



การสาธารณสุขไทย

๒๕๕๔-๒๕๕๘

ISBN 978-616-11-3125-8



การสาธารณสุขไทย 2554 - 2558

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

บรรณาธิการ

นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวอารี สุทธิอาจ

นางเบญญาภา ศิริรัตน์

ISBN:	978-616-11-3125-8
Website	http://www.moph.go.th
จัดทำโดย	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
จำนวนพิมพ์	1,000 เล่ม
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
สนับสนุนโดย	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย (Thailand Health Profile) เป็นประจำทุก 2 ปี และสำหรับฉบับนี้เป็นฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2554-2558) ซึ่งเนื้อหายังคงต่อเนื่องจากฉบับก่อน และมีเนื้อหาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสถานการณ์ด้านสุขภาพที่เป็นประเด็นสำคัญในสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นระยะเวลา 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2558

สำหรับเนื้อหาสาระสำคัญในรายงานฉบับนี้ เป็นเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยผ่านกระบวนการสังเคราะห์และวิเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ครอบคลุมทุกมิติ อาทิ ความพร้อมด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก โรคติดต่ออุบัติใหม่ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับภาวะปกติและภาวะพิบัติในประเทศ และสุดท้ายเป็นการเรียบเรียงเกี่ยวกับ 100 ปีการสาธารณสุขไทย

ในการนี้ ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้สนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดทำรายงานฉบับนี้ กระทรวงสาธารณสุข หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2554-2558 (Thailand Health Profile 2011-2015) จะได้นำไปใช้ประโยชน์ในการอ้างอิงทางวิชาการในการวางแผนด้านนโยบายด้านสุขภาพและการดำเนินงานด้านสาธารณสุขและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

คณะผู้จัดทำ
กุมภาพันธ์ 2559

สารบัญ

คำนำ

บทที่ 1 พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย	1
1. ยุคฟื้นฟูวิทยาการแพทย์แผนไทย (พ.ศ. 2325 – 2394)	1
2. ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง	2
3. ยุคบุกเบิกของการแพทย์และการสาธารณสุขแผนปัจจุบัน (พ.ศ. 2460 – 2472)	3
4. ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุข	3
5. ยุคสมัยรัชกาลที่ 9 (ครองราชย์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2498 จนถึงพ.ศ. 2559)	4
บทที่ 2 พระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	10
1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ โครงการตามพระราชดำริโครงการถวายเป็นพระราชกุศล และโครงการเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์และอื่นๆ ในช่วงปีงบประมาณ 2558 ของกระทรวงสาธารณสุข	10
2. โครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558	18
บทที่ 3 กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย	22
1. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 (Thailand Global Health Strategic Framework 2016 – 2020)	22
2. ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)	28
3. นโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข	33
3.1 นโยบายที่มหมอครอบครัว	33
3.2 โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ	39
4. จากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) สู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)	44
5. พัฒนาการของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	47

สารบัญ

บทที่ 4 สถานการณ์แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	60
1. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ	60
2. สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา	65
3. สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัวและการอพยพย้ายถิ่น	71
4. คุณภาพชีวิตของคนไทย	83
5. สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต	85
6. สถานการณ์และแนวโน้มทางด้านการเมืองและการปกครอง	102
7. สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยีที่มีผลต่อการสาธารณสุข	113
8. พฤติกรรมสุขภาพ	117
บทที่ 5 สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย	137
1. ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพทั่วไป	137
2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ	151
บทที่ 6 ระบบสุขภาพของประเทศไทย	192
1. ระบบสุขภาพแห่งชาติ	192
2. การปฏิรูปด้านสุขภาพ	218
3. การอภิบาลระบบสุขภาพ	223
4. การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพไทย	233
บทที่ 7 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย	240
1. กำลังคนด้านสุขภาพ	241
2. สถานบริการด้านสุขภาพ	265
3. ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	277
4. การเงินการคลังด้านสุขภาพ	281

สารบัญ

บทที่ 7 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย (ต่อ)	287
5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	293
6. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการใช้บริการสุขภาพ	301
7. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ	303
8. บทสรุประบบบริการสุขภาพในภาพรวม	308
บทที่ 8 ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย	308
1. พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย	310
2. ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	321
3. การพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย	321
4. ความท้าทายของระบบประกันสุขภาพ	324
5. บทสรุปการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพไทยในอนาคต	326
บทที่ 9 ความพร้อมด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน	326
1. สภาพการณ์ประชาคมอาเซียนและผลกระทบต่อประเทศไทยในด้านสุขภาพและระบบสาธารณสุขในการรวมประชาคม	335
2. การเตรียมความพร้อมทางด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน	337
3. การดำเนินการเชิงรับและเชิงรุกตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขอาเซียน	347
บทที่ 10 ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global Health)	347
1. ความสำคัญ	347
2. นิยามและพหุมิติของระบบสุขภาพโลก	247
3. สถานการณ์โดยรวมของระบบสุขภาพโลกในปัจจุบัน	349
4. บทบาทของประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก	351
5. การพัฒนาศักยภาพของประเทศไทย	356
6. การพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพโลกในประเทศไทย	357

สารบัญ

บทที่ 11 โรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศไทย	360
1. สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2558	361
2. การดื้อยาต้านจุลชีพ	363
3. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่	366
บทที่ 12 สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย	370
1. สถานการณ์ปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	370
2. มาตรการที่สำคัญในการจัดการปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ	379
3. นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม	381
บทที่ 13 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติในประเทศ	385
1. แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน	385
2. แนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ	387
บทที่ 14 วิวัฒนาการสาธารณสุขไทย	409
1. สถานการณ์แพथ์การสาธารณสุขไทยก่อนมีกรมสาธารณสุข	409
2. การแพथ์การสาธารณสุขไทยกับรัฐสมัยใหม่	411
3. การแพथ์การสาธารณสุขไทยยุคสงครามเย็น	419
4. การแพथ์การสาธารณสุขไทยในยุคโลกาภิวัตน์	421
5. บทบาทการแพथ์ไทยในการมีส่วนร่วมทางการเมืองในแต่ละยุคสมัย	422
6. สรุปและวิเคราะห์บทบาทการแพथ์การสาธารณสุขในมิติสังคม เศรษฐกิจและการเมือง	425

สารบัญ

บทที่ 15 ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย	428
1. ที่ตั้ง อาณาเขตและพรมแดน	428
2. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย	429
3. ประชากร ภาษาและศาสนา	429
4. เศรษฐกิจ	430
5. ระบบการปกครองของไทย	430
บรรณานุกรม	434

สารบัญตาราง

บทที่ 3	กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย	
ตารางที่ 3.1	คำมัญฐานไอโอดีนในปัสสาวะ (เด็ก 3 - 5 ปี ผู้สูงอายุและหญิงตั้งครรภ์) และหญิงมีครรภ์ที่ขาดสารไอโอดีน พ.ศ. 2549 - 2557	41
ตารางที่ 3.2	เป้าหมายหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลัง ปี พ.ศ. 2558	44
ตารางที่ 3.3	เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ	45
บทที่ 4	สถานการณ์แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัสุขภาพ	
ตารางที่ 4.1	ความเสมอภาคระหว่างเพศ (Gender Parity Index: GPI) ของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2555 - 2557	69
ตารางที่ 4.2	โครงสร้างครัวเรือนของประเทศไทย พ.ศ. 2550 - 2557 (พันครัวเรือน)	76
ตารางที่ 4.3	จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พ.ศ. 2552 - 2557	78
ตารางที่ 4.4	ประเภทการถูกกระทำรุนแรงในเด็กและสตรี พ.ศ. 2547 - 2557	79
ตารางที่ 4.5	ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย พ.ศ. 2550 - 2557	83
ตารางที่ 4.6	ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2553 - 2557	84
ตารางที่ 4.7	ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2553 - 2557	85
ตารางที่ 4.8	โครงการรถไฟฟ้าที่ดำเนินงานในประเทศไทย	86
ตารางที่ 4.9	คะแนนเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2552 - 2557	102
ตารางที่ 4.10	ค่าดัชนีความสุขโลกของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2553 - 2555 พ.ศ. 2555 - 2557 และ พ.ศ. 2556 - 2558	103
ตารางที่ 4.11	คะแนนและการจัดอันดับความพร้อมรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ ของประเทศไทย พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2555	105
ตารางที่ 4.12	คะแนนและการจัดอันดับความพร้อมรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ ของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2555	106
ตารางที่ 4.13	ผลสำเร็จการพัฒนาระบบราชการไทย ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2551 - 2555)	106
ตารางที่ 4.14	ผลรางวัล United Nation Public Service Award (UNPSA) ของหน่วยงานภาครัฐไทย	107

สารบัญตาราง

ตารางที่ 4.15	การจัดลำดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย จำแนกตามหมวดความสามารถด้านต่างๆ พ.ศ. 2554 - 2558	109
ตารางที่ 4.16	ประสิทธิภาพของระบบราชการของประเทศต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2555 - 2558	109
ตารางที่ 4.17	ดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2554 - 2558	111
ตารางที่ 4.18	ดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน 10 ประเทศสูงสุด พ.ศ. 2554 - 2558	112
ตารางที่ 4.19	จำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาแพง	116
ตารางที่ 4.20	รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พ.ศ. 2539 - 2557	118
ตารางที่ 4.21	จำนวนผู้ใช้สารเสพติด ประเภทต่างๆ พ.ศ. 2555 - 2558	127
ตารางที่ 4.22	ร้อยละของประชาชนอายุ 3 ปี ขึ้นไปที่บริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน พ.ศ. 2558	134
บทที่ 5	สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย	
ตารางที่ 5.1	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ	137
ตารางที่ 5.2	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย (Life Expectancy at birth)	138
ตารางที่ 5.3	อัตราการตายทารกและอัตราการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533 พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2556	140
ตารางที่ 5.4	อัตราการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตาย จากการคาดประมาณ 10 อันดับแรกในเพศชาย อายุ 0 - 59 ปี ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556	142
ตารางที่ 5.5	อัตราการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตาย จากการคาดประมาณ 10 อันดับแรกในเพศหญิง อายุ 0 - 59 ปี ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556	142
ตารางที่ 5.6	อัตราการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตาย จากคาดประมาณ 10 อันดับแรกในเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556	143
ตารางที่ 5.7	อัตราการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตาย จากคาดประมาณ 10 อันดับแรกในเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556	143

สารบัญตาราง

ตารางที่ 5.8	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลประเภทต่างๆที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556	144
ตารางที่ 5.9	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 0 - 59 ปี	144
ตารางที่ 5.10	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป	145
ตารางที่ 5.11	อัตราผู้ป่วยใน ต่อประชากร 100,000 คน รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามกลุ่มโรค ช่วงอายุ 0 - 59 ปี พ.ศ. 2551 - 2557	147
ตารางที่ 5.12	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามกลุ่มโรค อายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551 - 2557	148
ตารางที่ 5.13	ร้อยละของประชากรที่พิการอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่มีความลำบาก หรือปัญหาสุขภาพ จำแนกตามประเภทความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555	149
ตารางที่ 5.14	จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - 2555	150
ตารางที่ 5.15	โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs Loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2556 จำแนกตามเพศ	151
ตารางที่ 5.16	อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย พ.ศ. 2539 พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554	152
ตารางที่ 5.17	อัตราอุบัติการณ์ของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และมะเร็งเต้านม พ.ศ. 2539 - 2554	153
ตารางที่ 5.18	อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - 2554	154
ตารางที่ 5.19	อัตราป่วยผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรม แยกประเภท พ.ศ. 2551 - 2557	155
ตารางที่ 5.20	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของอาการอัมพาตและอัมพฤกษ์ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557	155
ตารางที่ 5.21	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และหลอดเลือดสมอง แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557	156
ตารางที่ 5.22	เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทย พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2558	157

สารบัญตาราง

ตารางที่ 5.23	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของกลุ่มโรคไต แยกประเภทระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557	159
ตารางที่ 5.24	ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชากรกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2524 - 2556	161
ตารางที่ 5.25	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ค้นพบและรายงาน (TB Notifications) จำแนกตามประวัติการรักษาตามแนวทางองค์การอนามัยโลก	171
ตารางที่ 5.26	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่พบเชื้อมาลาเรียระหว่าง พ.ศ. 2540 - 2557	174
ตารางที่ 5.27	จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางบก จำนวนบาดเจ็บและค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2549 - 2558	176
ตารางที่ 5.28	อัตราป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2545 - 2557	180
ตารางที่ 5.29	ร้อยละของภาวะโภชนาการในเด็ก 0 - 5 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2553 - 2557	183
ตารางที่ 5.30	ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะและการขาดสารไอโอดีน (เด็ก 3 - 5 ปี ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์) พ.ศ. 2549 - 2557	184
ตารางที่ 5.31	ลำดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2556	186
ตารางที่ 5.32	อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 - 2557	187
ตารางที่ 5.33	อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จากโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 - 2557	187
บทที่ 6	ระบบสุขภาพของประเทศไทย	
ตารางที่ 6.1	อัตราการสูญเสียบุคลากรในปีงบประมาณ 2557 เฉพาะสายงานหลัก	205
ตารางที่ 6.2	กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุขประเภทต่างๆ จำแนกตามโครงสร้างกรมวิชาการ	207
ตารางที่ 6.3	กำลังการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศไทย	208
ตารางที่ 6.4	ภาพรวมเป้าหมายการรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มในประเทศไทย พ.ศ. 2556 - 2560	210
ตารางที่ 6.5	ภาพรวมแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ	211
ตารางที่ 6.6	งบประมาณรายจ่ายจำแนกตามลักษณะงานด้านการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557 - 2558	212
ตารางที่ 6.7	จำนวนงบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2557 จำแนกตามหน่วยงานและหมวดรายจ่าย	213

สารบัญตาราง

ตารางที่ 6.8	ต้นแบบอุดมคติของการอภิบาล 3 รูปแบบ	224
ตารางที่ 6.9	เปรียบเทียบคุณลักษณะเชิงกระบวนการอภิบาล 3 รูปแบบ	225
ตารางที่ 6.10	เปรียบเทียบการอภิบาลระบบสุขภาพ 3 รูปแบบ ต่อการตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ 4 ด้าน	226
บทที่ 7 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย		
ตารางที่ 7.1	แนวโน้มจำนวนและอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา พ.ศ. 2522 - 2556	242
ตารางที่ 7.2	แนวโน้มจำนวนแพทย์และสัดส่วนจำนวนแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556	245
ตารางที่ 7.3	แนวโน้มจำนวนทันตแพทย์และสัดส่วนจำนวนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556	246
ตารางที่ 7.4	แนวโน้มจำนวนเภสัชกรและสัดส่วนจำนวนเภสัชกรตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556	247
ตารางที่ 7.5	แนวโน้มจำนวนพยาบาลวิชาชีพและสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพ ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556	248
ตารางที่ 7.6	แนวโน้มจำนวนบุคลากรที่ทำงานเต็มเวลาและไม่เต็มเวลาในภาคเอกชน พ.ศ. 2546 - 2556	248
ตารางที่ 7.7	แนวโน้มจำนวนแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	253
ตารางที่ 7.8	แนวโน้มจำนวนทันตแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	254
ตารางที่ 7.9	แนวโน้มจำนวนเภสัชกรและอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรรายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	255
ตารางที่ 7.10	แนวโน้มจำนวนพยาบาลวิชาชีพและอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพรายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	256
ตารางที่ 7.11	แนวโน้มจำนวนพยาบาลเทคนิคและอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิครายภาค พ.ศ. 2531 - 2556	257
ตารางที่ 7.12	แนวโน้มจำนวนบุคลากร รพ.สต. และอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2539 - 2556	258
ตารางที่ 7.13	แนวโน้มสัดส่วนของกำลังคนด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2548 - 2556	259
ตารางที่ 7.14	แนวโน้มจำนวนแพทย์ จำนวนเตียง อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และจำนวนเฉลี่ยของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522 - 2556	261

สารบัญตาราง

ตารางที่ 7.15	แนวโน้มการจบการศึกษาและได้รับใบอนุญาตของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2540 - 2557	262
ตารางที่ 7.16	แนวโน้มจำนวนแพทย์จบใหม่ กลับเข้ารับราชการและลาออก สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2537 - 2556	264
ตารางที่ 7.17	สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2558	265
ตารางที่ 7.18	สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน พ.ศ. 2557	267
ตารางที่ 7.19	จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียง พ.ศ. 2558	268
ตารางที่ 7.20	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียง และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ พ.ศ. 2522 - 2556	269
ตารางที่ 7.21	แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - 2556	271
ตารางที่ 7.22	แนวโน้มจำนวนเตียงและสัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - 2556	272
ตารางที่ 7.23	แนวโน้มจำนวนเตียงและอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาลรายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	274
ตารางที่ 7.24	แนวโน้มจำนวน รพ.สต. และอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	275
ตารางที่ 7.25	แนวโน้มจำนวนร้านขายยา และอัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยารายภาค พ.ศ. 2539 - 2556	276
ตารางที่ 7.26	มูลค่าการผลิตยาและนำเข้ายาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ (ล้านบาท) พ.ศ. 2532 - 2556	278
ตารางที่ 7.27	อัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคนและดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2556	280
ตารางที่ 7.28	แนวโน้มจำนวนเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ และอัตราต่อประชากรล้านคน พ.ศ. 2542 - 2556	280
ตารางที่ 7.29	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพ สัดส่วนต่อ GDP รายจ่ายสุขภาพภาครัฐและเอกชน และรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี พ.ศ. 2537 - 2555	282
ตารางที่ 7.30	แนวโน้มงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และงบประมาณของประเทศ พ.ศ. 2527 - 2556	284
ตารางที่ 7.31	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน รายจ่ายจากการซื้อยากินเอง และรายจ่ายจากการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2529 - 2554	286

สารบัญตาราง

ตารางที่ 7.32	จำนวนประชากรไทยจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล (ล้านคน) ปีงบประมาณ 2548 - 2557	287
ตารางที่ 7.33	แนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและสัดส่วนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	288
ตารางที่ 7.34	แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อประชากร) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	289
ตารางที่ 7.35	แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามระดับของสถานบริการ พ.ศ. 2547 - 2556	290
ตารางที่ 7.36	แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	291
ตารางที่ 7.37	แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (จำนวนผู้ป่วยในต่อประชากรคูณ 100) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	292
ตารางที่ 7.38	แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	293
ตารางที่ 7.39	แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	294
ตารางที่ 7.40	แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รพศ./รพท. และ รพช. พ.ศ. 2535 - 2556	295
ตารางที่ 7.41	แนวโน้มวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	297
ตารางที่ 7.42	แนวโน้มวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	298
ตารางที่ 7.43	แนวโน้มอัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	299
ตารางที่ 7.44	แนวโน้มอัตราการครองเตียง รายภาค พ.ศ. 2546 -2556	300
บทที่ 8	ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเทศไทย	
ตารางที่ 8.1	เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากรกลุ่มเป้าหมาย แหล่งการคลังสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของกองทุน ประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน	309
ตารางที่ 8.2	จำนวนและร้อยละของครัวเรือนไทยที่ประสบภาวะล้มละลายและตกอยู่ใต้เส้น ความยากจนจากภาวะค่ารักษาพยาบาล	318

สารบัญตาราง

บทที่ 9	ความพร้อมด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน	
ตารางที่ 9.1	จำนวนประชากร (ล้านคน) และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศอาเซียน พ.ศ. 2558	327
ตารางที่ 9.2	อัตราการป่วยจากโรคต่าง ๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียนต่อประชากร 100,000 คน	328
ตารางที่ 9.3	อัตราการตายจากโรคต่าง ๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียนต่อประชากร 100,000 คน	329
ตารางที่ 9.4	อัตราการตายของมารดา อัตราทารกตายและอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2556	329
ตารางที่ 9.5	จำนวนแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต่อประชากร 10,000 คน ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2550 - 2556	329
ตารางที่ 9.6	ASEAN Health Development Agenda Post - 2015 (คศ. 2016 - 2020)	334
ตารางที่ 9.7	ยุทธศาสตร์อาเซียนของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557	336
บทที่ 10	ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global Health)	
ตารางที่ 10.1	เปรียบเทียบความหมายระหว่างสุขภาพโลก การสาธารณสุขระหว่างประเทศ และสาธารณสุข	348
ตารางที่ 10.2	งบประมาณสนับสนุนองค์การระหว่างประเทศด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2549 - 2558	354
บทที่ 11	โรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศไทย	
ตารางที่ 11.1	ผลการสำรวจเชื้อดีเอ็นเอกลุ่ม NDM - 1 ของประเทศไทย	365
ตารางที่ 11.2	มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาทั้งหมด ยาฆ่าเชื้อ และยาปฏิชีวนะ	366
บทที่ 12	สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย	
ตารางที่ 12.1	ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงของเกษตรกร ปี พ.ศ. 2554 - 2557	371
ตารางที่ 12.2	จำนวนและร้อยละสถานประกอบการ จำแนกตามหมวดอุตสาหกรรม พ.ศ. 2557	372
ตารางที่ 12.3	จำนวนผู้ป่วยด้วยพิษจากสารโลหะหนัก พ.ศ. 2545 - 2552	373
ตารางที่ 12.4	จำนวนวันที่ค่าดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index: AQI) เกินค่ามาตรฐานสูงสุดในพื้นที่ต่างๆของประเทศไทย พ.ศ. 2557	375

สารบัญตาราง

ตารางที่ 12.5	อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน จากกลุ่มโรคที่เกิดจากปัญหาหมอกควัน พ.ศ. 2558	376
ตารางที่ 12.6	จำนวนการป่วยด้วยโรคจากสิ่งแวดล้อมในกลุ่มเด็ก ในปี พ.ศ. 2556	378
บทที่ 13	ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติในประเทศ	
ตารางที่ 13.1	หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก	392
ตารางที่ 13.2	อัตราชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ (ตามที่ย้ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด)	392
ตารางที่ 13.3	อัตราชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศยาน	392
ตารางที่ 13.4	แสดงสถิติภัยพิบัติย้อนหลัง 10 - 20 ปี ของภัยแต่ละประเภทในประเทศไทย	403
ตารางที่ 13.5	ปฏิทินสาธารณภัยประจำปี	404

สารบัญภาพ

บทที่ 3	กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย	
ภาพที่ 3.1	แสดงขอบเขตและการซ้อนทับของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	49
ภาพที่ 3.2	แสดงปัจจัย (สังคม) กำหนดสุขภาพ	50
บทที่ 4	สถานการณ์แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	
ภาพที่ 4.1	อัตราการขยายตัวทางการเศรษฐกิจของประเทศไทย ผลผลิตรวม ภายในประเทศ: อนุกรมใหม่แบบปริมาณลูกโซ่ พ.ศ. 2548 - 2560	61
ภาพที่ 4.2	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศและรายได้ประชาชาติต่อหัว พ.ศ. 2548 - 2557	62
ภาพที่ 4.3	สัดส่วนของเศรษฐกิจในประเทศไทยจากภาคการผลิต (เกษตรกรรมและอุตสาหกรรม) และภาคบริการ พ.ศ. 2521 - 2557	62
ภาพที่ 4.4	เส้นความยากจน สัดส่วนคนจน จำนวนคนจน (วัดจากรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค) พ.ศ. 2531 - 2557	63
ภาพที่ 4.5	สัดส่วนคนจน (ด้านรายจ่าย) รายภาค พ.ศ. 2549 - 2557	64
ภาพที่ 4.6	การกระจายรายได้ สัดส่วนความยากจน และรายได้เฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2531 - 2557	64
ภาพที่ 4.7	อัตราการอ่านออกเขียนได้ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2543 - 2553	65
ภาพที่ 4.8	อัตราการอ่านนอกเวลาเรียนและนอกเวลาทำงานของประชากร อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2546 - 2558	66
ภาพที่ 4.9	จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2547 - 2558	66
ภาพที่ 4.10	สัดส่วนผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สายสามัญและผู้สำเร็จการศึกษาจากอาชีวศึกษา ปีการศึกษา 2538 - 2557	67
ภาพที่ 4.11	อัตราการเรียนต่อปีการศึกษา 2547 - 2557	67
ภาพที่ 4.12	สาเหตุของนักเรียนที่ออกกลางคันจำแนกตามชั้นเรียน ปีการศึกษา 2548 - 2557	68
ภาพที่ 4.13	ดัชนีความเสมอภาคทางเพศ จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2555 และ 2556	68

สารบัญภาพ

ภาพที่ 4.14	ผลทดสอบทางการศึกษาวิชาที่สำคัญ จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2552 - 2557	70
ภาพที่ 4.15	อันดับความสามารถในการแข่งขันด้านการศึกษา พ.ศ. 2547 - 2558	71
ภาพที่ 4.16	การคาดประมาณจำนวนประชากรและอัตราเพิ่มของประชากร พ.ศ. 2554 -2583	72
ภาพที่ 4.17	อัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2507 - 2583	72
ภาพที่ 4.18	สัดส่วนของประชากรกลุ่มอายุที่สำคัญ พ.ศ. 2503 - 2583	73
ภาพที่ 4.19	อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุและการคาดประมาณ พ.ศ. 2503 - 2583	73
ภาพที่ 4.20	ปริมาตรประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533, 2543, 2553, 2563, 2573 และ 2583 กับประเทศญี่ปุ่น เดนมาร์กและสวีเดน พ.ศ. 2558	74
ภาพที่ 4.21	ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและการคาดการณ์ถึง พ.ศ. 2563	76
ภาพที่ 4.22	การจดทะเบียนสมรสและการหย่าร้าง พ.ศ. 2546 - 2557	77
ภาพที่ 4.23	ดัชนีครอบครัวอบอุ่น พ.ศ. 2544 - 2557	77
ภาพที่ 4.24	ร้อยละของของเด็กที่ถูกทอดทิ้งและผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว	78
ภาพที่ 4.25	อัตราคลอดในวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2538-2557	80
ภาพที่ 4.26	อัตราคลอดในวัยรุ่นกลุ่มประเทศอาเซียนในช่วง พ.ศ. 2550-2555	80
ภาพที่ 4.27	อัตราการย้ายถิ่น จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2548 - 2558	81
ภาพที่ 4.28	ร้อยละของการย้ายถิ่น จำแนกตามกระแสการย้ายถิ่นระหว่างเมืองกับชนบท พ.ศ. 2548 - 2557	81
ภาพที่ 4.29	จำนวนคนไทยที่ได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานในต่างประเทศ พ.ศ. 2549 -2558	82
ภาพที่ 4.30	จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน จำแนกตามลักษณะ การเข้าเมืองถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ปี พ.ศ. 2546 - 2558	83
ภาพที่ 4.31	ร้อยละการใช้อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ ในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554 -2558	87
ภาพที่ 4.32	ร้อยละการใช้อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ ในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2554 - 2558	87
ภาพที่ 4.33	การใช้พลังงานไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2544 - 2557	88
ภาพที่ 4.34	การใช้พลังงานไฟฟ้าจำแนกตามสาขาเศรษฐกิจ พ.ศ. 2550 - 2557	89
ภาพที่ 4.35	ร้อยละการเติมน้ำมันของครัวเรือน พ.ศ. 2550 - 2558	89

สารบัญภาพ

ภาพที่ 4.36	ปริมาณสารมลพิษทางอากาศ PM ₁₀ PM _{2.5} O ₃ SO ₂ NO ₂ และ CO เฉลี่ยทั้งประเทศ แสดงเป็นร้อยละเทียบกับค่ามาตรฐาน (0% = ค่ามาตรฐาน) พ.ศ. 2541 - 2557	91
ภาพที่ 4.37	ร้อยละแนวโน้มสถานการณ์คุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน พ.ศ. 2548 - 2557	92
ภาพที่ 4.38	ค่าเฉลี่ยระดับเสียงในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พ.ศ. 2553 - 2557	93
ภาพที่ 4.39	ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ขยะมูลฝอยที่ไม่ได้รับการจัดการขยะมูลฝอยที่กำจัดอย่างถูกต้อง และขยะมูลฝอยที่มีการนำไปใช้ประโยชน์ พ.ศ. 2551 - 2557 (หน่วย ล้านตันต่อปี)	94
ภาพที่ 4.40	ปริมาณของเสียอันตรายจำแนกตามประเภท พ.ศ. 2550 - 2557 (หน่วยล้านตันต่อปี)	94
ภาพที่ 4.41	ปริมาณการนำเข้าและการผลิตสารเคมีในประเทศไทย พ.ศ. 2551 - 2557 (หน่วยล้านตันต่อปี)	95
ภาพที่ 4.42	ปริมาณการปล่อยและกักเก็บก๊าซเรือนกระจก ปี พ.ศ. 2543 - 2555 (หน่วย MtCO ₂ e)	96
ภาพที่ 4.43	ปริมาณการปล่อยและกักเก็บก๊าซเรือนกระจกรายสาขา ปี พ.ศ. 2543 - 2555 (หน่วย MtCO ₂ e)	96
ภาพที่ 4.44	ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามประเภทที่อยู่อาศัยในประเทศไทย พ.ศ. 2550 - 2557	97
ภาพที่ 4.45	ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามชนิดวัสดุก่อสร้างที่อยู่อาศัยในประเทศไทย พ.ศ. 2550 - 2557	97
ภาพที่ 4.46	จำนวนนายจ้างและจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พ.ศ. 2548 - 2557	98
ภาพที่ 4.47	อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้างและการจ่ายเงินทดแทน พ.ศ. 2548- 2557	99
ภาพที่ 4.48	ร้อยละของสารปนเปื้อนจากตัวอย่างที่สุ่มตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น พ.ศ. 2552 - 2558	99
ภาพที่ 4.49	ร้อยละของคุณภาพน้ำบริโภคที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำแนกตามกายภาพ เคมี และแบคทีเรีย พ.ศ. 2551 - 2557	100
ภาพที่ 4.50	ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามวิธีกำจัดขยะภายในครัวเรือน พ.ศ. 2550 - 2557	100
ภาพที่ 4.51	ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามวิธีการใช้ส้วม พ.ศ. 2550 - 2557	101
ภาพที่ 4.52	ประเด็นแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2556 - 2561)	104

สารบัญภาพ

ภาพที่ 4.53	สภาวะธรรมชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2557	105
ภาพที่ 4.54	การจัดลำดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศไทย พ.ศ. 2548 - 2558	110
ภาพที่ 4.55	ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 - 2558	119
ภาพที่ 4.56	อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2546 - 2557	119
ภาพที่ 4.57	ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายและภาวะโรคในเพศชาย ปี พ.ศ. 2552	120
ภาพที่ 4.58	ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายและภาวะโรคในเพศหญิง ปี พ.ศ. 2552	121
ภาพที่ 4.59	ร้อยละการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ >15 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2534 - 2557	122
ภาพที่ 4.60	อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2547 - 2557	122
ภาพที่ 4.61	ร้อยละการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ >15 ปี จำแนกตามเขตการปกครองและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2554 - 2557	123
ภาพที่ 4.62	ร้อยละการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ >15 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2550 - 2557	123
ภาพที่ 4.63	ความชุกอัตราการสูบบุหรี่ (ร้อยละ) ภาชีสรรพสามิตบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2555	124
ภาพที่ 4.64	ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ >15 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544 - 2557	125
ภาพที่ 4.65	อายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกในประชากรอายุ >15 ปี จำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2544 - 2557	125
ภาพที่ 4.66	ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ >15 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2544 - 2557	126
ภาพที่ 4.67	ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ >15 ปี จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2544 - 2557	126
ภาพที่ 4.68	ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2557	127
ภาพที่ 4.69	จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด พ.ศ. 2548 - 2557	128
ภาพที่ 4.70	ร้อยละผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2553 - 2557	129

สารบัญภาพ

ภาพที่ 4.71	ร้อยละของแหล่งอาหารมือเย็นที่กินบ่อยที่สุดในวันทำงาน ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตการปกครอง ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557	129
ภาพที่ 4.72	ร้อยละการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพในประชากร อายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป	130
ภาพที่ 4.73	ร้อยละการบริโภค ผักและผลไม้ ที่เพียงพอ ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป	131
ภาพที่ 4.74	ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557	131
ภาพที่ 4.75	ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตการปกครองปี พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557	132
ภาพที่ 4.76	ร้อยละการคาดเข็มขัดนิรภัยผู้ขับขี่และผู้โดยสารตอนหน้าของรถยนต์ พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2554	132
ภาพที่ 4.77	ร้อยละการคาดเข็มขัดนิรภัยผู้ขับขี่และผู้โดยสารตอนหน้าของรถยนต์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2554	133
ภาพที่ 4.78	ร้อยละการสวมหมวกนิรภัยผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายของรถจักรยานยนต์ พ.ศ. 2553 - 2557	133
ภาพที่ 4.79	ร้อยละการสวมหมวกนิรภัยผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายของรถจักรยานยนต์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2553 - 2557	134
ภาพที่ 4.80	สัดส่วนมูลค่าการผลิตและการนำส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร สำหรับยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2530 - 2556	135
ภาพที่ 4.81	อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อ 100,000 ประชากร ทุกกลุ่มอายุ พ.ศ. 2543 - 2557	135
ภาพที่ 4.82	อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อ 100,000 ประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2554 - 2558	136
ภาพที่ 4.83	ร้อยละของนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์	136
ภาพที่ 4.84	ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	136

สารบัญภาพ

บทที่ 5	สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย	
ภาพที่ 5.1	อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - 2557	139
ภาพที่ 5.2	อัตราการตายทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - 2559	140
ภาพที่ 5.3	อัตราการตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - 2557	141
ภาพที่ 5.4	สัดส่วนของประชากรพิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555	149
ภาพที่ 5.5	อัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2510 - 2557	150
ภาพที่ 5.6	โรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของประเทศไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2554	152
ภาพที่ 5.7	อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรี กรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2539 - 2554	153
ภาพที่ 5.8	อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอด ของชายไทย พ.ศ. 2539 - 2554	154
ภาพที่ 5.9	อัตราการตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแยกเพศ พ.ศ. 2547, 2552, 2554 และ 2556	157
ภาพที่ 5.10	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557	158
ภาพที่ 5.11	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคข้อเสื่อม แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557	158
ภาพที่ 5.12	อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคข้ออักเสบ แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557	159
ภาพที่ 5.13	ความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรคจากวัคซีน BCG, DPT3, OPV3, HB ₃ , Measles และ TT2 + Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2524 - 2556	160
ภาพที่ 5.14	อัตราอุบัติการณ์ของโรคหัด โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โรคคอตีบ โรคไอกรน และโรคโปลิโอ พ.ศ. 2538 - 2557	162
ภาพที่ 5.15	อุบัติการณ์และอัตราป่วยตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส ปี พ.ศ. 2540 - 2557	162
ภาพที่ 5.16	อุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงและอัตราการตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538 - 2557	163

สารบัญภาพ

ภาพที่ 5.17	อุบัติการณ์และอัตราป่วยตายของโรคปอดบวม ในเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ. 2538 - 2558	164
ภาพที่ 5.18	อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิสต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538 - 2557	164
ภาพที่ 5.19	อัตราป่วยตายของโรคเลปโตสไปโรซิส พ.ศ. 2539 - 2557	165
ภาพที่ 5.20	จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2546 - 2558	165
ภาพที่ 5.21	อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในหญิงขายบริการ ทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศแฝง ชายที่มาตรวจโรคกามโรค และผู้ฉีดยาเสพติด พ.ศ. 2538 - 2557	167
ภาพที่ 5.22	อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ และผู้บริจาคโลหิต พ.ศ. 2538 - 2557	167
ภาพที่ 5.23	อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อเอชไอวีในชายไทยที่เข้าเป็นทหาร กองประจำการ พ.ศ. 2538 - 2557	168
ภาพที่ 5.24	ความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พ.ศ. 2550 - 2557	168
ภาพที่ 5.25	ร้อยละของการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2553 - 2558	169
ภาพที่ 5.26	แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539 - 2557	169
ภาพที่ 5.27	แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จากการคาดประมาณถึง พ.ศ. 2568	170
ภาพที่ 5.28	ร้อยละของการติดเชื้อไวรัสโรคในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557	171
ภาพที่ 5.29	อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ในหญิงขายบริการทางเพศประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557	172
ภาพที่ 5.30	อุบัติการณ์และอัตราการตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557	173
ภาพที่ 5.31	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2538 - 2557	173
ภาพที่ 5.32	อุบัติการณ์และการตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 - 2557	174
ภาพที่ 5.33	อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคไข้สมองอักเสบประเทศไทย พ.ศ. 2538 -2557	175
ภาพที่ 5.34	ร้อยละของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ. 2557	177

สารบัญภาพ

ภาพที่ 5.35	อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากสาเหตุการบาดเจ็บ จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ. 2551 -2557	178
ภาพที่ 5.36	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากการจราจรทางบก จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2551 - 2557	178
ภาพที่ 5.37	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติเหตุการจมน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557	179
ภาพที่ 5.38	อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติเหตุทางน้ำ ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2553 - 2557	179
ภาพที่ 5.39	คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551 - 2557	180
ภาพที่ 5.40	อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากร 1,000 คน จากภาวะแปรปรวนทางจิต และพฤติกรรม พ.ศ. 2538 - 2557	181
ภาพที่ 5.41	อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากภาวะแปรปรวนทางจิต และพฤติกรรม พ.ศ. 2548 - 2557	181
ภาพที่ 5.42	อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2539 - 2557	182
ภาพที่ 5.43	อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย จำแนกเป็นรายภาค พ.ศ. 2553 -2557	182
ภาพที่ 5.44	ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และมีภาวะโภชนาการเกิน พ.ศ. 2550 - 2557	183
ภาพที่ 5.45	ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct<33 %) พ.ศ. 2537 - 2556	184
ภาพที่ 5.46	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2539 - 2556	185
ภาพที่ 5.47	ร้อยละของผู้สูงอายุจากการประเมินภาวะสุขภาพร่างกาย โดยรวมจำแนกตามเพศ	188
ภาพที่ 5.48	ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่มีความจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Livings: ADL)	189
ภาพที่ 5.49	ร้อยละของการมองเห็นและการได้ยินของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2557	190
ภาพที่ 5.50	ร้อยละของการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ ตามกลุ่มอายุและเพศ	190

สารบัญภาพ

ภาพที่ 5.51	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและกลุ่มช่วงวัย พ.ศ. 2554	191
ภาพที่ 5.52	ร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ	191

บทที่ 6 ระบบสุขภาพของประเทศไทย

ภาพที่ 6.1	กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก	195
ภาพที่ 6.2	ความเชื่อมโยงของกลไกต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ	196
ภาพที่ 6.3	ความเชื่อมโยงของกลไกระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ แบบบูรณาการในระดับพื้นที่	197
ภาพที่ 6.4	โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน	200
ภาพที่ 6.5	โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค	201
ภาพที่ 6.6	เครือข่ายบริการระดับต่างๆ ในจังหวัด	203
ภาพที่ 6.7	การบรรจุและการสูญเสียของแพทย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543 - 2557	204
ภาพที่ 6.8	แผนภาพโครงสร้างและอัตรากำลังกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557	206
ภาพที่ 6.9	เปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนแพทย์ทุกระบบกับจำนวนแพทย์ ในโครงการ CPIRD/ODOD ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จบการศึกษา ปี 2554 - 2556 และคาดว่าจะจบการศึกษา ปี 2557 - 2566	209
ภาพที่ 6.10	ข้อมูลทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางทุกระบบ ภาพรวมทั้งประเทศ	210
ภาพที่ 6.11	การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงาน ของกระทรวงสาธารณสุข	216
ภาพที่ 6.12	ระบบการติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข	217
ภาพที่ 6.13	ความสัมพันธ์ของหน่วยงาน องค์กร และกลไกสำคัญต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ	230
ภาพที่ 6.14	กรอบแนวคิดของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	231

บทที่ 7 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ภาพที่ 7.1	ปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ	240
ภาพที่ 7.2	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2522 - 2556	241
ภาพที่ 7.3	แนวโน้มสัดส่วนจำนวนแพทย์ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556	243

สารบัญภาพ

ภาพที่ 7.4	แนวโน้มสัดส่วนจำนวนทันตแพทย์ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556	244
ภาพที่ 7.5	แนวโน้มสัดส่วนจำนวนเภสัชกร จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556	244
ภาพที่ 7.6	แนวโน้มสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556	244
ภาพที่ 7.7	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	251
ภาพที่ 7.8	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	251
ภาพที่ 7.9	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	251
ภาพที่ 7.10	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	252
ภาพที่ 7.11	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค รายภาค พ.ศ. 2531 - 2556	252
ภาพที่ 7.12	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2539 - 2556	252
ภาพที่ 7.13	แนวโน้มจำนวนแพทย์ จำนวนเตียงและอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ ของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522 - 2556	260
ภาพที่ 7.14	แนวโน้มจำนวนวุฒิบัตรและอนุมัติบัตรของแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514 - 2557	263
ภาพที่ 7.15	จำนวนใบวุฒิบัตรและอนุมัติบัตร จำแนกตามสาขาแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2507 - 2557	263
ภาพที่ 7.16	แนวโน้มสัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - 2556	270
ภาพที่ 7.17	แนวโน้มสัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - 2556	270
ภาพที่ 7.18	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556	273
ภาพที่ 7.19	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2539 - 2556	273
ภาพที่ 7.20	แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา รายภาค พ.ศ. 2539 - 2556	276
ภาพที่ 7.21	แนวโน้มร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - 2556	277
ภาพที่ 7.22	แนวโน้มร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. 2532 - 2558	278
ภาพที่ 7.23	แนวโน้มจำนวนเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2526 - 2556	279

สารบัญภาพ

ภาพที่ 7.24	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพและร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP พ.ศ. 2537 - 2555	281
ภาพที่ 7.25	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ และรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน พ.ศ. 2537 - 2555	282
ภาพที่ 7.26	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี และสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและเอกชน พ.ศ. 2537 - 2555	283
ภาพที่ 7.27	แนวโน้มงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และสัดส่วนต่องบประมาณของประเทศ พ.ศ. 2527 - 2556	283
ภาพที่ 7.28	แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน รายจ่ายจากการซื้อยากินเอง และรายจ่ายจากการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2529 - 2554	285
ภาพที่ 7.29	แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายจากการใช้บริการ รพ.รัฐ/รพ.สต. รพ.เอกชน/คลินิก และอื่นๆ พ.ศ. 2529 - 2552	285
ภาพที่ 7.30	แนวโน้มร้อยละความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2545 - 2557	287
ภาพที่ 7.31	แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	288
ภาพที่ 7.32	แนวโน้มอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อประชากร) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	289
ภาพที่ 7.33	แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามระดับของสถานบริการ พ.ศ. 2547 - 2556	290
ภาพที่ 7.34	แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	291
ภาพที่ 7.35	แนวโน้มอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน (จำนวนผู้ป่วยในต่อประชากรคูณ 100) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	292
ภาพที่ 7.36	แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 -2556	293
ภาพที่ 7.37	แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	294
ภาพที่ 7.38	แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รพศ./รพท. และ รพช. พ.ศ. 2535 - 2556	295
ภาพที่ 7.39	แนวโน้มวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	296

สารบัญภาพ

ภาพที่ 7.40	แนวโน้มนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	297
ภาพที่ 7.41	แนวโน้มนอนอัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556	298
ภาพที่ 7.42	แนวโน้มนอนอัตราการครองเตียง รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556	299
ภาพที่ 7.43	อัตราการป่วยตายรายอายุของผู้ป่วยใน สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2548 - 2557	301
ภาพที่ 7.44	ร้อยละการได้รับการตรวจ FPG และ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ตามสิทธิการรักษา พ.ศ. 2555	302
ภาพที่ 7.45	ร้อยละการได้รับการตรวจ BUN และ Urine Microalbumin ในผู้ป่วยเบาหวาน ตามสิทธิการรักษา พ.ศ. 2555	302
ภาพที่ 7.46	สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน ของกลุ่มที่รวยที่สุด 20% สุดท้าย (Quintile 5) และกลุ่มที่จนที่สุด 20% แรก (Quintile 1) พ.ศ. 2537 - 2556	303
ภาพที่ 7.47	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้าและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพ	306
บทที่ 8	ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเทศไทย	
ภาพที่ 8.1	รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรไทยและการขยายความครอบคลุม การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มประชากรต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2503 - 2552	308
ภาพที่ 8.2	ร้อยละความครอบคลุมของสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ของประชากรไทยปี พ.ศ. 2545 - 2558	311
ภาพที่ 8.3	พัฒนาการของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ระหว่างปีพ.ศ. 2545 - 2558	312
ภาพที่ 8.4	จำนวนครั้งและอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกผู้มีสิทธิบัตรทอง ระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2558	313
ภาพที่ 8.5	จำนวนครั้งการใช้บริการผู้ป่วยใน (ล้นครั้ง) และอัตราการนอนโรงพยาบาล (ครั้งต่อคนต่อปี) ผู้มีสิทธิบัตรทองระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2558	313
ภาพที่ 8.6	การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ หัตถการ Primary PCI ของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevated (STEMI) สิทธิบัตรทองที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2548 - 2558	314

สารบัญภาพ

ภาพที่ 8.7	จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการทดแทนไตทั้ง 3 ประเภท (HD, PD, KT) ระหว่างปีงบประมาณ 2550 - 2557	315
ภาพที่ 8.8	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่เสียชีวิตต่อปีและจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ระหว่างปีพ.ศ. 2544 - 2556	315
ภาพที่ 8.9	สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายโดยรวมจำแนกตามกลุ่มควินไทล์ระหว่างปี พ.ศ. 2531 - 2538	316
ภาพที่ 8.10	สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐและนอกภาครัฐต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด พ.ศ. 2537 - 2554	317
ภาพที่ 8.11	จำนวนครัวเรือนไทยที่ได้รับการปกป้องจากการตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 - 2552	319
ภาพที่ 8.12	ความพึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2558	320
ภาพที่ 8.13	ค่าใช้จ่ายสามกองทุนประกันสุขภาพ ปีพ.ศ. 2546 - 2557	322
ภาพที่ 8.14	คาดประมาณประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุระหว่างปีพ.ศ. 2556 - 2580	323
ภาพที่ 8.15	ค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรผู้มีสิทธิของ 3 ระบบประกันสุขภาพระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2557	324
บทที่ 9	ความพร้อมด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน	
ภาพที่ 9.1	สัดส่วนประชากรอาเซียนคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2593	327
ภาพที่ 9.2	ร้อยละประชากรผู้สูงอายุในประชาคมอาเซียนและอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ. 2558	328
ภาพที่ 9.3	ระดับการพัฒนาทางสุขภาพของประชาคมอาเซียน	330
ภาพที่ 9.4	เส้นทางเชื่อมโยงการคมนาคมในอาเซียน (ASEAN Highway Network)	331
ภาพที่ 9.5	ค่าใช้จ่ายบริการการรักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างชาติของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2555 - 2557	331
ภาพที่ 9.6	แผนที่ยุทธศาสตร์เมืองบริการสุขภาพ	340
ภาพที่ 9.7	กรอบแนวคิดและระบบการจัดการเมืองบริการสุขภาพ	341

สารบัญภาพ

บทที่ 10	ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global Health)	
ภาพที่ 10.1	หน่วยงานและองค์กรใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพโลก	350
ภาพที่ 10.2	เงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ.1990 ถึง ค.ศ. 2007 จำแนกตามแหล่งการคลังสุขภาพ	351
ภาพที่ 10.3	เวทีสำหรับการพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศในระดับโลก และภูมิภาค	352
ภาพที่ 10.4	ความสัมพันธ์ของการพัฒนาศักยภาพทั้ง 4 ด้าน	357
ภาพที่ 10.5	เครือข่ายการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศทั้งใน และนอกกระทรวงสาธารณสุข	358
บทที่ 11	โรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศไทย	
ภาพที่ 11.1	แนวโน้มของการดื้อยา Imipenem ของเชื้อ P. aeruginosa และ A. baumannii (2000 – 2014)	364
บทที่ 12	สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย	
ภาพที่ 12.1	ปริมาณการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร พ.ศ. 2556	370
ภาพที่ 12.2	จำนวนขยะติดเชื้อจำแนกตามประเภทสถานบริการ พ.ศ. 2558	377
บทที่ 13	ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติในประเทศ	
ภาพที่ 13.1	ความเชื่อมโยงโครงสร้าง กลไกการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	388
ภาพที่ 13.2	โครงสร้างบริหารของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	390
ภาพที่ 13.3	แนวโน้มงบประมาณด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ 2547 - 2558	391
ภาพที่ 13.4	ยานพาหนะที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2554 - 2557 จำแนกตามเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงาน	393
ภาพที่ 13.5	บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2555 - 2557	394
ภาพที่ 13.6	ห่วงโซ่การรอดชีวิตอย่างไร้รอยต่อ	395

สารบัญภาพ

ภาพที่ 13.7	การคัดแยกระดับความฉุกเฉินของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พ.ศ. 2555 - 2557	397
ภาพที่ 13.8	ร้อยละความสอดคล้องของการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน กับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย พ.ศ. 2557	397
ภาพที่ 13.9	การปฏิบัติการฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2553 - 2557	398
ภาพที่ 13.10	ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ พ.ศ. 2555 -2557	399
ภาพที่ 13.11	การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินภาพรวม 25 กลุ่มอาการ ที่ทำได้และเหมาะสม พ.ศ. 2555 - 2557	400
ภาพที่ 13.12	การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน พ.ศ. 2555 - 2557	401
บทที่ 15	ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย	
ภาพที่ 15.1	แผนที่ประเทศไทย	428
ภาพที่ 15.2	ระบบการปกครองไทยปัจจุบัน	433

บทที่ 1

พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย

พัฒนาการของการสาธารณสุขไทย มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสถาบันพระมหากษัตริย์มาตั้งแต่ครั้งตั้งกรุงสุโขทัย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคกรุงรัตนโกสินทร์ ความสัมพันธ์ระหว่างพระราชวงศ์จักรีกับการสาธารณสุขไทย สามารถแบ่งเป็นประเด็นและยุคต่างๆ ได้ดังนี้

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

สมัยรัชกาลที่ 1 ถึง รัชกาลที่ 3 ของราชวงศ์จักรี เป็นยุคเริ่มต้นของกรุงรัตนโกสินทร์ เป็นช่วงของการก่อสร้างตัวของประเทศ มีความพยายามในการรวบรวมวิทยาการแขนงต่างๆ เข้ามาไว้เป็นหลักฐานเพื่อใช้ศึกษาและพัฒนาประเทศ

สมัยรัชกาลที่ 1 (ครองราชย์ พ.ศ. 2325 – 2352)

พระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช ได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดโพธารามหรือวัดโพธิ์ขึ้นเป็นพระอารามหลวงให้ชื่อว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม ทรงให้รวบรวมและจารึกตำรายา และฤกษ์ตำตบไว้ตามศาลาราย สำหรับการจัดหาของราชการมีการจัดตั้งกรมหมอโรงพระโอสถ คล้ายกับในสมัยอยุธยา หมอที่รับราชการ เรียกว่า หมอหลวง ส่วนหมอที่รักษาประชาชนทั่วไป เรียกว่า หมอราษฎร์ หรือหมอเคลยศักดิ์

สมัยรัชกาลที่ 2 (ครองราชย์ พ.ศ. 2352 – 2367)

พระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย ทรงให้รวบรวมคัมภีร์ แพทย์ที่กระจัดกระจายตามที่ต่างๆ โดยโปรดเกล้าฯ ให้เชิญผู้ชำนาญโรคและสรรพคุณยาชนิดต่างๆ มารวมไว้ ผู้ใดมีตำรายาดีๆ ที่บรรพบุรุษได้เก็บไว้ให้นำเข้ามาทูลเกล้าฯ ถวายและให้กรมหมอหลวงคัดเลือกจดเป็น “ตำราหลวงสำหรับโรงพระโอสถ”

สมัยรัชกาลที่ 3 (ครองราชย์ พ.ศ. 2367 – 2394)

พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวได้ทรงปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนฯ และโปรดเกล้าฯ ให้จารึก

ตำรายาไว้บนแผ่นหินอ่อน ประดับไว้ตามผนังโบสถ์และศาลารายในบริเวณวัด มีตำราบอกสมุฏฐานของโรคและวิธีบำบัด ทรงให้นำสมุนไพรที่ใช้ในการปรุงยาที่หาได้ยากมาปลูกไว้ เพื่อให้ราษฎรได้ศึกษาและนำไปใช้ในการรักษาตน โดยมีหวงห้ามไว้ในตระกูลใด นับได้ว่าเป็น “มหาวิทยาลัยเปิด” แห่งแรกในประเทศไทย

ใน พ.ศ. 2371 ซึ่งเป็นปีที่ 5 ในสมัยรัชกาลที่ 3 กล่าวได้ว่าเป็นปีแรกที่การแพทย์แผนตะวันตกเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการแพทย์และการสาธารณสุข โดยดำเนินการควบคุมกันไป กล่าวคือ ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยและทำการป้องกันโรคติดต่อที่ร้ายแรงไปด้วย ในรัชสมัยนี้ **นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley)** ที่ชาวบ้านเรียกว่า “**หมอบรัดเลย์**” นักเผยแพร่คริสต์ศาสนาชาวอเมริกัน ซึ่งมากับคณะมิชชันนารี ได้เข้ามาเมืองไทยใน พ.ศ. 2378 เป็นผู้ริเริ่มการป้องกันโรคติดต่อครั้งแรกในประเทศไทย มีการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษซึ่งได้ผลดี จนกระทั่งใน พ.ศ. 2381 ทรงโปรดให้หมอหลวงไปเรียนวิธีปลูกฝีจากหมอบรัดเลย์ เพื่อปลูกให้แก่ข้าราชการและประชาชน

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

2. ยุคบ้านเมืองเจริญรุ่งเรือง

สมัยรัชกาลที่ 4 ถึง สมัยรัชกาลที่ 6 เป็นยุคมีการติดต่อกับประเทศแถบตะวันตก มีทูตมาเจริญสัมพันธไมตรี คณะมิชชันนารีเข้ามาเผยแพร่ศาสนาคริสต์มากขึ้น พระมหากษัตริย์ของไทยเสด็จประพาสต่างประเทศ ได้เห็นความเจริญในด้านต่างๆ จึงได้นำมาประยุกต์ให้เข้ากับประเทศไทย ทำให้บ้านเมืองเจริญรุ่งเรืองขึ้นเป็นลำดับ ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็วิวัฒนาการตามไปด้วย

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

การแพทย์ของประเทศไทยสมัยนี้แยกออกได้เป็นสองแผน คือ การแพทย์แผนเดิมหรือแผนโบราณ และการแพทย์แผนปัจจุบัน มีแพทย์ชาวอเมริกัน 3 คน คือ หมอบรัดเลย์ หมอเฮาส์ และหมอเลน เข้ามาอยู่ในประเทศไทยในช่วงเวลาหนึ่ง สำหรับหมอเฮาส์ เป็นผู้ที่มิชอบทบทวนในการควบคุมอหิวาตกโรคและรักษาคนไข้โดยใช้ทิงเจอร์สมน้ำให้ดื่มซึ่งได้ผลดี ถึงแม้ว่าจะได้นำการแพทย์แผนตะวันตกมาใช้มากขึ้น เช่น การสูติกรรมสมัยใหม่ แต่ก็ไม่สามารถชักจูงประชาชนให้เปลี่ยนค่านิยมได้ เพราะการรักษาพยาบาลแผนไทยเป็นประเพณีและวัฒนธรรมที่สืบเนื่องกันมา และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตคนไทย

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

แต่เดิมมาประเทศไทยไม่มีโรงพยาบาลของรัฐที่ตั้งขึ้นเพื่อรักษาราษฎรที่ป่วยไข้ มีเพียงการจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวในที่ต่างๆ เพื่อทำการรักษาผู้ป่วยในเวลาที่เกิดโรคระบาด เมื่อโรคสงบแล้วก็ล้มเลิกโรงพยาบาลนั้นไป ดังนั้น ใน พ.ศ. 2429 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดเกล้าฯ ให้ตั้งคณะกรรมการดำเนินการคณะหนึ่งชื่อว่า “คอมมิตติจัดการโรงพยาบาล” มีพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นศิริวิชัยสังกาศเป็นองค์ประธาน เพื่อก่อสร้างโรงพยาบาลซึ่งแล้วเสร็จใน พ.ศ. 2431 โดยได้พระราชทานนามโรงพยาบาลว่า “โรงพยาบาลศิริราช” เพื่อเป็นอนุสรณ์แด่สมเด็จพระเจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์ พระราชโอรส ซึ่งสิ้นพระชนม์ลงเนื่องจากโรคบิด และต่อมาได้ทรงตั้ง กรมพยาบาล ขึ้นเพื่อดูแลกิจการศิริราชพยาบาลสืบแทนคณะกรรมการฯ

ซึ่งพันหน้าทีไป พ.ศ. 2432 กรมพยาบาลได้เข้าอยู่ในสังกัดกระทรวงธรรมการ โดยพระเจ้าน้องยาเธอกรมหมื่นดำรงราชานุภาพ ทรงดำรงตำแหน่งผู้บังคับกรมพยาบาล ในช่วงนี้มีกิจการสำคัญด้านการแพทย์เกิดขึ้นหลายอย่าง ได้แก่

พ.ศ. 2432 สร้างโรงเรียนแพทยากรขึ้นที่ศิริราชพยาบาล มีหลักสูตรการเรียนวิชาแพทย์แผนตะวันตกและแผนไทยร่วมด้วย และใน พ.ศ. 2438 ได้พิมพ์ตำราแพทย์สำหรับใช้ในโรงเรียนเล่มแรกคือ “ตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์” ซึ่งมีเนื้อหาทั้งการแพทย์แผนไทยและแผนตะวันตก

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

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว มีกิจกรรมสำคัญในด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการตามพระราชดำริ ดังนี้

พ.ศ. 2454 ทรงสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยใช้ทุนทรัพย์ส่วนพระองค์สมทบกับเงินทุนของสภาอุณาโลมแดง

พ.ศ. 2455 ทรงสถาปนาปาสตอร์สภา เพื่อบำบัดโรคกลัวน้ำและสร้างวชิรพยาบาล

พ.ศ. 2457 กระทรวงมหาดไทยให้จังหวัดต่างๆ มีสถานที่รักษาผู้ป่วยและจำหน่ายยา เรียกว่าโอสถสภา ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นสุขศาลามีการจัดทำ “ยาตำราหลวง” 8 ขนาน จำหน่ายให้ประชาชนและนารายได้มาจัดจำหน่ายเพิ่มขึ้นเพื่อให้การสังเคราะห์ผู้ยากไร้ นับเป็นการพัฒนาระบบ “user fee” ขึ้นเป็นครั้งแรก

พ.ศ. 2459 เปลี่ยนชื่อกรมพยาบาลเป็นกรมประชาภิบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย

สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงปรับปรุงการศึกษาแพทย์ โดยเพิ่มการสอนวิชาทางคลินิกและการฝึกหัดรักษาพยาบาลคนไข้ให้มากขึ้นและได้ยกเลิกการสอนวิชาการแพทย์แผนไทยเนื่องจากลักษณะการสอนไม่เข้ากัน และหาครูแพทย์ไทยที่มีความรู้ดีและเต็มใจถ่ายทอดวิชาไม่ได้

พ.ศ. 2460 ตั้งโรงเรียนการแพทย์ทหารบก

พ.ศ. 2461 รวมกิจการแพทย์และการสุขาภิบาลซึ่ง

ยังแยกอยู่ภายใต้ 2 กระทรวง คือ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงนครบาล และตั้งกรมสาธารณสุขขึ้นในวันที่ 27 พฤศจิกายน โดยกรมพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงเป็นอธิบดีพระองค์แรก

พ.ศ. 2463 ก่อตั้งสถานเสาวภาและนำสภากาชาดสยามเข้าเป็นสมาชิกสภากาชาดสากล เมื่อวันที่ 8 เมษายน

พ.ศ. 2465 ตั้งกองอนุสภากาชาด และโรงเรียนนางพยาบาลของสภากาชาด

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

สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก ทรงเป็นสมเด็จพระเจ้าฟ้าพระองค์แรกของไทยที่ทรงสนพระทัยในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างจริงจัง เนื่องจากได้ทรงเห็นว่าการแพทย์และการสาธารณสุขในสมัยนั้นยังไม่ก้าวหน้า ประชาชนมีความเสี่ยงสูงในการเจ็บป่วย โดยเฉพาะจากโรคติดต่อ ได้ทรงลาออกจากราชการกองทัพเรือและได้เสด็จไปศึกษาวิชาการแพทย์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยพระวิริยะอุตสาหะ อันมั่นคงทรงประสบความสำเร็จในการศึกษา ได้รับประกาศนียบัตรวิชาสาธารณสุข (C.P.H) และปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตเกียรตินิยม (cum laude) และได้ทรงประกอบพระราชกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทยอเนกประการ อาทิ การพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ในการก่อสร้างโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล และหอพักพยาบาล พระราชทานทุนส่วนพระองค์แก่แพทย์พยาบาลเพื่อไปศึกษาต่างประเทศ ทรงเป็นผู้แทน

พ.ศ. 2466 มีประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ เป็นการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายแก่ประชาชนจากการประกอบอาชีพของผู้ที่ไม่มีความรู้และมีได้ฝึกหัด ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นพระราชบัญญัติสถานพยาบาลพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ และพระราชบัญญัติวิชาชีพสาขาต่างๆ อีก ในปัจจุบัน

รัฐบาลไทยในการเจรจากับมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ เพื่อให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงการแพทย์ไทย นอกจากนี้ ทรงส่งเสริมการพัฒนาคนค้ำทางด้านการแพทย์ โดยได้จัดตั้งทุนเพื่อการค้นคว้าและสืบสวนทางการแพทย์ขึ้นในโรงพยาบาลศิริราช และยังได้ทรงปฏิบัติหน้าที่ในการสอนฝึกอบรมแก่นักเรียนแพทย์ พยาบาล รวมทั้งทรงปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้านที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลแมคคอมิค จังหวัดเชียงใหม่ และทรงส่งเสริมเรื่อง “สงเคราะห์มารดาและทารก” โดยทรงวางโครงการตัดแปลงวิชรพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคลอดบุตรขนาดใหญ่เพื่อเป็นศูนย์อบรม ศึกษาพยาบาล ผดุงครรภ์ พยาบาลสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และหมอดำแย เพื่อจะได้มีผู้ทำงานด้านสงเคราะห์มารดาและทารกเพิ่มขึ้น

ตลอดพระชนม์ชีพของพระองค์ได้ทรงปฏิบัติพระราชกรณียกิจในการบำรุงส่งเสริมการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศและเพื่อประโยชน์สุขของปวงชนชาวไทยอย่างไพศาล

4. ยุคกำเนิดกระทรวงสาธารณสุข

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

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการออกกฎหมายดี แบ่งการประกอบโรคศิลปะเป็นแผนปัจจุบันและแผนโบราณ กำหนดว่า

4.1.1 ประเภทแผนปัจจุบัน คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิชาโดยสภากาชาด ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้น อาศัยการศึกษา ตรวจสอบ และการทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

4.1.2 ประเภทแผนโบราณ คือ ผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญ อันได้บอกเล่าสืบต่อกันมาเป็นที่ตั้ง หรืออาศัยตำราที่มีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปทางวิทยาศาสตร์

พ.ศ. 2469 กรมสาธารณสุขได้อนุมัติให้ปรับปรุงส่วนบริหารราชการใหม่ แบ่งกิจการออกเป็น 13 กอง คือ กองบัญชาการ กองการเงิน กองที่ปรึกษา กองบรรณาธิการ กองสุขาภิบาล กองวิศวกรรม กองสุขภาพ

กองโอสถศาลา กองยาเสพติดให้โทษ โรงพยาบาล
คนเสียจริต กองส่งเสริมสุขภาพิบาล กองแพทย์สุขภาพิบาล
กองแพทย์สุขภาพิบาลแห่งพระนคร และวชิรพยาบาล

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

ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันท
มหิตล มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง
ทบวง กรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2485 มีการจัดตั้งกระทรวง
สาธารณสุขขึ้น

5. ยุคสมัยรัชกาลที่ 9 (ครองราชย์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2498 จนถึงพ.ศ. 2559)

5.1 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช

ทรงสนพระราชหฤทัยและห่วงใยในความเป็น
อยู่ของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องสุขภาพอนามัย
พระองค์ทรงริเริ่มโครงการต่างๆ ครอบคลุมทั้งงานด้าน
การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และ
การฟื้นฟูสมรรถภาพ ประชาชนชาวไทยล้วนสำนึกใน
พระมหากรุณาธิคุณเป็นล้นพ้น แม้ชาวต่างประเทศก็
ตระหนักและชื่นชมในพระราชกรณียกิจในด้านสุขภาพ
อนามัยด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากภารกิจที่องค์การอนามัย
โลกได้ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสุขภาพดีถ้วนหน้า
เมื่อ พ.ศ.2535 และคณะกรรมการระหว่างประเทศเพื่อ
การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญ
ทองสดุดีพระเกียรติคุณในการที่ทรงพระราชทานแนวคิด
และทิศทางในการเผยแพร่เกลือเสริมไอโอดีน เพื่อควบคุม
โรคขาดสารไอโอดีนด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2544
สถาบัน Franklin and Eleanor Roosevelt Institute
และคณะกรรมการระดับโลกว่าด้วยคนพิการ ได้ถวาย
รางวัล “Franklin Delano Roosevelt International
Disability Award” ในฐานะที่ประเทศไทยมีความ
ก้าวหน้าในการดำเนินงานที่สำคัญตามเป้าหมายของ
แผนปฏิบัติการระดับโลกขององค์การสหประชาชาติว่า
ด้วยคนพิการ และในวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2549
องค์การสหประชาชาติ โดย นายโคฟี อันนัน เลขาธิการ
สหประชาชาติ เดินทางมาเยือนประเทศไทยอย่างเป็นทางการ
เพื่อทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายรางวัลความสำเร็จ
สูงสุดด้านการพัฒนามนุษย์ของโครงการพัฒนา
แห่งสหประชาชาติ (UNDP Human Development

นอกจากนี้ได้ทำการศึกษาวิจัยสมุนไพรเพิ่มขึ้น
ระหว่าง พ.ศ. 2485 - 2486 ขณะที่สงครามโลกครั้งที่ 2
ได้ขยายเข้ามาในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้เกิด
ภาวะขาดแคลนยา ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์
ได้ทำวิจัยสมุนไพรที่ใช้รักษาไข้มาลาเรียที่โรงพยาบาล
สัตหีบ หลังสงครามโลกสงบลง ยังคงมีปัญหาขาดแคลน
ยา รัฐบาลจึงมีนโยบายให้โรงงานเภสัชกรรม กระทรวง
สาธารณสุข นำสมุนไพรมาผลิตเป็นยารักษาโรค

Lifetime Achievement Award) แต่พระบาทสมเด็จพระ
เจ้าอยู่หัว เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระ
เจ้าอยู่หัว ผู้ทรงมีพระปรีชาสามารถและพระราช
กรณียกิจด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของ
พสกนิกรไทยอย่างยั่งยืนโดยแท้จริงมาโดยตลอดรัชสมัย
ครองสิริราชสมบัติ ซึ่งรางวัลดังกล่าวนี้ถือเป็นรางวัล
เกียรติยศอันสูงสุดที่ริเริ่มขึ้นใหม่ โดยทางสหประชาชาติ
ได้ทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อเฉลิมพระเกียรติเป็นกรณีพิเศษใน
วโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงครองสิริราช
สมบัติครบ 60 ปี และทรงเป็นผู้ได้รับการถวายรางวัล
เกียรติคุณพิเศษเป็นพระองค์แรกในโลก

งานด้านสาธารณสุขที่ได้รับพระมหากรุณาธิคุณจาก
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีเป็นอนเนกนานับประการ
ที่สำคัญ ได้แก่

5.1.1 การก่อตั้งมูลนิธิอานันทมหิตล

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระ
กรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ตั้งมูลนิธิอานันทมหิตล
ขึ้นโดยส่งเสริมและสนับสนุนผู้ที่ใฝ่ใจในการศึกษา ที่ได้
แสดงความสามารถอย่างยอดเยี่ยมให้มีโอกาสไปศึกษา
วิชาการชั้นสูงบางวิชา ณ ต่างประเทศ โดยทรงหวังใน
พระราชหฤทัยว่า เมื่อสำเร็จการศึกษากลับมาแล้ว จะได้
ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในวิชาการที่ศึกษามา โดยเริ่ม
จากการทดลองดำเนินการก่อนด้วย “ทุนอานันทมหิตล”
เมื่อ พ.ศ. 2498 ต่อมา เมื่อวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2502
พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้มีพระบรมราชวินิจฉัย
ให้เปลี่ยนสภาพจาก “ทุน” เป็น “มูลนิธิ” ชื่อว่า มูลนิธิ
“อานันทมหิตล” โดยทรงพระกรุณาโปรดเกล้า

โปรดกระหม่อมพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ เป็นทุนเริ่มแรก จำนวน 20,000 บาท เป็นการจัดตั้ง มูลนิธิเพื่อเป็นพระบรมราชานุสรณ์ในพระมหากรุณาธิคุณ แห่งสมเด็จพระบรมเชษฐาธิราช พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล โดยได้พระราชทานทุน แก่นักศึกษาวิชาการแพทยศาสตร์เป็นประเดิม ซึ่งปัจจุบัน มีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็น องค์ประธานมูลนิธิ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2502 ถึง พ.ศ. 2558 มีผู้ได้รับพระราชทานทุนมูลนิธิอานันทมหิดลไปศึกษาต่างประเทศและสำเร็จการศึกษา 334 ราย และกำลังศึกษา อยู่ 65 ราย โดยผู้สำเร็จการศึกษาเป็นแพทย์ 82 คน และ ทันตแพทย์ 17 คน และผู้ที่กำลังศึกษาเป็นแพทย์ 7 คน และทันตแพทย์ 6 คน¹

5.1.2 การก่อตั้งมูลนิธิราชประชาสมาสัย

เมื่อ พ.ศ. 2497 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ และที่มีผู้โดยเสด็จพระราชกุศลเพื่อก่อสร้างตึก “อานันทมหิดล” ในบริเวณโรงพยาบาลศิริราชเพื่อเป็นอนุสรณ์สถานแก่พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล ซึ่งเมื่อการก่อสร้างตึกดังกล่าวขึ้นที่โรงพยาบาลศิริราชแล้วเสร็จ ปรากฏว่ามีเงินเหลืออีก 175,064.75 บาท ประจวบกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยนั้นได้มีหนังสือกราบบังคมทูลขอพระราชทานเงิน เพื่อสร้างสถาบันอบรมเจ้าหน้าที่และค้นคว้าโรคเรื้อน ขึ้นที่สถานพยาบาลพระประแดง ในวงเงินประมาณหนึ่ง ล้านบาท จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานเงิน จำนวนที่เหลือนี้ให้เพื่อการริเริ่มงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อน และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานนามสถาบันแห่งนี้ว่า “สถาบันราชประชาสมาสัย” นอกจากนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวยังทรงห่วงใย ถึงการเล่าเรียนของเด็กลูกคนไข้โรคเรื้อนที่เป็นปกติ ไม่ได้ติดโรคเรื้อน ซึ่งทางราชการแยกเลี้ยงไว้ในสถานเลี้ยงเด็กของกรมอนามัย จึงได้โปรดเกล้าฯ ให้จัดสร้าง โรงเรียนราชประชาสมาสัยสำหรับการสงเคราะห์และการศึกษาแก่บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อน โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระบรมราชินีนาถได้ทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เริ่มแรก 1 ล้านบาท

สมทบทุนการก่อสร้างและได้เสด็จพระราชดำเนินในพิธีเปิดและทรงมีพระเมตตาธิคุณเสด็จเยี่ยมหลายครั้ง

5.1.3 การก่อตั้งมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตลในพระบรมราชูปถัมภ์

ในวโรกาสเฉลิมฉลองวันคล้ายวันพระราชสมภพในสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ครบ 100 ปี ในวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นการเผยแพร่พระราชเกียรติคุณ พระผู้ทรงบำเพ็ญประโยชน์ต่อวงการแพทย์และการสาธารณสุขของไทยให้เจริญรุ่งเรืองทัดเทียมอารยะประเทศ จึงได้จัดตั้ง “มูลนิธิรางวัลมหิตล ในพระบรมราชูปถัมภ์” และได้เปลี่ยนแปลงเป็น “มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตล ในพระบรมราชูปถัมภ์” เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 โดยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์

มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตล ในพระบรมราชูปถัมภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อมอบรางวัลแก่บุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานและ/หรือวิจัยดีเด่นทางด้าน การแพทย์และการสาธารณสุข อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่มนุษย์ชาติ โดยมีการให้รางวัลเป็นประจำทุกปีๆละ 2 รางวัล ซึ่งมีสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์ประธานกรรมการมูลนิธิ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2558 มีบุคคลหรือองค์กรที่ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตลในพระบรมราชูปถัมภ์ รวม 72 ราย จำแนกเป็น ผู้ได้รับพระราชทานรางวัลบุคคลหรือองค์กรที่ปฏิบัติงานและ/หรือวิจัยดีเด่นทางด้าน การแพทย์ 33 ราย และด้านสาธารณสุข 39 ราย ทั้งนี้ เป็นคนไทย 4 คน ได้แก่ นพ.ประสพศักดิ์ ตูจันดา พญ.สุจิตรา นิมนานินิตย์ นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และนายมิชัย วีระไวทยะ ผู้ที่ได้รับรางวัลนี้ต่อมาผลงานดังกล่าวนำไปสู่การได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์และการสาธารณสุข 4 ราย ดังต่อไปนี้ 1) ในปีพ.ศ. 2544 ผู้ได้รับรางวัลสาขาการแพทย์ คือ Professor Barry Marshall จากประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเป็นผู้ค้นพบว่า Helicobacter bacilli เป็นสาเหตุของโรคแผลในกระเพาะอาหารและนำไปสู่การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างได้ผล 2) ในปี พ.ศ. 2548

¹ สำนักงานประสานงานมูลนิธิอานันทมหิดล (ข้อมูล ณ วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2558)

ผู้ได้รับรางวัลสาขาการสาธารณสุข คือ Professor Harald Zur Hausen จากสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เป็นผู้ค้นพบว่า Human Papilloma Virus เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกและนำไปสู่การพัฒนาวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้สำเร็จ หลังจากนั้นในปี 2558 มีผู้ที่เคยได้รับรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ในพระบรมราชูปถัมภ์ และได้รับรางวัลโนเบลสาขาการแพทย์ อีก 2 รายคือ 3) Professor William C. Cambell และ 4) Professor Satochi Omura ซึ่งเป็นผู้ค้นพบยา Avermectin ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าปรสิตหลายชนิด ซึ่งทำให้อุปกรณ์ของโรคพยาธิและโรคเท้าช้างลดลงทั่วโลก

เพื่อให้รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลเป็นที่รู้จักแพร่หลายทั่วโลก ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 มูลนิธิจึงได้ร่วมกับองค์กรต่างๆ ในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ จัดให้มีการประชุมวิชาการด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศประจำปี เรียกชื่อว่า “Prince Mahidol Award Conference” ขึ้น โดยมุ่งเน้นประเด็นที่เป็นความสนใจในด้านสาธารณสุขระดับโลก

นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2552 ยังได้ริเริ่มโครงการ Prince Mahidol Award Youth Program ขึ้น เพื่อคัดเลือกนักศึกษาด้านสุขภาพที่กำลังจะสำเร็จการศึกษาและมีความสนใจเป็นพิเศษในด้านใดด้านหนึ่ง ให้ได้มีโอกาสไปศึกษาหรือปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษา/องค์กรระหว่างประเทศเป็นเวลาหนึ่งปี โดยมีอาจารย์ฝ่ายไทยเป็น mentor โดยมุ่งหมายให้เป็น “life long mentorship”

5.1.4 ก่อตั้งมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในพระบรมราชูปถัมภ์

มูลนิธิรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ในพระบรมราชูปถัมภ์ได้จัดตั้งขึ้นในวโรกาส 100 ปี แห่งการเสด็จพระราชสมภพของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี โดยได้รับพระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ไว้ในพระบรมราชูปถัมภ์ เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2543 และได้รับพระกรุณาธิคุณจาก

สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ทรงรับเป็นองค์ประธานกรรมการมูลนิธิฯ จนสิ้นพระชนม์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี รับเป็นประธานกรรมการมูลนิธิฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาให้รางวัลแก่ผู้ประกอบการพยาบาล และ/หรือการผดุงครรภ์ วิชาชีพจากประเทศในเอเชียใต้ เอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีผลงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์ ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ ก่อให้เกิดการพัฒนาด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้เพื่อเป็นพระราชอนุสรณ์และเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ให้แผ่ไพศาลไปยังนานาประเทศ โดยตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2558 มีบุคคลที่ได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีในพระบรมราชูปถัมภ์ รวม 15 ราย²

5.2 สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ

ทรงส่งเสริมและสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพอนามัยของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมาโดยตลอด ทรงดำรงตำแหน่ง องค์สภานายิกา สภากาชาดไทย ทรงเป็นองค์อุปถัมภ์องค์การสมาคมและมูลนิธิต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากมายหลายแห่ง อาทิ มูลนิธิช่วยเหลือคนตาบอด มูลนิธิช่วยเด็กปัญญาอ่อน มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวก เป็นต้น และสิ่งที่สำคัญคือทรงเป็นองค์อุปถัมภ์โครงการรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอ ทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคโปลิโอลดลงมาเป็นลำดับ และอยู่ในสภาวะที่สามารถจะกวาดล้างโรคนี้ได้หมดไปจากประเทศไทยในไม่ช้า นอกจากนี้ยังมีพระราชกรณียกิจที่ทั่วโลกชื่นชมยกย่องคือผลงานด้าน “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

² www.princess-srinagarindraaward.org (ข้อมูล ณ วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2559)

นอกจากนี้ ยังมีพระราชกรณียกิจในด้านการแพทย์ และสาธารณสุข อาทิ โครงการแพทย์หลวง โครงการ หมอหมู่บ้าน รวมทั้งทรงอุปถัมภ์คนไข้ในพระบรมราชานุเคราะห์ เป็นต้น

5.3 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ทรงเป็นพระบรมราชวงศ์ที่สำคัญอีกพระองค์ ที่ทรงพระราชกิจน่านับการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน ดังต่อไปนี้

พ.ศ. 2499 ทรงรับมูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการไว้ในพระราชูปถัมภ์ โดยทรงพระราชทานพระราชทรัพย์และทรงรับเป็นพระราชภาระในการติดต่อกับบุคคลและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกประเทศ เพื่อช่วยเหลือผู้พิการทุกสาขา

พ.ศ. 2506 ทรงรับเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิช่วยคนโรคเรื้อน จังหวัดลำปาง และโรงเรียนจิตต์อารี โดยพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ในการก่อสร้างอาคารเรียน หอพัก ทุนอุปการะบุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์สนับสนุนการดำเนินงานโรงเรียนจิตต์อารีทุกปี เป็นผลให้บุตรผู้ป่วยโรคเรื้อนและผู้ยากจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พ.ศ. 2510 รับมูลนิธิชีวิตใหม่ไว้ในพระอุปถัมภ์ เพื่อช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยจากโรคเรื้อนที่พิการ

พ.ศ. 2512 เริ่มก่อตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว. ซึ่งเป็นคณะแพทย์อาสาสมัครประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสนับสนุนจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ไปปฏิบัติงานรักษาป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นทุรกันดาร

พ.ศ. 2516 จัดตั้ง “แพทย์อาสาทางอากาศ” และต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “หน่วยแพทย์ทางวิทยุ” โดยใช้วิทยุรับส่งข่าวสำหรับแพทย์ใช้ติดต่อสั่งการรักษาผู้ป่วยได้โดยตรงตามสถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลในเขตที่เป็นจังหวัด พอ.สว. รวม 25 จังหวัด ที่เหลือเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเริ่มดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2519 และหลังจากนั้นได้โอนงานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ พอ.สว. ให้กระทรวงสาธารณสุขรับไว้ดำเนินการในปี พ.ศ. 2539

พ.ศ. 2517 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ จดทะเบียนก่อตั้งเป็นมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และพระราชทานทุนเริ่มแรกให้กับมูลนิธิฯ จำนวน 1 ล้านบาท และต่อมารัฐบาลไทย ภาครัฐและเอกชนจากต่างประเทศ ให้การสนับสนุนทางการเงิน อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องตลอดมา

พ.ศ. 2529 ริเริ่มโครงการรักษาโรคเฉพาทาง ได้แก่ โรคตาต่อกระจก ปากแห้งเพดานโหว่ แก้วหูทะลุ การใส่กายอุปกรณ์เทียม โรคหัวใจรูห์มาติก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคฟันคุด

ทรงริเริ่มงานทันตสาธารณสุข พอ.สว. โดยจัดกิจกรรมทันตสาธารณสุขแห่งชาติในวันที่ 21 ตุลาคมของทุกปี

พ.ศ. 2535 พระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ 500,000 บาท จัดตั้งมูลนิธิขาเทียมขึ้น และสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ พระราชทานสมทบอีก 750,000 บาท เพื่อจัดทำขาเทียมให้แก่ผู้ป่วยยากจนทุกเชื้อชาติ ศาสนาโดยไม่คิดมูลค่า

นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้ยกย่องและชื่นชมพระเกียรติคุณของพระองค์ท่านที่ได้ทรงบำเพ็ญพระราชกรณียกิจต่างๆ อันเป็นประโยชน์ใหญ่หลวงต่อการส่งเสริมสุขภาพประชาชนชาวไทย จึงได้ทูลเกล้าฯ ถวายเหรียญทองสุขภาพดีถ้วนหน้าแด่พระองค์ท่าน ในปี พ.ศ. 2533 นอกจากนี้ องค์การยูเนสโกได้ประกาศเกียรติคุณพระองค์ท่านเป็นปูชนียบุคคลสำคัญระดับโลก เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2543 และในวโรกาสครบ 100 ปี วันคล้ายวันพระราชสมภพของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี พระองค์ทรงได้รับการถวายพระสมัญญานามว่า “พระมารดาแห่งการสาธารณสุขไทย”

5.4 สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร

ทรงเป็นองค์นายกิตติมศักดิ์ของมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้เสด็จพระราชดำเนินทรงเป็นประธานในพิธีวางศิลาฤกษ์และเปิดโรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราช จำนวน 21 แห่ง (เป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอในพื้นที่ห่างไกลและกึ่งดาร์) และทรงสนพระราชหฤทัยในกิจการของโรงพยาบาล โดยได้เสด็จไปตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ และได้ทรงพระราชทานพระราโชบายแก่กระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชให้มีประสิทธิภาพสามารถให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน

5.5 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ทรงให้ความสนพระทัยเป็นพิเศษต่อการปรับปรุงและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในเด็ก เยาวชนและประชาชนในถิ่นทุรกันดาร โดยได้มีโครงการตามพระราชดำริหลายโครงการเกิดขึ้น อาทิ โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน เพื่อช่วยเหลือเด็กในท้องถิ่นทุรกันดารให้มีสุขภาพดี ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการได้นำไปเป็นรูปแบบการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนอื่นๆทั่วประเทศ นอกจากนี้ได้จัดทำโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งทรงพระราชทานทุนทรัพย์ส่วนพระองค์เพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนและโครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในถิ่นทุรกันดาร ในปีพ.ศ. 2549 ได้ทรงดำเนินโครงการสุขภาพศาลาพระราชทานโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเพื่อให้บริการนักเรียนและประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และต่อมาได้พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลด้วยการสื่อสารทางไกล (Telemedicine) และจัดตั้งหน่วยแพทย์และหน่วยทันตกรรมพระราชทานเพื่อให้บริการประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร

นอกจากนี้ยังทรงเป็นองค์ประธานคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ซึ่งเป็นโครงการที่สำคัญและทรงสนพระทัยแก้ไขปัญหายอย่างจริงจังจนผลให้ภาวะขาดสารไอโอดีนลดลงมาอยู่ในระดับที่ควบคุมไม่ให้เป็นปัญหา และยังทรงปฏิบัติหน้าที่แทนพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเป็นประธานมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลในพระบรมราชูปถัมภ์ตั้งแต่ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ ทรงพระราชทานความช่วยเหลือแก่ราชอาณาจักรกัมพูชาในการควบคุมโรคมาลาเรียและโรคอื่น ๆ ที่มีเยื้องเป็นพาหะนำโรค นอกจากนี้ยังพระราชทาน

ความช่วยเหลือด้านการศึกษากะเยาวชนชาวกัมพูชาโดยมอบทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีละ 5 คน ต่อเนื่องเป็นเวลา 10 ปี ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในปีพ.ศ. 2559 เป็นต้นไป

5.6 สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี

ทรงมีบทบาทโดดเด่นในฐานะนักวิทยาศาสตร์ ซึ่งพระเกียรติคุณเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ ทรงได้รับการทูลเกล้าถวายเหรียญทองไอโอดีนจาก UNESCO และทรงนำความรู้มาพัฒนาทางด้านการศึกษาและการสาธารณสุขของประเทศ และในปีพ.ศ. 2529 ได้ทรงก่อตั้งมูลนิธิจุฬาภรณ์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยและการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้ทรงสถาปนาสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์เพื่อเป็นศูนย์รวมแห่งความร่วมมือของนักวิทยาศาสตร์และผลิตผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อประเทศชาติเพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วน เช่น ปัญหาด้านสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และการเกษตร เป็นต้น นอกจากนี้ทรงก่อตั้งโรงพยาบาลจุฬาภรณ์เพื่อรักษาผู้ป่วยมะเร็งผู้ยากไร้ด้วยเครื่องมือแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย ในปีพ.ศ. 2531 ทรงก่อตั้งศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมและพิษวิทยานานาชาติขึ้นเพื่ออบรมด้านพิษวิทยาสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยของสารเคมีให้แก่บุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชนตลอดทั้งประเทศต่างๆในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก และในปีพ.ศ. 2556 ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมของ WHO-SEARO ในด้านความปลอดภัยของสารเคมีในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

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

ด้านความร่วมมือกับต่างประเทศในปีพ.ศ. 2557 สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ได้ลงนามในข้อตกลงความร่วมมือกับองค์กรสาธารณสุขแห่งสหราชอาณาจักร (Public Health England) เพื่อศึกษาผลกระทบของมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

5.7 สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์

ทรงเป็นองค์ประธานมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โดยเป็นผู้ส่งเสริมและสนับสนุนการรักษาพยาบาล การป้องกันโรคไตและทางเดินปัสสาวะ การศึกษาค้นคว้าและวิจัย ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคดังกล่าว

นอกจากนี้ยังทรงประกอบพระราชกรณียกิจด้านต่างๆ ตามโครงการพระราชดำริของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ รับเป็นองค์นายิกาภคิตติมศักดิ์ มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) ตั้งแต่วันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2538 ตราบจนสิ้นพระชนม์เมื่อวันที่ 2 มกราคม พ.ศ. 2551 รวมทั้งยังทรงมีผลงานสุขภาพจิตและยาเสพติดระหว่างประเทศดีเด่น โดยทรงให้ความสำคัญของพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กก่อน โดยทรงเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิเด็กก่อนในสลัม เด็กในมูลนิธิอื่นๆ ได้พระราชทานทุนทรัพย์เพื่อจัดตั้งกองทุนอาหารเสริมจัดหาหนังสือและของเล่นสำหรับเด็กเป็นการส่งเสริมให้เด็กได้มีพัฒนาการตามวัย นอกจากนี้ได้จัดตั้งรางวัล Mental Health Princess Award ขึ้น ซึ่งเป็นรางวัลที่ทรงพระราชทานให้แก่ผู้ที่มีผลงานดีเด่นด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดระหว่างประเทศ จากพระเกียรติคุณซึ่งเป็นที่ยอมรับ ทรงได้รับตุลเกล้าถวายรางวัล WHO/SEARO AWARD จากองค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2546

5.8 พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชทินนิตตามาตุ

ทรงปฏิบัติพระกรณียกิจตามเบื้องพระยุคลบาท พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถฯ ในกิจกรรมต่างๆ เสมอมา

สำหรับพระกรณียกิจในด้านการแพทย์และสาธารณสุข พระองค์ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นอย่างมาก จะเห็นได้จากการที่พระองค์เสด็จเป็นองค์ประธานในงานเทียนส่องใจเป็นประจำเกือบทุกปี ซึ่งงานนี้สภาอากาศไทยร่วมกับชมรมเพื่อนวันพุธซึ่งเป็น

ชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้จัดขึ้นในวันที่ 1 ธันวาคม ตรงกับวันเอดส์โลกทุกปี โดยจัดใน พ.ศ. 2534 เป็นปีแรก และยังทรงพระกรุณาต่อโครงการอันเกี่ยวกับสภาอากาศไทยทุกโครงการ เช่น โครงการป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก โครงการเพื่อนพึ่งพายามยาก นอกจากนั้นยังทรงเป็นองค์อุปถัมภ์มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทยและกองทุนโรคมะเร็งในเด็ก

5.9 พระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา

ทรงให้ความสำคัญกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อสตรี โดยทรงรับเป็นทูตสันถวไมตรีให้กับกองทุนการพัฒนาเพื่อสตรีแห่งสหประชาชาติ (United Nation Development Fund For Women: UNIFEM) เพื่อหยุดยั้งความรุนแรงต่อสตรี นอกจากนั้นทรงมอบหมายให้สำนักงานอัยการสูงสุด จัดตั้งสำนักงานกิจการและโครงการในพระราชดำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา (สพภ.) ขึ้น เพื่อเป็นองค์กรกลางในการประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในและต่างประเทศเพื่อการดำเนินงานโครงการหรือกิจกรรมในการรณรงค์ยุติการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้หญิง

5.10 ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี

ทรงมีความห่วงใยประชากรและประเทศเป็นอย่างยิ่ง ได้ทรงรับเป็นองค์ประธานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) เพื่อกระตุ้นและปลุกจิตสำนึกของปวงชนในชาติให้มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงการต่อสู้เอาชนะปัญหายาเสพติด เพื่อสร้างโอกาสสนับสนุน และดึงผู้เสพยาเสพติดกลับสู่สังคม

บทที่ 2

พระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ส่วนที่ 1 โครงการเฉลิมพระเกียรติ โครงการตามพระราชดำริ โครงการถวายเป็นพระราชกุศล และโครงการเทิดพระเกียรติพระบรมวงศ์ศานุวงศ์ทุกพระองค์ และอื่นๆ ในช่วงปีงบประมาณ 2558 ของกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณและพระเมตตาที่ทรงมีต่อพสกนิกรทุกหมู่เหล่า ด้วยทรงตั้งพระราชหฤทัยที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้นในทุกด้าน เป็นที่มาของการดำเนินโครงการเฉลิมพระเกียรติ โครงการตามพระราชดำริ และโครงการถวายเป็นพระราชกุศล โครงการเทิดพระเกียรติ และอื่นๆ จากอดีตจนถึงปัจจุบัน รัฐบาลไทยโดยกระทรวง

สาธารณสุข ได้น้อมนำพระราชดำริ และกระแสพระราชดำริสของพระบรมวงศ์ศานุวงศ์ทุกพระองค์มาเป็นแนวทางในการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง ในช่วงคาบเกี่ยวกับปีงบประมาณ 2558 ได้ดำเนินโครงการเฉลิมพระเกียรติ โครงการตามพระราชดำริและโครงการถวายเป็นพระราชกุศล โครงการเทิดพระเกียรติ และอื่นๆ รายละเอียดดังนี้

1. โครงการเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

1.1 โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคล เฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 ระยะเวลาดำเนินการในปี พ.ศ. 2555 - 2559

ด้วยพระเมตตาที่เต็มเปี่ยมอยู่ในพระราชหฤทัยที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย จากกระแสพระราชดำริสของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว “เวลาไม่มีฟัน ทำให้กินอะไร ก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” ที่ทรงมีพระราชประสงค์ช่วยเหลือผู้สูงอายุไทยที่มีปัญหาสุขภาพปากและฟัน ให้มีความสุขกับในการบริโภคอาหาร และทรงมีพระราชดำริสถึงพสกนิกรไทยว่า “สามสิบบาทรักษาได้หรือไม่” ทำให้เกิดเป็นโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม พ.ศ. 2550 โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2550 เป็นต้นมา โดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จัดทำขึ้นเพื่อให้บริการผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสที่ยากจนที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากให้เข้าถึงบริการรักษาทันตกรรมรากฟันเทียม

โครงการรากฟันเทียมเป็นอีกโครงการหนึ่งที่น่าความเจริญและการพัฒนามาสู่ประเทศไทย โดย

ความสามารถและความเชี่ยวชาญของนักวิจัยแห่งศูนย์เทคโนโลยีทางทันตกรรมขั้นสูง สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ร่วมกันศึกษาวิจัยจนสามารถผลิตรากฟันเทียมจากโลหะ ซึ่งเดิมรากฟันเทียมเคยเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาสูงมากเนื่องจากต้องนำเข้าจากต่างประเทศ รากฟันเทียม คือ สิ่งประดิษฐ์ทำจากโลหะไทเทเนียม ใช้แทนรากฟันธรรมชาติ โดยฝังลงในกระดูกขากรรไกร เพื่อใช้เป็นหลักช่วยยึดฟันเทียมให้สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพเทียบเท่าฟันธรรมชาติ ในปี พ.ศ. 2550-2554 มีการพัฒนารากฟันเทียมในประเทศไทยให้เป็นรากฟันเทียมที่มีคุณภาพมาตรฐาน ราคาต่ำ เพื่อใช้และจำหน่ายภายในประเทศ และรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากด้วยการฝังรากฟันเทียม เพื่อไปยึดติดกับฟันเทียมโดยการฝังรากฟันเทียมบริเวณขากรรไกรล่างจำนวน 2 ราก ให้กับผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส จำนวน

10,000 ราย ทั่วประเทศ ผู้ที่ได้รับการฝังรากฟันเทียม กลับมาบดเคี้ยวอาหารได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้สุขภาพแข็งแรง และมีความพึงพอใจอย่างมาก มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น วันที่ 3 มิถุนายน 2554 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานชื่อรากฟันเทียม ว่า “ข้าวอร่อย”

เพื่อสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาท สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณด้านทันต ศาตราณสุขต่อพสกนิกรไทย เนื่องจากยังมีผู้สูงอายุเป็น จำนวนมากที่มีปัญหาเรื่องฟันเทียมหลวมหลุดและมีความ ต้องการฝังรากฟันเทียมอีกเป็นจำนวนมาก กระทรวง วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้านวิทยาศาสตร์

และเทคโนโลยีทางทันตกรรมและได้ร่วมดำเนินการ “โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิม พระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554 เพื่อให้บริการ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสที่ยากจนที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก จำนวน 8,400 ราย ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ 3 ปี เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2557 และด้วยพระมหากรุณาธิคุณ ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว การบริการด้าน ทันตกรรมยังคงมีความต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2558-2559 เพื่อให้โอกาสเท่าเทียมต่อคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ โดยการขยายเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยใส่รากฟันเทียมรองรับฟัน เทียมทั้งปาก จำนวน 8,400 ราย ถึงปี พ.ศ. 2559

2. โครงการถวายเป็นพระราชกุศลพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว

2.1 โครงการสาธารณสุขรวมใจมอบโลกสดใส เทิดไท้องค์ราชัน ดำเนินการในปี 2558

เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแด่องค์พระบาท สมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในโอกาสทรงเจริญพระชนมพรรษา 87 พรรษา 5 ธันวาคม 2557 และเพื่อลดอัตราการความชุก การเกิดโรคตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุก ทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยตาบอด จากต้อกระจกโดยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาและลดเวลา การรอคอยผ่าตัด โดยในการดำเนินงาน มีการคัดกรอง สายตาผู้สูงอายุ 60 ปี จำนวน 5,326,735 ราย และการ ผ่าตัดต้อกระจกชนิดบอดจำนวน 73,169 ราย โดยมีการ พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลผ่านโปรแกรม vision 2020 อบรมการใช้โปรแกรม vision 2020 ในเขตสุขภาพ 12 เขต เพิ่มศักยภาพบุคลากรในเขตสุขภาพ อบรมแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป: หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยจักษุเบื้องต้น และการส่งต่อ 3 รุ่น จำนวน 81 คน อบรมพยาบาลใน

โรงพยาบาลชุมชน หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยจักษุ เบื้องต้นสำหรับพยาบาลใน รพช. 6 รุ่น จำนวน 685 คน สนับสนุนการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ อบรมผู้นำ อสม.ใน การคัดกรองสายตาเบื้องต้น สนับสนุนคู่มือการคัดกรอง ภาวะตาบอด อุปกรณ์คัดกรองสายตา (แผ่นอักษรตัวอี (E) แก่เขตสุขภาพเพื่อให้ อสม. คัดกรองสายตาเบื้องต้นใน ชุมชน สนับสนุนทีมเสริมช่วยผ่าตัดต้อกระจก ณ โรง พยาบาลปัตตานี จ.ปัตตานี จำนวน 167 ราย ติดตาม เยี่ยมการดำเนินงานในเขตสุขภาพ เขต 10, 12 นำเสนอ รูปแบบการสร้างนวัตกรรมเชิงนโยบาย รวมทั้งนำเสนอ โครงการผ่าตัดต้อกระจกในเวทีประชุมวิชาการนานาชาติ Asia Pacific Academy of Ophthalmology (APAO) ในหัวข้อ “Eliminate Blinding Cataract in Thailand: Innovative Solutions to an Old Challenge”

3. โครงการเทิดพระเกียรติสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมาร

3.1 โครงการเทิดพระเกียรติสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมาร เนื่อง ในวันคล้ายวันพระราชสมภพ 63 พรรษา 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ระยะเวลาดำเนินการ ปีพ.ศ. 2557 - 2558

สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราลง กรณ สยามมกุฎราชกุมาร ทรงเป็นนายกิตติมศักดิ์ของ มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และทรงสนพระราช หฤทัยในกิจการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง 12

แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลอำเภอที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและ ทุรกันดาร พระองค์ทรงพระอุตสาหะเสด็จพระราชดำเนิน ไปตรวจเยี่ยมเพื่อติดตามผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ พระองค์ทรงมีพระราชปณิธานให้เอาใจใส่รักษาพยาบาล

พสกนิกรของพระองค์ให้ปลอดภัยจากความเจ็บป่วยโดยทั่วหน้าเสมอกัน ดังพระราชดำรัสของสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมาร ความว่า “ทุกคนที่ทำงานให้กับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จะต้องไม่ลืมว่าโรงพยาบาลนี้กำเนิดขึ้นจากความมุ่งมั่นปรารถนาอันแรงกล้าของคนไทยทั่วราชอาณาจักร ที่ต้องการจะเห็นผู้ที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารทุกหนแห่งได้รับความเอาใจใส่รักษาพยาบาลเป็นอย่างดีให้ปลอดภัยจากความเจ็บไข้โดยทั่วถึงเสมอกัน”

เพื่อแสดงออกซึ่งความสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณและเทิดพระเกียรติสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมาร มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข และธนาคารออมสิน ได้จัดทำโครงการเทิดพระเกียรติสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ สยามมกุฎราชกุมารในโอกาสวันคล้ายวันพระราชสมภพ 63 พรรษา 28 กรกฎาคม 2558 ด้วยความมุ่งมั่นเพื่อการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสู่มาตรฐาน

สากล ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนในเขตชนบทในพื้นที่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง 21 แห่ง ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการชั้นสูงตระหงายสุข และรับบริการงานเวชกรรมฟื้นฟูที่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา เช่นเดียวกับประชาชนในเขตเมือง โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช เพื่อเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง 21 แห่งได้รับการรับรองความสามารถห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน ISO 15189:2012 ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับสากล ส่งผลให้ประชาชน ตลอดจนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มีความเชื่อมั่นต่อผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้จากห้องปฏิบัติการทางการแพทย์หรือชั้นสูงตระหงายสุข ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง 21 แห่ง ทั้งผลการตรวจวิเคราะห์ดังกล่าวยังมีความถูกต้อง รวดเร็ว เป็นที่ยอมรับในระดับสากล และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มีแนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติงาน มีความรู้ทางวิชาการ และมีระบบที่สามารถตรวจสอบได้

4. โครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

4.1 โครงการติดตามและพัฒนาศักยภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน โดยร่วมบูรณาการกับกรมอนามัยในงานไอโอดีนแห่งชาติ ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2558

ด้วยพระมหากรุณาธิคุณในการวินิจฉัยปัญหาและพระราชทานแนวทางการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน อันเป็นหลักชัยให้พสกนิกรไทยรวมพลังร่วมใจขจัดภัยโรคขาดสารไอโอดีน ให้ลดน้อยลงจนอยู่ในระดับที่ควบคุมได้เป็นที่ประจักษ์แก่ประชาคมโลก เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน เป็นวันที่สภาการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนนานาชาติ (International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders, ICCIDD) ได้ทูลเกล้าถวายเหรียญทอง ICCIDD แต่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2540 นับเป็นพระมหากษัตริย์องค์แรกพระองค์เดียวของโลกที่ได้รับรางวัลดังกล่าว คณะรัฐมนตรีจึงได้ลงมติเห็นชอบ ให้วันที่ 25 มิถุนายน ของทุกปี เป็นวันไอโอดีนแห่งชาติ

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงรับเป็นองค์ประธานคณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 พระองค์ทรงสนพระทัยให้การสนับสนุนส่งเสริมการควบคุมโรค

ขาดสารไอโอดีนมาโดยตลอด เป็นผลให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของโรคขาดสารไอโอดีนลดลงอย่างมากจนถึงปัจจุบัน

กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับวันไอโอดีนแห่งชาติโดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ คือ การรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีนปรุงประกอบอาหารเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากโรคขาดสารไอโอดีน เป็นโรคที่ทำลายความเป็นมนุษย์อย่างสิ้นเชิง เพราะคนที่ป่วยโรคดังกล่าว จะมีความบกพร่องในการพัฒนาการทางสมอง ทำให้เป็นใบ้ งั้น หูหนวก ตาเหล่ เตี้ย แคระแกรน อาจจะมีโรคไตได้ มีความพิการทั้งทางร่างกายและสมอง แม้การให้ไอโอดีนภายหลังจะทำให้ร่างกายทารก และเด็กเจริญเติบโตได้ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขสติปัญญาให้กลับมาอยู่ในระดับตามศักยภาพเดิมได้

ผลการดำเนินงานของโครงการฯ มีการจัดนิทรรศการและรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในงานวันไอโอดีนแห่งชาติ วันที่ 25-26 มิถุนายน 2558 ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น ให้แก่ประชาชนทั่วไปและผู้สนใจ ซึ่งในส่วนของนิทรรศการได้จัดแสดงผลการดำเนินงานใน

การจัดโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) รวมทั้งแสดงผลการเฝ้าระวังปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโภคตั้งแต่ปี 2554-2557 เพื่อให้ผู้สนใจได้รับทราบข้อมูลดังกล่าวอีกด้วย

4.2. โครงการเด็กไทยแถมใส (Healthy Kids Healthy Food) ถวายเจ้าฟ้าภัททิยาภรณ์ ปี พ.ศ. 2557 – 2560

ในวโรกาสที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มีพระชนมายุครบ 60 พรรษา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ สำนักงานโครงการส่วนพระองค์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมส่งเสริมการเกษตร และสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ฯ จัดพิธี “ประกาศเจตนารมณ์ ร่วมพลังเพื่อเด็กไทยแถมใส” ร่วมกันดำเนินโครงการเด็กไทยแถมใส (Healthy Kids Healthy Food) ดำเนินโครงการเจริญรอยตามพระยุคลบาท เพื่อช่วยส่งเสริมให้เด็กไทยมีภาวะโภชนาการและสุขภาพตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน โดยมีแนวทางดำเนินงาน ดังนี้ 1. การเกษตรในโรงเรียน 2. สหกรณ์นักเรียน 3. การจัดการอาหารของโรงเรียน 4. การติดตามภาวะโภชนาการ 5. การพัฒนาสุขนิสัยของนักเรียน 6. การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนให้

ถูกสุขลักษณะ 7. การจัดการบริการสุขภาพ 8. การจัดการเรียนรู้: เกษตร โภชนาการและสุขภาพอนามัย

ผลการดำเนินงาน พบว่า สามารถพัฒนาสื่อนวัตกรรมจัดการอาหารโภชนาการและสุขภาพที่สอดคล้องกับโมเดลการพัฒนาโรงเรียน จำนวน 13 รายการ อาทิ คู่มือการทำเกษตรในโรงเรียน คู่มือการจัดการเรียนรู้สหกรณ์นักเรียน ชุดเรียนรู้โภชนาการสมวัยเด็กไทยแถมใส ชุดเรียนรู้ด้านพันธุกรรมและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งเป็นการพัฒนาชุดเครื่องมือ สื่อและนวัตกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้บริหาร นักปฏิบัติงาน นักวิชาการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงเรียน สนับสนุนเผยแพร่สู่โรงเรียนในโครงการฯ จำนวน 544 แห่ง ทั่วประเทศอบรมและพัฒนาศักยภาพทักษะบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาหารโภชนาการและสุขภาพ ภายใต้หลักสูตร “เจริญรอยตามพระยุคลบาท พัฒนาโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแถมใส” จำนวน 2 หลักสูตร สำหรับที่มหาวิทยาลัยระดับจังหวัด-เขต (2 ครั้ง) และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงเรียน (21 รุ่น) โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมรวมทั้งสิ้น 1,969 คน ครอบคลุม 333 โรงเรียน ใน 51 จังหวัด

5. โครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

5.1 โครงการส่งเสริมโภชนาการเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (ภายใต้แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร)

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ได้ตามเสด็จพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ไปทรงเยี่ยมราษฎรในถิ่นทุรกันดารทั่วทุกภาคของประเทศไทยตั้งแต่ยังเยาว์พระชันษา ทรงพบเห็นสภาพปัญหาและความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนขาดแคลนอาหารที่จะบริโภคเป็นโรคขาดสารอาหาร และสุขภาพ

อ่อนแอ เจ็บป่วย ไม่แข็งแรง ขาดการศึกษา สภาพแวดล้อมเสื่อมโทรม ทรงมีพระราชหฤทัยมุ่งมั่นที่จะช่วยเหลือเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารเหล่านี้ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทรงเริ่มงานพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารขึ้นในปี พ.ศ. 2523 โดยทรงทดลองทำโครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวันในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน จำนวน

3 แห่ง เพื่อพัฒนาภาวะโภชนาการและสุขภาพของเด็ก ที่อยู่ในท้องถิ่นทุรกันดาร เป็นการพัฒนาแบบองค์รวม ที่ยึดเด็กและเยาวชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ เป็นที่มาของโครงการส่งเสริม โภชนาการเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (ภายใต้แผน

พัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร) ทั้งนี้กระทรวง สาธารณสุขร่วมดำเนินการสนับสนุนน้ำเสริมไอโอดีน ยาเม็ดธาตุเหล็ก เกลือเสริมไอโอดีน โปสเตอร์ที่วัดส่วน สูง เพื่อส่งเสริมโภชนาการของเด็กและเยาวชนในถิ่น ทุรกันดาร

5.2 โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ตามแนวทางโครงการพระราชดำริ ปี 2558

เป็นโครงการตามแนวทางพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีที่ทรงส่งเสริม ให้หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตรและเด็กทารกแรกเกิดจนถึง อายุ 3 ปี ที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารได้รับบริการที่เหมาะสม และได้รับความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเพื่อช่วยให้ ทารกมีการเติบโตเต็มตามศักยภาพ ตั้งแต่วัยในครรภ์ เกิด รอด และเจริญเติบโตเต็มที่ต่อไป เป็นที่มาของการดำเนิน โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ตามแนวทางโครงการพระราชดำริ

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558 โดยดำเนินการในพื้นที่ 76 จังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงาน ชุมชนหมู่บ้านไอโอดีน โดยมีชุมชน/หมู่บ้านที่เข้าร่วมกระบวนการ พัฒนาเป็น ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน ทั่วประเทศ และขอความร่วมมือ สถานบริการทุกแห่งจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ให้กับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ ตลอดการตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร 6 เดือนหลัง คลอดจากผลการติดตามการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนใน

หญิงตั้งครรภ์ ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ (สสส.) ผลิตสื่อต้นแบบเน้นในกลุ่มหญิงตั้ง ครรภ์ และให้นมบุตร 6 เดือนหลังคลอด จัดทำสารคดีสั้น ประชาสัมพันธ์ เรื่อง ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน จัดทำการ์ตูน เคลื่อนไหว 2 มิติ เรื่อง ไอโอดีนเพื่อนรัก เรารักไอโอดีน

ผลการดำเนินงาน โดยกระทรวงสาธารณสุข สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน 52,171 แห่งหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การประเมินรับรอง 42,665 แห่ง สุ่มสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการใน สถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 61 จังหวัด จำนวน 33,341 คน ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 94.6 ผลิตสื่อต้นแบบโดยจัดทำสารคดีสั้นผ่านรายการ แสบป๊ะไซไซดี ทางสถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบกช่อง 5 ออกอากาศวันที่ 26 มีนาคม 2558 เผยแพร่ทางยูทูป จัด ทำการ์ตูนเคลื่อนไหว 2 มิติ เรื่องไอโอดีน เพื่อนรัก เรารัก ไอโอดีน และจัดรณรงค์เนื่องในวันไอโอดีนแห่งชาติภายใต้ Theme งาน “หมู่บ้านไอโอดีนทั่วไทย เทิดไถ้เจ้าฟ้านัก โภชนาการ:ก้าวผ่านความท้าทายสู่ความยั่งยืน”

5.3 โครงการควบคุมหนองพยาธิในนักเรียนและเยาวชนในพื้นที่ถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ ในแผนภูฟ้าพัฒนา ตามพระราชดำริ ปี 2554 - 2558

เริ่มดำเนินการปี 2554 งบประมาณ 6.677 ล้านบาท กิจกรรมที่ดำเนินงานดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพ

1.1 การพัฒนาศักยภาพแบบบูรณาการ ครู ในสังกัด ตชด. และ กศน. ได้เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ จำนวน 475 คน

1.2 การพัฒนาศักยภาพแบบบูรณาการ ครู ครูพระพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสามเณร ในโรงเรียนพระปริยัติธรรมในสังกัดสำนักงานพระพุทธ ศาสนาแห่งชาติ จำนวน 2 รุ่น ในพื้นที่ทรงงานใหม่ คือ จังหวัดลำปางและจังหวัดศรีสะเกษ

1.3 การพัฒนาศักยภาพพนักงานจุล- ทัศน์กร ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี webcam เพื่อการ ตรวจวินิจฉัยโรคหนองพยาธิ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในสังกัดศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (เจ้าหน้าที่มาลาเรียคลินิก) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน พื้นที่โครงการพระราชดำริ ทั้งหมด 4 รุ่น รวม 127 คน

1.4 การพัฒนาโรงเรียนตำรวจตระเวน ชายแดนและชุมชนต้นแบบ ดำเนินการสนับสนุนและ พัฒนาโรงเรียน ตชด. ต้นแบบ ทั้งหมด 16 โรงเรียน และ ชุมชนต้นแบบ 4 ชุมชน

2. พัฒนาค้นแบบสื่อวิชาการโดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านประวัติศาสตร์และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ค้นแบบตำรา/หนังสือคู่มือครู ด้านโรคปริศนาหนองพยาธิ ค้นแบบสื่อการเรียนรู้ภาษาชนเผ่าและค้นแบบสื่อความรู้โรคหนองพยาธิ ค้นแบบสื่อวิชาการ เรื่อง วัฏจักรชีวิตของโรคหนองพยาธิเพื่อนำไปให้ความรู้แก่นักเรียนในรูปแบบของภาพม้วน Roll

2.1 จัดกิจกรรมอบรมแกนนำและผู้นำในพื้นที่และชุมชนค้นแบบจำนวน 4 พื้นที่ ได้แก่ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเชียงใหม่ อำเภอแม่ฮาด เชียงใหม่ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านทุ่งสบายใจ อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา, โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนจุฬา-ธรรมศาสตร์ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และโรงเรียนมัธยม ทอท. เฉลิมพระเกียรติฯ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

2.2 นิเทศติดตามและสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคหนองพยาธิ ในพื้นที่โครงการพระราชดำริฯ และเก็บข้อมูลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในนักเรียนดังนี้

- ภาคกลาง ได้แก่ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านคลองน้อย อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์, โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเฮงเคลไทย อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี

- ภาคเหนือ ได้แก่ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเชียงใหม่ อำเภอแม่ฮาด เชียงใหม่, โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านป่อหม้อ และโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน บ้านจอบ่าคี อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน และ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนจุฬา-ธรรมศาสตร์ อำเภอ ท่าสองยาง จังหวัดตาก

- ภาคใต้ ได้แก่ โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนบ้านทุ่งสบายใจ อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา

3. การอบรมตรวจสอบคุณภาพพนักงานจุลทรรศน์กร และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการตามพระราชดำริฯ จัดอบรมฟื้นฟู เพื่อเพิ่มศักยภาพเครือข่ายทั้งระดับตำบล อำเภอและจังหวัด จัดส่งวัสดุอุปกรณ์การดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริฯ ตามมาตรฐานทางวิชาการ อบรมหลักสูตรพนักงานจุลทรรศน์กรในพื้นที่

ภาคเหนือและภาคใต้พร้อมพัฒนาศักยภาพด้วยกล้องเว็บแคม และติดตามความก้าวหน้าประเมินการดำเนินงานในโรงเรียนพื้นที่เป้าหมาย และตรวจสอบคุณภาพพนักงานจุลทรรศน์กร ตามโครงการพระราชดำริฯ

4. รณรงค์สร้างความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดโรคในพื้นที่ภูเขาพัฒนา จังหวัดน่าน อำเภอป่อเกลือ และเฉลิมพระเกียรติ

4.1 รณรงค์สร้างความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพอำเภอป่อเกลือ จังหวัดน่าน

- บ้านนาคอก ตำบล ป่อเกลือใต้

 - จำนวน 100 คน

- บ้านน้ำจูน ตำบล ป่อเกลือเหนือ

 - จำนวน 50 คน

- บ้านส่ว ตำบล ดงพญา

 - จำนวน 50 คน

- บ้านนาขวาง ตำบล ป่อเกลือใต้

 - จำนวน 50 คน

- บ้านนาคอก ตำบล ภูเขา จำนวน 50 คน

4.2 ร่วมรณรงค์สร้างความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ ดังนี้

- โรงเรียนหม่อมเจ้าเจริญใจจิตพงศ์

 - ตำบลขุนน่าน จำนวน 120 คน

- ศูนย์การเรียนรู้บ้านกิวจันทร์ ตำบลขุน

 - น่าน จำนวน 100 คน

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาส่งผลให้อัตราชุกโรคหนองพยาธิในนักเรียนและประชาชนมีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2554 พบอัตราชุกของโรคหนองพยาธิร้อยละ 26.8 และในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราชุก ร้อยละ 11.3

5.4 โครงการสนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาสุขภาพพระราชทานโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน

พระราชปณิธานของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมุ่งหวังให้พสกนิกรผู้ยากไร้ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทรงมีพระราชดำริที่จะพัฒนาหน่วยพยาบาลที่อยู่ในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนในพื้นที่ห่างไกลให้เป็น “สุขภาพ” นอกจากนี้จะเป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของนักเรียนและประชาชนแล้วยังก่อให้เกิดความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเป็นส่วนสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงของชาติ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการสนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาหน่วยพยาบาลในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนให้เป็นสุขภาพพระราชทาน เป็นสถานบริการสุขภาพ ให้บริการขั้นพื้นฐานแบบผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันและเฝ้าระวังโรค เป็นแหล่งเรียนรู้และสื่อสารสุขภาพ เป็นศูนย์กลางประสานการพัฒนาสุขภาพของชุมชน สอนพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ให้ประชาชนทุกคนในพื้นที่ทุรกันดาร และพื้นที่ตามแนวตะเข็บชายแดนมีโอกาสเข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ สะดวก รวดเร็ว เป็นธรรมและเท่าเทียมทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน ประชาชนได้รับการพัฒนาศักยภาพ สามารถพึ่งตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มี

พฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในอนาคตได้

ผลการดำเนินงานตรวจเยี่ยม และติดตามผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของสุขภาพพระราชทานฯ จำนวน 10 แห่ง ได้แก่ บ้านแม่จันทะ จังหวัดตาก บ้านเลตองคุ จังหวัดตาก บ้านโป่งลึก จังหวัดเพชรบุรี บ้านปิล็อกคี จังหวัดกาญจนบุรี บ้านลีนาหนท์ จังหวัดนราธิวาส หม่อมราชวงศ์ เฉลิมลักษณ์ จันทร์เสน จังหวัดตาก รางวัลอินทรีา คานธี จังหวัดเชียงใหม่ ศูนย์การเรียนรู้ ตชด.บ้านห้วยกุ่ม จังหวัดเชียงราย บ้านป่าหมากจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ บ้านแพรกตระคร้อ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พัฒนาศูนย์การเรียนรู้ การจัดการความรู้ด้านสุขภาพภายในสุขภาพพระราชทานฯ และพัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และมีช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นระบบจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ บ้านแม่จันทะ จังหวัดตาก บ้านเลตองคุ จังหวัดตาก บ้านโป่งลึก จังหวัดเพชรบุรี บ้านปิล็อกคี จังหวัดกาญจนบุรี บ้านลีนาหนท์ จังหวัดนราธิวาส บ้านป่าหมากจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ดำเนินการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพตามเกณฑ์คุณภาพสำหรับสุขภาพพระราชทานฯ และพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในสุขภาพพระราชทานฯ (พัฒนาต้นแบบสุขภาพพระราชทานฯ)

5.5 โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2535 สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระราชดำริกับนายแก้วขวัญ วัชโรทัย เลขาธิการพระราชวังและผู้อำนวยการโครงการสวนพระองค์ฯ สวนจิตรลดา ให้ดำเนินโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช โดยมอบให้ฝ่ายวิชาการโครงการสวนพระองค์ฯ เป็นผู้ดำเนินการ สำหรับงบประมาณดำเนินงานนั้น สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงาน โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ ได้สนับสนุนโครงการสวนพระองค์ฯ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในงานโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช อันเนื่องมาจากพระราชดำริ โดยจัดสร้างธนาคารพืชพรรณขึ้นในปี 2539 สำหรับเก็บรักษาพันธุกรรมพืชที่เป็นเมล็ดและเนื้อเยื่อ เพื่อแสดงออกซึ่งความสำนึกใน

พระมหากรุณาธิคุณ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการในปี 2555 - 2559 จำนวน 3 โครงการ คือ 1) โครงการจัดสวนสมุนไพร-ไม้หอม 2) โครงการรวมใจภักดิ์ปลูกมเหสักข์-สักสยามินทร์ 3) โครงการปลูกสมุนไพรเพื่อรองรับการผลิตยาในระดับอุตสาหกรรม

วัตถุประสงค์เพื่อสนองพระราชดำริโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช อันเนื่องมาจากพระราชดำริฯ เพื่อเป็นการบำรุงรักษาต้นสมุนไพรให้คงสภาพและพร้อมใช้เป็นแหล่งการเรียนรู้ เป็นแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรที่ได้คุณภาพ รวมทั้งสร้างจิตสำนึกในการอนุรักษ์สมุนไพรและดูแลสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาพื้นที่อย่างยั่งยืน ลดการบุกรุกทำลายป่า และลดภาวะโลกร้อน

ผลการดำเนินงาน

1. สำรวจและปลูกสมุนไพรเป็นไม้ยืนต้นทดแทนต้นที่สูญหายไปจำนวน 23 ชนิด ๆ ละ 2 ต้น รวม 46 ต้น และจัดทำป้ายชื่อต้นไม้
2. สำรวจและวัดต้นมเหสักข์สักสยามินทร์ในปีที่ 3 และรายงานให้ อพ.สธ ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้ และกำจัดวัชพืชและใส่ปุ๋ยบำรุง

3. จัดกิจกรรมปลูกเถาวัลย์เปรียงจำนวน 6,000 ต้นในพื้นที่ องค์การเภสัชกรรม อำเภอนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี ปลูกพรมมิจำนวน 3 ไร่ ดูแลรักษาแปลงขมิ้นชัน พญาขอ พุทธรักษา และมะขามป้อม

6. โครงการเทิดพระเกียรติทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี

6.1 โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ระยะเวลาดำเนินการ 2545-2559

ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ทรงมีความห่วงใยประชาชนชาวไทย โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนไทยทั้งประเทศ ที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในภายภาคหน้า นอกจากนี้ยังถือเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดยาเสพติดเนื่องจากกำลังเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ และเป็นวัยที่ต้องการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ แต่ยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ดีพอ จึงทรงพระกรุณาธิคุณรับเป็นองค์ประธานโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งปัจจุบันได้ใช้ชื่อเพื่อให้ง่ายต่อการรณรงค์ว่าโครงการ TO BE NUMBER ONE เพื่อรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในประเทศให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือและรวมพลังจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน กระตุ้นและปลูกจิตสำนึกของปวงชนในชาติให้มีความรู้ความเข้าใจ สร้างโอกาสสนับสนุน และดึงกลับสู่สังคม ดังพระดำรัส ความว่า “การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้หมดจากสังคมไทยไม่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จได้ด้วยการทำงานขององค์กรใดองค์กรหนึ่งแต่ทุกองค์กร ทุกฝ่ายต้องช่วยกันและการรวมตัวกันของผู้ที่มีความตั้งใจที่จะไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด จะทำให้เกิดพลังในการร่วมกันป้องกันปัญหายาเสพติดอย่างเข้มแข็ง”

กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพจิต ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เลขานุการโครงการ TO BE NUMBER ONE ซึ่งเริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน พระดำรัสในวโรกาสการแถลงข่าวเปิดตัวโครงการ “TO

BE NUMBER ONE” เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2545 ณ ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข ความว่า “กิจกรรมในโครงการ TO BE NUMBER ONE จะเบนความสนใจจากการหาความสุขชั่วครั้งชั่วคราวจากยาเสพติด อยากรให้โครงการนี้สำเร็จด้วยดี แต่จะทำคนเดียวไม่ได้จึงขอความร่วมมือจากทุกคน”

ผลการดำเนินงาน ในปี 2558 รณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์รายการ TO BE NUMBER ONE VARIETY และรายการ HEALTH ME ผ่านสื่อวิทยุรายการ TO BE NUMBER ONE VARIETY โดยการจัดกิจกรรมทูลเชิญทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี เสด็จเยี่ยมสมาชิก TO BE NUMBER ONE และติดตามผลการดำเนินงาน ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา จำนวน 13 จังหวัดมีผู้เข้าร่วม 5,000-6,000 คนต่อ 1 จังหวัด สนับสนุนงบดำเนินการศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง มีสมาชิกมารับบริการประมาณ 80-100 คนต่อวัน จัดแข่งขัน/ประกวด TEEN DANCERCISE ในภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง และกรุงเทพมหานครประจำปี 2558 3 กิจกรรม 7 ครั้ง ค่าย TO BE NUMBER ONE DANCERCISE CAMP 2015 จำนวน 400 คน และประกวดรอบชิงชนะเลิศ โดยองค์ประธานเสด็จพระราชทาน จัดค่ายให้แก่เยาวชนในภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร ชื่อ “ค่ายพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE สู่ความเป็นหนึ่ง” (TO BE NUMBER ONE CAMP) 2 รุ่น

7. โครงการตามพระราชดำรินี้ๆ

7.1 โครงการพัฒนาการจัดการน้ำบริโภคในพื้นที่โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ

7.1.1 โครงการพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค โรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร สถานศึกษาและโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร (พื้นที่โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริลุ่มน้ำปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดพัทลุง และจังหวัดสงขลา และพื้นที่โครงการรักษาน้ำเพื่อพระแม่ของแผ่นดินในเขตลุ่มน้ำจังหวัดทางภาคเหนือตอนบน และเขตลุ่มน้ำหมั่นจังหวัดเลย) งบประมาณปี 2552-2555 และปี 2558 จัดสรรงบอื่นๆ ดำเนินการปี 2556 จำนวน 0.45 ล้านบาท ปี 2557 จำนวน 0.32 ล้านบาท มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เด็ก เยาวชน และประชาชนพื้นที่มีน้ำบริโภคที่ปลอดภัย และประชาชนมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์และเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคอย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน สามารถสำรวจคุณภาพน้ำ และแนะนำด้านสุขอนามัยโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร 220 แห่ง ประกอบด้วยโรงเรียน ศต.111 แห่ง โรงเรียนพระปริยัติธรรม 71 แห่ง โรงเรียนปอเนาะ 15 แห่ง ศูนย์เตาแตะ 23 แห่ง พัฒนาแกนนำนักเรียนครูอนามัย พระพี่เลี้ยงในการพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค

7.1.2 โครงการพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภคในชุมชนและครัวเรือนภายใต้แผนบริหารจัดการและฟื้นฟูนิเวศลุ่มน้ำปากพนังอันเนื่องมาจากพระราชดำริ ระยะ

เวลาดำเนินการ ปี 2551 ถึงปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาให้คุณภาพน้ำบริโภคอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคอย่างต่อเนื่อง ในสถานศึกษาและโรงเรียนในถิ่นทุรกันดารทั่วประเทศ

ผลการดำเนินงาน สามารถพัฒนาให้คุณภาพน้ำบริโภคอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคอย่างต่อเนื่อง ในสถานศึกษาและโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร 10 อำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช 2 อำเภอในจังหวัดพัทลุงและ 1 อำเภอ ของจังหวัดสงขลา

7.1.3. โครงการพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภคภายใต้โครงการรักษาน้ำเพื่อพระแม่ของแผ่นดิน

มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริพัฒนาระบบการจัดการน้ำบริโภคที่ปลอดภัยแก่ชุมชน ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2551 ถึงปัจจุบัน

โดยมีผลการดำเนินงานที่สำคัญคือ สามารถพัฒนาต้นแบบเครื่องกรองน้ำในพื้นที่สูง พัฒนาแกนนำและเครือข่ายเฝ้าระวังคุณภาพน้ำในชุมชน 10 ลุ่มน้ำในพื้นที่ 6 จังหวัด (แม่ฮ่องสอน 4 ลุ่มน้ำ เชียงใหม่ 2 ลุ่มน้ำ เชียงราย 1 ลุ่มน้ำ น่าน 1 ลุ่มน้ำ อุตรดิตถ์ 1 ลุ่มน้ำ และพิษณุโลก 1 ลุ่มน้ำ)

ส่วนที่ 2 โครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลอง พระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558

พระราชกรณียกิจที่ผ่านมาของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่เด็กและเยาวชนในพื้นที่ชายแดนและทุรกันดารที่ขาดแคลนทั้งด้านการศึกษา โภชนาการ สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม การกำจัดหนองพยาธิ มุ่งมั่นพัฒนาสุขภาพในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนให้เป็นที่พึ่งแก่คนในพื้นที่ชายแดนที่ห่างไกลให้เข้าถึงบริการสุขภาพ ล้วนแสดงให้เห็นพลังการประจักษ์ถึงการเคารพสิทธิมนุษยชนทุกหมู่เหล่า การเอื้อเฟื้อต่อประชาชนทุกชนชั้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาบริการสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งให้ชุมชน

เข้มแข็ง คนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพดี เป็นพื้นฐาน การพัฒนาคนที่ยั่งยืน เช่น การปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ในท้องถิ่นเพื่อโภชนาการอาหารกลางวันเด็กนักเรียนถิ่นต่างๆ การเสริมไอโอดีนในการผลิตเกลือพื้นบ้านตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง

ในปีงบประมาณ 2558 รัฐบาลไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกช่วงชีวิตได้น้อมใจถวายงานเพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยาม

บรมราชกุมารี โอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558 ดังนี้

1. โครงการส่งเสริมศักยภาพคนพิการขาขาด เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสเจริญพระชนมายุ 60 พรรษา

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณหาที่สุดมิได้ ทรงพระราชทานเงินจัดตั้งมูลนิธิศุภนิพนธ์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ซึ่งมีพระประสงค์ช่วยเหลือคนพิการให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยให้บริการขาเทียมทั้งแบบตั้งรับในคลินิกกายอุปกรณ์ในหน่วยบริการและบริการเชิงรุก โดยการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปัจจุบันกว่า 36 จังหวัด

ด้วยสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ศุภนิพนธ์เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาหน่วยบริการร่วมในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งกระจายอยู่ทั่วประเทศ พบว่า การบริการด้านกายอุปกรณ์เทียมสำหรับคนพิการขาขาดยังไม่เพียงพอ และไม่ทั่วถึง จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมศักยภาพคนพิการขาขาดประจำปี 2558 ขึ้น โดยมุ่งหวังให้คนพิการขาขาดสามารถเข้ารับการให้บริการขาเทียม สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้เยี่ยงคนปกติ ซึ่งจะส่งผลให้คนพิการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการให้กับคนพิการขาขาด ได้แก่ ขาเทียม อุปกรณ์เครื่องช่วยการเดินหรือรถนั่งคนพิการ เสริมสร้างศักยภาพคนพิการขาขาดให้สามารถเข้าสู่สังคม พัฒนาองค์ความรู้การผลิตขาเทียมที่มีคุณภาพให้กับนักกายอุปกรณ์ ช่างกายอุปกรณ์และทีมงานขาเทียม และเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจดทะเบียนคนพิการ มีความรู้ความสามารถในการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ พ.ศ. 2550

สำหรับผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข สามารถจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เชิงรุก จัดทำกายอุปกรณ์เทียมและอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และให้บริการซ่อมแซมแขน ขา เทียม และเปลี่ยนกายอุปกรณ์ที่ชำรุด ฯลฯ ปี 2557 ดำเนินการ 5 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช ประจวบคีรีขันธ์ นราธิวาส ภูเก็ต และนครราชสีมา มีผู้รับบริการจำนวน 898 ราย ปี 2558 ดำเนินการ 5 จังหวัด คือ นครศรีธรรมราช แม่ฮ่องสอน พิจิตร ชลบุรี ลำปาง มีผู้รับบริการ จำนวน 1,597 ราย และจัดอบรมเสริมสร้างศักยภาพผู้รับผิดชอบงานด้านคนพิการระดับจังหวัด จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ปี 2557 จำนวน 988 ราย ปี 2558 จำนวน 662 ราย

2. โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงมีคุณูปการหาที่สุดมิได้ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนทั้งหลายอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เป็นต้นมา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เข้าร่วมปฏิบัติสนองงานตามพระราชดำริ ในมิติด้านสุขภาพอนามัยของเด็กและเยาวชน และได้ดำเนินการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุก 3 ปี โดยกรมอนามัย ซึ่งในช่วงปี 2542-2557 ยังคงพบกลุ่มเด็กที่มีข้อสงสัยล่าช้าด้านพัฒนาการ มีแนวโน้มที่สูงถึงประมาณร้อยละ 30

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงชีวิต โดยเฉพาะด้านพัฒนาสุขภาพ กลุ่มสตรี และเด็กปฐมวัย สนองต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติ เน้นการบูรณาการกับหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานภายนอก อาทิ ภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชนและประชาชน โดยมีเป้าหมายมุ่งเน้นให้เด็กไทยทุกคนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียม จากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ชุมชน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยให้เป็นไปตามศักยภาพหรือมีศักยภาพที่สูงกว่า จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ

2 เมษายน 2558 ขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้เด็กที่เกิดเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ทุกคนได้รับการเฝ้าระวังและติดตามส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู และอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่คัดกรองและส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการสมวัยของเด็กทุกคนในประเทศไทยที่เกิดก่อน 1 เมษายน 2558 ตามช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่

ผลการดำเนินงาน สามารถจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป้าหมายกลุ่มอายุ 42 เดือน ในศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งทั่วประเทศในระหว่างวันที่ 6-10 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 ประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติฯ ปี 2558 และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ สนับสนุนคู่มือ Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) จำนวน 300,000 เล่ม Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) จำนวน 30,000 เล่ม และชุดอุปกรณ์ส่งเสริมพัฒนาการ จำนวน 10,000 ชุด เพื่อจัดสรรให้แก่หน่วยงานในสังกัด กสธ. และระหว่างกระทรวง สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กแก่สำนักงานเขตสุขภาพทั้ง 12 แห่ง

นอกจากนี้ ยังมีการจัดประชุมคณะทำงาน/คณะกรรมการฯ เพื่อเตรียมแนวทางและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กฯ จัดทำ website เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์การดำเนินโครงการวิเคราะห์และออกแบบระบบข้อมูลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการรณรงค์ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 42 เดือน ระหว่างวันที่ 6-10 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 และได้วิเคราะห์และสรุปผลการรณรงค์ฯ รายงานต่อผู้บริหารระดับสูง ทุกวันในช่วงการรณรงค์ฯ จัดทำระบบรายงาน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน (เมษายน ถึง กันยายน 2558) การพัฒนาระบบข้อมูลระยะยาว กำหนดแนวทางพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อกำกับติดตามและประเมินผลโครงการฯ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3 โครงการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบและหัด เอลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558

เนื่องในโอกาสมหามงคลที่สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีทรงเจริญพระชนมายุครบ 60 พรรษา ในวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ “โครงการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบและหัด เอลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558” เพื่อเทิดพระเกียรติและถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระองค์ท่านโดยจะเน้นการจัดให้มีกิจกรรมการรณรงค์ให้วัคซีนที่จำเป็นครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ได้ตามเกณฑ์กำหนด อันจะเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้คนไทยห่างไกลจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นกำลังสำคัญที่จะร่วมกันพัฒนาประเทศไทยให้เข้มแข็งสืบไป

การดำเนินงานโดยรณรงค์การให้วัคซีนคอตีบ -บาดทะยักแก่ประชาชนกลุ่มอายุ 20 - 50 ปี และสถานบริการให้บริการวัคซีน ป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมันในประชากรเด็กกลุ่มเป้าหมายอายุ 2 ปี 6 เดือน - 7 ปี ทั่วประเทศ จัดกิจกรรมให้วัคซีนคอตีบ-บาดทะยักทั่วประเทศ เจ้าหน้าที่จัดทีมออกไปให้บริการในชุมชน สถาน ที่ราชการ สถานประกอบการ โรงงาน ตลาดนัด สถานีขนส่ง ในย่านชุมชน รวมถึงสถานศึกษา ทั่วประเทศ และประชาสัมพันธ์ผ่านทาง สื่อโทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อวิทยุ กิจกรรมรณรงค์ให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมันทั่วประเทศ

ผลการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยักแก่ประชาชน กลุ่มอายุ 20-50 ปีทั่วประเทศ (ข้อมูล ณ วันที่ 27 กันยายน 2558) พบว่า กลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศจำนวนทั้งสิ้น 22,268,710 คน มีผู้มารับบริการทั้งหมด 15,161,791 คน คิดเป็นร้อยละ 68.08 ให้วัคซีน MR เข็ม ที่ 2 เพื่อเร่งภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดในเด็กอายุ 2 ปี 6 เดือน ถึง 7 ปี ทั่วประเทศ ภาพรวมทั้งประเทศมีเด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนแล้วจำนวน 1,561,728 คน

4. โครงการก่อสร้างอาคารปฏิบัติการมาตรฐานสากลต้นแบบ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุดรธานี “เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558” สืบเนื่องจากปัจจุบันอาคารปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ส่วนใหญ่เป็นอาคารที่ออกแบบตัดแปลงมาจากอาคารสำนักงานโดยทั่วไปไม่ได้ออกแบบให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทางห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เข้มงวดให้ความปลอดภัยทั้งต่อนักวิชาการ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานภายในอาคาร และบุคคลอื่นที่อยู่บริเวณโดยรอบอาคารภายนอกและบริเวณข้างเคียง ควรที่จะขยายงานการเป็นห้องปฏิบัติการอ้างอิงและศูนย์ฝึกอบรมทางห้องปฏิบัติการในระดับชาติ และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โครงการก่อสร้างอาคารปฏิบัติการมาตรฐานสากลต้นแบบ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุดรธานี “เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558” ขึ้นโดยมอบหมายให้

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี เป็นหน่วยงานริเริ่มดำเนินการก่อสร้างอาคารปฏิบัติการมาตรฐานสากลต้นแบบศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์อุดรธานี ซึ่งจะเป็นอาคารต้นแบบมาตรฐานสากลของห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขเป็นแห่งแรก

สำหรับผลการดำเนินงาน พบว่าอยู่ระหว่างดำเนินการก่อสร้าง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำขอบเขตการจ้างงานก่อสร้างอาคาร ตั้งแต่วันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 และได้คัดเลือกผู้รับจ้างก่อสร้างอาคาร เมื่อวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2558 ได้รับอนุมัติสั่งจ้างจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและลงนามในสัญญา เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2558 ขณะนี้บริษัทผู้ก่อสร้างอยู่ระหว่างดำเนินการงานก่อสร้างงวดที่ 1 (รวม 10 งวด) และจะส่งงานงวด 1 ได้ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 คาดว่าโครงการจะแล้วเสร็จปี 2560

บทที่ 3

กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย

1. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563

(Thailand Global Health Strategic Framework 2016 – 2020)

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับทั้งภายในและระหว่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน) ได้ประกาศนโยบายสนับสนุนกลไกสุขภาพโลก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 และกำหนดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดี และประเทศไทยมีความมั่นคงและปลอดภัยด้านสาธารณสุข สามารถขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถมีบทบาทและความร่วมมือระดับสากลเพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ โดยแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 จะเน้นการดำเนินงานใน 5 ด้านหลัก ได้แก่

- 1) การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ
- 2) การเสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และมีความเสมอภาค
- 3) ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบต่อไทยในประชาคมโลก
- 4) เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพโลก
- 5) เสริมสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลก

และกลไกการประสานการดำเนินงาน จากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2557 ได้พิจารณาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย และมีมติให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 -

2563 ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ ต่อมาคณะรัฐมนตรีมีคำสั่งให้กระทรวงสาธารณสุขปรับแก้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยให้มีความสอดคล้องกับกรอบระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และเสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับแก้ไขแผนยุทธศาสตร์ข้างต้น เป็นกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 (Thailand Global Health Strategic Framework 2016 - 2020) และได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5/2558 หลังจากนั้นได้นำเสนอเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเพื่อผ่านความเห็นชอบเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

สาระสำคัญของยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563

กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของไทยทั้งในระดับประเทศ ความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การเจรจาการค้าระหว่างประเทศ และการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศของไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมความสอดคล้องและบูรณาการของการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย (Goal)

ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งมี

บทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและระดับภูมิภาคมีความรับผิดชอบที่สร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลกและในระดับภูมิภาค

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดินไทยมีความมั่นคงทางสุขภาพ
2. ระบบสุขภาพไทยมีความเข้มแข็งยุติธรรมและเป็นธรรม
3. ประเทศไทยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและมีบทบาทนำด้านสุขภาพโลกใน 8 ด้าน ดังนี้
 - 3.1 ศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชีย
 - 3.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 3.3 การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ
 - 3.4 เครือข่ายนักโรคระบาดวิทยา
 - 3.5 หน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว
 - 3.6 ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ
 - 3.7 การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
 - 3.8 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. นโยบายสาธารณะและนโยบายสุขภาพของประเทศไทยมีความสอดคล้องและสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้าการลงทุนกับสุขภาพของประชาชน
5. บุคลากรและองค์กรมีศักยภาพในการเจรจาต่อรองดำเนินงานด้านสุขภาพโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1. สถานการณ์และความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

1) การเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาค

โลกาภิวัตน์ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพในระดับโลกและภูมิภาคเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา ได้แก่ เรื่องอนามัยแม่และเด็ก โรคติดต่อต่างๆ การขาดสารอาหาร การขาดการสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ดี ไปสู่ปัญหาสุขภาพใหม่ ได้แก่ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ เช่น ไข้หวัดนก และล่าสุดคือ

อีโบล่าและไวรัสเมอร์ส การแพร่ระบาดของเชื้อจุลชีพดื้อยาปฏิชีวนะ แนวนอนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งความพิการ ที่เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบด้านสุขภาพจากภาวะโลกร้อน และข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพ นอกจากนี้ ประเทศต่างๆ มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งเทคโนโลยีมากขึ้น ทำให้ความต้องการและความคาดหวังของประชาชนสูงขึ้น จึงเกิดประเด็นใหม่ๆ ด้านสุขภาพขึ้น เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับปัญหาสุขภาพที่ขาดการเหลียวแล (neglected health problems) ปัญหาสุขภาพจากแรงงานและผู้อพยพข้ามพรมแดน คนไร้รัฐผู้ลี้ภัย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงของกลไกอภิบาลระบบสุขภาพในทุกระดับ

องค์กรและกลไกที่มีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา โดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะบทบาทขององค์กรอนามัยโลก หรือองค์กรภายใต้สหประชาชาติ ซึ่งเป็นกลไกอภิบาลที่ยึดโยงกับรัฐ ได้แก่ รัฐบาลและกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักอีกต่อไป การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเมืองระหว่างประเทศ รวมทั้งภูมิรัฐศาสตร์ ทำให้มีองค์กรระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เช่น ธนาคารโลก องค์กรการค้าโลก องค์กรชำนาญพิเศษต่างๆ ภายใต้สหประชาชาติ มูลนิธิการกุศลระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ บรรษัทข้ามชาติ กองทุนพัฒนาที่จัดตั้งโดยรัฐบาลของประเทศมั่งคั่ง

นอกจากนี้ ยังมีการรวมตัวกันเป็นประชาคมของประเทศในระดับภูมิภาค เช่น สหภาพยุโรป ประชาคมอาเซียน และกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีการทำงานร่วมกันด้านสุขภาพ บทบาทและการดำเนินการของกลไกเหล่านี้ มีผลกระทบทำให้บทบาทขององค์กรที่เคยเป็นหลักด้านสุขภาพในระดับโลกและประเทศ คือองค์กรอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข

เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก ทำให้กลไกการอภิบาลระบบ สุขภาพในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ได้ปรับเปลี่ยนไปจากกลไกที่เป็นระบบอภิบาลโดยรัฐ เพียงอย่างเดียว ไปสู่กลไกที่เป็นระบบอภิบาลแบบ เครือข่ายหรือแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น

3) ความเชื่อมโยงระหว่างงานด้านสุขภาพกับการต่างประเทศ

จากสถานการณ์ ปัญหาด้านสุขภาพ และกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไปดังกล่าว มีผลกระทบต่อ การสร้างภาพลักษณ์ของประเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การรักษาผลประโยชน์ของประเทศในเวทีโลก จึงส่งผลให้ประเด็นสุขภาพโลก กลายเป็นประเด็นนโยบายต่างประเทศ ดังจะเห็นได้จาก การที่หลายประเทศมีการจัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพโลก มีการตั้งทูตพิเศษด้านสุขภาพ (Health Ambassadors) มีการตั้งกองสุขภาพโลกในกระทรวงการต่างประเทศ มีการกำหนดตำแหน่งผู้ช่วยทูตด้านสาธารณสุข (Health Attache) ในสถานทูตต่างๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ ศักยภาพ ทูตทางสังคมและ ทูตทางปัญญาของไทยด้านสุขภาพ ยังได้รับการยอมรับ ในระดับภูมิภาคและระดับโลกเป็นอย่างสูง ทั้งในเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับ การพัฒนา บุคลากรสุขภาพ การพัฒนามาตรฐานการบริการสุขภาพ การแก้ปัญหาสุขภาพเฉพาะด้านต่างๆ โดยเฉพาะความสำเร็จในด้านการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้าวินัย ทูตทางสังคมเหล่านี้สามารถระดมมาใช้เป็น เครื่องมือในการดำเนินนโยบายด้านต่างประเทศได้เป็นอย่างดี

4) การมีสุขภาพที่ดีเอื้อต่อการพัฒนา

เป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ได้ครบ วาระในปี พ.ศ. 2558 และประเทศสมาชิกสหประชาชาติได้ ร่วมกันจัดทำเป้าหมายเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDGs) ซึ่งได้บรรจุประเด็นสาธารณสุขเป็น 1 ใน 17 เป้าหมาย ที่ครอบคลุมการผลักดันการส่งเสริมหลักประกันสุขภาพ ถ้าวินัย การขจัดโรคเอดส์ การควบคุมการแพร่ระบาดของ วัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่ออื่นๆ การลดอัตรา ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการส่งเสริมอนามัย แม่และเด็ก เป็นต้น

1.2. ความจำเป็นของการมีกรอบยุทธศาสตร์ สุขภาพโลกของประเทศไทย

กรอบยุทธศาสตร์นี้เป็นกรอบทิศทาง การทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของภาคส่วนต่างๆ ทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาสังคม เพื่อสร้างความ มั่นคงทางสุขภาพของคนไทย และแสดงการมีส่วนร่วม และความรับผิดชอบต่อสุขภาพต่อประชาคมโลก ซึ่งจะ ส่งเสริมภาพลักษณ์ที่ดีของไทยในสังคมโลก

1) ประชาชนไทยและประชาชนในภูมิภาคมี ความมั่นคงทางสุขภาพร่วมกัน

เนื่องจากไม่มีพรมแดนขวางกั้นการแพร่ ระบาดของโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ดังนั้น การร่วมมือพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนในภูมิภาค โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านจึงส่งผลต่อความมั่นคงทาง สุขภาพของคนไทยด้วย เช่น ความร่วมมือระหว่างประเทศ ผ่านเวทีสุขภาพโลก เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้ออุบัติใหม่ สารเสพติด ยาสูบ สุรา สารออกฤทธิ์ต่อ จิตประสาท อาหารปนเปื้อนไม่ปลอดภัย รวมทั้งเรื่องหลัก ประกันสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้ไทยลดภาระปัญหาสุขภาพ จากแรงงานและคนอพยพข้ามพรมแดน

2) ความสอดคล้องของนโยบายสาธารณะ ภายในและภายนอกประเทศ

นโยบายการค้าการลงทุนทั้งภาครัฐ และเอกชนจากภายในและภายนอกประเทศ ย่อม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยทั้งทางบวกและทางลบ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องมีเวทีเพื่อให้ไทยนโยบายเหล่านี้มี ความสอดคล้องกัน และมีความสมดุลระหว่างผลประโยชน์ ทางการค้า รายได้ของภาคเอกชนและรัฐบาลกับสุขภาพ ของคนในชาติ ขณะเดียวกันภาคเอกชนของไทยที่ไป ลงทุนธุรกิจการค้าและบริการในต่างประเทศย่อมส่งผลต่อ สุขภาพของคนในชาตินั้น ย่อมมีความจำเป็นต้องปกป้อง สุขภาพของคนในชาตินั้นด้วย เฉกเช่นเดียวกับการปกป้อง สุขภาพของคนในประเทศไทย กรอบยุทธศาสตร์นี้จึงเป็น ฐานของความร่วมมือภายในประเทศ ระหว่างภาคส่วน ต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน และเป็นฐานของความร่วมมือ ระหว่างประเทศผ่านระบบสุขภาพโลก เพื่อให้เกิดสมดุล ระหว่างนโยบายต่างๆ กับสุขภาพของประชาชน

3) ระบบสาธารณสุขไทยที่เข้มแข็งสามารถ แผ่แผ่และเป็นแบบอย่างไปปรับใช้ในประเทศอื่น

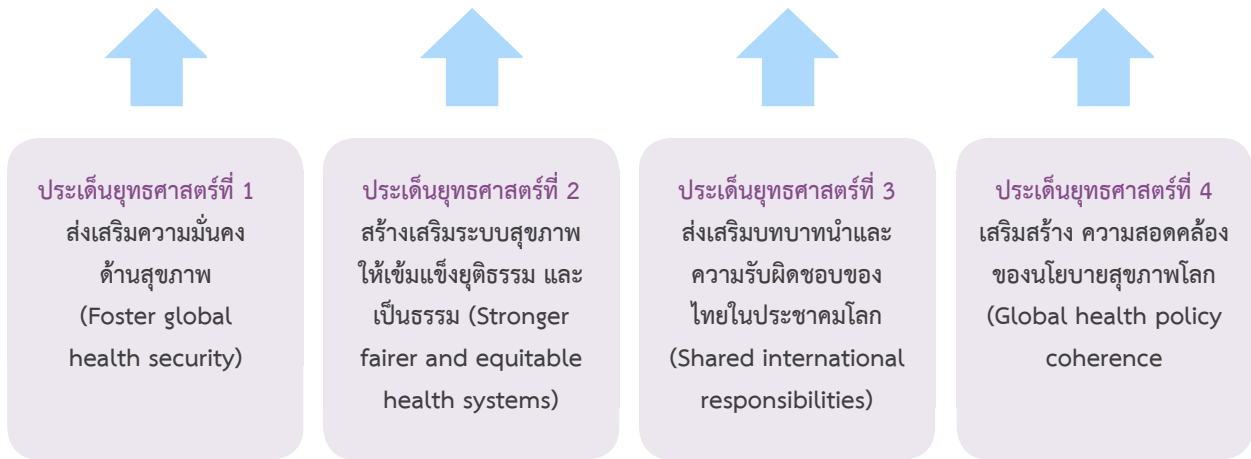
องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลกยกย่องประเทศไทยอยู่ในแนวหน้าของโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและมีความเป็นธรรม และมีนวัตกรรมทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมและแก้ปัญหาโรคเอดส์ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สมัชชาสุขภาพ กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ล้วนแต่ประสบความสำเร็จด้วยดี แสดงถึงศักยภาพด้านการพัฒนาสิทธิมนุษยชน การส่งเสริมสุขภาพประชาชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายสาธารณะ นวัตกรรมและประสบการณ์เหล่านี้มีคุณค่าอย่างยิ่งเพื่อแบ่งปันให้ประเทศอื่นสามารถปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพให้เข้มแข็งและเป็นธรรม เพื่อบรรลุสุขภาพดีของคนในภูมิภาค

4) การเสริมสร้างเกียรติภูมิและภาพลักษณ์ ที่ดีของไทยในฐานะประเทศที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบด้าน สุขภาพต่อประชาคมโลก

โดยที่ประสบการณ์และความสำเร็จของระบบสาธารณสุขไทย เช่น ความก้าวหน้าทางวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข บริการการศึกษาหลังปริญญาในสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะโรคต่างๆ บริการรักษาพยาบาลของภาคเอกชน ได้ถูกเผยแพร่เป็นแบบอย่างในการพัฒนาระบบสุขภาพในหลายประเทศ ทำให้ประชาชนในประเทศเหล่านั้นโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านมีสุขภาพดี ซึ่งช่วยยับยั้งโรคติดต่อและโรคระบาดมาสู่ไทย จึงกล่าวได้ว่าประเด็นสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญต่อการพัฒนาความสัมพันธ์กับต่างประเทศ (Health as foreign policy instrument) เพื่อช่วยรักษาผลประโยชน์ของชาติ นอกจากนี้ภาคสาธารณสุขยังได้ร่วมมือกับภาคการทูตและการต่างประเทศในการผลักดันวาระสุขภาพสำคัญต่างๆ ในระดับโลก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางสุขภาพของประเทศไทยและของนานาชาติ (Foreign policy is an instrument to advocate global health agenda) การแสดงความรับผิดชอบของไทยต่อประชาคมโลกในรูปแบบทั้งสอง ล้วนแต่ช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีตลอดจนเกียรติภูมิของประเทศอย่างยั่งยืนในเวทีสากล

1.3. กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

เป้าหมาย: ประเทศไทยมีความมั่นคงด้านสุขภาพและปลอดภัยจากภัยคุกคามด้านสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งบทบาทในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพและรับผิดชอบที่สร้างสรรค์เป็นที่ยอมรับของประชาคมโลก



หลักการ: ความเชื่อมโยง ความสอดคล้อง และเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ระหว่างนโยบายภายในประเทศ และนโยบายสุขภาพโลก โดยสอดคล้องกับหลักการสากล ได้แก่

- หลักการสิทธิมนุษยชน
- หลักการความมั่นคงของมนุษย์
- หลักการคุ้มครองทางสังคม
- หลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- หลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ปัจจัยกำหนดความสำเร็จ

1. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รัฐ เอกชน ประชาสังคม เพื่อดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์
2. มีกลไกกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินยุทธศาสตร์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. บุคลากรด้านสุขภาพโลกมีความพร้อม ศักยภาพ และมีจำนวนเพียงพอ
4. การร่วมมือระหว่างประเทศของหน่วยงานต่างๆ สอดคล้อง มีบูรณาการไปในทิศทางเดียวกัน
5. กรอบความร่วมมือทวิภาคี พหุภาคี มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

1.4. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก พ.ศ. 2559 – 2563

ประเด็นยุทธศาสตร์	กิจกรรมหลัก
<p>1 ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลดผลกระทบจากภัยคุกคามและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพระดับโลก 2. เสริมสร้างความเข้มแข็ง และสมรรถนะในการดำเนินการประเมิน และป้องกันโรคระบาดข้ามพรมแดนตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation, 2005) 3. สร้างเสริมศักยภาพอย่างยั่งยืนขององค์กรในการป้องกัน การค้นหา และการตอบโต้ต่อภัยสุขภาพ และภัยพิบัติที่เกิดจากมนุษย์ ธรรมชาติ และเทคโนโลยี 4. ส่งเสริมให้เกิดกลไกความร่วมมือในระดับภูมิภาคในเรื่องการวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพ โดยเฉพาะยาจำเป็น และยากำพร้า 5. จัดการผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภูมิอากาศที่มี ผลต่อสุขภาพประชาชนไทยและประชากรโลก 6. ส่งเสริมความร่วมมือด้านสุขภาพมนุษย์ สัตว์และสิ่งแวดล้อม
<p>2 เสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และเป็นธรรม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เสริมสร้างสมรรถนะของหน่วยงานด้านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2. สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ผู้ป่วยข้ามพรมแดน ผู้ลี้ภัย ผู้ต้องกัก กลุ่มคนไร้รัฐ และกลุ่มคนที่รอพิสูจน์สัญชาติให้เข้าถึงการ บริการและป้องกันภัยสุขภาพอย่างเหมาะสม 3. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนที่อาศัยตามแนว ชายแดนของประเทศเพื่อนบ้าน
<p>3 ส่งเสริมบทบาทนำ และความรับผิดชอบของ ไทยในประชาคมโลก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลักดันบทบาทนำของไทยในการพัฒนานโยบายสุขภาพในระดับภูมิภาค และระดับโลก 2. สนับสนุนการเผยแพร่นวัตกรรมด้านสุขภาพของไทยให้เป็นที่ยอมรับใน เวทีระหว่างประเทศ 3. ให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขที่ไทยมีศักยภาพแก่ประเทศกำลัง พัฒนาเพื่อนำไปสู่ความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ระหว่าง ประเทศ (health diplomacy)
<p>4 เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบาย และสุขภาพภายในประเทศ และระหว่างประเทศ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สนับสนุนความสอดคล้องของนโยบายสาธารณะ (public policies) กับ นโยบายด้านสุขภาพโลก 2. ประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของนโยบายสาธารณะ (Health impact assessment: HIA)
<p>5 เสริมสร้างขีดความสามารถของบุคลากรและ องค์กรในด้านสุขภาพโลกอย่างยั่งยืน และ พัฒนากลไกการประสานงาน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ส่งเสริมการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรที่ดำเนินงาน ด้านสุขภาพโลกของไทย 2. พัฒนาความร่วมมือและใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ด้านสุขภาพโลก 3. ปรับโครงสร้างหน่วยงานด้านการต่างประเทศของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการดำเนินงานตามกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของไทย

2. ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)

การวางแผนเพื่อพัฒนาประเทศไทย ได้เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - 2509) จนถึงปัจจุบัน ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) ซึ่งมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องภายใต้สถานการณ์ เศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงในมิติต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ การพัฒนาประเทศที่ผ่านมามุ่งให้ความสำคัญกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ ด้วยการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และใช้การเติบโตของรายได้ต่อหัวเป็นเครื่องชี้วัดผลสำเร็จของการพัฒนา อย่างไรก็ตามถึงแม้แนวทางการพัฒนาดังกล่าวจะสร้างความเจริญเติบโตให้กับระบบเศรษฐกิจโดยรวมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยให้ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ได้ส่งผลกระทบต่อความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหาความยากจน และการกระจายรายได้ไปสู่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) ประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดการพัฒนาประเทศ โดยยึดปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนเป็นการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ และในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มีการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไทยโดยใช้แผนบริหารราชการแผ่นดิน ภายใต้นโยบายรัฐบาลและแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

สำหรับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) และฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) ยังคงเน้นนำแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นแนวทางการพัฒนาแบบบูรณาการที่มีคนเป็นศูนย์กลางพัฒนาต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 โดยให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาครอบคลุมทุกมิติ โดยเฉพาะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนและสังคมให้มีคุณภาพ รวมทั้งสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจด้วยพื้นฐานด้านความรู้ ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมและการรักษาสิ่งแวดล้อม ซึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 จะ

สิ้นสุดลงในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2559 สำหรับการพัฒนาในระยะต่อไปจะเป็นช่วงการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2559 - 2564) โดยมีแนวทางในการพัฒนาดังต่อไปนี้

2.1 แนวทางการพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

กรอบแนวคิดและหลักการ

ในช่วงของการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ประเทศไทยยังคงประสบปัญหาสภาวะแวดล้อมและบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ เช่น กระแสการเปิดเสรีทางการค้า ความท้าทายของเทคโนโลยีใหม่ๆ การเข้าสู่สังคมสูงวัย การเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง ประกอบกับสภาวะการณ์ด้านต่างๆ ทั้งเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศในปัจจุบันที่ยังคงประสบปัญหาในหลายด้าน เช่น ปัญหาคุณภาพการผลิต ความสามารถในการแข่งขัน คุณภาพการศึกษา ความเหลื่อมล้ำทางสังคม เป็นต้น ทำให้การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 จึงจำเป็นต้องยึดกรอบแนวคิดและหลักการในการวางแผนที่สำคัญ ดังนี้ 1) การน้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง 2) คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม 3) การสนับสนุนและส่งเสริมแนวคิดการปฏิรูปประเทศ และ 4) การพัฒนาสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เพื่อให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข โดยมีแนวทางการพัฒนาที่สำคัญ ดังนี้

1) การพัฒนาเศรษฐกิจในภาพรวม ประกอบด้วย

(1) การลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งและระบบโลจิสติกส์ของประเทศ

(2) การสนับสนุนการเป็นฐานการผลิตของอุตสาหกรรมและบริการสมัยใหม่ ที่จะเป็นแรงขับเคลื่อนการขยายตัวทางเศรษฐกิจระยะต่อไป รวมทั้งเป็นแหล่งถ่ายทอดเทคโนโลยีและสร้างความเชื่อมโยงกับอุตสาหกรรมและบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน

(3) การลงทุนเพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ (พ.ศ. 2558 - 2569)

(4) การใช้ประโยชน์จากประชาคมอาเซียนและการเปิดเสรีทางการค้าและการลงทุน ทั้งในด้านการลดข้อจำกัดทางด้านขนาดของตลาดในประเทศ การพัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของผู้ประกอบการ และการลดต้นทุนทางการเงินและต้นทุนทางธุรกรรม เป็นต้น

2) การพัฒนาเศรษฐกิจรายสาขา ประกอบด้วย

(1) การส่งเสริมด้านการวิจัยและพัฒนา โดยเร่งส่งเสริมสังคมนวัตกรรม และพัฒนาสภาวะแวดล้อมของการพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี วิจัย และนวัตกรรม เป็นต้น

(2) การพัฒนาผลิตภาพแรงงาน โดยสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนากำลังคนและแรงงาน และพัฒนาระดับคุณภาพแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ

(3) การพัฒนาสินค้าหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP)

(4) การเพิ่มขีดความสามารถและสร้างแรงจูงใจให้ SMEs

(5) การส่งเสริมผู้ประกอบการให้เข้มแข็งสู่เศรษฐกิจดิจิทัล

(6) การปรับโครงสร้างภาคอุตสาหกรรม และบริการ อาทิ ปรับโครงสร้างการผลิตภาคอุตสาหกรรม

โดยมุ่งเน้นการพัฒนา 2 กลุ่มสาขาอุตสาหกรรมควบคู่กัน ได้แก่ กลุ่มอุตสาหกรรมที่ต่อยอดจากศักยภาพหรือจุดแข็งในปัจจุบันของประเทศ เช่น อุตสาหกรรมที่เชื่อมโยงหรือต่อยอดจากภาคเกษตร และกลุ่มอุตสาหกรรมที่รองรับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ในบริบทโลก รวมทั้งปรับโครงสร้างภาคบริการ โดยเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของภาคบริการศักยภาพในเชิงธุรกิจ พัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจภาคบริการที่มีศักยภาพในการเติบโตและมีส่วนสนับสนุนภาคการผลิตให้มีประสิทธิภาพในการแข่งขัน และสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวโดยมุ่งเน้นการท่องเที่ยวเชิงคุณภาพเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ปรับโครงสร้างภาคการค้าและการลงทุน อาทิ

พัฒนาประเทศสู่ความเป็นชาติการค้าเพื่อเป็นศูนย์กลางการค้า โดยใช้ฐานเศรษฐกิจดิจิทัลและการพัฒนานวัตกรรม ปรับปรุงมาตรฐานและประสิทธิภาพการทำการค้าของผู้ประกอบการ สร้างความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา กับประเทศในอนุภูมิภาค ภูมิภาค และนานาชาติ และสนับสนุนการเปิดเสรีทางการค้าและการลงทุน ทั้งในระดับทวิภาคีและพหุภาคี ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ประกอบการไทยสามารถขยายตลาด สาขาการผลิต และการลงทุนในประเทศเพื่อนบ้านและในภูมิภาค โดยอาศัยประโยชน์จากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และการเชื่อมโยงความร่วมมือจากประเทศในอนุภูมิภาค โดยเฉพาะการลดอุปสรรคทางการค้าภายใต้กรอบข้อตกลงประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เป็นต้น

3) การพัฒนาการเกษตรสู่ความเป็นเลิศด้านอาหาร

ให้ความสำคัญกับการปรับโครงสร้างการผลิตภาคเกษตร โดยการอนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อสนับสนุนฐานการผลิตการเกษตรที่เข้มแข็งและยั่งยืน การจัดระบบการผลิตให้สอดคล้องกับศักยภาพพื้นที่และความต้องการของตลาดตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ทั้งด้านกายภาพและเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลถึงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จะสนับสนุนในแต่ละพื้นที่ การส่งเสริมการรวมกลุ่มการผลิตทางการเกษตร จากกิจการเจ้าของคนเดียวเป็นการประกอบการในลักษณะสถาบันเกษตรกร การสร้างโอกาสในการเข้าถึงนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกร การเพิ่มมูลค่าผลผลิตภาคเกษตร จากการผลิตสินค้าเกษตรขั้นปฐมเป็นสินค้าเกษตรแปรรูปที่มีมูลค่าสูงมีคุณภาพและมาตรฐานสากล สามารถสร้างความเชื่อมโยงทางด้านวัตถุดิบกับประเทศเพื่อนบ้าน

นอกจากนี้ควรเร่งพัฒนาและขับเคลื่อนการผลิตเกษตรอินทรีย์อย่างจริงจัง โดยยกระดับราคา สินค้าเกษตรอินทรีย์ให้แตกต่างจากสินค้าเกษตรที่ใช้สารเคมี ส่งเสริมการเกษตรตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

4) การพัฒนาศักยภาพคนให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ โดยการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กและพัฒนาการที่สมวัย

ทั้งในด้านร่างกายสติปัญญา อารมณ์และสังคม การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้โดยพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ปรับระบบการคลังด้านการศึกษา โดยการจัดสรรงบประมาณตรงสู่ผู้เรียน และแก่สถานศึกษาในเขตพื้นที่ห่างไกล พัฒนาคุณภาพครูโดยพัฒนาระบบการสรรหา พัฒนาทักษะการจัดการเรียนรู้นวัตกรรมในการจัดการเรียนการสอน และทักษะในการสื่อสาร เป็นต้น รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinant of Health) การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทยให้เอื้อต่อการพัฒนาคน โดยการส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การปลูกฝังและบ่มเพาะวิถีการดำเนินชีวิตแก่สมาชิกในครอบครัวให้มีคุณธรรม จริยธรรม ความซื่อสัตย์สุจริต มีวินัย มีความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

5) การสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ประกอบด้วย การสร้างโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการทางสังคมอย่างเสมอภาค โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส การสร้างความมั่นคงทางด้านรายได้และโอกาสในการประกอบอาชีพ โดยสนับสนุนให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการเรียนรู้ ได้รับความฝึกทักษะอาชีพ และการสนับสนุนสินเชื่อหรือทุนเพื่อการประกอบอาชีพอิสระ และการสร้างผู้ประกอบการรายใหม่ การพัฒนาการบริหารจัดการในระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ การเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมอย่างเสมอภาค การพัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการยุติธรรม เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบยุติธรรมชุมชน การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุโดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุการเสริมสร้างบทบาทของสถาบันทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาในชุมชนและต่อยอดไปสู่เชิงพาณิชย์รวมทั้งสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน

และสถาบันการศึกษาในการร่วมกันพัฒนาความรู้ในเชิงทฤษฎีและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติ เพื่อสร้างศักยภาพให้กับชุมชนในการประกอบธุรกิจ เป็นต้น

6) การพัฒนาพื้นที่ภาคและการเชื่อมโยงภูมิภาค

ประกอบด้วย การจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน พัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจชายแดนโดยส่งเสริมการลงทุนและการค้าชายแดน รวมทั้งวิสาหกิจขนาดกลางขนาดย่อมและธุรกิจเพื่อสังคม เพื่อดึงดูดนักลงทุนไทยและในภูมิภาคให้เข้ามาลงทุนในพื้นที่ การพัฒนาและฟื้นฟูพื้นที่ฐานเศรษฐกิจหลัก แก้ไขปัญหามลพิษและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เศรษฐกิจหลักให้เกิดผลในทางปฏิบัติ อย่างเป็นรูปธรรม สนับสนุนการปรับเปลี่ยนกิจการหรือกระบวนการผลิตให้ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน และเร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนและการเป็นฐานเศรษฐกิจหลักของประเทศ

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกของเมืองศูนย์กลางความเจริญในภูมิภาคให้เป็นเมืองน่าอยู่และปลอดภัย มีระบบการศึกษาและระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบขนส่งสาธารณะในเขตเมืองศูนย์กลางความเจริญในภูมิภาค เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการเข้าถึงตลาดและบริการสาธารณะด้วยต้นทุนต่ำและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการบริหารจัดการเมือง การพัฒนาด้านการขนส่งและโลจิสติกส์เชื่อมโยงในประเทศและภูมิภาค โดยพัฒนาโครงข่ายทางหลวงพิเศษระหว่างเมือง โดยให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงโครงข่ายถนนภายในประเทศไปยังด่านการค้า/ประตูการค้าที่สำคัญเพื่อรองรับปริมาณการเดินทางและขนส่งสินค้า พัฒนาโครงข่ายระบบรางเชื่อมโยงเมืองศูนย์กลางความเจริญทั่วประเทศ เพื่อลดต้นทุนด้านพลังงาน และพัฒนาระบบอำนวยความสะดวก ด้านการค้าและการผ่านแดนที่มีความคล่องตัวในประตูการค้าชายแดนที่สำคัญ โดยการใช้เทคโนโลยีและระบบปฏิบัติงานเชื่อมโยงข้อมูลโดยใช้เครื่องมือทางด้านอิเล็กทรอนิกส์ (National Single Window) รวมทั้งการปรับปรุงกฎระเบียบ เป็นต้น

7) การสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

ประกอบด้วย การรักษาทุนทางธรรมชาติเพื่อการเติบโตสีเขียว โดยปกป้องรักษาทรัพยากรป่าไม้และสัตว์ป่า อนุรักษ์และใช้ประโยชน์ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืนและแบ่งปันผลประโยชน์อย่างเป็นธรรม พร้อมพัฒนาระบบบริหารจัดการที่ดินและแก้ไขการบุกรุกที่ดินของรัฐ การบริหารจัดการน้ำเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ สร้างศูนย์ข้อมูลทรัพยากรน้ำ จัดตั้งองค์กรบริหารจัดการน้ำในระดับพื้นที่ การส่งเสริมการบริโภคที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการผลิต การลงทุน และการสร้างงานสีเขียว เพื่อยกระดับประเทศสู่เศรษฐกิจและสังคมที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม การให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาวิกฤตสิ่งแวดล้อม ด้วยการเร่งรัดการควบคุมมลพิษทั้งทางอากาศ ขยะ น้ำเสีย และของเสียอันตรายที่เกิดจากการผลิตและบริโภค รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อลดความเสี่ยงด้านภัยพิบัติเพื่อให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุดและนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เสริมสร้างขีดความสามารถในการเตรียมความพร้อมและการรับมือภัยพิบัติ พัฒนาระบบการจัดการภัยพิบัติในภาวะฉุกเฉิน ให้มีความแม่นยำ น่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการฟื้นฟูบูรณะหลังการเกิดภัยให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประสบภัยได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

2.2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11

(พ.ศ. 2555 – 2559)

หลักการ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 เป็นแนวคิดที่มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ด้วยการสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพ และการจัดบริการที่ครอบคลุมเป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

วิสัยทัศน์ “ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ”

พันธกิจ พัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงโดยยึดหลักธรรมาภิบาล สร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยคุกคาม และสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาไทย

เป้าประสงค์

1. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้
2. มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ไวพอทันการณ์และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
4. มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพและมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
5. มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
2. อัตราป่วย อัตราตายจากภัยพิบัติ โรคระบาด และภัยสุขภาพ
 - อัตราป่วยด้วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ
 - อัตราตายจากภัยพิบัติตามธรรมชาติ
 - อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม
3. อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง และอัตราการควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย
4. ร้อยละของประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (ออกกำลังกาย บริโภคผัก/ผลไม้ ลดการรับประทานอาหารหวาน/มัน/เค็ม เลือกรับประทานผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มี อย. สุกสุกหรือและดื่มสุราลดลง)

5. สัดส่วนการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
6. อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ
7. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในภายใน 28 วัน
8. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ยและระหว่างภูมิภาค
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงิน

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559)

1. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีศักยภาพ มีความเข้มแข็ง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ มีกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่นของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ และภาคประชาสังคม โดยใช้ข้อมูลที่ครบถ้วน รอบด้าน การหาทางออกร่วมกันอย่างสมานฉันท์ ตลอดจนการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศให้เข้มแข็งทั้งในระดับโลก ภูมิภาคและชายแดน พัฒนาศักยภาพวิธีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยให้มีความปลอดภัย มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับ พัฒนาระบบการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมด้านการแพทย์แผนไทยในการตรวจและรักษาโรคให้มากขึ้น ตลอดจนส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเตือนภัยและการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย โคลนดินถล่ม แผ่นดินไหว สารพิษ สารเคมี การก่อการร้าย การจลาจล ฯลฯ การเกิดโรคระบาดต่างๆ ทั้งที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ สารก่ออันตรายในสิ่งแวดล้อม

ในอาหาร สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ อุบัติเหตุ ตลอดจนภัยสุขภาพอื่นๆ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัยและการจัดการภัยพิบัติ ภัยสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการเกิดภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ

3. ยุทธศาสตร์การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิผล เพิ่มสัดส่วนการลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น สร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีการตื่นตัว ให้ความสำคัญต่อสุขภาพมีการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี มีความปลอดภัยด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โภชนาการ การประกอบอาชีพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา พัฒนาระบบการควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดใหม่ พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกายและการมีสุขภาพจิตที่ดี

4. ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพ ให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้อย่างมีคุณภาพทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอในทุกระดับ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทางให้ครอบคลุมพื้นที่ตามความจำเป็น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีคุณภาพมาตรฐานที่ดีในทุกระดับ จัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ คนชายขอบ พัฒนาการเข้าถึงบริการระบบ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมมากขึ้น พัฒนาระบบส่งต่อโดยประชาชนไม่ถูกปฏิเสธการส่งต่อและได้รับการดูแลที่ดีระหว่างการส่งต่อ ให้มีความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการรับบริการ ขยายขีดความสามารถในการบำบัดรักษาพยาบาล สร้างกลไกเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการใกล้ชิดลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเรื่องกระบวนการรักษาสีทธิประโยชน์และความคาดหวัง เพื่อให้ผู้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

5. ยุทธศาสตร์การสร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ ให้มีความสำคัญกับการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Delivery Board) เพื่อวางระบบบริการของประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนด

3. นโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

3.1 นโยบายที่มหมครอบครัว

ความเป็นมา

ในปี พ.ศ. 2557 นโยบายของรัฐบาล โดยท่านนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา มุ่งเน้นให้ประชาชนในสังคมไทยได้รับโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และประชาชนกลุ่มวัยต่างๆ ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมและเสมอภาค นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาด้านการป้องกันโรคมากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพให้มีการเตรียมความพร้อม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต จัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนรวมถึงชุมชนและครอบครัวด้วย (คำแถลงนโยบายนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา, 2557)

ทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน (กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายกำลังคนที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง มีระบบข้อมูลสุขภาพ ที่แม่นยำ ครบถ้วน ทันเวลาสามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบงานให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขและเห็นคุณค่าของการทำงาน ส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ (Public Private Partnership: PPP) สร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่างๆ ในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ตลอดจนการนำความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน

กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การนำของศาสตราจารย์ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ในขณะนั้น) ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาการจัดการสุขภาพให้แก่ประชาชนไทยตลอดทุกช่วงวัยทุกคน ให้มีอายุยืนและร่างกายที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการจัดระบบบริการทางสุขภาพที่ดีจึงไม่ใช่เพียงเป็นการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพียงเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมถึงการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษาและแนะนำการดูแลสุขภาพเบื้องต้นตั้งแต่ที่ยังไม่เจ็บป่วย ในขณะเดียวกันการเจ็บป่วยซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ ควรได้รับการรักษาดูแล ส่งต่อไปรับบริการในสถานบริการทางสุขภาพที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ในรายที่ต้องดูแลรักษาอาการแบบเรื้อรัง ก็ควรได้รับการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเหมาะสม

หากสามารถจัดให้มีบริการเยี่ยมดูแลถึงที่บ้านจากทีมสหวิชาชีพ ที่จะทำให้ประชาชนได้รับการดูแลทุกมิติและเป็นองค์รวม ประชาชนเกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และกลับบ้านได้ไม่ว่าอยู่ทีใด ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นอีกหนึ่งภารกิจสำคัญที่จะสนองต่อนโยบายของนายกรัฐมนตรีและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลสุขภาพประชาชนในทุกมิติทั้งรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพเป็นทีมสหวิชาชีพนั้นย่อมนำมาซึ่งคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแล โดยเฉพาะในบริบทประเทศไทยที่ยังมีข้อจำกัดของบุคลากรแพทย์ที่มักจะเป็นบุคลากรหลักในการดูแล ดังนั้นทีมหมอครอบครัว (Family care team) จึงนับว่าเป็นการปฏิรูปการดูแลสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่จะเป็นการต่อยอดเพิ่มเติมจากฐานงานเดิมของระบบบริการสุขภาพของไทย เป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับของการจัดบริการทางสุขภาพ รวมทั้งเป็นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคประชาชน ชุมชน โดยมีสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกัน

โดยนิยามของทีมหมอครอบครัว (Family care team) ในที่นี้หมายถึง กลุ่มบุคลากรที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านและในโรงพยาบาล รวมถึง อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อดูแลปัญหาด้านกาย ครอบคลุมทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลด้านจิตใจ สังคม บรรเทาทุกข์ พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน อย่างใกล้ชิด เข้าถึง เข้าใจ โดยจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัว 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับอำเภอ ซึ่งจะมีแพทย์และสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาล และทีมจากสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา พี่เลี้ยงให้การสนับสนุนวิชาการ พัฒนาศักยภาพทางคลินิกทีมตำบล ชุมชน รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรทุกประเภทที่จำเป็น

2. ระดับตำบล ซึ่งเป็นบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการทำหน้าที่เป็นหมอครอบครัว ดูแลปัญหาสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล ประสานส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถ ผสมผสานกับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้แก่ครอบครัว ชุมชน เชื่อมประสานกับองค์กรท้องถิ่น และภาครัฐอื่นๆ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหา ด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ขจัดทุกข์เพิ่มสุข ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหมอครอบครัว 1 คน ให้รับผิดชอบประชากรประมาณ 1,250 - 2,500 คน

3. ระดับชุมชน ประกอบด้วยภาคประชาชนในพื้นที่ เช่น อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จิตอาสา นักบริหาร แกนนำครอบครัว มีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองหรือการให้การบริการ ทำหน้าที่ประจักษ์ชัดของผู้ป่วยและครอบครัว

เพื่อเป็นของขวัญปีใหม่ 2558 ให้กับประชาชน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน (ในขณะนั้น) จึงได้ส่งมอบ “ทีมหมอครอบครัว” (Family care team: FCT) เข้าไปบริการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกครัวเรือน ทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อให้ “ประชาชนอุ่นใจ มีญาติทั่วไทย เป็นหมอครอบครัว” และเริ่มดำเนินนโยบายดังกล่าวตั้งแต่วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557 โดยกลุ่มเป้าหมายของการจัดบริการในช่วงแรก เน้นไปที่ 3 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่

- 1) **ผู้สูงอายุ** ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือเรียกว่า ผู้ป่วยติดเตียง (ข้อมูลจากสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557) จำนวนประมาณ 163,860 คน คิดเป็นร้อยละ 1.8 ของผู้สูงอายุที่มี 9 ล้านกว่าคน
- 2) **ผู้พิการ** จำนวน 1,580,525 คน และ
- 3) **ผู้ป่วยระยะสุดท้าย** จำนวนประมาณ 41,557 คน รวมทั้ง 3 กลุ่มประมาณ 1,785,942 คน

การดำเนินงานตามนโยบาย

เมื่อนโยบายทีมหมอครอบครัวได้ถูกนำไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการดำเนินการย่อมขึ้นอยู่กับพื้นที่ที่จะมีศักยภาพในการดำเนินการได้มากน้อยเพียงใด สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามนโยบายทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) เพื่อที่จะทราบการรับรู้ต่อนโยบายและการสนับสนุนทรัพยากร การนำนโยบายสู่การปฏิบัติและรูปแบบการดำเนินงานที่เกิดขึ้นแต่ละพื้นที่ ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนแรกหลังให้นโยบาย โดยเฉพาะในส่วนของผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนนโยบายทีมหมอครอบครัวในระดับพื้นที่ให้มีความยั่งยืนต่อไป โดยการติดตามประเมินผลนโยบายครั้งนี้ ใช้กรอบการพิจารณาตาม CIPP Model เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในการพิจารณาทุกด้านทั้งบริบทของพื้นที่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตการดำเนินงาน ใช้การค้นหาปรากฏการณ์ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม สังเกตแบบมีส่วนร่วม เอกสารบันทึกต่างๆ และใช้การสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการและบุคลากรผู้ให้บริการในทีมหมอครอบครัว และสุ่มพื้นที่ทำการติดตามประเมินผลนโยบาย จากระดับภาค เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล จนกระทั่งถึงระดับชุมชน

การสื่อสารนโยบายทีมหมอครอบครัว

ผู้บริหารระดับสูง โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายในการประชุม Kick off นโยบายทีมหมอครอบครัว ส่วนช่องทางหลักที่ทำให้ผู้ปฏิบัติได้รับการถ่ายทอดนโยบาย คือ การประชุมในเวทีระดับต่างๆ เช่น เวทีระดับกระทรวง เขต จังหวัด และอำเภอ หนังสือสั่งการจากส่วนกลาง ส่วนหนังสือคู่มือทีมหมอครอบครัว ที่ถูกส่งไปเพื่อนำไปใช้ประกอบการทำความเข้าใจของผู้ปฏิบัติในพื้นที่นั้น ยังไม่เพียงพอที่จะให้ทั่วถึงทุกสถานบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะต่อมากการลงเยี่ยมพื้นที่ของ คณะรัฐมนตรีว่าการฯ และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข สร้างความเข้าใจและกำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ถ่ายทอดข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ

ช่วยให้กระตุ้นพื้นที่ ทั้งที่ได้รับการเยี่ยมและพื้นที่จังหวัดอื่นในการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน ในขณะเดียวกันการเน้นย้ำทิศทางและเป้าหมายนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหารทุกระดับ โดยเฉพาะระดับจังหวัด ที่มีผลอย่างมากต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

การรับรู้นโยบาย

กลุ่มผู้รับรูนโยบายส่วนใหญ่เป็นระดับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด และอำเภอ อย่างไรก็ตามการรับรู้นโยบายยังขาดความเข้าใจอย่างชัดเจนในเรื่องแนวคิด ทิศทางนโยบาย รวมทั้งยังมีความสับสน ลังเลกับกรอบกระบวนการและเป้าหมาย รวมทั้งข้อกำหนดในการจัดตั้งโครงสร้างทีมหมอครอบครัว ส่วนผู้ปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัวระดับตำบล และชุมชน ทั้งส่วนของบุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนมีการรับรู้นโยบายน้อยมาก

ช่วง 6 เดือน การรับรู้นโยบายในผู้ปฏิบัติทุกระดับดีขึ้น มีความเข้าใจในแนวคิดและนำไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจนขึ้น ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานอื่นนอกสาธารณสุข เริ่มมีการรับรู้ในบางพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่าพื้นที่นั้นๆ ให้ความสำคัญและมีความสม่ำเสมอในการนำเรื่องนโยบายหรือปัญหาของสาธารณสุขเข้าเสนอต่อที่ประชุมในเวทีที่มีภาคีเครือข่ายอื่นมากน้อยเพียงใด โดยเวทีที่สามารถทำให้ภาคีเครือข่ายรับรู้ได้ดี ได้แก่ เวทีประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และประชาคมหมู่บ้าน สำหรับประชาชน ยังคงรับรู้เพียงว่ามีหมอมาเยี่ยมบ้านมาให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ซึ่งประชาชนรับรู้ว่าเป็นหมอครอบครัว ส่วนใหญ่จะกล่าวถึงผู้ดูแลสุขภาพใกล้ชิดที่สุด และแตกต่างกันในเขตเมืองและเทศบาล

การยอมรับและเห็นประโยชน์

ผู้ให้ข้อมูลทั้งผู้บริหารสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานส่วนสาธารณสุขในทีมหมอครอบครัวทุกระดับ ยอมรับว่าเป็นนโยบายที่มีมุ่งเน้นประโยชน์เพื่อประชาชน เป็นนโยบายที่แก้ปัญหาให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ในขณะเดียวกันนโยบายทีมหมอครอบครัว มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับการดำเนิน

งานที่มีอยู่ทั้งการทำงานสุขภาพปฐมภูมิ และการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) โดยเฉพาะงานเยี่ยมบ้าน (Home Health Care) ที่มุ่งเฉพาะเจาะจงกลุ่มเป้าหมายชัดเจนมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการประสานการทำงานที่ชัดเจนขึ้น ทั้งระหว่างสหวิชาชีพ และระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นไป ด้วยเหตุนี้ นโยบายดังกล่าวจึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมาย และทำให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานของทีม และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อการดำเนินงานในพื้นที่แต่อย่างใด

อย่างไรก็ตามบางพื้นที่ที่ยอมรับนโยบาย แต่ให้ข้อสังเกตเรื่องระยะเวลาในการดำเนินงานยังต้องการเวลาที่จะจัดระบบงานต่างๆ ให้ไปด้วยกันได้ก่อน ไม่ควรเร่งรีบให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินงาน มีลักษณะการสั่งการทำงานแบบ Top-Down ที่เร่งรัดการดำเนินงานที่จะเห็นผลเชิงปริมาณเร็วเกินไป โดยเฉพาะในช่วงแรกที่ต้องการเห็นจำนวนทีมหมอครอบครัวในแต่ละระดับ และจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล ซึ่งลักษณะงานแบบนี้ พื้นที่เห็นว่าควรใช้เวลาสำหรับการเรียนรู้สร้างความเข้าใจให้มากขึ้น ให้ครอบครัวผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจนก่อน แล้วดำเนินงานแบบค่อยเป็นค่อยไปตามศักยภาพและบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกันและควรเน้นการให้เห็นผลลัพธ์เชิงคุณภาพของทั้งตัวบุคลากรที่อยู่ในโครงสร้างทีมหมอครอบครัว และประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชนอย่างยั่งยืน

ในขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ให้ความสำคัญเพียงว่า เขาได้รับการดูแลช่วยเหลืออะไรจากบุคลากร หรือผู้เกี่ยวข้องทางสาธารณสุขที่เหมือนหรือต่างไปจากเดิม

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

ในแต่ละพื้นที่ที่มีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับต้นทุนการดำเนินงานเดิมของพื้นที่ เช่น งานเยี่ยมบ้าน (Home visit) งานหมอครอบครัว (นักสุขภาพครอบครัว: นสค.) การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) งานปฐมภูมิ หลายพื้นที่ที่มีแผนการทำงาน หรือรูปแบบการทำงานที่ใช้การบูรณาการกับงานเดิมที่ทำอยู่

อย่างไรก็ตามแนวคิด ทิศทาง นโยบายระดับพื้นที่ และเป้าหมายของผู้บริหารทุกระดับในพื้นที่ ทั้งส่วนของสาธารณสุขและผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด หัวหน้าส่วนราชการนอกกระทรวงสาธารณสุข ล้วนมีผลต่อการขับเคลื่อนการดำเนินการตามนโยบายอย่างมาก เช่น บางพื้นที่ผู้บริหารระดับจังหวัด ซึ่งให้ความสำคัญกับบริบทของพื้นที่ แม้ว่าในจังหวัดเดียวกันแต่ต่างอำเภอ ต่างตำบล ก็มีความแตกต่าง จึงได้นำนโยบายไปสู่พื้นที่ ร่วมวิเคราะห์บนพื้นฐานบริบทของพื้นที่ เพื่อให้ได้แผนปฏิบัติการที่เหมาะสมกับพื้นที่

รูปแบบการดำเนินงาน

1) **บูรณาการ ผสมผสานกับงานเดิม** ทั้งเชิงกระบวนการ กลุ่มเป้าหมายและทีมงาน เข้ากับงานเดิมในพื้นที่ เช่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยงานในพื้นที่ดำเนินการอยู่แล้วอย่างงานปฐมภูมิ เพื่อการจัดการโรค NCD การดูแลระยะยาว (Long term care) งานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ที่เน้นการจัดการตามกลุ่มวัย งานเยี่ยมบ้าน และส่งต่อผ่านสายด่วน 1669 และรถบริการฉุกเฉินที่ได้รับการสนับสนุนจาก อปท. ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง ระหว่างเขตชนบท เขตเมือง (นอก/ในเขตเทศบาล) แต่ละพื้นที่

- พื้นที่เขตชนบทมีพื้นฐานความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. กับประชาชนที่อยู่ในชุมชน ทำให้การยอมรับและการเข้าถึงของทีมหมอครอบครัวระดับตำบลและชุมชน เป็นไปได้โดยไม่ยากนัก
- พื้นที่ในเขตเทศบาลและเขตเมือง มีพื้นฐานความเป็นเมือง งานทีมหมอครอบครัวจะดำเนินไปได้ดีไม่น้อยเพียงใด จึงขึ้นกับความสัมพันธ์ของบุคลากรและทีมงานสุขภาพเองที่เคยดำเนินการไว้เป็นอย่างมาก จากกรณีศึกษาทั้ง 4 จังหวัด พบว่า เจ้าหน้าที่ทั้งจากงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยความใส่ใจในการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพให้ถึงบ้าน ซึ่งปัจจัยที่สำคัญในการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างส่วนของโรงพยาบาลและเทศบาล จะเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น ในกรณีที่พื้นที่นั้นผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของเทศบาล มีพื้นฐานการทำงานด้านสาธารณสุข และมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อทีมงานของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

2) พัฒนารูปแบบและแนวทางเสริมความเข้มแข็ง เพื่อสร้างความเข้มแข็งในกิจกรรมสำคัญของทีมหมอครอบครัว ศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้นำเทคโนโลยีการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม“line group”ที่สามารถติดตามและตอบสนองได้ทุกที่ ทุกเวลา ของทีมหมอครอบครัวและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย การรายงานรายการณ์ การส่งต่อ การเสริมพลัง (Empowerment) ระหว่างทีม ในหลายพื้นที่ที่ได้พยายามใช้ไลน์ ในการสื่อสาร แต่พื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรมขึ้นอยู่กับความเอาใจใส่ ทุ่เมเท ของหัวหน้าทีม คือแพทย์ที่ปรึกษาระดับโรงพยาบาล ความพร้อมของเครื่องมือสื่อสารและระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต การจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน โดยเฉพาะ อสม. การเสริมขวัญกำลังใจจากผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย และการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ

3) ใช้โมเดลและแผนยุทธศาสตร์ของส่วนจังหวัดผลักดันการขับเคลื่อน ในบางพื้นที่ส่วนจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้นำในการพัฒนาด้านสุขภาพ โดยมีแผนยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือในการนำทางควบคุมกำกับ เช่น บุริรัมย์รายกรณีโมเดล (Buriram Case Management: B-CM Model) หรือยุทธศาสตร์ บุริรัมย์สันติสุข 9 ดี ประกอบด้วย คนดี มีปัญญา รายได้สมดุล สุขภาพแข็งแรง สิ่งแวดล้อมสมบูรณ์ สังคมอบอุ่น หลุดพ้นอาชญากรรม กองทุนพึ่งพาตนเอง การสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งทำให้ทุกภาคส่วนในจังหวัดมีการคิดและทำแผนปฏิบัติการเพื่อการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์ งานสาธารณสุข และนโยบายทีมหมอครอบครัว ได้รับประโยชน์โดยตรงในเชิงการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย หรือภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัดได้ง่ายขึ้น จึงเป็นกรณีให้เห็นได้ชัดว่า วิสัยทัศน์ แนวคิดทิศทางการบริหารของผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด มีผลอย่างมากต่อการขับเคลื่อนและดำเนินงานของทีมหมอครอบครัวของพื้นที่

4) ขยายความเข้มแข็งจากชุมชนเป็นพลังของทีม ตัวอย่างเช่น ชุมชนบ้านไม้แดง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน จิตอาสา มีวิสัยทัศน์ของชุมชน

เพื่อประโยชน์ของประชาชนในชุมชนที่ชัดเจนในเรื่องสุขภาพ ทำงานเชื่อมกับส่วนสาธารณสุขในระดับตำบลและอำเภอ เมื่อมีทีมหมอครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายจึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ในขณะที่เดียวกันหลายกิจกรรมทางสุขภาพส่วนสาธารณสุขเป็นผู้ไปช่วยสนับสนุนชุมชนให้เป็นผู้คิดริเริ่มและเสนอให้ดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชน เกิดความสำเร็จหลายอย่างที่นำพาความสุขให้กับคนในชุมชน โดยที่ทีมก็มีความสุขที่ได้ทำงานให้กับคนในชุมชนของตนเอง ซึ่งถือว่าความเข้มแข็งจากชุมชนเป็นฐานพลังสำคัญของการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว

ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย

ในทุกพื้นที่ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจากภาคีเครือข่ายโดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่ใช่เพียงงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว แม้บางพื้นที่อาจยังไม่รับรู้หรือเข้าใจว่าทีมหมอครอบครัวเป็นอย่างไร การดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล รวมทั้งผู้ด้อยโอกาส ภาคีเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการเสริมการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้งานเยี่ยมบ้านในพื้นที่ ดำเนินไปด้วยดี กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

ความต้องการสนับสนุนทรัพยากร

พื้นที่ยังต้องการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อให้สามารถวางแผนได้เต็มที่ ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ ยังถูกมองว่าไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะเรื่องกำลังคนในส่วนของ รพสต. ที่ยังไม่เพียงพอทั้งปริมาณและศักยภาพในการจัดบริการเพื่อดูแลกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้มีบางพื้นที่ได้มีการวางรากฐานการสร้างบุคลากรของพื้นที่ไว้เรียบร้อยแล้ว (ตัวอย่างเช่น กรณีอำเภอสนมชัยเขต ที่ผู้บริหาร CUP เห็นความสำคัญในการสร้างบุคลากรและการรักษาบุคลากรให้คงอยู่ในพื้นที่มาอย่างยาวนาน) มีผลอย่างมากต่อการดำเนินงานทีมหมอครอบครัวได้เร็วและง่ายขึ้น ส่วนเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ งบประมาณเพื่อการดำเนินกิจกรรม หลายแห่งไม่ได้เรียกร้องมากนัก เนื่องจากสามารถใช้งบประมาณปกติหรืองบจาก

กองทุนต่างๆ ในชุมชนได้ และขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ หากจะมีการขอรับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ จะเป็นไปได้เพื่อการจัดกิจกรรมที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ตามเงื่อนไขของการใช้จ่ายเงิน เช่น ค่าน้ำมันยานพาหนะให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน หรือสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการเยี่ยมบ้าน

ผลการดำเนินงาน

จำนวนทีมหมอครอบครัว ในช่วง 3 เดือนแรก พื้นที่ที่มีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวตามโครงสร้างระดับอำเภอ ระดับตำบลและระดับชุมชน แต่บางพื้นที่ยังมีปัญหาอุปสรรคในการจัดตั้งตามโครงสร้างที่กำหนด เนื่องจากมีข้อจำกัดในบุคลากรแพทย์ ทั้งจำนวนแพทย์ที่มีน้อยในพื้นที่และความสมัครใจของแพทย์ที่จะเป็นที่ปรึกษาของทีมหมอครอบครัว ดังนั้นถึงแม้ว่าจะสามารถรายงานจำนวนทีมหมอครอบครัวได้ แต่การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของทีมตามที่ควรจะเป็น ยังคงค่อนข้างน้อย ในช่วง 6 เดือน พื้นที่ต่างๆสามารถจัดตั้งทีมหมอครอบครัวได้ครบทั้ง 3 ระดับ ได้เกินกว่า 30,000 ทีม การพัฒนาศักยภาพของทีมยังคงเป็นประเด็นที่พื้นที่ยังคงต้องดำเนินการต่อ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการทั้งตัวกลุ่มเป้าหมายเองและญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในการบริการของทีมหมอครอบครัวมากที่สุดในด้านความสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย ความเป็นธรรม และการบริการเป็นมิตรและเต็มใจดูแลด้านการส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งพาตนเองและคนในครอบครัว และด้านคุณภาพการดูแลของทีม

ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่พึงพอใจการมีทีมหมอครอบครัวไปเยี่ยม โดยเฉพาะในรายที่อยู่ไกลจากโรงพยาบาล การเดินทางค่อนข้างลำบาก ในรายที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง จะต้องจ้างเหมารถยนต์ ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อครั้งในการเดินทางไปรักษาหรือตรวจสุขภาพต่อเนื่อง บางรายเป็นผู้สูงอายุติดเตียง แม้ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล แต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่นในชีวิตประจำวัน เช่น ค่าผ้าอ้อมรองเปื้อน ดังนั้น การมีทีมหมอครอบครัวที่ลงไปเยี่ยมได้เห็นความเป็นอยู่และทราบปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ได้ประสานการดูแลช่วยเหลือ การไปเยี่ยมของทีมหมอครอบครัว ที่มีใช้เพียงเฉพาะทีมของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข แต่ยังคงรวมถึงส่วนของชุมชน ทั้งแกนนำชุมชน อปท. จิตอาสา อสม. พม. กาชาด หลายภาคส่วนผู้ป่วยและญาติ ต่างพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า “ทำให้มีกำลังใจ ไม่ถูกทอดทิ้ง” “อยากสู้ต่อ อยากหาย อยากช่วยตนเองให้มากขึ้น เพื่อให้ครอบครัวและหมอดีใจ”

ก้าวต่อไปของการดำเนินการตามนโยบายทีมหมอครอบครัว

การสนับสนุนเชิงนโยบายเป็นสิ่งสำคัญ จากผลการศึกษามีข้อเสนอในประเด็นต่อไปนี้

1. สื่อสารนโยบายระดับกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการเชื่อมั่นนโยบายและแผนตั้งแต่ระดับส่วนกลางที่จะเอื้อให้พื้นที่ทำงานได้สะดวกมากขึ้น
2. วิเคราะห์และพิจารณาการสนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญ ต่อการทำงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว โดยเฉพาะทรัพยากรคน เงิน ของ เช่น ยานพาหนะที่ใช้สำหรับการรับส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะในท้องถิ่นทุรกันดารและพื้นที่ห่างไกลเมือง
3. ทบทวนและพิจารณาปรับปรุงเงื่อนไขระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายงบประมาณในระดับพื้นที่
4. ปลุกฝังจิตวิญญาณในการทำงาน กระตุ้นตอกย้ำการเห็นคุณค่าของการได้ช่วยเหลือผู้อื่นโดยสำนึกของความเป็นจิตอาสา “เพื่อประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่หนึ่ง ประโยชน์ตนเป็นที่สอง”
5. ค้นหาต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นตนเองที่จะนำมาช่วยในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนและชุมชน เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ภูมิปัญญาท้องถิ่น ชมรม กลุ่มคน
6. รมณรงค์กระตุ้นความคิด ทศนคติให้ประชาชนเห็นความสำคัญและร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน

ข้อเสนอของการก้าวต่อไปนโยบายทีมหมอครอบครัว จากปรากฏการณ์ที่เป็นที่ประจักษ์ในพื้นที่ที่สามารถสรุปได้ว่าประเด็นสำคัญที่จะช่วยทำให้การดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัวมีความต่อเนื่องยั่งยืนได้ ภายใต้อุดมคติประกอบที่สำคัญ คือ I LOVE U ดังนี้

1. บูรณาการดี (Integration) การบูรณาการงานเข้าด้วยกันอย่างมีเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานที่ชัด ไม่ซ้ำซ้อนและไม่ทำให้เป็นภาระต่อการดำเนินงาน

2. มีการเรียนรู้ (Learning) การเรียนรู้วิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่

3. แผนคู่งานชัด (On tract) การกำหนดแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนงานทุกระดับจะเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้ดำเนินงาน ติดตาม ประเมินผล มีทิศทางอย่างชัดเจน

4. คุ้มค่างานด้วยใจ (Value) การได้เห็นความสุขที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประชาชนผู้ได้รับการดูแล จากทีมหมอครอบครัว ถือว่าเป็นรางวัลที่มีความหมาย และคุณค่าทางใจสำหรับผู้ให้บริการ

5. ให้การเสริมพลัง (Empowerment) การกระตุ้นติดตาม ประเมินด้วยการเสริมพลังทางบวก

6. สร้างสรรค์ทีมเวิร์ค และบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Unity & Utilization) ความร่วมมือกันเป็นทีมที่เข้มแข็ง รวมทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป

จากปรากฏการณ์ที่พบทั้งหมด อาจเป็นการยืนยันได้ว่านโยบายทีมหมอครอบครัว เป็นอีกหนึ่งการพัฒนาาระบบสุขภาพของการสาธารณสุขไทย ที่จะช่วยสนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ได้รับความอุ่นใจจากบริการที่เป็นมิตร ในขณะที่เดียวกันเป็นนโยบายที่กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวของบุคลากรทางสาธารณสุขในการทำงานเชิงรุก ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือกันของสหวิชาชีพเพื่อป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้ประชาชนที่สำคัญการที่ให้ภาคีเครือข่ายและภาคประชาชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมที่ชัดเจนในด้านสุขภาพ ซึ่งก็จะเป็นการเสริมความเข้มแข็งของการสาธารณสุขและอาจเป็นการนำไปสู่การพึ่งพาตนเองทางสุขภาพของประชาชนและชุมชน ต่อไป

3.2 โครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ

โรคขาดสารไอโอดีนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีผลกระทบต่อการพัฒนาสมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนถึงช่วงระยะทารกแรกเกิดและเด็กปฐมวัย และประชากรในกลุ่มวัยอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามความรุนแรงและระยะเวลาของการขาดสารไอโอดีน ทั้งนี้ เนื่องจากไอโอดีนเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการสร้างไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในการพัฒนาสมองและระบบการทำงานของร่างกาย โรคขาดสารไอโอดีนเป็นต้นเหตุที่สำคัญของภาวะปัญญาอ่อนที่ป้องกันได้ การขาดสารไอโอดีนจะทำให้สมองเจริญเติบโตไม่เต็มที่ทำให้ระดับสติปัญญาของเด็ก (IQ) ลดลง ส่งผลกระทบต่อไปในประชาชนวัยทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ดังนั้น จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหาให้โรคขาดสารไอโอดีนหมดไปจากประเทศไทย

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประเทศไทยได้มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลายาวนาน จนสามารถลดภาวะความรุนแรงได้ในระดับหนึ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้โรคนี้อันเป็นปัญหาสาธารณสุขในระยะต่อไป จึงต้องมีการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องบูรณาการงานและร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนในประเทศไทยได้มีวิวัฒนาการเป็นระยะต่างๆ ดังนี้

พ.ศ. 2490 – 2530 เป็นยุคบุกเบิก ในช่วงนี้เป็นการศึกษาและการสำรวจสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน โดยผลจากการศึกษาเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีนที่แสดงอาการคอปอกในประชากรที่อาศัยในบริเวณภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ได้มีการรายงานและจัดทำสถิติโรคคอปอกที่ตรวจพบจากการมองเห็นและสามารถยืนยันได้ว่าประเทศไทยเริ่มมี

ปัญหาเกี่ยวกับโรคขาดสารไอโอดีน จากข้อมูลดังกล่าว ปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนจึงได้รับความสนใจและมีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนเป็นมาตรการหลักในการควบคุมและป้องกันการขาดสารไอโอดีนตั้งแต่นั้น เป็นต้นมา

พ.ศ. 2531 – 2542 เป็นยุคทองของไอโอดีน เนื่องจากเป็นพระมหากษัตริย์คุณของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงรับเป็นประธาน คณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติในปีพ.ศ. 2534 มีนโยบายและแผนควบคุมและป้องกันระดับชาติ และมีการกำหนดมาตรการที่หลากหลายที่สำคัญ ได้แก่ เกลือเสริมไอโอดีน น้ำเสริมไอโอดีนและการเสริมไอโอดีนในอาหารอื่น ๆ นอกจากนั้น ยังมีกิจกรรมที่สำคัญอื่นๆ เช่น การบริการหน่วยเคลื่อนที่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการไอโอดีน การผลิตสื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ รวมทั้งการสร้างความตระหนักในสังคมถึงภัยร้ายของโรคขาดสารไอโอดีนและการสร้างนวัตกรรมเพื่อตรวจคุณภาพเกลือด้วยชุดทดสอบไอโอดีนในเกลือเสริมไอโอดีน (I-kit และ I-Reader)

พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน เป็นยุคมุ่งมั่นสู่ความยั่งยืน ในยุคที่ปัญหาเริ่มคลี่คลาย แต่ยังคงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนากลยุทธ์เพื่อสร้างความยั่งยืนในโครงการ โดยการพัฒนา ระบบต่างๆ เช่น ระบบการควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน ระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ โดยมีกิจกรรมที่สำคัญคือ การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน โดยใช้ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ มีการติดตามประเมินผลจากทีมผู้เชี่ยวชาญภายนอก โดยสภาการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนนานาชาติ (International Council for the Control of Iodine Deficiencies Disorders: ICCIDD)

การดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พ.ศ. 2558

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย ได้ดำเนินโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน โดยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) สำหรับสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2557 พบว่า ปัญหาเรื่องการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และผู้สูงอายุยังคงเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สำหรับเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีแนวโน้มที่จะได้รับสารไอโอดีนเกินเกณฑ์มาตรฐาน

ตารางที่ 3.1 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปีสภาวะ (เด็ก 3 - 5 ปี ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์) และหญิงมีครรภ์
ที่ขาดสารไอโอดีน พ.ศ. 2549 - 2557

พ.ศ.	เด็ก 3-5 ปี (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	ผู้สูงอายุ (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	หญิงตั้งครรภ์	
					ค่ามัธยฐาน	ร้อยละ
2549	-		-		83.5	57.4
2550	-		-		108.2	61.3
2551	-		-		125.5	58.5
2552	-		-		117.8	59.0
2553	-		-		142.1	52.5
2554	229.2	11.3	129.0	37.9	181.2	39.9
2555	212.6	14.1	108.3	46.5	159.4	46.4
2556	226.0	11.1	112.3	42.5	146.8	51.1
2557	234.6	10.6	111.3	44.6	155.7	47.6

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

หมายเหตุ: 1) เกณฑ์ขาดสารไอโอดีน เด็ก 3 - 5 ปี และ
ผู้สูงอายุ

ขาด (deficiency) <100 µg/L
พอดี (adequate) 100-199 µg/L
เกินพอ (more than) 200-299 µg/L
เกินขนาด (excessive) ≥ 300 µg/L

2) หญิงตั้งครรภ์

ก่อนปี 2550 เกณฑ์ < 100 µg/L
ตั้งแต่ปี 2550 เกณฑ์ < 150 µg/L

จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ได้ร่วมมือกันแก้ไขปัญหาโรคขาดสารไอโอดีนให้หมดไปจากประเทศไทย โดยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาแบบองค์รวม ภายใต้แผนยุทธศาสตร์หลัก ดังนี้

แผนยุทธศาสตร์หลักโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน พ.ศ. 2557 - 2559

ยุทธศาสตร์ที่ 1: ผลักดันและพัฒนานโยบายการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนสู่ความยั่งยืน

กิจกรรมสำคัญ: การกำหนดกรอบทิศทางและนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ

กิจกรรมสำคัญ: การผลักดันให้เกิดมาตรการเกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า (Universal Salt Iodization)

ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน เพื่อดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมสำคัญ: การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ในกลุ่มเสี่ยง และการพัฒนาระบบเฝ้าระวังคุณภาพเกลือครอบครัว 3 แหล่ง คือ สถานที่ผลิต/นำเข้า สถานที่จำหน่ายและครัวเรือน

ยุทธศาสตร์ที่ 4: การสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พันธมิตรและภาคีเครือข่าย เพื่อการมีส่วนร่วม

กิจกรรมสำคัญ: การสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พันธมิตรและภาคีเครือข่าย เพื่อการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะการผลักดัน สนับสนุนให้เกิดชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน รวมถึงการเสริมสร้างบทบาทของเครือข่ายและภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ที่ 5: การประชาสัมพันธ์ รมรงค์ และการตลาดเชิงสังคม เพื่อการบริโภคเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมสำคัญ: การสื่อสารสู่สังคมทุกช่องทาง เพื่อมุ่งสู่มาตรการเกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า และการสร้างความตระหนักถึงโรคขาดสารไอโอดีนที่มีผลต่อระดับสติปัญญา และคุณภาพชีวิตของคนไทยทุกกลุ่มวัย

ยุทธศาสตร์ที่ 6: การศึกษาวิจัย

กิจกรรมสำคัญ: การพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรม และงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 7: การใช้มาตรการเสริมในระยะเฉพาะหน้าและมาตรการอื่นๆ

กิจกรรมสำคัญ: การจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติเหล็ก และกรดโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร 6 เดือน และสนับสนุนน้ำเสริมไอโอดีนในพื้นที่ทุรกันดาร ตามโครงการพระราชดำริ

มาตรการการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน

1. มาตรการหลัก คือ เกลือเสริมไอโอดีนถ้วนหน้า (Universal Salt Iodization: USI) เป้าหมาย: ความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพระดับครัวเรือนมากกว่า ร้อยละ 90

2. การจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติเหล็กและกรดโฟลิกให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดการตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรในระยะ 6 เดือนหลังคลอด มาตรการเสริมนี้ได้มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553

3. การเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยง มีการตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มเสี่ยง คือ หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย (อายุ 3 - 5 ปี) และผู้สูงอายุ

4. การสุ่มตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ณ จุดผลิต สถานที่จำหน่ายและในครัวเรือน

5. พัฒนาศักยภาพชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน

6. การพัฒนาชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน

7. การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน

สำหรับการแก้ไขปัญหาการขาดสารไอโอดีนในประเทศไทย มีเป้าหมายที่จะทำให้ประชาชนได้รับสารไอโอดีนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ในทุกเพศ ทุกวัย รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดให้ครบ 6 เดือน ปัจจุบันสถานการณ์ของภาวะขาดสารไอโอดีนดีขึ้นเป็นลำดับ จากผลการดำเนินงานในปีพ.ศ. 2557 สรุปได้ดังนี้

1. โครงการติดตามและพัฒนาศักยภาพในการผลิตผลิตภัณฑ์ที่เสริมไอโอดีน โดยมีการสนับสนุนเครื่องผสมเกลือ จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้การผลิตเกลือบริโภคผสมไอโอดีนและให้ความรู้ในการจัดทำระบบประกันคุณภาพ และระบบควบคุมคุณภาพการผลิตเกลือบริโภคให้กับเจ้าหน้าที่ และผู้ประกอบการ พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังคุณภาพหรือมาตรฐานเกลือบริโภคและผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่เสริมไอโอดีน ณ สถานที่ผลิตและจำหน่าย รวมทั้งสอบเทียบเครื่อง I-reader และจัดซื้อน้ำยา I-reagent ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งคัดเลือกสถานประกอบการเพื่อเข้ารับรางวัล “เกลือคุณภาพ” สำหรับความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนที่ได้มาตรฐาน จากรายงานของสำนักโภชนาการกรมอนามัย พบว่า ร้อยละ 91.5 ได้มาตรฐาน ≥ 20 พีพีเอ็ม ร้อยละ 83.5 ได้มาตรฐาน 20 - 40 พีพีเอ็ม

2. การเฝ้าระวังและติดตามปริมาณไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยง โดยการจัดทำระบบเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีน โดยการสุ่มตรวจปริมาณไอโอดีนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กกลุ่มอายุ 3 - 5 ปี และผู้สูงอายุ จากผลการดำเนินงานพบว่า ปัญหาเรื่องการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ยังต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด สำหรับเด็ก 3 - 5 ปี มีแนวโน้มที่จะได้รับสารไอโอดีนเกิน นอกจากนั้น ยังมีการเก็บตัวอย่างเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือน ซึ่งพบว่า ความครอบคลุมเกลือเสริมไอโอดีนในครัวเรือนที่มีคุณภาพ มีมากขึ้นจากร้อยละ 60.3 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 83.5 ในปีพ.ศ. 2557

