สามารถจับกุมผู้ต้องหาได้ทั้งสิ้น 233,378 คน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2551 ที่จับกุมผู้ต้องหาได้ 150,160 คน ทางด้านผู้เข้ารับการบำบัดรักษาก็เพิ่มขึ้นจากเดิม 94,584 คน เป็น 118,700 คน (ภาพที่ 4.48) กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดยังคงเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ประมาณร้อยละ 70 เป็นรายใหม่ โดยยาบ้าเป็นตัวยาหลัก รองลงมาคือ กัญชาและสารระเหย (ภาพที่ 4.49)

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



ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผน ปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

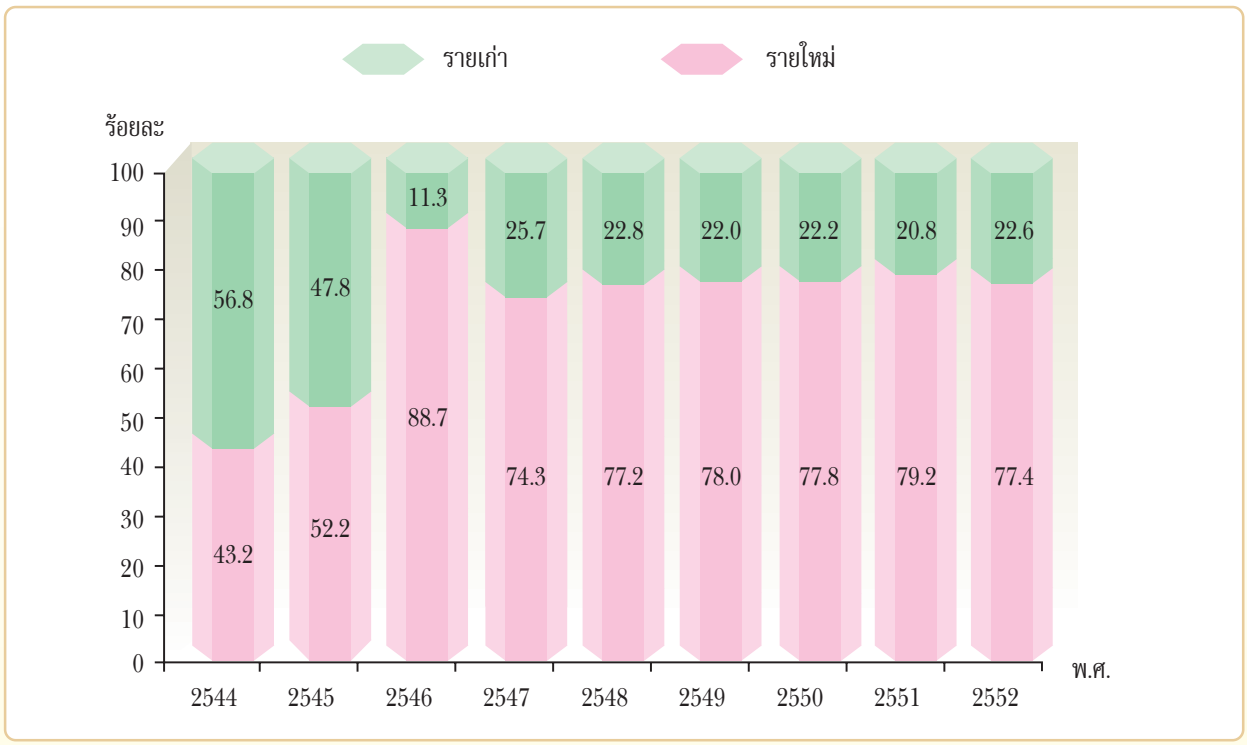
ภาพที่ 4.49 สัดส่วนผู้ต้องหารายใหม่/รายเก่า พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผน ปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

เมื่อมาพิจารณาจำนวนผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในช่วง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษารายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 43.2 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 77.4 ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2546 รัฐบาลมีนโยบายประกาศสงครามต่อสู้เพื่อเอาชนะยาเสพติด จึงมีการกวดขันให้ผู้ติดยาและสารเสพติดเข้ามารับการรักษามากขึ้น จึงทำให้มีผู้เข้ารับการรักษารายใหม่สูงถึงร้อยละ 88.7 (ภาพที่ 4.50)

ภาพที่ 4.50 สัดส่วน (ร้อยละ) ผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในสถานพยาบาล 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)

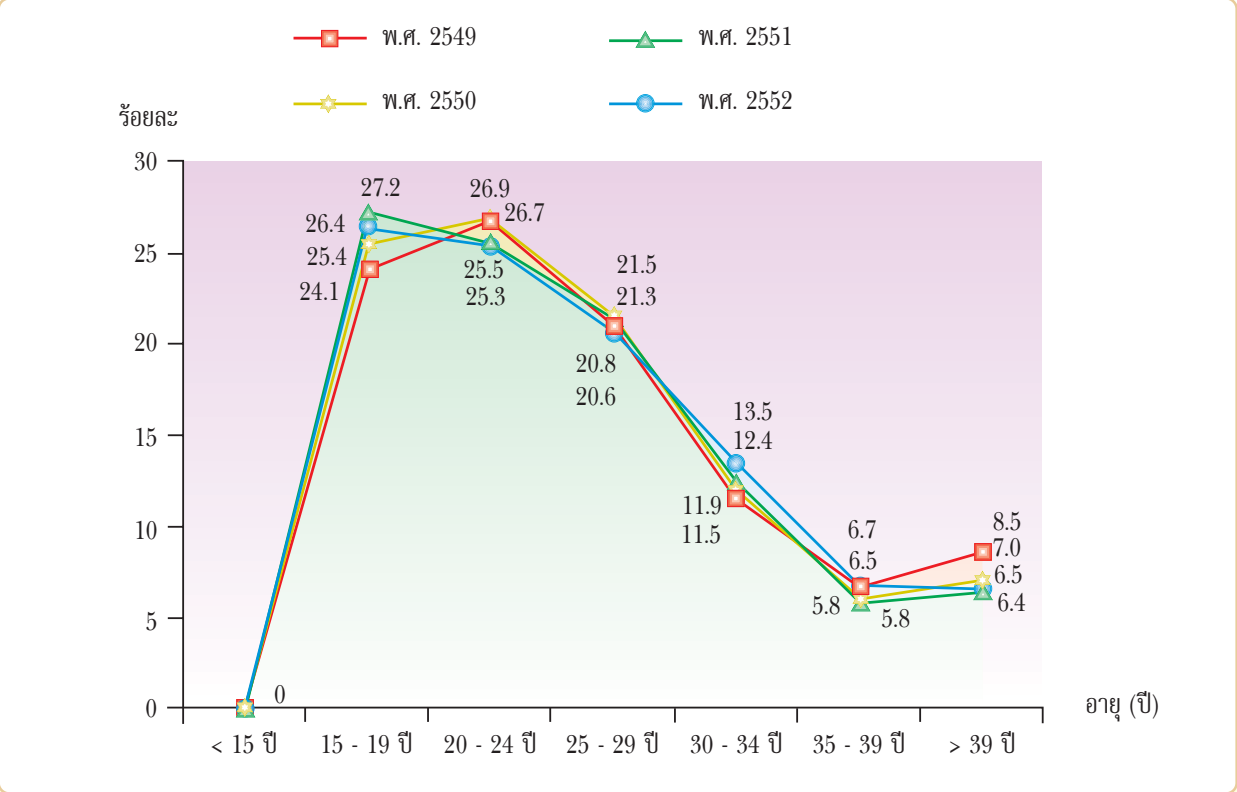
ตารางที่ 4.67 สัดส่วนผู้เข้าบำบัดรักษา จำแนกตามชนิดยาเสพติด

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

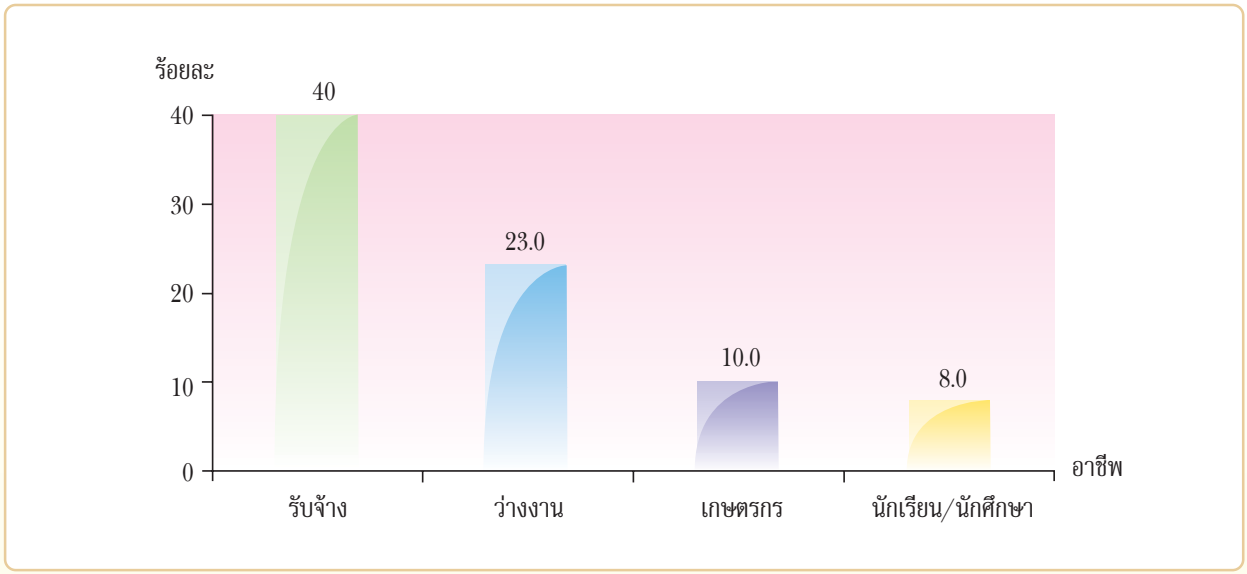
ภาพที่ 4.51 สัดส่วน (ร้อยละ) ของอายุผู้เข้าบำบัดรักษาครั้งแรก พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

อย่างไรก็ตามถ้าพิจารณาถึงสัดส่วนในด้านการประกอบอาชีพ ของผู้เข้าบำบัดรักษาครั้งแรกส่วนใหญ่จะอยู่ใน 3 กลุ่มหลัก คือ รับจ้าง ว่างงานและเกษตรกร 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) ของผู้เข้าบำบัดรักษา แยกตามอาชีพ พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานสถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2553, สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

อนึ่ง จากการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการบำบัดรักษาของ 10 หน่วยงาน โดยเฉลี่ยมีต้นทุนต่อคน 15,597 บาท ใน พ.ศ. 2550 และจากสถิติผู้ติดยาที่เข้ารับการบำบัดรักษาในปีดังกล่าวที่มีจำนวน 62,056 ราย จะมีค่าใช้จ่ายรวมโดยประมาณเกือบ 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	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	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: รายงานการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิผลของระบบบำบัดรักษายาเสพติด ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (มิถุนายน 2552)

8.7 พฤติกรรมการขับขี่รถ

8.7.1 การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์

ผลจากการสำรวจการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ทุกประเภท พบว่า แม้จะมีกฎหมายบังคับให้ผู้ขับหรือผู้โดยสารรถยนต์ต้องคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2539 แต่กลับพบว่ามีผู้ที่ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถคงที่อยู่ประมาณร้อยละ 30 ตั้งแต่ พ.ศ. 2539- พ.ศ. 2549 (ตารางที่ 4.69)

8.7.2 การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์

แม้จะมีพระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา การสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งของประชาชนขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ก็ไม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ ไม่เกินร้อยละ 20 ที่สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่รถจักรยานยนต์และสวมบางครั้งเฉลี่ยราวร้อยละ 50 เท่านั้น (ตารางที่ 4.70)

ตารางที่ 4.69 อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับรถยนต์ 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								
- ใช้ทุกครั้งที่ขับรถ	4.3	35.8	35.7	25.9	27.1	23.5	30.4	31.3
- ใช้เป็นบางครั้ง	11.7	28.0	29.6	32.2	44.2	39.7	16.9	45.2
- ไม่เคยใช้	12.6	6.3	34.7	13.9	12.1	32.2	11.5	21.9
รถที่ขับไม่มีเข็มขัดนิรภัย	64.6	29.9	-	-	4.4	2.4	-	1.6

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

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

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

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

หมายเหตุ: พ.ศ. 2544 สอบถามการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ที่ขับและผู้ที่โดยสารรถยนต์ตอนหน้า อายุ 15 ปีขึ้นไป

ตารางที่ 4.70 อัตราของประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไปที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่

การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่	พ.ศ. 2534[1]	พ.ศ. 2539[1]	พ.ศ. 2543[2]	พ.ศ. 2544[1]	พ.ศ. 2546[1]	พ.ศ. 2547[3]	พ.ศ. 2549[1]
- สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่	7.2	29.0	32.0	16.1	16.0	34.4	18.6
- สวมหมวกนิรภัยเป็นบางครั้ง	21.7	55.4	44.2	64.3	49.5	31.0	59.7
- มีหมวกนิรภัยแต่ไม่เคยใช้	11.0	6.0	15.8	10.3	32.8	15.9	21.7
- ไม่มีหมวกนิรภัย	59.8	9.3	-	9.1	-	-	-

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

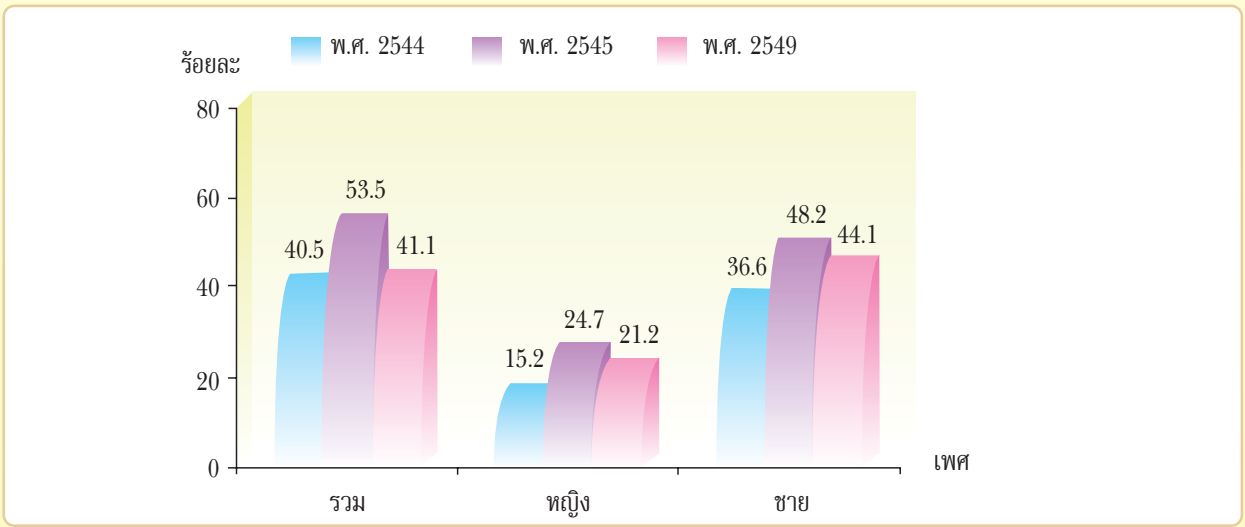
(2) พ.ศ. 2543 ได้จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี), กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

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

หมายเหตุ: พ.ศ. 2544 สอบถามการสวมหมวกนิรภัยของผู้ที่ขับขี่และผู้ที่ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ อายุ 15 ปีขึ้นไป

สำหรับการขับรถภายหลังการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจร แม้ว่าประเทศไทยได้มีการรณรงค์รวมทั้งมีกฎหมายควบคุมห้ามมิให้ผู้ที่ดื่มสุรา จนมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าที่กำหนดขับรถแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงพบสัดส่วนของประชากรที่ขับรถภายหลังดื่มสุราไม่มีแนวโน้มลดลง คือ อยู่ระหว่างร้อยละ 40-50 ในช่วง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2549 โดยเป็นชายในสัดส่วนที่สูงกว่าหญิงกว่า 2 เท่า (ภาพที่ 4.53)

ภาพที่ 4.53 สัดส่วน (ร้อยละ) ของประชากรที่ขับรถภายหลังการดื่มสุรา 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 ประชาชนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่มิใช่หญิงขายบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่เร็วขึ้น และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย

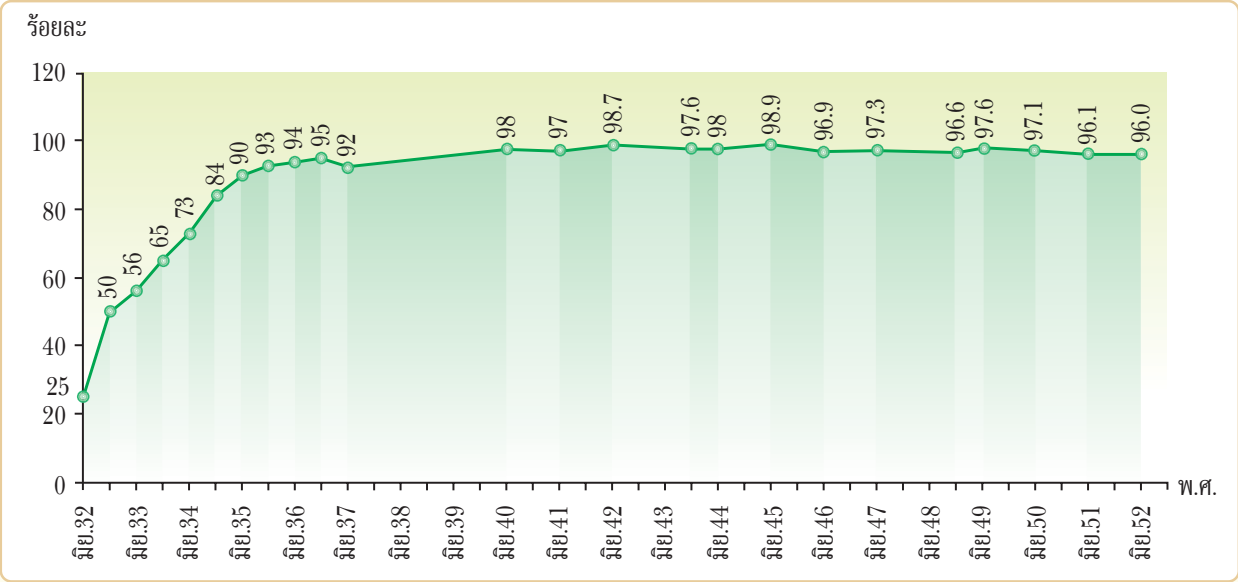
จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทยในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ.2538-พ.ศ.2552) พบว่า ทหารเกณฑ์และคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ**ลดลง** ยกเว้นใน พ.ศ. 2546 ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยขณะที่การมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น โดยเฉพาะในทหารเกณฑ์กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (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 ของศูนย์วิจัยเอแบคนวัตกรรมทางสังคม 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 ของศูนย์วิจัยเอแบคนวัตกรรมทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พ.ศ. 2549 ยังพบว่า เยาวชนกว่า 2 ใน 3 (ร้อยละ 45.0) เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน (ตารางที่ 4.71) สำหรับบุคคลที่เยาวชนเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกในการสำรวจทั้งสองครั้งพบสอดคล้องกัน ส่วนใหญ่คือ แฟน/คู่รัก (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)

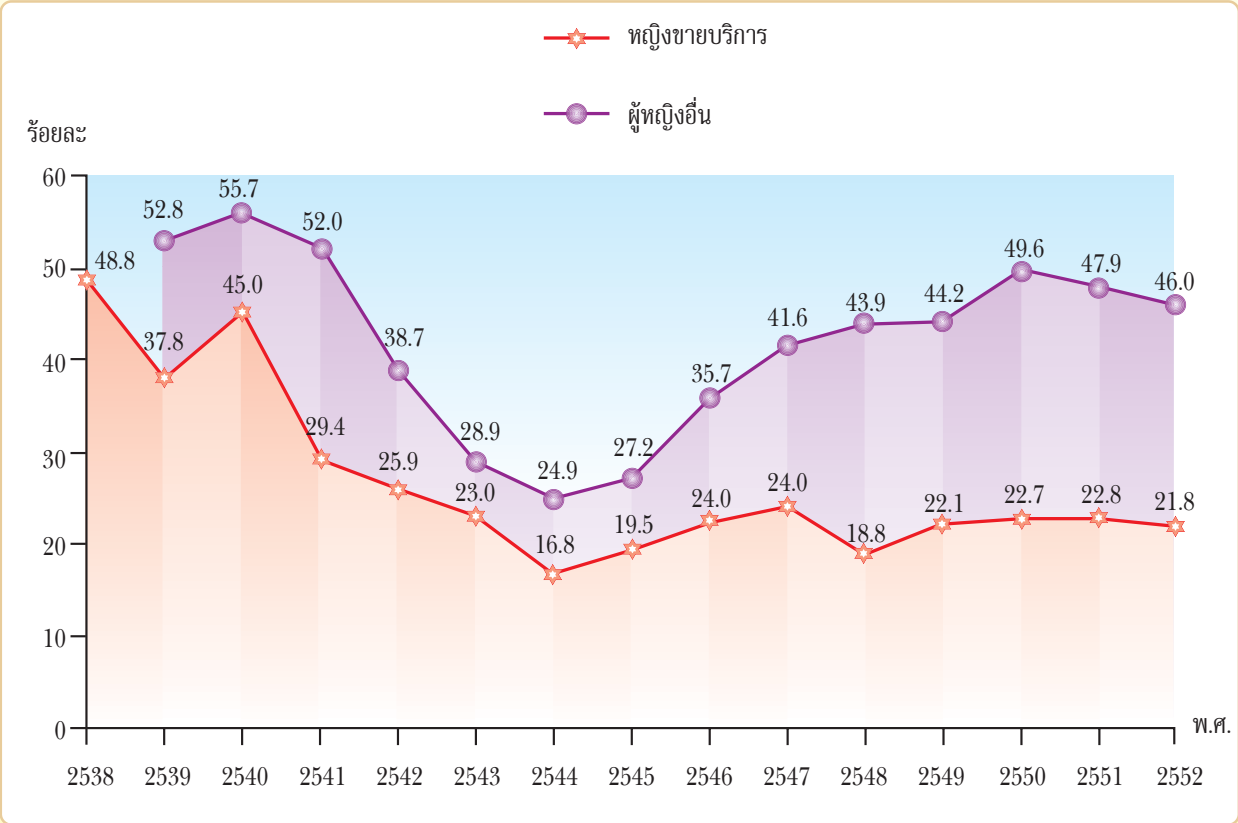
จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เยาวชนไทยกำลังตกอยู่ในสถานการณ์เปราะบางเรื่องเพศ โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนวัยอันควร ซึ่งหากไม่มีการป้องกันที่ถูกต้องแล้วก็จะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมา

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



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

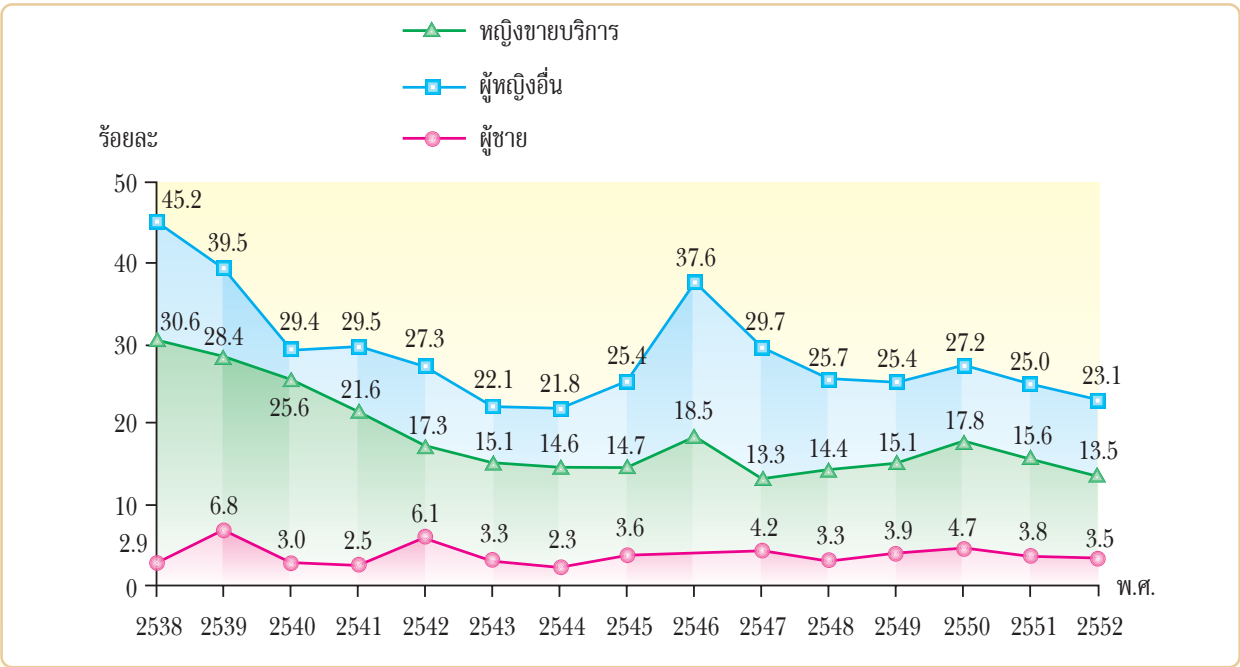
ภาพที่ 4.55 สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

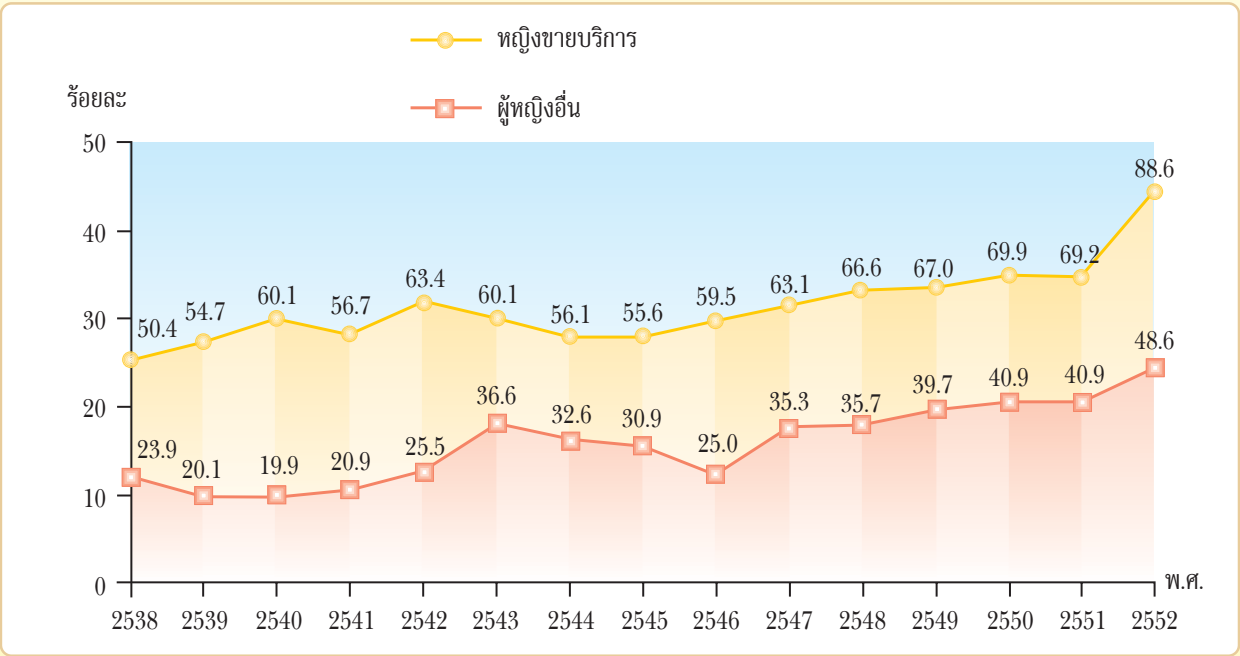
ภาพที่ 4.56 สัดส่วนของคู่นอนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

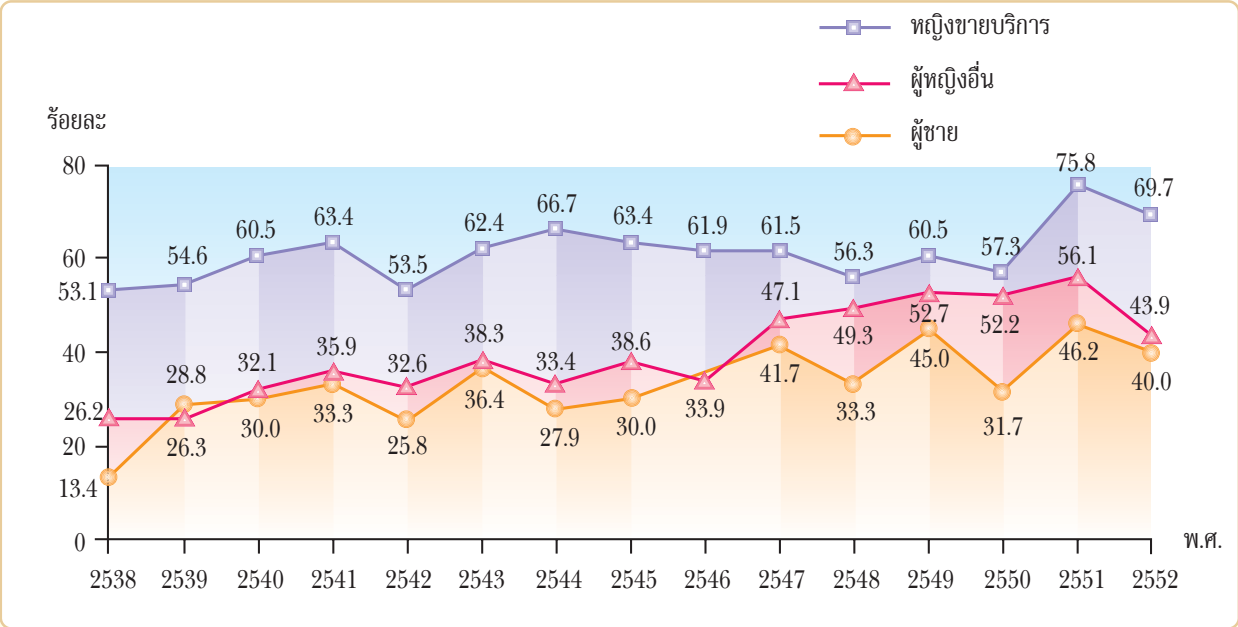
ภาพที่ 4.57 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของทหารเกณฑ์ จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1-15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

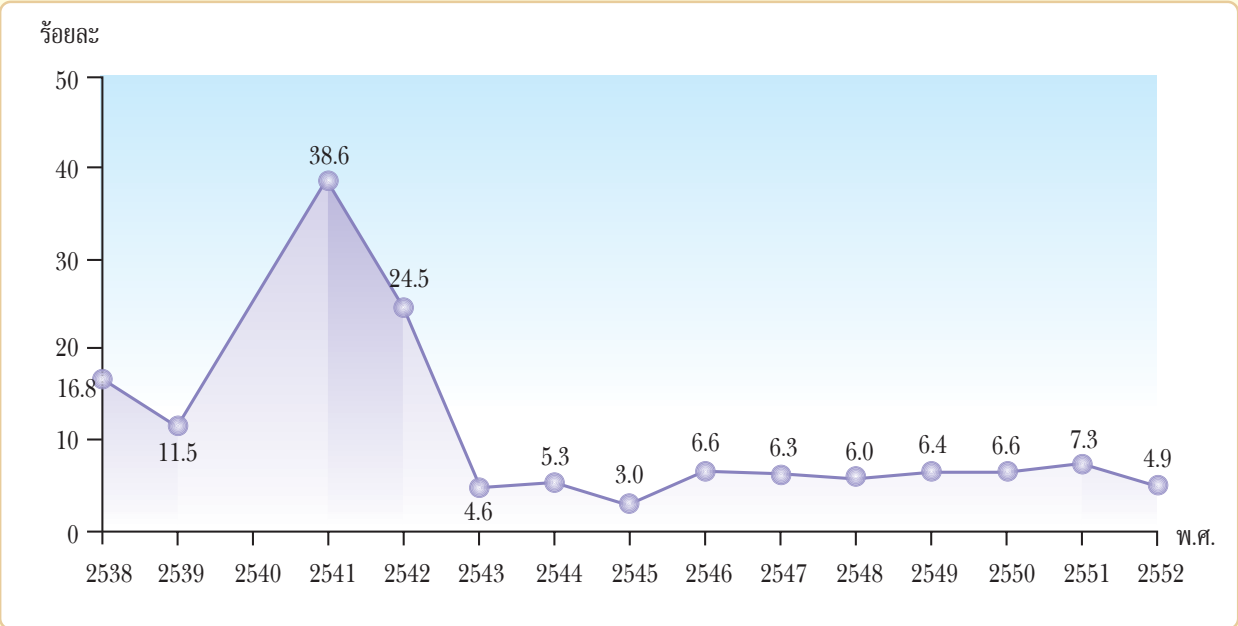
ภาพที่ 4.58 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ของคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

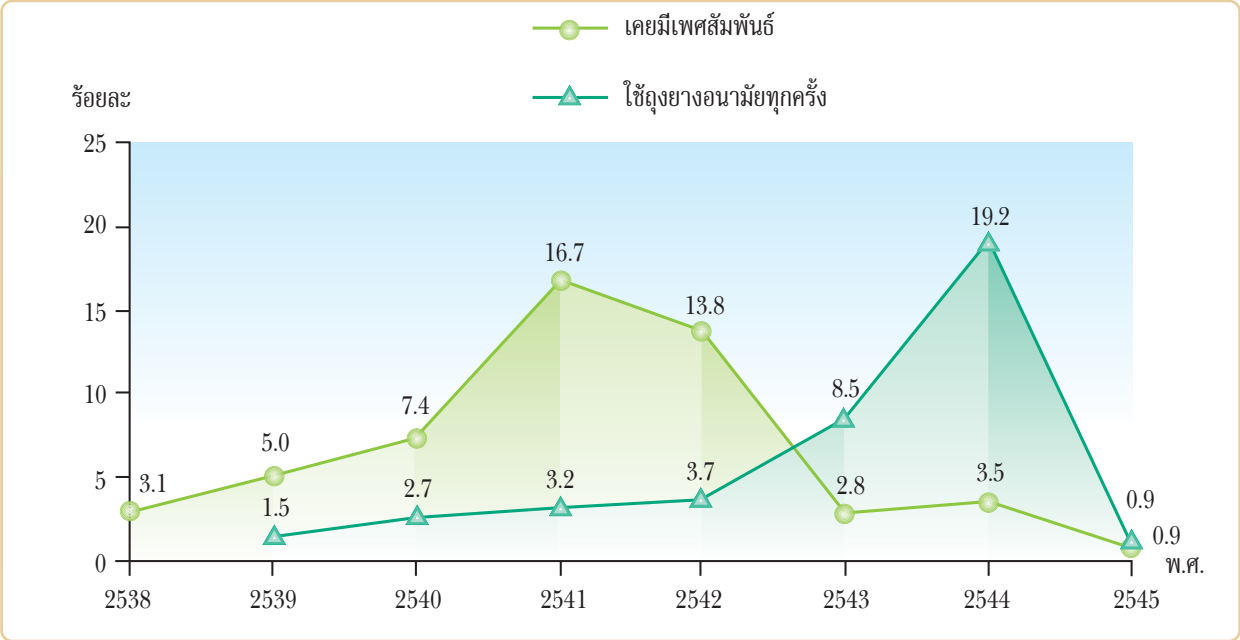
ภาพที่ 4.59 สัดส่วนของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

ภาพที่ 4.60 สัดส่วนของการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมาของหญิงที่มาฝากครรภ์และอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 8 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2545

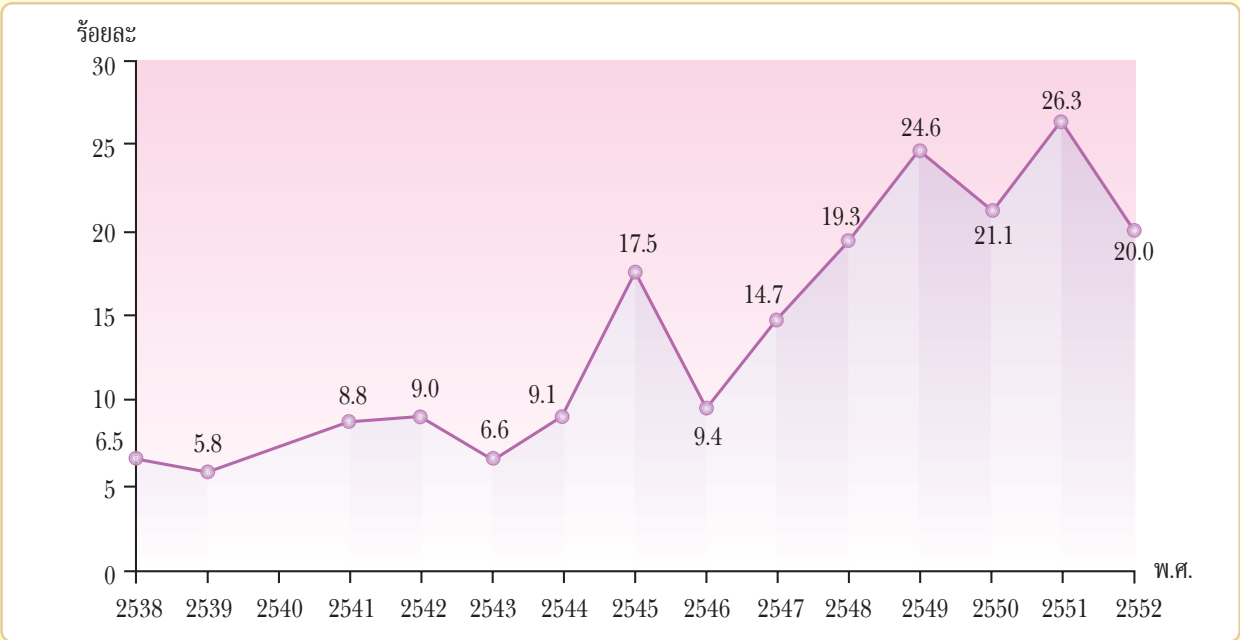


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ไม่มีการสำรวจในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์

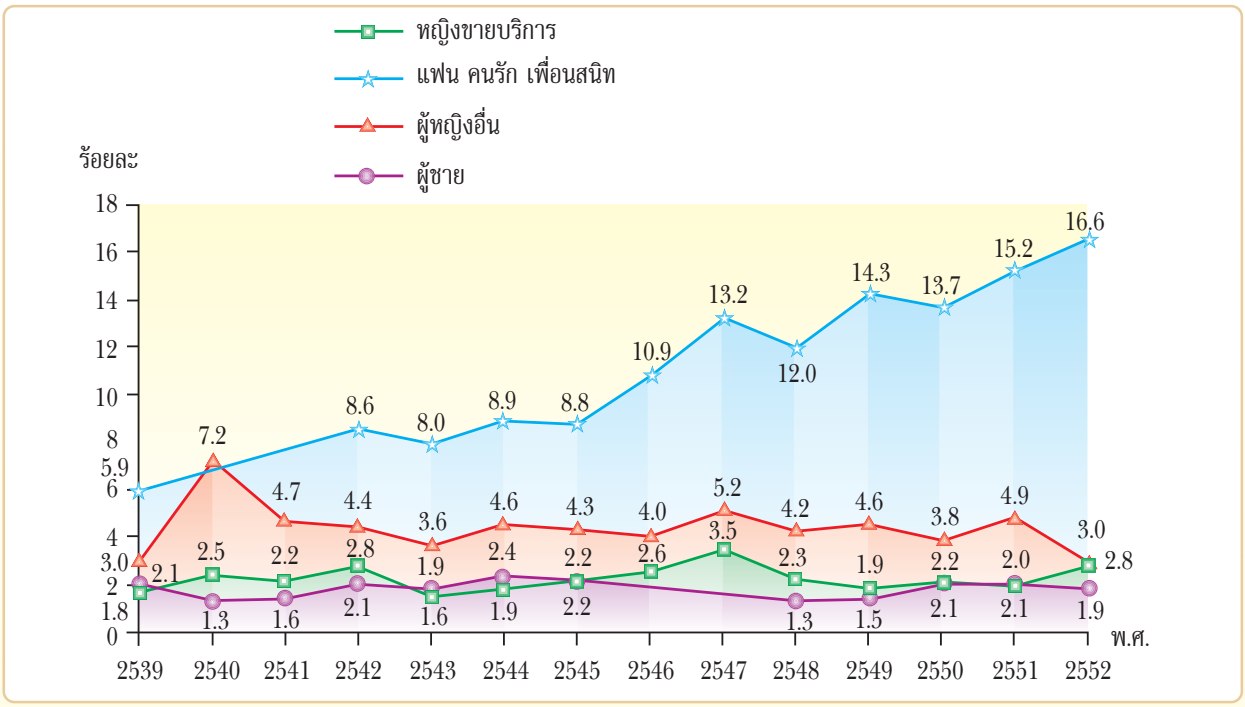
ภาพที่ 4.61 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอื่น ในรอบปีที่ผ่านมาของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 1 - 15 พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

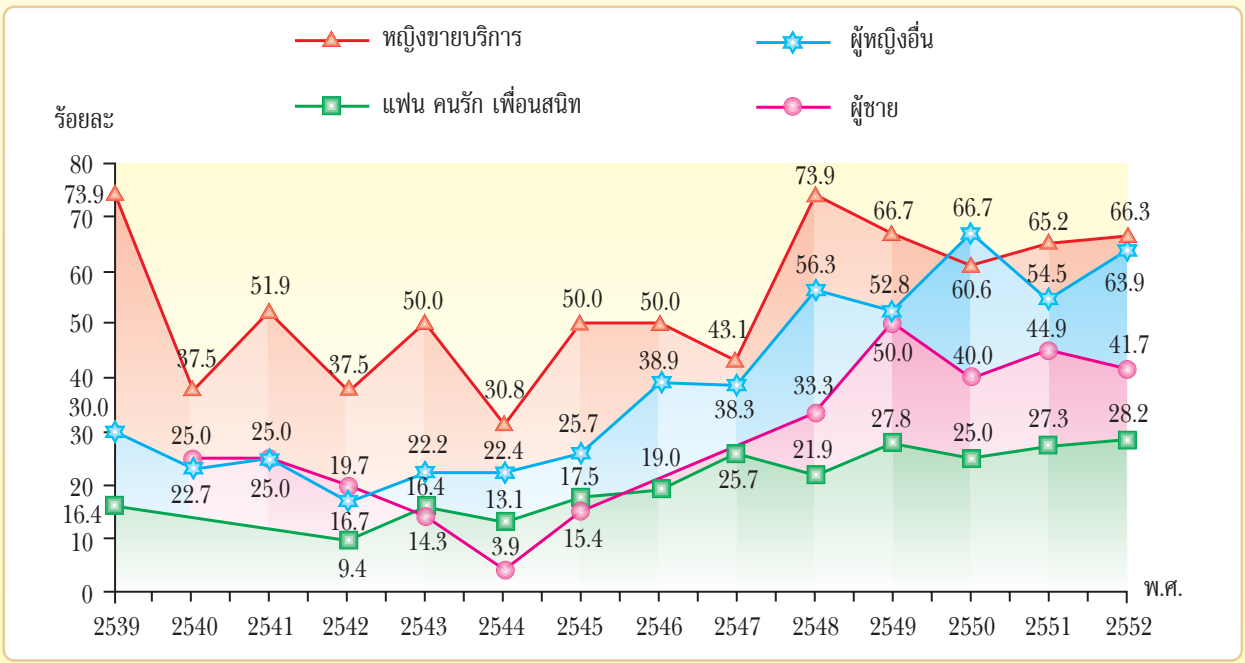
ภาพที่ 4.62 สัดส่วนของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย รอบที่ 2-15 พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

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



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: สำนักระบาดวิทยามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ 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: ศูนย์วิจัยเอแบคนวัตกรรมทางสังคม 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
เพื่อนทางอินเตอร์เน็ต	-	0.8
ผู้ขายบริการทางเพศ	1.5	0.6
อื่น ๆ	4.1	2.6

ที่มา: ศูนย์วิจัยเอแบคนวัตกรรมทางสังคม 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
ดูสื่อลามก	6.1	7.1
เพื่อนชวน	3.8	4.9
อื่น ๆ (ถูกบังคับ/ล่อลวง เสพยา)	5.3	6.8

ที่มา: ศูนย์วิจัยเอแบคนวัตกรรมทางสังคม 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
สถานีอนามัย/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
สถานีอนามัย/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
สถานีอนามัย/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

บทที่ 5

สถานะสุขภาพและแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของคนไทย

1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป

พบว่า มีแนวโน้มดีขึ้น ตลอด 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดดังนี้

1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย

พ.ศ.2551 คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 70 ปี แต่ก็พบว่ายังด้อยกว่ากลุ่มประเทศอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1) แต่อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2507 - พ.ศ. 2553 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี เป็น 70.6 ปี และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี เป็น 77.5 ปี และเมื่อถึง พ.ศ. 2573 ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 76.0 ปี ผู้หญิงเป็น 82.7 ปี (ตารางที่ 5.2)

นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2552 ระบุว่า ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy - HALE) เท่ากับ 62 ปี โดยที่ผู้ชายมีอายุเป็น 59 ปี และผู้หญิงมีอายุเป็น 65 ปี ซึ่งก็ยังด้อยกว่าประเทศในสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย (ตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

กลุ่มประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด						อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี(พ.ศ. 2545)[4]			อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี(พ.ศ. 2552)[7]		
	พ.ศ. 2541[1]	พ.ศ. 2545[2]	พ.ศ. 2547[3]	พ.ศ. 2549[5]	พ.ศ. 2550[6]	พ.ศ. 2551[8]	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง
WHO / SEAR												
ศรีลังกา	73.3	72.5	74.3	72	74.0	69	61.6	59.2	64.0	63	61	65
ไทย	68.9	69.1	70.3	72	68.7	70	60.1	57.7	62.4	62	59	65
อินโดนีเซีย	65.6	66.6	67.2	68	70.5	67	58.1	57.4	58.9	60	60	61
มัลดีฟส์	65.0	67.2	67.0	72	71.1	74	57.8	59.0	56.6	64	64	64
อินเดีย	62.9	63.7	63.6	63	63.4	64	53.5	53.3	53.6	56	56	57
ภูฏาน	61.2	63.0	63.4	64	65.7	63	52.9	52.9	52.9	55	54	56
สหภาพพม่า	60.6	57.2	60.5	60	61.2	54	51.7	49.9	53.5	50	48	52
บังคลาเทศ	58.6	61.1	63.3	63	65.7	65	54.3	55.3	53.3	56	56	55
เนปาล	57.8	59.6	62.1	62	66.3	63	51.8	52.5	51.1	55	55	55
ASEAN												
สิงคโปร์	77.3	78.0	78.9	80	80.2	81	70.1	68.8	71.3	73	71	75
บรูไน	75.7	76.2	76.6	77	77.0	76	65.3	65.1	65.5	66	66	67
มาเลเซีย	72.2	73.0	73.4	72	74.1	73	63.2	61.6	64.8	64	62	66
ไทย	68.9	69.1	70.3	72	68.7	70	60.1	57.7	62.4	62	59	65
ฟิลิปปินส์	68.6	69.8	70.7	68	71.6	70	59.3	57.1	61.5	62	59	64
เวียดนาม	67.8	69.0	70.8	72	74.3	73	61.3	59.8	62.9	64	62	66
อินโดนีเซีย	65.6	66.6	67.2	68	70.5	67	58.1	57.4	58.9	60	60	61
สหภาพพม่า	60.6	57.2	60.5	60	61.2	54	51.7	49.9	53.5	50	48	52
ลาว	53.7	54.3	55.1	60	64.6	62	47.0	47.1	47.0	54	53	54
กัมพูชา	53.5	57.4	56.5	62	60.6	62	47.5	45.6	49.5	53	51	55
High human development												
ญี่ปุ่น	80.0	81.5	82.2	83	82.7	83	75.0	72.3	77.7	76	73	78
แคนาดา	79.1	79.3	80.2	81	80.6	81	72.0	70.1	74.0	73	71	75
ไอซ์แลนด์	79.1	79.9	80.9	81	81.7	82	72.8	72.1	73.6	74	71	75
สวีเดน	78.7	80.0	80.3	81	80.8	81	73.3	71.9	74.8	74	72	75
สวิสเซอร์แลนด์	78.7	79.1	80.7	82	81.7	82	73.2	71.1	75.3	75	73	76
World	66.9	66.9	67.3	67	67.5	68	-	-	-	59	58	61
Very high human development	77.0	77.4	78.0	80	80.1	80	-	-	-	-	-	-
Medium human development	66.9	67.2	67.3	69	66.9	67	-	-	-	-	-	-

Source: [1] UNDP, Human Development Report 2000. [2] UNDP, Human Development Report 2004.
[3] UNDP, Human Development Report 2006. [4] WHO, World Health Report 2003.
[5] WHO, World Health Report 2008. [6] UNDP, Human Development Report 2009.
[7] WHO, World Health Statistics 2010. [8] UNDP, Human Development Report 2010.

ตารางที่ 5.2 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth)

พ.ศ.	ชาย	หญิง	หญิง-ชาย
2507 - 2508(1)	55.9	62.0	6.1
2517 - 2519(1)	58.0	63.8	5.8
2528 - 2529(1)	63.8	68.9	5.1
2532(1)	65.6	70.9	5.3
2534(1)	67.7	72.4	4.7
2538 - 2539(1)	69.9	74.9	5.0
2548 - 2549(1)	69.9	77.6	7.7
2548 - 2553(2)	70.6	77.5	6.9
2553 - 2558(2)	71.9	78.8	6.9
2558 - 2563(2)	77.3	80.1	6.8
2563 - 2568(2)	74.6	81.4	6.8
2568 - 2573(2)	76.0	82.7	6.7

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

(2) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543 - พ.ศ. 2573, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550

1.2 อัตรามารดาตาย

จากข้อมูลทะเบียนราษฎร์พบว่า อัตราตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศไทย ได้ลดลงจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2505 เหลือ 10.7 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.1) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบว่า อัตรามารดาตายสูงกว่าที่มีในทะเบียนราษฎร์ เช่น การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี RAMOS[1] เมื่อ พ.ศ. 2538-2539 พบอัตราตายของมารดาเท่ากับ 44.1 ขณะที่โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย[2] เมื่อ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539 พบเท่ากับ 16.3 และการศึกษาของยงเจือ เหล่าศิริถาวร[3] (2546) พบเท่ากับ 52.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2538-2539 และการศึกษาของวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ[4] (2550) พบเท่ากับ 41.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549

---

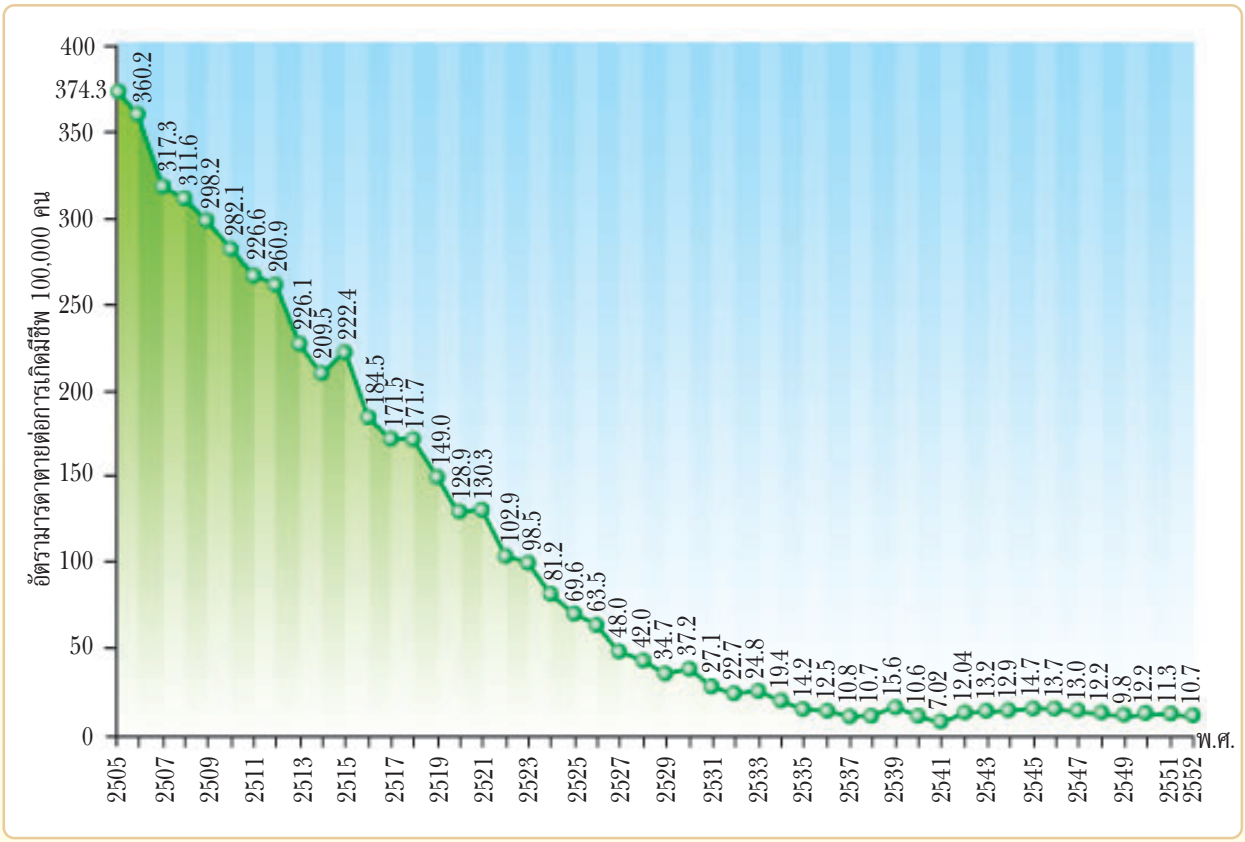
[1] การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี Reproductive Age Mortality Survey โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

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

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

[4] วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์และคณะ, Using Multiple Data for Calculating the Maternal Mortality Ratio in Thailand, TDRI, 2007

ภาพที่ 5.1 อัตรามารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - พ.ศ. 2552



ที่มา: ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทยและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.3 ภาวะการตายของทารก

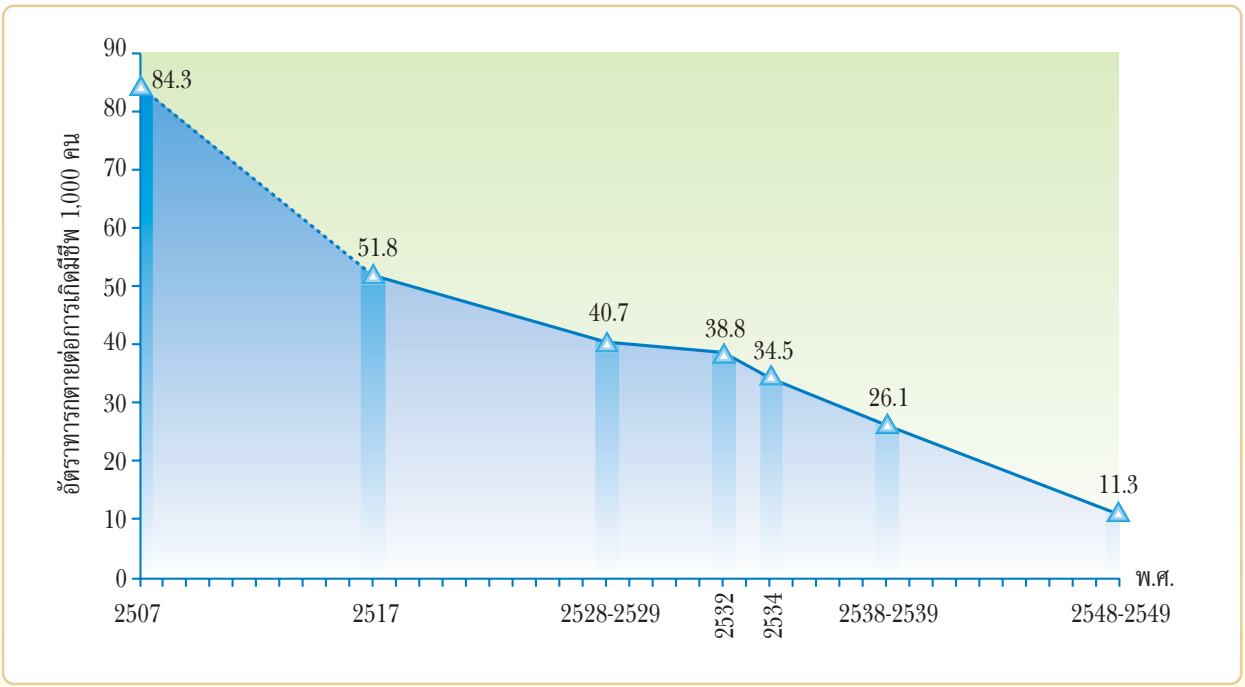
อัตราทารกตายในประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง จาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2529 และลดลงเป็น 11.3 ใน พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 (ภาพที่ 5.2) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราทารกตายของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าบางประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3)

ตารางที่ 5.3 อัตราทารกตายและอัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2523, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551

กลุ่มประเทศ	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน							อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน						
	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2523	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551
WHO / SEAR														
เกาหลีเหนือ	32	42	42	42	42	-	42	43	55	55	55	55	-	65
ศรีลังกา	34	17	13	12	11	17	13	48	19	15	14	13	21	15
ไทย	49	24	23	18	7	6	13	58	28	26	21	8	7	14
อินโดนีเซีย	90	33	31	30	26	25	31	125	45	41	38	34	31	41
สหภาพพม่า	109	77	76	76	74	79	71	134	109	107	106	104	113	98
อินเดีย	115	67	63	62	57	54	52	173	93	87	85	76	72	69
เนปาล	132	66	61	59	46	43	41	195	91	82	76	59	55	51
บังคลาเทศ	132	51	46	56	52	47	43	205	77	69	77	62	61	54
ASEAN														
สิงคโปร์	12	3	3	3	3	2	2	13	4	5	3	3	3	3
มาเลเซีย	30	8	7	10	10	10	6	42	8	7	12	12	11	6
ไทย	49	24	23	18	7	6	13	58	28	26	21	8	7	14
ฟิลิปปินส์	52	29	27	26	24	23	26	81	38	36	34	32	28	32
เวียดนาม	57	30	19	17	15	13	12	70	38	23	23	17	15	14
อินโดนีเซีย	90	33	31	30	26	25	31	125	45	41	38	34	31	41
สหภาพพม่า	109	77	76	76	74	79	71	134	109	107	106	104	113	98
ลาว	127	87	82	65	59	56	48	200	100	91	83	75	70	61
High income														
สวีเดน	7	3	3	3	3	2	2	8	3	4	4	4	3	3
ญี่ปุ่น	8	3	3	3	3	3	3	10	5	5	4	4	4	4
สวิตเซอร์แลนด์	9	5	4	5	4	4	4	11	6	6	5	5	5	5
แคนาดา	10	5	5	5	5	5	6	13	7	7	6	6	6	6
ไอร์แลนด์	11	6	5	5	4	3	3	14	6	7	6	4	4	4
World	**80**	**56**	**57**	**54**	**49**	**46**	**44**	**121**	**81**	**86**	**79**	**71**	**67**	**63**
Very high income	**13**	**5**	**5**	**6**	**6**	**6**	**5**	**15**	**7**	**7**	**7**	**7**	**7**	**6**
Middle income	**57**	**31**	**30**	**30**	**27**	**19**	**38**	**80**	**38**	**37**	**37**	**35**	**22**	**49**
Low income	**116**	**80**	**80**	**79**	**73**	**80**	**79**	**171**	**121**	**123**	**122**	**110**	**126**	**83**

ที่มา:
1. World Bank, World Development Indicators, 1999, 2000/2001, 2003, 2004, 2005, 2006.
2. WHO, World Health Statistics, 2008.
3. WHO, World Health Statistics, 2009.
4. UNDP, Human Development Report 2010.

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

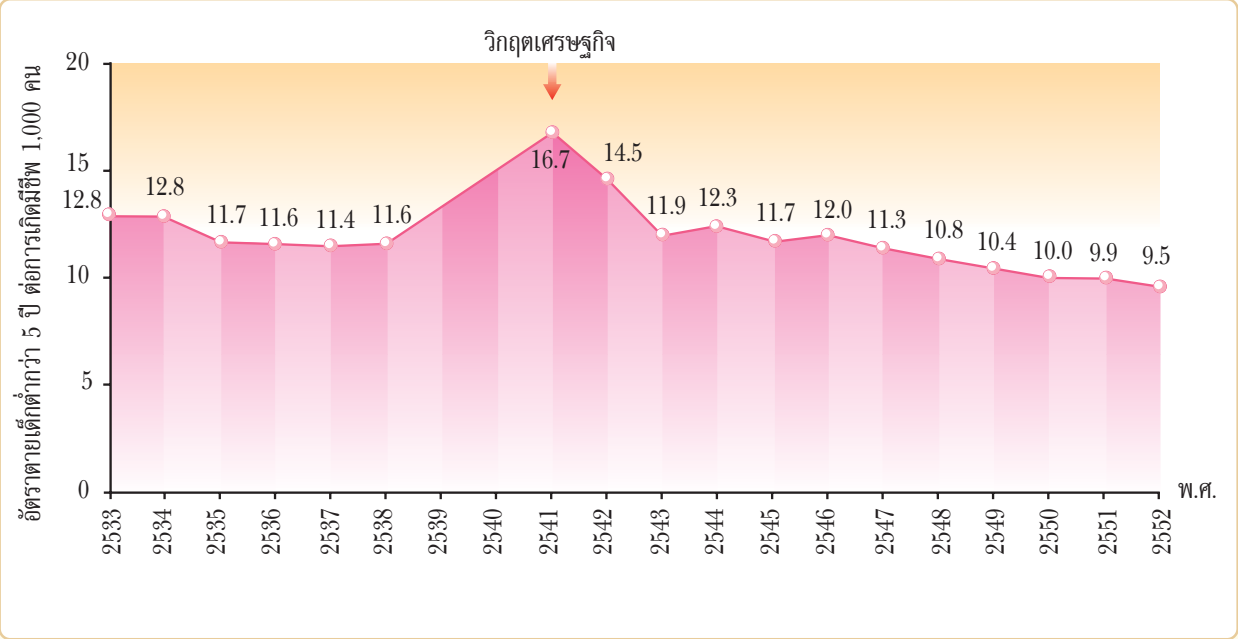


ที่มา: จากการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.4 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 9.5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 เป็นที่น่าสังเกตว่าวิกฤตเศรษฐกิจในระยะแรกอาจส่งผลกระทบต่ออัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ พบเพิ่มขึ้นเป็น 16.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.3) แต่อย่างไรก็ดีแม้ว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย (ตารางที่ 5.3) มีข้อสังเกตว่าตัวเลขอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รายงานจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย นี้มีแนวโน้มที่จะต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรพบอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 15.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549

ภาพที่ 5.3 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

1.5 สาเหตุการตาย

จากการศึกษาสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551 ของโครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค (Setting Priorites using Information on Cost-Effectiveness Spice 2004-2009) โดยวิธี Verbal Autopsy จากฐานข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาตร์ กระทรวงสาธารณสุข กับการทบทวนจากเวชระเบียนในโรงพยาบาล พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรก ได้แก่ เส้นเลือดในสมองแตกทั้งชายและหญิงในจำนวนเกือบเท่ากัน คือ 23,741 ราย และ 21,546 ราย ตามลำดับ ในผู้ชายโรคที่พบตามมาใน 5 ลำดับต่อมาได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน (20,458 ราย) โรคเอดส์ (19,953 ราย) หัวใจขาดเลือด (16,164 ราย) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (14,396 ราย) และตับแข็ง (12,628 ราย) ในขณะที่ในผู้หญิงได้แก่ โรคเบาหวาน (15,254 ราย) หัวใจขาดเลือด (14,300 ราย) โรคเอดส์ (10,868 ราย) โรคไตวายเรื้อรัง (7,627 ราย) และปอดอักเสบ (6,483 ราย) เป็นที่น่าสังเกตว่า สาเหตุตายจากโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาของผู้ชาย โดยที่มีจำนวนตายในชายมากกว่าหญิงเกือบเท่าตัว นอกจากนี้ อุบัติเหตุบนท้องถนนนั้นความรุนแรงของปัญหายังคงอยู่ที่ผู้ชายเช่นเดิม

สำหรับโรคมะเร็งที่พบใน 12 อันดับแรกในผู้ชายได้แก่ มะเร็งตับและมะเร็งปอด และในผู้หญิงคือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับ (ตารางที่ 5.4)

ตารางที่ 5.4 จำนวนและร้อยละของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 12 อันดับแรกจำแนกตามเพศในประชากรไทย พ.ศ. 2548

ผู้ชาย	จำนวนตาย	ร้อยละ	ผู้หญิง	จำนวนตาย	ร้อยละ
เส้นเลือดในสมองแตก	23,741	9.4	เส้นเลือดในสมองแตก	21,546	11.3
อุบัติเหตุบนท้องถนน	20,458	8.1	เบาหวาน	15,254	8.0
เอดส์	19,953	7.9	หัวใจขาดเลือด	14,300	7.5
หัวใจขาดเลือด	16,164	6.4	สาเหตุไม่ชัดแจ้ง	13,728	7.2
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	14,396	5.7	เอดส์	10,868	5.7
ตับแข็ง	12,628	5.0	โรคไตเรื้อรัง	7,627	4.0
มะเร็งตับ	11,365	4.5	ปอดอักเสบ	6,483	3.4
สาเหตุไม่ชัดแจ้ง	9,598	3.8	มะเร็งปากมดลูก	5,720	3.0
มะเร็งปอด	9,345	3.7	มะเร็งตับ	5,339	2.8
เบาหวาน	8,082	3.2	ความดันโลหิตสูง	5,339	2.8
ปอดอักเสบ	7,072	2.8	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4,957	2.6
ฆ่าตัวตาย	6,819	2.7	โรคหัวใจอื่นๆ	4,767	2.5
โรคอื่นๆ	92,944	36.8	โรคอื่น ๆ	74,743	39.2
จำนวนตาย	252,566	100	จำนวนตาย	190,670	100

และเมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายรายโรคตามกลุ่มอายุและเพศ พบดังนี้

กลุ่มอายุ	สาเหตุการตายหลัก	
	ชาย	หญิง
0 - 14	← ขาดอากาศหายใจ / บาดเจ็บจากการคลอด, อุบัติเหตุบนท้องถนน, จมน้ำตาย →	
15 - 49	เอชไอวี / เอดส์, อุบัติเหตุบนท้องถนนเอชไอวี / เอดส์, อุบัติเหตุบนท้องถนน	
50 - 74	เส้นเลือดในสมองแตก, หัวใจขาดเลือดเบาหวาน, เส้นเลือดในสมองแตก	
75 +	เส้นเลือดในสมองแตก, ปอดอุดกั้นเรื้อรังเส้นเลือดในสมองแตก, หัวใจขาดเลือด	

ที่มา: โครงการพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551

1.6 สาเหตุการป่วย

ผลจากการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนระหว่าง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ และโรคระบบทางเดินอาหาร ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่า ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคภูมิแพ้และโรคระบบประสาทจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.5)

ตารางที่ 5.5 ร้อยละของประชากรที่ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2550

กลุ่มโรค	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550
โรคระบบทางเดินหายใจ	38.1	45.7	39.6	40.2	44.8	45.0	44.3	40.9
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	15.7	13.2	14.0	14.9	11.8	12.2	11.4	11.4
โรคระบบทางเดินอาหาร	15.4	11.3	10.0	10.3	9.1	9.3	9.4	9.4
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3.0	6.6	6.6	6.3	5.2	5.9	6.3	4.1
โรคของต่อมไร้ท่อ	1.4	3.3	4.7	4.4	3.1	4.4	4.1	5.1
โรคของปาก หู คอ จมูก ตา ฟัน	4.7	3.2	3.6	2.6	3.3	3.2	2.7	2.2
โรคติดเชื้อ	2.2	2.1	1.8	1.3	2.1	1.7	0.9	1.0
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ	1.4	1.8	1.3	1.3	1.1	0.9	1.0	1.2
โรคภูมิแพ้	0.7	1.5	1.8	2.1	1.8	1.9	2.3	2.2
โรคระบบประสาทจิตเวช	0.8	1.3	1.5	1.7	1.6	1.9	2.1	1.8
โรคผิวหนัง	3.2	1.2	1.5	1.1	1.0	1.2	1.4	1.8
โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	1.4	0.8	0.9	0.9	0.8	0.8	0.7	0.9

ที่มา: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

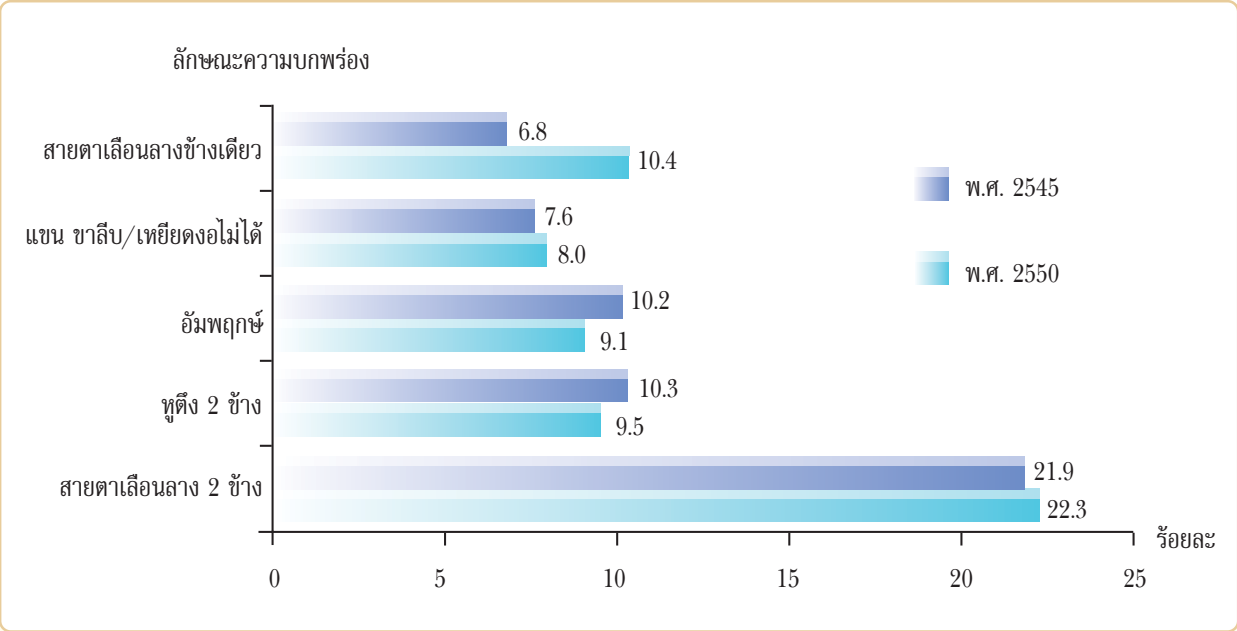
1.7 ความพิการ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2545 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ. 2550 (ตารางที่ 5.6) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่น ๆ พบความชุกของความพิการสูงกว่ารายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจสถานะทางสุขภาพประชากรไทยด้วยวิธีการตรวจร่างกาย (พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2535) พบผู้มีความพิการ ร้อยละ 6.3 ทั้งนี้ ยังไม่รวมความผิดปกติหรือพิการทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวมทั้งหมดโดยการประมาณการแล้วผู้พิการจะมีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.1 ของประชากรทั้งหมด

นอกจากนี้ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ (2540) คาดการณ์ว่า อัตราเพิ่มของคนพิการมากกว่าอัตราเพิ่มของประชากร โดยมีความพิการทางกายและการเคลื่อนไหวเป็นลักษณะความพิการที่พบมากที่สุดซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาของประเทศ[5] เมื่อจำแนกลักษณะของความบกพร่องที่มีประชากรที่พิการใน พ.ศ. 2550 เป็นมากที่สุด 5 ลำดับแรกคือ สายตาเลือนลางทั้ง 2 ข้าง สายตาเลือนลางข้างเดียว หูตึง 2 ข้าง อัมพฤกษ์ และแขนขาลีบ/เหยียดงอไม่ได้ ซึ่งเหมือนกับประชากรที่พิการใน พ.ศ. 2545 ยกเว้น ประเภทหูตึง 2 ข้าง และอัมพฤกษ์ที่มีลักษณะบกพร่องดังกล่าวลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 5.4)

[5] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. ระบบบริการทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, 2540

ภาพที่ 5.4 สัดส่วนของประชากรที่พิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550

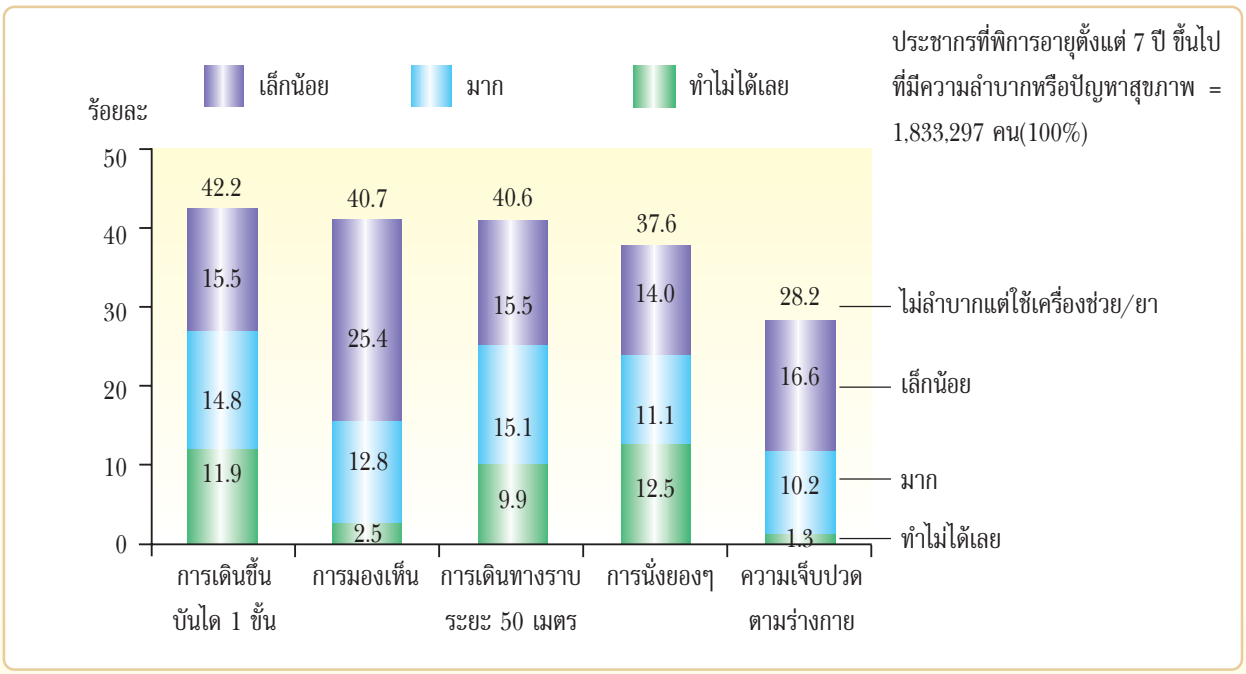


ที่มา: 1. รายงานผลการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ จากการสำรวจความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ใน พ.ศ. 2550 พบว่า ปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกที่มีประชากรพิการเป็นมากที่สุด คือ การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น, การมองเห็น, การเดินทางราบระยะ 50 เมตร, การนั่งยองๆ และความเจ็บปวดตามร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 42.2, 40.7, 40.6, 37.6 และ 28.2 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.5)

ภาพที่ 5.5 ร้อยละของประชากรที่พิการอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ จำแนกตามประเภทความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2550



ที่มา: การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. ตอบได้มากกว่า 1 ประเภท

2. ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรก มีผู้ที่ไม่ลำบาก แต่ใช้เครื่องช่วยหรือยา ไม่เกินร้อยละ 0.1

ตารางที่ 5.6 จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2550

จำนวนหน่วย : พันคน

ปีสำรวจ	ประชากร	คนพิการ	อัตราร้อยละต่อประชากร
2517	39,796.9	209.0	0.5
2519	42,066.9	245.0	0.6
2520	44,211.5	296.2	0.7
2521	45,344.2	324.6	0.7
2524	47,621.4	367.5	0.8
2529	51,960.0	385.9	0.7
2534	57,046.5	1,057.0	1.8
2539	59,902.8	1,024.1	1.7
2544	62,871.0	1,100.8	1.8
2545	63,303.0	1,098.0	1.7
2550	65,566.3	1,871.8	2.9

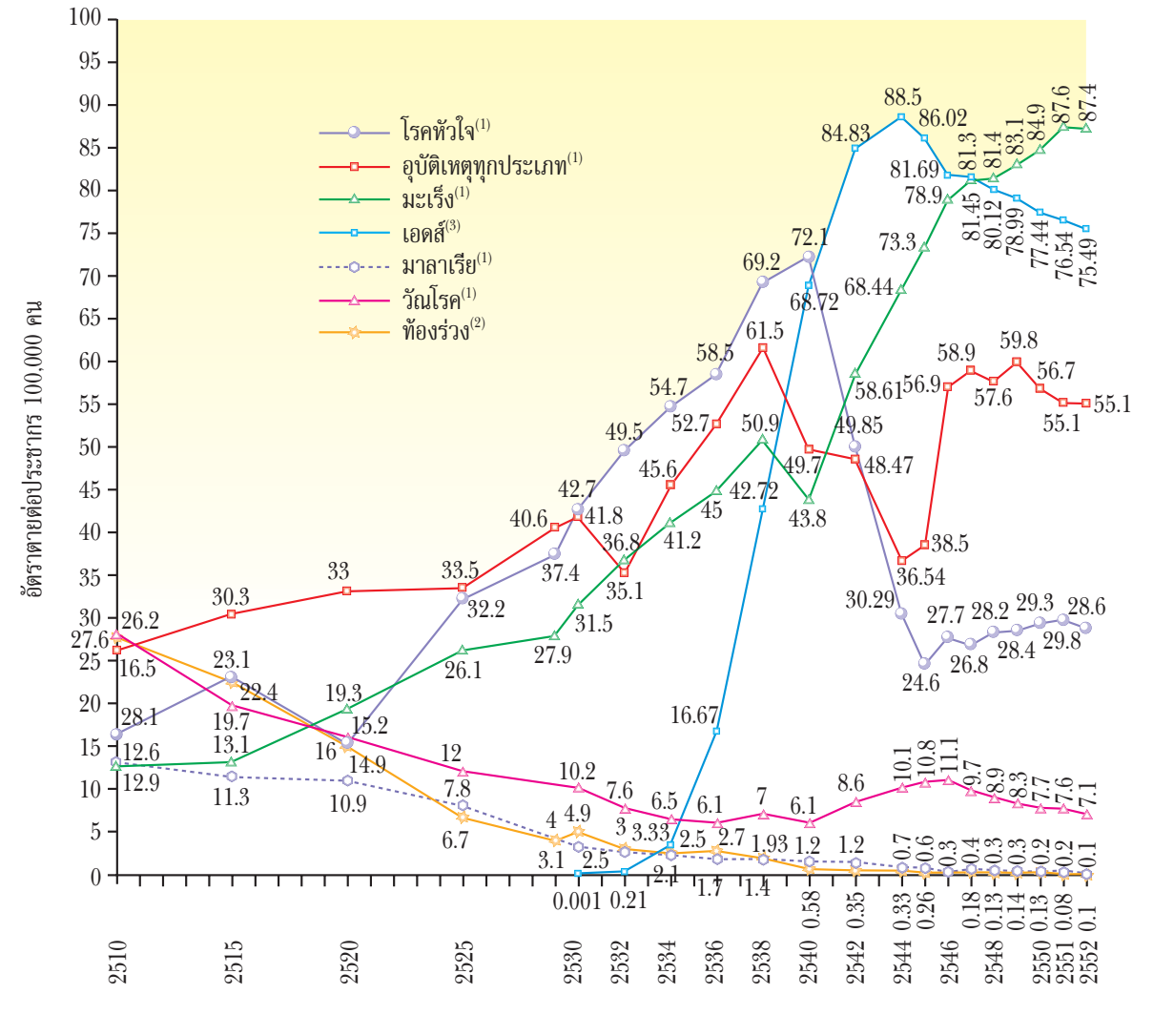
ที่มา: 1. โครงการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2517 - พ.ศ. 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.8 การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)

หากพิจารณาในภาพรวมจากสาเหตุการตายของคนไทย (จากมรณบัตร) จะพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุ รวมทั้งโรคเอดส์ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ส่วนโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญ ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงยกเว้นโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น วัณโรค ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (ภาพที่ 5.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระโรค (Burden of Diseases Study) ที่พบว่าการสูญเสียปีที่มีสุขภาพดี (DALYs loss) จากโรคไม่ติดต่อสูงกว่าโรคติดต่อกว่า 3 เท่า และประชากรยิ่งมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น (ตารางที่ 5.7)

ภาพที่ 5.6 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2510 - พ.ศ. 2552



ที่มา: (1)สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(2)สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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

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

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

ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549.

1.9 การสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย

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

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มวัย พบว่า มีความแตกต่างกันในปัญหาที่คุกคามต่อสุขภาพ ดังนี้

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

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

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

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

ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

1.10 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศกำลังพัฒนา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา องค์การอนามัยโลกได้สำรวจการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบใน 23 ประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทยและพบว่า ใน พ.ศ. 2548 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (ประมาณ 35 ล้านคน) โดยคิดเป็นโรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานร้อยละ 32 โรคมะเร็งร้อยละ 13 และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังร้อยละ 7 และคาดว่าอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มเป็น 41 ล้านคน ใน พ.ศ. 2558 นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาระโรค (DALYs) ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน พ.ศ. 2548 คิดเป็นร้อยละ 50 ของโรคทั้งหมด โดยร้อยละ 12 เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ซึ่งรวมถึงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง) และโรคมะเร็งและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 9 และคาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2558) ภาระโรคจะเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มโรค (ตารางที่ 5.9) ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 2

ตารางที่ 5.9 สัดส่วนของ Disability Adjusted Life Years loss (DALYs) ของการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากร 23 ประเทศกำลังพัฒนารวมประเทศไทย

กลุ่มโรค	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2558
โรคกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน	12	13
โรคมะเร็ง	5	6
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	4	5
โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด	50	55

ที่มา: D. Abegunde, C. Mathers, T.Adam, M.Ortegon, & K.Strong (2007). Chronic Diseases 1: The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet, 370, 8, 1929-38.

2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

2.1 โรคติดต่อทั่วไป

2.1.1 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในกลุ่มเป้าหมาย ทำให้อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.10 และภาพที่ 5.7)

ตารางที่ 5.10 ร้อยละของการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2551

กิจกรรม	ปีงบประมาณ (ร้อยละ)																							
	2525[1]	2526[1]	2527[1]	2528[1]	2529[1]	2530[1]	2531[1]	2532[1]	2533[1]	2534[1]	2535[1]	2536[1]	2537[1]	2538[1]	2539[2]	2540[2]	2541[2]	2542[2]	2543[2]	2544[2]	2545[2]	2546[3]	2549[4]	2551[5]
เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี																								
BCG (%)	73	75	76	78.4	89.5	87.4	88.6	94.1	96.3	96.8	97.4	98.1	97.9	98.4	98.4	96.9	96.5	95.6	98.8	89.4	98.1	99.5	98.0	99.9
DPT_3 (%)	21	48	53	60.5	73.9	72.8	74.8	84.2	89.4	89.8	91.5	92.2	92.9	93.7	94.3	92.5	95.9	92.1	94.4	89.1	89.8	97.6	97.1	98.7
OPV_3 (%)	34	40	53	59.3	71.8	71.3	73.8	83.2	89.3	89.8	91.5	92.2	92.7	93.7	94.3	92.3	95.8	93.0	94.5	89.3	89.7	97.6	97.6	98.7
Measles(%)	-	-	-	-	-	48.2	51.1	61.4	78.4	81.5	86.3	86.1	86.0	89.8	90.8	73.0	87.2	90.5	83.8	83.1	83.7	96.1	91.4	98.1
HB_3(%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.4	57.1	65.6	79.3*	90.7	88.5	93.0	90.4	94.9	87.9	88.8	96.0	88.3	98.3
หญิงมีครรภ์																								
TT_2 + Booster (%)	30	38	40	48	50	53.1	59.6	75.9	81.6	81.6	87.8	86.4	86.9	92.8	93.0	82.5	85.7	80.4	74.0	75.5	74.5	93.3	89.2	96.7

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

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

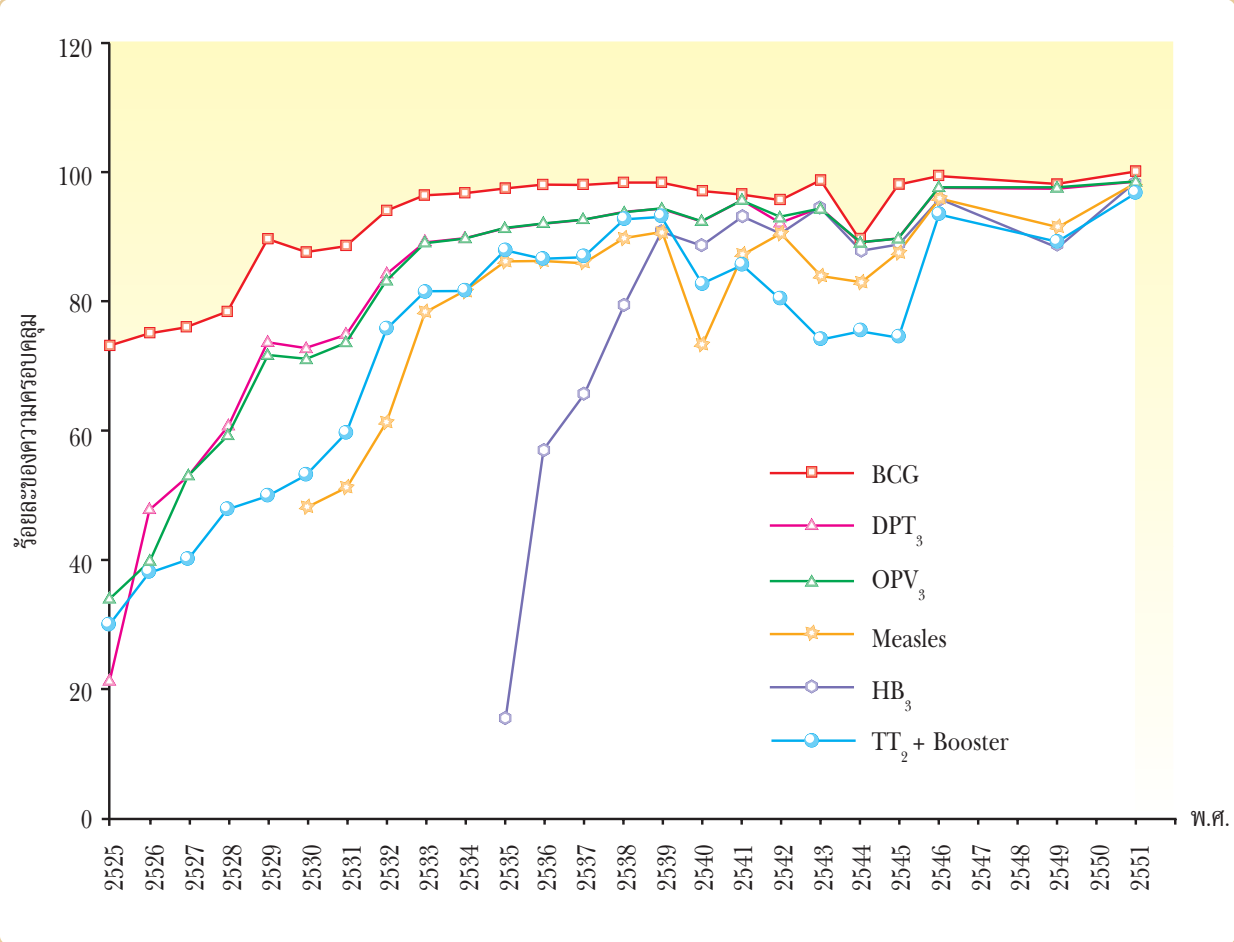
*เป็นข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชากรระดับจังหวัดครั้งที่ 1

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

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

(5) พ.ศ. 2551 ได้จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 2551, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.7 อัตราความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรค BCG DPT_3 OPV_3 HB_3 Measles และ TT_2 + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2525 - พ.ศ. 2551



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

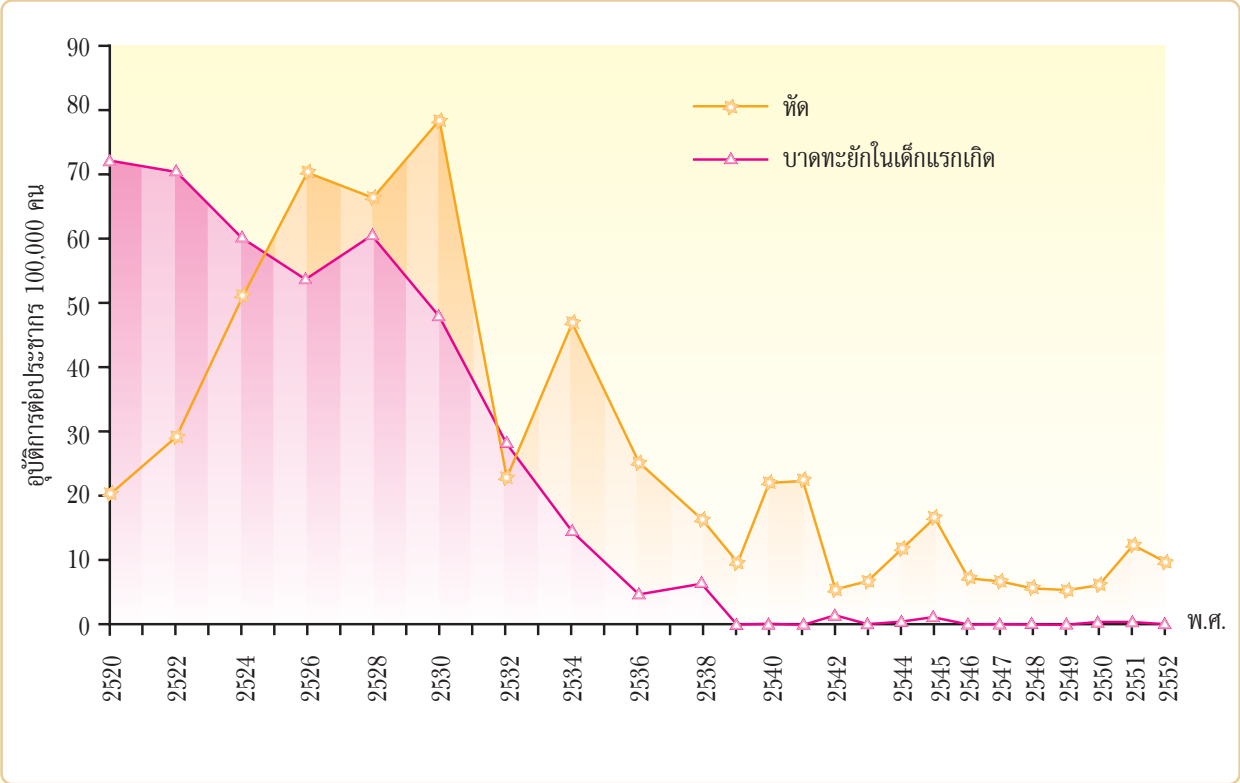
และจากผลกระทบของการให้วัคซีนป้องกันโรคดังกล่าว ทำให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 5.11, ภาพที่ 5.8 และ 5.9) นอกจากนี้ ยังพบว่า โรคตับอักเสบจากไวรัสบี (ภาพที่ 5.10) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นซึ่งน่าจะเกิดจากระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีความครอบคลุมมากขึ้น

ตารางที่ 5.11 อุบัติการการป่วยด้วยโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่สำคัญประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552

อุบัติการโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนต่อประชากร 100,000 คน						
พ.ศ.	หัด	บาดทะยักในเด็กแรกเกิด	คอตีบ	ไอกรน	โปลิโอ	ตับอักเสบจากไวรัสบี
2520	20.2	72.1	5.2	7.2	2.1	NA
2522	28.9	70.0	4.4	11.2	2.3	0.09
2524	51.1	59.8	1.6	6.2	0.5	0.14
2526	70.2	53.6	2.1	9.8	0.3	0.12
2528	66.2	60.4	1.4	4.8	0.1	0.55
2530	78.3	47.9	1.0	2.7	0.04	1.57
2532	22.5	28.1	0.1	2.2	0.03	3.30
2534	46.9	14.5	0.09	0.5	0.009	5.98
2536	25.2	4.7	0.04	0.6	0.015	4.39
2538	16.4	6.4	0.03	0.2	0.003	3.13
2539	9.5	0.05	0.08	0.13	0.03	2.20
2540	22.03	0.04	0.06	0.17	0.00	2.27
2541	22.39	0.03	0.08	0.16	0.00	2.53
2542	5.38	1.55	0.08	0.08	0.00	2.60
2543	6.67	0.03	0.02	0.16	0.00	2.71
2544	11.86	0.36	0.02	0.12	0.00	2.80
2545	16.48	1.14	0.02	0.02	0.00	3.44
2546	7.17	0.01	0.01	0.04	0.00	3.68
2547	6.66	0.02	0.02	0.03	0.00	4.54
2548	5.67	0.01	0.00	0.04	0.00	4.41
2549	5.31	0.00	0.00	0.11	0.00	5.48
2550	6.20	0.50	0.01	0.04	0.00	6.94
2551	12.32	0.38	0.01	0.03	0.00	8.39
2552	9.57	0.13	0.02	0.04	0.00	8.46

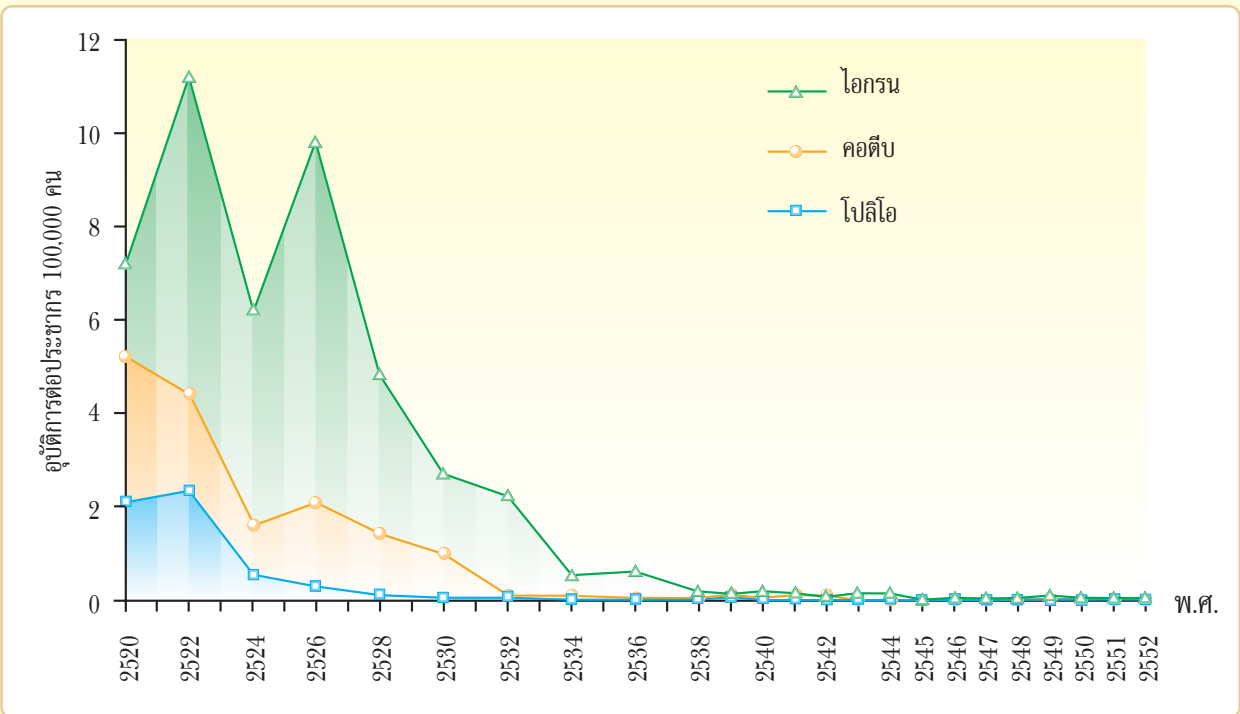
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.8 อุบัติการของโรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิดและโรคหัด ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



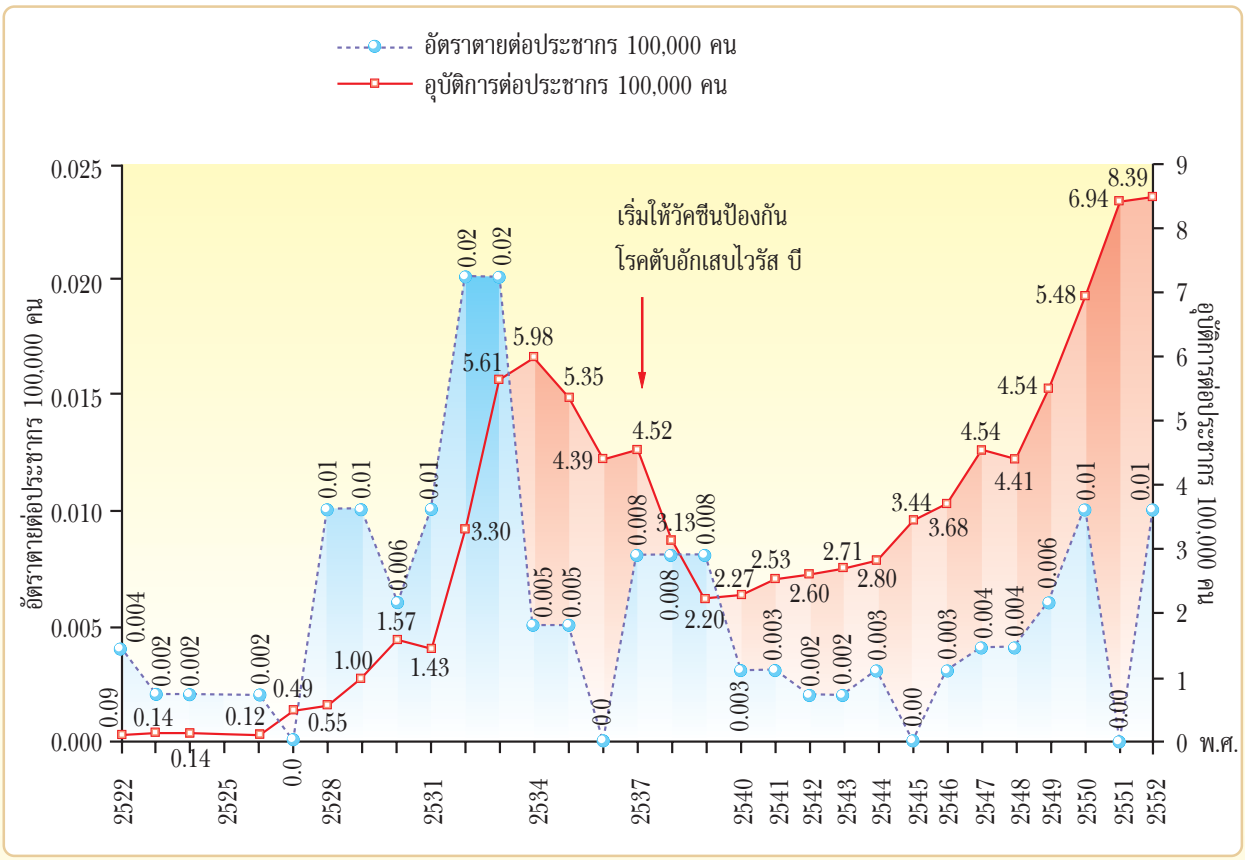
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.9 อุบัติการของโรคไอกรน คอตีบและโปลิโอ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.10 อุบัติการและอัตราตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส บี ประเทศไทย พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552

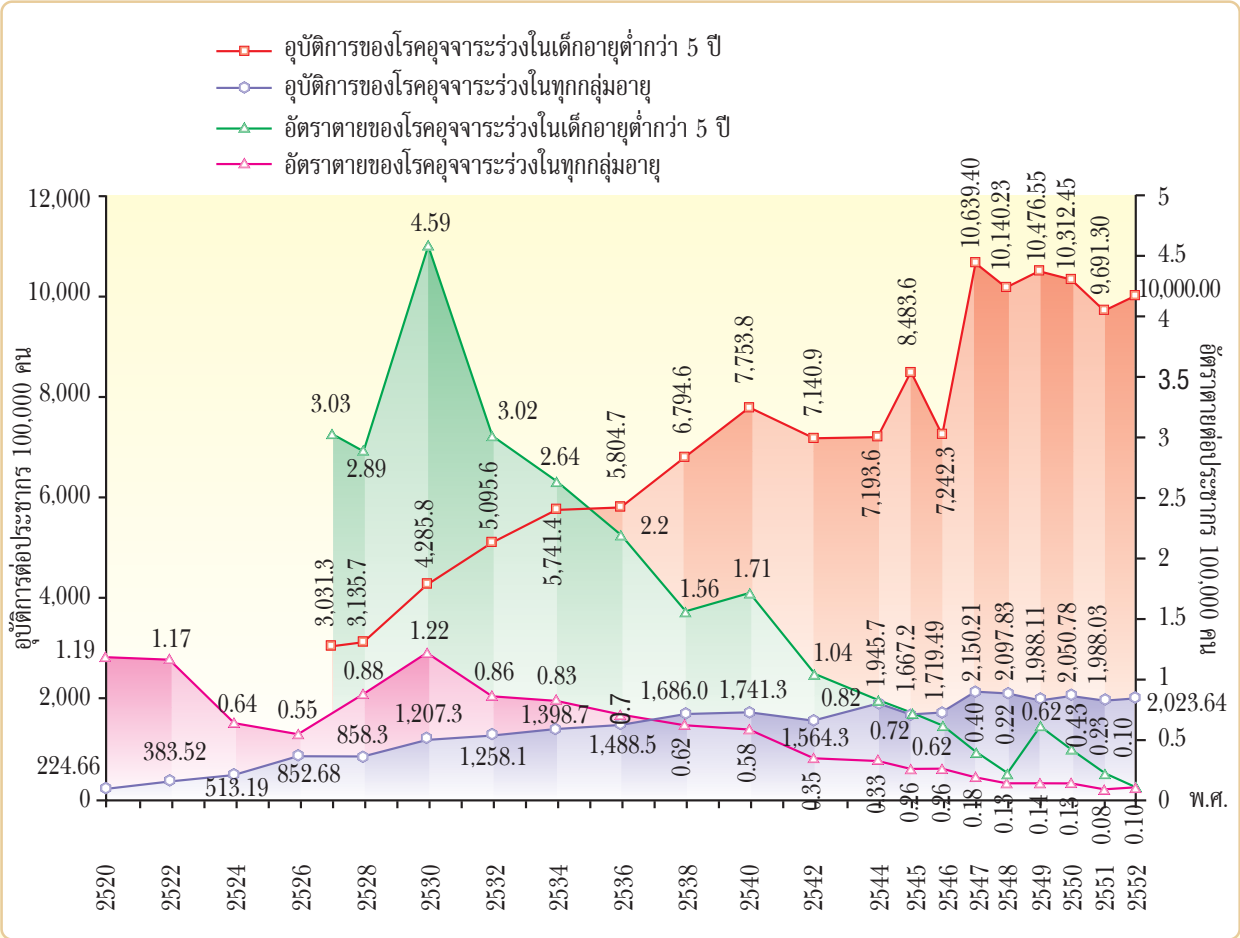


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.2 โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยมีอุบัติการที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่พบอุบัติการสูงกว่าในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม อัตราตายด้วยโรคอุจจาระร่วงมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.11) เนื่องจากบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและครอบคลุมทั่วถึง รวมทั้งความสำเร็จของการรณรงค์การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่และ ORT (Oral Rehydration Therapy)

ภาพที่ 5.11 อุบัติการของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552

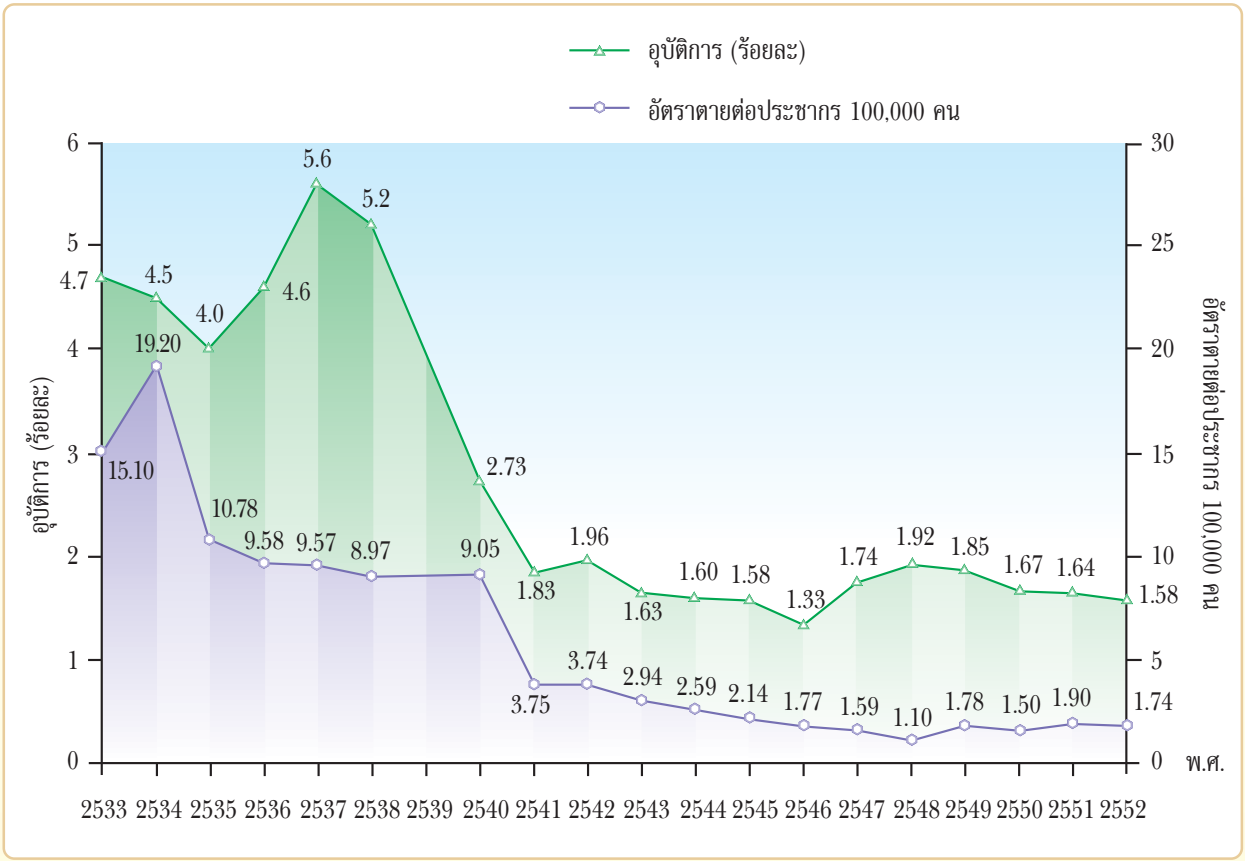


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.3 โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARI)

ปัจจุบันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในไทย โดยพบว่า **โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี** พบอุบัติการของโรคปอดบวมในเด็กลดลงจากร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 1.58 ใน พ.ศ. 2552 รวมทั้งอัตราตาย ก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 15.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 1.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.12)

ภาพที่ 5.12 อุบัติการ (ร้อยละ) และอัตราตายของโรคปอดบวมต่อประชากร 100,000 คน ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552

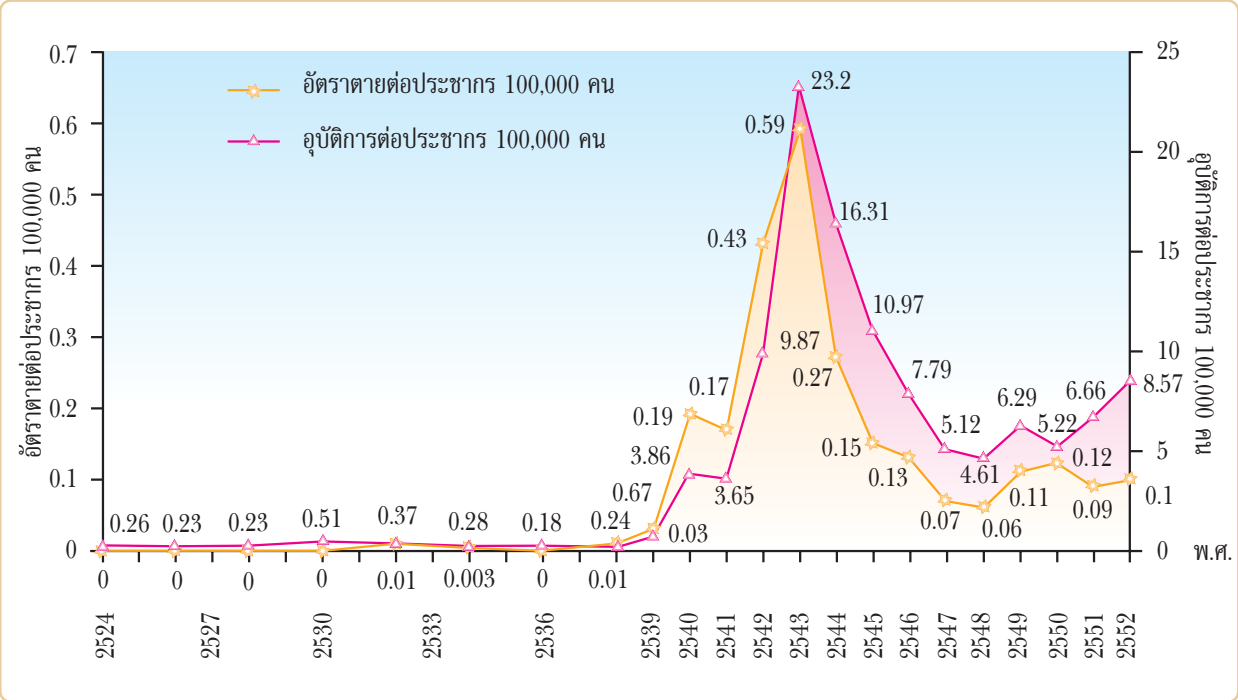


ที่มา: (1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.4 โรคเลปโตสไปโรซิส

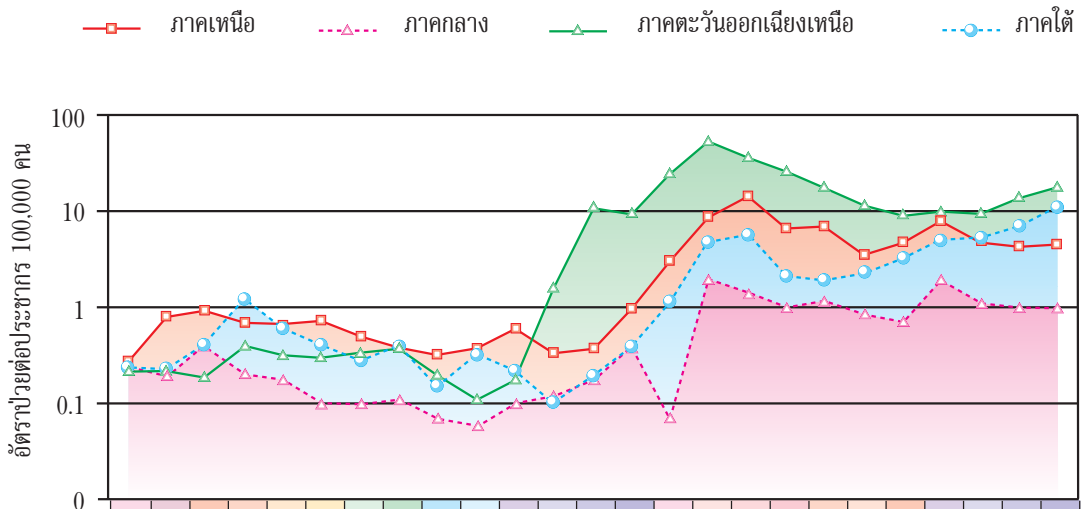
โรคเลปโตสไปโรซีสเป็นโรคติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ โดยพบอุบัติการของโรคอยู่ระหว่าง 0.2 - 0.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2539 แต่ในระยะ 4 ปีที่ผ่านมา อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซีส กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ อุบัติการของโรค จาก 0.67 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เพิ่มขึ้นเป็น 23.2 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2543 และลดลง เป็น 4.61 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 5.13) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ (ภาพที่ 5.14) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า อุบัติการของโรคกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ภาพที่ 5.13 อุบัติการและอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.14 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำแนกตามภาค ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552



พ.ศ.	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
ภาคเหนือ	0.27	0.78	0.89	0.67	0.66	0.7	0.49	0.36	0.32	0.36	0.58	0.32	0.37	0.94	3.08	8.72	13.9	6.43	6.76	3.48	4.55	7.87	4.54	4.13	4.41
ภาคกลาง	0.23	0.2	0.4	0.21	0.18	0.1	0.1	0.11	0.07	0.06	0.1	0.12	0.18	0.38	0.07	2.00	1.43	0.99	1.17	0.85	0.71	1.95	1.09	1.00	1.02
ภาคตะวัออกเฉียงเหนือ	0.22	0.23	0.19	0.41	0.32	0.3	0.33	0.38	0.2	0.11	0.18	1.59	10.9	9.42	25	54.6	36.3	26.5	17.7	11.3	9.02	10.2	9.64	13.7	17.6
ภาคใต้	0.23	0.23	0.4	1.2	0.58	0.4	0.28	0.38	0.15	0.32	0.22	0.1	0.19	0.39	1.08	4.55	5.61	2.08	1.9	2.21	3.1	4.93	5.02	6.67	10.5

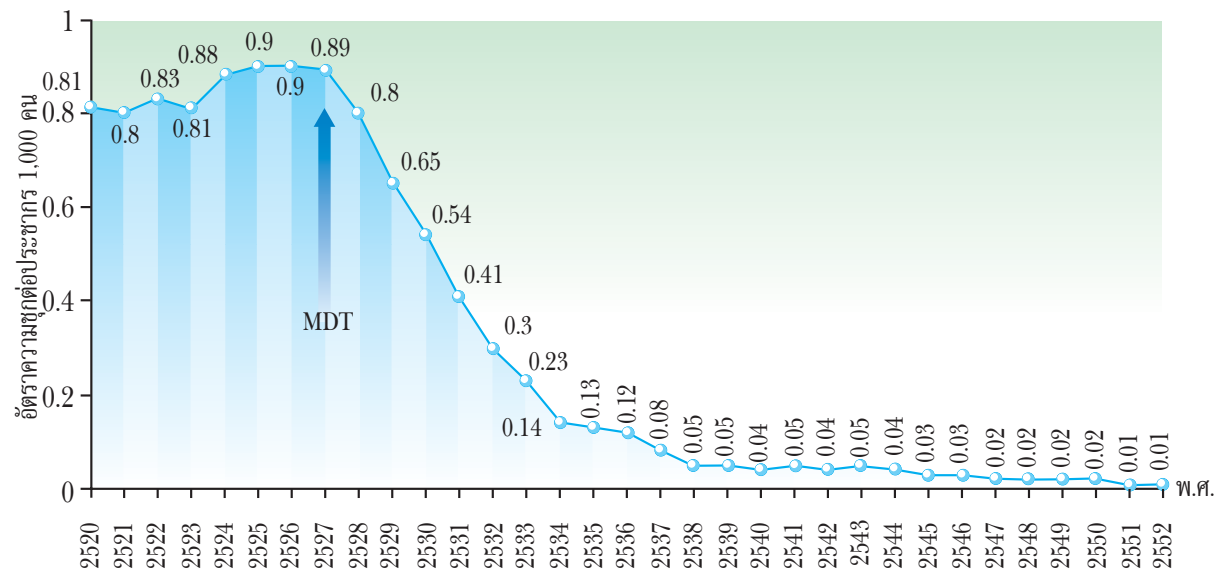
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.1.5 โรคเรื้อน

การควบคุมโรคเรื้อนในประเทศไทยได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 40 ปี โดยเริ่มจากโครงการพระราชดำริในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกและองค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ จนทำให้ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อนเป็นอย่างดี กล่าวคือ เปรียบเทียบตั้งแต่เริ่มโครงการควบคุมโรคเรื้อนใน ปี 2498 ซึ่งมีอัตราความชุกของโรค 5 ต่อประชากร 1,000 คน กับปัจจุบัน ปี 2552 มีอัตราความชุกของโรคเหลือเพียง 0.01 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกรับรองว่าประเทศไทยสามารถขจัดโรคเรื้อนได้สำเร็จ (ภาพที่ 5.15) และรวมทั้งประเทศ ขณะนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการค้นพบและให้การรักษาจนหายจากโรคนี้แล้ว 170,000 คน นับเป็นการควบคุมโรคเรื้อนในลักษณะองค์รวมตามแนวพระราชดำริที่ประสบความสำเร็จอย่างมาก

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคเรื้อนของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนหนึ่งมาจากการนำวิธีการรักษาโรคเรื้อนระยะสั้น โดยใช้ยาผสมตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (MDT WHO Regimens) มาใช้ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2527

ภาพที่ 5.15 อัตราความชุกของโรคเรื้อนต่อประชากร 1,000 คน ประเทศไทยปี พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



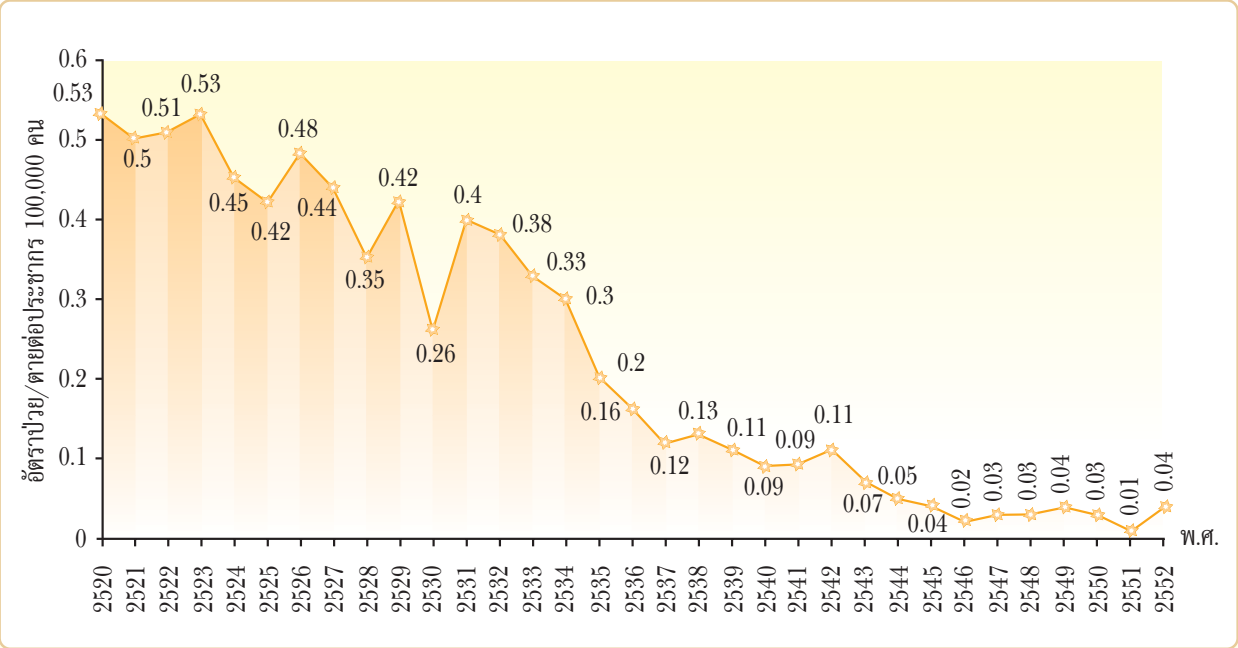
ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

MDT = Multiple Drug Therapy

2.1.6 โรคพิษสุนัขบ้า

จากผลการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ทำให้สามารถลดอัตราป่วย/ตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าจาก 0.53 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2520 เป็น 0.01 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2551 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2552 กลับพบว่า อัตราป่วย/ตาย ด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นเป็น 0.04 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.16)

ภาพที่ 5.16 อัตราป่วย/ตายของโรคพิษสุนัขบ้าต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



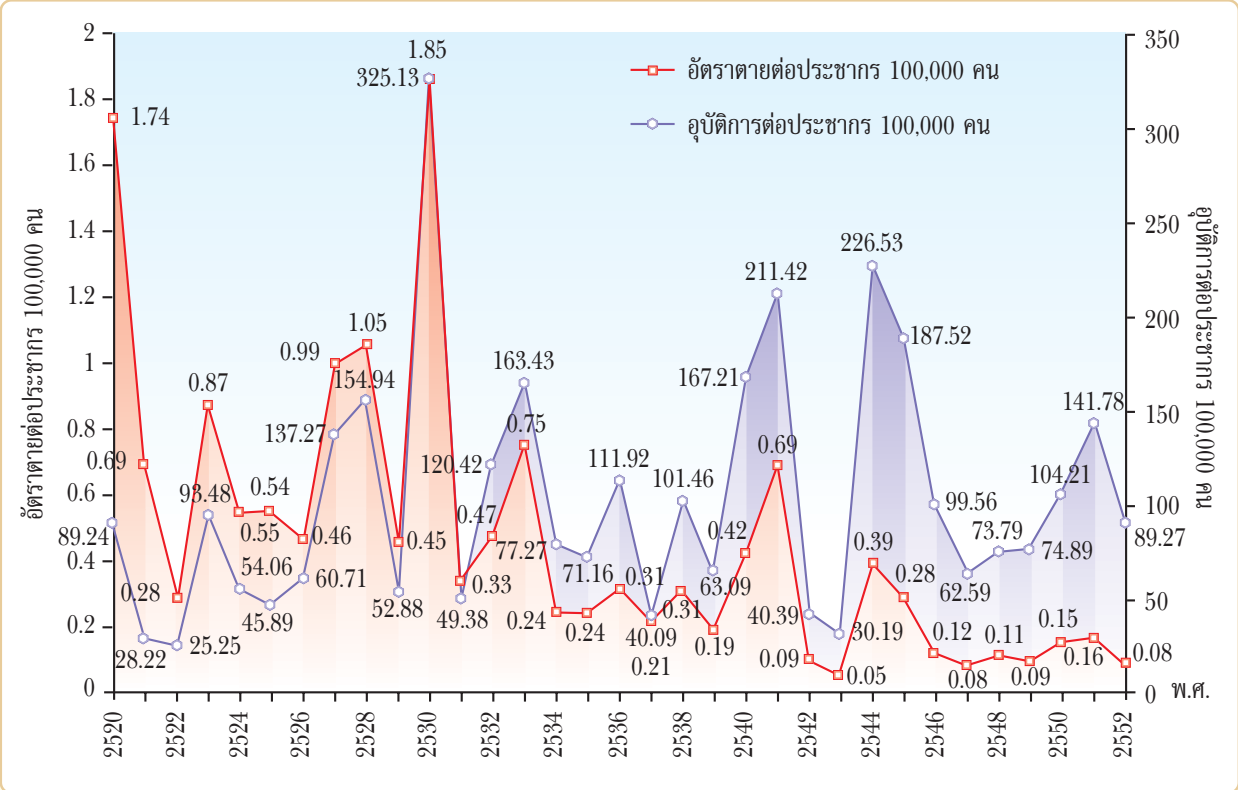
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2 โรคติดต่อที่นำโดยแมลง

2.2.1 ไข้เลือดออก

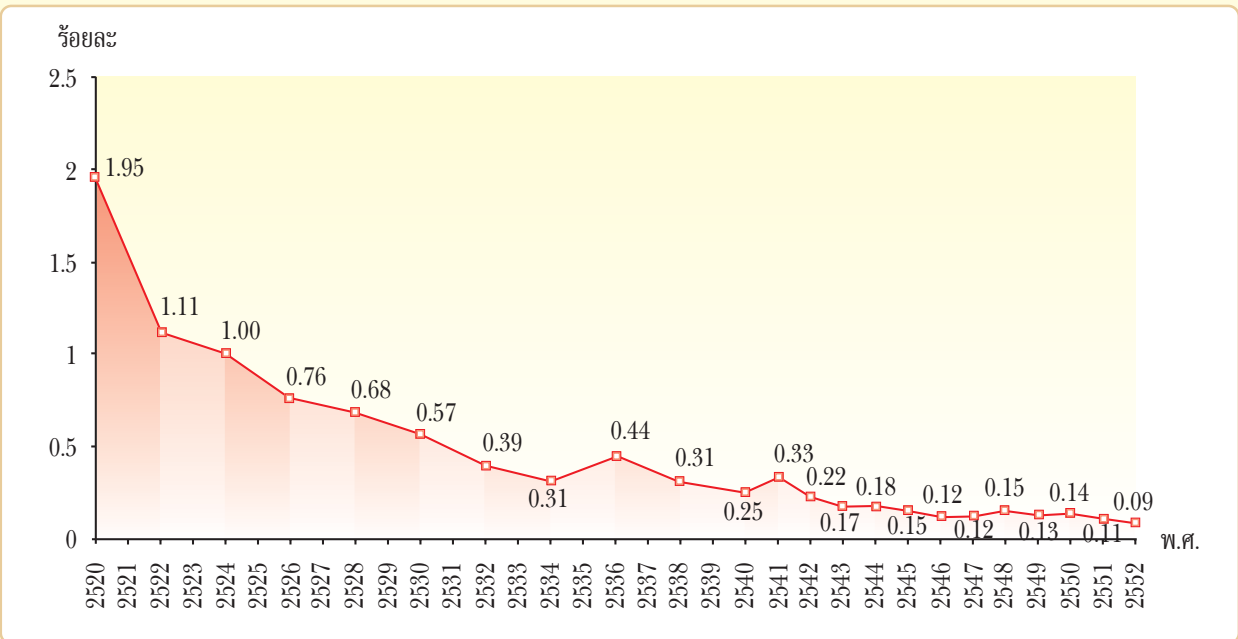
โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา โดยยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะช่วง พ.ศ. 2540, พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545 กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยลักษณะคล้ายมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี อย่างไรก็ตามอัตราป่วยตาย พบว่า มีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.17 และ 5.18)

ภาพที่ 5.17 อุบัติการและอัตราตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.18 อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552

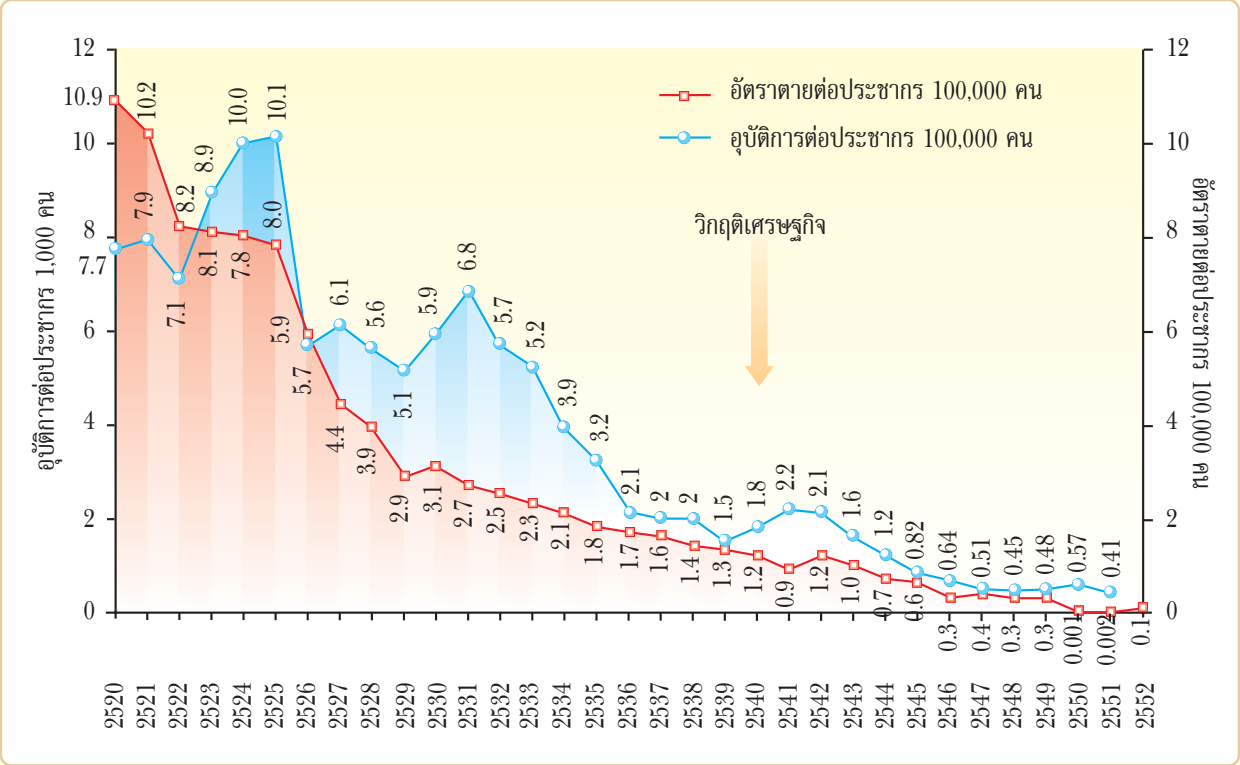


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.2 ไข้มาลาเรีย

ปัจจุบันประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมไข้มาลาเรียระดับหนึ่ง ทำให้อุบัติการและอัตราตายลดลง (ภาพที่ 5.19) แต่ก็ยังพบปัญหาในบางพื้นที่โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดชายแดนไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา รวมทั้งปัญหาเชื้อโรคดื้อยา อนึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่า**ในช่วงปี 2540 - 2542 อุบัติการของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย** แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์นี้คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้ดีดีที ตั้งแต่ปี 2538 ปรากฏการณ์ EI NiNo และการปรับโครงสร้างการดำเนินการควบคุมโรค โดยรวมหน่วยงานมาลาเรีย เป็นหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง ซึ่งรวมถึงไข้เลือดออก เท้าช้างและไข้สมองอักเสบด้วย ในระยะแรกจึงอาจมีปัญหาอยู่บ้าง อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี 2543 อุบัติการและอัตราตายของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลง

ภาพที่ 5.19 อุบัติการและอัตราตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2552

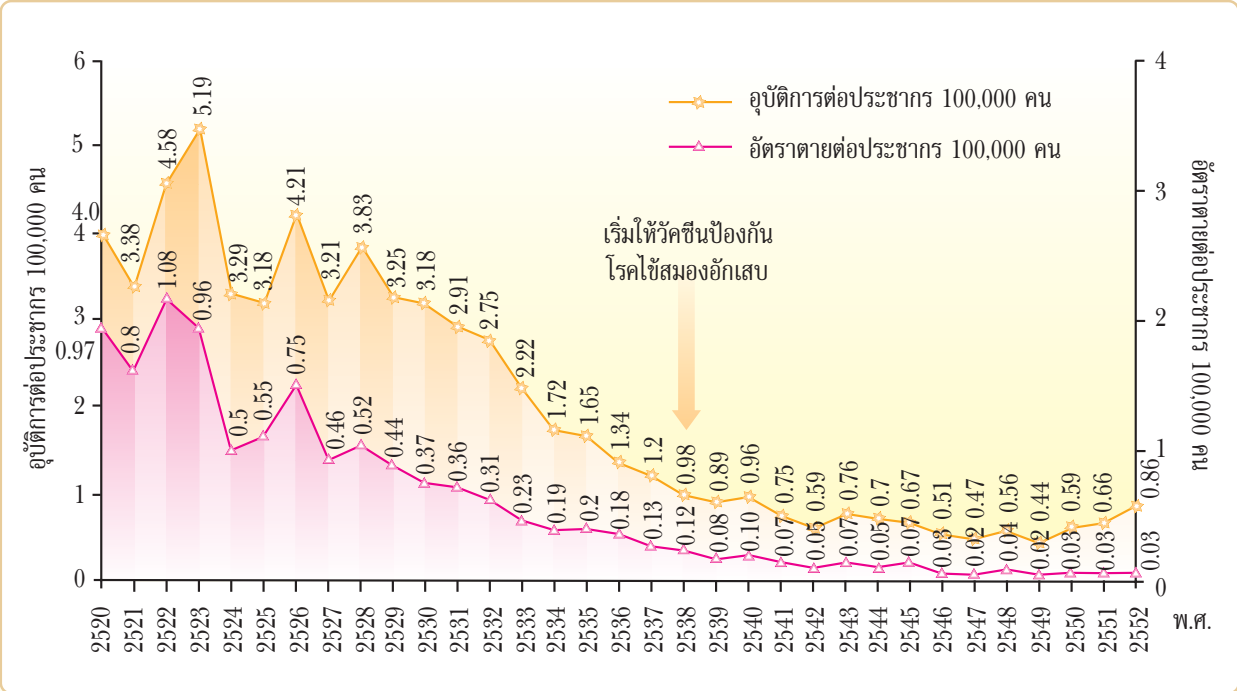


ที่มา: สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2.3 ไข้สมองอักเสบ

ผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมและการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบแก่เด็กในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้อุบัติการและอัตราตายมีแนวโน้มลดลงอย่างมาก (ภาพที่ 5.19) อย่างไรก็ตามใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบอุบัติการของโรคไข้สมองอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ขณะที่อัตราตายมีแนวโน้มคงที่

ภาพที่ 5.20 อุบัติการและอัตราตายของโรคไข้สมองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552

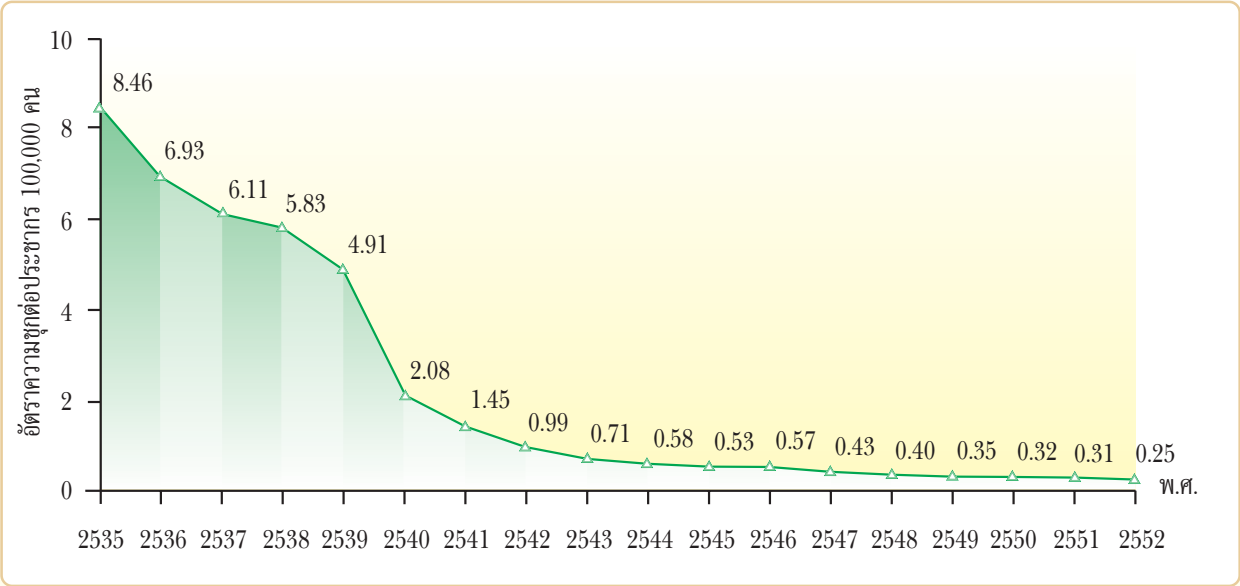


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.4 โรคเท้าช้าง

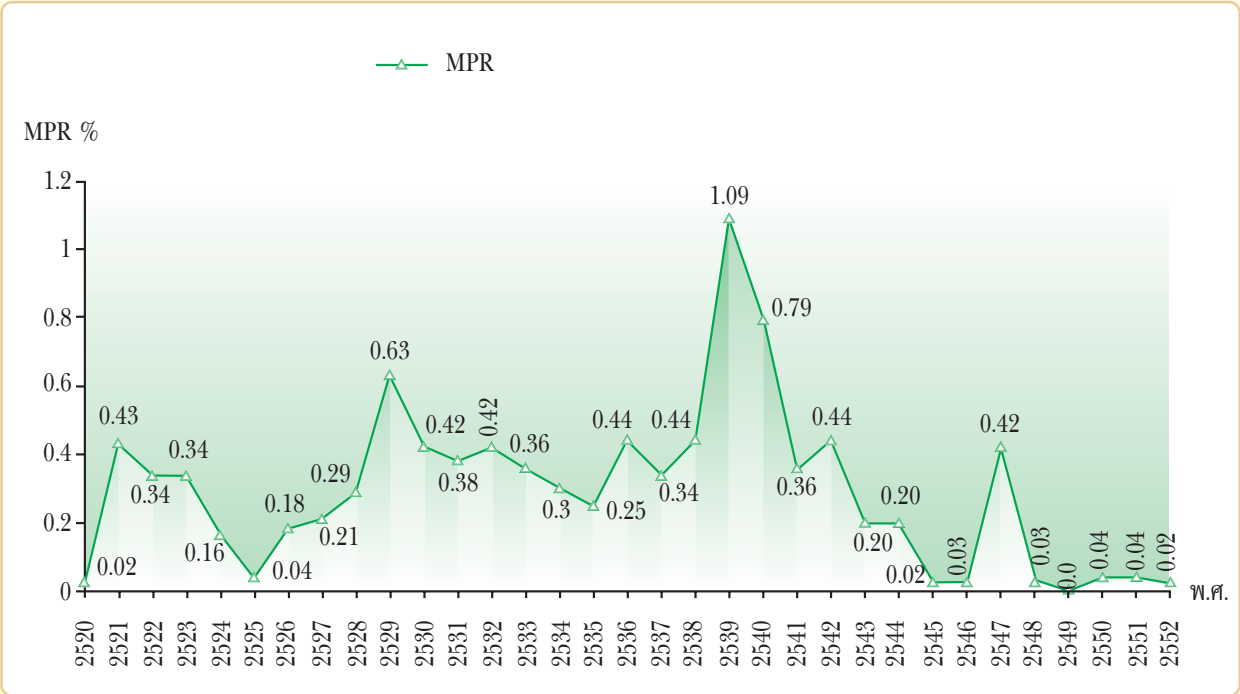
ถึงแม้การดำเนินการควบคุมโรคเท้าช้างที่ผ่านมาสามารถลดอัตราความชุกของโรคลงจาก 8.46 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2535 เหลือ 0.25 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2552 (ภาพที่ 5.21) และลดอัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในกระแสโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ได้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ในระยะ 30 กว่าปีที่ผ่านมา (ปี 2520 - ปี 2552) ยกเว้นในปี 2539 ที่พบมากกว่าร้อยละ 1 เนื่องจากได้มีการรณรงค์ตรวจสุขภาพในแรงงานต่างชาติ (ภาพที่ 5.22) แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนเขตติดต่อระหว่างประเทศไทย - พม่า และไทย - มาเลเซีย ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและเป็นแหล่งที่ชาวต่างชาติ โดยเฉพาะพม่าเข้ามาประเทศไทยเพื่อขายแรงงาน

ภาพที่ 5.21 อัตราความชุกโรคเท้าช้างต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย ปี 2535 - ปี 2552



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.22 อัตราผู้มีเชื้อพยาธิโรคเท้าช้างในโลหิต ในผู้ป่วยแรงงานต่างชาติ ปี 2520 - ปี 2552



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.3 โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.3.1 โรคเอดส์

(1) สถานการณ์การติดเชื้อ HIV

จากรายงานการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากร กลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มสำคัญ ดำเนินการในทุกจังหวัด ในช่วงเวลา 20 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552 พบสถานการณ์และแนวโน้ม ดังนี้

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Donors) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.28 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 0.81 ใน พ.ศ. 2535 แล้วค่อย ๆ ลดลง จนถึงร้อยละ 0.21 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.23)

กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 0.68 ใน พ.ศ. 2534 จนถึงสูงสุด ร้อยละ 2.29 ใน พ.ศ. 2538 แล้วค่อย ๆ ลดลงจนถึงร้อยละ 0.76 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.23)

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IVDU) มีความชุกประมาณร้อยละ 30-43 ตลอดช่วง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2540 และเพิ่มขึ้นหลัง พ.ศ. 2540 จนเป็นความชุกร้อยละ 50.77 ใน พ.ศ. 2542 และกลับลดลงเหลือ 34.98 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.24)

กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค (STDs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 2.50 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 8.50 ใน พ.ศ. 2537 แล้วทรงตัวอยู่ในช่วงร้อยละ 7-9 ใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2542 จนกระทั่งลดลงเป็นร้อยละ 5.49 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.24)

หญิงโสเภณีตรง (Direct CSWs) ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 3.47 ใน พ.ศ. 2532 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 33.15 ใน พ.ศ. 2537 แล้วลดลงเป็นร้อยละ 3.88 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.24)

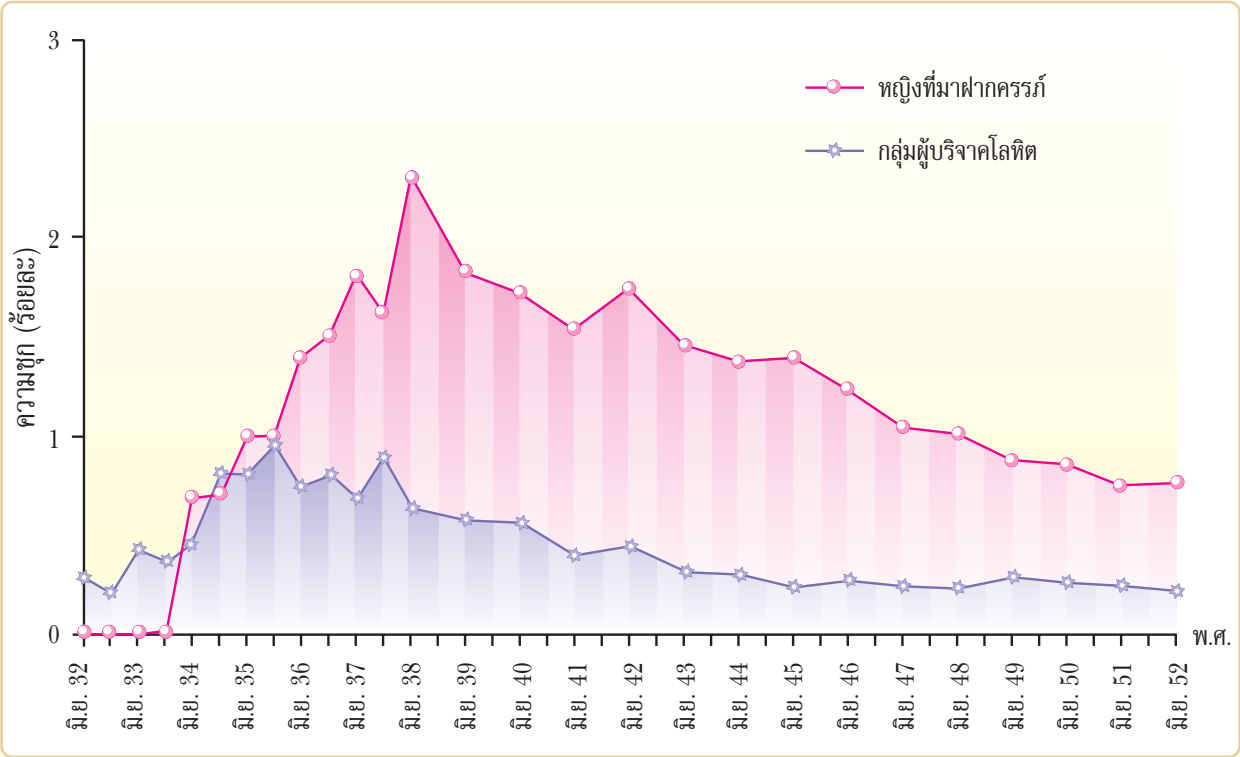
หญิงโสเภณีแฝง (Indirect CSWs) ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.00 ใน พ.ศ. 2533 จนถึงสูงสุดที่ร้อยละ 10.14 ใน พ.ศ. 2539 แล้วค่อย ๆ ลดลงเป็นร้อยละ 2.21 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.24)

กลุ่มทหารเกณฑ์ ความชุกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 ใน พ.ศ. 2533 สูงสุดที่ร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2536 แล้วลดลงเหลือร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.25)

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

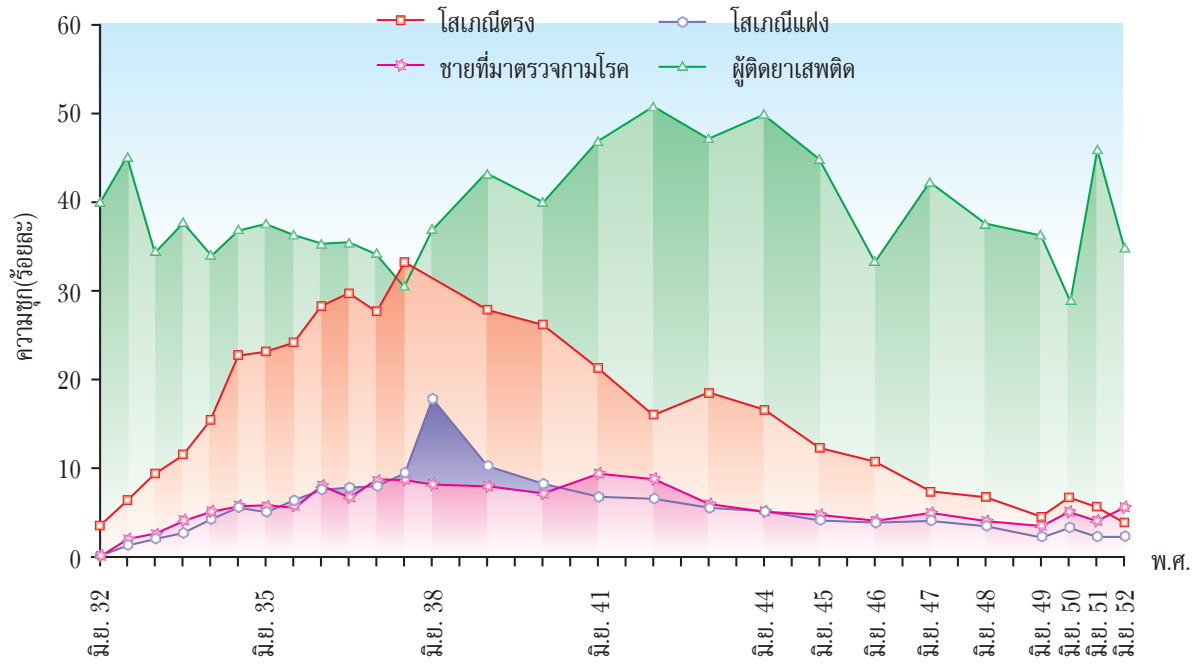
อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ต่างเพศ (Heterosexual) ลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539 ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง และการรณรงค์ถุงยางอนามัย 100% ในหญิงบริการทางเพศ (ดูภาพที่ 5.30)

ภาพที่ 5.23 อัตราความชุกการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.24 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศแฝง กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค และผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด, ประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552

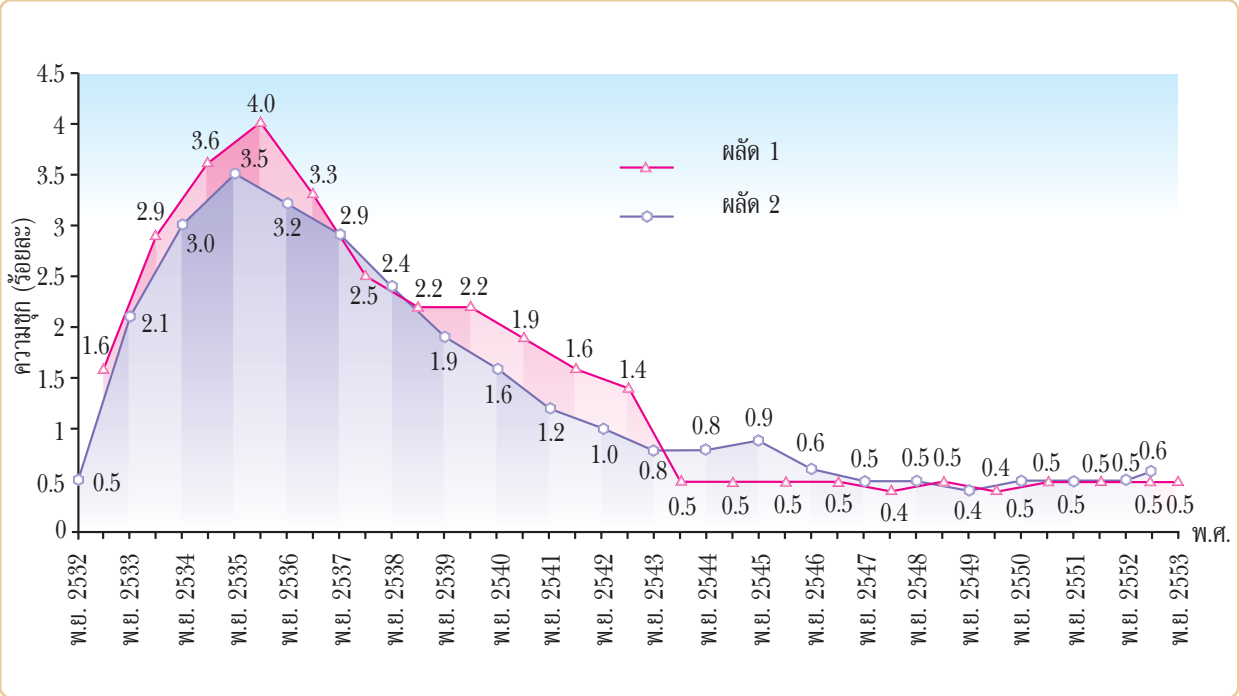


กลุ่ม	มิย. 2532	มิย. 2533	มิย. 2534	มิย. 2535	มิย. 2536	มิย. 2537	มิย. 2538	มิย. 2539	มิย. 2540	มิย. 2541	มิย. 2542	มิย. 2543	มิย. 2544	มิย. 2545	มิย. 2546	มิย. 2547	มิย. 2548	มิย. 2549	มิย. 2550	มิย. 2551	มิย. 2552
หญิงขายบริการทางเพศโดยตรง	3.47	9.30	15.24	22.97	28.25	27.64	33.15[1]	27.78	26.14	21.13	16.00	18.46	16.56	12.34	10.63	7.36	6.80	4.59	6.77	5.57	3.88
หญิงขายบริการทางเพศแฝง	0.00	2.00	4.34	5.02	7.58	8.00	9.48[1]	10.14	8.22	6.74	6.56	5.51	5.03	4.07	3.88	4.00	3.37	2.27	3.27	2.28	2.21
ชายที่มาตรวจกามโรค	0.00	2.50	5.05	5.71	8.00	8.50	8.16	8.00	7.07	9.30	8.71	5.96	5.08	4.76	4.00	5.00	4.13	3.39	5.02	4.05	5.49
ผู้ฉีดยาเสพติด	40.09	34.51	34.04	37.50	35.21	34.27	37.00	43.26	40.00	46.88	50.77	47.17	50.00	44.91	33.33	42.22	37.64	36.33	28.90	45.91	34.98
หญิงที่มาฝากครรภ์	0.00	0.00	0.68	1.00	1.39	1.80	2.29	1.81	1.71	1.53	1.74	1.46	1.37	1.39	1.23	1.04	1.01	0.87	0.85	0.75	0.76
โลหิตบริจาค	0.28	0.43	0.45	0.81	0.74	0.68	0.63	0.56	0.56	0.39	0.44	0.31	0.30	0.24	0.27	0.23	0.22	0.29	0.26	0.26	0.21

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: [1] เป็นข้อมูลของเดือนธันวาคม 2537

ภาพที่ 5.25 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พฤศจิกายน 2532 - พฤศจิกายน 2553



ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก
สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

(2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์

จากรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึง พ.ศ. 2552 โดยแยกเป็นรายภาค พบว่า อัตรารายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากรแสนคน สูงสุดอยู่ในภาคกลาง และภาคเหนือ ส่วนต่ำสุดอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภาพที่ 5.26)

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานยังคงต่ำกว่าความเป็นจริง คือมีการรายงานผู้ป่วยอยู่ที่ระดับร้อยละ 4.2 - 52.3 เท่านั้น [7]

(3) การคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ใช้วิธีประมาณการที่เรียกว่า Asian Epidemic Model (AEM) ระหว่าง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2554 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่รวมถึงจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่มีแนวโน้มลดลง ขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมและจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ตารางที่ 5.12 และภาพที่ 5.27)

---

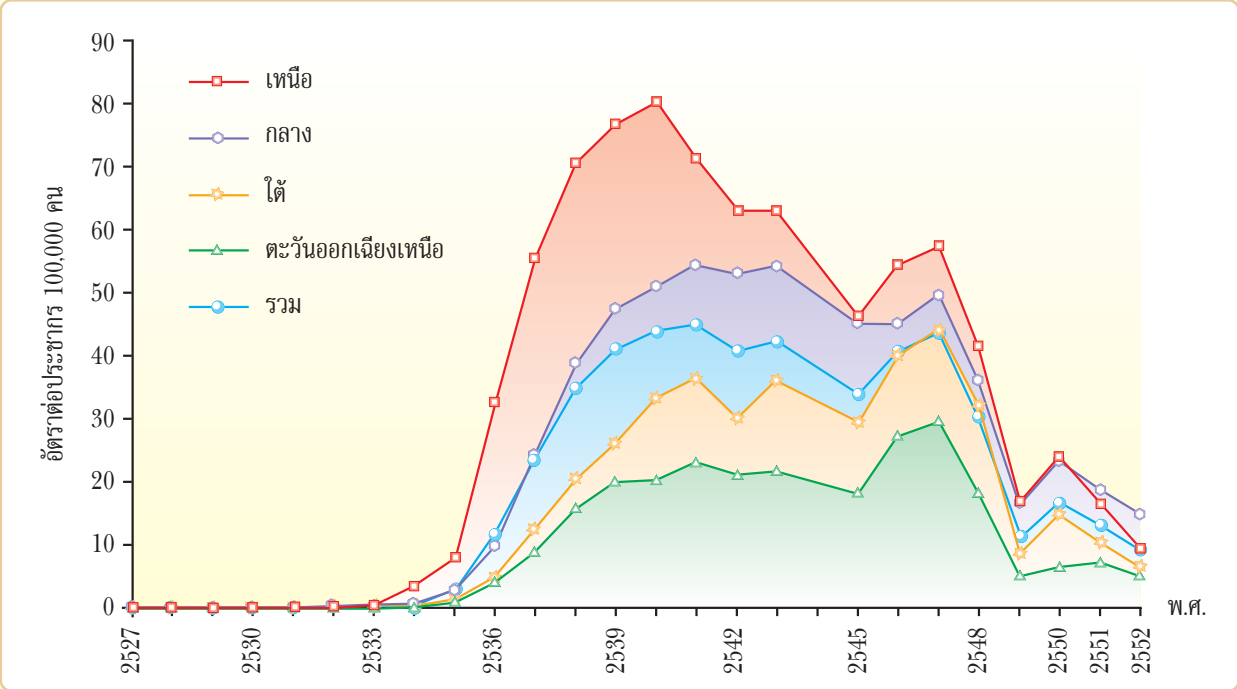
[7] สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, การศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2550

ตารางที่ 5.12 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2554 จากการคาดการณ์โดย The Asian Epidemic Model

Projections	ปี						
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่	16,513	15,174	13,936	12,787	11,753	10,853	10,097
จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม	1,073,518	1,088,692	1,102,628	1,115,415	1,127,168	1,138,020	1,148,117
จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่	562,243	556,848	546,578	532,522	516,632	499,324	481,770
จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่	50,254	50,814	51,091	50,657	49,049	46,272	42,992
จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์	18,843	20,797	24,830	26,935	27,680	28,123	27,557
จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสม	513,268	534,065	558,895	585,830	613,510	641,633	669,191

ที่มา: Thai Working Group and A2 Thailand, HIV/AIDS Projection in Thailand 2005 -2025 โดยใช้ The Asian Epidemic Model.

