

บทที่ 4

สถานการณ์แนวโน้มของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

4.1. สถานการณ์แนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

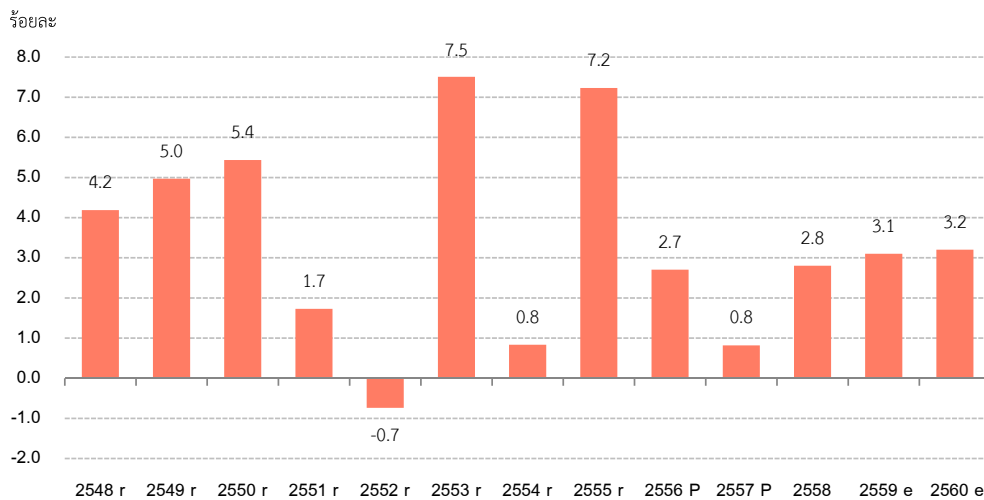
1) การเติบโตทางเศรษฐกิจ

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



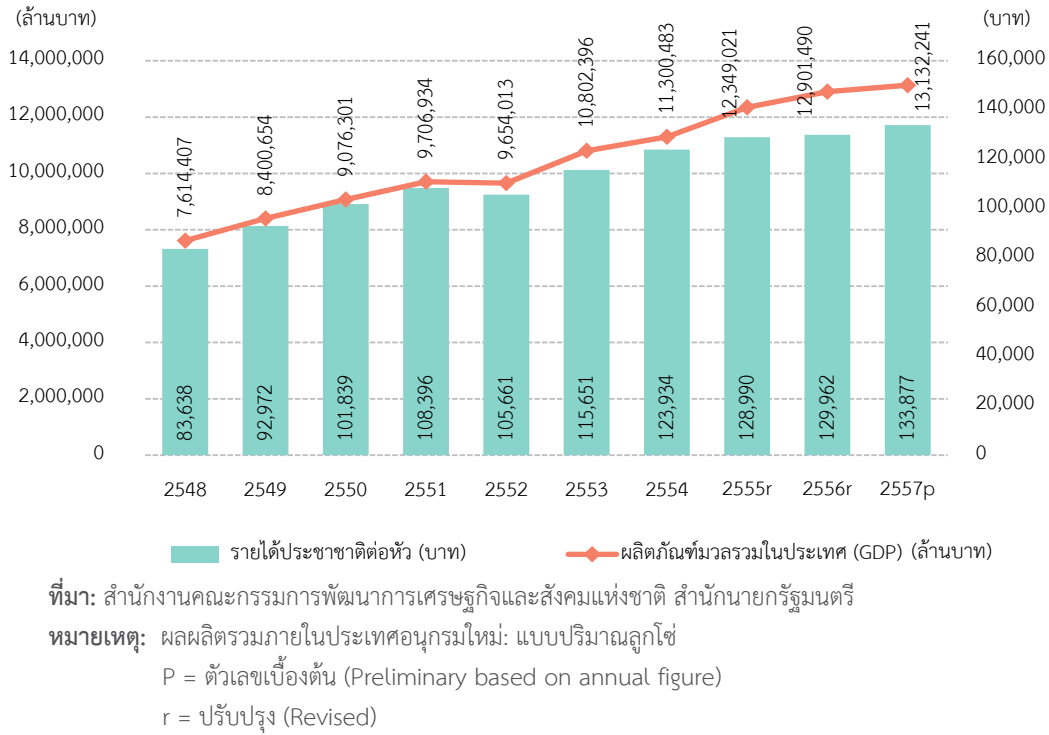
ที่มา: 1) พ.ศ. 2549 - 2557 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี โดย มีการปรับปรุงข้อมูลย้อนหลังถึงปี 2548)
 2) พ.ศ. 2558 - 2560 ธนาคารแห่งประเทศไทย