3. การสร้างความมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน มีการแต่งตั้ง อสม. ทั่วประเทศให้เป็น “ทูตไอโอดีน” การขับเคลื่อนชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนและพัฒนาสู่ศูนย์เรียนรู้ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน จากผลการดำเนินงาน พบว่ามีชุมชน/หมู่บ้านที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนา เป็น “ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” จำนวน 77,945 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 98.3 โดยมีชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีนที่ผ่านการประเมินแล้ว 48,482 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.2 ทั่วประเทศ

4. การประชาสัมพันธ์ รณรงค์ โดยการจัดงาน วันไอโอดีนแห่งชาติ ที่มีการบูรณาการร่วมกันกับหน่วยงานต่างๆ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ชมรมผู้ประกอบการเกลือเสริมไอโอดีน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษาและภาคเอกชน เพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจให้เห็นถึงความสำคัญของไอโอดีน นอกจากนี้ ยังมีการประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการบริโภคเกลือและผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ จัดสื่อพิมพ์เผยแพร่ เป็นต้น

5. การใช้มาตรการเสริมโดยการจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก (กรดโฟลิก) สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร และการสนับสนุนน้ำเสริมไอโอดีนในพื้นที่ทุรกันดารตามโครงการพระราชดำริ

มาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดปัญหาการขาดสารไอโอดีนในอนาคต

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาการขาดสารไอโอดีนยังไม่หมดไปจากประเทศไทย ดังนั้น จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการขจัดโรคขาดสารไอโอดีน โดยร่วมกันผลักดันมาตรการต่างๆ ต่อไป ดังนี้

1. ระบบการควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน โดยเริ่มจากแหล่งผลิต แหล่งจำหน่าย และครัวเรือน ซึ่งภาคร้านค้าชุมชนส่วนต่างๆ จะต้องเข้ามาเกี่ยวข้องคือ โรงงานผลิต ร้านค้า ชุมชน รวมทั้งกรมโรงงานอุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการค้าภายใน กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ

2. การสนับสนุนสารโพแทสเซียมไอโอเดตและการบริหารกองทุนเกลือเสริมไอโอดีน เพื่อสนับสนุนผู้ประกอบการให้มีกำลังการผลิตเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพและเพียงพอต่อความต้องการของประชาชน รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนากระบวนการควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนให้ครบวงจรและการสนับสนุนเครื่องผสมเกลือ

3. จัดทำแผนแม่บทการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ เพื่อเป็น Road Map ในการดำเนินงานในภาพรวมของโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน

4. ผนวกการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนเข้าไปในโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5. รณรงค์เพื่อสร้างความตระหนกอย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงโรคขาดสารไอโอดีนกับการพัฒนาสติปัญญา เช่น รณรงค์วันไอโอดีนแห่งชาติ และผนวกกิจกรรมสนับสนุนการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนกับการรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ในโอกาสที่เหมาะสม

6. ขับเคลื่อน “ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” ก้าวสู่การดำเนินงาน ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน 100% โดยบูรณาการร่วมกับทีมหมอครอบครัว (FCT)

7. การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนากลยุทธ์ใหม่ๆ ในการดำเนินงานและพัฒนาระบบเพื่อประเมินสถานการณ์และติดตามประเมินผล รวมทั้งการศึกษาวิจัย เพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานและสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยเพื่อพัฒนาและควบคุมระบบควบคุมคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีนอย่างเป็นระบบ

4. จากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) สู่มเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs)

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ได้สิ้นสุดลงในปีพ.ศ. 2558 โดยผลการดำเนินงานในช่วง 15 ปีที่ผ่านมาประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในหลายประเทศสำหรับความก้าวหน้าและความสำเร็จในการพัฒนาของไทยนั้น พบว่าประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมายด้านความยากจนและความหิวโหย ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศ การควบคุมป้องกันโรคเอดส์และโรคมมาลาเรียแล้ว¹ สำหรับการพัฒนาในช่วงต่อไป องค์การสหประชาชาติ

ได้กำหนดวาระการพัฒนาภายหลังปี พ.ศ. 2558 (post - 2015 development agenda) ตามกระบวนทัศน์ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” โดยประเด็นสำคัญของวาระการพัฒนาภายหลังปี พ.ศ. 2558 คือ การจัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลักที่ต้องการบรรลุและดำเนินการให้ได้ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.2 เป้าหมายหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลัง ปี พ.ศ. 2558

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลัง พ.ศ. 2558	
1. การขจัดความยากจน	10. การลดความไม่เท่าเทียมกันภายในและระหว่างประเทศ
2. การขจัดความโหยหิว สร้างความมั่นคงทางอาหารและให้ทุกคนได้รับโภชนาการที่เพียงพอ รวมถึงการส่งเสริมการทำเกษตรที่ยั่งยืน	11. การพัฒนาชุมชนเมืองที่ยั่งยืน
3. การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ	12. การผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน
4. การศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมถึงโอกาสการเรียนรู้แบบตลอดชีวิต	13. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
5. การเสริมสร้างศักยภาพของสตรีและความเท่าเทียมทางเพศ	14. การอนุรักษ์และการใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืน
6. น้ำดื่ม - น้ำใช้ที่ถูกละอุนามัย	15. การปกป้องและฟื้นฟูระบบนิเวศน์ รวมถึงการยุติการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ
7. การเข้าถึงบริการทางพลังงาน เช่น การเพิ่มการผลิตพลังงานหมุนเวียน 2 เท่า	16. สร้างสันติภาพ
8. การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน เช่น ยุติการใช้แรงงานเด็ก	17. แนวทางการดำเนินการและหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
9. การประกอบอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืน	

¹ 1) www.thaigov.go.th 2) www.nesdb.go.th

4.1 เป้าหมายหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี 2015 (Sustainable Development Goals-SDGs)

สำหรับเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพที่ดีในทุกช่วงอายุ ประกอบด้วยเป้าหมายย่อยจำนวน 13 เป้าหมาย (ดังตารางที่ 3.3) ประกอบด้วยเป้าหมายย่อยที่ต้องการบรรลุภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ดังนี้

ตารางที่ 3.3 เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ

ลำดับประเด็น (Target)	เป้าหมายย่อยที่ต้องบรรลุภายในปี ค.ศ. 2030 (Indicator)
Maternal mortality	Reduce maternal mortality to <70 per 100,000 livebirths ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกต่ำกว่า 70 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ
End newborn and child preventable deaths	Under-5 mortality rate (no more than 25 per 1,000 live births) ขจัดปัญหาการตายที่สามารถป้องกันได้ของทารกแรกเกิดให้น้อยกว่า 12 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพและการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้น้อยกว่า 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ
End epidemics	HIV incidence and mortality rates (90% reduction) TB incidence and mortality numbers (80% and 90% reductions) Malaria incidence and mortality rates (90% reduction) หยุดยั้งการระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่อในกลุ่มประเทศเขตร้อนที่ถูกกละเลย (neglected tropical disease) โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคติดต่อที่เกิดจากการบริโภคน้ำและอาหารที่ไม่สะอาด รวมทั้งโรคติดต่ออื่นๆ
Reduce NCD mortality and improve mental health	Mortality rate due to CVD, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease between ages 30 and 70 (30% reduction) ลดการตายก่อนวัยอันควรที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases-NCDs)
Prevention and treatment of substance abuse	เสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด
Halve deaths and injuries from road traffic accidents	Mortality numbers due to road traffic accidents (50% reduction) ลดจำนวนผู้ที่เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร
Universal access to sexual and reproductive health care services	Family planning coverage rate (at least 75%) สร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว
Universal health coverage	Coverage index with tracer interventions for prevention and treatment and financial protection สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในทุกประเทศ

ตารางที่ 3.3 เป้าหมายหลักที่ 3 การมีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ (ต่อ)

ลำดับประเด็น (Target)	เป้าหมายย่อยที่ต้องบรรลุภายในปี ค.ศ. 2030 (Indicator)
Reduce mortality and illness from pollution and contamination	Population in urban areas exposed to outdoor air pollution above WHO guideline values ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตราย
Tobacco (FCTC)	Tobacco use การนำหลักการในกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control – FCTC) ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
Medicines and vaccines	Population with access to affordable medicines (%) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีน ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเทคโนโลยีสุขภาพสำหรับโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศยากจน และประเทศกำลังพัฒนา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงวัคซีน ยาเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีสุขภาพเหล่านี้ได้อย่างถ้วนหน้าในราคาไม่แพงเกินไป
Increase health financing and enhance health workforce in developing countries	Health workers per 1,000 population เพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการเงินการคลังสุขภาพ จากภาครัฐ การผลิต การกระจายและธำรงบุคลากรสุขภาพที่มีคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ยากลำบาก หรือห่างไกลทุรกันดาร
Strengthen capacity health risks	Implementation IHR core capacities เสริมสร้างศักยภาพของทุกประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาในการเตือนภัย เฝ้าระวังและลดความสูญเสียที่เกิดจากภัยพิบัติและภัยคุกคามต่างๆ รวมทั้งโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้ออุบัติใหม่ด้วย

4.2 ความสำคัญในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ภายหลังปีพ.ศ. 2558 (SDGs Post-2015 development agenda)

หลักการ ควรยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง และมีการจัดความยากจนเป็นเป้าหมายหลัก ครอบคลุมประชาชนจากทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของการบูรณาการจัดทำ **เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี พ.ศ. 2558** และการนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ให้ความสำคัญต่อบทบาทของสตรีในการมีส่วนร่วมในวาระการพัฒนา เรียนรู้จากประสบการณ์ของ MDGs และตอบสนองต่อ

สิ่งท้าทายที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ และโรคติดต่ออุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ รวมถึงภัยพิบัติทางธรรมชาติต่างๆ ดังนั้น วาระการพัฒนาภายหลังปี พ.ศ. 2558 ควรครอบคลุม 4 ประเด็น ดังนี้

1) Ensuring sustainability

ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนที่พ้นจากสภาวะยากจนแล้วต้องกลับไปเผชิญสถานะเดิม เนื่องจากการไม่มีงานทำและการขาดรายได้ ดังนั้น การเจริญเติบโตที่ยั่งยืน ผ่านการสร้างงาน โดยเฉพาะการสร้างงานที่มีคุณค่าจึงมีความสำคัญ รวมถึงการส่งเสริม

การศึกษาที่เน้นคุณภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของตลาดแรงงาน

ความยั่งยืนในเชิงสิ่งแวดล้อม โดยหัวใจหลักคือการพัฒนาด้านเศรษฐกิจที่ต้องคำนึงถึงทรัพยากรที่จะเหลือไปถึงคนรุ่นหลัง นอกจากนี้ ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา คือ ความมั่นคงทางด้านน้ำ อาหาร และพลังงาน

2) Building resilience

เป้าหมายด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงเป้าหมาย MDGs ที่ยังคงไม่บรรลุในปี พ.ศ. 2558 และสำคัญต่อศักยภาพของมนุษย์ในการตอบสนองต่อสิ่งท้าทายใหม่ๆ ดังนั้น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายหลังปี พ.ศ. 2558 นอกจากควรมีประเด็นเรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ประเทศไทยควรมีบทบาทนำและสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีต่อประเทศอื่นในประเด็นอื่นๆ ที่ประเทศไทยมีศักยภาพและความเข้มแข็งใน 8 ด้านที่ระบุไว้ในกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก

ประเด็นด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและบรรเทาภัยจากเหตุภัยพิบัติ เนื่องจากได้เกิดขึ้นถี่และรุนแรงขึ้น ทำให้การบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนต้องชะงักหรือถดถอยลง ทั้งนี้ ประเทศไทยสามารถก้าวผ่านวิกฤตมหาอุทกภัยและสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์การบริหารจัดการน้ำกับประเทศต่างๆ

5. พัฒนาการของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

5.1 นโยบายสาธารณะ: แนวคิด ความหมายและพัฒนาการ

คำว่า “นโยบายสาธารณะ” มีความหมายแตกต่างกันไปตามแนวคิดพื้นฐานในการให้คำนิยาม ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 แนวคิด คือ แนวคิดแรก หมายถึง “คำประกาศเป็นทางการของภาครัฐ” เป็นแนวคิดเชิงรัฐศาสตร์ที่ยึดโยงกับประชาธิปไตยแบบตัวแทน เป็นการกำหนดนโยบายในลักษณะแนวดิ่ง ตั้งแต่ต้นนโยบายชาติ กระทรวง กรม หรือนโยบายจังหวัดไปจนถึงนโยบายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการให้ความหมายคำว่า “การอภิบาล” แบบเดิมที่หมายถึง “การปกครองที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็น

3) Reducing inequality and promoting human rights

การเข้าถึงคนจากทุกภาคส่วนในสังคมสำคัญต่อนโยบายที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและสังคมทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ

รัฐจะต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง (vulnerable groups) โดยเฉพาะเด็ก สตรี ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ซึ่งยังคงถูกละเลยอยู่มากและเพื่อบรรลุการพัฒนาที่ครอบคลุมทุกภาคส่วนและลดความไม่เสมอภาค

4) Means of implementation

การเสริมสร้างหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) และหลักนิติธรรม (rule of law) เป็นวิธีการนำไปสู่การพัฒนาที่ครอบคลุมและยั่งยืน นอกจากนี้ จะไม่สามารถบรรลุการพัฒนาที่ยั่งยืนได้หากประเทศไม่มีความสงบสุขและสันติภาพ

การเสริมสร้างความเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนา ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และนักวิชาการ

การปกครองที่มุ่งหวังให้ทุกคน ทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครองได้รับประโยชน์สูงสุดและมีความสุข”¹

แนวคิดที่สอง หมายถึง “ทิศทาง แนวทางที่สังคมต้องการและมุ่งหวังที่จะดำเนินการไปในทิศทางนั้น” เป็นแนวคิดนโยบายสาธารณะแบบใหม่ หรือเรียกว่านโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เชื่อมโยงกับแนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ที่เชื่อว่าทุกคนย่อมมีสิทธิในการร่วมคิด ร่วมกำหนดนโยบายที่จะมาบังคับใช้ เพื่อเกิดประโยชน์กับตัวเอง สอดคล้องกับความหมายของคำว่า “อภิบาล” ในยุคหลังที่หมายถึง “ปฏิสัมพันธ์ของภาครัฐ องค์กรสาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา ความท้าทายต่างๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่ๆ”²

ตามแนวคิดนี้หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะ จึงไม่ได้อยู่ที่คำประกาศหรือข้อเขียนที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ของการได้มาซึ่งนโยบายสาธารณะ ทั้งนี้ กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกัน โดยร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ต่างๆ ร่วมกำหนดทิศทางแนวทางของนโยบายสาธารณะร่วมดำเนินการตามนโยบาย ร่วมติดตามผลและทบทวนนโยบายสาธารณะเพื่อปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง³

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี⁴ กล่าวถึงนโยบายสาธารณะที่ดี (Healthy Public Policies) ว่า “เป็นนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่ความถูกต้องเป็นธรรม และประโยชน์สุขของมหาชน” โดยได้กล่าวถึงอภุศล 3 ประการ ที่มักประกอบอยู่ในนโยบายสาธารณะ ได้แก่

1) **การขาดฐานความรู้** เกิดจากการคิดเอาเอง ขาดข้อมูลหลักฐานและไม่ผ่านวิจาร์ณญาณที่ดีพอ

2) **ขาดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง** การกำหนดนโยบายเกิดจากคนเพียงไม่กี่คน ปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างกว้างขวาง แต่นโยบายนั้นไม่มีผลกระทบต่อคนทั้งประเทศ

3) **ขาดศีลธรรม** ขาดอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงาม และประโยชน์ของคนทั้งหมด แต่เป็นไปเพื่อประโยชน์แฝงเร้นของคนบางคนหรือบางกลุ่ม

ในทางตรงข้าม โดยอุดมคติแล้ว กระบวนการนโยบายสาธารณะควรประกอบด้วยบุคคล 3 ประการ คือ

1) **เป็นกระบวนการทางปัญญา** ใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการวิเคราะห์จนเป็น “ความรู้” ที่เรียกว่าเป็นการสร้างนโยบายที่อยู่บนฐานความรู้ (Knowledge-based policy formulation)

2) **เป็นกระบวนการทางสังคม** เนื่องจากนโยบายมีผลกระทบต่อคนในสังคม ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสีย ดังนั้นสังคมจึงควรมีบทบาทพร้อมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย ด้วยกระบวนการที่เปิดเผยโปร่งใส

3) **เป็นกระบวนการทางศีลธรรม** กระบวนการนโยบายสาธารณะควรมีอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงาม และประโยชน์สูงของคนทั้งหมดในสังคม ไม่แฝงเร้นประโยชน์เฉพาะบางกลุ่ม

Nutbeam and Harris (2013) อ้างใน ดร.นายแพทย์ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์⁵ กล่าวว่า ในทางทฤษฎีแล้วกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์อันเป็นพลวัตที่เกิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 ประเภท คือ 1) ผู้กำหนดนโยบาย (policy makers) ซึ่งมักเป็นนักการเมือง และข้าราชการ 2) ผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบาย (policy influencers) เป็นผู้ที่สามารถสร้างแรงกดดันซึ่งอาจมีอยู่ทั้งในและนอกภาครัฐ 3) ภาคสาธารณะ (the public) หมายถึง สาธารณชน ผู้เสียภาษีและผู้ลงคะแนนเสียง ซึ่งความเห็นเหล่านี้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนนโยบาย และ 4) สื่อมวลชน ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีอิทธิพลทั้งต่อผู้กำหนดนโยบาย ความเข้าใจและทัศนคติของสาธารณชนที่มีต่อประเด็นนั้นๆ ดังนั้น การเกิดขึ้นได้จริงของนโยบายสาธารณะ ตามแนวคิด “นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” จึงต้องมีปัจจัยหลักคือ ความตื่นตัวและแรงขับของภาคส่วนต่างๆ ในสังคม โดยเฉพาะ “ภาคสาธารณะ” ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์หรือผลกระทบจากนโยบายด้วย

5.2 นโยบายสาธารณะ: นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ : นโยบายสาธารณสุข

แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ในเวทีระดับโลก⁶ ปรากฏครั้งแรกในการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2529 ที่ประเทศแคนาดา ภายใต้คำประกาศ “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” ได้กำหนด “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” เป็น 1 ใน 5 กลยุทธ์ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขแนวใหม่ (New public health)” ที่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆ และเห็นถึงความจำเป็นของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งกายภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

ผลสรุปจากการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 2 ในปี.ศ. 2531 ที่ประเทศออสเตรเลีย ได้ให้ความหมาย นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพว่าหมายถึง “นโยบายที่แสดงความห่วงใย

อย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้” ที่ประชุมมีข้อสรุปว่า ปัจจัยสำคัญที่จะผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือความรับผิดชอบของรัฐบาลที่มีต่อสุขภาพ ภาครัฐทั้งด้านเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม การศึกษา และคมนาคม ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพไม่น้อยไปกว่าเศรษฐกิจ และจำเป็นต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพในการกำหนดและดำเนินนโยบายทุกครั้ง การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจึงควรมีการประสานและบูรณาการนโยบายทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพให้เป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะผสมกลมกลืน รวมทั้งต้องส่งเสริมบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของภาคส่วนอื่นๆ ในสังคม เช่น ธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน สหภาพแรงงาน สมาคมวิชาชีพ และผู้นำศาสนา

การกำหนดนโยบายสาธารณะต่างๆ ย่อมต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อบุคคล และสภาพแวดล้อม

ที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพหรือสุขภาพะ ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางบวกทางลบ หรือโดยตรงโดยอ้อม เช่น นโยบายการคมนาคม นโยบายการเจรจาการค้าเสรี นโยบายการส่งเสริมการลงทุน นโยบายการให้สัมปทานเหมืองแร่ นโยบายด้านสิ่งแวดล้อมและวัตถุอันตรายต่างๆ นโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพจึงเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งสิ้น ส่วน**นโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy)** คือ นโยบายเพื่อการดำเนินงานสาธารณสุข เช่น นโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ นโยบายหลักประกันสุขภาพ นโยบายการควบคุมโรค นโยบายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ฯลฯ ซึ่งสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนในส่วนของบริหารจัดการสาธารณสุขต่างๆ แต่การจัดการให้เกิดสุขภาพดียังต้องคำนึงถึงการป้องกันหรือจัดการผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ดำเนินการด้วยนโยบายสาธารณะอื่นๆ หรือจากการดำเนินงานของระบบอื่นๆ ในสังคมด้วย **นโยบายสาธารณสุข (Public Health Policy)** จึงเป็นส่วนประกอบสำคัญหนึ่งของ**นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)** และทั้ง 2 ส่วนต่างก็เป็น**นโยบายสาธารณะ (Public Policy)** เช่นกัน (ภาพที่ 3.1)

ภาพที่ 3.1 แสดงขอบเขตและการซ้อนทับของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



ที่มา: อ่ำพล จินดาวัฒนะ (อ้างใน 3)

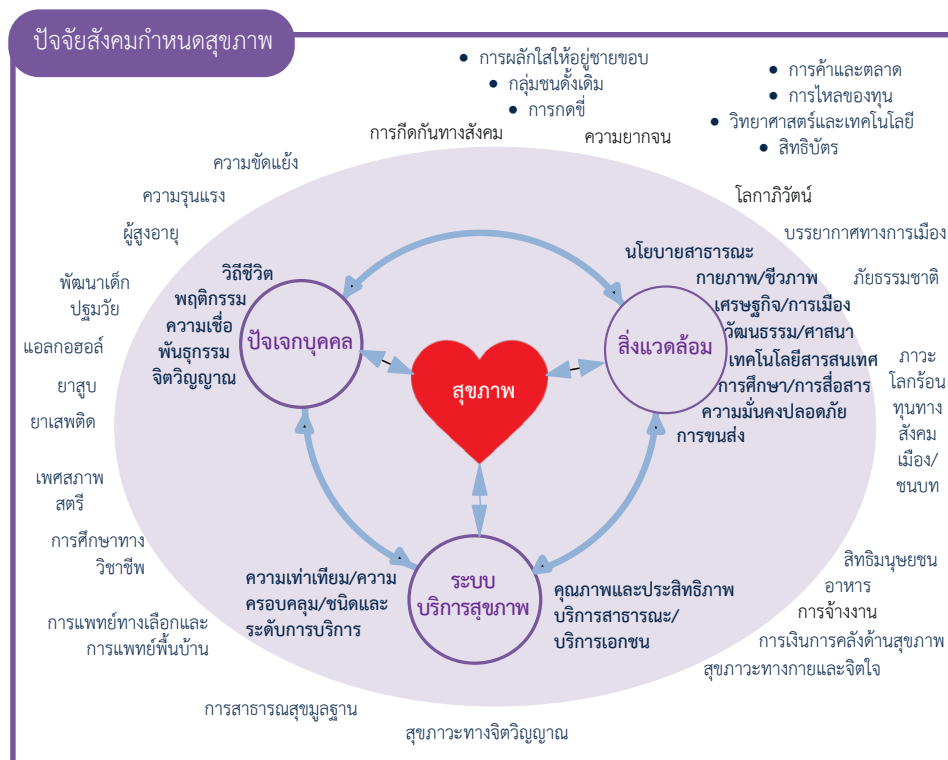
5.3 ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ

ก้าวสำคัญของการพัฒนาแนวคิดการดำเนินงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในระดับสากล คือการนำประเด็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinants of health: SDH) มาพิจารณาในฐานะปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Health Equity) เริ่มตั้งแต่ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 4 ที่ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อปีพ.ศ. 2540 และการประชุมครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2548 ที่กรุงเทพมหานคร ซึ่ง“กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์” ได้กำหนดกิจกรรม พันธะสัญญา และคำมั่นต่างๆ ที่จำเป็นต่อการจัดการกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยย้ำว่านโยบายและภาคีเครือข่ายต้องเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาทั้งระดับชาติ และระดับโลก ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอนามัยและความเท่าเทียมกันในด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมาย ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ว่าหมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิดเติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ รวมถึงปัจจัยและระบบ

ต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนกำหนดสภาพแวดล้อมเหล่านั้นด้วย ปัจจัยและระบบต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ นโยบายและระบบเศรษฐกิจ ทิศทางการพัฒนา บรรทัดฐานในสังคม นโยบายทางสังคม และระบบการเมืองการปกครอง⁹ ปีพ.ศ. 2551 คณะกรรมาธิการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (The commission on Social Determinants of Health: CSDH) ขององค์การอนามัยโลก ได้จัดทำรายงานชื่อ “Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health” พร้อมเสนอแนวทางใหม่ในการพัฒนาว่า การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างเดียวโดยไม่มีนโยบายที่จะทำให้ผลประโยชน์กระจายตัวอย่างเป็นธรรม จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ ที่ผ่านมาสังคมมักให้กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพรับผิดชอบเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชน แต่พบว่าการเจ็บป่วยและภาระโรคเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางสังคมและสิ่งแวดล้อมหรือเป็นผลของนโยบายและโครงสร้างทางสังคม (ดูภาพที่ 3.2) การแก้ปัญหาจึงต้องนำทุกสถาบัน ทุกภาคส่วนของสังคมมาช่วยกันแก้ไข¹⁰

ภาพที่ 3.2 แสดงปัจจัย (สังคม) กำหนดสุขภาพ



ที่มา: อ่าพล จินดาวัดนะ (อ้างใน 3)

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 องค์การอนามัยโลก ได้จัดการประชุม World Conference on Social Determinants of Health ที่กรุงริโอเดอจาเนโร ประเทศบราซิล โดยมีคำประกาศริโอ (The Rio Political Declaration) ซึ่งต่อมาได้ผ่านฉันทามติในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 65 คำประกาศนี้เรียกร้องให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับ¹¹

1. ยอมรับการปรับปรุงการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนา
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบาย และนำนโยบายไปปฏิบัติ
3. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ
4. สร้างความเข้มแข็งของการอภิบาลและการประสานการทำงานในระดับโลก
5. กำกับดูแลและติดตามความก้าวหน้า และเพิ่มความรับผิดชอบร่วม

ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ ครั้งที่ 8 ที่ประเทศฟินแลนด์ เมื่อปี พ.ศ. 2556 ที่ประชุมได้นำหลักการสำคัญจากคำประกาศริโอ เรื่อง ปัจจัยกำหนดสุขภาพและมิติสมัชชาสหประชาชาติ ว่าด้วยเรื่อง การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ มาพัฒนากำหนดเป็นประเด็นหลักของการประชุม ว่าด้วย Health in All Policies (HiAP) หรือ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ชื่อเรียกที่ประเทศสมาชิกมีฉันทามติร่วมตาม The Helsinki Statement on Health in All Policies คือ “ขอให้รัฐบาลของประเทศให้ความมั่นใจว่าการพิจารณาประเด็นด้านสุขภาพนั้น ต้องผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายที่โปร่งใส มีความรับผิดชอบ และเปิดโอกาสให้เกิดการทำงานข้ามภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องในสังคม เพื่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วม (Co-benefit) ที่ค้ำประกันถึงสังคมส่วนรวม” ของทุกภาคส่วน¹²

ตามแถลงการณ์ข้างต้น ระบุว่า รัฐบาลมีหน้าที่และความผูกพันต่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชนและต้องนำไปปฏิบัติให้เป็นจริง ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ โดยยอมรับในแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (HiAP) และการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ พร้อมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้แก่กระทรวงสาธารณสุข ใน

การทำงานร่วมกับกระทรวง หน่วยงาน รวมถึงสถาบันอื่นๆ ทั้งบทบาทการนำ การสร้างความสัมพันธ์ การกระตุ้นและเป็นสื่อเชื่อมโยงให้เกิดการดำเนินงานที่เกิดผลดีต่อสุขภาพ สิ่งสำคัญคือต้องสร้างความไว้วางใจระหว่างกันผ่านกลไกประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่โปร่งใสและเชื่อถือได้ของทุกฝ่าย

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญมากกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ในปี พ.ศ. 2557 ได้เผยแพร่เอกสารกรอบแผนปฏิบัติงานตามแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ระดับประเทศ (Health in All Policies Framework for Country Action) พร้อมทั้งที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 67 ได้มีฉันทามติในระเบียบวาระ “Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity” โดยให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ให้เกิดขึ้นอย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศสมาชิก ตามคำแถลงการณ์เฮลซิงกิและกรอบแผนปฏิบัติการข้างต้น

5.4 พัฒนาการของกลไกและกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของไทย

พัฒนาการของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย เริ่มจากปี พ.ศ. 2521 เมื่อประเทศไทยประกาศนโยบายการสาธารณสุขมูลฐานตามคำประกาศอามัลลัตตา ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของการพัฒนาสาธารณสุขจากเดิมที่เน้นบทบาทของรัฐและวิชาชีพเป็นศูนย์กลาง มาเป็นการพัฒนาบนฐานความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นที่ผสมผสานสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีการขยายความร่วมมือกับกระทรวงต่างๆ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และเริ่มให้ความสำคัญกับบทบาทของประชาชนโดยให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) ซึ่งนับเป็นก้าวแรกๆ ที่ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพอย่างเต็มตัวในฐานะกำลังคนสุขภาพนอกภาครัฐ แม้จะยังไม่ได้มีส่วนร่วมในด้านนโยบาย

ในปี พ.ศ. 2535 ได้มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นกลไกที่ทำหน้าที่สนับสนุนการสร้างความรู้รองรับการปฏิรูปและโครงสร้างต่างๆ ในระบบสุขภาพ และเป็นรากฐานของการก่อเกิดกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในเวลาต่อมา กอปรกับกระแสความตื่นตัวของประชาชนและสังคมในกระบวนการจัดทำรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กระแสเหล่านี้ทำให้เริ่มเกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาตามลำดับ จนก่อให้เกิดก้าวสำคัญของการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทศวรรษที่ผ่านมา คือ การประกาศใช้**พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550** ซึ่งได้เกิดสิ่งใหม่ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของแนวคิดด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่

1. ความหมายของคำว่า **“สุขภาพ”** ที่ขยายออกไปกว้างขึ้นกว่าเดิม โดยหมายถึง **“ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”** การเปลี่ยนแปลงนิยามนี้นับเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานด้านสุขภาพใหม่ ปรับจากบริบททางชีวการแพทย์ (bio-medical model) มาเป็นบริบททางสังคม (bio-social model) ปรับการเน้นการรักษาความเจ็บป่วย (illness) มาเน้นที่การส่งเสริมและรักษาให้มีสุขภาพดี (wellness) และปรับจากการมุ่งยกระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล (individual behavior) ไปเป็นมุ่งสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ (healthy public policy)

2. รับรอง**สิทธิด้านสุขภาพ**ของประชาชนไว้หลายประการ เช่น สิทธิคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพ สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต และมีมาตราที่รับรองสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ ได้แก่ มาตรา 5 ที่บัญญัติว่า **“บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวาระหนึ่ง”** มาตรา 11 **“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจาก**

นโยบายสาธารณะ บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือชุมชนและแสดงความคิดเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว” เป็นต้น

3. กำหนดให้มี**คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ** เป็นกลไกเสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและติดตามผลการดำเนินงานตามที่ได้เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาดังกล่าว ตามมาตรา 25 (2) และยังมีหน้าที่ประสานสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในทุกระดับ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีองค์ประกอบตามยุทธศาสตร์ **“สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”** คือ การประสานพลังการเมือง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ รวม 13 คน พลังวิชาการ ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนสภาวิชาชีพ รวม 13 คน และพลังสังคม ได้แก่ ผู้แทนองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร 13 คน จาก 13 เขตทั่วประเทศ การออกแบบคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสะท้อนแนวคิดสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน มีผู้เกี่ยวข้องหลากหลาย และสุขภาพเป็นเป้าหมายร่วมของสังคมทั้งหมด (All for Health for Health for All) และให้มี**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** เป็นหน่วยงานวิชาการ

4. มีเครื่องมือทำงานใหม่ที่สำคัญ 3 เครื่องมือ ที่มุ่งให้เกิดการบูรณาการการทำงาน และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ได้แก่

4.1 **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** (National Health Statute) กฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำขึ้นเพื่อเป็น **“กรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ”** โดยเสนอผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ก่อนรายงานให้สภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภารับ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยกำหนดให้ทบทุนสาธารณะอย่างน้อยทุกห้าปีเพื่อให้ทันการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ ในทางปฏิบัติ ธรรมนูญเป็นภาพอนาคตพึงประสงค์ของระบบสุขภาพทุกระดับ ทุกหน่วยงาน องค์กร ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำไปใช้อ้างอิงประกอบการจัดทำแผนนโยบาย หรือกติการ่วมของชุมชนได้

4.2 สมัชชาสุขภาพ (Health Assembly) เป็นเครื่องมือพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมที่มีกฎหมายรองรับ โดยระบุนิยามว่าเป็น “กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม” แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น โดยกำหนดให้จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นประจำทุกปี และให้สนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด อย่างไรก็ตาม ประชาชนก็สามารถรวมตัวกันเพื่อจัดสมัชชาสุขภาพกันเองโดยไม่ต้องขอการสนับสนุนจาก สช. ก็ได้

4.3 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ซึ่งเอกสารหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะได้ให้ความหมายของ HIA ว่า หมายถึง “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทางบวกและทางลบต่อสุขภาพประชาชนที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายโครงการหรือกิจกรรม ใดๆ ใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง หากดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน โดยมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและมีกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว”

5.5 การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ.2550

1. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เป็นธรรมนูญสุขภาพฉบับแรก ซึ่งยกράงบนหลักการสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เน้นหลักการมีส่วนร่วมและการจัดทำอย่างเป็นระบบ 2) สนับสนุน

การจัดทำ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพเฉพาะพื้นที่” เพื่อเป็นกติกาหรือข้อตกลงร่วมในการกำหนดภาพอนาคตระบบสุขภาพของชุมชนตนเองอย่างเป็นรูปธรรม ธรรมนูญสุขภาพฉบับแรกผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเมื่อ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2552 และประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2552

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพฯ ภายหลังการประกาศใช้สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้แก่¹⁵

1.1 การเกิดขึ้นของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ เป็นภาพความสำเร็จที่กำลังถูกขยายผลไปอย่างรวดเร็ว เพราะจับต้องได้และตอบสนองวิถีชีวิตชุมชน ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ฉบับแรกเกิดขึ้นที่ตำบลชะแล อำเภอลำสนธิ จังหวัดสงขลาในปีพ.ศ. 2552 หลังจากนั้นชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้เริ่มขยายผล ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ทุกภาค ทั้งระดับหมู่บ้านตำบล อำเภอ และธรรมนูญเฉพาะประเด็น เช่น ธรรมนูญประชาชนคนอำนาจเจริญซึ่งเป็นธรรมนูญจังหวัดที่มุ่งสู่การปฏิรูป ธรรมนูญลุ่มน้ำภูมี ธรรมนูญ (กองทุนสวัสดิการ) พิจิตร

ในปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการติดตาม สนับสนุน และประเมินผลตามธรรมนูญสุขภาพฯ ได้ปรับยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยมุ่งทำงานร่วมกับองค์กรภาคียุทธศาสตร์ โดยเน้น ประสานเชื่อมโยงการทำงาน เห็นคุณค่าการทำงานร่วม ใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยกำหนดกรอบ กติกา แผนและวิธีการทำงานร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกัน ทำงานอย่างเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตพื้นที่ซึ่งนำธรรมนูญสุขภาพฯ ไปสนับสนุนการกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพตำบล จนถึงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558 มีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ประกาศใช้แล้วกว่า 300 แห่ง

สร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพ...กับธรรมนูญสุขภาพ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

“สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนกันตัง ที่ร่วมสร้างสุขภาพตนเอง สุขอนามัยครอบครัว สุขภาวะชุมชน โดยใช้หลัก ศาสนา จริยธรรม คุณธรรม ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สุขภาวะเป็นอำเภอกแห่งความสุข และคนกันตังต้องสุขภาพดีถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2558” ...ปรัชญาแนวคิดของระบบสุขภาพอำเภอกันตังปรากฏใน“ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2555”

ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง เกิดขึ้นจากการจัดสมัชชาสุขภาพใน 14 ตำบล เพื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชน และให้ประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็น ก่อนจะนำข้อมูลที่ได้นำมาร่างเป็นธรรมนูญสุขภาพ ปรับปรุงจนสำเร็จเป็น “ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง ฉบับที่ 1 พ.ศ.2555” มีการลงนามบันทึกความร่วมมือในการทำงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลชุมชนและหน่วยงานส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วจึงประกาศใช้เมื่อ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2555

“ธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตัง” เปรียบเสมือน “ลายแทงสุขภาพ” ที่จะใช้เป็นกรอบในการทำงานด้านสุขภาพ เพื่อให้ชาวกันตังมีความสุขทุกมิติ ทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา ชาวกันตังเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ จึงพร้อมใจกันระบุไว้ในธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตังให้มีการ “สร้างเสริมสุขภาพ” ตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจรตั้งแต่ในครรภ์จนถึงเชิงตะกอน

(ลายแทงสุขภาพ หนังสือพิมพ์सानพลัง พฤษภาคม พ.ศ. 2558)

1.2 การขับเคลื่อนให้ธรรมนูญสุขภาพฯ เป็นฐานอ้างอิงในการจัดทำแผนทุกระดับ โดยคำนึงถึง การมีทิศทางและสาระที่สอดคล้อง/ไม่ขัดแย้งกับธรรมนูญสุขภาพฯ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนสุขภาพ ฉบับที่ 11 แผนยุทธศาสตร์ สวรส. (พ.ศ. 2554 - 2559) รวมถึง การจัดทำความเห็นและข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีของสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในเรื่อง “การเป็นศูนย์กลางแพทย์นานาชาติด้าน บริการรักษาพยาบาล”

1.3 การขับเคลื่อนสาระรายนวมวด เช่น กรณี ระเบียบมติคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) เรื่อง การส่งเสริมการลงทุนในธุรกิจบริการสุขภาพ ซึ่ง สช.ได้ทำงานร่วมกับ BOI เพื่อจัดทำหลักเกณฑ์การส่งเสริมการลงทุนธุรกิจสุขภาพที่ไม่ขัดแย้งกับธรรมนูญสุขภาพฯ การสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการวิจัยสุขภาพไทย จนเกิดการสร้างความร่วมมือของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทน.) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) รวมถึงการอ้างอิงธรรมนูญสุขภาพฯในการพัฒนาข้อเสนอนโยบายในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ในปี พ.ศ. 2557 - 2558 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ กำลังเข้าสู่ห้วงเวลาของการทบทวนตามกฏหมายกำหนด โดยคณะกรรมการทบทวนธรรมนูญสุขภาพฯกำหนดหลักการทำงานที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มในสังคมให้มากขึ้น เพื่อสร้างความเห็นพ้องกันในการร่วมกันออกแบบภาพอนาคตอย่างสร้างสรรค์ โดยคาดว่าจะเสนอร่าง ธรรมนูญสุขภาพฯ ฉบับใหม่ได้ในปีพ.ศ. 2559

2. พัฒนาการของกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

การประชุมสภาอิติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จัดขึ้นครั้งแรกในงานตลาดนัดสุขภาพเมื่อ พ.ศ. 2544 และมีมาอย่างต่อเนื่อง จนเมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ประกาศใช้ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) ชุดแรก ที่มีกรรมการจากภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ชุมชน เอกชน ได้นำประสบการณ์ รูปแบบและระบบการประชุมสมัชชาอนามัยโลกมาประยุกต์ใช้ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ โดยเน้นกระบวนการจัดประชุมที่มีการเตรียมระเบียบวาระการประชุมที่ดี มีการทำงานวิชาการล่วงหน้าอย่างมีคุณภาพ และการพิจารณามติในแต่ละระเบียบวาระเป็นไปอย่างมีระบบโดยยึดหลักการหาฉันทามติร่วมของที่ประชุม

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน

การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 ที่เสนอเป็นระเบียบวาระการประชุมโดยกลุ่มองค์กร ประชาสังคมที่ดำเนินงานเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนหันมาเดินและใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน ด้วยการทำให้สภาพแวดล้อมต่างๆ ของสังคมไทยเอื้อต่อการเดินและใช้จักรยาน หลังสมัชชาสุขภาพแห่งชาติมีฉันทมติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้เห็นชอบและเสนอมตินี้ต่อไปยังคณะรัฐมนตรี ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบ เมื่อ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2556 นับแต่นั้นการรวมพลังเพื่อขับเคลื่อนมติดังกล่าวได้เริ่มดำเนินการ โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คมส.) ได้แต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการจัดระบบและโครงสร้างสำหรับการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยมีชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทยเป็นแกนประสานหลัก

คณะทำงานฯ ดังกล่าวเป็นฟันเฟืองสำคัญในการประสาน บูรณาการความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยได้เข้าหารือกับหน่วยงานที่ระบุในมติถึง 11 หน่วยงาน ซึ่งมีส่วนทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจต่อแนวคิด แนวทางการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพมากขึ้น เช่น กระทรวงมหาดไทยได้มีจดหมายขอความร่วมมือให้แต่ละจังหวัดดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเรื่องนี้ ขณะเดียวกันคณะทำงานฯ เข้าใจถึงบทบาทภารกิจและข้อจำกัดของหน่วยงานด้วยเช่นกัน จึงนำไปสู่การสร้างความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันคณะทำงานและภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันยกร่างยุทธศาสตร์การจัดระบบและโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการเดินทางและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน โดยจัดเวทีรับฟังความเห็นทั่วประเทศและจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม พ.ศ. 2558 เพื่อรับรองร่างยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว ก่อนจะเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรีต่อไป ทั้งนี้ กระแสความตื่นตัวของการบินจักรยานและการออกกำลังกายยังจะเป็นแรงหนุนสำคัญในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ด้วย

เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4/2558 (16 กันยายน พ.ศ. 2558)

สิ่งสำคัญที่พิสูจน์ความสำเร็จของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติคือการขับเคลื่อนมติ ซึ่งมีกลไกหลัก คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ปัจจุบันมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ดำเนินงานโดยใช้ยุทธศาสตร์สานพลังความร่วมมือแบบเครือข่าย เน้นการเสริมพลังทางบวกให้เกิดการต่อยอดงานและสร้างคุณค่าในการทำงานให้ทุกฝ่ายได้ประโยชน์ร่วมกัน มีหลักการทำงาน 7 ข้อ ที่สรุปย่อด้วยคำว่า “DENMarKSI” ประกอบด้วย 1) การสร้างตัวอย่าง (demonstration) 2) การหนุนเสริมการทำงาน (encouragement) 3) การสร้างเครือข่าย (networking) 4) การสร้างแรงจูงใจ (motivation: appreciation: recognition) 5) การจัดการความรู้ (knowledge Management) 6) การสื่อสารสังคม (social communication) 7) การใช้ระบบข้อมูล (information system)

สำหรับการสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็นได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/ประเด็น ปีพ.ศ. 2555 - 2557 โดยกำหนดยุทธศาสตร์ 3 ประการ ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพและความผูกพันของแกนนำสมัชชาสุขภาพทุกระดับ 2) ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และใช้ประโยชน์สมัชชาสุขภาพอย่างจริงจัง และ 3) สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างการยอมรับและมีส่วนร่วม

ทั้งนี้ หลักการและคุณค่าที่สำคัญของสมัชชาสุขภาพที่สรุปสังเคราะห์จากการทำงานกว่า 10 ปี ได้แก่ 1) เป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม 2) เป็นกระบวนการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม 3) เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ

สังคมโดยอาศัยการสานพลัง 3 ภาคส่วน คือพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังรัฐ/การเมือง และ 4) เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติ

สำหรับกระบวนการสมัชชาสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกฝ่าย มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ 6 ประการ ได้แก่ 1) มีกลไกการจัดการเป็นพหุภาคี เน้นการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ภาคส่วน 2) มีการจัดกระบวนการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์จากกระบวนการ คือ ข้อเสนอนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ 3) พัฒนาข้อเสนอโยบายสาธารณะบนฐานความรู้ และให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันด้วยเหตุผลและความปรารถนาดีต่อกัน 4) ทุกฝ่ายเข้าร่วมกันอย่างเคียงบ่าเคียงไหล่และสมานฉันท์ ตามหลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม 5) กำหนดประเด็นที่จะพิจารณาเพื่อหาฉันทามติร่วมกัน ซึ่งจะเป็ข้อเสนอโยบายสาธารณะ 6) ขับเคลื่อนและผลักดันมติไปสู่การปฏิบัติผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หน่วยงานรัฐนำไปขับเคลื่อน หรือองค์กร ชุมชนนำไปขับเคลื่อนเอง

ทิศทางการทำงานของกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดในทศวรรษที่ 2¹² มุ่งพัฒนารูปแบบการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัด (Provincial Health Assembly: PHA) มีกลไกการจ้ดที่สำคัญได้แก่ 1) คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด (คจ.สจ.) 2) คณะทำงานบริหาร และ 3) หน่วยเลขานุการกิจสมัชชาสุขภาพจังหวัด (นลส.) ทำหน้าที่บริหารงานเพื่อการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 ถึง 2558 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) ได้สนับสนุนการพัฒนา “สมัชชาสุขภาพจังหวัด” ครอบคลุมทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ มีมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่หลากหลาย รวมกว่า 160 เรื่อง เช่น มติเรื่องระบบสุขภาพชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ การจัดระบบโครงสร้างเพื่อการส่งเสริมการใช้จักรยานจังหวัดขอนแก่นความมั่นคงทางอาหารเพื่อสุขภาพวะของประชาชน (คนลำพูน) การป้องกันเด็กและเยาวชนตั้งครรภ์ไม่พร้อมจังหวัดหนองบัวลำภู การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การลด ละ เลิก บุหรี่ จังหวัดปัตตานี การจัดการขยะของจังหวัดอุดรธานี เป็นต้น

กรณีตัวอย่างสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี

1. **กระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี** พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมจำนวน 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) อาหารปลอดภัย 2) การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และ 3) เด็กติดเกมส์ มีการจัดประชุมสมัชชาสุขภาพจังหวัดเพื่อหาฉันทามติ เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2556 และมีการกำหนดประเด็นใหม่ ปีพ.ศ. 2557 จำนวน 5 ประเด็น ประกอบด้วย 1) พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพวะ 2) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 3) การคุ้มครองผู้บริโภค: การแก้ปัญหาโฆษณาอาหาร ยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สุขภาพ 4) การจัดการแก้ไขปัญหายาเสพติด และ 5) สิ่งแวดล้อมกับวิถีชีวิต

2. **กลไกการจัดการแบบพหุภาคี** สมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี มีการจัดกลไกการจัดการในรูปแบบคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี (คจ.สจ.ลพ) มีที่ปรึกษา 11 คน และคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด จำนวน 46 คน มีคณะทำงานประสานงานและสนับสนุนการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี (คปสช.จ.ลพบุรี) คณะย่อยอีก 6 คณะ ประกอบด้วย 1) ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน 2) คณะทำงานฝ่ายอำนวยการ 6 คน 3) คณะทำงานฝ่ายวิชาการ 21 คน 4) คณะทำงานฝ่ายประชาสัมพันธ์ สื่อเพื่อสังคม 5คน 5) คณะทำงานฝ่ายประเมินผล 7 คน และ 6) คณะทำงานฝ่ายเลขานุการ 6 คน **หน่วยเลขานุการกิจอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี**

(สำนักสนับสนุนการปฏิบัติการพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558)

3. การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลทางสุขภาพเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 และยังคงใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน โดยกำหนดการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ไว้เป็น 4 กรณีคือ

(1) โครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรง ทั้งด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ตามมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550

(2) นโยบายสาธารณะและการดำเนินกิจกรรมด้านการวางแผนพัฒนาที่ควรประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยการริเริ่มจากหน่วยงานเจ้าของโครงการ/หน่วยงานวางแผนพัฒนา

(3) นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่ควรประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยการขอใช้สิทธิจากบุคคลหรือคณะบุคคลตามมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

(4) การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ในฐานะกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันของสังคมในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น หรือที่เรียกว่า Community HIA (CHIA) เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชน โดยไม่อยู่ใน 3 กรณีข้างต้น

หลังการประกาศใช้หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลทางสุขภาพ พ.ศ. 2552 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยสำนักนโยบายและแผน (สผ.) ได้กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินผลทางสุขภาพ ผนวกไว้ในรายงานการประเมินผลทางสิ่งแวดล้อม (EIA) หรือที่เรียกว่า EHIA ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบันมีโครงการที่ทำ EHIA ประมาณ 250 โครงการ โดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) ได้ร่วมกับคณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้จัดตั้ง “ศูนย์รวมรวมและเผยแพร่ข้อมูลการประเมินผลกระทบทางสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ หรือ EHIA” เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและเตรียม

องค์ความรู้ด้วยข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์¹⁸ ก่อนที่ประชาชนและผู้สนใจโดยเฉพาะกลุ่มประชาชนในพื้นที่ที่อาจได้รับผลกระทบทางสุขภาพจะเข้ารับฟังและให้ความเห็นต่อรายงาน EHIA

หน่วยงานที่มีบทบาทด้านการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข คือ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย มีพันธกิจเป็นหน่วยงานหลัก ในการผลิต พัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีรูปแบบ แนวทาง เกณฑ์มาตรฐาน ด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁹ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาได้แก่ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากสวนสาธารณะเทศบาลนครยะลา และการจัดทำแนวทางการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ สำหรับกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

ปัจจุบันมีหน่วยงานและสถาบันวิชาการจำนวนไม่น้อยที่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่กำลังจัดทำโครงการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ กรณีศึกษาผลกระทบจากความตกลงการค้าเสรีไทย - สหภาพยุโรปต่อการเข้าถึงยา ซึ่งจะช่วยสร้างชุดความรู้ที่สนับสนุนความเป็นไปได้ในการนำกระบวนการประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปปรับใช้ในกระบวนการเจรจาการค้าอื่นๆด้วย รวมถึงสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ที่ริเริ่มจัดทำแนวทาง HIA สำหรับโครงการที่กำหนดให้จัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม และผลักดันแนวทาง HIA และดัชนีทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบของรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายพันธมิตรงานเอชไอเอ (HIA Consortium) ซึ่งเป็นเครือข่ายพัฒนางานวิชาการร่วมกัน โดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) เป็นแกนประสานสนับสนุน²⁰

กรณีตัวอย่าง เอชไอเอที่อ่าวทองคำ

การกำหนดอนาคตตนเองของชุมชนท่าศาลา นครศรีธรรมราชเริ่มขึ้นจากรายงานEHIAของบริษัทน้ำมันยักษ์ใหญ่ที่ระบุว่า การก่อสร้างท่าเรือและฐานปฏิบัติการบนชายฝั่งไม่อ่อนไหวต่อระบบนิเวศในทะเล ซึ่งแปลความได้ว่า ทะเลท่าศาลาเป็นทะเลร้าง ชาวบ้านไม่อาจยอมรับรายงานนี้ได้ กระบวนการกำหนดอนาคตตนเองของชุมชนจึงถูกนำมาใช้ และเป็นหัวใจของกระบวนการเอชไอเอชุมชนที่ท่าศาลา โดยให้ความสำคัญกับ “กระบวนการ” ที่เน้นการชวนชาวบ้านมาร่วมกันคิดถึงทิศทางพัฒนาชายฝั่งทะเล กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553 เพื่อเรียนรู้ถึงภัยคุกคามและทางเลือกในการพัฒนา

ชาวบ้านท่าศาลาเริ่มต้นกระบวนการจากคำถามว่า “เราต้องอธิบายอะไรบ้างเพื่อให้คนเข้าใจว่าท่าศาลามีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง” ชุมชนใช้เวลา 2 เดือนเพื่อร่วมกันตีโจทย์หาประเด็นศักยภาพที่ต้องไปหาคำตอบ 10 ประเด็น และอีก 6 เดือนรวมพลังกันทุกวันพุธเพื่อระดมหาข้อมูลตอบโจทย์ข้างต้นและตรวจสอบความถูกต้อง ตลอดกระบวนการนี้คือช่วงเวลาของการเรียนรู้ ทำความรู้จักตนเองที่สำคัญ ผลลัพธ์คือความภูมิใจและเล็งเห็นความสำคัญของประมงพื้นบ้านในฐานะผู้ผลิตอาหาร เป็นการพิสูจน์ว่าอ่าวท่าศาลาไม่ใช่อ่าวร้าง แต่เป็น “อ่าวทองคำ” ที่อุดมสมบูรณ์ มีระบบนิเวศเฉพาะ ที่มีมูลค่าทั้งจากการจ้างงานและการจับสัตว์น้ำมหาศาล

กระบวนการเอชไอเอชุมชนที่ท่าศาลาเป็นบทพิสูจน์ว่า กระบวนการนี้ไม่ใช่เพียงการทำข้อมูลเพื่อต่อสู้กับคู่ขัดแย้ง แต่เป็นการนำชุมชนออกจากภาวะความรุนแรงของความขัดแย้ง เป็นกระบวนการกำหนดอนาคตที่ยั่งยืน และให้สติกับสังคมว่าชุมชนมีได้คัดค้านการพัฒนาแบบอุตสาหกรรมโดยไร้เหตุผล เป็นการสร้างปัญญาเพื่อนำชุมชนออกจากเกมแห่งความรุนแรงที่ท่าศาลาจึงมีคำพูดว่า “เราขอเสียสละความเจริญทางอุตสาหกรรมที่พวกคุณพูดถึง แต่ขอปกป้องพื้นที่ผลิตอาหารเพื่อคนทั้งประเทศ”

(รางวัล 1 จังหวัด 1 พื้นที่ 1 กรณีการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม พ.ศ.2556)

ช่องทางสำคัญที่ประชาชนและองค์กรต่างๆ สามารถยื่นขอใช้สิทธิให้ทำ HIA คือ มาตรา 11 ของ พ.ร.บ.สุขภาพฯ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 - 2557 มีผู้ขอใช้สิทธิ 18 กรณี เช่น กรณีโรงถลุงเหล็ก โรงไฟฟ้าชีวมวล โรงผลิตยางพารา โรงหลอมทองแดง การก่อสร้างเขื่อน การขยายโรงงานผลิตปูนซีเมนต์ การกำจัดขยะอุตสาหกรรม เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน ชุมชนหลายแห่งสนใจเลือกเครื่องมือการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในระดับชุมชน(CHIA) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างขีดความสามารถของชุมชนในการทำ HIA ด้วยตนเอง จนถึงปัจจุบัน มีชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนการทำ CHIA ไปแล้ว 25 พื้นที่ เช่น กรณีการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนภายใต้ระบบนิเวศสามน้ำ อำเภอแม่กลอง จังหวัดสมุทรสงคราม กรณีเหมืองทองคำ อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย กรณีท่าเรือน้ำลึกและการพัฒนาอุตสาหกรรม อำเภอสิชล-ท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนากรอบประสานงาน HIA ในประชาคมอาเซียน เพื่อให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาระบบ HIA ในระดับภูมิภาค โดยสนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูล การพัฒนาศักยภาพและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอย่างต่อเนื่อง

6. บทสรุป

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นนโยบายในทุกสาขาที่ให้ความสำคัญต่อมิติด้านสุขภาพ พร้อมทั้งจะป้องกัน ควบคุม หรือลดผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายเหล่านั้น เช่น นโยบายการลดสารตะกั่วในน้ำมัน นโยบายการจัดการจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนน นโยบายส่งเสริมการเกษตรปลอดภัย นโยบายเกี่ยวกับการจัดระบบการเดินและการใช้จักรยานในชีวิตประจำวัน นโยบายการเจรจาการค้าเสรีที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นการดำเนินงานตามแนวคิด

การสร้างเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) และแนวคิดขององค์การอนามัยโลกในปัจจุบันเรื่อง การให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ หรือทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) การประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทำให้เกิด กลไกและเครื่องมือที่ทุกภาคส่วนสามารถใช้ประโยชน์ เพื่อมุ่งสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่ช่วยให้แนวคิด “ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ” เกิดเป็นรูปธรรมได้จริงในสังคมไทย

การทำงานสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยเครื่องมือใดจำเป็นต้องส่งเสริมให้ เกิดสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้ไปพร้อมกัน ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยน

เรียนรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ที่ถูกต้องตรงกันมากขึ้นเรื่อยๆ
2) การใช้ยุทธศาสตร์ ทำงานและการพัฒนาวิชาการเชิงรุก
3) การให้ความสำคัญกับการทำงานและการพัฒนาภาคี
ทำงานข้ามภาคส่วน 4) การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย
ต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการทำงานและการเรียนรู้
ร่วมกัน และ 5) สนับสนุนการตื่นตัวของ “สำนึก พลเมือง”
และ การสร้างความเข้มแข็งของพลังพลเมือง ซึ่งเป็น
นัยยะสำคัญของการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม
ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory
democracy) และการอภิบาลแบบเครือข่ายหรือหุ้นส่วน
(governance by network/partnership)

บทที่ 4

สถานการณ์แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

4.1. สถานการณ์แนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

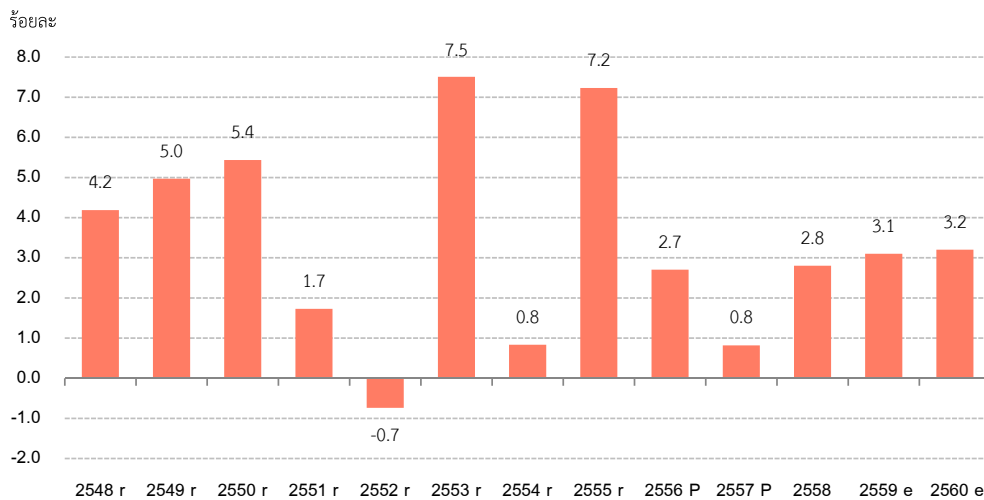
1) การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจประมาณร้อยละ 7 ระหว่างปี พ.ศ. 2526 - 2539 และในปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ ส่งผลให้อัตราเพิ่มทางเศรษฐกิจลดลงจากร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ -1.7 และร้อยละ -10.8 ในปี พ.ศ. 2540 - 2542 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยอย่างรุนแรงและกว้างขวาง โดยเป็นปัญหาต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 - 2538 ทั้งในภาคสถาบันการเงินและภาคเอกชนเข้าสู่ภาวะเศรษฐกิจฟองสบู่แตก (วิกฤตต้มยำกุ้ง) และลุกลามขยายไปทั่วภูมิภาคเอเชีย ภายหลังจากวิกฤตการณ์ปี พ.ศ. 2541 สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเริ่มปรับตัวในทิศทางที่ดีขึ้น สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2547 เศรษฐกิจไทยขยายตัวอยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชีย แต่พบปัจจัยลบที่แทรกแซงอย่างต่อเนื่องจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ สถานการณ์ความรุนแรงในภาคใต้ และราคาน้ำมันที่พุ่งสูงขึ้น ส่งผลให้เศรษฐกิจไทยในปี พ.ศ. 2548 เกิดการชะลอตัวรุนแรงนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา นอกจากนี้วิกฤติภาคการเงินของประเทศสหรัฐอเมริกา (วิกฤตแฮมเบอร์เกอร์) ในปี พ.ศ. 2550 - 2551 และสถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองในประเทศไทยรวมถึงภัยพิบัติทางธรรมชาติส่งผลกระทบต่อวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจร้อยละ -0.7 และในปี พ.ศ. 2553 อัตราการเติบโตเฉลี่ยประมาณร้อยละ 7.5 เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2552 และธนาคาร

แห่งประเทศไทยได้รายงานภาวะเศรษฐกิจไทยปี พ.ศ. 2554 พบว่า เศรษฐกิจไทยในสามไตรมาสแรกขยายตัวดี แม้จะได้รับผลกระทบจากทั้งภัยพิบัติในญี่ปุ่นและการชะลอตัวของเศรษฐกิจโลก แต่มหาอุทกภัยครั้งรุนแรงที่สุดของประเทศไทยในรอบ 70 ปี ในไตรมาสที่ 4 ส่งผลให้ทั้งปีเศรษฐกิจขยายตัวเพียงร้อยละ 0.3 ทั้งนี้เนื่องจากมหาอุทกภัยเกิดขึ้นที่ศูนย์กลางการผลิตอุตสาหกรรมสำคัญของประเทศ ส่งผลทางตรงให้การผลิตหยุดชะงักและผลทางอ้อมจากปัญหาการขาดแคลนชิ้นส่วน (supply chain disruption) และปัญหาการคมนาคมขนส่ง ซึ่งส่งผลต่อเนื่องทำให้ขาดแคลนสินค้าเพื่อการส่งออก การบริโภค และการลงทุน

ธนาคารแห่งประเทศไทยรายงานเศรษฐกิจไทยในปี พ.ศ. 2557 ว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ มีการขยายตัวเพียงร้อยละ 0.8 ปี ชะลอลงจากร้อยละ 2.7 ในปี 2556 เป็นผลจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอกประเทศ โดยเฉพาะในช่วงครึ่งแรกของปี เศรษฐกิจไทยได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ทางการเมืองในประเทศ และการส่งออกสินค้ายังฟื้นตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตามความต้องการของต่างประเทศ ที่ขยายตัวอย่างช้าๆ สำหรับการประมาณการเศรษฐกิจและเงินเฟ้อ ธนาคารแห่งประเทศไทย ประเมินว่าเศรษฐกิจไทยในปี พ.ศ. 2558 จะขยายตัวร้อยละ 2.8 สูงกว่าที่ประเมินไว้เล็กน้อย อย่างไรก็ตาม เศรษฐกิจไทยในปี พ.ศ. 2559 มีแนวโน้มขยายตัวต่ำกว่าที่ประเมินไว้ในรายงานครั้งก่อน จากที่ประเมินไว้ที่ร้อยละ 3.7 อยู่ที่ร้อยละ 3.1 และร้อยละ 3.2 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 4.1)

ภาพที่ 4.1 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ผลผลิตรวมภายในประเทศ: อนุกรมใหม่แบบปริมาณลูกโซ่ พ.ศ. 2548 - 2560



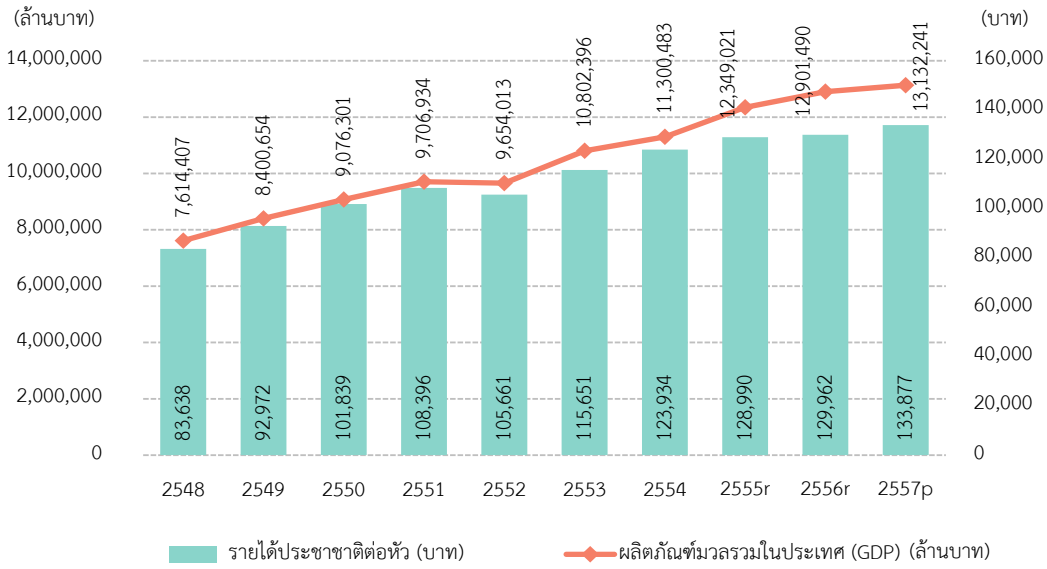
ที่มา: 1) พ.ศ. 2549 - 2557 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี โดย มีการปรับปรุงข้อมูลย้อนหลังถึงปี 2548)
2) พ.ศ. 2558 - 2560 ธนาคารแห่งประเทศไทย

หมายเหตุ: ผลผลิตรวมภายในประเทศอนุกรมใหม่: แบบปริมาณลูกโซ่
P = ตัวเลขเบื้องต้น (Preliminary based on annual figure)
r = ปรับปรุง (Revised)
e = ค่าประมาณ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจ นับตั้งแต่มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2504 ส่งผลให้รายได้ต่อหัวของประชากรเพิ่มขึ้น โดยธนาคารโลกยกฐานะฐานะของประเทศไทยจากประเทศรายได้ต่ำเป็นประเทศรายได้ปานกลางในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) และยกฐานะจากการเป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับกลาง (Middle middle income country) เป็นประเทศรายได้ปานกลางระดับบน (Upper middle income

country) ในปี พ.ศ. 2554 ดังภาพที่ 4.2 แต่จากวิกฤตเศรษฐกิจในช่วง 3 - 4 ปี ที่ผ่านมาส่งผลให้ประเทศไทยเผชิญกับ”ภัยคุกคามรายได้ปานกลาง” ทั้งนี้เนื่องจากการชะลอตัวของการขยายตัวทางเศรษฐกิจและขีดความสามารถในการผลิตที่ลดลง ทั้งนี้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ได้ตั้งเป้าหมายผลักดันให้เศรษฐกิจขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 5 ซึ่งจะส่งผลทำให้รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรอยู่ที่ปีละ 9,325 ดอลลาร์สหรัฐ หรือ 317,051 บาท จะทำให้ประเทศไทยเข้าสู่ประเทศที่มีรายได้สูงในปี พ.ศ. 2569

ภาพที่ 4.2 ผลผลิตภัณฑมวลรวมในประเทศและรายได้ประชาชาติต่อหัว พ.ศ. 2548 – 2557



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ: ผลผลิตรวมภายในประเทศอนุกรมใหม่: แบบปริมาณลูกโซ่

P = ตัวเลขเบื้องต้น (Preliminary based on annual figure)

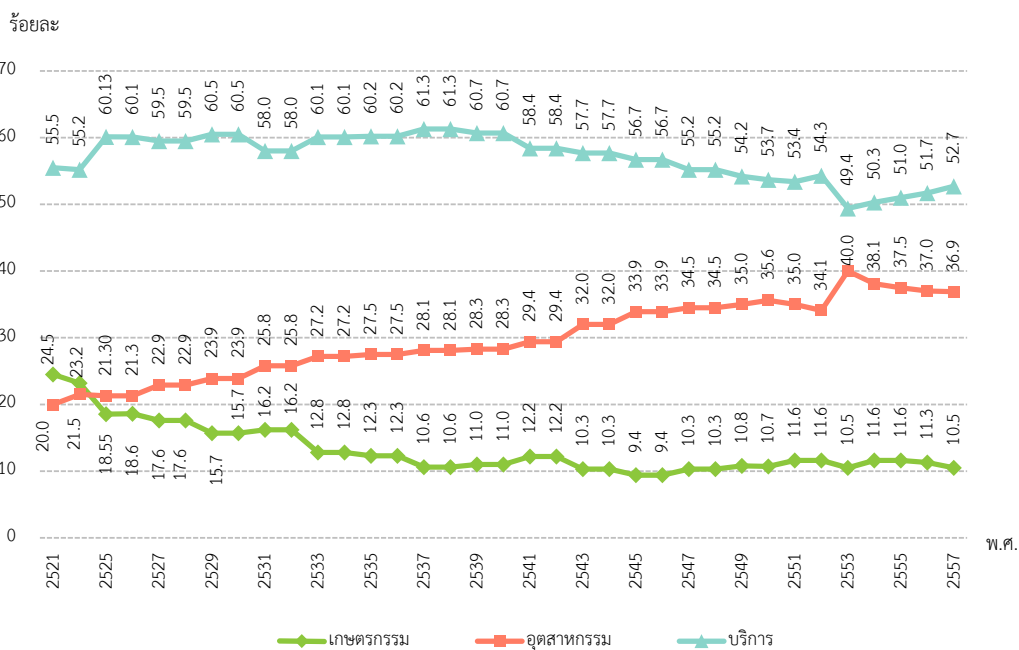
r = ปรับปรุง (Revised)

2) โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

โครงสร้างทางเศรษฐกิจที่สำคัญ พบว่า ภาคบริการ มีสัดส่วนสูงสุด รองลงมา คือ ภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรม ตามลำดับ โดยภาคอุตสาหกรรมมีสัดส่วน

แนวโน้มในการผลิตเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 เป็นต้นมา ในขณะที่ภาคบริการและภาคเกษตรกรรมมีแนวโน้มการผลิตลดลง

ภาพที่ 4.3 สัดส่วนของเศรษฐกิจในประเทศไทยจากภาคการผลิต (เกษตรกรรมและอุตสาหกรรม) และภาคบริการ พ.ศ. 2521 – 2557



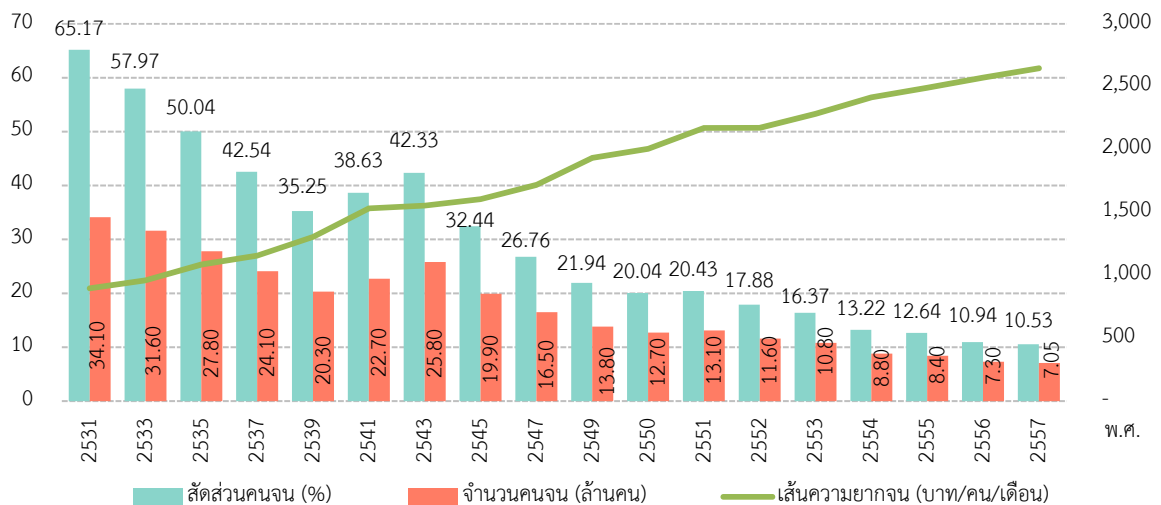
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

3) การกระจายรายได้และความยากจน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 โดยประเมินจากเส้นความยากจน (Poverty line) ซึ่งกำหนดไว้ว่าบุคคลใดที่มีรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภคเฉลี่ยต่อคนต่อเดือนต่ำกว่าเส้นความยากจนจะถือว่าบุคคลนั้นเป็นคนจน ซึ่งจากรายงาน พบว่า ความยากจนโดยรวมในปี พ.ศ.2557 ลดลง โดยลดลงจากร้อยละ 12.6 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2555 เหลือร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ. 2557 (คนจน 7.05 ล้านคน) (ภาพที่ 4.4)

หากรวม “คนจน” กับ “คนเกือบจน” จะมีประมาณ 14.0 ล้านคน หรือร้อยละ 21.0 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าความยากจนยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ทั้งนี้ ความยากจนที่ลดลงในปี พ.ศ. 2557 ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการสร้างโอกาสทางการศึกษาโดยเฉพาะแก่เด็กยากจน รวมทั้งมาตรการลดค่าครองชีพและเพิ่มรายได้ให้กับประชาชน อันนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการประกอบอาชีพสร้างรายได้และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงนโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้โอกาสคนจนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

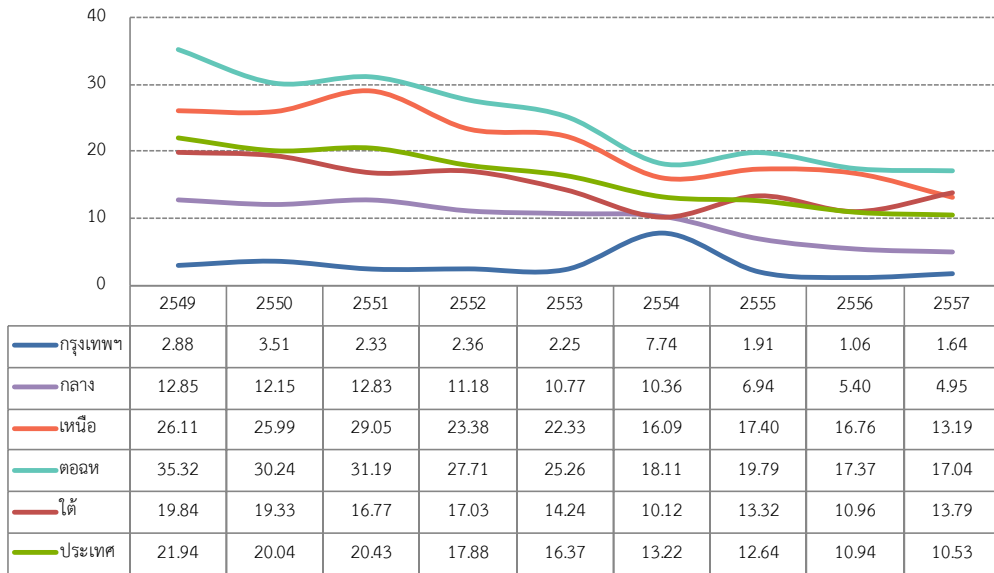
ภาพที่ 4.4 สัดส่วนคนจน จำนวนคนจน เส้นความยากจน (วัดจากรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค) พ.ศ. 2531 - 2557



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

นอกจากนี้รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2557 พบว่า แนวโน้มของสัดส่วนความยากจนส่วนใหญ่ลดลง โดยคนจนส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมา คือ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ ตามลำดับ (ภาพที่ 4.5)

ภาพที่ 4.5 สัดส่วนคนจน (ด้านรายจ่าย) รายภาค พ.ศ. 2549 - 2557

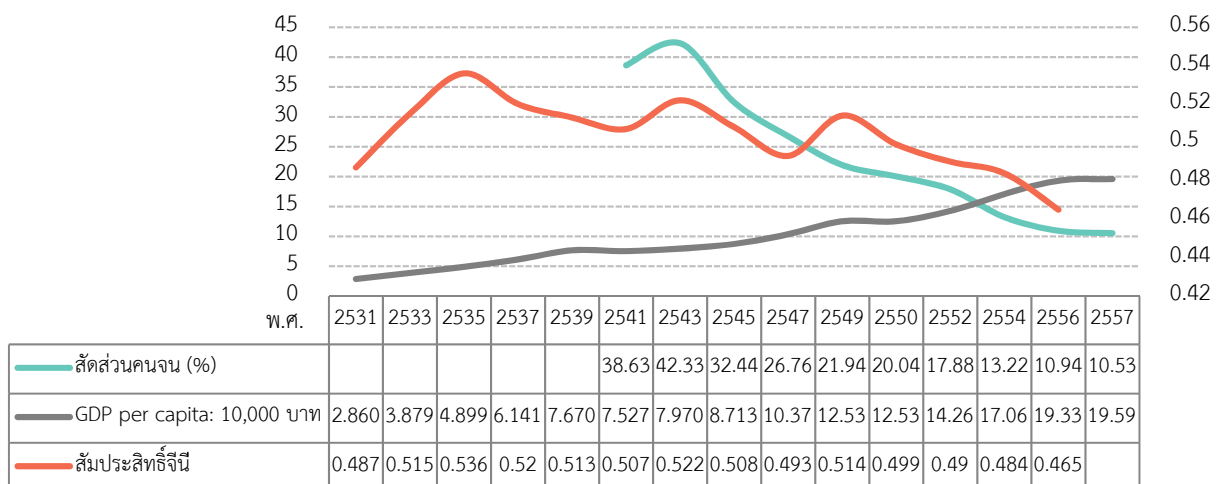


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ณ เมษายน 2558 จากการสะท้อนค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini coefficient) พบว่า ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้หรือการกระจายรายได้ของประเทศไทยในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2531 โดยใน

ปี พ.ศ. 2557 การกระจายรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2554 โดยสะท้อนจากค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini coefficient) ด้านรายได้ เท่ากับ 0.465 ในปี พ.ศ.2556 และ 0.484 ในปี พ.ศ. 2554 ในขณะที่สัดส่วนคนจนมีแนวโน้มลดลงและค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว (ราคาตลาด) พ.ศ. 2531 - 2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.6)

ภาพที่ 4.6 การกระจายรายได้ สัดส่วนความยากจน และรายได้เฉลี่ยต่อหัว พ.ศ. 2531 - 2557



ที่มา: 1) GDP: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2) สัมประสิทธิ์จีนิ สัดส่วนคนจน: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2556 หน้า 4, 1-3 ที่กำหนดเป็นปีฐาน

4.2 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา

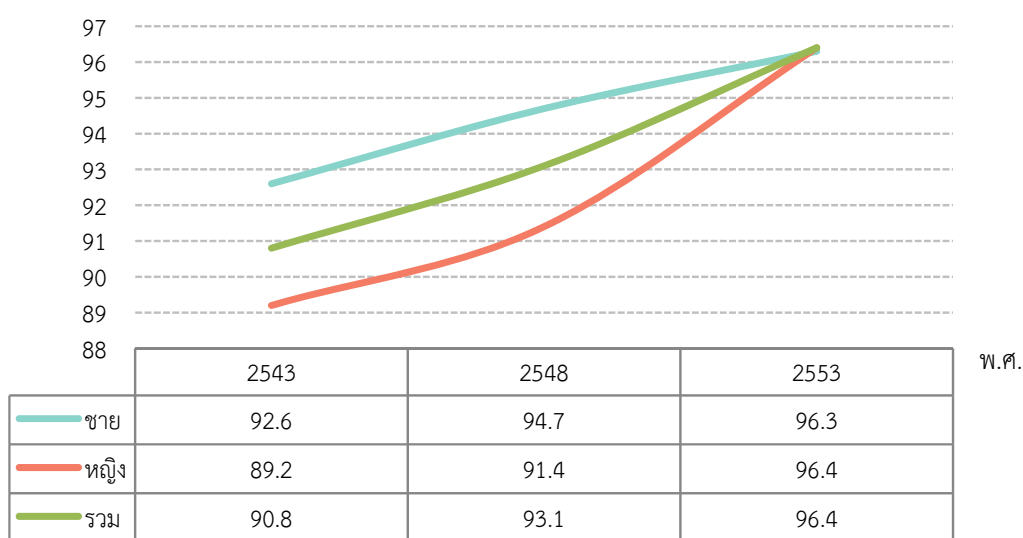
4.2.1 ความรู้ความสามารถและทักษะของคนไทย

1) อัตราการรู้หนังสือ

อัตราการรู้หนังสือ เป็นความสามารถในการอ่าน เขียน และทำความเข้าใจกับข้อความง่ายๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยครอบคลุมถึงทักษะในการอ่าน การเขียน ซึ่งหมายถึง อัตราส่วนของคนที่มีความรู้ 6 ปีขึ้นไปที่สามารถอ่านและเขียนได้อย่างน้อยหนึ่งภาษาต่อจำนวน

ประชากรทั้งหมด จากภาพที่ 4.7 พบว่า แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการรู้หนังสือ จากร้อยละ 90.8 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 96.4 ในปี พ.ศ. 2553 โดยเพศชายมีอัตราการรู้หนังสือสูงกว่าเพศหญิงระหว่างปี พ.ศ. 2543 - 2548 และในปี พ.ศ. 2553 อัตราการรู้หนังสือของเพศชายและเพศหญิงประมาณร้อยละ 96.4

ภาพที่ 4.7 อัตราการอ่านออกเขียนได้ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2543 – 2553

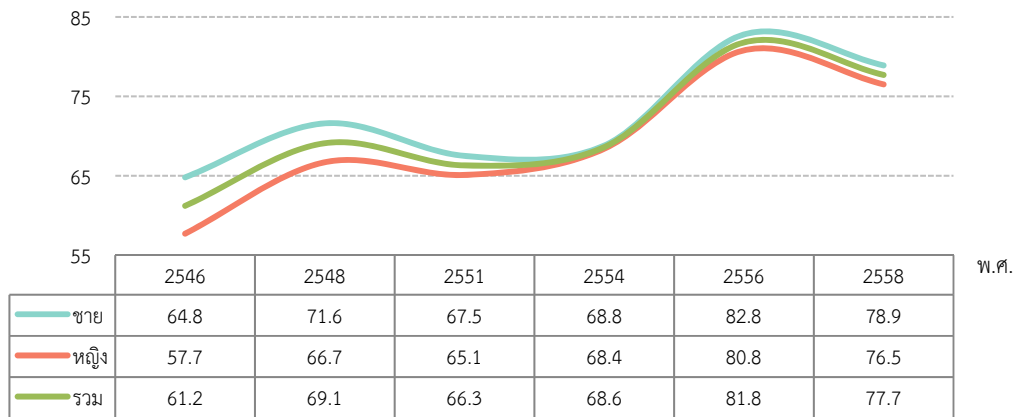


- ที่มา: 1) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

นอกจากนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานการอ่านนอกเวลาเรียนและนอกเวลาทำงานของประชากรอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป พบว่า แนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61.2 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 77.7 ในปี พ.ศ. 2558 (สำหรับปี พ.ศ. 2556 หน่วยงานภาครัฐและเอกชนรณรงค์

การอ่านหนังสือ เนื่องจากกรุงเทพฯ ได้รับเลือกเป็นเมืองหนังสือโลก) โดยการอ่านนอกเวลาเรียนและนอกเวลาทำงานของประชากรอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง และในปี พ.ศ. 2558 อัตราการอ่านหนังสือใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 76.5-78.9 (ภาพที่ 4.8)

ภาพที่ 4.8 อัตราการอ่านนอกเวลาเรียนและนอกเวลาทำงานของประชากรอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2546 – 2558



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปผลที่สำคัญ: การสำรวจการอ่านของประชากร พ.ศ. 2558 หน้า 13

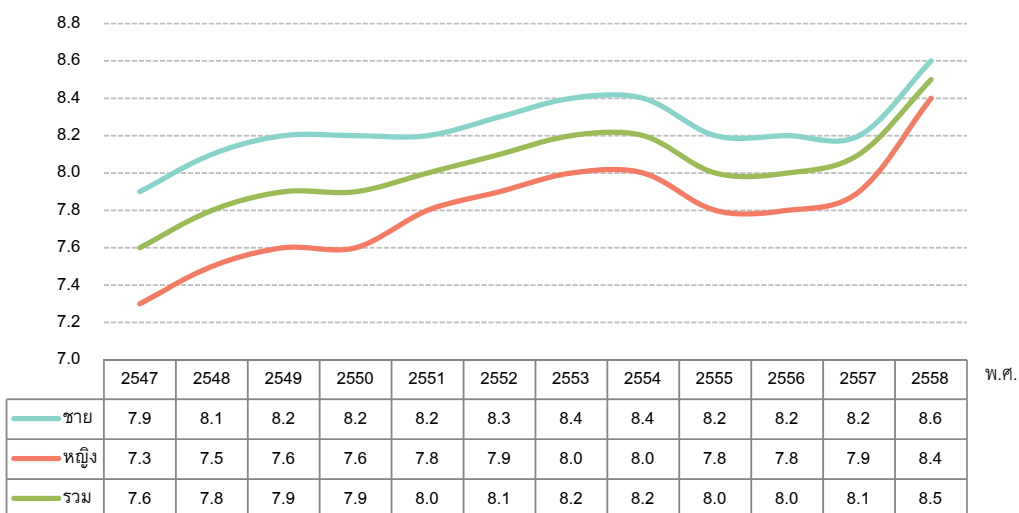
หมายเหตุ: การอ่าน หมายถึง การอ่านหนังสือหรือบทความทุกประเภท นอกเวลาเรียน/นอกเวลาทำงาน/ช่วงเวลาพัก ทั้งที่เป็นรูปเล่ม/เอกสาร หรือ การอ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทั้งที่มีการเชื่อมต่อและไม่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต รวมถึง การอ่านผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (เช่น Facebook Line Instagram Twitter ฯลฯ) SMS E-mail ยกเว้น (การอ่านข้อความที่เป็นการสนทนา/ติดต่อสื่อสารส่วนบุคคลหรือหน้าที่การงาน)

2) ระดับการศึกษา

จำนวนปี การศึกษาเฉลี่ยของ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 7.6 ปี ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 8.5 ปี ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเพศชายมีจำนวน ปีการศึกษาเฉลี่ยฯ ระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2558 สูงกว่า เพศหญิง คือ มีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยฯ 8.6 ปี ส่วน เพศหญิงมีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยฯ 8.4 ปี (ภาพที่ 4.9)

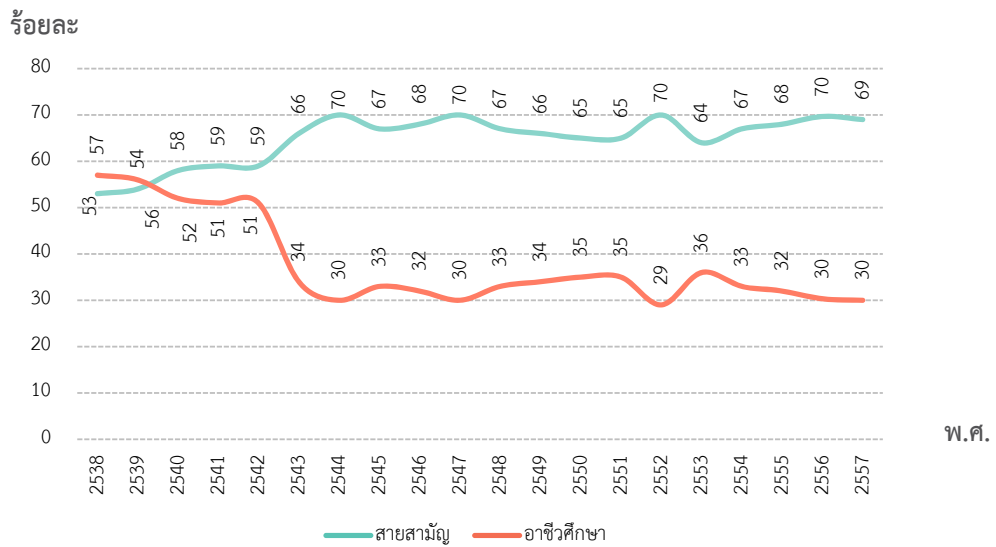
ผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ตอนปลายสายสามัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 69 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่ผู้สำเร็จการศึกษาจากอาชีวศึกษา พบแนวโน้ม ลดลงจากร้อยละ 48 ในปี พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2557

ภาพที่ 4.9 จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศ พ.ศ. 2547 – 2558



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา คำนวณจากข้อมูลตัวอย่างการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรที่ราชอาณาจักร รอบที่ 3 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.10 สัดส่วนผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและผู้สำเร็จการศึกษาจากอาชีวศึกษา
ปีการศึกษา 2538 – 2557



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

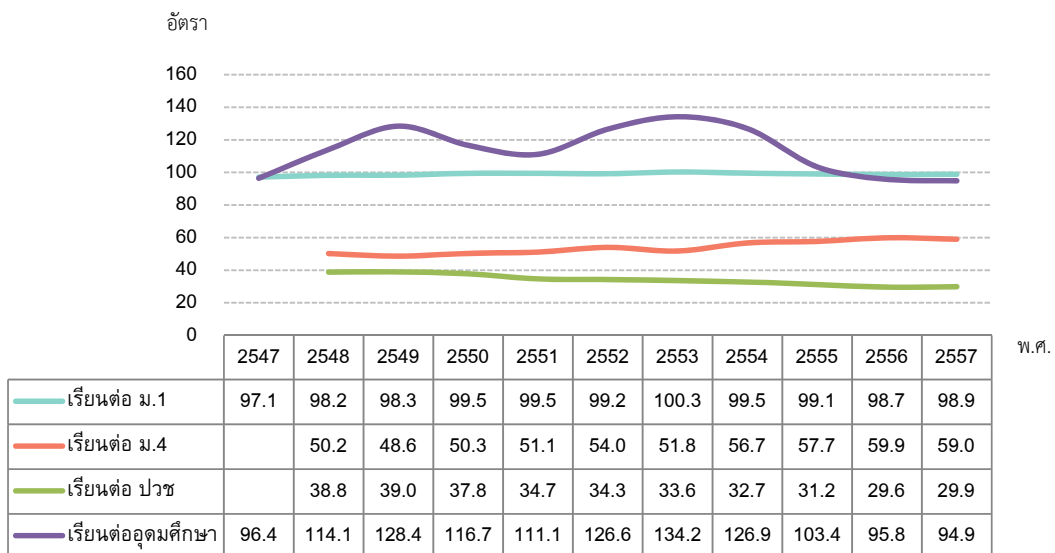
4.2.2 โอกาสทางการศึกษา

1) อัตราการศึกษาต่อ

โอกาสทางการศึกษามีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของกำลังแรงงาน อายุคาดเฉลี่ย และสุขภาพของประชากร จากสถิติการศึกษาของสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ พบว่า อัตราการเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ประมาณร้อยละ 98 นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2557 ในขณะที่อัตราการเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.2 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น

ร้อยละ 59.0 ในปี พ.ศ. 2557 ส่วนอัตราการเรียนต่อประกาศนียบัตรวิชาชีพมีแนวโน้มลดลงสำหรับอัตราการเรียนต่อระดับอุดมศึกษาในปี พ.ศ.2547-2553 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากนั้นจะลดลง และในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีเพียงร้อยละ 94.9 เท่านั้นซึ่งต่ำกว่าปีการศึกษา 2547 (ร้อยละ 96.4) (ภาพที่ 4.11)

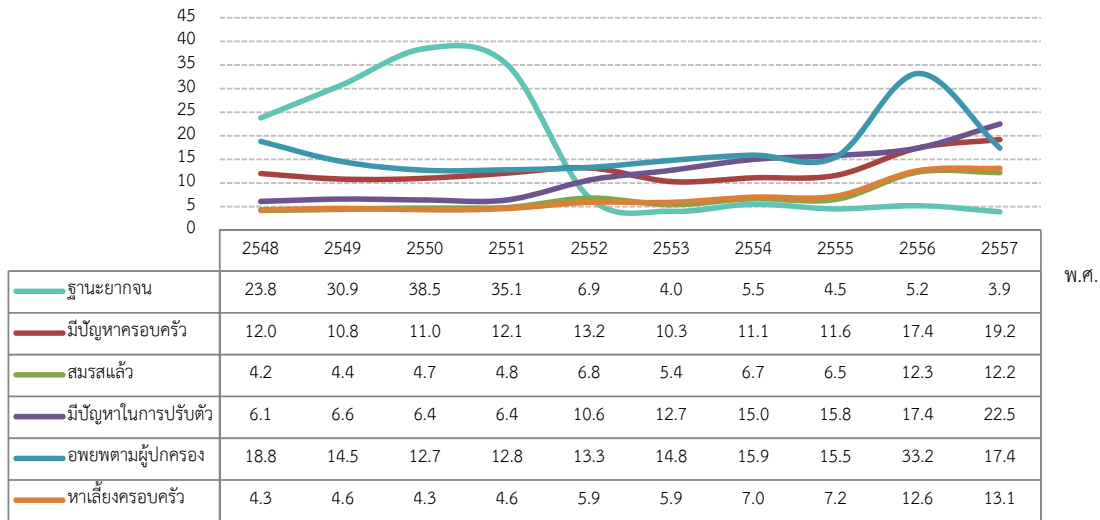
ภาพที่ 4.11 อัตราการเรียนต่อปีการศึกษา 2547 – 2557



ที่มา: สถิติการศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

ส่วนสาเหตุของการลาออกกลางคันนั้น ข้อมูลจากการติดตามสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน พบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2551 สาเหตุสำคัญ คือ ฐานะยากจน และหลังจาก พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา สาเหตุสำคัญของการลาออกกลางคัน คือ มีปัญหาในการปรับตัวและอพยพตามผู้ปกครอง (ภาพที่ 4.12)

ภาพที่ 4.12 สาเหตุของนักเรียนที่ออกกลางคันจำแนกตามชั้นเรียน ปีการศึกษา 2548 – 2557



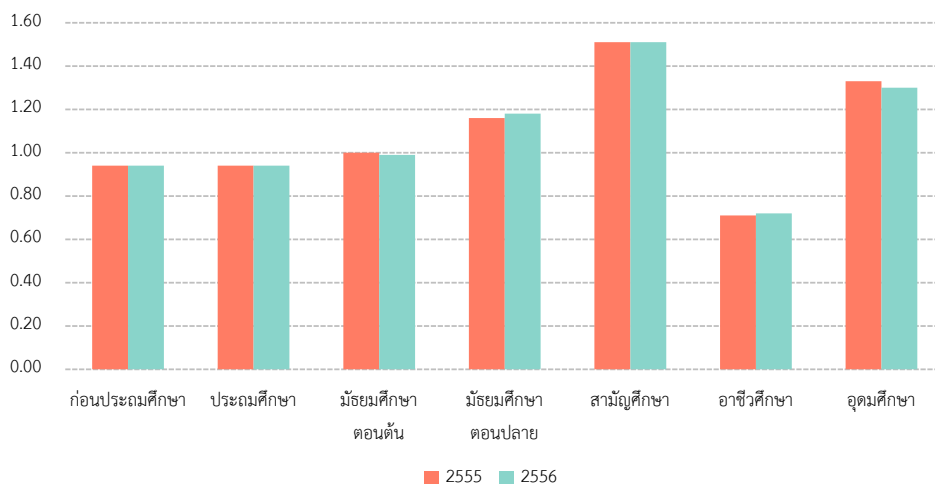
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)
 หมายเหตุ: เฉพาะนักเรียนในสังกัด สพฐ.

2) ความเสมอภาคทางการศึกษา

การสร้างความเท่าเทียมในโอกาสทางการศึกษา เป็นรากฐานในการพัฒนาประเทศ จากรายงานสถิติการศึกษาของประเทศไทย โดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ พบว่าดัชนีความเสมอภาคในการเข้ารับการศึกษาขั้นพื้นฐานระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ในการเข้าถึงการศึกษา

ภาคบังคับ พบว่าในปีการศึกษา 2555 และ 2556 ในระดับก่อนประถมศึกษา ประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น เพศชายเข้าถึงการศึกษามากกว่าเพศหญิง ในขณะที่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สามัญศึกษา และอุดมศึกษา เพศชายเข้าถึงการศึกษาน้อยกว่าเพศหญิง ส่วนในระดับอาชีวศึกษาเพศชายเข้าถึงการศึกษามากกว่าเพศหญิง (ภาพที่ 4.13)

ภาพที่ 4.13 ดัชนีความเสมอภาคทางเพศ จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2555 และ 2556



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. สถิติการศึกษาไทย ปีการศึกษา 2555 - 2556 และ 2556 - 2557
 หมายเหตุ: *ไม่รวมศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

จากข้อมูลขององค์การยูเนสโก (UNESCO) ที่รายงานข้อมูลความเสมอภาคระหว่างเพศ (Gender Parity Index: GPI) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในการประเมินความแตกต่างทางเพศในการเข้าเรียนต่อในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาของประเทศต่างๆ ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยความเสมอภาคระหว่างเพศทั้งระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาทั่วโลก มีค่าระหว่าง 0.97 - 0.99 ใน

ช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2557 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในเกณฑ์ปกติสำหรับประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2556 - 2557 มีค่าความเสมอภาคระหว่างเพศทั้งในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยมีค่าระหว่าง 0.98 - 1.01 ในขณะที่ปี พ.ศ. 2555 พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเข้าเรียนในระดับมัศึกษามากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ความเสมอภาคระหว่างเพศ (Gender Parity Index: GPI) ของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2555 - 2557

ประเทศ	2555		2556		2557	
	ระดับประถมศึกษา	ระดับมัธยมศึกษา	ระดับประถมศึกษา	ระดับมัธยมศึกษา	ระดับประถมศึกษา	ระดับมัธยมศึกษา
โลก	0.97	0.97	0.99	0.98	0.99	0.98
บรูไน	0.99	1.01	1.00	1.02	1.00	1.00
ไทย	0.98	1.06	0.98	1.00	1.01	..
ฟิลิปปินส์	..	..	1.00	1.10	..	..
เวียดนาม	1.00	..	0.97	..	0.99	..
อินโดนีเซีย	1.00	1.03	1.00	0.97	0.98	0.99
สหภาพพม่า	..	..	..	..	0.97	1.03
ลาว	0.94	0.87	0.95	0.89	0.95	0.91
กัมพูชา	0.93	..	0.91	..	0.95	..

ที่มา: www.uis.UNESCO.org

หมายเหตุ: เกณฑ์ปกติของค่าความเสมอภาคระหว่างเพศ (Gender Parity Index: GPI) มีค่าระหว่าง 0.95-1.05

ค่าที่ต่ำกว่า 1 หมายถึง เพศชายมีโอกาสทางการศึกษามากกว่าเพศหญิง ค่าที่เข้าใกล้ 1 หมายถึงมีความเสมอภาคในการศึกษา

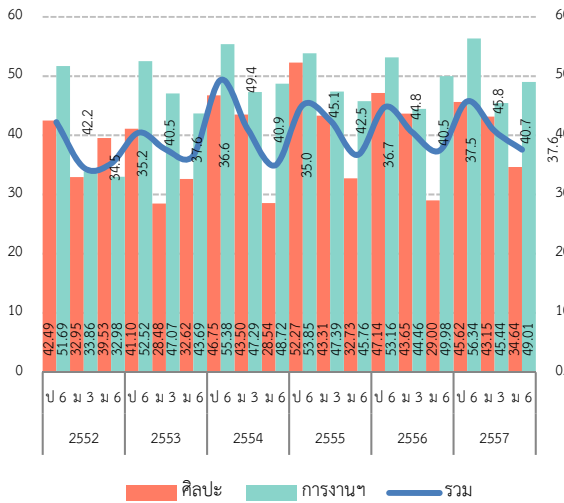
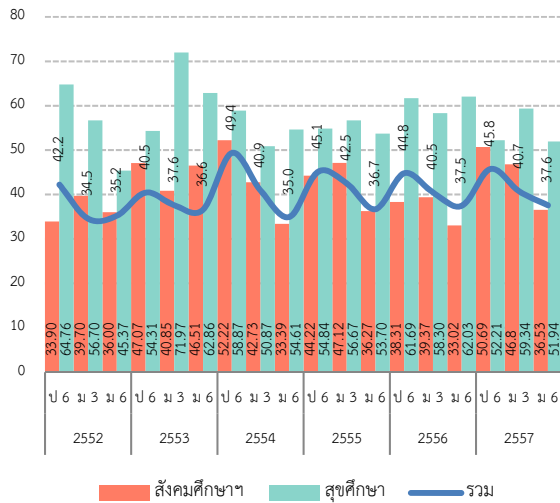
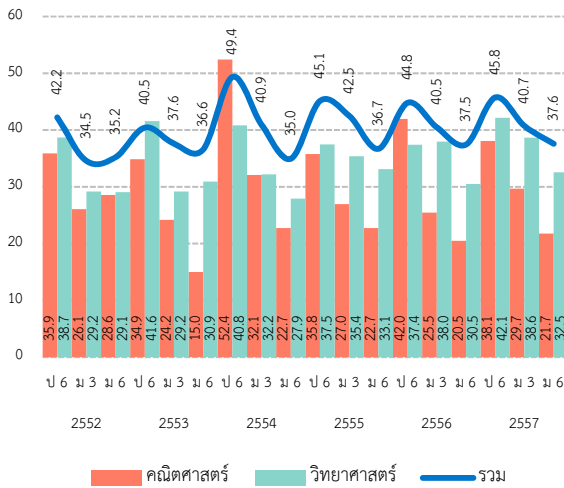
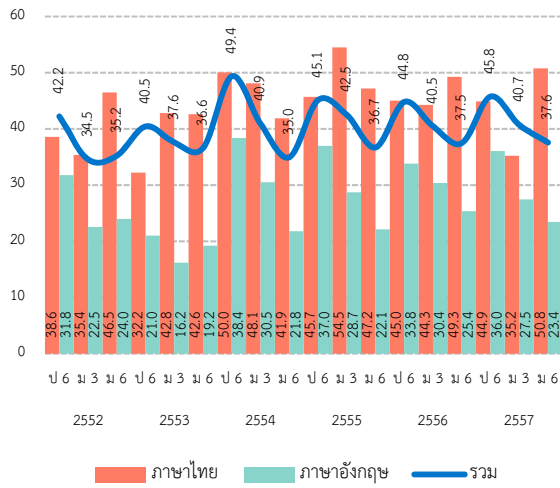
ค่าที่ต่ำกว่า 1 หมายถึง เพศหญิงมีโอกาสทางการศึกษามากกว่าเพศชาย

4.2.3 คุณภาพการศึกษา

คุณภาพการศึกษา เป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ซึ่งเกิดกับผู้เรียน โดยผ่านกลไกการเรียนรู้ ซึ่งสามารถวัดได้ทั้งจากทักษะการอ่าน การเขียน การคำนวณ รวมทั้งการมีทักษะชีวิตของผู้เรียน ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการและสถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน) รายงานผลทดสอบทางการศึกษาวิชาที่สำคัญ จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2552 - 2557 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มัธยมศึกษา

ปีที่ 3 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน 8 วิชา ได้แก่ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ สังคมศึกษา สุขศึกษา ศิลปะ และการงานอาชีพ พบว่า วิชาสุขศึกษา การงานอาชีพ ภาษาไทย และศิลปะ เป็นวิชาที่มีผลการทดสอบทางการศึกษาสูงกว่าคะแนนภาพรวม ในขณะที่วิชาสังคมศึกษา เป็นวิชาที่มีผลการทดสอบทางการศึกษาใกล้เคียงกับคะแนนภาพรวม สำหรับ วิชาภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ เป็นวิชาที่มีผลการทดสอบทางการศึกษาดูต่ำกว่าคะแนนภาพรวม

ภาพที่ 4.14 ผลทดสอบทางการศึกษาวิชาที่สำคัญ จำแนกตามระดับการศึกษา ปีการศึกษา 2552 - 2557

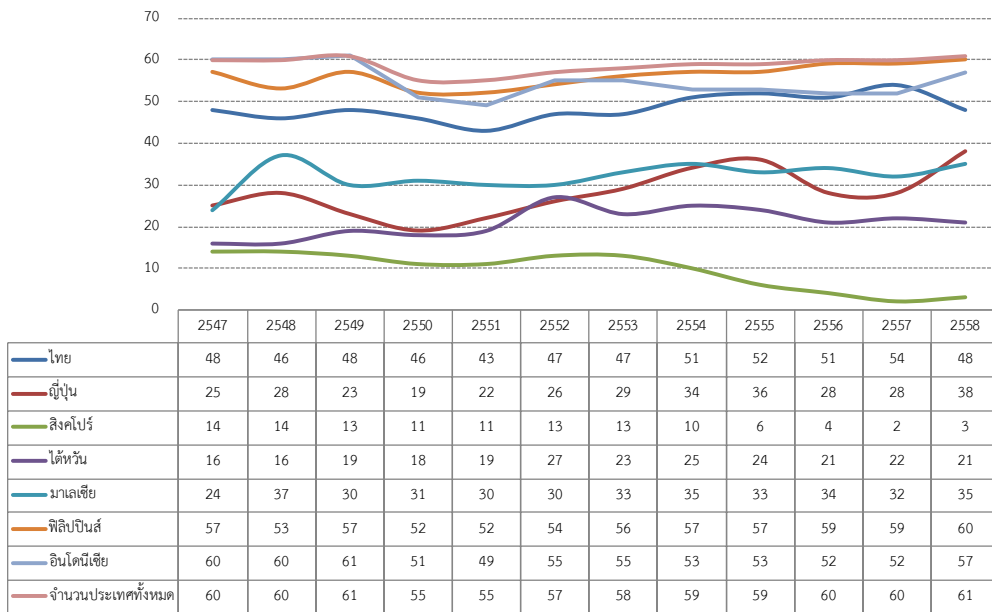


ที่มา: 1) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
 2) สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน)
 แหล่งข้อมูล: 1) ข้อมูลปี 2552 - 2554 จาก สทศ. ยกเว้นวิชาภาษาอังกฤษของชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จาก สพฐ.
 2) ข้อมูลปี 2555 - 2557 จาก สทศ.

ส่วนอันดับความสามารถในการแข่งขันด้านการศึกษา พ.ศ. 2547 - 2558 ข้อมูลจาก IMD World Competitiveness Yearbook 2004 - 2015 พบว่าประเทศไทยอยู่ประมาณลำดับที่ 48 ในปี พ.ศ. 2547

และเพิ่มเป็นลำดับที่ 54 ในปี พ.ศ. 2557 และเป็นลำดับที่ 48 อีกครั้ง ในปี พ.ศ. 2558 (ภาพที่ 4.15) โดยประเทศสิงคโปร์มีอันดับความสามารถในการแข่งขันด้านการศึกษาเป็นลำดับต้นๆ นับจากปี พ.ศ. 2555 - 2558

ภาพที่ 4.15 อันดับความสามารถในการแข่งขันด้านการศึกษา พ.ศ. 2547 - 2558



ที่มา: IMD World Competitiveness Yearbook 2004-2015

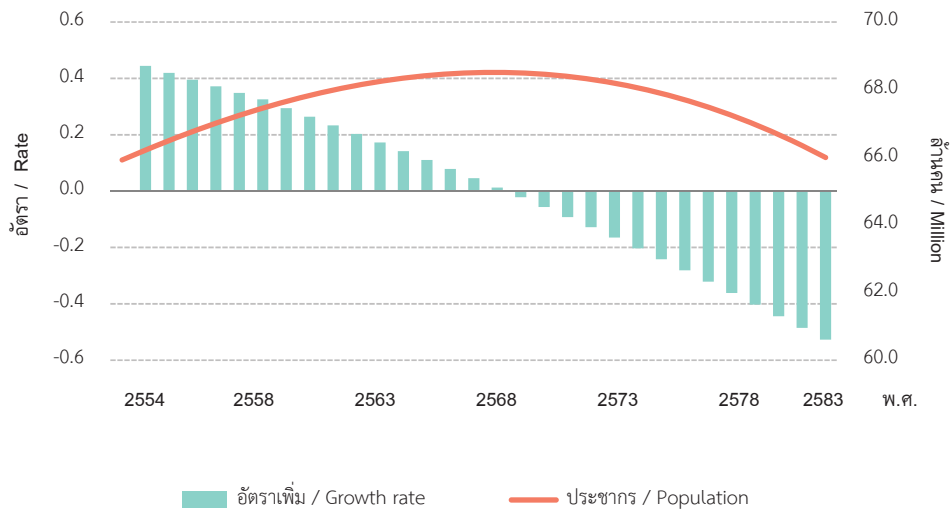
4.3 สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัวและการอพยพย้ายถิ่น

4.3.1 โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ยุคที่อัตราการเจริญเติบโตของประชากรชะลอตัว โดยมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 0.44 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 0.35 ในปี 2558 ทั้งนี้เนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่าอัตราการทดแทน ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่า ในช่วงกว่า 2 ทศวรรษ (พ.ศ. 2507 - 2558) ที่ผ่านมา อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) มีแนวโน้มลดลงจากอัตรา 6.3 ในปี 2507 เป็น 1.6 ในปี 2558 และลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึง 1.3 ในปี 2583 (ภาพที่ 4.16

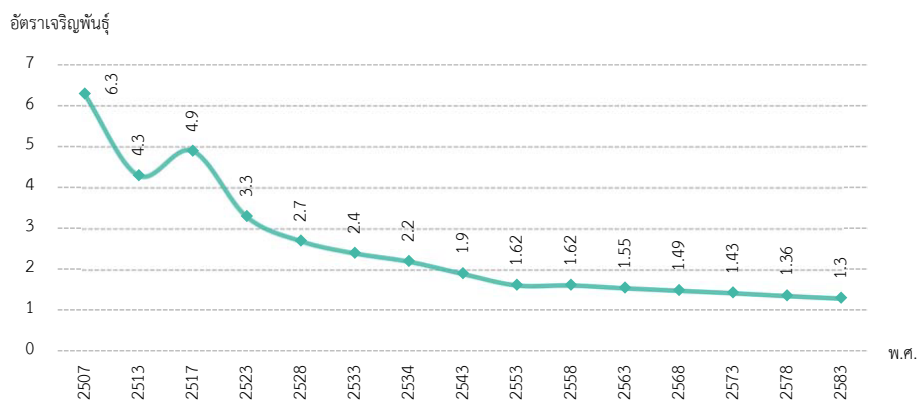
และ 4.17) จากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย โดยเฉพาะโครงสร้างด้านอายุที่มีสัดส่วนของประชากรวัยเด็กอายุ 0-14 ปี และวัยทำงานที่ลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นจนเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย ซึ่งหมายความว่าอัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรในวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงแต่ในกลุ่มผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้น และจากข้อมูลการคาดประมาณประชากร พ.ศ. 2553 - 2583 (ข้อมูลภาวะเจริญพันธุ์ลดลงตามปกติ) พบว่าอัตราส่วนพึ่งพิงโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 4.18, 4.19)

ภาพที่ 4.16 การคาดประมาณจำนวนประชากรและอัตราเพิ่มของประชากร พ.ศ. 2554 - 2583



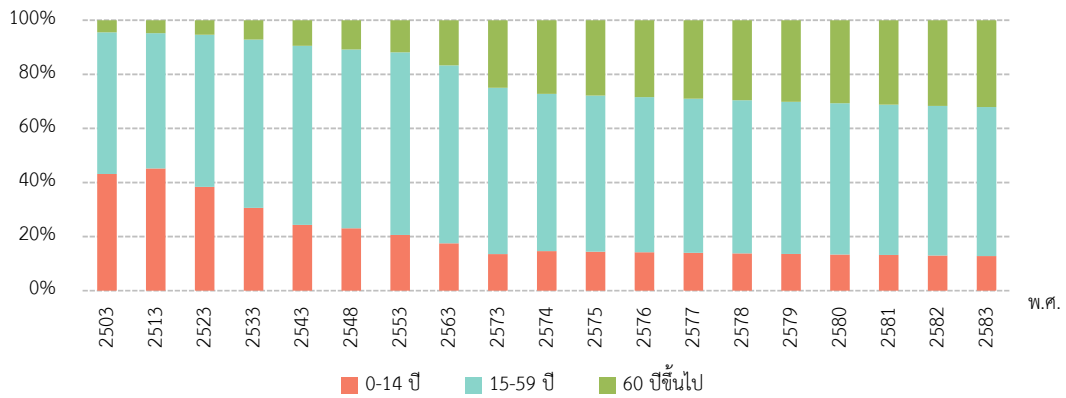
ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.17 อัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2507 - 2583



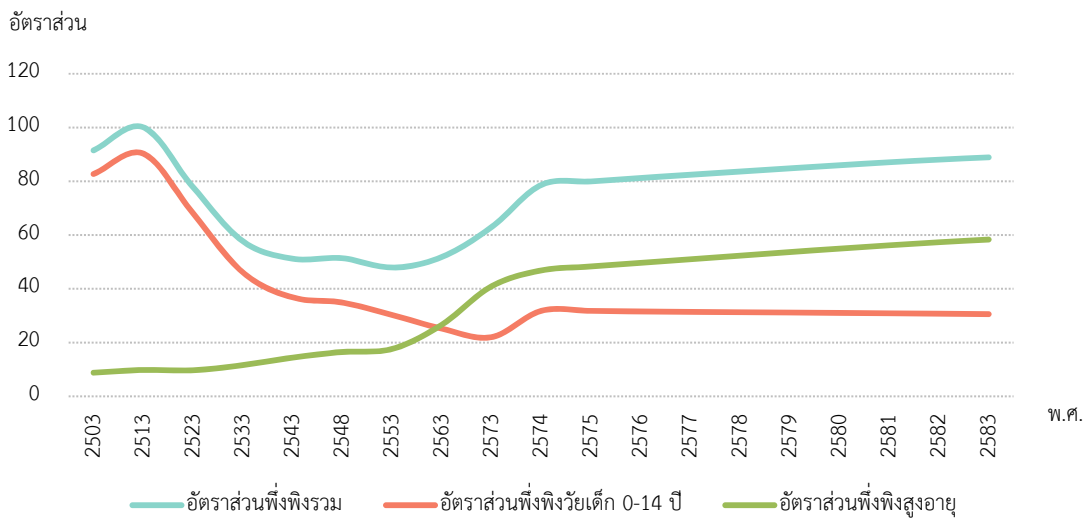
ที่มา: - พ.ศ. 2507 2517 2528 และ 2534 รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2513 2523 2533 และ 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2553 - 2583 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.18 สัดส่วนของประชากรกลุ่มอายุสำคัญ พ.ศ. 2503 - 2583



ที่มา: 1. พ.ศ. 2503 2513 2523 2533 และ 2543 จากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. พ.ศ. 2548 จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 3. พ.ศ. 2553 - 2583 จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.19 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุและการคาดประมาณ พ.ศ. 2503 - 2583

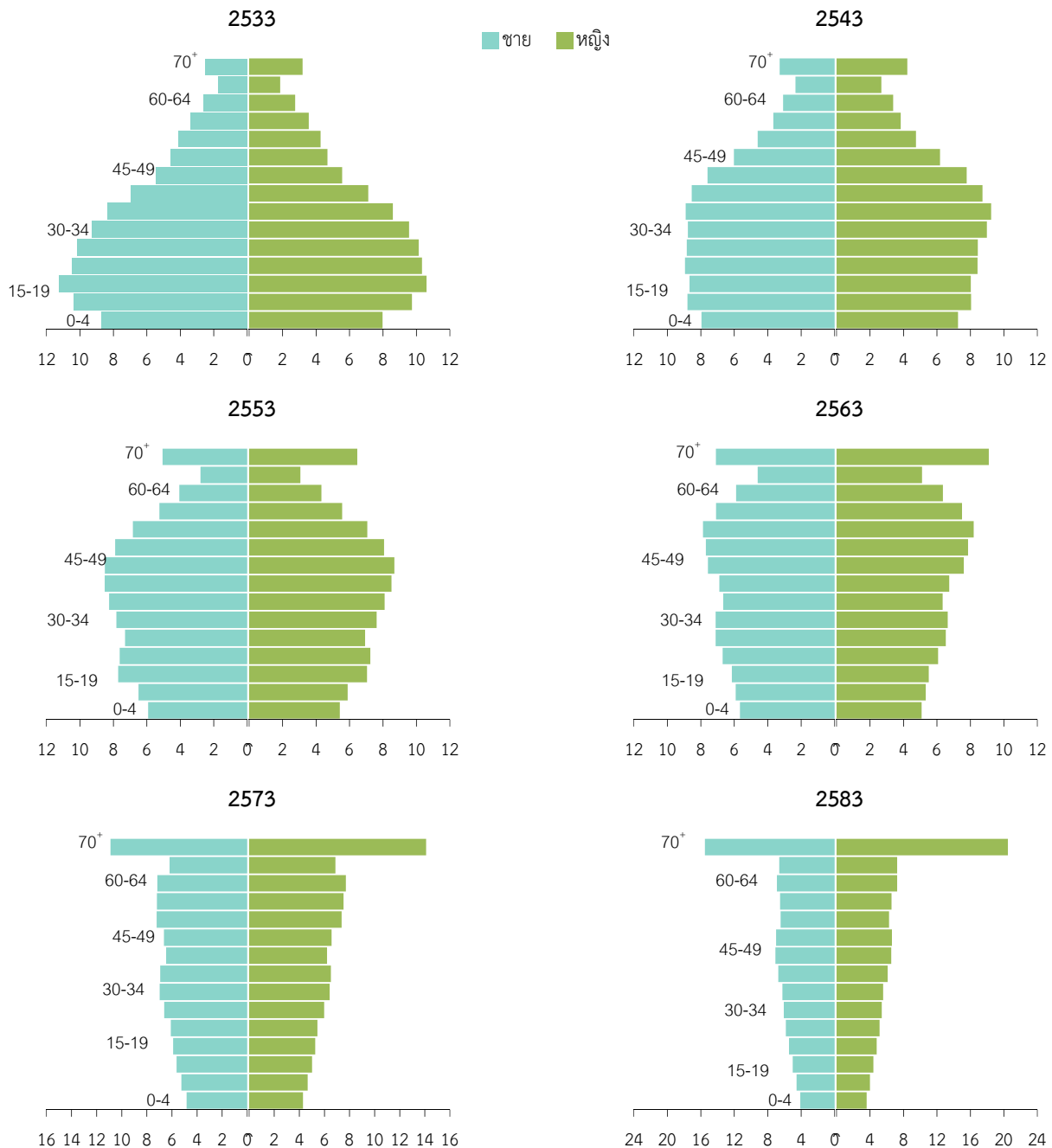


ที่มา: 1. พ.ศ. 2503 พ.ศ. 2513 พ.ศ. 2523 พ.ศ. 2533 พ.ศ. 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. พ.ศ. 2553 - 2583 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากสถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนได้จาก โครงสร้างประชากรที่เคยมีฐานกว้างและยอดปิรามิดแหลม กลายเป็นปิรามิดที่มีฐานแคบและยอดปิรามิดที่กว้างขึ้นกว่าเดิม ซึ่งเป็นลักษณะที่คล้ายคลึงกับ

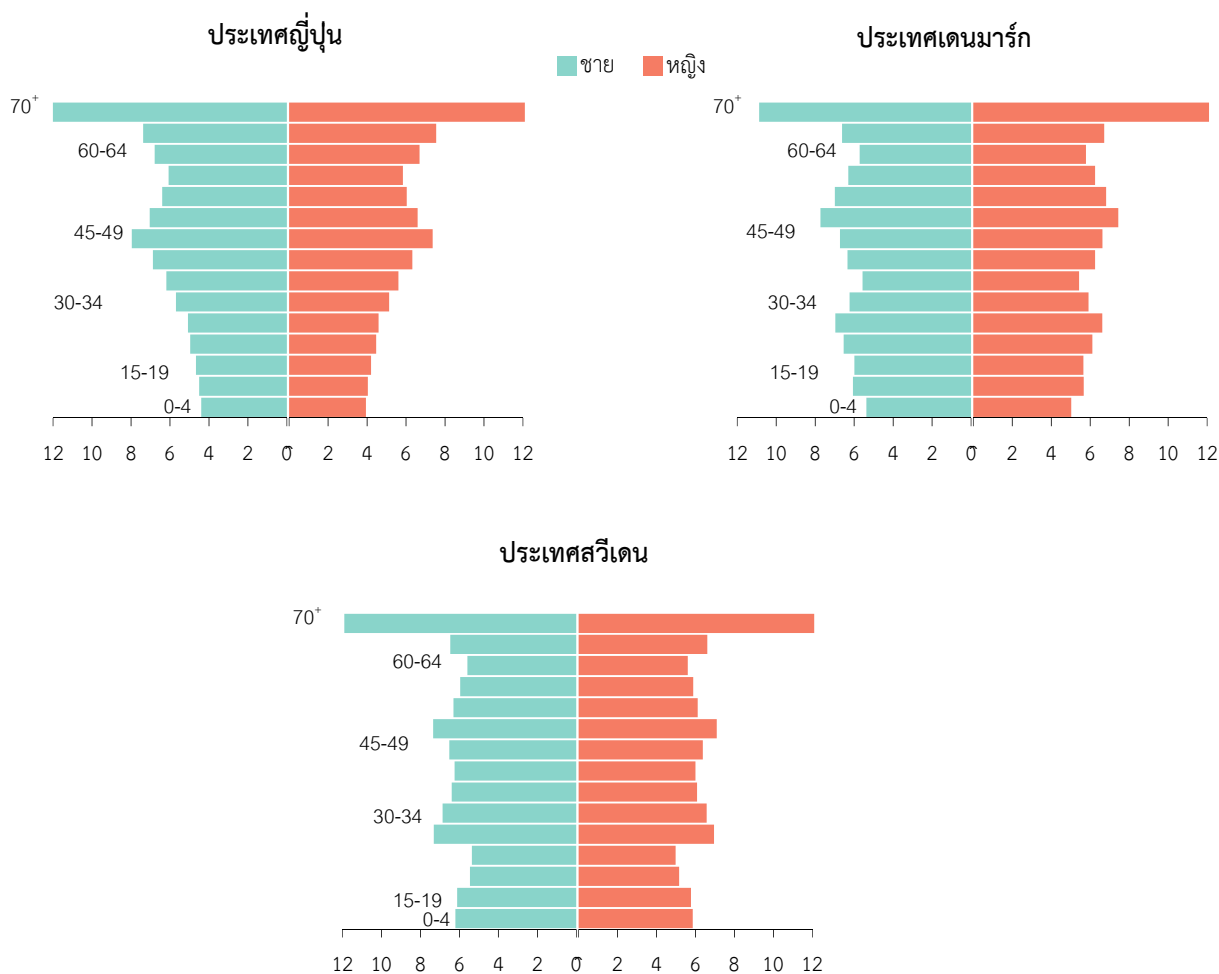
ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศญี่ปุ่นและประเทศอื่นๆ ที่ประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงกว่า 80 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 4.20)

ภาพที่ 4.20 ปิรามิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533 2543 2553 2563 2573 และ 2583 กับประเทศญี่ปุ่น เดนมาร์กและสวีเดน พ.ศ. 2558



ที่มา: พ.ศ. 2533 2543 2553 สำนักทะเบียนราษฎรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
พ.ศ. 2563 2573 2583 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยพ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.20 พีระมิดประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533 2543 2553 2563 2573 และ 2583 กับประเทศญี่ปุ่น เดนมาร์กและสวีเดน พ.ศ. 2558 (ต่อ)



ที่มา: World Population Prospects: The 2015 Revision

จากการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทย ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรพึ่งพิงโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ จากรูปแบบการเจ็บป่วยและภาระโรคที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีอัตราการป่วยตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น และเป็นภาระให้รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 84 ในปี พ.ศ. 2558 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 ของ

งบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 31¹ ในปี พ.ศ. 2558 นอกจากนี้ความต้องการสินค้าและบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุก็เพิ่มมากขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ ด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในด้านต่างๆ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ การบูรณาการระบบประกันสุขภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากร

¹ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ UNFPA

4.3.2 ชีวิตและครอบครัวไทย

1) สถานการณ์ครอบครัวไทย

ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โครงสร้างครัวเรือนไทยเปลี่ยนรูปแบบไปอย่างชัดเจน จากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าส่วนใหญ่ครัวเรือนไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว คือ มีพ่อแม่

และลูก แต่ปัจจุบันกลับมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 53.9 ในปี 2550 เหลือร้อยละ 49.6 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่รูปแบบการอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยายมีสัดส่วนคงที่ประมาณร้อยละ 35 และครอบครัวที่อยู่คนเดียวเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2557 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 โครงสร้างครัวเรือนของประเทศไทย พ.ศ. 2550 - 2557 (พันครัวเรือน)

ประเภทครัวเรือน	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
ครอบครัวเดี่ยว	53.9	53.3	53.1	52.3	51.5	50	49.9	49.6
ครอบครัวขยาย	34.5	34.6	35.1	34.5	34.1	35.9	35.7	34.6
ครอบครัวที่อยู่คนเดียว	11.2	11.6	11.4	12.6	13.9	13.4	13.9	15.2
ครอบครัวที่อยู่ร่วมกับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	0.4	0.6	0.4	0.6	0.5	0.7	0.6	0.6

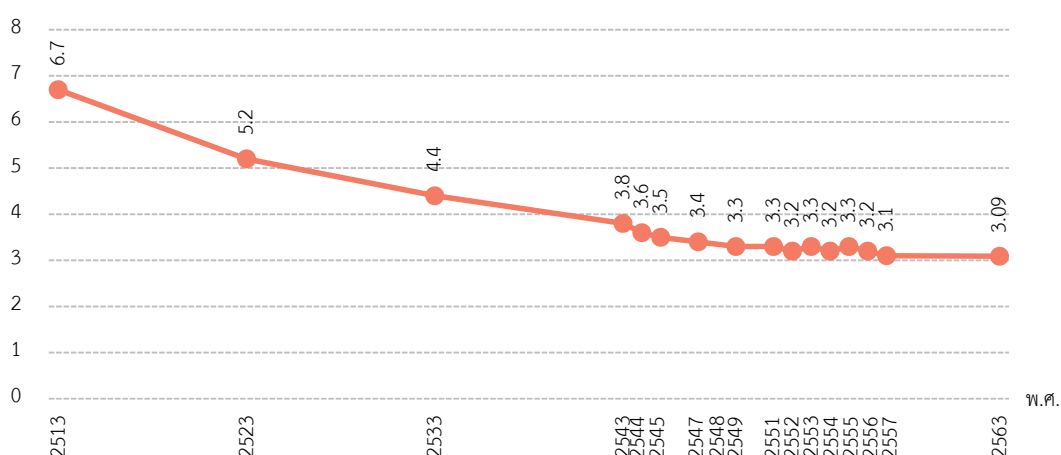
ที่มา: การสำรวจสภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง สามีและภรรยา สามีและภรรยาและลูก สามีหรือภรรยาและลูก

จากการลดลงอย่างต่อเนื่องของอัตราเจริญพันธุ์รวม ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา รวมทั้งการมีแนวโน้มครอบครัวที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนคนที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนลดน้อยลง จากข้อมูลสำมะโนประชากรและการเคหะ และการสำรวจสภาวะการทำงาน

ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลงจาก 6.7 คน ในปี พ.ศ. 2513 เหลือเพียง 3.1 คน ในปี พ.ศ. 2557 และคาดว่าจะเหลือเพียง 3.09 คนต่อหนึ่งครอบครัว ในปี พ.ศ. 2563 (ภาพที่ 4.21)

ภาพที่ 4.21 ขนาดของครัวเรือนเฉลี่ยของประเทศไทยและคาดการณ์ถึงพ.ศ. 2563



ที่มา: พ.ศ. 2513 - 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พ.ศ. 2544 - 2551 การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พ.ศ. 2552 - 2557 การสำรวจการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

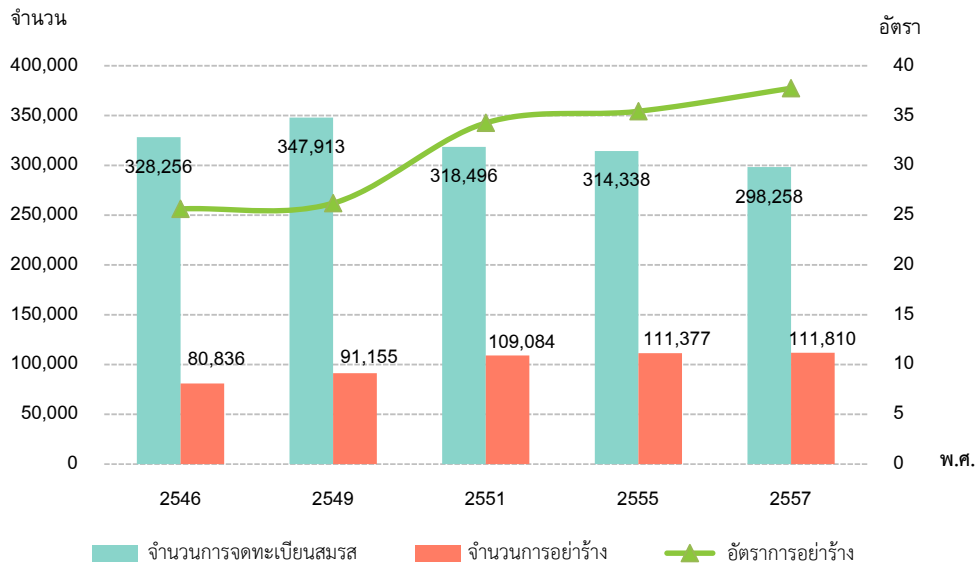
พ.ศ. 2563 รายงานผลการศึกษาแนวโน้มเศรษฐกิจและสังคมไทย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

2) สัมพันธภาพในครอบครัว

ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ลักษณะครอบครัวมีความหลากหลายมากขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม ปัจจุบันผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนและทำงานนอกบ้านมากขึ้น มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างแพร่หลาย ทำให้

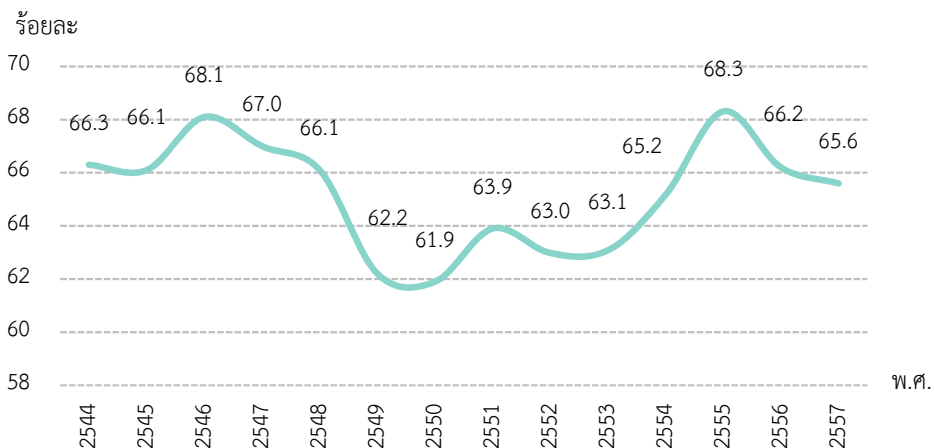
เวลาและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของครอบครัวมีน้อยลง ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวอ่อนแอลง สะท้อนได้จากอัตราการหย่าร้างและการครองโสดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ค่าดัชนีความอบอุ่นในครอบครัวไทยยังอยู่ในระดับต่ำที่ต้องปรับปรุง อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวอาจไม่สามารถสะท้อนความสัมพันธ์ในครอบครัวได้อย่างแท้จริง เนื่องจากในปัจจุบันรูปแบบการสมรสได้เปลี่ยนแปลงเป็นการอยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงานและจดทะเบียนสมรสมากขึ้น (ภาพที่ 4.22 และ 4.23)

ภาพที่ 4.22 การจดทะเบียนสมรสและการหย่าร้าง พ.ศ. 2546 - 2557



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.23 ดัชนีครอบครัวอบอุ่น พ.ศ. 2544 - 2557



ที่มา: สำนักประเมินและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: 1. ดัชนีครอบครัวอบอุ่นวัดจาก 3 องค์ประกอบ คือ บทบาทหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว และการพึ่งพิงตนเอง

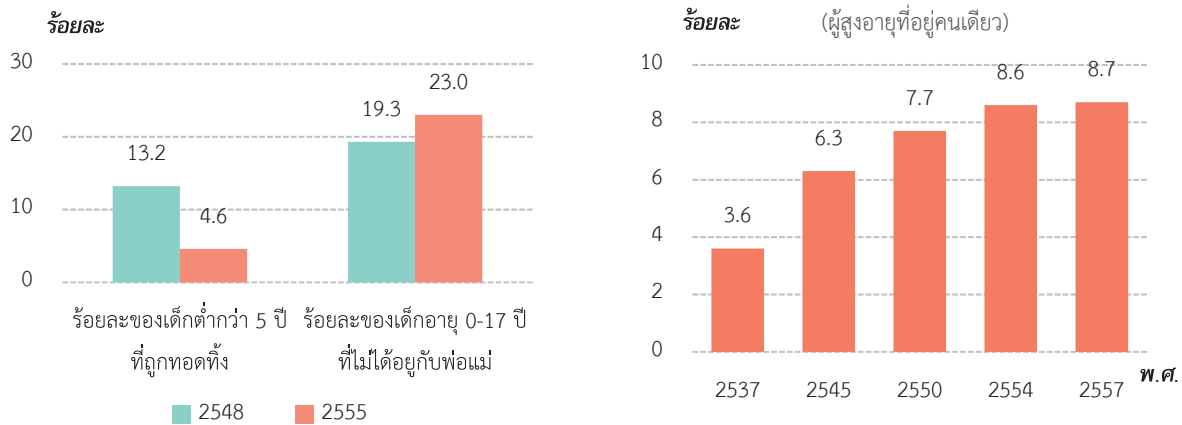
2 ระดับดีมาก=ร้อยละ 90.0-100 ระดับดี =ร้อยละ 80.0-89.9 ระดับปานกลาง = ร้อยละ 70.0-79.0 ระดับต้องปรับปรุง=69.0-59.9 ระดับ เร่งแก้ไข ≤ร้อยละ 59.9

(1) เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้เป็นปัญหาทางสังคม

จากรายงานสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พบว่ามีเด็กอายุ 0-17 ปี ที่ไม่ได้อาศัยกับพ่อแม่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.3 ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 23.0 ในปี พ.ศ. 2555 สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงกว่าเท่าตัว จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เป็น 8.7 ในปี พ.ศ. 2557 (การสำรวจผู้สูงอายุประเทศไทย, สำนักงาน

สถิติแห่งชาติ) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพและรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองลดลงทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมที่รัฐจะต้องให้ความสำคัญและแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

ภาพที่ 4.24 ร้อยละของเด็กที่ถูกทอดทิ้งและผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว



ที่มา: พ.ศ. 2548 และ 2555 รายงานสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ
พ.ศ. 2537, 2545, 2550, 2554 และ 2557 การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) ความรุนแรงในครอบครัว

ปัญหาความรุนแรงในครอบครัวที่เพิ่มขึ้นในสังคมนั้น ส่วนใหญ่ผู้ถูกกระทำจะเป็นผู้หญิงและเด็กและผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นผู้ชายโดยผู้ที่ถูกกระทำส่วนใหญ่มักถูกทำร้ายทั้งร่างกายจิตใจ และถูกกระทำรุนแรงทาง

เพศ จากข้อมูลศูนย์พึ่งได้ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและเข้ารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่ถูกกระทำทางกายและความรุนแรงทางเพศ (ตารางที่ 4.3 และ 4.4)

ตารางที่ 4.3 จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง พ.ศ. 2552 - 2557

พ.ศ.	เด็กที่ถูกกระทำรุนแรง (ราย)	สตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (ราย)	เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง (ราย)	เฉลี่ยการถูกทำร้าย (รายต่อวัน)
2552	12,359	11,140	23,499	64
2553	13,190	12,554	25,744	70
2554	11,491	11,074	22,565	62
2555	9,703	10,869	20,572	56
2556	19,229	12,637	31,866	87
2557	6,333	7,666	13,999	38

ที่มา: รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านความรุนแรงต่อเด็ก สตรี และความรุนแรงในครอบครัว สำนักงานกิจการสตรีและครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ตารางที่ 4.4 ประเภทการถูกกระทำรุนแรงในเด็กและสตรี พ.ศ. 2547 - 2557

ประเภทการถูกกระทำรุนแรง	พ.ศ. 2547		พ.ศ. 2549		พ.ศ. 2550		พ.ศ. 2552		พ.ศ. 2553		พ.ศ. 2554		พ.ศ. 2555		พ.ศ. 2556		พ.ศ. 2557	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	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	12,438	47.33	12,229	49.4	11,703	54.0	13,955	43.3	7,217	51.55
จิตใจ	503	7.2	750	4.7	1,001	5.2	1,486	6.2	1,332	5.07	757	3.1	824	3.8	1,181	3.7	376	2.69
เพศ	3,132	45.0	6,799	42.8	7,393	38.8	10,065	42.2	11,598	44.13	11,348	45.8	8,512	39.3	16,130	50.1	6,046	43.19
สังคม (ถูกทอดทิ้ง)	132	1.9	189	1.2	288	1.5	220	0.9	565	2.15	297	1.2	441	2.0	570	1.8	310	2.21
ตลอดง							225	0.9	347	1.32	137	0.6	194	0.9	360	1.1	50	0.36
ไม่ระบุ	296	4.3	183	1.2	1,966	10.5	680	2.9										
รวม	6,951	100	15,882	100	19,067	100	23,839	100	26,280	100	24,768	100	21,674	100	32,196	100	13,999	100
เฉลี่ยรายวัน	19		44		52		65		72		62		56		89		38	

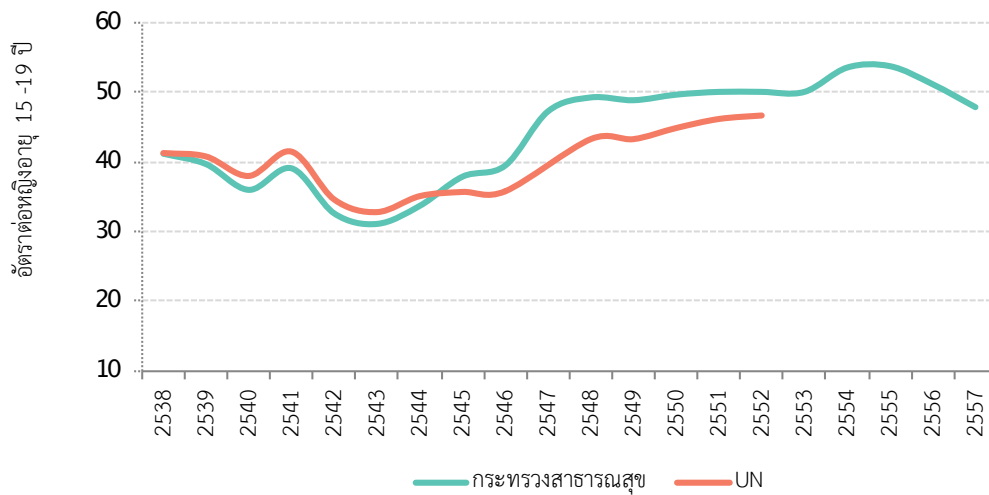
ที่มา: ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559)

(3) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผลกระทบอีกประการหนึ่งที่เป็นภาพสะท้อนถึงความเปราะบางของครอบครัวไทย คือการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) ซึ่งเด็กที่คลอดจากมารดาที่ยังไม่พร้อมและขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองทำให้เด็กมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และส่งผลให้เด็กที่เกิดมาไม่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามหลักพัฒนาการเด็กและมีโอกาส

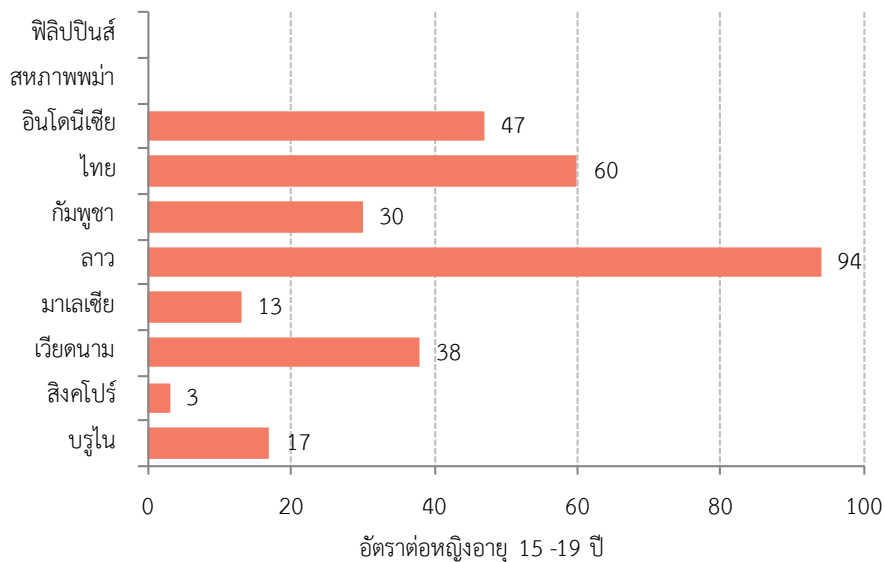
สูงที่จะกลายเป็นเด็กด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้งกลายเป็นปัญหาสังคมตามมา จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขที่รายงานโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และรายงานของ องค์การสหประชาชาติ (UN) ระบุว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 10 (ภาพที่ 4.25)

ภาพที่ 4.25 อัตราคลอดในวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: 1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
2. United Nation Statistics Division

ภาพที่ 4.26 อัตราคลอดในวัยรุ่นกลุ่มประเทศอาเซียน ในช่วงพ.ศ. 2550 - 2555



ที่มา: World Health Statistic 2015, WHO

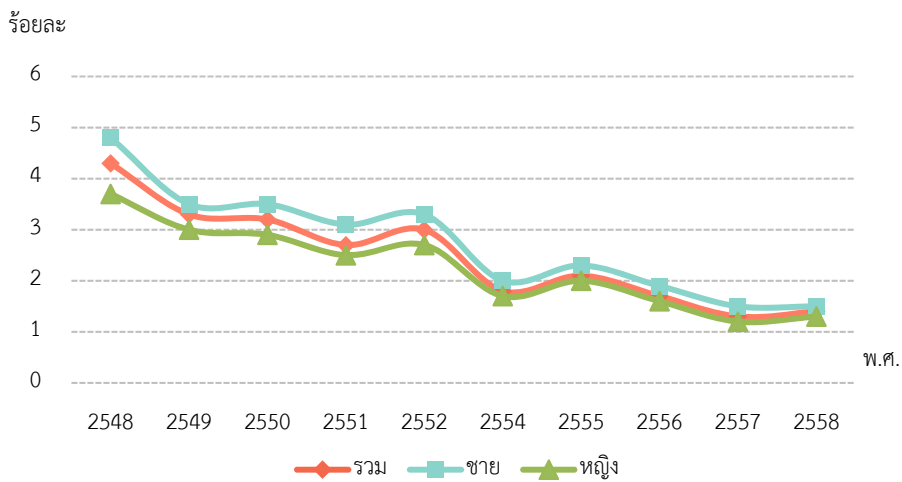
4.3.3. การอพยพย้ายถิ่น

1) การย้ายถิ่นภายในประเทศ

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาอัตราการย้ายถิ่นของประชากรภายในประเทศมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 4.3 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 1.4 ในปี พ.ศ. 2558 (ภาพที่ 4.27) โดยกระแสการย้ายถิ่นระหว่างเมืองกับชนบทจะยืดหยุ่นตามภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากนโยบายการปรับค่าแรงขั้นต่ำเป็นอัตราเดียวกันทั่วประเทศ จึงส่งผลให้แรงงานมีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน

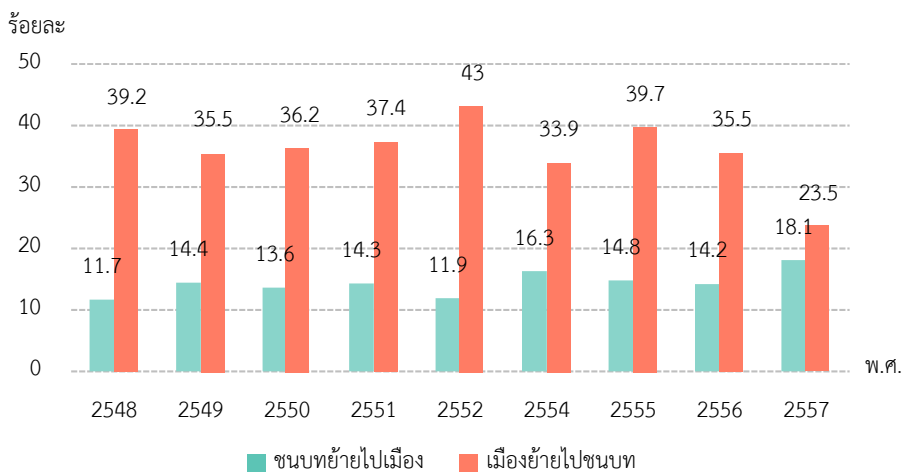
น้อยลง (ภาพที่ 4.28) อย่างไรก็ตาม ผลกระทบทางด้านสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจและสังคมของผู้ย้ายถิ่น และสมาชิกครัวเรือนต้นทางซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้สูงอายุยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะเด็กที่บิดามารดามีการอพยพย้ายถิ่นและอยู่ในการดูแลของปู่ย่าตายาย ซึ่งเด็กกลุ่มนี้อาจได้รับผลกระทบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและพัฒนาการที่ไม่ได้เกณฑ์มาตรฐาน ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพและการทำกิจวัตรประจำวัน

ภาพที่ 4.27 อัตราการย้ายถิ่น จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2548 - 2558



ที่มา: การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2548 - 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.28 ร้อยละของการย้ายถิ่น จำแนกตามกระแสการย้ายถิ่นระหว่างเมืองกับชนบท พ.ศ. 2548 - 2557



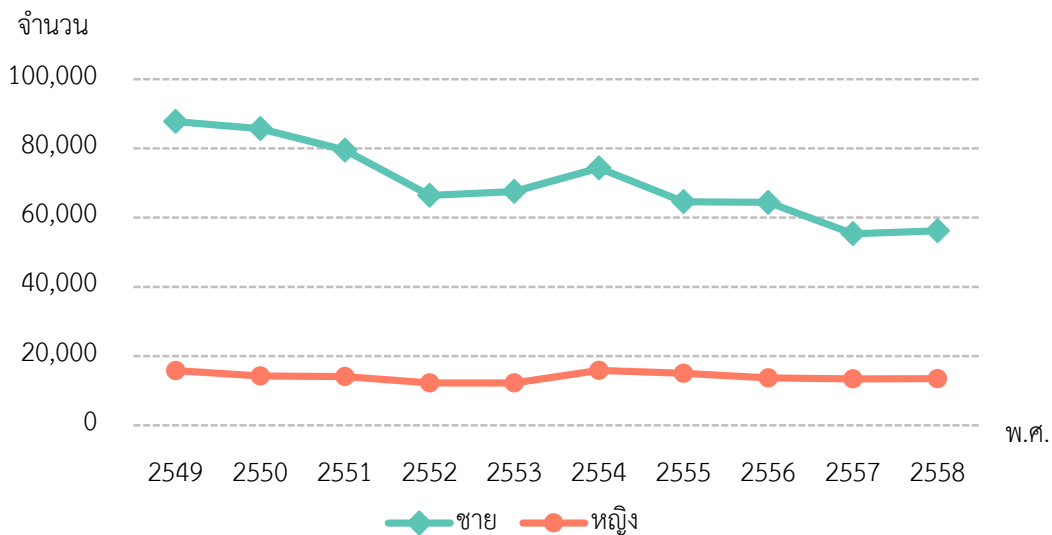
ที่มา: การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2548-2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) การย้ายถิ่นระหว่างประเทศ

การย้ายถิ่นระหว่างประเทศของแรงงานข้ามชาติมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ปัจจุบันการย้ายถิ่นระหว่างประเทศมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความต้องการแสวงหาโอกาสชีวิตที่ดีขึ้นและความต้องการแรงงานในอัตราสูงในบางประเทศ ประเทศไทยนับเป็นประเทศหนึ่งที่มีกำลังแรงงานเดินทางไปทำงานต่างประเทศเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลกรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ระบุว่าในช่วงปี พ.ศ. 2554-2558 แรงงานไทยที่ไปทำงานต่างประเทศมีแนวโน้มลดลงและส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนประเทศที่แรงงานไทยนิยมเดินทางไปทำงานเป็นจำนวนมาก ได้แก่ ประเทศไต้หวัน อิสราเอล ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสวีเดน ในขณะที่เดียวกันยังมีแรงงานต่างชาติที่เข้ามาอาศัยและทำงานในประเทศไทยจำนวนหลายล้านคน กลุ่มใหญ่ที่สุดมาจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่

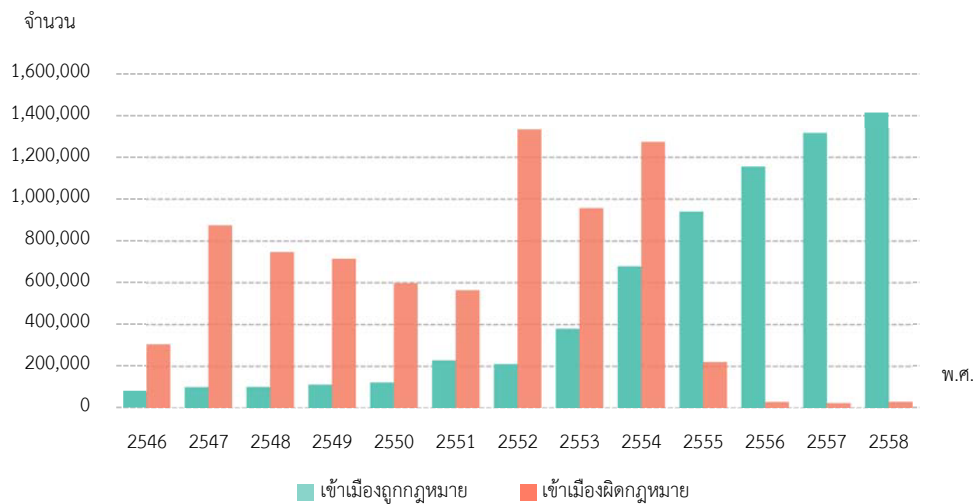
พม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยในหลายๆ ด้าน แม้ว่ารัฐบาลไทยจะมีนโยบายปรับสถานะแรงงานข้ามชาติโดยการขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายและสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านการประกันสังคมหรือการซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่ยังมีกลุ่มแรงงานต่างชาตินอกเหนือจากที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายและไม่ได้ขึ้นทะเบียน ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพรวมทั้งยังมีโอกาสเป็นพาหะนำโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ เข้ามาในประเทศ และนำโรคติดต่อที่ประเทศไทยสามารถควบคุมได้แล้วกลับมาแพร่ระบาดใหม่ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคเท้าช้าง โรคเรื้อน โรคไข้กาฬหลังแอ่น เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามในการขายบัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานกลุ่มนี้เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้

ภาพที่ 4.29 จำนวนคนไทยที่ได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานในต่างประเทศ พ.ศ. 2549 - 2558



ที่มา: สำนักงานบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ กรมจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

ภาพที่ 4.30 จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน จำแนกตามลักษณะการเข้าเมืองถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย ปี พ.ศ. 2546 – 2558



ที่มา: ฝ่ายทะเบียนและข้อมูลสารสนเทศ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน

4.4 คุณภาพชีวิตของคนไทย

4.4.1 ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย

จากรายงานผลการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในช่วง 3 ปี ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 ที่ได้ประเมินผลการพัฒนาประเทศภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและวิสัยทัศน์ประเทศไทย “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” ด้วยดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย ซึ่งประกอบด้วย 6 ปัจจัยหลักที่เป็นพื้นฐานในการสร้างความสุขของมนุษย์ ได้แก่ 1) การมีสุขภาพ 2) เศรษฐกิจที่เป็นธรรมและเข้มแข็ง 3) ครอบครัวอบอุ่น 4) ชุมชนเข้มแข็ง 5) การมีสภาพแวดล้อมที่ดีมีระบบนิเวศสมดุล และ 6) การมีสังคมประชาธิปไตย

ที่มีธรรมาภิบาล จากรายงานดังกล่าว สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ประเมินสังคมไทย มีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในระดับปานกลาง ค่าดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย ปรับตัวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.60 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 72.14 ในปี พ.ศ. 2556 และร้อยละ 72.76 ในปี 2557 โดยปัจจัยที่ส่งผลให้ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทยเพิ่มขึ้นในช่วง 3 ปีของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 คือ ชุมชนมีความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น เศรษฐกิจเข้มแข็งและเป็นธรรม (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5 ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย พ.ศ. 2550 – 2557

องค์ประกอบหลัก	แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10				แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11			
	พ.ศ. (ร้อยละ)				พ.ศ. (ร้อยละ)			
	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1.การมีสุขภาพ	70.16	71.09	69.63	69.35	72.11	71.52	72.60	72.82
2.ครอบครัวอบอุ่น	61.65	63.97	63.18	63.08	65.17	68.31	66.20	65.60
3.ชุมชนเข้มแข็ง	46.38	55.73	60.89	66.07	76.47	81.00	86.35	88.43
4.เศรษฐกิจเข้มแข็งและเป็นธรรม	73.09	69.31	71.23	77.09	76.16	79.05	78.06	77.22
5.สภาพแวดล้อม และระบบนิเวศสมดุล	75.16	73.08	70.11	68.92	74.30	68.46	64.89	65.76

ตารางที่ 4.5 ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย พ.ศ. 2550 – 2557 (ต่อ)

องค์ประกอบหลัก	แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10				แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11			
	พ.ศ. (ร้อยละ)				พ.ศ. (ร้อยละ)			
	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
6.สังคมประชาธิปไตยที่มีธรรมาภิบาล	70.45	74.95	60.37	55.70	53.75	55.56	57.23	59.07
ภาพรวมดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุข	67.49	68.62	66.21	67.33	70.54	71.60	72.14	72.76

ที่มา: สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

หมายเหตุ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดค่าดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย ดังนี้

- 1) ระดับดีมาก = ร้อยละ 90.0 – 100
- 2) ระดับดี = ร้อยละ 80.0 – 89.9
- 3) ระดับปานกลาง = ร้อยละ 70.0 – 79.9
- 4) ระดับต้องปรับปรุง = ร้อยละ 60.0 – 69.9
- 5) ระดับเร่งแก้ไข < ร้อยละ 59.9

4.4.2 ดัชนีการพัฒนามนุษย์ของคนไทยเปรียบเทียบกับดัชนีประเทศต่างๆ

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United nation Development Programme: UNDP) ได้จัดทำดัชนีการพัฒนามนุษย์ (Human Development Index: HDI) โดยคำนึงถึงความสำเร็จใน 3 ด้านคือ ด้านสุขภาพ (อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด: Life Expectancy at Birth) ด้านการศึกษา (จำนวนปีเฉลี่ยที่ได้รับการศึกษา: Mean years of schooling และจำนวนปีที่คาดว่าจะได้รับการศึกษา Expected years of schooling) และด้านมาตรฐานการครองชีพ (รายได้มวลรวมประชาชาติเฉลี่ยต่อบุคคล: Gross Nation Income: GNI per Capita)

แล้วนำมาจัดกลุ่มประเทศตามลำดับการพัฒนา 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มพัฒนาระดับสูงมาก กลุ่มพัฒนาอยู่ในระดับสูง กลุ่มพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ สำหรับประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มพัฒนาอยู่ในระดับสูง จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าดัชนีการพัฒนามนุษย์ของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากค่าดัชนี 0.716 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 0.726 ในปี พ.ศ. 2557 โดยอยู่ในลำดับที่ 91 จากประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากประเทศที่พัฒนาแล้วในภูมิภาคนี้ คือ ประเทศสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย

ตารางที่ 4.6 ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2553 - 2557

กลุ่มประเทศอาเซียน	2553 (2010)			2554 (2011)			2555 (2012)			2556 (2013)			2557 (2014)		
	อันดับโลก	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี	อันดับโลก	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี	อันดับโลก	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี	อันดับโลก	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี	อันดับโลก	อันดับในกลุ่ม	ดัชนี
สิงคโปร์ (Singapore)	27	1	0.897	26	1	0.903	18	1	0.905	9	1	0.909	11	1	0.912
บรูไน (Brunei)	37	2	0.843	33	2	0.847	30	2	0.852	30	2	0.852	31	2	0.856
มาเลเซีย (Malaysia)	57	3	0.769	61	3	0.772	64	3	0.774	62	3	0.777	60	3	0.779
ไทย (Thailand)	92	4	0.716	103	4	0.721	103	4	0.723	89	4	0.724	91	4	0.726
ฟิลิปปินส์ (Philippines)	97	5	0.654	112	5	0.653	114	5	0.657	117	6	0.664	115	6	0.668
เวียดนาม (Viet Nam)	113	7	0.653	128	7	0.657	127	7	0.66	121	7	0.663	117	7	0.666
อินโดนีเซีย (Indonesia)	108	6	0.665	124	6	0.671	121	6	0.678	108	5	0.681	110	5	0.684
สหภาพพม่า (Myanmar)	132	10	0.52	149	10	0.524	149	9	0.528	150	10	0.531	148	10	0.536
ลาว (Laos)	122	8	0.539	138	8	0.552	138	8	0.562	139	9	0.57	141	8	0.575
กัมพูชา (Cambodia)	124	9	0.536	139	9	0.541	138	8	0.546	136	8	0.55	144	9	0.555

ที่มา: Human Development Report

หมายเหตุ: ประเทศที่มีการพัฒนาในระดับสูงมาก มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.800 ขึ้นไป ระดับสูง มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.700 - 0.799

ระดับปานกลาง มีค่าดัชนีตั้งแต่ 0.55 - 0.699 ระดับต่ำ มีค่าดัชนีต่ำกว่า 0.55

ตารางที่ 4.7 ดัชนีคุณภาพชีวิต (Human Development Index) ของประเทศต่างๆ พ.ศ. 2553 - 2557

2553 (2010)			2554 (2011)			2555 (2012)			2556 (2013)			2557 (2014)		
ประเทศ	อันดับ โลก	ดัชนี	ประเทศ	อันดับ โลก	ดัชนี	ประเทศ	อันดับ โลก	ดัชนี	ประเทศ	อันดับ โลก	ดัชนี	ประเทศ	อันดับ โลก	ดัชนี
Norway	1	0.938	Norway	1	0.943	Norway	1	0.955	Norway	1	0.944	Norway	1	0.944
Australia	2	0.937	Australia	2	0.929	Australia	2	0.938	Australia	2	0.933	Australia	2	0.935
New Zealand	3	0.907	Netherlands	3	0.910	United States	3	0.937	Switzerland	3	0.917	Switzerland	3	0.930
United States	4	0.902	United States	4	0.910	Netherlands	4	0.921	Netherlands	4	0.915	Denmark	4	0.923
Ireland	5	0.895	New Zealand	5	0.908	Germany	5	0.920	United States	5	0.914	Netherlands	5	0.922
Liechtenstein	6	0.891	Canada	6	0.908	New Zealand	6	0.919	Germany	6	0.911	Germany	6	0.916
Netherlands	7	0.890	Ireland	7	0.908	Ireland	7	0.916	New Zealand	7	0.910	Ireland	6	0.916
Canada	8	0.888	Liechtenstein	8	0.905	Sweden	8	0.916	Canada	8	0.902	United States	8	0.915
Sweden	9	0.885	Germany	9	0.905	Switzerland	9	0.913	Singapore	9	0.901	Canada	9	0.913
Germany	10	0.885	Sweden	10	0.904	Japan	10	0.912	Denmark	10	0.900	New Zealand	9	0.913

ที่มา: Human Development Report

4.5 สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต

4.5.1 โครงสร้างพื้นฐาน

1) การคมนาคมขนส่ง

1.1 โครงสร้างพื้นฐานทางรถไฟ

โครงข่ายระบบรถไฟในปัจจุบันมีระยะทางรวม 4,043 กิโลเมตร ประกอบด้วย เส้นทางสายหลัก 5 เส้นทางกระจายไปตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ครอบคลุมพื้นที่บริการ 47 จังหวัด โดยส่วนใหญ่เป็นทางรถไฟทางเดี่ยว ระยะทาง 3,763 กิโลเมตร หรือร้อยละ 93 ทางคู่ ระยะทาง 173 กิโลเมตร หรือร้อยละ 4 และทางสาม ระยะทาง 107 กิโลเมตร หรือร้อยละ 3 เนื่องจากทางรถไฟทางคู่และทางสามมีระยะทางค่อนข้างน้อย ทำให้เสียเวลาในการรอรับหลัก นอกจากนี้ยังมีทางลัดผ่านของชุมชนและมีจำนวนจุดตัดระหว่างถนนกับทางรถไฟทั่วประเทศจำนวน 2,460 จุด โดยเป็นทางผ่านระดับถนนที่รถไฟจะต้องหยุดหรือชะลอความเร็วและเป็นจุดที่เกิดอุบัติเหตุได้บ่อยครั้ง

1.2 โครงสร้างพื้นฐานทางถนน

ปัจจุบันประเทศไทยมีถนนในความดูแลของกรมทางหลวง ระยะทาง 66,940 กิโลเมตร (รวมทางหลวงพิเศษระหว่างเมือง) กรมทางหลวงชนบท ระยะทาง 47,916 กิโลเมตร ทางพิเศษของการทางพิเศษแห่งประเทศไทย ระยะทาง 207.90 กิโลเมตร และเป็นถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะทางประมาณ 352,157 กิโลเมตร

1.3 โครงสร้างพื้นฐานทางน้ำ

การขนส่งทางน้ำแบ่งออกเป็น การขนส่งทางลำนํ้าและการขนส่งทางชายฝั่ง โดยเส้นทางการขนส่งทางลำนํ้ามี 2 เส้นทาง คือ เส้นทางขนส่งสินค้าภายในประเทศ ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยา (ขนส่งได้ตลอดทั้งปี) แม่น้ำป่าสัก แม่น้ำบางปะกง แม่น้ำแม่กลอง และแม่น้ำท่าจีน ส่วนเส้นทางที่ 2 เป็นเส้นทางการขนส่งสินค้าระหว่างประเทศ ได้แก่ การขนส่งทางทะเลและการขนส่งในแม่น้ำโขง ระหว่างกลุ่มประเทศสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ (จีน เมียนมาร์ ไทย ลาว) สำหรับเส้นทางการขนส่งทางชายฝั่ง โดยมากจะมีจุดต้นทางหรือจุดปลายทางอยู่ในชายฝั่งของภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย

1.4 โครงสร้างพื้นฐานทางอากาศ

ปัจจุบันท่าอากาศยานในประเทศไทยมีทั้งสิ้น 58 แห่ง ประกอบด้วย ท่าอากาศยานพาณิชย์ 38 แห่ง ได้แก่ 1) ท่าอากาศยานภูมิภาคที่อยู่ในความดูแลของกรมการบินพลเรือน 28 แห่ง 2) บริษัทท่าอากาศยานไทยจำกัด (มหาชน) 6 แห่ง ซึ่งเป็นท่าอากาศยานนานาชาติ ได้แก่ ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ ท่าอากาศยานดอนเมือง ท่าอากาศยานเชียงใหม่ ท่าอากาศยานหาดใหญ่ ท่าอากาศยานภูเก็ต และท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง เชียงราย 3) บริษัทการบินกรุงเทพ จำกัด 3 แห่ง ได้แก่ ท่าอากาศยานสมุย ท่าอากาศยานสุโขทัย และท่าอากาศยานตราด และ 4) ท่าอากาศยานในความรับผิดชอบ

ขอบของกองทัพเรือ 1 แห่ง คือ ทำอากาศยานอุตะเภา นอกจากนี้ยังมีทำอากาศยานที่มีใช้ทำอากาศยานพาณิชย์อีก 20 แห่ง อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานต่างๆ เช่น กองทัพบก กองทัพอากาศ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นต้น

1.5 โครงสร้างพื้นฐานระบบรถไฟฟ้ายานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

โครงการรถไฟฟ้ายานที่เปิดดำเนินการในประเทศไทยปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้แก่ การรถไฟฟ้ายานขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย (รฟม.) การรถไฟแห่งประเทศไทย (รฟท.) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) ประกอบด้วยเส้นทางการเดินรถสายต่างๆ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 โครงการรถไฟฟ้ายานที่ดำเนินงานในประเทศไทย

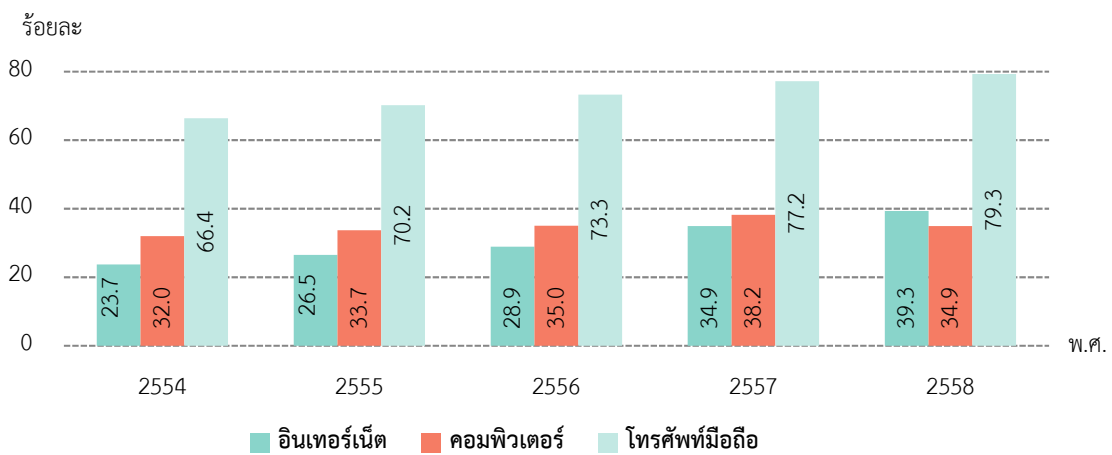
หน่วยงาน	เส้นทาง	ปีที่เปิดบริการ	สถานี		ระยะทาง	จำนวนสถานี	
			ต้นทาง	ปลายทาง		สถานียก ระดับ	สถานี ใต้ดิน
1.กรุงเทพมหานคร (กทม.)	รถไฟฟ้าบีทีเอส สายสุขุมวิท	2542	หมอชิต (จัดจักษ์)	บางรี (บางนา)	22.25	22	-
	รถไฟฟ้าบีทีเอส สายสีลม	2542	สนามกีฬาแห่งชาติ (ปทุมวัน)	บางหว้า (ภาษีเจริญ)	14.67	13	-
2.การรถไฟฟ้ายานขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย (รฟม.)	1. รถไฟฟ้ามหานครสายเฉลิมรัชมงคล (รถไฟใต้ดิน)	2547	หัวลำโพง (ปทุมวัน)	บางซื่อ (จัดจักษ์)	21	-	18
	2. รถไฟฟ้ามหานครสายฉลองรัชธรรม (รถไฟสายสีม่วง)	2559	คลองบางไผ่ (อ.บางบัวทอง)	เตาปูน (บางซื่อ)	23	16	-
	3. รถไฟฟ้าสายสีน้ำเงิน	ยังไม่เปิดให้บริการ	1) บางซื่อ 2) หัวลำโพง	ท่าพระ	11.08	8	-
				บางแค	15.9	7	4
	4. รถไฟฟ้าสายสีเขียว	ยังไม่เปิดให้บริการ	1) หมอชิต 2) หมอชิต	บางรี (สมุทรปราการ)	25	9	-
				คูคต	19	16	-
	5. รถไฟฟ้าสายสีชมพู	ยังไม่เปิดให้บริการ	แคราย	มีนบุรี	34.5	30	-
6. รถไฟฟ้าสายสีเหลือง	ยังไม่เปิดให้บริการ	1) รัชดา 2) ลาดพร้าว	ลาดพร้าว	30.4	23	-	
			ลำโพง				
7. รถไฟฟ้าสายสีส้ม	ยังไม่เปิดให้บริการ	ตลิ่งชัน	มีนบุรี	39.6	7	23	
3.การรถไฟแห่งประเทศไทย (รฟท.)	รถไฟฟ้าสายทำอากาศยานสุวรรณภูมิ	2554	ทำอากาศยานสุวรรณภูมิ	พญาไท	28.6	8	-
	รถไฟฟ้าชานเมืองสายสีแดงอ่อน (รถไฟทางคู่)	ยังไม่เปิดให้บริการ	ตลิ่งชัน	บางซื่อ	15	3	-

2) การสื่อสาร

ปัจจุบันการติดต่อสื่อสารมีหลายช่องทาง และมีการพัฒนาให้มีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติได้รายงานผลการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน เกี่ยวกับการใช้คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ ผลการสำรวจพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2558 แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการใช้อินเทอร์เน็ต (พ.ศ. 2554 ร้อยละ 23.7 พ.ศ. 2558 ร้อยละ 39.9) คอมพิวเตอร์ (พ.ศ. 2554 ร้อยละ 32.0

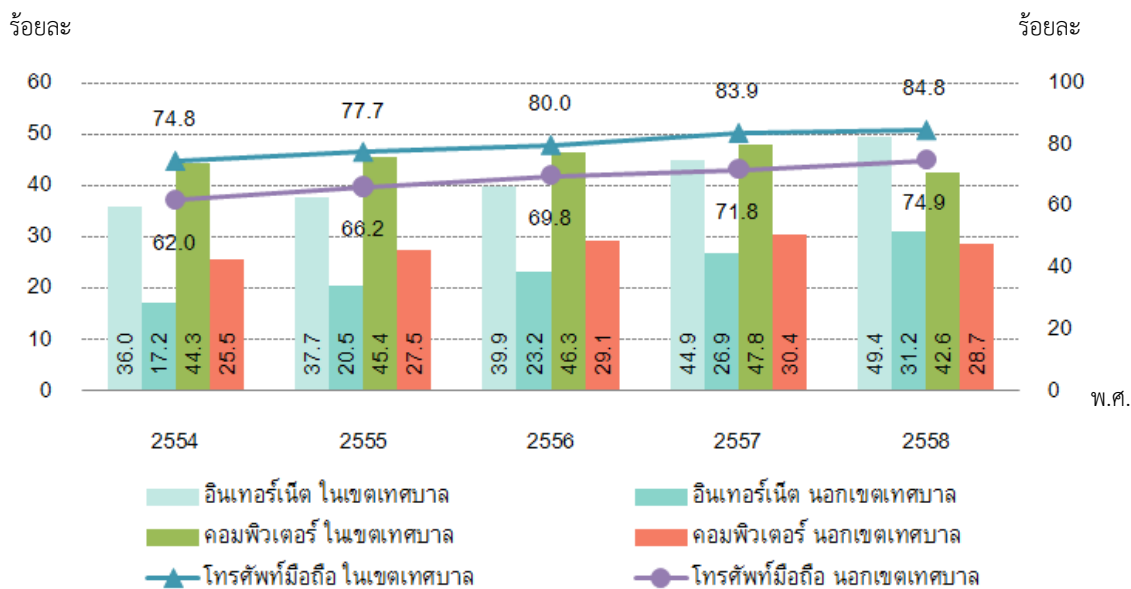
พ.ศ. 2558 ร้อยละ 34.9) และโทรศัพท์มือถือ (พ.ศ. 2554 ร้อยละ 66.4 พ.ศ. 2558 ร้อยละ 79.3) ในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ทั้งนี้แนวโน้มการใช้คอมพิวเตอร์ลดลงจากร้อยละ 38.2 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 34.9 ในปี พ.ศ. 2558 (ดังภาพที่ 4.31) โดยประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลมีการใช้อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ สูงกว่านอกเขตเทศบาล (ดังภาพที่ 4.32)

ภาพที่ 4.31 ร้อยละการใช้อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ ในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554 - 2558



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2558

ภาพที่ 4.32 ร้อยละการใช้อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ ในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตการปกครอง พ.ศ. 2554 - 2558



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2558

3) การสาธารณสุขโรค

การสาธารณสุขโรคเป็นบริการสาธารณสุขที่รัฐหรือหน่วยงานในกำกับของรัฐที่จัดทำเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในการดำเนินชีวิต เช่น ไฟฟ้า น้ำประปา เป็นต้น

(1) ไฟฟ้า

จากรายงานคุณภาพพลังงานของประเทศไทยปี 2557 โดยศูนย์สารสนเทศข้อมูลพลังงาน

ทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการใช้ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นตามรายได้ประชาชาติ และมีอัตราการขยายตัวในการใช้ มีการใช้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยร้อยละ 4 - 5 ต่อปี โดยเติบโตควบคู่ไปกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ (ดังภาพที่ 4.33)

ภาพที่ 4.33 การใช้พลังงานไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ พ.ศ. 2544 - 2557



ที่มา: ศูนย์สารสนเทศข้อมูลพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน.

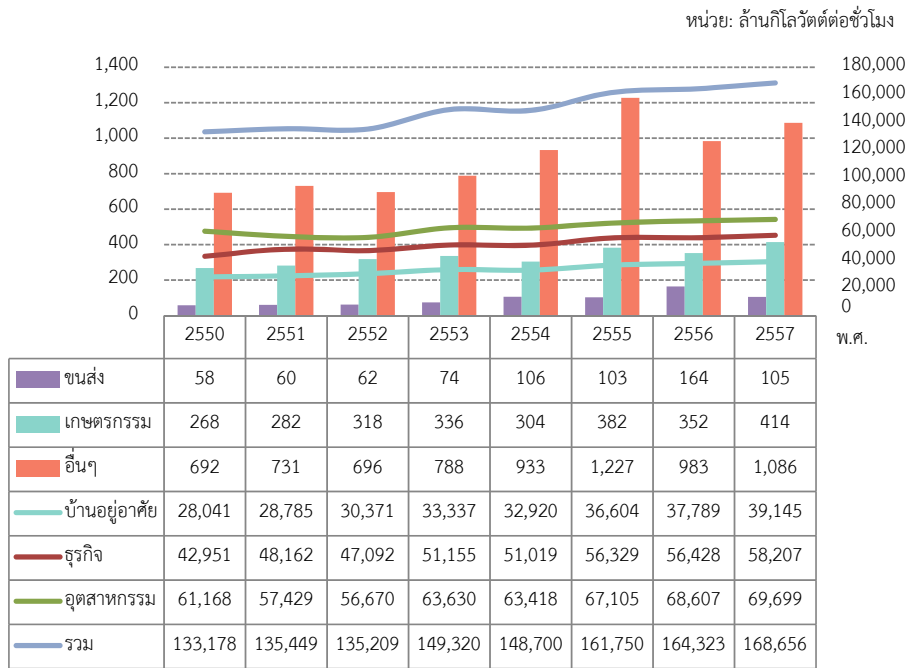
รายงานคุณภาพพลังงานของประเทศไทยปี 2557 หน้า 47. โดยรวบรวมข้อมูลจาก กฟผ. กฟน. สศช. กฟภ. ไฟฟ้าสวัสดิการสัทธิบริษัท ระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) และบริษัท รถไฟฟ้ากรุงเทพ จำกัด (มหาชน)

- หมายเหตุ: 1) ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศแบบปริมาณลูกโซ่ ปีอ้างอิง 2545 ปรับปรุงตามสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 2) การใช้พลังงานไฟฟ้า ไม่รวมผู้ผลิตพลังงานควบคุมที่ผลิตไฟฟ้าใช้เอง

การใช้พลังงานไฟฟ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 133,178 ล้านกิโลวัตต์ชั่วโมง ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 168,656 ล้านกิโลวัตต์ชั่วโมง ในปี พ.ศ.

2557 โดยภาคอุตสาหกรรมเป็นภาคที่มีการใช้พลังงานไฟฟ้าสูงสุด รองลงมา คือ ภาคธุรกิจ บ้านอยู่อาศัย ภาคเกษตรกรรม และภาคขนส่ง ตามภาพที่ 4.34

ภาพที่ 4.34 การใช้พลังงานไฟฟ้าจำแนกตามสาขาเศรษฐกิจ พ.ศ. 2550 - 2557



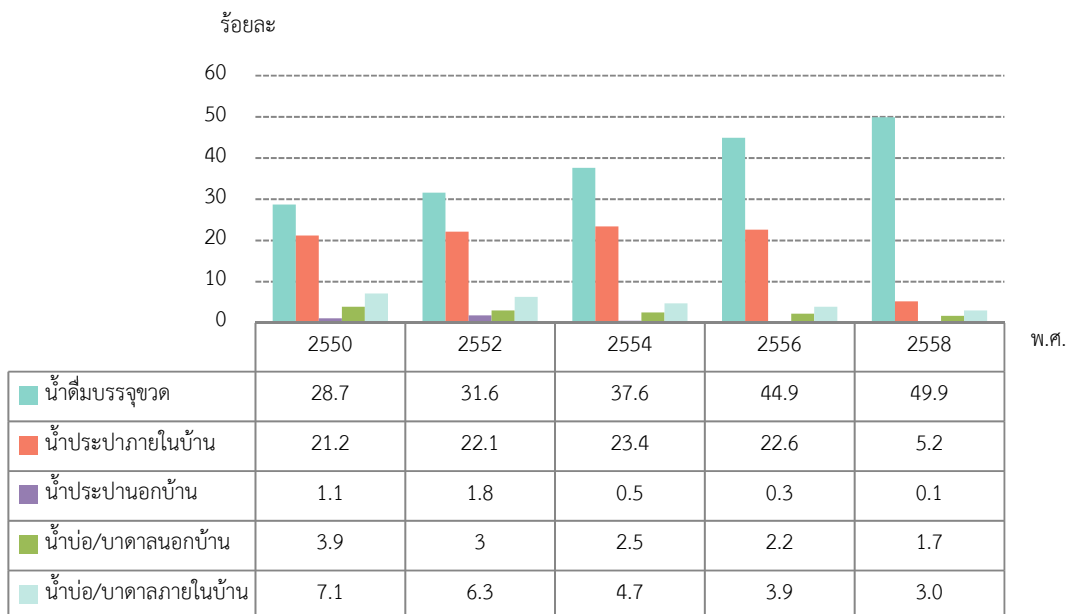
ที่มา: ศูนย์สารสนเทศข้อมูลพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน รายงานคุณภาพพลังงานของประเทศไทยปี 2557 หน้า 51. โดยรวบรวมข้อมูลจาก กฟผ. กฟน. กฟภ. ไฟฟ้าสวัสดิการสตีทึบ บริษัทระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) บริษัท รถไฟฟ้ากรุงเทพ จำกัด (มหาชน) และแอร์พอร์ต เรล ลิงค์

(2) น้ำดื่ม

จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานน้ำดื่มในครัวเรือนระหว่างปี พ.ศ. 2550-2558 พบว่า ครัวเรือนในประเทศไทยส่วนใหญ่ดื่มน้ำดื่มบรรจุขวด และน้ำ

ประปาภายในบ้าน โดยที่น้ำดื่มบรรจุขวด พบแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.7 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 49.9 ในปี พ.ศ. 2558 ขณะที่การ ดื่มน้ำประปาภายในบ้านมีจำนวนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5.2 ดังภาพที่ 4.35

ภาพที่ 4.35 ร้อยละการดื่มน้ำของครัวเรือน พ.ศ. 2550 - 2558



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี พ.ศ. 2550 2552 2554 2556 และ 2558

4.5.2 ความหลากหลายทางชีวภาพ

ประเทศไทยได้เข้าร่วมอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ตามวัตถุประสงค์ว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) เพื่ออนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพ 2) ใช้ประโยชน์องค์ประกอบของความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน และ 3) แบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม ซึ่งอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ เป็นที่ยอมรับกันในแวดวงของนักวิทยาศาสตร์ชีวภาพและนักกฎหมายระหว่างประเทศว่า เป็นความตกลงระหว่างประเทศฉบับแรกที่ครอบคลุมทุกแง่มุมของความหลากหลายทางชีวภาพ ครอบคลุมการอนุรักษ์ทั้งชนิดพันธุ์ (species diversity) พันธุกรรม (genetic diversity) และระบบนิเวศ (ecological diversity) ซึ่งฝ่ายความหลากหลายทางชีวภาพ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รายงานความหลากหลายทางชีวภาพในประเทศไทย ประกอบด้วย

1. ความหลากหลายทางชีวภาพใน

วัฒนธรรมและประเพณีไทย

ประเพณีไทยมีประเพณี และธรรมเนียมปฏิบัติตามความเชื่อทางวัฒนธรรม ที่แสดงให้เห็นถึงความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรชีวภาพในประเทศไทย ซึ่งประเพณีและธรรมเนียมดังกล่าวเกี่ยวพันกับการใช้ประโยชน์พืชพรรณอย่างน้อย 200 ชนิด ที่ขาดเสียมิได้ เช่น พระราชพิธีพืชมงคลจรดพระนังคัลแรกนาขวัญ เป็นพระราชพิธีที่แสดงถึงการเริ่มต้นฤดูทำนา ซึ่งเสริมสร้างขวัญกำลังใจและสิริมงคลแก่เกษตรกรไทย พระราชพิธีนี้ใช้พืชพรรณอย่างน้อย 20 ชนิด เช่น ข้าวเปลือก ข้าวโพด ถั่วเขียว งาดำ หญ้าขน เป็นต้น รวมทั้งประเพณีสงกรานต์ที่ใช้ส่วนประกอบของพืชพรรณอย่างน้อย 25 ชนิด เช่น ดอกมะลิลา ฝักส้มป่อย น้ำมัน ดอกสารภี ดอกคำฝอย เป็นต้น

2. ความหลากหลายทางชีวภาพในสิ่งแวดล้อม

ประเทศไทยมีที่ตั้งอยู่ในเขตสภาพภูมิอากาศแถบร้อนชื้น ณ ใจกลางของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จึงก่อให้เกิดสภาพธรรมชาติอันหลากหลาย เป็นสะพานเชื่อมต่อสิ่งมีชีวิตจากเขตเหนือของโลกแถบเทือก

เขาหิมาลัยและตอนใต้ของจีน กับคาบสมุทรมาลายู รวมถึงสิ่งมีชีวิตแบบร้อนแห้งแล้งจากกัมพูชาและลาว จึงเป็นแหล่งกำเนิดของระบบนิเวศเขตร้อนหลากหลายประเภท ก่อให้เกิดความหลากหลายทางชีวภาพในด้านต่างๆ เช่น การเกษตร ป่าไม้ ภูเขา และทะเล เป็นต้น

3. ความหลากหลายทางชีวภาพในวิถีชีวิตไทย

วิถีชีวิตของชาวชนบทมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความหลากหลายทางชีวภาพ มีพืชและสัตว์ ไม่น้อยกว่า 500 ชนิด ที่ได้เอื้ออำนวยต่อชีวิตของผู้คน ตั้งแต่เกิดจนตาย เช่น ไม้ค้ำที่ใช้ในการอยู่ไฟ สบู่ดำสำหรับผิวหนังพุพองหรือคัน กิ่งคนทาในการดูแลทำความสะอาดร่างกาย และใช้น้ำจากพลองเหมือดดูฟัน หรือเคี้ยวยอดอ่อนจะทำให้ฟันแข็งแรงทนทาน การใช้หนามแห้งหรือใบหมีสระผม เมล็ดกระทังลายมาหีบน้ำมันถวายเป็นประเภทย้อมเพื่อใช้ทำน้ำหอมไปวัด และการปลูกเทียนกิ่งไว้หน้าบ้านเพื่อไว้พอกหัวแม่มือที่มีอาการฟกช้ำจากการดำนา เป็นต้น

4. ความหลากหลายทางชีวภาพในอาหาร

อาหารไทยมีชื่อเสียงเป็นที่นิยมทั่วโลกและมีเอกลักษณ์โดดเด่นเพราะความแตกต่างหลากหลายในรสชาติ กลิ่น สี สัน และรูปลักษณะ เช่น 1) ข้าวไทย มีหลายสายพันธุ์ มีรสชาติ ความอ่อนนุ่ม ความเหนียวที่แตกต่างทำให้คนไทยได้เลือกรับประทาน 2) พืชผักพื้นเมืองจากทุกภาคของประเทศไทยมีมากกว่า 300 ชนิด ทำให้คนไทยสามารถเลือกรับประทานได้ตามรสนิยม ตามฤดูกาล 3) เครื่องเทศจากพืชไม่น้อยกว่า 50 ชนิด มีน้ำมันหอมระเหยซึ่งให้กลิ่นและรสชาติที่บ่งบอกความเป็นอาหารไทย 4) ผลไม้มีประมาณ 400 ชนิด เป็นไม้ปลูกประมาณ 120 ชนิด ไม้ป่าประมาณ 280 ชนิด และมีความแตกต่างหลากหลายตามฤดูกาล

5. ความหลากหลายทางชีวภาพในยาและการรักษาโรค

ประเทศไทยมีพืชสมุนไพรที่เคยใช้ผลิตเป็นยาแผนโบราณกว่า 1,000 ชนิด การแพทย์พื้นบ้านและการใช้พืชสมุนไพรได้สืบทอดและสั่งสมอยู่ในสังคมไทยนานนับพันปี คนไทยทั่วไปมักมีความรู้พื้นบ้านในการรักษาโรคและอาการต่างๆ สมุนไพรที่ใช้มากในตำรับยา

สมุนไพรไทย เช่น เหง้าชิง เปราะหอม รากระย่อม เมล็ด พงทะเลลาย เกสรบัวหลวง เป็นต้น

4.5.3 สิ่งแวดล้อม

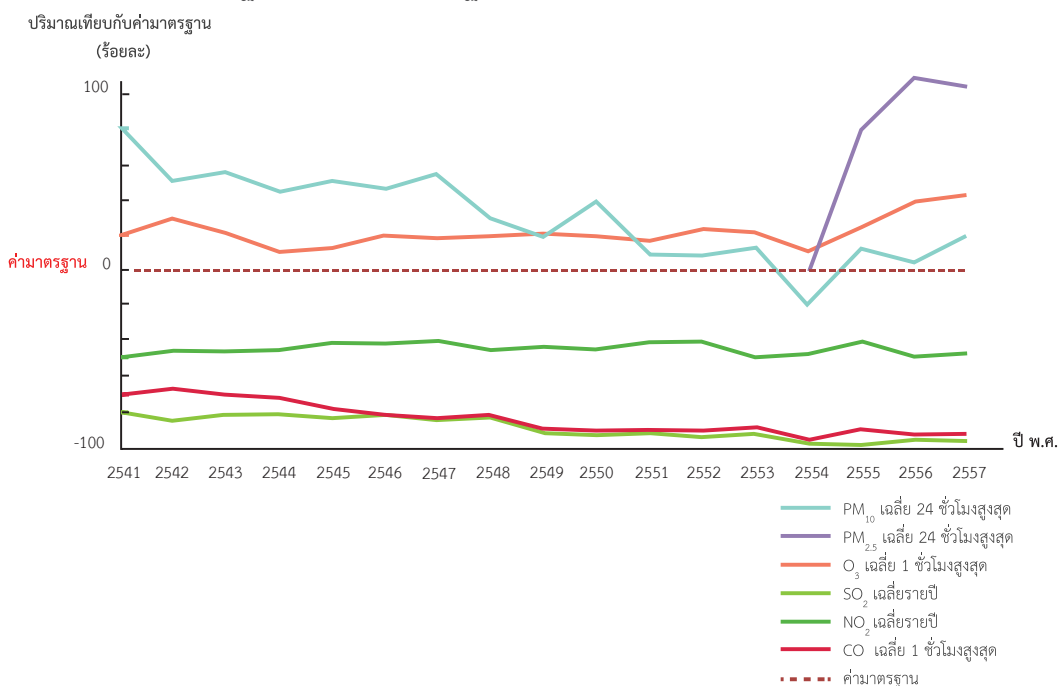
การพัฒนาอย่างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อมุ่งสู่เศรษฐกิจสีเขียว (Green economy) เป็นการพัฒนาอย่างยั่งยืนที่คำนึงถึงเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆกัน โดยปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่หลายประเทศเผชิญอยู่ ได้แก่ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ การแย่งชิงทรัพยากรพลังงาน และการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ

1) มลพิษทางอากาศ

แหล่งกำเนิดที่สำคัญของมลพิษทางอากาศได้แก่ การจราจรและการขนส่ง การก่อสร้างและโรงงานอุตสาหกรรม โดยสารมลพิษทางอากาศที่สำคัญได้แก่ ฝุ่นละออง (Particulate matter) สารตะกั่ว (Lead,

Pb) ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ (NO₂) ก๊าซโอโซน (O₃) และสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้ตรวจวัดคุณภาพอากาศจาก 62 สถานีใน 29 จังหวัดทั่วประเทศและรายงานดัชนีชี้วัดคุณภาพอากาศ (Air Quality Index, AQI) พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2541-2557 ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM₁₀) ยังคงเป็นปัญหาหลักของประเทศไทย ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมงอยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ จำนวนชั่วโมงที่เกินมาตรฐานของก๊าซโอโซน (O₃) มีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่มลพิษทางอากาศชนิดอื่น ได้แก่ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) และก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและมีแนวโน้มเพิ่มไม่เปลี่ยนแปลง ดังภาพที่ 4.36

ภาพที่ 4.36 ปริมาณสารมลพิษทางอากาศ PM₁₀ PM_{2.5} O₃ SO₂ NO₂ และ CO เฉลี่ยทั้งประเทศ แสดงเป็นร้อยละเทียบกับค่ามาตรฐาน (0% = ค่ามาตรฐาน) พ.ศ. 2541- 2557



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 หน้า 12: รูปที่ 1-3

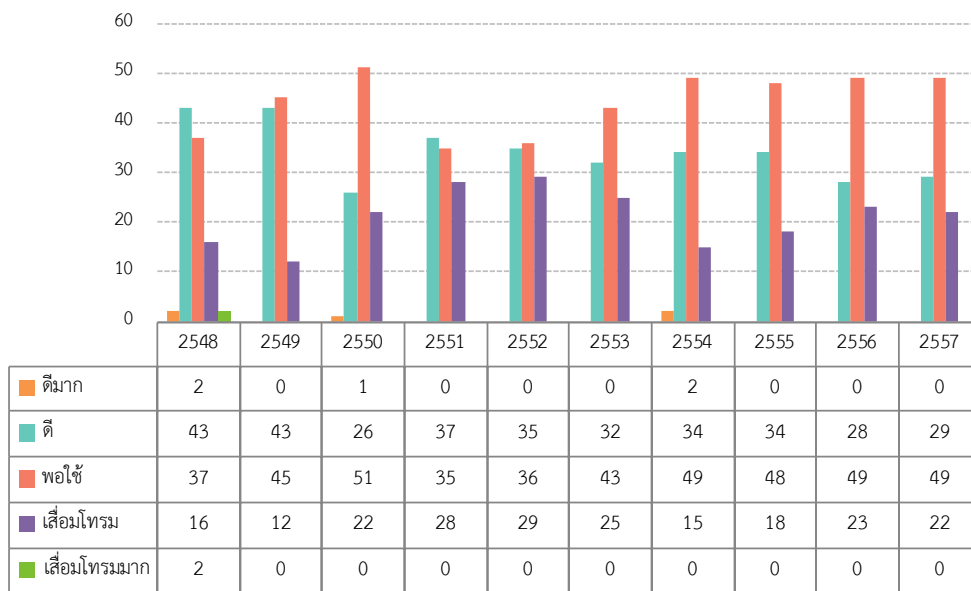
หมายเหตุ: ดัชนีชี้วัดคุณภาพอากาศ คำนวณจากสารมลพิษทางอากาศ 5 ชนิด ได้แก่ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ (NO₂) ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ก๊าซโอโซน (O₃) และฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน เพื่อบ่งบอกระดับคุณภาพอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

2) มลพิษทางน้ำ

รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 กล่าวถึงคุณภาพน้ำจาก 3 แหล่ง คือ น้ำผิวดิน น้ำทะเลชายฝั่ง และน้ำบาดาล โดยน้ำผิวดิน ได้แก่ น้ำในแม่น้ำลำคลอง ทะเลสาบและในพื้นที่ชุ่มน้ำที่เป็นน้ำจืด สำหรับประเทศไทยมีแหล่งน้ำหลักจำนวน 52 แหล่ง แบ่งเป็นแม่น้ำสายหลัก 48 แม่น้ำ และแหล่งน้ำนิ่ง 4 แหล่ง โดยมีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินและประเภทของแหล่งน้ำผิวดินเป็น 5 ประเภทตามการใช้ประโยชน์ ซึ่งกรมควบคุมมลพิษได้กำหนดประเภทแหล่งน้ำสำหรับแม่น้ำสายหลัก 48 แม่น้ำเพื่อเป็นเป้าหมายในการบริหารจัดการคุณภาพน้ำในแต่ละสายให้เป็นที่ไปตามประเภทแหล่งน้ำที่กำหนด โดย

ดำเนินการตรวจวัดคุณภาพน้ำ 366 จุดตรวจวัด จำนวน 4 ครั้ง/ปี และประเมินภาพรวมของคุณภาพน้ำ โดยใช้ดัชนีคุณภาพน้ำแหล่งน้ำผิวดิน (Water Quality Index: WQI) จากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า ร้อยละคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548 - 2557) มีแนวโน้มเสื่อมลง โดยแหล่งน้ำที่อยู่ในเกณฑ์ดีมีแนวโน้มลดลง และแหล่งน้ำที่อยู่ในเกณฑ์พอใช้และเสื่อมโทรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุสำคัญของคุณภาพน้ำผิวดินเสื่อมโทรมเกิดจากการระบายน้ำเสียจากชุมชน การชะหน้าดินที่มีปฏิกิริยาค้างจากการเกษตร การปศุสัตว์ และการประกอบกิจการทั้งในชุมชนและอุตสาหกรรมบริเวณริมน้ำ และระบายน้ำทิ้งสู่แหล่งน้ำผิวดินโดยตรง ดังภาพที่ 4.37

ภาพที่ 4.37 ร้อยละแนวโน้มสถานการณ์คุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน พ.ศ. 2548 - 2557



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557

หน้า 36: รูปที่ 2 - 2

3) มลพิษทางเสียง

รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 ได้ติดตามตรวจสอบระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมโดยสถานีแบบอัตโนมัติ ต่อเนื่องตลอดทั้งปี บริเวณพื้นที่ริมถนนและพื้นที่ทั่วไปในพื้นที่ 13 จังหวัด จำนวน 30 สถานี เพื่อประเมินสถานการณ์และแนวโน้มของระดับเสียง โดยค่ามาตรฐานระดับเสียงโดยทั่วไปกำหนดค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ไม่เกิน 70 เดซิเบลเอ ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2557 พบว่า พื้นที่ริมถนนในกรุงเทพฯและปริมณฑล มีค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมงสูงสุด ใกล้เคียง 70 เดซิเบลเอ ในขณะที่พื้นที่อื่นๆมีค่าระดับเสียงต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยพื้นที่ต่างจังหวัดริมถนน มีค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ประมาณ 63 เดซิเบลเอ ในขณะที่พื้นที่ทั่วไปทั้งกรุงเทพฯและปริมณฑลและต่างจังหวัดมีค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ประมาณ 58 เดซิเบลเอและมีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.38

4) มลพิษจากของเสียและสารอันตราย

รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 กล่าวถึงสถานการณ์ของเสีย

และสารอันตรายใน 4 รูปแบบ คือ มูลฝอยชุมชน ของเสียอันตราย และสารอันตราย โดยในปี พ.ศ. 2557 การแก้ไขปัญหาขยะได้ถูกหยิบยกเป็นวาระแห่งชาติ ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายจากชุมชน อุตสาหกรรมและบริการต่างๆ

(1) มูลฝอยชุมชน

จากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2557 พบว่า การเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนทั่วประเทศ จาก 23.93 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 26.19 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2557 โดยขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 5.69 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ.2551 เป็น 7.88 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2557 รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของขยะมูลฝอยที่นำไปใช้ประโยชน์ จาก 3.45 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 4.82 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2557 โดยนำกลับมาใช้ประโยชน์พิเศษประเภทเศษแก้ว กระดาษ พลาสติก เหล็กและอลูมิเนียม ดังภาพที่ 4.39

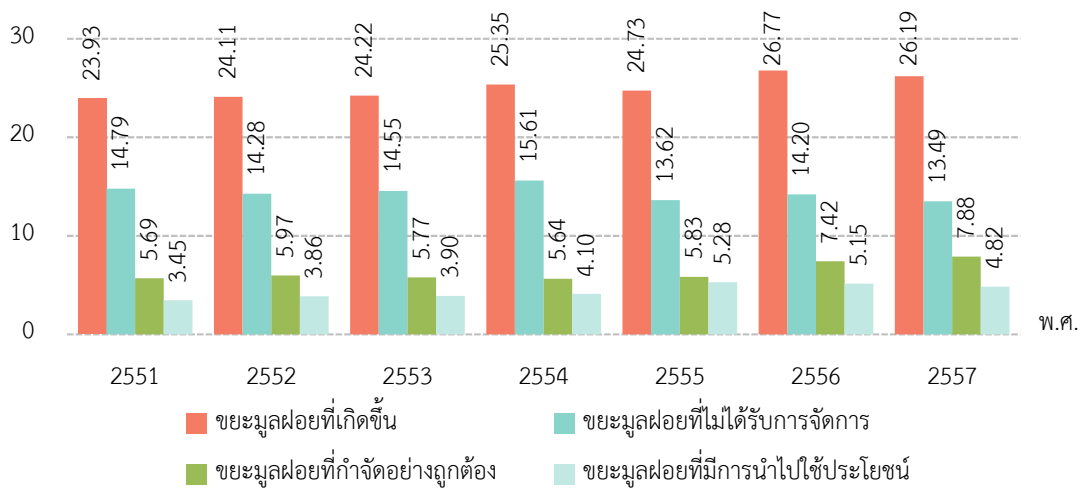
ภาพที่ 4.38 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พ.ศ. 2553 - 2557



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 2554 2555 2556 2557

หมายเหตุ: 1. ค่าเฉลี่ยของระดับเสียง (Leq) 24 ชั่วโมงที่ตรวจวัดภายใน 1 ปี
2. กำหนดค่าระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ไม่เกิน 70 เดซิเบลเอ

ภาพที่ 4.39 ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ขยะมูลฝอยที่ไม่ได้รับการจัดการ ขยะมูลฝอยที่กำลังจัดอย่างถูกต้อง และขยะมูลฝอยที่มีการนำไปใช้ประโยชน์ พ.ศ. 2551 – 2557 (หน่วย ล้านตันต่อปี)



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 หน้า 63

หมายเหตุ: 1) ข้อมูลการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยของกรุงเทพมหานคร รวบรวมจากสำนักสิ่งแวดล้อมกรุงเทพมหานคร 2557

2) ข้อมูลปริมาณมูลฝอยจากการเก็บขนและกำจัดของเทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยกรมควบคุมมลพิษ 2557

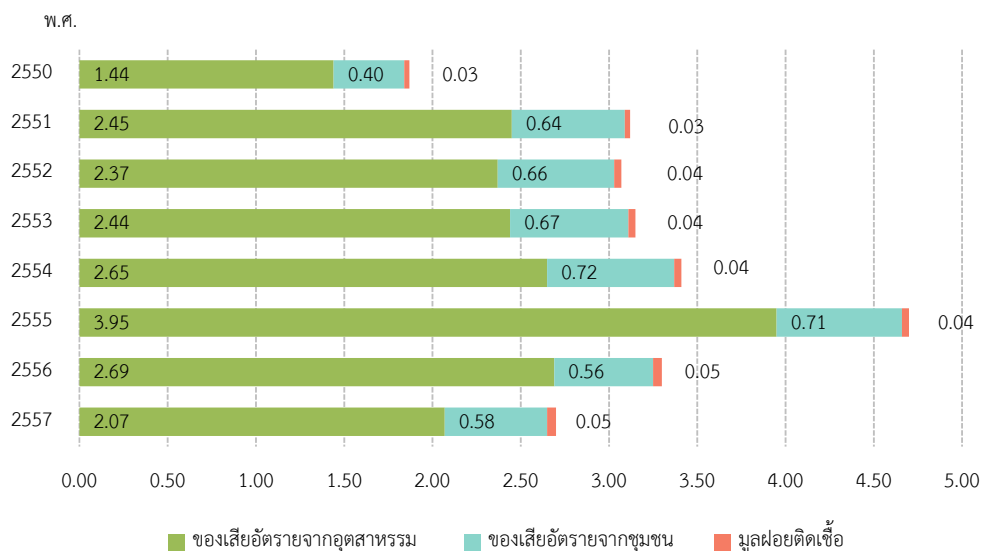
3) ข้อมูลปริมาณมูลฝอยปี 2555 มีการเปลี่ยนแปลงมาก เนื่องจากมีการปรับฐานข้อมูลใหม่

(2) ของเสียอันตราย

ของเสียอันตราย ส่วนใหญ่เป็นของเสียที่เกิดจากกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน บ้านเรือนและสถานประกอบการต่างๆ เช่น ร้านค้า โรงแรม โรงงาน โรงพยาบาล เป็นต้น จากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พบว่าของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม

ของเสียอันตรายจากชุมชน และมูลฝอยติดเชื้อ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1.44, 0.40 และ 0.03 ล้านตันต่อปีในปี พ.ศ. 2550 เป็น 2.07, 0.58 และ 0.05 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2557 แต่ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยประสบกับภาวะอุทกภัยจึงส่งผลต่อปริมาณของเสียอันตรายต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. 2555

ภาพที่ 4.40 ปริมาณของเสียอันตรายจำแนกตามประเภท พ.ศ. 2550 – 2557 (หน่วยล้านตันต่อปี)



ที่มา: กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย

ปี พ.ศ. 2554 2555 2556 2557

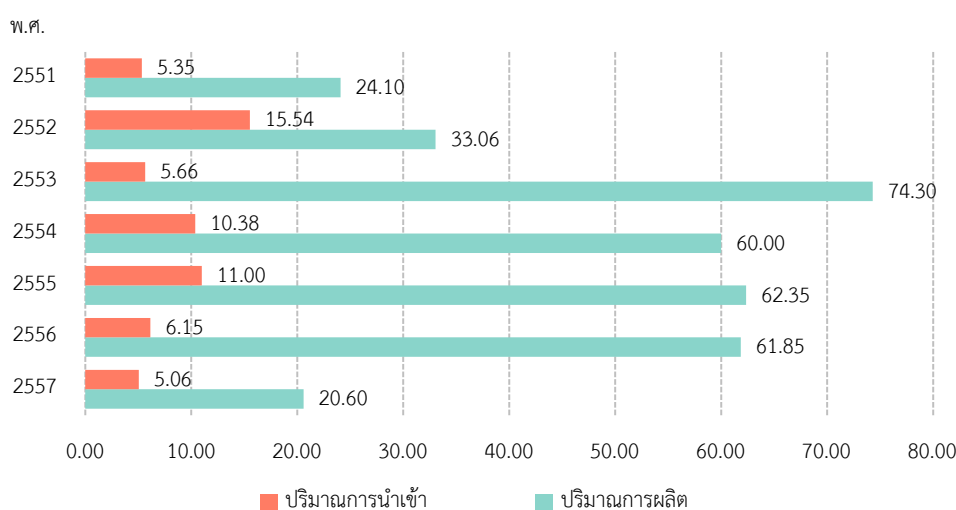
หมายเหตุ: ปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยประสบกับภาวะอุทกภัยจึงส่งผลต่อปริมาณของเสียอันตรายต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. 2555

(3) สารอันตราย

สารอันตราย จำแนกได้ 9 ประเภทตามหลักสากล ได้แก่ ประเภทที่ 1 วัตถุระเบิด ประเภทที่ 2 ก๊าซ ประเภทที่ 3 ของเหลวไวไฟ ประเภทที่ 4 ของแข็งไวไฟ ประเภทที่ 5 วัตถุออกซิไดส์และออร์แกนิกเปอร์ออกไซด์ ประเภทที่ 6 วัตถุมีพิษและวัตถุติดเชื้อ ประเภทที่ 7 วัตถุถุกัมมันตรังสี ประเภทที่ 8 วัตถุกัดกร่อน และประเภทที่ 9 วัตถุอื่นๆ ที่เป็นวัตถุอันตราย จากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่า แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการนำเข้าสารเคมีจากต่างประเทศ จาก 5.35 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ.