ภาพที่ 5.26 แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน แยกตามภาคต่างๆ ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2552

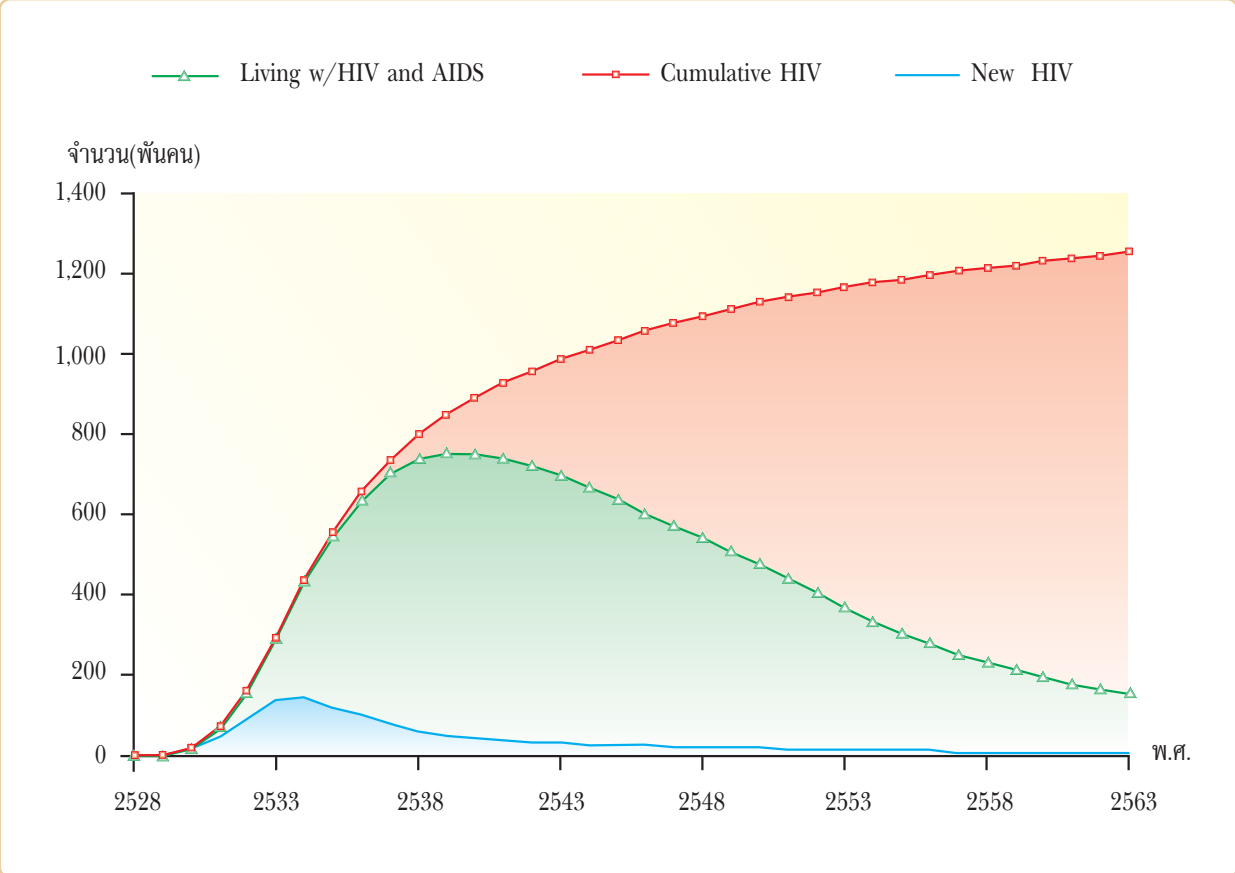


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาค	2527	2529	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2543	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
เหนือ	-	-	0.04	0.61	7.76	55.08	76.66	71.17	62.86	45.73	54.26	57.15	41.31	15.7	24.30	16.54	9.22
กลาง	0.01	0.01	0.03	0.40	2.85	23.97	47.15	54.22	53.65	44.83	44.76	49.28	35.73	16.51	23.23	18.58	14.96
ใต้	-	-	0.01	0.07	1.35	12.46	25.81	36.06	35.98	29.15	39.84	43.88	32.18	8.63	14.73	10.46	6.47
ตะวันออกเฉียงเหนือ	-	-	0.01	0.11	1.14	8.82	20.15	23.27	21.74	18.16	27.12	29.66	18.15	5.06	6.50	7.09	5.16
รวม	**-**	**-**	**0.02**	**0.30**	**3.06**	**23.49**	**40.89**	**44.66**	**42.06**	**33.71**	**40.85**	**43.32**	**30.29**	**11.36**	**16.57**	**13.18**	**9.40**

หมายเหตุ: รายงานอยู่ที่ระดับ 4.2 - 52.3% ของความเป็นจริง

ภาพที่ 5.27 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีชีวิตในแต่ละปี จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม และจำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละปี จากการคาดประมาณถึง พ.ศ. 2563



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

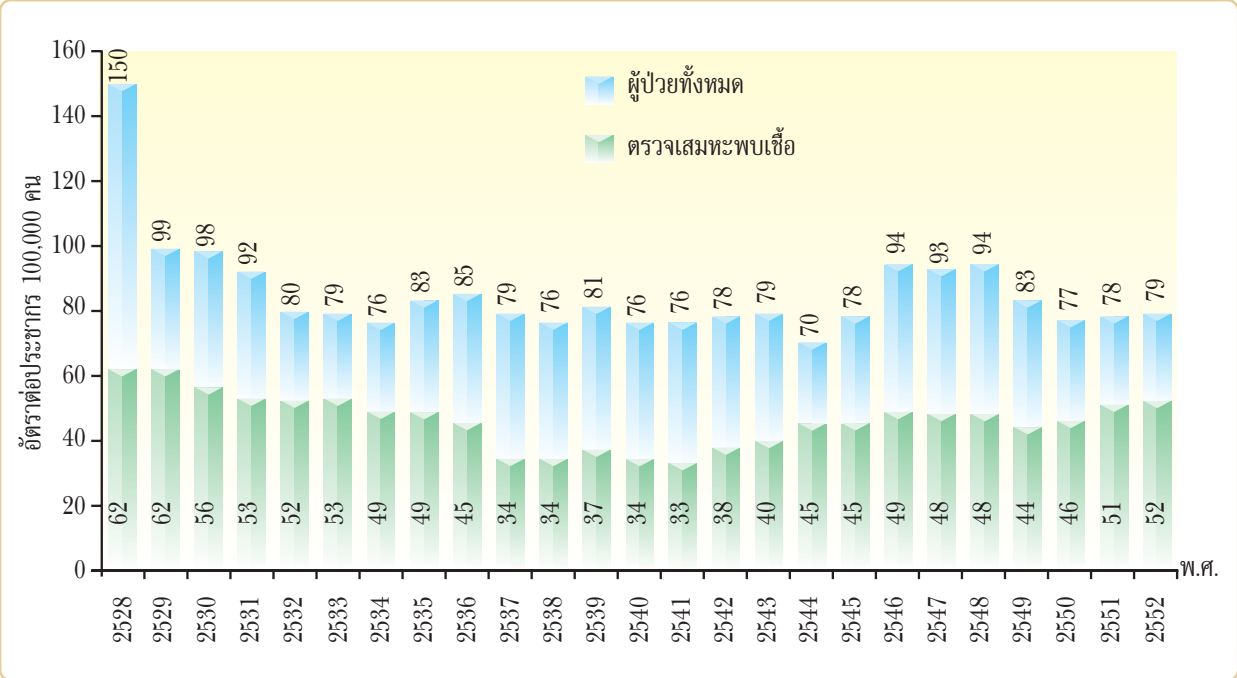
2.3.2 วัณโรค

อัตราผู้ป่วยวัณโรคลดลงจาก 150 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เหลือ 80 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 แต่ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2548) อัตราผู้ป่วยวัณโรคมิได้ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยด้วย (ภาพที่ 5.28)

วัณโรคกำลังกลายมาเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากผลกระทบของโรคเอดส์ โดยเมื่อพิจารณาผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือตอนบนทุกจังหวัด พบอัตราการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.1 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 15.1 ใน พ.ศ. 2548 สำหรับในภาพรวมของประเทศไทยในระยะเวลา 20 ปี มีอัตราการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.5 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 30.14 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.29)

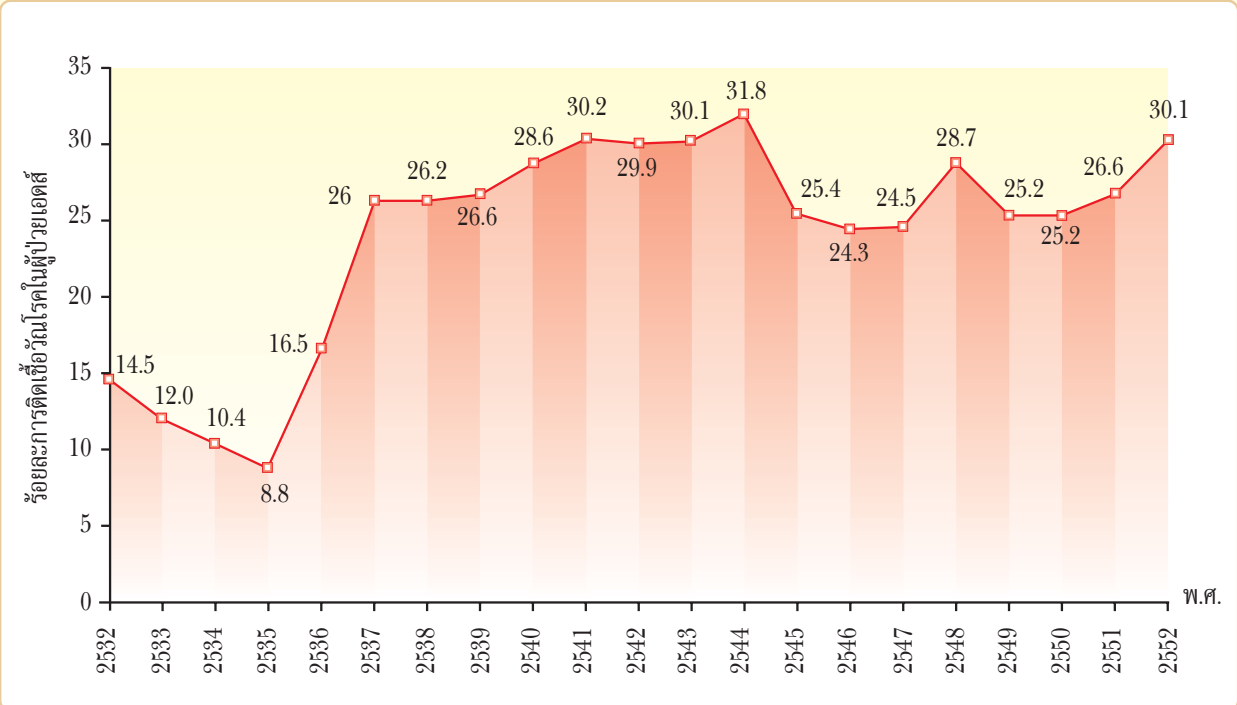
นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2551 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นอันดับที่ 18 จาก 22 ประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลก ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ระยะแพร่เชื้อ 40,000 รายต่อปี ถ้ารวมผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทจะเป็นจำนวน 90,000 รายต่อปี มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 13,000 รายต่อปี

ภาพที่ 5.28 อัตราผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนใหม่ของประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.29 ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552

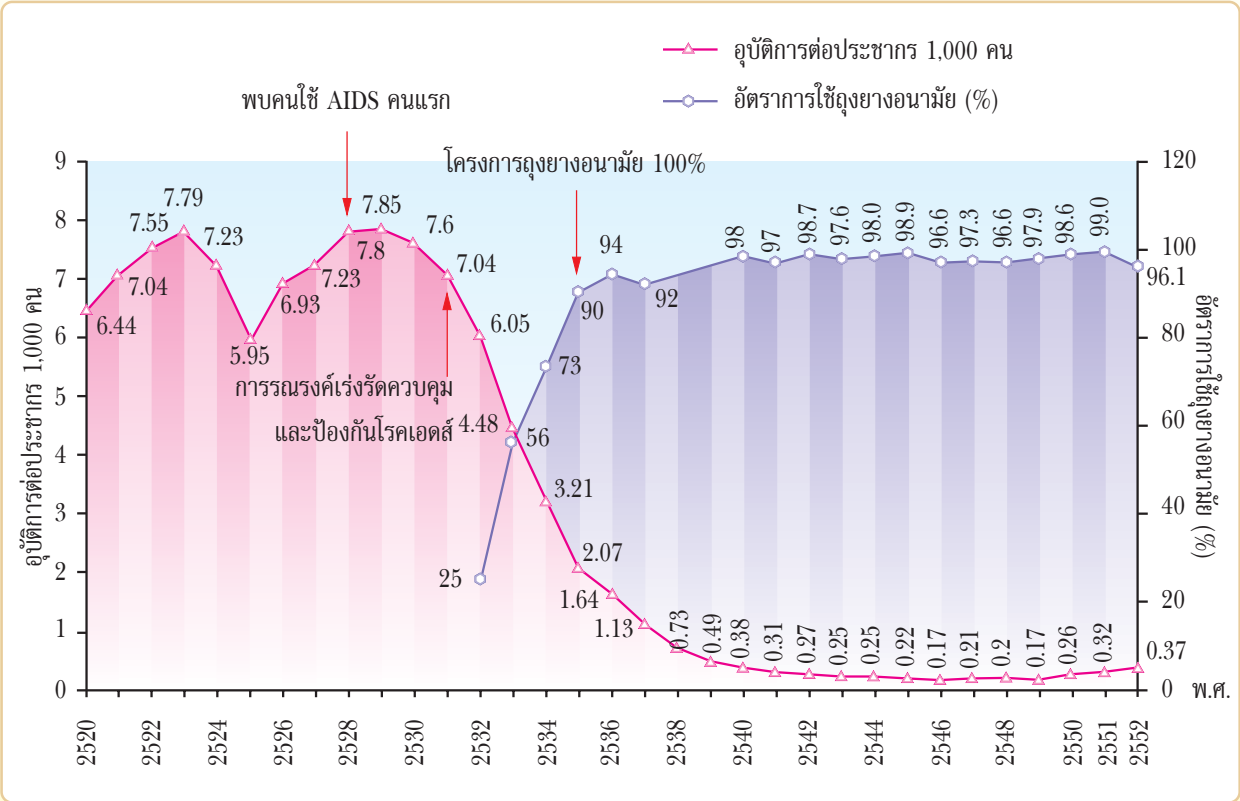


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.3.3 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)

สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI)ในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มที่ดีโดยเฉพาะตั้งแต่หลัง พ.ศ.2529 อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงจาก 7.85 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2529 เป็น 0.37 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.30) อันเป็นผลเนื่องมาจากการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ และแนวโน้มในช่วงปี 2550 - 2552 เริ่มมีสัญญาณว่าจะเพิ่มขึ้นอีกซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อไป

ภาพที่ 5.30 อุบัติการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราการใช้ ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยาและกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน กามโรคต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบและหนองในเทียมทุกชนิดรวมกัน

2.4 ปัญหาโรคอุบัติใหม่

2.4.1 โรคไข้หวัดนก

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดไข้หวัดนก ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 และประเทศไทย พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกครั้งแรกในวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2547 จำนวน 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 70.6 และรัฐบาลได้มีมาตรการในการควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างเข้มงวด ทำให้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสำเร็จ จนทำให้ไม่พบการป่วยที่เกิดจากการติดต่อจากคนสู่คนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 (ตารางที่ 5.13)

ตารางที่ 5.13 จำนวนผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก และเสียชีวิตของไทย พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2553

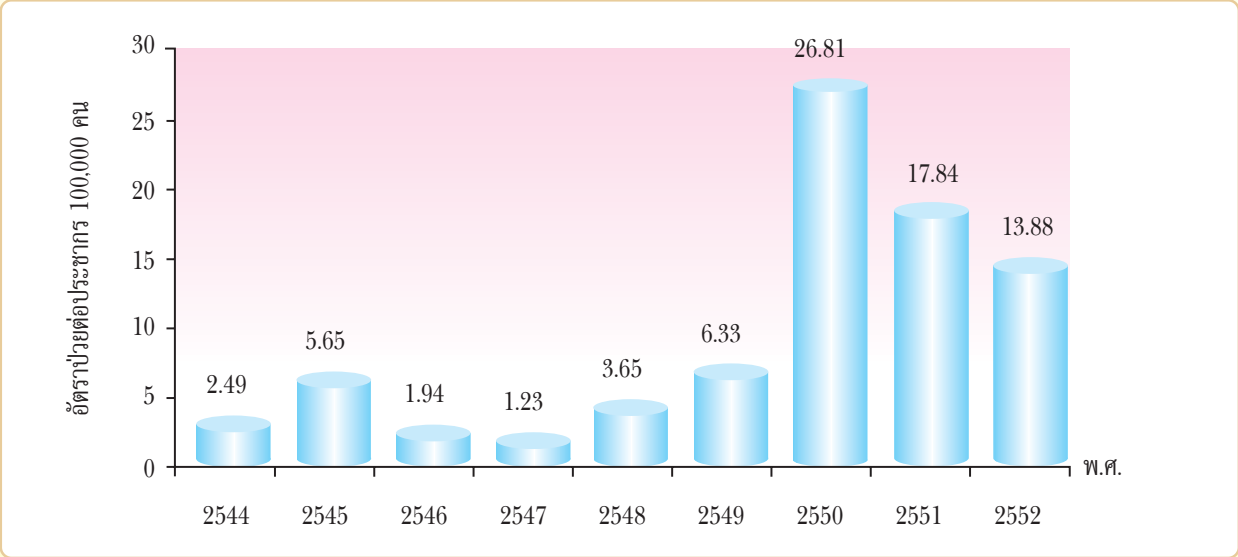
จำนวน (คน)	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
ผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนก	0	17	5	3	0	0	0	25
เสียชีวิต	0	12	2	3	0	0	0	17
อัตราป่วยตายร้อยละ	0.0	70.6	40.0	100.0	0.0	0.0	0.0	68.0

ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

2.4.2 โรคมือ เท้า ปาก

โรคมือ เท้า ปากเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการระบาดใน พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย สำหรับประเทศไทยมีการรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก มาตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา โดยใน พ.ศ. 2552 พบอัตราป่วย 13.88 ต่อประชากรแสนคน โดยมีผู้เสียชีวิต 2 ราย (ภาพที่ 5.31)

ภาพที่ 5.31 อัตราป่วยโรคมือ เท้าและปาก พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ใน พ.ศ. 2552 ผลจากการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบ Enterovirus 71 ร้อยละ 7.0 (ตารางที่ 5.14)

ตารางที่ 5.14 จำนวนผู้ป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคมือ เท้า และปาก พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	สถานการณ์การเฝ้าระวัง		ผลการตรวจแยกเชื้อและตรวจภูมิของเชื้อ พบ Enterovirus 71 (ร้อยละ)
	ป่วย (ราย)	ตาย (ราย)	
2547	769	0	0
2548	2,270	0	5.97
2549	3,961	7	13.5
2550	16,846	0	12.9
2551	11,277	4	5.87
2552	8,806	2	7.0

ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

2.4.3 โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1)

การระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ได้ขยายการระบาดและส่งผลกระทบเป็นวิกฤติทางสาธารณสุขของประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคนี้ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 (http://www.who.int) ทั่วโลกมากกว่า 214 ประเทศ และพบผู้เสียชีวิตอย่างน้อย 18,036 คน (ตารางที่ 5.15)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2552 ถึงวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ไข้หวัดใหญ่ 2009 แพร่ระบาดในประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก กล่าวคือ ลักษณะการระบาดจะเริ่มจากการพบผู้ติดเชื้อจากต่างประเทศต้นเดือนพฤษภาคม 2552 ต่อมาเริ่มมีการแพร่ในวงจำกัดและแพร่กระจายเป็นวงกว้าง จนปัจจุบัน ณ วันที่ 13 ตุลาคม พ.ศ. 2553 พบผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 225 ราย ส่วนจำนวนผู้ป่วยคาดว่าจะมีหลายล้านคนทั่วประเทศ การระบาดระลอกแรกใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม- ตุลาคม 2552 อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยร้อยละ 13 ในประชากรหรือมีผู้ติดเชื้อประมาณ 8.3 ล้านคน และระลอกที่สองเกิดในช่วงเดือนมกราคม - เมษายน 2553 คาดว่ามีประชาชนติดเชื้อร้อยละ 8.9 หรือมีผู้ติดเชื้อประมาณ 5-6 ล้านคน

ตารางที่ 5.15 สรุปรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด A (H1N1) ขององค์การอนามัยโลก ข้อมูล ณ วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2553

Regions	Cumulative total Deaths
WHO Regional Office for Africa (AFRO)	168
WHO Regional Office for the Americas (AMRO)	At least 8,361
WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO)	1,019
WHO Regional Office for Europe (EURO)	At least 4,861
WHO Regional Office for South-East Asia (SEARO)	1,798
WHO Regional Office for the Western Pacific (WPRO)	1,829
Total	**At least 18,036**

ที่มา: http://www.who.int-Update 2010

2.5 โรคไม่ติดต่อ

2.5.1 โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (Cancer in Thailand) พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ชายไทยป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปอดและลำไส้ ขณะที่ผู้หญิงไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ (ภาพที่ 5.32) โดยพบอุบัติการของโรคมะเร็งในอวัยวะที่พบบ่อยดังนี้

(1) มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และนับวันสถานการณ์ของโรคจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.16) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ (ภาพที่ 5.33) และเมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งที่พบมากในสตรีใน 5 จังหวัด ในข่ายงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็ง พบว่า อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านมพบสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 5.17) เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุแล้วพบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมสูงกว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี เมื่อเปรียบเทียบโรคมะเร็งเต้านมระหว่างสตรีในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทย จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศสหรัฐอเมริกา ส่วนมากเป็นเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 77) ในขณะที่ประเทศไทย พบเพียงร้อยละ 40-59 เท่านั้น (ตารางที่ 5.18) นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีในประเทศไทยที่เป็นมะเร็ง ร้อยละ 80 เป็นมะเร็งเต้านมในระยะที่โรคเป็นมากแล้ว (Invasive)[8]

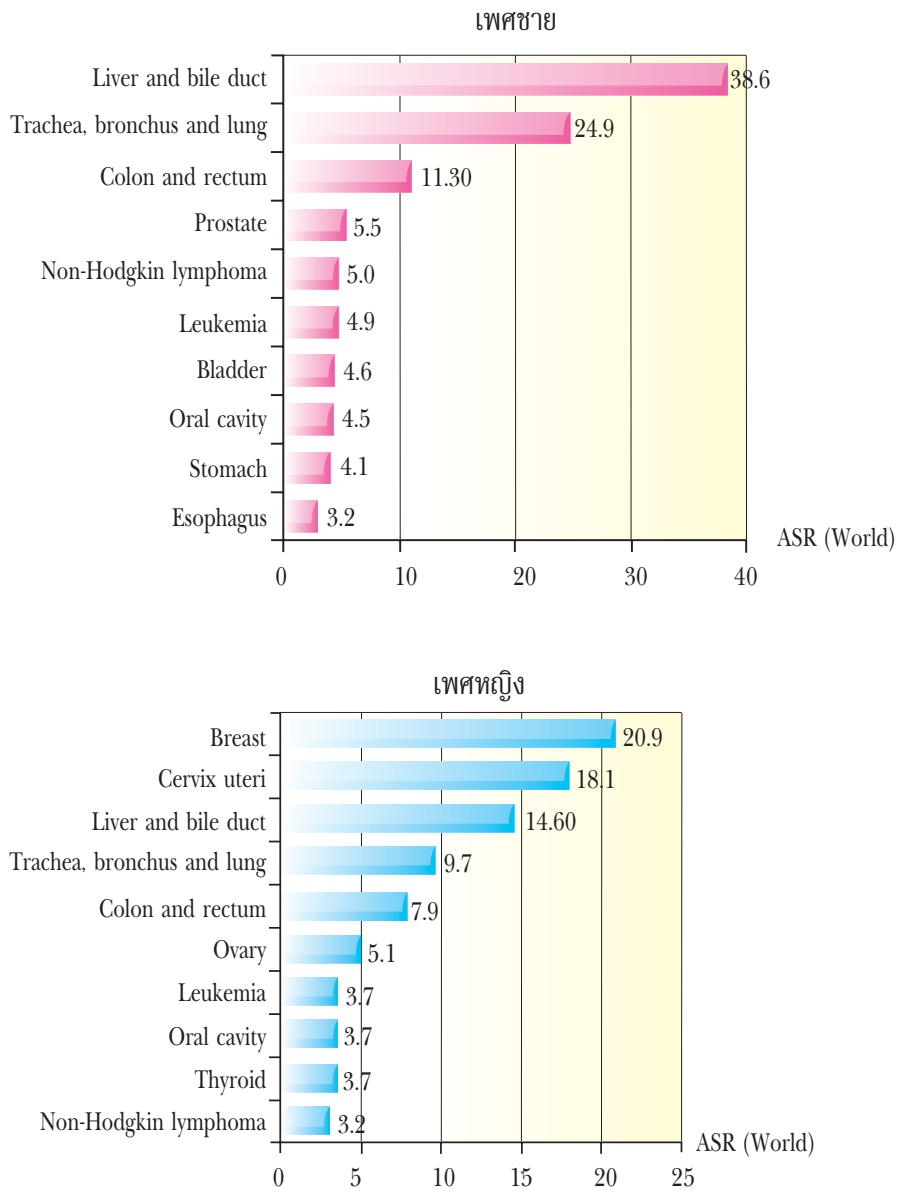
จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีอายุ 15-59 ปีทั่วประเทศ เคยได้รับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่เริ่มแรก ร้อยละ 42.5 ขณะที่การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กลับพบว่า ได้รับการตรวจดังกล่าวถึงร้อยละ 60.2 (ตารางที่ 5.19)

---

[8] ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์ โรงพยาบาลศิริราช

สำหรับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ใน พ.ศ. 2547 สตรีไทยอายุ 15-59 ปี ประมาณร้อยละ 50 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ขณะที่การสำรวจใน พ.ศ. 2549 กลับพบว่า มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพียงร้อยละ 25 ส่วนการได้รับการตรวจเต้านมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 มีประมาณร้อยละ 18 - 23 (ตารางที่ 5.19) อย่างไรก็ตามการตรวจวัดด้วย Mammogram ในสตรีอายุ 40-59 ปี พบว่า มีเพียงร้อยละ 2-4 ของสตรีทั่วประเทศที่เคยได้รับการตรวจด้วยวิธีดังกล่าว (ตารางที่ 5.19)

ภาพที่ 5.32 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของประเทศไทย พ.ศ. 2546



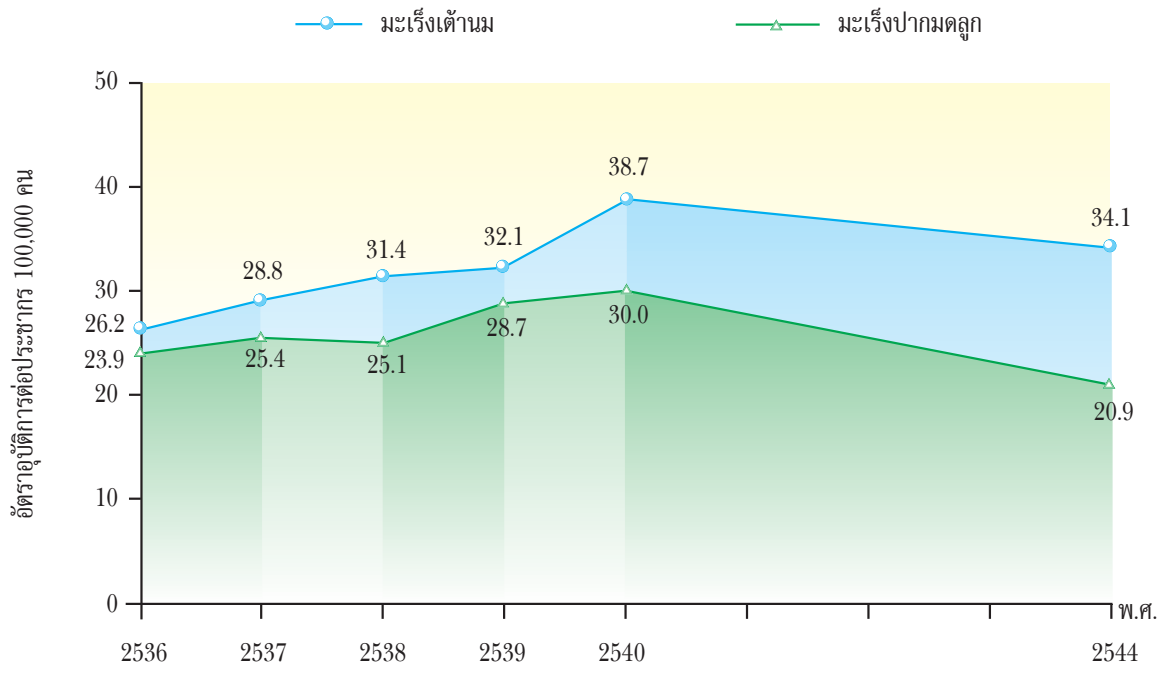
ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

ตารางที่ 5.16 อุบัติการของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544

ลำดับ	ชนิด	อัตราอุบัติการต่อประชากร 100,000 คน					
		พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2544
1	มะเร็งปากมดลูก	23.4	20.9	19.5	19.8	24.7	18.1
2	มะเร็งเต้านม	13.5	16.3	17.2	19.9	20.5	20.9
3	มะเร็งตับ	16.3	15.5	16.0	14.3	12.3	14.6
4	มะเร็งปอด	12.1	11.1	10.0	9.9	9.3	9.7
5	มะเร็งรังไข่	4.5	4.7	5.2	6.2	6.0	5.1

ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

ภาพที่ 5.33 อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2536 - พ.ศ. 2544



ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

ตารางที่ 5.17 ร้อยละของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ใน พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2544 ในจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็ง

จังหวัด	มะเร็งปากมดลูก				มะเร็งเต้านม				มะเร็งรังไข่			
	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2544
เชียงใหม่	25.7	25.6	29.4	25.1	15.2	17.6	20.7	21.8	6.0	4.7	6.9	4.9
ลำปาง	23.1	23.6	22.3	23.8	15.0	16.4	20.8	25.5	4.4	3.7	4.6	6.3
ขอนแก่น	18.0	15.0	15.9	15.3	8.6	11.6	13.7	15.6	4.5	5.6	6.2	5.2
กรุงเทพมหานคร	18.5	20.7	19.3	20.9	20.6	25.4	24.3	34.1	4.2	5.9	6.1	6.6
สงขลา	15.8	16.1	20.6	16.2	11.5	12.1	17.2	20.8	3.1	4.6	5.7	5.0

ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

ตารางที่ 5.18 แสดงอายุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมของสตรีในประเทศไทย ปี 2526 - ปี 2552

โรงพยาบาลศิริราชแผนกศัลยศาสตร์ 1,353 ราย (ปี 2526-2537)			ศูนย์ถันยรักษ์ 5,994 ราย (ปี 2538-2547)		ศูนย์ถันยรักษ์ 219 ราย (ปี 2548)		ศูนย์ถันยรักษ์ 499 ราย (ปี 2549)		ศูนย์ถันยรักษ์ 597 ราย (ปี 2550)		ศูนย์ถันยรักษ์ 518 ราย (ปี 2551)		ศูนย์ถันยรักษ์ 839 ราย (ปี 2552)	
พ.ศ. 2539	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
< 40	311	23.0	996	16.6	39	13.4	53	11.8	64	10.72	67	12.93	89	10.61
40-49	437	32.3	2,487	41.5	97	33.4	158	32.2	206	34.51	171	33.01	219	26.10
50-59	353	26.1	1,721	28.7	92	31.6	139	31.0	188	31.49	158	30.50	289	34.45
60-69	162	12.0	597	10.0	37	12.7	68	15.1	90	15.08	89	17.18	144	17.16
70 ปีขึ้นไป	90	6.6	193	3.2	26	8.9	31	6.9	49	8.21	33	6.37	98	11.68
รวม	**1,353**	**100**	**5,994**	**100**	**291**	**100**	**449**	**100**	**597**	**100**	**518**	**100**	**839**	**100**

ที่มา: ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์, Screening Mammography, ศูนย์ถันยรักษ์

ตารางที่ 5.19 ร้อยละของสตรีไทยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552

การตรวจคัดกรอง	พ.ศ. 2547 (1)				พ.ศ. 2549 (2)	พ.ศ. 2550 (3)	พ.ศ.2551-2552 (2,4)
	15-29 ปี	30-44 ปี	45-59 ปี	รวม			
- การตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยใช้วิธี Pap smear	29.0	62.2	55.0	48.5	49.8	52.7	42.5-60.2
- การตรวจเต้านมด้วยตนเอง	35.0	58.3	53.5	48.7	24.6	-	23.6
- การตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	13.2	28.1	27.9	22.7	24.5	-	17.9-20.3
- การตรวจเต้านมโดย Mammogram (อายุ 40-59 ปี)	-	-	-	4.0	-	-	2.5

ที่มา:
1. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(2) มะเร็งตับ

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหารไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูป โดยหาซื้อจากร้านอาหารแผงลอยอันอาจจะเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษตลอดจนสุขลักษณะของผู้ปรุงประกอบอาหารได้ ซึ่งทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงกับการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารเป็นสื่อ รวมทั้งการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อน โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ นอกจากนี้ ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเคยสูงมากในอดีต มีผลต่อการเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็งและมะเร็งตับด้วย (ตารางที่ 5.20) โดยพบว่า ประเทศไทยมีอุบัติการของโรคมะเร็งตับสูงที่สุดในโลก[9]

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

ตารางที่ 5.20 อุบัติการของโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542, พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544

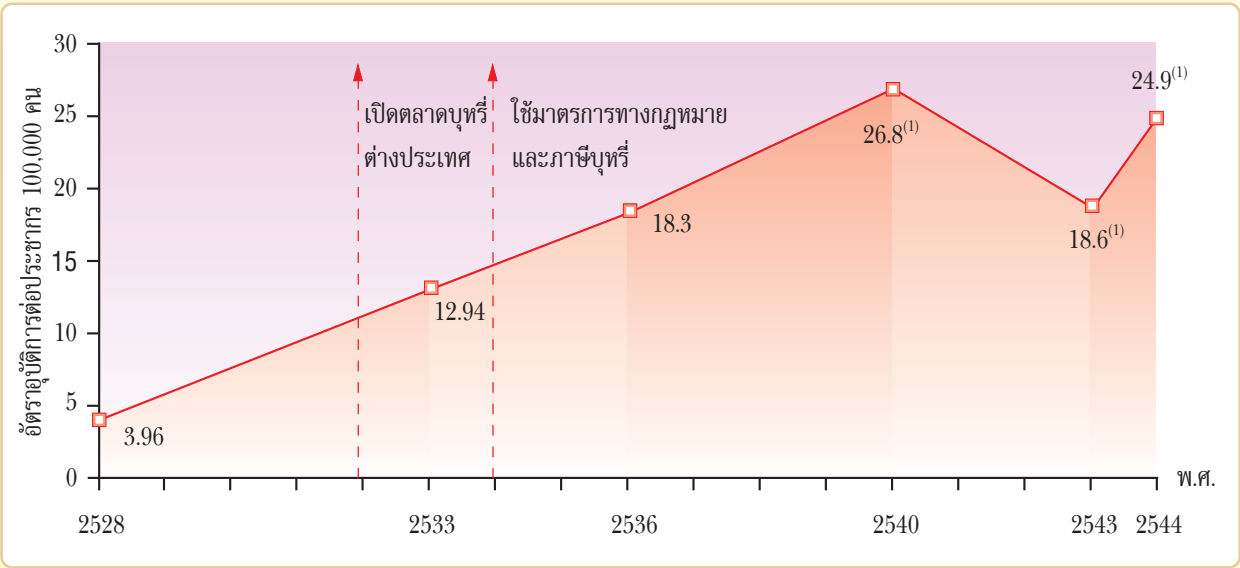
พ.ศ.	อุบัติการต่อประชากร 100,000 คน	
	เพศชาย	เพศหญิง
2536	37.4	15.5
2539	40.5	16.0
2542	38.6	14.3
2543	31.2	11.5
2544	38.6	14.6

ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

(3) มะเร็งปอด

อุบัติการของมะเร็งปอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มขึ้นเป็น 26.8 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2540 และลดลงเป็น 18.6 ต่อ 100,000 ประชากร ใน พ.ศ. 2543 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2544 กลับพบเพิ่มขึ้นเป็น 24.9 ต่อ 100,000 ประชากร ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะทางอากาศ (ภาพที่ 5.34)

ภาพที่ 5.34 อัตราอุบัติการของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2544

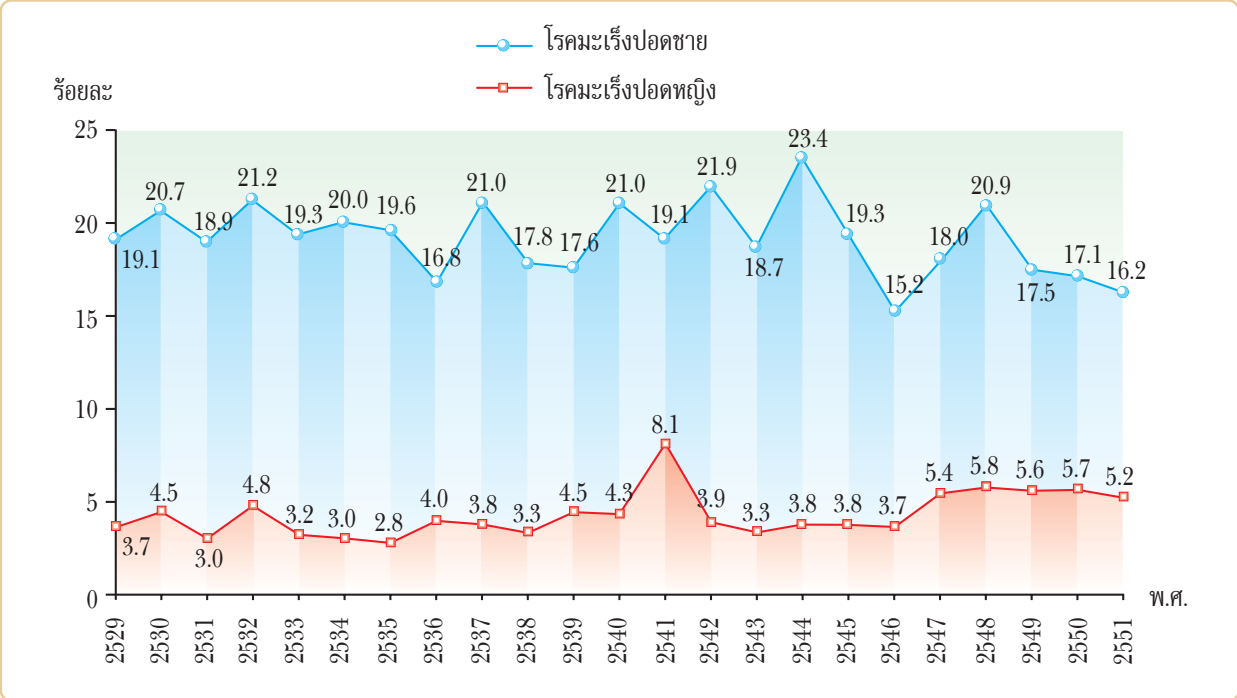


ที่มา: Cancer in Thailand, 2001 - 2003

หมายเหตุ: (1) เป็นอุบัติการของโรคมะเร็งปอดในเพศชาย

นอกจากนี้ จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาใน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2551 พบว่า เป็นมะเร็งปอดชาย ประมาณร้อยละ 15-23 ซึ่งสูงกว่ามะเร็งปอดหญิง ประมาณ 3-8 เท่า (ภาพที่ 5.35)

ภาพที่ 5.35 ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งปอด ระหว่าง พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2551



ที่มา: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

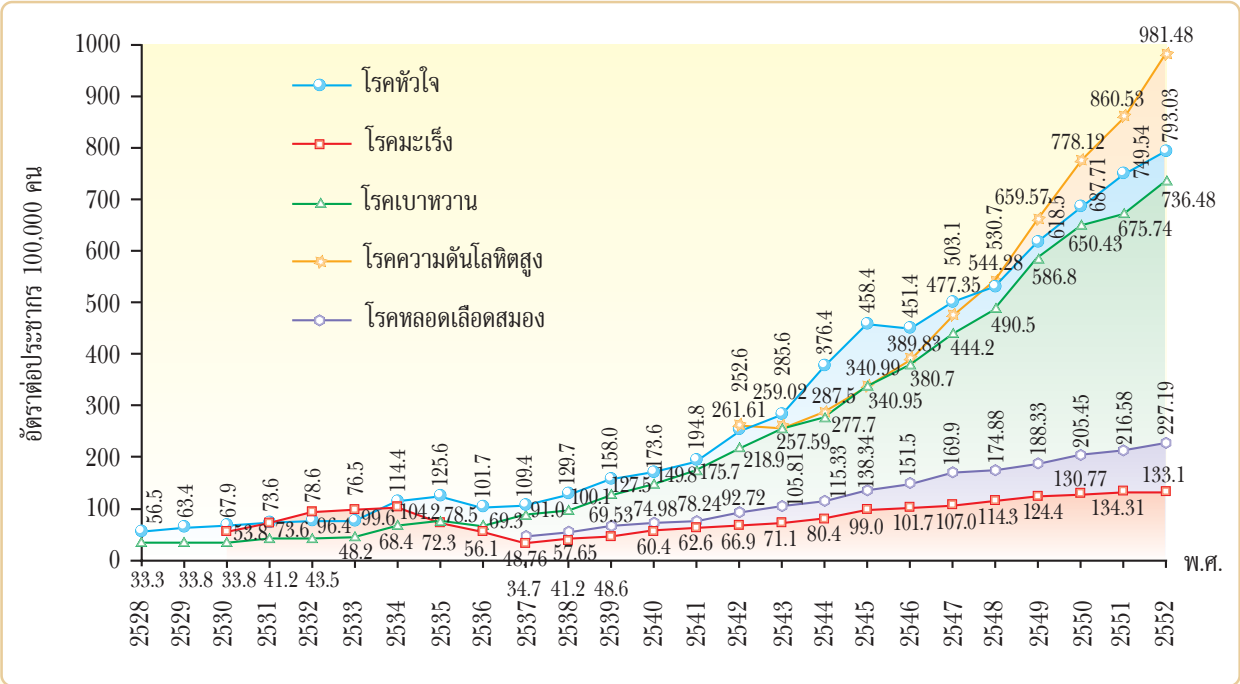
หมายเหตุ: เป็นร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด

2.5.2 หัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคเลือดสมอง

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อ ที่เป็นอันดับต้นของสาเหตุการป่วยและตายของประชาชนชาวไทย อันได้แก่ หัวใจ มะเร็ง และเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมโดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีแป้ง น้ำตาลและไขมันสูง และการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการมีน้ำหนักตัวเกิน ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่พบดังนี้

- โรคหัวใจ มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 56.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 109.4 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 793.03 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552
- โรคมะเร็ง มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 34.7 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มเป็น 133.10 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552
- โรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เพิ่มเป็น 91.0 ใน พ.ศ. 2537 และเป็น 736.48 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552
- โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 261.61 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2542 เพิ่มเป็น 981.48 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552
- โรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 48.76 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2537 เพิ่มเป็น 227.19 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.56)

ภาพที่ 5.36 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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

นอกจากนี้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง ของคนไทยอายุ 15-74 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ (ตารางที่ 5.21)

ความชุกของการมีภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.3 เป็นร้อยละ 19.1 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 1.8 ล้านคน

ความชุกของการมีภาวะอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 3.7 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.5 ล้านคน

ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 9.4 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.7 ล้านคน

ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 เป็นร้อยละ 3.9 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.4 ล้านคน

ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.8 เป็นร้อยละ 1.1 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.2 ล้านคน

ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.1 เป็นร้อยละ 1.5 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 0.2 ล้านคน

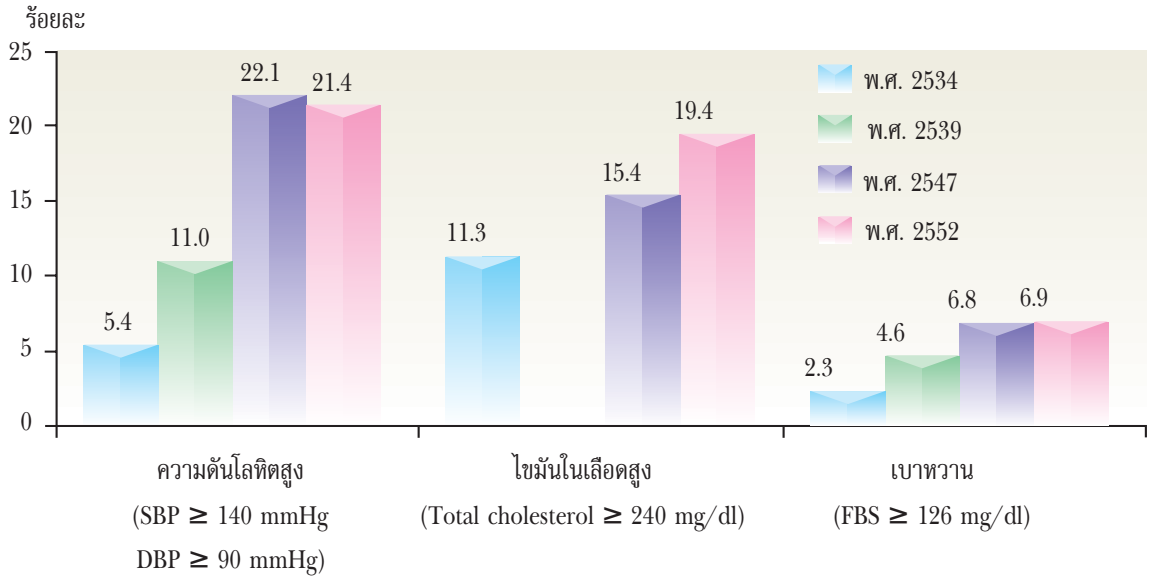
ตารางที่ 5.21 เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทย ระหว่าง พ.ศ. 2547, 2548 และ พ.ศ. 2550

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2550	การเปลี่ยนแปลง (พ.ศ. 2547-2550)
ภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25-30 กก./ม^2)	15.3 (7.0 ล้านคน)	16.1 (7.3 ล้านคน)	19.1 (8.8 ล้านคน)	+3.8 (1.8 ล้านคน)
ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กก./ม^2)	2.6 (1.2 ล้านคน)	3.0 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.7 ล้านคน)	+1.1 (0.5 ล้านคน)
ประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	8.0 (3.6 ล้านคน)	8.3 (3.7 ล้านคน)	9.4 (4.3 ล้านคน)	+1.4 (0.7 ล้านคน)
ประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน	3.2 (1.4 ล้านคน)	3.7 (1.6 ล้านคน)	3.9 (1.8 ล้านคน)	+0.7 (0.4 ล้านคน)
ประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)	0.8 (0.3 ล้านคน)	0.9 (0.4 ล้านคน)	1.1 (0.5 ล้านคน)	+0.3 (0.2 ล้านคน)
ประชาชนที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	1.1 (0.5 ล้านคน)	1.1 (0.5 ล้านคน)	1.5 (0.7 ล้านคน)	+0.4 (0.2 ล้านคน)

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ: ข้อมูลความชุกของโรคได้มาจากการซักประวัติการป่วย จึงเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ที่รู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคแล้วเท่านั้น

นอกจากนี้ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 - 4 (พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552) พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 11.0 ใน พ.ศ. 2540 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 21.4 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 เช่นเดียวกับอัตราความชุกของโรคเบาหวานก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 4.6 ใน พ.ศ. 2540 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 6.9 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 รวมถึงภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 19.4 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.37) อันแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเป็นโรคไม่ติดต่อของคนไทยที่เพิ่มสูงขึ้นและที่สำคัญคือผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยพบในสัดส่วนที่สูง ซึ่งส่งผลให้สัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาค่อนข้างต่ำ ทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้ขาดโอกาสที่จะได้รับการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามหลังจากการเป็นโรคนี้ด้วย (ภาพที่ 5.38)

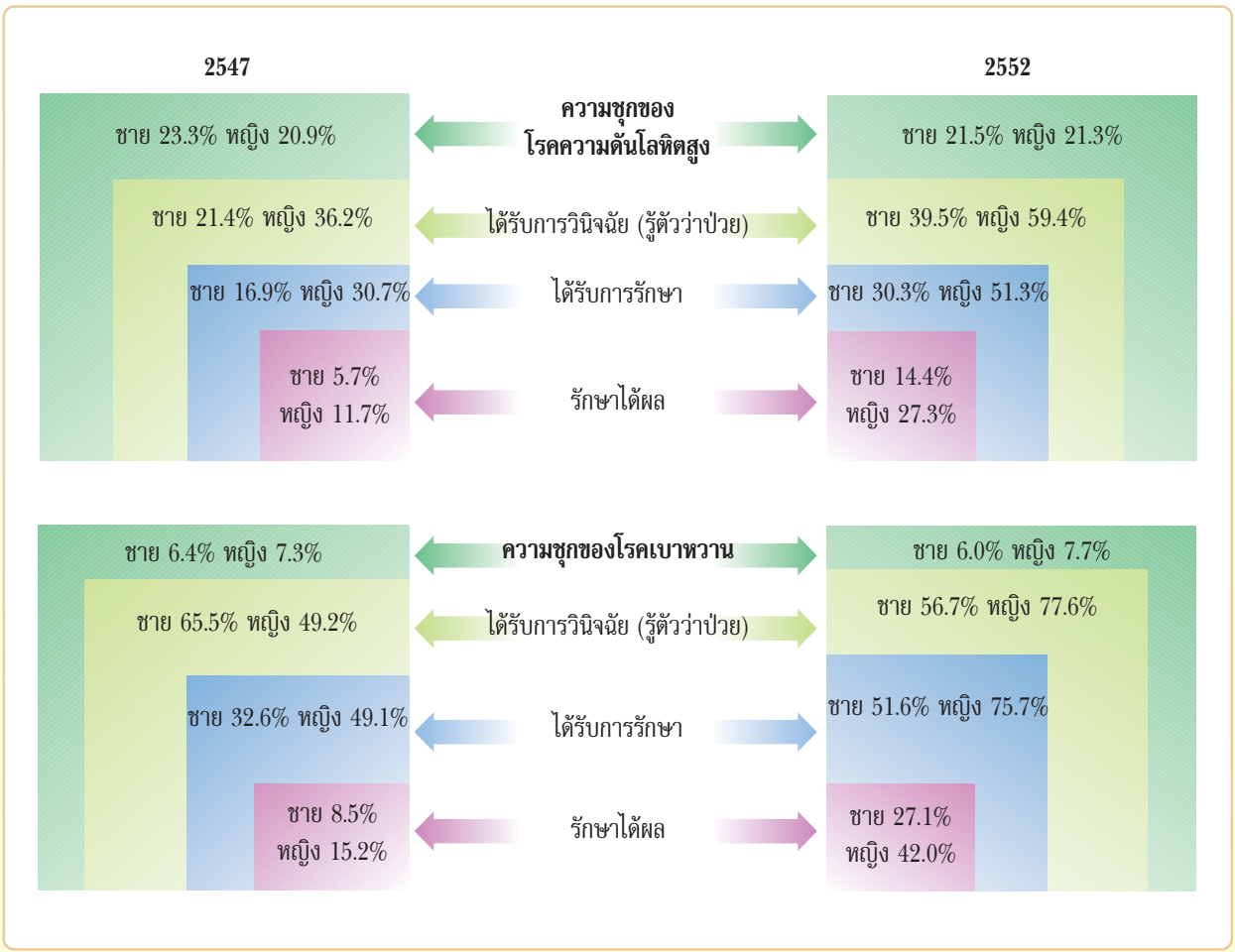
ภาพที่ 5.37 ความชุกของโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประชากรไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552



ที่มา:
1. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2535, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
2. ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2540, สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย
3. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
4. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ:
1. ข้อมูลความชุกของโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ได้มาจากการตรวจเลือดและวัดระดับความดันโลหิต จึงเป็นผู้ป่วยทั้งหมดทั้งที่ทราบและไม่ทราบว่าตนเองป่วย
2. พ.ศ. 2539 ข้อมูลภาวะไขมันในเลือดสูงใช้เกณฑ์การวิเคราะห์ภาวะไขมันในเลือด (Total Cholesterol) ที่ระดับ 200 mg/dl จึงไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบได้

ภาพที่ 5.38 ความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการรักษาที่เหมาะสมของประชากรไทย พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552

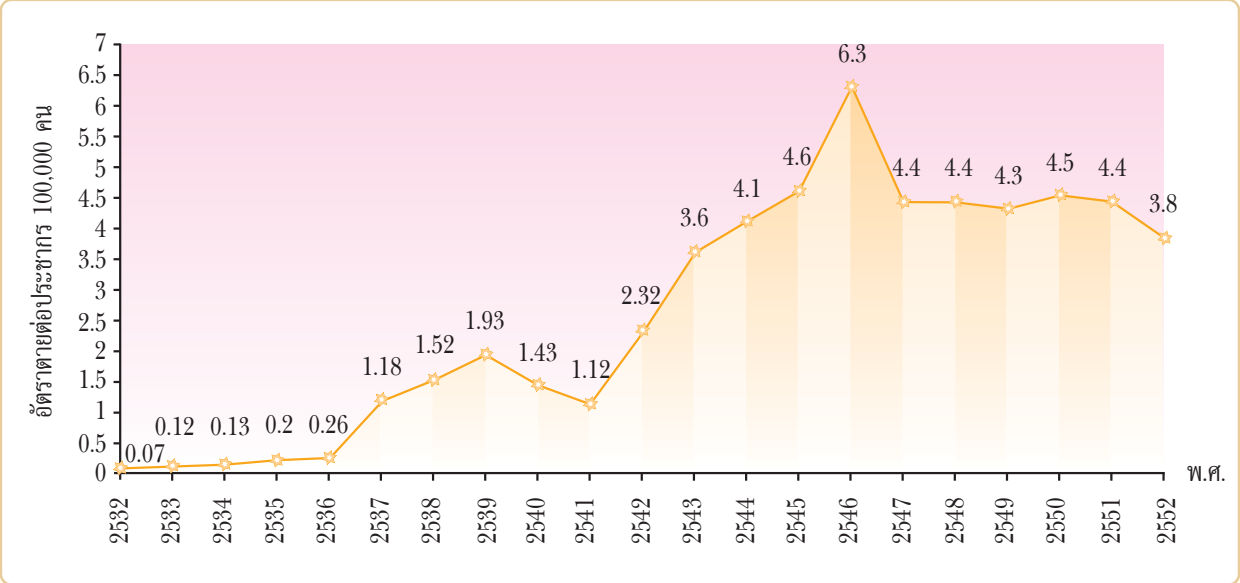


ที่มา:

1. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
2. รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

2.5.3 โรงถุงลมโป่งพอง อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง เพิ่มขึ้นจาก 0.07 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2532 เป็น 3.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.39)

ภาพที่ 5.39 อัตราตายด้วยโรคถุงลมโป่งพอง พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552

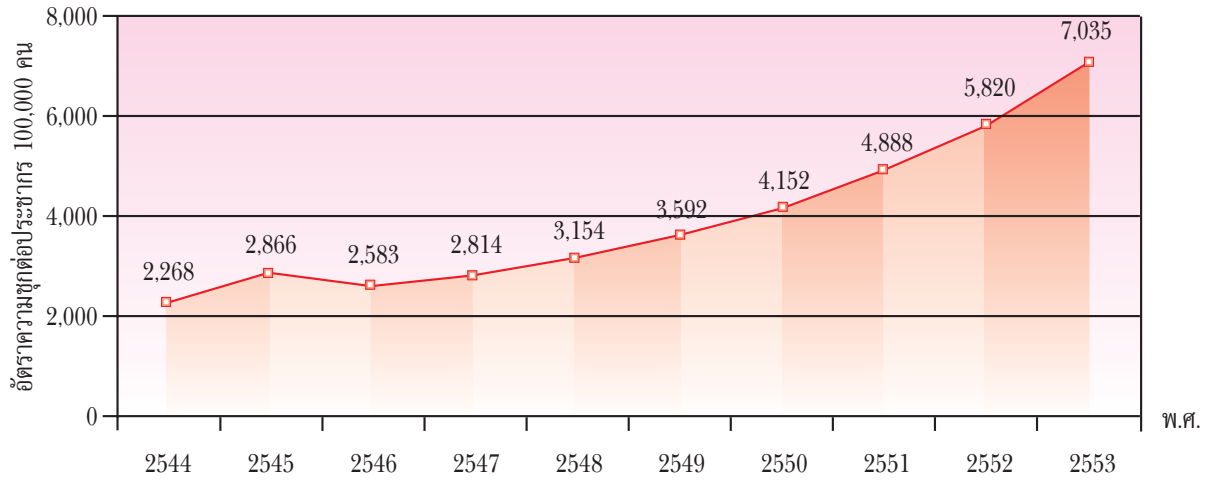


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.5.4 โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ก็เป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่หรือการได้รับหมอกควันเป็นระยะเวลานาน ๆ ซึ่งจากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ใน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังประมาณ ร้อยละ 0.5 และจากการคาดประมาณความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ใน พ.ศ. 2553 จะมีคนไทยป่วยด้วยโรคนี้ถึง 7,035 ต่อประชากร 100,000 คน[10] (ภาพที่ 5.40)

[10] จากประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังในอีก 10 ข้างหน้า โดยให้เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 0.42 ต่อปี และเพศหญิงลดลงร้อยละ 0.16 ต่อปี

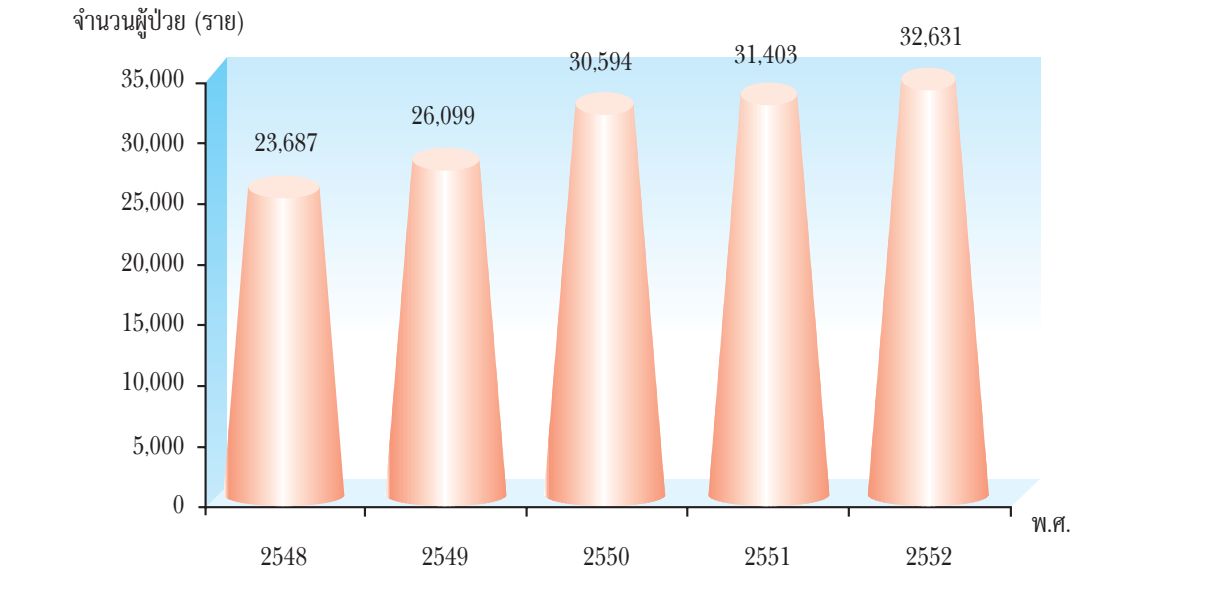
ภาพที่ 5.40 ประมาณการความชุกของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2553



ที่มา: สว่าง แสงหิรัญวัฒนา, โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้ม, 2542

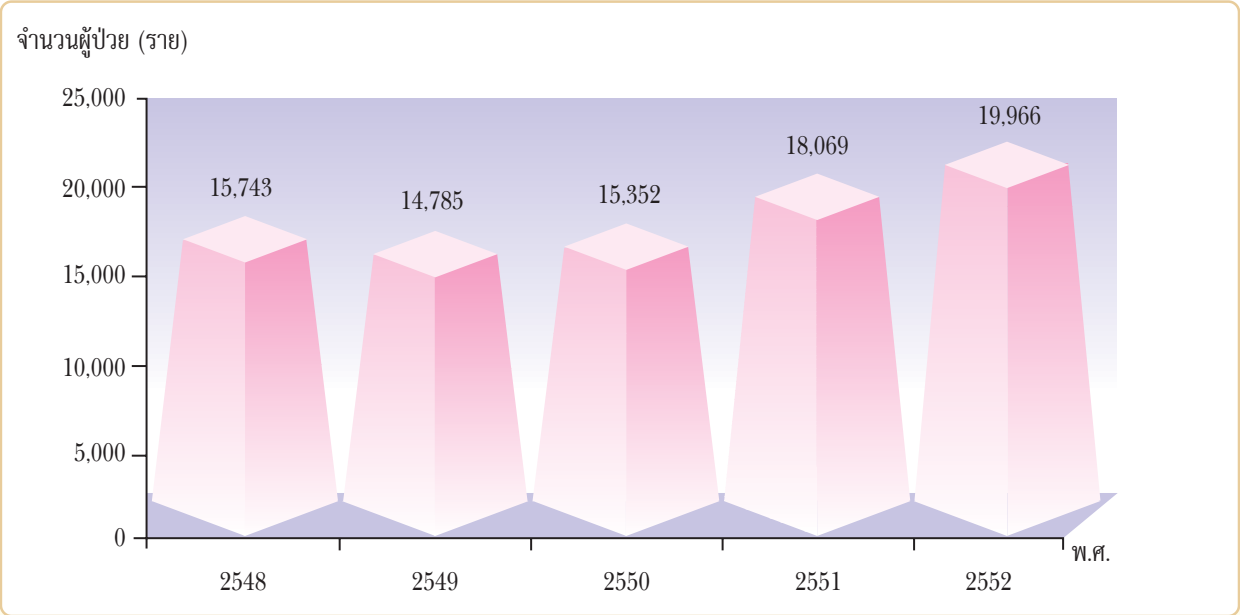
2.5.5 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันและลิ้นหัวใจรั่ว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 5.41 และ 5.42) ซึ่งโรคนี้นอกจากเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่แล้ว ยังเกี่ยวกับการขาดการออกกำลังกาย การมีไขมันในเลือดสูงและการมีน้ำหนักเกินด้วย

ภาพที่ 5.41 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

ภาพที่ 5.42 จำนวนผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจรั่วที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์

2.5.6 โรคไต

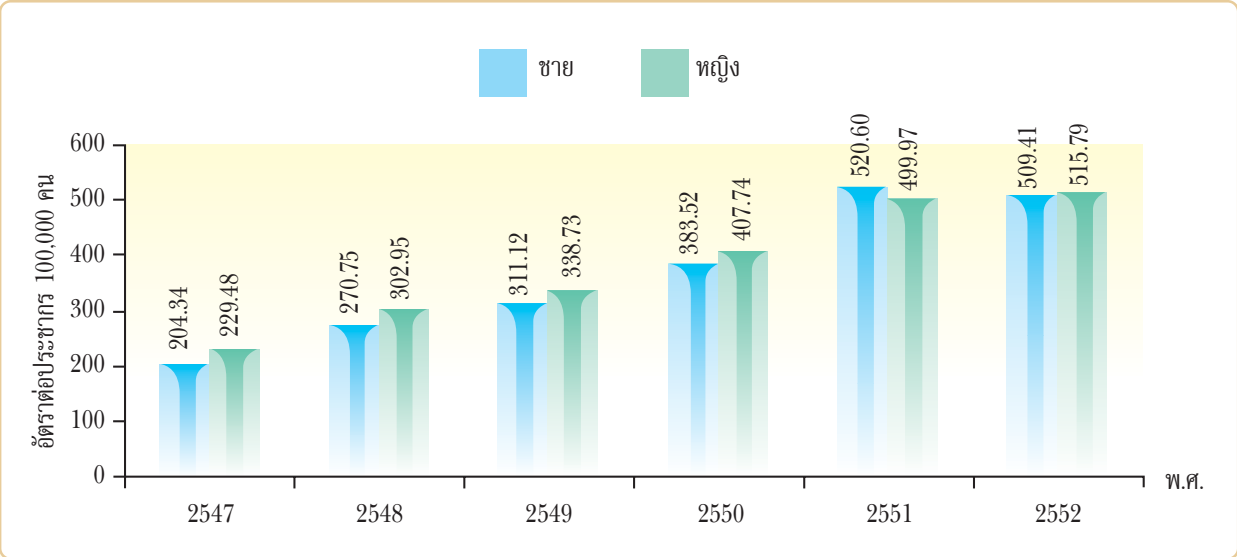
จากข้อมูลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 461.90 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 878.96 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะโรคไตวายที่เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าตัว กล่าวคือ จาก 217.04 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2547 เป็น 512.65 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 หรือเป็นผู้ป่วยไตวายถึงกว่าร้อยละ 55 ของผู้ป่วยโรคไตทั้งหมด (ตารางที่ 5.22) และเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้หญิงป่วยเป็นโรคไตวายสูงกว่าผู้ชาย (ภาพที่ 5.43) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดมา

ตารางที่ 5.22 แสดงอัตราผู้ป่วยโรคไตต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

กลุ่มโรคไต	2547	2548	2549	2550	2551	2552
โรคไต	**461.91**	**574.29**	**626.02**	**721.83**	**920.32**	**878.96**
กลุ่มอาการไตอักเสบเฉียบพลัน	4.25	4.48	5.65	6.60	5.73	9.04
โรคของท่อไตและเนื้อเยื่อระหว่างท่อไต	133.37	159.80	161.44	173.01	199.80	175.21
ไตวาย	217.04	287.05	325.10	395.79	510.17	512.65
นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ	85.39	95.94	98.66	99.25	156.47	123.58
โรคของหน่วยไตอื่น ๆ	21.86	30.08	35.16	47.16	48.15	58.48

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.43 เปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยโรคไตวายต่อประชากร 100,000 คน ระหว่างเพศชาย และหญิง พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

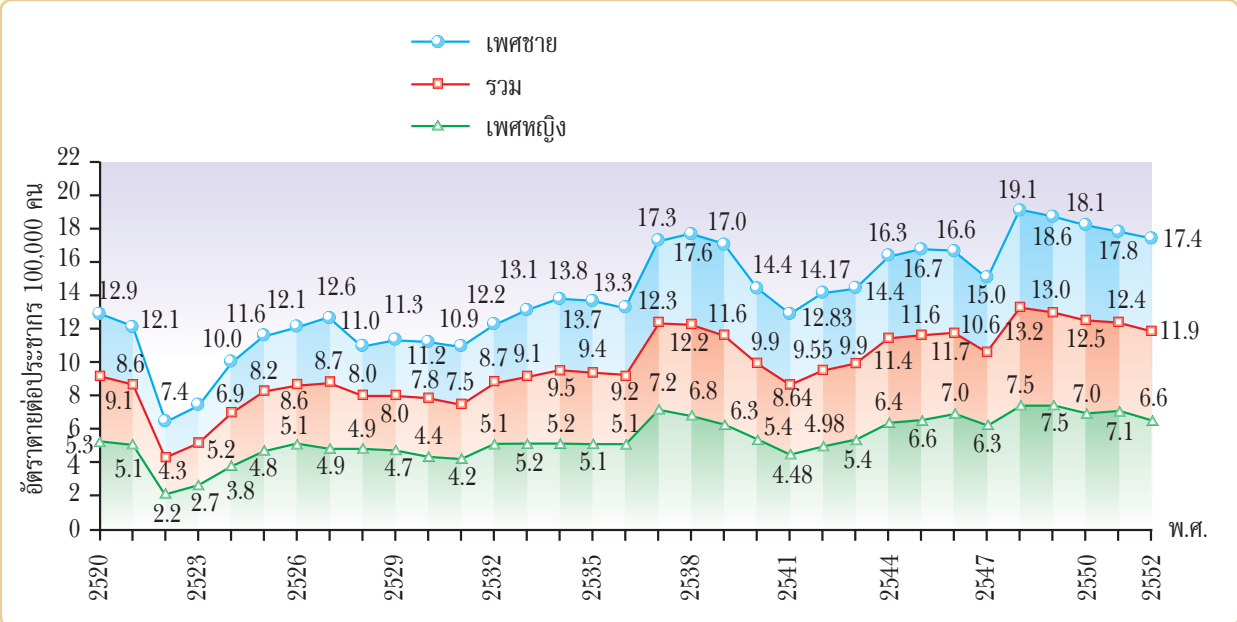


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.5.7 โรคตับแข็ง

การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ มีผลเสียต่อตับ โดยพบว่า อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552 อยู่ระหว่าง 4.3 - 13.2 ต่อประชากร 100,000 คน ในจำนวนนี้เป็นชายประมาณ 6-19 ต่อประชากร 100,000 คน และหญิงประมาณ 2-7 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งพบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-4 เท่า (ภาพที่ 5.44) อนึ่ง โรคตับแข็งนี้มีส่วนหนึ่งที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีความชุกสูงในอดีตและมีแนวโน้มลดลงด้วย

ภาพที่ 5.44 อัตราตายจากโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.6 การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ

2.6.1 อุบัติเหตุจราจร

สถานการณ์อุบัติเหตุจราจรในประเทศไทย สามารถจำแนกตามอุบัติการณ์เป็นช่วงเวลา ดังนี้

ช่วงแรกก่อน พ.ศ. 2529 ช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ ปริมาณการเกิดอุบัติเหตุอยู่ในระดับไม่สูงมากนัก กล่าวคือ มีอุบัติเหตุประมาณ 18,000 - 25,000 ราย ส่วนปริมาณการเสียชีวิต 2,000 - 4,000 ราย หรือคิดเป็นอัตราตายระหว่าง 3.9 - 5.7 ต่อประชากร 100,000 คน สำหรับผู้บาดเจ็บมีปริมาณระหว่าง 8,000-9,000 ราย ในแต่ละปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 17.2 ต่อประชากร 100,000 คน

ช่วงที่ 2 พ.ศ. 2530 - 2535 ช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัว มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 40,000-60,000 รายต่อปี ซึ่งพบว่าปริมาณอุบัติเหตุในช่วงเวลาดังกล่าวนี้สูงขึ้นจากช่วงเดิมเกือบ 2 เท่า โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 8,000-9,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราตาย 7.4-16.0 ต่อประชากร 100,000 คน จะเห็นได้ว่า ปริมาณการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจากเดิมเกือบ 3 เท่าเช่นเดียวกัน ส่วนปริมาณผู้บาดเจ็บก็เพิ่มขึ้นจากเดิม เป็น 20,000-25,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บอยู่ระหว่าง 24.0-43.9 ต่อประชากร 100,000 คน หรือเพิ่มประมาณ 2 เท่า

ช่วงที่ 3 พ.ศ. 2536 - 2539 เป็นช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่ มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 80,000 - 100,000 รายต่อปี โดยเพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาที่ผ่านมา 2 เท่า มีปริมาณการเสียชีวิต 14,000-16,000 รายต่อปีหรือมีอัตราตาย 16.3 - 28.2 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากช่วงที่ผ่านมาประมาณเกือบ 2 เท่า ส่วนปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 40,000 - 50,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บอยู่ระหว่าง 43.4 - 85.6 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นจากช่วงที่ผ่านมาประมาณ 2 เท่า

ช่วงที่ 4 พ.ศ. 2540 - 2544 เป็นช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ อุบัติเหตุเกิดขึ้นลดลงเป็นประมาณ 70,000 - 80,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 12,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 20.0 - 22.7 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 48,000 - 52,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 77.5 - 86.9 ต่อประชากร 100,000 คน โดยมีแนวโน้มเริ่มลดลงจากในช่วงที่ผ่านมา

ช่วงที่ 5 พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา เป็นช่วงเศรษฐกิจฟื้นตัวและเริ่มมีการดำเนินการเรื่องอุบัติเหตุจราจรอย่างจริงจัง มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นประมาณ 90,000 - 125,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 12,000 - 14,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 19 - 22.26 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 60,000 - 95,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 110.8 - 151.72 ต่อประชากร 100,000 คน

ต่อมาเมื่อการดำเนินการเริ่มเป็นผล มีอุบัติเหตุลดลงเหลือประมาณ 85,000 - 90,000 รายต่อปี โดยมีปริมาณการเสียชีวิต 10,000 - 11,000 รายต่อปี หรือมีอัตราตาย 17-18 ต่อประชากร 100,000 คน และปริมาณผู้บาดเจ็บมีประมาณ 60,000 - 70,000 รายต่อปี หรือคิดเป็นอัตราผู้บาดเจ็บ 98 - 112.41 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.45)

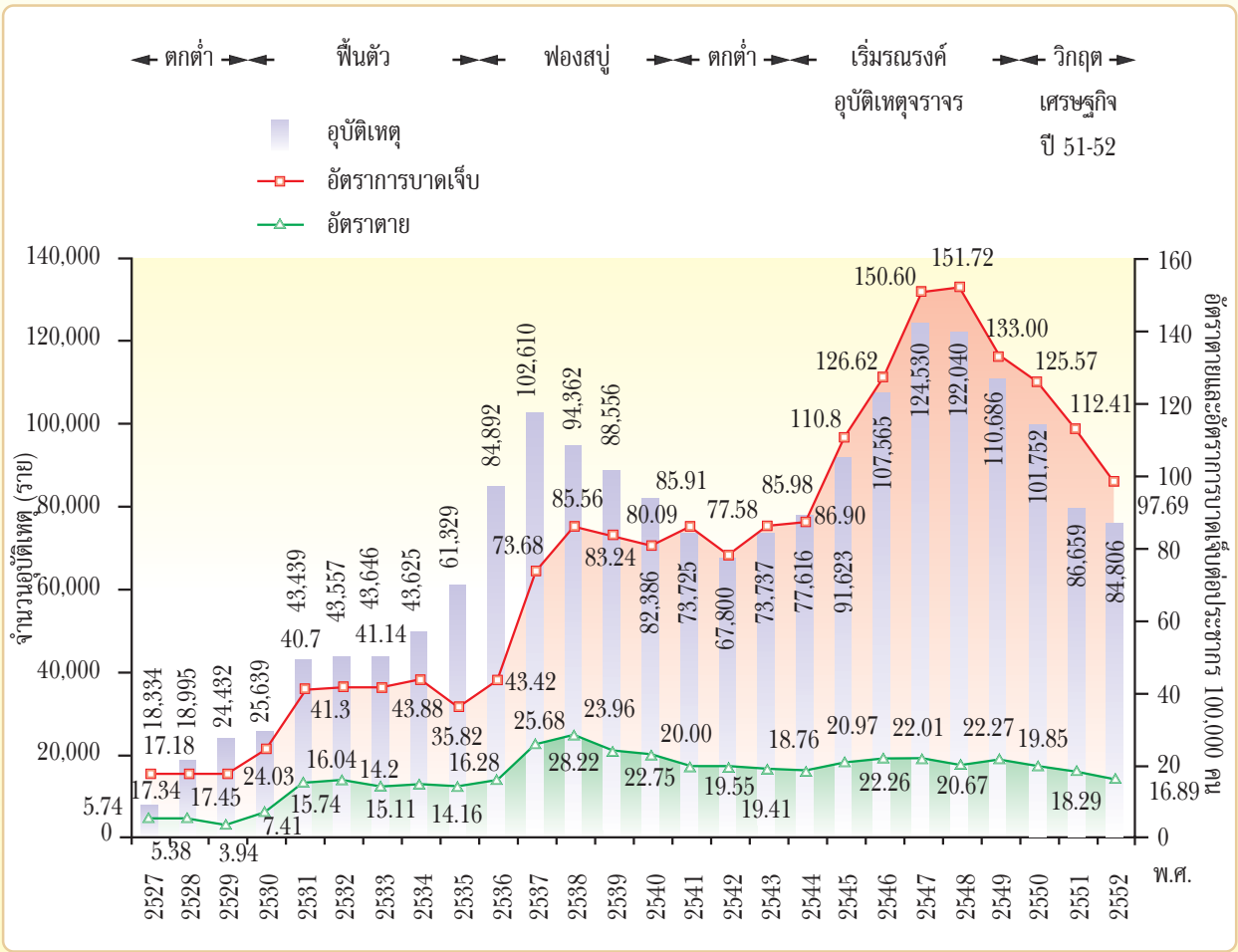
โดยพบว่า ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานมีอายุระหว่าง 15 - 34 ปี เป็นผู้ชายมากกว่าหญิงถึง 4-5 เท่า (ตารางที่ 5.25 และภาพที่ 5.46)

สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุจราจร ส่วนใหญ่เกิดจากคนถึงร้อยละ 69.9 โดยสาเหตุจากรถและสิ่งแวดล้อมพบเพียงร้อยละ 1.6 และ 0.3 ตามลำดับ (ภาพที่ 5.47) เมื่อจำแนกประเภทของสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนพบว่า การขับรถเร็วเกินอัตราที่กำหนดเป็นสาเหตุอันดับแรก (ร้อยละ 16.3) รองลงมาคือ การตัดหน้าและตามกระชั้นชิด เมาสุรา (ภาพที่ 5.48)

และจากรายงานการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะสำคัญของการอุบัติเหตุ กล่าวคือ สัดส่วนของการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 50.7 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 62.0 ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกรมการขนส่งทางบก ที่พบว่า จำนวนรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 3 เท่า จาก 534,458 คัน ใน พ.ศ. 2541 เป็น 1,635,807 คัน ใน พ.ศ. 2552 และเมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้บาดเจ็บรุนแรงมีการดื่มสุราก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์ (ตารางที่ 5.25)

จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความสูญเสีย “โดยตรง” ของทรัพย์สินอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุเป็นเงินประมาณ 3,815.5 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 5.23) แต่แท้จริงแล้วยังมีความสูญเสียที่ยากจะประมาณค่าอีกมากทั้งในแง่ของชีวิต ภาระค่ารักษาพยาบาล ความทุพพลภาพ ฯลฯ

ภาพที่ 5.45 อัตราตายและอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2552



ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 5.23 จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2527- พ.ศ. 2552

พ.ศ.	จำนวนประชากร	จำนวนอุบัติเหตุ (ราย)	ผู้เสียชีวิต		ผู้บาดเจ็บ		ทรัพย์สินเสียหาย (บาท)
			จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	
2527	50,583,105	18,334	2,904	5.74	8,770	17.34	56,265,453
2528	51,795,651	18,955	2,788	5.38	8,901	17.18	60,645,504
2529	52,696,204	24,432	2,086	3.94	9,242	17.45	55,061,650
2530	53,873,172	25,639	3,991	7.41	12,947	24.03	129,539,616
2531	54,960,917	43,439	8,651	15.74	22,370	40.70	329,527,667
2532	55,888,393	43,557	8,967	16.04	23,083	41.30	439,028,000
2533	56,303,273	43,646	7,997	14.20	23,161	41.14	477,603,000
2534	56,961,030	49,625	8,608	15.11	24,995	43.88	639,616,000
2535	57,788,965	61,329	8,184	14.16	20,702	35.82	607,793,000
2536	58,336,072	84,892	9,496	16.28	25,330	43.42	1,021,464,000
2537	59,095,419	102,610	15,176	25.68	43,541	73.68	1,408,216,000
2538	59,277,900	94,362	16,727	28.22	50,718	85.56	1,631,117,000
2539	60,116,182	88,556	14,405	23.96	50,044	83.24	1,561,708,187
2540	60,816,227	82,386	13,836	22.75	48,711	80.09	1,571,786,469
2541	61,155,888	73,725	12,234	20.00	52,538	85.91	1,378,673,826
2542	61,577,827	67,800	12,040	19.55	47,770	77.58	1,345,985,811
2543	61,770,259	73,737	11,988	19.41	53,111	85.98	1,242,205,524
2544	62,093,855	77,616	11,652	18.76	53,960	86.90	1,240,801,187
2545	62,554,482	91,623	13,116	20.97	69,313	110.80	1,494,936,815
2546	62,939,819	107,565	14,012	22.26	79,692	126.62	1,750,964,040
2547	62,526,693	124,530	13,766	22.01	94,164	150.60	1,623,081,112
2548	62,195,839	122,040	12,858	20.67	94,364	151.72	3,238,226,110
2549	62,623,416	110,686	12,693	20.27	83,290	133.00	3,643,747,912
2550	62,933,515	101,752	12,492	19.85	79,029	125.57	4,620,398,166
2551	63,214,022	88,689	11,561	18.29	71,059	112.41	5,415,524,563
2552	63,457,439	84,806	10,717	16.89	61,996	97.69	3,815,520,899

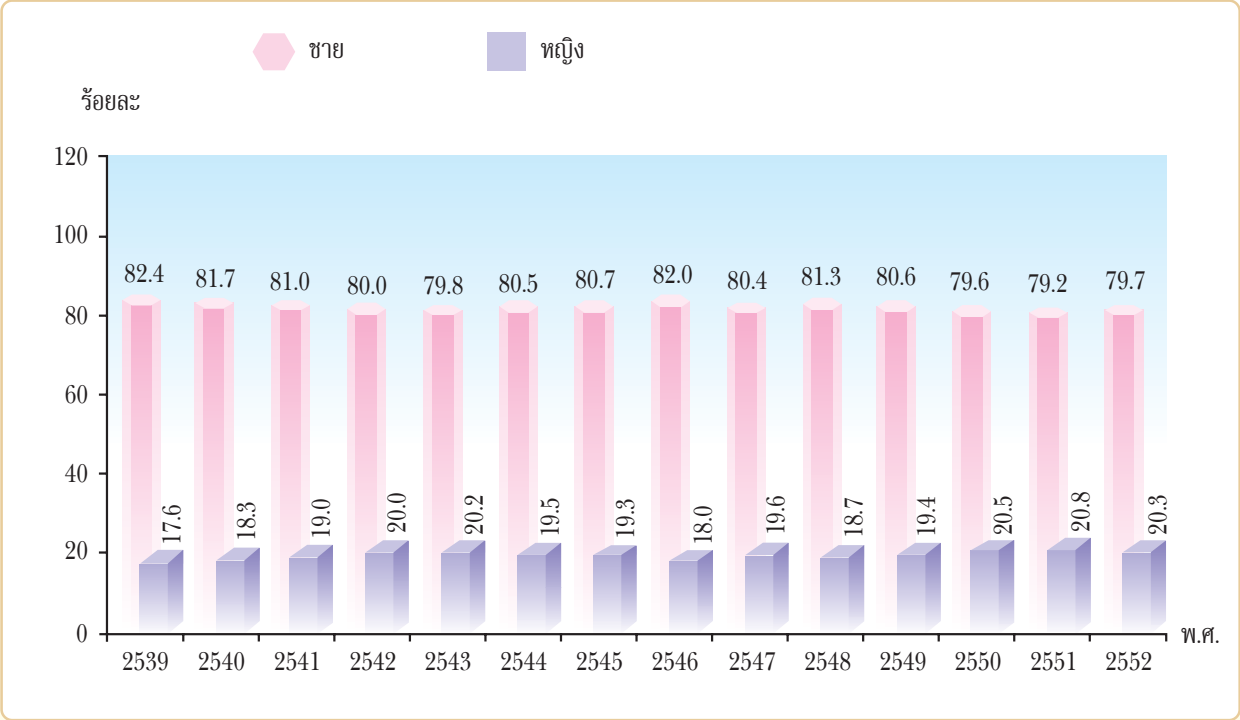
ที่มา: ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 5.24 จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552

กลุ่มอายุ (ปี)	พ.ศ.2539		พ.ศ.2540		พ.ศ.2541		พ.ศ.2542		พ.ศ.2543		พ.ศ.2544		พ.ศ.2545		พ.ศ.2546		พ.ศ.2547		พ.ศ.2548		พ.ศ.2549		พ.ศ.2550		พ.ศ.2551		พ.ศ.2552	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 – 4	291	1.7	175	1.3	210	2.6	254	2.2	287	2.2	243	1.9	205	1.5	164	1.3	154	1.3	158	1.5	135	1.3	119	1.2	139	1.4	146	1.5
5 - 9	389	2.3	227	1.8	146	1.8	261	2.2	287	2.2	256	2.0	214	1.6	196	1.5	183	1.5	151	1.4	149	1.4	129	1.3	150	1.5	89	0.9
10 – 14	599	3.6	392	3.0	237	3.0	300	2.6	387	2.9	356	2.7	428	3.2	363	2.8	425	3.4	359	3.3	375	3.6	346	3.5	347	3.6	356	3.7
15 – 19	2,786	16.6	2,052	15.8	1,075	13.5	1,501	13.0	1,647	12.5	1,623	12.5	1,869	13.9	1,829	14.3	1,811	14.7	1,534	13.9	1,408	13.5	1,371	13.7	1,226	12.6	1,145	12.1
20 – 24	2,995	17.8	2,236	17.3	1,184	14.8	1,702	14.6	1,861	14.1	1,810	14.0	2,003	14.9	2,040	15.9	1,819	14.7	1,598	14.5	1,405	13.5	1,207	12.1	1,125	11.6	1,057	11.1
25 – 29	2,262	13.5	1,743	13.5	1,051	13.2	1,470	12.6	1,641	12.4	1,575	12.2	1,686	12.6	1,623	12.7	1,530	12.4	1,334	12.1	1,244	11.9	1,142	11.4	1,085	11.2	1,034	10.9
30 – 34	1,733	10.3	1,343	10.4	830	10.4	1,286	11.1	1,452	11.0	1,437	11.1	1,415	10.5	1,279	10.0	1,233	10.0	1,103	10.0	986	9.5	915	9.2	991	10.2	899	9.5
35 –39	1,410	8.4	1,177	9.1	742	9.3	1,113	9.6	1,221	9.3	1,306	10.1	1,225	9.1	1,198	9.4	1,094	8.9	1,016	9.2	956	9.2	918	9.2	826	8.5	826	8.7
40 – 44	1,017	6.1	904	7.0	665	8.3	914	7.9	1,092	8.3	1,063	8.2	1,086	8.1	1,030	8.0	950	7.7	891	8.1	886	8.5	856	8.6	845	8.7	800	8.4
45 – 49	870	5.2	750	5.8	488	6.1	785	6.8	884	6.7	912	7.0	903	6.7	847	6.6	832	6.8	759	6.9	745	7.2	772	7.7	758	7.8	749	7.9
50 – 54	594	3.6	484	3.7	329	4.1	561	4.8	638	4.8	650	5.0	697	5.2	651	5.1	654	5.3	614	5.6	648	6.2	621	6.2	586	6.0	639	6.7
55 – 59	546	3.3	468	3.6	320	4.0	444	3.8	507	3.8	463	3.6	488	3.6	493	3.8	510	4.1	449	4.0	421	4.0	483	4.8	498	5.1	543	5.7
60 – 64	421	2.5	371	2.9	287	3.6	392	3.4	448	3.4	450	3.5	408	3.0	371	2.9	422	3.4	395	3.5	352	3.4	319	3.2	357	3.7	381	4.0
65 – 69	304	1.8	209	1.6	205	2.6	283	2.4	352	2.7	341	2.6	355	2.7	316	2.5	295	2.4	272	2.4	277	2.7	345	3.5	291	3.0	329	3.5
70 – 74	162	1.0	157	1.2	115	1.5	168	1.4	241	1.8	204	1.6	222	1.7	225	1.8	232	1.9	201	1.8	233	2.2	239	2.4	238	2.5	229	2.4
75 – 79	112	0.6	67	0.5	66	0.8	83	0.7	135	1.0	124	1.0	139	1.0	116	0.9	126	1.0	123	1.1	125	1.2	121	1.2	151	1.6	159	1.7
80 – 84	39	0.2	37	0.3	22	0.3	56	0.5	59	0.5	65	0.5	56	0.4	43	0.3	43	0.3	52	0.5	45	0.4	64	0.6	49	0.5	76	0.8
85 ปีขึ้นไป	26	0.1	21	0.1	10	0.1	26	0.2	46	0.3	60	0.5	39	0.3	27	0.2	27	0.2	32	0.2	31	0.3	22	0.2	24	0.2	33	0.3

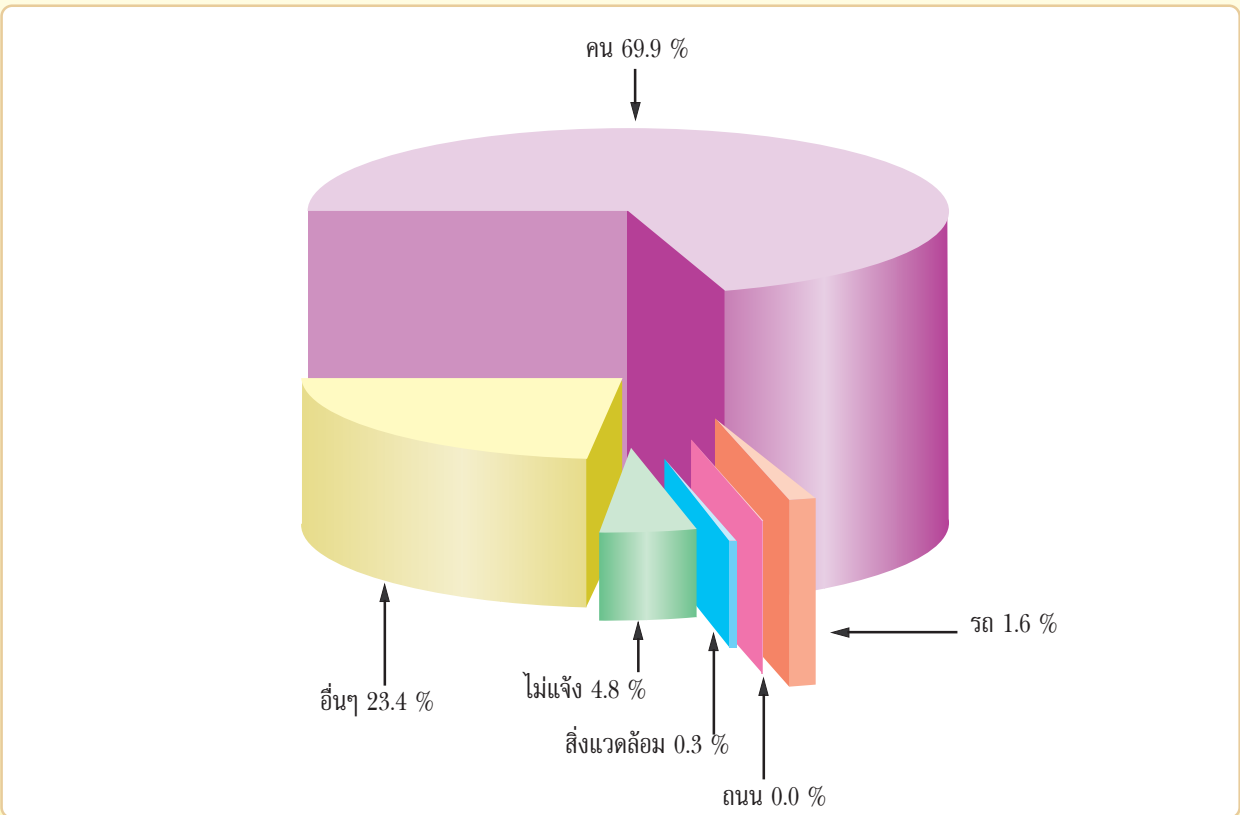
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.46 ร้อยละของการตายด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552



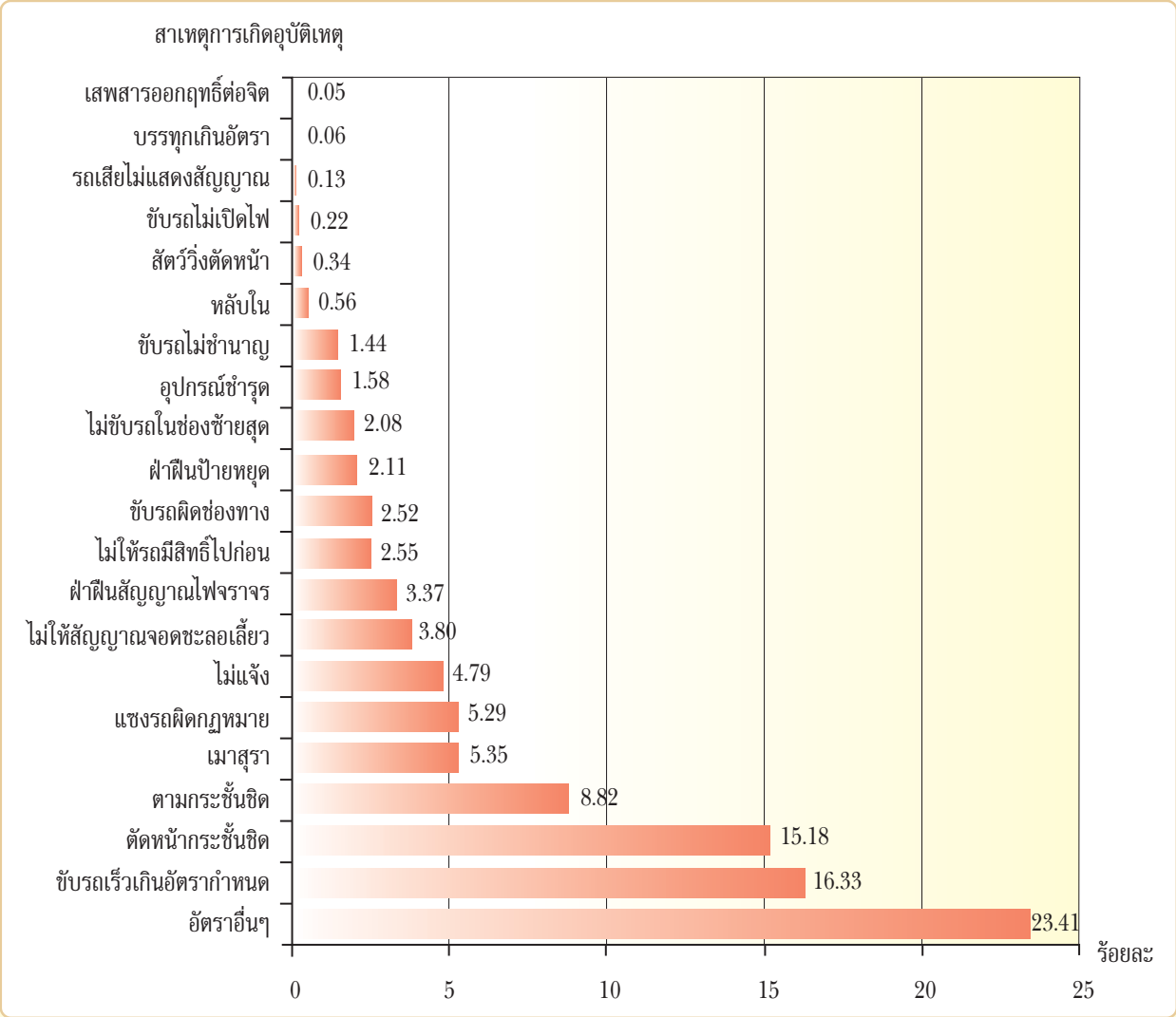
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.47 สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ภาพที่ 5.48 สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ. 2552



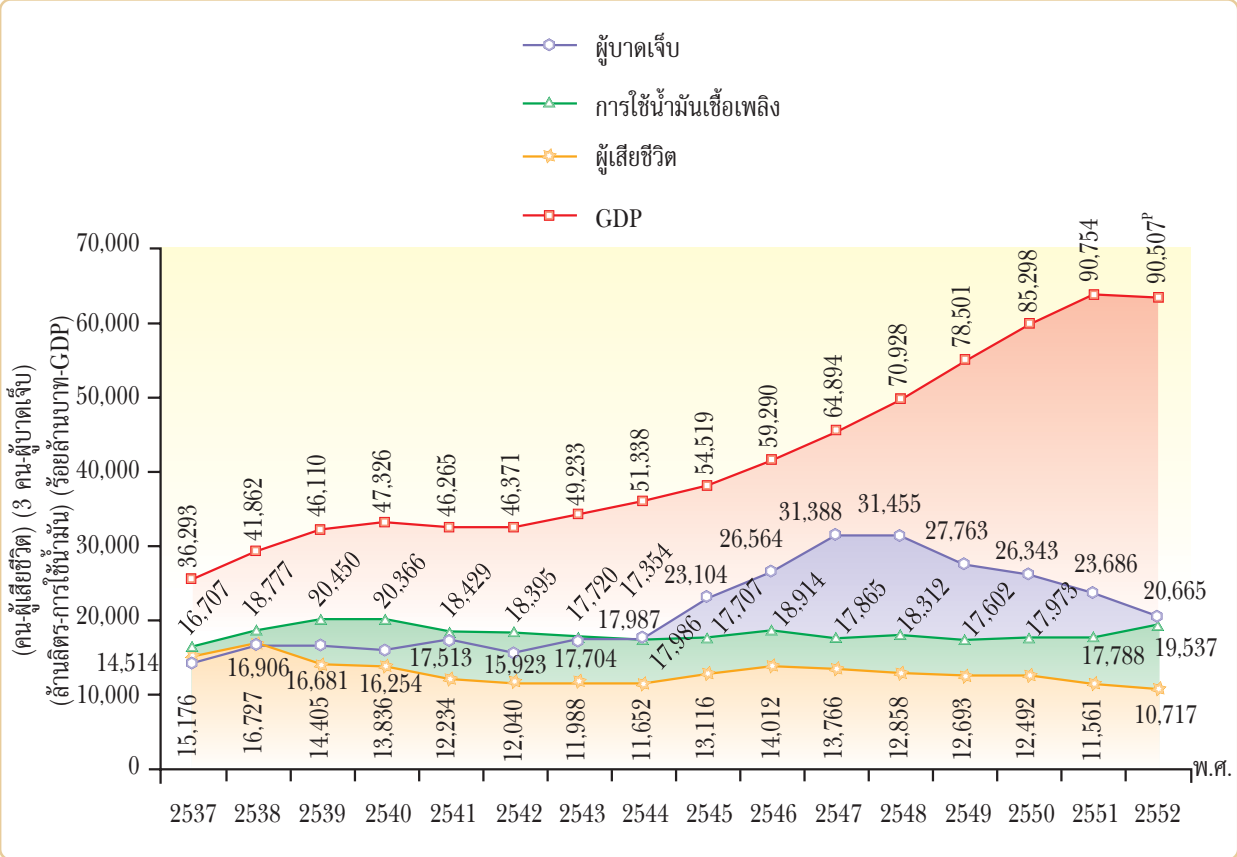
ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ตารางที่ 5.25 แสดงจำนวนการเกิดอุบัติเหตุจำนวนรถจักรยานยนต์และสัดส่วนผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ดื่มสุราก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์

พ.ศ.	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุจราจร (ราย)	คดีอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ (ราย)	สัดส่วนการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ)	จำนวนรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียน (คัน)	สัดส่วนผู้บาดเจ็บรุนแรงที่ดื่มสุราก่อนขับขี่รถจักรยานยนต์ (ร้อยละ)
2534	48,625	-	-	693,241	-
2535	61,329	-	-	715,877	-
2536	84,892	-	-	859,176	-
2537	102,610	-	-	1,091,216	-
2538	94,362	-	-	1,339,076	-
2539	88,556	-	-	1,247,906	-
2540	82,386	-	-	988,472	-
2541	73,725	37,414	50.7	534,458	-
2542	67,800	34,943	51.5	497,422	-
2543	73,737	37,498	50.8	682,929	-
2544	77,616	41,215	53.1	849,907	-
2545	91,623	53,732	58.6	1,186,957	43.7
2546	107,565	66,110	61.5	1,643,179	49.4
2547	124,530	77,642	62.3	1,943,590	48.6
2548	122,040	78,830	64.6	2,011,816	46.5
2549	110,686	75,752	68.4	2,001,711	44.4
2550	101,752	68,140	67.0	1,665,400	44.0
2551	88,689	59,162	66.7	1,796,376	41.7
2552	84,806	52,608	62.0	1,635,807	-

ที่มา:
1. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
2. กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม
3. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.49 แนวโน้ม GDP, การใช้น้ำมันเชื้อเพลิงด้านการขนส่ง, ผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552

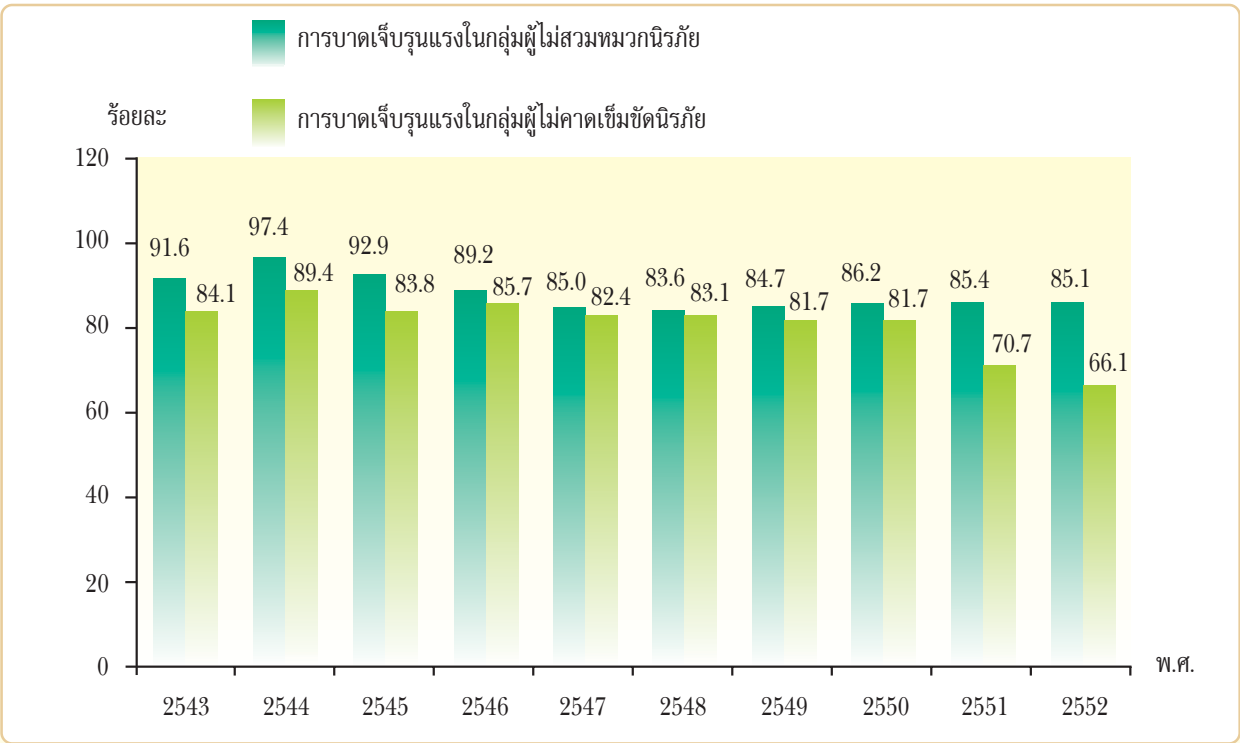


ที่มา: 1. ยอดพล ธนาบริบูรณ์ และคณะ. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย, 2549
2. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
3. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: P เป็นข้อมูลเบื้องต้น

แม้ว่าได้มีการออกพระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัยในประเทศไทย โดยมีผลบังคับใช้ในทุกจังหวัดทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2539 แล้วก็ตาม ซึ่งข้อมูลจากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พบว่า ผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัยรวมทั้งผู้ขับขี่รถและผู้โดยสารรถยนต์ที่ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยมีอัตราการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรมากกว่าร้อยละ 80 (ภาพที่ 5.50) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ขับขี่จักรยานยนต์ที่บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรเกือบครึ่งหนึ่งดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ (ภาพที่ 5.51)

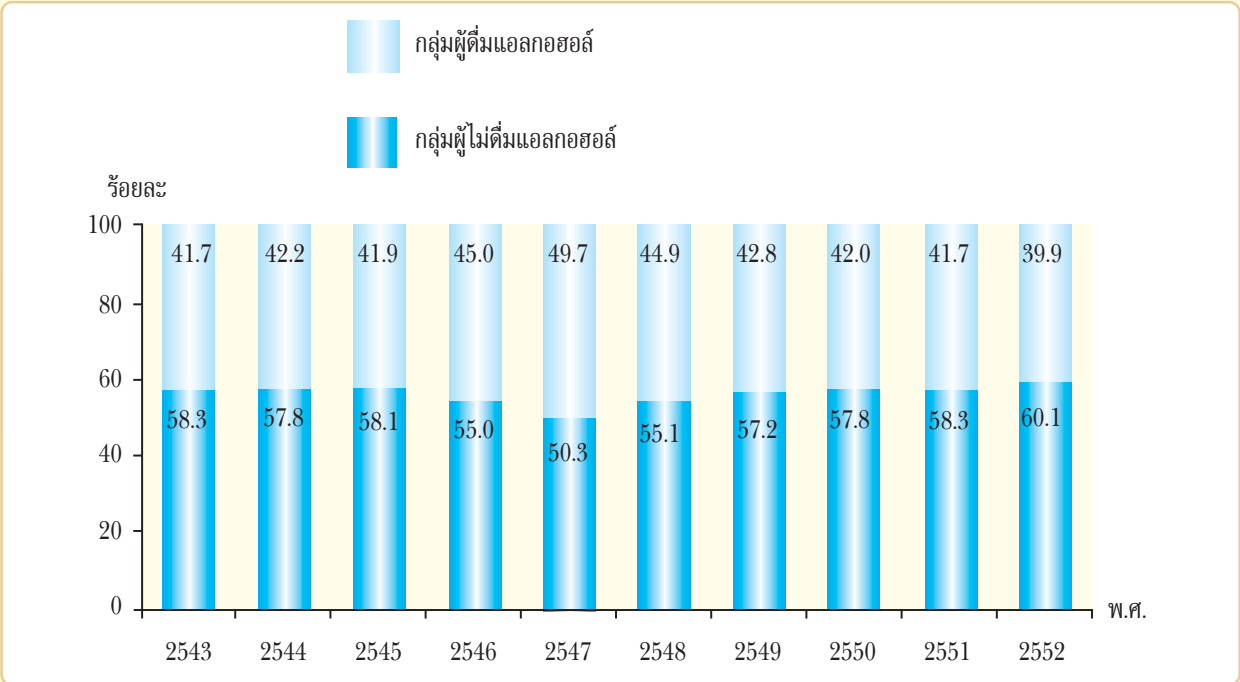
ภาพที่ 5.50 อัตราการบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร จำแนกตามการคาดเข็มขัดนิรภัยและการสวมหมวกนิรภัย พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 รายงานเฉพาะผู้ขับขี่เท่านั้น

ภาพที่ 5.51 สัดส่วนของผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรที่เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ จำแนกตามสภาพการใช้แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2552

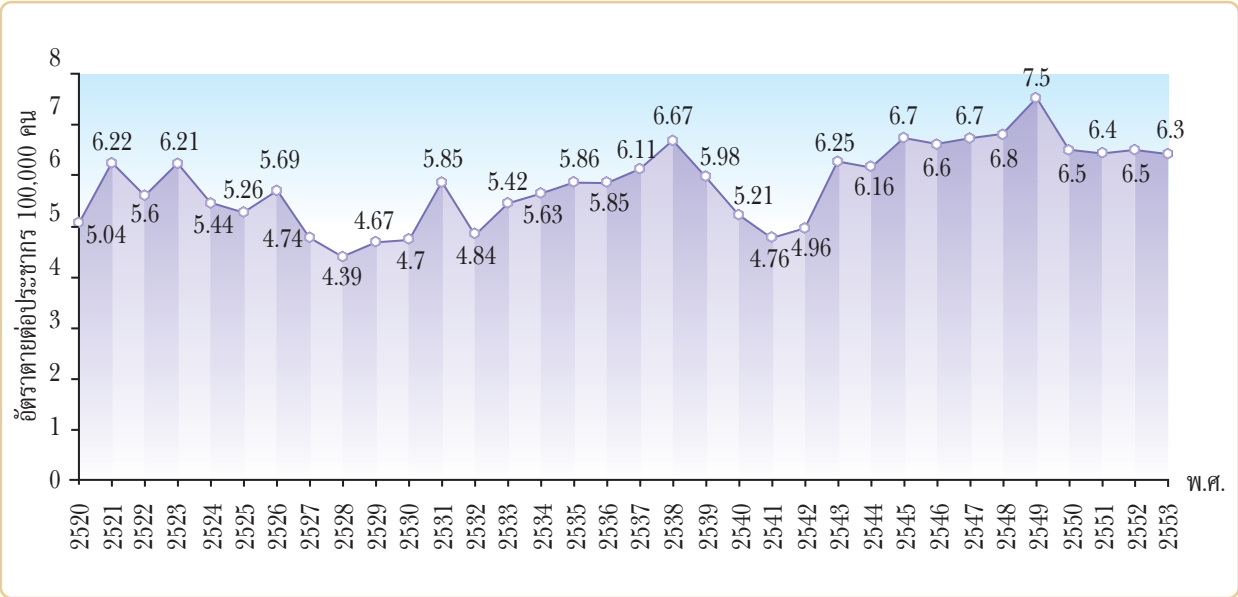


ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.6.2 อุบัติเหตุทางน้ำ

อุบัติเหตุทางน้ำเป็นปัญหาสำคัญที่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร เมื่อเทียบกับปัญหาอุบัติเหตุทางบกทั้งๆที่ประเทศไทยมีอัตราตายของเด็กจากการจมน้ำสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว 5-15 เท่าตัว[11] โดยเมื่อพิจารณาอัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ในช่วง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2553 พบระหว่าง 4.4 - 7.5 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.52) และจากการศึกษาระบาดวิทยาการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2553 พบว่า ผู้ที่ตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ เป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 3 เท่า โดยพบการ**ตายสูงสุดในกลุ่มเด็กวัยเรียน** (ภาพที่ 5.53) ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจากการขาดประสบการณ์ในการเล่นน้ำที่ปลอดภัย และสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย

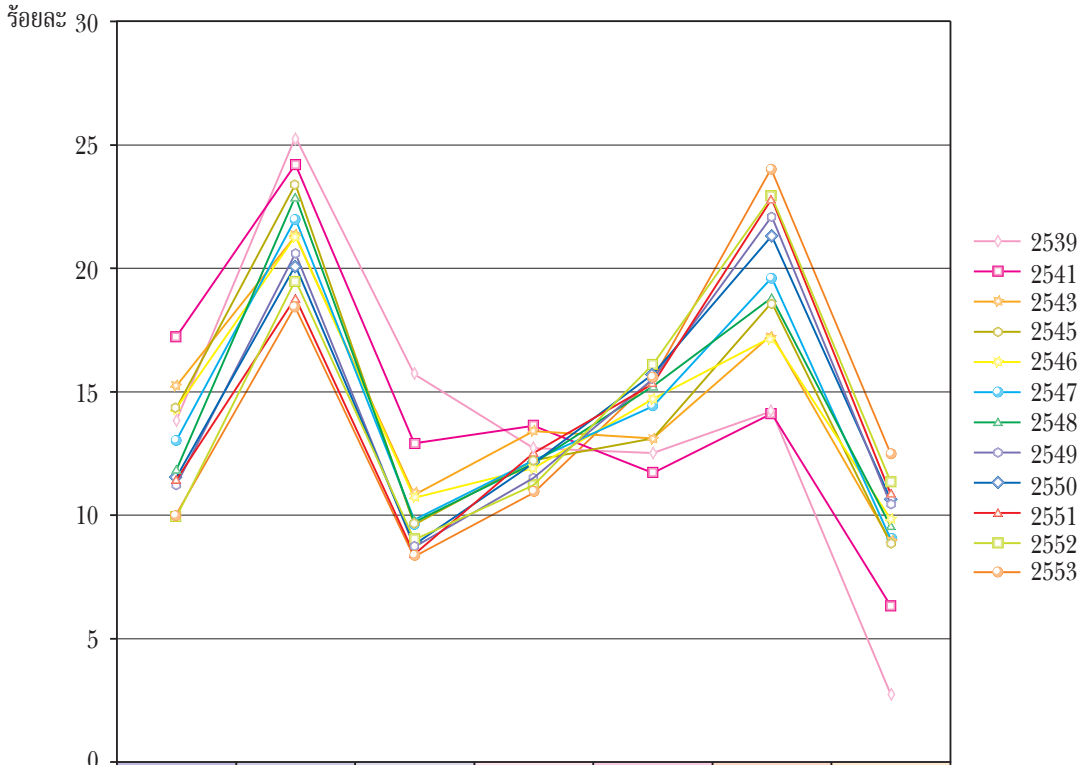
ภาพที่ 5.52 อัตราตายจากอุบัติเหตุการจมน้ำและตกน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2553



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

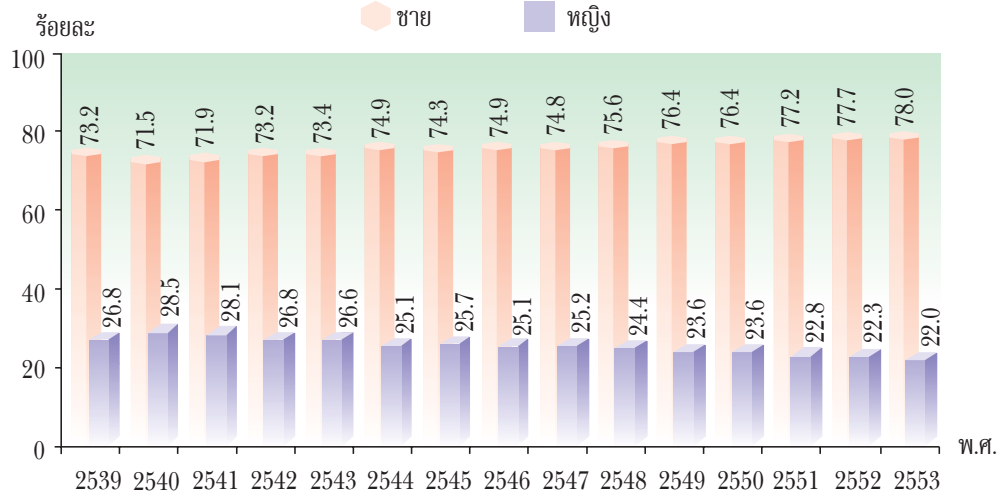
[11] อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, 2549

ภาพที่ 5.53 ร้อยละของรายงานการตายจากอุบัติเหตุทางน้ำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2553



	< 4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-64	> 64
2539	13.8	25.3	15.7	12.7	12.5	14.2	5.7
2541	17.2	24.2	12.9	13.6	11.7	14.1	6.3
2543	15.2	21.3	10.8	13.4	13.1	17.3	8.9
2545	14.3	23.4	9.6	12.2	13.1	18.6	8.8
2546	14.3	21.3	10.7	11.9	14.7	17.2	9.8
2547	13.0	22.0	9.8	12.2	14.4	19.6	9.0
2548	11.8	22.9	9.7	12.1	15.2	18.8	9.5
2549	11.2	20.6	8.7	11.5	15.5	22.1	10.4
2550	11.5	20.1	8.8	12.1	15.7	21.3	10.6
2551	11.4	18.8	8.4	12.5	15.3	22.8	10.8
2552	9.9	19.5	9.0	11.2	16.1	22.9	11.3
2553	10.0	18.5	8.4	10.9	15.6	24.0	12.6

อายุ(ปี)



ที่มา: รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.7 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

จากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่สำคัญมีดังนี้

2.7.1 โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช

ข้อมูลของกรมอนามัย ในการตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกร ระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2550 พบว่า มีผู้ได้รับพิษสารกำจัดศัตรูพืช ถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติ ระหว่างร้อยละ 13-39 โดยที่ยังไม่มีแนวโน้มลดลงและอัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชอยู่ระหว่าง 2-6 ต่อประชากร 100,000 คน (ตารางที่ 5.26)

ตารางที่ 5.26 การตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกรและการป่วย การตายด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	การตรวจหาระดับ Cholinesterase[1]			พิษจากสารกำจัดศัตรูพืช [2]		
	จำนวนที่ตรวจ (คน)	พบผิดปกติ (คน)	%	ป่วย (คน)	ตาย (คน)	อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน
2535	42,471	8,669	20.41	3,599	31	6.23
2536	242,820	48,500	19.97	3,299	44	5.65
2537	411,998	72,590	17.62	3,143	41	5.32
2538	460,521	78,481	17.04	3,398	21	5.71
2539	156,315	40,520	25.92	3,196	31	5.32
2540	563,354	89,926	15.96	3,297	27	5.42
2541	369,573	77,789	21.05	4,398	15	7.16
2542	360,411	48,217	13.38	4,169	31	6.78
2543	278,612	52,604	18.88	3,109	21	5.03
2544	89,945	21,758	24.19	2,652	15	4.27
2545	115,105	33,858	29.4	2,571	14	4.11
2546	NA	NA	NA	2,342	9	3.72
2547	NA	NA	NA	1,864	9	2.98
2548	84,046	26,034	31.0	1,321	0	2.12
2549	133,255	36,776	27.6	1,183	0	2.00
2550	89,376	34,428	38.52	1,452	0	2.31
2551	-	-	-	1,705	2	2.70
2552	-	-	-	1,691	0	2.66

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

2.7.2 โรคจากการประกอบอาชีพในภาคอุตสาหกรรม

สารโลหะหนักที่นำมาใช้ในโรงงานอุตสาหกรรมมีอยู่หลายชนิด เช่น ตะกั่ว สารหนู แคดเมียม ปรอท โครเมียม ฯลฯ หากมีการตกค้างและจากการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและอาหาร จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพประชาชนที่ได้รับสัมผัสโดยสารโลหะหนักที่มีการปนเปื้อนและเกิดปัญหาต่อสุขภาพที่พบบ่อย ดังตารางที่ 5.27

ตารางที่ 5.27 อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มโรค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552

โรค	พ.ศ.										
	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
โรคจากการประกอบอาชีพ	7.51	7.01	4.85	4.60	4.19	4.49	2.86	2.45	3.15	3.22	3.57
โรคปอดจากการประกอบอาชีพ	0.14	0.19	0.13	0.14	0.22	0.20	0.22	0.10	0.37	0.21	0.41
พิษสารตะกั่ว	0.10	0.08	0.17	0.09	0.05	0.08	0.02	0.03	0.03	0.04	0.04
พิษสารโลหะหนักอื่น ๆ (แมงกานีส/ปรอท สารหนู แคดเมียม)	0.06	0.04	0.05	0.08	0.04	0.89	0.02	0.04	0.05	0.06	0.07
โรคพิษจากสารทำละลายอินทรีย์	0.25	0.18	0.16	0.13	0.11	0.15	0.20	0.19	0.21	0.25	0.23

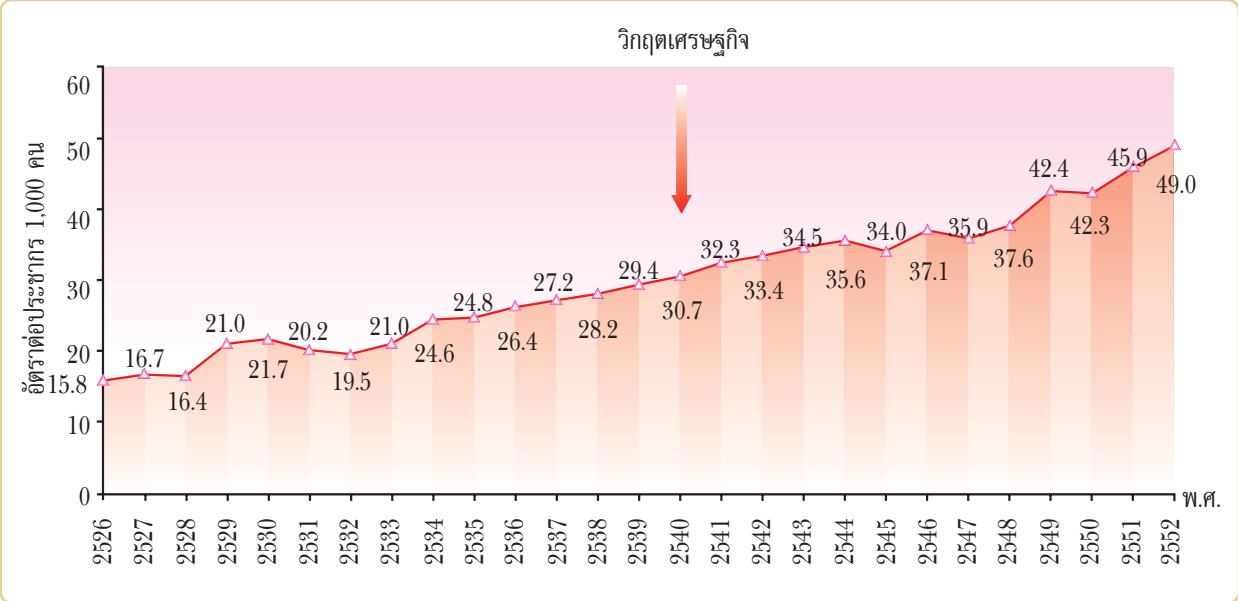
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

นอกจากนี้ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำงานสัมผัสสารไตรคลอโรเอทธิลีนในประเทศไทย เนื่องจากทั่วโลกมีการนำสารดังกล่าวมาใช้ในงานอุตสาหกรรมอย่างแพร่หลายมากขึ้น สำหรับประเทศไทยมีการนำเข้าสารไตรคลอโรเอทธิลีนใน พ.ศ. 2551 สูงถึงกว่า 90,000 ตัน (กรมโรงงานอุตสาหกรรม, 2551) ซึ่งพบว่าเป็นปริมาณที่ค่อนข้างสูงและเนื่องจากมีการใช้อย่างไม่ระมัดระวัง จึงก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ซึ่งจากรายงานเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระหว่าง พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2551 มีรายงานผู้ป่วยจากพิษสารระเหยตัวทำละลาย จำนวน 68 ราย (เฉลี่ยปีละ 11 ราย) จำแนกเป็นสารไตรคลอโรเอทธิลีน 11 ราย, เบนซิน 8 ราย โทลูอีน 3 ราย และไม่สามารถระบุชนิด 46 ราย

2.8 ปัญหาสุขภาพจิต

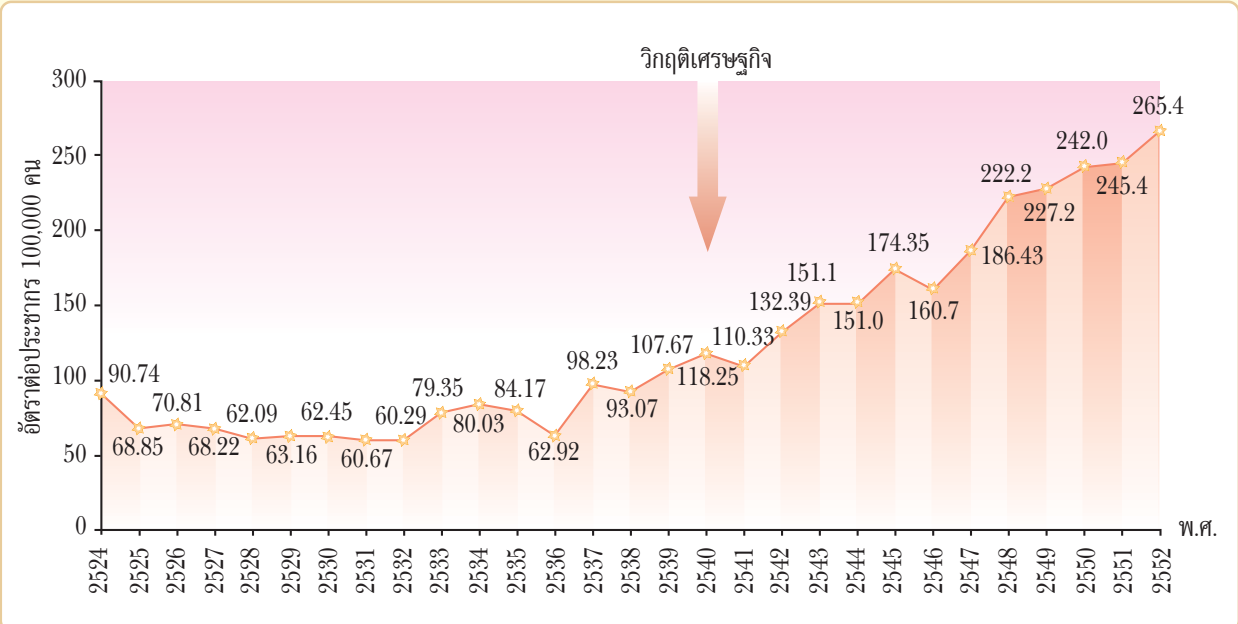
พิจารณาจากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและการฆ่าตัวตาย พบว่า สุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลงและมีการเข้ารักษาตัวในแผนกผู้ป่วยนอกมากขึ้น จาก 24.6 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 49.0 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.54) โดยเฉพาะผู้ป่วยด้วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและโรคลมชัก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.28) และพบอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน จาก 90.74 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2524 เป็น 265.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.55)

ภาพที่ 5.54 อัตราการเข้ารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานผู้ป่วยนอก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.55 อัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตและความผิดปกติทางจิตประเทศไทย พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานผู้ป่วยใน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

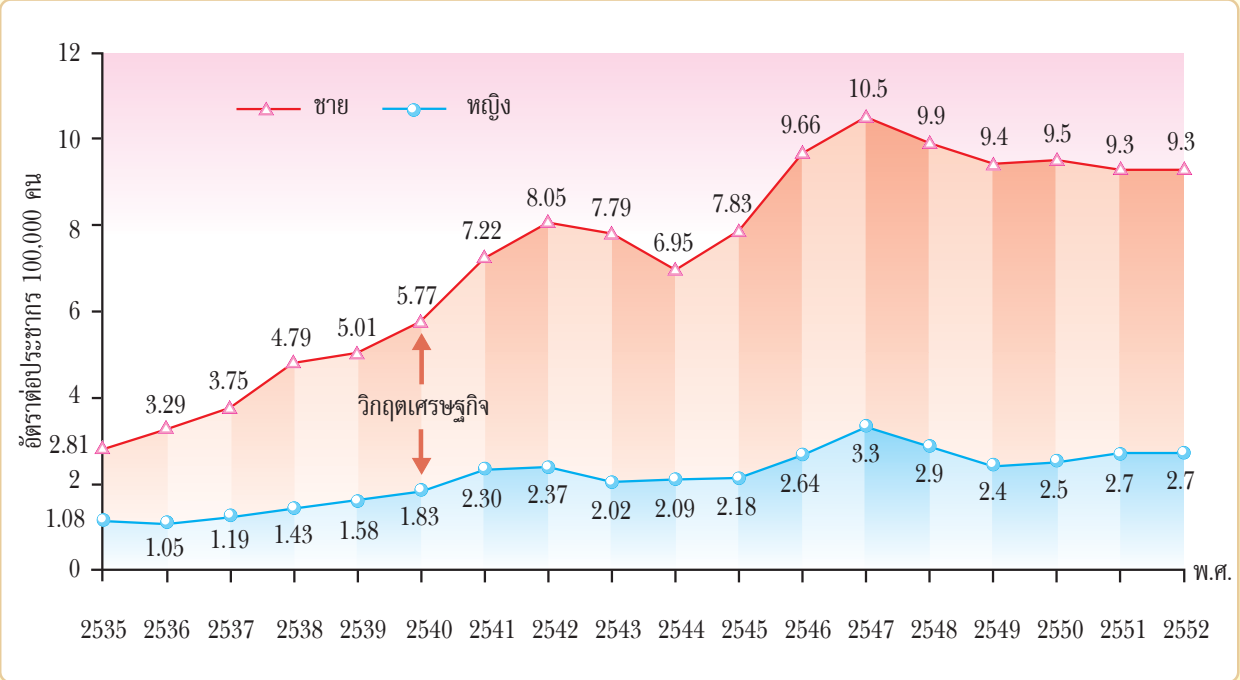
ตารางที่ 5.28 อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552

โรค	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
- โรคจิต	440.1	435.3	424.8	451.0	519.6	828.0	751.4	682.7	572.3	640.6	581.5	612.3	578.1
- โรควิตกกังวล	789.9	822.6	764.7	812.2	776.0	862.5	865.6	667.6	596.8	548.8	580.5	532.8	527.3
- โรคซึมเศร้า	55.9	74.3	99.5	130.3	94.9	134.8	163.8	140.6	149.9	186.0	196.5	229.9	260.8
- ภาวะปัญญาอ่อน	44.7	52.9	58.2	52.4	51.7	62.3	56.6	55.5	51.7	60.8	58.5	52.7	48.4
- โรคลมชัก	109.3	125.8	NA	149.8	182.5	200.3	193.5	180.5	195.2	172.1	195.1	184.7	193.1

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนการฆ่าตัวตายก็เป็นดัชนีอีกตัวที่จะสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตขั้นร้ายแรง ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า หลังวิกฤตเศรษฐกิจการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก โดยอัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึงเกือบ 4 เท่า อย่างไรก็ตามตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมาอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงทั้งหญิงและชาย (ภาพที่ 5.56)

ภาพที่ 5.56 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2552



ที่มา: พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2546 ได้จากฐานข้อมูลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.9 โรคทางโภชนาการ

2.9.1 โรคขาดสารอาหาร

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในภาพรวมมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ แต่เมื่อพิจารณาจำแนกตามพื้นที่ พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่น ๆ (ตารางที่ 5.29)

นอกจากนี้ จากรายงานสุขภาพโลก[12] คาดการณ์ว่า ใน ค.ศ. 2000 ประมาณร้อยละ 27 หรือ 168 ล้านคนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดการตายจากโรคท้องร่วงและปอดบวมสูงขึ้น

ตารางที่ 5.29 ภาวะโภชนาการในเด็ก 0 - 6 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2549

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

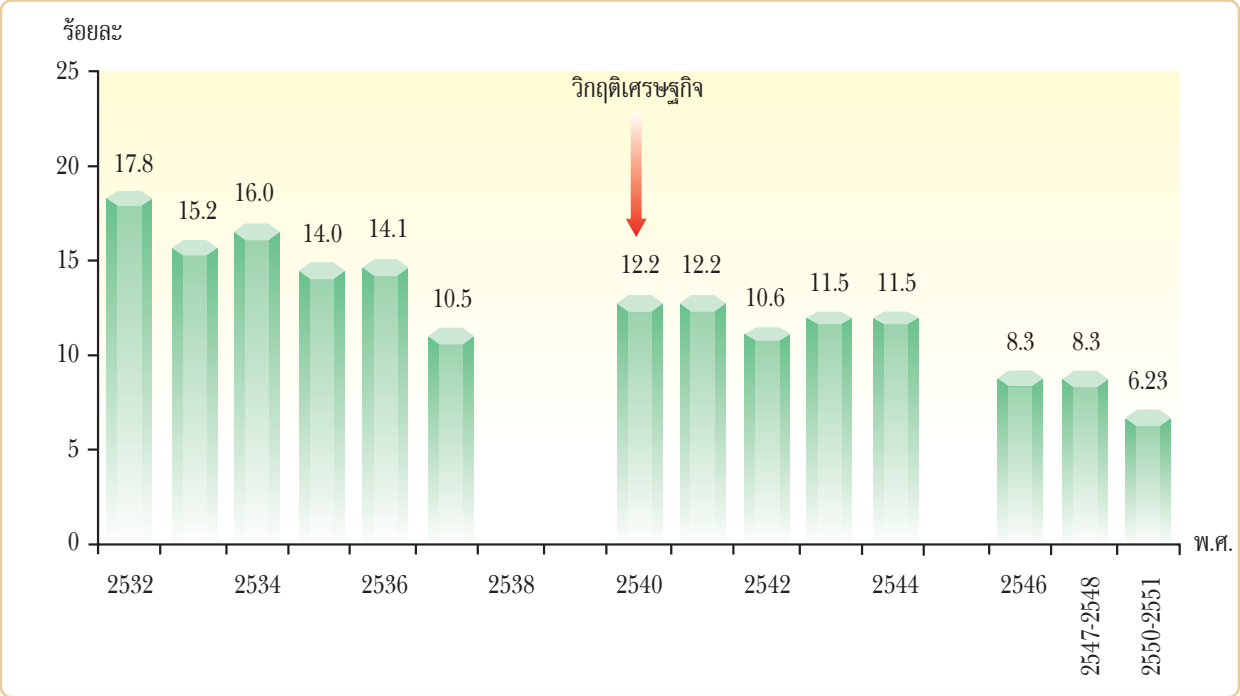
ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 กรมอนามัยมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการในเด็กใหม่

อัตราการมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของเด็กนักเรียนประถมศึกษามีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 17.8 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 6.23 ใน พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 5.57)

[12] ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ (บรรณาธิการ). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ; 2546

ภาพที่ 5.57 สัดส่วนของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2551



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

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

พ.ศ. 2546 ได้จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

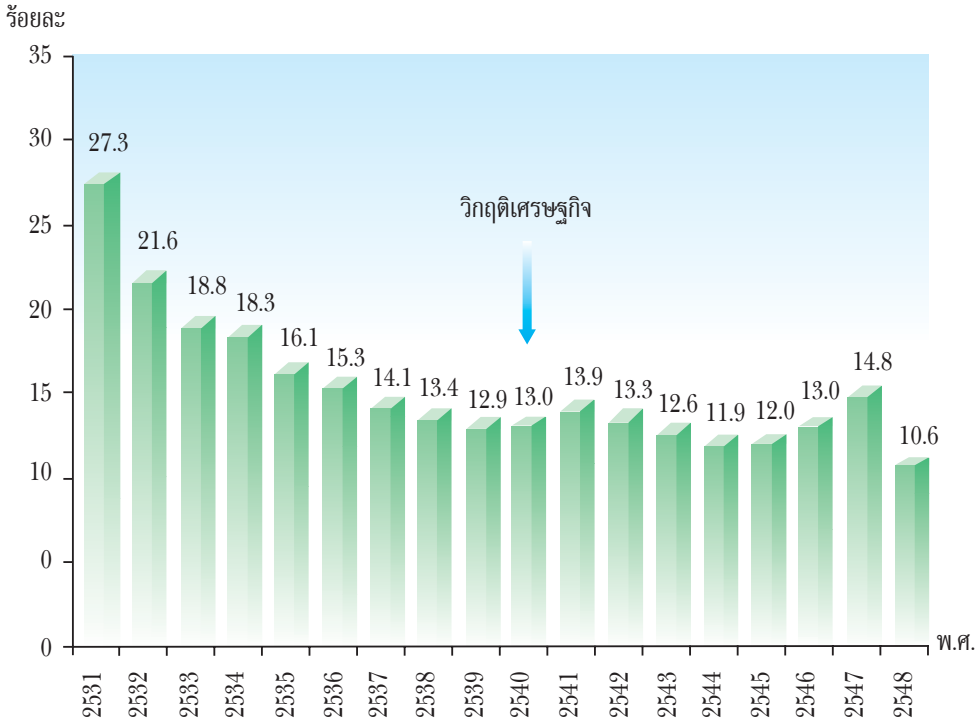
พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานสภาวการณ์เด็กและเยาวชน ปี 2547 - 2548, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549

พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2551 ได้จากการสำรวจสภาวการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch) ภาพรวมประเทศ ปี 2550 - 2551 สถาบันรามจิตติ

2.9.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มลดลงมาโดยตลอด จากร้อยละ 27.3 ใน พ.ศ. 2531 เหลือร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2539 แต่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2548 ภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์ลดลงเหลือร้อยละ 10.6 (ภาพที่ 5.58) นอกจากนี้ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 พบว่า หญิงมีครรภ์มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ร้อยละ 12.5

ภาพที่ 5.58 สัดส่วนหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2548

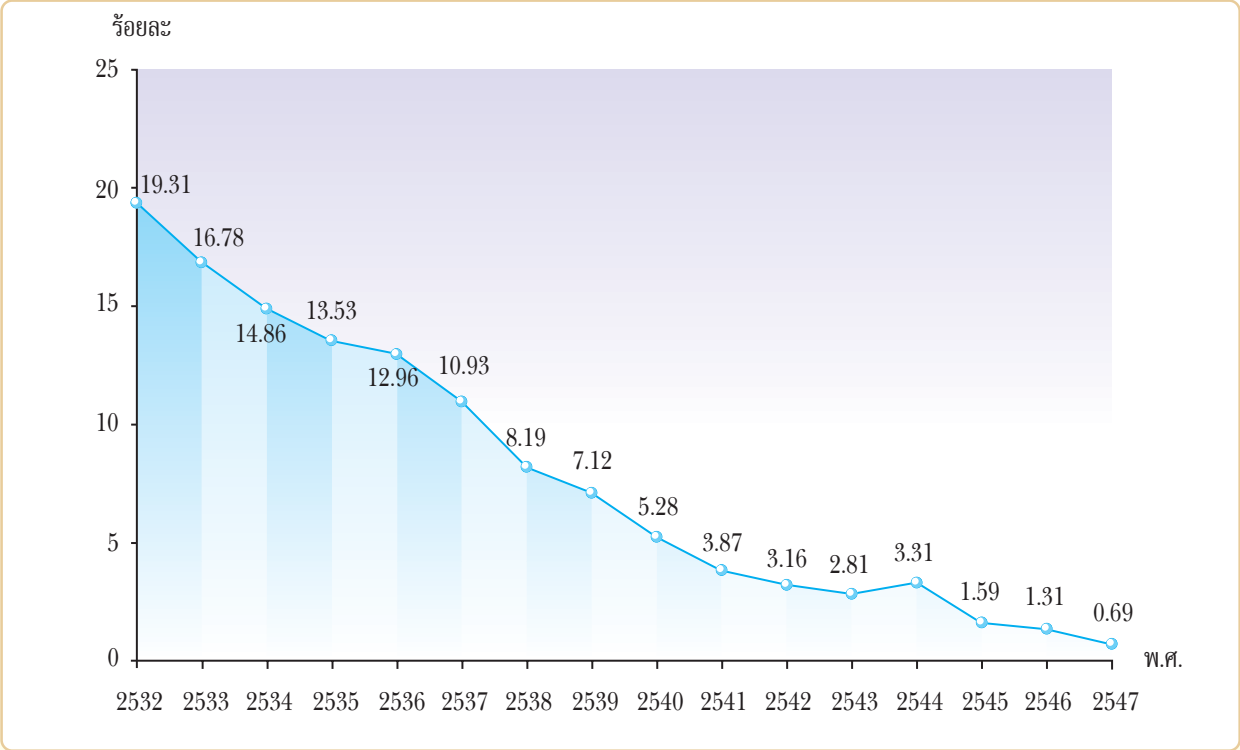


ที่มา: - กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.9.3 โรคขาดสารไอโอดีน

ผลจากการเร่งรัดการกำจัดโรคขาดสารไอโอดีน ทำให้ความชุกของโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนประถมศึกษา ใน 15 จังหวัด ที่มีอัตราคอพอกรุนแรง ลดลงจากร้อยละ 19.31 ใน พ.ศ. 2532 เหลือร้อยละ 0.69 ใน พ.ศ. 2547 (ภาพที่ 5.59) และอัตราคอพอกโดยเฉลี่ยของประเทศ ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 1.3 แต่จากการดำเนินงานเฝ้าระวังภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์โดยการตรวจปัสสาวะ เพื่อป้องกันปัญหาระดับสติปัญญาของทารกแรกเกิด พบว่าหญิงมีครรภ์ มีแนวโน้มขาดสารไอโอดีนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 34.5 ใน พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 57.4 ใน พ.ศ. 2548 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2550 - 2551 เริ่มมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.60)

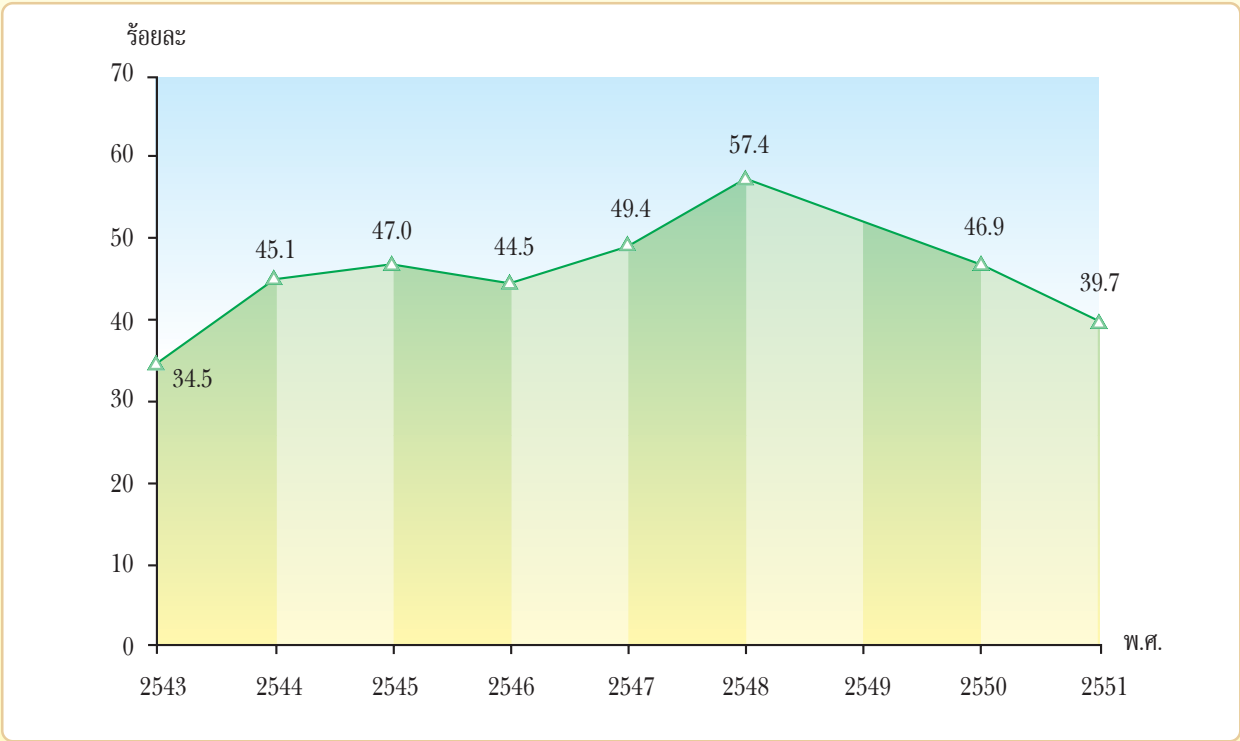
ภาพที่ 5.59 ภาวะโรคขาดสารไอโอดีนในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2547



ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: เป็นข้อมูลเฉพาะ 15 จังหวัด ที่มีปัญหาอัตราคอพอกรุนแรง

ภาพที่ 5.60 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ขาดสารไอโอดีน (ระดับไอโอดีนในปัสสาวะ <100 μg/l) พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2551

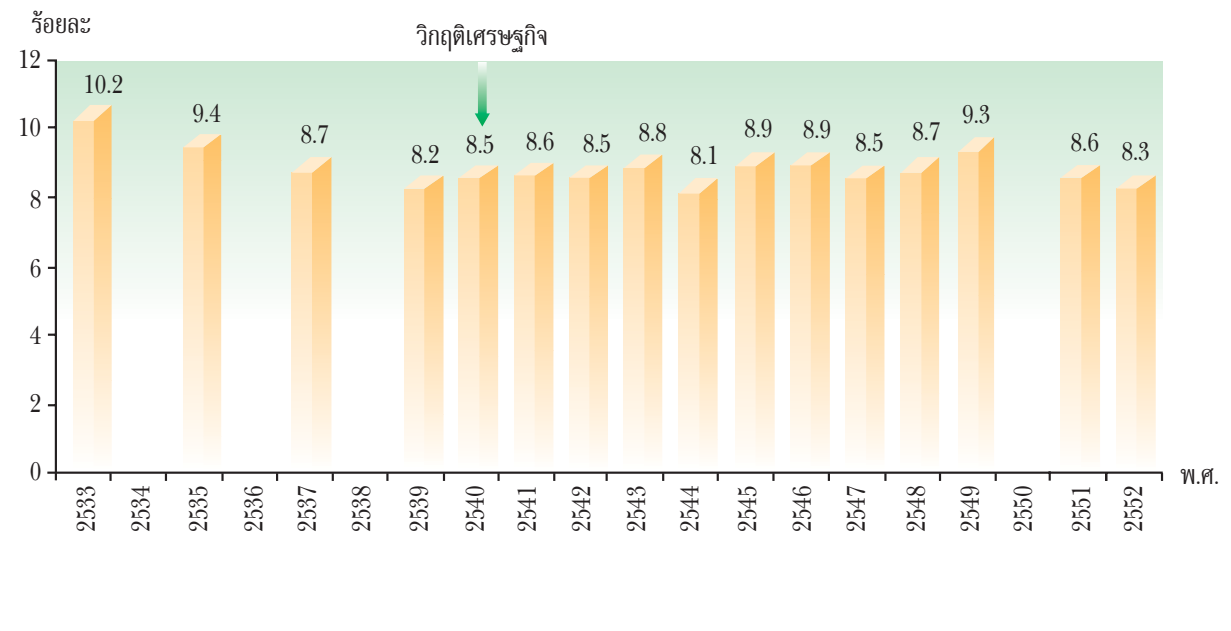


ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.9.4 ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ถึงแม้ว่าอัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในภาพรวมได้ลดลงจากร้อยละ 10.2 ใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.3 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.61) อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน พบว่า ปัญหาน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศมีแนวโน้มคงที่หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มยากจนและตกงานที่สูงกว่ากลุ่มไม่ยากจนอย่างชัดเจน ซึ่งพบว่า ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสูงสุด

ภาพที่ 5.61 ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2552



ที่มา: 1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
2. พ.ศ. 2549 ได้จากการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.10 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.10.1 โรคและภาวะบกพร่องของผู้สูงอายุ

จากรายงานการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดีจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย โดยมีสาเหตุหลักของความสูญเสียปีสุขภาวะมาจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังต่าง ๆ (ตารางที่ 5.30)

ตารางที่ 5.30 การจัดลำดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2547 จำแนก ตามเพศและสาเหตุ

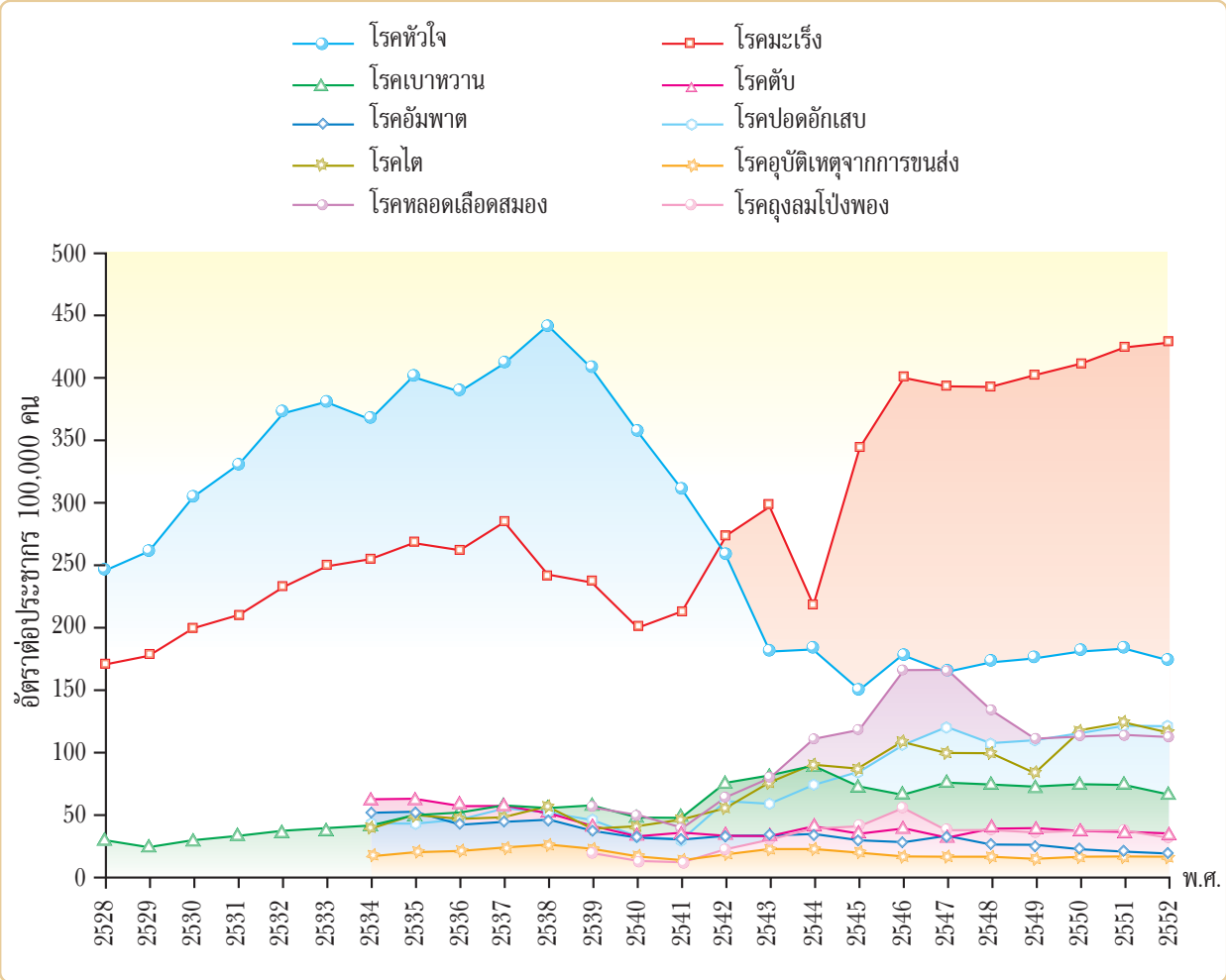
Rank	Male			Female		
	Disease	DALY ('000)	%	%	DALY ('000)	Disease
1	Stroke	170	12.1	12.7	203	Stroke
2	COPD	127	9.0	8.9	141	Diabetes
3	Liver cancer	114	8.1	6.2	99	Ischemic heart disease
4	Ischemic heart disease	96	6.8	6.1	97	Osteoarthritis
5	Diabetes	69	4.9	5.3	84	Cataracts
6	Osteoarthritis	67	4.8	4.9	78	Dementia
7	Bronchus and lung cancer	64	4.5	4.1	66	Liver and bile duct cancer
8	Deafness	48	3.4	4.0	64	COPD
9	Cataracts	47	3.3	3.8	61	Deafness
10	Dementia	38	2.7	2.8	45	Nephritis & nephrosis

ที่มา: คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2547

2.10.2สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย

สำหรับการตายในประชากรผู้สูงอายุ พบว่า โรคที่ผู้สูงอายุตายมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน โดยพบว่า ผู้สูงอายุตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น มีอัตราตายเพิ่มจาก 169.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 427.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 หลอดเลือดสมองมีอัตราตายเพิ่มจาก 54.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 112.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 เบาหวานมีอัตราตายเพิ่มจาก 28.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2528 เป็น 66.4 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 และโรคปอดอักเสบ มีอัตราตายเพิ่มจาก 42.0 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2534 เป็น 119.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.62)

ภาพที่ 5.62 อัตราการตายด้วยโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คนในกลุ่มผู้สูงอายุ									
	เบาหวาน	หัวใจ	มะเร็ง	ตับ	ไต	อัมพาต	ปอดอักเสบ	อุบัติเหตุจากการขนส่ง	หลอดเลือดสมอง	ถุงลมโป่งพอง
2528	28.8	245.0	169.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2529	24.9	259.3	177.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2530	30.3	304.3	199.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2531	32.4	331.1	209.6	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2532	37.2	372.3	231.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2533	39.4	379.2	248.8	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2534	39.9	386.7	253.9	62.6	38.3	49.5	42.0	16.9	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2535	49.5	400.3	266.8	63.4	48.0	51.5	42.3	20.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2536	50.8	389.7	262.9	57.1	45.9	42.4	45.3	19.5	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2537	57.2	412.2	283.9	56.3	47.5	44.9	56.0	24.1	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2538	56.2	440.7	242.1	52.2	55.3	45.5	51.0	26.3	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2539	57.4	407.5	236.2	41.4	38.2	37.4	46.8	22.4	54.9	18.4
2540	48.5	356.1	199.4	33.1	40.5	32.0	33.7	17.1	49.1	13.3
2541	47.7	310.0	213.0	34.4	46.7	31.3	28.9	13.3	38.0	11.0
2542	74.8	257.7	273.7	34.0	56.1	32.3	61.1	18.5	63.8	23.0
2543	82.1	179.9	297.6	34.0	75.5	33.9	59.9	22.6	79.7	29.5
2544	88.4	182.2	218.2	40.6	89.6	34.8	73.0	21.5	110.1	38.8
2545	72.1	149.4	342.6	35.5	87.2	29.2	85.5	18.9	118.7	40.2
2546	66.7	177.1	399.5	38.3	108.0	26.8	107.4	16.7	166.8	54.9
2547	75.8	163.8	393.1	30.7	98.9	32.8	119.2	17.3	166.3	37.7
2548	73.0	172.3	393.6	39.5	100.3	26.6	107.8	16.2	134.3	37.4
2549	71.3	175.3	402.5	39.2	83.0	25.9	110.3	15.2	110.9	35.1
2550	74.1	179.9	411.0	36.1	117.3	22.6	116.3	16.3	112.6	37.3
2551	73.3	183.0	424.8	36.3	124.3	20.3	121.5	16.0	113.9	36.2
2552	66.4	173.2	427.9	34.4	116.9	18.2	119.9	16.9	112.8	30.7

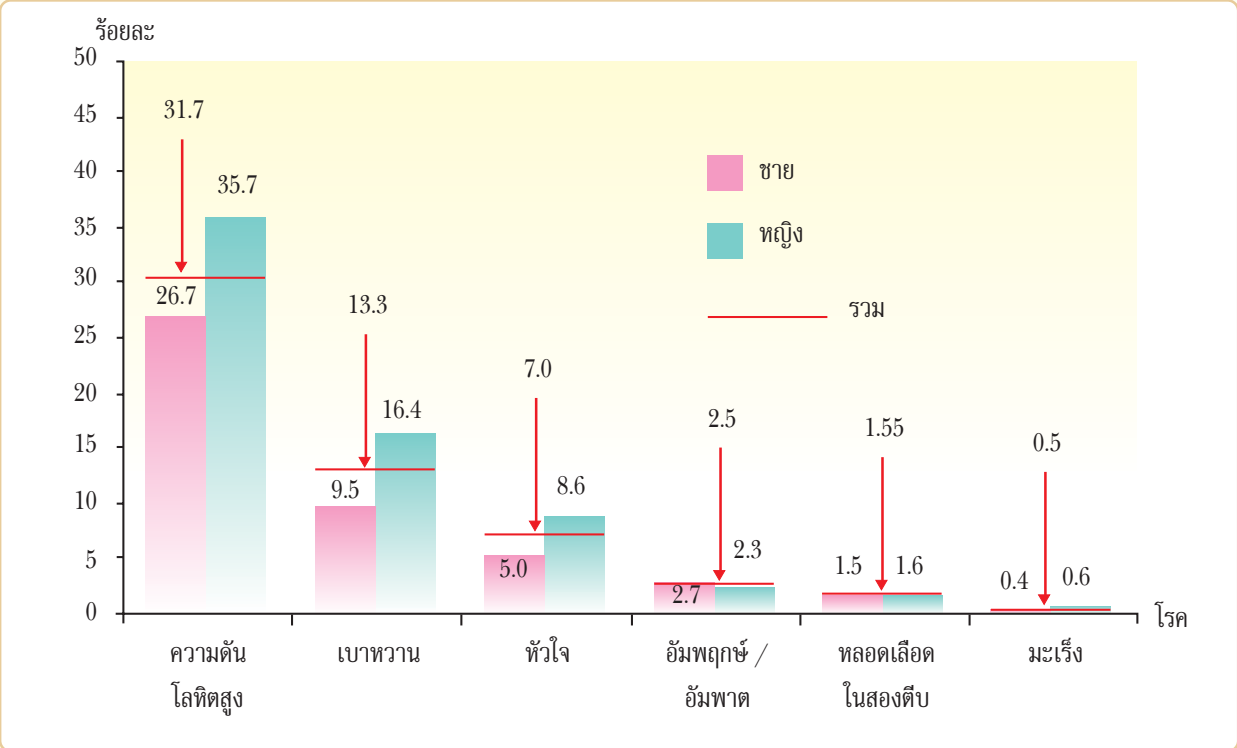
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.10.3สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) ความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะบกพร่องในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจความเสี่ยงของผู้สูงอายุไทยของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ใน พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 3 ใน 4 มีโรคประจำตัว โรคที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกันมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูก/ไขข้อ โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับตา และโรคหัวใจและหลอดเลือด และการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 รองลงมาคือ เบาหวาน ร้อยละ 13.3 หัวใจ ร้อยละ 7.0 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 หลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และมะเร็ง ร้อยละ 0.5 (ภาพที่ 5.63) จะเห็นได้ว่า ความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะบกพร่องในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการสำรวจจากหลายแหล่งและช่วงเวลาที่สำรวจต่างกัน รวมทั้งสอดคล้องกับสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิต

ภาพที่ 5.63 อัตราผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำแนกตามโรคที่เป็นและเพศ พ.ศ. 2550

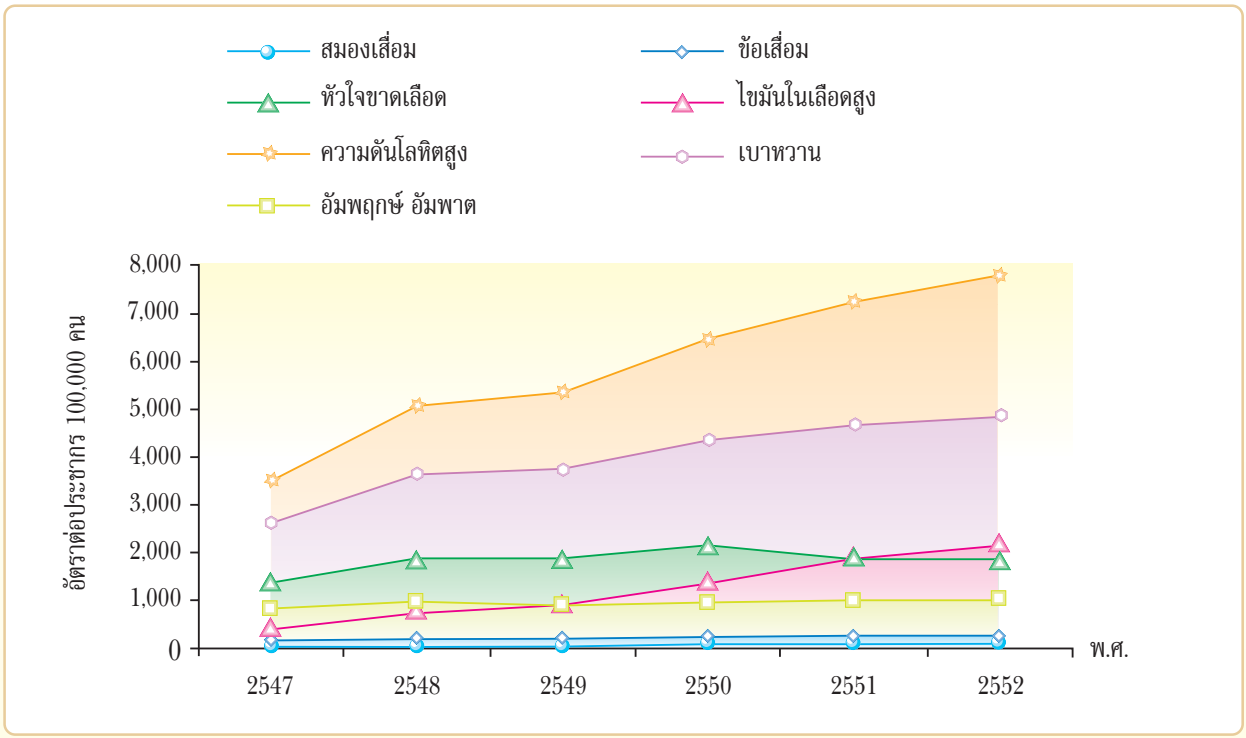


ที่มา: รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) สาเหตุการป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

จากรายงานการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง และสำนักงานประกันสังคม ระหว่าง พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุมารับการรักษาอาการการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือ เบาหวาน หัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์อัมพาต ไขมันในเลือดสูง ข้อเสื่อม และสมองเสื่อม และเมื่อพิจารณาอัตราการนอนโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน จะเห็นว่าส่วนใหญ่อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆปี (ภาพที่ 5.64)

ภาพที่ 5.64 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552



โรค	2547	2548	2549	2550	2551	2552
สมองเสื่อม	57.66	76.61	72.88	90.38	99.31	113.9
ข้อเสื่อม	156.27	218.06	211.67	239.07	265.54	272.9
หัวใจขาดเลือด	1,420.07	1,873.15	1,868.28	2,156.14	1,856.54	1,898.6
ไขมันในเลือดสูง	446.59	787.18	984.17	1,437.68	1,909.20	2,180.2
ความดันโลหิตสูง	3,511.72	5,027.00	5,330.04	6,419.47	7,213.10	7,741.8
เบาหวาน	2,627.40	3,663.68	3,732.38	4,328.11	4,655.91	4,852.7
อัมพฤกษ์ อัมพาต	795.56	975.88	895.23	969.15	994.57	1,013.7