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

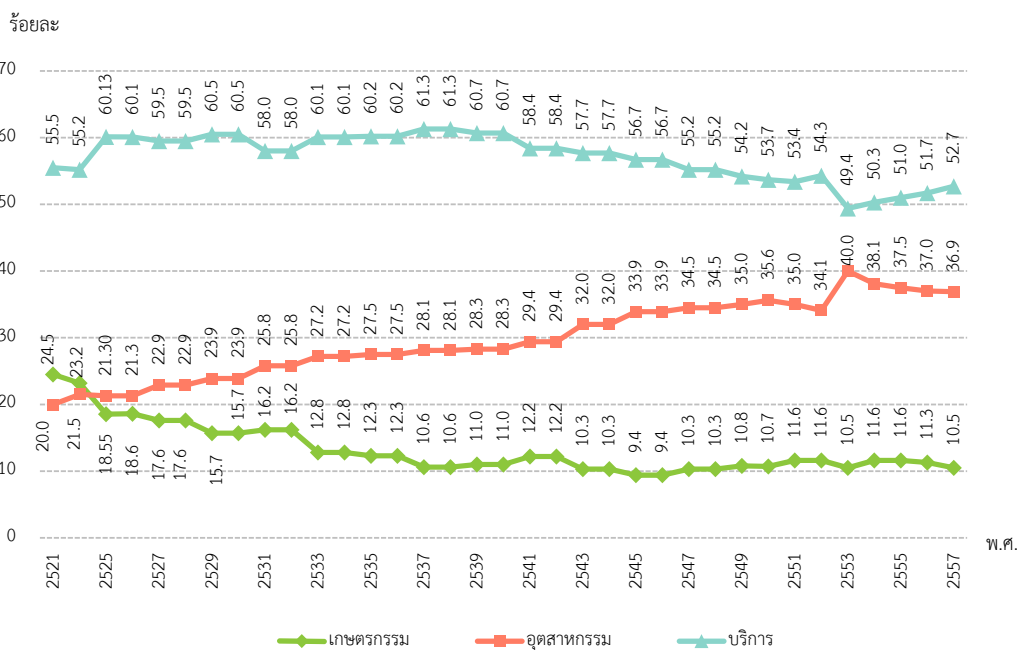
ภาพที่ 4.2 ผลผลิตมวลรวมในประเทศและรายได้ประชาชาติต่อหัว พ.ศ. 2548 – 2557



2) โครงสร้างทางเศรษฐกิจ

โครงสร้างทางเศรษฐกิจที่สำคัญ พบว่า ภาคบริการ มีสัดส่วนสูงสุด รองลงมา คือ ภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรม ตามลำดับ โดยภาคอุตสาหกรรมมีสัดส่วนแนวโน้มในการผลิตเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 เป็นต้นมา ในขณะที่ภาคบริการและภาคเกษตรกรรมมีแนวโน้มการผลิตลดลง