2551 เป็น 11.00 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2555 หลังจากปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยนำเข้าสารเคมีจากต่างประเทศลดลง เหลือ 5.06 ล้านตันต่อปีในปี พ.ศ. 2557 สำหรับการผลิตรวมโดยโรงงานในประเทศไทย ที่ประกอบกิจการเกี่ยวกับเคมีภัณฑ์ สารเคมีหรือวัตถุอันตราย พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการผลิตสารเคมีในประเทศ จาก 24.10 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 74.30 ล้านตันต่อปี ในปี พ.ศ. 2553 และระหว่างปี พ.ศ. 2554-2556 การผลิตสารเคมีในประเทศอยู่ประมาณ 60 ล้านตันต่อปี และในปี พ.ศ. 2557 การผลิตสารเคมีในประเทศอยู่ที่ 20.60 ล้านตันต่อปี ดังภาพที่ 4.41

ภาพที่ 4.41 ปริมาณการนำเข้าและการผลิตสารเคมีในประเทศไทย พ.ศ. 2551 – 2557 (หน่วยล้านตันต่อปี)



ที่มา: กรมศุลกากร

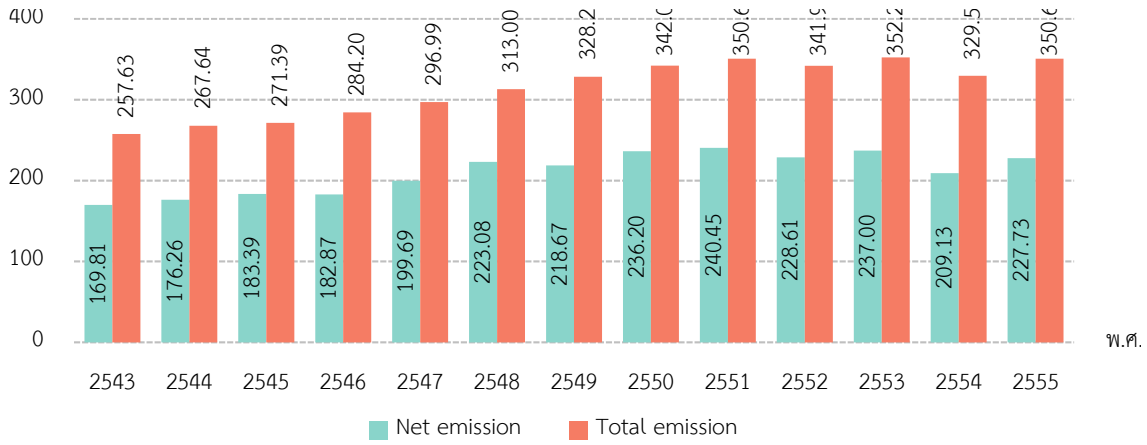
5) การเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศเนื่องจากภาวะโลกร้อน

ประเทศไทยได้เข้าร่วมอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยแสดงเจตจำนงการดำเนินการลดก๊าซเรือนกระจกในประเทศลดลงร้อยละ 7 ถึง 20 ในภาคพลังงาน และภาคการขนส่งให้ต่ำกว่าระดับการปล่อยในการดำเนินงานตามปกติ ภายในปี พ.ศ. 2563

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อ่างโนนองค์การบริหารจัดการ

ก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) รายงานปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในระดับประเทศ จำแนกรายสาขา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2555 พบว่ามีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิที่เกิดจากแหล่งปล่อยและส่วนดูดกลับ (Net emission) อยู่ระหว่าง 169.81 – 227.73 MtCO₂e และเมื่อคิดเฉพาะปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกโดยไม่รวมปริมาณการกักเก็บในภาคป่าไม้และการใช้ประโยชน์ที่ดิน (Total emission) ในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีค่าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกอยู่ระหว่าง 257.63 – 350.68 MtCO₂e ดังภาพที่ 4.42

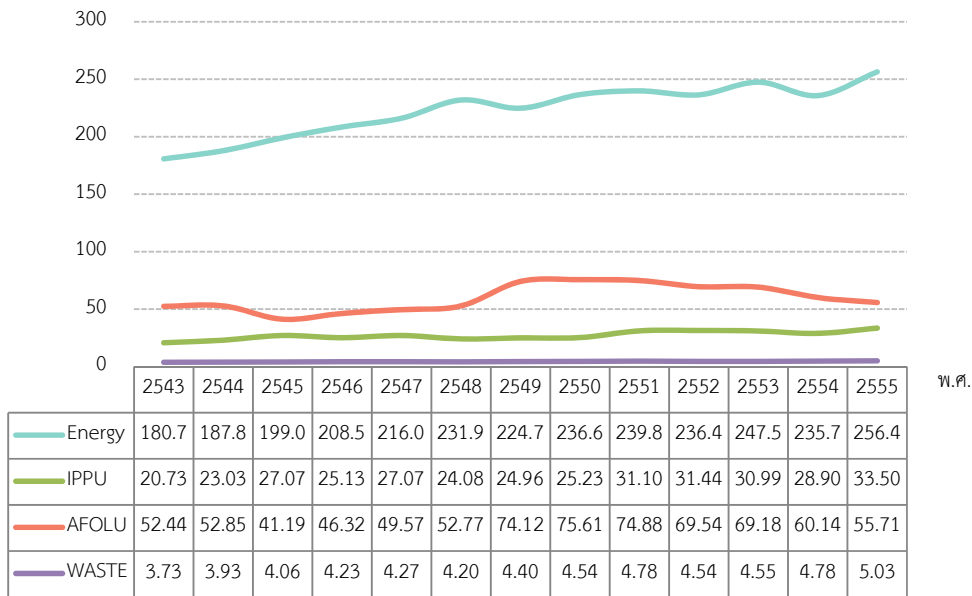
ภาพที่ 4.42 ปริมาณการปล่อยและกักเก็บก๊าซเรือนกระจก ปี พ.ศ. 2543 – 2555 (หน่วย MtCO₂e)



ที่มา: องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน)

โดยภาคที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกหลักยังคงเป็นภาคพลังงาน (Energy) รองลงมา คือ ภาคเกษตร ป่าไม้ และการใช้ที่ดิน (AFOLU) ภาคกระบวนการอุตสาหกรรมและการใช้ผลิตภัณฑ์ (IPPU) และภาคการจัดการของเสีย (WASTE) ตามลำดับ ดังภาพที่ 4.43

ภาพที่ 4.43 ปริมาณการปล่อยและกักเก็บก๊าซเรือนกระจกรายสาขา ปี พ.ศ. 2543 – 2555 (หน่วย MtCO₂e)



ที่มา: องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน)

4.5.4 สุขภาพสิ่งแวดล้อม

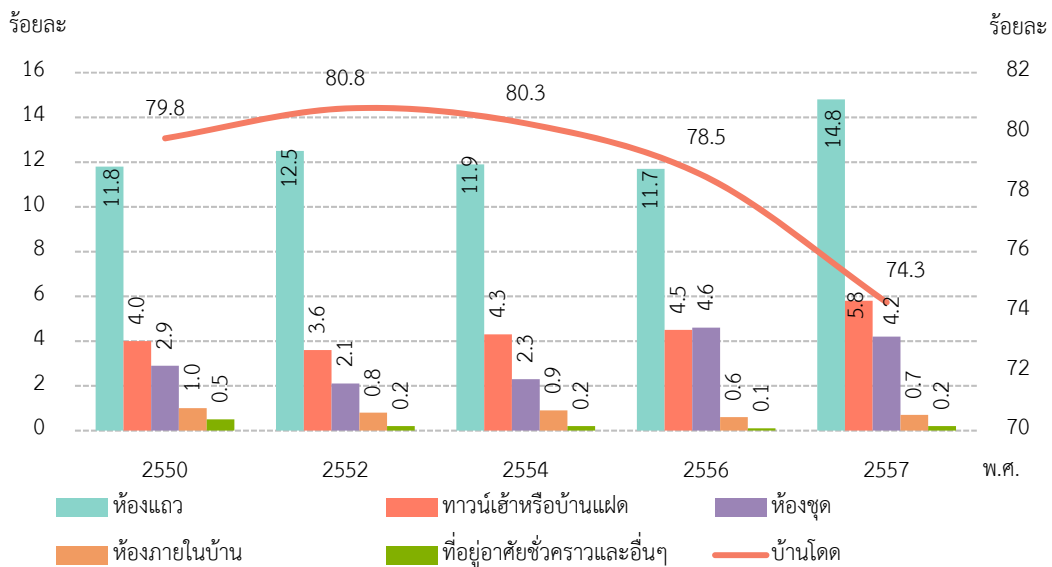
1) สุขภาพที่อยู่อาศัย

การสุขภาพที่อยู่อาศัย เป็นการจัดการ และควบคุมดูแลที่อยู่อาศัยหรือสถาบันให้สะอาดถูก สุขลักษณะ โดยจัดการให้ได้ตามความต้องการขั้นมูลฐาน ทั้งทางร่างกายทางจิตใจ การป้องกันโรคติดต่อ และ จัดให้ปลอดภัยจากการเกิดอุบัติเหตุแก่ผู้พักอาศัยหรือ ผู้ใช้บริการ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจประเภทที่ อยู่อาศัยพบว่า ที่อยู่อาศัยแบบบ้านโตมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 79.8 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 74.3 ใน

ปี 2557 ในขณะที่ที่อยู่อาศัยแบบห้องชุดมีแนวโน้มเพิ่ม ขึ้นจากร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2557 ดังภาพที่ 4.44

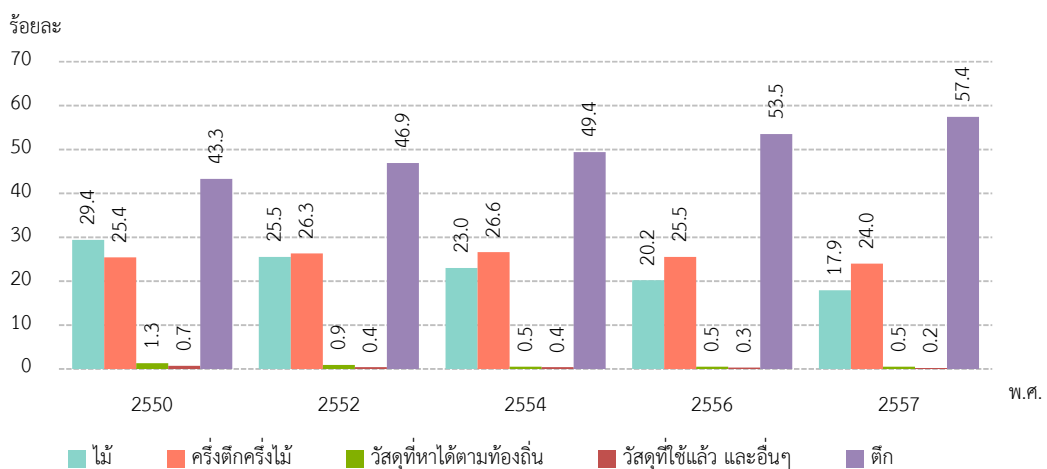
นอกจากนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจ ชนิดวัสดุก่อสร้าง พบว่า วัสดุก่อสร้างชนิดตึกมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.3 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 57.4 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่วัสดุก่อสร้างชนิดไม้ มีแนวโน้ม ลดลงจากร้อยละ 29.4 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 17.9 ในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.45

ภาพที่ 4.44 ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามประเภทที่อยู่อาศัยในประเทศไทย พ.ศ. 2550 - 2557



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจด้านสังคม: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

ภาพที่ 4.45 ร้อยละของครัวเรือน จำแนกตามชนิดวัสดุก่อสร้างที่อยู่อาศัยในประเทศไทย พ.ศ. 2550 - 2557



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจด้านสังคม: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน

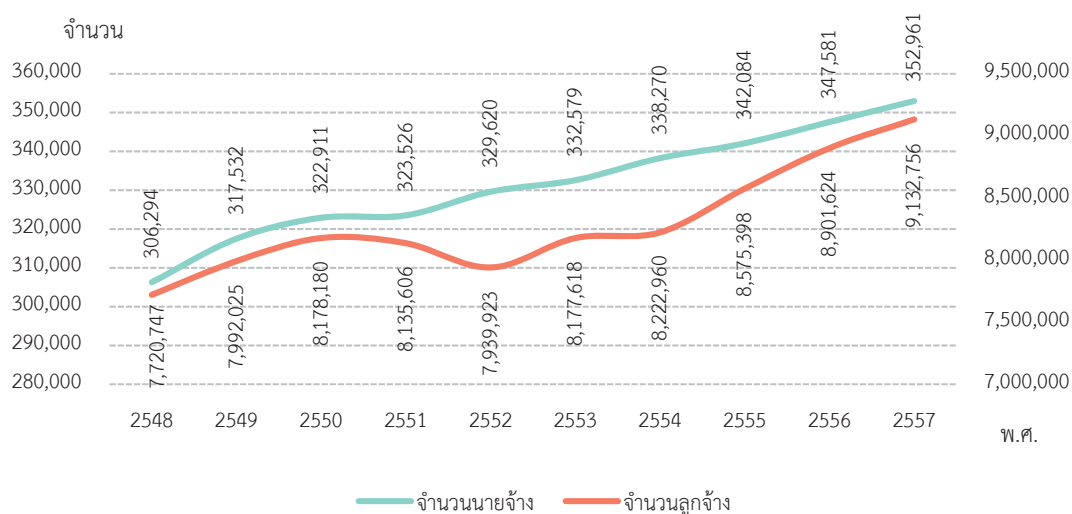
2) ความปลอดภัยในการทำงาน

สำนักงานความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานได้ให้นิยามเกี่ยวกับความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ครอบคลุมถึงการดูแล ป้องกัน ควบคุม การกระทำหรือสภาพการทำงาน ซึ่งปลอดภัย เหตุอันจะทำให้เกิดการประสบอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพอนามัย อันเนื่องมาจากการทำงาน หรือเกี่ยวกับการทำงาน ตลอดจนรวบรวมข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน วิศวกรรมความปลอดภัย ภาวะสุขภาพ เพื่อประกอบการวินิจฉัยอุบัติเหตุและโรค

จากการทำงาน

สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ได้รายงานจำนวนนายจ้างและจำนวนลูกจ้าง พบว่า จำนวนนายจ้างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 306,294 ราย ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 352,961 ราย ในปี พ.ศ. 2557 สำหรับลูกจ้างพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 จำนวนลูกจ้างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและลดลง ในปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นจำนวนลูกจ้างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 7,939,923 ราย เป็น 9,132,756 ราย ในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.46

ภาพที่ 4.46 จำนวนนายจ้างและจำนวนลูกจ้างที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน พ.ศ. 2548 - 2557

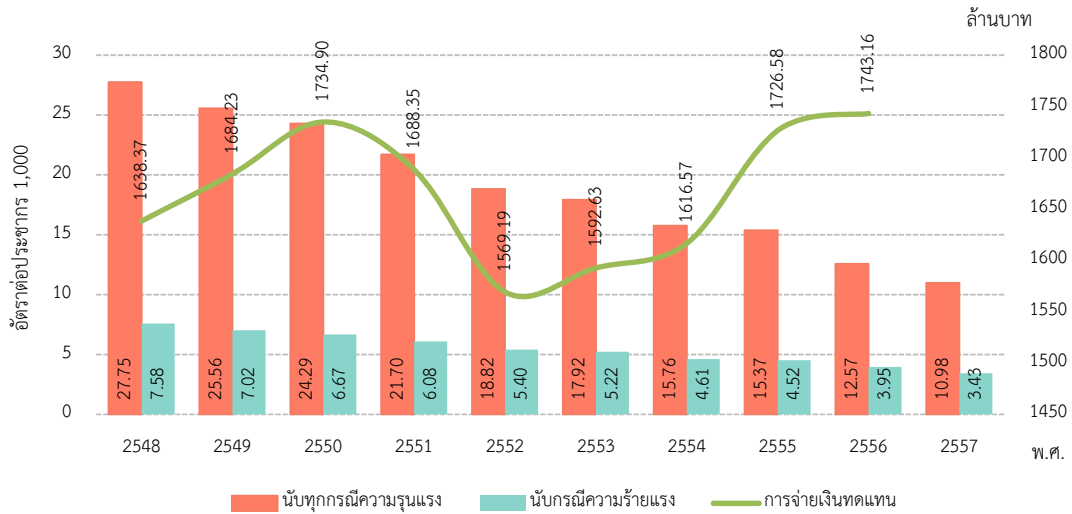


ที่มา: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน

จากสถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย โดยสำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน รายงานการจ่ายเงินทดแทนให้กับลูกจ้างในสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานกองทุนเงินทดแทน พบว่า แนวโน้มการจ่ายเงินทดแทนเพิ่มขึ้นและลดลงระหว่างปี พ.ศ.2548 - 2551 หลังจากนั้นการจ่ายเงินทดแทนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 1,569.19 ล้าน

บาท ในปีพ.ศ.2552 เป็น 1,743.16 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้างในทุกกรณีมีแนวโน้มลดลง จาก 27.75 ต่อ 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2548 เหลือเพียง 10.98 ต่อพันรายในปี พ.ศ. 2557 รวมทั้งอัตราการประสบอันตรายกรณีร้ายแรงต่อลูกจ้างมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จาก 7.58 ต่อ 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2548 เหลือเพียง 3.43 ต่อพันรายในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.47

ภาพที่ 4.47 อัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้างและการจ่ายเงินทดแทน พ.ศ. 2548 - 2557



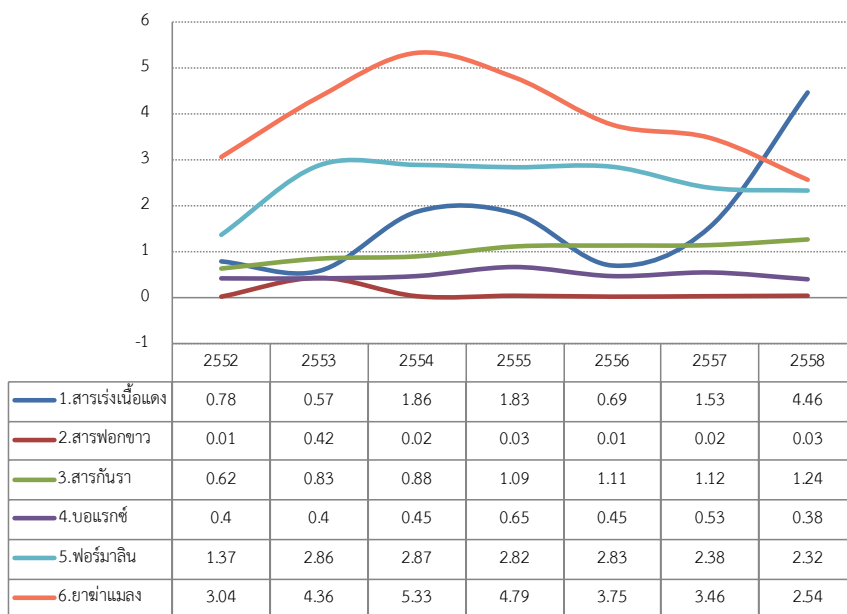
- ที่มา: 1) สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน, ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน
 2) สำนักงานความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน สถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย เมษายน 2558
- หมายเหตุ: 1) การประสบอันตรายนับทุกกรณี หมายถึง ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ หยุดงานเกิน 3 วัน และหยุดงาน ไม่เกิน 3 วัน
 2) การประสบอันตรายกรณีร้ายแรง หมายถึง ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ หยุดงานเกิน 3 วัน

3) ความปลอดภัยของอาหารและน้ำ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการตรวจสอบความปลอดภัยด้านอาหาร ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test-kits) โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารทั่วประเทศ

โดยการตรวจสอบสารตกค้าง 6 ชนิดในอาหารสดพบว่า ยังคงมีการใช้สารดังกล่าวอยู่นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 - 2558 โดยพบว่ายาฆ่าแมลงมีการใช้สูงสุด ข้อสังเกตคือสารเร่งเนื้อแดง มีการใช้เพิ่มมากขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา ดังภาพที่ 4.48

ภาพที่ 4.48 ร้อยละของสารปนเปื้อนจากตัวอย่างที่สุ่มตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น พ.ศ. 2552 - 2558

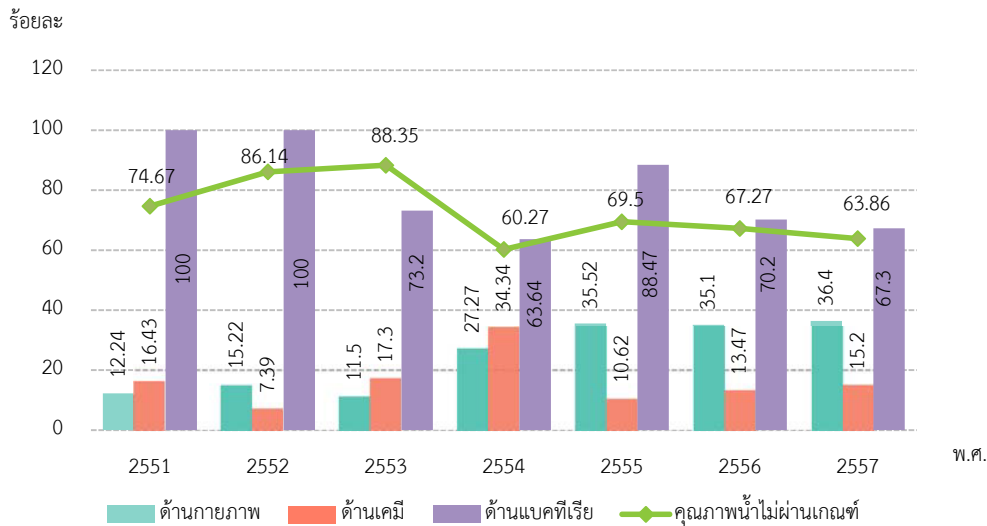


ที่มา: สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ กลุ่มวิจัยและพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย ได้ทำการสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำในครัวเรือนทั่วประเทศ พบแนวโน้มการลดลงของคุณภาพน้ำที่ไม่ผ่านจากร้อยละ 74.7 ในปี พ.ศ.

2551 เป็นร้อยละ 63.86 ในปี พ.ศ. 2557 โดยปัญหาการปนเปื้อนในน้ำบริโภคสาเหตุหลักเกิดจากแบคทีเรีย ตามภาพที่ 4.49

ภาพที่ 4.49 ร้อยละของคุณภาพน้ำบริโภคที่ไม่ผ่านเกณฑ์ จำแนกตามกายภาพ เคมี และแบคทีเรีย พ.ศ. 2551 - 2557



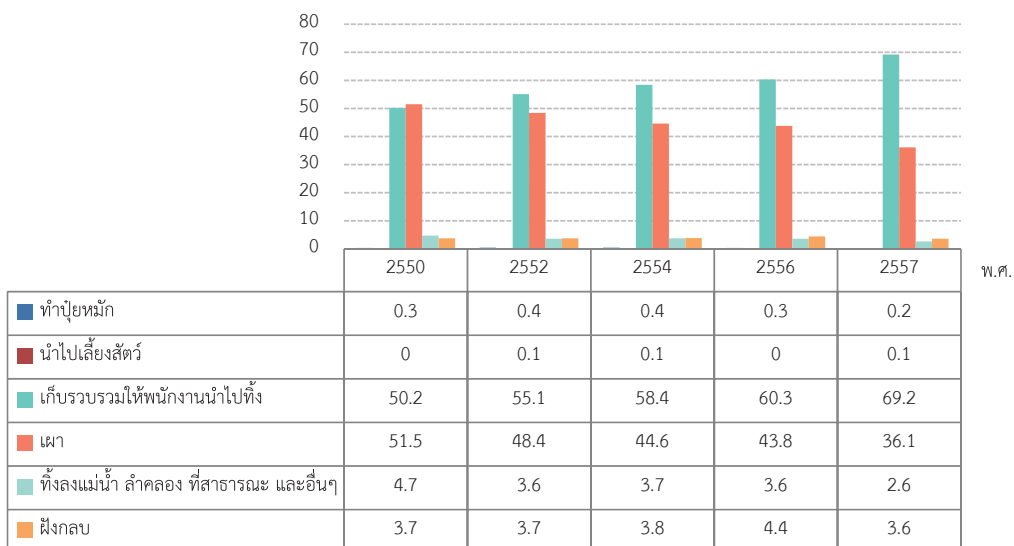
ที่มา: กลุ่มวิจัยและพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 - 2557

4) มูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

มูลฝอยและสิ่งปฏิกูลนี้ เมื่อปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมจะส่งผลเสียต่อสุขภาพอนามัยมากขึ้น การคัดแยก เก็บ ขน และกำจัดที่ชัดเจนจะป้องกันปัญหาดังกล่าวได้ สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจวิธีการกำจัดขยะในครัวเรือน พบว่า แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการกำจัด

ขยะโดยการรวบรวมและให้พนักงานนำไปทิ้งจากร้อยละ 50.2 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 69.2 ในปี พ.ศ. 2557 ข้อสังเกต คือ ยังคงพบการกำจัดขยะในครัวเรือนโดยการทิ้งลงแม่น้ำ ลำคลอง ที่สาธารณะ และยังคงใช้วิธีการฝังกลบ ดังภาพที่ 4.50

ภาพที่ 4.50 ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามวิธีการกำจัดขยะภายในครัวเรือน พ.ศ. 2550 - 2557

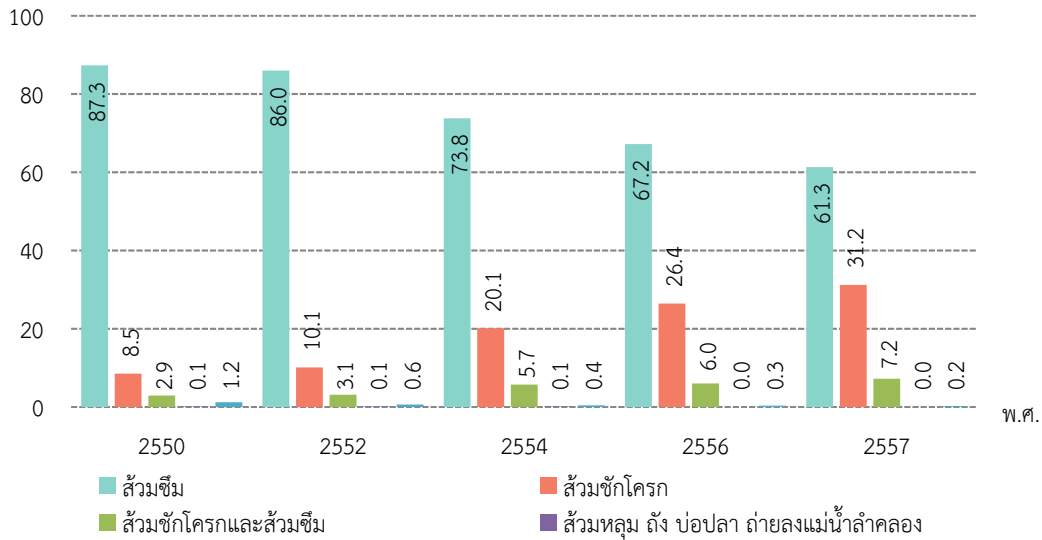


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2557

นอกจากนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำการสำรวจวิธีการใช้ส้วมในครัวเรือน พบว่า แนวโน้มการลดลงของการไม่มีส้วมและการถ่ายลงส้วมหลุม ถึง บ่อปลา แม่น้ำ ลำคลอง นอกจากนี้ยังพบว่าครัวเรือนยังคงใช้ส้วมซึม แต่

มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 87.3 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 61.3 ในปี พ.ศ. 2557 โดยการใช้ส้วมแบบชักโครกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 31.2 ในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.51

ภาพที่ 4.51 ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามวิธีการใช้ส้วม พ.ศ. 2550 – 2557



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2550 - 2557

4.6 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองการปกครอง

4.6.1 ระบบการเมือง

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตทางการเมือง เกิดการประท้วงต่อต้านการบริหารงานของรัฐบาล ประชาชนเกิดความแตกแยกและขาดความสามัคคีกัน เนื่องจากความเห็นที่แตกต่างด้านการเมือง ส่งผลให้ภาพลักษณ์และคะแนนเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงจาก 12.32 คะแนน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 9.48 คะแนน ในปีพ.ศ. 2556 และถูกจัดอันดับลดลงเป็นอันดับที่ 9 และ 10 ในกลุ่มประเทศอาเซียน อย่างไรก็ตามภายหลังเกิดรัฐประหารในปี พ.ศ. 2557 พร้อมกับการประกาศ

กฎอัยการศึกและยกเลิกรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 รัฐบาลภายใต้การบริหารประเทศโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2557 ทำให้ระบบการเมืองของประเทศไทยเริ่มมีเสถียรภาพมากขึ้น (คะแนน 16.50) ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการบริหารงานของรัฐบาลมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังอยู่ในระดับต่ำสุด ต่ำกว่าเพียงสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่าเท่านั้น

ตารางที่ 4.9 คะแนนเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทยในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2552 - 2557

ประเทศ	2552		2553		2554		2555		2556		2557	
	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน	ลำดับ	คะแนน
บรูไน	1	95.26	1	92.45	1	91.04	1	96.68	2	86.26	1	95.15
สิงคโปร์	2	89.57	2	89.62	2	86.79	2	76.30	1	96.68	2	92.23
เวียดนาม	3	52.13	4	50.94	3	53.30	3	54.50	3	55.45	5	46.12
มาเลเซีย	4	42.18	3	51.89	4	49.53	5	44.08	5	48.34	4	58.74
ลาว	5	39.34	5	35.38	5	45.28	4	47.39	4	49.29	3	61.17
กัมพูชา	6	26.54	6	26.42	6	35.85	6	40.76	6	39.81	6	44.66
ไทย	9	9.95	9	9.43	9	14.15	10	12.32	10	9.48	9	16.50
อินโดนีเซีย	7	20.85	7	20.75	7	22.17	7	27.96	7	28.91	7	31.07
สหภาพพม่า	8	11.85	8	10.85	8	14.62	8	18.48	9	13.27	10	11.65
ฟิลิปปินส์	10	5.69	10	5.19	10	9.91	9	14.22	8	16.59	8	22.82

ที่มา: Worldwide Governance Indicators, 2015

จากปัญหาการเมืองดังกล่าว ส่งผลให้การพัฒนาประเทศชะลอตัวลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะด้านสังคมและคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างไรก็ตามจากข้อมูลเครือข่ายแก้ปัญหาการพัฒนาอย่างยั่งยืน (The Sustainable Development Solutions Network: SDSN) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้

องค์การสหประชาชาติ ได้รายงานดัชนีความสุขโลก โดยวิเคราะห์จากปัจจัย 6 ด้าน ประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวประชากร การมีที่พึงพิงทางสังคม การมีอายุยืนอย่างมีสุขภาพดี เสรีภาพทางสังคม ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการปราศจากคอร์รัปชัน ซึ่งรายงานดังกล่าวระบุว่าแนวโน้มประเทศไทยมีความสุขเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4.10 ค่าดัชนีความสุขโลกของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2553 - 2555 พ.ศ. 2555 - 2557 และพ.ศ. 2556 - 2558

2553 - 2555			2555 - 2557			2556 - 2558		
ลำดับ ในกลุ่ม	ประเทศ	ค่าดัชนี	ลำดับ ในกลุ่ม	ประเทศ	ค่าดัชนี	ลำดับ ในกลุ่ม	ประเทศ	ค่าดัชนี
1	สิงคโปร์	6.546	1	สิงคโปร์	6.798	1	สิงคโปร์	6.739
2	ไทย	6.371	2	ไทย	6.455	2	ไทย	6.474
3	มาเลเซีย	5.760	3	มาเลเซีย	5.770	3	มาเลเซีย	6.005
4	เวียดนาม	5.533	4	เวียดนาม	5.399	4	เวียดนาม	5.314
5	อินโดนีเซีย	5.348	5	อินโดนีเซีย	5.360	5	อินโดนีเซีย	5.279
6	ฟิลิปปินส์	4.985	6	ฟิลิปปินส์	5.073	6	ฟิลิปปินส์	5.061
7	ลาว	4.787	7	ลาว	4.876	7	ลาว	4.876
8	สหภาพพม่า	4.439	8	สหภาพพม่า	4.307	8	สหภาพพม่า	4.395
9	กัมพูชา	4.067	9	กัมพูชา	3.819	9	กัมพูชา	3.907
10	บรูไน	...	บรูไน	...	บรูไน	...		

ที่มา: 1. world happiness report 2013, 2015 and 2016

หมายเหตุ: ค่าดัชนีความสุขโลกมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 ค่าคะแนน 0 หมายถึง มีความสุขน้อยที่สุด ค่าคะแนน 10 หมายถึง มีความสุขมากที่สุด

4.6.2 ระบบการบริหารงานของรัฐ

1) การพัฒนาระบบราชการ

(1) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย

ภายหลังการปฏิรูประบบราชการในปี พ.ศ. 2545 เกิดการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญในระบบราชการไทย มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวง กรม พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 นอกจากนั้นยังได้ริเริ่มจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการขึ้น เพื่อเป็นกรอบแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบราชการไทย โดยมีคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน ที่ผ่านมามีการดำเนินงานมาแล้ว 2 ฉบับ (พ.ศ. 2546 - 2550 และพ.ศ. 2551 - 2555) ซึ่งได้กำหนดกลยุทธ์ต่างๆ

ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญเช่น การยกระดับคุณภาพการให้บริการประชาชน การเป็นองค์กรที่มีขีดสมรรถนะและบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถสูง การปรับรูปแบบการทำงานให้มีลักษณะเชิงบูรณาการและเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายการทำงานและการสร้างระบบการกำกับดูแลตนเองที่ดีเกิดความโปร่งใสสามารถตรวจสอบได้ เป็นต้น

จากผลการพัฒนาระบบราชการไทยตามแผนยุทธศาสตร์ทั้ง 2 ฉบับ พบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีความก้าวหน้าและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรม และในปัจจุบันอยู่ในช่วงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2556 - 2561) ซึ่งมียุทธศาสตร์ที่สำคัญดังนี้ (ภาพที่ 4.52)

ภาพที่ 4.52 ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2556 – 2561



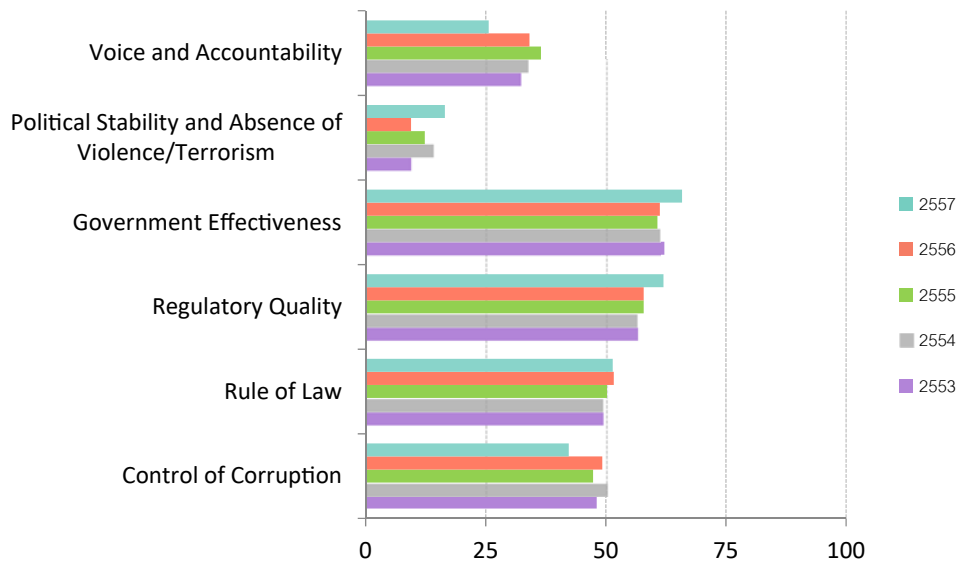
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

(2) ดัชนีภาวะธรรมาภิบาลของประเทศไทย

ประเทศไทยได้นำแนวคิดระบบการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบราชการตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ซึ่งรัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการประกาศพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดีในปี พ.ศ. 2540 และมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบและกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติในปี 2549 ปัจจุบันธรรมาภิบาลได้เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการบริหารงานของระบบราชการทั้งในระดับองค์กรและระดับบุคคล และทุกปี สำนักงานธรรมาภิบาลโลกซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดธนาคารโลก ได้รายงานดัชนีชี้วัดสถานะธรรมาภิบาลของประเทศต่างๆ โดยพิจารณาองค์ประกอบหลักใน 6 มิติ ซึ่งพบว่าค่าดัชนีชี้วัดสถานะธรรมาภิบาล (Government

Indicator) ของประเทศไทยอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่และเมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่ามีมิติประสิทธิผลของรัฐบาล (government effectiveness) มีอันดับที่สูงขึ้นโดยมีค่าอยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50-75 หากพิจารณาย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - 2557 จะเห็นว่ามิติประสิทธิผลของรัฐบาล (government effectiveness) และมิติคุณภาพของมาตรการควบคุม (regulation quality) มีตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50-75 ซึ่งสูงกว่ามิติอื่นๆ รองลงมา ได้แก่ มิติการควบคุมการทุจริตประพฤติมิชอบ (Control of Corruption) มิตินิติธรรม (Rule of LAW) มิติการมีสิทธิมีเสียงของประชาชนและภาระรับผิดชอบ (Voice and Accountability) และมิติความมีเสถียรภาพทางการเมืองและการปราศจากความรุนแรง (Political Stability and Absence of Violence) ตามลำดับ (ภาพที่ 4.53)

ภาพที่ 4.53 สภาวะธรรมาภิบาลของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2557



ที่มา: Worldwide Governance Indicators

(3) รัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (e-Government)

แนวคิดรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาระบบราชการตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมข้อตกลงด้านอิเล็กทรอนิกส์ของอาเซียน (e – ASEAN Agreement) โดยข้อตกลงดังกล่าวมีการผลักดันให้ประเทศสมาชิกจัดทำระบบรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อพัฒนาระบบการบริการของหน่วยงาน ปัจจุบันรัฐบาลได้พัฒนาและส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนา ด้านบริการให้มีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจต่อผู้มารับบริการและมีทัศนคติที่ดีต่อหน่วยงานภาครัฐ ตัวอย่างระบบรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ที่ดำเนินการอย่างได้ผลและเป็นรูปธรรม ได้แก่ การจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Procurement) ระบบการบริหารงานการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์

(Government First Management Information System: GFMS) การชำระภาษีผ่านอินเทอร์เน็ต (e-Revenue) ระบบการทำหนังสือเดินทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-Passport) เป็นต้น จากรายงานการจัดลำดับความพร้อมรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ขององค์การสหประชาชาติ (e-Government survey: United Nation) ที่ได้เปรียบเทียบความสามารถของประเทศสมาชิกในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อให้บริการผ่านสื่อออนไลน์แก่ประชาชน ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ด้าน คือ การให้บริการออนไลน์ (Online Service Index) โครงสร้างพื้นฐานด้านโทรคมนาคมการสื่อสาร (Telecommunication Infrastructure Index) และทุนมนุษย์ (Human Capital Index) ซึ่งพบว่าในภาพรวมประเทศไทยถูกปรับลำดับลดลงจากอันดับที่ 92 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นอันดับที่ 102 ในปี พ.ศ. 2557 และอยู่ในลำดับที่ 6 ของประเทศในกลุ่มอาเซียน (ตารางที่ 4.11 และ 4.12)

ตารางที่ 4.11 คะแนนและการจัดอันดับความพร้อมรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2555

e-Government Development Index (EDGI)	2014	2012	Rank Chang
อันดับในภาพรวม	102	92	-10
- Telecommunication Infrastructure Index (TII)	107	103	-4
- Online Service Index (OSI)	76	67	-9
- Human Capital Index (HCI)	118	104	-14

ที่มา: พ.ศ. 2555 ข้อมูลจาก e-Government survey 2012, United Nation
พ.ศ. 2557 ข้อมูลจาก e-Government survey 2014, United Nation

ตารางที่ 4.12 คะแนนและการจัดอันดับความพร้อมรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ของประเทศในกลุ่มอาเซียน พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2555

No	Country	e-Government Development Index (EDGI)	2014	2012	Rank Change
1	Singapore	0.90762	3	10	+7
2	Malaysia	0.61152	52	40	-12
3	Brunei Darussalam	0.50424	86	54	-32
4	Phillippines	0.47681	95	88	-7
5	Viet Nam	0.47045	99	83	-16
6	Thailand	0.46308	102	92	-10
7	Indonesia	0.44874	106	97	-9
8	Cambodia	0.29986	139	155	+16
9	Lao PDR	0.26588	152	153	+1
10	Myanmar	0.18694	175	160	-15

ที่มา: พ.ศ. 2555 ข้อมูลจาก e-Government survey 2012, United Nation
พ.ศ. 2557 ข้อมูลจาก e-Government survey 2014, United Nation

(4) ประสิทธิภาพของระบบราชการไทย บรรลุเป้าหมายในระดับที่น่าพอใจ ประชาชนมีความพึงพอใจในระบบราชการค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 82.65 ตามตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2551 - 2555) ที่ผ่านมา มีผลการดำเนินงานที่สามารถ (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13 ผลสำเร็จการพัฒนาระบบราชการไทย ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2551 - 2555

เป้าประสงค์หลัก	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินการ*	ที่มาช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล
1. ประชาชนมีความพึงพอใจในระบบราชการ	1.1 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการและการดำเนินงานของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 82.65	คำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2554
	1.2 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐในการให้บริการประชาชนในรูปแบบ e-Service	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 55.04	ข้อมูลลักษณะสำคัญขององค์กร: การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ปี พ.ศ. 2554
2. ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐสามารถปรับปรุงรูปแบบการทำงานและเปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนรวม	2.1 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐในการปรับปรุงรูปแบบ หรือวิธีการทำงาน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 89.50	ข้อมูลการจัดการกระบวนการหมวด 6 : การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ปี พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2554
	2.2 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนรวม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 86.00	คำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2554

ตารางที่ 4.13 ผลสำเร็จการพัฒนากระบวนราชการไทย ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย พ.ศ. 2551 - 2555 (ต่อ)

เป้าประสงค์หลัก	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน*	ที่มาช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล
3. ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐสามารถพัฒนาขีดสมรรถนะและมีความพร้อมในการดำเนินงาน	3.1 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐในการปรับปรุงและยกระดับคุณภาพการบริหารงานตามแผนพัฒนาองค์กร	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 92.09	การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ปี พ.ศ. 2552 - พ.ศ. 2554
	3.2 ระดับสมรรถนะของข้าราชการที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 89.87	การประเมินสมรรถนะของบุคลากรครั้งที่ 2 ของส่วนราชการ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2555
4. ประชาชนมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจในระบบราชการ	4.1 ระดับความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 81.03	คำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี พ.ศ. 2551 - พ.ศ. 2554
	4.2 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐในการพัฒนาระบบควบคุมภายในให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 94.29	คำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี พ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2554

ที่มา: รายงานพัฒนาระบบราชการไทย ประจำปี พ.ศ. 2555 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

หมายเหตุ: * ผลการดำเนินงานเป็นค่าเฉลี่ยของการดำเนินงานในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล

จากผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยงานภาครัฐของไทย จนได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติและได้รับรางวัล United Nation Public Service Award (UNPSA) ซึ่งเป็นรางวัลที่จัดตั้งโดยคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (Economic

and Social Council: ECOSOC) เพื่อมอบให้แก่หน่วยงานที่ดำเนินการด้านการให้บริการสาธารณะด้วยความ เป็นมืออาชีพ ที่ผ่านมามีหน่วยงานภาครัฐของไทยได้รับรางวัลตามสาขาต่างๆ จำนวน 14 รางวัล ดังนี้

ตารางที่ 4.14 ผลรางวัล United Nation Public Service Award (UNPSA) ของหน่วยงานภาครัฐไทย

ปี พ.ศ.	หน่วยงาน	ระดับรางวัล	ผลงาน	สาขารางวัลที่ได้รับ
2551	โรงพยาบาลโสธร	รางวัลรองชนะเลิศ	การให้บริการผู้ป่วย	Improving the delivery of public service
2552	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	รางวัลชนะเลิศ	การพัฒนาบริการทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายความร่วมมือ	Improving the delivery of public service

ตารางที่ 4.14 ผลรางวัล United Nation Public Service Award (UNPSA) ของหน่วยงานภาครัฐไทย (ต่อ)

ปี พ.ศ.	หน่วยงาน	ระดับรางวัล	ผลงาน	สาขารางวัลที่ได้รับ
2554	สำนักงานสรรพากรภาค 7 กรมสรรพากร	รางวัลชนะเลิศ	สำนักงานบริการขวัญใจประชาชน	การเสริมสร้างการจัดการความรู้ในภาครัฐ (Advancing Knowledge Management in Government)
	กรมชลประทาน	รางวัลรองชนะเลิศ	การบริหารจัดการชลประทานแบบมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการภาคประชาชนและองค์กรผู้ใช้น้ำของโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียวอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี	สาขาการส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบาย ผ่านกลไกด้านนวัตกรรม (Fostering participation in policy-making decision through innovation mechanisms)
2555	กรมชลประทาน	รางวัลชนะเลิศ	การป้องกันและบรรเทาภัยแล้งแบบบูรณาการของโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม จังหวัดแพร่	Fostering participation in policy-making decision through innovation mechanisms
	โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	รางวัลรองชนะเลิศ	โครงการป้องกันตาบอดในผู้ป่วยเบาหวาน	Advancing Knowledge management in government
		รางวัลชนะเลิศ	Child First – Work Together (CF-WT)	Improving the delivery of service จากผลงาน “Child First – Work Together(CF-WT)”
2556	สถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่	รางวัลชนะเลิศ	การบริหารจัดการแบบบูรณาการเพื่อลดความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในพื้นที่เสี่ยงสูงอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก	Fostering participation in policy-making decision through innovation mechanisms
2557	สำนักป้องกันควบคุมโรค ที่ 9 กรมควบคุมโรค	รางวัลชนะเลิศ	ศูนย์ช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงในภาวะวิกฤต (One stop crisis center : OSSC)	Promoting gender-responsive delivery of public service
	โรงพยาบาลขอนแก่น	รางวัลชนะเลิศ	Holistic School in Hospital Initiative (HSH)	Promoting Whole of Government Approaches in the Information Age
2558	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี โรงพยาบาลขอนแก่น	รางวัลชนะเลิศ	Fast-track Service for High-risk Pregnancies	Promoting gender-responsive delivery of public service

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

ด้านการแข่งขันขีดความสามารถของประเทศไทย ที่จัดทำโดยสถาบัน International Institute for Management Development (IMD) ซึ่งพิจารณาใน 4 หมวด คือ 1) สมรรถนะทางเศรษฐกิจ 2) ประสิทธิภาพภาครัฐ 3) ประสิทธิภาพภาคธุรกิจ และ 4) โครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งพบว่าขีดความสามารถในการแข่งขันของ

ประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงและมีลำดับที่แย่งลงในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2558 นอกจากนี้ประสิทธิภาพของระบบราชการไทยถูกปรับอันดับลดลงจากอันดับที่ 19 ในปี พ.ศ. 2555 เป็นอันดับที่ 24 ในปี 2558 ซึ่งต่ำกว่าบางประเทศในกลุ่มอาเซียน ได้แก่ สิงคโปร์และมาเลเซีย (ตารางที่ 4.15 และ 4.16)

ตารางที่ 4.15 การจัดลำดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศไทย จำแนกตาม หมวดความสามารถด้านต่าง ๆ พ.ศ. 2554 - 2558

หมวดความสามารถ	2554	2555	2556	2557	2558
1.สมรรถนะทางเศรษฐกิจ (Economic Performance)	10	15	9	12	13
2.ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Efficiency)	23	26	22	28	27
3.ประสิทธิภาพของภาคธุรกิจ (Business Efficiency)	19	23	18	25	27
4.โครงสร้างพื้นฐาน	47	49	48	48	46
ภาพรวม	27	30	27	29	30

ที่มา: 1. IMD. The world Competitiveness Yearbook
2. www.tma.or.th

ตารางที่ 4.16 ประสิทธิภาพของระบบราชการของประเทศต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2555 - 2558

กลุ่มประเทศ	2555		2556		2557		2558	
	อันดับโลก	คะแนน	อันดับโลก	คะแนน	อันดับโลก	คะแนน	อันดับโลก	คะแนน
สิงคโปร์	2	8.36	1	8.19	1	8.34	1	8.45
บรูไน	...	...	...	...	...	...	...	...
มาเลเซีย	5	7.16	5	7.33	6	7.32	4	7.24
ไทย	19	5.88	18	5.88	31	4.96	24	5.42
ฟิลิปปินส์	45	3.88	41	4.38	38	4.00	43	3.67
เวียดนาม	...	...	...	...	...	...	...	...
อินโดนีเซีย	32	4.78	30	5.15	22	5.56	28	4.77
สหภาพพม่า	...	...	...	...	...	...	...	...
ลาว	...	...	...	...	...	...	...	...
กัมพูชา	...	...	...	...	...	...	...	...

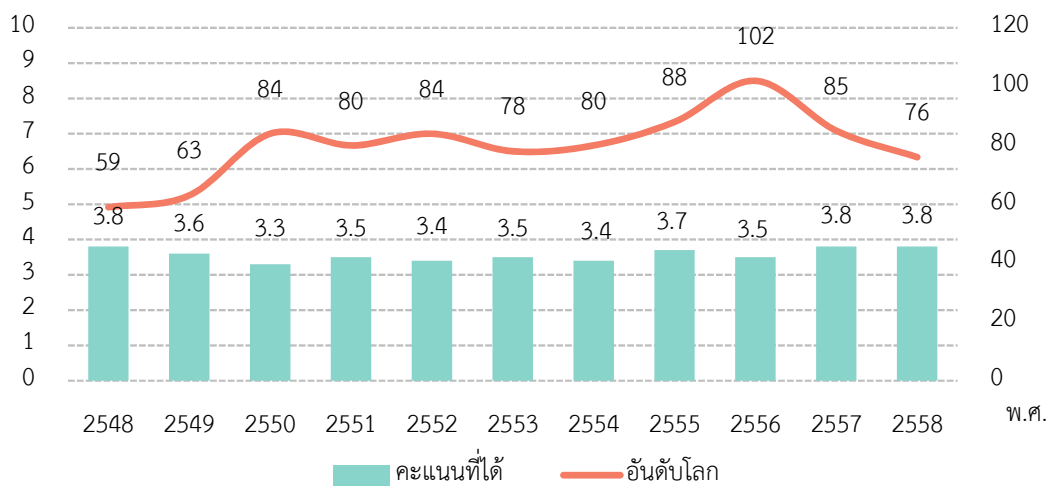
ที่มา: 1. IMD. The world Competitiveness Yearbook
2. Thailand Management Association (TMA)

**(5) ความโปร่งใสและการทุจริตคอร์รัปชัน
ของหน่วยงานภาครัฐ**

การทุจริตและคอร์รัปชันของหน่วยงานภาครัฐเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้าและความมั่นคงของประเทศ รวมทั้งภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นของระบบราชการ จากการจัดอันดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันขององค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International: TI) พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยประเทศไทยถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 76 จาก 168 ประเทศทั่วโลก (คะแนน 38 คะแนน) ซึ่งถือว่าเป็นลำดับที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557 ที่อยู่ในลำดับที่ 85 จากประเทศ

ทั่วโลก (คะแนน 38 คะแนน) เมื่อพิจารณาค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2555 – 2558 พบว่าแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย โดยมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 จาก 3.7 คะแนนเป็น 3.8 คะแนนในปี พ.ศ. 2558 และลำดับเพิ่มขึ้นจากลำดับที่ 88 จาก 176 ประเทศในปี พ.ศ. 2555 เป็นลำดับ 76 จาก 168 ประเทศทั่วโลกในปี พ.ศ. 2558 และเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันอยู่ในลำดับที่ 4 รองจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีการบริหารจัดการที่ดีอย่างประเทศสิงคโปร์และมาเลเซีย (ภาพที่ 4.54 และตารางที่ 4.17)

ภาพที่ 4.54 การจัดลำดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศไทย พ.ศ. 2548 - 2558



ที่มา: <http://www.transparency.org/>

ตารางที่ 4.17 ดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2554 - 2558

กลุ่มประเทศ	2554			2555			2556			2557			2558		
	อันดับโลก	อันดับในอาเซียน	คะแนน	อันดับโลก	อันดับในอาเซียน	คะแนน	อันดับโลก	อันดับในอาเซียน	คะแนน	อันดับโลก	อันดับในอาเซียน	คะแนน	อันดับโลก	อันดับในอาเซียน	คะแนน
บรูไน	44	2	5.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NA	NA	NA
สิงคโปร์	5	1	9.2	5	1	87	5	1	86	7	1	84	8	1	85
มาเลเซีย	60	3	4.3	54	2	49	53	2	50	50	2	52	54	2	50
ไทย	80	4	3.4	88	3	37	102	4	35	85	3	38	76	3	38
อินโดนีเซีย	100	5	3.0	118	5	32	114	5	32	107	4	34	88	4	36
ฟิลิปปินส์	129	7	2.6	105	4	34	94	3	36	85	3	38	95	5	35
เวียดนาม	112	6	2.9	123	6	31	116	6	31	119	5	31	112	6	31
ลาว	154	8	2.2	160	8	21	140	7	26	145	6	25	139	7	26
สหภาพพม่า	180	10	1.5	172	9	15	157	8	21	156	7	21	147	8	22
กัมพูชา	164	9	2.1	157	7	22	160	9	20	156	7	21	150	9	21

ที่มา: <http://www.transparency.org/> และวิเคราะห์ข้อมูลโดยมูลนิธิธรรมาภิบาลประเทศไทย

หมายเหตุ: 1. ค่าดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruption Perceptions Index: CPI) มีค่าสูงหมายถึงมีการคอร์รัปชันต่ำ และค่าต่ำหมายถึงมีการคอร์รัปชันสูง

2. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 องค์กรเพื่อความโปร่งใสระหว่างประเทศปรับคะแนนเดิมจาก 10 เป็น 100 คะแนน

ตารางที่ 4.18 ดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชัน 10 ประเทศสูงสุด พ.ศ. 2554 - 2558

2554			2555			2556			2557			2558		
กลุ่มประเทศ	อันดับโลก	คะแนน	กลุ่มประเทศ	อันดับโลก	คะแนน	กลุ่มประเทศ	อันดับโลก	คะแนน	กลุ่มประเทศ	อันดับโลก	คะแนน	กลุ่มประเทศ	อันดับโลก	คะแนน
New Zealand	1	9.5	Denmark	1	90	Denmark	1	91	Denmark	1	92	Denmark	1	91
Denmark	2	9.4	Finland	1	90	New Zealand	1	91	New Zealand	2	91	Finland	2	90
Finland	2	9.4	New Zealand	1	90	Finland	3	89	Finland	3	89	Sweden	3	89
Sweden	4	9.3	Sweden	4	88	Sweden	3	89	Sweden	4	87	New Zealand	4	88
Singapore	5	9.2	Singapore	5	87	Norway	5	86	Norway	5	86	Netherlands	5	87
Norway	6	9.0	Switzerland	6	86	Singapore	5	86	Switzerland	5	86	Norway	5	87
Netherlands	7	8.9	Australia	7	85	Switzerland	7	85	Singapore	7	84	Switzerland	7	86
Australia	8	8.8	Norway	7	85	Netherlands	8	83	Netherlands	5	83	Singapore	8	5
Switzerland	8	8.8	Canada	9	84	Australia	9	81	Luxembourg	9	82	Canada	9	83
Canada	10	8.7	Netherlands	9	84	Canada	9	81	Canada	10	81	Germany	10	81

ที่มา: <http://www.transparency.org>

4.7 สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยีที่มีผลต่อการสาธารณสุข

4.7.1 พัฒนาการของเทคโนโลยีที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการ

เทคโนโลยีด้านสุขภาพนับเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญอย่างหนึ่งของการจัดระบบบริการสุขภาพ ซึ่งความรู้ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ ส่งผลให้เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีความหลากหลาย พัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น สถานการณ์และแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปของเทคโนโลยีด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการสุขภาพและระบบสาธารณสุขไทย เทคโนโลยีด้านสุขภาพนับรวมทั้งยา วัคซีน เครื่องมือแพทย์ หัตถการ รวมถึงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ในปี พ.ศ.2555 เป็นร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2557⁽¹⁾ ทั้งนี้ รัฐบาลไทยลงทุนด้านสุขภาพสูงถึงร้อยละ 17 ของงบประมาณแผ่นดินในแต่ละปี ซึ่งมากกว่ารัฐบาลประเทศอื่นๆ ที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 10 ดังนั้น หากมีการนำเทคโนโลยีใหม่ซึ่งมีราคาแพงมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินอย่างรอบด้านว่ามีประโยชน์และมีความคุ้มค่าหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีที่บรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน

ใน ส่วนนี้ จะกล่าวถึง พัฒนาการของเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีทางชีวภาพ (biotechnology) เทคโนโลยีวัสดุ (material technology) และเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร (information and communication technology: ICT)

1) เทคโนโลยีทางชีวภาพ

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีทางชีวภาพ โดยเฉพาะเทคโนโลยีเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) เพราะสามารถรักษาโรคร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดในอดีต ได้แก่ โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย⁽²⁾ การใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดแดงในการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายไขกระดูกจากผู้บริจาค เป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงประมาณ 700,000 - 1,500,000 บาทต่อราย

แม้ว่าการรักษานี้จะถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การเข้าถึงบริการปลูกถ่ายฯ อย่างเสมอภาคภายใต้ศักยภาพการให้บริการในปัจจุบันเป็นไปได้ยาก รวมถึงค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ที่ค่อนข้างสูงของผู้ดูแลผู้ป่วยก็เป็นปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาด้วยเช่นกัน⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม จากการประเมินความคุ้มค่าและภาระทางการเงินการคลังของการให้บริการดังกล่าว เปรียบเทียบกับการรักษาโดยให้เลือดและยาขับเหล็ก พบว่าการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากผู้บริจาคซึ่งเป็นพี่หรือน้องมีความคุ้มค่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และการรักษานี้สามารถประหยัดงบประมาณในระยะยาวได้⁽⁴⁾ ดังนั้น คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีมติในปี พ.ศ. 2554 เห็นชอบในหลักการให้การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจำกัดเฉพาะผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอายุไม่เกิน 8 ปี และมีญาติพี่น้องบริจาค⁽⁵⁾ แต่มาตรการนี้ยังอยู่ในระหว่างการพิจารณาข้อเสนอที่ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันจนถึงการรักษา และยังไม่ถูกบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในปัจจุบัน ขณะที่การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดสำหรับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อม้าน้ำเหลืองได้รับการบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ฯ เมื่อปี พ.ศ. 2556 แล้ว⁽⁶⁾

ด้านการดูแลและควบคุมคุณภาพ แพทยสภาได้ออกประกาศข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเพื่อการรักษา⁽⁷⁾ เมื่อ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดระเบียบไว้เพื่อควบคุมกำกับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายฯ ให้กระทำได้ในกรณีที่มีการปลูกถ่ายฯ นั้นผ่านการทำวิจัยมาแล้วจนเป็นที่ยอมรับว่าเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานและแพทยสภาเห็นชอบ ทั้งนี้ หากการปลูกถ่ายฯ นั้นยังอยู่ในระหว่างการทำวิจัย โครงการวิจัยนั้นต้องได้รับการอนุมัติจากทั้งคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนของสถาบันที่ผู้ทำวิจัยสังกัด และคณะกรรมการวิชาการและจริยธรรมการทำวิจัยในคนด้านเซลล์ต้นกำเนิดของแพทยสภา

เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับเภสัชพันธุศาสตร์ (pharmacogenomic หรือ pharmacogenetic) เพื่อใช้ในวางแผนการรักษา เช่น การประเมินความเสี่ยงของการแพ้ยา การคัดเลือกหรือปรับขนาดยา ได้รับความสนใจและมีการพัฒนาอย่างมาก เช่น การใช้ความรู้ด้านเภสัชพันธุศาสตร์เพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดผื่นแพ้ยา carbamazepine รุนแรงชนิดกลุ่มอาการ Stevens-Johnson syndrome (SJS) และ toxic epidermal necrolysis (TEN) ซึ่งยาดังกล่าวเป็นทางเลือกแรกสำหรับการรักษาโรคลมชักและอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทโดยการคัดกรองยีน HLA-B*1502 ซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 500 – 4,700 บาทต่อการคัดกรองขึ้นกับเทคนิคและผู้ให้บริการ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 ก่อนที่จะได้รับยา carbamazepine จะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดผื่นแพ้ยา SJS/TEN ได้ถึงร้อยละ 88 ส่งผลให้ประหยัดต้นทุนในการรักษาอาการแพ้ยา SJS/TEN วรรณญาและคณะ⁽⁸⁾ พบว่า การคัดกรองยีนนี้มีความคุ้มค่าในประเทศไทยที่ราคา 1,000 บาทต่อการคัดกรอง โดยหากดำเนินการทั้งประเทศจะสามารถลดจำนวนผู้ที่มีอาการแพ้ยาชนิดรุนแรงได้ประมาณ 150 รายต่อปี และมีค่าใช้จ่ายในการคัดกรองยีน 54.75 ล้านบาท (กรณีตรวจคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ 50,000 ราย) ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการของ สปสช. ได้พิจารณาเห็นชอบให้การตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่ต้องเริ่มการรักษาด้วยยา carbamazepine ในทุกกรณี⁽⁵⁾ นอกเหนือจากการคัดกรองยีน HLA-B*1502 แล้ว ปัจจุบันยังมีการคัดกรองยีน HLA-B*5701 เพื่อป้องกันการแพ้ยา abacavir และการคัดกรองยีน HLA-B*3505 เพื่อป้องกันการแพ้ยา nevirapine ซึ่งการคัดกรองดังกล่าวยังไม่ได้มีงานวิจัยเพื่อยืนยันความคุ้มค่าและบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ฯ

2) เทคโนโลยีวัสดุ

เทคโนโลยีวัสดุมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ เลนส์แก้วตาเทียม สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน และสายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวด ซึ่งประเทศไทยต้องนำเข้าอุปกรณ์ทางการแพทย์

เหล่านี้ สำหรับเลนส์แก้วตาเทียมที่ใช้รักษาโรคต้อกระจก ได้ถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่เริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 โดยมีการตั้งเพดานการเบิกจ่ายที่แตกต่างกันในแต่ละสิทธิการรักษา กล่าวคือผู้ให้บริการสามารถเบิกค่าเลนส์แก้วตาเทียมได้ไม่เกิน 4,000 บาทต่อเลนส์ สำหรับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับเลนส์แก้วตาเทียมชนิดแข็งซึ่งทำจากวัสดุพลาสติกสังเคราะห์ ขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอนุญาตให้เบิกจ่ายค่าเลนส์แก้วตาเทียมได้ไม่เกิน 6,000 บาทต่อเลนส์ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับเลนส์แก้วตาเทียมชนิดนิ่มแบบพับได้ทำจากอะคริลิก⁽⁹⁾ ปัจจุบันมีการแก้ไขระเบียบการเบิกจ่ายดังกล่าวหลังจากที่มีผลการวิจัยระบุว่า การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาชนิดแข็งและชนิดนิ่มไม่มีความแตกต่างด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ดังนั้น สปสช. ได้เปลี่ยนวิธีการจัดซื้อเลนส์แก้วตาเทียมเป็นการตกลงทำสัญญาจัดซื้อในระดับประเทศ ซึ่งมียอดการใช้สูงถึง 100,000 เลนส์ต่อปี ทำให้ราคาเลนส์แก้วตาเทียมทั้ง 2 ชนิดลดลงเป็นอย่างมากในปัจจุบัน และผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเข้าถึงเลนส์แก้วตาเทียมทั้ง 2 ชนิดได้อย่างเท่าเทียมกัน

สายสวนเพื่อการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยขดลวดเป็นหนึ่งในอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มียอดการเบิกจ่ายสูงในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 สปสช.ได้ประกาศนโยบายการจัดซื้อรวมขดลวด ส่งผลให้สามารถซื้อขดลวดและขดลวดเคลือบยาได้ในราคาเพียงร้อยละ 19 และร้อยละ 35 ของราคาเดิมก่อนการจัดซื้อรวม ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ปัญหาจากการจัดซื้อรวมทำให้แพทย์ผู้ไม่มีทางเลือกน้อยในการเลือกใช้ขดลวดซึ่งมีมากมายหลายชนิดและมีคุณสมบัติที่แตกต่างกันเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และอาจกระตุ้นให้เกิดการใช้ขดลวดเกินความจำเป็น⁽¹⁰⁾ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนานโยบายการจัดซื้อและควบคุมการเบิกจ่ายขดลวดเพื่อให้เกิดการใช้ที่เหมาะสมและป้องกันปัญหาด้านภาระงบประมาณที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

3) เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างดี⁽¹¹⁾ แม้ว่าระบบสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร แต่ปัจจุบันยังมีการนำเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ เช่น การนัดหมายและติดตามผลการรักษา ในวงจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการใช้เทคโนโลยีด้านนี้ในการให้ข้อมูลและความรู้ผ่านเว็บไซต์และระบบ application แต่ยังไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพที่จัดเก็บตามหน่วยงานต่างๆ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ร่วมกัน^(12,13) เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพของสถานพยาบาลที่ส่วนใหญ่จัดเก็บในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะยังมีความกังวลในเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย

4.7.2 ประสิทธิภาพการใช้ การกระจาย ความเสมอภาคและการเข้าถึงเทคโนโลยี

จากสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพไทย ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ยังคงพบปัญหาของการใช้และการจัดสรรเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เหมาะสม^(14,15) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีที่มีราคาแพง ตัวอย่างการใช้และการจัดสรรเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่

1) ยา

บัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนให้สิทธิผู้ป่วยในการเบิกจ่าย ปัจจุบันมียาทั้งสิ้น 810 รายการ ซึ่งรวมทั้งยาแผนปัจจุบัน วัคซีน ยาจากสมุนไพร ทั้งนี้ หากรายการยาใดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงยานั้นได้อย่างเสมอภาค ในทางตรงกันข้าม หากยาใดไม่ได้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติจะมีแนวโน้มทำให้เกิดความแตกต่างในการให้บริการระหว่างผู้ป่วยสิทธิระบบประกันสุขภาพของ 3 กองทุน กล่าวคือ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการอนุญาตให้ผู้ป่วยเบิกจ่ายรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หากมีการรับรองจากแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ระบบประกันสุขภาพอีก 2 กองทุน ปล่อยให้เป็นการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับยานอกบัญชียาหลักดังกล่าว ทั้งนี้ ยาราคาแพงหลายชนิดถูกบรรจุอยู่ใน

บัญชียาหลักแห่งชาติในบัญชี จ(2) ซึ่งส่วนใหญ่มีการตกลงทำสัญญาหรือจัดซื้อรวม โดยใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณประกอบการพิจารณา และต่อรองราคากับบริษัทยา ทำให้ได้ยาในราคาที่ต่ำลงอย่างมากและประชาชนเข้าถึงได้เพิ่มมากขึ้น

2) เครื่องมือแพทย์

เครื่องมือแพทย์ราคาแพง เช่น เครื่องสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าหรือเครื่องเอ็มอาร์ไอ (Magnetic Resonance Imaging) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammography) ส่วนใหญ่มีการกระจายตัวอยู่ในสถานพยาบาลภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ และโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครมากกว่าโรงพยาบาลในภูมิภาค ดังตารางที่ 4.19⁽¹⁶⁾ จำนวนและการกระจายตัวของเครื่องมือแพทย์ราคาแพงส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้และการเข้าถึงบริการเครื่องมือแพทย์เหล่านี้ โดยวงเดือนและคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยและไม่มีหลักประกันสุขภาพมีโอกาสเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ราคาแพงน้อยกว่าผู้มีรายได้สูงและมีหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ราคาแพงมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า เครื่องมือแพทย์ราคาแพงเหล่านี้ยังมีการใช้ประโยชน์ไม่เต็มประสิทธิภาพทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน คือ มีจำนวนผู้ที่เข้าถึงและได้ใช้เครื่องมือแพทย์ราคาแพงน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายในการลงทุนที่สูงมาก

ตารางที่ 4.19 จำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาแพง

เครื่องมือแพทย์	จำนวนแบ่งตามภูมิภาค (ร้อยละ)		จำนวนแบ่งตามสถานบริการ (ร้อยละ)	
	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	ภาครัฐ	ภาคเอกชน
เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์*	161 (32.5)	335 (67.5)	178 (35.9)	318 (64.1)
เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า*	47 (50.5)	46 (49.5)	34 (36.6)	59 (63.4)
เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม*	149 (36.9)	255 (63.1)	175 (43.3)	229 (56.7)
เครื่องอัลตราซาวด์**	486 (19.3)	2,030 (80.7)	1,906 (75.8)	610 (24.2)

หมายเหตุ: * ข้อมูลจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ใน พ.ศ. 2555

** ข้อมูลจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ใน พ.ศ. 2553

เทคโนโลยีเพทซีที (Positron Emission Tomography-Computed Tomography, PET-CT Scan) สำหรับการวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคมะเร็งหลายชนิดในประเทศไทยยังกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากรและจำนวนเครื่องผลิตสารเภสัชรังสีที่ใช้ในการตรวจ PET-CT scan จากปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและค่าบริการที่สูงมาก ทำให้ระบบประกันสุขภาพยกเว้นระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ยังไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายได้สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้งานเครื่อง PET-CT scan และทำให้เครื่อง PET-CT scan ที่มีอยู่จำนวน 5 เครื่องมีการใช้งานต่ำกว่าศักยภาพและไม่ถึงจุดคุ้มทุน⁽¹⁸⁾

3) เทคโนโลยีทางชีวภาพ

ในประเทศไทยมีการจัดตั้งสถาบันวิจัยด้านเทคโนโลยีทางชีวภาพทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น Thailand Center of Excellence for Life Sciences (TCELS) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีทางชีวภาพและนำมาประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์ เช่น การรักษาโรคด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (stem cell) การปลูกถ่ายอวัยวะต่างๆ และการตรวจลักษณะทางพันธุกรรมเพื่อการรักษาเฉพาะบุคคล อย่างไรก็ตาม ภาคเอกชนมีการกระตุ้นและโฆษณาเกินจริงในการใช้เทคโนโลยีทางชีวภาพ stem cell เพื่อเสริมความงามและรักษาโรคที่

หายยากหรือไม่มีทางรักษา ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจนบางรายถึงขั้นเสียชีวิต ทำให้มีการกำหนดจริยธรรมการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยด้วย stem cell ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น

อุปสรรคต่อการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีทางชีวภาพที่สำคัญ ได้แก่ งบประมาณในการสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี และแนวทางในการกำหนดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการเทคโนโลยี นอกจากนี้ ยังขาดความเชื่อมโยงด้านนโยบายระหว่างความรู้ทางเทคโนโลยีทางชีวภาพกับการวิจัยทางคลินิกและการให้บริการทางสุขภาพ เช่น ผู้บริหารไม่สนับสนุนการให้บริการเทคโนโลยีทางชีวภาพเป็นสิทธิประโยชน์ เนื่องจากการกระจายตัวของเทคโนโลยีภายในประเทศไม่ทั่วถึง ส่งผลถึงความพร้อมในการให้บริการในระดับประเทศ

4) เทคโนโลยีวัสดุ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้คุ้มครองสิทธิของคนพิการผ่านบทบัญญัติที่ว่าด้วยความเสมอภาคในมาตรา 30 ซึ่งกำหนดให้รัฐบาลต้องจัดสวัสดิการขั้นพื้นฐาน เช่น การศึกษา หรือบริการสาธารณสุข ให้แก่ประชาชนทุกคนชั้น ทั้งผู้ยากไร้ คนพิการ หรือผู้ทุพพลภาพอย่างเท่าเทียมกัน อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ เช่น ขาเทียม เท้าเทียม อุปกรณ์ประเภทเครื่องช่วยเดิน และเครื่องช่วยฟัง เป็นต้น จากการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ⁽¹⁹⁾ พบว่า คนพิการเพียงร้อยละ 3 ของ

ผู้ขึ้นทะเบียนทั้งหมดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ อีกทั้ง นโยบายเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์เรื่องอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการในประเทศไทยมีความแตกต่างกันระหว่างระบบประกันสุขภาพแต่ละกองทุน โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความครอบคลุมทุกประเภทของความพิการและกำหนดรายการอุปกรณ์ที่เบิกจ่ายได้มากที่สุด ในขณะที่ผู้ประกันตนของกองทุนประกันสังคมต้องสำรองจ่ายค่าอุปกรณ์ก่อน ซึ่งอาจเป็นภาระทางการเงินของคนพิการ และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีอุปกรณ์ที่มีราคาแพง สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ถึงแม้จะไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนเรื่องระบบขึ้นทะเบียนและบัญชีรายการอุปกรณ์สำหรับการเบิกจ่าย แต่คนพิการที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงอุปกรณ์มากกว่ากองทุนอื่นๆ เนื่องจากโดยหลักการคนพิการสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่หน่วยบริการของรัฐได้ทุกแห่ง

ในกลุ่มที่เข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ พบความสูญเสียจากการเบิกอุปกรณ์ซ้ำซ้อนและการไม่ได้ใช้อุปกรณ์ที่ได้รับ เนื่องจากอุปกรณ์ชำรุดเสียหายหรือไม่เหมาะสมในการใช้งานจริง ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่ายที่สูญเปล่าในระบบประกันสุขภาพ ผลการสำรวจ⁽²⁰⁾ พบว่า คนพิการด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 23 ได้รับอุปกรณ์ชนิดเดียวกันมากกว่า 1 ชิ้น นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2555 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการเบิกอุปกรณ์ซ้ำซ้อนสูงขึ้น 6 ล้านบาท จากในปี พ.ศ. 2552 ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงการขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านการบริการสิทธิประโยชน์เรื่องอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของระบบประกันสุขภาพได้แก่ ไม่มีฐานข้อมูลการแจกจ่ายอุปกรณ์และแนวทางการประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ที่สั่งจ่ายให้คนพิการ ไม่มีศูนย์ซ่อมอุปกรณ์กระจายตัวในท้องถิ่นที่คนพิการอาศัยอยู่ อีกทั้ง การขาดระบบติดตามการใช้งานอุปกรณ์และตรวจสอบการเบิกจ่าย

5) เทคโนโลยีระบบคอมพิวเตอร์

การผ่าตัดด้วยระบบนำวิถี (navigation system) เป็นเทคโนโลยีระบบคอมพิวเตอร์ประเภทหนึ่งที่ใช้ในการผ่าตัดต่างๆ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก และการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า เป็นต้น แต่ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนทั้งในแง่ข้อบ่งชี้และนโยบายการเบิกจ่าย จากการศึกษาการใช้เทคโนโลยีการผ่าตัดด้วยระบบนำวิถีในโรงพยาบาลต่างๆ พบว่า เครื่องคอมพิวเตอร์นำวิถีร้อยละ 80 (44 เครื่องจากทั้งหมด 54 เครื่อง) กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรรายภาค ที่เครื่องควรกระจายตัวอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าภาคกลาง นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนการให้บริการและค่าบริการด้วยระบบนำวิถีในแผนกต่างๆ ของโรงพยาบาล 9 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังอยู่ในภาวะขาดทุนจากการให้บริการนี้⁽²¹⁾

4.8 พฤติกรรมสุขภาพ

4.8.1 พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล ในการแสวงหาบริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในเรื่องของการเข้าถึงบริการและความครอบคลุมของบริการสาธารณสุข และบริการต่างๆ ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้านับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าประชาชนมาใช้บริการสาธารณสุขของรัฐเพิ่มมากขึ้น (สถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน/โรงพยาบาลของรัฐ) แต่ในปี พ.ศ. 2554 และพ.ศ. 2556 พบว่า ประชาชนไม่ได้ทำอะไรเลยเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2552 ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 รูปแบบการใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย พ.ศ. 2539 - 2557

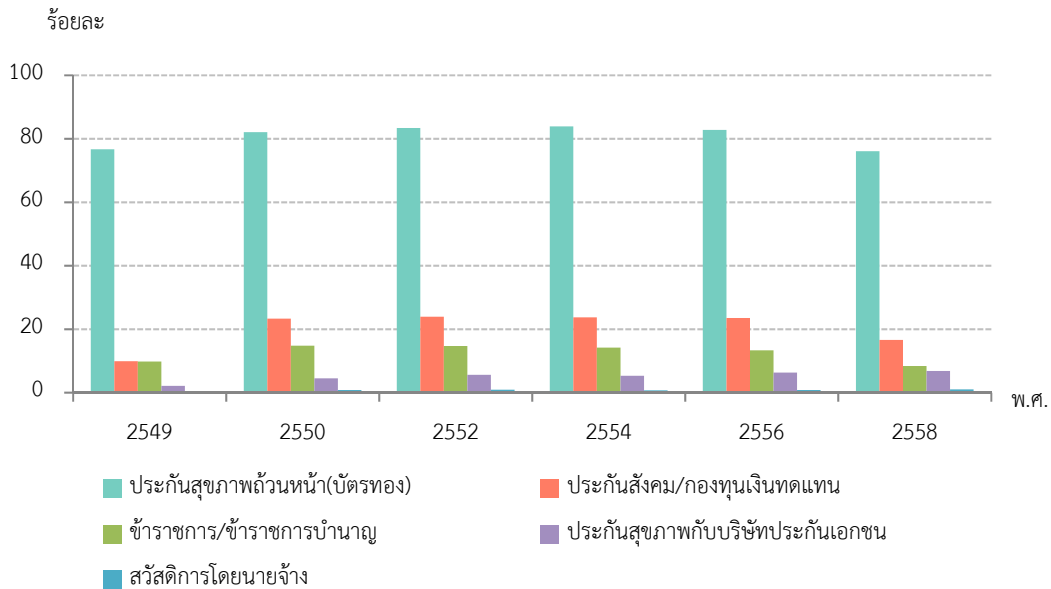
การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย รวมเขตชนบทและเขตเมือง	2539	2544	2546	2547	2549	2550	2552	2554	2556	2557
ภาพรวม										
ไม่ทำอะไร	6.9	5.4	5.9	5.3	5.1	4.4	7.7	15.8	14.2	5.5
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ	2.8	2.5	2.9	4.4	3.3	1.2	0.7	0.9	0.5	0.3
ซื้อยากินเอง	37.9	24.2	21.5	20.9	25.0	25.4	23.4	22.6	20.5	22.3
สถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	20.8	17.4	23.9	24.6	16.2	15.4	18.9	16.7	16.7	16.8
โรงพยาบาลของรัฐ	12.9	34.8	33.1	30.2	30.0	26.4	35.0	32.1	32.8	39.5
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	18.7	15.0	19.4	22.7	26.4	25.3	14.3	11.6	14.7	15.5
เขตชนบท										
ไม่ทำอะไร	6.7	5.8	6.0	5.0	4.6	4.1	7.8	15.8	15.8	5.3
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ	2.5	2.6	3.0	4.4	3.5	1.4	0.6	0.9	0.6	0.3
ซื้อยากินเอง	38.4	22.1	19.9	18.7	23.8	23.0	22.0	21.2	20.2	24.0
สถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	24.6	22.3	29.5	30.8	20.0	19.6	22.7	20.3	20.6	10.2
โรงพยาบาลของรัฐ	13.8	35.2	34.4	31.0	31.3	26.5	34.3	31.5	31.1	41.5
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	14.0	11.4	15.4	19.5	23.4	23.4	12.5	10.2	11.7	18.6
เขตเมือง										
ไม่ทำอะไร	7.5	4.4	5.4	6.1	6.4	5.1	7.3	15.8	11.7	5.6
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ	4.3	2.1	2.6	4.7	2.5	0.8	0.9	0.9	0.4	0.3
ซื้อยากินเอง	36.0	29.4	25.6	27.0	28.4	31.4	27.4	25.3	22.3	21.2
สถานีนอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน	3.5	5.5	9.6	7.1	5.7	4.8	9.1	9.1	10.7	21.6
โรงพยาบาลของรัฐ	8.9	33.9	30.2	28.3	26.5	25.9	36.8	33.2	35.3	38.1
คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน	39.8	24.0	29.8	32.0	34.4	30.2	18.9	15.7	19.4	13.3

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจสวัสดิการและสังคม พ.ศ. 2539 2544 2546 2547 2549 2550 2552 2554 2556 และ 2557

ในส่วนของสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล จากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของทุกสิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล โดยสิทธิ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบได้สูงสุด รองลงมา ได้แก่ สิทธิประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน สิทธิจากหน่วยงานราชการ/ข้าราชการบำนาญ และประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชน ดังภาพที่ 4.55

ภาพที่ 4.55 ร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2549 - 2558

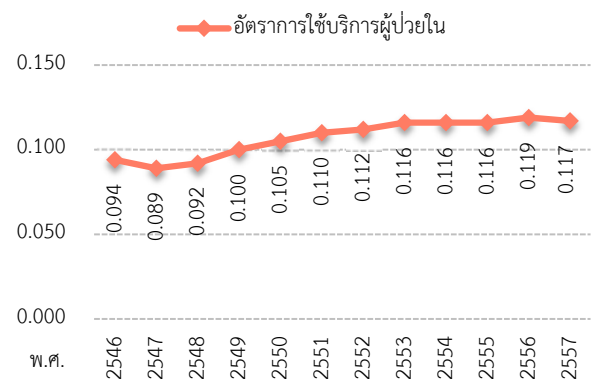
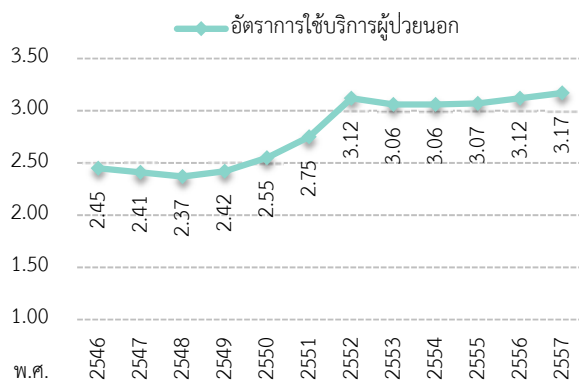


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าประชาชนที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น คือ ผู้ป่วยนอกมีการใช้บริการเพิ่มขึ้นจากปี 2546 ร้อยละ 29.5 จากอัตรา 2.45 ครั้ง/คน/ปี ในปี

2546 เป็น 3.17 ครั้ง/คน/ปี ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.6 จากอัตรา 0.094 ครั้ง/คน/ปี เป็น 0.117 ครั้ง/คน/ปี ดังภาพที่ 4.56

ภาพที่ 4.56 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2546 - 2557



ที่มา: รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557

- หมายเหตุ: 1) ข้อมูลผู้ป่วยนอก-ใน ปี 2546-2552 จาก 0110 รง 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วิเคราะห์โดยสำนักแผนและประเมินผล สปสช.
 2) ฐานข้อมูลการจ่ายเงินสดผู้ป่วยนอก-ใน รายบุคคลสิทธิ UC ปี 2553 - 2556 สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ ธ.ศ. 2556 วิเคราะห์โดยสำนักแผนและประเมินผล สปสช.
 3) ปี 2557 เป็นข้อมูลบริการผู้ป่วยนอก-ใน รายบุคคล สิทธิ UC 10 เดือน สำนักสารสนเทศการประกัน ณ พ.ย. 2557 วิเคราะห์โดยสำนักแผนและประเมินผล สปสช.

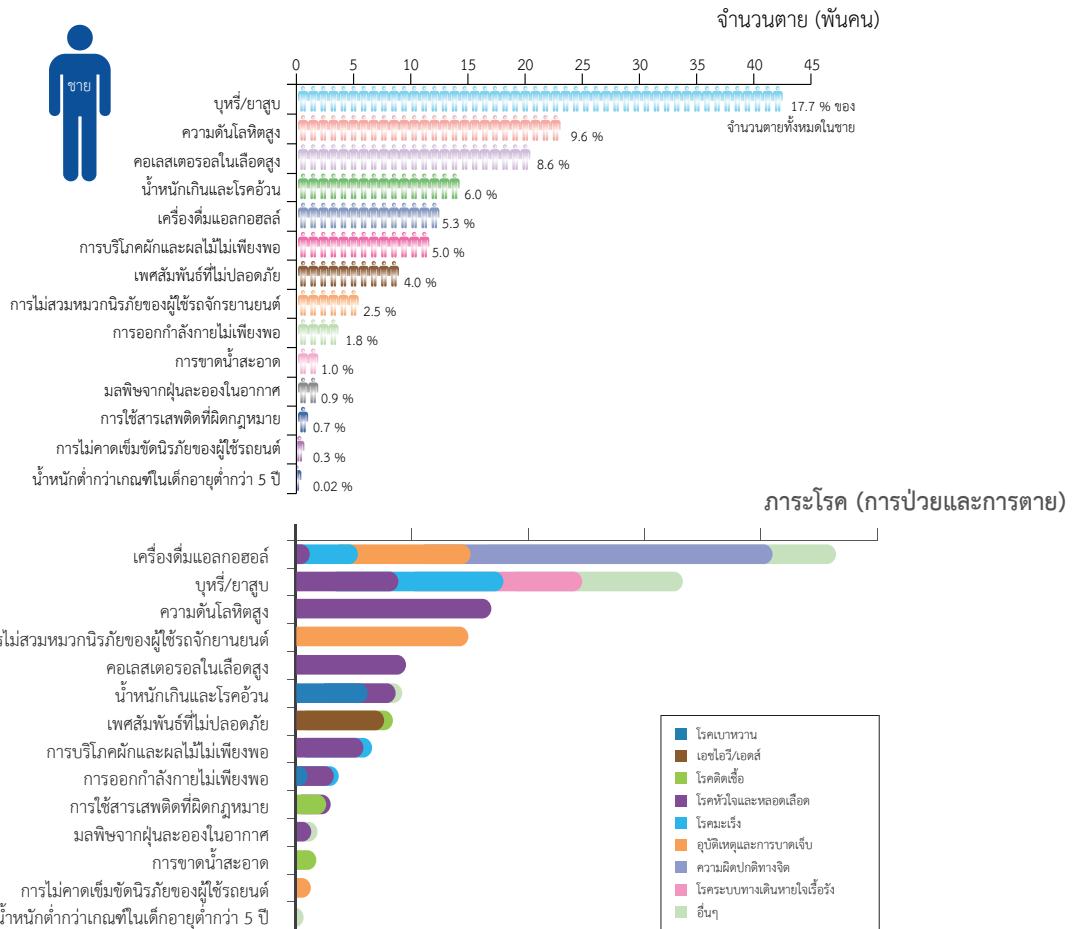
4.8.2 พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ

คณะทำงานศึกษาภาระโรค ได้ศึกษาเปรียบเทียบจำนวนการสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพใน พ.ศ. 2547 และพ.ศ. 2552 มี 14 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการป่วยและการตาย พบว่า แนวโน้มของประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาระโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตาย ในปี พ.ศ. 2552 ในเพศชาย 10 ลำดับแรก คือ บุหรี่/ยาสูบ ร้อยละ 17.7 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 9.6 คอเลสเทอรอลในเลือดสูงร้อยละ 8.6 น้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 6.0 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 5.3 การบริโภคผักและ

ผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 5.0 เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยร้อยละ 4.0 การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ร้อยละ 2.5 และการออกกำลังกายไม่เพียงพอร้อยละ 1.8 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการป่วยและการตายพบว่า เพศชายสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยง 10 ลำดับแรก คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (913.2 × 1000 DALYs) บุหรี่/ยาสูบ (658.7 × 1000 DALYs) ความดันโลหิตสูง (358.8 × 1000 DALYs) การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (319.0 × 1000 DALYs) คอเลสเทอรอลในเลือดสูง (178.6 × 1000 DALYs) น้ำหนักเกินและโรคอ้วน (174.2 × 1000 DALYs) เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (157.5 × 1000 DALYs) การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (145.6 × 1000 DALYs) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ (58.1 × 1000 DALYs), การใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย (41.1 × 1000 DALYs) ดังภาพที่ 4.57

ภาพที่ 4.57 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายและภาระโรคในเพศชาย ปี พ.ศ. 2552

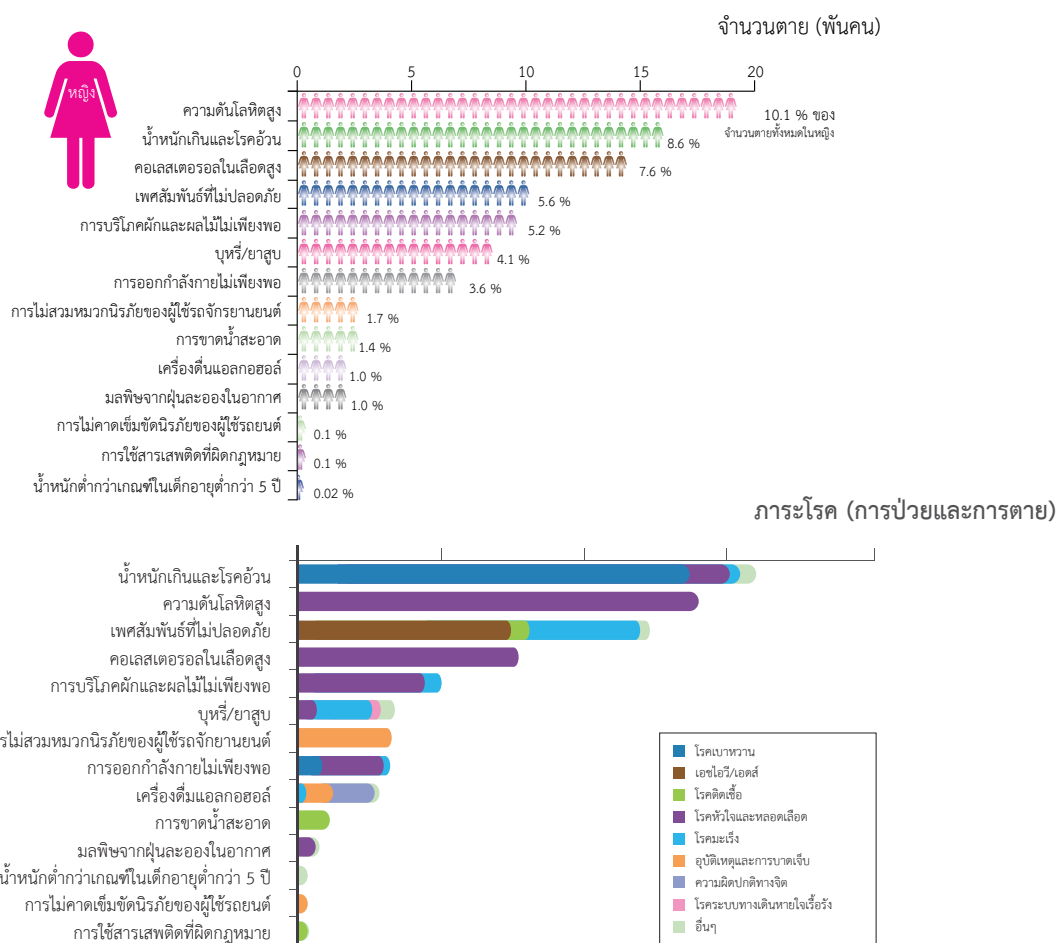


แหล่งข้อมูล: การประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง: 14 ปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยใน พ.ศ. 2552 หน้า 11 13 15

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตาย ในปี พ.ศ. 2552 ในเพศหญิง 10 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.1 น้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 8.6 คอเลสเทอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 7.6 เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยร้อยละ 5.6 การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 5.2 บุหรี่/ยาสูบร้อยละ 4.1 การออกกำลังกายไม่เพียงพอร้อยละ 3.6 การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ร้อยละ 1.7 และการขาดน้ำสะอาดร้อยละ 1.4 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการป่วยและการตาย พบว่าเพศหญิงสูญเสียปีสุขภาวะจากปัจจัยเสี่ยง

10 ลำดับแรก คือ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน (337.1 x 1000 DALYs) ความดันโลหิตสูง (265.4 x 1000 DALYs) เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (238.1 x 1000 DALYs) คอเลสเทอรอลในเลือดสูง (142.7 x 1000 DALYs) การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ (97.1 x 1000 DALYs) บุหรี่/ยาสูบ (95.7 x 1000 DALYs) การไม่สวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ (81.8 x 1000 DALYs) การออกกำลังกายไม่เพียงพอ (78.9 x 1000 DALYs) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (74.2 x 1000 DALYs) และการขาดน้ำสะอาด (26.5 x 1000 DALYs) (ภาพที่ 4.58)

ภาพที่ 4.58 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายและภาวะโรคในเพศหญิง พ.ศ. 2552



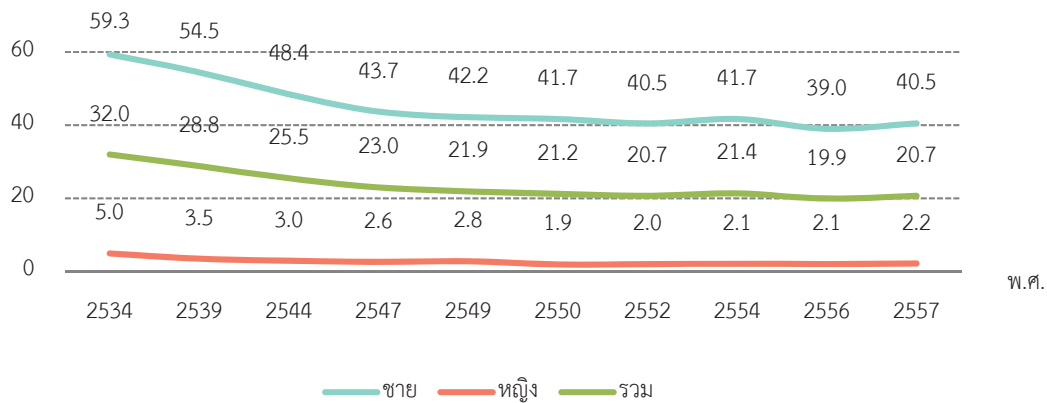
แหล่งข้อมูล: การประเมินและเปรียบเทียบภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยง: 14 ปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยใน พ.ศ. 2552 หน้า 11 13 16

1) การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ยาสูบ (ผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันและไม่มีควัน) เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/มะเร็งปอด/โรคหัวใจขาดเลือด แต่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันได้ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในระดับประเทศ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 - 2557 พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2550 อัตราการสูบบุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง และหลังจากปี พ.ศ. 2550 - 2557 พบ แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่คงที่ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 โดยเพศชายอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงประมาณ 10 เท่า ดังภาพที่ 4.59 ทั้งนี้อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ในทุกกลุ่มวัยระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และลดลงระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2557 โดยอายุเฉลี่ยโดยรวมจาก 18.4 ปี ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 18.5 ปี พ.ศ. 2552 และ 17.8 ปี ในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.60

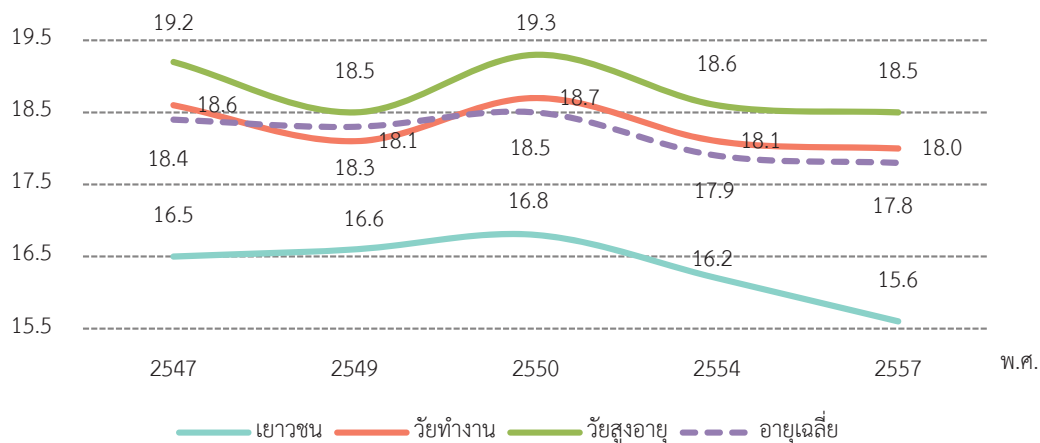
บุหรี่ยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง และหลังจากปี พ.ศ. 2550 - 2557 พบ แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่คงที่ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 โดยเพศชายอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงประมาณ 10 เท่า ดังภาพที่ 4.59 ทั้งนี้อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ในทุกกลุ่มวัยระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และลดลงระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2557 โดยอายุเฉลี่ยโดยรวมจาก 18.4 ปี ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 18.5 ปี พ.ศ. 2552 และ 17.8 ปี ในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.60

ภาพที่ 4.59 ร้อยละการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2534 - 2557



แหล่งข้อมูล: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.60 อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2547 - 2557

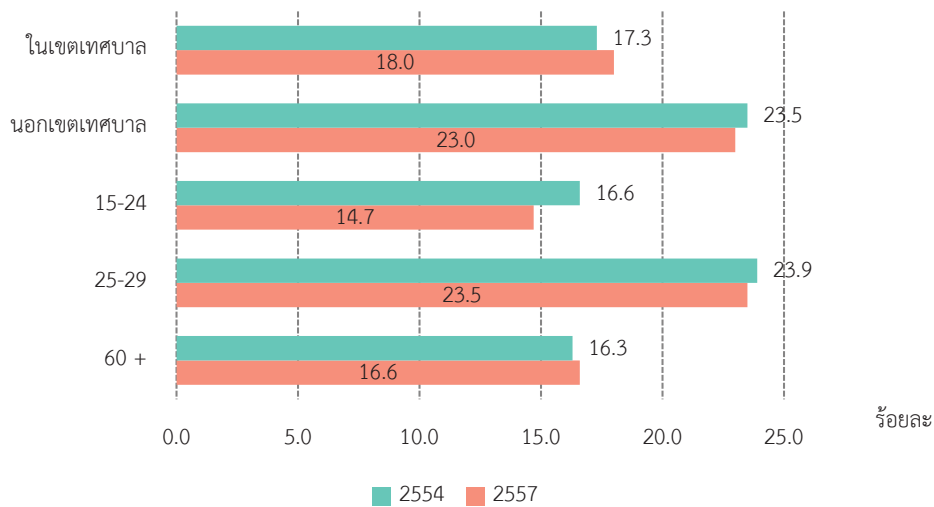


แหล่งข้อมูล: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พบว่าการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ เปรียบเทียบระหว่างปีพ.ศ. 2554 และพ.ศ. 2557 โดยในเขตเทศบาลพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการสูบบุหรี่ ในขณะที่นอกเขตเทศบาลมีแนวโน้มลดลง และประชากรอายุ 15-24 ปี พบแนวโน้มการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ ในขณะที่ประชากรอายุ 25 - 29 ปี และ 60 ปีขึ้นไป พบแนวโน้ม

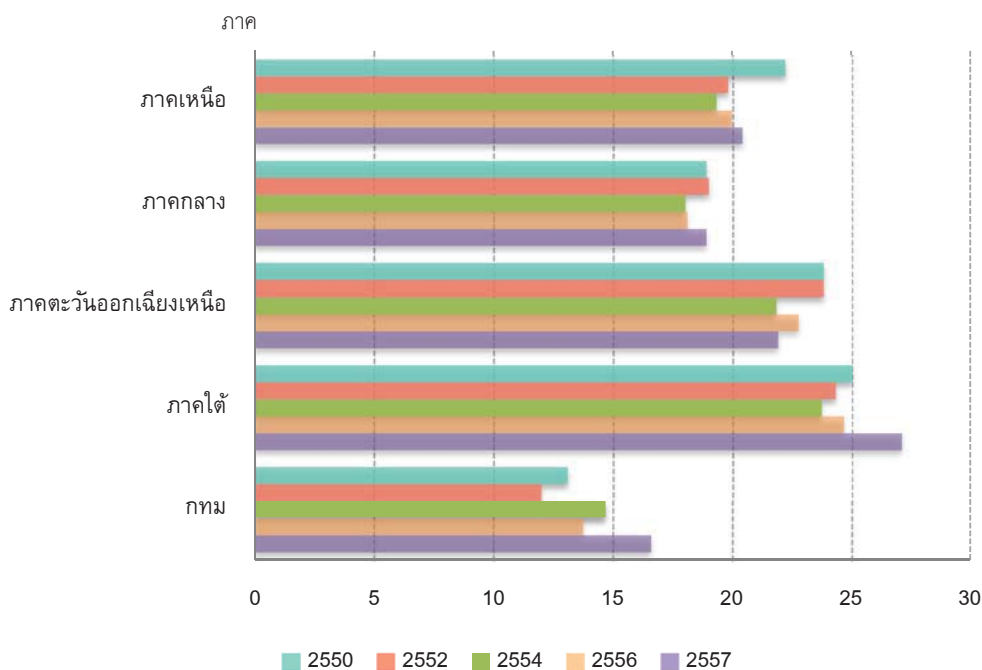
คงเดิม คือ ปริมาณร้อยละ 23 และ 16 ตามลำดับ ภาพที่ 4.61 และเมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ตามรายภาคระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ลดลง โดยแนวโน้มดังกล่าวพบได้ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ พบแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ดังภาพที่ 4.62

ภาพที่ 4.61 ร้อยละการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามเขตการปกครองและกลุ่มอายุ พ.ศ. 2554 และ 2557



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.62 ร้อยละการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2550 - 2557

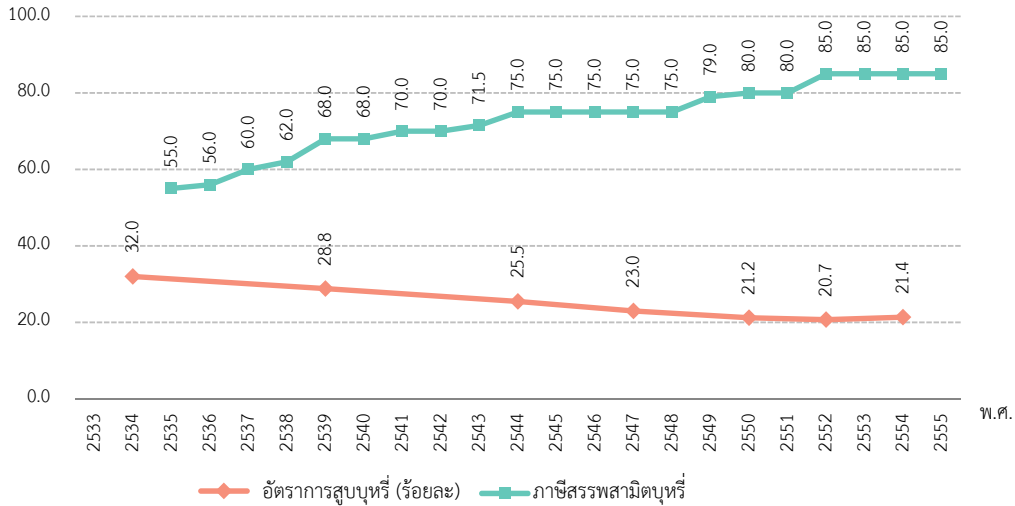


ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

โดยในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทย ได้ดำเนินการทั้งในส่วนของ มาตรการสำคัญที่ควรดำเนินการ มีความคุ้มค่าสูง (Best buy) และมาตรการที่ควรดำเนินการ มีความคุ้มค่า (Good buy) ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกประกอบด้วย การขึ้นภาษียาสูบ

การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ การให้ข้อมูลทางสุขภาพ การห้ามการโฆษณา การห้ามการส่งเสริมการขาย การลดอุปาทานต่อยาสูบ เช่น การปราบปรามการลักลอบนำเข้าบุหรี่ การให้บริการช่วยเหลือบุหรี่ ดังภาพที่ 4.63

ภาพที่ 4.63 ความชุกอัตราการสูบบุหรี่ (ร้อยละ) ภาษีสรรพสามิตบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. 2533 - 2555



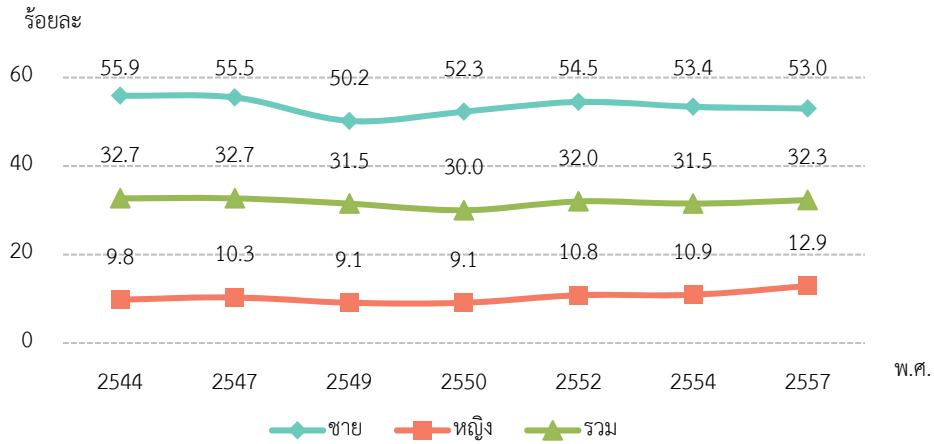
ที่มา: สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค แผนงานป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบ ประจำปี 2558

2) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

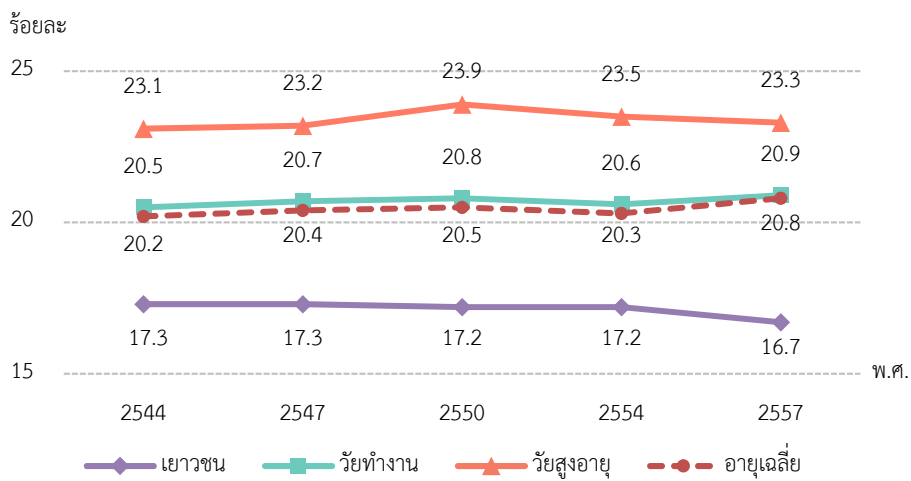
การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะส่งผลกระทบต่อสังคมและครอบครัวในเรื่องการทะเลาะวิวาทรวมทั้งปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และขับขี่ยานพาหนะจะเพิ่มโอกาสการบาดเจ็บรวมทั้งความรุนแรงจากอุบัติเหตุ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ระดับประเทศ พบว่าอัตรา

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ค่อนข้างคงที่ประมาณร้อยละ 32 นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 - 2557 โดยเพศชายอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศหญิงประมาณ 1.7 เท่า ดังภาพที่ 4.64 ทั้งนี้อายุเฉลี่ยรวมและอายุเฉลี่ยวัยแรงงาน ที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 20 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2557 สำหรับอายุเฉลี่ยเยาวชนและอายุเฉลี่ยวัยสูงอายุประมาณ 17 ปี และ 23 ปี ตามลำดับและมีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.65

ภาพที่ 4.64 ร้อยละการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2544 - 2557



ภาพที่ 4.65 อายุเฉลี่ยที่เริ่มตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ครั้งแรกในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามกลุ่มวัย พ.ศ. 2544 - 2557

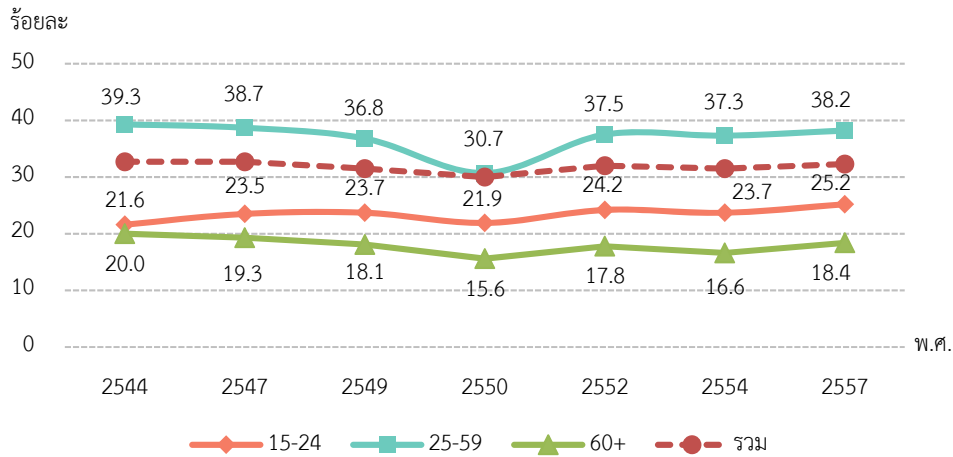


ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ระดับประเทศ พบว่าวัยแรงงานอายุ 25-29 ปี พบอัตราการดื่มสูงกว่าภาพรวมประเทศ ในขณะที่เยาวชนอายุ 15-24 ปี และวัยสูงอายุ 60+ ปี พบอัตราการดื่มน้อยกว่าภาพรวมประเทศ โดย ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2550 อัตราการดื่มน้อยลงในทุกกลุ่มอายุ และมีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2557 จากภาพที่

4.66 พบว่าในปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2550 เยาวชนดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 21.6 และ 21.9 และเพิ่มเป็นร้อยละ 25.2 ในปี พ.ศ. 2557 สำหรับวัยแรงงานดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 39.3 และ 30.7 และเพิ่มเป็นร้อยละ 38.2 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่วัยสูงอายุดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 20.0 และ 15.6 และเพิ่มเป็นร้อยละ 18.4 ในปี พ.ศ. 2557

ภาพที่ 4.66 ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2544 - 2557

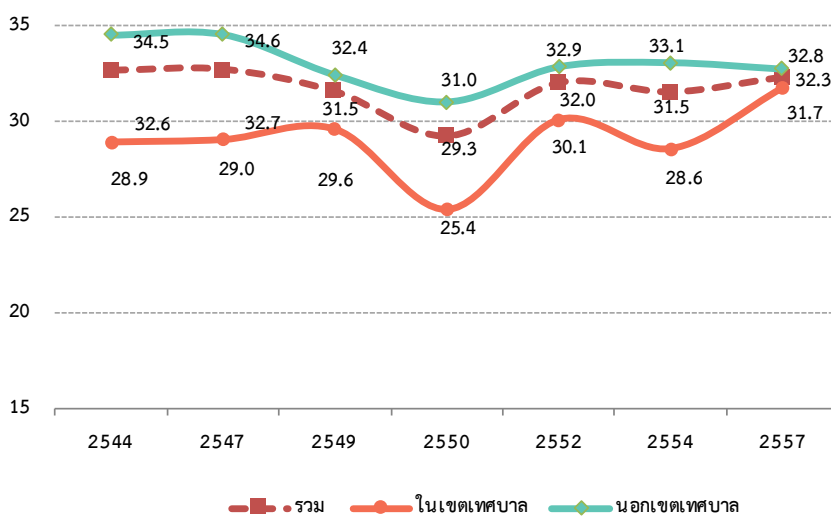


ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาตามเขตการปกครอง จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไประดับประเทศ พบว่านอกเขตเทศบาลอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าในเขตเทศบาล และมีอัตราการดื่มใกล้เคียงกับภาพรวมประเทศ โดยในเขตเทศบาล อัตราการดื่มลดลงจากร้อยละ 28.9 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2550 และมีแนวโน้มการดื่มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.7 ในปี พ.ศ. 2557 สำหรับนอกเขตเทศบาล อัตราการดื่มลดลงจาก

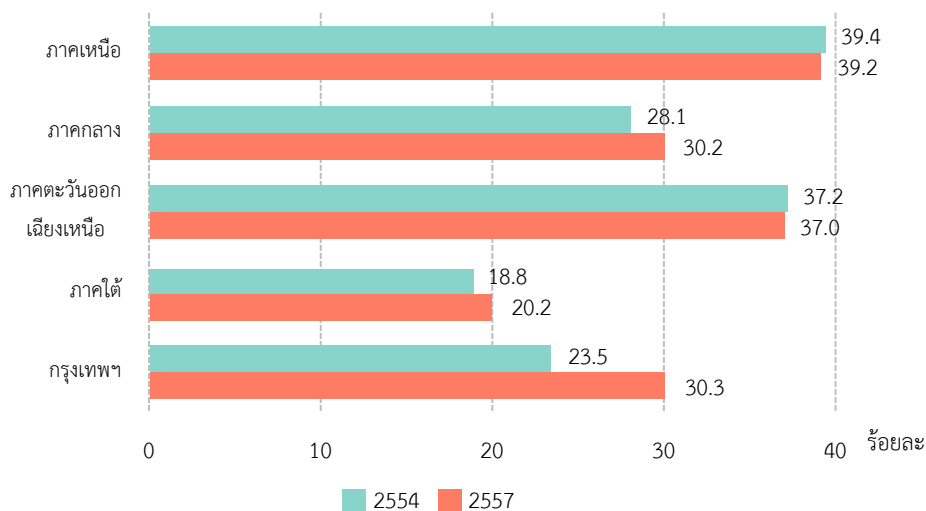
ร้อยละ 34.5 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 31.0 ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.9 ในปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นอัตราการดื่มคงที่ประมาณร้อยละ 32.8 ดังภาพที่ 4.67 สำหรับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ตามรายภาค ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการดื่มสูงสุด รองลงมาคือ ภาคกลาง กรุงเทพฯ และภาคใต้ ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2557 ภาคกลาง กรุงเทพฯ และภาคใต้ มีอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2554 ดังภาพที่ 4.68

ภาพที่ 4.67 ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกเขตการปกครอง พ.ศ. 2544 - 2557



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.68 ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ > 15 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2554 และ 2557



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3) การเสพยาเสพติด

การแพร่ระบาดของยาเสพติดเป็นปัญหาในสังคมไทย ปัญหายาเสพติดมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อปัญหาอื่นๆ ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต รวมทั้งด้านสุขภาพและด้านความมั่นคงของประเทศ ทั้งนี้ยาเสพติดเป็นบ่อเกิดของอาชญากรรม รวมทั้งทำลายการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระยะยาว ยาเสพติดที่แพร่ระบาดในประเทศไทย แบ่งตามฤทธิ์ของยาเสพติดได้ 4 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1) กลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท ได้แก่ ยาบ้า (Methamphetamine) ไอซ์ (Methamphetamine-hydrochloride) กระช่อม (Kratom) โคเคน (Cocaine) และยาอี (Ecstasy) 2) กลุ่มที่ออกฤทธิ์กดประสาท ได้แก่

สารระเหย (Inhalant) ฝิ่น (Opium) และเฮโรอีน (Heroin) 3) กลุ่มที่ออกฤทธิ์หลอนประสาท ได้แก่ ยาเค (Ketamine) และ 4) กลุ่มออกฤทธิ์ผสมผสาน ได้แก่ กัญชา (Marijuana) นอกจากนี้ยาเสพติดที่กล่าวถึงข้างต้น ยังมี “ยา” อีกรหลายชนิด เช่น ยาที่ใช้ในวงการแพทย์ ที่ทางราชการกำหนดให้เป็นยาเสพติดผิดกฎหมายหากมีการนำไปใช้อย่างผิดวิธี จากการเฝ้าระวังสถานการณ์การใช้สารเสพติด พ.ศ. 2555-2558 พบสถานการณ์การเสพยาเสพติดในภาพรวมมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2558 ทั้งนี้โดยมากจะเป็นการเสพยาชนิดยาบ้า กัญชา สารระเหย และกระช่อม และสารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดในปี พ.ศ. 2558 ใน 3 ลำดับแรก คือ ยาบ้า กัญชา และฝิ่น ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 จำนวนผู้ใช้สารเสพติด ประเภทต่างๆ พ.ศ. 2555 - 2558

ประเภทสารเสพติด	2555	2556	2557	2558
ยาบ้า	277,565	285,549	208,971	125,046
เฮโรอีน	2,904	2,946	2,785	2,839
กัญชา	35,486	33,185	26,443	17,828
ฝิ่น	4,477	4,338	4,296	5,037
สารระเหย	10,156	8,674	6,295	4,322
เมธาโดน	49	54	32	39
มอร์ฟีน	30	15	10	5
ยาอี	293	278	278	263

ตารางที่ 4.21 จำนวนผู้ใช้สารเสพติด ประเภทต่างๆ พ.ศ. 2555 - 2558 (ต่อ)

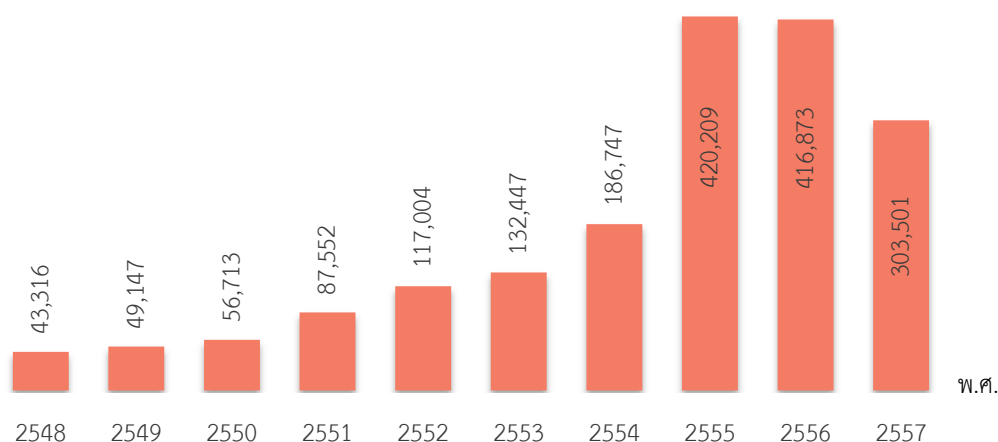
ประเภทสารเสพติด	2555	2556	2557	2558
ยาเสพติด	51	15	8	4
โคเคน	51	40	32	28
กระท่อม	10,763	9,068	5,991	2,615
ยาไอซ์	1,184	6,954	4,435	3,311
อื่น ๆ	12,454	5,723	4,213	3,319
รวม	355,463	356,857	263,789	164,656

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จากสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปีงบประมาณ 2557 นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2554 พบจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดเพิ่มขึ้นไม่มากนัก ยกเว้นในปี พ.ศ. 2555 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดเพิ่มขึ้นจาก 186,747 คนจากปีพ.ศ. 2554 เป็น

420,209 คน ในปีพ.ศ. 2555 หรือเพิ่ม 2.3 เท่า หลังจากนั้นจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดมีแนวโน้มลดลง จาก 416,873 คนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 303,501 คนปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.69

ภาพที่ 4.69 จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด พ.ศ. 2548 - 2557

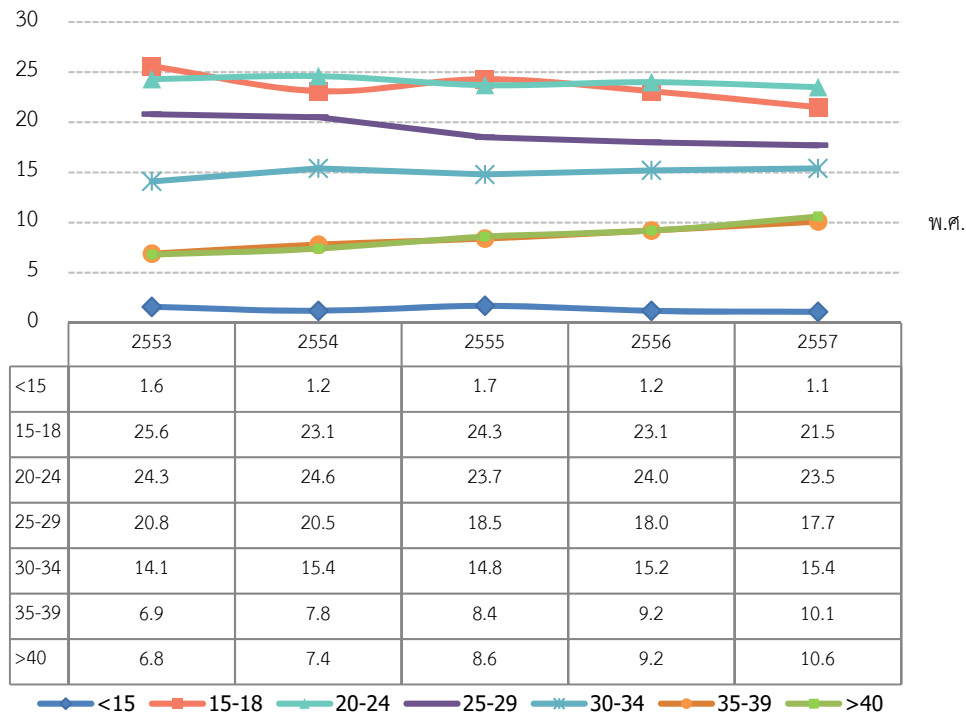


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม

จากสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในปีงบประมาณ 2557 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 - 2557) ร้อยละของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสูงสุด คือ กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี และมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 49.9 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 45.0 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่กลุ่มอายุ 25-29 ปี แนวโน้มของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ลดจากร้อยละ 20.8 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 17.7

ในปี พ.ศ. 2557 สำหรับกลุ่มอายุ 30-34 ปี 35-39 ปี และ > 40 ปี แนวโน้มของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.1, 6.9 และ 6.8 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 15.4 10.1 และ 10.6 ในปี พ.ศ. 2557 ทั้งนี้กลุ่มอายุ < 15 ปี แม้ว่าแนวโน้มของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ลดจากร้อยละ 1.6 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 1.1 ในปี พ.ศ. 2557 แต่เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเนื่องจากยังขาดทั้งประสบการณ์และทักษะในการตัดสินใจ ดังภาพที่ 4.70

ภาพที่ 4.70 ร้อยละผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติด จำแนกตามอายุ พ.ศ.2553 - 2557



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม

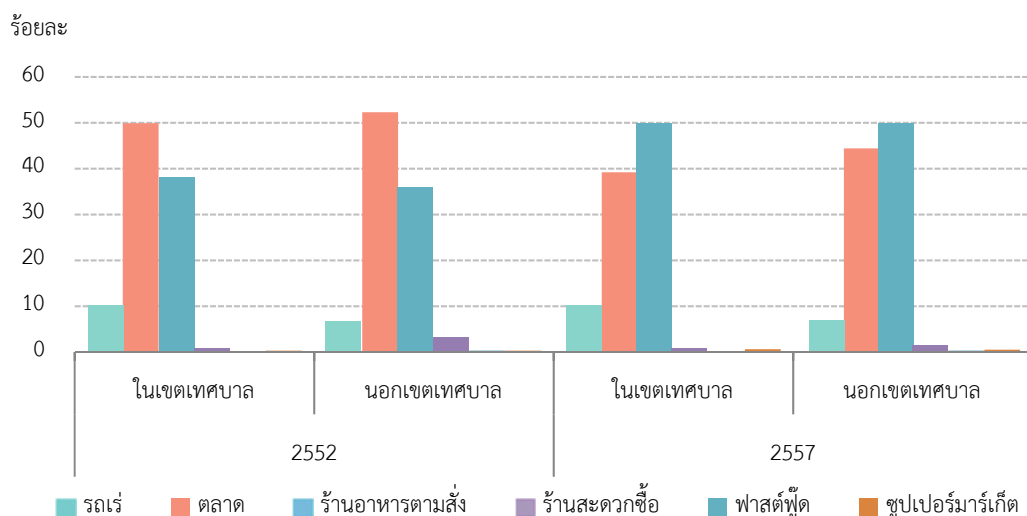
4) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อ

สุขภาพ

รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย นำเสนอเปรียบเทียบผลที่ได้จากการสำรวจ ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)

พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมือเย็นที่หาซื้อได้ตามตลาดและในร้านอาหารตามสั่ง เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ไม่มีเวลาในการประกอบอาหารรับประทานเอง ดังภาพที่ 4.71

ภาพที่ 4.71 ร้อยละของแหล่งอาหารมือเย็นที่กินบ่อยที่สุดในวันทำงานของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตปกครอง ปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557

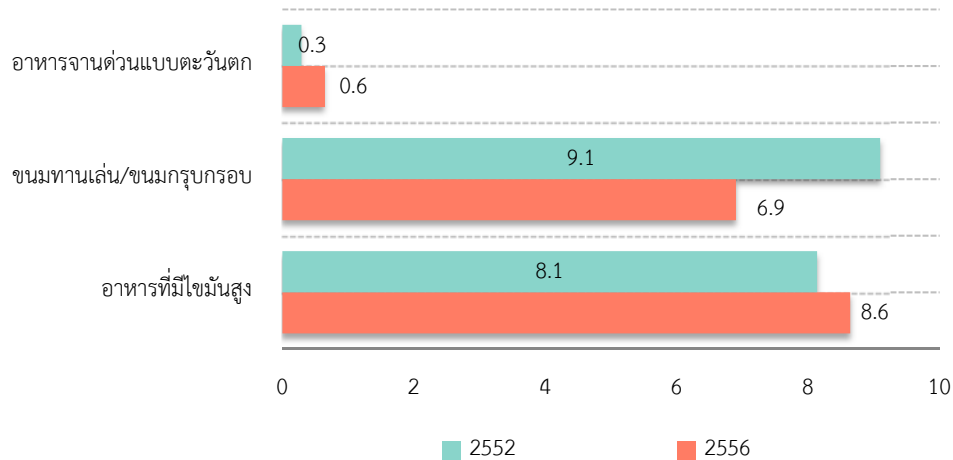


ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556-2557)

นอกจากนี้การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เปรียบเทียบการสำรวจระหว่างปี พ.ศ.2552 และ 2556 เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ พบอัตราการรับประทานอาหารจานด่วนแบบตะวันตกและอาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น แต่รับประทานขนมทานเล่น/ขนมกรุบกรอบลดลง ดังภาพที่ 4.72

ภาพที่ 4.72 ร้อยละการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพในประชากรอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.1) การบริโภคเกลือและโซเดียม

เกลือ (โซเดียมคลอไรด์: NaCl) เป็นสารปรุงแต่งรสชาติอาหารให้มีความเค็มหรือใช้ในการถนอมอาหาร ซึ่งส่วนประกอบที่สำคัญของเกลือ คือ โซเดียม การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงเกินความต้องการของร่างกายอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น และยังก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน โดยปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคได้โดยไม่เกิดอันตราย คือโซเดียม 2 กรัมต่อวันหรือเท่ากับเกลือ 5 กรัมต่อวัน (เทียบเท่าเกลือแกง 1 ช้อนชา หรือเทียบเท่าน้ำปลา 3 - 4 ช้อนชาต่อวัน)

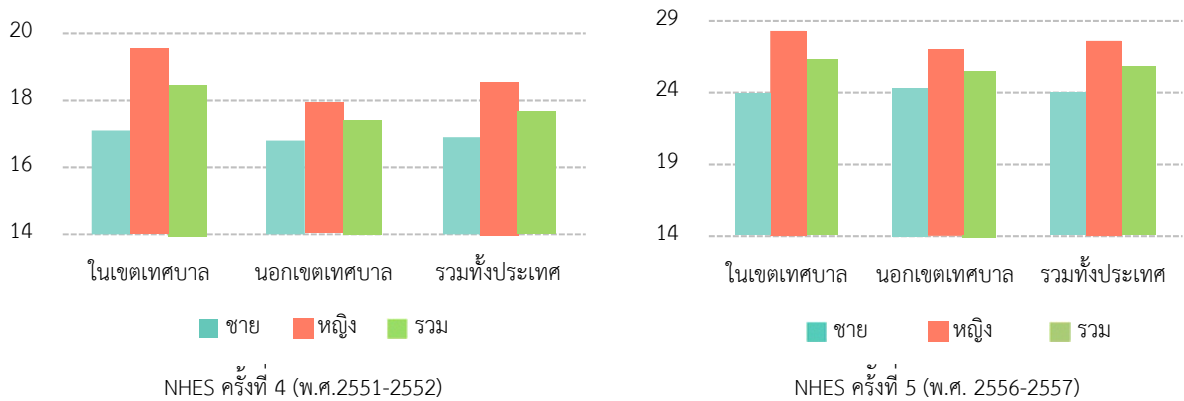
การสำรวจการบริโภคโซเดียมของประชากรไทย โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า พ.ศ. 2550 ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง 4.35 กรัมต่อคนต่อวัน มากกว่าระดับปลอดภัยถึงกว่าสองเท่า โดยกลุ่มที่มีการบริโภคปริมาณมากใน 5 ลำดับ

แรก ได้แก่ น้ำปลา 11.59 กรัมต่อวัน ซีอิ๊วขาว 3.15 กรัมต่อวัน เกลือ 3.05 กรัมต่อวัน กะปิ 2.91 กรัมต่อวัน และซอสหอยนางรม 2.17 กรัมต่อวัน ทั้งนี้การสำรวจครั้งนี้ไม่ได้รวมเกลือโซเดียมจากน้ำจิ้มต่างๆ บนโต๊ะอาหาร ซุปก้อน ผงชูรส ผงปรุงรสต่างๆ ขนมที่มีส่วนผสมของผงฟู อาหารแปรรูป อาหารหมักดอง ปลาจ๋า ขนมกรุบกรอบ อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป บะหมี่และโจ๊กกึ่งสำเร็จรูป

4.2) การบริโภคผักและผลไม้

การบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอส่งผลดีต่อสุขภาพ ทั้งในด้านการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรังและโรคหรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจากผักและผลไม้เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน แร่ธาตุ โยอาหาร และพฤกษเคมี (Phytochemicals) หลากหลายชนิด โดยองค์การอนามัยโลกนิยามการบริโภคที่เพียงพอของผัก > 3 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ผลไม้ > 2 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ผักและผลไม้รวมกัน > 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน

ภาพที่ 4.73 ร้อยละการบริโภคผักและผลไม้ที่เพียงพอ ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป



ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556-2557)

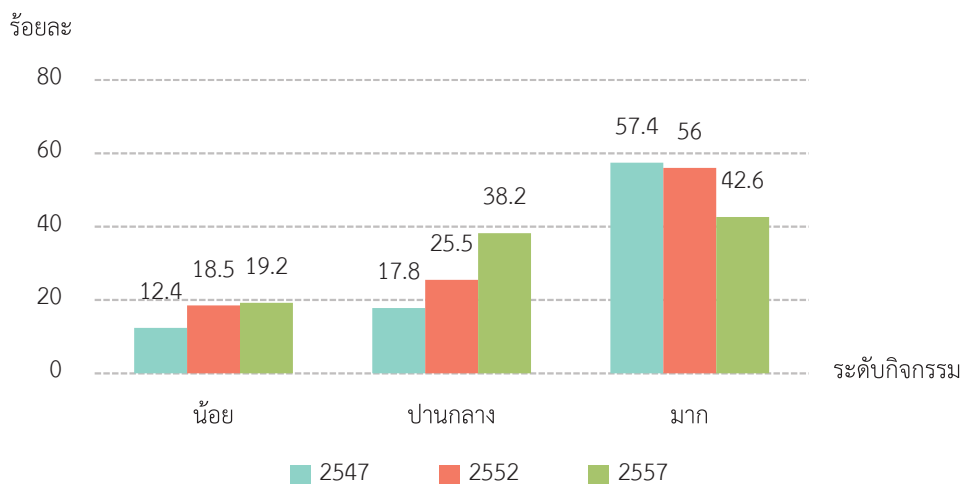
5) การมีกิจกรรมทางกาย

การมีกิจกรรมทางกาย ประกอบด้วย

1) กิจกรรมที่เกิดจากการทำงาน เช่น การทำงานที่เป็นอาชีพ ทั้งที่ก่อให้เกิดหรือไม่เกิดรายได้ การทำงานบ้าน 2) กิจกรรมที่เกิดจากการเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยการเดินหรือขี่รถจักรยาน และ 3) กิจกรรมที่เกิดจากนันทนาการที่ทำในยามว่างหลังจากเสร็จสิ้นภารกิจงานประจำ เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี รวมทั้งป้องกันและชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับโลก (Global Physical Activity Questionnaire, GPAQ) ซึ่งเป็นชุดคำถามซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อประเมินกิจกรรมทางกาย

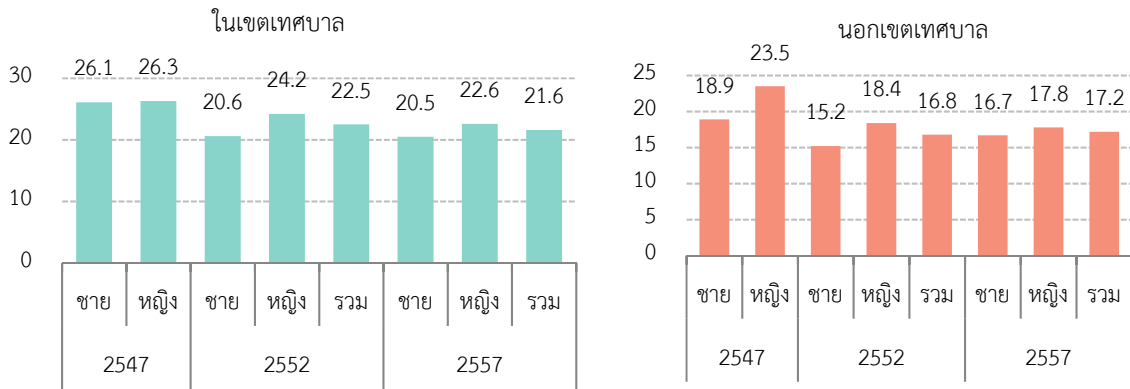
(Physical activity) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2547 - 2557 สำหรับกิจกรรมทางกายในระดับมาก พบว่ามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 57.4 ในปี 2547 เป็น 42.6 ในปีพ.ศ. 2557 และเมื่อพิจารณาระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขตการปกครอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรไทยที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีระดับกิจกรรมทางกายที่ดีกว่าประชาชนในเขตเทศบาลเล็กน้อย และส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง

ภาพที่ 4.74 ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2547 2552 และ 2557



ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547, 2552 และ 2557 ในประชากรอายุ >15 ปี

ภาพที่ 4.75 ร้อยละของระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเขต การปกครอง ปี พ.ศ.2547 พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557



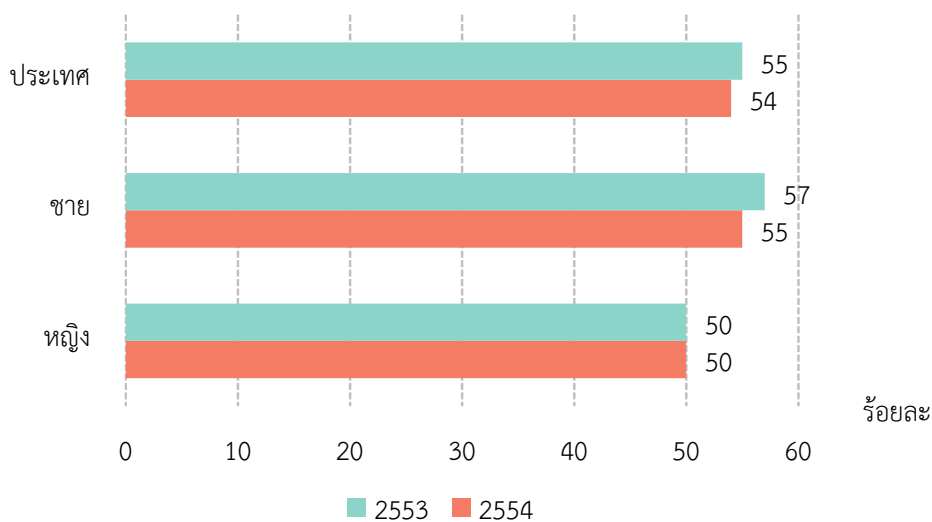
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2547 พ.ศ. 2552 และพ.ศ. 2557 ในประชากรอายุ >15 ปี

6) พฤติกรรมการขับชยานพาหนะ

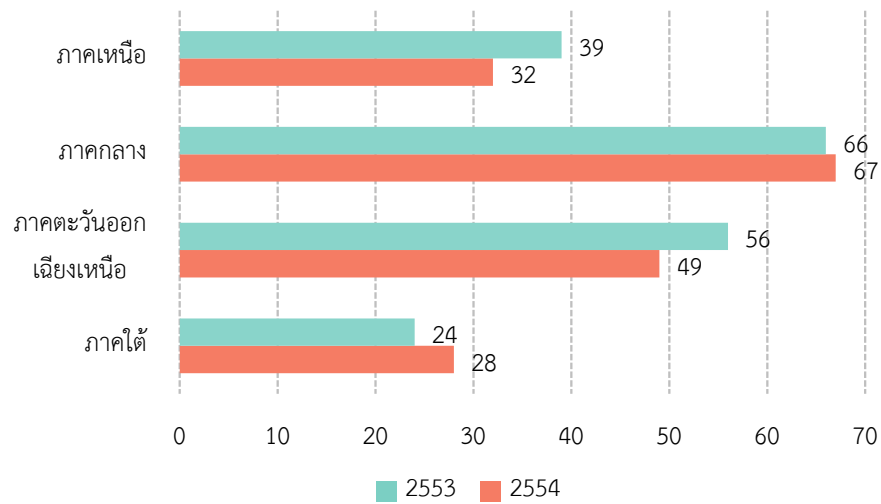
เข็มขัดนิรภัยและหมวกนิรภัยเป็น อุปกรณ์นิรภัยที่ช่วยลดความรุนแรงให้กับผู้ขับขี่และผู้โดยสารยานพาหนะจากอันตรายในกรณีที่ได้รับอุบัติเหตุจากรายงานผลการสำรวจอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้เสียชีวิตในประเทศไทย พ.ศ. 2554 รายงานอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารตอนหน้า ตามการบังคับใช้กฎหมายให้ผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้าแถวเดียวกับผู้ขับขี่รถยนต์ ต้องคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง พบร้อยละ 55 และร้อยละ 54 ในปี พ.ศ. 2553 และ

พ.ศ. 2554 โดยเพศชายแม้ว่าการคาดเข็มขัดนิรภัยฯ จะมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 57 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 55 ในปี พ.ศ. 2554 แต่อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยฯ สูงกว่าเพศหญิง ซึ่งพบอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยคงที่ร้อยละ 50 ตามภาพที่ 4.76 โดยภาคกลางพบอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยฯ สูงกว่าภาพรวมประเทศ รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 56, 49) ภาคเหนือ (ร้อยละ 39, 32) และภาคใต้ (ร้อยละ 24, 28) ดังภาพที่ 4.77

ภาพที่ 4.76 ร้อยละการคาดเข็มขัดนิรภัยผู้ขับขี่และผู้โดยสารตอนหน้าของรถยนต์ พ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2554



ภาพที่ 4.77 ร้อยละการคาดเข็มขัดนิรภัยผู้ขับขี่และผู้โดยสารตอนหน้าของรถยนต์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2554

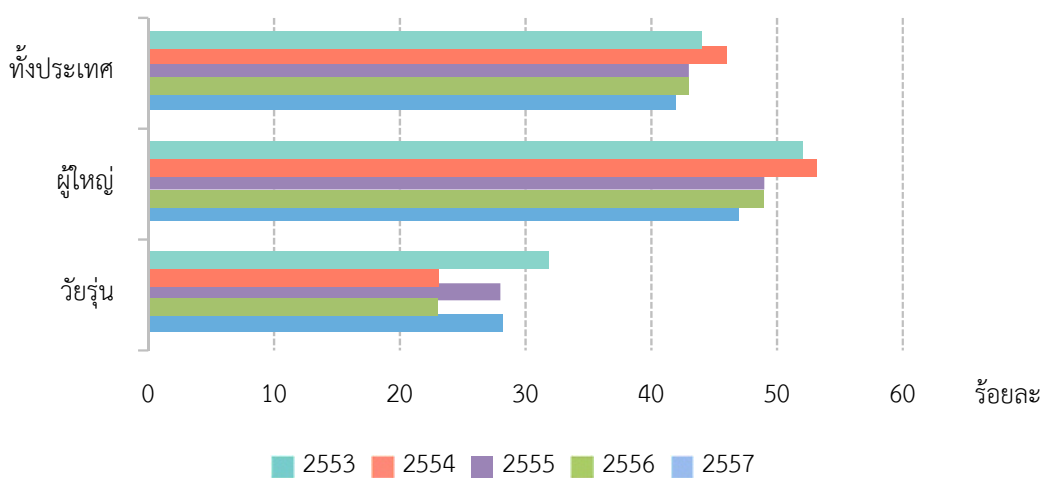


ที่มา: อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ในประเทศไทย พ.ศ.2554 มูลนิธิไทยโรดส์

สำหรับการสวมหมวกนิรภัย จากรายงานผลการสำรวจการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 รายงานอัตราการสวมหมวกนิรภัยผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายของรถจักรยานยนต์ ตามการบังคับใช้กฎหมายให้ผู้ขับขี่และผู้ซ้อนรถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง เปรียบเทียบระหว่าง ปี พ.ศ. 2553-2557 พบว่า แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงคงที่

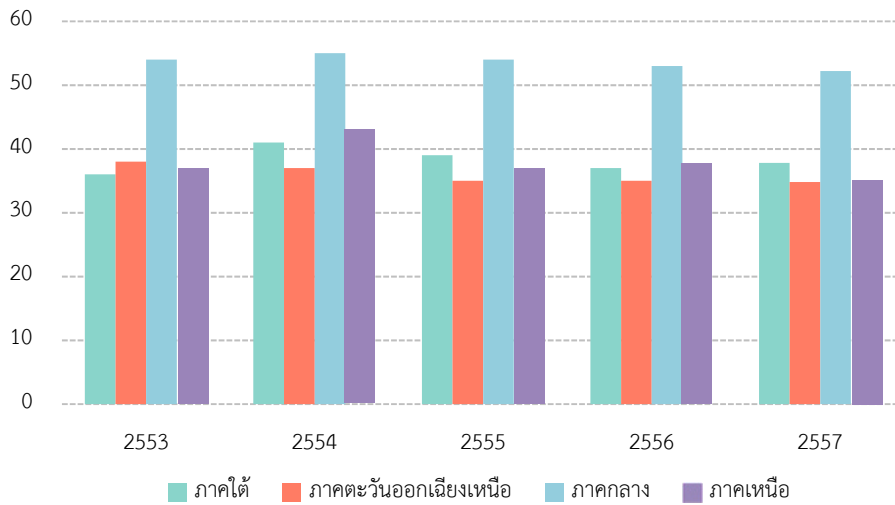
จากร้อยละ 44 เป็นร้อยละ 46 43 และ 42 ตามลำดับ โดยอัตราการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งในผู้ใหญ่ที่ขับขี่และผู้ซ้อนรถจักรยานยนต์สูงกว่าวัยรุ่นประมาณ 2 เท่า ทั้งนี้ อัตราการสวมหมวกนิรภัยในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง ดังภาพที่ 4.78 โดยภาคที่พบอัตราการสวมหมวกนิรภัยสูงสุดในปี พ.ศ. 2557 คือภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ดังภาพที่ 4.79

ภาพที่ 4.78 ร้อยละการสวมหมวกนิรภัยผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายของรถจักรยานยนต์ พ.ศ. 2553 - 2557



ที่มา: มูลนิธิไทยโรดส์

ภาพที่ 4.79 ร้อยละการสวมหมวกนิรภัยผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายของรถจักรยานยนต์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2553 - 2557



ที่มา: มูลนิธิไทยโรดส์

7) การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน

เครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนจัดเป็นอาหารที่ต้องควบคุม โดยคาเฟอีนมีฤทธิ์สำคัญในการกระตุ้นการทำงานของสมอง หากร่างกายได้รับคาเฟอีนปริมาณมาก อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ จากการสำรวจข้อมูลการบริโภคอาหารของประเทศไทย ของสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวง

เกษตรและสหกรณ์และสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยสำรวจรูปแบบการบริโภคอาหารของประชากรไทย เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยอาหารประเภทต่างๆ ซึ่งพบว่าประชาชนไทยอายุ 3 ปีขึ้นไปนิยมดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนประเภทเครื่องดื่มชาเขียวมากที่สุด ร้อยละ 37.4 รองลงมา ได้แก่ เครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 35.6 กาแฟ 3 in 1 ร้อยละ 25.8 ดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 ร้อยละของประชาชนอายุ 3 ปี ขึ้นไปที่บริโภคเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน พ.ศ. 2558

ลำดับ	ประเภทเครื่องดื่ม	สัดส่วนผู้บริโภค		
		ชาย	หญิง	รวม
1	เครื่องดื่มชาเขียว ชาดำ	37.4	8.9	8.4
2	ชาชงต่าง ๆ พร้อมดื่ม	15.9	21.9	19.1
3	ชาชงสำเร็จรูป	3.4	33.0	35.0
4	ชา 3 in 1	1.3	1.8	1.6
5	ชา 3 in 1 ใช้สารความหวานแทนน้ำตาล	1.8	2.0	1.9
6	เครื่องดื่มกาแฟไม่ใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล	11.3	2.4	6.5
7	เครื่องดื่มกาแฟใช้สารให้ความหวานแทนน้ำตาล	0.3	0.4	0.3
8	เครื่องดื่มกาแฟพร้อมดื่ม	8.4	9.2	8.9
9	ผงกาแฟสำเร็จรูป	10.7	8.3	9.4
10	กาแฟ 3 in 1	25.8	19.6	22.4
11	กาแฟ 3 in 1 ใช้สารความหวานแทนน้ำตาล	0.4	1.9	1.2
12	เครื่องดื่มชูกำลัง	35.6	6.3	19.8

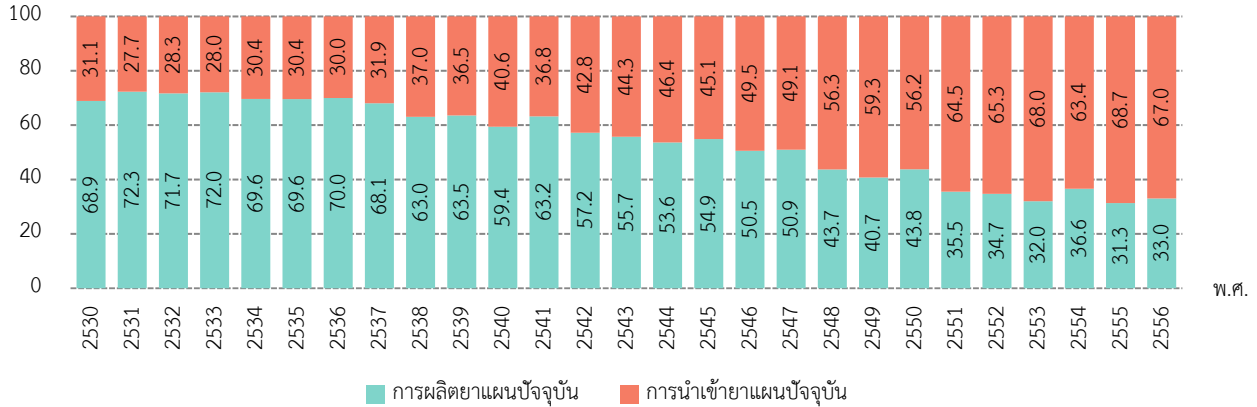
ที่มา: การสำรวจข้อมูลการบริโภคอาหารของประเทศไทย พ.ศ. 2556 - 2558 สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

8) การบริโภคยา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้รายงานมูลค่าการผลิตและการสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรไทย สำหรับยาแผนปัจจุบัน พบแนวโน้มมูลค่าการผลิตยาในประเทศไทยลดลงจากร้อยละ 68.9 ในปี

พ.ศ.2530 เป็นร้อยละ 33.0 ในปี พ.ศ. 2556 ในขณะที่มูลค่าการสั่งยาเข้ามาในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.1 ในปี พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 67.0 ในปี พ.ศ. 2556 ดังภาพที่ 4.80

ภาพที่ 4.80 สัดส่วนมูลค่าการผลิตและการสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร สำหรับยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.2530 - 2556



ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

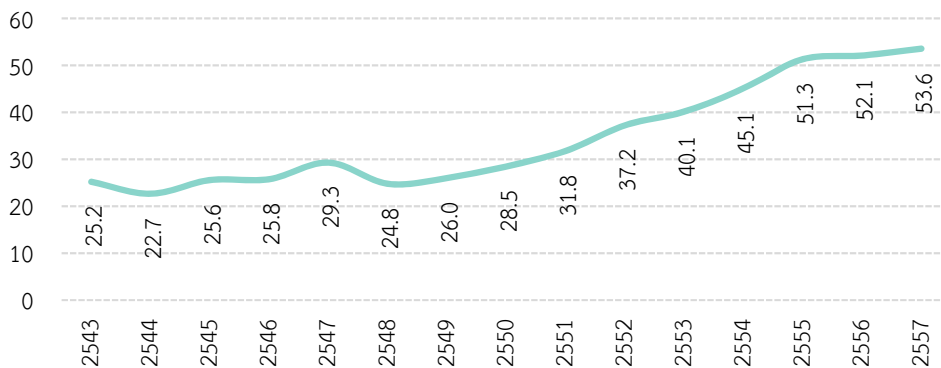
9) พฤติกรรมทางเพศ

ปัจจุบันการแสดงออกทางเพศเป็นที่เปิดเผยมากขึ้นในสังคมไทย เช่น พฤติกรรมการแสดงความรักหรือพลอดรักในที่สาธารณะ การแสดงออกถึงอัตลักษณ์ทางเพศของกลุ่มรักเพศเดียวกัน ไปจนถึงทัศนคติต่อ “ชีวิตคู่” เป็นต้น สิ่งเหล่านี้นำไปสู่ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม และกลุ่มอาการภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม (โรคเอดส์) รวมทั้งปัญหาทางสังคม การสร้างความใกล้ชิดผูกพันในครอบครัว การสร้างอาวุธทางปัญญาในการดำเนินชีวิตไม่ให้เป็นไปตามกระแสแฟชั่นนิยม ซึ่งมา

กับสื่อเทคโนโลยีและความเจริญทางวัตถุ จะช่วยป้องกันปัญหาที่เกิดจากการมีพฤติกรรมทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น

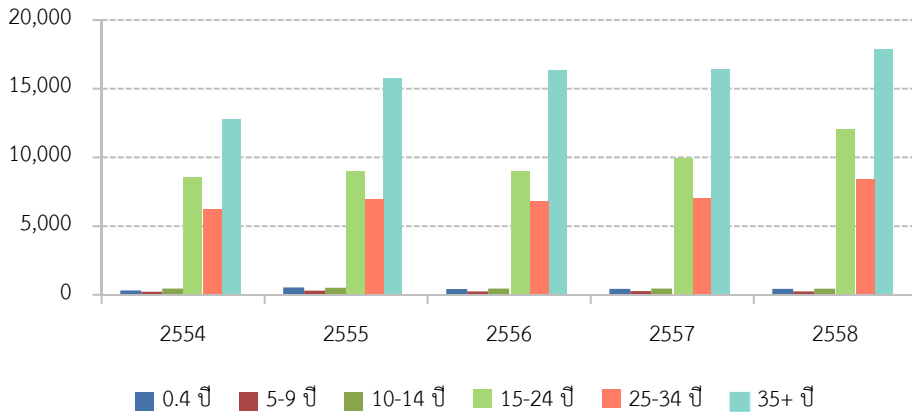
จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน ฝีมะม่วง เริ่มที่อวัยวะเพศ หูด อวัยวะเพศและทวารหนัก และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2557 (ภาพที่ 4.81) และเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ (ภาพที่ 4.82) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุ 15-24 ปี

ภาพที่ 4.81 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อ 100,000 ประชากร ทุกกลุ่มอายุ พ.ศ. 2543 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา

ภาพที่ 4.82 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อ 100,000 ประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2554 - 2558

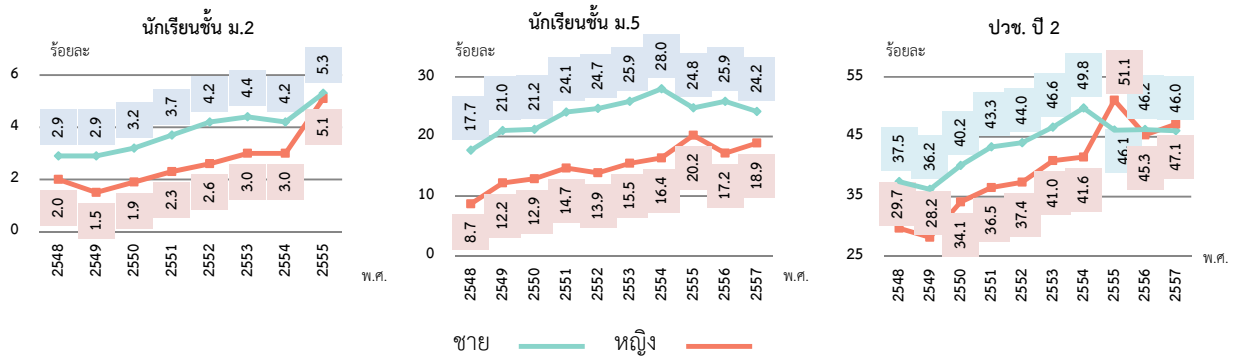


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้รวบรวมรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (นร.

ชั้น ม.2), นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (นร.ชั้น ม.5) และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 (ปวช.ปี 2) เกี่ยวกับ การเคยมีเพศสัมพันธ์ (ดังภาพที่ 4.83)

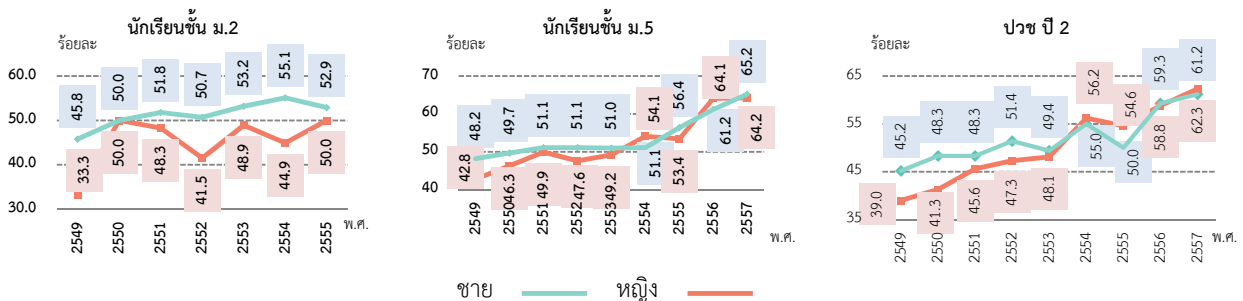
ภาพที่ 4.83 ร้อยละของนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์



ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ดังภาพที่ 4.84) พบว่า มีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพิ่มมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ทั้งนักเรียนชั้น ม.2 นักเรียนชั้น ม.5 และนักศึกษา ปวช.ชั้นปี 2

ภาพที่ 4.84 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก



ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

บทที่ 5

สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย

1. ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพทั่วไป

สุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้นในรอบครึ่งทศวรรษที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากตัวชี้วัด ดังนี้

1.1. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at birth)

คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดใน พ.ศ. 2556 เพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 71.5 ปี และ 78.5 ปี ตามลำดับ ซึ่งสูงชันกว่า พ.ศ. 2533 ที่อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 68.4 ปีในเพศชายและ 75.1 ปีในเพศหญิง แต่พบว่ายังด้อยกว่ากลุ่มประเทศอาเซียนหลายประเทศ (ตารางที่ 5.1) อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ พ.ศ. 2507 – 2558 อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้ชายเพิ่มจาก 55.9 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2507 - 2508 เป็น 70.4

ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2558 และผู้หญิงเพิ่มจาก 62.0 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2507 - 2508 เป็น 77.5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2558 และเมื่อถึง พ.ศ. 2583 มีการคาดประมาณว่า ผู้ชายไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเป็น 75.3 ปี และผู้หญิงเป็น 81.9 ปี (ตารางที่ 5.2)

นอกจากนี้ จากรายงานของ Global Burden of Disease Study 2013 ระบุว่า พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (Health Life Expectancy- HALE) ในเพศชายและหญิงเท่ากับ 64.3 ปี และ 69.2 ปีตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นกว่า พ.ศ. 2533 ที่มีค่าเป็น 61.4 ปี ในเพศชายและ 66.1 ปี ในเพศหญิง ทั้งนี้ ก็ยังด้อยกว่าบางประเทศในกลุ่มอาเซียน เช่น สิงคโปร์ บรูไน (ตารางที่ 5.1)

ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรไทย เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

ประเทศ/ กลุ่มประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy)						อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (HALE)					
	2533		2548		2556		2533		2548		2556	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ไทย	68.4	75.1	69.4	76.4	71.5	78.5	61.4	66.1	62.4	67.5	64.3	69.2
ASEAN												
สิงคโปร์	72.6	77.6	78.0	82.3	79.7	84.0	65.3	68.5	69.3	72.0	70.8	73.4
บรูไน	72.4	75.7	75.8	78.9	76.9	80.7	65.1	67.1	67.8	69.7	68.8	71.0
มาเลเซีย	69.9	74.5	71.9	77.2	71.8	78.0	62.4	66.0	64.0	68.1	64.1	68.9
ฟิลิปปินส์	64.7	72.2	65.4	72.9	66.4	73.8	55.0	62.3	57.3	63.4	58.8	64.6
เวียดนาม	65.9	72.1	70.6	78.5	72.3	80.1	55.6	58.8	61.4	66.8	63.8	69.3
อินโดนีเซีย	63.2	66.8	67.2	70.8	68.3	72.7	56.2	59.0	60.2	62.8	61.3	64.5
สหภาพพม่า	56.4	59.7	60.8	66.2	64.2	70.0	49.8	52.7	54.2	58.5	57.6	62.0

ตารางที่ 5.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดีของประชากรไทย
เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ/ กลุ่มประเทศ	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy)						อายุคาดเฉลี่ยของภาวะสุขภาพดี (HALE)					
	2533		2548		2556		2533		2548		2556	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ลาว	54.5	57.2	60.4	63.8	63.8	67.8	47.8	50.3	53.3	56.2	56.5	59.7
กัมพูชา	56.9	61.2	61.8	67.1	64.8	70.6	39.7	47.2	48.8	55.2	54.6	60.2
High human development index												
ญี่ปุ่น	76.0	82.0	78.7	85.5	80.1	86.4	68.1	72.2	69.9	74.8	71.1	75.6
แคนาดา	74.2	80.6	77.9	82.6	79.4	83.4	65.1	68.7	67.8	70.3	69.1	71.0
ไอซ์แลนด์	76.0	80.2	79.5	83.1	80.8	84.8	65.9	68.5	68.7	70.5	69.7	72.0
สวีเดน	74.8	80.4	78.4	82.5	79.6	83.9	64.7	68.2	67.5	70.0	68.5	71.0
สวิตเซอร์แลนด์	74.1	80.9	78.6	83.6	80.5	84.8	63.6	67.9	67.0	69.9	68.6	71.2
World	63.0	67.7	66.2	71.3	68.8	74.3	55.4	58.5	58.3	61.5	60.6	64.1

ที่มา: Global Burden of Disease Study 2013

ตารางที่ 5.2 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทย (Life Expectancy at birth)

พ.ศ.	ชาย (ปี)	หญิง (ปี)	ความแตกต่างระหว่าง หญิง-ชาย (ปี)
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
2538 - 2539 ⁽¹⁾	69.9	74.9	5.0
2548 - 2549 ⁽¹⁾	69.9	77.6	7.7
2553 - 2558 ⁽²⁾	70.4	77.5	7.1
2558 - 2563 ⁽²⁾	71.6	78.4	6.8
2563 - 2568 ⁽²⁾	72.6	79.3	6.7
2568 - 2573 ⁽²⁾	73.4	80.1	6.7
2573 - 2578 ⁽²⁾	74.1	80.8	6.7
2578 - 2583 ⁽²⁾	74.7	81.3	6.6
2583 ⁽²⁾	75.3	81.9	6.6

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

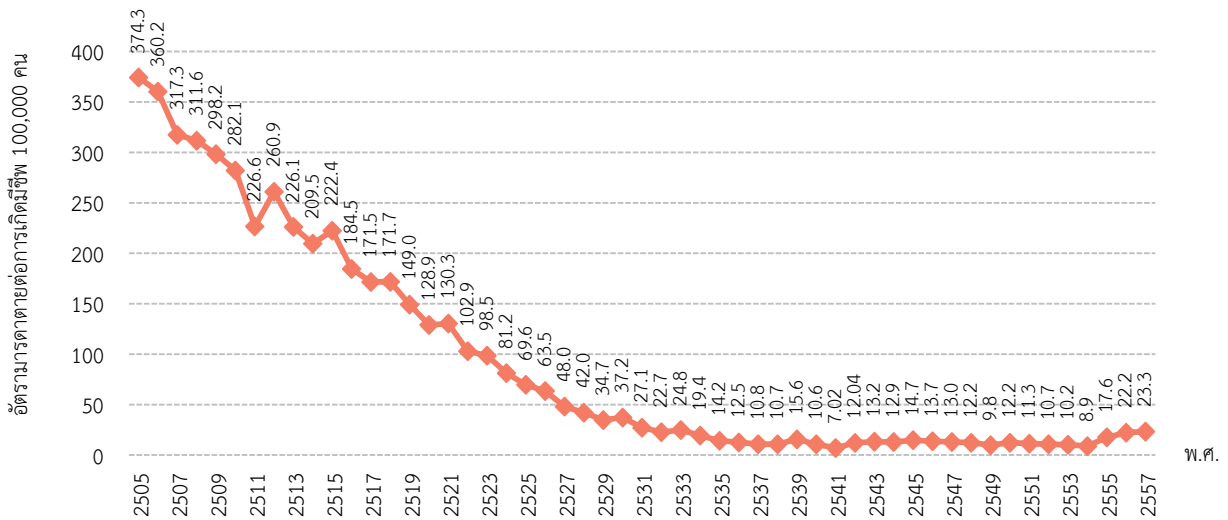
⁽²⁾ การคาดประมาณประชากรของประเทศ พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2556

1.2. อัตราตายมารดา

จากข้อมูลทะเบียนราษฎรพบว่า อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ในประเทศไทย ลดลงจาก 374.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2505 เหลือ 8.9 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2554 แต่ ใน พ.ศ. 2557 อัตราตายมารดา กลับเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (ภาพที่ 5.1) อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมของการรายงานการตายมารดาในทะเบียนราษฎรอาจดีขึ้นส่งผลให้มีการรายงานการตายที่สูงขึ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบว่า

อัตราตายมารดาสูงกว่าที่มีในทะเบียนราษฎร เช่น การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี RAMOS¹ เมื่อ พ.ศ. 2538 - 2539 พบอัตราตายของมารดาเท่ากับ 44.1 ขณะที่โครงการลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย² เมื่อ พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2539 พบเท่ากับ 16.3 และการศึกษาของ ยงเจือ เหล่าศิริถาวร³ (2546) พบเท่ากับ 52.2 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2538 - 2539 และการศึกษาของ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์⁴ และคณะ (2550) พบเท่ากับ 41.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ใน พ.ศ. 2549

ภาพที่ 5.1 อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2505 - 2557



ที่มา: ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทยและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.3. อัตราตายทารก

อัตราตายทารกในประเทศไทย จากการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีแนวโน้มลดลง จาก 84.3 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2507 เหลือ 40.7 ใน พ.ศ. 2528 - 2529 และลดลงเป็น 11.3 ใน พ.ศ. 2548 - 2549 ทั้งนี้ พ.ศ. 2559 อัตราตายทารกต่อ

การเกิดมีชีพ 1,000 คน เท่ากับ 10.3 (ภาพที่ 5.2) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าอัตราตายทารกของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่ยังคงสูงกว่าบางประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย และบรูไน (ตารางที่ 5.3)

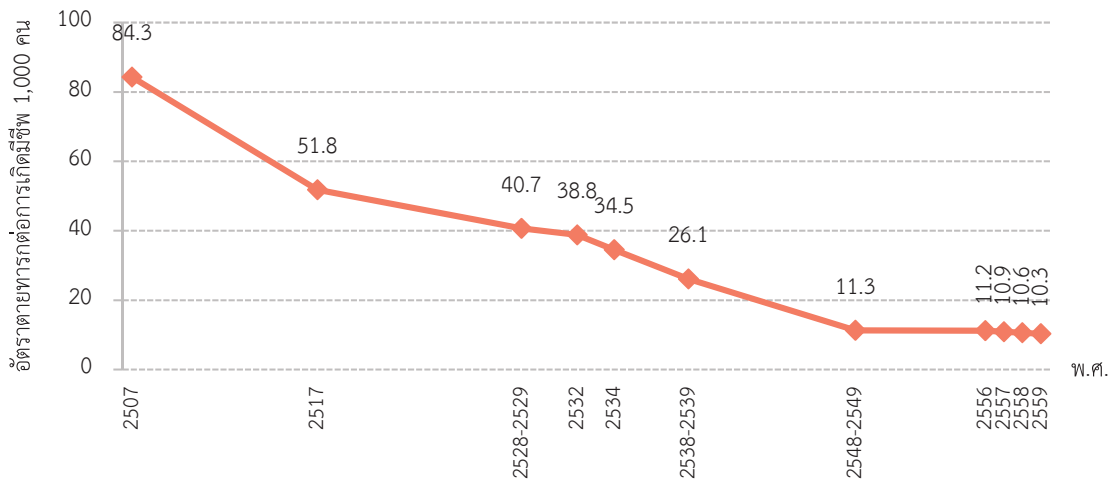
¹ การสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยวิธี Reproductive Age Survey โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

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

³ ยงเจือ เหล่าศิริถาวร. สถานการณ์และการรายงานการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอด ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2539, พ.ศ. 2546

⁴ วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์และคณะ. Using Multiple Data for Calculating the Maternal Mortality Ratio in Thailand. TDR, 2007

ภาพที่ 5.2 อัตราตายทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2507 - 2559



ที่มา: พ.ศ. 2507 - 2549 จากการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล โดยอาศัยข้อมูลสำรวจในรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ และ พ.ศ. 2556 - 2559 จากสารประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ตารางที่ 5.3 อัตราทารกตายและอัตราตายของเด็กที่ต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ พ.ศ. 2533 2543 และ 2556

ประเทศ/ กลุ่มประเทศ	อัตราทารกตายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน			อัตราการตายของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน		
	2533	2543	2556	2533	2543	2556
ไทย	30.3	11.0	11.3	37.1	13.0	13.1
ASEAN						
สิงคโปร์	6.2	3.1	2.2	7.7	4.0	2.8
มาเลเซีย	14.3	8.7	7.2	16.6	10.1	8.5
ฟิลิปปินส์	41.1	30.1	23.5	58.6	39.9	29.9
เวียดนาม	36.5	27.0	19.0	50.6	35.1	23.8
อินโดนีเซีย	62.0	41.0	24.5	84.3	52.2	29.3
กัมพูชา	85.6	81.7	32.5	117.5	110.5	37.9
บรูไน	9.4	7.7	8.4	12.2	9.5	9.9
สหภาพพม่า	77.5	58.9	39.8	108.6	79.5	50.5
ลาว	110.9	83.0	53.8	162.0	117.4	71.4
High income country						
สวีเดน	5.8	3.4	2.4	6.9	4.1	3.0
ญี่ปุ่น	4.6	3.3	2.1	6.3	4.5	2.9
สวิตเซอร์แลนด์	6.7	4.6	3.6	8.2	5.6	4.2
แคนาดา	6.8	5.2	4.6	8.3	6.2	5.2
ไอร์แลนด์	7.7	6.0	3.2	9.2	7.2	3.8
World	62.7	53.0	33.6	90.2	75.8	45.6
High income	11.9	8.1	5.3	14.3	9.7	6.3
Lower middle income	82.6	66.2	44.0	118.9	93.4	59.0
Upper middle income	42.5	30.6	15.6	54.4	38.5	19.6
Low income	104.7	85.6	52.9	166.6	134.9	76.3

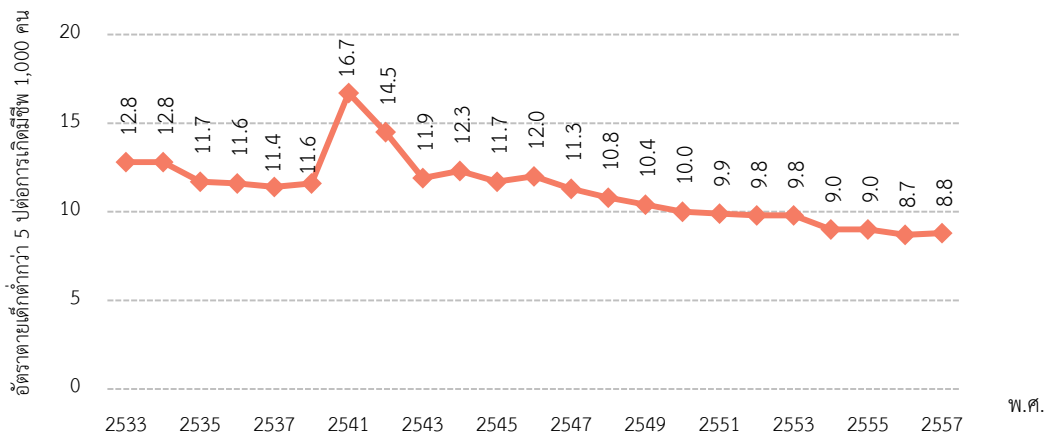
ที่มา: WHO, World Health Statistics 2015, WHO

1.4 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี

อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยจาก 12.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2533 เป็น 8.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2557 นำสังเกตว่า พ.ศ. 2541 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 16.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน อาจเนื่องจากการปรับระบบการประมวลผลของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ทำให้ไม่มีการประมวลผลข้อมูลการตายของเด็กในปีนั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อการประมาณการตัวเลขอัตราตายดังกล่าว ทั้งนี้ อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่

พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ภาพที่ 5.3) แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่า อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ยังคงสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกัน เช่น สิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน (ตารางที่ 5.3) มีข้อสังเกตว่า ตัวเลข อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่รายงานจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย มีแนวโน้มต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งตัวเลขจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบอัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 15.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ใน พ.ศ. 2549

ภาพที่ 5.3 อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปีต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2533 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แหล่งข้อมูลจากทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

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

1.5 สาเหตุการตาย

สาเหตุการตายจากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 ของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมิณภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งมีการปรับจำนวนความครบถ้วนและสาเหตุการตายแล้ว พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับแรกในเพศชาย ช่วงอายุ 0-59 ปี พ.ศ. 2552 คือ อุบัติเหตุทางถนน มีอัตราตายเท่ากับ 63.3 ต่อประชากร 100,000 คน และเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2554 (63.8 ต่อประชากร 100,000 คน) และ พ.ศ. 2556 (61.8 ต่อประชากร 100,000 คน) เช่นกัน รองลงมาอีก

3 อันดับ คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ (ตารางที่ 5.4)

สำหรับสาเหตุการตายของเพศหญิงช่วงอายุ 0-59 ปี ใน พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 อันดับแรก คือ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (20.1 15.5 และ 15.9 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ) รองลงมาอีก 3 อันดับใน พ.ศ. 2552 และ 2554 คือ อุบัติเหตุทางถนน โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับ ส่วน พ.ศ. 2556 คือ อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน ตามลำดับ (ตารางที่ 5.5)

ตารางที่ 5.4 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศชาย อายุ 0 - 59 ปี ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

สาเหตุการตาย	0-59 ปี		
	2552	2554	2556
อุบัติเหตุทางถนน	63.3	63.8	61.8
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	38.9	34.1	35.7
โรคมะเร็งตับ	29.4	28.8	30.0
โรคหลอดเลือดสมอง	24.3	27.5	28.6
ภาวะตับแข็ง	23.3	24.2	26.8
โรคหัวใจขาดเลือด	22.4	24.5	24.2
การถูกทำร้าย	15.5	14.1	13.5
การทำร้ายตัวเอง	14.1	13.4	12.8
การจมน้ำ	11.2	11.1	9.8
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	10.3	10.7	10.9
โรคอื่นๆ	154.6	165.6	162.2
รวมทุกโรค	407.3	417.9	416.3

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ประเมินภาระโรค และสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สาเหตุการตายอันดับแรกของเพศชาย ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2552 คือ โรคหลอดเลือดสมอง (อัตราตายเท่ากับ 576.0 ต่อประชากร 100,000 คน) และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 โดยมีอัตราตายลดลงในช่วงระยะเวลาดังกล่าว สำหรับสาเหตุการตายรองลงมา 3 อันดับ ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งตับ ซึ่งทั้ง 3 สาเหตุการตายมีอัตราตายลดลง (ตารางที่ 5.6)

ตารางที่ 5.5 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศหญิง อายุ 0 - 59 ปี ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

สาเหตุการตาย	0-59 ปี		
	2552	2554	2556
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	20.1	15.5	15.9
อุบัติเหตุทางถนน	15.0	14.7	14.3
โรคเบาหวาน	14.5	12.5	11.9
โรคหลอดเลือดสมอง	11.5	12	12.3
โรคมะเร็งปากมดลูก และมดลูก	10.6	9.1	9.1
โรคมะเร็งตับ	9.7	8.9	8.9
โรคมะเร็งเต้านม	9.1	9.2	9.8
โรคหัวใจขาดเลือด	7.7	9.0	8.7
ภาวะตับแข็ง	5.4	5.5	6.1
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	5.3	6.2	5.7
โรคอื่นๆ	92.3	95.9	91.6
รวมทุกโรค	201.1	198.7	194.3

สาเหตุการตายอันดับแรกของเพศหญิง ที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2552 คือ โรคหลอดเลือดสมอง (อัตราตายเท่ากับ 596.1 ต่อประชากร 100,000 คน) และยังเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกใน พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 เช่นเดียวกับเพศชาย รองลงมา 3 อันดับ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคไตอักเสบ และไตพิการ ซึ่งอัตราตายจากสาเหตุการตายดังกล่าว ในเพศหญิง มีลักษณะไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงระยะเวลาดังกล่าว(ตารางที่ 5.7)

ตารางที่ 5.6 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

สาเหตุการตาย	60 ปีขึ้นไป		
	2552	2554	2556
โรคหลอดเลือดสมอง	576.0	559.7	557.1
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	421.8	409.9	368.1
โรคหัวใจขาดเลือด	387.4	372.8	357.0
โรคมะเร็งตับ	269.3	259.6	249.7
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	229.8	217.9	209.1
โรคเบาหวาน	214.3	208.3	204.7
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	136.9	135.9	131.5
วัณโรค	134.9	127.3	116.1
โรคไตอักเสบและไตพิการ	117.7	115.5	109.7
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	103.0	106.8	105.1
โรคอื่นๆ	1,450.4	1,497.2	1,446.6
รวมทุกโรค	4,041.6	4,010.8	3,854.7

ตารางที่ 5.7 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของสาเหตุการตายจากการคาดประมาณ 10 อันดับแรก ในเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ในประชากรไทย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

สาเหตุการตาย	60 ปีขึ้นไป		
	2552	2554	2556
โรคหลอดเลือดสมอง	596.1	568.5	595.1
โรคหัวใจขาดเลือด	365.5	355.7	352.2
โรคเบาหวาน	339.0	317.9	327.1
โรคไตอักเสบและไตพิการ	152.7	148.6	149.0
โรคมะเร็งตับ	123.0	116.7	125.7
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	120.9	122.2	129.9
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	106.3	118.3	119.8
โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	82.5	78.9	85.8
โรคอุจจาระร่วง	78.8	71.3	69.8
โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	73.2	73.5	81.5
โรคอื่นๆ	1,246.9	1,265.9	1,343.7
รวมทุกโรค	3,284.8	3,237.6	3,379.8

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระดับชาติประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

1.6 สาเหตุการป่วยและการเข้าพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ถึงจำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ของการเข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย ตามตารางที่ 5.8 พ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 พบว่าสถานพยาบาลที่ประชาชนเข้ารับบริการสูงสุดคือ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (ร้อยละ 42.0, 44.6

และ 45.5 ในพ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 ตามลำดับ) รองลงมา คือ โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 38.3, 30.4 และ 29.4 ในพ.ศ. 2552, 2554 และ 2556 ตามลำดับ) ทั้งนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนของการเข้าพักรักษาสูงขึ้นในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละของการเข้าพักรักษาลดลง

ตารางที่ 5.8 จำนวนผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556

ประเภทสถานพยาบาล ที่เข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย	2552		2554		2556	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานพยาบาลของรัฐ						
โรงพยาบาลชุมชน	1,376,794	38.3	1,073,555	30.4	972,286	29.4
โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	1,507,697	42.0	1,573,452	44.6	1,502,234	45.5
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	52,115	1.5	159,373	4.5	52,793	1.6
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	167,235	4.7	233,156	6.6	267,146	8.1
สถานพยาบาลของเอกชน						
โรงพยาบาลเอกชน	464,422	12.9	405,282	11.5	502,111	15.2
คลินิกเอกชน	21,566	0.6	15,381	0.4	7,425	0.2
อื่น ๆ	356	0.0	4,707	0.1	784	0.0
ไม่ทราบ	780	0.0	66,547	1.9	-	-
ทั้งหมด	3,590,965	100.0	3,531,453	100.0	3,304,779	100.0

ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 2554 และ 2556 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

สำหรับสาเหตุการป่วย 3 อันดับแรกของผู้ป่วยช่วงอายุ 0-59 ปี (ผู้ป่วยนอก) พ.ศ. 2557 คือ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรคระบบย่อยอาหาร และโรคของปาก ฟัน โดยโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่ง พ.ศ. 2553 มีอัตราป่วยเท่ากับ 3,742 ต่อประชากร

100,000 คน และเพิ่มเป็น 8,941 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 ทั้งนี้ในหลายกลุ่มโรคที่มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2553 เช่น โรคระบบย่อยอาหาร โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของปาก ฟัน โรคของต่อมไทรอยด์ เป็นต้น (ตารางที่ 5.9)

ตารางที่ 5.9 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุกลุ่มโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 0 - 59 ปี

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 100,000 คน)				
	2553	2554	2555	2556	2557
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	3,742	5,317	8,317	7,856	8,941
โรคระบบย่อยอาหาร	4,098	6,704	8,503	8,825	8,365
โรคของปาก ฟัน	2,805	4,930	5,635	6,303	6,100
โรคมะเร็ง	129	157	251	268	230
โรคระบบทางเดินหายใจ	3,502	4,740	2,639	2,785	2,388
โรคหัวใจและหลอดเลือด	444	755	1,192	1,227	1,023

ตารางที่ 5.9 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ
พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 0 - 59 ปี (ต่อ)

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 100,000 คน)				
	2553	2554	2555	2556	2557
โรคของต่อมไร้ท่อ	1,795	2,803	2,806	3,137	2,275
หุ	717	887	1,269	1,210	954
คอ จมูก	1,922	3,255	1,193	1,110	1,049
ตา	1,513	2,143	2,925	2,464	2,943
โรคติดเชื้อ	2,430	3,116	4,630	5,304	3,776
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	496	884	1,519	1,598	1,351
โรคภูมิแพ้	317	367	112	89	60
โรกระบบประสาทจิตเวช	660	1,158	1,742	1,779	1,515
โรคผิวหนัง	3,172	3,455	3,601	4,413	3,300
โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	421	664	1,017	988	772

ที่มา: ฐานข้อมูล 21 แพ้ม รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ผู้ป่วยนอก) กลุ่มโรคสำคัญที่มีสัดส่วนการป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ใน พ.ศ. 2557 ได้แก่ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรกระบบย่อยอาหาร และโรค

ของต่อมไร้ท่อ ซึ่งส่วนใหญ่ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราป่วยสูงเกือบทุกกลุ่มโรค ยกเว้น กลุ่มโรคภูมิแพ้และโรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีที่มีอัตราป่วยต่ำ (ตารางที่ 5.10)

ตารางที่ 5.10 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ
พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 100,000 คน)				
	2553	2554	2555	2556	2557
โรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ	13,208	23,100	37,046	33,430	31,865
โรกระบบย่อยอาหาร	9,883	15,123	22,323	21,710	17,326
โรคของต่อมไร้ท่อ	7,889	12,057	15,782	14,862	12,451
โรคมะเร็ง	329	770	1,391	1,468	1,252
โรกระบบทางเดินหายใจ	5,997	9,717	10,768	12,094	9,738
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3,793	7,134	10,747	10,666	9,088
โรคของปาก ฟัน	4,633	8,239	13,297	13,056	10,561
หุ	1,864	2,389	3,204	3,013	2,288

ตารางที่ 5.10 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มโรคที่สำคัญ
พ.ศ. 2553 - 2557 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ต่อ)

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก (ต่อประชากร 100,000 คน)				
	2553	2554	2555	2556	2557
คอ จมูก	3,079	3,884	2,030	3,687	2,646
ตา	4,339	7,151	11,839	12,186	11,184
โรคติดเชื้อ	3,998	5,789	8,136	7,761	6,070
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	1,482	3,805	7,279	8,284	7,733
โรคภูมิแพ้	427	563	790	773	609
โรกระบบประสาทจิตเวช	2,361	3,756	4,862	4,516	3,777
โรคผิวหนัง	5,599	6,954	9,379	9,043	7,071
โรคอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี	136	260	446	440	352

ที่มา: ฐานข้อมูล 21 แฟ้ม รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พ.ศ. 2551 - 2557 รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสาเหตุการป่วยสูงสุด 3 อันดับแรกของผู้ป่วยช่วงอายุ 0-59 ปี พ.ศ. 2557 ของคนไทย คือ กลุ่มโรคของต่อมไทรอยด์ โรคของระบบหายใจ และกลุ่มโรคติดเชื้อตามลำดับ โดยกลุ่มโรคของต่อมไทรอยด์มีแนวโน้มการป่วยเพิ่มสูงขึ้น (อัตราป่วยใน พ.ศ. 2551 เท่ากับ 1,503 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 2,084 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557) ส่วนกลุ่มโรคติดเชื่อนั้นพบว่าอัตราป่วยมีแนวโน้มลดลง (พ.ศ. 2551 อัตราป่วยเท่ากับ 1,669 ต่อประชากร 100,000 คน และ พ.ศ. 2557 อัตราป่วยเท่ากับ 1,294 ต่อประชากร 100,000 คน) (ตารางที่ 5.11)

สำหรับอัตราป่วยของคนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า สาเหตุการป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก พ.ศ. 2557 คือ กลุ่มโรคของต่อมไทรอยด์ กลุ่มโรคของระบบไหลเวียนโลหิต และกลุ่มโรกระบบหายใจตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มโรค อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคของต่อมไทรอยด์ พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 13,284 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 16,764 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 (ตารางที่ 5.12)

ตารางที่ 5.11 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามกลุ่มโรค
ช่วงอายุ 0 - 59 ปี พ.ศ. 2551 - 2557

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราป่วย (ต่อประชากร 100,000 คน)						
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
โรคของต่อมไทรอยด์	1,503	1,665	1,993	2,028	2,231	2,297	2,084
โรคของระบบหายใจ	1,383	1,424	1,588	1,436	1,504	1,436	1,373
โรคติดเชื้อ	1,669	1,548	1,747	1,514	1,562	1,791	1,294
มะเร็ง	405	384	397	413	427	449	401
โรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ	298	277	287	281	300	299	267
โรคของระบบย่อยอาหาร	1,123	1,044	1,068	1,052	1,077	1,090	974
โรคของระบบไหลเวียนโลหิต	953	929	988	1,029	1,112	1,139	1,076
โรคของช่องปาก ต่อม้ำลายและขากรรไกร	51	52	55	56	61	60	54
โรคของหูและปมกระดูกหู	56	45	46	45	43	42	36
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	389	341	351	292	297	272	266
โรคของตาและอวัยวะเคียงลูกตา	140	141	144	156	167	188	195
โรคของระบบทางเดินปัสสาวะ	611	607	629	601	640	657	604
โรคภูมิแพ้	9	9	10	10	11	11	10
ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม	303	320	349	357	392	389	360
โรคผิวหนัง	236	241	245	241	266	267	234
โรคอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	166	131	136	131	132	134	116

ที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

พ.ศ.2552 - 2556 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

ตารางที่ 5.12 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามกลุ่มโรค อายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2551 - 2557

สาเหตุการป่วย (โรค/กลุ่มโรค)	อัตราป่วย (ต่อประชากร 100,000 คน)						
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
โรคของต่อมไร้ท่อ	13,284	14,896	16,909	17,620	18,770	18,209	16,764
โรคของระบบไหลเวียนโลหิต	15,337	16,289	16,973	17,576	18,111	17,467	16,309
โรคของระบบหายใจ	6,344	6,600	7,135	7,511	7,376	7,031	6,701
มะเร็ง	2,412	2,586	2,687	2,789	2,919	2,898	2,655
โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ	2,315	2,435	2,517	2,516	2,625	2,513	2,311
โรคของระบบย่อยอาหาร	4,502	4,723	4,777	4,798	4,816	4,583	4,137
โรคของช่องปาก ต่อม้ำลายและขากรรไกร	121	130	138	134	141	134	118
โรคของหูและปุ่มกระดูกกกหู	291	293	286	272	251	226	185
การติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน	323	257	256	246	211	181	149
โรคของตาและอวัยวะเคียงลูกตา	2,135	2,381	2,399	2,700	3,259	3,809	4,013
โรคติดเชื้อ	3,879	4,146	4,397	4,294	4,071	3,758	3,244
โรคของระบบทางเดินปัสสาวะ	5,488	5,980	6,365	6,322	6,815	6,740	6,446
โรคภูมิแพ้	17	22	21	22	21	20	64
ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม	707	775	827	839	877	817	738
โรคผิวหนัง	1,005	1,075	1,128	1,113	1,225	1,190	1,073
โรคอวัยวะของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	115	120	122	120	119	111	101

ที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

พ.ศ.2552 - 2556 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

1.7 ความพิการ

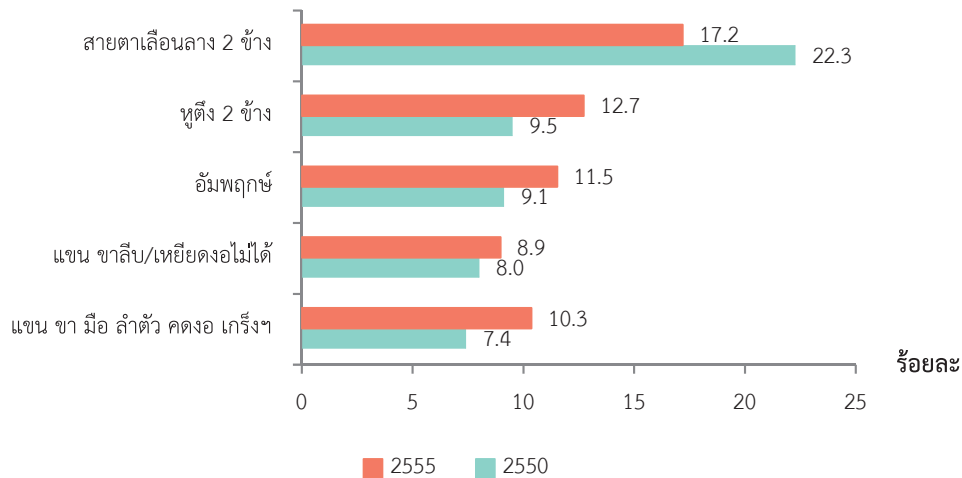
จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีนิยามในการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง พบว่า สัดส่วนผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ใน พ.ศ. 2517 เป็นร้อยละ 2.9 ใน พ.ศ. 2550 และเป็นร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2555 (ตารางที่ 5.14) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอื่นๆ พบความชุกของความพิการสูงกว่ารายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น การสำรวจสถานะทางสุขภาพประชากรไทยด้วยวิธีการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) พบผู้พิการในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนความพิการค่อนข้าง

สูง มีลักษณะพิการทางกายภาพของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งถึงร้อยละ 12.1⁵

เมื่อจำแนกลักษณะของความบกพร่องที่มีประชากรที่พิการใน พ.ศ. 2555 มากที่สุด 5 ลำดับแรก คือ สายตา เลื่อนกลางทั้ง 2 ข้าง หูตึง 2 ข้าง อัมพฤกษ์ แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็งๆ และแขนขาลีบ/เหยียดงอไม่ได้ ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2550 พบว่าอันดับความพิการ 5 อันดับแรกไม่ได้เปลี่ยนไปมาก ยกเว้น แขน ขา มือ ลำตัว คดงอ เกร็งๆ และแขน ขาลีบ/เหยียดงอไม่ได้ (ภาพที่ 5.4)

⁵ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - 2552

ภาพที่ 5.4 สัดส่วนของประชากรพิการ จำแนกตามลักษณะความบกพร่อง 5 ลำดับแรก พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555



ที่มา: การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้จากการสำรวจความลำบากหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นต่อเนื่องมาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ของประชากรที่พิการอายุมากกว่า 7 ปี พบว่าในพ.ศ. 2555 ปัญหาสุขภาพ 5 อันดับแรกที่มีประชากรพิการเป็นมากที่สุด คือ การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น การนั่งยองๆ การเดินทางระยะ 50 ก้าว การมองเห็น และการลุกจากการนอนเป็นท่าหนึ่ง

นอนเป็นท่าหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 48.9 47.2 46.9 28.5 และ 25.3 ตามลำดับ โดย พ.ศ. 2555 มีร้อยละของประชากรที่พิการเพิ่มสูงขึ้นกว่า พ.ศ. 2550 เกือบทุกปัญหาสุขภาพ ยกเว้น การมองเห็น และการลุกจากการนอนเป็นท่าหนึ่ง (ตารางที่ 5.13)

ตารางที่ 5.13 ร้อยละของประชากรที่พิการอายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป ที่มีความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ จำแนกตามประเภทความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ 5 ลำดับแรกและระดับความรุนแรง พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2555

ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพ	ระดับความรุนแรง					
	ไม่ลำบากแค่ใช้เครื่องช่วย/ยา		มีความลำบาก/ปัญหา		ทำไม่ได้เลย	
	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾	2550 ⁽¹⁾	2555 ⁽²⁾
การเดินขึ้นบันได 1 ชั้น	42.2	48.9	30.3	32.5	11.9	16.2
การมองเห็น	40.7	28.5	38.2	25.9	2.5	2.3
การเดินทางระยะ 50 ก้าว	40.6	46.9	30.6	34.7	9.9	11.8
การนั่งยองๆ	37.6	47.2	25.1	30.3	12.5	16.8
การลุกจากการนอนเป็นท่าหนึ่ง	28.2	25.3	26.8	19.9	1.3	5.4

ที่มา: (1) การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(2) การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ: การสำรวจความพิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2555 ปรับข้อคำถาม จาก พ.ศ. 2550 ดังนี้

1. ความลำบากหรือปัญหาสุขภาพจากความเจ็บปวดตามร่างกายเป็นการลุกจากการนอนเป็นท่าหนึ่ง
2. การเดินทางระยะ 50 เมตรเป็นการเดินทางระยะ 50 ก้าว
3. ระดับความรุนแรงจากเล็กน้อยและมากเป็นมีความลำบาก/ปัญหา

ตารางที่ 5.14 จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย
พ.ศ. 2517 - 2555

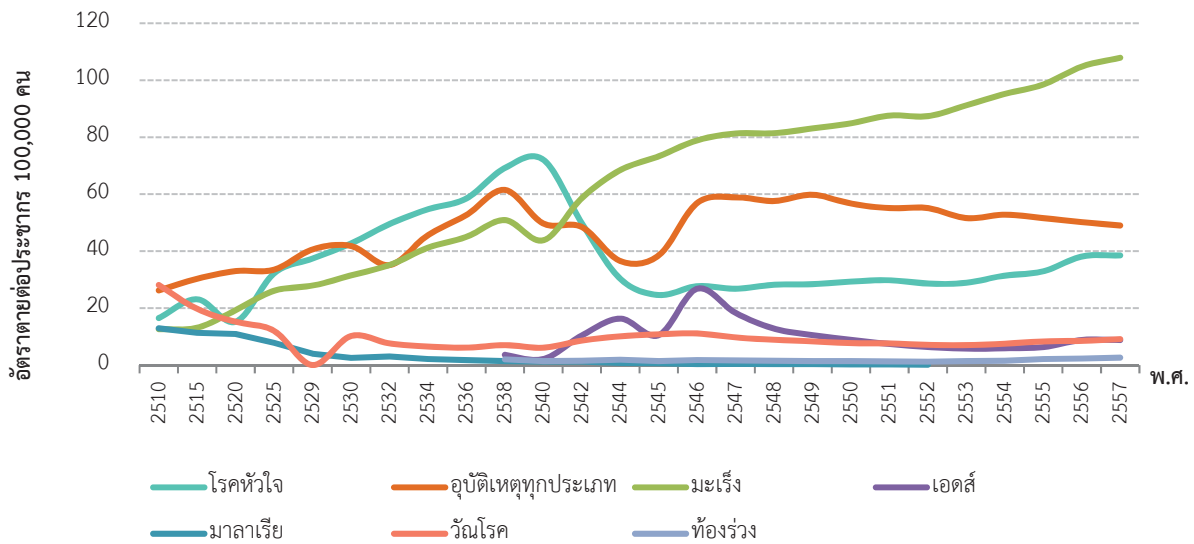
จำนวนและร้อยละของคนพิการไทย พ.ศ. 2517 - 2555		
ปีสำรวจ	คนพิการ (x1,000)	ร้อยละต่อประชากร
2517	209.0	0.5
2519	245.0	0.6
2520	296.2	0.7
2521	324.6	0.7
2524	367.5	0.8
2529	385.9	0.7
2534	1,057.0	1.8
2539	1,024.1	1.7
2544	1,100.8	1.8
2545	1,098.0	1.7
2550	1,871.8	2.9
2555	1,478.6	2.2

ที่มา: 1. โครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2517 - 2545, สำนักงานสถิติแห่งชาติ
2. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550
3. การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2555

1.8 การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)

สาเหตุการตายของคนไทย (จากมรณบัตร) ตั้งแต่ พ.ศ. 2510 - 2557 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาจากโรคติดต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ โดยพบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ และอุบัติเหตุ ซึ่งกลุ่มโรคมะเร็งมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องตามภาพที่ 5.5

ภาพที่ 5.5 อัตราตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2510 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ: ในพ.ศ. 2540 มีการเปลี่ยนแปลงการให้รหัสข้อมูล ส่งผลให้อัตราการตายจากโรคหัวใจลดลงมาก

1.9 การสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทย

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยใช้ การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss)⁶ เป็นดัชนีบ่งชี้ปัญหา พบว่าใน พ.ศ. 2556 การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นปัญหาสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะลำดับแรกใน

เพศชาย ขณะที่เพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง โดย ลำดับ 2 และ 3 ในเพศชาย คือ อุบัติเหตุทางถนน และ โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนเพศหญิง คือ โรคมะเร็งและ โรคซึมเศร้า ตามลำดับ (ตารางที่ 5.15)

ตารางที่ 5.15 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) ในประเทศไทย พ.ศ. 2556 จำแนกตามเพศ

ลำดับที่	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ	โรค	DALYs ('000)	ร้อยละ
1	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	537	8.8	โรคหลอดเลือดสมอง	369	8.2
2	อุบัติเหตุทางถนน	490	8	โรคมะเร็ง	355	7.9
3	โรคหลอดเลือดสมอง	423	6.9	โรคซึมเศร้า	245	5.4
4	โรคมะเร็งตับ	272	4.4	โรคหัวใจขาดเลือด	186	4.1
5	โรคหัวใจขาดเลือด	267	4.4	ต่อกระดูก	166	3.7
6	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	257	4.2	โรคข้อเสื่อม	146	3.2
7	โรคมะเร็ง	236	3.9	การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	129	2.9
8	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	207	3.4	อุบัติเหตุทางถนน	124	2.7
9	ภาวะตับแข็ง	199	3.3	ภาวะโลหิตจาง	119	2.6
10	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	143	2.3	โรคมะเร็งตับ	114	2.5
11	โรคอื่นๆ	3,075	50.4	โรคอื่นๆ	2,552	56.6
	รวม	6,105	100	รวม	4,506	100

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดัชนีประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

2. ปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยที่สำคัญ

2.1 โรคไม่ติดต่อ

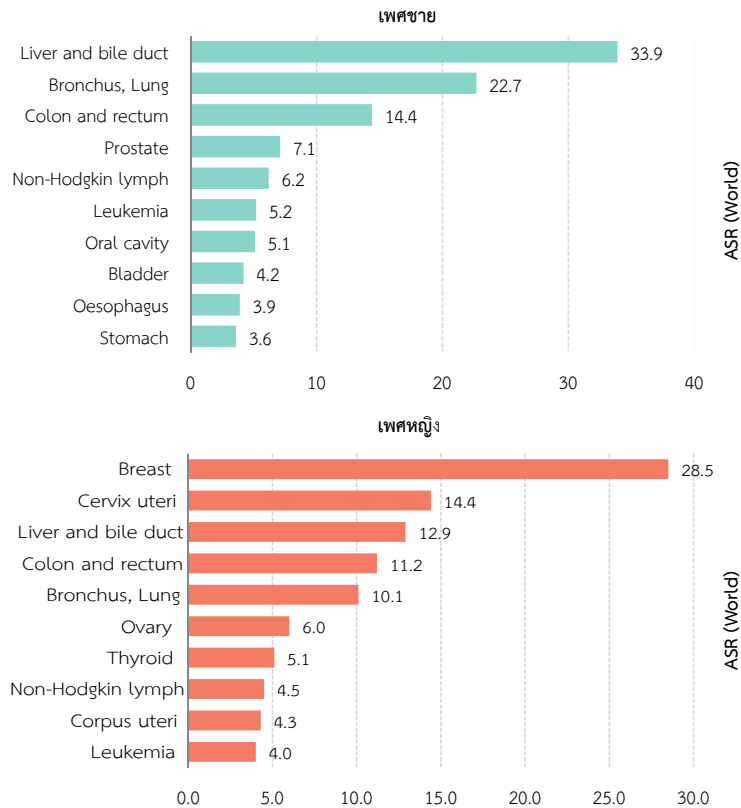
2.1.1 โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่งของคนไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (Cancer in Thailand) พ.ศ. 2554 พบว่าผู้ชายไทยป่วยเป็นมะเร็งตับและท่อน้ำดีในดับมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็ง

ต่อมลูกหมาก ส่วนหญิงไทยป่วยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดีในดับ (ภาพที่ 5.6) โดยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยดังนี้

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

ภาพที่ 5.6 โรคมะเร็งที่พบบ่อย 10 อันดับแรกของประเทศไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2554



ที่มา: Cancer in Thailand, 2010 - 2012

(1) มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเป็นโรคร้ายที่ทำให้หญิงไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะมะเร็งเต้านม ซึ่งสถานการณ์ของโรคระหว่าง พ.ศ. 2539-2554 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 5.16) ทั้งนี้หญิงไทยในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มการเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่สำหรับมะเร็งปากมดลูกสถานการณ์

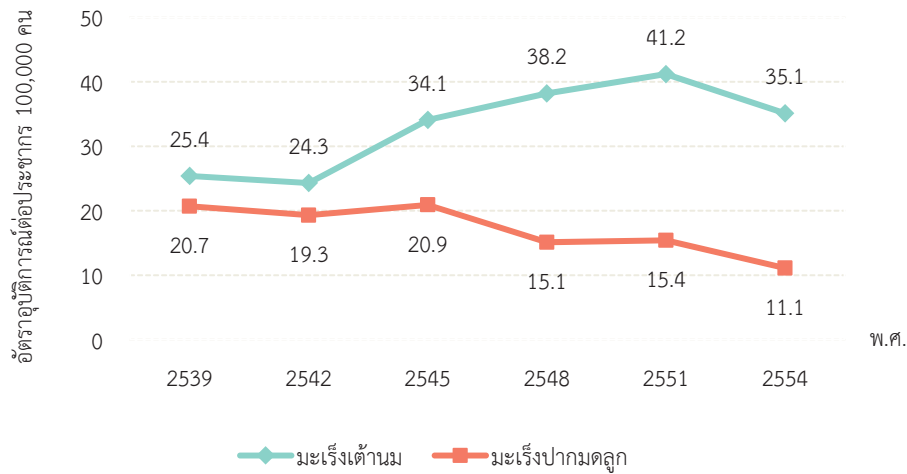
แนวโน้มเริ่มลดลง (ภาพที่ 5.7) และเมื่อพิจารณาเฉพาะมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทยใน 5 จังหวัดในข่ายงานของศูนย์ทะเบียนมะเร็งดังแสดงในตารางที่ 5.17 พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกพบสูงสุดในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนมะเร็งเต้านมพบสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 5.16 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีไทย พ.ศ. 2539 พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2545 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2554

ลำดับ	ชนิด	อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน					
		2539 ¹	2542 ²	2545 ³	2548 ⁴	2551 ⁵	2554 ⁶
1	มะเร็งปากมดลูก	19.5	24.7	18.1	17.7	16.7	14.4
2	มะเร็งเต้านม	17.2	20.5	20.9	25.6	26.4	28.5
3	มะเร็งตับ	16	12.3	14.6	18.2	16.6	12.9
4	มะเร็งปอด	10	9.3	9.7	11.9	11.5	10.1
5	มะเร็งรังไข่	5.2	6	5.1	5.6	6.2	6.0

ที่มา: 1. Cancer in Thailand, 1995 - 1997 2. Cancer in Thailand, 1998 - 2000 3. Cancer in Thailand, 2001 - 2003
4. Cancer in Thailand, 2004 - 2006 5. Cancer in Thailand, 2007 - 2009 6. Cancer in Thailand, 2010 - 2012

ภาพที่ 5.7 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2539 - 2554



ที่มา: Cancer in Thailand, 1995 - 1997, 1998 - 2000, 2001 - 2003, 2004 - 2006, 2007 - 2009 และ 2010 - 2012

ตารางที่ 5.17 อัตราอุบัติการณ์ของการพบมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์และมะเร็งเต้านม พ.ศ. 2539 - 2554

จังหวัด	มะเร็งปากมดลูก					
	2539 ¹	2542 ²	2545 ³	2548 ⁴	2551 ⁵	2554 ⁶
เชียงใหม่	25.6	29.4	25.1	24.4	25.5	17.4
ลำปาง	23.6	22.3	23.8	20.2	15.1	10.6
ขอนแก่น	15.0	15.9	15.3	10.8	15.1	10.4
กรุงเทพฯ	20.7	19.3	20.9	15.1	15.4	11.1
สงขลา	16.1	20.6	16.2	15.3	14.1	-
จังหวัด	มะเร็งเต้านม					
เชียงใหม่	17.5	20.7	21.8	26.7	31.1	27.4
ลำปาง	16.4	20.8	25.5	26.6	25.9	27.0
ขอนแก่น	11.6	13.7	15.6	18.9	21.7	23.0
กรุงเทพฯ	25.4	24.3	34.1	38.2	41.2	35.1
สงขลา	12.8	17.2	20.8	21.5	23.7	-
จังหวัด	มะเร็งรังไข่					
เชียงใหม่	4.7	5.9	4.9	5.1	6.9	5.6
ลำปาง	3.7	4.6	6.3	6.3	5.8	5.8
ขอนแก่น	5.6	6.2	5.2	5.1	6.3	4.8
กรุงเทพฯ	5.9	5.1	6.6	5.4	9.0	7.3
สงขลา	4.6	5.7	5.0	6.3	5.6	-

ที่มา: 1. Cancer in Thailand, 1995 - 1997
 2. Cancer in Thailand, 1998 - 2000
 3. Cancer in Thailand, 2001 - 2003
 4. Cancer in Thailand, 2004 - 2006
 5. Cancer in Thailand, 2007 - 2009
 6. Cancer in Thailand, 2010 - 2012

(2) มะเร็งตับ

อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับ สถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในเพศชาย ซึ่งใน พ.ศ. 2539 มีอัตราอุบัติการณ์ของโรคต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 37.6 และใน พ.ศ. 2548 และ 2551 อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น 42.8 และ 40.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2554 มีอัตราอุบัติการณ์เริ่มลดลงเป็น 33.9 ต่อประชากรแสนคน (ตารางที่ 5.18) ทั้งนี้อัตราอุบัติการณ์ที่สูงอาจเนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่ปรุงให้สุก โดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในตับ (Cholangiocarcinoma: CCA) นอกจากนี้ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีซึ่งเคยสูงมากในอดีต ส่งผลต่อการป่วยเป็นโรคตับอักเสบริ้ว โรคตับแข็งและมะเร็งตับด้วย ทั้งนี้พบว่าใน พ.ศ. 2555 ประเทศไทยมีอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งตับอยู่อันดับที่ 7 ของโลก (ASR เท่ากับ 22.0 ต่อประชากร 100,000 คน)⁷ แต่หากเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในตับ พบว่าประเทศไทยมีอัตราอุบัติการณ์สูงสุดในโลก⁸

⁷ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 16/01/2015.

⁸ Sripa B, Pairojkul C. Cholangiocarcinoma: lessons from Thailand. Curr Opin Gastroenterol. 2008 May; 24(3): 349-56.