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

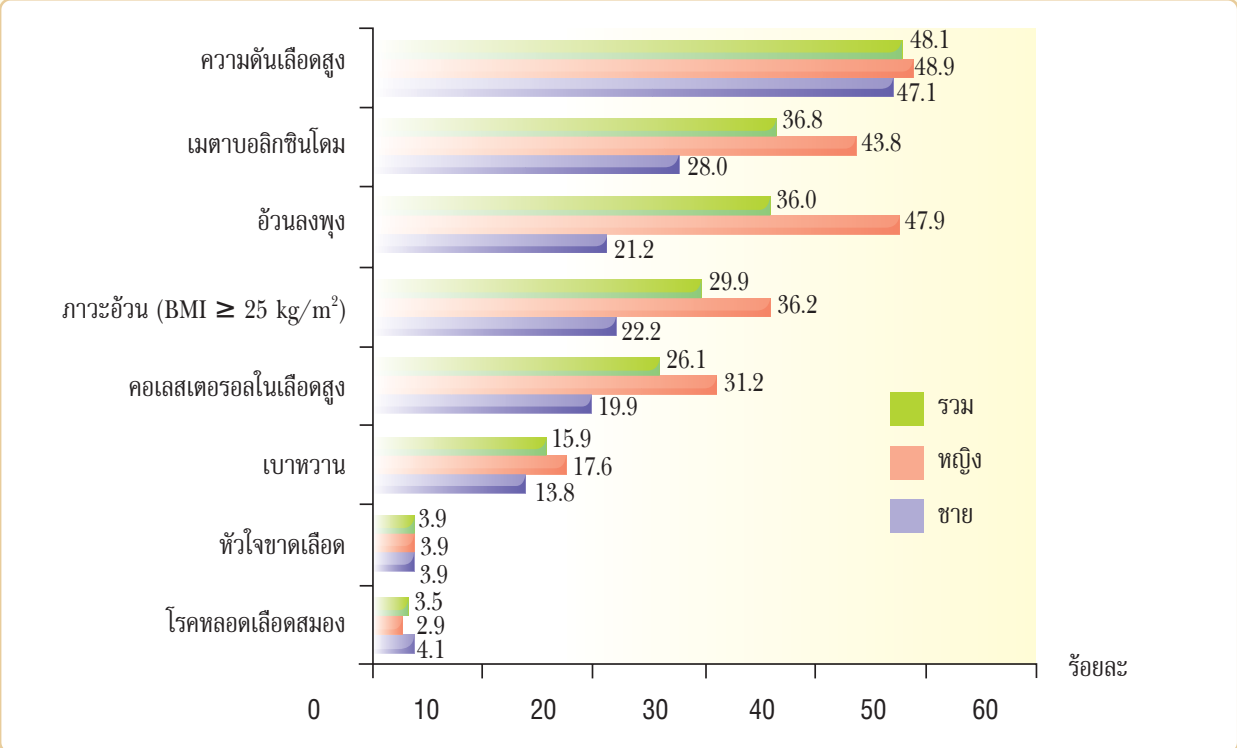
แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2550 ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมบัญชีกลาง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม

3) โรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจภาวะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นภาระโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ทำการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 พบว่า จากการตรวจร่างกายร่วมกับประวัติการป่วย มีประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง, 1 ใน 3 มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม อ้วนลงพุง และโรคอ้วน (BMI ≥25 kg/m^2), 1 ใน 4 มีภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (total cholesterol≥240 mg/dl) และร้อยละ 15 เป็นเบาหวาน (ภาพที่ 5.65)

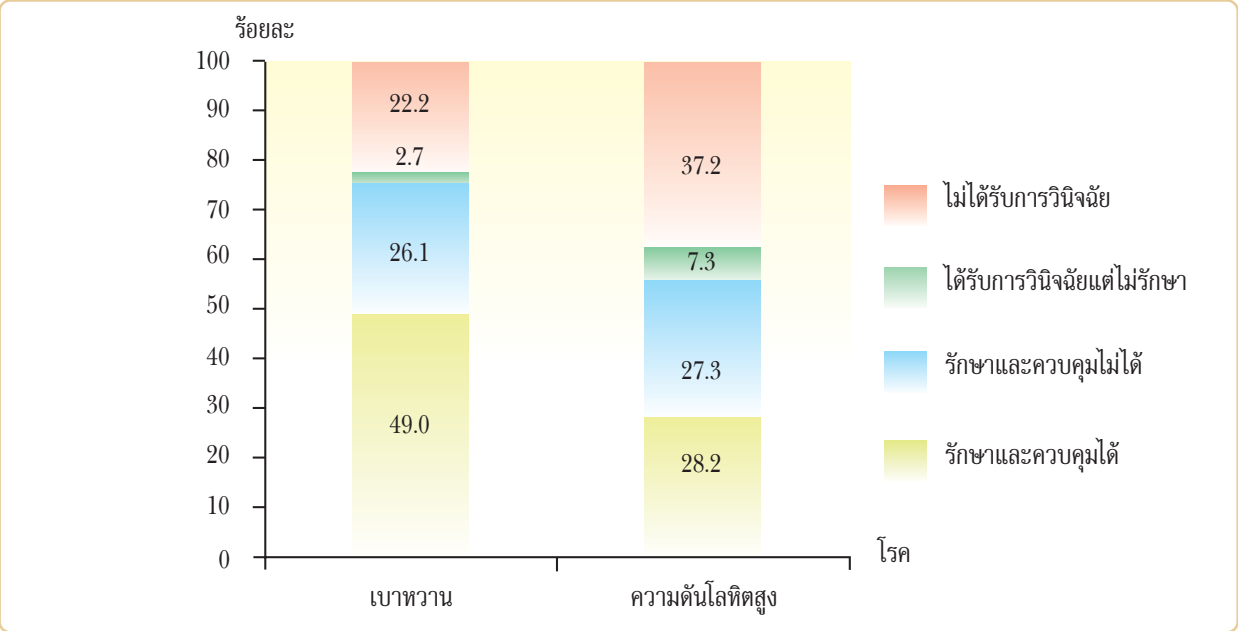
อย่างไรก็ตาม มีร้อยละ 22.2 ของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานและยังไม่ทราบว่าตนเองเป็น แต่มีร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลได้ และมีถึงร้อยละ 37.2 ของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงแต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็น โดยมีเพียงร้อยละ 28.2 เท่านั้นที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ภาพที่ 5.66)

ภาพที่ 5.65 ความชุก (ร้อยละ) ของโรคเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552



ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

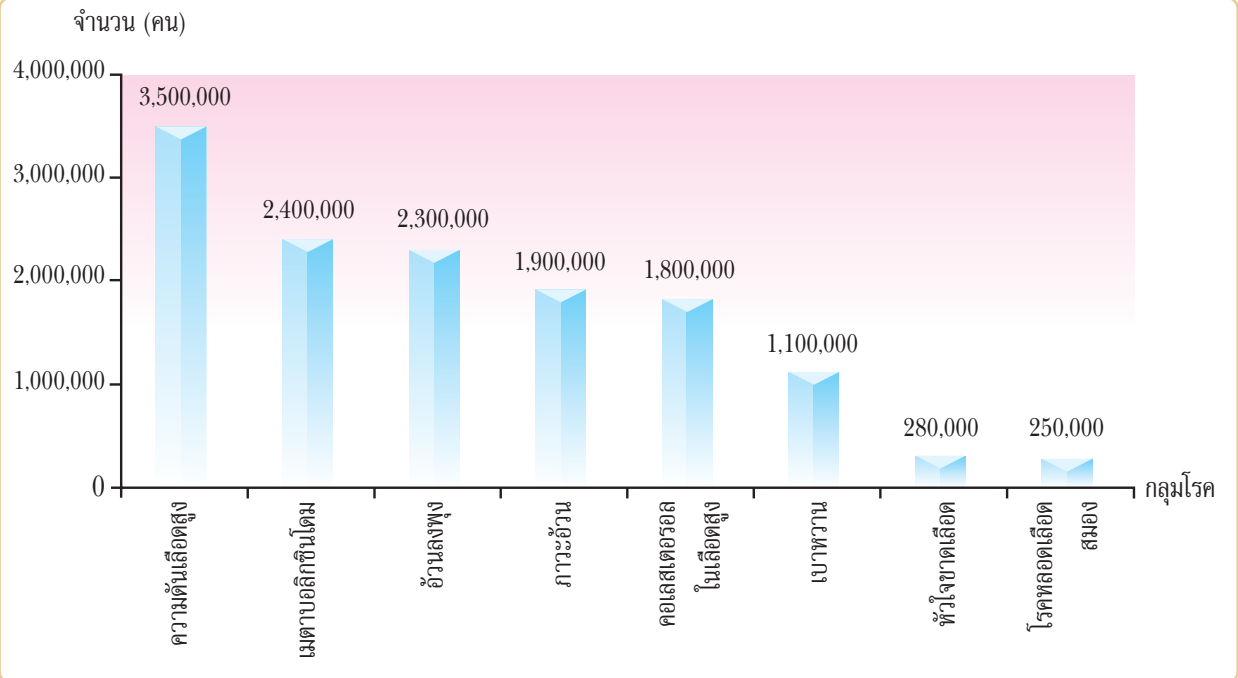
ภาพที่ 5.66 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552



ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ซึ่งจากการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมีถึง 5,400,000 คน (จากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 7.3 ล้านคน ใน พ.ศ. 2552) (ภาพที่ 5.67)

ภาพที่ 5.67 คาดประมาณผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552

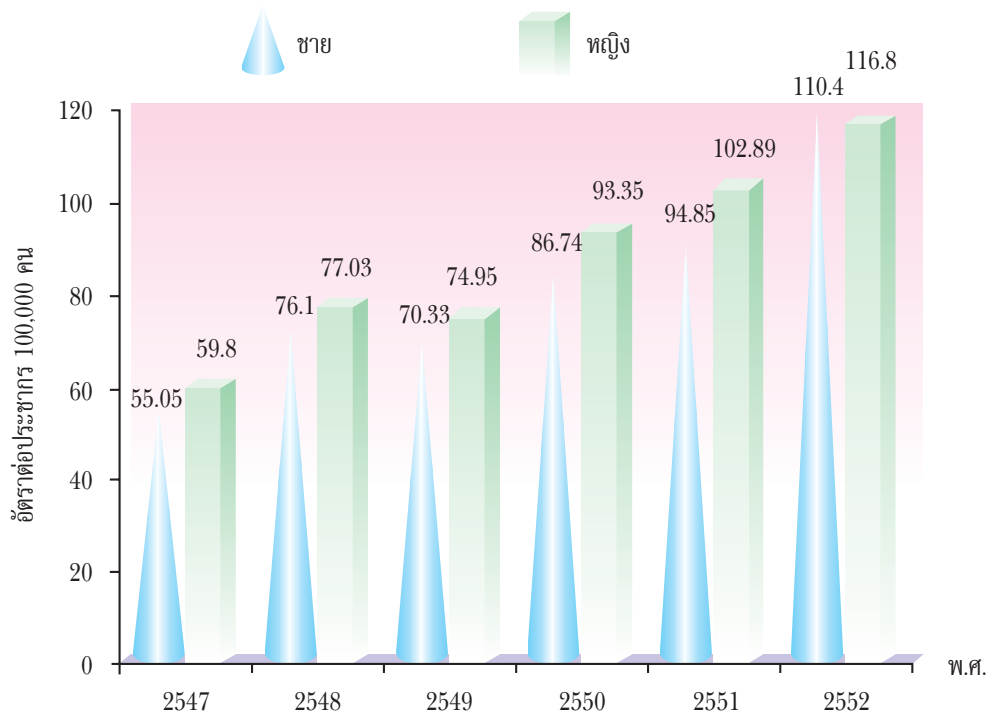


ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

4) ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง (ภาพที่ 5.68)

ภาพที่ 5.68 อัตราการนอนโรงพยาบาล (ต่อประชากร 100,000 คน) ด้วยโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

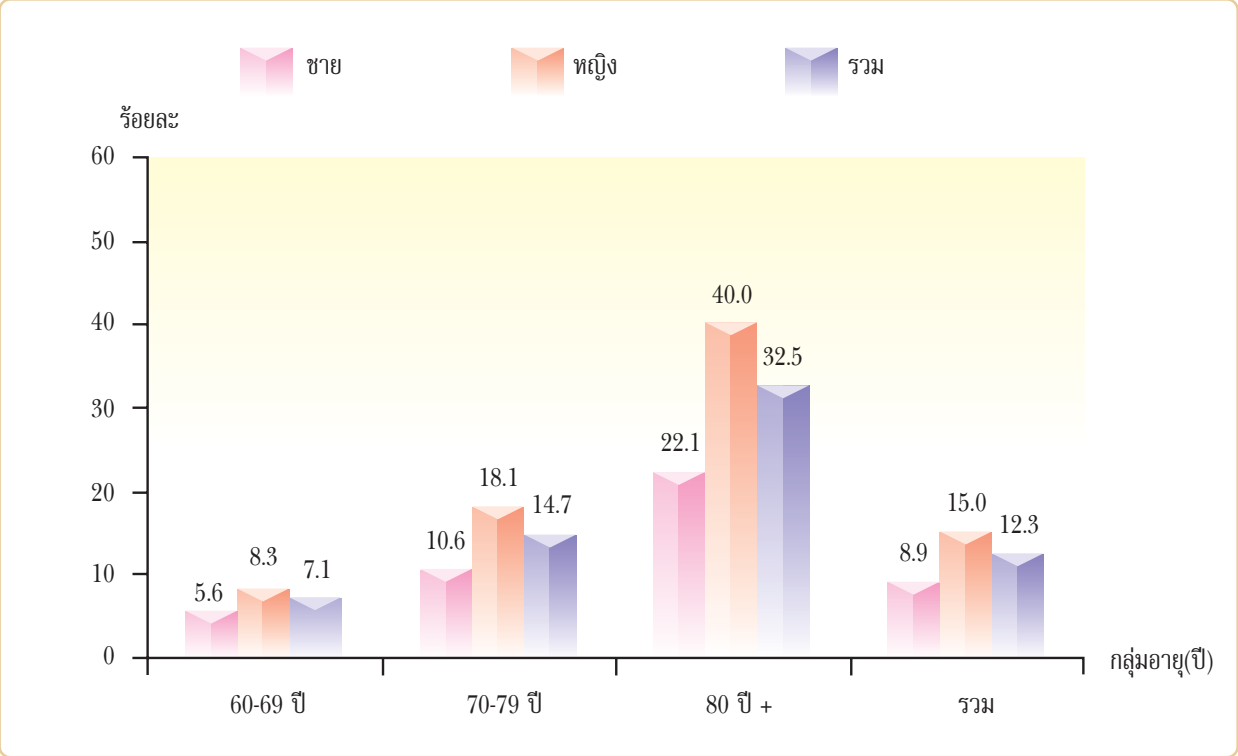


ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2550 ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง
พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลางและสำนักงานประกันสังคม

นอกจากนี้ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 โดยได้ทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการทดสอบพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.3 หรือประมาณ 880,000 คน โดยพบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ อายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 7.1 (ร้อยละ 5.6 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 8.3 ในผู้สูงอายุหญิง) และมีถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 22 ในผู้สูงอายุชาย และร้อยละ 40 ในผู้สูงอายุหญิง) (ภาพที่ 5.69)

ภาพที่ 5.69 ความชุก(ร้อยละ) ของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุและเพศ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552

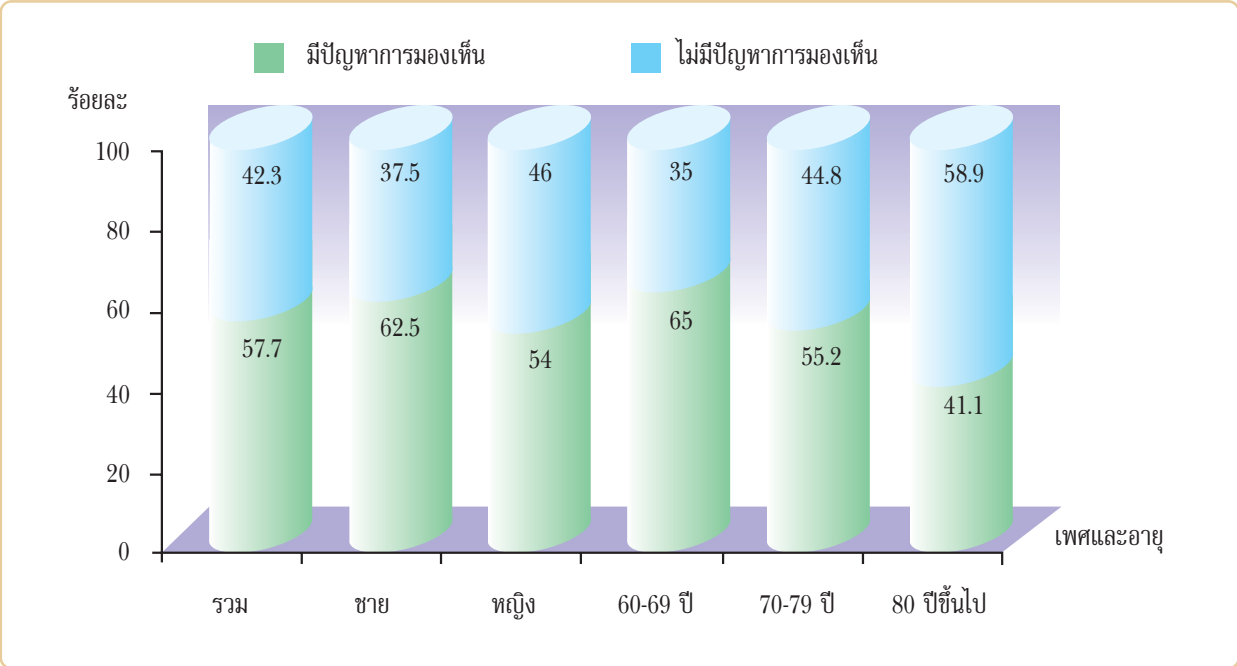


ที่มา: ผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

5) ความเสื่อมทางร่างกายของผู้สูงอายุ

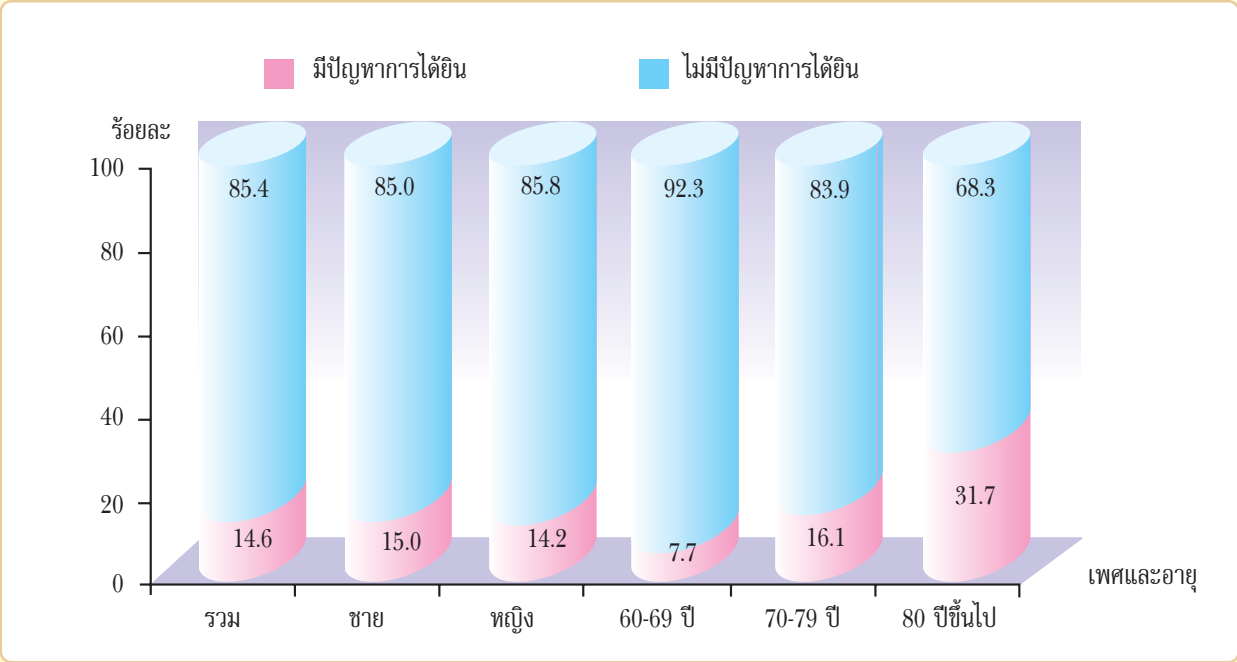
จากการประเมินภาวะสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมทางร่างกายในเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน พบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งมีปัญหาการมองเห็น (ร้อยละ 57.7) โดยผู้สูงอายุชายมีปัญหาการมองเห็นมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และยิ่งมีอายุมากขึ้นปัญหาการมองเห็นกลับน้อยลง น่าจะเนื่องมาจากการได้รับการผ่าตัดต้อกระจกทำให้กลับเห็นได้ชัดเจนดีขึ้น (ภาพที่ 5.70) ส่วนปัญหาการได้ยินของผู้สูงอายุ พบร้อยละ 14.6 เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศ พบว่า ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่สำหรับกลุ่มอายุ พบว่า ยิ่งอายุมากขึ้นปัญหาการได้ยินยิ่งสูงขึ้นแบบทวีคูณ (ภาพที่ 5.71)

ภาพที่ 5.70 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551



ที่มา: ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ. 2551, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

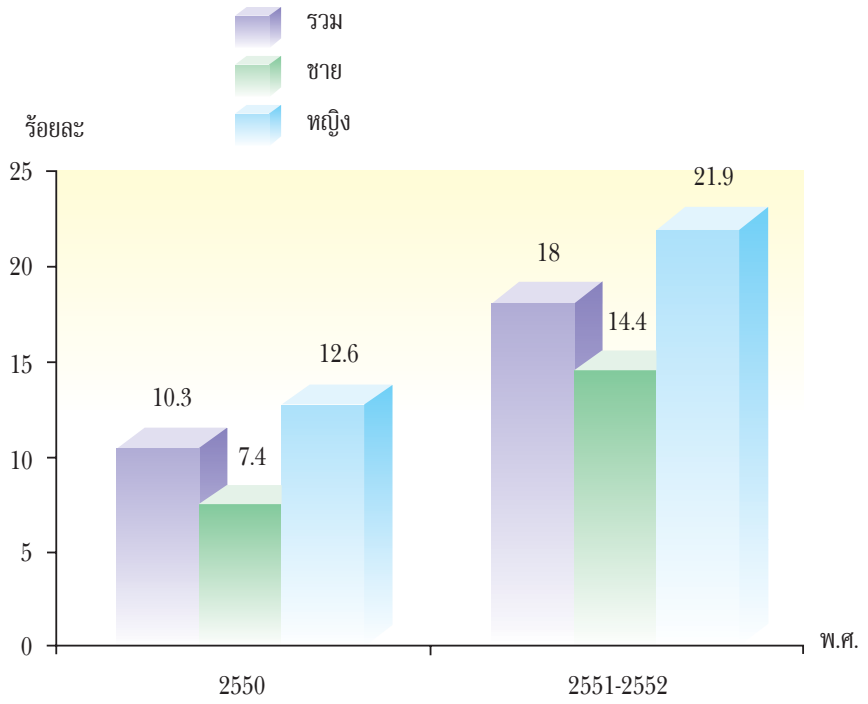
ภาพที่ 5.71 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการได้ยิน จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2551



ที่มา: ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ. 2551, สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ จากฐานข้อมูลการสำรวจการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ภายใต้โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 และการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มหกล้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.3 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 18 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายมีความชุกของการหกล้มจากร้อยละ 7.4 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 14.4 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 และผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของการหกล้ม จากร้อยละ 12.6 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 21.9 ใน พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 5.72)

ภาพที่ 5.72 เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552

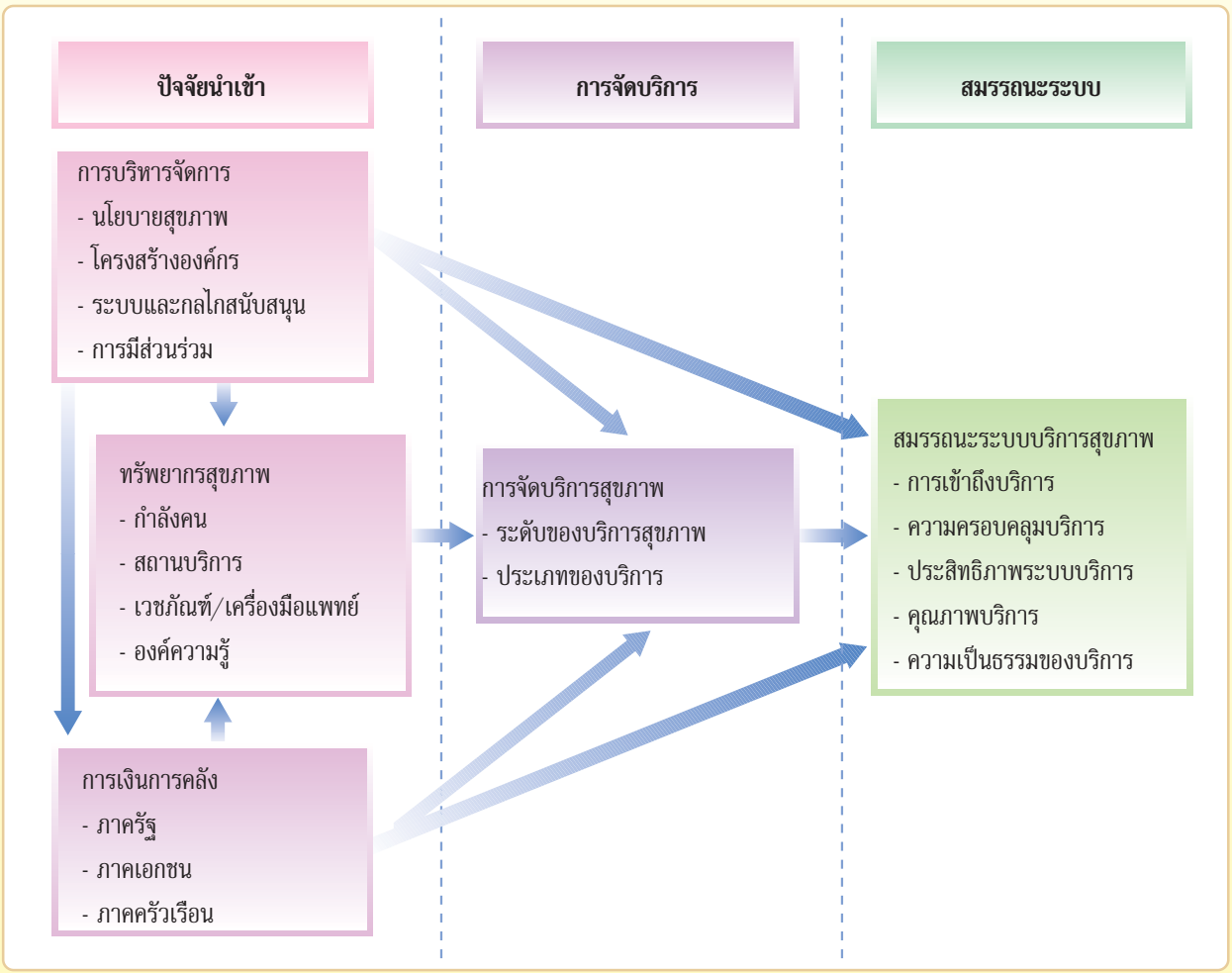


ที่มา:
1. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การหกล้มในผู้สูงอายุไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทที่ 6
ระบบบริการสุขภาพไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีพัฒนาการเรื่อยมาในด้านการเพิ่มศักยภาพของการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของทรัพยากรสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นบุคลการด้านสาธารณสุข การขยายสถานบริการด้านสุขภาพ เทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ และงบประมาณหรือแหล่งการเงินด้านสุขภาพ โดยองค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ 2) การจัดบริการสุขภาพ และ 3) สมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นผลผลิตของระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย กลไกบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ และการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้ สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ จะหมายความถึง การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุม คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ (ภาพที่ 6.1)

ภาพที่ 6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า การจัดบริการ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ



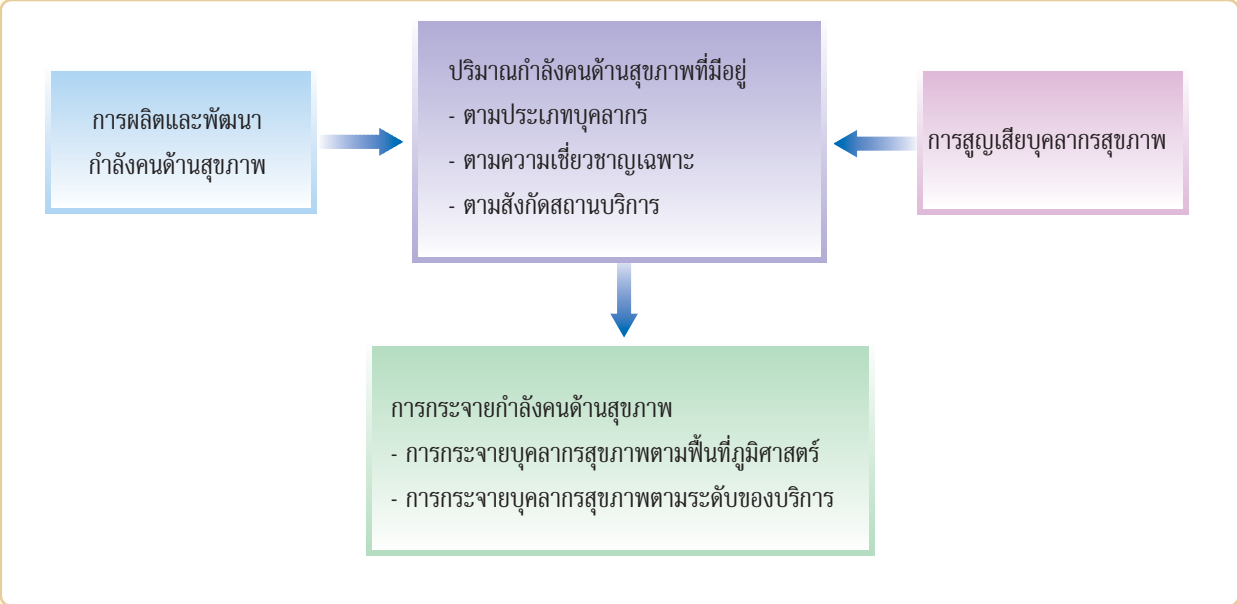
ในบทที่ 6 นี้ จะนำเสนอข้อมูลในส่วนของทรัพยากรสุขภาพ การเงินการคลังสุขภาพ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย 1) กำลังคนด้านสุขภาพ 2) สถานบริการสุขภาพ 3) เทคโนโลยีทางสุขภาพ 4) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 5) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการสุขภาพ 7) ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ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

1. กำลังคนด้านสุขภาพ

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

ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านกำลังคน จะประกอบไปด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ปริมาณบุคลากรที่มีอยู่ สถานการณ์การผลิต สถานการณ์การสูญเสีย และสถานการณ์การกระจายบุคลากร โดยองค์ประกอบสำคัญในการวิเคราะห์สถานการณ์บุคลากรสุขภาพ ดังในภาพที่ 6.2

ภาพที่ 6.2 องค์ประกอบของการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

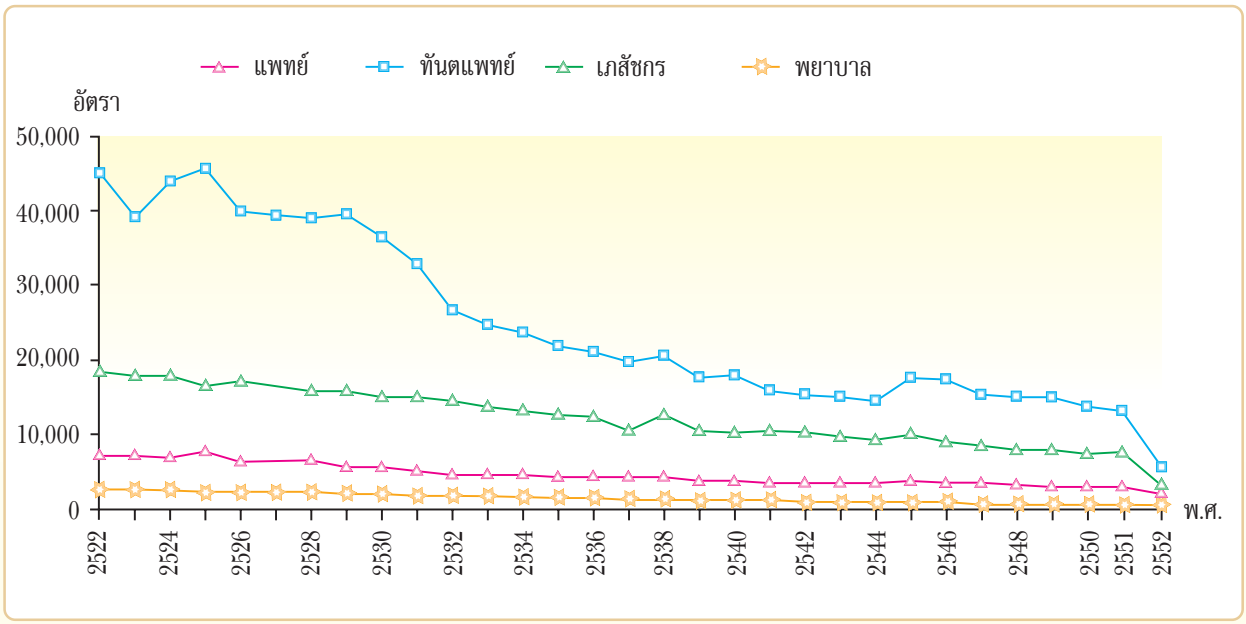


1.1 สถานการณ์และแนวโน้มปริมาณกำลังคนด้านสุขภาพ

1.1.1 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามประเภทบุคลากร

หากพิจารณาสถานการณ์โดยรวมของกำลังคนด้านสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา โดยใช้อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคน จะเห็นว่าปริมาณกำลังคนมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 6.3)

ภาพที่ 6.3 อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552

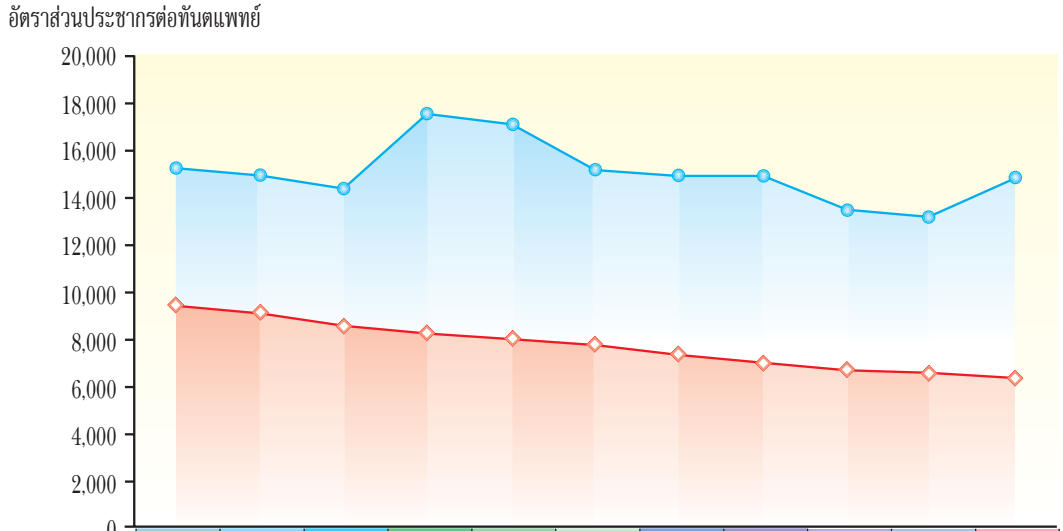


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 ดัดแปลงจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุขมาคิดอัตราส่วนใหม่อันเนื่องจากความไม่ครอบคลุมและครบถ้วนของรายงาน

ข้อมูลจากการสำรวจทรัพยากรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีความคลาดเคลื่อนสูง เนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลทันตแพทย์ ซึ่งจากข้อมูลของรายงานบุคลากรทันตสาธารณสุขของกรมอนามัย กลับพบว่าอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำรวจต่ำกว่าของกรมอนามัยถึง 1.6 - 2.3 เท่า (ภาพที่ 6.4)

ภาพที่ 6.4 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552 (จาก 2 แหล่งข้อมูล)



	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
ทันตแพทย์(สนย.)	15,295	14,917	14,384	17,606	17,182	15,143	14,901	14,959	13,525	13,148	14,833
ทันตแพทย์(กรมอนามัย)	9,436	9,074	8,624	8,252	8,022	7,811	7,340	7,086	6,731	6,572	6,393

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
รายงานบุคคลด้านทันตสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552, กรมอนามัย

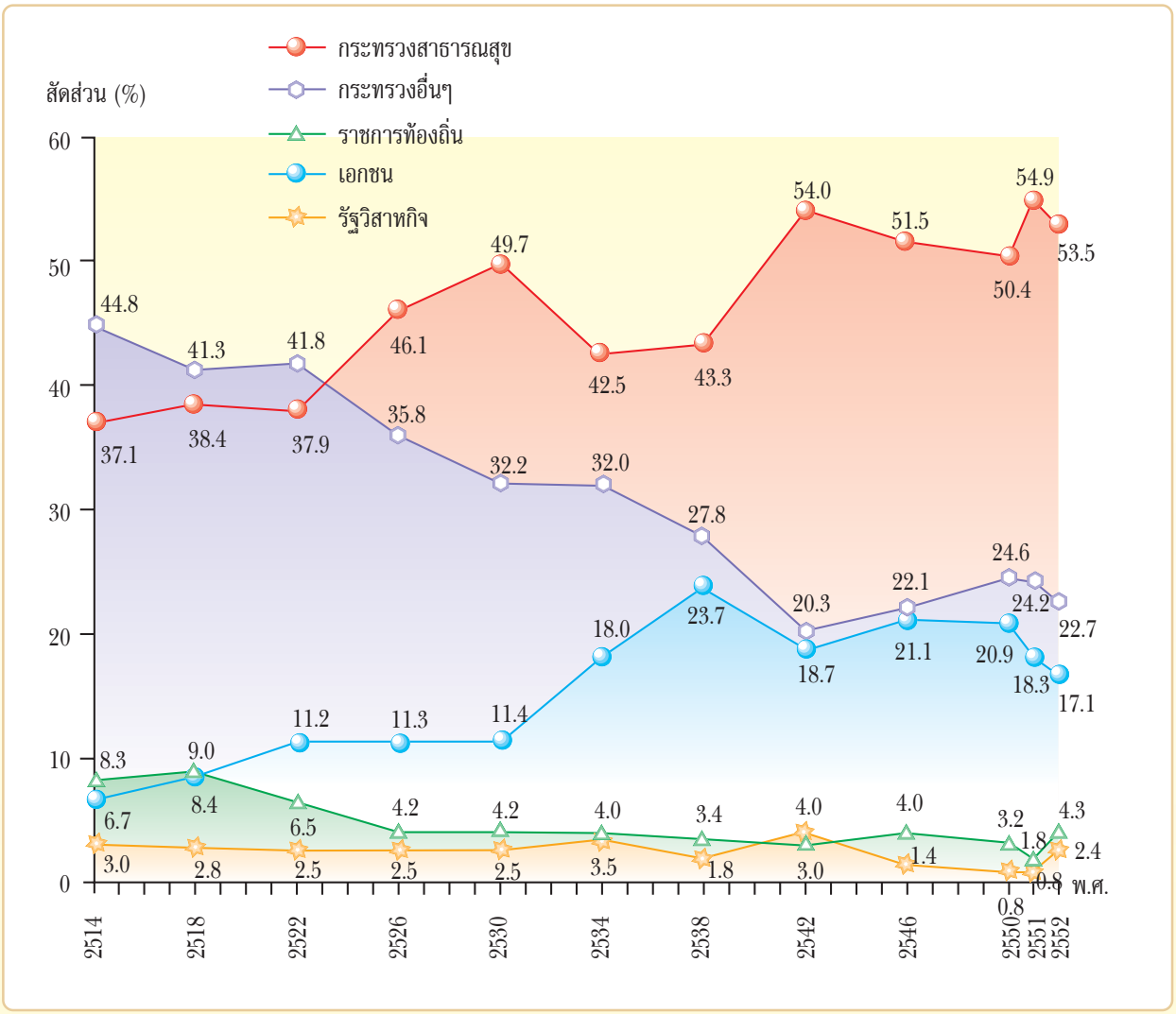
1.1.2 กำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด

1) แพทย์

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีแพทย์ที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศทั้งหมด 35,789 คน (แพทย์สภา, 2553) แต่จากการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2522 พบว่า มีเพียง 19,089 คน ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2551 ร้อยละ 13 อันเนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน ดังนั้น ใน พ.ศ. 2552 จึงใช้ตัวเลขจำนวนแพทย์จากแพทยสภามาคิดเป็นสัดส่วนของแพทย์ จำแนกตามสังกัดและจำแนกตามภาคใหม่ ดังภาพที่ 6.5 และ 6.21 ซึ่งพบว่า แพทย์สังกัดภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนแพทย์ภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐวิสาหกิจและราชการท้องถิ่น) มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 93.2 ใน พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 82.9 ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.5)

แพทย์ส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่นๆ รองลงมาคือ ภาคเอกชน ในขณะที่ภาคอื่น ๆ แพทย์ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.6) ลักษณะนี้จะเป็นเหมือนกันทุกวิชาชีพ

ภาพที่ 6.5 สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552

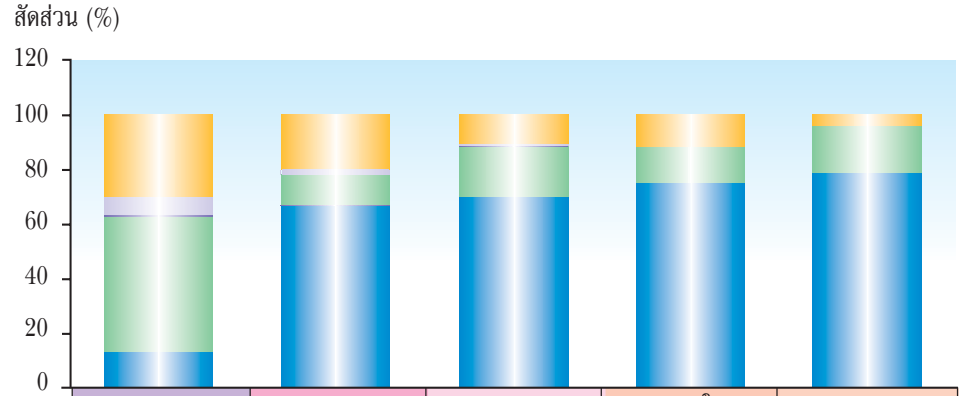


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนแพทย์ตามสังกัดใหม่โดยคิดจาก

$$\frac{\text{สัดส่วนของแพทย์ในแต่ละสังกัดจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552} \times \text{จำนวนแพทย์ทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศ}}{100}$$

ภาพที่ 6.6 สัดส่วนแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551



	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	31.60	20.70	11.90	12.50	5.00
ราชการส่วนท้องถิ่น	5.70	0.30	0.50	0.20	0.30
รัฐวิสาหกิจ	1.00	1.90	0.40	0.00	0.02
กระทรวงอื่นๆ	49.70	10.70	18.20	12.80	16.80
กระทรวงสาธารณสุข	12.00	66.40	69.00	74.50	77.90

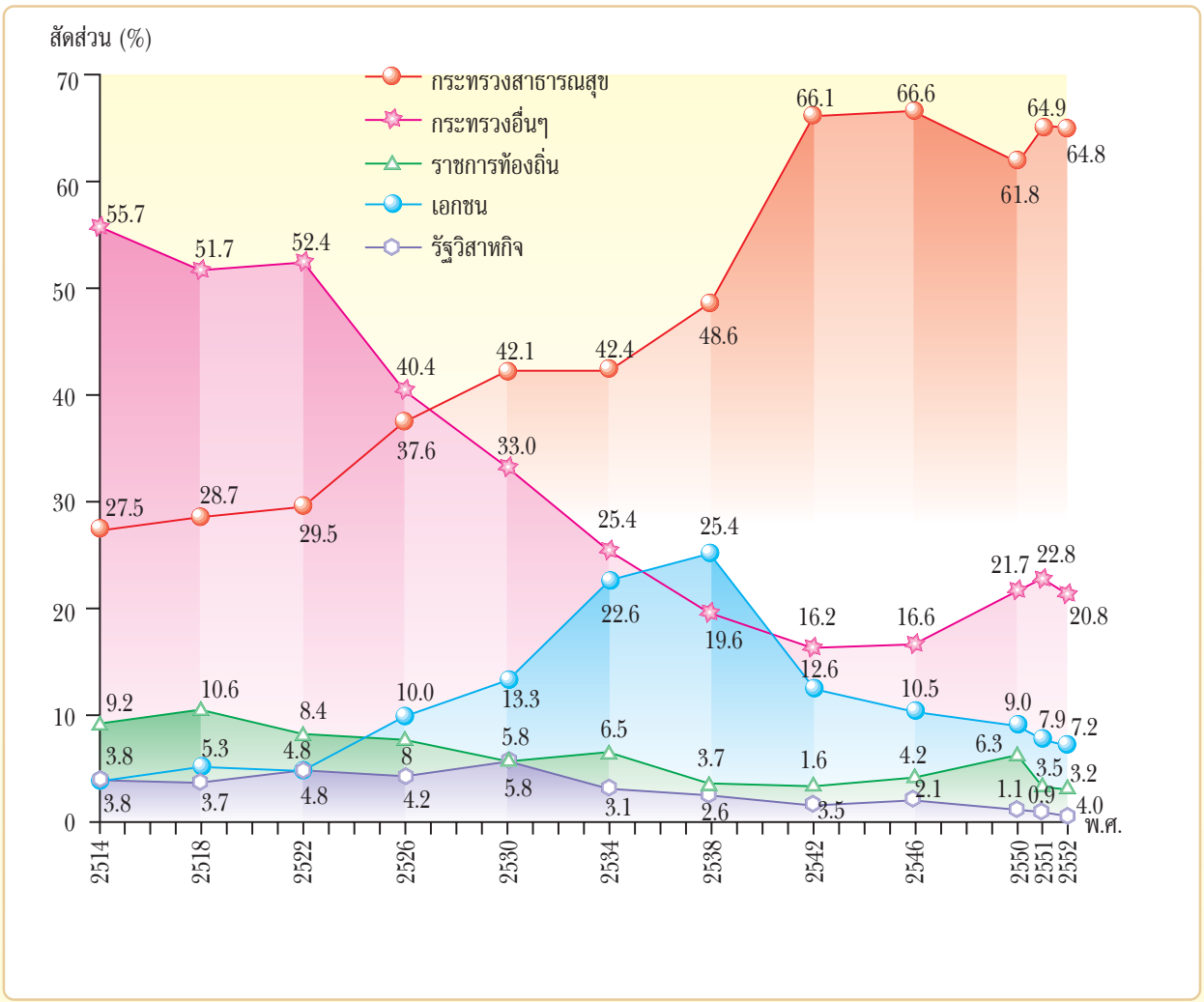
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2) ทันตแพทย์

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีทันตแพทย์ที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศทั้งหมด 10,571 คน (ทันตแพทยสภา, 2553) แต่จากการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่า มี 4,278 คน ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2551 ร้อยละ 11 อันเนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน ดังนั้น ใน พ.ศ. 2552 จึงใช้ตัวเลขจำนวนทันตแพทย์จากทันตแพทยสภามาคิดเป็นสัดส่วนของทันตแพทย์ จำแนกตามสังกัดและจำแนกภาคใหม่ ดังภาพที่ 6.7 และภาพที่ 6.22 ซึ่งพบว่าทันตแพทย์ภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนทันตแพทย์ภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ รัฐวิสาหกิจ และราชการท้องถิ่น) มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 96.2 ใน พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 92.8 ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 7.2 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.7)

สำหรับทันตแพทย์ส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่นๆ รองลงมาคือราชการส่วนท้องถิ่นหรือ กทม. และภาคเอกชน ในขณะที่ภาคอื่นๆ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.8)

ภาพที่ 6.7 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552

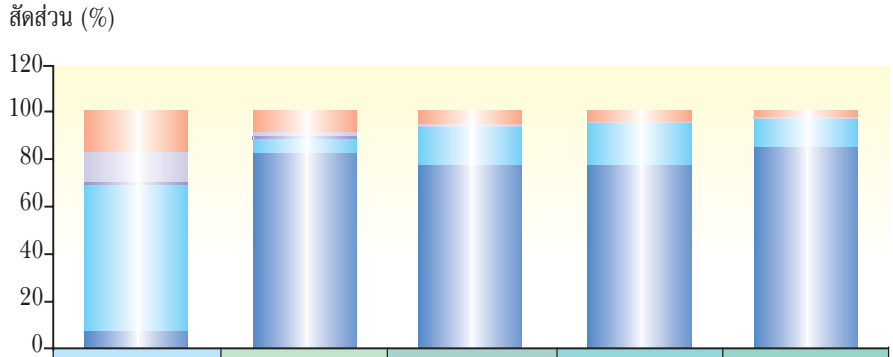


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัดใหม่โดยคิดจาก

$$\frac{\text{สัดส่วนของทันตแพทย์ในแต่ละสังกัดจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552} \times \text{จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศ}}{100}$$

ภาพที่ 6.8 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551

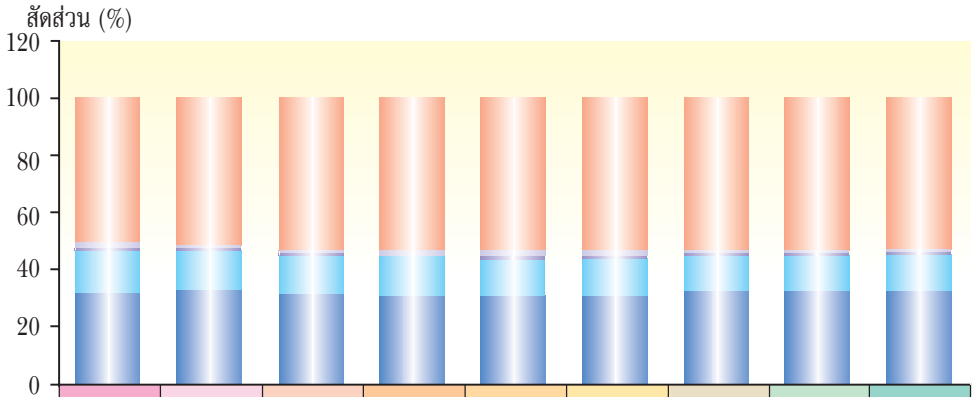


	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	17.30	8.70	5.50	4.20	2.00
ราชการส่วนท้องถิ่น	12.40	1.70	0.80	0.60	0.90
รัฐวิสาหกิจ	2.10	1.40	0.30	0.00	0.09
กระทรวงอื่นๆ	61.80	5.90	16.30	17.90	12.00
กระทรวงสาธารณสุข	6.50	82.40	77.00	77.30	85.00

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อย่างไรก็ดี หากใช้แหล่งข้อมูล จากข้อมูลรายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขของกรมอนามัยซึ่งสำรวจได้ครอบคลุมร้อยละ 93 เมื่อเทียบกับจำนวนทันตแพทย์ทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศและมากกว่ารายงานทรัพยากรสาธารณสุขถึง 1.6-2.3 เท่า จะพบว่าสัดส่วนของทันตแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน ในขณะที่ทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 30 โดยสัดส่วนของทันตแพทย์ตามสังกัด มีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก (ภาพที่ 6.9)

ภาพที่ 6.9 สัดส่วนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 (ใช้ข้อมูลของกรมอนามัย)



	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
เอกชน	51.0	51.4	53.2	53.4	53.9	54.1	53.4	53.3	52.6
ราชการส่วนท้องถิ่น	1.8	1.7	1.6	1.7	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5
รัฐวิสาหกิจ	0.7	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.8	0.8
กระทรวงอื่นๆ	15.2	13.8	13.3	13.5	13.2	13.0	12.3	12.2	11.7
กระทรวงสาธารณสุข	31.3	32.4	31.3	30.8	30.7	31.0	32.4	32.2	33.4

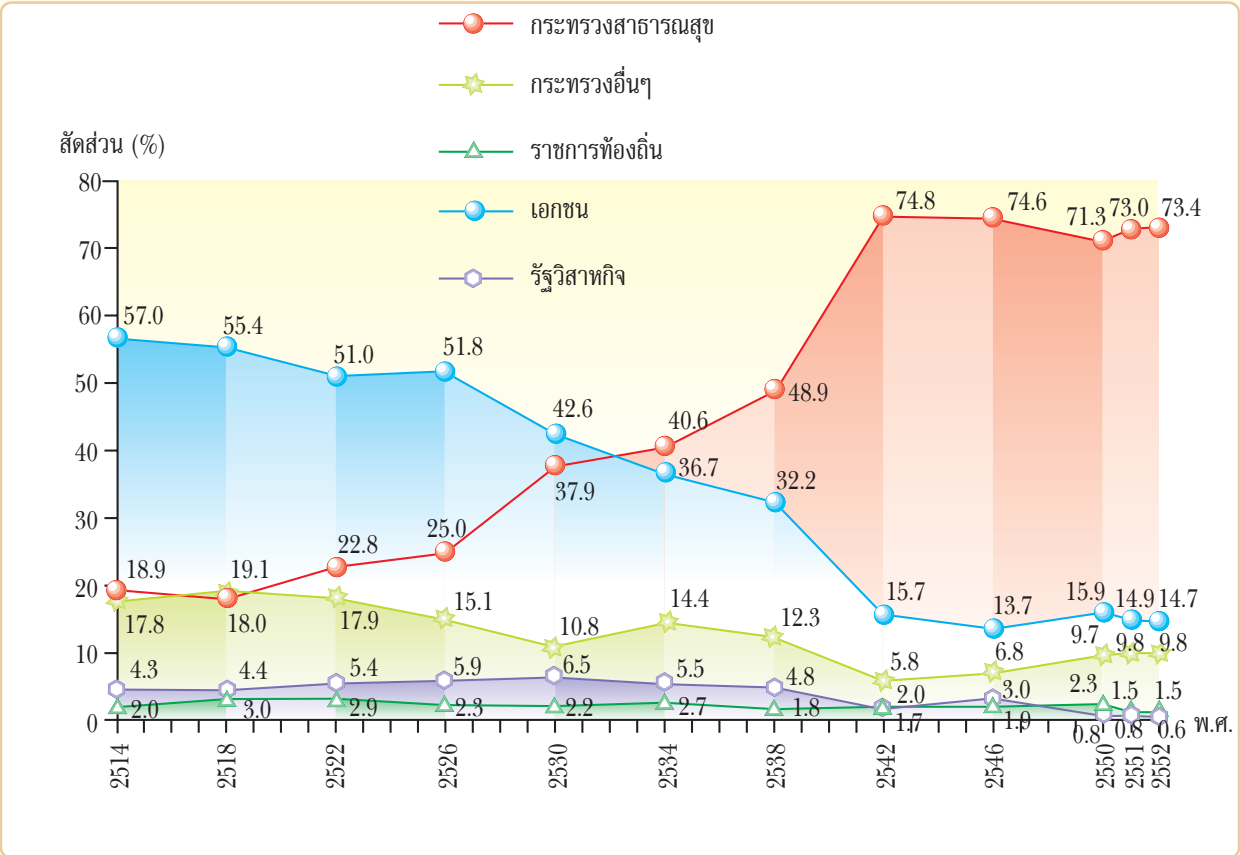
ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2544 - 2552, กรมอนามัย

3) เภสัชกร

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีเภสัชกรที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศทั้งหมด 24,401 คน (สภาเภสัชกรรม, 2553) แต่จากการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่า มี 7,689 คน ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2551 ประมาณร้อยละ 10 อันเนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน ดังนั้น ใน พ.ศ. 2552 จึงใช้ตัวเลขจำนวนเภสัชกรจากสภาเภสัชกรรมมาคิดเป็นสัดส่วนของเภสัชกร จำแนกตามสังกัดและจำแนกภาคใหม่ ดังภาพที่ 6.10 และภาพที่ 6.24 ซึ่งพบว่า ใน พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2528 เภสัชกรครึ่งหนึ่ง (ประมาณ 50%) ปฏิบัติงานในภาคเอกชน โดยทำงานประจำโรงงานผลิตยา บริษัทนำเข้าและร้านขายยา ขณะที่ภาครัฐมีเภสัชกรปฏิบัติงานเพียงร้อยละ 43.0 - 50.9 เท่านั้น แต่เมื่อรัฐได้มีนโยบายให้มีการปฏิบัติงานชดใช้ทุนของนักศึกษาเภสัชกร ใน พ.ศ. 2527 และ พ.ศ. 2549 ทำให้เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในภาครัฐโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มเป็นร้อยละ 73.4 ใน พงศ. 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีเภสัชกรปฏิบัติงาน ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.10)

เภสัชกรส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดเอกชนซึ่งใกล้เคียงกับกระทรวงอื่นๆ ในขณะที่ภาคอื่น ๆ เภสัชกรส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.11)

ภาพที่ 6.10 สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552

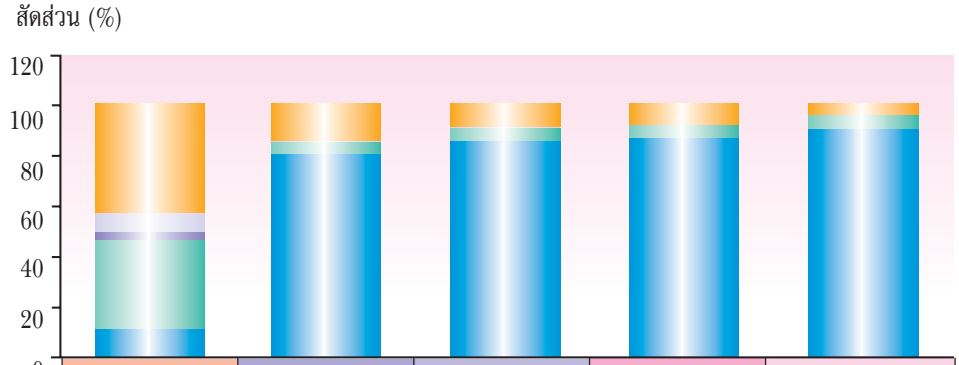


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนเภสัชกรตามสังกัดใหม่โดยคิดจาก

$$\frac{\text{สัดส่วนของเภสัชกรในแต่ละสังกัดจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552} \times \text{จำนวนเภสัชกรทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศ}}{100}$$

ภาพที่ 6.11 สัดส่วนเภสัชกรตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551



	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	42.8	14.1	8.7	8.2	4.4
ราชการส่วนท้องถิ่น	7.7	0.2	0.5	0.3	0.3
รัฐวิสาหกิจ	3.4	0.8	0.1	0.0	0.0
กระทรวงอื่นๆ	35.2	4.8	5.4	4.4	4.8
กระทรวงสาธารณสุข	10.9	80.1	85.4	87.1	90.5

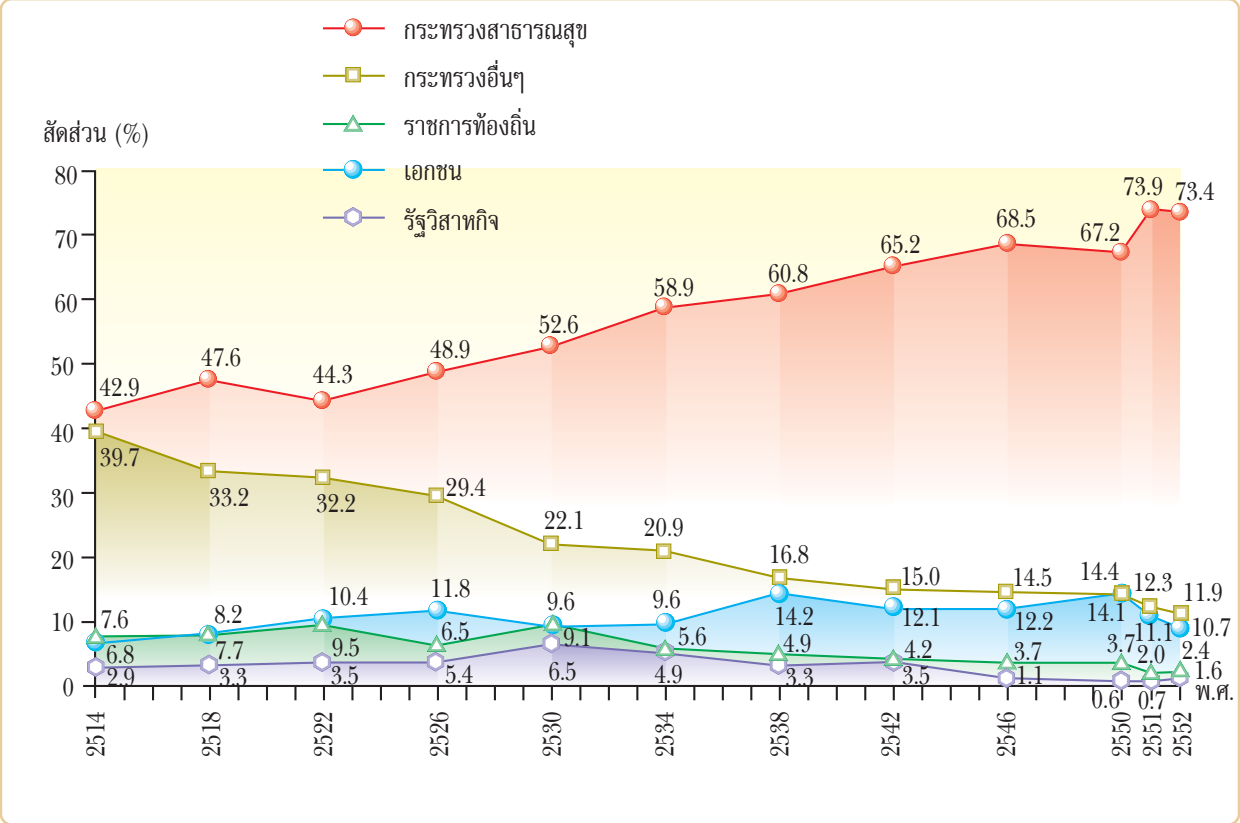
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

4) พยาบาลวิชาชีพ

พ.ศ. 2552 ประเทศไทยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงและอยู่ในประเทศทั้งหมด 120,948 คน (สภาการพยาบาล, 2553) แต่จากการสำรวจของรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552 พบว่า มี 101,760 คน ซึ่งต่ำกว่าการสำรวจใน พ.ศ. 2551 ร้อยละ 7 อันเนื่องจากความครอบคลุมไม่ครบถ้วน ดังนั้น ใน พ.ศ. 2552 จึงใช้ตัวเลขจำนวนพยาบาลวิชาชีพจากสภาการพยาบาลมาคิดเป็นสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามสังกัดและจำแนกตามภาคใหม่ ดังภาพที่ 6.12 และภาพที่ 6.25 ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพสังกัดภาครัฐมีสัดส่วนลดลงและภาคเอกชนมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น กล่าวคือ สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่นๆ รัฐวิสาหกิจ และราชการท้องถิ่น) มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 93.1 ใน พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 89.3 ใน พ.ศ. 2552 ขณะที่ภาคเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ใน พ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 10.7 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.12)

พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ จะอยู่สังกัดกระทรวงอื่น ๆ ในขณะที่ภาคอื่นๆ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.13)

ภาพที่ 6.12 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552

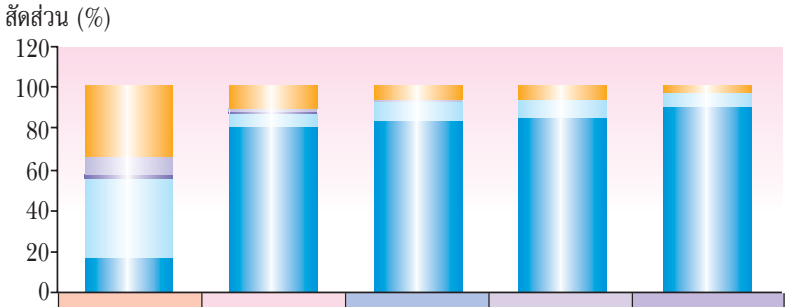


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัดใหม่โดยคิดจาก

$$\frac{\text{สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละสังกัดจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552}}{100} \times \text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงในประเทศทั้งหมด}$$

ภาพที่ 6.13 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551

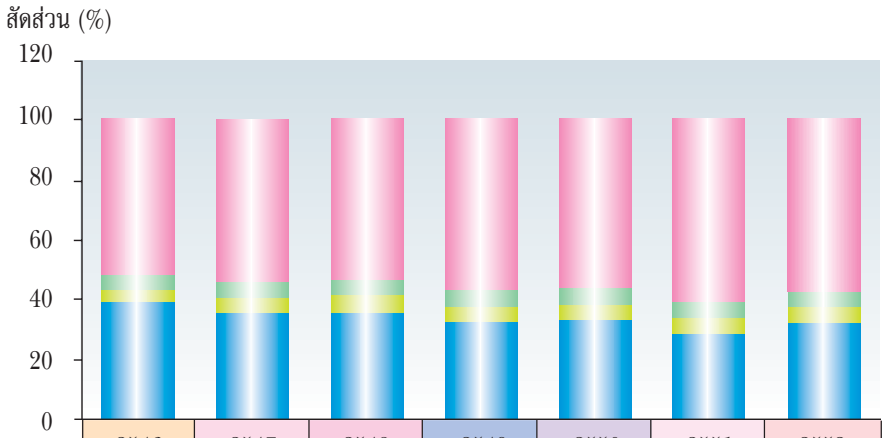


	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
เอกชน	33.7	10.8	6.7	6.1	3.1
ราชการส่วนท้องถิ่น	9.2	1.0	0.5	0.8	0.4
รัฐวิสาหกิจ	1.6	1.5	0.2	0.06	0.03
กระทรวงอื่นๆ	38.9	6.4	9.4	8.0	6.3
กระทรวงสาธารณสุข	16.5	80.3	83.2	85.1	90.2

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

อีกประเด็นที่มีความสำคัญในด้านการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ก็คือลักษณะของการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนของบุคลากรสุขภาพ โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนส่วนใหญ่ เป็นแพทย์ (ร้อยละ 50-60) ของผู้ที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาภาคเอกชนทั้งหมด รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 28-38) โดยแพทย์มีแนวโน้มการปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 6.14)

ภาพที่ 6.14 สัดส่วนบุคลากรที่ทำงาน ไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552



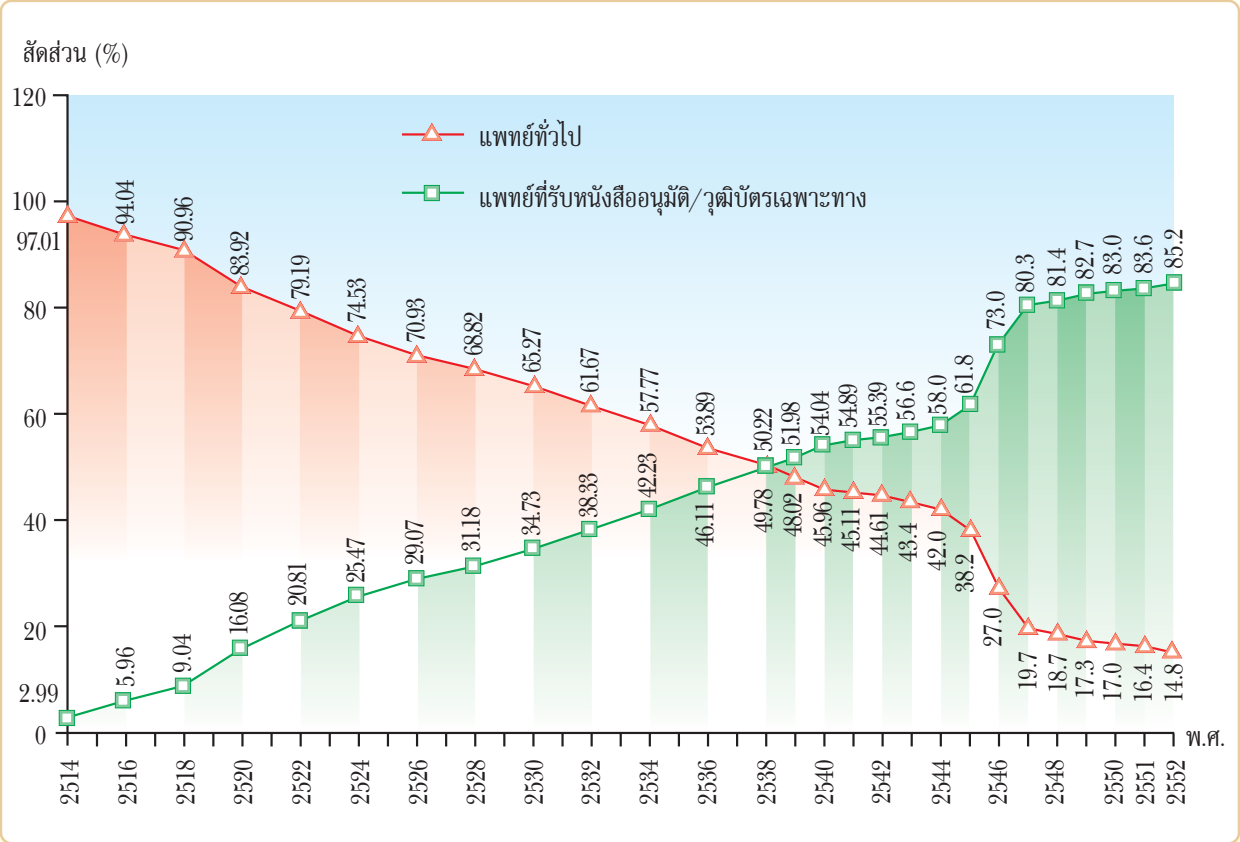
	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
แพทย์	50.1	51.8	51.8	56.0	55.4	59.5	56.7
ทันตแพทย์	4.7	5.3	5.5	5.8	6.0	6.1	5.3
เภสัชกร	4.6	4.7	5.1	4.4	5.1	4.8	5.0
พยาบาลวิชาชีพ	37.5	34.4	34.9	32.2	32.5	28.8	32.0

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

1.1.3 ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของบุคลากร

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางของบุคลากร สะท้อนให้เห็นทิศทางของบุคลากรสุขภาพที่กำลังก้าวไปสู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่าการบริการแบบผสมผสาน โดยแพทย์ในประเทศไทย มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยใน พ.ศ. 2552 มีแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 85.2 ของแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6.15)

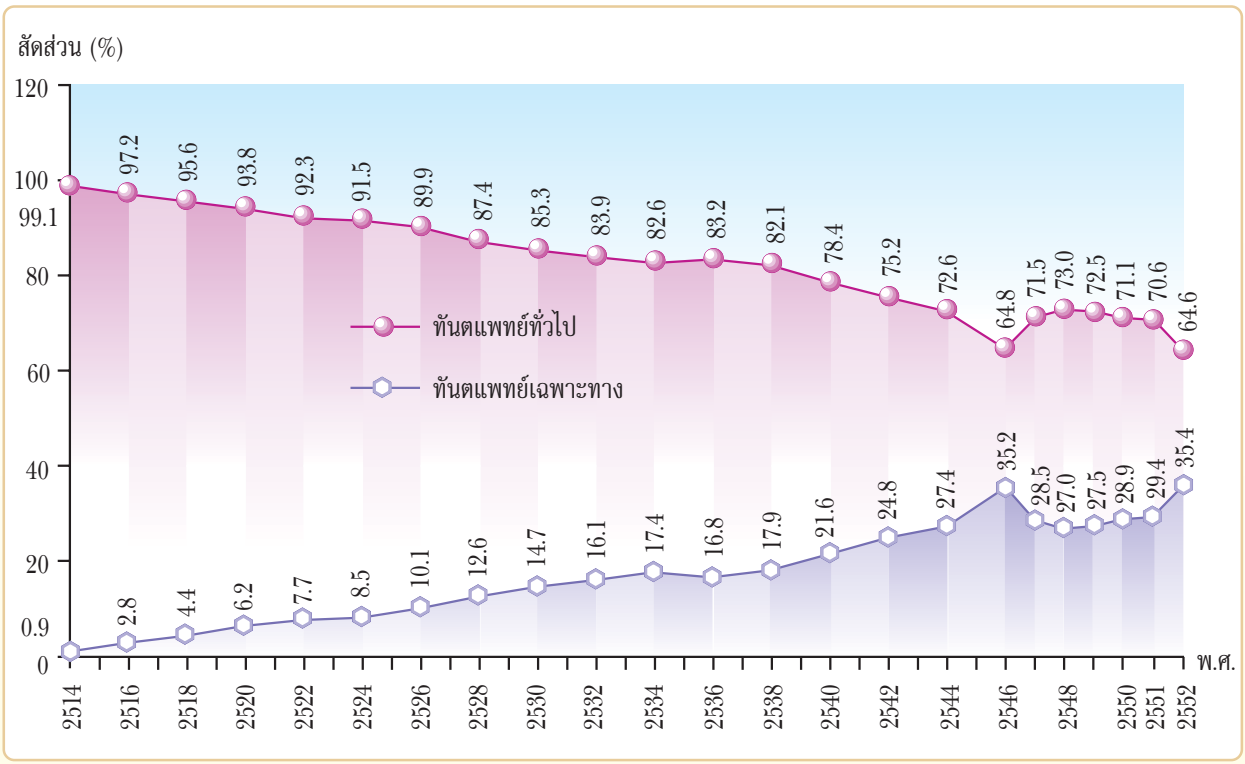
ภาพที่ 6.15 สัดส่วนแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา

เช่นเดียวกันกับทันตแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการอบรมเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางในสัดส่วนที่สูงขึ้นใน พ.ศ. 2546 แล้วกลับลดลงมาอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ ใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2551 และเพิ่มสูงขึ้นใน พ.ศ. 2552 มีทันตแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 35.4 ของทันตแพทย์ทั้งหมด (ภาพที่ 6.16)

ภาพที่ 6.16 สัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

1.2 สถานการณ์การผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

1.2.1 การผลิตแพทย์

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันที่ผลิตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งสิ้น 18 แห่ง แบ่งเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 17 แห่ง และเอกชน 1 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นไป มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 1 แห่ง จะเริ่มผลิตแพทย์ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

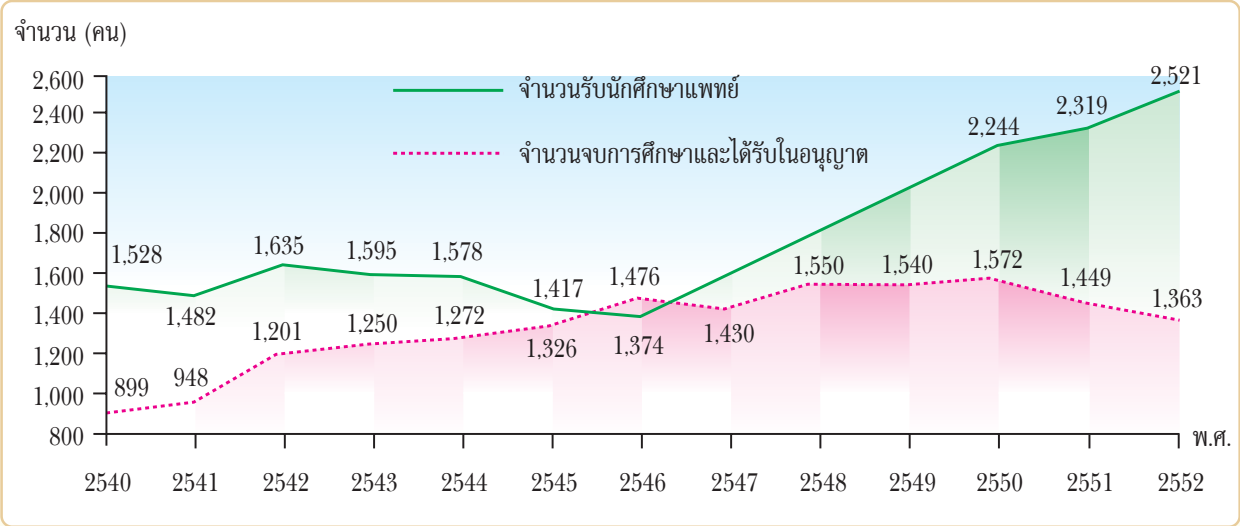
นอกจากนี้ เพื่อให้มีการกระจายแพทย์ไปสู่ชนบทมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการใน 2 โครงการ ดังนี้

(1) โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท มีการรับนักศึกษาแพทย์ในระดับจังหวัด ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน รับนักศึกษาแล้ว 5,097 คน จบแล้ว 2,156 คน

(2) โครงการ “หนึ่งอำเภอหนึ่งแพทย์ มีการรับนักศึกษาแพทย์ในระดับอำเภอจบแล้วใช้ทุน 12 ปี รับนักศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบันรับนักศึกษาแล้ว 1,098 คน แต่ยังไม่มีผู้จบการศึกษา

การรับนักศึกษาแพทย์ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการรับนักศึกษาแพทย์ในช่วง พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2551 และจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 6.17)

ภาพที่ 6.17 จำนวนการรับนักศึกษาแพทย์ และจำนวนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



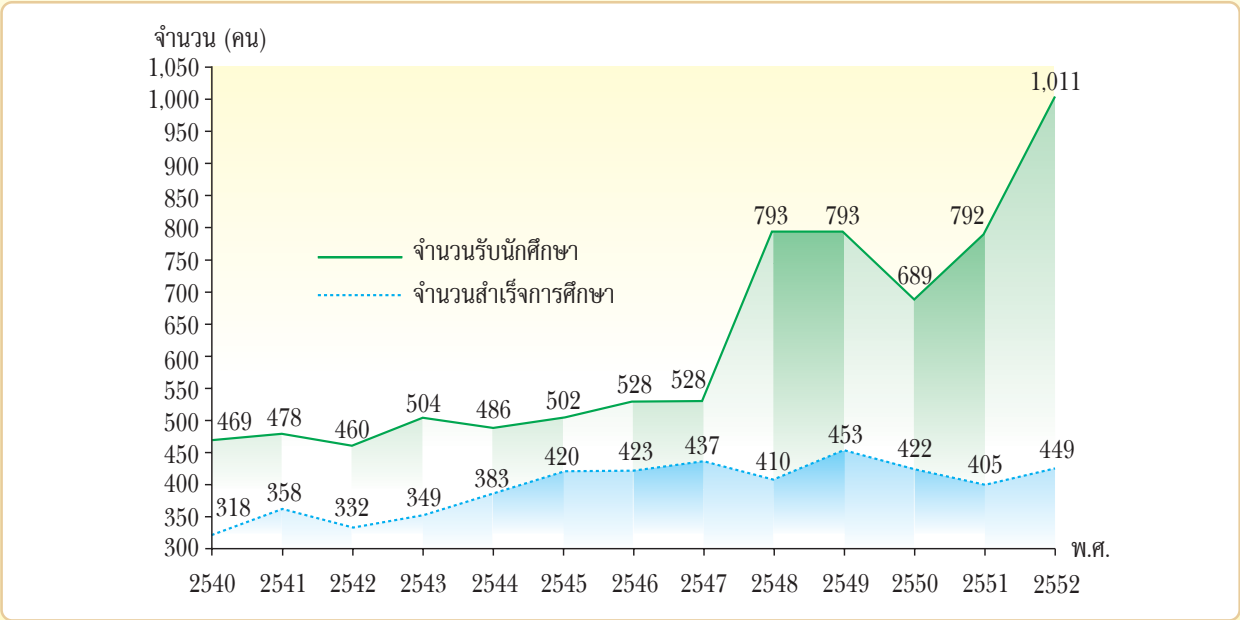
ที่มา: ข้อมูลการรับนักศึกษา จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
ข้อมูลการจบการศึกษา จากแพทยสภา

1.2.2 การผลิตทันตแพทย์

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

การผลิตทันตแพทย์ในปัจจุบันผลิตประมาณปีละ 500 คน สำหรับจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาใน พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552 ประมาณปีละ 400 - 450 คน แสดงดังภาพที่ 6.18

ภาพที่ 6.18 จำนวนการรับนักศึกษาทันตแพทย์ และจำนวนทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



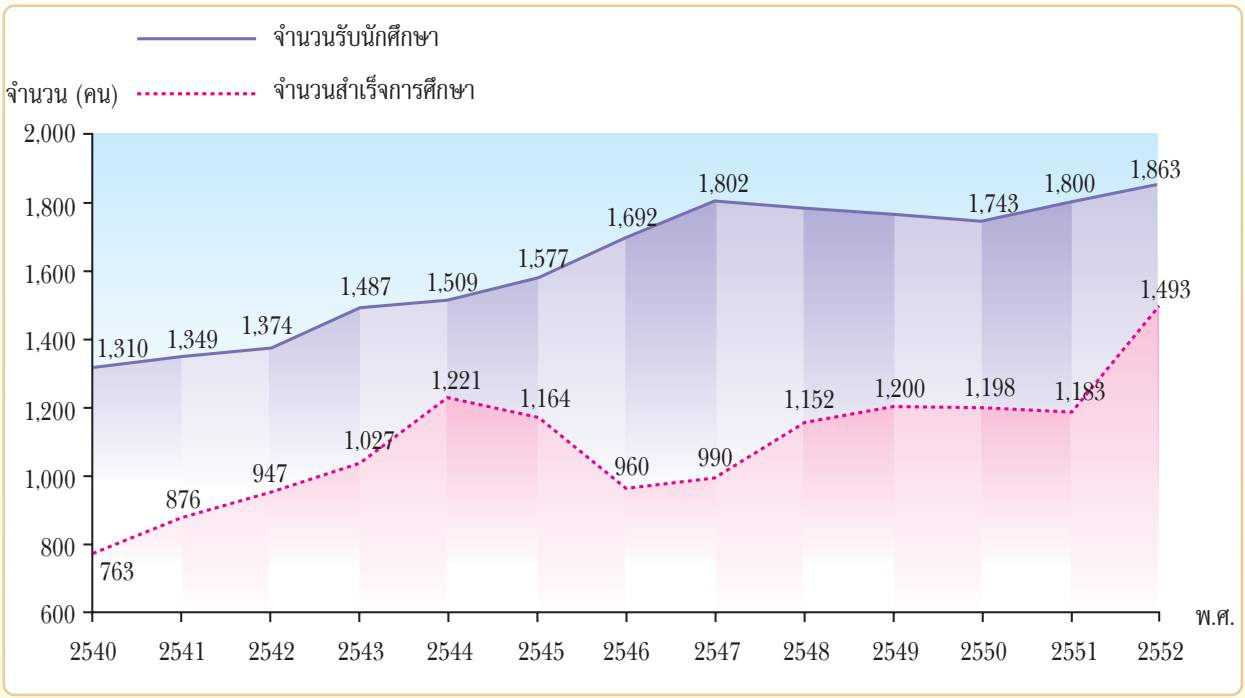
ที่มา: ข้อมูลการรับนักศึกษา จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
ข้อมูลการจบการศึกษา จากทันตแพทยสภา

1.2.3 การผลิตเภสัชกร

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถาบันการผลิตเภสัชกร ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 14 แห่ง โดยเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 11 แห่ง และเอกชน 3 แห่ง

การผลิตเภสัชกรในช่วง พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552 พบว่า มีจำนวนการรับนักศึกษาและจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษาที่เพิ่มขึ้น โดยจำนวนสำเร็จการศึกษาลดลงใน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2547 แล้วกลับเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1,493 คน ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.19)

ภาพที่ 6.19 จำนวนการรับนักศึกษาเภสัชศาสตร์ และจำนวนเภสัชกรที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



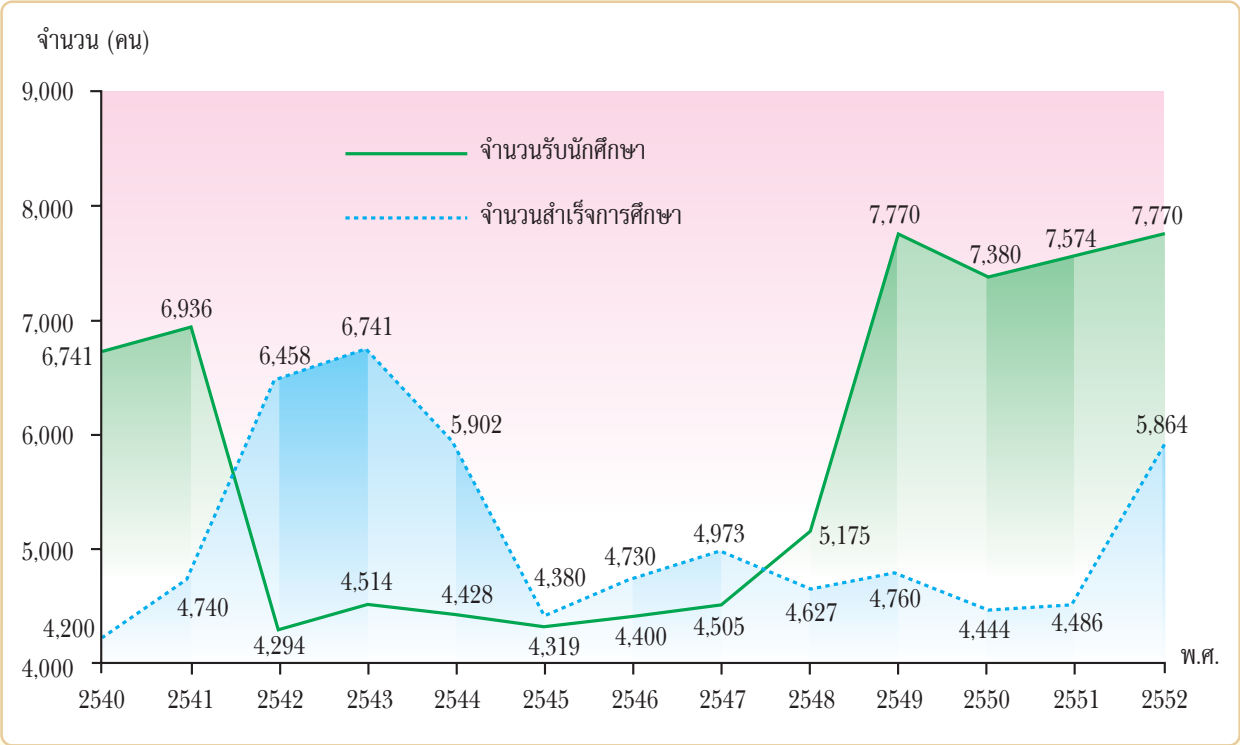
ที่มา: ข้อมูลการรับนักศึกษา จากสำนักนโยบายและแผนการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
ข้อมูลการจบการศึกษา จากสภาเภสัชกรรม

1.2.4 การผลิตพยาบาลวิชาชีพ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการผลิตพยาบาลวิชาชีพ โดยสถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 74 แห่ง โดยเป็นสถาบันการศึกษาของรัฐ 64 แห่ง และเอกชน 10 แห่ง โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา มีสถาบันการศึกษาของรัฐอีก 1 แห่ง เริ่มผลิตพยาบาลวิชาชีพ อันได้แก่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

การผลิตพยาบาลในช่วง พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 พบว่า มีแผนการรับนักศึกษาเพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 7,000 คน โดยมีพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา ดังภาพที่ 6.20

ภาพที่ 6.20 แผนการรับนักศึกษาพยาบาล และจำนวนพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2552



ที่มา: ข้อมูลแผนการรับนักศึกษาที่ได้รวบรวมจากสภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข และรายงานการศึกษาเบื้องต้นการคาดประมาณความต้องการและอุปทานด้านการพยาบาลในระยะ 10 ปี ข้างหน้า พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2562

ข้อมูลการจบการศึกษา จากสภาการพยาบาล

1.2.5 การสูญเสียบุคลากรสุขภาพในภาครัฐ

ประเด็นการสูญเสียบุคลากรสุขภาพในที่นี้ จะเน้นประเด็นการลาออกจากราชการเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนสังกัดของบุคลากรไปยังภาคเอกชน หรือเปลี่ยนไปทำอาชีพอื่น ทั้งนี้ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนสังกัดไปยังภาคเอกชน จะไม่ได้หมายถึงการสูญเสียในภาพรวมของระบบ แต่ก็มีผลกระทบอยู่ไม่ใช่น้อย เนื่องจากประชาชนในชนบทส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งบริการของภาครัฐโดยเฉพาะในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะปัญหาสำคัญก็คือประเด็นการลาออกของแพทย์ จะพบว่า การสูญเสียสุทธิมีแนวโน้มสูงขึ้น ในช่วงเศรษฐกิจฟองสบู่โดยถึงระดับสูงสุดใน พ.ศ. 2539 (ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ) ซึ่งพบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนถึง 21 แห่ง ที่ไม่มีแพทย์ประจำเลย (ตารางที่ 6.1)

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 สถานการณ์ดีขึ้นมาก ซึ่งเป็นไปได้ว่าเกิดจากภาวะซบเซาของภาคเอกชน จนเมื่อเศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัวใหม่ใน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2546 สถานการณ์การลาออกของแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขกลับรุนแรงใหม่อีกครั้ง อย่างไรก็ดี การลาออกของแพทย์ลดลงในปี พ.ศ. 2547 แต่กลับเพิ่มขึ้นอีกในปี พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 โดยมีแพทย์ลาออกปีละ 600-800 คน ซึ่งน่าจะได้รับอิทธิพลส่วนหนึ่งมาจากการฟื้นตัวของภาคเอกชน (ตารางที่ 6.1) อย่างไรก็ดี เนื่องจากจำนวนแพทย์จบใหม่มีเพิ่มขึ้น ทำให้สัดส่วนระหว่างการสูญเสียสุทธิเทียบกับแพทย์จบใหม่ลดลงเป็นลำดับ

ตารางที่ 6.1 จำนวนและสัดส่วนการสูญเสียแพทย์สุทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่บรรจุเข้ารับราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2537 - 2552

ปีงบประมาณ	จำนวนแพทย์						สูญเสียสุทธิ (จำนวน / ร้อยละ)
	เพิ่มขึ้น			ลดลง (ลาออก)			
	จบใหม่	กลับเข้ารับราชการใหม่	รวม	ข้าราชการ	พนักงานของรัฐ	รวม	
2537	526	-	526	42	-	42	42 / 8.0
2538	576	-	576	260	-	260	260 / 45.1
2539	568	-	568	344	-	344	344 / 60.6
2540	579	30	609	336	-	336	306 / 52.8
2541	618	93	711	299	-	299	206 / 33.3
2542	830	57	887	204	-	204	147 / 17.7
2543	893	98	991	201	-	201	103 / 11.5
2544	883	82	952	193	83	276	194 / 22.0
2545	878	38	916	401	163	564	526 / 59.9
2546	1,013	39	1,052	287	508	795	756 / 74.6
2547	998	32	1,030	468	-	468	436 / 43.7
2548	741	37	778	663	-	663	626 / 84.5
2549	1,188	110	1,298	777	-	777	667 /56.1
2550	1,128	150	1,278	736	-	736	586 /51.9
2551	1,024	159	1,183	785	-	785	626 /61.1
2552	999	191	1,190	669	-	669	478 /47.8

ที่มา : สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. หน่วยงานเจ้าของเรื่องมีการปรับข้อมูลใหม่หมดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538 - ปีงบประมาณ 2546

2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา มติ ครม. ให้กระทรวงสาธารณสุข รับนักเรียนทุนที่จบการศึกษาปี 2542 เป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แทนบรรจุเป็นข้าราชการ

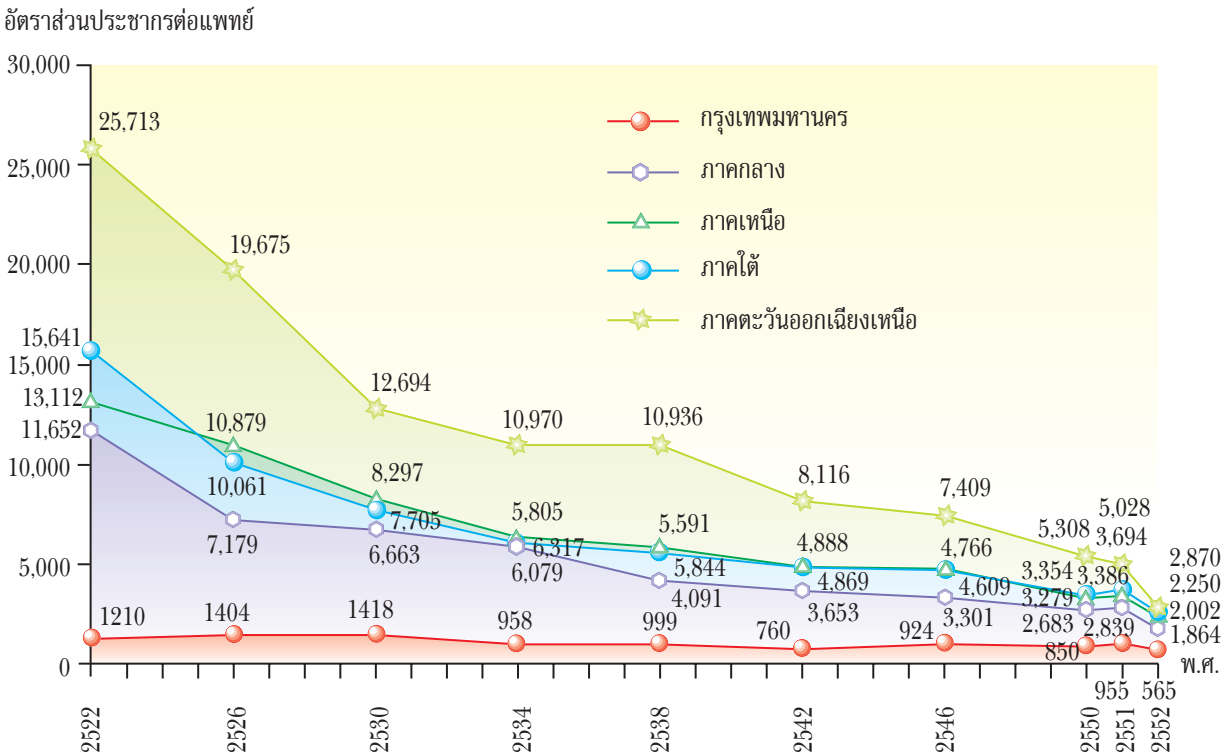
3. พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุพนักงานของรัฐกลับเป็นข้าราชการทั้งหมด

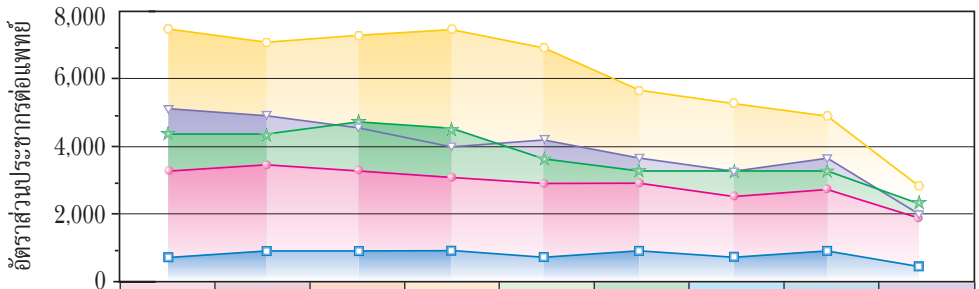
1.3 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามภูมิศาสตร์

1.3.1 อัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามภาค

แนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 เป็นต้นมา มีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความแตกต่างระหว่างภาค มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างมาก โดยในช่วงพ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 เปรียบเทียบระหว่างภูมิภาค พบว่าอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังสูงกว่าภาคอื่นๆ โดยภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 6.21)

ภาพที่ 6.21 อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552





	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	760	952	924	879	867	886	850	955	565
ภาคกลาง	3,375	3,566	3,301	3,134	3,054	2,963	2,683	2,839	1,864
ภาคเหนือ	4,488	4,499	4,766	4,534	3,768	3,351	3,279	3,386	2,002
ภาคใต้	5,127	4,984	4,609	3,982	4,306	3,789	3,354	3,694	2,250
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7,614	7,251	7,409	7,466	7,015	5,738	5,308	5,028	2,870

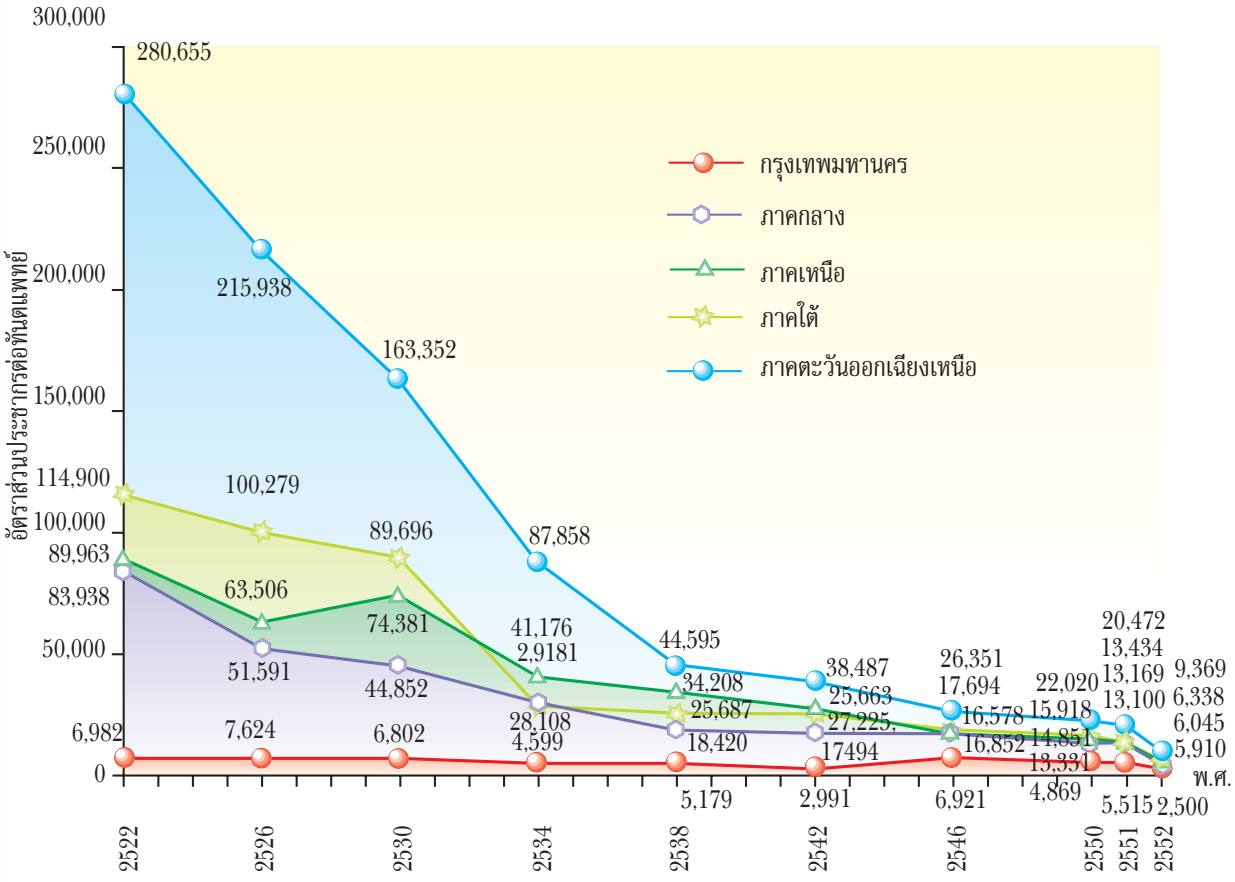
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

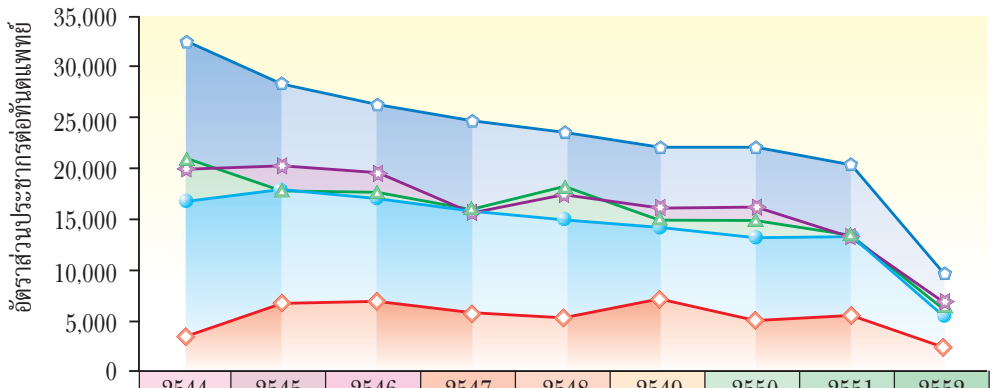
หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนแพทย์จำแนกภาคใหม่โดยคิดจาก

$$\frac{\text{สัดส่วนของแพทย์ในแต่ละภาคจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552} \times \text{จำนวนแพทย์ทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศ}}{100}$$

เช่นเดียวกันกับอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ใน พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552 กลับพบว่ายังมีความแตกต่างระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคอื่นๆอยู่ (ภาพที่ 6.22)

ภาพที่ 6.22 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552





	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	3,190	6,614	6,921	5,583	5,064	7,035	4,869	5,515	2,500
ภาคกลาง	16,588	17,810	16,852	15,775	14,840	14,104	13,131	13,169	5,910
ภาคเหนือ	20,993	17824	17,694	16,039	18,111	14,803	14,852	13,434	6,045
ภาคใต้	19,963	20,105	19,578	15,620	17,366	15,968	15,918	13,100	6,338
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	32,499	28,432	26,351	24,699	23,378	22,081	22,020	20,472	9,369

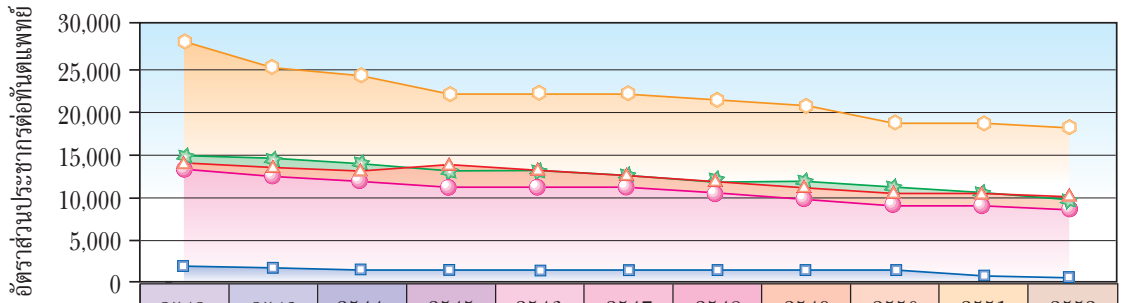
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนทันตแพทย์จำแนกภาคใหม่โดยคิดจาก

$$\frac{\text{สัดส่วนของทันตแพทย์ในแต่ละภาคจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552} \times \text{จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศ}}{100}$$

อย่างไรก็ตาม หากใช้แหล่งข้อมูล จากรายงานบุคลากรทันตสาธารณสุขของกรมอนามัย กลับพบว่า อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ที่ต่ำกว่า (ทันตแพทย์มากกว่า) โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ที่สูงกว่าภาคอื่นๆมาก (ภาพที่ 6.23)

ภาพที่ 6.23 อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552 (ใช้ข้อมูลของกรมอนามัย)

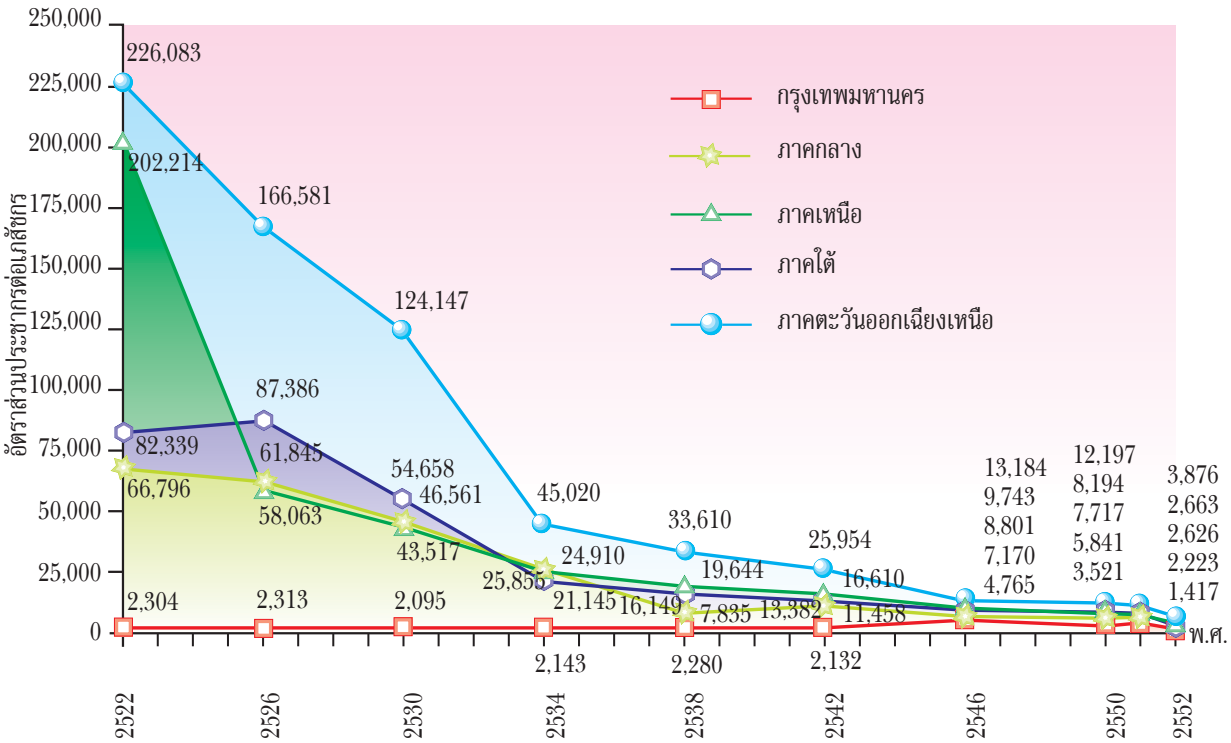


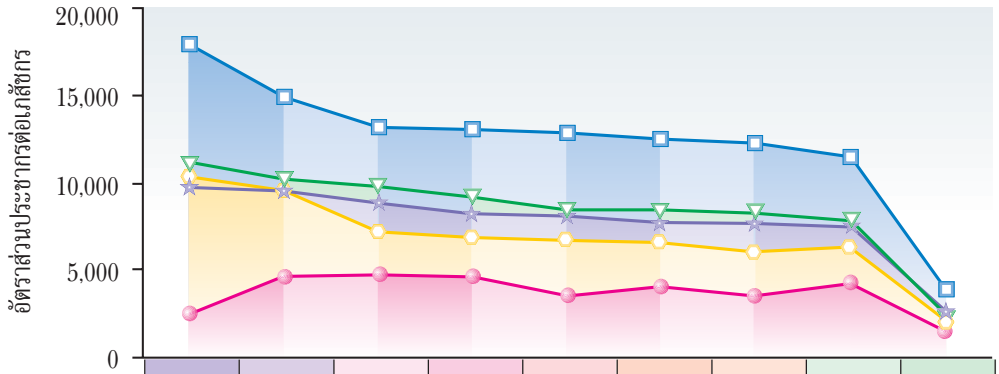
	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	1,722	1,690	1,605	1,506	1,458	1,422	1,305	1,266	1,230	1,195	1,168
ภาคกลาง	12,864	12,042	11,524	11,474	11,259	11,235	10,494	9,967	9,268	9,116	8,909
ภาคเหนือ	14,956	14,468	13,566	13,471	13,137	12,752	11,830	11,571	10,820	10,276	9,903
ภาคใต้	14,640	14,032	13,383	13,852	13,443	12,160	11,877	11,118	10,657	10,345	10,101
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	28,005	25,034	24,462	22,112	21,739	21,967	21,120	20,527	18,540	18,597	17,641

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542 - 2551, กรมอนามัย

สำหรับอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรที่ลดลงอย่างมาก ขณะที่ภาคเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 6.24)

ภาพที่ 6.24 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552





	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	2,485	4,667	4,765	4,632	3,562	4,047	3,527	4,143	1,417
ภาคกลาง	10,213	9,557	7,170	6,819	6,700	6,580	5,841	6,270	2,223
ภาคเหนือ	11,082	10,115	9,743	9,037	8,372	8,443	8,194	7,844	2,663
ภาคใต้	9,712	9,569	8,801	8,292	8,125	7,759	7,717	7,551	2,626
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	17,979	14,987	13,184	13,048	12,869	12,385	12,197	11,495	3,876

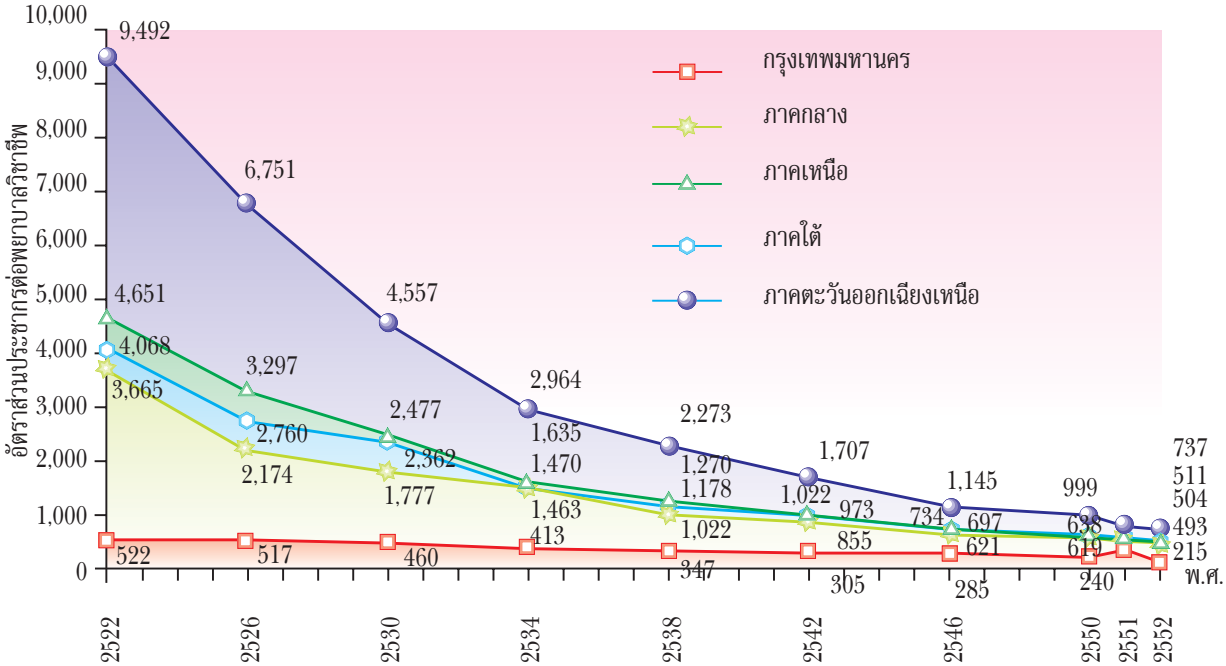
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

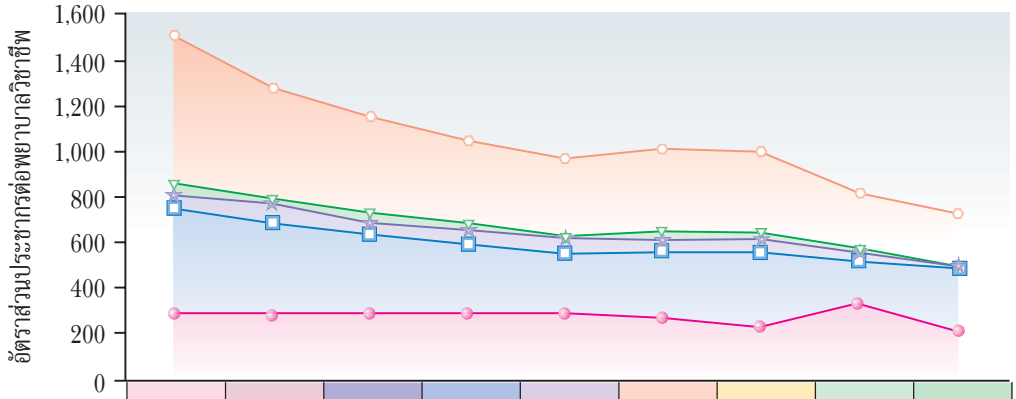
หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนเภสัชกรจำแนกภาคใหม่โดยคิดจาก

$$\frac{\text{สัดส่วนของเภสัชกรในแต่ละภาคจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552} \times \text{จำนวนเภสัชกรทั้งหมดที่มีชีวิตและอยู่ในประเทศ}}{100}$$

แนวโน้มของอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ที่มีแนวโน้มลดลงทุกภาค และภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็มีอัตราส่วนที่ลดลงมาใกล้เคียงกับภาคอื่นมากขึ้น (ภาพที่ 6.25)

ภาพที่ 6.25 อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2552





	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	287	279	285	289	285	273	240	332	215
ภาคกลาง	749	684	631	593	550	563	554	519	493
ภาคเหนือ	856	785	734	684	528	648	638	567	504
ภาคใต้	807	765	692	659	622	614	619	558	511
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,498	1,278	1,145	1,045	968	1,009	999	819	737

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 เป็นข้อมูลไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จึงคิดสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพจำแนกภาคใหม่โดยคิดจาก

$$\frac{\text{สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละภาคจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2552} \times \text{จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจริงในประเทศทั้งหมด}}{100}$$

สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนั้นอัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ระหว่าง พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551 แต่ใน พ.ศ. 2552 มีแนวโน้มดีขึ้น โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนที่สูงที่สุด และภาคใต้มีอัตราส่วนที่ต่ำที่สุด (ตารางที่ 6.2) ซึ่งหากพิจารณาโดยรวม ก็จะเห็นว่าความแตกต่างระหว่างภาค ก็มีแนวโน้มที่ลดลงด้วย ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากนโยบายการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพลงไปปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยมากขึ้น

ตารางที่ 6.2 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552

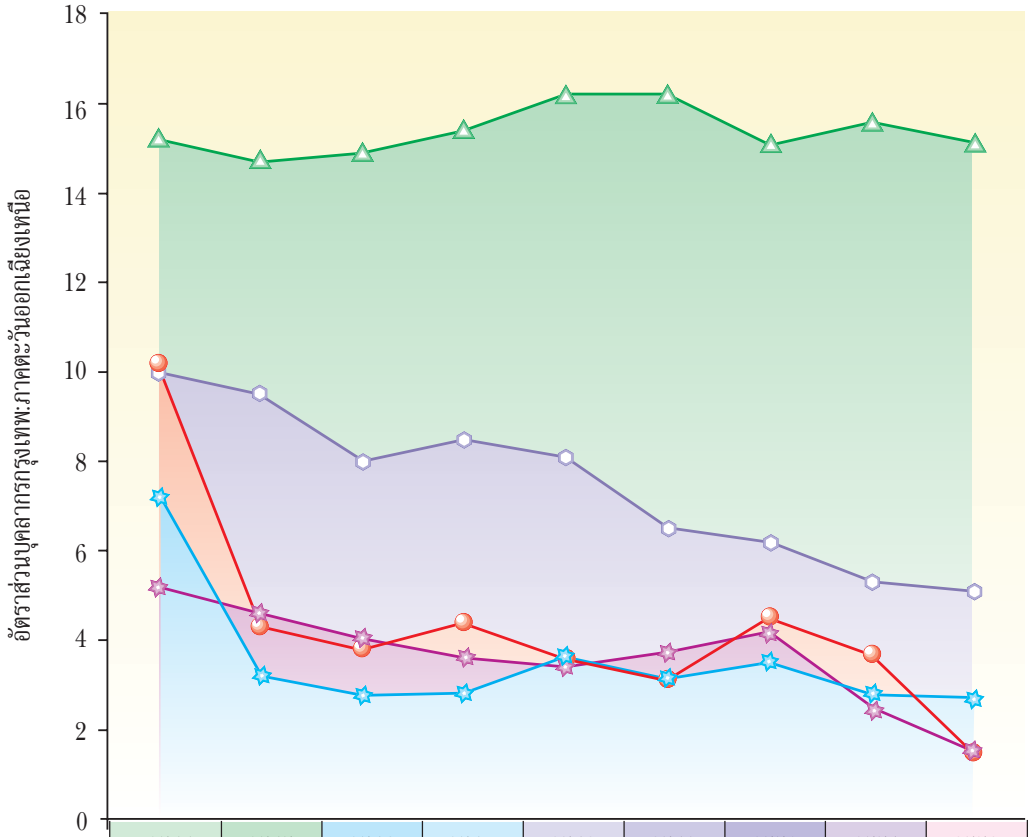
ภาค	จำนวนและอัตราส่วนต่อประชากร												
	2530	**2539**	**2540**	**2541**	**2542**	**2543**	**2544**	**2545**	**2546**	**2549**	**2550**	**2551**	**2552**
กลาง	4,217	7,724	7,917	8,928	9,017	8,769	8,150	8,027	7,604	8,174	8,166	8,804	9,002
	(1:1,833)	(1:1,125)	(1:1,109)	(1:1,207)	(1:1,180)	(1:1,059)	(1:1,453)	(1:1,470)	(1:1,552)	(1:1,625)	(1:1,634)	(1:1,523)	(1:1,556)
เหนือ	3,233	5,734	6,826	6,970	7,167	7,068	6,558	6,456	6,043	6,349	6,337	7,159	7,484
	(1:2,387)	(1:1,512)	(1:1,293)	(1:1,389)	(1:1,349)	(1:1,292)	(1:1,572)	(1:1,603)	(1:1,713)	(1:1,662)	(1:1,674)	(1:1,489)	(1:1,449)
ใต้	2,318	4,628	5,038	5,152	5,264	5,146	4,843	4,761	4,463	4,609	4,588	5,415	5,688
	(1:2,064)	(1:1,161)	(1:1,079)	(1:1,129)	(1:1,127)	(1:1,141)	(1:1,378)	(1:1,416)	(1:1,511)	(1:1,557)	(1:1,572)	(1:1,339)	(1:1,327)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	4,573	9,114	10,430	10,236	10,569	10,248	9,693	9,591	9,015	9,632	9,619	11,050	11,051
	(1:3,167)	(1:1,785)	(1:1,582)	(1:1,681)	(1:1,655)	(1:1,666)	(1:1,938)	(1:1,971)	(1:1,097)	(1:1,956)	(1:1,968)	(1:1,722)	(1:1,681)
เปรียบเทียบประชากร: เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ระหว่างภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1:1.73	1:1.59	1:1.43	1:1.39	1:1.40	1:1.57	1:1.33	1:1.34	1:1.35	1:1.20	1:1.20	1:1.13	1:1.08
รวม	**14,341**	**27,200**	**30,211**	**31,286**	**32,017**	**31,231**	**29,244**	**28,835**	**27,125**	**28,764**	**28,710**	**32,428**	**33,225**
	(1:2,421)	**(1:1,434)**	**(1:1,309)**	**(1:1,390)**	**(1:1,366)**	**(1:1,324)**	**(1:1,628)**	**(1:1,657)**	**(1:1,762)**	**(1:1,733)**	**(1:1,745)**	**(1:1,552)**	**(1:1,534)**

ที่มา: พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2543 ได้จากสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
พ.ศ. 2544 – พ.ศ. 2546 ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2549 – พ.ศ. 2552 ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตัวเลขใน ( ) แสดงจำนวนประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาลต่อเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

หากเปรียบเทียบเป็นอัตราส่วนความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะพบแนวโน้มของอัตราส่วนดังกล่าวที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ยังคงมีความต่างกันประมาณ 5 เท่า สำหรับทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล มีความต่างกันประมาณ 2.5-4 เท่า ใน พ.ศ. 2551 และใน พ.ศ. 2552 ข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงประมาณการใหม่ทำให้ความแตกต่างลดลงไปครึ่งหนึ่งเหลือ 1.5-2.7 เท่า (ภาพที่ 6.26) แต่หากเปลี่ยนแหล่งข้อมูลของทันตแพทย์ โดยใช้ข้อมูลของกรมอนามัย พบว่าความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงสูงอยู่ โดยต่างกัน 15.1 เท่า ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.26)

ภาพที่ 6.26 ความแตกต่างของประชากรต่อบุคลากร กรุงเทพมหานครเทียบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552



	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
แพทย์	10.0	9.5	8.0	8.5	8.1	6.5	6.2	5.3	5.1
ทันตแพทย์(สนย.)	10.2	4.3	3.8	4.4	3.6	3.1	4.5	3.7	1.5
ทันตแพทย์(กรม อ.)	15.2	14.7	14.9	15.4	16.2	16.2	15.1	15.6	15.1
เภสัชกร	7.2	3.2	2.8	2.8	3.6	3.1	3.5	2.8	2.7
พยาบาลวิชาชีพ	5.2	4.6	4.0	3.6	3.4	3.7	4.2	2.5	1.5

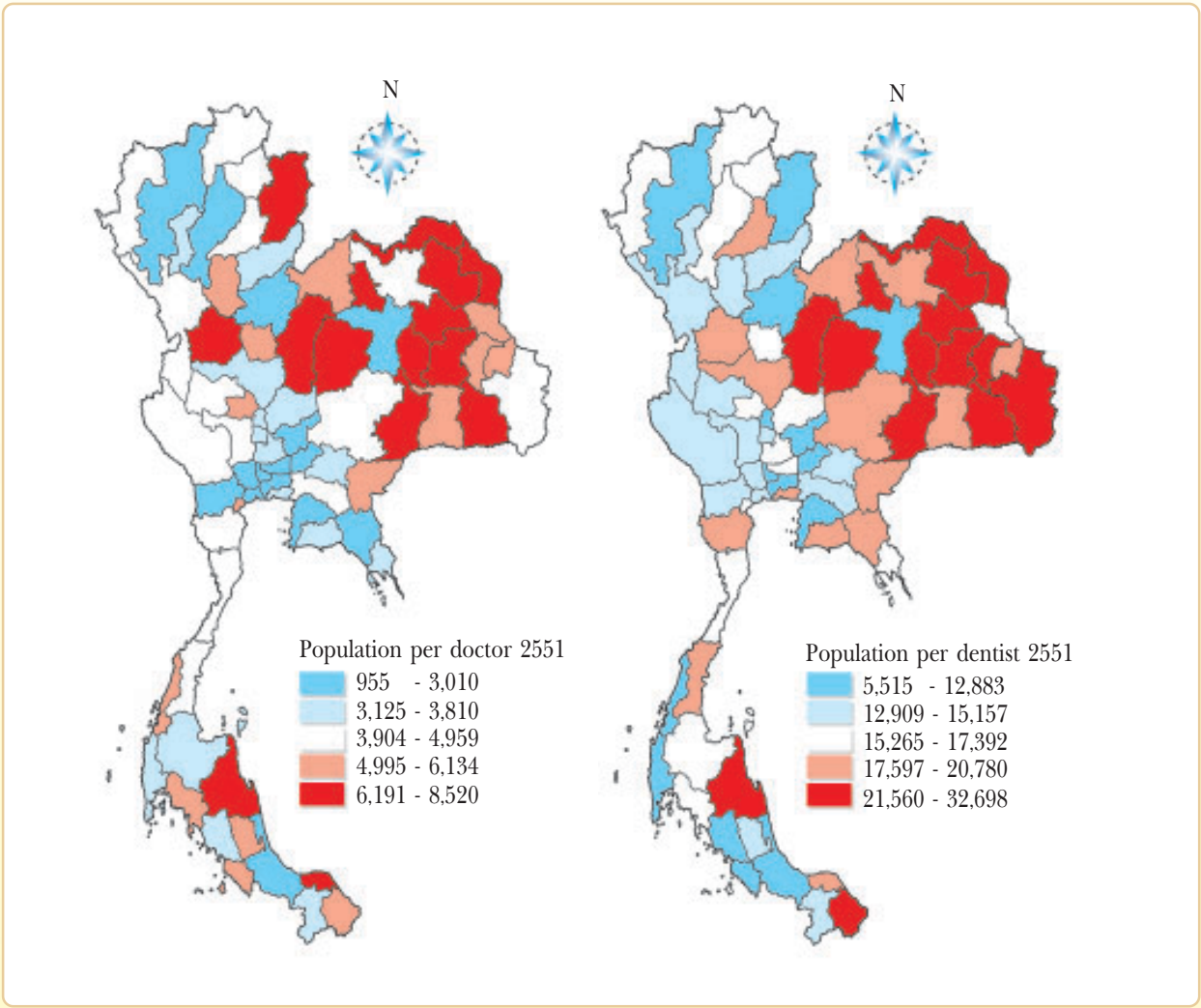
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ปี 2542 - 2552, กรมอนามัย

หมายเหตุ: พ.ศ. 2552 ข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงคิดประมาณการใหม่

1.3.2 อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรรายจังหวัด

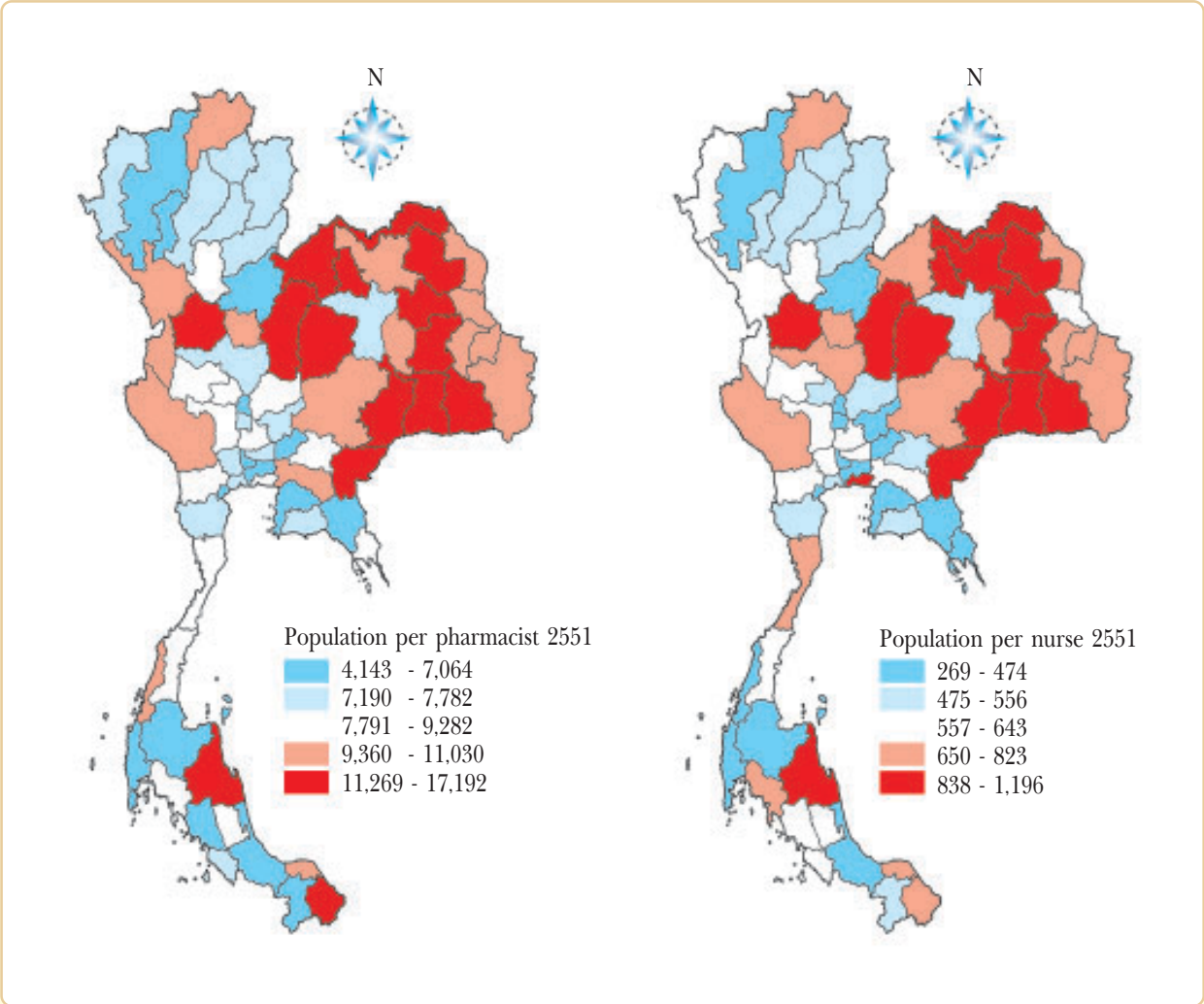
สำหรับการเปรียบเทียบอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรเป็นรายจังหวัด แล้วนำมาแสดงในแผนที่การกระจายในระดับจังหวัด โดยนำจังหวัดทั้ง 76 จังหวัดมาเรียงกัน จากน้อยไปหามาก แล้วแบ่งจังหวัดออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน (Quintile) เพื่อแสดงเฉดสีที่แตกต่างกัน ก็จะได้แผนที่ที่แสดงลักษณะการกระจายของบุคลากรในระดับจังหวัด ภาพที่ 6.27 และ ภาพที่ 6.28 จะเห็นว่าจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรที่สูงกว่าภาคอื่นๆ ยกเว้นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยจังหวัดในภาคกลางรอบๆกรุงเทพฯ และภาคตะวันออก รวมทั้งภาคใต้ตอนบนบางจังหวัด เช่น ภูเก็ต มีบุคลากรมากกว่าจังหวัดอื่น

ภาพที่ 6.27 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อแพทย์ และประชากรต่อทันตแพทย์ พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.28 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของประชากรต่อเภสัชกร และประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2551



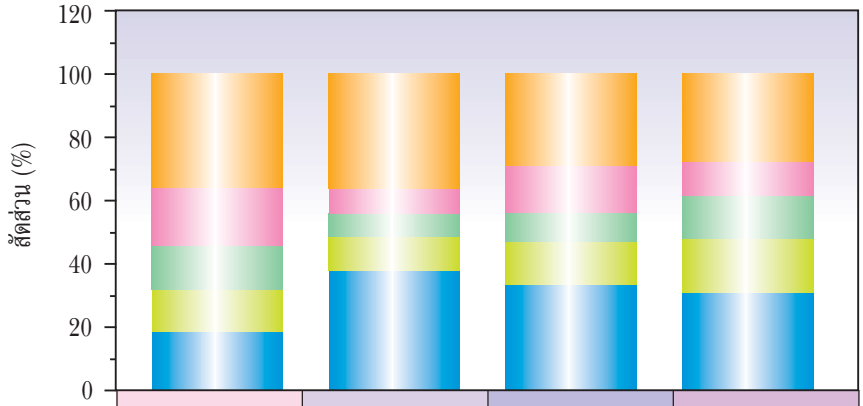
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

1.4 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการและภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพ

1.4.1 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการ

หากพิจารณาสัดส่วนของกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามระดับและประเภทของสถานพยาบาลแล้ว จะพบว่าแพทย์มีสัดส่วนของการอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าวิชาชีพอื่นๆ และจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ยังมีสัดส่วนที่น้อยอยู่ สำหรับพยาบาลวิชาชีพนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน รองลงมาคือโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ และสัดส่วนของทันตแพทย์ และเภสัชกร ส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน (ภาพที่ 6.29)

ภาพที่ 6.29 สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2552



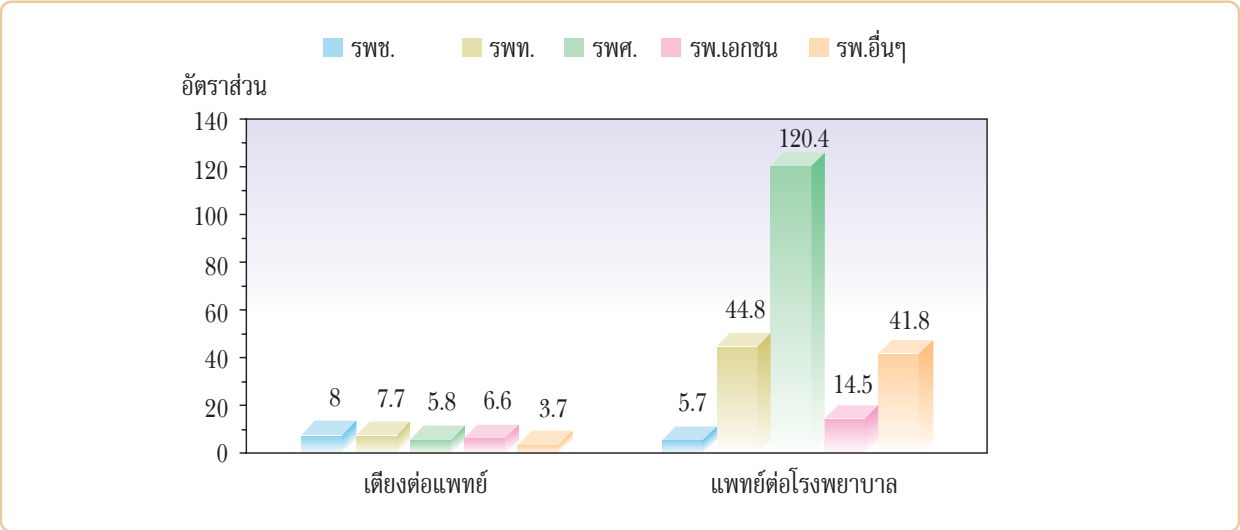
	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ
รพช.	19.3	39.7	33.9	30.5
รพท.	11.8	10.8	13.3	17.3
รพศ.	13.1	6.7	9.7	12.5
รพ.เอกชน	17.1	7.2	14.7	10.8
อื่นๆ	38.7	35.6	28.4	26.9

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

1.4.2 อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และจำนวนแพทย์เฉลี่ยตามระดับของบริการ

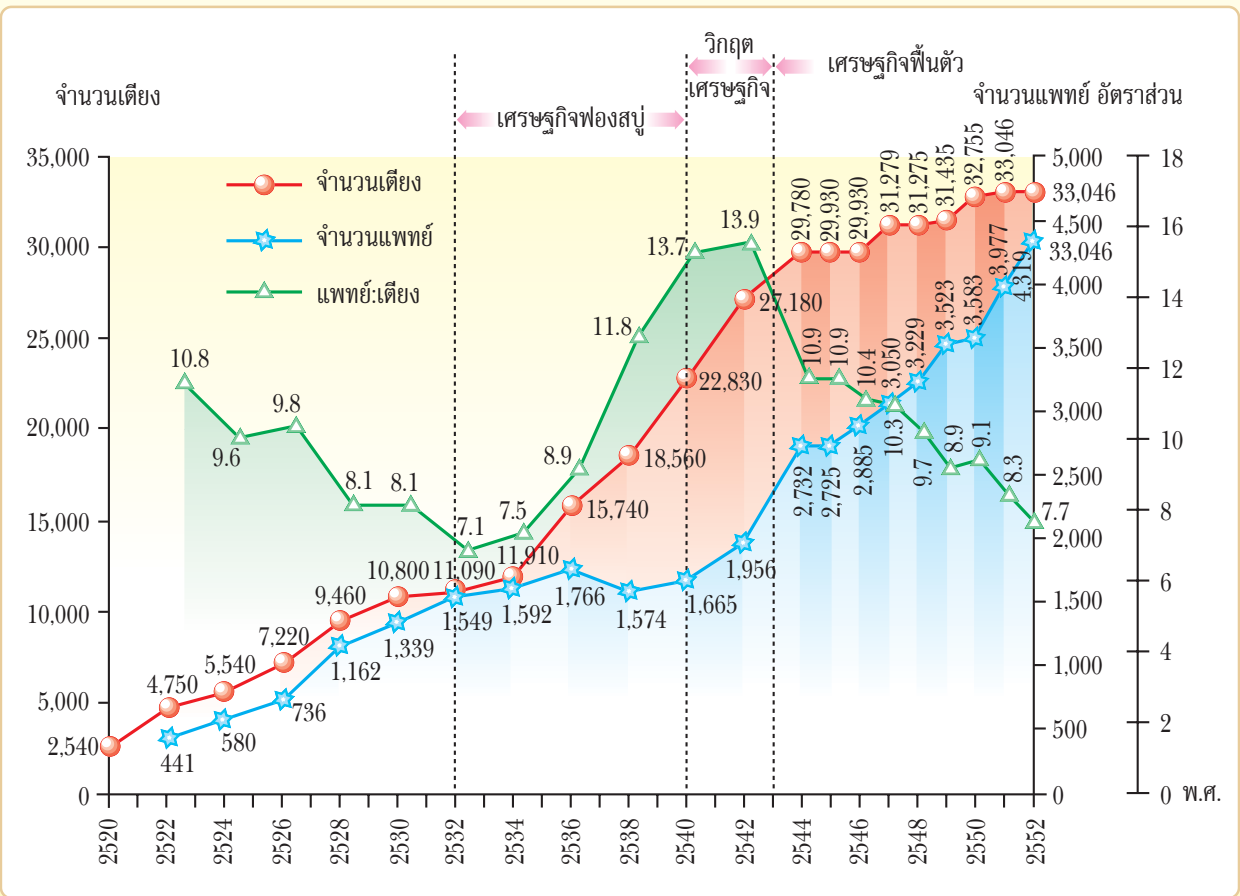
ใน พ.ศ. 2551 พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์สูงสุด และใกล้เคียงกับโรงพยาบาลทั่วไป รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน และหากเปรียบเทียบจำนวนแพทย์เฉลี่ยต่อโรงพยาบาล จะพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์เฉลี่ย 5.7 คน โรงพยาบาลทั่วไปมีแพทย์เฉลี่ย 45 คน โรงพยาบาลศูนย์มีแพทย์เฉลี่ย 120 คน และโรงพยาบาลเอกชนมีแพทย์เฉลี่ย 14 คน (ภาพที่ 6.30) อย่างไรก็ดี หากพิจารณาแนวโน้มของอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะพบว่าในช่วงก่อนวิกฤติเศรษฐกิจ อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยที่จำนวนแพทย์ไม่เพิ่มขึ้น แต่ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ก็เริ่มลดลง เนื่องจากจำนวนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นเร็วกว่าจำนวนเตียงที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 6.31)

ภาพที่ 6.30 อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และแพทย์ต่อโรงพยาบาล ตามประเภทโรงพยาบาล พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.31 จำนวนเตียง จำนวนแพทย์ และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา:
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.4.3 ภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพตามระดับของบริการ

จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุขในช่วง 7 ปี (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552) พบว่าแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน จะมีภาระงานมากที่สุด รองลงมาคือแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป ในขณะที่แพทย์ประจำโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จะมีภาระงานต่ำที่สุด สำหรับแพทย์โรงพยาบาลเอกชนจะมีภาระงานใกล้เคียงกับแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ นอกจากนี้ พบว่า ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา ภาระงานแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลง ขณะที่แพทย์สังกัดอื่นๆ ทุกประเภทมีภาระงานคงที่ (ตารางที่ 6.3)

ตารางที่ 6.3 ภาระงานของแพทย์ พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552

สังกัด	พ.ศ. 2545		พ.ศ. 2548		พ.ศ. 2550		พ.ศ. 2551		พ.ศ. 2552	
	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ	ภาระงานต่อแพทย์	ดัชนีเปรียบเทียบ
โรงพยาบาลชุมชน	34,379	2.1	29,997	1.9	28,487	2.0	25,728	1.7	23,006	1.5
โรงพยาบาลทั่วไป	18,805	1.1	17,987	1.1	19,742	1.4	16,680	1.1	17,260	1.1
โรงพยาบาลศูนย์	12,020	0.7	13,046	0.8	13,305	0.9	14,373	0.9	11,721	0.7
รพ.มหาวิทยาลัย	4,931	0.3	3,812	0.24	2,701	0.19	2,934	0.2	3,353	0.2
เอกชน	12,849	0.8	14,273	0.9	15,681	1.1	15,168	1.0	15,295	1.0
รวม	**16,535**	**1.0**	**15,788**	**1.0**	**14,469**	**1.0**	**15,340**	**1.0**	**15,808**	**1.0**

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: * การปรับค่าผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแต่ละประเภทเพื่อให้เป็นผลผลิตเดียวกัน โดยกำหนดดังนี้

1. รพช. และ รพ. เอกชน ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 14
2. รพศ. / รพท. รพ. มหาวิทยาลัย และ กทม. ปรับค่าจำนวนคนไข้ใน X 18
3. พ.ศ. 2552 ข้อมูลไม่สมบูรณ์

2. สถานบริการสุขภาพ

2.1 สถานการณ์และแนวโน้มสถานบริการสุขภาพ

สถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีแนวโน้มและการกระจายดังนี้

2.1.1 สถานพยาบาลภาครัฐ

ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 13 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 68 ศูนย์ / 76 สาขา

ระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 48 แห่ง

ระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 69 แห่ง (ลดลงจากเดิม 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลชลประทาน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตัดโอนไปอยู่ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ)

ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 83.6 รวม 734 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 284 แห่ง

ระดับตำบล มีสถานีอนามัย 9,768 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีสถานีอนามัยมากกว่า 1 แห่ง

ระดับหมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 151 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท 48,049 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

ตารางที่ 6.4 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2552

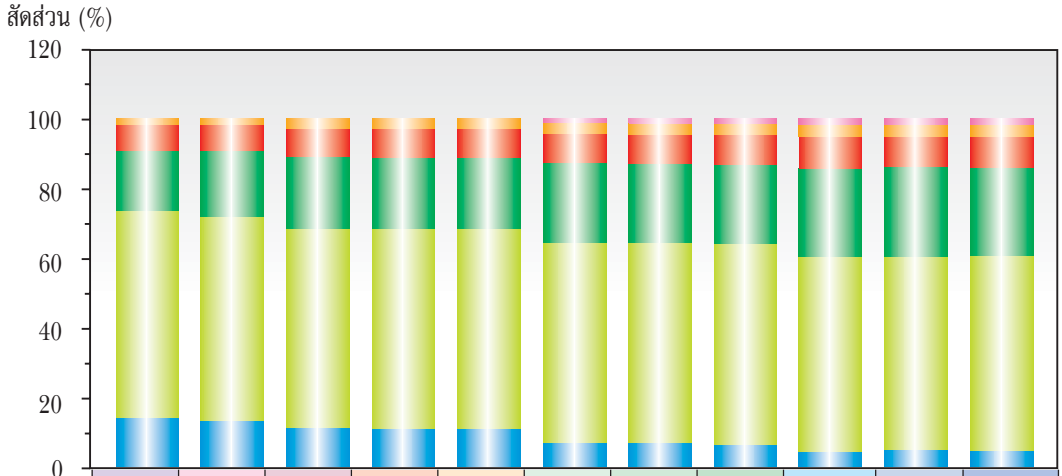
ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	
	โรงพยาบาลทั่วไป	26	
	กระทรวงสาธารณสุข	4	
	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1	
	กระทรวงยุติธรรม	4	
	กระทรวงกลาโหม	5	
	กรุงเทพมหานคร	8	
	รัฐวิสาหกิจ	4	
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถานบันเฉพาะโรค	13	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข / สาขา	68/76	ครบทุกเขตใน กทม.
ภาค 4 ภาค และสาขาต่าง ๆ	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	6	
	โรงพยาบาลศูนย์	25	
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่	48	
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	12	
	โรงพยาบาลจิตเวช	13	
	โรงพยาบาลประสาท	1	

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
	สถาบันราชประชาสมาสัย	1	
	สถาบันบำราศนราดูร	1	
	สถาบันโรคทรวงอก	1	
	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	7	
	ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด	6	
	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	1	
	ศูนย์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ	1	
	ศูนย์ฯ โรคผิวหนัง	1	
	สถาบันทันตกรรม	1	
	ศูนย์สิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1	
	สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์	1	
75 จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป	71	100%
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	69	
	สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	2	
	โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาลประจำหน่วยรบสังกัดกระทรวงกลาโหม	59	
	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1	
878 อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชน	734	83.6%
	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล (พ.ศ. 2552)	284	
7,255 ตำบล	สถานีอนามัย (พ.ศ. 2552)	9,768	100%
74,954 หมู่บ้าน	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	151	
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ชนบท) (พ.ศ. 2550)	48,049	64.1%
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (เมือง) (พ.ศ. 2546)	3,108	

ที่มา:
1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
4. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
5. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลระดับอำเภอ ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลชุมชน ที่มีจำนวนเตียง 10-150 เตียง และกระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆทั่วประเทศนั้น ที่ผ่านมามีการขยายขนาดของโรงพยาบาลอยู่อย่างต่อเนื่อง เฉพาะอย่างยิ่งการขยายขนาดจากโรงพยาบาลขนาด 10 เตียง เป็น 30 เตียง โดยใน พ.ศ. 2552 มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง เพียง 37 แห่ง และมีโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงถึง 409 แห่ง จาก 734 แห่ง ส่งผลให้สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง เหลือเพียงร้อยละ 5 ในขณะที่สัดส่วนของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.7 เช่นเดียวกันกับการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 90 เตียง 120 เตียง และ 150 เตียง (ภาพที่ 6.32)

ภาพที่ 6.32 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552



	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
10 เตียง	14.33	13.45	11.53	11.45	11.45	7.16	7.16	7.01	4.66	5.04	5.04
30 เตียง	59.27	58.54	56.94	57.24	57.24	57.44	57.44	57.42	55.89	55.72	55.72
60 เตียง	17.56	19.05	20.56	20.41	20.41	22.73	22.73	22.80	25.48	25.34	25.34
90 เตียง	7.30	7.28	8.19	8.14	8.14	8.26	8.26	8.38	8.90	8.99	8.99
100 เตียง	7.54	1.68	2.50	2.48	2.48	3.31	3.31	3.30	3.70	3.54	3.54
120 เตียง	0.00	0.00	0.28	0.28	0.28	1.10	1.10	1.10	1.37	1.36	1.36

ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.1.2 สถานพยาบาลภาคเอกชน

สถานพยาบาลภาคเอกชน มีบทบาทสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองที่ภาวะเศรษฐกิจที่ดี ประชาชนมีกำลังซื้อบริการ ทำให้เกิดการลงทุนในภาคเอกชนเพื่อจัดบริการให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยใน พ.ศ. 2552 สถานพยาบาลภาคเอกชน สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท โดยมีจำนวนดังนี้

(1) ร้านขายยา มี 3 ประเภท คือ ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 11,154 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย 4,047 แห่ง และร้านขายยาแผนโบราณ 1,986 แห่ง

(2) สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) มี 17,671 แห่ง

(3) สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(โรงพยาบาลเอกชน) มี 322 แห่ง

(4) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ มี 1,268 แห่ง

จำนวนและสัดส่วนของสถานพยาบาลภาคเอกชนระหว่างกรุงเทพฯกับภูมิภาค แสดงดังตารางที่ 6.5

ตารางที่ 6.5 สถานบริการสาธารณสุขในภาคเอกชน พ.ศ. 2552

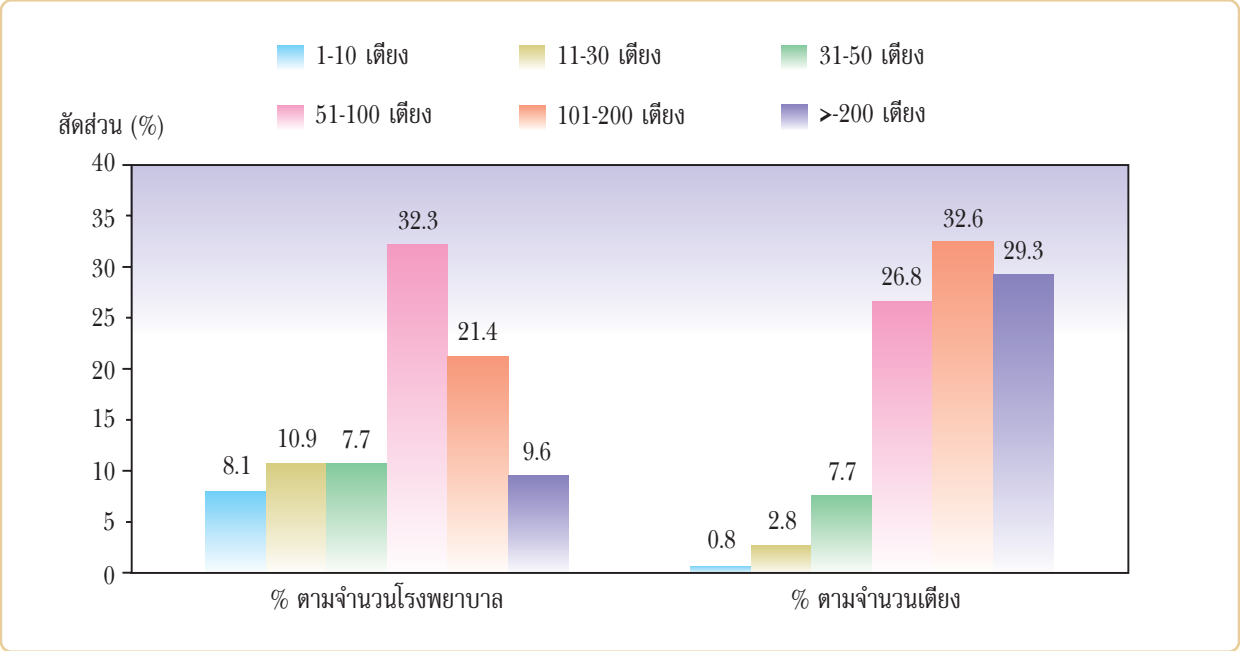
สถานบริการ	กรุงเทพ		ภูมิภาค		รวม
	จำนวน	%	จำนวน	%	
1. ร้านขายยา					
1.1ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	3,757	33.7	7,397	66.3	11,154
1.2ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ	433	10.7	3,614	89.3	4,047
1.3ร้านขายยาแผนโบราณ	400	20.1	1,586	79.9	1,986
รวมทั้งหมด	**4,590**	**26.7**	**12,597**	**73.3**	**17,187**
2. สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน(คลินิก)	3,878	21.9	13,793	78.1	17,671
3. สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน)					
- จำนวนโรงพยาบาล	96	29.8	226	70.2	322
- จำนวนเตียง	13,933	41.7	19,472	58.3	33,405
4. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ					
4.1สปาเพื่อสุขภาพ	86	23.7	277	76.3	363
4.2นวดเพื่อสุขภาพ	170	20.3	667	79.7	837
4.3นวดเพื่อเสริมสวย	20	29.4	48	70.6	68
รวมทั้งหมด	**276**	**21.8**	**992**	**78.2**	**1,268**

ที่มา: 1. สำนักควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
2. สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หากวิเคราะห์สัดส่วนของสถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำแนกเป็นกรุงเทพฯและภูมิภาค จะพบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 78 ที่อยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เหลือ ร้อยละ 22 อยู่ในกรุงเทพฯ เช่นเดียวกับสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ส่วนใหญ่อยู่ในส่วนภูมิภาค ร้อยละ 70 และที่เหลือ ร้อยละ 30 อยู่ในกรุงเทพฯ

สำหรับสถานพยาบาลเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน) มีสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงที่จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล (จำนวนเตียง) ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.33) ซึ่งจะเห็นได้ว่า หากคิดตามจำนวนโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีขนาด 51-100 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง แต่หากคิดตามจำนวนเตียง จะพบว่าเตียงส่วนใหญ่ จะอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (เกิน 100 เตียง และเกิน 200 เตียง)

ภาพที่ 6.33 สัดส่วนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หากจำแนกจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงตามขนาดของโรงพยาบาล โดยจำแนกตามภาค จะพบว่าใน พ.ศ. 2552 โรงพยาบาลที่มีขนาดเกิน 200 เตียง ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯ (ตารางที่ 6.6)

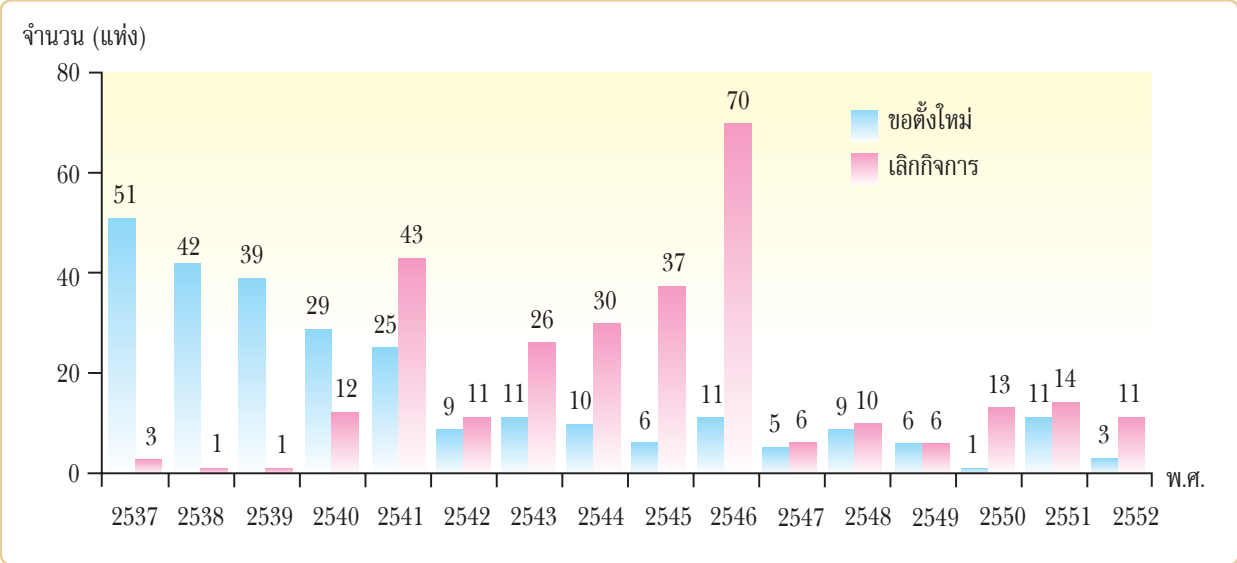
ตารางที่ 6.6 จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียง และตามภาค พ.ศ. 2552

ภาค	1 - 10 เตียง		11 - 30 เตียง		31 - 50 เตียง		51 - 100 เตียง		101 - 200 เตียง		>200 เตียง	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
กรุงเทพมหานคร	2	15	12	306	15	643	20	1,759	26	4,158	21	7,052
กลาง	10	97	11	298	12	539	41	3,575	22	3,623	7	1,895
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5	67	1	30	14	660	16	1,390	4	560	1	214
เหนือ	4	40	6	170	7	337	22	1,800	8	1,104	2	620
ใต้	5	45	5	136	9	413	5	415	9	1,444	-	-
รวมทั้งประเทศ	**26**	**264**	**35**	**940**	**57**	**2,592**	**104**	**8,939**	**69**	**10,889**	**31**	**9,781**

ที่มา: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

นอกจากนี้สถานการณ์การขยายตัวและเลิกกิจการของสถานพยาบาลภาคเอกชน ก็เป็นประเด็นที่มีความสำคัญเช่นกัน โดยข้อมูลการขอตั้งสถานพยาบาลใหม่ (ประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน) พบว่ามีแนวโน้มที่ลดลง และการเลิกกิจการก็เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ในช่วง พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2546 มีโรงพยาบาลที่เลิกกิจการถึง 70 แห่ง แล้วหลังจากนั้นจำนวนโรงพยาบาลที่เลิกกิจการก็ลดลง อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับจำนวนที่ขอตั้งใหม่ (ภาพที่ 6.34) แต่นับตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา จำนวนโรงพยาบาลที่เลิกกิจการมีจำนวนมากกว่าที่ขอตั้งใหม่

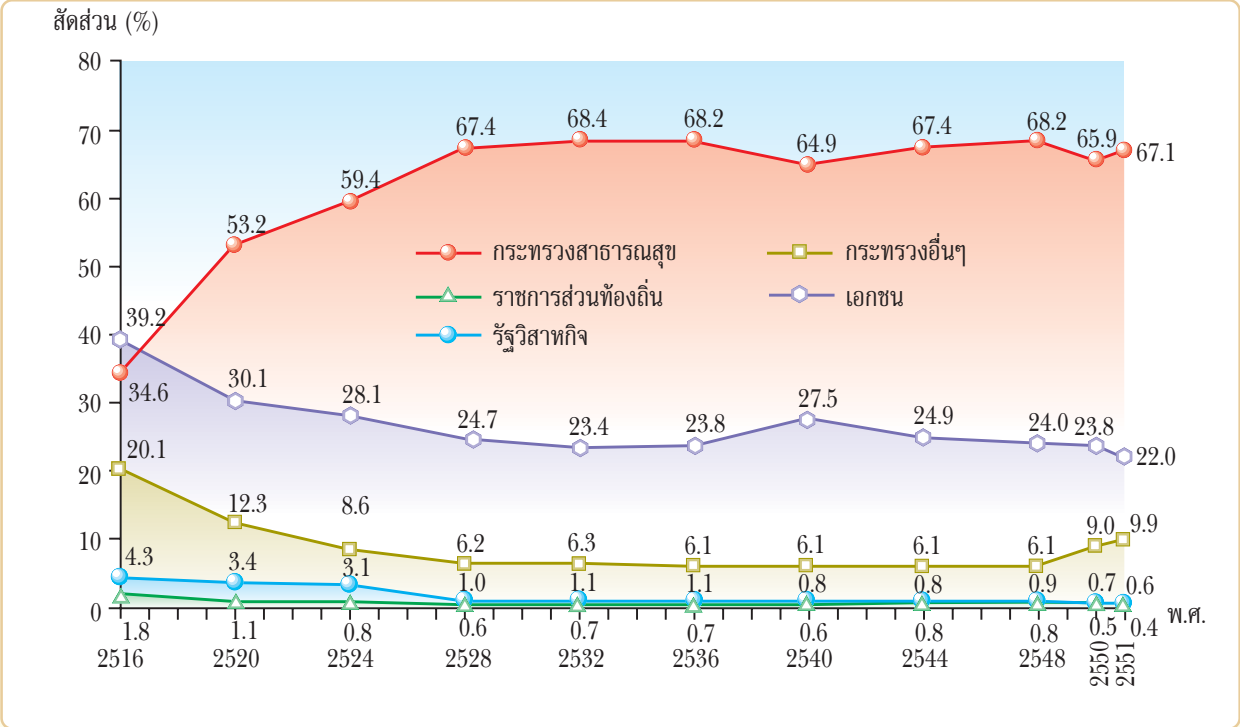
ภาพที่ 6.34 จำนวนสถานพยาบาลเอกชนประเภทมีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ที่ขอตั้งใหม่และเลิกกิจการ พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หากพิจารณาแนวโน้มสัดส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากอดีตจนถึง พ.ศ. 2528 แล้ว จึงมีสัดส่วนที่คอนข้างคงที่ ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ มีสัดส่วนที่ลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 6.35)

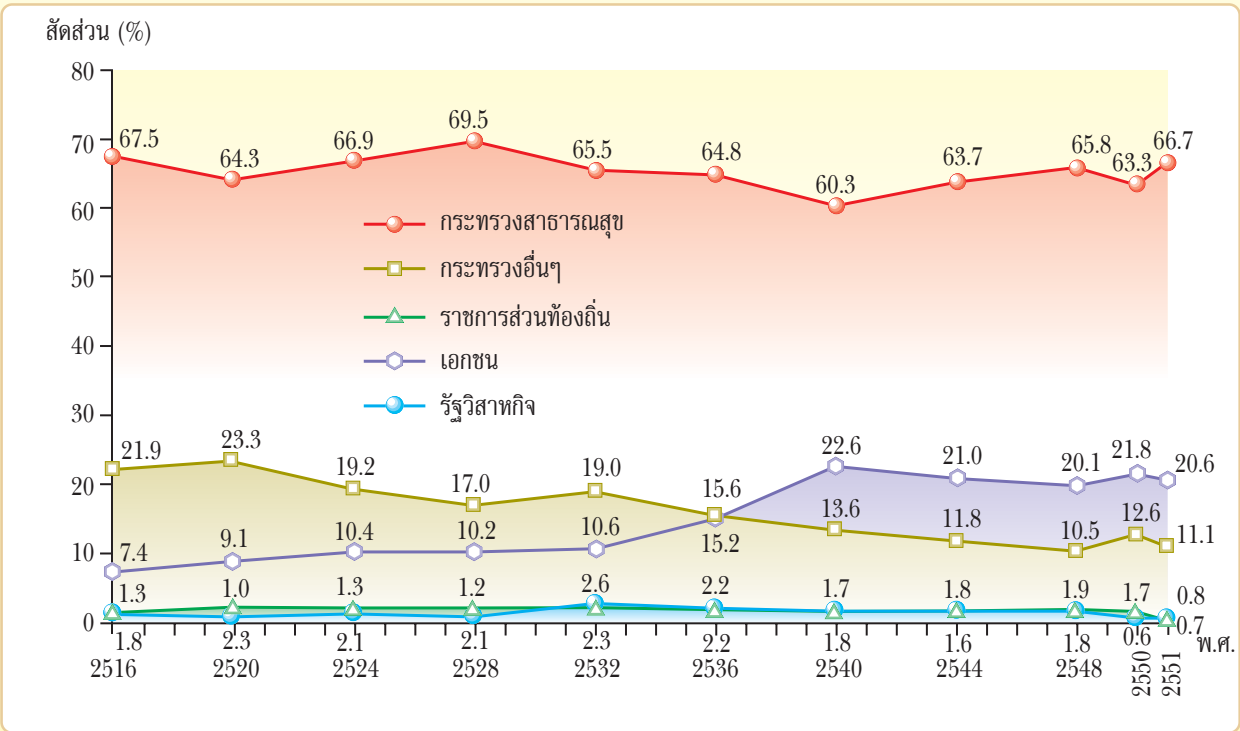
ภาพที่ 6.35 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