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

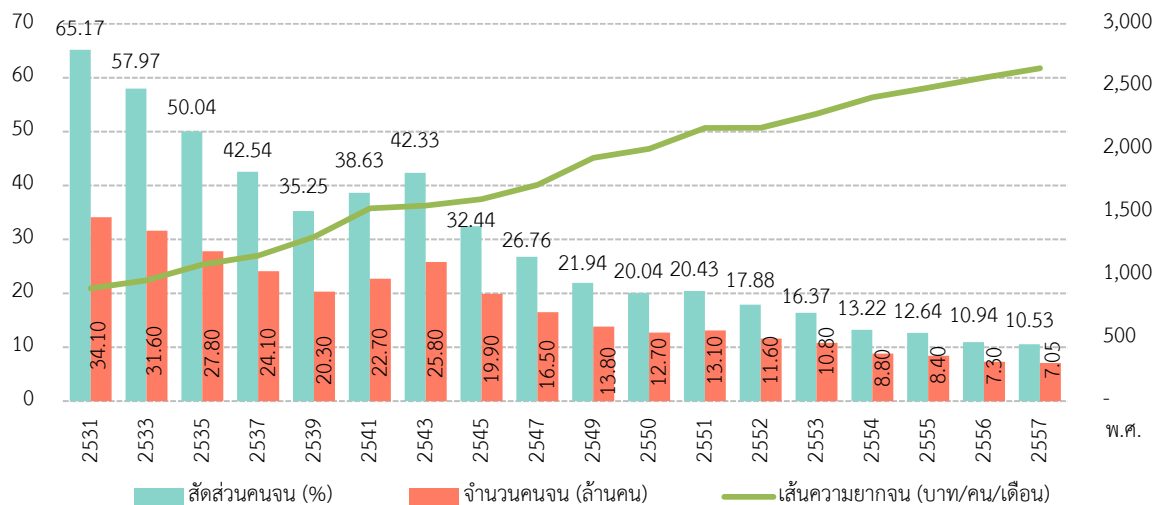


3) การกระจายรายได้และความยากจน

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

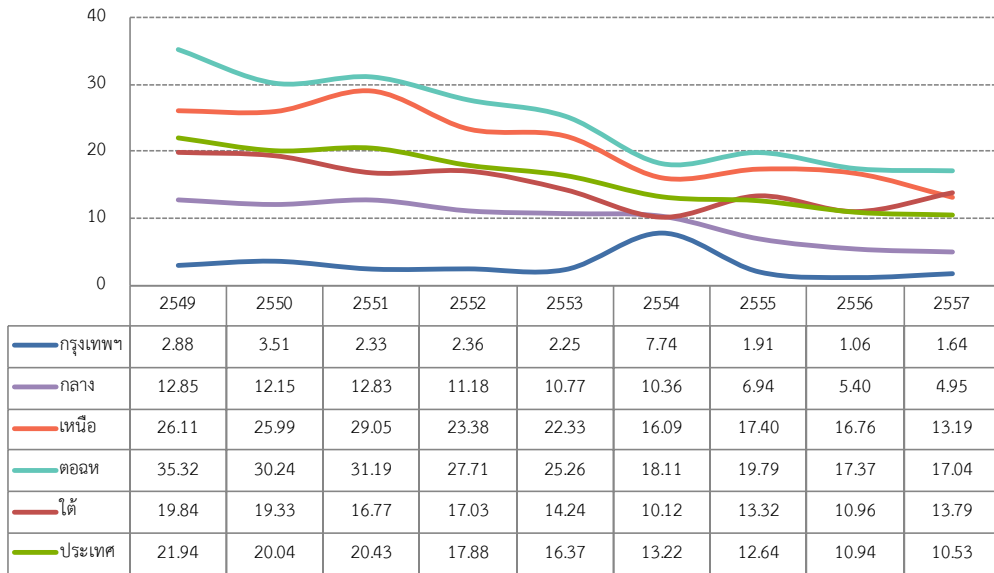
ภาพที่ 4.4 สัดส่วนคนจน จำนวนคนจน เส้นความยากจน (วัดจากรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค) พ.ศ. 2531 - 2557