ตารางที่ 5.18 อัตราอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2539 - 2554

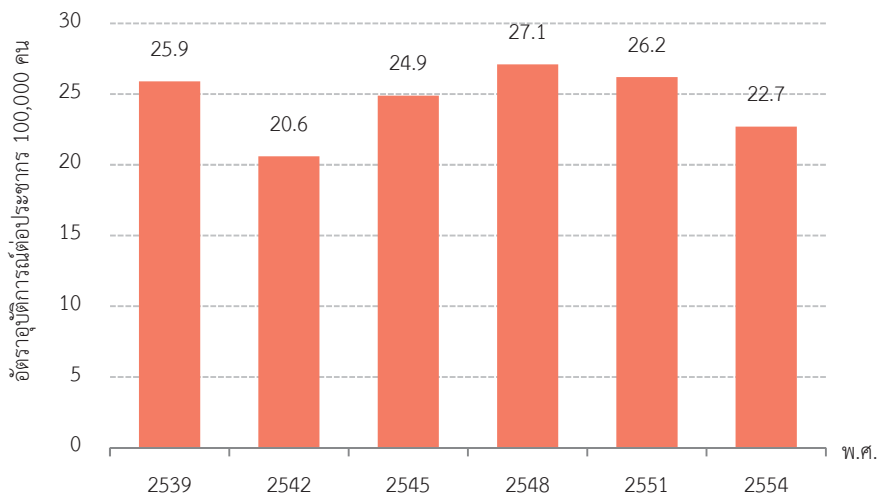
พ.ศ.	อุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน	
	เพศชาย	เพศหญิง
2539 ¹	37.6	16.0
2542 ²	33.4	12.3
2545 ³	38.6	14.6
2548 ⁴	42.8	18.2
2551 ⁵	40.3	16.6
2554 ⁶	33.9	12.9

ที่มา: 1. Cancer in Thailand, 1995 - 1997
 2. Cancer in Thailand, 1998 - 2000
 3. Cancer in Thailand, 2001 - 2003
 4. Cancer in Thailand, 2004 - 2006
 5. Cancer in Thailand, 2007 - 2009
 6. Cancer in Thailand, 2010 - 2012

(3) มะเร็งปอด

อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปอดของชายไทยมีแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ระหว่าง พ.ศ. 2539 - 2554 โดยในพ.ศ. 2539 เท่ากับ 25.9 ต่อประชากร 100,000 คน และ ใน พ.ศ. 2554 เท่ากับ 22.7 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.8) นอกจากนี้ จากรายงานผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2529 - 2555 พบว่าเพศชายเป็นโรคมะเร็งปอดสูงกว่าผู้หญิงในทุกปี

ภาพที่ 5.8 อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดของชายไทย พ.ศ. 2539 - 2554



ที่มา: Cancer in Thailand, 1995 - 1997, 1998 - 2000, 2001 - 2003, 2004 - 2006, 2007 - 2009 และ 2010 - 2012

2.1.2 โรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม

จำนวนและอัตราผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจากความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม สถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดย พ.ศ. 2551 อัตราผู้ป่วยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (ICD-10: F00-F99) เท่ากับ 347.3 ต่อประชากร 100,000 คน และ พ.ศ. 2556 อัตราผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นเป็น 446.3

ต่อประชากร 100,000 คน และลดลงเหลือ 412.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 ทั้งนี้สำหรับอัตราผู้ป่วยจิตและความผิดปกติทางจิต (ICD-10: F04-F48) แนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นคล้ายคลึงกับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม (ตารางที่ 5.19)

ตารางที่ 5.19 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม แยกประเภท พ.ศ. 2551 - 2557

กลุ่มโรค	อัตราต่อประชากร 100,000 คน						
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
สมองเสื่อมในโรคอัลไซเมอร์	8.1	9.0	9.6	9.4	9.9	9.6	8.3
สมองเสื่อมในโรคหลอดเลือด	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.3	1.0
สมองเสื่อมจากโรคอื่นที่มีรหัสระบุไว้แล้ว	1.7	1.7	1.8	1.9	2.0	2.1	1.8
โรคสมองเสื่อมที่มีระบุรายละเอียด	0.9	2.2	2.1	2.1	2.1	2.0	1.8
จิตและความผิดปกติทางจิต	307.2	328.3	357.7	373.8	411.3	404.2	374.5
ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม	347.3	371.5	405.2	415.6	453.3	446.3	412.5

หมายเหตุ: หน่วยนับ: รายโรค

ที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม, พ.ศ.2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.3 อัมพาต อัมพฤกษ์

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยอัมพาตและอัมพฤกษ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและหญิง โดยเฉพาะในเพศชายที่มีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 1.7 เท่า ใน พ.ศ. 2557 (อัตราป่วยเพศชายเท่ากับ 73 ต่อประชากร 100,000 คน เพศหญิงเท่ากับ 43 ต่อประชากร 100,000 คน) (ตารางที่ 5.20)

ตารางที่ 5.20 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของอาการอัมพาตและอัมพฤกษ์ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557

พ.ศ.	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
2551	70	44	57
2552	71	45	58
2553	79	49	64
2554	76	47	61
2555	80	48	64
2556	81	48	64
2557	73	43	58

ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว และประกันสังคม, พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.4 โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจุบันโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคที่ปัจจุบันนิยมการบริโภคอาหารจำพวกแป้ง ไขมันและน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการมีน้ำหนักตัวเกิน ดังจะเห็นได้จากอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามตารางที่ 5.21 ดังนี้

- **โรคหัวใจขาดเลือด** มีแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่อัตราป่วยถือว่าน้อยกว่าโรคเบาหวานมาก โดยในเพศชายอัตราป่วย พ.ศ. 2551 เท่ากับ 389.3 ต่อประชากร 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 450.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 สำหรับเพศหญิง พ.ศ. 2551 อัตราเท่ากับ 347.5 ต่อประชากร 100,000 คน และใน พ.ศ. 2557 เท่ากับ 366.0 ต่อประชากร 100,000 คน

- **โรคเบาหวาน** มีอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะเพศหญิงมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศชายมากกว่า 1.5 เท่า ซึ่ง พ.ศ. 2551 เพศหญิงมีอัตราป่วยอยู่ที่ 1,086.7 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 1,249.5 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 ขณะที่เพศชาย พ.ศ. 2551 เท่ากับ 622.3 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 807.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557

- **โรคหลอดเลือดสมอง** มีแนวโน้มของอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดย พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 303.5 และ 244.5 ต่อประชากร 100,000 ในเพศชายและหญิงตามลำดับ และเพิ่มเป็น 397.9 และ 308.2 ต่อประชากร 100,000 ในเพศชายและหญิงตามลำดับเช่นกัน

ตารางที่ 5.21 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและหลอดเลือดสมอง แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557

พ.ศ.	โรคหัวใจขาดเลือด		เบาหวาน		โรคหลอดเลือดสมอง	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
2551	389.3	347.5	622.3	1,086.7	303.5	244.5
2552	401.8	375.7	647.4	1,165.3	314.2	265.3
2553	419.0	376.1	702.3	1,198.6	338.2	278.6
2554	443.8	382.6	731.8	1,197.4	367.6	294.7
2555	462.7	393.5	802.9	1,289.3	396.0	314.4
2556	473.7	391.5	837.0	1,317.5	411.1	324.0
2557	450.8	366.0	807.9	1,249.5	397.9	308.2

หมายเหตุ: หน่วยนับ: รายโรค

ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม, พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

นอกจากนี้ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังของคนไทยอายุ 15-74 ปี พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2553 และ 2558 โดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้ (ตารางที่ 5.22)

- ความชุกของการมีภาวะน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.3 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 30.5 (พ.ศ. 2558)

- ความชุกของการมีภาวะอ้วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 7.5 (พ.ศ. 2558)

- ความชุกของประชาชนที่เป็นความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 15.3 (พ.ศ. 2558)

- ความชุกของประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.2 (พ.ศ. 2547) เป็นร้อยละ 8.3 (พ.ศ. 2558)

ตารางที่ 5.22 เปรียบเทียบความชุก (ร้อยละ) ของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทย พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2548 พ.ศ. 2550 พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2558

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง	2547	2548	2550	2553	2558
ภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย \geq 25-30 กก./ม ²)	15.3	16.1	19.1	21.3	30.5
ภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย \geq 30 กก./ม ²)	2.6	3	3.7	4.4	7.5
ประชาชนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	8	8.3	9.4	9.1	15.3
ประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน	3.2	3.7	3.9	4.2	8.3
ประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)	0.8	0.9	1.1	1.6	0.7
ประชาชนที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด	1.1	1.1	1.5	1.6	0.8

ที่มา: ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

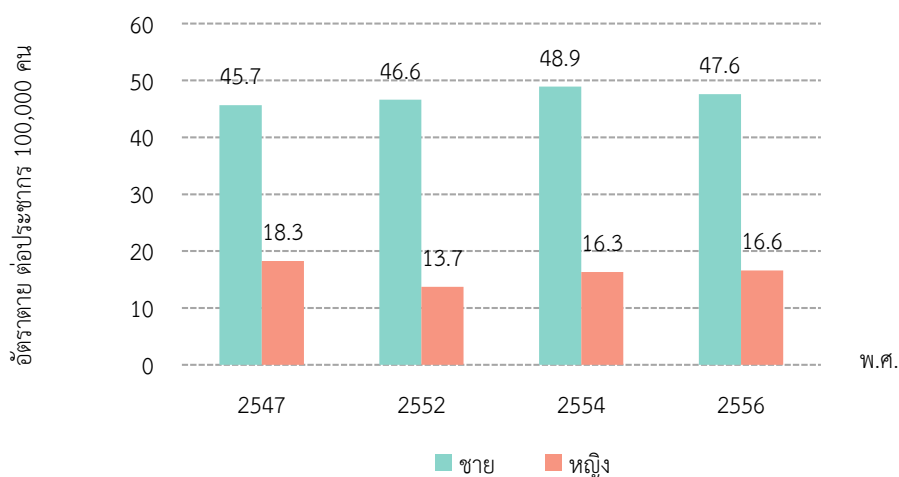
หมายเหตุ: ข้อมูลความชุกของโรคได้มาจากการซักประวัติการป่วย จึงเป็นข้อมูลเฉพาะผู้ที่รู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคแล้วเท่านั้น

2.1.5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีสาเหตุสำคัญจากการสูบบุหรี่หรือได้รับหมอกควันเป็นเวลานานๆ ซึ่งจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547, 2552, 2554 และ 2556 พบว่าอัตราการตายของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเพศชายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย โดย พ.ศ. 2547 อัตราตายเพศชายเท่ากับ 45.7 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 47.6 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2556 แต่กลับมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยใน

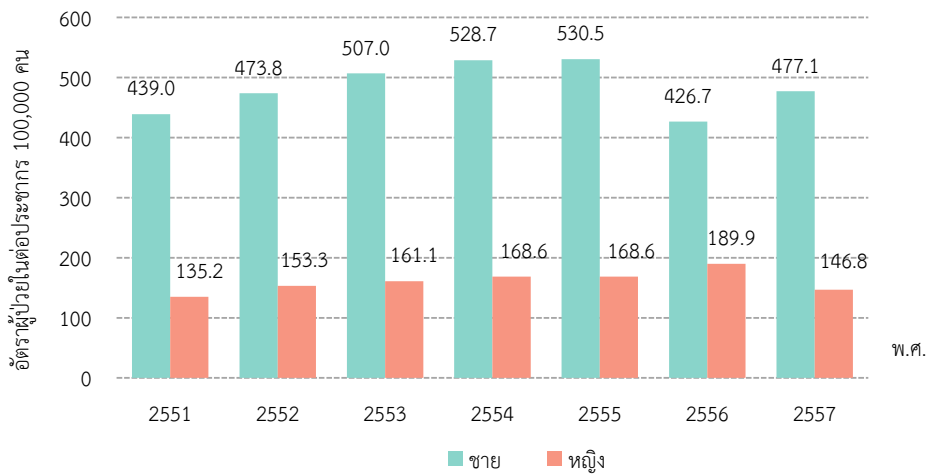
เพศหญิง โดย พ.ศ. 2547 เพศหญิงมีอัตราตายเท่ากับ 18.3 ต่อประชากร 100,000 คน และลดลงเป็น 16.6 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2556 (ภาพที่ 5.9) ทั้งนี้จากรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงมาก (ภาพที่ 5.10)

ภาพที่ 5.9 อัตราตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกเพศ พ.ศ. 2547, 2552, 2554 และ 2556



ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2554 และ พ.ศ. 2556 แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านประเมินภาระโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาพที่ 5.10 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ.2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

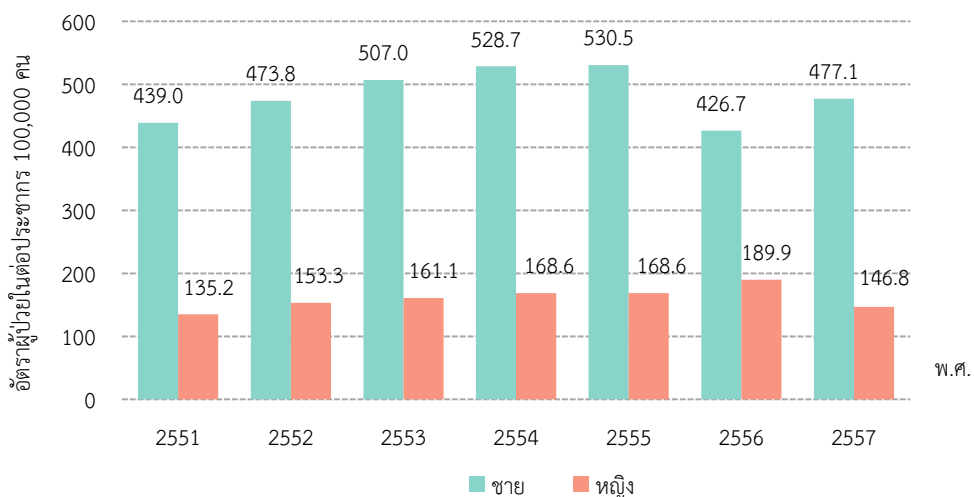
พ.ศ.2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.6 ข้อเชื่อมโยง

จากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า โรคข้อเสื่อมมีสถานการณ์แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในเพศชาย โดย พ.ศ. 2551 มีอัตราการป่วยเท่ากับ 439.0 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 477.1 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 ขณะที่อัตรา

การป่วยของโรคข้อเสื่อมในเพศหญิงค่อนข้างคงที่ คือ พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเท่ากับ 135.2 ต่อประชากร 100,000 คน และเท่ากับ 146.8 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 (ภาพที่ 5.11)

ภาพที่ 5.11 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคข้อเสื่อม แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.7 โรคไต

จากข้อมูลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจาก 876.0 ต่อประชากร 100,000 คนใน พ.ศ. 2551 เป็น 1,105.0 ต่อประชากร

100,000 คนใน พ.ศ. 2557 ซึ่งเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยไตวาย พบว่ามีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงเกือบ 2 เท่า คือ ใน พ.ศ. 2551 มีอัตราผู้ป่วยเท่ากับ 484.6 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 813.9 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2557 (ตารางที่ 5.23)

ตารางที่ 5.23 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของกลุ่มโรคไต แยกประเภท ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557

กลุ่มโรคไต	อัตราต่อประชากร 100,000 คน						
	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
กลุ่มอาการไตอักเสบเฉียบพลัน	6.2	8.4	6.3	5.5	5.2	4.8	4.6
ไตวาย	484.6	532.8	606.1	643.2	743.5	806.0	813.9
นิ่วในทางเดินปัสสาวะ	113.6	127.1	122.5	102.5	98.9	94.2	82.0
ความผิดปกติอื่นของไตและท่อไต	20.5	20.6	17.4	15.1	11.1	9.3	7.6
ความผิดปกติอื่นที่ระบุรายละเอียดของไตและท่อไต	18.3	18.4	15.2	13.0	8.9	7.1	5.7
รวมกลุ่มโรคไต	876.0	929.0	989.0	991.0	1,085.0	1,138.0	1,105.0

ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

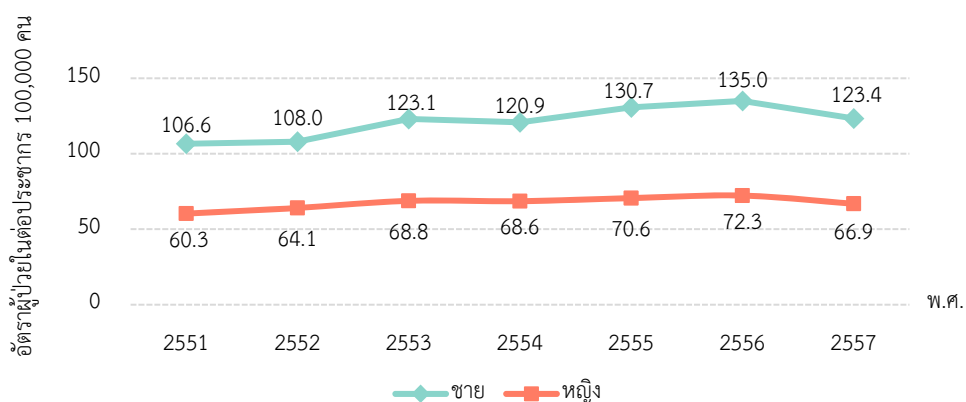
พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.1.8 โรคตับแข็ง

การดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ มีผลเสียต่อตับ โดยพบว่าอัตราป่วยจากโรคตับแข็งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั้งในเพศชายและหญิง โดยเฉพาะเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า โดย พ.ศ. 2551 อัตราป่วยของโรคตับแข็งในเพศชายเท่ากับ 106.6 ต่อประชากร

100,000 คน และเพศหญิงเท่ากับ 60.3 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งใน พ.ศ. 2557 อัตราป่วยในเพศชายเพิ่มขึ้นเป็น 123.4 ต่อประชากร 100,000 คน และเพศหญิงเพิ่มขึ้นเป็น 66.9 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.12)

ภาพที่ 5.12 อัตราผู้ป่วยใน (ต่อประชากร 100,000 คน) ของโรคตับแข็ง แยกเพศ ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: รวบรวม / วิเคราะห์: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: พ.ศ. 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม

พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว

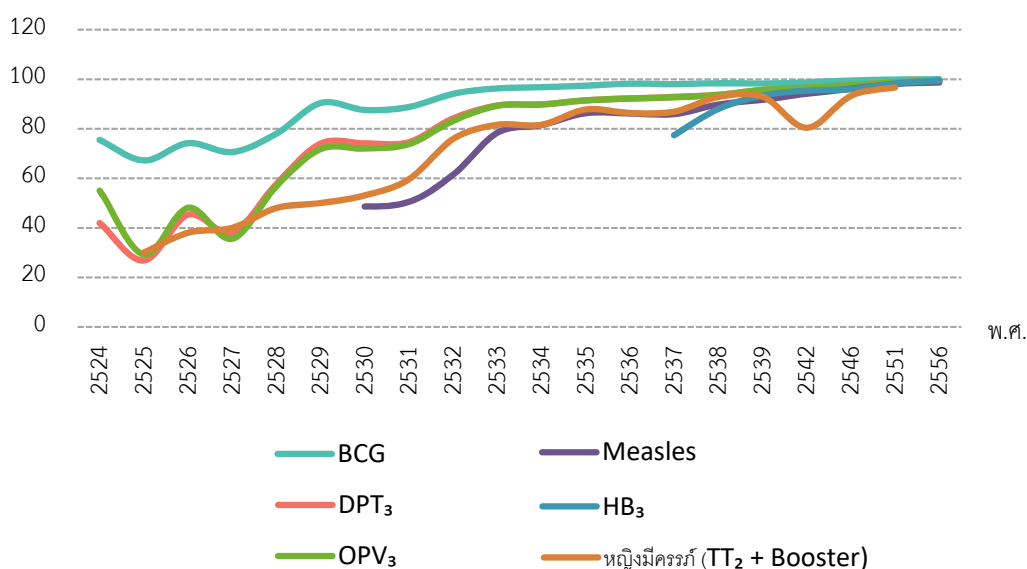
2.2 โรคติดต่อทั่วไป

2.2.1 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

ประเทศไทยมีการให้วัคซีนในกลุ่มเป้าหมายตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและรักษาโรคระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง โดยการเพิ่มวัคซีนใหม่เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการป้องกันโรคที่สำคัญและปรับชนิดของวัคซีนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการได้รับวัคซีน มีการรณรงค์การให้วัคซีนในประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ และมีความ

ครอบคลุมเกินกว่าร้อยละ 90 ทุกกลุ่มเป้าหมาย จากข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน มีแนวโน้มลดลงทุกโรค (ดังตารางที่ 5.24 และภาพที่ 5.13) ยกเว้นโรคตับอักเสบจากไวรัสบีที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่อัตราป่วยตายลดลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเข้าถึงบริการและการรายงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งพบในวัยกลางคนมาก ซึ่งเป็นคนรุ่นก่อนหน้าการให้วัคซีนอย่างครอบคลุม (ภาพที่ 5.15)

ภาพที่ 5.13 ความครอบคลุมการให้ภูมิคุ้มกันโรคจากวัคซีน BCG, DPT₃, OPV₃, HB₃, Measles และ TT₂+Booster ในหญิงมีครรภ์ พ.ศ. 2524 – 2556



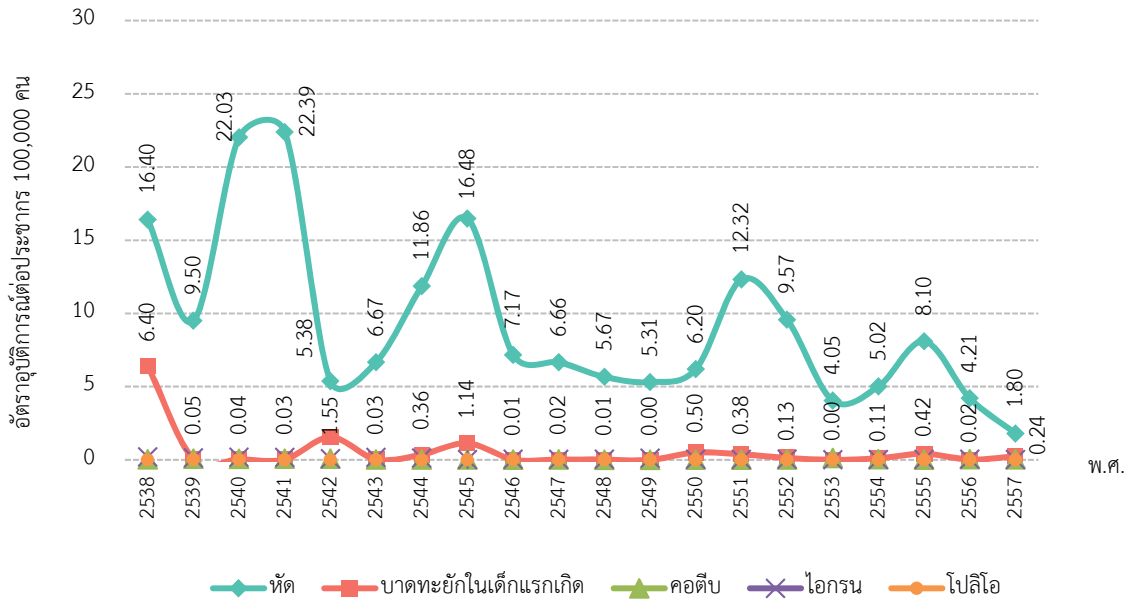
ที่มา: (1) การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 5.24 ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญในประชากรกลุ่มเป้าหมาย พ.ศ. 2524 - 2556

กิจกรรม	ปีงบประมาณ (ร้อยละ)																				
	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2542	2546	2551	2556	
เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี																					
BCG	75.5	67.2	74.2	70.6	78.0	90.4	87.6	88.8	94.1	96.3	96.8	97.4	98.2	98.0	98.4	98.3	98.7	99.5	99.9	99.9	100.0
DPT ₃	41.9	26.8	45.3	38.0	57.7	74.0	74.1	74.6	84.2	89.4	89.8	91.5	92.2	92.9	93.7	95.7	96.5	97.6	98.7	98.7	99.4
OPV ₃	55.0	29.2	48.1	35.6	56.8	71.8	72.0	73.8	83.2	89.3	89.8	91.5	92.2	92.7	93.7	95.7	96.6	97.6	98.7	98.7	99.4
Measles							48.6	50.4	61.4	78.4	81.5	86.3	86.2	85.9	89.8	91.7	94.2	96.1	98.1	98.1	98.7
HB ₃														77.4	88.0	93.4	95.4	96.0	98.3	98.3	99.4
หญิงมีครรภ์																					
TT ₂ + Booster	30.0	38.0	40.0	48.0	48.0	50.0	53.1	59.6	75.9	81.6	81.6	87.8	86.4	86.9	92.8	93.0	80.4	93.3	96.7	96.7	96.7

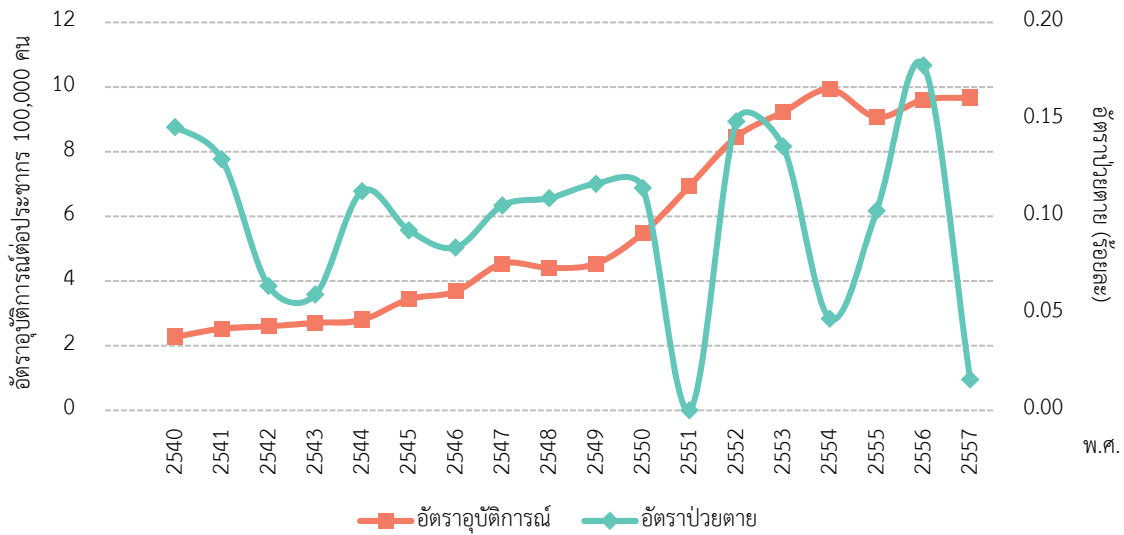
ที่มา: 1. การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขึ้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.14 อัตราอุบัติการณ์ของโรคหัด โรคบาดทะยักในเด็กแรกเกิด โรคคอตีบ โรคไอกรนและโรคโปลิโอ พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.15 อุบัติการณ์และอัตราป่วยตายของโรคตับอักเสบจากไวรัส ปี พ.ศ. 2540 - 2557



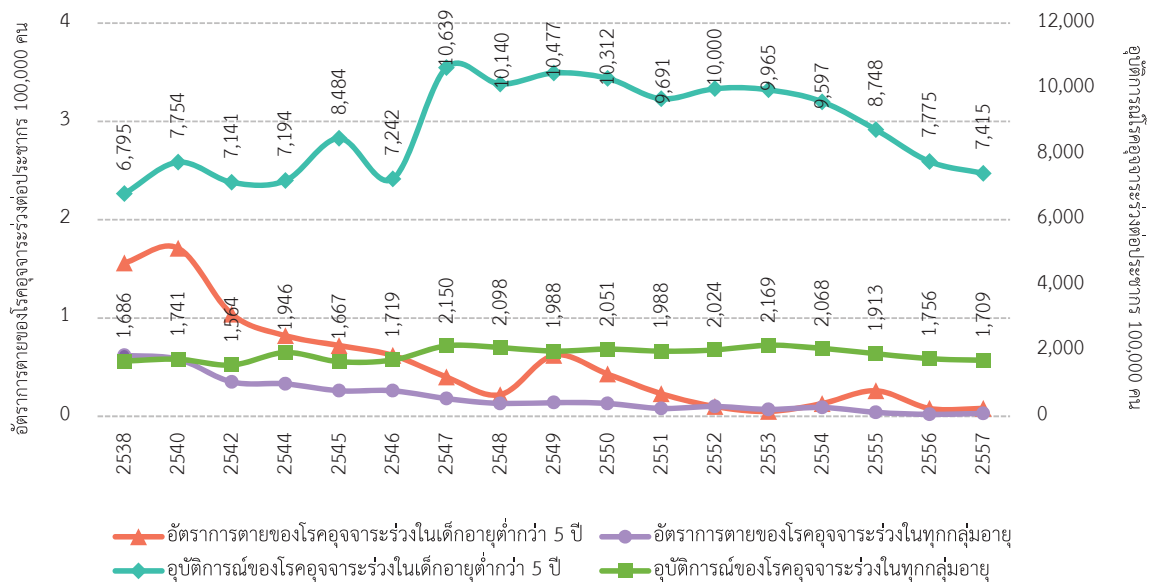
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.2 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเป็นโรคในกลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราอุบัติการณ์และอัตราตายจาก

โรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและทุกกลุ่มอายุในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 - 2557) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอัตราตายจากโรคนี้นี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลดลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา (ภาพที่ 5.16)

ภาพที่ 5.16 อุตการณ์ของโรคอุจจาระร่วงและอัตราการตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538 - 2557



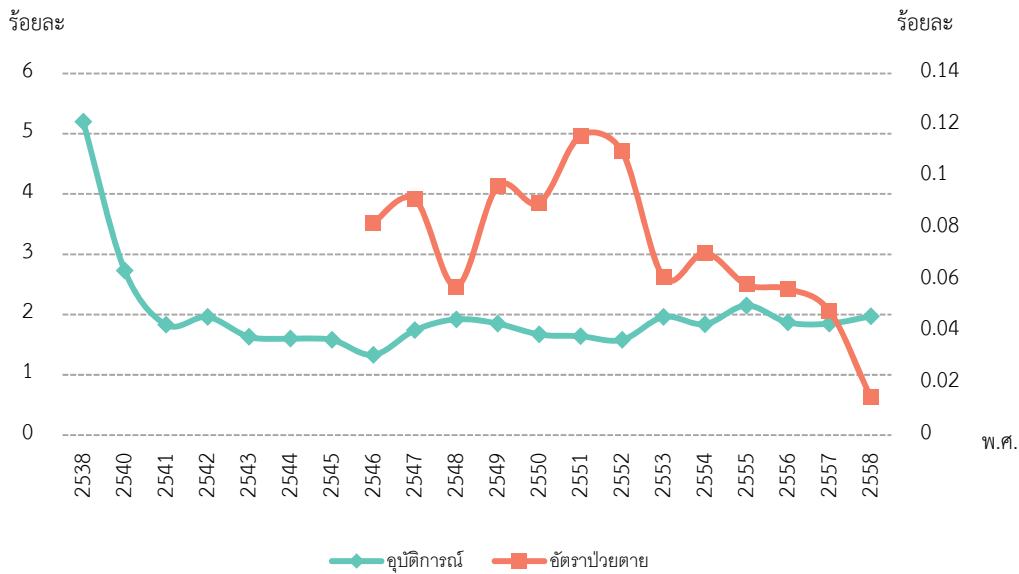
ที่มา: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.3 โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก (Acute respiratory infection: ARI)

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้จัดให้เป็นโรคที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคปอดบวม ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ในระดับโลกของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

พบว่า อัตราอุบัติการณ์จากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 5.2 ในปี 2538 เป็น 1.97 ในปี 2558 และอัตราป่วยตายลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี 2555 จากร้อยละ 0.06 เหลือเพียงร้อยละ 0.01 ในปี 2558 (ภาพที่ 5.17)

ภาพที่ 5.17 อุบัติการณ์และอัตราป่วยตายของโรคปอดบวม ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พ.ศ. 2538 – 2558



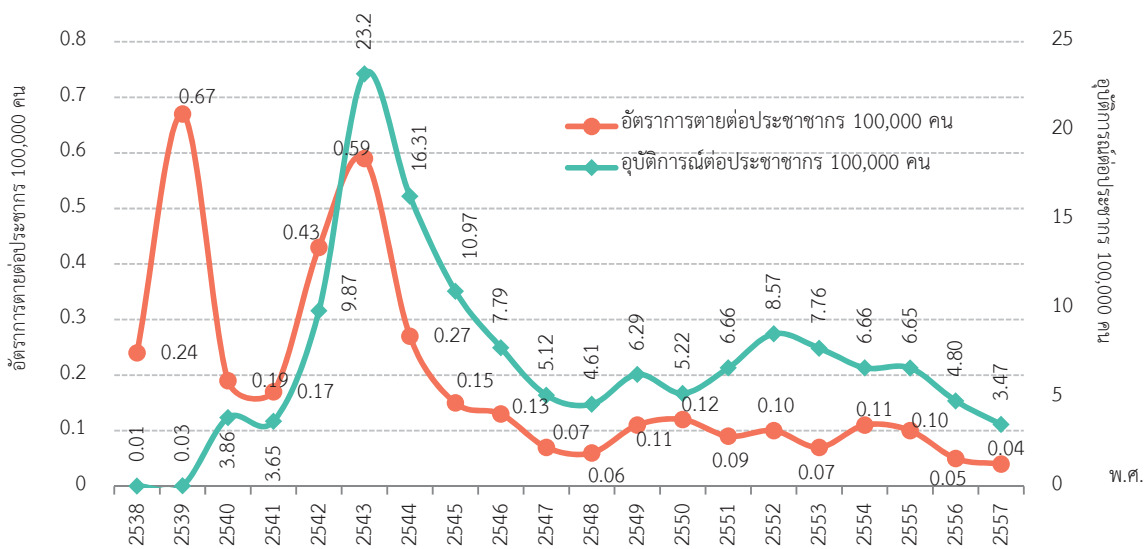
ที่มา: (1) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.4 โรคเลปโตสไปโรซิส

โรคเลปโตสไปโรซิสหรือโรคฉี่หนู เป็นโรคของสัตว์ที่ติดต่อมาสู่คน การเกิดโรคมักมีความสัมพันธ์กับฤดูกาล โดยพบผู้ป่วยส่วนใหญ่ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม และมีอัตราป่วยสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

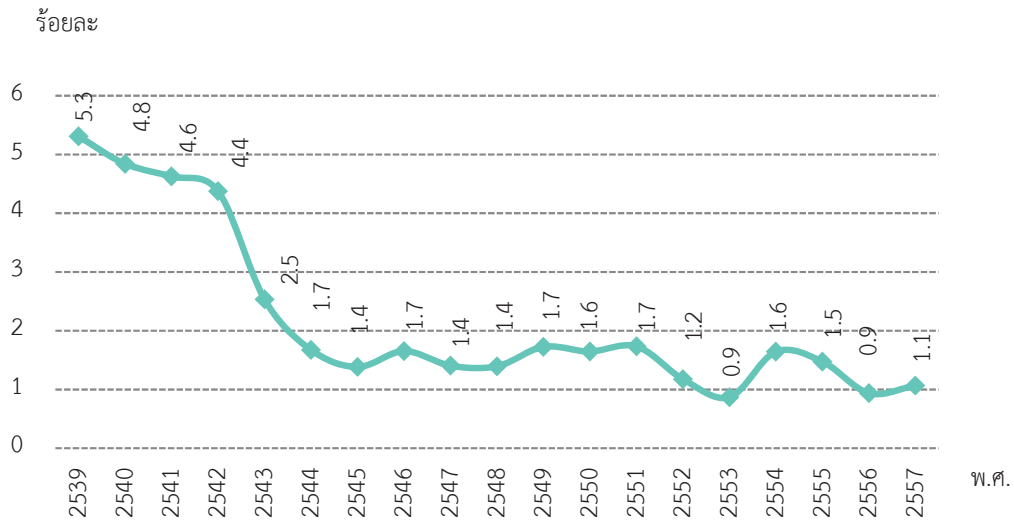
สำหรับสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 มีแนวโน้มลดลง โดยพบอัตราอุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 16.31 และลดลงเป็น 3.47 ในปี 2557 สำหรับอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ลดลงจาก 0.27 ในปีพ.ศ. 2544 เป็น 0.04 ในปีพ.ศ. 2557 เช่นกัน (ภาพที่ 5.18)

ภาพที่ 5.18 อุบัติการณ์และอัตราตายของโรคเลปโตสไปโรซิสต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.19 อัตราป่วยตายของโรคเลปโตสไปโรซิส พ.ศ. 2539 – 2557



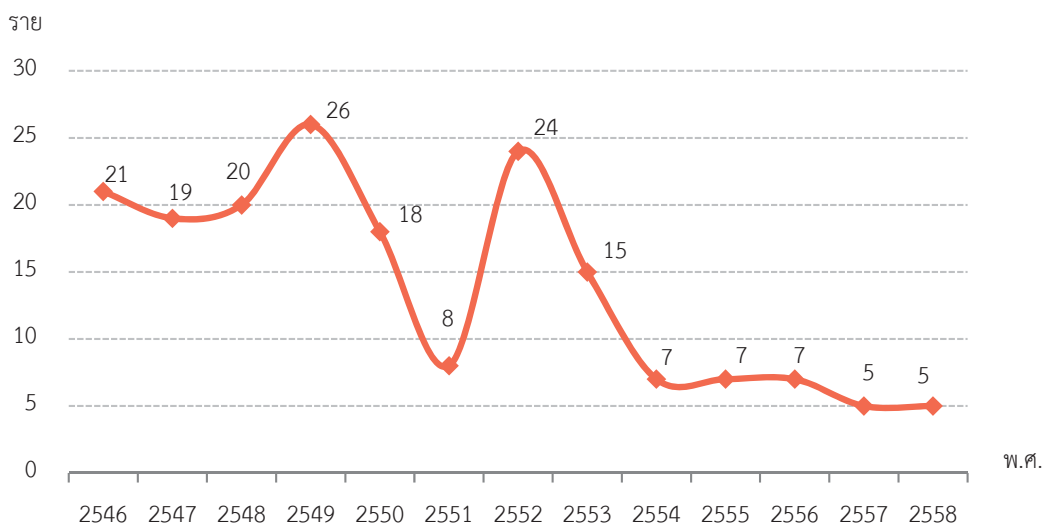
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.2.5 โรคพิษสุนัขบ้า

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปีพ.ศ. 2563 ตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกและองค์การควบคุมโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศได้กำหนดไว้ และจากผลงานดำเนินการควบคุมป้องกัน

โรคพิษสุนัขบ้า โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าลดลงจาก 24 รายในปีพ.ศ. 2552 เหลือเพียง 5 รายในปี พ.ศ. 2558 (ภาพที่ 5.20)

ภาพที่ 5.20 จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า พ.ศ. 2546 - 2558



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.3 โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.3.1 โรคเอดส์

1) สถานการณ์การติดเชื้อ HIV

ประเทศไทยมีนโยบายควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์โดยจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันเป็น ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2557 – 2559) ทำให้ความชุกของการติดเชื้อ เอช ไอวี ในประชากรกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลง จากรายงานเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มเป้าหมายของสำนักกระบวนวิทยากระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2538 – 2557) พบสถานการณ์การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ดังนี้ (ภาพที่ 5.21 - 5.25)

กลุ่มหญิงชายบริการทางเพศโดยตรง (Direct CSWs) ความชุกเริ่มลดลงจากร้อยละ 33.15 ในปีพ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 2.58 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มหญิงชายบริการทางเพศแฝง (Indirect CSWs) ความชุกของการติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2538 และภายหลังปีพ.ศ. 2547 เริ่มลดลงอย่างช้าๆ จนถึงร้อยละ 1.79 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค (STDs) ความชุกค่อนข้างคงที่ระหว่างร้อยละ 7 – 9 ในช่วงปี พ.ศ. 2538 - 2542 หลังจากนั้นเริ่มลดลงจนถึงร้อยละ 4.7 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (IVDU) กลุ่มนี้มีความชุกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ประมาณร้อยละ 28-50 ตลอดช่วง พ.ศ. 2538 – 2553 หลังจากนั้นเริ่มลดลงเป็น 25.0 ในปีพ.ศ. 2557

กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ (ANC) มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2539 มีความชุกร้อยละ 1.81 และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 – 2557) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปีพ.ศ. 2555 หลังจากนั้นแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยในปี พ.ศ. 2557 ความชุกของการติดเชื้อ เท่ากับร้อยละ 0.64 (ภาพที่ 5.22)

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต (Donors) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2538 ที่มีความชุกร้อยละ 0.63 จนถึงร้อยละ 0.14 ใน พ.ศ. 2557

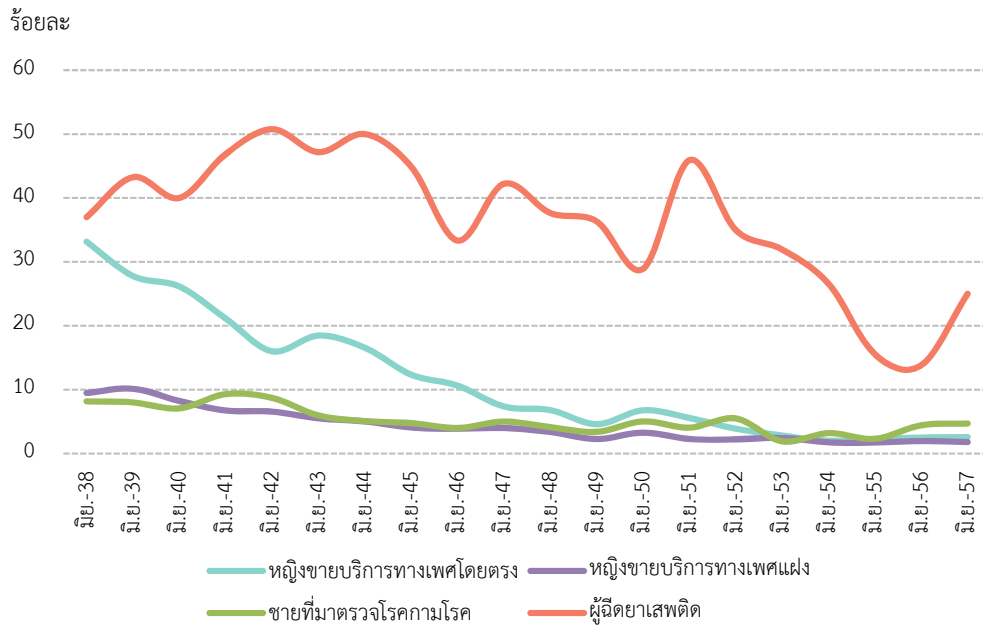
กลุ่มทหารเกณฑ์ ความชุกของการติดเชื้อ มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2538 – 2546 หลังจากนั้นก็มีลักษณะค่อนข้างคงที่ (พ.ศ. 2547 – 2556) มีค่าระหว่างร้อยละ 0.5 – 0.7 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2557

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จากข้อมูลเฝ้าระวังตั้งแต่ปี 2550 - 2557 พบว่าความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มนี้มีค่าระหว่างร้อยละ 5.0 - 25.5

การติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการยุติการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยอัตราความชุกลดลงจากร้อยละ 3.75 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 1.91 ในปี 2558 ซึ่งอัตราดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกขององค์การอนามัยโลก คืออัตราที่ต่ำกว่าร้อยละ 2

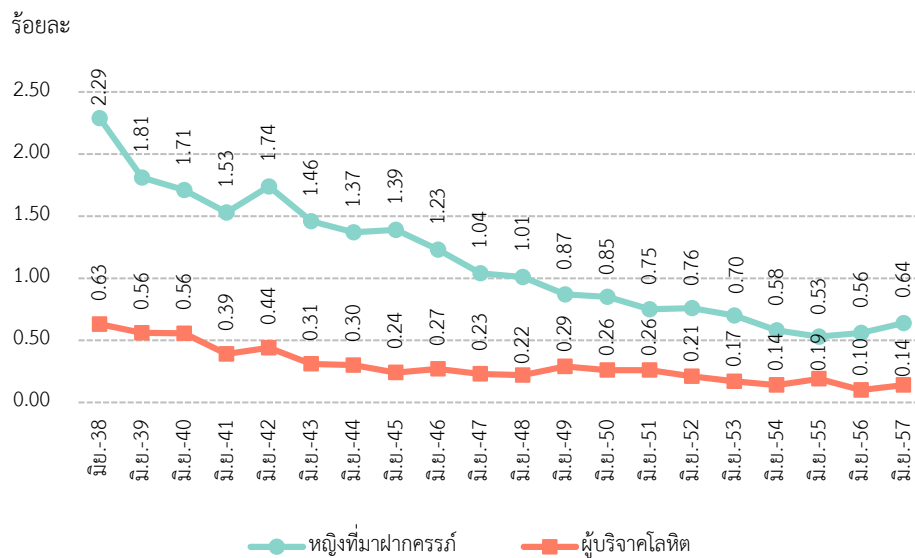
จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ มีแนวโน้มลดลง สะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์และกลุ่มทหารเกณฑ์ สำหรับการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ประเทศไทยได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากองค์การอนามัยโลกในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในพ.ศ. 2559 ทั้งนี้ เป็นผลจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดำเนินการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย

ภาพที่ 5.21 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในหญิงขายบริการทางเพศโดยตรง หญิงขายบริการทางเพศแฝง ชายที่มารับตรวจโรคเอดส์และผู้ฉีดยาเสพติด พ.ศ. 2538 - 2557



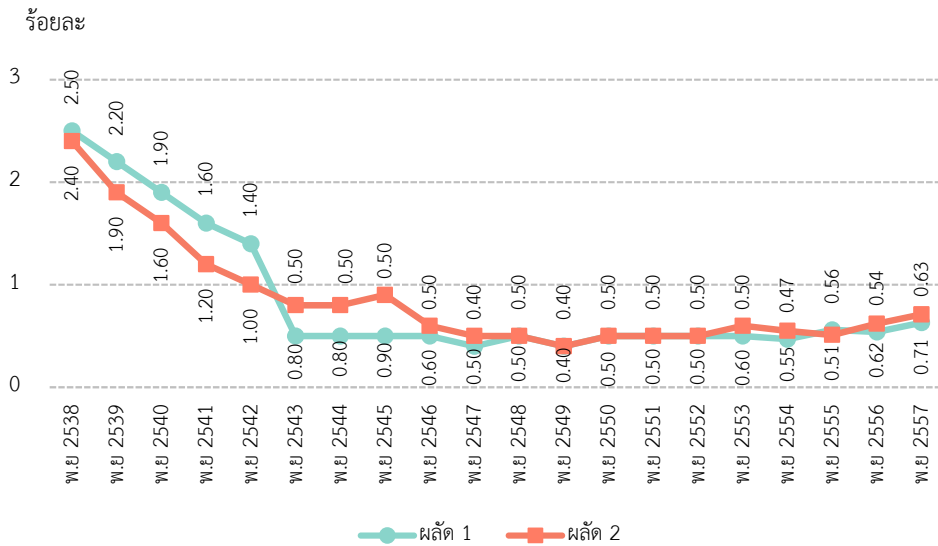
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.22 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์และผู้บริจาคโลหิต พ.ศ. 2538 - 2557



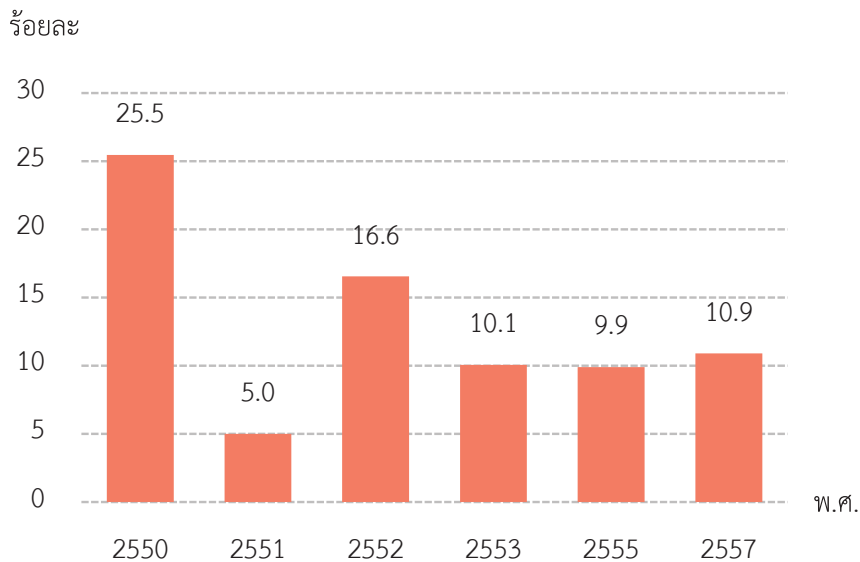
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.23 อัตราความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อเอชไอวีในชายไทยที่เข้าเป็นทหารกองประจำการ พ.ศ. 2538 - 2557



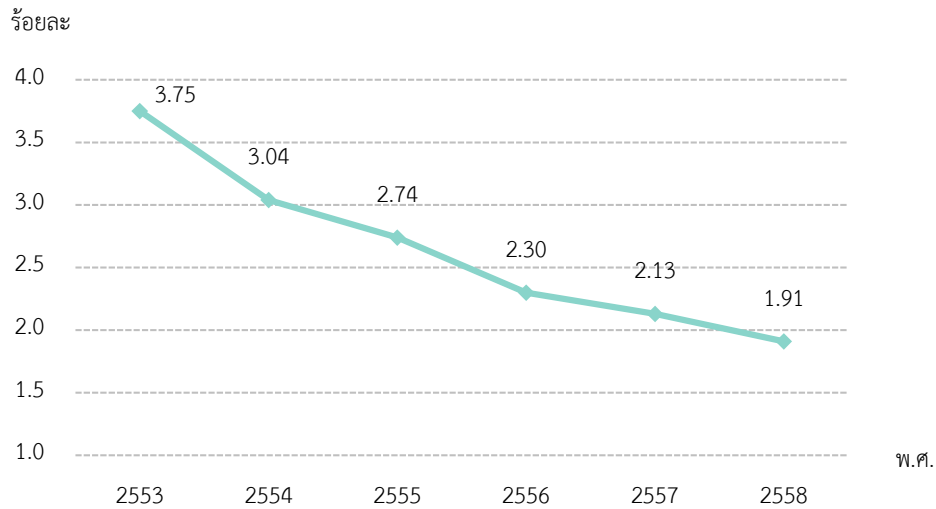
ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมการแพทย์ทหารบก สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า

ภาพที่ 5.24 ความชุก (ร้อยละ) ของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พ.ศ. 2550 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
 หมายเหตุ: ปี 2550 ดำเนินการ 3 จังหวัด
 ปี 2551 ดำเนินการ 2 จังหวัด
 ปี 2552 ดำเนินการ 3 จังหวัด
 ปี 2553 และ 2555 ดำเนินการ 12 จังหวัด
 ปี 2557 ดำเนินการ 5 จังหวัด

ภาพที่ 5.25 ร้อยละของการติดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก พ.ศ. 2553 - 2558



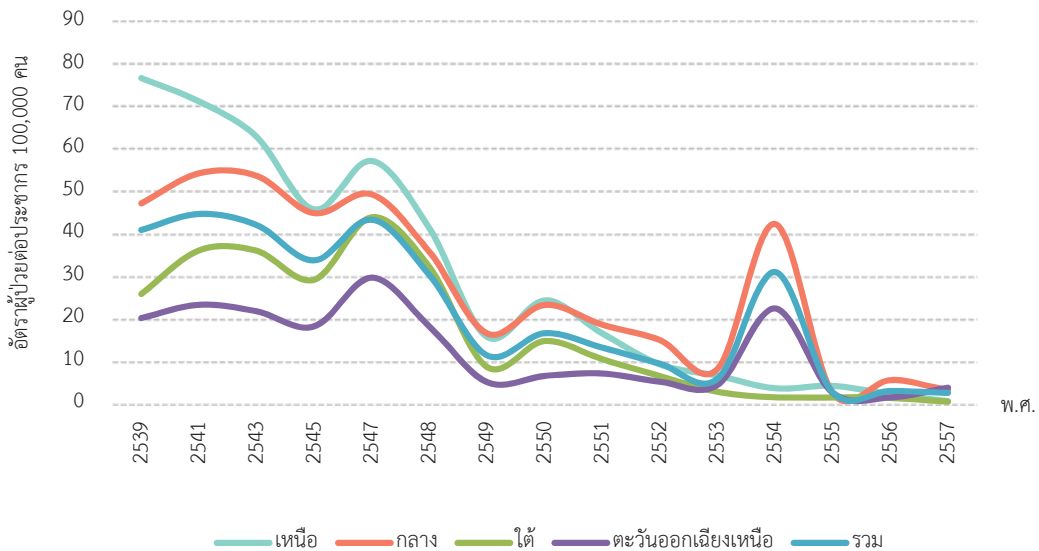
ที่มา: กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

2) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเอดส์

จากรายงานเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคเอดส์ของสำนักโรคบาตวิทยา ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 - 2557 ในภาพรวม มีแนวโน้มลดลง และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาค

พบว่า ภาคเหนือและภาคกลาง ยังคงมีอัตราป่วยจากโรคเอดส์สูงกว่าภาคอื่นๆ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราต่ำสุด

ภาพที่ 5.26 แนวโน้มอัตราการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามภาค พ.ศ. 2539 - 2557



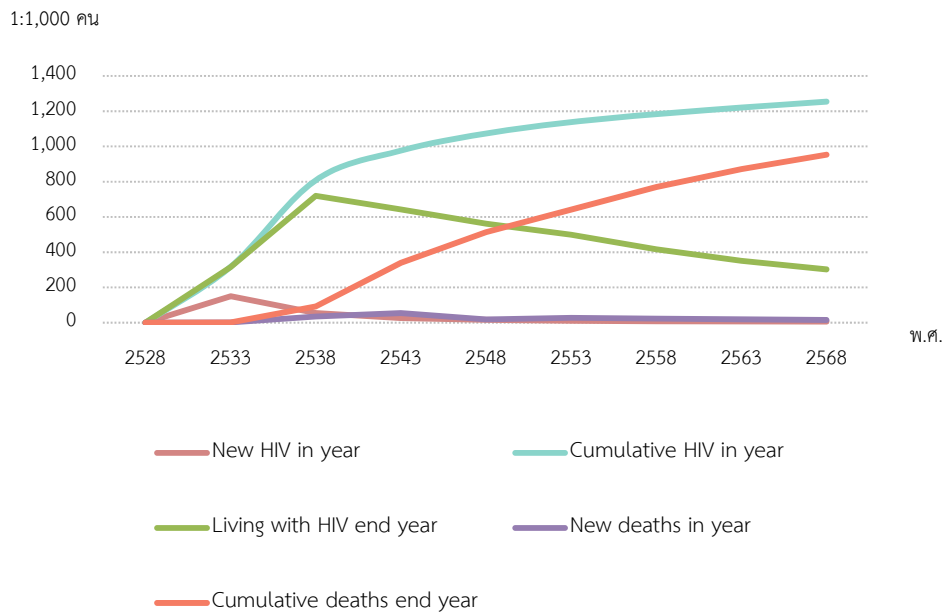
ที่มา: สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค

3) การคาดการณ์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

สำหรับการคาดการณ์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group และทีม A² (The Asian Epidemic Model (AEM) Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005 - 2025) ได้คาดการณ์ผู้ติดเชื้อ

รายใหม่ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2559 - 2568) มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ผู้ติดเชื้อสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนการคาดการณ์ผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ พบว่า มีจำนวนลดลงเรื่อยๆ (ภาพที่ 5.27)

ภาพที่ 5.27 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จากการคาดการณ์ถึง พ.ศ.2568



ที่มา: The Asian Epidemic model (AEM) HIV/AIDS Projection in Thailand 2005-2025
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2.3.2 วัณโรค

สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยยังเป็นปัญหาและติดอันดับที่ 18 ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรค (Global Tuberculosis Report 2015: WHO) ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาการรักษาเชื้อที่ดื้อยา การเข้าถึงการรักษา และการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2553 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคได้

ปรับเปลี่ยนวิธีการจำแนกโรคตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยครั้งใหม่และผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน ซึ่งพบว่า ในภาพรวมผู้ป่วยวัณโรคที่ค้นพบและรายงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และครั้งใหม่ที่มีผลตรวจยืนยันว่าพบเชื้อวัณโรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 5.25)

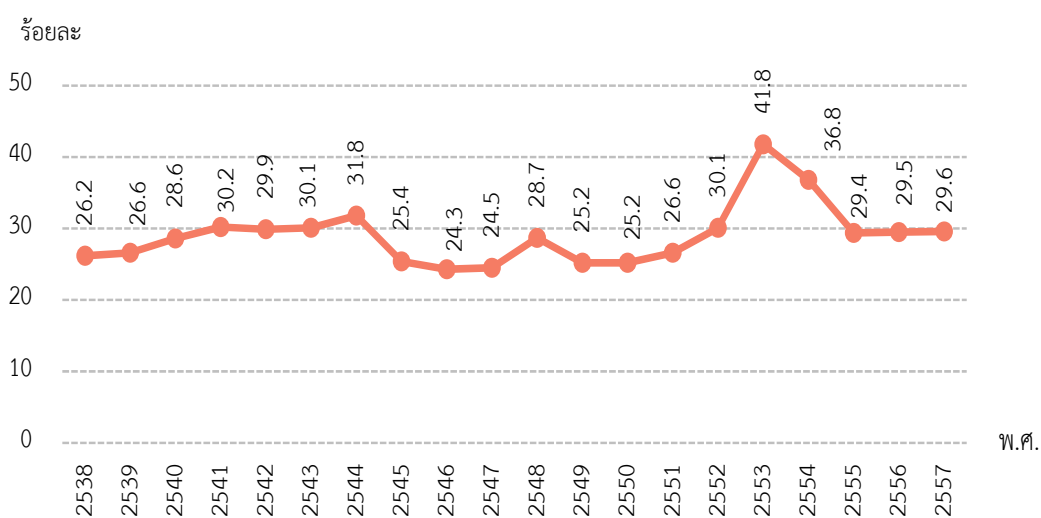
ตารางที่ 5.25 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ค้นพบและรายงาน (TB Notifications) จำแนกตามประวัติการรักษาตามแนวทางการคัดกรองอนามัยโลก

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยครั้งใหม่ (Incidence cases)		จำนวนผู้ป่วยที่เคยรักษา มาก่อน (Previously treated cases)	รวมทั้งหมด (Total cases notified)
	จำนวนผู้ป่วยครั้งใหม่ที่มี ผลตรวจยืนยันว่าพบเชื้อ วัณโรค (Bacteriologically confirmed by AFB, Culture, or Molecular method)	จำนวนผู้ป่วยครั้ง ใหม่ที่แพทย์วินิจฉัย ตามลักษณะทาง คลินิก (Clinically diagnosed)		
2553	35,335	31,062	1,842	68,239
2554	35,084	30,740	1,852	67,676
2555	32,885	26,389	1,934	61,208
2556	34,689	28,852	2,874	66,415
2557	36,363	31,359	3,896	71,618

ที่มา: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นจากอาการแทรกซ้อนของโรคเอดส์ สำหรับประเทศไทย พบว่าในช่วง พ.ศ. 2538 - 2552 พบการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ค่อนข้างคงที่ และเพิ่มสูงขึ้นในปีพ.ศ. 2553 ถึงร้อยละ 41.8 หลังจากนั้นเริ่มลดลงเท่ากับ 29.6 ในปี พ.ศ. 2557 (ภาพที่ 5.28)

ภาพที่ 5.28 ร้อยละของการติดเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



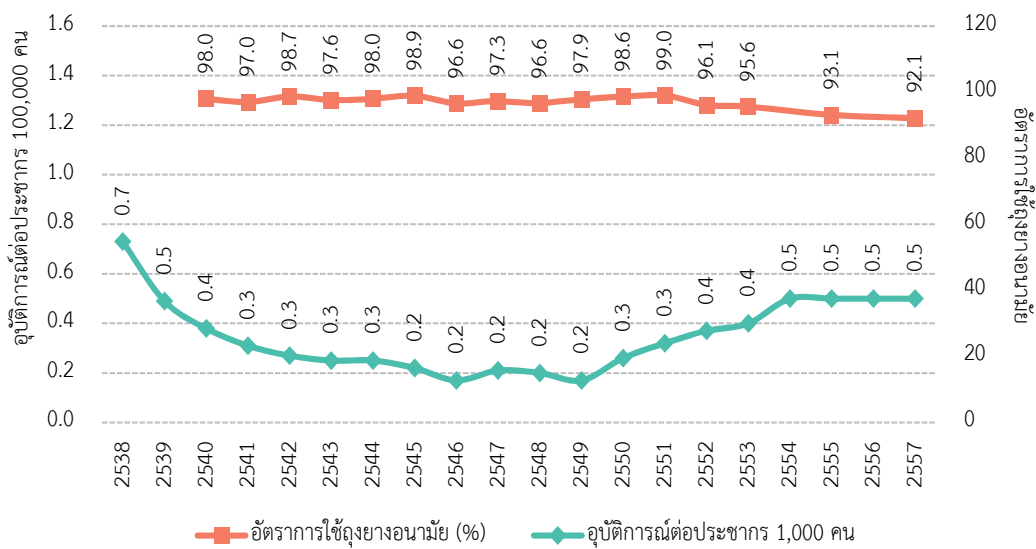
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.3.3 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประเทศไทยได้จัดทำยุทธศาสตร์ ฤงยางอนามัยแห่งชาติ (พ.ศ. 2558 – 2562) (National Condom Strategy) เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลของสำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2553 – 2557) พบว่า อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศ

สัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน ซิฟิลิส หนองในเทียม แผล ริมอ่อน และกามโรคของต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง ทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 0.4 ต่อ ประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ. 2553 เป็น 0.5 ในปีพ.ศ. 2557 ในขณะที่อัตราการใช้ฤงยางอนามัยมีแนวโน้มลดลง เล็กน้อย (ภาพที่ 5.29)

ภาพที่ 5.29 อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอัตราการใช้ฤงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยาและกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

หมายเหตุ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน กามโรคต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง แผลกามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบและหนองในเทียมทุกชนิดรวมกัน

2.4 โรคติดต่อมาโดยแมลง

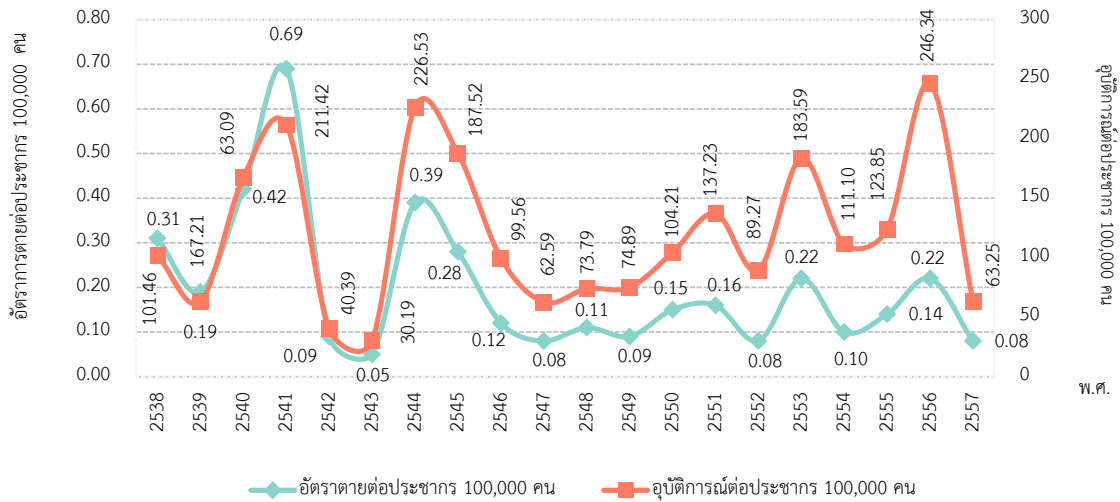
2.4.1 โรคไข้เลือดออก

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายแก้ไข ปัญหาโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2558 ได้บูรณาการงานและสนับสนุนพัฒนาระบบกลไก เครือข่ายร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวง วัฒนธรรม กระทรวงท่องเที่ยวและการกีฬา กระทรวง อุตสาหกรรม กระทรวงวัฒนธรรม และกรุงเทพมหานคร เพื่อลดปัญหาโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย เนื่องจาก มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค

จากรายงานสถานการณ์โรคของสำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าแนวโน้มการระบาด ระยะเวลาหลังมีแบบแผนไม่แน่นอน จากปกติที่มีรูปแบบระบาด ปีเว้น 2 ปี พบมากในช่วงฤดูฝน ระหว่างเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม หลังการระบาดใหญ่ในปี 2556 แล้ว ในปี 2557 อัตราอุบัติการณ์ลดลงเหลือ 63.25 และอัตรายาตายเท่ากับ 0.08 ต่อประชากร 100,000 คน (ภาพที่ 5.30)

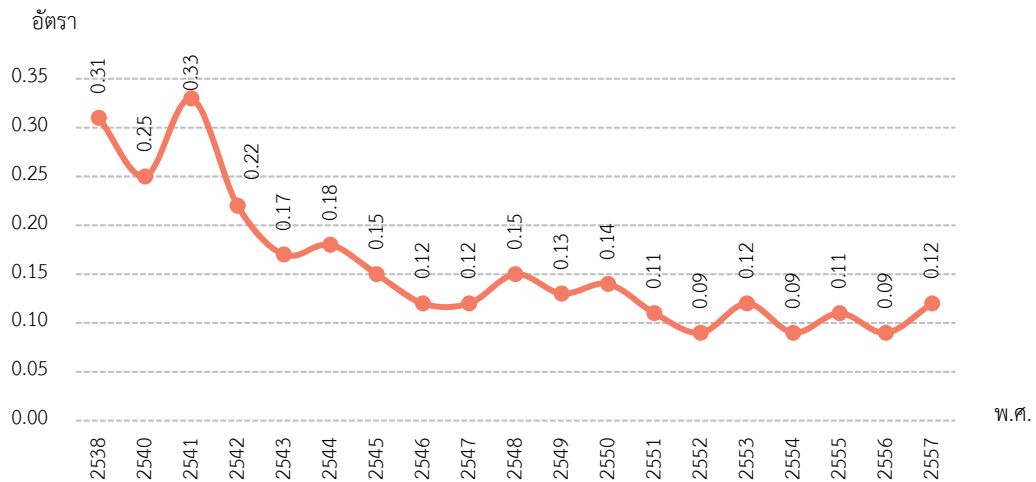
แม้อัตราป่วยจะยังคงสูง แต่อัตรายาตายลดลงอย่างมาก เหลือเพียง 0.12 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2557 แสดงถึงการได้รับการดูแลรักษา ที่ดีขึ้น (ภาพที่ 5.31)

ภาพที่ 5.30 อุบัติการณ์และอัตราการตายของไข้เลือดออกต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 5.31 อัตราป่วยตาย ด้วยโรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2538 – 2557



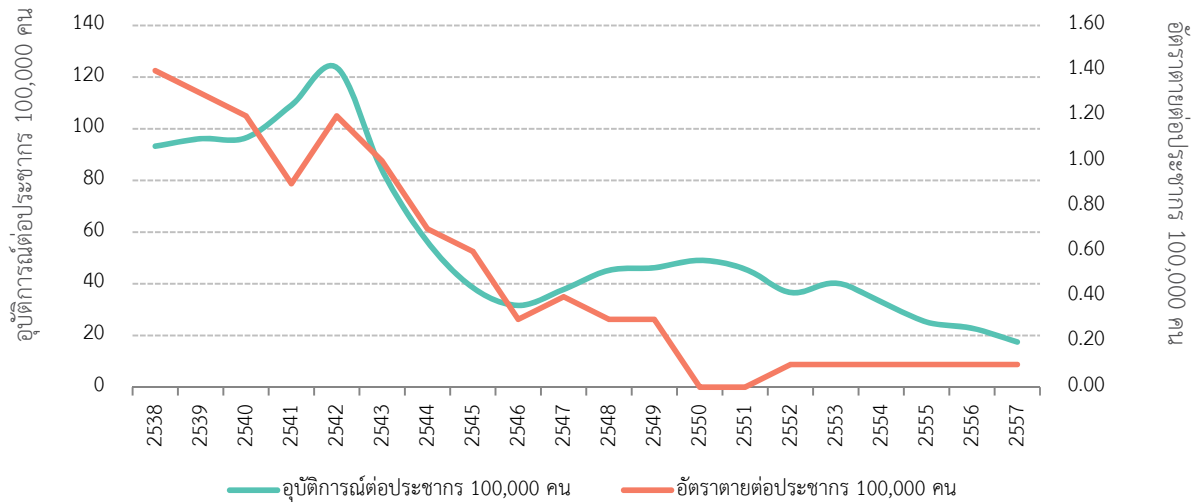
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.4.2 ไข้มาลาเรีย

โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคประจำถิ่นมักพบการระบาดบริเวณชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ไข้มาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย สำหรับพื้นที่ที่พบการแพร่เชื้อมาลาเรียสูงจะอยู่แนวชายแดนกัมพูชาและพม่า เนื่องจากมีป่าทึบและมีการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรอยู่ตลอดเวลา ทำให้ยากต่อการควบคุมและป้องกันโรค

จากรายงานสถานการณ์โรคมาลาเรียของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าอัตราป่วยจากโรคมาลาเรียทุกชนิดมีแนวโน้มลดลงในปีงบประมาณ 2557 เท่ากับ 17.48 ต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่อัตราตายจากโรคมาลาเรียมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 5.32)

ภาพที่ 5.32 อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมาลาเรีย ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับผู้ป่วยต่างชาติที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศไทยที่ได้รับการเจาะโลหิตและตรวจเชื้อมาลาเรียในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พบว่า มีอัตราการลดลงจากร้อยละ 14.79 ในปีงบประมาณ 2540 ถึงร้อยละ 1.81 ในปีงบประมาณ 2557 (ตารางที่ 5.26)

ตารางที่ 5.26 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยชาวต่างชาติที่พบเชื้อมาลาเรียระหว่าง พ.ศ. 2540 - 2557

ปี งบประมาณ	จำนวน ตรวจ	จำนวนพบเชื้อมาลาเรียแยกประเทศ						อัตราการพบเชื้อ (ร้อยละ)
		พม่า	ลาว	กัมพูชา	มาเลเซีย	อื่นๆ	รวม	
2540	450,406	59,699	2,472	3,718	107	626	66,622	14.79
2543	368,513	50,976	1,385	4,926	48	548	57,883	15.71
2546	405,254	28,875	411	2,687	31	381	32,385	7.99
2549	483,628	33,672	98	923	153	1,467	36,313	7.50
2552	439,977	24,755	20	837	66	902	26,580	6.04
2555	413,192	13,155	81	531	100	796	14,663	3.55
2556	512,563	12,639	110	211	127	595	13,682	2.67
2557	469,125	7,654	152	139	303	250	8,498	1.81

ที่มา: สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค

2.4.3 ใช้สมองอักษ

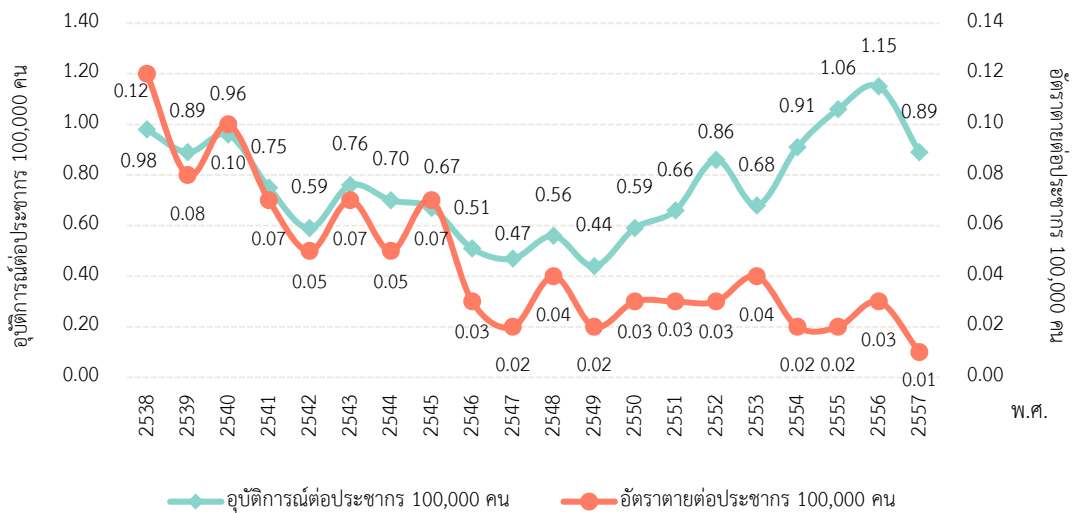
กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้วัคซีนใช้สมองอักษเจ็แก่เด็กกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จากข้อมูลเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า อัตราอุบัติการณ์และอัตรา

ตายจากโรคสมองอักษ มีแนวโน้มลดลง แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2552 - 2557 กลับพบว่า อุบัติการณ์ของโรคกลับเพิ่มขึ้นและเพิ่มขึ้นสูงมากในช่วง พ.ศ. 2555 - 2556 โดยเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วย 0.56 ต่อประชากร 100,000 คน

ใน 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548 – 2557) เป็น 1.06 และ 1.15 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 - 2556 ตามลำดับ โดยในจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับ มีอาณาเขตติดต่อประเทศเพื่อน บ้านทั้ง ไทย - ลาว ไทย - กัมพูชา และไทย - เมียนมาร์ โดยเฉพาะจังหวัดท่องเที่ยว และที่มีช่องทางเข้า - ออกระหว่างประเทศ

สำหรับอัตราการตายจากโรคนี้มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายของประเทศไทยมีคุณภาพมากขึ้น และในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้ปรับอายุการเริ่มให้วัคซีนเจี ให้เร็วขึ้นเพื่อให้เด็กในกลุ่มเป้าหมายได้รับการป้องกันโรคเร็วขึ้นกว่าเดิม ซึ่งจะส่งผลให้การป้องกันโรคได้ผลดียิ่งขึ้น (ภาพที่ 5.33)

ภาพที่ 5.33 อุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคไข้มองอักเสบ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

2.5 การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจร

2.5.1 อุบัติเหตุจากการจราจร

การเสียชีวิต การบาดเจ็บและพิการจากการจราจร ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการจราจรทางบก สาเหตุได้แก่ พฤติกรรมของผู้ขับขี่ สภาพการณ์และสภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางบกเปลี่ยนแปลงไม่มากนักในช่วงระหว่างปี 2549-2552 แต่ในระยะต่อมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 21.61 ต่อประชากรแสนคนในปี 2553 เป็น 22.30 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2558 ในขณะที่จำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บมีจำนวนลดลง

นอกเหนือจากการเสียชีวิตการบาดเจ็บและความพิการแล้ว การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกในแต่ละครั้ง ยังสูญเสียทรัพย์สินและสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เมื่อพิจารณาถึงมูลค่าความเสียหายประเมินได้ว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา การเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางบกก่อให้เกิดความสูญเสีย โดยเฉลี่ยประมาณ 2,232 ล้านบาทต่อปี (ตารางที่ 5.27)

ตารางที่ 5.27 จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางบก และค่าประมาณทรัพย์สินเสียหาย พ.ศ. 2549 – 2558

พ.ศ.	จำนวนประชากร (1)	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรทางบก (ราย) (2)	ผู้เสียชีวิต (3)		ผู้บาดเจ็บ (4)		ทรัพย์สินเสียหาย(บาท) (5)
			จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสน	
2549	62,623,416	110,686	10,421	16.64	133,874	213.78	3,643,747,912
2550	62,933,515	101,752	9,989	15.87	142,738	226.81	4,620,398,166
2551	63,933,151	88,689	9,686	15.15	146,955	229.86	5,415,524,563
2552	63,547,439	84,806	9,490	14.93	113,048	177.90	3,815,520,899
2553	63,701,703	77,987	13,766	21.61	113,862	178.74	2,380,658,864
2554	64,181,001	74,040	14,033	21.86	104,725	163.17	521,709,962
2555	64,266,365	74,941	14,059	21.88	110,777	172.37	553,868,303
2556	64,621,302	72,586	14,789	22.89	107,123	165.77	699,942,636
2557	64,955,313	63,639	15,046	23.16	71,068	109.41	404,146,277
2558	65,027,401	71,054	14,504	22.30	72,933	112.16	266,737,921

ที่มา: (1) สำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย

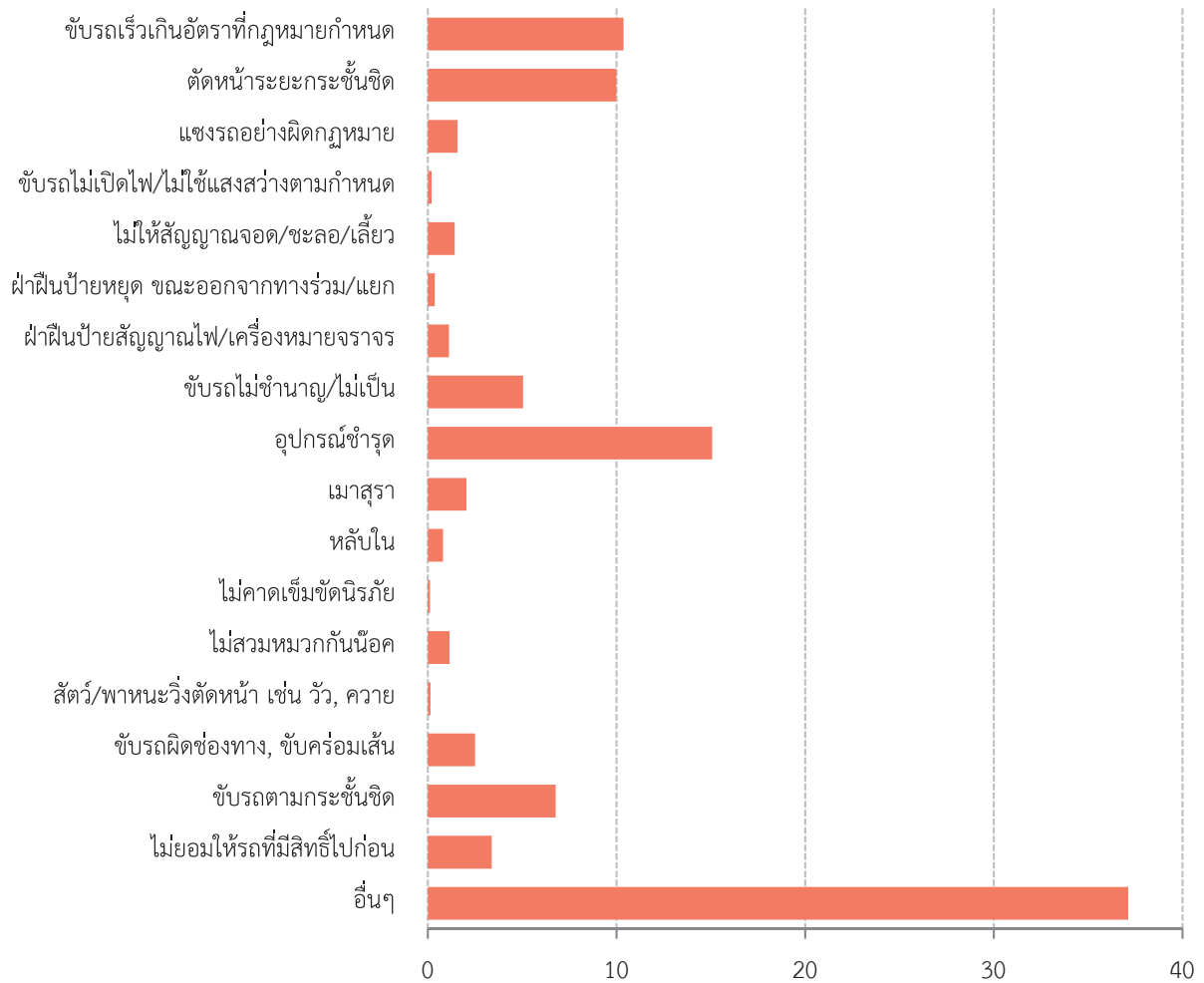
(2), (5) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

(3), (4) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ประเทศไทยได้พัฒนาและบังคับใช้กฎหมายและมาตรการต่างๆ เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานตำรวจแห่งชาติร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใต้กฎหมายจราจร กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กฎหมายขนส่งทางหลวง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินงานเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลต่างๆ การรณรงค์ส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย การตรวจจับความเร็ว

การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์และกล้องโทรทัศน์วงจรปิด (CCTV) อย่างไรก็ตาม การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจรยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประชากรไทย โดยข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุปกรณ์ชำรุด ขับรถเร็วเกินอัตราที่กฎหมายกำหนด ตัดหน้าระยะกระชั้นชิด ขับรถตามกระชั้นชิด และขับรถไม่ชำนาญ/ไม่เป็น

ภาพที่ 5.34 ร้อยละของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามคดีอุบัติเหตุจราจรทางบก พ.ศ. 2557

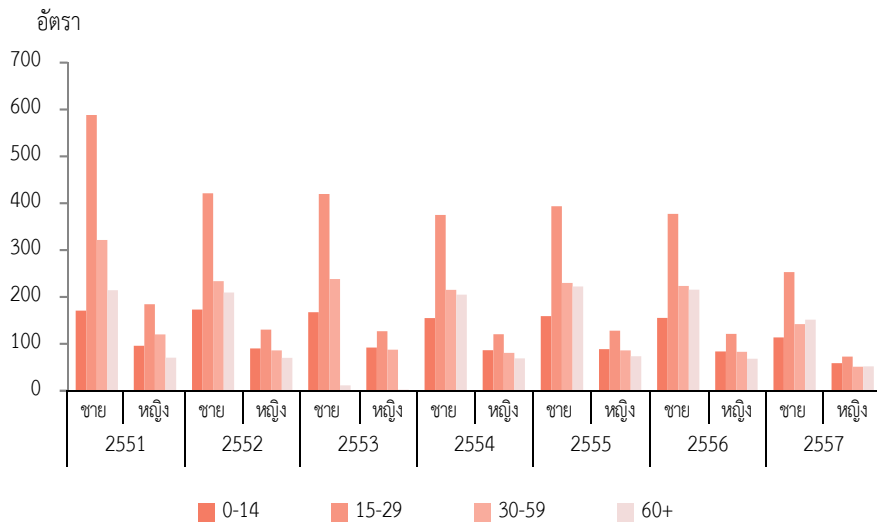


ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราผู้ป่วยในจากสาเหตุการบาดเจ็บมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 5.35) ในขณะที่อัตราการตายจากการจราจรทางบกมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ทั้งนี้เนื่องจากในปีพ.ศ. 2553 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้พัฒนาการให้สาเหตุการตาย โดยการนำข้อมูลมรณบัตร

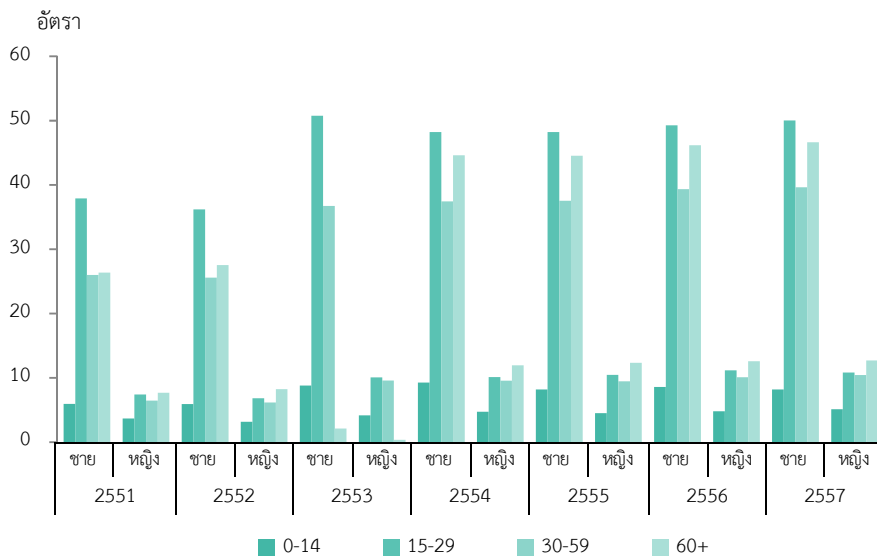
มาสอบทานกับหนังสือรับรองการตายเพื่อปรับสาเหตุการตายให้ถูกต้อง ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพมากขึ้น สำหรับผู้เสียชีวิตจากการจราจรทางบก ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า และอยู่ในกลุ่มอายุช่วง 15-19 ปี (ภาพที่ 5.36)

ภาพที่ 5.35 อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากสาเหตุการบาดเจ็บจําแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ภาพที่ 5.36 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากการจราจรทางบก จําแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2551 - 2557



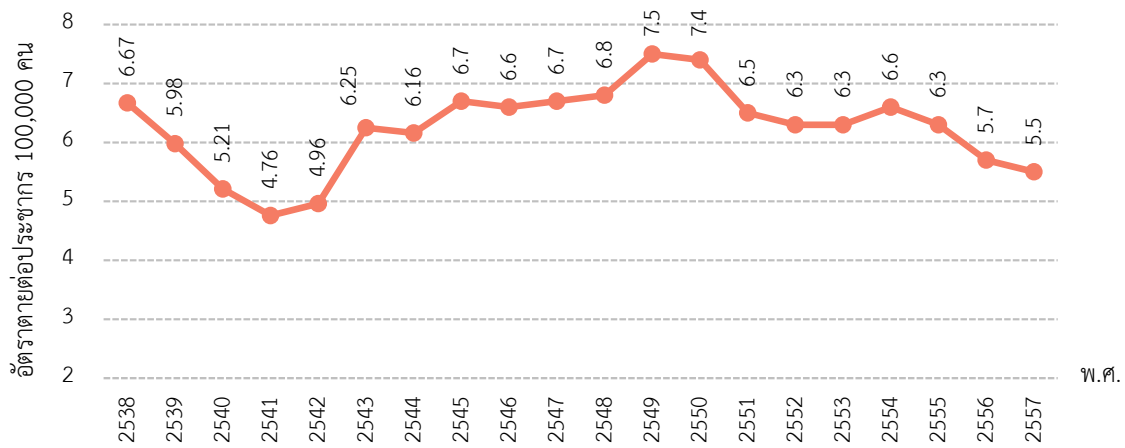
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.5.2 การจมน้ำ

การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของกลุ่มประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี สำหรับสถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำในประเทศไทยพบว่า แนวโน้มการเสียชีวิตจากการจมน้ำในกลุ่มอายุต่างๆ ลดลงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 จากข้อมูลการตายของสำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า ในช่วง 20 ปี

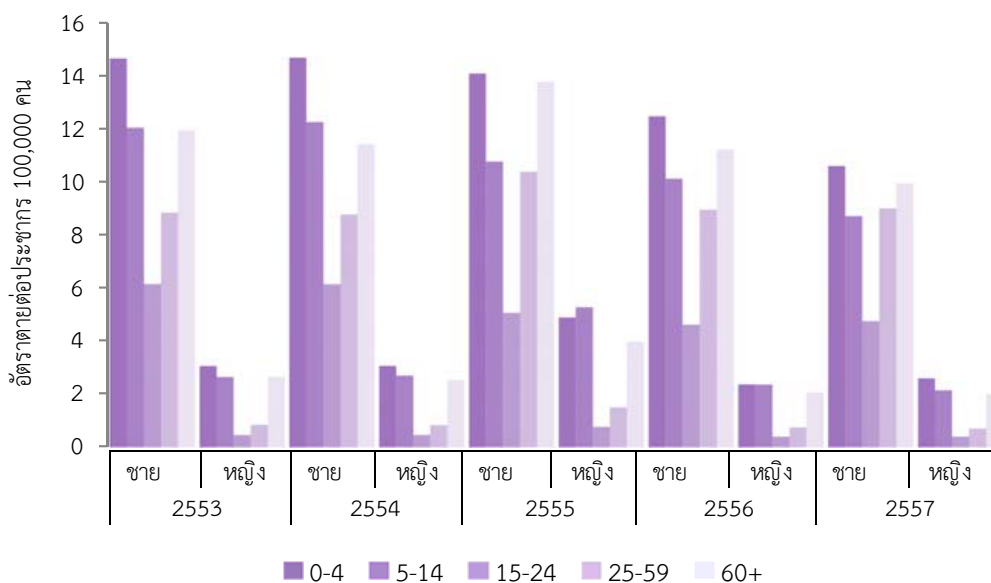
ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2538 – 2557) อัตราตายจากการจมน้ำของคนไทยทุกกลุ่มอายุอยู่ระหว่าง 4.76 – 7.5 ต่อประชากร 100,000 คน และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมีอัตราสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่าตัว (ภาพที่ 5.37 และ 5.38)

ภาพที่ 5.37 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติเหตุการจมน้ำ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.38 อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากอุบัติเหตุทางน้ำของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2553 – 2557



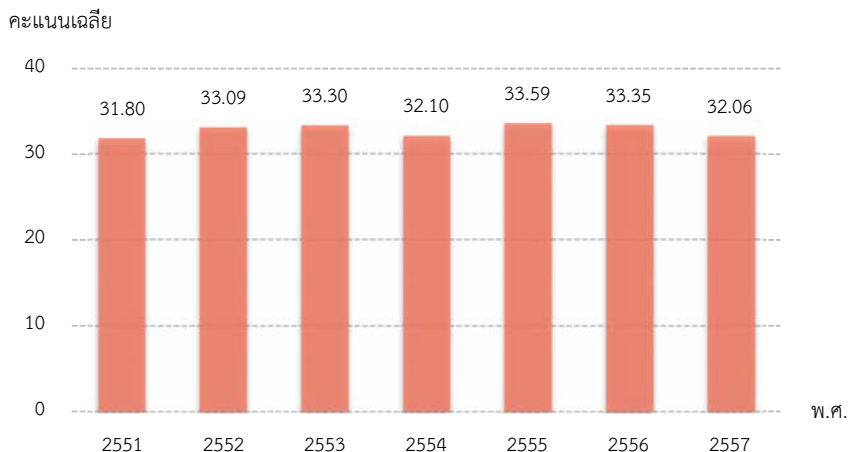
ที่มา: สำนักรนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.6 ปัญหาสุขภาพจิต

จากความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558 โดยใช้ข้อคำถามตามแบบมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต พบว่า สุขภาพจิตคนไทยขึ้น

อยู่กับหลายปัจจัยทั้งการเมือง เศรษฐกิจและสังคม จากข้อมูลการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 - 2557 พบว่า โดยภาพรวมคนไทยมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตค่อนข้างคงที่ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 31.80 – 33.59 โดยในปีล่าสุด พ.ศ. 2557 มีคะแนนเฉลี่ย 32.06 (ภาพที่ 5.39)

ภาพที่ 5.39 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตคนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2551 - 2557



ที่มา: การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558

หมายเหตุ: ระดับคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของกรมสุขภาพจิต

ต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00 – 27.00) เท่ากับคนทั่วไป (27.01 – 34.00) สูงกว่าคนทั่วไป (34.01 – 45.00)

จากสถานการณ์โรคทางจิตเวชของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในสถานพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่นอนในโรงพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ. 2538 - 2555 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น และจากข้อมูลผู้มารับบริการ

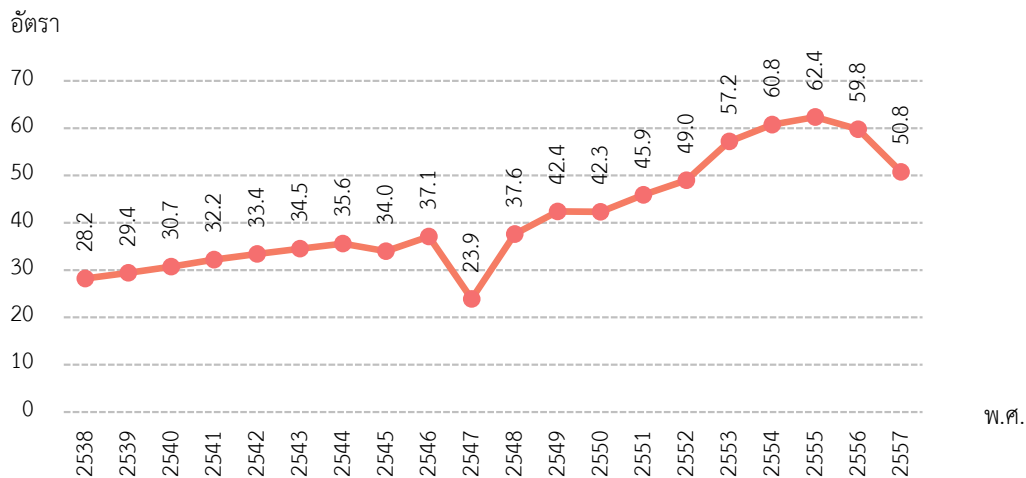
ในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยจำแนกเป็นกลุ่มโรคหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน โรคลมชัก และโรคออทิสติก ส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นโรคจิตโรควิตกกังวล และโรคซึมเศร้า (ตารางที่ 5.28)

ตารางที่ 5.28 อัตราผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2545 - 2557

โรค	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
โรคจิต	828.0	751.4	682.7	572.3	640.6	581.5	612.3	578.1	569.6	644.9	605.0	547.5	469.2
โรควิตกกังวล	862.5	865.6	667.6	596.8	548.8	580.5	532.8	527.3	515.2	501.6	542.7	493.0	434.4
โรคซึมเศร้า	134.8	163.8	140.6	149.9	186.0	196.5	229.9	260.8	242.1	290.8	345.7	345.1	189.8
โรคปัญญาอ่อน	62.3	56.6	55.5	51.7	60.8	58.5	52.7	48.4	56.6	52.4	62.5	70.4	34.6
โรคลมชัก	200.3	193.5	180.5	195.2	172.1	195.1	184.7	193.1	209.0	217.8	246.7	229.5	232.8
โรคออทิสติก									9.5	10.8	39.7	43.0	47.0

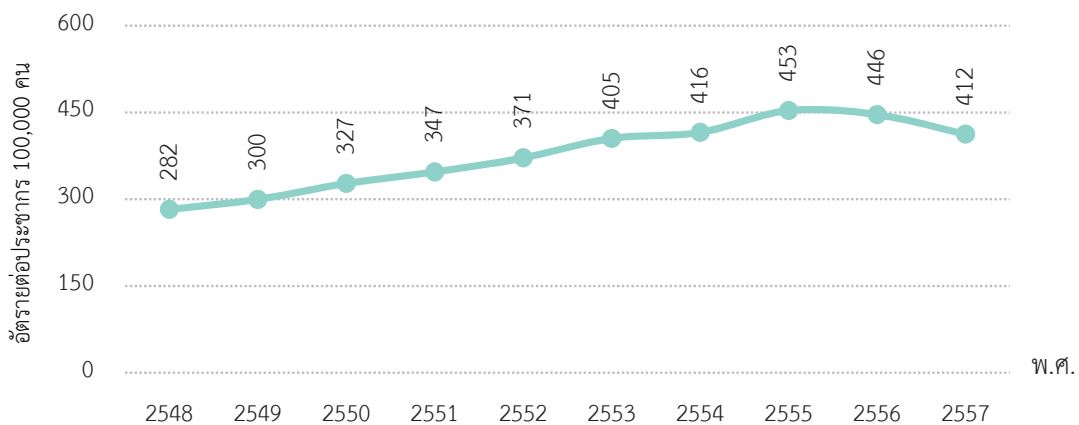
ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.40 อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากร 1,000 คน จากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2538 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 พ.ศ. 2538 - 2555 รายงานผู้ป่วยนอก (รง. 504)
 พ.ศ. 2556 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกตามรูปแบบ 21 เพิ่ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ภาพที่ 5.41 อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม พ.ศ. 2548 - 2557

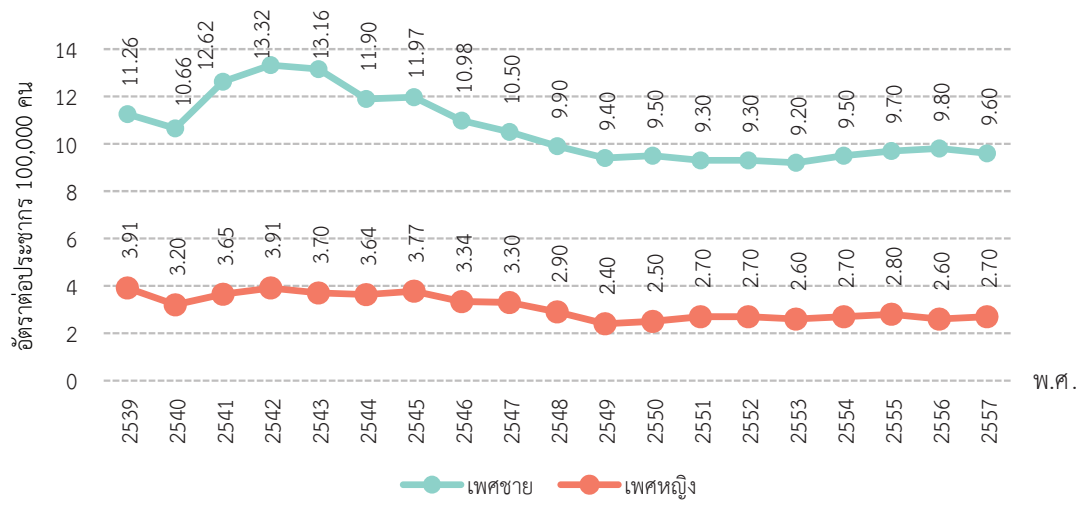


ที่มา: พ.ศ. 2548 - 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการ
 โรงพยาบาลข้าราชการและครอบครัวและประกันสังคม
 พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการ
 โรงพยาบาลข้าราชการและครอบครัว

สำหรับปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จากข้อมูลสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่าในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา แนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น และเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 3 เท่า หลังจากนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2557

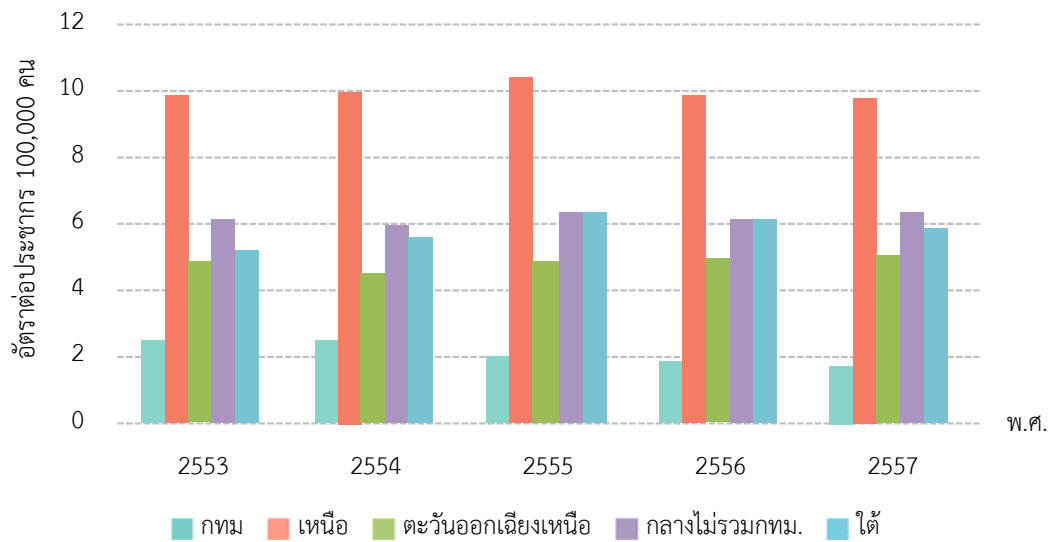
พบว่า อัตราตายค่อนข้างคงที่ โดยมีอัตราระหว่าง 9.90 - 9.60 ต่อประชากร 100,000 คน ในเพศชาย และอัตรา 2.90 - 2.70 ต่อประชากร 100,000 คน ในเพศหญิง และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาคในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา จะเห็นว่า อัตราการฆ่าตัวตายในภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่นๆ (ภาพที่ 5.42 และภาพที่ 5.43)

ภาพที่ 5.42 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2539 - 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.43 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย จำแนกเป็นรายภาค พ.ศ. 2553 - 2557



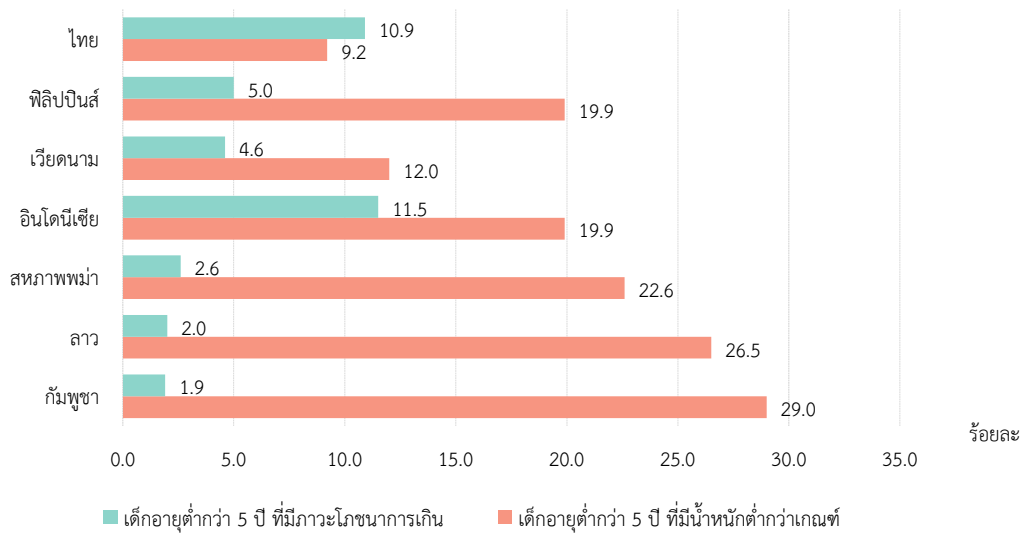
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.7 โรคทางโภชนาการ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2558 (World Health Statistic, 2015) พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในภูมิภาคอาเซียน มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในช่วงร้อยละ 9.2 – 29.0 และในกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน

ประมาณร้อยละ 1.9 – 10.9 ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ พบว่าประเทศไทยมีระดับภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ภาวะโภชนาการเกินอยู่ในเกณฑ์ที่มีปัญหา (ภาพที่ 5.44)

ภาพที่ 5.44 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และมีภาวะโภชนาการเกินในช่วง พ.ศ. 2550 - 2557



ที่มา: World Health Statistics 2015, WHO

หมายเหตุ: ประเทศบรูไน สิงคโปร์ และมาเลเซีย ไม่มีข้อมูล

2.7.1 โรคขาดสารอาหาร

ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมตั้งแต่ปี 2553 - 2557 มีแนวโน้มลดลง และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่า เด็กก่อน

วัยเรียนในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการเป็นโรคขาดสารอาหารสูงกว่าภาคอื่นๆ (ตารางที่ 5.29)

ตารางที่ 5.29 ร้อยละของภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี จำแนกตามภาค พ.ศ. 2553 - 2557

พ.ศ.	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง		ภาคใต้		รวม	
	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย	น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	น้ำหนักค่อนข้างน้อย
	2553	10.52	14.03	11.19	14.90	7.20	10.43	10.62	13.14	10.12	13.49
2554	9.63	8.81	11.21	9.59	8.37	7.23	9.18	8.36	9.82	8.61
2555	9.02	8.50	10.02	8.94	8.24	7.07	8.80	8.16	9.17	8.24
2556	6.15	6.63	6.39	6.68	4.49	5.04	5.92	6.56	5.80	6.25
2557	5.85	6.63	5.39	6.12	3.57	4.23	5.21	6.27	5.05	5.83

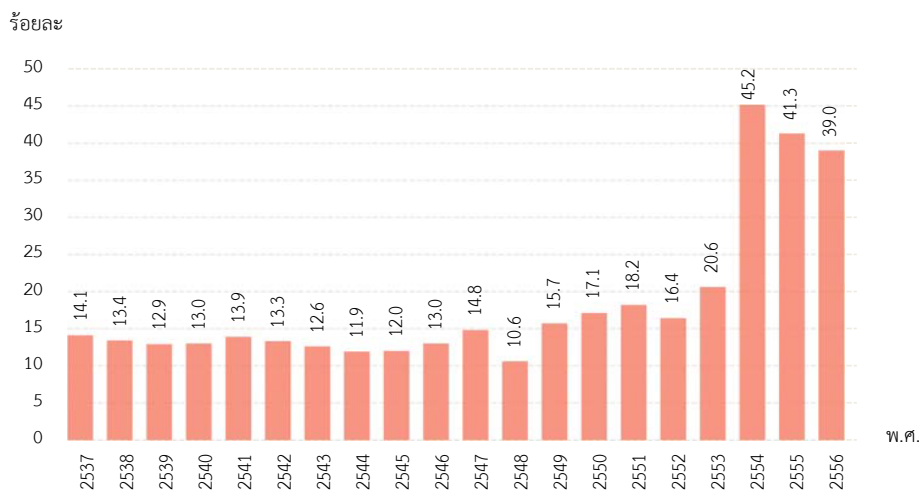
ที่มา: ข้อมูล 21 แฟ้ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2.7.2 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการขาดธาตุเหล็กและเลือดจางจากธาลัสซีเมีย จากข้อมูล 21 แห่ง สำนักนโยบายและ

ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 16.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 39.0 ในปี 2556 (ภาพที่ 5.45)

ภาพที่ 5.45 ร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Hct < 33%) พ.ศ. 2537 – 2556



ที่มา: 1) พ.ศ. 2537 - 2551 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2) พ.ศ. 2552 - 2556 ข้อมูล 21 แห่ง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ไม่รวม กทม.)

หมายเหตุ: ตั้งแต่ปี 2552 มีการเปลี่ยนแปลงในการจัดเก็บข้อมูล โดยเปลี่ยนมาใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล 21 แห่ง ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ร้อยละหญิงมีครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น

2.7.3 โรคขาดสารไอโอดีน

โรคขาดสารไอโอดีนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากมีผลกระทบต่อพัฒนาสมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ สำหรับประเทศไทยได้จัดทำโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปี และ

กลุ่มผู้สูงอายุ จากผลการสำรวจข้อมูลสถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนด้วยการตรวจระดับไอโอดีนในปัสสาวะของกลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2557 พบว่า ปัญหาเรื่องการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และผู้สูงอายุยังต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง สำหรับเด็กอายุ 3 - 5 ปี มีแนวโน้มที่จะได้รับสารไอโอดีนเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ตารางที่ 5.30)

ตารางที่ 5.30 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ และการขาดสารไอโอดีน (เด็ก 3-5 ปี ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์) พ.ศ. 2549 - 2557

พ.ศ.	เด็ก 3 - 5 ปี (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	ผู้สูงอายุ (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	หญิงตั้งครรภ์	
					ค่ามัธยฐาน	ร้อยละ
2549	83.5	57.4
2550	108.2	61.3
2551	125.5	58.5
2552	117.8	59.0

ตารางที่ 5.30 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะ และการขาดสารไอโอดีน (เด็ก 3-5 ปี ผู้สูงอายุ และหญิงตั้งครรภ์)
พ.ศ. 2549 - 2557 (ต่อ)

พ.ศ.	เด็ก 3 - 5 ปี (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	ผู้สูงอายุ (ค่ามัธยฐาน)	ร้อยละ	หญิงตั้งครรภ์	
					ค่ามัธยฐาน	ร้อยละ
2553	...	...	...	...	142.1	52.5
2554	229.2	11.3	129.0	37.9	181.2	39.9
2555	212.6	14.1	108.3	46.5	159.4	46.4
2556	226.0	11.1	112.3	42.5	146.8	51.1
2557	234.6	10.6	111.3	44.6	155.7	47.6

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

หมายเหตุ: 1) เกณฑ์ขาดสารไอโอดีน เด็ก 3 - 5 ปี และผู้สูงอายุ

ขาด (deficiency) <100 µg/L พอดี (adequate) 100-199 µg/L

เกินพอ (more than) 200 - 299 µg/L เกินขนาด (excessive) ≥ 300 µg/L

2) หญิงตั้งครรภ์

ก่อนปี 2550 เกณฑ์ < 100 µg/L ตั้งแต่ปี 2550 เกณฑ์ < 150 µg/L

3) พ.ศ. 2543 - 2552 ดำเนินการ 15 จังหวัด

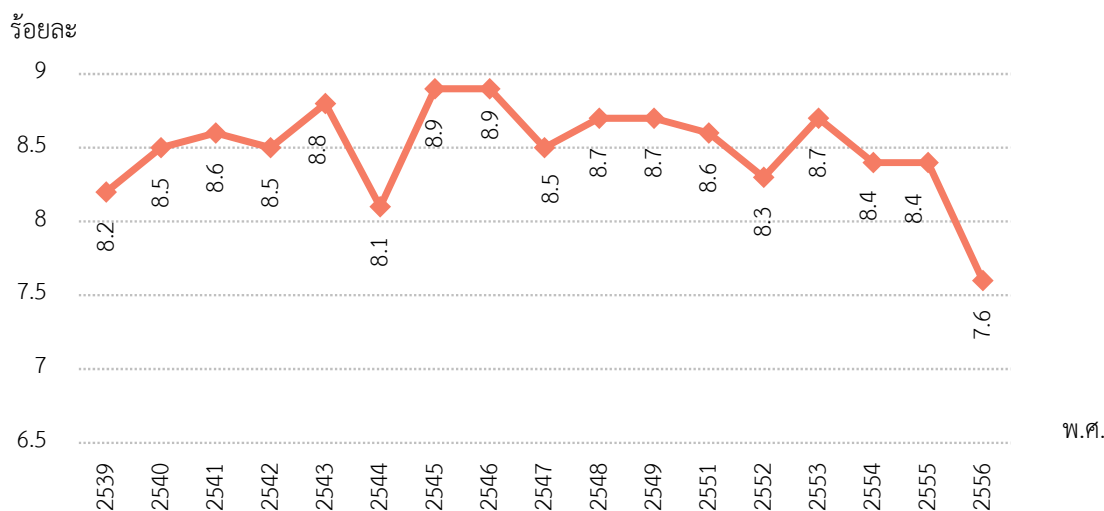
พ.ศ. 2553 - 2557 ดำเนินการ 75 จังหวัด

2.7.4 ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) จนถึงปัจจุบัน แต่อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนัก

น้อยกว่า 2,500 กรัม ในประเทศไทยยังเกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด จากข้อมูลสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2539 - 2556 พบว่ามีแนวโน้มลดลงไม่มากนักโดยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 8.2 - 7.6 (ภาพที่ 5.46)

ภาพที่ 5.46 ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม พ.ศ. 2539 - 2556



ที่มา: 1. พ.ศ. 2539 - 2548 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. พ.ศ. 2549 - 2556 รายงานประจำปี สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2.8 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวม และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Societies) ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตั้งแต่พ.ศ. 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) จากสถานการณ์ดังกล่าวปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่หน่วยงานต่างๆ ต้องเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.8.1 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) ความสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชายมีสาเหตุหลักจาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็งตับ สำหรับเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 5.31 ลำดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2556

ลำดับ	เพศชาย			เพศหญิง		
	โรค	DALY ('000)	%	%	DALY ('000)	Disease
1	โรคหลอดเลือดสมอง	224	10.6	12.2	270	โรคหลอดเลือดสมอง
2	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	173	8.2	10.8	239	โรคเบาหวาน
3	โรคเบาหวาน	131	6.2	6.0	132	โรคหัวใจขาดเลือด
4	โรคหัวใจขาดเลือด	127	6	5.4	119	ต้อกระจก
5	โรคมะเร็งตับ	104	4.9	4.7	104	โรคสมองเสื่อม
6	การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	94	4.5	3.3	74	โรคซึมเศร้า
7	ต้อกระจก	92	4.4	3.0	66	โรคไตอักเสบและไตพิการ
8	โรคมะเร็งหลอดลมและปอด	82	3.9	2.9	65	หูหนวก
9	โรคต่อมลูกหมากโต	53	2.5	2.8	62	โรคมะเร็งตับ
10	หูหนวก	47	2.2	2.7	60	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
	โรคอื่นๆ	982	46.5	46.0	1,017	โรคอื่นๆ
	รวม	2,110	100	100	2,208	รวม

ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2556 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

2) สาเหตุการป่วยและการตายของผู้สูงอายุ

2.1 สาเหตุการป่วยที่สำคัญของผู้สูงอายุ

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังและโรคทางกาย ซึ่งมักเป็นหลายโรคพร้อมๆ กัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งอวัยวะต่างๆ โรคเบาหวาน และโรคอัมพาต

อัมพฤกษ์ จากข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลในระบบประกันสุขภาพที่วิเคราะห์โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า โรคดังกล่าวมีอัตราเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2548 – 2557 (ตารางที่ 5.32)

ตารางที่ 5.32 อัตราผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน จากโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 – 2557

ชื่อโรค	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
โรคความดันโลหิตสูง	4,642.85	5,387.75	6,489.67	7,212.22	7,737.26	8,230.29	8,506.66	8,957.45	8,701.52	8,150.88
โรคหัวใจ	4,292.67	4,693.6	5,485.1	5,905.65	6,213.81	6,299.76	6,546.38	6,553.61	6,227.25	5,805.15
เบาหวาน	3,428.31	3,816.63	4,430.11	4,720.34	4,911.97	5,125.29	5,111.86	5,331.49	5,178.59	4,829.48
มะเร็ง	1,870.76	1,966.9	2,249.75	2,412.33	2,585.92	2,686.55	2,789.28	2,918.67	2,898.22	2,653.21
หัวใจ	1,857.62	2,035.21	2,370.3	2,486.27	2,572.83	2,585.36	2,604.2	2,581.11	2,447.56	2,233.46
ต่อกระฉก	1,340.69	1,427.42	1,447.81	1,164.10	1,639.40	1,616.24	1,884.36	2,182.25	2,157.24	1,849.67
โรคหลอดเลือดสมอง	1,420.16	1,471.89	1,647.86	1,705.62	1,783.88	1,870.17	1,931.76	1,990.56	1,938.03	1,787.15
ข้อเสื่อม	218.06	211.67	239.07	265.54	272.9	272.68	269.77	281.29	267.45	236.58
อัมพาต อัมพฤกษ์	150.03	156.68	193.73	206.24	210.04	226.91	212.48	216.01	208.33	181.64
ต้อหิน	118.12	126.85	137.75	139.39	142.05	144.55	147.98	155.9	149.15	128.20
สมองเสื่อม	70.49	114.94	91.11	99.49	114.61	116.27	112.26	112.04	103.67	86.23

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2548 - 2551 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว และประกันสังคม

พ.ศ. 2552 - 2557 ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคล หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว

2.2 สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ

สาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอักเสบ โรคไต โรคเบาหวาน เป็นต้น จากข้อมูลฐานการตายจากสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ

โรคมะเร็งที่มีอัตราตายสูงสุดในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2548 - 2557) ที่ผ่านมา โดยเพิ่มขึ้นจาก 393.6 ในปี 2548 เป็น 442.44 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 ส่วนอัตราตายของผู้สูงอายุจากโรคอื่นๆ ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (ตารางที่ 5.33)

ตารางที่ 5.33 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จากโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 – 2557

ชื่อโรค	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
1.โรคมะเร็ง	393.6	402.5	411	424.8	427.9	404.51	421.50	425.33	442.91	442.44
2.โรคหัวใจ	172.3	175.3	179.9	183	173.2	275.15	252.92	260.64	285.67	275.16
3.โรคปอดอักเสบ	107.8	110.3	116.3	121.5	119.9	134.00	138.3	132.6	171.4	198.5
4.โรคหลอดเลือดสมอง	134.4	110.9	112.6	113.9	112.8	135.51	149.82	153.23	171.18	177.92
5.โรคไต	100.3	83	117.3	124.3	116.9	117.34	126.31	123.20	123.50	135.15
6.โรคเบาหวาน	73.0	71.3	74.1	73.3	66.4	60.29	67.54	28.83	81.41	93.22
7.โรคถุงลมโป่งพอง	37.4	35.1	37.3	36.2	30.7	44.20	33.22	54.20	58.76	58.16

ตารางที่ 5.33 อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จากโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ พ.ศ. 2548 – 2557 (ต่อ)

ชื่อโรค	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
8.โรคสมองเสื่อม	2.23	2.37	2.69	2.31	2.51	3.64	16.61	29.74	41.33	48.06
9.โรคตับ	39.5	39.2	36.1	36.3	34.4	31.39	32.36	30.59	34.15	35.28
10.โรคอุบัติเหตุขนส่ง	16.2	15.2	16.3	16	16.9	24.5	26.5	26.7	27.3	27.8
11.โรคสมองพิการและ กลุ่มอาการอัมพาตอื่น	26.6	25.9	22.6	20.3	18.2	14.91	34.24	10.62	9.55	10.51
12.โรคอัลไซเมอร์	0.03	0.03	0.1	0.2	0.2	0.2	0.4	0.6	0.7	0.7

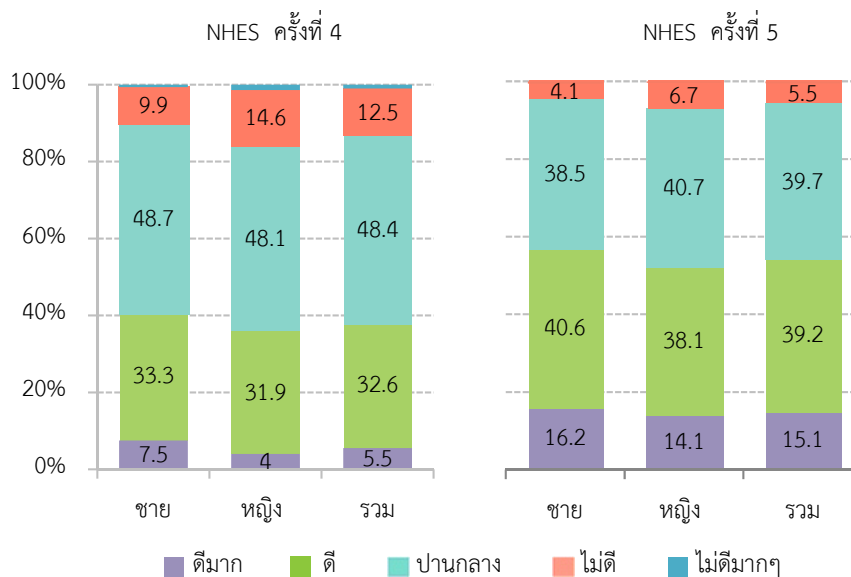
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.8.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ด้วยการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี

และเมื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุจากข้อมูลการสำรวจครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้น (ภาพที่ 5.47)

ภาพที่ 5.47 ร้อยละของผู้สูงอายุจากการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมจำแนกตามเพศ



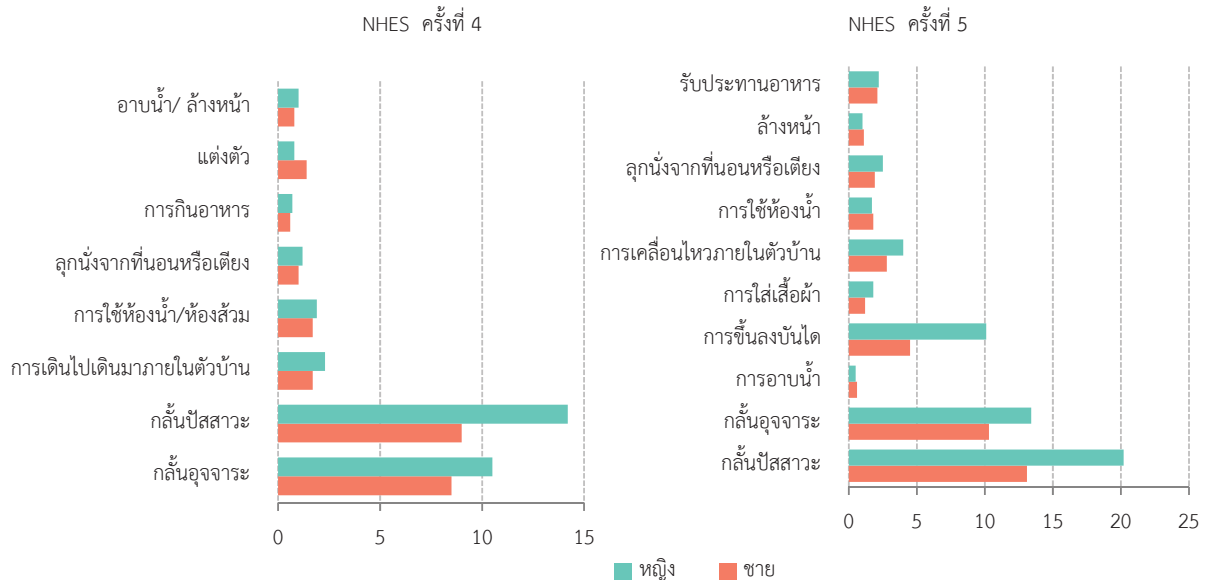
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย
ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552)
ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)

1) การพึ่งพิงกิจวัตรประจำวัน

จากการสำรวจด้านการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Livings: ADL) ของผู้สูงอายุ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้สำรวจสุขภาพประชาชนโดยการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง มีข้อจำกัดในการทำ

กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ในเรื่องการกลั้นปัสสาวะมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การกลั้นอุจจาระ การขึ้นลงบันได การใช้ห้องน้ำห้องส้วม และการเคลื่อนไหวภายในตัวบ้าน (ภาพที่ 5.48)

ภาพที่ 5.48 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of Daily Livings: ADL)



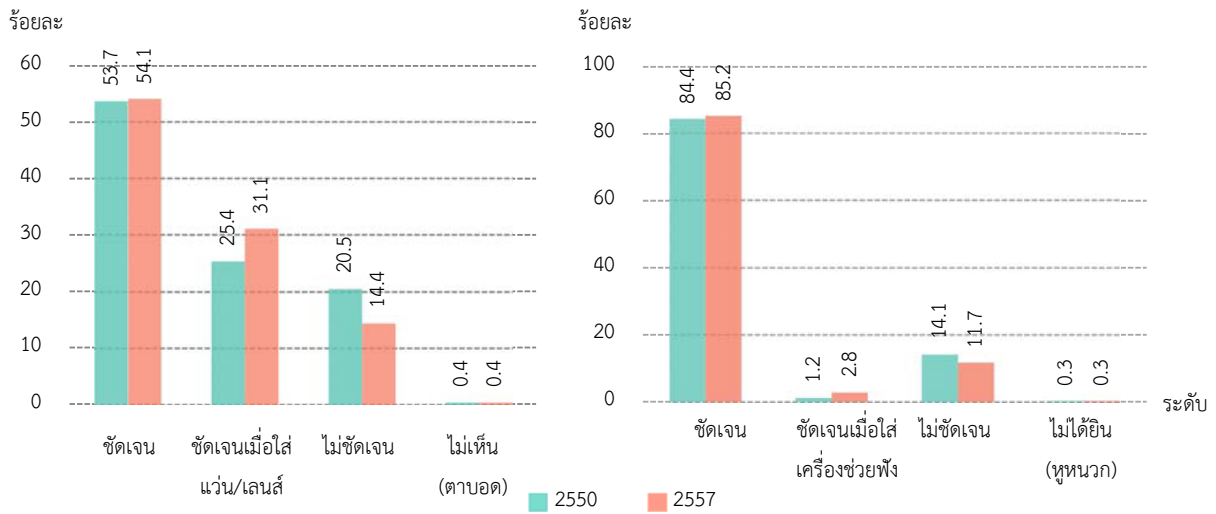
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)

2) การมองเห็นและการได้ยิน

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับความสามารถในการมองเห็นและการได้ยิน พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งสามารถมองเห็นได้ชัดเจน และมีเพียงร้อยละ 0.4 ที่ตอบว่ามอง

ไม่เห็นเลย สำหรับการได้ยินเสียงของผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 80 ให้สัมภาษณ์ว่ายังได้ยินเสียงชัดเจน และมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 0.3 ตอบว่าไม่สามารถได้ยินเสียงใดๆ เลย (ภาพที่ 5.49)

ภาพที่ 5.49 ร้อยละการมองเห็นและการได้ยินของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550, 2557



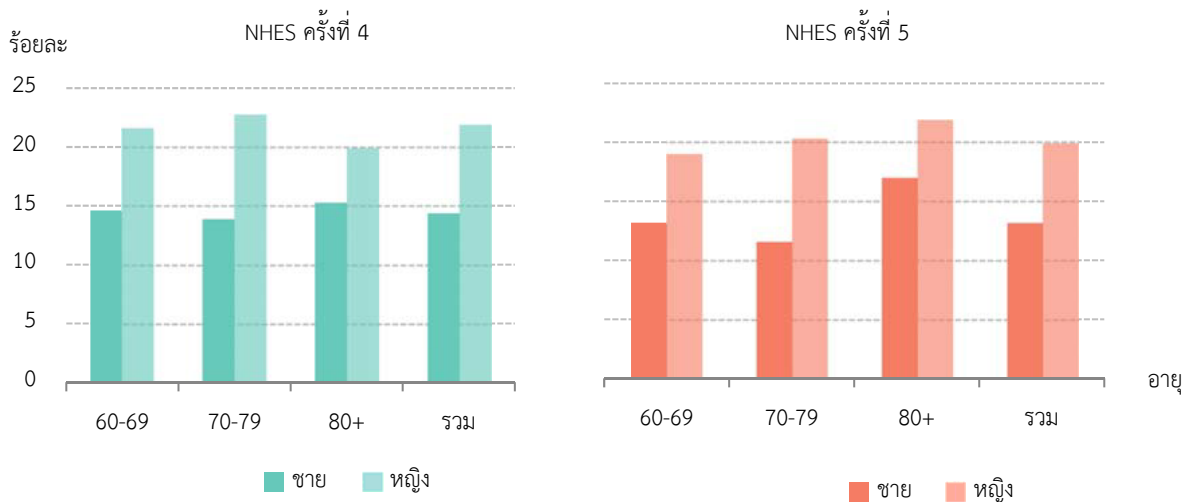
ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

3) การหกล้ม

การหกล้มเป็นสาเหตุการบาดเจ็บที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิต จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4

(พ.ศ. 2551 - 2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557) พบว่าความชุกในการหกล้มของผู้สูงอายุค่อนข้างคงที่ทั้งเพศชายและเพศหญิง (ภาพที่ 5.50)

ภาพที่ 5.50 ร้อยละของการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุตามกลุ่มอายุและเพศ



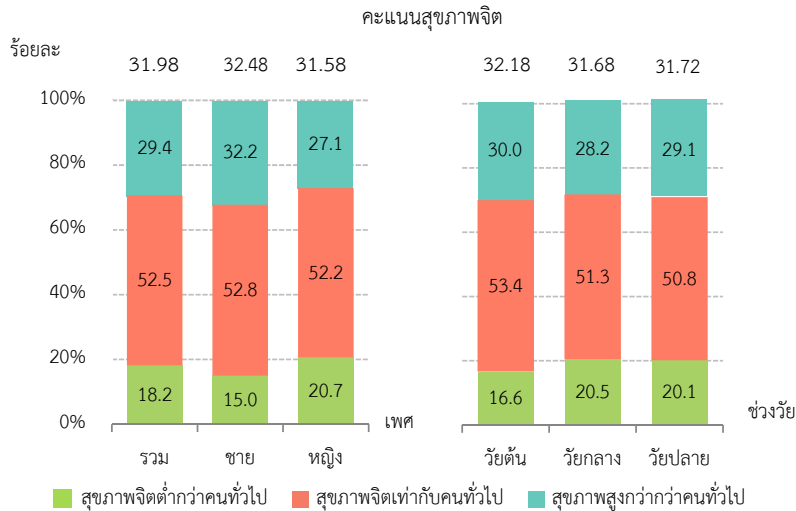
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)

2.8.3 ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากความวิตกกังวล โรคซึมเศร้าและปัญหาการนอนไม่หลับ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิต

โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 31.98 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป โดยผู้สูงอายุชายมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง เมื่อพิจารณาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามกลุ่มวัย พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอื่น (ภาพที่ 5.51)

ภาพที่ 5.51 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศและกลุ่มช่วงวัย พ.ศ. 2554

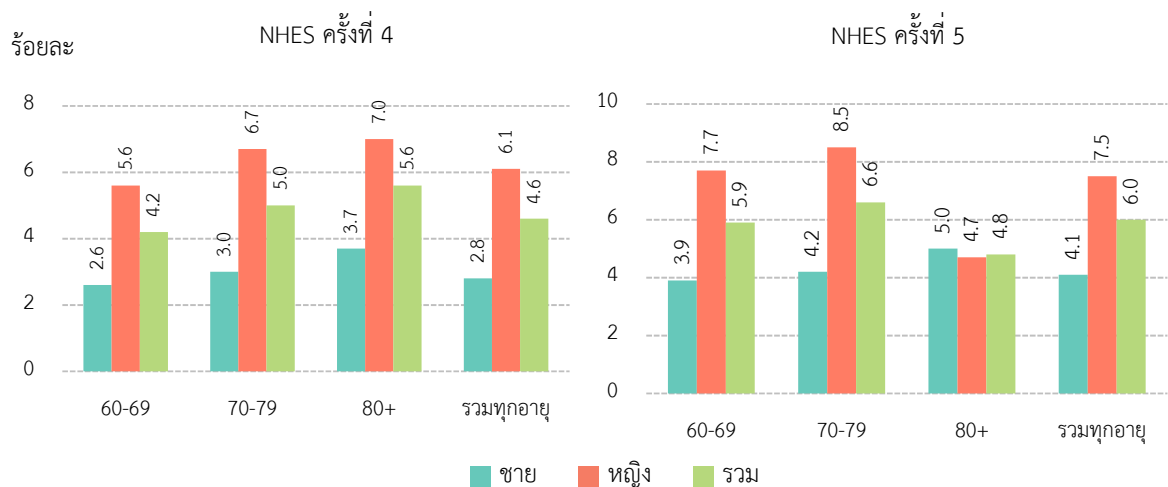


ที่มา: การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 หมายเหตุ: คะแนนรวม 0 - 27 หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
 คะแนนรวม 27.01 - 34 หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป
 คะแนนรวม 34.01 - 45 หมายถึง สุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุของโรคทางกายที่ดูแลรักษาค่อนข้างยาก จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 -

2557) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อนและส่วนใหญ่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 1 เท่า (ภาพที่ 5.52)

ภาพที่ 5.52 ร้อยละของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ



ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 - 2552), ครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556 - 2557)

บทที่ 6

ระบบสุขภาพของประเทศไทย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ.2491) ดังนี้ “สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น” พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550) ได้มีการกำหนดนิยามของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพในความหมายที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคมมาตั้งแต่ต้น และมีการขับเคลื่อนอย่างกว้างขวาง เมื่อมีมติให้มวลสมาชิกมุ่งบรรลุสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2543 ตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1970 แล้ว โดยมีการเปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม (All for Health) เพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล (Health for All) และเป็นที่ยอมรับว่า การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปตามทิศทางที่กำหนด

ระบบสุขภาพ (Health System) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงมีความหมายครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพเฉพาะบุคคล สุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคล กิจกรรมต่างๆที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ และกิจกรรมใดก็ตามที่ส่งผลต่อสุขภาพ กล่าวได้ว่าระบบสุขภาพอาจนิยามจากบทบาทหน้าที่หรือองค์ประกอบ รวมไปถึงการมีกลไกกระบวนการ ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ

ระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ หมายถึง การจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สาธารณสุข

สาธารณสุข, 2531) และระบบบริการสาธารณสุขมีความหมายว่าการบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

6.1 ระบบสุขภาพแห่งชาติ

6.1.1 องค์ประกอบของระบบสุขภาพแห่งชาติ

จากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับแรกของประเทศไทย ได้เสนอภาพรวมของระบบสุขภาพที่มองยาวไปถึง ปี พ.ศ. 2563 และกำหนดคุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพออกเป็น 10 ระบบย่อย ดังนี้

1) ระบบหลักประกันสุขภาพและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

ต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม ลักษณะกายภาพ ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง การสร้างหลักประกันและความคุ้มครองดังกล่าวให้มีการมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์ เกื้อกูล เอื้ออาทร จากทุกภาคส่วนทั้งหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ วิชาชีพและประชาสังคม

นอกจากนี้จะต้องครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยทั้งหมดที่กระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งนโยบายสาธารณะต่างๆ

2) ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคม มุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย ความพิการและการตายที่ไม่สมควรและการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแนวทาง“สร้างนำซ่อม” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายคือ 1) มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม 2) มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลาย 3) มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างสมดุลและเชื่อมโยงกันตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ 4) มีความครอบคลุมของชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ

3) ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ต้องมีการพัฒนาอย่างมีมาตรฐานทันต่อเหตุการณ์ โดยที่รัฐเร่งส่งเสริมและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังของรัฐและภาคส่วนต่างๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการป่วย การตาย ความพิการ และขจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันทุกระดับและจัดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงการประสานเชื่อมโยงกับสากล และโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านด้วย และจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

4) ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ โดยทั้งนี้การจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่าง

ถ้วนหน้า โดยรัฐต้องมียุทธศาสตร์ในการส่งเสริมบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท และรัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กลไกที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข การใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม รวมทั้งกลไกอื่นที่มีความจำเป็น การจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุม ลดความเสี่ยงต่อการล้มละลายจากปัญหาสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน

5) ระบบการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ครอบงำบนพื้นฐานหลักการมีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ โดยให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีความรู้เท่าทันและได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลาง และเข้าถึงได้

6) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ต้องเป็นไปเพื่อให้ ผู้บริโภคได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค โดยมุ่งเน้นการสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วน เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน จัดให้มีกลไกในการเฝ้าระวัง ติดตามและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการในแต่ละระดับตลอดจนสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภคและเครือข่าย เพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพปลอดภัย เป็นธรรม อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ตลอดจนมีระบบการชดเชยเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เมื่อได้รับความเสียหาย ทั้งนี้ ต้องเป็นไปโดยปลอดจากการแทรกแซงจากอำนาจทางการเมือง ราชการ ธุรกิจ หรือการแทรกแซงอื่นใด

7) ระบบการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ รัฐมีหน้าที่สนับสนุนการสร้างความรู้บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง ทั้งนี้การดำเนินงานนโยบายสาธารณะต้องพัฒนามาจากฐานความรู้ที่รอบด้านเพียงพอ เชื่อถือได้ โดยสามารถเปิดเผยที่มาของแหล่งความรู้นั้น ในการสร้างการจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ต้องคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของประเทศ เพื่อมุ่งสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยรัฐและภาคส่วนต่างๆ มีการลงทุนและมีบทบาทในการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานความรู้ที่กว้างขวางและครอบคลุมในทุกระดับ

8) ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

เพื่อให้มีข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำมีความครอบคลุมเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์สังเคราะห์วางแผนในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและยังต้องสร้างช่องทางการสื่อสาร เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้สะดวกรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์

9) ระบบการสร้างและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสาธารณสุขหรือระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

ซึ่งไม่ได้จำกัดอยู่เพียงเจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชน เท่านั้นยังรวมถึงผู้ที่มีบทบาทในการพัฒนาการสาธารณสุข เช่นอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานในองค์การเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร โดยรัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การพัฒนา และการกระจายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในลักษณะที่เป็นสหวิชาชีพ รวมทั้งการทำงานเชื่อมโยงสอดประสานอย่างใกล้ชิดกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพด้วย อีกทั้งรัฐควรสนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกระดับพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ประสานการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุขและกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้เกิดการกระจายและ

การใช้กำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

10. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตลอดจนการจัดการการเงินการคลัง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพทั้งในเชิงมาตรการทางภาษีที่ส่งเสริมให้มีการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การส่งเสริมให้สถานประกอบการดูแลสุขภาพพนักงาน ลูกจ้าง การส่งเสริมให้มีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้มาตรการทางภาษีควบคุมการบริโภคยาสูบและสุรา เป็นต้น รวมไปถึงการจัดการทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการจัดบริการสาธารณสุขที่จำเป็นแก่ประชาชนอย่างทั่วหน้า โดยยึดเป้าหมาย 4 ประการ (SAFE) คือ 1) มีความยั่งยืน (Sustainability) 2) มีความเพียงพอ (Adequacy) 3) ความเป็นธรรม (Fairness) และ 4) มีประสิทธิภาพ (Efficiency)

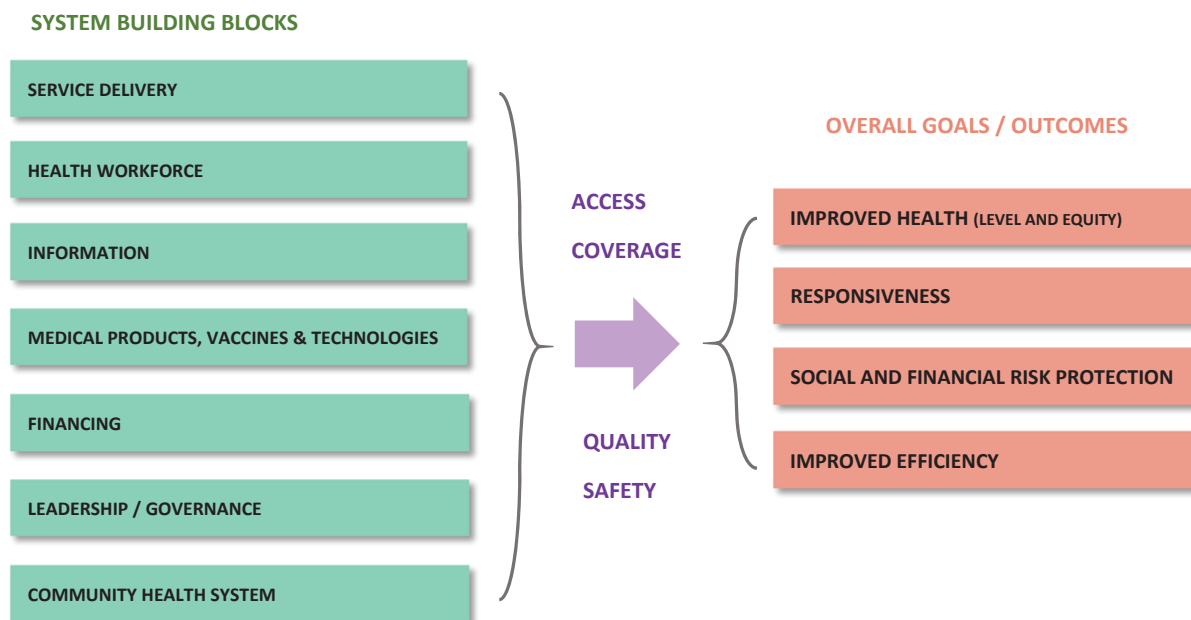
องค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2550) กำหนดว่าระบบสุขภาพจะต้องมีเป้าหมายวัตถุประสงค์พื้นฐาน 4 ประการคือ 1) ช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น (improved Health) 2) ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน (responsiveness) 3) การปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย (social and financial risk protection) และ 4) ความมีประสิทธิภาพ (improved efficiency) และองค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน หรือ Health system building blocks การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยก็ได้ใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ และได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 7 คือระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) อีกด้วย มีดังนี้

1. ระบบบริการ (Service Delivery)
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information)
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Medical Products, Vaccines & Technologies)
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing)

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล
(Leadership / Governance)

7. ระบบสุขภาพชุมชน
(Community Health System)

ภาพที่ 6.1 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก



ที่มา: ดัดแปลงจาก World Health Organization (WHO)

และได้กำหนดเป้าหมายเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในภาพรวม คือประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ได้รับการบริการที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ด้วยความเป็นธรรม ได้รับการปกป้องคุ้มครองความเสี่ยงทางสังคมและการเงิน ดังภาพที่ 6.1 และการทำงานที่ทำให้เกิดความชัดเจนต่อระบบสุขภาพและองค์ประกอบที่สำคัญ การสร้างกลไกที่จะทำให้เกิดระบบสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง เป็นเหตุที่มาของการกำหนดนิยามระบบสุขภาพที่กว้างขวางกว่าเดิม

6.1.2 จุดเปลี่ยนระบบสุขภาพไทย

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่สำคัญมาก 2 ประการ คือ

1) ผลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568

ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากข้อมูลพบว่าในปี พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวน 9.52 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งหมดของประเทศและคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.1 ในปี พ.ศ. 2573¹ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ภาวะพึ่งพิงและความต้องการบริการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อเตรียมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเฉพาะทางมากขึ้น และภาระรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐที่เพิ่มขึ้น อันเนื่องจากแบบแผนการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สมองเสื่อมและโรคมะเร็ง ทำให้รัฐต้องมีภาระงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

1. สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556

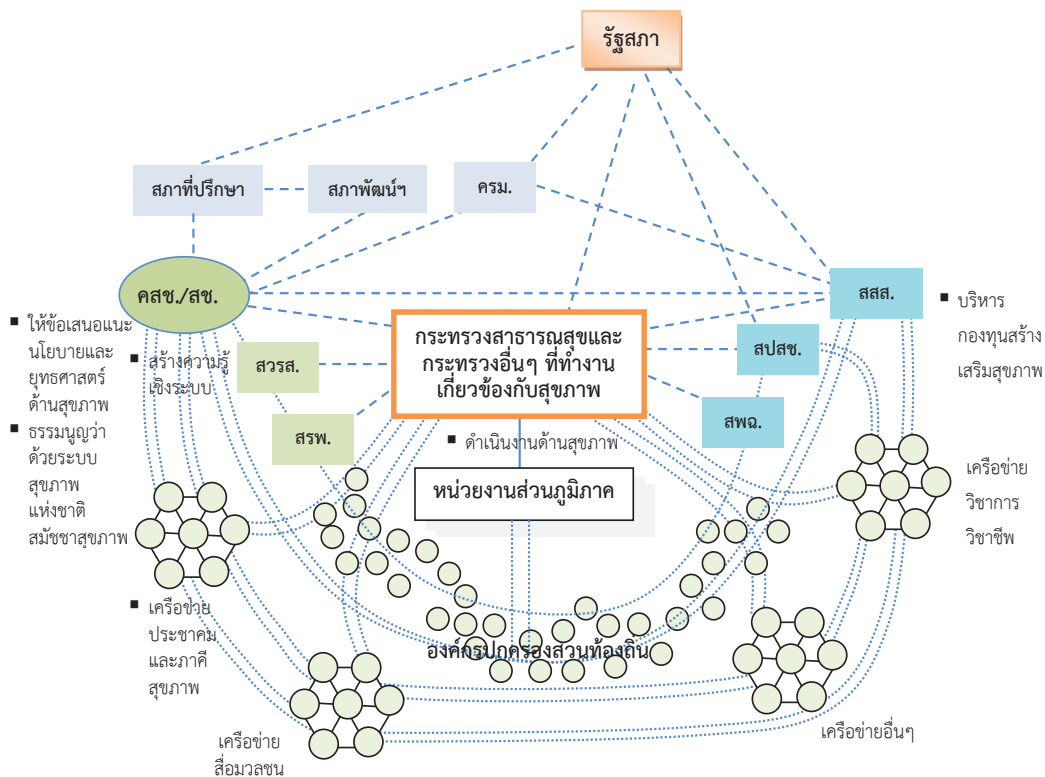
2) การเปลี่ยนแปลงทางภาวะโรคจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ถึงร้อยละ 74.7 ในปี พ.ศ. 2554 แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 300,000 คน พบมากที่สุดคือโรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือมะเร็ง โรคเบาหวาน มีการประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยมูลค่า 198,152 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 2.2 ของรายได้ประชาชาติ² โดยมีแนวโน้มการเพิ่มขนาดของปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศและภูมิภาค ระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่ดี เพื่อสามารถป้องกันและควบคุมโรค การพัฒนางานบริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงร่วมของโรคและการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างเป็นรูปธรรม

6.1.3 กลไกในระบบสุขภาพแห่งชาติ

1) กลไกระดับชาติ

การเปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 ที่เชื่อมโยงทุกประเทศและทุกระบบเข้าด้วยกัน ทำให้ประเทศต่างๆ จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สำหรับประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านภายในประเทศอย่างมากเช่นกัน การปฏิรูประบบสุขภาพโดยการจัดตั้งกลไกใหม่ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุข องค์กรที่ตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ อาทิ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ตลอดจนกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาควิชาการ ภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังแสดงในภาพที่ 6.2

ภาพที่ 6.2 ความเชื่อมโยงของกลไกต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

2. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2557

2) กลไกระดับพื้นที่

ในปี พ.ศ. 2555-2556 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนบทบาทภารกิจ มุ่งที่จะดำเนินการจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในระดับพื้นที่ (Regional Public Health Service Provision) เป็นการบริการในรูปของเขตสุขภาพ เนื่องจากการบริหารจัดการในระดับจังหวัดมีข้อจำกัด เพราะขนาดของประชาชนแต่ละจังหวัดแตกต่างกันมากและไม่มีประสิทธิภาพต่อขนาด (economy of scale) ในบางจังหวัดขาดความรวดเร็วในการตอบสนองต่อปัญหา (speed) ตามหลักของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และยังเป็น การกระจายอำนาจออกจากส่วนกลางไปยังเขตพื้นที่อีกด้วย มีการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาปรับกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทการให้บริการ

การรักษายาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟู เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม สามารถจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย แทนการขยายโรงพยาบาลเป็นแห่งๆ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการ ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ มีเครือข่ายบริการสุขภาพ 12 เครือข่าย มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเครือข่าย และเน้นการพัฒนา ศักยภาพของสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ การบริการที่ดีขึ้น (service outcome) ลดเวลารอคอย ลดคิวในการรับบริการ ขยายความครอบคลุมการบริการ ลดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยและเกิดผลลัพธ์ (outcome) ต่อประชาชนโดยตรง ลดป่วย ลดตายในที่สุด ในเบื้องต้นเน้นสาขาหลัก ดังแสดงในภาพที่ 6.3

ภาพที่ 6.3 ความเชื่อมโยงของกลไกระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการในระดับพื้นที่



ที่มา: นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา เอกสารประกอบการบรรยายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (ปรับปรุง 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2559)

นอกจากนี้มีการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่โดยคณะกรรมการเขตสุขภาพและผู้จัดการระดับเขต เป็นผู้บริหารจัดการ มอบอำนาจให้ระดับพื้นที่ดำเนินการเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน มีการจัดระบบบริการสุขภาพ กำหนดให้จัดระบบบริการและการส่งต่อ โดยกำหนดเขตพื้นที่ให้บริการปฐมภูมิ (Primary Care Service) เป็นบริการด่านแรกและส่งต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้และจำเป็นให้กับระบบบริการโรงพยาบาล (hospital service) ซึ่งการบริหารในรูปคณะกรรมการเขตสุขภาพ ในทุกปีมีการจัดทำแผนการจัดระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพเสนอกระทรวงสาธารณสุขเพื่อพิจารณาอนุมัติงบประมาณในการจัดบริการปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การแพทย์เฉพาะทาง การฟื้นฟูสภาพ และการจัดบริการตามแผนระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) 13 สาขาหลัก โดยเน้นการสร้างประสิทธิภาพการจัดบริการทั้งเชิงเทคนิคบริการ ผ่านผู้ให้บริการ โดยเน้นผลลัพธ์ของการบริการสูงสุดและการจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เหมาะสมให้เกิดความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ การปรับระบบการทำงาน ดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการในลักษณะงานบางอย่างที่เอกชนดำเนินการ ในบริการที่เป็นส่วนสนับสนุนบริการทางการแพทย์

6.1.4 หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพ

สำหรับประเทศไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ถือเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม การปฏิรูประบบราชการที่มุ่งสู่ความมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาประเทศเพื่อให้สามารถแข่งขันในภูมิภาคและประชาคมโลก การปฏิรูประบบสุขภาพโดยการจัดตั้งกลไกใหม่ ๆ

1. กระทรวงสาธารณสุขและโครงสร้างการบริหารงาน

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหนึ่งในกลไกที่สำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพมีการปฏิรูปโครงสร้างหลายครั้ง การเปลี่ยนแปลงครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2545 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานเทียบเท่ากรมอยู่ในสังกัด 9 กรม และหน่วย

งานในกำกับอีกจำนวนหนึ่ง ต่อมาเพื่อให้สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงแบบพลวัตในระบบสุขภาพโลก การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การอพยพย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ปัญหาความเจ็บป่วยและภาวะภัยคุกคามทางด้านสุขภาพ ตลอดจนการเกิดโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น มีการแพร่ระบาดของโรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก โรคอีโบล่า โรคเมอร์ส ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้มีการทบทวนบทบาทภารกิจเพื่อรองรับต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ได้ประสานหน่วยราชการต่างๆ ให้ทำการทบทวนบทบาทภารกิจจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาหน่วยงาน โดยให้พิจารณาปรับบทบาทภารกิจให้สอดคล้องกับบริบทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) และการเตรียมตัวก้าวสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) รวมถึงทิศทางการปฏิรูปประเทศไทย เพื่อพัฒนาข้อเสนอการปรับบทบาทภารกิจกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาใช้ระบบเป็นตัวตั้ง (System approach) เพื่อช่วยให้มองเห็นภารกิจที่ควรทำมากกว่าภารกิจที่ดำเนินการอยู่ในขณะนั้นใน 4 ระบบย่อย ประกอบด้วย 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ระบบสร้างเสริมสุขภาพ 3) ระบบควบคุมป้องกันโรค 4) ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ได้มีข้อสรุปข้อเสนอการกำหนดบทบาทกระทรวงสาธารณสุขในฐานะ National Health Authority ใน 11 บทบาทดังนี้

1. การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ
2. การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารประชาสัมพันธ์
3. การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
4. การกำหนดและรับรองมาตรฐานบริการต่างๆ
5. การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
6. การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน
7. การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ

8. การกำกับดูแล ติดตามและประเมินผลของภาครัฐ
ท้องถิ่นและเอกชน

9. ให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ
ของประเทศ

10. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบ
เดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้

11. กำหนดนโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ

1) โครงสร้างการบริหารงาน

กระทรวงสาธารณสุข แบ่งการบริหาร
ราชการของกระทรวงสาธารณสุขเป็น 2 ส่วนคือ
การบริหารราชการส่วนกลาง และการบริหารราชการ
ส่วนภูมิภาค

(1) การบริหารราชการส่วนกลาง (ภาพที่ 6.4)

มี 10 ส่วนราชการ ประกอบด้วย (1) สำนักงานรัฐมนตรี
(2) สำนักงานปลัดกระทรวง และ (3) กลุ่มภารกิจ ทั้งนี้ มี
การแบ่งภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ออกเป็น 3 กลุ่ม
ภารกิจ (Cluster) รวม 8 กรม ดังนี้

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ มี
ภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพ โดยการศึกษา วิจัย พัฒนาและถ่ายทอด
องค์ความรู้และเทคโนโลยีการบำบัดรักษาและฟื้นฟู
สมรรถภาพ ตลอดจนการจัดระบบความรู้และสร้าง
มาตรฐานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อ
นำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมี
สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมการแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผน
ไทยและการแพทย์ทางเลือก และกรมสุขภาพจิต

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข มี
ภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพ
การควบคุมและป้องกันโรค โดยการศึกษา วิจัย พัฒนา
และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ
การควบคุมโรค เพื่อนำไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ
ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ทั้ง
ร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 กรม คือ กรมควบคุม
โรค และกรมอนามัย

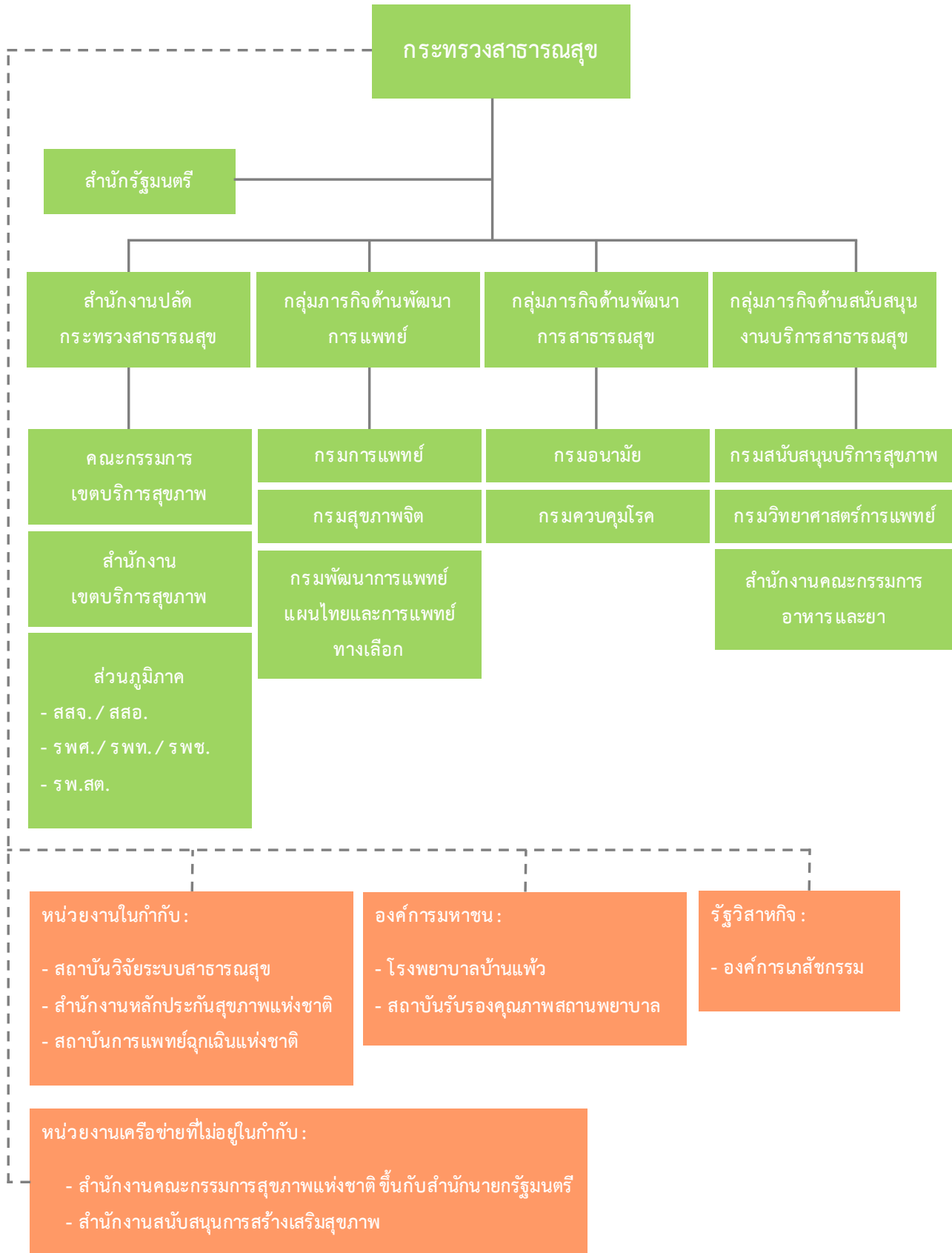
**กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการ
สุขภาพ** มีภารกิจเกี่ยวกับการสนับสนุนการดำเนินงาน
ของหน่วยบริการสุขภาพ โดยพัฒนาระบบและกลไกที่
เอื้อต่อการจัดบริการสุขภาพระบบสุขภาพของประชาชน
และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ และด้าน
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง
และได้รับบริการจากหน่วยบริการที่มีคุณภาพและได้
มาตรฐาน ประกอบด้วย 3 กรม คือ กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา

โดยมีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เป็นหน่วยงานหลักของกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจ
เกี่ยวกับการพัฒนานโยบายและแผนด้านสุขภาพบริหาร
จัดการด้านแผนงาน คน และงบประมาณ กำกับดูแล
ประสานงานสาธารณสุขในพื้นที่ พัฒนาระบบการเงิน
การคลังด้านสุขภาพ ผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
พัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ และพัฒนางานสาธารณสุข
ระหว่างประเทศ

หน่วยงานในกำกับของรัฐ ที่มีรัฐมนตรี
ว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล โดยมี
บทบาทเป็นประธานคณะกรรมการและมีปลัดกระทรวง
สาธารณสุขเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง มี 3 หน่วยงาน
คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

รัฐวิสาหกิจ มี 1 แห่ง คือ องค์การเภสัชกรรม
องค์การมหาชน มี 2 แห่ง คือ สถาบัน
รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และ
สถานบริการสุขภาพ 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
จังหวัดสมุทรสาคร

ภาพที่ 6.4 โครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน



(2) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

หน่วยงานภายในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การบริหารราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานที่มีสายบังคับ

บัญชาขึ้นกับผู้ว่าราชการจังหวัด จึงเป็นหน่วยงานร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในระดับพื้นที่ ในฐานะคณะผู้บริหารของจังหวัด แต่อยู่ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณจาก กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.5 โครงสร้างการบริหารราชการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค



2) การทบทวนภารกิจและปรับปรุง

โครงสร้าง กระทรวงสาธารณสุข

ตามอำนาจหน้าที่ส่วนราชการของ กระทรวงสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 ประกาศ ณ วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจาก วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยในส่วนของกระทรวง สาธารณสุข มีดังนี้

(1) มาตรา 42 กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ของประชาชน และราชการอื่นตามที่กฎหมายกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือ ส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกำหนด วิสัยทัศน์เป็นองค์หลักในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มี คุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาคโดยการมีส่วนร่วม ของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วน เพื่อสร้างสังคม ที่มีจิตสำนึกด้านสุขภาพ ให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุข ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจ พอเพียง

(2) ภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

1. กำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ด้านสุขภาพของประเทศและระหว่างประเทศให้สอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบ องค์กรวมที่มีประสิทธิภาพ เสมอภาค ทั้งในภาวะปกติและ ภาวะฉุกเฉิน โดยเน้นชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน บริการ เฉพาะทางและระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างระบบ ฝักระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยทางสุขภาพ

3. ส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคม ในการมีส่วนร่วมสร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพ

4. พัฒนาระบบและกลไกการ บริหารจัดการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

5. กำหนดนโยบายทิศทางการวิจัย และการบริหารจัดการองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ในช่วง ปี พ.ศ. 2552 ได้มีการ ทบทวนบทบาทและโครงสร้างหน่วยงานกระทรวง สาธารณสุข มีการพิจารณาทั้งในส่วนสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานทุกกรมให้ สำนักการพยาบาลซึ่งอยู่ภายใต้สังกัดกรมการแพทย์ และสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพซึ่งอยู่ภายใต้สังกัด กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อมาเป็น สำนักบริหารการสาธารณสุข ให้มาอยู่ภายใต้สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและจัดทำข้อเสนอการปรับ แก่ไขกฎกระทรวงสาธารณสุขการแบ่งส่วนราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552

ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2553 จนถึง ปัจจุบันมีความพยายามที่จะปรับโครงสร้างให้เหมาะสม กับการเปลี่ยนแปลงในบริบทต่างๆ เพื่อให้กระทรวง สาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนอง ต่อความต้องการของประชาชนให้มากที่สุดทั้งใน ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและถิ่นทุรกันดารเพื่อคุณภาพชีวิต ที่ดีและลดความเหลื่อมล้ำ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ซึ่งเป็น แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 ปี (พ.ศ. 2555 - 2559) เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วน ภูมิภาคทั้งบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ระดับ ทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) ให้สอดคล้องกันทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากรและคุณภาพบริการ เพื่อให้สถานบริการสุขภาพ ระดับต่างๆสามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เกิด การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพ รองรับ ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อน ในระดับพื้นที่ได้ มีการจัด “ขนาดโรงพยาบาลเพื่อรับ ผู้ป่วยส่งต่อ (Referral Hospital Cascade)” จัดเป็น 3 ประเภทดังนี้

1. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อ ระดับต้น (Fist-level Referral Hospital) ได้แก่

- โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (F1)
- โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (F2)
- โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (F3)

2. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับกลาง (Mid-level Referral Hospital) ได้แก่

- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1)
- โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2)

3. กลุ่มโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับสูง (High-level Referral Hospital) ได้แก่

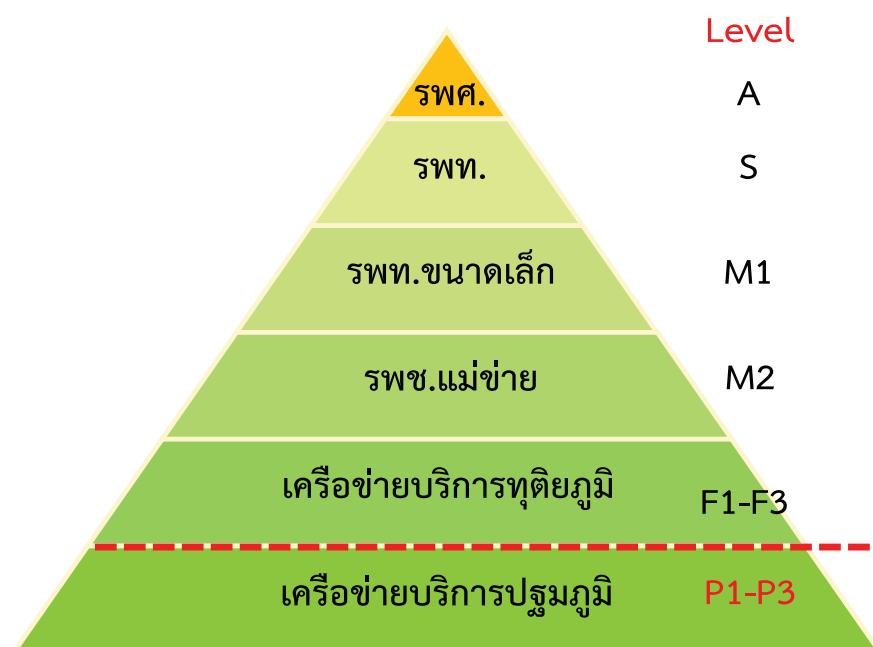
- โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (Standard-level Referral Hospital) (ระดับ S)

- โรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A)

ทั้งนี้เครือข่ายบริการปฐมภูมิได้แบ่งระดับการพัฒนาออกเป็น 3 ระดับ ตามระดับของการพัฒนา ได้แก่ ระดับ P1-P3 ดังแสดงในภาพที่ 6.6

ภาพที่ 6.6 เครือข่ายบริการระดับต่างๆ ในจังหวัด

เครือข่ายบริการระดับจังหวัด (Provincial Health Service Network)



กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับการจัดการบริการด้านสุขภาพในรูปเครือข่ายบริการที่มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับ เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless Health Service Net-work) ออกเป็น 12 เขต เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานและมี

การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โดยองค์ประกอบการบริหารจัดการเขตสุขภาพ ประกอบด้วยการทำงาน 4 องค์ประกอบ ที่มีความคล้ายคลึงกับการทำงานของระบบสุขภาพของประเทศ คือ 1) กลไกในการบริหารเขตสุขภาพ 2) กลไกในการจัดบริการ 3) กลไกในการจ่ายเงินเพื่อบริการ 4) กลไกในการตรวจสอบกำกับดูแล

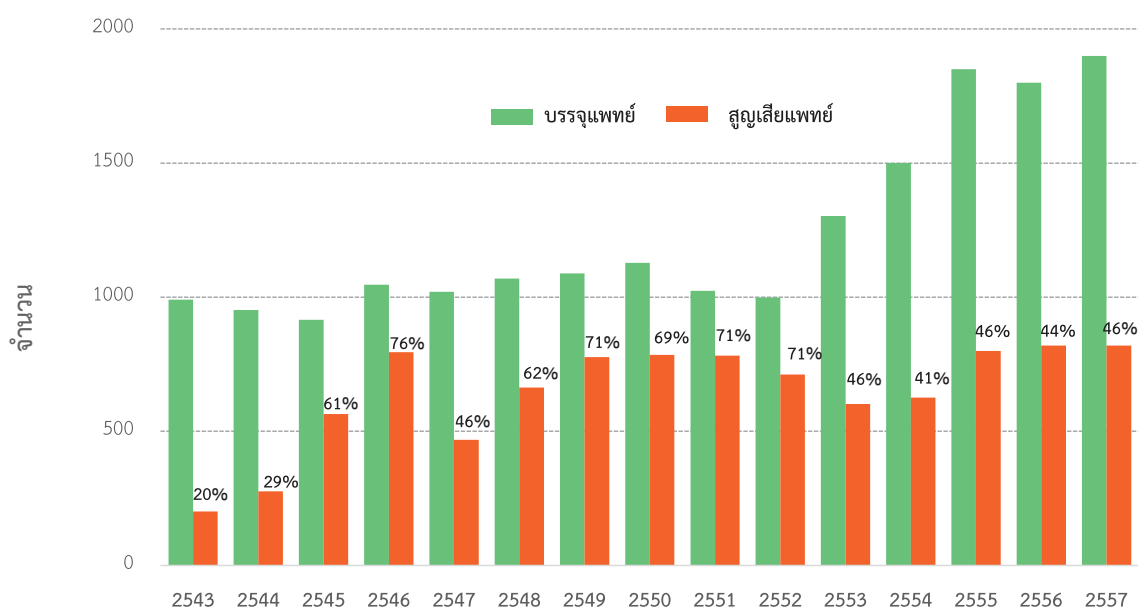
6.1.5 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานบริการในสังกัดที่ตั้งอยู่ทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านเป็นจำนวนมาก โดยหน่วยบริการจะแบ่งตามการจัดระดับหน่วยบริการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งหมด 11,035 แห่ง และผลการสำรวจกำลังคนที่ให้บริการสุขภาพ ใน พ.ศ. 2552 พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีกำลังคนที่ให้บริการอยู่ 21 สายงาน โดยมีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน อยู่ที่ร้อยละ 68.1 และ 75.3 ตามลำดับ ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนของอัตราากำลังอยู่ร้อยละ 14.52 โดยมีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน เพียงร้อยละ 9.3 และ 5.8 ตามลำดับ สำหรับหน่วยงานภาคเอกชนมีสัดส่วนของอัตราากำลังอยู่ร้อยละ 10.59 แต่มีสัดส่วนภาระงานดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อยู่ที่ร้อยละ 22.6 และ 18.9 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากพิจารณาในแง่มุมมองของการใช้กำลังคน บริการภาครัฐกระทรวงสาธารณสุขยังคงขาดแคลนกำลังคนมากกว่าภาครัฐอื่น ด้วยภาระงานในส่วนของการกระทรวงสาธารณสุขมีปริมาณที่

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเมื่อวิเคราะห์ภาระงานในปี พ.ศ. 2557 จากข้อมูลในพื้นที่ที่ให้บริการทั้ง 12 เขตสุขภาพ พบว่าภาระงานมีปริมาณเพิ่มขึ้นในการให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 12 เขตสุขภาพ มีปริมาณงานที่ต้องให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเป็นจำนวนมากทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องประสบปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลัง อันเป็นผลจากนโยบายการจำกัดขนาดกำลังคนภาครัฐ ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องจ้างบุคลากรเพิ่มเติมเป็นลูกจ้างชั่วคราว โดยใช้เงินบำรุงของหน่วยบริการเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการประชาชนตามภาระงานที่เพิ่มขึ้น จากนโยบายรัฐบาลที่ต้องการให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม การจ้างบุคลากรโดยเฉพาะบุคลากรสายวิชาชีพเป็นลูกจ้างชั่วคราวซึ่งขาดความมั่นคงในงาน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขประสบปัญหาการสูญเสียบุคลากรเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ในแต่ละปี กระทรวงสาธารณสุขยังมีอัตราการสูญเสียบุคลากร ทั้งในกรณีเกษียณอายุ ลาออก โอนย้ายและตายอีกเป็นจำนวนมาก ดังข้อมูลในภาพที่ 6.7 ตารางที่ 6.1

ภาพที่ 6.7 การบรรจุและการสูญเสียของแพทย์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2543 - 2557



ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช), พ.ศ. 2558

ตารางที่ 6.1 อัตราการสูญเสียบุคลากร ในปีงบประมาณ 2557 เฉพาะสายงานหลัก

ลำดับ	ตำแหน่ง	เกษียณอายุ	ตาย	ลาออก	โอน	รวม
1	นายแพทย์	86	2	731	37	856
2	ทันตแพทย์	14	2	251	21	288
3	เภสัชกร	9	4	42	6	61
4	พยาบาลวิชาชีพ	243	54	602	57	956
5	นักเทคนิคการแพทย์	3	1	10	1	15
6	นวก.สาธารณสุข	119	20	169	38	346
รวมทั้งหมด						2,522 คน

ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2557

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการศึกษาความต้องการกำลังคนโดยยึดภาระงานจากการใช้บริการสุขภาพของประชาชน และการให้บริการตาม Service plan เป็นตัวตั้ง (Need-based approach) เพื่อนำไปสู่การกำหนดกรอบอัตรากำลัง ที่จะเป็นการรองรับการจ้างงาน และวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนในอนาคตเพื่อให้มีการแก้ไขปัญหากำลังคน ปัญหาคือมีการจำกัดจำนวนข้าราชการ หลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ปริมาณการใช้บริการสูงขึ้น บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ประมาณ 120 -150 ล้านครั้ง/ปี (เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข) นโยบายจำกัดจำนวนของราชการ ทำให้ไม่มีตำแหน่งข้าราชการ โรงพยาบาลต้องจ้างบุคลากรเป็นลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทำให้ขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาล

ในประเด็นความต้องการด้านกำลังคน ในปี พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการศึกษาความต้องการกำลังคน ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2555 - 2560 พบว่า มีความต้องการอัตราากำลังเพิ่มเติม จำนวน 76,769 อัตรา และได้เสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อขออนุมัติกำหนดอัตราข้าราชการเพิ่มเติม ซึ่งต่อมาสำนักงาน ก.พ. ได้ร่วมวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีความขาดแคลนกำลังคน และอัตราตำแหน่ง โดยมีข้อสรุปร่วมกันว่า จะเสนอแนวทางการแก้ปัญหาคาดแคลนอัตราตำแหน่งเป็นระยะสั้นและระยะยาวซึ่งในระยะสั้นจะเป็นการให้อัตราตำแหน่งเพิ่มเติมเพื่อลูกจ้างชั่วคราว 21 สายงานที่จ้างไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 - 2555 ก่อน ซึ่งมีจำนวนรวมทั้งสิ้น

30,188 คน ที่จ้างไว้รองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง ปี พ.ศ. 2555 (หลังจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และกำหนดมาตรการการพัฒนารูปแบบการจ้างงานแบบใหม่รองรับการเพิ่มของกำลังคนตามภาระงานที่จะเพิ่มในอนาคต ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2555 เห็นชอบข้อเสนอการจัดอัตรากำลังและการบริหารจัดการในภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตามมติ คปร. ให้จัดสรรอัตราข้าราชการเพิ่มเติมให้แก่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556 - 2558 จำนวน 22,641 อัตรา คิดเป็นร้อยละ 75 ของลูกจ้างชั่วคราวที่จ้างไว้ โดยให้มีการจัดสรรอัตราเพิ่มเติม ปีละ 7,547 อัตรา และให้ดำเนินการพัฒนาระบบการจ้างงานในรูปแบบอื่น ซึ่งกระทรวงฯ ได้ดำเนินการจ้างงานในรูปแบบพนักงานกระทรวงสาธารณสุข (พกส.) สำหรับบุคลากรวิชาชีพลูกจ้างชั่วคราว ที่เหลือ

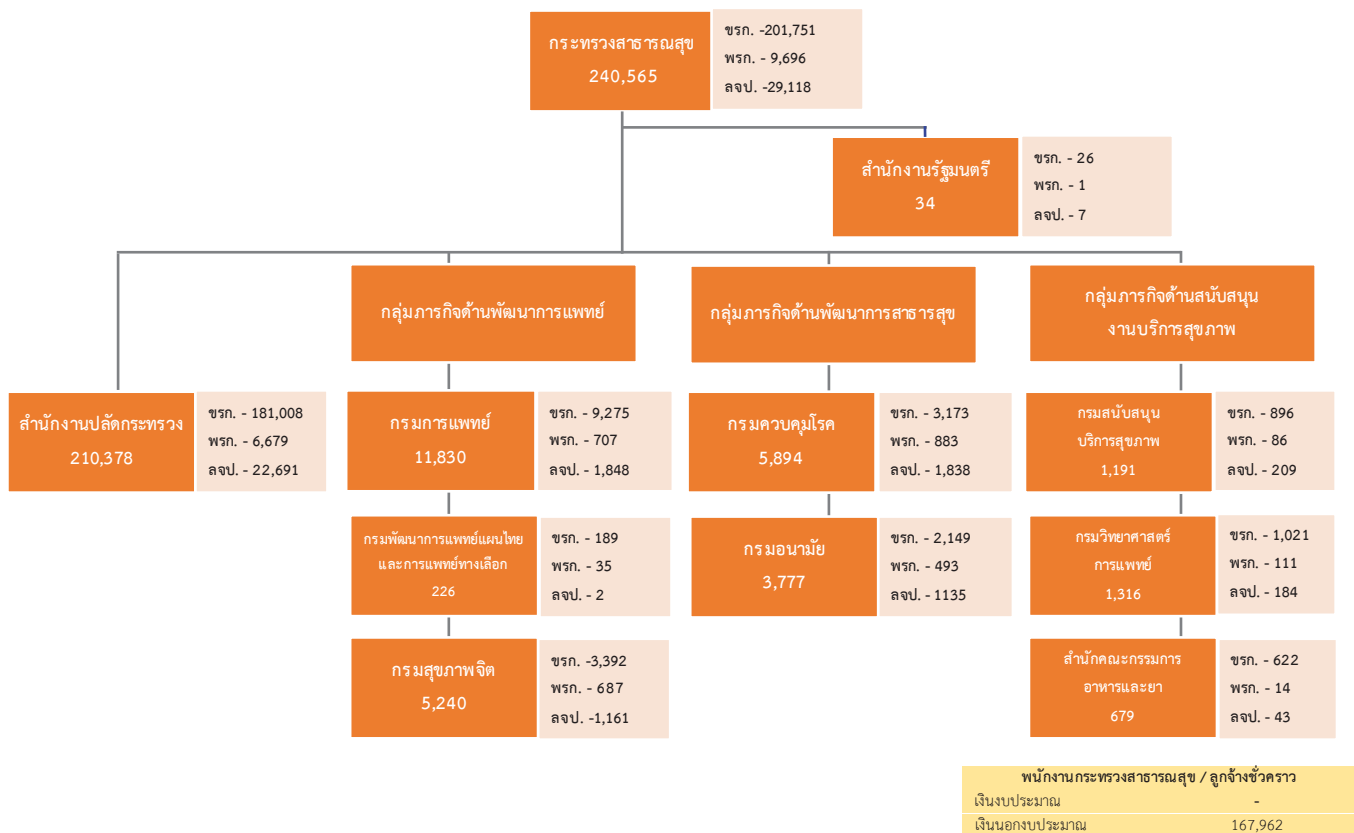
การจัดสรรตำแหน่งข้าราชการที่ได้รับเพื่อจัดสรร ให้กับสายวิชาชีพต่างๆ การดำเนินการจะเน้นการกระจายตำแหน่งรายวิชาชีพให้กับเขตบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการกระจายที่เหมาะสม และคำนึงถึงสัดส่วนการได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และให้เขตบริการสุขภาพจัดสรรตำแหน่งให้กับจังหวัดและหน่วยบริการต่าง ๆ โดยมุ่งเน้นให้มีการวางตำแหน่งข้าราชการเพื่อให้เกิดการกระจายเพื่อรองรับการบริการที่เหมาะสม ซึ่งได้กำหนดหลักเกณฑ์และแนวทางการกระจายอัตรากำลัง ดังนี้

1. ให้ตรวจสอบข้อมูลจำนวนอัตรากำลังที่มีอยู่จริงของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละแห่ง
2. จัดสรรและกระจายกำลังคนตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยพิจารณาตามภาระงานและความขาดแคลนกำลังคนของสถานบริการสุขภาพ ดังนี้
 - 2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน
 - 2.2 โรงพยาบาลทั่วไปในถิ่นทุรกันดาร
 - 2.3 โรงพยาบาลชุมชนเปิดใหม่
 - 2.4 โรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง
 - 2.5 โรงพยาบาลทั่วไปที่มีภาระงานหนัก
 - 2.6 หน่วยงานที่มีภารกิจพิเศษ เช่น การบริการเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบต่างๆ รวมถึงเรื่องยาเสพติด
3. การกระจายตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข (เวชกิจฉุกเฉิน) ให้กระจายตามภาระงาน เวชกิจฉุกเฉิน
4. การกระจายตำแหน่งแพทย์แผนไทย ให้กระจายไปในสถานเอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ เป็นลำดับแรก

5. ให้ตรวจสอบคุณสมบัติของบุคคลในบางสายงานที่ได้รับการจัดสรร

ข้อมูล ณ วันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากร รวม 408,527 คน เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำและพนักงานของรัฐ 240,565 คน ที่เหลือ 167,962 คน มีฐานะเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (ภาพที่ 6.8) และในภาพรวมเมื่อจำแนกกำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ตามส่วนราชการระดับกรมดังตารางที่ 6.2 พบว่าโดยร้อยละ 89.12 อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ต้องรับภาระการให้บริการสุขภาพมากที่สุด และมีความจำเป็นต้องรองรับภารกิจทั้งด้านนโยบาย และการปฏิบัติการในหน่วยบริการสุขภาพทั่วประเทศตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ทั้งบริการด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการส่งต่อการรักษาพยาบาล

ภาพที่ 6.8 แผนภาพโครงสร้างและอัตรากำลัง กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557



ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2557

ตารางที่ 6.2 กำลังคนของกระทรวงสาธารณสุข ประเภทต่างๆ จำแนกตามโครงสร้างกรมวิชาการ

ลำดับ ที่	ส่วนราชการ (ระดับกรม)	รวม	ข้าราชการ (ตำแหน่ง)	ลูกจ้างประจำ (อัตรา)	พนักงาน ราชการ (อัตรา)	พนักงาน กสธ. (อัตรา)	ลูกจ้างชั่วคราว (อัตรา)	
							เงินงบประมาณ	เงินนอก งบประมาณ
1	สำนักงานรัฐมนตรี	34	26	7	1	-	-	-
2	สำนักงานปลัดกระทรวงฯ	364,088	181,008	22,691	6,679	115,868	-	37,842
3	กรมการแพทย์	21,489	9,275	1,848	707	9,659	-	-
4	กรมควบคุมโรค	6,824	3,173	1,838	883	930	-	-
5	กรมพัฒนาการแพทย์ แผนไทยฯ	263	189	2	35	37	-	-
6	กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์	2,162	1,021	184	111	664	-	182
7	กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ	1,191	896	209	86	-	-	-
8	กรมสุขภาพจิต	7,442	3,392	1,161	687	2,076	-	126
9	กรมอนามัย	4,355	2,149	1,135	493	578	-	-
10	สำนักงานคณะกรรมการ อาหารและยา	679	622	43	14	-	-	-
	รวม	408,527	201,751	29,118	9,696	129,812	-	38,150

ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2557 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557)

การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน

การแก้ปัญหากำลังคนอย่างบูรณาการในระยะยาว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 - 2559 ขึ้น เพื่อเป็นกรอบกำหนดทิศทางการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องนโยบายและทิศทางของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป และเพื่อให้มีหลักประกันว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีอัตราากำลังที่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพแก่ประชาชน และมีค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนอย่างเหมาะสมรวมทั้งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารอัตราากำลังคน

จึงได้กำหนดให้มี ยุทธศาสตร์การวางแผนการผลิตและพัฒนา กำลังคน ให้มีปริมาณและทักษะเพียงพอ สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ

การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในปัจจุบัน มีการดำเนินการทั้งในสถาบันการศึกษา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักคือผลิตตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุขและผลิตในมหาวิทยาลัยสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และภาคเอกชน ปัจจุบันสถาบันต่างๆ มีกำลังการผลิต ดังตารางที่ 6.3

ตารางที่ 6.3 กำลังการผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขในประเทศไทย

ลำดับ	หลักสูตร	จำนวนผลิต คน/ปี (56 - 60)		รวม 5 ปี (คน)
		สถาบันใน กสร	นอก กสร	
1	แพทย์	1,466	1,186-1,190	14,108
2	ทันตแพทย์		843	4,216
3	เภสัชกร		2,015	10,078
4	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	3,600	5,860	46,295
5	นักเทคนิคการแพทย์		1,365	6,825
6	นักกายภาพบำบัด		800-1,000	4,565
7	นักรังสีการแพทย์		120	600
8	นักจิตวิทยาคลินิก		100	500
9	นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย		40	200
10	นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก		30	150
11	นักกายอุปกรณ์		20	100
12	นักกิจกรรมบำบัด		30	150
13	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต/วิทยาศาสตร์บัณฑิต(สาธารณสุขชุมชน)	400	5,000	27,000
14	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(ทันตสาธารณสุข)	300	-	1,500
15	แพทย์แผนไทยบัณฑิต	350	998	6,740
16	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาเวชระเบียน	50	-	250
17	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์(เทคนิคเภสัชกรรม)	300	-	1,500
18	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชกิจฉุกเฉิน	200		1,000
19	เวชกิจฉุกเฉิน ปริญญาตรี		80	400
20	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเวชระเบียน	120		600
21	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงโสตทัศนศึกษาทางการแพทย์	50		300
รวม				127,077

ที่มา: กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

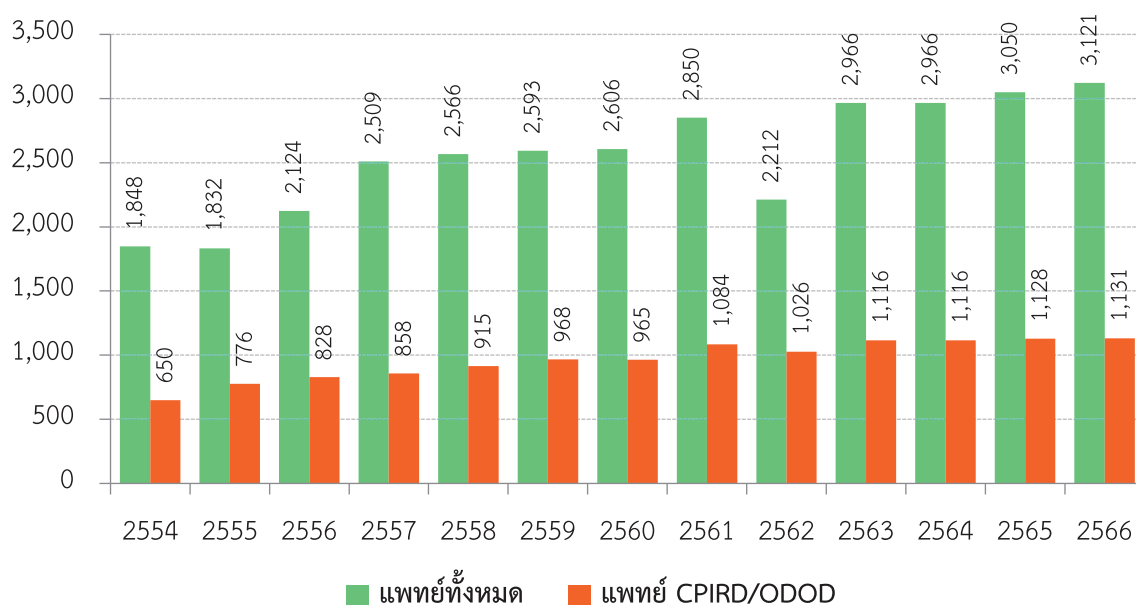
อัตราการผลิตกำลังคนด้านสาธารณสุขสาขาต่างๆ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นตามศักยภาพการผลิต ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข เป็นทั้งผู้ผลิตและผู้ใช้รายใหญ่ ที่จำเป็นต้องมีการวางแผนสรรหากำลังคนเหล่านี้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการวิเคราะห์ภาระงานและการจัดทำกรอบ

อัตรากำลัง ดังที่กล่าวมาแล้ว จึงเป็นจุดตั้งต้นสำคัญ ในการคาดประมาณความต้องการกำลังคนในอนาคต และนำไปสู่การวางแผนการจ้างงาน และการสะท้อนกลับข้อมูล (feedback) ความต้องการจากผู้ใช้ (demand side) ไปยังฝ่ายผลิต (supply side) และมีความร่วมมือระหว่างผู้ใช้กับผู้ผลิตอย่างใกล้ชิด

จากปัญหาแพทย์ไม่เพียงพอต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมมือกับกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และกระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินงานผลิตแพทย์ภายใต้โครงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทตามมติคณะรัฐมนตรี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 มีมติเห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับทบวงมหาวิทยาลัยจัดทำโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (The Collaborative Project to Increase Production of Rural Doctor - CPIRD) เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนและปัญหาด้านการกระจายตัวของแพทย์ต่อประชากรตามพื้นที่ต่างๆ ของประเทศมีลักษณะที่แตกต่างกัน ในแต่ละภูมิภาคเป็นความร่วมมือระหว่างกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่ง

ประเทศไทย (กสพท.) ซึ่งประกอบด้วยสถาบันผลิตแพทย์ 19 สถาบัน ได้ประชุมร่วมกับสำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.) กระทรวงสาธารณสุข และต่อมาเมื่อวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2548 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติโครงการกระจายแพทย์หนึ่งอำเภอหนึ่งทุน (One District One Doctor) และให้เสนอโครงการผลิตแพทย์เพิ่ม พ.ศ. 2556 -2560 ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการที่จะช่วยดำเนินการเพิ่มการผลิตแพทย์ของประเทศได้ในระดับหนึ่ง อันเป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และเพิ่มจำนวนแพทย์ต่อประชากรเพื่อให้ได้อัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรตามมาตรฐาน ดังภาพที่ 6.9

ภาพที่ 6.9 เปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนแพทย์ทุกระบบกับจำนวนแพทย์ในโครงการ CPIRD /ODOD ของกระทรวงสาธารณสุข ที่จบการศึกษา ปี 2554 - 2556 และคาดว่าจะจบการศึกษา ปี 2557 - 2566



ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.), พ.ศ. 2558

ตารางที่ 6.4 ภาพรวมเป้าหมายการรับนักศึกษาแพทย์เพิ่มในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 - 2560

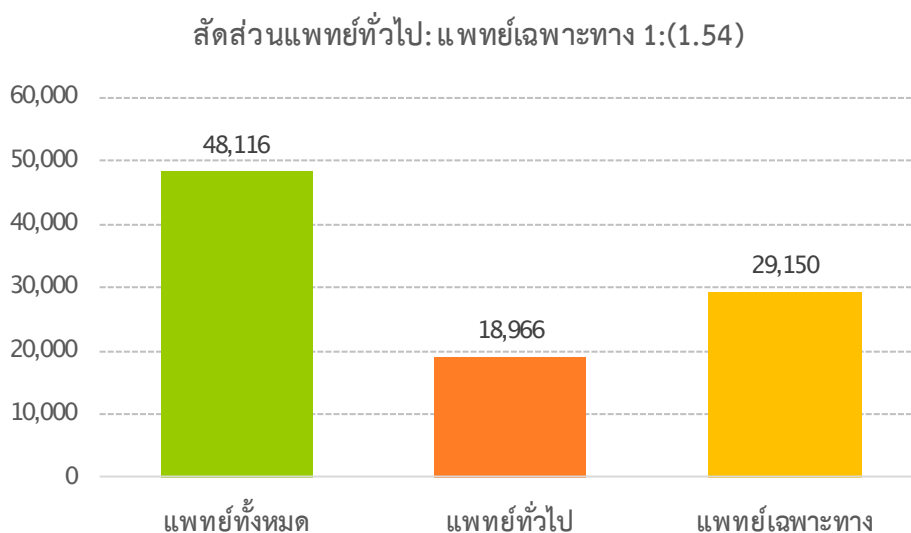
โครงการ	2556	2557	2558	2559	2560	รวม
แผนการรับปกติ	956	956	956	956	956	4,780
ผลิตแพทย์เพิ่ม (กระทรวงศึกษาธิการ)	230	894	914	966	1,034	4,038
ผลิตแพทย์ชนบทเพิ่ม (กสช.)	510	1,116	1,116	1,128	1,131	5,001
รวม	1,676	2,966	2,966	3,050	3,121	13,819

ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.), พ.ศ. 2558

จากการวิเคราะห์ภาระงานและจัดทำกรอบอัตรากำลัง เปรียบเทียบกับกำลังคนรองรับที่มีและการสูญเสียกำลังคน สามารถนำมากำหนดแผนการสรรหาและจ้างงาน เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในระยะสั้น 5 ปี ได้ อย่างไรก็ตามแผนการผลิตในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข อาจมีการทบทวนลดการผลิตในบางสายงาน ในปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป และบางสายงานที่มีความจำเป็น แต่มีการผลิตได้น้อย อาจต้องวางแผนร่วมกับสถาบันการศึกษาในการจัดสรรทุนการศึกษาเพื่อผูกพันให้เข้าทำงานใช้ทุนเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือข้าราชการ แล้วแต่กรณี

ส่วนการวางแผนพัฒนาบุคลากรนั้น มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มสมรรถนะ และขีดความสามารถของกำลังคน ทุกสายงานให้สามารถทำงานได้อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองการพัฒนาระบบบริการตาม Service plan ทั้ง 13 สาขา โดยมีการสำรวจความต้องการการพัฒนาจากพื้นที่ โดยผ่านกลไกการบริหารจัดการกำลังคนในแต่ละเขต และสำรวจหลักสูตรการฝึกอบรม เพิ่มพูนทักษะ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับความต้องการการพัฒนา และสนับสนุนการวางแผนพัฒนากำลังคนระดับเขตต่อไป

ภาพที่ 6.10 ข้อมูลทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางทุกระบบ ภาพรวมทั้งประเทศ



ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (สบพช.), 2558

ตารางที่ 6.5 ภาพรวมแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ

เขตสุขภาพ	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง	ผลรวมทั้งหมด
1	719	744	1,463
2	436	457	893
3	394	306	700
4	466	618	1,084
5	606	768	1,374
6	682	739	1,421
7	537	494	1,031
8	610	451	1,061
9	640	700	1,340
10	503	421	924
11	538	542	1,080
12	629	550	1,179
รวม	6,760	6,790	13,550

ที่มา: สำนักบริหารการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาชนบท (สบพช.), 2558

6.1.6 งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

1) ด้านสาธารณสุข

โครงสร้างงบประมาณ ปีงบประมาณ 2557 - 2558 ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณ รายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 แผนงาน การพัฒนาสาธารณสุขและแผนงานพัฒนาระบบประกัน สุขภาพอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์การศึกษา สาธารณสุข คุณธรรม จริยธรรมและคุณภาพชีวิต โดยมีสาระสำคัญของยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสาธารณสุขให้ประชาชน ได้รับบริการสุขภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มี คุณภาพอย่างทั่วถึง พัฒนาระบบประกันสุขภาพให้ได้ มาตรฐาน เท่าเทียมกันทุกระบบ ดูแลผู้สูงอายุ เด็ก สตรี คนพิการและผู้ด้อยโอกาส และยกระดับคุณภาพชีวิตของ ประชาชนตลอดทุกช่วงวัยให้ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการ ทางสังคมอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยมีแผนงานดังนี้

(1) แผนงานการพัฒนาสาธารณสุข จำนวน 53,276.3 ล้านบาท หรือร้อยละ 2.07 ของ งบประมาณรายจ่ายเพื่อการสาธารณสุขทั้งหมดของ ประเทศ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์

และสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาค โดย ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับการให้บริการ สนับสนุนการปฏิบัติงาน เชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการ เสริมสร้างการป้องกันโรค แก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนา สาธารณสุขพื้นฐาน ควบคุมกำกับ และส่งเสริมการพัฒนา คุณภาพสถานบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ให้มี มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดและยกระดับคุณภาพ บริการสู่สากล พัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการด้าน จิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนคุ้มครอง พัฒนาและ ถ่ายทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร

(2) แผนงานพัฒนาระบบประกันสุขภาพ จำนวน 267,396.1 ล้านบาท หรือร้อยละ 10.38 ของ งบประมาณรายจ่ายเพื่อการสาธารณสุขทั้งหมดของ ประเทศ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันทุกระบบ

ทั้งระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ลูกจ้างและพนักงานของรัฐและระบบสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่นและลูกจ้าง พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพชีวิตเครือข่ายบริการสุขภาพให้สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัย ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างสุขภาพให้เหมาะสมตามกลุ่มวัย ส่งเสริมการป้องกันโรคเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคเรื้อรังและโรคมะเร็ง

จากตารางที่ 6.6 แสดงให้เห็นถึงรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 จำนวน 2,575,000 ล้านบาท

ได้กำหนดเป้าหมายนำไปใช้จ่ายตามลักษณะงานการสาธารณสุข จำนวน 261,367.5 ล้านบาท หรือร้อยละ 10.2 ของงบประมาณรายจ่ายทั้งสิ้น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุข ทั้งการวางแผนการบริหาร การดำเนินงานโรงพยาบาล สถานพยาบาลต่างๆ การวิจัยเพื่อการพัฒนาด้านการสาธารณสุข และการให้ความรู้และบริการด้านสุขภาพอนามัย เป็นที่น่าสังเกตว่างบประมาณทุกหมวดในปีงบประมาณ 2558 เพิ่มสูงมากขึ้นกว่างบประมาณในปี 2557 ยกเว้นงานวิจัยสาธารณสุขซึ่งได้รับงบประมาณในปี 2558 ลดลง

ตารางที่ 6.6 งบประมาณรายจ่ายจำแนกตามลักษณะงานด้านการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557 - 2558

หน่วย: ล้านบาท

การสาธารณสุข	ปีงบประมาณ 2557	ปีงบประมาณ 2558
1.งานโรงพยาบาล	106,413.7	110,879.82
2.งานบริการสาธารณสุข	3,625.6	4,071.4
3.งานวิจัยสาธารณสุข	6,607.3	2,486.9
4.งานสาธารณสุขอื่น	136,349.7	143,929.4
รวมการสาธารณสุข	252,996.3	261,367.5
งบประมาณรายจ่ายประจำปี (ทั้งหมด)	2,525,000	2,575,000
ร้อยละของงบรายจ่ายประจำปี	10.0	10.2

ที่มา: สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี, พ.ศ. 2558

2) งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในกำกับ

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนที่ได้รับจัดสรรตามกรมต่างๆ แล้วพบว่า ในปี พ.ศ. 2555 - 2558 หน่วยงานที่ได้รับงบประมาณมากที่สุด คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (รวมกองทุนหมุนเวียนหลัก

ประกันสุขภาพ) รองลงมาเป็น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รวมเงินเดือนข้าราชการและลูกจ้างซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย) ดังตารางที่ 6.7

ตารางที่ 6.7 งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2557 จำแนกตามหน่วยงานและหมวด
รายจ่าย

หน่วยงาน	งบบุคลากร	งบดำเนินงาน	งบลงทุน	งบอุดหนุน	รายจ่ายอื่นๆ	รวม
	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ	ได้รับ
สนง.ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	66,0187.588	7,962.433	9,646.993	3,891.043	48.913	87,727.970
กรมการแพทย์	3,293.195	874.827	770.438	133.109	79.006	5,150.575
กรมควบคุมโรค	1,703.808	1,340.874	159.204	260.804	37.447	3,502.136
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	69.802	104.420	9.660	54.232	21.931	260.046
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	435.432	462.470	175.306	1.563	35.690	1,110.460
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	388.270	476.785	222.531	8.000	16.369	1,111.954
กรมสุขภาพจิต	1,586.728	788.188	376.430	23.973	13.022	2,788.341
กรมอนามัย	1,149.013	576.736	44.276	22.474	39.072	1,831.571
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	253.658	457.928	74.351		29.085	815.022
รวมกระทรวงสาธารณสุข	75,058.494	13,044.661	11,479.189	4,395.198	320.535	104,298.075
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				1,442.185		1,442.185
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข				94.164		94.164
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				177.541		177.541
สถาบันรับรองคุณภาพสถาน พยาบาล(องค์การมหาชน)				78.476		78.476
สถาบันวัคซีนแห่งชาติ				63.663		63.663
โรงพยาบาลบ้านแพ้ว				39.997		39.997
รวมหน่วยงานในกำกับฯ				1,896.026		1,896.026
รวมทั้งหมด	75,058.494	13,044.661	11,479.189	6,291.224	320.535	106,194.104

ที่มา: ฐานข้อมูล GFMS (Government Fiscal Management Information System)

หมายเหตุ: งบประมาณรายจ่ายของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย งบประมาณของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข

6.1.7 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ในหมวดที่ 10 ว่าด้วยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีการกำหนดเป้าหมายว่าให้มีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ดีมีเครือข่ายครอบคลุมทั้งประเทศและเชื่อมโยงกับนานาชาติได้ โดยให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบาย การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแลและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสนับสนุนสร้างเครือข่ายองค์กร ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ นอกจากนี้ยังให้รัฐพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและกลไกการนำข้อมูลด้านสุขภาพ ไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้คำจำกัดความระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หมายถึง ระบบการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งข้อมูลในระบบทะเบียนรายงาน หรือการสำรวจที่ครอบคลุมประเด็น สถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยกระทบต่อสุขภาพ เช่น สิ่งแวดล้อม สวัสดิการ สังคม ทรัพยากรสุขภาพและบริการสุขภาพ รวมทั้งระบบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดความต้องการข้อมูล การจัดการ มาตรฐาน การควบคุมคุณภาพ การวิเคราะห์สังเคราะห์ การสื่อสารเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ การใช้ประโยชน์ จากข้อมูล และกลไกสนับสนุนระบบข้อมูล ได้แก่ นโยบาย ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ กฎหมาย ข้อตกลง กลไกประสานงาน กลไกเชิงสถาบัน ฯลฯ

ที่ผ่านมาการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะช่วงก่อนแผนพัฒนา ฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขมีการรวบรวมข้อมูลรายงานและสถิติต่างๆ ในงานสาธารณสุขไว้เป็นอันมาก พบว่า มีปัญหาการกระจัดกระจายของข้อมูลตามหน่วยงานยากต่อการรวบรวมนำมาใช้และการจัดทำข้อมูลยังไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อคุณภาพและความถูกต้องที่เชื่อถือได้ของข้อมูล ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการพัฒนาการวางแผนการบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร

สาธารณสุข พร้อมทั้งนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วย พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และขยายขีดความสามารถ โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์และสร้างโครงข่ายคอมพิวเตอร์ (Network Operating System) ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคทุกระดับ รวมทั้งจัดให้มีระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหาร (Management Information System) และระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับผู้บริหาร (Decision Support System)

ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 7 - 8 กระทรวงสาธารณสุขได้ลดระบบรายงานกิจกรรมที่ไม่จำเป็นลง โดยสนับสนุนระบบข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ (Provincial Health Survey และ National Health Examinations Survey) และใน ปี พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบสุขภาพทั้งหมดของประเทศไทยเป็นรายงานทุก 2 ปี เรียกชื่อว่า “รายงานการสาธารณสุขไทย”

ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 - 10 (พ.ศ. 2545 - 2554) ได้มีการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขโดยกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขแนวใหม่เพื่อการบริหารจัดการ (MIS Reform) ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นฐานข้อมูลรายบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Individual Cards) เพื่อให้มีโครงสร้างเป็นมาตรฐานเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้งระบบ และตอบสนองต่อดัชนีวัดความสำเร็จต่างๆ ได้แก่ KPI, E-inspection และ MOC (Ministry Operation Center) และมีการพัฒนาระบบงานสำหรับแลกเปลี่ยนข้อมูลอาทิ รายงานโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขระดับจังหวัด (PROVIS) ระบบตรวจสอบสิทธิ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต่อมาในปีงบประมาณ 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพภาครัฐเพื่อรองรับบริการบัตรเดียวรับบริการได้ทุกที่ภายในจังหวัด สำคัญของโครงการนี้เพื่อพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Data Center) โดยการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ สถานบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

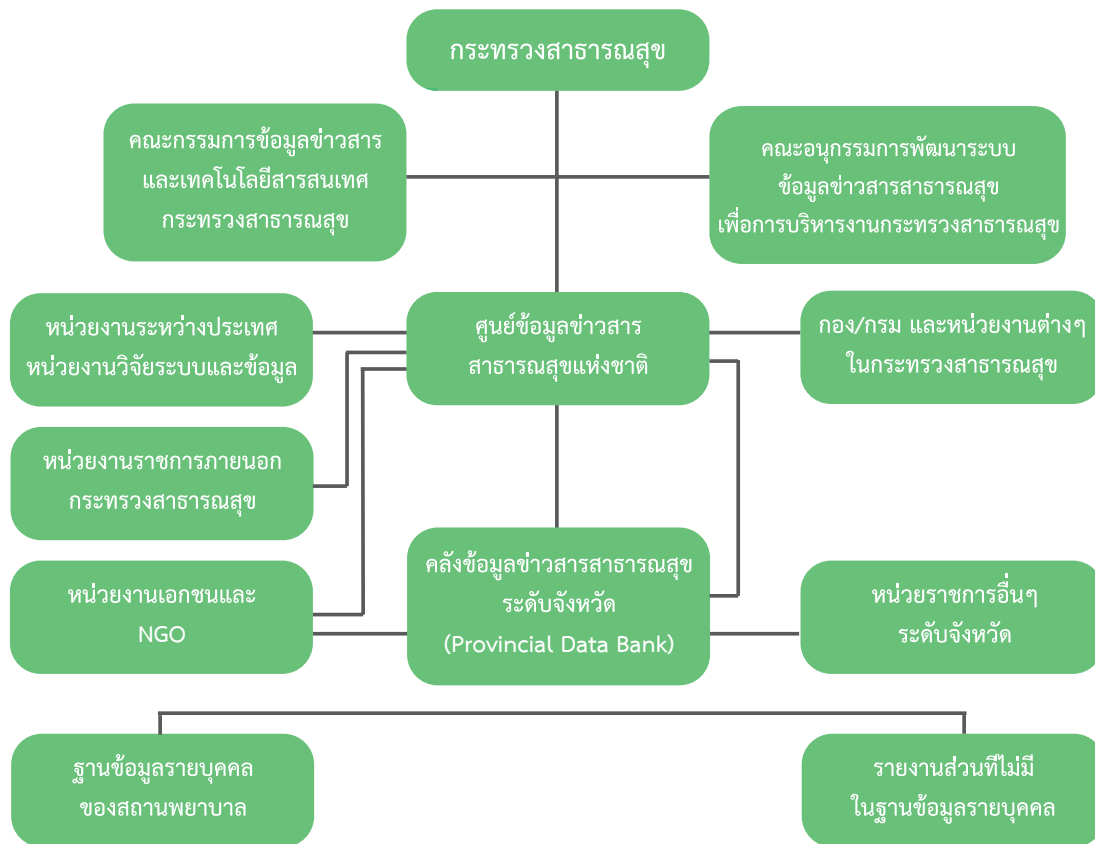
มายังส่วนกลางเพื่อให้หน่วยงานระดับปฏิบัติการ ระดับจังหวัดและระดับกลางมีข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพที่สำคัญตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ และข้อมูลเพื่อการส่งต่อ 43 แพ้ม และ 17 แพ้ม และผู้รับบริการสามารถไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขใดๆ ก็ได้ภายในจังหวัดนั้น โดยมีข้อมูลประวัติผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยโครงการนี้ดำเนินงานนำร่องใน 5 จังหวัดเพื่อเป็นต้นแบบและมีการขยายผลครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัดภายในปี พ.ศ. 2557

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ปี พ.ศ. 2556 - 2565 และได้มีการจัดทำร่าง กรอบนโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556 - 2565 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในการให้บริการ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่ม รวมทั้งผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยมียุทธศาสตร์ 6 ยุทธศาสตร์คือ 1) ยุทธศาสตร์พัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ 2) ยุทธศาสตร์การพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 3) ยุทธศาสตร์การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อการบริการ

สุขภาพ 4) ยุทธศาสตร์สร้างเสริมนวัตกรรมบริการและการวิจัยระบบเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ 5) ยุทธศาสตร์การพัฒนาาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการจัดการความรู้ด้านการแพทย์และสุขภาพสำหรับประชาชน 6) ยุทธศาสตร์พัฒนาบุคลากรด้าน ICT

ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการพัฒนาและบูรณาการข้อมูลที่เหมาะสมตอบสนองต่อผู้ใช้ มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลภายใต้มาตรฐานและความปลอดภัย สามารถนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการบริหารจัดการและให้บริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป้าหมายยุทธศาสตร์คือ 1) มีมาตรฐานข้อมูล ด้านโครงสร้างของข้อมูล ด้านการจำแนกประเภทและรหัส ด้านการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านความปลอดภัยของข้อมูล 2) มีระบบฐานข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ในสถานบริการสาธารณสุขที่ครบถ้วนถูกต้องและมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ 3) มีระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ 4) มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) ผ่านช่องทางต่างๆ

ภาพที่ 6.11 การเชื่อมโยงเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข



6.1.8 ระบบการติดตามประเมินผล

รัฐบาลกำหนดให้มีการปรับรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) เน้นการรับผิดชอบต่อการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาและปรับรูปแบบระบบการติดตามประเมินผลเพื่อให้มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ โดยกำหนดตัวชี้วัดหลัก (key Performance Indicator: KPI) สำหรับการติดตามประเมินผล จะพิจารณาผลสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมายในภาพรวมระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเป็นหลักเท่านั้น โดยทั้งนี้ระบบการติดตามประเมินผลต้องการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผล (Evaluation Objectives) และมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลที่เป็นที่ยอมรับและมีความถูกต้อง

จากกรอบแนวทาง/เครื่องมือในการติดตามประเมินผล โดยการบูรณาการงานติดตามประเมินผลในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ หน่วยงานระดับกรม สำนักในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การติดตามประเมินผลในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขสามารถสะท้อนถึงผลสำเร็จของการดำเนินงานตามเป้าหมายในภาพรวมระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ มีการนำเทคโนโลยีในการบริหารจัดการข้อมูลด้านการติดตามประเมินผล และจัดทำรายงานการติดตามความก้าวหน้าและผลสำเร็จของการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อนำเสนอข้อมูลสำคัญต่อผู้บริหารระดับกระทรวงและหน่วยงานติดตามประเมินผลระดับชาติ เพื่อใช้ประโยชน์ในกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์และประกอบการตัดสินใจระดับ

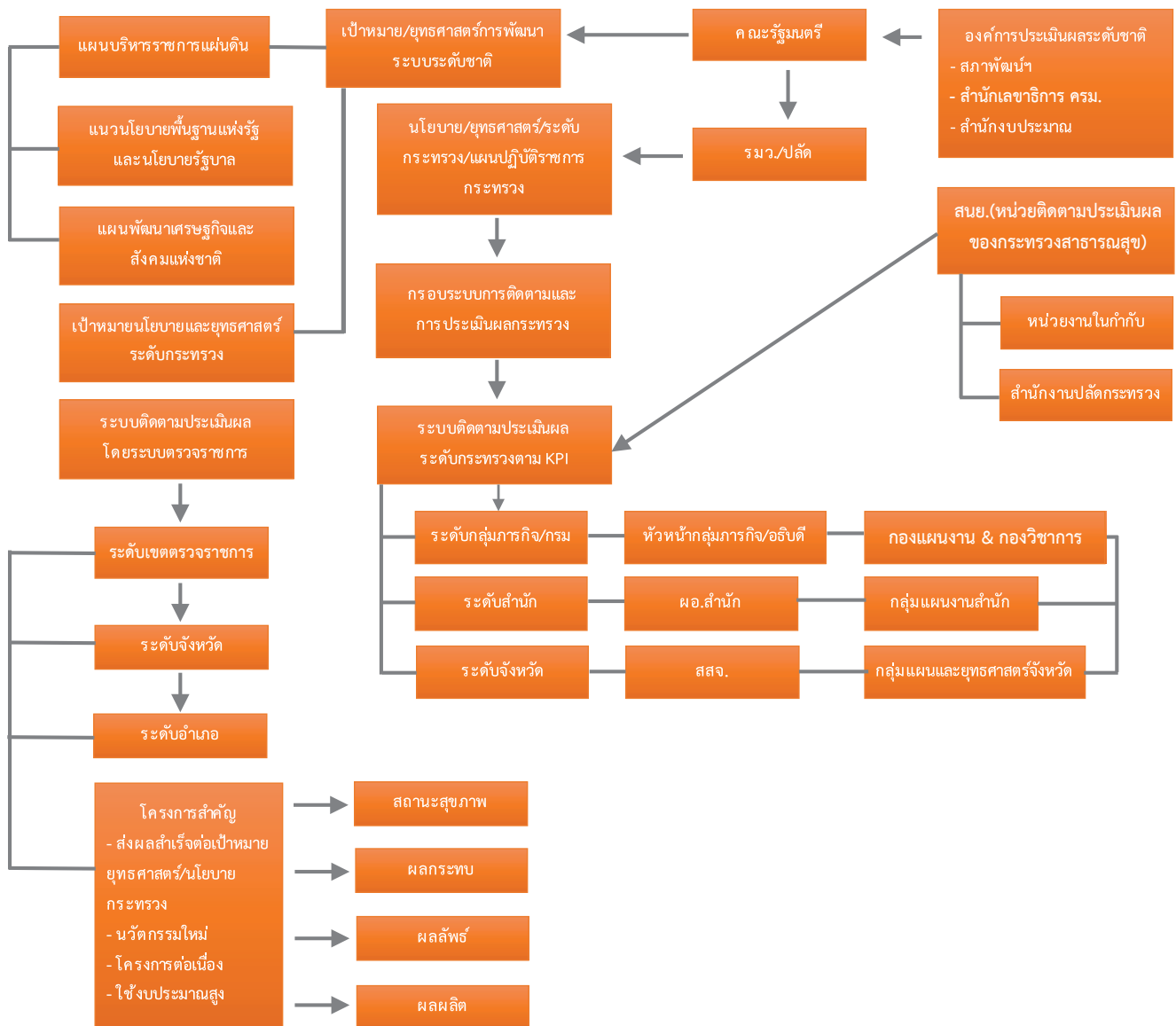
นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและการบริหารจัดการงบประมาณในภาพรวมระดับประเทศดังภาพที่ 6.12

สามารถสรุประบบติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็น 2 ระบบคือ

1) ระดับกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

2) ระบบตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 6.12 ระบบการติดตามประเมินผลของกระทรวงสาธารณสุข



6.2 การปฏิรูปด้านสุขภาพ

6.2.1 เหตุผลสำคัญที่ประเทศไทยต้องปฏิรูประบบสุขภาพ

การนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของ ผู้คนโดยมีระบบบริการที่พึงประสงค์ต้องสร้างระบบ บริการที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพ มีความเป็นธรรม ตอบสนองความต้องการของประชาชน มีความมั่นคง ทางการเงินและมีประสิทธิภาพคือความคุ้มค่า ในการจะ ทำให้ระบบบริการไปสู่เป้าหมายดังกล่าวต้องมีระบบอื่นๆ เป็นองค์ประกอบร่วมที่สำคัญ คือ ระบบกำลังคน ระบบ ข้อมูล ระบบยา วัคซีนและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบ การเงินการคลัง การอภิบาลระบบ (Governance) ตลอด จนระบบสุขภาพชุมชน (Community Health System) ที่เป็นที่ยึดมั่นในกรอบแนวคิด Six Building Blocks Plus หรือ 6+1 ในระบบสุขภาพ และระบบสุขภาพต้อง เชื่อมโยงไปถึงสิ่งที่เรียกว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants)

แม้ระบบสุขภาพของไทยที่พัฒนามา ยาวนาน หากนับหนึ่งทีแผนพัฒนาการสาธารณสุข แห่งชาติฉบับแรกที่เกิดขึ้นคู่ขนานกับแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่หนึ่ง ตั้งแต่ พ.ศ. 2504 เป็นเวลากว่าครึ่งศตวรรษ ผลลัพธ์ของ การพัฒนาทำให้การสาธารณสุขของไทยก้าวหน้าไป อย่างมาก มีโครงสร้างพื้นฐานที่ครอบคลุม มีการเพิ่ม ทั้งจำนวนและขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการกระจายไปยังสถาน บริการทั่วประเทศ และมีผลลัพธ์ที่ทำให้ประชากรใน ประเทศมีสุขภาพที่ดี และยังสามารถรับมือกับภัยสุขภาพ ได้ดีตามสมควร อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาและช่องว่าง สำคัญ ที่ต้องการการพัฒนาหรือแม้กระทั่งการปฏิรูประบบ เพื่อแก้ไขจุดอ่อนที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และรองรับภาวะคุกคามที่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงใน อนาคต ดังนี้

1) สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ และการเมือง

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ประเทศที่มีรายได้ ปานกลางระดับสูง (Upper-middle Income Country) ด้วยรายได้ที่เป็นผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวต่อปีเท่ากับ 6,041 เหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ. 2557 อัตราความ ยากจนลดลงเหลือเพียง ร้อยละ 10.9 และมีคนว่างงาน

ต่ำกว่าร้อยละ 1 แต่อย่างไรก็ตามการจะก้าวไปเป็นประเทศ รายได้สูง (High Income Country) ประเทศไทยต้อง รักษาอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจให้ได้ร้อยละ 4 - 5 ติดต่อกันอีก 15 ปี ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำหาย ความได้เปรียบ ในการแข่งขันกำลังจะหมดไปหากต้นทุนด้านการบริหาร จัดการรวมถึงด้านลอจิสติกส์ยังคงสูงเกินไป การเมืองใน ประเทศที่มีความขัดแย้ง แยกแยะสูง จนต้องเว้นวรรค การปกครองระบอบประชาธิปไตยตามหลักสากล ทำให้ มีปัญหาในสายตาประชาคมโลก การที่รายงานการค้า มนุษย์ (Trafficking in Person Report: Tip Report) ลดระดับประเทศลงไปอยู่ที่ระดับต่ำสุด (Tier 3) ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557 - 2558 แล้วต่อมารัฐบาลได้มีมาตรการที่ เข้มแข็งและกำหนดนโยบายแก้ไขปัญหา จากรายงาน สถานการณ์การค้ามนุษย์ประจำปี 2559 ได้ปรับระดับ ของประเทศไทยเป็น Tier 2 ในเดือนมิถุนายน 2559 สำหรับปัญหาคอร์รัปชันที่ยังอยู่ในระดับที่น่ากังวลแมตซ์นิ คอร์รัปชัน (Corruption Perception Index: CPI) จะ ดีขึ้นบ้างเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2558

2) สถานการณ์สุขภาพและแนวโน้ม การเปลี่ยนแปลงประเทศไทยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านที่ สำคัญคือ

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าที่คาดไว้โดยในปี พ.ศ 2556 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.7 ของประชากรทั้งหมด และ ในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุ (มากกว่าอายุ 60 ปี ขึ้นไป) ประมาณหนึ่งในสามของประชากร อัตราการเจริญ พันธุ์เหลือ 1.4 ทำให้เด็กเกิดลดลง และยังมีปัญหาคุณภาพ ทั้งเรื่องพัฒนาการไม่สมวัย และระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ย ที่ต่ำกว่า 100 วัยรุ่นตั้งครรถ์มีอัตราและแนวโน้มสูงขึ้น 1.4 เท่าในระยะเวลาเพียง 15 ปี

2. การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าจาก 1,682,281 ราย ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 3,099,685 ราย ในปี พ.ศ. 2555 อีกทั้งยังมีปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุ ภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น

3. ผลกระทบจากนโยบายสาธารณสุขด้านอื่นๆ ที่มีต่อระบบสุขภาพ แม้ว่าพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะให้ความสำคัญกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment) และมีกลไกส่งเสริมให้การทำนโยบายสาธารณสุขทุกนโยบายต้องคำนึงถึงสุขภาพ แต่ยังไม่มีความหนักแน่นมากพอ

4. โลกาภิวัตน์ และความรวดเร็วของการพัฒนาเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนรวมถึงพฤติกรรมในการให้บริการสุขภาพ การขาดการประเมินความคุ้มค่าเทคโนโลยีสุขภาพ (Health Technology Assessment) อย่างเพียงพอ จะทำให้ประเทศไม่สามารถเลือกลงทุนใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดได้อย่างคุ้มค่า

3) ระบบบริการและระบบสนับสนุนมีปัญหา ได้แก่

1. ในการศึกษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ในปี พ.ศ.2558 พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครามีเพียงร้อยละ 9 ที่เหลือเป็นการใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาล ทั้งๆ ที่มีแนวคิดเรื่อง “ป้องกันดีกว่ารักษา” มานานมาก บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญเพียงในระดับหลักการหรือนโยบาย แต่ไม่เป็นจริงในระดับการปฏิบัติและการสนับสนุน

2. ระบบบริการสุขภาพถือเป็น บริการที่ต้องใช้บุคลากรและมีความเป็นวิชาชีพสูง (Labor Intensive and Highly Professional) การจัดการกำลังคนยังไม่ตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการ เกิดวิกฤตขาดแคลนผู้นำและนักวิชาการที่มีคุณภาพระดับสูง กระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรกว่า 3 แสนคน แต่ขาดหน่วยงานด้านทรัพยากรบุคคลที่มีสมรรถนะเพียงพอและไม่เป็นเอกภาพ

3. แม้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อหัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องราว 3 เท่า จากจุดเริ่มต้นที่ 1,202.40 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 แต่ระบบการเงินการคลังยังไม่ลงตัวในเชิงบริหารจัดการ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหลายแห่งมีปัญหาวิกฤตทางการเงินและมีความคิดเห็นที่

แตกต่างกัน ชัดแจ้ง มีความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ

4. ระบบการวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ แม้จะมีหน่วยงานเฉพาะอย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ แม้จะมียุทธศาสตร์การพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ แต่ผลลัพธ์ พบว่ายังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากงานวิจัยและข้อมูลที่มีได้อย่างเพียงพอในการบริหารงานของรัฐและการเข้าถึงของประชาชนในลักษณะประโยชน์สาธารณะ

4) โครงสร้างและกลไกการอภิบาลระบบมีปัญหา ได้แก่

1. ผู้ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพทั้งที่มีอยู่เดิม แต่ต่างหน่วยงานกัน และที่เกิดขึ้นตามกฎหมายในระยะหลัง ด้วยเจตคติและวิธีทำงานที่แตกต่างกัน ทำให้ขาดเอกภาพเนื่องจากขาดกลไกบูรณาการระหว่างหน่วยงานในระดับชาติและทุกระดับ ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพในการเอาชนะปัญหา ตลอดจนลูกถามมีความขัดแย้ง แบ่งฝักฝ่ายอย่างที่ปรากฏเป็นข่าวครึกโครมเป็นระยะๆ

2. ธรรมนูญยถาหยอนยาน การแต่งตั้งโยกย้ายที่ไม่ได้ทำให้ คนดี คนเก่งมีโอกาสก้าวไปสู่ตำแหน่งสำคัญ การจัดซื้อจัดจ้างที่ถูกแทรกแซง แม้ว่าโดยข้อเท็จจริงอาจจะน้อยกว่าในระบบอื่นแต่ก็เป็นปัญหาที่ถูกสังคมตั้งคำถาม ขาดกลไกการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ ถ่วงดุลและทัตทานเมื่อมีสิ่งไม่ถูกต้อง

3. โครงสร้างที่ใหญ่โตเทอะทะและมีกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรค (bureaucracy) ไม่สามารถทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ รวมถึงการรวมศูนย์อำนาจสั่งการล่าช้า ไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

5) นโยบายและกฎหมายมีปัญหา ได้แก่

1. นโยบายขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารบ่อย ประเทศไม่มียุทธศาสตร์ชาติระยะยาว มีเพียงแผนระยะกลาง และส่วนมากเป็นการทำนโยบายตามสถานการณ์เฉพาะหน้าที่มีผลในทางปฏิบัติไม่มาก ไม่ได้ใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

2. กฎหมายหลายฉบับเกา่ก่อนข้างล้ำสมัยไม่รองรับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถใช้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผล รวมถึงการบังคับใช้ที่ยืดเยื้อยาวนาน

3. หน่วยตรวจสอบของประเทศ คือ สำนักการตรวจเงินแผ่นดิน มีทัศนคติที่ล้ำหลัง และเป็นอุปสรรคต่อการที่หน่วยงานจะทำงานได้ตามหลักเกณฑ์การบริหารจัดการพลเมืองที่ดี

6) ความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนมีปัญหา ได้แก่

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง เห็นได้จากโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกาย

2. แม้มีความพยายามในการพัฒนา (สร้างความเข้มแข็ง) และสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรชุมชน แต่ชุมชนจำนวนมากยังพึ่งตนเองไม่ได้

ข้อเสนอการปฏิรูปด้านสุขภาพ มีข้อเสนอสำคัญสรุปได้ดังนี้

1. สมัชชาปฏิรูปแห่งชาติ

คณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) มีการจัดสมัชชาปฏิรูปขึ้น 3 ครั้งจนถึงปีพ.ศ. 2558 โดยใช้กระบวนการคล้ายกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีข้อเสนอออกมาทั้งหมด 21 มติ

2. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 (มิถุนายน พ.ศ. 2557)

มีมติเห็นชอบหลักการแนวทางสำคัญในการปฏิรูป ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 (มีการเลื่อนจากปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากเหตุการณ์ไม่สงบทางการเมืองช่วงปลายปี พ.ศ. 2556) ใน 5 ระบบสำคัญคือ

(1) ระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยให้มีการคำนึงถึงสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in all Policy) ให้มีการคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม

ที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinant of Health) และการทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment) อย่างจริงจัง

(2) ระบบบริการสุขภาพ สนับสนุนการจัดการเบื้องต้นในระดัพื้นที่ พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) การจัดการเขตบริการสุขภาพ มีแผนบริการสุขภาพ (Service Plan) การให้บริการระยะยาว (Long term care) ทบพวณนโยบาย ศูนย์สุขภาพแห่งเอเชีย สนับสนุนการแพทย์แผนไทย และพัฒนาระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบบริการ

(3) ระบบกำลังคน ให้ปฏิรูปโดยดูทั้งระบบทั้งการผลิต สรรหา การกระจาย ธารงไว้และการพัฒนาสมรรถนะ

(4) ระบบการเงินการคลังและการสร้างหลักประกันสุขภาพ ให้มีการลงทุน การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเพิ่ม การบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพ ให้เพิ่มการมีส่วนร่วมมากขึ้น ขยายความครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ปรับปรุง พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

(5) ระบบอภิบาลและการทำนโยบายสาธารณะ สร้างกลไกบูรณาการ เร่งการถ่ายโอนสถานบริการปรับหน่วยบริการเป็นองค์การมหาชน

3. ข้อเสนอการปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุข (คสร.) ต่อ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมี สวรส. เป็นหน่วยงานหลัก ในการจัดเวทีการแสวงหาข้อเสนอ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 และมีการทำกระบวนการต่อมาเป็นข้อเสนอการปฏิรูป 4 ระบบ (ระบบบริการ ระบบส่งเสริมสุขภาพ ระบบป้องกันควบคุมโรคและ ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ) และ 11 บทบาทที่พึงประสงค์ในฐานะหน่วยงานแห่งชาติด้านสุขภาพ (National Health Authority) ต่อมาเมื่อมีการยึดอำนาจการปกครองโดย คสช. ได้มีการจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาตามแผนที่ทางเดิน (Road Map) ระยะสั้น กลาง ยาว รวมถึงข้อเสนอการปฏิรูป 4 ด้านหลัก ได้แก่

(1) การมีกลไกนโยบายระดับชาติ (National Health Policy Board) เพื่อสร้างเอกภาพในทางนโยบาย และบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เป็นผู้เล่นด้านสุขภาพ ทั้งที่อยู่ในกระทรวงต่างๆ และองค์กรที่เกิดขึ้นใหม่ในระบบสุขภาพ

(2) การจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพให้มีการกระจายอำนาจไปเขตโดยการมอบอำนาจจาก ปลัดกระทรวง เพิ่มประสิทธิภาพ มีการร่วมใช้ทรัพยากร พัฒนาศักยภาพให้เพิ่มขึ้นในเขตเพื่อลดการส่งต่อ และ มีการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (Seamless Referral System)

(3) การเงินการคลัง โดยจัดสรรงบประมาณเพื่อ สนับสนุนนโยบาย ให้มีการจัดสรรงบประมาณในระดับ เขตโดยส่งเงินไปที่สถานบริการตามเดิม

(4) ระบบธรรมาภิบาล โดยการกำหนดแนวทาง จัดซื้อจัดจ้าง ร่วมมือกับองค์กรต่อต้านคอร์รัปชัน การกำหนดระบบคุณธรรมในการแต่งตั้งโยกย้าย และ การจัดตั้งประชาคมสาธารณสุขเพื่อสร้างระบบตรวจสอบ ถ่วงดุล (Watch and Voice)

4. ข้อเสนอสถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) และ สถาปนาขับเคลื่อนการปฏิรูป (สปท.)