แนวโน้มสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขค่อนข้างคงที่มาตั้งแต่อดีต ในขณะที่สัดส่วนเตียงโรงพยาบาลเอกชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และโรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ มีสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลที่ลดลง (ภาพที่ 6.36)

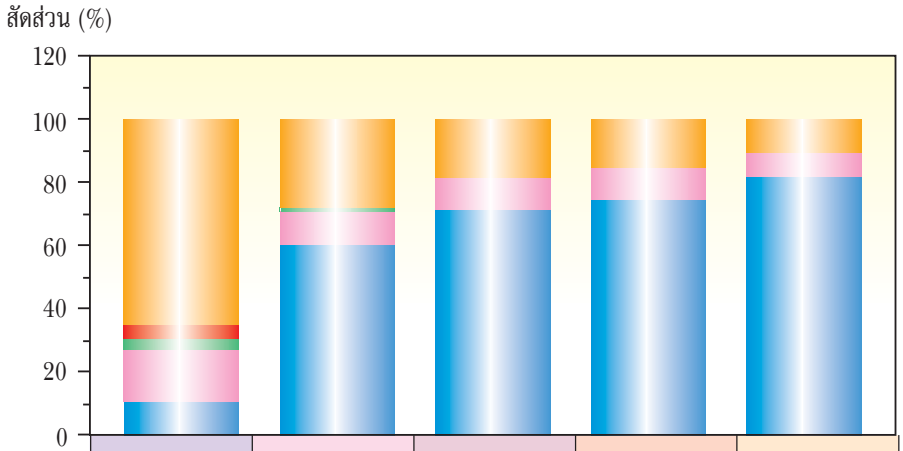
ภาพที่ 6.36 สัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

นอกจากนี้หากเปรียบเทียบเป็นรายภาค จะพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ เป็นโรงพยาบาลเอกชน รองลงมาคือกระทรวงอื่นๆ ในขณะที่ส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 6.37) สำหรับสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลจำแนกตามภาค ก็มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับสัดส่วนโรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ ในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนเตียงโรงพยาบาลที่สูงขึ้น เมื่อเทียบกับสัดส่วนของโรงพยาบาล (ภาพที่ 6.38) สะท้อนว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆในกรุงเทพฯ เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่

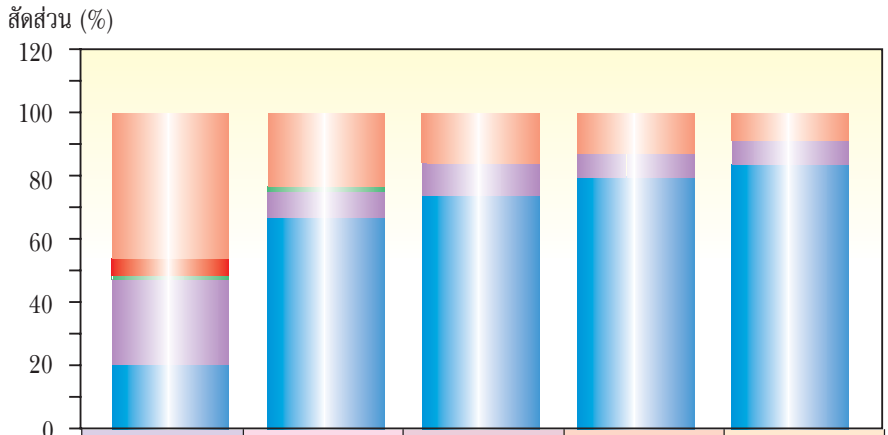
ภาพที่ 6.37 สัดส่วนจำนวนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2551



	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กระทรวงสาธารณสุข	11.0	60.3	71.4	74.5	81.9
กระทรวงอื่นๆ	16.5	10.4	10.0	10.1	7.4
รัฐวิสาหกิจ	3.3	1.4	0.0	0.0	0.0
ราชการส่วนท้องถิ่น	4.4	0.0	0.4	0.0	0.0
เอกชน	64.8	27.9	18.1	15.4	10.7

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 6.38 สัดส่วนจำนวนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด และภาค พ.ศ. 2551

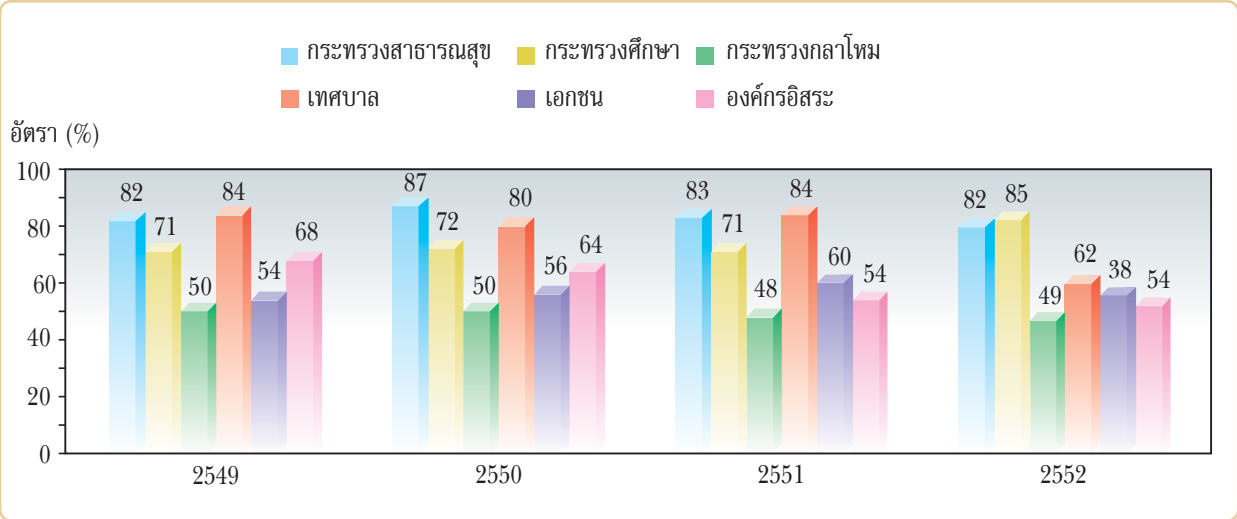


	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
กระทรวงสาธารณสุข	20.0	66.7	73.8	79.7	83.6
กระทรวงอื่นๆ	27.2	8.2	10.0	7.4	7.8
รัฐวิสาหกิจ	1.4	1.6	0.0	0.0	0.0
ราชการส่วนท้องถิ่น	5.3	0.0	0.4	0.0	0.0
เอกชน	46.1	23.5	16.0	12.8	8.6

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

การวิเคราะห์อัตราการครองเตียง จะเป็นเครื่องสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการใช้เตียงที่มีอยู่ และสะท้อนถึงภาระของโรงพยาบาลที่ต้องรับผู้ป่วยในนอนในโรงพยาบาล จากข้อมูล พ.ศ. 2552 พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุด ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีอัตราการครองเตียงต่ำที่สุด (ภาพที่ 6.39)

ภาพที่ 6.39 อัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552



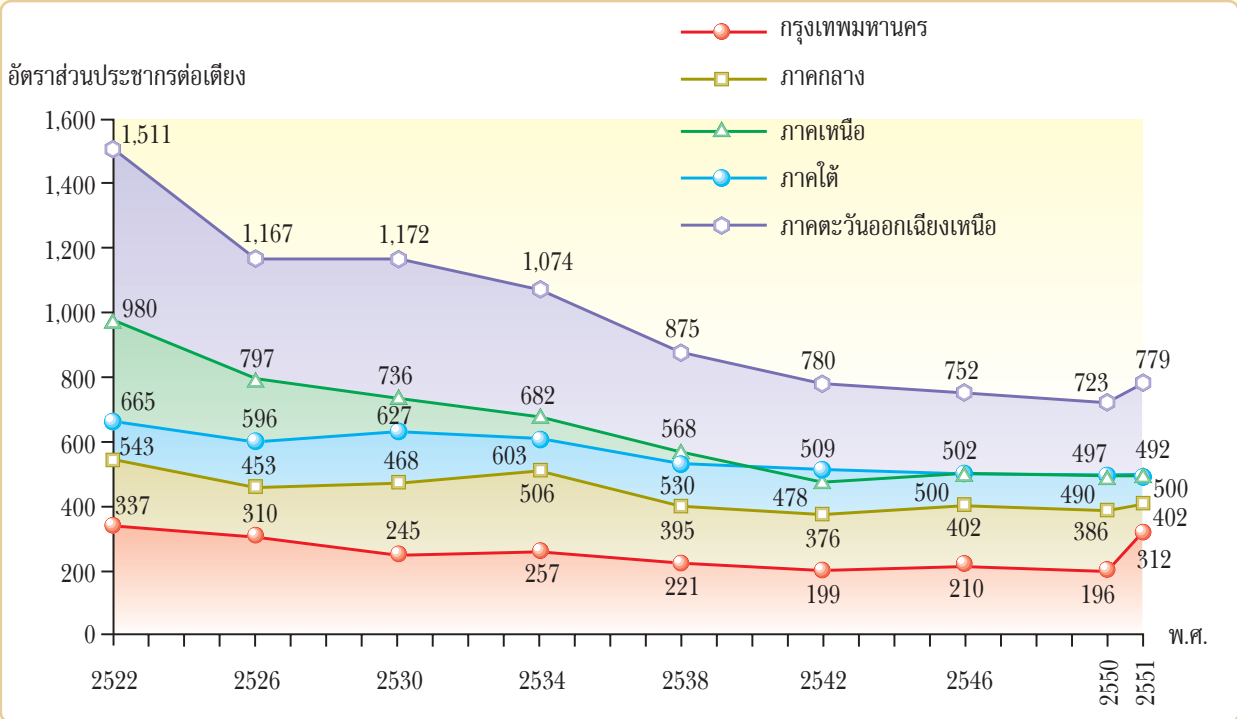
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2.2 การกระจายสถานบริการสุขภาพ

2.2.1 การกระจายโรงพยาบาลตามภูมิศาสตร์

แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล ลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีความแตกต่างระหว่างภาคอยู่ (ภาพที่ 6.40) และใน พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2551 พบว่า อัตราส่วนประชากรต่อเตียงของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย (มีเตียงมากขึ้น) ยกเว้นใน พ.ศ. 2551 ที่มีอัตราส่วนที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ภาคอื่นๆ มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ หรือเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ภาพที่ 6.40)

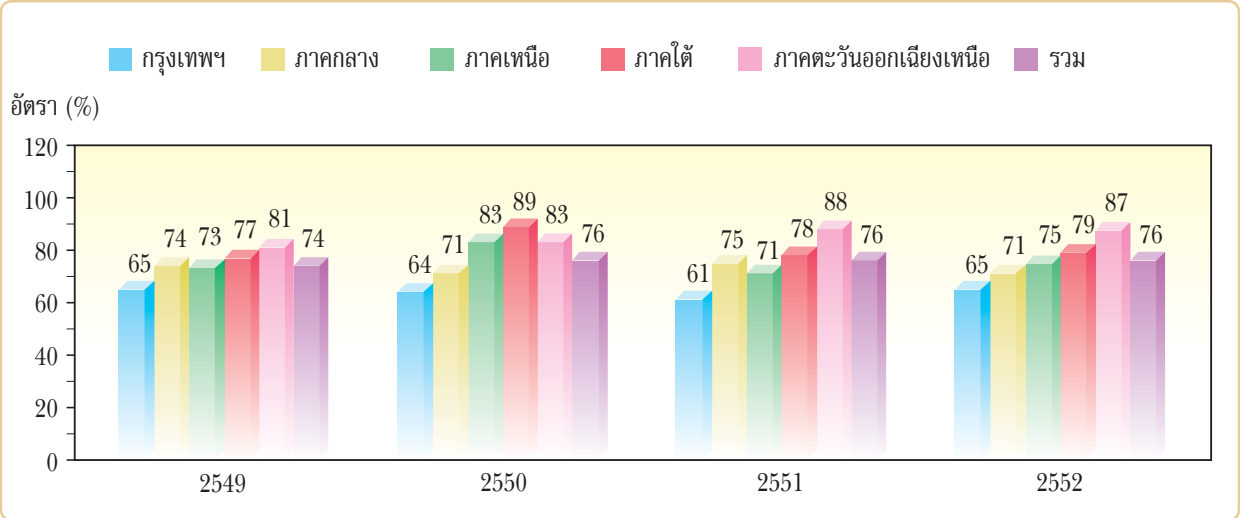
ภาพที่ 6.40 อัตราส่วนประชากรต่อเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2551



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

นอกจากนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุด (ภาพที่ 6.41) แสดงให้เห็นถึงภาระของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีมากกว่าภาคอื่นๆ

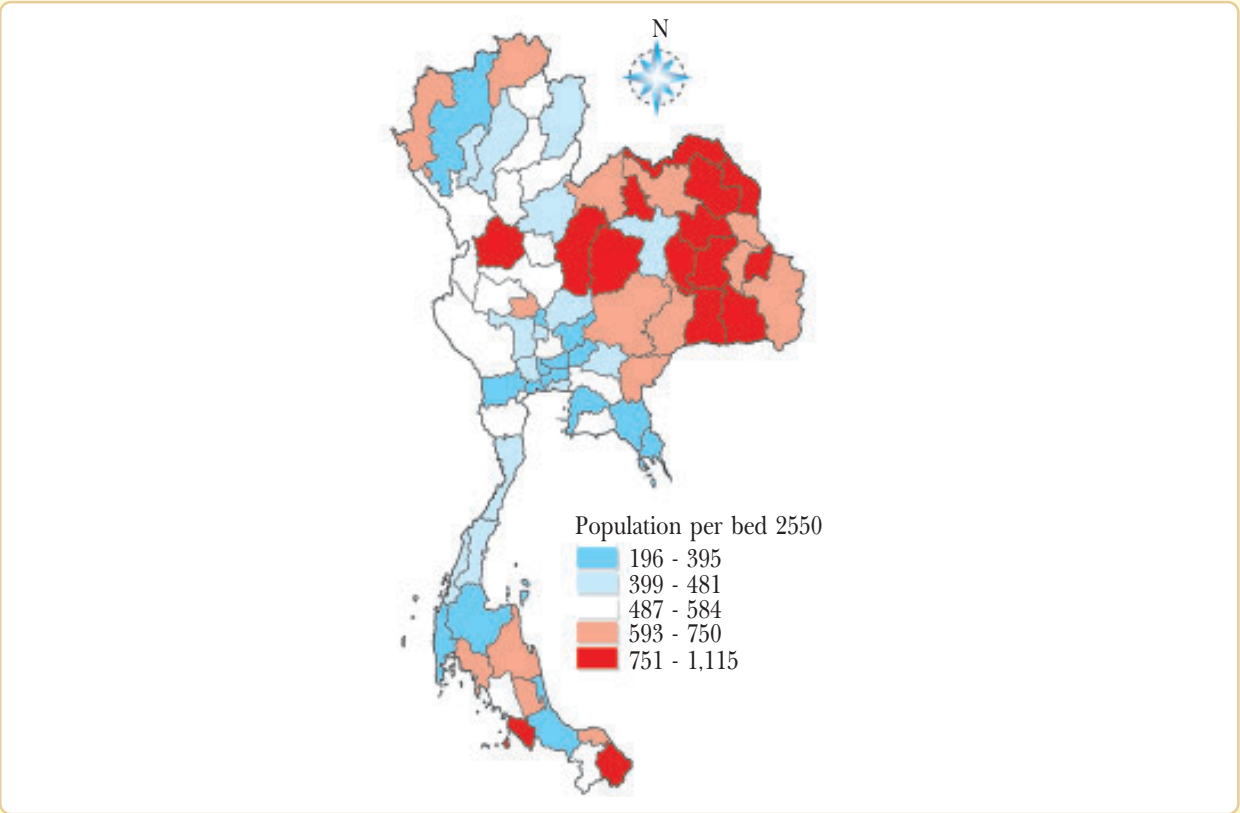
ภาพที่ 6.41 อัตราการครองเตียง จำแนกตามภาค พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เมื่อวิเคราะห์การกระจายของเตียงโรงพยาบาลเป็นรายจังหวัด พบว่าจังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีอัตราส่วนประชากรต่อเตียงที่สูงกว่าจังหวัดในภาคอื่น โดยการกระจายของเตียงนั้น มีความคล้ายคลึงกับการกระจายของบุคลากร (ภาพที่ 6.42)

ภาพที่ 6.42 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราส่วนประชากรต่อเตียงระดับจังหวัด พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2.2.2 การกระจายสถานีอนามัยตามภูมิศาสตร์

สถานีอนามัยมีการสร้างและกระจายไปทั้งประเทศครอบคลุมตำบลต่างๆ ครบทุกตำบล มาตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ปัจจุบัน พ.ศ. 2552 มีสถานีอนามัย ทั้งสิ้น จำนวน 9,769 แห่ง

อัตราส่วนสถานีอนามัยต่อประชากรในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1 : 10,064 คนใน พ.ศ. 2522 เป็น 1 : 5,218 คน ใน พ.ศ. 2552 และแม้ว่าสถานีอนามัยจะกระจุกตัวอยู่ในภาคกลางมากที่สุด แต่ช่องว่างระหว่างภาคก็ลดลงดังตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 การกระจายสถานีอนามัย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2522, พ.ศ. 2530, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549 และพ.ศ. 2552

ภาค	จำนวนสถานีอนามัยต่อประชากร											
	2522	2530	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2549	2552
กลาง	1,219 (1:7,781)	1,635 (1:4,729)	2,377 (1:3,654)	2,471 (1:3,554)	2,508 (1:4,298)	2,523 (1:4,219)	2,524 (1:3,681)	2,559 (1:4,628)	2,559 (1:4,611)	2,549 (1:4,629)	2,564 (1:5,179)	2,558 (1:5,476)
เหนือ	914 (1:10,748)	1,616 (1:4,775)	1,965 (1:4,412)	2,151 (1:4,103)	2,203 (1:4,393)	2,225 (1:4,345)	2,231 (1:4,093)	2,210 (1:4,667)	2,216 (1:4,670)	2,220 (1:4,662)	2,227 (1:4,739)	2,231 (1:4,862)
ใต้	688 (1:8,230)	1,252 (1:3,821)	1,400 (1:3,839)	1,488 (1:3,653)	1,505 (1:3,864)	1,513 (1:3,922)	1,516 (1:3,872)	1,507 (1:4,427)	1,526 (1:4,418)	1,521 (1:4,433)	1,510 (1:4,753)	1,512 (1:4,993)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1,277 (1:12,747)	2,489 (1:5,818)	3,100 (1:5,248)	3,367 (1:4,900)	3,398 (1:5,063)	3,428 (1:5,102)	3,433 (1:4,972)	3,462 (1:5,427)	3,509 (1:5,387)	3,475 (1:5,440)	3,461 (1:5,442)	3,468 (1:5,356)
เปรียบเทียบประชากรต่อสถานีอนามัยระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือและค่าเฉลี่ยของประเทศ	1:1.3	1:1.2	1:1.2	1:1.1	1:1.1	1:1.1	1:1.2	1:1.1	1:1.1	1:1.1	1:1.1	1:1.0
รวมประเทศ	4,088 (1:10,064)	6,992 (1:4,964)	8,842 (1:4,411)	9,477 (1:4,173)	9,614 (1:4,522)	9,689 (1:4,514)	9,704 (1:4,262)	9,738 (1:4,890)	9,810 (1:4,872)	9,765 (1:4,895)	9,762 (1:5,106)	9,769 (1:5,218)

ที่มา: พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2544 ได้จากองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549 ได้จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2552 ได้จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) หมายถึง สัดส่วนสถานีอนามัย 1 แห่ง ต่อประชากรนอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล
2. ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาลในปี 2544, 2545, 2546 และ 2549 ใช้ข้อมูลจากสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง
3. พ.ศ. 2552 ใช้ข้อมูลประชากรนอกเขตเทศบาล จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2.3 การกระจายร้านขายยาตามภูมิศาสตร์

อัตราส่วนร้านขายยาต่อประชากรในทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้นในทุกภาคและทั่วประเทศ กล่าวคือ เปลี่ยนจาก 1:4,931 คน ใน พ.ศ. 2539 เป็น 1:3,628 คน ใน พ.ศ. 2552 โดยร้านขายยาส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง (รวมกรุงเทพมหานคร) (ตารางที่ 6.8)

ตารางที่ 6.8 การกระจายร้านขายยา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552

ภาค	พ.ศ.													
	2539	**2540**	**2541**	**2542**	**2543**	**2544**	**2545**	**2546**	**2547**	**2548**	**2549**	**2550**	**2551**	**2552**
ภาคกลาง	6,644	6,690	6,904	7,465	7,534	7,826	7,895	8,821	8,696	8,960	9,088	9,769	9,782	10,394
	(1:2,908)	(1:2,925)	(1:2,869)	(1:2,675)	(1:2,665)	(1:2,590)	(1:2,547)	(1:2,350)	(1:2,373)	(1:2,295)	(1:2,291)	(1:2,154)	(1:2,170)	(1:2,042)
ภาคเหนือ	1,989	1,958	2,029	2,029	2,045	1,982	1,964	2,087	2,103	2,179	2,179	2,185	2,185	2,332
	(1:6,004)	(1:6,149)	(1:5,976)	(1:5,984)	(1:5,923)	(1:6,111)	(1:6,180)	(1:5,808)	(1:5,690)	(1:5,444)	(1:5,455)	(1:5,438)	(1:5,435)	(1:5,092)
ภาคใต้	1,189	1,152	1,237	1,243	1,273	1,354	1,398	1,510	1,507	1,535	1,535	1,799	1,799	2,035
	(1:6,534)	(1:6,837)	(1:6,472)	(1:6,524)	(1:6,430)	(1:6,104)	(1:5,983)	(1:5,601)	(1:5,618)	(1:5,521)	(1:5,576)	(1:4,796)	(1:4,835)	(1:4,274)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,303	2,396	2,378	2,536	2,253	2,148	2,166	2,566	2,574	2,751	2,668	2,631	2,631	2,663
	(1:9,019)	(1:8,759)	(1:8,923)	(1:8,423)	(1:9,445)	(1:9,986)	(1:9,950)	(1:8,431)	(1:8,339)	(1:7,742)	(1:8,003)	(1:8,127)	(1:8,139)	(1:8,041)
รวมประเทศ	**12,125**	**12,196**	**12,548**	**13,273**	**13,105**	**13,310**	**13,423**	**14,984**	**14,880**	**15,425**	**15,470**	**16,384**	**16,397**	**17,424**
	(1:4,931)	**(1:4,958)**	**(1:4,874)**	**(1:4,639)**	**(1:4,713)**	**(1:4,665)**	**(1:4,660)**	**(1:4,200)**	**(1:4,202)**	**(1:4,032)**	**(1:4,048)**	**(1:3,841)**	**(1:3,855)**	**(1:3,628)**

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขใน ( ) คือ จำนวนร้านขายยาต่อประชากร

2. ร้านขายยา หมายถึง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จและแผนโบราณ

3. ภาคกลางรวมกรุงเทพมหานครด้วย

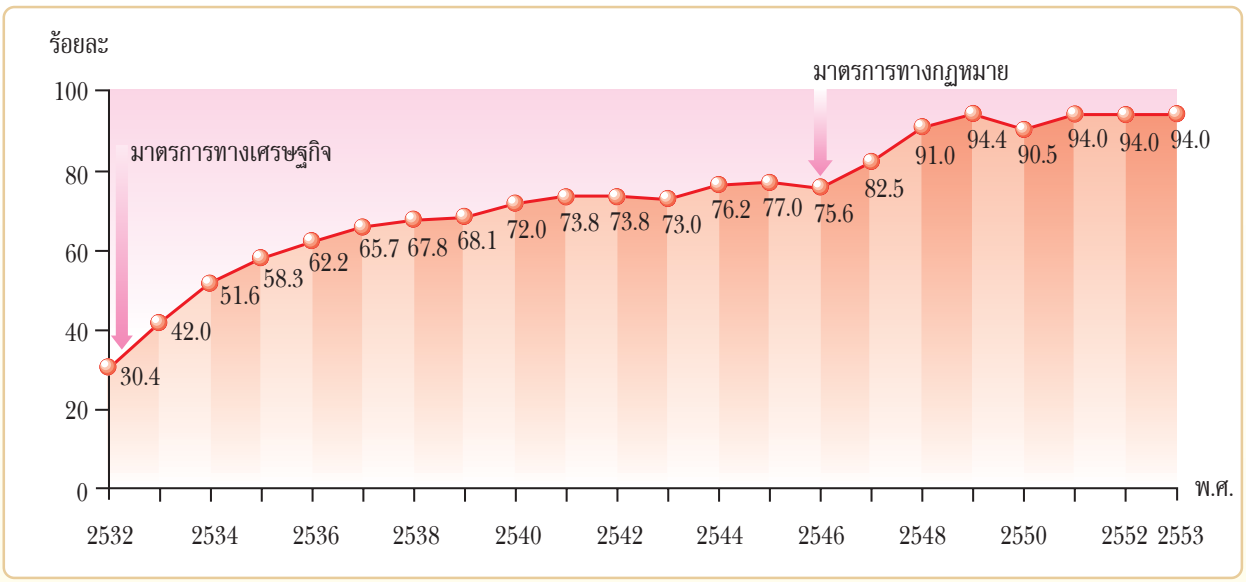
3. เทคโนโลยีทางสุขภาพ

เทคโนโลยีทางสุขภาพ ที่สำคัญได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการรักษาโรค

3.1 ยาและเวชภัณฑ์

ยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice, GMP) ในพ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่งต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต ซึ่ง ณ ปัจจุบันมีโรงงานผลิตยาได้รับรองมาตรฐาน GMP ร้อยละ 94 ใน พ.ศ. 2553 โดยที่เหลือเป็นโรงงานใหม่อยู่ระหว่างของ GMP (ภาพที่ 6.43)

ภาพที่ 6.43 ร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2553



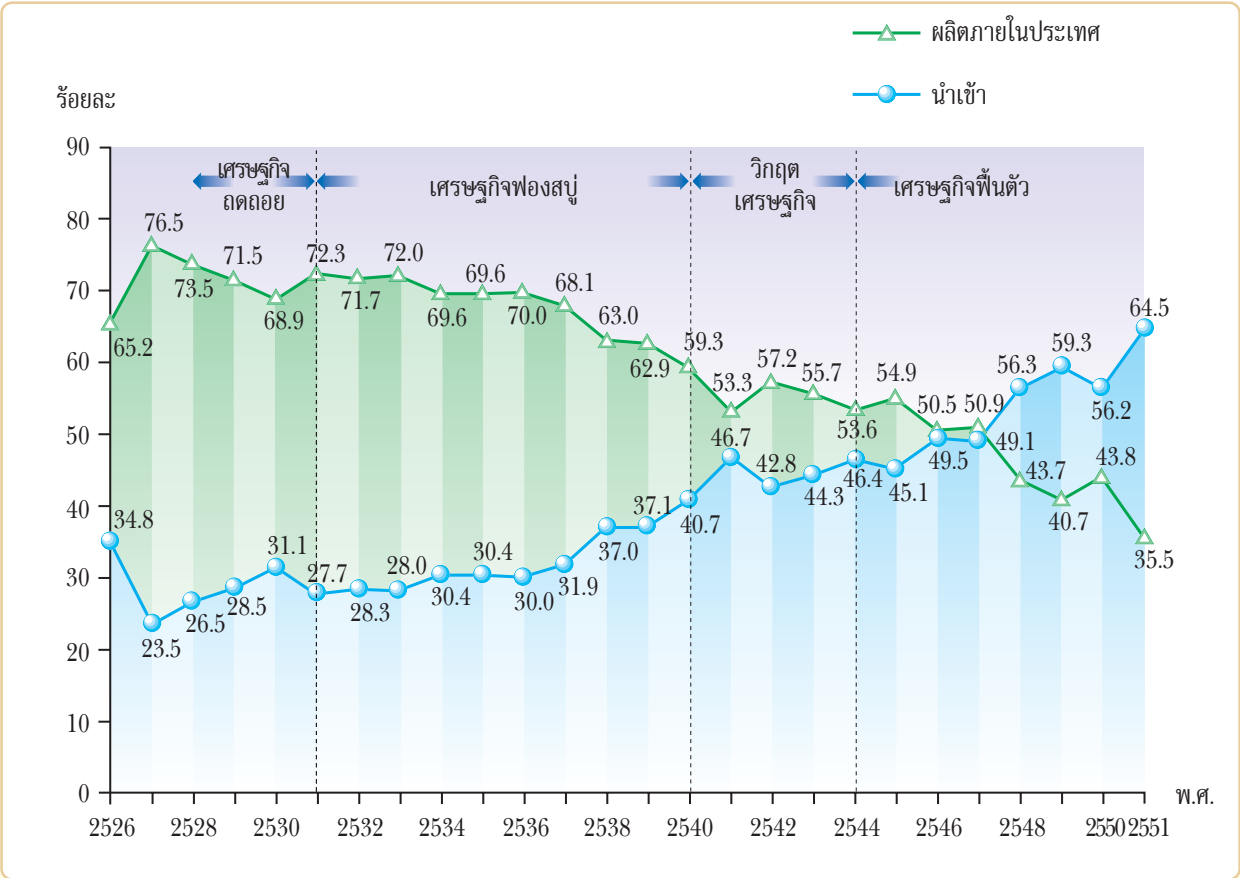
ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

แต่เดิมยาส่วนใหญ่ที่บริโภคในประเทศเป็นยาที่ผลิตในประเทศไทยแต่ในช่วง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2539 เศรษฐกิจมีการเติบโตในอัตราสูง รวมทั้งเริ่มมีการผูกขาดตลาดยาใหม่ๆ ภายใต้ พ.ร.บ.ยา ทำให้สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและชะลอตัวในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ และแม้หลังวิกฤตเศรษฐกิจในช่วง พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา สัดส่วนของยาสำเร็จรูปนำเข้าก็ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 56.3 ใน พ.ศ. 2548 และร้อยละ 64.5 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.44) ทั้งนี้เกิดขึ้นทั้งจากเศรษฐกิจที่ดีขึ้นและการผูกขาดยานำเข้าภายใต้ระบบสิทธิบัตร

หากพิจารณามูลค่าของการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน จะพบว่ามีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การนำเข้ามีมูลค่าที่สูงขึ้นจนสูงกว่ามูลค่าการผลิตตั้งแต่ พ.ศ. 2548 โดยมีมูลค่าที่ต่างกันถึงเกือบ 3 หมื่นล้านบาทใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 6.9)

นอกจากผลิตและจำหน่ายยาเพื่อการบริโภคในประเทศแล้ว ยังส่งออกไปจำหน่ายยังต่างประเทศ โดยประเทศไทยสามารถส่งออกยาได้เพิ่มขึ้นจาก 480.8 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2532 เป็น 9,184 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.45)

ภาพที่ 6.44 ร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2551



ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตารางที่ 6.9 มูลค่าการผลิตและการนำสั่งเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2551

พ.ศ.	มูลค่าราคาขายส่งจากรายงาน (ราคาปีปัจจุบัน)								ประมาณการตามมูลค่าขายปลีกในประเทศ[3] x 1.8	ประมาณการบริโภคมูลค่า พ.ศ. 2551		อัตราเพิ่ม		ราคาขายปลีกคิดเป็นร้อยละของรายจ่ายสุขภาพ
	ผลิต		นำเข้า			มูลค่าส่งออก (ล้านบาท)	บริโภคในประเทศ[1] (ล้านบาท)	ประมาณการบริโภคในประเทศ(ขายส่ง)[2] x 1.675		ราคาขายส่ง	ราคาขายปลีก	มูลค่าปัจจุบัน	มูลค่าคงที่	
	มูลค่าผลิตภายในประเทศ	ร้อยละ	มูลค่านำสั่งเข้า	ร้อยละ	รวม (ล้านบาท)									
2526	3,777.9	65.2	2,012.0	34.8	5,789.9	255.6	5,534.3	9,270.0	16,686.0	22,718.30	40,893.15	0.0	0.0	40.52
2527	5,453.0	76.5	1,673.0	23.5	7,126.0	284.0	6,842.0	11,460.4	20,628.7	27,837.12	50,106.99	23.6	22.5	39.49
2528	6,651.2	73.5	2,393.1	26.5	9,044.3	315.5	8,728.8	14,620.7	26,317.3	34,692.57	62,446.62	27.6	24.6	44.41
2529	4,678.0	71.5	1,864.5	28.5	6,542.5	350.5	6,192.0	10,371.6	18,668.9	24,190.58	43,543.04	-29.1	-30.3	28.26
2530	5,145.8	68.9	2,325.4	31.1	7,471.2	389.4	7,081.8	11,862.0	21,351.6	27,014.46	48,626.04	14.4	11.7	28.73
2531	6,708.8	72.3	2,571.0	27.7	9,279.8	432.7	8,847.1	14,818.9	26,674.0	32,486.81	58,476.26	24.9	20.3	29.65
2532	8,372.9	71.7	3,307.6	28.3	11,680.5	480.8	11,199.7	18,759.5	33,767.1	38,991.26	70,184.27	26.6	20.0	32.13
2533	8,886.0	72.0	3,449.1	28.0	12,335.1	604.1	11,731.0	19,649.4	35,369.0	38,593.73	69,468.71	4.7	-1.0	28.23
2534	9,657.6	69.6	4,216.4	30.4	13,874.0	784.8	13,089.2	21,924.4	39,463.9	40,677.83	73,220.10	11.6	5.4	28.43
2535	10,696.6	69.6	4,682.6	30.4	15,379.2	1,193.5	14,185.7	23,761.0	42,769.9	42,362.26	76,252.07	8.4	4.1	27.08
2536	11,831.0	70.0	5,075.3	30.0	16,906.3	2,855.3	14,051.0	23,535.4	42,363.8	40,593.66	73,068.59	-0.9	-4.2	23.02
2537	12,969.7	68.1	6,086.6	31.9	19,056.3	1,536.2	17,520.1	29,346.2	52,823.1	48,186.41	86,735.53	24.7	18.7	26.41
2538	15,820.9	63.0	9,276.4	37.0	25,097.3	2,398.5	22,698.8	38,020.5	68,436.9	59,007.23	106,213.01	29.6	22.5	30.09
2539	18,120.4	62.9	10,676.0	37.1	28,796.4	1,784.9	27,011.5	45,244.3	81,439.7	66,449.98	119,609.97	19.0	12.6	31.63
2540	19,608.0	59.3	13,467.1	40.7	33,075.1	2,319.7	30,755.4	51,515.3	92,727.5	71,563.55	128,814.39	13.9	7.7	32.88
2541	16,127.7	53.3	14,146.5	46.7	30,274.2	2,782.3	27,491.9	46,048.9	82,888.1	59,210.92	106,579.66	-10.6	-17.3	30.02
2542	19,033.9	57.2	14,232.3	42.8	33,266.2	3,014.9	30,251.3	50,670.9	91,207.7	65,001.30	117,002.34	10.0	9.8	32.09
2543	20,995.9	55.7	16,700.4	44.3	37,696.3	3,732.7	33,963.6	56,889.0	102,400.2	71,799.99	129,299.91	12.3	10.5	34.16
2544	23,087.9	53.6	19,967.6	46.4	43,055.5	4,326.9	38,728.6	64,870.4	116,766.7	80,572.77	145,030.95	14.0	12.2	36.35
2545	24,144.6	54.9	19,867.9	45.1	44,012.5	4,115.5	39,897.0	66,827.5	120,289.5	82,504.30	148,507.79	3.0	2.4	35.87
2546	26,586.1	50.5	26,024.9	49.5	52,611.0	4,821.5	47,789.5	80,047.4	144,085.3	97,002.04	174,603.68	19.8	17.6	38.72
2547	31,707.6	50.9	30,545.5	49.1	62,253.1	4,961.6	57,291.5	95,963.3	172,734.0	113,116.86	203,610.35	19.9	16.6	43.73
2548	29,704.8	43.7	38,293.4	56.3	67,998.2	6,196.9	61,801.3	103,517.1	186,330.8	116,821.39	210,278.50	7.9	3.3	42.61
2549	30,910.9	40.7	45,004.6	59.3	75,915.5	6,958.3	68,957.2	115,503.3	207,906.0	124,528.19	224,150.74	11.6	6.6	41.82
2550	41,232.4	43.8	53,000.1	56.2	94,232.5	7,409.9	86,822.6	145,427.9	261,770.1	153,268.64	275,883.55	25.9	23.1	48.08
2551	35,322.9	35.5	64,148.1	64.5	99,471.0	8,976.5	90,494.5	151,578.3	272,840.9	151,578.29	272,840.92	4.2	-1.1	46.39
											เฉลี่ย 21 ปี	12.9	8.6	

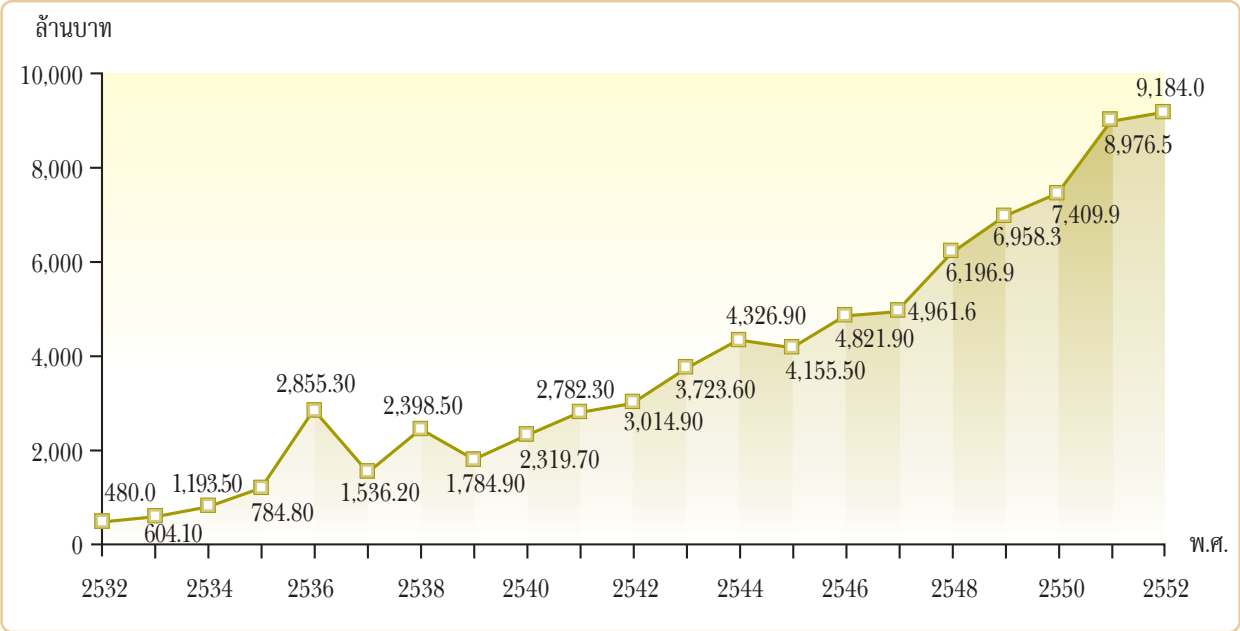
ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ: 1.ตัวเลขประมาณการจะต้องลบมูลค่ายาส่งออกด้วย (ภาพที่ 6.45)

2.ตัวเลขจากรายงานต่ำกว่าความจริงประมาณร้อยละ 67.5 (รายงานต่ำไปร้อยละ 48 และรายงานไม่รวมยาขององค์การเภสัชกรรม และยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ด้วย)

3.ราคาขายปลีกประมาณ 1.8 เท่าของราคาขายส่ง

ภาพที่ 6.45 มูลค่าการส่งออกยาของประเทศใน พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552 (ราคาปัจจุบัน)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: พ.ศ. 2532 - พ.ศ. 2552 มูลค่าส่งออกยาได้จากกรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

3.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

เครื่องมือแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่มีการกระจุกตัวในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ ยกเว้นเครื่องสลายนิ่วและเครื่องอัลตร้าซาวด์ที่มีในภาครัฐมากกว่าเอกชน (ตารางที่ 6.10)

ตารางที่ 6.10 อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย

อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	จำนวนทั้งหมด	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	รวม		หมายเหตุ
				รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์[1]	399	128 (32.1)	271 (67.9)	145 (36.3)	254 (63.7)	พ.ศ. 2552
2. เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า [1]	51	17 (33.3)	34 (66.7)	23 (45.1)	28 (54.9)	พ.ศ. 2551
3. เครื่องสลายนิ่ว[2]	74	9 (12.2)	65 (87.8)	48 (64.9)	26 (35.1)	พ.ศ. 2551
4. เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม [1]	215	117 (54.4)	98 (45.6)	85 (39.5)	130 (60.5)	พ.ศ. 2552
5. เครื่องอัลตร้าซาวด์ [2]	2,158	323 (15.0)	1,835 (85.0)	1,624 (75.3)	534 (24.7)	พ.ศ. 2552

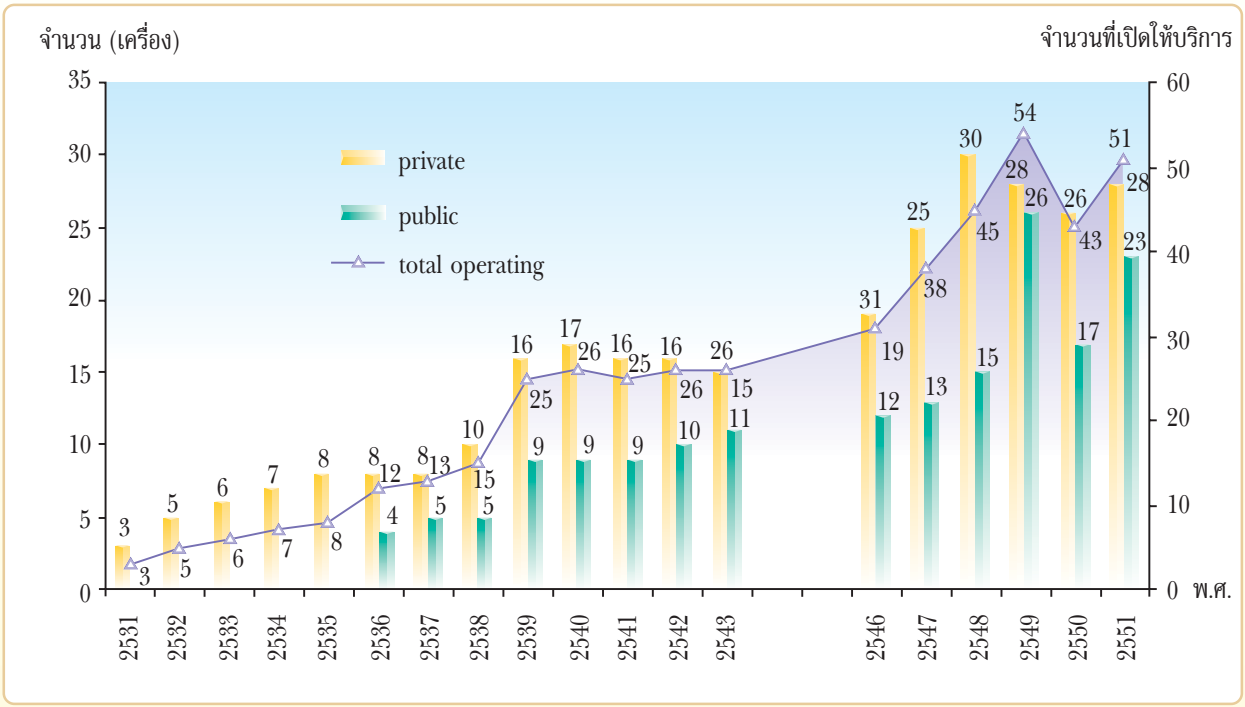
ที่มา: [1] ได้จากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

[2] ได้จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: ตัวเลขใน ( ) คือ ร้อยละ

แนวโน้มของการมีเครื่องมือแพทย์ที่ใช้สำหรับการให้บริการในประเทศไทย มีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ตัวอย่างเช่น เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน (ภาพที่ 6.46)

ภาพที่ 6.46 จำนวนเครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าที่เปิดบริการในประเทศไทย จำแนกตามสถานบริการภาครัฐและเอกชน



ที่มา: พ.ศ. 2531 - พ.ศ. 2543 ได้จาก ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย, 2542.

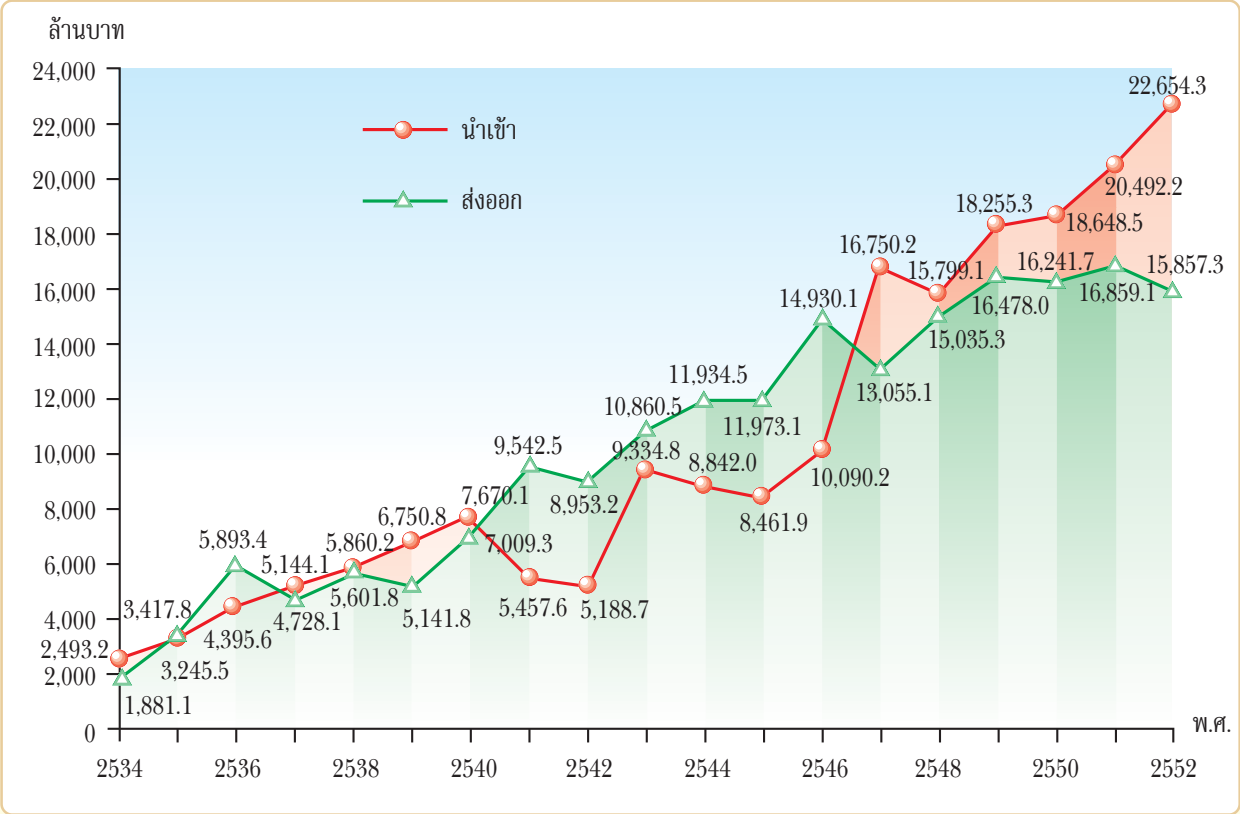
พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 ได้จาก กองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2549

พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551 ได้จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: จำนวนเครื่องที่ระบุในแต่ละปีเป็นจำนวนเมื่อปลายปีนั้น

มูลค่าการนำเข้าเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ในช่วง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 13.04 ต่อปี โดยหลังวิกฤตเศรษฐกิจระยะแรกมูลค่าการนำเข้ามีแนวโน้มลดลงและขยายตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.2 ใน พ.ศ. 2546 ในขณะที่การส่งออกเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2540 โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมาพบว่ามูลค่าการนำเข้าสูงกว่าการส่งออกอย่างชัดเจน (ภาพที่ 6.47)

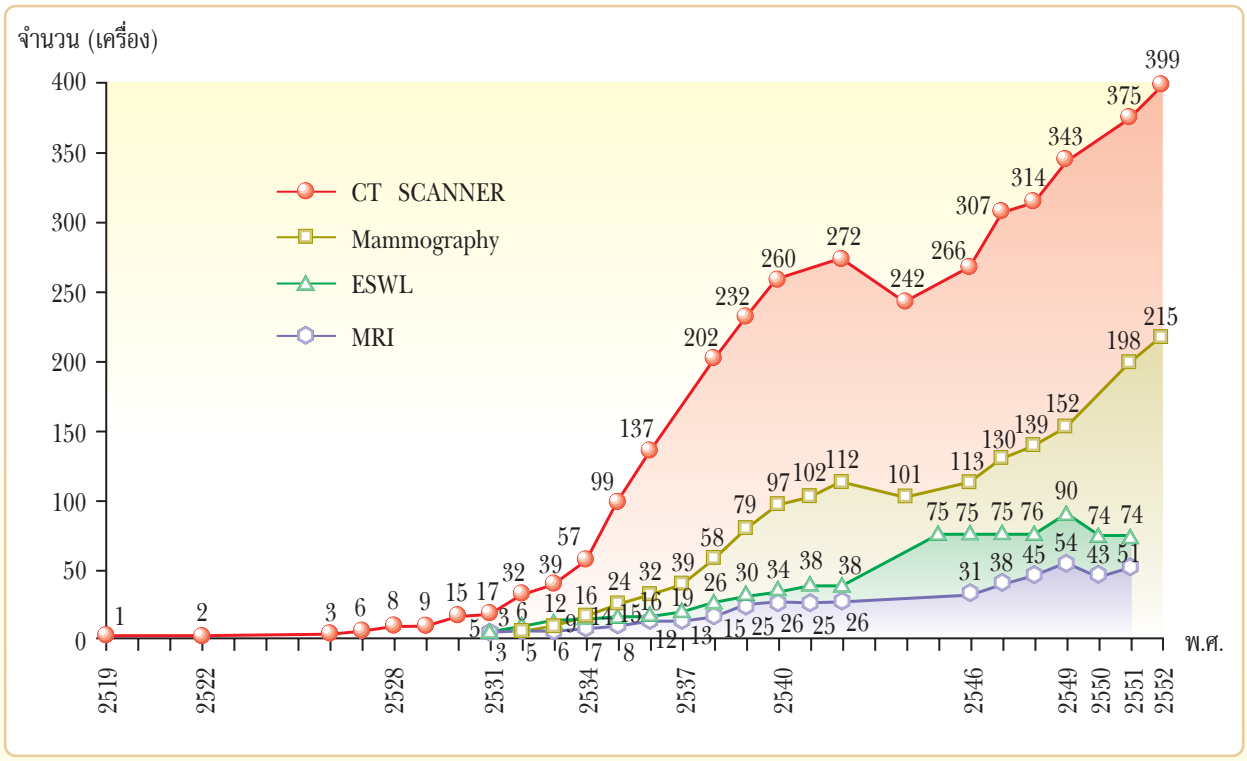
ภาพที่ 6.47 มูลค่าการนำเข้า ส่งออก เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของประเทศไทย พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552



ที่มา: กรมศุลกากร กระทรวงการคลัง

การเพิ่มขึ้นของการนำเข้าเทคโนโลยี ส่วนหนึ่งเป็นการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ราคาแพง โดยเฉพาะการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) (ภาพที่ 6.48)

ภาพที่ 6.48 จำนวนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2519 - พ.ศ. 2552



ที่มา: - วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542

- พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552 ได้จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ปัญหาความไม่เท่าเทียมของการกระจายเทคโนโลยีชั้นสูง เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) พิจารณาได้จากอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน ซึ่งพบว่ากรุงเทพฯ มีอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อล้านประชากรสูงสุด ทั้งเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า เครื่องสลายนิ่ว และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม และหากเปรียบเทียบโดยใช้ค่าดัชนีความแตกต่าง พบว่า เครื่องมือแพทย์ที่ติดตั้งในกรุงเทพฯ ทั้ง 4 ประเภท มีค่าอยู่ระหว่าง 1.3 - 6.0 (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ) ขณะที่เครื่องมือแพทย์ที่ติดตั้งในภูมิภาคต่าง ๆ มีค่า 0.4 - 1.3 (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศ) (ตารางที่ 6.11) และหากเปรียบเทียบแนวโน้มของดัชนีความแตกต่างของ CT Scanner พบว่าความแตกต่างระหว่างภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 6.12) โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพิ่มขึ้นเป็น 9 เท่าในปีพ.ศ. 2552 แสดงให้เห็นว่าเมื่อพ้นภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ความไม่เสมอภาคของการกระจายเครื่องมือแพทย์ก็กลับเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 6.11 อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2552

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน				ดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index)			
	ESWL	CT	MRI	Mammogram	ESWL	CT	MRI	Mammogram
กรุงเทพฯ	1.6	22.5	3.0	20.5	1.3	3.6	3.7	6.0
ภูมิภาค	1.1	4.7	0.6	1.7	0.9	0.7	0.7	0.5
กลาง	1.3	8.3	0.8	3.1	1.1	1.3	1.0	0.9
เหนือ	1.5	4.7	0.5	1.0	1.3	0.7	0.6	0.3
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.7	2.3	0.4	1.2	0.6	0.4	0.5	0.4
ใต้	1.4	4.1	0.8	1.3	1.2	0.7	1.0	0.4
ทั้งประเทศ	**1.2**	**6.3**	**0.8**	**3.4**	**1.0**	**1.0**	**1.0**	**1.0**

ที่มา: - รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ข้อมูล ESWL ปี 2551)
- สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ข้อมูล CT, MRI, Mammo ปี 2552)

ตารางที่ 6.12 อัตราส่วน CT Scanner ต่อประชากรหนึ่งล้านคน และดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2552

ภาค	จำนวน CT scan					CT ต่อล้านประชากร					Discrepancy Index				
ภูมิศาสตร์	2542	2546	2549	2551	2552	2542	2546	2549	2551	2552	2542	2546	2549	2551	2552
กรุงเทพฯ	89	89	115	118	128	15.9	13.3	20.5	20.7	22.5	3.5	3.2	3.7	3.5	3.6
ภูมิภาค	183	177	228	257	271	3.3	3.1	4.0	4.5	4.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7
กลาง	74	80	110	119	129	5.2	5.3	7.4	7.7	8.3	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3
เหนือ	41	37	48	54	56	3.4	3.2	4.0	4.5	4.7	0.8	0.8	0.7	0.8	0.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	46	38	46	49	50	2.2	1.7	2.2	2.3	2.3	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
ใต้	22	22	24	35	36	2.8	2.5	2.9	4.0	4.1	0.6	0.6	0.5	0.7	0.7
ทั้งประเทศ	**272**	**266**	**343**	**375**	**399**	**4.5**	**4.2**	**5.5**	**5.9**	**6.3**	**1.0**	**1.0**	**1.0**	**1.0**	**1.0**

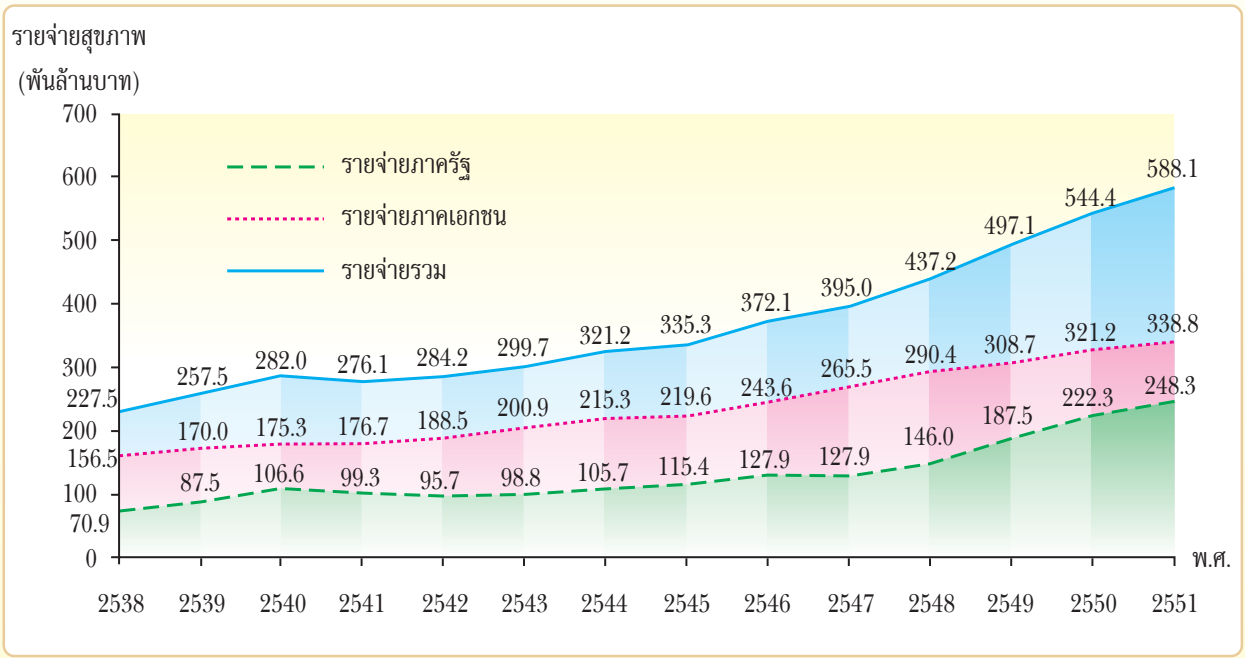
ที่มา: พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552 ได้จากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
พ.ศ. 2542 ได้จาก วงเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย : การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542

4. รายจ่ายด้านสุขภาพ

4.1 แนวโน้มรายจ่ายด้านสุขภาพ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมารายจ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจากมูลค่า 25,315 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2523 เป็นมูลค่า 588,154 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 6.49) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึงกว่า 20 เท่า หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากร เพิ่มขึ้นจาก 545 บาท ใน พ.ศ. 2523 เป็น 9,304 บาท ใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 6.13) หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 17 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน

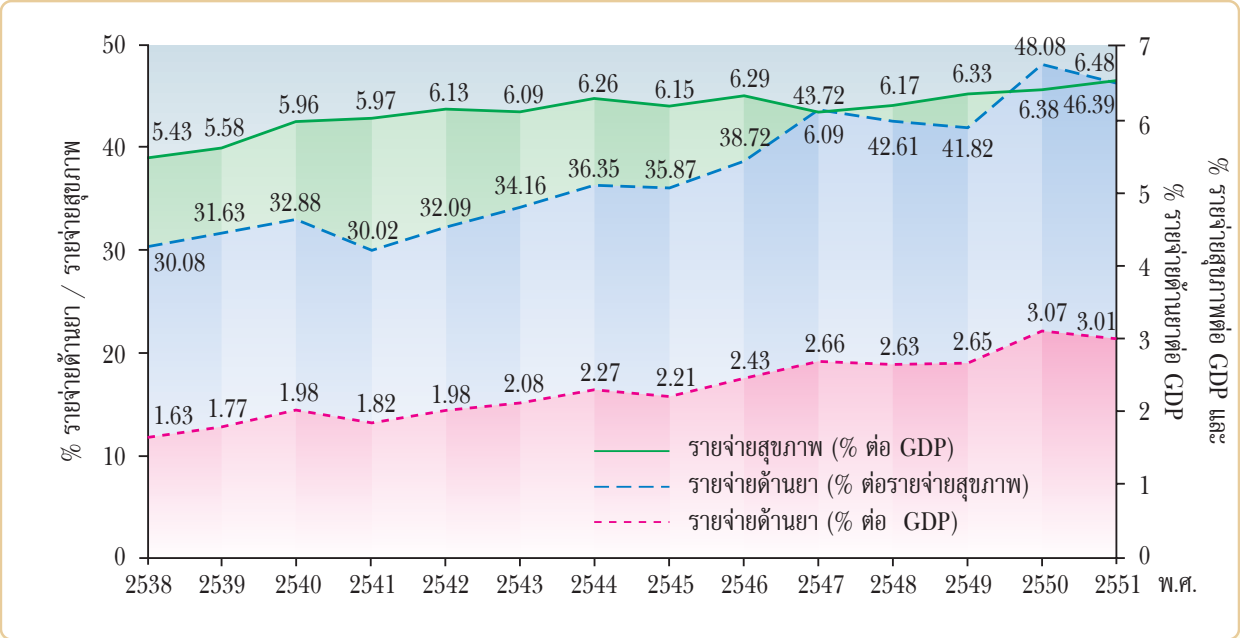
ภาพที่ 6.49 รายจ่ายสุขภาพรวมและรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2551



ที่มา: จากตารางที่ 6.13

รายจ่ายสุขภาพจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 6.4 ใน พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 6.50) โดยเพิ่มในอัตราที่เร็วกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กล่าวคือ รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 7.6 ต่อปี ในมูลค่าจริง ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 5.6 ต่อปี (ตารางที่ 6.14) โดยรายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล จะเห็นได้จากรายจ่ายด้านยามีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นร้อยละ 46.4 ต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 6.14 และ ภาพที่ 6.50)

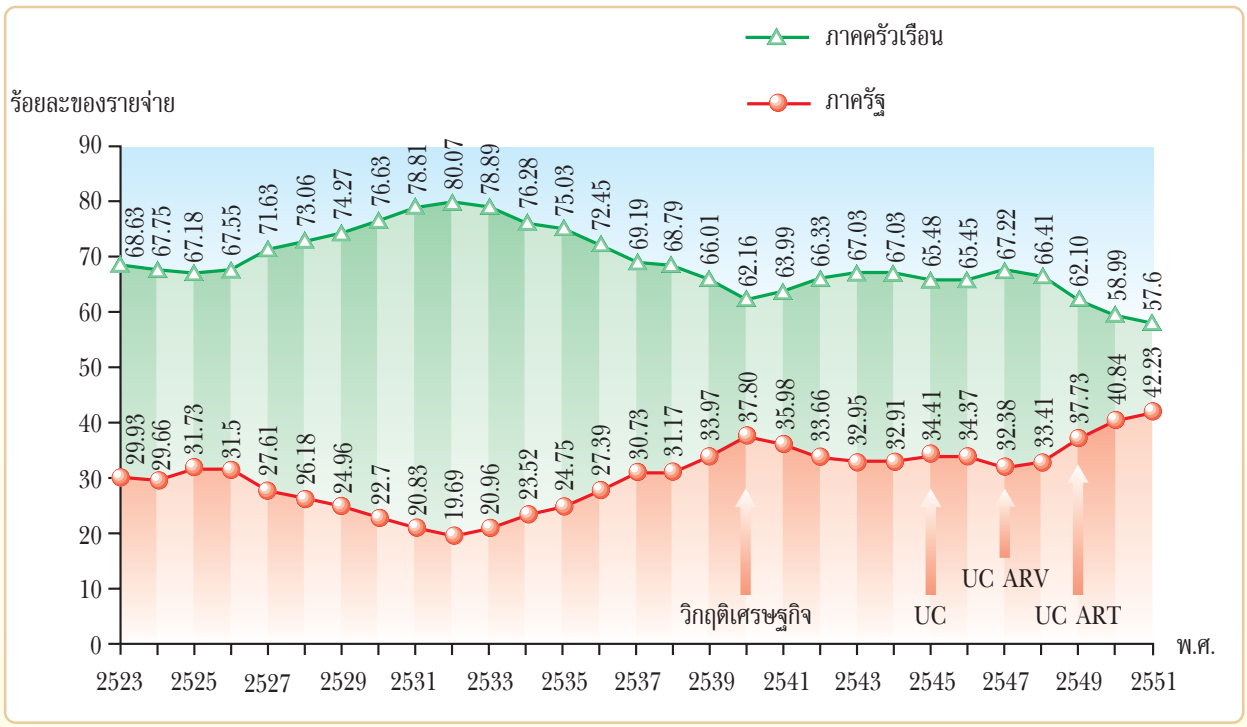
ภาพที่ 6.50 รายจ่ายสุขภาพรวม และรายจ่ายด้านยาต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อรายจ่ายสุขภาพ (รายจ่ายสุขภาพต่อ GDP และรายจ่ายด้านยาต่อ GDP) ระหว่าง พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2551



ที่มา: ตารางที่ 6.14

นอกจากนี้ หากพิจารณาตามแหล่งที่มาของรายจ่ายด้านสุขภาพ จะพบว่าส่วนใหญ่ของรายจ่ายสุขภาพ เป็นของภาคเอกชน ซึ่งรวมถึงรายจ่ายของครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 57.6 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2551 ในขณะที่รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 42.2 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ (ภาพที่ 6.51) ทั้งนี้ ตั้งแต่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. 2545) และมีหลักประกันในการเข้าถึงยารักษาโรคเอดส์และการบำบัดโรคไตวายระยะสุดท้าย แนวโน้มสัดส่วนค่าใช้จ่ายในภาครัฐก็สูงขึ้นมาก

ภาพที่ 6.51 แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพ ภาครัฐและภาคครัวเรือน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551



ที่มา: ตารางที่ 6.13

หมายเหตุ: UC = ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ARV = ยารักษาโรคเอดส์ (Antiretroviral Drugs)

RRT = การบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (Renal Replacement Therapy)

ตารางที่ 6.13 รายจ่ายด้านสุขภาพ มูลค่าปัจจุบัน พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551 (ล้านบาท)

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวง	สวัสดิการข้าราชการ	สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	กองทุนทดแทนแรงงาน	ประกันสังคม	องค์กรอิสระ/หน่วยงานในกำกับ	รวม	ร้อยละ	ประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน	ครัวเรือนและนายจ้าง	รวม	ร้อยละ	เงินช่วยเหลือต่างประเทศ		รวมรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมด	รายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อบาท	ร้อยละ GDP
														รวม	ร้อยละ			
2523	4,495	2,210	660	111	100	-	-	7,576	29.93	224	17,150	17,374	68.63	365	1.44	25,315	544.94	3.82
2524	5,572	2,535	995	167	149	-	-	9,418	29.66	284	21,229	21,513	67.75	824	2.59	31,755	668.70	4.18
2525	6,652	2,838	1,219	204	153	-	-	11,066	31.73	318	23,109	23,427	67.18	380	1.09	34,873	719.16	4.14
2526	7,092	3,134	1,482	248	205	-	-	12,971	31.50	350	27,469	27,819	67.55	391	0.95	41,181	832.63	4.47
2527	8,618	3,467	1,791	300	250	-	-	14,426	27.61	469	36,951	37,420	71.63	395	0.76	52,241	1,036.61	5.29
2528	9,044	3,716	2,157	362	236	-	-	15,515	26.18	547	42,751	43,298	73.06	452	0.76	59,265	1,146.75	5.61
2529	9,275	3,965	2,594	435	221	-	-	16,490	24.96	630	48,432	49,062	74.27	508	0.77	66,060	1,254.78	5.83
2530	9,525	4,082	2,828	474	274	-	-	17,183	22.70	756	57,258	58,014	76.63	507	0.67	75,704	1,439.10	5.82
2531	10,373	4,338	3,156	529	347	-	-	18,743	20.83	951	69,955	70,906	78.81	319	0.35	89,968	1,649.70	5.77
2532	11,733	4,448	3,521	590	397	-	-	20,689	19.69	1,162	82,988	84,150	80.07	252	0.24	105,091	1,895.31	5.66
2533	16,225	4,558	4,316	723	443	-	-	26,265	20.96	1,403	97,450	98,853	78.89	184	0.15	125,302	2,224.04	5.74
2534	20,569	4,699	5,127	859	624	778	-	32,656	23.52	1,544	104,348	105,892	76.28	270	0.19	138,818	2,449.93	5.54
2535	24,604	4,840	5,854	981	753	2,057	-	39,089	24.75	1,775	116,745	118,520	75.03	356	0.23	157,965	2,753.20	5.58
2536	32,898	4,928	7,906	1,291	927	2,473	-	50,423	27.39	2,061	131,297	133,358	72.45	281	0.15	184,062	3,141.85	5.81
2537	39,319	5,558	9,954	1,668	1,169	3,773	-	61,441	30.73	2,307	136,047	138,354	69.19	154	0.08	199,949	3,405.40	5.51
2538	45,833	6,677	11,156	1,869	1,370	3,991	-	70,896	31.17	4,984	151,508	156,492	68.79	89	0.04	227,477	3,837.50	5.43
2539	55,861	7,768	13,587	2,418	1,610	6,239	-	87,483	33.97	6,296	163,693	169,989	66.01	35	0.01	257,507	4,307.00	5.58
2540	68,934	7,1,82	15,503	2,756	1,987	10,245	-	106,607	37.80	7,518	167,780	175,298	62.16	96	0.03	282,001	4,663.80	5.96
2541	65,065	5,740	16,440	2,817	1,630	7,637	-	99,329	35.98	7,803	168,876	176,679	63.99	82	0.03	276,090	4,514.50	5.97
2542	62,787	6,087	15,174	2,539	1,404	7,676	-	95,667	33.66	8,171	180,356	188,527	66.33	41	0.01	284,235	4,615.90	6.13
2543	63,001	6,195	17,062	1,622	1,257	9,623	-	98,760	32.95	7,291	193,634	200,925	67.03	72	0.02	299,757	4,852.80	6.09
2544	61,563	7,134	19,180	3,013	1,277	13,543	-	105,710	32.91	8,400	206,942	215,342	67.03	187	0.06	321,239	5,173.40	6.26
2545	70,923	6,884	20,475	3,081	1,220	11,223	1,595	115,401	34.41	9,734	209,886	219,620	65.48	372	0.11	335,393	5,361.61	6.15
2546	74,134	8,579	22,679	3,971	1,480	15,113	1,954	127,910	34.37	11,128	232,457	243,585	65.45	665	0.18	372,160	6,912.95	6.29
2547	77,721	7,056	19,798	4,101	1,490	15,533	2,189	127,900	32.28	12,581	252,956	265,537	67.22	1,573	0.40	395,018	6,317.59	6.09
2548	85,914	6,070	28,951	3,741	1,507	17,592	2,301	146,076	33.41	13,861	276,547	290,408	66.41	791	0.18	437,275	7,030.62	6.17
2549	107,101	8,919	37,037	8,068	1,684	21,029	3,736	187,574	37.73	10,258	298,433	308,691	62.10	837	0.17	497,102	7,937.96	6.33
2550	129,683	10,343	46,514	8,882	1,735	21,686	3,531	222,374	40.84	11,099	310,088	321,187	58.99	890	0.16	544,451	8,651.21	6.38
2551	142,114	11,820	54,937	9,780	1,688	23,767	4,255	268,287	42.23	13,507	325,295	338,802	57.60	991	0.17	588,154	9,304.17	6.48

ที่มา: 1.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, รายได้ประชาชาติของไทย พ.ศ. 2494 - พ.ศ. 2551

2.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุข พ.ศ.2539

3.Charles Myers, Financing Health Services and Medical Care in Thailand, 1985

4.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, Thai National Health Accounts 2006-2008

ตารางที่ 6.14 รายจ่ายด้านยาและรายจ่ายด้านสุขภาพเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551 (ล้านบาท)

พ.ศ.	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ			รายจ่ายด้านสุขภาพ				รายจ่ายด้านยา				
	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP	มูลค่าจริง	มูลค่าใน พ.ศ. 2531	อัตราเพิ่ม	ร้อยละของ GDP	ร้อยละของ รายจ่ายสุขภาพ
2523	662,482	910,457	-	25,315	34,791	-	3.82	-	-	-	-	-
2524	760,356	927,535	1.88	31,755	38,737	11.34	4.18	-	-	-	-	-
2525	841,569	977,264	5.36	34,873	40,496	4.54	4.14	-	-	-	-	-
2526	920,989	1,029,583	5.35	41,181	46,037	13.68	4.47	16,686	18,653	-	1.81	40.52
2527	988,070	1,094,770	6.33	52,241	57,882	25.73	5.29	20,629	22,857	22.53	2.09	39.49
2528	1,056,496	1,143,520	4.45	59,265	64,147	10.82	5.61	26,317	28,485	24.62	2.49	44.41
2529	1,133,397	1,205,844	5.45	66,060	70,283	9.57	5.83	18,669	19,862	-30.27	1.65	28.26
2530	1,299,913	1,350,395	11.99	75,704	78,644	11.90	5.82	21,181	22,181	11.67	1.67	28.73
2531	1,559,804	1,559,804	15.51	89,968	89,968	1440	5.77	26,674	26,674	20.25	1.71	29.65
2532	1,856,992	1,760,616	12.87	105,091	99,637	10.75	5.66	33,763	32,011	20.01	1.82	32.13
2533	2,183,545	1,956,310	11.12	125,302	112,262	12.67	5.74	35,369	31,688	-1.01	1.62	28.23
2534	2,506,635	2,121,435	8.44	138,818	117,486	4.65	5.54	39,464	33,399	5.40	1.57	28.43
2535	2,830,914	2,302,231	8.52	157,965	128,464	9.34	5.58	42,770	34,783	4.14	1.51	27.08
2536	3,170,258	2,494,247	8.34	184,062	144,813	12.73	5.81	42,364	33,331	-4.17	1.34	23.02
2537	3,629,341	2,718,376	8.99	199,949	149,762	3.42	5.51	52,823	39,564	18.70	1.45	26.41
2538	4,186,212	2,963,585	9.02	227,477	161,040	7.53	5.43	68,437	48,449	22.46	1.63	30.08
2539	4,611,041	3,089,150	4.24	257,507	172,516	7.13	5.58	81,440	54,560	12.61	1.77	31.63
2540	4,732,610	2,998,921	-2.92	282,001	178,696	3.58	5.96	92,728	58,759	7.70	1.98	32.88
2541	4,626,447	2,713,554	-9.52	276,090	161,935	-938	5.97	82,888	48,616	-17.26	1.82	30.02
2542	4,637,079	2,713,416	-0.01	284,235	166,322	2.71	6.13	91,208	53,371	9.78	1.98	32.09
2543	4,923,263	2,834,377	4.46	299,757	172,573	3.76	6.09	102,400	58,953	10.46	2.08	34.16
2544	5,133,836	2,908,656	2.62	321,239	182,003	5.46	6.26	116,767	66,156	12.22	2.27	36.35
2545	5,451,854	3,070,255	5.56	335,393	188,879	3.78	6.15	120,290	67,742	2.40	2.21	35.87
2546	5,917,368	3,270,929	6.68	372,160	205,718	8.92	6.29	144,085	79,646	17.57	2.43	38.72
2547	6,489,847	3,489,516	6.54	395,018	212,397	3.25	6.09	172,734	92,877	16.61	2.66	43.73
2548	7,087,660	3,648,562	4.56	437,275	225,099	5.98	6.17	186,331	95,919	3.28	2.63	42.61
2549	7,850,193	3,860,666	5.81	497,102	244,471	8.61	6.33	207,906	102,247	6.60	2.65	41.82
2550	8,529,836	4,100,672	6.22	544,451	261,742	7.06	6.38	261,770	125,844	23.08	3.07	48.08
2551	9,075,493	4,139,796	0.95	588,154	268,287	2.50	6.48	272,841	124,457	-1.10	3.01	46.39
		Average	5.56			7.57				7.01		

ที่มา: จากตารางที่ 6.9 และ ตารางที่ 6.13

ตารางที่ 6.15 สัดส่วนของแหล่งรายจ่ายเพื่อสุขภาพในภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2551

	2523	2529	2531	2532	2534	2535	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
1. ภาครัฐ																					
กท.สาธารณสุข	17.76	14.04	11.53	11.16	14.28	15.58	19.66	20.15	21.69	24.44	23.57	22.09	21.02	19.16	21.15	19.92	19.68	19.65	21.55	23.82	24.34
กท.อื่น	8.73	6.00	4.82	4.23	3.39	3.06	2.78	2.94	3.02	2.55	2.08	2.14	2.07	2.22	2.05	2.31	1.79	1.39	1.79	1.90	2.02
สัวสดิการข้าราชการ	2.61	3.93	3.51	3.35	3.69	3.71	4.98	4.90	5.28	5.50	5.95	5.34	5.69	5.97	6.10	6.09	5.01	6.62	7.45	8.54	9.41
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	0.44	0.66	0.59	0.56	0.62	0.62	0.83	0.82	0.94	0.98	1.02	0.89	0.54	0.94	0.92	1.07	1.04	0.86	1.62	1.63	1.67
กองทุนทดแทนแรงงาน	0.40	0.33	0.39	0.38	0.45	0.48	0.58	0.60	0.63	0.70	0.59	0.49	0.42	0.40	0.36	0.40	0.38	0.34	0.34	0.32	0.29
ประกันสังคม	0.00	0.00	0.00	0.00	0.56	1.30	1.89	1.75	2.42	3.63	2.77	2.70	3.21	4.22	3.35	4.06	3.94	4.02	4.23	3.98	4.04
องค์กรอิสระ/หน่วยงานในกำกับ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.48	0.53	0.55	0.53	0.75	0.65	0.72
รวม	29.93	24.96	20.83	19.69	23.52	24.75	30.73	31.17	33.97	37.80	35.98	33.66	32.95	32.91	34.41	34.37	32.38	33.41	37.73	40.84	42.23
2. ภาคเอกชน																					
ประกันสุขภาพบริษัทเอกชน	0.88	0.95	1.06	1.11	1.11	1.12	1.15	2.19	2.44	2.66	2.82	2.88	2.43	2.61	2.90	2.99	3.18	3.17	2.06	2.04	2.30
ครัวเรือนและนายจ้าง	67.75	73.32	77.76	78.97	75.17	73.91	68.04	66.60	63.57	59.50	61.17	63.45	64.60	64.42	62.58	62.47	64.04	63.24	60.03	56.95	55.31
รวม	68.63	74.27	78.81	80.07	76.28	75.03	69.19	68.79	66.01	62.16	63.99	66.33	67.03	67.03	65.48	65.45	67.22	66.41	62.10	58.99	57.60
3. อื่นๆ																					
เงินช่วยต่างประเทศ	1.44	0.77	0.35	0.24	0.19	0.23	0.08	0.04	0.01	0.03	0.03	0.01	0.02	0.06	0.11	0.18	0.40	0.18	0.17	0.16	0.17
รวม (ร้อยละ)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ที่มา: จากตารางที่ 6.13

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย (ตารางที่ 6.16) พบว่า ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีรายจ่ายด้านสุขภาพที่ไม่สูงมากนัก เมื่อเป็นมูลค่าต่อประชากร แต่เมื่อคิดเป็นร้อยละต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กลับมีค่าที่สูงกว่าประเทศอื่นๆ และรัฐยังมีส่วนแบ่งรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าภาคเอกชน โดยประชาชนยังเป็นผู้รับภาระส่วนใหญ่ในเรื่องรายจ่ายสุขภาพด้วยตนเอง

ตารางที่ 6.16 รายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบประเทศต่าง ๆ ในเอเชีย

ประเทศ	ค่าใช้จ่ายต่อหัว (USD)	% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	สัดส่วนการจ่าย รัฐ : ประชาชน
อินโดนีเซีย	82	2.2	54.5 : 45.5
ฟิลิปปินส์	130	3.9	34.7 : 65.3
ศรีลังกา	179	4.2	47.5 : 52.5
มาเลเซีย	604	4.4	44.4 : 55.6
ไทย (2551)	**282**	**6.4**	**42.4 : 57.6**
สิงคโปร์	1,643	3.1	32.6 : 67.4
เกาหลีใต้	1,688	6.3	54.9 : 45.1

ที่มา: The world health report, 2010 (เป็นข้อมูล พ.ศ. 2550)

หมายเหตุ: ตัวเลข พ.ศ. 2551 คิดอัตรา 33 บาท ต่อ 1 USD

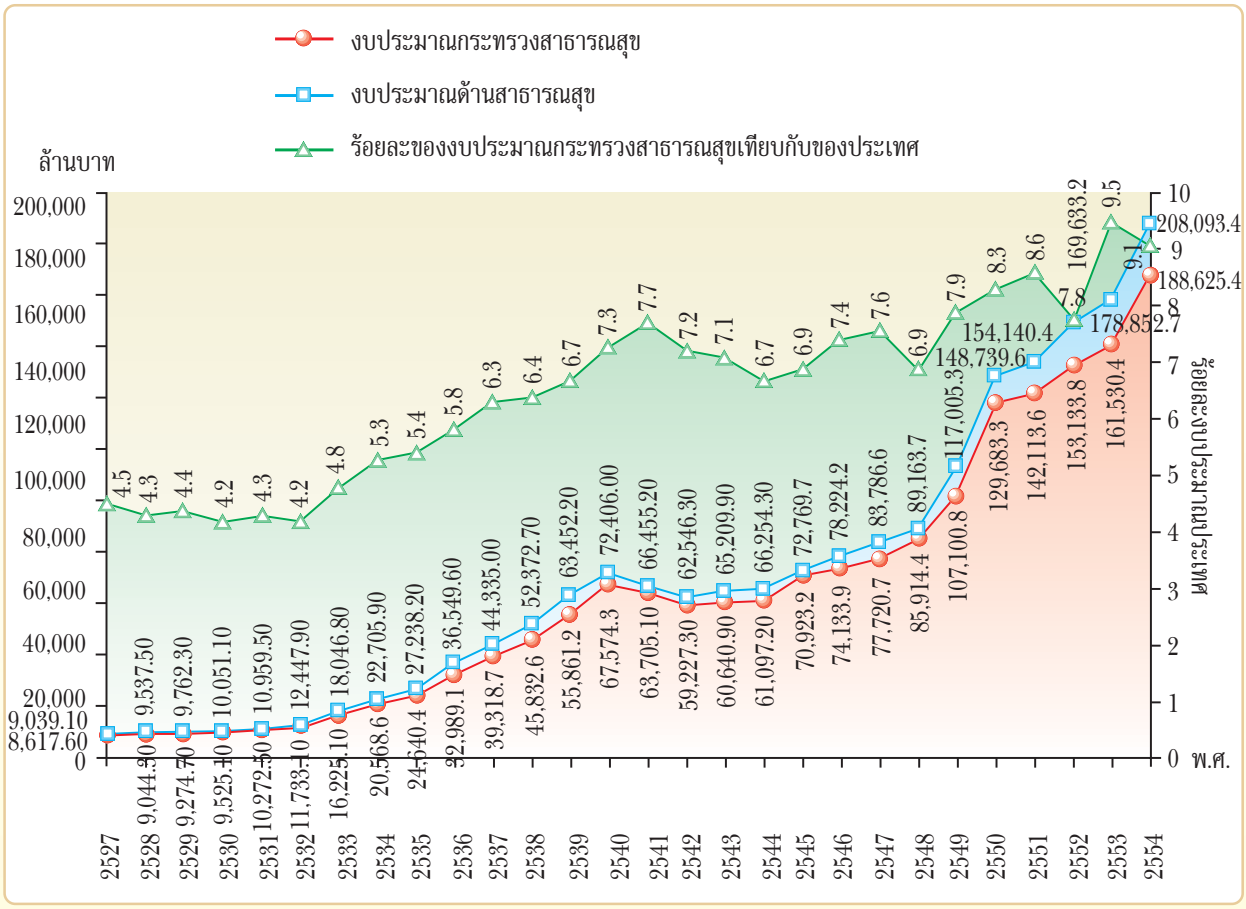
4.2 รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ

แหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุดของภาครัฐ คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยราชการส่วนกลาง ในช่วงทศวรรษ พ.ศ. 2523 - พ.ศ. 2532 แหล่งเงินในภาครัฐมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 29.9 ใน พ.ศ. 2523 เป็นร้อยละ 19.7 ใน พ.ศ. 2532 หลังจาก พ.ศ. 2532 แหล่งเงินภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึงร้อยละ 37.8 ใน พ.ศ. 2540 เนื่องจากเป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวและเติบโตต่อเนื่องอย่างรวดเร็ว แต่ในช่วงหลังภาวะวิกฤตเศรษฐกิจรัฐบาลต้องปรับลดงบประมาณ ทำให้แหล่งเงินภาครัฐมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 32.9 ใน พ.ศ. 2544 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 42.2 ใน พ.ศ. 2551 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หากจำแนกแหล่งการเงินภาครัฐตามแหล่งที่มา จะพบว่า สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพจากกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 24.4 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 19.65 ใน พ.ศ. 2548 แล้วกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.3 ใน พ.ศ. 2551 ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพจากสวัสดิการข้าราชการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 9.4 ใน พ.ศ. 2551 เช่นเดียวกับสัดส่วนของประกันสังคมที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.6 ใน พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 6.15)

เมื่อพิจารณาจากงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะเห็นว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ของงบประมาณทั้งหมดใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 9.1 ของงบประมาณทั้งประเทศใน พ.ศ. 2554 (ภาพที่ 6.52) แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของภาครัฐที่มีต่อระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 6.52 งบประมาณด้านสุขภาพและงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2554



ที่มา: สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2554 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขรวมงบกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ (เดิมเป็นงบเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ)

4.3 รายจ่ายสุขภาพภาคเอกชนและครัวเรือน

ภาคเอกชนมีแหล่งเงินจากครัวเรือนที่เป็นแหล่งจ่ายที่ใหญ่ที่สุด เนื่องจากประชาชนบางส่วนหรือบางครั้งต้องจ่ายเงินจากกระเป๋าตนเองเมื่อใช้บริการ โดยเฉพาะพฤติกรรมของประชาชนที่ยังนิยมการรักษาตัวเองด้วยการซื้อยากินเอง หรือใช้บริการในสถานบริการที่ไม่สามารถหรือไม่ต้องการใช้สิทธิการรักษา เช่น คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลเอกชน หรือไม่ได้ใช้บริการตามขั้นตอน หรือในพื้นที่ หรือในสถานบริการที่ระบุไว้ในสิทธิประโยชน์ ทำให้แหล่งเงินจากครัวเรือนมีบทบาทมากในการจัดบริการสุขภาพ

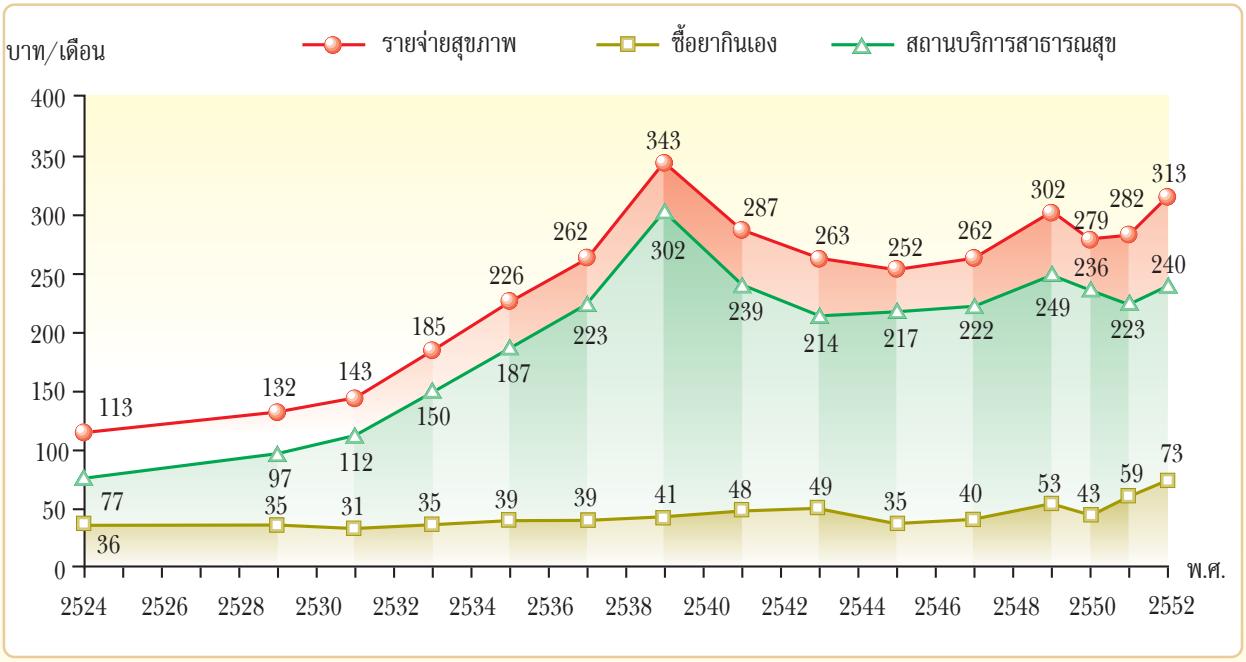
โดยสัดส่วนของรายจ่ายภาคครัวเรือมีค่าเกินกว่าร้อยละ 60 มาโดยตลอด (ตารางที่ 6.15) โดยใน พ.ศ. 2523 แหล่งเงินจากครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 68.6 เพิ่มขึ้นสูงสุดใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 80.1 เนื่องจากการปรับลดงบประมาณภาครัฐ ทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น หลังจาก พ.ศ. 2532 จนถึงช่วงวิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 แหล่งเงินจากครัวเรือนมีแนวโน้มที่มีสัดส่วนลดลงเรื่อย ๆ เป็นร้อยละ 62.2 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.03 ใน พ.ศ. 2543 ซึ่งเป็นช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ งบประมาณภาครัฐมีการปรับลดลง อย่างไรก็ดี ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ปรากฏว่าสัดส่วนรายจ่ายภาคครัวเรือนและเอกชน ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยใน พ.ศ. 2549 มีสัดส่วนร้อยละ 62.1 และใน พ.ศ. 2551 ลดลงเหลือร้อยละ 57.6 แสดงให้เห็นว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนช่วยลดภาระรายจ่ายภาคครัวเรือนลงได้ ถึงแม้ว่าจะยังคงมีการใช้บริการที่ไม่ได้อยู่ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะการซื้อยากินเอง การใช้คลินิกเอกชน และการใช้บริการข้ามขั้นตอนหรือข้ามเขตพื้นที่ ที่ประชาชนยังคงต้องจ่ายเงินเองเมื่อไปใช้บริการ

เมื่อจำแนกตามแหล่งที่มาของรายจ่ายภาคเอกชน จะพบว่าส่วนใหญ่จะมาจากภาคครัวเรือนและนายจ้างมากกว่าจากการประกันสุขภาพภาคเอกชน โดยแนวโน้มของสัดส่วนรายจ่ายจากการประกันสุขภาพเอกชน อยู่ที่ประมาณร้อยละ 2-3 แต่ก็นับว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับรายจ่ายจากครัวเรือนและนายจ้าง

นอกจากนี้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในด้านแบบแผนรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน พบว่า ในช่วง พ.ศ. 2524 - 2539 ค่อนข้างคงที่อยู่ระหว่างร้อยละ 3.6 - 3.9 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคของครัวเรือนในแต่ละเดือน และเริ่มมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ 3.2 ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ เป็นต้นมา จนถึง พ.ศ. 2545 เหลือร้อยละ 2.6 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคของครัวเรือนในแต่ละเดือน จนใน พ.ศ. 2552 เหลือร้อยละ 2.2 ของรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค โดยมีข้อสังเกตที่สำคัญ คือ

1) รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนสำหรับการซื้อยากินเอง มีสัดส่วนลดลงตามลำดับ จากร้อยละ 31.9 ใน พ.ศ. 2524 เหลือร้อยละ 11.9 ใน พ.ศ. 2539 ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนของรายจ่ายที่ซื้อบริการในสถานพยาบาล (ซึ่งในที่นี้รวมถึงการบริโภคยาด้วย) ทั้งคลินิกเอกชน โรงพยาบาลรัฐและเอกชน เป็นต้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยตลอดจากร้อยละ 68.1 ใน พ.ศ. 2524 เป็นร้อยละ 88.0 ใน พ.ศ. 2539 แนวโน้มดังกล่าวเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ทำให้ประชาชนหันมาซื้อยากินเองเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 18.6 ใน พ.ศ. 2543 รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลลดลง เมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวใน พ.ศ. 2545 ประชาชนมีรายจ่ายในการซื้อยากินเองลดลงเหลือร้อยละ 13.9 แต่นับตั้งแต่ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552 กลับมีรายจ่ายการซื้อยากินเองที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.3 ใน พ.ศ. 2552 โดยค่าใช้จ่ายที่ซื้อบริการจากสถานพยาบาลกลับลดลงเป็นร้อยละ 76.7 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.53 และตารางที่ 6.17)

ภาพที่ 6.53 รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552

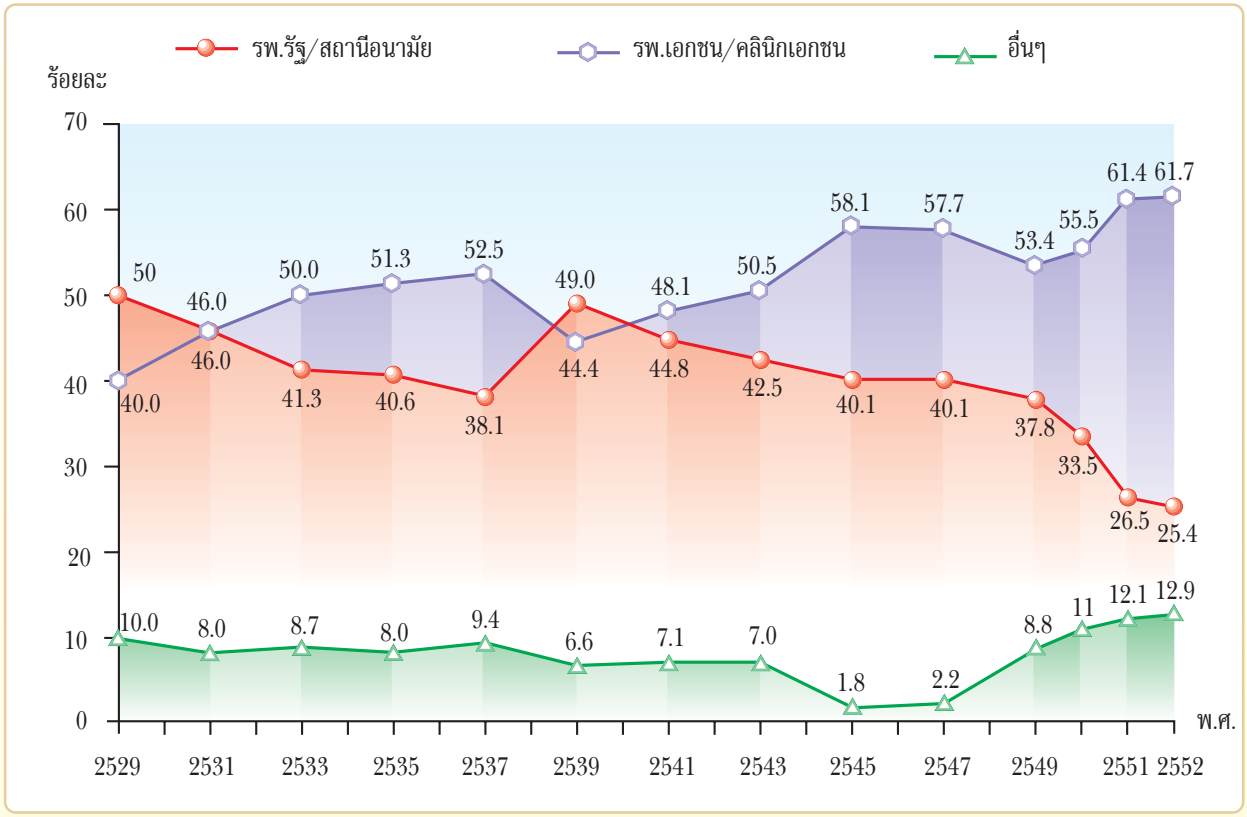


ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ตัวเลขนี้คาดว่าต่ำกว่าความเป็นจริง เพราะคุ้มรวมการสำรวจมักตกสำรวจในครัวเรือนที่มีรายได้สูง

2) รายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อรับบริการในสถานบริการ มีสัดส่วนสูงขึ้นในสถานบริการภาคเอกชน ในขณะที่ภาครัฐลดลง จากภาพที่ 6.54 จะเห็นได้ว่า รายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนเพื่อซื้อบริการที่ภาคเอกชน ทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40 ใน พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 52.5 ใน พ.ศ. 2537 ในทางตรงกันข้าม รายจ่ายของครัวเรือนสำหรับบริการที่ รพ.รัฐและสถานีอนามัยนั้น มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 50 ใน พ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 38.1 ใน พ.ศ. 2537 แต่เมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจระยะแรกครัวเรือนมีแนวโน้มไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐและสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นและไปโรงพยาบาล / คลินิกเอกชนลดลง สำหรับบริการอื่น ๆ เช่น บริการทันตกรรม ตรวจวัดสายตาประกอบแว่น เป็นต้น มีสัดส่วนระหว่างร้อยละ 8-10 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนและมีข้อน่าสังเกตว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจเริ่มฟื้นตัว รายจ่ายของครัวเรือนสำหรับบริการที่โรงพยาบาล / คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.7 ใน พ.ศ. 2552 ในขณะที่รายจ่ายสำหรับบริการของรัฐ กลับลดลงเหลือร้อยละ 25.4 ในปีเดียวกัน โดยรายจ่ายที่สถานบริการอื่นๆ ก็เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.9 ทั้งนี้อาจเกิดจากการใช้บริการที่สถานบริการของรัฐส่วนใหญ่ อยู่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนจ่ายเงินลดลงเมื่อใช้บริการของรัฐ

ภาพที่ 6.54 สัดส่วนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือนเพื่อรับบริการในสถานบริการ พ.ศ. 2529 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6.17 แบบแผนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน (บาทต่อเดือน) พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2552

แบบแผนรายจ่ายเพื่อสุขภาพของครัวเรือน	2524		2529		2531		2533		2535		2537		2539		2541		2543		2544		2545		2547		2549		2550		2551		2552	
	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%	บาท	%
รายจ่ายทั้งหมด/เดือน	3,374	-	3,783	-	4,161	-	5,437	-	6,529	-	7,567	-	9,190	-	10,389	-	9,848	-	10,025	-	10,889	-	12,297	-	14,311	-	14,500	-	15,942	-	16,205	-
รายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค/เดือน	3,161	-	3,486	-	3,804	-	4,942	-	5,892	-	6,787	-	8,072	-	8,966	-	8,558	-	8,758	-	9,601	-	10,885	-	12,701	-	12,735	-	14,087	-	14,244	-
รายจ่ายเพื่อสุขภาพ/เดือน	113	3.6	132	3.8	143	3.9	185	3.7	226	3.8	262	3.9	343	4.2	287	3.2	263	3.1	264	3.0	252	2.6	262	2.4	302	2.4	279	2.2	282	2.0	313	2.2
ซื้อยากินเอง	36	31.9	35	26.5	31	21.7	35	18.9	39	17.3	39	14.9	41	11.9	48	16.7	49	18.6	46	17.4	35	13.9	40	15.3	53	17.5	43	15.4	59	20.9	73	23.3
สถานบริการสาธารณสุข	77	68.1	97	73.5	112	78.3	150	81.1	187	82.7	22.3	85.1	302	88.0	239	83.3	214	81.4	218	82.6	217	86.1	222	84.7	249	82.5	236	84.6	223	79.1	240	76.7
-รพ.รัฐ/สถานีอนามัย	-	-	48	50.0	52	46	62	41.3	76	40.6	85	38.1	148	49.0	107	44.8	91	42.5	98	45.0	87	40.1	89	40.1	94	37.8	79	33.5	59	26.5	61	25.4
-รพ.เอกชน/คลินิกเอกชน	-	-	39	40.0	51	46	75	50.0	96	51.3	117	52.5	134	44.4	115	48.1	108	50.5	110	50.4	126	58.1	128	57.7	133	53.4	131	55.5	137	61.4	148	61.7
-อื่นๆ	-	-	10	10	9	8	13	8.7	15	8.0	21	9.4	20	6.6	17	7.1	15	7.0	10	4.6	4	1.8	5	2.2	22	8.8	26	11.0	27	12.1	31	12.9
ขนาดของครัวเรือน(คน)	4.5		4.3		4.0		4.1		3.9		3.8		3.7		3.7		3.6		3.6		3.5		3.4		3.3		3.3		3.3		3.3	

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.1 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

ประเทศไทยมีแนวโน้มขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ระบบประกันสุขภาพเอกชนและ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งใน พ.ศ. 2544 สามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 71.0 และจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ส่งผลให้ประชาชนทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 97.4 ใน พ.ศ. 2552 โดยเป็นผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 76.1 และมีผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลย ร้อยละ 2.6 (ตารางที่ 6.18)

ตารางที่ 6.18 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552

ระบบประกันสุขภาพ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า			เมื่อมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า					
	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550	2552
1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	0.9	74.7	73.5	72.2	74.3	73.6	76.1
- บัตรทองมี ท.(ไม่เสีย 30 บาท)	-	-		74.7	30.6	28.1	28.6	42.8	76.1
- บัตรทองไม่มี ท.(เสีย 30 บาท)	-	-	0.9		42.9	44.1	45.7	30.9	
2. สวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล(สปร.)	12.7	12.6	31.5	-	-	-	-	-	-
3. สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	15.3	10.2	8.5	8.9	9.4	9.8	8.9	9.1	7.7
- ข้าราชการ	13.2	9	7.5	8.9	9.4	9.8	8.9	9.1	7.7
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2.1	1.2	1.0						
4. ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน	-	5.6	7.2	9.6	10.7	11.0	11.4	12.1	12.3
5. ประกันสุขภาพสมัครใจ	4.5	16.1	22.1	1.7	0.8	1.0	0.7	1.1	0.9
- บัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	1.4	15.3	20.8	-	-	-	-	-	-
- ประกันสุขภาพเอกชน	3.1	0.8	1.3	1.7	0.8	1.0	0.7	1.1	0.9
6. อื่นๆ	0.9	1.0	0.8	-	-	1.1	0.7	0.5	0.4
มีหลักประกันสุขภาพ	33.5	45.5	71.0	94.9	94.3	95.1	96.0	96.3	97.4
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	66.5	54.5	29.0	5.1	5.7	4.9	4.0	3.7	2.6

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

2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

นอกจากนั้น พบว่าใน พ.ศ. 2552 ประชากรที่อยู่ในเขตชนบทได้รับบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงกว่าประชาชนในเขตเมือง แต่ประชาชนในเขตเมืองมีสวัสดิการประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการมากกว่าประชาชนในเขตชนบท (ตารางที่ 6.19)

ตารางที่ 6.19 ร้อยละการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552

การมีหลักประกันสุขภาพ	ในเขตเทศบาล								นอกเขตเทศบาล							
	2534	2539	2544	2546	2547	2549	2550	2552	2534	2539	2544	2546	2547	2549	2550	2552
ไม่มีสวัสดิการ	65	58	42	9	10.1	7.7	7.3	5.3	68	52	22	3	3.5	2.5	2.1	1.4
ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	22	17	16	15	15.3	14.1	14.6	12.1	6	7	9	6	6.5	6.6	6.6	5.8
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	-	56	54.6	56.3	55.3	60.3	-	-	-	84	82.8	82.1	81.6	83.1
ประกันสังคม	-	11	13	18	18.2	19.8	20.2	19.7	-	3	4	6	7.0	7.7	8.6	9.1
สปร.	7	5	15	-	-	-	-	-	21	16	39	-	-	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพ	1	6	10	-	-	-	-	-	2	20	27	-	-	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพเอกชน	5	2	3	3	1.8	1.6	2.5	2.1	1	1	1	1	0.3	0.3	0.5	0.2
อื่นๆ	1	1	1	-	-	0.6	0.2	0.5	1	1	1	-	-	0.7	0.6	0.4

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

2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2549, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: จำนวนผู้เอาประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนในปี 2547 มี 2.88 ล้านคน คิดเป็น 4.4% แต่เป็นผู้มีสวัสดิการมากกว่า 1 สวัสดิการ

5.2 อัตราการใช้บริการสุขภาพ

การใช้บริการสุขภาพของประชาชน ในสถานบริการที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วยนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1.8 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2544 เป็น 3.4 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2552 โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก ใน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552 สูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (4 - 6 ครั้ง) และต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1.2 - 3 ครั้ง) แสดงว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสูงสุดในกรุงเทพมหานคร (ทั้งนี้รวมผู้ป่วยที่มาจากจังหวัดอื่นด้วย) (ตารางที่ 6.20) และเช่นเดียวกับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2550 และกลับมาลดลงเล็กน้อยใน พ.ศ. 2552 อันเนื่องจากการสำรวจคุ้มรวมไม่ครบถ้วน โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในสูงสุดที่กรุงเทพมหานครและต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 6.21)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการ กับทรัพยากรสุขภาพในระดับจังหวัด จะพบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก สัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน สัมพันธ์กับอัตราส่วนประชากรต่อเตียง (ภาพที่ 6.55 และภาพที่ 6.56) แสดงให้เห็นว่าจังหวัดที่มีทรัพยากรสุขภาพมาก (อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ที่มีค่าน้อย) จะมีอัตราการใช้บริการที่สูง เป็นการยืนยันอิทธิพลของทรัพยากรสุขภาพที่มีต่อโอกาสในการใช้บริการของประชาชน

ตารางที่ 6.20 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552

ภาค	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	4.0	3.9	4.4	4.4	5.1	5.4	6.4	4.1	3.7
ภาคกลาง	2.0	2.1	2.3	2.3	2.5	2.7	2.9	3.3	4.2
ภาคเหนือ	1.6	1.6	1.7	1.8	2.0	2.0	2.1	2.2	3.1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6	1.5	3.1
ภาคใต้	1.7	1.7	1.7	1.8	1.9	1.9	2.1	2.1	3.2
รวม	**1.8**	**1.8**	**1.9**	**2.0**	**2.2**	**2.3**	**2.5**	**2.4**	**3.4**

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คุ้มรวมไม่ครบถ้วน

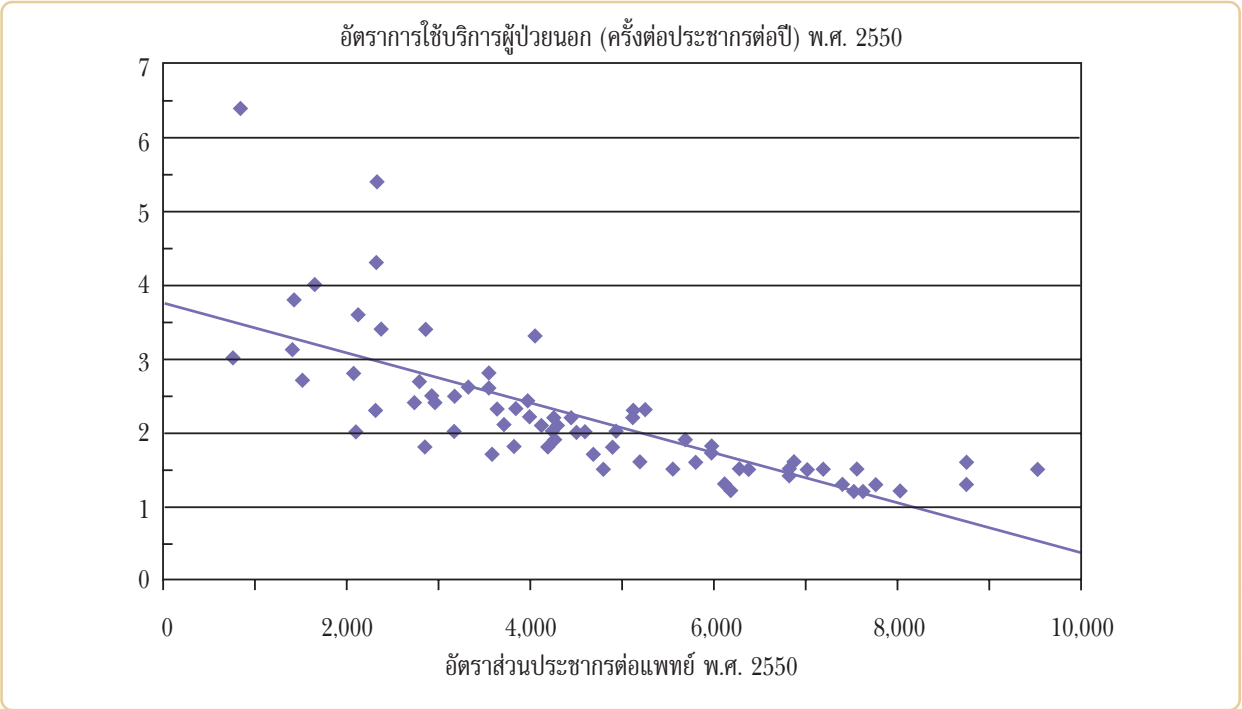
ตารางที่ 6.21 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ร้อยละต่อคนต่อปี) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552

ภาค	2538	2540	2542	2544	2546	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	11.6	15.5	19.9	22.3	20.3	21.7	20.1	26.2	14.4	11.0
ภาคกลาง	12.4	13.8	15.0	15.7	14.4	15.6	16.1	15.9	15.3	15.2
ภาคเหนือ	9.4	11.9	12.7	15.0	13.1	12.8	13.3	13.5	13.2	10.9
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8.4	11.0	10.4	10.7	10.7	10.6	10.9	11.3	11.2	11.3
ภาคใต้	10.7	12.3	12.0	13.9	13.5	13.8	14.6	15.0	16.6	15.7
รวม	**10.1**	**12.4**	**13.0**	**14.2**	**13.3**	**13.7**	**14.0**	**14.7**	**13.6**	**12.8**

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

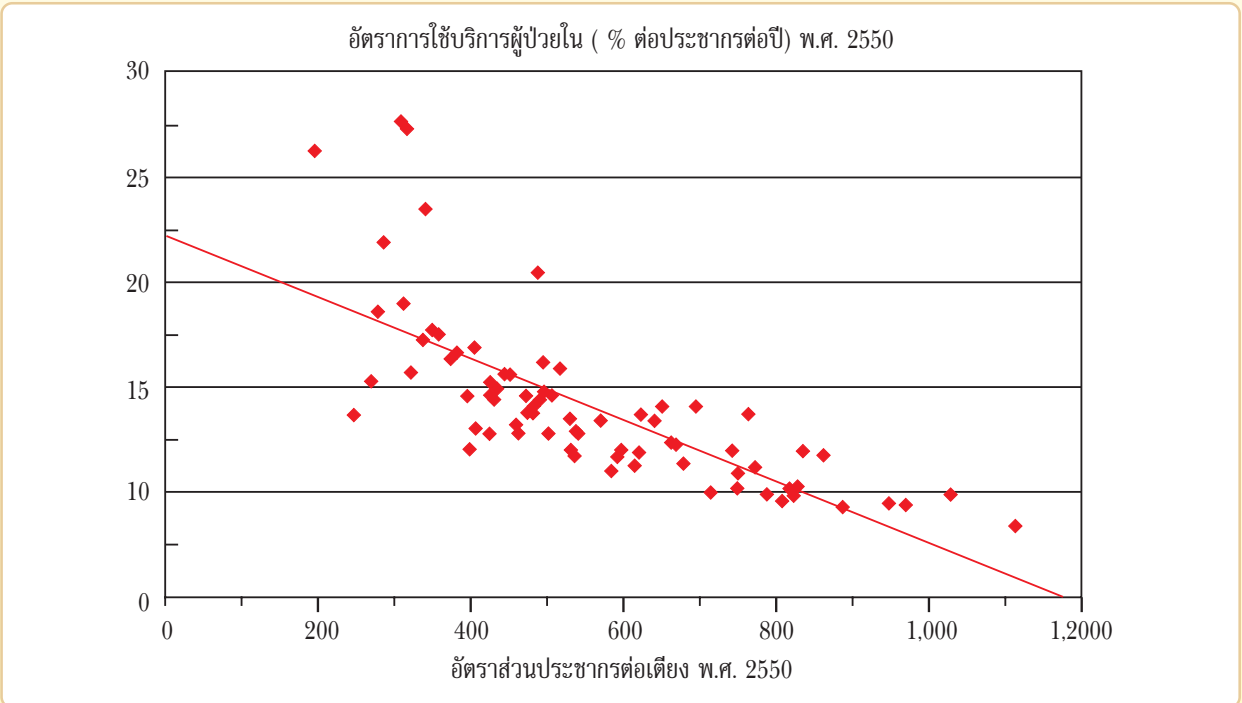
หมายเหตุ: คุ้มรวมไม่ครบถ้วน

ภาพที่ 6.55 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ระดับจังหวัด พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

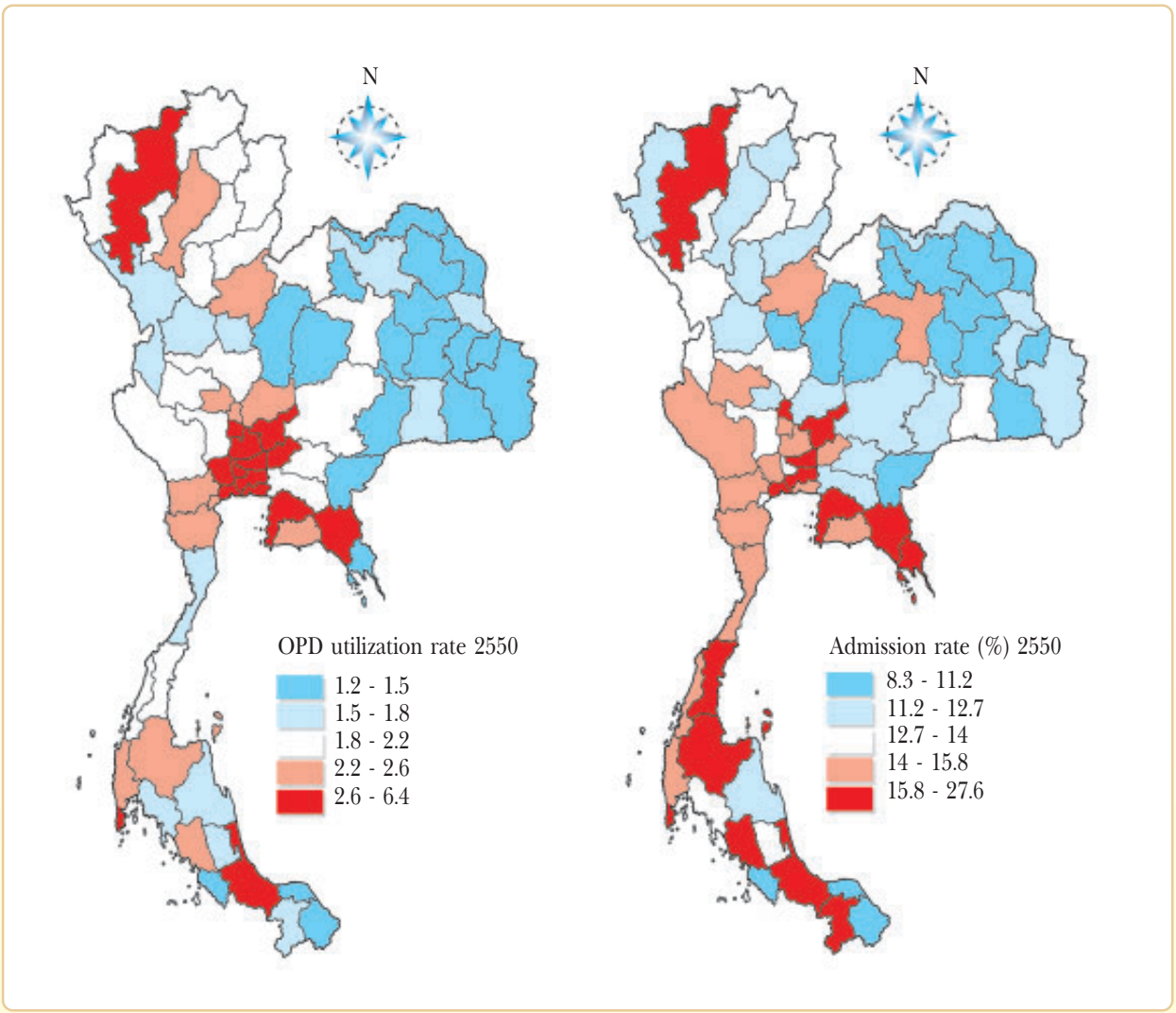
ภาพที่ 6.56 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในและอัตราส่วนประชากรต่อเตียงระดับจังหวัด พ.ศ. 2550



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

เมื่อวิเคราะห์การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการใช้บริการระดับจังหวัด จะพบว่า จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค และจังหวัดในภาคกลาง จะมีอัตราการใช้บริการที่สูง ในขณะที่จังหวัดส่วนใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีอัตราการใช้บริการที่ต่ำกว่าจังหวัดอื่น (ภาพที่ 6.57)

ภาพที่ 6.57 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในระดับจังหวัด พ.ศ. 2550

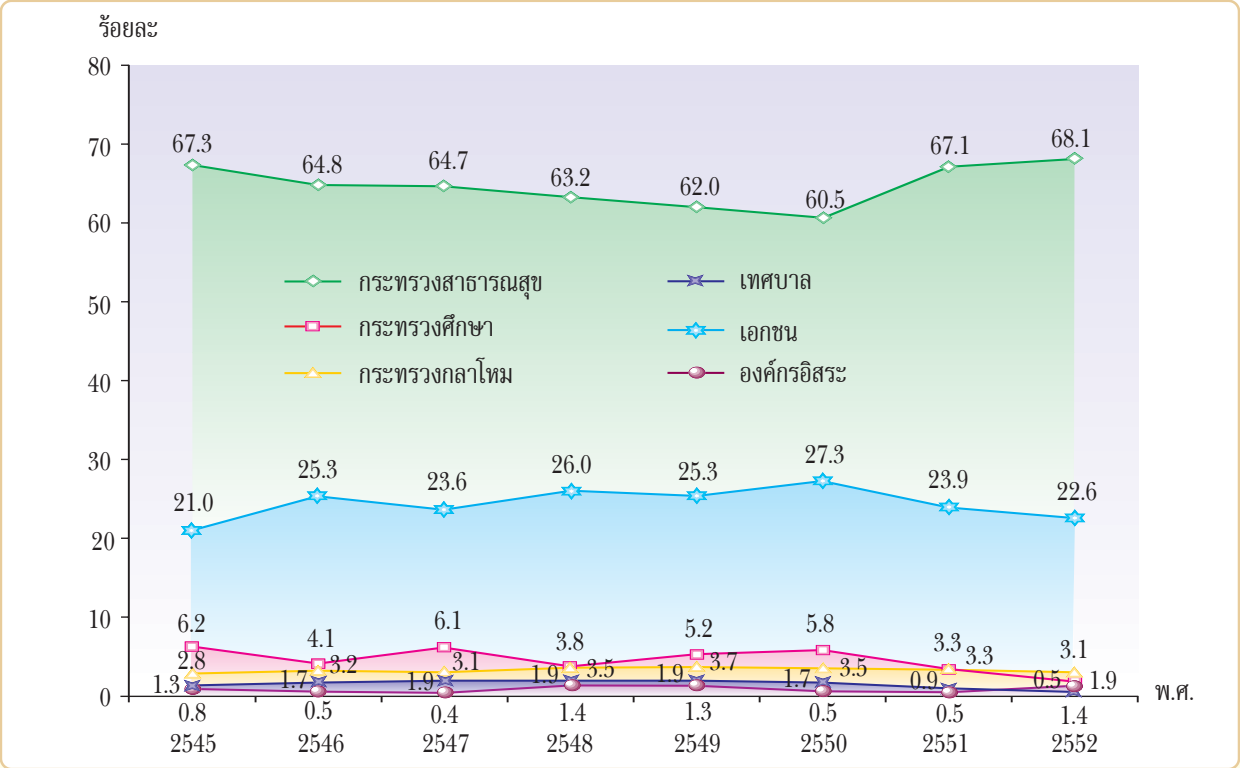


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

5.3 การใช้บริการสุขภาพตามสังกัดและระดับของสถานบริการ

ในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552) สัดส่วนผู้ป่วยนอกตามสังกัดของโรงพยาบาล สูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 65) รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน ประมาณ 1 ใน 5 (ร้อยละ 24) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 4) (ภาพที่ 6.56) เช่นเดียวกับ สัดส่วนผู้ป่วยในตามสังกัดของโรงพยาบาลที่สูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 73) รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 20) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ 3) (ภาพที่ 6.57)

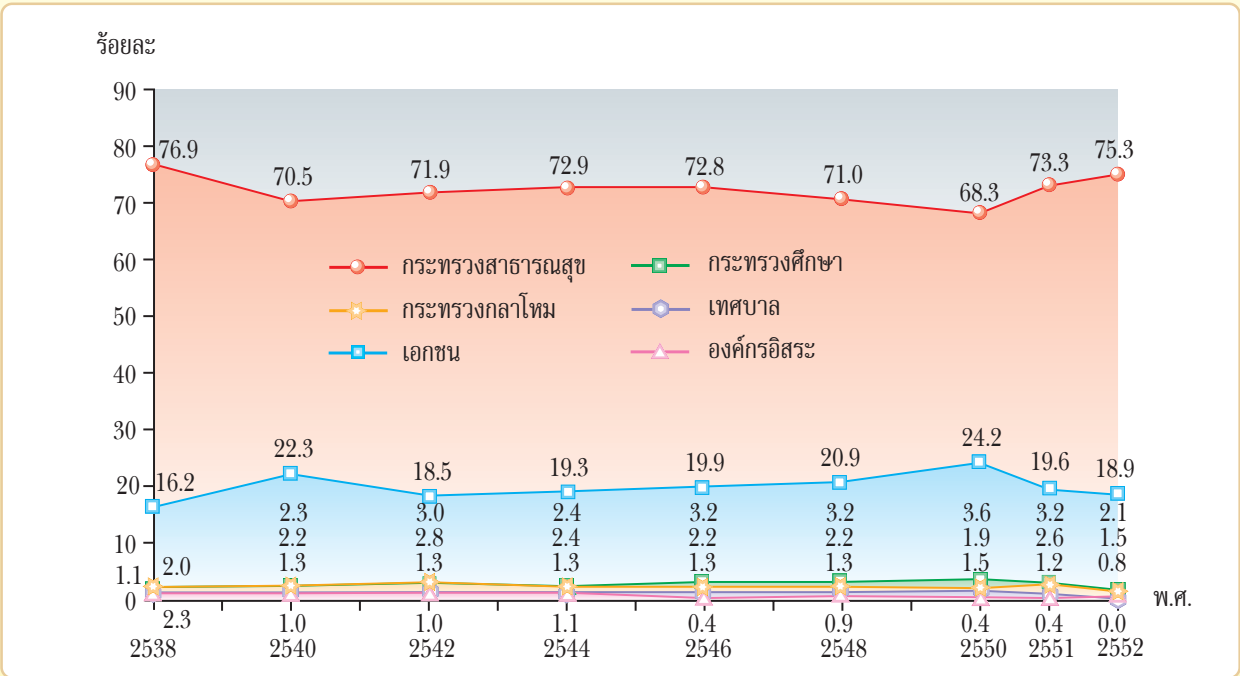
ภาพที่ 6.58 สัดส่วนผู้ป่วยนอก (ครั้ง) จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คุ้มรวมไม่ครบถ้วน

ภาพที่ 6.59 สัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552

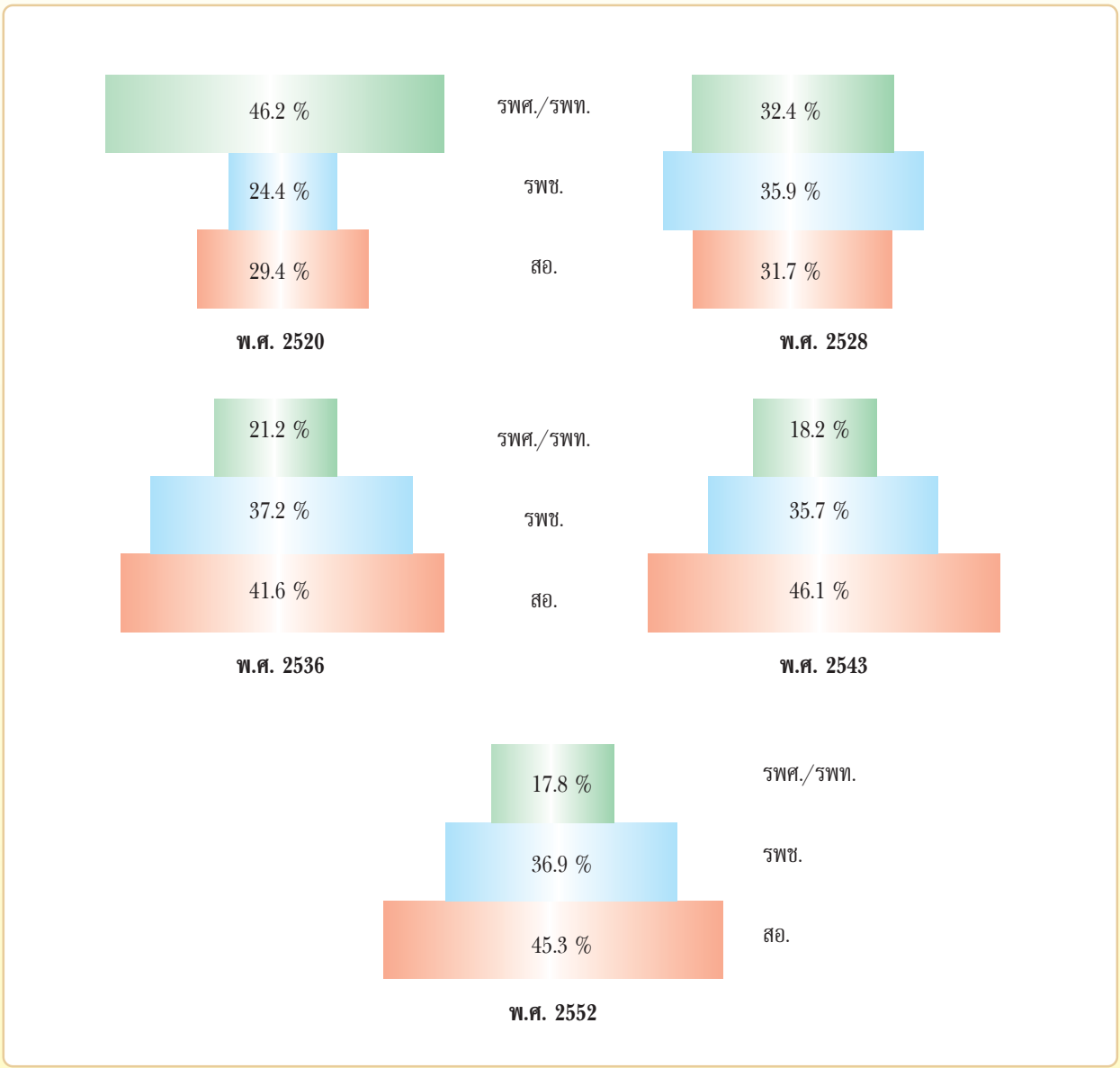


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คุ้มรวมไม่ครบถ้วน

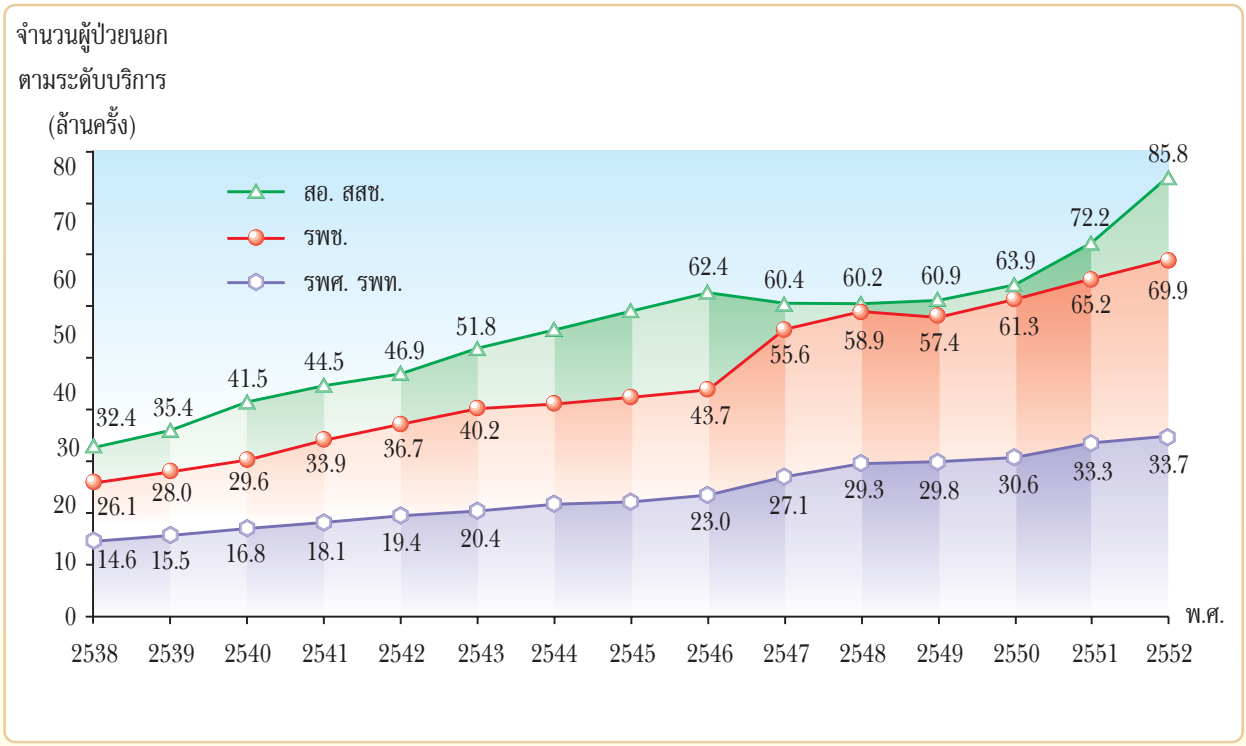
เมื่อวิเคราะห์สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอก โดยรวมผู้ป่วยที่ใช้บริการที่สถานีอนามัยด้วย และวิเคราะห์เฉพาะสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อพิจารณาแนวโน้มการใช้บริการสุขภาพตามระดับของสถานบริการ จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ จำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอก ในสถานบริการสุขภาพดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยระดับสถานีอนามัย/สถานบริการสาธารณสุขชุมชนให้บริการเพิ่มมากที่สุด รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน/สาขา และสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพิ่มน้อยที่สุด ดังนั้น ภาพของโครงร้างผู้ป่วยกำลังค่อยๆ เปลี่ยนจากภาพสามเหลี่ยมหัวกลับมาเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง (ภาพที่ 6.60 และ 6.61)

ภาพที่ 6.60 สัดส่วนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในสถานบริการแต่ละระดับ พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.61 จำนวนผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

6. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ

6.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization) ซึ่งหากพิจารณาในมุมของประสิทธิภาพแล้ว หากผู้ป่วยมีความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน การรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่มากกว่า จะสะท้อนประสิทธิภาพที่ต่ำกว่า เนื่องจากการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในจะใช้ทรัพยากรและเกิดค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงกว่า แต่ทั้งนี้จะต้องคำนึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยนอกด้วย ซึ่งจะสัมพันธ์กับปัจจัยเรื่องการเข้าถึงบริการ โดยหากการเข้าถึงบริการดี จะทำให้ผู้ป่วยนอกมีความรุนแรงน้อย ทำให้การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลน้อยตามไปด้วย

จากข้อมูลรายงานทรัพยากรสาธารณสุขใน พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552 พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกสูงที่สุด (ร้อยละ 7) ในขณะที่โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ มีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ (ร้อยละ 4 - 5.5) ดังตารางที่ 6.22 และหากพิจารณารายภาค จะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้มีอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกสูงที่สุด (ร้อยละ 7.5 - 7.8) ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนต่ำที่สุด (ร้อยละ 4.3) (ตารางที่ 6.23)

ตารางที่ 6.22 อัตราการรับจำนวนผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2552

หน่วยงาน	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กระทรวงสาธารณสุข	7.9	7.7	7.5	7.1	7.0	6.7	6.2	6.3
กระทรวงศึกษาธิการ	4.2	5.4	4.5	5.2	4.0	3.7	5.5	6.4
กระทรวงกลาโหม	8.6	4.7	4.7	4.0	3.2	3.2	4.4	2.7
กระทรวงอื่นๆ	4.6	4.4	9.7	7.1	3.0	2.4	2.7	3.2
เทศบาล	5.4	4.7	4.7	5.2	4.1	4.3	3.8	0.3
เอกชน	6.3	5.4	5.5	5.1	5.1	5.2	4.6	4.8
องค์กรอิสระ	4.2	5.1	5.6	4.3	4.2	4.9	3.7	3.4

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คุ้มรวมไม่ครบถ้วน

หากพิจารณาในมุมของประสิทธิภาพ การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลที่สูง อาจจะตีความว่ามีประสิทธิภาพต่ำ แต่ในความเป็นจริง น่าจะเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกันมากกว่า หมายความว่า ผู้ป่วยนอกที่รักษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ อาจจะมีความรุนแรงของโรคที่มากกว่าภาคอื่น ทำให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลที่มากกว่า อันเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการในการรักษาที่ต่ำกว่าภาคอื่นก็เป็นได้

ตารางที่ 6.23 อัตราการรับผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) จำแนกตามภาค พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552

ลำดับ	ภาค	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
1	กรุงเทพมหานคร	5.6	5.2	4.6	4.4	4.3	3.7	4.1	3.5	3.2
2	กลาง	7.9	7.3	6.3	6.6	6.2	5.9	5.5	4.6	5.2
3	เหนือ	9.3	7.9	7.8	7.3	6.6	6.8	6.4	6.1	6.0
4	ใต้	8.2	8.1	7.8	7.0	7.4	7.6	7.2	7.7	7.2
5	ตะวันออกเฉียงเหนือ	9.2	8.1	8.2	8.2	7.7	7.4	7.3	7.3	6.8
6	**รวม**	**8**	**7.3**	**6.8**	**6.7**	**6.3**	**6.1**	**5.9**	**5.7**	**5.7**

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

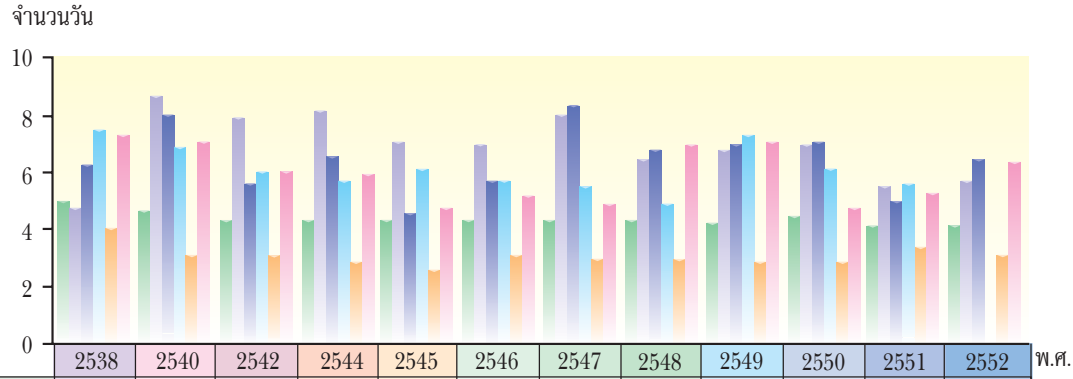
หมายเหตุ: คุ้มรวมไม่ครบถ้วน

6.2 วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน

การวิเคราะห์วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน อาจจะช่วยในการสะท้อนประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเท่ากัน การนอนนานจะทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงประสิทธิภาพการรักษาต่ำกว่า

จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 พบว่า โรงพยาบาลเอกชน มีวันนอนเฉลี่ยต่ำที่สุด (3 วัน) ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีวันนอนเฉลี่ยที่สูงที่สุดประมาณ 6.3 - 6.7 วัน (ภาพที่ 6.62) ลักษณะดังกล่าว อาจจะเกิดจากปัจจัยความรุนแรงของผู้ป่วยในด้วย โดยโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง มักจะต้องรับผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อน ทำให้ต้องนอนนาน โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ภาพที่ 6.62 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 จำแนกตามสังกัดของโรงพยาบาล



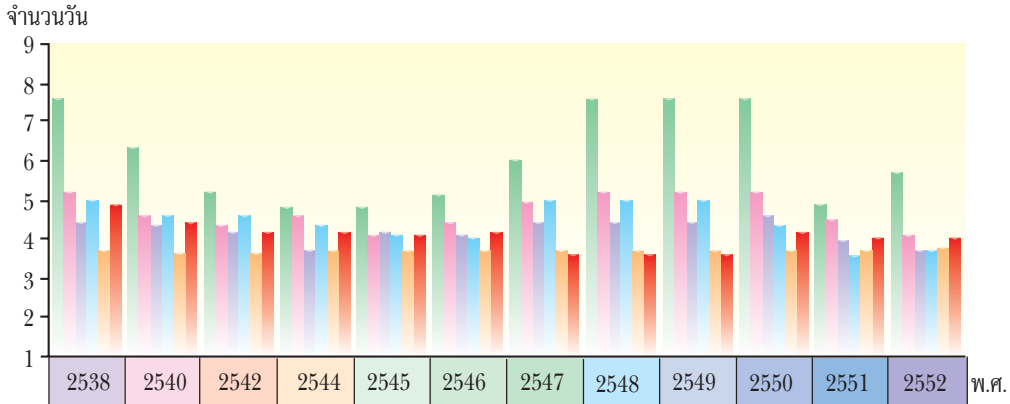
	2538	2540	2542	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กระทรวงสาธารณสุข	4.9	4.6	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3	4.2	4.4	4.1	4.1
กระทรวงศึกษาธิการ	4.7	8.6	7.9	8.1	7.1	6.9	8.0	6.4	6.7	7.0	5.5	5.7
กระทรวงกลาโหม	6.2	8.0	5.6	6.5	4.5	5.7	8.3	6.7	7.0	7.1	5.0	6.4
เทศบาล	7.5	6.8	6.0	5.7	6.1	5.7	5.5	4.8	7.3	6.1	5.6	NA
เอกชน	4.0	3.1	3.1	2.8	2.5	3.1	2.9	3.0	2.8	2.8	3.4	3.1
องค์กรอิสระ	7.3	7.1	6.0	5.9	4.7	5.2	4.8	6.9	7.1	4.7	5.3	6.3

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คุ้มรวมไม่ครบถ้วน

หากวิเคราะห์แยกตามภาค จะพบว่าวันนอนเฉลี่ยของกรุงเทพมหานครนานที่สุด (5.5 วัน) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีวันนอนเฉลี่ยต่ำที่สุด (3.7 วัน) (ภาพที่ 6.63) ทั้งนี้ปัจจัยเรื่องศักยภาพของโรงพยาบาลน่าจะมีผลทำให้โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีศักยภาพสูง ต้องรับผู้ป่วยในที่มีความซับซ้อน และนอนนาน เช่นเดียวกับ จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค และบางจังหวัดในภาคกลาง ภาคเหนือและภาคใต้ (ภาพที่ 6.64)

ภาพที่ 6.63 วันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2552 จำแนกตามภาคของโรงพยาบาล

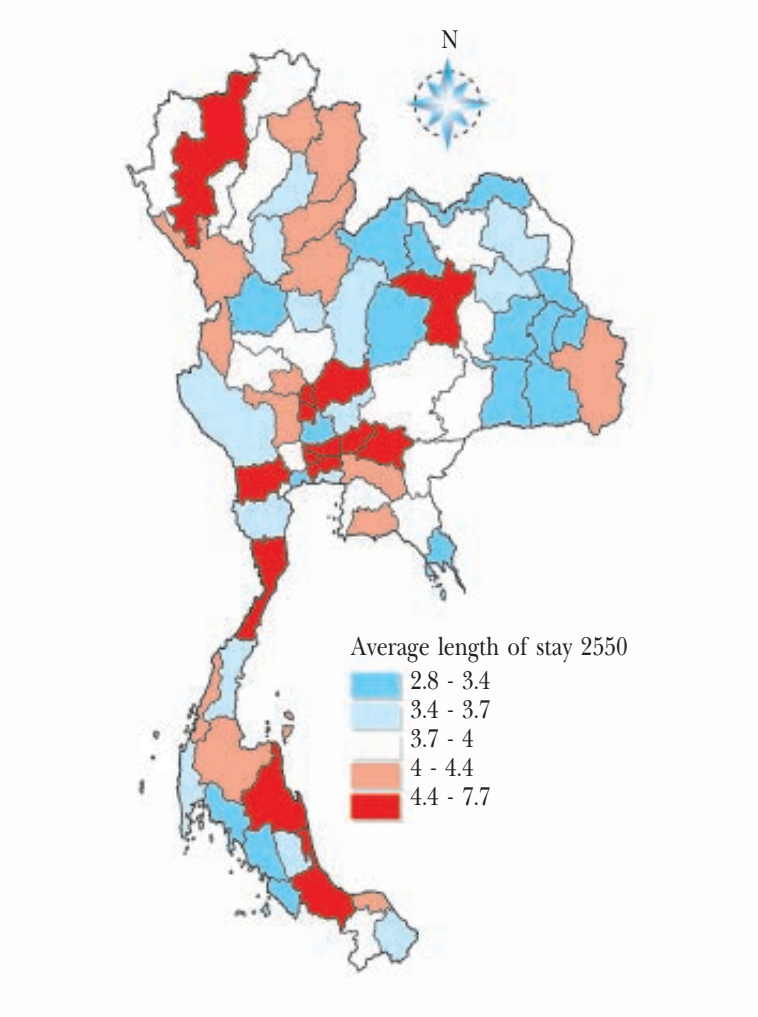


	2538	2540	2542	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
กรุงเทพมหานคร	7.6	6.3	5.2	4.8	4.8	5.1	6.0	5.1	5.4	4.6	4.9	5.7
กลาง	5.2	4.6	4.3	4.6	4.1	4.4	4.4	4.3	4.2	4.2	4.5	4.1
เหนือ	4.4	4.3	4.2	3.7	4.2	4.1	4.1	4.3	4.1	4.6	3.9	3.7
ใต้	5.0	4.6	4.6	4.3	4.1	4.0	4.1	4.1	3.9	4.3	3.5	3.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3.7	3.6	3.6	3.7	3.7	3.7	3.6	3.7	3.7	3.7	3.7	3.8
รวม	4.9	4.4	4.2	4.2	4.1	4.2	4.3	4.2	4.2	4.2	4.0	4.0

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: คุ้มรวมไม่ครบถ้วน

ภาพที่ 6.64 การกระจายทางภูมิศาสตร์ของวันนอนเฉลี่ย รายจังหวัด พ.ศ. 2550



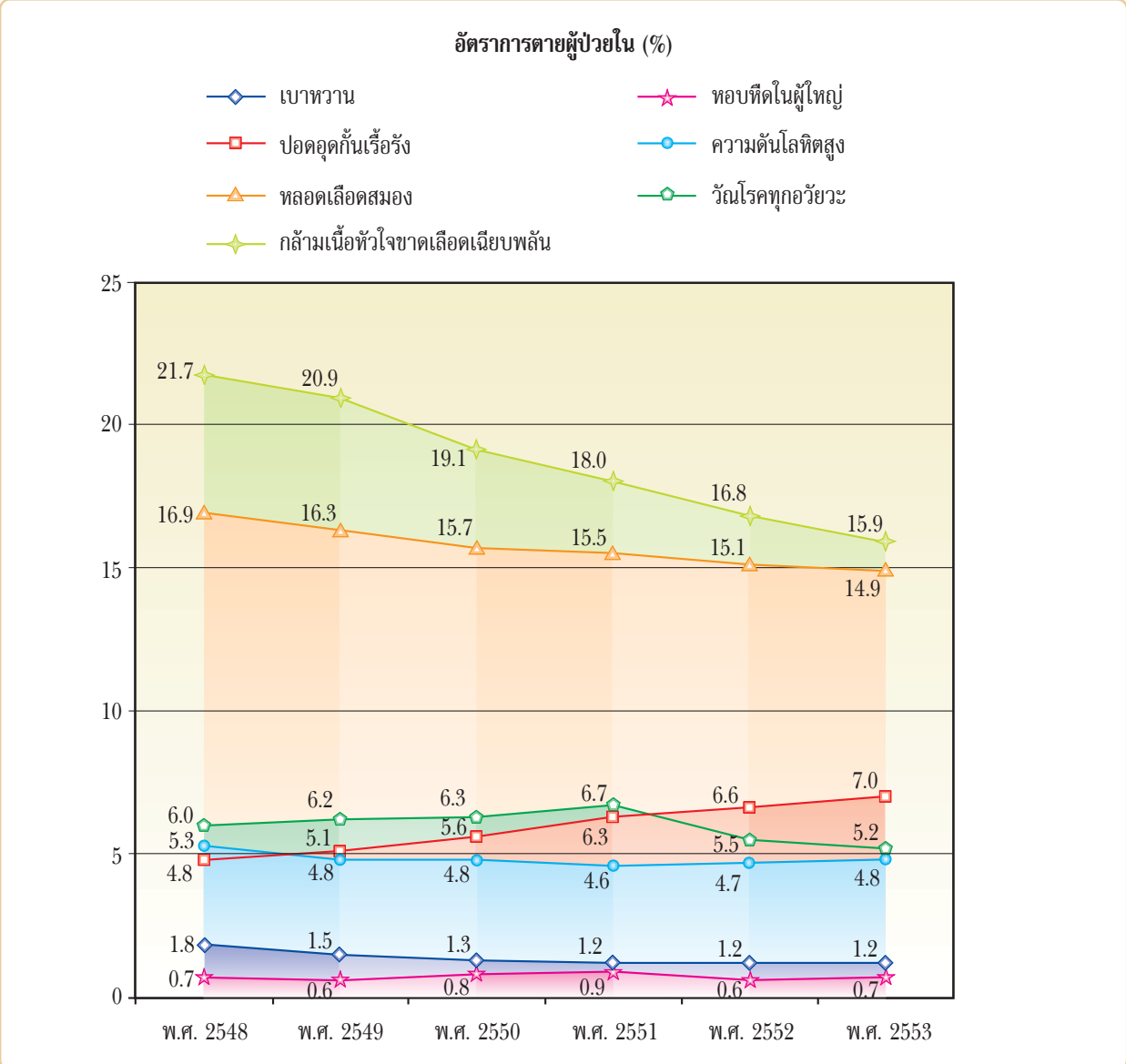
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

6.3 อัตราตายผู้ป่วยใน

อัตราตายของผู้ป่วยใน เป็นเครื่องสะท้อนคุณภาพของบริการรักษาพยาบาลได้ในระดับหนึ่ง หากมีสมมติฐานว่าระดับความรุนแรงของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง การมีคุณภาพในการรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น จะช่วยให้ผลลัพธ์ของการรักษา เช่น การเสียชีวิตของผู้ป่วยนั้นลดลง

จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553 พบว่าอัตราตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ลดลง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน แสดงถึงการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพการรักษาที่ดีขึ้น ช่วยลดโอกาสเสียชีวิตลงได้ (ภาพที่ 6.65)

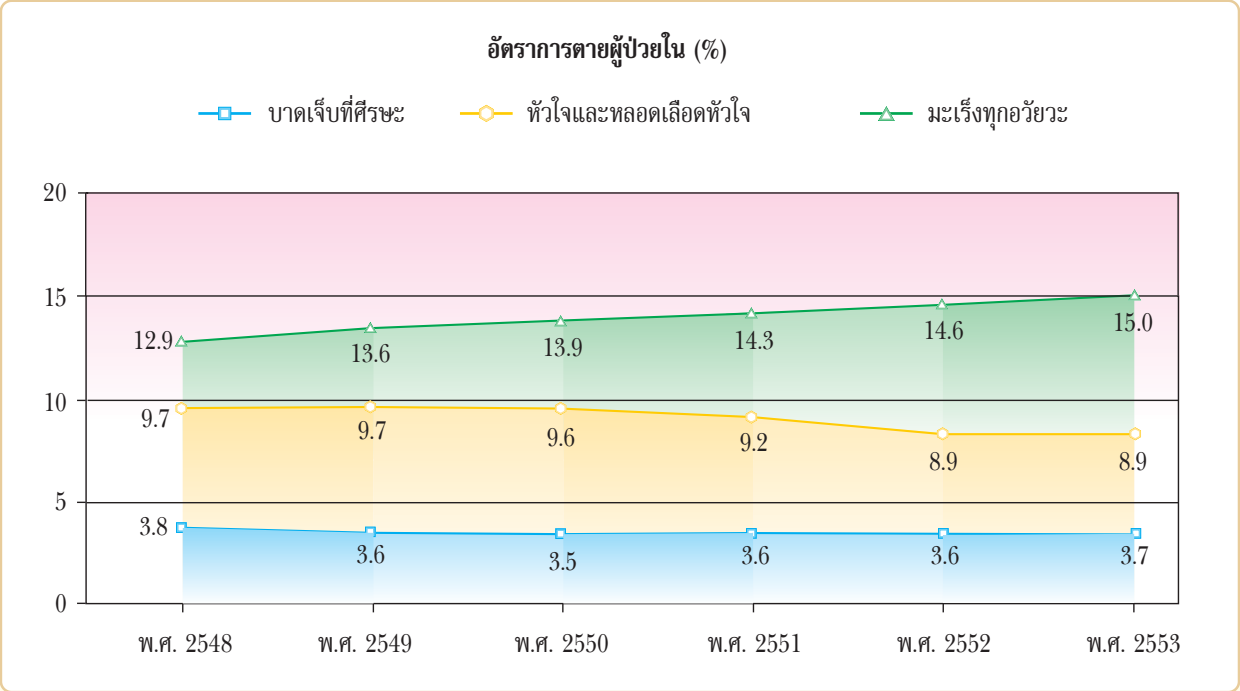
ภาพที่ 6.65 อัตราตายผู้ป่วยใน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด และวัณโรค พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2551

อย่างไรก็ดี ในกรณีของโรคมะเร็ง พบว่าอัตราตายของผู้ป่วยในโรคมะเร็ง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 12.9 ใน พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 15.0 ใน พ.ศ. 2553 ทั้งนี้อาจจะเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคและแนวโน้มในการเลือกรักษาที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิต ในขณะที่อัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด และการบาดเจ็บที่ศีรษะ ลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มากนัก (ภาพที่ 6.66) แสดงว่าประเด็นคุณภาพในการรักษาพยาบาลนั้น ยังสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้อีก ควบคู่ไปกับคุณภาพในการควบคุมป้องกันโรค เพื่อป้องกันไม่ให้โรคต่างๆมีความรุนแรงมากนัก ก็จะช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

ภาพที่ 6.66 อัตราตายผู้ป่วยใน การบาดเจ็บที่ศีรษะ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553



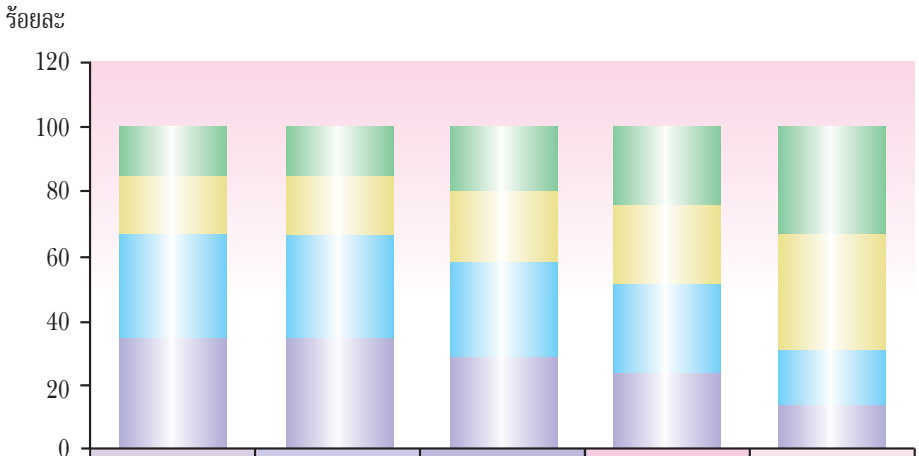
ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2553

7. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

7.1 ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ

โอกาสในการเลือกใช้บริการระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมมีความแตกต่างกัน จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 พบว่าเมื่อคิดรวมเฉพาะการใช้บริการที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป (รวมโรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่ากลุ่มที่ยากจนที่สุดมีการเลือกใช้บริการสถานีอนามัยสูงที่สุด (ประมาณร้อยละ 34) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดใช้โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 33.9) แสดงให้เห็นว่าโอกาสในการเลือกใช้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนนั้นจำกัดอยู่เพียงกลุ่มที่มีรายได้สูง และเช่นเดียวกันกับการใช้บริการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ ที่สูงสุดในกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดเช่นกัน (ภาพที่ 6.67) ลักษณะความแตกต่างของการเลือกใช้บริการ อาจจะส่งผลต่อคุณภาพของบริการที่ได้รับตามศักยภาพของสถานพยาบาล ซึ่งจะกระทบมากหากการเจ็บป่วยนั้นต้องรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง

ภาพที่ 6.67 ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อป่วยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2552

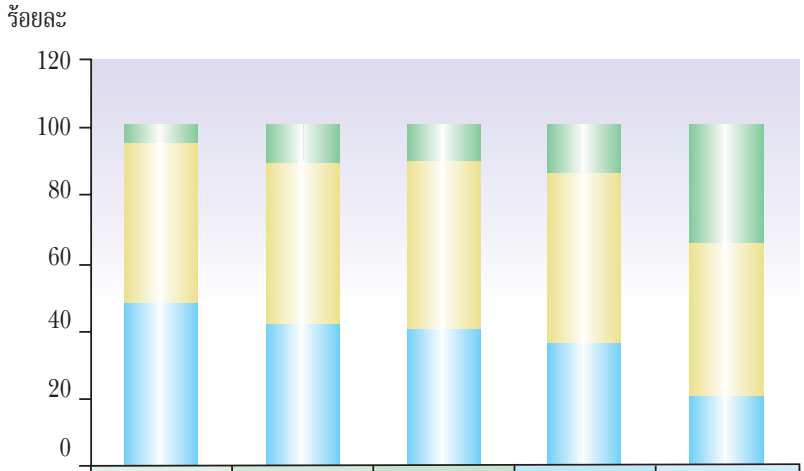


	จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด
เอกชน	15.1	15.3	19.2	23.9	33.9
รพ. รัฐบาลอื่นๆ	17.9	18.4	22.6	24.9	35.3
รพ. ชุมชน	32.6	31.7	29.0	27.4	17.2
สถานีอนามัย	34.4	34.7	29.1	23.8	13.6

ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ และวุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การใช้บริการในกรณีที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ก็คือกลุ่มที่ยากจนที่สุดจะใช้นอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 48.4) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 33.7) เมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้อื่น แต่อย่างไรก็ดี การนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ รวมถึงโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ มีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยทุกกลุ่มรายได้มีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ประมาณร้อยละ 46 ถึง 50 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด (ภาพที่ 6.68) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ยากจนยังมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงอยู่พอสมควร ถึงแม้จะมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุดก็ตาม

ภาพที่ 6.68 ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อนอนในโรงพยาบาลตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ. 2552



	จนที่สุด	จน	ปานกลาง	รวย	รวยที่สุด
เอกชน	4.4	10.0	9.4	12.9	33.7
รพ. รัฐอื่นๆ	47.2	47.7	50.3	49.9	45.6
รพ. ชุมชน	48.4	42.3	40.3	37.2	20.8

ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ และวุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ หากเปรียบเทียบการใช้บริการตามสิทธิการรักษา จะพบว่า การดำเนินการตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 75.3 ใน พ.ศ. 2548 และร้อยละ 68.5 ใน พ.ศ. 2552 โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 ใน พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 66.6 ใน พ.ศ. 2548 และร้อยละ 55.1 ใน พ.ศ. 2552 และกลุ่มที่มีสวัสดิการข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อป่วย ที่สูงที่สุดกว่ากลุ่มอื่นๆ (ตารางที่ 6.20)

ตารางที่ 6.24 อัตราป่วยและสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลตามประเภทสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552

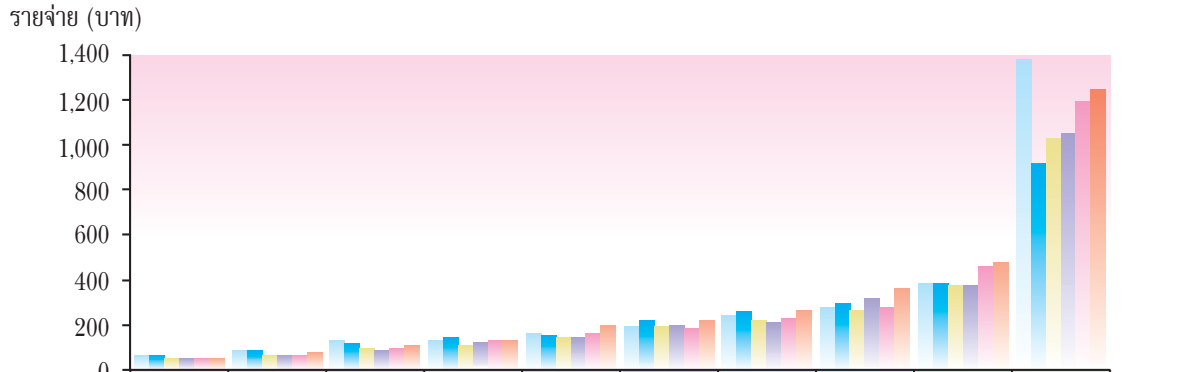
ประเภทสวัสดิการ	อัตราป่วย (ครั้ง/คน/ปี)									ร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาล								
	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550	2552	2534	2539	2544	2546	2547	2548	2549	2550	2552
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ	5.7	3.5	3.3	4.2	3.2	3.4	2.6	2.5	4.2	47	62	61	56	60.6	66.6	55.1	56.5	55.1
บัตรทอง 30 บาท/ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	-	3.4	5.0	5.1	4.8	3.4	3.4	5.8	-	-	62	72	72.8	76.5	72.1	68.5	68.6
สปร.	7.2	6.9	5.3	-	-	-	-	-	-	50	67	74	-	-	-	-	-	-
บัตรประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	7.0	4.5	3.7	-	-	-	-	-	-	55	68	71	-	-	-	-	-	-
สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5.4	3.7	3.6	4.9	4.8	4.5	4.1	3.9	6.2	60	71	75	71	73.1	75.1	75.8	71.4	77.6
ประกันสังคม	-	2.5	2.5	3.0	3.0	2.7	1.9	1.8	3.8	-	58	66	67	63.0	68.6	66.8	62.7	61.9
ประกันเอกชน	4.4	3.5	3.0	3.5	1.9	2.1	2.4	2.1	3.8	42	72	65	67	60.2	77	50.6	65.3	52.7
รวมทั้งประเทศ	**5.9**	**4.0**	**3.9**	**4.7**	**4.7**	**4.4**	**3.3**	**3.2**	**5.6**	**49**	**65**	**70**	**71**	**71.6**	**75.3**	**71.3**	**68.0**	**68.5**

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

7.2 ความเป็นธรรมของภาระรายจ่ายสุขภาพ

รายจ่ายของครัวเรือนตามระดับเศรษฐกิจสังคม ควรจะมีความเป็นธรรม หมายความว่า ครัวเรือนที่ยากจนควรจะจ่ายเงินเข้าสู่ระบบน้อยกว่าครัวเรือนที่ร่ำรวย โดยคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของครัวเรือน ผลกระทบจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลดลง โดยกลุ่มที่มีรายจ่ายลดลงมากที่สุดคือ กลุ่มยากจน (กลุ่มเดไซล์ที่ 1-4) ลดลงถึงร้อยละ 3-27 แต่มีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่รวยที่สุด (กลุ่มเดไซล์ที่ 10) มีรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงร้อยละ 10 (ภาพที่ 6.69)