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

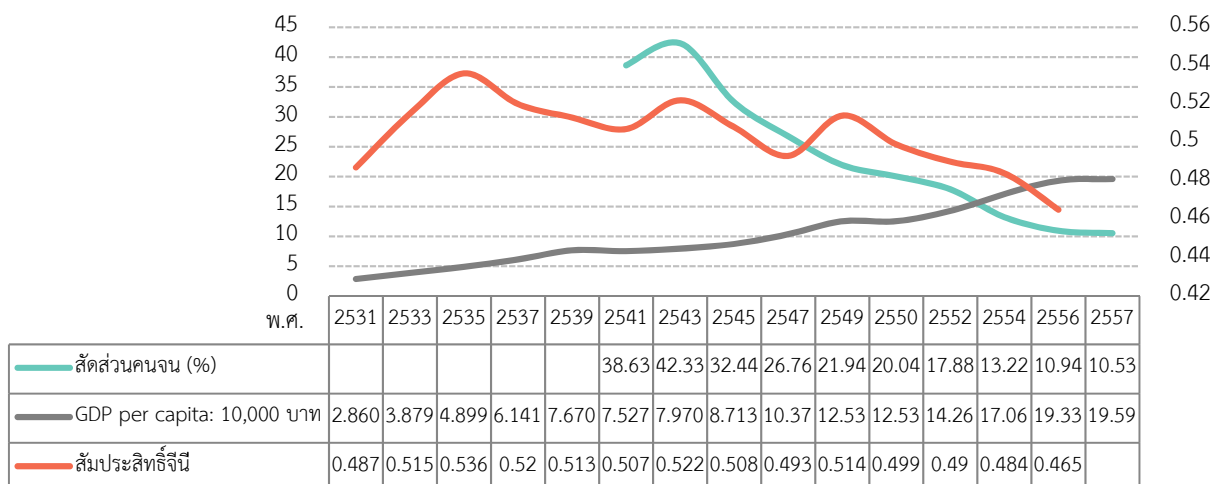


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

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

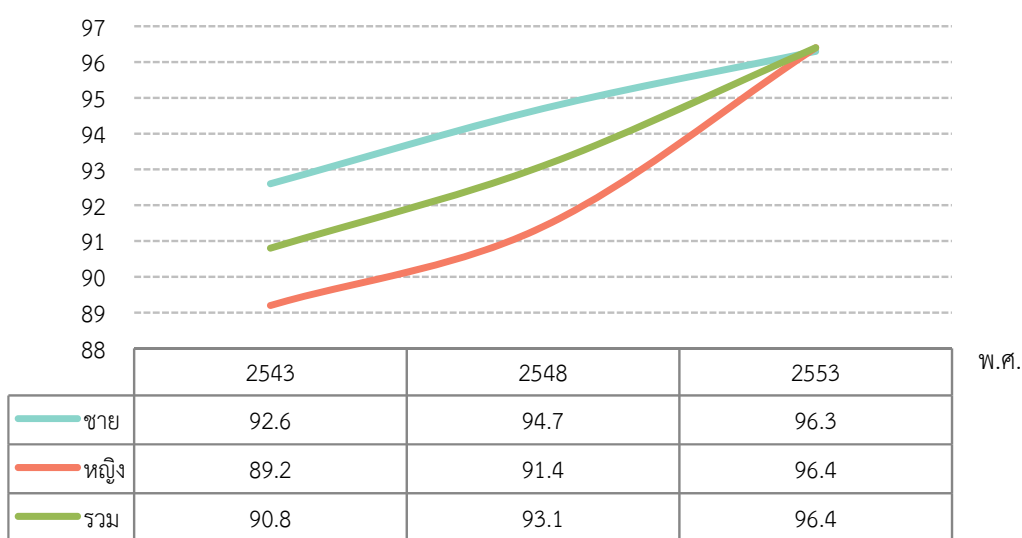
4.2.1 ความรู้ความสามารถและทักษะของคนไทย

1) อัตราการรู้หนังสือ

อัตราการรู้หนังสือ เป็นความสามารถในการอ่าน เขียน และทำความเข้าใจกับข้อความง่ายๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยครอบคลุมถึงทักษะในการอ่าน การเขียน ซึ่งหมายถึง อัตราส่วนของคนที่มีความรู้ 6 ปีขึ้นไป ที่สามารถอ่านและเขียนได้อย่างน้อยหนึ่งภาษาต่อจำนวน