ก่อนที่สถาปนาปฏิรูปจะหมดวาระลงไปได้มี กระบวนการศึกษาและจัดทำข้อเสนอการปฏิรูปด้าน สุขภาพ เป็นวาระปฏิรูป 3 วาระและวาระพิเศษ 1 วาระคือ

(1) วาระปฏิรูปที่ 22: การปฏิรูประบบบริการ สุขภาพ

(2) วาระปฏิรูปที่ 23: การปฏิรูปการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

(3) วาระปฏิรูปที่ 24: การปฏิรูประบบบริหาร จัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ

(4) วาระปฏิรูปพิเศษที่ 13: แนวทางการปฏิรูป ระบบประกันสุขภาพ

เมื่อสถาปนาปฏิรูปหมดวาระไป รัฐบาลได้ตั้งสภา ขับเคลื่อนการปฏิรูปซึ่งได้วางแนวทางการขับเคลื่อน การปฏิรูปเป็น 4 ประเด็นใหญ่คือ 1) การปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ 2) การอภิบาลระบบสุขภาพทั้งใน

ระดับประเทศและระดับพื้นที่ 3) การเงินการคลังด้าน สุขภาพ 4) การทบทวนและแก้ไขกฎหมายที่สนับสนุน การขับเคลื่อนการปฏิรูป มีการตั้งคณะทำงานร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ ทำแผนปฏิบัติการต่อไป

5. ร่างรัฐธรรมนูญ ฉบับปี 2559

การปฏิรูปเป็นสาเหตุหนึ่งของการทำรัฐประหาร เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 จึงได้มีกลไกการ จัดตั้งสภาปฏิรูปแห่งชาติ ซึ่งได้จัดทำข้อเสนอวาระปฏิรูป 3 วาระ และวาระพิเศษ 1 วาระ และคณะกรรมการ ยกร่างรัฐธรรมนูญ ได้บรรจุไว้ในร่างรัฐธรรมนูญ โดย ฉบับแรก (พ.ศ. 2558) โดยกำหนดไว้ในส่วนที่ 2 การ ปฏิรูปด้านต่างๆ ตั้งแต่ มาตรา 281 โดยการปฏิรูปด้าน สาธารณสุขถูกกำหนดไว้ในมาตรา 294 โดยกำหนด ไว้เป็น 5 ข้อ คือ 1) ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ 2) การบริหารระบบหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ 3) การควบคุมค่าใช้จ่ายโดยให้ประชาชนดูแลสุขภาพ ตนเอง 4) พัฒนากลไกกำกับดูแลในระบบเศรษฐกิจ แบบตลาดที่เป็นธรรม 5) การผลิตและกระจายแพทย์ไป ชนบท ซึ่งรัฐธรรมนูญนี้ตกไป เนื่องจากไม่ผ่านการออก เสียงรับรองจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังนั้น คณะรักษา ความสงบแห่งชาติจึงตั้งคณะกรรมการร่างรัฐธรรมนูญชุด ใหม่และเสนอร่างรัฐธรรมนูญที่มีการปฏิรูปอยู่ในหมวด 16 การปฏิรูปประเทศ ตั้งแต่มาตรา 257 โดยมาตรา 258 ให้มี การปฏิรูปประเทศด้านต่างๆ ให้เกิดผล เช่น ด้านการเมือง ด้านบริหารราชการแผ่นดิน ด้านกฎหมาย ด้านกระบวนการ ยุติธรรม ด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ และด้านอื่นๆ ซึ่ง รวมถึงด้านสาธารณสุขด้วย จากการทำประชามติว่า จะรับหรือไม่รับร่างรัฐธรรมนูญฉบับนี้ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 พบว่ามีประชาชนไทยมาใช้สิทธิจำนวน 29,740,677 คน คิดเป็นร้อยละของผู้มีสิทธิ 59.40% ประชาชนที่รับร่างจำนวน 16,820,420 คน (61.31%) และไม่รับร่างจำนวน 10,598,037 คน (38.65%)

6. ความเห็นสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เสนอต่อคณะรัฐมนตรี

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้ทำข้อเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีเดือนเมษายน พ.ศ. 2557 ในประเด็นการปฏิรูปโดยแบ่งเป็นส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดำเนินการได้เลยและส่วนที่เป็นข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปในระยะต่อไป

กลุ่มข้อเสนอที่ทำได้เลย ได้แก่ 1) จัดทำมาตรฐานข้อมูลกลาง และการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุนประกันสุขภาพ 2) พัฒนาสถานบริการที่เป็นมาตรฐานความเป็นเลิศทางแพทย์ (Excellent Center) 3) การจัดการแบบเขตสุขภาพ 4) การจัดทำแผนกำลังคนด้านสุขภาพ 5) การกำหนดบทบาทผู้ซื้อผู้ให้บริการให้มีความชัดเจน 6) การสร้างระบบเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ชายแดนและประเทศเพื่อนบ้าน

กลุ่มข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป ได้แก่ 1) การร่วมจ่าย (cost sharing) 2) การปรับปรุง พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถ 3) การถ่ายโอนงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

วิเคราะห์ข้อเสนอปฏิรูปที่มีในปัจจุบัน

ข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปมีมาจากหลายภาคส่วน แม้จะมีกลไกหลักที่ออกแบบมา ภายใต้รัฐบาลที่มาจาก คสช.คือสภาปฏิรูปแห่งชาติ แต่ไม่สามารถขับเคลื่อนได้เนื่องจากผู้แสดงบทบาททุกส่วนมีพลัง มีอำนาจหน้าที่ มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนอย่างหลากหลายจึงไม่อาจสรุปได้ว่า พินิจพิจารณาปฏิรูปที่จะใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนจริงเป็นอย่างไร เพียงแต่สามารถศึกษาและวิเคราะห์ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ดังนี้

1. ประเด็นที่มีความเห็นร่วมหรือมีข้อแตกต่างน้อยสรุปข้อเสนอได้ ดังนี้

- (1) การมุ่งเน้นให้ความสำคัญที่บริการระดับปฐมภูมิ เพิ่มการลงทุนเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- (2) การพัฒนาระบบบริการโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน มีการบริหารจัดการในแต่ละเขตพื้นที่ (เขตสุขภาพ) สร้าง

กลไกพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ให้มีความเข้มแข็ง ใช้แผนบริการสุขภาพ (Service plan) เป็นเครื่องมือในการออกแบบบริการและการจัดสรรทรัพยากร

(3) เพิ่มมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย และความคุ้มค่าของระบบบริการ

(4) วางแผนกำลังคนครบวงจร ให้มีจำนวนเพียงพอ กระจายอย่างเหมาะสม มีสมรรถนะ มีระบบแรงจูงใจที่เป็นธรรม

(5) สร้างมาตรฐานและระบบข้อมูลกลาง การลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุนประกันสุขภาพ และความครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มรวมถึงผู้ที่ยังมีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ

(6) ปรับ พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถให้เหมาะสมเป็นธรรม และเพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนรวมให้มากขึ้น

(7) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองและการมีส่วนร่วม

2. ประเด็นที่มีความเห็นร่วมในหลักการ แต่อาจแตกต่างในรายละเอียด สรุปข้อเสนอได้ ดังนี้

(1) กลไกบูรณาการในระดับชาติ ที่มีการเสนอรูปแบบโครงสร้างที่ใช้กลไกอำนาจ (Authority) มีคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) หรือกลไกการประสานงานกันในแนวราบ (Networking)

(2) การสร้างความพอเพียงและยั่งยืนด้านการเงินการคลังสุขภาพเพื่อสนับสนุนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีคณะทำงานกำหนดเป้าประสงค์ (Goal) ของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเป็น 4 ด้าน คือ ความยั่งยืน ความเพียงพอ ความเป็นธรรมและความมีประสิทธิภาพ (SAFE: Sustainable, Adequate, Fairness, Efficient)

(3) ธรรมชาติที่เห็นเป้าหมายเดียวกัน แต่วิธีทำยังต่างกันเช่น กลไกประชาคมสาธารณสุขในการตรวจสอบถ่วงดุล

(4) รูปแบบการกระจายอำนาจ การกระจายอำนาจแบบยกวางบริการไปเป็นเขตสุขภาพ หรือการถ่ายโอนสถานบริการไป อปท. หรือการปรับสถานบริการไปเป็นองค์กรมหาชน

(5) การแยกบทบาท Regulator - Purchaser – Provider ออกจากกัน

3. ประเด็นที่ยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก

(1) การจัดการการเงินการคลังสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นการร่วมจ่าย (cost sharing)

(2) การปรับบทบาทและโครงสร้างองค์กร รวมถึงกลไกการทำงานกับหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นตามกฎหมาย

(3) ศูนย์สุขภาพแห่งเอเชีย (Medical Hub of Asia) ที่ยังมีความห่วงกังวลเรื่องผลกระทบต่อการใช้บริการสุขภาพของคนไทย

กลไกและกระบวนการปฏิรูปด้านสุขภาพ

การจัดการเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องมีกลไกที่ทำหน้าที่อย่างน้อย 3 ประการคือ (1) มีการทำงานวิชาการรวมถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยการสนับสนุนของหน่วยงานที่มีพันธกิจ เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนการจัดเวทีการมีส่วนร่วมกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) เสนอการปรับแก้กฎหมาย เพื่อให้มีข้อเสนอที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด ซึ่งอาจเป็นข้อเสนอทางเลือกพร้อมข้อมูลสนับสนุน (2) มีองค์กรที่จะชี้ว่าจะกำหนดทิศทางการปฏิรูปเป็นแบบใด และ (3) เมื่อได้ทางเลือกก็ให้หน่วยงานที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนการปฏิรูปนำไปดำเนินการ โดยเฉพาะประเด็นที่สามารถทำให้สำเร็จได้ในระยะเวลาไม่นาน (Quick Win) กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความเห็นชอบในการจัดตั้งกลไกดังกล่าวขึ้นเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพไปสู่เป้าหมายด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

6.3 การอภิบาลระบบสุขภาพ

1) ความหมายของสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความเรื่องสุขภาพไว้ดังนี้ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” ซึ่งแปลความได้ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่มีความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น คำจำกัดความนี้

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปของนานาชาติ ที่แสดงให้เห็นว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องของการไม่เจ็บป่วยเท่านั้น

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดความหมายของสุขภาพไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ดังนี้⁽¹⁾ “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”

ระบบสุขภาพในความหมายเดิมซึ่งมักจะหมายถึง ระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อมีการปรับขยายความหมายสุขภาพตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบบสุขภาพจึงหมายถึง “ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ”

2) ความหมายของการอภิบาล⁽²⁾ การอภิบาลหรือ “Governance” มีความหมายมาจากที่ต่างๆ กัน ได้แก่ ความหมายในพจนานุกรม การอภิบาล หมายถึง “การปกครองที่เต็มไปด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน โดยเล็งเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นการปกครองที่มุ่งหวังให้ทุกคนทั้งผู้ปกครองและผู้ถูกปกครองได้รับประโยชน์สูงสุดและมีความสุข”⁽³⁾

นัยนี้ ความหมายของคำว่าอภิบาลยังผูกโยงอยู่กับการปกครองโดยรัฐ มองว่ารัฐเป็นผู้ปกครอง ประชาชนเป็นผู้ถูกปกครอง คำจำกัดความนี้เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งรัฐไทยเป็นแบบนี้มานานกว่าร้อยปีแล้ว เปรียบเทียบคล้ายกับอังกฤษปกครองเมืองขึ้น รัฐไทยมีราชการบริหารส่วนกลางเป็นใหญ่ ทำหน้าที่ปกครองจังหวัด และพื้นที่ต่างๆ ในฐานะคล้ายเมืองขึ้น เรียกว่าส่วนภูมิภาค โดยส่งผู้ว่าราชการจังหวัดไปครองเมือง ปัจจุบันเปลี่ยนแนวคิดเป็นส่งผู้ว่าราชการจังหวัดไปดูแลประชาชน แต่การบริหารจัดการยังเป็นแนวคิด บนลงล่าง คล้ายๆ เดิม

ในระดับสากลมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดเรื่อง การอภิบาลไปมากมีการให้ความหมายที่เพิ่มขึ้นหลากหลายแต่ที่เห็นว่าคุณจะเหมาะสมกับบริบทประเทศไทยปัจจุบัน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้ว่า

การอภิบาล หมายถึง “ปฏิสัมพันธ์กันของรัฐ องค์กรสาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา ความท้าทายต่างๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่”²

ความหมายนี้วางอยู่บนแนวคิดที่ก้าวหน้ามากขึ้น มีนัยของความเท่าเทียม และการมีส่วนร่วมชัดเจนมากขึ้น เป็นฐานความคิดของ “การอภิบาลระบบโดยเครือข่าย” (governance by network) คือให้ความสำคัญกับภาค รัฐ และองค์กรทุกภาคส่วนให้เข้ามาบริหารจัดการสังคม ร่วมกัน แก้ไขปัญหาสาธารณะ ความท้าทายต่าง ๆ และ สร้างสรรค์โอกาสใหม่ๆ ให้สังคม ไม่ได้มองว่ารัฐเป็นผู้ ปกครอง หรือรัฐเป็นผู้ดูแลบริหารจัดการอย่างเบ็ดเสร็จ เด็ดขาดเพียงผู้เดียวอีกต่อไป

3) การอภิบาลระบบสุขภาพ การอภิบาลระบบ สุขภาพในที่นี้จึงขอสรุปว่า หมายถึง “การบริหาร การ จัดการ การดูแล การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างภาครัฐ องค์กร สาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม ที่มีความ เกี่ยวข้องกับสุขภาพประชาชนในการกำหนดทิศทางระบบ สุขภาพโดยรวม การพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การกำกับดูแล การแก้ไขปัญหาความท้าทายต่างๆ และ สร้างสรรค์โอกาส หรือทางเลือกใหม่ในการพัฒนาระบบ สุขภาพ โดยคาดหวังว่าทุกๆ คนจะได้รับประโยชน์สูงสุด และมีความสุข”

4) หน้าที่ของการอภิบาลระบบสุขภาพ⁽⁴⁾

หน้าที่สำคัญของการอภิบาลระบบมีอย่างน้อย 6 ประการ คือ (1) การกำหนดนโยบาย (policy guidance) (2) การสังเคราะห์และการใช้ความรู้และการมองภาพรวม (intelligence and oversight) (3) การประสานงาน

และสร้างความร่วมมือ (collaboration and coalition building) (4) การกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎระเบียบ (regulation) (5) การออกแบบระบบ (system design) (6) การมีความรับผิดชอบ (accountability)

การอภิบาลระบบสุขภาพเป็นความพยายามของ รัฐบาลทุกยุคทุกสมัยที่จะทำให้ประชาชน ชุมชน และ สังคมไทย เกิดการมีสุขภาพที่ดี และสังคมเกิดสุขภาวะ แต่เนื่องจากสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น มีขนาดใหญ่ขึ้น มีความเป็นพลวัตสูง การอภิบาลระบบสุขภาพแบบเดิม ที่เน้นไปในลักษณะสั่งการจากบนลงล่างจึงมีอาจจะตอ บสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้ ควรมีรูปแบบการอภิบาล ระบบแบบอื่นเข้ามาเสริม กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็น องค์กรหลักในการทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพ จึงมี ความจำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ใหม่ โดยการขยายขอบเขตไปให้กว้างกว่าการทำหน้าที่ ในระบบสาธารณสุขเดิมเท่านั้น โดยการแสวงหารูปแบบ การอภิบาลระบบสุขภาพแบบใหม่ๆ มาเป็นเครื่องมือใน การสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีต่างๆ ให้มากขึ้น

6.3.1 รูปแบบของการอภิบาลระบบสุขภาพ

รูปแบบของการอภิบาลระบบ อาจจำแนก เป็น 3 ประเภท ตาม “ต้นแบบอุดมคติ” (Ideal type) ดังแสดงในตารางที่ 6.8 แต่ในความเป็นจริงอาจจะไม่ สามารถแบ่งแยกโดยเด็ดขาด อาจจะมีทับซ้อนกัน ของแต่ละรูปแบบได้⁽⁵⁾

ตารางที่ 6.8 ต้นแบบอุดมคติของการอภิบาล 3 รูปแบบ⁽⁵⁾

คุณลักษณะของอุดมคติ	รูปแบบ	รัฐ	ตลาด	เครือข่าย
1. รูปแบบของการใช้อำนาจ	การบังคับบัญชา		การแลกเปลี่ยน	การสานเสวนา
2. รากฐานของเหตุผล	ความเป็นทางการและ กระบวนการ		มุ่งเน้นผลลัพธ์	มุ่งเน้นกระบวนการและสะท้อน ความคิด
3. เกณฑ์วัดความสำเร็จ	การจัดสรรทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพ		การบรรลุเป้าหมายอย่างมี ประสิทธิภาพ	ความยินยอมจากการเจรจาต่อรอง
4. เกณฑ์วัดความล้มเหลว	ความไร้ประสิทธิภาพ ความล่าช้า		ความไร้ประสิทธิภาพทาง เศรษฐศาสตร์	การได้กเถียงโดยไม่ได้ข้อสรุป

ตารางที่ 6.8 ต้นแบบอุดมคติของการอภิบาล 3 รูปแบบ⁽⁵⁾ (ต่อ)

คุณลักษณะของอุดมคติ	รูปแบบ	รัฐ	ตลาด	เครือข่าย
5. ขอบเขตเชิงพื้นที่	พรมแดนประเทศ		ระบบทุนนิยมโลก	พยายามปรับขอบเขตแต่ขึ้นอยู่กับเส้นทางในอดีต
6. มุมมองต่อมนุษย์	ชอบอยู่ในระบบและระเบียบที่ชัดเจนตายตัว		เห็นแก่ผลประโยชน์และมุ่งหวังประโยชน์สูงสุด	ชอบถกเถียงมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ
7. แนวคิดต่อยอดจากต้นแบบอุดมการณ์	การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ธรรมาภิบาล		อภิบาลอภิบาล การอภิบาลของการอภิบาล	การอภิบาลเครือข่ายแบบประชาธิปไตย

จากตารางที่ 6.8 สามารถสรุปลักษณะเด่นของการอภิบาลแต่ละรูปแบบ ไว้ดังนี้

1) การอภิบาลโดยรัฐ (Hierarchical governance หรือ Governance by Government) เป็นรูปแบบการอภิบาลแบบพื้นฐานมีการใช้อำนาจสั่งการจากผู้บังคับบัญชา มีระบบและโครงสร้างชัดเจน มีความไว้วางใจ ความเข้าอกเข้าใจ และการเห็นคุณค่ากันและกันน้อย เกิดนวัตกรรมยาก การอภิบาลโดยรัฐไม่ได้อยู่แต่ในราชการเท่านั้น อยู่ในองค์กรอะไรก็ได้ องค์กรธุรกิจก็เป็นได้ เป็นลักษณะการทำงานแบบสั่งการจากบนลงล่าง

2) การอภิบาลโดยตลาด เป็นการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการยินดีที่จะจ่ายในบริการที่ตนเองพอใจ ซึ่งเป็นการบริหารจัดการแบบธุรกิจ ทำให้สามารถเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ของงานที่ทำได้ ในภาครัฐก็อาจจะมีเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงาน (Pay for Performance) และการร่วมจ่ายในการรับบริการนอกเวลาราชการ เป็นต้น แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการสุขภาพที่จัดโดยภาคเอกชน

ตารางที่ 6.9 เปรียบเทียบคุณลักษณะเชิงกระบวนการอภิบาล 3 รูปแบบ

คุณลักษณะของกระบวนการ	รูปแบบ	การอภิบาลโดยรัฐ	การอภิบาลโดยตลาด	การอภิบาลโดยเครือข่าย
1. ความคิดริเริ่ม		ทำแบบคุณพ่อรู้ดี ประชาชนไม่ต้อง ฉันทำให้เธอ (I will do it for you)	คิดเอง ทำเอง ประชาชนทำเอง (Do it yourself)	เรามาคิดด้วยกัน ทำด้วยกัน (Think together Do together, happy together)
2. การใช้อำนาจในการจัดการ ฉันทามติ หาข้อสรุปที่ยอมรับร่วมกัน		ใช้กฎ กติกา ระเบียบคู่มือเป็นหลัก มีการบังคับ กำกับตรวจสอบ	เน้นบริการผลิตภัณฑ์ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ กับค่าใช้จ่ายที่ใช่ไป ใช้การทำสัญญา และข้อตกลง	ปรึกษาหารือเพื่อหาข้อสรุปที่ยอมรับร่วมกัน
3. การดำเนินการสู่เป้าหมาย		บังคับเส้นทางตายตัว วถวน ยืดยาวหลายขั้นตอน	มีทางเลือกหลายทาง	นำทุกอย่างเข้ามาคิด คำนึงถึงการเคารพคุณค่าทุกเรื่อง

3) การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by network) เน้นความเป็นหุ้นส่วนหรือเจ้าของร่วมกัน (partnership) มีความเคารพกัน ไว้วางใจกัน (trust) เข้าอกเข้าใจกัน (empathy) ต้องหา “ฉันทมติ” ร่วมกัน คือความไว้วางใจ และเชื่อมโยงกันหมด เป็นการบริหารจัดการแบบแนวราบให้เกิดการทำงานที่มาจากจิตสำนึกขององค์กรและผู้ปฏิบัติงานมากกว่าที่มาจากคำสั่งการ

6.3.2 การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีควรเป็นอย่างไร

การอภิบาลระบบสุขภาพที่ดีจะต้องสามารถสนับสนุนให้ระบบสุขภาพมีลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย 4 ประการ คือ

1) มีความเป็นธรรม (equity) หมายความว่า เรื่องของสุขภาพจะต้องทำให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าจะรวยหรือจน การได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองของประชาชนทุกคนจะมีโอกาสเท่าเทียมกัน

2) มีคุณภาพ (quality) หมายความว่า การบริการที่เกิดจากรัฐ หรือองค์กรต่างๆ ในภาคเอกชนจะต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามหลักวิชาการ ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี นอกจากนี้ คุณภาพยังหมายถึง คุณภาพเชิงสังคมที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคนรวมถึงการมีส่วนร่วมด้วย

3) มีประสิทธิภาพ (efficiency) เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด การอภิบาลระบบสุขภาพจึงต้องส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า แต่ไม่ทำให้ความเป็นธรรม และควมมีคุณภาพลดน้อยไป การใช้ทรัพยากรบุคคลให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ การสร้างเครือข่ายต่างๆ เพื่อร่วมบูรณาการทรัพยากรและงานให้ไปด้วยกันเพื่อให้เกิดความสำเร็จจึงเป็นความคาดหวังจากการอภิบาลระบบสุขภาพ อีกทั้งการคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ก็เป็นส่วนหนึ่งของการเพิ่มประสิทธิภาพด้วย

4) มีความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) การรับผิดชอบต่อสังคม คือ การส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการต่างๆ เพื่อให้เกิดสมดุลในการใช้มาตรการ หรือนโยบายต่างๆ ในสังคม เช่น สิทธิเสรีภาพในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ที่มีผลต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมให้คำแนะนำแก่ภาครัฐจากภาคประชาชน มีการตรวจสอบแบบโปร่งใส

การอภิบาลด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง อาจจะเหมาะสมกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น การจัดการเรื่องอุบัติเหตุ โรคระบาด โรคอุบัติใหม่ ถ้าใช้การอภิบาลแบบรัฐน่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการอื่น แต่ถ้าเป็นเรื่องแก้ปัญหาเชิงสังคมที่ซับซ้อนอาจจะต้องใช้วิธีการอภิบาลแบบเครือข่าย เป็นต้น ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6.10

ตารางที่ 6.10 เปรียบเทียบการอภิบาลระบบสุขภาพ 3 รูปแบบต่อการตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ 4 ด้าน

รูปแบบการอภิบาล ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์	รัฐ	ตลาด	เครือข่าย
1. ความเป็นธรรม	+++	+	+++
2. คุณภาพ	++	+++	++
3. ประสิทธิภาพ			
- สำคัญ / ต่วน	+++	+++	+
- สำคัญ / ไม่ต่วน	++	+++	++
4. ความรับผิดชอบต่อสังคม	++	++	+++

จากตารางที่ 6.10 มีจุดประสงค์เพียงเพื่อแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นให้พิจารณาถึงจุดเด่น จุดด้อย ของการอภิบาลแต่ละรูปแบบซึ่งสรุปได้ว่า การอภิบาลโดยรัฐมีจุดเด่นเรื่องการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพและการแก้ปัญหาสำคัญเร่งด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อาจด้อยในเรื่องประสิทธิภาพในเรื่องที่ไม่เร่งด่วน

การอภิบาลโดยตลาดมีจุดเด่นในด้านการสร้างคุณภาพและประสิทธิภาพ แต่ด้อยในเรื่องความเป็นธรรม

การอภิบาลโดยเครือข่ายมีจุดเด่นในเรื่องการสร้างความเป็นธรรม และความรับผิดชอบต่อสังคม แต่ด้อยประสิทธิภาพในงานสำคัญที่เร่งด่วน

6.3.3 วิวัฒนาการของการอภิบาลระบบสุขภาพในประเทศไทย

1) ก่อนที่จะมีกระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทยเน้นในการรักษาโรคระบาดโดยการตั้งเป็นสถานบำบัดชั่วคราว จนถึงสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระประสงค์จัดตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกขึ้นโดยพระราชทานพระนามว่า “โรงศิริราชพยาบาล” ให้การรักษาโรคแก่ราษฎรทั่วไป เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2431 และทรงตั้ง “กรมพยาบาล” ขึ้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2431 สังกัดกระทรวงธรรมการ และเปลี่ยนเป็น “กรมสาธารณสุข” สังกัดกระทรวงมหาดไทยเมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461⁽⁶⁾ โดยในยุคนั้นเน้นเรื่องการรักษาโรคภัยไข้เจ็บเป็นหลัก จึงมีโรงพยาบาลเกิดขึ้นในจังหวัดต่างๆ

2) ต่อมา มีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีศูนย์รวมการบริหารจัดการที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมในการดูแลระบบสุขภาพให้กว้างขวางมากขึ้นกว่าการรักษาโรคและให้มีการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485 ประกอบด้วยสำนักเลขาธิการรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมประชาสงเคราะห์ กรมมหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสาธารณสุข โดยในยุคนั้นได้ขยายผลการดำเนินงานสาธารณสุขให้ครอบคลุม ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มากขึ้น ซึ่งเป็นการอภิบาลโดยรัฐทั้งหมด

3) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เริ่มใช้เมื่อ วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2504 มองเห็นว่าการทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ย่อมทำให้ประสิทธิภาพในการพัฒนาประเทศมากขึ้น จึงมีการขยายงานสาธารณสุขครอบคลุมในเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ที่มีผลต่อคุณภาพมากขึ้น การสาธารณสุขยุคนี้จึงมีการเติบโตอย่างรวดเร็วไปยังภูมิภาคครอบคลุมถึงระดับตำบล ระบบเศรษฐกิจขยายตัวมากขึ้น

เมื่อแนวคิดการอภิบาลระบบสาธารณสุขโดยตลาดเริ่มเกิดขึ้น มีคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนเริ่มเกิดขึ้น ขณะเดียวกัน สังคมเริ่มมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงเริ่มมีแนวคิดการอภิบาลระบบสาธารณสุขโดยเครือข่ายโดยสมาคมต่าง ๆ เช่น โครงการวางแผนครอบครัวที่ดำเนินการโดยสมาคม ตั้งแต่วันที่ 14 เมษายน พ.ศ. 2513 ซึ่งรัฐบาลเริ่มนโยบาย “วางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ” ทำให้ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการวางแผนครอบครัว ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ประชากรมีความตื่นตัวในการขับเคลื่อนสังคมมากขึ้น จึงมีองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสาธารณสุขมากขึ้น เมื่อมีมติเรื่องสุขภาพตีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ขององค์การอนามัยโลก ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก ณ เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย เมื่อ พ.ศ. 2521 จึงกระตุ้นให้เกิดระบบอภิบาลการสาธารณสุขโดยเครือข่ายมาจัดการมากขึ้น เช่น การอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การทำงานร่วมกันของ 4 กระทรวงหลัก (มหาดไทย-สาธารณสุข-เกษตร-ศึกษา) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนที่มีผลกระทบจากปัจจัยทางสังคม เช่น ความยากจน การขาดความรู้ การเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ ซึ่งต่อมาพัฒนาจากเกณฑ์ “ความจำเป็นพื้นฐานขั้นต่ำ” (Basic Minimum Needs: BMN) มาเป็นข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นตัวชี้วัดให้ประชาชนสามารถพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจึงได้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอ.ส.) ในปี พ.ศ. 2526 เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมมากขึ้น ทำให้ อสม. มูลนิธิ และองค์กรเอกชนด้านสุขภาพที่ไม่แสวงกำไร มีการพัฒนามากขึ้น และมาสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมากขึ้นตามลำดับ จึงกล่าวได้ว่าพื้นฐานของการอภีบาลระบบสาธารณสุขโดยเครือข่าย ซึ่งต่อมาเรียกว่า การอภีบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย เริ่มต้นที่กระทรวงสาธารณสุขในยุค ที่มีการนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมาใช้

4) ยุคปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงแนวคิดจากระบบสาธารณสุข (Public Health System) ไปสู่แนวคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health System) จึงทำให้เกิดแนวคิดการอภีบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่ายมากขึ้น เริ่มต้นจากการเกิดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นในปี พ.ศ. 2535 โดยมีการออกแบบให้มีลักษณะ “องค์กรอิสระในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข” ตามพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มีการบริหารที่มีความยืดหยุ่นและมีความต่อเนื่อง ลักษณะการทำงานเป็นลักษณะภาคีเครือข่าย การดำเนินงาน สวรส. เป็นจุดเริ่มต้นให้เกิดองค์กรในลักษณะนี้ตามมา ได้แก่ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ในปี พ.ศ. 2543 และต่อมาปรับเป็นสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ภายหลังมี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี พ.ศ. 2544 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในปี พ.ศ. 2545 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ในปี 2551 และ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในปี พ.ศ. 2552

ทั้งหมดนี้เป็นวิวัฒนาการที่มีการนำเอารูปแบบการอภีบาลแบบเครือข่าย เข้ามาเสริมการอภีบาลโดยรัฐ โดยหวังว่า จะทำให้เกิดความเป็นธรรม คุณภาพ ประสิทธิภาพ มีนวัตกรรมในการอภีบาลระบบสุขภาพ และมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยังคงใช้รูปแบบอภีบาลโดย รัฐ เป็นหลัก เป็นลักษณะการสั่งการจากส่วนกลางลงสู่ภูมิภาค แม้ว่าจะมีความพยายามในการกระจายอำนาจ

สู่ท้องถิ่น แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างกว้างขวาง และจริงจัง หลังปี พ.ศ. 2535 เมื่อมีการนำรูปแบบอภีบาลโดยเครือข่ายมาใช้มากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการประสานการทำงานร่วมกันอย่างสมดุลงมากขึ้น

รูปแบบการอภีบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่ายที่เป็นทางการอย่างชัดเจน คือ การทำงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีเครื่องมือต่างๆ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เป็นกลไกให้ทุกภาคส่วนมาร่วมทำงานพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กรรมการสุขภาพแห่งชาติมาจากสามภาคส่วน คือ ภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคสังคม ร่วมกันสานพลังขับเคลื่อนให้เกิดสังคมสุขภาวะ

ส่วนการอภีบาลโดยตลาดนั้น มีการเติบโตต่อเนื่อง ได้แก่ มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน และธุรกิจสุขภาพต่าง ๆ ตลอดเวลา นโยบายการเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาล (Medical Hub) การนำแนวคิดจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน (pay for performance) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร มาใช้ในระบบบริการสุขภาพ เป็นรูปแบบหนึ่งของการอภีบาลโดยตลาดเช่นกัน

กล่าวโดยสรุป การอภีบาลระบบสุขภาพในประเทศไทย มีหลายรูปแบบผสมผสานกัน ในสภาวะที่มีความสมดุลจะมีความราบรื่นผสมกลมกลืนกันไป แต่เมื่อไรก็ตามที่ไม่อยู่ในสภาวะสมดุลก็อาจเกิดความขัดแย้งไม่ลงรอยกันซึ่งต้องมีการปรับตัวกันอยู่ตลอดเวลา

6.3.4 ความพยายามในการนำการอภีบาลแบบเครือข่ายมาใช้ในภาครัฐ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ การดำเนินการต่างๆ ในระบบสุขภาพมิได้จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่รวมถึงปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติได้กลายเป็นระบบพหุลักษณะ มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมรับผิดชอบและขับเคลื่อนเป็นจำนวนมาก และหลากหลายเชื่อมโยงกัน

กระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลักของระบบสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่บูรณาการนโยบายยุทธศาสตร์งาน และทรัพยากรกับหน่วยงานองค์กรอื่นๆ แต่ด้วยภารกิจที่มีมากต้องบริหารจัดการ ระบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับตำบลหมู่บ้าน ทำให้ไม่สามารถใช้ระบบสั่งการแบบบนลงล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีแนวคิดสนับสนุนให้เกิดระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ตั้งแต่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2556 โดยหวังจะให้หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ระดับอำเภอมาร่วมกันดำเนินการในการดูแลประชาชนตามกลุ่มวัยให้ทั่วถึงและครอบคลุมทั้งงานบริการสุขภาพและการแก้ปัญหาทางสังคมที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ระบบสุขภาพอำเภอจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการอภิบาลระบบโดยเครือข่าย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางมุ่งหวังให้ภาคีทั้ง 3 ส่วน คือ รัฐ สังคม และวิชาชีพ ร่วมกันทำงานด้วยการอภิบาลแบบเครือข่ายให้เป็นรูปธรรมได้

ในระดับเขตหรือกลุ่มจังหวัดมีความพยายามจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพขึ้น โดยหวังว่าการทำงานแบบเครือข่าย ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ จะช่วยทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เหมาะสมขึ้น เป็นการกระจายอำนาจการจัดการด้านบริการสุขภาพไปยังเขต 12 เขต ของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้แผนบริการสาธารณสุขระดับเขตที่เรียกว่า Service Plan เป็นตัวขับเคลื่อน

ทั้งรูปแบบของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และเขตบริการสุขภาพถือว่าการนำเอาแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพแบบเครือข่ายมาใช้ ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ต้องมีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่องให้เกิดผลดีต่อประชาชน

นอกจากนี้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 ได้มีมติที่ 8 เรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” โดยให้น้ำหนักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญ ไปดำเนินการตามประเด็นต่อไปนี้⁽⁷⁾

(1) การปฏิรูประบบสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพ

(2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

(3) การปฏิรูประบบผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ

(4) การปฏิรูประบบการเงินการคลัง และระบบหลักประกันสุขภาพ

(5) การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ

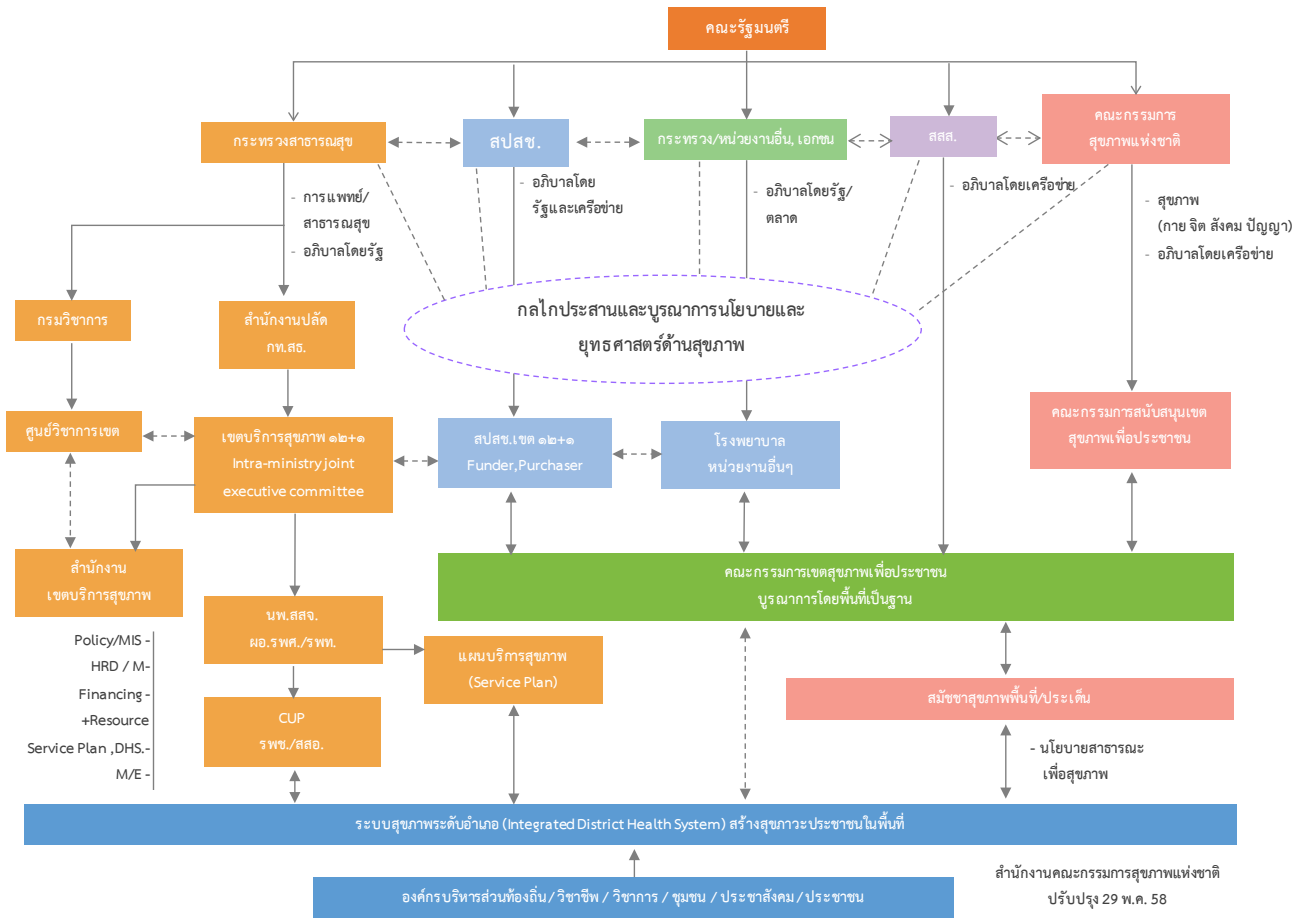
ในประเด็นที่ (5) ระบุว่าให้ความสำคัญกับการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย (Governance by Network) ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ พ.ร.บ.อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการอภิบาลโดยรัฐ (Governance by State) และเชื่อมกับการอภิบาลระบบโดยตลาด (Governance by Market) เช่น กลไกและกฎระเบียบทางการค้า การลงทุน ในทิศทางสร้างนำซ่อมและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ภายหลังที่มีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2557 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้คณะรักษาความสงบแห่งชาติ เห็นชอบประเด็นที่เกี่ยวข้องการปฏิรูปสุขภาพระยะเร่งด่วน และระยะยาว ดังนี้

(1) การปฏิรูประบบสุขภาพในระยะยาว ให้นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 6.8 ที่กล่าวข้างต้นเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องพิจารณา ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป ซึ่งคณะกรรมการสาธารณสุข ของสภาปฏิรูปได้นำมตินี้ไปดำเนินการอย่างจริงจัง

(2) ในระยะเร่งด่วนได้เสนอการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ และบูรณาการกับองค์กรต่าง ๆ ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันโดยใช้พื้นที่เป็นฐานเพื่อให้เกิดการอภิบาลระบบโดยเครือข่าย ระดับเขต ให้กว้างขวางขึ้น ครอบคลุมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไม่เฉพาะภายในกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น ต่อมามีการตั้งคณะทำงานศึกษารูปแบบการจัดตั้ง “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2557 ทั้งนี้ มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของหน่วยงาน องค์กร และกลไกสำคัญต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ ดังแสดงในภาพที่ 6.13

ภาพที่ 6.13 ความสัมพันธ์ของหน่วยงาน องค์กร และกลไกสำคัญต่างๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติ



จากภาพการอภิบาลระบบสุขภาพหลักเป็นการอภิบาลโดยรัฐ ใช้อำนาจจากบนลงล่าง กระทรวงต่างๆ มีระบบสั่งการแนวดิ่งลงสู่ระดับปฏิบัติ แต่เมื่อระบบสุขภาพขนาดใหญ่และซับซ้อนขึ้น จำเป็นต้องปรับเสริมด้วยการอภิบาลโดยเครือข่ายในแต่ละระดับ ดังนี้

1) ระดับส่วนกลาง

ในอนาคตควรมีกลไกในการบูรณาการนโยบายในระดับส่วนกลาง โดยใช้การอภิบาลโดยเครือข่ายซึ่งจะสามารถบูรณาการของกระทรวง หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ เข้ามาช่วยกันทำงานแก้ปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในระบบสุขภาพได้ดีขึ้น กลไกนี้ควรเป็นที่บูรณาการแบบใช้อำนาจแข็ง (hard power) เข้ากับการใช้อำนาจอ่อน (soft power) เพื่อให้ทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพเป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างเป็นเอกภาพ

2) ระดับเขต

โดยปกติการนำนโยบายจากส่วนกลางสู่ระดับปฏิบัติ ผ่านตรงไปที่จังหวัด ทำให้ส่วนกลางต้องกำกับดูแลจังหวัดต่างๆ ให้ดำเนินการนโยบายตามส่วนกลางมีภาระมาก ต่อมามีความพยายามหากลไกระดับเขตเพื่อทำหน้าที่แทนส่วนกลางในการกำกับนโยบาย และการบูรณาการแก้ปัญหาที่ระดับจังหวัดไม่สามารถทำได้ กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาเขตบริการสุขภาพเป็น 12 เขต เน้นเรื่องการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และระบบส่งต่อผู้ป่วยภายในเขตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการบริหารงานเป็นเขต 12 เขต และเขตกทม. เช่นเดียวกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการบูรณาการในเรื่องการให้บริการสาธารณสุข และการจัดสรรงบประมาณลงสู่พื้นที่เป็นหลัก นอกจากนี้เพื่อให้เกิดการบูรณาการ

กับองค์กรต่างๆ ภายในเขตให้มากขึ้นนอกเหนือจากงานบริการสุขภาพ จึงมีแนวคิดมีการจัดตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อให้ทำหน้าที่บูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนได้ดียิ่งขึ้น ขณะเดียวกันก็สามารถกำหนดทิศทางและระดมทรัพยากรและสรรพกำลังช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพภายในเขตได้ดีขึ้น

โครงสร้างเขตสุขภาพเพื่อประชาชนประกอบด้วยคณะกรรมการเขตสุขภาพที่มาจาก 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐและท้องถิ่น 16 คน ภาควิชาการและวิชาชีพ 11 คน ภาคประชาสังคม 16 คน รวมเป็น 43 คน มีทีมเลขานุการที่มาจากหน่วยงานต่างๆ อย่างน้อย 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพแบบเครือข่าย ที่จะเป็น

เครื่องมือขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นฐานในระยะต่อไปซึ่งมีหลักการสำคัญ 4 ประการ คือ

- 1) เน้นการสร้างสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- 2) เน้นทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย ตามมติสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 คือ การปฏิรูปการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาบุคลากรสุขภาพ การปฏิรูปการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ
- 3) เป็นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน
- 4) เน้นการประสานพลังปัญญา พลังสังคม และพลังรัฐ ซึ่งเป็นการใช้อำนาจอ่อน (soft power) เชื่อมโยงกับอำนาจแข็ง (hard power) กรอบแนวคิดของการจัดทำเขตสุขภาพได้แสดงไว้ในภาพที่ 16.14

ภาพที่ 6.14 กรอบแนวคิดของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน



3) ระดับอำเภอ

ปีพ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขนำแนวคิดเรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) มาเป็นนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Care) ที่เน้นการดูแลประชาชนในรูปแบบสังคมจิตวิทยาทางการแพทย์ (Bio-psycho-social model) ซึ่งถือเป็นรูปแบบการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย เพราะเป็นการทำงานที่บูรณาการจากทุกภาคีสุขภาพในระดับอำเภอและตำบล สร้างสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งด้านบริการสุขภาพ และด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ลักษณะเช่นนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ต่างกันในบทบาทหลักตรงที่เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเน้นการบูรณาการนโยบายและความร่วมมือกันทำงานที่ระดับเขต ในขณะที่ระบบสุขภาพระดับอำเภอเน้นการปฏิบัติตามที่ประชาชนมีความต้องการและเป็นสิ่งจำเป็นโดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นพื้นที่ปฏิบัติการ

6.3.5 สรุป

สังคมที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะสังคมที่ประชาชนมีความรู้มากขึ้น สังคมที่มีขนาดใหญ่ขึ้นมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น การอภิบาลระบบสุขภาพไม่สามารถจำกัดอยู่เฉพาะการอภิบาลโดยรัฐเท่านั้น ประชาชนที่รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ธุรกิจที่มีคุณธรรม องค์กรอิสระต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการต่างๆ ล้วนเข้ามามีบทบาทในการอภิบาลมากขึ้น ซึ่งอาจหมายถึง 3 ภาคส่วนใหญ่ๆ คือ

1) ภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในกำกับของรัฐ องค์กรมหาชน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กระทรวงอื่นๆ เช่น มหาดไทย ศึกษาธิการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เกษตรและสหกรณ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2) ภาควิชาการ ได้แก่ สถาบันการศึกษา วิชาชีพและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพและสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่ต่างๆ

3) ภาคสังคม ได้แก่ ชุมชน ประชาสังคม ชมรมต่างๆ เอกชน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อาสาสมัครสาธารณสุขรวมไปถึงองค์กรภาคเอกชนด้วย

กระทรวงสาธารณสุขควรทำหน้าที่สานพลังองค์กรต่างๆ ใน 3 ภาคส่วน ให้เป็นพลังขับเคลื่อนระบบสุขภาพอย่างกลมกลืน ขณะเดียวกันต้องประสานการนำอภิบาลระบบสุขภาพทั้ง 3 แบบ มาใช้ร่วมกันอย่างสมดุล ให้เหมาะสมกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเชื่อมการอภิบาลทั้ง 3 รูปแบบให้มาเสริมกันอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งในด้านการบริการสุขภาพ การจัดการระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยเติบโตไปในลักษณะวิถีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน การอภิบาลระบบโดยเครือข่ายเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ร่วมกับการอภิบาลโดยรัฐ เพื่อให้การอภิบาลระบบสุขภาพมีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและมีความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น

เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นการอภิบาลแบบรัฐและเครือข่ายผสมกัน เพื่อสร้างเสริมให้ระบบบริการสาธารณสุขมีความเข้มแข็งขึ้น ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อประชาชนได้ระบบบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น เข้าถึงบริการที่จำเป็นมากขึ้น

เขตบริหารงานของ สปสช. เป็นการอภิบาลโดยเครือข่ายดูแลการใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ให้สอดคล้องกับแผนบริการสุขภาพที่ทุกฝ่ายร่วมกันพัฒนาขึ้นโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนประสานหลัก

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือทุกภาคส่วน ใช้แนวคิดการอภิบาลโดยเครือข่าย ทำให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมในการแก้ปัญหาเชิงสังคมที่มีผลต่อสุขภาพมากขึ้น โดยอาศัยเครื่องมือที่มีอยู่ ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ธรรมนูญสุขภาพเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งในการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ เป็นการสร้างวัฒนธรรมให้ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ร่วมกำหนดวิถีสุขภาพของตนเอง

นอกจากนี้ยังมีองค์การด้านสุขภาพอีกมากมายที่จะเข้ามามีส่วนร่วมอภิบาลระบบสุขภาพ เช่น สถาบันรับรองคุณภาพและสถานพยาบาล (สรพ.) มีบทบาทขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพบริการสาธารณสุข ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ขับเคลื่อนความเป็นเครือข่ายผู้นำสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) ทำหน้าที่บริหารกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี เป็นต้น

การอภิบาลระบบสุขภาพ จึงจำเป็นต้องใช้ทั้ง 3 รูปแบบผสมผสานเข้าด้วยกัน การสร้างการมีส่วนร่วมจากองค์กรต่างๆ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และนอกกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความจำเป็นในการอภิบาลระบบสุขภาพ และต้องมีการปรับปรุง พัฒนา เปลี่ยนแปลงให้เท่าทันและเหมาะสมกับบริบทของสังคมอยู่ตลอดเวลา

6.4 การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพไทย

1. แนวคิดของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจ (Decentralization) เป็นระบบการบริหารประเทศที่เปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการจัดการดูแลกิจการหลายๆ ด้านด้วยตนเอง โดยรัฐบาลอาจกระจายอำนาจในหลายรูปแบบ ครอบคลุมตั้งแต่หน้าที่ความรับผิดชอบ อำนาจการตัดสินใจ อำนาจการบริหารจัดการทรัพยากร การเงิน การคลังและบุคลากรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้เอง สามารถพัฒนาเศรษฐกิจท้องถิ่น และระบบสาธารณสุขปึกและสาธารณสุขการ ตลอดจนทั้งโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศในท้องถิ่นให้ทั่วถึง และลดความเหลื่อมล้ำระหว่างจังหวัด โดยรัฐบาลควรสร้างความพร้อมและส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปรับบทบาทของราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2553

กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยึดหลักการและสาระสำคัญ 3 ด้าน คือ

1) หลักความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบาย และการบริหารจัดการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการ การบริหารงานบุคคล และการเงินการคลังของตนเอง ตลอดจนการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่นภายใต้ระบบประชาธิปไตย

2) หลักการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มากขึ้น โดยปรับบทบาทและภารกิจของราชการบริหารส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาค และเพิ่มบทบาทให้ท้องถิ่นเข้าดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการบริหารส่วนกลางและราชการส่วนภูมิภาครับผิดชอบในภารกิจมหภาค และภารกิจที่เกินความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้ โดยกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านนโยบาย และด้านกฎหมายเท่าที่จำเป็น ให้การสนับสนุนส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ

3) หลักประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณะที่ดีขึ้นและไม่ต่ำกว่าเดิม มีคุณภาพมาตรฐานการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพและรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการให้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน ภาคประชาสังคมและชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมดำเนินการและตรวจสอบรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 ลักษณะ คือ ก) ภารกิจที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง ข) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับรัฐ และ ค) ภารกิจที่รัฐยังคงดำเนินการอยู่แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจะดำเนินการได้

2. บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับระบบสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 – 22 โดยภารกิจ กิจกรรมที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทโดยตรงนั้น การดำเนินงานมีลักษณะภารกิจ กิจกรรมที่ไม่ต้องใช้วิชาการ ความรู้ระดับวิชาชีพขั้นสูงหรือวิชาชีพเฉพาะ

ในด้านระบบสุขภาพ ปัจจุบันประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและใช้บริการได้มากขึ้น หากแต่การบริหารจัดการโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ดังนั้น ทิศทางของระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องเพิ่มความหลากหลาย เน้นให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยตระหนักในสุขภาพของตนเอง ลดปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยเฉพาะการมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มีการบูรณาการทำงานของภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดเอกภาพ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง และสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชน กระจายอำนาจการจัดบริการสาธารณสุขให้ชุมชนท้องถิ่นทำหน้าที่จัดระบบสุขภาพด้วยตนเอง ให้ความสำคัญกับการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ โดยต้องให้ความสำคัญของสุขภาพมีมิติที่กว้างกว่าการบริการสุขภาพ มุ่งเน้นระบบสุขภาพ “สร้างนำซ่อม” มิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ โดยเชื่อมโยงเรื่องระบบสุขภาพในการบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน ทั้งระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบล และระบบบริการสุขภาพผสมผสานในระดับอำเภอ (District Health System) การเชื่อมโยงบริการไร้รอยต่อ Health Service Plan มีการแบ่งปันทำงานร่วมกันและบูรณาการภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น เข้าด้วยกัน มุ่งเน้นสร้างเสริม ป้องกัน ขจัดภัยคุกคาม เน้นการมีส่วนร่วมการบริหารกองทุน ครอบคลุมทุกคนบนแผ่นดินไทย

และการวางแผนกำลังคนสุขภาพแห่งชาติ พัฒนาคุณธรรมจริยธรรมวิชาชีพ ขวัญกำลังใจ สร้างความสัมพันธ์ผู้รับบริการ คู่ครองสิทธิ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสร้างหลักประกันสุขภาพใน 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1 ชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลตนเองและชุมชน จัดเป็นโครงสร้างหนึ่งของ

ความสำเร็จในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ โดยประชาชนสามารถจัดทำแผนสุขภาพชุมชน เพื่อชุมชนจัดการตนเองด้านสุขภาพ วางระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังระยะยาว ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งนี้ในระบบการเงินการคลังนั้นยังช่วยสร้างความเป็นธรรม เน้นกระจายอำนาจ ทูบ ทรัพยากร สถานพยาบาล ควบคู่ไปกับการวางแผนเรื่องกำลังคนที่มีอัตราการผลิต เพื่อพัฒนาคนทั้งประเทศ เน้นคุณภาพและสามารถกระจายได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะเป็นทางออกลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ

2.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นมา การดำเนินงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยผ่าน 2 กองทุน ได้แก่

1. กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นรูปแบบการทำงานร่วมกันเพื่อกิจกรรมรณรงค์ด้านสาธารณสุข และพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค

2. กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

จากการดำเนินงานของทั้งสองกองทุนพบว่า มีการทำงานร่วมกันเป็นอย่างดีในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับรู้บทบาทหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ จัดบริการที่มีคุณภาพ ตอบสนองปัญหาในระดับตำบล เพื่อจะดูแลสุขภาพของประชาชน และสวัสดิการชุมชนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ดำเนิน

การตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยสรุปสำคัญ ดังนี้

1. รายได้ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำหรับปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดสรรเป็นเงิน 45 บาทต่อประชาชนในพื้นที่หนึ่งคน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบเข้าระบบหลักประกันสุขภาพตามขนาดขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ดังนี้

- เทศบาลเมือง/เทศบาลนคร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
- องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่/เทศบาลตำบล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
- องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
- องค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. มีคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ มีหน้าที่บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ รับผิดชอบการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษา และการจัดทำบัญชีเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพให้เป็นไปตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ดำเนินการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในความรับผิดชอบสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ จัดทำข้อมูลและแผนดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสาธารณสุขกลุ่มเป้าหมาย และหน่วยบริการต่างๆที่เกี่ยวข้อง จัดทำสรุปผลการดำเนินงาน รายงานการรับจ่ายและเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เมื่อสิ้นปีงบประมาณเพื่อเสนอสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลในเดือนธันวาคมของทุกปี

3. วัตถุประสงค์ของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น รวมทั้งสถานบริการทางเลือกในพื้นที่ โดยเน้นเรื่องการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ ที่จำเป็นต่อสุขภาพ

และการดำรงชีวิต เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตามประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กลุ่มประชาชนหรือองค์กรประชาชนในพื้นที่ จัดทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่ และเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริการหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ

4. การดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการจัดทำแผนงานเพื่อการใช้จ่ายงบประมาณของกองทุนประจำปี เป็นงานที่จะต้องอยู่ภายใต้กรอบงานการเสริมสร้างสุขภาพ งานการป้องกันโรค งานการฟื้นฟูสมรรถภาพ และงานการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

2.3 การจัดบริการสุขภาพของท้องถิ่น

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ถึงแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2549 หมวด 2 การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ มาตรา 16 ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 กำหนดให้ท้องถิ่นสามารถออกข้อบังคับของท้องถิ่นได้ เพื่อควบคุมการปฏิบัติที่จะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านการอนามัยและสุขภาพ

ทั้งนี้ การออกข้อกำหนดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการพัฒนาสุขภาพของประชาชน และเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพทั้งระบบอย่างมีบูรณาการเชื่อมโยงในทุกกระดับ อย่างมีประสิทธิภาพ จัดให้มีมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราป่วยตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีบูรณาการและครบวงจร พัฒนาขีด

ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน ขยายความครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ สนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพของเด็ก และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ผูกอบรม ผู้ปฏิบัติงานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สนับสนุนโครงการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสตรีเพื่อดูแลสุขภาพของสตรี และเด็กอย่างบูรณาการทั่วประเทศ การเผยแพร่ให้ความรู้ และดูแลป้องกันและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และลดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และผู้พิการเพื่อดูแลผู้พิการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพ และเป็นธรรม รวมทั้งให้มีระบบการฟื้นฟูในชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนทุกระดับมีโอกาสออกกำลังกาย และเล่นกีฬาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และพลาสมาที่ดี สร้างนิสัย ความมั่นใจ เป็นนักกีฬาและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการหมกมุ่นมั่วสุมกับอบายมุขและยาเสพติด

การจัดบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งนี้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดระบบสาธารณสุขภายใต้การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข เพื่อเกิดผลที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น การจัดระบบบริการต้องมีคุณภาพมาตรฐาน ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียม ประชาชนมีความพึงพอใจ การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดการ การสะท้อนข้อคิดเห็นต่างๆ

แนวทางการจัดการบริการสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. รัฐบาลต้องกระจายอำนาจการคลังสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป้าหมายเพื่อถ่ายโอนอำนาจการคลังและทรัพยากรสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถจัดบริการสาธารณะเพราะใกล้ชิดกับประชาชน เกิดประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสาธารณะ และเกิดนวัตกรรมบริการสาธารณะใหม่ๆ โดยรัฐบาลอาจมอบหมายหรือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ

จัดบริการสาธารณะในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากรัฐไม่สามารถจัดสรรเงินอุดหนุนให้เพียงพอ

2. การจัดทำยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจสู่ชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพ และความสามารถในการจัดบริการสุขภาพ

3. การกระจายอำนาจและการปกครองท้องถิ่นไทย สภาพปัญหาเกิดจากส่วนราชการไม่เข้าใจ กระบวนการกระจายอำนาจ หน่วยงานรับผิดชอบด้านการกระจายอำนาจมีสถานะ โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ไม่เหมาะสมกับภารกิจ มีข้อเสนอแนะให้รัฐบาลสนับสนุนให้การกระจายอำนาจเป็นวาระสำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาประชาธิปไตยของประเทศ และให้หน่วยงานของรัฐกำกับดูแลท้องถิ่น

4. การปรับเปลี่ยนบทบาทของหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ให้ทำภารกิจที่เป็นบทบาทของรัฐเท่านั้น ให้ อปท. จัดบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองประชาชนในพื้นที่

3. การจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ในรูปแบบต่างๆ เช่น รพ.อบจ.ภูเก็ต เมืองพัทยา เทศบาล)

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 ได้กำหนดหน้าที่ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบล มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชน ในท้องถิ่นของตนเอง นอกจากนี้ มาตรา 17 และ 18 กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด และกรุงเทพมหานคร มีอำนาจและหน้าที่จัดระบบบริการสาธารณะ ด้านสาธารณสุขและการบริการทางสังคม และสังคมสงเคราะห์ หลายประการ เช่น การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง การสาธารณสุข การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น เพื่อรองรับการเพิ่มของประชากรที่อาศัยอยู่ในเมืองและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพมีดังนี้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	โรงพยาบาล	ศูนย์บริการสาธารณสุข/โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล	รวม
กรุงเทพมหานคร	11	71	82
พัทยา	1	1	2
องค์การบริหารส่วนจังหวัด	1	0	1
เทศบาล	2	309	311
องค์การบริหารส่วนตำบล	0	26	26
รวม	15	407	422

กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครมีประชากรที่รับผิดชอบมากกว่า 10 ล้านคน มีโครงสร้างการบริหารที่ประกอบด้วยฝ่ายบริหาร (ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นผู้นำ มีสภากรุงเทพมหานครและสภาเขตสำหรับทำหน้าที่ดูแลอำนาจและคานอำนาจกับฝ่ายบริหาร) มีสำนักงานแพทย์ที่ดูแลโรงพยาบาลขนาดใหญ่สำหรับให้บริการทางการแพทย์แก่ประชาชน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลวชิระพยาบาล และมีขนาด 200 เตียงอีก 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลหนองจอก โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ มีหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพประชาชน ได้แก่ สำนักงานการแพทย์ สำนักอนามัย มีบทบาทและพันธกิจ ดังนี้

- 1) สร้างเสริมภาวะแวดล้อมทางสาธารณสุขด้วยการจัดบริการสาธารณสุขที่ดีอย่างทั่วถึง ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพของคนกรุงเทพฯ ทุกเพศ ทุกวัย ในด้านต่าง ๆ ดังนี้
- 2) การป้องกันโรคด้วยการดูแลเรื่องอาหารปลอดภัย จัดพื้นที่ให้ประชาชนมีโอกาสได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี จัดหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้บริการตรวจสุขภาพฟรีทุกครัวเรือน พร้อมสร้างเครือข่ายเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนเพื่อการแก้ไขอย่างทันที่
- 3) การรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพด้วยบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจรทั้ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 71 ศูนย์บริการสาธารณสุขมาตรฐาน HCA (Health Center Accreditation) 11 โรงพยาบาลมาตรฐาน

HA (Hospital Accreditation) ศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เอราวัณ) สายด่วน 1646

4) การฟื้นฟูสภาพ หลังการรักษาด้วยบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

5) การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร เนื่องจากแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จะเพิ่มมากขึ้น การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรจึงเป็นเป้าหมายการดำเนินงานที่กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ ได้จัดสวัสดิการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองด้วยการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพ ขยายโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจำนวนเพิ่มขึ้น จัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน โดยนำร่องที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 48 เขตหนองแขม เป็นศูนย์การเรียนรู้และเป็นต้นแบบในการจัดบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชน

บทบาทด้านสุขภาพของกรุงเทพมหานครนั้นจะดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยสำนักงานการแพทย์จะดูแลบริการด้านรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ (ร้อยละ 80) ส่วนบริการด้านป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพนั้น กรุงเทพมหานครจะมีบทบาทประมาณร้อยละ 20 สำหรับงบประมาณสนับสนุนบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครนั้นมีแหล่งที่มาจากกรุงเทพมหานครจัดหารายได้เองร้อยละ 60 จากรัฐบาลจัดสรร ร้อยละ 40 นอกจากนี้อาจจะได้จากงบประมาณพิเศษที่รัฐบาลอุดหนุนในบางโครงการ เช่น โครงการป้องกันยาเสพติด เป็นต้น

องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต

โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ตเกิดขึ้นภายใต้การผลักดันของนายไพบูลย์ อุปัติทฤกษ์ นายกองการบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต การบริการภายใต้คำขวัญ “ดูแลด้วยหัวใจ ห่วงใยถึงครอบครัว” โรงพยาบาลแห่งนี้ มีจุดเด่น คือ “ราคารัฐบาล บริการแบบเอกชน” เปิดรับผู้ป่วยทั่วไป ทั้งผู้ป่วยประกันสังคมและบัตรทอง ดูแลเรื่องสุขภาพครบวงจร เช่น การจัดสวนสาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย เดินแอโรบิก เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีโครงการภูเก็ตแคร์ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นโครงการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการโดยประสานความร่วมมือกับหลายภาคส่วน รวมถึงการมอบอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต สถาบันเด็กราชพฤกษ์ มูลนิธิพัฒนาการเด็กราชพฤกษ์ ตรวจคัดกรองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย สำหรับผู้พิการยังมีการดำเนินการร่วมกับสโมสรโรตารีดูแลผู้ป่วย มอบรถ wheel chair อุปกรณ์สำหรับผู้พิการ ในพระนามาภิไธย สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้พิการช่วยเหลือตัวเองและใช้ชีวิตร่วมกับคนปกติ

เป้าหมายการดำเนินงานของนายก อบจ.ภูเก็ต ต้องการทำให้เป็นโรงพยาบาลจิตอาสา ไม่ต้องใช้เงินรัฐบาล ใช้เงินบริจาค ทำเหมือนมูลนิธิจี้ ต้องมีจิตอาสา เช่น ในโรงเรียนไม่ต้องมีคนล้างห้องน้ำ นักเรียนช่วยกันทำความสะอาด เพราะเชื่อว่าห้องน้ำโรงเรียนสะอาด บ้านสะอาด จิตใจจึงจะสะอาด

ปัจจัยความสำเร็จ 1. ความร่วมมือของทีมงานที่จะช่วยกันผลักดันและพัฒนางาน 2. ความรับผิดชอบต่อสังคม ดูแลคนภูเก็ตให้ทั่วถึงทุกระดับ

วิสัยทัศน์ (Vision) ของโรงพยาบาล “โรงพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลของประชาชนที่ให้บริการคุณภาพเป็นเลิศระดับประเทศและสร้างความประทับใจทุกครั้งแก่ผู้มารับบริการ” พันธกิจ (Mission) 1) เป็นโรงพยาบาลท้องถิ่นที่ให้บริการทางการแพทย์เป็นเลิศ 2) ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี 3) บริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล 4) สร้างความพึงพอใจแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ

การบริหารจัดการ เป็นการ Outsource ทีมแพทย์พยาบาลจากโรงพยาบาลธนบุรี โดย ทำสัญญาเป็นปีต่อปี เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2554 มีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักได้แก่ เวชกรรมทั่วไป อายุรกรรม สูติ-นรีเวช ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก กุมารเวช ไตเทียม ทันตกรรมบุคลากรของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ 13 อัตรา พยาบาลวิชาชีพ 40 อัตรา เภสัชกร 5 อัตรา ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 80 อัตรา และพนักงานอื่นๆ 148 อัตรา

เทศบาล

โครงสร้างทางกฎหมายของเทศบาลในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ เทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบล มีการดำเนินการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเทศบาล โดยการจัดให้มีสถานบริการสาธารณสุข แต่เดิมมานั้นโรงพยาบาลเทศบาลมีเพียงแห่งเดียวในประเทศไทยที่จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ดำเนินการจากงบประมาณได้รับภาษีที่เทศบาลจัดเก็บ เงินรายได้จากการบริการด้านบริการสุขภาพ การปฏิบัติงานของแพทย์ เมื่อเทียบกับกระทรวงสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน แต่มีสภาพการทำงานที่อิสระและคล่องตัวกว่า ระบบอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทน คล้ายกับกระทรวงสาธารณสุข เพราะอ้างอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเทศบาลอยู่ในการดูแลของกองการแพทย์ของเทศบาล มีบทบาทรักษาพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขที่ขึ้นกับกองการสาธารณสุขรับผิดชอบการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช

เป็นโรงพยาบาลสังกัดเทศบาลนครนครศรีธรรมราช มีการขยายบริการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะนี้มีศูนย์บริการเพิ่ม 4 จุด เพื่อลดความแออัด โดยวางแผนให้มีแพทย์ประจำทุกศูนย์เพื่อดูแลประชาชน ด้านสาธารณสุขมีการบริหารจัดการ ร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหาการให้บริการประชาชนที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ภารกิจของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง วัณโรค ฯลฯ และทำ Primary care ส่วน Secondary และ Tertiary care ส่งต่อที่โรงพยาบาลมหาราช

อัตรากำลัง มีแพทย์ที่บรรจุเป็นข้าราชการท้องถิ่น 6 คน เป็นลูกจ้าง 6 คน รวม 12 คน พยาบาลวิชาชีพ 63 คน ข้าราชการและลูกจ้างอื่นๆ ประมาณ 500 คน การจัดระบบบริการมีคุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดนโยบายของผู้บริหารมีความตั้งใจจะจัดบริการของโรงพยาบาลให้เหมือนกับเอกชน คือ บริการดี รวดเร็ว ยาและเวชภัณฑ์มีคุณภาพดี สำหรับโรงพยาบาลมีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย ขณะนี้ประมาณ 40 เตียง เตียงที่บ้าน 30,000 เตียง ครอบครัวละ 1 เตียง ประชากร 120,000 คนเศษ ประชากร UC ประมาณ 8,200 คน สำหรับผู้ประกันตน ทางโรงพยาบาลรับเป็น Sub Contract จากโรงพยาบาลสิชล โรงพยาบาลของเทศบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทย มีข้อดี คือ การแก้ปัญหาต่างๆ รวดเร็ว จากการที่สายการบังคับบัญชาที่สั้น สำหรับเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย (ระบบ Refer) ไม่มีปัญหา เพราะเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลมาหาอยู่แล้ว สามารถประสานงานในระบบสาธารณสุขได้ดี

โรงพยาบาลเมืองพญา

โรงพยาบาลเมืองพญา ได้จัดสร้างขึ้นบริเวณศูนย์บริการสาธารณสุข เมืองพญา โดยใช้พื้นที่ด้านข้างของบริเวณดังกล่าว บนเนื้อที่ในการก่อสร้างทั้งหมด 6,788 ตารางเมตร แบบก่อสร้างในลักษณะตึก 5 ชั้น โดยชั้น 1 และชั้น 2 ประกอบด้วยแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และห้องตรวจต่างๆ รวมถึงห้องผ่าตัด ในส่วนของชั้น 3 เป็นห้องพักผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิง และชั้น 4 เป็นห้องผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งรวมแล้วจะสามารถรองรับผู้ป่วยได้เบื้องต้น 110 เตียง โดยในส่วนของชั้น 5 จะเป็นห้องประชุม และสำนักงานบริการของโรงพยาบาล

ทั้งนี้เพื่อศักยภาพในการให้บริการประชาชนอย่างทั่วถึงและครอบคลุมในการดูแลสุขภาพของประชาชน และนักท่องเที่ยว ทางโรงพยาบาลเมืองพญาได้มีการเปิดแผนกต่างๆ เพื่อรองรับการรักษาจำนวนทั้งสิ้น 14 แผนก ดังนี้ 1) แผนกเวชระเบียน 2) ศูนย์สิทธิประโยชน์ 3) แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน 4) แผนกผู้ป่วยนอก 5) แผนกผู้ป่วยใน 6) แผนกห้องผู้ป่วยพิเศษ 7) แผนกผู้ป่วยชั้นวิกฤต 8) แผนกอายุรกรรม 9) แผนกกุมารเวชกรรม 10) แผนก

สูติ-นรีเวชกรรม 11) แผนกศัลยกรรมทั่วไป 12) แผนกทันตกรรม 13) แผนกกายภาพบำบัด 14) แผนกกระดูกและข้อ โดยทั้ง 14 แผนกข้างต้นได้จัดเตรียมเครื่องมือที่ทันสมัย พร้อมทั้งบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เพื่อเตรียมพร้อมในการบริการแก่ประชาชนรวมถึงนักท่องเที่ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่

วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลเมืองพญา รักษาอย่างห่วงใย ใส่ใจบริการ โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ครบครัน เทคโนโลยีทันสมัย คำนึงค่าารัฐ”

ปรัชญาของโรงพยาบาลเมืองพญา “คุณภาพมาตรฐาน eคุณธรรม จริยธรรม”

พันธกิจ “มุ่งมั่นในการบริการทางการแพทย์ที่เป็นเลิศ และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ โดยทีมบุคลากรที่มีคุณธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคม ควบคู่กับความเป็นเลิศทางวิชาการ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง”

บทสรุป

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทและความรับผิดชอบต่อตามกฎหมาย (legal accountability) ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ใกล้ชิดกับปัญหาของชุมชนมากที่สุด ซึ่งปัญหาเหล่านั้นสนองต่อความต้องการของประชาชนเอง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งมีความเข้าใจถึงวิธีการแก้ไขปัญหาคือที่สุด โดยใช้ประโยชน์จากทุนสังคมในพื้นที่ สามารถสร้างความหลากหลายในการทำงาน (diversity) โดยการแก้ไขปัญหาแบบองค์รวมตามบริบทของพื้นที่ ตามสภาพปัญหาของพื้นที่ และรองรับการเพิ่มของประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในเขตเมือง เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นเอกภาพในการตัดสินใจ มีความพร้อมในการใช้งบประมาณสนับสนุนอย่างอิสระ สิ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญ ได้แก่ มาตรการทางสังคมเพื่อการบูรณาการและการสร้างความเข้มแข็งของกลไกทางสังคม และกลไกภาคประชาสังคม เพื่อแสดงบทบาทของผู้ให้บริการที่ดีในการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม

บทที่ 7

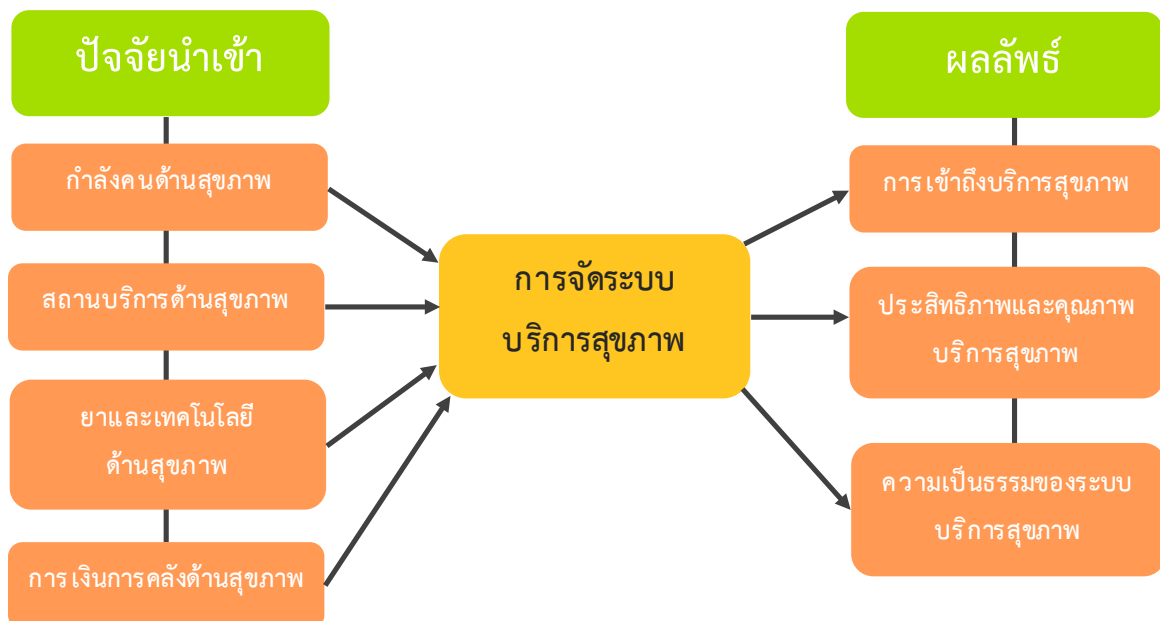
ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเน้นการขยายการให้บริการให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึง ทั้งการขยายบริการในระดับปฐมภูมิ และการให้บริการในระดับโรงพยาบาลที่เป็นบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการขยายการให้บริการดังกล่าว ร่วมกับการขยายตัวของภาคเอกชน ที่จัดบริการในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ทำให้การให้บริการสุขภาพมีความทั่วถึงมากยิ่งขึ้น ประกอบกับนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ ให้สามารถครอบคลุมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนทุกคน ทำให้บริการสุขภาพที่จำเป็น ได้รับการคุ้มครอง

และประชาชนก็สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเหล่านั้นได้ โดยปราศจากอุปสรรคทางการเงิน อันจะส่งผลต่อการลดภาระรายจ่ายของประชาชนในการใช้บริการสุขภาพ

ในส่วนของระบบบริการสุขภาพในบทที่ 7 นี้ จะนำเสนอสถานการณ์และแนวโน้มขององค์ประกอบต่างๆ ในการจัดระบบบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย ส่วนที่เป็นปัจจัยนำเข้าของการจัดระบบบริการสุขภาพ อันได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ สถานบริการด้านสุขภาพ ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ และส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพ และความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพ ดังภาพที่ 7.1

ภาพที่ 7.1 ปัจจัยนำเข้าและผลลัพธ์ของการจัดระบบบริการสุขภาพ



หมายเหตุ: ปัจจัยนำเข้าตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (six building blocks) จะมีองค์ประกอบอีก 2 ประการ คือ ระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบธรรมาภิบาล ซึ่งไม่ได้อยู่ในกรอบการนำเสนอของบทนี้

1. กำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญ เนื่องจากเป็นส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ซึ่งนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้การติดตามสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ และการผลิตและสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพ

1.1. สถานการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ

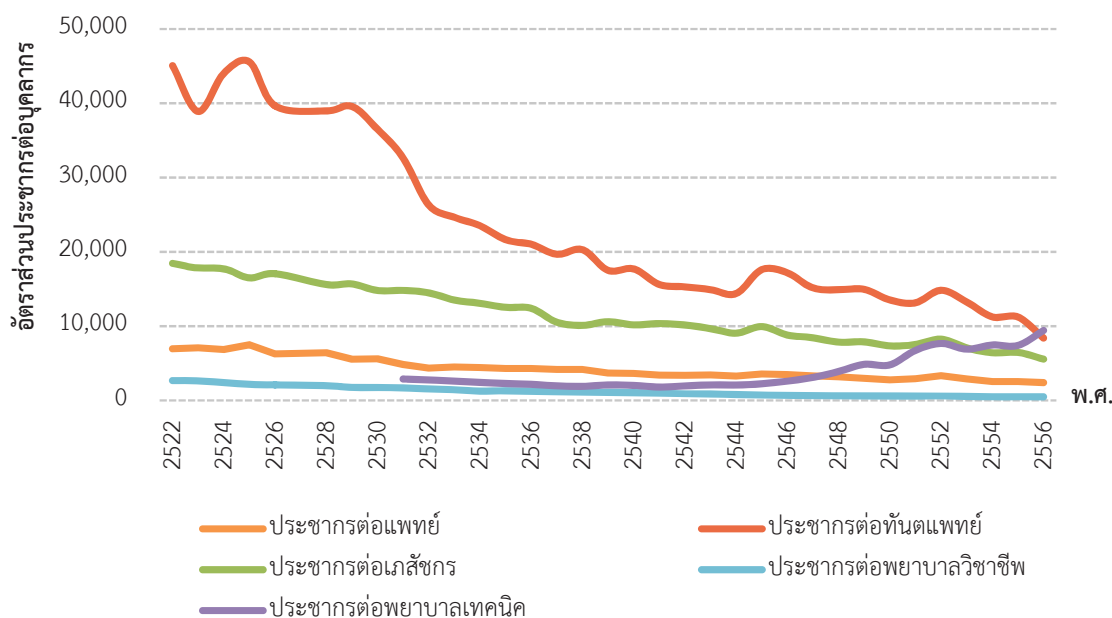
ประกอบด้วยแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพใน 5 สาขาหลัก เมื่อเทียบกับจำนวนประชากร แนวโน้มของสัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขาหลัก จำแนกตามสังกัด และแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขาหลัก ที่ทำงานไม่เต็มเวลาในภาคเอกชน

1.1.1 แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขาหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และ

พยาบาลเทคนิค มีแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดช่วงเวลา 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ยกเว้นกรณีของพยาบาลเทคนิค ที่มีการเปลี่ยนไปเป็นพยาบาลวิชาชีพประมาณปีพ.ศ. 2546 ทำให้จำนวนพยาบาลเทคนิคลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงจากประมาณ 7,000:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 2,400:1 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงจากประมาณ 45,000:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 8,400:1 ในปีพ.ศ. 2556 อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงจากประมาณ 18,000:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 5,500:1 ในปีพ.ศ. 2556 และอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงจากประมาณ 2,600:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือประมาณ 500:1 ในปีพ.ศ. 2556 แต่อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค กลับเพิ่มขึ้นจากประมาณ 2,900:1 ในปีพ.ศ. 2531 เป็น ประมาณ 9,400:1 ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.2 และ ตารางที่ 7.1)

ภาพที่ 7.2 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ พ.ศ. 2522 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.1 แนวโน้มจำนวนและอัตราส่วนประชากรต่อกำลังคนด้านสุขภาพ 5 สาขา พ.ศ. 2522 - 2556

ปี พ.ศ.	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ		พยาบาลเทคนิค	
	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อแพทย์	จำนวน	อัตราส่วน ประชากรต่อ ทันตแพทย์	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อเภสัชกร	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล วิชาชีพ	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค
2522	6,619	6,956	1,022	45,074	2,496	18,455	17,212	2,676		
2523	6,622	7,092	1,207	38,905	2,633	17,836	17,833	2,633		
2524	6,931	6,847	1,078	44,024	2,677	17,728	19,674	2,412		
2525	6,465	7,500	1,064	45,573	2,939	16,499	22,477	2,157		
2526	7,902	6,259	1,247	39,662	2,899	17,061	23,565	2,099		
2528	8,058	6,414	1,326	38,975	3,312	15,604	26,019	1,986		
2529	9,464	5,563	1,330	39,584	3,356	15,687	29,887	1,762		
2530	9,580	5,595	1,468	36,516	3,622	14,800	30,752	1,743		
2531	11,260	4,843	1,670	32,655	3,681	14,815	32,216	1,693	18,875	2,889
2532	12,713	4,361	2,107	26,315	3,825	14,496	35,715	1,552	20,092	2,760
2533	12,520	4,500	2,285	24,656	4,168	13,517	39,021	1,444	21,651	2,602
2534	12,803	4,426	2,408	23,531	4,333	13,077	40,685	1,255	23,289	2,433
2535	13,398	4,311	2,669	21,641	4,609	12,532	44,128	1,309	25,424	2,272
2536	13,634	4,297	2,786	21,028	4,721	12,409	46,671	1,255	27,013	2,169
2537	14,098	4,165	2,984	19,677	5,575	10,532	51,058	1,150	29,880	1,965
2538	14,181	4,180	2,920	20,301	5,867	10,104	54,262	1,092	31,280	1,895
2539	16,209	3,689	3,415	17,508	5,640	10,601	54,207	1,103	28,608	2,090
2540	16,569	3,649	3,414	17,711	5,941	10,178	56,366	1,073	29,865	2,025
2541	17,955	3,406	3,917	15,613	5,911	10,346	63,708	960	33,864	1,806
2542	18,140	3,395	4,026	15,295	6,062	10,158	68,008	905	31,543	1,952
2543	18,025	3,427	4,141	14,917	6,384	9,676	70,978	870	29,465	2,096
2544	18,947	3,277	4,317	14,384	6,858	9,054	78,042	796	29,859	2,080
2545	17,529	3,569	3,553	17,606	6,288	9,948	85,392	733	28,015	2,233
2546	18,106	3,476	3,663	17,182	7,146	8,808	91,570	687	23,969	2,626
2547	18,918	3,305	4,129	15,143	7,413	8,435	95,834	652	20,268	3,085
2548	19,546	3,182	4,174	14,901	7,926	7,847	101,465	613	15,908	3,910
2549	21,051	2,975	4,187	14,957	7,940	7,887	101,143	619	12,882	4,861
2550	22,651	2,778	4,653	13,525	8,565	7,348	105,398	597	13,146	4,787
2551	21,569	2,931	4,808	13,148	8,390	7,534	109,797	576	9,369	6,747
2552	19,089	3,324	4,278	14,833	7,689	8,253	101,760	624	8,270	7,673
2553	22,019	2,893	4,807	13,252	8,988	7,087	120,012	531	9,228	6,903
2554	25,317	2,535	5,708	11,244	9,989	6,425	128,784	498	8,590	7,472
2555	25,367	2,533	5,721	11,233	9,940	6,465	129,929	495	8,680	7,404
2556	26,937	2,399	7,698	8,395	11,619	5,562	131,375	492	6,858	9,423

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.1.2 แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด

ประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญในการติดตามสถานการณ์แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ คือ สัดส่วนกำลังคนด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด ซึ่งสะท้อนการเจริญเติบโตของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีบทบาทในการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น และบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น ในการขยายสถานบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ทั่วทั้งประเทศ ทำให้กำลังคนด้านสุขภาพในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข มีสัดส่วนสูงที่สุด

สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 37.1 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 58.8 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วนของแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆ นั้น ลดจากร้อยละ 44.8 ในปีพ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 19.5 และสัดส่วนของแพทย์โรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.7 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 18 ในปีพ.ศ. 2556 ซึ่งมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2537 เป็นต้นมา (ภาพที่ 7.3 และ ตารางที่ 7.2)

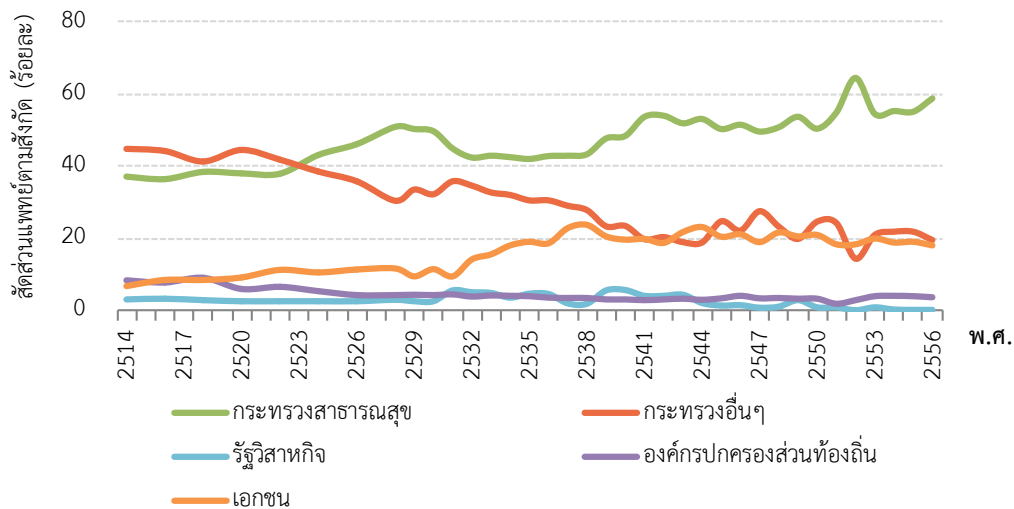
สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.5 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 60.7 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วนของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดจากร้อยละ

ร้อยละ 55.7 ในปี พ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 13.3 และสัดส่วนของทันตแพทย์โรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 23 ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.4 และตารางที่ 7.3)

สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.9 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 65.7 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วนของเภสัชกรสังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดจากร้อยละ 17.8 ในปีพ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 9.6 และสัดส่วนของเภสัชกรโรงพยาบาลเอกชน ลดจากร้อยละ 57 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 22.3 ในปีพ.ศ. 2556 โดยมีสัดส่วนที่ค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 (ภาพที่ 7.5 และ ตารางที่ 7.4)

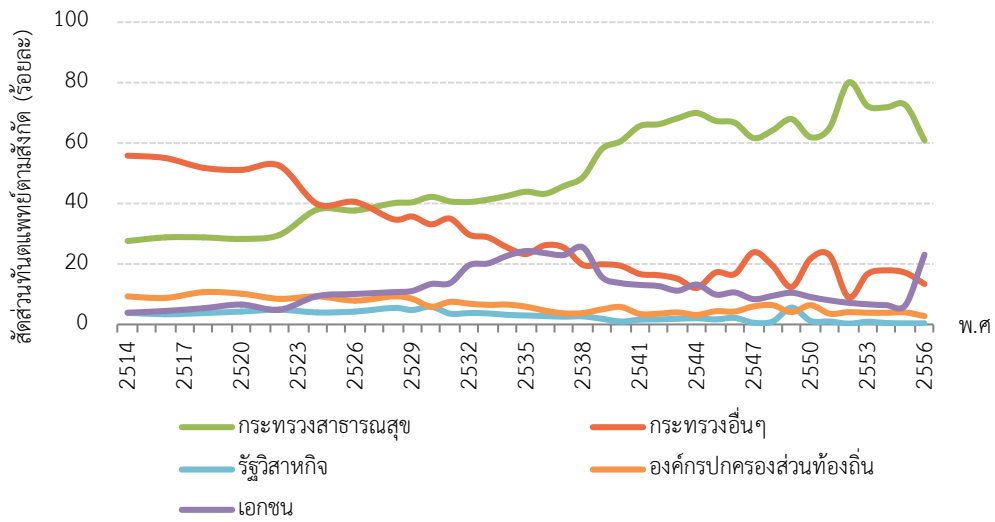
สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.9 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 72.4 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงอื่นๆนั้น ลดจากร้อยละ 39.7 ในปีพ.ศ. 2514 เหลือร้อยละ 13.4 และสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปีพ.ศ. 2514 เป็นร้อยละ 10.9 ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.6 และ ตารางที่ 7.5)

ภาพที่ 7.3 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556

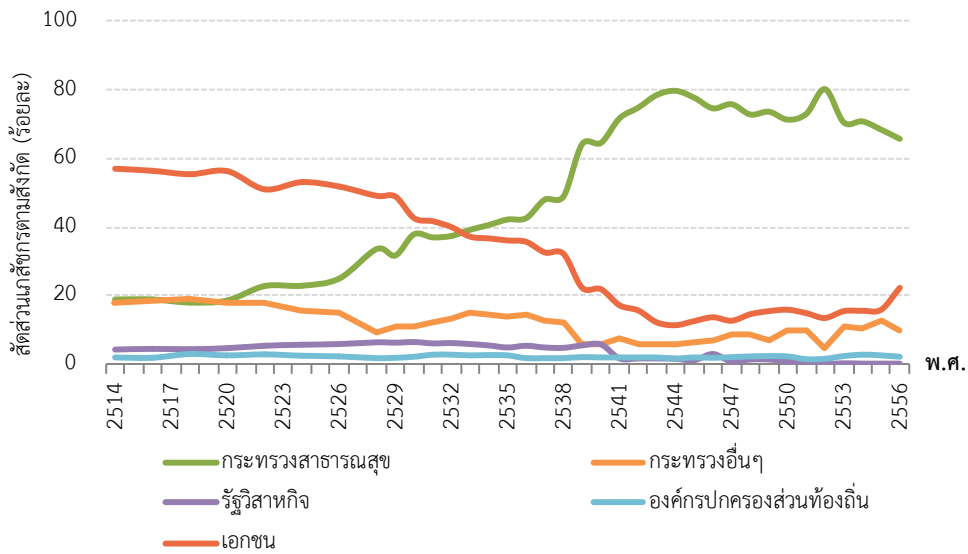


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

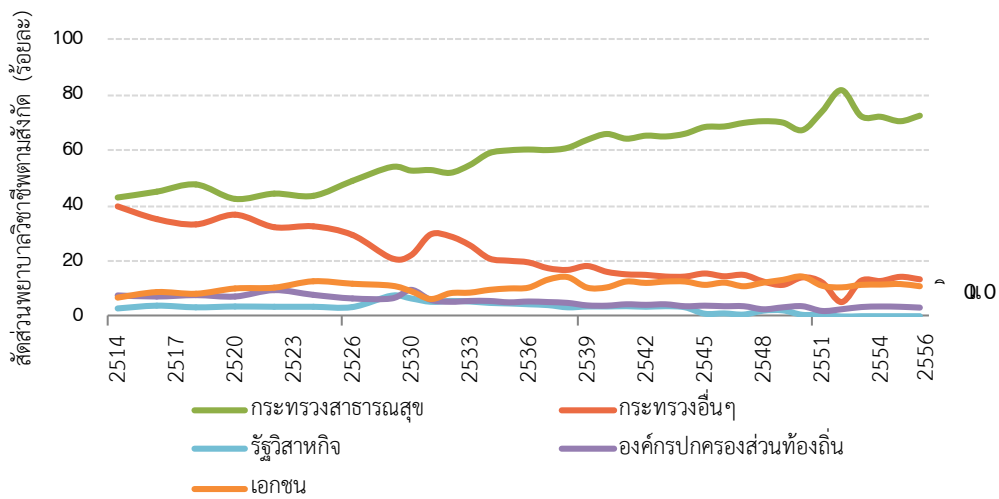
ภาพที่ 7.4 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนทันตแพทย์จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556



ภาพที่ 7.5 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนเภสัชกรจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556



ภาพที่ 7.6 แนวโน้มสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556



ที่มา: ทีมงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.2 แนวโน้มจำนวนแพทย์และสัดส่วนจำนวนแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
2514	1,515	37.1	1,832	44.8	123	3.0	341	8.3	274	6.7
2516	1,678	36.4	2,039	44.2	147	3.2	357	7.7	386	8.4
2518	1,922	38.4	2,068	41.3	143	2.8	452	9.0	420	8.4
2520	2,198	38.0	2,575	44.5	147	2.5	344	5.9	526	9.1
2522	2,510	37.9	2,768	41.8	168	2.5	433	6.5	740	11.2
2524	2,987	43.1	2,667	38.5	175	2.5	371	5.3	731	10.5
2526	3,622	46.1	2,806	35.8	197	2.5	333	4.2	890	11.3
2528	4,401	50.9	2,630	30.4	250	2.9	363	4.2	1,006	11.6
2529	4,757	50.3	3,172	33.5	235	2.5	408	4.3	892	9.4
2530	4,758	49.7	3,086	32.2	235	2.5	407	4.2	1,094	11.4
2531	5,058	44.9	4,029	35.8	617	5.5	491	4.4	1,065	9.4
2532	5,396	42.4	4,398	34.6	640	5.0	483	3.8	1,796	14.1
2533	5,368	42.9	4,097	32.7	603	4.8	514	4.1	1,938	15.5
2534	5,437	42.5	4,100	32.0	442	3.5	517	4.0	2,307	18.0
2535	5,627	42.0	4,086	30.5	610	4.6	523	3.9	2,552	19.0
2536	5,843	42.8	4,152	30.5	613	4.5	484	3.5	2,542	18.6
2537	6,047	42.9	4,083	29.0	264	1.9	487	3.4	3,217	22.8
2538	6,134	43.3	3,936	27.8	259*	1.8	488	3.4	3,364	23.7
2539	7,733	47.7	3,773	23.3	896	5.5	482	3.0	3,325	20.5
2540	8,026	48.4	3,873	23.4	933	5.6	493	3.0	3,244	19.6
2541	9,636	53.7	3,541	19.7	711	4.0	500	2.8	3,567	19.8
2542	9,799	54.0	3,683	20.3	721	4.0	534	3.0	3,403	18.7
2543	9,363	51.9	3,400	18.9	769	4.3	573	3.2	3,920	21.7
2544	10,068	53.1	3,568	18.8	384	2.0	543	2.9	4,384	23.1
2545	8,821	50.3	4,337	24.7	225	1.3	574	3.3	3,572	20.4
2546	9,321	51.5	3,993	22.1	253	1.4	721	4.0	3,818	21.1
2547	9,375	49.6	5,201	27.5	135	0.7	632	3.3	3,575	18.9
2548	9,928	50.8	4,531	23.2	190	1.0	668	3.4	4,229	21.6
2549	11,311	53.7	4,173	19.8	592	2.8	666	3.2	4,309	20.5
2550	11,415	50.4	5,583	24.6	184	0.8	735	3.2	4,734	20.9
2551	11,841	54.9	5,214	24.2	181	0.8	390	1.8	3,943	18.3
2552	12,309	64.5	2,736	14.3	5	0.0	540	2.8	3,499	18.3
2553	12,003	54.5	4,604	20.9	186	0.8	848	3.9	4,378	19.9
2554	13,993	55.3	5,513	21.8	40	0.2	1,010	4.0	4,761	18.8
2555	13,985	55.1	5,542	21.8	29	0.1	980	3.9	4,831	19.0
2556	15,843	58.8	5,255	19.5	29	0.1	972	3.6	4,838	18.0

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.3 แนวโน้มจำนวนทันตแพทย์และสัดส่วนจำนวนทันตแพทย์ตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
2514	146	27.5	296	55.7	20	3.8	49	9.2	20	3.8
2516	171	28.7	327	54.9	20	3.3	52	8.7	26	4.4
2518	187	28.7	337	51.7	24	3.7	69	10.6	35	5.3
2520	230	28.2	416	51.0	34	4.2	82	10.1	53	6.5
2522	289	29.5	513	52.4	47	4.8	82	8.4	47	4.8
2524	401	37.9	420	39.7	41	3.9	97	9.2	98	9.3
2526	469	37.6	504	40.4	52	4.2	97	7.8	125	10.0
2528	581	40.0	503	34.7	79	5.4	134	9.2	154	10.6
2529	536	40.3	474	35.6	62	4.7	112	8.4	146	11.0
2530	618	42.1	484	33.0	85	5.8	85	5.8	196	13.3
2531	679	40.6	583	34.9	58	3.5	123	7.4	227	13.6
2532	852	40.4	623	29.6	79	3.7	143	6.8	410	19.5
2533	941	41.2	657	28.7	82	3.6	146	6.4	459	20.1
2534	1,020	42.4	612	25.4	76	3.1	156	6.5	544	22.6
2535	1,170	43.8	620	23.2	77	2.9	156	5.8	646	24.2
2536	1,201	43.1	728	26.1	76	2.7	125	4.5	656	23.5
2537	1,363	45.7	756	25.3	76	2.5	107	3.6	682	22.9
2538	1,420	48.6	574	19.6	77	2.6	108	3.7	741	25.4
2539	1,978	57.9	676	19.8	61	1.8	166	4.9	534	15.6
2540	2,064	60.5	658	19.3	31	0.9	195	5.7	466	13.6
2541	2,564	65.5	650	16.6	59	1.5	135	3.4	509	13.0
2542	2,660	66.1	652	16.2	63	1.6	141	3.5	510	12.6
2543	2,821	68.1	622	15.0	76	1.8	161	3.9	461	11.1
2544	3,014	69.8	520	12.0	86	2.0	133	3.1	564	13.1
2545	2,386	67.2	608	17.1	57	1.6	153	4.3	349	9.8
2546	2,439	66.6	607	16.6	78	2.1	156	4.2	383	10.5
2547	2,538	61.5	982	23.8	23	0.5	245	5.9	341	8.3
2548	2,678	64.1	806	19.3	36	0.9	263	6.3	391	9.4
2549	2,838	67.8	516	12.3	232	5.5	166	4.0	435	10.4
2550	2,878	61.8	1,010	21.7	53	1.1	294	6.3	418	9.0
2551	3,121	64.9	1,098	22.8	42	0.9	168	3.5	379	7.9
2552	3,419	79.9	380	8.9	8	0.2	169	4.0	302	7.1
2553	3,467	72.1	799	16.6	39	0.8	185	3.8	317	6.6
2554	4,095	71.7	1,017	17.8	22	0.4	217	3.8	357	6.3
2555	4,144	72.4	972	17.0	20	0.3	224	3.9	361	6.3
2556	4,676	60.7	1,021	13.3	22	0.3	208	2.7	1,771	23.0

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.4 แนวโน้มจำนวนเภสัชกรและสัดส่วนจำนวนเภสัชกรตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
2514	298	18.9	280	17.8	68	4.3	32	2.0	899	57.0
2516	307	18.9	299	18.4	73	4.5	31	1.9	917	56.4
2518	345	18.0	366	19.1	85	4.4	58	3.0	1,059	55.4
2520	415	18.6	398	17.8	105	4.7	59	2.6	1,259	56.3
2522	569	22.8	446	17.9	135	5.4	73	2.9	1,273	51.0
2524	616	22.9	419	15.6	153	5.7	68	2.5	1,424	53.1
2526	748	25.0	451	15.1	175	5.9	68	2.3	1,548	51.8
2528	1,133	33.6	310	9.2	216	6.4	60	1.8	1,657	49.1
2529	1,064	31.7	373	11.1	213	6.3	64	1.9	1,642	48.9
2530	1,372	37.9	393	10.8	236	6.5	78	2.2	1,543	42.6
2531	1,362	37.0	455	12.4	226	6.1	102	2.8	1,536	41.7
2532	1,431	37.4	516	13.5	238	6.2	109	2.8	1,531	40.0
2533	1,632	39.2	630	15.1	245	5.9	110	2.6	1,551	37.2
2534	1,759	40.6	626	14.4	240	5.5	116	2.7	1,592	36.7
2535	1,946	42.2	652	14.1	228	4.9	119	2.6	1,664	36.1
2536	2,012	42.6	685	14.5	253	5.4	87	1.8	1,684	35.7
2537	2,677	48.0	709	12.7	274	4.9	100	1.8	1,815	32.6
2538	2,869	48.9	719	12.3	284	4.8	106	1.8	1,889	32.2
2539	3,620	64.2	330	5.8	310	5.5	121	2.1	1,259	22.3
2540	3,835	64.5	344	5.8	344	5.8	117	2.0	1,301	21.9
2541	4,238	71.7	437	7.4	101	1.7	118	2.0	1,017	17.2
2542	4,534	74.8	352	5.8	101	1.7	124	2.0	951	15.7
2543	5,010	78.5	358	5.6	110	1.7	125	2.0	781	12.2
2544	5,465	79.7	381	5.6	113	1.6	115	1.7	784	11.4
2545	4,885	77.7	413	6.5	75	1.2	124	2.0	791	12.6
2546	5,332	74.6	485	6.8	211	3.0	138	1.9	980	13.7
2547	5,619	75.8	638	8.6	61	0.8	155	2.1	940	12.7
2548	5,770	72.8	709	8.9	112	1.4	181	2.3	1,154	14.6
2549	5,841	73.6	567	7.1	108	1.4	190	2.4	1,234	15.5
2550	6,107	71.3	833	9.7	70	0.8	193	2.3	1,362	15.9
2551	6,121	73.0	826	9.8	69	0.8	127	1.5	1,247	14.9
2552	6,230	80.2	357	4.6	8	0.1	127	1.6	1,049	13.5
2553	6,339	70.5	1,010	11.2	23	0.3	219	2.4	1,397	15.5
2554	7,070	70.8	1,056	10.6	17	0.2	283	2.8	1,563	15.6
2555	6,864	68.4	1,298	12.9	17	0.2	266	2.6	1,595	15.9
2556	7,641	65.7	1,120	9.6	18	0.2	251	2.2	2,592	22.3

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.5 แนวโน้มจำนวนพยาบาลวิชาชีพและสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพตามสังกัด พ.ศ. 2514 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
2514	4,016	42.9	3,720	39.7	274	2.9	713	7.6	637	6.8
2516	4,757	45.0	3,708	35.1	409	3.9	761	7.2	927	8.8
2518	6,021	47.6	4,203	33.2	415	3.3	982	7.7	1,037	8.2
2520	6,462	42.4	5,588	36.7	550	3.6	1,099	7.2	1,532	10.1
2522	7,630	44.3	5,544	32.2	605	3.5	1,638	9.5	1,794	10.4
2524	8,526	43.5	6,370	32.5	680	3.5	1,525	7.8	2,498	12.7
2526	11,537	48.9	6,935	29.4	791	3.4	1,522	6.5	2,780	11.8
2528	14,036	53.9	5,462	21.0	1,958	7.5	1,683	6.5	2,880	11.1
2530	16,169	52.6	6,797	22.1	2,002	6.5	2,975	9.6	2,809	9.1
2531	17,018	52.8	9,538	29.6	1,696	5.3	1,918	6.0	2,046	61.3
2532	19,423	51.8	10,849	28.9	2,103	5.6	2,000	5.3	3,140	8.4
2533	21,319	54.6	10,044	25.7	2,119	5.4	2,173	5.6	3,366	8.6
2534	23,996	58.9	8,540	20.9	1,986	4.9	2,263	5.6	3,900	9.6
2535	26,441	59.9	8,883	20.1	2,071	4.7	2,263	5.1	4,470	10.1
2536	28,088	60.2	9,117	19.5	2,072	4.4	2,539	5.4	4,855	10.4
2537	30,648	60.0	8,892	17.4	2,072	4.1	2,660	5.2	6,786	13.3
2538	32,976	60.8	9,148	16.8	1,816	3.3	2,643	4.9	7,679	14.2
2539	34,547	63.7	9,879	18.2	1,938	3.6	2,183	4.0	5,660	10.4
2540	37,087	65.8	9,099	16.1	2,017	3.6	2,220	3.9	5,943	10.5
2541	40,844	64.1	9,676	15.2	2,344	3.7	2,792	4.4	8,052	12.6
2542	44,333	65.2	10,247	15.0	2,359	3.5	2,825	4.2	8,244	12.1
2543	46,066	64.9	10,259	14.4	2,614	3.7	3,130	4.4	8,909	12.6
2544	51,450	65.9	11,240	14.4	2,564	3.3	2,917	3.7	9,871	12.6
2545	58,301	68.3	13,204	15.5	818	1.0	3,367	3.9	9,702	11.4
2546	62,723	68.5	13,316	14.5	976	1.1	3,404	3.7	11,151	12.2
2547	66,860	69.8	14,385	15.0	635	0.7	3,544	3.7	10,410	10.9
2548	71,459	70.4	12,801	12.6	2,171	2.1	2,656	2.6	12,378	12.2
2549	70,708	69.9	11,492	11.4	2,251	2.2	3,372	3.3	13,320	13.2
2550	70,822	67.2	14,913	14.1	644	0.6	3,884	3.7	15,135	14.4
2551	81,137	73.9	13,453	12.3	780	0.7	2,238	2.0	12,189	11.1
2552	83,022	81.6	5,336	5.2	47	0.0	2,666	2.6	10,689	10.5
2553	86,591	72.2	15,505	12.9	158	0.1	4,066	3.4	13,692	11.4
2554	92,748	72.0	16,528	12.8	122	0.1	4,626	3.6	14,760	11.5
2555	91,430	70.4	18,555	14.3	120	0.1	4,594	3.5	15,230	11.7
2556	95,079	72.4	17,576	13.4	117	0.1	4,269	3.2	14,334	10.9

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

1.1.3 แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานบางเวลาในโรงพยาบาลเอกชน

หากพิจารณาแนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่าจำนวนของกำลังคนด้านสุขภาพที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวนที่เปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2556 โดยแพทย์ที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ที่ประมาณ 10,000 - 14,000 คน ทันตแพทย์ที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ที่ประมาณ 900 - 1,600 คน เภสัชกรที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ที่ประมาณ 800 - 1,300 คน พยาบาลวิชาชีพที่ทำงาน

แบบไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ที่ประมาณ 5,000 - 9,000 คน ในขณะที่พยาบาลเทคนิคที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน ลดลงจาก 600 - 800 คน ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2548 เหลือเพียง 69 คน ในปีพ.ศ. 2556 ซึ่งเกิดจากการลดจำนวนลงของพยาบาลเทคนิคในภาพรวมด้วย ทั้งนี้โดยรวมจำนวนบุคลากร 5 สาขาที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ที่ประมาณ 17,000 - 27,000 คน ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2556 (ตารางที่ 7.6)

ตารางที่ 7.6 แนวโน้มจำนวนบุคลากรที่ทำงานเต็มเวลาและไม่เต็มเวลาในภาคเอกชน พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค	รวม
2546	10,033	935	921	7,498	629	20,016
2547	10,809	1,096	985	7,181	800	20,871
2548	14,290	1,514	1,397	9,638	744	27,583
2549	12,736	1,313	1,000	7,334	374	22,757
2550	14,746	1,602	1,369	8,660	262	26,639
2551	12,221	1,258	987	5,920	163	20,549
2552	10,203	956	906	5,765	173	18,003
2553	12,331	1,280	1,079	6,089	187	20,966
2554	10,780	1,160	755	5,003	119	17,817
2555	11,121	1,212	843	5,271	126	18,573
2556	12,142	1,295	934	5,274	69	19,714

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: จำนวนบุคลากรที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในภาคเอกชน ได้จากการรวมข้อมูลจำนวนบุคลากรที่ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนของแต่ละสถานพยาบาลเข้าด้วยกัน ซึ่งบุคลากรแต่ละคน อาจจะทำงานแบบไม่เต็มเวลาในสถานพยาบาลเอกชนได้มากกว่า 1 แห่ง

1.2 การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ

การติดตามสถานการณ์การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างภูมิภาค เป็นประเด็นด้านความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะความเสมอภาคระหว่างพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เช่น ระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้ยังมีประเด็นการกระจายของ

กำลังคนด้านสุขภาพระหว่างระดับของบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายของแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ และประเด็นผลกระทบต่อภาระงานของกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ

1.2.1 แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ รายภาค

การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างภูมิภาค ประกอบด้วยบุคลากร 6 สาขา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังนี้

อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 886:1 ภาคกลาง เท่ากับ 2,220:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 2,821:1 ภาคใต้ เท่ากับ 2,792:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 3,763:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 21.3 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 4.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.7 และ ตารางที่ 7.7)

อัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 2,932:1 ภาคกลาง เท่ากับ 8,499:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 9,147:1 ภาคใต้ เท่ากับ 9,300:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 13,783:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 40.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 4.7 เท่า ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.8 และ ตารางที่ 7.8)

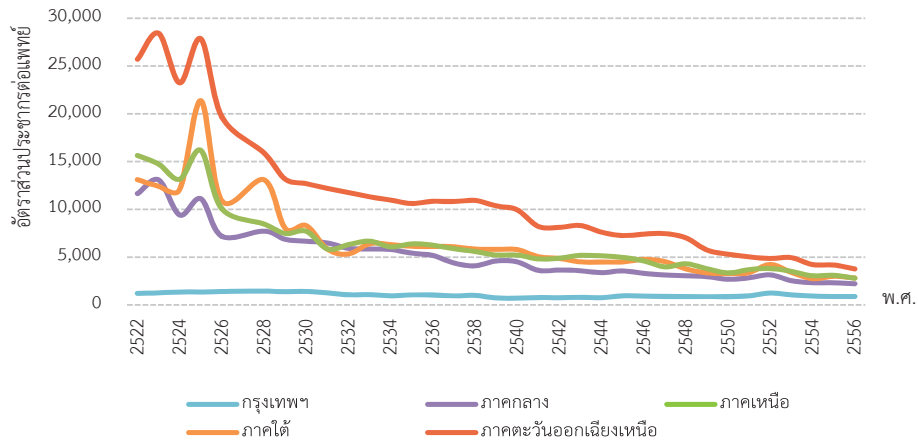
อัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกร ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 2,465:1 ภาคกลาง เท่ากับ 4,717:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 6,548:1 ภาคใต้ เท่ากับ 6,330:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 8,237:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 98.1 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 3.3 เท่า ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.9 และ ตารางที่ 7.9)

อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ลดลงในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 240:1 ภาคกลาง เท่ากับ 497:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 543:1 ภาคใต้ เท่ากับ 466:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 646:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดจาก 18.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 2.7 เท่า ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.10 และ ตารางที่ 7.10)

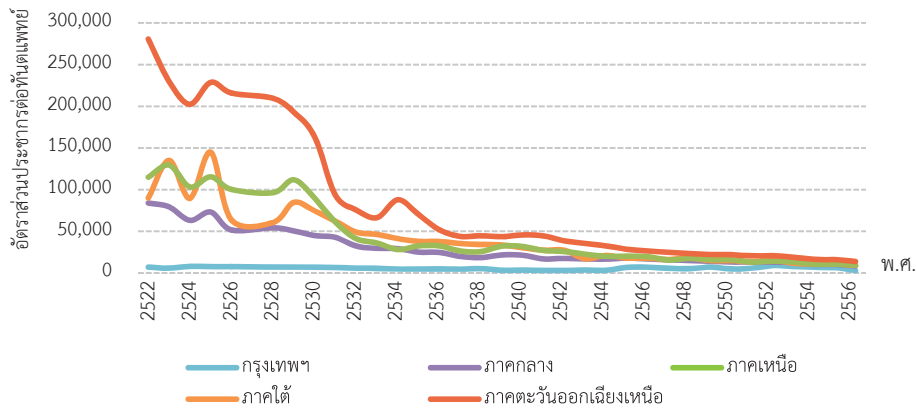
อัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค ในปีพ.ศ. 2556 ของกรุงเทพฯ เท่ากับ 1,880:1 ภาคกลาง เท่ากับ 13,279:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 17,656:1 ภาคใต้ เท่ากับ 16,782:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 15,482:1 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพิ่มขึ้นจาก 1.4 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เป็น 8.2 เท่า ในปีพ.ศ. 2556 ทั้งนี้เนื่องจากการลดลงอย่างมากของพยาบาลเทคนิคในแต่ละภูมิภาค (ภาพที่ 7.11 และ ตารางที่ 7.11)

อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต. ค่อนข้างคงที่ในทุกภาค โดยอัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่รพ.สต. ในปีพ.ศ. 2556 ของภาคกลาง เท่ากับ 1,754:1 ภาคเหนือ เท่ากับ 1,595:1 ภาคใต้ เท่ากับ 1,461:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 1,626:1 โดยมีค่าเฉลี่ยระดับประเทศ เท่ากับ 1,624:1 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรในรพ.สต. มีความใกล้เคียงกันมากในแต่ละภาค (ภาพที่ 7.12 และ ตารางที่ 7.12)

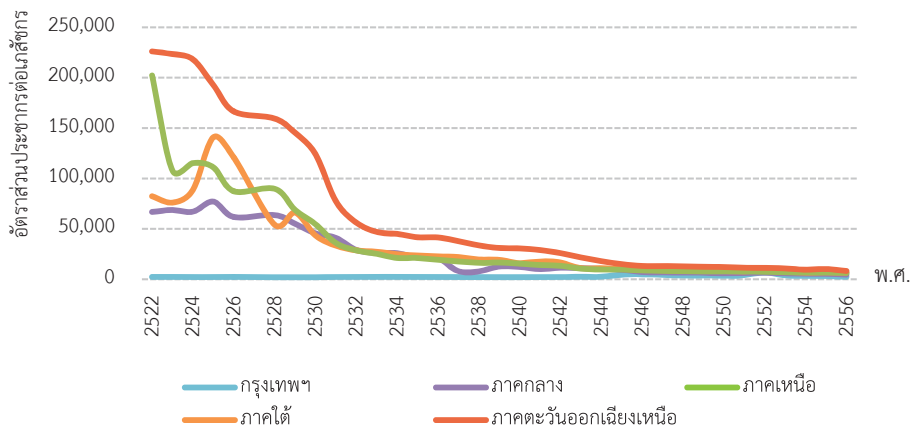
ภาพที่ 7.7 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556



ภาพที่ 7.8 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556

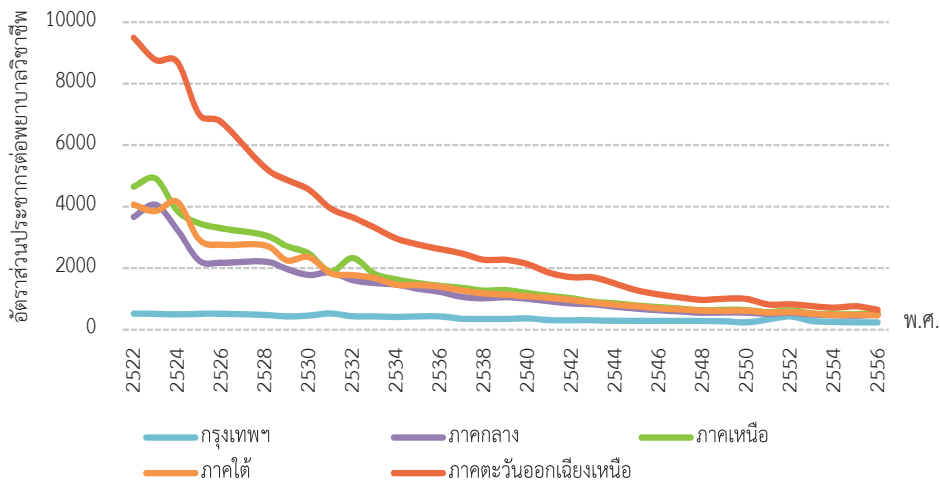


ภาพที่ 7.9 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเภสัชกรรายภาค พ.ศ. 2522 - 2556

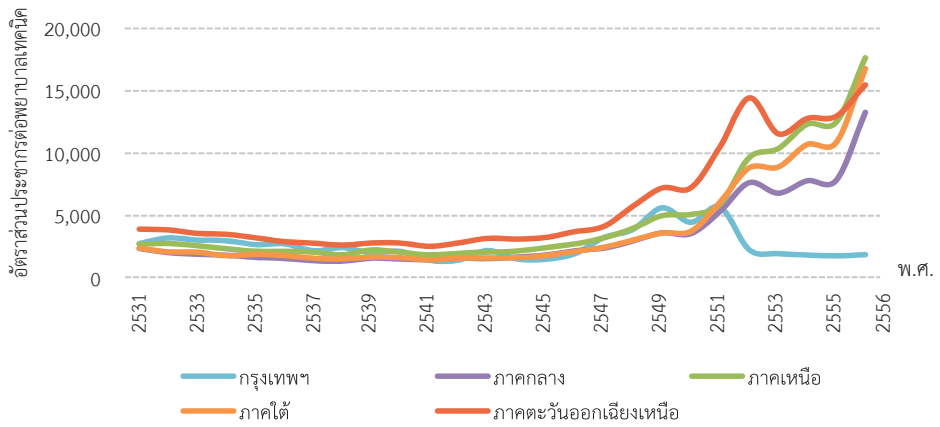


ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

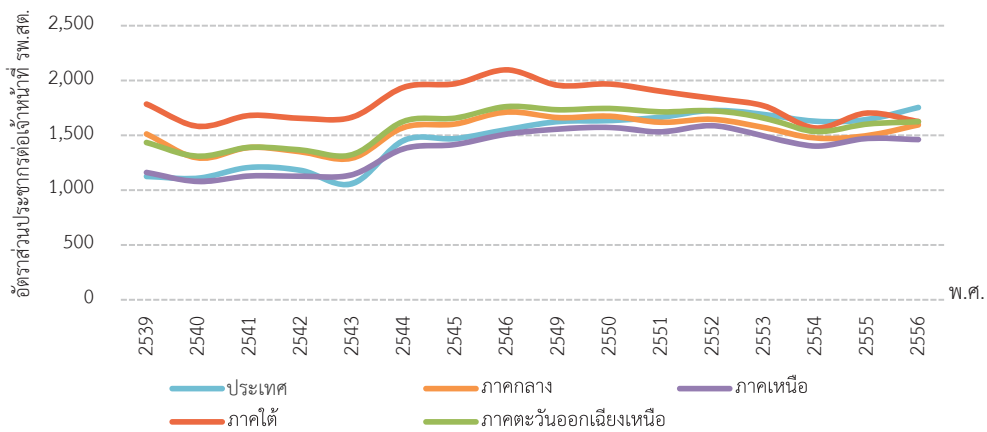
ภาพที่ 7.10 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพ รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556



ภาพที่ 7.11 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิค รายภาค พ.ศ. 2531 - 2556



ภาพที่ 7.12 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2539 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.7 แนวโน้มจำนวนแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		กทม.: ตะวันออก เหนือ
	จำนวน ประชากร ต่อแพทย์	อัตราส่วน ประชากร ต่อแพทย์	จำนวน ประชากร ต่อแพทย์	อัตราส่วน ประชากร ต่อแพทย์	จำนวน ประชากร ต่อแพทย์	อัตราส่วน ประชากร ต่อแพทย์	จำนวน ประชากร ต่อแพทย์	อัตราส่วน ประชากร ต่อแพทย์	จำนวน ประชากร ต่อแพทย์	อัตราส่วน ประชากร ต่อแพทย์	
2522	4,069	1,210	814	11,652	741	13,112	362	15,641	633	25,713	21.3
2523	4,101	1,257	788	13,082	772	12,419	395	14,742	566	28,424	22.6
2524	3,927	1,362	1,019	9,407	815	12,075	447	13,154	723	23,238	17.1
2525	4,129	1,342	881	11,114	468	21,372	371	16,173	616	27,852	20.8
2526	4,084	1,404	1,387	7,179	934	10,879	608	10,061	889	19,675	14.0
2528	3,917	1,449	1,444	7,726	777	13,098	786	8,457	1,134	15,894	11.0
2529	4,217	1,382	1,653	6,862	1,290	8,011	912	7,479	1,392	13,162	9.5
2530	4,211	1,418	1,730	6,663	1,264	8,297	908	7,705	1,467	12,694	9.0
2531	4,861	1,258	1,803	6,493	1,820	5,843	1,225	5,854	1,551	12,190	9.7
2532	5,888	1,062	2,008	5,920	2,021	5,331	1,165	6,306	1,631	11,762	11.1
2533	5,910	1,082	2,061	5,853	1,703	6,405	1,127	6,676	1,719	11,314	10.5
2534	5,832	958	2,227	5,805	1,747	6,317	1,179	6,079	1,818	10,970	11.5
2535	6,154	1,035	2,352	5,413	1,801	6,127	1,224	6,386	1,867	10,609	10.3
2536	6,191	1,045	2,490	5,180	1,822	6,117	1,274	6,257	1,848	10,851	10.4
2537	5,936	940	3,047	4,389	1,948	6,090	1,284	5,875	1,883	10,811	11.5
2538	5,582	999	3,309	4,091	2,037	5,844	1,369	5,591	1,884	10,936	10.9
2539	7,674	727	2,989	4,598	2,055	5,811	1,487	5,217	2,004	10,364	14.3
2540	7,771	720	3,100	4,506	2,079	5,791	1,510	5,216	2,109	9,951	13.8
2541	7,386	762	3,923	3,614	2,401	5,050	1,663	4,814	2,582	8,218	10.8
2542	7,438	760	3,917	3,653	2,494	4,869	1,659	4,888	2,632	8,116	10.7
2543	7,155	793	4,029	3,576	2,691	4,501	1,576	5,194	2,574	8,311	10.5
2544	7,504	760	4,315	3,375	2,699	4,488	1,612	5,127	2,817	7,614	10.0
2545	6,046	952	4,135	3,566	2,698	4,499	1,678	4,984	2,972	7,251	7.6
2546	6,291	924	4,517	3,301	2,543	4,766	1,835	4,609	2,920	7,409	8.0
2547	6,526	879	4,752	3,134	2,639	4,534	2,126	3,982	2,875	7,466	8.5
2548	6,511	867	4,883	3,054	3,148	3,768	1,968	4,306	3,036	7,015	8.1
2549	6,411	886	5,113	2,963	3,547	3,351	2,259	3,789	3,721	5,738	6.5
2550	6,711	850	5,717	2,683	3,623	3,279	2,572	3,354	4,028	5,308	6.2
2551	5,984	955	5,464	2,839	3,507	3,386	2,355	3,694	4,259	5,028	5.3
2552	4,591	1,243	4,985	3,145	2,789	4,240	2,301	3,815	4,423	4,854	3.9
2553	5,420	1,052	6,251	2,533	3,468	3,397	2,527	3,504	4,353	4,947	4.7
2554	6,097	933	6,727	2,327	4,408	2,750	2,924	3,055	5,161	4,221	4.5
2555	6,404	886	6,824	2,317	4,052	2,993	2,905	3,104	5,182	4,176	4.7
2556	6,408	886	7,189	2,220	4,306	2,821	3,258	2,792	5,776	3,763	4.2

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.8 แนวโน้มจำนวนทันตแพทย์และอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		กทม.: ตะวันออก เหนือ
	จำนวน ทันตแพทย์	อัตราส่วน ประชากรต่อ ทันตแพทย์	จำนวน ทันตแพทย์	อัตราส่วน ประชากรต่อ ทันตแพทย์	จำนวน ทันตแพทย์	อัตราส่วน ประชากรต่อ ทันตแพทย์	จำนวน ทันตแพทย์	อัตราส่วน ประชากรต่อ ทันตแพทย์	จำนวน ทันตแพทย์	อัตราส่วน ประชากรต่อ ทันตแพทย์	
2522	705	6,982	113	83,938	108	89,963	38	114,900	58	280,655	40.2
2523	891	5,784	130	79,299	71	135,035	45	129,405	70	229,827	39.7
2524	676	7,914	152	63,066	110	89,464	57	103,158	83	202,422	25.6
2525	734	7,548	134	73,067	69	144,957	52	115,385	75	228,760	30.3
2526	752	7,624	193	51,591	160	63,506	61	100,279	81	215,938	28.3
2528	797	7,123	206	54,155	168	60,577	69	96,333	86	209,581	29.4
2529	827	7,045	225	50,415	122	84,711	61	111,815	95	192,862	27.4
2530	878	6,802	257	44,852	141	74,381	78	89,696	114	163,352	24.0
2531	904	6,764	274	42,728	171	62,185	118	60,770	203	93,137	13.8
2532	1,085	5,766	369	32,213	220	48,959	179	41,044	254	75,526	13.1
2533	1,140	5,611	407	29,638	236	46,220	209	35,999	293	66,379	11.8
2534	1,215	4,599	443	29,181	268	41,176	255	28,108	227	87,859	19.1
2535	1,345	4,736	509	25,012	291	37,921	241	32,436	283	69,989	14.8
2536	1,331	4,861	526	24,612	295	37,780	246	32,406	388	51,680	10.6
2537	1,223	4,561	675	19,813	336	35,308	286	26,376	464	43,872	9.6
2538	1,077	5,179	735	18,420	348	34,208	298	25,687	462	44,595	8.6
2539	1,706	3,270	636	21,607	355	33,638	241	32,187	477	43,542	13.3
2540	1,651	3,389	657	21,263	398	30,248	248	31,760	460	45,622	13.5
2541	1,855	3,033	844	16,800	444	27,310	297	26,954	477	44,484	14.7
2542	1,891	2,991	818	17,494	446	27,225	316	25,663	555	38,487	12.9
2543	1,607	3,529	857	16,813	711	17,037	363	22,549	603	35,476	10.1
2544	1,788	3,190	878	16,588	577	20,993	414	19,963	660	32,499	10.2
2545	870	6,614	828	17,810	681	17,824	416	20,105	758	28,432	4.3
2546	840	6,921	885	16,852	685	17,694	432	19,578	821	26,351	3.8
2547	1,028	5,583	944	15,775	746	16,039	542	15,620	869	24,699	4.4
2548	1,115	5,064	1,005	14,840	655	18,111	488	17,366	911	23,378	4.6
2549	807	7,035	1,074	14,104	803	14,803	536	15,968	967	22,081	3.1
2550	1,172	4,869	1,168	13,131	800	14,852	542	15,918	971	22,020	4.5
2551	1,036	5,515	1,178	13,169	884	13,434	664	13,100	1,046	20,472	3.7
2552	643	8,875	1,203	13,033	771	15,337	625	14,044	1,036	20,723	2.3
2553	725	7,865	1,266	12,506	1,013	11,628	666	13,294	1,137	18,940	2.4
2554	863	6,591	1,534	10,207	1,138	10,650	838	10,659	1,335	16,317	2.5
2555	876	6,477	1,538	10,278	1,117	10,856	842	10,708	1,348	16,055	2.5
2556	1,937	2,932	1,878	8,499	1,328	9,147	978	9,300	1,577	13,783	4.7

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.9 แนวโน้มจำนวนเก๊สักรและอัตราส่วนประชากรต่อเก๊สักรรายภาค พ.ศ. 2522 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		กทม.: ตะวันออก เหนือ
	จำนวน	อัตราส่วน ประชากรต่อ เก๊สักร	จำนวน	อัตราส่วน ประชากรต่อ เก๊สักร	จำนวน	อัตราส่วน ประชากรต่อ เก๊สักร	จำนวน	อัตราส่วน ประชากรต่อ เก๊สักร	จำนวน	อัตราส่วน ประชากรต่อ เก๊สักร	
2522	2,136	2,304	142	66,796	118	82,339	28	202,214	72	226,083	98.1
2523	2,231	2,310	150	68,725	126	76,091	54	107,837	72	223,443	96.7
2524	2,295	2,331	143	67,035	111	88,658	51	115,294	77	218,195	93.6
2525	2,598	2,132	127	77,094	71	140,873	54	111,111	89	192,775	90.4
2526	2,479	2,313	161	61,845	84	120,964	70	87,386	105	166,581	72.0
2528	2,762	2,055	175	63,748	188	54,133	74	89,824	113	159,504	77.6
2529	2,769	2,104	206	55,065	156	66,248	99	68,896	126	145,412	69.1
2530	2,850	2,095	253	45,561	241	43,517	128	54,658	150	124,147	59.3
2531	2,634	2,322	285	41,079	319	33,334	199	36,035	244	77,487	33.4
2532	2,445	2,559	408	29,134	375	28,729	256	28,699	341	56,257	22.0
2533	2,596	2,464	461	26,167	399	27,338	298	25,248	414	46,979	19.1
2534	2,608	2,143	500	25,855	443	24,910	339	21,143	443	45,020	21.0
2535	2,706	2,354	591	21,541	468	23,579	369	21,184	475	41,699	17.7
2536	2,717	2,381	615	21,050	490	22,745	416	19,163	483	41,515	17.4
2537	2,405	2,320	1,671	8,003	538	22,051	423	17,833	538	37,838	16.3
2538	2,446	2,280	1,728	7,835	606	19,644	474	16,149	613	33,610	14.7
2539	2,803	1,990	1,085	12,666	618	19,323	465	16,682	669	31,046	15.6
2540	2,847	1,965	1,145	12,201	757	15,903	507	15,535	685	30,636	15.6
2541	2,533	2,221	1,396	10,157	682	17,780	568	14,094	732	28,988	13.1
2542	2,653	2,132	1,249	11,458	731	16,610	606	13,382	823	25,954	12.2
2543	2,223	2,551	1,303	11,058	1,100	11,012	774	10,575	984	21,740	8.5
2544	2,295	2,485	1,426	10,213	1,093	11,082	851	9,712	1,193	17,979	7.2
2545	1,233	4,667	1,543	9,557	1,200	10,115	874	9,569	1,438	14,987	3.2
2546	1,220	4,765	2,080	7,170	1,244	9,743	961	8,801	1,641	13,184	2.8
2547	1,239	4,632	2,184	6,819	1,324	9,037	1,021	8,292	1,645	13,048	2.8
2548	1,585	3,562	2,226	6,700	1,417	8,372	1,043	8,125	1,655	12,869	3.6
2549	1,403	4,047	2,302	6,580	1,408	8,443	1,103	7,759	1,724	12,385	3.1
2550	1,618	3,527	2,626	5,841	1,450	8,194	1,118	7,717	1,753	12,197	3.5
2551	1,379	4,143	2,474	6,270	1,514	7,844	1,152	7,551	1,871	11,445	2.8
2552	834	6,843	2,413	6,498	1,405	8,416	1,145	7,666	1,892	11,347	1.7
2553	1,473	3,871	2,658	5,956	1,598	7,371	1,253	7,066	2,006	10,735	2.8
2554	1,692	3,362	2,832	5,529	1,816	6,674	1,364	6,549	2,285	9,533	2.8
2555	1,770	3,206	2,924	5,406	1,784	6,797	1,333	6,764	2,129	10,165	3.2
2556	2,304	2,465	3,384	4,717	1,855	6,548	1,437	6,330	2,639	8,237	3.3

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.10 แนวโน้มจำนวนพยาบาลวิชาชีพและอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลวิชาชีพพรายภาค พ.ศ. 2522 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		กทม.: เฉลี่ย ออกเฉียง เหนือ
	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล วิชาชีพ	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล วิชาชีพ	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล วิชาชีพ	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล วิชาชีพ	จำนวน	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล วิชาชีพ	
2522	9,428	522	2,588	3,665	2,089	4,651	1,392	4,068	1,715	9,492	18.2
2523	10,000	515	2,538	4,062	1,950	4,917	1,511	3,854	1,834	8,772	17.0
2524	10,826	494	2,954	3,245	2,548	3,862	1,415	4,155	1,931	8,701	17.6
2525	10,714	517	4,367	2,242	2,890	3,461	2,052	2,924	2,454	6,991	13.5
2526	11,096	517	4,580	2,174	3,082	3,297	2,216	2,760	2,591	6,751	13.1
2528	11,831	480	5,032	2,217	3,313	3,072	2,423	2,743	3,420	5,270	11.0
2529	13,541	430	5,752	1,972	3,806	2,715	3,026	2,254	3,762	4,870	11.3
2530	12,982	460	6,488	1,777	4,234	2,477	2,962	2,362	4,086	4,557	9.9
2531	11,612	527	6,284	1,863	5,615	1,894	3,906	1,836	4,799	3,940	7.5
2532	14,338	436	7,368	1,613	4,620	2,332	4,138	1,775	5,251	3,653	8.4
2533	14,726	434	7,959	1,516	6,001	1,818	4,478	1,680	5,857	3,321	7.7
2534	13,514	413	8,795	1,470	6,747	1,635	4,900	1,463	6,729	2,964	7.2
2535	14,722	433	9,574	1,330	7,288	1,514	5,392	1,450	7,152	2,769	6.4
2536	14,979	432	10,526	1,230	7,823	1,425	5,694	1,400	7,649	2,621	6.1
2537	15,663	356	12,563	1,065	8,704	1,363	5,917	1,275	8,211	2,479	7.0
2538	16,089	347	13,240	1,022	9,370	1,270	6,498	1,178	9,065	2,273	6.6
2539	15,953	350	13,034	1,054	9,275	1,287	6,803	1,140	9,142	2,272	6.5
2540	15,190	368	13,915	1,004	10,130	1,188	7,290	1,080	9,841	2,132	5.8
2541	18,105	311	15,384	922	11,026	1,100	7,720	1,037	11,473	1,849	5.9
2542	18,543	305	16,738	855	11,882	1,022	8,332	973	12,513	1,707	5.6
2543	18,338	309	17,469	825	13,341	908	9,264	884	12,566	1,702	5.5
2544	19,889	287	19,437	749	14,149	856	10,247	807	14,320	1,498	5.2
2545	20,598	279	21,545	684	15,456	785	10,933	765	16,860	1,278	4.6
2546	20,374	285	23,599	631	16,491	734	12,221	692	18,885	1,145	4.0
2547	19,838	289	25,099	593	17,506	684	12,843	659	20,548	1,045	3.6
2548	19,810	285	27,134	550	18,890	628	13,635	622	21,996	968	3.4
2549	20,778	273	26,920	563	18,342	648	13,949	614	21,154	1,009	3.7
2550	23,757	240	27,689	554	18,625	638	13,933	619	21,394	999	4.2
2551	17,234	332	29,887	519	20,940	567	15,590	558	26,146	819	2.5
2552	13,250	431	28,425	552	18,764	630	15,307	573	26,014	825	1.9
2553	20,200	282	32,255	491	22,390	526	17,068	519	28,099	766	2.7
2554	22,133	257	33,175	472	24,240	500	18,800	475	30,436	716	2.8
2555	23,752	239	34,915	453	24,214	501	18,605	485	28,443	761	3.2
2556	23,680	240	32,132	497	22,369	543	19,523	466	33,671	646	2.7

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.11 แนวโน้มจำนวนพยาบาลเทคนิคและอัตราส่วนประชากรต่อพยาบาลเทคนิครายภาค พ.ศ. 2531 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		กทม.: ตะวันออก เหนือ
	จำนวน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	จำนวน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	จำนวน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	จำนวน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	จำนวน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	อัตราส่วน ประชากร ต่อพยาบาล เทคนิค	
2531	2,201	2,778	4,938	2,371	3,923	2,711	2,991	2,397	4,822	3,921	1.4
2532	1,941	3,223	5,818	2,043	3,882	2,775	3,482	2,110	4,969	3,861	1.2
2533	2,102	3,043	6,303	1,914	4,204	2,595	3,615	2,081	5,427	3,584	1.2
2534	1,863	2,999	7,060	1,831	4,692	2,352	3,990	1,796	5,684	3,509	1.2
2535	2,374	2,683	7,683	1,657	5,125	2,153	4,111	1,901	6,131	3,231	1.2
2536	2,355	2,747	8,205	1,578	5,183	2,150	4,408	1,809	6,862	2,922	1.1
2537	2,540	2,196	9,588	1,395	5,719	2,074	4,757	1,586	7,276	2,798	1.3
2538	2,282	2,444	9,912	1,366	6,356	1,873	4,943	1,549	7,787	2,646	1.1
2539	2,752	2,027	8,590	1,600	5,277	2,263	4,606	1,684	7,383	2,813	1.4
2540	2,618	2,137	9,150	1,527	5,811	2,072	4,806	1,639	7,480	2,806	1.3
2541	3,947	1,425	9,597	1,477	6,531	1,857	5,460	1,466	8,329	2,548	1.8
2542	3,916	1,444	8,892	1,609	6,089	1,994	5,078	1,597	7,568	2,822	2.0
2543	2,569	2,208	9,268	1,555	5,828	2,078	5,079	1,612	6,721	3,183	1.4
2544	3,716	1,535	8,639	1,686	5,608	2,160	5,043	1,639	6,853	3,130	2.0
2545	3,808	1,511	7,979	1,848	4,957	2,449	4,654	1,797	6,617	3,257	2.2
2546	2,966	1,960	6,819	2,187	4,428	2,737	3,956	2,138	5,800	3,730	1.9
2547	1,766	3,250	6,199	2,402	3,707	3,228	3,413	2,481	5,183	4,141	1.3
2548	1,448	3,900	5,005	2,980	2,972	3,992	2,786	3,042	3,697	5,761	1.5
2549	1,008	5,632	4,178	3,626	2,375	5,005	2,363	3,622	2,958	7,219	1.3
2550	1,276	4,472	4,297	3,569	2,328	5,104	2,295	3,759	2,950	7,248	1.6
2551	1,005	5,685	2,896	5,357	2,009	5,911	1,428	6,091	2,031	10,544	1.9
2552	2,513	2,271	2,051	7,645	1,225	9,653	994	8,831	1,487	14,438	6.4
2553	2,909	1,960	2,327	6,804	1,135	10,378	995	8,898	1,862	11,565	5.9
2554	3,063	1,857	2,007	7,801	983	12,330	834	10,710	1,703	12,791	6.9
2555	3,195	1,776	2,017	7,838	970	12,501	830	10,863	1,668	12,975	7.3
2556	3,022	1,880	1,202	13,279	688	17,656	542	16,782	1,404	15,482	8.2

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.12 แนวโน้มจำนวนบุคลากร รพ.สต. และอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2539 - 2556

พ.ศ.	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ประเทศ	
	จำนวน	อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต.	จำนวน	อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต.	จำนวน	อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต.	จำนวน	อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต.	จำนวน	อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร รพ.สต.
2539	7,724	1,125	5,734	1,512	4,628	1,161	9,114	1,785	27,200	1,434
2540	7,917	1,109	6,826	1,293	5,038	1,079	10,430	1,582	30,211	1,309
2541	8,928	1,207	6,970	1,389	5,152	1,129	10,236	1,681	31,286	1,390
2542	9,017	1,180	7,167	1,349	5,264	1,127	10,569	1,655	32,017	1,366
2543	8,769	1,059	7,068	1,292	5,146	1,141	10,248	1,666	31,231	1,324
2544	8,150	1,453	6,558	1,572	4,843	1,378	9,693	1,938	29,244	1,628
2545	8,027	1,470	6,456	1,603	4,761	1,416	9,591	1,971	28,835	1,657
2546	7,604	1,552	6,043	1,713	4,463	1,511	9,015	2,097	27,125	1,762
2549	8,174	1,625	6,349	1,662	4,609	1,557	9,632	1,956	28,764	1,733
2550	8,166	1,634	6,337	1,674	4,588	1,572	9,619	1,968	28,710	1,745
2551	8,056	1,665	6,586	1,619	4,733	1,532	10,007	1,901	29,382	1,714
2552	8,109	1,727	6,591	1,646	4,754	1,588	10,109	1,837	29,563	1,724
2553	8,364	1,691	6,879	1,571	5,101	1,493	10,536	1,768	30,880	1,658
2554	8,592	1,628	7,535	1,475	5,480	1,402	12,024	1,567	33,631	1,535
2555	8,593	1,644	7,431	1,497	5,270	1,471	10,995	1,703	32,289	1,602
2556	8,132	1,754	6,984	1,595	5,356	1,461	11,564	1,626	32,036	1,624

ที่มา: พ.ศ. 2530 - 2543 จาก สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

พ.ศ. 2544 - 2546 จาก สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2549 - 2556 จาก รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: จำนวนประชากร เป็นจำนวนประชากรนอกเขตเทศบาล

พ.ศ. 2542 - 2549 จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

พ.ศ. 2550 - 2551 คิดจากอัตราเพิ่มประชากร 4-5 ต่อประชากร 1,000 คน

พ.ศ. 2552 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2553 - 2556 คำนวณจากประชากรกลางปี สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยใช้สัดส่วนประชากรนอกเขตเทศบาลของปี 2552

1.2.2 แนวโน้มการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างระดับของโรงพยาบาล

การกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพระหว่างระดับของโรงพยาบาล มีความสำคัญต่อแนวโน้มการให้บริการสุขภาพว่ามีทิศทางที่เน้นไปที่บริการในระดับใด ทั้งนี้โรงพยาบาลภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จากข้อมูลพบว่าสัดส่วนของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนอยู่ที่ร้อยละ 50.4 ในปีพ.ศ. 2556 รองลงมาคือโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 29 และโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 20.6 ในขณะที่ทันตแพทย์

อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 70.9 เกสัชกรอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 59.9 พยาบาลวิชาชีพอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 50.8 ในขณะที่พยาบาลเทคนิคอยู่ที่โรงพยาบาลทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 39 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่ากำลังคนโดยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 50 - 70 อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ยกเว้นกรณีของพยาบาลเทคนิค ที่มีจำนวนลดลงในโรงพยาบาลทุกระดับ (ตารางที่ 7.13)

ตารางที่ 7.13 แนวโน้มสัดส่วนของกำลังคนด้านสุขภาพ จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล พ.ศ. 2548 - 2556

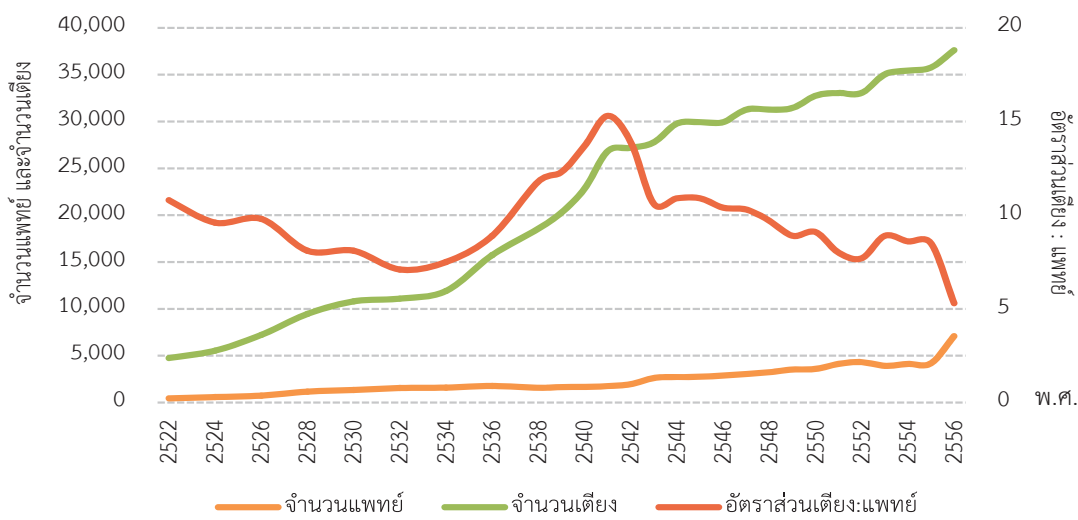
พ.ศ.	ระดับของโรงพยาบาล	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ	พยาบาลเทคนิค
2548	โรงพยาบาลศูนย์	30.4	12.5	16.4	21.7	25.1
	โรงพยาบาลทั่วไป	29.9	21.6	22.6	30.3	35.9
	โรงพยาบาลชุมชน	39.8	66.0	60.9	47.9	39.0
2549	โรงพยาบาลศูนย์	29.0	12.6	15.8	19.7	22.4
	โรงพยาบาลทั่วไป	29.2	20.2	23.7	31.0	32.8
	โรงพยาบาลชุมชน	41.8	67.2	60.5	49.3	44.8
2550	โรงพยาบาลศูนย์	30.5	13.3	17.1	21.5	24.1
	โรงพยาบาลทั่วไป	28.1	19.7	23.2	30.3	32.0
	โรงพยาบาลชุมชน	41.4	66.9	59.7	48.2	43.9
2551	โรงพยาบาลศูนย์	30.5	13.0	16.7	21.2	28.5
	โรงพยาบาลทั่วไป	29.1	20.1	24.1	28.9	42.1
	โรงพยาบาลชุมชน	40.4	67.0	59.2	49.8	29.4
2552	โรงพยาบาลศูนย์	29.7	11.8	17.0	20.7	33.7
	โรงพยาบาลทั่วไป	26.7	18.8	23.4	28.7	42.7
	โรงพยาบาลชุมชน	43.7	69.4	59.6	50.6	23.7
2553	โรงพยาบาลศูนย์	32.1	11.5	17.4	21.4	34.3
	โรงพยาบาลทั่วไป	28.9	19.2	23.8	28.5	42.4
	โรงพยาบาลชุมชน	39.0	69.3	58.8	50.1	23.3
2554	โรงพยาบาลศูนย์	35.0	12.1	18.6	23.3	36.4
	โรงพยาบาลทั่วไป	26.7	17.8	21.5	26.6	39.6
	โรงพยาบาลชุมชน	38.3	70.2	59.9	50.1	24.0
2555	โรงพยาบาลศูนย์	34.8	11.9	18.9	23.4	36.2
	โรงพยาบาลทั่วไป	26.2	17.7	22.1	27.0	39.4
	โรงพยาบาลชุมชน	39.0	70.4	59.0	49.6	24.4
2556	โรงพยาบาลศูนย์	29.0	11.2	18.0	23.2	35.6
	โรงพยาบาลทั่วไป	20.6	17.9	22.1	26.0	39.0
	โรงพยาบาลชุมชน	50.4	70.9	59.9	50.8	25.4

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับในกรณีของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนเตียง โดยจำนวนแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 441 คน ในปีพ.ศ. 2522 เป็น 7,086 คน ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่จำนวนเตียงโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 4,750 เตียง ในปีพ.ศ. 2522 เป็น 37,614 เตียง ในปีพ.ศ. 2556 โดยอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ลดลงจาก 10.8 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 5.3 เตียงต่อแพทย์ 1 คน ในปี

พ.ศ. 2556 ทั้งนี้จำนวนเตียงโรงพยาบาลชุมชนมีการเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ในระหว่างปีพ.ศ. 2536 - 2541 ซึ่งเป็นช่วงก่อนเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นในช่วงเวลานั้น แล้วหลังจากนั้น การเพิ่มขึ้นของเตียงโรงพยาบาลชุมชนเริ่มชะลอตัว เมื่อเทียบกับการเพิ่มขึ้นของแพทย์ ทำให้อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ลดลงมา (ภาพที่ 7.13 และ ตารางที่ 7.14)

ภาพที่ 7.13 แนวโน้มจำนวนแพทย์ จำนวนเตียง และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2522 - 2556



ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.14 แนวโน้มจำนวนแพทย์ จำนวนเตียง อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ และจำนวนแพทย์เฉลี่ย ต่อโรงพยาบาล
ชุมชน พ.ศ. 2522 - 2556

พ.ศ.	จำนวนแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน	จำนวนเตียง โรงพยาบาลชุมชน	อัตราส่วน เตียง : แพทย์ โรงพยาบาลชุมชน	จำนวนแพทย์เฉลี่ยต่อ โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง
2522	441	4,750	10.8	1.5
2524	580	5,540	9.6	1.8
2526	736	7,220	9.8	1.9
2528	1,162	9,460	8.1	2.4
2530	1,339	10,800	8.1	2.4
2532	1,549	11,090	7.1	2.8
2534	1,592	11,910	7.5	2.8
2536	1,766	15,740	8.9	2.7
2538	1,574	18,560	11.8	2.3
2539	1,653	20,290	12.3	2.4
2540	1,665	22,830	13.7	2.4
2541	1,758	26,830	15.3	2.5
2542	1,956	27,180	13.9	2.7
2543	2,617	27,780	10.6	3.7
2544	2,725	29,780	10.9	3.8
2545	2,732	29,930	10.9	3.8
2546	2,885	29,930	10.4	4.0
2547	3,050	31,279	10.3	4.2
2548	3,229	31,275	9.7	4.4
2549	3,523	31,435	8.9	4.8
2550	3,583	32,755	9.1	4.9
2551	4,125	33,046	8.0	5.6
2552	4,319	33,046	7.7	5.9
2553	3,919	35,042	8.9	5.3
2554	4,120	35,435	8.6	5.4
2555	4,187	35,763	8.5	5.5
2556	7,086	37,614	5.3	9.2

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ข้อมูลปีพ.ศ. 2554 - 2556 ประมวลผลโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จากฐานข้อมูลบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์การผลิตและการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การจบการศึกษาและได้รับใบอนุญาตของแต่ละวิชาชีพ การศึกษาเฉพาะทาง รวมทั้งการเข้ารับราชการในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และการลาออกจากราชการของกระทรวงสาธารณสุข

1.3.1 แนวโน้มการจบการศึกษาของกำลังคนด้านสุขภาพ

แนวโน้มการจบการศึกษาและได้รับใบอนุญาตของแพทย์ เพิ่มขึ้นจาก 899 คน ในปีพ.ศ. 2540

เป็น 2,481 คน ในปีพ.ศ. 2557 ในขณะที่ทันตแพทย์เพิ่มขึ้นจาก 326 คน ในปีพ.ศ. 2540 เป็น 719 คน ในปีพ.ศ. 2557 เภสัชกรเพิ่มขึ้นจาก 712 คน ในปีพ.ศ. 2540 เป็น 1,745 คน ในปีพ.ศ. 2556 และพยาบาลวิชาชีพ เพิ่มขึ้นจาก 4,200 คน ในปีพ.ศ. 2540 เป็น 7,451 คน ในปีพ.ศ. 2555 (ตารางที่ 7.15) แสดงว่าวิชาชีพโดยส่วนใหญ่มีแนวโน้มการผลิตและการจบการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ยกเว้น เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีแนวโน้มลดลงภายหลังปีพ.ศ. 2556

ตารางที่ 7.15 แนวโน้มการจบการศึกษาและได้รับใบอนุญาตของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. 2540 - 2557

พ.ศ.	แพทย์	ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาลวิชาชีพ
2540	899	326	712	4,200
2541	948	358	694	4,740
2542	1,201	333	885	6,458
2543	1,250	357	954	6,741
2544	1,272	382	1,035	5,902
2545	1,326	401	1,228	4,380
2546	1,476	420	1,168	4,730
2547	1,430	443	990	4,973
2548	1,550	412	1,142	4,627
2549	1,540	454	1,203	4,760
2550	1,572	427	1,198	4,444
2551	1,449	407	1,183	4,486
2552	1,377	447	1,538	5,864
2553	1,814	470	1,675	5,521
2554	1,888	622	1,656	5,881
2555	2,228	629	1,499	7,451
2556	2,298	633	1,745	8,040
2557	2,481	719	1,086	7,797

ที่มา: แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และสภาการพยาบาล

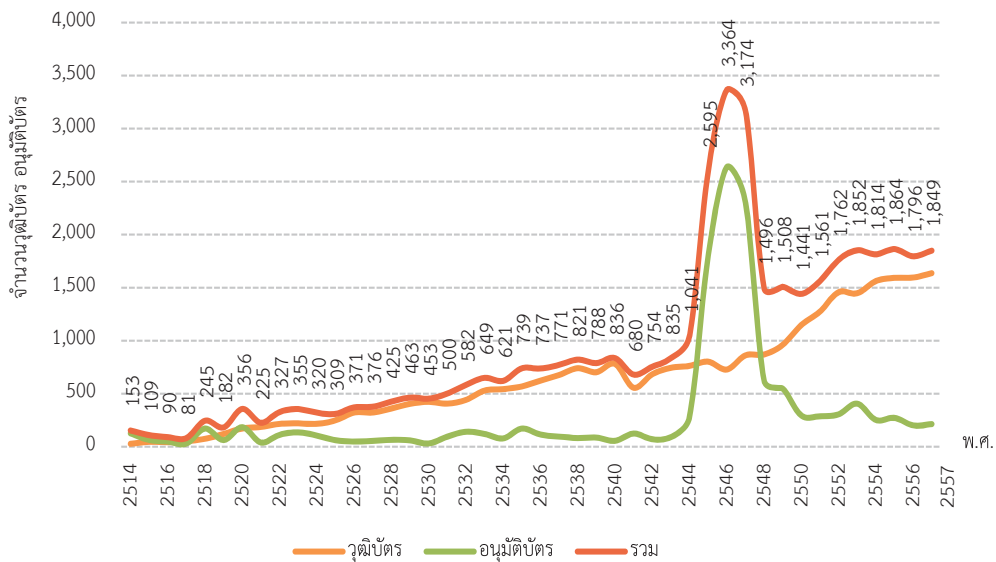
ข้อมูลปี พ.ศ. 2553 - 2555 ของพยาบาลวิชาชีพ เริ่มด้วยเอกสารโครงการเพิ่มการผลิตและพัฒนาการจากการศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มีการศึกษา 2557 - 2560 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กรรมการอุดมศึกษา และสถานการศึกษา

1.3.2 แนวโน้มการศึกษาต่อเพื่อความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง

สำหรับแนวโน้มการศึกษาต่อเพื่อความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง พบว่าจำนวนแพทย์ที่จบการศึกษาแพทย์เฉพาะทางในแต่ละปี มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยจำนวนที่ได้วุฒิปริญญาตรีและอนุปริญญาตรี เพิ่มขึ้นจาก 153 ใบ ในปีพ.ศ. 2514 เป็น

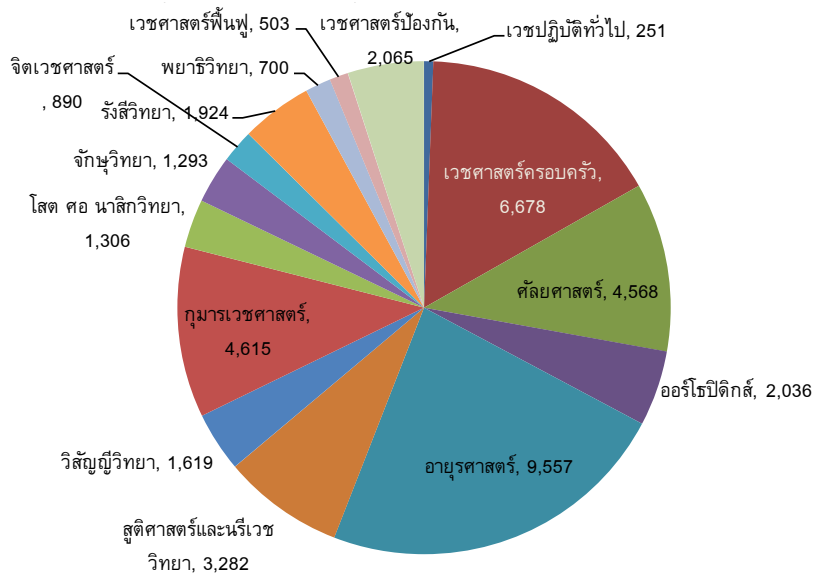
1,849 ใบ ในปีพ.ศ. 2557 โดยในปี พ.ศ. 2545 - 2547 ที่มีจำนวนอนุปริญญาตรีที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก จากการสอบอนุปริญญาตรีสาขาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในช่วงเวลานั้น (ภาพที่ 7.14) โดยใบวุฒิปริญญาตรีและอนุปริญญาตรีสะสมตั้งแต่ปีพ.ศ. 2507 - 2557 ที่มากที่สุดคือ สาขาอายุรศาสตร์ (9,557 ใบ) รองลงมาคือสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (6,678 ใบ) และสาขากุมารเวชศาสตร์ (4,615 ใบ) ตามลำดับ (ภาพที่ 7.15)

ภาพที่ 7.14 แนวโน้มจำนวนวุฒิปริญญาตรีและอนุปริญญาตรีของแพทย์เฉพาะทาง พ.ศ. 2514 - 2557



ที่มา: แพทยสภา

ภาพที่ 7.15 จำนวนใบวุฒิปริญญาตรีและอนุปริญญาตรี จำแนกตามสาขาแพทย์เฉพาะทาง รวมตั้งแต่ พ.ศ. 2507 - 2557



ที่มา: แพทยสภา (แพทย์ 1 คน สามารถมีวุฒิปริญญาตรีและอนุปริญญาตรีได้มากกว่า 1 ใบ)

1.3.3. แนวโน้มการเข้ารับราชการและการลาออกของแพทย์

ประเด็นการลาออกของแพทย์ เป็นเครื่องสะท้อนสถานการณ์การคงอยู่ของแพทย์ในระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ที่อยู่ในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ

แนวโน้มการลาออกของแพทย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลดลงใน

ช่วงวิกฤตเศรษฐกิจระหว่างปีพ.ศ. 2541 - 2544 โดยอยู่ที่ประมาณ 200 - 300 คนต่อปี แต่หลังจากนั้นจำนวนการลาออกของแพทย์ กลับเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 600 - 800 คนต่อปี ระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2556 และเมื่อนำจำนวนการสูญเสียสุทธิ (จำนวนลาออก ลบด้วยจำนวนกลับเข้ารับราชการใหม่) มาเทียบกับจำนวนที่จบใหม่ จะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 - 70 ซึ่งนับว่าค่อนข้างสูง ทำให้การเพิ่มขึ้นของจำนวนแพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละปี ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น (ตารางที่ 7.16)

ตารางที่ 7.16 แนวโน้มจำนวนแพทย์ที่จบใหม่ กลับเข้ารับราชการ และลาออก สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2537 - 2556

ปีงบประมาณ	จำนวนแพทย์			ลดลง (ลาออก)			สูญเสียสุทธิ จำนวน / ร้อยละ
	จบใหม่	เพิ่มขึ้น กลับเข้ารับ ราชการใหม่	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 / 33.8
2542	830	57	887	204	-	204	147 / 17.7
2543	893	98	991	201	-	201	103 / 11.5
2544	883	82	965	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
2553	761	68	829	617	-	617	549 / 72.1
2554	954	52	1,006	706	-	706	654 / 68.6
2555	1,193	110	1,303	709	-	709	599 / 50.2
2556	1,377	90	1,467	647	-	647	557 / 40.5

ที่มา: สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จำนวนสูญเสียสุทธิ = จำนวนลาออก - จำนวนกลับเข้ารับราชการใหม่

ร้อยละสูญเสียสุทธิ = (จำนวนลาออก - จำนวนกลับเข้ารับราชการใหม่) × 100 / จำนวนจบใหม่

2. สถานบริการด้านสุขภาพ

การติดตามสถานบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การติดตามแนวโน้มของสถานบริการสุขภาพ การจำแนกตามสังกัด และการกระจายของสถานบริการระหว่างภูมิภาคต่างๆ

2.1. สถานการณ์และแนวโน้มสถานบริการสุขภาพ

2.1.1 จำนวนสถานบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน

สถานบริการสุขภาพภาครัฐ มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นการลงทุนของรัฐ เพื่อให้เกิดการจัดบริการที่กระจายไปในทุกพื้นที่ โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล โดยการจัดบริการของรัฐนั้น ประกอบด้วย การจัดบริการโดยกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) นอกจากนี้ยังมีสถานบริการของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รวมกรุงเทพมหานคร) และศูนย์สาธารณสุข

มูลฐานชุมชน ทั้งนี้สามารถแบ่งสถานบริการสุขภาพของรัฐตามระดับของเขตการปกครองได้ดังนี้

ในเขตกรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 5 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 26 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค 18 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขต รวม 132 ศูนย์ / 5 สาขา

ระดับภาค มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 6 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง 49 แห่ง

ระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไปครอบคลุมครบทุกจังหวัดรวม 88 แห่ง

ระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชนครอบคลุมอำเภอร้อยละ 88.8 รวม 780 แห่งและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 295 แห่ง

ระดับตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) 9,777 แห่ง ครอบคลุมครบทุกตำบลแล้ว และหลายตำบลมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากกว่า 1 แห่ง

ระดับหมู่บ้าน มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชน 125 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตชนบท 48,049 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตเมือง 3,108 แห่ง

ตารางที่ 7.17 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2558

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5	
	โรงพยาบาลทั่วไป	26	
	กระทรวงสาธารณสุข	4	
	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	1	
	กระทรวงยุติธรรม	2	
	กระทรวงกลาโหม	5	
	กรุงเทพมหานคร	10	
	รัฐวิสาหกิจ	4	
	โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค	8	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข / สาขา	132/5	ครบทุกเขตใน กทม.

ตารางที่ 7.17 สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ พ.ศ. 2558 (ต่อ)

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน	ความครอบคลุม	
ภาค 4 ภาค และสาขาต่าง ๆ	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	6		
	โรงพยาบาลศูนย์	28		
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่	49		
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	10		
	โรงพยาบาลจิตเวช	16		
	โรงพยาบาลประสาท	1		
	สถาบันราชประชาสมาสัย	1		
	สถาบันบำราศนราดูร	1		
	สถาบันโรคทรวงอก	1		
	ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง	7		
	ศูนย์บำบัดรักษาเยสเสพติด	6		
	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	1		
	ศูนย์ฯ เพื่อผู้สูงอายุ	1		
	ศูนย์ฯ โรคผิวหนัง	1		
	สถาบันทันตกรรม	1		
	ศูนย์สิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1		
	สถาบันยาเสพติดธัญญารักษ์	1		
	76 จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป	105	100%
		สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	88	
		สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ	17	
	โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาล	63		
	ประจำหน่วยรบสังกัดกระทรวงกลาโหม			
	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	3		
878 อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชน	780	(88.8%)	
	ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาล	295		
7,255 ตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย)	9,777	100%	
74,965 หมู่บ้าน	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	125		
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ชนบท) (พ.ศ. 2550)	48,049	64.1%	
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (เมือง) (พ.ศ. 2546)	3,108		

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสถานบริการสุขภาพเอกชน ในปีพ.ศ. 2557 ประกอบด้วย ร้านขายยาจำนวน 20,596 แห่ง โดยส่วนใหญ่ เป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (15,359 แห่ง) มีคลินิกเอกชนจำนวน 21,674 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 249 แห่ง และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจำนวน 1,609 แห่ง สำหรับความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ และภูมิภาค แสดงในตารางที่ 7.18

สำหรับขนาดของโรงพยาบาลเอกชน ในปีพ.ศ. 2558 จำแนกตามจำนวนเตียง พบว่าส่วนใหญ่มีจำนวนเตียงระหว่าง 51 - 100 เตียง รองลงมาคือ 31 - 50 เตียง และ 101 - 150 เตียง ตามลำดับ (ตารางที่ 7.19)

ตารางที่ 7.18 สถานบริการสาธารณสุขสุขภาพเอกชน พ.ศ. 2557

สถานบริการ	กรุงเทพฯ		ภูมิภาค		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ร้านขายยา					
1.1 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน	4,794	31.2	10,565	68.8	15,359
1.2 ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ	355	11.2	2,809	88.8	3,164
1.3 ร้านขายยาแผนโบราณ	474	22.9	1,599	77.1	2,073
รวมทั้งหมด	5,623	27.3	14,973	72.7	20,596
2. สถานพยาบาลที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)	4,467	20.6	17,207	79.4	21,674
3. สถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาลเอกชน)					
- จำนวนโรงพยาบาล	70	28.1	179	71.9	249
- จำนวนเตียง	12,983	40.5	19,067	59.5	32,050
4. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ					
4.1 สปาเพื่อสุขภาพ	137	26.3	384	73.7	521
4.2 นวดเพื่อสุขภาพ	195	18.4	865	81.6	1,060
4.3 นวดเพื่อเสริมสวย	12	42.9	16	57.1	28
รวมทั้งหมด	344	21.4	1,265	78.6	1,609

ที่มา: สำนักควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
 สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ตารางที่ 7.19 จำนวนโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามจำนวนเตียง พ.ศ. 2558

ภาค	<= 30 เตียง		31-50 เตียง		51-100 เตียง		101-150 เตียง		151-200 เตียง		> 200 เตียง	
	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง	แห่ง	เตียง
กรุงเทพมหานคร	6	89	9	315	15	1,295	21	2,780	14	2,570	20	6,273
กลาง	4	81	10	430	46	3,916	10	1,247	13	2,449	9	2,455
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2	49	14	622	15	1,246	4	551	1	199	1	210
เหนือ	1	2	7	331	20	1,586	8	979	2	360	3	866
ใต้	2	59	10	445	6	475	4	497	5	947	0	0
รวมทั้งประเทศ	15	280	50	2,143	102	8,518	47	6,054	35	6,522	33	9,804

ที่มา: สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

2.1.2 แนวโน้มจำนวนเตียงโรงพยาบาล ภาพรวม

ในการขยายสถานบริการสุขภาพในส่วนของโรงพยาบาล จะมีการขยายทั้งจำนวนโรงพยาบาล และการเพิ่มขึ้นของจำนวนเตียงโรงพยาบาล สำหรับรองรับการให้บริการผู้ป่วยใน ที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากจำนวนประชากรและภาวะการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนโรงพยาบาลเพิ่มจาก 671 โรงพยาบาลในปีพ.ศ. 2522 เป็น 1,315 โรงพยาบาลในปีพ.ศ. 2556 และจำนวนเตียงเพิ่มจาก 61,274 เตียง

ในปีพ.ศ. 2522 เป็น 151,328 เตียงในปีพ.ศ. 2556 โดยอัตราส่วนประชากรต่อเตียงลดจาก 752:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 427:1 ในปีพ.ศ. 2556 และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ลดลงจาก 9.3:1 ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 5.6:1 ในปีพ.ศ. 2556 ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของแพทย์มากกว่าการเพิ่มขึ้นของเตียงโรงพยาบาลในภาพรวม (ตารางที่ 7.20)

ตารางที่ 7.20 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียง และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ พ.ศ. 2522 - 2556

พ.ศ.	จำนวนโรงพยาบาล	จำนวนเตียง	อัตราส่วนประชากรต่อเตียง	จำนวนแพทย์	อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์
2522	671	61,274	752	6,619	9.3
2524	747	72,368	656	6,931	10.4
2526	879	78,438	630	7,902	9.9
2528	927	80,438	642	8,058	10.0
2530	983	87,554	612	9,580	9.1
2531	902	88,352	617	11,260	7.8
2532	1,011	89,982	616	12,713	7.1
2533	1,043	90,740	621	12,520	7.2
2534	1,064	93,852	604	12,803	7.3
2535	1,097	97,856	590	13,398	7.3
2536	1,105	101,166	579	13,634	7.4
2537	1,215	108,747	540	14,098	7.7

ตารางที่ 7.20 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียง และอัตราส่วนเตียงต่อแพทย์ พ.ศ. 2522 - 2556 (ต่อ)

พ.ศ.	จำนวนโรงพยาบาล	จำนวนเตียง	อัตราส่วนประชากรต่อเตียง	จำนวนแพทย์	อัตราส่วนเตียงต่อแพทย์
2538	1,280	118,417	500	14,181	8.4
2539	1,293	128,919	464	16,209	8.0
2540	1,301	132,405	457	16,569	8.0
2541	1,338	134,104	456	17,955	7.5
2542	1,345	135,303	455	18,140	7.5
2543	1,293	136,201	454	18,025	7.6
2544	1,298	137,697	451	18,947	7.3
2545	1,293	134,453	465	17,529	7.7
2546	1,303	134,622	468	18,106	7.4
2547	1,278	133,245	469	18,918	7.0
2548	1,285	133,770	465	19,546	6.8
2549	1,290	134,763	465	21,051	6.4
2550	1,338	140,007	450	22,651	6.2
2551	1,239	125,866	502	21,569	5.8
2552	1,179	117,568	540	19,089	6.2
2553	1,286	133,683	477	22,019	6.1
2554	1,348	144,082	445	25,317	5.7
2555	1,348	146,994	437	25,367	5.8
2556	1,315	151,328	427	26,937	5.6

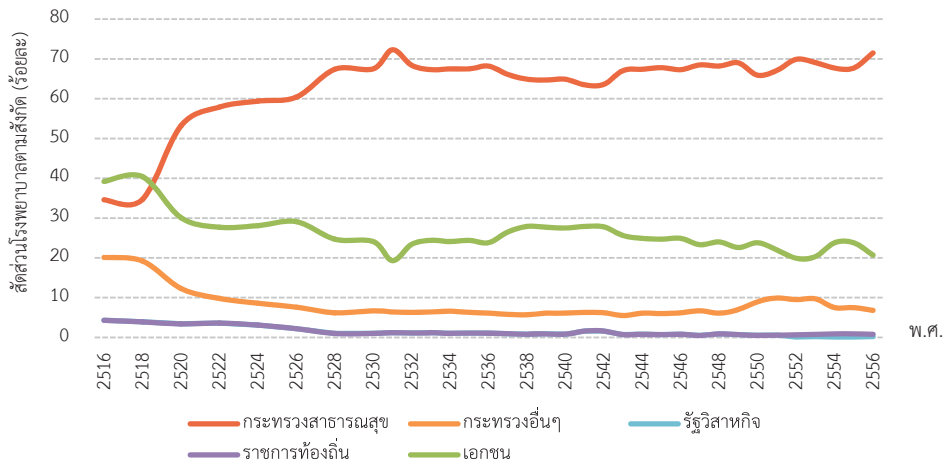
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.1.3 แนวโน้มสถานบริการด้านสุขภาพ จำแนกตามสังกัด

แนวโน้มของสถานบริการด้านสุขภาพจำแนกตามสังกัด ได้แก่ สัดส่วนของโรงพยาบาลและสัดส่วนของเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด ทั้งนี้สัดส่วนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.6 ในปีพ.ศ. 2516 เป็นร้อยละ 71.5 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่เตียงโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ร้อยละ 67.4 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่สัดส่วน

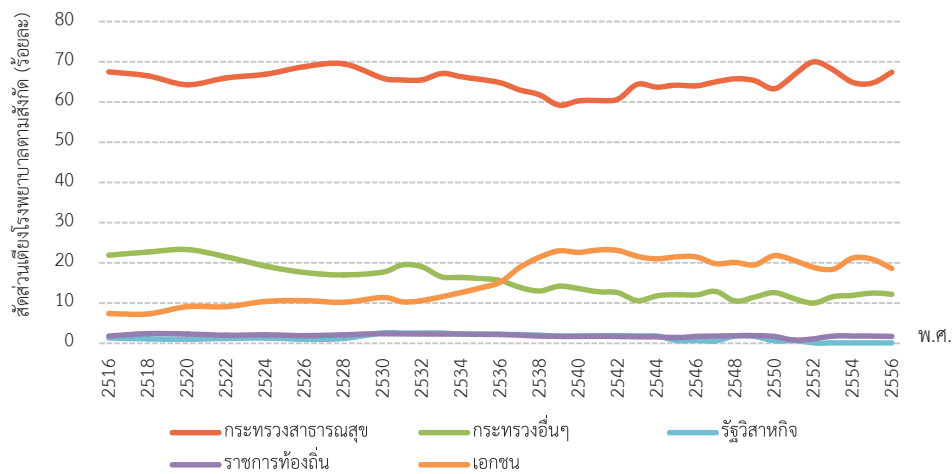
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ ลดจากร้อยละ 20.1 ในปีพ.ศ. 2516 เหลือร้อยละ 6.8 ในปีพ.ศ. 2556 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 12.2 ในปีพ.ศ. 2556 และโรงพยาบาลเอกชน มีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 39.2 ในปีพ.ศ. 2516 เหลือร้อยละ 20.7 ในปีพ.ศ. 2556 โดยมีเตียงอยู่ที่ร้อยละ 18.6 ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.16 - 7.17 และตารางที่ 7.21 - 7.22)

ภาพที่ 7.16 แนวโน้มสัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 7.17 แนวโน้มสัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.21 แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
2516	112	34.6	65	20.1	14	4.3	6	4.3	127	39.2
2518	116	34.7	64	19.2	13	3.9	6	3.9	135	40.4
2520	295	53.2	68	12.3	19	3.4	6	3.4	167	30.1
2522	389	57.9	66	9.8	24	3.6	6	3.6	186	27.7
2524	444	59.4	64	8.6	23	3.1	6	3.1	210	28.1
2526	531	60.4	67	7.6	19	2.2	6	2.2	256	29.1
2528	625	67.4	58	6.2	9	1.0	6	1.0	229	24.7
2530	664	67.5	66	6.7	10	1.0	6	1.0	237	24.1
2531	652	72.3	58	6.4	11	1.2	7	1.2	174	19.3
2532	692	68.4	64	6.3	11	1.1	7	1.1	237	23.4
2533	702	67.3	67	6.4	12	1.2	7	1.2	255	24.4
2534	718	67.5	70	6.6	11	1.0	8	1.0	257	24.1
2535	740	67.5	69	6.3	12	1.1	8	1.1	268	24.4
2536	754	68.2	68	6.1	12	1.1	8	1.1	263	23.8
2537	803	66.1	71	5.8	11	0.9	8	0.9	322	26.5
2538	831	64.9	73	5.7	11	0.8	8	0.8	357	27.9
2539	837	64.7	79	6.1	11	0.9	8	0.9	358	27.7
2540	845	64.9	79	6.1	11	0.8	8	0.8	358	27.5
2541	850	63.5	84	6.3	21	1.6	10	1.6	373	27.9
2542	855	63.6	84	6.2	21	1.6	11	1.6	374	27.8
2543	868	67.1	71	5.5	9	0.7	14	0.7	331	25.6
2544	875	67.4	79	6.1	10	0.8	11	0.8	323	24.9
2545	877	67.8	77	6.0	9	0.7	10	0.7	320	24.7
2546	877	67.3	81	6.2	10	0.8	11	0.8	324	24.9
2547	875	68.5	85	6.7	7	0.5	13	0.5	298	23.3
2548	876	68.2	78	6.1	12	0.9	10	0.9	309	24.0
2549	890	69.0	90	7.0	9	0.7	10	0.7	291	22.6
2550	882	65.9	121	9.0	7	0.5	10	0.5	318	23.8
2551	831	67.1	123	9.9	8	0.6	5	0.6	272	22.0
2552	824	69.9	112	9.5	1	0.1	7	0.6	235	19.9
2553	888	69.1	125	9.7	2	0.2	10	0.8	261	20.3
2554	912	67.7	101	7.5	2	0.1	12	0.9	321	23.8
2555	912	67.7	101	7.5	2	0.1	12	0.9	321	23.8
2556	940	71.5	90	6.8	2	0.2	11	0.8	272	20.7

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.22 แนวโน้มจำนวนเตียงและสัดส่วนเตียงโรงพยาบาล จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2516 - 2556

ปี พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงอื่นๆ		รัฐวิสาหกิจ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน
2516	34,206	67.5	11,108	21.9	671	1.3	918	1.8	3,746	7.4
2518	36,201	66.5	12,361	22.7	591	1.1	1,307	2.4	3,963	7.3
2520	40,712	64.3	14,765	23.3	635	1.0	1,456	2.3	5,785	9.1
2522	44,964	66.0	14,672	21.5	843	1.2	1,387	2.0	6,210	9.1
2524	48,442	66.9	13,912	19.2	956	1.3	1,558	2.1	7,500	10.4
2526	53,943	68.8	13,835	17.6	823	1.0	1,541	1.9	8,296	10.6
2528	56,286	69.5	13,773	17.0	951	1.2	1,687	2.1	8,275	10.2
2530	57,766	65.9	15,482	17.7	2,243	2.6	2,089	2.4	9,974	11.4
2531	57,870	65.5	17,198	19.5	2,187	2.5	2,022	2.3	9,075	10.3
2532	58,927	65.5	17,118	19.0	2,335	2.6	2,057	2.3	9,545	10.6
2533	60,916	67.1	14,967	16.5	2,257	2.5	2,119	2.3	10,481	11.6
2534	62,250	66.3	15,422	16.4	2,178	2.3	2,152	2.3	11,877	12.6
2535	64,180	65.6	15,772	16.1	2,229	2.3	2,167	2.2	13,508	13.8
2536	65,558	64.8	15,784	15.6	2,229	2.2	2,232	2.2	15,363	15.2
2537	68,550	63.0	15,063	13.9	2,413	2.2	2,177	2.0	20,544	18.9
2538	73,191	61.8	15,430	13.0	2,333	2.0	2,165	1.8	25,298	21.4
2539	76,379	59.2	18,337	14.2	2,369	1.8	2,223	1.7	29,611	23.0
2540	79,818	60.3	18,074	13.6	2,360	1.8	2,208	1.7	29,945	22.6
2541	81,035	60.4	17,152	12.8	2,541	1.9	2,253	1.7	31,123	23.2
2542	82,085	60.7	17,110	12.6	2,541	1.9	2,360	1.7	31,207	23.1
2543	87,752	64.4	14,370	10.6	2,439	1.8	2,279	1.6	29,361	21.6
2544	87,753	63.7	16,218	11.8	2,525	1.8	2,245	1.6	28,956	21.0
2545	86,350	64.2	16,316	12.1	950	0.7	1,923	1.4	28,914	21.5
2546	86,223	64.0	16,185	12.0	976	0.7	2,246	1.7	28,992	21.5
2547	86,667	65.0	17,123	12.9	737	0.6	2,375	1.8	26,343	19.8
2548	88,020	65.8	13,994	10.5	2,415	1.8	2,502	1.9	26,839	20.1
2549	88,038	65.3	15,551	11.5	2,265	1.7	2,594	1.9	26,315	19.5
2550	88,683	63.3	17,600	12.6	791	0.6	2,369	1.7	30,564	21.8
2551	84,006	66.7	14,016	11.1	871	0.7	991	0.8	25,982	20.6
2552	82,245	70.0	11,732	10.0	80	0.1	1,296	1.1	22,215	18.9
2553	90,929	68.0	15,509	11.6	170	0.1	2,417	1.8	24,658	18.4
2554	93,487	64.9	17,214	11.9	170	0.1	2,628	1.8	30,583	21.2
2555	95,089	64.7	18,375	12.5	170	0.1	2,673	1.8	30,687	20.9
2556	101,928	67.4	18,462	12.2	170	0.1	2,584	1.7	28,184	18.6

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2.2. การกระจายสถานบริการด้านสุขภาพ

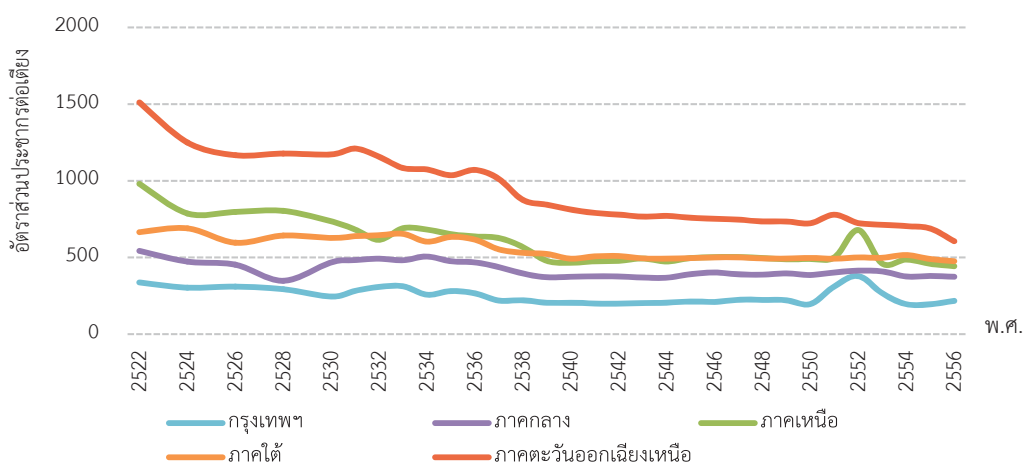
2.2.1 แนวโน้มสถานบริการด้านสุขภาพ

รายนาม

สำหรับการกระจายเตียงโรงพยาบาลระหว่างภาค พบว่าอัตราส่วนประชากรต่อเตียง ลดลงในทุกภาค โดยในปีพ.ศ. 2556 อัตราส่วนประชากรต่อเตียงของกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 217:1 ภาคกลางเท่ากับ 374:1 ภาคเหนือเท่ากับ 443:1 ภาคใต้เท่ากับ 476:1 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 606:1 โดยความแตก

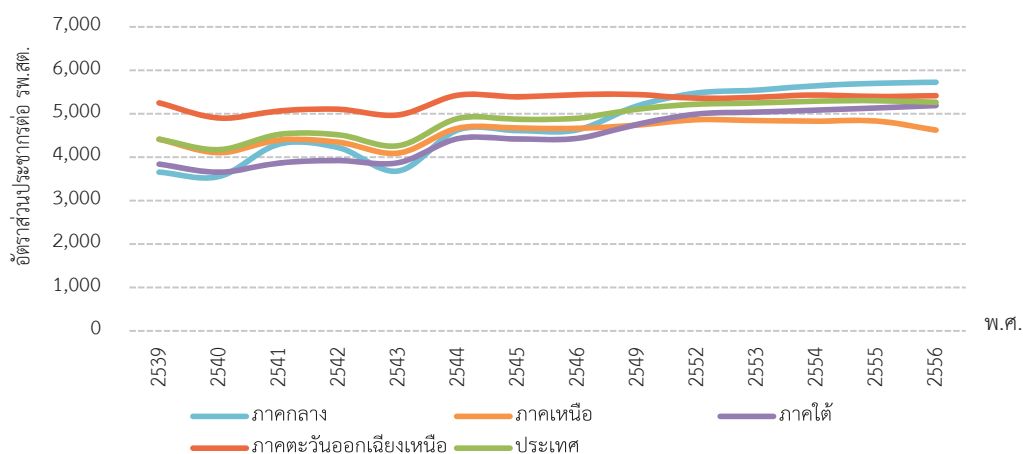
ต่างระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดลงจาก 4.5 เท่า ในปีพ.ศ. 2522 เหลือ 2.8 เท่า ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.18 และ ตารางที่ 7.23) สำหรับอัตราส่วนประชากรต่อรพ.สต.เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในทุกภาค แสดงว่าประชากรเพิ่มขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของรพ.สต. โดยในแต่ละภาคมีอัตราส่วนประชากรต่อรพ.สต.ที่ใกล้เคียงกันมาก ระหว่าง 4,623:1 ถึง 5,725:1 ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.19 และ ตารางที่ 7.24)

ภาพที่ 7.18 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล รายนาม พ.ศ. 2522 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 7.19 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. รายนาม พ.ศ. 2539 - 2556



ที่มา: พ.ศ. 2522 - 2544 กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2546 - 2549 สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2552 - 2556 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.23 แนวโน้มจำนวนเตียงและอัตราส่วนประชากรต่อเตียงโรงพยาบาล รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		กทม.: ตะวันออก เหนือ
	จำนวน ประชากร ต่อเตียง	อัตราส่วน ประชากร ต่อเตียง	จำนวน ประชากร ต่อเตียง	อัตราส่วน ประชากร ต่อเตียง	จำนวน ประชากร ต่อเตียง	อัตราส่วน ประชากร ต่อเตียง	จำนวน ประชากร ต่อเตียง	อัตราส่วน ประชากร ต่อเตียง	จำนวน ประชากร ต่อเตียง	อัตราส่วน ประชากร ต่อเตียง	
2522	14,585	337	17,481	543	9,917	980	8,515	665	10,776	1,511	4.5
2524	17,661	303	20,246	473	12,503	787	8,521	690	13,437	1,250	4.1
2526	18,486	310	21,954	453	12,751	797	10,258	596	14,989	1,167	3.8
2528	19,376	293	32,018	348	12,650	804	10,334	643	15,294	1,178	4.0
2530	24,376	245	24,628	468	14,252	736	11,153	627	15,887	1,172	4.8
2531	21,685	282	24,216	483	15,603	682	11,221	639	15,627	1,210	4.3
2532	20,337	308	24,156	492	17,520	615	11,394	645	16,575	1,157	3.8
2533	20,501	312	25,002	482	15,787	691	11,499	654	17,951	1,083	3.5
2534	21,704	257	25,519	506	16,181	682	11,888	603	18,560	1,074	4.2
2535	22,678	281	26,805	475	16,924	652	12,338	634	19,111	1,036	3.7
2536	24,351	266	27,658	468	17,502	637	12,936	616	18,719	1,071	4.0
2537	25,447	219	30,631	437	18,907	627	13,646	553	20,116	1,012	4.6
2538	25,236	221	34,248	395	20,943	568	14,449	530	23,541	875	4.0
2539	27,408	204	37,078	371	24,978	478	14,842	523	24,613	844	4.1
2540	27,327	205	37,386	374	25,874	465	16,016	492	25,802	813	4.0
2541	28,319	199	37,608	377	25,519	475	15,799	507	26,859	790	4.0
2542	28,454	199	38,103	376	25,426	478	15,944	509	27,376	780	3.9
2543	28,094	202	39,045	369	24,579	493	16,553	494	27,930	766	3.8
2544	27,879	205	39,615	368	25,570	474	16,814	492	27,819	771	3.8
2545	26,998	213	37,721	391	24,483	496	16,862	496	28,389	759	3.6
2546	27,648	210	37,114	402	24,166	502	16,927	500	28,767	752	3.6
2547	25,596	224	38,211	390	23,807	503	16,895	501	28,736	747	3.3
2548	25,280	223	38,429	388	23,924	496	17,162	494	28,975	735	3.3
2549	25,731	221	38,267	396	24,356	488	17,365	493	29,044	735	3.3
2550	29,092	196	39,735	386	24,258	490	17,369	497	29,553	723	3.7
2551	18,326	312	38,584	402	23,770	500	17,686	492	27,500	779	2.5
2552	15,074	379	37,854	414	17,419	679	17,548	500	29,673	724	1.9
2553	21,451	266	38,665	409	25,609	460	17,791	498	30,167	714	2.7
2554	29,216	195	41,695	376	24,928	486	17,315	516	30,928	704	3.6
2555	29,092	195	41,670	379	26,406	459	18,412	490	31,414	689	3.5
2556	26,205	217	42,734	374	27,411	443	19,092	476	35,886	606	2.8

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.24 แนวโน้มจำนวน รพ.สต.และอัตราส่วนประชากรต่อ รพ.สต. รายภาค พ.ศ. 2522 - 2556

พ.ศ.	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ประเทศ	
	อัตราส่วน		อัตราส่วน		อัตราส่วน		อัตราส่วน		อัตราส่วน	
	จำนวน	ประชากรต่อ รพ.สต.	จำนวน	ประชากรต่อ รพ.สต.	จำนวน	ประชากรต่อ รพ.สต.	จำนวน	ประชากรต่อ รพ.สต.	จำนวน	ประชากรต่อ รพ.สต.
2522	1,219	7,781	914	10,748	688	8,230	1,277	12,747	4,088	10,064
2530	1,635	4,729	1,616	4,775	1,252	3,821	2,489	5,818	6,992	4,964
2539	2,377	3,654	1,965	4,412	1,400	3,839	3,100	5,248	8,842	4,411
2540	2,471	3,554	2,151	4,103	1,488	3,653	3,367	4,900	9,477	4,173
2541	2,508	4,298	2,203	4,393	1,505	3,864	3,398	5,063	9,614	4,522
2542	2,523	4,219	2,225	4,345	1,513	3,922	3,428	5,102	9,689	4,514
2543	2,524	3,681	2,231	4,093	1,516	3,872	3,433	4,972	9,704	4,262
2544	2,559	4,628	2,210	4,667	1,507	4,427	3,462	5,427	9,738	4,890
2545	2,559	4,611	2,216	4,670	1,526	4,418	3,509	5,387	9,810	4,872
2546	2,549	4,629	2,220	4,662	1,521	4,433	3,475	5,440	9,765	4,895
2549	2,564	5,179	2,227	4,739	1,510	4,753	3,461	5,442	9,762	5,106
2552	2,558	5,476	2,231	4,862	1,512	4,993	3,468	5,356	9,769	5,218
2553	2,552	5,542	2,231	4,843	1,512	5,036	3,463	5,380	9,758	5,246
2554	2,478	5,645	2,302	4,829	1,511	5,084	3,470	5,431	9,761	5,290
2555	2,478	5,699	2,302	4,832	1,511	5,132	3,470	5,396	9,761	5,299
2556	2,491	5,725	2,410	4,623	1,508	5,188	3,473	5,415	9,882	5,265

ที่มา: พ.ศ. 2522 - 2544 จากกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2546 - 2549 จากสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2552 - 2556 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: จำนวนประชากร เป็นจำนวนประชากรนอกเขตเทศบาล

พ.ศ. 2542 - 2549 จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

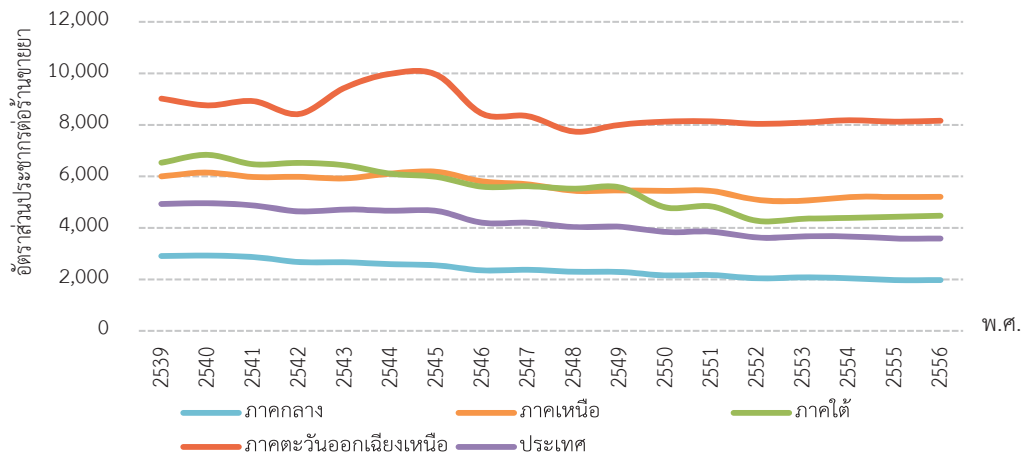
พ.ศ. 2552 จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2553 - 2556 คำนวณจากจำนวนประชากรกลางปี สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยใช้สัดส่วนประชากรนอกเขตเทศบาลของปีพ.ศ. 2552

สำหรับการกระจายของร้านขายยาระหว่างภูมิภาคต่างๆ พบว่าในปีพ.ศ. 2556 ภาคกลาง (รวมกรุงเทพมหานคร) มีอัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยาต่ำที่สุด (1,972:1) รองลงมาคือภาคใต้ (4,470:1) ภาคเหนือ (5,209:1) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (8,162:1) ตามลำดับ ทั้งนี้ความแตกต่างระหว่างภาคกลาง

กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความแตกต่างกันประมาณ 4 เท่า โดยในปีพ.ศ. 2556 มีร้านขายยาทั้งหมด 18,005 แห่ง คิดเป็นอัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา เท่ากับ 3,589:1 หรือมีร้านขายยา 1 แห่ง ต่อประชากรจำนวน 3,589 คน โดยอัตราส่วนดังกล่าวมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างช้าๆ (ภาพที่ 7.20 และตารางที่ 7.25)

ภาพที่ 7.20 แนวโน้มอัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา รายภาค พ.ศ. 2539 - 2556



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.25 แนวโน้มจำนวนร้านขายยาและอัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา รายภาค พ.ศ. 2539 - 2556

พ.ศ.	ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ประเทศ	
	จำนวนร้านขายยา	อัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา	อัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา	อัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา	อัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา	จำนวนร้านขายยา	อัตราส่วนประชากรต่อร้านขายยา
2539	6,644	2,908	1,989	6,004	1,189	6,534	2,303	9,019	12,125	4,931
2540	6,690	2,925	1,958	6,149	1,152	6,837	2,396	8,759	12,196	4,958
2541	6,904	2,869	2,029	5,976	1,237	6,472	2,378	8,923	12,548	4,874
2542	7,465	2,675	2,029	5,984	1,243	6,524	2,536	8,423	13,273	4,639
2543	7,534	2,665	2,045	5,923	1,273	6,430	2,253	9,445	13,105	4,713
2544	7,826	2,590	1,982	6,111	1,354	6,104	2,148	9,986	13,310	4,665
2545	7,895	2,547	1,964	6,180	1,398	5,983	2,166	9,950	13,423	4,660
2546	8,821	2,350	2,087	5,808	1,510	5,601	2,566	8,431	14,984	4,200
2547	8,696	2,373	2,103	5,690	1,507	5,618	2,574	8,339	14,880	4,202
2548	8,960	2,295	2,179	5,444	1,535	5,521	2,751	7,742	15,425	4,032
2549	9,088	2,291	2,179	5,455	1,535	5,576	2,668	8,003	15,470	4,048
2550	9,769	2,154	2,185	5,438	1,799	4,796	2,631	8,127	16,384	3,841
2551	9,782	2,170	2,185	5,435	1,799	4,835	2,631	8,139	16,397	3,855
2552	10,394	2,042	2,332	5,092	2,035	4,274	2,663	8,041	17,424	3,628
2553	10,362	2,078	2,332	5,051	2,035	4,351	2,663	8,087	17,392	3,663
2554	10,433	2,046	2,332	5,197	2,035	4,389	2,663	8,180	17,463	3,675
2555	10,889	1,973	2,332	5,200	2,035	4,430	2,663	8,127	17,919	3,586
2556	10,975	1,972	2,332	5,209	2,035	4,470	2,663	8,162	18,005	3,589

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ร้านขายยา หมายถึง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน แผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จ และแผนโบราณ

3. ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ยาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาล มีความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ นอกเหนือจากกำลังคนด้านสุขภาพและสถานบริการสุขภาพ

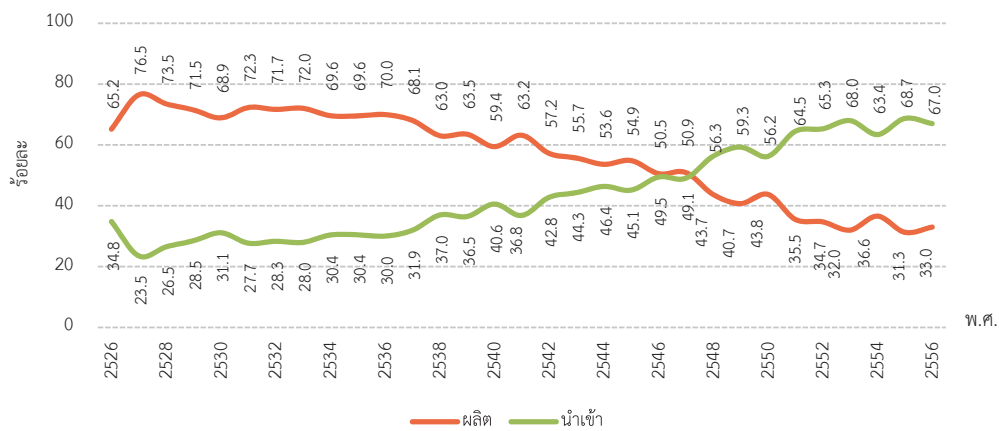
3.1. ยาและเวชภัณฑ์

ยาและเวชภัณฑ์ มีความจำเป็นในการให้บริการสุขภาพ ซึ่งต้องมีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถกระจายไปยังประชาชนในภูมิภาคต่างๆได้อย่างทั่วถึง ผ่านการผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศ

3.1.1 แนวโน้มมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน

นอกจากการผลิตยาไว้ใช้เองภายในประเทศแล้ว ยังมียาและเวชภัณฑ์ที่ต้องนำเข้ามาจากต่างประเทศ โดยมูลค่าการผลิตยาและนำเข้ายา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของมูลค่าการนำเข้ายา เพิ่มขึ้นเร็วกว่าการผลิตยา ทำให้สัดส่วนของมูลค่าการผลิตยาลดลงจากร้อยละ 76.5 ในปีพ.ศ. 2527 เหลือร้อยละ 33 ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่มูลค่าการนำเข้ายาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.5 ในปีพ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 67 ในปีพ.ศ. 2556 หรือคิดเป็นประมาณ 2 เท่าของมูลค่าการผลิต (ภาพที่ 7.21 และตารางที่ 7.26)

ภาพที่ 7.21 แนวโน้มร้อยละของมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบัน (สำหรับมนุษย์) พ.ศ. 2526 - 2556



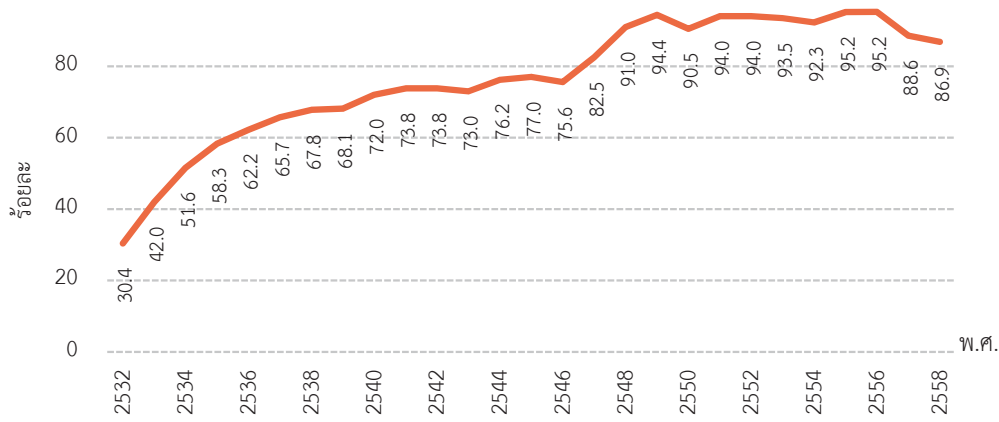
ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3.1.2 แนวโน้มสถานที่ยาที่ได้รับมาตรฐาน

ยาที่ผลิตในประเทศส่วนหนึ่งมาจากโรงงานผลิตยาที่ได้รับการส่งเสริม หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิต (Good Manufacturing Practice: GMP) ในปีพ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎหมายให้โรงงานผลิตยาทุกแห่ง ต้องได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์

วิธีการที่ดีในการผลิต ซึ่งแนวโน้มของสถานที่ยาที่ได้รับมาตรฐาน GMP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.4 ในปีพ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 75.6 ในปีพ.ศ. 2546 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95.2 ในปีพ.ศ. 2556 โดยล่าสุดปีพ.ศ. 2558 สถานที่ยาที่ได้รับมาตรฐาน GMP ร้อยละ 86.9 (ภาพที่ 7.22)

ภาพที่ 7.22 แนวโน้มร้อยละของสถานที่ผลิตยาที่ได้ GMP พ.ศ. 2532 - 2558



ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ตารางที่ 7.26 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาแผนปัจจุบันสำหรับมนุษย์ (ล้านบาท) พ.ศ. 2532 - 2556

พ.ศ.	มูลค่าผลิตยา (ล้านบาท)	ร้อยละผลิตยา	มูลค่านำเข้ายา (ล้านบาท)	ร้อยละนำเข้ายา	รวมมูลค่าผลิตและนำเข้ายา
2532	8,372.85	71.7	3,307.60	28.3	11,680.45
2533	8,886.02	72.0	3,449.08	28.0	12,335.10
2534	9,657.54	69.6	4,216.41	30.4	13,873.95
2535	10,696.54	69.6	4,682.61	30.4	15,379.15
2536	11,831.03	70.0	5,075.31	30.0	16,906.34
2537	12,969.68	68.1	6,086.63	31.9	19,056.31
2538	15,820.87	63.0	9,276.47	37.0	25,097.34
2539	18,174.43	63.5	10,435.34	36.5	28,609.77
2540	19,591.55	59.4	13,375.57	40.6	32,967.12
2541	16,726.12	63.2	9,739.08	36.8	26,465.20
2542	19,033.94	57.2	14,232.33	42.8	33,266.27
2543	20,995.92	55.7	16,700.35	44.3	37,696.27
2544	23,087.90	53.6	19,967.64	46.4	43,055.53
2545	24,144.56	54.9	19,867.94	45.1	44,012.51
2546	26,586.12	50.5	26,024.87	49.5	52,610.98
2547	31,707.65	50.9	30,545.54	49.1	62,253.19
2548	29,704.78	43.7	38,293.37	56.3	67,998.15
2549	30,910.92	40.7	45,004.55	59.3	75,915.47
2550	41,232.43	43.8	53,000.10	56.2	94,232.53
2551	35,322.85	35.5	64,148.13	64.5	99,470.98
2552	37,525.38	34.7	70,607.22	65.3	108,132.60
2553	46,895.75	32.0	99,660.24	68.0	146,555.99
2554	56,700.99	36.6	98,221.20	63.4	154,922.19
2555	50,548.57	31.3	111,113.00	68.7	161,661.57
2556	52,982.72	33.0	107,590.86	67.0	160,573.58

ที่มา: สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3.2. เทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข

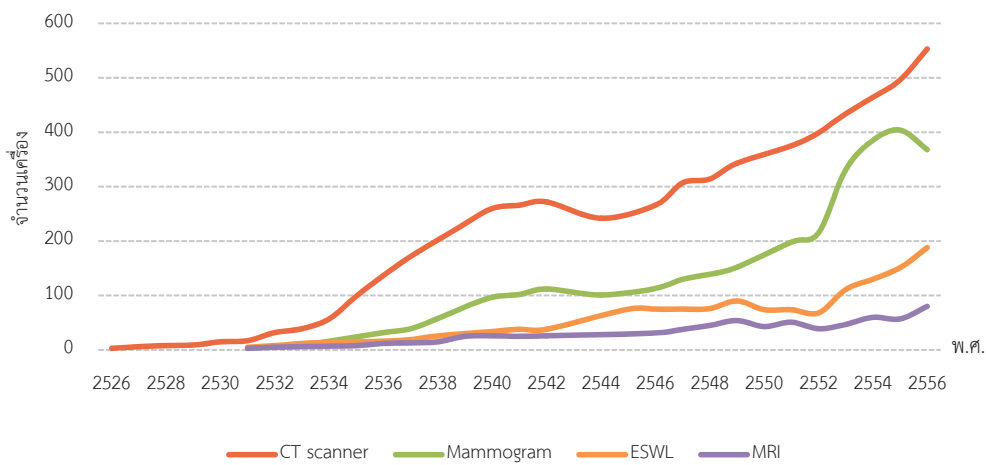
สถานการณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ จะหมายถึงอุปกรณ์การทางแพทย์ที่สำคัญ โดยเฉพาะที่มีราคาแพง ทั้งในด้านแนวโน้มและการกระจายระหว่างภูมิภาคต่างๆ

3.2.1 แนวโน้มอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่สำคัญ มีส่วนในการให้บริการสุขภาพที่จำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการวินิจฉัยหรือการรักษาโรค โดยเฉพาะเครื่องมือแพทย์ที่มี

ราคาแพง หากพิจารณาจากแนวโน้มจะพบว่าการเพิ่มขึ้นของเครื่องมือแพทย์ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง โดยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) เพิ่มขึ้นจาก 266 เครื่อง ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 553 เครื่อง ในปีพ.ศ. 2556 เช่นเดียวกับเครื่องตรวจจ้องวัยะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เครื่องสลายนิ่ว (ESWL) และเครื่องตรวจมะเร็งเต้านม (Mammogram) (ภาพที่ 7.23) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงการเติบโตของการลงทุนในด้านบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการรักษาพยาบาล

ภาพที่ 7.23 แนวโน้มจำนวนเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงของประเทศไทย พ.ศ. 2526 - 2556



ที่มา: วรเดือน จินดาวัฒนะ และคณะ, เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย: การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542 พ.ศ.2545-2556 จากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และสำนักวิจัยและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

3.2.2 การกระจายอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ

หากพิจารณาการกระจายของอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ ระหว่างภูมิภาคต่างๆ จะพบว่า เครื่องมือแพทย์ราคาแพงส่วนใหญ่ยังกระจุกตัวอยู่ที่ กรุงเทพฯ โดยกรุงเทพฯ มีอัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อ

ประชากรล้านคน ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอยู่ที่ ประมาณ 2 - 4 เท่า ตัวอย่างเช่นเครื่อง Mammogram ที่กรุงเทพฯมีมากกว่าค่าเฉลี่ย 4.2 เท่า หรือมากกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 เท่า (ตารางที่ 7.27)

ตารางที่ 7.27 อัตราส่วนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคนและดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index) รายภาค พ.ศ. 2556

ภาค	จำนวนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน				ดัชนีความแตกต่าง (Discrepancy index)			
	ESWL	CT	MRI	Mammogram	ESWL	CT	MRI	Mammogram
กรุงเทพฯ	6.9	26.9	4.6	23.9	2.4	3.1	3.7	4.2
ภูมิภาค	2.5	6.8	0.9	3.9	0.9	0.8	0.7	0.7
กลาง	3.2	12.0	1.0	5.3	1.1	1.4	0.8	0.9
เหนือ	2.4	6.8	0.7	3.5	0.8	0.8	0.6	0.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	2.5	3.3	0.7	2.7	0.9	0.4	0.6	0.5
ใต้	1.6	6.2	1.5	5.1	0.6	0.7	1.2	0.9
ทั่วประเทศ	2.9	8.6	1.2	5.7	1.0	1.0	1.0	1.0

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (ESWL, MRI) สำนักงานรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CT, Mammogram)

หากพิจารณาแนวโน้ม ในส่วนของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT-scanner) จะพบว่าถึงแม้แนวโน้มของอัตราส่วนต่อประชากรล้านคนของเครื่อง CT-scanner จะเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค แต่ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคก็ยังคงอยู่ โดยกรุงเทพฯ ยังคงมีเครื่อง CT-scanner ที่มากกว่าค่าเฉลี่ยประเทศอยู่ประมาณ 3 - 4 เท่า มาตลอดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 เป็นต้นมา (ตารางที่ 7.28)

ตารางที่ 7.28 แนวโน้มจำนวนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และอัตราต่อประชากรล้านคน พ.ศ. 2542 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ		รวมภูมิภาค		ภาคกลาง		ภาคเหนือ		ภาคใต้		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ประเทศ	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
2542	89	15.9	183	3.3	74	5.2	41	3.4	22	2.8	46	2.2	272	4.5
2546	89	13.3	177	3.1	80	5.3	37	3.2	22	2.5	38	1.7	266	4.2
2549	115	20.5	228	4.0	110	7.4	48	4.0	24	2.9	46	2.2	343	5.5
2551	118	20.7	257	4.5	119	7.7	54	4.5	35	4.0	49	2.3	375	5.9
2552	128	22.5	271	4.7	120	8.3	56	4.7	36	4.1	50	2.3	399	6.3
2553	155	27.2	279	4.8	91	5.7	42	3.6	62	7.0	84	3.9	434	6.8
2554	154	27.1	310	5.3	112	7.2	52	4.3	62	6.9	84	3.9	464	7.2
2555	161	28.4	335	5.7	112	7.1	66	5.4	62	6.9	95	4.4	553	7.7
2556	153	26.9	400	6.8	191	12.0	82	6.8	56	6.2	71	3.3	553	8.6

ที่มา: พ.ศ.2542 จาก วงเดือน จินดาวัดนะ และคณะ เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย: การกระจายการใช้และการเข้าถึงบริการ, 2542 พ.ศ.2546 - 2556 จาก สำนักงานรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

4. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ระบบการเงินการคลังสุขภาพ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ ทั้งในส่วน ของงบประมาณภาครัฐ และการเงินจากภาคเอกชนหรือ ครั้วเรือน ที่จ่ายเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

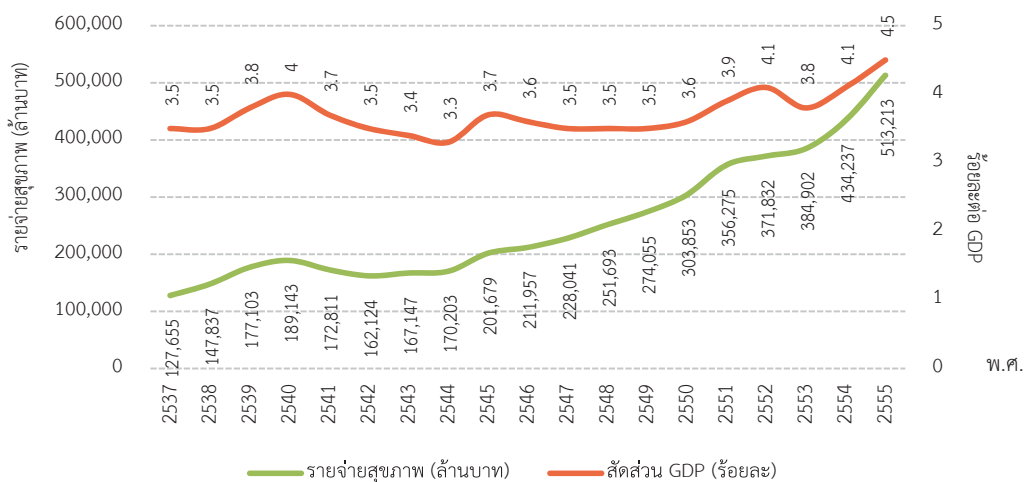
4.1. สถานการณ์และแนวโน้มรายจ่ายสุขภาพ ระดับชาติ

ระบบการเงินการคลังสุขภาพ เป็นการรวบรวม เงินจากแหล่งเงินต่างๆ แล้วนำมาใช้จ่ายในการให้บริการ สุขภาพ ทั้งนี้แหล่งเงินในระบบการเงินการคลัง จะมาจาก ภาครัฐ และภาคเอกชนหรือครัวเรือน แล้วนำไปใช้จ่าย เพื่อการให้บริการในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล ในส่วนของ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของสถานบริการสุขภาพประเภท ต่างๆ โดยภาพรวมของระบบการเงินการคลังสุขภาพ จะ สะท้อนมาในรูปของรายจ่ายสุขภาพระดับประเทศ ที่เป็น ผลรวมมาจากรายจ่ายสุขภาพของภาครัฐและภาคเอกชน หรือครัวเรือน

4.1.1 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพ

แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพในภาพรวม ระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 127,655 ล้านบาท (2,160 บาทต่อคน) ในปีพ.ศ. 2537 เป็น 513,213 ล้านบาท (7,962 บาทต่อคน) ในปีพ.ศ. 2555 หรือเพิ่มขึ้น ประมาณ 4 เท่า โดยร้อยละของรายจ่ายสุขภาพ เมื่อเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของ GDP ในปีพ.ศ. 2537 แล้วเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เป็นร้อยละ 4.5 ของ GDP ในปีพ.ศ. 2555 ทั้งนี้สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพ ที่เป็นภาครัฐ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45 ในปีพ.ศ. 2537 เป็น ร้อยละ 76 ในปีพ.ศ. 2555 ในขณะที่สัดส่วนรายจ่าย สุขภาพที่เป็นภาคเอกชน ลดลงจากร้อยละ 55 ในปีพ.ศ. 2537 เหลือร้อยละ 24 ในปีพ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นผลมาจาก นโยบายขยายการประกันสุขภาพไปสู่ประชากรเฉพาะ กลุ่ม (ผู้สูงอายุ เด็กต่ำกว่า 12 ปี ผู้พิการ เป็นต้น) และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 ที่ทำให้ภาครัฐมีบทบาทต่อรายจ่ายสุขภาพมากขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง (ภาพที่ 7.24 - 7.26 และตารางที่ 7.29)

ภาพที่ 7.24 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพ และร้อยละของรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP พ.ศ. 2537 - 2555



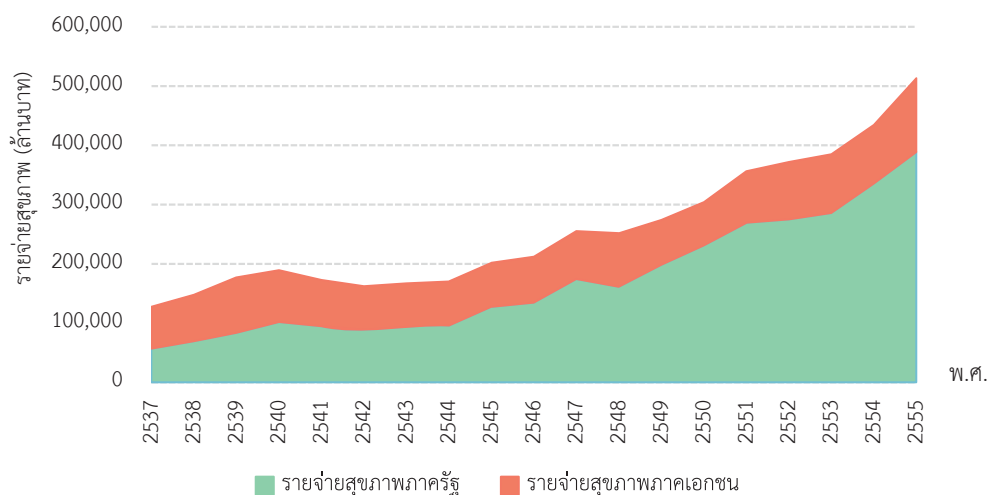
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2555 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ตารางที่ 7.29 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพ สัดส่วนต่อ GDP รายจ่ายสุขภาพภาครัฐและภาคเอกชน และรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี พ.ศ. 2537 - 2555

พ.ศ.	รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (ล้านบาท)	สัดส่วนต่อ GDP (ร้อยละ)	รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ (ล้านบาท)	รายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน (ล้านบาท)	สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐ (ร้อยละ)	สัดส่วนรายจ่ายภาคเอกชน (ร้อยละ)	รายจ่ายต่อคนต่อปี (บาท)
2537	127,655	3.5	56,885	70,771	45	55	2,160
2538	147,837	3.5	69,407	78,430	47	53	2,486
2539	177,103	3.8	83,522	93,580	47	53	2,946
2540	189,143	4	101,937	87,206	54	46	3,110
2541	172,811	3.7	94,656	78,155	55	45	2,811
2542	162,124	3.5	88,941	73,183	55	45	2,629
2543	167,147	3.4	93,774	73,372	56	44	2,701
2544	170,203	3.3	95,778	74,424	56	44	2,732
2545	201,679	3.7	127,534	74,146	63	37	3,211
2546	211,957	3.6	134,670	77,288	64	36	3,354
2547	228,041	3.5	174,459	80,582	65	35	3,680
2548	251,693	3.5	161,282	90,411	64	36	4,032
2549	274,055	3.5	198,407	75,648	72	28	4,362
2550	303,853	3.6	231,034	72,819	76	24	4,820
2551	356,275	3.9	269,323	86,952	76	24	5,620
2552	371,832	4.1	274,987	96,845	74	26	5,853
2553	384,902	3.8	285,934	98,969	74	26	6,026
2554	434,237	4.1	335,519	98,719	77	23	6,777
2555	513,213	4.5	388,939	124,274	76	24	7,962

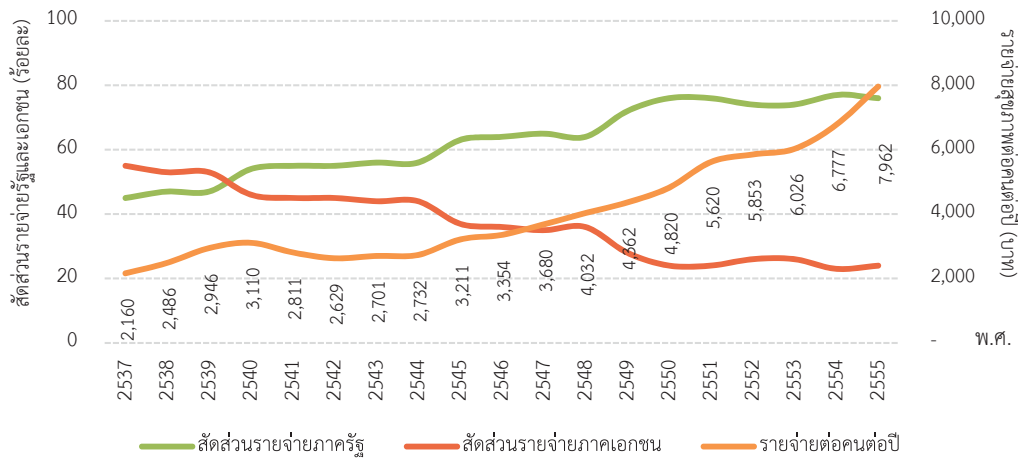
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2555 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาพที่ 7.25 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพภาครัฐ และรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน พ.ศ. 2537 - 2555



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2555 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ภาพที่ 7.26 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพต่อคนต่อปี และสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพภาครัฐและเอกชน พ.ศ. 2537 - 2555



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2555 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

4.2. แหล่งทุนของการคลังสุขภาพ

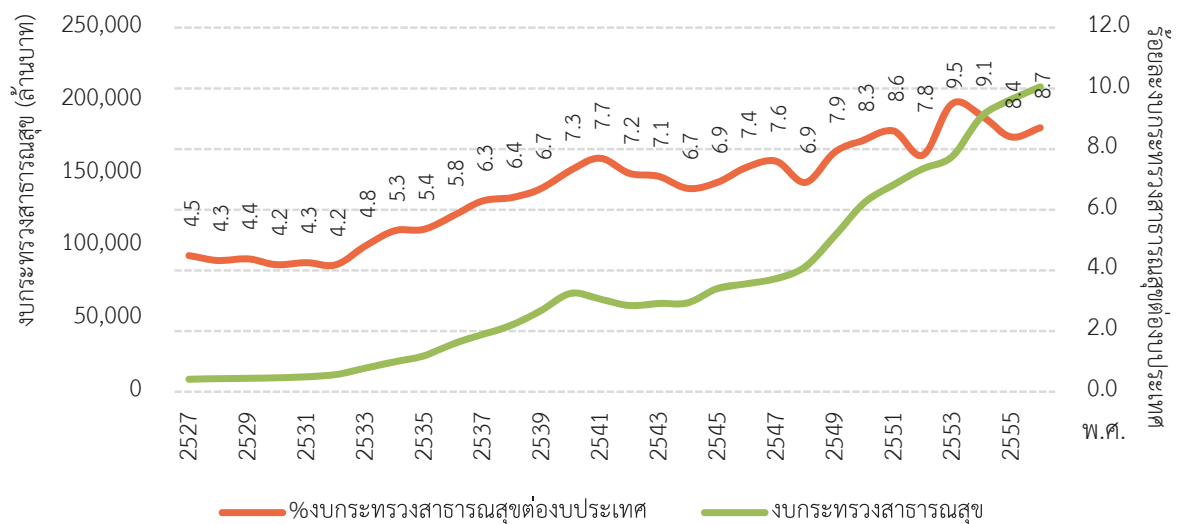
แหล่งทุนของการคลังสุขภาพ ประกอบด้วย รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ และรายจ่ายสุขภาพภาคเอกชน และครัวเรือน

4.2.1 รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ

รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ นับว่ามีส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางของเงินการคลังสุขภาพ

ของประเทศ โดยงบประมาณในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข (รวมงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากประมาณ 8,600 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2527 เป็นกว่า 200,000 ล้านบาทในปีพ.ศ. 2556 หรือเพิ่มจากร้อยละ 4.5 ของงบประมาณประเทศ เป็นร้อยละ 8.7 ของงบประมาณประเทศ (ภาพที่ 7.27 และตารางที่ 7.30)

ภาพที่ 7.27 แนวโน้มงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และสัดส่วนต่องบประมาณของประเทศ พ.ศ. 2527 - 2556



ที่มา: สำนักงบประมาณ กระทรวงการคลัง

ตารางที่ 7.30 แนวโน้มงบประมาณกระทรวงสาธารณสุข และงบประมาณของประเทศ พ.ศ. 2527 - 2556

ปี งบประมาณ	งบประมาณ กระทรวงสาธารณสุข (ล้านบาท)	งบประมาณ ประเทศ (ล้านบาท)	ร้อยละงบประมาณ กระทรวงสาธารณสุขต่อ งบประมาณประเทศ	งบประมาณ ด้านสุขภาพ (ล้านบาท)	ร้อยละงบประมาณ ด้านสุขภาพต่อ งบประมาณประเทศ
2527	8,617.6	192,000	4.5	9,039.1	4.7
2528	9,044.3	209,000	4.3	9,537.5	4.6
2529	9,274.7	211,650	4.4	9,762.3	4.6
2530	9,525.1	227,500	4.2	10,051.1	4.4
2531	10,372.5	243,500	4.3	10,959.5	4.5
2532	11,733.1	280,500	4.2	12,447.9	4.4
2533	16,225.1	335,000	4.8	18,046.8	5.4
2534	20,568.6	387,500	5.3	22,705.9	5.6
2535	24,640.4	460,400	5.4	27,238.2	5.9
2536	32,898.1	560,000	5.8	36,549.6	6.5
2537	39,318.7	625,000	6.3	44,335.0	7.1
2538	45,832.6	715,000	6.4	52,372.7	7.3
2539	55,861.2	832,000	6.7	63,452.2	7.6
2540	67,574.3	925,000	7.3	72,406.0	7.8
2541	63,705.1	830,000	7.7	66,455.2	8.0
2542	59,227.3	825,000	7.2	62,546.3	7.6
2543	60,641.0	860,000	7.1	65,209.9	7.6
2544	61,097.2	910,000	6.7	66,254.3	7.3
2545	70,923.2	1,023,000	6.9	72,769.7	7.1
2546	74,133.9	999,900	7.4	78,224.2	7.8
2547	77,720.7	1,028,000	7.6	83,786.6	8.1
2548	85,914.4	1,250,000	6.9	88,292.3	7.1
2549	107,100.8	1,360,000	7.9	117,005.3	8.6
2550	129,683.3	1,566,200	8.3	148,739.6	9.5
2551	142,113.6	1,660,000	8.6	154,140.4	9.3
2552	153,133.8	1,951,700	7.8	169,633.2	8.7
2553	161,530.4	1,700,000	9.5	178,852.7	10.5
2554	189,059.9	2,070,060	9.1	209,848.0	10.1
2555	200,530.4	2,380,000	8.4	220,411.3	9.3
2556	209,426.5	2,400,000	8.7	254,793.5	10.6

ที่มา: สำนักงบประมาณ

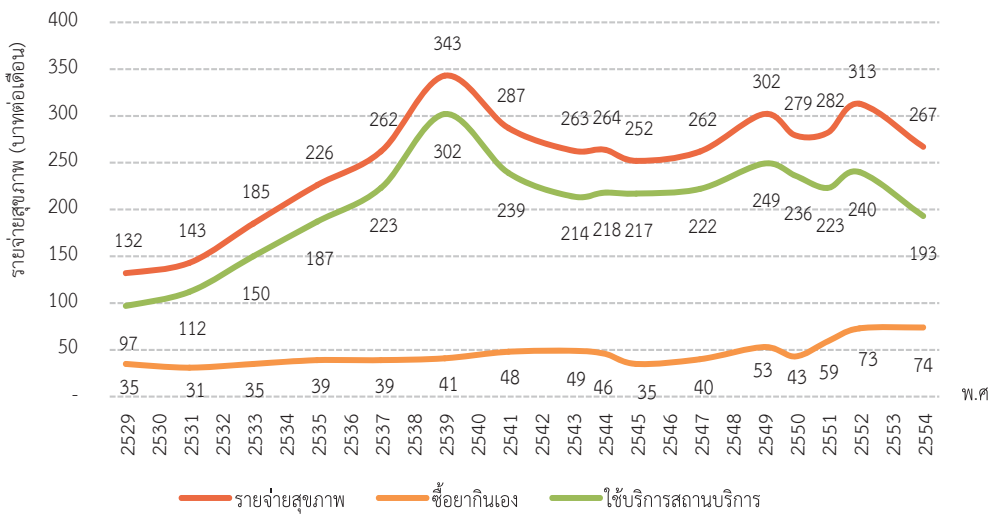
หมายเหตุ: พ.ศ. 2538 - 2556 งบประมาณกระทรวงสาธารณสุข รวมงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ

4.2.2 รายจ่ายสุขภาพภาคเอกชนและครัวเรือน

นอกเหนือจากรายจ่ายสุขภาพภาครัฐแล้ว รายจ่ายสุขภาพของภาคเอกชนหรือครัวเรือน ก็มีความสำคัญเช่นกัน ทั้งนี้หากรัฐให้การสนับสนุนระบบการเงินการคลังสุขภาพได้อย่างเพียงพอ รายจ่ายสุขภาพของภาคครัวเรือนที่ต้องจ่ายเมื่อไปใช้บริการจะไม่สูงมากนัก เป็นการช่วยลดภาระรายจ่ายสุขภาพของภาคครัวเรือนลงได้

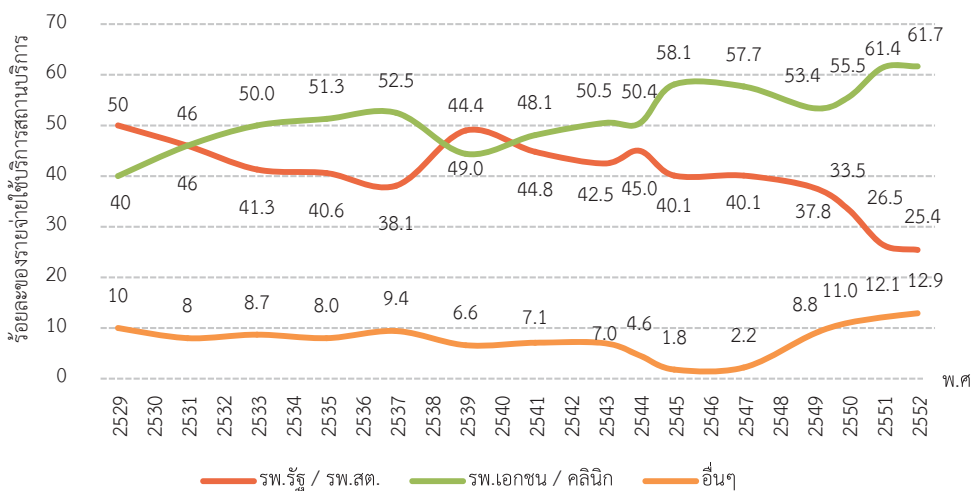
จากข้อมูลรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน พบว่าแนวโน้มรายจ่ายของครัวเรือนที่จ่ายเพื่อใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นระหว่างปีพ.ศ. 2529-2539 แล้วลดลงในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจปีพ.ศ. 2541-2543 และหลังจากมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีพ.ศ. 2545 ก็พบว่ารายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนอยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่ ระหว่าง 250 - 300 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน โดยส่วนใหญ่จ่ายเมื่อไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพ (ภาพที่ 7.28)

ภาพที่ 7.28 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน รายจ่ายจากการซื้อยาकिनเอง และรายจ่ายจากการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2529 - 2554



ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 7.29 แนวโน้มสัดส่วนรายจ่ายจากการใช้บริการ รพ.รัฐ/รพ.สต. รพ.เอกชน/คลินิกและอื่นๆ พ.ศ. 2529 - 2552



ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ทั้งนี้รายจ่ายเพื่อใช้บริการสถานบริการสุขภาพหลังปีพ.ศ. 2545 มีแนวโน้มที่ลดลงในส่วนของค่าใช้จ่ายที่สถานบริการของรัฐ ในขณะที่รายจ่ายเพื่อใช้บริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ทำให้สัดส่วนรายจ่ายเมื่อใช้บริการที่สถานบริการของรัฐลดลง

อย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 7.29 และตารางที่ 7.31) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช่วยลดการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน และช่วยลดรายจ่ายของครัวเรือนในการใช้บริการสถานบริการสุขภาพของรัฐอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 7.31 แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน รายจ่ายจากการซื้อยากินเอง และรายจ่ายจากการใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข พ.ศ. 2529 - 2554

พ.ศ.	รายจ่ายสุขภาพ		ซื้อยากินเอง		ใช้บริการสถานบริการ		รพ.รัฐ/รพ.สต.		รพ.เอกชน/คลินิก		อื่นๆ	
	บาท	% ต่อรายจ่ายอุปโภคบริโภค	บาท	% ต่อรายจ่ายสุขภาพ	บาท	% ต่อรายจ่ายสุขภาพ	บาท	% ต่อรายจ่ายสถานบริการ	บาท	% ต่อรายจ่ายสถานบริการ	บาท	% ต่อรายจ่ายสถานบริการ
2529	132	3.8	35	26.5	97	73.5	48	50.0	39	40.0	10	10.0
2531	143	3.9	31	21.7	112	78.3	52	46.0	51	46.0	9	8.0
2533	185	3.7	35	18.9	150	81.1	62	41.3	75	50.0	13	8.7
2535	226	3.8	39	17.3	187	82.7	76	40.6	96	51.3	15	8.0
2537	262	3.9	39	14.9	223	85.1	85	38.1	117	52.5	21	9.4
2539	343	4.2	41	11.9	302	88.0	148	49.0	134	44.4	20	6.6
2541	287	3.2	48	16.7	239	83.3	107	44.8	115	48.1	17	7.1
2543	263	3.1	49	18.6	214	81.4	91	42.5	108	50.5	15	7.0
2544	264	3.0	46	17.4	218	82.6	98	45.0	110	50.4	10	4.6
2545	252	2.6	35	13.9	217	86.1	87	40.1	126	58.1	4	1.8
2547	262	2.4	40	15.3	222	84.7	89	40.1	128	57.7	5	2.2
2549	302	2.4	53	17.5	249	82.5	94	37.8	133	53.4	22	8.8
2550	279	2.2	43	15.4	236	84.6	79	33.5	131	55.5	26	11.0
2551	282	2.0	59	20.9	223	79.1	59	26.5	137	61.4	27	12.1
2552	313	2.2	73	23.3	240	76.7	61	25.4	148	61.7	31	12.9
2554	267	1.7	74	27.8	193	72.2	...	...	...	...	...	...

ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

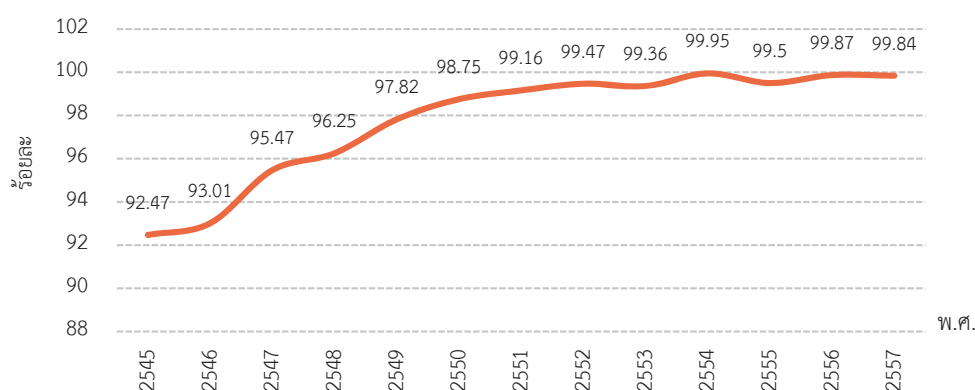
5. การเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.1. ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ

ความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของคนไทยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หลังจากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 โดยมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.47 ในปีพ.ศ. 2545

เป็นร้อยละ 99.84 ในปีพ.ศ. 2557 โดยมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 48.31 ล้านคน สิทธิประกันสังคม 11.07 ล้านคน และสิทธิสวัสดิการข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ 4.84 ล้านคน (ภาพที่ 7.30 และ ตารางที่ 7.32)

ภาพที่ 7.30 แนวโน้มร้อยละความครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2545 - 2557



ที่มา: รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557

ตารางที่ 7.32 จำนวนประชากรไทยจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล (ล้านคน) ปีงบประมาณ 2548 - 2557

ประเภทสิทธิ	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	47.34	47.54	46.67	46.95	47.56	47.73	48.12	48.62	48.61	48.31
ประกันสังคม	8.74	9.20	9.58	9.84	9.62	9.90	10.17	10.33	10.77	11.07
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.15	4.06	5.13	5.00	4.96	4.92	4.96	4.97	4.98	4.84
พนักงานส่วนท้องถิ่น	-	-	-	-	-	-	-	-	0.10	0.58
อื่นๆ (1)	0.22	0.23	0.24	0.24	0.23	0.52	0.64	0.61	0.49	0.56
ผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ	2.36	1.36	0.78	0.52	0.33	0.41	0.03	0.06	0.08	0.11
รวมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ	62.81	62.39	62.41	62.55	62.70	63.47	63.92	64.59	65.04	65.46
บุคคลรอพิสูจน์สถานะ (2)	0.00	0.45	0.90	1.16	1.44	1.35	1.20	0.79	0.62	0.21
คนไทยในต่างประเทศ	0.06	0.06	0.06	0.06	0.01	0.02	0.02	0.01	0.02	0.02
คนต่างด้าว	0.27	0.28	0.30	0.31	0.32	0.18	0.11	0.11	0.12	0.19
รวมประชากรอื่นๆ	0.34	0.80	1.25	1.52	1.78	1.54	1.32	0.91	0.77	0.42
รวมประชากรทั้งหมด	63.15	63.19	63.66	64.07	64.47	65.01	65.24	65.50	65.75	65.88

ที่มา: รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557

หมายเหตุ: (1) ได้แก่ ข้าราชการการเมือง ทหารผ่านศึก ครูเอกชน และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

(2) ได้แก่ บุคคลที่ตาย หายสาบสูญ/ไม่พบตัวตน เลขบัตรประชาชนซ้ำซ้อน สิทธิคนไทยในต่างประเทศ รหัสบัตรประชาชนไม่ถูกต้อง ย้ายไปจังหวัดอื่น และคนต่างด้าว

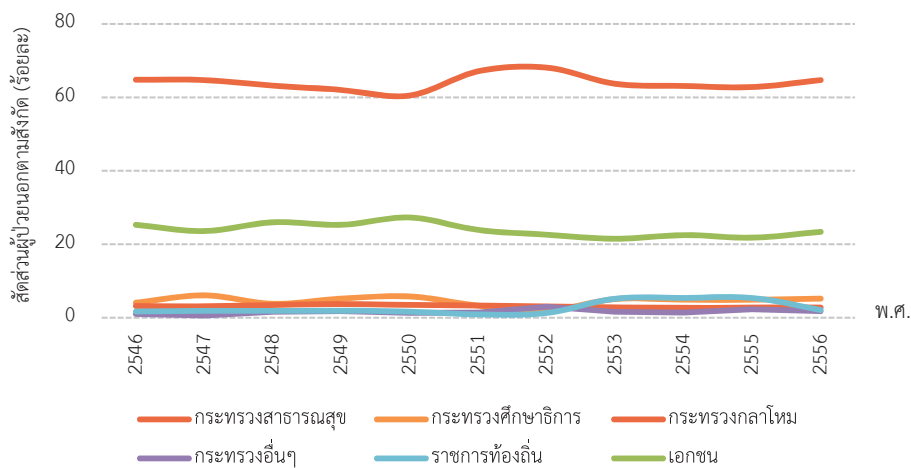
5.2. การใช้บริการผู้ป่วยนอก

การใช้บริการผู้ป่วยนอก เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีข้อมูลได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยนอกจำแนกตามสังกัด อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร จำแนกตามภาค และสัดส่วนผู้ป่วยนอกจำแนกตามระดับของโรงพยาบาล

5.2.1 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามสังกัด

สัดส่วนผู้ป่วยนอกจำแนกตามสังกัดระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2556 มีความเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนผู้ป่วยนอกประมาณร้อยละ 60 - 65 ของผู้ป่วยนอกทั้งหมด รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 20-25 กระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ 5 และกระทรวงกลาโหม ร้อยละ 3 (ภาพที่ 7.31 และตารางที่ 7.33)

ภาพที่ 7.31 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.33 แนวโน้มจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและสัดส่วนผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงศึกษาธิการ		กระทรวงกลาโหม		กระทรวงอื่นๆ และองค์กรอิสระ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
2546	79,223,461	64.8	4,997,757	4.1	3,864,533	3.2	1,190,934	1.0	2,135,787	1.7	30,932,293	25.3
2547	80,596,859	64.7	7,532,728	6.1	3,884,789	3.1	803,689	0.6	2,322,571	1.9	29,346,824	23.6
2548	85,723,497	63.2	5,192,255	3.8	4,719,595	3.5	2,181,956	1.6	2,539,939	1.9	35,299,555	26.0
2549	88,736,562	62.0	7,375,330	5.2	5,356,782	3.7	2,608,460	1.8	2,712,092	1.9	36,254,594	25.3
2550	94,954,490	60.5	9,051,327	5.8	5,451,341	3.5	2,040,963	1.3	2,646,837	1.7	42,881,551	27.3
2551	101,720,028	67.1	4,953,044	3.3	5,051,368	3.3	2,110,643	1.4	1,398,168	0.9	36,274,868	23.9
2552	96,331,173	68.1	2,723,950	1.9	4,362,852	3.1	4,229,922	3.0	1,859,547	1.3	32,044,002	22.6
2553	109,083,353	63.7	8,821,253	5.1	4,756,631	2.8	2,788,414	1.6	8,946,269	5.2	36,916,177	21.5
2554	110,895,499	63.1	8,615,429	4.9	4,804,399	2.7	2,427,801	1.4	9,542,362	5.4	39,516,947	22.5
2555	111,714,075	62.8	8,799,628	4.9	4,894,940	2.8	4,025,960	2.3	9,608,247	5.4	38,802,979	21.8
2556	117,899,596	64.7	9,400,558	5.2	5,107,363	2.8	3,309,597	1.8	3,736,588	2.1	42,675,238	23.4

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

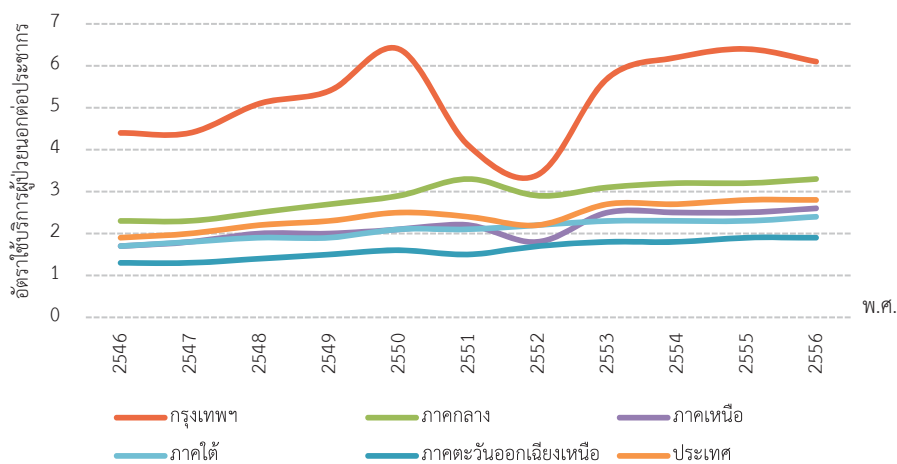
หมายเหตุ: เฉพาะสถานพยาบาลที่มีรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

5.2.2 แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก รายภาค

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกต่อประชากร จะช่วยสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพ หากภาวะการเจ็บป่วยไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งนี้อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น จาก 1.9 ครั้งต่อคนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 2.8 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่แต่ละภาคก็มีอัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยกรุงเทพฯเพิ่มขึ้นจาก 4.4 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 6.1 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 ภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก 2.3 ครั้งต่อคนต่อปีใน

ปีพ.ศ. 2546 เป็น 3.3 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 ภาคเหนือเพิ่มขึ้นจาก 1.7 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 2.6 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 ภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก 1.7 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 2.4 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก 1.3 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 1.9 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2556 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ประมาณ 3 เท่า ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.32 และ ตารางที่ 7.34)

ภาพที่ 7.32 แนวโน้มอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อประชากร) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.34 แนวโน้มอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก (จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อประชากร) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556

ปีงบประมาณ	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ประเทศ
2546	4.4	2.3	1.7	1.7	1.3	1.9
2547	4.4	2.3	1.8	1.8	1.3	2.0
2548	5.1	2.5	2.0	1.9	1.4	2.2
2549	5.4	2.7	2.0	1.9	1.5	2.3
2550	6.4	2.9	2.1	2.1	1.6	2.5
2551	4.1	3.3	2.2	2.1	1.5	2.4
2552	3.4	2.9	1.8	2.2	1.7	2.2
2553	5.7	3.1	2.5	2.3	1.8	2.7
2554	6.2	3.2	2.5	2.3	1.8	2.7
2555	6.4	3.2	2.5	2.3	1.9	2.8
2556	6.1	3.3	2.6	2.4	1.9	2.8

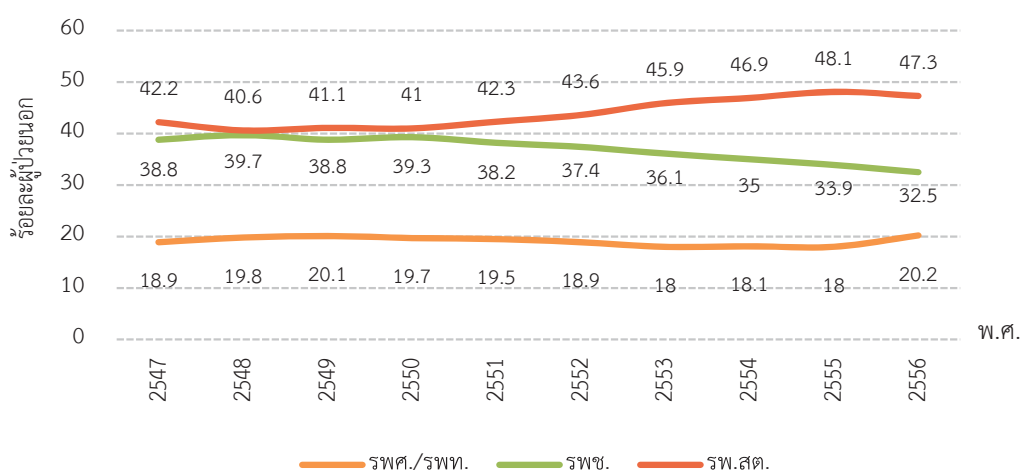
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5.2.3 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามระดับของสถานบริการ

สำหรับสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามระดับของสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ระหว่างปีพ.ศ. 2547 - 2556 พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยนอกมากที่สุดที่ รพ.สต. และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.2 ในปีพ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 47.3 ในปีพ.ศ. 2556 โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอก 100 ล้านครั้ง ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนอยู่ร้อยละ 32.5 ใน

ปีพ.ศ. 2556 ลดลงจากร้อยละ 38.8 ในปีพ.ศ. 2547 และผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ อยู่ที่ร้อยละ 20.2 ในปีพ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 18.9 ในปีพ.ศ. 2547 (ภาพที่ 7.33 และ ตารางที่ 7.35) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ อยู่ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้กลับไปรักษาอย่างต่อเนื่องที่สถานบริการระดับปฐมภูมิใกล้บ้านที่มากขึ้น

ภาพที่ 7.33 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามระดับของสถานบริการ พ.ศ. 2547 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.35 แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยนอก จำแนกตามระดับของสถานบริการ พ.ศ. 2547 - 2556

ปี	จำนวนผู้ป่วยนอก (ครั้ง)			สัดส่วน (ร้อยละ)		
	รพ.ศ./รพท.	รพช.	รพ.สต./สสช.	รพ.ศ./รพท.	รพช.	รพ.สต./สสช.
2547	27,129,794	55,620,315	60,425,319	18.9	38.8	42.2
2548	29,340,879	58,890,377	60,247,307	19.8	39.7	40.6
2549	29,794,219	57,383,933	60,882,366	20.1	38.8	41.1
2550	30,606,262	61,270,390	63,877,165	19.7	39.3	41.0
2551	33,255,645	65,188,762	72,170,921	19.5	38.2	42.3
2552	30,686,999	60,670,959	70,753,954	18.9	37.4	43.6
2553	34,130,266	68,204,484	86,833,322	18.0	36.1	45.9
2554	35,788,271	69,177,246	92,701,014	18.1	35.0	46.9
2555	36,721,273	68,997,747	97,893,962	18.0	33.9	48.1
2556	42,887,513	68,956,078	100,305,204	20.2	32.5	47.3

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

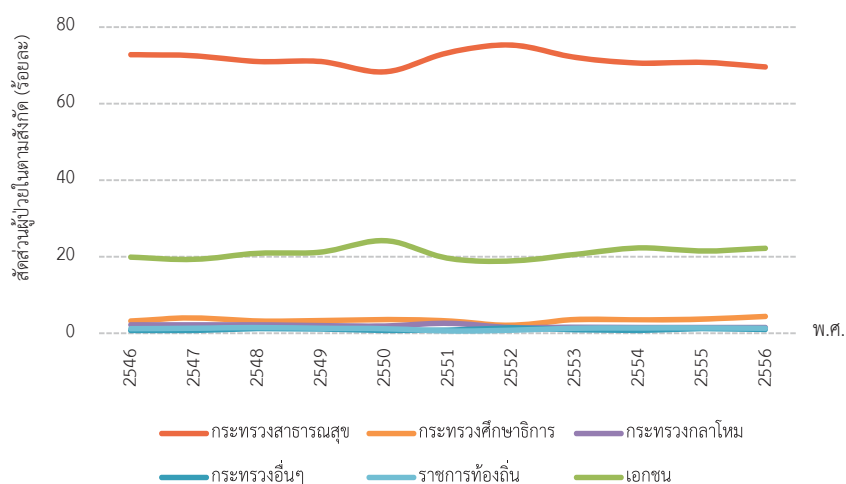
5.3. การให้บริการผู้ป่วยใน

การให้บริการผู้ป่วยใน เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีข้อมูลได้แก่ สัดส่วนของ ผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัด และอัตราการใช้บริการผู้ป่วย ในต่อประชากร จำแนกตามภาค

5.3.1 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนก ตามสังกัด

สัดส่วนผู้ป่วยในจำแนกตามสังกัด ระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2556 มีความเปลี่ยนแปลงไม่ มากนัก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีสัดส่วนผู้ป่วยใน ประมาณร้อยละ 70 - 75 ของผู้ป่วยในทั้งหมด รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 20 - 25 กระทรวงศึกษาธิการ ร้อยละ 4 และกระทรวงกลาโหม ร้อยละ 1.5 (ภาพที่ 7.34 และตารางที่ 7.36)

ภาพที่ 7.34 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยใน (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.36 แนวโน้มจำนวนและสัดส่วนผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข		กระทรวงศึกษาธิการ		กระทรวงกลาโหม		กระทรวงอื่นๆ และองค์กรอิสระ		ราชการท้องถิ่น		เอกชน	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
2546	6,084,001	72.8	270,531	3.2	182,478	2.2	56,846	0.7	100,042	1.2	1,661,556	19.9
2547	6,015,238	72.5	335,118	4.0	181,592	2.2	59,157	0.7	109,233	1.3	1,601,497	19.3
2548	6,084,313	71.0	270,207	3.2	186,211	2.2	100,442	1.2	132,197	1.5	1,790,142	20.9
2549	6,206,657	71.0	292,401	3.3	173,936	2.0	99,869	1.1	109,897	1.3	1,853,133	21.2
2550	6,315,171	68.3	334,761	3.6	175,295	1.9	66,720	0.7	114,006	1.2	2,239,284	24.2
2551	6,305,816	73.3	271,035	3.2	220,808	2.6	65,730	0.8	53,555	0.6	1,680,877	19.6
2552	6,099,614	75.3	174,088	2.1	117,874	1.5	111,788	1.4	67,037	0.8	1,533,765	18.9
2553	6,666,051	72.1	331,077	3.6	144,901	1.6	79,021	0.9	120,240	1.3	1,905,160	20.6
2554	6,631,095	70.6	330,998	3.5	141,105	1.5	63,238	0.7	132,275	1.4	2,090,957	22.3
2555	6,668,704	70.8	348,114	3.7	138,422	1.5	115,176	1.2	129,867	1.4	2,021,543	21.5
2556	6,780,914	69.6	430,462	4.4	142,820	1.5	95,889	1.0	127,341	1.3	2,167,198	22.2

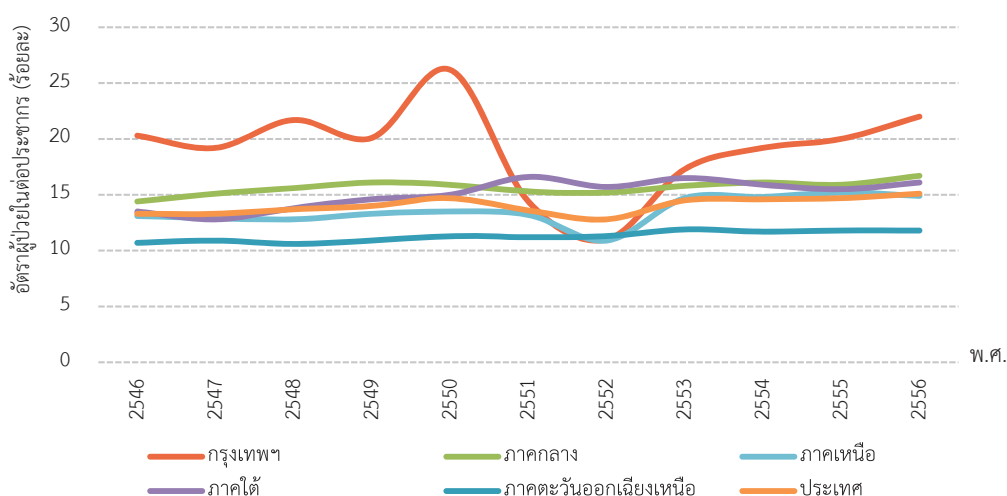
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

5.3.2 แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน รายภาค

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในต่อประชากรในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 13.3 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 15.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2556 ในขณะที่แต่ละภาคก็มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นจาก 20.3 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 22 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2556 ภาคกลางเพิ่มขึ้นจาก 14.4 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 16.7 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2556 ภาคเหนือ

เพิ่มขึ้นจาก 13.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 14.9 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2556 ภาคใต้เพิ่มขึ้นจาก 13.5 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 16.1 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2556 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นจาก 10.7 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2546 เป็น 11.8 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี ในปีพ.ศ. 2556 โดยความแตกต่างระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ประมาณ 1 เท่า ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.35 และ ตารางที่ 7.37)

ภาพที่ 7.35 แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (จำนวนผู้ป่วยในต่อประชากรคูณ100) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.37 แนวโน้มอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน (จำนวนผู้ป่วยในต่อประชากรคูณ100) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ประเทศ
2546	20.3	14.4	13.1	13.5	10.7	13.3
2547	19.2	15.1	12.9	12.8	10.9	13.3
2548	21.7	15.6	12.8	13.8	10.6	13.7
2549	20.1	16.1	13.3	14.6	10.9	14.0
2550	26.2	15.9	13.5	15.0	11.3	14.7
2551	14.4	15.3	13.2	16.6	11.2	13.6
2552	11.0	15.2	10.9	15.7	11.3	12.8
2553	17.3	15.8	14.7	16.5	11.9	14.5
2554	19.2	16.1	14.8	15.9	11.7	14.6
2555	20.0	15.9	15.2	15.5	11.8	14.7
2556	22.0	16.7	14.9	16.1	11.8	15.1

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6. ประสิทธิภาพและคุณภาพของการใช้บริการสุขภาพ

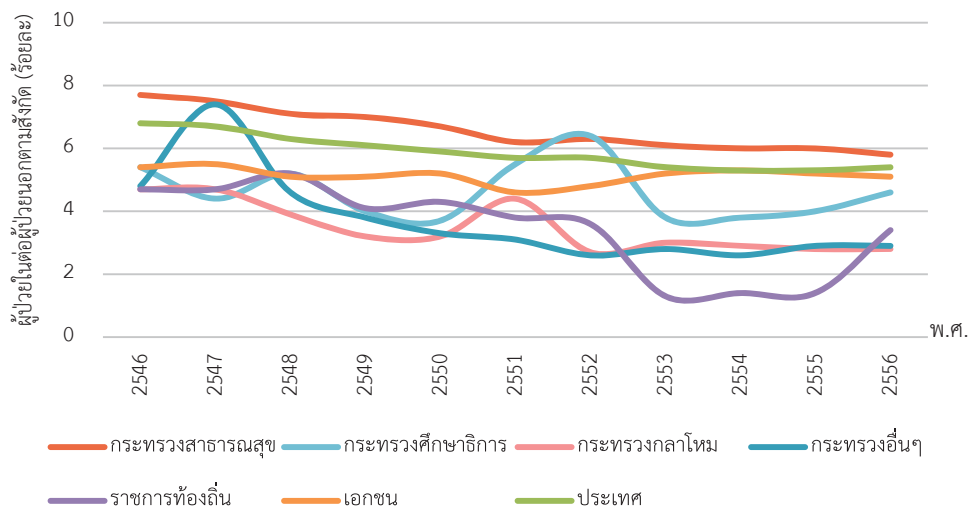
6.1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

อัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพของการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลของแพทย์

6.1.1 แนวโน้มอัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) จำแนกตามสังกัด

แนวโน้มการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในภาพรวมระดับประเทศ ลดลงจากร้อยละ 6.8 ในปีพ.ศ. 2546 เหลือร้อยละ 5.4 ในปีพ.ศ. 2556 ซึ่งโรงพยาบาลในทุกสังกัดมีอัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลที่ลดลง โดยกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราสูงที่สุดที่ร้อยละ 5.8 ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.36 และตารางที่ 7.38)

ภาพที่ 7.36 แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.38 แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงศึกษาธิการ	กระทรวงกลาโหม	กระทรวงอื่นๆ และองค์กรอิสระ	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	ประเทศ
2546	7.7	5.4	4.7	4.8	4.7	5.4	6.8
2547	7.5	4.4	4.7	7.4	4.7	5.5	6.7
2548	7.1	5.2	3.9	4.6	5.2	5.1	6.3
2549	7.0	4.0	3.2	3.8	4.1	5.1	6.1
2550	6.7	3.7	3.2	3.3	4.3	5.2	5.9
2551	6.2	5.5	4.4	3.1	3.8	4.6	5.7
2552	6.3	6.4	2.7	2.6	3.6	4.8	5.7
2553	6.1	3.8	3.0	2.8	1.3	5.2	5.4
2554	6.0	3.8	2.9	2.6	1.4	5.3	5.3
2555	6.0	4.0	2.8	2.9	1.4	5.2	5.3
2556	5.8	4.6	2.8	2.9	3.4	5.1	5.4

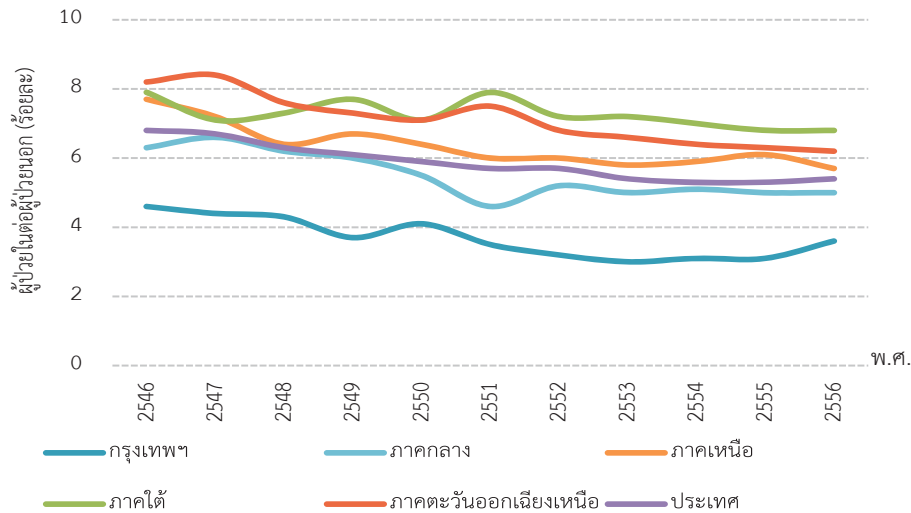
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.1.2 แนวโน้มอัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาใน
โรงพยาบาล (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก)
รายภาค

แนวโน้มการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในภาพรวมระดับประเทศ และในแต่ละภาค มีแนวโน้มที่ลดลง โดยกรุงเทพฯ ลดจากร้อยละ 4.6 ใน

ปีพ.ศ. 2546 เหลือร้อยละ 3.6 ในปีพ.ศ. 2556 ภาคกลางลดจากร้อยละ 6.3 เหลือร้อยละ 5 ภาคเหนือลดจากร้อยละ 7.7 เหลือร้อยละ 5.7 ภาคใต้ลดจากร้อยละ 7.9 เหลือร้อยละ 6.8 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดจากร้อยละ 8.2 เหลือร้อยละ 6.2 (ภาพที่ 7.37 และ ตารางที่ 7.39)

ภาพที่ 7.37 แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.39 แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ประเทศ
2546	4.6	6.3	7.7	7.9	8.2	6.8
2547	4.4	6.6	7.2	7.1	8.4	6.7
2548	4.3	6.2	6.4	7.3	7.6	6.3
2549	3.7	6.0	6.7	7.7	7.3	6.1
2550	4.1	5.5	6.4	7.1	7.1	5.9
2551	3.5	4.6	6.0	7.9	7.5	5.7
2552	3.2	5.2	6.0	7.2	6.8	5.7
2553	3.0	5.0	5.8	7.2	6.6	5.4
2554	3.1	5.1	5.9	7.0	6.4	5.3
2555	3.1	5.0	6.1	6.8	6.3	5.3
2556	3.6	5.0	5.7	6.8	6.2	5.4

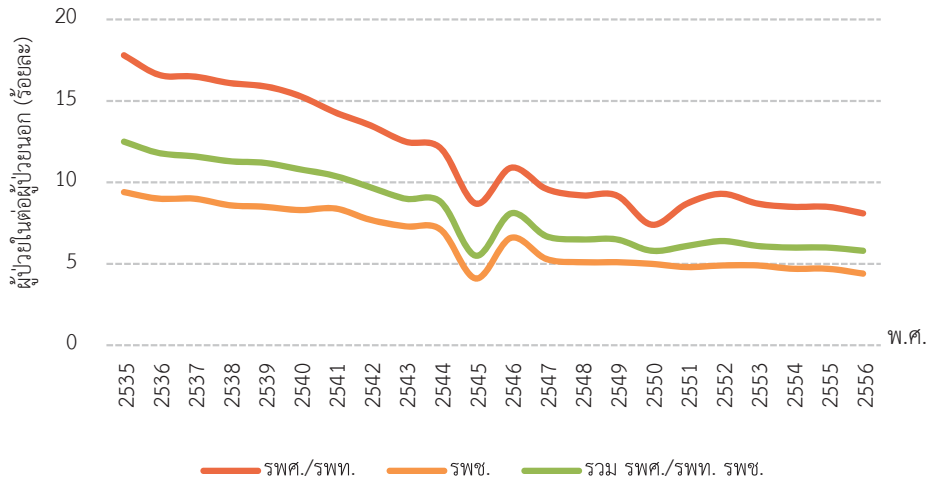
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.1.3 แนวโน้มอัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก) ของรพศ./รพท. และรพช.

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ พบว่าโรงพยาบาลชุมชน

มีอัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลที่ลดลงจากร้อยละ 9.4 ในปีพ.ศ. 2535 เหลือร้อยละ 4.4 ในปีพ.ศ. 2556 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ที่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 17.8 ในปีพ.ศ. 2535 เหลือร้อยละ 8.1 ในปีพ.ศ. 2556 (ภาพที่ 7.38 และตารางที่ 7.40)

ภาพที่ 7.38 แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รพศ./รพท. และรพช. พ.ศ. 2535 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.40 แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รพศ./รพท. และรพช. พ.ศ. 2535 - 2556

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)			จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน)			ร้อยละผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก		
	รพศ./รพท.	รพช.	รวม	รพศ./รพท.	รพช.	รวม	รพศ./รพท.	รพช.	รวม
2535	11.21	19.00	30.21	1.99	1.79	3.78	17.8	9.4	12.5
2536	12.02	21.01	33.03	2.00	1.89	3.89	16.6	9.0	11.8
2537	12.61	23.60	36.21	2.08	2.13	4.21	16.5	9.0	11.6
2538	14.62	26.18	40.8	2.35	2.24	4.59	16.1	8.6	11.3
2539	15.49	28.00	43.49	2.46	2.39	4.85	15.9	8.5	11.2
2540	16.78	29.57	46.35	2.56	2.44	5.00	15.3	8.3	10.8
2541	18.15	33.93	52.08	2.59	2.85	5.44	14.3	8.4	10.4
2542	19.41	36.71	56.12	2.62	2.82	5.44	13.5	7.7	9.7
2543	20.44	40.16	60.60	2.56	2.92	5.48	12.5	7.3	9.0
2544	22.59	44.65	67.24	2.74	3.17	5.91	12.1	7.1	8.8
2545	27.56	66.51	94.07	2.41	2.76	5.17	8.7	4.1	5.5
2546	23.03	43.70	66.73	2.50	2.89	5.39	10.9	6.6	8.1

ตารางที่ 7.40 แนวโน้มอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก (ร้อยละ) รพศ./รพท. และรพช. พ.ศ. 2535 - 2556 (ต่อ)

ปี งบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)			จำนวนผู้ป่วยใน (ล้านคน)			ร้อยละผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก		
	รพศ./ รพท.	รพช.	รวม	รพศ./ รพท.	รพช.	รวม	รพศ./ รพท.	รพช.	รวม
2547	27.12	55.62	82.74	2.61	2.95	5.56	9.6	5.3	6.7
2548	29.34	58.89	88.23	2.71	3.01	5.72	9.2	5.1	6.5
2549	29.79	57.38	87.17	2.75	2.95	5.70	9.2	5.1	6.5
2550	30.60	61.30	91.90	2.27	3.05	5.32	7.4	5.0	5.8
2551	33.40	65.20	98.60	2.90	3.16	6.06	8.7	4.8	6.1
2552	30.69	60.67	91.36	2.86	2.96	5.82	9.3	4.9	6.4
2553	34.13	68.20	102.33	2.97	3.31	6.28	8.7	4.9	6.1
2554	35.79	69.18	104.97	3.04	3.26	6.30	8.5	4.7	6.0
2555	36.72	69.00	105.72	3.12	3.22	6.34	8.5	4.7	6.0
2556	42.89	68.96	111.84	3.46	3.02	6.48	8.1	4.4	5.8

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.2. วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน

วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน เป็นเครื่องสะท้อนประสิทธิภาพของการให้บริการผู้ป่วยใน เนื่องจากวันนอนที่เพิ่มขึ้นจะหมายถึงค่าใช้จ่ายในการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้น

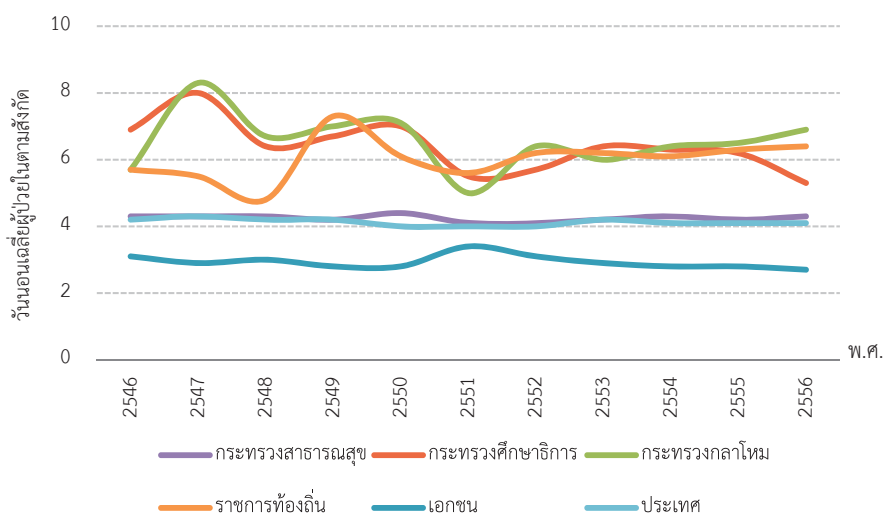
6.2.1 แนวโน้มวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน

จำแนกตามสังกัด

แนวโน้มวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในใน

ภาพรวมระดับประเทศ อยู่ในระดับคงที่ประมาณ 4.0 - 4.3 วัน ระหว่าง ปีพ.ศ. 2546 - 2556 เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีวันนอนเฉลี่ยคงที่ประมาณ 4.1 - 4.3 วัน ในขณะที่กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงกลาโหม มีวันนอนเฉลี่ยที่ประมาณ 5.3 - 8.0 วัน และโรงพยาบาลเอกชน มีวันนอนเฉลี่ยต่ำที่สุดที่ประมาณ 2.7 - 3.4 วัน (ภาพที่ 7.39 และ ตารางที่ 7.41)

ภาพที่ 7.39 แนวโน้มวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.41 แนวโน้มวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงศึกษาธิการ	กระทรวงกลาโหม	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	ประเทศ
2546	4.3	6.9	5.7	5.7	3.1	4.2
2547	4.3	8.0	8.3	5.5	2.9	4.3
2548	4.3	6.4	6.7	4.8	3.0	4.2
2549	4.2	6.7	7.0	7.3	2.8	4.2
2550	4.4	7.0	7.1	6.1	2.8	4.0
2551	4.1	5.5	5.0	5.6	3.4	4.0
2552	4.1	5.7	6.4	6.2	3.1	4.0
2553	4.2	6.4	6.0	6.2	2.9	4.2
2554	4.3	6.3	6.4	6.1	2.8	4.1
2555	4.2	6.2	6.5	6.3	2.8	4.1
2556	4.3	5.3	6.9	6.4	2.7	4.1

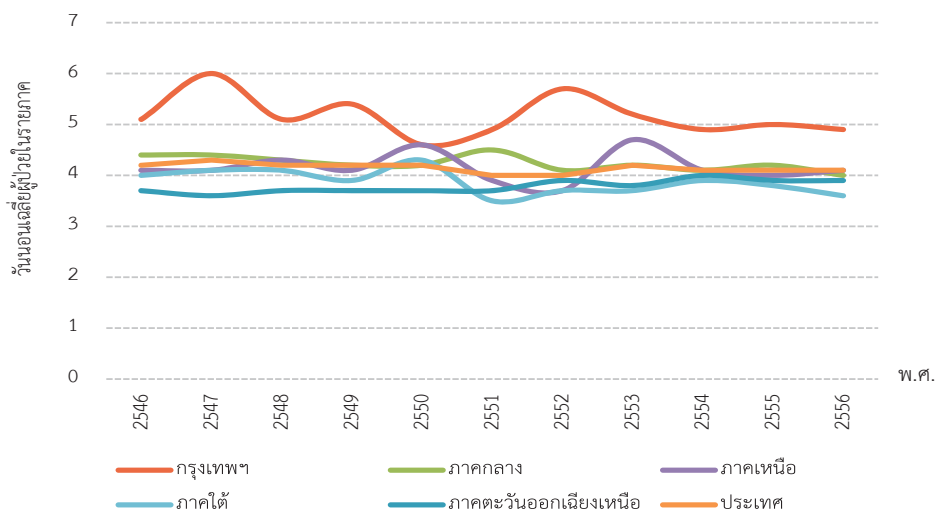
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.2.2 แนวโน้มวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยใน รายภาค

แนวโน้มวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยใน ในภาพรวมระดับประเทศ และในแต่ละภาค มีแนวโน้มที่ค่อนข้างคงที่ ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2556 โดยกรุงเทพฯ มีวันนอนเฉลี่ยนานที่สุดที่ประมาณ 5 - 6 วัน ในขณะที่

ภาคอื่นๆ มีวันนอนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันที่ประมาณ 4 วัน และมีแนวโน้มที่ค่อนข้างคงที่ ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2556 (ภาพที่ 7.40 และ ตารางที่ 7.42)

ภาพที่ 7.40 แนวโน้มวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.42 แนวโน้มวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ประเทศ
2546	5.1	4.4	4.1	4.0	3.7	4.2
2547	6.0	4.4	4.1	4.1	3.6	4.3
2548	5.1	4.3	4.3	4.1	3.7	4.2
2549	5.4	4.2	4.1	3.9	3.7	4.2
2550	4.6	4.2	4.6	4.3	3.7	4.2
2551	4.9	4.5	3.9	3.5	3.7	4.0
2552	5.7	4.1	3.7	3.7	3.9	4.0
2553	5.2	4.2	4.7	3.7	3.8	4.2
2554	4.9	4.1	4.1	3.9	4.0	4.1
2555	5.0	4.2	4.0	3.8	3.9	4.1
2556	4.9	4.0	4.1	3.6	3.9	4.1

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.3. อัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน

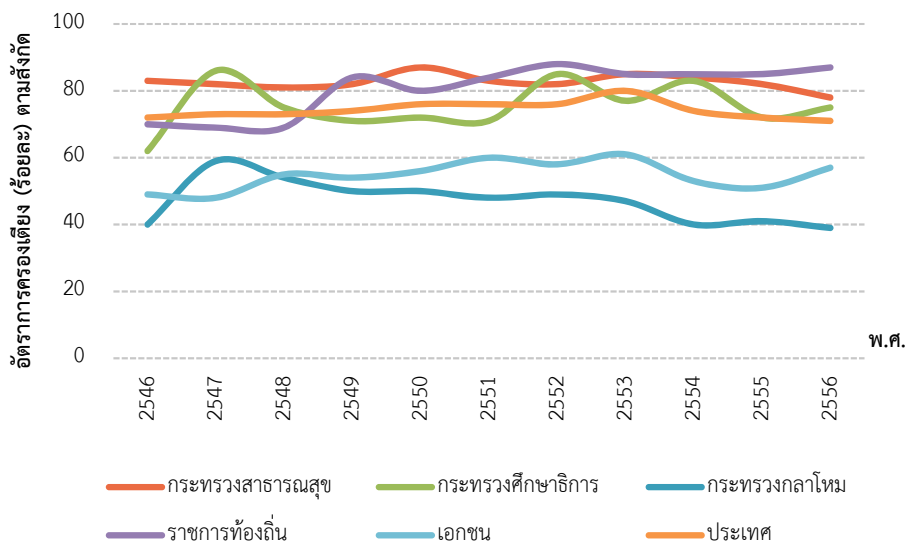
อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยใน หมายถึง ร้อยละของเตียงผู้ป่วยใน ในแต่ละวันที่ถูกครอบครองโดยผู้ป่วยใน เป็นเครื่องสะท้อนประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าของการใช้เตียงในการให้บริการผู้ป่วยใน

6.3.1 แนวโน้มอัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน จำแนกตามสังกัด

แนวโน้มอัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน

ในภาพรวมระดับประเทศ ขึ้นลงอยู่ที่ประมาณร้อยละ 70 - 80 ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2556 เช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุข ที่มีอัตราการครองเตียงผู้ป่วยในที่มีประมาณร้อยละ 78 - 87 สูงกว่ากระทรวงศึกษาธิการเล็กน้อย ในขณะที่กระทรวงกลาโหม มีอัตราการครองเตียงต่ำที่สุด ประมาณร้อยละ 40 - 60 และโรงพยาบาลเอกชน มีอัตราการครองเตียงประมาณร้อยละ 50 - 60 (ภาพที่ 7.41 และตารางที่ 7.43)

ภาพที่ 7.41 แนวโน้มอัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.43 แนวโน้มอัตราการครองเตียง จำแนกตามสังกัด พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงศึกษาธิการ	กระทรวงกลาโหม	ราชการท้องถิ่น	เอกชน	ประเทศ
2546	83	62	40	70	49	72
2547	82	86	59	69	48	73
2548	81	75	54	69	55	73
2549	82	71	50	84	54	74
2550	87	72	50	80	56	76
2551	83	71	48	84	60	76
2552	82	85	49	88	58	76
2553	85	77	47	85	61	80
2554	84	83	40	85	53	74
2555	82	72	41	85	51	72
2556	78	75	39	87	57	71

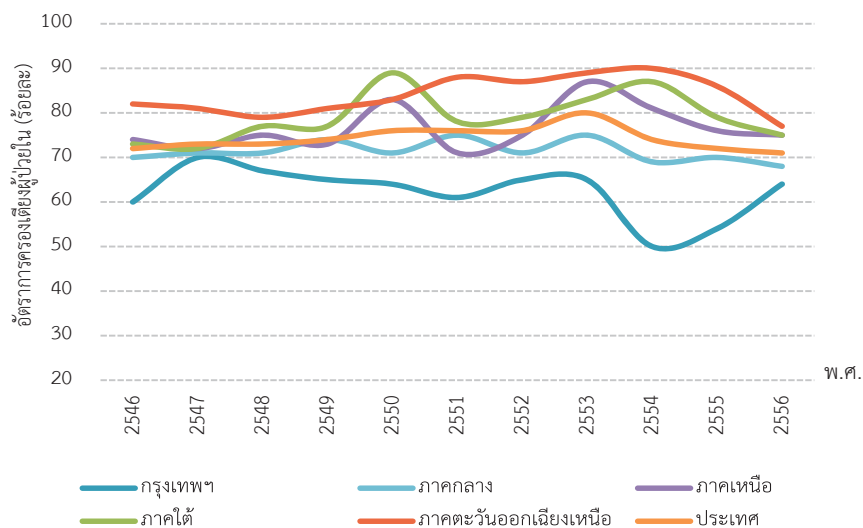
ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.3.2 แนวโน้มอัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน รายนภาค

แนวโน้มอัตราการครองเตียงผู้ป่วยใน
ในภาพรวมระดับประเทศ มีแนวโน้มขึ้นลงอยู่ในช่วง
ระหว่างร้อยละ 70 - 80 ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2556

โดยกรุงเทพฯ มีอัตราการครองเตียงต่ำที่สุดที่ประมาณ
ร้อยละ 50 - 70 ในขณะที่ภาคอื่นๆ มีอัตราครองเตียงที่
ใกล้เคียงกันที่ประมาณร้อยละ 70 - 80 โดยภาคตะวันออกเฉียง
เหนือ มีอัตราการครองเตียงที่มากกว่าภาคอื่น โดย
มีอัตราการครองเตียงที่ประมาณร้อยละ 80 - 90 (ภาพที่
6.42 และ ตารางที่ 6.44)

ภาพที่ 7.42 แนวโน้มอัตราการครองเตียง รายนภาค พ.ศ. 2546 - 2556



ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 7.44 แนวโน้มอัตราการครองเตียง รายภาค พ.ศ. 2546 - 2556

พ.ศ.	กรุงเทพฯ	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคใต้	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ประเทศ
2546	60	70	74	73	82	72
2547	70	71	72	72	81	73
2548	67	71	75	77	79	73
2549	65	74	73	77	81	74
2550	64	71	83	89	83	76
2551	61	75	71	78	88	76
2552	65	71	75	79	87	76
2553	65	75	87	83	89	80
2554	50	69	81	87	90	74
2555	54	70	76	79	86	72
2556	64	68	75	75	77	71

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

6.4. อัตราตายผู้ป่วยใน

ประเด็นคุณภาพของบริการสุขภาพ ส่วนหนึ่ง อาจประเมินได้จากผลลัพธ์ของผู้มารับบริการสุขภาพ ทั้งนี้ในส่วนของผู้ป่วยใน อาจจะดูจากอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยใน ซึ่งสะท้อนคุณภาพของการรักษา ควบคู่ไปกับประเด็นความรุนแรงของการเจ็บป่วย

จากข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างปี 2548 - 2557 พบว่าอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยในอายุต่ำกว่า 1 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 1.7 ในปี 2548 เหลือร้อยละ 1 ในปี 2557

เช่นเดียวกับผู้ป่วยในอายุ 1 - 4 ปี ที่มีอัตราป่วยตายลดลงจากร้อยละ 0.29 ในปี 2548 เหลือร้อยละ 0.23 ในปี 2557 ในขณะที่กลุ่มอายุอื่นมีอัตราป่วยตายที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย หรือคงที่ หรือลดลงเล็กน้อย (ภาพที่ 7.43) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนคุณภาพบริการรักษาที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มทารกและเด็ก ในขณะที่กลุ่มอื่นอาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ลักษณะความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค ฯลฯ

ภาพที่ 7.43 อัตราการป่วยตายรายอายุของผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2548 - 2557



ที่มา: รายงานการสร้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

7. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

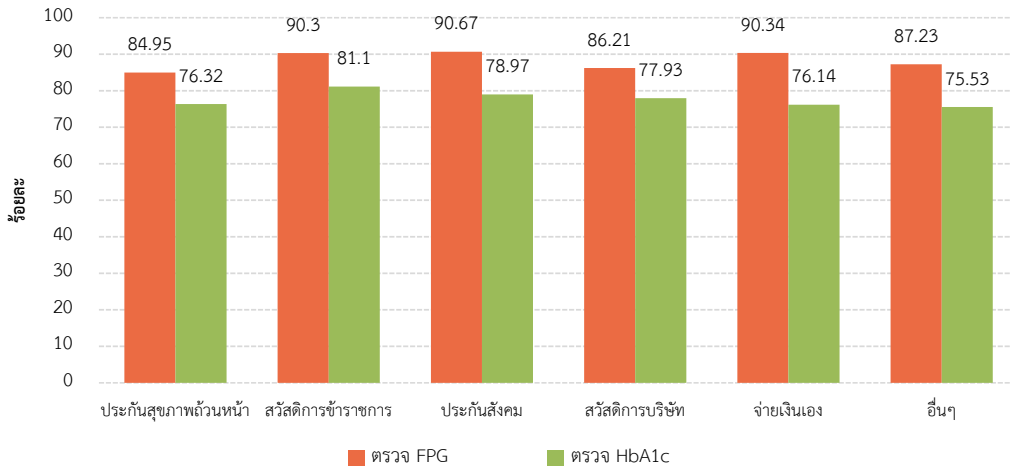
ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ และรายจ่ายสุขภาพ

7.1. ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

การได้รับบริการสุขภาพ อาจจะแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะต่างกัน เช่น สิทธิ การรักษาระดับเศรษฐกิจสังคม ฯลฯ จากข้อมูลการศึกษา การได้รับบริการของผู้ป่วยเบาหวานปี 2555 พบว่า

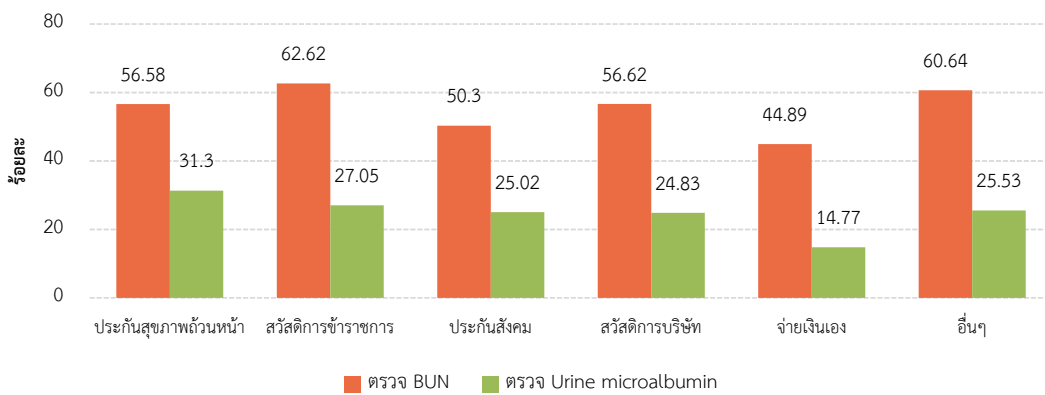
ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการข้าราชการ ได้รับการตรวจ HbA1c และ BUN ในรอบปี มากกว่าสิทธิการรักษาอื่น ในขณะที่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการตรวจ Urine Microalbumin มากกว่าสิทธิอื่น โดยผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง ได้การตรวจ Urine Microalbumin น้อยที่สุด (ภาพที่ 7.44 - 7.45) สะท้อนถึงความแตกต่างในการได้รับบริการ บางประเภท

ภาพที่ 7.44 ร้อยละการได้รับการตรวจ FPG และ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน ตามสิทธิการรักษา พ.ศ. 2555



ที่มา: ฐานข้อมูลการศึกษาประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเอกชน ประจำปี 2555, MedResNet

ภาพที่ 7.45 ร้อยละการได้รับการตรวจ BUN และ Urine Microalbumin ในผู้ป่วยเบาหวาน ตามสิทธิการรักษา พ.ศ. 2555



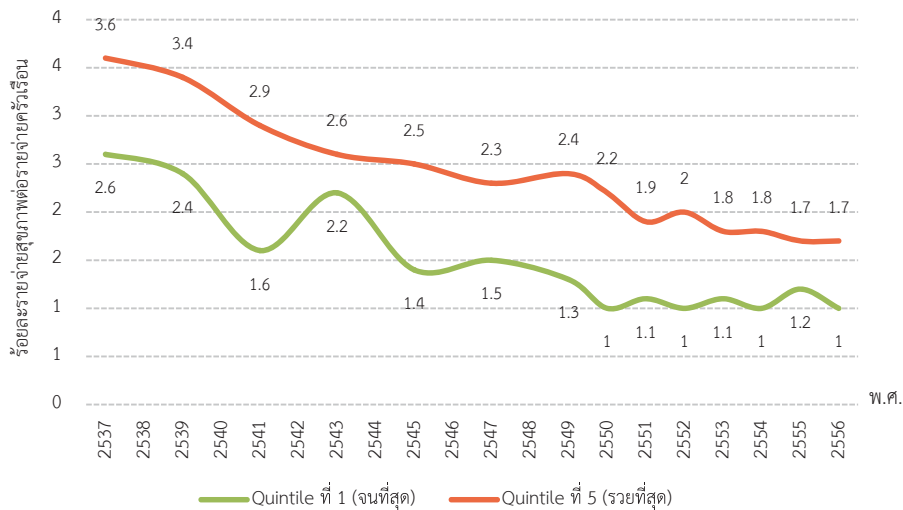
ที่มา: ฐานข้อมูลการศึกษาประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเอกชน ประจำปี 2555, MedResNet

7.2 ความเป็นธรรมของภาระรายจ่ายสุขภาพ

สำหรับประเด็นความเป็นธรรมของภาระรายจ่ายสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากร ที่มีระดับเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน พบว่าแนวโน้มของรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน มีแนวโน้มที่ลดลงในทุกกลุ่มประชากรที่มีระดับเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน โดยหากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีระดับรายจ่ายครัวเรือนมากที่สุด (รวยที่สุด) กับกลุ่มที่มีระดับรายจ่ายครัวเรือนน้อยที่สุด (จนที่สุด) พบว่ากลุ่มที่รวยที่สุด มีสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายครัวเรือน สูงกว่ากลุ่มที่จนที่สุด

(ร้อยละ 1.7 เทียบกับร้อยละ 1 ในปีพ.ศ. 2556) โดยลดลงจากร้อยละ 3.6 และ 2.6 ตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2537 (ภาพที่ 7.46) แสดงว่าระบบการเงินการคลังสุขภาพ มีการคุ้มครองคนจน ทำให้คนจนมีภาระรายจ่ายสุขภาพ เทียบกับรายจ่ายของครัวเรือนในระดับที่ต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจสังคมที่ดีกว่า และทำให้ภาระรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 7.46 สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือน ของกลุ่มที่รวยที่สุด 20% สุดท้าย (Quintile 5) และกลุ่มที่จนที่สุด 20% แรก (Quintile 1) พ.ศ. 2537 - 2556



ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2537 - 2556, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ ใน รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2557 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

8. บทสรุประบบบริการสุขภาพในภาพรวม

บทสรุปสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ จะประกอบด้วยบทสรุปในส่วนของปัจจัยนำเข้า และบทสรุปในส่วนของผลสัมฤทธิ์หรือผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ดังนี้

8.1 บทสรุปด้านปัจจัยนำเข้า

หากมององค์ประกอบต่างๆของปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ จะพบว่าในแต่ละปัจจัยมีวิวัฒนาการและการเปลี่ยนแปลง ที่สังเกตเห็นได้ในช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา ดังนี้

8.1.1 ปัจจัยด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านกำลังคนด้านสุขภาพ นับเป็นปัจจัยที่สำคัญมากในฐานะเป็นผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และด้านรักษาพยาบาล ที่ผ่านมามีจำนวนบุคลากรในแต่ละสาขาในภาพรวมมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการเพิ่มที่เร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของประชากร ทำให้อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรมีแนวโน้มที่ลดลง อีกทั้งการกระจายของบุคลากรมีความทั่วถึงมากขึ้น ทำให้

ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคของอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาขาต่างๆ ลดลง โดยลดลงเหลือประมาณ 2 - 4 เท่า หากเปรียบเทียบกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคยังไม่หมดไปทั้งหมด โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบท และปัญหาบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล และเนื่องจากการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายบุคลากรจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน และการทำงานในรูปแบบไม่เต็มเวลาในภาคเอกชนที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม บทบาทของภาคเอกชนจะสัมพันธ์กับความผันแปรของภาวะเศรษฐกิจของประเทศเป็นหลัก ในทางหนึ่งอาจจะมองได้ว่า ไม่เกิดการสูญเสียบุคลากร เนื่องจากบุคลากรยังคงให้บริการอยู่ แต่อีกทางหนึ่ง การเคลื่อนย้ายจากรัฐสู่เอกชน เสมือนการเคลื่อนย้ายจากชนบทสู่เมืองหรือจากการให้บริการแก่ผู้ที่ไม่ม้อานาจซื้อ (คนจน) ไปสู่การให้บริการแก่ผู้ที่มีอำนาจซื้อมากกว่า (คนรวย) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าว อาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อการกระจายบุคลากรได้ หากแนวโน้มของสถานการณ์นั้นมีความรุนแรงซึ่งในปัจจุบันพบว่ายังมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา

นอกจากนี้ ยังมีความพยายามในการเพิ่ม การผลิตบุคลากรในหลายสาขา เพื่อให้ทันต่อความต้องการ ใช้บริการของประชาชน ซึ่งจะเป็นการเติมบุคลากรเข้าไป ในระบบโดยเฉพาะในภาครัฐ เพื่อทดแทนการสูญเสียจาก ภาครัฐ โดยที่ผ่านมาพบว่าสถานการณ์การลาออกยังอยู่ใน ระดับค่อนข้างคงที่ (สำหรับแพทย์สังกัดกระทรวง สาธารณสุข) ในขณะที่มีการผลิตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงการ มีบุคลากรในภาครัฐที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี แต่อย่างไรก็ดี ยังมีปัญหาสำหรับหลายสาขาวิชาชีพ ที่ขาดตำแหน่งรองรับ ในภาครัฐ ทำให้การเติมบุคลากรเข้าไปในภาครัฐทำได้ อย่างจำกัด อีกทั้งบุคลากรที่ทำงานในระดับชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังไม่มีสถานการณ์ ที่ดีขึ้นมากนัก โดยมีอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากร ที่ค่อนข้างคงที่ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา และเนื่องจาก แนวโน้มการศึกษาต่อเฉพาะทางของแพทย์ ยังคงเพิ่มขึ้น ทำให้ทางด้านหนึ่งเป็นการเพิ่มความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ที่มีความจำเป็นในการให้บริการ แต่อีกด้านหนึ่ง ก็มีโอกาส ที่แพทย์จะเคลื่อนย้ายเข้าสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในเมือง หรือในภาคเอกชน จึงต้องมีการจัดสรรแพทย์เฉพาะทางให้ เหมาะสม โดยเฉพาะการจัดสรรไปสู่โรงพยาบาลในชนบท

8.1.2 ปัจจัยด้านสถานบริการสุขภาพ

ปัจจัยด้านสถานบริการสุขภาพ ในภาพ รวมนับว่ามีการเติบโตทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชน โดย หากมองย้อนหลังกลับไปเมื่อประมาณ 40 ปีที่แล้ว จะพบ การขยายตัวของโรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาล ชุมชน และการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนเมื่อ ประมาณ 20 ปีที่แล้ว ทำให้การให้บริการสุขภาพมีความ ทัวถึงมากขึ้นในทางภูมิศาสตร์ เนื่องจากมีโรงพยาบาล ชุมชนกระจายอยู่เกือบทุกอำเภอ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือสถานีนอมนัย กระจาย อยู่ทุกตำบล (หลายตำบลมีรพ.สต.มากกว่า 1 แห่ง) ซึ่ง ทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังคงมีหลายพื้นที่ที่ยังประสบ กับปัญหาการเข้าถึงบริการ เนื่องจากความห่างไกล และ การคมนาคม ซึ่งอาจจะต้องมีการจัดบริการในรูปแบบที่ ช่วยให้การเข้าถึงบริการง่ายขึ้น เช่น บริการเชิงรุก หรือ การจัดระบบบริการในชุมชน

การขยายตัวของสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาล เริ่มเข้าสู่สภาวะที่เปลี่ยนแปลง ไม่มากนักในรอบ 10 - 20 ปี ที่ผ่านมา เนื่องจากมีการ กระจายที่ค่อนข้างทั่วถึงแล้ว รวมถึงมีความระมัดระวัง มากขึ้นในการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานใหม่ และจาก ภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวน ทำให้การลงทุนมีการขยาย ตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคไม่รุนแรงมากขึ้น โดยสังเกต ได้จากอัตราส่วนประชากรต่อเตียงระหว่างกรุงเทพฯ กับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอยู่ในระดับประมาณ 3 - 4 เท่า ตลอดเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งการกระจาย ตัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีอัตราส่วน ประชากรต่อรพ.สต.ที่ใกล้เคียงกันมากระหว่างภูมิภาค (ไม่รวมกรุงเทพฯ เนื่องจากไม่มีรพ.สต.) แต่หากพิจารณา ในประเด็นคลินิกและร้านขายยา ยังพบความแตกต่าง ระหว่างภูมิภาคที่ค่อนข้างสูง โดย 1 ใน 5 ของคลินิก และ 1 ใน 4 ของร้านขายยา อยู่ในกรุงเทพฯ

8.1.3 ปัจจัยด้านยาและเทคโนโลยีสุขภาพ

ปัจจัยด้านยาและเทคโนโลยีสุขภาพ นับว่ามีความก้าวหน้าไปตามการพัฒนาด้านเทคโนโลยีใน การรักษาพยาบาล และสัมพันธ์กับการผลิตและการลงทุน ของภาครัฐและเอกชน ทั้งนี้ในด้านยา จะพบว่าภาครัฐ ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการผลิต และ การควบคุมคุณภาพยา โดยการรับรองมาตรฐาน GMP สำหรับสถานที่ผลิตยา ซึ่งปัจจุบันผ่านเกณฑ์กว่าร้อยละ 85 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแนวโน้มของยาที่นำเข้ามามีอัตรา การเพิ่มขึ้นที่สูงกว่าการผลิตยา และมีสัดส่วนของมูลค่าที่ สูงถึงร้อยละ 67 ใน ปีพ.ศ. 2556 จึงจำเป็นต้องมีการกำกับ ดูแลอย่างใกล้ชิดเช่นกัน เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชน ผู้บริโภค เนื่องจากยาเหล่านี้ อาจจะถูกกระจายไปใน สถานที่จำหน่ายยาต่างๆ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ อย่างเกินความจำเป็น

ใน ด้านเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการ วินิจฉัยและรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ดี ยัง พบว่าเครื่องมือแพทย์ส่วนใหญ่ที่มีราคาแพง ยังคง กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ ถึงแม้ว่าเครื่องมือแพทย์

เหล่านี้จะมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องการกระจาย โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งความแตกต่างดังกล่าว อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการบางอย่างในระดับภูมิภาค หากความต้องการใช้บริการไม่สัมพันธ์กับจำนวนเครื่องมือแพทย์ที่มีอยู่ ทั้งนี้ปัญหาส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการกระจายของภาคเอกชนในแต่ละภูมิภาค เนื่องจากภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในด้านการลงทุนเครื่องมือแพทย์ราคาแพง ดังนั้นภาครัฐเห็นความสำคัญของปัญหานี้ อาจจะต้องประเมินความต้องการและปรับการลงทุนในส่วนที่ขาดแคลน

8.1.4 ปัจจัยด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ปัจจัยด้านการเงินการคลังสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเศรษฐกิจและการเงินการคลังของประเทศในระดับมหภาค โดยเฉพาะนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งนี้แนวโน้มของรายจ่ายสุขภาพในภาพรวม มีการชะลอตัวในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2544 จากนั้น มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP เริ่มขยับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 4.5 ในปี พ.ศ. 2555 และสัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพของรัฐเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76 ในปี พ.ศ. 2555 สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของรัฐในระบบการเงินการคลังสุขภาพของประเทศที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งจะส่งผลดีต่อประชาชนในด้านการเข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรคทางการเงิน โดยงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 8 ของงบประมาณประเทศ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4 เมื่อกว่า 20 ปีที่แล้ว สถานการณ์ดังกล่าวช่วยให้รายจ่ายของประชาชน ที่ต้องจ่ายเมื่อไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพ ไม่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 โดยระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2544 เกิดจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เกิดจากการสนับสนุนโดยรัฐผ่านระบบหลักประกันสุขภาพ

8.2 บทสรุปด้านผลสัมฤทธิ์หรือผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพ

8.2.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนร้อยละ 99.8 มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคทางการเงินในการใช้บริการ ทำให้อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป จาก 2 ครั้งต่อคนต่อปี เป็นประมาณ 3 ครั้งต่อคนต่อปี ในระยะเวลา 10 ปี โดยเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาค และมีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการใช้บริการที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ สำหรับอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13 เป็นร้อยละ 15 ในระยะเวลา 10 ปี โดยบทบาทส่วนใหญ่ยังคงเป็นของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 65 ในส่วนของผู้ป่วยนอก และร้อยละ 70 ในส่วนของผู้ป่วยใน) และยังคงมีความแตกต่างของการใช้บริการระหว่างภูมิภาคอยู่บ้าง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการใช้บริการน้อยกว่ากรุงเทพฯ 3 เท่า ในส่วนของผู้ป่วยนอก และ 2 เท่าในส่วนของผู้ป่วยใน

8.2.2 ประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพ

ด้านประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพ พบว่าหากเปรียบเทียบอัตราส่วนระหว่างผู้ป่วยในกับผู้ป่วยนอกจะพบว่ามีแนวโน้มที่ลดลงจากร้อยละ 6.8 เป็นร้อยละ 5.4 ในรอบ 10 ปี โดยลดลงในทุกสังกัด และลดลงในทุกภูมิภาค รวมทั้งลดลงในทุกระดับของโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะหมายถึงการระมัดระวังในการรับเป็นผู้ป่วยในที่มากขึ้น หรืออาจเกิดจากการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่เพิ่มขึ้น หากมองในมุมประสิทธิภาพ นับว่าดีขึ้น โดยเมื่อพิจารณาประกอบกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่า การเพิ่มขึ้นของประสิทธิภาพดังกล่าว ไม่ได้ทำให้การเข้าถึงบริการแบบผู้ป่วยในลดลง อีกทั้งวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในยังมีแนวโน้มที่คงที่ และใกล้เคียงกันระหว่างภูมิภาค สะท้อนระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและประสิทธิภาพในการให้บริการที่ใกล้เคียงกัน

ถึงแม้ว่าอัตราการป่วยตายในภาพรวมของผู้ป่วยในจะไม่ลดลงในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา แต่อัตราการป่วยตายในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี และเด็กอายุ 1 - 4 ปี มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างชัดเจน สะท้อนถึงคุณภาพในการรักษาได้ในระดับหนึ่ง โดยสาเหตุของการไม่ลดลงหรือการเพิ่มขึ้นของอัตราการป่วยตายในกลุ่มอายุอื่น อาจเกิดจากความรุนแรงของโรค และรูปแบบการเลือกเสียชีวิตที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านที่เปลี่ยนไปในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

8.2.3 ความเป็นธรรมของบริการสุขภาพ

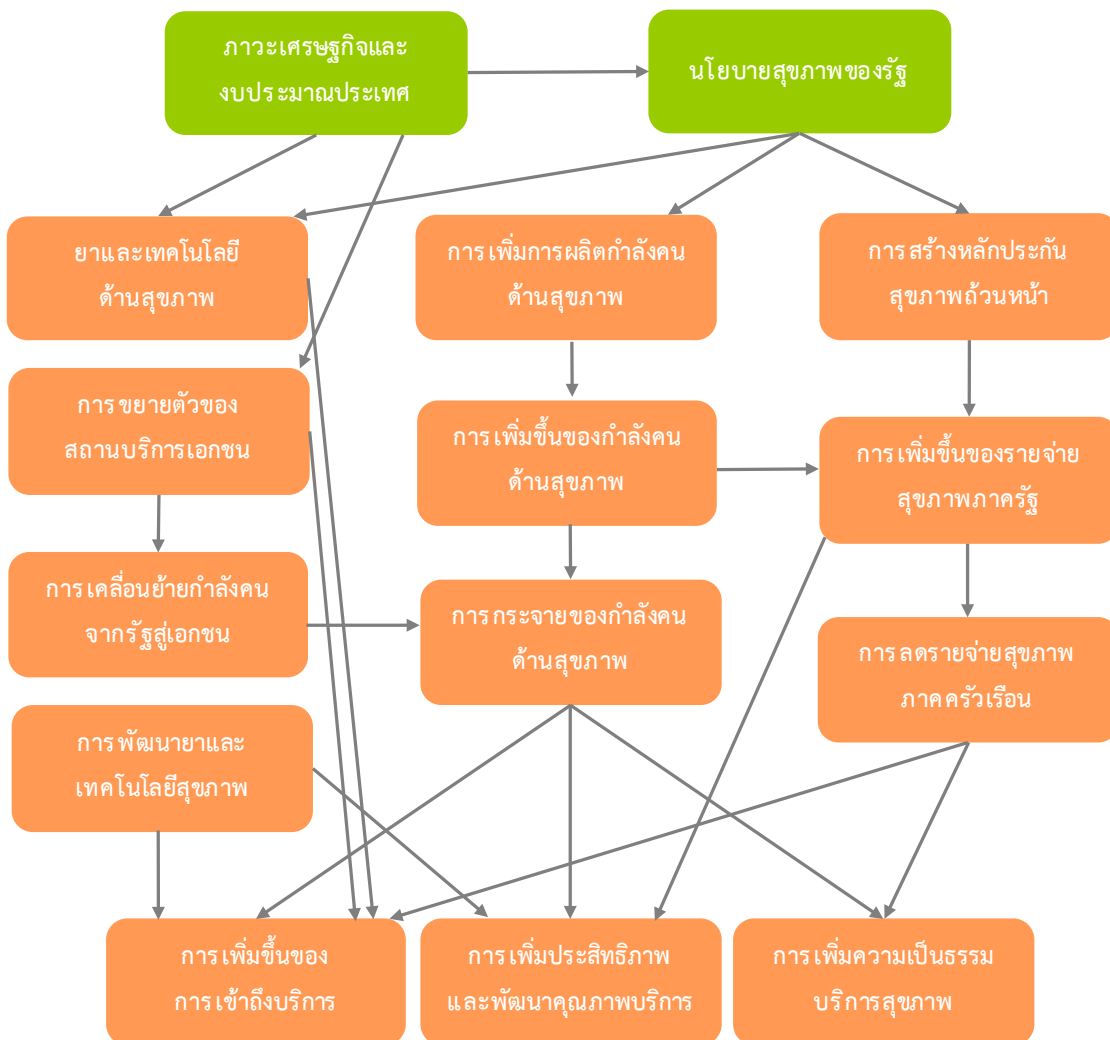
ด้านความเป็นธรรมของบริการสุขภาพพบว่าจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้รายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายของครัวเรือนลดลงอย่างต่อเนื่อง และคนที่จนที่สุด 20% แรก มีรายจ่ายสุขภาพต่อ

รายจ่ายของครัวเรือนลดลงจากร้อยละ 2.6 เหลือร้อยละ 1 ในระยะเวลา 20 ปี ซึ่งน้อยกว่าคนที่รวยที่สุด 20% สุดท้าย ที่มีรายจ่ายสุขภาพต่อรายจ่ายครัวเรือนที่ร้อยละ 1.2 นอกจากนี้สำหรับการให้บริการที่อยู่ในหลักเกณฑ์มาตรฐาน ในแต่ละสิทธิการรักษา ถึงแม้ว่าอาจจะมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ก็ไม่มากนัก สะท้อนถึงโอกาสในการได้รับบริการที่ใกล้เคียงกัน สำหรับแต่ละสิทธิการรักษาในการได้รับบริการขั้นพื้นฐาน

8.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้าและผลสัมฤทธิ์หรือผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ

จากบทสรุปของปัจจัยนำเข้าและผลสัมฤทธิ์หรือผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพดังกล่าว สามารถนำมาสรุปเป็นแผนผังความสัมพันธ์ได้ดังนี้

ภาพที่ 7.47 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้าและผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพ



จากภาพที่ 7.47 จะพบว่าภาวะเศรษฐกิจและงบประมาณของประเทศ มีส่วนกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพของรัฐ โดยนโยบายสุขภาพของรัฐจะเป็นตัวกำหนดการขยายตัวของสถานบริการสุขภาพของรัฐ การผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ภาวะเศรษฐกิจ ยังเป็นตัวกำหนดการขยายตัวของสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน โดยการขยายตัวของสถานบริการเอกชน มีส่วนทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายกำลังคนจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน และส่งผลกระทบต่อการกระจายของกำลังคนด้านสุขภาพ ถึงแม้ว่าการผลิตจะช่วยให้กำลังคนด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่อาจจะไม่เสมอภาคกัน อย่างไรก็ตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ภาครัฐเข้ามามีบทบาทต่อการเงินการคลังสุขภาพอย่างเต็มตัว ซึ่งจำเป็นจะต้องมีกลไกการส่งเสริมประสิทธิภาพของระบบบริการ

สุขภาพ และพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพควบคู่กันไป และจากการที่ภาครัฐเข้ามามีบทบาทหลักในด้านรายจ่ายสุขภาพ ทำให้รายจ่ายสุขภาพของครัวเรือนลดลง ส่งผลดีต่อการเข้าถึงบริการ ร่วมกับปัจจัยด้านการขยายตัวของสถานบริการสุขภาพ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ และการพัฒนาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยที่การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และกลไกการควบคุมคุณภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ มีผลต่อคุณภาพบริการสุขภาพ นอกจากนี้ การลดรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน โดยเฉพาะคนยากจน รวมถึงการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพที่ทั่วถึง ยังส่งผลต่อความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพ ทั้งระหว่างพื้นที่และระหว่างเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ จะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของประชาชนในท้ายที่สุด

บทที่ 8

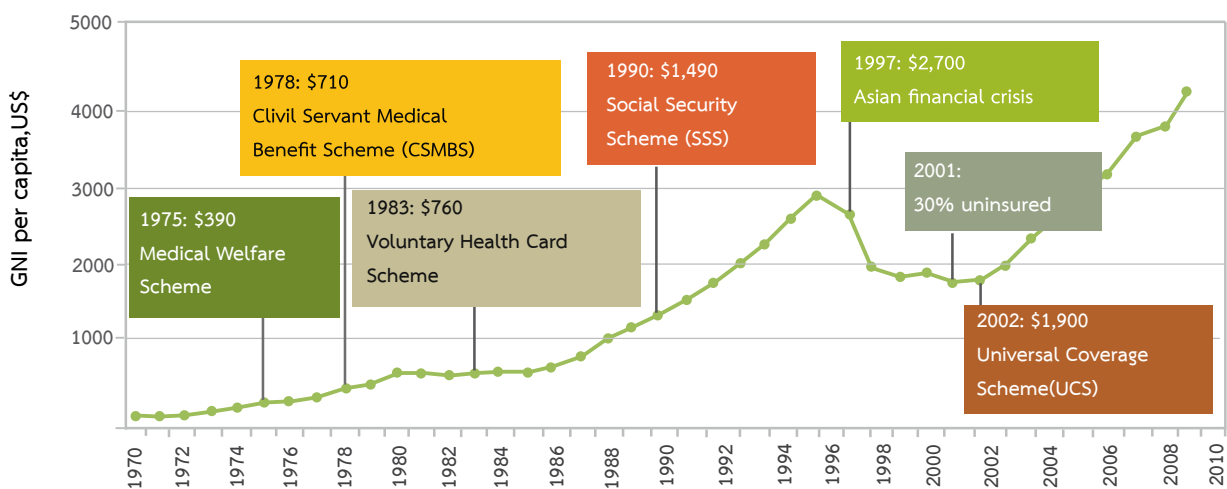
ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

8.1 พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

นับตั้งแต่ประเทศไทยได้ขยายความครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชากรเฉพาะกลุ่ม เริ่มด้วยนโยบายการรักษาพยาบาลฟรีสำหรับคนยากจน ในปี พ.ศ. 2518 การออกพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการ รักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและครอบครัวในปีพ.ศ. 2523 บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจในปี พ.ศ. 2526 พระราชบัญญัติประกันสังคมปี พ.ศ. 2533 จนกระทั่งสามารถบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชากรไทยในทุกกลุ่ม ในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทย ได้พิสูจน์ให้ประชาคมโลกเห็นแล้วว่า เป็นประเทศที่มีรายได้ต่อหัวประชากรในระดับปานกลาง (upper-middle

income country) ที่สามารถบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชากรไทยเกือบทั้งหมด (ประมาณร้อยละ 99) โดยใช้งบประมาณและทรัพยากรอย่างจำกัดและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ประเทศไทยสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชากรของประเทศได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2545 ในขณะที่ประเทศมีรายได้ประชาชาติ 1,900 ดอลลาร์สหรัฐต่อหัวประชากร (ภาพที่ 8.1) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เศรษฐกิจไทยมีการหดตัว อยู่จุดต่ำที่สุดภายหลังจากการเกิดวิกฤติเศรษฐกิจปี พ.ศ. 2540

ภาพที่ 8.1 รายได้ประชาชาติต่อหัวประชากรไทยและการขยายความครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มประชากรต่างๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2503 - 2552



ที่มา: จากรายงาน An Independent Assessment of the First 10 years (2001-2010), Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges, page 24¹

ภายหลังการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพหลักภาครัฐ 3 ระบบ ได้แก่ 1) สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) 2) กองทุนประกันสังคม (Social Health Insurance Scheme, SHI) และ 3) หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Health Coverage Scheme, UCS) ส่งผลให้มีการแยกบทบาทของหน่วยงานผู้รับประกันหรือผู้บริหารกองทุน (purchaser) และหน่วยงานผู้ให้บริการสุขภาพ (provider) อย่างชัดเจนในการดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชนทั้งสามกลุ่ม การจัดสรรงบประมาณแบบอุปทาน (supply-side financing) ให้กับหน่วยบริการภาครัฐตามจำนวนเตียงโรงพยาบาล และข้อมูลการใช้จ่ายงบประมาณในปีที่ผ่านมา ถูกแทนที่โดยการจัดสรรงบประมาณแบบอุปสงค์ (demand-side financing) ตามจำนวนประชาชนผู้มีสิทธิที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกองทุนประกันสังคม ทั้งนี้ วิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ (provider

payment methods) ของทั้งสองกองทุนดังกล่าวเป็นรูปแบบผสมผสานผ่านการจ่ายเงินแบบปลายปิด (close-ended payment) เป็นหลัก โดยวิธีการจ่ายเงินสำหรับกรณีผู้ป่วยนอกภายใต้สิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่บริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีการจ่ายเงินตามจำนวนที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (fee-for-service) สำหรับผู้ป่วยในได้มีการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) ในผู้ป่วยทั้งสามกลุ่ม แต่ยังคงมีความแตกต่างในรายละเอียดระหว่างผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตารางที่ 8.1) ทั้งนี้ สิทธิประกันสังคมเริ่มมีการนำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) มาใช้บางส่วนในกรณีผู้ป่วยใน สำหรับการประกันสุขภาพเอกชน มีการนำรูปแบบการเบิกจ่ายเงินตามผู้ให้บริการเรียกเก็บมาใช้ แต่ยังคงมีความครอบคลุมในกลุ่มประชากรต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจปานกลางไปจนถึงระดับสูง เมื่อเทียบกับผู้ประกันตนภายใต้หลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบ

ตารางที่ 8.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากรกลุ่มเป้าหมาย แหล่งการคลังสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน

สิทธิ	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุมประชากร	แหล่งการคลังสุขภาพ	รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	หน่วยบริการสุขภาพ
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและครอบครัว	ข้าราชการ รวมทั้ง บิดามารดา สามี หรือภรรยา และ บุตรอายุไม่เกิน 20 ปี	ร้อยละ 9	ภาษีทั่วไป	จ่ายตามรายการรักษาที่หน่วยบริการเรียกเก็บกรณีผู้ป่วยนอกและจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผู้ป่วยใน	หน่วยบริการภาครัฐโดยไม่จำเป็นต้องขึ้นทะเบียนกับกรมบัญชีกลาง และหน่วยบริการภาคเอกชนกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน
ประกันสังคม	ผู้ประกันตนที่มีสถานะเป็นลูกจ้างทำงานอยู่ในสถานประกอบการที่มีพนักงานตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 60 ปี	ร้อยละ 16	เงินสมทบจาก ผู้ประกันตน นายจ้าง และ รัฐบาล	เหมาจ่ายรายหัวทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยมีการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับกรณีฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงและผู้ประกันตนที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง	หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม

ตารางที่ 8.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของประชากรกลุ่มเป้าหมาย แหล่งการคลังสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุน (ต่อ)

สิทธิ	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ความครอบคลุมประชากร	แหล่งการคลังสุขภาพ	รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล	หน่วยบริการสุขภาพ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง)	ประชากรไทยที่ไม่ถูกครอบคลุมโดยสวัสดิการรักษาศูนย์หรือประกันสังคม	ร้อยละ 75	ภาษีทั่วไป	เหมาจ่ายรายหัวกรณีผู้ป่วยนอกและจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกรณีผู้ป่วยใน	หน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำสัญญากับ สปสช.
ประกันสุขภาพเอกชน	กลุ่มประชากรที่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกันโดยสมัครใจ	ร้อยละ 2.2	เบี้ยประกันสุขภาพ	จ่ายตามรายการรักษาที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ	หน่วยบริการทั้งรัฐและเอกชน

ที่มา: ดัดแปลงจากรายงาน The Kingdom of Thailand: Health System Review, Health Systems in Transition (HITs) Vol 5, No 5: 2015²

8.2 ผลสัมฤทธิ์ของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสามมิติของหลักการ UHC Cube³ และแนวคิดหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ “การสร้างหลักประกันให้กับคนทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย ด้วยบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ประชาชนและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน”⁴

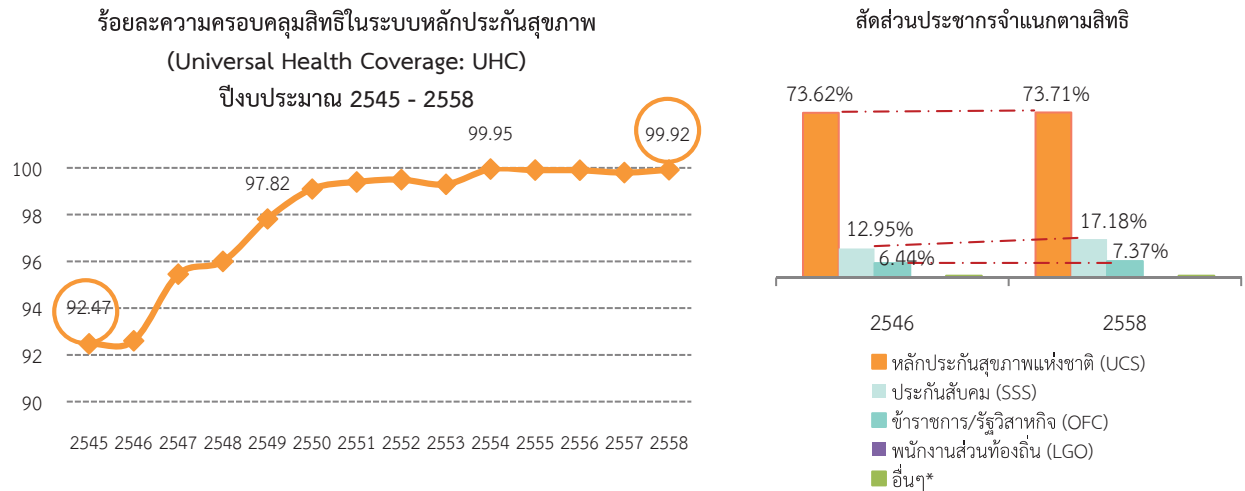
8.2.1 ความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพ

นับตั้งแต่การขยายความครอบคลุมในการประกันสุขภาพให้กับประชากรเฉพาะกลุ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยในปัจจุบันจำนวนประชากรร้อยละ 99.99 ของประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึง

การรักษาพยาบาลที่จำเป็นต่อสุขภาพได้ (ภาพที่ 8.2) ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลของสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. พบว่า ในปีพ.ศ. 2558 ประชาชนไทยประมาณร้อยละ 73.7 มีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(บัตรทอง) ร้อยละ 17.2 เป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม และร้อยละ 7.4 เป็นผู้ที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาศูนย์ราชการและครอบครัว นอกจากนี้ ประมาณร้อยละ 2.0 ของประชากรที่ได้รับการครอบคลุมโดยสิทธิอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น นอกจากนี้ ในปีพ.ศ. 2558 แรงงานต่างด้าวที่มีเอกสารถูกต้องตามกฎหมาย และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคมประมาณ 490,100 คน ก็ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสังคม และมีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการผ่อนผันให้มีการพิสูจน์สัญชาติและซื้อบัตรประกันสุขภาพภายใต้การบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,568,878 คน⁵

* กลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ภาพที่ 8.2 ร้อยละความครอบคลุมของสิทธิในระบบประกันสุขภาพของประชากรไทยปี พ.ศ. 2545 - 2558



ที่มา: วิเคราะห์ข้อมูลจากสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ข้อมูล ณ กันยายน พ.ศ. 2558

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากสำนักบริหารงานทะเบียน สปสช. ปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้มีสิทธิบัตรทองที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิมากกว่า 5 หมื่นคน นอกจากนี้กลุ่มประชากรที่เป็นประชากรชายขอบ (marginalized population) กลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (stateless population) และแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีเอกสารทางการ (undocumented migrants) ซึ่งประมาณการณ์ว่ามีแรงงานต่างด้าวกลุ่มดังกล่าวพำนักอาศัยในประเทศไทยทั้งแบบชั่วคราวและกึ่งถาวรมากกว่า 2 ล้านคน ซึ่งประชากรเหล่านี้เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจำเป็นต้องขยายความครอบคลุมในการสร้างหลักประกันสุขภาพในอนาคต

8.2.2 สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้างขวาง
 ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงจำนวนมาก

นับตั้งแต่เริ่มดำเนินการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) มีความครอบคลุมบริการสุขภาพที่กว้างขวาง ตั้งแต่บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การผ่าตัด บริการทางทันตกรรม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งการดำเนินการในระยะเวลาดังกล่าว คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พิจารณาขยายชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการสุขภาพประเภทใหม่ๆ และมีราคาแพงที่ผ่านการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สามารถป้องกันภาวะล้มละลายของครัวเรือนจากค่ารักษาพยาบาล และมีความจำเป็นต่อการพัฒนาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้มีสิทธิบัตรทองและประชาชนไทยโดยรวม (ภาพที่ 8.3)

ภาพที่ 8.3 พัฒนาการของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ระหว่างปีพ.ศ. 2545 -2558

พ.ศ. 2558 1) เพิ่มการเข้าถึงยาในบัญชียาหลักๆ ยาบัญชี จ (2) จำนวน 4 รายการ 2) การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ที่โดยไม่จำกัดระดับค่า CD4		
พ.ศ. 2557 1) ระบบการเบิกจ่ายกลางของประเทศ(National Clearing House) 2) บูรณาการรักษาโรคมะเร็งมาตรฐานเดียวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ 3) บูรณาการระบบประกันสุขภาพภาครัฐกรณีฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ต้องถามสิทธิ์ 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC)		
พ.ศ. 2556 1) ขยายความครอบคลุมวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลเพิ่มขึ้นอีก 2 กลุ่ม 2) ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดในมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง 3) ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรูปแบบของ home care และ community care 4) บำบัดโรคทางจิตเวชโดยไม่จำกัดระยะเวลากรณีผู้ป่วยใน		
พ.ศ. 2553 1) การเข้าถึงยากำพร้า, ยาแพทย์แผนไทย 2) บำบัดโรคทางจิตเวชโดยไม่จำกัดระยะเวลากรณีผู้ป่วยใน	พ.ศ. 2555 1) การปลูกถ่ายตับในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่มีภาวะท่อน้ำดีตีตันแต่กำเนิด 2) การปลูกถ่ายหัวใจ	
พ.ศ. 2550 บริการแพทย์แผนไทย	พ.ศ. 2551 1) บำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (PD, HD,KT) 2) บริการทดแทนยาเสพติด (methadone) สำหรับผู้ติดยาที่สมัครใจบำบัด	พ.ศ. 2552 1) การเข้าถึงยารักษาแพลง บัญชียา จ (2) 2) วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
พ.ศ. 2545 คนไทยผู้มีสิทธิประกันสุขภาพบัตรทองได้รับสิทธิครอบคลุมการบริการสุขภาพ ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษาทางการแพทย์ บริการทางทันตกรรม ยา ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ		พ.ศ. 2548 บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยาต้านไวรัสเอดส์, การตรวจทางห้องปฏิบัติการ, การให้คำปรึกษาตรวจเลือดแบบสมัครใจ, ถุงยางอนามัย)

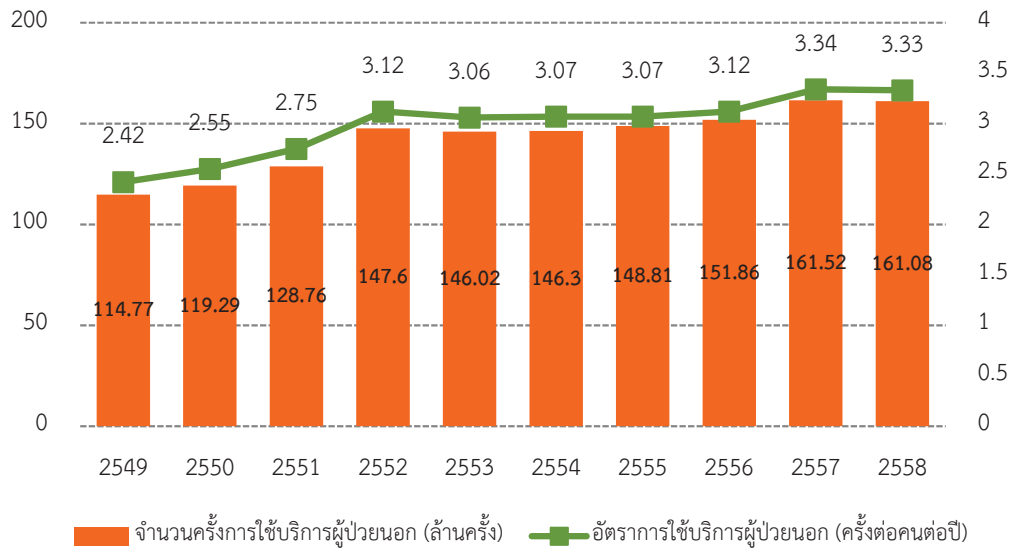
ที่มา: ดัดแปลงจากคู่มือการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2559

8.2.3. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ภายหลังจากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นจากการลดกำแพงด้านราคา (financial barriers) และการมีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวาง พบว่า จำนวนครั้งของการ

ใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้มีสิทธิบัตรทองเพิ่มขึ้นจาก 114.77 ล้านครั้งในปีพ.ศ. 2549 เป็น 161.08 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2558 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 40.35 ในช่วงระยะเวลา 10 ปี โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 2.42 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2549 เป็น 3.33 ครั้งต่อคนต่อปีในปี พ.ศ. 2558 (ภาพที่ 8.4)

ภาพที่ 8.4 จำนวนครั้งและอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกผู้มีสิทธิบัตรทองระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2558

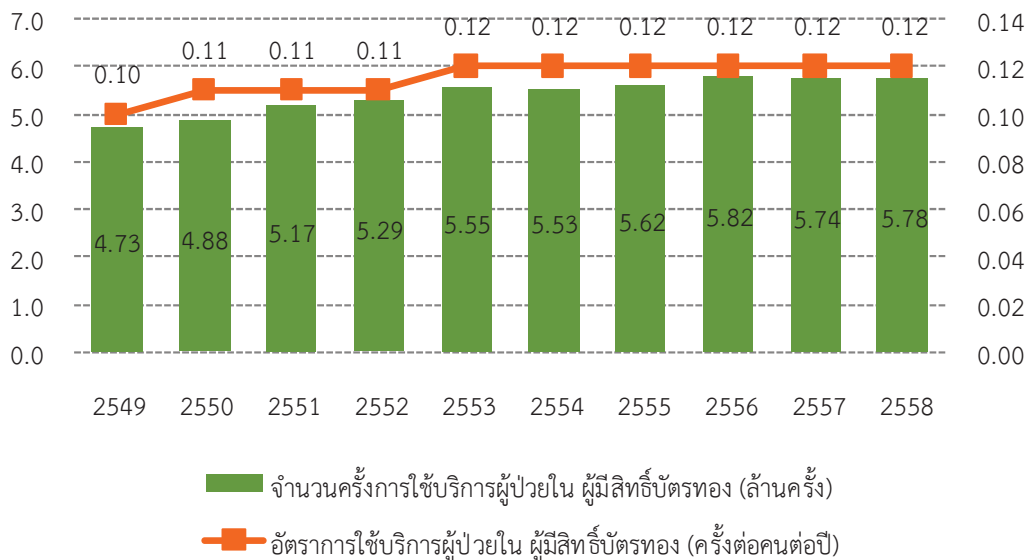


ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสาร “13 ปีกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559⁵

สำหรับกรณีผู้ป่วยใน พบว่า ผู้มีสิทธิบัตรทองมีจำนวนครั้งในการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 4.73 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2549 เป็น 5.78 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2558 โดยอัตราการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 0.067 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 0.10 ครั้งต่อคนต่อปีใน

ปีพ.ศ. 2549 และ 0.12 ครั้งต่อคนต่อปีในปีพ.ศ. 2558 ตามลำดับ (ภาพที่ 8.5) ซึ่งการเพิ่มของอัตราการให้บริการผู้ป่วยในไม่เพิ่มมากนักเมื่อเทียบกับการให้บริการผู้ป่วยนอก เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนเตียงในการรองรับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล

ภาพที่ 8.5 จำนวนครั้งในการให้บริการผู้ป่วยใน (ล้านครั้ง) และอัตราการนอนโรงพยาบาล (ครั้งต่อคนต่อปี) ผู้มีสิทธิบัตรทองระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2558

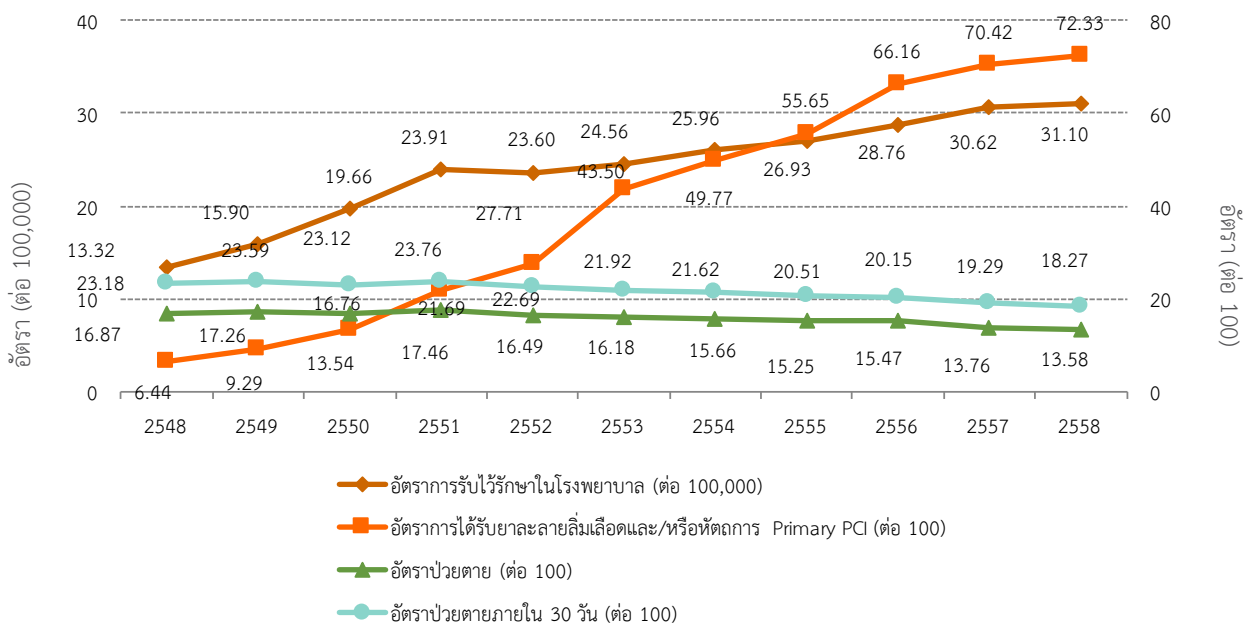


ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสาร “13 ปีกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีราคาแพงคือ การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ หัตถการ Primary PCI ของผู้ป่วยสิทธิบัตรทองที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด ST-elevated ระหว่างปีพ.ศ. 2548 - 2558 พบว่ามีอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือ หัตถการดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.44 ในปีพ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 72.33 ในปีพ.ศ. 2558

(เพิ่มขึ้นประมาณ 11.2 เท่า) โดยมีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มจาก 13.32 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2548 เป็น 31.10 ต่อแสนประชากรในปีพ.ศ. 2558 (ภาพที่ 8.6) ในขณะที่อัตราป่วยตายจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลงจากร้อยละ 16.87 ในปีพ.ศ. 2548 เหลือร้อยละ 13.58 ในปีพ.ศ. 2558

ภาพที่ 8.6 การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ หัตถการ Primary PCI ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevated (STEMI) สิทธิบัตรทองที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2548 – 2558

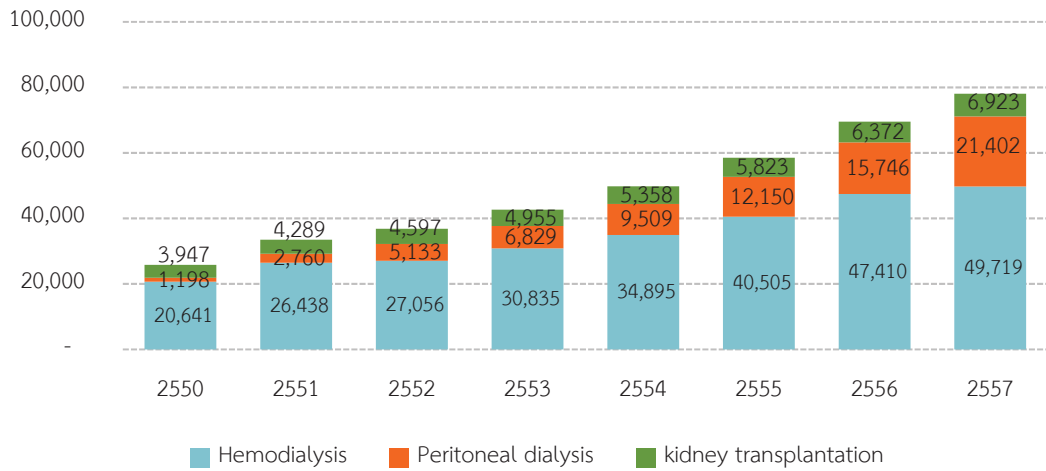


ที่มา: ข้อมูล e-claim สำนักบริหารสารสนเทศการประกัน สปสช. (ข้อมูล ณ กันยายน พ.ศ. 2558)

นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) ที่เข้าถึงบริการทดแทนไต (renal replacement therapy - RRT) ภายหลังจากการผนวกรวมบริการทดแทนไตเข้าไปอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ในปีพ.ศ. 2550 (ภาพที่ 8.7) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่เข้าถึงบริการตรวจเลือด การให้คำปรึกษาและยาต้านไวรัสเอดส์

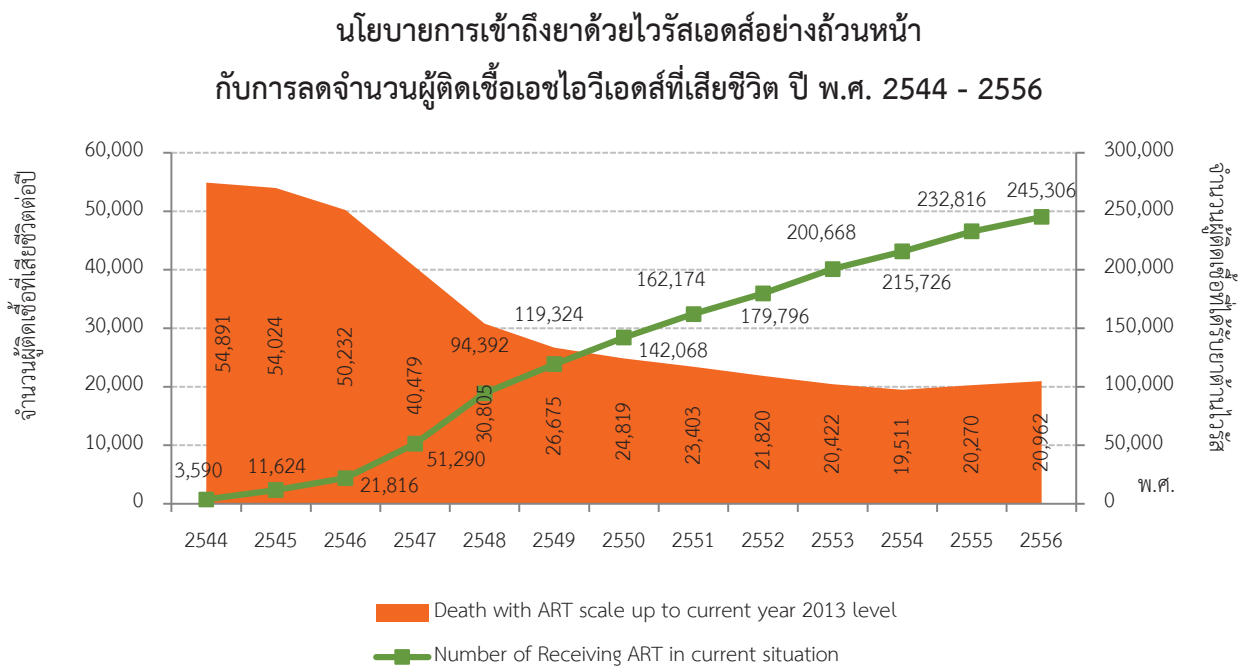
โดยไม่จำกัดระดับค่า CD4 (ภาพที่ 8.8) จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถเข้าถึงเคมีบำบัดและรังสีรักษา และผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไขกระดูก ตับ ไต และหัวใจ ภายใต้อุดหนุนสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นของประชาชนชาวไทย

ภาพที่ 8.7 จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการทดแทนไตทั้ง 3 ประเภท (HD, PD, KT) ระหว่างปีงบประมาณ 2550 - 2557



ที่มา: ดัดแปลงจาก Thailand Renal Replacement Therapy Report 2014; Nephrology Society of Thailand

ภาพที่ 8.8 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่เสียชีวิตต่อปีและจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างปีพ.ศ. 2544 - 2556



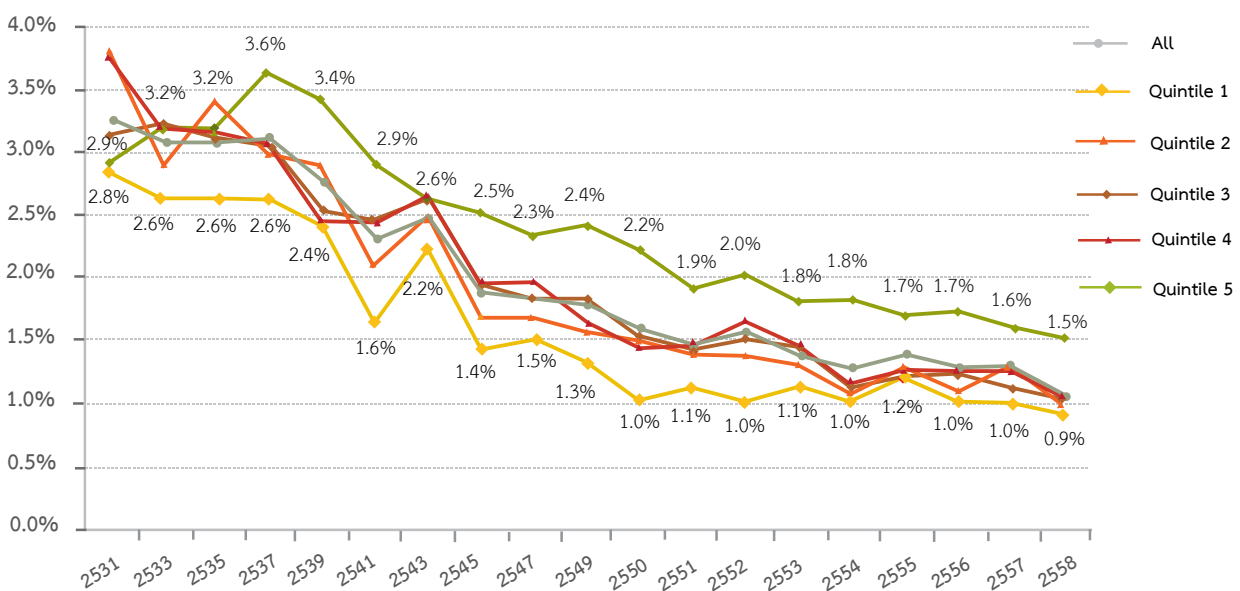
ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสารนำเสนอการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการควบคุมโรคโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กรณีโรคเอดส์ โดย นพ.ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ กุมภาพันธ์ 2559

8.2.4 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยมีแนวโน้มลดลง

จากการวิเคราะห์ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเปรียบเทียบกับรายจ่ายโดยรวมทั้งหมดของครัวเรือนไทยระหว่างปีพ.ศ. 2531 - 2558 พบว่ามีแนวโน้มลดลงในทุกกลุ่มควินไทล์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2558 โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ทั้งนี้ครัวเรือนไทยในกลุ่มควินไทล์ที่ยากจนที่สุด (Q1) มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ.

2531 ลดลงเหลือร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ. 2543 และเหลือเพียงร้อยละ 0.9 ในปีพ.ศ. 2558 (ภาพที่ 8.9) ในขณะที่ครัวเรือนในกลุ่มควินไทล์ที่ร่ำรวยที่สุด (Q5) มีสัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 2.9 ในปีพ.ศ. 2531 และลดเหลือร้อยละ 2.6 และ ร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2558 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การขยายระบบประกันสุขภาพให้กับประชากรเฉพาะกลุ่มก่อนปี พ.ศ. 2545 และนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 ได้ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้กับครัวเรือนไทยในทุกกลุ่มเศรษฐกิจ (ควินไทล์)

ภาพที่ 8.9 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายโดยรวมจำแนกตามกลุ่มควินไทล์ ระหว่างปี พ.ศ. 2531 - 2538

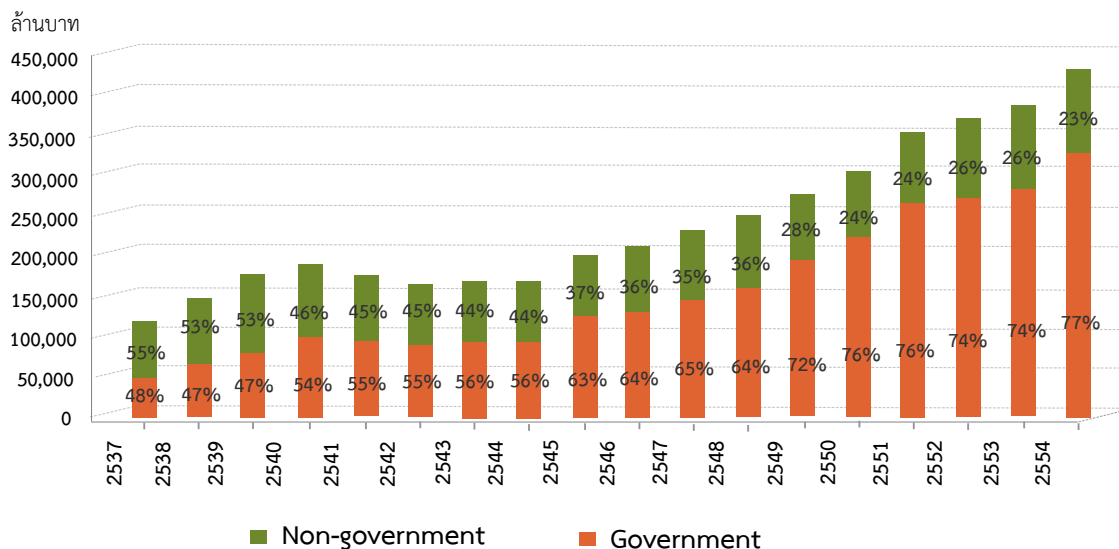


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2531-2558, วิเคราะห์โดย ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

นอกจากนี้ ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2537 ถึงปี พ.ศ. 2554 บ่งชี้ว่า ภาครัฐเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนไทย ภายหลังจากภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชีย (Asian financial crisis) ในปีพ.ศ. 2540 และ การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 โดยสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มจากร้อยละ 47 ในปีพ.ศ. 2539 เป็นร้อยละ

54-56 ในปีพ.ศ. 2540 ถึง 2544 และภายหลังจากการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับร้อยละ 77 ในปีพ.ศ. 2554 (ภาพที่ 8.10) ทั้งนี้สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพที่มาจาก การจ่ายเองโดยประชาชน ณ จุดบริการ (out-of-pocket payments) ลดลงจากร้อยละ 44 ในปีพ.ศ. 2537 เหลือเพียงร้อยละ 11.3 ในปีพ.ศ. 2556⁶

ภาพที่ 8.10 สัดส่วนรายจ่ายด้านสุขภาพภาครัฐและนอกภาครัฐต่อรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด พ.ศ. 2537 - 2554



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2537-2554⁷

8.2.5 การปกป้องครัวเรือนไทยจากการล้มละลายและการตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทยระหว่างปีพ.ศ. 2531 - 2556 พบว่า ภายหลังจากการดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 จำนวนและสัดส่วนของครัวเรือนไทยที่ประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ก่อนการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างปีพ.ศ. 2541 - 2543 ร้อยละ 5.3-5.7 ของครัวเรือนไทยประสบภาวะล้มละลายจากรายจ่ายด้าน

สุขภาพ แต่ภายหลังจากการดำเนินนโยบายฯ สัดส่วนของครัวเรือนไทยที่ล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 4.1 ในปีพ.ศ. 2545 เหลือเพียงร้อยละ 2.3 ในปีพ.ศ. 2556 (ตารางที่ 8.2)

นอกจากนี้ จำนวนและสัดส่วนของครัวเรือนที่ยากจนลงและตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มลดลงภายหลังจากการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2545 โดยสัดส่วนของครัวเรือนไทยที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพลดลงจากร้อยละ 2.01 ในปีพ.ศ. 2543 เหลือเพียงร้อยละ 1.32 ในปีพ.ศ. 2545 และเหลือเพียงร้อยละ 0.47 ในปีพ.ศ. 2556

ตารางที่ 8.2 จำนวนและร้อยละของครัวเรือนไทยที่ประสบภาวะล้มละลายและตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจากภาวะ
ค่ารักษาพยาบาล

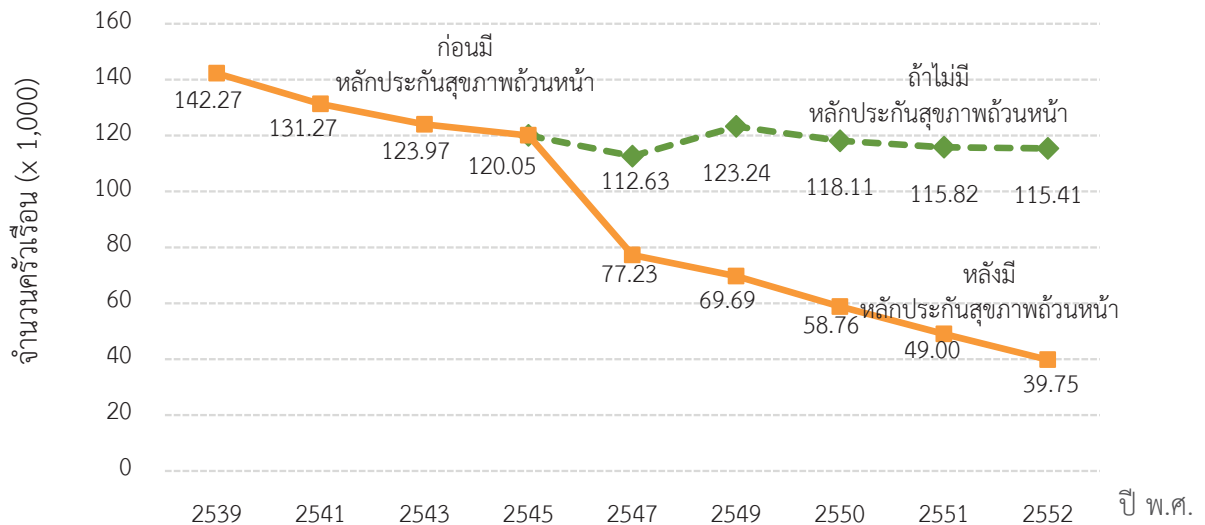
ปีการสำรวจครัวเรือน SES (พ.ศ.)	จำนวนครัวเรือนไทยทั้งหมด	จำนวนครัวเรือนที่ล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพ *	ร้อยละ	จำนวนครัวเรือนที่ตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ	ร้อยละ
2531	8,937,204	709,491	7.9	210,502	2.36
2533	10,889,455	769,587	7.1	253,225	2.33
2535	13,048,425	890,307	6.8	301,546	2.31
2537	13,596,556	923,688	6.8	331,289	2.44
2539	15,037,617	898,127	6.0	328,285	2.18
2541	15,758,118	835,471	5.3	262,539	1.67
2543	16,086,387	923,568	5.7	323,026	2.01
2545	16,322,888	663,254	4.1	215,745	1.32
2547	16,764,948	684,360	4.1	184,007	1.10
2549	18,051,154	695,492	3.9	179,180	0.99
2550	18,178,078	588,296	3.2	166,095	0.91
2551	18,993,685	594,215	3.1	150,452	0.79
2552	19,579,397	644,034	3.3	154,735	0.79
2553	19,740,665	567,733	2.9	139,220	0.71
2554	19,986,151	493,650	2.5	109,670	0.55
2555	20,068,041	528,780	2.6	105,174	0.52
2556	20,167,840	460,159	2.3	93,858	0.47

ที่มา: วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนไทย (SES) ระหว่างปีพ.ศ. 2531 ถึง 2556 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
หมายเหตุ*: รายจ่ายด้านสุขภาพที่ทำให้ครัวเรือนล้มละลายหมายถึงรายจ่ายด้านสุขภาพที่มากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายโดยรวมทั้งหมดของครัวเรือน

ทั้งนี้เมื่อประมาณการณจำนวนครัวเรือนที่ได้
รับการปกป้องจากการตกอยู่ใต้เส้นความยากจนจาก
รายจ่ายด้านสุขภาพภายหลังจากการดำเนินนโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 จนถึง

ปี พ.ศ. 2549 พบว่า ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สามารถปกป้องครัวเรือนมากกว่า 290,000 ครัวเรือน
จากการตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้าน
สุขภาพ (ภาพที่ 8.11)

ภาพที่ 8.11 จำนวนครัวเรือนไทยที่ได้รับการปกป้องจากการตกอยู่ภายใต้เส้นความยากจนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 - 2552



ที่มา: HISRO (2012) Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010).⁶

นอกจากนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์ได้แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ที่สำคัญของการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการทำให้คนยากจนที่อยู่ในเมืองและชนบท รวมทั้งประชาชนที่อาศัยในถิ่นทุรกันดารสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์ด้านสิทธิประโยชน์ที่พบว่า การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยนั้นเป็นการดำเนินงานเพื่อให้คนยากจนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น และทรัพยากรของภาครัฐกระจายไปสู่ประชากรที่ยากจน ทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความเป็นธรรมทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยสำคัญ 2 ประการที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ดังกล่าวคือ

ปัจจัยที่หนึ่ง การมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศจนถึงระดับชุมชนและหมู่บ้าน จากการที่รัฐบาลได้ลงทุนด้านการพัฒนาโครงสร้างหน่วยบริการสาธารณสุขและกำลังคนด้าน

สุขภาพในสามทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งปัจจัยนี้ได้ส่งผลต่อประชาชนในทุกพื้นที่ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม

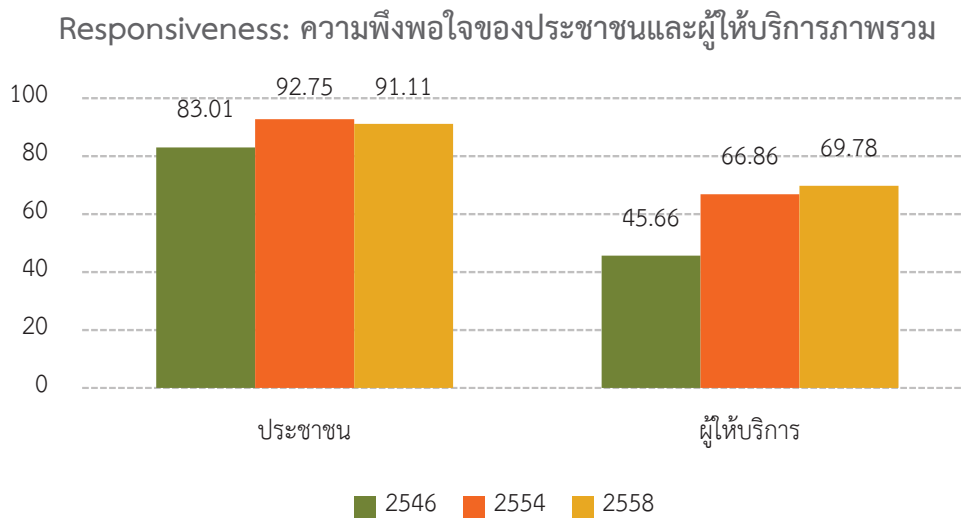
ปัจจัยที่สอง คือ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกด้านโดยไม่ต้องมีการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ซึ่งทำให้ลดรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ลดภาวะการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและป้องกันครัวเรือนไม่ให้ประสบภาวะความยากจนจากรักษาพยาบาล

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ซึ่งเป็นหนึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั่วประเทศ มีชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกด้าน สามารถดำเนินงานตามงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร ทั้งนี้เนื่องจากใช้วิธีการบริหารงบประมาณแบบปลายปิด และจ่ายค่าบริการโดยวิธีผสมผสาน คือ ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวสำหรับกรณีผู้ป่วยนอก และจ่ายเงินชดเชยให้กับสถานพยาบาลตามค่า DRG สำหรับกรณีผู้ป่วยในและ

ค่ารักษาที่ราคาแพง ซึ่งการจ่ายแบบวิธีผสมผสานแบบ
ปลายปิดนี้มีประสิทธิภาพในการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นอย่างดี
ดี ในขณะที่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีความพึงพอใจต่อ
การให้บริการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ
83-93 จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2546-2558 (ภาพที่
8.12) และบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการมีความพึงพอใจ
เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.66 ในปีพ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ
69.78 ในปี พ.ศ. 2558 ข้อพึงทราบคือ ผู้ให้บริการสุขภาพ

ส่วนใหญ่ที่ดำเนินงานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วน
หน้าเป็นสถานพยาบาลภาครัฐที่ไม่หวังผลกำไรและโรง
พยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยบริการ
สุขภาพหลักของประเทศ บุคลากรสาธารณสุขผู้เสียสละ
ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้มีส่วนสำคัญในการ
ทำให้ประเทศไทยสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของ
การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าว

ภาพที่ 8.12 ความพึงพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2558



ที่มา: เอกสาร “13 ปีกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดประเภท
และขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

จากความสำเร็จด้านผลลัพธ์สุขภาพ โดยเฉพาะ
ปัจจุบัน ข้อมูลสถิติชีพของประเทศไทยปีพ.ศ. 2558 พบว่า
ประชาชนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 74 ปี (เพศ
ชาย 71.6 ปี เพศหญิง 78.4 ปี) อัตราตายของเด็ก 12.3
ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
ของประเทศในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็น ร้อยละ 4.6 ของ
ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ นับว่าระบบสุขภาพของ
ไทยมีประสิทธิภาพและถูกจัดให้เป็นหนึ่งในประเทศที่มี

รายได้ปานกลางที่มีระบบสุขภาพที่ดีที่สุด ดังนั้น ผลลัพธ์
ที่พึงประสงค์จากการดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าโดยเฉพาะการลดภาวะความยากจนจากการ
ล้มละลายจากรายจ่ายด้านสุขภาพและการส่งเสริมให้
ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG)
จึงควรให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย
ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐอย่าง
เพียงพอและต่อเนื่อง

8.3 การพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ประเทศไทยยังได้สร้างเสริมศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของเทคโนโลยีทางการแพทย์และยาใหม่ ก่อนที่จะบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์หรือบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นรายการบัญชียาที่ใช้อ้างอิงในการบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพภาค รัฐ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนให้มีการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อได้มาซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบรรจุบริการสุขภาพ ยาและเทคโนโลยีสุขภาพที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในชุดสิทธิประโยชน์ผ่านโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เป็นศูนย์การเรียนรู้ให้กับนานาประเทศในด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในหลายด้าน เช่น ยุทธศาสตร์การจัดซื้อและการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้กับผู้ให้บริการ การติดตามและตรวจสอบคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความ

เข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ การจัดทำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยประเทศไทยยังได้จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการออกแบบให้เหมาะสมกับการจัดทำนโยบาย และได้จัดคู่มือสำหรับผู้ดำเนินงานและปฏิบัติการ ประสบการณ์จริงของไทยในการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและด้านที่เกี่ยวข้องได้ถูกถ่ายทอดให้ผู้ที่มาศึกษาตามศูนย์เรียนรู้ต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โครงการ CapUHC และโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยและญี่ปุ่นเป็นผู้จัดทำโปรแกรมการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนความรู้โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน นอกจากนี้ประเทศสมาชิกอาเซียน บวกสาม (รวมญี่ปุ่น สาธารณรัฐเกาหลี และจีน) ได้ริเริ่มการสร้างเครือข่ายหลักประกันสุขภาพของประเทศสมาชิกอาเซียนบวกสามซึ่งได้รับความเห็นชอบจากรัฐมนตรีสาธารณสุขของประเทศสมาชิกอาเซียนบวกสามในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2555 และได้จัดตั้งเครือข่ายดังกล่าวในปี พ.ศ. 2557

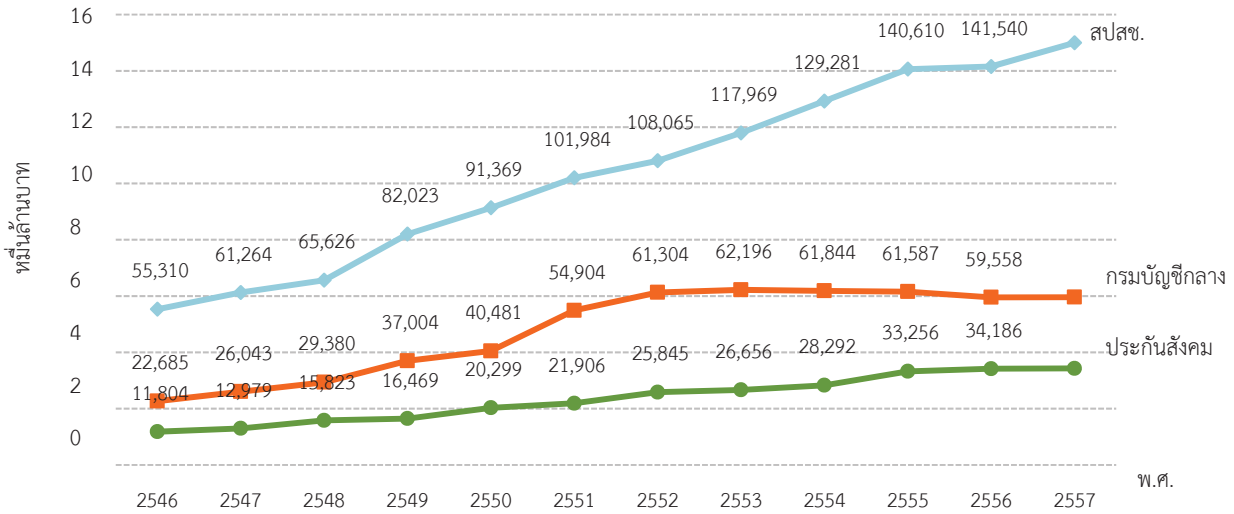
8.4 ความท้าทายของระบบประกันสุขภาพ

8.4.1. ความยั่งยืนทางการเงินของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีขึ้นและอัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ต้นทุนการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสุขภาพและการค้นพบยาตัวใหม่ๆ ที่ส่วนใหญ่มีราคาแพง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายของทั้งสามกองทุนประกันสุขภาพที่ภาครัฐให้การสนับสนุนมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ 8.13) โดยการลงทุนด้านสุขภาพของภาครัฐเพิ่มจากร้อยละ 10.4 ของค่าใช้จ่ายภาครัฐ

ทั้งหมดในปีพ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 17.0 ในปีพ.ศ. 2556 ซึ่งส่งผลให้เกิดข้อกังวลในประเด็นภาระงบประมาณภาครัฐและความยั่งยืนทางการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึง 2556 พบว่าประเทศไทยยังมีรายจ่ายด้านสุขภาพอยู่ในระหว่างร้อยละ 3.5-4.5 ของ GDP ซึ่งแม้ว่าอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะสูงกว่าอัตราเพิ่มของ GDP แต่ด้วยศักยภาพการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ รัฐบาลไทยยังคงมีศักยภาพเพียงพอในการลงทุนด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ภาพที่ 8.13 ค่าใช้จ่ายสามกองทุนประกันสุขภาพ ปีพ.ศ. 2546 - 2557



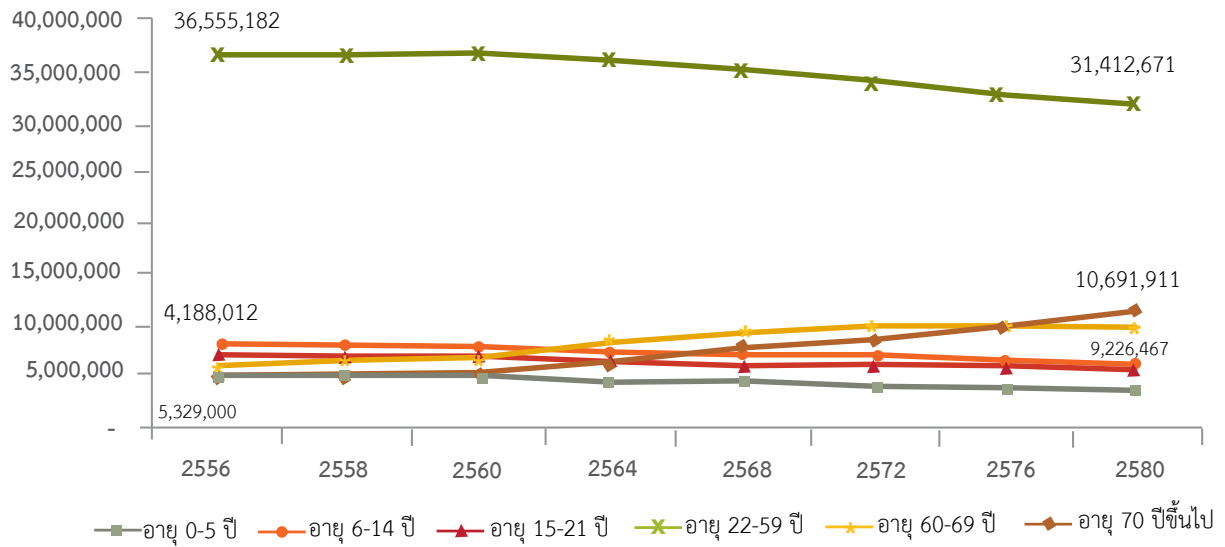
ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสาร “การจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสข. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

8.4.2. ความเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและแบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

จากสถานการณ์โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปและมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2568 ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 10,014,699 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ (ภาพที่ 8.14) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.0 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2577 ในขณะที่ดัชนีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 47.7 ใน พ.ศ. 2550 เป็น 60.8 ใน พ.ศ. 2554 นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจาก 6.3 ใน พ.ศ. 2550 เหลือ 5.5 ใน พ.ศ. 2554 รวมทั้งยังพบว่าอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16.0 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 18.1 ใน พ.ศ. 2554

จากการสำรวจภาวะผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 26 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พบความชุกสูงถึงร้อยละ 43 ในเพศชายและร้อยละ 50 ในเพศหญิง นอกจากนี้ การคัดกรองโดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและประเมินความจำเป็นด้านการสนับสนุนบริการและจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมจำนวน 6,394,022 ราย โดยกระทรวงสาธารณสุข จำแนกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดเตียงร้อยละ 1.4 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 19.48 และกลุ่มติดสังคมร้อยละ 79.12 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการทรัพยากรสุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่จะต้องมีการใช้เพิ่มมากขึ้นในอนาคตอันใกล้

ภาพที่ 8.14 คาดประมาณประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุระหว่างปีพ.ศ. 2556 - 2580



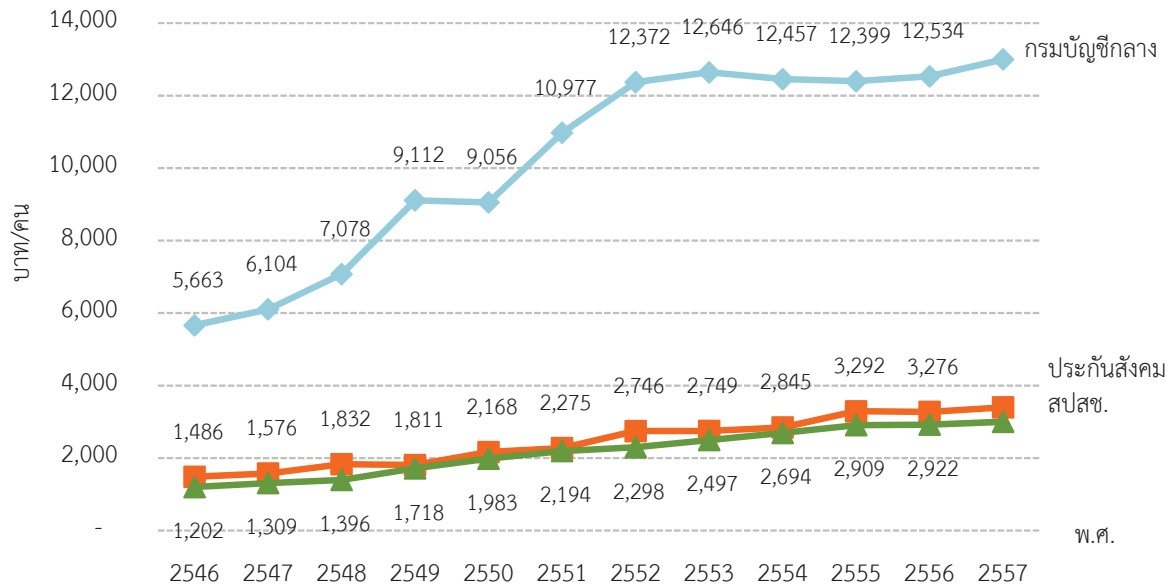
ที่มา: การคาดประมาณประชากรระดับประเทศ (รายอายุและเพศ) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

ความท้าทายต่างๆได้แก่ โอกาสในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในผู้ใหญ่อายุระหว่าง 15-60 ปีค่อนข้างสูง ผู้ชายอยู่ที่ระดับ 207 และผู้หญิงอยู่ที่ระดับ 105 ต่อประชากรพันคน ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร มะเร็ง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาและความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร นอกจากนี้ ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับอนาคตผ่านการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วนที่เข้มแข็งเพื่อบรรลุเป้าหมายสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้น

8.4.3. ความแตกต่างระหว่าง 3 กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ

สืบเนื่องจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศไทยประกอบด้วย 3 ระบบประกันสุขภาพซึ่งมีแหล่งการคลังสุขภาพ กลุ่มประชากรเป้าหมาย กฎหมายที่รองรับ และโครงสร้างอภิบาลระบบ (governance) ที่แตกต่างกัน ทำให้มีการกำหนดกลไกและรูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลมีสิทธิได้รับ และระบบข้อมูลข่าวสารที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ อัตราค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรของผู้มีสิทธิใน 3 ระบบประกันสุขภาพก็มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก (ภาพที่ 8.15) ทำให้เกิดปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพระหว่างผู้มีสิทธิใน 3 ระบบประกันสุขภาพ

ภาพที่ 8.15 ค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรผู้มีสิทธิของ 3 ระบบประกันสุขภาพระหว่างปีพ.ศ. 2546 - 2557



ที่มา: ดัดแปลงจากเอกสาร “การจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” นำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559

8.4.4 การเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรภาครัฐ

จากการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของสามกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ พบว่า ค่าใช้จ่ายโดยส่วนใหญ่ถูกจัดสรรให้กับกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล โดยงบประมาณส่วนน้อยถูกจัดสรรให้กับกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ถึงแม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะมีการจัดสรรงบประมาณ

จำนวนหนึ่งในรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัวให้กับกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แต่ยังคงขาดระบบการจ่ายเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมทำให้ผลงานและผลสัมฤทธิ์ของงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน ในขณะที่การประเมินกิจกรรมที่สามารถนับวัดได้ต่ำกว่าเป้าหมายและไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายเท่าที่ควร

8.5 บทสรุปการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพไทยในอนาคต

จากการที่ประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติได้ให้คำมั่นที่จะดำเนินการตามเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าประสงค์ที่ 3.8 ในการบรรลุการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงให้เห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความก้าวหน้าไปไกลกว่าการสนับสนุนทางการเมืองเพียงภายในประเทศเท่านั้นแล้ว ซึ่งจากประสบการณ์การดำเนินนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยกว่าหนึ่งทศวรรษแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จและผลสัมฤทธิ์ในการขยายความครอบคลุมการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน

ที่อาศัยอยู่ในแผ่นดินไทยทุกกลุ่ม การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพโดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเพศ เศรษฐฐานะ และถิ่นที่อยู่อาศัยและท้ายที่สุด การปกป้องครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นท้าทายต่อระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าและมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืนต่อไป

จากสถานการณ์ที่การสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าได้ถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายที่ 3.8 ของ
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ค.ศ. 2016 - 2030 (SDGs)
ช่วงเวลานี้จึงเป็นช่วงเวลาที่ดีในการนำปณิธานทางการ
เมืองที่ทุกประเทศให้ความเห็นชอบมาสู่การปฏิบัติอย่าง
จริงจัง ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการที่
ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประเทศต่างๆ ไม่สามารถบรรลุ
เป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ความร่วมมือระหว่าง
ประเทศแบบใต้-ใต้ (South-South Collaboration)
เพื่อสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรใน
การออกแบบและดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าจึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการบรรลุผลลัพธ์อันพึง
ประสงค์อย่างยั่งยืน

บทที่ 9

ความพร้อมด้านสาธารณสุข ของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน

พันธสัญญาในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ. 2558 (ASEAN Community 2015) ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ประเทศไทยมองเห็นโอกาสและค้ำประกันถึงผลกระทบอันอาจเกิดขึ้นที่จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมรองรับอย่างเหมาะสม โดยให้ความสำคัญต่อการปรับตัวของทุกภาคส่วนในสังคมให้มีขีดความสามารถและมีความพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงในบริบทของความร่วมมือ

ระหว่างประเทศในทุกๆ มิติ ที่จะพัฒนาไปสู่การเสริมสร้างความเข้มแข็งและความมั่นคงของภูมิภาค เพื่อให้ประเทศมีความเจริญก้าวหน้าและเติบโตได้อย่างสมดุลและยั่งยืน โดยในมิติของการพัฒนาทางสังคมด้านสุขภาพ ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมความพร้อมด้านสาธารณสุขของประเทศมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สภาพการณ์ประชาคมอาเซียนและผลกระทบต่อประเทศไทยในด้านสุขภาพและระบบสาธารณสุขในการรวมประชาคม

การรวมกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้ง 10 ประเทศ ประกอบด้วย 1) เนการาบรูไนดารุสซาลาม 2) ราชอาณาจักรกัมพูชา 3) สาธารณรัฐอินโดนีเซีย 4) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 5) สหพันธรัฐมาเลเซีย 6) สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาร์ 7) สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ 8) สาธารณรัฐสิงคโปร์ 9) ราชอาณาจักรไทย และ 10) สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม เป็นประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) โดยสมบูรณ์ในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2558 เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่กระตุ้นให้กลุ่มประเทศเหล่านี้ขยายความร่วมมือกันอย่างรอบด้านและมีพลวัต เพื่อให้เท่าทันและตอบสนองต่อพัฒนาการและความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) และการเข้าสู่ระบบภูมิภาคนิยม (regionalism) เพื่อให้ภูมิภาคมีความเข้มแข็ง และมีอำนาจในการต่อรองหรือการเจรจา

กับภูมิภาคอื่น โดยอาเซียนแบ่งการพัฒนาหลักเป็น 3 เสาหลัก คือ เสาหลักการเมืองและความมั่นคง (ASEAN Political Security Community; APSC) เสาหลักเศรษฐกิจ (ASEAN Economic Community; AEC) และเสาหลักสังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Socio-Cultural Community; ASCC) เพื่อมุ่งสู่การเป็นประชาคมหนึ่งเดียว “One Vision One Identity One Community” ซึ่งการรวมตัวดังกล่าวจะทำให้อาเซียนมีประชากรรวมกันจำนวนกว่า 600 กว่าล้านคน ในพื้นที่ขนาดใหญ่ถึง 4.5 ล้านตารางกิโลเมตร โดยในปีพ.ศ. 2558 ประเทศสมาชิกอาเซียนมีจำนวนประชากร และความแตกต่างของระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และอำนาจของการซื้อ ดังแสดงในตารางที่ 9.1

ตารางที่ 9.1 จำนวนประชากร (ล้านคน) และผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศอาเซียน พ.ศ.2558

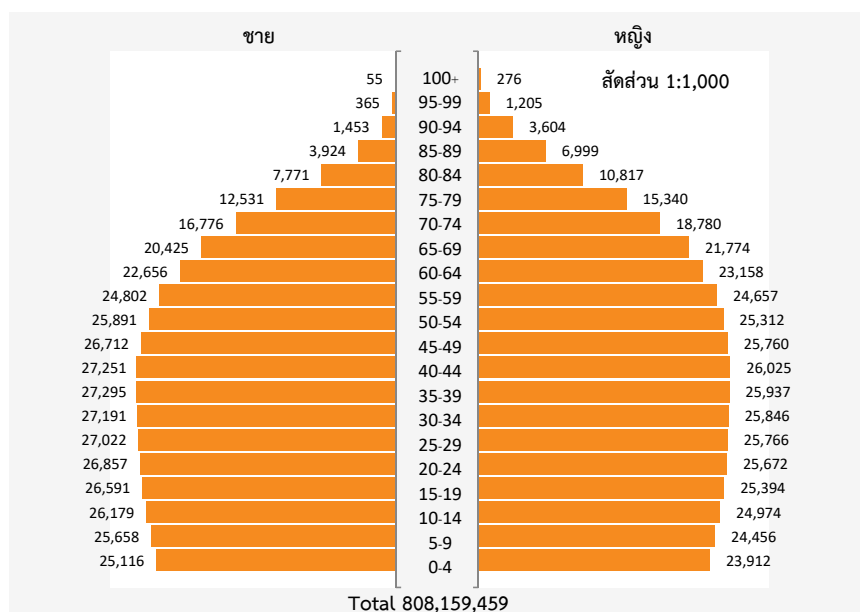
ประเทศ	ประชากร (ล้านคน)	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในรูปตัวเงิน	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อประชากร	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศตามหลักความเท่าเทียมกันของอำนาจการซื้อ	ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศตามหลักความเท่าเทียมกันของอำนาจการซื้อต่อประชากร
อินโดนีเซีย	255.46	872,615	3,416	2,838,643	11,112
ประเทศไทย	68.84	373,536	5,426	1,107,000	16,081
มาเลเซีย	31.12	313,479	10,073	813,517	26,141
ฟิลิปปินส์	101.42	299,314	2,951	742,251	7,318
สิงคโปร์	5.5	293,959	53,224	468,909	84,901
เวียดนาม	91.58	198,805	2,171	551,256	6,020
เมียนมาร์	51.85	65,775	1,269	267,736	5,164
กัมพูชา	15.54	17,714	1,140	54,174	3,486
ลาว	7.03	12,548	1,785	37,499	5,335
บรูไนดารุสซาลาม	0.42	11,636	27,759	32,896	78,476

ที่มา: World Economic Outlook Database October 2015. Retrieved 7 March 2016.

ในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศต่างๆในโลกปัจจุบัน ประเทศสมาชิกอาเซียนกำลังมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสูงอายุด้วยเช่นกัน ซึ่งในปัจจุบันประเทศสิงคโปร์ และไทยได้ถูกจัดอยู่ในประเทศสังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีประเทศเวียดนาม อีกหนึ่งประเทศ

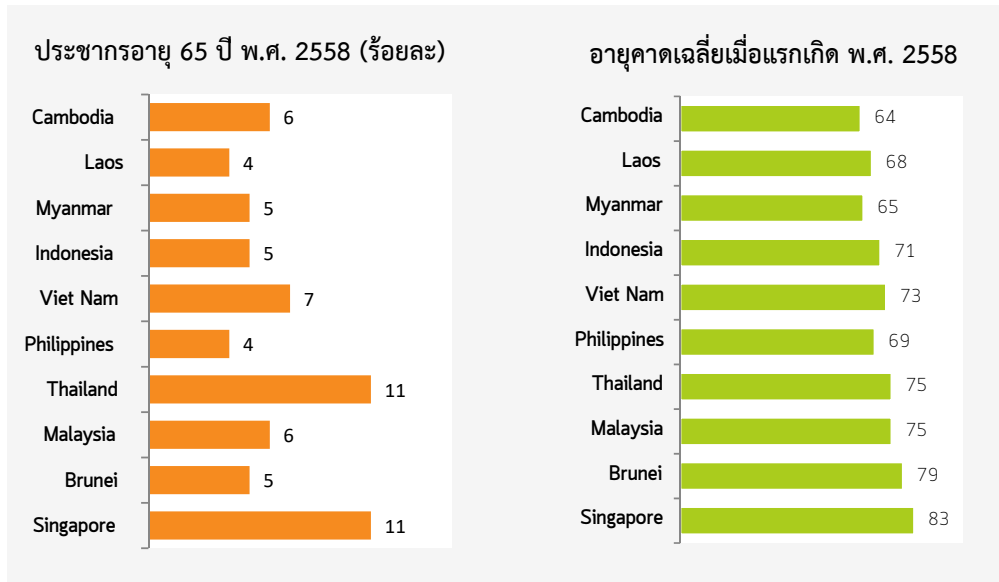
กำลังพัฒนาในอาเซียนที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้ (United Nation.2012) ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนประชากรสูงอายุในอาเซียน (อายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป) ในปีพ.ศ. 2557 ที่แสดงไว้ในภาพที่ 9.1 และภาพที่ 9.2

ภาพที่ 9.1 สัดส่วนประชากรอาเซียน คาดการณ์ในปี พ.ศ. 2593



ที่มา: องค์การสหประชาชาติ, 2555

ภาพที่ 9.2 ร้อยละประชากรผู้สูงอายุในประชาคมอาเซียน และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ. 2558



ที่มา: Population Reference Bureau (USA), 2015. World Populations Data sheet

ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในความร่วมมือในด้านต่างๆ ของอาเซียน โดยในมิติสังคมด้านสุขภาพ การบริหารจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทางการ

แพทย์ รวมทั้งคุณภาพมาตรฐานของระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศส่งผลให้ประเทศต่างๆ ในอาเซียนมีสภาวะทางสุขภาพ เช่น อัตราป่วย อัตราตายของประชากรที่แตกต่างกันมาก ดังแสดงในตารางที่ 9.2 - 9.5

ตารางที่ 9.2 อัตราการป่วยจากโรคต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน ต่อประชากร 100,000 คน

ประเทศ	วัณโรค (2556)	มาลาเรีย (2555)	เอชไอวี (2556)	ไอกรน (2556)	คอติบ (2555)	โปลิโอ (2556)	บาดทะยักในทารกแรกเกิด (2556)
สิงคโปร์	47.0	...	...	...	...	0	..
บรูไน	58.0	...	...	...	...	0	..
มาเลเซีย	99.0	34.0	27.0	222	4	0	6
ไทย	119.0	210.0	12.0	24	28	0	2
ฟิลิปปินส์	292.0	24.0	...	23	6	0	77
เวียดนาม	144.0	30.0	16.0	54	11	0	46
อินโดนีเซีย	183.0	2,268.0	32.0	2,976	775	0	69
สหภาพพม่า	373.0	2,552.0	12.0	14	38	0	39
ลาว	197.0	1,655.0	<5.0	60	20	0	18
กัมพูชา	400.0	1,076.0	8.5	0	0	0	13

ที่มา: World Health Statistics, 2015

ตารางที่ 9.3 อัตราการตายจากโรคต่างๆ ในกลุ่มประเทศ
อาเซียน ต่อประชากร 100,000 คน

ประเทศ	เอดส์ (2556)	วัณโรค (Tuberculosis among HIV- negative people) (2556)	มาลาเรีย (2555)
สิงคโปร์	...	1.7	...
บรูไน	...	3.0	...
มาเลเซีย	20.0	5.8	<0.1
ไทย	28.0	12.0	0.3
ฟิลิปปินส์	...	27.0	<0.1
เวียดนาม	13.0	19.0	<0.1
อินโดนีเซีย	12.0	25.0	3.8
สหภาพพม่า	20.0	49.0	5.5
ลาว	<2.0	53.0	4.5
กัมพูชา	14	66.0	1.8

ที่มา: World Health Statistics, 2015

ตารางที่ 9.4 อัตราการตายของมารดา อัตราทารกตาย
และอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ใน
กลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2556

ประเทศ	อัตราการตาย ของมารดา (ต่อเกิดมีชีวิต 100,000 คน)	อัตราทารก ตาย (ต่อเกิดมีชีวิต 1,000 คน)	อัตราตายใน เด็กต่ำกว่า 5 ปี (ต่อเกิดมีชีวิต 1,000 คน)
สิงคโปร์	6.0	2.2	2.8
บรูไน	27.0	8.4	9.9
มาเลเซีย	29.0	7.2	8.5
ไทย	26.0	11.3	13.1
ฟิลิปปินส์	120.0	23.5	29.9
เวียดนาม	49.0	19.0	23.8
อินโดนีเซีย	190.0	24.5	29.3
สหภาพพม่า	200.0	39.8	50.5
ลาว	220.0	53.8	71.4
กัมพูชา	170.0	32.5	37.9

ตารางที่ 9.5 จำนวนแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกรต่อประชากร 10,000 คนในกลุ่มประเทศอาเซียน
พ.ศ. 2550 - 2556

ประเทศ	แพทย์	พยาบาล	ทันตแพทย์	เภสัชกร
สิงคโปร์	19.5	57.6	4.1	4.1
บรูไน	14.4	80.5	4.2	4.0
มาเลเซีย	12.0	32.8	3.6	4.3
ไทย	3.9	20.8	2.6	1.3
ฟิลิปปินส์	...	...	...	8.9
เวียดนาม	11.9	12.4	...	3.1
อินโดนีเซีย	2.0	13.8	1.0	1.0
สหภาพพม่า	6.1	10.0	0.7	...
ลาว	1.8	8.8	0.4	1.2
กัมพูชา	1.7	7.9	0.2	0.4

ที่มา: World Health Statistics, 2015

เมื่อพิจารณาตามระดับของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานระบบบริการสาธารณสุข ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีระดับของคุณภาพมาตรฐานบริการอยู่ในระดับสูงเทียบเท่ามาเลเซีย ซึ่งเป็นประเทศที่

มีนโยบายการพัฒนาประเทศให้เป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพ (Medical Hub) ในระดับนานาชาติเช่นเดียวกับไทย ดังแสดงในภาพที่ 9.3

ภาพที่ 9.3 ระดับการพัฒนาทางสุขภาพของประชาคมอาเซียน

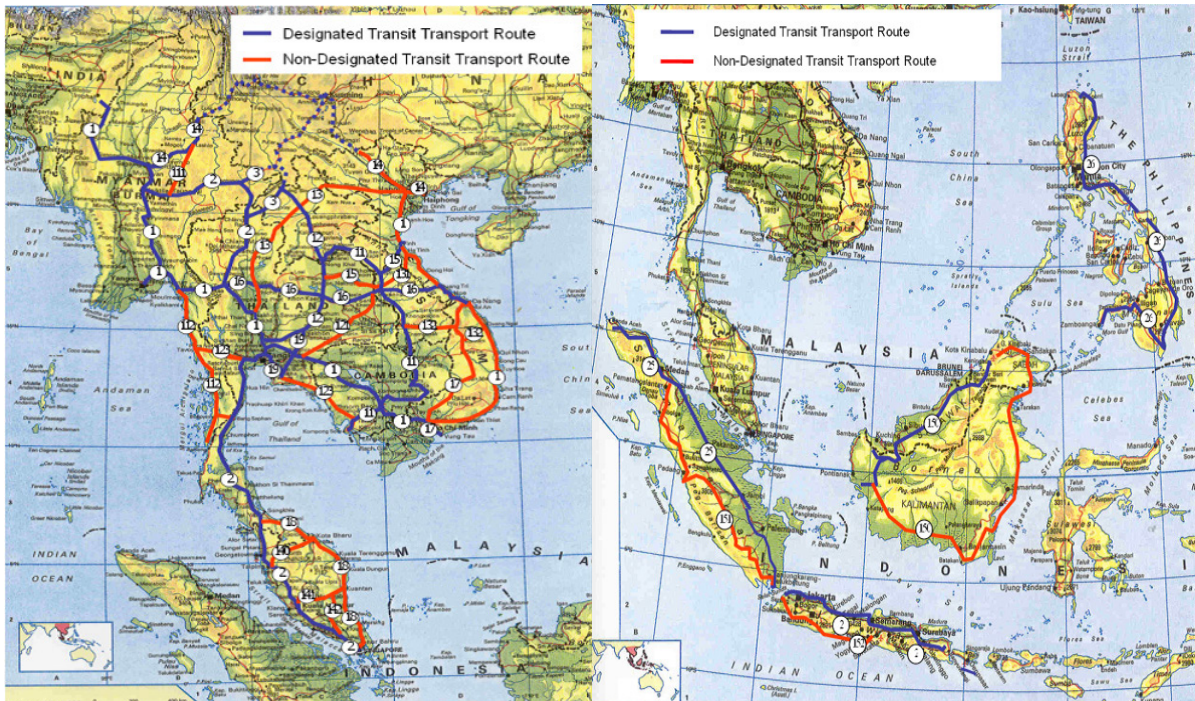


ที่มา: Stephen Lock. The State of Healthcare in Southeast Asia 2013

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่ของการแข่งขันในเชิงภูมิศาสตร์ อาจกล่าวได้เป็น 2 นัย คือ ในด้านพรมแดนที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศมาเลเซียมีข้อได้เปรียบตรงที่ไม่มีพรมแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีระดับการพัฒนาที่ด้อยกว่าและต้องพึ่งพาการช่วยเหลือด้านสุขภาพอย่างเช่นที่ประเทศไทยประสบอยู่ แต่หากพิจารณาในด้านการเป็นศูนย์กลางของภูมิภาค ประเทศไทยตั้งอยู่ในตำแหน่งที่เป็นจุดเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคม มีชัยภูมิที่เหมาะสมกับการติดต่อการประสานงานด้านการค้าและการลงทุนไม่มีข้อจำกัดด้านสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งการพัฒนาและการให้ความช่วยเหลือต่างๆ แก่ประเทศสมาชิกอาเซียน จึงเป็นโอกาสและข้อได้เปรียบของประเทศไทยที่จะมีบทบาทนำในความร่วมมือระหว่างประเทศในประชาคมอาเซียน

ความแตกต่างของสภาวะสุขภาพของประชาชนและระบบสาธารณสุขของประเทศสมาชิกอาเซียนดังที่ได้กล่าวมาแล้วส่งผลกระทบต่อประเทศไทยซึ่งมีภูมิศาสตร์ที่ตั้งอยู่ตรงกลางบนภาคพื้นแผ่นดินของภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการพัฒนาเส้นทางคมนาคมทางบกทั้งระบบถนนและระบบราง ตามที่ปรากฏในแผนภาพที่ 9.4 จะอำนวยความสะดวกต่อการเดินทางเคลื่อนย้ายถิ่นฐานของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งการเดินทางมาอาศัยอยู่บริเวณชายแดนที่กระจายอยู่โดยรอบแนวพรมแดนของประเทศไทย การเคลื่อนย้ายเข้ามาเป็นแรงงานรายวันบริเวณด่านการค้าชายแดน การเข้ามาเป็นแรงงานที่ไม่ต้องการทักษะสูงในโรงงานและภาคอุตสาหกรรมต่างๆ ทั้งภาคการเกษตร การประมง ภาคบริการ การผลิตก่อสร้าง เป็นต้น รวมทั้งการเดินทางข้ามผ่านแดนไปยังประเทศเพื่อนบ้านทั้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

ภาพที่ 9.4 เส้นทางเชื่อมโยงการคมนาคมในอาเซียน (ASEAN Highway Network)

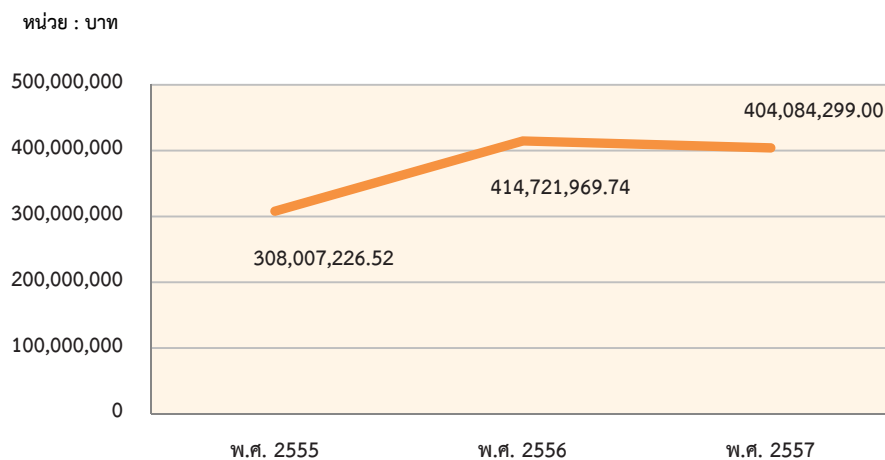


ที่มา: The Master Plan and Feasibility Study on the Establishment of an ASEAN RO - RO Shipping Network and Short Sea Shipping, JICA

การเคลื่อนย้ายเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาการขึ้นทะเบียนแรงงานในระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมของประเทศไทย นำไปสู่ปัญหาการให้บริการและค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้จากผู้รับบริการต่างชาตินี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ดังแสดงในภาพที่ 9.5 ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและเป็นปัญหาสั่งสมยาวนาน

โดยเฉพาะในหน่วยบริการในพื้นที่ชายแดนและเมืองเศรษฐกิจ อุตสาหกรรมที่มีแรงงานอพยพเคลื่อนย้ายเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก รวมทั้งเมืองท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยม และคาดการณ์ได้ว่าการเข้าสู่ประชาอาเซียนจะเป็นปัจจัยเร่งรัดให้มีการเคลื่อนย้ายดังกล่าวมากขึ้น

ภาพที่ 9.5 ค่าใช้จ่ายบริการการรักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้จากคนต่างชาติของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2557



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558

ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับระบบสาธารณสุขของประเทศไทยอีกประการหนึ่งคือ การเคลื่อนย้ายเข้ามาของประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีคุณภาพระบบบริการสาธารณสุขที่ด้อยกว่าประเทศไทย ได้ก่อให้เกิดผลกระทบเกี่ยวกับการควบคุมโรคระบาดต่างๆ ระบบสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค โรคติดต่อข้ามแดน โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำในประเทศไทย ตัวอย่างที่ปรากฏ เช่น อุบัติการณ์โรคคอตีบและอหิวาตกโรค ในบริเวณชายแดนติดต่อกับประเทศกัมพูชาและเมียนมาร์ ณ จังหวัดจันทบุรีและจังหวัดตาก เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้มีสาเหตุมาจากระบบสุขภาพและน้ำสะอาดที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอ อัตราการให้วัคซีนป้องกันในประเทศเพื่อนบ้านที่ยังไม่ครอบคลุมประชากรตามแนวชายแดน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชนกลุ่มน้อยที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนราษฎร มีฐานะยากจนและด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

ผลกระทบจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดการรวมตัวกันเป็นตลาดหนึ่งเดียวของประชาคม (single market) โดยกลไกการเปิดเสรีการค้า การลงทุนและบริการระหว่างประเทศในกลุ่มอาเซียน (free flow of goods and services) นั้น ได้อำนวยความสะดวกให้มีการขนส่งสินค้าต่างๆ ผ่านพรมแดนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะพรมแดนที่ติดต่อกับแผ่นดิน ซึ่งประเทศไทยมีจุดผ่านแดนโดยรอบพรมแดนที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน จุดผ่านแดนเหล่านี้เป็นพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคและสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้จัดระบบการคัดกรอง ควบคุมโรคและตรวจคุณภาพสินค้าอาหารและยา รวมทั้งสินค้าอุปโภคบริโภค เช่น อาหารเสริม เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ หรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฯลฯ ซึ่งในปัจจุบัน กรมควบคุมโรคมีด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ จุดผ่านแดนถาวรทั่วประเทศทั้งหมด 28 แห่ง แต่ยังคงเฝ้าระวังและติดตามการผ่านเข้า-ออกประเทศ ณ จุดผ่านแดนชั่วคราวอีก 1 แห่ง ณ ด่านพระเจดีย์สามองค์ อ.สังขละบุรี จ.กาญจนบุรี รวมทั้งจุดผ่อนปรนเพื่อการค้าทั่วประเทศรวม 39 แห่ง กองการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) มีด่านตรวจอาหารและยาในจังหวัดที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านรวม 44 แห่ง ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล 15 แห่ง

ภาคเหนือ 8 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 แห่ง ภาคตะวันออก 2 แห่ง และภาคใต้ 13 แห่ง โดยมีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญด้านอาหารและยาจำนวน 173 คน สินค้าเหล่านี้มีทั้งที่นำเข้ามาอย่างถูกกฎหมายและที่ลักลอบนำเข้ามาอย่างไม่ถูกกฎหมาย ซึ่งอาจไม่ได้มาตรฐานหรือเป็นสินค้าปลอมปนซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนไทยได้ นอกจากนี้ การเปิดเสรีการค้าชายแดนดังกล่าว อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการลักลอบขนส่งยาเสพติดและสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติดทั้งที่นำเข้ามาในประเทศและส่งออกไปจากประเทศไทย เนื่องจากแหล่งผลิตยาเสพติดใหญ่ระดับโลกนั้นมียูอยู่ในประเทศเพื่อนบ้านทำให้ประเทศไทยเป็นทั้งจุดหมายปลายทางในการจำหน่ายและเป็นทางผ่านของการขนส่งสิ่งผิดกฎหมายเหล่านี้ ทั้งนี้ยังไม่ต้องกล่าวถึงการลักลอบนำสินค้าและสิ่งผิดกฎหมายผ่านพรมแดนบริเวณที่ไม่มีด่านหรือจุดผ่านแดนเนื่องจากประเทศไทยมีพรมแดนตามธรรมชาติทางพื้นดินเป็นระยะยาวไกลซึ่งไม่สามารถควบคุมการผ่านแดนได้ตลอดพรมแดนอย่างมีประสิทธิภาพได้

การเปิดเสรีการค้าในอาเซียน ยังรวมถึงการเปิดเสรีด้านการค้าบริการสุขภาพภายใต้กรอบการค้าบริการอาเซียน (ASEAN Framework Agreement on Services; AFAS) และกรอบการเจรจาภายใต้รูปแบบ 4 การเคลื่อนย้ายของบุคคลธรรมดา (Mode 4: Presence of Natural Person) ของความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (General Agreement on Trade in Services; GATS) ภายใต้กรอบองค์การการค้าโลก (World Trade Organization; WTO) ที่อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายของแรงงานที่มีฝีมือหรือกลุ่มวิชาชีพเฉพาะทั้ง 7 สาขา ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล วิศวกร สถาปนิก นักบัญชี และช่างสำรวจให้สามารถเดินทางไปประกอบวิชาชีพในประเทศสมาชิกอาเซียนทั้งสิบประเทศได้ทั้งแบบชั่วคราวและถาวร โดยอาเซียนได้กำหนดให้มีมาตรการควบคุมและจัดการผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายเสรี ภายใต้ข้อตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ที่เป็นไปตามระเบียบที่สภาวิชาชีพและหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละประเทศวางแนวทางการปฏิบัติไว้ นอกจากนี้ ประเทศไทยได้เสนอให้ประกอบวิชาชีพสาขาการท่องเที่ยว (มัคคุเทศก์) เป็นวิชาชีพสาขาที่ 8 ที่ควร

จะเปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายในเร็วๆ นี้¹ เนื่องจากภาคการ
ท่องเที่ยวถือเป็นสาขาเร่งรัดการรวมกลุ่ม (PIS: Priority
Integration Sectors) ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบการเจรจา
การค้าเสรีด้านบริการของอาเซียนในปัจจุบัน² รวมทั้ง
การส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นต้น องค์ประกอบ
เหล่านี้ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะส่งเสริมให้โอกาสในการ
เปิดเสรีการค้าเคลื่อนย้ายของผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการ
ท่องเที่ยวดังกล่าว สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างเสรีใน
ประชาคมอาเซียน และเป็นข้อได้เปรียบทางด้าน
การค้าเสรีด้านบริการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ
ประเทศไทย

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนย้ายของบุคลากรกลุ่ม
วิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์
และพยาบาล ที่มีความประสงค์จะออกไปทำงานในต่าง
ประเทศ อาจก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อ
ปัญหาความขาดแคลนและการวางแผนกำลังคนด้าน
สุขภาพของประเทศทั้งในระบบราชการและเอกชน
อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่ของโอกาส ประเทศไทย
อาจได้รับประโยชน์จากการจ้างงานบุคลากรวิชาชีพ
ดังกล่าวจากประเทศสมาชิกอาเซียน ให้เข้ามาทำงาน
ในประเทศไทย เพื่อแบ่งเบาภาระบริการได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลตามแนวชายแดนหรือเมือง
ใหญ่ ที่มีประชากรต่างชาติและแรงงานข้ามชาติเข้ามา
อาศัยและทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก

ปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข
ของประเทศไทยตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น ได้ทวี
ความสำคัญและมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้นอย่าง
ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงต่อความเสี่ยงทางสุขภาพอันอาจเกิดขึ้น
แก่ประชาชนและความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศได้
ประเทศไทยจึงต้องมีการปรับตัวและพัฒนากลไกรองรับ
จัดการโดยกระบวนการเชิงบูรณาการร่วมกันระหว่าง
ส่วนราชการและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ
เพื่อให้ประเทศไทยมีภูมิคุ้มกันในตนเองและสามารถใช้
โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมในการแสดงบทบาท
เชิงสร้างสรรค์และเป็นผู้นำด้านสุขภาพในอาเซียน รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถและยกระดับคุณภาพบริการ
ทางการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อประชาชนไทยใน
ประเทศไทยได้อย่างยั่งยืน

1. กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2558

2. ธนพัฒน์ เล็กเกียรติ์จิตร.กฎหมายธุรกิจนำเที่ยวและมัคคุเทศก์กับการเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556

3. องค์การอนามัยโลก, 2554

กลไกการทำงานในเรื่องสุขภาพของอาเซียน
ขับเคลื่อนในรูปแบบของคณะทำงาน (Sectoral
Body) ด้านสาธารณสุขและสุขภาพภายใต้เสาหลักด้าน
สังคมและวัฒนธรรม (ASEAN Social and Cultural
Community: ASCC) เรียกว่า Senior Officer Meeting
on Health Development: SOMHD) ซึ่งเป็นการ
ประชุมผู้แทนประเทศที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ
อาวุโสโดยประเทศสมาชิกหมุนเวียนกันเป็นประธาน
คณะทำงาน (SOMHD chair) เพื่อจัดการประเด็นปัญหา
ด้านสาธารณสุขที่ต้องใช้กลไกในระดับภูมิภาคในการ
ขับเคลื่อนหรือสนับสนุน เช่น การควบคุมโรคระบาด
ข้ามพรมแดน การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุม
โรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ SOMHD ยังมีหน้าที่ใน
การพัฒนากฎเกณฑ์หรือนโยบายสาธารณสุขในระดับ
ภูมิภาคร่วมกันเพื่อตอบสนองต่อปัญหาด้านสุขภาพของ
ภูมิภาค เช่น ระบบประกันสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพ
กลุ่มคนเคลื่อนย้าย ระบบบริการสุขภาพชายแดนซึ่งเป็น
ปัญหาที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบันเนื่องจากกลุ่ม
ประเทศอาเซียนมีแนวโน้มทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น ทำให้
ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอาเซียนเพิ่มขึ้น
อย่างรวดเร็วใน 2 ลักษณะ คือ ความต้องการโอกาสที่
เพิ่มขึ้นในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และความต้องการ
บริการสุขภาพที่ดีขึ้น สังเกตได้จากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย
ด้านสุขภาพของอาเซียนที่เพิ่มสูงขึ้น 2.5 เท่า ในช่วง
ระหว่างปี พ.ศ. 2541 - 2553 มีมูลค่าโดยรวมสูงถึง 68
พันล้านดอลลาร์สหรัฐ³ ในขณะที่ระบบสาธารณสุขของ
แต่ละประเทศยังคงมีความแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งระดับ
การพัฒนาทรัพยากรสุขภาพและโครงสร้างพื้นฐานดังที่
กล่าวแล้วมาข้างต้น

ประเทศไทยได้เป็นประธานของคณะทำงาน
SOMHD ตามวาระ 1 ปี ในระหว่างปีพ.ศ. 2557- 2558
และได้รับเกียรติให้เป็นเจ้าภาพจัดการประชุม SOMHD
ครั้งที่ 9 ในประเทศไทยขึ้นในระหว่างวันที่ 9 - 11 มิถุนายน
พ.ศ. 2557 ณ จังหวัดเชียงราย ซึ่งในครั้งนั้นเป็นช่วง
เวลาสำคัญทางประวัติศาสตร์ของความร่วมมือด้าน
สุขภาพของอาเซียน เนื่องจากกรอบความร่วมมือด้าน
สาธารณสุขที่มีอยู่เดิมของอาเซียนจะเสร็จสิ้นลงในปลาย

ปีพ.ศ. 2558 และอาเซียนจะรวมตัวเป็นประชาคมอย่างเป็นทางการในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 ดังนั้นประเทศสมาชิกอาเซียนทั้งสิบประเทศ จึงได้มีการหารือและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพและแนวทางในการพัฒนางานด้านสาธารณสุขร่วมกันเมื่อผ่านพ้นปีพ.ศ. 2558 ไปแล้ว (ASEAN Post-2015 Health Development Agenda) โดยภายใต้การขับเคลื่อนของที่ประชุม SOMHD ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดประเด็นความร่วมมือ (Health Priority) ที่มุ่งเน้นการสร้าง ความมั่นคงทางสุขภาพของภูมิภาค

นอกจากนั้น SOMHD ยังได้ให้ความสำคัญต่อการปรับปรุงแนวทางและกลไกการทำงานของ SOMHD

ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยในการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียน (ASEAN Health Minister Meeting, AHMM) ครั้งที่ 12 ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศเวียดนาม ระหว่างวันที่ 15 - 19 กันยายน พ.ศ. 2557 SOMHD ได้นำเสนอประเด็นความร่วมมือ (Health Priority) ตามกรอบ ASEAN Health Development Agenda Post-2015 ดังกล่าวที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อ AHMM ซึ่ง AHMM ครั้งที่ 12 ได้เห็นชอบใน 20 ประเด็นการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่แบ่งเป็น 4 กลุ่ม (Cluster) กำหนดระยะเวลาดำเนินการ ช่วงระหว่าง ค.ศ. 2016 – 2020 (พ.ศ. 2559 – 2563) ดังแสดงในตารางที่ 9.6

ตารางที่ 9.6 ASEAN Health Development Agenda Post-2015 (ค.ศ. 2016 – 2020)

กลุ่ม (Cluster)	วิสัยทัศน์ พ.ศ. 2563 (Vision 2020)	ประเด็นสุขภาพ (Health Priority)
1. Promoting healthy lifestyle	a) To achieve maximal health potential of ASEAN Community through promoting healthy lifestyle b) To ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages	1. Prevention and control of NCDs 2. Reduction of tobacco consumption and harmful use of alcohol 3. Prevention of injuries 4. Promotion of occupational health 5. Promotion of mental health 6. Promotion of healthy and active ageing 7. Promotion of good nutrition and healthy diet
2. Responding to all hazards and emerging threats	a) To promote resilient health system in response to communicable diseases, emerging infectious diseases, and neglected tropical diseases b) To respond to environmental health threats, hazards and disaster, and to ensure effective preparedness for disaster health management in the region	8. Prevention and control of communicable diseases, emerging infectious diseases and neglected tropical diseases 9. Strengthening laboratory capacity 10. Combating antimicrobial resistance (AMR) 11. Environmental health and health impact assessment (HIA) 12. Disaster Health Management

ตารางที่ 9.6 ASEAN Health Development Agenda Post-2015 (ค.ศ. 2016 – 2020) (ต่อ)

กลุ่ม (Cluster)	วิสัยทัศน์ พ.ศ. 2563 (Vision 2020)	ประเด็นสุขภาพ (Health Priority)
3. Strengthening health system and access to care	a) ASEAN Community has universal access to [essential] health care, safe and good quality medical products including traditional and complementary medicines b) To achieve the unfinished health related MDGs, in light of the sustainable development goals (SDG)	13. Traditional Medicine 14. Health related MDGs (4, 5, 6) 15. Universal health coverage (UHC) 16. Migrants' health 17. Pharmaceutical development 18. Healthcare financing 19. Human resources development
4. Ensuring food safety	a) To promote access to safe food, safe drinking water and sanitation	20. Food safety

2. การเตรียมความพร้อมทางด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จากการรวมประชาคมอาเซียนที่เป็นทั้งโอกาสทางการพัฒนาและอาจส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและการสาธารณสุขของประเทศไทย รวมทั้งกรอบแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับภูมิภาค โดยกลไก SOHMD และ AHMM ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับกระบวนการทำงานและนโยบาย ทั้งเพื่อเตรียมความพร้อมในทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศและเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยมีการตั้งคณะกรรมการระดับกระทรวงเพื่อขับเคลื่อนภารกิจดังกล่าวร่วมไปกับการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ อันเป็นความท้าทายด้านสุขภาพและการสาธารณสุขที่ภูมิภาคให้ความสำคัญหรือมีความกังวลร่วมกัน รวมทั้งการสร้างสรรคให้ประเทศไทยมีบทบาทนำในการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาคมและส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนไทยและประชาชนอาเซียนอย่างยั่งยืน ซึ่งบทบาทเชิงสร้างสรรค์ดังกล่าวจะส่งผลให้ประเทศไทยมี พลังบารมี (soft power) ในการดำเนินงานด้านการระหว่างประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและสังคมโลก โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและนโยบายอาเซียน ดังนี้

1. เสริมสร้างให้ประเทศไทยมีบทบาทนำและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญในระดับภูมิภาคและระดับโลก
2. ให้ความร่วมมือทางวิชาการ/บริการบนพื้นฐานของความเป็นมิตร ได้ประโยชน์ร่วมกันเพื่อความผาสุกของภูมิภาค
3. ดูแลสุขภาพประชาชนซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการรวมประชาคมอาเซียน โดยการเสริมสร้างขีดความสามารถของด่านชายแดน จังหวัดแนวชายแดน และเมืองหลักในภูมิภาค เน้นการพัฒนาระบบบริการที่ดีขึ้น (better service) โดยเฉพาะในระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และระบบบริการชายแดน(Border Health)
4. สนับสนุนการมีและเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน รวมทั้งการได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าวและประชากรย้ายถิ่น โดยแนวคิดการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นธรรมและเป็นมิตร (friendly service) ทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ
5. มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านบริหารและวิชาการอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขอาเซียน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายสำคัญ ประกอบด้วย

1. การปรับตัวให้มีความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

2. การสร้างการยอมรับและความเป็นผู้นำในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในอาเซียน

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์อาเซียน (พ.ศ. 2557) เพื่อการพัฒนาองค์กรให้มีความพร้อมในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ประกอบด้วย มาตรการและเป้าหมายสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 9.7

ตารางที่ 9.7 ยุทธศาสตร์อาเซียนของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557

ยุทธศาสตร์	มาตรการ	เป้าหมาย
1. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อข้ามพรมแดน	การพัฒนาทีมเฝ้าระวังสำรวจโรค พิสูจน์และอนามัยสิ่งแวดล้อม	มีการบูรณาการการทำงานระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข
2. การส่งเสริมสินค้า/บริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/การนวดไทย	การส่งเสริมสินค้าและบริการที่ประเทศไทยมีศักยภาพที่เข้มแข็ง	สินค้า/บริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/การนวดแผนไทยแพร่หลายสู่สากลยิ่งขึ้น
3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามจุดที่สมควร (เมืองบริการสุขภาพ)	การเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะระดับตติยภูมิ ในพื้นที่ชายแดน เมืองท่องเที่ยว เขตเศรษฐกิจพิเศษ และระเบียงเศรษฐกิจ	จำนวนสถานบริการสุขภาพที่สามารถให้บริการในระดับตติยภูมิเพิ่มขึ้น
4. การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและสาธารณสุขชายแดน	เพิ่มการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมการดูแลตนเอง และพัฒนาศักยภาพการทำงานในพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว	จำนวนประชากรต่างด้าว ผู้ติดตามและประชาชนตามแนวชายแดนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น
5. การพัฒนาระบบงานและบุคลากรให้มีความพร้อมด้านการบริหารจัดการ และด้านบริการ	มีการปรับองค์กร ระบบงานและพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอาเซียน	หน่วยงานมีความพร้อมในการดำเนินงานสาธารณสุขอาเซียนอย่างมีประสิทธิภาพ
6. ความร่วมมือทางวิชาการภายใต้กลไกเสาหลักอาเซียน	กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบประเด็น ASEAN Health Development Agenda POST-2015 และประเด็นด้านสาธารณสุขในเสาหลักอื่น ๆ รวมทั้งให้ความร่วมมือทางวิชาการในสาขาที่ไทยมีความพร้อมและเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ	ไทยเป็นประเทศผู้นำ (Lead Country) หรือร่วมกำหนดนโยบาย/มาตรการ/กิจกรรมสำคัญ และการบูรณาการทางวิชาการในประเด็นสาธารณสุขต่างๆของอาเซียน

3. การดำเนินการเชิงรับและเชิงรุกตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขอาเซียน

จากยุทธศาสตร์ดำเนินการดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงกระบวนการสำคัญทั้งการดำเนินการในเชิงรุกและเชิงรับ ดังต่อไปนี้

3.1 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อข้ามพรมแดนการควบคุมตรวจจับสิ่งผิดกฎหมาย รวมทั้งยาและสารเสพติด

การควบคุมโรคติดต่อชายแดน เป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการพัฒนาโครงสร้างทางระบบคมนาคมขนส่งและการเปิดเสรีด้านการค้า การลงทุนระหว่างประเทศในประชาคมอาเซียนที่เอื้อให้สินค้าและผู้คนสามารถเคลื่อนย้ายข้ามแดนได้อย่างเสรีมากขึ้น มีการเกิดขึ้นของโรคอุบัติใหม่ โรคที่กลับมาเป็นซ้ำ โรคติดต่อหรือโรคระบาดที่หายไปจากประเทศไทยแล้วถูกนำพากลับมาอีกจากผู้คนที่เคลื่อนย้ายข้ามแดน รวมทั้งการลักลอบขนและค้ายาและสารเสพติดรวมทั้งสารตั้งต้นในการผลิตจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการ ดังนี้

3.1.1 การเสริมศักยภาพของความร่วมมือด้านการควบคุมโรคระหว่างประเทศโดย

- การพัฒนาที่มระดับวิทยา ทิมสำรวจควบคุมโรคของประเทศไทย
- การพัฒนาสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการพัฒนาศักยภาพที่มระดับวิทยาโดยบูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกับด้านอาหารและยาของประเทศเพื่อนบ้านทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ
- การพัฒนาการบังคับใช้ International Health Regulation (IHR) 2005 ให้เป็นกฎระเบียบระหว่างประเทศที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคติดต่อในประชาคมอาเซียน
- การพัฒนาขีดความสามารถของด่านควบคุมโรคในจุดผ่านแดนต่างๆ
- พัฒนาศักยภาพศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำเขตบริการสุขภาพและห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมให้สามารถตรวจพิสูจน์สิ่งส่งตรวจต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2 การเสริมศักยภาพของความร่วมมือด้านการตรวจสอบ จับกุม ปราบปรามยาเสพติดระหว่างประเทศ โดย

- การพัฒนาขีดความสามารถด้านอาหารและยา (อย.) ในจุดผ่านแดนต่างๆ โดยบูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกับด่านควบคุมโรคในพื้นที่
- ประสานและดำเนินการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ทหาร ตำรวจ และตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่
- ประสานการทำงานระหว่างประเทศร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส. ในโครงการแม่โขงปลอดภัย (Safe Mae Kong Project) ระหว่างประเทศไทย จีน เมียนมาร์ และลาว ซึ่งจะขยายการดำเนินงานไปในประเทศกัมพูชาและเวียดนามในปีงบประมาณ 2560
- พัฒนาศักยภาพศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ประจำเขตบริการสุขภาพและห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความพร้อมให้สามารถตรวจพิสูจน์สิ่งส่งตรวจต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การส่งเสริมและควบคุมมาตรฐานสินค้า/บริการ/ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ/การนวดแผนไทย การคุ้มครองผู้บริโภครวมทั้งการจัดการผลกระทบจากข้อตกลงการเปิดเสรีทางการค้า

จากผลของการเปิดเสรีทางการค้าดังกล่าว ประเทศสมาชิกอาเซียนโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบจึงควรมีการพัฒนากฎหมาย ระเบียบ กฎเกณฑ์และข้อตกลงระหว่างประเทศในการผลิต ขนส่ง การจัดจำหน่าย และกระบวนการทางการตลาดที่มีคุณภาพและสามารถตรวจสอบร่วมกันได้อย่างมีมาตรฐาน นอกจากนั้นข้อตกลงเปิดตลาดการค้าเสรีที่อำนวยความสะดวกในการเคลื่อนย้ายของกลุ่มแรงงานวิชาชีพสาขาบริการสุขภาพคือ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ให้สามารถไปทำงานได้ในทุกประเทศในภูมิภาค ภายใต้การควบคุม

คุณภาพและคุณสมบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อป้องกันมิให้มีการให้บริการสุขภาพโดยผู้ขาดคุณสมบัติหรือไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่แต่ละประเทศกำหนด ดังนั้น ในกระบวนการเคลื่อนย้ายของบุคลากรดังกล่าว ประเทศปลายทางของการเคลื่อนย้ายจึงต้องมีการตรวจสอบควบคุม ติดตาม และประสานงานกับประเทศ ต้นทางอย่างใกล้ชิด เพื่อความปลอดภัยและการคุ้มครองสิทธิจากการรับบริการสุขภาพภายในประเทศ การดำเนินการดังกล่าว ประกอบด้วย

3.2.1 การควบคุมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสินค้า บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการนวดแผนไทย ประกอบด้วยกลยุทธ์ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- พัฒนากฎหมายควบคุมยา อาหาร อาหารเสริม เครื่องสำอาง รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์
- พัฒนากลไกเสริมประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวดและจริงจัง
- พัฒนาขีดความสามารถของด้านอาหารและยาของแต่ละพื้นที่ด้านชายแดน
- พัฒนาศักยภาพของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในเขตบริการสุขภาพ และห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ของโรงพยาบาลศูนย์ต่างๆ ในกระบวนการตรวจสอบสิ่งส่งตรวจ

3.2.2 ส่งเสริมสินค้า บริการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพและการนวดแผนไทย

- ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของสินค้า/บริการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/การนวดแผนไทยให้มีมาตรฐานระดับสากล มีความปลอดภัยต่อผู้บริโภคและอุปโภค รวมทั้งพัฒนาระบบและกลไกการตรวจประเมิน กำกับติดตามเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานอย่างเข้มข้นและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ผ่านช่องทางที่หลากหลายและเข้าถึงกลุ่มลูกค้าเป้าหมาย
- พัฒนาระบบการคุ้มครองผู้บริโภคทั้งภายในและนอกประเทศให้ข้อมูล

สำคัญและความรู้เรื่องสิทธิของผู้บริโภค แนวทางในการเลือกใช้สินค้าและบริการ กระบวนการร้องเรียนและระบบการแก้ไขเยียวยาในกรณีที่เกิดความเสียหายด้านสุขภาพ

3.2.3 การเคลื่อนย้ายของบุคลากรแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาลตามความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements; MRAs)

การเปิดเสรีการค้าบริการภายใต้กรอบการค้าบริการอาเซียน (ASEAN Framework Agreements of Services; AFAS) เป็นพลวัตของการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจที่เปิดกว้างของประเทศสมาชิกอาเซียน ที่มีพัฒนาการสอดคล้องกับเขตการค้าเสรี (Free Trade Area; FTA) ของโลกในระบอบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม (Capitalism) ซึ่งในประเด็นการค้าเสรีด้านบริการสุขภาพนั้น ประเทศไทยเปิดกว้างต่อการยอมรับข้อผูกพันทางการค้าบริการโดยการทำงานภายใต้กรอบแนวทางของคณะทำงานประสานบริการ (Cooperation Committee on Services; CCS) และได้เตรียมการพัฒนากลไกอำนวยความสะดวกด้านการเคลื่อนย้ายของบุคลากร สาขา แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาระบบและกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ จากความตกลงการยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (Mutual Recognition Arrangements; MRAs) ของอาเซียน ให้เป็นมาตรการความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ เมื่อมีการเปิดเสรี การเคลื่อนย้ายของบุคลากรสุขภาพทั้งสามสาขาดังกล่าว เพื่อให้เป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีในการทำความตกลงด้านการค้าบริการสุขภาพใดๆ ที่อาจมีขึ้นต่อไปในอนาคต รวมถึงการขยายตัวของธุรกิจบริการทางการแพทย์ที่มีการใช้เทคโนโลยีระดับสูงซึ่งอาจเกิดความเสียด้านสุขภาพและสิทธิมนุษยชนของประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับแพทยสภา ทันตแพทยสภา และสภาการพยาบาลได้พัฒนากลไกการเจรจาความตกลงการค้าบริการอาเซียนร่วมกับกระทรวงพาณิชย์ เพื่อเตรียมการนำเสนอต่อการพัฒนา กฎเกณฑ์และกติกาด้านการค้าบริการด้านสุขภาพระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน ดังต่อไปนี้

1. การลงทุนด้านบริการสุขภาพในประเทศไทยต้องเป็นไปตามหลักการสำคัญของข้อผูกพันการค้าบริการและรักษามลประโยชน์ต่อผู้รับบริการสุขภาพในประเทศไทย รวมทั้งเป็นมาตรการด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม จึงควรกำหนดให้ผู้ประกอบการต่างชาติที่ต้องการเข้ามาลงทุนธุรกิจบริการสุขภาพในประเทศไทย ทั้งที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเวชกรรม ต้องขึ้นทะเบียนกับสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขว่าด้วยผู้ดำเนินการสถานพยาบาลนั้นๆ จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย

2. ในกรณีการอนุญาตให้บุคคลธรรมดาสาขาบริการสุขภาพที่มีการเปิดเสรีด้านการเคลื่อนย้ายเข้ามาประกอบวิชาชีพรายบุคคล (individual practice) นั้น เพื่อเป็นการรักษาสีทธิของประเทศไทย จึงควรกำหนดให้บุคคลธรรมดาสาขา แพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล ต้องขึ้นทะเบียนการประกอบวิชาชีพในประเทศไทยกับสภาวิชาชีพนั้นๆ ภายใต้เงื่อนไข limited practice ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ (ก) ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพถาวรสำหรับผู้ที่ย้ายมาโดยการรับรองของสภาวิชาชีพ และ (ข) ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพชั่วคราวสำหรับมาปฏิบัติงานชั่วคราวในประเทศไทย ซึ่งขณะนี้ทั้ง 3 สาขาวิชาชีพได้มีข้อตกลงเปิดโอกาสให้บุคลากรเคลื่อนย้ายปฏิบัติงานในเฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น โดยสายวิชาชีพแพทย์มีทั้งใบอนุญาตถาวรและชั่วคราวในลักษณะเข้ามาทำการสอน เข้ามาฝึกอบรม เข้ามาทำการวิจัย เข้ามาปฏิบัติงานด้านช่วยเหลือและมนุษยธรรม และเข้ามาเพื่อให้บริการ ซึ่งจำกัดให้หน่วยงานของรัฐต้องมีกฎระเบียบรองรับ ส่วนสายวิชาชีพทันตแพทย์มีลักษณะใกล้เคียงกัน แต่ไม่อนุญาตให้บริการ จำกัดเพียงงานด้านวิชาการในการอนุญาตแบบชั่วคราว ส่วนสายวิชาชีพพยาบาลมีการให้ใบอนุญาตถาวรสำหรับผู้สอบผ่านการสอบของสภาการแพทย์ ส่วนใบอนุญาตชั่วคราวนั้น อนุญาตในงานด้านวิชาการในหน่วยงานภาครัฐ งานบริการให้เฉพาะงานบริการสาธารณะในหน่วยงานภาครัฐ โดยไม่ได้รับค่าจ้างเงินเดือน

3. การส่งเสริมความร่วมมืออาเซียนด้านการควบคุมมาตรฐานสถานพยาบาลเสริมความงาม (Aesthetic Care) ซึ่งเป็นธุรกิจบริการทางการแพทย์ที่มีการเติบโต

อย่างรวดเร็วจากค่านิยมด้านความงามและความอ่อนวัยของประชาชนที่แสวงหาแหล่งบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของตนเอง และเกิดเป็นความเสี่ยงจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐาน เงื่อนไขและข้อกำหนดของการดำเนินการสถานพยาบาลเสริมความงามที่ริเริ่มโดยประเทศมาเลเซีย เป็นต้น

นอกจากนั้นในระบบการให้บริการของพื้นที่ โดยเฉพาะหน่วยบริการในพื้นที่ชายแดนและพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งประสบปัญหาการระงับที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งปัญหาทางการสื่อสารในการให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการชาวต่างชาติกลุ่มพึ่งพาตามหลักมนุษยธรรมและความต้องการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพดีกว่าของชาวต่างชาติที่มีกำลังจ่าย ได้เสนอให้มีการจ้างงานหรือรับบุคลากรสุขภาพจากต่างประเทศมาสนับสนุนงานบริการในหน่วยบริการของประเทศไทย โดยหากเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ จะต้องดำเนินการตามข้อ 2 ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยบรรเทาปัญหาการขาดแคลนผู้ให้บริการและเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลแล้วยังป้องกันมิให้ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของคนไทยในพื้นที่อีกด้วย

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยภายนอกในภูมิภาคอาเซียน ได้ขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเข้าสู่วงจรของการพัฒนาในยุคกระแสของการค้าเสรี โดยมีมิติของการค้าบริการสุขภาพเป็นความท้าทายที่กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนายุทธศาสตร์ดำเนินการรองรับเพื่อมิให้การเติบโตทางเศรษฐกิจดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสังคมต่อสุขภาวะของประชาชนและความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ โดยขยายขอบเขตสู่การค้าแรงงานเชิงรุก เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากผลกระทบต่างๆ ดังกล่าว รวมทั้งเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ทั้งถึงและเป็นธรรม

3.3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามจุดที่สมควร (เมืองบริการสุขภาพ)

การเคลื่อนย้ายของผู้คนต่างชาติเข้ามาในประเทศไทยมีทั้งที่มาจากเหตุผลทางรายได้และโอกาสในการทำงาน การอยู่อาศัยบริเวณชายแดนแบบถาวรและชั่วคราว การเข้ามารับบริการสุขภาพของ

นักท่องเที่ยวและกลุ่มนักธุรกิจ นักลงทุนชาวต่างชาติที่เข้ามาดำเนินธุรกิจในประเทศไทยในแหล่งท่องเที่ยวหรือเมืองการค้า ได้ก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความต้องการบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นทั้งโอกาสและภาระงานที่กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาระบบบริการให้ตอบ

สนองอย่างเหมาะสม ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำโครงการ “เมืองบริการสุขภาพ” ขึ้น โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการดำเนินการช่วงที่ 1 (พ.ศ. 2557 – 2561) ตามแผนที่ยุทธศาสตร์เมืองบริการสุขภาพดังแสดงในภาพที่ 9.6

ภาพที่ 9.6 แผนที่ยุทธศาสตร์เมืองบริการสุขภาพ



ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข.2558

นิยามความหมายของ **เมืองบริการสุขภาพ** คือ จังหวัดที่มีการพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อให้สถานบริการสุขภาพในพื้นที่สามารถปรับตัวและพร้อมรับสถานการณ์ตอบสนองผู้รับบริการที่มาจากหลากหลายแหล่งได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ ภายใต้แนวทางการพัฒนาศักยภาพสถานบริการภาครัฐ 5 แนวทาง ได้แก่

1. การพัฒนาระบบเครือข่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับประชาคมอาเซียนในทุกๆระดับคือเขตบริการสุขภาพจังหวัด และโรงพยาบาล

2. การพัฒนาศักยภาพสถานบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานที่กำหนด
3. การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีศักยภาพที่เหมาะสมทั้งทางด้านการศึกษาการและบริการสุขภาพ
4. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบข้อมูลบริการเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
5. การพัฒนาระบบบริหารจัดการและศักยภาพบริการเชิงรุก

การดำเนินงานในระยะที่ 1 ของโครงการ มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายในระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนให้มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่างชาติในระบบบริการที่เป็นมิตร (friendly service) โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่ายประชาคมอาเซียนด้านการสาธารณสุข (ศคอส.) (Center of ASEAN Health Network Collaboration: AHNC) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญ คือ

- เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการและขับเคลื่อนนโยบายสู่การเป็นเมืองบริการสุขภาพ
- เป็นหน่วยงานที่ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาการจัดการรูปแบบบริการสุขภาพที่แตกต่างจากบริการทั่วไป สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายชาวต่างชาติตามบริบทของพื้นที่ และกำกับติดตามประเมินคุณภาพบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล
- เป็นศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงและตอบสนองการบริการที่สามารถประสานงาน ส่งต่อและรับข้อมูลผู้ป่วยทั้งใน-นอกเขตบริการสุขภาพและนอกประเทศ
- มีบุคลากรที่มีศักยภาพด้านการสื่อสารแบบพหุภาษาที่พร้อมให้บริการอย่างทันต่อสถานการณ์

ในระยะที่ 2 ของโครงการ ได้ขยายสู่พื้นที่จังหวัดในเขตเศรษฐกิจพิเศษ โรงพยาบาลรัฐที่อยู่บนแนวเส้นทางระเบียงเศรษฐกิจ (Economic Corridors) และโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดแหล่งท่องเที่ยว และมีแผนงานที่จะขยายให้ครอบคลุมทั่วทุกจังหวัดของประเทศไทย ตามระยะเวลาโครงการจนถึงปี พ.ศ. 2561 ภายใต้หลักการของการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนอาเซียนที่อยู่ในประเทศไทย ให้ได้รับบริการที่มีมาตรฐานใกล้เคียงหรือเทียบเท่าคนไทยโดยไม่เลือกปฏิบัติ และไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคด้านการสื่อสารกระบวนการหรือขั้นตอนการให้บริการที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบข้อมูลสถิติเทคโนโลยีสารสนเทศ การส่งต่อและรับ การส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ โดยที่หน่วยบริการสามารถให้บริการตามบริบทและศักยภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงใน กรอบแนวคิดและระบบการจัดการเมืองบริการสุขภาพ ตามภาพที่ 9.7 และหลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ กิจกรรมของโครงการเมืองบริการสุขภาพจะต้องไม่ซ้ำซ้อนกับนโยบาย Medical Hub ซึ่งเป็นทางเลือกในการเข้ารับบริการและได้รับการขับเคลื่อนโดยภาคเอกชน

ภาพที่ 9.7 กรอบแนวคิดและระบบการจัดการเมืองบริการสุขภาพ



ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข พ.ศ. 2558

3.4 การพัฒนาสุขภาพประชากรต่างด้าวและ สาธารณสุขชายแดนโดยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขและบริการปฐม ภูมิที่มีคุณภาพ และการแก้ไขปัญหาภาวะการดูแล รักษาของหน่วยบริการ