ภาพที่ 6.69 เปรียบเทียบรายจ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 10 กลุ่มเดไซล์ ก่อนและหลังมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



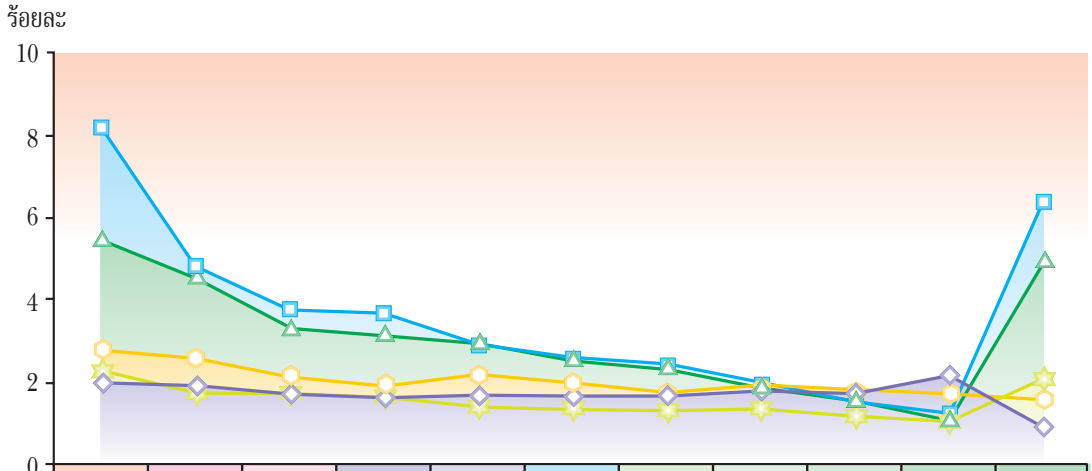
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
พ.ศ. 2539	65	90	132	135	164	191	241	274	384	1,380
พ.ศ. 2543	65	88	117	139	155	219	255	300	382	913
พ.ศ. 2545	45	67	93	105	139	192	217	267	373	1,024
พ.ศ. 2547	52	68	89	125	144	200	213	318	369	1,044
พ.ศ. 2550	44	67	97	136	161	184	224	278	457	1,190
พ.ศ. 2552	47	79	104	138	200	215	267	366	479	1,248

เดไซล์

ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อวิเคราะห์เป็นสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มรายได้ จะพบว่าภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ไม่ได้เป็นไปตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มรายได้ พบว่า คนที่มีรายได้ต่ำมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่มากกว่าคนที่มีรายได้สูง (ภาพที่ 6.70) หลังจากที่รัฐมีการจัดหลักประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่ควรเกื้อกูลประเภทต่างๆ และดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ความแตกต่างของภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของคนรวยกับคนจนมีแนวโน้มลดลงจาก 6.4 เท่าใน พ.ศ. 2535 เหลือ 0.9 เท่า ใน พ.ศ. 2551

ภาพที่ 6.70 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน ตามกลุ่มเดไซล์ของรายได้ พ.ศ. 2535, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551

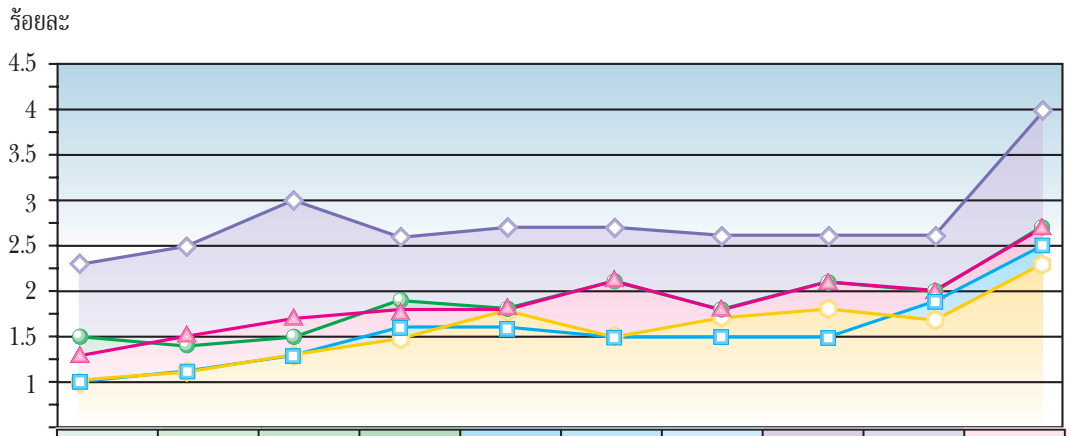


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ความแตกต่างของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 10
2535	8.17	4.82	3.74	3.65	2.87	2.57	2.45	1.99	1.64	1.27	6.4
2539	5.46	4.58	3.32	3.16	2.93	2.52	2.36	1.97	1.57	1.10	5.0
2545	2.77	2.59	2.14	1.90	2.20	1.96	1.74	1.92	1.83	1.71	1.6
2547	2.23	1.77	1.75	1.62	1.40	1.37	1.32	1.35	1.15	1.07	2.1
2551	2.05	1.95	1.69	1.60	1.74	1.68	1.66	1.83	1.74	2.18	0.9

ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อย่างไรก็ดี ล่าสุดการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มคนตามระดับเศรษฐกิจสังคม มีการแบ่งกลุ่มคนโดยใช้รายจ่ายของครัวเรือน แทนที่การใช้รายได้ของครัวเรือน รวมทั้งการเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพกับรายได้ของครัวเรือนนั้นก็มีการปรับเป็นการเปรียบเทียบรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน โดยคำนวณเป็นสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน แทนที่จะเป็นสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน วิธีการคำนวณเช่นนี้ จะเป็นการเปรียบเทียบภาระรายจ่ายสุขภาพ เมื่อเทียบกับรายจ่ายของครัวเรือนทั้งหมด โดยสถานการณ์ที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มคนยากจนที่สุด มีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนอยู่ที่ร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2539 และลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 1 ใน พ.ศ. 2552 เช่นเดียวกับกลุ่มรายได้ระดับอื่นๆ ก็มีแนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนที่ลดลงเช่นกัน โดยกลุ่มที่รวยที่สุดมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายครัวเรือน ลดลงจากร้อยละ 4 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 2.3 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.71 และตารางที่ 6.25) และการที่กลุ่มคนรวยมีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายที่สูงกว่าคนยากจน แสดงให้เห็นว่าระบบหลักประกันสุขภาพ สามารถสร้างความเป็นธรรมของการจ่ายเงิน โดยการปกป้องคนยากจน ในการไปใช้บริการได้โดยไม่มีภาระรายจ่ายสุขภาพที่สูงเกินไป

ภาพที่ 6.71 ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน วัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2545, พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2552



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2539	2.3	2.5	3.0	2.6	2.7	2.7	2.6	2.6	2.6	4.0
2545	1.3	1.5	1.7	1.8	1.8	2.1	1.8	2.1	2.0	2.7
2547	1.5	1.4	1.5	1.9	1.8	2.1	1.8	2.1	2.0	2.7
2550	1.0	1.1	1.3	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.9	2.5
2552	1.0	1.1	1.3	1.5	1.8	1.5	1.7	1.8	1.7	2.3

ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 6.25 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ครัวเรือน วัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	เดไซล์ของรายได้ (คิดจากรายจ่ายของครัวเรือน)										ความแตกต่างของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2539	2.3	2.5	3.0	2.6	2.7	2.7	2.6	2.6	2.6	4.0	0.6
2541	1.5	1.7	2.0	2.3	2.4	2.4	2.6	2.5	3.0	2.6	0.6
2543	2.1	2.2	2.5	2.6	2.5	2.9	2.7	2.6	2.4	2.7	0.8
2545	1.3	1.5	1.7	1.8	1.8	2.1	2.0	2.0	2.1	2.9	0.4
2547	1.5	1.4	1.5	1.9	1.8	2.1	1.8	2.1	2.0	2.7	0.6
2549	1.1	1.6	1.5	1.6	1.8	1.8	1.8	1.6	2.2	2.7	0.4
2550	1.0	1.1	1.3	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.9	2.5	0.4
2551	1.0	1.1	1.3	1.5	1.4	1.6	1.4	1.5	1.6	2.2	0.5
2552	1.0	1.1	1.3	1.5	1.8	1.5	1.7	1.8	1.7	2.3	0.4

ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน, พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2547 ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ รวมทั้งคนที่มีรายได้น้อยมีภาระรายจ่ายด้านสุขภาพในสัดส่วนต่อรายได้ที่ค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 82 ของผู้ยากจนที่สุด มีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ครัวเรือน และร้อยละ 94 ของผู้ที่ร่ำรวยที่สุด มีรายจ่ายสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ครัวเรือน โดยใน พ.ศ. 2551 คนที่ยากจนที่สุด มีสัดส่วนของรายจ่ายที่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่คนที่รวยที่สุดมีสัดส่วนของรายจ่ายที่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ที่ลดลง แสดงว่าคนยากจนมีภาระรายจ่ายที่ลดลง คือคนที่มีรายจ่ายที่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ของรายได้ มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น และสัดส่วนดังกล่าวก็ใกล้เคียงกับคนที่รวยที่สุด คือประมาณร้อยละ 90 ของครัวเรือนในแต่ละกลุ่ม (ตารางที่ 6.26)

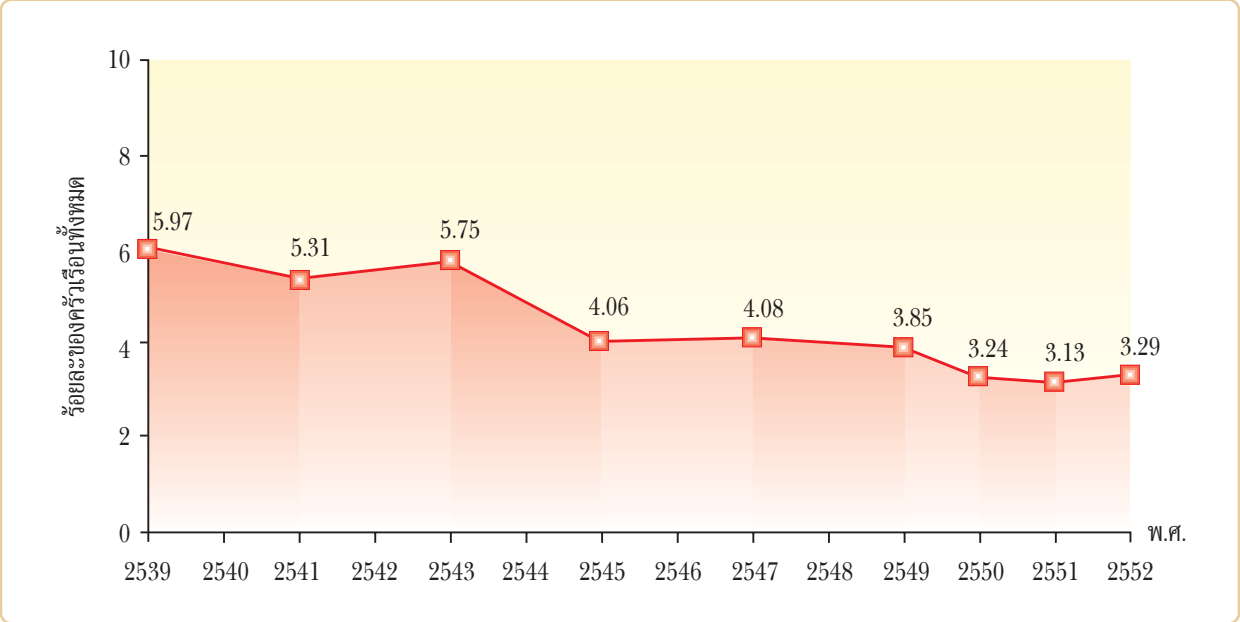
ตารางที่ 6.26 ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามร้อยละของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ใน 10 กลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551

กลุ่มเดไซส์	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อรายได้ของครัวเรือน													
	0 - 5 %		6 - 10 %		11 - 20 %		21 - 30 %		31 - 40 %		41 - 50 %		มากกว่า 50 %	
	2547	2551	2547	2551	2547	2551	2547	2551	2547	2551	2547	2551	2547	2551
1	82.2	89.1	7.3	4.5	4.7	3.7	1.2	1.4	0.3	0.7	1.0	0.3	0.8	0.3
2	91.4	89.6	5.2	5.6	1.9	2.7	0.7	1.3	0.3	0.4	0.4	0.2	0.4	0.1
3	92.2	90.9	4.6	5.2	2.2	2.7	0.3	0.6	0.1	0.5	0.1	0.1	0.5	0.0
4	92.2	90.1	5.0	6.2	1.7	2.4	0.4	0.7	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1
5	92.2	89.7	4.8	5.8	1.9	2.2	0.4	1.2	0.3	0.5	0.2	0.3	0.2	0.2
6	92.5	91.2	4.7	5.0	1.8	2.4	0.6	0.8	0.2	0.3	0.04	0.1	0.1	0.1
7	94.2	92.3	3.1	4.2	1.7	1.7	0.4	1.1	0.2	0.5	0.03	0.2	0.4	0.2
8	94.6	91.2	2.9	5.0	2.0	2.4	0.3	0.5	0.1	0.6	0.1	0.1	0.03	0.3
9	94.5	91.0	2.8	5.1	1.6	2.8	1.0	0.5	0.02	0.3	0.0	0.2	0.1	0.2
10	94.0	89.2	3.9	5.9	1.5	2.6	0.4	0.8	0.01	0.7	0.0	0.3	0.1	0.4
รวม	**92.0**	**90.4**	**4.4**	**5.3**	**2.1**	**2.6**	**0.6**	**0.9**	**0.2**	**0.5**	**0.1**	**0.2**	**0.3**	**0.2**

ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ และวุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หากพิจารณาสัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบปัญหาภาวะล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพ (รายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไปของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน) พบว่า ก่อนมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายมีแนวโน้มสูง แต่หลังจากที่มีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้สัดส่วนของครัวเรือนประสบภาวะล้มละลายลดลงจากร้อยละ 5.97 ใน พ.ศ. 2539 เหลือร้อยละ 3.29 ใน พ.ศ. 2552 และความแตกต่างระหว่างครัวเรือนที่รวยที่สุดกับครัวเรือนที่จนที่สุดลดลงจาก 0.57 เท่า ใน พ.ศ. 2539 เหลือ 0.25 เท่า ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.72 และตารางที่ 6.27)

ภาพที่ 6.72 สัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายสุขภาพ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552



ที่มา: วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

ตารางที่ 6.27 สัดส่วนของครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพวัดจากรายจ่ายของครัวเรือน จำแนกตามกลุ่มเดไซล์ พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	เดไซล์ของรายได้ (คิดจากรายจ่ายของครัวเรือน)											ความแตกต่างของกลุ่ม 1 และกลุ่ม 10
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	รวม	
2539	4.62	5.28	7.27	5.15	6.06	5.63	5.85	5.92	5.72	8.07	5.90	0.57
2541	3.01	3.00	4.28	4.48	4.95	5.52	6.37	6.13	8.52	6.80	5.31	0.44
2543	5.19	4.57	5.52	5.99	5.61	6.40	6.03	6.26	4.85	7.06	5.75	0.74
2545	1.93	2.33	3.13	3.10	4.06	4.68	4.60	4.82	5.00	6.99	4.06	0.28
2547	2.87	2.25	2.53	4.23	3.75	4.59	3.74	4.54	5.14	7.17	4.08	0.40
2549	1.62	3.32	2.57	3.22	4.01	3.68	4.54	3.79	4.97	6.81	3.85	0.24
2550	1.88	1.66	2.20	2.76	3.74	3.21	3.19	3.32	4.53	5.87	3.24	0.32
2551	1.77	2.21	2.72	3.20	2.60	3.80	3.07	3.30	3.72	4.95	3.13	0.36
2552	1.37	1.52	2.54	2.97	4.50	2.96	3.72	4.00	3.91	5.41	3.29	0.25

ที่มา: วุฒิพันธ์ วงษ์มงคล, วิเคราะห์จากรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2552, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ครัวเรือนที่ประสบภาวะล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หมายถึง ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

บทที่ 7
การอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศไทย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบสุขภาพไทย ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไปสู่เป้าหมาย โดยขยายระบบสุขภาพออกไปจากการแพทย์และสาธารณสุข และเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม (All for Health) เพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All) ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่า การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ทำหน้าที่ในการชี้ทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปอย่างมีทิศทาง

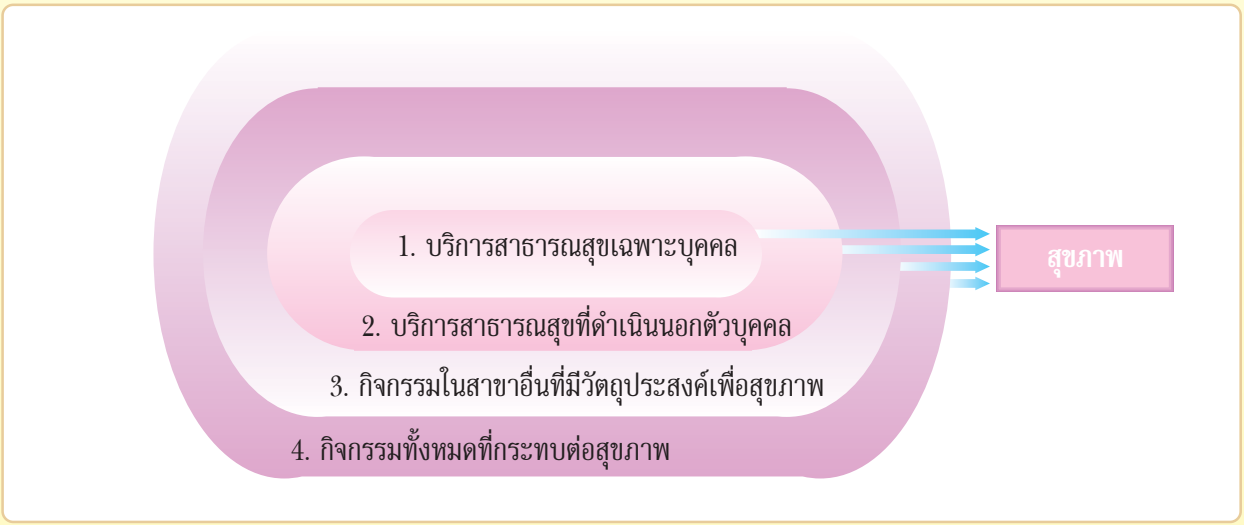
1. ระบบสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550) ได้มีการกำหนดความหมายของ**สุขภาพ**ไว้ว่า **"สุขภาพ หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล"** และในขณะเดียวกัน ได้ให้ความหมายของ**ระบบสุขภาพ** ไว้ว่า "ระบบสุขภาพ หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ"

ส่วนคำว่า**ระบบสาธารณสุข**มีความหมายเกี่ยวกับการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สารานุกรมสาธารณสุข, 2531) และ**ระบบบริการสาธารณสุข** มีความหมายว่าการบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

สรุปแล้วระบบ**สุขภาพแห่งชาติ** จึงหมายถึงระบบต่างๆ ที่ครอบคลุมการดำเนินงานด้านสุขภาพในทุกมิติ ส่วนระบบสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยสามารถแสดงขอบเขตของระบบสุขภาพได้ดังภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 7.1 ขอบเขตการจำกัดความของคำว่าระบบสุขภาพ



ที่มา: พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ระบบสุขภาพ (Health Systems) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงมีความหมายครอบคลุมไปถึงคำจำกัดความในระดับที่ 1-4 ส่วนระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพมีความหมายครอบคลุมคำจำกัดความในระดับที่ 1, 2 และ 3 ส่วนระบบบริการสาธารณสุข (Health Care / Service Systems) ครอบคลุมระดับที่ 1 และระดับที่ 2

2. องค์ประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ

การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นความพยายามจัดวางองค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพให้ครบถ้วนและสอดประสานกัน เพื่อให้ได้ระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ สามารถแบ่งองค์ประกอบของระบบสุขภาพรวมได้เป็น 10 ระบบย่อย ดังนี้ (ภาพที่ 7.2)

ภาพที่ 7.2 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

ที่มา: ประยุกต์จาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2.1 ระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ หมายรวมทั้งนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) และนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ลดความไม่เท่าเทียมและความไม่ยุติธรรมทางสังคม โดยผ่านความร่วมมือของภาคีทุกภาคส่วน และสร้างเสริมให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามาร่วมกันรับผิดชอบ ตลอดจนผสมผสานการใช้องค์ความรู้และวิทยาการสหสาขาต่อเรื่องสุขภาพ

กลไกระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ โดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จะทำหน้าที่เป็นแกนประสานเชื่อมโยงหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และดำเนินการเพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ

2.2 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ระบบที่วางอยู่บนแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในความหมายที่กว้างตามกฎบัตรออตตาวา ที่มองว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของทุกฝ่ายในสังคมต้องร่วมกันทำ ผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข

2.3 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ระบบนี้มีความมุ่งหมายเพื่อลดการป่วย การตาย ความพิการและขจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพให้ได้ผล ทันต่อสถานการณ์และอย่างรู้เท่าทัน โดยมีหลักการการทำงานเชิงระบบ มุ่งเน้นการควบคุมป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บและเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี รวมทั้งจากระบบอื่นๆ ในสังคมด้วย

2.4 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพของประเทศไทย วางอยู่บนแนวคิดที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อการจัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า และแนวคิดประกันสุขภาพแบบเฉลี่ยความเสี่ยงมุ่งเน้นการป้องกันการล้มละลายจากปัญหาสุขภาพ รวมทั้งแนวคิดในการพึ่งพาตนเองโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยมุ่งเป้าหมายที่ประชาชนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นแก่ชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกัน (Universal Coverage) เพื่อให้มีบริการได้ครอบคลุมทั่วถึงอย่างเป็นธรรมทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เป็นระบบที่มีบริการตั้งแต่ระดับการดูแลรักษาตัวเอง ระดับครอบครัว และระดับชุมชน มีระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และการบริการเฉพาะสาขาหรือเฉพาะทาง และการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ และสามารถควบคุมคุณภาพได้มาตรฐาน โดยมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นหลักประกันมาตรฐานและคุณภาพบริการ รวมทั้งมีระบบการประเมินการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

2.5 ระบบการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน สุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ

ในอดีตภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพยังไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ ประกอบกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพหรือการแพทย์แผนปัจจุบันมีวิวัฒนาการก้าวหน้าอย่างมาก ส่งผลให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพถูกลดความสำคัญหรือสูญหายไป แต่เมื่อสถานการณ์ทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไป ระบบภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ หมายถึงองค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพ ที่สั่งสมมาจากการปฏิบัติในประสบการณ์ชีวิต กลับมาเป็นทางเลือกใหม่ การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จึงต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับวิถีชุมชน ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อรองรับและส่งเสริมหลักการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ และเพื่อให้การบริการด้านสุขภาพมีทางเลือกที่หลากหลาย

2.6 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างปลอดภัยและเป็นธรรม จึงต้องมีระบบรองรับการดำเนินงานที่ครบถ้วน และต้องคำนึงถึงสิทธิของประชาชน ในขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงสภาวะการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสมานฉันท์อันเป็นจุดเด่นของสังคมไทยด้วย ได้แก่ ระบบการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพด้านสาธารณสุข ระบบการพัฒนามาตรฐานบริการสาธารณสุข ระบบการพัฒนามาตรฐานผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ระบบการรับเรื่องราวร้องทุกข์ ระบบการตรวจสอบ ระบบการไกล่เกลี่ย ระบบการเยียวยาช่วยเหลือในกรณีที่เกิดความเสียหาย เป็นต้น

นอกจากระบบต่าง ๆ ข้างต้นแล้ว สิ่งจำเป็นอีกประการหนึ่งคือ การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของภาคประชาชน โดยเสริมสร้างความเข้มแข็ง (Empowerment) ให้แก่เครือข่ายองค์กรภาคประชาชนที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับระบบการดำเนินงานของรัฐ เพื่อทำงานทั้งเสริมและถ่วงดุลซึ่งกันและกันด้วย

2.7 ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ในสองทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยเริ่มให้ความสำคัญกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น มีการจัดตั้งองค์กรต่าง ๆ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในเรื่องการวิจัยด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ มีการริเริ่มแนวคิดการวิจัยที่ส่งผลในการสร้างเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น ในอนาคตควรจัดให้มีกลไกทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบายเพื่อให้เกิดการวิจัยและการจัดการความรู้ตามนโยบายอย่างมีระบบ เพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับระบบสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายลง และให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงขึ้นกว่าเดิม

2.8 ระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ระบบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นระบบที่ต้องมีการสร้างและพัฒนาอย่างเพียงพอและเปิดโอกาสให้เข้าถึงได้ง่าย โดยการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ให้เป็นปัจจุบันทันสมัย ครบถ้วน และทันการณ์ สามารถสื่อสารให้ผู้ใช้และประชาชนเข้าใจง่าย

2.9 ระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

ระบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข หมายถึง ระบบนโยบายและการวางแผนการผลิต ระบบการผลิต ระบบการพัฒนา และระบบบริหารจัดการและทะนุบำรุงรักษาบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้และการจัดการที่มีลักษณะจำเพาะ มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและสามารถสร้างความเป็นธรรม และมีบุคลากรที่เหมาะสมสอดคล้องกับระบบสุขภาพ

ระบบการผลิตบุคลากรสาธารณสุขส่วนมากอยู่ในระบบการศึกษาของชาติ กระทรวงสาธารณสุขก็มีการผลิตบุคลากรใช้เองด้วย ทั้งยังมีอยู่ในภาคเอกชน ดังนั้น จึงควรมีระบบและกลไกดูแลนโยบายและแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขระดับชาติที่ชัดเจน

2.10 ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

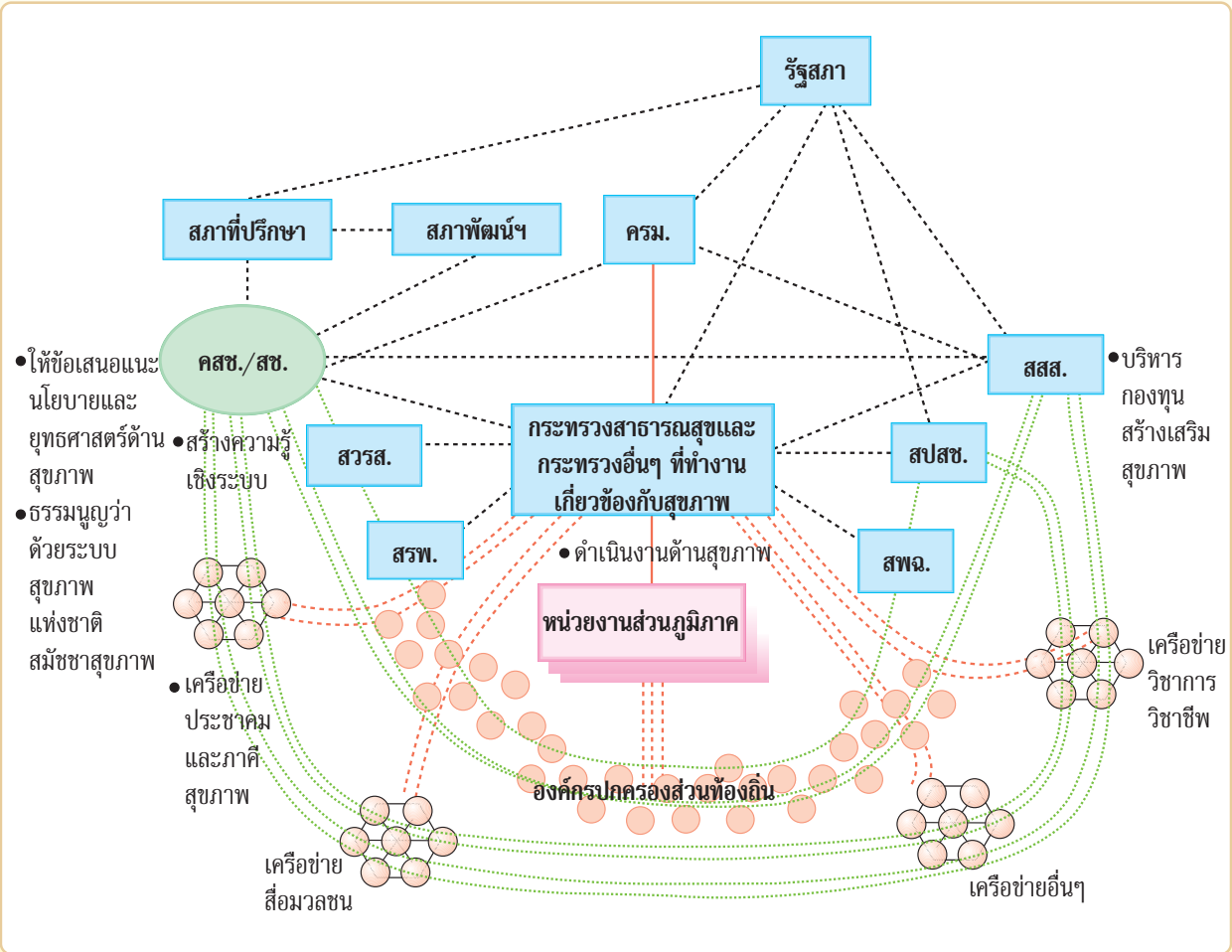
การเงินการคลังด้านสุขภาพ หมายถึง การจัดการการเงินเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ เช่นการใช้มาตรการทางภาษีส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ส่งเสริมให้บริษัทห้างร้านดูแลสุขภาพของพนักงาน ส่งเสริมให้มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้มาตรการทางภาษีควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรา เป็นต้น รวมไปถึงการจัดการทางการเงินการคลัง เพื่อให้มีการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีทิศทางมุ่งสู่การสร้างสุขภาพนำหน้าการซ่อมสุขภาพ ตลอดจนใช้มาตรการทางการเงินและมาตรการทางภาษี ได้แก่ การขึ้นภาษีสุราและยาสูบ การออกพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเก็บค่าธรรมเนียมพิเศษ ร้อยละ 2 ของภาษีสรรพสามิตสุราและยาสูบ เพื่อใช้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

3. กลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ

ในอดีตเมื่อกล่าวถึงกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติ มักจะนึกถึงกลไกภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดอื่นๆ สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ เป็นต้น แต่ในปัจจุบันบริบทของสังคมเปลี่ยนแปลงไปมาก เกิดกลไกใหม่ๆ ที่เข้ามาร่วมทำงานด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน (ภาพที่ 7.3)

ภาพที่ 7.3 ความเชื่อมโยงกลไกอภิบาลในระบบสุขภาพแห่งชาติ



หมายเหตุ: คสช. = คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สช. = สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
สรพ. = สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
สวรส. = สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สสส. = สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สพฉ. = สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

จากภาพ จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขยังคงเป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ มีหน่วยงานในสังกัดกระจายอยู่ทั่วประเทศ ในขณะเดียวกันก็มีกระทรวงอื่นที่มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในมิติต่างๆ ที่ต้องเชื่อมโยงการทำงานเข้าด้วยกัน เช่นสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีกลไกอิสระอื่นๆ ทั้งที่อยู่ในกำกับกระทรวงสาธารณสุข และนอกกำกับ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) มีหน้าที่บริหารกองทุน เพื่อสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนในสังคมดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในมิติต่างๆ อย่างกว้างขวาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพเพื่อจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับประชาชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีหน้าที่บริหารเงินกองทุนเพื่อสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้ด้านระบบสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (สรพ.) มีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่พัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแก่รัฐบาลและแก่ทุกภาคส่วนในสังคม โดยเน้นกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม ในขณะเดียวกันก็มีกลไกอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมากทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ที่มีส่วนขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ ในระดับพื้นที่ก็มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศกว่า 7,000 แห่ง มีอำนาจและหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างกว้างขวางและชัดเจนตามเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 และ พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง

จึงเห็นได้ว่ากลไกต่างๆ ที่มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ ที่มีเป็นจำนวนมาก แตกต่างและหลากหลายเหล่านี้มิได้อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาและสั่งการของกระทรวงสาธารณสุข แต่จะต้องมีระบบการทำงานที่สอดประสานเชื่อมโยงกันตามลักษณะสังคมที่เป็นพหุลักษณ์ **อย่างไรก็ตามกระทรวงสาธารณสุขยังคงต้องทำหน้าที่เป็นเจ้าภาพหลักในการประสานเชื่อมโยงการทำงานของกลไกต่างๆ เข้าด้วยกัน** เพื่อสร้างเสริมพลัง (Synergy) ร่วมกันผลักดันและขับเคลื่อนการดำเนินงานของระบบย่อยต่างๆ ให้ไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าร่วมกัน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขควรปรับลดบทบาทผู้ปฏิบัติการเองให้เหลือเท่าที่จำเป็นจริงๆ และหันมาสร้างความเข้มแข็งในการพัฒนา/กำหนดนโยบาย ประสานการดำเนินการ กำกับดูแลภาคเอกชนและส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรและกลไกในภาคส่วนต่างๆ ทำหน้าที่ผู้ปฏิบัติการให้มากและหลากหลายยิ่งขึ้น

4. หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

4.1 กระทรวงสาธารณสุข

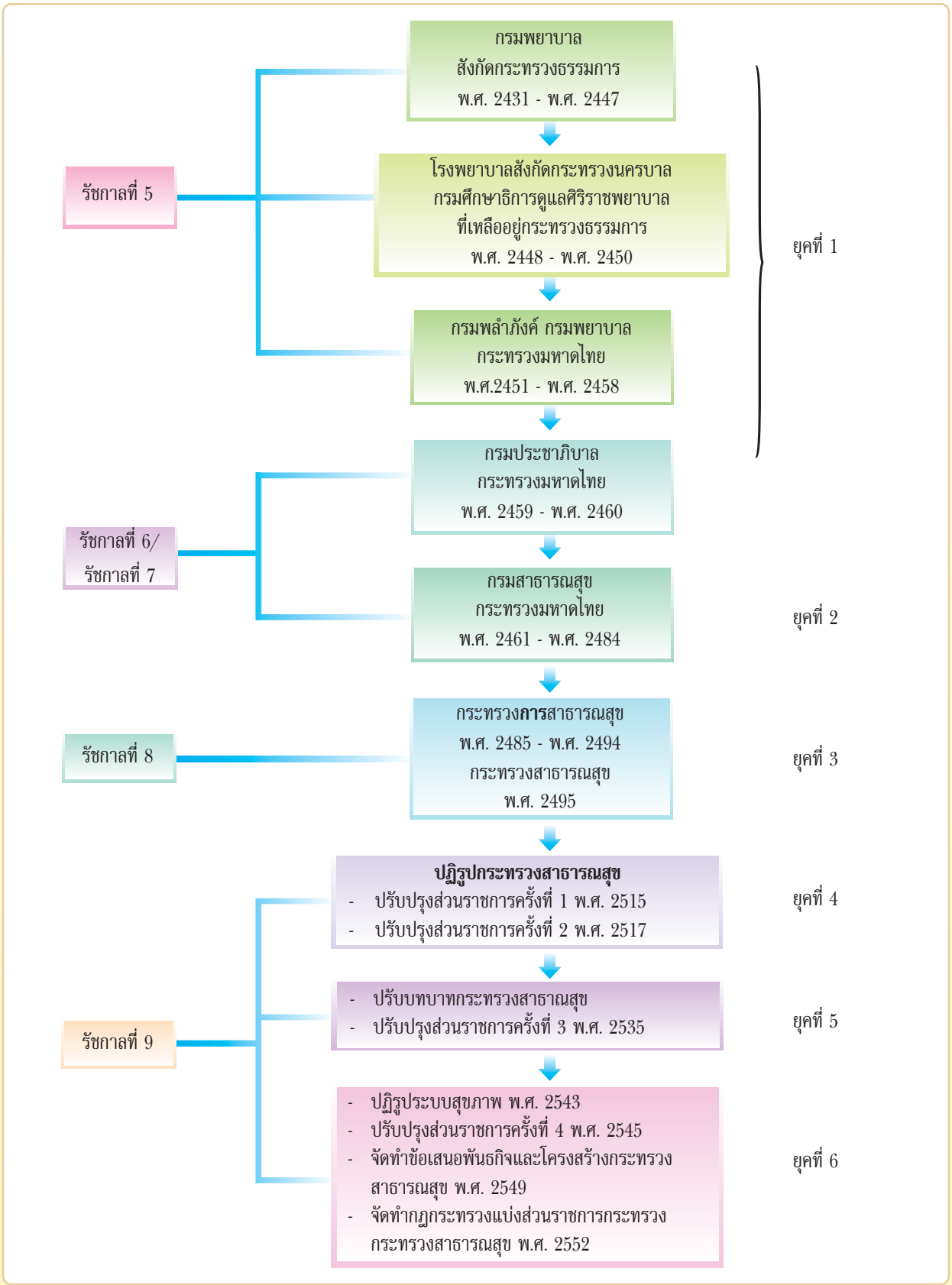
กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ มีส่วนแบ่งของทรัพยากรในระบบสาธารณสุขกว่าร้อยละ 60 ซึ่งเกือบทั้งหมดอยู่ในชนบททั่วประเทศ จึงเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขหลักของประเทศไทย รวมทั้งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขของประเทศและกำกับดูแลภาคเอกชนด้วย โดยมีพัฒนาการและระบบบริหารงานที่สำคัญดังนี้

4.1.1 วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ.2431 - ปัจจุบัน และแนวโน้มอนาคต

กระทรวงสาธารณสุขมีพัฒนาการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2431 ขณะนั้นเป็นกรมพยาบาล สังกัดกระทรวงธรรมการ จนถึงการเป็นกรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทยใน พ.ศ. 2461 และเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 จึงได้สถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้น ตาม พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม(ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2485 ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงส่วนราชการอีกหลายครั้ง คือ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2515 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2517 ครั้งที่ 3 พ.ศ.2535 ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2545 และใน พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำข้อเสนอพันธกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข และล่าสุดใน พ.ศ. 2552 ได้จัดทำกฎ

กระทรวงแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 7.4) ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 7.4 วิวัฒนาการของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2431 - ปัจจุบัน



แนวโน้มในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะหน่วยงานในส่วนกลางจะเล็กลง โดยจะเป็นกลไกทำหน้าที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ควบคุม กำกับและกำหนดมาตรฐานและการประสานเชื่อมโยงศักยภาพทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามาร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ และลดบทบาทเป็นผู้ปฏิบัติเองให้เหลือเท่าที่จำเป็น ซึ่งงบประมาณดำเนินการจัดบริการสุขภาพเกือบทั้งหมดได้เคลื่อนไปอยู่ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจ่ายเงินไปสถานบริการโดยตรงไม่ผ่านกระทรวงสาธารณสุขแล้วตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นไป สำหรับหน่วยงานภูมิภาคก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามบทบาทและเงื่อนไขที่เปลี่ยนไปทั้งด้านการบริหารงานและด้านการเงิน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับการปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจและการจัดการด้านการเงินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.1.2 อำนาจหน้าที่และโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข

1) อำนาจหน้าที่และภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข

ตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขไว้ว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุมและรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข” โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ ให้ประชากรมีสุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ

2) โครงสร้างการบริหารงาน

กระทรวงสาธารณสุขแบ่งการบริหารราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 2 ส่วน คือ การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการส่วนภูมิภาค

(1) การบริหารราชการส่วนกลาง (ภาพที่ 7.5) มี 10 ส่วนราชการประกอบด้วย (1) สำนักงานรัฐมนตรี (2) สำนักงานปลัดกระทรวง และ (3) กลุ่มภารกิจ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มภารกิจ รวม 8 กรม ดังนี้

- **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์** ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต
- **กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข** ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย
- **กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ** ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

นอกจากนี้ยังมี

- **หน่วยงานในกำกับของรัฐ** ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล โดยมีบทบาทเป็นประธานคณะกรรมการและมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง มี 3 หน่วยงาน คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

- **รัฐวิสาหกิจ** มี 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม
- **องค์การมหาชน** มี 2 แห่ง คือ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และสถานบริการสุขภาพ(โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน/สถานีอนามัย)เมื่อมีความพร้อม โดยขณะนี้มีเพียง 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

ใน พ.ศ. 2550 มีการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้นตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นนิติบุคคลในกำกับของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีบทบาทหลักในการประสานงานกับหน่วยงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันในระดับนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานด้านสุขภาพ และมีการจัดสมัชชาสุขภาพทั้งระดับชาติ ระดับพื้นที่และสมัชชาเฉพาะประเด็น รวมทั้งการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

ภาพที่ 7.5 โครงสร้างส่วนราชการของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

- **สภาวิชาชีพ**
- **คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ**
- **สำนักงานรัฐมนตรี**

ปลัดกระทรวง

- **สำนักงานปลัดกระทรวง**

ราชการบริหารส่วนกลาง
- สำนักบริหารกลาง
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- สถาบันพระบรมราชชนก
- สำนักการพยาบาล
- สำนักตรวจและประเมินผล
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
- สำนักบริหารการสาธารณสุข

ราชการบริหารส่วนภูมิภาค
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ รองปลัดกระทรวง

- **กรมการแพทย์**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองคลัง
  - โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
  - โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)
  - โรงพยาบาลราชวิถี
  - โรงพยาบาลเลิดสิน
  - โรงพยาบาลสงฆ์
  - ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
  - สถาบันทันตกรรม
  - สถาบันประสาทวิทยา
  - สถาบันพยาธิวิทยา
  - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
  - สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์
  - สถาบันโรคทรวงอก
  - สถาบันโรคผิวหนัง
  - สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
  - สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
  - สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
  - สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล
  - สำนักยุทธศาสตร์
- **กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - สถาบันการแพทย์แผนไทย
  - สำนักการแพทย์ทางเลือก
- **กรมสุขภาพจิต**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการเจ้าหน้าที่
  - กองคลัง
  - กองแผนงาน
  - กองสุขภาพจิตสังคม
  - โรงพยาบาลศรีธัญญา
  - ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 - 12
  - สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
  - สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
  - สถาบันราชานุกูล
  - สำนักพัฒนาสุขภาพจิต

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข รองปลัดกระทรวง

- **กรมควบคุมโรค**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการเจ้าหน้าที่
  - กองคลัง
  - กองแผนงาน
  - สถาบันบำราศนราดูร
  - สถาบันราชประชาสมาสัย
  - สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
  - สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12
  - สำนักระบาดวิทยา
  - สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
  - สำนักโรคติดต่อทั่วไป
  - สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
  - สำนักโรคไม่ติดต่อ
  - สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- **กรมอนามัย**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองการเจ้าหน้าที่
  - กองคลัง
  - กองแผนงาน
  - กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ
  - กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
  - ศูนย์อนามัยที่ 1-12
  - สำนักทันตสาธารณสุข
  - สำนักโภชนาการ
  - สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
  - สำนักส่งเสริมสุขภาพ
  - สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
  - สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม

กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ รองปลัดกระทรวง

- **กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**
  - สำนักบริหาร
  - สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
  - กองแบบแผน
  - กองวิศวกรรมการแพทย์
  - กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
  - กองสุขศึกษา
- **กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองแผนงานและวิชาการ
  - ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 1-12
  - สถาบันชีววัตถุ
  - สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
  - สถาบันวิจัยสมุนไพร
  - สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร
  - สำนักเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย
  - สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์
  - สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ
  - สำนักยาและวัตถุเสพติด
- **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา**
  - สำนักงานเลขานุการกรม
  - กองควบคุมเครื่องมือแพทย์
  - กองควบคุมวัตถุเสพติด
  - กองแผนงานและวิชาการ
  - กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค
  - กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น
  - สำนักควบคุมเครื่องสำอางและวัตถุอันตราย
  - สำนักด่านอาหารและยา
  - สำนักยา
  - สำนักอาหาร

หน่วยงานในกำกับ :
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

รัฐวิสาหกิจ
- องค์การเภสัชกรรม

องค์การมหาชน (ต้องออก พ.ร.ฎ.)
- สถานบริการสุขภาพ (มีโรงพยาบาลบ้านแพ้วออก พ.ร.ฎ. แล้ว)
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ที่มา: *กฎกระทรวงสาธารณสุข, 2552*

หมายเหตุ: *หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน หน่วยงานในกำกับ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขแต่ไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง*

(2) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค (ภาพที่ 7.6)

หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นไป รัฐบาลได้ปรับเปลี่ยนบทบาทอำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัดให้เป็นผู้บริหารสูงสุดของจังหวัด(Chief Executive Office: CEO) และใช้การบริหารราชการจังหวัดแบบบูรณาการเพื่อมุ่งพัฒนาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับบัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด จึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุข

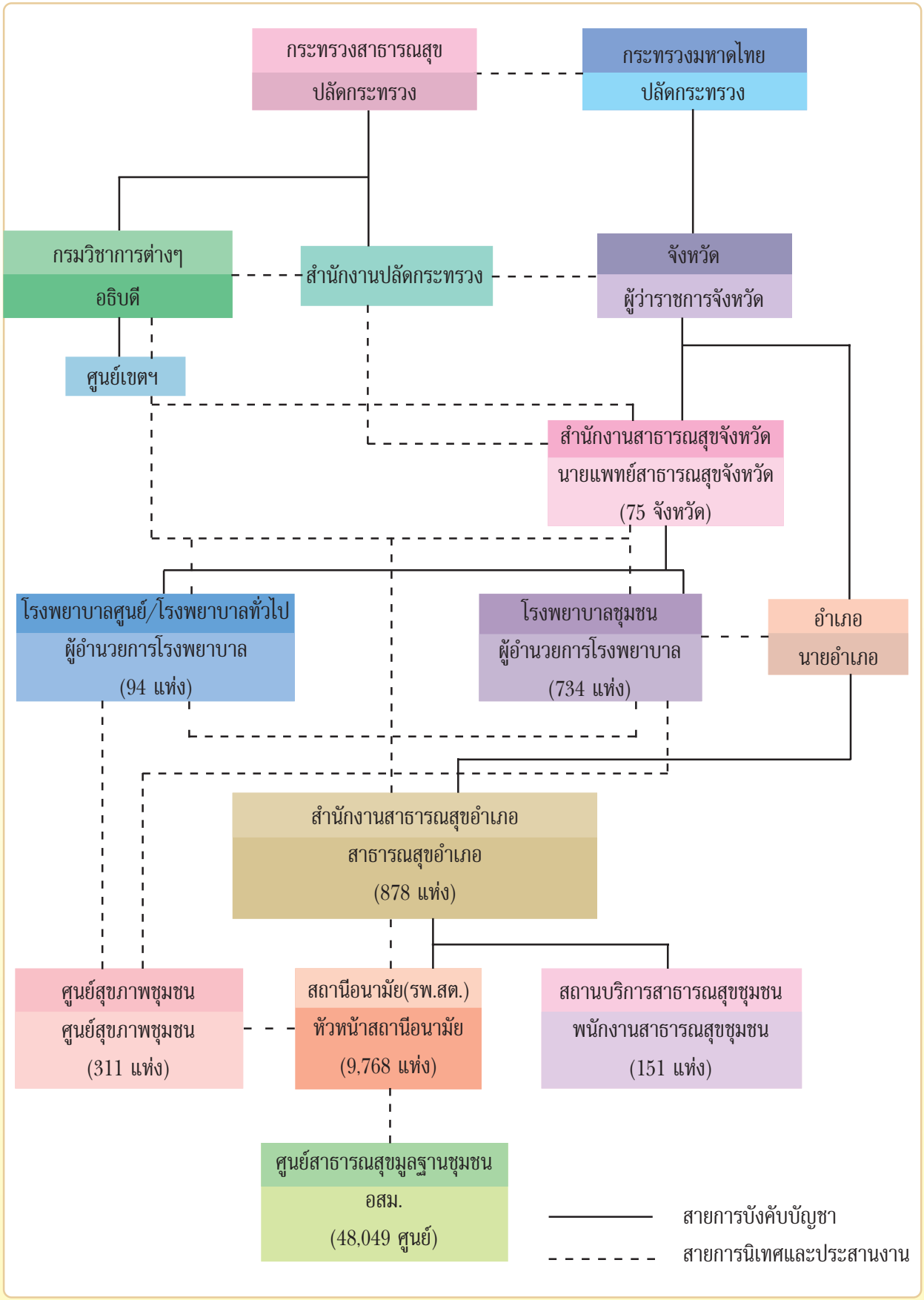
ตั้งแต่รัฐบาลมีนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงได้มีการปรับให้โรงพยาบาลทุกแห่งและสถานีอนามัยจัดตั้ง**ศูนย์สุขภาพชุมชน**ขึ้น มีภารกิจในการจัดบริการสุขภาพในลักษณะองค์รวม ผสมผสาน เพื่อให้บริการชุมชนและประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยมีระบบการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาและส่งต่อ

ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลระดับจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนจะเป็น“ผู้รับสัญญาระดับต้น” (Contracting Unit for Primary Care - CUP) และสถานีอนามัยต่างๆ จะได้รับทรัพยากรสนับสนุนจากโรงพยาบาลแต่ยังอยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ

ปัจจุบัน (พ.ศ. 2553) มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณ 311 แห่ง และมีสถานีอนามัย 9,768 แห่ง ซึ่งล้วนเป็นสถานบริการที่ใกล้ชิดประชาชนที่สุด

ขณะเดียวกันรัฐบาลปัจจุบันมีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาให้สถานีอนามัยเป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2553 เป็นต้นมา จำนวน 2,000 แห่ง และในปีงบประมาณ 2554 จะดำเนินการครบทุกแห่ง

ภาพที่ 7.6 โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค



4.1.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจำนวนมากทั้งในลักษณะของ พ.ร.บ. กฎกระทรวง ข้อบังคับ และระเบียบต่าง ๆ โดยแบ่งเป็น

1) พระราชบัญญัติที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเองโดยตรง แบ่งเป็น 4 ประเภท รวม 23 พ.ร.บ. (ตารางที่ 7.1)

ตารางที่ 7.1 พ.ร.บ. ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเองโดยตรง

ลำดับที่	ประเภทพระราชบัญญัติ
1	พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับระบบบริการการสาธารณสุข มี 4 พ.ร.บ. คือ 1.1 พ.ร.บ. สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 1.2 พ.ร.บ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542 1.3 พ.ร.บ. องค์การเภสัชกรรม พ.ศ. 2509 1.4 พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551
2	พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค มี 3 พ.ร.บ. คือ 2.1 พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2550) 2.2 พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2523 2.3 พ.ร.บ. เชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2525 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2544)
3	พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข มี 11 พ.ร.บ. คือ 3.1 พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ. 2522 3.2 พ.ร.บ. ยา พ.ศ. 2510 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2518) ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2522) ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2528) และฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2530) 3.3 พ.ร.บ. เครื่องสำอาง พ.ศ. 2535 3.4 พ.ร.บ. วัตถุอันตราย พ.ศ. 2535 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2544) และฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2551) 3.5 พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. 2518 และแก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2528 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2535 และฉบับที่ 4 พ.ศ. 2543 3.6 พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และแก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2528) ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2530) ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2543) และฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2545) 3.7 พ.ร.บ. เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 3.8 พ.ร.ก. ป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. 2533 ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2543) และฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2550) 3.9 พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 3.10 พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 3.11 พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551
4	พ.ร.บ. ที่เกี่ยวกับวิชาชีพ มี 5 พ.ร.บ. คือ 4.1 พ.ร.บ. การประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2547) และฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2550) 4.2 พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 4.3 พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2540) 4.4 พ.ร.บ. วิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537 4.5 พ.ร.บ. วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537

2) พ.ร.บ. ที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงทั้งหมด แต่ร่วมรับผิดชอบกับหน่วยงานอื่น ๆ เช่น สำนักนายกรัฐมนตรีและกระทรวงมหาดไทย ฯลฯ มี 8 พ.ร.บ. คือ

(1) พ.ร.บ. สุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. 2528

(2) พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534

(3) พ.ร.บ. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534

(4) พ.ร.บ. รักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535

(5) พ.ร.บ. ความลับทางการค้า พ.ศ. 2545

(6) พ.ร.บ. จัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534

(7) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550

(8) พ.ร.บ. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ 2551

3) พ.ร.บ. และประกาศกระทรวงที่กระทรวงอื่นดูแล แต่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมี 8 พ.ร.บ. คือ

(1) พ.ร.บ. ส่งเสริมรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535

(2) พ.ร.บ. โรงงาน พ.ศ. 2535

(3) พ.ร.บ. ประกันสังคม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2533

(4) พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535

(5) พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537

(6) พ.ร.บ. คุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541

(7) พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

(8) พ.ร.บ. ส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546

4) พ.ร.บ. ที่มีการจัดตั้งเป็นหน่วยงานในกำกับ/องค์การมหาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

(1) พ.ร.ฎ. จัดตั้งโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543

(2) พ.ร.บ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(3) พ.ร.บ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

(4) พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

(5) พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

(6) พ.ร.บ. จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552

4.1.4 แผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินกิจกรรมภายใต้แผนงาน/โครงการในแผนพัฒนาสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนปฏิบัติราชการ (ดูรายละเอียดในบทที่ 3) รวมทั้งนโยบายที่กำหนดโดยผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การปฏิบัติตามแผนงานโครงการดังกล่าว แม้จะเป็นลักษณะการปฏิบัติงานแบบผสมผสานโดยหน่วยงานในส่วนภูมิภาค แต่การสนับสนุนทรัพยากรและวิชาการจากส่วนราชการในส่วนกลาง ยังคงเป็นลักษณะการสนับสนุนแบบแนวดิ่ง ยังจำเป็นต้องเพิ่มการประสานงานระหว่างส่วนราชการให้มากขึ้น

4.1.5 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่นับลูกจ้างชั่วคราว) ประกอบด้วย ข้าราชการประมาณร้อยละ 80 และลูกจ้างประจำ ประมาณร้อยละ 17 และตั้งแต่ พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา สัดส่วนข้าราชการมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากมีพนักงานของรัฐมากขึ้น จนกระทั่งใน พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2547 ให้บรรจุพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น**ข้าราชการ** จำนวน 27,385 ตำแหน่ง ส่งผลให้มีข้าราชการเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 80.3 ใน พ.ศ. 2552 ดังภาพที่ 7.7 และ 7.8

ใน พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขมีอัตรากำลังทั้งสิ้น 212,252 คน เป็นข้าราชการ 170,336 คน คิดเป็นร้อยละ 80.3 เป็นลูกจ้างประจำ 37,022 คน คิดเป็นร้อยละ 17.4 ที่เหลือเป็นพนักงานราชการ 3,893 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 และมีอัตรากำลังของหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐและลูกจ้าง 1,001 คน คิดเป็นร้อยละ 0.5 โดยพบว่า ข้าราชการร้อยละ 89.4 ลูกจ้างประจำร้อยละ 76.5 และพนักงานราชการร้อยละ 65.4 อยู่ในสำนักงานปลัดกระทรวง โดยกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นหน่วยงานที่มีอัตรากำลังที่เป็นข้าราชการน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ 0.1 ของกระทรวงสาธารณสุข และกรมที่มีสัดส่วนของข้าราชการพอๆ กับลูกจ้างประจำ คือ กรมควบคุมโรค (ตารางที่ 7.2)

ใน พ.ศ. 2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำสัญญาจ้างพนักงานราชการเข้าปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น คล่องตัวและสอดคล้องกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ จนปัจจุบันมีพนักงานราชการทั้งสิ้น 3,893 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สนับสนุนทางด้านบริหารและบริการ (ตารางที่ 7.3)

ตารางที่ 7.2 จำนวนข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และจำนวนเจ้าหน้าที่องค์การของรัฐในหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

กรม/หน่วยงานในกำกับ	ข้าราชการ		พนักงานราชการ		ลูกจ้างประจำ		เจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ		ลูกจ้างในองค์กรของรัฐ		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สำนักงานปลัดกระทรวง	152,423	89.4 (83.2)	2,546	65.4 (1.4)	28,312	76.5 (15.4)	-	-	-	-	183,281	86.35
กรมการแพทย์	7,071	4.2 (72.7)	242	6.2 (2.5)	2,411	6.5 (24.8)	-	-	-	-	9,724	4.58
กรมอนามัย	1,917	1.1 (54.5)	169	4.3 (4.8)	1,434	3.9 (40.7)	-	-	-	-	3,520	1.66
กรมควบคุมโรค	3,078	1.8 (49.8)	472	12.1 (7.6)	2,627	7.1 (42.6)	-	-	-	-	6,177	2.91
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	988	0.6 (77.8)	42	1.1 (3.3)	240	0.6 (18.9)	-	-	-	-	1,270	0.60
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	614	0.4 (91.2)	3	0.1 (0.4)	56	0.2 (8.4)	-	-	-	-	673	0.32
กรมสุขภาพจิต	3,158	1.9 (62.0)	378	9.7 (7.4)	1,560	4.2 (30.6)	-	-	-	-	5,096	2.40
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	926	0.5 (70.4)	10	0.3 (0.8)	379	1.0 (28.8)	-	-	-	-	1,315	0.62
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	161	0.1 (82.6)	31	0.8 (15.9)	3	0.01 (1.5)	-	-	-	-	195	0.09
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	-	-	-	-	-	-	30	3.8 (81.1)	7	3.2 (18.9)	37	0.02
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-	-	-	-	-	-	642	81.8 (79.6)	165	76.4 (20.4)	807	0.38
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	-	-	-	-	-	-	47	6.0 (51.6)	44	20.4 (48.4)	91	0.04
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	-	-	-	-	-	-	66	8.4 (100.0)	-	-	66	0.03
รวม	**170,336**	**100.0 (80.3)**	**3,893**	**100.0 (1.8)**	**37,022**	**100.0 (17.4)**	**785**	**100.0 (0.4)**	**216**	**100.0 (0.1)**	**212,252**	**100.0**

ที่มา: 1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ข้อมูล ณ ตุลาคม 2552

2. หน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ตัวเลขข้าราชการและลูกจ้างประจำของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง ซึ่งเป็นข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2552

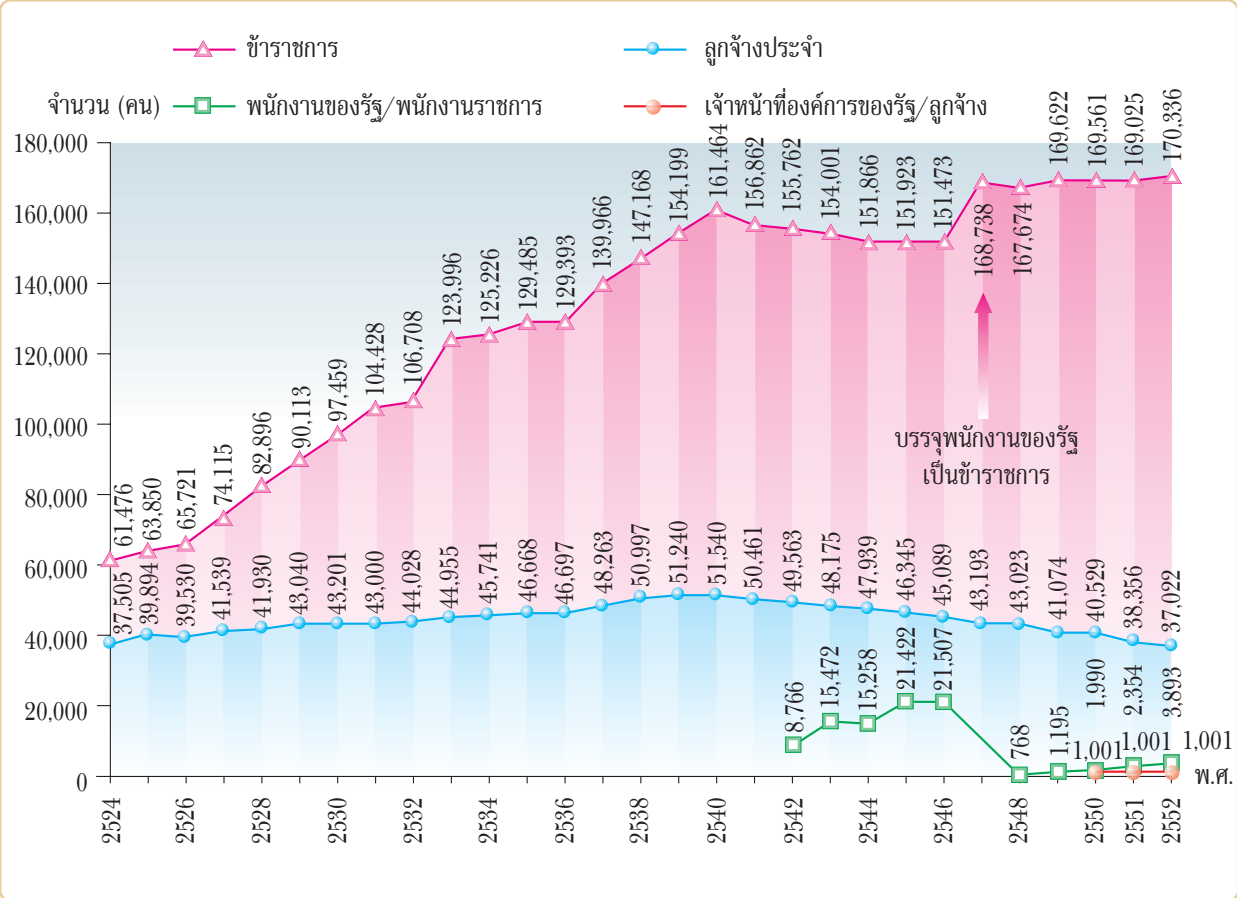
2. ตัวเลขใน ( ) คือ ร้อยละตามแนวนอน

ตารางที่ 7.3 จำนวนพนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามสาขา/ วิชาชีพ พ.ศ. 2552

	สาขา/วิชาชีพ	จำนวน (คน)
1.	นักวิชาการการเงินและบัญชี/นักวิชาการพัสดุ / ตรวจสอบภายใน	737
2.	เจ้าพนักงานควบคุมโรค / เจ้าพนักงานสาธารณสุข / เจ้าพนักงานเภสัชกรรม / พนักงานสนับสนุนบริการ	353
3.	นักสถิติ/นักวิชาการคอมพิวเตอร์/เจ้าหน้าที่ระบบงานคอมพิวเตอร์	336
4.	พยาบาลวิชาชีพ	302
5.	นักวิชาการด้านสิ่งแวดล้อม/นักวิชาการสาธารณสุข	172
6.	เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับธุรการ/การเงิน/พัสดุ/สถิติ/บันทึกข้อมูล	172
7.	นักอาชีวบำบัด/นักกายภาพบำบัด	332
8.	นักเทคนิคการแพทย์	333
9.	เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน	191
10.	นิติกร/ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย	72
11.	นักสังคมสงเคราะห์/นักจิตวิทยา	149
12.	บุคลากร/นักพัฒนาทรัพยากรบุคคล	143
13.	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/พนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์/ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา	82
14.	เจ้าหน้าที่วิเทศสัมพันธ์/นักประชาสัมพันธ์/นักวิชาการเผยแพร่/ โสตทัศนศึกษา	70
15.	นักจัดการงานทั่วไป/เจ้าหน้าที่ประสานงานโครงการ	146
16.	นักโภชนาการ	56
17.	นายช่าง/ช่างโยธาเครื่องกล/ไฟฟ้า/ไฟฟ้าสื่อสาร/เทคนิค	65
18.	นักรังสีการแพทย์ / เจ้าหน้าที่รังสีการแพทย์ / เจ้าหน้าที่เอ็กซเรย์	62
19.	นักวิจัย/ผู้ช่วยนักวิจัย	16
20.	บรรณารักษ์ / เจ้าหน้าที่ห้องสมุด	16
21.	ช่างภาพการแพทย์ / นักเทคโนโลยีโรคหัวใจ	18
22.	เภสัชกร	6
23.	นายแพทย์	1
24.	นักการแพทย์แผนไทย	9
25.	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/ช่างทันตกรรม	8
26.	วิทยาจารณ์/นักวิชาการศึกษาพิเศษ	11
27.	นักกีฏวิทยา	35
	รวม	**3,893**

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ข้อมูล ณ ตุลาคม 2552

ภาพที่ 7.7 จำนวนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ/พนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ/ลูกจ้างในหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524 - 2552



ที่มา: พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2540 ได้จากสมาคมอนามัย ปฏิทินสาธารณสุข

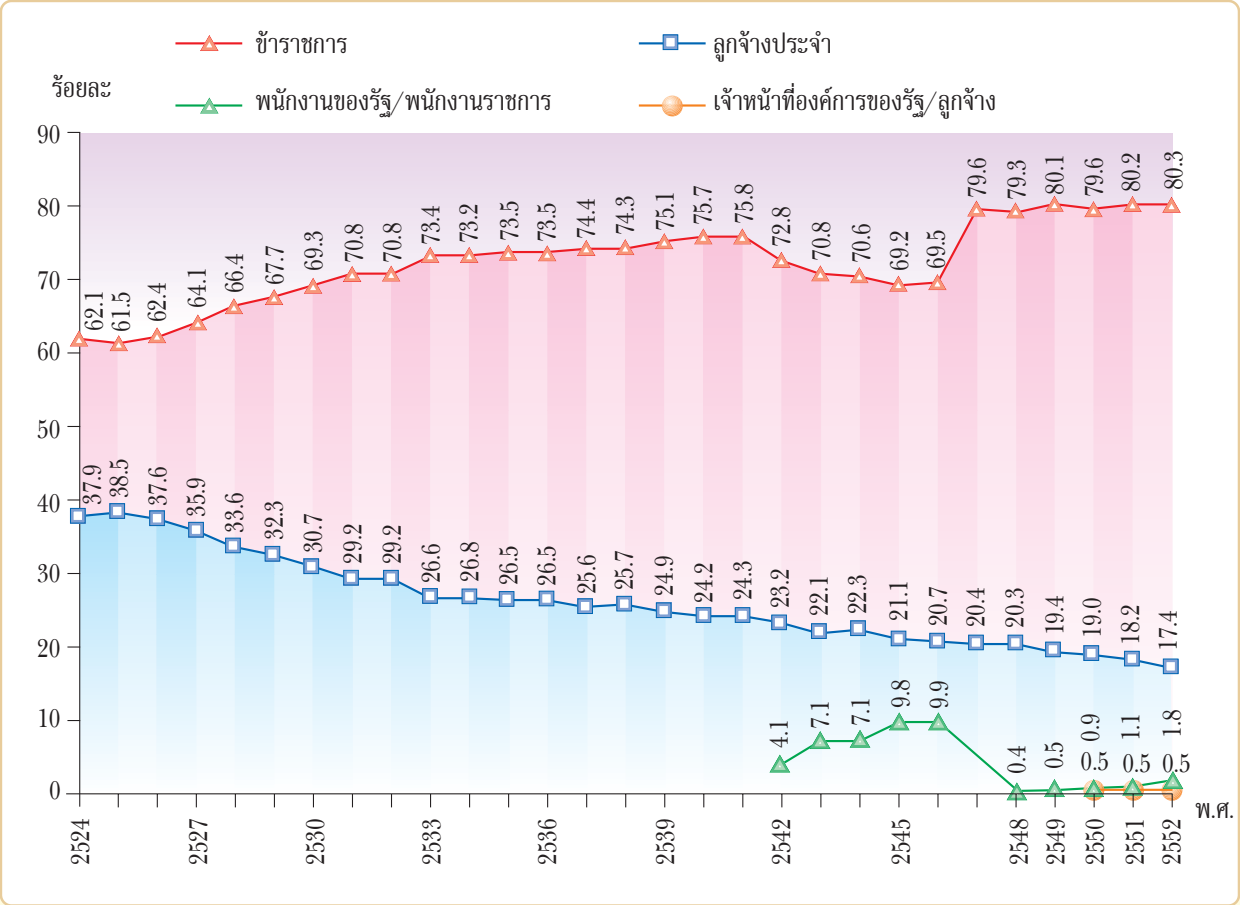
พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2552 ได้จากกองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง

2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุพนักงานของรัฐเป็นข้าราชการทั้งหมด

3. ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้รูปแบบการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ ทำงานในภาคราชการควบคู่กับข้าราชการ

ภาพที่ 7.8 สัดส่วนข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานของรัฐ/พนักงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ/ลูกจ้างในหน่วยงานกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2524 - 2552



ที่มา: พ.ศ. 2524 - พ.ศ. 2540 ได้จากสมาคมอนามัย ปฏิทินสาธารณสุข

พ.ศ. 2541 - พ.ศ.2552 ได้จากกองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา เป็นข้อมูลที่มีคนครองตำแหน่งจริง

2. ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้บรรจุพนักงานของรัฐเป็นข้าราชการทั้งหมด

3. ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้รูปแบบการจ้างงานเป็นพนักงานราชการ ทำงานในภาคราชการควบคู่กับข้าราชการ

กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานราชการและเจ้าหน้าที่และลูกจ้างในองค์กรของรัฐ) จำแนกตามกลุ่ม/สายงานสำคัญ ที่มีคนครองตำแหน่งจริง ใน พ.ศ. 2552 ทั้งหมด 170,336 คน ประกอบด้วย 4 ประเภท คือ ประเภทบริหาร อำนวยการ วิชาการและประเภททั่วไป โดยกำลังคนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 73.9 เป็นกลุ่มอาชีพแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข ดังนี้ (ตารางที่ 7.4)

ตารางที่ 7.4 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวมพนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวและเจ้าหน้าที่องค์การของรัฐ/ลูกจ้าง) จำแนกตามประเภท/ สายงานสำคัญที่มีคนครองตำแหน่งจริง พ.ศ. 2552

ประเภท / สายงาน	ข้าราชการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ประเภทบริหารและประเภทอำนวยการ		
- นักบริหาร/ผู้ตรวจราชการกระทรวง	42	0.02
2. ประเภทอำนวยการ		
- ผู้อำนวยการทั่วไป / เฉพาะด้าน	1,097	0.6
3. ประเภทวิชาการ		
3.1 กลุ่มอาชีพแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข	**125,940**	**73.9**
3.1.1 แพทย์	11,391	6.7
3.1.2 ทันตแพทย์	3,357	2.0
3.1.3 เภสัชกรรม	6,039	3.5
3.1.4 พยาบาลวิชาชีพ	79,084	46.4
3.1.5 สัตวแพทย์	14	0.01
3.1.6 รังสีการแพทย์	587	0.3
3.1.7 เทคนิคการแพทย์	1,336	0.8
3.1.8 วิทยาศาสตร์การแพทย์	800	0.5
3.1.9 กายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด/เวชศาสตร์การสื่อความหมาย	559	0.3
3.1.10 จิตวิทยา / จิตวิทยาคลินิก	213	0.1
3.1.11 โภชนาการ	228	0.1
3.1.12 วิชาการสาธารณสุข	22,218	13.0
3.1.13 วิชาการอาหารและยา	91	0.1
3.1.14 วิชาการพยาบาล	23	0.01
3.2 กลุ่มอาชีพอื่น ๆ	**4,134**	**2.4**
3.2.1 ฟิสิกส์รังสี	39	0.02
3.2.2 กายอุปกรณ์/ช่างภาพการแพทย์	31	0.02
3.2.3 วิชาการช่างศิลป์/ประชาสัมพันธ์/วิชาการเผยแพร่/วิชาการโสตทัศนศึกษา	76	0.04
3.2.4 บรรณารักษ์	73	0.04
3.2.5 วิทยาจารย์/วิชาการศึกษาพิเศษ	238	0.1
3.2.6 สังคมสงเคราะห์	356	0.2

ตารางที่ 7.4 (ต่อ)

ประเภท / สายงาน	ข้าราชการ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3.2.7 วิชาการสิ่งแวดล้อม/วิชาการเกษตร/จัดการงานทั่วไป / ทรัพยากรบุคคล/วิชาการพัสดุ/วิเทศสัมพันธ์/วิชาการเงินและบัญชี/วิชาการตรวจสอบภายใน/วิชาการสถิติ/วิชาการคอมพิวเตอร์	2,470	1.5
3.2.8 นิติกร	157	0.1
3.2.9 วิเคราะห์นโยบายและแผน	694	0.4
4. ประเภททั่วไป	**39,123**	**23.0**
4.1 งานธุรการ/งานพัสดุ/งานเวชสถิติ/งานสถิติ/งานการเงินและบัญชี/งานคลัง/งานเครื่องคอมพิวเตอร์/งานการเกษตร	7,794	4.6
4.2 งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์/งานโสตทัศนศึกษา/งานห้องสมุด/วิเทศสัมพันธ์/งานช่างศิลป์/ช่างภาพ	476	0.3
4.3 งานทันตสาธารณสุข/งานช่างทันตกรรม	4,380	2.6
4.4 งานเภสัชกรรม	3,527	2.1
4.5 งานโภชนาการ	221	0.1
4.6 งานรังสีการแพทย์/งานวิทยาศาสตร์การแพทย์	4,064	2.4
4.7 งานเวชกรรมฟื้นฟู/งานอาชีวบำบัด/งานกายอุปกรณ์	567	0.3
4.8 งานสาธารณสุข	12,474	7.3
4.9 พยาบาลเทคนิค	5,121	3.0
4.10ช่างรางวัด/ช่างเครื่องกล/ช่างเทคนิค/ช่างไฟฟ้า/ช่างโยธา	499	0.3
รวมทั้งหมด	**170,336**	**100.0**

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ข้อมูล ณ ตุลาคม 2552

หมายเหตุ: 1. พ.ศ. 2551 ได้ออกพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 มาตรา 45 บัญญัติให้ตำแหน่งข้าราชการพลเรือนสามัญมี 4 ประเภท คือ ประเภทบริหาร อำนวยการ วิชาการและทั่วไป รวมทั้งได้ปรับปรุงสายงานใหม่ จำนวน 245 สายงานใน 8 กลุ่มอาชีพ

2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ได้นำมารวมไว้ในผู้อำนวยการทั่วไป/เฉพาะด้าน จำนวน 828 คน

นอกจากนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา รัฐบาลได้กำหนดมาตรการปรับขนาดกำลังคนภาครัฐ เช่น การไม่ให้เพิ่มอัตราข้าราชการตั้งใหม่ยกเว้นจำเป็น การแจ้งอัตราข้าราชการที่ต้องยุบเลิกจากผลการเกษียณ การยุบเลิกอัตราลูกจ้างประจำที่ว่างลงและมาตรการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด ฯลฯ ส่งผลให้มีการขาดแคลนกำลังคนในกระทรวงสาธารณสุขประกอบกับ ต้องมีการดำเนินงานตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีการจ้างงานในลักษณะลูกจ้างชั่วคราวโดยใช้เงินงบประมาณในลักษณะจ้างเหมาบริการและใช้เงินนอกงบประมาณเพิ่มขึ้นมาก โดยพบว่า ในช่วง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 ลูกจ้างชั่วคราวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 35.7 หรือเพิ่มจาก 84,341 คน ใน พ.ศ. 2548 เป็น 114,494 คน ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีลูกจ้างชั่วคราวมากที่สุด ทั้งนี้ เนื่องจากมีสถานบริการสาธารณสุขที่ต้องรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะที่กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีลูกจ้างชั่วคราวน้อยที่สุด (ตารางที่ 7.5)

หากพิจารณาสัดส่วนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขทุกประเภทที่รวมลูกจ้างชั่วคราว ในช่วง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 กลับพบว่า สัดส่วนข้าราชการและลูกจ้างประจำลดลง คือ จากร้อยละ 56.5 และ 14.5 ใน พ.ศ. 2548 เหลือร้อยละ 52.1 และ 11.3 ใน พ.ศ. 2552 ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนลูกจ้างชั่วคราวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น คือจากร้อยละ 28.4 ใน พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 35.0 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 7.9)

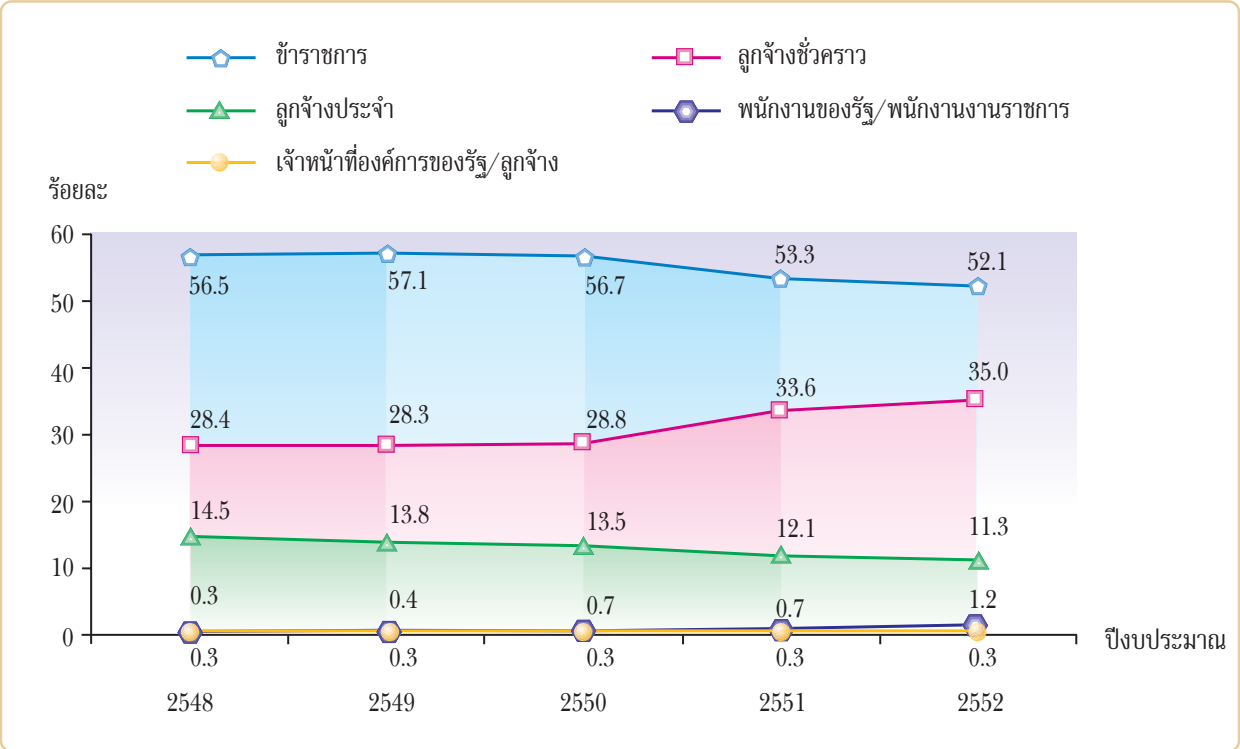
ตารางที่ 7.5 จำนวนลูกจ้างชั่วคราวในสังกัดส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	สำนักงานปลัดกระทรวง	กรมการแพทย์	กรมอนามัย	กรมควบคุมโรค	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	สนง.คณะกรรมการอาหารและยา	กรมสุขภาพจิต	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	รวม
2548	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	84,341
2549	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	84,106
2550	75,539	6,135	505	842	937	469	1,922	9	-	86,358
2551	93,897	7,887	508	814	1,010	405	1,907	9	-	106,437
2552	102,833	6,594	549	908	1,013	546	1,963	47	41	114,494

ที่มา: พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2549 ได้จากรายงานกำลังคนภาครัฐ, สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2552 ได้จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

หมายเหตุ: 1. ลูกจ้างชั่วคราว หมายถึง ลูกจ้างที่ใช้เงินงบประมาณจ้างในลักษณะจ้างเหมาบริการและใช้เงินนอกงบประมาณจ้าง
2. ไม่สามารถหาข้อมูลลูกจ้างชั่วคราวก่อน พ.ศ. 2548 ได้

ภาพที่ 7.9 สัดส่วนกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขทุกประเภท (รวมลูกจ้างชั่วคราว) ปีงบประมาณ 2548 - 2552



ที่มา: - กองการเจ้าหน้าที่ของทุกกรมในกระทรวงสาธารณสุข
- รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

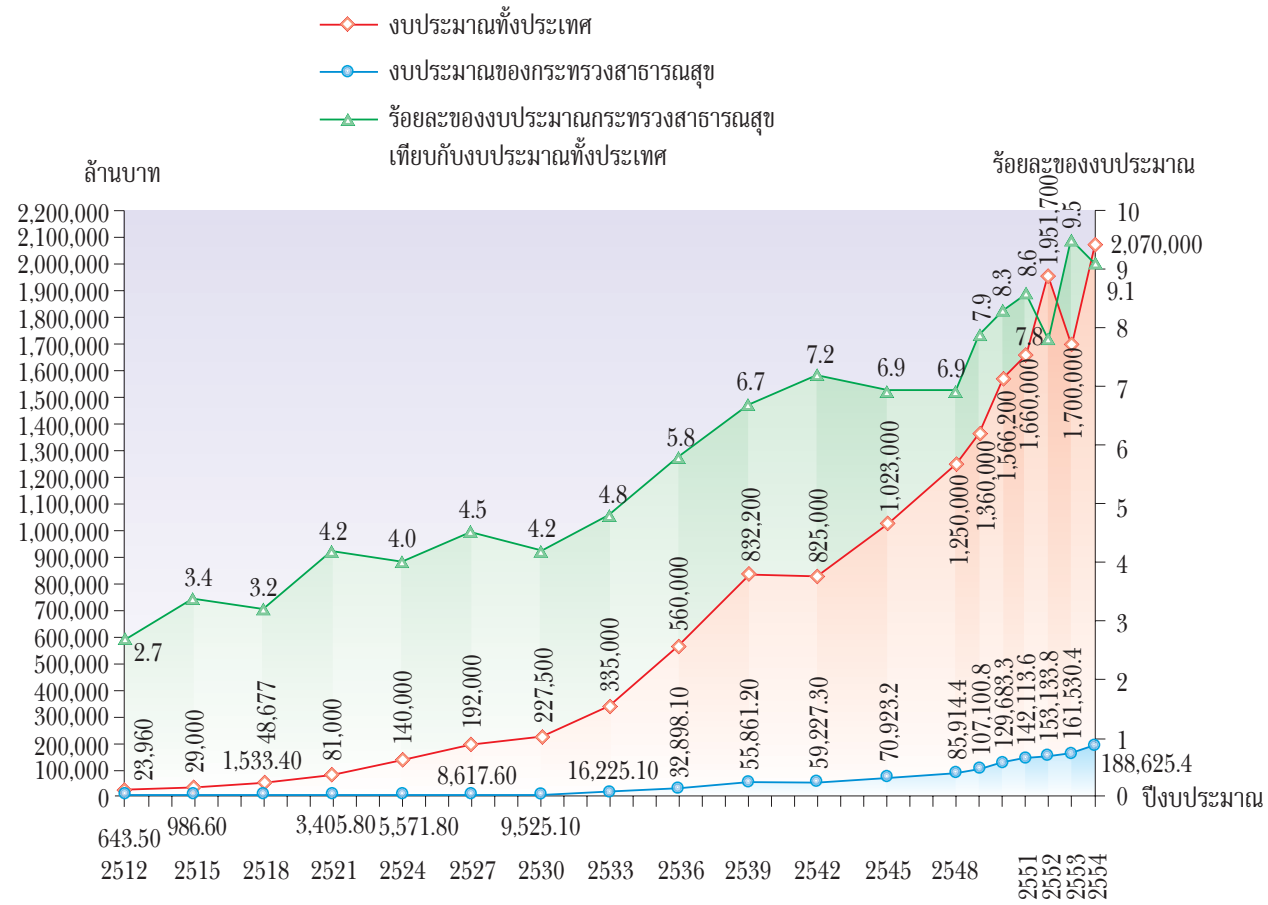
4.1.6 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

1) สัดส่วนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรงบประมาณระหว่าง พ.ศ. 2512 - พ.ศ. 2554 คิดเป็นร้อยละ 2.7-9.5 (ภาพที่ 7.10) ของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ หรือประมาณร้อยละ 0.4-1.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) จะเห็นได้ว่างบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่ผ่านมามีเม็ดเงินไหลมาด้านสังคมมากขึ้น การที่งบประมาณด้านสาธารณสุขมีสัดส่วนสูงขึ้นจากประมาณร้อยละ 6.5 ใน พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 10.1 ใน พ.ศ. 2554 นั้น เนื่องจากภาระการจ่ายหนี้ต่างประเทศและสัดส่วนงบประมาณด้านความมั่นคงลดลง (ภาพที่ 7.12) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพที่ 7.11) โดยในปีงบประมาณ 2554 ได้รับจัดสรรเป็นเงิน 87,567.5 ล้านบาท นอกจากนี้ยังได้รับเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ จำนวน 101,057.9 ล้านบาท รวมทั้งสิ้น 188,625.4 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 9.1 ของงบประมาณรายจ่ายของประเทศ (ภาพที่ 7.10)

หากคิดงบประมาณในมูลค่าจริง จะพบว่า งบประมาณในช่วงหลังวิกฤตเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2541-พ.ศ. 2544) มีมูลค่าน้อยกว่างบประมาณใน พ.ศ. 2539 เสียอีก ซึ่งน่าสังเกตว่าช่วง พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544 มีเงินกู้จากต่างประเทศเข้ามามากพอควร แต่หลังจากที่รัฐมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา พบว่า งบประมาณในช่วง พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2554 มีมูลค่าจริงสูงกว่า พ.ศ. 2539 ถึง 1.1-2.2 เท่า (ตารางที่ 7.6)

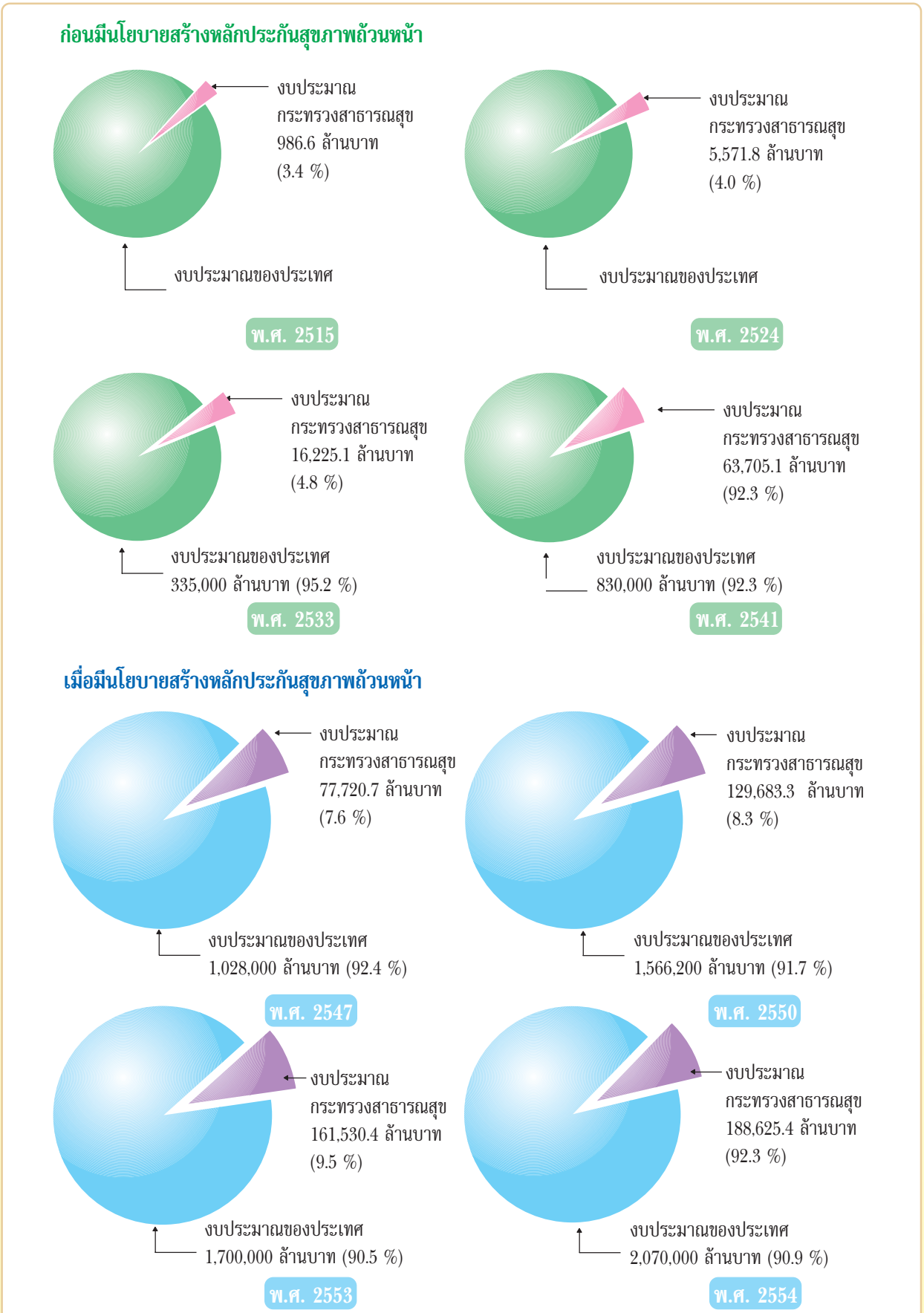
ภาพที่ 7.10 งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณรายจ่ายของประเทศ(มูลค่าปัจจุบัน)และสัดส่วนของงบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2512 - 2554



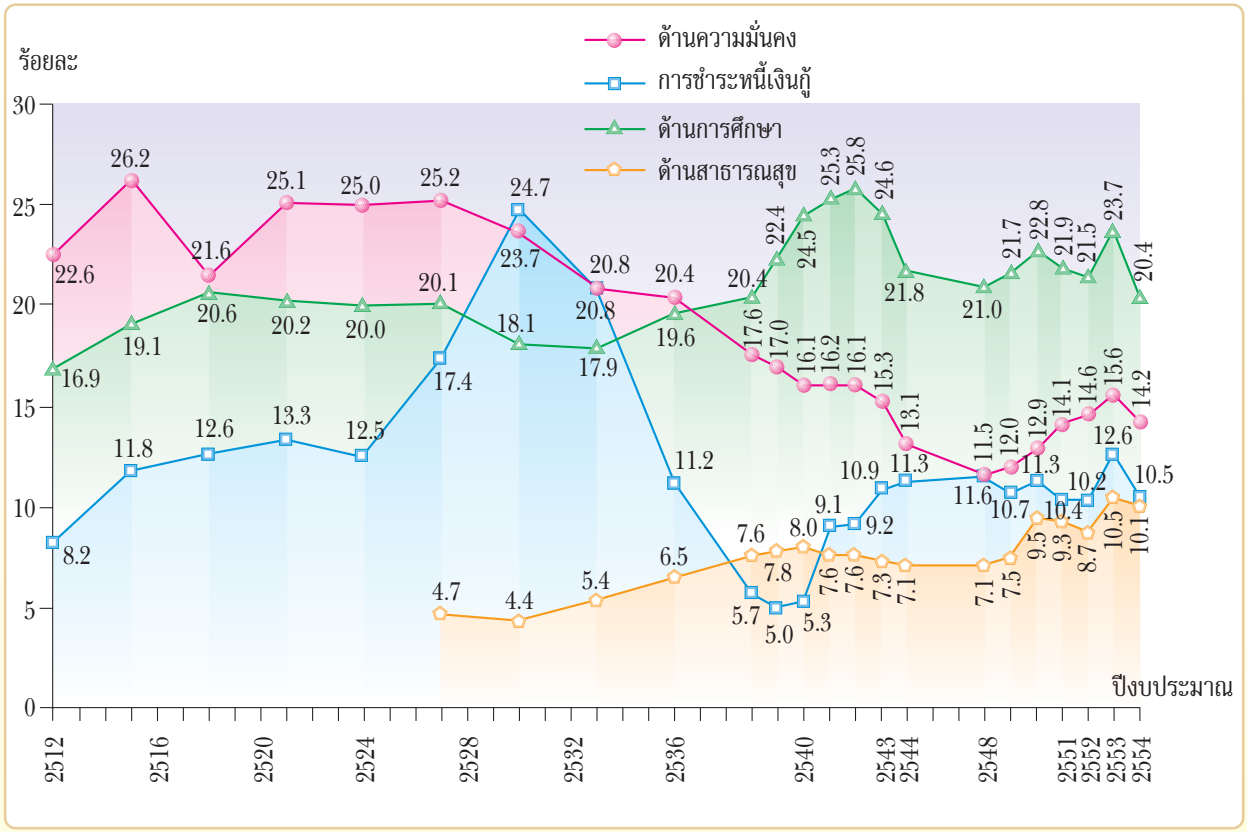
ที่มา: - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- สำนักงบประมาณ

ภาพที่ 7.11 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับงบประมาณของประเทศ



ภาพที่ 7.12 สัดส่วนงบประมาณ ด้านความมั่นคง การชำระหนี้เงินกู้ การศึกษาและสาธารณสุข เปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2512 - 2554



ที่มา: สำนักงบประมาณ

หมายเหตุ: พ.ศ. 2512 - พ.ศ. 2524 ไม่มีข้อมูลงบประมาณด้านสาธารณสุข เนื่องจากในช่วงดังกล่าวงบประมาณด้านสาธารณสุขจะรวมอยู่ในงบประมาณด้านบริการสังคมสงเคราะห์ชุมชน

ตารางที่ 7.6 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข มูลค่าปัจจุบันและมูลค่าจริง

พ.ศ.	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข (ล้านบาท)	เงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ	งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (ในมูลค่าปัจจุบัน) (ล้านบาท)	ตัวเลขของดัชนีราคาผู้บริโภค เมื่อคิด พ.ศ. 2537 = 100	มูลค่า พ.ศ. 2554 (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลดจากปีก่อน (มูลค่า พ.ศ. 2554)	ร้อยละงบประมาณประเทศ
2535	24,640	-	24,640	92.1	45,454	-	-
2536	32,898	-	32,898	95.2	58,712	+29.2	5.9
2537	39,319	-	39,319	100.0	66,803	+13.8	6.3
2538	45,103	730	45,833	105.8	73,601	+10.2	6.4
2539	55,236	625	55,861	111.8	84,891	+15.3	6.7
2540	66,544	1,030	67,574	118.2	97,130	+14.4	7.3
			(68,934)		(99,085)	(+16.7)	(7.5)
2541	62,625	1,080	63,705	127.7	84,757	-12.7	7.7
			(65,065)		(86,566)	(-12.6)	(7.8)
2542	57,171	2,056	59,227	128.0	78,615	-7.2	7.2
			(62,787)		(83,340)	(-3.7)	(7.6)
2543	58,426	2,215	60,641	130.1	79,192	+0.7	7.1
			(63,001)		(82,274)	(-1.3)	(7.3)
2544	58,697	2,400	61,097	132.2	78,520	-0.8	6.7
			(61,563)		(79,119)	(-3.8)	(6.8)
2545	43,311	27,612	70,923	133.0	90,600	+15.4	6.9
2546	41,996	32,138	74,134	135.5	92,955	+2.6	7.4
2547	45,147	32,573	77,720	139.3	94,793	+2.0	7.6
2548	45,024	40,890	85,914	145.5	100,322	+5.8	6.9
2549	52,672	54,429	107,101	152.3	119,478	+19.1	7.9
2550	62,319	67,364	129,683	155.8	141,419	+18.4	8.3
2551	65,515	76,599	142,114	164.2	147,047	+4.0	8.6
2552	72,536	80,598	153,134	162.8	159,812	+8.7	7.8
2553	72,146	89,385	161,530	169.3	162,102	+1.4	9.5
2554	87,568	101,057	188,625	169.9[1]	188,625	+16.4	9.1

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ:
1. งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขได้รวมงบประมาณของหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย
2. ตัวเลขใน ( ) คือ ตัวเลขที่รวมเงินกู้ด้านสุขภาพจากต่างประเทศใน พ.ศ. 2540-2544 คือ ประเทศ สวีเดนเดนมาร์ก OECF ธนาคารโลก ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย และญี่ปุ่น (Miyazawa Plan) พ.ศ. 2540 = 1,360 ล้านบาท พ.ศ. 2541 = 1,360 ล้านบาท พ.ศ. 2542 = 3,560 ล้านบาท พ.ศ. 2543 = 2,360 ล้านบาท และพ.ศ. 2544 = 466 ล้านบาท
3. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538-2544 เป็นต้นมากระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณสมทบเป็นค่าบัตรประกันสุขภาพแยกต่างหากเรียกว่าเงินสมทบเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งก่อนนั้นงบประมาณส่วนนี้รวมอยู่ในงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข
4. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพแทนเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้บริหารและจัดสรรงบประมาณกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 เป็นต้นไป
5. [1]พ.ศ. 2554 เป็นตัวเลขดัชนีราคาผู้บริโภค ณ มกราคม 2554
6. เงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพไม่รวมงบบุคลากรและงบดำเนินการ

2) การจัดสรรตามส่วนราชการ

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนที่ได้รับจัดสรรตามกรมต่าง ๆ แล้ว พบว่า ใน พ.ศ. 2554 หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณมากที่สุด คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมกองทุนหมุนเวียนหลักประกันสุขภาพ) ร้อยละ 54.1 รองลงมาเป็น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 37.2 (รวมเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย) และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้รับการจัดสรรน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 0.03 (ตารางที่ 7.7 และภาพที่ 7.13)

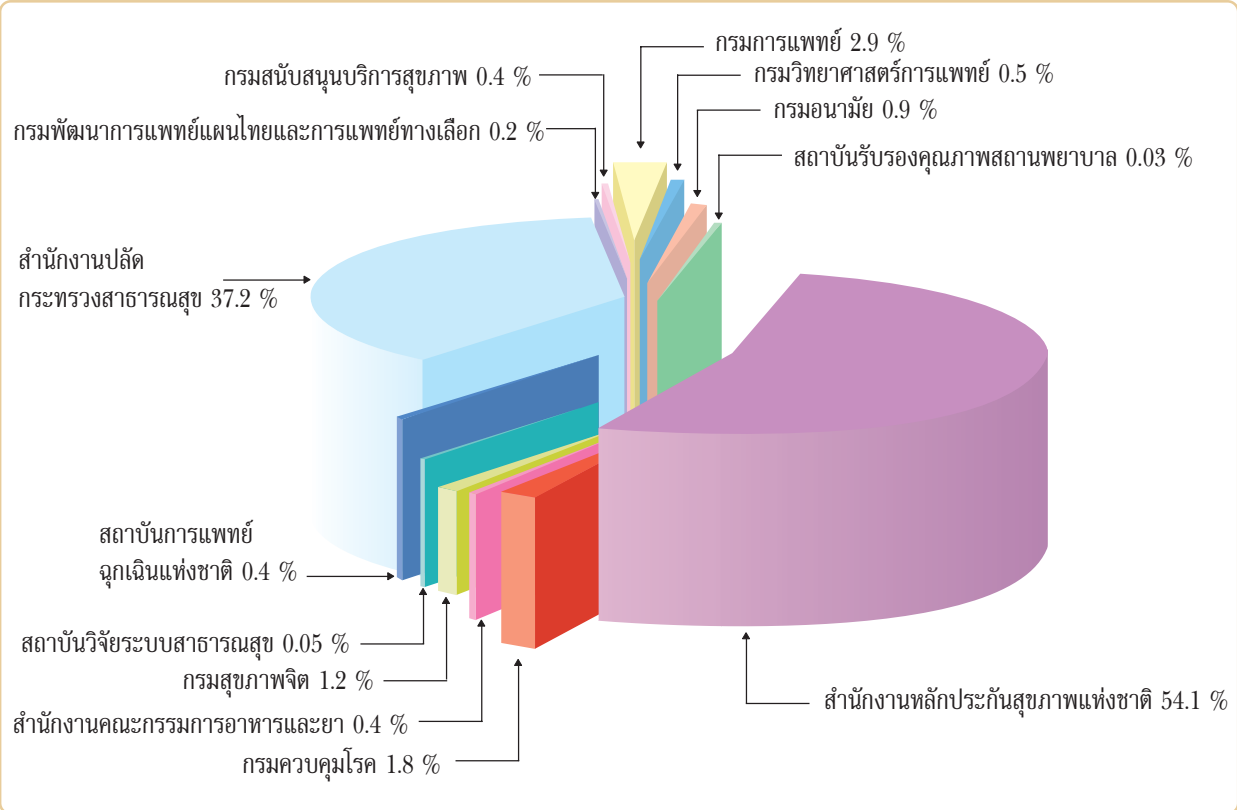
ตารางที่ 7.7 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2554

กรม	งบประมาณที่ได้รับ (ล้านบาท)																	
	ปี 2546	ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551		ปี 2552		ปี 2553		ปี 2554		
	ได้รับ	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2546	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2547	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2548	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2549	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2550	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2551	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2552	ได้รับ	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2553	สัดส่วน
- ประเทศ	**999,900.0**	**1,028,000.0**	**+2.8**	**1,250,000.0**	**+21.6**	**1,360,000.0**	**+8.8**	**1,566,200.0**	**+16.2**	**1,660,000.0**	**+6.0**	**1,951,700.0**	**+17.6**	**1,700,000.0**	**-12.9**	**2,070,000.0**	**21.8**	**-**
- กระทรวงสาธารณสุข	**74,133.9**	**77,720.7**	**+4.8**	**85,914.4**	**+10.5**	**107,100.8**	**+24.8**	**129,683.3**	**+21.1**	**142,113.6**	**+9.6**	**153,133.8**	**+7.8**	**161,530.4**	**+5.5**	**188,625.4**	**16.8**	**-**
- สำนักงานปลัดกระทรวง	28,978.7	32,177.5	+11.0	32,096.6	-0.3	41,016.8	+27.8	49,115.0	+19.7	51,626.9	+5.1	57,058.0	+10.5	58,170.7	+2.0	70,110.4	+20.5	37.2
- กรมการแพทย์	2,490.4	2,664.7	+7.0	2,721.6	+2.1	2,937.9	+7.9	3,421.8	+16.5	3,481.2	+1.7	3,758.3	+8.0	3,494.2	-7.0	5,389.4	+54.2	2.9
- กรมควบคุมโรค	3,635.6	4,081.5	+12.3	4,048.7	-0.8	2,736.3	-32.4	3,133.2	+14.5	3,379.1	+7.8	3,487.2	+3.2	3,192.2	-8.5	3,367.3	+5.5	1.8
- กรมอนามัย	1,185.6	1,340.8	+13.1	1,361.2	+1.5	1,366.7	+0.4	1559.5	+14.1	1,652.7	+6.0	1,776.9	+7.5	1,524.5	-14.2	1,735.2	+13.8	0.9
- กรมสุขภาพจิต	1,553.2	1,623.4	+4.5	1,721.7	+6.1	1,659.7	-3.6	1,888.6	+13.8	1,917.4	+1.5	2,018.8	+5.3	1,917.3	-5.0	2,330.2	+21.5	1.2
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	1,125.6	587.4	-47.8	597.8	+1.8	593.4	-0.7	651.3	+9.8	731.9	+12.4	755.9	+3.4	703.5	-6.9	844.6	+20.0	0.4
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	747.3	927.2	+24.1	973.1	+4.9	891.2	-8.4	838.2	-5.9	908.4	+8.4	916.3	+0.9	781.9	-14.7	904.3	+15.6	0.5
- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	73.7	120.1	+63.0	113.0	-5.9	113.1	+0.08	134.1	+18.6	151.6	+13.0	368.9	+143.3	173.3	-53.0	255.6	+47.5	0.1
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	495.5	507.1	+2.3	667.1	+31.6	613.1	-8.1	627.0	+2.3	657.4	+4.8	686.7	+4.5	567.7	-17.3	700.4	+23.4	0.4
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	109.9	96.9	-11.8	88.7	-8.5	79.0	-10.9	99.4	+25.8	120.5	+21.2	119.9	-0.5	186.8	+55.8	90.6	-51.5	0.05
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1,600.0	1,021.3	-36.2	625.0	-38.8	644.9	+3.2	810.9	+25.7	807.7	-0.4	936.7	+16.0	858.5	-8.3	961.3	+12.0	0.5
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	112.2	-	54.7	-51.2	164.8	+201.3	0.09
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50.4	-	0.03
- กองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพ	32,138.5	32,572.8	+1.4	40,889.9	+25.5	54,428.6	+33.4	67,364.1	+23.8	76,598.8	+13.7	80,597.7	+5.2	89,384.8	+10.9	101,057.9	+13.0	53.6
- กองทุนภูมิปัญญาแพทย์แผนไทย	-	-	-	10.0	0.0	20.00	+100.0	40.0	+100.0	80.0	+100.0	150.0	+87.5	130.0	-13.3	138.0	+6.1	0.07
- กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	390.3	-	390.3	0.0	525.0	+34.5	0.3

ที่มา: 1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. พ.ศ. 2540 - พ.ศ. 2544 งบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงได้รวมเงินสมทบบัตรประกันสุขภาพเข้าไปด้วย
2. พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2554 งบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงรวมเงินเดือนและค่าจ้างซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นกรมใหม่ที่จัดตั้งขึ้นจากการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งได้รับงบประมาณตามโครงสร้างใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เป็นต้นไป
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้งใหม่ ซึ่งได้รับงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นไป
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้งใหม่ ซึ่งได้รับงบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นไป
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดตั้งขึ้นใหม่ ซึ่งได้งบประมาณตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 เป็นต้นไป

ภาพที่ 7.13 สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามส่วนราชการ พ.ศ. 2554



ที่มา: ตารางที่ 7.7

หมายเหตุ: 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รวมเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพเข้าไปด้วย

2. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรวมเงินกองทุนภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยเข้าไปด้วย

3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวมเงินกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเข้าไปด้วย

3) การจัดสรรตามลักษณะการดำเนินงาน

สำหรับงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2554 ได้จัดสรรสำหรับการดำเนินงานในประเด็นสำคัญ รวม 9 ด้าน (ตารางที่ 7.8) โดยมีข้อสังเกตว่าการดำเนินงานด้านการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นงานตามนโยบายรัฐบาลชุดปัจจุบัน จึงได้รับงบประมาณเพิ่มในอัตราที่สูงมาก ขณะที่การดำเนินงานด้านอื่นๆ มีแนวโน้มได้รับงบประมาณลดลงและคงที่ (ภาพที่ 7.14)

อนึ่ง จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณจากแบบแผนงาน/โครงการ มาเป็นระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ จึงทำให้มีข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลการจัดสรรงบประมาณตามลักษณะการดำเนินงานให้ครบถ้วนและสมบูรณ์

ตารางที่ 7.8 การจัดสรรงบประมาณตามลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญในช่วง พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2554

กรม	2545	2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551		ปี 2552		ปี 2553		ปี 2554		
	(ล้านบาท)	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2545	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2546	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2547	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2548	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2549	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2550	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2551	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2552	(ล้านบาท)	อัตราเพิ่ม/ลดจากปี 2553	สัดส่วน
1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[1]	53,022.9	57,697.2	+8.8	60,431.2	+4.7	68,207.6	+12.9	78,535.7	+15.3	86,594.5	+10.3	100,949.7	+16.6	128,767.7	+27.6	140,750.3	+9.3	167,526.3	+19.0	88.8
2. การป้องกัน ควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ	7,619.9	6,296.0[2]	NA	4,951.2[3]	NA	2,968.4[4]	NA	2,944.0	-0.7	3,584.7	+21.8	4,197.5	+17.1	4,301.5	+2.5	3,752.7	-12.8	5,035.9	+34.2	2.7
3. การพัฒนาระบบสุขภาพ	1,519.6	1,674.0	+10.2	2,474.5	NA	3,292.2	+33.0	3,235.6	-1.7	4,026.5	+24.4	5,373.3	+33.4	5,976.7	+11.2	5,470.8	-8.5	5,393.3	-1.4	2.8
4. การสนับสนุนการผลิตและพัฒนาคุณภาพบุคลากร	1,501.5	1,464.6	-2.4	1,495.9	+2.1	1,647.9	+10.2	1,919.3	+16.5	2,426.9	+26.4	3,333.8	+37.4	3,060.7	-8.2	3,031.0	-1.0	3,277.0	+8.1	1.7
5. การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ	812.9	819.6	+0.8	1,085.0	+32.4	1,446.9	+33.3	1,513.1	+4.6	1,632.1	+7.9	1,582.6	-3.0	1,891.7	+19.5	1,654.3	-12.5	2,017.9	+22.0	1.1
6. การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์	698.7	885.1	+26.7	1,355.1	+53.1	1,321.5	-2.5	3,087.4[5]	+133.6	4,073.4	+31.9	4,638.1	+3.0	3,228.5[6]	NA	3,026.9	NA	3,146.3	NA	1.7
7. การป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด	524.7	538.2	+2.6	1,100.1	+104.4	842.1	-23.5	483.1	-42.6	526.5	+9.0	521.9	-0.9	639.6	+22.6	553.0	-13.5	691.5	+25.0	0.4
8. การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	39.1	73.7	+88.5	120.1	+63.0	122.9	+2.3	126.9	+3.2	195.5	+54.1	275.3	+40.8	444.0	+61.3	330.5	-25.6	393.6	+19.1	0.2
9. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการ	65.7	79.5	+21.0	82.1	+3.3	87.1	+6.1	93.8	+7.7	120.4	+28.4	112.3	-6.7	129.0	+14.9	104.7	-18.8	134.7	+28.7	0.1

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: [1] งบประมาณการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประมาณร้อยละ 11 เป็นงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย

[2] ในปีงบประมาณ 2546 งบประมาณด้านการป้องกัน ควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพได้รับลดลง เนื่องจากกรมอนามัยมีการตัดโอนภารกิจและหน่วยงานภายใต้กรมที่มีภารกิจเฝ้าระวัง ตรวจวิเคราะห์คุณภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดการน้ำสะอาด ไปกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตามนโยบายการปฏิรูประบบราชการ

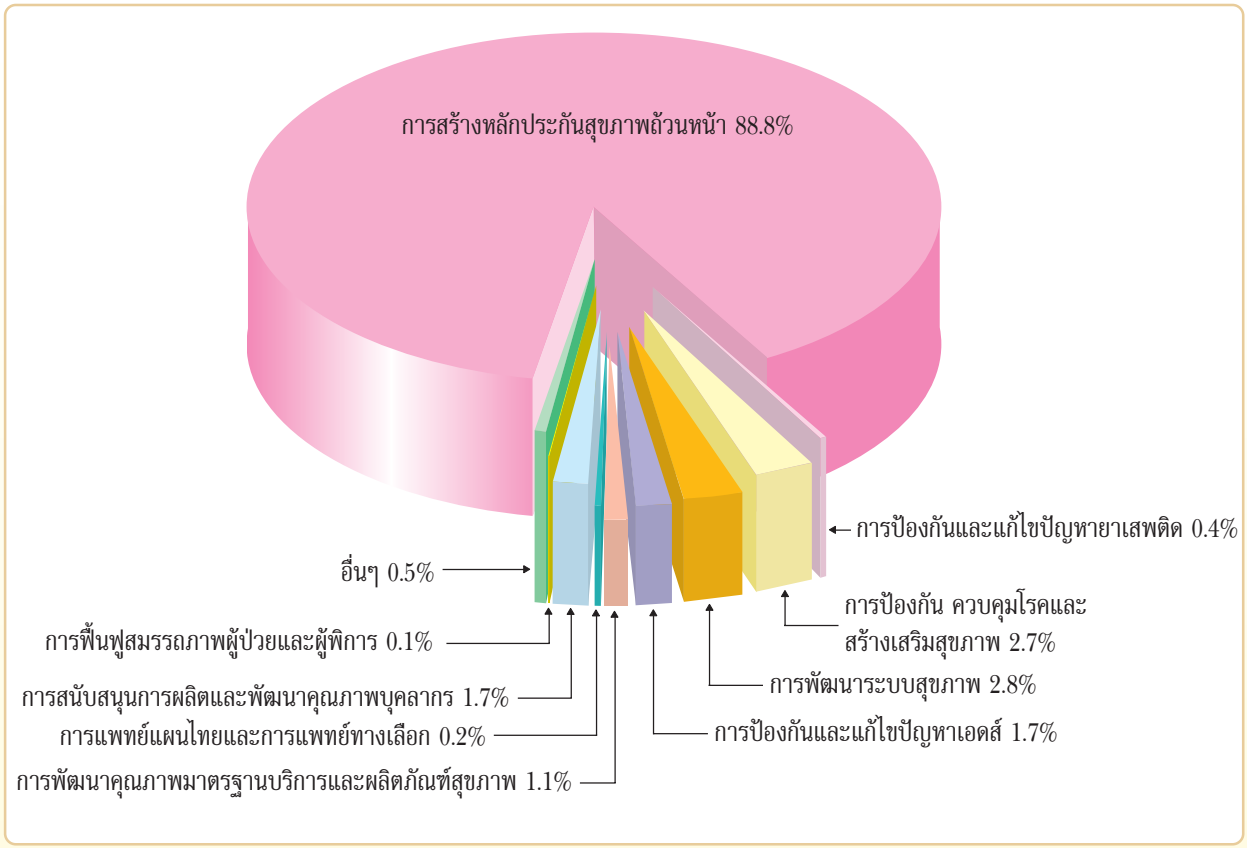
[3] ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 เป็นต้นไป งบประมาณด้านการป้องกันควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพได้รับลดลง เนื่องจากกรมอนามัยมีการปรับบทบาทภารกิจ จึงได้ย้ายงบประมาณไปอยู่ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบสุขภาพ

[4] ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นไป งบประมาณด้านการป้องกันควบคุมของกรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ได้ย้ายไปอยู่ในการดำเนินงานด้านงานด้านพัฒนาระบบสุขภาพ จึงทำให้งบประมาณด้านการป้องกันและควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพลดลง

[5] ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นไป ได้รับงบประมาณในการจัดซื้อยาด้านไวรัสเอดส์เพิ่มขึ้น จึงทำให้งบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มสูงขึ้นมาก

[6] ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 เป็นต้นไป ไม่สามารถแยกตัวเลขงบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ เนื่องจากรวมอยู่ในงานเฝ้าระวังปัญหาโรคและภัยสุขภาพในระดับพื้นที่ จึงทำให้งบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ลดลง

ภาพที่ 7.14 สัดส่วนของงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามลักษณะการดำเนินงาน พ.ศ. 2554



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: งบประมาณการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประมาณร้อยละ 11 เป็นงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย

4) การจัดสรรตามลักษณะการใช้จ่ายเงิน

งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขส่วนมาก (ร้อยละ 35-47) ใช้จ่ายเป็นเงินเดือนและค่าจ้างประจำ และเป็นค่าใช้จ่ายดำเนินการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 58.8 ใน พ.ศ. 2554 เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนทุกคนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จึงจัดสรรงบดำเนินการเพิ่มในส่วนนี้ค่อนข้างมากแทน ส่วนงบประมาณการลงทุนนั้นมีสัดส่วนที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจค่อนข้างมากเหลือเพียงร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2553 และเพิ่มสูงขึ้นมากเป็นร้อยละ 11.1 ใน พ.ศ. 2554 อันเนื่องจากการดำเนินโครงการไทยเข้มแข็งตามนโยบายรัฐบาลปัจจุบัน (ตารางที่ 7.9)

ในช่วงที่ประเทศไทยประสบภาวะเศรษฐกิจตกต่ำครั้งแรก (พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2529) งบประมาณด้านลงทุนลดลงจากร้อยละ 22.1 ใน พ.ศ. 2525 เป็นร้อยละ 11.3 ใน พ.ศ. 2530 (ภาพที่ 7.16) แต่เมื่อเศรษฐกิจขยายตัวอย่างมากในช่วงทศวรรษ 2531 - 2539 สัดส่วนงบประมาณด้านลงทุนได้เพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ 38.7 ใน พ.ศ. 2540 และเมื่อวิกฤตเศรษฐกิจเกิดขึ้นอีกครั้งใน พ.ศ. 2540 สัดส่วนดังกล่าวก็ปรับลดลงมาเหลือเพียงร้อยละ 8.8 ใน พ.ศ. 2544 และเมื่อวิกฤตเศรษฐกิจอีกครั้งใน พ.ศ. 2551 สัดส่วนงบประมาณด้านการลงทุนปัจจุบันลดลงเป็นร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2553 แต่กลับสูงขึ้นถึงร้อยละ 11.1 เนื่องจากมีการก่อสร้างเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามโครงการไทยเข้มแข็ง

เป็นที่น่าสังเกตว่าในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ แม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้รับงบประมาณลดลงไปอย่างมาก (ตารางที่ 7.6) แต่กระทรวงสาธารณสุขก็ยังคงให้ความสำคัญแก่งบประมาณที่จะสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โดยงบประมาณส่วนนี้กลับมากขึ้นกว่าเดิม (ภาพที่ 7.15) แต่ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 - ปัจจุบัน รัฐบาลก็ยังจัดสรรงบประมาณให้กลุ่มดังกล่าวอยู่ แต่เรียกว่างบประมาณการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชนไทยทุกคนโดยเป็นการจัดสรรงบกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ครอบคลุมประชากร 46 ล้านคน ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยจัดสรรต่อหัวประชากรปี 2545 = 1,202.4 บาท, ปี 2546 = 1,202.4 บาท, ปี 2547 = 1,308.5 บาท, ปี 2548 = 1,396.30 บาท, ปี 2549 = 1,659.2 บาท, ปี 2550 = 1,899.69 บาท, ปี 2551 = 2,100 บาท, ปี 2552 = 2,202 บาท, ปี 2553 = 2,401.33 บาท และ พ.ศ. 2554 = 2,546.48 บาท

ตารางที่ 7.9 งบประมาณที่ได้รับของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2554 (มูลค่าปัจจุบัน)

หมวดรายจ่าย	ปี 2544		ปี 2545		ปี 2546		ปี 2547		ปี 2548		ปี 2549		ปี 2550		ปี 2551		ปี 2552		ปี 2553		ปี 2554	
	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ	(ล้านบาท)	ร้อยละ
1. เงินเดือนและค่าจ้าง	**28,807.6**	**47.2**	**29,532.3**	**41.7**	**33,035.0**	**44.6**	**34,664.7**	**44.6**	**34,818.1**	**40.5**	**42,908.7**	**40.1**	**47,518.7**	**36.6**	**50,140.0**	**35.3**	**54,145.3**	**35.4**	**55,649.4**	**34.5**	**56,726.0**	**30.1**
1.1 เงินเดือนและค่าจ้าง	28,757.0	47.1	29,489.2	41.6	32,991.3	44.5	34,620.4	44.5	34,770.9	40.5	42,769.8	40.0	47,314.6	36.5	49,871.3	35.1	53,689.3	35.1	55,102.6	34.1	55,979.4	29.7
1.2 ค่าจ้างชั่วคราว	50.6	0.1	43.1	0.1	43.7	0.1	44.3	0.1	47.2	0.1	138.9	0.1	204.1	0.1	268.7	0.2	456.0	0.3	546.8	0.4	746.6	0.4
2. งบดำเนินการ	**26,910.6**	**44.0**	**35,786.5**	**50.4**	**37,780.6**	**51.0**	**37,864.8**	**48.7**	**46,224.4**	**53.8**	**56,376.0**	**52.6**	**73,330.7**	**56.6**	**81,854.5**	**57.6**	**86,971.4**	**56.8**	**97,436.0**	**60.3**	**110,819.2**	**58.8**
2.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย และวัสดุ	9,728.1	15.9	4,403.5	6.2	5,667.1	7.6	6,607.7	8.5	6,448.9	7.5	5,523.1	5.2	7,848.2	6.1	8,142.5	5.7	8,587.8	5.6	10,714.9	6.6	10,722.8	5.7
2.2 ค่าสาธารณูปโภค	848.0	1.4	325.0	0.4	317.0	0.4	309.0	0.4	411.7	0.5	368.7	0.3	384.2	0.3	392.6	0.3	386.8	0.3	389.5	0.2	535.9	0.3
2.3 เงินอุดหนุน	14,171.5	23.2	3,964.7	5.6	3,166.4	4.4	2,275.4	2.9	2,014.3	2.3	2,107.0	1.9	2,740.8	2.1	3,245.6	2.3	3,655.2	2.4	3,406.9	2.1	4,704.6	2.5
2.4 รายจ่ายอื่น	2,163.0	3.5	27,093.3	38.2	28,630.1	38.6	28,672.7	36.9	37,349.5	43.4	48,377.2	45.2	62,357.5	48.1	70,073.9	49.3	74,341.6	48.5	82,924.7	51.3	94,855.9	50.3
3. งบลงทุน																						
3.1 ค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	5,379.0	8.8	5,604.3	7.9	3,318.3	4.4	5,191.2	6.7	4,871.9	5.6	7,816.1	7.3	8,833.7	6.8	10,119.1	7.1	12,017.1	7.8	8,444.9	5.2	21,080.2	11.1
รวม	**61,097.2**	**100.0**	**70,923.2**	**100.0**	**74,133.9**	**100.0**	**77,720.7**	**100.0**	**85,914.4**	**100.0**	**107,100.8**	**100.0**	**129,683.3**	**100.0**	**142,113.6**	**100.0**	**153,133.8**	**100.0**	**161,530.3**	**100.0**	**188,625.4**	**100.0**

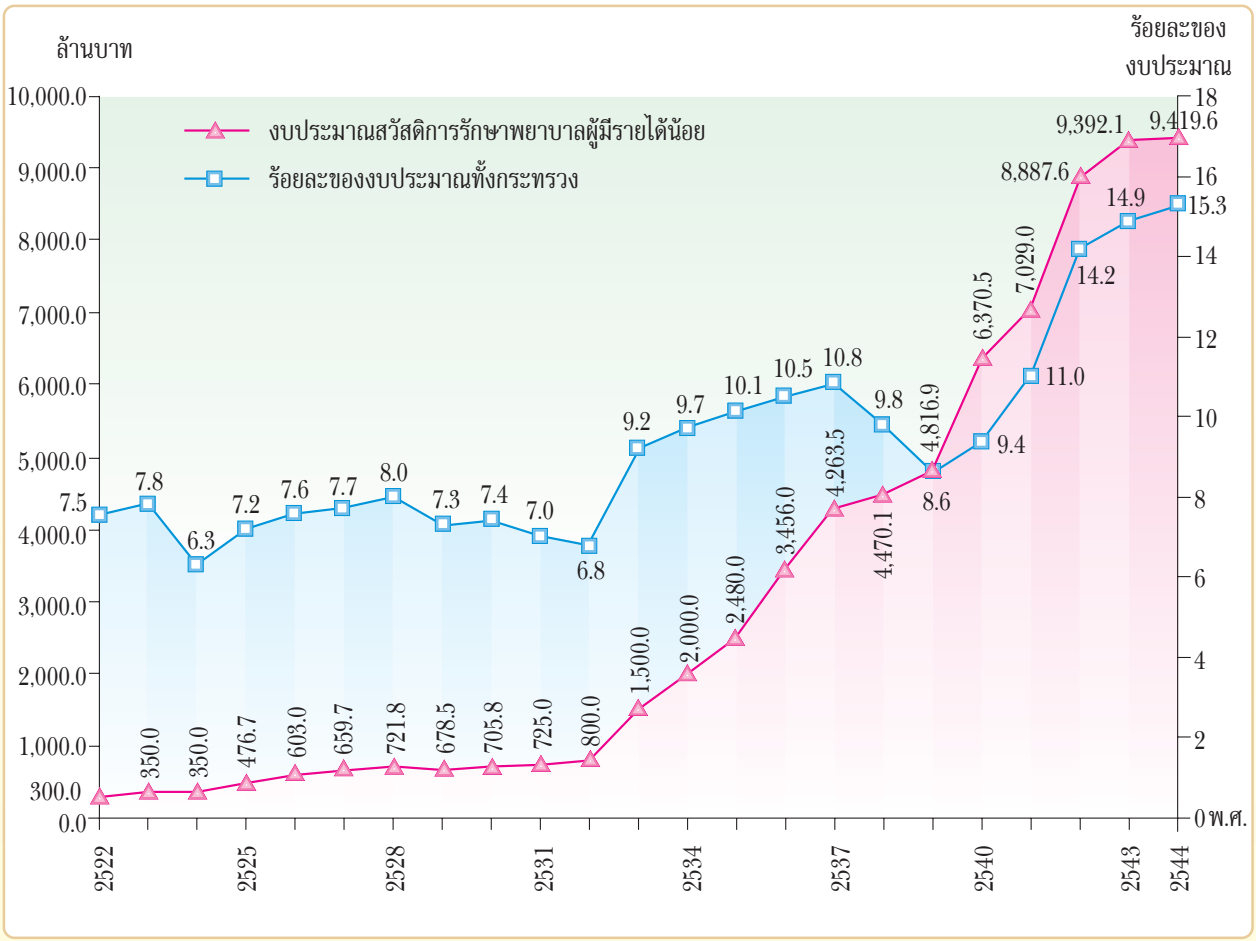
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: 1. ในปีงบประมาณ 2540 - 2544 เงินอุดหนุนได้รวมเงินสมทบบัตรประกันสุขภาพเข้าไปด้วย พ.ศ. 2540 = 1,030 ล้านบาท พ.ศ. 2541 = 1,080 ล้านบาท พ.ศ. 2542 = 2,056 ล้านบาท พ.ศ. 2543 = 2,215 ล้านบาท และ พ.ศ. 2544 = 2,400 ล้านบาท

2. ในปีงบประมาณ 2545 - 2554 รายจ่ายอื่นได้รวมเงินกองทุนหมุนเวียนประกันสุขภาพที่หักงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออกแล้ว โดย พ.ศ. 2545 = 24,183.2 ล้านบาท พ.ศ. 2546 = 28,608.8 ล้านบาท พ.ศ. 2547 = 28,652.4 ล้านบาท พ.ศ. 2548 = 37,286.3 ล้านบาท พ.ศ. 2549 = 48,269.4 ล้านบาท พ.ศ. 2550 = 60,717.8 ล้านบาท พ.ศ. 2551 = 69,886.1 ล้านบาท พ.ศ. 2552 = 73,606.7 ล้านบาท พ.ศ. 2553 = 82,301.0 ล้านบาท พ.ศ. 2554 = 93,921.3 ล้านบาท

3. ในปีงบประมาณ 2545 - 2554 ได้รวมงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าไว้ในงบลงทุนของกระทรวงสาธารณสุขด้วย โดยงบลงทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2545 = 3,428.8 ล้านบาท พ.ศ. 2546 = 1,929.6 ล้านบาท พ.ศ. 2547 = 3,920.4 ล้านบาท พ.ศ. 2548 = 3,603.7 ล้านบาท พ.ศ. 2549 = 6,132.2 ล้านบาท พ.ศ. 2550 = 6,646.3 ล้านบาท พ.ศ. 2551 = 6,712.7 ล้านบาท พ.ศ. 2552 = 6,991.0 ล้านบาท พ.ศ. 2553 = 7,083.7 ล้านบาท และพ.ศ. 2554 = 7,136.6 ล้านบาท

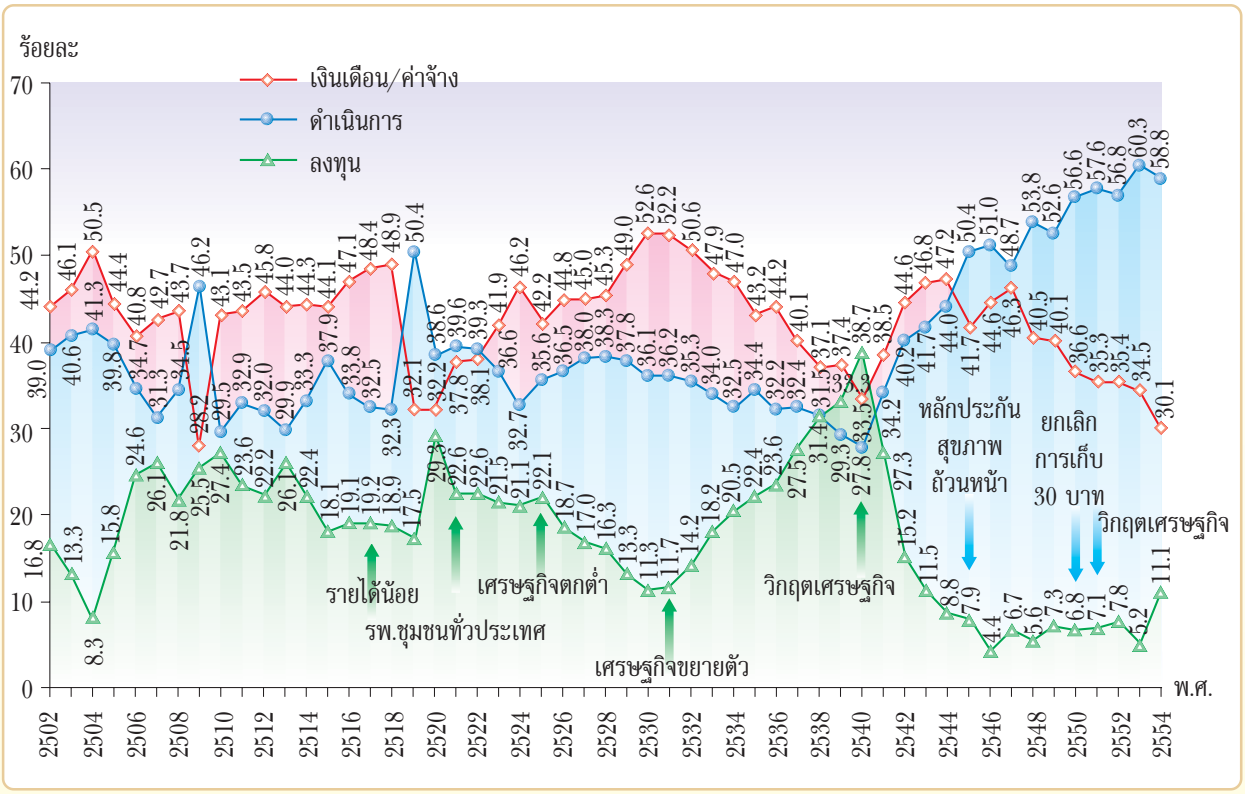
ภาพที่ 7.15 งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเปรียบเทียบกับร้อยละของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2522 - พ.ศ. 2544



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นไป งบประมาณสวัสดิการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยยกเลิกและเปลี่ยนเป็นงบประมาณการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประชาชนไทยทุกคน

ภาพที่ 7.16 ร้อยละของงบประมาณที่ได้รับในแต่ละหมวดค่าใช้จ่ายของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2502 - พ.ศ. 2554



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

4.1.7 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (เฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น)

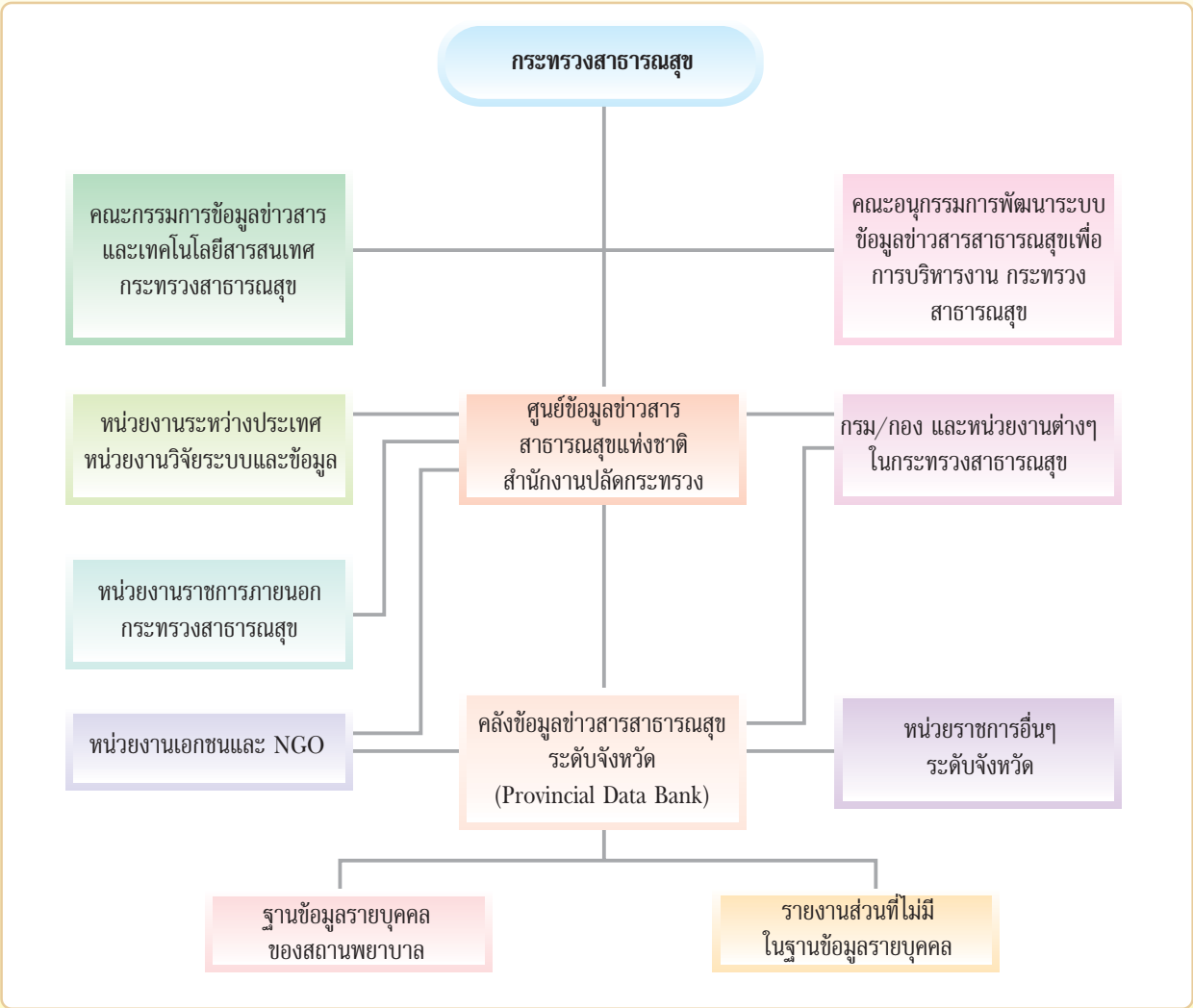
ในระยะช่วงก่อนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรวบรวมข้อมูลรายงานและสถิติต่างๆ ในงานสาธารณสุขไว้เป็นอันมาก แต่เกิดปัญหาว่ารายงานและสถิติดังกล่าวกระจัดกระจายอยู่ตามหน่วยงาน จึงยากต่อการรวบรวมมาใช้และการจัดทำข้อมูลยังไม่ถูกต้องส่งผลต่อคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูล ดังนั้นตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการพัฒนาการวางแผนการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขเพื่อวางรูปแบบและพัฒนาคุณภาพข้อมูลข่าวสารให้มีความถูกต้องครบถ้วน พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและขยายขีดความสามารถโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์ ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคทุกระดับ รวมทั้งจัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร (Management Information System) เพื่อให้ผู้บริหารได้ใช้ข้อมูลข่าวสารในการพิจารณาตัดสินใจทุกระดับของการบริหาร

สำหรับในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7-8 กระทรวงสาธารณสุขได้ลดระบบรายงานกิจกรรมที่ไม่จำเป็นลง โดยสนับสนุนระบบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ (Provincial Health Survey และ National Health Examination Survey) นอกจากนี้ใน พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขยังได้เริ่มรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทยเป็นรายงานทุก 2 ปี เรียกชื่อว่า "รายงานการสาธารณสุขไทย"

ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9-10 (พ.ศ. 2545 - 2554) มีการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขแนวใหม่ เพื่อการบริหารจัดการ (MIS reform) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นฐานข้อมูลรายบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Individual Cards) เพื่อให้มีโครงสร้างเป็นมาตรฐานเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งระบบตลอดจนเชื่อมโยงกับระบบ Smart Card ได้ในอนาคต อันจะตอบสนองต่อดัชนีวัดความสำเร็จต่างๆ ได้แก่ KPI, E-inspection และ MOC (Ministry Operation Center) (ภาพที่ 7.17)

นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2553 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติก็ได้ให้ความเห็นชอบแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติและได้แต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

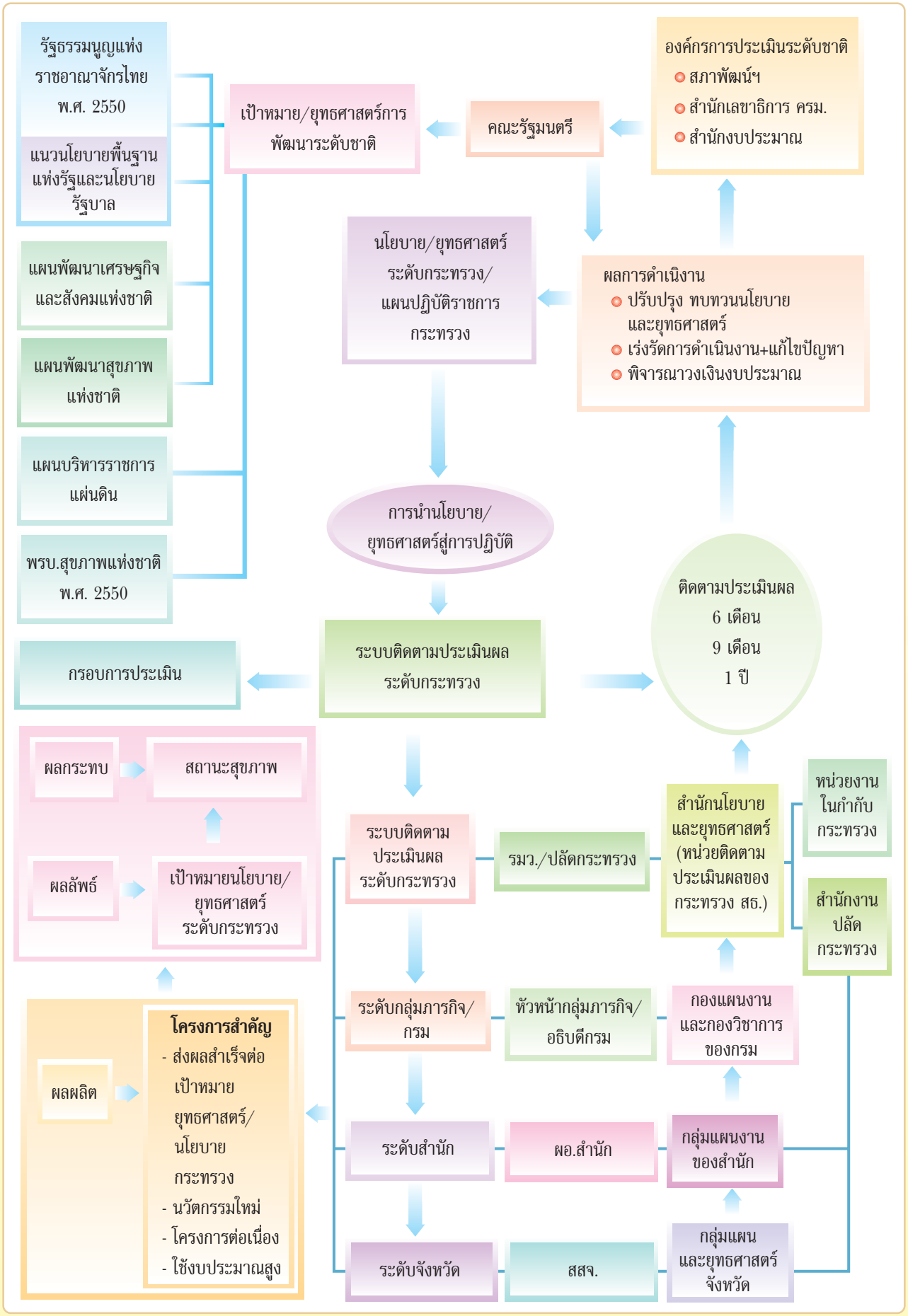
ภาพที่ 7.17 การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข



4.1.8 ระบบการติดตามประเมินผล

ตามที่รัฐบาลกำหนดให้มีการปรับรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) เน้นการรับผิดชอบต่อผลงานและผลลัพธ์และที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชน ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การบริหารที่ตอบสนองต่อความต้องการและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการพัฒนาและปรับรูปแบบระบบการติดตามประเมินผลเพื่อให้มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ โดยกำหนดตัวชี้วัดหลัก (Key Performance Indicator, KPI) สำหรับการติดตามประเมินผล ผลสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมายในภาพรวมระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเป็นหลักเท่านั้น (ภาพที่ 7.18)

ภาพที่ 7.18 ระบบการติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข



4.2 หน่วยงานสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ

4.2.1 หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ดังนี้

1) หน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพและผลิตบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กระทรวงศึกษาธิการ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา) กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงกลาโหม

2) หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อม คนงาน เด็กและสตรี ได้แก่ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

3) หน่วยงานภาครัฐที่ช่วยสนับสนุนให้การดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นไปด้วยความมีประสิทธิภาพและบรรลุประสิทธิผล ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สนับสนุนด้านแผนงาน) สำนักงบประมาณ (สนับสนุนด้านงบประมาณ) สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (สนับสนุนด้านกำลังคนสุขภาพ) สำนักความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ (สนับสนุนด้านความช่วยเหลือต่างประเทศ) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุนการมีหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเสมอภาค) และใน พ.ศ. 2550 มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สนับสนุนการประสานงานด้านนโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ)

4) หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบสนับสนุนเพื่อบริการสุขภาพเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและกรมการประกันภัย กระทรวงพาณิชย์

4.2.2 องค์กรเอกชนมุ่งกำไรที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

ภาคเอกชนนอกจากมีบทบาทในการบริการสุขภาพมานานแล้ว ซึ่งแต่เดิมมักเป็นสถานพยาบาลที่สังกัดองค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไร แต่หลังจากที่เศรษฐกิจขยายตัวรวดเร็วตั้งแต่ พ.ศ. 2530 - พ.ศ. 2540 ภาคเอกชนได้ขยายตัวมากขึ้นในรูปของโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน นอกจากนี้ ยังมีบทบาทในการผลิตกำลังคนด้วย แต่ยังไม่มากนัก

ภาคเอกชนมุ่งกำไร ซึ่งดำเนินธุรกิจสถานพยาบาล มีการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายและมีการระดมทุนโดยที่ปัจจุบัน (พ.ศ. 2553) จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 13 ราย อันได้แก่ โรงพยาบาลเอกชล กรุงเทพดุสิตเวชการ โรงพยาบาลกรุงธน โรงพยาบาลมหาชัย บริษัทเชียงใหม่รามธุรกิจการแพทย์ วัฒนาการแพทย์ โรงพยาบาลนนทเวช โรงพยาบาลรามคำแหง โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลศิครินทร์และบริษัทบางกอก เซน ฮอสปิทอล จำกัด

4.2.3 องค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไรที่ดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพ (NPO-Not-For Profit Organization) ในประเทศไทย มีประมาณ 300 - 500 องค์กร ซึ่งองค์กรเอกชนเหล่านี้โดยทั่วไปจะมีลักษณะเป็นมูลนิธิ หรือสมาคมฯ ซึ่งจะต้องไปจดทะเบียนกับกระทรวงวัฒนธรรม (สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติและ /หรือ กระทรวงมหาดไทย) จึงจะเป็นองค์กรที่เป็นนิติบุคคลแต่ก็มีองค์กรเอกชนเล็ก ๆ บางแห่งที่ไม่ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล เช่น ชมรมแพทย์ชนบท กลุ่มศึกษาปัญหายา เป็นต้น

องค์กรเอกชนเหล่านี้มักจะได้รับเงินสนับสนุนจากต่างประเทศ หรือการบริจาคภายในประเทศ รวมทั้งการสนับสนุนจากภาครัฐบาล

กระทรวงสาธารณสุขยังได้สนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพด้วย แต่มีแนวโน้มการสนับสนุนงบประมาณลดลงจาก 49.2 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2535 หรือลดลงถึง 4 เท่า เหลือเพียง 12 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2553

สำหรับในปีงบประมาณ 2553 ได้จัดสรรงบประมาณ จำนวน 12 ล้านบาท ให้กับ 43/48 องค์กร/โครงการ (ตารางที่ 7.10) เพื่อให้องค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านั้นดำเนินการใน 4 แผนงาน คือ แผนงานผู้สูงอายุ แผนงานผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แผนงานแม่และเด็กและเยาวชน และแผนงานอื่น ๆ นอกจากนี้ ได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนองค์กรเอกชนเฉพาะด้านเอดส์ 763 แห่ง จำนวน 50 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2553 (ตารางที่ 7.11) อันจะเป็นการช่วยรัฐในการพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศได้อีกหนทางหนึ่ง

นอกจากนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา องค์การชำนัญพิเศษขององค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลกก็ได้ริเริ่มการสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งกำไรเหล่านี้ด้วย ซึ่งเป็นการพัฒนาจากระบบเดิมที่สนับสนุนเฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น

ยิ่งไปกว่านั้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากมูลนิธิกองทุนโลกเพื่อต้านโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียทุกปี (ตารางที่ 7.12)

ตารางที่ 7.10 ข้อมูลองค์กรเอกชนที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2553

	จำนวนองค์กร			จำนวนโครงการ			งบประมาณ		
พ.ศ.	ขอ	ได้	%	ขอ	ได้	%	วงเงินที่ขอ	เงินที่ได้รับ	%
2535	45	42	93.3	91	72	79.1	85,600,000	49,200,000	57.5
2536	142	119	83.8	264	185	70.1	160,844,928	49,200,000	30.6
2537	416	305	73.3	909	654	71.9	334,481,098	49,200,000	14.7
2538	362	103	28.5	615	287	46.7	205,348,213	49,200,000	23.9
2539	150	106	70.7	491	219	44.6	192,234,358	49,200,000	25.6
2540	142	78	54.9	420	180	42.8	230,287,800	49,200,000	21.4
2541	152	101	66.4	258	174	67.4	129,016,142	35,000,000	27.1
2542	177	114	64.4	541	223	41.2	241,270,797	35,760,000	14.8
2543	163	92	56.4	493	191	38.7	257,227,874	46,582,300	18.1
2544	152	66	43.4	411	166	40.4	160,768,084	33,557,800	20.9
2545	161	70	43.5	327	124	37.9	161,955,967	34,965,922	21.6
2546	235	128	54.5	411	251	61.1	160,813,010	34,831,160	21.7
2547	106	70	66.0	295	182	61.7	103,900,200	26,369,545	25.4
2548	104	76	73.1	210	156	74.3	91,655,450	26,454,000	28.9
2549	77	52	67.5	118	69	58.5	71,072,240	20,000,000	28.1
2550	91	72	79.1	127	82	64.6	89,877,311	12,000,000	13.3
2551	75	52	69.3	110	66	60.0	56,216,643	12,000,000	21.3
2552	89	47	52.8	144	58	40.3	77,807,970	12,000,000	15.4
2553	80	43	53.8	109	48	44.0	63,668,165	12,000,000	18.8

ที่มา: - พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2544 ได้จากกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2553 ได้จากกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หมายเหตุ: สำนักงานคณะกรรมอาหารและยา ให้การสนับสนุนงบประมาณองค์กรเอกชน ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - พ.ศ. 2546 เท่านั้น

ตารางที่ 7.11 ข้อมูลองค์กรเอกชนด้านเอดส์ที่ขอ/ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2553

	จำนวนองค์กร			จำนวนโครงการ			งบประมาณ		
พ.ศ.	ขอ	ได้	%	ขอ	ได้	%	วงเงินที่ขอ	เงินที่ได้รับ	%
2535	37	23	62.2	42	35	83.3	66,125,734	11,900,000	18.0
2536	38	36	94.7	61	56	91.8	33,123,818	15,000,000	45.3
2537	101	76	75.2	120	91	75.8	72,903,868	10,300,000	14.1
2538	115	94	81.7	209	153	73.2	350,765,292	75,000,000	21.4
2539	186	122	65.6	308	188	61.0	267,232,488	80,000,000	29.9
2540	268	184	68.7	385	247	64.1	309,015,357	90,000,000	29.1
2541	434	244	56.2	725	343	47.3	494,739,684	90,000,000	18.2
2542	596	371	62.2	931	458	49.2	450,972,885	87,262,350	19.3
2543	625	293	46.9	882	372	42.2	368,671,357	60,000,000	16.3
2544	497	371	74.6	730	457	62.6	403,438,189	70,000,000	17.4
2545	660	444	67.3	922	522	56.6	370,340,183	70,000,000	18.9
2546	712	519	72.9	987	605	61.3	337,938,984	70,000,000	20.7
2547	678	508	74.9	868	577	66.5	289,624,851	70,000,000	24.2
2548	795	637	80.1	935	657	70.3	277,646,531	70,000,000	25.2
2549	860	672	78.1	909	692	76.1	210,968,670	36,000,000	17.1
2550	795	637	80.1	935	657	70.3	115,406,097	40,000,000	34.7
2551	705	669	94.9	718	705	98.2	95,164,241	44,000,000	46.2
2552	727	720	99.0	764	750	98.2	109,491,442	50,000,000	45.7
2553	790	763	96.6	812	777	95.7	69,609,067	50,000,000	71.8

ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 7.12 โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกในประเทศไทย พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2557

หน่วย: ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา

รอบ	พ.ศ.	เอดส์	วัณโรค	มาลาเรีย	รวม
รอบที่ 1	2546 - 2551	146,766,828	11,455,207	-	158,222,035
รอบที่ 2	2546 - 2552	30,156,771	-	5,282,000	35,438,771
รอบที่ 3	2547 - 2550	1,236,108	-	-	1,236,108
รอบที่ 6	2550 - 2555	-	16,933,406	-	16,933,406
รอบที่ 7	2550 - 2555	-	-	17,515,927	17,515,927
รอบที่ 8	2552 - 2557	32,258,521	10,240,102	-	42,498,623
รวม		**210,418,228**	**38,628,715**	**22,797,927**	**271,844,870**

ที่มา: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ

บทที่ 8
ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย

ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต จะต้องมีบันทึกว่าในทศวรรษที่ 2540 - 2550 แนวคิด "การสร้างเสริมสุขภาพ" ได้มีฐานะเป็นปรัชญาและยุทธศาสตร์การพัฒนาสำคัญ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบ ระบบและภาวะสุขภาพของสังคมไทยอย่างไม่เคยมีมาก่อน ด้วยเป็น "การสร้างเสริมสุขภาพ" ที่รู้จักกันในความหมายของ "การสาธารณสุขแนวใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนของสังคม ในการขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพอย่างองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม"

แม้สายธารความคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ จะมีที่มายาวไกลทั้งในไทยและต่างประเทศ แต่ต้นธารที่ชัดเจนและทรงพลังที่สุด มาจากการเกิดแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานและกฎบัตรออตตาวา ที่นิยามคำว่าการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนสามารถกำหนด ควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง ซึ่งจะบรรลุได้ มิใช่เป็นเพียงความรับผิดชอบของระบบสุขภาพ แต่เลยไปถึงการมีวิถีการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นมากกว่าการปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล แต่ยังต้องหมายถึงการจัดการกับปัจจัยกำหนดทางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ อันเป็นเงื่อนไขปฐมฐาน ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ที่มีเสถียรภาพ ทรัพยากรที่ยั่งยืน และมีสังคมที่เป็นธรรมและเท่าเทียม

ไทย เป็นประเทศหนึ่งที่มีการขับเคลื่อนและประยุกต์ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ อย่างเข้มข้นและแข็งขันควบคู่ไปกับกระแสสากล ทำให้ตลอดเวลาประมาณ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ก่อเกิดเป็นบทเรียนแห่งความสำเร็จที่มีคุณค่ามากมาย เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการกล่าวถึงประสบการณ์เหล่านั้น ในสามประการด้วยกันคือ

1. พัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากลที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์ในประเทศไทย: จากออตตาวาถึงกรุงเทพฯ สู่ไนโรบีเคนยา
2. พัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย
3. การปรับตัวใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต

1. พัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากลที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์ในประเทศไทย: จากออตตาวา ถึงกรุงเทพฯ สู่ไนโรบี เคนยา

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในระดับโลก เป็นการพัฒนาต่อยอดจากแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพดีถ้วนหน้า ที่ผลักดันโดยองค์การอนามัยโลก ในปลายทศวรรษ 1970 การประชุมครั้งแรกเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดขึ้นเกือบ 10 ปี หลังการปรากฏขึ้นของแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อ 17 - 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 เกิดมีผลผลิตสำคัญคือ "กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)" ซึ่งกลายเป็นดังคัมภีร์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพทั่วโลกต่อมา จากนั้นจึงมีการประชุมแลกเปลี่ยนและสรุปบทเรียนเกี่ยว

กับการดำเนินกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพทั้งกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วเป็นระยะๆ รวมทั้งสิ้น 7 ครั้ง ครั้งที่ 2 จัดขึ้นที่เมืองแอดีเลด ประเทศออสเตรเลียใน พ.ศ. 2531 ครั้งที่ 3 ณ เมืองซันด์สวาลล์ ประเทศสวีเดน พ.ศ. 2534 ครั้งที่ 4 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ. 2540 และครั้งที่ 5 ที่นครเม็กซิโกซิตี้ ประเทศเม็กซิโก พ.ศ. 2543 จนกระทั่งใน พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมครั้งที่ 6 ที่ กรุงเทพมหานคร พร้อมกับมีการประกาศ "กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์" และสำหรับครั้งที่ 7 ซึ่งเป็นครั้งล่าสุดได้จัดขึ้นเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ที่ผ่านมา ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา

การประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมาทั้ง 7 ครั้ง มีจุดเน้นของสาระหลักแตกต่างกันออกไป แต่ทั้งหมดเป็นการ ทำให้เกิดความชัดเจน ในหลักยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ประการ จนการสร้างเสริมสุขภาพ มีฐานะเป็นยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและทรงพลังในทุกระดับจวบปัจจุบัน

1.1 ออตตาวา แคนาดา จุดเริ่มต้นการสาธารณสุขแนวใหม่

ประวัติศาสตร์หน้าแรกของ "การสร้างเสริมสุขภาพ" เริ่มต้นขึ้นเมื่อองค์การอนามัยโลกจัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น ใน พ.ศ. 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา สาเหตุที่ประเทศแคนาดาได้เป็นแกนนำในการจัดประชุมครั้งแรกนี้ก็เนื่องมาจากการเป็นประเทศแรกที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ. 2517 และมีการพัฒนากลยุทธ์อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ได้รับการกล่าวขานว่าเป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่

การประชุมครั้งนี้ใช้ชื่อว่า **"การสร้างเสริมสุขภาพ: การเคลื่อนสู่การสาธารณสุขแนวใหม่"** ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องแนวคิดและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543" ที่ประชุมได้มีการประกาศ "กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ" และให้นิยามคำว่า "การสร้างเสริมสุขภาพ" ว่าเป็น **กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง** โดยการพัฒนาสภาวะสุขภาพต้องการความมั่นคงของปัจจัยพื้นฐานที่เป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี อันได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศน์ที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันทางสังคม จากแนวคิดดังกล่าว การสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพไปจนถึงเรื่องของสุขภาวะโดยรวม กฎบัตรออตตาวา ยังได้กล่าวถึง **กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ** 5 ประการ อันได้แก่

> ในการดำเนินกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีบทบาทในการ **ชี้นำ** (advocate) **ไกล่เกลี่ย** (mediate) และ **เสริมความสามารถ** (enable) แก่ประชาชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเต็มศักยภาพ

1) **"สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ"** ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นในภาคสาธารณสุขหรือนอกภาคสาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงผลกระทบของนโยบายที่มีต่อสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องรับผิดชอบในผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิดจากการตัดสินใจทางนโยบาย นอกจากนี้ ยังรวมถึงการค้นหาอุปสรรคที่ทำให้ภาคส่วนต่างๆไม่อาจดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพพร้อมกับพยายามที่จะลดและป้องกันอุปสรรคดังกล่าว

2) **"สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ"** ชุมชนทุกระดับ ตั้งแต่ท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาค และโลก จะต้องร่วมกันพิทักษ์ดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกถือเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก

3) **"เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง"** เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล จึงต้องให้ความสำคัญกับการเสริมพลังอำนาจของชุมชน การสร้างความรู้สึกเป็น

เจ้าของ และการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

4) **"พัฒนาทักษะส่วนบุคคล"** ซึ่งครอบคลุมถึงการสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคมด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาเพื่อสุขภาพ รวมทั้งเสริมทักษะชีวิตเพื่อเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชนให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้มากขึ้น และเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

5) **"ปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข"** โดยภาคสาธารณสุขจะต้องดำเนินการเพื่อสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นสอดคล้องกับสภาพปัญหาและวัฒนธรรมของชุมชน การปรับเปลี่ยนบริการต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสุขภาพ รวมถึงการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขแต่ละสาขาเพื่อสนับสนุนการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นสุขภาพแบบองค์รวม

กฎบัตรออตตาวา เป็นจุดเริ่มต้นของ "การสาธารณสุขแนวใหม่ (new public health)" ที่ไม่สนใจแต่เพียงองค์ประกอบทางการแพทย์แบบชีวภาพ แต่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ และเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งยังให้ความสำคัญต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ การสาธารณสุขแนวใหม่นี้ เป็นการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นมิติทางสังคมควบคู่ไปกับมิติทางนิเวศวิทยา และมีความจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับการรณรงค์ทางการเมือง ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงอันพึงประสงค์

1.2 "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ" จากข้อเสนอแนะแอดีเลด

หลังจากที่กฎบัตรออตตาวาได้ถือกำเนิดขึ้นเพียงปีเศษ องค์การอนามัยโลกก็ได้จัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นอีกเป็นครั้งที่ 2 ระหว่าง 5 - 9 เมษายน พ.ศ. 2531 ณ กรุงแอดีเลด ประเทศออสเตรเลีย มีจุดเน้นที่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ผลจากการประชุมได้ก่อให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินกลยุทธ์ที่ว่าด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ อันเป็น 1 ใน 5 กลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา สาระสำคัญของการประชุมคือ

> "สุขภาพดีถ้วนหน้า" จะบรรลุผลสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อนโยบายสาธารณะทั้งหลายได้ให้ความสำคัญในเรื่องการสร้างและธำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพเท่านั้น

❖ นโยบายสาธารณะทุกด้านจะต้องมีการประกาศชัดแจ้งเพื่อแสดงเจตจำนงในการสร้างเสริมสุขภาพและความเสมอภาค รวมถึงการรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้น

❖ การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีถือเป็นจุดหมายหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประเด็นสำคัญ 4 ประการที่ควรพิจารณานำไปปฏิบัติ ได้แก่ การสนับสนุนสุขภาพของสตรี โดยเฉพาะนโยบายเกี่ยวกับการคลอดและภาระการเลี้ยงดูของสตรี นโยบายอาหารและโภชนาการที่มุ่งขจัดความหิวโหยและภาวะทุพโภชนาการ นโยบายเกี่ยวกับบุหรี่และแอลกอฮอล์ และนโยบายการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

❖ ปัจจัยสำคัญที่ช่วยผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพคือความรับผิดชอบของรัฐบาลที่มีต่อสุขภาพ ภาครัฐทั้งในส่วนเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชย์ การศึกษา และคมนาคม ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพไม่น้อยไปกว่าเศรษฐกิจ และจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพในการกำหนดและดำเนินนโยบายทุกครั้ง

❖ การดำเนินกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพโดยการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ควรมีการประสานและบูรณาการนโยบายทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพให้เป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะผสมกลมกลืน รวมทั้งต้องส่งเสริมบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของภาคส่วนอื่นๆในสังคม เช่น ธุรกิจเอกชน องค์การพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนสหภาพแรงงาน สมาคม

วิชาชีพ และผู้นำศาสนา โดยผนึกเป็นแนวร่วมใหม่ในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

❖ สิ่งท้าทายสำหรับการมุ่งสู่ความสำเร็จในอนาคต ได้แก่ การกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม การสร้างและคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่และการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ และการส่งเสริมความร่วมมือในเรื่องสันติภาพ สิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรม นิเวศวิทยา และการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนี้ ยังรวมถึงความท้าทายในเรื่องการสร้างความร่วมมือใหม่ๆ และการส่งเสริมความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางแพทย์

1.3 คำประกาศซันด์สวาลล์เรื่อง "สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ"

กลยุทธ์ที่สองของการสร้างสริมสุขภาพที่ปรากฏในกฎบัตรออตตาวา คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นวาระของการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในครั้งที่ 3 ระหว่างวันที่ 9 - 15 มิถุนายน พ.ศ. 2534 ซึ่งจัดขึ้นที่เมืองซันด์สวาลล์ ประเทศสวีเดน ที่ประชุมครั้งนี้ได้เน้นความสำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพ และกล่าวถึงมิติต่างๆของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ตลอดจนสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับหลักการพื้นฐาน ขอบข่าย และกลยุทธ์ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งสาระสำคัญของแต่ละประเด็นที่เกิดจากการประชุมคือ

❖ สิ่งแวดล้อม อันหมายถึงปัจจัยทั้งด้านกายภาพและสังคมที่อยู่แวดล้อมตัวเราล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่รัฐบาลต้องตระหนักเข้าใจถึงข้อเท็จจริงดังกล่าวในการกำหนดนโยบายต่างๆเพื่อการพัฒนาประเทศ อย่างไรก็ตาม ความคิดริเริ่มในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจะต้องมาจากทุกภาคส่วนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาคการศึกษา คมนาคม การเคหะและการพัฒนาชุมชนเมือง หรือภาคอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม ซึ่งต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนทัศนะที่มีต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติทางสังคม การสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องกระทำโดยประชาชนในชุมชน ท้องถิ่น รัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรระหว่างประเทศด้วย

❖ มิติของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ประกอบด้วย มิติทางสังคม (วิถีทางสังคม บรรทัดฐาน ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และกระบวนการทางสังคมต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ) มิติทางการเมือง (การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจโดยใช้กระบวนการประชาธิปไตย การกระจายอำนาจและทรัพยากร การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน การรักษาสันติภาพและลดการแข่งขันทางอาวุธ) มิติทางเศรษฐกิจ (การจัดสรรทรัพยากรใหม่เพื่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าและการพัฒนาแบบยั่งยืน ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือของเทคโนโลยี) และมิติของการยอมรับในทักษะและความรู้ของสตรีในทุกภาคส่วน

❖ การดำเนินกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพเพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จะต้องสะท้อนหลักการพื้นฐาน 2 ประการ นั่นคือ **ความเป็นธรรม** และ **การพึ่งพาอาศัยกัน** ซึ่งถือว่ามีความสำคัญต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งนี้ ขอบข่ายของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจะครอบคลุม 6 ด้าน คือ การศึกษา อาหารและโภชนาการ บ้านและชุมชนโดยรอบ การงานและอาชีพ การคมนาคม และการสนับสนุนดูแลทางสังคม สำหรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานภายใต้ขอบข่ายดังกล่าวประกอบด้วย

- ❑ "เสริมสร้างการรณรงค์ที่เข้มแข็ง" ด้วยการส่งเสริมกิจกรรมของชุมชน
- ❑ "เพิ่มความสามารถให้ชุมชนและบุคคล" ในการควบคุมดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองโดยใช้กระบวนการให้การศึกษาและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- ❑ "สร้างพันธมิตร" เพื่อการพัฒนาสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
- ❑ "ไกล่เกลี่ย" ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกันในสังคม เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

1.4 การสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21

ครั้งที่ 4 ของการประชุมนานาชาติ เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 21 - 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย หัวข้อการประชุมคือ **"ภาคีใหม่สำหรับยุคใหม่: การนำพาการสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21"** ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่มีการจัดประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นครั้งแรกที่มีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมเพื่อสนับสนุนแนวคิดและการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ผู้เข้าร่วมประชุมจาก 78 ประเทศทั่วโลก ทั้งจากภาคสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและการพัฒนาทุกระดับ ได้ร่วมกันสะท้อนทิศทางเชิงรุกสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในกระแสหลัก ซึ่งไม่เพียงมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพดังเช่นการประชุมสองครั้งที่ผ่านมา แต่ยังได้เสนอวิธีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผล ทบทวนและตรวจสอบถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ตลอดจนค้นหาทิศทางและกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 จนเกิดเป็น **"คำประกาศจาการ์ตา: การสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21"** นับได้ว่า การประชุมครั้งนี้เป็นประวัติศาสตร์สำคัญอีกหน้าหนึ่งของการผลักดันยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล เนื้อหาหลักของการประชุมมีดังนี้

❖ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นที่ยอมรับมากขึ้นว่าสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ช่วยให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็เป็นการส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและสร้างทุนทางสังคม จึงเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าและมีประสิทธิผล

❖ การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพควรผนวกกลยุทธ์ทั้ง 5 ประการเข้าด้วยกัน โดยเริ่มด้วยฐานของชุมชนหรือสถานที่ เช่น ตลาด โรงเรียน เขตเทศบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเพื่อมุ่งสู่ความยั่งยืน

❖ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health - SDH) มีความผันแปรเปลี่ยนสภาพไปตามสถานการณ์แวดล้อม จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในปัจจุบันและอนาคต ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาวะ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย รายได้ การศึกษา สันติภาพ ความมั่นคงปลอดภัย ความสัมพันธ์ในสังคม ความเป็นธรรม การเคารพสิทธิมนุษยชน ระบบนิเวศน์และการใช้ทรัพยากร ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญอื่นๆ ได้แก่ แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ปัญหายาเสพติด ความรุนแรง โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ปัญหาการดื้อยา ตลอดจนปัจจัยข้ามชาติ เช่น ระบบเศรษฐกิจโลก เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

❖ การสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 นอกจากจะต้องการรูปแบบการปฏิบัติใหม่ๆ ในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมความรับผิดชอบของสังคมต่อสุขภาพ การลงทุนด้านการพัฒนาสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศ การผนึกและขยายภาคีทางสุขภาพ การเพิ่มศักยภาพของชุมชนและเสริมสร้างพลังของบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการสร้างโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมเรื่องกลไกการให้ทุน การใช้ทรัพยากร การฝึกอบรม รวมไปถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมทางการเมือง กฎหมาย การศึกษา สังคม เศรษฐกิจที่เหมาะสมและจำเป็นต่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ

1.5 คำประกาศการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ "ลดความไม่เป็นธรรม"

การประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 5 เรื่อง **"การสร้างเสริมสุขภาพ: ลดความไม่เป็นธรรม"** จัดขึ้นที่เมืองเม็กซิโกซิตี้ ประเทศเม็กซิโก ระหว่างวันที่ 5 - 9 มิถุนายน พ.ศ. 2543 มีผู้แทนทั้งภาครัฐและเอกชนจาก 100 ประเทศ เข้าร่วมประชุม ที่ประชุมได้ทบทวนถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพิจารณาปัญหาเกี่ยวกับความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ รวมทั้งแนวทางและข้อเสนอแนะสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดสำคัญที่

ได้จากการประชุม คือ

❖ การสร้างเสริมสุขภาพมิใช่การบริการที่จัดให้แก่ประชาชน แต่เป็นกิจกรรมที่กระทำโดยประชาชนและเพื่อประชาชน ทั้งระดับปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคล โดยมุ่งสร้างทักษะและความสามารถของประชาชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพภายใต้การมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพและนำไปสู่ความสามารถในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง จึงกล่าวได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพ รวมถึงการพัฒนามนุษย์และสุขภาพ นอกจากนี้ การดำเนินยุทธศาสตร์ดังกล่าวยังเป็นการลดปัญหาความไม่เป็นธรรมในสังคม ซึ่งต้องดำเนินการโดยอาศัยความเป็นวิทยาศาสตร์ มีความสอดคล้องกับบริบทและมีความไวทางการเมืองในการลดความไม่เป็นธรรมนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมบทบาทและการมีส่วนร่วมของสตรี

❖ บนหนทางที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่บรรลุผลสำเร็จอย่างยั่งยืนนั้น สิ่งสำคัญที่จะต้องดำเนินการ คือ การเสริมสร้างความเป็นวิทยาศาสตร์และศิลปะแก่การสร้างเสริมสุขภาพ โดยดำเนินนโยบายและปฏิบัติการบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจำเป็นต้องมีการลงทุนด้านวิจัยและประเมินผล การพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาวะและตัวชี้วัดที่จำเป็นอื่นๆ การพัฒนาปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างนักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย และบุคคลหรือชุมชนที่เกี่ยวข้อง การค้นหากลยุทธ์ในการสืบค้น รวบรวม สังเคราะห์และสื่อสารข้อค้นพบจากการวิจัยและประเมินผล ทั้งนี้ การสื่อสารหลักฐานเชิงประจักษ์จะต้องสอดคล้องกับบริบททางสังคมและการเมืองด้วย ข้อมูลจากกรณีศึกษาที่นำเสนอในการประชุมครั้งนี้บ่งชี้ว่าปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ภราดรภาพของผู้ทำงานและการสร้างภาคีเครือข่ายระหว่างบุคคลและองค์กร การระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วน การพัฒนาศักยภาพของชุมชนและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน

❖ การเสริมสร้างทักษะและกิจกรรมทางการเมืองในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยต้องอาศัยกระบวนการประชาธิปไตย การเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมือง การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข การพัฒนาการปฏิสัมพันธ์ และการพัฒนาแผนงานโครงการเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของการดำเนินกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ และสร้างแรงหนุนเสริมระดับต่างๆทั้งท้องถิ่น ส่วนกลาง และนานาชาติ

1.6 กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์

"The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalization World" หรือ กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ เกิดขึ้นในการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 6 ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม พ.ศ. 2548 ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย การประชุมครั้งนี้ได้มีการพิจารณาถึงเงื่อนไขเชิงบริบทในยุคโลกาภิวัตน์ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพใหม่ๆ กำหนดแนวทางในการดำเนินกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน รวมทั้งประกาศพันธะสัญญาสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ "สุขภาพดีถ้วนหน้า" สรุปสาระสำคัญของการประชุมได้ว่า

> พันธสัญญาหลัก 4 ประการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ คือ ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพ
> 1) เป็นศูนย์กลางการพัฒนาของโลก
> 2) เป็นความรับผิดชอบหลักของรัฐบาลทุกระดับ
> 3) เป็นจุดมุ่งหมายสำคัญของชุมชนและประชาสังคม
> 4) เป็นข้อกำหนดของการดำเนินธุรกิจที่ดี

❖ การสร้างเสริมสุขภาพในยุคปัจจุบันจะต้องคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพใหม่ๆ อันเป็นผลของโลกาภิวัตน์ ซึ่งรวมถึงปัญหาความเหลื่อมล้ำที่เพิ่มขึ้น รูปแบบใหม่ของการบริโภคและการสื่อสาร ธุรกิจการค้า การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมโลก ความเป็นเมือง และปัจจัยอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงในทางลบของสภาพสังคม เศรษฐกิจ ประชากร ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อการทำงาน การเรียนรู้ รูปแบบของครอบครัว วัฒนธรรมและสังคมในชุมชน ที่ตามมาด้วย

ความอ่อนแอที่เพิ่มมากขึ้นของประชาชนกลุ่มเปราะบางต่างๆ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านบวกของโลกาภิวัตน์ที่ได้สนับสนุนโอกาสในการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพ และลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพข้ามแดน ซึ่งเป็นโอกาสอันเกิดจากการใช้ประโยชน์ทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร การพัฒนากลไกธรรมาภิบาลโลก และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

❖ ทุกภาคส่วนและทุกพื้นที่จะต้องร่วมมือกันดำเนินการเพื่อพัฒนากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพให้ก้าวหน้าต่อไป ทั้งนี้ การทำให้ประชากรโลกมีสุขภาพดีขึ้น ต้องอาศัยกิจกรรมทางการเมืองที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และการชี้นำอย่างต่อเนื่อง

1.7 สู่ปฏิบัติการใหม่เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ระหว่าง 26 - 30 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ที่ผ่านมา องค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอีกครั้งที่กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 500 คน จาก 102 ประเทศทั่วโลก นับเป็นการประชุมครั้งที่ 7 ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาของการเริ่มต้นทศวรรษที่สามแห่งการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสากล

ในการประชุมครั้งนี้ ได้มีการเน้นย้ำถึงความสำคัญและความคุ้มค่าของการสร้างเสริมสุขภาพที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตประชาชน รวมทั้งการลดความไม่เสมอภาคและความยากจน ที่ประชุมสนับสนุนการเร่งพัฒนาความร่วมมือระหว่างภาคี และสร้างการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีการเรียกร้องการปฏิบัติที่นำไปสู่การลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ทั้งยังได้กล่าวถึงบทบาทของการสร้างเสริมสุขภาพ การสาธารณสุขมูลฐาน และปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งต่างก็มีความสำคัญและสามารถเติมเต็มซึ่งกันและกันเพื่อการบรรลุซึ่งสุขภาวะ ผลจากการประชุมครั้งนี้ทำให้เกิดทิศทางและยุทธศาสตร์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาในยุคปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป นับตั้งแต่ที่แนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพได้ปรากฏตัวอย่างเต็มรูปแบบขึ้นเป็นครั้งแรกผ่านกลไกสำคัญ นั่นคือ การประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นแกนนำในการผลักดันแนวคิดดังกล่าวก็ได้จัดให้มีการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศต่างๆ การประชุมนานาชาติซึ่งผ่านมาแล้วถึง 7 ครั้งส่งผลตอกย้ำคุณค่าความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งยังเป็นภาพสะท้อนการเคลื่อนตัวของแนวความคิดกระแสหลักเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่ค่อยๆมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ตลอดช่วงเวลากว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา ความตระหนักในคุณูปการแห่งการสร้างเสริมสุขภาพได้นำมาซึ่งความเคลื่อนไหวในทุกระดับของสังคม และทุกพื้นที่เพื่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนโดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ “สุขภาพดีถ้วนหน้า”

2. พัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ประเทศไทยมีอดีตที่ยาวนานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ควบคู่มากับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข “การจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นองค์รวม ด้วยการขับเคลื่อนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน” อันเป็นความหมายโดยสาระของการสร้างเสริมสุขภาพ ปรากฏอยู่ในการพัฒนาสาธารณสุขของไทยมาตลอด โดยแยกเป็นสองช่วงใหญ่คือ ช่วงก่อนหน้าทศวรรษ 2540 และหลังทศวรรษ 2540 อันเป็นระยะที่มีการตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้นในประเทศไทย เป็นครั้งแรก

2.1 การสร้างเสริมสุขภาพก่อนยุคสาธารณสุขมูลฐาน

ย้อนหลังไปก่อนหน้าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (ก่อน พ.ศ. 2504) ประเทศไทยมีการดำเนินการหลายอย่าง ตามนัยยะความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ คือการจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อกับสุขภาพควบคู่กับการจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐ ที่ชัดเจนคือการป้องกันโรคระบาดสำคัญและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีโครงการ

กวาดล้างโรคติดต่อร้ายแรงที่สำคัญ เช่น คุดทะราด ไข้ทรพิษ และกาฬโรค มีการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการและงานทันตสาธารณสุข ตลอดทั้งมีการพัฒนาเทคโนโลยีโดยประยุกต์และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่สู่ชุมชน มี "โครงการปรับปรุงอนามัยชนบท" ที่เน้นการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลและน้ำสะอาด เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคทางเดินอาหารและพยาธิลำไส้ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-3 (2504-2519) งานการส่งเสริมสุขภาพและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม มีโครงการหลายอย่างที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น การผลิตพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ เพื่อการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก การจัดแผนพัฒนาโภชนาการแห่งชาติ การวางแผนครอบครัว โครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่น โครงการอาชีวอนามัย ฯลฯ เป็นต้น

2.2 การสร้างเสริมสุขภาพในการเคลื่อนไหว "สาธารณสุขมูลฐาน" และ "สุขภาพดีถ้วนหน้า"

ช่วงระหว่าง พ.ศ. 2520 - พ.ศ. 2530 อันเป็นทศวรรษที่หนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานไทย ไม่เพียงแค่งานการสร้างเสริมสุขภาพพื้นฐานต่างๆ ทางด้านโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหายาจำเป็น ฯลฯ จะได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น เพราะเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการสาธารณสุขมูลฐาน แต่การฝึกอบรม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม./ผสส.) ที่ครอบคลุมหมู่บ้านทั่วประเทศ คือการเกิดโครงสร้างพื้นฐาน ของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพที่สำคัญยิ่งและมีผลต่อเนื่องยาวนานจนถึงปัจจุบัน มีนวตกรรมในระดับชุมชนใหม่ๆเกิดขึ้นที่สำคัญคือกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านและกองทุนชุมชนรูปแบบอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดการถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนและการพัฒนาทักษะในการบริหารจัดการและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน

2.3 การประยุกต์ใช้กฎบัตรออตตาวา

ในช่วงทศวรรษที่ 2530-2540 แม้การขับเคลื่อนของนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน และสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health For All 2000) จะมีผลให้เกิดการปลี่ยนแปลงในบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของคนในชนบทผ่านกลไก อสม/ผสส และ นวตกรรมต่างๆ แต่สถานการณ์การพัฒนาสาธารณสุขในภาคเมือง โรงงานอุตสาหกรรม หน่วยงาน/องค์กรภาคเอกชนต่างๆ ประชาชน ชุมชน ยังมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพไม่มาก กระนั้นก็ตามในช่วงปลายทศวรรษกระแสแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ปรากฏในกฎบัตรออตตาวา จึงเริ่มส่งผลสะเทือนถึงการเคลื่อนไหวในทิศทางการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ในภาคเมืองด้วย โดยเฉพาะการเกิดโครงการสำคัญๆ หลายโครงการ อาทิ โครงการเมืองน่าอยู่ โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และโครงการสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

กล่าวได้ว่า ทศวรรษก่อนปี 2540 เป็นทศวรรษของการฟักตัวของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย นโยบายและโครงการพัฒนาสาธารณสุขในชนบทหลายโครงการ เป็นการขยายบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง และ เป็นการสร้างเงื่อนไขแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ระยะเวลาสองทศวรรษของการดำเนินนโยบายและโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ก็ได้เปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น ในการดูแลรับผิดชอบการพัฒนาสุขภาพของตนเอง โดยมีกิจกรรมสำคัญคือ การสร้าง อสม/ผสส

การควบคุมการบริโภคยาสูบ

เป็นรูปธรรมหนึ่งของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่นำมาสู่ความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงทางสังคมเรื่อยมา นับตั้งแต่ที่มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) ใน พ.ศ. 2532 และมีการรวมตัวกันขององค์กรสุขภาพและสื่อมวลชนเพื่อคัดค้านการนำเข้าบุหรี่ต่างประเทศในช่วง พ.ศ.2532 - 2534 ซึ่งต่อมาได้มีการออกและบังคับใช้กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ใน พ.ศ.2535 รวมทั้งการขึ้นภาษีบุหรี่เป็นครั้งแรกในเมืองไทยเมื่อ พ.ศ. 2536 เหตุการณ์สำคัญเหล่านี้ได้สะท้อนถึงการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องในการควบคุมการบริโภคยาสูบในช่วงแรก ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ยังไม่ได้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศไทย

และกองทุนสุขภาพชุมชนรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ดี ในสองทศวรรษนี้ ยังมีการริเริ่มและการเปลี่ยนแปลงสำคัญอีก 3 ประการที่ทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ มีความชัดเจนและพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วในทศวรรษต่อมา นั่นคือ กรณีการควบคุมการบริโภคยาสูบ การวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ และการเกิดพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2537

สองโครงการแรก นับเป็นตัวอย่างการขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อนำไปสู่การสร้างนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ ขณะการเกิดขึ้นขององค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศ อันเป็นผลจากพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้นำมาซึ่งการขยายบทบาทของท้องถิ่น ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการพัฒนาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมทั่วประเทศ

2.4 ทศวรรษ 2540 ถนนสายหลักสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

ทศวรรษที่ 2540 จนถึงปัจจุบัน นับเป็นช่วงเวลาที่แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ ลงหลักปักฐานในประเทศไทยที่ชัดเจนและเข้มข้นที่สุด มีเงื่อนไขเชิงบริบทและกิจกรรมหลายประการที่เกิดขึ้นและเป็นเงื่อนไขเอื้ออำนวยให้กับพัฒนาการเหล่านั้น

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 นับเป็นเนื้อนาบุญอันสำคัญของการพัฒนาการของยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยเป็นรัฐธรรมนูญที่เป็นการเปิดศักราชใหม่ของการมีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมคู่กับประชาธิปไตยแบบตัวแทน ที่สนับสนุนและเอื้อต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนต่อกิจการทุกด้าน รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ รัฐธรรมนูญฉบับนี้มีบทบัญญัติจำนวนมากที่ส่งผลต่อเรื่องสุขภาพ และมีผลให้การดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพเข้าลักษณะที่จะต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นงานที่ประชาชนจะต้องเข้ามามีบทบาทร่วมกับบุคลลากรสาธารณสุข ซึ่งทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการผนึกกำลังของทุกฝ่ายในสังคม เพื่อให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ได้กลายเป็นรูปธรรมมากขึ้นตามลำดับอันเป็นผลตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับนี้

การจัดประชุมวิชาการประจำปี เมื่อวันที่ 6-8 พฤษภาคม 2541 ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” เป็นรูปธรรมแรกและชัดที่สุด ที่แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ได้เข้ามามีบทบาทต่อขับเคลื่อนการกระแสการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยผ่านการการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการทบทวนแนวคิดและบทเรียนจากกฎบัตรออตาวา เพื่อผลักดันให้ “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นบทบาทของทุกภาคส่วนในสังคม

การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

สังคมไทยได้หันมาตระหนักรับรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่และมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาเพื่อให้คนไทย ลด ละ เลิก บุหรี่ มานานแล้ว การรณรงค์เริ่มต้นขึ้นอย่างจริงจังเมื่อ พ.ศ. 2529 โดยการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนชื่อ “โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” ภายใต้มูลนิธิหมอชาวบ้าน ซึ่งเปลี่ยนมาใช้ชื่อ “มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่” นับตั้งแต่ พ.ศ.2539 จนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ การวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ของแพทย์หนุ่มสาวในชนบท ใน พ.ศ. 2530 ก็ได้ถูกบันทึกอยู่ในประวัติศาสตร์หน้าแรกๆ ของการปลุกกระแสค่านิยมเรื่องการไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ และความตื่นตัวในประเด็นเรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ในสังคมไทย ผลจากการขับเคลื่อนการดำเนินงานต้านภัยบุหรี่ที่เข้มแข็งในยุคนั้นได้กลายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ก่อเกิดนโยบายและมาตรการทางกฎหมายตามมาอีกมากมาย

ผลสรุปสำคัญจากการประชุมดังกล่าวที่ว่า “สังคมไทยจะต้องจินตนาการใหม่เกี่ยวกับสุขภาพและจะต้องเปลี่ยนยุทธศาสตร์จากการตั้งรับเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับความเป็นประชาสังคมให้มากที่สุด โดยเคลื่อนไหวสังคมทั้งหมดเข้ามาร่วมสร้างสุขภาพดี ทั้งในระดับปัจเจก บุคคล องค์กร และนโยบาย” ได้กลายเป็นแนวคิดและการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพบนเส้นทางใหม่แห่งการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในเวลาต่อมา

ยิ่งไปกว่านั้น กระบวนการและผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่สืบเนื่องจากนั้น นับเป็นปัจจัยแวดล้อมและเป็นต้นธารที่สำคัญยิ่งของการเติบใหญ่ของกระแสการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยในปัจจุบัน

2.5 การปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย มีจุดเริ่มจาก "รายงานสุขภาพประชาชาติ: ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540" ในปี 2543 โดยคณะทำงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่มี ศ.นพ. ประสพ รัตนากร เป็นประธาน ติดตามมาด้วยการเกิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2543 ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส) และสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้นำมาสู่การขับเคลื่อนเพื่อผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ ด้วยปรัชญาสำคัญคือ "การรุกเพื่อสร้างสุขภาพดีนำการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ (สร้างนำซ่อม)"

กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้เป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพนับเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่ส่งผลต่อการพัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมาก การใช้ยุทธศาสตร์ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" อันประกอบด้วย การทำงานสร้างความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อกับภาคนโยบายหรือฝ่ายการเมือง ในการจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ และผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้เกิดปรากฏการณ์อย่างใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน นั่นคือ การมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของทุกภาคส่วนในสังคม จากทุกระดับและต่างพื้นที่ กลายเป็นกระแสความเคลื่อนไหว เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิดด้านสุขภาพ จากเน้นซ่อม สู่เน้นสร้าง เป็นการเปิดพื้นที่สาธารณะของการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในประเด็นสำคัญๆ ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประชาชนอย่างขนานใหญ่

กระบวนการ "สมัชชาสุขภาพ" ซึ่งเป็นบทบัญญัติหนึ่งในพระราชบัญญัติสุขภาพ ปี 2550 คือกลไกอันสำคัญและมีประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนการปฏิรูปและทำให้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ แปรเปลี่ยนเป็นรูปธรรมที่มีชีวิต

ในกระบวนการยกร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ "สมัชชาสุขภาพ" ภายใต้นิยาม "กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม" ได้มีบทบาทสำคัญในการระดมการมีส่วนร่วมและสร้างการเรียนรู้ให้กับภาคส่วนต่างๆและสังคมนับล้านคนในการร่วมกัน แก้ไข พัฒนา และสร้างเสริมสุขภาพ กำหนดนโยบายสาธารณะอย่างกว้างขวาง "กระบวนการสมัชชาสุขภาพ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์และสิ่งดีๆในการสร้างเสริมสุขภาพ เกิดผลสะเทือนในการกระบวนการเรียนรู้ภายในพื้นที่เครือข่ายองค์กรประชา

สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา

สมัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา เริ่มจากการเข้าใจในความเป็นจริงว่า การจัดการปัญหาต่างๆ ด้านสุขภาพไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยกลไกของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยเดียว ใน พ.ศ. 2549 ทุกภาคส่วนของจังหวัดสงขลาจึงเริ่มตกผลึกทางความคิดร่วมกันว่า ถึงเวลาแล้วที่จะบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนในการร่วมกันขับเคลื่อนจังหวัดสงขลาสู่การมีสุขภาวะ โดยใช้ **"แผนสุขภาพจังหวัดสงขลา"** เป็นประเด็นหลักในการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด เพื่อเปิดพื้นที่ทางสังคม เชื่อมร้อยเครือข่าย องค์กรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน มาเรียนรู้ร่วมกัน และผลักดันให้แผนสุขภาพเกิดผลเป็นนโยบายหลักทางด้านสุขภาพ นำไปสู่ทิศทางของสุขภาวะที่คนสงขลาต้องการ โดยมีเป้าประสงค์ร่วมกันของภาคีเครือข่าย องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ถึงความอยู่เย็นเป็นสุขหรือสุขภาวะของประชาชน

แผนสุขภาพสงขลา ได้ปักธงไว้อย่างชัดเจนว่า ในระยะเวลา 2 ปี (2549-2550) จะต้องเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดสงขลาที่เข้าไปหนุนเสริมแผนงานของหน่วยงานของรัฐและภาคีที่เกี่ยวข้อง มุ่งสร้างความร่วมมือของหน่วยงาน องค์กร เครือข่ายต่างๆ ให้เข้ามาเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกันปฏิบัติ

สังคมสุขภาวะรวมทั้งสนับสนุนกระบวนการนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในแนวราบ" ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพปรากฏชัดเป็นรูปธรรมในหลายจังหวัด ก่อเกิดเป็นพื้นที่สาธารณะในการผลักดันการพัฒนาสุขภาพที่มีการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแก่นแกนที่สำคัญ

สมัชชาสุขภาพจังหวัดนครปฐม: หลักสูตรการเรียนรู้ชุมชนคนปฐมนคร

สมัชชาสุขภาพจังหวัดนครปฐม เกิดสืบเนื่องมาจากเหตุปัญหาน้ำในแม่น้ำท่าจีนอันเป็นเสมือนเส้นเลือดที่หล่อเลี้ยงชุมชนชาวนครปฐมเกิดการเน่าเสีย ด้วยความห่วงใยต่อสุขภาพในอนาคต เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครปฐมจึงถือกำเนิดขึ้น ด้วยการรวมพลังกันอย่างพร้อมเพรียงและเต็มความสามารถระหว่าง **"บ้าน วัด โรงเรียน และชุมชน"** เริ่มด้วยการเน้นย้ำถึงนโยบายสาธารณะที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อม โดยคณะทำงานได้นำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์วิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่มาสื่อสารให้ได้รับรู้เชื่อมโยงกับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดนิทรรศการด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กิจกรรมเวที การเสวนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประเด็นสายน้ำกับสุขภาพ การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ การเสวนาเรื่องการดูแลแม่น้ำ มีการพัฒนา **"ข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ"** ที่มีการผลักดันให้เชื่อมโยงเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรและการเรียนการสอนที่มีผลเชื่อมโยงเรื่องสุขภาพ

◆**การผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ** กลไกและกระบวนการทำงานของกลุ่มแกนนำในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการผลักดันให้เกิดกระบวนการใช้หลักสูตรอย่างเป็นรูปธรรม เห็นได้อย่างชัดเจนว่า ให้มีการนำเอาเรื่อง "**แม่น้ำท่าจีน**" เข้ามาเสริมในหลักสูตรการเรียนการสอน จึงทำให้กระบวนการมีความเข้มแข็งและมีพลังในการขับเคลื่อนอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ หลังจากจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพเสร็จสิ้นลง ก็ได้มีการนำเอา "**กระบวนการสมัชชาสุขภาพ**" ไปปรับใช้ในพื้นที่ต่างๆ เกือบทุกเวที ที่ต้องการให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการแก้ปัญหา การกำหนดยุทธศาสตร์หรือนโยบายต่างๆ หรือการระดมความคิดเห็นจากหลายๆฝ่าย หลายๆองค์กรได้เป็นอย่างดี และเกิด "**หลักสูตรการเรียนรู้ของชุมชน**" ที่เป็นการสร้างสรรค์ที่สมบูรณ์และเป็นหลักสูตรของชุมชน เป็นไปเพื่อชุมชน อย่างแท้จริง

กล่าวได้ว่า กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะกระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ไม่เพียงเกิดผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพ แต่ยังมีผลให้เกิดการเคลื่อนตัวของการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับการปฏิรูปความคิดด้านสุขภาพที่เน้นการสร้างนำซ่อมและมองสุขภาพในความหมายที่กว้าง

2.6 การเกิดขึ้นของ สสส.

การถือกำเนิดของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี 2544 นับเป็นหลักหมายที่สำคัญที่สุด ที่แสดงการพัฒนาสู่ความแข็งแรงของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย จากกระบวนการขับเคลื่อนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ที่ต่อเนื่องมาจากทศวรรษก่อนหน้า ภายหลังได้ถักทอ ประสานการทำงานร่วมกับภาควิชาการ ประชาสังคม และภาครัฐ ได้ก้าวไปสู่อีกขั้นหนึ่งด้วยการเสนอให้มีกฎหมายเก็บภาษีจากเหล้าและบุหรี่ ตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีฐานะเป็นองค์กรมหาชน ทำหน้าที่สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนทำงานเชิงรุก เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เริ่มจากการออกพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้น เมื่อเดือนกรกฎาคม 2543 และกลายมาเป็นพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในอีก 1 ปี ถัดมา (8 พฤษภาคม 2544) โดยกำหนดให้เก็บค่าธรรมเนียม ร้อยละ 2 เพิ่มเติมจากภาษีสรรพสามิตบุหรี่และสุรา มาตั้งเป็นกองทุน อันถือเป็นการกำเนิดขึ้นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างเป็นทางการ

ปัจจุบัน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มิใช่ส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี ทำหน้าที่จุดประกาย กระตุ้น สนับสนุน ประสานความร่วมมือเพื่อให้

คนไทยริเริ่มกิจกรรมหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ และเปิดรับแนวทางปฏิบัติการใหม่ๆ ที่เป็นความคิดสร้างสรรค์สามารถนำไปสู่การขยายค่านิยมและการสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและกว้างขวาง เป็นองค์กรด้านสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สอดคล้องกับมติของสมัชชาอนามัยโลก ด้านการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สสส. ขับเคลื่อนการทำงานภายใต้วิสัยทัศน์ "คนไทยมีสุขภาวะอย่างยั่งยืน" และด้วยพันธกิจ "ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาขบวนการสร้างเสริมสุขภาพ อันนำไปสู่สุขภาวะยั่งยืนของประชาชนและสังคมไทย" ทั้งนี้ด้วยเป้าหมายเพื่อ "เป็นหน่วยงานขนาดเล็กที่ปฏิบัติงานใหญ่ให้เกิดผลยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวไทยให้ดีขึ้น" ปฏิบัติงานท่ามกลางเครือข่ายโยงใยของกลไกหลายชิ้นหลายส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็น "ระบบสุขภาพไทย" ที่มีความหมายกว้างกว่าโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนราชการกระทรวงต่างๆ แต่รวมหน่วยงานส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และหน่วยงานเอกชนอีกด้วย

สสส. ดำเนินงานโดยไม่เน้นการใช้อำนาจรัฐ ด้วยบุคลากรและงบประมาณที่จำกัด ด้วยยุทธศาสตร์ไตรพลัง หรือสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เช่นกัน คือ **พลังปัญญา** ได้แก่ การขยายพื้นที่ทางปัญญา (wisdom space) อย่างกว้างขวางในการสร้างเสริมสุขภาพให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีองค์ความรู้อย่างเพียงพอจากทุกภาคส่วนของสังคม รวมทั้งพัฒนาความรู้ต่อเนื่องให้เท่าทันสถานการณ์ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและบริบท องค์ความรู้ (body of knowledge) ประกอบกับกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของฝ่ายต่างๆ ทำให้มีการขยายพื้นที่ทางปัญญา และก่อให้เกิดพลังทางปัญญาที่ยิ่งใหญ่ในการสร้างเสริมสุขภาพ **พลังสังคม** ได้แก่ การขยายพื้นที่ทางสังคม (social space) อย่าง กว้างขวาง เครือข่ายภาคีทางสังคมก่อให้เกิดการระดมพลังซึ่งมีบทบาทสำคัญในการทำงาน การรณรงค์ และการเฝ้าระวัง ในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ดี จำเป็นต้องมีการบูรณาการ และพัฒนาทักษะการร่วมงานกันในลักษณะเครือข่ายที่มีอุดมการณ์และมีเป้าหมายร่วม การทำงานของเครือข่ายที่มีการเชื่อมโยงกันดี คือการขยายพื้นที่ทางสังคม ก่อให้เกิดพลังผลักดันที่ยิ่งใหญ่ในงานสร้างเสริมสุขภาพ และ **พลังนโยบาย** ได้แก่ การขยายพื้นที่การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (space of participatory policy process) อย่างกว้างขวาง นโยบายก่อให้เกิดระบบและโครงสร้าง เป็นองค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้างและมีผลสืบเนื่องยาวนานกว่า กิจกรรมรณรงค์เพียงชั่วครั้งชั่วคราว โดยเฉพาะหากนโยบายได้พัฒนาขึ้นมาโดยพื้นฐานทางปัญญา และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมก็จะยิ่งเป็นที่ยอมรับ เกิดความร่วมมือดีในทางปฏิบัติและมีความยั่งยืนยิ่งขึ้น (http://www.thaihealth.or.th/about/get-to-know)

สสส. ใช้ 4 ช่องทางสู่การสร้างเสริมสุขภาพ คือ การสร้างสุขภาวะผ่าน "เรื่องหรือประเด็น" (เช่น สุรา ยาสูบ อาหาร ฯลฯ) ผ่าน "องค์กร" เช่น สถานศึกษา ที่ทำงาน ผ่าน "ชุมชน/พื้นที่" และ ผ่าน "กลุ่มประชากรเป้าหมาย" ปัจจุบันประกอบด้วย 13 แผนงานหลัก ได้แก่ แผนงานควบคุมการบริโภคยาสูบ แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและอุบัติภัย แผนงานควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ แผนงานแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ แผนงานสุขภาวะชุมชน แผนงานสุขภาวะ เด็ก เยาวชน และครอบครัว แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร แผนงานส่งเสริมการออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ แผนงานสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม แผนงานสนับสนุนโครงการทั่วไปและนวัตกรรม แผนงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระบบบริการสุขภาพ และ แผนงานพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยตลอดระยะเวลาเกือบหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา นับได้ว่า สสส. ได้ก่อให้เกิดผลสะเทือนและเกิดการเคลื่อนไหวในการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย อย่างกว้างขวาง ในหลายมิติ หลากพื้นที่ และ ทุกระดับอาทิ

❖ การร่วมมือกับคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ภาคประชาสังคม และ เครือข่ายองค์กรงดเหล้า (คสล.) เคลื่อนไหวผลักดัน พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2550

❖ การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆทั้งในและต่างประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (ศอบช.) สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) มูลนิธิเพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่) ในการขับเคลื่อนนโยบาย กฎหมาย ตลอดจนการรณรงค์เพื่อการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมีพลังและได้ผล โดยเฉพาะสนับสนุนการจัดตั้ง ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ (ศจย.) และเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมปลอดบุหรี่ และการมีส่วนร่วมร่างอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (Framework Convention for Tobacco Control- FCTC) เข้าร่วมเป็นภาคีอนุสัญญา รวมทั้งการผลักดันให้มีการปรับภาษีบุหรี่ขึ้น เป็นร้อยละ 80 ในปี 2550

❖ การสนับสนุนการลดอุบัติเหตุทางถนน โดยผลักดันให้รัฐบาลกำหนดให้ปัญหาอุบัติเหตุจราจร เป็นวาระแห่งชาติ มีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนเพื่อดูแลการบังคับใช้กฎหมาย วิศวกรรมจราจร การให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ ฯลฯ ตลอดจนงานเชิงรุกต่างๆ

❖ การผลักดันและร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในการสร้างระบบภาคีเครือข่าย ที่ทำงานด้านครอบครัวและชุมชนเข้มแข็ง ในคนทุกกลุ่มวัย ในขอบข่ายทั่วประเทศ โดยผลงานหนึ่งที่สำคัญคือ การพัฒนาการจัดระดับความเหมาะสมของสื่อโทรทัศน์ (การจัดเรตติ้งรายการโทรทัศน์) เป็นต้น

2.7 กองทุนสุขภาพชุมชน

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศในทศวรรษนี้ ยังปรากฏผ่านการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่นอกเหนือจากการทำให้เกิดหลักประกันในการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ยังมีการนำแนวคิดสร้างนำซ่อมเข้าไปอยู่ในสิทธิประโยชน์ของผู้ใช้บริการ โดยการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมให้สถานบริการให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพคู่ไปกับการให้บริการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ภายใต้ พรบ. หลักประกันฯ ยังมีการสนับสนุนการตั้ง “กองทุนสุขภาพชุมชน” ในระดับตำบล ซึ่งมีกิจกรรมหลักเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้กองทุนดังกล่าว ซึ่งตามนิยามหมายถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาลปฐมภูมิที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เกิดขึ้นตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นไปตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

2.8 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ภาพฝันอนาคต

กระบวนการขับเคลื่อน พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ที่ออกผลเป็นกฎหมายใน พ.ศ. 2550 ยังเกิดผลสำคัญอีกประการหนึ่งติดตามกันมา นั่นคือ การบัญญัติให้มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

โดยเจตจำนงเดิม ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพทั้งฉบับถูกขับเคลื่อนผลักดันโดยองค์กรภาคี เครือข่าย และสมาชิกที่ร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาในฐานะกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ หรือเรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพ” แต่เมื่อพระราชบัญญัติประกาศใช้ ได้มีการปรับสาระของกฎหมาย โดยยกส่วนที่กล่าวถึงภาพพึงประสงค์และรายละเอียดของระบบสุขภาพย่อยๆโดยบัญญัติไว้ในมาตรา25(1) ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) มีหน้าที่จัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ” เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศของภาคส่วนต่างๆ เพื่อทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ มีทิศทางที่ถูกต้อง ชัดเจนและมีพลัง ให้เป็นสิ่งแสดงเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม โดยมีสาระหลักอย่างน้อย 12 ระบบย่อยที่ต้องเขียนไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแต่ละฉบับ และให้มีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นระยะๆ อย่างน้อยทุกห้าปี เพื่อให้กรอบ แนวทางกำหนดภาพอนาคตของระบบสุขภาพมีความเป็นพลวัต สามารถแก้ปัญหาและชี้ทิศทางระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งยังกำหนดให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบมีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้อง

ดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน ซึ่งเป็นไปตาม มาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 48 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดหลักการมีส่วนร่วม การเปิดช่องทางรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน ใช้ข้อมูลวิชาการและการจัดการความรู้เป็นฐานสำคัญ เพื่อให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนเจตนารมณ์และเป็นพันธะร่วมกันของสังคม ให้สังคมสามารถนำไปใช้เป็นฐานอ้างอิง ในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพที่มองยาวไปถึง พ.ศ. 2563 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2552 ได้เสนอต่อสมาชิกรัฐสภาทั้ง สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175ง เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2552

ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินี้ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสาระสำคัญหนึ่งใน 12 เรื่อง ที่กฎหมายบัญญัติให้กำหนดไว้ โดยอยู่ในหมวด ที่ 4 มีรายละเอียดของหลักการ เป้าหมาย และมาตรการไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้หลักการที่กำหนดในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ได้แก่

การสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั่วทั้งสังคมมุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการและการตายที่ไม่สมควร และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยยุทธศาสตร์อย่างน้อย 5 ประการ คือ

1) การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

2) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนว ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม

4) การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

5) การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

ภายใต้หลักการดังกล่าวได้กำหนดเป้าหมายภายใน พ.ศ. 2563 เป็น 4 ประการ คือ

(1) มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม

(2) มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลายและเป็นรูปธรรม

(3) มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างสมดุลและเชื่อมโยงกันตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ

(4) มีชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ

ภาพอนาคต และทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพไทย ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 เป็นผลผูกพันตามกฎหมาย และเป็นเจตจำนงของสังคมที่หน่วยงาน องค์กรภาคี เครือข่ายประชาสังคมต่างๆ สามารถนำไปใช้ให้เกิดกระบวนการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศที่มีทิศทางเป็นเอกภาพและมีพลัง

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรการ: ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับ และภาคส่วนต่างๆในสังคมพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ที่ใช้องค์ความรู้เป็นฐานอย่างเพียงพอ และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ เพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะที่ดี

ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีนโยบายและแผนรองรับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับและภาคส่วนต่างๆในสังคมร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การจัดการสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ ลานกีฬา ลานชุมชน สถานที่ทำงานสุขภาวะ ชุมชน-เมืองสุขภาวะ ระบบผังเมืองสุขภาวะ ระบบการคมนาคมปลอดภัย ระบบการจัดการน้ำที่ดี ระบบการเกษตร-อุตสาหกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น

ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนขีดความสามารถในการดูแลตนเองและการพึ่งตนเองของบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเปิดพื้นที่สาธารณะ พัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรมภายใต้บริบททางสังคม ภูมินิเวศวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลง

ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและเครือข่าย ตลอดจนส่งเสริมการกระจายยา เวชภัณฑ์ ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นอย่างเพียงพอและทั่วถึง เพื่อการดูแลตนเองและการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคคลในการดูแลและปกป้องทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อม เพื่อให้เอื้อต่อสุขภาพ

ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ พัฒนามาตรการทางการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเน้นการจัดการในระดับชุมชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบสวัสดิการชุมชน กองทุนชุมชนและกิจกรรมชุมชนต่างๆที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ สนับสนุนการสร้างและการจัดการความรู้ การวิจัย เทคโนโลยี ทุน และการตลาด เพื่อการพัฒนาการเกษตร การอุตสาหกรรม ธุรกิจและการบริการที่เอื้อต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และให้มีความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น ส่งเสริมการเกษตรธรรมชาติที่ไร้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ส่งเสริมอุตสาหกรรมที่เป็นมิตรต่อ ชุมชนและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมธุรกิจและบริการ ที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เป็นต้น

ให้รัฐจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนให้เป็นรูปธรรม

ให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย

3. การปรับตัวใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต

เมื่อมองจากอดีต ย้อนเรื่อยมาถึงปัจจุบัน ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย ได้ก้าวมาไกลมาก และมีแนวโน้มที่จะขยายตัว แตกกิ่ง แตกก้าน ออกไปได้หลายมิติ หลายทิศทาง ด้วยเหตุที่เงื่อนไขเชิงโครงสร้างและเชิงระบบ หลายอย่างที่ถูกพัฒนาไว้ ไม่ว่าจะเป็น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550 กลไกสมัชชาสุขภาพ ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กองทุนสุขภาพชุมชน การขยายบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ล้วนเป็นเงื่อนไข ที่เอื้อต่อการความเข้มแข็งและเติบโตของ สร้างเสริมสุขภาพทั้งสิ้น

ทั้งนี้ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะยังเป็นพื้นที่ทางสังคมที่สำคัญให้กับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ในการสร้าง ติดตาม หรือประเมิน นโยบายสาธารณะ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนมาก เริ่มมีการพัฒนา เรียนรู้ที่จะเห็นหรือใช้ประเด็นทางสุขภาพ เป็นนโยบายหรือเป้าหมายการทำงานมากขึ้น

กระนั้นก็ดี แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลก ในอนาคต ที่เนื่องอยู่กับกระแสโลกาภิวัตน์ที่เข้มข้น อาจสร้างทั้งวิกฤติและโอกาสให้กับการสร้างเสริมสุขภาพ แนวโน้มในอนาคต โจทย์และเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศ และโลก จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เงื่อนไขเชิงบริบทอย่างน้อย 2 ประการ ต่อไปนี้ อาจเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพิจารณาในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ในอนาคต

3.1 โลกาภิวัตน์กับการเปลี่ยนแปลงทางปัญหาสุขภาพของประชากร

โลกและประเทศไทยในอนาคตที่ไม่ไกลนัก กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสำคัญคือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่เด็กเกิดน้อยลง คนอายุยืนขึ้น และสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามประเทศ โลกาภิวัตน์ทางเศรฐกิจ วัฒนธรรมและเทคโนโลยีการสื่อสาร ทำให้กับแบบแผนการใช้ชีวิตและการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศโลกที่มีผลให้โลกต้องเผชิญกับภัยพิบัติเพิ่มมากขึ้น ฯลฯ เงื่อนไขเหล่านี้ จะเป็นปัจจัยกำหนดการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพของประชากรไทยในทศวรรษหน้า โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพาต ฯลฯ ที่มีเหตุมาจากแบบแผนการกินและการใช้ชีวิต รวมตลอดถึงภาวะสูงอายุ ได้กลายเป็นปัญหาสำคัญที่ยิ่งกว่าปัญหาของโรคติดเชื้อ ทั้งที่เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (ซาร์ ไข้หวัดนก) และ โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ (เช่น วัณโรค มาลาเรีย เท้าช้าง ไข้เลือดออก ฯลฯ) ที่เป็นปัญหาเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศของโลก การเคลื่อนย้ายประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยแรงงาน ที่มีเหตุมาจากปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจการเมืองระหว่างประเทศ และกระแสโลกาภิวัตน์ นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากอุบัติภัยของโลกมีการคาดการณ์ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ปัญหาเหล่านี้ จะเป็นเงื่อนไขและความท้าทาย การทำงานของระบบสุขภาพของประเทศ และพิสูจน์คุณค่าของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ไม่ใช่เพียงแค่การต้องเผชิญกับปัญหาใหม่ ที่แก้ยากและซับซ้อน แต่จะเกิดปัจจัยกำหนดสภาวะของชุมชน กลุ่มสังคมที่แตกต่างหลากหลาย

3.2 การเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่จะมีผลต่อวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพของคน

ความเข้มข้นของโลกาภิวัตน์ในปัจจุบันและในอนาคต จะยังคงส่งผลต่อสภาพสังคมและชีวิตของคนไทยในหลายประการ สังคมไทยกำลังเผชิญวิกฤติและโอกาส วิกฤติทางสังคมที่ผ่านมาและยังคงอยู่ ที่เรียกว่า “วิกฤติเชิงซ้อน” อันได้แก่ การตกอยู่ในกับ**ดักแห่งความสับสน** (สังคมไร้ทิศทาง ไม่มีใครตอบได้ว่าเมื่อไหร่ความสับสนจะจบลง ความไม่มั่นใจในสถานการณ์บ้านเมือง ก่อให้เกิดการชะลอตัวของการลงทุน การบริโภค การจ้างงาน เหนี่ยวนำสู่วงจรอุบาทว์ของการหดตัวทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลกระทบทางสังคมตามมา) **กับดักแห่งความขัดแย้ง** (สังคมไทยไม่เคยมีความขัดแย้งเช่นนี้มาก่อน

มีการแบ่งเป็นฝักเป็นฝ่าย เป็นความขัดแย้งที่มีโอกาสนำไปสู่ความรุนแรง) **กับดักแห่งความถดถอย** (ดัชนีชี้วัดความสามารถในการแข่งขันของประเทศตกต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะพิจารณาจากทั้งมิติด้านเศรษฐกิจมหภาค ประสิทธิภาพของภาครัฐ ขีดความสามารถของภาคเอกชนและโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ) และ**กับดักแห่งความเหลื่อมล้ำ** (เกิดช่องว่างทั้งระหว่างคนจนกับคนรวย และเริ่มมีช่องว่างของอำนาจ ความมั่งคั่ง และโอกาสระหว่างคนรู้กับคนที่ไม่รู้) ดูจะยังส่งผลต่อวิถีชีวิตและจังหวะก้าวในอนาคตของสังคมไทย โดยมากน้อยและยาวนานเพียงใด เป็นเรื่องที่ยากที่จะตอบ

ความผันผวนของเศรษฐกิจการเมืองภายนอก ยังคงเป็นภาวะคุกคามกับเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศ แม้วิกฤติการเงินและการถดถอยทางเศรษฐกิจในตะวันตก จะค่อยคลี่คลายลง ภาพรวมเศรษฐกิจมีสัญญาณการขยายตัวเพิ่มขึ้น แต่วิกฤติรูปแบบอื่น เช่น ภัยธรรมชาติ วิกฤติสิ่งแวดล้อม ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความมั่นคงของการเมืองและเศรษฐกิจได้ตลอดเวลา (เช่น วิกฤติแม่น้ำโขงแห้ง ที่เชื่อว่าส่วนหนึ่งเกี่ยวกับโครงการพัฒนาขนาดใหญ่ในประเทศต้นน้ำ แต่ส่งผลกระทบถึงทุกประเทศที่อยู่ปลายน้ำ และภัยแล้งที่ส่งผลต่อผลผลิตข้าว และสงครามแย่งชิงน้ำทำนาในทุกภาคของประเทศ) ความยากจน และความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม จะยังคงเป็นปัจจัยกำหนดทางสังคมต่อภาวะสุขภาพต่อไป ขณะที่วิกฤติความขัดแย้งทางการเมือง ทำให้เกิดการถามหาจริยธรรมทางการเมือง พอๆกับที่การเห็นการขยายตัวของบทบาทของการเมืองภาคประชาชน ที่ไม่ใช่การเมืองที่เป็นรูปแบบทางการมากขึ้น

ในภาคสังคม วิถีชีวิตอุบัติใหม่ (Emerging lifestyle) ที่เป็นผลจากการพัฒนาที่ผ่านมา “กำลังส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไป ตั้งแต่ระดับครอบครัว จนถึงระดับสังคมใหญ่ ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น” วิถีชีวิตอุบัติใหม่ มีผลทำให้ครอบครัวในสังคมเมืองเปลี่ยนไป คนวัยทำงานมุ่งหาเงินสร้างฐานะมากกว่ามีครอบครัว แต่งงานช้า และมีบุตรน้อยลง ทำให้ประชากรวัยเด็กน้อย และส่งผลให้เกิดวิกฤติ 1:2:4 ในอนาคต (วิกฤติที่สังคมที่คนรุ่นหลานหนึ่งคนดูแลคนรุ่นพ่อแม่สองคน และดูแลคนรุ่นปู่ย่าตายายสี่คน) สภาพดังกล่าวทำให้เด็กรุ่นใหม่ เป็นเด็กโดดเดี่ยว ไม่มีทักษะการสัมพันธ์กับคนอื่น อยู่ในโลกลำพัง ไม่รู้จักตนเอง เปราะบาง เป็นผู้ใช้ ผู้บริโภค ไม่พยายามเป็นผู้ผลิต วิถีชีวิตอุบัติใหม่ ยังมีผลถึงวิถีการดำเนินชีวิตแบบบริโภคล้นเกิน โดยเฉพาะที่เป็นการบริโภคสัญญะในสินค้ามากกว่าประโยชน์ใช้สอย

สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม และเศรษฐกิจการเมืองเหล่านี้ จะเป็นเงื่อนไขเชิงบริบทและนำมาสู่โจทย์ใหม่ที่ท้าทายต่อการพัฒนาสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สัมพันธ์อย่างลึกซึ้งกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ(Social Determinant of Health) ที่ได้ขยายเรื่องของสุขภาพไปสู่ภาพกว้างใหญ่เกินกว่าจะกำหนดได้

บทที่ 9
บทเรียนการควบคุม
ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในประเทศไทย

1. บทนำ

ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 หรือที่เรียกกันโดยย่อและโดยง่ายว่า "ไข้หวัดใหญ่ 2009" เป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่กลุ่ม A (H1N1) แต่จัดเป็นเชื้อสายพันธุ์ที่เพิ่งถูกค้นพบในคนและมีการรายงานครั้งแรกในเดือนเมษายน ค.ศ. 2009 โดยเชื้อสายพันธุ์ดังกล่าวมีองค์ประกอบพันธุกรรม ที่เป็นผลรวมจากเชื้อไข้หวัดใหญ่ที่พบในนก ในหมูและในมนุษย์ ยังไม่ทราบว่าเชื้อดังกล่าวเกิดขึ้นได้อย่างไร ที่ไหน และผ่านจากสัตว์มา สู่คนครั้งแรกเมื่อไหร่ และเนื่องจากสามารถแพร่ติดต่อจากคนไปสู่คนได้อย่างรวดเร็ว จึงจัดเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่สำคัญ

การควบคุมโรคติดต่อโดยทั่วไป (Disease Control) มีมาตรการซึ่งเป็นตัวกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญดังนี้คือ

1.1 ตรวจพบให้เร็ว (Early detection) เน้นความสำคัญในเรื่องการเฝ้าระวัง การศึกษาวิจัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถค้นพบเชื้อเร็วที่สุด เนื่องจากเชื้ออุบัติใหม่ร้อยละ 60 เกิดในสัตว์และติดต่อมายังคน จึงจำเป็นต้องมีระบบการเฝ้าระวังโรคในสัตว์และในคนที่เชื่อมโยงเป็นระบบเดียวกัน เพื่อว่าทันทีที่พบเหตุการณ์ระบาดในสัตว์ที่อาจมาสู่คนดังกล่าวจะได้รีบดำเนินการเข้าควบคุมมิให้มีการแพร่กระจาย ขยายวงจากคนสู่คนอย่างกว้างขวาง เหตุการณ์การค้นพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ 2009 ในครั้งนี้เป็นการค้นพบในคนก่อนพบในสัตว์และล่าช้าเกินไป เนื่องจากมีการแพร่กระจาย ค่อนข้างที่จะกว้างขวาง คือพบทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและในเม็กซิโกในเวลาไล่เลี่ยกัน

1.2 คุมให้อยู่ (Containment) โดยทฤษฎีหากพบการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ชนิดใหม่จากคนสู่คนในระยะแรกเริ่มมากๆเช่นภายใน 3 สัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยยังมีอยู่ไม่มาก มีโอกาสที่จะทำการสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรค โดยใช้มาตรการที่เข้มข้นทุกมาตรการ เช่น การตรวจคัดกรองผู้มีอาการแล้วนำมาแยกรักษา (Isolation) การแยกและเฝ้าคุมผู้สัมผัสหรือผู้ที่เพิ่งมาจากบริเวณระบาด (Quarantine) จนมั่นใจว่าไม่ป่วยจึงให้ใช้ชีวิตตามปกติได้ หรืออาจถึงขั้นให้ยาป้องกันในผู้สัมผัสโรคทุกคน (Antiviral prophylaxis of contacts) หรือทั้งชุมชน (Targeted antiviral prophylaxis) หรือทั้งเขตพื้นที่เช่นทั้งอำเภอหรือจังหวัด (Geographical antiviral prophylaxis) มาตรการสกัดกั้น เพื่อยุติการแพร่ระบาดนั้น จะมีผลกระทบต่อเสรีภาพของบุคคลรวม ตลอดไปถึงการเดินทางติดต่อและการค้าขายภายในและระหว่างประเทศ จึงสงวนไว้เฉพาะในระยะแรก แต่เนื่องจากการค้นพบเหตุการณ์ระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ 2009 ค่อนข้างช้า มีการระบาดข้ามประเทศแล้ว โอกาสการสกัดกั้นเพื่อหยุดการแพร่ระบาดนั้นไม่สามารถทำได้และไม่คุ้มที่จะทำเมื่อเทียบกับความรุนแรงของโรค จึงเป็นเหตุผลที่ประเทศสหรัฐอเมริกา แม้จะเป็นประเทศที่มีความเข้มแข็งทางวิชาการ และมีความพร้อมในเกือบทุกด้านก็ไม่เลือกใช้มาตรการนี้

1.3 ลดผลกระทบ (Mitigation) การควบคุมโรคเมื่อโรคแพร่ขยายตัวอย่างกว้างขวางแล้ว ต้องหันกลับมาทำเฉพาะในสิ่งที่จำเป็น อันได้แก่ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ (Treatment) การป้องกันมิให้มีการแพร่และติดโรครายใหม่ ซึ่งมีทั้งมาตรการที่ไม่ต้องพึ่งพิงเวชภัณฑ์ (Non-pharmaceutical interventions) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อป่วย การหยุดกิจกรรมทางสังคม โดยการให้ผู้ป่วยหยุดอยู่บ้าน การหยุดชั้นเรียน การปิดโรงเรียน การหยุดงาน หรือการยุติกิจกรรมทั้งหมดของสังคมช่วงเวลาหนึ่ง ฯลฯ ตัวอย่าง ดังเช่นที่ประธานาธิบดีของประเทศเม็กซิโกประกาศภาวะฉุกเฉินและสั่งปิดโรงเรียนทั่วประเทศ และงดกิจกรรมทางสังคมที่ผู้คนจะมารวมตัวกันระหว่างวันที่ 25 เมษายน ถึง 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ในขณะที่ทำการควบคุมการระบาด ก็จะต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อหามาตรการทางการแพทย์ที่ต้องพึ่งพิงเวชภัณฑ์ (Pharmaceutical interventions) เช่นยา หรือ วัคซีนเพื่อลดการป่วยการตายให้น้อยที่สุดเท่าที่จะยอมรับได้

1.4 กวาดล้างและกำจัด (Elimination and Eradication) หากเชื้อก่อโรคมีวงจรชีวิตที่ต้องพึ่งพิงและขยายจำนวนในคนเท่านั้น และคนป่วยส่วนใหญ่มีอาการที่เห็นชัดเจน โอกาสที่จะทำการกวาดล้างและกำจัดโรคให้หมดไปโดยอาศัยมาตรการต่างๆ ก็มีความเป็นไปได้สูง แต่เนื่องจากเชื้อไข้หวัดใหญ่เป็นเชื้อที่มีวงจรชีวิตอยู่ในนก ในสัตว์ปีกพื้นบ้าน ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด เช่นหมู รวมไปถึงคน ตลอดจนคนป่วยจำนวนหนึ่งในสามอาจ ติดเชื้อแต่มีอาการน้อย ดังนั้นจึงเป็นไปไม่ได้ที่จะกวาดล้างหรือกำจัดโรคไข้หวัดใหญ่ให้หมดไป จะมีเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เกิดขึ้นอยู่เรื่อยๆ โดยเชื้อสายพันธุ์ใหม่บางตัวอาจใกล้เคียงกับตัวเดิมที่ มนุษย์พอมีภูมิต้านทานอยู่บ้าง หรืออาจเป็นเชื้อที่แตกต่างจากสายพันธุ์เดิมเกือบสิ้นเชิง ซึ่งในกรณีหลังนี้จะก่อให้เกิดการระบาด อย่างรวดเร็วไปทั่วโลก

2. เหตุการณ์สำคัญในไทยและต่างประเทศ (Chronology)

เหตุการณ์เกี่ยวกับการระบาดที่สำคัญเรียงตามลำดับเวลา มีสังเขปดังนี้

2.1 มีนาคม พ.ศ. 2552	(1) 18 มีนาคม ทางการเม็กซิโก สังเกตพบการเพิ่มจำนวนอย่างผิดปกติของผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ “Influenza-like-illness” แต่เข้าใจว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล
2.2 เมษายน พ.ศ. 2552	(1) 12 -21 เมษายน มีรายงานผู้ป่วยปอดบวมที่ไม่ทราบเชื้อ (Atypical pneumonia) เสียชีวิตอย่างน้อย 2 รายและมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากในเมือง Oxaca ของเม็กซิโก (2) 23 เมษายน ศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ประกาศพบเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่จากผู้ป่วยในรัฐคาลิฟอร์เนีย โดยเป็นเชื้อชนิด A ที่ไม่สามารถแยกแยะได้ด้วยวิธีมาตรฐานแบบเดิม (Untypable Influenza A) (3) 24 เมษายน กระทรวงสาธารณสุขประเทศเม็กซิโกประกาศเตือนการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรง องค์การอนามัยโลกส่งสัญญาเตือนภายในให้ประเทศต่างๆ ผ่านผู้รับผิดชอบกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation Focal Points) (4) 25 เมษายน กระทรวงสาธารณสุขไทย โดยกรมควบคุมโรคเริ่มเปิดศูนย์ปฏิบัติการเพื่อรับมือเหตุการณ์ในเม็กซิโก สื่อมวลชนเริ่มตีพิมพ์ข่าวที่ถ่ายทอดจาก CNN โดยเรียกชื่อ “ไข้หวัดหมู” (5) 27 เมษายน องค์การอนามัยโลกประกาศยกระดับการเตือนภัย ไข้หวัดใหญ่จากระดับ 3 เป็นระดับ 4 หมายความว่ามีการแพร่ระบาด จากคนสู่คน แต่เกิดเพียงพื้นที่เดียว

	(6) 27 เมษายน กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยเสนอให้เรียกชื่อ “ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก” แทนที่จะเรียกเป็น “ไข้หวัดหมู” เพื่อหลีกเลี่ยงความสับสนและผลกระทบที่ประชาชนอาจไม่ทานเนื้อหมู และแจ้งความเห็นเป็นการภายในให้องค์การอนามัยโลกทราบ (7) 29 เมษายน ประชุมคณะกรรมการควบคุมไข้หวัดใหญ่แห่งชาติ พิจารณามาตรการในประเทศ (8) 29 เมษายน องค์การอนามัยโลกประกาศยกระดับการเตือนภัยจาก ระดับ 4 เป็นระดับ 5 หมายความว่ามีการระบาดข้ามพื้นที่แต่ยังอยู่ภายในไม่เกินสองภูมิภาค
2.3 พฤษภาคม พ.ศ. 2552	(1) 7-8 พฤษภาคม ประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขประเทศสมาชิก ASEAN+3 วาระพิเศษที่กรุงเทพฯ เพื่อพิจารณามาตรการในภูมิภาค ASEAN+3 Health Minister’s special meeting on Influenza A (H1N1) (2) 12 พฤษภาคม รายงานผู้ป่วยคนไทยที่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2 รายแรก เป็นผู้เดินทางจากประเทศเม็กซิโก สื่อมวลชนตั้งข้อสังเกตว่ากระทรวงสาธารณสุขไม่โปร่งใสที่ไม่ยอมเปิดเผยรายละเอียดเกี่ยวกับอายุ ที่อยู่และโรงพยาบาลที่รับรักษา กระทรวงสาธารณสุขให้เหตุผลว่าได้รับการขอร้องจากคนไข้และญาติ เนื่องจากเกรงสังคมรังเกียจ (3) 30 พฤษภาคม วันเริ่มป่วยของผู้ติดเชื้อภายในประเทศไทยที่ได้รับรายงานเป็นรายแรกในครอบครัวหนึ่ง ที่คุณพ่อคุณแม่เพิ่งเดินทางกลับจากประเทศสหรัฐอเมริกาและแพร่เชื้อสู่ลูกชายที่ไม่ได้เดินทางไปด้วยกัน
2.4 มิถุนายน พ.ศ. 2552	(1) 9 มิถุนายน กระทรวงสาธารณสุข ยืนยันพบการแพร่ระบาดในประเทศ ในกลุ่มพนักงานสถานบันเทิงที่พัทยา โดยเริ่มต้นจากการได้รับแจ้งผ่านทางหน่วยงานควบคุมโรคของไต้หวันว่ามีชาวไต้หวันติดเชื้อจากการมาเที่ยวประเทศไทย (2) 10 มิถุนายน ยืนยันพบการแพร่ระบาดในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร (3) 11 มิถุนายน องค์การอนามัยโลกประกาศยกระดับการเตือนภัยเป็นระดับ 6 หรือระดับสูงสุด หมายความว่ามีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกแล้ว มีผู้ติดเชื้อใน 74 ประเทศ ซึ่งหมายถึงว่าการแพร่ระบาดไม่สามารถหยุดยั้งได้อีกต่อไป และจะแพร่ขยายไปทั่วโลกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (4) 13 มิถุนายน ยืนยันพบการแพร่ระบาดในโรงเรียนของรัฐในเขตจังหวัดปทุมธานี หนังสือพิมพ์ตีพิมพ์ข่าวว่าเกิดการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง (5) 21 มิถุนายน กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับอาจารย์จากคณะแพทย์ศาสตร์ต่างๆออกรายการทางโทรทัศน์ทำความเข้าใจกับประชาชนมิให้ตื่นตระหนก (6) 20 มิถุนายน ผู้ป่วยเสียชีวิตรายแรก แต่กระทรวงสาธารณสุขได้รับแจ้งวันที่ 26 มิถุนายน เนื่องจากทางโรงพยาบาลเอกชนที่ดูแลผู้ป่วย ไม่ได้แจ้งให้กระทรวงสาธารณสุขทราบ มีการแถลงข่าวให้สื่อมวลชน วันที่ 27 มิถุนายน ทำให้เกิดการตั้งข้อสงสัยว่ากระทรวงสาธารณสุขปกปิดข้อมูล

	(7) 23 มิถุนายน ได้รับรายงานและออกสอบสวนการแพร่ระบาด ในค่ายฝึกทหารเรือที่อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ต่อมามีพลทหารเสียชีวิต 1 รายในวันที่ 29 มิถุนายน (8) สิ้นเดือนมิถุนายนมีรายงานการพบผู้ป่วยใน 39 จังหวัด และมีผู้เสียชีวิตสะสมรวม 3 ราย
2.5 กรกฎาคม พ.ศ. 2552	(1) 4-8 กรกฎาคม วันหยุดยาวเนื่องในโอกาสเข้าพรรษา ประชาชนเดินทางไปต่างจังหวัดมีผลให้เกิดการกระจายการแพร่ระบาดไปทั่วประเทศอย่างกว้างขวาง (2) 7 กรกฎาคม ครม. มีมติให้โรงเรียนกวดวิชาหยุดการสอนเป็นเวลาสองสัปดาห์ เนื่องจากเป็นที่รวมตัวของนักเรียนจากโรงเรียนต่างๆ ของหลายจังหวัด โรงเรียนกวดวิชาขอพบรัฐมนตรีและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเพื่อแสดงความไม่เห็นด้วย (3) ผู้ป่วยแน่นทุกโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้งของรัฐ และเอกชน ถึงขนาดต้องจองห้องล่วงหน้า (4) กระทรวงสาธารณสุขถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักว่า ประเมินสถานการณ์ผิดพลาดและทำให้ประชาชนประมาทในการป้องกันตนเอง ยังผลให้มีการป่วยการตายมากมาย (5) 14 กรกฎาคม คณะรัฐมนตรี มีมติที่สำคัญ 3 ข้อคือให้ผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่หยุดงาน ได้โดยไม่ถือเป็นวันลา เพิ่มการจัดหายาต้านไวรัสอีก 10 ล้านเม็ด(วงเงิน 250 ล้านบาท) และสั่งจองวัคซีน 2 ล้านชุด (วงเงิน 600 ล้านบาท) (6) 14 กรกฎาคม ผู้บริหารกรุงเทพมหานคร ประกาศให้โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครทั้งหมด รวม 435 แห่ง หยุดการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ (7) มีการจัด concert ดนตรีของวงวัยรุ่นจากเกาหลี นักเรียนมัธยมจากต่างจังหวัดเดินทางมาชม concert และกลับไปแพร่เชื้อที่จังหวัดต่างๆ เช่นจังหวัดอุบลราชธานี โคราช ขอนแก่น รวมถึงเสียชีวิตที่จังหวัดมหาสารคาม (8) กิจกรรมนั่งสมาธิที่วัดพระธรรมกายจังหวัดปทุมธานี มีนักเรียนมาร่วมกิจกรรมกว่าแสนคน พบนักเรียนกลับไปป่วยที่จังหวัดของตนเอง และเกิดการระบาดต่อเนื่อง (9) 17 กรกฎาคม ประกาศใช้ Clinical Practice Guidelines ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3 เพื่อเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ (10) 17 กรกฎาคม นายกรัฐมนตรีในฐานะประธานคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) แต่งตั้ง**คณะอนุกรรมการสนับสนุนการป้องกัน ควบคุมและการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009** เพื่อร่วมรณรงค์ให้ประชาชนและทุกภาคีร่วมมือต้านภัยไข้หวัดใหญ่ (11) สิ้นเดือนกรกฎาคม มีรายงานพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ใน 76 จังหวัด เสียชีวิตสะสม 65 ราย
2.6 สิงหาคม พ.ศ. 2552	■ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสโอเซลทามิเวียเร็วขึ้น กระทรวงสาธารณสุขขอให้ clinic แพทย์เอกชนเข้าร่วมโครงการรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ แต่ได้รับการตอบรับน้อย (ประมาณร้อยละ 10) ■ กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับองค์การอนามัยโลก ทบทวนการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย

	■ สิ้นเดือนสิงหาคม มีรายงานพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ในทุกจังหวัด มีรายงานผู้ป่วยร้อยละ 85 ของอำเภอทั้งหมดทั่วประเทศเสียชีวิตสะสม 130 ราย
2.7 กันยายน พ.ศ. 2552	■ สถานการณ์แพร่ระบาดลดความรุนแรงลง สิ้นเดือนกันยายนมีรายงานเสียชีวิตสะสมรวม 165 ราย
2.8 ตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2552	■ การระบาดระลอกแรกลดความรุนแรงลงและถึงจุดต่ำสุดในเดือนพฤศจิกายน
2. 9 ธันวาคม พ.ศ. 2552	■ กระทรวงสาธารณสุขเริ่มเตือนให้ระวังการระบาดระลอกที่สอง
2.10 มกราคม พ.ศ. 2553	■ เริ่มพบการระบาดระลอกที่สอง ■ 11 มกราคม เริ่มรณรงค์การฉีดวัคซีนชนิดเชื้อตายที่สั่งซื้อ 2 ล้านชุด
2.11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553	■ หนังสือพิมพ์ลงข่าวทารกตายในครรภ์ของหญิงท้องที่ฉีดวัคซีน ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่กล้ามารับวัคซีน ■ มีการจัดตั้งคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและยืนยันทารกที่เสียชีวิต และการเจ็บป่วยของมารดาว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนหรือไม่
2.12 เมษายน พ.ศ. 2553	จนถึงวันที่ 2 เมษายน 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการฉีดวัคซีนให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์รวม 28,674 ราย มีรายงานผู้ป่วยอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน 31 ราย โดยเป็นอาการไม่ร้ายแรง 15 ราย และร้ายแรง 16 ราย (ทารกเสียชีวิต 9 ราย แท้ง 4 ราย อุบัติเหตุทางศรีษะ 1 ราย แพ้รุนแรง 1 ราย มี pulmonary hypertension 1 ราย) ในจำนวนนี้คณะกรรมการพิจารณาแล้วเห็นว่ายืนยันว่าเกี่ยวข้องกับวัคซีนเพียง 1 รายคือรายที่มีอาการแพ้รุนแรงและอาจเกี่ยวข้อง 1 รายคือรายที่มี pulmonary hypertension ที่เหลือไม่เกี่ยวข้อง
2.13 มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2553	คณะกรรมการได้ให้ข้อเสนอแนะให้ฉีดวัคซีนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ต่อไป เนื่องจากอัตราการเกิดความผิดปกติในครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน ไม่ได้สูงกว่าอัตราการเกิดความผิดปกติในครรภ์ทีมีอยู่เดิมของประเทศไทยก่อนการรณรงค์ให้วัคซีน
2.14 ธันวาคม พ.ศ. 2553	กระทรวงสาธารณสุขเตือนการระบาดของไข้หวัดใหญ่ทั้งสายพันธุ์ใหม่และสายพันธุ์เก่า โดยจะเป็นลักษณะไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลซึ่งยังมีไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เป็นส่วนใหญ่ รวมตั้งแต่ต้นปีจนถึงวันที่ 11 ธันวาคม ได้รับรายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ทุกสายพันธุ์ 110,815 ราย เสียชีวิต 168 ราย ในจำนวนผู้เสียชีวิตเป็นสาเหตุจากเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 143 ราย ไม่ทราบสายพันธุ์ 25 ราย

3. ยุทธศาสตร์การลดการป่วย

เนื่องจากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เป็นโรคติดต่อจากคนสู่คน การพบผู้ป่วยหลายๆ รายในเวลาใกล้เคียงกันในสถานที่เดียวกันจึงถือเป็นตัวชี้เบื้องต้นว่าได้เกิดการระบาดในสถานที่นั้น เพื่อให้ง่ายในทางปฏิบัติ กรมควบคุมโรคได้เสนอว่าหากพบผู้ป่วยมากกว่า 5 รายในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ถือว่ามีการระบาดในสถานที่นั้น มาตรการควบคุมโรคที่สำคัญหากพบการระบาดประกอบด้วย

1) Self-isolation การให้ผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจหรือคล้ายไข้หวัดใหญ่ หยุดเพื่อรักษาตัวอยู่ที่บ้าน 7 วัน (กรณีอาการรุนแรงหรือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะป่วยรุนแรงให้พบแพทย์ทันที)

2) School or public closure การหยุดกิจกรรมต่างๆในสถานที่ซึ่งมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นการหยุดชั้นเรียน หรือหยุดเรียนทั้งโรงเรียน หรือหยุดโรงงาน ฯลฯ ให้พิจารณาหากอัตราการป่วยมากกว่าร้อยละ 15 ทั้งนี้ให้ใช้ความเห็นร่วมกันของผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้องเช่นสมาคมผู้ปกครองและฝ่ายสาธารณสุข โดยคำนึงถึงผลกระทบในด้านต่างๆ

3) Hand hygiene รณรงค์การล้างมือสำหรับทุกคน

4) Clean touching-surface ทำความสะอาดข้าวของเครื่องใช้ที่จับต้องโดยคนจำนวนมาก เช่นโทรศัพท์ แป้นพิมพ์ ลูกบิดประตู ฯลฯ

5) Face mask แนะนำให้ผู้มีอาการหวัดใส่หน้ากากอนามัย

6) Screening การคัดกรองเพื่อมิให้ผู้มีอาการป่วยด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่มาร่วมกิจกรรม

หลังจากมีรายงานยืนยันพบการแพร่ระบาดภายในประเทศเมื่อต้นเดือนมิถุนายน ก็เกิดการระบาดในสถานที่ต่างๆ ซึ่งสมควรที่จะนำมากล่าวถึงโดยสังเขป เฉพาะในสถานการณ์ที่พบบ่อยและน่าสนใจดังนี้

3.1 โรงเรียน

ประเทศไทยมีโรงเรียนสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ กระจายในทุกตำบล อำเภอ จังหวัด มีประชากรที่เป็นนักเรียนประมาณ 12 ล้านคน และนักศึกษาประมาณ 2 ล้านคน ตามตัวเลขของคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ได้รับรายงานการระบาดและปิดโรงเรียนไป 476 โรงเรียน ลักษณะสำคัญของการการระบาดเท่าที่มีรายงานการสอบสวนโรค มีดังนี้

1) อัตราการป่วยรวม: ประมาณร้อยละ 9.2 - 65.1 แล้วแต่ลักษณะของโรงเรียนและกิจกรรม

2) กิจกรรมที่ส่งเสริมการระบาด: การรับน้อง การเข้าค่ายที่ต้องกินนอนร่วมกัน การแข่งกีฬาระหว่างโรงเรียน การฝึกหลักสูตรรักษาดินแดน การเข้าค่ายฝึกวงโยธวาธิต การดูคอนเสิร์ต การไปเข้าค่ายวิปัสนา

3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: ห้องเรียนติดแอร์ โรงเรียนขนาดใหญ่ จำนวนนักเรียนในแต่ละชั้นมากเกินจำนวนความจุมาตรฐานทำให้ต้องนั่งติดกันจนเกินไป

4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการ: นักเรียนที่ป่วยไม่ยอมหยุด เนื่องจากกลัวเรียนไม่ทันหรือไม่มีใครอยู่เฝ้าที่บ้าน มีการปิดเรียนทั้งโรงเรียนในขณะที่การระบาดมีไม่มาก เนื่องจากเป็นความต้องการของครูและผู้ปกครอง เมื่อเปิดใหม่จึงเกิดการระบาดซ้ำอีก การใช้มาตรการคัดกรองที่ไม่สามารถดำเนินการได้ในทางปฏิบัติเช่นการวัดไข้ หรือนักเรียนไม่มีห้องเรียนประจำ (เดินเรียน) นักเรียนที่ป่วยระหว่างเรียนไม่มีห้องแยกให้รักษา ระหว่างที่รอกลับบ้าน

3.2 สถานบันเทิง

สถานบันเทิงที่สำคัญในประเทศไทยมีจำนวนมาก แต่ที่มีรายงานพบการระบาดได้แก่สถานบันเทิงประเภทไนต์คลับที่มีการเต้นรำและร้องเพลงของจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญ นอกจากนี้ยังพบมีการแพร่ระบาดในงาน concert แสดงดนตรี และในโรงภาพยนตร์ จากการสอบสวนโรคมีข้อมูลที่น่าสนใจ คือ

1) อัตราการป่วยรวมของพนักงาน: ร้อยละ 33

2) กิจกรรมที่ส่งเสริมการระบาด: เป็นสถานที่ร้องและเต้นรำอย่างใกล้ชิดและแออัด ไม่มีภาชนะแยกสำหรับการดื่มน้ำของพนักงาน

3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: สถานที่ปิดทึบ ติดแอร์ อากาศไม่ถ่ายเท จำนวนแขกมากเกินความจุที่ออกแบบไว้

4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค: การหยุดกิจกรรมทำให้สูญเสียรายได้และกระทบต่อพนักงาน ไม่สามารถให้ความรู้แก่แขกที่มาใช้บริการอย่างทั่วถึง การคัดกรองผู้มาใช้บริการทำไม่ได้ในทางปฏิบัติ

3.3 ค่ายทหาร

พบการระบาดในค่ายทหารโดยเฉพาะในช่วงที่มีการฝึกทหารใหม่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 เช่นที่ค่ายฝึกทหารเรือที่สัตหีบ เช่น ค่ายฝึกทหารของกองทัพบกที่จังหวัดเพชรบูรณ์ และที่จังหวัดนครราชสีมา (ติดต่อส่วนตัว พ.ต.กฤติณ ศิลานันท์)

1) อัตราป่วย: ร้อยละ 16.8 - 29.5
2) กิจกรรมที่ส่งเสริมการแพร่ระบาด: การฝึกที่ต้องอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน โดยผู้มาร่วมฝึกมาจากจังหวัดต่างๆ การฝึกที่ตรากตรำ
3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: การใช้ภาชนะบางอย่างร่วมกันเช่นแก้วน้ำ
4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค: การคัดกรองผู้ป่วยรายแรกๆ เพื่อมิให้ร่วมการฝึก
5) ตัวอย่างที่ดี: เนื่องจากเป็นระบบที่สามารถสั่งการได้และมีการสนับสนุนที่ดี จึงสามารถจัดแยกผู้มีอาการให้อยู่รวมกลุ่มกันจนกว่าจะครบ 7 วัน (cohort ward)

3.4 เรือนจำ

กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานการระบาดอย่างน้อย 2 เรือนจำคือที่จังหวัด สระบุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีข้อความรู้ที่น่าสนใจคือ

1) อัตราป่วย: ประมาณ 18.9 - 20.51
2) กิจกรรมที่ส่งเสริมการแพร่ระบาด: การที่ผู้ต้องโทษหรือต้องขังชั้นดีออกมาปฏิบัติงานในชุมชนและอาจสัมผัสกับผู้ป่วยแล้วจึงนำเชื้อเข้าไปแพร่ให้กับเพื่อนนักโทษ กิจกรรมการพบปะกับครอบครัวในวันเยี่ยมญาติ
3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: ความแออัด การต้องนอนรวมกันโดยไม่มีพื้นที่ว่าง การใช้ภาชนะทานน้ำร่วมกัน
4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค: ไม่สามารถกลดความแออัดของห้องขัง การขาดแคลนน้ำสำหรับการล้างมือ ขาดแคลนหน้ากากอนามัย
5) ตัวอย่างที่ดี: การดัดแปลงห้องขังมาทำเป็นห้องแยกสำหรับผู้ที่มีอาการป่วยให้มานอนรวมกัน (cohort ward)

3.5 โรงพยาบาล

มีโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกระจายทุกอำเภอและจังหวัด รวมถึงโรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วยบุคลากรรวมประมาณ 450,000 คน มีการระบาดในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลหลายแห่งเช่นที่แผนกรังสีวิทยาของโรงเรียนแพทย์สองแห่ง แผนกห้องผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดภาคใต้ และที่โรงเรียนแพทย์ในภาคกลาง และมีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาหรือมารับบริการด้วยโรคอื่นแต่อาจติดเชื้อไข้หวัดใหญ่เพิ่มเติมในโรงพยาบาล

1) อัตราป่วย: ไม่มีการสอบสวนโรคที่ยืนยันได้ อาจต้องใช้การศึกษาทางภูมิคุ้มกันวิทยาเพื่อดูว่าบุคลากรมีการติดเชื้อประมาณเท่าใด โดยการติดเชื้อนั้นเป็นไปได้ทั้งการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือติดจากชุมชน
2) กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการแพร่ระบาด: ญาติที่ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่มาเยี่ยมผู้ป่วย คนป่วยโรคไข้หวัดใหญ่และโรคอื่นนอนในห้องเดียวกัน
3) ลักษณะทางกายภาพที่ส่งเสริมการระบาด: ห้องตรวจรวม การติดแอร์ในพื้นที่รวม
4) อุปสรรคของการปฏิบัติตามาตรการควบคุมโรค: การคัดกรองญาติที่มาเยี่ยม ทางเข้าออกของโรงพยาบาลมีหลายทางทำให้คัดกรองอาการไข้ได้ยากลำบาก
5) ตัวอย่างที่ดี: การจัดคลินิกตรวจผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเป็นการเฉพาะ (Flu clinic) การให้ผู้ป่วยและญาติทุกคนใส่หน้ากากอนามัยเมื่อเข้ามาในโรงพยาบาล การมีเยลล้างมือในจุดต่างๆ

4. ยุทธศาสตร์การลดการตาย

เมื่อวันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานผู้เสียชีวิตสะสมตั้งแต่เริ่มต้นการระบาดรวม 198 ราย โดยแยกเป็นเพศชาย 97 ราย หญิง 101ราย อยู่ในช่วงอายุที่เป็นเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ขวบรวม 11 ราย เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น (5 ขวบ-14 ขวบ) รวม 10 ราย เป็นวัยรุ่นและผู้เริ่มเป็นผู้ใหญ่ (15 ปี - 24 ปี) รวม 27 ราย เป็นผู้อยู่ในวัยทำงาน (25 - 59 ปี) รวม 127 ราย และเป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 60 ปี) รวม 23 ราย

ในจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด มีประวัติป่วยเป็นโรคอื่นๆหรือความเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย (co-morbidity) รวม 129 ราย (ร้อยละ 65) ซึ่งรวมผู้ที่มีน้ำหนักมากหรืออ้วน 22 ราย และหญิงตั้งครรภ์ 12 ราย ฯลฯ เพื่อลดการตาย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดมาตรการที่สำคัญ 2 ด้านคือ

4.1 การวินิจฉัยให้รวดเร็วและรีบรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ถึงแม้จะมีข้อแนะนำเรื่องการให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมด้วย แต่เนื่องจากโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เป็นโรคที่เพิ่งมีการระบาด ในระยะเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ปรากฏว่ามีความสับสนในเรื่องการดูแลรักษาอย่างมากทั้งฝ่ายประชาชนและแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยประชาชนที่ติดตามข่าวสารเมื่อป่วยจะรีบมาตรวจทั้งที่มีอาการไม่รุนแรง ในทางกลับกันผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีอาการรุนแรงหรืออยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงกลับไม่ได้รีบมารับการรักษา นอกจากนี้แพทย์เองก็ยังให้การรักษาเหมือนผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ทั่วไปที่ไม่ได้ให้ยาต้านไวรัส (Oseltamivir) จึงพบว่าในจำนวนผู้เสียชีวิตนั้นมีทั้งที่เกิดจากการมาพบแพทย์ช้าเกิน 48 ชั่วโมง หรือแพทย์ให้ยาต้านไวรัสช้าร่วมกันไปด้วย ดังนั้นในกลางเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัยต่างๆได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (Clinical Practice Guidelines) ซึ่งระบุแนวทางการวินิจฉัย การรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อป่วย แนวทางดังกล่าวมีส่วนช่วยให้การรักษาทั่วประเทศเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและช่วยลดความสับสนต่างๆลง แต่ก็ยังมีแพทย์อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ทราบเรื่องแนวทางนี้ เป็นการชี้ให้เห็นถึงปัญหาของการสื่อสารในวงการแพทย์

4.2 การให้วัคซีนแก่กลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยรุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้มีการจัดซื้อวัคซีนชนิดเชื้อตายจำนวน 2 ล้านชุด ในวงเงินประมาณ 600 ล้านบาท ได้ทำการสั่งซื้อตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 แต่กว่าจะได้วัคซีนมาก็ประมาณปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 และเริ่มทำการฉีดให้กลุ่มเป้าหมายตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2553 โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย หญิงตั้งครรภ์ประมาณ 5 แสนคน คนอ้วนน้ำหนักตัวเกิน 100 กก จำนวน 1.8 แสนคน ผู้พิการทางสมองหรือที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 7 หมื่นคน ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจนถึง 65 ปี ที่มีโรคประจำตัว (ปอด หัวใจ ตับ ไต เลือด ภูมิคุ้มกัน เบาหวาน ฯลฯ) 8.4 แสนคน และบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงอีกประมาณ 3.7 แสนคน

5. บทเรียนสำคัญด้านการบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต

ในภาพรวมทั้งหมดประเทศไทยสามารถดำเนินการควบคุมโรคได้เฉกเช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ เมื่อเริ่มเกิดการระบาดได้มีการประเมินว่าอาจมีผู้เสียชีวิต 1,200 ราย เมื่อทบทวนดูแล้วการประเมินนี้อาจสูงไป หากจะปรับใหม่อาจจะอยู่ที่ 900 ราย ตามข้อมูลที่เดือนมกราคม พ.ศ. 2553 มีรายงานผู้เสียชีวิต 198 ราย ซึ่งหากเหตุการณ์ยังเป็นเช่นนี้อาจมีผู้เสียชีวิตโดยรวมเพียง 300 ถึง 400 คน ดังนั้นการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขน่าจะลดการเสียชีวิตได้เกือบ 500 ราย และที่ชัดเจนคือสามารถชะลอการป่วยโดยแทนที่จะเกิดการระบาดระลอกเดียวแต่เปลี่ยนเป็นเป็นการทะยอยให้เกิดการป่วยเป็นหลายระลอก อย่างไรก็ดีมีบทเรียนที่สำคัญในระยะสามเดือนแรกอันได้แก่

5.1 การประสานและการสั่งการ (Coordination and Command)

ช่วงแรกของการแพร่ระบาดที่มีเพียงผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากต่างประเทศ (เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2552) การประสานและการสั่งการทำโดยใช้ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของกรมควบคุมโรค มีการประชุมทุกวันไม่เว้นแม้วันเสาร์-อาทิตย์ และในช่วงแรกๆ ยังมีการประชุมตอนบ่ายอีกด้วย ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคทั้ง 12 เขตได้เข้าร่วมประชุมโดยมีการใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางไกล (Tele-conference) เมื่อเริ่มพบการแพร่ระบาดภายในประเทศซึ่งตรงกับช่วงที่องค์การอนามัยโลกประกาศว่าการระบาดได้แพร่ขยายไปทั่วโลก (Pandemic) แล้ว จึงมีการยกระดับการประสานและสั่งการเป็นระดับกระทรวง แต่บทเรียนของการประสานและสั่งการในเหตุการณ์นี้ชี้ให้เห็นปัญหาที่สำคัญ คือ

ก) ขาดเอกภาพของการมอบหมายงานและอำนาจการสั่งการ เมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่มีการระบาดของโรคซาร์ส ขนาดปัญหาของโรคซาร์สมีขนาดเล็กกว่า สลับซับซ้อนน้อยกว่า แต่ได้มีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการ (War Room) โดยมีการมอบอำนาจเต็มในการประสานสั่งการและติดต่อสื่อสารให้กับรองปลัดฯหนึ่งท่านโดยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ แต่การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในครั้งนี้ขนาดปัญหาใหญ่มากกว่า สลับซับซ้อนกว่า แต่ขาดเอกภาพในการสั่งการ รายงานจากหน่วยงานที่ส่งขึ้นไปสู่ระดับสูงไม่ได้มีการจัดระบบให้รับรู้อย่างทั่วถึง หน่วยปฏิบัติได้รับรู้ที่ข้อมูลผ่านการแถลงข่าวเป็นหลัก เช่นข้อมูลผู้ติดเชื้อหรือผู้เสียชีวิต

ข) การสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดและอำเภอ แนวทางวิชาการ (Guidelines) และประกาศกระทรวงต่างๆที่ออกมา ใช้วิธีการนำขึ้นเผยแพร่ทาง websites แต่ websites ที่ใช้ก็ไม่ได้ออกแบบให้ติดตามได้อย่างง่ายว่าอะไรเป็นของใหม่ อะไรที่เปลี่ยนแปลง และไม่ได้มีการแจ้งข่าวทางอื่นให้ผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดได้รับรู้ทั่วกันและเข้ามาดูรายละเอียดที่ websites ได้ มีการส่ง Short message ผ่านโทรศัพท์มือถือไปให้แพทย์ทุกคนในภายหลัง

5.2 การสื่อสารความเสี่ยงและการสื่อสารในภาวะวิกฤต (Risk and crisis communication)

ในช่วงแรกกระทรวงสาธารณสุขสามารถสื่อสารเรื่องการระบาดได้ดีโดยทำความเข้าใจกับสื่อและประชาชนว่าการระบาดครั้งนี้เป็นไข้หวัดใหญ่ที่แพร่จากคนสู่คน ไม่ควรเรียกว่าเป็นไข้หวัดหมูเนื่องจากจะทำให้ประชาชนบางส่วนไม่ยอมบริโภคเนื้อหมู ชื่อที่เรียกจึงเริ่มจาก "ไข้หวัดใหญ่เม็กซิกัน" และต่อมาเปลี่ยนเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ซึ่งสื่อมวลชนและประชาชนยอมรับและใช้กันทั่วไป แต่ต่อมาการสื่อสารความเสี่ยงเกิดความล้มเหลว โดยเริ่มจากข้อสังเกตของสื่อมวลชนว่ากระทรวงสาธารณสุขปิดบังในการแถลงข่าวครั้งแรกที่ไม่ยอมให้รายละเอียดว่าผู้ป่วยอายุเท่าใด เดินทางมาจากประเทศใด รักษาตัวอยู่ที่ใด ทั้งนี้สาเหตุที่กระทรวงสาธารณสุขไม่ให้รายละเอียดดังกล่าวเนื่องจากผู้ปกครองของผู้ป่วยสองรายแรกขอร้องให้ไม่เปิดเผยรายละเอียด ด้วยเกรงว่าผู้ป่วยจะได้รับการรังเกียจจากเพื่อนๆ จุดหักเหที่สำคัญต่อมาเกิดในช่วงประมาณวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ที่มีการแพร่ระบาดในสถานบันเทิงที่ชลบุรีและที่โรงเรียนเอกชนในกรุงเทพฯ และอีกหลายโรงเรียนในเขตปริมณฑล ผู้ปกครองเด็กนักเรียนต่างพาลูกหลานทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการมาตรวจหาการติดเชื้อเพื่อให้ทราบว่าเป็นไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่หรือไม่ จนกระทั่งหน่วยบริการไม่สามารถตรวจได้ทัน กระทรวงสาธารณสุขพยายามสื่อกับสาธารณะว่าไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ไม่ได้รุนแรงเหมือนในตอนแรกที่มีรายงานจากเม็กซิโกว่าอัตราป่วยตายสูงถึง 5 % ทั้งนี้เพื่อมิให้เกิดความตื่นตระหนก และไม่จำเป็นต้องมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลทุกราย แต่การณ์กลับปรากฏว่าเริ่มมีการเสียชีวิตเกิดขึ้น มิหนำซ้ำกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้รับรายงานผู้เสียชีวิตรายแรกจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ จนกระทั่งสื่อมวลชนรู้ระแคะระคายและสอบถามมายังกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเหตุการณ์ผ่านไปประมาณ 8 วัน เมื่อมีการตรวจสอบแล้วก็ปรากฏว่ามีการเสียชีวิตจริง จึงจัดให้มีการแถลงข่าว ความล่าช้าและข้อมูลที่ได้อย่างไม่ครบถ้วนทำให้สื่อมวลชนเริ่มไม่มั่นใจในความโปร่งใส สื่อฯจึงเริ่มการเจาะข่าวโดยตระเวนไปตามโรงพยาบาลต่างๆและรายงานผู้เสียชีวิตที่สงสัยเป็นรายวันและรายชั่วโมง กระทรวงสาธารณสุขตกเป็นฝ่ายรับ ต้องออกมาให้ข้อมูลในแต่ละรายที่สื่อมวลชนรายงาน

ว่าใช่หรือไม่ใช่ และการออกมาให้ข้อมูลก็ไม่มีเวลาเตรียมการเพียงพอไม่เป็นระบบ โดยพิจารณาตัดสินใจเป็นกรณีๆไป มีคนออกมาให้ข้อมูลมากมาย และหลายๆครั้งที่การให้ข้อมูลไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับมีเหตุการณ์ที่ค่อนข้างอ่อนไหวเช่น หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิต ผู้ป่วยไม่ได้รับยา หรือการได้รับการวินิจฉัยล่าช้า หรือวินิจฉัยผิดพลาด ฯลฯ ความไม่พอใจของสังคมและสื่อมวลชนพุ่งสูงจนถึงระดับวิกฤตและลามไปจน ถึงเสถียรภาพของรัฐบาลว่าไม่สามารถจัดการปัญหาต่างๆได้

สำหรับการคลี่คลายสถานการณ์นั้น ได้อาศัยหลักการที่สำคัญคือ

ก) เปลี่ยนการแถลงข่าวรายวันเป็นรายสัปดาห์ ในช่วงปลายเดือนกรกฎาคม โดยมีการวิเคราะห์อารมณ์ของสังคมและเตรียมประเด็นดีขึ้น

ข) อาศัยบุคคลที่สามที่ได้รับการยอมรับมาร่วมแถลงข่าวด้วย เช่น อาจารย์มหาวิทยาลัย ผู้แทนองค์การอนามัยโลก ผู้แทนศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา

ค) ผ่อนปรนท่าทีการปกป้องตนเองเป็นการยอมรับฟังและเสียใจต่อเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังเช่นการได้ยาล่าช้า

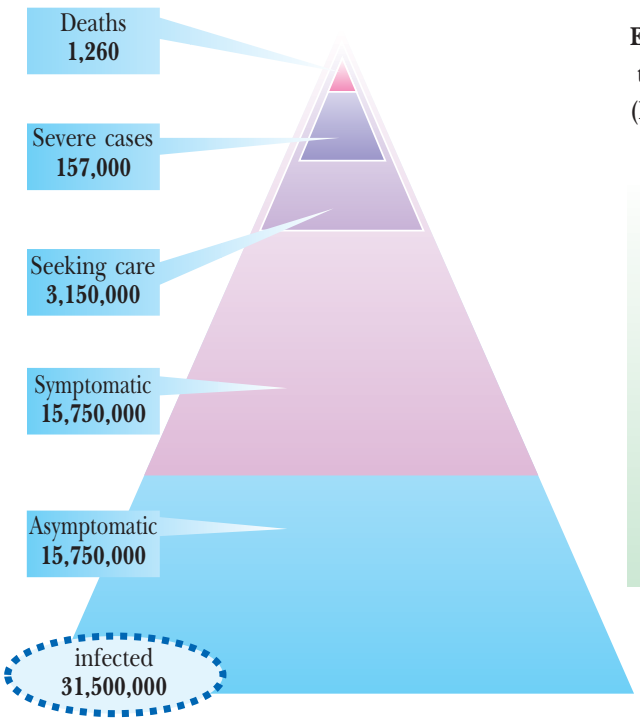
5.3 การประเมินสถานการณ์และมาตรการ (Intelligence and assessment)

นักวิชาการที่รับผิดชอบได้ประเมินแล้วว่า ไม่สามารถที่จะทำให้ประเทศไทยพ้นจากการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้ สิ่งที่ทำได้คือการชะลอและยอมให้เกิดการระบาดที่ละน้อยๆที่สามารถอยู่ในวิสัยที่ควบคุมได้ (Mitigation) เพื่อให้ระบบสาธารณสุขและโรงพยาบาลมีความพร้อมและสามารถรองรับการป่วยได้อย่างเหมาะสม ได้มีการยกร่างสถานการณ์และยุทธศาสตร์ที่แสดงให้เห็นจำนวนป่วย จำนวนตาย และมาตรการที่จะลดการป่วย การตาย แต่ไม่สามารถโน้มน้าวผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อยในเรื่องต่อไปนี้

ก) การยกเลิกการตรวจคัดกรองที่สนามบิน เนื่องจากสังคมถูกทำให้เข้าใจว่าการตรวจคัดกรองผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศเป็นมาตรการที่สำคัญและสามารถดักจับมิให้เกิดการแพร่เชื้อในประเทศได้ ประเทศไทยควรต้องดำเนินมาตรการเข้มข้นเหมือนโรคซาร์สและจริงจังเต็มที่ เหมือนที่หลายประเทศในเอเชียเช่น ญี่ปุ่น ฮ่องกง สิงคโปร์ จีน ฯลฯ ตรวจคนเดินทางเข้าประเทศอย่างละเอียด ให้มีการแยกกัก หรือส่งตัวกลับ มาตรการคัดกรองจึงกลายเป็นมาตรการหลัก กำลังคนและการบริหารจัดการส่วนใหญ่จึงไปยุ่งอยู่กับมาตรการนี้ซึ่งในที่สุด แล้วก็ปรากฏว่าไม่สามารถสกัดกั้นการแพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยได้ ประเทศอื่นๆที่ใช้มาตรการนี้ก็ไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นญี่ปุ่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ สิงคโปร์ ฮ่องกง แม้กระทั่งจีน

ข) การชี้แจงให้สังคมทราบอย่างชัดเจนว่าอะไรกำลังจะเกิดกับประเทศ ซึ่งจะมีการติดเชื้ออย่างน้อย 20 ล้านคน จะมีคนป่วยประมาณ 15 ล้านคน และอาจมีผู้เสียชีวิตประมาณ 1,200 คน หากปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติเหมือนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (ภาพที่ 9.1) พร้อมกับเสนอมาตรการที่จะชะลอการป่วยการตายโดยที่เริ่มจากน้อยไปหามากตามลำดับความรุนแรง แต่เนื่องจากต้องอาศัยสมมุติฐานต่างๆและการคาดประมาณ แทนที่จะได้ภาพรวมทั้งหมดก่อนที่จะเกิดการแพร่ระบาดในประเทศ และชี้แจงให้ประชาชนทราบ กลับได้ตัวเลขดังกล่าวในช่วงเวลาที่เริ่มมีการตายเกิดขึ้น การนำเสนอจึงได้รับการท้วงติงว่าอาจทำให้เกิดความตระหนกมากขึ้น จนกระทั่งการระบาดมาถึงจุดสูงสุดจึงเริ่มมีการพูดกันถึงตัวเลขดังกล่าวโดยให้คณะกรรมการที่ปรึกษาด้านยุทธศาสตร์เป็นผู้แถลง และต่อมาท่านนายกรัฐมนตรีได้ใช้ตัวเลขดังกล่าวชี้แจงผ่านรายการวิทยุ

ภาพที่ 9.1 คาดประมาณผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิต จากไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ในประเทศไทย (กรกฎาคม พ.ศ. 2552)



Estimaed health impacts from the first wave of influenza A (H1N1) outbreak in Thailand, provided no intervention

Assumption:
- $R_0 = 2$
- Symptomatic: 50% of total infections
- Seeking medical care: 20% of symptomatic infections
- Severe cases: 1.0% of symptomatic infections
- Deaths: 80/ million symptomatic infections

ที่มา: คณะทำงานวิชาการและยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค, 2552

5.4 การระดมกำลังสำรอง (Surge capacity)

แม้ว่าเหตุการณ์จะเข้าภาวะฉุกเฉินอย่างรุนแรง แต่เนื่องจากการขาดเอกภาพในการจัดการและไม่ได้เตรียมกำลังสำรอง จึงปรากฏว่าคนที่รับผิดชอบต่อการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมการแพร่ระบาดทั้งในส่วนกลางและในทุกจังหวัดจึงจำกัดวงอยู่ในเพียงคนจำนวนหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถรองรับกับเหตุการณ์ที่ต้องทำงานติดต่อกันไม่มีวันหยุดตั้งแต่เดือนพฤษภาคมจนถึงกันยายน (ประมาณ 150 วัน) นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องงบฉุกเฉินสำรอง มีความพยายามที่จะใช้งบฉุกเฉินที่อยู่ในอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยต้องมีการประกาศเขตภัยพิบัติ แต่ได้รับการท้วงติงจากกรมบัญชีกลางว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีแผนยุทธศาสตร์ที่ตั้งงบประมาณรองรับอยู่แล้ว จึงไม่เข้าข่ายเป็นภัยพิบัติ ทำให้ส่วนกลางต้องใช้วิธีการเสนอของบประมาณกลางที่ต้องผ่านคณะรัฐมนตรีและจัดสรรไปยังกระทรวงอื่นๆเป็นครั้งๆ การแก้ไขในเรื่องนี้จึงควรทำการประกาศภาวะฉุกเฉินหรือเขตติดโรคโดยอาศัยพระราชบัญญัติโรคติดต่อ อนึ่งควรมีการเพิ่มเติมพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น พ.ร.บ. โรคติดต่อ เพื่อให้มีงบประมาณสำรองจำนวนหนึ่งที่ส่วนกลางซึ่งจะสามารถนำมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว และทำการเบิกมาเพิ่มเติม โดยมีระบบตรวจสอบ

6. โอกาสในการพัฒนา

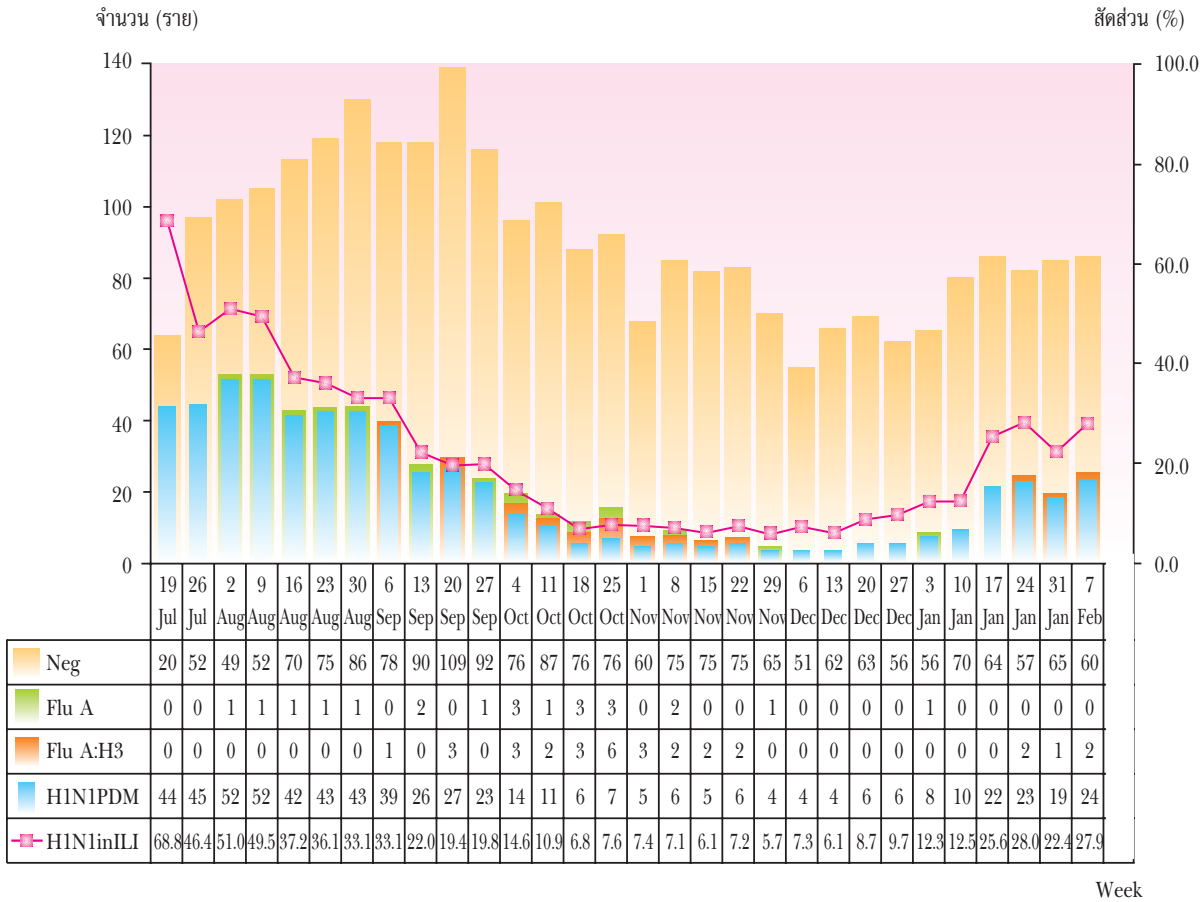
ในท่ามกลางปัญหาและความยุ่งยากต่างๆ ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้ให้โอกาสสำหรับการพัฒนาวงการสาธารณสุขไทย เช่น

6.1 การพัฒนาด้านการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค ในอดีตการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่มีเพียงรายงาน

การป่วย และการตาย ซึ่งน้อยกว่าความเป็นจริงมาก การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ได้ทำให้เกิดการพัฒนาและเสริมสร้าง ระบบเฝ้าระวังต่อไปนี้

- การเฝ้าระวังผู้ป่วยด้วยอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) มีการติดตามอัตราส่วนผู้ป่วย ILI ต่อจำนวนผู้ป่วยนอกเป็นรายสัปดาห์ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยชี้เตือนให้ตรวจสอบว่าอะไรเป็นสาเหตุ ในกรณีที่เริ่มพบว่าอัตราส่วนเกินร้อยละ 10
- การเฝ้าระวังอัตราการตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ในจุดเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ (Sentinel influenza surveillance) โดยการสุ่มตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อดูอัตราและแนวโน้มการพบเชื้อ เครื่องมือนี้ได้ช่วยแจ้งเตือนการระบาดในระลอกที่สองอย่างชัดเจน (ภาพที่ 9.2)
- การเฝ้าระวังข่าวการระบาด (outbreak reporting) ในโรงเรียน โรงงาน ค่ายทหาร เรือนจำ และสถานที่ต่างๆ ปรากฏว่ามีการแจ้งข่าวจำนวนมากมายอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน และมีการส่งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเข้าไปดำเนินการ ทำให้ควบคุมการระบาดได้รวดเร็วขึ้น
- การเฝ้าระวังการป่วยและการตาย มีการสอบสวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกรายเพื่อให้ทราบปัจจัยเสี่ยง และจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุง ในส่วนของโรงพยาบาลก็มีการพยายามทำ dead case conference
- การเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดวัคซีน (Adverse event following immunization หรือ AEFI) เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้สั่งซื้อวัคซีนเชื้อตายจำนวน 2 ล้านชุดเพื่อฉีดให้ประชากรกลุ่มเสี่ยง จึงให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังอาการอันไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีน มีการรับแจ้งเหตุการณ์และพิจารณากรณีที่มีอาการรุนแรงโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญอย่างถี่ถ้วน

ภาพที่ 9.2 จำนวนและสัดส่วน (%) ที่ตรวจพบเชื้อ H1N1 PDM ในผู้ป่วย ILI ที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล 13 แห่ง ที่เป็นจุดเฝ้าระวัง สัปดาห์ที่ 29/2552 ถึง 6/2553 (วันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 - 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553)



	19 Jul	26 Jul	2 Aug	9 Aug	16 Aug	23 Aug	30 Aug	6 Sep	13 Sep	20 Sep	27 Sep	4 Oct	11 Oct	18 Oct	25 Oct	1 Nov	8 Nov	15 Nov	22 Nov	29 Nov	6 Dec	13 Dec	20 Dec	27 Dec	3 Jan	10 Jan	17 Jan	24 Jan	31 Jan	7 Feb
Neg	20	52	49	52	70	75	86	78	90	109	92	76	87	76	76	60	75	75	75	65	51	62	63	56	56	70	64	57	65	60
Flu A	0	0	1	1	1	1	1	0	2	0	1	3	1	3	3	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Flu A:H3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	3	2	3	6	3	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2
H1N1PDM	44	45	52	52	42	43	43	39	26	27	23	14	11	6	7	5	6	5	6	4	4	4	6	6	8	10	22	23	19	24
H1N1inILI	68.8	46.4	51.0	49.5	37.2	36.1	33.1	33.1	22.0	19.4	19.8	14.6	10.9	6.8	7.6	7.4	7.1	6.1	7.2	5.7	7.3	6.1	8.7	9.7	12.3	12.5	25.6	28.0	22.4	27.9

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

6.2 การพัฒนาด้านห้องปฏิบัติการ จากการระบาดครั้งนี้ทำให้ห้องปฏิบัติการของหน่วยต่างๆเพิ่มขีดความสามารถ ให้ทำการตรวจด้วยวิธี PCR ได้ ตัวอย่างเช่น การขยายการตรวจไปที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้ง 14 แห่ง สถาบันบำราศนราดูร คณะแพทย์ศาสตร์ต่างๆ รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนและห้องปฏิบัติการเอกชนบางแห่ง กระทรวงสาธารณสุขจึงควรมีการวางมาตรฐานกำกับคุณภาพของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านจำนวนและคุณภาพ โดยควรกำหนดให้หน่วยตรวจต่างๆต้องรายงานอัตราการตรวจพบเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิดต่างๆ ซึ่งจะเป็นวิธีการเฝ้าระวังโรคร่วมไปด้วย นอกจากนี้ห้องปฏิบัติการบางแห่งเช่นของคณะแพทยศาสตรจุฬาลงกรณ์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ยังได้ทำการตรวจหาการดื้อยาของเชื้อ ซึ่งทางจุฬาฯ ได้ทำการตรวจไปประมาณ 850 สายพันธุ์พบการดื้อยาเพียง 1 สายพันธุ์ (ติดต่อส่วนตัว นายแพทย์ ยง ภู่วรวรรณ) และทางกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ทำการสุ่มตรวจ 424 สายพันธุ์ พบการดื้อยา 5 สายพันธุ์ (ติดต่อส่วนตัว นายแพทย์ รุ่งเรือง กิจผาติ) ซึ่งทั้งหมดไม่ได้มีนัยในด้านความรุนแรงของโรคแต่ประการใด

6.3 การพัฒนาด้านวัคซีน ในช่วงเกิดการระบาดของไข้หวัดนกและเตรียมการรับมือการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทยโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้อนุมัติการขยายการใช้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ประจำฤดูกาล ให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงสูงตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ทำให้มีความต้องการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล เพิ่มจากปีละ 3 แสนโดส เป็นปีละ 4 ล้านโดส เป็นการสร้างอุปสงค์ไว้เพื่อรองรับการสร้างโรงงานวัคซีน

ขณะเดียวกัน เมื่อเกิดการระบาดครั้งนี้ขึ้น องค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนให้องค์การเภสัชกรรมของประเทศไทยพัฒนาโรงงานต้นแบบ (pilot plant) ที่ได้มาตรฐาน GMP ขององค์การอนามัยโลก และทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีนชนิดเชื้อเป็น (Pandemic live-attenuated influenza vaccine) โดยองค์การอนามัยโลกได้เจรจาขอเชื้อต้นแบบ (Pre-master seed) Influenza A (H1N1) pandemic strain ซึ่งพัฒนามาจากต้นแบบสายพันธุ์เลนินกราด 17 ของ Institute of Experimental Medicine ของรัสเซีย และได้มีการวิจัยพัฒนาและใช้ในรัสเซียมาแล้วกว่า 50 ปี เมื่อได้เชื้อต้นแบบมาแล้ว ได้ทำการเพาะเลี้ยงในไข่ฟักให้เพิ่มจำนวน เพื่อทำวัคซีนชนิดเชื้อเป็นฉีดพ่นทางจมูก ณ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 การศึกษาทางคลินิกระยะที่สองสรุปผลแล้วและได้นำข้อมูลที่ได้ไปขึ้นทะเบียนกับทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว เมื่อสำเร็จแล้วองค์การเภสัชกรรมก็จะวิจัยพัฒนาวัคซีนเชื้อเป็นสำหรับไข้หวัดใหญ่ H5N1 และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลต่อไป

ขณะเดียวกันองค์การเภสัชกรรมก็ได้รับงบประมาณลงทุน 1,400 ล้านบาทเพื่อสร้างโรงงานระดับอุตสาหกรรมเพื่อให้สามารถผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ชนิดเชื้อตาย ซึ่งอยู่ระหว่างการก่อสร้างคาดว่าจะแล้วเสร็จ สามารถทำการผลิตจำหน่ายได้ภายใน พ.ศ. 2556 ซึ่งหากมีการขยายกำลังการผลิตก็จะสามารถผลิตเพียงพอสำหรับ ความต้องการภายในประเทศและมีศักยภาพเพียงพอสำหรับการรองรับการระบาดใหญ่ในอนาคตด้วย

6.4 การพัฒนาเครือข่าย การจะทำการควบคุมโรคอุบัติใหม่หรือโรคระบาดที่มีความรวดเร็วรุนแรง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้มีเครือข่ายด้านระบาดวิทยาสำหรับการเฝ้าระวังสอบสวนโรค เครือข่ายทางห้องปฏิบัติการสำหรับการวินิจฉัยและเครือข่ายด้านการรักษา นอกจากนี้ยังจะต้องมีเครือข่ายด้านการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ซึ่งในเหตุการณ์ระบาดครั้งนี้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ช่วยในเรื่องเครือข่ายการให้ความรู้และรณรงค์พฤติกรรมอันพึงประสงค์สำหรับการป้องกันโรค สมควรอย่างยิ่งที่จะต้องสนับสนุนให้เครือข่ายต่างๆ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง และเกื้อหนุนกัน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนทางนโยบาย

7. บทสรุป

การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ที่แพร่ไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วภายในเวลา 2 เดือน เป็นบทพิสูจน์ขีดความสามารถของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศต่างๆ สำหรับประเทศไทยได้เกิดการระบาดภายในประเทศอย่างรวดเร็วในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 โดยตัวขับเคลื่อนการระบาดที่สำคัญได้แก่กลุ่มเด็กนักเรียนประถมและมัธยม มีการระบาดในโรงเรียนต่างๆเริ่มจากกรุงเทพฯและปริมณฑลและแพร่ขยายไปทั่วทุกจังหวัด กลุ่มเด็กนักเรียนได้ส่งผ่านการระบาดต่อไปยังครอบครัวของตนเอง ผู้ปกครองที่ป่วยได้นำเชื้อไปแพร่สู่ที่ทำงานของตนเองและชุมชน ยังผลให้มีการติดเชื้อประมาณ 10 ล้านคนเมื่อสิ้นปี 2552 ฯลฯ ปัจจัยที่ส่งเสริมการระบาดในสถานที่หรือชุมชนต่างๆนั้นประกอบด้วยปัจจัยทางกายภาพเช่น ความหนาแน่นของนักเรียนต่อห้องเรียน แต่ที่สำคัญกว่าปัจจัยทางกายภาพคือปัจจัยด้านกิจกรรมการร่วมกลุ่ม เช่น การเข้าค่ายฝึกค้างแรม ที่เปิดโอกาสให้คนจากที่ต่างๆต้องมาทำกิจกรรมที่มีการสัมผัสใกล้ชิด รวมไปถึงการบันเทิงต่างๆเช่นการร่วมคอนเสิร์ตดนตรี แม้ว่าในภาพรวมทั้งหมดประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดในครั้งนี้ได้โดยสามารถลดการตายได้ประมาณครึ่งหนึ่ง หรือประมาณ 500 ราย และชะลอการแพร่ระบาดเป็นหลายระลอก แต่ก็มีบทเรียนที่สำคัญในระยะแรกหลายอย่าง เช่นการขาดเอกภาพของการจัดการในภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤต การสื่อสารความเสี่ยง และการไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าใจในสถานการณ์และสิ่งที่ต้องร่วมมือ ตลอดจนขาดการระดมทรัพยากรเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ แต่ในขณะ

เดียวกันก็ให้โอกาสในการพัฒนาหลายด้านเช่น ระบบการเฝ้าระวังโรค การขยายขีดความสามารถการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การพัฒนาด้านวัคซีนภายในประเทศ และการเสริมสร้างเครือข่ายด้านระบาดวิทยา เครือข่ายด้านห้องปฏิบัติการ เครือข่ายด้านการรักษา และเครือข่ายด้านการให้ความรู้และการรณรงค์สุขนิสัย บทเรียนและโอกาสที่เกิดขึ้นเหล่านี้สามารถนำมาปรับปรุงและเตรียมการสำหรับรับมือกับการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและสายพันธุ์ใหม่ๆ อื่นๆ ที่จะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ รวมถึงโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เป็นภัยคุกคามในอนาคต

บทที่ 10
การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

1. ความหมายและพัฒนาการของนโยบายสาธารณะ

ในอดีต "นโยบาย" ถูกทำให้เข้าใจว่าเป็นเรื่องของรัฐบาลและหน่วยราชการเท่านั้น ทั้งที่ในแต่ละสังคมมี "นโยบาย" เกิดขึ้นตลอดเวลา และทุกนโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นล้วนมีผลกระทบต่อผู้คนและประชาชนจำนวนมาก นโยบายจึงเป็นเรื่องของทุกคน เพราะโลกได้มีพัฒนาการไปมาก ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่สื่อสารข้ามพรมแดน และสังคมที่สลับซับซ้อนทำให้ผู้คนเริ่มแสดงความต้องการที่จะมีและใช้สิทธิเลือกกฎกติกา รวมถึงนโยบายที่อาจมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของตนหรือชุมชน บทบาทของรัฐส่วนกลางจึงเริ่มลดความสำคัญลง นโยบายจึงไม่ถูกขีดขอบเขตไว้เพียงเป็นนโยบายทางการเมืองของพรรคการเมืองต่างๆ ของรัฐบาล ของกระทรวง ทบวง กรมเท่านั้น แต่นโยบายสามารถเกิดได้จากภาคประชาชน เอกชน ชุมชนและสังคมด้วย นโยบายในลักษณะเช่นนี้ จึงควรเรียกว่า "นโยบายสาธารณะ" ซึ่งหมายถึง **"ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินไปในทิศทางนั้น"** โดยไม่จำเป็นต้องให้รัฐบาลหรือหน่วยราชการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น

หากวิเคราะห์นโยบายสาธารณะในสังคมไทยที่ผ่านมา มักพบจุดอ่อนในกระบวนการที่เกิดจาก

1.1 ประชาชนเข้าไม่ถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะ ประชาชนถูกกีดกันออกไปจากกระบวนการหรือมีโอกาสเพียงได้รับรู้พอเป็นพิธี ซึ่งในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้พยายามปิดจุดอ่อนนี้ โดยเขียนไว้ในมาตรา87(1) ว่า "รัฐต้องส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับชาติและในระดับท้องถิ่น"

1.2 การให้ความสำคัญของคุณค่าและมิติต่างๆอย่างไม่สมดุล โดยมักมุ่งให้ความสำคัญกับมิติทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ จนเกิดการให้โอกาสแก่คนบางกลุ่ม ในขณะที่คนส่วนใหญ่เสียโอกาสและเสียเปรียบ เช่น นโยบายการพัฒนานิคมอุตสาหกรรม "มาบตาพุด" ที่นักลงทุนต่างพื้นที่ได้รับประโยชน์ ขณะที่คนในพื้นที่ต้องเผชิญกับผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และสภาพสังคมจากการไหลบ่าของวัฒนธรรมต่างถิ่น จนก่อปัญหาคุณภาพชีวิตเด็กเยาวชนและครอบครัว

1.3 การสร้างนโยบายสาธารณะ ขาดข้อมูลหลักฐานทางวิชาการที่มีน้ำหนักเพียงพอ โดยเฉพาะเป็นการกำหนดนโยบายโดยใช้ข้อมูลจากคนบางกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์ แต่ขาดการคำนึงถึงผลกระทบที่รอบด้านเพียงพอ เช่น นโยบายด้านพลังงาน การตั้งโรงไฟฟ้าในพื้นที่ เป็นต้น

1.4 ขาดกระบวนการประเมินผลกระทบและการกำหนดทางเลือกที่หลากหลาย ทั้งไม่มีกลไกและวิธีการประเมินผลกระทบด้านต่างๆและขาดทางเลือกที่หลากหลาย ที่สำคัญคือประชาชนขาดการมีส่วนร่วม เช่น นโยบายจัดการน้ำที่มุ่งสนับสนุนภาคอุตสาหกรรม จนก่อปัญหาแย่งชิงน้ำจากชุมชนและพื้นที่เกษตร แทนที่จะช่วยกันจัดการให้แบ่งปัน และใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกัน

1.5 ขาดระบบการติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลนโยบายสาธารณะต่างๆที่เกิดขึ้นและได้ลงมือดำเนินการไปแล้ว จนทำให้ผลกระทบด้านลบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะต่างๆสะสมพอกพูนเป็นปัญหารุนแรงและเรื้อรังไม่ได้รับการแก้ไข หรือมีการปรับเปลี่ยนนโยบายให้เหมาะสมขึ้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี กล่าวถึงอกุศล 3 ประการ ที่มักประกอบอยู่ในนโยบายสาธารณะจนก่อให้เกิด “คอร์รับชั่นเชิงนโยบาย” ได้แก่

1) **ขาดฐานความรู้** เกิดจากการคิดเอาเอง มีผลประโยชน์แฝงเร้น ขาดข้อมูลหลักฐานและไม่ผ่านวิจารณญาณที่ดีพอ

2) **ขาดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง** การกำหนดนโยบายเกิดจากคนเพียงไม่กี่คน ปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างกว้างขวาง แต่นโยบายนั้นมีผลกระทบต่อคนทั้งประเทศ

3) **ขาดศีลธรรม** ขาดอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงามและประโยชน์ของคนทั้งหมด แต่เป็นไปเพื่อประโยชน์แฝงเร้นของคนบางคนหรือบางกลุ่ม

ในทางตรงข้าม นโยบายสาธารณะที่ดีจึงควรประกอบด้วยกุศล 3 ประการ คือ

1) **เป็นกระบวนการทางปัญญา** ใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการวิเคราะห์จนเป็น “ความรู้” ที่เรียกว่า เป็นการสร้างนโยบายที่อยู่บนฐานความรู้ (Knowledge-based policy formulation)

2) **เป็นกระบวนการทางสังคม** เนื่องจากนโยบายมีผลกระทบต่อคนในสังคม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสีย ดังนั้นสังคมจึงควรมีบทบาทร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย ด้วยกระบวนการที่เปิดเผยโปร่งใส

3) **เป็นกระบวนการทางศีลธรรม** กระบวนการนโยบายสาธารณะควรมีอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงามและประโยชน์สูงของคนทั้งหมดในสังคม ไม่แฝงเร้นประโยชน์เฉพาะบางกลุ่ม

หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะอยู่ที่ **“กระบวนการ”** ตลอดเส้นทางของนโยบายสาธารณะนั้นๆ กล่าวคือ **กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย**ที่เกี่ยวข้องในสังคมเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะ ร่วมดำเนินการตามนโยบาย ร่วมติดตามผลและทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ต้องยอมรับว่าการเคลื่อนตัวอย่างมีพัฒนาการของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย เกิดจากภาวะความตื่นตัวและแรงขับของภาคประชาชนอย่างแท้จริง การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดย “ภาคประชาสังคม” ในฐานะองค์กรนอกภาครัฐ ที่เข้ามามีบทบาทในกระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างกว้างขวางมาก สามารถก่อผลสะเทือนต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ ไปจนถึงการติดตาม ตรวจสอบนโยบายสาธารณะที่แต่เดิมอยู่ใต้การผูกขาดของรัฐ และสะท้อนภาพที่คนในสังคมจำนวนหนึ่งเริ่มเห็นความสำคัญของเรื่อง “สาธารณะ” มากขึ้นกว่าเรื่องส่วนตัว ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ปัจจัยเร่งความเข้มแข็งของกระบวนการภาคประชาสังคมที่เข้าร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะกับรัฐมากขึ้นคือ การเกิดขึ้นของรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนในปี 2540 ซึ่งนับเป็นรัฐธรรมนูญที่มีหลักการประชาธิปไตยมากที่สุดฉบับหนึ่ง เกิดจากการรวมพลังเคลื่อนไหวของภาคประชาชนและนักวิชาการ เพื่อผลักดันการปฏิรูปการเมืองให้เป็นระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม(Participatory Democracy) ตั้งแต่ พ.ศ.2535 รัฐธรรมนูญฉบับนี้จึงมีบทบาทอย่างสำคัญที่กระตุ้นให้สังคมไทยเริ่มให้ความสำคัญ และรับรองสิทธิพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ที่บัญญัติไว้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นโอกาสต่อการสร้างความเข้มแข็งของประชาสังคมกลุ่มต่างๆด้วย

2. พัฒนาการสู่นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ปี พ.ศ. 2521 การได้รับแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) จากคำประกาศอัลมา อัลตาเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (the Alma Alta Declaration of Health for all by the year 2000) นับเป็นจุดเริ่มก่อให้เกิดการปรับตัวครั้งใหญ่ จากระบบสุขภาพซึ่งเคยมีลักษณะรวมศูนย์อำนาจ และสั่งการโดยรัฐ โดยได้เกิดการขยายตัวของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย การมีอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยดูแลสุขภาพของคนในหมู่บ้าน รวมทั้งการรณรงค์ครั้งใหญ่เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยเป็นการดำเนินงานร่วมกันของหลายภาคส่วน ทั้งรัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน นักวิชาการและนักกฎหมาย รูปแบบการรณรงค์มีความหลากหลายทั้งการชักชวน ทำความเข้าใจกับสื่อมวลชน นักเขียน นักกฎหมาย ใช้กลยุทธ์การตลาดเพื่อสังคมในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ และกระทรวงสาธารณสุขยังได้แสดงบทบาทเป็นองค์กรนำที่สำคัญในการรณรงค์การบริโภคยาสูบ จนสามารถตรากฎหมายสำคัญ 2 ฉบับคือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ก็มีการขับเคลื่อนนโยบายเมืองน่าอยู่ โรงเรียนน่าอยู่ และสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เป็นอาทิ สิ่งสำคัญที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวของระบบสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2521 - พ.ศ. 2539 คือการเริ่มเปิดพื้นที่ให้คนในภาคส่วนอื่นที่ไม่ใช่รัฐและไม่ใช่ภาคสาธารณสุขได้เข้ามามีส่วนร่วมในงานด้านสุขภาพ และสุขภาพได้ขยายความไปกว้างกว่าเรื่องของ “โรค”

การดำเนินงานตามนโยบายสาธารณะต่างๆล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ/สุขภาวะทั้งทางบวกและลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น นโยบายการพัฒนาการเกษตร ที่เร่งสร้างผลผลิตจนเกิดการใช้สารเคมีเร่งการเติบโตและป้องกันกำจัดศัตรูพืชอย่างกว้างขวาง แม้จะได้ผลผลิตมาก สร้างรายได้สูง แต่ก็ก่อผลกระทบทางสุขภาพโดยตรงแก่เกษตรกร และเกิดผลผลิตที่มีการปนเปื้อนและไม่ปลอดภัยสู่ผู้บริโภค รวมถึงก่อมลพิษตกค้างในสิ่งแวดล้อม จนมีการกล่าวถึงขนาดว่าเป็น “แผ่นดินอาบยาพิษ” ในทางตรงข้ามการดำเนินงานนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ/สุขภาวะเรียกว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” หรือ “นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ” เป็น “นโยบายสาธารณะที่ดี” (Healthy Public Policy) สร้างหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ เช่น นโยบายสาธารณะด้านคมนาคมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ใช้ถนน นโยบายส่งเสริมเกษตรกรรมปลอดสารพิษ เป็นต้น

“นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้”

สองคำที่อาจก่อเกิดความสับสนในหมู่ผู้เกี่ยวข้องคือ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) และนโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy) ทั้งสองคำนี้มีความหมายแตกต่างกันแต่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีความหมายกว้าง เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุกเรื่องในสังคม ส่วนนโยบายสาธารณสุข คือนโยบายเพื่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข นโยบายสาธารณสุขจึงมีส่วนสำคัญในการพัฒนาสุขภาพประชาชน แต่ยังไม่เพียงพอที่จะป้องกันควบคุมผลกระทบทางสุขภาพ จากนโยบายสาธารณะและปัจจัยคุกคามทางสุขภาพอื่นๆ เช่น รัฐบาลมีนโยบายสาธารณสุขจัดให้คนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในช่วงงานเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ มักเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก ผู้ป่วยทุกคนย่อมสามารถรับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลได้ตามนโยบายสาธารณสุขข้างต้น แต่ก็เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ในปัจจุบันจึงมีทั้งรัฐบาล หน่วยงานสาธารณะประโยชน์ นักวิชาการ ภาคเอกชนและประชาชนจำนวนมากเรียกร้องรัฐบาลให้สนใจพัฒนานโยบายสาธารณะที่เป็นต้นเหตุของปัญหา ได้แก่ การพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะ การปรับสภาพความปลอดภัยของถนน สร้างวินัยผู้ขับขี่รถยนต์ สร้างมาตรการเมาไม่ขับ ควบคุมการโฆษณาและจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรืออื่นๆ ซึ่งกว้างไปกว่านโยบายสาธารณสุข แต่มีความสำคัญต่อเรื่องสุขภาพ

และเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคล หน่วยงานนอกภาคสาธารณสุขจำนวนมาก

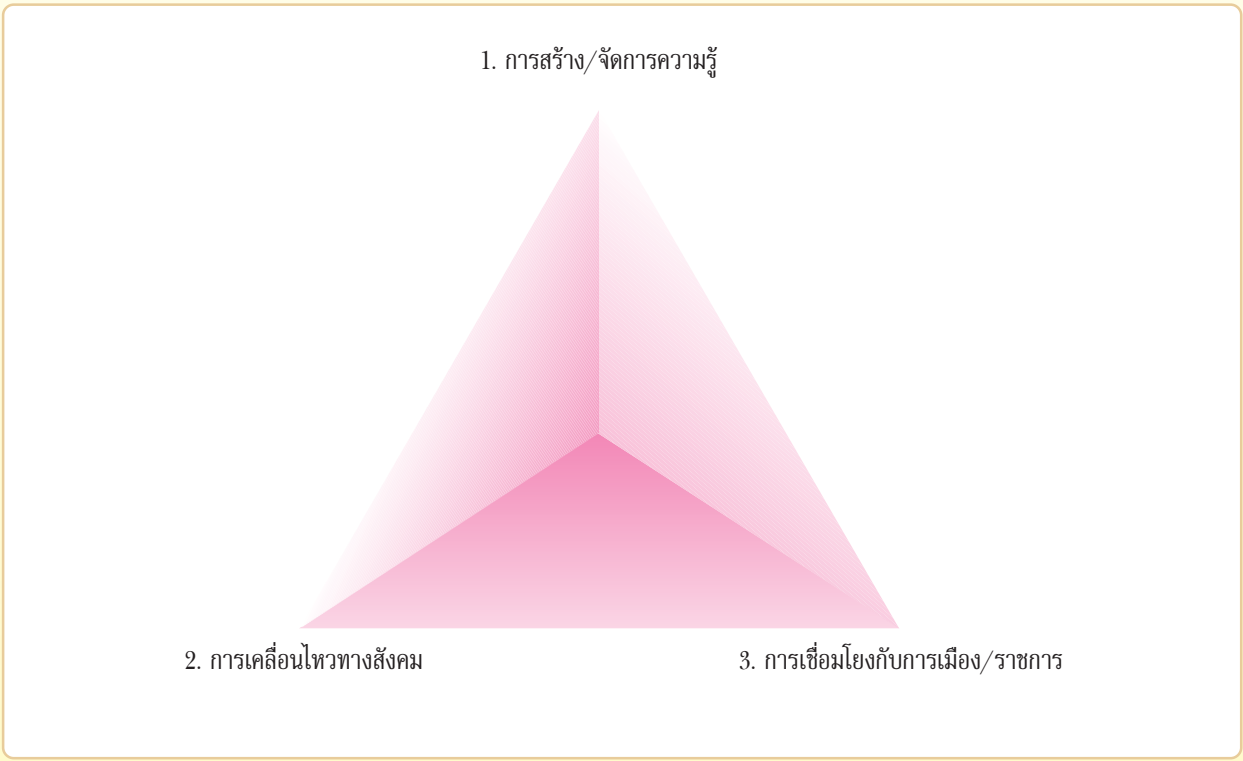
ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงกระบวนการนโยบายสาธารณะว่า "ไม่ควรเป็นกระบวนการที่รวบรัดให้ได้ข้อเสนอเพื่อเสนอต่อผู้มีอำนาจ แต่ควรเน้นที่การมีส่วนร่วมเรียนรู้ของทุกฝ่ายอย่างกว้างขวางจนเกิดเป็นความเข้าใจของสังคม (Social understanding) เป็นคุณค่าของสังคม (Social Value) เป็นการปฏิบัติโดยสังคม (Social practice) ส่วนข้อเสนอนั้นเป็นผลพลอยได้หนึ่ง" การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดีจึงควรเป็น **"กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม"** (Participatory Public Policy Process: PPPP) จากทุกฝ่าย ซึ่งตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ภาพที่ 10.1) ที่ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นผู้ชี้แนะนั้น อาจแบ่งได้เป็นสามภาคส่วนหลักคือ

1) ภาควิชาการ และวิชาชีพ เช่น นักวิชาการ จากสถาบันวิชาการมหาวิทยาลัย และองค์กรสนับสนุนการวิจัยทางนโยบาย เช่น สกว. สวรส. วช. รวมถึงบุคลากรในวิชาชีพด้านสุขภาพและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2) ภาคประชาชนและสังคม เช่น กลุ่มประชาสังคม สื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มธุรกิจเอกชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มเด็ก เยาวชน กลุ่มคนด้อยโอกาส

3) ภาคการเมืองและราชการ เช่น หน่วยงานรัฐ กระทรวง ทบวง กรม ตลอดจนผู้แทนองค์กรอิสระ เช่น สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมถึงฝ่ายการเมือง เช่น รัฐบาล สมาชิกรัฐสภา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ

ภาพที่ 10.1 ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา



ที่มา: ประเวศ วะสี, 2545

การเริ่มต้นของกระบวนการนโยบายสาธารณะ อาจเริ่มจากมุมใดก่อนก็ได้ แต่ต้องเป็นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ตั้งแต่การร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตามประเมินผล และตรวจสอบนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดขึ้น ไม่ใช่เพียงจัดการประชุมแล้วให้ประชาชนมาเข้าร่วมรับฟังเท่านั้น ทั้งนี้ แต่ละภาคส่วนต่างสามารถใช้ความสามารถของตนสนับสนุนการพัฒนานโยบาย เช่น ภาควิชาการเป็นกำลังสำคัญในการสร้างกระบวนการทางปัญญา สร้างความรู้ เป็นฐานอันมั่นคงไปสู่การสังเคราะห์นโยบายที่มีคุณภาพ ขณะที่ภาคประชาชน เอกชน สื่อมวลชนจะเป็นภาคส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังและเตือนให้สังคมโดยรวมได้ทราบว่าจะมีโครงการหรือนโยบายใดๆที่อาจมีผลกระทบทางสุขภาพเข้ามาในพื้นที่ หรือควรพัฒนานโยบายใหม่ใดๆแล้วเข้าร่วมอย่างแข็งขันกับภาควิชาการและภาคนโยบายในการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการปฏิบัติ (Interactive learning through action) ที่ไม่ยึดติดอัตตา อารมณ์ และทิฐิมานะ หัวใจสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเคารพและเห็นคุณค่าของความรู้ที่มีอยู่ในตัวบุคคลแต่ละคน แต่ละฝ่าย ภาคนโยบายต้องจริงใจต่อการให้คุณค่า และความเท่าเทียมกับภาคประชาชนที่เข้าร่วมพัฒนานโยบาย เช่นเดียวกับภาควิชาการต้องเปิดใจรับฟังความเห็นและความรู้ที่ต่าง โดยไม่ถือว่าความรู้ของตนถูกต้องเสมอ ภาคประชาชนเองก็ต้องรับฟังความเห็นที่แตกต่างด้วยการไตร่ตรองวินิจฉัย หากกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเกิดขึ้นท่ามกลางการให้คุณค่าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เช่นนี้แล้ว ก็จะเกิดเป็นการจัดการความรู้ ที่ก่อให้เกิดนวัตกรรมทางปัญญาที่เป็นทางออก หรือข้อเสนอที่จะพัฒนาไปเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีคุณภาพและเห็นพ้องร่วมกันของทุกฝ่ายได้จริง

3. พัฒนาการของกลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจาก"การสาธารณสุขมูลฐาน" สู่ "การปฏิรูประบบสุขภาพ" และ "พรบ.สุขภาพแห่งชาติ"

จุดกำเนิดของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยเกิดจากการก่อตัวของประชาคมสุขภาพ ที่เติบโตพร้อมกับการเมืองภาคพลเมืองหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 เช่น คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) มูลนิธิแพทย์ชนบท มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ปัจจัยเสริมความเข้มแข็งของประชาคมสุขภาพที่สำคัญประการหนึ่งคือ นโยบายสาธารณสุขมูลฐานใน พ.ศ. 2520 ที่ช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์การจัดการระบบสุขภาพของภาคประชาชน จนเติบโตเข้มแข็งเป็นเครือข่าย (network) ที่แม้ไม่ใหญ่มากแต่มีความหลากหลาย และขยายรูปแบบไปสู่งานด้านการคุ้มครองสิทธิ ในปี 2529 การประกาศ "กฎบัตรออตตาวา" ในการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งแรก นับเป็นการเปิดหน้าใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action) และการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy) อย่างชัดเจน จนกระทั่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2540 ประกาศใช้ การพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในประเทศไทยจึงเริ่มมีการนำสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง ภายใต้ธงการปฏิรูประบบสุขภาพ

ตั้งแต่ พ.ศ.2533 กระแสการปฏิรูปของภาคสุขภาพได้เริ่มเกิดขึ้นทั่วโลก ด้วยหลากหลายสาเหตุ เช่น ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น การขาดหลักประกันในการเข้าถึงบริการของประชาชน คุณภาพบริการต่ำ เป็นต้น โดยมุ่งเน้นการปฏิรูประบบทางการแพทย์หรือการบริการ ใช้มาตรการทางการเงินเป็นสำคัญ สำหรับประเทศไทย กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นมี**จุดต่างสำคัญที่การปฏิรูปของไทยเน้นการขับเคลื่อนสังคมและการประสานพลัง ทั้งพลังทางวิชาการ ทางสังคมและทางการเมือง** ระบบสุขภาพใหม่ที่พึงประสงค์ของไทยจึง**เน้นการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ** ปรับระบบคิดและระบบโครงสร้างการทำงานให้เป็นแบบองค์รวม **กระจายบทบาทและเสริมสร้างศักยภาพให้กับประชาชน ชุมชนและสังคมร่วมรับผิดชอบ**ดูแลสุขภาพตั้งแต่ระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล จนถึงการร่วมกำหนดนโยบายด้านสุขภาพและร่วมบริหารจัดการสุขภาพของชุมชน ท้องถิ่นและประเทศ

ใน พ.ศ. 2543 คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดทำ "รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ" ที่มีข้อ

เสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 นำเสนอภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพ และเสนออย่างชัดเจนให้พิจารณาจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งประชาชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทสำหรับระบบสุขภาพที่จะเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระยะยาว นับเป็นครั้งแรกที่คำว่า ระบบสุขภาพ (Health Systems) ถูกใช้อย่างเป็นทางการเพื่อให้ความหมายที่กว้างขวางครอบคลุมมากกว่าคำว่า ระบบสาธารณสุข (Public Health Systems) ที่ใช้กันมาแต่เดิม ผลจากการเสนอรายงานได้ทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพไทยก่อเกิดอย่างเป็นทางการ ตาม **ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2543** โดยวางกลไกการทำงานเชื่อมประสานระหว่างสามภาคส่วนที่สำคัญ คือ ประชาชน วิชาการ และการเมือง หรือ *"ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา"* คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน กรรมการมาจากภาคส่วนสำคัญทั้งสามส่วน และ**จัดตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)** ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ โดยการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของสังคมไทย

ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพไทย มุ่งที่การ "สร้างนำซ่อม" จึงเน้นปฏิรูปไปถึงวิธีคิดของคนไทยทั้งสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงกระตุ้นให้ตระหนักถึงสิทธิด้านสุขภาพ ตระหนักว่าสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เรื่องของการรอให้รัฐจัดหามาให้ และเป็นเรื่องที่กว้างกว่า "โรค" และ "อวัยวะ" เป็นเรื่องของ *"ระบบทั้งมวลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวมอันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ"* กระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพใช้การจัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการระดมความร่วมมือ และความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน การยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... จึงเป็นทั้งกระบวนการ (Process) และเป้าหมาย (Target) ซึ่งแตกต่างจากการยกร่างกฎหมายแต่เดิม ที่ยกร่างกฎหมายเป็นหลัก ในช่วงเวลาเกือบ 8 ปี ของการยกร่างกฎหมายนี้ จึงมีเวทีรับฟังความคิดเห็นกว่า 1,000 เวที มีองค์กรภาคีกว่า 3,000 เครือข่าย มีผู้เข้าร่วมกว่า 100,000 คน โดยมีเครือข่ายประชาคมสุขภาพ หน่วยงานรัฐ และนักวิชาการสุขภาพ เป็นแกนทำงานที่สำคัญ จนในที่สุดพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ผ่านการพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติในวาระ 3 เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2550 และมีผลบังคับใช้นับแต่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้รับการกล่าวขานและยอมรับว่าเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่จัดทำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากสังคมตลอดระยะเวลา 8 ปี ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสมบูรณ์ และกลายเป็น **เครื่องมือใหม่** อีกชิ้นหนึ่งของสังคมที่จัดให้มีกลไกที่ให้ทุกฝ่ายในสังคมมาทำงานเรื่องสุขภาพและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกันด้วยรูปแบบและเครื่องมือที่หลากหลายโดยเฉพาะ คือ การกำหนดให้มี **"คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ" (คสช.)** ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีกรรมการ 39 คน มาจาก 3 ภาคส่วนๆ ละ 13 คน คือ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาครัฐ/การเมือง / องค์กรอิสระ/อปท. และภาคประชาสังคม/ชุมชน และมี**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)**เป็นองค์กรอิสระทำหน้าที่เลขานุการกิจ

การเกิดขึ้นของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ก่อเกิดเครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมขึ้นอีก อย่างน้อย 4 ชนิด ได้แก่

3.1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Statute)

ซึ่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติกำหนดตามมาตรา 25(1)ให้เป็นหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ในการจัดทำ**ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ เป็นเครื่องมือฉายภาพอนาคต ทิศทางของระบบสุขภาพที่สังคมเห็นร่วมกัน ทุกหน่วยงานสามารถหยิบใช้ทิศทาง หลักการ เป้า

หมายหรือมาตรการร่วมนี้ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยไม่ให้เกิดภาพทิศทางนโยบายขัดแย้งกันเอง ซึ่งจะได้เสนอรายละเอียดในหัวข้อ 4 ต่อไป

3.2 สมัชชาสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) เพื่อเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมได้เข้ามาทำงานด้วยกัน ด้วยการใช้ความรู้ทางวิชาการและความสมานฉันท์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อช่วยกันสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี และผลักดันนโยบายเหล่านั้นให้เกิดผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม ไม่ว่าจะผ่านไปให้รัฐบาล หน่วยงานของรัฐ องค์กร ภาคี หรือชุมชนดำเนินการกันเอง

สมัชชาสุขภาพนับเป็นผลผลิตที่เป็นนวัตกรรมของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยอย่างแท้จริง รายงานจากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกและกระบวนการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนการสร้างนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของ รศ. ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ได้เสนอให้มี **"สมัชชาสุขภาพ"** เป็น*เวทีกำหนดให้องค์กรภาคประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้มีโอกาสให้ความเห็นต่อแนวนโยบายของรัฐ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกของการกำหนดแนวคิด การเสนอแนวนโยบาย ไปจนถึงการนำแนวนโยบายไปปฏิบัติ* พัฒนาการของสมัชชาสุขภาพดำเนินควบคู่ไปกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ นับแต่ พ.ศ. 2544 ได้มีการจัด "ตลาดนัด(ปฏิรูป)ระบบสุขภาพ" เป็นเวทีในลักษณะสาธิตสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เริ่มมีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ อย่างเป็นทางการครั้งแรก มีจุดเน้นที่พยายามทำให้เกิดการรับรู้และมีส่วนร่วมในการยกร่างกฎหมาย มีเวทีรับฟังความเห็น4 ภาค จากนั้นจึงนำเข้าสู่เวที "รวมพลังความคิดสู่ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ" ระดับอำเภออีก 526 เวที ก่อนยกร่างเป็นร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแรก จากนั้นก็มีการจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดทั่วประเทศเพื่อร่วมให้ความเห็นต่อร่างกฎหมายสุขภาพ ทั้งนี้ได้เริ่มนำเอาระบบกำหนดสัดส่วนผู้เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพมาใช้ นับเป็นความพยายามที่จะนำเอาหลักคิดในเรื่ององค์ประกอบของผู้เข้าร่วมกระบวนการตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขามาแปรเป็นการปฏิบัติ สัดส่วนของผู้ได้รับเชิญเข้าร่วมเวทีจะแบ่งเป็นภาคราชการ การเมือง และภาคนักวิชาการวิชาชีพมีสัดส่วนเท่าๆกันคือ ไม่เกินร้อยละ 15 อีกร้อยละ 70 เป็นสัดส่วนของภาคประชาชน

สมัชชาสุขภาพมีพัฒนามาโดยต่อเนื่อง จากการเป็นเวทีพันธะสัญญาใน พ.ศ. 2545 ที่ฝ่ายบริหารบ้านเมืองได้ประกาศต่อสาธารณะสนับสนุนร่างกฎหมายสุขภาพ ในวันที่นายกรัฐมนตรีเดินทางมารับร่างพระราชบัญญัติสุขภาพและกล่าวความตอนหนึ่งว่า *"...เมื่อเป็นความปรารถนาของประชาชน อยากจะเห็นการมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะทำให้เรื่องของสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่ได้เป็นเรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือเป็นเรื่องของรัฐเท่านั้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ในฐานะผมเป็นรัฐบาล มีหน้าที่ที่จะต้องทำตามความปรารถนาของคนส่วนใหญ่เพื่อคนส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้นเรื่องนี้รัฐบาลจะรับเข้าไปสู่กระบวนการบริหารและกระบวนการนิติบัญญัติต่อไป* " สู่พัฒนาการใน พ.ศ. 2546 ที่มีการวางกรอบคิดในรูปคำขวัญว่า "ใช้ความรู้ และความรัก เพื่อหามรรคร่วมกัน" สมัชชาสุขภาพปีนั้นเริ่มเน้นการทำงานวิชาการ และสร้างบรรยากาศการพูดคุยแบบกัลยาณมิตรที่ใช้เหตุผล และรับฟังทุกฝ่าย ปีที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติสามารถเสนอข้อเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ที่มีความชัดเจน จนคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้นำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณาและมีมติให้ความเห็นชอบ "ข้อเสนอต่อการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ" จากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือ ปี 2547 ซึ่งในปีนั้นมีสมัชชาสุขภาพพื้นที่ กว่าร้อยละ 80 ดำเนินงานในประเด็นอาหารและเกษตรเพื่อสุขภาพ และมีการทำงานทางวิชาการของสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2546 มาเป็นประเด็นหลักในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง "อาหารและเกษตรเพื่อสุขภาพ: ภัยคุกคามจากสารเคมี" ในปี 2548 - 2549 ประเด็นหลักในสมัชชาสุขภาพได้เริ่มก้าวพ้นขอบเขตเฉพาะเรื่องสาธารณสุข ไปสู่เรื่องความอยู่เย็นเป็นสุข และเศรษฐกิจพอเพียง ขณะที่เริ่มมีการเปิดรับโครงการจากผู้ที่สนใจจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ เฉพาะประเด็น เพื่อยืนยันความเป็น "พื้นที่สาธารณะ" ของสมัชชาสุขภาพที่จะไม่ยึดติดกับแกนเฉพาะกลุ่มเท่านั้น

เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้ ในมาตรา 3 ได้ระบุความหมายของสมัชชา

สุขภาพไว้ว่า ***" สมัชชาสุขภาพ หมายความว่า กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม"*** โดยแบ่งสมัชชาสุขภาพเป็น 3 ประเภทตามมาตรา 40 - 45 คือ

1) **สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่** ยึดพื้นที่หรืออาณาบริเวณที่แสดงขอบเขตเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด สมัชชาสุขภาพภาค สมัชชาสุขภาพลุ่มน้ำ เป็นต้น

2) **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น** ยึดประเด็นสาธารณะเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นสารเคมีทางการเกษตร สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

สมัชชาสุขภาพทั้งสองประเภทนี้ ตามมาตรา 40 ประชาชนและเครือข่ายภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถจัดได้ โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) มีหน้าที่สนับสนุนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ คสช.กำหนด และหากสมัชชาสุขภาพมีข้อเสนอให้หน่วยงานของรัฐนำไปปฏิบัติหรือนำไปพิจารณาประกอบการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ กฎหมายยังกำหนดให้นำเสนอต่อ คสช.เพื่อพิจารณาดำเนินการให้บรรลุตามควรด้วย

3) **สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** ตามมาตรา 25(3) คสช.มีหน้าที่จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพระดับชาติหรือระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญเป็นพิเศษ และผลักดันให้เกิดการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยกฎหมายกำหนดให้ คสช. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รับผิดชอบการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประชุมที่เป็นระบบ เน้นให้มีการทำงานทางวิชาการที่เพียงพอรองรับ จัดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และกว้างขวาง เพื่อสร้างให้เกิดการยอมรับของทุกฝ่าย

สมัชชาชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ซึ่งจัดขึ้น ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 11-13 ธันวาคม พ.ศ. 2551 นับเป็นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติสุภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ครั้งแรก โดย คสช.แต่งตั้งให้ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นประธานคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ(คจสช.) โดยได้มีความพยามนำรูปแบบ กระบวนการและระบบการจัดการในสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ซึ่งองค์การอนามัยโลก(WHO) จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2491 มาปรับใช้อย่างยืดหยุ่น และคำนึงถึงการปรับเข้าสู่บริบทไทยอย่างมาก ซึ่งทำให้รูปแบบ กระบวนการมีความแตกต่างไปจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่จัดขึ้นมาก่อนกฎหมายบังคับใช้อยู่พอสมควร เริ่มจากสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมที่นอกจากจะแบ่งกลุ่มตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเหมือนเดิมแล้ว ยังมีการจัดแบ่งเป็นกลุ่มเครือข่าย (Constituencies) ในปี 2551 มี 178 กลุ่มเครือข่าย และปรับเป็น 180 และ 182 กลุ่มเครือข่ายในปี 2552 และ 2553 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายเท่านั้นที่จะเป็นผู้มีสิทธิเข้าร่วมประชุมและแสดงความเห็นในที่ประชุม การแสดงความเห็นของสมาชิกผู้เข้าประชุมจึงนับเป็นการแสดงความเห็นของกลุ่มเครือข่ายไม่ใช่ความเห็นของตัวบุคคลเหมือนที่ผ่านมา มีการจัดระเบียบวาระการประชุมอย่างเป็นระบบ โดยประเด็นที่จะเสนอเข้าพิจารณาเพื่อพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะจะมีช่วงเวลาและกระบวนการนำเสนอเพื่อให้ คจสช.พิจารณา โดยมีกระบวนการพัฒนาร่างมติ มีหลักเกณฑ์การพิจารณา และวิธีการประชุมเพื่อรับฟังความเห็นและแสดงฉันทามติเพื่อสรุปเอกสารทางวิชาการเพื่อพัฒนาเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างเป็นระบบ

ในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 และ 3 ในสองปีต่อมา สมัชชาสุขภาพแห่งชาติเริ่มได้รับการกล่าวถึงและให้คุณค่าจากสังคม และได้รับความสนใจจากหน่วยงานราชการต่างๆมากขึ้น สังเกตได้จากการเข้าร่วมเป็น คจสช. การร่วมในกระบวนการพัฒนาร่างมติ และการร่วมแสดงความเห็นในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จุดเน้นที่สำคัญของกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คือการมุ่งสร้างกลไกและกระบวนการ ที่ทุกภาคส่วนจะได้มี "ฉันทามติ" ร่วมกันในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ดังนั้นในกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงมิได้มีการกำหนดให้มีกลไกการลงคะแนนเสียง (Vote) แต่อย่างใด

ภาพพึงประสงค์ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นเป้าหมายในอนาคตคือ

1) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ มีพลัง มีศรัทธาร่วม มีความเป็นเจ้าของร่วมกัน และเป็นที่ยอมรับของสังคม

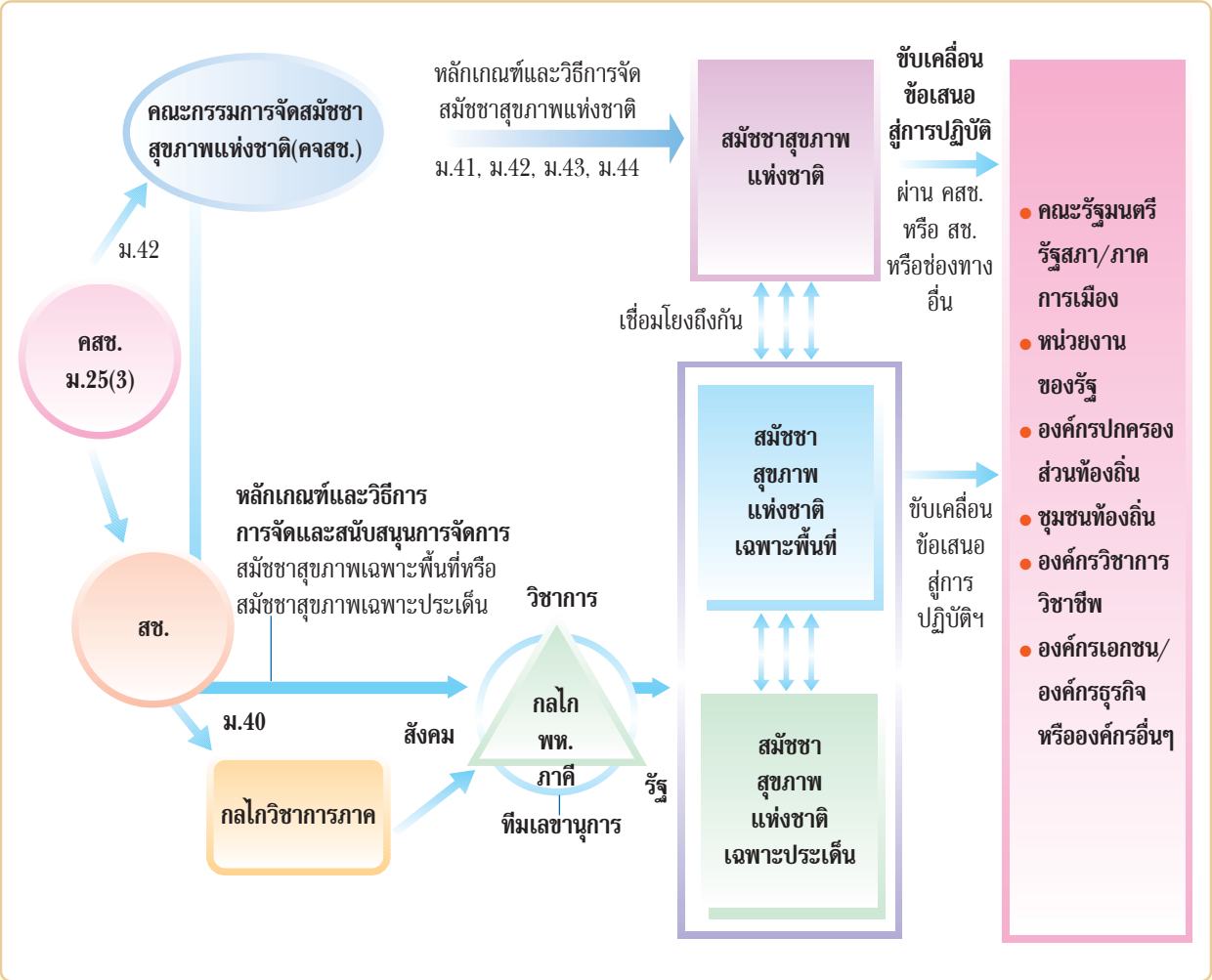
2) เป็นระบบที่ มีความยืดหยุ่น และมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

3) เชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอื่น ๆ

4) เน้นประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับชาติ และระดับสากล หรือประเด็นในระดับพื้นที่ที่มีความสำคัญ

5) มีมติหรือข้อเสนอ ที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลได้

ภาพที่ 10.2 ระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพ



ที่มา: สำนักสมัชชาสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในรูปแบบใหม่ยังเป็นเครื่องมือใหม่ในสังคม ที่ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในอนาคต บนความท้าทายอย่างน้อย 3 ประการ คือ

1) ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นผู้แทนกลุ่มเครือข่ายมากน้อยเพียงใด การแสดงความเห็นของผู้แทนเป็นการแสดงความเห็นที่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเครือข่ายเพียงใด

2) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติจะขับเคลื่อนมติต่างๆที่ผ่านฉันทามติ สู่การปฏิบัติจริงได้อย่างไร

3) จะพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเครือข่ายในกระบวนการสมัชชาสุขภาพอย่างไรตั้งแต่ขั้นตอนการเสนอประเด็นนโยบาย การพิจารณาร่างมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและการขับเคลื่อนมติไปสู่การปฏิบัติ

การที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้รัฐบาลสนับสนุนให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพทั้งสามประเภทอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เป็นเพราะเห็นคุณค่าของกระบวนการสมัชชาสุขภาพที่จะมีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพให้เท่าทันสถานการณ์ปัญหา เพราะ

1) สมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

2) สมัชชาสุขภาพเป็นกระบวนการทำงานทางสังคมที่ให้คุณค่าแก่ทุกฝ่ายได้เข้ามาทำงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยกัน ไม่ใช่เป็นการจัดประชุมเป็นครั้งๆเท่านั้น

3) สมัชชาสุขภาพ เป็นพื้นที่สาธารณะที่ให้ทุกฝ่ายเข้ามาทำงานด้วยกันอย่างสร้างสรรค์ตามหลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม(Participatory Democracy)

ขณะนี้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติว่ากระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นนวัตกรรมทางสังคมของประเทศไทยที่มีความก้าวหน้า ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไปอย่างไม่หยุดนิ่ง

3.3 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA)

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายสาธารณะหรือ HIA เป็นเครื่องมือใหม่อีกชิ้นหนึ่งที่ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พัฒนาการของเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกับขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเช่นกัน จะแตกต่างอยู่บ้างตรงที่ HIAนั้นมีการพัฒนาและนำไปใช้ในต่างประเทศอยู่บ้างแล้ว โดยองค์การอนามัยโลก(WHO)เป็นหน่วยงานเริ่มต้นกระตุ้นและเสนอแนวทางทางเทคนิคให้ประเทศสมาชิก

ใน พ.ศ. 2544 เป็นครั้งแรกที่มีการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากนโยบายสาธารณะ ใน 2 นโยบายคือ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากการทำเกษตรแบบมีพันธะสัญญา และโครงการพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก และปรากฏในคำประกาศข้อเสนอต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติก่อนปิดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประการหนึ่งว่า “ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องมีระบบประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะต่างๆและต้องมีระบบดูแลผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรมด้วย” ใน พ.ศ. 2545 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.)ได้ขับเคลื่อนประเด็น “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” และ มีข้อเสนอให้มีการจัด “ระบบการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ” (Health Impact Assessment : HIA) เป็นเครื่องมือ โดยเชื่อมโยงกับการมีร่างพระราชบัญญัติสุขภาพว่าจะช่วยป้องกันหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว หรือกำลังจะเกิดขึ้นอย่างไร มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับเครือข่ายประชาคมและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นแกนจัดสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น โครงการอุตสาหกรรมมาบตาพุด ระยอง โครงการท่อก๊าซสงขลา กรณีน้ำเสียนครนายก เป็นต้น การเปิดประเด็นนี้ในสมัชชาสุขภาพสร้างความร้อนแรงและเป็นเรื่องที่มีความขัดแย้งสูง นับเป็นจุดเริ่มต้นการเรียนรู้ที่ดีของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยเฉพาะความสำคัญและความจำเป็นของการทำข้อมูลวิชาการเพื่อการถกแถลงอย่างเป็นเหตุเป็นผล

จวบจน พ.ศ. 2550 กระบวนการขับเคลื่อนและเรียนรู้ของสังคมไทยได้ส่งผลให้หลายภาคส่วนเริ่มรู้จักและคุ้นเคยมากขึ้นกับคำว่า การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรคสองกำหนดไว้ว่า

“การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพจะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน...”