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วถึงความต้องการบริการสุขภาพ
ที่เพิ่มขึ้นของประชากรเคลื่อนย้ายตามแนวชายแดนและ
เมืองบริการสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดภาระงานด้านการรักษา
พยาบาลแก่โรงพยาบาลที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด
ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน
ไทยในประเทศ นอกจากนี้ผู้รับบริการบางส่วนมีขีด
ความสามารถจำกัดในการจัดการปัญหาสุขภาพของ
ตนเอง เช่น แรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย ชนกลุ่มน้อย
ตามแนวชายแดน ประชาชนที่หลบหนีจากการสู้รบใน
ประเทศของตน กลุ่มคนไร้รัฐ เป็นต้น กลุ่มคนเหล่านี้
มีฐานะยากจนและจำเป็นต้องเข้ามาพึ่งพาการรักษา
พยาบาลในประเทศไทยโดยไม่มีหลักประกันสุขภาพ
ก่อให้เกิดภาระแก่หน่วยบริการในพื้นที่ที่ต้องให้ความช่วย
เหลือตามหลักมนุษยธรรม และเกิดเป็นภาระค่าใช้จ่าย
จากการให้บริการที่เรียกเก็บไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ภายใต้
ปรัชญาของความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน คนไทย
และประชาชนอาเซียน ควรจะได้รับหลักประกันสุขภาพ
ตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ได้รับการคุ้มครองสิทธิผู้รับ
บริการ มีความปลอดภัยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่าง
มีสุขภาวะ ดังนั้น แม้การให้ความช่วยเหลือดังกล่าวจะก่อ
ให้เกิดภาระในระบบบริการสุขภาพตามแนวชายแดนของ
ประเทศไทย แต่กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องบริหารจัดการ
ให้เหมาะสมโดยคงไว้ซึ่งเจตนารมณ์แห่งการรวม
เป็นประชาคมหนึ่งเดียวของอาเซียน จึงได้มีการเตรียม
ยุทธศาสตร์สำคัญรองรับ ดังนี้

3.4.1 การพัฒนาเมืองบริการสุขภาพ
ตามลักษณะของการจัดเขตบริการสุขภาพ

3.4.2 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ
สำหรับประชาชนกลุ่มพึ่งพาที่มีความสามารถจำกัดในการ
ดูแลสุขภาพตนเอง หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ
สุขภาพในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้
อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่

- การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกัน
สุขภาพแรงงานต่างด้าวของกระทรวงสาธารณสุข

- การขึ้นทะเบียนแรงงานกับกระทรวงแรงงาน
- ยุทธศาสตร์สุขภาพชายแดน (Border Health)
- ยุทธศาสตร์สุขภาพแรงงานต่างด้าว (Migrants Health)

- ยุทธศาสตร์อาเซียนด้านเพิ่มการเข้าถึง
บริการสุขภาพของประชาชนอาเซียนโดยกลไก
การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) การ
ดูแลตนเองด้วยชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข
ต่างด้าว (อสต.) อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน
ชายแดน (อสชช.) เป็นกำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่

3.4.3 การจัดบริการหน่วยแพทย์
เคลื่อนที่ในพื้นที่ชายแดนทั้งฝั่งไทยและประเทศเพื่อนบ้าน

3.4.4 การแก้ไขปัญหาภาระค่าบริการ
ที่เรียกเก็บไม่ได้โดย

- ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมทั้งจาก
สำนักงบประมาณ ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน รวม
ทั้งองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่ม
คนเหล่านี้

- การส่งเสริมศักยภาพของหน่วยบริการในพื้นที่
ชายแดนของประเทศเพื่อนบ้านโดยการพัฒนาองค์ความรู้
โครงสร้างอาคารและอุปกรณ์การแพทย์พยาบาล ตลอด
จนยาและเวชภัณฑ์ในการบริการประชาชนที่อาศัยอยู่ตาม
แนวชายแดน ได้แก่

- **Twin Hospital** ของประเทศไทยและสหภาพ
เมียนมาร์ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่สาย-ท่าขี้เหล็ก
โรงพยาบาลระนอง-เกาะสอง โรงพยาบาลแม่สอด-เมียวดี

- **Sister Hospital** ของประเทศไทยและราชอาณาจักรกัมพูชา ได้แก่ จังหวัดบันเตียเมียนเจยกับ
จังหวัดสระแก้ว จังหวัดเกาะกงกับจังหวัดตราด จังหวัด
อุดรมีชัยกับจังหวัดสุรินทร์

- **Health Post** คือ หน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็ก
ที่สร้างในพื้นที่ชนบทห่างไกลในประเทศเพื่อนบ้าน
และติดชายแดนของประเทศไทย ที่ประชาชนตาม
แนวชายแดนในประเทศเพื่อนบ้านไม่สามารถเข้าถึง
บริการสุขภาพในประเทศตนเองได้ เป็นหน่วยบริการที่
บุคลากรไทยสามารถเข้าไปให้การช่วยเหลือทางวิชาการ

พัฒนาและปรับปรุงระบบบริการในลักษณะของการ เป็นที่เลี้ยงได้ เช่น Health Post ในประเทศเมียนมาร์ ที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภออุ้มผาง อำเภอพบพระ อำเภอแม่ระมาด และอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก รวมทั้งที่ อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

3.5 การพัฒนาระบบงานและบุคลากรให้มีความพร้อมด้านการบริหารจัดการงานระหว่างประเทศและประสานความร่วมมือทางการแพทย์และสาธารณสุขในลักษณะทวิภาคี

การดำเนินงานด้านสาธารณสุขอาเซียนเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง มีการประชุมในระดับต่างๆ ทั้งระดับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ นักวิชาการ เจ้าหน้าที่อาวุโส ไปจนถึงระดับรัฐมนตรี ผลผลิตของการประชุมต่างๆ คือการร่วมอภิปรายปัญหาหรือข้อจำกัด การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะ ข้อตกลง กฎระเบียบ ที่ตราไว้ร่วมกันและใช้เป็นหลักเกณฑ์สากลหรือกติกาในการทำงานร่วมกันของประเทศสมาชิกอาเซียนและประเทศพันธมิตรต่างๆ รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศทั้งระดับภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งระเบียบ กฎเกณฑ์เหล่านั้นเป็นข้อผูกพันที่ประเทศสมาชิกอาเซียนนำมาใช้ในการอ้างอิงกรอบแนวทางการประสานงานระหว่างประเทศ อยู่เป็นประจำ กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงดำเนินการโดย

3.5.1 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยดำเนินการด้านการต่างประเทศของแต่ละส่วนราชการ ระดับกรม หรือกองที่เกี่ยวข้องและกำหนดผู้รับผิดชอบงานด้านต่างประเทศประจำหน่วยงานเป็นระดับรองอธิบดี หรือผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีบุคลากรที่มีศักยภาพเป็นผู้ปฏิบัติงานรองรับ

3.5.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีทักษะและสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานระหว่างประเทศ ทั้งในรูปแบบของการฝึกฝนในระหว่างปฏิบัติงาน (On-the-Job Training) และ การสนับสนุนด้านการฝึกอบรม สัมมนาและศึกษาต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างทักษะสำคัญในการปฏิบัติงานประชุมระหว่างประเทศ เช่น การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้แทนประเทศในการประชุมระหว่างประเทศ (delegate)

การปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้จัดบันทึกรายงานการประชุมระหว่างประเทศ (rapporteur) และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลบุคคลสำคัญ (liaison officer)

3.5.3 ความร่วมมือระดับทวิภาคีกับประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อให้ปัญหาสาธารณสุขระหว่างประเทศที่มีลักษณะเฉพาะได้รับการแก้ไขและพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเวทีประชุมลักษณะทวิภาคีมีความเหมาะสมและคล่องตัวกว่าการประชุมระดับภูมิภาคหรือพหุภาคี โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งมีพรมแดนทางแผ่นดินที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านหลายประเทศโดยรอบ จึงมีโอกาสเกิดปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพได้ง่ายกว่าประเทศสมาชิกอาเซียนอื่นๆ ที่มีระดับการพัฒนาใกล้เคียงกัน ดังนั้น ในช่วงเวลาที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการเจรจาความร่วมมือในระดับรัฐบาล โดยการประสานงานผ่านกระทรวงการต่างประเทศภายใต้การทำงานของคณะกรรมการร่วม (Joint Committee; JC) กับหลายประเทศและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ได้มีการเจรจาความร่วมมือในระดับกระทรวงร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านเช่นกัน จนถึงปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขไทยได้มีบันทึกลงนามความร่วมมือทวิภาคี (Memorandum of Understanding; MOU) กับประเทศเมียนมาร์ ลาว กัมพูชาและมาเลเซีย ซึ่ง MOU ดังกล่าวเป็นความร่วมมือทางวิชาการ และการจัดการปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นเฉพาะ

3.6 ความร่วมมือทางวิชาการภายใต้กลไกเสาหลักทั้งสามของอาเซียนและการสร้างการยอมรับและความเป็นผู้นำในด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภูมิภาค

ประเด็นและความท้าทายต่างๆด้านสุขภาพมีความสำคัญในหลายมิติและสอดแทรกอยู่ในเสาหลักของความร่วมมืออาเซียนทุกเสา สุขภาพจึงเป็นเสมือนระบบดำเนินการภาคตัดขวาง (cross cutting) ที่ต้องได้รับการจัดการอย่างสมดุลและเหมาะสม โดยวิวัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและแข็งแกร่ง มีนักคิด นักวิชาการที่มีความสามารถ มีระบบปฏิบัติการที่ก้าวหน้าทันสมัย และ

เป็นที่ยอมรับทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก ศักยภาพดังกล่าวจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเสริมสร้างเกียรติภูมิและศักดิ์ศรีของประเทศให้เป็นที่ชื่นชมและยอมรับของนานาชาติ เป็น พลังบารมีหรือ Soft Power ที่สำคัญในงานความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ความร่วมมือทางวิชาการดังกล่าวในสามเสาหลักของอาเซียน ประกอบด้วย

3.6.1 ความร่วมมือในกรอบ ASCC ผ่านกลไกการทำงานของ SOMHD ซึ่งเป็น Sectoral Body 1 ใน 16 หน่วยภายใต้ ASCC โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพหลักจนถึงปัจจุบัน ได้มีการกำหนด ASEAN Health Development Agenda Post-2015 จำนวน 20 ประเด็นสุขภาพที่แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังกล่าว และกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละประเด็นรวมทั้งมีการจัดตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขอาเซียน เพื่อประสานงาน ติดตามกำกับกำกับการดำเนินงานในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3.6.2 ความร่วมมือในกรอบ AEC เป็นกรอบความร่วมมือด้านเศรษฐกิจ ที่มีประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การเปิดเสรีด้านการค้าและบริการความตกลง การยอมรับคุณสมบัติร่วมของบุคคลธรรมดา (MRAs) การเคลื่อนย้ายแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ธุรกิจบริการสุขภาพ รวมทั้งประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ สินค้า/ยา ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ ยาสูบ ยารักษาโรค วัคซีน เป็นต้น ความท้าทายทางสุขภาพที่สอดแทรกอยู่ในประเด็นการค้าเหล่านี้ มีความสำคัญและเป็นความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขต้องทำความเข้าใจและวางระบบดำเนินการรองรับอย่างเหมาะสมในเวทีระหว่างประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการได้ประโยชน์แห่งรัฐทั้งในมิติทางเศรษฐกิจ และการคุ้มครองดูแลสุขภาพของประชาชนของประเทศในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมการรองรับความตกลงหุ้นส่วนทางเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership; TPP) ซึ่งในประชาคมอาเซียน มีประเทศที่เข้าร่วมเป็นสมาชิก TPP แล้วได้แก่ บรูไน มาเลเซีย สิงคโปร์ และเวียดนามแต่ประเทศไทยยังคงต้องพิจารณา

อย่างรอบคอบในการเข้าร่วมเป็นหุ้นส่วนดังกล่าว เพราะหากประเทศไทยไม่เข้าเป็นสมาชิก TPP จะก่อให้เกิดการสูญเสียและผลกระทบต่อระบบสวัสดิการสังคมและผู้บริโภคในประเทศของไทย เนื่องจากไทยจะไม่มีสิทธิพิเศษทางการค้าใดๆ ในกรอบ TPP เลยเมื่อทำการค้ากับประเทศในกลุ่มดังกล่าว แต่หากประเทศไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิก TPP ก็จำเป็นต้องปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของข้อตกลงความร่วมมือ โดยเฉพาะในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและทรัพยากรด้านพืชต่างๆ คือ การแก้ไขกฎหมายสิทธิบัตรเพื่อให้เกิดการคุ้มครองสิทธิบัตรในทุกประเภทเทคโนโลยี ตามหลักการสร้างบรรทัดฐานทางการค้าที่มีมาตรฐานสูง (set high-standard trade rules) ส่งผลให้บริษัทข้ามชาติสามารถจดสิทธิบัตรพืชและสารสกัดเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพโดยไม่ต้องแบ่งปันผลประโยชน์ในระยะเวลาการผูกขาดที่ยาวนานถึง 25 ปี และเมล็ดพันธุ์พืชจะมีราคาแพงขึ้นตั้งแต่ 2-6 เท่าตัวเป็นอย่างน้อย⁴ แต่เมื่อใดประเทศไทยเก็บเมล็ดพันธุ์พืชเหล่านั้นไปปลูกต่อหรือแลกเปลี่ยนกับเพื่อนบ้านจะกลายเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายในทันทีเมื่อเป็นเช่นนี้จึงอาจส่งผลกระทบต่อระยะยาวจากการถูกกีดกัน การพัฒนาสายพันธุ์ใหม่ที่มาจกสมุนไพรรวมทั้งประเด็นที่อ่อนไหวต่อประเทศไทยซึ่งเป็นประเด็นเดียวกับที่เป็นข้อห่วงกังวลจากภาคสุขภาพประชาชนต่อกรณีการทำข้อผูกพันการค้าเสรี (Free Trade Agreement; FTA) ไทย-สหภาพยุโรป และไทย-สหรัฐอเมริกาได้แก่ ประเด็นทรัพย์สินทางปัญญา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับราคาขายที่สูงขึ้นจากการผูกขาดของบริษัทข้ามชาติและปัญหาการเข้าถึงยาของประชาชน รวมทั้งประเด็นการเข้ามามีอิทธิพลของบริษัทข้ามชาติต่อการปรับเปลี่ยนกฎหมายและนโยบายสาธารณะต่างๆ ภายในประเทศที่ทำหน้าที่คุ้มครองสุขภาพประชาชนจากสินค้าทำลายสุขภาพ เช่น บุหรี่ และแอลกอฮอล์ รวมถึงกฎหมายเกี่ยวกับการรักษาสิ่งแวดล้อมและฐานทรัพยากร เป็นต้น

3.6.3. ความร่วมมือในกรอบ ASEAN Political Security Community (APSC) เป็นกรอบความร่วมมือด้านการเมืองและความมั่นคง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ตุลาคม 2558

- การแพทย์ภัยพิบัติและการจัดการภัยพิบัติ (Disaster Medicine and Disaster Management) คือ การวางระบบการจัดการด้านการแพทย์รองรับ และแก้ไขผลกระทบด้านสุขภาพจากภัยพิบัติต่างๆ ทั้งที่เกิดโดยธรรมชาติและเกิดจากมนุษย์ เช่น ไฟไหม้ ติ๊กถล่ม อุทกภัย วาตภัย ภัยจากรังสี เชื้อโรค โรคระบาดและภัยคุกคามสุขภาพรูปแบบใหม่ที่มาพร้อมกับเทคโนโลยี เป็นต้น
- การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด (Drug Addiction) ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อนและกระทบกับความมั่นคงเศรษฐกิจและทรัพยากรมนุษย์ ในส่วนของการปราบปรามดำเนินการโดยฝ่ายปราบปราม แต่การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดและผู้ติดยาเสพติดเป็นภารกิจที่กระทรวงสาธารณสุขต้องรับผิดชอบ โดยการทำงานร่วมกันของกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

3.6.4 การสร้างการยอมรับและความเป็นผู้นำในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประชาคมอาเซียน

เมื่ออาเซียนเริ่มมีพัฒนาการของการรวมตัวอย่างเป็นระบบและมีกลไกรองรับการขับเคลื่อนความเป็นภูมิภาคนิยม กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงพลวัตของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ว่าจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ รมั้ตระวังรอบคอบ เพื่อให้ประเทศชาติมีระบบสุขภาพที่ดี มีภูมิคุ้มกันในตนเอง ในขณะเดียวกันก็สามารถใช้โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมแสดงบทบาทเชิงสร้างสรรค์ รวมทั้งพัฒนาขีดความสามารถของประเทศด้านการแพทย์การสาธารณสุข เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานของประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรด้อยโอกาสได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเทศไทย ได้รับการยอมรับว่าเป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุขและการจัดการด้านหลักประกันสุขภาพที่เป็นแบบอย่างที่ดีประเทศหนึ่งในโลก⁵ ศักยภาพและชื่อ

เสียงที่สั่งสมทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาอย่างยาวนานสนับสนุนให้ประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพโลก

ดังนั้น ในเวทีระดับภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุขจึงสามารถใช้โอกาสจากการรวมตัวเป็นประชาคมหนึ่งเดียวของอาเซียน ดำเนินการผ่านยุทธศาสตร์ต่างๆดังต่อไปนี้

- 1) การเป็นศูนย์กลางทางการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Regional Medical Academic Hub) โดยมีส่วนราชการที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาต่างๆ ดังนี้
 - โครงการประชุมนานาชาติ การศึกษาฝึกอบรมของกรมวิชาการและสถาบันต่างๆ
 - เป็น Lead Country (ประเทศแกนนำ) ในการจัดทำตำราการแพทย์ทางเลือก เรื่อง Herbal Medicines Used in Primary Health Care in ASEAN เผยแพร่ในประชาคมอาเซียนโดยมีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นผู้รับผิดชอบ
- 2) การเป็นศูนย์กลางห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์แห่งภูมิภาค (ASEAN Medical Laboratory) โดย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- 3) การสนับสนุนการจัดการปัญหาความเร่งด่วนด้านการสาธารณสุขในภูมิภาคอาเซียน เช่น การเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระดับรัฐมนตรีสาธารณสุขอาเซียนบวก 3 การเตรียมการรองรับการระบาดของเชื้อ Ebola ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 รวมทั้งการประชุม VDO conference เกี่ยวกับมาตรการป้องกันการระบาดของเชื้อ MERs-CoV ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 เป็นต้น
- 4) การแสดงบทบาทเป็นประเทศผู้นำ (Lead Country) ในวาระการพัฒนาตามวาระต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพที่สำคัญ (health priority) เช่น Aging Care, Disaster Medicine, Medical Tourism เป็นต้น
- 5) ความร่วมมือในระดับพหุภาคีอื่นๆ เช่น BIMST (Brunei Darussalam – Indonesia – Malaysia – Singapore – Thailand), ACMECS (Ayeyawady – Chao Phraya – Mekong Economic Cooperation Strategy) เป็นต้น

5. องค์การอนามัยโลก, 2550

6) การมีส่วนร่วมสำคัญในระบบสุขภาพโลก (Global Health) รวมทั้งมิติทางการพัฒนาอื่นๆ เช่น การทำหน้าที่ กรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก การแสดงบทบาทหน้า ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก การทำหน้าที่กรรมการ บริหารและผู้บริจาคเงินในกองทุนโลกด้านเอดส์ มาเลเรีย และวัณโรค การเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ โลกเฉพาะประเด็น เช่น โรค NCD การพัฒนาบุคลากร สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) และการสร้างหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage; UHC) เป็นต้น

บทสรุป

นับตั้งแต่รัฐบาลมีนโยบายในการเตรียมความพร้อม ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่ประชาคม อาเซียนในด้านสาธารณสุขและระบบสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องใน การกำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ ให้เป็นเครื่องมือใน การปรับตัวภายในองค์กร และการบูรณาการความร่วมมือ กับหน่วยงานภายนอกและองค์กรระหว่างประเทศอย่าง

กลมกลืนและเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญต่อความร่วมมือทางวิชาการ การร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพที่สำคัญ ของภูมิภาคและของโลก การแก้ปัญหาผลกระทบจาก การรวมเป็นประชาคมหนึ่งเดียว การแก้ปัญหากลุ่มด้อย โอกาสในสังคมอาเซียน รวมทั้งเสริมสร้างการยอมรับ และภาวะผู้นำจากการเป็นผู้ให้ที่มีระบบดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพ มีคุณภาพและมาตรฐานสูง

สิ่งที่ควรตระหนักคือ การรวมตัวของประชาคม อาเซียนมิใช่เป็นเพียงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วผ่านไป เพราะเมื่ออาเซียนมีการรวมตัวเป็นประชาคมแล้ว การดำเนินงานระหว่างประเทศย่อมต้องมีความต่อเนื่อง และใกล้ชิดกันมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีการปรับองค์กร กระบวนการและวิธีการทำงาน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพด้านการระหว่าง ประเทศอย่างเหมาะสม เนื่องจากภารกิจดังกล่าวจะ มีความเข้มข้น ทวีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อ ประโยชน์แห่งรัฐมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งการเตรียมการที่ดีจะ ทำให้ประเทศไทยมีพัฒนาการที่อย่างต่อเนื่อง แข็งแรง และยั่งยืนตลอดไป

บทที่ 10

ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global health)

1. ความสำคัญ

โลกาภิวัตน์ ทำให้ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพของโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา จากปัญหาเดิมที่เกิดจากความด้อยพัฒนา เช่น การขาดสารอาหาร การขาดการดูแลสุขภาพและสุขอนามัยที่ดี ปัญหาเรื่องอนามัยแม่และเด็ก โรคติดต่อต่างๆ ไปสู่ปัญหาสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่มีความซับซ้อน เช่น การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ และโรคติดต่อจากสัตว์สู่มนุษย์ การดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรียและไวรัส การเคลื่อนย้ายอย่างเสรีของสินค้าที่เป็นภัยต่อสุขภาพข้ามพรมแดนผ่านกลไกการค้าเสรีและความร่วมมือทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพและภัยคุกคามความมั่นคงสุขภาพของมนุษย์เหล่านี้ ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยประเทศหนึ่งๆ ตามลำพังได้ จำเป็นต้องมีความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศและกลไกสุขภาพระดับโลกในการดำเนินการ

นอกจากองค์การอนามัยโลกที่เป็นหน่วยงานหลักดำเนินการด้านสุขภาพโลกแล้วยังมีหน่วยงานและองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ ภายใต้อิทธิพลประชาชาติ มูลนิธิการกุศลที่ทำงานระหว่างประเทศ ธนาคารโลก องค์การการค้าโลกและภาคธุรกิจเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาข้างต้น นอกจากนี้การเจรจาการค้าเสรีภายใต้กรอบการเจรจาองค์การการค้าโลก ล้วนส่งผลต่อการกำหนดนโยบายสุขภาพโลกที่กระทบกับประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะผลกระทบเชิงลบด้านการผูกขาด

การตลาดด้านยาผ่านกลไกสิทธิบัตร การเจรจาการค้าระดับทวิภาคีและพหุภาคีต่างๆ ยังส่งผลกระทบต่อโอกาสการเข้าถึงยาของประชาชนไทยและประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนา จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก รวมทั้งเร่งรัดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการเจรจาต่อรองเพื่อรักษาผลประโยชน์ของประเทศกำลังพัฒนาและประชาคมโลกในเวทีระหว่างประเทศ

2. นิยามและพหุมิติของระบบสุขภาพโลก

จากวิวัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของภัยคุกคามด้านการสาธารณสุขส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนคำให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนไป จากที่เคยใช้คำว่าสาธารณสุข (Public Health) ที่จำกัดการดูแลสุขภาพภายในประเทศ เปลี่ยนเป็นการสาธารณสุขระหว่างประเทศ (International Health) ขยายขอบเขตครอบคลุมการดูแลสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนา และเริ่มมีการนำคำว่าสุขภาพโลก (Global Health) มาใช้อย่างแพร่หลาย เมื่อพิจารณาความหมายโดยรวมของ Public Health, International Health และ Global Health แล้ว พบว่า ทั้งสามคำให้ความสำคัญกับสุขภาพของประชาชนโดยรวม เน้นการป้องกันโรคและประชากรกลุ่มเปราะบาง คือ กลุ่มด้อยโอกาส แต่มีส่วนที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 10.1

ตารางที่ 10.1 เปรียบเทียบความหมายระหว่างสุขภาพโลก การสาธารณสุขระหว่างประเทศ และสาธารณสุข^[1]

ประเด็น เปรียบเทียบ	สุขภาพโลก (Global health)	สาธารณสุขระหว่างประเทศ (International health)	สาธารณสุข (Public health)
การครอบคลุมพื้นที่	มุ่งเน้นประเด็นที่มีผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพที่ข้ามเขตแดนของประเทศใดประเทศหนึ่ง	มุ่งเน้นที่ประเด็นสุขภาพของประเทศอื่นๆ นอกจากประเทศของตน โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา	มุ่งเน้นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศหรือในชุมชน
ระดับความร่วมมือ	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหา ต้องการความร่วมมือจากหลายประเทศทั่วโลก	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหา ต้องการความร่วมมือจากประเทศในลักษณะทวิภาคี	การพัฒนาและการดำเนินการแก้ปัญหา ไม่ต้องการความร่วมมือจากประเทศอื่นในระดับโลก
ปัจเจกหรือประชากร	รวมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรและการรักษาโรคในระดับปัจเจกไว้ทั้งสองส่วน	รวมการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรและการรักษาโรคในระดับปัจเจกไว้ทั้งสองส่วน	ส่วนใหญ่เน้นความสำคัญของการป้องกันโรคในกลุ่มประชากร
การเข้าถึงสุขภาพ	วัตถุประสงค์หลักคือ การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ในโลกเพื่อประชาชนทุกคน	เน้นการช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาในประเทศอื่น	วัตถุประสงค์หลักคือ การสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของคนภายในประเทศหรือในชุมชน
ความกว้างของวิทยาการที่ใช้	มีลักษณะความเป็นสหวิทยาการและข้ามศาสตร์สูง และการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ นอกภาคสุขภาพ	รวมการทำงานของต่างสาขาเข้าด้วยกันบ้างแต่ไม่เน้นการทำงานแบบสหวิทยาการ	สนับสนุนการทำงานแบบสหวิทยาการโดยเฉพาะภายในภาคสุขภาพและสังคมศาสตร์

ที่มา: ดัดแปลงจาก J P Koplan et al. Towards a common definition of global health Lancet 2009; 373: 1993-95^[1]

เนื่องจากการพัฒนางานในระบบสุขภาพโลก ต้องการการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในและนอกภาคสุขภาพ มีความเป็นสหวิทยาการและข้ามศาสตร์สูง ในขณะเดียวกัน ปัญหาในระบบสุขภาพสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ปัจจุบันสามารถแบ่งการดำเนินงานสุขภาพโลกออกเป็น 5 มิติ^[2] ได้แก่

1) **ในฐานะที่เป็นนโยบายระหว่างประเทศ** โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีความสำคัญกับการค้า การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความมีเสถียรภาพ การมีประชาธิปไตย และภาพลักษณ์ระหว่างประเทศ โดยโรคหรือการเจ็บป่วยที่ถูกให้ความสำคัญ เช่น โรคติดเชื้ออุบัติซ้ำอุบัติใหม่ และโรคเอดส์ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและภาพลักษณ์ของประเทศได้

2) **ในฐานะที่เป็นประเด็นความมั่นคง** โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การต่อสู้กับการก่อการร้ายด้วย

อาวุธชีวภาพ การติดเชื้อดื้อยาต่างๆ ซึ่งเป็นความมั่นคงด้านสุขภาพ เป็นต้น

3) **ในฐานะที่เป็นการกุตลและเพื่อมนุษยธรรม** คือ เพื่อแก้ไขปัญหาความยากจน ความอดอยาก ภาวะทุพโภชนาการ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศยากจนและประเทศด้อยพัฒนา

4) **ในฐานะที่เป็นการลงทุน** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจที่ได้จากการพัฒนาสุขภาพ ตัวอย่างเช่น งานอนามัยแม่และเด็ก โภชนาการ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค หรือการประกันสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีผลิตภาพ (productivity) ต่อสังคมและชุมชนได้มากขึ้น

5) **ในฐานะที่เป็นการสาธารณสุข** โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มนุษย์ทุกคนในโลกมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะประชาชนในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่ยากจน

จะเห็นได้ว่าเมื่อสุขภาพโลกมีหลายมิติ ทำให้มีหน่วยงานและองค์กรที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีแนวคิดและจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันไป ทำให้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพโลกมีความสลับซับซ้อนมากกว่าประเด็นสุขภาพเดิมที่เน้นการมีสุขภาพเป็นเป้าหมายหลัก

3. สถานการณ์โดยรวมของระบบสุขภาพโลกในปัจจุบัน

งานสาธารณสุขในปัจจุบัน ไม่ได้เป็นเพียงกิจกรรมภายในประเทศ หรือของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวอีกต่อไป หากแต่มีผลเกี่ยวเนื่องถึงด้านการค้า เศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ โลกาภิวัตน์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสาธารณสุขอย่างน้อย 4 ประการ ได้แก่

ประการแรก ผลของโลกาภิวัตน์ที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเดินทางไปมาหาสู่กันทั่วโลกได้ในระยะเวลาอันสั้น ทำให้แต่ละประเทศมีความเสี่ยงที่จะเผชิญกับโรคติดต่อมากขึ้น ทั้งโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ (emerging and re-emerging diseases) ตัวอย่างเช่น การระบาดของไวรัสสายพันธุ์ใหม่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจแบบเฉียบพลัน (SARS) ไข้หวัดนก มาลาเรียดื้อยา เชื้อไวรัส MERS CoV เชื้อไวรัส Zika เป็นต้น และไม่เพียงแต่โรคติดต่อเท่านั้น การเข้าถึงสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่ง่ายขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease) เช่น โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมองที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารจานด่วน (fast food) ที่ประกอบด้วยแป้ง ไขมันและน้ำตาลในปริมาณค่อนข้างสูง เป็นต้น

ประการที่สอง โลกาภิวัตน์ได้ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข เช่น การเดินทางของผู้ป่วยในประเทศหนึ่งเพื่อไปรับบริการทางการแพทย์ในอีกประเทศหนึ่งที่มีค่ารักษาพยาบาลที่ถูกกว่า (Medical Tourism) เป็นต้น ทำให้ประเทศที่ตั้งรับปลายทางมีความเสี่ยงในการรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เช่น กรณีผู้ป่วย MERS CoV จากประเทศแถบตะวันออกกลางในปี พ.ศ. 2558 และจำเป็นต้องมีการปรับระบบบริการสุขภาพในการรองรับการให้บริการทางการแพทย์สำหรับชาวต่างชาติ

เช่น ประเทศไทย รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการเป็นศูนย์กลางการแพทย์ในระดับนานาชาติ (Medical Hub) เพื่อใช้เป็นช่องทางในการกระตุ้นเศรษฐกิจและสร้างรายได้เข้าสู่ประเทศ ทำให้มีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการทางการแพทย์มากกว่าปีละ 2 ล้านคน ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในชนบทแบบสัมพัทธ์ เนื่องจากภาวะสมองไหลจากชนบทสู่เมืองใหญ่ นอกจากนี้ ยังพบว่ามีกรณีเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาที่มีค่าตอบแทนต่ำกว่า ไปสู่ประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีรายได้ต่อหัวประชากรและค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์หรือมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สูงกว่า

ประการที่สาม การมีเทคโนโลยีที่เจริญก้าวหน้า และการค้าระหว่างประเทศอย่างกว้างขวางส่งผลให้ประเทศต่างๆ มีการพัฒนาการเข้าถึงวัคซีน ยาเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ มากขึ้น แต่ขณะเดียวกันวัคซีน ยา และเวชภัณฑ์ที่ค้นพบใหม่มีราคาแพงมากขึ้นเรื่อยๆ จนส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น นอกจากนี้ ยังมีสินค้าที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่ เหล้า ที่เข้าไปทำการตลาด (marketing) ในหลายๆ ประเทศและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ประการที่สี่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่มีมากขึ้น ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ รวมทั้งอินเทอร์เน็ต ทำให้ประชาชนมีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่ตนเองต้องการและมีความคาดหวังต่อการให้บริการทางการแพทย์มากขึ้น ส่งผลให้มีการฟ้องร้องแพทย์สูงขึ้นด้วย

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงไปในระบบสุขภาพโลกคือ บทบาทที่ลดลงของหน่วยงานระดับโลกด้านสุขภาพที่เคยมีความสำคัญทั้งในเชิงนโยบายและด้านการเงินอย่างเช่นองค์การอนามัยโลก หรือองค์การยูนิเซฟกลับมีบทบาทน้อยลงอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาขององค์การอนามัยโลกเอง โดยเฉพาะปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ขาดประสิทธิภาพ และการดำเนินงาน

ภายใต้อิทธิพลของประเทศพัฒนาแล้ว เนื่องจากระบบงบประมาณต้องพึ่งพาการบริจาคจากประเทศพัฒนาแล้วเป็นหลัก ซึ่งล้วนแต่มีเงื่อนไขบังคับให้ดำเนินการตามประเด็นสุขภาพผู้บริจาคสนใจหรือให้ความสำคัญ ส่งผลให้เกิดหน่วยงานใหม่ๆ ที่เรียกว่า Global Health Initiative ขึ้นจำนวนมากกว่าร้อยองค์กร เพื่อทำหน้าที่แก้ไขปัญหาด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยหน่วยงาน

หลัก ได้แก่ กองทุนโลกด้านเอ็ดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), Roll Back Malaria (RBM), Stop TB Partnership และ the World Bank Multi-Country AIDS Program (MAP) ซึ่งองค์กรเหล่านี้มีงบประมาณที่หลังไหลมาจากหลายทาง ดังแสดงในภาพที่ 10.1

ภาพที่ 10.1 หน่วยงานและองค์กรใหม่ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพโลก



ที่มา: The Global Health Landscape

ในด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพโลก จากรายงานของ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington ในปีพ.ศ. 2552 พบว่า การให้การสนับสนุนแก่โครงการด้านสุขภาพเพิ่มจาก 5.6 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) เป็น 21.8 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) ทั้งนี้อัตราการเติบโตของเงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพมีการเติบโตอย่างค่อนข้างช้าในช่วงแรกระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2001 โดยใช้เวลาถึง 11 ปีในการเพิ่มจำนวนเงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพเป็น 2 เท่า จาก 5.6 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 1990 เป็น 10.9 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2001 แต่

หลังจากนั้นอัตราการเติบโตของเงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพได้เพิ่มเป็น 2 เท่า จาก 10.9 พันล้านเหรียญสหรัฐในปี ค.ศ. 2001 เพิ่มเป็น 21.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี ค.ศ. 2007 โดยใช้เวลาเพียง 6 ปีในการเติบโต^[3] (ภาพที่ 10.2) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของเงินสนับสนุนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญเป็นอย่างมากในการพัฒนาด้านสุขภาพระหว่างประเทศขององค์กรแหล่งทุนและองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ

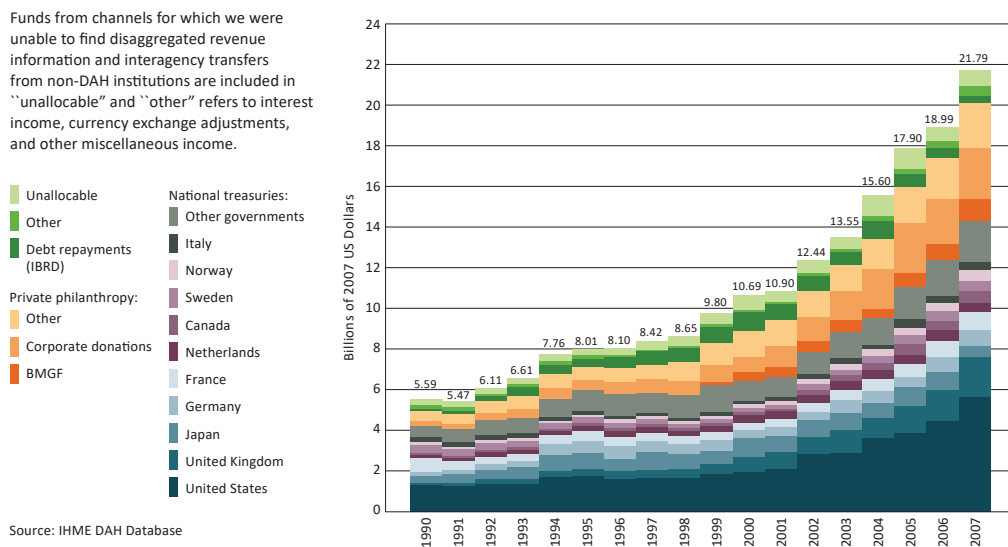
เมื่อจำแนกตามแหล่งการคลังสุขภาพพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากในช่วงระยะเวลาเกือบสองทศวรรษดังกล่าว กล่าวคือ สัดส่วนของการให้ความช่วยเหลือแบบทวิภาคี (bilateral) ลดลงจากร้อยละ 46.8 ใน

ปี ค.ศ.1990 เหลือเพียงร้อยละ 27.1 ในปี ค.ศ. 2001 และกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34 ในปี ค.ศ. 2007 เนื่องจากการเปลี่ยนรูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาทางสาธารณสุขระหว่างประเทศของแหล่งทุน (donors) และแนวนโยบายของประเทศที่พัฒนาแล้ว สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญขององค์กรใหม่ๆที่เกิดขึ้นและมีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพโลก ในขณะที่เงินสนับสนุนด้านสุขภาพผ่านหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก UNICEF UNAIDS UNFPA ลดลงจากร้อยละ 32.3 ในปี ค.ศ. 1990 เหลือเพียงร้อยละ 14.0 ในปี ค.ศ. 2007

ในทางตรงกันข้าม เงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพที่ผ่านช่องทางของหน่วยงานใหม่ๆ เช่น กองทุนโลกด้านเอตส์ วัณโรค และมาลาเรีย (GFATM) และ GAVI เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากน้อยกว่าร้อยละ 1.0 ในปี ค.ศ. 2002 โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 8.3 และ ร้อยละ 4.2 ในปี ค.ศ. 2007 ตามลำดับ ซึ่งจากปรากฏการณ์ดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องให้ความสำคัญและประสานงานกับองค์กรใหม่ที่เกิดขึ้นซึ่งจะมีบทบาทสำคัญต่อระบบสุขภาพโลกเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ภาพที่ 10.2 เงินสนับสนุนโครงการด้านสุขภาพระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2007 จำแนกตามแหล่งการคลังสุขภาพ

Development assistance for health from 1990 to 2007 by source of funding



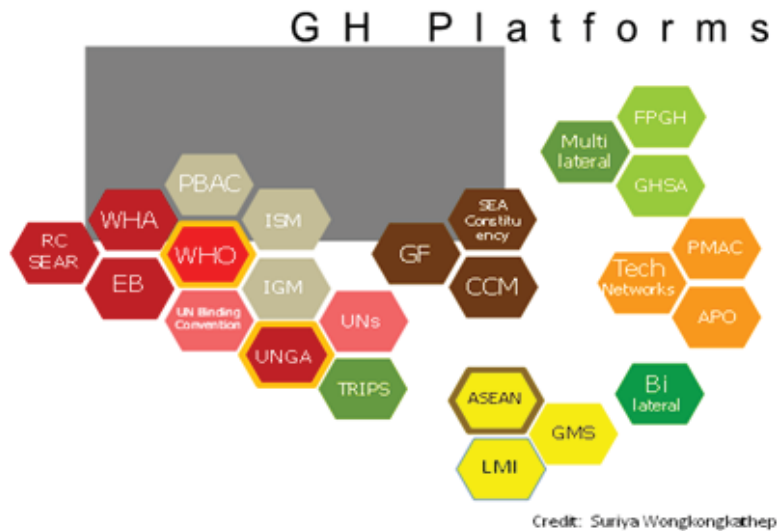
ที่มา: Financing Global Health 2009: Tracking Development Assistance for Health, IHME, University of Washington

4. บทบาทของประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก

ประเทศไทยมีทุนทางปัญญาและทุนทางสังคม ด้านการพัฒนาสุขภาพในประเทศในระดับสูง เช่น ความสำเร็จในด้านนโยบายประชากร การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และบุคลากรของระบบบริการสุขภาพ การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ประสบความสำเร็จ มีบทบาท ประสบการณ์ และอิทธิพลในการกำหนดวาระและนโยบายสุขภาพโลก รวมทั้งระบบสุขภาพในระดับภูมิภาคที่ค่อนข้างโดดเด่น ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยผ่านการทำงานร่วมกันอย่าง

เป็นพันธมิตรและมีประสิทธิภาพระหว่างภาคการต่างประเทศ การสาธารณสุขและอื่นๆ นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็นสมาชิกที่มีบทบาทเข้มแข็งในกลุ่ม Foreign Policy and Global Health (FPGH) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 7 ประเทศ ได้แก่ บราซิล อินโดนีเซีย ฝรั่งเศส นอร์เวย์ เซนีกาล แอฟริกาใต้ และไทย, สมาชิกกลุ่มประเทศ ASEAN และสมาชิกขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ด้วย ทั้งนี้ เวทีด้านการพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพระหว่างประเทศทั้งในระดับโลกและภูมิภาคสามารถเขียนเป็นแผนภาพดังภาพที่ 10.3

ภาพที่ 10.3 เวกีสำหรับการพัฒนางานสาธารณสุขระหว่างประเทศในระดับโลกและภูมิภาค



ที่มา: Wongkongkathep (2015)

4.1 บทบาทของประเทศไทยผ่านความร่วมมือระดับพหุภาคี (Multilateral cooperation)

4.1.1 ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศผ่านองค์การอนามัยโลก

- เวกีองค์การอนามัยโลกสำนักงานใหญ่ (WHO HQ Office) ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส ซึ่งประกอบด้วยประเทศสมาชิกประมาณ 196 ประเทศ ตัวอย่างเช่น การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly - WHA) ในเดือนพฤษภาคมของทุกปี, การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (WHO Executive Board Meeting) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ในเดือนมกราคมและพฤษภาคมของทุกปี, การประชุมคณะกรรมการบริหารแผนงานและงบประมาณ (Program Budget and Administrative Committee - PBAC) ซึ่งจะประชุมก่อนคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก, และคณะกรรมการด้านวิชาการขององค์การอนามัยโลก ในรายประเด็น เป็นต้น

- เวกีองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO South-East Asia Regional Office) ณ กรุงนิวเดลี สาธารณรัฐอินเดีย ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกจำนวน 11 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตัวอย่างการมีส่วนร่วมของประเทศไทยเช่น การประชุม Regional Committee meeting (RC), การประชุม Health Minister Meeting (HMM), และการประชุมคณะทำงาน หรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ที่เป็นภารกิจสำคัญ หรือประเด็นเร่งด่วนขององค์การอนามัยโลกหรือในระดับภูมิภาค เป็นต้น

- สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยผ่านโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategy - CCS)

4.1.2 ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศผ่านองค์การสหประชาชาติ สำนักงานใหญ่ ณ กรุงนิวยอร์ก โดยผ่านเวทีการประชุม UN General Assembly (UNGA) หรือ การประชุมเกี่ยวกับหน่วยงานพิเศษภายใต้สหประชาชาติ ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เช่น การประชุมระดับสูงด้านการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ของ UNAIDS, การประชุมด้านปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการอพยพย้ายถิ่นของ International Organization of Migration (IOM), การเตรียมการและตอบสนองด้านสุขภาพเมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติของ UNISDR, ประเด็นด้านสิทธิของผู้พิการภายใต้คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (United Nations Human Rights Council - UNHRC) เป็นต้น

4.1.3 ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศผ่านเครือข่ายระดับภูมิภาค เช่น ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community), ASEAN Plus Three, ASEAN-China, Lower Mekong Initiative (LMI), Greater Mekong Sub-region (GMS) เป็นต้น

4.1.4 ความร่วมมือด้านสุขภาพผ่านเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ เช่น เครือข่าย 7 ประเทศของ Foreign Policy and Global Health (FPGH), กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (GFATM), เครือข่ายความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security Agenda - GHSA), เครือข่ายด้านมาลาเรียในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (APLMA) เป็นต้น

4.2 บทบาทของประเทศไทยผ่านความร่วมมือระดับทวิภาคี (Bilateral cooperation) เช่น

- Thailand-Japan เช่น โครงการความร่วมมือด้านสาธารณสุขในประเด็นการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ, หรือการพัฒนา ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่าน Japan International Cooperation Agency (JICA) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)
- Thailand-US เช่น ความร่วมมือด้านสุขภาพผ่านศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH-US CDC Collaboration)
- Thailand-CLMV countries อาทิเช่น Thailand-Cambodia, Thailand-Laos PDR, และ Thailand-Myanmar เป็นต้น

4.3 บทบาทของประเทศไทยผ่านประเด็นด้านสุขภาพระหว่างประเทศที่มีความสำคัญ เช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage), กรณี Migrants' Health, การเตรียมการและตอบสนองด้านสุขภาพเมื่อประสบภาวะภัยพิบัติ implementation of health aspects in the Sendai Framework on Disaster Risk Reduction (DRR), ประเด็นเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ (Anti-microbial Resistance - AMR), ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security) เป็นต้น

นอกจากการสนับสนุนด้านวิชาการและการเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงานในบางเวทีแล้ว ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขยังสนับสนุนงบประมาณและเงินสมทบให้กับหน่วยงานองค์การระหว่างประเทศที่มีภารกิจด้านสุขภาพระหว่างประเทศเป็นจำนวนเงินมากกว่า 100 ล้านบาทในทุกๆปี โดยมีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 10.2

ตารางที่ 10.2 งบประมาณสนับสนุนองค์กรระหว่างประเทศที่ด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปีงบประมาณ 2549-2558 (ต่อ)

ลำดับ ที่	องค์กรระหว่างประเทศ	ปีเริ่มจ่าย (พ.ศ.)	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557	2558
6	โครงการพิเศษองค์การอนามัยโลก ในด้านการศึกษาและฝึกอบรมเกี่ยวกับโรค เมือร้อน (WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Disease: TDR)	2535	750,000 บาท	750,000 บาท	750,000 บาท	750,000 บาท	750,000 บาท	1,500,000 บาท	1,500,000 บาท	1,500,000 บาท	1,500,000 บาท	1,500,000 บาท
7	โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS)	2540	50,000 USD	50,000 USD	50,000 USD	50,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD
8	กองทุนโลกเพื่อการต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาเลเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GF)	2546	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	1,000,000 USD	-	1,500,000 USD	1,500,000 USD
9	คณะกรรมการกาชาดระหว่างประเทศ (International Committee of the Red Cross: ICRC)	2520	75,000 USD	75,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD
10	การประชุมภาคีสมาชิกใหญ่กรอบ อนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (WHO Framework Convention on Tobacco Control: FCTC)	2549	25,929 USD	-	21,080 USD	-	25,093 USD	-	20,298 USD	-	27,740 USD	-
11	Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies	2555	-	-	-	-	-	-	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD	100,000 USD

5. การพัฒนาศักยภาพของประเทศไทย

ด้วยเหตุผลที่ศักยภาพและอำนาจในการต่อรองในเวทีสุขภาพระหว่างประเทศมีความแตกต่างกัน ระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งโดยส่วนใหญ่ประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีอิทธิพล และมีศักยภาพที่จะยึดกุมหน่วยงานหรือองค์กรระหว่างประเทศที่มีสิทธิในการออกเสียงมากกว่า หรือมีการกำหนดกติกา ระหว่างประเทศ เช่น สิทธิบัตรยา มาตรฐานของสินค้า ด้านอาหารและยาและบริการสุขภาพ หรือกฎหมายระหว่างประเทศ เป็นต้น ซึ่งอาจจะทำให้ประเทศกำลังพัฒนาเกิดการเสียเปรียบในเวทีการเจรจา จึงเป็นสาเหตุหลักของความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของผู้บริหาร และนักวิชาการด้านสาธารณสุขในเวทีระดับโลก ตัวอย่างในอดีตที่ผ่านมา เช่น International Health Scholar (IH Scholar) ของกระทรวงสาธารณสุข แผนงานพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย ระดับนานาชาติ (Thai Health Global Link Initiative Program; TGLIP) เครือข่ายด้านสุขภาพระดับโลก (MAHIDOL UNIVERSITY OF GLOBAL HEALTH-MUGH) ของมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น

ตัวอย่างของหน่วยงานที่มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้นำสาธารณสุข ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ คือ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้มีการจัดตั้ง Mahidol University of Global Health (MUGH) เป็นคณะทำงานที่มีองค์ประกอบแบบสหวิชาชีพ ที่มีเป้าหมายเพื่อผลักดันนโยบายและความเคลื่อนไหวด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ⁽¹⁾ ครอบคลุมถึงกระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และองค์การอนามัยโลก ฯลฯ

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีความพยายามในการพัฒนาศักยภาพด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศของผู้บริหารและนักวิชาการผ่านกระบวนการฝึกอบรมและการประชุม

ประสานงานภายใต้โครงสร้างการดำเนินการในรูปแบบ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานต่างๆ

5.1 หลักการในการพัฒนาศักยภาพ

การพัฒนาศักยภาพของผู้นำ ในการบริหารงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ จำเป็นต้องยึดหลักการพัฒนาศักยภาพใน 4 ระดับคือ ระดับบุคคล ระดับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ระดับเครือข่าย และระดับสิ่งแวดล้อม และปัจจัยสนับสนุน (Individual, Node, Network, and Environment; INNE) ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่มีความจำเพาะและแตกต่างจากหลักสูตรการฝึกอบรมทั่วไปที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเน้นการสร้างผู้นำที่ทำงานสัมพันธ์กันเชิงแนวราบ เป็นความสัมพันธ์ใหม่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยถือหลักว่า ทุกคนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีศักยภาพ สามารถเข้ามารวมกลุ่มร่วมคิด ร่วมทำด้วยความเสมอภาค และเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เกิดเป็นโครงสร้างทางสังคมใหม่

Individual, Node, Network, and Environment หรือ INNE ประกอบด้วย

ระดับบุคคล (Individual; I) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพของบุคคลในด้านทักษะ ศักยภาพในการเรียนรู้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีความรับผิดชอบ และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสม

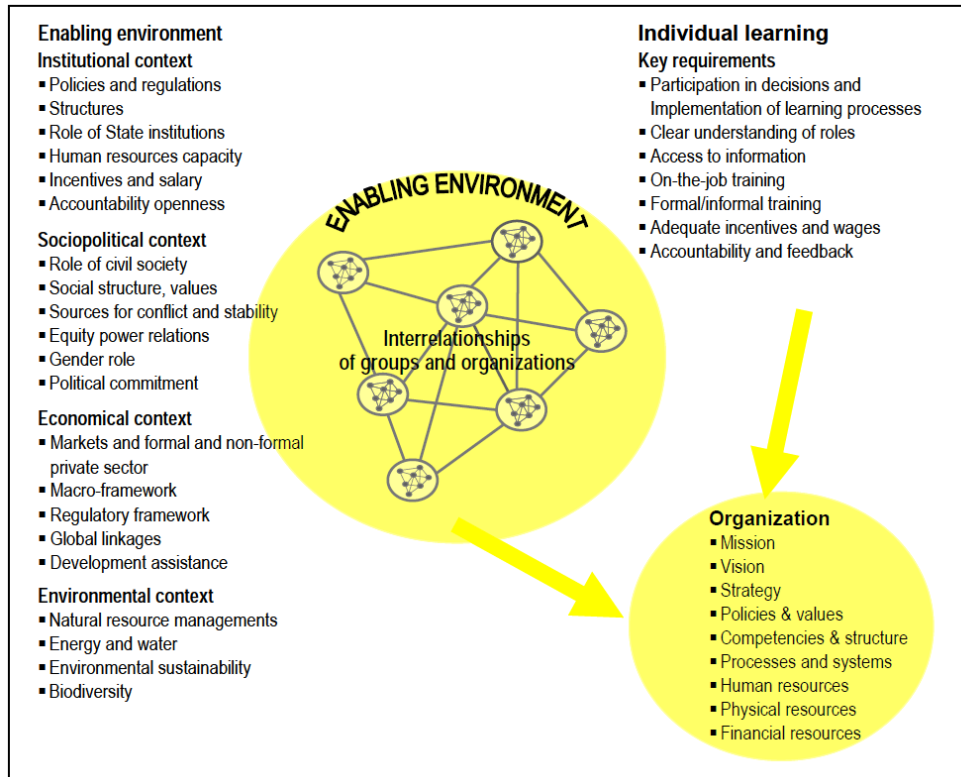
ระดับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Node; N) หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม และสามารถแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อนและยุ่งยากได้มากขึ้น

ระดับเครือข่าย (Network; N) หมายถึง การสร้างเครือข่ายขององค์กรและหน่วยงานที่ทำงานในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เพื่อหนุนเสริมการทำงานและช่วยเหลือในการปิดจุดอ่อนของหน่วยงาน/องค์กรแต่ละแห่งได้ ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่มีขนาดใหญ่และยุ่งยากซับซ้อนได้มากขึ้น

ระดับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยสนับสนุน (Environment; E) หมายถึง การมีนโยบายและกฎระเบียบที่สนับสนุนการทำงาน รวมทั้งมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการใช้และพัฒนาศักยภาพของนักวิชาการ/ผู้เชี่ยวชาญอย่างสูงสุด รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 10.4

1 <http://www.mahidol.ac.th/en/news-2013/aug/MUGH/MUGH.html>

ภาพที่ 10.4 ความสัมพันธ์ของการพัฒนาศักยภาพทั้ง 4 ด้าน



ที่มา: ดัดแปลงจาก UNDP Capacity Development, 1997^[4]

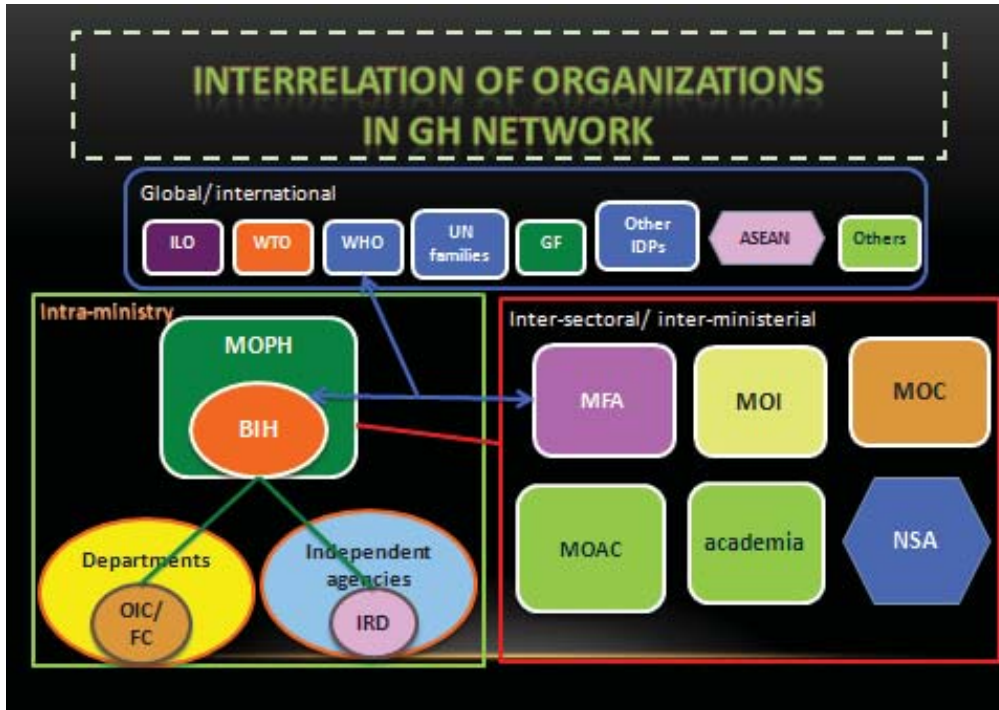
6. การพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพโลกในประเทศไทย

ด้วยเหตุผลที่ภารกิจด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น และครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพที่มีความหลากหลายและเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้มีความจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ (สรป.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพโลกและในระดับภูมิภาค จำเป็นที่จะต้องพัฒนาและสร้างเครือข่ายการทำงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กับหน่วยงานที่เป็นกรมวิชาการในกระทรวง

สาธารณสุขผ่าน Office of International Cooperation (OIC) หน่วยงานวิชาการในมหาวิทยาลัยและนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรอิสระที่เกี่ยวข้อง กระทรวงการต่างประเทศและกระทรวงอื่นๆ (ภาพที่ 10.5) ผ่านโครงสร้างคณะกรรมการยุทธศาสตร์สุขภาพโลก

ทั้งนี้อาจมีการจัดตั้งคณะกรรมการหรือทำงานรายประเด็นที่มีความสำคัญ เช่น คณะกรรมการด้านสุขภาพของ ASEAN, คณะทำงานด้าน Antimicrobial Resistance (AMR) หรือ คณะอนุกรรมการศึกษาผลกระทบของ TPP คณะทำงานว่าด้วยอุปสรรคทางเทคนิคต่อการค้า (TBT working group) เป็นต้น

ภาพที่ 10.5 เครือข่ายการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข



ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข กรกฎาคม พ.ศ. 2559^[5]

7. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นโยบายการต่างประเทศ ผ่านกลไกสุขภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์สุขภาพผ่านกลไกการต่างประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องจัดทำกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทยเพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประเทศและของโลก โดยเพิ่มบทบาทเชิงรุกในการสนับสนุนความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งส่งผลด้านบวกต่อสุขภาพคนไทย การเสริมบทบาทและภาพลักษณ์ของไทยในเวทีระหว่างประเทศ การเป็นศูนย์กลางการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งการให้และการรับประโยชน์จากประชาคมอาเซียน และการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ฯ นี้จะเป็นกรอบการทำงานขับเคลื่อนร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ซึ่งประเทศไทยจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาในลำดับต้นๆ ที่มีการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวสำเร็จ

8. ตัวอย่างข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศกับผลกระทบต่อสุขภาพ กรณี TPP

ความตกลงหุ้นส่วนเศรษฐกิจภาคพื้นแปซิฟิก (Trans-Pacific Partnership: TPP) เป็นความตกลงเปิดเสรีทางเศรษฐกิจที่มีมาตรฐานสูง ครอบคลุมทั้งในด้านการเปิดตลาดการค้าสินค้า การค้าบริการ และการลงทุน ตลอดจนการปฏิรูป (reform) และการสร้างความสอดคล้อง (harmonization) ในกฎระเบียบทางเศรษฐกิจ โดยมีประเทศสมาชิก 12 ประเทศ ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา นิวซีแลนด์ ชิลี เปรู เม็กซิโก สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น บรูไน มาเลเซีย สิงคโปร์ และเวียดนาม โดยผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ หรือ GDP รวม มีมูลค่า 28.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐฯ คิดเป็นร้อยละ 38 ของ GDP โลก ในปีพ.ศ. 2557 มูลค่าการค้าระหว่างไทยกับสมาชิก TPP มีสัดส่วนร้อยละ 38.5 ของการค้ารวมของไทย ไทยส่งออกไปตลาด TPP คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40.4 ของการส่งออกไทยไปโลก และไทยนำเข้าจากประเทศสมาชิก TPP คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 36.6 ของการนำเข้าไทยจากโลก

ประเทศสมาชิกได้สรุปผลความตกลง TPP เมื่อวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ณ เมืองแอตแลนตา สหรัฐอเมริกา และเผยแพร่ข้อบทความตกลง (Full Text) รวมทั้งสิ้น 30 ข้อบท เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 โดยสมาชิกทุกประเทศจะต้องดำเนินการระบวงการภายในก่อนลงนาม และกำหนดวันใช้บังคับความตกลงต่อไป ซึ่งล่าสุดประเทศสมาชิก TPP ได้ประกาศว่าจะร่วมกันลงนามความตกลงในวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ณ ประเทศนิวซีแลนด์

หากประเทศไทยจะเข้าร่วมเป็นสมาชิกความตกลง TPP อาจส่งผลเชิงบวกต่อเศรษฐกิจไทย แต่อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้สูงที่ผลิตภัณฑ์และบริการอย่างน้อย 8 กลุ่ม จะได้รับผลกระทบเชิงบวกและลบจาก TPP ได้แก่ ภูมิปัญญาและการแพทย์แผนไทย ยา วัคซีนและชีววัตถุ เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง อาหาร ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบริการสุขภาพ

8.1 ผลกระทบของ TPP ต่อระบบสุขภาพ

ผลิตภัณฑ์และบริการที่จะได้รับผลกระทบจาก TPP มีอย่างน้อย 8 กลุ่ม ได้แก่ ภูมิปัญญาและการแพทย์แผนไทย ยา วัคซีนและชีววัตถุ เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง อาหาร ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบริการสุขภาพ โดยมีทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบดังนี้

ผลกระทบด้านบวก

ความตกลงฯ เป็นปัจจัยภายนอกที่จะช่วยยกระดับมาตรฐาน คุณภาพ และกระบวนการดำเนินงานสำหรับผลิตภัณฑ์และหน่วยงานรับผิดชอบให้เป็นมาตรฐานระหว่างประเทศ

ผลกระทบด้านลบ

- การกำหนดนโยบายขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากกระบวนการนโยบายถูกกำกับโดยความตกลง TPP
- ค่าใช้จ่ายด้านยาของระบบสุขภาพจะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการผูกขาดตลาดยาผ่านระบบสิทธิบัตรและข้อมูลการขึ้นทะเบียนยา

- ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพคนไทย และความสูญเสียทางเศรษฐกิจจะเพิ่มขึ้นจากความตกลง TPP ที่เกี่ยวข้องกับยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- ขีดความสามารถในการแข่งขันทางการค้ากับผู้ประกอบการจากประเทศสมาชิก TPP ในกลุ่มธุรกิจ ปศุสัตว์ สมุนไพร ยา วัคซีนและชีววัตถุ เครื่องมือแพทย์ อาจจะไม่สามารถแข่งขันได้ โดยเฉพาะธุรกิจขนาดกลางและย่อมของคนไทย เนื่องจากศักยภาพและขนาดของทุนเพื่อยกระดับมาตรฐานและเทคโนโลยีน้อยกว่าบริษัทข้ามชาติมาก

มาตรการเตรียมการรองรับ/ป้องกัน

- การเจรจาต้องกำหนดข้อสงวนหรือเงื่อนไข (ในส่วนที่ทำได้) ให้เกิดผลกระทบทางลบน้อยที่สุด
- เร่งรัดยกระดับมาตรฐาน คุณภาพ และกระบวนการดำเนินงานของภาครัฐโดยเร็ว
- สนับสนุนให้ภาคเอกชนไทยเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันโดยการพัฒนางานวิจัยเพื่อการพัฒนาและสร้างนวัตกรรม
- นำผลได้ทางเศรษฐกิจที่ได้จากความตกลง TPP มาใช้พัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชน และบรรเทาผลกระทบด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพต่างๆ

9. บทสรุป

จากบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และการทวีความสำคัญของระบบสุขภาพโลก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องให้ความสำคัญและมีการเตรียมการด้านกำลังคนและพัฒนาศักยภาพของประเทศในทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งต้องมีการจัดทำและดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพและมีทิศทางที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลก รวมทั้งเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการดำเนินงานและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

บทที่ 11

โรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศไทย

ปัจจุบัน สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มการเกิดเพิ่มสูงขึ้น ทั้งในส่วนของอุบัติการณ์และความรุนแรง มีการระบาดในหลายพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ทั้งในและต่างประเทศทั่วโลก ทั้งโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์ หรือโรคติดเชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ ในช่วงที่ผ่านมาพบการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญทั่วโลก เช่น การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก (H5N1) การแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ (H1N1) การแพร่ระบาดของโรคซาร์ส การแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในทวีปตะวันออกกลาง และในปี พ.ศ. 2557 โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นอีกโรคหนึ่งที่พบว่ามีอาการรุนแรงสูง โดยมียัตราป่วยตายมากกว่าร้อยละ 50 ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้บ่งชี้ว่าการระบาดครั้งนี้เป็นการระบาดครั้งใหญ่ที่สุด และจัดเป็นความเสี่ยงด้านสาธารณสุขต่อทุกประเทศทั่วโลกโดยเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2557 ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในแอฟริกาตะวันตกเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern; PHEIC) ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในหลายๆ ด้าน เช่น ภาคการผลิตภายในประเทศ ภาคการคมนาคมขนส่ง รายได้ภาครัฐลดลง เป็นต้น ซึ่งจะทำให้เศรษฐกิจและผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสลดลงด้วย

สำหรับประเทศไทย มีการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่อยู่เป็นระยะๆ เช่น พบผู้ป่วยโรคซาร์สในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกระหว่างปี พ.ศ. 2547 – 2551 ซึ่งทำให้พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในช่วงปี พ.ศ. 2547 - 2549 และยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่เชื้อจากประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชีย การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิดเอ H1N1 หรือ ไข้หวัดใหญ่ 2009 ในปี พ.ศ. 2552 ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก

โรคมือ เท้า ปาก (Hand, Foot and Mouth disease; HFMD) ที่เกิดจากเชื้อไวรัสที่มีความรุนแรงพบบ่อยขึ้น และมีการแพร่ระบาดในปีพ.ศ. 2555 และล่าสุด ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ได้พบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์สเป็นรายแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันโรคเมอร์ส จำนวน 1 ราย เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2558 โดยเป็นชาวต่างชาติที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ซึ่งได้รับการรักษาจนอาการปกติสามารถเดินทางกลับประเทศได้ และไม่มี การแพร่กระจายเชื้อในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีความเสี่ยงจากการที่มีผู้เดินทางเข้า - ออกประเทศทั้งไปและกลับจากพื้นที่ที่ติดโรค รวมทั้งการเป็นศูนย์กลางการแพทย์ (Medical hub) ซึ่งจะมีผู้ป่วยโรคต่างๆ เข้ามารักษาในโรงพยาบาลของไทย นอกจากนี้ยังมีผู้ที่เดินทางไปแสวงบุญ ณ นครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 จากสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผลกระทบจากปัญหาด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น มีหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร และพฤติกรรมมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การเข้าใช้ไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดการติดต่ออายุขีวณะ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม ภาวะโลกร้อน รวมทั้งการคมนาคมที่รวดเร็ว ก่อให้เกิดการอพยพเคลื่อนย้ายของประชากร การขนส่งสินค้า ส่งผลให้โรคติดต่ออุบัติใหม่แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ยังรวมถึงภัยคุกคามทางชีวภาพ ซึ่งกำลังเป็นประเด็นที่นานาประเทศให้ความสำคัญเพิ่มมากขึ้นตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulations หรือ IHR) และการประกันความปลอดภัยของสุขภาพระดับโลก (Global Health security) แม้จะยังไม่พบว่ามีปัญหา

ด้านภัยคุกคามทางชีวภาพแต่อาจมีการใช้เรื่องดังกล่าวให้เกิดผลในทางจิตวิทยาสร้างกระแสความตื่นตระหนกแก่ประชาชนได้ และจากสถานการณ์ดังกล่าวทั้งกรณีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และภัยคุกคามทางชีวภาพ หากเกิดขึ้นในประเทศไทยหรือต่างประเทศ ทั้งนี้โรคติดต่ออุบัติใหม่ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนยากต่อการจัดการ หากขาดระบบและเครื่องมือป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้ว โรคเหล่านี้มีโอกาสก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน และอาจส่งผลกระทบต่อสังคม และเศรษฐกิจอย่างมหาศาล

ดังนั้น จากสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่และผลกระทบต่อที่เกิดขึ้นจากที่กล่าวมาข้างต้น ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานหลายภาคส่วน ตั้งแต่ระดับส่วนภูมิภาคตลอดจนระดับประเทศ ทั้งระบบงานสาธารณสุขและภาคส่วนอื่นๆ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2559) ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมตอบโต้การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้เกิดการบูรณาการของหน่วยงานทุกภาคส่วน ส่งผลถึงความสำเร็จในช่วยเหลือประชาชน ผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งลดความสูญเสียด้านอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญ ระหว่างปี พ.ศ. 2554 – 2558

โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola Virus Disease)

โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า เกิดการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ.2519 ณ หมู่บ้านแห่งหนึ่งใกล้กับแม่น้ำอีโบล่าซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก จึงได้ชื่อว่าโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า และมีการตรวจพบเชื้อครั้งแรกในผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการฆ่าหาลิงชิมแปนซีที่ประเทศไอวอรีโคสต์ (Ivory Coast) ในปี พ.ศ. 2547 ปัจจุบันถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคไวรัสไข้เลือดออกชนิดหนึ่ง และมีอัตราป่วยตายสูง (ร้อยละ 50 – 90)

ในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556 ได้มีการระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่าขึ้น โดยเริ่มต้นที่ประเทศในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก 3 ประเทศ ได้แก่ กินี เซียร์ราลีโอน

และไลบีเรีย และมีการแพร่ระบาดในวงจำกัดจำนวน 6 ประเทศ ได้แก่ มาลี ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา ซึ่งตั้งแต่พบการระบาดในปลายปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน (สิงหาคม พ.ศ. 2558) องค์การอนามัยโลกได้รายงานพบผู้ป่วยทั้งหมด 28,041 ราย เสียชีวิต 11,302 ราย ซึ่งในขณะนี้สถานการณ์ในภาพรวมของโลก พบว่าจำนวนผู้ป่วยลดลง

ตั้งแต่เริ่มต้นมีการระบาดของโรคในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก ในประเทศไทยยังไม่เคยพบผู้ติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ในขณะนี้ความเสี่ยงที่โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่าระบาดในประเทศไทยอยู่ในระดับต่ำมาก อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การค้าและการเดินทางที่สะดวกรวดเร็ว และมากขึ้นในปัจจุบัน รวมทั้งการเดินทางเข้า ออกของผู้คนจากประเทศพื้นที่เสี่ยง ทำให้ประเทศไทยอาจพบโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่าได้ ซึ่งประเทศไทยได้มีระบบการเฝ้าระวัง และคัดกรองผู้เดินทางเข้า-ออก ที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ โดยตั้งแต่เริ่มมีการระบาดในปลายปี พ.ศ.2556 จนถึงปัจจุบัน (สิงหาคม พ.ศ. 2558) จากการคัดกรองพบรายงานผู้ที่เข้าเกณฑ์ต้องสอบสวนโรคทั้งหมด 7 ราย ซึ่งทุกรายไม่พบการติดเชื้อ

โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome)

โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome) หรือโรคเมอร์ส พบรายงานจากองค์การอนามัยโลกครั้งแรก เมื่อวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2555 ในประเทศแถบตะวันออกกลาง ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่อยู่ในตระกูลเดียวกับโรคซาร์สแต่เป็นคนละสายพันธุ์ โดยเริ่มมีการพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2555 ในกลุ่มแพทย์ พยาบาล ในประเทศจอร์แดนที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปอดบวมรุนแรง โดยในช่วงแรกยังไม่ทราบว่าเกิดจากเชื้อใด หลังจากนั้นมีการตรวจยืนยันว่าเป็นการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2012 และมีการรายงานพบผู้ป่วยเป็นระยะๆ จากหลายประเทศ แต่พบไม่มากนัก จนกระทั่งเดือนเมษายน - กันยายน พ.ศ. 2556 มีการระบาดในโรงพยาบาลหลายแห่งในประเทศซาอุดีอาระเบีย รวมทั้งมีการระบาดในชุมชน ประปรายมาเรื่อยๆ ซึ่งตั้งแต่พบการเกิดโรคในปี พ.ศ.

2555 จนถึงปัจจุบัน (กรกฎาคม พ.ศ. 2558) พบรายงานผู้ป่วยจำนวน 1,432 ราย เสียชีวิต 507 ราย จากทั้งหมด 26 ประเทศ คือ ซาอุดีอาระเบีย สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ กาตาร์ จอร์แดน โอมาน คูเวต อียิปต์ เยเมน เลบานอน อิหร่าน ตุรกี อังกฤษ เยอรมนี ฝรั่งเศส อิตาลี กรีซ เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สหรัฐอเมริกา เกาหลีใต้ จีน และไทย ทั้งนี้ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558 ได้เกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางในประเทศสาธารณรัฐเกาหลีใต้เป็นครั้งแรก โดยที่ผู้ป่วยรายแรกมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่ประเทศในแถบตะวันออกกลาง ซึ่งการระบาดครั้งนี้ได้ต่อเนื่องกันมาจนถึงปัจจุบัน

ประเทศไทย ได้พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2558 โดยผู้ป่วยเป็นชาวโอมาน เพศชาย อายุ 75 ปี มีประวัติเดินทางมาจากประเทศแถบตะวันออกกลางที่มีการระบาดของโรค ได้เข้ารับการรักษาตามมาตรฐานที่สถาบันบำราศนราดูร จนหายเป็นปกติ และไม่พบการติดเชื้อเพิ่มเติมในประเทศไทย ซึ่งการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทยในครั้งนี้ องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำหนังสือชี้แจงมาตรการปฏิบัติงานของประเทศไทยถึงนายกรัฐมนตรีด้วย อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงมีความเสี่ยงที่จะพบผู้ป่วยเนื่องจากมีผู้คนเดินทางเข้าออกประเทศและพื้นที่เสี่ยงเป็นจำนวนมากทั้งผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา กลุ่มนักท่องเที่ยวจากประเทศแถบตะวันออกกลางที่เดินทางเพื่อเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย ตลอดจนแรงงานที่เดินทางไปทำงานในประเทศที่พบการระบาดของโรค

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อไวรัสอินฟลูเอนซา (influenza virus) ซึ่งเชืื่อนี้จะอยู่ในน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะของผู้ป่วย ติดต่อกันโดยการไอ หรือจาม หรือการสัมผัสเสมหะหรือของใช้เปื้อนเชื้อโรค ระยะฟักตัว 1-4 วัน เชื้อไข้หวัดใหญ่มีอยู่ 3 ชนิด เรียกว่า ชนิด เอ, บี และ ซี ซึ่งแต่ละชนิดยังแบ่งเป็นพันธุ์ย่อยอีกมากมาย อาการของโรคไข้หวัดใหญ่อาจมีอาการเล็กน้อยไปถึงรุนแรง อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่

ไข้สูง คัดจมูก เจ็บคอ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ ไอและรู้สึกเหนื่อย

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 ที่มีการระบาดทั่วโลก เมื่อปี พ.ศ. 2552 หรือ ค.ศ. 2009 นั้น เป็นวิกฤติทางสาธารณสุขของประเทศทั่วโลกกว่า 214 ประเทศ เนื่องจากประชาชนทั่วโลกยังไม่เคยได้รับเชื้อมาก่อน จึงไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อนี้เป็นเหตุให้ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว แต่โชคดีที่เชื้อมีความรุนแรงมากกว่าไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลไม่มากนัก อัตราตายจึงไม่สูงอย่างที่คาดไว้ ในปัจจุบันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 ได้กลายเป็นไข้หวัดตามฤดูกาลที่พบร่วมกับไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์อื่นในเขตซีกโลกเหนือมีระบาดมากในช่วงฤดูหนาว ส่วนซีกโลกใต้มีระบาดมากในฤดูฝน เชื้อที่เป็นสาเหตุของการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลในแต่ละปีจะมีทั้งไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (H1N1) และ (H3N2) และไข้หวัดใหญ่ชนิดบี โดยทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรงประมาณปีละ 3 - 5 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 250,000 - 500,000 ราย

ประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 - 2557 พบผู้ป่วยประมาณ 50,000 - 70,000 รายต่อปี ซึ่งมีอัตราการป่วยตายสูงสุดในปี พ.ศ. 2557 โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 81 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายน้อยละ 0.12 อย่างไรก็ตาม คาดว่าจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากไข้หวัดใหญ่ที่เกิดขึ้นจริงมีมากกว่าที่รายงานหลายเท่าตัว เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการป่วยน้อยและไม่ได้รับการรักษา ส่วนผู้ที่เสียชีวิตส่วนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น เช่น ปอดบวม เป็นต้น สถานการณ์ในปีพ.ศ. 2558 การเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในภาพรวมของประเทศตั้งแต่ต้นปี พบว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่เริ่มมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ยังไม่ใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมา สำหรับประเทศไทยแต่ละปีมีการระบาดสองระลอกในช่วงต้นปีและกลางปี การระบาดในช่วงต้นปีเป็นช่วงฤดูหนาว เมื่ออากาศร้อนขึ้นและเข้าสู่ช่วงโรงเรียนปิดเทอมการระบาดในประเทศไทยก็มักจะลดลงและจะกลับมาระบาดอีกในช่วงกลางปี ซึ่งตรงกับช่วงเข้าฤดูฝนและโรงเรียนเปิดเทอม โดยการระบาดช่วงกลางปีจะมีผู้ป่วยมากกว่าช่วงต้นปี

โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza)

โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ ชนิดเอ ในสัตว์ปีก โดยสัตว์ปีกทุกชนิด มีโอกาสติดเชื้อมีได้ เช่น ไก่ เป็ด นกน้ำ นกชายทะเล เป็นต้น ซึ่งเชื้อไวรัสไข้หวัดนกมีหลากหลายสายพันธุ์บางสายพันธุ์ก่อให้เกิดโรคในคนได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงแต่บางสายพันธุ์อาจทำให้ปอดอักเสบรุนแรงได้ เช่น สายพันธุ์ A (H5N1) โดยมักพบในคนที่มีการสัมผัสกับสัตว์ปีกที่ป่วยหรือตายด้วยโรคไข้หวัดนกแต่การแพร่จากคนสู่คนเกิดขึ้นน้อย ในปลายปี พ.ศ. 2546 เกิดการระบาดของเชื้อ A (H5N1) ในสัตว์ปีก เริ่มระบาดในประเทศจีน เวียดนาม ต่อมาเกิดการระบาดในประเทศไทย ช่วงต้นปี พ.ศ. 2547 มีสัตว์ปีกป่วยและตายเป็นจำนวนมากกระจายไปทั่วประเทศ และการระบาดแพร่ไปในอีกหลายประเทศของเอเชียปลายปี พ.ศ. 2548 เชื้อเริ่มแพร่ไปยังตะวันออกกลาง ยุโรป และแอฟริกา มีหลักฐานว่าการแพร่ทั้งโดยนกอพยพและการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกภายในและระหว่างประเทศ การระบาดในสัตว์ปีกเกิดขึ้นมากช่วงปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2549 หลังจากนั้นภาพรวมมีแนวโน้มลดลง และได้กลายเป็นโรคประจำถิ่นไปในหลายประเทศ ในระหว่างที่มีการระบาดในสัตว์ปีกในประเทศต่างๆ ก็มีคนที่ติดเชื้อเกิดการป่วยและเสียชีวิตจำนวนหนึ่ง

สถานการณ์ทั่วโลก ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2546 จนถึง ปัจจุบัน (สิงหาคม พ.ศ. 2558) พบรายงานผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อโรคไข้หวัดนก A (H5N1) แล้ว 844 ราย เสียชีวิต 449 ราย โดยพบใน 16 ประเทศ ได้แก่ อาเซอร์ไบจาน บังกลาเทศ กัมพูชา แคนาดา จีน จิบูตี อียิปต์ อินโดนีเซีย อิรัก ลาว พม่า ไนจีเรีย ปากีสถาน ไทย ตุรกี และเวียดนาม

ประเทศไทย พบผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ A (H5N1) รายแรก เมื่อปี พ.ศ. 2547 และรายสุดท้ายในปี พ.ศ. 2549 โดยมีผู้ป่วยจำนวนรวม 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย ส่วนใหญ่ติดเชื้อจากการสัมผัสโดยตรงกับสัตว์ปีกที่ป่วยตายจากไข้หวัดนก ในขณะที่การระบาดในสัตว์ปีก รายงานของกรมปศุสัตว์พบเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2547 จากนั้นมีการระบาดทั่วประเทศต่อเนื่องไปแต่ละปีแต่การป้องกันและควบคุมโรคในสัตว์ปีกดีขึ้นเป็นลำดับจนพบการระบาดครั้งสุดท้ายในปีพ.ศ. 2551

การดื้อยาต้านจุลชีพ

(Antimicrobial resistance : AMR)

การดื้อยาต้านจุลชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อแบคทีเรีย เป็นวิกฤติธรรมของทุกประเทศทั่วโลกเนื่องจากเชื้อดื้อยาสามารถแพร่กระจายจากประเทศหนึ่งสู่ประเทศอื่นๆ จากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง ติดต่อกันได้ระหว่างคนและสัตว์ และปนเปื้อนได้ในอาหารและสิ่งแวดล้อม สถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพในปัจจุบันเข้าขั้นวิกฤติ เพราะการใช้ยาปฏิชีวนะมากขึ้นทำให้เชื้อแบคทีเรียยิ่งปรับตัวและดื้อยาเร็วขึ้น อัตราการดื้อยาจึงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งสวนทางกับอัตราการคิดค้นยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ซึ่งนับวันยิ่งน้อยลงจนแทบไม่มี¹ ในช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2555 พบว่ามียาปฏิชีวนะใหม่เพียง 2 ชนิดเท่านั้น และเป็นยาปฏิชีวนะสำหรับแบคทีเรียแกรมบวก ไม่ใช่สำหรับเชื้อแบคทีเรียแกรมลบที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะหลายชนิดที่กำลังเป็นภัยคุกคามอย่างสูงในขณะนี้ อุตสาหกรรมยาเล็งเห็นว่าการวิจัยและพัฒนา ยาปฏิชีวนะเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า เพราะไม่นานเชื้อแบคทีเรียก็จะพัฒนาตัวเองให้ดื้อต่อยาปฏิชีวนะชนิดใหม่นั้นได้อีก ส่งผลให้ตลาดยาปฏิชีวนะมีอายุสั้นและไม่น่าสนใจเมื่อเทียบกับการลงทุนในกลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ที่ขยายตลาดได้เรื่อยๆ² สถานการณ์เช่นนี้จะทำให้โลกเข้าสู่ยุค Post-antibiotic era ที่ซึ่งการติดเชื้อแบคทีเรียเพียงเล็กน้อยอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้³ และเข้าสู่ยุคล่มสลายทางการแพทย์แผนปัจจุบัน⁴ เนื่องจากไม่สามารถทำหัตถการทางการแพทย์ เช่น การผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนหรือเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น การผ่าตัดเข้า การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ รวมทั้งการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัดได้อีกต่อไป เพราะหัตถการทางการแพทย์เหล่านี้ล้วนต้องพึ่งพิงประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะในการป้องกันและรักษาการติดเชื้อ นอกจากนี้การเดินทางระหว่างประเทศที่สะดวกรวดเร็วและการท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา⁵

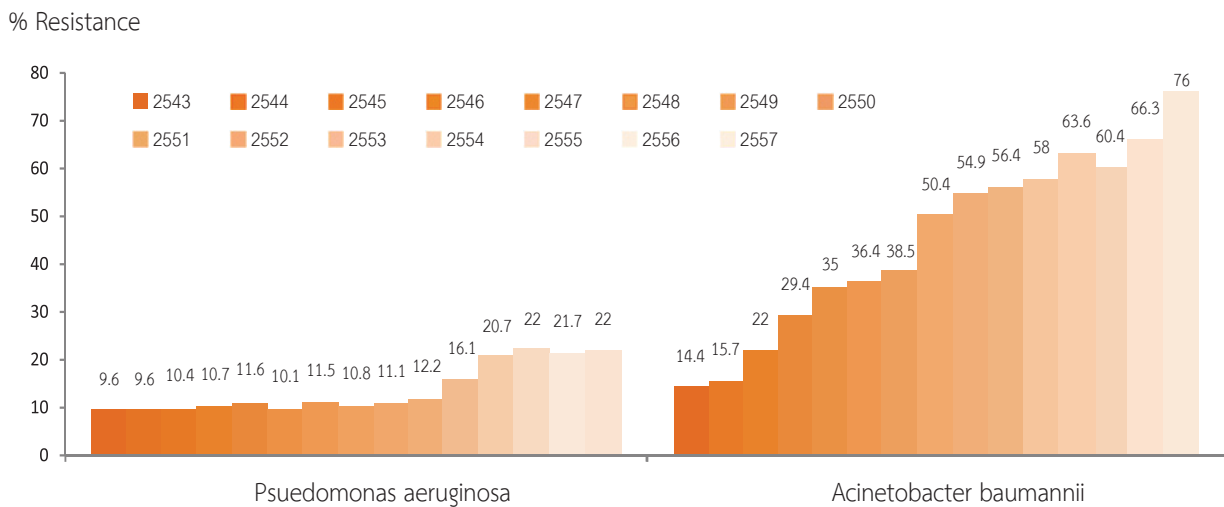
คาดว่าทั่วโลกมีการเสียชีวิตจาก AMR สูงถึง 700,000 ราย และหากไม่มีมาตรการในการแก้ไขในปี ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593) คาดว่าการเสียชีวิตจะสูงถึง 10 ล้านคน ทวีปเอเชียและแอฟริกาจะเสียชีวิตมากที่สุด คือ 4.7 และ

4.2 ล้านคน ตามลำดับ คิดเป็นผลกระทบเชิงเศรษฐกิจสูงถึง 3,000 ล้านล้านบาท (หรือ 100 trillion USD)⁶ สำหรับประเทศไทย งานวิจัยเบื้องต้นในประเทศไทยพบว่าการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 88,000 ครั้ง เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 38,000 ราย นอนโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวัน มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาประมาณ 2,500 – 6,000 ล้านบาท และสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมไม่ต่ำกว่า 40,000 ล้านบาท⁷

แนวโน้มการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

แนวโน้มของเชื้อดื้อยาในประเทศไทยสูงขึ้นเรื่อยๆ และบางตัวเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด เช่น เชื้อแบคทีเรียแกรมลบ *Acinetobacter baumannii* ดื้อต่อยา Imipenem ภายในไม่ถึง 10 ปี ดื้อเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จากร้อยละ 14 ในปี ค.ศ. 2000 เป็นร้อยละ 38 ในปี 2006 และอีกไม่ถึง 10 ปีต่อมา เพิ่มขึ้นอีก 2 เท่าเป็นร้อยละ 76 ในปี ค.ศ. 2014⁸ แนวโน้มการดื้อยา Imipenem ของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ *Pseudomonas aeruginosa* เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (ภาพที่ 11.1)

ภาพที่ 11.1 แนวโน้มของการดื้อยา Imipenem ของเชื้อ *P. aeruginosa* และ *A. baumannii* (2000 - 2014)



ที่มา: ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การดื้อยาของเชื้อ Enterobacteriaceae เช่น *Escherichia coli* (*E. coli*), *Salmonella* และ *Klebsiella* เป็นปัญหาสำคัญในชุมชน สัตว์ ภาควิชาการเกษตร และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็น *E. coli* เพราะเป็นแบคทีเรียแกรมลบที่มีประจำในลำไส้ของคนและสัตว์ จึงสามารถแพร่กระจายหรือถ่ายทอดยีนดื้อยาระหว่างคนและสัตว์ การดื้อยาที่สำคัญของเชื้อกลุ่มนี้ได้แก่

1) การดื้อยาในกลุ่ม Third-generation cephalosporins และ Fluoroquinolones ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า Extended spectrum beta-lactamase-

producing *E. coli* ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ Cefotaxime (ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม third-generation cephalosporins) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.4 เป็น 43.9 ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – 2014

2) การดื้อยาในกลุ่ม Carbapenems หรือ Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) เช่น New Delhi metallo-beta-lactamase-1 (NDM-1) ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่าในปี พ.ศ. 2555 – 2556 จากตัวอย่าง CRE จำนวน 237 ตัวอย่าง ร้อยละ 86.5 เป็นเชื้อดื้อยาที่มียีน NDM-1 (ตารางที่ 11.1)

ตารางที่ 11.1 ผลการสำรวจเชื้อดื้อยาในกลุ่ม NDM-1 ของประเทศไทย

ภูมิภาค	จำนวนตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่พบ NDM-1	ร้อยละที่พบ NDM-1
เหนือ	52	47	19.8
ตะวันตก	58	47	19.8
ตะวันออก	15	13	5.5
ตะวันออกเฉียงเหนือ	65	61	25.7
ใต้	25	23	9.7
กรุงเทพมหานคร	22	14	5.9
ระดับประเทศ	237	205	86.5

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

การแพร่กระจายในคน สัตว์ อาหาร และสิ่งแวดล้อม

การสำรวจการระบาดของเชื้อ ESBL *E. coli* พบว่าในอุจจาระของคนทั่วไปจำนวน 417 คน พบ ESBL-producing *E. coli* สูงถึงร้อยละ 65.7⁹ คนงานที่ทำงานในฟาร์มเลี้ยงหมูจำนวน 30 คน พบว่ามี ESBL-producing *E. coli* ร้อยละ 77.3 นักท่องเที่ยวต่างชาติ ชาวยุโรป 370 คน ที่เดินทางมาเที่ยวในประเทศไทยแถบ เอเชียใต้และตะวันออก พบ ESBL- Enterobacteriaceae เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 (ก่อนเดินทาง) เป็นร้อยละ 30.5 (หลังกลับจากการเดินทาง)¹¹ นอกจากนี้งานวิจัยยังพบ ESBL- Enterobacteriaceae ในสุกรที่เลี้ยงเพื่อการบริโภค¹⁰ เนื้อไก่สดบรรจุในแพ็คปิดสนิทที่จำหน่ายในซูเปอร์มาเก็ต¹² ในแหล่งน้ำบริเวณฟาร์มเลี้ยงสัตว์¹⁰ และอื่นๆ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเชื้อดื้อยา มีการแพร่กระจายทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ในห่วงโซ่อุปทานและห่วงโซ่การผลิตสินค้าเกษตร และในสิ่งแวดล้อม

แนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะ

หลักฐานชัดเจนว่ายิ่งใช้ยาปฏิชีวนะมากการดื้อยาต้านจุลชีพจะเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ข้อมูลในภาพรวมของทั่วโลกพบว่าแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะในคนเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 ระหว่างปี ค.ศ. 2000 - 2010 กลุ่มยาปฏิชีวนะที่ใช้มากที่สุด คือ Cephalosporins และ broad-spectrum

penicillins แต่ที่น่ากังวลที่สุด คือ การใช้ carbapenems และ polymixins เพิ่มขึ้นร้อยละ 45 และ 13 ตามลำดับ เพราะเป็นยาต้านสุดท้ายสำหรับการรักษาการติดเชื้อดื้อยาที่รุนแรง¹³ นอกจากนี้ ในภาพรวมของทั่วโลก พบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะในการเกษตรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี ค.ศ. 2010 - 2030 คาดว่าจะมีการใช้ยาปฏิชีวนะในภาคการเกษตรเพิ่มขึ้นร้อยละ 67 หรือจาก 63,000 เป็น 106,000 ตัน¹⁴

สำหรับประเทศไทย ยาฆ่าเชื้อรวมทั้งยาปฏิชีวนะมีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูงสุดติดต่อกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาฆ่าเชื้อคิดเป็นร้อยละ 20 ของมูลค่าการผลิตและนำเข้ายาทั้งหมด และร้อยละ 50 ของยาฆ่าเชื้อคือยาปฏิชีวนะ ปีพ.ศ. 2552 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาทั้งหมด 1.08 แสนล้านบาท เป็นยาปฏิชีวนะ 1.1 หมื่นล้านบาท ส่วนยาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาระบบประสาทส่วนกลาง และยารักษา มะเร็ง คิดเป็น 9.2, 9.0 และ 7.9 พันล้านบาท ตามลำดับ ยาปฏิชีวนะที่มีมูลค่าผลิตและนำเข้าสูงสุด คือ Penicillins, Cephalosporins และ Carbapenems ส่วนที่มีปริมาณการผลิตและนำเข้าสูงสุด คือ Penicillins, Penicillin and enzyme inhibitor และ Tetracyclines¹⁵ (ตารางที่ 11.2)

ตารางที่ 11.2 มูลค่าการผลิตและนำเข้ายาทั้งหมด ยาฆ่าเชื้อ และยาปฏิชีวนะ

พ.ศ.	มูลค่าการผลิตและนำเข้า (ล้านบาท)		
	ยาทั้งหมด	ยาฆ่าเชื้อ (รวมยาปฏิชีวนะ)	ยาปฏิชีวนะ
2543	38,000	8,000	NA
2545	44,000	8,600	NA
2550	94,000	18,000	NA
2552	108,000	23,000	11,000
2555	161,000	NA	17,000

ที่มา: ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ ของประเทศไทย

ประเทศไทยมีโครงสร้างและกลไกในการจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพที่ดำเนินการโดยหลายภาคส่วนทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และหน่วยงานรัฐอื่นๆ รวมทั้งภาคการศึกษา องค์กรและสมาคมวิชาชีพ และภาคเอกชน ในระดับของนโยบาย พบว่า นโยบายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเชื้อดื้อยาโดยตรงมี 2 ฉบับ คือ (1) นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 ซึ่งรับผิดชอบโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ (2) แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556 - 2559 ซึ่งรับผิดชอบโดยกรมควบคุมโรค โดยนโยบายทั้งสองนี้มีจุดเน้นที่ต่างกันนโยบายแรกเน้นเรื่องการควบคุมยาปฏิชีวนะและส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ส่วนนโยบายหลังเน้นเรื่องการจัดการกับการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม และยังไม่มีนโยบายกลางของประเทศในการจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพให้เชื่อมโยงและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (ดูรายละเอียดได้จากรายงานภูมิทัศน์ของสถานการณ์และงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย)

ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะกรรมการบูรณาการและประสานงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพได้เริ่มพัฒนาแผนยุทธศาสตร์จัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทย โดยการพัฒนาแผน

ยุทธศาสตร์ดังกล่าว ตั้งอยู่บนฐานคิด (core values) 3 เรื่อง คือ เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เน้นลงมือทำ (action-oriented) เน้นการทำงานที่เสริมและสานพลังของภาคส่วนต่างๆ (synergized and orchestrate) และผลักดันให้เป็นวาระแห่งชาติและเกิดความมุ่งมั่นทางการเมือง (political commitment) ในการจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน และในขณะเดียวกันประเด็นเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพกำลังจะเข้าสู่กระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ด้วยเช่นกัน

แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่

โรคติดต่ออุบัติใหม่มีโอกาสแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปทั่วโลก จึงเป็นทั้งปัญหาสำหรับประเทศที่เกิดเหตุและภัยคุกคามแก่นานาชาติทุกประเทศ ต้องเร่งการพัฒนาศักยภาพระบบเครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรค และเตรียมพร้อมตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม และต้องให้ความร่วมมือระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคข้ามประเทศ การดำเนินงานภายในประเทศจะต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง โดยหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ภายใต้นโยบายของรัฐบาลและกรอบแผนยุทธศาสตร์

ในระยะที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการพัฒนาการเตรียมความพร้อมตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มดำเนินงาน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคไข้หวัดนก และแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมในการป้องกันและแก้ปัญหาการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ฌบปีที่ 1 (พ.ศ. 2548 - 2550) ซึ่งต่อมาได้ปรับปรุงเป็นแผนยุทธศาสตร์ ป้องกัน แก้ไข และเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคไข้หวัดนก และการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฌบปีที่ 2 (พ.ศ. 2551 - 2553) และต่อมาได้ขยายขอบเขตให้ครอบคลุมโรคติดต่ออุบัติใหม่โดยรวมเป็นแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2559)

แผนยุทธศาสตร์ฉบับปัจจุบันเน้นความร่วมมือจากทุกองค์กรและภาคี ในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อลดการป่วย การตาย และลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ นำไปสู่การกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์พร้อมทั้งแนวทางและมาตรการการดำเนินการ เพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแต่ละยุทธศาสตร์ และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การจัดการระบบการเลี้ยง และสุขภาพสัตว์ และสัตว์ป่า ให้ปลอดโรค

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบจัดการความรู้ และส่งเสริมการวิจัย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการเชิงบูรณาการและเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ ความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่

ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และป้องกันควบคุมโรคในคน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว ทันสถานการณ์ สร้างความปลอดภัยให้กับ

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป ในขณะเดียวกัน มีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งจะช่วยสร้างศักยภาพให้ประเทศไทยสามารถพึ่งพาตนเองได้ ลดผลเสียหายที่จะเกิดขึ้นทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ และกลไกการบริหารจัดการเชิงบูรณาการ จะช่วยให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้ผนึกกำลังเสริมสร้างศักยภาพและองค์ความรู้ในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ในปัจจุบันโรคติดต่อที่อุบัติขึ้นในประเทศหนึ่งมีโอกาสแพร่กระจายไปทั่วโลกได้อย่างรวดเร็ว การป้องกันและควบคุมโรค จำเป็นต้องดำเนินการด้วยความร่วมมืออย่างเข้มแข็งจากนานาประเทศ

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ มีความสำคัญมากในการผลักดันการดำเนินงานของกลไกทั้งหมดให้บรรลุผลลัพท์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556 - 2559 ใช้กลไกคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ซึ่งแต่งตั้งโดยคำสั่งนายกรัฐมนตรี ร่วมกับคณะอนุกรรมการ 8 คณะ ซึ่งแต่งตั้งขึ้นตามความจำเป็นของภารกิจ โดยการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา มีการแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และการจัดทำแผนปฏิบัติการแม่บทเป็นเครื่องมือการขับเคลื่อนในภาครัฐ โดยบูรณาการวัตถุประสงค์ เป้าหมายและมาตรการตามแผนยุทธศาสตร์ เข้ากับภารกิจตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยราชการ ซึ่งทำงานร่วมกับเครือข่ายในภาคส่วนต่างๆ ประกอบการดำเนินงานตามพันธกิจในกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) ร่วมกับ ยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (APSED) และกรอบความร่วมมือในปฏิญญาสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Declaration of ASEAN Concord) ควบคู่กับการใช้แผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan: BCP) ของแต่ละหน่วยงาน

ในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2558 แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ใช้เป็นกรอบในการเตรียมความพร้อมรับมือและการตอบโต้โรคติดต่อไวรัสอีโบล่าและโรคเมอร์ส รวมทั้งในการจัดทำกรอบงบประมาณระยะสั้น กลาง ยาว เพื่อเตรียม

ความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต การจัดทำแผนและดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ใช้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวเป็นพื้นฐานสำคัญ ซึ่งเน้นบูรณาการการดูแลสุขภาพของคน สุขภาพของสัตว์ และสัตว์ป่า ร่วมกับการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น หน่วยงานภาคสาธารณสุขต้องร่วมมือกับหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพสัตว์ และสัตว์ป่าและทำงานร่วมกับกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการพัฒนาระบบจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย จัดตั้งเครือข่ายห้องปฏิบัติการ และใช้อิเล็กทรอนิกส์ในการเฝ้าระวังโรคและจัดการความรู้ด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในขณะที่เดียวกันก็ทำงานร่วมกับกระทรวงมหาดไทยในการประสานงานภาคส่วนต่างๆรวมทั้งชุมชนในการเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงการจัดการซ่อมแผนในระดับชาติและภูมิภาค มีการทำงานร่วมกับกรมประชาสัมพันธ์และเครือข่ายเพื่อสื่อสารและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่ การร่วมมือทุกภาคส่วนและชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้สามารถจัดการปัญหาได้อย่างรวดเร็วทันการณ์ สร้างความปลอดภัยให้กับประชาชนและสร้างศักยภาพให้ประเทศไทยสามารถพึ่งพาตนเองได้ ลดผลเสียหายที่จะเกิดขึ้นทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว ในปีพ.ศ. 2558 มีการประเมินการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556 - 2559) ระยะเวลาครึ่งแผนโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้บริหารหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ในหน่วยงานต่างๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค 178 แห่ง ในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงมหาดไทย สำนักงานกฤษฎีกา ใน 24 จังหวัด พบว่าหน่วยงานส่วนใหญ่มีการแปลงแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปสู่การปฏิบัติโดยใช้แผนปฏิบัติการแม่บทเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมของหน่วยงานแต่บางหน่วยงานไม่ได้ใช้แผนยุทธศาสตร์นี้เป็นกรอบในการวางแผนการทำงาน แต่มีการดำเนินงานตามภารกิจปกติ ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯ อยู่แล้ว กิจกรรมหลักของหน่วยงานต่างๆ ที่ดำเนินการสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯ มีดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ทุกจังหวัดดำเนินการเฝ้าระวังโรคติดต่อในภาพรวม ไม่ได้เน้นโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นการเฉพาะ มีการส่งตัวอย่างเพื่อตรวจวินิจฉัยสาเหตุของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการฝึกอบรม เพิ่มพูนความรู้ด้านโรคติดต่อ รวมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ หน่วยงานต่างๆ มีการบูรณาการการทำงานตามกรอบแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว One Health

ยุทธศาสตร์ที่ 2 มีการตรวจสุขภาพสัตว์ป่าทั้งในและนอกสถานีเพาะเลี้ยงสัตว์ป่า มีการศึกษาวิจัยเชื้อก่อโรค และเฝ้าระวังโรคในสัตว์ป่า และจัดทำแผนที่ประชานกอพยพ มีการฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในฟาร์มสัตว์ปีกในพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของไข้หวัดนก มีการจัดทำแผนปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนก โรคไข้สมองอักเสบนิปาห์ และโรคควัวบ้า ทั้งด้านระบาดวิทยาและด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการการรณรงค์ทำความสะอาดในฟาร์มเพื่อทำลายเชื้อไข้หวัดนก รวมทั้ง มีการจัดทำฟาร์มมาตรฐานปรับระบบการเลี้ยงไก่พื้นเมือง สุกร และการตรวจรับรองโรงฆ่าสัตว์ มีการเฝ้าระวังโรคระบาดสัตว์ โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน โรคอุบัติใหม่ และพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 มีการจัดทำชุดความรู้โรคติดต่ออุบัติใหม่ และฝึกอบรมบุคลากรเฉพาะเมื่อเกิดสถานการณ์ยังไม่มีแผนงานพัฒนาการวิจัยด้านโรคอุบัติใหม่ ฐานข้อมูลงานวิจัยด้านโรคอุบัติใหม่ยังมีน้อย และยังคงขาดผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ในระดับพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ทุกจังหวัดมีกองอำนวยการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้อำนวยการระดับจังหวัด เพื่อรับมือกับทุกสาธารณภัย แต่สำหรับภัยโรคระบาด มอบให้สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ส่วนสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดมีบทบาทเป็นหน่วยสนับสนุนการตอบโต้ภัยที่เกิดในพื้นที่หากมีการร้องขอทุกจังหวัดมีแผนปฏิบัติการแบบบูรณาการเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ แต่การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนยังมีน้อย มีการเตรียมความ

พร้อมด้านยาเวชภัณฑ์ รวมทั้งอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (personal protective equipment: PPE) และมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานในการฝึกซ้อมแผนปฏิบัติการตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 มีการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ตามแผนปฏิบัติการประจำปี และสามารถปรับแผนรองรับได้เมื่อเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่มีการจัดทำและจัดหา

สื่อความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ เช่น แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อทางอินเทอร์เน็ต วิทยุกระจายเสียง รายการทางโทรทัศน์ แต่ยังไม่มีการประเมินการรับรู้ของประชาชนจากการรับสื่อ การประเมินดังกล่าวให้ข้อมูลที่สะท้อนจุดแข็งและปัญหาอุปสรรค รวมทั้งแนวคิดสำหรับปรับปรุงการดำเนินงานโดยความร่วมมือพหุภาคีในระยะครึ่งหลังของแผนยุทธศาสตร์ฯ

บทที่ 12

สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย

สถานการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

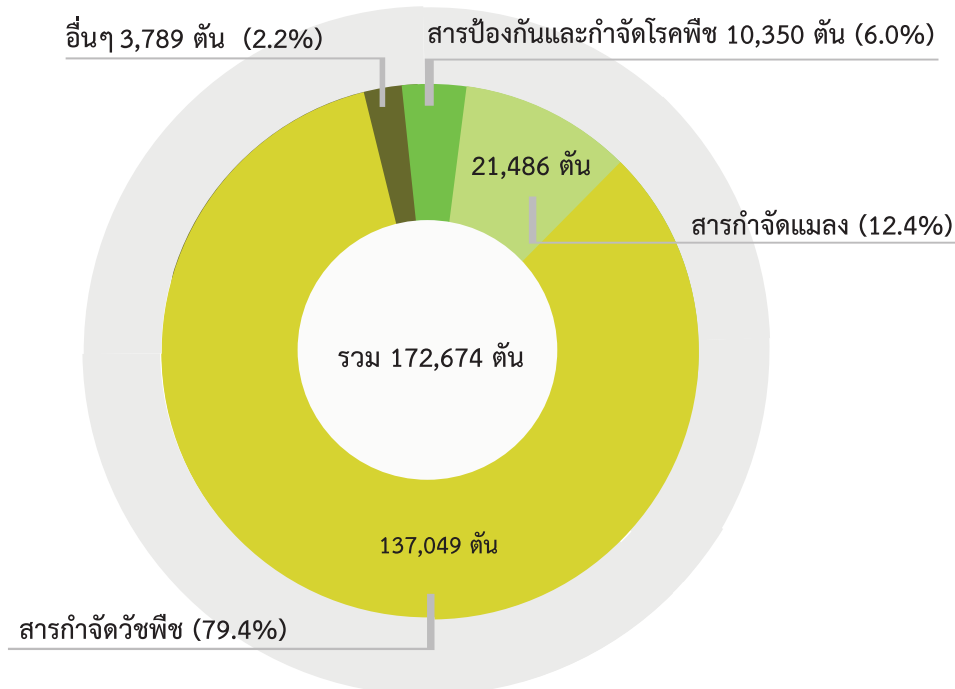
สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น โดยสถานการณ์ของปัญหาสามารถแบ่งเป็นประเภทของมลพิษตามลักษณะของกลุ่มอาชีพและความเสี่ยง แหล่งของมลพิษ และประชากรกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะประชากรเด็ก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีภาคเกษตร

จากข้อมูลของสำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร ได้แสดงให้เห็น ปริมาณ และ มูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี พ.ศ. 2545 - 2556 ของประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปีพ.ศ. 2556 มีปริมาณการนำเข้าถึง

172,674 ตัน หรือประมาณ 2.67 กิโลกรัมต่อหัวประชากร มูลค่ารวม 24,368 ล้านบาท โดยมีปริมาณของสารกำจัดวัชพืช (herbicide) สูงสุดถึง 137,049 ตัน รองลงมาได้แก่ สารกำจัดแมลง (insecticide) ปริมาณ 21,486 ตัน และ สารป้องกันและกำจัดโรคพืช (fungicide) ปริมาณ 10,350 ตัน ตามลำดับ¹ (ภาพที่ 12.1)

ภาพที่ 12.1 ปริมาณการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร พ.ศ. 2556



ที่มา: สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมถึง 12.73 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 33.4² ของประชากรทั้งประเทศ ปัญหาสุขภาพของแรงงานนอกระบบรวมถึงผู้ที่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม จำนวน 3.9 ล้านคน ส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บ หรืออุบัติเหตุจากการทำงาน ปัญหาด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น อิริยาบถในการทำงาน ฝุ่น คิวบิก กลิ่น และมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ปัญหาด้านความปลอดภัยในการทำงาน เช่น ได้รับสารเคมีเป็นพิษ เครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย และได้รับอันตรายต่อระบบประสาทหู ประสาทตา จากข้อมูลการสำรวจทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานนอกระบบพบว่าจำนวนผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการได้รับสารเคมีที่เป็นอันตราย ร้อยละ 1.8³ จากทั้งหมด 3.9 ล้านคน แม้ว่าไม่ได้แยกย่อยว่าเป็นสารเคมีประเภทใด แต่มีจำนวนของเกษตรกรที่ป่วยด้วยพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชรวมอยู่ด้วย จากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับรวบรวมจำนวนและอัตราผู้ป่วยในจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ต่อประชากร 100,000 คน จากสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี พ.ศ. 2550 – 2555 พบอัตราป่วยเฉลี่ย 17.62 ต่อประชากร 100,000 ต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยจำนวน 7,669 ราย (อัตรา 16.88 ต่อ 100,000 ประชากร) โดยจำแนกเป็นโรคพิษจาก organophosphate and carbamate insecticides

จำนวน 2,514 ราย (อัตรา 5.35 ต่อ 100,000 ประชากร) โรคพิษจาก halogenated insecticides จำนวน 149 ราย (อัตรา 0.33 ต่อ 100,000 ประชากร) โรคพิษจาก herbicides and fungicides จำนวน 3,006 ราย (อัตรา 6.62 ต่อ 100,000 ประชากร) โรคพิษจากสารเคมีอื่นๆ จำนวน 2,000 ราย (อัตรา 4.40 ต่อ 100,000 ประชากร)

โดยจากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคบาติวิทยา (รง. 506/2) ปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากสารป้องกันกำจัดศัตรูพืช จากการทํางานและสิ่งแวดล้อม จำนวน 547 ราย อัตราป่วย 0.85 ต่อ 100,000 คน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต พบผู้ป่วยตลอดปี มีรายงานผู้ป่วยสูงขึ้นในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เกษตรกรเริ่มมีการเพาะปลูกและการใช้สารป้องกันกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น⁴

ข้อมูลการตรวจคัดกรองภาคเกษตร

จากข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 - 2557 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้รวบรวมข้อมูลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงการสัมผัสสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช ด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยง และคัดกรองด้วย Reactive Paper สำหรับกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต โดยมีจำนวนคัดกรองด้วย reactive paper เฉลี่ยปีละประมาณ 350,860 ราย โดยเฉลี่ยพบผลเสี่ยงปีละ 113,180 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.14 รายละเอียดดังตารางที่ 12.1

ตารางที่ 12.1 ข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงของเกษตรกร ปี พ.ศ. 2554 - 2557

พ.ศ.	จำนวนจังหวัดที่รายงาน	คัดกรองด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยง			คัดกรองด้วย Reactive Paper		
		จำนวนที่คัดกรอง(ราย)	ผลเสี่ยง(ราย)	ร้อยละความเสี่ยง	จำนวนที่คัดกรอง(ราย)	ผลเสี่ยง(ราย)	ร้อยละความเสี่ยง
2554	74	716,571	...	...	533,524	173,243	32.47
2555	31	245,317	...	...	244,822	75,749	30.94
2556	50	272,873	57,374	21.03	310,490	95,739	30.83
2557	71	202,476	72,740	35.93	314,603	107,989	34.33
รวม		1,437,237	130,087	28.48	1,436,439	452,720	32.14

ที่มา: กลุ่มอาชีพอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (31 ตุลาคม พ.ศ. 2557)

หมายเหตุ: 1. ปีพ.ศ. 2554 - 2555 ไม่มีผลการคัดกรองความเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองฯ

2. ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองฯ กับ กระดาษ Reactive Paper ได้เนื่องจาก ผู้ที่ถูกคัดกรองบางรายไม่ถูกคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง ก่อนการคัดกรองด้วยกระดาษ Reactive Paper

2. ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอุตสาหกรรม

จากการเร่งขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยมีการดำเนินการผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมาได้เกิดพื้นที่สำหรับกิจการอุตสาหกรรมหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะรูปแบบนิคมอุตสาหกรรมมีมากกว่า 60 แห่ง ครอบคลุม 18 จังหวัด ทั่วประเทศ⁵⁾

จากข้อมูลจำนวนสถานประกอบการในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557⁶⁾ มีการตั้งสถานประกอบการทั้งสิ้น จำนวน 141,247 โรงงาน ซึ่งหากแยกประเภทสถานประกอบการแล้วใน 5 อันดับแรกดังแสดงในตารางที่ 12.2

ตารางที่ 12.2 จำนวนและร้อยละสถานประกอบการจำแนกตามหมวดอุตสาหกรรม พ.ศ. 2557

ประเภทสถานประกอบการ	จำนวน	ร้อยละ
ผลิตภัณฑ์จากพืช	44,165	31.26
การผลิตที่ไม่จำเพาะเจาะจง/อื่นๆ	13,619	9.64
อุตสาหกรรมผลิตโลหะ	12,970	9.18
อุตสาหกรรมยานพาหนะ	10,472	7.41
อุตสาหกรรมอาหาร	8,341	5.90
อุตสาหกรรมเคมีภัณฑ์และผลิตภัณฑ์เคมี	3,399	2.40

ที่มา: กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม

นอกจากการตั้งสถานประกอบการที่อยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมแล้ว ยังมีการตั้งสถานประกอบการที่ไม่ได้อยู่ในเขตนิคมอุตสาหกรรม ซึ่งกระจายตัวอยู่ตามเขตพื้นที่จังหวัดต่างๆ เป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ปัญหามลพิษอุตสาหกรรมกระจายอยู่ทุกพื้นที่ทุกภาคของประเทศไทยพร้อมๆ กับการใช้สารเคมีปริมาณมหาศาลในทุกภาคการผลิต ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาอากาศเคมีและของเสียอันตรายจำนวนมาก ปัญหาน้ำเสียและมลพิษอากาศ ปัญหาการปนเปื้อนของสารเคมีในแหล่งน้ำและดิน รวมทั้งในวงจรห่วงโซ่อาหาร เป็นต้น จากข้อมูล

ของกระทรวงอุตสาหกรรม⁷⁾ พบว่า ในปีงบประมาณ 2557 ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 – กันยายน พ.ศ. 2557 มีเรื่องร้องเรียนโรงงานที่สร้างผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม จำนวน 388 เรื่อง โดยเรื่องที่ร้องเรียนมากที่สุดคือ ปัญหากลิ่นเหม็น 100 เรื่อง ปัญหาฝุ่นละออง/เขม่าควัน 83 เรื่อง ปัญหาน้ำเสีย 79 เรื่อง ปัญหาเสียงดัง 45 เรื่อง ปัญหาสิ่งปฏิกูล/กากอันตราย 13 เรื่อง ปัญหากิจการเหมืองแร่ 7 เรื่อง และปัญหาอื่นๆ 61 เรื่อง

ผลกระทบจากกิจการภาคอุตสาหกรรมดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพของประชาชนและคนงานจำนวนมาก ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจากมลพิษอุตสาหกรรมและสารเคมีอันตราย โดยข้อมูลจากกองทุนเงินทดแทน⁸⁾ ปี พ.ศ. 2557 พบจำนวนผู้ประสบอันตรายจากการทำงาน 100,234 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ประสบอันตรายจากการระเบิด จำนวน 68 คน ก๊าซ 105 คน สิ่งมีพิษ สารเคมี จำนวน 4,622 คน และจากสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการทำงานอื่นๆ รวมจำนวน 7,775 คน

2.1 ผลกระทบทางสุขภาพจากโรงงานอุตสาหกรรม

สามารถจำแนกได้หลายลักษณะ เช่น จำแนกตามประเภทของกิจการ จำแนกตามลักษณะของสารมลพิษ หรือจำแนกตามช่วงเวลาของการเกิดผลกระทบ ตัวอย่างเช่น ผลกระทบแบบเฉียบพลัน หรือแบบเรื้อรัง เป็นต้น จากข้อมูลอุบัติเหตุสารเคมีของศูนย์ความเป็นเลิศแห่งชาติด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและของเสียอันตราย (พ.ศ. 2551 - 2555) พบว่าการเกิดอุบัติเหตุจากวัตถุเคมีแฉะน้ำมันสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะจากสารเคมี รองลงมา คือ ก๊าซไวไฟและน้ำมันเชื้อเพลิง และโดยส่วนใหญ่อุบัติเหตุจากวัตถุเคมีเกิดขึ้นในกระบวนการเก็บ รองลงมา คือ ในระหว่างการใช้ การผลิต และการขนส่งตามลำดับ

จากรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา⁹⁾ เมื่อปี พ.ศ. 2554 ในรูปแบบเชิงรับ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 - 2552 พบว่า มีรายงานผู้ป่วยด้วยพิษโลหะหนัก จำนวน 49 ราย เฉลี่ยปีละ 7 ราย ดังตารางที่ 12.3

ตารางที่ 12.3 จำนวนผู้ป่วยด้วยพิษจากสารโลหะหนัก

พ.ศ. 2545 - 2552

ประเภทสถานประกอบการ	จำนวน	ร้อยละ
สารตะกั่ว	27	55.10
แคดเมียม	7	14.28
ดีบุกและส่วนประกอบ	5	10.2
สารหนู	4	8.16
ทองแดง	1	2.04
อื่น ๆ	5	10.20

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ผู้ป่วยจากพิษโลหะหนักส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง และพบการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กสูงขึ้น รวมถึงในรายงานเกี่ยวกับพิษสารระเหยและตัวทำละลาย (toxic effect of solvents) พบมีจำนวนผู้ป่วยจากพิษสารระเหยและสารละลายจำนวน 78 ราย และมีรายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากก๊าซ จำนวน 253 ราย อีกด้วย

2.2 ผลกระทบจากกิจการเหมืองโลหะ

กระบวนการทำเหมืองโลหะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนที่อยู่โดยรอบ เช่น ปัญหาฝุ่นละอองจากการระเบิดเหมือง ปัญหาการปนเปื้อนโลหะหนักต่างๆ เช่น สารหนู ตะกั่ว แมงกานีส เป็นต้น ปัจจุบันประเทศไทยมีกิจการเหมืองโลหะที่สำคัญ เช่น เหมืองทองคำซึ่งครอบคลุม 3 จังหวัด คือ พิจิตร เพชรบูรณ์ และพิษณุโลก และอีกแห่งคือเหมืองทองคำภูทับฟ้า ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลเขาหลวง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย นอกจากเหมืองทองคำแล้ว เหมืองโลหะอื่นๆ แม้จะเลิกประกอบกิจการไปนานแล้ว แต่การปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพก็ยังคงอยู่ เช่น เหมืองตะกั่วคลิตี้ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี เหมืองสังกะสี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก เหมืองดีบุก อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นต้น

กรณีศึกษาเหมืองทองคำ อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย

เหมืองทองคำภูทับฟ้า ตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลเขาหลวง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย มีประชาชนในพื้นที่จำนวน 3351 คน 780 หลังคาเรือน จาก 6 หมู่บ้าน ได้เริ่มเปิดดำเนินการผลิตแร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 และปิดกิจการชั่วคราวในปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากหมดอายุสัมปทานและการอนุญาตใช้พื้นที่ป่าไม้ ผลการเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เหมืองทองคำ พบว่า (1) มีโลหะหนัก คือ แคดเมียมเกินค่ามาตรฐานในน้ำบาดาลที่ใช้ผลิตน้ำประปาของบ้านนาหนองบง หมู่ 3 (2) มีสารหนูและแมงกานีสเกินค่ามาตรฐานน้ำผิวดินบริเวณลำน้ำห้วยเหล็ก และแมงกานีสเกินค่ามาตรฐานน้ำผิวดินบริเวณลำน้ำห้วยฝุก (3) ตรวจพบสารหนูเกินค่ามาตรฐานในหอยขม (4) ผลการตรวจดินพบว่ามีสารหนูเกินค่ามาตรฐาน¹⁰

ผลกระทบต่อสุขภาพ จากการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ในปี พ.ศ. 2557 โดยการเชื่อมโยงการเฝ้าระวังสุขภาพกับผลการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและผลการตรวจร่างกายผู้ที่พบสารหนูในปัสสาวะเกินค่ามาตรฐาน (50 มก./ลิตร) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมารับการตรวจร่างกายจำนวน 208 ราย พบผู้มีอาการทางคลินิกของโรคพิษสารหนูจากสิ่งแวดล้อมโดยพบตุ่มแข็งที่ฝ่ามือฝ่าเท้า (arsenical keratosis) จำนวน 21 ราย (ร้อยละ10.09)

กรณีศึกษาเหมืองดีบุก อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

การปนเปื้อนสารหนูในพื้นที่ อำเภออ่อนพิบูลย์ เกิดจากกระบวนการฝังตามธรรมชาติของหินและดินจากเทือกเขาทางด้านทิศตะวันตกของพื้นที่ ซึ่งเป็นแหล่งแร่ดีบุกและพลูมที่มียูเรเนียมและเรอราซีนโพไรต์เกิดขึ้นปะปนอยู่ในสายแร่ ได้ก่อให้เกิดการแพร่กระจายของสารหนูสู่สิ่งแวดล้อม โดยมีกระบวนการทำเหมืองแร่และกระบวนการแต่งแร่ดีบุกเป็นตัวเร่งให้เกิดการแพร่กระจายของสารหนูในปริมาณที่สูงขึ้น¹¹

จากการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพโดยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปี พ.ศ. 2554 โดยทำการตรวจคัดกรองเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียน 3 แห่งในพื้นที่เสี่ยงสูง หมู่ 2, 12 และ 13 พบเด็กที่ได้รับผลกระทบประมาณ 50 รายและในปี พ.ศ. 2557 ได้ศึกษาติดตาม case ที่ขึ้นทะเบียน และเด็ก 50 ราย รวมทั้ง case ที่เป็นโรคแต่ไม่ได้ลงทะเบียน พบ case 110 ราย เป็น new case เด็กอายุ 15 - 16 ปี จำนวน 7 ราย มีรอยโรคชัดเจน 3 ราย ใน old case นี้ พบเป็น skin carcinoma include Bowen's disease 9 ราย¹²

กรณีศึกษาเหมืองสังกะสี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ปัญหาพิษแคดเมียมจากสิ่งแวดล้อมที่อาจเกี่ยวข้องกับกิจการเหมืองที่สำคัญ คือ กรณีการตรวจพบสารแคดเมียมในสิ่งแวดล้อมและพืชผลเกษตร ในเขตตำบลพระธาตุผาแดง ตำบลแม่ตาว และตำบลแม่กุ ของอำเภอแม่สอด โรงพยาบาลแม่สอดร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้มีการประเมินสุขภาพของประชาชน ทำการตรวจหาระดับแคดเมียมในปัสสาวะของประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2547 - 2548 ครั้งที่สองในปี พ.ศ. 2552 และครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2558 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลการบริโภคข้าวที่อาจปนเปื้อนสารแคดเมียม ค้นหาประชากรที่มีระดับแคดเมียมในปัสสาวะสูงกว่าปกติและประเมินการทำงานของไตและคัดกรองโรคอื่นๆ ที่อาจทำให้ไตทำงานผิดปกติ ซึ่งในปี 2558 มีประชากรมารับการตรวจ 2,895 ราย เพศชาย 1,119 ราย (ร้อยละ 38.7) และเพศหญิง 1,776 ราย (ร้อยละ 61.3) มีอายุเฉลี่ย 52.5 ปี ประชากรที่สำรวจร้อยละ 51.3 ยังบริโภคข้าวที่อาจปนเปื้อนสารแคดเมียม และพบว่าประชากร 2,359 ราย (ร้อยละ 81.5) มีระดับแคดเมียมในปัสสาวะปกติ ประชากร 422 ราย (ร้อยละ 14.6) มีระดับแคดเมียมค่อนข้างสูงคือ 5-10 ไมโครกรัม/กรัมครีเอตินิน และประชากร 114 ราย (ร้อยละ 3.9) อยู่ในระดับสูงคือมากกว่า 10 ไมโครกรัม/กรัมครีเอตินิน¹³

2.3 ผลกระทบจากกิจการเหมืองหินและโรงโม่

ปัจจุบันกิจการเหมืองหินอุตสาหกรรมและโรงโม่บดย่อยหิน ในประเทศไทยมีจำนวน 461 แห่ง¹⁴ และจากกระบวนการเหมืองหินอุตสาหกรรมและโรงโม่บดย่อยหิน ตั้งแต่กระบวนการระเบิดภูเขาเพื่อเอาหินมาแปรรูปต่างๆ จนถึงกระบวนการขนส่งวัตถุดิบนั้น อาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านอากาศ น้ำเสียงภูมิทัศน์และรวมทั้งความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้เคียง ซึ่งมลภาวะที่สำคัญ คือฝุ่นละออง โดยเฉพาะในพื้นที่แหล่งหินและโรงโม่หิน ตัวอย่างเช่น ปัญหามลพิษจากฝุ่นในพื้นที่ทำเหมืองหินและโรงโม่หิน บริเวณตำบลหน้าพระลานและบริเวณใกล้เคียงจังหวัดสระบุรี ปัญหามลพิษจากฝุ่นในพื้นที่โรงโม่หินบริเวณตำบลนาบัว อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ปัญหามลพิษจากฝุ่นในพื้นที่ทำเหมืองหินและโรงโม่หิน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ข้อมูลจากสรุปรายงานเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ปีพ.ศ. 2556 มีรายงานผู้ป่วยโรคปอดจากการประกอบอาชีพ จำนวน 184 ราย อัตราป่วย 0.28 ต่อประชากรแสนคน และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดจากฝุ่นหิน 2 ราย (ร้อยละ 1.09)¹⁵

สำหรับพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบได้ดำเนินการตรวจคัดกรองประชาชนที่อาศัยอยู่รอบพื้นที่เหมืองหินและโรงโม่ เช่น ในปีพ.ศ. 2556 ประชาชนที่อาศัยรอบพื้นที่โรงโม่หินบริเวณตำบลนาบัวอำเภอเมืองสุรินทร์ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพทั่วไป จำนวน 251 คน และได้รับการเอกซเรย์ปอดจำนวน 47 คน ผลปรากฏว่ามีผลการตรวจเอกซเรย์ปอด อยู่ในระดับปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.51 ส่วนที่เหลือมีภาวะผิดปกติ ถึง 43 คน คิดเป็นร้อยละ 91.49 หรือในกรณีปัญหามลพิษจากฝุ่นในพื้นที่ทำเหมืองหินและโรงโม่หิน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่าง เช่น ในปีพ.ศ. 2558 โรงพยาบาลชลบุรีได้ดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นหินรอบเหมืองแร่และโรงโม่หิน ในอำเภอเมืองชลบุรี และอำเภอบ้านบึง มีการตรวจเอกซเรย์ปอด จำนวน 657 ราย พบว่ามีผลการตรวจเอกซเรย์ปอดอยู่ในระดับปกติจำนวน 261 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.73 ส่วนที่เหลือมีภาวะผิดปกติ ถึง 396 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.27

3. มลพิษทางอากาศและปัญหาหมอกควันไฟป่า

ปัญหามลพิษทางอากาศเป็นปัญหาทางสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนเป็นวงกว้าง ในปีพ.ศ. 2557 กรมควบคุมมลพิษมีการรายงานสถานการณ์มลพิษทางอากาศของประเทศไทย พบว่าปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ ฝุ่นละออง (โดยเฉลี่ยลดลงจากปีพ.ศ. 2556 ร้อยละ 3) ก๊าซโอโซน (โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากปี 2556 ร้อยละ 2) และสารเบนซิน (ลดลงร้อยละ 9 ไม่รวมพื้นที่มาบตาพุด) ซึ่งจำนวนวันที่ดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index: AQI) เกินค่ามาตรฐาน สูงสุดในจังหวัดสมุทรปราการเป็น จำนวน 132 วันรองลงมาคือจังหวัดสระบุรี พระนครศรีอยุธยา นครสวรรค์ ปทุมธานี และนนทบุรี (114, 97, 81, 73 และ 73 วัน ตามลำดับ) แหล่งกำเนิดหลักของสารมลพิษ ได้แก่ กิจกรรมที่ใช้ปิโตรเลียมและพลังงาน โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรม การผลิต การขนส่ง และภาคครัวเรือน¹⁶ โดยสถานการณ์ปัญหามลพิษจากหมอกควันทางภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน พะเยาแพร่ น่าน และตาก ช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 30 เมษายน พ.ศ. 2558 พบว่า จังหวัดที่มีจำนวนวันของค่าฝุ่นละออง PM10 เกินค่ามาตรฐานสูงสุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ จังหวัดเชียงราย มีค่าเท่ากับ 381 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2558 แหล่งกำเนิดหลักของสารมลพิษ ได้แก่ การเกิดปัญหาไฟป่า การเผาเศษวัสดุพืชและวัสดุทางการเกษตร การเผาขยะชุมชน การคมนาคม ฯลฯ¹⁷

ตารางที่ 12.4 จำนวนวันที่ค่าดัชนีคุณภาพอากาศ (Air Quality Index: AQI) เกินค่ามาตรฐานสูงสุดในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนวัน
1	สมุทรปราการ	132
2	สระบุรี	114
3	พระนครศรีอยุธยา	97
4	นครสวรรค์	81
5	ปทุมธานี	73
6	นนทบุรี	73

ที่มา : กรมควบคุมมลพิษ, 2558

จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 ที่ได้จากการรายงานข้อมูลสุขภาพจากปัญหาหมอกควันในระบบการเฝ้าระวังของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ใน 8 จังหวัดของพื้นที่ภาคเหนือตอนบนโดยเมื่อพิจารณาถึงการเกิดโรค ตลอดทั้ง 4 เดือนหรือ 17 สัปดาห์ พบว่ามีรายงานผู้ป่วยใน 4 กลุ่มโรคที่เฝ้าระวัง จำนวนทั้งสิ้น 826,247 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14,533.03 ต่อประชากรแสนคน โดยมีกลุ่มโรคที่สำคัญดังตารางที่ 12.5 สำหรับจังหวัดที่มีการรายงานผู้ป่วยในภาพรวมสูงสุด ได้แก่ จังหวัดลำพูน อัตราป่วย 21,526.02 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ จังหวัดแพร่ และลำปาง อัตราป่วย 19,776.58 และ 18,620.50 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ¹⁷

ตารางที่ 12.5 อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน จากกลุ่มโรคที่เกิดจากปัญหาหมอกควัน พ.ศ. 2558

ลำดับ	กลุ่มโรค	อัตราป่วย
1	กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด	8,291.62
2	กลุ่มโรคทางเดินหายใจทุกชนิด	5,218.89
3	กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ	521.05
4	กลุ่มโรคตาอักเสบ	8,291.62

ที่มา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10

4. ผลกระทบต่อสุขภาพจากขยะอันตราย

ในปีพ.ศ. 2557 กรมควบคุมมลพิษได้มีการสำรวจขยะมูลฝอยชุมชนทั่วประเทศ พบว่าประเทศไทยมีปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด 26,171,360.76 ตันต่อปี ขยะมูลฝอยดังกล่าว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 4,422 แห่ง มีการให้บริการเก็บขนและสามารถนำไปกำจัดยังสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกต้องประมาณ 7.88 ล้านตัน หรือ 21,583 ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 53 ของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เก็บขนได้และปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนอีกประมาณ 6.91 ล้านตัน หรือ 18,938 ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 46 ของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เก็บขนได้ จะถูกนำไปกำจัดยังสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเผากลางแจ้ง

การเทกองทิ้งในบ่อดินเก่าหรือพื้นที่รกร้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็ก¹⁸ ปัญหามลพิษจากของเสียอันตรายที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ได้แก่

4.1 ของเสียอุตสาหกรรม

ในปีพ.ศ. 2557 คาดการณ์ปริมาณการเกิดของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรมเกิดขึ้นประมาณ 2.0651 ล้านตัน ซึ่งลดลงจากปีพ.ศ. 2556 ประมาณ 0.625 ล้านตัน หรือคิดเป็นร้อยละ 23.23 ของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรม เกือบครึ่งหนึ่งเกิดขึ้นในภาคตะวันออก รองลงมา คือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และภาคกลาง ซึ่งจะถูกรับควบคุมด้วยกฎหมายและข้อบังคับของกรมโรงงานอุตสาหกรรม และการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย โดยมีสถานที่รับกำจัดที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงอุตสาหกรรม 461 แห่ง เป็นโรงงานที่รับกำจัดด้วยวิธีฝังกลบอย่างปลอดภัย 3 แห่ง โรงงานเผาทำลายในเตาเผาปูนซีเมนต์และเตาเผาของเสียอันตราย 12 แห่ง และโรงงานรีไซเคิลของเสียอันตราย 446 แห่ง¹⁸ อย่างไรก็ตาม ยังพบการลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรม โดยเฉพาะในภาคตะวันออก ซึ่งมีโรงงานอุตสาหกรรมหนาแน่นและเป็นพื้นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรมหลายแห่ง

4.2 ขยะอิเล็กทรอนิกส์

ในปี พ.ศ. 2557 คาดการณ์ปริมาณการเกิดขยะอิเล็กทรอนิกส์ (E-waste) หรือซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ (Waste from Electrical and Electronic Equipment: WEEE) ประมาณ 376,801 ตัน หรือคิดเป็นร้อยละ 65.4 ของขยะอันตรายจากชุมชนที่เกิดขึ้นทั้งหมด 576,316 ตัน โดยประมาณ 199,515 ตัน เป็นของเสียอันตรายประเภทอื่นๆ จากชุมชน เช่นแบตเตอรี่ หลอดไฟ ภาชนะบรรจุสารเคมีเป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 34.6¹⁸ โดยพบว่าในบางชุมชนมีการประกอบอาชีพรับซื้อและคัดแยกซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ ตู้เย็น เครื่องซักผ้า ฯลฯ เพื่อคัดแยกเอาโลหะหรือชิ้นส่วนที่มีค่านำไปจำหน่าย เช่น อ้าเภอห้วยชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อ้าเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ อ้าเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี เป็นต้น โดยมีกระบวนการทำงานบางอย่างที่ไม่ถูกต้องตามหลัก

วิชาการ เช่น การใช้ไฟฟ้าคอมพิวเตอร์ตู้เย็น การทูลหอดภาพโทรทัศน์ การเผาสายไฟเพื่อเอาทองแดง ฯลฯ

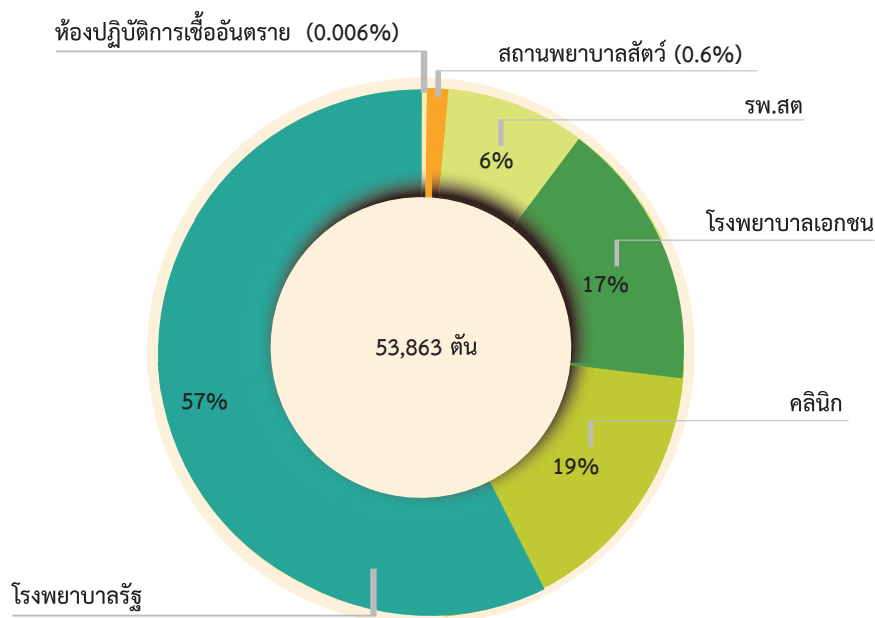
พ.ศ. 2558 ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากอาจทำให้เกิดความเสี่ยงที่ทำให้สารเคมีและโลหะที่อยู่ภายในอุปกรณ์ต่างๆ เหล่านี้มีโอกาสปนเปื้อนสู่สภาพแวดล้อมและเกิดการสัมผัสกับร่างกายของผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ในชุมชนโดยรอบได้ ผลกระทบทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์จะขึ้นอยู่กับชนิดของสารเคมีหรือโลหะหนักที่รับเข้าสู่ร่างกาย เช่น ตะกั่วมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและสมอง พรอทมีผลทำให้ใจสั่น นอนไม่หลับ ระบบการหายใจและอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ แคดเมียมมีผลทำให้เจ็บหน้าอก ไอ ปอดอักเสบ เกิดวงสีเหลืองที่โคนของซี่ฟัน ปวดกระดูกทั่วร่างกาย (โรคอิไตอิไต) และสารทำมาความเย็น มีผลทำให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบหายใจ ตา ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น¹⁹ โดยผลการศึกษาของสำนักโรคประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค พบว่า เด็กที่อาศัยร่วมกับผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพคัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดบุรีรัมย์และกาฬสินธุ์ จำนวน 255 คน มีระดับสารตะกั่วเกินค่ามาตรฐาน 2 ราย (ร้อยละ 0.8) และ

ผลตรวจวัดฝุ่นตะกั่วในพื้นที่ทำงานจำนวน 35 ตัวอย่าง พบว่ามีค่าเกินมาตรฐาน จำนวน 9 ตัวอย่าง (ร้อยละ 25.71)²⁰

4.3 มูลฝอยติดเชื้อ

ในปี 2558 คาดการณ์ปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ ประมาณ 53,863 ตัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 จำนวน 1,716 ตัน หรือร้อยละ 3.3 โดยส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก ภาคตะวันตกและภาคเหนือ ตามลำดับ ทั้งนี้เป็นมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากโรงพยาบาลรัฐ 30,951 ตันต่อปี (ร้อยละ 57) โรงพยาบาลเอกชน 9,183 ตันต่อปี (ร้อยละ 17) คลินิก 10,349 ตันต่อปี (ร้อยละ 19) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานอนามัย (รพ.สต.) 3,431 ตันต่อปี (ร้อยละ 6.0) สถานพยาบาลสัตว์ 311 ตันต่อปี (ร้อยละ 0.6) และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย 3.1 ตันต่อปี (ร้อยละ 0.006) โดยแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่มาจากสถานบริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายส่วนใหญ่มีสถานที่ตั้งรวมอยู่กับโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานบริการการสาธารณสุขขนาดใหญ่¹⁸ (ภาพที่ 12.2)

ภาพที่ 12.2 จำนวนขยะติดเชื้อจำแนกตามประเภทสถานบริการ พ.ศ. 2558



ที่มา: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 กรมควบคุมมลพิษ

ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับประเทศไทยพบว่ารายงานการศึกษาถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากขยะอันตรายจากชุมชนยังมีน้อย อย่างไรก็ตามการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพและการร้องเรียน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังจะเห็นได้จากเหตุการณ์ไฟไหม้บ่อขยะพื้นที่ ต.แพรงษา อ.เมือง จ.สมุทรปราการ ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นบ่อขยะที่มีการดำเนินของบริษัทเอกชนเนื้อที่ 150 ไร่ โดยไฟไหม้บ่อขยะทำให้เกิดกลุ่มควันไฟลอยกระจายรอบพื้นที่บ่อขยะและต้องใช้ระยะเวลาในการดับเพลิงกว่า 1 สัปดาห์ เพลิงจึงสงบแต่ยังพบการลุกลามไหม้ซ้ำที่บ่อขยะเดียวกันอีกถึง 2 ครั้ง ผลตรวจสอบคุณภาพอากาศโดยกรมควบคุมมลพิษ ในช่วงที่เกิดเหตุเพลิงไหม้พบว่าในชุมชนรัศมี 1 กิโลเมตร รอบบ่อขยะ มีสารซัลเฟอร์ไดออกไซด์เกินค่ามาตรฐาน 20 - 30 เท่า และพบฝุ่นขนาดเล็กมากปริมาณถึง 350 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งสูงกว่ามาตรฐาน 30 เท่า และระบุว่าอยู่ในขั้นวิกฤติ และควรอพยพประชาชนที่อาศัยอยู่ในรัศมี 1.5 กิโลเมตร รอบบ่อขยะออกจากพื้นที่ ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพพบว่ามีประชาชนจำนวนมากได้รับผลกระทบจากควันที่กระจายตัวอยู่โดยรอบบริเวณดังกล่าว เช่น แสบตา คัดจมูก หายใจ

ลำบาก แน่นหน้าอก ฯลฯ จึงนับว่าเป็นเหตุเพลิงไหม้บ่อขยะในพื้นที่ ต.แพรงษา เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้าง²¹

5. ผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในเด็ก

เด็กถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สุดต่อการได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เนื่องจากสรีระวิทยาของเด็กแตกต่างจากผู้ใหญ่ ทำให้เด็กมีโอกาสที่จะรับสัมผัสกับสิ่งคุกคามสูงกว่าผู้ใหญ่ โดยโรคหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งหัวใจ โรคมะเร็ง โรคมะเร็งประสาทและความผิดปกติของการพัฒนาการเจริญเติบโต จากตารางแสดงจำนวนการป่วยด้วยโรคจากสิ่งแวดล้อมในปี พ.ศ. 2556 ของสำนักระบาดวิทยา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 850 ราย โดยในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเหล่านี้มีผู้ป่วยเด็กที่มีอายุ 0 - 15 ปี จำนวน 57 ราย (6.7%) และเป็นผู้ป่วยเด็กที่มีอายุ 0 - 5 ปี ถึง 31 ราย คิดเป็น 54.4% ของจำนวนผู้ป่วยเด็กทั้งหมด โรคที่พบมากเป็นอันดับแรกคือ โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช รองลงมาได้แก่ พิษจากแก๊สพิษสารตัวทำลายลาย เป็นต้น แต่ในปีที่ไม่มีรายงานการพบโรคพิษตะกั่วในเด็ก รายละเอียดดังตารางที่ 12.6

ตารางที่ 12.6 จำนวนการป่วยด้วยโรคจากสิ่งแวดล้อมในกลุ่มเด็ก ในปี พ.ศ. 2556

โรค	ผู้ป่วยทั้งหมด	เด็กอายุ 0 - 15 ปี (%ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด)	เด็กอายุ 0 - 5 ปี (%ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด)
พิษสารกำจัดศัตรูพืช	547	32 (5.9)	22 (68.8)
Solvent	15	3 (20)	2 (66.7)
Toxic gas	43	14 (32.6)	3 (21.4)
Env. Lung disease	184	8 (4.3)	4 (56)
Lead	53	0	0
Total	850	57 (6.7)	31 (54.4)

หมายเหตุ: จากรายงานการเฝ้าระวังโรค สำนักระบาดวิทยา

ปัญหาพิษจากสารตะกั่วในเด็ก

สารตะกั่วเป็นโลหะหนักซึ่งมีพิษต่อร่างกายมนุษย์มีผลกระทบต่อทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยผลกระทบทางสุขภาพมีทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ได้รับเข้าสู่ร่างกายและช่วงเวลาที่ได้รับ กลุ่มเสี่ยงสูงสุด

ของการเกิดโรคพิษตะกั่ว คือกลุ่มเด็ก โดยผลกระทบแบบเฉียบพลัน คือมีอาการทางระบบประสาท ชัก และอาจทำให้เสียชีวิตได้ สำหรับผลกระทบต่อสุขภาพแบบเรื้อรังที่สำคัญ คือ การลดลงของระดับสติปัญญา ปัญหาด้านพฤติกรรม เกิดภาวะโลหิตจาง ฯลฯ องค์การอนามัย

โลกระบุว่าการมีสารตะกั่วในเลือดเพียง 5 ไมโครกรัม ต่อเดซิลิตร สามารถทำให้ระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็ก ลดลง และยังระบุว่าโรคปัญญาอ่อนจากพิษตะกั่ว (lead-caused mental retardation) เป็นหนึ่งในสิบอันดับ แรกของโรคร้ายแรงที่สุดอันเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและเป็นต้นเหตุให้เด็กมีความบกพร่องทางสติปัญญาสูงปีละกว่า 600,000 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเด็กในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ

จากรายงานสถานการณ์ปัญหาโรคพิษตะกั่วในเด็ก ของสำนักกระบวนวิทยายปี พ.ศ.2554 พบว่ากลุ่มอายุที่พบ อัตราการเกิดโรคพิษตะกั่ว (Lead Poisoning) สูงสุด คือ เด็กที่มีอายุระหว่าง 0-4 ปี โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 0.05 ต่อแสนประชากร สถานการณ์ปัญหาโรคพิษตะกั่วในเด็ก อาจแบ่งได้เป็นแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ปัญหาโรคพิษตะกั่วแบบเฉียบพลัน มีการรายงานประปราย โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากเด็กเล็กติดตามผู้ปกครอง ไปยังสถานที่ทำงานของผู้ปกครองที่มีความเสี่ยง เช่น ในกรณีเด็กเป็นโรคพิษตะกั่วจากโรงงานรีไซเคิลขยะ จ.สมุทรสาคร เป็นต้น

สำหรับปัญหาโรคพิษตะกั่วแบบเรื้อรังในเด็ก มัก จะไม่มีการรายงานในระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอัน เนื่องมาจากเกณฑ์ในการวินิจฉัยและรายงาน ส่วนใหญ่ ข้อมูลที่ได้มักเป็นข้อมูลจากการสำรวจหรือการศึกษา วิจัย โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับระดับของตะกั่วในเลือด ของเด็ก (ซึ่งอาจถือเป็นข้อมูลบ่งชี้ของการรับสัมผัสตะกั่ว ไม่ใช่การป่วยเป็นโรค) ตัวอย่างผลการศึกษาระดับตะกั่ว ในเด็กล่าสุดมีดังต่อไปนี้ เช่น ในปี 2556 ราชวิทยาลัย กุมารแพทย์ ได้สำรวจระดับสารตะกั่วในเลือดของเด็ก ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเขตอุตสาหกรรม 4 จังหวัด ได้แก่ ระยอง สมุทรปราการ สมุทรสาคร และฉะเชิงเทรา จำนวน 1,526 คน พบว่ามีเด็กจำนวน 197 คน มีระดับสารตะกั่ว สูงกว่า 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร คิดเป็นร้อยละ 12.9 ของเด็กทั้งหมดที่สำรวจ ข้อมูลจากการสำรวจบ้านเด็ก เหล่านี้ จำนวน 49 ราย พบว่า 45 ราย (ร้อยละ 92) มีการ ใช้สีน้ำมันทาบางตำแหน่งภายในบ้าน และพบว่าสีน้ำมัน เหล่านี้ 25 ราย (ร้อยละ 55.6) มีสารตะกั่วสูงกว่า 100 ppm การสำรวจฝุ่นผงภายในบ้าน พบว่า 11 ราย (ร้อยละ 22.4) มีสารตะกั่วฝุ่นผงภายในบ้านสูงกว่า 400 ppm²²

ในปี พ.ศ. 2556 สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้ทำการศึกษา ระดับ สารตะกั่วในเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผู้ปกครองทำงานสัมผัสสาร ตะกั่ว โดยการเจาะเลือดเด็กจำนวน 247 คน ที่ผู้ปกครอง ทำงานสัมผัสสารตะกั่ว จากโรงพิมพ์ โรงงานตะกั่ว การตัดแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ อู่ต่อเรือ และมาดอวน พบว่าระดับตะกั่วในเลือดเด็กมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.5 (1.5-4.3) ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร มีระดับสารตะกั่วสูงสุด เท่ากับ 27 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร เด็กที่พักอาศัยอยู่กับ ผู้ปกครองที่มีอาชีพเป็นช่างตอกหมัน (ตะกั่วออกไซด์) ใน อู่ต่อเรือไม้และอาชีพมาดอวน (ร้อยเม็ดตะกั่ว) พบว่า เด็กมีระดับสารตะกั่วในเลือดมากกว่า 10 ไมโครกรัมต่อ เดซิลิตร มากที่สุดจากการเจาะเลือดเด็ก 9 คน พบเด็ก 7 คน ที่มีระดับสารตะกั่วในเลือดมากกว่า 10 ไมโครกรัม ต่อเดซิลิตร หรือคิดเป็นร้อยละ 77.8 ส่วนระดับสารตะกั่ว ในเลือดของผู้ปกครองจำนวน 249 คน มีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 3.0 (1.5-4.8) ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร มีระดับสาร ตะกั่วสูงสุดเท่ากับ 53 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร²⁰

มาตรการสำคัญในการจัดการปัญหา

มลพิษสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

1. มาตรการทางกฎหมาย ถือว่าเป็นมาตรการที่ สำคัญที่สุด เพื่อที่จะบังคับใช้ให้ผู้ที่ก่อหรือมีส่วนที่จะก่อ มลพิษได้ตระหนักและหามาตรการในการจัดการมลพิษ ที่แหล่งต้นเหตุ การจัดการไม่ให้เกิดการปนเปื้อนใน สิ่งแวดล้อมเกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนด รวมทั้งการ ดูแลสุขภาพของลูกจ้าง บุคคลที่เกี่ยวข้องและประชาชน ที่มีโอกาสที่จะรับผลกระทบจากมลพิษนั้น ในปัจจุบันมี กฎหมายหลายฉบับจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 หมวด 7 กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติความปลอดภัยอาชีว อนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2551 และ พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535 เป็นต้น

2. การจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

ในการดูแลสุขภาพของพนักงาน ผู้ประกอบอาชีพและประชาชนทั่วไปจากผลกระทบที่เกิดจากสิ่งคุกคามที่มีอยู่หรือปนเปื้อนอยู่ในสถานที่ทำงานหรือในชุมชน มาตรการที่สำคัญคือ การดำเนินการโดยบุคลากรทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุขที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม การดำเนินงานดังกล่าวถือเป็นการจัดบริการทางด้าน สุขภาพ ถ้าเป็นการจัดบริการให้แก่คนงาน พนักงานหรือ ผู้ประกอบอาชีพ เรียกว่า การจัดบริการอาชีวอนามัย (Occupational health services) โดยถ้ามุ่งเน้นที่ การจัดบริการทางการแพทย์ อาจเรียกว่าการจัดบริการ อาชีวเวชกรรม (Occupational medicine services) ในทำนองเดียวกันถ้าเป็นการจัดบริการให้แก่ประชาชน เกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เรียกว่า การจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental health services)

วัตถุประสงค์ของการจัดบริการดังกล่าวจะมุ่งเน้นที่ การป้องกันโรคและภัยที่เกิดจากการประกอบอาชีพและ มลพิษสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามการจัดบริการทางสุขภาพ ดังกล่าวยังครอบคลุมในทุกมิติของการดูแลสุขภาพ คือ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยและรักษา โรค และการฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมของการจัดบริการ อาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยกิจ กรรมหลักๆ คือ การประเมินความเสี่ยงและจัดการความ เสี่ยงต่อสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามในที่ทำงานหรือมลพิษ สิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งมุ่งเน้น การตรวจคัดกรองสุขภาพ การให้ความรู้และสื่อสารความ เสี่ยงแก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย การวินิจฉัยและรักษาโรค และการบริหารจัดการระบบต่างๆ เช่น การบริหารจัดการ ทางการแพทย์ (การรองรับหรือส่งต่อผู้ป่วยและการรองรับ และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน) การบริหารจัดการทางการ สาธารณสุข (มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำ HIA และ ร่วมบริหารจัดการและสร้างภาคีเครือข่ายกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง) รวมทั้งการดำเนินงานสนับสนุนต่างๆ เช่น การ จัดทำแผนงานและโครงการหรือนโยบายเพื่อสนับสนุน การแก้ปัญหาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนการ ดำเนินงานในการชดเชยการเจ็บป่วย หรือดำเนินการตาม กฎหมายอื่นๆ การฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการศึกษาวิจัยและพัฒนาวิชาการ

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาการจัด บริการอาชีวเวชกรรมและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในหน่วย บริการสาธารณสุขทุกระดับ ทั้งในโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีกลุ่มงานอาชีวเวชกรรมเป็นหน่วย งานหลักในการให้บริการ มีการจัดบริการในโรงพยาบาล ชุมชนบางแห่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอุตสาหกรรมหนาแน่น หรือพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อมลพิษสิ่งแวดล้อมสูง นอกจากนี้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเน้น การจัดบริการให้กลุ่มเกษตรกรและแรงงานนอกระบบ ซึ่ง มีชื่อเรียกว่า คลินิกสุขภาพเกษตรกร

3. การเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม

เป็นกิจกรรมการเก็บข้อมูลทางด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีระบบวิเคราะห์ข้อมูล แปลผล และการกระจายข้อมูลข่าวสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง ทราบ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและหามาตรการควบคุม ป้องกันโรคต่อไป สำหรับข้อมูลสุขภาพนั้นนอกจากข้อมูล การเจ็บป่วยในกลุ่มประชากรเป้าหมายแล้วยังครอบคลุม ถึงข้อมูลที่ได้จากการตรวจติดตามทางด้านสิ่งแวดล้อม หรือด้านชีวภาพ รวมทั้งผลที่ได้จากการสำรวจและการ ตรวจคัดกรองสุขภาพ

ประเภทของการเฝ้าระวังที่สำคัญประกอบด้วย การเฝ้าระวังเชิงรับ (passive surveillance) การเฝ้า ระวังเชิงรุก (active surveillance) การเฝ้าระวังตาม พื้นที่หรือกลุ่มเสี่ยง (sentinel surveillance) เป็นการ เฝ้าระวังทั้งพื้นที่ เช่น มาบตาพุด เชียงใหม่ และการเฝ้า ระวังแบบพิเศษ (special surveillance) หรือสามารถ แบ่งรูปแบบการเฝ้าระวังออกได้เป็น การเฝ้าระวัง สิ่งคุกคามหรือระดับของสิ่งคุกคามในสภาพแวดล้อม (hazard surveillance) การเฝ้าระวังการสัมผัส หรือ การเฝ้าระวังในคนก่อนป่วย (exposure surveillance) การเฝ้าระวังโรค (disease or adverse health effect surveillance) เป็นต้น

ปัจจุบันกรมควบคุมโรคได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังใน กลุ่มโรคที่สำคัญอย่างครอบคลุมในทุกมิติ เรียกว่า ระบบ เฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ โดยโรคจากการประกอบ อาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมเป็นสองกลุ่มโรคที่ได้รับการ คัดเลือก องค์ประกอบของฐานข้อมูลประกอบด้วย 1) risk ได้แก่ determinants และ behaviors 2) prevention

ได้แก่ program response และ 3) health outcomes ได้แก่ morbidity/mortality และ event based²³

4. การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ปัจจุบัน “การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ” (Health Impact Assessment: HIA) ถูกเสนอให้นำมาใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญอันหนึ่งในการผลักดันให้เกิดกระบวนการปรับปรุงนโยบายสาธารณะและโครงการพัฒนาต่างๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีตามความในหมวดสิทธิชุมชน มาตรา 67 วรรคสอง ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ที่ระบุว่า “โครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงจะกระทำไม่ได้ (ผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ) เว้นแต่จะมีการศึกษาและประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในชุมชน และต้องจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน และต้องให้องค์การอิสระให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการ หากไม่มีชุมชนมีสิทธิฟ้องหน่วยราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล ให้ปฏิบัติตามมาตรานี้ได้

โดยนิยามแล้ว การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA) คือ “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคม ในการวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพของประชาชน รวมถึงการกระจายของผลดังกล่าวภายในหมู่ประชาชน ที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างหากดำเนินการในช่วงเวลาและพื้นที่เดียวกัน โดยมีการประสานประสานของขั้นตอนการดำเนินงาน วิธีการ และเครื่องมือที่หลากหลาย และมีกระบวนการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว”

5. การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication)

Risk communication เป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์เนื่องกับการประเมินและบริหารความเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยงเป็นกลวิธีในการเผยแพร่และกระจายข้อมูลที่ต้องการและเหมาะสมกับเหตุการณ์

ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้ง risk assessment และ risk management รวมถึงผู้มีส่วนร่วมกับอื่นๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม (stakeholders) มีความเข้าใจไปในทางเดียวกันกับลักษณะของสิ่งคุกคาม การเกิดผลกระทบในเชิงลบ (negative consequence) ความเสี่ยงและโอกาสของการเกิด กล่าวได้ว่าเป็นหน้าที่ของนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญ ในการสร้างข้อความที่จะใช้ในการสื่อสารเรื่องต่างๆ ซึ่งจุดประสงค์ของการสื่อสารความเสี่ยง คือ การส่งข้อมูลไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยตรงด้วยข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงความเป็นจริงและถูกต้องมากที่สุด แม้ว่า การสื่อสารความเสี่ยงยังไม่อาจแก้ปัญหาได้ในเรื่องความแตกต่างระหว่างกลุ่มชน แต่ก็สามารถทำให้เข้าใจความแตกต่างได้ดีขึ้น และสามารถขยายผลไปในวงกว้างได้ ซึ่งเป็นผลดีต่อการบริหารความเสี่ยง

นโยบายและแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้อง กับงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

1. นโยบายรัฐบาล

จากคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ วันศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557 สรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือ ประเด็นเกี่ยวกับการลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยจะเร่งสร้างโอกาสการมีอาชีพและการมีรายได้ที่มั่นคงแก่ผู้ที่เข้าสู่ตลาดแรงงาน รวมทั้งสตรี ผู้ด้อยโอกาส และแรงงานข้ามชาติที่ถูกกฎหมาย พร้อมทั้งยกระดับคุณภาพแรงงาน ความเข้มแข็งและความพร้อมแก่แรงงานไทย และร่วมพัฒนาระบบความคุ้มครองทางสังคมของแรงงานอาเซียน และประเด็นเกี่ยวกับการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยวางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ และบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ รวมทั้งเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา

2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)

ได้มีการระบุประเด็นเกี่ยวกับงานอาชีวอนามัยไว้อย่างชัดเจนในยุทธศาสตร์ที่ 2 ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 เรื่อง การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน โดยเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน การลดปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมและการประกอบอาชีพที่มีผลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบและกลไกเฝ้าระวังความมั่นคงทางสุขภาพจากปัจจัยคุกคามสุขภาพที่แฝงมากับกระบวนการพัฒนา รวมทั้งมุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการสื่อสารต่อสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

สำหรับเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้มีการระบุไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 6 ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 เรื่องยุทธศาสตร์การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน โดยเน้นพัฒนาระบบการจัดการของเสียอันตราย ขยะอิเล็กทรอนิกส์ และขยะติดเชื้อ โดยสนับสนุนการก่อสร้างศูนย์จัดการของเสียอันตรายจากชุมชน ติดตามและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการลักลอบทิ้งสารอันตรายกากอุตสาหกรรม และขยะติดเชื้อในสิ่งแวดล้อม ป้องกันการลักลอบนำเข้าสารอันตรายมาใช้ในกิจการที่ผิดวัตถุประสงค์ สนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูลเอกลักษณ์ของกากอุตสาหกรรมอันตรายจากโรงงาน อุตสาหกรรมประเภทต่างๆ รวมทั้งจัดให้มีวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการกำจัดกากอุตสาหกรรมอันตรายที่ไม่ยุ่งยากและประหยัดค่าใช้จ่าย

3. แผนแม่บทความปลอดภัย อาชีวอนามัย และ สภาพแวดล้อมในการทำงานแห่งชาติ (พ.ศ. 2555 - 2559)

เพื่อดำเนินการตามเป้าหมายของระเบียบวาระแห่งชาติ “แรงงานปลอดภัยและสุขภาพอนามัยดี” พ.ศ. 2550 - 2559 เป็นแผนแม่บทที่เกี่ยวข้องกับ

การดำเนินงานทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยโดยตรง มีกระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนแผนแม่บทนี้ร่วมกับกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมี 5 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ **ยุทธศาสตร์ที่ 1** การเสริมสร้างการคุ้มครองแรงงานตามมาตรฐานความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน **ยุทธศาสตร์ที่ 2** การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมสุขภาพอนามัย **ยุทธศาสตร์ที่ 3** การจัดการองค์ความรู้ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน **ยุทธศาสตร์ที่ 4** การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ**ยุทธศาสตร์ที่ 5** การพัฒนากลไกการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

4. แผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแรงงาน นอกระบบ พ.ศ. 2555 - 2559

เนื่องจากประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่ของประเทศไม่ได้อยู่ในความคุ้มครองของระบบประกันสังคม (คือทำงานอาชีพอิสระไม่มีนายจ้างที่ชัดเจน เช่น เกษตรกร ผู้มีอาชีพรับงานไปทำที่บ้าน เป็นต้น) ถือเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบ ดังนั้นกระทรวงแรงงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นความจำเป็นในการที่จะพัฒนานโยบายและระบบขึ้นมาดูแลแรงงานกลุ่มนี้ โดยพัฒนาเป็นแผนยุทธศาสตร์นี้ขึ้น ซึ่งมีการระบุในพันธกิจข้อหนึ่งที่เน้นการพัฒนา ส่งเสริม สนับสนุนความมั่นคงด้านสุขภาพในมิติอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน โดยกำหนดเป็นเป้าประสงค์ที่ให้แรงงานนอกระบบเข้าถึงระบบการจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน

5. แผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2555 - 2564)

ในแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ได้ตั้งเป้าประสงค์ไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2564 สังคมและสิ่งแวดล้อมปลอดภัยบนพื้นฐานของการจัดการสารเคมีที่มีประสิทธิภาพ มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และสอดคล้อง

กับการพัฒนาประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การจัดการสารเคมีของประเทศเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งวงจรชีวิตของสารเคมี และเหมาะสมกับบริบทการพัฒนาในระดับประเทศและระดับสากล เพื่อเสริมสร้างความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการจัดการสารเคมีของประเทศ และเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากสารเคมีให้เหลือน้อยที่สุด แผนยุทธศาสตร์นี้จะเน้นยุทธศาสตร์การพัฒนาฐานข้อมูลและกำหนดกลวิธีต่างๆ เพื่อลดความเสี่ยงอันตรายจากสารเคมี

6. แผนจัดการมลพิษ (แนวทางการจัดการมลพิษ ภายใต้แผนจัดการมลพิษ พ.ศ. 2555 - 2559)

แผนนี้จะเน้นการจัดการมลพิษในภาคส่วนต่าง ๆ เช่น ภาคชุมชน ภาคเกษตรกรรม และภาคอุตสาหกรรม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในพื้นที่เพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจสอบ ควบคุมแหล่งกำเนิด โดยจัดทำฐานข้อมูลด้านพิษวิทยาในระดับพื้นที่และให้มีการเปิดเผยและเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน และเน้นการกำกับดูแลการจัดการสารเคมีและของเสียอันตรายในภาคอุตสาหกรรม โดยกำหนดบัญชีรายชื่อสารเคมีที่มีความเสี่ยงสูงตามหลักสากลและพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย เพื่อพิจารณาจำกัดหรือยกเลิกการนำเข้า การผลิตและการใช้สารเคมีที่เป็นอันตราย มีความเป็นพิษสูงและตกค้างอยู่ในสิ่งแวดล้อมเป็นเวลานาน และเสนอทางเลือกในการใช้สารทดแทน

7. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

จากมติสมัชชาสุขภาพที่ผ่านมา ได้มีประเด็นวาระที่เกี่ยวข้องกับงานทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมหลายประเด็น เช่น จากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2554 ได้มีมติที่ 6 เรื่องการเข้าถึงบริการอาชีวอนามัยเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของคนทำงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการ ซึ่งเน้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำและพัฒนาแนวทางและมาตรฐานด้านอาชีวอนามัยและให้กระทรวงสาธารณสุขพัฒนารูปแบบการจัดบริการด้านอาชีวอนามัย และอาชีวเวชศาสตร์ ให้มีคุณภาพครอบคลุมและเข้าถึงได้ง่าย เป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งบริการเชิงรุกและเชิงรับ และ

มติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 5 พ.ศ.2555 ได้มีมติที่ 5 เรื่องความปลอดภัยทางอาหาร: การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยเน้นให้หน่วยงานที่รับผิดชอบกำหนดค่าปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุด (MRL) ตามมาตรฐานสากลและในปีเดียวกันนี้ได้มีมติที่ 6 เรื่องการปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

8. แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2555 - 2559)

เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับปัจจุบันที่ว่าด้วยงานทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีกรมอนามัยเป็นแกนหลัก ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การพัฒนาระบบบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) การป้องกันและลดความเสี่ยงจากปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ภาคี เครือข่าย และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และประชาชนในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) การส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 5) การพัฒนาองค์ความรู้ และเทคโนโลยี ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

9. แผนบูรณาการเรื่อง การบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม

การจัดการขยะเป็นปัญหาที่รัฐบาลเห็นความสำคัญและยกเป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจาก คสช. เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2557 และเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2557 มติครม.กำหนดให้ เรื่องการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม เป็น 1 ใน 18 เรื่องที่จะต้องจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ 2559 มีเป้าหมาย 3 ด้านคือ การจัดการขยะ การจัดการน้ำเสียและการจัดการมลพิษทางอากาศ ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบจากปัญหาสิ่งแวดล้อมและให้ประชาชนอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีขึ้น สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการให้บริการเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการดูแลสุขภาพจากปัญหาขยะและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก คือ 1) การพัฒนากฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพให้ทันสมัยและมีกรบังคับใช้ 2) การพัฒนาระบบ

ฝ่ายระวังด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 3) การพัฒนาระบบ การดูแลสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู สุขภาพประชาชนที่ได้รับผลกระทบ 4) การพัฒนาระบบ ประเมินความเสี่ยง 5) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม 6) การพัฒนาระบบ บริหารจัดการของเสียจากหน่วยบริการสาธารณสุข และ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ (พ.ศ. 2558 - 2560) เพื่อ ดูแลสุขภาพประชาชนและคนทำงานคัดแยกและรีไซเคิล ขยะในพื้นที่เสี่ยงสูง รวมทั้งดูแลสุขภาพเกษตรกรและ ประชาชนที่อาศัยรอบเหมืองทองคำ และเพื่อดูแลสุขภาพ ประชาชนทุกกลุ่มวัยที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์คุ้มครองสุขภาพ ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (พ.ศ. 2558 - 2567)

นอกจากนโยบายในระดับชาติแล้ว หน่วยงาน องค์กรต่างๆของประเทศได้มีการนำทิศทางและมติจาก ข้อตกลงและกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศมาเป็น แนวทางในการปฏิบัติ เพื่อเป็นการปกป้องคุ้มครองสุขภาพ ของประชาชนและสิ่งแวดล้อมในภาพรวม ข้อตกลง กฎบัตรที่สำคัญ เช่น กฎบัตรความร่วมมือด้านอนามัยและ สิ่งแวดล้อมของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียตะวันออก กรอบความร่วมมืออนุสัญญาบาเซล ว่าด้วยการควบคุมการเคลื่อนย้ายข้ามแดนของของเสีย อันตรายและการกำจัด อนุสัญญาสตอกโฮล์มว่าด้วยสาร มลพิษที่ตกค้างยาวนาน และอนุสัญญารอตเตอร์ดัม ว่าด้วยกระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้าสำหรับสาร เคมีอันตรายและสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช และสัตว์ บางชนิดในการค้าระหว่างประเทศ เป็นต้น

บทที่ 13

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติในประเทศ

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีเจตนารมณ์ต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียจากการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งเพื่อลดการบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร ดังนั้นการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์เป็นกรอบทิศทางในการพัฒนาและต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เมืองค้ประกอบพื้นฐานต่างๆ ที่เหมาะสม รวมทั้งมีการจัดทรัพยากรและการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้รองรับทั้งในภาวะปกติและภาวะสาธารณสุขภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. แผนยุทธศาสตร์ชาติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนยุทธศาสตร์ชาติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน หรือแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 กำหนดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีหน้าที่จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเป็นกรอบและทิศทางในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นแกนหลักในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมาแล้ว 2 ฉบับ คือ แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2555) และแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559) มีสาระสำคัญแต่ละฉบับดังนี้

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2555)	แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559)
เป้าประสงค์ <ol style="list-style-type: none">1. การป้องกันให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุด2. การจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันที่	วิสัยทัศน์ <p>ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งในภาวะปกติและสาธารณสุขภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม</p>
เป้าหมายทั่วไป <p>อัตราป่วยตาย (case fatality rate) เหตุการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอก (V01 - Y89) ในทุกอายุ และโรคระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (I20 - I25) และโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I69) ก่อนวัยอันสมควร (น้อยกว่าอายุ 70 ปี) ในปี พ.ศ. 2555 ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของอัตราป่วยตายปีพ.ศ. 2550</p>	เป้าหมาย <ol style="list-style-type: none">1. ทุกท้องถิ่นและพื้นที่ที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม2. ทุกหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องมีการบริหารจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดตามมาตรา 33 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2555)

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559)

เป้าหมายเฉพาะ ตัวอย่าง เช่น

1. มีระบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับระบบอื่น เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด ภายในปีพ.ศ. 2555
2. ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาโรงพยาบาลด้วยเหตุการบาดเจ็บจากสาเหตุภายนอก (V01 - Y89) ในปีพ.ศ. 2555 ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของปีพ.ศ. 2550
3. จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต (สีแดง) ซึ่งมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในปีพ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของปีพ.ศ. 2552
4. ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการนำส่งจนถึงโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถให้ได้รับยาละลายลิ้มเลือดได้ทันเวลา (ภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ)
5. ร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการนำส่งจนถึงโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถให้ได้รับยาละลายลิ้มเลือด ได้ทันเวลา (ภายใน 1 ชั่วโมงหลังมีอาการ)
6. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (สีแดง) ได้รับการนำส่งจนถึงโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถให้ได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดการบาดเจ็บ
7. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงเวลาที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจากผู้ปฏิบัติการของผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) โดยแยกออกเป็น 2 ข้อ
 - 7.1) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับแจ้ง
 - ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ภายใน 2 นาที ร้อยละ 20
 - ภาวะบาดเจ็บรุนแรง (สีแดง) ภายใน 10 นาที ร้อยละ 80
 - โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Acute Stroke) ภายใน 30 นาที ร้อยละ 50
 - โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) ภายใน 60 นาที ร้อยละ 50
 - 7.2) ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับแจ้งจนถึงเวลาที่ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต (สีแดง) ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ภายใน 10 นาที ร้อยละ 80

3. ทุกจังหวัดมีการเตรียมการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสาธารณภัย
4. มีการบูรณาการระบบงบประมาณของหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ดำเนินตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอและยั่งยืน
5. มีการประสานความร่วมมือระดับประเทศในด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

ยุทธศาสตร์

1. การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
2. การพัฒนาหลักเกณฑ์ กลไก และการบริหารกิจการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี
3. การพัฒนาการเตรียมการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสาธารณภัย
4. การพัฒนาระบบการเงินและงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ
5. การประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ
6. การพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารให้รองรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การบริหารจัดการ การปฏิบัติการ และการประเมินผลได้
7. การสร้างเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้

ยุทธศาสตร์

1. ยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการความรู้และการพัฒนาระบบสารสนเทศ
2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการเงินการคลัง
3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน
4. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วม
5. ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้าง กลไกการจัดการและการอภิบาล

สามารถศึกษารายละเอียดแผนหลักทั้ง 2 ฉบับ ได้จาก www.niems.go.th

ยุทธศาสตร์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 มีจุดเน้นเพิ่มจากฉบับที่ 1 คือ การให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและการเตรียมการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสาธารณภัย และการประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ภัยพิบัติที่มีความถี่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภัยพิบัติร่วมกับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคและนานาชาติ

2. แนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกจากมียุทธศาสตร์เป็นกรอบทิศทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาแล้ว จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ประกอบอื่น ๆ ที่สำคัญ ทั้งโครงสร้างเชิงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โครงสร้างการบริหารขององค์กรหลัก ทรัพยากรและงบประมาณ และการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุและการส่งการ การปฏิบัติฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลจนพ้นภาวะฉุกเฉิน (definitive care) ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติที่ต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์

1. แนวคิดและโครงสร้างการบริหารขององค์กร

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานและบริหารจัดการงานการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอย่างยั่งยืน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงได้มีการศึกษาโครงสร้าง กลไกการจัดการและการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ เสนอคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2554 อนุมัติและเห็นชอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานและการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยครอบคลุมพื้นที่อย่างทั่วถึง ทั้งในเขตเมือง เขตชนบท และท้องถิ่นห่างไกล โดยมีสาระสำคัญและความเชื่อมโยงโครงสร้าง กลไกการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

1) ส่วนกลางหรือระดับชาติ มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ และมีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นสำนักงานเลขาธิการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นผู้บริหาร

กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแลโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ และจัดให้มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยบริหารจัดการ ควบคุม กำกับดูแล และจ่ายค่าตอบแทนปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยมีการทำบันทึกข้อตกลงการดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น มีหน้าที่ในการวางทิศทางการนโยบาย กำกับและติดตามการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั่วประเทศ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นหน่วยงานสำคัญในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น) โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานประสานความร่วมมือเพื่อผลักดันให้มีการขยายการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพที่สามารถให้บริการประชาชนครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

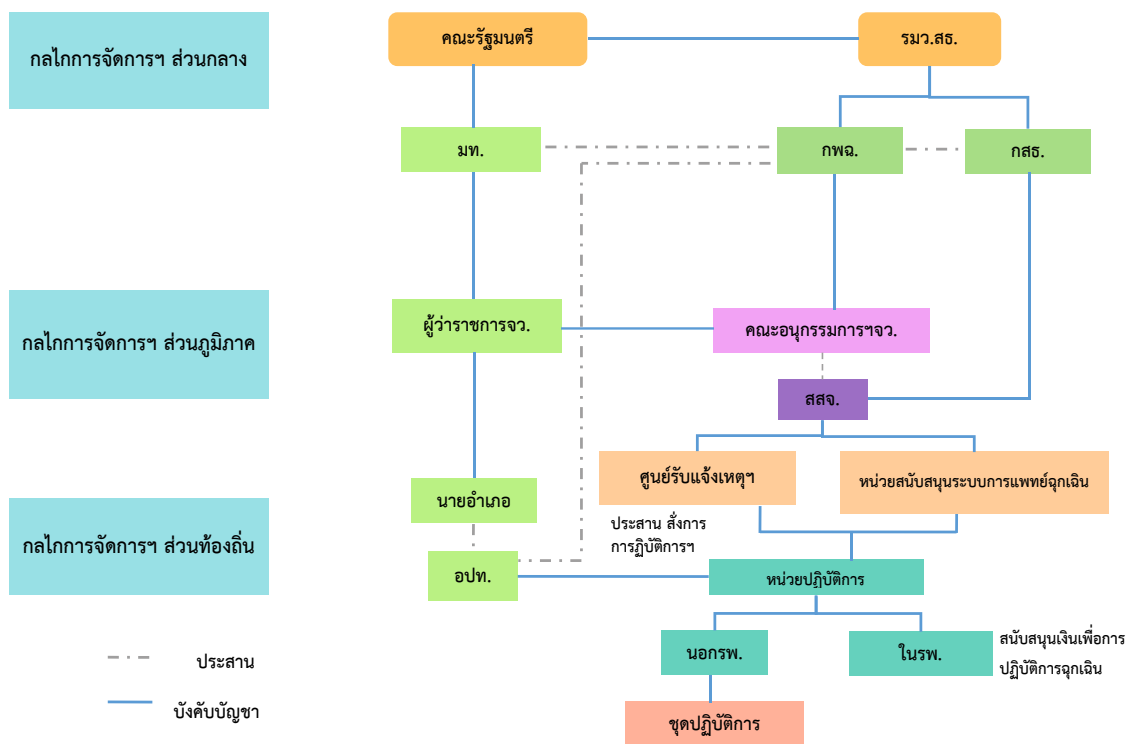
2) ส่วนภูมิภาคหรือระดับจังหวัด มีคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ตามมาตรา 12

แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ แก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมายจาก คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการกำกับดูแลศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด หน่วยสนับสนุนการแพทย์ฉุกเฉิน (มูลนิธิ) หน่วยปฏิบัติการ (รพ./อปท./มูลนิธิ) และชุดปฏิบัติการ โดยมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและประสานสั่งการการปฏิบัติการฉุกเฉิน

3) ส่วนท้องถิ่น เป็นการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ดังภาพที่ 13.1

ภาพที่ 13.1 ความเชื่อมโยงโครงสร้าง กลไกการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



4) กรุงเทพมหานคร เป็นท้องถิ่นรูปแบบการปกครองพิเศษ จึงกำหนดโครงสร้าง กลไกการจัดการฯ เป็นอีกหนึ่งรูปแบบโดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร เป็นคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ แก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมายจาก คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) โดยมีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เป็นประธานอนุกรรมการ และผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานครเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ ทั้งนี้ให้สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานครทำหน้าที่เช่นเดียวกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และศูนย์เอร์แวมทำหน้าที่เช่นเดียวกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด

โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจและออกแบบโครงสร้างให้ทำงานที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วิสัยทัศน์ ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม

พันธกิจ

1. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานซึ่งบุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
2. ส่งเสริมภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งและมีการบริหารกิจการที่ได้อย่างมีส่วนร่วม
3. พัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับภาวะสาธารณภัย
4. พัฒนาระบบการเงินเพื่อสนับสนุนการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอและยั่งยืน
5. ประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ วิสัยทัศน์

ยุทธศาสตร์

1. การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
2. การพัฒนาหลักเกณฑ์ กลไก และการบริหารกิจการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี
3. การพัฒนาการเตรียมการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสาธารณภัย
4. การพัฒนาระบบการเงินและงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ
5. การประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ
6. การพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารให้รองรับการตัดสินใจเชิงนโยบายการบริหารจัดการปฏิบัติการและการประเมินผล
7. การสร้างเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้

ภาพที่ 13.2 โครงสร้างบริหารของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



2. งบประมาณและการจัดสรร

งบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของประเทศไทย (Pre hospital care) เริ่มได้รับจัดสรรอย่างเป็นระบบและชัดเจน ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 เมื่อเริ่มมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งอยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัว 10 บาทต่อประชากร โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานบริหารจัดการในขณะนั้น ซึ่งได้ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินและออกปฏิบัติการฉุกเฉิน

ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และมีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) รัฐบาลจึงได้การสนับสนุนงบประมาณผ่านสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) แบ่งเป็นงบ 2 ส่วน คือ 1) งบบริหารจัดการของสถาบัน 2) งบกองทุนเพื่อชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยงบกองทุนเปลี่ยนรูปแบบการจัดสรรจากเหมาจ่ายรายหัวเป็นจัดสรรตามการคาดการณ์จำนวนการปฏิบัติการฉุกเฉิน ส่งผลให้ในช่วง

5 ปีแรก (ปีงบประมาณ 2552 - 2556) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ประสบปัญหาการได้รับจัดสรรงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน เนื่องจากผลการปฏิบัติงานสูงกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณ จึงได้ทำการเสนอของบกลางของประเทศสำหรับการชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินในภาวะปกติที่สูงกว่าเป้าหมาย ซึ่งได้รับการจัดสรร จำนวน 152.59, 122.25, 12.89 และ 168.00 ล้านบาท ในปีพ.ศ. 2552, 2553, 2555 และ 2556 ตามลำดับ

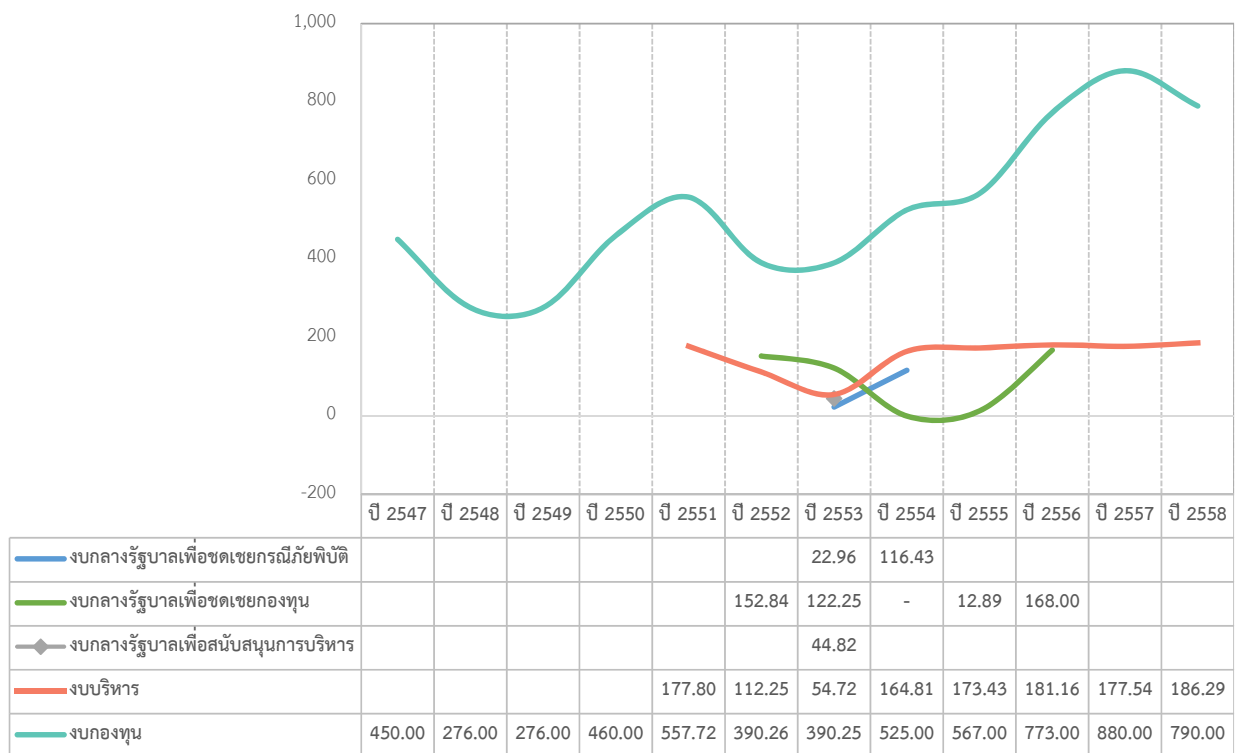
นอกจากนี้ยังเกิดภัยพิบัติใหญ่ๆ ที่ไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ เช่น สถานการณ์ความไม่สงบทางการเมือง ในปีพ.ศ. 2553 และมหาอุทกภัย ในปีพ.ศ. 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้จัดให้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยรับนโยบายจากศูนย์ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยของรัฐบาล และมีการบริหารจัดการสถานการณ์และระบบบัญชาการเหตุการณ์ โดยจัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินประจำ

พื้นที่ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติดังกล่าว ดังนั้นสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงได้เสนอของบกลางของประเทศสำหรับชุดเวชกรรมภัยพิบัติ และเพื่อให้ทันสถานการณ์ จึงได้เสนอของบกลางผ่านศูนย์ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยและสำนักงบประมาณไปพร้อมกัน ซึ่งได้รับจัดสรรงบกลางเพื่อชุดเวชกรรมสถานการณความไม่สงบทางการเมือง จำนวน 22.96 ล้านบาท และชุดเวชกรรมมหาอุทกภัย จำนวน 116.43 ล้านบาท ดังนั้น สัดส่วนของงบประมาณในช่วงดังกล่าว พบว่า งบกองทุนเพื่อชุดเวชการปฏิบัติการฉุกเฉิน

และพัฒนาระบบของจังหวัด เป็นร้อยละ 67 งบบริหารจัดการร้อยละ 17 และ งบกลางร้อยละ 16 แบ่งเป็นงบกลางชุดเชยกองทุน ร้อยละ 11 งบกลางเพื่อชุดเชยกรรมภัยพิบัติ ร้อยละ 4 และงบกลางบริหารจัดการ ร้อยละ 1

จนกระทั่งในปีงบประมาณ 2557 - 2558 งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเริ่มเพียงพอต่อการดำเนินงาน โดยสัดส่วนงบกองทุนเพื่อชุดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินและพัฒนาระบบของจังหวัด ร้อยละ 82 ส่วนงบบริหารจัดการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ร้อยละ 18 ดังภาพที่ 13.3

ภาพที่ 13.3 แนวโน้มงบประมาณด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับจัดสรร ปีงบประมาณ 2547 - 2558



แหล่งข้อมูล: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

การชุดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้จัดทำหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินในแต่ละประเภทปฏิบัติการฉุกเฉิน

ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศยาน ที่ผ่านความเห็นชอบของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) รายละเอียดดังตารางที่ 13.1, 13.2 และ 13.3

ตารางที่ 13.1 หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก

ประเภท	ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)	ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (ILS) (บาท/ครั้ง)	ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS) (บาท/ครั้ง)	ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (ER) (บาท/ครั้ง)
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)	1,000	750	500	350
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง)	750	500	500	350
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว)	350	350	350	350
ยกเลิก ไม่พบเหตุ เสียชีวิตก่อนไปถึง	200	150	100	100

หมายเหตุ: มีการจ่ายชดเชยเพิ่มเติม กรณีการปฏิบัติการฉุกเฉินทางบกมีระยะห่างจากที่ตั้งของหน่วยปฏิบัติการเกิน 10 กิโลเมตร โดยจ่ายชดเชยเพิ่มกิโลเมตรละ 10 บาท แต่สูงสุดไม่เกิน 100 บาท

ตารางที่ 13.2 อัตราชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำ (ตามที่จ่ายจริงไม่เกินอัตราที่กำหนด)

หน่วยปฏิบัติการ		ระยะทางไป-กลับ (กิโลเมตร)/อัตราชดเชย (บาท/ครั้ง)			
พื้นที่ปฏิบัติการ	ชุดปฏิบัติการ	ไม่เกิน 15 กม.	16-50 กม.	51-100 กม.	มากกว่า 100 กม.
ทางน้ำ	ระดับต้นประเภท 1	ไม่เกิน 5,000 บาท	ไม่เกิน 35,000 บาท	ไม่เกิน 35,000 บาท	ไม่เกิน 50,000 บาท
	ระดับต้นประเภท 2	ไม่เกิน 2,000 บาท	ไม่เกิน 5,000 บาท	ไม่เกิน 10,000 บาท	ไม่เกิน 50,000 บาท
	ระดับต้นประเภท 3	ไม่เกิน 1,200 บาท	ไม่เกิน 3,000 บาท	ไม่เกิน 4,000 บาท	...

ตารางที่ 13.3 อัตราชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศยาน

ประเภทปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศ	อัตรา (บาท/ชั่วโมง)
เฮลิคอปเตอร์/เครื่องบินปีกตรึง ประเภท 1 เครื่องยนต์	จ่ายตามจริงไม่เกินชั่วโมงละ 40,000 บาท
เฮลิคอปเตอร์/เครื่องบินปีกตรึง ประเภท 2 เครื่องยนต์	จ่ายตามจริงไม่เกินชั่วโมงละ 80,000 บาท
เฮลิคอปเตอร์/เครื่องบินปีกตรึง ประเภท 3 เครื่องยนต์	จ่ายตามจริงไม่เกินชั่วโมงละ 120,000 บาท
เฮลิคอปเตอร์/เครื่องบินปีกตรึง ประเภท 4 เครื่องยนต์	จ่ายตามจริงไม่เกินชั่วโมงละ 160,000 บาท

หมายเหตุ: เศษของชั่วโมงจ่ายชดเชยเป็นนาที

3. การเตรียมทรัพยากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3.1 ยานพาหนะ

ยานพาหนะที่ใช้ในการปฏิบัติการฉุกเฉินแบ่งออกเป็น 3 ทาง คือ ทางบก ทางน้ำ และอากาศยาน โดยยานพาหนะที่ใช้จะต้องขึ้นทะเบียนตามมาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด จากสถิติพบว่าอัตราส่วนยานพาหนะต่อประชากร มีแนวโน้มดีขึ้น ดังนี้

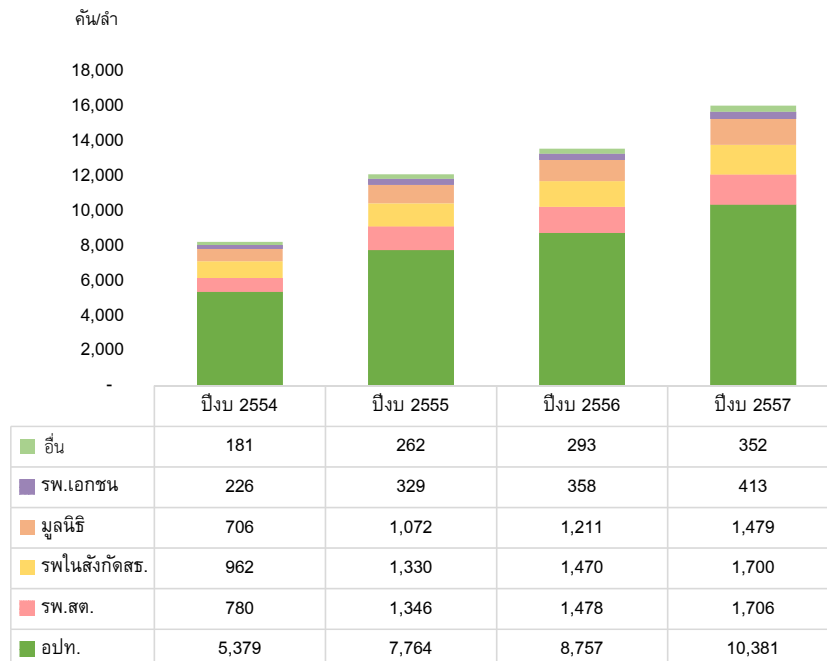
- ปีงบประมาณ 2554 อัตราส่วนยานพาหนะต่อประชากร เท่ากับ 1: 7,795

- ปีงบประมาณ 2555 อัตราส่วนยานพาหนะต่อประชากร เท่ากับ 1: 5,310

- ปีงบประมาณ 2556 อัตราส่วนยานพาหนะต่อประชากร เท่ากับ 1: 4,837

- ปีงบประมาณ 2557 อัตราส่วนยานพาหนะต่อประชากร เท่ากับ 1: 4,062 ส่วนใหญ่จะเป็นยานพาหนะ ทางบก คือ รถตู้และรถกระบะ ร้อยละ 98 ส่วนที่เหลือเป็นยานพาหนะทางน้ำ 170 ลำ และทางอากาศยาน (เครื่องบินและฮอelikอปเตอร์) 142 ลำ

ภาพที่ 13.4 ยานพาหนะที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2554 - 2557 จำแนกตามเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงาน



แหล่งข้อมูล: ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาจำนวนยานพาหนะที่ขึ้นทะเบียน จำแนกตามเครือข่ายที่เข้าร่วมดำเนินงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2557 ภาพรวมทั้งประเทศพบว่า ยานพาหนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมดำเนินงานมากที่สุด จำนวน 10,381 คัน/ลำ รองลงมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1,706 คัน/ลำ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง จำนวน 1,700 คัน/ลำ และมูลนิธิ/สมาคมต่างๆ 1,479 คัน/ลำ ส่วนที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชนและส่วนราชการสังกัดอื่นๆ เช่น กระทรวงกลาโหม กระทรวงคมนาคม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

3.2 อุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์

อุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นสิ่งที่ยจำเป็นในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล โดยกำหนดให้มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสม ตามระดับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อสามารถให้การดูแลรักษาและช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล

ได้อย่างปลอดภัย โดยมีการทบทวน/ปรับปรุงแนวทาง และหลักเกณฑ์การจัดให้มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความเหมาะสมต่อการปฏิบัติการฉุกเฉินให้มีความทันสมัย

นอกจากอุปกรณ์/เครื่องมือทางการแพทย์แล้ว ในปัจจุบันเทคโนโลยีอื่นๆ เข้ามามีบทบาทอย่างยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น เช่น การใช้ Global Positioning System (GPS) มาติดตั้งในรถปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อคำนวณการเดินทางที่ใช้เวลาน้อยที่สุดในการออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้รวดเร็วมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังเป็นเพียงการดำเนินการในบางพื้นที่ที่ความพร้อมในการลงทุนเท่านั้น

3.3 บุคลากร

บุคลากรเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญ ซึ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องการบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เพื่อปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยปฏิบัติการ ห้องฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย บุคลากร 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม

บุคลากรที่มีกฎหมายประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพนั้น และกลุ่มบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

ภาพรวมของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาแต่ละประเภท พบว่า

- อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์* (first responder) เพิ่มจาก 97,958 คน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 127,079 คน ในปี พ.ศ. 2557 โดยอัตราส่วนต่อประชากรปี 2557 เท่ากับ 1:512 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

- เวชกรฉุกเฉินระดับต้น** (EMT-B) เพิ่มจาก 4,898 คน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 5,618 คน ในปี พ.ศ. 2557 โดยอัตราส่วนต่อประชากรปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 1: 11,592 คน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มจาก FR

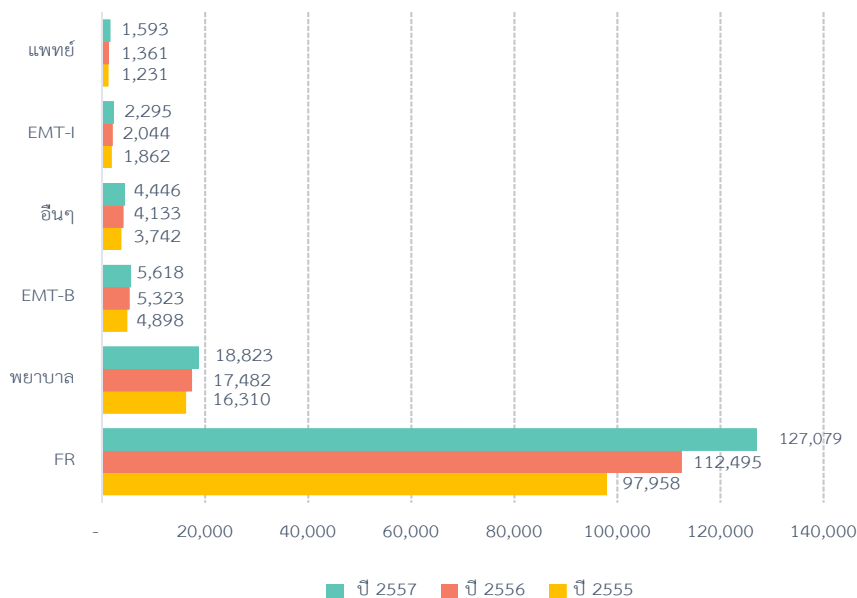
- เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง*** (EMT-I) เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แม้ว่าสถิติการผลิตจนถึงปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 2,000 คน แต่พบว่ามีคุณภาพขาดแคลนมาก เนื่องจากการออกจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินของบุคลากรกลุ่มนี้ ซึ่งปัจจัยที่สำคัญ คือ ขาดความก้าวหน้าการไม่บรรจุเป็น

ข้าราชการ ไม่มีใบประกอบวิชาชีพที่เฉพาะต้องปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของวิชาชีพอื่นๆ และค่าตอบแทนเป็นต้น

- พยาบาลฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มจาก 16,310 คน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 18,823 คน ในปี พ.ศ. 2557 โดยอัตราส่วนต่อประชากรปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 1: 3,459 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินและผ่านการอบรมเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเพียง 110 ชั่วโมง มีเพียงส่วนน้อยที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 4 เดือนที่เน้นเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

- แพทย์ทุกสาขาที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 1,231 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 1,593 คน ในปี พ.ศ. 2557 โดยอัตราส่วนต่อประชากรปีพ.ศ. 2557 เท่ากับ 1: 40,881 คน แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็น 247 คน ในปี พ.ศ. 2555 แต่ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร และมีเพียงร้อยละ 35 ที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด แต่เมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานยังพบว่า กำลังคนของแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินยังไม่เพียงพอ ขณะที่กำลังการผลิตแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินสามารถทำได้ ปีละประมาณ 100 คน

ภาพที่ 13.5 บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2555 - 2557



แหล่งข้อมูล: ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หมายเหตุ: อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์*, เวชกรฉุกเฉินระดับต้น** เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง*** เป็นชื่อเรียกผู้ปฏิบัติการก่อนที่จะมีการปรับปรุงใหม่ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 เมื่อมีประกาศจึงได้มีการพัฒนาหลักสูตร/แหล่งฝึกอบรม/สถาบันการศึกษา เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรให้ได้ตามเกณฑ์ใหม่ โดยปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินการ

นอกจากบุคลากรที่ปฏิบัติการฉุกเฉินตามกฎหมาย ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขแล้ว ยังมีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 ซึ่งได้แบ่งผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็น 2 ประเภท คือ

1) ปฏิบัติการแพทย์ เป็นผู้ปฏิบัติงานออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน มี 4 ระดับ ได้แก่ ก. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) ข. เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ค. พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ง. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ โดยเริ่มมีการผลิตนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เพื่อมุ่งหวังให้มาปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ในระยะแรกยังจำเป็นต้องให้พยาบาลหรือแพทย์ปฏิบัติงานในส่วนนี้ จนกว่าการผลิต นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์จะสามารถทดแทนจำนวนบุคลากรได้เต็มอัตรา ส่วนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามข้อ 1ข -1ง เป็นการผลิตใหม่หรือเพิ่มศักยภาพ โดยการฟื้นฟูให้ได้ตามมาตรฐานและคุณภาพการศึกษาที่ กพฉ. กำหนด

2) ปฏิบัติการอำนวยการ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ มี 5 ระดับ ได้แก่ ก. แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน ข. ผู้กำกับปฏิบัติการฉุกเฉิน ค. ผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน ค. ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน ง. พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยปัจจุบันอยู่ระหว่างการพัฒนาหลักสูตรด้านการปฏิบัติ

การอำนวยการ 5 หลักสูตร สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ดังนั้น การผลิตใหม่และการฝึกอบรมต่อยอดให้แก่บุคลากรทุกกลุ่มในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งผู้ปฏิบัติการที่มีกฎหมายวิชาชีพและผู้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน จึงมีความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้การปฏิบัติการฉุกเฉินมีมาตรฐานและผู้รับบริการมีความปลอดภัย รวมถึงการวางแผนกำลังคนให้มีความชัดเจนและมีการกระจายที่เหมาะสม

4. การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ เริ่มตั้งแต่การสร้างตระหนักรู้ให้กับประชาชน การรับแจ้งเหตุและสั่งการ (dispatch System), การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (pre hospital care system), การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน (emergency room system) และการปฏิบัติการในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ (Interfacility Patients Transfer) จนผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันที่ (definitive care) ดังแผนภาพที่ 13.6

ภาพที่ 13.6 ห่วงโซ่การรอดชีวิตอย่างไร้รอยต่อ



4.1 การรับแจ้งเหตุและสั่งการ (Dispatch System)

ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการในหลายประเทศจัดให้มีหมายเลขฉุกเฉินเบอร์เดียว เช่น อเมริกา และแคนาดา หมายเลข 911, ยุโรป หมายเลข 112 เพื่อให้ประชาชนติดต่อขอรับบริการฉุกเฉินผ่านหมายเลขฉุกเฉินเบอร์เดียว ทั้งบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไฟไหม้ และแจ้งเหตุด่วนเหตุร้าย โดยผู้แจ้งเหตุฉุกเฉินให้ข้อมูลกับพนักงานในศูนย์รับข้อมูลทางโทรศัพท์ Public Safety Answering Point (PSAP) เมื่อพนักงานทราบข้อมูลจะโอนสายไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสมเพื่อดำเนินการต่อไป กรณีที่ต้องการบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะถูกโอนสายไปยังศูนย์สั่งการทางการแพทย์ (Emergency Medical Dispatch Center) เพื่อขอรับคำปรึกษาและความช่วยเหลือ โดยเจ้าหน้าที่ศูนย์สั่งการจะสอบถามอาการตามมาตรฐานการรับแจ้งเหตุ เพื่อประเมินอาการและตัดสินใจสั่งการตามระดับความฉุกเฉิน โดยใช้ระบบ Medical Priority Dispatch System (MPDS) ซึ่งแต่ละประเทศมีการแบ่งระดับความฉุกเฉินที่ต่างกัน เมื่อทราบระดับความฉุกเฉินแล้ว ระบบจะส่งข้อมูลไปยังระบบ Computer-Aided Dispatch (CAD) System เพื่อสั่งการชุดปฏิบัติการในการออกเหตุรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

สำหรับประเทศในเขตเอเชีย-แปซิฟิก ส่วนใหญ่มีหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินมากกว่า 1 หมายเลข รวมทั้งประเทศไทยก็มีหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินมากกว่า 1 หมายเลข ได้แก่ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องการความช่วยเหลือให้ติดต่อผ่านหมายเลข 1669 กรณีเกิดเหตุด่วนเหตุร้ายติดต่อหมายเลข 191 หรือกรณีไฟไหม้ติดต่อดับเพลิงที่หมายเลข 199 ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินเมื่อมีการแจ้งเหตุขอรับความช่วยเหลือ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจะทำหน้าที่ในการประเมินและคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ Criteria Based Dispatch (CBD) และสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินออกช่วยเหลือตามระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย โดยแบ่งระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย ดังนี้

1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์ทันที ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว โดยให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง”

2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย ซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ โดยให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง”

3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย ซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ โดยให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว”

4) ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสถานบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยให้ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว”

5) ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรให้ใช้สัญลักษณ์ “สีด้า”

หลักการสั่งการชุดปฏิบัติการต้องให้สอดคล้องกับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย ดังนี้

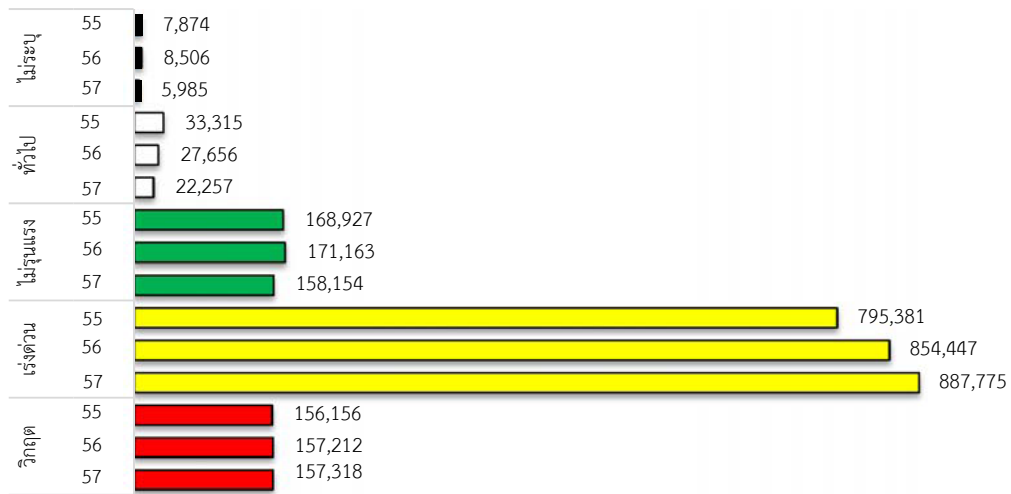
1) จัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ให้ได้รับการปฏิบัติการแพทย์จากชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS)

2) จัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ให้ได้รับการปฏิบัติการแพทย์จากชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS)

3) จัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) ให้ได้รับการปฏิบัติการการแพทย์ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR)

ประเทศไทยมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัด จำนวน 79 แห่ง จากสถิติการประเมินและคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ปีพ.ศ. 2555 - 2557 พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อได้รับการคัดแยกแล้ว ส่วนใหญ่เป็นระดับความฉุกเฉินเร่งด่วน ร้อยละ 70 รองลงมาเป็นระดับความฉุกเฉินวิกฤตและไม่รุนแรง มีค่าใกล้เคียงกัน ร้อยละ 12 ดังภาพที่ 13.7

ภาพที่ 13.7 การตัดแยกระดับความฉุกเฉิน ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พ.ศ. 2555 – 2557

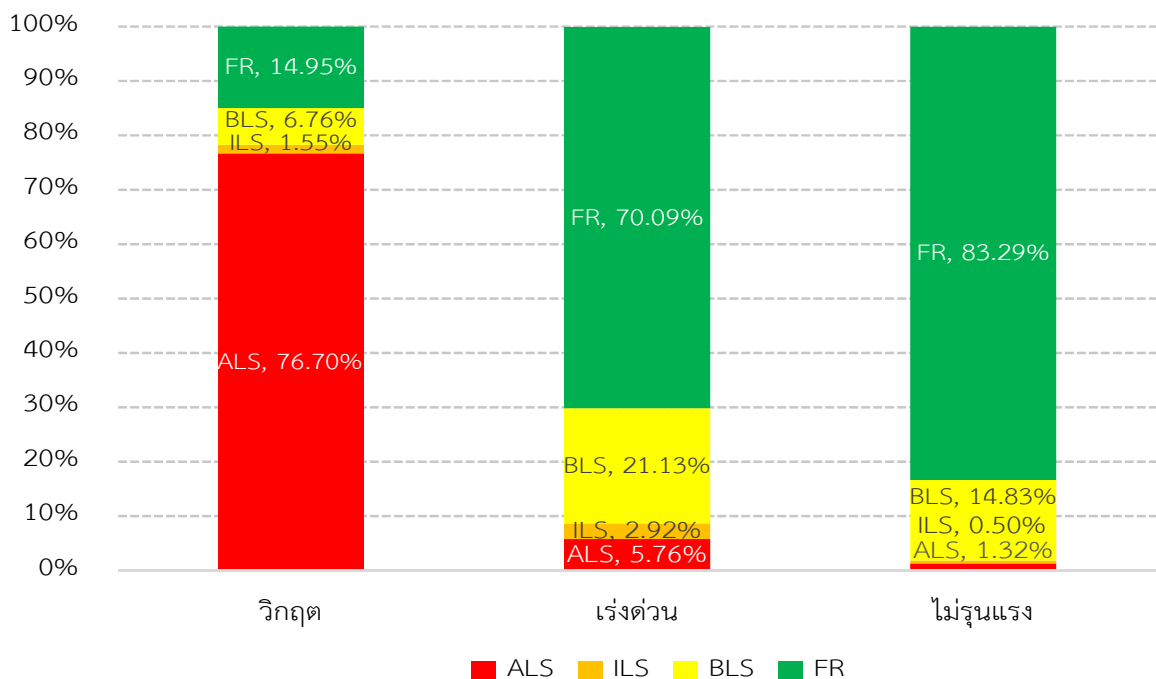


แหล่งข้อมูล: ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

การสั่งการที่เหมาะสม พิจารณาจากความสอดคล้องของการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินกับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ข้อมูลปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแยกระดับความฉุกเฉินวิกฤตและสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง ร้อยละ 76.7 ส่วนระดับความฉุกเฉิน

เร่งด่วนและสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น เพียงร้อยละ 21.0 เนื่องจากจำนวนชุดปฏิบัติการระดับต้นยังมีจำนวนน้อย ส่วนระดับความฉุกเฉินไม่รุนแรงและสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ร้อยละ 83.0 ดังภาพที่ 13.8

ภาพที่ 13.8 ร้อยละความสอดคล้องของการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินกับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย พ.ศ. 2557



แหล่งข้อมูล: ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4.2 การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Pre Hospital Care)

การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล จะเริ่มตั้งแต่ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินได้รับการสั่งการจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้ออกปฏิบัติงานช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจนถึงโรงพยาบาล ซึ่งมีรูปแบบการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ใช้ทั่วโลก 2 รูปแบบ คือ Anglo-American Model และ Franco – German Model และรูปแบบการปฏิบัติการฉุกเฉินจะสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ในการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยประเทศที่ใช้แนวคิดแบบ Anglo - American ส่วนใหญ่จะจัดใช้ Paramedic หรือ EMT เป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน จะทำการรักษาเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุและรับนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ในขณะที่ประเทศที่ใช้แนวคิดแบบ Franco – German Model ผู้ที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับ Advance Life Support จะเป็นแพทย์ออกปฏิบัติงานร่วมกับ EMT ซึ่งสามารถทำการรักษาผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้ตามสมรรถนะของวิชาชีพ

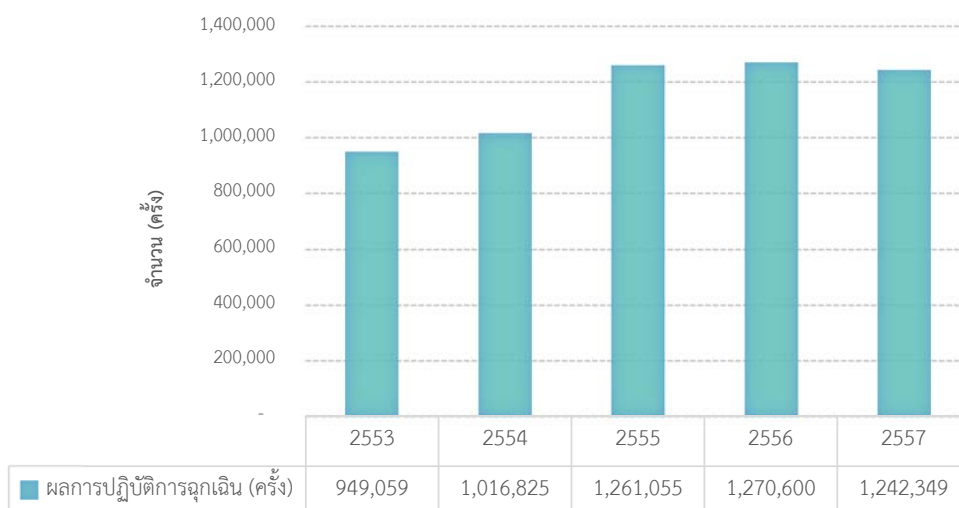
สำหรับประเทศไทยใช้รูปแบบ Anglo - American มีการจัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อให้การดูแล

รักษาเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ และรับนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กำหนดมาตรฐาน เป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ประกอบด้วย หัวหน้าชุดเป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (First responder :FR) และทีม FR รวมเป็น 3 คน
- 2) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ประกอบด้วย หัวหน้าชุดเป็นพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (EMT-B) และทีมที่เป็น EMT-B หรือ FR รวมเป็น 3 คน
- 3) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง ประกอบด้วย หัวหน้าชุดเป็นเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (EMT-I) และทีมที่เป็น EMT-I, EMT-B, FR รวมเป็น 3 คน
- 4) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง ประกอบด้วย หัวหน้าชุดเป็นนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) หรือพยาบาลกู้ชีพหรือแพทย์ และทีมที่เป็น EMT-I, EMT-B, FR รวมเป็น 3 คน

โดยภาพรวมผลการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงแรกๆ และค่อนข้างคงที่ ช่วงปี พ.ศ. 2555 – 2557 โดยค่าเฉลี่ยออกปฏิบัติการฉุกเฉินประมาณ 1.2 ล้านครั้งต่อปี ดังภาพที่ 13.9

ภาพที่ 13.9 การปฏิบัติการฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2553 - 2557



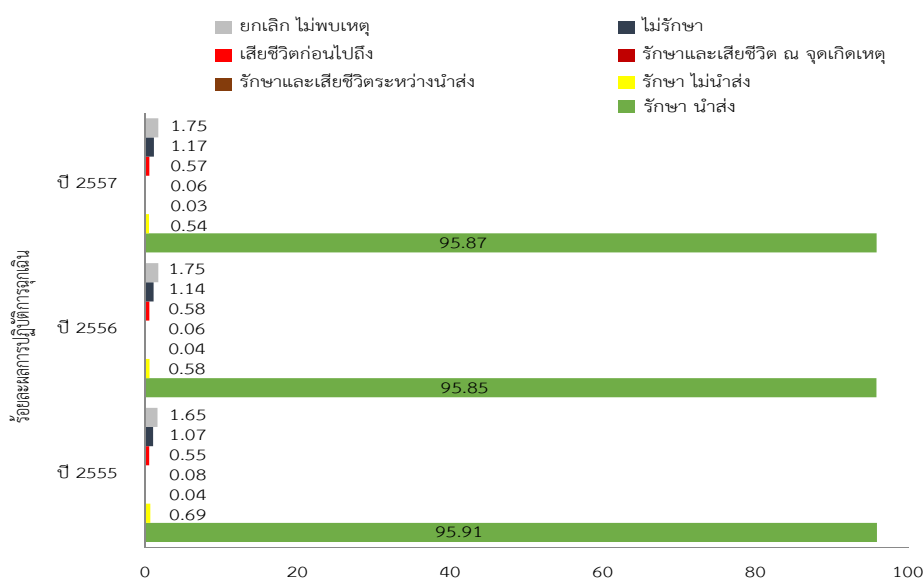
แหล่งข้อมูล: ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ปี พ.ศ. 2555 - 2557 จำแนกตามการรักษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะได้รับการดูแลการรักษา เบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ แล้วนำส่งโรงพยาบาล เท่ากับร้อยละ 95.91, 95.85 และ 95.87 ในปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 13.10

แต่มีข้อสังเกต คือ ยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล คือ เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุ รักษาแล้วเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ และรักษา

แล้วเสียชีวิตระหว่างนำส่ง แม้จะมีค่าเพียงร้อยละ 0.67 - 0.68 ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนตัวเลขแล้ว พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล 7,669 คน, 8,140 คน และ 8,161 คน ในปี พ.ศ. 2555, พ.ศ. 2556 และ พ.ศ. 2557 ตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุ ถึงร้อยละ 81.74 - 85.53 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการ 19 หมดสติ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่วคราว รองลงมาเป็นกลุ่มอาการ 25 อุบัติเหตุยานยนต์

ภาพที่ 13.10 ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ พ.ศ. 2555 - 2557



แหล่งข้อมูล: ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
หมายเหตุ: ไม่รักษา หมายถึง ปฏิเสธการรักษา ไม่ประสงค์ไปรพ.

หากพิจารณาการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลในเชิงคุณภาพ

1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2557 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที เท่ากับ 46.87 และ 47.20 ในปีพ.ศ. 2556, ปีพ.ศ. 2557 ตามลำดับ โดยในบางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 8 นาทีให้ได้ ร้อยละ 75 ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับประเทศไทยที่มีทรัพยากรค่อนข้างจำกัด และยังไม่กระจายตัวทรัพยากรให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

2) การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินภาพรวม 25 กลุ่มอาการ ปีพ.ศ. 2555 - 2557 ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายจะได้รับการประเมินอาการ ณ จุดเกิดเหตุ และให้การดูแลรักษาเบื้องต้นตามความจำเป็นในแต่ละด้าน จากข้อมูลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประเมินโดยพยาบาล/แพทย์ของโรงพยาบาลที่นำส่ง ภาพรวม 25 กลุ่มอาการ โดยไม่นำข้อมูลของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลมาใช้ในการวิเคราะห์ และการดูแลรักษาเป็นไปตามสมรรถนะของชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน พบว่า

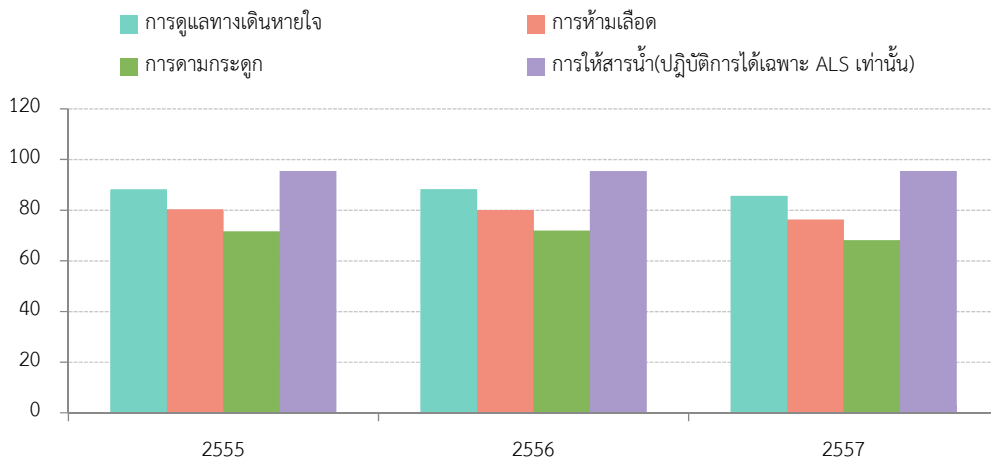
การดูแลทางเดินหายใจ ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ 88.10 และ 88.20, 85.63 ตามลำดับ

การห้ามเลือด ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ 80.25, 80.00 และ 76.21 ตามลำดับ

การตามกระดุก ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ 71.53, 71.86 และ 68.10

การให้สารน้ำ (ปฏิบัติการได้เฉพาะ ALS เท่านั้น) ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ 95.41, 95.34 และ 95.45

ภาพที่ 13.11 การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินภาพรวม 25 กลุ่มอาการ ที่ทำได้และเหมาะสม พ.ศ. 2555 - 2557



แหล่งข้อมูล: ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ในส่วนการดูแลผู้ป่วยแต่ละด้านที่ทำแต่ไม่เหมาะสมหรือไม่ได้ทำ ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มเหล่านี้ให้มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น

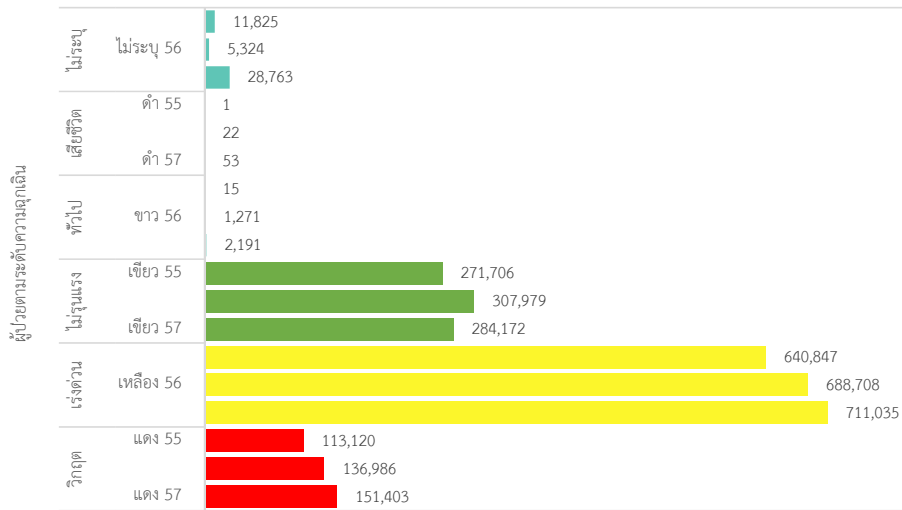
4.3 การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน (emergency room system)

การปฏิบัติการในห้องฉุกเฉิน เป็นการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าระบบการให้บริการนอกโรงพยาบาล โดยการปฏิบัติงานต้องมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน จึงจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดี ระบบการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน ที่ดำเนินการในปัจจุบันจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยฉุกเฉินถูกนำส่งถึงโรงพยาบาล จะมีการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กำหนด โดยพยาบาลเป็นผู้ทำการคัดแยก ระบบการคัดแยกผู้ป่วยจะถูกออกแบบให้เห็นคุณค่าของชีวิตตามระดับความเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นสิ่งที่ช่วยตัดสินใจ

เกี่ยวกับระยะเวลาการรอคอยการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงเกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรด้วย หลักการในการจัดให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา คือ ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการดูแลรักษาทันที ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนได้รับปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงโดยเร็ว ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงจัดให้ได้รับปฏิบัติการแพทย์ตามความจำเป็น

สำหรับประเทศไทยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประยุกต์ใช้เกณฑ์การคัดแยกของอเมริกา (Emergency Severity Index-ESI) โดยผลการคัดแยกผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน ปีพ.ศ. 2555 - 2557 พบว่า มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและเร่งด่วนเพิ่มมากขึ้น ส่วนจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยที่มารับบริการอื่นๆ ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แม้จะมีจำนวนไม่มากนักก็ตาม แต่ก็เป็นภาระงานให้กับห้องฉุกเฉินที่ควรดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น

ภาพที่ 13.12 การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน พ.ศ. 2555 – 2557



แหล่งข้อมูล: ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

5. การเชื่อมโยงระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกและในสถานพยาบาล

การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยฉุกเฉินควรดำเนินการที่เชื่อมโยงและไร้รอยต่อในการให้บริการ รวมทั้งควรจะมีการประสานเชื่อมโยงข้อมูลตั้งแต่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน จนกระทั่งการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลให้ได้รับการรักษาเฉพาะทางอย่างทันท่วงที โดยในกลุ่ม Fast track หรือในบางพื้นที่ เริ่มมีการประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยจากระบบปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลไปยังห้องฉุกเฉินก่อนมาถึงโรงพยาบาล เพื่อเตรียมทรัพยากรและการรักษาให้ทันท่วงที เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง หลอดเลือดสมองเฉียบพลันขาดเลือดรุนแรง พบว่า กรณีที่มีการประสานงานข้อมูลผู้ป่วยก่อนไปถึงโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีมากกว่า อย่างไรก็ตามยังเป็นการดำเนินการตามความพร้อมของพื้นที่ ดังนั้น ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องการให้มีการประสานความร่วมมือและเชื่อมโยงกันในทุกระบบคือ Dispatch System, Pre hospital care System, Emergency Room System และ Interfacility Patients Transfer เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียมมีคุณภาพมาตรฐาน

6. ระบบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Emergency Claim Online : EMCO)

ประเทศไทยจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนภายใต้ 3 ระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้งสามระบบกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการที่ต่างกัน ต่อมาในปีงบประมาณ 2555 รัฐบาลในขณะนั้นร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถูกถามสิทธิ ใกล้ที่ไหน ไปที่นั่น” เพื่อสร้างความเสมอภาคด้านการรักษาพยาบาลระหว่างสามกองทุน โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่ผู้จ่ายให้ทั้งหมด และเริ่มดำเนินการตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 ผลการดำเนินงาน พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในนโยบาย เพียงแต่ในทางปฏิบัติจริง ยังมีปัญหาทั้งในเชิงนโยบายและระบบการบริหารจัดการหลายมิติ เช่น อุปสรรคด้านรูปแบบสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละรายเข้าถึงบริการการรักษาและได้รับการรักษายาบาลไม่เท่าเทียมกัน ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้านและถูกเรียกเก็บค่าบริการที่เบิกไม่ได้ ซึ่งไม่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของนโยบาย

แนวทางการแก้ไขปัญหา จำเป็นต้องมีกลไกการจัดการที่ดีและมีหลายหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง เข้าร่วมปรับปรุงและพัฒนาในประเด็นสำคัญ ได้แก่ อัตราการจ่ายชดเชยที่ต้องสะท้อนค่าใช้จ่ายที่แท้จริงของโรงพยาบาล เกณฑ์การวินิจฉัยกรณีฉุกเฉินและพันภาวะฉุกเฉิน การกำหนดมาตรการและจัดสรรเงินกองทุนเพื่อรองรับการปฏิบัติตามนโยบายอย่างเพียงพอ โดยไม่ให้เป็นภาระแก่ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติ การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง การจัดสรรงบประมาณรองรับสำหรับเป็นคำปรึกษาพยาบาล เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายอันเป็นการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของประชาชน

ดังนั้น การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล เป็นการออกแบบระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดทำขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันให้กับประชาชนในการที่จะได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเมื่อมีความจำเป็น โดยไม่มีเงื่อนไขและข้อจำกัดด้านสิทธิประโยชน์หรือด้านสถานพยาบาล มีกระบวนการหลัก ดังนี้

1) ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โดยไม่มีเงื่อนไขและข้อจำกัดด้านสิทธิประโยชน์หรือด้านสถานพยาบาล

2) การพิจารณาตัดสินวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยว่าเป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤติหรือไม่ มี 2 รูปแบบให้ใช้แบบร่วมกัน คือ 1) แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย และ 2) ใช้แบบประเมินอิเล็กทรอนิกส์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) หากประเมินทั้ง 2 รูปแบบร่วมกันแล้วผู้ป่วยเป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤติ (สีแดง) ให้สถานพยาบาลให้บริการแก่ผู้ป่วยทันที โดยภายใน 72 ชั่วโมงแรกให้เบิกจ่ายตามอัตราค่าบริการที่กำหนด (fee schedule) ทั้งนี้กระบวนการประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จ ภายใน 15 นาทีหลังแรกรับผู้ป่วย

3) กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ สถานพยาบาลมีหน้าที่แจ้งกองทุนเจ้าของสิทธิที่เกี่ยวข้องในการจัดหาเตียงเพื่อรองรับการส่งต่อ แต่ในกรณีที่ไม่สามารถจัดหาเตียงรับย้ายได้ หรืออาการผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ ให้กองทุนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ภายหลัง 72 ชั่วโมง ตามเงื่อนไขและอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้าของแต่ละกองทุน

7. การบริหารจัดการและการตอบสนองภัยพิบัติด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

สถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ

การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลกในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา อุณหภูมิสูงขึ้นโดยเฉลี่ย 0.2 องศาเซลเซียสในทุก 10 ปี ส่งผลให้สภาพภูมิอากาศแปรปรวน ก่อให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ซึ่งมีความถี่และความรุนแรงเพิ่มขึ้น เช่น อุทกภัย ดินโคลนถล่ม วาตภัย และสึนามิ เป็นต้น หลายปีที่ผ่านมาประเทศไทยประสบเหตุการณ์ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่รุนแรงในหลายพื้นที่ สร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลต่อกระบวนเศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อม ซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้ การบริหารจัดการภัยพิบัติจึงเป็นประเด็นที่ทำนายที่มีความสำคัญมาก ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ภัยพิบัติสามารถเกิดได้ทั้งจากภัยธรรมชาติ ภัยจากการระบาดของโรค และภัยจากน้ำมือมนุษย์ เช่น การก่อสงคราม การก่อการจลาจล และการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับประเทศไทย ศูนย์อำนวยการบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย จำแนกภัยพิบัติธรรมชาติเหมือนกับกรมอุตุนิยมวิทยาและรวมภัยพิบัติอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเป็นประจำไว้ด้วย คือ ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง ภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ภัยจากโรคแมลง สัตว์ศัตรูพืชระบาด อัคคีภัยทั่วไป ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย ตลอดจนภัยแล้งและภัยหนาว

ตารางที่ 13.4 แสดงสถิติภัยพิบัติย้อนหลัง 10 - 20 ปี ของภัยแต่ละประเภทในประเทศไทย

ประเภทภัยบัติ (ช่วงเวลา)	จำนวนครั้ง	ความเสียหาย		
		บาดเจ็บ (คน)	เสียชีวิต (คน)	มูลค่า (ล้านบาท)
อุทกภัย (2532-2544) ^{ก)}	> 40,000	> 2,000	> 2,000	12,591,810
สึนามิ (2547) ^{ข)}	1	11,775	5,401	44,491
ดินโคลนถล่ม (2531 - 2555) ^{ค)}	35	> 500	541	> 2,053
วาตภัย (2532 - 2552) ^{ง)}	36,024	1,367	842	505,155
อัคคีภัย (2532 - 2552) ^{จ)}	46,986	3,775	1,635	2,441,861
ภัยแล้ง (2532 - 2552) ^{ฉ)}	...	...	...	1,331,474
ภัยจากการคมนาคมและขนส่ง (2532 - 2552) ^{ช)}	1,771,018	1,135,923	248,357	39,762
ภัยจากไฟฟ้า (2541 - 2552) ^{ซ)}	60,307	กินพื้นที่ประมาณ 60 จังหวัด มีพื้นที่เสียหายรวม 1,027,288 ไร่		

ที่มา: สุขภาพคนไทย. 2556. ค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม. พ.ศ. 2557 เว็บไซต์ http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2013/thai2013_15

จากสถิติภัยพิบัติแต่ละประเภทในรอบ 20 ปี พบว่า ภัยพิบัติที่สร้างความเสียหายมากที่สุด คือ อุทกภัย โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอิทธิพลของร่องความกดอากาศต่ำกำลังแรงพาดผ่านภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบกับลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้พัดปกคลุมทะเลอันดามันและอ่าวไทย ทำให้มีฝนตกหนักและเกิดน้ำท่วม ในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2532 - 2553 ประเทศไทยได้รับความเสียหายจากน้ำท่วม รวมมูลค่า 12.59 ล้านล้านบาท สำหรับเหตุการณ์มหาอุทกภัยปี พ.ศ. 2554 ธนาคารโลกประเมินความเสียหายทุกด้านประมาณ 1.42 ล้านล้านบาท แต่กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นหน่วยงานดูแลรับผิดชอบในเรื่องนี้ ได้รับงบประมาณเพียง 2,541.16 ล้านบาทเท่านั้น คิดเฉลี่ยเป็นจำนวน 37.50 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งส่วนใหญ่นำไปใช้ในการช่วยเหลือและฟื้นฟู

ขณะเดียวกัน ในพื้นที่ภาคเหนือ มีปัญหาไฟฟ้าที่สร้างปัญหาหมอกควัน ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงฤดูแล้งเป็นประจำทุกปี และเริ่มทวีความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 อีกทั้งการเกิดคลื่นยักษ์สึนามิในปีพ.ศ. 2547

ถือเป็นธรณีพิบัติครั้งรุนแรงมากที่สุด คร่าชีวิตผู้คนใน 14 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยตัวเลขจากสำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ระบุว่า มีผู้เสียชีวิต 5,401 คน บาดเจ็บ 11,775 คน สูญหาย 2,921 คน มูลค่าความเสียหายรวม 44,491 ล้านบาท ความสูญเสียต่อระบบเศรษฐกิจ และอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมากกว่า 30,000 ล้านบาท จากเหตุการณ์ครั้งนั้น ทำให้ประเทศไทยเริ่มหันมาเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับภัยธรรมชาติอย่างคลื่นยักษ์สึนามิในหลายระดับ โดยเฉพาะการสร้างระบบเตือนภัยทั้งระดับชาติและท้องถิ่น

สาธารณภัยที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติ ในฤดูกาลและนอกฤดูกาล รวมทั้งที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ และสาธารณภัยที่เกิดขึ้นในเทศกาลต่างๆ จะเกิดขึ้นในช่วงเวลาต่างๆ ในแต่ละปี ดังตารางที่ 13.5

ตารางที่ 13.5 ปฏิทินสาธารณสุขภัยประจำปี

ประเภทของภัย	ชนิดของภัย	ระยะเวลา (เดือน)
ภัยธรรมชาติ	1. ภัยหนาว	ตุลาคม - มกราคม
	2. ภัยแล้ง	มกราคม - พฤษภาคม
	3. อุทกภัย	ตุลาคม - พฤศจิกายน และ มิถุนายน - กันยายน
	4. ดินโคลนถล่ม	ตุลาคม - พฤศจิกายน และ มิถุนายน - กันยายน
	5. มรสุมฤดูร้อน	มีนาคม - พฤษภาคม
	6. แผ่นดินไหว	เฝ้าระวังตลอดปี
	7. คลื่นพายุซัดฝั่ง	ตุลาคม - พฤศจิกายน
ภัยที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์	ไฟป่า	เฝ้าระวังตลอดปี
		ภาคเหนือ เมษายน - พฤษภาคม
		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พฤศจิกายน - พฤษภาคม
		ภาคกลาง ภาคตะวันออก } มีนาคม - พฤษภาคม ภาคใต้
ภัยจากการกระทำของมนุษย์	1. อุบัติเหตุทางถนน	เฝ้าระวังตลอดปี
	2. ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย	เฝ้าระวังตลอดปี
	3. อัคคีภัย	เฝ้าระวังตลอดปี
ภัยที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหรือเทศกาลต่างๆ	1. ภัยวันลอยกระทง	พฤศจิกายน
	2. ภัยในช่วงเทศกาลปีใหม่	ธันวาคม - มกราคม
	3. ภัยในช่วงวันเด็ก	สัปดาห์ที่ 2 ของเดือนมกราคม
	4. ภัยในช่วงเทศกาลตรุษจีน	มกราคม - กุมภาพันธ์ ขึ้นอยู่กับปีนั้นๆ
	5. ภัยในช่วงเทศกาลสงกรานต์	เมษายน
	6. ภัยในช่วงเทศกาลสงกรานต์	สัปดาห์แรกของเดือนเมษายน

ที่มา: แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2553 - 2557

ภัยพิบัติ คือ สถานการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดความเสียหายที่มากเกินกว่ากลไกปกติของพื้นที่จะรับมือได้ ภัยพิบัติส่วนใหญ่จะมีผู้ป่วยและบาดเจ็บจำนวนมาก การบริหารจัดการทางแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ มีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดให้มีทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ประสบภัยในประเภทและปริมาณที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาในแต่ละช่วงเวลา พร้อมทั้งมีระบบสื่อสารสั่งการและประสานงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ที่เข้ามาในพื้นที่ประสบภัย นอกจากนี้ยังต้องจัดให้มีระบบข้อมูลที่ถูกต้องทันเวลาสามารถนำมาใช้วางแผนและตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยผู้บาดเจ็บเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว

จากสถิติการเกิดภัยพิบัติขนาดใหญ่ทั่วโลก พบว่าการรอดชีวิตของผู้ประสบภัยนั้นเกิดจากการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ผู้ประสบภัยส่วนใหญ่ร้อยละ 95 รอดชีวิตจากการดูแลตนเองและได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ดังนั้น การที่จะลดความสูญเสียให้ได้มากที่สุดนั้น คือ การทำให้ประชาชนและชุมชน มีความรู้มีการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติประเภทต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้นในพื้นที่ที่อาศัยอยู่

สาเหตุหนึ่งที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลต่างๆ สามารถส่งทีมแพทย์พยาบาลออกมาให้ความช่วยเหลือประชาชนได้เพียงเล็กน้อยนั้นก็เพราะในยามที่เกิดภัยพิบัติโรงพยาบาลต่างๆ ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ก็มีโอกาสที่จะประสบภัยไปด้วย จึงจำเป็นต้อง

แก้ปัญหาความเสียหายภายในโรงพยาบาลเสียก่อน จึงจะสามารถส่งทีมงานออกมาช่วยเหลือประชาชนได้ ซึ่งในบางครั้งโรงพยาบาลในพื้นที่ก็อาจจะเสียหายจนไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ด้วย ดังนั้นการบริหารจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภัยพิบัติ จึงต้องให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับมือภัยพิบัติ ทั้งนี้เพื่อให้โรงพยาบาลไม่เสียหายหรือเสียหายน้อยที่สุด และสามารถกลับให้บริการประชาชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

นอกจากการเตรียมความพร้อมประชาชน ชุมชน และโรงพยาบาลในพื้นที่แล้ว ยังมีความจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่อยู่นอกพื้นที่ประสบภัย ซึ่งทีมงานที่จะส่งเข้าไปให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในพื้นที่ประสบภัยได้นั้น จะต้องเป็นทีมงานที่มีความรู้ความสามารถมีศักยภาพในการที่จะเข้าไปทำงานในพื้นที่ที่ไม่ปกติได้ นอกจากนั้นยังต้องสามารถเข้าถึงพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้ทันเวลา และต้องสามารถอยู่ได้ด้วยตัวเองโดยไม่เป็นภาระให้หน่วยงานในพื้นที่อีกด้วย จึงจำเป็นต้องมีการฝึกอบรมและเตรียมทีมช่วยเหลือทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพ และมีปริมาณที่มากพอสำหรับรองรับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จากการกรณีศึกษาเหตุการณ์มหาอุทกภัย ปลายปีพ.ศ. 2554 พบว่า การให้การช่วยเหลือของภาครัฐในระยะแรก เป็นไปอย่างล่าช้า เนื่องจากโครงสร้างและกลไกการจัดการในภาวะฉุกเฉินขาดประสิทธิภาพ หน่วยงานท้องถิ่นประเมินสถานการณ์ผิดพลาด ประกอบกับขาดผู้รับผิดชอบในการประสานงานและสั่งการ เมื่อศึกษากลไกการจัดการในภาวะฉุกเฉินช่วงเกิดภัยพิบัติของหลายๆ ประเทศ พบว่า ได้เกิดช่วงสูญญากาศก่อนที่ความช่วยเหลือจะเข้าสู่พื้นที่ประสบภัย จึงจำเป็นต้องวางระบบที่ดี เพื่อให้จัดการกับสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง ทั้งการสั่งการและอุปกรณ์สนับสนุน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน อาสาสมัคร หน่วยงานกู้ชีพกู้ภัย เข้าใจสถานการณ์และสามารถบูรณาการการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากเหตุผลต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปสิ่งที่ควรพัฒนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศได้ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม
 - 1.1) ประชาชนและชุมชน
 - 1.2) โรงพยาบาล
 - 1.3) ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ
 - 1.4) ระบบบัญชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการทำแผนรับภัยพิบัติ
 - 1.5) ระบบสื่อสารในภาวะภัยพิบัติ
 - 1.6) ความรู้วิชาการ
2. การประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ
 - 2.1) นอกกระทรวงสาธารณสุข □ 2.2) ต่างประเทศ
3. การจัดเตรียมระบบสำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์
4. ระบบฐานข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
5. ระบบการติดตามประเมินผลเพื่อการปรับปรุง

1. การเตรียมความพร้อม

1.1 ประชาชนและชุมชน โครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก "แผนงานการจัดการทางด้านภัยพิบัติ (WHO-RTG)" ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2554 ได้จัดให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของชุมชนและพบว่าควรส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนมีความรู้และมีการจัดทำแผนในการรับมือภัยพิบัติของชุมชน มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชนอื่น ตลอดจนหน่วยงานรัฐและเอกชน และในโครงการยังมีการจัดทำชุดความรู้ด้านการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ "รู้แล้วรอด" ให้กับประชาชน โดยยึดหลักการศึกษามผสมผสานกับความบันเทิง (edutainment) ผ่านสื่อต่างๆ เช่น ปฏิทิน โปสเตอร์แผ่นพับ/คู่มือ การ์ตูนและเกมต่างๆ

1.2 โรงพยาบาล มีการพัฒนาเพื่อจัดทำ "มาตรฐานการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลเพื่อรับมือภัยพิบัติ" โดยรวบรวมองค์ความรู้ต่างๆทั้งในและต่างประเทศ รวมถึงมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินโรงพยาบาล และเป็นแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลเพื่อให้มีความพร้อมรับมือภัยพิบัติในอนาคต

1.3 ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติ การพัฒนาทีมปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะพิบัติ ได้เริ่มทำการฝึกอบรม ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตร่วมกับ JICA ทำการฝึกอบรมทีม DMAT (Disaster Medical Assistance Team) และได้อบรมอย่างต่อเนื่อง จนได้ออกปฏิบัติงานครั้งแรกในเหตุการณ์น้ำท่วมขนาดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2553 หลังจากนั้นมีการจัดฝึกอบรมเพิ่มขึ้น โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ทุกจังหวัดจะต้องมีทีมปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติอย่างน้อย 1 ทีม/อำเภอ โดยทีมของกระทรวงสาธารณสุขใช้ชื่อว่าทีม MERT ส่งผลให้มีทีมปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติเพิ่มขึ้นรวดเร็วในช่วง 3 - 4 ปีที่ผ่านมา และได้ขยายแนวคิดและการฝึกอบรมไปสู่โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์และกองทัพด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คือ การที่ยังไม่มีการศึกษา เพื่อจัดทำมาตรฐานของทีมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ทำให้ทีมต่างๆที่มีอยู่ มีศักยภาพและองค์ประกอบที่ต่างกันไป อีกทั้งยังขาดระบบการบริหารจัดการประสานงานระหว่างทีมที่ดี

1.4 ระบบบัญชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขและการทำแผนรับภัยพิบัติ ระบบ Incident Command System (ICS) เป็นระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพใช้กันแพร่หลายในหลายประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้มีความพยายามที่จะนำระบบนี้เข้ามาใช้โดยมีการนำวิทยากรจากต่างประเทศเข้ามาให้ความรู้และฝึกอบรมแก่ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข และได้ขยายไปสู่หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดต่างๆ โดยวิทยากรชาวไทยทั้งจากในและนอกกระทรวง นอกจากนี้ยังมีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานและนำหลักการของระบบ ICS มาปรับปรุงให้เข้ากับระบบงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยมากขึ้น ปัจจุบันแม้จะมีผู้ผ่านการอบรมในหลายหน่วยงานในจังหวัดต่างๆ แต่ยังไม่เห็นผลเป็นที่ประจักษ์มากนัก เนื่องจากบุคลากรระดับผู้บริหารผู้มีอำนาจตัดสินใจ ยังมีความสนใจและเข้ารับการอบรมไม่มากนัก อีกทั้งยังไม่สามารถประยุกต์ใช้หลักการของ ICS ในการวางแผนและซ้อมแผนรับภัยพิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

1.5 ระบบสื่อสารในภาวะภัยพิบัติ กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (dispatch center) ในทุกจังหวัด สำหรับให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน ศูนย์เหล่านี้เริ่มพัฒนาขึ้นในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมาสามารถให้บริการประสาน สั่งการหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในภาวะปกติได้เป็นอย่างดี ในอนาคตจะเป็นหน่วยงานหลักในการประสานการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ นอกจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการแล้ว สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้จัดให้มีรถสื่อสารสำหรับเข้าไปจัดระบบสื่อสารในพื้นที่ประสบภัย ในกรณีที่ระบบติดต่อสื่อสารในพื้นที่ไม่สามารถปฏิบัติการได้ เนื่องจากได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ

1.6 ความรู้วิชาการ ได้มีการดำเนินการหลายส่วนทั้งการพัฒนาความรู้ของประชาชน ชุมชน สถานพยาบาล การพัฒนาความรู้ของประชาชนได้จัดทำชุดความรู้เตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ “รู้แล้วรอด!” เผยแพร่ให้ประชาชนทราบวิธีการจัดการและดูแลตนเอง การพัฒนาความรู้ของชุมชนโดยการจัดทำคู่มือการทำงานเพื่อสร้างชุมชนจัดการภัยพิบัติให้สอดคล้องกับพื้นที่ของตนเอง รวมทั้งการพัฒนาและเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลให้รับมือภัยพิบัติต่างๆ ทั้งการจัดทำเครื่องมือประเมินตนเองเพื่อใช้ในการวางแผนเตรียมรับมือภัยพิบัติ การฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการเหตุการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นภายนอกและภายในโรงพยาบาล (MACSIM : Mass Casualty Simulation System) และการจัด ASEAN Disaster Medical Rally นอกจากนี้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้ทำความร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดตั้ง “ศูนย์วิชาการเพื่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ” เพื่อเป็นแหล่งผลิตองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับประเทศ และเป็นแหล่งข้อมูลที่ประชาชนให้ความเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมของประชาชนและชุมชนต่างๆ ในประเทศ

2. การประสานงานหน่วยงาน

2.1 ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข จากประสบการณ์ในการบริหารจัดการทางการแพทย์ในการรับภัยพิบัติขนาดใหญ่ที่ผ่านมา พบว่า หน่วยงานและทีมงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก จำเป็นต้องใช้ศักยภาพของหน่วยงานด้านการแพทย์ของกระทรวงอื่นๆ และกรุงเทพมหานคร ตลอดจนโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จึงได้จัดให้มีระบบการประสานงานในการทำงานร่วมกัน ทั้งในด้านข้อมูล การดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย มีการจัดฝึกอบรมและฝึกซ้อมที่มปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะภัยพิบัติร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแล้ว การประสานงานกับหน่วยงานประเภทอื่น ก็มีความสำคัญในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน อาทิ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กองทัพต่างๆ มูลนิธิอาสาสมัครและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดฝึกซ้อมแผนรับภัยพิบัติร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และนอกจากหน่วยงานที่ต้องปฏิบัติการร่วมกันแล้ว ยังมีหน่วยงานที่สามารถให้การสนับสนุนยานพาหนะในการลำเลียงผู้ป่วย เช่น เฮลิคอปเตอร์ เครื่องบินและเรือ ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จะทำหน้าที่ประสานงาน รวมทั้งจัดสรรงบประมาณสำหรับสนับสนุนการดำเนินงานให้กับหน่วยงานเหล่านั้นเป็นกรณีไป

2.2) ต่างประเทศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และกระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันให้การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ เป็น 1 ใน 20 ประเด็นของการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขของ ASEAN (Post 2015 ASEAN Health Development Agenda) ในหัวข้อ Disaster Health Management โดยประเทศไทยเป็นแกนนำในภูมิภาค ทำหน้าที่พัฒนาระบบ EMS และ Disaster Medicine ให้แก่กลุ่มประเทศ ASEAN และสร้างระบบความร่วมมือในภูมิภาค (Regional Cooperation on Disaster Health Management) เพื่อให้สามารถช่วยเหลือกันเหนียวแน่นในยามที่ประเทศใดในภูมิภาคประสบภัยพิบัติ

3. การเตรียมระบบสำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีการเตรียมความพร้อมรับสาธารณภัยตามแนวปฏิบัติ โดยการสำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ให้เหมาะสมกับภัยพิบัติที่มีความเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาเนื่องจากในสถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้น มีความรุนแรงเกินกว่าที่สถานพยาบาลจะรับมือได้และมีระยะเวลายาวนาน เหตุการณ์มหาอุทกภัยในปี พ.ศ.2554 พบว่า มีปัญหาการสำรองยาไม่เพียงพอทั้งระดับสถานพยาบาล/จังหวัด การจัดหาไม่ทันการณ์ การจัดส่งล่าช้ามีความยากลำบาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาได้ จึงได้มีการศึกษาวิจัยรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการจัดหาสนับสนุนยา เวชภัณฑ์และสิ่งของในระหว่างการเกิดภัยพิบัติ โดยผศ.ดร. อรอนงค์ วลีขจรเลิศ และคณะ พบว่า รูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมาการจัดเตรียมระบบสำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีคณะกรรมการและคณะทำงานแก้ไขปัญหาอุทกภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นศูนย์ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาอุทกภัย มีการกำหนดแนวทางการสนับสนุนและกระจายยา/เวชภัณฑ์ ระบบข้อมูลยาสำรอง การประเมินผล และมอบหมายให้องค์การเภสัชกรรมเป็นหน่วยงาน National Stockpile หน่วยงานส่วนภูมิภาคมีการจัดการปัญหาในพื้นที่ โดยมีข้อเสนอแนะจากการศึกษา ดังนี้ ควรจัดระบบเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการสนับสนุน ยา เวชภัณฑ์และสิ่งของที่กระจายในส่วนภูมิภาค เช่น คลังสำรองยาระดับชาติ/ระดับเขต/ระดับหน่วยงาน การจัดการระบบในการทำงานของพื้นที่ ระบบข้อมูลที่ทำให้ทราบจำนวนยาและเวชภัณฑ์ที่มีสำรองในระดับต่างๆ การจัดให้มีบัญชีรายชื่อบริษัทผู้ผลิตและผู้จำหน่าย เพื่อการติดต่อประสานในกรณีฉุกเฉิน ผลการศึกษานี้ เพื่อใช้วางแผนโครงสร้างงานและระบบสนับสนุนของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาหน่วยงานที่มีภารกิจพัฒนาและจัดระบบเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหา ภัยพิบัติด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเข้มแข็งและชัดเจนต่อไป

4. ระบบฐานข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

การพัฒนาฐานข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ปัจจุบันประเทศไทยใช้ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical Service system; ITEMS) เป็นฐานข้อมูลที่ใช้ในภาวะปกติ สำหรับการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทุกราย ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุและสั่งการ การคัดกรองระดับความรุนแรงของผู้ป่วย การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจนกระทั่งนำส่งผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีความพยายามที่จะนำฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้วมาใช้ประโยชน์ร่วมกัน ตัวอย่างเช่น การเชื่อมโยงฐานข้อมูลเกี่ยวกับการบาดเจ็บมาใช้ในการกำหนดทิศทางนโยบาย การป้องกันการบาดเจ็บ พัฒนาระบบบริการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้บาดเจ็บ โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูล 6 ฐาน (Injury Surveillances, ระบบรายงานการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ, ระบบข้อมูลสาเหตุการตาย, ระบบข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง BRFSS, ระบบข้อมูลสุขภาพ 21 แฟ้มและ 43 แฟ้ม, ระบบ ITEMS) สำหรับในภาวะภัยพิบัติ เมื่อเกิดมหาอุทกภัย ปี 2554 มีการประยุกต์ใช้ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามระบบดังกล่าวยังไม่ตอบสนองต่อการบันทึกข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ภัยพิบัติมากนัก ในปัจจุบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีความร่วมมือกับศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (nectec) ในการพัฒนาระบบโปรแกรมข้อมูลการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ โดยได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องระบบข้อมูลในภาวะภัยพิบัติกับประเทศญี่ปุ่น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการในภาวะภัยพิบัติ เช่น ข้อมูลความต้องการบริการทางการแพทย์ของพื้นที่ประสบภัย, ข้อมูลทรัพยากรที่ปฏิบัติการต่างๆ ตลอดจนการจัดทำรายงานข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของระดับบริหาร

5. ระบบการติดตามประเมินผลเพื่อการปรับปรุง

มีการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ผลการปฏิบัติงานและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และทำการถอดบทเรียนการตอบสนองภัยพิบัติที่สำคัญในประเทศร่วมกับภาคส่วนต่างๆอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น เหตุการณ์มหาอุทกภัยในปีพ.ศ. 2554, เหตุระเบิดที่แยกราชประสงค์ ตลอดจนการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศ ในการส่ง

ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยแผ่นดินไหวที่ประเทศเนปาลในปีพ.ศ. 2558 โดยเน้นประเด็นการบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อนำบทเรียนดังกล่าวมาเสนอแก่สังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการ รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาและความผิดพลาดต่างๆ เกิดขึ้นซ้ำอีกต่อไป

บทสรุป

การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติของประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นที่ท้าทายในการดำเนินงาน ทั้งการสร้างความรู้ความเข้าใจและรับรู้ภาวะฉุกเฉินของประชาชน การส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการปฏิบัติการฉุกเฉิน การทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการที่เชื่อมโยงและไร้รอยต่อจนได้รับการดูแลรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่ต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียจากการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้ลดการบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร

บทที่ 14

วิวัฒนาการสาธารณสุขไทย

“คนที่ไม่รู้จักที่จะมองย้อนหลังไปยังที่ๆ เขามา จะไม่มีวันเดินไปถึงที่หมาย”

โฮเซ่ ริซัล

แพทย์, นักปฏิวัติ ชาวฟิลิปปินส์

“เราไม่มีวันจะรู้ว่าสิ่งใดมีค่าพอให้เราใช้ชีวิตอยู่เพื่อมัน จนกระทั่งถึงวันที่เรานั้นพร้อมตายเพื่อสิ่งนั้นได้”

เออร์เนสโต “เซ” กูวารรา

แพทย์, นักปฏิวัติ ชาวอาร์เจนตินา

1. สถานการณ์แพทยสาธารณสุขไทยก่อนมีกรมสาธารณสุข

ความรู้ทางการแพทย์แบบดั้งเดิมในยุคโบราณ

ไม่มีผู้ใดทราบแน่ชัดว่า ช่วงเวลาของการสั่งสมความรู้เรื่องโรค อาการของโรค สมมติฐานโรค และวิธีการรักษาโรคที่มนุษย์สั่งสมมายาวนานเท่าใด จากหลักฐานทางโบราณคดี โครงกระดูกหลายแห่งที่ขุดค้นพบในดินแดนที่เป็นประเทศไทยปัจจุบันในสมัยก่อนประวัติศาสตร์ หรือเมื่อราว 3,000 ปีมาแล้ว บอกให้เราทราบว่า มนุษย์สมัยก่อนประวัติศาสตร์ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยไม่เกิน 30 ปี ถึง 50 ปี และมีโรคต่างๆ คอยคุกคามมากมาย เมื่อเริ่มเข้าสู่สมัยประวัติศาสตร์ มีการรับอารยธรรมจากภายนอกทำให้เกิดการผสมผสานกับการแพทย์แบบพื้นเมือง กลายเป็นการแพทย์ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม และทรัพยากรของตนเอง

อาณาจักรอยุธยาและการบูรณาการความรู้จากภายนอกกับการแพทย์แผนไทย

เมื่อเข้าสู่สมัยกรุงศรีอยุธยาสภาพความเป็นไปในด้านสุขภาพของชาวสยาม ยังต้องเผชิญกับโรคระบาดใหญ่ 3 โรค คือ อหิวาตกโรค (โรคห่า) ไข้ทรพิษ และกาฬโรค เมื่อเกิดการระบาดแต่ละครั้งคร่าชีวิตคนไปนับพันนับหมื่นชีวิต แต่ประสบการณ์ที่สั่งสมมาตั้งแต่โบราณทำให้ในสมัยอยุธยามีการบูรณาการด้านองค์ความรู้ทางการแพทย์อย่างหลากหลาย ดังปรากฏในทำเนียบศักดิ์ดินาข้าราชการ

ฝ่ายทหารและพลเรือนที่ตราขึ้น ในสมัยสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถ พุทธศักราช 1998 มีการแต่งตั้งแพทย์ขึ้นทำราชการ ยศตำแหน่ง และแบ่งเป็นกรมทำหน้าที่ด้านการแพทย์แขนงต่างๆ อย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์ไทย อาจกล่าวได้ว่าความรู้ทางการแพทย์แผนไทยได้สถาปนาอย่างเป็นทางการเป็นระบบขึ้นในสมัยนี้ ในเรื่องยา กรุงศรีอยุธยา มีโรงพระโอสถ 2 แห่ง มียานป่ายาเป็นยานค้าโอสถสมุนไพร ประชาชนสามารถหาซื้อเครื่องปรุงยา ทั้งเครื่องยาไทย และเครื่องยาเทศได้ทุกชนิด การรักษามีหมอหลวง หมอพระ และหมอชาวบ้าน เรียกว่า หมอเขลยศักดิ์ กระจายอยู่ทั่วไปตามชุมชนต่างๆ การแพทย์แผนไทยสมัยนี้ ยังได้รับอิทธิพลจากการแพทย์นานาชาติประเทศที่เข้ามาพร้อมกับการติดต่อค้าขายและเผยแพร่ศาสนา ดังในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช วงการแพทย์มีการรวบรวมตำรายาขึ้นเป็น ครั้งแรก เรียกว่า “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” ประกอบด้วยตำรายาไทย ตำรายาฝรั่ง ตำรายาจีน และตำรายาพราหมณ์เทศ ตั้งแต่สมัยอยุธยาตอนกลางเป็นต้นมา คาดว่ามีการบันทึกรวบรวมคัมภีร์การแพทย์ไว้เป็นจำนวนมาก ดังที่เหลืตกทอดปรากฏอยู่ในปัจจุบัน

การฟื้นฟูความรู้ทางการแพทย์ในยุคต้นกรุงรัตนโกสินทร์

กระทั่งคราวเสียกรุงเมื่อพุทธศักราช 2310 ความรู้ด้านการแพทย์ที่บันทึกไว้สืบทอดกันมาได้สูญหายไปเป็นอันมาก สภาพความระส่ำระสายของบ้านเมืองทำให้ความต่อเนื่องของความรู้ทางการแพทย์ของไทยหยุดชะงักไปชั่วขณะ ในสมัยกรุงธนบุรีและกรุงรัตนโกสินทร์ ปัญหาสุขภาพของพสกนิกรชาวสยามยังคงเผชิญกับปัญหาเดิม เช่น โรคระบาด โรคเรื้อรังต่างๆ ขณะเดียวกันความพยายามในการฟื้นฟูเมืองหลวงขึ้นมาใหม่ให้ยิ่งใหญ่ทัดเทียมกรุงศรีอยุธยา นอกจากการสร้างปราสาทพระราชวังวัดวาอารามต่างๆ ให้คล้ายคลึงกับในกรุงศรีอยุธยาแล้ว ยังมีการรวบรวมศิลปวิทยาการแขนงต่างๆ ที่สูญหายกระจัดกระจายไปในยามสงครามด้วย

วัดโพธาราม (ที่มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม) เป็นพระอารามแห่งหนึ่งที่มีการบูรณะ โดยโปรดให้ “ตั้งตำรายาและฤๅษีตัดตนไว้เป็นทาน” ภายในศาลาราย เขียนภาพแผนไข้ทรพิษ เขียนแผนนวด และยังจารึกตำรายาพร้อมกับจารึกเรื่องประจำภาพต่างๆ ติดไว้ตามผนัง เสา และศาลา มีการสร้างรูปฤๅษีตัดตนท่าต่างๆ หล่อด้วยสังกะสีสมมติบุทหลังละสี่ถึงห้าตนประกอบกับจารึกโคลงสุภาพบอกท่าตัดตนไว้ด้วย

เมื่อรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย พ.ศ. 2355 ทรงโปรดให้มีการรวบรวมตำราแพทย์ขึ้นมอบให้พระพจนานรินทร์ (หรือพระพจนมรินทร์) เป็นผู้รับผิดชอบในการออกไปรวบรวมตำรายา และให้ขุนนางราชฎร และพระสงฆ์ในวัดต่างๆ รวบรวมส่งมาอีกทางหนึ่งด้วย และยังมีปรับปรุงทำเนียบขุนนางด้านการแพทย์ที่เคยมีมาในสมัยอยุธยาด้วย

ปฐมบทสู่การแพทย์ตะวันตกสมัยใหม่

ต่อมารัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว เป็นสมัยที่มีความเปลี่ยนแปลงในด้านการแพทย์การสาธารณสุขเกิดขึ้นหลายเรื่องหลายประเด็น พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าฯ ทรงทำการปฏิสังขรณ์วัดพระเชตุพนที่ชำรุดทรุดโทรมลงไป พร้อมทั้งจารึกตำรายาและจัดสร้างหุ่นฤๅษีตัดตนเพิ่มเติมจากของเดิม นอกจากการอนุรักษ์สืบทอดความรู้เดิมแล้ว ในอีกด้าน

รัชสมัยของพระองค์เป็นช่วงเวลาที่ยุโรปตะวันตกเดินทางเข้ามาสู่ดินแดนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้งด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ การเมือง และศาสนา มีการติดต่อค้าขายระหว่างคนท้องถิ่นและชาวตะวันตก รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องศาสตร์ต่างๆ เนื่องจากอำนาจของชาวตะวันตกที่มาจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีได้แสดงรูปธรรมให้สยามเห็นอย่างชัดเจน เมื่อพม่าชาติมหาอำนาจคู่แข่งของสยามต้องพ่ายแพ้และตกเป็นเมืองขึ้นของอังกฤษอย่างสิ้นเชิงในช่วงต้นรัชกาล

แพทย์มิชชันนารีที่เป็นที่รู้จักกันมากที่สุด ได้แก่ นายแพทย์ แดน บีช บรัดเลย์ (Dan Beach Bradley) ที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า หมอบรัดเลย์ หรือ หมอบรัดเลย์ และเนื่องจากบรรดามิชชันนารีที่เข้ามาเผยแผ่ศาสนาในช่วงแรกๆ มักจะเป็นแพทย์ทำให้ชาวสยามพากันเรียกมิชชันนารีว่า “หมอ” หมอบรัดเลย์ได้สร้างคุณูปการหลายอย่างให้กับสังคมไทย กล่าวเฉพาะในด้านการแพทย์ ความรู้ที่หมอบรัดเลย์นำมาเผยแพร่ในสังคมไทย เช่น การปลูกฝีเพื่อป้องกันไข้ทรพิษและเขียนตำราสอนการปลูกฝีเป็นภาษาไทย การทำสูติกรรมแบบตะวันตกจนเป็นผลให้เกิดความนิยมจนมีการยกเลิกการผทมเพลิงหรือการอยู่ไฟในราชสำนัก การผ่าตัดเป็นที่ประจักษ์แก่สายตาของชาวสยามด้วยฝีมือทางศัลยกรรมของหมอบรัดเลย์ แม้แต่ความรู้ของการแพทย์ทางเลือกแบบโฮมิโอพาธีก็มีหลักฐานว่าหมอบรัดเลย์เป็นคนแรกๆ ที่นำเอาศาสตร์แขนงนี้มาใช้ในสยาม กระทั่งกรมหลวงวงษาธิราชสนิท ผู้กำกับกรมหมอหลวงในสมัยนั้นเป็นศิษย์คนสำคัญผู้หนึ่งของหมอบรัดเลย์

จุดเปลี่ยนสำคัญหลายประการ ในช่วงศตวรรษที่ 19 อันนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ของการแพทย์ตะวันตกอย่างก้าวกระโดด ไม่ว่าจะเป็นความรู้ทางด้านกายวิภาคและพยาธิวิทยา การพัฒนาเครื่องมือเครื่องมือใหม่ๆ เพื่อการตรวจรักษาในทางการแพทย์ ไปจนถึงการนำเสนอทฤษฎีว่าด้วยที่มาของโรคใหม่ เรื่องนี้มีการถกเถียงกันมากในวงการแพทย์ระดับนานาชาติ ในเวลานั้นมีความเชื่ออยู่สองทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีอายพิทม์ (Miasma theory) ซึ่งมีอยู่แต่เดิมกับทฤษฎีเชื้อโรค (Germs Theory) ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการค้นพบบัคทีเรียของหลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) และการที่โรเบิร์ต ค็อค (Robert Koch)

ค้นพบแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของวัณโรค (tubercle bacillus) ใน พ.ศ. 2425 (ค.ศ. 1882) ทฤษฎีอายุพิศม์ นั้นเป็นพื้นฐานความเชื่อที่ว่าความเจ็บป่วยของมนุษย์มาจากความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกร่างกาย เช่น อุณหภูมิ ภูมิอากาศ ภูมิประเทศ รวมไปถึงการจัดการสภาพแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะหรือของโสโครกด้วยความเชื่อเช่นนี้มีอยู่ในทฤษฎีการแพทย์ทั้งในโลกตะวันตกและโลกตะวันออก ในโลกตะวันตกนั้น ความเชื่อแบบนี้สืบทอดมาตั้งแต่สมัยของฮิปโปเครติสเรื่อยมาจนได้รับความนิยมนอย่างมากในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18 ถึงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19

2. การแพทย์สาธารณสุขไทยกับรัฐสมัยใหม่

จุดเริ่มต้นการสาธารณสุขของสยาม

หมอบรัดเลย์ได้เสนอทฤษฎี “อายุพิศม์” ซึ่งเป็นที่มาของโรคในช่วง พ.ศ. 2388 โดยได้เขียนบทความตีพิมพ์เผยแพร่ในหนังสือพิมพ์ Bangkok Recorder อธิบายการเกิดโรคไข้จับสั่นด้วยทฤษฎีอายุพิศม์ และเน้นการป้องกันโรคด้วยการทำความสะอาดที่อยู่อาศัยและการกำจัดขยะของโสโครก และมีการตีพิมพ์ “ตำราแก้ลงราก” ซึ่งอธิบายเรื่องการเกิดอหิวาตกโรค และบทความเรื่อง “การจัดแจงในกรุงเทพเพื่อจะแก้โรคลงราก” ใน พ.ศ. 2409 ลงในหนังสือพิมพ์ฉบับเดิม หมอบรัดเลย์ได้เสนอแนวคิดในการนำสาธารณสุขเข้ามาใช้ในการควบคุมการระบาดของอหิวาตกโรค หลังเกิดการระบาดใหญ่ของอหิวาตกโรค เมื่อปี พ.ศ. 2392 โดยเสนอให้เสนาบดีประกาศสั่งการให้บ้านเรือนในกรุงเทพฯ จัดการชำระล้างสิ่งสกปรกโสโครกต่างๆ ให้สะอาด ใครไม่ทำตามให้ปรับเงิน โดยอ้างถึงกฎหมายที่ออกในยุโรปและอเมริกา เนื่องจากความใหญ่ของเมือง เมื่อมีการอยู่อาศัยอย่างหนาแน่น ทำให้เกิดความสกปรกมาก ถ้าไม่มีการจัดการเรื่องความสะอาด จะทำให้เกิดการระบาดของโรคได้ ด้วยอิทธิพลทางความคิดในเรื่องนี้ของหมอบรัดเลย์หรือ “ไม่กี่ตามได้” มีการออก “ประกาศพระบรมราโชวาทไม่ให้ทั้งสัตว์ตายลงในแม่น้ำ เรื่องทอดเตาเพลิง เรื่องทำลิ้มประตูหน้าต่าง” ใน พ.ศ. 2399 ซึ่งเป็นประกาศของรัฐฉบับแรกๆ ว่าด้วยการป้องกันไม่ให้สิ่งแวดล้อมให้สกปรก จากนั้นมีกฎหมายต่างๆ ตามมาอีก อาทิ พระราชบัญญัติธรรมเนียม

คลอง พ.ศ. 2413 กฎหมายโปลิศ พ.ศ. 2418 ที่เน้นเรื่องการดูแลรักษาลำน้ำให้สะอาด เป็นต้น

ความแออัดของเมืองส่งผลให้เกิดความสกปรกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยความเคยชินที่อาศัยอยู่กับแม่น้ำลำคลอง ชาวสยามจึงทิ้งขยะหรือขับถ่ายของเสียทิ้งไปสู่แม่น้ำลำคลองโดยตรง แต่เดิมเมื่อผู้คนกระจายกันอยู่ตามแนวสองข้างลำน้ำ ผลกระทบในเรื่องการหมักหมมของสิ่งโสโครกก็บรรเทาเบาบางไปได้บ้าง แต่พอมาเป็นสังคมเมืองบนบกที่อยู่กันอย่างแออัด จุดที่จะทิ้งของเสียของโสโครกจึงมีจำกัด การจัดการเรื่องขยะและของเสียจึงเป็นปัญหาใหญ่ของกรุงเทพฯ ดังรายงานการออกตรวจเร็ว (หรือส้วม) ในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2444 บรรยายสภาพของปัญหาเรื่องของเสียจากการขับถ่ายที่เหม็น คคลุ้งไปทั่วแทบจะทุกที่ ไม่ว่าจะเป็นบ้านเรือนหลังเล็กหรือใหญ่ บ้านที่อยู่ติดคลองจะถ่ายลงคลอง บ้านที่อยู่ตามตรอกตามถนนจะถ่ายไว้ริมทาง ตรงไหนเป็นบริเวณที่โล่งจะมีแต่กองอุจจาระกระจายไปทั่ว ตามคลองต่างๆ เต็มไปด้วยขยะที่เน่าเหม็นผสมด้วยของเสียจากบ้านเรือน ส่งผลให้ยามเกิดโรคระบาดผู้คนจึงล้มป่วยกันเป็นจำนวนมาก

ผู้คนจำนวนหนึ่งจึงเริ่มคิดเรื่องการจัดการด้านสุขาภิบาลในกรุงเทพฯ ใน พ.ศ. 2436 มีข้อเสนอเรื่องการจัดการความสะอาดในกรุงเทพฯ เสนอให้กับกรมโยธาธิการ ต่อมาเมื่อวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2440 กรมหมื่นนเรศวรฤทธิ์เสนอให้มีการจัดการเรื่องความสะอาดในกรุงเทพฯ โดยเสนอให้ตั้งกรมสุขาภิบาลเพื่อจัดการเรื่องดังกล่าวและมีการประกาศใช้ “พระราชกำหนดสุขาภิบาล ร.ศ. 116” (พ.ศ. 2440) ตามมา โดยปรารถนาเพื่อป้องกันโรคภัยอันตรายของมหาชนในกรุงเทพฯ และยังมีหน้าที่ในการสอบสวนโรคและออกข้อบังคับต่างๆ เพื่อป้องกันโรค การจัดการเรื่องสุขาภิบาลได้ขยายตัวออกไปตามหัวเมืองด้วย จากพระดำริของสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ เมื่อมีการจัดตั้งสุขาภิบาลที่ตำบลท่าฉลอม จังหวัดสมุทรสาคร พ.ศ. 2448 ตามมาด้วยการออกพระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลหัวเมือง ร.ศ. 127 (พ.ศ. 2451) และการจัดตั้งสุขาภิบาลในหัวเมืองต่างๆ เน้นให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการโดยทางงบประมาณมาจัดการเองด้วย

บุคคลสำคัญอีกท่านหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการออกมาตรการและลงทุนในเรื่องอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อการตรวจสอบและป้องกันเชื้อโรค คือ นายแพทย์แคมเบล ไฮเอต (Hugh Campbell Highet) ซึ่งใน พ.ศ. 2444 รักษาการในตำแหน่งพนักงานการแพทย์ในกรมสุขาภิบาล มีเอกสารชิ้นหนึ่งที่นายแพทย์ไฮเอต เสนอต่อกรมสุขาภิบาลให้ทำการเตรียมมาตรการในการป้องกันกาฬโรคที่กำลังระบาดอยู่ที่ฮ่องกง สิงคโปร์ ภูเก็ต และแนวชายฝั่งมลายู ไม่ให้ระบาดเข้ามาในกรุงเทพฯ มาตรการที่เขาเสนอนั้นถือเป็นจุดเริ่มต้นของมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในสยาม อาทิ การตั้งด่านกักเรือ การปรับปรุงเรื่องสุขาภิบาลในกรุงเทพฯ ให้จริงจังมากขึ้น กำจัดพาหะของโรคคือหนู ให้มีการออกประกาศเตือนเรื่องลักษณะอาการของโรค ให้มีการรายงานการตายที่อาจจะเกิดจากกาฬโรค จัดเตรียมอุปกรณ์และยา จัดตั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางสำหรับกาฬโรค และที่สำคัญ คือ การจัดตั้ง Bacteriological Laboratory เพื่อการชันสูตรและวิเคราะห์โรค เป็นผลให้กรมสุขาภิบาลได้ก่อตั้ง “โรงทดลองความสุขของราษฎร ปับลิคเฮลเลเบอร์เตอรี” (Public Health Laboratory) ขึ้นมาเป็นห้องทดลองทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขแห่งแรกในสยาม ไม่นานต่อจากนั้นมีการเสนอให้ตั้ง “ปาสเจอร์อินสทิติวชัน” (Pasteur Institute) เพื่อการวิเคราะห์วิจัยตามแนวทางของหลุยส์ ปาสเตอร์ แต่ต้องรอเวลาไปอีกระยะใหญ่จึงจะตั้งขึ้นมาได้

เรื่องการวางแผนป้องกันโรคระบาดต่างๆ ในเวลานั้น ที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ เรื่องการพยายามป้องกันไข้ทรพิษด้วยการปลูกฝี รัฐบาลในเวลานั้นยังไม่สามารถหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดหาหนองฝีมาปลูกให้แก่ประชาชนได้ จากเดิมที่นำเข้ามาจากสหรัฐอเมริกาปีละครั้ง ต่อมานำเข้ามาจากยุโรป 2 เดือนครั้ง แต่เนื่องจากเวลาของการเดินทางนานทำให้หนองฝีที่สั่งมาใช้ได้เพียงครั้งเดียว ในสมัยดังกล่าวฝรั่งเศสได้มาตั้งสถาบันปาสเตอร์ (ปาสตุรสถาน) ที่ไซ่ง่อน สามารถส่งหนองฝีมาได้ภายใน 15 วัน แต่ยังไม่พอแก่ความต้องการใช้ ใน พ.ศ. 2446 รัฐบาลจึงจัดส่งนายแพทย์ เอช. อาดัมเซน (Hans Adamsen) ต่อมา มีบรรดาศักดิ์ที่พระบำบัตสรพรโรค และหลวงวิมเนศวร์ ประสิทธิวิทย์ (อภัย หะสีตะเวช) แพทย์ที่สำเร็จจาก

โรงเรียนแพทยากร ออกไปดูงานการทำพันธุ์หนองฝีเพื่อป้องกันโรคระบาดในสัตว์ที่มะนิลา พ.ศ. 2449 รัฐบาลได้จ้าง ดร.จูลี มาจากมะนิลา เพื่อผลิตพันธุ์หนองฝีสำหรับป้องกันไข้ทรพิษและพันธุ์หนองฝีสำหรับป้องกันโรคระบาดสัตว์ และได้ย้ายไปตั้งสถานีทดลองที่พระปฐมเจดีย์ นครปฐม เรียกว่า “กองทำพันธุ์หนองฝีและซีรัมของรัฐบาล” ซึ่งสามารถผลิตพันธุ์หนองฝีสำหรับการป้องกันไข้ทรพิษได้สำเร็จในปี พ.ศ. 2449 ก่อนที่กองทำพันธุ์ฯ ได้ย้ายกลับมาตั้งที่กรุงเทพฯ และได้รวมเข้ากับปาสตุรสถานในภายหลัง

การสูญเสียพระธิดาของสมเด็จพระยา ดำรงราชานุภาพ เป็นเหตุให้พระองค์ดำริที่จะตั้งสถาบันปาสเตอร์ในเมืองไทย โดยมีหมอมานอสส์ชาวฝรั่งเศสที่จบมาจากสถาบันปาสเตอร์ในปารีส และพระยามหาอำมาตย์ (เส็ง วิริยะศิริ) เป็นผู้ช่วยเหลือ จัดตั้งสถาบันปาสเตอร์ หรือปาสตุรสถานขึ้น ใน พ.ศ. 2456 ในปีเดียวกัน มีการออกพระราชบัญญัติระงับโรคระบาด พ.ศ. 2456 ซึ่งเป็นที่มาของพระราชบัญญัติโรคติดต่อที่ใช้ในปัจจุบัน และออกพระราชบัญญัติจัดการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษ พ.ศ. 2456 การออกพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อทั้ง 2 ฉบับ ถือเป็นครั้งแรกที่เริ่มมีการบังคับให้ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อป้องกันโรค

รัฐบาลได้เริ่มมีการปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานของราชการที่จะทำงานด้านการแพทย์สาธารณสุขให้ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ใน พ.ศ. 2455 พระยามหาอำมาตยาธิบดี (เส็ง วิริยะศิริ) เดินทางไปประเทศฟิลิปปินส์ พบเห็นการรักษาพยาบาลและป้องกันโรค ตลอดจนการปลูกฝี จึงได้ถวายรายงานต่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ถึงความจำเป็นในการป้องกันโรคสำคัญ 4 โรค คือ โรคฝีดาษ อหิวาตกโรค กาฬโรค และไข้พิษ นำมาสู่ตั้งกรมพยาบาลขึ้นมาใหม่ สังกัดกระทรวงมหาดไทย และรวมงานที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขซึ่งอยู่ในสังกัดกรมพลำงเข้าด้วยกัน เพื่อแบ่งส่วนราชการเป็น 6 แผนก คือ แผนกบัญชาการ แผนกการแพทย์ แผนกป้องกันโรคระบาด แผนกปัสตุรสถาน แผนกสุขาภิบาล และแผนกโสตศอนาสิกวิทยา โดยมีพระยามรฤทธิธำรง (ฉวี บุนนาค) เป็นเจ้ากรมคนแรก ต่อมาในวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2459 เปลี่ยนชื่อกรม

พยาบาล เป็นกรมประชาภิบาล สังกัดกระทรวงมหาดไทย โดยรวมงานต่างๆ ที่คัดแยกออกจากกรมพลำภัง กองโอสถศาลารัฐบาล กองทำพันธุ์หนองผีและบังคับบัญชาแพทย์หัวเมือง กองแพทย์ป้องกันโรคและปลุกผี และการควบคุมสุขาภิบาลหัวเมือง มาแบ่งเป็นส่วนราชการ 4 กอง คือ กองบัญชาการเบ็ดเสร็จ กองสุขาภิบาล กองพยาบาล และกองเวชวัตถุ จนถึง พ.ศ. 2461 ได้มีการยกเลิกกรมประชาภิบาล ตั้ง “กรมสาธารณสุข”^{1*} ขึ้นแทน เพื่อรวมงานด้าน การแพทย์และการสุขาภิบาลที่แยกอยู่ใน 2 กระทรวง คือ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงนครบาล ให้อยู่ในหน่วยงานเดียวกันสังกัดกระทรวงมหาดไทย โดยมี พระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นชัยนาทนเรนทร ทรงเป็นอธิบดีคนแรก เมื่อวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 (ปัจจุบันถือเป็นวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุขด้วย)

กรมใหม่นี้มี หม่อมเจ้าสกลวรรณากร วรวรรณ อธิบดีกรมประชาภิบาลเดิมเป็นผู้ช่วยอธิบดี อย่างไรก็ตามแม้จะมีการรวมงานด้านการสาธารณสุขเข้ามาไว้รวมกันภายใต้กรมสาธารณสุขนั้น ยังต้องเผชิญกับปัญหาหลายประการ เช่น การประสานงานและแบ่งงานระหว่างฝ่ายต่างๆ การโอนอำนาจความรับผิดชอบ ปัญหาเรื่องงบประมาณกว่าจะแก้ไขปัญหานั้นรวมงานในส่วนในเมืองหลวงและหัวเมืองเข้าด้วยกันได้ก็ผ่านไปจนถึง พ.ศ. 2468 เนื่องจากระบบราชการที่ดำเนินมาก่อนการตั้งกระทรวงนี้บร้อยปีจึงมีลักษณะต่างคนต่างทำ บรรดาเสนาบดีหรือผู้รับผิดชอบงานราชการต่างๆ ไม่เคยมีการประชุมหารือร่วมกันอย่าง

เป็นประจำ นโยบายและการทำงานจึงมีความซ้ำซ้อนและบางครั้งก็ขัดกันเอง การจะปรับคนให้เข้ากับระบบจึงเป็นปัญหาสำคัญเรื่องหนึ่งของการบริหารราชการสมัยนั้น

ในช่วงเวลานี้ ถือได้ว่าเป็นยุคแห่งการเริ่มสร้างความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรเหล่านั้น มีบทบาทต่อการพัฒนาการสาธารณสุขไทย สืบต่อมาอีกนาน เช่น การร่วมมือกับมูลนิธิโรคกี้เฟลเลอร์ในการรณรงค์กำจัดโรคพยาธิปากขอ พ.ศ. 2463 การเป็นเจ้าของภาพจัดประชุมของสันนิบาตสภากาชาดในภูมิภาคตะวันออกไกล พ.ศ. 2465 พร้อมกับการมาเยี่ยมของคณะกรรมการของสันนิบาตชาติเพื่อศึกษาเรื่องโรคเรื้อนทำให้รัฐบาลสยามต้องปรับปรุงโครงสร้างการทำงานสาธารณสุข หรือการประชุมเรื่องสุขอนามัยนานาชาติครั้งที่ 13 เมื่อ พ.ศ. 2469 ที่ปารีสส่งผลให้เกิดอนุสัญญาด้านสุขอนามัยฉบับใหม่ ทำให้รัฐบาลสยามในเวลานั้นต้องปรับปรุงท่าเรือและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการกักเรือในกรณีเกิดโรคระบาดใหม่ตามไปด้วย

การจัดการงานด้านการสาธารณสุขในระดับโครงสร้างของรัฐบาลในเวลานั้น เน้นเรื่องการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นหลัก ส่วนงานด้านการบำบัดโรค เช่น การสร้างโรงพยาบาล สุขาภิบาล ฯลฯ เน้นให้ท้องที่หรือเอกชนเป็นฝ่ายจัดสร้างด้วยเหตุของการขาดแคลนงบประมาณ จนมาถึงในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว

^{1*} เรื่องที่ตั้งของที่ทำการกรมสาธารณสุขนั้นบางครั้งมีความเข้าใจที่สับสน เนื่องจากว่าการพบเห็นตรางู 2 ตัว พันไม้เท้าที่คล้ายกับตราประจำกระทรวงสาธารณสุข (รวมทั้งกรมสาธารณสุขด้วย) ปรากฏอยู่ที่หน้าประตูหลักของอาคารที่ตั้งกระทรวงพาณิชย์เก่า บริเวณท่าเตียน (ปัจจุบันเป็น อาคารของสถาบันพิพิธภัณฑการเรียนรู้แห่งชาติ (สพร.) หรือ มิวเซียมสยาม) ทำให้เข้าใจว่าอาคารแห่งนี้อาจเป็นที่ตั้งของกรมสาธารณสุขแต่เดิมก่อนจะสถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้น แต่ในประวัติของกระทรวงพาณิชย์ที่มีผู้ค้นคว้ามาได้บอกว่า พื้นที่ของที่ตั้งอาคารกระทรวงพาณิชย์หรือกระทรวงเศรษฐกิจเดิมนั้นเป็นอาคารที่สร้างขึ้นใหม่ไม่เคยใช้เป็นที่ทำการของหน่วยงานราชการใดมาก่อน และเรื่องที่มาของภาพงูพันไม้เท้า นั้น ขุนวิจิตรมาตรา (สง กาญจนาคพันธุ์) ที่รับราชการในกระทรวงพาณิชย์มาตั้งแต่ พ.ศ. 2467 ได้บันทึกไว้ว่า

“บานประตูหลักใหญ่ของตัวกระทรวงมีแผ่นโลหะกลมเป็นตราภาพงูสองตัวพันไม้เท้าไว้กัน ตอนบนมีปีกสองข้างติดอยู่ทั้งสองบานเป็นคู่กัน เข้าใจว่าตราอันนี้เป็นไม้เท้ากายสิทธิ์ที่เรียกว่า คาดิวซุส (Caduceus) ซึ่งเป็นไม้เท้าของเทวดากรีกมีนามว่า เฮอเมส (Hermes) และชาวโรมันเรียกว่า เมอคิวริอุส (Mercurius) ตามประวัติข้างกรีกมีว่า เฮอเมสเป็นโอรสของเซอสมมหาเทพ เป็นเทวดาเฉลียวฉลาดในเชิงประดิษฐ์ต่างๆ เช่น ประดิษฐ์พิณ ประดิษฐ์ตัวอักษร ตัวเลข และที่สำคัญก็คือ ประดิษฐ์เครื่องชั่ง ตวง วัด เฮอเมสเป็นที่เคารพบูชาของพ่อค้าวานิชทั่วไป ชาวโรมันนับถือว่าเป็นเทวดาแห่งการพาณิชย์และการคมนาคม เมื่อที่บานประตูหลักมีตราเครื่องหมายของเมอคิวริอุส หรือเฮอเมส ซึ่งเป็นเทวดาแห่งการค้าขายติดอยู่คู่กัน ก็แสดงว่าตึกนี้สร้างสำหรับเป็นที่ว่าการกระทรวงพาณิชย์ถูกต้องตรงตามตำนานโดยแท้ สังกัดจากดวงตราที่บานประตูหลักก็รูปร่างลักษณะของตัวตึกกระทรวงพาณิชย์รู้สึกว่ามีอะไร เป็นฝรั่งอยู่มากถ้าคิดก็น่าจะเป็นด้วยกระทรวงพาณิชย์จัดเป็นกระทรวงใหม่เอี่ยม งบประมาณเป็นสมัยใหม่ไปข้างฝรั่ง เพราะมีการติดต่อกับชาวต่างประเทศมาก เนื่องจากสัมพันธ์กันกับทางค้าขายอันได้เป็นมานานแล้วในสมัยกรมท่าซ้ายกรมท่าขวาในัน ตึกกระทรวงพาณิชย์เริ่มเปิดทำงานในปี พ.ศ. 2465”

ก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ในหัวเมืองมีโรงพยาบาลของรัฐเพียงแห่งเดียว คือ โรงพยาบาลที่จังหวัดระนอง แต่งบประมาณในการดูแลไม่ได้มาจากส่วนกลาง หากมาจากงบของจังหวัดเป็นส่วนใหญ่ ต่อมาจึงได้สร้างโรงพยาบาลที่จังหวัดปัตตานีอีกแห่งแต่สร้างแล้วไม่ได้เปิดบริการเนื่องจากไม่มีงบประมาณในการดำเนินการ โรงพยาบาลในหัวเมืองที่เปิดเพิ่มตามขึ้นมาอีก คือ โรงพยาบาลที่จังหวัดอยุธยา จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดสงขลา จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดนครสวรรค์ แต่ดำเนินการไปอย่างยากลำบากเนื่องจากขาดแคลนงบประมาณ

ที่น่าสนใจ คือ ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว มีการสร้างกลไกในการกำกับดูแลทิศทางของงานด้านการแพทย์สาธารณสุขขึ้นมาด้วยเรียกชื่อว่า **สภาสาธารณสุขประจำชาติ** เมื่อ พ.ศ. 2471 หน้าที่ของสภาแห่งนี้เป็นไปในลักษณะของสภาที่ปรึกษาไม่มีอำนาจบังคับโดยตรง ต้องอาศัยอำนาจของเจ้ากระทรวงที่เกี่ยวข้อง มีอธิบดีกรมสาธารณสุขเป็นสภานายกโดยตำแหน่ง กรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข และมีกรรมการที่ปรึกษาอันได้แก่ ตัวแทนของกระทรวง ที่เกี่ยวข้อง กับเรื่องที่จะปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หน้าที่ของสภาสาธารณสุขประจำชาตินี้ทำหน้าที่ในการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานในเรื่องนี้และดูแลมิให้ทำงานซ้ำซ้อนกัน วางแผนป้องกันปราบปรามโรคระบาด วางแผนป้องกันและปราบปรามโรคภัยประเภท วางแผนการบรรเทาทุกข์ในยามเกิดสาธารณภัยให้มีอำนาจในการสอบสวนข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่มีอำนาจหน้าที่ในการจัดการ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ก่อตั้งมาได้มีการประชุมของสภาฯ เพียงครั้งเดียวซ้ำยังตกลงกันในเรื่องการประชุมไม่ได้ จนเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 สภาฯ นี้จึงถูกยกเลิกไป

โรงพยาบาล การแพทย์ และการรักษาโรค

นอกจากมาตรการเพื่อป้องกันโรคแล้วในด้าน การรักษาพยาบาล ความรู้ทางการแพทย์แบบตะวันตกสมัยใหม่ มีอิทธิพลอย่างมากต่อชนชั้นนำ

ของสยามในการจัดการเรื่องการรักษาพยาบาล ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์ได้เห็นแบบอย่างการจัดการรักษาพยาบาลของอาณานิคมต่างๆ จึงนำมาใช้ในสยาม การจัดตั้งโรงพยาบาลในระยะแรกมุ่งให้ประชาชนหรือข้าราชการในหน่วยงานของตนได้มีสถานพยาบาลเท่านั้น ไม่คำนึงว่าจะต้องใช้วิธีการรักษาพยาบาลตามแบบแผนไทยโบราณหรือตามแบบตะวันตก การจัดตั้ง “ศิริราชพยาบาล” เป็นโรงพยาบาลแห่งแรก มีมูลเหตุมาจากการเกิดอหิวาตกโรคระบาดครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2424 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว จึงโปรดเกล้าฯ ขอให้พระบรมวงศานุวงศ์และข้าราชการจัดตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวในพื้นที่ต่างๆ 48 แห่ง ครั้นอหิวาตกโรคสงบลง จึงโปรดเกล้าฯ ให้ตั้งคณะกรรมการจัดตั้งโรงพยาบาลถาวรขึ้น เรียกว่า “คอมมิเต้จัดการโรงพยาบาล” เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นของใหม่ คณะกรรมการจึงลงความเห็นให้สร้างเพียงแห่งเดียว ที่พระราชวังหลังริมแม่น้ำฝั่งตะวันตก เพื่อจัดการรักษาพยาบาลให้คนทั่วไปมองเห็นคุณประโยชน์เสียก่อน โดยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ 200 ชั่ง (16,000 บาท) เป็นทุนเริ่มแรกให้คอมมิเต้สร้างเรือนผู้ป่วยใหญ่ 3 หลัง หลังเล็ก 3 หลัง กับเรือนพักแพทย์และคลั่งยาอีก 1 หลัง กำหนดรับผู้ป่วยได้ประมาณ 50 คน หลังจากสมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราชกกุธภัณฑ์สิ้นพระชนม์ ในปี พ.ศ. 2430 เป็นเหตุให้พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าฯ ทรงพระราชทานสิ่งก่อสร้าง และทุนทรัพย์ให้อีก 700 ชั่ง และเปิดโรงพยาบาลในวันที่ 5 เดือน 6 แรมค่ำ 1 ปีชวด สัมฤทธิศก 1250 (พ.ศ. 2431) ต่อมาได้มีการจัดตั้งกรมพยาบาลเพื่อดูแลงานโรงพยาบาล และเปิดโรงพยาบาลอีกหลายแห่งในเวลาใกล้เคียงกัน โรงพยาบาลที่ตั้งขึ้นในสมัยแรกมีจำกัดเพียงไม่กี่แห่ง ย่อมไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้คนในกรุงเทพฯ ที่พึ่งด้านสุขภาพของคนส่วนใหญ่ในกรุงเทพฯ จึงเป็นบรรดาแพทย์เชลยศักดิ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เปิดร้านหมอร้านยาอยู่ทั่วไปในเมืองหรือทำงานกับสถานพยาบาลขององค์กรต่างๆ ดังมีรายงานของกระทรวงนครบาลระบุว่า ใน พ.ศ. 2448 มีจำนวนแพทย์ที่กระจายอยู่ในกรุงเทพฯ ทั้งแพทย์แผนไทย แพณจีน แพณตะวันตก นับรวมกันได้ 632 ราย

ในส่วนของความรู้ทางการแพทย์ กล่าวเฉพาะภายในราชสำนักความนิยมในการรักษาแบบตะวันตกได้เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะในเรื่องของการผดุงครรภ์ตามแบบตะวันตก เมื่อสมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีได้ไปขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตให้เลิกผมหงอก (การอยู่ไฟ) และจัดการพยาบาลตามอย่างตะวันตกในราชสำนัก ในส่วนของคนทั่วไปนั้นเมื่อเกิดโรงพยาบาลศิริราชขึ้นมาแล้ว มีการจูงใจให้คนหันมานิยมการทำคลอดแบบตะวันตก ใน พ.ศ. 2443 สมเด็จพระศรีพัชรินทราบรมราชินีนาถโปรดเกล้าฯ ให้แจกผ้าอ้อม เบาะ และเงิน 4 บาท แก่ผู้มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลโดยไม่อยู่ไฟทุกคน เพื่อเป็นการชักจูงให้เลิกการอยู่ไฟในอีกทางหนึ่ง

ความรู้ที่สำคัญของการแพทย์แบบตะวันตกสมัยใหม่อีกประการหนึ่ง คือ การผ่าตัด เนื่องจากบาดแผลที่เกิดขึ้นจากอาวุธสมัยใหม่อย่างปืนหรือระเบิดยากที่จะรักษาด้วยวิธีการแบบเดิม การผ่าตัดจึงเป็นความรู้ที่จำเป็นในโลกสมัยใหม่ ผู้ที่เห็นความสำคัญว่าความรู้ประเภทนี้สมควรอยู่ในหลักสูตรการเรียนการสอนของแพทย์ คือ สมเด็จพระยา กรมพระยาดำรงราชานุภาพต่อมาในการประชุมเทศาภิบาลปี พ.ศ. 2442 สมเด็จพระยา กรมพระยาดำรงราชานุภาพ ทรงกำหนดหลักเกณฑ์ว่า ผู้ที่จะเป็นแพทย์ประจำเมืองได้ต่อไปต้องรู้วิชาผ่าตัดด้วย กระทรวงมหาดไทยจึงขอแพทย์จากโรงเรียนราชแพทยาลัยไปเป็นแพทย์ประจำเมือง

แม้จะมีโรงพยาบาลแต่แพทย์ยังมีจำกัด ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ประจำโรงพยาบาลศิริราชและความต้องการเพิ่มวิชาผ่าตัดให้หมอไทย ทำให้กรมพยาบาลจัดตั้ง “โรงเรียนแพทยากร” หรือ “ศิริราชแพทยากร” เพื่อผลิตแพทย์ให้แก่โรงพยาบาลของรัฐบาล และมุ่งสอนวิชาการแพทย์แบบตะวันตกเป็นหลัก นายแพทย์ ที. เฮวาร์ด เฮย์ (Thomas Hayward Hays) แพทย์มิชชันนารีอเมริกัน เป็นอาจารย์ใหญ่ โรงเรียนแพทยากรเปิดสอนในวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2433 แต่เมื่อสอนไปได้ 2 ปี นายแพทย์เฮย์ได้ขอลาออกเนื่องจากมีปัญหาเรื่องการสื่อสารภาษาไทย

ในเวลานั้นรัฐบาลเองยังไม่ได้คิดไปถึงเรื่องการทำให้คนทั้งหลายได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน กระทั่งใน พ.ศ. 2449 มีการจัดประชุม

เพื่อหารือเรื่องการจัดการพยาบาลที่ใช้ชื่อว่า “สาธารณะพยาบาล” กรมหลวงดำรงราชานุภาพ (พระยศในขณะนั้น) ได้เสนอต่อที่ประชุมของเทศาภิบาล มีใจความสำคัญว่าต้องป้องกันไม่ให้คนตายมากนัก เนื่องจากว่าคนถือเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาบ้านเมือง รัฐบาลต้องอาศัยคนหรือพลเมืองในการเป็นทหาร เป็นผู้ผลิต เป็นแหล่งที่มาของภาษีอากร การที่คนน้อยเป็นเพราะเด็กที่เกิดมานั้นตายมาก ถ้ารัฐบาลหาทางป้องกันทำให้คนตายน้อยลงจำนวนพลเมืองก็จะมาก แต่ในทางปฏิบัติแล้วยังมีข้อจำกัดอีกมาก เช่น การตั้งโรงพยาบาลทำได้เฉพาะแต่ในกรุงเทพฯ ในหัวเมืองต่างจังหวัดก็ไม่สามารถขยายออกไปได้ ด้วยข้อจำกัดทางบุคลากรและที่สำคัญ คือ ทุนทรัพย์ เมื่อการของงบประมาณในการจัดตั้งโรงพยาบาลในหัวเมืองเข้ามา กระทรวงมหาดไทยมักจะปฏิเสธอยู่เสมอและให้ความเห็นว่าการจะจัดตั้งโรงพยาบาลนั้นเป็นเรื่องของ “สาธารณทาน” ที่ต้องการตั้งโรงพยาบาลขึ้นมาต้องหาทางระดมทุนมาเอง “อย่าให้เกี่ยวข้องกับของหลวงจะเป็นการดี” ถ้ามีการตั้งขึ้นในที่ใดแล้วทางกระทรวงมหาดไทยที่รับผิดชอบดูแลการพยาบาล ในสมัยนั้นจะหาหมอส่งไปให้หรือไม่ก็ใช้วิธีการสนับสนุนโรงพยาบาลของพวกเขาขึ้นนารีแทนการสร้างเอง

ดังนั้น พบว่าโรงพยาบาลแห่งแรกๆ ในหัวเมืองเป็นโรงพยาบาลของพวกเขาขึ้นนารีเป็นส่วนมาก ได้แก่ โรงพยาบาลโอเวอร์บรูค จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2435 โรงพยาบาลมิชชัน จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2449 โรงพยาบาลมิชชัน จังหวัดนครศรีธรรมราช พ.ศ. 2452 โรงพยาบาลคริสเตียนแพร่ จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2456 โรงพยาบาลมิชชัน จังหวัดตรัง พ.ศ. 2456 เป็นต้น

ความต้องการแพทย์เพิ่มโดยเฉพาะแพทย์ที่มีความรู้แบบตะวันตกสมัยใหม่ นำไปสู่แนวคิดในการปรับปรุงการผลิตแพทย์ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ แต่การเรียนการสอนในโรงพยาบาลที่มีอยู่แห่งเดียวของสยามก็ยังด้อยคุณภาพเมื่อเปรียบเทียบกับที่อื่นๆ ดร.วิกเตอร์ จี ไฮเซอร์ (Victor G. Heiser) ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการภาคเอเชียบูรพาของคณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ (International Health Board) ของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มาสำรวจสภาพการเรียนการสอนของโรงเรียนราชแพทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2458

เขาได้มีโอกาสเข้าเฝ้าและกราบทูลต่อพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวถึงความเห็นของเขาต่อโรงเรียนแพทย์ว่ามีสภาพแย่ที่สุดเท่าที่เขาเคยพบเห็นมา พร้อมทั้งยังได้เสนอรายงานต่อมูลนิธิฯ ว่าโรงเรียนแพทย์ของสยามมีสภาพไม่ต่างกับโรงเรียนแพทย์ด้อยคุณภาพในสหรัฐอเมริกา (the poor grade medical school) ขาดแคลนทั้งเครื่องมือและห้องปฏิบัติการ พร้อมกับข้อเสนอแนะในการปรับปรุงที่คล้ายกับที่ปรากฏในรายงานการสำรวจสภาพของโรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกา และแคนาดาของ อับราฮัม เฟล็กซ์เนอร์ (Abraham Flexner) ในสมัยนั้นสหรัฐอเมริกา มีโรงเรียนแพทย์จำนวนมากที่เปิดสอนเพื่อมุ่งหวังผลทางธุรกิจ มีหมอคนเดียวหรือสองคนเป็นเจ้าของหรือผู้รับผิดชอบ ขาดแคลนทั้งบุคลากรและเครื่องมือเครื่องใช้รวมไปถึงหลักสูตรที่ไม่อยู่บนฐานความรู้แบบวิทยาศาสตร์มากเพียงพอ รายงานของเฟล็กซ์เนอร์ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการผลิตแพทย์ของสหรัฐอเมริกา เช่นเดียวกับรายงานของวิกเตอร์ ไฮเซอร์ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรงเรียนแพทย์ของสยาม ทั้งนี้การปรับปรุงเพื่อเปลี่ยนแปลงของโรงเรียนแพทย์ในสองภูมิภาคที่แตกต่างกัน ได้รับการสนับสนุนส่วนมากจากเจ้าภาพที่สำคัญรายเดียวกันคือ มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์

ในช่วงเวลานั้นสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหมื่นชัชวาลนาทเรนทร ได้รับพระบรมราชโองการแต่งตั้งเป็นผู้บังคับบัญชาโรงเรียนราชแพทยาลัย ดร.ไฮเซอร์ ได้นำพระองค์ไปดูงานด้านการแพทย์การสาธารณสุขที่ฟิลิปปินส์ พร้อมกับนำคำขอของรัฐบาลที่ต้องการให้จัดหาบุคลากรทางด้านทางการแพทย์การสาธารณสุขมาปฏิบัติงานในสยามหลายหน่วยงานรวมทั้งที่โรงเรียนแพทย์ด้วย มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์กับรัฐบาลสยามมีการเจรจาติดต่อกันอย่างเป็นทางการโดยในวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2464 โดยเจ้าพระยาธรรมศักดิ์มนตรี เสนาบดีกระทรวงศึกษาธิการ มีหนังสือถึงประธานมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ เรื่องความช่วยเหลือปรับปรุงโรงเรียนแพทย์ ต่อมากระทรวงธรรมการทูลเชิญสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้าฯ กรมขุนสงขลานครินทร์ ซึ่งขณะนั้นประทับอยู่ในยุโรป ให้ทรงรับภาระเป็นผู้แทนฝ่ายไทยในการเจรจา โดยโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาล

สยามและมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการใน พ.ศ. 2466

แม้จะมีการจัดโครงสร้างเพื่อให้งานด้านการแพทย์ การสาธารณสุขที่กระจายในกรมกองของกระทรวงต่างๆ เข้ามาไว้ในที่เดียวกัน แต่การขยายตัวของการดูแลสุขภาพผ่านการกำกับของรัฐยังเป็นไปได้อย่างจำกัด ราวสามสิบปีต่อมา ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว รัฐบาลสยามได้เชิญ ดร.คาร์ล ซี ซิมเมอร์แมน (Carl C. Zimmerman) นักสังคมวิทยาชนบทจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด มาทำการสำรวจสภาพเศรษฐกิจของชนบทสยาม เมื่อ พ.ศ. 2473 แม้ว่าจะไม่ได้เป็นการสำรวจสภาพสุขภาพของชาวชนบทสยามอย่างเป็นทางการ แต่เขาก็ได้เขียนรายงานในด้านการแพทย์และสุขภาพเอาไว้ด้วย ซิมเมอร์แมนได้รายงานว่าจำนวนพลเมืองของสยามยังน้อยอยู่มากเมื่อเทียบกับพื้นที่ อัตราการตายยังสูงอยู่ เขาเห็นว่านอกจากการปลูกฝีเพื่อป้องกันไข้ทรพิษแล้ว รัฐบาลยังไม่ได้มีแผนงานในการกำจัดโรคต่างๆ ตามแบบอารยประเทศ คนส่วนใหญ่เมื่อเวลาเจ็บป่วยไม่เคยใช้ยาสมัยใหม่ มักใช้วิธีกินยาสมุนไพรหรือกินยาของหมอพื้นบ้าน นอกจากการตายด้วยโรคระบาด การป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ แล้วไม่ได้รับการรักษา เป็นผลทำให้คนตายจำนวนมากเช่นกัน เขาสังเกตว่าชาวบ้านส่วนใหญ่ที่พบมักมีม้ามโต ตับใหญ่ โรคพยาธิก็เป็นกันอย่างชุกชุม ชาวบ้านมักมีรูปร่างและผิวหนังผิดปกติเนื่องจากโรคคุดทะราดหรือโรคผิวหนังต่างๆ ทางออกของปัญหาที่เขาเสนอแนะไว้ คือการหาทางป้องกันโรคสามัญต่างๆ ให้ได้มากขึ้น แนะนำให้ชาวบ้านรู้จักการใช้ยาสมัยใหม่ รู้จักการปฐมพยาบาล รู้จักดูแลเด็กทารกที่เกิดใหม่อย่างถูกวิธี เป็นต้น ในรายงานยังระบุถึงการผลิตแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ และเป็นผลให้ค่ารักษาและค่ายามีราคาสูง

เขายังเสนอให้มีการฝึกแพทย์ชั้นรองที่ใช้เวลาน้อยกว่าในการศึกษา เน้นการรักษาโรคสามัญ (ไม่ฝึกให้เป็นแพทย์เฉพาะทาง) ควรตั้งโรงพยาบาลในเขตภูมิภาคเพื่อรับเด็กในท้องถิ่นเข้าศึกษา เพื่อจะได้อยู่ในท้องถิ่นและคุ้นชินกับวิถีชีวิตในชนบท และไม่ควรมีรายได้สูงเกินไปเมื่อเรียนสำเร็จมาเป็นแพทย์แล้ว ซิมเมอร์แมนเห็นว่าการจัดการศึกษาเพื่อผลิตแพทย์ที่เรียกว่าแพทย์

ชั้นสูง (หรือแพทย์ที่เน้นความรู้ลึกไปเฉพาะทาง) แม้จะมีความจำเป็น แต่ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการผลิตแพทย์สูง ใช้เวลานานและไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของคนในสยามโดยเฉพาะชาวชนบท ที่จริงก่อนหน้า ที่ซิมเมอร์แมนจะเสนอเรื่องนี้ การถกเถียงในเรื่องการผลิตแพทย์ชั้นสูงกับแพทย์ทั่วไปก็มีการพูดถึงกันมาเป็นระยะอยู่แล้ว ดังในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวเมื่อมีการขอการสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในการปรับปรุงการเรียนการสอนของโรงเรียนแพทย์ได้เคยมีการหารือในประเด็นดังกล่าวมาก่อน

การแพทย์สาธารณสุขภายหลัง

การเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475

การเปลี่ยนแปลงการปกครองที่เกิดขึ้นเมื่อ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2475 แม้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างอำนาจอย่างใหญ่หลวง เมื่อยึดอำนาจได้แล้วคณะราษฎรได้ประกาศหลัก 6 ประการ ที่ถือเป็นอุดมการณ์ของการเปลี่ยนแปลงการปกครองของพวกตนไว้ ซึ่งไม่ได้ระบุว่าในเรื่องสุขภาพของพลเมืองคณะราษฎรมีแนวนโยบายเป็นอย่างไรออกมาอย่างชัดเจน แม้ว่าปรีดี พนมยงค์ ผู้นำทางความคิดของกลุ่มคณะราษฎร เคยแสดงทัศนะไว้ว่า รัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่ผ่านมาทำหน้าที่ในเรื่องการป้องกันรักษาความสงบเรียบร้อยของราษฎรได้อยู่ แต่ยังต้อยในเรื่องการบำรุงฐานะความเป็นอยู่ของราษฎร ซึ่งในความหมายของปรีดี หมายถึงด้านการเศรษฐกิจเป็นหลัก แต่ไม่ได้ลงรายละเอียดในเรื่องของสุขภาพให้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในความรับรู้ของคนร่วมสมัยอย่างศาสตราจารย์ นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว ที่สำเร็จการศึกษาออกมาทำงานใน พ.ศ. 2476 เห็นว่า หลักของการเปลี่ยนแปลงการปกครองที่สำคัญคือ ต้องให้คนมีอาหารกิน มีงานทำ มีการศึกษา ให้มีการรักษาพยาบาลถึงจะมาพูดเรื่องเสรีภาพ

แม้จะมีความเห็นกันเช่นนั้นก็ดี เรื่องการสาธารณสุขในทางปฏิบัตินั้น ไม่ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปมากนัก โครงสร้างของหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่เรื่องการดูแลสุขภาพของราษฎรยังคงเป็นเช่นเดิม คือกรมสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักเหมือนที่เคยเป็นมา

ก่อนหน้า นโยบายต่างๆ ล้วนดำเนินไปตามเดิมระหว่าง พ.ศ. 2475 - 2477 จนวันที่ 22 กันยายน พ.ศ. 2477 ในการแถลงนโยบายของรัฐบาลได้ระบุว่าจะมีการขยายโรงพยาบาลในจังหวัดที่จำเป็น รวมทั้งการขยายสุขศาลาตามท้องที่ห่างไกลในชนบท ขยายการควบคุมโรคซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ เช่น โรคไข้จับสั่น วัณโรค โรคเรื้อน และโรคจิต เป็นต้น ในส่วนของกฎหมายมีการระบุว่าจะมีการแก้ไขพระราชบัญญัติโรคติดต่อ เพื่อให้ได้ผลดีมากกว่าเดิม และจะร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุขเพื่อควบคุมสุขภาพพลเมืองทั่วไป ใน พ.ศ. 2480 รัฐบาลแถลงนโยบายด้านการสาธารณสุขเพิ่มเติมอีกประการ คือ เรื่องการสงเคราะห์มารดาและเด็ก ซึ่งแสดงให้เห็นว่า รัฐบาลของคณะราษฎรมีความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของพลเมืองเช่นเดียวกับรัฐบาลสมบูรณาญาสิทธิราชย์ และพยายามจะขยายการบริการด้านการสาธารณสุขให้กว้างไกลออกไปกว่าเดิม

มีการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาการสาธารณสุขใน พ.ศ. 2477 ให้มีบทบาทในการพิจารณาและกำหนดทิศทางของการแก้ไขปัญหาการสาธารณสุขในประเทศ โดยตัวแทนมาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสาธารณสุข กระทรวงธรรมการ กระทรวงกลาโหม สภากาชาดสยาม แพทยสมาคม เป็นต้น ใน พ.ศ. 2478 คณะกรรมการนี้ได้ตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นมาอีกหลายชุดเพื่อทำงานลงไปให้เป็นเฉพาะเรื่อง อาทิ อนุกรรมการพิจารณาเรื่องโครงการอนามัยในหัวเมือง อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมไข้จับสั่น อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมวัณโรค อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมโรคเรื้อน อนุกรรมการพิจารณาเรื่องการควบคุมอาหารและยา เป็นต้น

แนวโน้มของงานด้านการสาธารณสุขในช่วงนี้ ดูเหมือนว่าจะเป็นไปในทิศทางของการพยายามกระจายอำนาจการจัดการให้ลงไปสู่ในระดับท้องถิ่นมากขึ้น เช่น มีการออกพระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ที่มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการคือ ทำหน้าที่ส่วนใหญ่เกี่ยวกับการสาธารณสุขและความปลอดภัยของประชาชน และให้เทศบาลเป็นองค์กรช่วยในการสร้างความรู้ความเข้าใจรูปแบบการปกครองทางการเมืองที่ใช้รัฐธรรมนูญให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น ใน

พ.ศ. 2477 มีการอบรมการสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับคนที่จะไปทำหน้าที่ที่ปรึกษาการเทศบาล เรื่องการสาธารณสุขและสาธารณสุขการ เช่น เรื่องน้ำ การกำจัดขยะ การจัดการศพ โรคติดต่อ เเสบียงอาหาร สุขวิทยาทางจิต ไข้จับสั่น โรคเรื้อน วัณโรค กามโรค การสุศึกษาสำหรับประชาชน การบำบัดโรค โรงพยาบาล การแพทย์ และการสาธารณสุขการ เป็นต้น

ความพยายามในการใช้กฎหมายเพื่อจัดการกิจการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขมีมากกว่าในสมัยก่อนหน้า เช่น พ.ศ. 2478 - 2480 มีการประกาศเขตโรคติดต่อและประกาศฉีดวัคซีนในจังหวัดต่างๆ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2477 และการออกพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2479 การออกกฎหมายฉบับดังกล่าวสร้างข้อถกเถียงเรื่องการควบคุมการทำงานของแพทย์แผนโบราณในขณะที่แพทย์สมัยใหม่ ยังมีไม่เพียงพอ

มีการสร้างสุศาลาเพิ่มขึ้นในส่วนภูมิภาคจากเดิมก่อน พ.ศ. 2475 มีอยู่ประมาณ 75 แห่งทั่วประเทศ กลายเป็น 377 แห่ง ภายใน พ.ศ. 2478 มีโครงการผลิตบุคลากรเพิ่มเพื่อขยายการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ช่วยแพทย์ใช้เวลาอบรมประมาณ 6 เดือนหรือ 1 ปี แล้วแต่หลักสูตร เพื่อส่งไปประจำสุศาลา ถึง พ.ศ. 2481 มีบุคลากรเหล่านี้จำนวน 391 คนทั่วประเทศเพื่อเป็นการช่วยบรรเทาปัญหาขาดแคลนแพทย์ ก่อนกรมสาธารณสุขจะโอนหน้าที่นี้ให้กับคณะสาธารณสุขศาสตร์ กรมมหาวิทยาลัย แพทย์ศาสตร์ หลังจาก พ.ศ. 2490

พลเมืองเข้มแข็ง นำชาติสู่มหาอำนาจ

นโยบายของรัฐบาลในช่วง พ.ศ. 2481 - พ.ศ. 2487 เป็นยุคสมัยของรัฐบาลพันเอกหลวงพิบูลสงคราม (แปลก ชิตตะสังคะ) หรือที่รู้จักกันทั่วไปในเวลาต่อมาว่า จอมพล ป.พิบูลสงคราม ซึ่งมีความนิยมในแนวคิดชาตินิยมและลัทธิทหารนิยม ตามแนวทางของญี่ปุ่น อิตาลี และเยอรมนี ในสมัยนั้นที่ให้อำนาจกับผู้นำอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด มุ่งสร้างความแข็งแกร่งให้กับประเทศชาติเพื่อความเป็นมหาอำนาจ รัฐบาลพยายามสร้างกระแสรักชาติด้วยแนวคิดชาตินิยมด้วยวิธีการต่างๆ มีการออกพระราชบัญญัติวัฒนธรรม พ.ศ. 2485

เพื่อกำหนดสิ่งที่คนไทยควรทำและไม่ควรทำ และระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2482 - มกราคม พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้ออกประกาศรัษฎนิมรวม 12 ฉบับ โดยประกาศรัษฎนิมฉบับที่ 11 เป็นเรื่องกิจประจำวันของคนไทย เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต การดูแลสุขภาพ สุขลักษณะ เพื่อสร้างพลเมืองที่มีคุณภาพมีสุขภาพและร่างกายที่แข็งแรง พร้อมกับเน้นการเพิ่มจำนวนประชากร

ในการสร้างชาติไทยให้เป็นอารยประเทศมีมาตรการหลากหลายที่เข้ามาเกี่ยวข้องกัชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น การเสนอให้สวมหมวก สวมรองเท้า สวมเสื้อ แปรงฟัน การนั่งเก้าอี้ เลิกอุ้มลูกเข้าส้วม เด็กควรสวมเสื้อผ้า เลิกเคี้ยวข้าวป้อนเด็ก ห้ามกินหมาก และมีการประกาศให้วันที่ 27 พฤศจิกายน อันเป็นวันคล้ายวันก่อตั้งกรมสาธารณสุขของทุกปีเป็นวันสาธารณสุข เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2483

ส่วนด้านการสร้างเสริมร่างกายให้แข็งแรงนั้น เพื่อให้มีกำลังที่เข้มแข็งสมบูรณ์ อันเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างชาติ มีการจัดทำแบบฝึกสอนกายบริหารสำหรับนักเรียนชั้นประถมและมัธยมศึกษา รัฐบาลพิจารณาให้มีการจัดสถานที่สาธารณะสำหรับส่งเสริมการออกกำลังกาย การกินดี และการพักผ่อนรื่นเริง อำเภอละ 2 แห่ง เขตเทศบาลนคร 4 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 1 แห่ง มีการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมอาหารขึ้นใน พ.ศ. 2481 เพื่อปรับเปลี่ยนอาหารของชาวไทยให้มีสารอาหารครบตามหลักโภชนาการสมัยใหม่ ด้านการเพิ่มจำนวนประชากร มีการจัดตั้งองค์การส่งเสริมการสมรส ตามนโยบายเร่งเพิ่มประชากรเพื่อความมั่นคงของชาติ แนะนำช่วงวัยของหนุ่มสาวที่เหมาะสมกับการสมรส โดยอ้างอิงหลักฐานทางการแพทย์และสังคมวิทยา มีการจัดพิธีสมรสของชาติครั้งแรกเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2484 ณ ทำเนียบสมาคมศิษย์ มีคู่สมรสเข้าพิธีรวม 72 คู่ และจอมพล ป. พิบูลสงคราม มอบเงินทุนของขวัญแก่คู่สมรสหนึ่ง 80 บาท มีการตั้งสำนักงานสื่อสมรสเป็นสื่อกลางในการหาคู่ครอง จับคู่ที่เหมาะสม โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ เพื่อส่งเสริมการสมรสและการมีลูกหลาน เพื่อเพิ่มจำนวนประชาชน งานด้านการสาธารณสุขได้ก้าวหน้าไปอีกขั้นหนึ่ง เมื่อ พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้สถาปนา “กระทรวงสาธารณสุข” โดยรวมกิจการสาธารณสุขและ

การแพทย์ในหน่วยราชการต่างๆ ขึ้นเป็นหน่วยเดียวกัน โดยประกอบด้วย 7 หน่วยงาน คือ สำนักเลขานุการรัฐมนตรี สำนักปลัดกระทรวง กรมการแพทย์ กรมประชาสัมพันธ์ กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสาธารณสุข (เปลี่ยนชื่อเป็น “กรมอนามัย” ใน พ.ศ. 2495) และกำหนดรูปคบเพลิงมีปีกและงูพันคบเพลิงเป็นเครื่องหมายของกระทรวง โดยย้ายที่ทำการจากกระทรวงมหาดไทยมาอยู่ที่วังศุโขทัย ก่อนจะย้ายมาอยู่ที่วังเทเวศร์ ในปี พ.ศ. 2393 และเปลี่ยนชื่อเป็น “กระทรวงสาธารณสุข” ใน พ.ศ. 2495

3. การแพทย์สาธารณสุขไทยยุคสงครามเย็น

พัฒนาการของระบบสาธารณสุขในชนบทตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 2490 ถึงทศวรรษ 2510 นั้น ดำเนินไปภายใต้บริบทและความเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เชื่อมโยงกับสงครามเย็นและการเมืองระหว่างประเทศ เนื่องจากภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 เกิดสภาพของการเมืองระหว่างประเทศที่เรียกว่าสงครามเย็น ระหว่างฝ่ายโลกเสรีประชาธิปไตย นำโดยสหรัฐอเมริกาและกลุ่มพันธมิตร และอีกฝ่ายคือ ฝ่ายคอมมิวนิสต์ ซึ่งนำโดยสหภาพโซเวียต จนทำให้เกิดสงครามตัวแทนในหลายภูมิภาคทั่วโลก ส่วนสภาพการเมืองในประเทศไทยนั้น นับแต่พ.ศ. 2488 เป็นต้นมา รัฐบาลแต่ละรัฐบาลที่มาบริหารประเทศในช่วงนั้นเน้นนโยบายขยายบริการสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการรักษาโรค มีความพยายามในการขยายโรงพยาบาลให้ครอบคลุมพื้นที่ ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ยังเป็นปัญหาสำคัญ รัฐบาลจึงมีการเพิ่มจำนวนโรงเรียนแพทย์ จึงจัดตั้ง “คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” ใน พ.ศ. 2490 สถานการณ์โรคระบาดก็ยังคงเป็นปัญหาใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2488 - 2490 เป็นช่วงที่เกิดโรคระบาดใหญ่ทั้งโรคไข้ทรพิษและอหิวาตกโรค รวมจำนวนคนตายจากทั้งสองโรคในช่วงสามปีนั้นเป็นจำนวนถึง 26,472 คน ในเชิงโครงสร้างกิจกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลายเป็นเรื่องหลักที่ทุกรัฐบาลต้องใส่ใจ อย่างเป็นทางการมากขึ้นเมื่อมีการบรรจุเรื่องสุขภาพพลเมืองลงในรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2492 ในมาตรา 72 ว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุข ตลอดถึงการ

มารดาและทารกสงเคราะห์ การป้องกันและปราบปรามโรคระบาด รัฐจะต้องกระทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า” ส่งผลให้ความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศในสมัยนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษหลังจากเกิดยุคสงครามเย็นตามมาด้วยการเกิดสงครามอินโดจีนตั้งแต่ พ.ศ. 2490 เป็นต้นมา ความช่วยเหลือจากต่างประเทศหลังไหลมายังประเทศไทยเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ตามแนวทางการพัฒนาประเทศเพื่อต่อต้านการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์ หากมองย้อนหลังกลับไปพัฒนาการของการแพทย์สาธารณสุขไทยในรอบศตวรรษ หลายเรื่องที่เกิดขึ้นนับได้ว่าเป็นผลจากองค์กรระหว่างประเทศ ความช่วยเหลือขององค์กรระหว่างประเทศที่เพิ่มเป็นพิเศษในช่วงสงครามเย็นจึงทำให้การแพทย์สาธารณสุขของไทยพัฒนาก้าวหน้าขึ้น การพัฒนาและขยายระบบสาธารณสุขออกไปยังส่วนภูมิภาคในช่วงทศวรรษ 2500 มีลักษณะเป็นแผนงานพัฒนาการสาธารณสุขที่เป็นแนวดิ่ง (vertical program) โดยการจัดหน่วยงานจากส่วนกลางลงไปยังพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ดูแลและแก้ปัญหาสาธารณสุขเป็นเรื่องๆ ไปเป็นการเฉพาะ แต่ยังคงรวมศูนย์การตัดสินใจอยู่ที่ส่วนกลางเป็นหลัก เช่น การควบคุมโรคคุดทะราด โรคไข้จับสั่น เป็นต้น

องค์กรระหว่างประเทศที่มีบทบาทในช่วงเวลานั้นได้แก่ องค์การอนามัยโลก องค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ รวมทั้งหน่วยงานด้านวิเทศสัมพันธ์ของสหรัฐอเมริกา เช่น องค์การบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐฯ (United States Operations Mission: USOM) ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดขององค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ หรือ (United States Agency for International Development: USAID) และองค์การประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมของสหรัฐฯ (United States Information Service: USIS) การพัฒนาด้านการแพทย์สาธารณสุขในช่วงนั้น นอกจากหวังผลให้เกิดการแก้ปัญหาสาธารณสุขแล้ว อีกด้านหนึ่งคือการพยายามสร้างความนิยมของประชาชนให้ให้ขึ้นชอบในฝ่ายรัฐบาลไม่เข้าไปเป็นแนวร่วมของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยด้วย

อย่างไรก็ดี ในเวลาต่อมาแนวทางพัฒนาการสาธารณสุข โดยไม่ได้มองปัญหาสุขภาพเชื่อมโยงกับมิติอื่นของชีวิต และไม่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนประสบความสำเร็จอย่างจำกัด จึงได้มีการริเริ่มแผนงานแบบที่มีชุมชนเป็นฐาน (Community-Based) ซึ่งมีหลักการทำงาน คือ การนำปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแต่ละเรื่องมาพิจารณาในบริบทของชุมชนนั้นๆ และสร้างกลไกแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การดำเนินงานสาธารณสุขโดยมีชุมชนเป็นฐานในช่วงนั้น ปรากฏรูปธรรมชัดเจนจากโครงการส่งเสริมบริการอนามัยชนบทในพื้นที่ต่างๆ เช่น โครงการวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก ในปี พ.ศ. 2507 โดยนายแพทย์สมบูรณ์ วัชรโรทัย และนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ โครงการดังกล่าวได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ และตามมาด้วยการริเริ่มทำโครงการสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ใน พ.ศ. 2511 ริเริ่มการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.)

ในส่วนของโครงสร้างการทำงานการแพทย์ การสาธารณสุข มีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 1 โดยรวมกรมอนามัยและกรมการแพทย์เข้าเป็นกรมเดียวกัน เป็น “กรมการแพทย์และอนามัย” ถือเป็นการรวมงานรักษาพยาบาลและงานป้องกันโรคเข้าด้วยกัน ต่อมาใน พ.ศ. 2517 มีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 2 โดยแยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกัน เนื่องจากพบว่ากรมการแพทย์และอนามัยมีความใหญ่จนไม่คล่องตัวในการทำงาน เปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงโดยขยายการทำงานของสำนักปลัดกระทรวงฯ ให้มากำกับดูแลหน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ และเน้นให้กรมต่างๆ ในส่วนกลางทำหน้าที่ด้านการบริหารจัดการ การประสานงานและการสนับสนุนทางวิชาการจากส่วนกลาง ให้เอื้ออำนวยต่อการกระจายอำนาจไปยังส่วนภูมิภาค พร้อมทั้งปรับปรุงระบบบริหารและบริการในส่วนภูมิภาค ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารงานมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้มีการตั้งหน่วยงานสำคัญๆ เช่น กรมควบคุมโรคติดต่อ สำนัก

คณะกรรมการอาหารและยา กองแผนงานสาธารณสุข และกองระบาดวิทยา ขึ้นมาด้วย

กระแสความเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในช่วงทศวรรษ 2500 นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงกายภาพ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองการปกครองอีกครั้งหนึ่ง การพัฒนาพร้อมกับการสนับสนุนจากต่างประเทศโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ได้ทำให้เศรษฐกิจแบบทุนนิยมได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว พื้นที่ป่าถูกบุกเบิกกลายเป็นพื้นที่การเกษตรขนาดใหญ่คนในชนบทเริ่มหันมาอยู่ในภาคการผลิตแบบการค้าและอุตสาหกรรมมากขึ้น ทรัพยากรในชนบทถูกดูดซับเข้ามาสร้างความเติบโตให้เมืองในด้านการสาธารณสุขปัญหาจำนวนผู้รับบริการที่มากเกินไปของโรงพยาบาลจังหวัดทำให้ต้องมียุทธศาสตร์เพื่อสกัดกั้นปัญหาสาธารณสุขในชนบทไม่ให้จำนวนผู้ป่วยล้นไหลเข้าสู่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลในส่วนกลางโดยตรง เน้นให้โรงพยาบาลอำเภอมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาประชาชน ทั้งนี้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญอยู่

แม้จำนวนโรงพยาบาลจังหวัดจะเพิ่มขึ้นเป็น 84 แห่ง ในพ.ศ. 2521 แต่อัตราการกระจายตัวของแพทย์ต่อประชากรในชนบทยังต่ำมาก คือ แพทย์ 1 คนต่อประชากร 50,000 คน* ขณะที่ในกรุงเทพฯ มีการกระจายของแพทย์ 1 คนต่อประชากร 2,500 คน แต่ถือเป็นนโยบายที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะจากจำนวนอำเภอทั่วประเทศ คือ 536 แห่งนั้น มีโรงพยาบาลอำเภอเพียงครึ่งเดียวของจำนวนทั้งหมดคือ 270 แห่งเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการรับมือกับปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นฐาน อีกทั้งยังขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณในการดำเนินงานให้บรรลุผลตามนโยบาย

ต่อมาในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้มีนโยบายพัฒนาชนบทซึ่งมีการดำเนินนโยบายอย่างจริงจังและเข้มแข็ง โดยการทุ่มทรัพยากรจำนวนมากเพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขในชนบท และมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาอำเภอเพื่อเป็นกลไกในการบูรณาการและระดมสรรพกำลังในการร่วมกันพัฒนา

* ข้อมูลจากสันติสุข โสภณสิริกุล 2552, 80 ปินายแพทย์อมร นนทสุต เพชรจรัสแสง แห่งวงการสาธารณสุขไทย

ชนบท ทำให้โรงพยาบาลอำเภอกลายเป็นส่วนหนึ่งของ
กลไกในการขับเคลื่อนการพัฒนาชนบทไปด้วย

ด้านการสาธารณสุขในระดับโลกนั้น มีการริเริ่มแนว
ความคิดเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้าจากการประชุมสมัชชา
องค์การอนามัยโลกสมัยที่ 30 ที่เมืองอัลมา อะตา ได้
ประกาศแถลงการณ์แห่งอัลมา อะตา ว่าด้วยสาธารณสุข
มูลฐาน 10 ข้อ และมีมติให้สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี
พ.ศ. 2543 เป็นเป้าหมายหลักของสังคม โดยอาศัย
การมีส่วนร่วมของประชาชน การประสานงานระหว่าง
สาขา ไม่แยกการสาธารณสุขออกจากการพัฒนาอื่นๆ
การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม และการพัฒนาภูมิปัญญา
ท้องถิ่น แถลงการณ์ดังกล่าวได้รับการตอบรับอย่างดีจาก
วงการสาธารณสุขไทย มีการรับรู้เกี่ยวกับยุทธศาสตร์
และยุทธวิธีการพัฒนาสาธารณสุขอย่างกว้างขวางและ
เป็นเอกภาพทั่วทั้งภายในและภายนอกวงการสาธารณสุข
จนอาจเรียกว่าแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน เป็นอุดมการณ์
สาธารณสุขของยุคสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการ
เมืองของประเทศไทยที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง
ขนาดใหญ่ภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516
ทำให้บุคลากรทางการแพทย์การสาธารณสุขที่เติบโต
และทำงานในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2516 - 2530 เป็นกำลัง
สำคัญในการสร้างความเปลี่ยนแปลงให้กับการแพทย์
การสาธารณสุขโดยเฉพาะการพัฒนาชนบทอย่าง
สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในเวลานั้น

4. การแพทย์การสาธารณสุขไทยในยุคโลกาภิวัตน์

ในช่วงทศวรรษ 2530 เป็นช่วงที่เศรษฐกิจไทย
เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากพลเอกชาติชาย
ชุมหาระวีณ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ประกาศดำเนิน
นโยบาย “เปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้า” ซึ่ง
เป็นการส่งสัญญาณทางการทูตแนวใหม่ เพื่อให้ประเทศ
ที่มีอุดมการณ์และระบอบการปกครองต่างกัน สามารถหัน
มาร่วมมือกันในด้านที่ไม่มีความขัดแย้งกันได้ นั่นคือ ด้าน
เศรษฐกิจ ส่งผลให้ทุกประเทศในภูมิภาคอินโดจีนหันมา
เจรจาหรือกับไทยด้านการค้าการลงทุนมากขึ้น มูลค่า
การค้ากับกลุ่มประเทศอินโดจีนเพิ่มสูงขึ้นจาก 300 ล้าน
บาท ในปี พ.ศ. 2531 เพิ่มเป็น 1,200 ล้านบาท ในปี
พ.ศ. 2532 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2533
เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการที่ทำให้เศรษฐกิจไทยในสมัย

พลเอกชาติชาย เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในอัตรามากกว่า
ร้อยละ 10 ต่อปี การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม
ในช่วงนี้ส่งผลต่อมิติทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข
อย่างมีนัยสำคัญ 2 ประการ คือ ทำให้เกิดภาวะขาดแคลน
แพทย์ในชนบท เนื่องจากแพทย์พากันหลังไหลออกไป
ทำงานในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งเกิดขึ้นใหม่เป็นจำนวนมาก
ระหว่างพ.ศ. 2531 - 2540 จึงเป็นช่วงที่โรงพยาบาล
เอกชนขยายตัวอย่างมาก โดยเฉพาะในเขตเมืองและ
ปริมณฑล ดังจะเห็นได้จากสถิติการเติบโตของโรงพยาบาล
เอกชนในปี พ.ศ. 2521 ที่มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน
ทั้งสิ้นเพียง 67 แห่งเท่านั้น แต่ต่อมาในปี พ.ศ. 2531
ได้เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 203 แห่ง และในปี พ.ศ. 2541
เพิ่มจำนวนขึ้นกว่าเท่าตัวเป็น 473 แห่ง ตั้งแต่ช่วงต้น
ทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา

ความเปลี่ยนแปลงในเชิงกายภาพที่ขนาดของเมือง
ขยายออกไปมากขึ้นกว่าเดิม ขณะที่พื้นที่ของเขตชนบท
กลับหดตัวลง ทั้งในแง่จำนวนประชากรและวิถีชีวิตที่
ผู้คนหันมาใช้ชีวิตแบบคนเมืองมากขึ้น แรงงานจำนวน
มากจากภาคการเกษตรในชนบทได้อพยพโยกย้ายเข้า
สู่เมืองมากขึ้น เนื่องจากความต้องการแรงงานในภาค
อุตสาหกรรมขณะนั้นส่งผลให้ประชากรในเขตเมือง
เพิ่มขึ้น การขยายตัวของเมืองและกระบวนการอพยพ
โยกย้ายเข้ามาทำงานในเมืองมิใช่เพียงการปรับเปลี่ยนใน
เชิงกายภาพเท่านั้น หากแต่ยังสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง
รูปแบบวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน
อันนำไปสู่ปัญหาสุขภาพรูปแบบใหม่ๆ ตามมา และใน
ช่วง พ.ศ. 2537 - 2540 ที่เศรษฐกิจเฟื่องฟูอย่างมาก
งบประมาณด้านการสาธารณสุขกว่าร้อยละ 60 ถูกใช้ไป
กับงานบริการในโรงพยาบาลและการลงทุนกับเทคโนโลยี
ทางการแพทย์เพื่อการรักษาโรค ขณะที่สถานพยาบาล
ก็มีแนวโน้มที่จะมุ่งไปเป็นองค์กรธุรกิจด้านสุขภาพหรือ
องค์กรอุตสาหกรรมสุขภาพมากขึ้น ปัญหาสุขภาพและ
สาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไปจากปัญหาความขาดแคลน
ระดับพื้นฐานมาสู่ปัญหาการกระจายทรัพยากรอย่างไม่
เป็นธรรม การกำหนดนโยบายการพัฒนาที่ไม่ได้ให้ความสำคัญ
กับเรื่องสุขภาพ กฎหมายที่ล้าสมัย ข้ำซ้อน และไม่
เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชาชน
ระบบการบริการที่ขาดความคล่องตัว ตลอดจนทัศนคติ
และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของประชาชน

ในช่วงทศวรรษ 2540 กระแสการตื่นตัวเรียกร้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในทางการเมืองและนโยบายภายหลังเหตุการณ์นองเลือดในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2535 นำไปสู่การเกิดขึ้นของ “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” ใน พ.ศ.2540 ซึ่งทั้งกระบวนการร่างและเนื้อหาของรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าว เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและตรวจสอบกิจการต่างๆ ของรัฐได้มากขึ้น สอดคล้องไปกับการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในมิติใหม่ไปสู่การปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขจากเดิมที่เคยรวมศูนย์อำนาจการบริหารจัดการอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ไปสู่การมีองค์กรอิสระด้านสุขภาพสอดคล้องกับกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และมีนัยสำคัญต่อการกระจายอำนาจรวมศูนย์ของการบริหารจัดการสุขภาพในโครงสร้างเดิม มีแนวโน้มที่จะลดทอนอำนาจรวมศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุข และเพิ่มบทบาทการบริหารของ “คณะกรรมการ” ซึ่งเป็นตัวแทนที่มาจากหลายภาคส่วนมากขึ้น

องค์กรอิสระเหล่านั้น เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ก่อตั้ง ในพ.ศ. 2544 เพื่อเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของประชาชนจากระบบตั้งรับ “สุขภาพเสีย” มาสู่ระบบเชิงรุกเพื่อสร้าง “สุขภาพดี” หรือที่เรียกว่าระบบสาธารณสุขแบบป้องกันก่อนป่วย (Preventive Health Care Reform) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ก่อตั้ง ในพ.ศ. 2545 เพื่อสร้างความเป็นธรรมและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมให้แก่ประชาชน สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ก่อตั้งในพ.ศ. 2550 เพื่อนิยามเรื่องสุขภาพใหม่ให้ครอบคลุมไปถึงเรื่องสุขภาวะ และการสร้างกระบวนการนโยบายสาธารณะและกลไกการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคมไทย เป็นต้น กล่าวได้ว่าเป็นมิติใหม่ของการทำงานด้านสุขภาพของสังคมไทย ที่ตระหนักถึงมิติอื่นๆ นอกไปจากปัญหาของโรค การแพทย์ หรือการรักษาในระบบการดูแลสุขภาพ แม้ว่าจะปรากฏปัญหาและความไม่ลงรอยกันจากความเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างดังกล่าว แต่ถือเป็นธรรมดาของความเปลี่ยนแปลง ไม่ต่างไปจากตอนเริ่มตั้งกรมสาธารณสุขเมื่อหนึ่งร้อยปีที่แล้ว

ภาพรวมของพัฒนาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุขในรอบหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมา จึงสัมพันธ์ไปกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในบริบททางการเมือง ความรู้ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ ที่ล้อมรอบสังคมไทยอยู่ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค ระดับชาติ ย่อยลงมาถึงในระดับท้องถิ่น ความเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปอย่างไม่หยุดนิ่งในบริบทแวดล้อมดังกล่าว ทำให้งานด้านการแพทย์สาธารณสุขของไทยจึงไม่อาจพึงพอใจกับความสำเร็จหรือชะงักงันไปกับความล้มเหลวในอดีตที่ผ่านมาได้แต่อย่างเดียว จำต้องอาศัยวิสัยทัศน์ใหม่ในการมองสุขภาพให้กว้างขวาง เพื่อความร่วมมือในการเผชิญหน้ากับความท้าทายของปัญหาของสุขภาพในศตวรรษต่อไป

5. บทบาทการแพทย์ไทยในการมีส่วนร่วมทางการเมืองในแต่ละยุคสมัย

สำหรับในประเทศไทย การแพทย์และการเมืองมีปฏิสัมพันธ์กันในหลายแง่มุมดังปรากฏให้เห็นในประวัติศาสตร์ของประเทศไทยในทีนี้ขอกล่าวเฉพาะเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดในยุคกรุงรัตนโกสินทร์เรื่อยลงมาในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ตอนต้น ภายหลังจากปราบดาภิเษกและการลงโทษประหารในความผิดฐานคิดกบฏต่อบรรดาพระโอรส พระธิดา และพระนัดดาของสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรีในเวลาต่อมา แต่เชื้อพระวงศ์ในสมเด็จพระเจ้ากรุงธนบุรีที่รับราชการเป็นแพทย์กลับอยู่รอดปลอดภัยไปทุกคน อาจเป็นเพราะในสมัยก่อนสถานะของขุนนางที่เป็นแพทย์เป็นตำแหน่งไม่มีอำนาจวาสนามาก จนสามารถสร้างความหวาดวิตกให้ผู้มีอำนาจทางการเมืองก็เป็นได้ หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือความเป็นแพทย์ในแบบเดิมนั้น ไม่ได้มีช่องทางใดให้เข้ามาเกี่ยวข้องกับเมืองได้มากนัก แม้จะมีแพทย์หลวงบางท่านมีบทบาทในการทำงานบริหารราชการแผ่นดินในเรื่องสำคัญด้วย เช่น กรมหลวงวงศาธิราชสนิท แต่ก็เป็นตัวด้วยเงื่อนไขส่วนพระองค์ยิ่งกว่าความเป็นแพทย์

สังคมสมัยใหม่กับกลุ่มวิชาชีพใหม่

ต่อมาสังคมไทยเข้าสู่ยุคสมัยใหม่ เศรษฐกิจและสังคมมีการขยายตัวอย่างมาก โดยเฉพาะตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา ได้ก่อให้เกิดชนชั้นใหม่ๆ ที่นอกเหนือจาก เจ้าขุนมูลนาย ไพร่ และทาส นับตั้งแต่บรรดาผู้คนที่ประกอบวิชาชีพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการค้าขายสารพัดรูปแบบ การผลิตตั้งแต่การทำกิจกรรม การทำการอุตสาหกรรมต่างๆ หรือ วิชาชีพอิสระ เช่น ทนายความ ช่างภาพ นายหน้า รวมไปถึงอาชีพแพทย์ด้วย ดังมีรายงานของทางราชการว่า ใน พ.ศ. 2448 มีจำนวนแพทย์เชลยศักดิ์ที่กระจายอยู่ในกรุงเทพฯ ทั้งแพทย์แผนไทย แผนจีน แผนตะวันตก นับรวมกันได้ 632 ราย

นอกจากนี้ ยังมีคนกลุ่มใหม่ที่มีจำนวนมากอีกกลุ่มหนึ่ง ได้แก่ กลุ่มข้าราชการ เนื่องจากเกิดความเปลี่ยนแปลงของการจัดการบริหารราชการแผ่นดินในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงสร้างระบบราชการแบบใหม่ที่แตกต่างจากระบบจารีตเดิม ภายใต้โครงสร้างดังกล่าวก่อให้เกิดหน่วยราชการใหม่ๆ เป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องหาผู้มีความรู้ในการทำงานราชการแบบสมัยใหม่เข้ามา โดยผ่านการฝึกฝนสร้างความรู้แบบสมัยใหม่ของสถาบันผลิตข้าราชการของทางทหารและพลเรือน เพื่อทดแทนคนในระบบเจ้าขุนมูลนายแต่เดิม ทำให้ข้าราชการใหม่ที่เข้ามาทำงานในระบบราชการจำนวนมากเหล่านี้ โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการระดับล่าง กลายเป็นกลุ่มพลังมวลชนที่พร้อมรับความคิดใหม่ๆ ในการเปลี่ยนแปลงบ้านเมืองอีกกลุ่มหนึ่ง และมีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลงของสยามที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ดังนั้น สถานะของแพทย์ในสังคมสมัยใหม่ นับตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา จึงกลายเป็นอาชีพที่เลี้ยงตัวได้ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่โดยมากเป็นแบบยาขอหมอมาน ต่อมาเมื่อมีการตั้งโรงเรียนแพทย์โดยมีจุดประสงค์ส่วนหนึ่ง เพื่อสร้างคนให้กับระบบราชการ จึงทำให้กลุ่มนักเรียนแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาสามารถเป็นได้ทั้งผู้ประกอบวิชาชีพอิสระและข้าราชการไปด้วยในเวลาเดียวกัน เห็นได้จากประวัติของหมอหลายคนในสมัยนั้นที่ทั้งรับราชการไปด้วยและทำกิจการร้านยาไปด้วย

แพทย์กับการเปลี่ยนแปลงการปกครอง

ชื่อของแพทย์ที่มาปรากฏอยู่ในเรื่องความพยายามเปลี่ยนแปลงการปกครองบ้านเมืองอย่างชนิดพลิกแผ่นดิน มาปรากฏในกรณีที่เรียกกันว่า กบฏ ร.ศ. 130 (พ.ศ. 2458) เป็นเหตุการณ์ภายหลังจากพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ขึ้นครองราชย์ได้ราวหนึ่งปีเศษ มีคณะนายทหารและพลเรือนในวัยหนุ่มกลุ่มหนึ่งรวมตัวกันคิดเรื่องการเปลี่ยนแปลงการปกครอง โดยเห็นว่าควรเปลี่ยนแปลงการปกครองบ้านเมืองเป็นแบบใดแบบหนึ่ง คือ เป็นระบบลิมิเต็ดมอนาธิ (Limited monarchy) โดยทำหนังสือกราบบังคมทูลพระกรุณาโดยละม่อม หรือยกกำลังเข้าล้อมวัง แล้วบังคับให้ทรงสละพระราชอำนาจมาอยู่ใต้กฎหมาย หากไม่ก็เปลี่ยนพระเจ้าแผ่นดินโดยจะทูลเชิญสมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้ากรมหลวงนครสวรรค์วรพินิต หรือ สมเด็จพระเจ้าน้องยาเธอ เจ้าฟ้ากรมหลวงพิชณุโลกประชานาถ ขึ้นเป็นพระมหากษัตริย์อยู่ใต้กฎหมาย ส่วนอีกระบบหนึ่งคือ รีพับลิค (Republic) โดยจะทูลเชิญเสด็จพระเจ้าพี่ยาเธอกรมหมื่นราชบุรีดิเรกฤทธิ์ ขึ้นเป็นประธานาธิบดี

ทั้งนี้เนื่องจากไม่พอใจในพระราชนโยบายของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวในหลายเรื่อง เมื่อรวมกลุ่มกันหารือได้ระยะหนึ่ง รัฐบาลในเวลานั้นสืบทราบเสียก่อนจึงเข้าจับกุม โดยกล่าวหานายร้อยเอกขุนทวยหาญพิทักษ์ (เหล็ง ศรีจันทร์) ผู้บังคับกองพยาบาลโรงเรียนทหารบกและแพทย์ประจำพระองค์ของสมเด็จพระเจ้าฟ้าจักรพงษ์ภูวนาถ กรมหลวงพิชณุโลกประชานาถ เป็นหัวหน้าคณะ และยังมีพันตรีหลวงวิเศษประสิทธิ์วิทย์ (อภัย หะสิทธิ์เวช) อดีตนักเรียนแพทย์เลขประจำตัวหมายเลข 1 ของโรงเรียนแพทยากร ในขณะนั้นรับราชการอยู่ที่กรมแพทย์ทหารบกเป็นสมาชิกที่มีอาวุโสสูงสุดในคณะ ทั้งสองต้องถูกคุมขังอยู่นานราวสิบสองปีก่อนจะได้รับการพระราชทานอภัยโทษในเวลาต่อมา มีบันทึกว่าในเวลาต่อมาเมื่อคณะราษฎรได้ทำการยึดอำนาจเปลี่ยนแปลงการปกครองในวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2475 ได้เชิญตัวแทนคณะก่อการ ร.ศ. 130 ไปพบปะเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น พระยาพหลพลพยุหเสนา (พจน์ พหลโยธิน) หัวหน้าคณะได้กล่าวกับท่านว่า “ถ้าไม่มีคณะคุณ ก็เห็นจะไม่มีคณะผม” ทั้งนี้ มีหลายท่านให้ความเห็นว่า

คณะก่อการ ร.ศ. 130 นี้ได้รับแรงบันดาลใจไม่มากนัก
น้อยจากการปฏิวัติซินไฮ่ของ ดร.ซุนยัตเซ็น

ต่อมาเมื่อเกิดการปฏิวัติของคณะราษฎร ใน
พ.ศ. 2475 มีแพทย์เข้าร่วมขบวนการเปลี่ยนแปลง
การปกครองด้วยอีกครั้งหนึ่ง โดยมี นายเรือเอกสงวน
รุจิราภา สมาชิกคณะราษฎรสายทหารเรือ ซึ่งในเวลา
นั้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าแผนกศัลยกรรม กรมแพทย์
พยาบาลทหารเรือ เป็นสมาชิกร่วมอยู่ด้วยอีกท่าน
หนึ่ง โดยทั้งสามท่านที่เอ่ยนามมานี้ล้วนแต่เป็นผลผลิต
ของโรงเรียนแพทย์แห่งแรกของสยามทั้งสิ้น ทั้งนี้
พันตรี หลวงวิเศษประสิทธิ์วิทย์ และนายเรือ
เอกสงวน รุจิราภา ต่างมีกิจการร้านขายยาของตนเอง
พร้อมกับรับราชการไปด้วย เป็นนัยให้เห็นว่าแพทย์ในเวลานั้น
มีทั้งสำนักของความเป็นข้าราชการและผู้ประกอบ
วิชาชีพอิสระไปพร้อมกัน จึงเป็นผู้ที่ตระหนักเรื่องความ
เปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองเป็นอย่างดี จนพร้อมใช้
ชีวิตตนเองเป็นเดิมพันในการร่วมขบวนการสร้างความ
เปลี่ยนแปลงทางการเมือง

หลังจากนั้น เมื่อการเมืองการปกครองเข้าสู่ภาวะ
แบบประชาธิปไตยที่ไม่คงที่ มีการเลือกตั้งสลับกับ
การรัฐประหารเป็นระยะ บทบาทของแพทย์ในการ
เคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อการเปลี่ยนแปลงในลักษณะ
นักปฏิวัติไม่ค่อยปรากฏให้รับรู้กันนับจากหลัง พ.ศ. 2475
เป็นต้นมา จนมาถึงช่วงระหว่าง พ.ศ. 2488 - 2516
การเมืองอยู่ภายใต้การปกครองของคณะรัฐประหาร
คณะต่างๆ นับตั้งแต่ จอมพล ป.พิบูลสงคราม จอมพล
สฤษดิ์ ธนะรัชต์ จอมพลถนอม กิตติขจร ก่อนจะเกิด
การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่หลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ.
2516 บทบาทของแพทย์ที่ปรากฏให้เห็นในทางการเมือง
มักจะเป็นในลักษณะของผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานตอบสนอง
ต่อการทำงานของรัฐ หรือไม่ก็พยายามในการปฏิรูประบบ
มากกว่าจะเป็นผู้สร้างความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง
แบบปฏิวัติ

ก่อนหน้าเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 มี
กระแสความเคลื่อนไหวของนักศึกษาปัญญาชน ที่เริ่ม
ปรากฏมาตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2500 เป็นกระแสในการตื่นตัว
สนใจปัญหาบ้านเมืองและต้องการเห็นความเปลี่ยนแปลง
โดยแพร่หลายไปทั่วในบรรดานักเรียน นิสิต นักศึกษา

ส่งผลมาถึงบรรดานักศึกษาด้านการแพทย์การสาธารณสุข
ในเวลานั้นด้วยเช่นกัน ภายใต้บริบทการเคลื่อนไหว
ดังกล่าว เช่น นักศึกษาด้านการแพทย์การสาธารณสุข
ในรั้วมหิดล ส่วนหนึ่งได้มีบทบาทในการดำเนินงาน
เคลื่อนไหวร่วมกับมหาวิทยาลัยอื่น โดยเข้าร่วมเป็น
“กลุ่มนิสิตนักศึกษาสังเกตการณ์เลือกตั้ง” ในปี พ.ศ. 2512
การร่วมจัดตั้งศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแพทย์
แห่งประเทศไทย (ศ.น.พ.ท.) พ.ศ. 2512 และการร่วม
จัดตั้งศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย (ศนท.)
ใน พ.ศ. 2513 รวมทั้งการเข้าร่วมต่อสู้เรียกร้องร่วมกับ
ประชาชนและนักศึกษาจากสถาบันอื่นๆ ในหลายกิจกรรม
เช่น การเดินขบวนต่อต้านสินค้าญี่ปุ่น การคัดค้านประกาศ
คณะปฏิวัติฉบับที่ 299 ที่เปิดทางให้อำนาจบริหาร
แทรกแซงอำนาจตุลาการ และที่สำคัญยิ่งคือ การเปิดโปง
กรณีล่าสัตว์ที่ทุ่งใหญ่นเรศวรจนนำไปสู่เหตุการณ์ในวันที่
14 ตุลาคม 2516 นั่นเอง

แพทย์กับสำนักทางการเมืองเพื่อมวลชน

ปัญหาที่ทำให้นิสิตนักศึกษาการแพทย์การสาธารณสุข
มีโอกาสเข้ามาเรียนรู้ความทุกข์ยากของคนและปัญหา
จริงๆ ของประเทศ คือ แพทย์ซึ่งจบการศึกษาใน
ช่วงเวลานั้น พวกเขากันเดินทางไปเรียนต่อหรือทำงานยัง
ต่างประเทศเป็นจำนวนมาก บางทีก็ไปหมดแทบทั้ง
รุ่น ข้าราชการเรื่องการเดินทางไปต่างประเทศของแพทย์
ที่เรียนจบมาใหม่ ได้ก่อให้เกิดกระแสการเรียกร้องให้
แก้ปัญหานี้จากสังคม

ในกรณีของมหาวิทยาลัยมหิดลในช่วงระหว่าง
พ.ศ. 2515 - 2517 ได้เกิดระบบการคัดเลือกผู้ที่จะไป
เรียนแพทย์แบบใหม่ เพื่อมุ่งคัดสรรคนที่ต้องการลงไป
ทำงานในชนบท การคัดเลือกนักศึกษาไปเรียนต่อแพทย์
ในช่วงนั้นมีการใช้คะแนนการทำกิจกรรมเป็นส่วนหนึ่ง
ในการพิจารณาด้วย ทำให้บรรดานักศึกษาที่ต้องการ
เรียนด้านการแพทย์การสาธารณสุขมีโอกาสในการเข้า
รวมทำกิจกรรมเพื่อสังคมกันอย่างกว้างขวาง ได้รับรู้
ความเป็นไปของชีวิตผู้คนในชนบท รับรู้ปัญหาของผู้ด้อย
โอกาส หล่อหลอมจิตสำนึกในการทำงานเพื่อสาธารณชน
ของพวกเขา

ต่อมาภายหลังสำเร็จการศึกษาแพทย์เหล่านี้ ส่วนหนึ่งไปทำงานในศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอ ในตอนนั้นและประสบปัญหาต่างๆ พยายามรวมตัวกันเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา หลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 สถานการณ์ทางการเมืองมีความแปรเปลี่ยนอย่างรวดเร็วและนำไปสู่ความรุนแรงขนาดใหญ่ใน เหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ทำให้นักเรียน นิสิต นักศึกษา และประชาชนจำนวนมาก ที่คิดว่าสังคมใน เวลานั้นมีแต่ความอยู่ดีธรรม ตัดสินใจพากันเข้าร่วมกับ ขบวนการต่อสู้ของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย ซึ่งรวมไปถึงนักศึกษาด้านการแพทย์การสาธารณสุขด้วย ภายหลังจากมีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 66/2533 โดย พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เน้นการเมืองนำการทหารทำให้ การต่อสู้ยุติลงในเวลาต่อมา นิสิต นักศึกษา ประชาชน ที่เข้าป่าต่อสู้กับรัฐบาล ได้กลับเข้ามาดำเนินชีวิตตามปกติ พร้อมกับหยั่งรากความคิดในการเปลี่ยนแปลงเอาไว้ในตัว

ในเหตุการณ์พฤษภาคม พ.ศ.2535 จากความ เคลื่อนไหวต่อต้านรัฐบาลพลเอกสุจินดา คราประยูร โดย กลุ่มที่เคลื่อนไหวหลัก คือบรรดาคนทำงานในภาคเอกชน มากกว่านิสิตนักศึกษา ก่อนเกิดการปะทะกันระหว่าง กองกำลังของทหารกับกลุ่มผู้ประท้วงไม่นาน ได้มี การตั้งสมัชชาประชาชนโดยขึ้นดูแลการชุมนุมในช่วง นั้น มีกรรมการเจ็ดคน โดยสองในเจ็ดเป็นแพทย์ เมื่อมี การใช้กำลังทหารกับผู้ชุมนุมบนท้องถนนในเวลาต่อมา มีแพทย์จำนวนหนึ่งได้อาสาสมัครเข้าไปทำงานใน พื้นที่เสี่ยงจนมีแพทย์ได้รับบาดเจ็บจากการถูกยิง หลัง จากเหตุการณ์ครั้งนั้นได้เกิดกระแสสังคมเรียกร้องให้มีการปฏิรูปทางการเมือง โดยมีกลุ่มแพทย์จำนวนหนึ่งได้ เข้าไปมีส่วนร่วมด้วย ทุกภาคส่วนของสังคมได้เคลื่อนไหว จนมีผลออกมาเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้สภาพทางการเมืองมีเสถียรภาพมากที่สุดช่วงหนึ่ง นับตั้งแต่มีการเลือกตั้งครั้งแรก พ.ศ. 2476

แพทย์กับสำนักทางการเมืองในบริบทมวลชน หลายฝ่าย

การเคลื่อนไหวทางการเมืองที่เกิดขึ้นในราว 10 ปีที่ผ่านมา เป็นความเคลื่อนไหวในบริบทของความ เปลี่ยนแปลงของการเมืองวัฒนธรรมของไทย ที่ดำเนิน

ต่อเนื่องมาหลังจากยุคพฤษภาคม 2535 ทั้งจากประเด็น เรื่องอำนาจของฝ่ายการเมืองจากการเลือกตั้งมีมากขึ้นเรื่อยๆ การเข้ามาเกี่ยวข้องกับอำนาจการเมืองธุรกิจที่ เกี่ยวข้องด้านการแพทย์การสาธารณสุข วัฒนธรรมการ ทำงานแบบราชการ ความขัดแย้งทางความคิดพื้นฐาน ในการส่งเสริมด้านการรักษาหรือป้องกัน หรือความเชื่อ ที่แตกต่างกันระหว่างเรื่องกระจายอำนาจกับการจัดการ โดยรัฐ ประเด็นเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนของหลายๆ ฝ่าย ประเด็นเรื่องการเติบโตของภาคทุนและโลกาภิวัตน์ ฯลฯ

ประเด็นต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นภายใต้ความ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ของไทยที่ต่างไปจากเดิมอย่างมาก เป็นการเมืองที่ไม่ได้ เป็นการต่อสู้ระหว่างผู้เผด็จการที่โหดร้ายกับประชาชน แต่มีลักษณะของความขัดแย้งระหว่างประชาชนกับ ประชาชนด้วยกันเอง นำไปสู่การเคลื่อนไหวทาง การเมืองในท้องถนนอีกคำรบหนึ่ง พร้อมกับสร้างบาดแผล ร้าวลึกในสังคมไทย ทำให้การเกิดรัฐประหาร 2 ครั้ง เกิดการใช้กำลังปราบปรามประชาชนเสียชีวิต เกิด การปะทะกันระหว่างประชาชนด้วยกันเอง มีผู้เสียชีวิต เป็นจำนวนนับร้อยกว่าคน ผู้บาดเจ็บอีกเป็นจำนวนหลัก พัน ความเสียหายทางเศรษฐกิจอีกมหาศาล และสร้าง ความรู้สึกแปลกแยกแตกต่างระหว่างกัน ยิ่งกว่าความ ขัดแย้งทางการเมืองที่ผ่านมาในอดีตทุกครั้ง ในความ ขัดแย้งทางการเมืองดังกล่าว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และการสาธารณสุข เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ด้วยอุดมการณ์ความคิดแตกต่างหลากหลาย ดังที่ปรากฏ เป็นข่าวในสื่อต่างๆ จนนำไปสู่ภาพความขัดแย้งระหว่าง กันเองของวงการแพทย์และการสาธารณสุข ทั้งประเด็น ทางด้านอุดมการณ์และผลประโยชน์

6. สรุปและวิเคราะห์บทบาทการแพทย์การสาธารณสุขไทย ในมิติสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

ในรอบหนึ่งร้อยปีที่ผ่านมาพัฒนาการทางแพทย์ และการสาธารณสุขไทย เกิดขึ้นภายใต้บริบทที่แตกต่าง หลากหลาย นับจากก่อนหน้าการก่อตั้งกรมสาธารณสุข สภาพการจัดการด้านการแพทย์การสาธารณสุข รัฐยังไม่ได้รวมศูนย์กลางการจัดการเอาไว้ ประชาชนหาทาง ดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีทางอันหลากหลาย ปัญหา

ทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ คือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและโรคระบาดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ

เมื่อสยามประเทศเข้าสู่ยุคของการปรับตัวให้ทันสมัยในช่วงการล่าอาณานิคมของชาติมหาอำนาจตะวันตก นับตั้งแต่รัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัวเป็นต้นมา ชนชั้นนำในสังคมไทยมีการปรับตัวรับเอาความคิดและวิทยาการจากชาวตะวันตก รวมไปถึงรูปแบบการเมืองการปกครอง ทำให้เกิดกลไกในด้านการแพทย์และการสาธารณสุขบนฐานความรู้แบบตะวันตกสมัยใหม่เกิดขึ้น และเห็นได้อย่างเด่นชัดในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว และรัชกาลต่อๆ มา เช่น กลไกในการดูแลเรื่องสุขภาพพลเมืองในภาครัฐอย่างกรมกองต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญชาวต่างชาติ การสร้างห้องแล็บเพื่อการวินิจฉัยโรค การสร้างโรงพยาบาลสมัยใหม่ การสร้างโรงเรียนแพทย์สมัยใหม่ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อการสุขภาพ จนมาถึงการกำเนิดของกรมสาธารณสุขในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เพื่อรวมศูนย์กลางการทำงานของรัฐเรื่องการแพทย์สาธารณสุขไว้ไม่กระจัดกระจาย

กลไกและผลผลิตของระบบการดูแลสุขภาพของรัฐค่อยๆ ขยายตัวไปเรื่อยๆ ในขณะที่ประชาชนโดยทั่วไปส่วนมาก ยังนิยมรักษาด้วยวิธีที่ตนเชื่อถือศรัทธา ในช่วงหลังจากเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 รัฐบาลเป้าหมายของการลดการตายและสร้างพลเมืองที่แข็งแรงที่สืบเนื่องมาจากตอนปลายของรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ การแพทย์แผนโบราณที่ใช้กันแต่เดิมถูกจำกัดบทบาทโดยกฎหมาย มีการเสนอนโยบายรัฐเวชกรรมเพื่อการส่งเสริมกิจการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อขยายทั้งบุคลากรและสถานพยาบาลให้ทั่วประเทศ ในสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม นโยบายด้านการแพทย์สาธารณสุขของประเทศ มุ่งเน้นการสร้างพลเมืองที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ เพื่อความเป็นชาติมหาอำนาจ มีนโยบายสร้างเมืองโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์การแพทย์ขนาด 2,000 เตียง การเปลี่ยนวิธีการกิน ส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น ในช่วงปลายทศวรรษของ พ.ศ. 2400 ต่อดันทศวรรษของ พ.ศ. 2500 ในยุคสงครามเย็นความช่วยเหลือจากองค์การระหว่าง

ประเทศได้หลั่งไหลเข้ามาในประเทศไทย ตามนโยบายการต่อต้านคอมมิวนิสต์ของค่ายโลกเสรีที่มีสหรัฐเป็นแกนกลาง ประเทศไทยเป็นพันธมิตรสำคัญในภูมิภาคซึ่งแวดล้อมไปด้วยประเทศที่กำลังมีสงครามกลางเมือง ก่อนเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 และ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ที่สร้างความเปลี่ยนแปลงให้กับการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ของประเทศไทย

เมื่อเข้าสู่ช่วงต้นของทศวรรษ พ.ศ. 2520 การทำงานเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานก็เป็นงานสำคัญในด้านการแพทย์สาธารณสุขของไทย พร้อมๆ กับการเข้าสู่ยุคโชติช่วงชัชวาลเนื่องจากการพบแหล่งก๊าซธรรมชาติในอ่าวไทย และการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ปัญหาสาธารณสุขเริ่มเปลี่ยนไปจากความขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในขั้นพื้นฐานและโรคระบาด กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากวิถีชีวิตและการบริโภค และโรคระบาดใหม่ๆ ในช่วงทศวรรษพ.ศ. 2530 เศรษฐกิจขยายตัวอย่างมากจนประเทศไทยมีความใฝ่ฝันจะเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ในเอเชีย มีการขยายตัวของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ยังคงเป็นปัญหาที่แก้ไม่ตก พร้อมกับปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการขยายตัวของอุตสาหกรรม ผนวกด้วยปัญหาสุขภาพจากการทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ก่อนจะเกิดภาวะเศรษฐกิจแบบฟองสบู่แตกจากการลดค่าเงินบาท ในช่วงต้นทศวรรษ พ.ศ. 2540 พร้อมกับการผลักดันให้มีการปฏิรูปการเมืองผ่านรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ในวงการแพทย์สาธารณสุข แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการให้ความหมายของสุขภาพในความหมายที่กว้าง เน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ อันเป็นนโยบายหลักด้านสุขภาพของรัฐไทยมาช้านาน เกิดขึ้นเช่นกันจึงเกิดเป็นองค์กรอิสระด้านสุขภาพที่ทำงานในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านวิชาการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสร้างนโยบายสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และด้านการสร้างความเป็นธรรมในการรักษาสุขภาพ

ความเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น พร้อมกับกลไกใหม่ๆ ด้านการแพทย์สาธารณสุข แม้จะเป็นประโยชน์และก้าวหน้าอย่างมาก แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาและข้อจำกัดอยู่ไม่น้อย จนกลายเป็นประเด็นสร้างความขัดแย้งควบคู่ไปกับปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง ดังเกิดเป็นปรากฏการณ์ที่สาธารณสุขได้รับรู้

กันในปัจจุบัน จะกล่าวไปแล้วปัญหานี้แยกไม่ออกจาก การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ของ ประเทศไทยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ผนวกกับปัญหาใหม่ๆ ด้านสุขภาพที่ประเทศไทยต้องเผชิญ เช่น โรคระบาดใหม่ ปัญหาสุขภาพจากคนข้ามแดน ปัญหาโลกาภิวัตน์กับ สุขภาพ ปัญหาเรื่องผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจกับสุขภาพ ปัญหาทางสังคมวัฒนธรรมใหม่ๆ ในยุคที่สื่อสังคมทาง อินเทอร์เน็ตมีบทบาทอย่างสูง เป็นต้น ล้วนแต่ต้องอาศัย

การทำงานข้ามศาสตร์ การสร้างความรู้และความเข้าใจ ใหม่ให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลง โครงสร้างการทำงานที่ คล่องตัวด้วยการกระจายอำนาจและลดขนาดหน่วยงาน การบริหารงานด้วยแนวคิดใหม่ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ของคนรุ่นใหม่ และการเปิดใจรับฟังระหว่างความคิด เห็นที่ต่างกัน ตลอดจน สร้างความร่วมมือกับความท้าทาย ที่หลีกเลี่ยงมาอย่างรวดเร็วอย่างไม่หยุดยั้งในศตวรรษใหม่ ของการสาธารณสุขไทย

บทที่ 15

ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย

1. ที่ตั้ง อาณาเขต และพรมแดน

ประเทศไทยตั้งอยู่ในภาคพื้นทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Continental Southeast Asia) เหนือบริเวณเส้นศูนย์สูตร โดยเป็นส่วนหนึ่งของคาบสมุทรอินโดจีน (ภาพที่ 15.1)

ภาพที่ 15.1 แผนที่ประเทศไทย



ประเทศไทยมีพื้นที่ประมาณ 514,000 ตารางกิโลเมตร มีขนาดใหญ่เป็นอันดับ 3 ในกลุ่มประเทศสมาชิกเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินโดนีเซียและสหภาพพม่า พรมแดนที่เป็นอาณาเขตรอบประเทศไทยยาวทั้งหมดประมาณ 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 จุดตะวันออกสุดอยู่ในเขตอำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ติดต่อกับพรมแดนประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และกัมพูชาประชาธิปไตย

ด้านทิศตะวันตก จุดตะวันตกสุดอยู่ในเขตอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ติดต่อกับพรมแดนสหภาพพม่า ทะเลอันดามัน และช่องแคบมะละกา

ประเทศไทยทั้งประเทศใช้เวลาเดียวกันและนับเวลาก่อนเวลากลางที่กรีนิชประมาณ 7 ชั่วโมง

2. ลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศของไทย

2.1 ภูมิประเทศ จำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ

2.1.1 ที่ราบ ส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลางของประเทศไทย ได้แก่ บริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาและสาขา คือ แม่น้ำปิง วัง ยม น่าน นอกจากนี้ยังมี ที่ราบลุ่มแม่น้ำแม่กลอง แม่น้ำเพชรบุรี แม่น้ำบางปะกง แม่น้ำท่าจีน และแม่น้ำป่าสัก

2.1.2 ที่สูง ส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ที่สูงโคราชซึ่งบนที่สูงนี้มีที่ราบลุ่มน้ำที่สำคัญคือ แม่น้ำมูล แม่น้ำชี

2.1.3 ภูเขา ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงใต้ ทิวเขาที่สำคัญ ได้แก่ ทิวเขาแดนลาว หลวงพระบาง ถนนธงชัย เพชรบูรณ์ และตะนาวศรี

2.2 ภูมิอากาศ ของประเทศ มี 3 ชนิด

2.2.1 ภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนตลอดปี ได้แก่ บริเวณทางฝั่งตะวันออกของภาคใต้ ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบป่าดงดิบมีฝนตกชุกตลอดปี มีป่าไม้ขึ้นหนาที่บ

2.2.2 ภูมิอากาศแบบมรสุมเมืองร้อนเกือบตลอดปี ได้แก่ บริเวณทางฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ และภาคตะวันออกเฉียงใต้ ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบมรสุมปริมาณน้ำฝนรวมเฉลี่ยตลอดปีสูงมาก

2.2.3 ภูมิอากาศแบบฝนเมืองร้อนเฉพาะฤดูหรือภูมิอากาศแบบทุ่งหญ้าเมืองร้อนหรือทุ่งหญ้าวันนา 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

ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งประเทศ 65,124,716 คน ในปีพ.ศ. 2557¹

- ชาย มีจำนวน 31,999,008 คน
- หญิง มีจำนวน 33,125,708 คน

ประชากรในประเทศไทยเกือบทั้งหมดร้อยละ 95.9 เป็นผู้มีสัญชาติไทยที่เหลือเป็นผู้มีสัญชาติอื่นๆ เช่น จีน พม่า กัมพูชา และลาว²

1 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำมะโนและการเคหะ, 2553

การติดต่อสื่อสารใช้ภาษาไทยเป็นภาษาพูด และ ภาษาเขียน แต่ขณะเดียวกันแนวโน้มการใช้ภาษาอังกฤษ และภาษาต่างประเทศอื่น ๆ ก็เริ่มมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะในทางธุรกิจ

ประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.6) รองลงมาเป็นศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 4.2) ศาสนาคริสต์ (ร้อยละ 1.1) และอื่นๆ (ร้อยละ 0.1)³

4. เศรษฐกิจ

ระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่ยุคของการพัฒนาเศรษฐกิจที่มีการวางแผนเศรษฐกิจเป็นระบบโดยได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - 2509) จนถึงปัจจุบันเป็นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 - 2559) ผลจากการพัฒนาทำให้เศรษฐกิจไทยเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 7.8 ต่อปี ในช่วงกว่า 3 ทศวรรษ ตั้งแต่ พ.ศ. 2504 - 2539 โดยมีช่วงวิกฤตเศรษฐกิจครั้งแรกในช่วง พ.ศ. 2528 - 2529 อันเกิดจากน้ำมันราคาแพงและไทยต้องเข้ารับการช่วยเหลือจาก IMF เป็นครั้งแรก ต่อมาเศรษฐกิจเติบโตเร็วขึ้นถึงร้อยละ 8.3 ต่อปี โดยเฉพาะในช่วง พ.ศ. 2534 - 2538 จนกระทั่งประเทศไทยกลายเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ใน พ.ศ. 2539 - 2540 ได้เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นครั้งที่ 2 ทำให้เศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรง และประเทศไทยต้องขอรับความช่วยเหลือจากกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) โดยให้วงเงินกู้แก่ประเทศไทย 17,200 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ พร้อมกับเงื่อนไขในการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมมากมาย

นับตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาพบว่า เศรษฐกิจไทยติดลบร้อยละ 1.7 ใน พ.ศ. 2540 และติดลบเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.8 ในพ.ศ. 2541 แต่ใน พ.ศ. 2542 - 2543 เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 4 และเริ่มชะลอตัวลงใน พ.ศ. 2544 แต่กลับเริ่มขยายตัวสูงกว่าร้อยละ 5 ใน พ.ศ. 2545 จนสามารถชำระเงินกู้ IMF

ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2546 ก่อนเวลาที่กำหนดไว้ถึง 2 ปี และเศรษฐกิจเริ่มชะลอตัวอีกครั้งในช่วง พ.ศ. 2548 หลังจากนั้นเกิดวิกฤตเศรษฐกิจครั้งที่ 3 ขึ้นในช่วง พ.ศ. 2551 - 2552 เศรษฐกิจไทยถดถอยอย่างรุนแรงจนติดลบร้อยละ 2.2 ใน พ.ศ. 2552 อันเนื่องจากวิกฤตเศรษฐกิจทั่วโลก ราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้น และการเมืองภายในประเทศยังไม่ราบรื่น

ในปีพ.ศ. 2553 เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัวและเติบโตได้ถึงร้อยละ 7.8 จากการส่งออกและการท่องเที่ยว และในปีพ.ศ. 2554 เศรษฐกิจของประเทศไทยตกต่ำลงอีกครั้งจากปัญหาอุทกภัยครั้งใหญ่ที่เกิดขึ้นภายในประเทศ และปัจจัยลบจากภาวะเศรษฐกิจโลก รวมทั้งปัญหาความไม่สงบในตะวันออกกลางและปัญหาหนี้สาธารณะในกลุ่มประเทศยูโรโซน ส่งผลกระทบให้เศรษฐกิจขยายตัวเพียงร้อยละ 0.1 หลังจากนั้นเศรษฐกิจเริ่มขยายตัวดีขึ้นเป็นร้อยละ 6.4 ในปีพ.ศ. 2555 เนื่องจกมาตรการของรัฐบาลในหลายๆ ด้าน อาทิ การจํานําสินค้ําเกษตร การปรับค้ําจ้ําจ้ําจ้ํา การลดภาษีเงินได้นิติบุคคล และการท่องเที่ยว ในปีพ.ศ. 2556 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจลดลงอีกครั้งเหลือเพียงร้อยละ 2.9 เนื่องจากผลกระทบจากเศรษฐกิจโลกและสถานการณ์ทางการเมืองที่ยืดเยื้อ จนอัตราการลดลงเหลือร้อยละ 0.7 ในปีพ.ศ. 2557

สำหรับเศรษฐกิจไทยในปีพ.ศ. 2558 มีแนวโน้มดีขึ้นจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ราคาน้ำมันที่ลดลง การฟื้นตัวของ การลงทุนภาคเอกชนและการท่องเที่ยว และการเร่งรัดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานโครงการลงทุนที่สำคัญของภาครัฐ ส่งผลให้เศรษฐกิจไทยขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.8⁴

5. ระบบการปกครองของไทย

ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตยโดยมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ในปี พ.ศ. 2475 มีรัฐธรรมนูญ ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศมาทั้งสิ้น

3 สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2557.

4 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงพาณิชย์ และประมวลผลโดยธนาคารแห่งประเทศไทย สืบค้นข้อมูล ณ วันที่ 16 มีนาคม 2559 จาก <http://www.bot.or.th>

18 ฉบับ และในปัจจุบันเป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ประเทศไทยมีการปกครองแบบรัฐเดี่ยวที่ไม่สามารถแยกได้และมีการแบ่งอำนาจออกเป็น 3 ส่วน คือ

อำนาจบริหาร คือ อำนาจในการนำกฎหมายไปบังคับใช้หรือบริหาร ประเทศโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นอำนาจและหน้าที่ของนายกรัฐมนตรี และคณะรัฐมนตรี

อำนาจตุลาการ คือ อำนาจในทางกฎหมายของศาลที่ใช้ในการตัดสินคดี ซึ่งศาลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ศาลชั้นต้น ศาลอุทธรณ์ และศาลฎีกา

อำนาจนิติบัญญัติ คือ อำนาจในการออกกฎหมายและตรวจสอบการทำงานของรัฐบาล

การจัดโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดิน แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1) การบริหารราชการส่วนกลาง ประกอบด้วย สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวง และกรม

2) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค ประกอบด้วยจังหวัดและอำเภอ

3) การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล และเมืองพัทยา

5.1 การบริหารราชการส่วนกลาง

5.1.1 พระมหากษัตริย์ เป็นองค์พระประมุขของประเทศ ทรงใช้อำนาจนิติบัญญัติทางรัฐสภา, อำนาจบริหารทางคณะรัฐมนตรี และอำนาจตุลาการทางศาล

5.1.2 คณะรัฐมนตรี เป็นรัฐบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารประเทศ

5.1.3 การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนกลาง ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 14) พ.ศ. 2558 จัดแบ่งเป็นกระทรวงและส่วนราชการที่มีฐานะเป็นกระทรวง จำนวน 20 แห่ง ดังนี้

1. สำนักนายกรัฐมนตรี
2. กระทรวงกลาโหม

3. กระทรวงการคลัง

4. กระทรวงการต่างประเทศ

5. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

7. กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

8. กระทรวงคมนาคม

9. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

10. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

11. กระทรวงมหาดไทย

12. กระทรวงพาณิชย์

13. กระทรวงพลังงาน

14. กระทรวงยุติธรรม

15. กระทรวงแรงงาน

16. กระทรวงวัฒนธรรม

17. กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

18. กระทรวงศึกษาธิการ

19. กระทรวงสาธารณสุข

20. กระทรวงอุตสาหกรรม

ภายใต้กระทรวงจะมีส่วนราชการรวมทั้งสิ้น 163⁵ กรม และส่วนราชการที่ไม่สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงหรือทบวง 9 แห่ง ได้แก่ สำนักกราชเลขาธิการ สำนักพระราชวัง สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ราชบัณฑิตยสถาน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการฟอกเงินและศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากนี้ ยังมีรัฐวิสาหกิจ 52 แห่ง⁶ และองค์กรมหาชนที่จัดตั้งตาม พ.ร.บ. องค์กรมหาชน พ.ศ. 2542 จำนวน 39 แห่ง และจัดตั้งตาม พ.ร.บ. เฉพาะ (หน่วยงานในกำกับ) จำนวน 15 แห่ง⁷ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของรัฐมนตรีเจ้ากระทรวง (ภาพที่ 15.2)

5 <http://dopa.go.th> (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2557)

6 สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ กระทรวงการคลัง (ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2558)

7 www.opdc.go.th (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559)

5.2 การบริหารราชการส่วนภูมิภาค

ราชการส่วนภูมิภาค หมายถึง ราชการของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ซึ่งได้แบ่งแยกออกไปดำเนินการตามเขตการปกครองของประเทศ ภายใต้การดูแลของผู้ว่าราชการจังหวัด โดยมีเจ้าหน้าที่ของราชการส่วนกลาง ซึ่งได้รับการแต่งตั้งออกไปประจำตามเขตการปกครองส่วนภูมิภาค เพื่อบริหารราชการภายใต้การบังคับบัญชาของราชการส่วนกลางที่ได้แบ่งอำนาจให้จังหวัดไปดำเนินการแทนเฉพาะบางเรื่อง บางประการเท่านั้น ราชการส่วนกลางมีอำนาจที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไข คำสั่งของส่วนภูมิภาคได้ ผู้มีอำนาจสั่งการขั้นสุดท้ายก็คือ ปลัดกระทรวงและรัฐมนตรี

5.3 การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

การปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง การที่ประชาชนในท้องถิ่นมีอำนาจในการปกครองตนเองโดยอิสระ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย โดยต้องมีลักษณะอย่างน้อย 4 ประการ คือ

5.3.1 เป็นนิติบุคคล

5.3.2 ผู้บริหารหรือสมาชิกสภาท้องถิ่นได้รับเลือกตั้งจากประชาชนทั้งหมดหรือบางส่วน

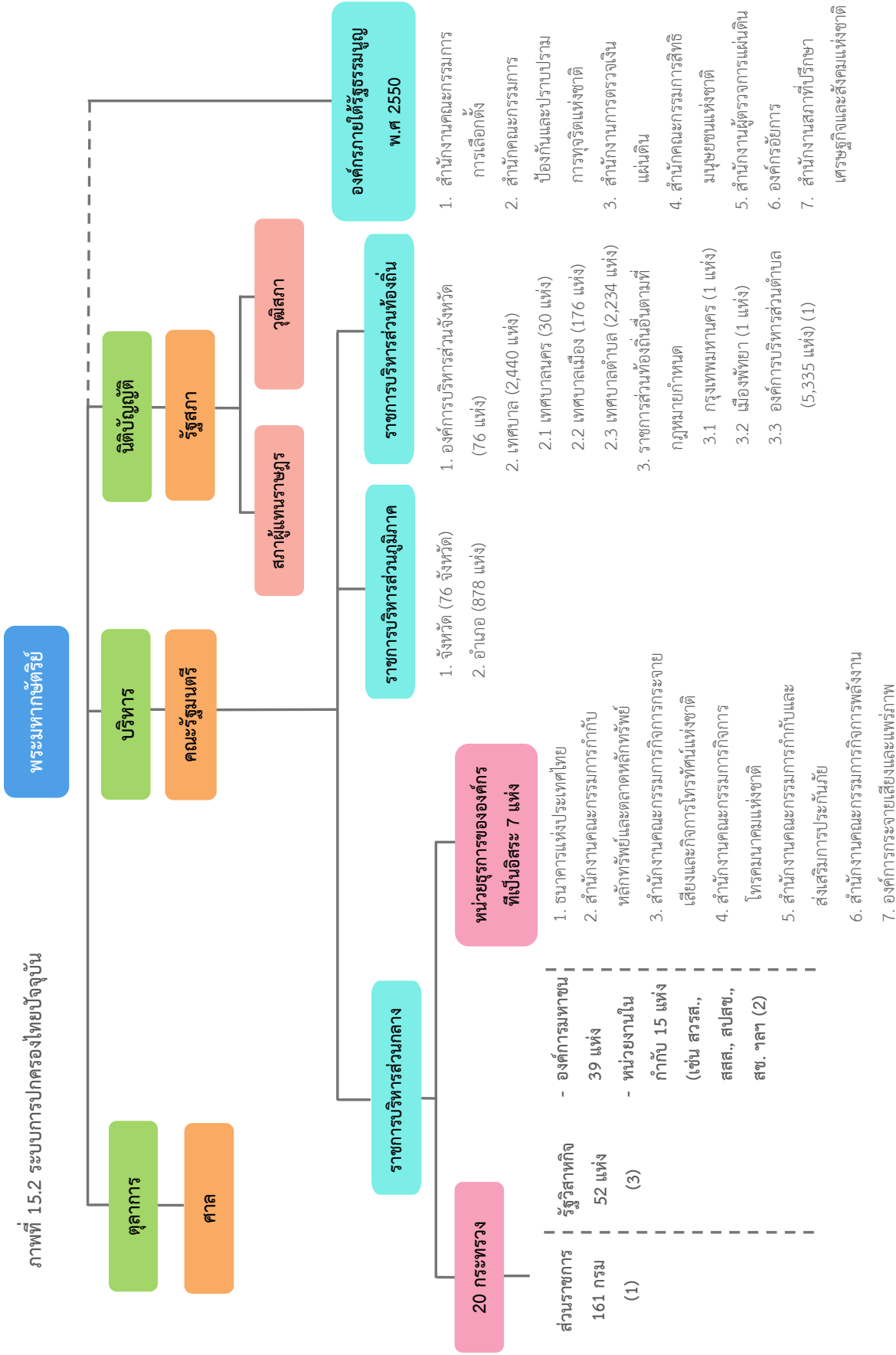
5.3.3 มีรายได้และงบประมาณเป็นของตนเอง

5.3.4 มีอิสระในการบริหารงาน ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย

การจัดระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นของไทย แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (75 แห่ง) เทศบาล (2,440 แห่ง) การปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ คือ กรุงเทพมหานคร (1 แห่ง) เมืองพัทยา (1 แห่ง) และองค์การบริหารส่วนตำบล (5,335 แห่ง)⁸

⁸ <http://dopa.go.th> (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2557)

ภาพที่ 15.2 ระบบการปกครองไทยปัจจุบัน



ที่มา: (1) <http://dopa.go.th> (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2557)
 (2) www.opdc.go.th (ข้อมูล ณ วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2559)
 (3) สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ กระทรวงการคลัง (ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2558)

บรรณานุกรม

บทที่ 2 พระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

1. จังหวัดเชียงใหม่ โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ จังหวัดเชียงใหม่. [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [สืบค้น วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2559]. <http://www.chiangmai.go.th/project/phanpheach.html>
2. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการดำเนินงานโครงการเฉลิมพระเกียรติ โครงการตามพระราชดำริ และโครงการถวายเป็นพระราชกุศล โครงการเทิดพระเกียรติ และอื่นๆ ในช่วงคาบเกี่ยวกับปีงบประมาณ 2558.
3. แนวทางการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [สืบค้นวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2559]. http://www.ktic.com/private_folder/krutang/tobe.pdf
4. สำนักตรวจและประเมินผล. สรุปผลงานประจำปี 2558 โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558; 2558.
5. กรมสุขภาพจิต โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) กรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [สืบค้น วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2559]. <http://www.tobenumber1.net/>
6. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4 ปีที่ผ่านมา... ร่วมพัฒนาเพื่อพ่อหลวง. (พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี 2558) โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2558
7. สำนักงานโครงการส่วนพระองค์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โครงการตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [สืบค้น วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559]. <http://www.psproject.org/Projects.htm>
8. มูลนิธิศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [สืบค้น วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559]. <http://snmrc57.snmrc.go.th/>

บทที่ 3 กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของไทย

1. ราชบัณฑิตยสถาน (2552). อ่างโน การอภิบาลร่วมสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สามดีพริ้นติ้งอ็ควิปเมนท์; 2558.
2. Louismeulemen. อ่างโน การอภิบาลร่วมสมัย. อ่างแล้วโน 1; 2008.
3. อ่ำพล จินดาวัดนะ. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด; 2556.
4. ประเวศ วะสี. กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บจก. แวนเทจ สตูดิโอ; 2556.
5. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. ปฏิรูปสุขภาพปฏิรูปประชาธิปไตย: นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วมกับประชาธิปไตยแบบร่วมไตร่ตรอง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท หนังสือดีวัน จำกัด; 2558.
6. อ่ำพล จินดาวัดนะ. การสาธารณสุขไทย 2551-2553: ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
7. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html> สืบค้น 30 สิงหาคม 2558.
8. อ่ำพล จินดาวัดนะ. อ่างแล้วโน 1.
9. http://www.who.int/social_determinants/en/ สืบค้น 30 สิงหาคม 2558.
10. องค์การอนามัยโลก. ถมช่องว่างทางสุขภาพในช่วงชีวิตเรา บรรลุความเป็นธรรมทางสุขภาพด้วยปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท คุณาไทย จำกัด; 2552. เอกสารแปลโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ สืบค้น 30 สิงหาคม 2558.

บรรณานุกรม

11. Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how. [สืบค้น 30 สิงหาคม 2558]. แหล่งข้อมูล: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/28/3/281.full.pdf+html>
 12. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ เจ เอสการพิมพ์; 2552.
 13. ศูนย์ประสานงานการพัฒนาาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สช. หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ. บริษัท คุณาไทย จำกัด (วนิดา การพิมพ์); 2553.
 14. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. การขับเคลื่อนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ รากฐานการจัดวางอิฐก้อนแรกของระบบสุขภาพพึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ ; บริษัท มาตา จำกัด; 2557.
 15. อัมพล จินดาวัฒนะ. เถลิวหลัง แลหน้า สู่สมัชชาสุขภาพ ทศวรรษที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปัยอนด์ พับลิชชิ่ง; 2554.
 16. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสานพลัง 7. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท มาตา จำกัด; 2558.
 17. อัมพล จินดาวัฒนะ. เอชไอเอ หนุนหรืออุดหนุนการพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท คุณาไทย จำกัด; 2553.
 18. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ. รายงานประจำปี 2556. [สืบค้น 9 กันยายน 2558]. แหล่งข้อมูล: http://hia.anamai.moph.go.th/download/annual_report/AnnualReport%202556.pdf.
 19. <http://www.thia.in.th/welcome/content/15>. สืบค้น 9 กันยายน 2558.
- บทที่ 4 สถานการณ์แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ**
- 4.1 สถานการณ์แนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ**
1. ธนาคารแห่งประเทศไทย. ภาวะเศรษฐกิจไทย 2554. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2588. จาก <https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/EconomicConditions/AnnualReport/Pages/default.aspx>.
 2. ธนาคารแห่งประเทศไทย. ภาวะเศรษฐกิจไทย 2557. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2588]. จาก <https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/EconomicConditions/AnnualReport/Pages/default.aspx>.
 3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แนวโน้มเศรษฐกิจ เงินเพื่อและการดำเนินงานนโยบายการเงิน, รายงานนโยบายการเงิน ธันวาคม 2558. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558]. จาก https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/MonetPolicyComittee/MPR/DocLib/Chapter1_December2558_GTH58.pdf.
 4. สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. เมษายน 2558. กรุงเทพฯ: บริษัท บี.ซี.เพรส (บุญชิน) จำกัด.
 5. สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2555. [อินเทอร์เน็ต]; สิงหาคม 2557 [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558]. จาก <http://social.nesdb.go.th/social/Portals/0/Poverty%20Report%202555.pdf>.

บรรณานุกรม

4.2 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการศึกษา

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สถิติสังคมด้านการศึกษา. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2588]. จาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatSubDefault_Final.aspx?catid=4.
2. สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ: การสำรวจการอ่านของประชากร พ.ศ.2558. สำนักสถิติพยากรณ์. [สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2588]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/readingPocket58.pdf>.
3. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. สภาวะการณ์การศึกษาไทยในเวทีโลกปี 2557. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา: กรกฎาคม 2557.

4.3 สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัว และการอพยพย้ายถิ่น

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและ UNFPA. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย; 2554 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://countryoffice.unfpa.org/thailand/>
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2558 ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564); 2558 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th/>
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2558; 2556 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nesdb.go.th/>
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์เด็กในประเทศไทย; 2548 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/>

5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์เด็กในประเทศไทย; 2555 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/>
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย; 2537 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/>
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย; 2545 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/>
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย; 2550 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/>
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย; 2554 [สืบค้นเมื่อ 26 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/>

4.4 คุณภาพชีวิตของคนไทย

1. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์. ดัชนีพัฒนามนุษย์ของกลุ่มประชาสังคม และวัฒนธรรมอาเซียน; 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มี.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: www.prd.go.th
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แผนพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย; 2556 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มี.ค. 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.opdc.go.th/>

4.5 สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงคมนาคม พ.ศ.2554-2558 (ฉบับปรับปรุง). สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; 2556.

บรรณานุกรม

2. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. สภาพโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งในปัจจุบันและแนวโน้มการเติบโต ของความต้องการใช้บริการโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมขนส่งกระทรวงคมนาคม 29 กรกฎาคม 2557. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จาก <http://eservice.mot.go.th/motportal/Home/Strategy2>.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปผู้บริหาร การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2556. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/icthh56.pdf>.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปผู้บริหาร การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2557. [สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2558]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/ICT-HouseExc57.pdf>.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปผู้บริหาร การสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2558. [สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2558]. จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/icthh_exc_58.pdf.
6. ศูนย์สารสนเทศข้อมูลพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน. รายงานไฟฟ้าของประเทศไทยปี 2554. [สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2558]. จาก http://www.thaipublica.org/wp-content/uploads/2013/02/electric54_1.pdf.
7. ศูนย์สารสนเทศข้อมูลพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน. รายงานคุณภาพพลังงานของประเทศไทยปี 2557. [สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2558]. จาก http://www4.dede.go.th/dede/images/stories/stat_dede/Energy%20Balance%20of%20in%20Thailand%202012.pdf.
8. ภัทรภรณ์ หิรัญวงศ์ และ สิงห์พันธุ์ สิงห์เสนี. FOCUSED AND QUICK (FAQ) Issue 102: อนาคตพลังงานไฟฟ้าไทย พอเพียงแต่เสี่ยงภัย. สายนโยบายการเงิน ธนาคารแห่งประเทศไทย, June 30, 2015. [สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2558]. จาก https://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/ArticleAndResearch/FAQ/FAQ_102.pdf.
9. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. คู่มือการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน/ชุมชน (กชช. 2ค) สำหรับใช้ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี 2550-2554). [สืบค้นเมื่อ 16 กันยายน 2558]. จาก <http://203.157.181.5/datacenter/bmn.php>.
10. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. เถณฑ์การวิเคราะห์ข้อมูล กชช. 2ค: ข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้านปี 255-0-2559. [สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2558]. จาก nongrueta.cdd.go.th/files/กชช_เกณฑ์วิเคราะห์_55-59_14 มิถุนายน 2554.pdf.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี พ.ศ.2550, 2552, 2554, 2556. [สืบค้นเมื่อ 8 กรกฎาคม 2558]. จาก http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm.
12. สำนักความหลากหลายทางชีวภาพ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ความหลากหลายทางชีวภาพของประเทศไทย. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558]. จาก http://chm-thai.onep.go.th/chm/bio_th.html.
13. สำนักความหลากหลายทางชีวภาพ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ความหลากหลายทางชีวภาพทางการเกษตร. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558]. จาก http://chm-thai.onep.go.th/chm/agriculture_ecosystem/Review/review2.html.

บรรณานุกรม

14. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2553. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอน เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2554.
15. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2554. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอน เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2555.
16. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2555. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอน เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2556.
17. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2556. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอน เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
18. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอน เจอร์นัลพับลิเคชั่น จำกัด; 2558.
19. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. ข้อมูลทางวิชาการ: น้ำผิวดิน. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558]. จาก http://local.environnet.in.th/formal_data2.php?id=623.
20. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2558.
21. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. อะไรคือของเสียอันตราย. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558]. จาก http://www.pcd.go.th/info_serv/haz_battery.htm.
22. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2557 มีนาคม 2558. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558]. จาก <http://oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER056/GENERAL/DATA0000/00000333.PDF>.
23. ศูนย์ข้อมูลก๊าซเรือนกระจก องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน). ข้อมูลปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกรายสาขา ระหว่างปี พ.ศ. 2543 – 2555. [สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2558]. จาก <http://www.tgo.or.th/2015/thai/content.php?s1=10&s2=35&sub3=sub3>.
24. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ปี พ.ศ.2550, 2552, 2554,2556. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จาก http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm.
25. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ.[สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จากhttp://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm.
26. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จาก <http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=801>.
27. สำนักความปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. สถานการณ์การดำเนินงานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย. กรุงเทพฯ: พิณนาเคล็ด แอดเวอร์ตีซิ่ง, เมษายน 2558
28. กลุ่มวิจัยและพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย ปี 2551-2556. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จากhttps://www.m-society.go.th/article_attach/12253/16501.pdf.

บรรณานุกรม

4.6 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองการปกครอง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย (พ.ศ. 2556-พ.ศ. 2561); 2556 [สืบค้น 6 มีนาคม 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.opdc.go.th/>
2. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. การบริหารจัดการภาครัฐ: รัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์; 2558 [สืบค้น 7 มีนาคม 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.parliament.go.th/library>
3. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน). International Ranking; 2559, [สืบค้น 27 กุมภาพันธ์ 2559]. แหล่งข้อมูล: <https://www.eta.or.th/contentnational-ranking-.html>
4. <http://publicationministration.un.org> UN. department of economic and social affairs
5. สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. รู้จักธรรมาภิบาล. [อินเทอร์เน็ต]; 2529 [สืบค้นข้อมูลวันที่ 9 มีนาคม 2559]. แหล่งข้อมูล: www.socgg.soc.go.th
6. สำนักงานพัฒนาระบบราชการ. รายงานพัฒนาระบบราชการไทย ประจำปี พ.ศ. 2555. [อินเทอร์เน็ต]; 2555 [สืบค้น 6 มีนาคม 2559]. แหล่งข้อมูล: <http://www.opdc.go.th/>
7. www.govindicators.org

4.7 สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยีที่มีผลต่อการสาธารณสุข

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ.2556. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
2. Velasco R, Chaikledkaew U, Myint C, Khampang R, Tantivess S, Teerawattananon Y. Advanced health biotechnologies in Thailand: redefining policy directions. *Journal of translational medicine*. 2013; 11: 1.

3. สุรชัย โกตริรัมย์, พัชรา ลิขหรวงศ์, กสิปสไบ สรรพกิจ, สุรเดช หงส์อิง, ยศ ตีระพัฒนานนท์ และศรีเพ็ญ ต้นติเวสส. ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสองแห่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*; 2555. 6 (2): 193-206.
4. Leelahavarong P, Chaikledkaew U, Hongeng S, Kasemsup V, Lubell Y, Teerawattananon Y. A cost-utility and budget impact analysis of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for severe thalassemic patients in Thailand. *BMC Health Services Research*. 2010; 10: 209.
5. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. หัวข้อที่ผ่านการคัดเลือกจากคณะกรรมการและความคืบหน้า [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ucbp.net/การเสนอหัวข้อ /topic-approved43/>.
6. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการครั้งที่ 1/2556; 3 กรกฎาคม 2556; นนทบุรี.
7. แพทยสภา. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม เรื่อง การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเพื่อการรักษา พ.ศ.2552 [อินเทอร์เน็ต]; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tmc.or.th/download/stemcell.pdf>.
8. Rattanavipapong W, Koopitakkajorn T, Praditsitthikorn N, Mahasirimongkol S, Teerawattananon Y. Economic evaluation of HLA-B*15:02 screening for carbamazepine-induced severe adverse drug reactions in Thailand. *Epilepsia*. 2013; 54(9): 1628-38.

บรรณานุกรม

9. กัลยา ตีระพัฒนานนท์, ขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์, รักมณี บุตรชน, ปฤษฎธร กิ่งแก้ว, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระพัฒนานนท์. ความคุ้มค่าของการผ่าตัดต่อกระดูกโดยใส่เลนส์แก้วตาเทียมชนิดนิ่มเปรียบเทียบกับชนิดแข็งในบริบทของประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2554; 20 (2): 235-250.
10. อินทிரาย ฆมาภัย, ทรงยศ พิลาสันต์, ธนพร บุชบัวโล และยศ ตีระพัฒนานนท์. การจัดทำคุณลักษณะที่เหมาะสมของสายสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนและขดลวดค้ำยันฯ (PTCA Balloon & Coronary stent). นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2558.
11. International Telecommunication Union. Measuring the information society report 2014. Geneva, Switzerland: International Telecommunication Union; 2014.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, องค์การอนามัยโลก. สถานการณ์ปัจจุบันของการพัฒนาอีเฮลท์ (eHealth) และระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
13. Kijsanayotin B, Kasitipradith N, Pannarunothai S. eHealth in Thailand: the current status. Studies in health technology and informatics. 2010; 160(Pt 1): 376-80.
14. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, บรรณาธิการ. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
15. ชื่นฤทัย กาญจนะวิตรา, ชาย โพธิ์สิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมารณ ภัทรวานิชย์, กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล, ปาณฉัตร เสียงตั้ง และคณะ. สุขภาพคนไทย 2552. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2552.
16. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2558: อูบายชายสุขภาพ: เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
17. วงเดือน จินดาวัฒน์, ปิยะ หาญวรงค์ชัย และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย: การกระจาย การใช้ และการเข้าถึงบริการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2544; 10 (2): 242-51.
18. อินทிரาย ฆมาภัย, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ชนิสา โชติพานิช, สุนันทา เชี่ยววิทย์, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, สามารถ ราชดารา และคณะ. การศึกษาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของการใช้เทคโนโลยีเพชชีทีในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2552.
19. อีระ ศิริสมุด, ทรงยศ พิลาสันต์, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, วันทนีย์ กุลเพ็ง, ปฤษฎธร กิ่งแก้ว, สุรัช โกดิรัมย์ และคณะ. การทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการเข้าถึงบริการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2557.
20. ธนพร บุชบัวโล, สรยุทธ ชำนาญเวช, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร และยศ ตีระพัฒนานนท์. การศึกษาต้นทุนและความเหมาะสมของการผ่าตัดด้วยระบบนำวิถีในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2557.
21. พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 [อินเทอร์เน็ต]; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.fda.moph.go.th/fda-net/HTML/PRODUCT/mdcd/law/25.pdf>.
22. การพัฒนากระบวนการประเมินและการตัดสินใจการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://www.samatcha.org/nha/cms/files/menu_content_files/7/40/111/133/133_20141112112534.pdf.

บรรณานุกรม

23. International Network of Agencies for Health Technology Assessment. HTA Tools & Resources [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 2]. Available from: <http://www.inahta.org/hta-tools-resources/>.
 24. International Network of Agencies for Health Technology Assessment and Health Technology Assessment international. health technology assessment (HTA) [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 2]. Available from: <http://htaglossary.net/Health+Technology+Assessment+%28HTA%29&highlight=health%20technology>
 25. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. ประวัตินวัตกรรม [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hitap.net/เกี่ยวกับองค์กร/ประวัตินวัตกรรม>.
 26. Teerawattananon Y, Tritasavit N, Suchonwanich N, Kingkaew P. The use of economic evaluation for guiding the pharmaceutical reimbursement list in Thailand. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen (ZEFG). 2014; 108: 397-404.
 27. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เกี่ยวกับโครงการ [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ucbp.net/เกี่ยวกับโครงการ>.
 28. World Health Organization. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 2]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R23-en.pdf?ua=1.
 29. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 2]. Available from: http://www.who.int/medical_devices/assessment/resolutionsearosear66r4.pdf.
- #### 4.8 พฤติกรรมสุขภาพ
1. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. นนทบุรี: สำนักงาน; 2554. 200 หน้า.
 2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2556. [สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2558]. จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/report/download.php?name = thai 2009_2.
 3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ.2556. [สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2558]. จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/healthCare_52.pdf.
 4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการทบทวนรูปแบบการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดการบริโภคเกลือ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
 5. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจปริมาณการบริโภคโซเดียมมเกลือของประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร; 2552.

บรรณานุกรม

6. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟฟิโก.
7. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. แผนงานป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบ ประจำปี 2558. (เอกสารอัดสำเนา).
8. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]; 2554 [สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2558]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf>.
9. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2558]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf>.
10. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟฟิโก ซีเอสเอ็ม จำกัด, นนทบุรี.
11. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. [อินเทอร์เน็ต]; 2554 [สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2558]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf>.
12. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.2557. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [สืบค้นเมื่อ 6 กันยายน 2558]. จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokePocket57.pdf>.
13. คณะกรรมการบริหารเครือข่าย องค์การวิชาการสาธารณสุข. สังเคราะห์สถานการณ์สาธารณสุข พ.ศ.2545 -2555. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2556.
14. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. สรุปผลการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ปี 2554. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558]. จาก <http://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/conclusion/estimate2011.pdf>.
15. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. ข้อมูลสถานภาพการใช้สารเสพติด. [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558]. จาก http://nctc.oncb.go.th/new/index.php?view=category&id=163%3A2009-11-03-09-25-23&option=com_content&Itemid=101.
16. สำนักกิจการในพระตำริพระเจ้าหลานเธอ พระองค์เจ้าพัชรกิติยาภา สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม กระทรวงยุติธรรม และ ส่วนข้อมูลเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด สำนักยุทธศาสตร์ กระทรวงมหาดไทย. สถานการณ์ปัญหาเสพติดปีงบประมาณ 2557 และแนวโน้มปัญหา [สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2558]. จาก http://www.kamlangjai.or.th/upload/ebook/file_attach/d-63d3932eb57675dcde3048963894c2c3.pdf.
17. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ และ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพ วิกฤตสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 2). แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ ตุลาคม 2557.
18. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟฟิโก.

บรรณานุกรม

19. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2554.
20. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของประชากรและสุขภาพจิต พ.ศ. 2554. สำนักงานสถิติพยากรณ์; 2555.
21. มูลนิธิไทยโรดส์, เครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ในประเทศไทย พ.ศ.2554. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2556.
22. มูลนิธิไทยโรดส์, เครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2556.
23. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มคาเฟอีน. [สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2558]. <http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Series.php?v=v110>.
24. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, Charles Myers, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสุขภาพรวมและรายจ่ายด้านยาต่อ GDP. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จาก <http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Series.php?v=v343>.
25. สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. มูลค่าการผลิตและการนำส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร สำหรับยาแผนปัจจุบัน ตั้งแต่ ปี 2530-2555. [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จาก http://drug.fda.moph.go.th/zone_search/files/sea001_001.asp.
26. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”. http://www.boe.moph.go.th/Annual/Total_Annual.html.
27. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทแอดวานส์ปรี้นติ้งจำกัด; 2556.
28. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Fact Sheet วัยรุ่นวัยเรียน กับอนามัยการเจริญพันธุ์ [ตุลาคม 2558]. แหล่งข้อมูล: http://rh.anamai.moph.go.th/all_file/index/FactSheet-%20OK.pdf
29. Sara MacKian (Author). (2012). A review of health seeking behaviour: problems and prospects (HSD/WP/05/03). [cited October 1, 2015]. Available from: http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/healthsysdev_kp/0503_health_seeking_behaviour.pdf
30. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การใช้บริการสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]; 2556 [สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2558]. จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/report/download.php.name=thai 2009_2.
31. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2553. สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2556.
32. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547, 2548, 2550, 2553. โรงพิมพ์สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

บรรณานุกรม

บทที่ 5 สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2554; 2554.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555; 2555.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2556; 2556.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557; 2557.
5. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พ.ศ. 2554; 2554.
6. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พ.ศ. 2555; 2555.
7. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. รายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พ.ศ. 2556; 2556.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2557. สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557
9. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทยทหารบก. รายงานความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี และปัจจัยด้านประชากรในชายที่เข้าเป็นทหารกองประจำการผลิตภัณฑ์จิกายน 2557. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทยทหารบก; 2557.
10. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 2556. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
11. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟฟิค ซิสเต็มส์ จำกัด; 2551-2552.

12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุขคนไทย.) สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2558.
13. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานประจำปี. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2557.
14. World Health Organization. (2015). Global Tuberculosis Report 2015. World Health Organization.

บทที่ 6 ระบบสุขภาพของประเทศไทย

1. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก.ราชกิจจานุเบกษา 19 มีนาคม 2550.
2. อัมพล จินดาวัฒนะ. การอภิบาลร่วมสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558.
3. ราชบัณฑิตยสถาน (2552). พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2552.
4. วิรุฬ ลิ้มสวาท. การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย หลังการใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. กรอบแนวคิด พัฒนาและข้อเสนอเพื่อการพัฒนา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2552.
5. ศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2556). โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสมรรถนะการเรียนรู้ของระบบสุขภาพ. สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2556.
6. กระทรวงสาธารณสุข. 90 ปี การสาธารณสุขไทย เพื่อคนไทยสุขภาพดี. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2552.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1-7, ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันสวย : นนทบุรี; 2558.

บรรณานุกรม

บทที่ 8 ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

1. Synthesis report on an independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges.
2. The Kingdom of Thailand: Health System Review. Health Systems in Transition (HITs) Vol 5, No 5; 2015.
3. World Health Organization. The World Health Report 2010: Health Systems Financing. the path to universal coverage.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: คัลเลอร์-บุ๊กส์; 2559.
5. เอกสาร “13 ปีกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”. นำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการฯ กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และการประเมินผล สปสช. ณ วันที่ 30 กรกฎาคม 2559.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดและเป้าหมาย. 18 มกราคม 2559.
7. คณะทำงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2555 National health accounts of Thailand 2012. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
8. HISRO. Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010); 2012.

บทที่ 10 ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global Health)

1. J P Koplan et al. Towards a common definition of global health Lancet 2009; 373: 1993-9
2. David Stuckler, Martin McKee. Five metaphors about global-health policy, Lancet 2008; 372.
3. Financing Global Health 2009: Tracking Development Assistance for Health. IHME, University of Washington.
4. Capacity Development; Technical Advisory Paper 2. United Nations Development Programme; 1997.
5. สำนักงานการสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารนำเสนอแนวทางการปฏิรูปการพัฒนาระบบสุขภาพโลกต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กรกฎาคม 2559.

บทที่ 11 โรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศไทย

1. ศูนย์เฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. Rate of Imipenem resistant Acinetobacter spp; 2000-2014.
2. Luvsansharav U-O, Hirai I, Nakata A, et al. Prevalence of and risk factors associated with faecal carriage of CTX-M b-lactamase-producing Enterobacteriaceae in rural Thai communities. Journal of Antimicrobial Chemotherapy; 2012:1-6.
3. Boonyasiri A, Tangkoskul T, Seenama C, Saiyarin J, Tiengrim S, Thamlikitkul V. Prevalence of antibiotic resistant bacteria in healthy adults, foods, food animals, and the environment in selected areas in Thailand. Pathogens and Global Health; 2014. 108(5):235-245.

บรรณานุกรม

- Paltansing S, Vlot JA, Kraakman MEM, et al. Extended-Spectrum β -Lactamase-producing Enterobacteriaceae among Travelers from the Netherlands. *Emerging Infectious Diseases*; 2013. 19(8):1206-1213.
- Chaisatit C, Tribuddharat C, Pulsrikarn C, Dejsirilert S. Molecular characterization of antibiotic-resistant bacteria in contaminated chicken meat sold at supermarkets in Bangkok, Thailand. *Jpn J Infect Dis*; 2012. 65:527-534.
- Van Boeckel TP, Gandra S, Ashok A, et al. Global antibiotic consumption 2000 to 2010: an analysis of national pharmaceutical sales data. *Lancet*; 2014. 14:742-750.
- Van Boeckel TP, Brower C, Gilbert M, et al. Global trends in antimicrobial use in food animals. *PNAS Early Edition*; 2015:1-6.
- อัญชลี จิตรกันธี. มูลค่ายาปฏิชีวนะ. In: นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี, นุศราพร เกษสมบุรณ์, อุษาวดี มาลีวงศ์, eds. รายงานสถานการณ์ระบบยาประจำปี 2553: สถานการณ์เชื้อดื้อยาและการใช้ยาปฏิชีวนะ. กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์; 2554:21-25.
- files/lfs57/SumResult57.pdf กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2558]. เข้าถึงได้จาก http://www.m-society.go.th/article_attach/14488/18143.pdf กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของไทย.
- แสงโสม ศิริพานิช. พิษสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช (Pesticides Poisoning). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2556. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2013/annual/Pesticides.pdf>
- นักสื่อสารแรงงาน. เผยปัญหาสิ่งแวดล้อมมลพิษอุตสาหกรรมกับชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]; 25 มีนาคม 2558 [เข้าถึงเมื่อ 6 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://voicelabour.org/?p=21959>. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพิพิธภัณฑสถานแรงงานไทย.
- กรมโรงงานอุตสาหกรรม, สถิติสะสมจำนวนโรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการฯ.2557. [อินเทอร์เน็ต]; มีนาคม 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.diw.go.th/hawk/content.php?mode=spss58> กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม. สรุปจำนวนการรับเรื่องร้องเรียนของประชาชน จำแนกตามช่องทางการร้องเรียน. [อินเทอร์เน็ต]; มกราคม 2558 [เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2558] เข้าถึงได้จาก: <http://www.industry.go.th/oig/index.php/2014-02-16-03-27-23/2014-01-23-07-21-22/31--12-2557-2556-2557/file>. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงอุตสาหกรรม.
- สำนักงานกองทุนเงินทดแทน. สถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำแนกตามความรุนแรงและสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย. [อินเทอร์เน็ต]; มีนาคม 2558 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2558] เข้าถึงได้จาก: <http://www.sso.go.th/wpr/uploads/uploadImages/file57/table042557.html>. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงาน.

บทที่ 12 สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย

- ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อมูลจากสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2556. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2558]. เข้าถึงได้จาก http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation/situyear58/TLsitulation_4_04_03-01.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/>

บรรณานุกรม

9. บริมาศ ศักดิ์ศิริสัมพันธ์. บรรณาธิการ. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมปี 2546-2552 ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมเชิงรับ. ปีที่ 42 ฉบับที่ 14; 15 เมษายน 2554.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. การดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพเชิงรุกของประชาชนรอบเหมืองทองคำ ตำบลเขาหลวง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ปี 2556 – 2557.
11. สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์, ศิริวรรณ ฉันทเจริญ, เพ็ญศรี อนันตกุลธนีย์, นลินี ศรีพวง, อรพันธ์ อันติมานนท์. รายงานการศึกษาเรื่องสถานการณ์อาชีพอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย; 2548; 5:87-114.
12. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช. รายงานการประชุมเพื่อแก้ไขการปนเปื้อนสารหนูร้อนพิบูลย์ วันที่ 8 กค. 2558.
13. โรงพยาบาลแม่สอด, รพ.สต.แม่ตาว, รพ.สต.พระธาตุผาแดง, รพ.สต.แม่กู่, รพ.สต.บ้านแม่กู่เหนือ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. ผลการตรวจระดับแคดเมียมและภาวะสุขภาพของประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการปนเปื้อนสารแคดเมียมในสิ่งแวดล้อม อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2558.
14. กรมโรงงานอุตสาหกรรม. สถิติสะสมจำนวนโรงงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ ตาม พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 แยกตามจังหวัด รายประเภท ณ สิ้นปี 2557. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.ย. 2558] เข้าถึงได้จาก : <http://www.div.go.th/hawk/content.php?mode=spss58>
15. กัญฉิกา ถิ่นทิพย์. โรคปอดจากการประกอบอาชีพ (Occupational lung diseases). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2556. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ก.ย. 2558] เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2013/annual/Occupational_lung.pdf
16. กรมควบคุมมลพิษ. (ร่าง) รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2557. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pcd.go.th/public/News/Files/Draft580318-1.pdf> กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
17. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการถอดบทเรียนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามลพิษด้านสาธารณสุขและสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2558. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ประชากรธุรกิจ; 2558.
18. กรมควบคุมมลพิษ. (ร่าง) รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2557. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pcd.go.th/public/News/Files/Draft580318-1.pdf> กรุงเทพฯ: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
19. สุจิตรา วาสนาดำรงดี. สถานการณ์ปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์. [อินเทอร์เน็ต]; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hsm.chula.ac.th/news/สถานการณ์ขยะอิเล็กทรอนิกส์.pdf> สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
20. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. รายงานผลการศึกษา เรื่อง การศึกษาระดับสารตะกั่วในเลือดและปัจจัยเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ผู้ปกครองทำงานสัมผัสสารตะกั่ว. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2556; 37-38.
21. ไทยพับลิก้า. กรณีบ่อขยะ “แพรกษา” สู่วาระแห่งชาติ การจัดการขยะของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaipublica.org/2014/08/praksa-1/>
22. ไทยพับลิก้า. งานวิจัยสีน้ำมันปลดสารตะกั่วของไทย 68 ยี่ห้อปนเปื้อนเกินค่ามาตรฐานอุตสาหกรรมราชวิทยาลัยกุมารแพทย์. [อินเทอร์เน็ต]; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaipublica.org/2013/10/asia-lead-paint-elimination-project/>

บรรณานุกรม

23. กรมควบคุมโรค. ผลการวิเคราะห์ระบบการเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีซี จำกัด; 2558; 201-203.

บทที่ 13 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติในประเทศ

1. MacFarlane C, Benn CA. Evaluation of emergency medical services systems: a classification to assist in determination of indicators. Emergency medicine journal : EMJ. 2003 Mar; 20(2):188-91. PubMed PMID: 12642542. Pubmed Central PMCID: 1726053.
2. Sarlin E, Alagappan K. International EMS development. In: Tintinalli JE, Cameron P, Holliman CJ, editors. EMS: A practical global guidebook. USA: People's Medical Publishing House; 2010. p. 9-18.
3. <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2011/12/13/world-bank-supports-thailands-post-floods-recovery-effort>
4. กมลทิพย์ แซ่เล่าและคณะ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.; 2553.
5. ประจักษ์วิชัย เลื่อนาคและไพโรจน์ บุญศิริคำชัย. รายงานประจำปี 2555 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: พิจิตรการพิมพ์; 2556.
6. สัญชัย ชาสสมบัติและคณะ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2556-2559. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.; 2556. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. "ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย" รายงานสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2556. กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส; 2557.
7. ศิริอร สินธุ์. การศึกษากำลังคนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. รัตติพิมพ์; 2558.
8. อุรา สุวรรณรักษ์และคณะ. ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย: รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2557. กรุงเทพมหานคร: ปัญญามิตรการพิมพ์; 2558.

บทที่ 14 วิวัฒนาการสาธารณสุขไทย

1. กระทรวงสาธารณสุข. เฉลิมพระเกียรติ พลเอกสมเด็จ พระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร. พระนคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2509.
2. กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ 25 ปี แห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485 - พ.ศ. 2510. พระนคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2510.
3. ก้องสกุล กวินวิภูท. การสร้างร่างกายพลเมืองไทยในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. 2481-2487. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2545.
4. จิรวัดน์ แสงทอง. ชีวิตประจำวันของชาวสยามใน กรุงเทพฯ พ.ศ. 2426-2475. วิทยานิพนธ์ อักษรศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
5. จรรย์ เกร็นพงษ์, บรรณาธิการ. ประวัติการแพทย์สมัยกรุงรัตนโกสินทร์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2525.
6. ชาลวิทธี เกษตรศิริ และ อารังศักดิ์ เพชรเลิศอนันต์. ปฎิวัติ 2475. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์; 2547.
7. ซิมเมอร์แมน, คาร์ล ซี. การสำรวจเศรษฐกิจในชนบทแห่งสยาม. แปลโดย ซิม วีระไวทยะ. พระนคร: โรงพิมพ์ศรีหงส์; 2525.
8. แกมสุข นุ่มนนท์. ยิ่งเติร์กรุ่นแรก กบฏ ร.ศ. 130. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สายธาร; 2545.
9. ทวีศักดิ์ เผือกสม. เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม ประวัติศาสตร์ การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
10. ทวีศักดิ์ เผือกสม. บรรณาธิการ. สาธารณสุขชุมชน ประวัติศาสตร์และความทรงจำ. นนทบุรี: หอจดหมายเหตุและพิพิธภัณฑ์ระบบสุขภาพไทย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2552.

บรรณานุกรม

11. อันวา วงศ์เสงี่ยม. รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ. 2475-2500. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2533.
12. นครินทร์ เมฆไตรรัตน์, การปฏิวัติสยาม พ.ศ. 2475. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์วิชาการ; 2540.
13. นภนาท อนุพงศ์พัฒน์ และคนอื่น ๆ. รอยเวลา : เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ. นนทบุรี: สุขศาลา สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ; 2556.
14. นิโกลาส์ แชรแวงส, ประวัติศาสตร์ธรรมชาติและเมืองแห่งราชอาณาจักรสยาม. แปลโดย สันต์ ท โกลบุตร. พระนคร: สำนักพิมพ์ก้าวหน้า; 2506.
15. นิยะดา เหล่าสุนทร, บรรณาธิการ. ประชุมจารึกวัดพระเชตุพน. กรุงเทพฯ: คณะสงฆ์วัดพระเชตุพน; 2544. (จัดพิมพ์เป็นที่ระลึกสมโภชเหรียญบฏ และฉลองอายุวัฒนมงคล 45 ปี พระธรรมปัญญาบดี (ถาวร ตีสานุกโร ป.ธ. ๔) เจ้าอาวาสวัดพระเชตุพน 26-27 พฤษภาคม 2544).
16. บัณฑิต ลี้ชัยชาญ. ภัยฝรั่งสมัยพระนั่งเกล้าฯ. กรุงเทพฯ: มติชน; 2550.
17. ประจักษ์ ก้องกีรติ. และแล้วความเคลื่อนไหวก็ปรากฏ : การเมืองวัฒนธรรมของนักศึกษาและปัญญาชนก่อน 14 ตุลาฯ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2548.
18. ประโชติ เปล่งวิทยา. เกษชกรรมแห่งกรุงรัตนโกสินทร์ในรอบ 200 ปี. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2526.
19. ประทีป ชุมพล. ประวัติศาสตร์การแพทย์แผนไทย. กรุงเทพมหานคร: มติชน; 2545.
20. ประเวศ วะสี. รักเมืองไทย: ภาคการสาธารณสุขเพื่อมวลชน. สมบัติ จันทร์วงศ์ และ รังสรรค์ ณะพรพันธุ์. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราฯ สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย; 2519.
21. ยุวดี ตปนิยากร. วิวัฒนาการของการแพทย์ไทยตั้งแต่สมัยเริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2522.
22. รัชชา ภูซงค์ และคนอื่นๆ. แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
23. วิวรรณ เอกกรินทรากุล. การบริหารงานสาธารณสุขในประเทศไทย พ.ศ. 2501-2520. วิทยานิพนธ์อักษรศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
24. เทรียญ ศรีจันทร์ และ เนตร พูนวิวัฒน์. ปฏิวัติ ร.ศ. 130. ญัฐพล ใจจริง บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: มติชน; 2556.
25. Becker, William H. Innovative Partners The Rockefeller Foundation and Thailand. New York: Century, New York: Oxford University Press; 2002. pp.165-180.
26. Heiser, Victor George. An American doctor's Odyssey: adventures in forty-five countries. New York : Norton; 1936.
27. Nipaporn Ratchatapattanukul. Public Health in Modern Siam: Elite Thinking, External Pressure, and Popular Attitudes. Journal of the Siam Society. 101 (2013): 177-192.
28. Porter Roy. Disease and the Historian. In Peter Burke (ed.), History and Historians in the Twentieth Rockefeller Foundation; 2013.
29. โครงการการปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ก่อนประวัติศาสตร์กับสิ่งแวดล้อมบนพื้นที่สูง ในอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) [12 กรกฎาคม, 2558]. แหล่งที่มา: http://www.highlandpangmapha_research.org/detail-of-research-projects/
30. ประวัติกระทรวงพาณิชย์ [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) [20 สิงหาคม, 2558]. แหล่งที่มา: http://www2.moc.go.th/ewt_news.php?nid=113.
31. Flexner Report. [Online] [2015, July, 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Flexner_Report.

รายนามคณะกรรมการดำเนินงาน การจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย 2554 - 2558

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย 2554 - 2558 ประกอบด้วย

1.1	นายสุวิทย์	วิบูลผลประเสริฐ	รองประธานมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ	ที่ปรึกษา
1.2	นายสุรเชษฐ์	สถิตินิรามัย	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รักษาราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
1.3	นายอำนาจ	กาจينة	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน
1.4	นายอำพล	จินดาวัฒน์	เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
1.5	นายวิโรจน์	ตั้งเจริญเสถียร	ที่ปรึกษาสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ	กรรมการ
1.6	นายศุภกิจ	ศิริลักษณ์	ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรมป้องกัน	กรรมการ
1.7	นายยงยุทธ	วงศ์ภิมรมย์ศานต์	นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
1.8	นายกำจัด	รามกุล	หัวหน้าสำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
1.9	นายกฤษดา	เรืองอารีย์รัชต์	ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
1.10	นางเนตรนภิส	สุขนวนิช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	กรรมการ
1.11	นายภูษิต	ประคองสาย	ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุข ระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
1.12	นายโกมาตร	จึงเสถียรทรัพย์	ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคม และสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
1.13	นายทักษพล	ธรรมรังสี	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
1.14	รศ.ดร.ชื่นฤทัย	กาญจนะจิตรา	มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
1.15	นายสมยศ	ศรีจารนัย	ผู้อำนวยการสำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ เลขานุการ
1.16	นางทับทิม	ทองวิจิตร	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
1.17	นางประทีป	อัครภูมิ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
1.18	นางสาวอารี	สุทธิอาจ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

รายนามคณะกรรมการดำเนินงาน การจัดทำรายงานการสาธารณสุขไทย 2554 - 2558

2. คณะกรรมการดำเนินงานรายงานการสาธารณสุขไทย 2554 - 2558 ประกอบด้วย

2.1	นายสมยศ	ศรีจารนัย	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ประธาน
2.2	นายภูษิต	ประคองสาย	ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รองประธาน
2.3	นายชาญวิทย์	วสันต์ธนารัตน์	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
2.4	นายพินิจ	ฟ้าอำนวยผล	ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ	กรรมการ
2.5	นายอานนท์	จันทวิช	ผู้อำนวยการสำนักสถิติเศรษฐกิจสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
2.6	นายยศ	ติระวัฒนานนท์	หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและ นโยบายด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
2.7	นางสาวกนิษฐา	บุญธรรมเจริญ	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์	กรรมการ
2.8	นางสาวพรทิพย์	ศิริภานุมาศ	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมควบคุมโรค	กรรมการ
2.9	นายสีบพงษ์	ไชยพรรค	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมอนามัย	กรรมการ
2.10	นางสุภาพ	ไชยนิตย์	สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์	กรรมการ
2.11	นางสาววรางคณา	อ่อนทรวง	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
2.12	นางภาวนา	อังคสิทธิ์	ผู้อำนวยการกองแผนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	กรรมการ
2.13	นายขวัญชัย	วิศิษฐานนท์	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
2.14	นายชาพล	รัตนพันธ์	ผู้อำนวยการกองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา	กรรมการ
2.15	นางสาวเบญจมาศ	พุกฤษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	กรรมการ
2.16	นางทับทิม	ทองวิจิตร	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ เลขานุการ
2.17	นางประทีป	อัศวภูมิ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
2.18	นางสาวอารี	สุทธิอาจ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
2.19	นางศรุตดา	เสนพงษ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

การสาธารณสุขไทย 2554-2558

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิทบทวนบทความ

นายแพทย์สุวิทย์	วิบูลผลประเสริฐ
นายแพทย์วิชัย	โชควิวัฒน์
นายแพทย์อำพล	จินดาวัฒน์
นายแพทย์ศุภมิตร	ชุนท์สุทธิวัฒน์
นายแพทย์ศุภกิจ	ศิริลักษณ์

รายนามผู้จัดทำเฉพาะบท

- บทที่ 1 พระราชจักรีวงศ์และการสาธารณสุขไทย
โดย ทีมบรรณาธิการ
- บทที่ 2 พระราชกรณียกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
โดย ดร.วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย
- บทที่ 3 กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพไทย
โดย นายแพทย์อำพล จินดาวัฒน์ นายแพทย์สมยศ ศรีจารนัย
อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา ดร.พิชญากัสสร วรรณศิริกุล และทีมบรรณาธิการ
- บทที่ 4 สถานการณ์แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
โดย นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์ และ ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร
- บทที่ 5 สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนไทย
โดย ดร.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ
- บทที่ 6 ระบบสุขภาพของประเทศไทย
โดย นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และทองดี มุ่งดี
- บทที่ 7 ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย
โดย นายแพทย์พินิจ ฟ้าอำนาจผล
- บทที่ 8 ผลสัมฤทธิ์และความท้าทายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย
โดย นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย
- บทที่ 9 ความพร้อมด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในประชาคมอาเซียน
โดย นายแพทย์จิโรจ สินธวานนท์
- บทที่ 10 ประเทศไทยกับการพัฒนาระบบสุขภาพโลก (Global Health)
โดย นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ และ นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

การสาธารณสุขไทย 2554-2558

รายนามผู้จัดทำเฉพาะบท

บทที่ 11	โรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศไทย โดย แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน และคณะ
บทที่ 12	สิ่งแวดล้อมและสุขภาพคนไทย โดย นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตน์พฤษ
บทที่ 13	ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติในประเทศ โดย นายแพทย์ภูมินทร์ ศิลาพันธ์ และ อูรา สุวรรณรักษ์
บทที่ 14	วิวัฒนาการสาธารณสุขไทย โดย นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์
บทที่ 15	ข้อมูลพื้นฐานประเทศไทย โดย ทีมบรรณาธิการ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

แพทย์หญิงมานิตา พรรณวดี

คณะผู้จัดทำ

นางสาววิวรรณ	จารุพรประสิทธิ์
นางสาวอารี	สุทธิอาจ
นางเบญญาภา	ศิริรัตน์
นางประทีป	อัสวภูมิ