เช่นเดียวกับในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ระบุไว้ในมาตรา 10 ว่า

" เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวต้องเปิดเผยข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบโดยเร็วและจัดหาข้อมูลให้โดยเร็ว"

และมาตรา 11 ระบุว่า

"บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชนและแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว"

นอกจากนี้ ในมาตรา 25 ยังกำหนดให้ คสช.มีหน้าที่ตาม(5) คือ *"กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ"*

ในช่วง พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2551 คสช.ได้เร่งดำเนินการรองรับเครื่องมือใหม่ดังกล่าว เริ่มจาก สช. ได้แต่งตั้งคณะทำงานที่มี นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ เป็นประธาน ได้ยกร่างระบบ กลไกและหลักเกณฑ์การประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ เสนอผ่านความเห็นชอบของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551 จากมติดังกล่าว คสช.ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ที่มีนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ เป็นประธาน พร้อมกันนั้น สช.ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบ และกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA Coordinating Unit: HIA Co-Unit) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกฯ และได้ทำการยกร่างหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยมีการทบทวนข้อมูลทางวิชาการและการศึกษาบทเรียนจากต่างประเทศประกอบ จัดประชุมปรึกษาและกระบวนการรับฟังความเห็นกับหน่วยงานและผู้มีส่วนได้เสียทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ผู้ประกอบการ นักพัฒนาเอกชน ภาคประชาชนและนักวิชาการ จนในที่สุดได้เสนอให้ คสช.พิจารณาและให้ความเห็นชอบในการเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552

ปัจจุบัน คสช. ได้มีการจัดทำ **ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ. 2552 แล้วตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552** เท่ากับว่า HIA เป็นเครื่องมือที่มีสภาพรับรองตามกฎหมายอย่างเป็นทางการโดยสมบูรณ์แล้ว

ตามหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะนั้น การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ หมายถึง **"กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม ในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชาชน ที่อาจจะเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรม อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างหากดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน โดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว"**

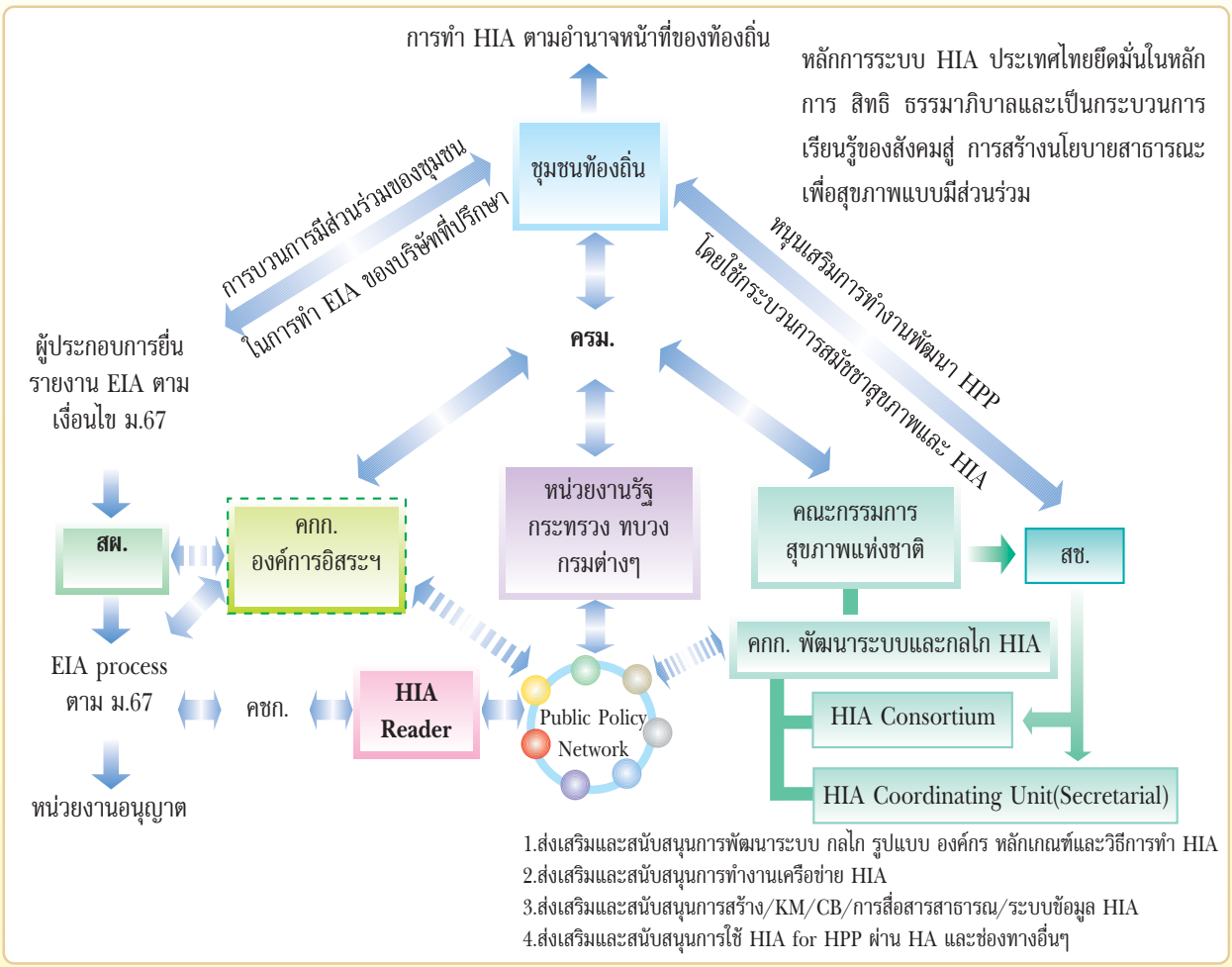
ทั้งนี้ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมวดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพจึงควรเป็นไปตามหลักการ 7 ประการ คือ 1) หลักประชาธิปไตย 2)หลักความเป็นธรรม 3) หลักการใช้ข้อมูลหลักฐานอย่างเหมาะสม 4) หลักความเหมาะสมในทางปฏิบัติ 5) หลักความร่วมมือ 6) หลักการสุขภาวะองค์รวม และ 7) หลักความยั่งยืน

ตามประกาศหลักเกณฑ์ฯดังกล่าว โครงการและกิจกรรมที่ควรมีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพอาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1) โครงการและกิจกรรมที่มีประเภทและขนาดตามประกาศโครงการและกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

2) การดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างรุนแรงในอนาคต ดังต่อไปนี้คือ การจัดทำและปรับปรุงผังเมืองที่อาจนำมาสู่โครงการหรือกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงในอนาคต การวางแผนภูมิภาค (เช่น แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค) การจัดทำแผนโครงข่ายการคมนาคม การจัดทำแผนพัฒนากำลังการผลิตไฟฟ้า การจัดทำแผน/ยุทธศาสตร์การพัฒนาแร่/เหมืองแร่ การเพาะปลูก/เพาะเลี้ยงสิ่งมีชีวิตที่ดัดแปลงพันธุกรรม การทำการเกษตรขนาดใหญ่ การดำเนินการเกี่ยวกับวัตถุอันตราย กากของเสีย และสารกัมมันตภาพรังสี การทำข้อตกลง การค้าเสรีหรือข้อตกลงระหว่างประเทศตามมาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และการวางแผนเพื่อดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดในพื้นที่ที่มีคุณค่าทางการอนุรักษ์ เช่น พื้นที่ต้นน้ำลำธาร พื้นที่ลุ่มน้ำชั้น 1 พื้นที่ชุ่มน้ำที่มีความสำคัญระดับชาติและระดับนานาชาติ เป็นต้น

ภาพที่ 10.3 ความเชื่อมโยงระบบและกลไกการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในสังคมไทย



ที่มา: ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

หมายเหตุ: สผ. คือ สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คชก. คือ คณะกรรมการผู้ชำนาญการ, สช. = สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ในระหว่างการจัดทำประกาศหลักเกณฑ์ฯนี้ สช.ยังได้สนับสนุนชุมชน เครือข่ายวิชาการและรัฐนำเครื่องมือประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปใช้กับประสบการณ์จริงของพื้นที่ ในฐานะเครื่องมือหนึ่งของการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ถูกออกแบบให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม โดยทุกฝ่ายได้ร่วมกันพิจารณาถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นและสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการประเมินและจัดการผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นด้วย พื้นที่ที่ชุมชนได้ทดลองนำเครื่อง

มือใหม่นี้ไปใช้ได้แก่ พื้นที่อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ที่ตั้งของโครงการก่อสร้างโรงถลุงเหล็กแบบครบวงจร การประเมินผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรในปริมาณสูง ที่บ้านบ่อเงิน จ.ปทุมธานี ผลกระทบจากโรงงานหัตถกรรม บ้านถวาย จ.เชียงใหม่ และผลกระทบจากภาวะโลกร้อนที่ทุ่งกุลาร้องไห้

แต่กรณีที่ทำให้เครื่องมือการประเมินผลทางสุขภาพเป็นที่รู้จักของสังคมมากที่สุดคือ กรณีผลกระทบจากการพัฒนาอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุด จ.ระยอง ซึ่งเริ่มขึ้น เมื่อ 9 เมษายน พ.ศ. 2550 เครือข่ายประชาชนภาคตะวันออก ทำหนังสือถึงเลขาธิการ คสช.ขอใช้สิทธิตามมาตรา 5 , 10 และ 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยขอให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เพื่อนำไปสู่แก้ไขปัญหา ความขัดแย้ง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายสาธารณะในพื้นที่และนำไปสู่การสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพของคนมาบตาพุดและคนระยอง ซึ่งต่อมา สช. ได้สนับสนุนมูลนิธินโยบายสุขภาวะ(มนส.) ดำเนินโครงการพัฒนากระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นดังกล่าว ซึ่ง มนส.ใช้เวลาเกือบ 1 ปี ค้นหาข้อมูลทางวิชาการ และจัดกระบวนการรับฟังความเห็นในรูปสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและเวทีย่อยในพื้นที่ จนสามารถนำเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับทางเลือกการพัฒนาจังหวัดระยองเข้าสู่การพิจารณาของ คสช. ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 รวม 14 ข้อ ซึ่ง คสช. ได้มีมติเห็นชอบให้เสนอเรื่องเข้าพิจารณาในคณะรัฐมนตรี นอกจากนั้น คสช. ยังได้เห็นชอบให้แต่งตั้งคณะกรรมการศึกษา สนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานตามข้อเสนอของ คสช. โดยมีท่านผู้หญิง ดร.สุธาวัลย์ เสถียรไทย ประธานสถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นประธานด้วย

ในขณะเดียวกัน วันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2552 ศาลปกครองจังหวัดระยองได้อ่านคำพิพากษา โดยในข้อความหน้าสุดท้ายระบุว่า “พิพากษาให้ผู้ถูกฟ้องคดี ประกาศให้ท้องที่เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุดทั้งหมด รวมทั้งตำบลเนินพระ ตำบลมาบข่าและตำบลทับมา อำเภอเมืองระยอง ทั้งตำบลตลอดจนท้องที่ตำบลบ้านฉาง อำเภอบ้านฉางทั้งตำบล เป็นเขตควบคุมมลพิษ เพื่อดำเนินการควบคุม ลด และขจัดมลพิษตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายต่อไป ทั้งนี้ให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในกำหนดหกสิบวันนับแต่วันที่ศาลมีคำพิพากษา” โดยรายละเอียดในการพิจารณาศาลได้อ้างอิงสาระบัญญัติตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ” ด้วย และได้พิจารณาถึงมติ คสช. เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ประกอบด้วย ซึ่งต่อมา คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ มีมติเห็นชอบให้ประกาศกำหนดให้ท้องที่เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด และพื้นที่บริเวณใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษเมื่อ 30 เมษายน พ.ศ. 2552

สำหรับมติ คสช.ที่เสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีนั้น เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับข้อเสนอทางนโยบายเรื่อง ผลกระทบจากอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและจังหวัดระยอง ตามมติ คสช. ที่เสนอใน 3 ข้อ ได้แก่

1) ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง เปิดเผยข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพจากอุตสาหกรรม รวมถึงเผยแพร่วิธีป้องกันผลกระทบและวิธีการสร้างเสริมคุณภาพในภาวะมลพิษให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึงโดยเร็วและต่อเนื่อง

2) ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนและกฎการปฏิบัติการสำหรับป้องกันและบรรเทาอุบัติภัยจากอุตสาหกรรม และการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาอุบัติภัยสารเคมีระดับจังหวัด

3) ให้ คสช. พิจารณาสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลไกกลางในการดำเนินงานและความเข้มแข็งของภาคประชาชน โดยใช้กระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่

สำหรับข้อเสนออีก 2 ข้อ คือ (1) ให้รัฐบาลทบทวนและปรับแนวทางการพัฒนาจังหวัดระยอง โดยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ในทุกขั้นตอน และ (2) ให้รัฐบาลชะลอการขยายและก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมใหม่ในพื้นที่มาบตาพุดและบ้านฉาง โดยให้มีการกำหนดแนวทางและกระบวนการตัดสินใจในการให้อนุมัติ/อนุญาต/ให้ความเห็นชอบการขยายโรงงานอุตสาหกรรมใหม่ ให้เป็นไปตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย นั้น มอบหมายให้

คณะกรรมการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งทะเลตะวันออก ซึ่งมีรองนายกรัฐมนตรี (นายกอร์ปศักดิ์ สภาวสุ) เป็นประธาน รับไปพิจารณา ซึ่งต่อมาคณะกรรมการดังกล่าวได้พิจารณาและมีมติเห็นชอบและมอบหมายหน่วยงาน/องค์กรทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีการดำเนินการใน 5 เรื่อง ดังนี้

1) เห็นชอบกรอบแนวคิดการพัฒนาจังหวัดระยองที่ต้องการให้พัฒนาจังหวัดระยองไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน

2) ให้มีการทบทวนแนวทางการพัฒนาจังหวัดระยองสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน ให้สอดรับกับกรอบแนวคิดการพัฒนาจังหวัดระยอง

3) ให้มีการจัดระบบบริการขั้นพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมให้มีคุณภาพและทั่วถึง

4) ให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อลดและขจัดมลพิษในเขตควบคุมมลพิษ

5) การชะลอการขยายและการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมใหม่ในพื้นที่มาบตาพุดฯและแนวปฏิบัติ ให้เป็นไปตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 โดยมอบหมายสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอุตสาหกรรม และสช.เร่งดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 สมาคมต่อต้านภาวะโลกร้อนและประชาชน 43 คนได้รวมตัวกันยื่นฟ้องหน่วยงานรัฐที่มีอำนาจอนุมัติ อนุญาตให้กลุ่มโรงงานใหม่ในพื้นที่ 76 โครงการเดินหน้าก่อสร้างทั้งที่อาจเป็นโครงการที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อชุมชนเข้าข่ายมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญฯ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 ศาลปกครองสูงสุดมีคำสั่งระงับ 65 โครงการ ส่วนอีก 11 โครงการอนุญาตให้เดินหน้า และหลังการไต่สวนคดีศาลปกครองได้อนุญาตอีก 19 โครงการให้เดินหน้าต่อได้ จึงเหลืออีก 57 โครงการที่ยังติดคำสั่งศาล

ความขัดแย้งล่าสุดที่ปะทุขึ้นเมื่อคณะกรรมการสี่ฝ่าย ที่นายกรัฐมนตรีแต่งตั้งเพื่อเร่งแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญฯ โดยมีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน ได้จัดทำข้อเสนอประเภทโครงการหรือกิจการที่อาจจะมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ ทั้งหมด 18 โครงการ แต่ที่สุดแล้วคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติได้ออกประกาศโครงการรุนแรงฯดังกล่าวเพียง 11โครงการ เมื่อนำประกาศดังกล่าวมาเป็นกรอบพิจารณาโครงการที่ขออนุญาตดำเนินการ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เข้าข่ายเป็นโครงการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ในที่ประชุม คสช.ได้มีการพิจารณาข้อเสนอต่อการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการฯที่ได้มีการทำการศึกษาทางวิชาการของคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง จนได้มีข้อสรุปเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อมอบหมายคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติและคณะอนุกรรมการวินิจฉัยข้อร้องเรียนสำหรับโครงการหรือกิจการที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงฯเพื่อให้พิจารณาใช้ผลการศึกษาและข้อเสนอข้างต้นในการทบทวนปรับปรุงประกาศฯต่อไป

จากพัฒนาการและกรณีที่เกิดขึ้นจริงในสังคมจะเห็นได้ว่า การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในสังคม ใช้วิทยาการแบบสหสาขา มีมิติที่กว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข ครอบคลุมสุขภาวะองค์รวม เป็นการทำงานเชิงบวกไม่ใช่ทำเพื่อนำผลไปใช้เพื่อการอนุญาต/ไม่อนุญาตเรื่องต่างๆ และเป็นกระบวนการทางปัญญา มากกว่ามาตรการทางกฎหมายหรือการใช้อำนาจ เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันทางวิชาการและทางสังคม เป็นการประเมินผลกระทบที่จะเกิดกับสุขภาพของประชาชนและชุมชนจากนโยบายสาธารณะที่เกิดจากรัฐ เอกชน ท้องถิ่น และเกิดจากชุมชนเอง นำไปสู่การกำหนดทางเลือก การตัดสินใจทางเลือก การหาทางลดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากทางเลือกนโยบายต่างๆเพื่อให้คนและชุมชนมีสุขภาวะร่วมกัน

3.4 เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในรูปแบบอื่นๆ

เครื่องมือในรูปแบบอื่น นอกเหนือจากที่กำหนดไว้โดยตรงในบทบัญญัติของกฎหมายสุขภาพนั้น มีทั้งการตั้งกลไกเฉพาะของ คสช. และการสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายและองค์กรสถาบัน

ในช่วง พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2553 มีกลไกเฉพาะที่คสช.แต่งตั้งมาดูแลการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ รวม 4 คณะ ได้แก่

1) **คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ** ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม "แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2559" ที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ประธานกรรมการคนแรกคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม วัฒนชัย ปัจจุบันประธานกรรมการคือ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา โดยฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนากำลังคน(สวค.) และ ผู้แทน สช.

ผลการทำงานเชิงนโยบายที่สำคัญของคณะกรรมการ ได้แก่ การให้ความเห็นต่อแนวทางการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการลงทุนภาครัฐด้านสาธารณสุข การแก้ปัญหากำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง และจัดทำข้อเสนอต่อร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ที่เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการฯยังได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ มี นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมา เป็นประธาน

2) **คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ** ทำหน้าที่ดูแลขับเคลื่อนและผลักดันการดำเนินงานตาม "แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไท สุขภาพวิถีไท พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554" ที่คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ ประธานกรรมการคือ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน โดยฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย รองอธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผู้อำนวยการ สวรส. ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพวิถีไท และ ผู้แทน สช.

ผลการทำงานเชิงนโยบายที่สำคัญของคณะกรรมการ ได้แก่ การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการเริ่มก่อตั้งโรงพยาบาลต้นแบบแห่งแรกที่จังหวัดสกลนคร โดยการทำงานร่วมทั้งของฝ่ายสงฆ์ และฆราวาสได้แก่ มหาวิทยาลัยราชมงคลอิสาน วิทยาเขตสกลนคร และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และใน พ.ศ. 2552 ได้ร่วมเป็นเจ้าภาพผลักดันข้อเสนอเชิงนโยบายอันเป็นเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552 ผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นที่จัดขึ้นในงานมหกรรมสมุนไพรแห่งชาติ และพัฒนาจนเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่สอง ในระเบียบวาระ "การพัฒนาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักของประเทศคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน"

3) **คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้า ระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ** เป็นคณะกรรมการที่ คสช. แต่งตั้งขึ้นตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่ง ในระเบียบวาระ "การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายการเจรจาการค้าเสรี" ประธานกรรมการคือ นางศิริณา ปวโรฬารวิทยา ซึ่งเป็นกรรมการสุขภาพแห่งชาติจากผู้ทรงคุณวุฒิภาคเอกชน คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศและตรวจสอบผลกระทบทั้งด้านบวกและลบที่เกิดจากความตกลงที่มีผลบังคับใช้ไปแล้ว สำหรับนำไปสู่การเสนอแนะเพื่อพัฒนา ปรับปรุงและเยียวยา โดยเสนอให้กลไกนี้มีอิสระจากกลไกที่ทำหน้าที่ในการเจรจาการค้าที่รัฐบาลมีอยู่แล้ว แต่ให้ทำงานเชื่อมโยง สนับสนุนข้อมูลซึ่งกันและกัน ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ ประกอบด้วย เลขาธิการ คสช.และรศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล

4) **คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ** เป็นกรรมการที่อยู่ระหว่างการแต่งตั้ง เพื่อเป็นกลไกดูแลและบริหารแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2562 ตามที่ คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ โดยมี นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เป็นประธาน ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการชุดนี้ ประกอบด้วย ผู้ที่ผู้อำนวยการสามหน่วยงานมอบหมาย ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสถิติแห่งชาติ

กลไกระดับชาติเหล่านี้ มีข้อแตกต่างสำคัญจากคณะกรรมการระดับชาติอื่นๆ คือ องค์ประกอบของคณะกรรมการจะต้องมีผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 ภาคส่วน คือฝ่ายรัฐ ฝ่ายวิชาการ/วิชาชีพ และฝ่ายประชาชน/เอกชน มาร่วมคิดร่วมทำงานโดยใช้ความรู้ทางวิชาการเป็นฐาน ผนึกกับการจัดกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วม ไม่เน้นความเป็นกลไกตามกฎหมาย และกลไกเชิงอำนาจ และฝ่ายเลขานุการของทุกคณะกรรมการ จะมีลักษณะของความเป็นพหุภาคีที่ประสานร่วมสนับสนุนกันทำงาน และไม่ได้ให้ สช.มีบทบาทหลัก แต่เป็นบทบาทของผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกของกรรมการเท่านั้น

นอกจากคณะกรรมการระดับชาติดังกล่าวแล้ว ยังมีเครื่องมือทำงานพัฒนานโยบายสาธารณะในรูปแบบอื่นๆได้แก่

1) การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านการสนับสนุนการทำงานในรูปเครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายนโยบายเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งพัฒนาต่อเนื่องจากเครือข่ายที่ร่วมทำงานมาตั้งแต่ยังอยู่ในกระบวนการยกร่างกฎหมายสุขภาพ เครือข่ายนี้ประกอบด้วยทั้งผู้แทนหน่วยงานรัฐ นักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชนและประชาคมสุขภาพ ที่ผ่านมาเครือข่ายดังกล่าวสามารถพัฒนาข้อเสนอเข้าสู่การพิจารณาเป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่หนึ่งในระเบียบวาระ “เกษตรและอาหารในยุควิกฤต” ซึ่งหลังได้รับฉันทามติจากสมัชชาสุขภาพ เครือข่ายยังคงดำเนินการต่อเนื่องในการสร้างความรู้ ประสานเชื่อมโยงหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนมติโดยให้ความสำคัญอย่างมากกับประเด็นความมั่นคงทางอาหาร ระบบเกษตรอินทรีย์ชุมชน และบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนระบบเกษตรกรรมยั่งยืน

2) การพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านความร่วมมือกับสถาบันวิชาการ ซึ่งปัจจุบันมี 2 แห่ง ได้แก่

(2.1) ความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยขอนแก่น(มข.) ภายใต้ข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง มข. และ สช. ตั้งแต่ปี 2551 มีสถาบันวิจัยวิจัยและพัฒนา มข. เป็นแกนดำเนินการ ที่ผ่านมาได้มีการรวบรวมความรู้ในประเด็นที่มีผลกระทบจากนโยบายรัฐต่อภูมิภาคอีสาน 5 ประเด็น ได้แก่ 1)มหาวิทยาลัยขอนแก่น : ชุมชนแห่งสุขภาวะ 2) ขอนแก่น : เมืองแห่งสุขภาวะ 3) อีสานกับความมั่นคงด้านอาหาร 4) อีสานกับความมั่นคงของมนุษย์และสังคม และ 5) การจัดการน้ำภาคอีสาน ใน พ.ศ. 2552 ได้มีการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะสู่ชุมชน มข. ในเรื่องพื้นที่ดี และพื้นที่เสี่ยงในมหาวิทยาลัย และร่วมกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะกับภาคีเครือข่ายจังหวัดขอนแก่นเพื่อพัฒนาข้อเสนอนโยบายสู่เมืองสุขภาวะ

(2.2) ความร่วมมือทางวิชาการกับมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นโครงการภายใต้ความร่วมมือเพื่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การเป็นปัญญาของแผ่นดินกับมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2552 มีการจัดเวทีสาธารณะเพื่อแลกเปลี่ยนความเห็นในประเด็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เรียกว่า “ศาลายาเสวนา” 4 ครั้ง ได้แก่ 1) ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ซึ่งต่อมาได้พัฒนาข้อเสนอเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ ร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรฯ และ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เสนอเป็นระเบียบวาระในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 2552 จนได้รับฉันทามติและมีการขับเคลื่อนตามมติต่อไป 2) ยาไทยแพงทะลุฟ้า คนไทยเข้าไม่ถึงยาจำเป็น 3) เหลียวมองผลกระทบ...ก่อนคิดถึงอนาคต CL 4) อนาคตประเทศไทยหลังวิกฤตโลก : ความร่วมมือในภูมิภาคสู่สังคมความเป็นอยู่ที่ดี ในปี 2553 มีการจัดเวทีศาลายาเสวนาอีก 3 ครั้ง คือ 5) Health knowledge Gap to Policy 6) แม่วัยใส...เรื่องใหญ่ต้องร่วมใจหาทางออกและ 7) มหาวิทยาลัยกับการปฏิรูปประเทศไทย นอกจากนี้ยังจัดเวทีเสวนาเรื่อง โรคอ้วน ภัยเงียบที่คุกคามเด็กไทยด้วย ผลจากการจัดเวทีได้มีการรายงานสภามหาวิทยาลัยทุกครั้ง ซึ่งได้รับความสนใจมาก

ใน พ.ศ. 2553 ยังเริ่มมีการเชื่อมโยงระหว่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักวิจัยสังคม จุฬาฯและสช. ในการเริ่มต้นจัดตั้งเครือข่ายถามช่องว่างทางสังคม(Social Inequity Reduction Network-SIRNET) เพื่อมุ่งสร้างองค์ความรู้ ความตระหนักด้านปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเพื่อผลักดันสู่นโยบายที่นำไปสู่การลดช่องว่างทางสุขภาพในสังคม โดยการขับเคลื่อนอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนด้วย

4. เจตนารมณ์และการได้มาซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

"ธรรมนูญ" ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2552 หมายถึง**กฎหมายที่จัดระเบียบองค์กร** เช่น ธรรมนูญศาลทหารและพระธรรมนูญศาลยุติธรรม จึงสื่อความหมายได้ถึงการเป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน แม้โดยเจตนารมณ์เดิมของการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ....จะตั้งใจให้กฎหมายทั้งฉบับมีสถานะเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพของประเทศ เหมือนกฎหมายแม่บทของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการปรับปรุงกฎหมายชั้นกฤษฎีกา ได้พิจารณาสาระเนื้อหาของ ร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ.... โดยเฉพาะในหมวด 6 แนวนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่มีการกำหนดรายละเอียดระบบสุขภาพย่อยที่พึงประสงค์ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ และระบบอื่นๆอีกรวม 8 เรื่อง และเห็นว่าการกำหนดข้อความระบบพึงประสงค์ย่อยเช่นนี้ในกฎหมายระดับพระราชบัญญัติ อาจเกิดข้อเสียมากกว่าข้อดี เพราะระบบสุขภาพมีความเป็นพลวัตรเช่นเดียวกับระบบอื่นๆที่อาจต้องแปรเปลี่ยน ปรับให้เข้ากับบริบทและสถานการณ์ของสังคม ทั้งระดับชุมชน ประเทศและสากล ดังนั้นหากกำหนดไว้อย่างชัดเจน หากจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขจะทำได้ยาก ในที่สุด เมื่อกฎหมายประกาศใช้ จึงได้มีการยกสาระในหมวด 6 ดังกล่าวออกทั้งหมด แต่ได้บัญญัติให้ คสช.มีหน้าที่จัดทำ "ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ" เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ และในมาตรา 47 ยังกำหนดว่าธรรมนูญฯต้องมีสาระสำคัญอย่างน้อย 12 เรื่อง ตามภาพที่ 10.4

ภาพที่ 10.4 สาระ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ที่มา: สำนักธรรมนูญสุขภาพและนโยบายสาธารณะ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ทั้งนี้ ประเทศไทยนับเป็นประเทศแรกของโลกที่มีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพที่มีความชอบธรรมและการรองรับของตัวบทกฎหมาย

4.1 สถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ในทางกฎหมาย ตามมาตรา 48 ธรรมนูญฯที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ในทางสังคม ธรรมนูญฯ ถูกคาดหวังให้เป็น **เจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม (Social commitment)** ให้สามารถใช้อ้างอิง (reference) สำหรับกำหนดทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคตของประเทศ กระบวนการจัดทำ สาระสำคัญและการแปลงธรรมนูญฯสู่การปฏิบัติ จึงมีสถานะ**เป็นกลไกและกระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพ บนหลักการมีส่วนร่วม** โดยคำนึงถึงความจำเป็นและผลประโยชน์ ของทุกภาคส่วน

4.2 ขั้นตอนในการจัดทำธรรมนูญฯ นั้น กฎหมายกำหนดให้ คสช.นำความคิดเห็นและข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพ มาประกอบในการจัดทำธรรมนูญฯ และให้นำร่าง ธรรมนูญฯนี้เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา นอกจากนี้ยังกำหนดให้ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป**อย่างน้อยทุกห้าปี** ซึ่งธรรมนูญฯฉบับแรกหลังกฎหมายประกาศใช้ได้เริ่มกระบวนการยกร่าง ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 และเสร็จสิ้นใน พ.ศ. 2552 โดยมีขั้นตอนโดยสรุป ดังนี้

1) **พ.ศ. 2550** สช.ได้แต่งตั้ง "คณะทำงานพัฒนาระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ" ทำหน้าที่ยกร่างระบบและกลไกการจัดทำธรรมนูญฯโดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องให้มากที่สุด บนความมุ่งหวังที่ต้องการให้ธรรมนูญฯมี**ความสำคัญ มีคุณค่า** ดังนั้นระบบ และกลไกในการจัดทำจึงต้อง**ได้รับการยอมรับ**จากหน่วยงาน องค์กรภาคีต่างๆตั้งแต่เริ่มต้น โดยอาศัยหลักการมี**ส่วนร่วม** เปิดช่องทางรับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วน และมี**การจัดทำอย่างเป็นระบบ** โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการและการจัดการความรู้เป็นฐานสำคัญ ผสานกับการจัดการทางสังคมที่มีประสบการณ์มาจากการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 และคณะทำงานได้เสนอ ร่างระบบและกลไกนี้เข้าสู่เวที "การขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญฯ" ในต้นเดือนพฤศจิกายน ซึ่งเป็นเวทีทดลองแรกของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติแบบใหม่ ที่จัด ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ มีผู้เข้าร่วมกว่า 1,000 คน และที่ประชุมเห็นชอบกับระบบและกลไกจัดทำธรรมนูญฯ ที่เสนอ

2) **พ.ศ. 2551** เป็นปีของการกระบวนการยกร่าง ในเดือนมกราคม คสช.ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญฯ ที่มี นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน มีเลขาธิการ คสช. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นทีมเลขานุการร่วม ต่อมา คณะกรรมการจึงได้แต่งตั้งอนุกรรมการอีก 6 ชุด มีองค์ประกอบจากบุคคลหลากหลายทั้งจากภาครัฐ วิชาการ/วิชาชีพ /เอกชนและประชาชน/เอกชนและฝ่ายเลขานุการก็มาจากหน่วยงาน ภาคีต่างๆประกอบกันเข้าเพื่อร่วมกันทำงาน เช่น สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ สถาบันสุขภาพวิถีไทย แผนงานคุ้มครองผู้บริโภค จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรมอนามัย เป็นต้น

การทำงานยกร่างธรรมนูญฯตลอดปี 2551 เริ่มจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการฯเพื่อกำหนดขอบเขต กระบวนการ สาระสำคัญ และกรอบเวลาของธรรมนูญ ซึ่งในที่สุดได้กำหนดเวลาเป้าหมายของธรรมนูญฯฉบับแรก เป็น**ภาพรวมของระบบสุขภาพในระยะยาวถึง พ.ศ. 2563** จากนั้นอนุกรรมการทุกชุดได้เริ่มทบทวนสถานการณ์และองค์ความรู้สำคัญรายประเด็น และวางแผนรับฟังความเห็น แล้วจึงเริ่มประมวลสรุปเพื่อยกร่างสาระ

สำคัญรายประเด็นในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน และได้เริ่มการเผยแพร่ในสื่อสาธารณะเพื่อให้ประชาชนรู้จักธรรมนูญฯ ขณะที่ได้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการคณะกรรมการและอนุกรรมการครั้งที่สองเพื่อกำหนดปรัชญาแนวคิดหลัก คุณลักษณะพึงประสงค์และเป้าหมายร่วมกัน อันจะเป็นแนวให้เนื้อหาของสารสำคัญรายหมวดเป็นไปในกรอบทิศทางเดียวกัน

ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม อนุกรรมการฯทุกชุดเริ่มยกร่างข้อความในธรรมนูญฯ รายหมวด และได้จัดเวทีประชาเสวนาอย่างเข้มข้นเพื่อหาฉันทามติต่ออนาคตระบบสุขภาพ 8 เวที นับเป็นนวัตกรรมของรูปแบบการรับฟังความเห็นโดยมีผู้เข้าร่วมประมาณ 400 คน การจัดทำร่างธรรมนูญทั้งฉบับร่างที่หนึ่งและรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวาง เกิดขึ้นในช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม มีการจัดเวทีรับฟังความเห็นระดับจังหวัด 75 เวที และเวทีรับฟังความเห็นจากกลุ่มเป้าหมายเฉพาะประมาณ 3,000 คน ประมาณว่ามีผู้เข้าร่วมในกระบวนการรับฟังความเห็นตลอดกระบวนการยกร่างกว่า 10,000 คนจากทั่วประเทศ จากนั้นได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาสาระสำคัญและตรวจสอบปรับปรุงข้อความของธรรมนูญฯทั้งฉบับให้สอดคล้องกัน เป็นร่างที่สองของธรรมนูญฯ เสนอเข้าพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 11-13 ธันวาคม พ.ศ. 2551 จนได้มีฉันทามติเห็นชอบสาระสำคัญของร่าง ธรรมนูญฯที่เสนอ พร้อมมีข้อสังเกตมอบให้คณะกรรมการรับไปพิจารณาปรับปรุงร่าง ธรรมนูญฯต่อไป

3) **พ.ศ. 2552** เป็นปีของความสำเร็จในการจัดทำธรรมนูญฯ หลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญฯได้พิจารณาปรับปรุงร่าง ธรรมนูญฯรอบสุดท้าย ในเดือนมกราคม และเสนอเข้าสู่การพิจารณาของ คสช. ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 คสช. ได้มีมติเห็นชอบร่างธรรมนูญฯ และเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งได้ให้ความเห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552 โดยไม่มีการแก้ไข และได้เสนอให้สมาชิกวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎร ทราบเมื่อวันที่ 7 และ 10 กันยายน โดยลำดับ ปัจจุบัน**ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้ประกาศบังคับใช้อย่างสมบูรณ์ในราชกิจจานุเบกษา (เล่ม 126 ตอนพิเศษ 175 ง) เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552**

5. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

ธรรมนูญฯ ฉบับแรก มีเป้าหมายกรอบเวลา เป็นภาพรวมของระบบสุขภาพที่มองยาวไปถึง พ.ศ. 2563 ประกอบด้วย 12 หมวด 111 ข้อ ตั้งแต่หมวด 4-12 ซึ่งเป็นระบบย่อยตั้งแต่หมวดการสร้างเสริมสุขภาพจนถึงการเงินการคลังด้านสุขภาพนั้นจะเขียนในรูปแบบเดียวกันคือ กำหนดหลักการ เป้าหมายและมาตรการที่เป็นแนวทางการนำไปใช้ แต่ไม่มีลักษณะการเขียนเชิงผูกมัด หรือกำหนดวิธีดำเนินงานอย่างแข็งตัว เนื่องจากธรรมนูญฯไม่ใช่แผนงาน โครงการ หลักการสำคัญที่ปรากฏในธรรมนูญฯฉบับแรกนี้อีกประการหนึ่งคือ **ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ของตน** โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

5.1 สาระสำคัญเชิงเนื้อหาในหมวดต่างๆของธรรมนูญฯได้แก่

หมวด 1 ปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพ สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม เป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ ระบบสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันจะนำสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองของประชาชน และทุกภาคส่วนมีหน้าที่ร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศจากแนวทางบริโภคนิยมไปสู่แนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

หมวด 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ ระบบสุขภาพจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมาภิบาล ความรู้ และปัญญา

หมวด 3 การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ จะต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย และครอบคลุมการจัดการปัจจัยทั้งหมดที่กระทบสุขภาพ ไม่จำกัดเฉพาะหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น

หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั่วทั้งสังคมมุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการและการตายที่ไม่สมควร และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทาง "การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ" โดยมีเป้าหมายมุ่งพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เป็นรูปธรรม และส่งเสริมให้มีชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ

หมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ มุ่งสร้างเอกภาพของหน่วยงานเกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การนำมาตรการทางภาษีมาใช้ โดยสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และ สนับสนุนการกระจายอำนาจและเสริมสร้างขีดความสามารถของท้องถิ่นในการดำเนินงาน เช่น บทบาทในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

หมวด 6 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ สนับสนุนให้ระบบการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่พึ่งหลักของประชาชน โดยมีแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขประจำครอบครัว และสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม โดยรัฐไม่พึงสนับสนุนหรือให้สิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

หมวด 7 การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ สนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆอย่างเท่าเทียม มีเป้าหมายให้มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างน้อย ร้อยละ 10 มีโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ อย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง และให้มีการจัดระบบ กลไก และงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างพอเพียง

หมวด 8 การคุ้มครองผู้บริโภค เร่งรัดการจัดตั้งองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระตามรัฐธรรมนูญฯ จัดให้มีกลไกการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบสินค้าและบริการ และสนับสนุนให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้รับสินค้าที่มีมาตรฐานคุณภาพ ปลอดภัย และเป็นธรรม ตลอดจนมีระบบการเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ซึ่งรวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคจากผลกระทบของการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศและกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามรัฐธรรมนูญฯด้วย

หมวด 9 การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ นโยบายสาธารณะจะต้องพัฒนาจากฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอ เชื่อถือได้ เปิดเผยที่มาของแหล่งความรู้ได้ ดังนั้น รัฐและภาคส่วนต่างๆต้องมีการลงทุนและมีบทบาทในการสร้าง จัดการ สื่อสาร และเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ต้องมีความเป็นกลาง เป็นธรรม และรอบด้าน ผ่านช่องทางที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาวะ โดยประชาชนต้องได้รับการคุ้มครอง เพื่อให้ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอ

หมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข รัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การพัฒนา และการกระจายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ โดยบุคลากรด้านสาธารณสุขมีคุณภาพ จริยธรรม มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม และมีปริมาณเพียงพอ บริการประชาชนร่วมกันกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ แบบสหวิชาชีพ

หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ มุ่งสร้างความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากการบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุน มุ่งลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขของประเทศ ลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ รวมถึง**เพิ่มการจัดเก็บภาษีจากการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจและสินค้าที่ทำลายสุขภาพ** สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน

5.2 ประโยชน์ที่คนไทยจะได้รับจากการมีธรรมนูญฯ คือ การมีฐานอ้างอิงทิศทางและเป้าหมายของระบบสุขภาพในอนาคตที่เป็นข้อตกลงร่วมของสังคม ดังนั้น เมื่อจัดทำธรรมนูญฯและประกาศใช้แล้ว ธรรมนูญฯจะไม่มีคุณค่าใดๆหากไม่มีการนำหลักการ แนวคิด เป้าหมาย และสาระที่ปรากฏอยู่ไปผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ซึ่งทุกหน่วยงาน องค์กร สถาบัน ชุมชน ประชาชนทุกพื้นที่ ทุกระดับ ทุกเครือข่าย ทั้งที่เป็นเครือข่ายภาคประชาชน ประชาสังคม ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรและบุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆและสถาบันวิชาการ สถาบันการศึกษา หน่วยงานของรัฐระดับกระทรวง กรม กอง ภาคเอกชน ธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ต่างๆ สามารถนำธรรมนูญฯไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ โดยหากทุกหน่วยงาน/เครือข่ายกำหนดแนวการทำงานตามกรอบของธรรมนูญฯแล้ว ระบบสุขภาพของประเทศก็จะมีทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจนอย่างเหมาะสมกับช่วงเวลานั้นๆ และก็อาจปรับเปลี่ยนพัฒนาไปหลังมีการทบทวนบริบทต่างๆในอย่างน้อยทุกห้าปี กรอบแนวทางตามธรรมนูญฯจึงไม่ใช่เรื่องตายตัวที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ แต่ในห้วงเวลาหนึ่งๆ ระบบสุขภาพของประเทศย่อมต้องการความชัดเจนของทิศทางการพัฒนาให้เกิดมรรคผล และตอบสนองหลักการ เป้าหมายที่เหมาะสมในห้วงเวลานั้นๆ

5.3 ตัวอย่างการนำธรรมนูญฯไปใช้ประโยชน์ สืบเนื่องจากผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่

1) การนำธรรมนูญฯไป**เป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทุกระดับ** เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนสุขภาพแห่งชาติซึ่งขณะนี้อยู่ในช่วงการจัดทำแผน 11 แล้ว หรือการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2554 - พ.ศ. 2558

2) การแปลงสาระสำคัญและทิศทางเป้าหมายในธรรมนูญฯไปกำหนดไว้ในแผนบริหารราชการแผ่นดิน และแผนปฏิบัติราชการ 4 ปีหรือแผนปฏิบัติราชการประจำปีของหน่วยราชการ รวมถึงใช้สาระในธรรมนูญฯเป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำนโยบาย แผนงาน/โครงการตลอดจนเสนอของบประมาณสนับสนุน

3) กำหนดเป็นนโยบาย เป้าหมายรูปธรรมในการขับเคลื่อนของรัฐบาล ฝ่ายนโยบาย คณะกรรมการระดับชาติหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละเรื่อง เช่น กำหนดเป็นทิศทางและเป้าหมายของรัฐบาลหรือพรรคการเมือง คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติดำเนินการให้มียาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ส่วนการนำธรรมนูญฯ**ไปใช้ประโยชน์ในทางสังคม และพื้นที่ชุมชน**นั้น เป็นไปได้ทั้งการนำกรอบคิด หลักการ เป้าหมาย และทิศทางของธรรมนูญฯใช้ประโยชน์ทั้งฉบับ หรือการนำเป้าหมาย มาตรการเฉพาะบางหมวด บางประเด็นไปใช้เป็นทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของพื้นที่ ดังนี้

1) การนำธรรมนูญฯไปเป็นกรอบแนวทางพัฒนาธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ปัจจุบันมีพื้นที่ที่จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งเป็นกรอบข้อตกลงหรือมาตรการทางสังคมเพื่อไปสู่สังคมสุขภาวะร่วมกันของพื้นที่แล้วหกแห่ง คือ **ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้** อ.สิงหนคร อ.เมือง จ.สงขลา ซึ่งมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแกน นับเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่**ฉบับแรก**ของประเทศ และ**ธรรมนูญอำเภอสูงเม่น** จังหวัดแพร่ ซึ่งมีโรงพยาบาลอำเภอสูงเม่นเป็นแกน เป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอฉบับแรก ในปี 2553 มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่เพิ่มอีก 4 แห่งคือ ที่เทศบาลตำบลริมปิง จ.ลำพูน อบต.เหมืองหม้อ จ.แพร่ อบต.แม่ถอด จ.ลำปางและเทศบาลตำบลวัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก

"ชะแล้" ตำบลเล็กๆในอำเภอสิงหนคร สงขลา มีประชากรประมาณ 3,000คน ประกาศใช้ธรรมนูญว่าด้ยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่ฉบับแรกของโลก ภายใต้การนำของอดีตนายก อบต. ขุนทอง บุณยประวิตร ที่ถูกจุดประกายด้วยคำถามที่ว่า "ทำอย่างไรจึงจะมีข้อผูกมัดให้ อบต.ชะแล้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง และทำให้ประชาชนชาวชะแล้ปฏิบัติตัวตามสิ่งได้ร่วมกันคิดไว้ในแผน" นับจากนั้นกระบวนการร่างธรรมนูญฯแบบมีส่วนร่วมก็เกิดขึ้น ใช้ความรู้จากการข้อมูลสุขภาพของทีมวิชาการที่สถาบันการศึกษาในพื้นที่ช่วยสนับสนุนอนุกรรมการยกร่างเนื้อหา รณรงค์สร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนชะแล้โดยอนุกรรมการสื่อสาร จัดกระบวนการรับฟังความเห็นโดยอนุกรรมการรับฟังความคิดเห็น และมีอนุกรรมการติดตามประเมินผลซึ่งที่สุดแล้วได้มีการจัดตั้งสำนักธรรมนูญสุขภาพเพื่อเป็นกลไกประสานการทำงานและติดตาม กำกับดูแลการขับเคลื่อนธรรมนูญฯสู่การปฏิบัติในระยะยาว ธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้ประกาศใช้เมื่อ

สาระสำคัญบางข้อในธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้ พ.ศ.2552

ข้อ 5 โดยมาตรฐานทั่วไปของคนชะแล้ ควรรักษาศีลข้อที่ 5 และศีลข้ออื่น ๆ ในศีล 5 ให้ได้อย่างน้อยอีก 1 ข้อ

ข้อ 10 ควบคุมกลิ่น ขยะ สิ่งปฏิกูล น้ำเสีย เสียง ฝุ่นละออง แสง ควัน ความเร็วรถ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่ร่วมกันกำหนด

ข้อ 23 ให้มีพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทันตภิบาลในสัดส่วน 1 : 5,000 หรือตามเหตุผลความต้องการของชุมชน

ข้อ 45 สนับสนุนการตลาดผลผลิตและผลิตภัณฑ์ของชุมชนคนชะแล้ และ ร่วมกันบริโภคผลผลิตที่เป็นของชาวชะแล้

ข้อ 51 องค์การบริหารส่วนตำบลชะแล้ต้องจัดสรรงบประมาณ ในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไป ตามธรรมนูญสุขภาพตำบลชะแล้ฉบับนี้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรายได้รวมทั้งหมดของงบประมาณในแต่ละปี

** นายก อบต. ขุนทอง บุณยประวิตร เสียชีวิตจากการลอบสังหาร เมื่อ 25 พ.ย. พ.ศ. 2552

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่เหล่านี้มีลักษณะเหมือนกันคือ ใช้เพียงหลักการของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ แต่ใช้เป้าหมายรูปธรรมอันปรากฏเป็นสาระ พิจารณาประกอบข้อมูลสถานะสุขภาพและความต้องการจริงของพื้นที่ จัดกระบวนการร่างธรรมนูญฯที่ประชาชนในพื้นที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมก็สามารถจัดทำภาพ

อนาคตระบบสุขภาพของชุมชนในระยะยาว เพื่อเป็นกรอบนำทาง ที่เชื่อมโยงและช่วยกำหนดแผนงาน กิจกรรมภายใต้แผนพัฒนาพื้นที่ ชุมชน ตำบลให้ไปในทิศทางที่ตกลงร่วมกันไว้ได้

2) การนำสาระ โดยเฉพาะเป้าหมาย มาตรการรายหมวด รายประเด็นที่ปรากฏในธรรมนูญฯไปใช้พัฒนาเป็นแนวทางดำเนินงาน หรือขับเคลื่อนให้เกิดผลทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่มองค์กรที่ทำงานเฉพาะประเด็นในเรื่องนั้นๆ เช่น สุขภาพคนชายขอบ การแพทย์แผนไทย สุขภาพผู้หญิง เด็ก เยาวชน ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

การขับเคลื่อนและนำสาระที่ปรากฏในธรรมนูญฯไปใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติของหน่วยงาน องค์กร ภาคเครือข่ายทุกภาคส่วนดูจะเป็นเรื่องที่ต้องการความร่วมมือ เห็นคุณค่า ความสำคัญจากทุกภาคส่วนยิ่งกว่ากระบวนการจัดทำธรรมนูญฯตลอดสองปีที่ผ่านมา ปัจจุบัน คสช.ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ 2 ชุด คือ คณะกรรมการติดตาม สนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช เป็นประธาน และคณะกรรมการพัฒนาการวิจัยระบบสุขภาพเพื่อสนับสนุนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีศาสตราจารย์นายแพทย์วิจารณ์ พานิช เป็นประธาน ทำหน้าที่เป็นกลไกนำกำหนดยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนธรรมนูญฯสู่การปฏิบัติ ทั้งผ่านการจัดการความรู้ การสร้างความรู้ที่จำเป็น และการขับเคลื่อนสังคม รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงานและข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงธรรมนูญฯในฉบับต่อไปด้วย

บทที่ 11
การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

1. ความเป็นมา

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 ได้บัญญัติขึ้นตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มุ่งเน้นที่จะถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อม โดยกำหนดระยะเวลาของการถ่ายโอนไว้ 10 ปี ขณะนี้การดำเนินงานเข้าสู่แผนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) และแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ก็มีผลบังคับใช้แล้ว เพื่อให้การดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขับเคลื่อนไปได้ โดยมุ่งหวังประชาชนในท้องถิ่นได้รับบริการสาธารณะที่ดี มีคุณภาพ มีความเป็นธรรม โปร่งใส และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ได้กำหนดหลักการสำคัญเกี่ยวกับการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไว้ในหมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 70 และ 80 และหมวดที่ 14 การปกครองท้องถิ่น มาตรา 281 - 290

ในส่วนของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 กำหนดรายละเอียดที่สำคัญไว้ 2 กลุ่มคือ

1.1 ให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้นมารองรับการถ่ายโอน สถานบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพในลักษณะเครือข่าย (พวงบริการ) และให้มีการโอนงานหลักประกันสุขภาพให้แก่ กสพ. ในปี 2546

พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้ง กสพ. ทำหน้าที่คณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Board) ใน 52 จังหวัด โดยเน้นการดำเนินการใน 10 จังหวัด แต่การดำเนินงานหยุดชะงัก เพราะมีนโยบายเร่งด่วนเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบราชการตาม พ.ร.บ.ปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545

ต่อมาคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ได้มีมติเมื่อวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2550 ให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากในพระราชบัญญัติการกระจายอำนาจฯ ได้กำหนดเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนของรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ได้ถึง 35% จึงเร่งรัดให้ส่วนราชการต่าง ๆ ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อเป็นการกระจายสัดส่วนของรายได้ให้ท้องถิ่น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยระดับตำบลจำนวน 28 แห่ง ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบลหรือ อบต. และเทศบาล) ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 และ สิงหาคม พ.ศ. 2551

1.2 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 34 ภารกิจ จาก 7 กรม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจนถึงปัจจุบันดำเนินการถ่ายโอนได้ 7 ภารกิจ ประกอบด้วย

1. ภารกิจการสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
2. การแก้ไขปัญหาเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
3. การจัดหาและพัฒนาน้ำสะอาด
4. การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
5. การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน
6. การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน
7. การส่งเสริมสุขภาพเด็กและกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

1.3 คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ประกาศใช้แผนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2551 และได้รายงานต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และให้มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐ จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ ดังกล่าว สำหรับในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยมีขอบเขตการถ่ายโอน คือ

1.3.1 ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและระบบการรักษาพยาบาล

1.3.2 ภารกิจที่จะถ่ายโอน

1. ภารกิจและงบประมาณการบริการสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พร้อมสถานีอนามัย และบุคลากรถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมดำเนินการ

2. ภารกิจการรักษาพยาบาลระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป ให้เป็นทางเลือกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีความพร้อมก็ให้สามารถรับโอนได้ ตามหลักเกณฑ์ที่ กกถ. และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรืออาจดำเนินการร่วมกับรัฐ

3. โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือระดับสูงกว่า ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยดำเนินการ หรืออาจดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีความพร้อมสูงกว่า

4. ภารกิจการควบคุมป้องกันโรคติดต่อร้ายแรง ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมมือดำเนินการภายในเขตจังหวัด ภายใต้การกำหนดนโยบายและกำกับดูแลของคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวง ทบวง กรม อื่นที่เกี่ยวข้อง

5. ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ และแต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2523 โดยให้ปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

6. ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535

7. ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ แต่งตั้งผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเจ้าพนักงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.โรคระบาดสัตว์ พ.ศ. 2499

1.3.3 ในระยะแรก ให้ถ่ายโอนตามความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ และระยะสุดท้าย หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ไม่พร้อมรับการถ่ายโอน ก็ให้ถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินการ

2. การดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ทดลองเตรียมการถ่ายโอนสถานีอนามัย 35 แห่ง ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมิน 30 แห่ง แต่ระหว่างการดำเนินการได้มี องค์การบริหารส่วนตำบลบางแห่งเลื่อนสถานะเป็นเทศบาลตำบล/เมือง จึงทำให้การถ่ายโอนล่าช้า และสามารถถ่ายโอนสถานีอนามัยได้ 22 แห่ง ในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2550 และวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2551 อีก 6 แห่ง รวมเป็น 28 แห่ง

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดพิธีส่งมอบสถานีอนามัย 22 แห่ง ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ณ ห้องประชุมไพจิตร ปวะบุตร อาคาร 7 ชั้น 9 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมี นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานในพิธี ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มอบหมายให้ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รักษาราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้ลงนามในการถ่ายโอนภารกิจและส่งมอบทรัพย์สิน ให้แก่ผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงมหาดไทย มอบหมายให้ นายสมพร ใช้บางยาง อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ร่วมเป็นสักขีพยานในการส่งมอบ

2.1 หลักการในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยยึดหลักการและวัตถุประสงค์ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2545 ดังนี้

2.1.1 มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน มุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพระยะยาวในการตัดสินใจและดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจฯ และเพื่อเกิดระบบบริการสุขภาพที่เสนอภาคมีประสิทธิภาพและคุณภาพดี

2.1.2 มุ่งระบบที่ยืดหยุ่น มีพลวัต เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาพ

2.1.3 มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม โดยการสร้างกลไกและกระบวนการที่มีส่วนร่วมอย่าง เข้มแข็งทั้งจากส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่นและภาคประชาชนในท้องถิ่น

2.2 แนวทางในการดำเนินการ

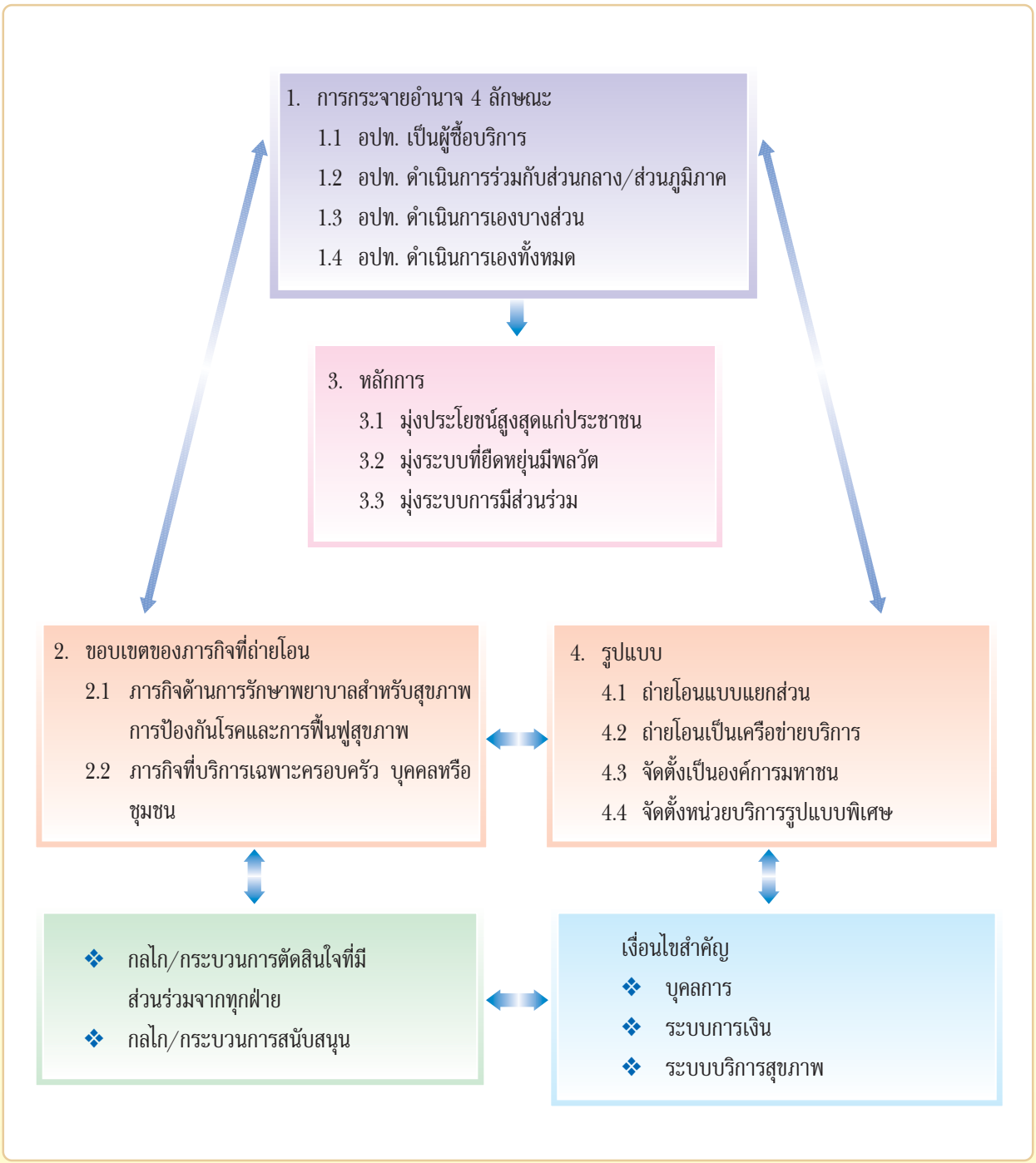
กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาแนวทางในการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขโดยกระบวนการที่มีส่วนร่วม และมีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทุกระดับอย่างกว้างขวาง จนได้แนวทางที่ผ่านความเห็นชอบจากที่ประชุมกระทรวงสาธารณสุข และนำเสนอต่อ กกถ. ซึ่งได้ให้ความเห็นชอบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ โดยสามารถสรุปได้ตามภาพที่ 11.1 และเพื่อให้การถ่ายโอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยความพร้อมและความพึงพอใจของทุกฝ่าย จึงได้มีการกำหนดเงื่อนไขในการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่อปท. สามเงื่อนไขคือ

2.2.1 เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการถ่ายโอนมีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ จึงถ่ายโอนให้เฉพาะอปท.ได้รับรางวัลการบริหารจัดการที่ดีในปี 2548 หรือ 2549

2.2.2 เพื่อเป็นหลักประกันว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการถ่ายโอนมีความสนใจในการดำเนินการด้านสุขภาพ จึงถ่ายโอนให้เฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ร่วมดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

2.2.3 เพื่อให้เป็นการดำเนินการที่มีความพร้อมใจจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จึงกำหนดให้ถ่ายโอนเฉพาะสถานีอนามัยที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยสมัครใจถ่ายโอนอย่างน้อยร้อยละ 50 ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจริงในสถานีอนามัยนั้น

ภาพที่ 11.1 แนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.3 ขั้นตอน กระบวนการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย พัฒนากลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความของพร้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอน โดยแต่งตั้งอนุกรรมการ 3 คณะ

↓

เสนอคณะคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อบริหารการถ่ายโอนภารกิจเกี่ยวกับสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

↓

เสนอคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และประกาศเป็นกลไก หลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดและแจ้งกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

↓

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมส่งประกาศ กลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย

↓

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งใบสมัครขอรับการประเมินตามแบบฟอร์มและเอกสารและสถานที่ที่กำหนด

↓

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 18 คน พิจารณาและดำเนินการประเมินโดยคณะทำงานประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประเมินผลการดำเนินงานหลังถ่ายโอน 9 คน

↓

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายงานผลตามเอกสาร แบบฟอร์มที่กำหนด เพื่อขออนุมัติต่อส่วนกลาง

↓

ส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) พิจารณาอนุมัติ แจ้งส่วนภูมิภาคพร้อมมอบอำนาจ

↓

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด โดย สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการฯ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) แจ้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับอนุมัติกำหนดวันและดำเนินการมอบโอนตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด

2.4 การดำเนินการกำหนดกลไกกระบวนการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย

→ คณะอนุกรรมการพัฒนากลไกและกระบวนการในการสนับ สนุนการถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้แก่ อปท.

→ พิจารณากำหนดแนวทาง กลไกกระบวนการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยเฉพาะในประเด็น:

1) กลไกและกระบวนการ ในการตัดสินใจถ่ายโอนฯ
2) กลไกและกระบวนการ ในการสนับสนุนการดำเนินการถ่ายโอนฯ

↓

1. พัฒนากลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความของพร้อม อปท. เพื่อรองรับการถ่ายโอน สอ. และดำเนินการทดลองในบางพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้สามารถนำไปขยายผลตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่อปท.ต่อไป
2. แต่งตั้งอนุกรรมการ 3 คณะ

→ คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและระบบกลไกการประเมินความพร้อมในการถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้แก่ อปท.

→

1. กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขสำคัญในการถ่ายโอน สถานีอนามัยให้แก่ อปท.
2. กำหนดระบบ/กลไก การประเมินความพร้อมของ อปท. ที่จะรับการถ่ายโอน สถานีอนามัย
3. เสนอปรับปรุงกฎเกณฑ์ กฎหมายและระเบียบต่างๆ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และกลไกในข้อ 1. และ 2.

↓

คำสั่งคณะกรรมการกำหนดกลไกกระบวนกวนการฯ ที่ 1 /49 ลว. 4 ก.ย. 49

→ คณะอนุกรรมการศึกษาและพัฒนาระบบประเมินผลและถอดบทเรียนจากการทดลองถ่ายโอน สถานีอนามัย ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

→ ศึกษาและพัฒนาระบบการประเมินผลและถอดบทเรียนจากการทดลองเรื่องการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.5 ขั้นตอนการดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัยในระดับจังหวัด

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุข ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับจังหวัด 18

1. กำหนดนโยบายและแนวทางการบริหารงาน ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. เห็นชอบให้ถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ละแห่งที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
3. กำกับ ติดตาม ประเมินผลและรายงานผลให้ส่วนกลางและระดับชาติ
4. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อปฏิบัติภารกิจที่มอบหมาย
5. ให้ความเห็นในการบริหารงานบุคลากรสาธารณสุขในท้องถิ่น ในด้าน
   - การโอนย้าย การรับโอน การกำหนดตำแหน่งและกรอบอัตรากำลัง
   - ความก้าวหน้าและสวัสดิการ
   - การจัดสรรโควตานักเรียนทุน
   - การกระจายกำลังคนและการพัฒนากำลังคนของท้องถิ่น
6. กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานสาธารณสุข และมาตรฐานการบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับส่วนกลาง
7. กำหนดภารกิจงานสาธารณสุขในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
8. ให้ความเห็นชอบแผนงานด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในส่วนของงบประมาณอุดหนุนจากกระทรวงสาธารณสุข
9. ช่วยเหลือ สนับสนุนและเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ
10. ภารกิจอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มอบหมาย
11. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติภารกิจที่มอบหมาย

แต่งตั้งโดยคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ อำนาจตาม พ.ร.บ.ข้อ 13 และแผนฯ ข้อ 6.5.3

คณะทำงานประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9 คน

1. ประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัย ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนด
2. ประเมินผลสำเร็จตามแผนการกระจายอำนาจฯ และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจฯ

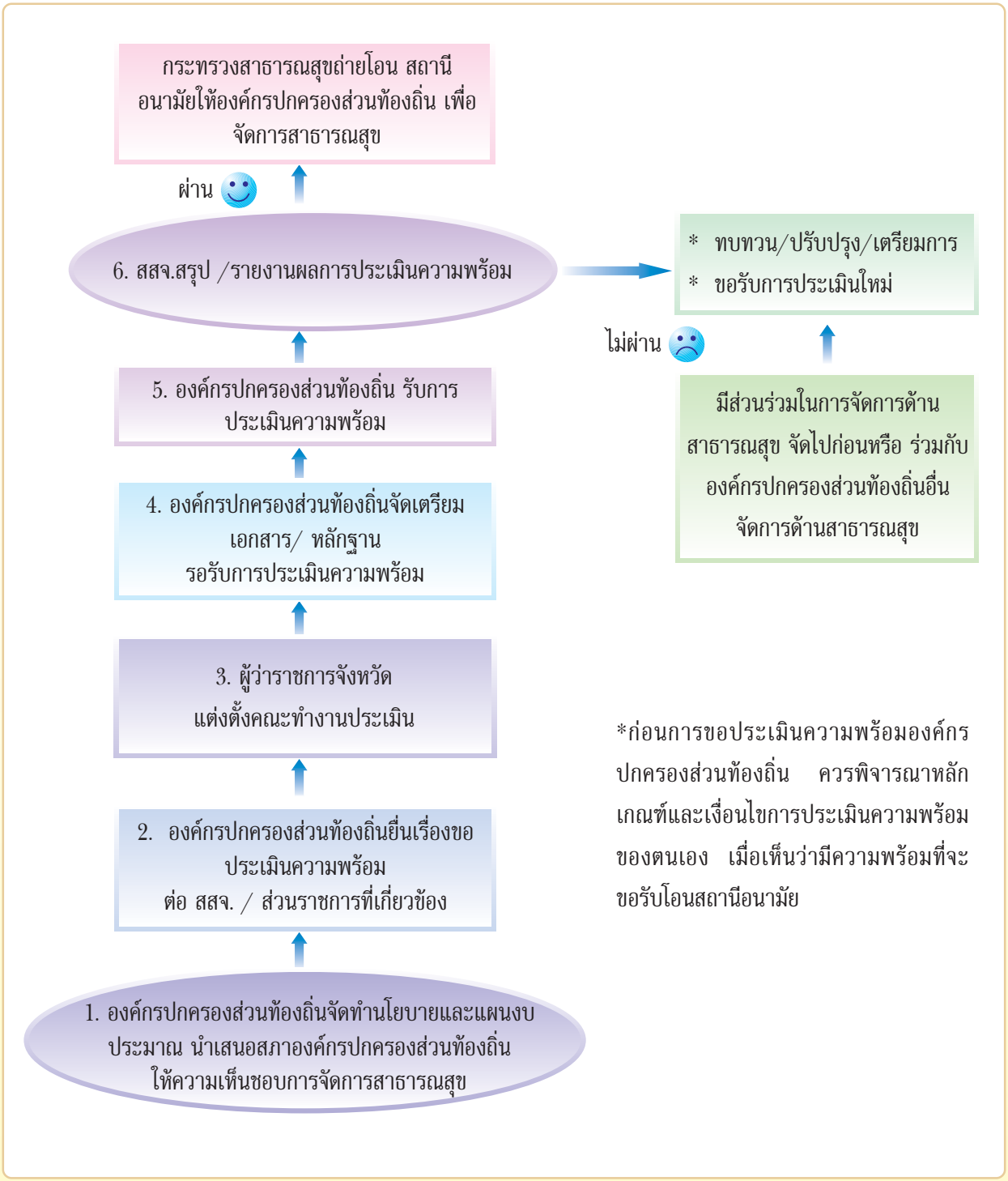
2.6 หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินความพร้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 8 ตัวชี้วัด

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด
1. ประสบการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหรือมีส่วนร่วมจัดการด้านสาธารณสุข	1. ระยะเวลาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดหรือมีส่วนร่วมหรือส่งเสริมสนับสนุนการจัดการด้านสาธารณสุขถึงปีที่ประเมิน 2. ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข 3. ความร่วมมือของชุมชนในการจัดการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4. การส่งเสริม สนับสนุนแก่สถานีอนามัยก่อนการขอรับโอน เช่นด้านทรัพย์สิน/ด้านวิชาการ/ด้านบริการและกิจกรรม / ด้านอื่นๆ
2. แผนการเตรียมความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขหรือแผนพัฒนาการจัดการด้านสาธารณสุข ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพร้อมด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับระดับ ประเภท และรูปแบบการจัดการสาธารณสุข	5. มีแผนในลักษณะแผนกลยุทธ์หรือแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมและ/หรือ แผนพัฒนาระบบส่งต่อ/แผนรองรับภาวะวิกฤติ/โรคติดต่อระบาดรุนแรง และ/หรือ แผนในการวางระบบกำกับควบคุม ตรวจสอบเพื่อนำไปสู่ความเชื่อมั่นว่าจะจัดการด้านสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน
3. วิธีการบริหารและการจัดการด้านสาธารณสุข	6. รูปแบบวิธีการบริหารและการจัดด้านสาธารณสุข
4. การจัดสรรงบประมาณเพื่อการสาธารณสุข	7. สัดส่วนการใช้งบประมาณ(รวมเงินอุดหนุนทั่วไปและเงินกู้ แต่ไม่รวมเงินอุดหนุนเฉพาะกิจจากรัฐ) เพื่อการจัดการด้านสาธารณสุขเฉลี่ย 3 ปี งบประมาณย้อนหลัง
5. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	8. ความเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเขตบริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อความพร้อมในการจัดด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.7 เกณฑ์การผ่านการประเมินความพร้อมในการจัดการด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และลักษณะการจัดการด้านสาธารณสุขตามผลการประเมิน

ระดับเฉลี่ยที่ได้	มีความพร้อมระดับ	ข้อเสนอแนะของลักษณะการจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ไม่ถึงร้อยละ 50	ต่ำ	- ให้มีส่วนร่วมในการจัดด้านสาธารณสุขไปก่อนเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดการสาธารณสุขเองในอนาคต - อาจร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นจัดการด้านสาธารณสุข - กระทรวงสาธารณสุขเตรียมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอน
ร้อยละ 50 แต่ไม่เกินร้อยละ 70	กลาง	- ให้จัดการบริการสาธารณสุขในด้านการควบคุมโรคและสร้างเสริมสุขภาพ - อาจร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นจัดการด้านสาธารณสุข - กระทรวงสาธารณสุขเตรียมความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อรองรับการถ่ายโอน
ตั้งแต่ร้อยละ 70 ขึ้นไป	สูง	ให้จัดและรับโอนสถานีอนามัยครอบคลุมภารกิจ ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ

ภาพที่ 11.2 ขั้นตอนการประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสาธารณสุข



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.8 รายชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/สถานีอนามัยที่ถ่ายโอน 28 แห่ง

	จังหวัด	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	สถานีอนามัย
1	ลำปาง	1. อบต. ลำปางหลวง อ.เกาะคา	1. สอ. ลำปางหลวง
2	ตาก	2. อบต. วังหมัน อ. สามเงา	2. สอ. วังหวาย
3	กำแพงเพชร	3. อบต. วังแขม อ. คลองขลุง	3. สอ. วังแขม
			4. สอ. บ่อทอง
4	อุทัยธานี	4. อบต. หาดทนง อ. เมือง	5. สอ. หาดทนง
5	บุรีรัมย์	5.ทต. หนองแวง อ. ละหานทราย	6. สอ. หนองตาเยา
			7. สอ. หนองหว้า
6	อุดรธานี	6. อบต. นาพู่ อ. เพ็ญ	8. สอ. นาพู่
7	พระนครศรีอยุธยา	7. ทต. บางนมโค อ. เสนา	9. สอ. บางนมโค
8	ปทุมธานี	8. ทม. บึงยี่โถ อ. ธัญบุรี	10. สอ. บึงยี่โถ
9	ลพบุรี	9. ทม. เขาสามยอด อ. เมือง	11. สอ. เขาสามยอด
10	กาญจนบุรี	10. ทต. วังศาลา อ. ท่าม่วง	12. สอ. วังศาลา
11	สมุทรสงคราม	11. อบต. บ้านปรก อ. เมือง	13. สอ. บ้านปรก
12	จันทบุรี	12. อบต. เกาะขวาง อ. เมือง	14. สอ. เกาะขวาง
13	ราชบุรี	13 อบต. ด่านทับตะโก อ. จอมบึง	15. สอ. ด่านทับตะโก
		14. ทต. บ้านฆ้อง อ. โพธาราม	16. สอ.ต. บ้านฆ้อง
14	เพชรบุรี	15. อบต. บ้านหม้อ อ. เมือง	17. สอ. บ้านหมอ
15	สระแก้ว	16. อบต. พระเพลิง อ. เขาฉกรรจ์	18. สอ. นาคันหัก
		17. อบต. คลองหินปูน อ. วังน้ำเย็น	19. สอ. คลองตาสูตร
			20. สอ. คลองหินปูน
16	นครศรีธรรมราช	18. อบต. ปากพูน อ. เมือง	21. สอ. บ้านศาลาบางปู
			22. สอ. บ้านปากพูน
17	กาฬสินธุ์	19. อบต. ทุ่งคลอง อ. คำม่วง	23. สอ. บ้านเดื่อเก่า
18	เชียงใหม่	20. ทต. สุเทพ อ. เมือง	24. สอ. สุเทพ
		21 อบต. ท่าผา อ. แม่แจ่ม	25. สอ. บ้านป่าแดด
		22. อบต. สันนาเม็ง อ. สันทราย	26. สอ. บ้านสันนาเม็ง
		23. อบต. ดอนแก้ว อ. แม่ริม	27. สอ. ดอนแก้ว
19	สุราษฎร์ธานี	24. อบต. เกาะพะงัน อ. เกาะพะงัน	28. สอ. บ้านโฉลกหลำ

2.9 การประเมินผลคณะกรรมการดำเนินการฯที่กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งขึ้น ได้ขอให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการประเมินการถ่ายโอนสถานีอนามัย โดยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นในขั้นเตรียมการ เมื่อดำเนินการถ่ายโอนสถานีอนามัย 28 แห่งแรกให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขก็ได้จัดให้มีนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยขอนแก่นทำการ ประเมินผลหลังการถ่ายโอน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานอื่นประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการถ่ายโอนสถานีอนามัย โดยสรุปได้ตามตาราง

การวิเคราะห์การติดตามประเมินผลหลังการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 หน่วยงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
1. ด้านบุคลากร 1.1 ข้อดี (1) บุคลากรเพียงพอ ดูแลใส่ใจผู้รับบริการ ให้เวลาในการบริการ และปฏิบัติงานอย่างโปร่งใส	(1) บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจมาก เรื่องการถ่ายโอน หลักเกณฑ์และแนวทางการถ่ายโอน สิทธิประโยชน์ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมใน สถานีอนามัยว่ายังเหมือนเดิม	(1) มีผลต่อขวัญและกำลังใจ เจ้าหน้าที่ในประเด็นของการได้รับโบนัสเพิ่มขึ้น	
1.2 ข้อที่ควรแก้ไข (1) กรณีบุคลากรถ่ายโอนมาไม่ครบ และเมื่อมีการโอนย้ายบุคลากรจากที่อื่น ทำให้ต้องใช้เวลาในการปรับตัว และเรียนรู้บริบทในพื้นที่ และการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย	(1) จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ถ่ายโอนจำนวนน้อยเกินไป ไม่สัมพันธ์กับภาระงาน ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องทำงานหนักขึ้น (2) ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนบุคลากรสาธารณสุข ขาดความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง และเลื่อนระดับ (3) สิทธิสวัสดิการของบุคลากรที่ถ่ายโอนไม่ชัดเจน	(1) หากการถ่ายโอนบุคลากรน้อยกว่าที่เคยมีและล่าช้า จะทำให้ประสิทธิภาพและคุณภาพในการทำงานลดลง (2) บุคลากรที่ถ่ายโอนไปไม่เพียงพอ (3) ขาดความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เช่น เสียสิทธิในการเลื่อนระดับ จากการปรับโครงสร้างสถานีอนามัย ของกระทรวงสาธารณสุข	- การประชุมเตรียมความพร้อม ได้ชี้แจงเรื่องสิทธิการจ่ายตรงให้เจ้าหน้าที่รับทราบแล้ว และได้มีการประสานท้องถิ่นให้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ / ครอบครัว ที่มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัว ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความจำเป็นต้องจัดอบรมเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรก่อนถ่ายโอนทุกครั้ง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
	(4) หน่วยงานต้นสังกัดเดิม ไม่ให้การสนับสนุนบุคลากรในการปฏิบัติงานตลอดจนขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพ และไม่มีส่วนร่วมในการประชุมของกระทรวงสาธารณสุขเหมือนก่อนถ่ายโอน (5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บางแห่งขาดความชอบธรรมในการพิจารณาความดีความชอบ	(4) เสียสิทธิในการเบิกจ่ายตรงค่ารักษาพยาบาล (5) เจ้าหน้าที่กลัวว่าไม่ได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขหลังการถ่ายโอน ซึ่งมีผลต่อขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่ (6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังขาดบุคลากรสาธารณสุข (7) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดประสบการณ์ในการบริหารจัดการงานสาธารณสุข (8) ขาดความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ เรื่องบุคลากรหลังการถ่ายโอน	- บุคลากรสาธารณสุขยังได้รับสิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งสิทธิต่าง ๆ ได้รับเช่นเดียวกับข้าราชการพลเรือนเพียงแต่ต้องสำรองเงินสดก่อน - เสนอให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นกำหนดแนวทางให้ชัดเจนและส่งข้อมูลให้กับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง
2. งบประมาณ และการสนับสนุนวัสดุ เวชภัณฑ์ 2.1 ข้อดี		(1) เปิดโอกาสให้องค์กรชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการเงินกองทุนโดยเป็นเงินที่ได้รับจัดสรรจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมสมทบ (2) สถานีอนามัย ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งสามารถพัฒนางานสาธารณสุขให้มีคุณภาพและ	- ทำให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าใจและมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชนได้ครอบคลุมมากขึ้น - ประโยชน์ต่าง ๆ เกิดขึ้นกับประชาชนโดยตรงคือได้รับบริการที่ไม่ต่างจากเดิมที่สถานบริการอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
		ประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากขึ้น (3) สิ่งสนับสนุนการเบิกจ่ายยา และเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาล มีความสะดวก คล่องตัว	
2.2 ข้อที่ควรแก้ไข (1) ในพื้นที่ตำบลที่มี สอ.หลายแห่ง แต่โอนมาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ครบ ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน เช่น การสนับสนุนงบประมาณ ทรัพยากรต่าง ๆ	(1) ระเบียบการเงินไม่ชัดเจน โดยเฉพาะระเบียบเงินบำรุง รวมทั้งการปรับปรุงยังไม่แล้วเสร็จ (2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่ทราบหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนงบประมาณให้กับสถานีอนามัย (3) งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนน้อยเกินไป (4) การบริหารงบประมาณของกองทุนต่าง ๆ ไม่มีความชัดเจน (5) บุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบการเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการทำบัญชีและรายงานการเงิน / การคลังต่าง ๆ	(1) ความไม่ชัดเจนในกฎระเบียบของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ระเบียบงบประมาณ (2) ขาดความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติเรื่อง งบประมาณ การเงินหลังการถ่ายโอน (3) ขาดงบประมาณสำหรับการพัฒนางานสาธารณสุข เนื่องจากไม่ได้ตั้งงบประมาณไว้รองรับ	- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจัดทำหลักสูตรการเงินการคลังของท้องถิ่น และสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้เข้าอบรม - กระทรวงสาธารณสุขไม่มีงบประมาณจัดสรรให้กับท้องถิ่นมีแต่งบประมาณมาจากงบค่าหัวของ สปสช. - หากมีการถ่ายโอนก่อนจัดทำงบประมาณประจำปี ท้องถิ่นก็จะจัดทำข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติ งบประมาณประจำปีไว้สนับสนุนได้ทันต่อสถานการณ์ - กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้จัดทำหลักสูตรการเงินการคลังของท้องถิ่นแล้ว แต่ควรให้บุคลากรสาธารณสุขทุกคนได้รับการอบรมอย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกระดับ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
3. ด้านการปฏิบัติงาน 3.1 ข้อดี (1) การถ่ายโอนสถานีอนามัย เมื่อบุคลากรถ่ายโอนมาทั้งหมด จะทำให้มีความร่วมมือและช่วยเหลือกัน เนื่องจากมีความคุ้นเคยกันมาก่อน ในระดับชุมชน โดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นตัวเชื่อมสำคัญในการขับเคลื่อนงาน ทำให้เกิดเอกภาพในการปฏิบัติงาน (2) มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วน มีพื้นที่ให้บริการที่เหมาะสม อุปกรณ์และเครื่องมือทันสมัย พร้อมให้บริการ มีการพัฒนาแนวทางการบริการที่ทันสมัย (3) ระบบการให้บริการ ระบบการส่งต่อมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น (4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านสุขภาพร่วมกับประชาชน มีการเสนอปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมกัน มีการประเมินผลและรับทราบข้อมูลการปฏิบัติงานที่แล้วเสร็จ ตามแผนงาน/โครงการ		(1) สามารถปฏิบัติงานได้คล่องตัวและรวดเร็วกว่า สามารถแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้ทันเวลา (2) การติดต่อประสานงานได้รับการยอมรับและสนิทสนมจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่า (3) ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนรถฉุกเฉินและบุคลากรในการส่งต่อผู้ป่วย (4) ประชาชนมีความพอใจต่อความสะอาดของสถานที่ที่สะอาดขึ้น (5) ประชาชนได้รับความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการและความเอาใจใส่ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ (6) บุคลากรสาธารณสุขเห็นด้วยว่าการถ่ายโอนจะช่วยให้ประชาชนได้รับประโยชน์จากการบริการดีขึ้น และอาคารสถานที่ของ สถานีอนามัยจะได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น	

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
3.2 ข้อที่ควรแก้ไข (1) เจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การทำงานในช่วงแรกๆ เกิดปัญหาในการบริหารจัดการ (2) กรณีในพื้นที่เดียวกัน แต่ถ่ายโอน สถานีอนามัยไม่ครบทุกแห่ง ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการ การนิเทศงาน ระบบการส่งต่อ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดความสับสนในการปฏิบัติงาน (3) การถ่ายโอน สอ. และบุคลากรมาบางส่วน ทำให้การทำงานไม่เป็นเอกภาพ เนื่องจากนโยบายของหน่วยงานแต่ละแห่งไม่เหมือนกัน ช่วงเวลาของการปฏิบัติงานแตกต่างกัน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการปฏิบัติงาน	(1) การบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความแตกต่างกัน ยังไม่มีแนวทางร่วมในการปฏิบัติ (2) การสนับสนุนการดำเนินงานบางอย่างไม่มีเหมือนถูกตัดขาดจากกระทรวงสาธารณสุข (3) การดำเนินงาน การปรับปรุงแก้ไข ระเบียบ กฎต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ล่าช้า (4) แพทย์มาให้บริการที่สถานีอนามัยน้อยไปขาดบริการด้านทันตกรรมในบางพื้นที่ (5) งานบริการยังไม่ครบทุกด้าน เช่น ยังขาดบริการด้านทันตกรรมในบางพื้นที่	(1) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ต้องการให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนกรอบอัตรากำลังจัดสรรบุคลากร ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ให้เพียงพอ ตลอดจนสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ได้รับการศึกษาต่อ และพัฒนาองค์ความรู้ วิชาการต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข	- การเสนอเพิ่มกรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถเสนอเข้าคณะกรรมการท้องถิ่นจังหวัดได้โดยตรง โดยมีเหตุผลความจำเป็นที่สมควร - ขณะนี้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้จัดทำ **หลักเกณฑ์ว่าด้วยการนำเงินรายได้ของศูนย์บริการสาธารณสุขของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการถ่ายโอนไปใช้จ่าย พ.ศ. 2552** เสร็จเรียบร้อย และประกาศใช้แทนระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุข
4 การบริหารจัดการ 4.1 ข้อดี (1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัย มีความสัมพันธ์จาก	(1) มีระบบบริหารจัดการที่รวดเร็ว สายการบังคับบัญชาสั้นลง มีอิสระ	(1) การกำหนดนโยบายในการปฏิบัติงาน สามารถปฏิบัติงานได้มากกว่ากรอบที่	

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
การทำงานร่วมกันการเป็นเครือญาติ การเป็นคนภูมิลำเนาเดียวกัน (2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัย มีประสบการณ์ และความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกัน (3) กระบวนการอนุมัติงบประมาณในการดำเนินงานสั้นลง ทำให้สามารถทำงานได้รวดเร็วขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น	ในการบริหารงานมากขึ้น (2) มีความก้าวหน้าในสายงาน สามารถเปลี่ยนสายงานบริหารได้ง่ายขึ้น (3) สถานีอนามัยได้รับการปรับปรุงดีขึ้น ทั้งด้านโครงสร้างและวัสดุอุปกรณ์	กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้และตอบสนองปัญหาประชาชนได้ตรงจุดมากขึ้น (2) ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนรถฉุกเฉินและบุคลากรในการส่งต่อผู้ป่วย	
4.2 ข้อที่ควรการแก้ไข	(1) กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร ยังมีความไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่อง การบริหารบุคลากร และงบประมาณ (2) ความเชื่อมโยงของระบบเครือข่าย การดำเนินงาน/บริการ ระหว่างหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ชัดเจน (3) หน่วยงานต้นสังกัดเดิมของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ให้การสนับสนุนเหมือนก่อนถ่ายโอน เพราะเห็นว่าสถานีอนามัย ที่ถ่ายโอนมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับ	(1) รัฐบาลควรสร้างความชัดเจนในเรื่องนโยบายตลอดจนแนวทางปฏิบัติในการถ่ายโอน (2) กระทรวงสาธารณสุข ไม่ชัดเจนในการกำหนดนโยบายในการถ่ายโอนสถานีอนามัยที่เหลือในระยะต่อไป และบางจังหวัดไม่ให้การสนับสนุนการถ่ายโอน ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความไม่มั่นใจ (3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง ยังไม่มีการจัดตั้งกอง/ฝ่ายสาธารณสุข เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย (4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดความพร้อมในการบริหารจัดการ เนื่องจาก	- ขณะนี้เหลือองค์การบริหารส่วนตำบลเกาะพะงันแห่งเดียวที่ยังไม่ได้จัดตั้งฝ่ายสาธารณสุข ดังนั้นงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานปลัดฯ เป็นผู้รับผิดชอบ เนื่องจาก อบต.เกาะพงัน เป็นพื้นที่พิเศษ เป็นแหล่งท่องเที่ยวเป็นพื้นที่เกาะ ทำให้การสรรหาบุคลากรยากและงบประมาณด้านบุคลากรของท้องถิ่นเกือบถึงร้อยละ 40 องค์การบริหารส่วนตำบล จึงชะลอการจัดตั้งฝ่ายสาธารณสุข - เกณฑ์การประเมินความพร้อมกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำโดยมีเครือข่ายจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
(2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัยมีประสบการณ์ และความเชื่อมั่นในการทำงานร่วมกัน (3) กระบวนการอนุมัติงบประมาณในการดำเนินงานสั้นลง ทำให้สามารถทำงานได้รวดเร็วขึ้น มีประสิทธิภาพมากขึ้น	งบประมาณจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับโอนแล้ว (4) แนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ อปท. มีความแตกต่างกัน (5) การปรับปรุง แก้ไขกฎ ระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ล่าช้า และไม่มีความชัดเจน มีความยากและซับซ้อน (6) ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งไม่เข้าใจงานสาธารณสุขเท่าที่ควร (7) ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่ง มีส่วนร่วมน้อยในการบริหารจัดการ รวมทั้งมีการติดตามการดำเนินงานในสถานีอนามัย น้อยมาก	ยังขาดประสบการณ์ในด้านนี้ (5) เกณฑ์การประเมินความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะรับโอนสถานีอนามัย (6) เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในหลักเกณฑ์และกฎระเบียบต่าง ๆ ในการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของงบประมาณและบุคลากร	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินการและผ่านความเห็นชอบจาก กกถ.แล้ว
5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 5.1 ข้อดี (1) ประชาชนมีความพึงพอใจในมาตรฐานของสถานีอนามัย และการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยที่ดีกว่าเดิม เช่น ระบบบริการ ระบบส่งต่อ ความเป็นธรรมในการให้บริการ (บัตรคิว) การบริการทุกวัน	(1) ระบบบริการดีขึ้น การให้บริการรวดเร็วขึ้น ถูกต้อง ครบถ้วน มีการสนับสนุนยา และเวชภัณฑ์เพิ่มขึ้น มีการสนับสนุนแพทย์ ทันตแพทย์ เพื่อมาให้บริการที่สถานีอนามัยเพิ่มขึ้น	(1) ประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ทราบเรื่องการถ่ายโอนสถานีอนามัย ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเห็นด้วยกับการถ่ายโอน (2) ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อความสะอาดของสถานที่ที่ดีขึ้น	- ประโยชน์ในการดำเนินงานครั้งนี้เกิดขึ้นกับประชาชนโดยตรงและประชาชนยังเป็นผู้ที่ช่วยตรวจสอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของท้องถิ่นด้วย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
การจัดบริการทันตกรรม มีบริการเยี่ยมบ้าน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีคุณภาพรวดเร็ว มีบริการกรณีอุบัติเหตุ ทั้งในและนอกเวลาทำการ (2) มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วน มีพื้นที่ให้บริการที่เหมาะสม อุปกรณ์ เครื่องมือทันสมัย พร้อมให้บริการ มีการพัฒนาแนวทางการบริการที่ทันสมัย (3) มีบุคลากรเพียงพอ ดูแลใส่ใจผู้รับบริการ ให้เวลาในการบริการและปฏิบัติงานอย่างโปร่งใส (4) ระบบการให้บริการ (การรักษาอาการเจ็บป่วย) ระบบการส่งต่อเหมาะสม มีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น (5) ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ มีการเสนอปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาร่วมกัน	(2) มีการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น (3) สถานีอนามัยมีการปรับปรุงดีขึ้น ทั้งทางด้านโครงสร้าง วัสดุ อุปกรณ์	(3) การให้บริการ สะดวกรวดเร็ว เจ้าหน้าที่มีความเอาใจใส่ในการให้บริการ (4) เครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ มีความพอเพียงในการให้บริการ (5) เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุข (6) ประชาชนมีความพึงพอใจต่อความสะอาดของสถานที่ (7) ประชาชนได้รับความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ และความเอาใจใส่ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่	
5.2 ข้อที่ควรแก้ไข -	-	-	-
6. ความเห็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6.1 ข้อดี		(1) ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความกระตือรือร้นที่จะรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย มีวิสัยทัศน์และมีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข	- ทำให้การถ่ายโอนค่อนข้างราบรื่นและการสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขเกิดการยอมรับจากบุคลากรของท้องถิ่นและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข	สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ
			ประชาชนโดยตรง
6.2 ข้อที่ควรแก้ไข		(1) ผู้บริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องการให้ส่วนราชการเดิมเป็นพี่เลี้ยง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปก่อน รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการถ่ายโอน สนับสนุนวิชาการ ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และจัดสรรบุคลากรที่มีความประสงค์จะถ่ายโอนไปอยู่กับท้องถิ่น	- กระทรวงสาธารณสุขโดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล ขณะนี้ให้การสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงให้กับสถานีอนามัยที่ถ่ายโอนเป็นอย่างดี มีเพียงระยะแรกๆ ที่สาธารณสุขอำเภอบางแห่งเข้าใจว่าสถานีอนามัยที่ถ่ายโอนไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วไม่ต้องดู และสถานีอนามัยยังคงเป็นกรรมการและเข้าร่วมในการประชุม คปสอ.อยู่เช่นเดิม

ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเป็นปีสิ้นสุดของระยะเวลาในแผนปฏิบัติการฯ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ได้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 173 แห่ง ยื่นคำขอประเมินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีอนามัย มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมิน 35 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ผ่านการประเมิน รวมทั้งมีเจ้าหน้าที่สมัครใจถ่ายโอนอย่างน้อยร้อยละ 50 ของที่ปฏิบัติงานจริง มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 แห่ง สถานีอนามัย 8 แห่ง ใน 6 จังหวัด ขณะนี้อยู่ในระหว่างรอผลการอนุมัติถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุข

3. บทสรุป

การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเกือบสิบปีนั้น ไม่สามารถดำเนินการ ไปได้มากเท่าที่ควร สาเหตุสำคัญคือแนวคิดที่ยังต้องการรักษาอำนาจส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขเอาไว้ ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินการ รวมทั้งความไม่ชัดเจนของทิศทางและนโยบายการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข ผลที่เกิดขึ้นก็คือมี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่าร้อยแห่งไม่ต้องการรอการถ่ายโอน และได้ดำเนินการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองในพื้นที่ ซึ่งเป็นการลงทุนที่ซ้ำซ้อน

นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องความเชื่อมโยงกันในการทำหน้าที่ของส่วนราชการกับท้องถิ่น หลังการถ่ายโอนภารกิจส่วนราชการทั้งหลายยังต้องมีหน้าที่กำกับดูแล ช่วยเหลือทางด้านเทคนิค วิชาการ ซึ่งเปรียบเสมือนการทำหน้าที่พี่เลี้ยงให้กับท้องถิ่น แต่ปรากฏว่า ไม่มีกลไก/วิธีคิดในการร่วมมือกันทำงานในลักษณะที่ชัดเจน ท้องถิ่นต้องช่วยตัวเอง ผลเสียจึงเกิดแก่ประชาชน

บทที่ 12
การสนับสนุนการเข้าถึงยาและการบังคับใช้สิทธิบัตรโดยรัฐต่อยา

1. บทนำ

กฎหมายสิทธิบัตรของไทยที่บังคับใช้ปัจจุบัน คือ ฉบับ พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2535 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2542 ได้กำหนดให้รัฐสามารถบังคับใช้สิทธิต่อสิทธิบัตรใดๆ รวมทั้งสิทธิบัตรยาได้ ใน 2 กรณี คือ กรณีการใช้สิทธิโดยรัฐ โดยกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ ตามมาตรา 51 และกรณีการใช้สิทธิโดยนายกรัฐมนตรีโดยอนุมัติของคณะรัฐมนตรีในภาวะสงครามหรือภาวะฉุกเฉินตามมาตรา 52 การใช้สิทธิทั้ง 2 กรณีดังกล่าว เป็นไปตามมาตรา 31 แห่งข้อตกลงเรื่องสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า (Agreement on Trade Related Aspect of Intellectual Property Rights) หรือที่เรียกย่อๆ ว่า ข้อตกลงทริปส์ (TRIPs Agreement) ซึ่งตอกย้ำตามปฏิญญาโดฮา (Doha Declaration) ว่าด้วยทริปส์กับการสาธารณสุข ซึ่งสมาชิกองค์การการค้าโลกร่วมกันประกาศที่กรุงโดฮา ประเทศกาตาร์ เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542

มีความพยายามผลักดันให้รัฐใช้สิทธิดังกล่าวในประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2542 โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในนามของ “กลุ่มเพื่อน อ.” โดยการนำของนายจอน อึ๊งภากรณ์ ขอให้กระทรวงสาธารณสุขบังคับใช้สิทธิกับยาต้านไวรัสเอดส์ ชื่อ ดีดีไอ (ddI) แต่ไม่สำเร็จ สาเหตุสำคัญเพราะรัฐเกรงจะกระทบต่อผลประโยชน์ทางการค้า โดยเฉพาะสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากร ที่เรียกย่อๆ ว่า จีเอสพี (GSP : Generalized System of Preferences) และเกรงการถูกตอบโต้ทางการค้าตามมาตรา 301 ของกฎหมายการค้าของสหรัฐ ทำให้ประเทศไทยต้องแบกรับภาระค่ายาราคาแพงเกินสมควร ที่ผูกขาดจากสิทธิตามกฎหมายสิทธิบัตรมาโดยต่อเนื่อง โดยเฉพาะนับตั้งแต่มีการแก้ไขพระราชบัญญัติสิทธิบัตรครั้งแรก เป็นฉบับที่ 2 พ.ศ. 2535 ยอมให้สิทธิบัตรยาครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาด้วย จากเดิมครอบคลุมเฉพาะกรรมวิธีการผลิต ซึ่งการแก้ไขกฎหมายดังกล่าว ประเทศไทยกระทำไปก่อนกำหนดที่องค์การการค้าโลกบังคับไว้ถึง 8 ปี และก่อนประเทศที่อยู่ในกลุ่มพัฒนาน้อย ซึ่งรวมทั้งประเทศอินเดียถึง 13 ปี แต่ในที่สุดประเทศไทยก็มีเหตุผลความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา และตัดสินใจดำเนินการดังกล่าวเมื่อปลายปี พ.ศ. 2549 จนถึงต้นปี พ.ศ. 2551 รวมยาที่มีการประกาศบังคับใช้สิทธิ 7 รายการ เป็นยาต้านไวรัสเอดส์ 2 รายการ ยาโรคหัวใจ 1 รายการ และยามะเร็ง 4 รายการ

2. ความเป็นมา

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขโดยตรง 2 มาตรา ดังนี้

มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน โดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มาตรา 82 รัฐจะต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีมาตรฐานอย่างทั่วถึง

ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกของประเทศไทยที่ผ่านประชามติของประชาชนและบังคับใช้ในปัจจุบัน ได้คงสาระสำคัญของบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขทั้ง 2 มาตรา ไว้ โดยมีการปรับปรุงแก้ไขข้อความบางส่วน เป็นดังนี้

มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(2) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชนรวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และเสริมสร้างให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

โดยพื้นฐานจากเจตนารมณ์และบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 รัฐสภาได้ตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า โดยมีหลักการสำคัญให้หลักประกันดังกล่าว มีทั้งความเป็นธรรม คุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยเฉพาะตามมาตรา 5 วรรคแรก แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว ที่บัญญัติว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้”

นอกจากนี้ พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 กำหนดให้หน่วยงานของรัฐจะต้องบริหารกิจการให้บรรลุเป้าหมาย 7 ประการ ตามมาตรา 6 ดังนี้

(1) เกิดประโยชน์สุขของประชาชน

(2) เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ

(3) มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ

(4) ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น

(5) มีการปรับปรุงภารกิจของส่วนราชการให้ทันต่อสถานการณ์

(6) ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการ

(7) มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการอย่างสม่ำเสมอ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามรัฐธรรมนูญ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ตัดสินใจเลือกใช้วิธีการบริหารการเงินการคลัง โดยการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว โดยสามารถคำนวณค่าเหมาจ่ายรายหัวในอัตราที่ประหยัดอย่างยิ่ง กล่าวคือ เริ่มต้นที่ 1,202 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งถูกที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราเหมาจ่ายรายหัวของกองทุนประกันสังคม และค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งด้วยเงินจำนวนดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพสามารถบริหารจนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายด้วยดีตามสมควร

อย่างไรก็ดี ปัญหาใหญ่ประการหนึ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงยาของประชาชน และเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลของประเทศสูงเกินสมควรมาอย่างต่อเนื่อง คือปัญหายาราคาแพง โดยเฉพาะยาที่มีสิทธิบัตรซึ่งทำให้มีการผูกขาดและตั้งราคายาตามอำเภอใจ จนทำให้มีความจำเป็นอันไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ที่ต้องพิจารณาการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิตามกรอบที่กำหนดไว้ในกฎหมายของประเทศและกติกาสากล

3. ขั้นตอนการดำเนินการ

ยารายการแรกที่ได้รับการพิจารณาถึงเหตุผลความจำเป็นที่อาจต้องใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิคือยาต้านไวรัสเอดส์

อนุสนธิจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดสิทธิประโยชน์ให้เข้าถึงยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ปีแรกได้ยกเว้นกลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์ไว้เพราะข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ แต่ปีต่อมารัฐบาลตัดสินใจประกาศนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถ้วนหน้า ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักมนุษยธรรม และบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน”

เพื่อให้นโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์อย่างถ้วนหน้า เป็นไปโดยประหยัดและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้ยาสูตรที่ราคาถูกที่สุด คือ ยาจีพีโอเวียร์ขององค์การเภสัชกรรม ซึ่งมีตัวยาชนิดหนึ่งที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ได้ คือยาเนวิราพีน จำเป็นต้องเปลี่ยนไปใช้ยาสูตรใหม่ซึ่งติดสิทธิบัตรและราคาแพง คือ ยาเอฟาวิเรนซ์ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งจะเกิดการดื้อยาโดยธรรมชาติ จำเป็นต้องเปลี่ยนไปใช้ยาสูตรใหม่ซึ่งติดสิทธิบัตรและราคาแพง คือ ยาสูตรผสม ริโทนาเวียร์ / โลพินาเวียร์

ได้มีความพยายามในการเจรจาต่อรองกับบริษัทยาผู้ทรงสิทธิบัตรมาโดยต่อเนื่อง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งที่ 360 / 2548 แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจเพื่อเจรจาต่อรองราคายาจำเป็นที่มีสิทธิบัตร มีเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นประธาน มีผู้ทำงานจากภายนอกกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นคณะทำงาน ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักสิทธิบัตร และผู้แทนกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ร่วมเป็นคณะทำงานด้วย มีการเจรจาต่อรองยาต้านไวรัสเอดส์ 3 รายการ คือ ยาเอฟาวิเรนซ์ ของบริษัท เมอร์ค ชาร์ป แอนด์ โดห์ม จำกัด ยาริโทนาเวียร์ / โลพินาเวียร์ ของบริษัทแอ็บบอตลาบอแรตอรีส จำกัด และยาอทาซานาเวียร์ ของบริษัทบริสตอล ไมเออร์ สควิปป์ จำกัด แต่ปรากฏผลตามรายงานของคณะทำงานว่า “การเจรจากับบริษัทยาในเบื้องต้นก็ไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่ได้รับความร่วมมือจากบริษัทยา.....”

ก่อนหน้านั้น กรมควบคุมโรคได้มีหนังสือ ที่ สธ. 0424.4/7/6673 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 ขอลดราคายาเอฟาวิเรนซ์กับบริษัท เมอร์ค ชาร์ป แอนด์ โดห์ม จำกัด และหนังสือที่ สธ 0424.4/7/6692 ลงวันที่เดียวกัน

ถึงบริษัทแอ็บบอต ลาบอแรตอรีส จำกัด ขอลดราคายาริโทนาเวียร์ / โลพินาเวียร์ ซึ่งล้มเหลวเช่นกัน

ต่อมาคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีคำสั่งที่ 4/2549 ลงวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2549 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการดำเนินการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์โดยรัฐ (Government Use) มีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นประธาน ในคณะกรรมการดังกล่าวนอกจากบุคลากรด้านสุขภาพ ตัวแทนผู้ป่วยเอดส์และมะเร็งแล้ว ยังมีผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และผู้แทนกรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์ ร่วมเป็นคณะกรรมการด้วย คณะกรรมการชุดดังกล่าว เป็นผู้เสนอยาทุกรายการที่มีการดำเนินการบังคับใช้สิทธิในเวลาต่อมา โดยผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก่อนเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่า การดำเนินการบังคับใช้สิทธิในเวลาต่อมา ได้ผ่านการพิจารณาของผู้เกี่ยวข้อง และได้มีการเจรจาต่อรองกับผู้ทรงสิทธิบัตรตามสมควรแล้ว

4. การประกาศบังคับใช้สิทธิกับยา 3 รายการแรก

การประกาศบังคับใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา 3 รายการแรก คือ ยาต้านไวรัสเอดส์ 2 รายการ ได้แก่ ยาเอฟาวิเรนซ์ ยาริโทนาเวียร์ / โลพินาเวียร์ และยาป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 รายการ ได้แก่ ยาโคลพิโดเกรล ดำเนินการตามมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร โดยยาเอดส์ประกาศโดยอธิบดีกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 และวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2550 ส่วนยาโรคหัวใจ โคลพิโดเกรล ประกาศโดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2550

นอกจากประกาศการใช้สิทธิและแจ้งต่อผู้ทรงสิทธิแล้ว มีการแจ้งต่ออธิบดีกรมทรัพย์สินทางปัญญา และทั้งสามรายการมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้นำเข้ายาสามัญเข้ามาใช้

เหตุผลความจำเป็นของการประกาศใช้สิทธิ์ยาทั้ง 3 รายการ ปรากฏรายละเอียดอย่างชัดเจนในประกาศทั้ง 3 ฉบับ เช่น กรณียาเอฟาวิเรนซ์ ได้ชี้แจงทั้งอำนาจตามกฎหมายและเหตุผลความจำเป็นและเงื่อนไขไว้ดังนี้

เป็นที่ทราบกันดีว่า การระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวี (เอดส์) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขโดยขณะนี้ประมาณได้ว่ามีคนไทยมากกว่าหนึ่งล้านคนแล้วที่ติดเชื้อเอชไอวี และในจำนวนนี้ยังมีชีวิตอยู่มากกว่าห้าแสนคน ซึ่งในระยะยาวจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการดำรงชีพปกติเฉกเช่นผู้อื่น ในขณะที่งบประมาณสำหรับจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2549 มีเพียง 2,796.2 ล้านบาท สำหรับเป้าหมาย จำนวน 82,000 คนเท่านั้น

แม้ปัจจุบัน จะมียาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิผลในเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถยืดอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างแท้จริง และรัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายที่จะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถเข้าถึงยาได้ทุกคน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา และได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้เป็นการเฉพาะ แต่ยังมียาต้านไวรัสเอชไอวีบางชนิดที่ยากต่อการเข้าถึง ทั้งที่จำเป็นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะมีประสิทธิผลดีและผลข้างเคียงไม่สูง ทั้งนี้เพราะยาเหล่านี้เป็นยาที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ตามพระราชบัญญัติสิทธิบัตรดังกล่าว ทำให้สามารถทำการตลาดโดยปราศจากการแข่งขัน จึงมีราคาสูง เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ป่วยที่รัฐจะจัดให้ได้

ยา Efavirenz ได้รับการพิสูจน์แล้วในระยะเวลาที่ผ่านมาว่าเป็นยาต้านไวรัสเอชไอวีชนิดหนึ่ง ที่มีประสิทธิผลสูงในการรักษา มีพิษภัย และอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาไม่มาก และจัดอยู่ในสูตรยาในระบบหลักประกันการเข้าถึงยาเอดส์แห่งชาติ แต่เนื่องจากยาชนิดนี้มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ทำให้องค์การเภสัชกรรมหรือผู้ผลิตรายอื่นไม่สามารถผลิต หรือนำเข้ามาจำหน่ายเพื่อแข่งขันในตลาดได้ ราคายาในประเทศไทยจึงสูงกว่ายาชนิดเดียวกันที่เป็นยาชื่อสามัญในประเทศอินเดียถึง

สองเท่า งบประมาณที่รัฐจัดสรรสำหรับใช้จัดหายานี้จึงครอบคลุมผู้ป่วยได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ผู้ป่วยที่เหลือจำเป็นต้องใช้ยาอื่นที่ไม่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง เพราะมีราคาถูกกว่า แม้จะได้ผล แต่ก็มีอัตราการเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงสูงกว่าสูตรยา Efavirenz หลายเท่า

ภายใต้ปฏิญญาโดฮาที่ว่าด้วยทริปส์กับการสาธารณสุข (Doha Declaration) ระบุไว้ว่า ประเทศสมาชิกมีสิทธิที่จะปกป้องการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมการเข้าถึงยาอย่างถ้วนหน้าด้วยการบังคับใช้สิทธิในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน รวมทั้งที่เป็นประโยชน์สาธารณะ โดยเฉพาะยาที่จำเป็นต่อการบำบัดรักษาโรคเอดส์ วัณโรค มาเลเรีย และโรคระบาดอื่นๆ อีกทั้งภายใต้กฎหมายว่าด้วยสิทธิบัตรของไทยได้บัญญัติให้กระทรวง ทบวง กรม ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สาธารณะที่มิใช่ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ดังกล่าวแล้ว

ดังนั้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจึงอาศัยบทบัญญัติ มาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาที่มีชื่อการค้าว่า Stocrin (ชื่อสามัญคือ Efavirenz) โดยให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ใช้สิทธิแทนตามสิทธิที่กำหนดไว้ในมาตรา 36 วรรค 1 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

(1) ให้ใช้สิทธิตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2554

(2) เพื่อจัดให้มียาชื่อสามัญดังกล่าวจำนวนที่เพียงพอในการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้องใช้ยานี้จำนวนไม่เกินกว่า 200,000 คนต่อปี ไว้บริการเฉพาะผู้มีสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของทางราชการ

(3) กำหนดค่าตอบแทนให้แก่ผู้ทรงสิทธิบัตร จำนวนไม่เกินร้อยละ 0.5 ของมูลค่าการจำหน่ายยาชื่อสามัญดังกล่าวโดยองค์การเภสัชกรรม

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขจะแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรและกรมทรัพย์สินทางปัญญาให้ทราบโดยมิชักช้า

5. การจัดหายาที่บังคับใช้สิทธิ

โดยที่ประเทศไทยได้ถูกบังคับให้แก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยามาตั้งแต่ พ.ศ.2535 จึงไม่มีบริษัทยาในประเทศแห่งใดที่ลงทุนศึกษาวิจัยและผลิตยาชื่อสามัญของยาที่ยังมีสิทธิบัตรออกมา การจัดหายาชื่อสามัญเข้ามาใช้แทนยาที่มีสิทธิบัตรจึงจำเป็นต้องจัดหาจากต่างประเทศเท่านั้น ซึ่งประเทศที่ได้พัฒนาการผลิตยาชื่อสามัญมาอย่างมาก จนได้ยาที่มีคุณภาพเชื่อถือได้และราคาถูกคือประเทศอินเดีย ซึ่งยืนหยัดกฎหมายสิทธิบัตรครอบคลุมเฉพาะกรรมวิธีการผลิตยา จนกระทั่งถึงกำหนดขององค์การการค้าโลก ในปี พ.ศ. 2548 จึงยอมแก้ไขกฎหมายให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์ยาด้วย ช่วงเวลากว่าทศวรรษที่ผ่านมา อินเดียได้พัฒนาอุตสาหกรรมยาอย่างก้าวกระโดด สามารถผลิตยาที่ได้มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก และของประเทศเจริญแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาและยุโรป จนสามารถส่งยาไปขายได้เกือบทั่วโลก และข้อสำคัญยังมีโรงงานจำนวนมาก สามารถผลิตตัวยาขึ้นใช้เองและส่งไปขายยังต่างประเทศในราคาย่อมเยาได้ด้วย

ก่อนประกาศบังคับใช้สิทธิ กระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมการตรวจสอบยาชื่อสามัญที่อยู่ในเกณฑ์จะต้องนำเข้ามาทดแทนยาราคาแพงของผู้ทรงสิทธิบัตรไว้แล้ว เมื่อมีการประกาศใช้สิทธิ องค์การเภสัชกรรม จึงสามารถดำเนินการจัดหายาที่ประกาศใช้สิทธิเข้ามาใช้ได้โดยลำดับ อย่างไรก็ดี เพื่อความมั่นใจในเรื่องคุณภาพของยา และต้องดำเนินการตามกฎหมายของประเทศ ยาชื่อสามัญที่นำเข้ามาตามประกาศบังคับใช้สิทธิจำเป็นต้องผ่านกระบวนการขึ้นทะเบียนอย่างเข้มงวดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และต้องผ่านการตรวจรับรองคุณภาพอย่างเคร่งครัด จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือหน่วยงานในต่างประเทศ ในกรณีที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่สามารถตรวจสอบได้ ทำให้ยาแต่ละรายการที่นำเข้า

ต้องใช้เวลายาวนานพอสมควรก่อนจะถึงมือผู้ป่วย

น่ายินดีที่ยาแต่ละรายการที่นำเข้า ราคาถูกกว่ายาของผู้ทรงสิทธิอย่างชัดเจน โดยเฉพาะยาหัวใจโคลพิโดเกรล ซึ่งยาของผู้ทรงสิทธิราคาเม็ดละประมาณ 70 บาท องค์การเภสัชกรรมสามารถประมูลได้ในราคาเพียง เม็ดละ 1.06 บาท เท่านั้น

6. การตอบโต้จากผู้ทรงสิทธิ

หลังการประกาศบังคับใช้สิทธิ ผู้ทรงสิทธิทั้ง 3 ราย มีปฏิกิริยาตอบสนองและตอบโต้ในลักษณะแตกต่างกัน

บริษัท เมอร์ค ชาร์ป แอนด์ โดห์ม จำกัด แสดงการตอบสนองในทางสร้างสรรค์ ยอมลดราคาลงมา แต่ไม่ถึงเกณฑ์ที่ **คณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ** กำหนด คือยอมให้ยาของผู้ทรงสิทธิมีราคาสูงกว่ายาชื่อสามัญได้ไม่เกินร้อยละ 5 ด้วยเหตุผล เพื่อเป็นการส่งเสริมอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญให้สามารถแข่งขันได้ ซึ่งจะมีผลดีต่อการเข้าถึงยาจำเป็นของประชาชน ประกาศการบังคับใช้สิทธิต่อยาเอฟาวิเรนซ์ของบริษัทดังกล่าวจึงมีผลต่อเนื่องมา

บริษัทแอ็บบอต ลาบอแรตอรีส จำกัด มีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างรุนแรง โดยการขอถอนการขึ้นทะเบียนยาใหม่ 7 รายการ ที่ขอขึ้นทะเบียนไว้ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา นอกจากนี้ยังมีการตอบโต้จากองค์กรและหน่วยงานต่างๆ ในลักษณะตำหนิและประณามการใช้สิทธิของไทย เช่น สมาคมผู้วิจัยและผลิตผลิตภัณฑ์ยาทั้งในประเทศไทย (PReMA) และของสหรัฐอเมริกา (PhRMA) และสภาธุรกิจสหรัฐ – อาเซียน (US ABC : United States – ASEAN Business Chamber) โดยยกเหตุผล ว่าการกระทำของไทยเป็นการขัดขวางการศึกษาวิจัยยาใหม่ และจะมีการตอบโต้โดยงดหรือลดการลงทุนในธุรกิจอื่นๆ ในไทย รวมทั้งสำนักผู้แทนการค้าสหรัฐ (USTR : US Trade Representatives) ก็มีท่าที ในทางลบต่อมาตรการนี้ของไทย โดยต่อมาได้ประกาศยกระดับประเทศไทยในบัญชีรายชื่อที่จะถูกตอบโต้ทางการค้า จากประเทศที่จับตามอง (Watch List) เป็นประเทศที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ (Priority Watch List) นอกจากนี้ เอกอัครราชทูตสหรัฐประจำประเทศไทยในขณะนั้น ก็ขอเข้าพบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แสดงความห่วงใยและแนะนำให้ใช้วิธีการเจรจากับผู้ทรงสิทธิแทนการบังคับใช้สิทธิ ทั้งๆ ที่ทราบ หรือควรทราบดีว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้วิธีการเจรจามาตามสมควรแล้วและไม่ได้ผล

ต่อมามีองค์กรที่เรียกตัวเองว่า USA For Innovation ได้เปิดเว็บไซต์และซื้อโฆษณาในหน้าหนังสือพิมพ์ไทยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเต็มหน้า โจมตีรัฐบาลไทย กระทรวงสาธารณสุข และองค์การเภสัชกรรมอย่างรุนแรง ลามปามไปถึงกรณีเป็นรัฐบาลที่มาจากการรัฐประหารเมื่อวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 **แต่เมื่อสถานเอกอัครราชทูตไทยกรุงวอชิงตันดีซีไปตรวจสอบสถานที่ตั้งขององค์กรนี้ก็ไม่ปรากฏว่ามีอยู่จริง** สื่อมวลชนในต่างประเทศที่โจมตีการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรของประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง คือ หนังสือพิมพ์เดอะวอลล์สตรีต เจอร์นัล

สำหรับบริษัท ซาโนฟี ซึ่งเป็นเจ้าของผลิตภัณฑ์ยาโคลพิโดเกรล ได้ใช้มาตรการทางกฎหมาย โดยมอบให้สำนักกฎหมาย Tilleke & Gibbins แจ้งแก่องค์การเภสัชกรรม และผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งบริษัทยาในอินเดียว่า การประกาศบังคับใช้สิทธิของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ให้ระงับการดำเนินการ ไม่เช่นนั้นจะถูกดำเนินการตามกฎหมาย

7. ทัศนะจากนานาชาติ

ทัศนะจากนานาชาติต่อการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาในประเทศไทยเป็นไปในทางสนับสนุนแทบทั้งสิ้น ทั้งจากบุคคล หน่วยงาน องค์กรจากในและนอกสหรัฐ เช่น องค์การหมอไร้พรมแดน องค์กร Consumer Project on Technology ในสหรัฐ มูลนิธิคลินตัน องค์กร Knowledge Ecology International (KEI) ที่สำคัญมีสมาชิกสภาครองเกรส 22 คน ลงนามในหนังสือถึงสำนักผู้แทนการค้าสหรัฐ มิให้แทรกแซงไทยกรณีการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา ต่อมาผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายในมหาวิทยาลัยอเมริกัน (American University) จัดทำบทวิเคราะห์ สรุปว่าการดำเนินการบังคับใช้สิทธิกับสิทธิ

บัตรยาของไทย ถูกต้อง ทั้งกฎหมายไทย และข้อตกลงทริปส์ และหลังจากสำนักผู้แทนการค้าของสหรัฐประกาศยกระดับไทยเข้าอยู่ในบัญชีประเทศที่ต้องจับตามองเป็นพิเศษ ก็มีสมาชิกสภาคองเกรสสหรัฐ 35 คน ลงชื่อในหนังสือทักท้วงต่อสำนักผู้แทนการค้าสหรัฐกรณีดังกล่าว กรณีไทยจะถูกตัดสิทธิจีเอสพีอัญมณีทองคำ ก็มีประธานคณะกรรมาธิการคนสำคัญของสภาคองเกรส 2 คน ทำหนังสือทักท้วงต่อสำนักผู้แทนการค้าของสหรัฐ

ในต่างประเทศ กระทรวงการพัฒนาการต่างประเทศของอังกฤษ ก็มีหนังสือลงวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 สนับสนุนการบังคับใช้สิทธิของไทย และสภาผู้แทนราษฎรยุโรป ก็มีมติปกป้องประเทศกำลังพัฒนาในเรื่องการเข้าถึงยา เมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

สำหรับองค์การระหว่างประเทศ ก็มีหนังสือสนับสนุนการดำเนินการของไทยอย่างชัดเจน คือ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ตามหนังสือลงวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก ตามหนังสือถึงรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550

8. การชี้แจงของไทย

นอกจากการชี้แจงตอบคำถามของสื่อโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและทีมงานเป็นระยะๆ แล้ว ยังมีการประชาสัมพันธ์โดยเครื่องมือและกลไกต่างๆ สรุปได้ดังนี้

1) การจัดทำ “สมุดปกขาว” ชื่อ “ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 รายการในประเทศไทย” ซึ่งมีการประมวลคำถามรวม 10 คำถาม ชี้แจงข้อเท็จจริงต่างๆ อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมแง่มุมสำคัญๆ โดยครบถ้วน โดยใช้สำนวนภาษาที่ง่ายๆ กระชับ ชัดเจน มีความยาวทั้งสิ้นเพียง 16 หน้า และมีเอกสารหลักฐานต่างๆ อ้างอิงแนบท้ายอย่างน่าเชื่อถือ โดยสามารถตีพิมพ์ออกมาในเวลาค่อนข้างรวดเร็ว ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2550 หลังการประกาศใช้สิทธิยา 3 รายการแรกไม่กี่สัปดาห์ นับเป็นการประชาสัมพันธ์เชิงรุกที่ดียิ่ง โดยนอกจากตีพิมพ์เผยแพร่อย่างกว้างขวางแล้ว ยังเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขด้วย เอกสารดังกล่าวนอกจากสามารถชี้แจงเหตุผลความจำเป็นและความถูกต้องชอบธรรมของการใช้สิทธิโดยรัฐกับสิทธิบัตรยาต่อประชาชนในวงกว้างแล้ว ยังสร้างความเข้าใจอย่างดีแก่บุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศด้วย

เอกสารดังกล่าวนี้ ต่อมาได้มีฉบับแปลเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งได้เพิ่มข้อมูลคำชี้แจงให้ทันสมัยและชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งตีพิมพ์เป็นเล่มและเผยแพร่ในเว็บไซต์ไปทั่วโลก ช่วยสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนชาวไทยและชาวโลกได้อย่างดียิ่ง สามารถโต้ตอบการให้ข้อมูลโจมตีของผู้เสียผลประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารลักษณะนี้ ได้จัดทำอีก 1 ฉบับ หลังจากการประกาศใช้สิทธิกับยามะเร็งอีก 4 รายการในเวลาต่อมา ชื่อ “คำตอบต่อ 10 ประเด็นสำคัญในเรื่องการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง 4 รายการ” ตีพิมพ์เผยแพร่เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551

2) การเดินทางไปสร้างแนวร่วมและชี้แจงข้อเท็จจริงในสหรัฐอเมริกา 2 ครั้ง ครั้งแรกไปร่วมแถลงข่าวกับอดีตประธานาธิบดีคลินตัน ที่มูลนิธิคลินตันในกรุงนิวยอร์ค และครั้งที่ 2 ไปชี้แจงบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้องในกรุงวอชิงตัน ดีซี โดยชี้แจงต่อบุคคล และองค์กรทั้งฝ่ายสนับสนุนและคัดค้านการดำเนินการของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งพบปะกับสื่อมวลชนที่ทรงอิทธิพลของสหรัฐ ได้แก่สมาชิกสภาคองเกรส ทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้าน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์สหรัฐ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์อเมริกา สภาธุรกิจสหรัฐ – อาเซียน สำนักผู้แทนการค้าสหรัฐ และหนังสือพิมพ์วอชิงตันโพสต์ ภายหลังการพบปะเจรจาเป็นเวลา 2 วัน มีการเปิดแถลงข่าวจากสถานเอกอัครราชทูตไทยในกรุงวอชิงตัน ดี.ซี. แก่ผู้สื่อข่าวในประเทศไทยทั้งสองวัน ทำให้สามารถประชาสัมพันธ์เชิงรุกได้อย่างดี การเดินทางไปสหรัฐอเมริกาทั้ง 2 ครั้ง ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากสถานเอกอัครราชทูตไทยในกรุงวอชิงตัน ดี.ซี. ซึ่งนอกจากการติดต่อประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังมีการเตรียมข้อมูลพื้นฐานของคู่เจรจาให้อย่างดี

3) เมื่อสำนักผู้แทนการค้าสหรัฐตอบโต้โดยการประกาศไทยขึ้นไปอยู่ในบัญชีประเทศที่จับตามองเป็นพิเศษ โดยให้เหตุผลที่เกี่ยวกับการบังคับใช้สิทธิบัตรยาอย่างคลุมเครือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาประกาศอย่างกล้าหาญยอมรับว่าไทยถูกตอบโต้เพราะการบังคับใช้สิทธิบัตรยา ซึ่งแทนที่จะถูกตำหนิว่าเป็นการกระทำที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ประเทศไทยตกอยู่ในฐานะลำบาก ผลกลับตรงข้าม สื่อและสาธารณชน กลับชื่นชมในความกล้าหาญ และไม่พอใจสหรัฐที่กระทำการในลักษณะรังแกไทยโดยการใช้อำนาจบาตรใหญ่

4) เมื่อ USA For Innovation ออกเว็บไซต์และซื้อหน้าโฆษณาเต็มหน้าในหนังสือพิมพ์ทั้งภาษาไทยและอังกฤษโจมตีประเทศไทยอย่างรุนแรงด้วยข้อมูลจริงผสมเท็จ องค์การเภสัชกรรมได้ตอบโต้อย่างฉับพลันด้วยการแจ้งความดำเนินคดีกับองค์กรดังกล่าว โดยยกเว้นไม่แจ้งความดำเนินคดีต่อหนังสือพิมพ์ที่ลงโฆษณา ทำให้การโฆษณาดังกล่าวยุติ และ USA for Innovation ก็หายตัวไป

9. การประกาศบังคับใช้สิทธิระลอกสอง

ในช่วงปลายสมัยรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี แม้จะถูกกดดันจากสหรัฐและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ของไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ตัดสินใจประกาศบังคับใช้สิทธิกับยามะเร็งอีก 4 รายการ ได้แก่ ยาโดซีแท็กเซล เลโทรโซล เออร์โลทินิบ และอิมาทินิบ โดยสำหรับยาอิมาทินิบ เป็นการประกาศอย่างมีเงื่อนไขเนื่องจากผู้ทรงสิทธิบัตรยอมรับที่จะจ่ายยาดังกล่าวให้แก่ผู้ป่วยชาวไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไม่คิดมูลค่า ส่วนยาอีกสามรายการเป็นการประกาศใช้สิทธิตามมาตรา 51 แห่งพระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้หลังจากมีการเจรจาต่อรองราคาระยะหนึ่ง แต่ไม่เป็นผลสำเร็จ เพราะผู้ทรงสิทธิบัตรยินยอมลดราคาอย่างมีเงื่อนไข ทำให้ยากต่อการปฏิบัติ และไม่สามารถรับเงื่อนไขดังกล่าวได้

การประกาศใช้สิทธิกับยามะเร็ง 4 รายการนี้ เริ่มจากการเสนอของคณะอนุกรรมการคัดเลือกยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและมีปัญหาการเข้าถึงของประชาชนในระบบประกันสุขภาพ โดยเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ตามหนังสือที่ สปสช.05/013521 ลงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2550 และคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ มีมติในการประชุมครั้งที่ 7/2550 วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขให้พิจารณาออกประกาศบังคับใช้สิทธิตามบันทึกที่ สธ 0100 / TST / พิเศษ ลงวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2550

หลังจากมีการเจรจาต่อรองราคากับบริษัทยาที่เกี่ยวข้องกว่า 10 ครั้ง โดยคณะกรรมการต่อรองราคายาจำเป็นที่มีสิทธิบัตร ซึ่งมีเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามในประกาศบังคับใช้สิทธิต่อยามะเร็งทั้ง 4 รายการ เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2551 แต่ให้ชะลอการดำเนินการไว้ก่อน โดยให้มีการเจรจาต่อไปอีก ผลการเจรจาต่อมา บริษัท โนวาร์ติส ผู้ทรงสิทธิบัตรยาอิมาทินิบ ยินยอมบริจาคยาแก่ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศยกเลิกประกาศใช้สิทธิต่อยาอิมาทินิบฉบับเดิมและลงนามในประกาศฉบับใหม่ซึ่งเป็นการประกาศใช้สิทธิอย่างมีเงื่อนไขแทน เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2551 **รวมทั้งให้ยุติการชะลอการดำเนินการกับยาอีก 3 ตัวด้วย**

10. การดำเนินการหลังการเปลี่ยนรัฐบาล

หลังการเลือกตั้งเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2550 พรรคพลังประชาชนชนะการเลือกตั้งได้จัดตั้งรัฐบาล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนใหม่ มีนโยบายให้ชลอและทบทวนการดำเนินการบังคับใช้สิทธิกับยาที่มีสิทธิบัตร แต่ถูกต่อต้านอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะจากชมรมแพทย์ชนบทและกลุ่มผู้ป่วยจะ**ต้องยุติการทบทวนดังกล่าว** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ปลดเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และต่อมาได้ปลดคณะกรรมการบริหารองค์การ

เภสัชกรรมออกทั้งชุดด้วย ซึ่งคณะกรรมการบริหารองค์การเภสัชกรรม ที่ถูกปลดจำนวนหนึ่ง ได้ฟ้องต่อศาลปกครอง และศาลปกครองกลางได้มีคำสั่งฉุกเฉินให้คณะกรรมการที่ถูกปลดกลับเข้าสู่ตำแหน่งอีก ต่อมาศาลปกครองสูงสุดได้พิพากษากลับทำให้คณะกรรมการบริหารองค์การเภสัชกรรมชุดเดิมพ้นตำแหน่ง แต่ต่อมามีการเปลี่ยนขั้วทางการเมือง และรัฐบาลชุดใหม่ได้แต่งตั้งประธานกรรมการองค์การเภสัชกรรมกลับเข้าไปเป็นประธานกรรมการบริหารองค์การเภสัชกรรมอีกครั้งหนึ่ง

จะเห็นได้ว่า ในช่วงหนึ่งปีหลังการเลือกตั้งมีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการบริหารองค์การเภสัชกรรมหลายครั้ง และรัฐบาลใหม่หลังเลือกตั้งมีนโยบายแตกต่างอย่างชัดเจนจากสมัยรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ จุลานนท์ ในเรื่องการใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยา มีการโจมตีว่าเป็นการดำเนินการโดยอำเภอใจโดยเฉพาะกับกรณียามะเร็ง และเป็นการฉวยโอกาสดำเนินการในช่วงเป็นรัฐบาลรักษาการ แต่เนื่องจากไม่มีการสั่งการอย่างเป็นทางการให้องค์การเภสัชกรรมชลอการดำเนินการตามนโยบายที่สั่งมาตั้งแต่สมัยรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ จุลานนท์ ทำให้มีการดำเนินการนำเข้ายาสามัญที่บังคับใช้สิทธิมาใช้โดยต่อเนื่อง

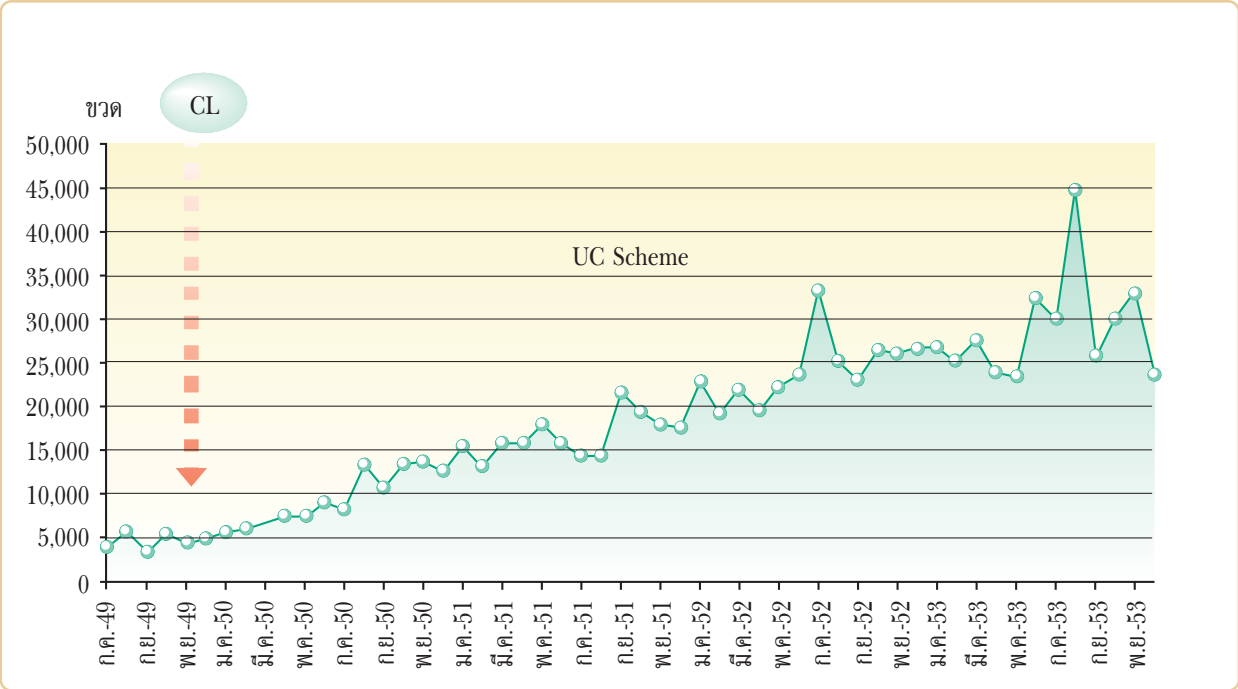
11. ผลการดำเนินการ

ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2550 **ถึง 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554** องค์การเภสัชกรรม ได้นำเข้ายาชื่อสามัญตามประกาศใช้สิทธิโดยรัฐรวม 5 รายการ อีก 2 รายการไม่ได้นำเข้า ได้แก่ยา อิมาทินิบ เนื่องจากเป็นการประกาศใช้สิทธิอย่างมีเงื่อนไข ไม่เข้าข่ายต้องสั่งนำเข้า และอีกรายการหนึ่งที่ไม่ได้สั่งนำเข้า คือ ยามะเร็งเออร์โลทินิบ เนื่องจากไม่มียาสามัญที่มีผลการศึกษาชีวสมมูลในเลือด ตามหลักเกณฑ์ของสำนักคณะกรรมการอาหารและยา รวมมูลค่ายาที่สั่งนำเข้าทั้งสิ้นในช่วงเวลาดังกล่าว **1,077,659,972.97 ล้านบาท**

12. การเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วย

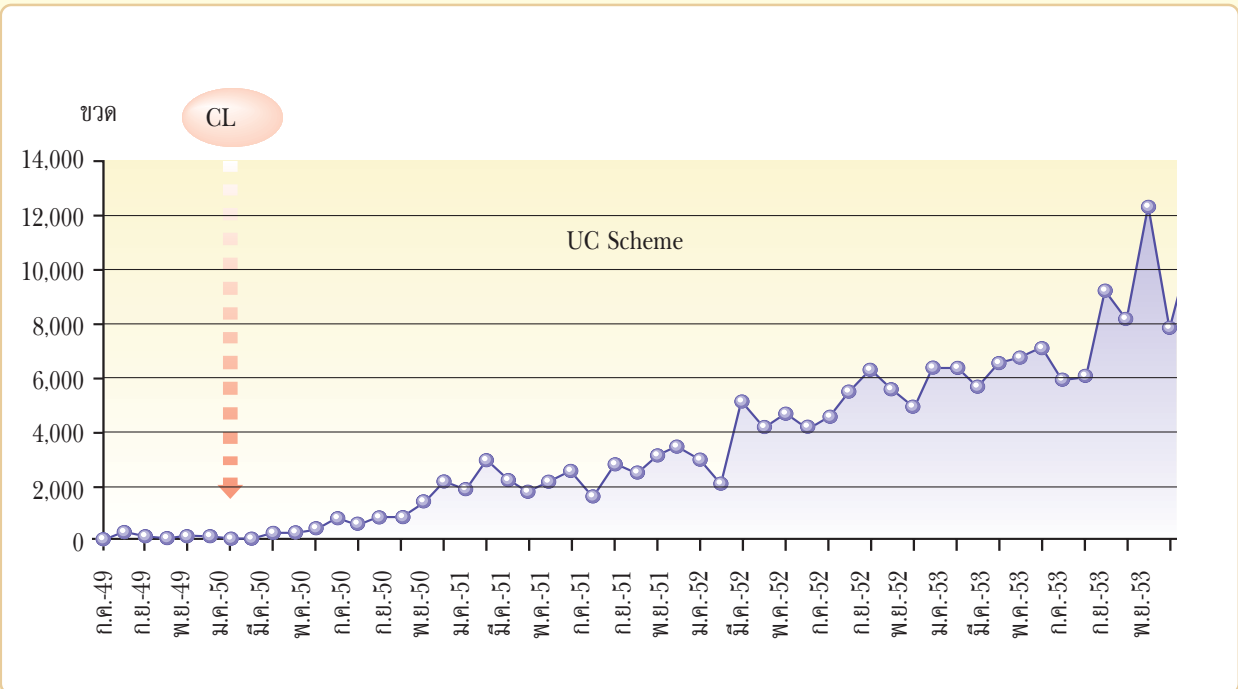
หลังการประกาศใช้สิทธิและมีการนำยาชื่อสามัญเข้ามาใช้ ปรากฏว่าสามารถเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ทั้งในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบประกันสังคมดังตัวอย่างยาเอดส์ทั้ง 2 ชนิด คือ เอฟาวิเรนซ์และโลพินาเวียร์ / ริโทนาเวียร์ (ภาพที่ 12.1 และ 12.2)

ภาพที่ 12.1 อัตราการใช้ยาเอฟาวิเรนซ์ 600 มิลลิกรัม ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2553



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554

ภาพที่ 12.2 อัตราการใช้ยาโลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์ (200/50 มิลลิกรัม) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2553



ที่มา: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2554

13. การติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ

เพื่อให้เป็นที่ประจักษ์แก่สายตาของประชาคมโลกว่าการดำเนินการบังคับใช้สิทธิต่อสิทธิบัตรยาทั้ง 7 รายการ เป็นไปอย่างถูกต้อง ชอบธรรมและโปร่งใส ตรวจสอบได้อย่างแท้จริง กระทรวงสาธารณสุขโดยอาศัยมติที่ 60.30 ของสมัชชาอนามัยโลก ขอรับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกให้ส่งคณะผู้เชี่ยวชาญมาศึกษาตรวจสอบและให้คำแนะนำแก่กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ส่งคณะผู้เชี่ยวชาญ จากองค์กรต่างๆ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก องค์การการค้าโลก องค์การการประชุมเรื่องการค้ากับการพัฒนาของสหประชาชาติ (UNCTAD) และองค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) เข้ามาศึกษาระบบและกระบวนการดำเนินการใช้สิทธิ โดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตรของไทย ซึ่งคณะผู้เชี่ยวชาญได้เข้ามาศึกษา ตรวจสอบ ในช่วงวันที่ 31 มกราคม ถึง 6 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ไม่พบว่ามีการดำเนินการใดๆ ที่ไม่โปร่งใส หรือผิดต่อ กติกาสากลขององค์การการค้าโลก ยิ่งกว่านั้นยังได้เสนอให้ไทยใช้มาตรการความยืดหยุ่นอื่นๆ ตามข้อตกลงทริปส์ เพื่อให้คนไทยเข้าถึงยาได้มากขึ้นด้วย โดยเฉพาะมาตรการการดำเนินการก่อนการอนุมัติสิทธิบัตรดังที่ประเทศอินเดียได้ใช้อย่างได้ผล

ในด้านการประเมินผลกระทบ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program หรือ HITAP) ได้ศึกษาและประเมินผลกระทบจาก มาตรการการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทย ซึ่งมีข้อจำกัด ของการประเมินตามกรอบระยะเวลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551 ทำให้ไม่สามารถประเมินครอบคลุมการใช้สิทธิของยามะเร็ง 4 รายการที่ประกาศใช้สิทธิในภายหลังด้วย ผลการประเมิน สรุปได้ดังนี้

"ในด้านสุขภาพ มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยาได้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาต้านไวรัสเอชไอวี ในกรณียา Clopidogrel และยาบำบัดโรคมะเร็งทั้งสี่รายการ เนื่องจากขณะทำการศึกษายังไม่มีการนำเข้ายาสามัญ นักวิจัยจึงใช้สมมุติฐานว่าจะมีการนำเข้ายาสามัญเหล่านี้ตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นไป และพบว่ายาแต่ละรายการจะมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงยาเพิ่มขึ้นโดยเรียงลำดับจากมากไปน้อยดังนี้ clopidogrel letrozole docetaxel imatinib และ erlotinib

สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจพบว่า มาตรการดักล่าวทำให้เกิดผลได้จากการที่ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้เพิ่มขึ้น ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น คิดเป็นมูลค่า 132 ล้านเหรียญสหรัฐ (4,338 ล้านบาท) แม้ความสัมพันธ์ระหว่างการประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิกับการที่รัฐบาลสหรัฐอเมริกายกเลิกสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากร (General System of Preference, GSP) สำหรับสินค้าไทย 3 รายการนั้นยังไม่ชัดเจน การศึกษานี้พบว่าการโต้ตอบทางการค้าดังกล่าว "ไม่มีผลกระทบต่อการส่งออกโดยรวมของประเทศและความมั่นใจของนักลงทุนในระยะสั้น" อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาติดตามข้อมูลในระยะต่อไปเกี่ยวกับผลกระทบเชิงนโยบายในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น

ในการประเมินผลกระทบด้านสังคมจิตวิทยา นักวิจัยเก็บข้อมูลโดยการสำรวจด้วยแบบสอบถามและพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามทั้งชาวไทยและต่างชาติส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรสำหรับยาต้านไวรัสเอชไอวี ผลกระทบด้านบวกของมาตรการที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุดคือ มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรทำให้ยามีราคาถูกลง ซึ่งทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเห็นพ้องกัน สำหรับผลกระทบด้านลบนั้น ชาวไทยส่วนใหญ่เห็นว่าการถ่ายทอดเทคโนโลยีจากประเทศที่พัฒนาแล้วสู่ประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ จะลดลง ในขณะที่ชาวต่างชาติส่วนใหญ่เห็นว่าผลกระทบด้านลบที่สำคัญคือประเทศไทยถูกตำหนิจากนานาชาติ

จากการศึกษานี้นักวิจัยเสนอ 6 ปัจจัย ที่ควรใช้ในการคัดเลือกรายการยาหากจะมีการสิทธิตามสิทธิบัตรในอนาคต รวมทั้งมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ โครงการประกันสุขภาพ และการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การเผยแพร่ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับสาธารณชนต่อมาตรการยืดหยุ่นตามข้อตกลงว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้าและการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร ตลอดจนเลือกใช้มาตรการแก้ไขปัญหาการเข้าไม่ถึงยาจำเป็นที่เหมาะสมและอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์"

14. บทสรุป

การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตรทั้ง 7 รายการ เป็นการดำเนินการที่ถูกต้องตามหลักการและเหตุผลทุกด้าน ทั้งด้านมนุษยธรรม กฎกติกาสากล กฎหมายในประเทศ และหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี การดำเนินการมีการเตรียมการอย่างรอบคอบ และเป็นไปตามขั้นตอน โดยมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และโดยความรับผิดชอบของผู้มีหน้าที่โดยตรง คือ กระทรวงและกรมที่มีหน้าที่ ไม่ผลักภาระให้เป็นการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี เมื่อมีการตอบโต้หรือต่อต้านจากผู้เสียผลประโยชน์ ก็มีการชี้แจงอย่างเป็นระบบและพอเพียง ทั้งในประเทศและระดับนานาชาติ

ผลการดำเนินการทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายที่ไม่สมควร เนื่องจากยาราคาแพงเกินเหตุได้เป็นจำนวนมาก สามารถบรรลุเป้าหมายสำคัญคือการเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นของผู้ป่วยได้มาก ผลกระทบทางการค้าที่หวาดเกรงกันก็มิได้เกิดขึ้น

ในอนาคต ควรศึกษาและเตรียมการใช้มาตรการอื่นๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาของผู้ป่วยให้มากขึ้น เช่น มาตรการก่อนการอนุมัติสิทธิบัตรตามคำแนะนำของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก

บทที่ 13
พลวัตเศรษฐกิจกับสุขภาพ

เศรษฐกิจและสุขภาพมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ข้อมูลในอดีตชี้ว่าวิกฤตทางด้านเศรษฐกิจมีทั้งผลบวกและผลลบต่อเนื่องต่อสุขภาพของประชาชน และต่อระบบบริการสุขภาพได้ ในบทนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงข้อมูลที่รวบรวมได้ถึงวิกฤตเศรษฐกิจสองครั้งคือวิกฤต พ.ศ. 2540 และพ.ศ. 2551 โดยจะนำเสนอผละกระทบของวิกฤต ผลกระทบต่อสุขภาพ การใช้บริการและค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งมาตรการที่ได้ดำเนินการ โดยเริ่มที่วิกฤต พ.ศ. 2540 ก่อนและตามด้วยวิกฤต พ.ศ. 2551

1. วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540: ที่มาและแบบแผน[1]

การเปิดเสรีด้านการเงินด้วยการอนุญาตกิจการวิเทศธนกิจ ใน พ.ศ. 2536 ในขณะที่ระบบการกำกับดูแลยังไม่เข้มแข็งและการกำหนดอัตราแลกเปลี่ยนแบบตายตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 การเปิดเสรีทางการเงิน ทำให้มีการนำเข้าเงินกู้ต่างประเทศดอกเบี้ยต่ำจำนวนมากมาลงทุนในกิจการที่ได้รับผลตอบแทนต่ำหรือมีลักษณะเก็งกำไรโดยที่ไม่มีอุปสงค์ที่แท้จริง เช่น ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน อสังหาริมทรัพย์ พบว่าใน พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2539 หนี้สินต่างประเทศสูงถึงกว่าหนึ่งแสนล้านเหรียญสหรัฐ ในขณะที่การกำหนดอัตราแลกเปลี่ยนที่ตายตัวทำให้ค่าเงินบาทแข็งกว่าความเป็นจริงมีผลกระทบต่อศักยภาพการแข่งขันและทำให้การส่งออกชะลอตัว ใน พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2539 ไทยขาดดุลการค้าสูงถึง 14,700 - 16,100 ล้านเหรียญสหรัฐ และขาดดุลบัญชีเดินสะพัด สูงถึงร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ

การป้องกันการโจมตีค่าเงินบาทในช่วงต้นและกลางปี 2540 ทำให้สูญเสียเงินทุนสำรองระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก จนนำไปสู่การกำหนดค่าเงินบาทลอยตัวเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 อันเป็นจุดเริ่มต้นของวิกฤตเศรษฐกิจ หนี้สินต่างประเทศมีมูลค่าทวีคูณขึ้นอย่างรวดเร็ว สถาบันการเงินและธนาคารประสบปัญหาหนี้เสียจำนวนมหาศาล กิจการจำนวนมากประสบปัญหาล้มละลาย ส่วนที่เหลือทั้งหลายต้องปรับตัวลดต้นทุนและการดำเนินการอย่างขนานใหญ่ อัตราการว่างงานสูงขึ้น ภาวะเงินเฟ้อสูงขึ้นมาก ประชาชนมีรายได้ลดลง ทำให้ต้องลดการอุปโภคบริโภค รัฐจัดเก็บรายได้ได้น้อยลงทำให้ต้องมีการปรับลดเงินงบประมาณ ทำให้การให้บริการกับประชาชนลดลง ซึ่งมีผลกระทบทางตรงและอ้อมกับประชาชน

1.1 วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 และผลกระทบต่อสุขภาพ

1.1.1 ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ

ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ชัดเจน ได้แก่ผลกระทบด้านโภชนาการโดยฉพาะในกลุ่มคนจนและคนว่างงาน ภาวะทุพโภชนาการในช่วง พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2541 สูงขึ้นกว่าช่วง พ.ศ. 2539 เช่น ความชุกของเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 10.5 เป็นร้อยละ 12.2 และ 12.2 ตามลำดับ ความชุกของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.2 เป็น 8.5 และ 8.6 และความชุกของภาวะโลหิตจางในหญิงมีครรภ์เพิ่ม

---

[1] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. บทที่ 9 สุขภาพกับพลวัตทางเศรษฐกิจ ในรายงานการสาธารณสุข พ.ศ. 2544 - 2547, 2548

จากร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 13.0 และ 13.9 ตามลำดับ อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ขวบเพิ่มขึ้น ปัญหาโรคติดเชื้อมีอุบัติการสูงขึ้นแต่อัตราตายไม่เพิ่ม เช่นไข้มาเลเรีย ท้องร่วงในเด็ก และไข้เลือดออก

ปัญหาสุขภาพทางกายที่มีแนวโน้มดีขึ้นได้แก่ อาชีวอนามัยและอุบัติเหตุจราจร ความชุกของการสูบบุหรี่และประมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง แต่อย่างไรก็ตามการสูบบุหรี่และการบริโภคแอลกอฮอล์ลดลงเพียงไม่กี่ปีแล้วกลับเพิ่มขึ้นในเวลาต่อมา ด้านสุขภาพจิตพบว่าความชุกของความเครียดและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มคนว่างงานสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปและผู้มีงานทำ

1.1.2 ผลกระทบต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

ช่วงวิกฤตครั้งนี้ ประเทศไทยยังไม่บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังมีคนไทยประมาณ ร้อยละ 30 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ประชาชนมีแนวโน้มหันไปใช้บริการรักษาพยาบาลที่ใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า พบว่าการซื้อยากินเองและการใช้บริการสถานพยาบาลภาครัฐมากขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่สถานบริการลดลงร้อยละ 23 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายซื้อยากินเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.2 การสำรวจอื่นๆพบว่าปริมาณผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลรัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 6-15

1.1.3 ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและงบประมาณด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง มูลค่าจริงของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงร้อยละ 9.3 โดยที่ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลงร้อยละ 17.3 และค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐลดลงเร็วกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพภาคเอกชน งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขในมูลค่าจริงลดลงจาก 67,574 ล้านบาทใน พ.ศ. 2540 เป็น 61,097 ล้านบาทใน พ.ศ. 2544 คิดเป็นการลดลงถึงร้อยละ 9.6 ทั้งนี้เป็นการปรับลดในงบประมาณการลงทุนเป็นหลัก โดยสัดส่วนของการลงทุนจากร้อยละ 11.5 ในปีงบประมาณ 2543 ลดลงเป็นร้อยละ 8.8 ในปีงบประมาณ 2544 ทั้งนี้เพื่อรักษางบประมาณการดำเนินการ อย่างไรก็ตามการขยายตัวของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในมูลค่าปัจจุบัน สูงกว่าการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวม ทำให้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด (total health expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ เพิ่มจากร้อยละ 5.97 ใน พ.ศ. 2541 เป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ. 2542

1.1.4 ผลกระทบต่อสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน

สถานพยาบาลภาคเอกชนได้รับผลกระทบสำคัญสองด้านคือ ค่าใช้จ่ายและหนี้สินที่เพิ่มขึ้น การสำรวจโดยกระทรวงสาธารณสุขในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 พบว่าโรงพยาบาลเอกชนในภาพรวมมีหนี้สินเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 ล้านบาท ในด้านรายได้พบว่ารายได้ของสถานพยาบาลภาคเอกชนลดลง เนื่องจากรายได้ของครัวเรือนที่น้อยลงทำให้ครัวเรือนใช้สถานพยาบาลภาคเอกชนลดลง (income elastic) การสำรวจอื่นๆ ใน พ.ศ. 2542 พบว่า พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนลดลงร้อยละ 20-70 โรงพยาบาลเอกชนปรับตัวโดยเร่งการปรับการบริหารจัดการ เช่นลดจำนวนเตียง ลดเงินเดือนและค่าตอบแทนบุคลากรลง และหรือลดจำนวนเจ้าหน้าที่ลง ปรับตัวโดยใช้ยาชื่อสามัญในโรงพยาบาลมากขึ้น มีการทำการตลาดและหาลูกค้ากลุ่มใหม่ๆ เช่น การเข้าเป็นสมาชิกเพื่อให้บริการแก่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม การจัดชุดบริการสุขภาพและการจัดทัวร์สุขภาพ ในส่วนของหนี้สินมีการปรับโครงสร้างหนี้ และเริ่มมีนักลงทุนต่างชาติเข้ามาถือหุ้นใหญ่ในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง

1.2 ยุทธศาสตร์ในการแก้ไขผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540

1.2.1 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างระบบสุขภาพที่เสมอภาค

การส่งเสริมระบบสุขภาพที่เสมอภาคได้รับสนับสนุนเพิ่มขึ้น ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจพ.ศ. 2540 แนวคิดเรื่องการพัฒนาระบบตาข่ายความมั่นคงทางสังคม (social safety net) ได้รับการสนับสนุนมากขึ้น พบว่าแม้จะมีการลดงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขลงในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ แต่ใน พ.ศ. 2540 งบประมาณสนับสนุนสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากไร้ได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 25.3 ในมูลค่าจริง แต่เนื่องจากปัญหาเรื่องประสิทธิภาพในด้านการบริหารจัดการการสนับสนุน

เฉพาะกลุ่ม ต่อมาได้เปลี่ยนแนวคิดเป็นการจัดระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน รัฐบาลได้เริ่มดำเนินการตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงปลายปี พ.ศ. 2544 และใน พ.ศ. 2545 ได้ออก พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ได้เน้นการส่งเสริมความเสมอภาคด้านการคลังสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบทที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนวิกฤตเศรษฐกิจ ได้มีการขยายจำนวนเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2542 โครงการดังกล่าวได้ช่วยลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันด้านโครงสร้างของการกระจายแพทย์ แม้ว่าภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ภาวะที่บุคลากรสุขภาพในภาคเอกชนย้ายเข้ายังภาครัฐ ทำให้สัดส่วนของบุคลากรในภาพเอกชนลดลง เห็นได้จากสัดส่วนของแพทย์ในภาคเอกชนลดลงจากร้อยละ 23.7 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 18.7 ใน พ.ศ. 2542 แต่อย่างไรภายหลังเศรษฐกิจเริ่มมีการปรับตัวในทิศทางที่ดีขึ้น ได้มีการไหลกลับของแพทย์จากภาครัฐไปยังภาคเอกชน พบว่าสัดส่วนของแพทย์ในภาคเอกชนเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้งภายหลัง พ.ศ. 2542 เป็นต้นมาโดยใน พ.ศ. 2545 อยู่ที่ร้อยละ 21.0

1.2.2 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจได้มีการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพทางด้านการจัดการและการกระจายทรัพยากรหลายประการ การเพิ่มประสิทธิภาพด้านการจัดการที่สำคัญได้แก่

หนึ่ง การปฏิรูประบบการจัดการด้านยาในโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการลดจำนวนรายการยา เพิ่มความสำคัญของการใช้ยาตามบัญชียาหลัก การจัดซื้อยารวมในระดับจังหวัดโดยเป็นการจัดซื้อยาเฉพาะจากผู้ผลิต ที่ได้รับประกาศนียบัตรหลักเกณฑ์และกรรมวิธีที่ดีในการผลิต (GMP) ร่วมกับการตรวจสอบคุณภาพยาอย่างเป็นระบบ และการจัดให้มีฐานข้อมูลรายการยา ผู้ซื้อและราคายาที่จัดซื้อได้ เป็นข้อมูลกลางสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก

สอง การปฏิรูประบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ โดยให้ความสนใจเรื่องการลดวันนอนในโรงพยาบาล การจำกัดการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน และการใช้ยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

สาม โรงพยาบาลรัฐเป็นอิสระ โดยให้เป็นโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของรัฐ ภายใต้พระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 มุ่งเน้นให้เกิดความยืดหยุ่นคล่องตัว ประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหารจัดการ ได้มีการดำเนินการจริงเพียงแห่งเดียวคือ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว

ส่วนการเพิ่มประสิทธิภาพในด้านการกระจายทรัพยากร โดยได้มีการเพิ่มความสำคัญของการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพในหลายรูปแบบ ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจได้มีการส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกาย การบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม การไม่สูบบุหรี่ การขับขี่ยานพาหนะอย่างมีความรับผิดชอบ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ในปลาย พ.ศ. 2544 ได้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยได้รับงบประมาณจากค่าธรรมเนียมร้อยละ 2 ที่เก็บภาษีเพิ่มจากภาษีสรรพสามิตบุหรี่และสุรา นอกจากนี้ระหว่างที่เกิดวิกฤตเศรษฐกิจได้มีการคงระดับของงบประมาณที่จัดสรรให้ การป้องกันและการควบคุมโรค

1.2.3 ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ

ควบคู่ไปกับการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ ได้มีการสร้างระบบคุณภาพในสถานพยาบาลและการประเมินคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation System) ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่พ.ศ. 2540 ภายใต้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (พรพ.) และต่อมาได้พยายามให้สถานพยาบาลทุกแห่งภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ

1.2.4 ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของสังคม

ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพใน พ.ศ. 2543 และมีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2550 โดยจะเป็น “ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งมียุทธศาสตร์สำคัญ คือการสร้างความรู้และเคลื่อนไหวสังคม โดยให้เกิดกลไกการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืนในอนาคต โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม

2. วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551: ที่มาและแบบแผน

วิกฤตเศรษฐกิจโลกในช่วง พ.ศ. 2551-2552 เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ลักษณะของการเกิดคล้ายกับการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2540 มีการกู้เงินจำนวนมากมาลงทุนเก็งกำไรในภาคอสังหาริมทรัพย์ โดยถือว่าเป็นสินเชื่อด้อยคุณภาพ (subprime) ระบบการตรวจสอบของระบบสถาบันการเงินที่หละหลวมและนวัตกรรมทางการเงินใหม่ๆได้แปลงสภาพสินเชื่อด้อยคุณภาพเหล่านี้ไปเป็นผลิตภัณฑ์ทางการเงินรูปแบบต่างๆ และประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศได้มีการลงทุนกันไปมาในผลิตภัณฑ์ทางการเงินเหล่านี้ ดังนั้นเมื่อสินเชื่อดังกล่าวไม่สามารถทำให้เกิดกำไรตามที่คาด ทำให้สินเชื่อดังกล่าวกลายเป็นหนี้สินที่มีปัญหา และลุกลามเป็นวิกฤตของสถาบันการเงินและวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศสหรัฐในที่สุด ความเชื่อมโยงของระบบการเงินและระบบเศรษฐกิจของประเทศต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจไปทั่วโลก

เศรษฐกิจของไทยได้รับผลกระทบชัดเจนในครึ่งปีหลังของ พ.ศ. 2551 จนถึงไตรมาสสามในปี พ.ศ. 2552 รวมทั้งสิ้น 5 ไตรมาสที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศติดลบ ใน พ.ศ. 2551 มีการขยายตัวของผลิตภัณฑ์มวลรวมที่น้อยลงและกลายเป็นหดตัวร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2552

ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศลดลงจาก 143,568 บาทต่อคนใน พ.ศ. 2551 เป็น 142,626.5 บาทต่อคนใน พ.ศ. 2552 ภาคการเงินของประเทศไทยแทบไม่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากวิกฤตการเงินของสหรัฐ ฐานะการเงินของประเทศไทยอยู่ในสถานะดีกว่าช่วงวิกฤตปี 2540 มาก แต่ภาคอุตสาหกรรมการผลิตที่พึ่งพาการส่งออกได้รับผลกระทบจากการชะลอการบริโภคและการนำเข้าสินค้าของประเทศคู่ค้าต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาและทวีปยุโรป ทำให้ภาคธุรกิจที่เกี่ยวเนื่องประสบปัญหา มีการปรับตัวโดยลดชั่วโมงการทำงานของพนักงานลง อัตราว่างงานเพิ่มขึ้น นำไปสู่การลดลงของการบริโภคและการลงทุนซึ่งเป็นหัวใจหลักในการขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ การขยายตัวของเศรษฐกิจของประเทศติดลบใน พ.ศ. 2552

2.1 วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 และผลกระทบต่อสุขภาพ

2.1.1 ผลกระทบต่อสุขภาพ

1) สุขภาพกาย

ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียนมหาดไทย พบว่าจำนวนเด็กเกิดใหม่ในช่วงหลายปีที่ผ่านมามีจำนวนน้อยลง ใน พ.ศ. 2552 มีจำนวนเด็กเกิดใหม่ประมาณ 780,000 คน ขณะที่สัดส่วนเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็นร้อยละ 8.2, 8.6 และ 8.3 ใน พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 ตามลำดับ และสัดส่วนของเด็กแรกเกิดที่มีแม่วัยรุ่น อายุ 11-19 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ใน พ.ศ. 2539 จากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 16.08 ใน พ.ศ. 2552 โดยบางพื้นที่เป็นพื้นที่ที่มีความรุนแรงของปัญหาภาวะเด็กน้ำหนักตัวน้อยหรือแม่อายุน้อย และเป็นปัญหาเรื้อรังยาวนาน ในขณะที่บางแห่งเป็นพื้นที่ซึ่งปัญหานี้เพิ่มสูงขึ้นในช่วงหนึ่งถึงสองปีที่ผ่านมา (รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553)

นอกจากนี้ ข้อมูลทางระบาดวิทยา พบว่า การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีใน พ.ศ. 2552 ไม่มีแนวโน้มที่ลดลง ผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่ยังเป็นเยาวชน ซึ่งมีปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและค่านิยมในการใช้ชีวิต การติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงยังมีอัตราที่สูงอยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มฉีดยาเสพติดเข้าเส้น มีความชุกสูงถึงร้อยละ 34.98 ใน พ.ศ. 2552 ตลอดเวลาที่ผ่านมาภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อด้วยการใช้ทรัพยากรจากแหล่งเงินภายในประเทศเป็นหลัก วิกฤตเศรษฐกิจไม่ส่งผลกระทบต่องบประมาณกองทุนเอดส์ระดับชาติ เนื่องจากไม่ได้ใช้งบประมาณสูงนัก และรายจ่ายด้านเอดส์ไม่สูงกว่า ร้อยละ 2 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด และโครงการยาต้านไวรัสเอดส์พบว่า ใน พ.ศ. 2552 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2551 ถึงร้อยละ 54 เนื่องจากผู้ได้รับยาโดยเฉพาะยาสูตรที่สองมีจำนวนเพิ่มขึ้น

2) สุขภาพจิต

ในภาพรวมสุขภาพจิตของคนไทยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ 2551 โดย

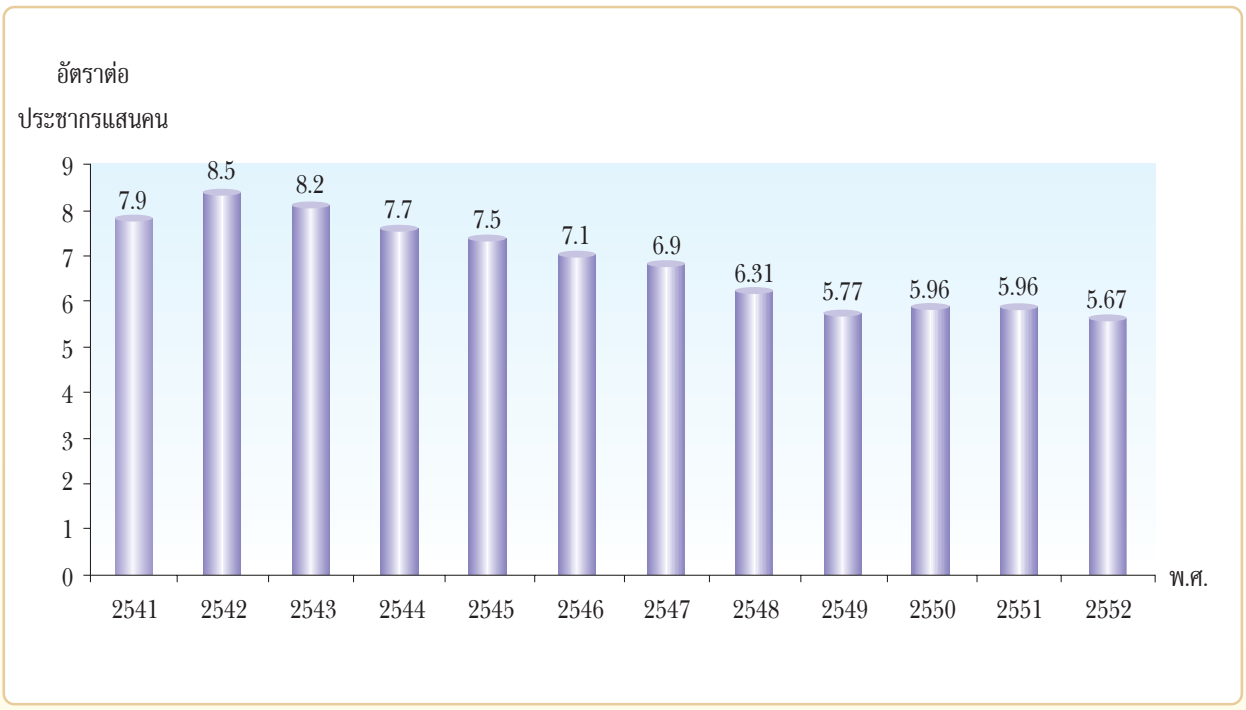
พบว่าสุขภาพจิตของคนไทยจากข้อมูลการสำรวจ ในช่วงครึ่งแรกของ พ.ศ. 2552 ดีกว่าในเดือนตุลาคม 2551 (ตารางที่ 13.1) ประชากรตัวอย่างที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตลดลงจากร้อยละ 17.8 เป็น 14.7 ยกเว้นในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งพบว่าสุขภาพจิตแย่ลง การวิเคราะห์เชิงลึกพบว่านอกจากการหนี้สินนอกระบบแล้ว ความมั่นคงทางด้านอาชีพการงานและรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของคนส่วนใหญ่โดยเฉพาะในช่วงภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ในขณะที่เกษตรกรให้ความสำคัญกับการมีที่ดินทำกิน นอกจากนี้ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจ ยังไม่พบการเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย โดยจากข้อมูลตามมรณบัตรในทะเบียนราษฎร์ พบว่า อัตราฆ่าตัวตาย เป็น 5.96 และ 5.67 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 ตามลำดับ (ภาพที่ 13.1) ซึ่งการไม่เพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตายใน พ.ศ. 2552 อาจเป็นผลของการดำเนินการเชิงรุกในชุมชนเพื่อค้นหาประชากรเสี่ยงและดำเนินการมาตรการชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เนื่องจากบทเรียนวิกฤตครั้งก่อนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น หรืออาจเป็นเพราะประเด็นเรื่องเวลา เนื่องจากข้อมูลในอดีตชี้ว่าการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นภายหลังจากการเกิดวิกฤตประมาณ1-2 ปี ดังนั้นจึงต้องมีการเฝ้าระวังข้อมูลการฆ่าตัวตายควบคู่กับการดำเนินมาตรการเชิงรุกอย่างใกล้ชิดต่อไป

ตารางที่ 13.1 ผลคะแนนสุขภาพจิตเปรียบเทียบการสำรวจปี 2551 และปี 2552

ข้อ	คำถาม	2551	2552
	คำถามมิติที่ 1 สภาพจิตใจ		
1	ท่านพึงพอใจในชีวิต	64.3	64.9
2	ท่านรู้สึกสบายใจ	64.8	63.5
3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน	18.9	18.5
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตนเอง	12.6	12.2
5	ท่านรู้สึกว่า ชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	13.5	14.6
	คำถามมิติที่ 2 สมรรถนะของจิตใจ		
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	56.7	60.2
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	58.7	61.0
8	ท่านมั่นใจว่าจะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	59.3	61.5
	คำถามมิติที่ 3 คุณภาพของจิตใจ		
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	63.5	68.4
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	68.1	70.2
11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	61.7	67.0
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตัวเอง	68.2	70.5
	คำถามมิติที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน		
13	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	78.6	82.1
14	หากท่านป่วยหนักท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	79.9	82.8
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	81.4	84.3

ที่มา: รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553

ภาพที่ 13.1 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2541 - พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.1.2 ผลต่อการใช้บริการสุขภาพ

1) การใช้บริการรักษาพยาบาล

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า การใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 3.2 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2548 เป็น 3.8 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2552 โดยพบว่าประชาชนใช้สถานพยาบาลในภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพิ่มขึ้นในขณะที่ใช้บริการผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลภาคเอกชนลดลงเล็กน้อย (ตารางที่ 13.2) สำหรับการเข้ารับบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลจากข้อมูลการสำรวจครัวเรือนชุดเดียวกัน พบว่า มีอัตราลดลงจาก 0.091 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2548 เป็น 0.065 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2552 โดยเป็นการลดลงของทุกประเภทโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีในการสอบถามข้อมูลการใช้บริการในการสำรวจดังกล่าวในช่วง พ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2550 ทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลของช่วงดังกล่าวกับช่วงเวลาอื่นทำได้อย่างจำกัด และพึงตีความด้วยความระมัดระวัง

ตารางที่ 13.2 อัตราการเข้ารับบริการประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ใน พ.ศ. 2547 - พ.ศ. 2552

พ.ศ.	ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ครั้งต่อคนต่อปี)				
	สถานีอนามัย	รพ.ชุมชน	รพ.ศูนย์/ทั่วไป	สถานพยาบาลเอกชน	รวม
2547	1.12	0.85	0.45	0.96	3.38
2548	1.07	0.79	0.45	0.89	3.20
2549	0.51	0.58	0.35	0.80	2.24
2550	0.50	0.49	0.35	0.79	2.14
2552	1.05	1.06	0.89	0.80	3.80
พ.ศ.	**ค่าเฉลี่ยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (ครั้งต่อคนต่อปี)**				
	สถานีอนามัย	**รพ.ชุมชน**	**รพ.ศูนย์/ทั่วไป**	**สถานพยาบาลเอกชน**	**รวม**
2547	n/a	0.040	0.040	0.013	0.094
2548	n/a	0.038	0.039	0.013	0.091
2549	n/a	0.036	0.035	0.012	0.083
2550	n/a	0.036	0.036	0.013	0.086
2552	n/a	0.025	0.031	0.009	0.065

ที่มา: รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553

ในขณะที่ข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการรายงานครบถ้วนต่อเนื่องในช่วง พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 (คิดเป็นร้อยละ 79 ของโรงพยาบาลทั้งหมด) (ตารางที่ 13.3) จากรายงานดังกล่าวพบว่าจำนวนบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น (เฉลี่ยร้อยละ 4.5 - 6.1 ต่อปี) โดยใน พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 5 จาก พ.ศ. 2550

ตารางที่ 13.3 แสดงปริมาณบริการสุขภาพและค่าเฉลี่ยบริการสุขภาพต่อโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2548 - 2552

บริการสุขภาพ	2548	2549	2550	2551	2552
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	70,136,878	69,124,701	73,319,828	76,593,156	80,601,118
ผู้ป่วยใน (ครั้ง)	4,593,268	4,678,082	4,783,887	4,879,483	4,854,181
วันนอนรวม (วัน)	18,087,910	18,494,357	18,718,540	18,936,090	18,629,036
จำนวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ครั้ง)	2,461,738	17,897,699	18,427,570	18,973,942	19,188,128
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อรพ. (ครั้ง)	107,407	105,857	112,282	117,294	123,432
ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อรพ. (ครั้ง)	7,034	7,164	7,326	7,472	7,434
วันนอนเฉลี่ยต่อรพ. (วัน)	27,700	28,322	28,665	28,999	28,528

ที่มา: รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553

หมายเหตุ: *วิเคราะห์จากข้อมูลจำนวน 653 แห่งที่มีข้อมูลครบถ้วน

2) ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล

วิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551 ครั้งนี้ ประเทศไทยได้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา จึงเป็น safety net ต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ข้อมูลรายไตรมาสจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 เทียบกับ พ.ศ. 2551 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในภาพรวมครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายทั้งหมดเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 1.59 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านอาหาร ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.31 และ 12.33 ตามลำดับ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาลดลงร้อยละ 4.05 ค่าใช้จ่ายแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 5.79 และค่าใช้จ่ายบุหรี่เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.44 ซึ่งมีผลมาจากการขึ้นภาษีบุหรี่ (ตารางที่ 13.4)

ตารางที่ 13.4 ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของรายได้ สัดส่วนหนี้สินต่อรายได้ และค่าใช้จ่ายด้านต่างๆของครัวเรือนรายไตรมาส

	ร้อยละของการเปลี่ยนแปลง				
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	เฉลี่ย
เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง พ.ศ. 2550 และ 2552					
รายได้	13.68	1.47	5.24	10.89	7.82
สัดส่วนหนี้สินต่อรายได้	6.04	5.28	-4.99	3.47	2.45
เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง พ.ศ. 2551 และ 2552					
ค่าใช้จ่ายทั้งหมด	0.07	2.05	1.76	2.47	1.59
ด้านอาหาร	4.73	1.86	1.62	1.03	2.31
ด้านสุขภาพ	15.81	9.23	19.89	4.40	12.33
ด้านการศึกษา	-1.99	-7.80	-5.41	-0.99	-4.05
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-14.82	0.39	-6.80	-1.94	-5.79
บุหรี่	-4.88	0.17	7.40	7.09	2.44

ที่มา: รายงานผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจและสุขภาพและระบบสุขภาพไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2553

เมื่อพิจารณารายละเอียดตามระดับเศรษฐานะ พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงสุดในกลุ่มร่ำรวยและร่ำรวยที่สุดคือเพิ่มกว่าร้อยละ 20 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการศึกษาพบว่าลดลงมากในกลุ่มยากจนที่สุด กลุ่มปานกลางและกลุ่มร่ำรวยซึ่งลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายบุหรี่เพิ่มสูงสุดในกลุ่มยากจนที่สุดคือเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.8 ค่าใช้จ่ายแอลกอฮอล์ลดลงทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มยากจนที่สุดซึ่งค่าใช้จ่ายด้านนี้ไม่เปลี่ยนแปลงระหว่าง พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552

การวิเคราะห์สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับของครัวเรือนพบว่าครัวเรือนที่มีระดับเศรษฐานะดี (Decile 1) จะมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับต่ำกว่าครัวเรือนที่มีระดับเศรษฐานะไม่ดี (Decile 10) นอกจากนี้ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2552 สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับมีแนวโน้มลดลงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552 พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายรับของ พ.ศ. 2552 ต่ำกว่าสัดส่วนฯ ของ พ.ศ. 2549 ยกเว้นในกลุ่มที่มีฐานะดี ซึ่งพบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2552 สูงกว่า พ.ศ. 2549

หากพิจารณาว่าสัดส่วนครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายสูงจนอาจประสบปัญหาล้มละลาย (ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไปของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน) พบว่า ภาพรวมมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 3.85 ใน พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 3.29 ใน พ.ศ. 2552 แต่ในกลุ่มรวยที่สุดกลับเพิ่มขึ้นโดยสัดส่วนครอบครัวที่มีค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มรวยที่สุดเพิ่มจากร้อยละ 4.95 ใน พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 5.41 ใน พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 6.27)

2.2 มาตรการแก้ไขผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจ 2551 - 2552

2.2.1 มาตรการของรัฐบาล

เมื่อเผชิญกับปัญหาราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้นมากและค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้น ในวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 รัฐบาลได้ประกาศมาตรการเพื่อช่วยเหลือค่าครองชีพของประชาชนที่มีรายได้น้อย 6 มาตรการ ได้แก่ การลดภาษีสรรพสามิตน้ำมัน การชะลอการปรับขึ้นราคาก๊าซหุงต้มหรือแอลพีจีในครัวเรือน การช่วยค่าสาธารณูปโภค น้ำประปาและไฟฟ้า รถโดยสารและรถไฟ มาตรการดังกล่าวเริ่มต้นมีกำหนดระยะเวลา 6 เดือนโดยเริ่มบังคับใช้วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2551 ยกเว้นมาตรการลดภาษีสรรพสามิตสำหรับน้ำมันที่เริ่มบังคับใช้วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ต่อมาเมื่อเกิดปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจโลกชัดเจนขึ้น รัฐบาลต่อๆมาได้มีปรับปรุงและดำเนินการมาตรการดังกล่าวต่อมา

ต่อมาในเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้มีนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจเพื่อแก้ไขผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจโลกต่อประชาชนและภาคธุรกิจเป็นสองระยะ คือ

1) แผนการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่ 1 (Stimulus Package 1: SP1)

ประกอบด้วย 4 แผนงาน คือ

(1) แผนงานฟื้นฟูและเสริมสร้างความเชื่อมั่นด้านเศรษฐกิจ

(2) แผนงานเสริมสร้างรายได้ พัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงด้านสังคม

(3) แผนงานบริหารเพื่อรองรับกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น

(4) แผนงานรายจ่ายเพื่อชดใช้เงินคงคลัง

โดยแบ่งเป็น 18 แผนงานย่อย วงเงินงบประมาณ 1.167 แสนล้านบาท นอกจากนี้แล้วยังมีนโยบายการประกันราคาพืชผล 123,581 ล้านบาท และนโยบายมาตราการภาษี 40,000 ล้านบาท รวมงบประมาณ 280,281 ล้านบาท แผนดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจ 4 ด้าน คือ การบริโภคภายในประเทศ การใช้จ่ายและการลงทุนภาครัฐ การลงทุนภาคเอกชน การส่งออกและการท่องเที่ยว ในส่วนของสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องโดยตรงมีอยู่ 2 แผนงานคือ โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก จำนวน 8.3 แสนคน โดยให้เงินตอบแทนรายเดือน และโครงการปรับปรุงสถานีอนามัยทั่วประเทศ 2,609 แห่ง โดยปรับปรุงและพัฒนาให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

2) แผนการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่ 2 (Stimulus Package 2 :SP2)

แม้ว่ารัฐบาลจะได้ดำเนินการมาตรการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่ 1 เพื่อบรรเทาผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจโลกต่อประเทศไทย พบว่าสภาพเศรษฐกิจของไทยเริ่มมีสัญญาณฟื้นตัวแต่ยังไม่แข็งแรง ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 รัฐบาลได้พิจารณามาตรการเพิ่มเติมซึ่งเน้นการแก้ปัญหาระยะกลางและระยะยาว ที่รู้จักกันในชื่อ ปฏิบัติการไทยเข้มแข็งปี พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2555 โดยในวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ได้มีการอนุมัติวงเงินลงทุนรวม 1,431,330 ล้านบาท แบ่งแยกได้เป็นโครงการที่รัฐบาลรับภาระการลงทุน วงเงินลงทุนรวม 1,110,168 ล้านบาท และโครงการที่รัฐวิสาหกิจรับภาระการลงทุนเอง วงเงินลงทุนรวม 321,162 ล้านบาท รัฐบาลได้กำหนดดัชนีผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการ ใน 7 สาขาหลัก ดังนี้

(1) การสร้างความมั่นคงด้านอาหารและพลังงาน รักษาสิ่งแวดล้อม เพิ่มประสิทธิภาพทางภาคเกษตรและอุตสาหกรรม

(2) การปรับปรุงบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและเพิ่มขีดความสามารถทางธุรกิจ

(3) การพัฒนาคุณภาพการศึกษา

(4) การปฏิรูปมาตรฐานระบบสาธารณสุข

(5) การสร้างศักยภาพทางการท่องเที่ยว

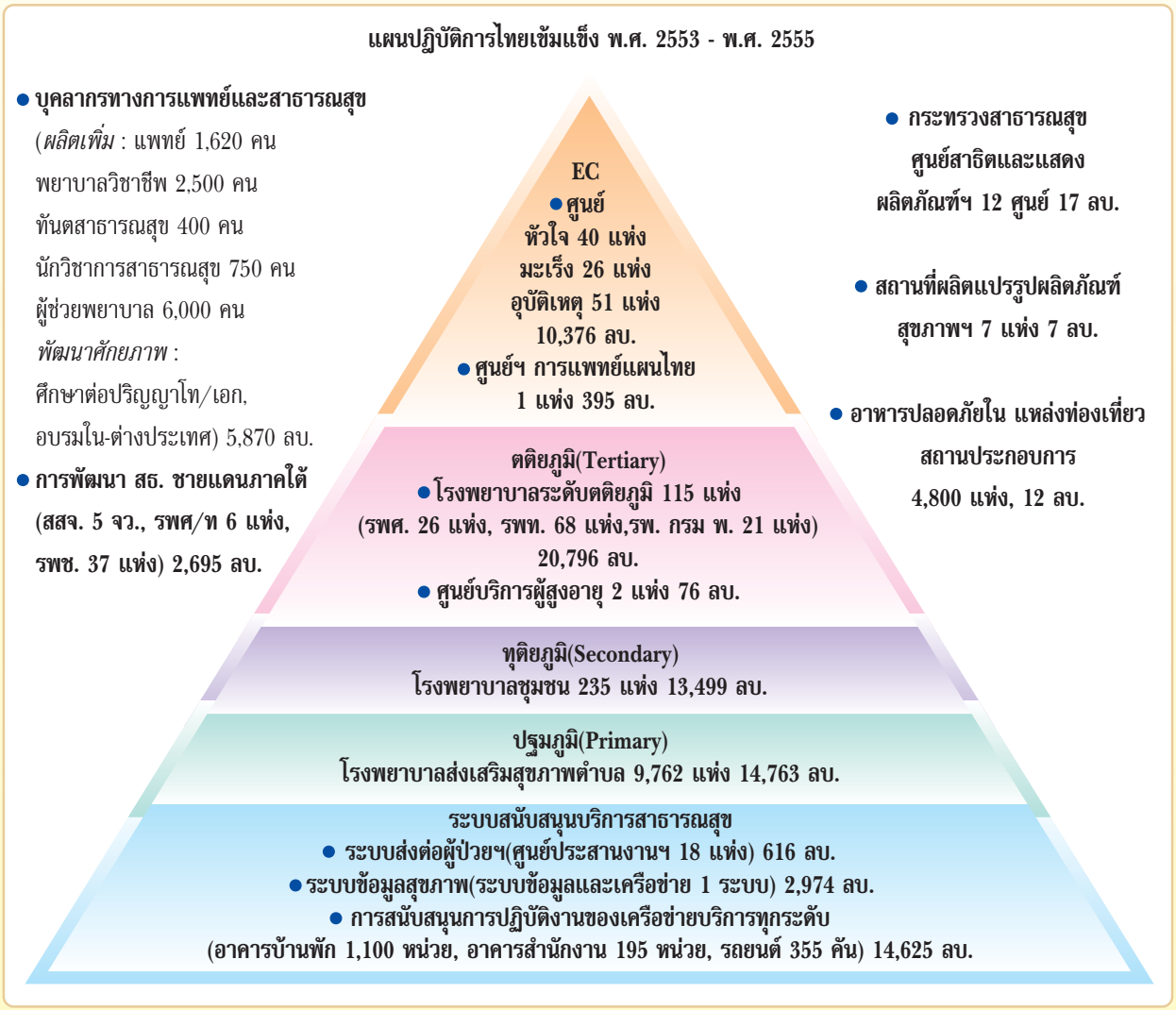
(6) การสร้างรายได้ใหม่จากเศรษฐกิจเชิงสร้างสรรค์

(7) การสร้างอาชีพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระดับชุมชน

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณจากโครงการฯ (พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2555) รวม 14 โครงการ วงเงินงบประมาณ 86,688 ล้านบาท โดยกำหนดเป้าหมายการลงทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในการปรับปรุงโครงสร้างการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะการลงทุนด้านครุภัณฑ์ที่ดินสิ่งก่อสร้าง (ทั้งนี้เนื่องจากงบประมาณการลงทุนลดลงอย่างต่อเนื่องหลังวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 แม้มีนโยบายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ตาม) การพัฒนากำลังคนและการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ นอกจากนี้ยังรวมถึงการพัฒนาสาธารณสุขในพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดนภาคใต้ และประเด็นที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น เรื่องอาหารปลอดภัย เป็นต้น (ภาพที่ 13.2)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณแผนการกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่ 2 (Stimulus Package 2: SP2) จำนวน 11,508.667 ล้านบาท ส่วนที่เหลือให้บรรจุไว้ในงบประมาณตามพระราชบัญญัติปีงบประมาณ 2554 ซึ่งได้รับการจัดสรรงบลงทุนปีงบประมาณ 2554 ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13,943.619 ล้านบาท (ซึ่งหากรวบอยู่งบผูกพันปี 2555 - 2556 เท่ากับ 23,798 ล้านบาท) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

ภาพที่ 13.2 เป้าหมายการลงทุนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข



ที่มา: รายงานโครงการภายใต้แผนปฏิบัติการไทยเข้มแข็ง 2555 (แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจระยะที่ 2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 24 กันยายน 2552

2.2.2 มาตรการจากภาคส่วนสาธารณสุขอื่นๆ

ในส่วนของด้านสาธารณสุขได้มีการดำเนินการจากหลายส่วนด้วยกัน ประกอบด้วย

1) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 ได้มีมติ 1.14 วิกฤตเศรษฐกิจและการปกป้องสุขภาวะของคนไทย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2551 โดยมีสาระสำคัญ คือ

(1) ให้รัฐบาลดำเนินการมาตรการคุ้มครองทางสังคม โดยเฉพาะเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอสำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และอื่นๆ

(2) ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม ดำเนินการดังนี้

- ร่วมดำเนินงานตามมาตรการคุ้มครองทางสังคม
- ปรับปรุงและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
- พัฒนาประสิทธิภาพระบบบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบบริการปฐมภูมิ
- พัฒนานโยบายและมาตรการในการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อปัญหาความยากจน
- ปรับปรุงกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานประกันสังคม

(3) ให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาสนับสนุนการจัดตั้ง หน่วยเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาวะคนไทย และให้รายงานผลการดำเนินงานต่อที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่สอง ปี 2552

ทั้งนี้ในวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2552 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบข้อเสนอตามมติของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเสนอและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการต่อไป ซึ่งผลปรากฏว่า **ในขณะที่งบประมาณปี 2553 โดยรวมลดลงร้อยละ 12 แต่งบประมาณหลักประกันสุขภาพกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 9**

2) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบวิกฤติเศรษฐกิจต่อสุขภาพและระบบสุขภาพเมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2552

3) ในวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2552 คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับทิศทางการดำเนินงานตามแนวทางการรองรับผลกระทบทางสุขภาวะอันเนื่องมาจากวิกฤตเศรษฐกิจ และมีกำหนดยุทธศาสตร์ 6 ยุทธศาสตร์ได้แก่

- การจัดการความรู้และข้อมูลสารสนเทศ
- การสร้างทักษะในการเผชิญวิกฤต
- การสร้างเสริมคุณภาพชีวิต
- การส่งเสริมสถานประกอบการและชุมชนเข้มแข็ง
- การแก้ไขผลกระทบทางสังคมที่ร้ายแรง
- ความมุ่งมั่นสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

3. บทสรุป

บริบทของวิกฤตเศรษฐกิจมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในช่วงสามสี่ปีที่ผ่านมาประเทศไทยได้เผชิญกับเหตุการณ์สำคัญๆ หลายอย่าง เช่น วิกฤตทางสังคม วิกฤตทางด้านการเมือง วิกฤตสิ่งแวดล้อม การประท้วงของกลุ่มต่างๆ ที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง วิกฤตด้านพลังงานที่ทำให้ราคาน้ำมันเพิ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2547 และสูงสุดใน พ.ศ. 2551 วิกฤตด้านพลังงานทำให้ราคาพืชผลทางการเกษตรหลายชนิดเพิ่มสูงขึ้น การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H1N1 2009 ที่เริ่มต้นระบาดทั่วโลก ผลกระทบของเหตุการณ์ และวิกฤตอื่นๆ เหล่านี้ไม่สามารถแยกจากวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ได้ นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้เป็นผลรวมของผลกระทบจากวิกฤตฯ และการแก้ไขปัญหาผลกระทบ ดังนั้นเป็นการยากที่จะระบุอย่างชัดเจนถึงผลกระทบของวิกฤตเศรษฐกิจโดยตรงว่าเป็นอย่างไร

โดยรวมข้อมูลชี้ให้เห็นว่าวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 มีความรุนแรงต่อประเทศไทยน้อยกว่าในครั้งพ.ศ. 2540 ต้นเหตุและลักษณะวิกฤตที่ต่างกัน ตลอดจนสถานะการคลังที่เข้มแข็งของประเทศในช่วง พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 นอกจากสามารถจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว รัฐบาลยังสามารถดำเนินมาตรการต่างๆกระตุ้นเศรษฐกิจต่างๆโดยในระยะที่หนึ่งเน้นการลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน เช่น มาตรการ 6 มาตรการซึ่งครอบคลุมสาธารณูปโภคฟรี และมาตรการเพิ่มรายได้ประชาชน เช่นเบี้ยยังชีพ เป็นต้น ในระยะต่อมารัฐบาลได้มีนโยบายกระตุ้นเศรษฐกิจระยะที่สองที่ให้ความสำคัญกับการลงทุนเพื่อปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐาน ทางด้านสาธารณสุขให้ความสนใจเสริมสร้างศักยภาพของสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ถึงระดับตติยภูมิ ทั้งโครงสร้างกายภาพและทรัพยากรบุคคล

นอกจากมาตรการของรัฐบาลดังกล่าว ใน พ.ศ. 2552 มีกลไกการแก้ไขผลกระทบของวิกฤตหลายอย่างเพิ่มเติมจากที่มีใน พ.ศ. 2540 เช่น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเกิดขึ้นมานานแล้วกว่าครึ่งทศวรรษ สามารถทำหน้าที่เป็นตาข่ายความปลอดภัยทางสังคม (social safety net) โดยช่วยลดความเสี่ยงทางการเงินจากปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนได้เป็นอย่างมาก และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นกลไกการมีส่วนร่วม จากภาคส่วนต่างๆ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นในจัดทำยุทธศาสตร์การแก้ไขผลกระทบทางด้านสุขภาพและสังคมของวิกฤตผ่านการทำงานร่วมกับประชาสังคมกลุ่มต่างๆ ล้วนเป็นมาตราการเสริม ป้องกันมิให้ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพ

ข้อมูลทุติยภูมิที่มีไม่ได้แสดงผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจครั้งนี้ต่อสุขภาพและระบบสุขภาพที่ชัดเจน ปัญหาสุขภาพหลายอย่าง เช่น เด็กแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย แม่อายุน้อย หรือการติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่ก่อนการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2552 ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจาการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและพฤติกรรม ในส่วนของข้อมูลนั้นพบปัญหาด้านข้อมูลหลายด้าน เช่น การขาดแคลนข้อมูลโดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพของประชาชน ภาวะทุพโภชนาการของเด็กที่น่าเชื่อถือได้ ข้อมูลที่รวบรวมได้บางส่วนเป็นดัชนีระดับกระบวนการ (process indicator) เช่นข้อมูลการใช้บริการรักษาพยาบาล ข้อมูลค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล ข้อมูลเหล่านี้อาจจะไม่สามารถสะท้อนไปยังผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ ดังนั้นการพัฒนาข้อมูลให้สามารถแสดงสภาวะสุขภาพของประชาชนไทยยังต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้ข้อมูลได้ทั้งในช่วงปกติและช่วงที่มีวิกฤตเกิดขึ้น (long series of dataset) การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อให้สามารถระบุปัญหาของแต่ละระดับเศรษฐานะจะช่วยให้ข้อมูลเรื่องความเป็นธรรมได้ดีขึ้นและน่าจะได้รับการส่งเสริมต่อไป

บทที่ 14
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

1. ความสำคัญของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยได้เข้าสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อรัฐบาลไทยประกาศนโยบายดังกล่าวในปี พ.ศ. 2544 และทางรัฐสภาได้ลงมติเห็นชอบร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ เพื่อจัดให้มีระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของประชาชน โดยมีองค์กรที่มีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนคือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่กำกับดูแล เพื่อให้ประชาชนไทยประมาณ 47 ล้านคนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งประเทศ) ซึ่งมิใช่เป็นผู้มีสิทธิ์ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างถ้วนหน้าตามมาตรา 52 และ 82 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

วิวัฒนาการและสถานการณ์ของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.1 ช่วงระยะก่อน พ.ศ. 2545

หากเริ่มนับตั้งแต่การจัดตั้งกองทุนเงินทดแทน (Workmen's Compensation Fund) โดยประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ในปี พ.ศ. 2515 และนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับคนยากจนในปี พ.ศ. 2518 ประเทศไทยใช้เวลาประมาณ 30 ปีในการขยายการสร้างหลักประกันสุขภาพจากประชาชนเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงานและคนยากจน ไปสู่ระบบประกันสังคมในปี พ.ศ. 2533 กลุ่มเด็กและผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2537 และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ตามลำดับ (ตารางที่ 14.1)

ยุทธศาสตร์ที่ประเทศไทยใช้ในการขยายหลักประกันสุขภาพคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนเฉพาะกลุ่มต่างๆ เริ่มจากการให้การสงเคราะห์การรักษาพยาบาลฟรีสำหรับกลุ่มคนยากจนในรัฐบาล มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมชในปี พ.ศ. 2518 และต่อมามีการออกพระราชกฤษฎีกาให้สิทธิ์การรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและสมาชิกในครอบครัวในปี พ.ศ. 2523 และมีการจัดทำโครงการบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในปี พ.ศ. 2524 ตามมาด้วยบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจในปี พ.ศ. 2526 - พ.ศ. 2527 เพื่อครอบคลุมผู้ที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ยากจนหรือผู้ที่สังคมควรให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล จนกระทั่งประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ใช้แรงงานจากการเจ็บป่วยที่มิใช่เกิดจากการทำงาน การเสียชีวิต พิการหรือทุพพลภาพ จากการมีพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยในระยะเริ่มแรกมีการบังคับใช้สำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 20 คนขึ้นไป และต่อมาขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คนในปี พ.ศ. 2537 และสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1 คนในปี พ.ศ. 2545 และในท้ายที่สุดคือ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทยทุกคนในปี พ.ศ. 2545 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

ตารางที่ 14.1 ลำดับเหตุการณ์สำคัญเกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2515 - พ.ศ. 2545

พ.ศ.	เหตุการณ์	ระบบประกันสุขภาพ			
		รัฐสวัสดิการ	สวัสดิการในการทำงาน	บังคับ	สมัครใจ
2515	จัดตั้งกองทุนเงินทดแทน (Workmen's Compensation Fund) ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515			X	
2518	นโยบายการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับคนยากจน	X			
2521	บริษัทประกันสุขภาพเอกชนเริ่มเปิดดำเนินกิจการในประเทศ				X
2523	พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว พ.ศ. 2523		X		
2524	การออกบัตรผู้มีรายได้น้อยครั้งแรก	X			
2526	โครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 1 กองทุนอนามัยแม่และเด็ก				X
2527	โครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 2 สำหรับทั้งครอบครัว				X
2533	พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 เริ่มประกาศบังคับใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 20 คน			X	
2535	ขยายบริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่กลุ่มผู้สูงอายุ	X			
2536	พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535			X	
2537	ประกันสังคมขยายความครอบคลุมไปถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คน			X	
2537	พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 แทนประกาศคณะปฏิวัติฉบับ 103			X	
2537	โครงการบัตรสุขภาพระยะที่ 4 เงินสมทบจากรัฐ reinsurance policy และการสามารถใช้บัตรสุขภาพข้ามเขต				X
2537	ระบบบัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจขยายความครอบคลุมไปถึงผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขโดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย	X			
2537	บัตรสปร. ขยายความครอบคลุมไปถึงเด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี	X			
2541	ปรับปรุงการร่วมจ่ายในการให้บริการบางประเภทของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการภายหลังภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540		X		
2543	ระบบประกันสังคมขยายสิทธิประโยชน์ไปสู่การชราภาพและบุตรของผู้ประกันตน			X	

พ.ศ.	เหตุการณ์	ระบบประกันสุขภาพ			
		รัฐสวัสดิการ	สวัสดิการในการทำงาน	บังคับ	สมัครใจ
2544	รัฐบาลไทยประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	X			
2545	ประกันสังคมขยายความครอบคลุมไปถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 1 คน			X	
2545	พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	X			

ที่มา: ดัดแปลงจาก ระบบหลักประกันสุขภาพไทย, 2545

หมายเหตุ: บังคับ หมายถึง การประกันสุขภาพภาคบังคับโดยมีกฎหมายรองรับ
สมัครใจ หมายถึง การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

จากพัฒนาการของระบบประกันสุขภาพไทยก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแบบแยกส่วน ประกอบด้วยการประกันสุขภาพหลายระบบในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลาย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ชุดสิทธิประโยชน์ แหล่งการคลังทางสุขภาพ กลุ่มประชากรเป้าหมาย และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 14.2

ตารางที่ 14.2 ลักษณะสำคัญของระบบประกันสุขภาพต่างๆ ก่อน พ.ศ. 2545

	สปร.	บัตรประกันสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ	ประกันสุขภาพเอกชน*
ลักษณะของการประกันสุขภาพ	สวัสดิการรัฐ	ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ	สวัสดิการรัฐ	ประกันภาคบังคับที่รัฐสนับสนุน	ประกันภาคบังคับเจ้าของยานพาหนะ	ประกันเอกชน
กลุ่มเป้าหมาย	คนจนและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล	ผู้ไม่มีบัตร สปร. และไม่มีหลักประกันอื่น	ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและญาติสายตรง	ลูกจ้างภาคเอกชนและลูกจ้างชั่วคราวภาครัฐ	ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถ	ประชาชนทั่วไป
ครอบคลุมประชากร (พ.ศ. 2544)	30%	23.4%	8.5%	7.8%	ประชากรทุกคน	1.2%
ชุดสิทธิประโยชน์						
บริการผู้ป่วยนอก	รัฐ	รัฐ (กสธ.)	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
บริการผู้ป่วยใน	รัฐ	รัฐ (กสธ.)	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน	รัฐ/เอกชน
การขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล	กำหนด	กำหนด	ไม่กำหนด	กำหนด	ไม่กำหนด	ไม่กำหนด
สิทธิประโยชน์ยกเว้น	15 กรณี	15 กรณี	-	15 กรณี	ไม่เกิน 15,000 บาท	โรคที่กำหนดยกเว้นในกรมธรรม์
คลอดบุตร	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ไม่	ครอบคลุม
ตรวจสุขภาพ	ไม่	ไม่	ครอบคลุม	ไม่	ไม่	ขึ้นกับกรมธรรม์
บริการห้องพิเศษ	ไม่	ไม่	ครอบคลุม	ไม่	ครอบคลุม	ครอบคลุม
การคลังสุขภาพ						
แหล่งเงิน	งบประมาณ	งบประมาณรัฐและครัวเรือน	งบประมาณ	ลูกจ้าง/นายจ้าง/รัฐ	เจ้าของยานพาหนะ	ครัวเรือน
วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	งบประมาณยอดรวม	เหมาจ่ายรายหัว/ตามผลงาน	ตามปริมาณบริการ	เหมาจ่ายรายหัว/ตามผลงาน	ตามปริมาณบริการ	ตามปริมาณบริการ

	สปร.	บัตรประกันสุขภาพ	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ	ประกันสุขภาพเอกชน*
การร่วมจ่าย	ส่วนที่เกินสิทธิ์					
ปัญหาหลัก	ไม่ครอบคลุมคนยากจนที่แท้จริง /งบประมาณไม่เพียงพอ	ขาดการกระจายความเสี่ยงที่ดี	ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง	ครอบคลุมเฉพาะช่วงการจ้างงาน	ความซ้ำซ้อนของสิทธิ์และเบิกจ่ายล่าช้า	การคัดเลือกความเสี่ยง

หมายเหตุ * เป็นการประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากการประกันสุขภาพหลักของภาครัฐ

1.2 การขาดหลักประกันสุขภาพและความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในปีพ.ศ. 2543 มีประชากรไทยประมาณร้อยละ 30 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ นอกจากนี้ การศึกษาของมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภคในปี พ.ศ. 2542 ได้สะท้อนให้เห็นถึงความทุกข์ยาก 15 กรณีตัวอย่างของประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นได้

แม้ว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะกลุ่ม เช่น โครงการบัตรสงเคราะห์ผู้ที่มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) จะพยายามปรับรูปแบบและวิธีการในการแสวงหากลุ่มเป้าหมาย แต่ก็ประสบปัญหาการขาดประสิทธิภาพในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แท้จริง การศึกษาของสุกัลยา คงสวัสดิ์และคณะในปี พ.ศ. 2543 ในพื้นที่ 6 จังหวัด พบว่า ในกลุ่มครัวเรือนที่ยากจน 2,093 ครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 17 ของครัวเรือนเหล่านี้เท่านั้นที่ได้รับบัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อย ในขณะเดียวกัน ผู้ที่ได้รับบัตรสงเคราะห์ฯ จำนวน 1,003 ราย มีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้น ที่เป็นคนยากจนอย่างแท้จริง อีกร้อยละ 65 ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ตารางที่ 14.3)

ตารางที่ 14.3 ร้อยละของครัวเรือนที่ยากจนและไม่ยากจนซึ่งได้รับการจัดสรรบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2543

จำนวนครัวเรือน	ครัวเรือนยากจน		ครัวเรือนที่ไม่ยากจน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับบัตรสงเคราะห์	353	17	650	12	1,003	13
ไม่ได้รับบัตรสงเคราะห์	1,740	83	4,942	88	6,682	87
รวมทั้งหมด	2,093	100	5,592	100	7,685	100

ที่มา: สุกัลยา คงสวัสดิ์ และคณะ, 2543

1.3 ความไม่เป็นธรรมและการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน

การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ บ่งชี้ว่า มีความไม่เสมอภาคในค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างครัวเรือนที่ยากจนและครัวเรือนที่มีเศรษฐานะร่ำรวย โดยใน พ.ศ. 2535 ครัวเรือนที่ยากจนที่สุด 10% แรก (เดไซล์ที่ 1) มีรายจ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 8.17 ของรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน ในขณะที่ครัวเรือนที่มีเศรษฐานะดีที่สุด (เดไซล์ที่ 10) ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพียงร้อยละ 1.27 ของรายได้ หรือแตกต่างกันประมาณ 6.4 เท่า โดยความไม่เสมอภาคดังกล่าวพบได้ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ความไม่เสมอภาคของภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยมีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากใน พ.ศ. 2545 กลุ่มครัวเรือนที่ยากจนที่สุด (เดไซล์ที่ 1) ใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพเหลือเพียงร้อยละ 2.77 ของรายได้ทั้งหมด ในขณะที่ครัวเรือนที่ร่ำรวยที่สุด (เดไซล์ที่ 10) ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพเพียงร้อยละ 1.71 ของรายได้ ทำให้ความแตกต่างเหลือเพียง 1.6 เท่า ทั้งนี้สถานการณ์ที่ดีขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน เกิดขึ้นจากนโยบายการขยายหลักประกันสุขภาพไปสู่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ของรัฐบาล เช่น กลุ่มคนยากจน ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล คนพิการ และผู้ใช้แรงงาน ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2545 รวมทั้งนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545

สำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจพบด้วยว่า ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543 ครัวเรือนที่ประสบปัญหาล้มละลายทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล ลดลงจากร้อยละ 4.9 ใน พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ 4.4 และ 3.8 ใน พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2543 ตามลำดับ (ตารางที่ 14.4) สรุปได้ว่า ก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนไทยจำนวนมากกว่า 6 แสนครัวเรือน (ร้อยละ 3.8 จากครัวเรือนทั้งหมด 16.7 ล้านครัวเรือนทั่วประเทศ) ประสบปัญหาค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 14.4 ร้อยละของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนต่างๆของค่าใช้จ่ายครัวเรือนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านอาหาร ระหว่าง พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543

ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านอาหาร	2539	2541	2543
ร้อยละ 0 ถึง 0.5	31.9	33.2	34.5
ร้อยละ 0.5 ถึง 10	51.3	51.5	50.8
ร้อยละ 10 ถึง 25	11.9	10.9	11.0
ร้อยละ 25 ถึง 50	3.5	3.6	3.1
มากกว่าร้อยละ 50	1.4	0.8	0.7
รวมทั้งหมด	**100.0**	**100.0**	**100.0**

ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2543, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1.4 ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่สนับสนุนนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 52 ได้บัญญัติให้ประชาชนไทยมีสิทธิเสมอภาคในการได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 82 ได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งจากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยดังกล่าว ได้ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวจากภาคประชาชนและนักวิชาการในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนไทย อย่างต่อเนื่องก่อน พ.ศ. 2545

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่ผ่านมา ได้ยึดแนวทางตามแผนการพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยในช่วงห้าปีแรกของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 1 ได้เน้นการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐานและการสร้างโรงพยาบาลระดับจังหวัดทั่วประเทศ ในขณะที่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 2 และ 3 รัฐได้เน้นการลงทุนด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในภาคชนบท โดยมีการเพิ่มการผลิตบุคลากรและเริ่มดำเนินนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับคนยากจน สำหรับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 และ 5 ได้มุ่งเน้นนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานตามเป้าหมาย Health for All by the Year 2000 มีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ และสร้างโรงพยาบาลอำเภอ (ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลชุมชน) ทุกอำเภอทั่วประเทศ รวมทั้งเร่งเพิ่มการผลิตแพทย์และพยาบาลเพื่อกระจายบุคลากรสาธารณสุขสู่ชนบททั่วประเทศ ต่อมาในแผนพัฒนาฉบับที่ 6 และ 7 ได้มีการเร่งพัฒนาสถานีอนามัยทั่วทุกตำบลทั่วประเทศ เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน โดยมีเหตุการณ์อื่นๆ ที่สำคัญคือ การประกาศใช้ พรบ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533 และการขยายการครอบคลุมของบัตร สปร. ไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี

ซึ่งจากนโยบายการพัฒนาสถานพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งการเพิ่มกำลังการผลิตและการกระจายบุคลากรสาธารณสุขไปสู่ชนบท และการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545

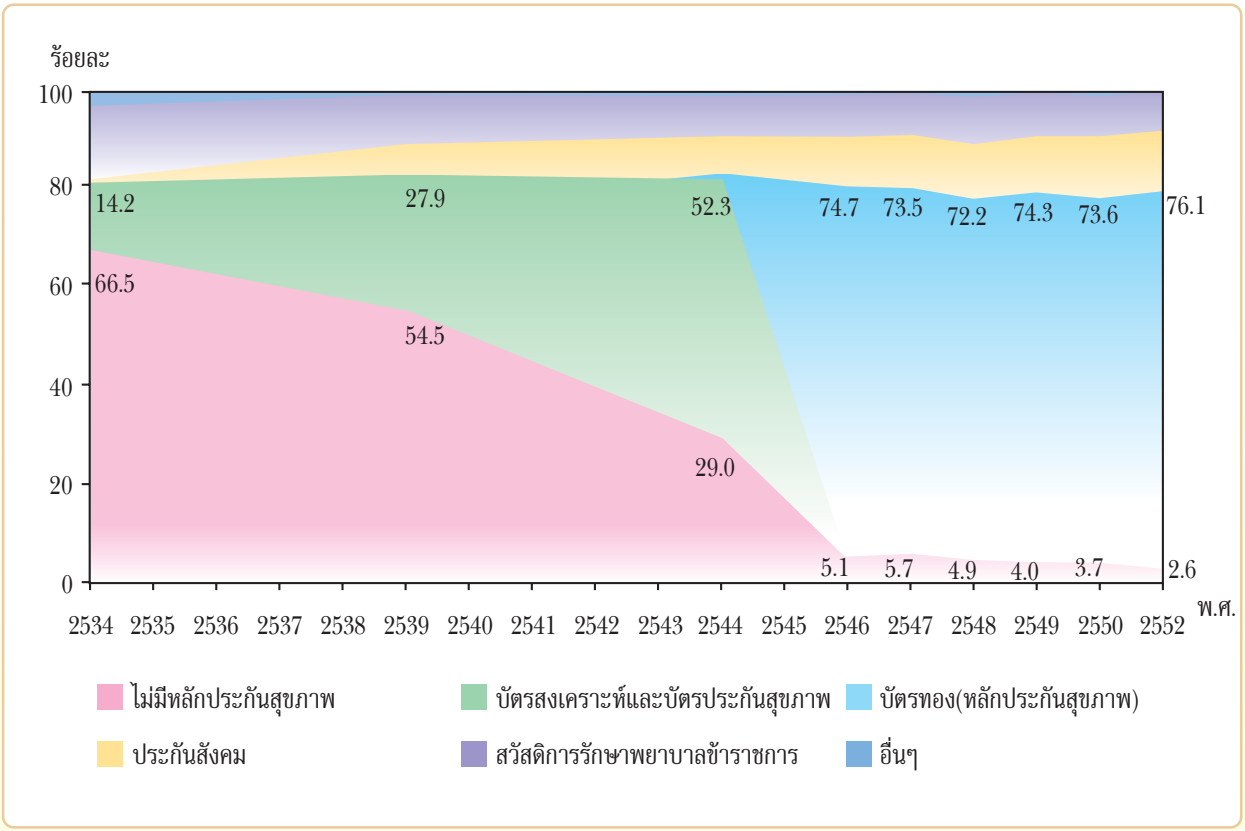
2. ผลกระทบของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ร้อยละ 95 ของประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพภาครัฐอย่างใดอย่างหนึ่งใน 3 ระบบหลักคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และ ประกันสังคม โดยทั้ง 3 ระบบมีความแตกต่างกันในประเด็นเรื่องขอบเขตชุดสิทธิประโยชน์ แหล่งการคลังสุขภาพ การจ่ายเงินสมทบและการร่วมจ่ายของผู้มีสิทธิ์ และวิธีการจ่ายให้กับสถานพยาบาลของทั้ง 3 กองทุน โดยหลักฐานเชิงประจักษ์และข้อมูลการศึกษาแสดงถึงผลกระทบของการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังต่อไปนี้

2.1 ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพ

ภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2545 ร้อยละของประชากรไทยที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ลดลงจากประมาณร้อยละ 29 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 5.1 ใน พ.ศ. 2546 และลดลงเรื่อยๆ จนเหลือเพียงร้อยละ 2.6 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 14.1) โดยประชาชนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 74 ได้รับการคุ้มครองจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 12 จากระบบประกันสังคม และร้อยละ 9 จากสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

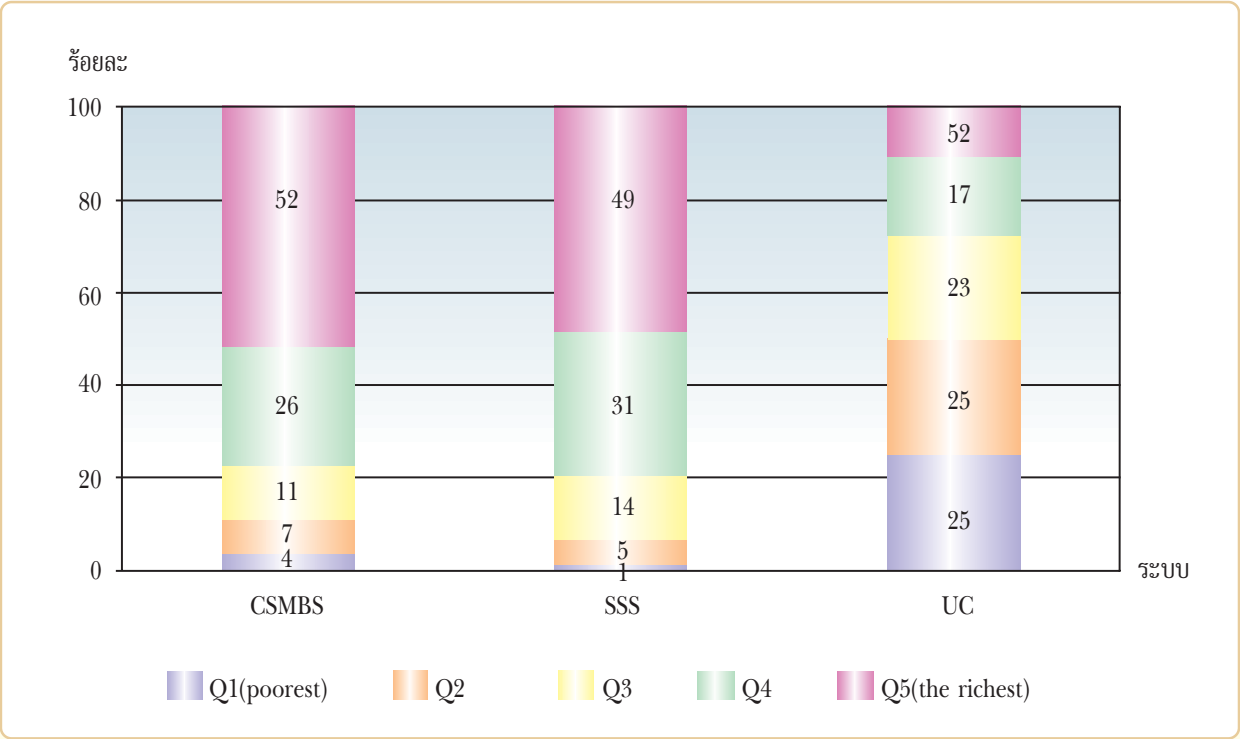
ภาพที่ 14.1 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพระบบต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2552



ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนระหว่างปี พ.ศ. 2539 - พ.ศ. 2550, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อทำการจำแนกประชากรไทยออกเป็นห้ากลุ่ม (ควินไทล์) ที่มีรายได้แตกต่างกันตั้งแต่ ยากจนที่สุด 20%แรก ยากจน ปานกลาง ร่ำรวยและร่ำรวยที่สุด 20% สุดท้าย พบว่า ใน พ.ศ. 2547 ประมาณร้อยละ 50 ของผู้มีสิทธิ์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) อยู่ใน ควินไทล์ที่ยากจนและยากจนที่สุด ในขณะที่ร้อยละ 49 ของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และร้อยละ 52 ของผู้มีสิทธิ์ในสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการอยู่ในควินไทล์ที่ร่ำรวยที่สุด (ภาพที่ 14.2) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) เป็นระบบประกันสุขภาพที่สำคัญสำหรับคนยากจน นอกจากนี้เมื่อทำการวิเคราะห์แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้มีสิทธิ์ในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ก็พบว่า ผู้มีสิทธิ์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบทและมีฐานะยากจน

ภาพที่ 14.2 สัดส่วนของกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐานะแตกต่างกันในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ

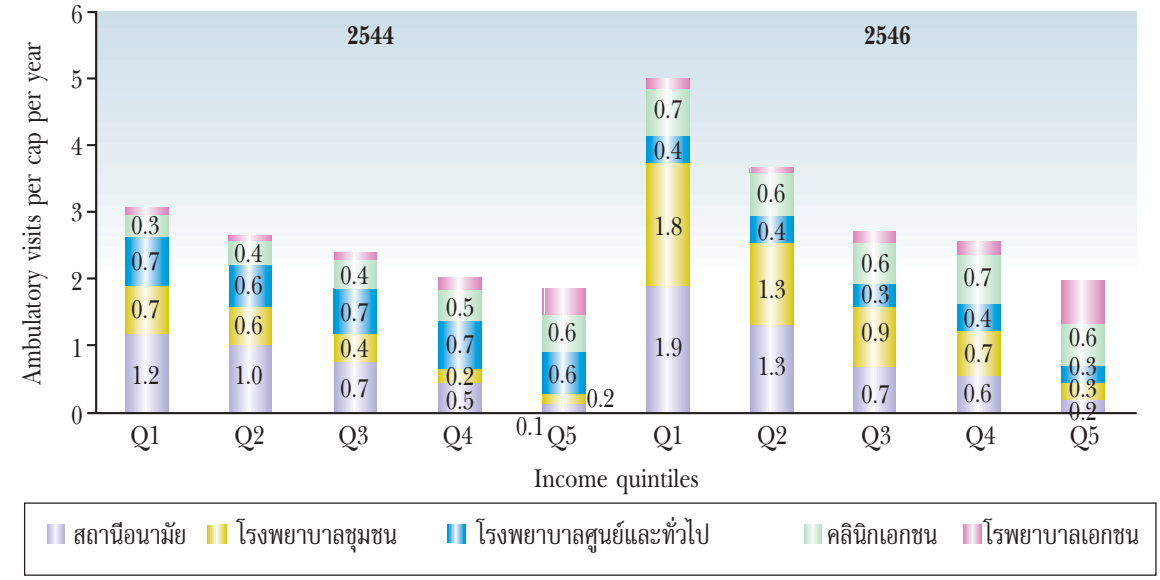


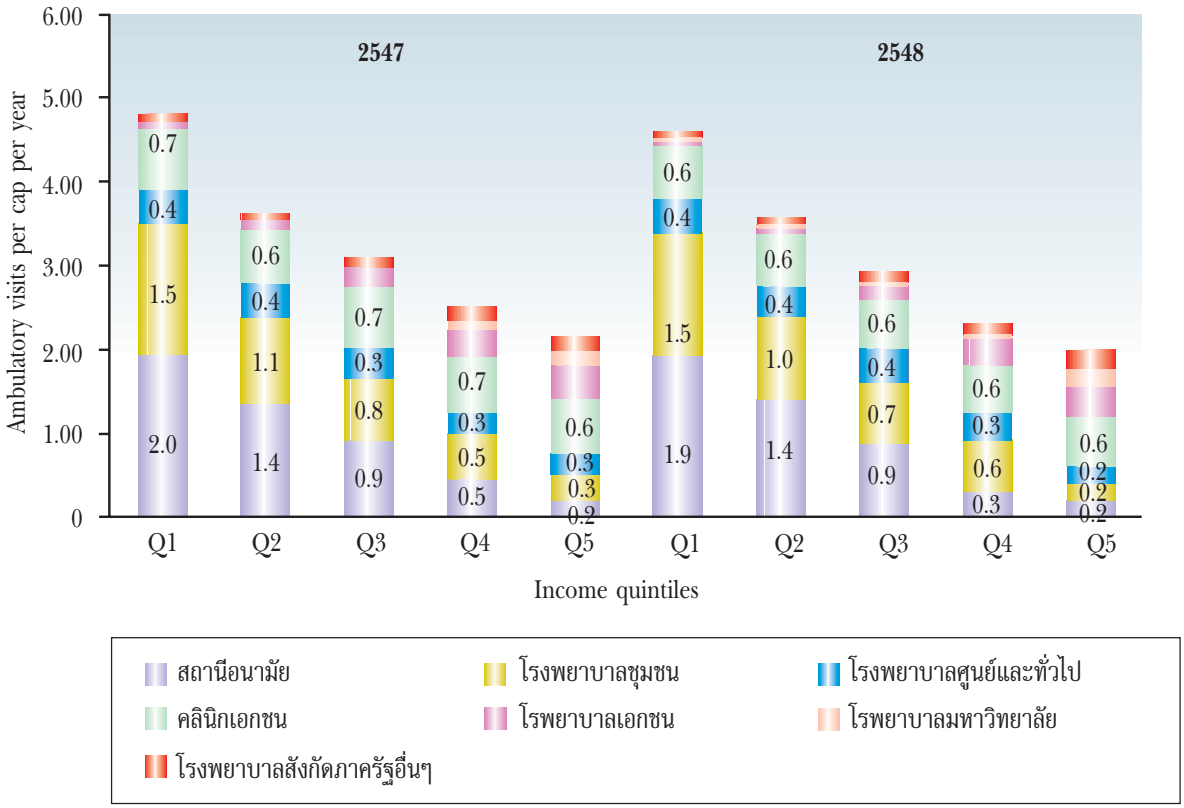
ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พ.ศ. 2547, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2.2 การเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2546 กรณีการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอก พบว่า ครัวเรือนในกลุ่มควินไทล์ที่ยากจนที่สุดมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากประมาณ 3 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 5 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 14.3) โดยการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็นการเพิ่มขึ้นที่ระดับสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ประชาชนในชนบทสามารถเข้าถึงได้ค่อนข้างสะดวก

ภาพที่ 14.3 การใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกของประชากรกลุ่มควินไทล์ต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548

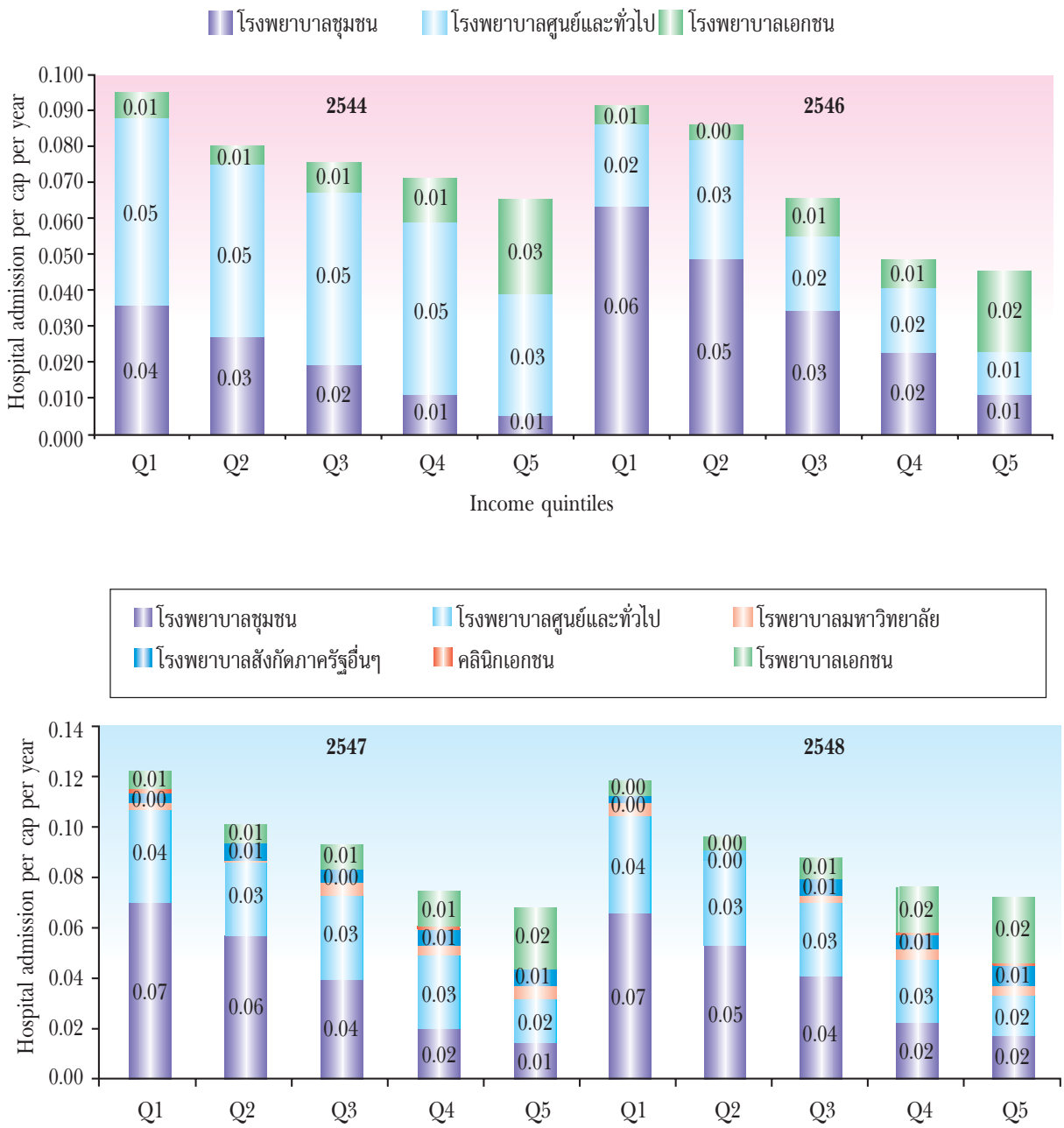




ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการประเภทผู้ป่วยในระหว่าง พ.ศ. 2544 ถึง 2548 พบว่า ประชากรในควินไทล์ที่ยากจนที่สุดมีอัตราการใช้บริการประเภทผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันมากนัก อยู่ระหว่าง 0.09 - 0.10 ครั้งต่อคนต่อปี แต่ประเภทของสถานพยาบาลที่กลุ่มประชากรที่ยากจนและยากจนที่สุดไปใช้บริการประเภทผู้ป่วยในส่วนใหญ่ เปลี่ยนแปลงจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปใน พ.ศ. 2544 เป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งประชาชนกลุ่มที่ยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงได้ง่ายมากกว่า ใน พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 (ภาพที่ 14.4)

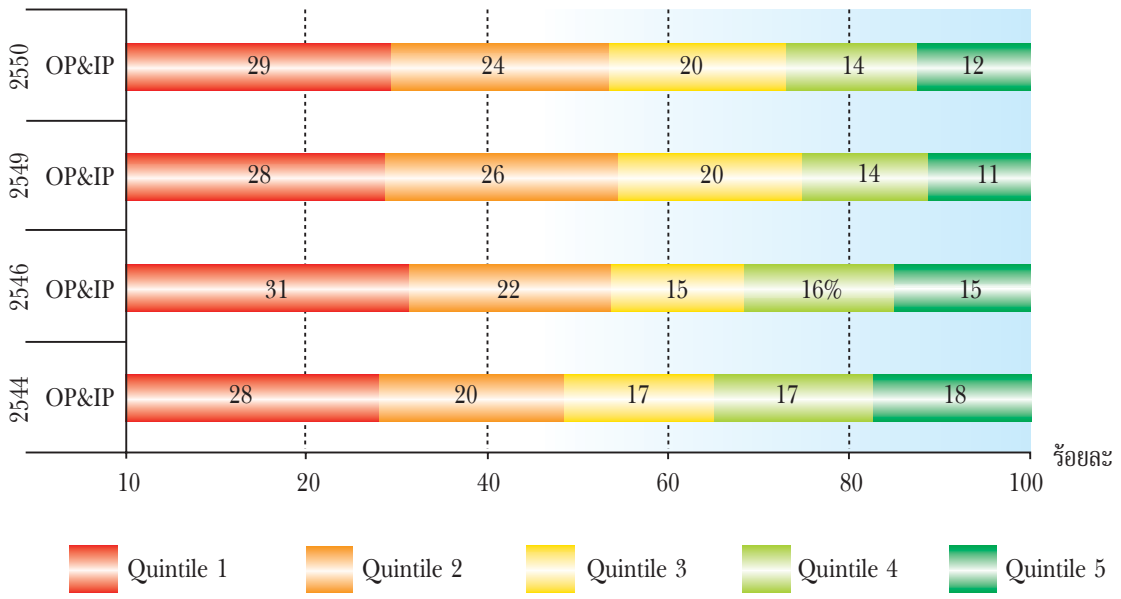
ภาพที่ 14.4 การใช้บริการประเภทผู้ป่วยในของประชากรกลุ่มควินไทล์ต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548



ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

จากข้อมูลการใช้บริการของประชากรกลุ่มต่างๆ และข้อมูลต้นทุนการให้บริการของสถานพยาบาลระดับต่างๆ เมื่อคำนวณการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐระหว่างกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐานะแตกต่างกันระหว่าง พ.ศ. 2544 ก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่าง พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550 พบว่า กลุ่มประชากรที่อยู่ในควินไทล์ที่ยากจนที่สุด (ควินไทล์ที่ 1) ได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐเพิ่มจากร้อยละ 28 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 31, 28, และ 29 ใน พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ และประชากรในกลุ่มควินไทล์ยากจน (ควินไทล์ที่ 2) ได้รับประโยชน์เพิ่มจากร้อยละ 20 ในปี 2544 เพิ่มเป็นร้อยละ 22, 26, และ24 ใน พ.ศ. 2546, พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐของกลุ่มประชากรที่ร่ำรวย (ควินไทล์ที่ 4) และร่ำรวยที่สุด (ควินไทล์ที่ 5) ลดลงภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพที่ 14.5)

ภาพที่ 14.5 เปรียบเทียบการได้รับประโยชน์จากทรัพยากรสุขภาพภาครัฐของประชากรกลุ่มที่มีเศรษฐานะแตกต่างกันระหว่าง พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2550



ที่มา: Prakongsai P. The Impact of the Universal Coverage Policy on Equity of the Thai Health Care System. PhD thesis. London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2008. และ How Thailand achieved pro-poor health service utilization and government subsidies? IHPP, 2010.

2.3 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนและความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเปรียบเทียบกับรายได้ในกลุ่มครัวเรือนที่มีเศรษฐานะแตกต่างกัน (เดไซล์) ระหว่าง พ.ศ. 2535 - พ.ศ. 2551 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่มีฐานะยากจนที่สุด (เดไซล์ที่ 1) ลดลงจากร้อยละ 8.17 ของรายได้ใน พ.ศ. 2535 เหลือเพียงร้อยละ 2.77 ใน พ.ศ. 2545 และภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่ยากจนที่สุด (เดไซล์ที่ 1) ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.05 ใน พ.ศ. 2551 (ภาพที่ 6.68) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่ร่ำรวยที่สุด (เดไซล์ที่ 10) อยู่ระหว่างร้อยละ 1.1 - 2.2 ของรายได้

จากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการรักษาพยาบาลโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนพบว่า ครัวเรือนที่ประสบปัญหาล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลลดลงจากร้อยละ 5.7 ใน พ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 3.3 ใน พ.ศ. 2552 (ภาพที่ 6.70) โดยครัวเรือนที่ประสบปัญหาล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มครัวเรือนที่ยากจนที่สุด (ควินไทล์ที่ 1) โดยลดลงจากร้อยละ 5.2 ใน พ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 1.9 ใน พ.ศ. 2550 และร้อยละ 1.4 ใน พ.ศ. 2552

และจากการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเพื่อการบริโภคโดยรวมของครัวเรือน กับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล พบว่า หลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน (impoverishment) เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาล ลดลงอย่างมาก ทั้งจากค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยครัวเรือนที่ยากจนลงจากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ลดลงจากร้อยละ 3.8 ใน พ.ศ. 2543 เหลือร้อยละ 1.5 ใน พ.ศ. 2547 และกรณีผู้ป่วยในลดลงจากร้อยละ 11.9 เหลือร้อยละ 2.6 ในช่วงเวลาเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากจะทำให้การดูแลสุขภาพและการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่จำเป็นครอบคลุมเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีคุณูปการในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนลง และช่วยให้ครัวเรือนจำนวนมากพ้นจากความยากจนจากค่ารักษาพยาบาลได้

2.4 ผลกระทบต่อสถานพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพ

นอกจากผลกระทบด้านบวกที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทำให้ภาระงานด้านการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลภาครัฐเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (สถานีอนามัย) และระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) ดังจะเห็นได้จากข้อมูลในตารางที่ 14.5 ซึ่งการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ระดับสถานีอนามัยเพิ่มจาก 37.2 ล้านครั้งใน พ.ศ. 2544 เป็น 63.92 ล้านครั้งใน พ.ศ. 2552 ซึ่งพบการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนเช่นเดียวกัน ในขณะที่อัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขภาครัฐไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก ทำให้เกิดปัญหาการเพิ่มขึ้นของภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขในสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 14.5 การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาลระดับต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2552

การใช้บริการ	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
บริการผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)							
สถานีอนามัย	37.21	38.14	38.44	50.84	52.88	56.09	63.92
ศูนย์บริการสาธารณสุข	-	-	-	0.45	0.71	1.03	1.96
โรงพยาบาลชุมชน	35.82	32.26	34.22	43.63	44.99	47.65	51.49
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	9.88	11.32	11.18	16.55	16.96	17.69	17.78
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	0.73	1.30	0.76	0.05	0.14	0.32	0.38
โรงพยาบาลรัฐอื่น	4.35	2.38	1.81	1.60	1.70	2.36	2.55
คลินิกเอกชน	19.66	22.92	21.90	0.27	0.28	1.15	0.17
โรงพยาบาลเอกชน	4.29	4.16	3.32	1.42	1.63	2,46	2.44
รวมทั้งหมด	**111.95**	**112.49**	**111.64**	**114.77**	**119.29**	**128.76**	**140.70**
บริการผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง)							
ไปโรงพยาบาลชุมชน	2.24	2.20	2.24	2.36	2.45	2.55	2.56
ไปโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1.16	1.30	1.44	1.94	1.98	2.10	2.13
ไปโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	0.06	1.09	0.13	0.14	0.14	0.16	0.17
ไปโรงพยาบาลรัฐอื่น	0.39	1.87	0.18	0.18	0.19	0.21	0.22
ไปโรงพยาบาลเอกชน	0.45	0.36	0.36	0.12	0.12	0.15	0.19
รวมทั้งหมด	**4.30**	**4.16**	**4.34**	**4.73**	**4.88**	**5.17**	**5.28**

ที่มา:
1. การใช้บริการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการแต่ละระดับ ปีงบประมาณพ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2548, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การใช้บริการผู้ป่วยในของหน่วยบริการแต่ละระดับ ปีงบประมาณพ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2548 จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งขาติ และปีงบประมาณพ.ศ. 2549 - พ.ศ. 2551 จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สำหรับสถานการณ์ด้านการเงินของโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลทางด้านการเงินการคลังและจากระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างบ่งชี้ว่า ภายหลังจากการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานการณ์ด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมิได้ประสบปัญหามากนัก ยกเว้น สถานพยาบาลที่มีประชากรน้อยหรืออยู่ในพื้นที่พิเศษ ทุรกันดาร หรือมีประชากรเบาบาง จะประสบปัญาด้านการเงินค่อนข้างมาก ดังจะเห็นได้จากจำนวนเงินสดคงเหลือและทุนสำรองสุทธิที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2552 (ตารางที่ 14.6) ซึ่งกรณีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ประสบปัญหาด้านการเงิน สปสช.และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษให้กับสถานพยาบาลในพื้นที่พิเศษเหล่านั้นแล้ว

ตารางที่ 14.6 ข้อมูลสถานการณ์การเงินของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ส่งข้อมูลครบถ้วนปีงบประมาณ 2546 - 2552

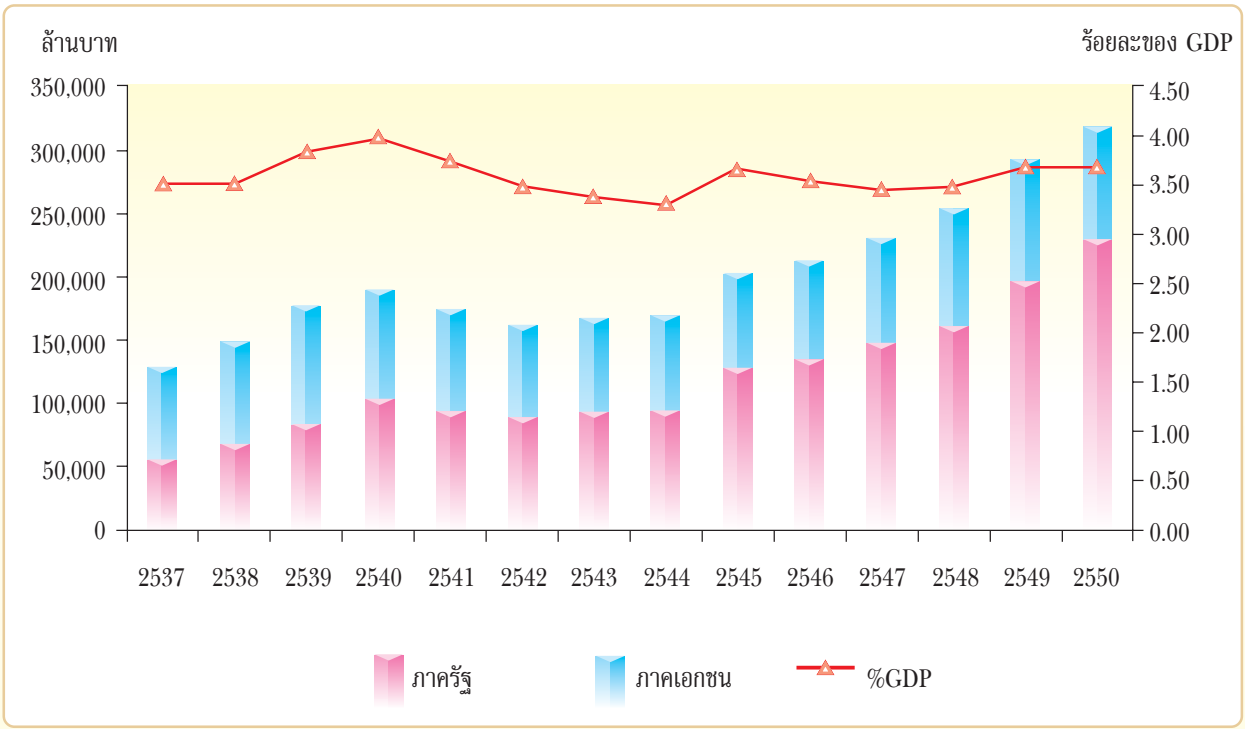
รายการ	ปีงบประมาณ (หน่วยล้านบาท)						
	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552
จำนวน รพ. ที่ส่งข้อมูลครบในแต่ละปี (แห่ง)	783	662	711	792	809	818	822
1) เงินสดคงเหลือ	15,635	15,734	21,158	18,468	28,141	43,276	42,963
2) วัสดุคงคลัง	2,990	2,972	3,590	3,783	4,294	4,818	5,241
3) หนี้สิน	6,938	9,513	16,672	16,054	12,316	15,825	16,626
4) ทุนสำรองสุทธิ	11,687	9,193	8,076	6,197	20,119	32,270	31,579

ที่มา: สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2.5 ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพและการลงทุนด้านสุขภาพของรัฐ

จากข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2550 พบว่า ภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติ (GDP) ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก คือ อยู่ระหว่างร้อยละ 3.5 - 4 ของ GDP ในขณะที่สัดส่วนการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 56 ของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 73 ใน พ.ศ. 2550 (ภาพที่ 14.6) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภาครัฐได้เข้ามามีส่วนร่วมในการลงทุนและใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้นภายหลังจากการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภาพที่ 14.6 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติและสัดส่วนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2550



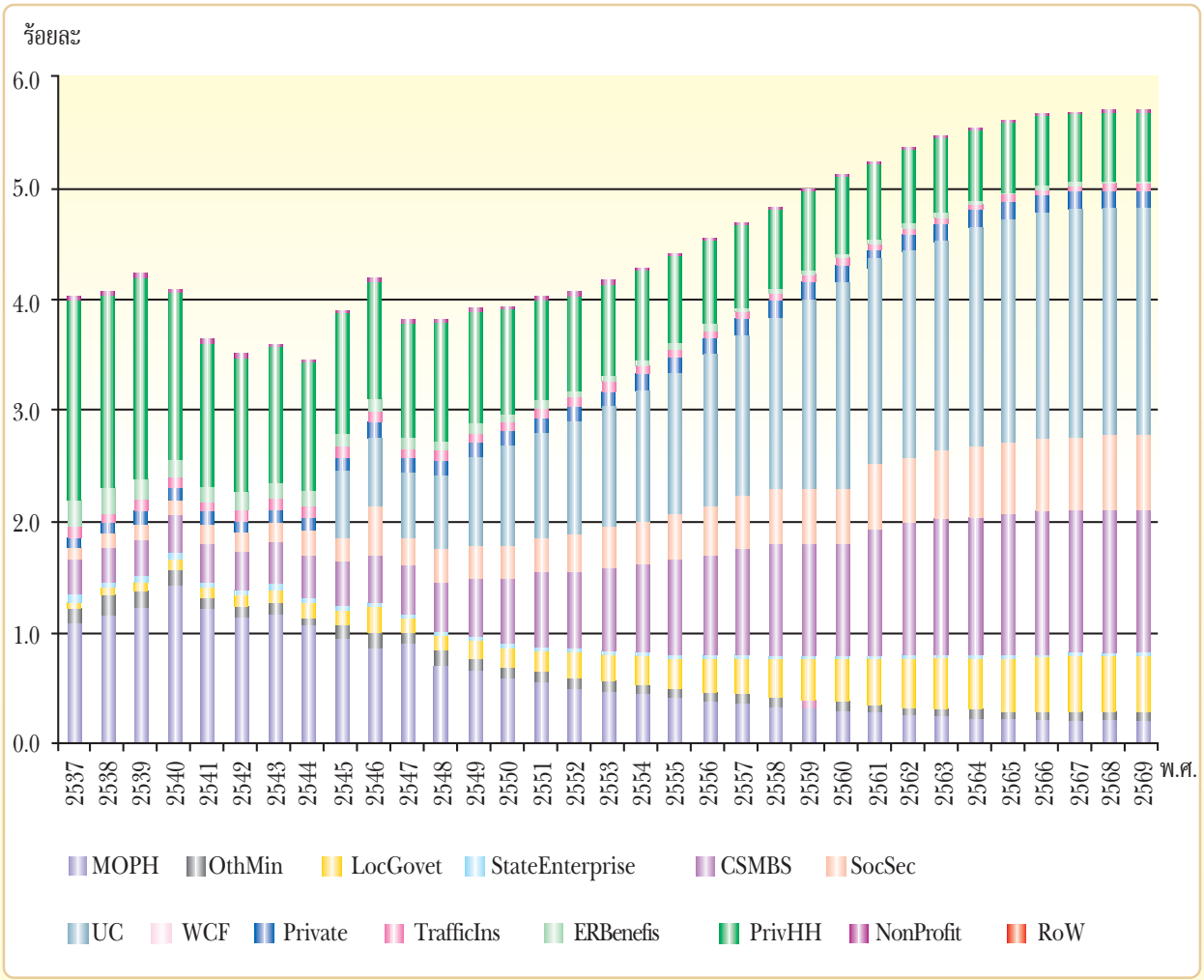
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพของประเทศไทย พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2550, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

3 สภาพปัญหาในปัจจุบันและอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.1 ความยั่งยืนและเพียงพอของการคลังสุขภาพ

ความยั่งยืนและความเพียงพอของการคลังสุขภาพในระยะกลางและระยะยาวของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการด้านการประกันสุขภาพในประเทศไทยให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติโดยผู้เชี่ยวชาญของ International Labour Office (ILO) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยจะอยู่ระหว่างร้อยละ 4-6 ของ GDP ในช่วง 5-15 ปีข้างหน้า โดยค่าใช้จ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นค่าใช้จ่ายโดยส่วนใหญ่ รองลงมาคือค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (ภาพที่ 14.7)

ภาพที่ 14.7 ประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเปรียบเทียบกับรายได้ประชาชาติ (GDP) ระหว่าง พ.ศ. 2537 - พ.ศ. 2569



ที่มา: Wolfgang Scholz et al. (2008). Long term financial forecast.

3.2 การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

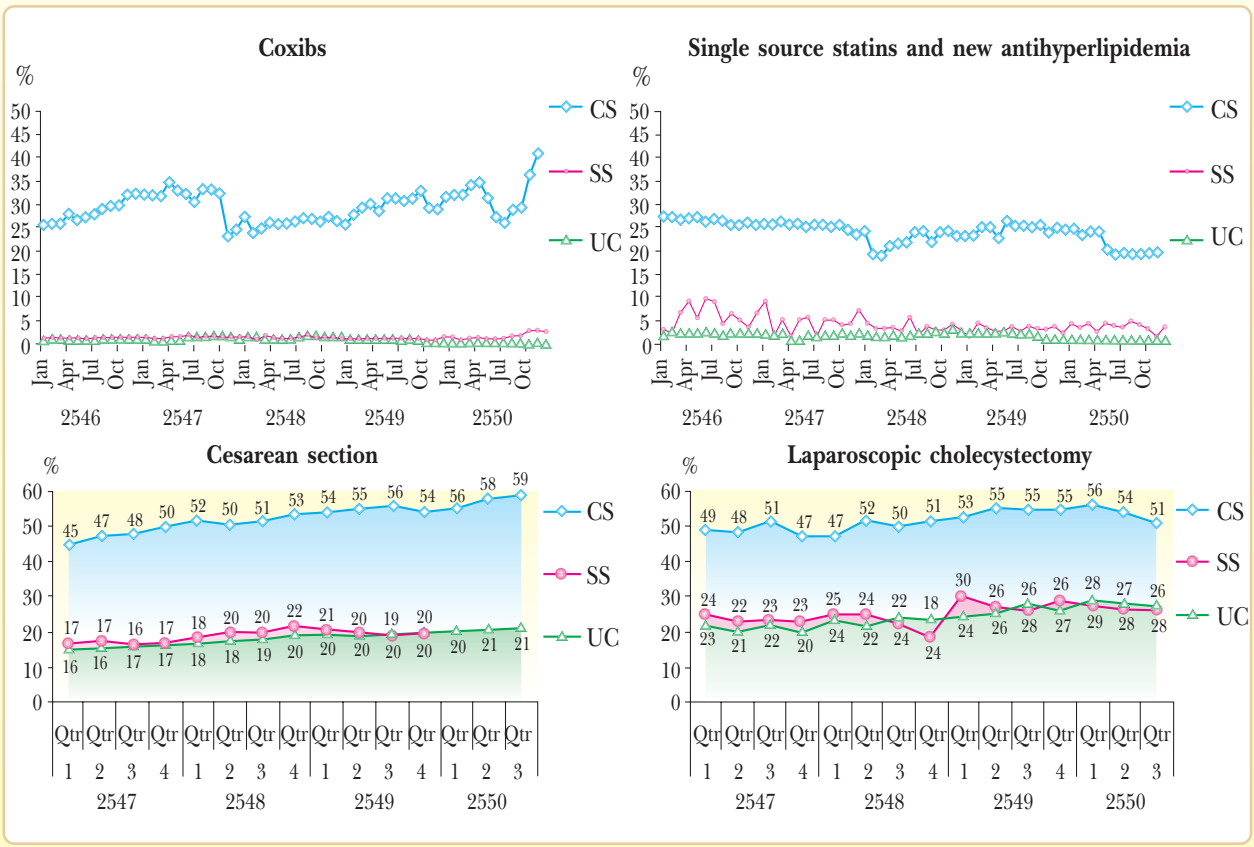
ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยระหว่าง พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 และการศึกษาเรื่องทิศทางการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พบว่า คนไทยป่วยและตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เช่น เบาหวาน หัวใจหลอดเลือด หลอดเลือดสมอง ถุงลมอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า การเจ็บป่วยที่เกิดจากสุราและการติดสุรา รวมทั้งมะเร็ง โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การบริโภคสุราและยาสูบ อุบัติเหตุ การบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้ มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และการค้นพบเทคโนโลยีสุขภาพใหม่ๆ ที่มีราคาแพง จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอนาคตเพิ่มมากขึ้น

3.3 ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ (สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยคือ ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้ง 3 ระบบ โดยเมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการของผู้มีสิทธิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคมมีการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 1.4 เท่าของผู้มีสิทธิ์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในขณะที่การใช้บริการผู้ป่วยใน ผู้มีสิทธิ์ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีการใช้บริการผู้ป่วยในเป็น 1.25 เท่าของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อปรับด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ภูมิลำเนา และการมีภาวะโรคเรื้อรังแล้ว

นอกจากนี้ ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงความเหลื่อมล้ำของบริการที่ได้รับของผู้มีสิทธิ์ในระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาต้นแบบนำเข้าจากต่างประเทศ และยาที่มีราคาแพงสูงกว่าผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมอย่างชัดเจน จนส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศสูงเพิ่มขึ้น รวมถึงการได้รับหัตถการบางอย่างที่สูงกว่าเช่น การผ่าคลอด การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นต้น (ภาพที่ 14.8) รวมถึงพบความแตกต่างของกระบวนการและผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐาน เช่น การตรวจ HbA1C ไขมันในเลือดและจอประสาทตา

ภาพที่ 14.8 ความแตกต่างการได้รับบริการของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ



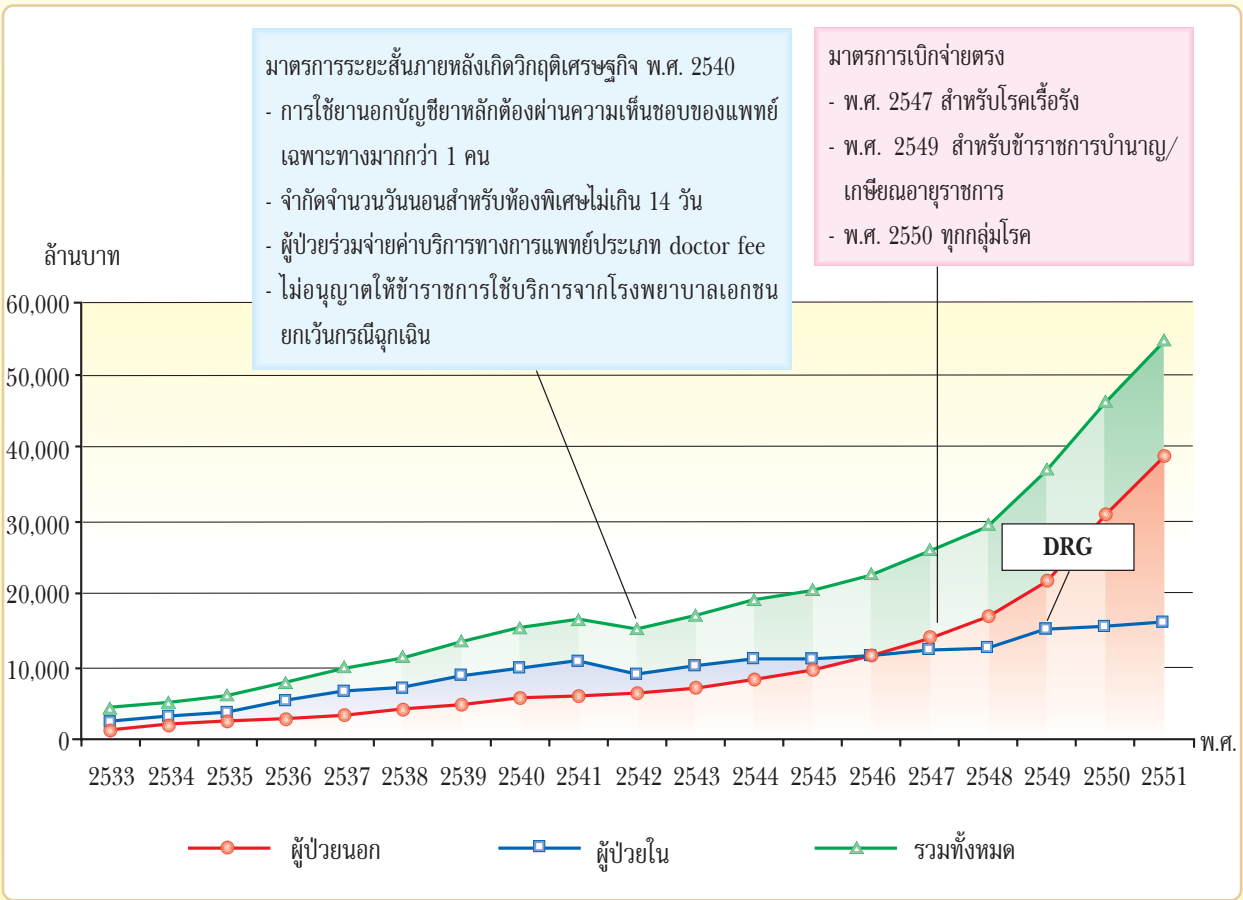
Source: Limwattananon, J.,S. Limwattanon,et al.(2009).

นอกจากนี้ ยังพบความเหลื่อมล้ำของระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการจากภาวะโรคต่างๆ เช่น ปวดบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น โดยพบว่ามีการนอนรักษาตัวนานกว่าของผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจนแม้จะปรับด้วยเพศ อายุ และความรุนแรงของโรค สำหรับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังของผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการก็มากกว่าอีกสองระบบหลักประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำภายในเวลา 30 วันหลังจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

ซึ่งสาเหตุที่สำคัญของการได้รับบริการที่แตกต่างของผู้มีสิทธิ์ในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการคือวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลซึ่งเป็นลักษณะ fee-for-service ซึ่งมีแนวโน้มที่สถานพยาบาลจะให้บริการและการตรวจวินิจฉัยที่มีราคาแพงและบางครั้งเกินความจำเป็น ซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง (ภาพที่ 14.9)

ประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือ คุณภาพของการให้บริการ เนื่องจากวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัวในกรณีผู้ป่วยนอกหรือการจ่ายแบบปลายปิดสำหรับบริการอื่นๆ ซึ่งมีแนวโน้มในการสร้างแรงจูงใจให้กับสถานพยาบาลในการให้บริการที่จำกัดหรือใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด หากไม่มีการควบคุมกำกับอย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 14.9 ค่าใช้จ่ายของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการระหว่าง พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2551



ที่มา: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

4. ทิศทางในอนาคตของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

จากข้อมูลการประสบความสำเร็จในการสร้างความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า และการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรที่มีฐานะยากจนในชนบท รวมทั้งการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนที่ยากจนและการป้องกันครัวเรือนล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง เป็นตัวบ่งชี้ว่า รัฐบาลไทยประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งในการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้น รัฐจึงต้องให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องกับนโยบายดังกล่าวต่อไป ทั้งนี้มิใช่เพียงเพื่อเป้าหมายในการดำเนินนโยบายแบบประชานิยมเพียงเท่านั้น แต่นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังเป็นนโยบายที่สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพและสังคม รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพของประเทศ เนื่องจากสนับสนุนการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และเป็นการสร้างหลักประกันทางสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนทั้งประเทศ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลจำเป็นต้องให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่เพียงพอกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะการให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิซึ่งเป็นบริการที่ประชาชนที่ยากจนในชนบทสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้มากกว่าบริการระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพโดยการลงทุนเพิ่มขึ้นในด้านกำลังคนด้านสาธารณสุขและนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อรับมือกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นภาระต่อค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลในระยะยาว

สำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบเป็นประเด็นปัญหาที่รัฐบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและแก้ไขปัญหาในช่วงระยะต่อไป โดยร่วมกับการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เพื่อการติดตามประเมินผลและพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทที่ 15
ประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก (Global Health)

ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงประมาณสามทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในบริบทของโลกหลายๆด้าน ได้แก่ ความสะดวกรวดเร็วของการติดต่อสื่อสารระหว่างประเทศ ทำให้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศหนึ่งกลายเป็นปัญหาของประเทศอื่นๆทั่วโลกได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว เช่นการเกิดขึ้นของโรค SARS ในทวีปเอเชีย ได้กลายเป็นปัญหาของทั่วโลกภายในเวลาเพียงไม่กี่วัน เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ปัญหาสุขภาพโลกเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศพัฒนาแล้ว ที่มองประเด็นด้านสุขภาพไม่ใช่เป็นเพียงประเด็นด้านการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีเท่านั้น แต่เป็นประเด็นด้านความมั่นคงด้วย เพราะหากเกิดการระบาดของโรคขึ้นในภูมิภาคใดของโลกก็ตามย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรของตนได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็วจนอาจเกิดวิกฤตการณ์ได้ เช่นการคาดการณ์การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ที่อาจทำให้ประชากรเสียชีวิตจำนวนมาก

เมื่อปัญหาของสุขภาพมีความสำคัญต่อโลกมากขึ้นเช่นนี้ จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ที่สำคัญได้แก่ การเพิ่มขึ้นของงบประมาณด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผลกระทบที่มีต่อประเทศกำลังพัฒนาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่าระบบสุขภาพโลกเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ ที่ประเทศต่างๆจะต้องสนใจและเตรียมการรับการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ

1. การเปลี่ยนผ่านแนวคิดด้านสุขภาพ: จากปัญหาภายในของประเทศ สู่ปัญหาที่ต้องการความร่วมมือระหว่างรัฐ ไปถึงปัญหาที่ต้องการความร่วมมือขององค์กรทั้งรัฐและเอกชนทั่วโลก

แนวคิดด้านสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนตามการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาการด้านอื่นๆ ในยุคที่การเดินทางและการติดต่อสื่อสารระหว่างประเทศอยู่ในแวดวงจำกัด ปัญหาสุขภาพจึงจำกัดอยู่ในขอบเขตของประเทศเป็นหลัก ตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา แนวคิดด้านสุขภาพมองในมิติของ “สาธารณสุข” หรือ Public Health ที่ให้ความสำคัญกับการป้องกัน และการดูแลรักษาโรคของประชาชนโดยรวม โดยให้ความหมายของคำว่า “สาธารณสุข” หมายถึงการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการให้มีสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมที่ดี

เมื่อประเทศต่างๆมีการติดต่อระหว่างกันมากขึ้น แนวคิดด้านสุขภาพได้ขยายออกไประหว่างประเทศด้วย โดยความหมายของการสาธารณสุขระหว่างประเทศ (International Health) จึงขยายข้ามขอบแดนของประเทศเดียวไปสู่ประเทศอื่น โดยสาธารณสุขระหว่างประเทศเน้นเรื่องการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนา โดยพิจารณาถึงปัญหาความซับซ้อนของปัจจัยทั้งระดับโลกและท้องถิ่นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

เมื่อการสื่อสารติดต่อระหว่างประเทศได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพข้ามพรมแดนได้อย่างรวดเร็ว และทำให้การแก้ปัญหาสลับซับซ้อนมากขึ้น ปัญหาสุขภาพจึงมีมิติที่แตกต่างไปจากเดิม จึงเกิดแนวคิดสุขภาพโลก (Global Health)

ขึ้น โดยความหมายของสุขภาพโลกหมายถึง สุขภาพของประชาชนในบริบทของโลกและข้ามเขตแดนของมุมมองและปัญหาของประเทศใดประเทศหนึ่ง [1] โดยการเข้ามามีบทบาทของกลไกนอกภาครัฐอื่นๆเพิ่มขึ้นมาก

เมื่อพิจารณาความหมายของ Public Health, International Health และ Global Health แล้ว พบว่ามีส่วนทับซ้อนหลายประเด็น คือทั้งหมดนี้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนโดยรวม เน้นการป้องกันโรค และห่วงใยกลุ่มด้อยโอกาส แต่มีส่วนที่แตกต่างกันคือ ในด้านการครอบคลุมของพื้นที่สาธารณสุข (Public Health) ครอบคลุมปัญหาในบริบทของประเทศ ส่วนการสาธารณสุขระหว่างประเทศ (International Health) ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพของประเทศอื่นนอกเหนือจากประเทศของตน โดยส่วนใหญ่จะเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐตั้งแต่ 2 ประเทศขึ้นไป ในขณะที่สุขภาพโลก (Global Health) เป็นปัญหาร่วมกันของโลก ซึ่งต้องการแนวทางแก้ไขที่เป็นความร่วมมือระหว่างกลไกต่างๆทั้งรัฐและเอกชนในประเทศต่างๆในโลก (ตารางที่ 15.1)

ตารางที่ 15.1 การเปรียบเทียบระหว่าง Public Health, International Health และ Global Health

ประเด็นเปรียบเทียบ	สุขภาพโลก (Global health)	สาธารณสุขระหว่างประเทศ (International health)	สาธารณสุข (Public health)
การครอบคลุมพื้นที่	มุ่งเน้นที่ประเด็นที่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพที่ข้ามเขตแดนของประเทศใดประเทศหนึ่ง	มุ่งเน้นที่ประเด็นสุขภาพของประเทศอื่นนอกจากประเทศของตน โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา	มุ่งเน้นที่ประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศหรือในชุมชน
ระดับความร่วมมือ	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหาต้องการความร่วมมือจากหลายประเทศทั่วโลก	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหาต้องการความร่วมมือจากประเทศในลักษณะทวิภาคี	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหาต้องการความร่วมมือ ไม่ต้องการความร่วมมือจากประเทศอื่นในระดับโลก
ปัจเจกหรือประชากร	รวมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรและการรักษาโรคในระดับปัจเจกไว้ทั้งสองส่วน	รวมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรและการรักษาโรคในระดับปัจเจกไว้ทั้งสองส่วน	ส่วนใหญ่เน้นความสำคัญของการป้องกันโรคในกลุ่มประชากร
การเข้าถึงสุขภาพ	วัตถุประสงค์หลักคือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ในโลกเพื่อประชาชนทุกคน	เน้นการช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาในประเทศอื่น	วัตถุประสงค์หลักคือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของคนภายในประเทศหรือในชุมชน
ความกว้างของวิทยาการที่ใช้	มีลักษณะความเป็นสหวิทยาการและข้ามศาสตร์สูง และการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆนอกภาคสุขภาพ	รวมการทำงานของต่างสาขาเข้าด้วยกันบ้างแต่ไม่เน้นการทำงานแบบสหวิทยาการ	สนับสนุนการทำงานแบบสหวิทยาการโดยเฉพาะภายในภาคสุขภาพและสังคมศาสตร์

ที่มา: J P Koplan et al. Towards a common definition of global health Lancet 2009; 373: 1993-95.

[1]Brown et al. The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. AJPH: Jan 2006, Vol 96, No 1. http://www.ajph.org/cgi/reprint/96/1/62

2. พหุมิติของสุขภาพโลก

เพื่อให้เข้าใจปัญหาสุขภาพในมิติของสุขภาพโลกมากขึ้น ได้มีการพิจารณาเรื่องสุขภาพโลก ออกเป็น 5 มิติ คือ

(1) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นนโยบายระหว่างประเทศ** โดยวัตถุประสงค์ของสุขภาพโลกในมิตินี้ให้ความสำคัญกับเรื่องการค้า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมีเสถียรภาพ การมีประชาธิปไตย และภาพลักษณ์ของประเทศ ลำดับความสำคัญของโรคที่อยู่ในกลุ่มนี้คือ โรคติดเชื้อ และโรคเอดส์ หน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับมิติด้านนโยบายระหว่างประเทศได้แก่ หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น USAID PEPFAR กระทรวงการต่างประเทศสหรัฐ DFID ของสหราชอาณาจักร และ JICA ของญี่ปุ่นเป็นต้น

(2) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นประเด็นความมั่นคง** วัตถุประสงค์หลักคือ การต่อสู้กับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ การติดเชื้อ และการดื้อยา โรคที่สำคัญคือ ไข้หวัดนก การติดเชื้อ ทางเดินหายใจ การดื้อยาวัณโรค (Multidrug-resistant) และโรคเอดส์ หน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับมิตินี้ได้แก่ หน่วยงานควบคุมโรคของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น US CDC หรือองค์กรเอกชน เช่น NTI (Nuclear Threat Initiative)

(3) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการกุศล** วัตถุประสงค์หลักคือ การแก้ปัญหาความยากจน ประเด็นปัญหาคือความแห้งแล้ง ความอดอยาก ภาวะทุพโภชนาการ เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย หน่วยงานที่ดำเนินการในมิตินี้ได้แก่ หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศพัฒนาแล้วเช่นเดียวกับข้อ (1) และหน่วยงานการกุศลภาคเอกชน เช่น มูลนิธิบิลและมิลินดาเกสต์ เป็นต้น

(4) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการลงทุน** วัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจที่จะได้จากการพัฒนาสุขภาพอย่างเต็มที่ ประเด็นสุขภาพในกลุ่มนี้คือ โรคเอดส์ มาลาเรีย อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ อาชีวอนามัย การประกันสุขภาพ และหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้คือ ธนาคารโลก IMF ILO และภาคธุรกิจเอกชน

(5) **สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการสาธารณสุข** วัตถุประสงค์หลักคือ มนุษย์ทุกคนบนโลกมีสุขภาพดีอย่างเต็มที่ ประเด็นสุขภาพคือภาระโรค หน่วยงานที่สนใจในประเด็นนี้ คือ องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานที่รับผิดชอบโรคเฉพาะด้าน และองค์กรเอกชน

ตารางที่ 15.2 การเปรียบเทียบกลุ่มสุขภาพโลก 5 กลุ่ม และจุดเน้น

หลักการ	เป้าหมาย	โรคที่ให้ความสำคัญ	หน่วยงานหลัก
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นนโยบายระหว่างประเทศ	การค้า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมีเสถียรภาพ การมีประชาธิปไตย และภาพลักษณ์ของประเทศ	โรคติดเชื้อ และโรคเอดส์	หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น USAID PEPFAR กระทรวงการต่างประเทศสหรัฐ DFID ของสหราชอาณาจักร SIDA ของสวีเดน CIDA ของแคนาดา และ JICA ของญี่ปุ่น
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นความมั่นคง	การต่อสู้กับการก่อการร้ายด้วยอาวุธชีวภาพ การติดเชื้อ และการดื้อยา	ไข้หวัดนก การติดเชื้อทางเดินหายใจ การดื้อยาวัณโรค (Multidrug-resistant) และโรคเอดส์	หน่วยงานควบคุมโรคของประเทศพัฒนาแล้ว เช่น US CDC และองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณประโยชน์ เช่น Nuclear Threats Initiative

หลักการ	เป้าหมาย	โรคที่ให้ความสำคัญ	หน่วยงานหลัก
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการกุศล	แก้ปัญหาความยากจน	ความแห้งแล้ง ความอดอยาก ภาวะทุพโภชนาการ เอดส์ วัณโรค มาลาเรีย	หน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศของประเทศพัฒนาแล้ว และหน่วยงานการกุศลเอกชนต่างๆ เช่น มูลนิธิบิลและมิลินดาเกตส์
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นการลงทุน	การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเต็มที่	โรคเอดส์ และมาลาเรีย	ธนาคารโลก IMF ILO และภาคธุรกิจเอกชน
สุขภาพโลกในฐานะที่เป็นสาธารณสุข	ให้มีสุขภาพดีอย่างสูงสุด	ภาระโรคทั่วโลก	องค์การอนามัยโลก และหน่วยงานที่รับผิดชอบโรคเฉพาะด้าน และองค์กรเอกชน

ที่มา: *David Stuckler, Martin McKee,* Five metaphors about global-health policy, Lancet 2008; 372.

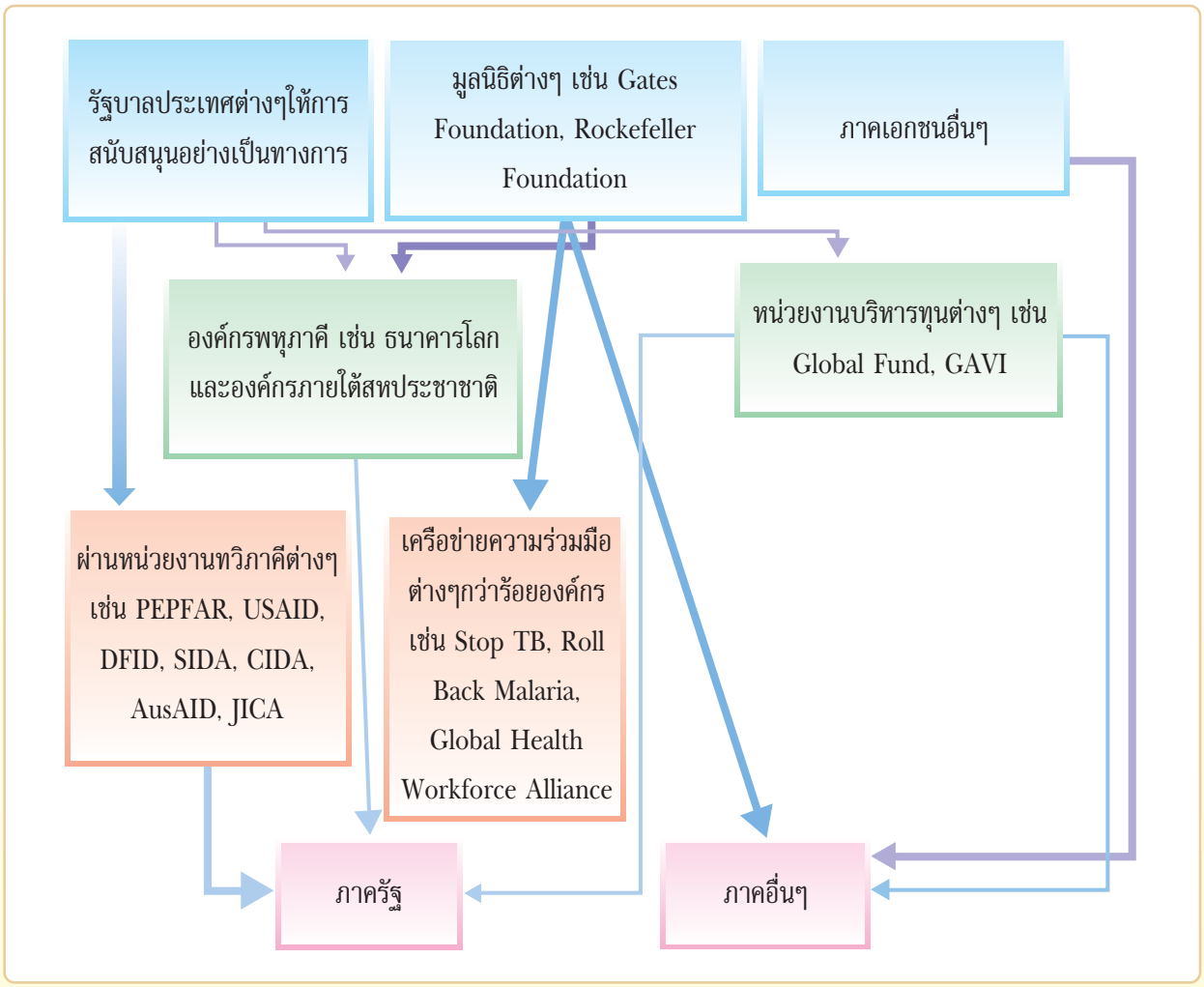
จะเห็นว่าประเด็นด้านสุขภาพโลกนั้นมีหลายมิติ และหลากหลายวัตถุประสงค์ หน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินงานก็มีแนวคิดและจุดมุ่งหมายที่ต่างกัน ดังนั้น การทำความเข้าใจในเรื่องสุขภาพโลกจึงมีความสลับซับซ้อนมากกว่าประเด็นสุขภาพเดิมที่เน้นการมีสุขภาพเป็นเป้าหมายหลัก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาโรคที่อยู่ในกลุ่มต่างๆ จะพบว่าโรคบางโรคอยู่ในทุกกลุ่ม เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น การแก้ปัญหาโรคที่เป็นปัญหาร่วมจึงได้รับความสนใจและให้การสนับสนุนมากกว่าโรคอื่นๆ การลงทุนด้านนี้จึงสูงตามไปด้วย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพโลก ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงโรคที่ติดต่อระหว่างกันเท่านั้น แต่ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาปัญหาโรคไม่ติดต่อได้รับความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากเป็นสาเหตุของภาระโรคกว่าสองในสามในประเทศต่างๆทั่วโลก โดยจะมีการจัด NCD summit ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 ที่มอสโคว์ และ สมัชชาสหประชาชาติในเดือนกันยายนปีเดียวกัน ก็มีระเบียบวาระเฉพาะ ที่จะปรึกษากันในเรื่องโรคไม่ติดต่อด้วย ปัญหาโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาที่ต้องการความร่วมมือระหว่างสาขาและประเทศต่างๆในการแก้ไข เช่น ปัญหาจากการบริโภคสุราและยาสูบ ปัญหาสุขภาพของแรงงานย้ายถิ่น ปัญหาโลกร้อน เป็นต้น

3. กลไกอภิบาลระบบสุขภาพโลก (Global Health Governance)

เมื่อประเด็นด้านสุขภาพโลกมีหลายมิติ และหลายวัตถุประสงค์ รวมทั้งมีหน่วยงานให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้มากขึ้น ทำให้องค์กรทางด้านสุขภาพโลกใหม่ทั้งภาครัฐและเอกชนเกิดขึ้นมากมายในช่วงเวลา 20 ปีที่ผ่านมา ทั้งหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนทุน และบริหารจัดการทุน หน่วยงานประสานการทำงาน และหน่วยงานปฏิบัติ ทำให้องค์กร กลไกที่เกี่ยวกับการอภิบาลระบบสุขภาพโลกมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ยิ่งเมื่อรวมหน่วยงานที่มีอยู่เดิมเช่นหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ องค์ทวิภาคี มูลนิธิ องค์กรเอกชน และหน่วยงานด้านวิชาการ ด้วยแล้ว องค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพโลกจึงมีจำนวนมากมาย การที่มีองค์กรเกิดขึ้นมากมาย และต่างก็มีวัตถุประสงค์ของตนเองนี้ ทำให้แต่ละองค์กรกำหนดรูปแบบการทำงาน การรายงานผลการทำงานแตกต่างกันด้วย แม้จะมีความพยายามอย่างสูงที่จะประสานงานกัน แต่ก็เป็นไปได้ยากยิ่ง

ภาพที่ 15.1 ความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆด้านสุขภาพโลก ในด้านการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ



ที่มา: The global health landscape

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก

จากการเปลี่ยนผ่านแนวคิดด้านสุขภาพ และมิติของสุขภาพโลก ทำให้บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการปรับเปลี่ยนไปเช่นกัน หน่วยงานที่เคยมีความสำคัญต่อโลกด้านสุขภาพเช่นองค์การอนามัยโลก หรือองค์การยูนิเซฟ มีบทบาทน้อยลงอย่างมาก ทั้งในการกำหนดประเด็นนโยบาย และด้านการเงิน การเกิดขึ้นของหน่วยงานใหม่ๆที่เรียกว่า Global Health Initiative ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาขององค์การอนามัยโลกเอง โดยเฉพาะปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการที่ระบบงบประมาณต้องพึ่งพาการบริจาคจากประเทศพัฒนาแล้วเป็นหลัก ทำให้องค์การอนามัยโลกมีการดำเนินงานภายใต้อิทธิพลของประเทศพัฒนาแล้วผ่านการบริจาคเงินโดยกำหนดเงื่อนไขหรือระบุกิจกรรม ทั้งนี้เห็นได้ชัดจากงบประมาณขององค์การอนามัยโลกซึ่งเคยพึ่งพิงจากค่าสมาชิกถึงสองในสามใน พ.ศ. 2540 ทำให้สามารถกำหนดนโยบายต่างๆได้เอง แต่งบประมาณขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันกว่าร้อยละ 80 เป็นงบประมาณที่ได้จากการบริจาคโดยประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งล้วนแล้วแต่มีเงื่อนไขบังคับให้ดำเนินการเฉพาะในเรื่องที่ตนเองสนใจเป็นหลัก ทำให้องค์การอนามัยโลกขาดความเป็นอิสระในการดำเนินงาน เมื่อเป็นเช่นนี้ ทำให้เกิดแนวคิดในการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ในการแก้ปัญหาสุขภาพโลกเพื่อการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาที่เป็นปัญหาของสุขภาพโลกได้อย่างชัดเจน การก่อตั้งหน่วยงานใหม่ๆทางด้านสุขภาพขึ้นหลายองค์กร ยิ่งทำให้บทบาทขององค์การอนามัยโลกลดลง

ขณะนี้ประมาณการว่ามีหน่วยงานด้าน Global Health Initiatives กว่า 100 องค์กร โดยหน่วยงานหลัก ได้แก่ กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI); และ the World Bank Multi-Country AIDS Program (MAP) งบประมาณได้หลั่งไหลมาจากหลากหลายหน่วยงาน และหลากหลายประเทศให้แก่โครงการทางด้านสุขภาพ จากข้อมูลของธนาคารโลก การให้การสนับสนุนแก่โครงการทางด้านสุขภาพเพิ่มจาก 2.5 พันล้านเหรียญใน พ.ศ. 2533 เป็น 14 พันล้านเหรียญใน พ.ศ. 2548 องค์กรทวิภาคีต่างๆ ก็เพิ่มงบประมาณการให้การสนับสนุน เพิ่มจาก 8.5 พันล้านเหรียญใน พ.ศ. 2543 เป็น 13.5 พันล้านเหรียญ ใน พ.ศ. 2547 กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียมีงบประมาณสนับสนุนจากประเทศและหน่วยงานต่างๆตั้งแต่ พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน กว่าสองหมื่นล้านเหรียญ[2] นอกจากการเพิ่มการสนับสนุนจากภาครัฐแล้ว หน่วยงานภาคเอกชนก็เพิ่มการลงทุนทางด้านสุขภาพเช่นกัน มูลนิธิบิลและมิลินดาเกตส์ ได้บริจาคเงินจำนวน 6.6 พันล้านเหรียญสำหรับโครงการด้าน Global Health[3]

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นปัญหาร่วมในทุกมิติของสุขภาพโลก งบประมาณสนับสนุนให้แก่โรคเอดส์จึงเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดคือจากงบประมาณเพื่องานด้านสุขภาพใน พ.ศ. 2550 ทั้งหมดจำนวน 14.5 พันล้านเหรียญนั้น 5.1 พันล้านเหรียญหรือร้อยละ 35 ใช้เพื่อโรคเอดส์ ในขณะที่งบประมาณเพื่อโรควัณโรค และมาลาเรียมีเพียงอย่างละร้อยละ 5 เท่านั้น[4]

เมื่อดูงบประมาณที่ให้กับหน่วยงานต่างๆจะเห็นว่างบประมาณที่ให้ผ่านหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ UNAIDS และ UNFPA ลดลงจากร้อยละ 32.3 ของเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 14 ใน พ.ศ. 2550 ในขณะที่งบประมาณที่ให้แก่ Global Fund และ GAVI เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1 ของเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพทั้งหมดใน พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 8.3 และ 4.2 ใน พ.ศ. 2550 ตามลำดับ จุดที่มีการขยายตัวมากที่สุดคือการให้ความช่วยเหลือในลักษณะทวิภาคี โดยเฉพาะของสหรัฐฯและญี่ปุ่น ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องพหุภาคีน้อย

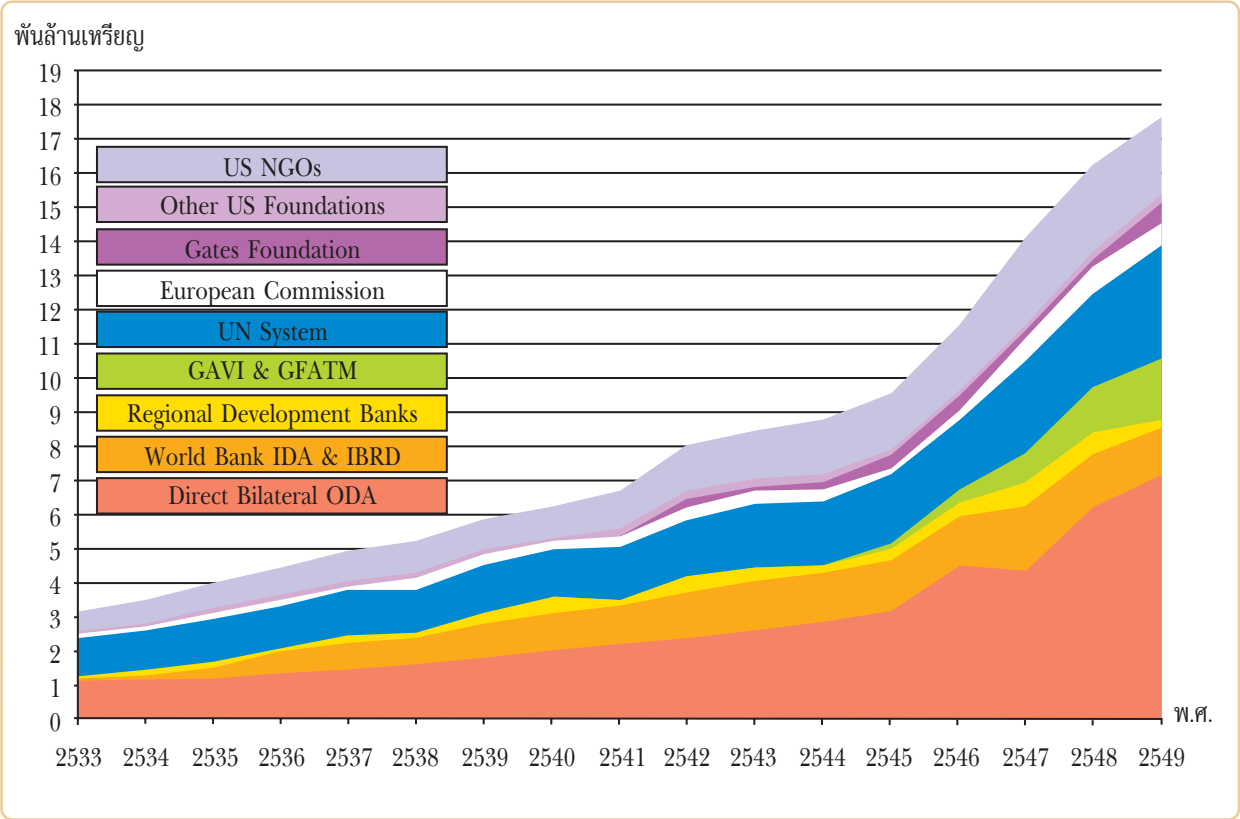
---

[2] http://www.theglobalfund.org/documents/pledges__contributions.xls access on March 7, 2010

[3] Laurie Garrett. The Challenge of Global Health, Foreign affairs. January /February 2007.

[4] Nirmala Ravishankar, et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, Lancet 2009; 373: 2113-24

ภาพที่ 15.2 การลงทุนของหน่วยงานต่างๆในด้านสุขภาพ



ที่มา: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle.

การที่งบประมาณให้แก่หน่วยงานด้าน Global Health เพิ่มขึ้นมาก ได้เกิดผลทั้งด้านดีและผลกระทบหลายประการ ในด้านดี งบประมาณที่เพิ่มขึ้นทำให้การครอบคลุมบริการและการรักษาพยาบาลขยายมากขึ้นด้วย เช่นผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น การแจกจ่ายมุ้งในโครงการป้องกันมาลาเรียกระจายได้มากขึ้น เป็นต้น แต่ในขณะเดียวกัน ได้ก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบสุขภาพ ได้แก่ การเพิ่มความไม่เป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ เพราะทรัพยากรของระบบบริการที่จำกัดในประเทศกำลังพัฒนาถูกใช้ไปในการแก้ปัญหาบางโรค และทำให้ปัญหาอื่นๆซึ่งมีความสำคัญไม่ได้รับทรัพยากรเพียงพอ การลดคุณภาพของงานเพราะต้องทำให้ได้ปริมาณตามเป้าหมายที่กำหนด ประเทศที่ได้รับการสนับสนุนโครงการอาจลดการลงทุนในประเทศด้านสุขภาพลงเพราะได้รับงบประมาณจากแหล่งภายนอก ในขณะที่การกำหนดนโยบายที่มาจากภายนอกอาจให้ลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพอื่นๆลดน้อยลง การจัดสรรงบประมาณก็น้อยลง บุคลากรที่ทำงานถูกดึงไปทำงานให้กับโครงการที่มีงบประมาณสนับสนุน ละเลยโครงการที่ไม่มีงบประมาณ นอกจากนี้ การลงทุนในโครงการเฉพาะโรคแต่ไม่ได้พัฒนาระบบสุขภาพทั้งหมด ทำให้การพัฒนาระบบสุขภาพลดลงไปด้วย

การเปลี่ยนแปลงองค์กรในประเทศไทยก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับการเปลี่ยนแปลงในระดับโลกด้วยเช่นกัน ในประเทศไทยได้มีหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระจากกระทรวงสาธารณสุข และมีการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นหลายหน่วยงานในช่วงประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา เช่นการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) ใน พ.ศ. 2535 การจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ใน พ.ศ. 2544 การจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช) ใน พ.ศ. 2545 และการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช) ใน พ.ศ. 2550 เป็นต้น การที่มีหน่วยงานเหล่านี้เกิดขึ้น ทำให้งบประมาณด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเคยเป็นหน่วยงานหลักทางด้านสุขภาพ มีสัดส่วนที่ลดลงเมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมด และบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการกำหนดนโยบายก็ลดลงด้วยเช่นกัน ดังนั้นองค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขจึงควรปรับบทบาทในการให้ความสำคัญด้านวิชาการ เพื่อเป็นกลไกกลางในการกำหนดมาตรฐาน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การเป็นแหล่งของความรู้ และให้นโยบายหรือทิศทางแก่ประเทศในด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้แทนของประเทศในเวทีสุขภาพโลกได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรใหม่อย่างเร่งด่วน

5. บทบาทของไทยในเวทีสุขภาพโลก

ประเทศไทยได้มีบทบาทนำในเวทีสุขภาพโลกมากมาย ทั้งนี้เนื่องจากมีตัวอย่างของความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน เช่น ความสำเร็จในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก นโยบายแห่งชาติด้านยาและบัญชียาหลัก การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในชนบท การควบคุมป้องกันโรคโดยเฉพาะโรคเอดส์ และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นต้น

5.1 บทบาทในองค์การอนามัยโลก

1) ผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทนำในการประชุมคณะกรรมการภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และการประชุมสมัชชาอนามัยโลก รวมทั้งได้รับเชิญเป็นกรรมการในคณะกรรมการที่สำคัญต่างๆ

ผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทโดดเด่นในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกมาเป็นเวลากว่า 10 ปี โดยได้เตรียมข้อเสนอและแสดงความคิดเห็นในทุกวาระการประชุม รวมทั้งเจรจาต่อรองในมติต่างๆ บทบาทของไทยในเวทีสมัชชาอนามัยโลกได้รับการยอมรับจากประเทศสมาชิกต่างๆ และหลายกรณีได้รับเชิญให้เป็นประธานคณะทำงานในการร่างมติที่สำคัญ เช่น WHA60.28 เรื่องการแบ่งปันไวรัสและผลประโยชน์ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทในการเข้าร่วมประชุมคณะทำงานระหว่างประเทศในประเด็นว่าด้วยการสาธารณสุขนวัตกรรมและทรัพย์สินทางปัญญา (IGWG) ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผนยุทธ์ศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อรับรองให้มีการพัฒนายาใหม่ๆ พร้อมกับทำให้ยาที่มีอยู่มีราคาที่ประชาชนสามารถซื้อหาและเข้าถึงได้ รวมทั้งการที่ผู้แทนไทยได้เป็นรองประธานกรรมการในคณะกรรมการการสาธารณสุขฉุกเฉินภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation) และการเป็นประธานในการประชุมภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมการบริโภคยาสูบด้วย

2) การผลักดันให้คนไทยได้เลือกตั้งเป็นผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยที่ 2 คือนายแพทย์สำลี เปลี่ยนบางช้าง โดยมีระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอีก 5 ปี นับตั้งแต่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป

3) บทบาทในการประสานงานสุขภาพระหว่างประเทศ ที่สามารถเชื่อมโยงประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก เช่นการเป็นผู้ประสานงาน Asia-Pacific Action Alliance on Human Resource for Health (AAAH) ซึ่งเป็นเครือข่ายการทำงานด้านกำลังคนด้านสุขภาพ การเป็นผู้ประสานให้เกิด Mekong Basin Disease Surveillance Network (MBDS) และ ASEAN +3 Field Epidemiology Training Program Network รวมทั้งการเป็นผู้ประสานให้เกิด Asian Partnership on Emerging Infectious Disease Research (APEIR) เป็นต้น นอกจากนี้ไทยยังได้ช่วยประสานให้เกิด regional one voice ของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในเวทีสุขภาพโลกโดยเฉพาะในสมัชชาอนามัยโลกด้วย

4) กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (Framework Convention on Tobacco Control-FCTC) ประเทศไทยได้ร่วมลงสัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC) เป็นประเทศอันดับที่ 36 จาก 147 ประเทศ ซึ่งมีผลบังคับเมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นพันธะกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศภาคีสมาชิกต้องปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาฯดังกล่าว และได้เป็นเจ้าภาพประชุมภาคีสมาชิกในกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบครั้งที่ 2 (The Second Conference of the Parties of the Framework Convention on Tobacco Control หรือ COP II) นอกจากนี้ประเทศไทยได้รับเลือกให้เป็นประธานการประชุมภาคีสมาชิกใหญ่กรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ครั้งที่ 3 (The Third Conference of the Parties of the Framework Convention on Tobacco Control หรือ COP III) ซึ่งประเทศไทยได้แสดงบทบาทโดดเด่นในการเวทีระดับนานาชาติ ที่สำคัญนี้มาโดยตลอด

5.2 บทบาทในเวทีสุขภาพโลกอื่นๆ

1) ผู้บริหารและนักวิชาการของไทยได้รับการคัดเลือกเป็นผู้นำในองค์การต่างๆ หลายองค์การ เช่น

- Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria (TGF) ผู้แทนไทยเป็นกรรมการบริหารกองทุนและได้รับเลือกเป็นรองประธานกรรมการบริหารกองทุนฯ ช่วงมกราคม พ.ศ. 2546 - มีนาคม พ.ศ. 2547 และต่อมาได้รับเลือกให้เป็นประธานคณะกรรมการนโยบายและยุทธศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2554
- Global Alliance on Vaccine Initiative (GAVI) ประเทศไทยเป็นประธานคณะกรรมการทบทวนโครงการ และเป็นกรรมการประเมินผล
- Intergovernmental Forum on Chemical Safety (IFCS) ประเทศไทยเป็น President ระหว่างพฤศจิกายน พ.ศ. 2546 - กันยายน พ.ศ. 2549
- ประธาน COHRED (Council on Health Research for Development)
- รองประธาน Alliance on Health Policy and Systems Research

2) การเป็นเจ้าภาพจัดประชุมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก

ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพการจัดประชุมระดับนานาชาติ และเกิดประโยชน์ต่อประเด็นด้านสุขภาพโลกมาอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญได้แก่ การประชุมเอดส์โลกในปี 2547 การประชุมสร้างเสริมสุขภาพโลก ใน พ.ศ. 2549 การประชุมเครื่องมือแพทย์ครั้งแรกของโลก ใน พ.ศ. 2553 ซึ่งส่วนมากเป็นการที่องค์กรระหว่างประเทศขอให้ไทยเป็นเจ้าภาพร่วมในการจัดการประชุม

การจัดการประชุมนานาชาติที่เป็นความริเริ่มของประเทศไทยเองเริ่มเกิดมีมากขึ้น และที่มีการจัดเป็นประจำทุกปีคือการประชุมนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ซึ่งเป็นการประชุมประจำปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ทั้งนี้ประเทศไทยโดยมูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลเป็นเจ้าภาพร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยงานอื่นๆในประเทศไทย โดยเชิญองค์กรระหว่างประเทศอื่นๆที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นเจ้าภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ และ China Medical Board เป็นต้น การประชุมแต่ละครั้ง ภาคีเครือข่ายในประเทศไทยจะเป็นผู้คัดเลือกหัวข้อที่เป็นความสำคัญมาอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็น แต่ละปีจะมีผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศต่างๆทั่วโลกประมาณ 300-500 คน นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2556 ประเทศไทยจะเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม IUHPE World Conference ซึ่งเป็นการประชุมด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของโลก โดย สสส. และกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเจ้าภาพหลักร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

3) ความร่วมมือทวิภาคี

ประเทศไทยได้มีการเจรจาความร่วมมือทวิภาคีกับประเทศเพื่อนบ้านทุกประเทศ และมีการจัดประชุมความร่วมมือเป็นประจำทุกปี ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อต่างๆอย่างใกล้ชิดมากขึ้น

6. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรไทยในการทำงานด้านสุขภาพโลก

6.1 การพัฒนาศักยภาพผ่านการเข้าร่วมประชุมระดับนานาชาติ ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรไทยในการทำงานด้านสุขภาพโลกมาตลอดระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา โดยรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพเน้นการปฏิบัติจริง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ เวทีที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติที่สำคัญ คือ การประชุมสมัชชาอนามัยโลก ที่มีการคัดเลือกนักวิชาการไทยที่มีศักยภาพเข้าร่วมประชุม มีการเตรียมความพร้อมของทีมในด้านวิชาการและการหาจุดยืนของประเทศไทยก่อนการเดินทาง ในช่วงการประชุมมีการประชุมเพื่อกำหนดท่าทีของไทยให้ชัดเจน การประเมินท่าทีของประเทศอื่นๆ และการเจรจาต่อรอง นักวิชาการที่เข้าร่วมการประชุมสมัชชาอนามัยโลกมาจากหน่วยงานทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและจากหน่วยอื่นๆ ซึ่งเป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของไทยได้รับการชื่นชม และนำไปเป็นแบบอย่างให้กับประเทศอื่นๆ

6.2 การส่งเจ้าหน้าที่ไปปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆในต่างประเทศ (Secondment) โดยประเทศไทยได้คัดเลือกนักวิชาการที่มีความพร้อมในการทำงานระดับนานาชาติไปทำงานในหน่วยงานต่างๆเช่นองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก มูลนิธิรอกกี้เฟลเลอร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 12 คน นักวิชาการเหล่านี้ ได้กลับมาทำประโยชน์ให้กับหน่วยงานและกับประเทศได้อย่างมาก

6.3 การจัดอบรมเรื่อง Global Health Diplomacy ประเทศไทยร่วมกับองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จัดการอบรมเรื่อง Global Health Diplomacy เพื่อพัฒนาศักยภาพนักวิชาการในภูมิภาคให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง Global Health ทั้งในประเด็นเนื้อหา กลไกและองค์กรด้าน Global Health และความรู้ในการเจรจาต่อรอง โดยการอบรมจะผสมผสานระหว่างการบรรยาย การทำกรณีศึกษา และการปฏิบัติจริงโดยการเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลก โดยคาดหวังให้ประเทศสมาชิกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีศักยภาพในการเข้าร่วมประชุมเพื่อให้สามารถผลักดันโยบายที่จะเป็นประโยชน์ได้ในอนาคต

7. Global Health กับการสร้างเครือข่ายในประเทศ

กระแสความตื่นตัวในเรื่อง Global Health ทำให้มีหน่วยงานต่างๆมีความสนใจในการดำเนินงานเรื่อง Global Health ในประเทศไทยมากขึ้น ทั้งหน่วยงานวิชาการที่มีการเปิดสอนหลักสูตรด้าน Global Health การจัดอบรมระยะสั้น และการวิจัยเป็นต้น แต่การดำเนินงานยังขาดการประสานงานระหว่างกันเพื่อสร้างให้เกิดทิศทางการทำงานร่วมกัน จึงควรจัดตั้งเครือข่ายการทำงานในประเทศ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม. (2552). จำนวนรถจักรยานยนต์ที่จดทะเบียน พ.ศ. 2534-2552. กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม.

กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2551). รายงาน จปฐ. ปี 2552. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.

กรมควบคุมมลพิษ. (2551). สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2550. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

กรมควบคุมมลพิษ. (2552). สรุปสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2551. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 2551. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2552). ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญ พ.ศ. 2552. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. (2552). สถิติการนำเข้าสินค้าตามโครงสร้างที่สำคัญ ปี 2548-2552 ใน http://www.2.ops3.moc.go.th/import/recode/report.asp.

กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน. (2552). ปริมาณการใช้น้ำมันเชื้อเพลิงด้านการขนส่ง. กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน.

กรมโรงงานอุตสาหกรรม. (2551). จำนวนโรงงานผลิตสุรา เบียร์และไวน์ พ.ศ.2551. กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม.

กรมสรรพสามิต. (2551). ปริมาณการจำหน่ายสุรา เบียร์ และไวน์ พ.ศ.2551. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสรรพสามิต. (2552). ปริมาณการจำหน่ายบุหรี่ พ.ศ.2552. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสรรพสามิต. (2552). ภาษีบุหรี่ พ.ศ.2552. กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานอัตราป่วยด้วยโรคทางจิต พ.ศ. 2552. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2551). สถานการณ์ส้วมสาธารณะไทย ในสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ตุลาคม-พฤศจิกายน 2551. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2552). รายงานการตรวจหาระดับ Cholinesterase ในเกษตรกร พ.ศ. 2550. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2552). รายงานประจำปี 2552. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2553). รายงานบุคลากรทันตสาธารณสุขปี 2552. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กรรณิการ์ กิจติเวชกุล. (2548). สิทธิบัตร ยาใจคนรวย กลุ่มศึกษาปัญหายา มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา องค์การหมอไร้พรมแดน - เบลเยี่ยม (ประเทศไทย).

กระทรวงสาธารณสุข. (2552). โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2552). แผนปฏิบัติราชการ 4 ปี (พ.ศ. 2552-2555). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ. (2548). รายงานสังเคราะห์ กระบวนการเรียนรู้ของสมัชชาสุขภาพกับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ. (อัดสำเนา).

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2551). รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด ปี 2548-2551. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2551). รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 - 2550. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2551). รายงานบุคลากรทันตสาธารณสุข ปี 2551. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย.

กองยุทธศาสตร์และสารสนเทศที่อยู่อาศัย การเคหะแห่งชาติ. (2551). สถิติจำนวนชุมชนผู้มีรายได้น้อย ปี 2551. การเคหะแห่งชาติ.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2551). รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กัลยา จงเชิดชูตระกูล และคณะ. (2552). การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ (H1N1) ในโรงเรียนแห่งแรก. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

กัลยา จงเชิดชูตระกูล, วิวัฒ คำเพ็ญ, วรรณา วิจิตร และคณะ. (2552). การสอบสวนกลุ่มผู้ป่วยสงสัยไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในหน่วยฝึกทหารใหม่ในจังหวัดภาคเหนือ ประเทศไทย ในรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์; 40:776-8.

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. (2552). การประเมินผลกระทบจากมาตรการการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทย ระหว่างปี 2549 - 2551. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP).

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). อาสาสมัครสาธารณสุข: จิตอาสากับสุขภาวะไทย นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). 3 ปีบนเส้นทางปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสร้างสื่อจำกัด.

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2550). ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นร้อน การใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 รายการในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

คณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ. (2552). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2551 โทรคมนาคมยุคหลอมรวม. คณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554). (2550). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2543). รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ. (อัดสำเนา).

คณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์. (2544). การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2543-2563. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

คณะทำงานโครงการวิเคราะห์สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย. (2552). สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.

คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย. (2549). ภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2547. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2552). รายงานการศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลของระบบบำบัดรักษายาเสพติด. ศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2551). คำตอบต่อ 10 ประเด็นสำคัญในเรื่องการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาต้านโรคมะเร็งที่มีสิทธิบัตรทั้ง 4 รายการ. กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

โครงการ Child Watch, สถาบันรามจิตติ. (2550). รายงานสภาวการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch) ปี 2548-2549. สถาบันรามจิตติ.

โครงการ Child Watch, สถาบันรามจิตติ. (2551). รายงานสภาวการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch) ปี 2549-2550. สถาบันรามจิตติ.

โครงการ Child Watch, สถาบันรามจิตติ. (2552). รายงานสภาวการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch) ปี 2550-2551. สถาบันรามจิตติ.

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2550). การศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

คณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก (WHO), สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP), องค์การการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา (UNCTAD) และองค์การการค้าโลก (WTO). (2551). “ใครว่าไทยละเมิดสิทธิบัตรยา ที่จริงยังไม่ได้ทำอีกหลายอย่าง” ในรายงานการพัฒนาการเข้าถึงยาในประเทศไทย : การใช้ข้อยืดหยุ่นต่าง ๆ ของข้อตกลงทริปส์ (กรุงเทพ ฯ, 31 มกราคม - 6 กุมภาพันธ์ 2551) นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน (บรรณาธิการและผู้แปล).

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). จดหมายเหตุการณ์ใช้สิทธิกับสิทธิบัตรยาของไทย. แผนงานพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย (TGLIP).

จารึก ไชยรักษ์ (บรรณาธิการ). (2552). สมัชชาสุขภาพ เครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

เดชรัต สุขกำเนิดและคณะ. (2547). การประเมินผลกระทบทางสุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซร์ จำกัด; 2547.

ธรรมนิตย์ อังศุสิงห์. (2552). Screening Mammography. ศูนย์ถันยรักษ์ คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล.

วิชัย โชควิวัฒน. (2550). คำอภิปรายนอกสภา เรื่องการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา. แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ. (บรรณาธิการ). (2546). รายงานสุขภาพโลก 2002. ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างเสริมสุขภาพ. (เอกสารแปล).

ประเวศ วะสี. (2550). การปฏิวัติเงียบ: การปฏิรูประบบสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

ประเวศ วะสี. (2552). กระบวนการนโยบายสาธารณะ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิสซิ่ง จำกัด.

ปรีดา แต้อารักษ์, นิภาพรรณ สุขศิริ และรำไพ แก้ววิเชียร. (2551). ก้าวที่ผ่านไปบนเส้นทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ปานทิพย์ โชติเบญมภรณ์, วิไลลักษณ์ หฤหรรษพงศ์ และรุ่งเรือง กิจผาติ. (2553). การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่(H1N1) 2009 ในทัณฑสถานแห่งหนึ่ง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สิงหาคม 2552 ในรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2553;41:100-4.

ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา และอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา. (2550). สมัชชาสุขภาพ กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : กรณีศึกษาการพัฒนานโยบายเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ.การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ปิยะมิตร ศรีธรา และคณะ. (2545). กลุ่มวิจัยโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546.ประกาศในราชกิจจานุเบกษา 9 ตุลาคม 2546.

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา 18 พฤศจิกายน 2545.

พัตธนี วินิจจะกูลและวงสวาท โกศัลวัฒน์. (2546). อาหารและโภชนาการ. ในโครงการทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพของประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.). (2553). ผังองค์กร/สายการบังคับบัญชา. ใน http://www.pmmv.or.th/pmmv.php.

มูลนิธิรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2553). ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2553. ใน http://www.princemahidolaward.org/.

มูลนิธิอานันทมหิดล. (2553). จำนวนผู้ได้รับพระราชทานทุนมูลนิธิอานันทมหิดล. ในhttp://kanchanapisek.or.th/kp11/.

ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. (2546). สถานการณ์และการรายงานการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดประเทศไทย พ.ศ.2538-2539. (เอกสารอัดสำเนา).

ยอดพล ธนาบริบูรณ์ และคณะ. (2549). สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย. กรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และคณะ. (2552). โครงการพัฒนาคุณภาพสาเหตุการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2551. กรุงเทพฯ : จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์. (2538). โลกานุวัตรกับสังคมเศรษฐกิจไทยอาหาร. ในสังสิต พิริยะรังสรรค์ และผาสุก พงษ์ไพจิตร. (บรรณาธิการ). โลกาภิวัตน์กับสังคมเศรษฐกิจไทย. (อัดสำเนา).

ราชกิจจานุเบกษา. (2540). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540.

ราชกิจจานุเบกษา. (2550). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. เล่มที่ 124 ตอนที่ 47 ก.

โรงงานยาสูบ กระทรวงการคลัง. (2551). ปริมาณการผลิตบุหรี่ภายในประเทศและบุหรี่นำเข้าจากต่างประเทศ. (เอกสารอัดสำเนา).

ลัดดา เหมะสุวรรณ. (บรรณาธิการ). (2547). สภาวะสุขภาพและสังคมของเด็กไทย ในหนังสือชุดโครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และคณะ. (2007). Using Multiple Data for Calculating the Maternal Mortility Ratio in Thailand, TDRI.

ศนิษา สันตยากร และคณะ. (2552). การสอบสวนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในโรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัดอ่างทอง สิงหาคม 2552 ในรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2552;40: 665-8.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. (2550). การประเมินการจัดระบบบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2552). จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนผู้บาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2552. ศูนย์ข้อมูลข้อสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ.

ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2550). หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2550. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.

ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชนบท กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2552). หมู่บ้านชนบทไทย ปี 2552. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย.

ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล. (2552). ปริมาณการจำหน่ายน้ำตาลทรายภายในประเทศ ปี 2551-2552. ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล.

ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล. (2552). ปริมาณการจำหน่ายและการขนย้ายน้ำตาลทราย. ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาล.

ศูนย์วิจัยความสุขชุมชน มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2553). แนวโน้มความสุขมวลรวม GDTT ของคนไทยภายในประเทศ ประจำเดือนมกราคม 2553. (เอกสารอัดสำเนา).

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2553). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา กระทรวงสาธารณสุข.

ศูนย์วิจัยเอแบคนวัตกรรมทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ. (2550). รายงานการสำรวจสถานการณ์ทางเพศของวัยรุ่นไทยอายุ 12-24 ปี ใน 18 จังหวัดทั่วประเทศ. ศูนย์วิจัยเอแบคนวัตกรรมทางสังคม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2548). รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังพฤติกรรมของเด็กไทย 2548. (อัดสำเนา).

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2552). Cancer in Thailand, 2001-2003. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2552). รายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2551. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์. (2552). รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันและลิ้นหัวใจรั่วที่เข้ารับการในสถาบันโรคทรวงอก. สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). สุขภาพคนไทย 2550. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). สุขภาพคนไทย 2551. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). สุขภาพคนไทย 2552. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). สุขภาพคนไทย 2553. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2546). การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2543-2568. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับลิชชิ่ง จำกัด.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก. (2552). รายงานความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอ วี และปัจจัยด้านประชากรในชายที่เข้าเป็นทหารกองประจำการผลัดพฤศจิกายน 2552. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานการตรวจพบ Enterovirus 71 พ.ศ.2552. (เอกสารอัดสำเนา).

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2552). ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน พ.ศ. 2551. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.

สภาการพยาบาล. (2553). รางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในพระบรมราชูปถัมภ์. ใน http://www.tnc.or.th/award/foundation.html.

สมพันธ์ เตชะอธิก, พะเยาว์ นาคำและคณะ. (2551). โครงการศึกษา สรุปบทเรียนและติดตามผลเพื่อพัฒนาระบบการถ่ายโอนสถานีอนามัยไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สว่าง แสงหิรัญวัฒนา. (2542). โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง สถานการณ์ในปัจจุบันและแนวโน้ม. (เอกสารอัดสำเนา).

สายศิริ ด่านวัฒนะ. (2548). ผลึกแห่งการเรียนรู้ 4 ปี สมัชชาสุขภาพ พ.ศ.2544-2547. นนทบุรี: สมใจการพิมพ์.

สารี อ๋องสมหวังและคณะ. (2542). 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2552). งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2553. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2553). งบประมาณโดยสังเขป ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554. สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). รายงานประจำปี 2550. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2551). แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2). สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2551). สรุปผลโครงการติดตามการดำเนินงานถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.

สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (2552). คำสั่งเลขที่ 13/2552 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2552 เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการประสานความร่วมมือการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด. สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทำเนียบรัฐบาล.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2550). สถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2550. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจความคิดเห็นและทัศนคติทางสังคมรายไตรมาส เรื่อง โรคอ้วนกับสังคมไทย พ.ศ. 2550. สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). รายงานการประเมินความยากจนปี 2550. สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). รายได้ประชาชาติของประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2551. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). วิสัยทัศน์ประเทศไทยสู่ปี 2570 ในเอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2551วันศุกร์ที่ 15 สิงหาคม 2551 ณ ห้องแกรนด์ไดมอนด์บอลรูม ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี . สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). จากวิสัยทัศน์ 2570...สู่แผนฯ 11 ในเอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2552 วันศุกร์ที่ 10 กรกฎาคม 2552 ณ ห้องแกรนด์ไดมอนด์บอลรูม ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี จ.นนทบุรี. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). ภาวะเศรษฐกิจไทยไตรมาสที่สาม และแนวโน้มปี 2552-2553 ใน Economic and Outlook. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553). ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี 2553 ใน Social Situation and Outlook ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม 2553. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2551). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย(พ.ศ. 2551-2555). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2553). หลักการจำแนกประเภทหน่วยงานของรัฐในกำกับของฝ่ายบริหาร. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2552. กรุงเทพ: โรงพิมพ์เจ เอส การพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). สมัชชาสุขภาพจังหวัด เครื่องมือใหม่ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). เสียงสะท้อนสุขภาพ ประสบการณ์จริง HIA 5 พื้นที่ 5 มุม.กรุงเทพ ฯ : บริษัท พรินท์แอดมี (ประเทศไทย).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ : บริษัท คุณาไทย จำกัด (วนิดาการพิมพ์).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). ถามมา ตอบไป เข้าใจ สช.. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ : เจ เอส การพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2552). รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2552 ระเบียบวาระข้อเสนอเชิงนโยบายการแก้ไขปัญหาผลกระทบจากอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและจังหวัดระยอง. (อัดสำเนา).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2552 ระเบียบวาระรายงานความเห็นของคณะกรรมการศึกษา สนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานตามข้อเสนอของ คสช. ว่าด้วยการแก้ไขปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพ กรณีผลกระทบจากอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและจังหวัดระยอง.(อัดสำเนา).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2552 ระเบียบวาระหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ.(อัดสำเนา).

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). รายงานประจำปี 2551.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (มปป.). 2 ปีปฏิรูป สองปีของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (อัดสำเนา).
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (มปป.). 4 ปีปฏิรูป ผลการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ช่วงปีที่ 4 (ตุลาคม 2546 - กันยายน 2547). (อัดสำเนา).
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2545). ธรรมนูญสุขภาพคนไทย. (มปท).
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2549). รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการ แผนงานสร้างการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในสังคมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. (อัดสำเนา).
สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (2549). รายงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2548. กรุงเทพมหานคร: บริษัท วิคตอเรีย อิมเมจ จำกัด.
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กระทรวงสาธารณสุข.
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2553). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2551 (ฉบับปรับปรุง). สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2551). สถิติการศึกษาของประเทศไทยปีการศึกษา 2550. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). ปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทยปี 2550-2551. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). สถิติการศึกษาของประเทศไทยปีการศึกษา 2551. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานการสำรวจการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม พ.ศ. 2548. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). รายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย ธันวาคม พ.ศ. 2548- กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ.2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2550. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2550. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2550. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2550. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2551. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2551. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานการสำรวจสื่อมวลชน พ.ศ. 2551 (วิทยุและโทรทัศน์). สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). รายงานผลที่สำคัญ สำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2551. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey: GATS) พ.ศ. 2552. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). รายงานการสำรวจทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). รายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรทั่วราชอาณาจักรไตรมาสที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2552. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมครัวเรือน พ.ศ. 2552. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). รายงานการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2552. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). รายงานผลการสำรวจอนามัย สวัสดิการ และการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2552. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดยาเสพติด (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553). สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. (2551). สถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง ปี 2550. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ. (2552). สถานการณ์และการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศและเสียง ปี 2551. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2552. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ.2551. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). รายงานทรัพยากรสาธารณสุขปี 2551. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานทรัพยากรสาธารณสุขปี 2552. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน. (2553). รายงานผลการพิจารณาการทำงานของคนต่างด้าว เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552. กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน.

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์สารเสพติดด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ปี 2551. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2553). สถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2553. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2550). การศึกษาระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2547. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2552). ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนด้วยคอมพิวเตอร์มือถือปี พ.ศ.2551. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2552). รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ.2552. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2552). รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทย (รอบที่ 15) พ.ศ.2552. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2552). รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พ.ศ.2552. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2552). สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2552. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2553). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2552. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2552). การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550. ศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2551). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2550. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2552). สถิติข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ ปี 2552. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

สุกัลยา คงสวัสดิ์, พิชญ์ รอดแสวง, สินิทธิ์ โขนงนุช และวรรณา จารุสมบูรณ์. (2543). Effectiveness and the process of issuing the Low Income Card scheme, Round 6 (1998-2000). กระทรวงสาธารณสุข.

สุชาดา เจียมศิริ และคณะ. (2552). การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในสถานบันเทิงกลางคืนเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เดือนมิถุนายน 2552. ในรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2552;40:601-6.

สุพล ลิมวัฒนานนท์, กัญจนา ดิษยาธิคม, ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และวลัยพร พัชรนฤมล. (2546). ความเป็นธรรมของการใช้บริการสุขภาพ และการอุดหนุนงบประมาณสาธารณสุขในประเทศไทยภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ. (2545). โครงการติดตามและประเมินผลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุวิทย์ เมษินทรีย์. (2550). โลกพลิกโฉม : ความมั่งคั่งในนิยามใหม่. กรุงเทพฯ: สยามเอ็มแอนด์บีพับลิชชิ่ง จำกัด.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บรรณาธิการ). (2551). การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2548-2550. กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. (2549). รายงานการวิจัยเพื่อสร้างเสริมและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก.

อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ. (2552). การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 ในเรือนจำกลางจังหวัดสระบุรี เดือนสิงหาคม 2552. ในรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2552;40:853-7.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ พับลิสซิ่ง จำกัด.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2552). สาระจากการบรรยาย การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร: บริษัทบียอนด์ พับลิสซิ่ง จำกัด.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2550). ปฏิรูปสุขภาพ : ปฏิรูปชีวิตและสังคม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

อำพล จินดาวัฒนะ และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2550). วิวัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในทศวรรษ 2540 ใน อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนโกมล. (บรรณาธิการ). การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิหมอชาวบ้าน.

อำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ และสุรณี พิพัฒน์โรจนโกมล. (บรรณาธิการ). (2550). การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิหมอชาวบ้าน.

อำพล จินดาวัฒนะ และสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. (2546). พัฒนาการทางนโยบายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Brown et al. (2006). The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health. AJPH: Jan 2006, Vol 96, No 1. http://www.ajph.org/cgi/reprint/96/1/62.

D. Abegunde, C. Mathers, T. Adam, & et al. (2007). Chronic Diseases 1: The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. Lancet.

The Ministry of Public Health and The National Health Security Office. Thailand. (2007). Facts and Evidences on the 10 Burning Issues Related to the Government Use of Patents on There Patented Essential Drugs in Thailand. The Ministry of Public Health and The National Health Security Office, Thailand.

http://www.theglobalfund.org/documents/pledges__contributions.xls access on March 7, 2010.

IMD. (2007). The World Competitiveness. Yearbook 2007. IMD.

IMD. (2008). The World Competitiveness. Yearbook 2008. IMD.

IMD. (2009). The World Competitiveness. Yearbook 2009. IMD.

IMD. (2009). World Competitiveness Online 1995-2009 (Updated : May 2009). IMD.

IMS. (2010). Places for Medicines Distribution in Thailand. IMS Thailand.

Internet World Stats. (2009). Internet Usage in Asia. ใน http://www.internetworldstats.com/stats3.htm.

Ira M. Longini Jr., Azhar Nizam, Shufu Xu, Kumnuan Ungchusak, Wanna Hanshaoworakul, Derek A.T. Cummings, M. Elizabeth Halloran. (2005). Containing Pandemic Influenza at the Source. Science, 12 August 2005 ; 309:1083 - 7.

Jones, K.E., et al. (2008). Global trends in emerging infectious diseases. Nature; 451:990-994.

Kanitta Bundhamcharoen and et al. (2008). Costs of Injuries Due to Interpersonal and Self-Directed Violence in Thailand, 2005. ใน J Med Thai Vol.91 Suppl.2.

Laurie Garrett. (2007). The Challenge of Global Health, Foreign affairs. January /February 2007.

Limwattananon S, Tangcharoensathien V, and Prakongsai P. (2007). Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. Bulletin of the World Health Organization. 2007; 85 (8): 600-6.

Limwattananon, J., S. Limwattanon, et al. (2009). Analysis of practice variation due to payment methods across health insurance schemes. CDP Health report. Nonthaburi, International Health Policy Program, Ministry of Public Health.

Limwattananon, S., J. Limwattanon, et al. (2004). Cost and Utilization of Drugs Prescribed for Hospital-Visited Patients: Impacts of Universal Health Care Coverage Policy. Nonthaburi, Health System Research Institute.

Media Spending. (2010). Top Category by all Media 2006-2010. Media Spending.

Nirmala Ravishankar et al. (2009). Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, Lancet 2009; 373: 2113ะ24.

OECD Health Data. (2008). ค่าใช้จ่ายด้านยาต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศต่าง ๆ . OECD Health Data.

Organization for Economic Co-operation Development (OECD) Programme for International Student Assessment (PISA). (2006). PISA 2006 Science Competencies for Tomorrow's World. Organization for Economic Co-operation Development.

Thammatacharee, J. (2009). Variations in the performance of three public health insurance schemes in Thailand (PhD Thesis), LSHTM (University of London).

TIMSS and PIRLS International Study Center. (2008). TIMSS 2007 International Mathematics Report. TIMSS and PIRLS International Study Center, Boston College.

TIMSS and PIRLS International Study Center. (2008). TIMSS 2007 International Science Report. TIMSS and PIRLS International Study Center, Boston College.

Transparency International Corruption Perception Index.2007 ใน http://www.transparency.org.

Transparency International Corruption Perception Index 2008 ใน http://www.transparency.org.

Transparency International Corruption Perception Index 2009 ใน http://www.transparency.org.

United Nations Development Programme. (2006). Human Development Report 2006. United Nations Development Programme.

United Nations Development Programme. (2008). Human Development Report 2007/2008. United Nations Development Programme.

United Nations Development Programme. (2009). Human Development Report 2009. United Nations Development Programme.

United Nations Development Programme. (2010). Human Development Report 2010. United Nations Development Programme.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2010). EFA Global Monitoring Report 2010. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

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

Wasi P. (2000). Triangle that moves the mountain and health systems reform movement in Thailand. Bangkok: Health systems research institute.

WHO. Milestones in Health Promotion Statement from Global Conference.

Wolfgang Scholz et al. (2008). Long term financial forecast of the Thai Health Care Financing.

World Bank. (2008). Worldwide Governance Indicators, 1996-2008 ใน http://info.world bank.org/governance/wgi/sc__chart.asp.

World Bank.(2006). World Development Indicators, 2006. Washington, DC, World Bank.

World Health Organization. (2008). The World Health Report, 2008. World Health Organization.

World Health Organization. (2009). Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks, 2009. World Health Organization.

World Health Organization. (2010). http://www.who.int-update. World Health Organization.

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

World Population Prospects. (2008). The 2008 Revision Population Database. ใน http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=3

รายนามคณะกรรมการจัดทำรายงาน Thailand Health Profile 2008-2010

1. นายแพทย์สุวิทย์	วิบุลผลประเสริฐ	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค	ประธานคณะกรรมการ
2. นายแพทย์ศุภกิจ	ศิริลักษณ์	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	รองประธานกรรมการ
3. นายแพทย์อำพล	จินดาวัฒนะ	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
4. นายแพทย์พินิจ	ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	กรรมการ
5. รศ.ดร.ชื่นฤทัย	กาญจนะจิตรา	มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
6. นางเบญจมาภรณ์	จันทรพัฒน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
7. ผู้อำนวยการสำนักสถิติเศรษฐกิจ สังคม และประชามติ 2		สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
8. นายแพทย์วิโรจน์	ตั้งเจริญเสถียร	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	กรรมการ
9. นายแพทย์ภูษิต	ประคองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	กรรมการ
10. ดร.ทญ.กนิษฐา	บุญธรรมเจริญ	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ	กรรมการ
11. นางมนทิรา	รัชตะสมบูรณ์	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
12. นางจุฑามาศ	โมฬี	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
13. นางสาววรทรัพย์	จิตต์ประเสริฐ	กรมอนามัย	กรรมการ
14. นางสุภาพ	ไชยนิตย์	กรมการแพทย์	กรรมการ
15. นางอุทัย	เกษรา	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
16. นาวรวรรณ	จุฑา	กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
17. นางสาวพรทิพย์	ศิริภานุมาศ	กรมควบคุมโรค	กรรมการ
18. นางวิชยา	ใจดี	กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
19. นางอรพิน	ทรัพย์ล้น	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
20. นางสาวดารณี	คัมภีระ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการและเลขานุการ
21. นางสาวปาณบดี	เอกะจัมปกะ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
22. นายนิธิศ	วัฒนมะโน	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
23. นางกิติญา	อุกะโชค	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
24. นางสาวไพจิตร์	เพ็งไพบูลย์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