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

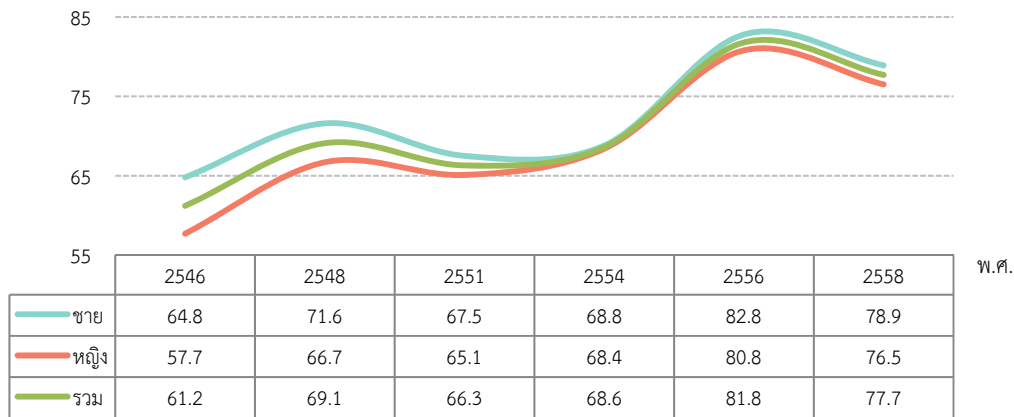


- ที่มา: 1) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

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 หน้า13

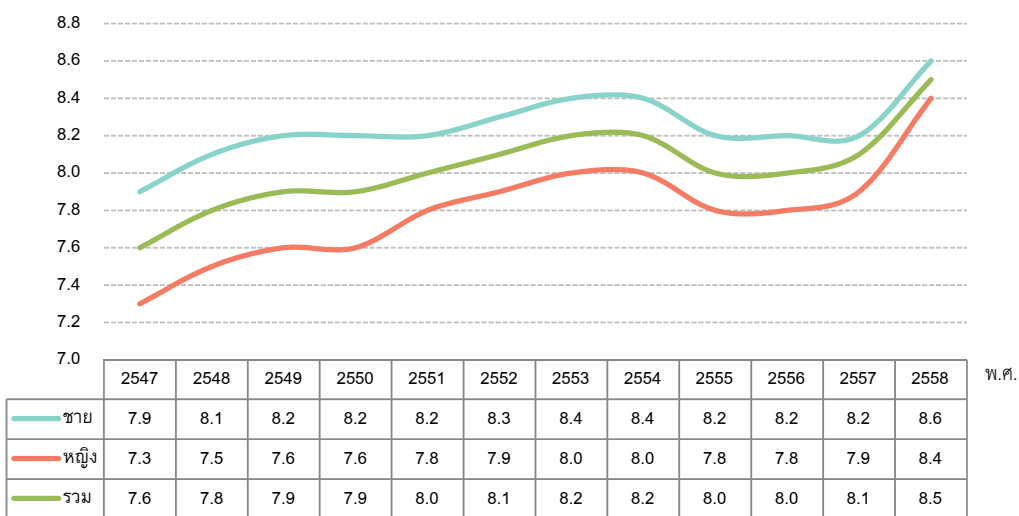
หมายเหตุ: การอ่าน หมายถึง การอ่านหนังสือหรือบทความทุกประเภท นอกเวลาเรียน/นอกเวลาทำงาน/ช่วงเวลาพัก ทั้งที่เป็นรูปเล่ม/เอกสาร หรือ การอ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ทั้งที่มีการเชื่อมต่อและไม่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต รวมถึง การอ่านผ่านสื่อสังคมออนไลน์ (เช่น Facebook Line Instagram Twitter ฯลฯ) SMS E-mail ยกเว้น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

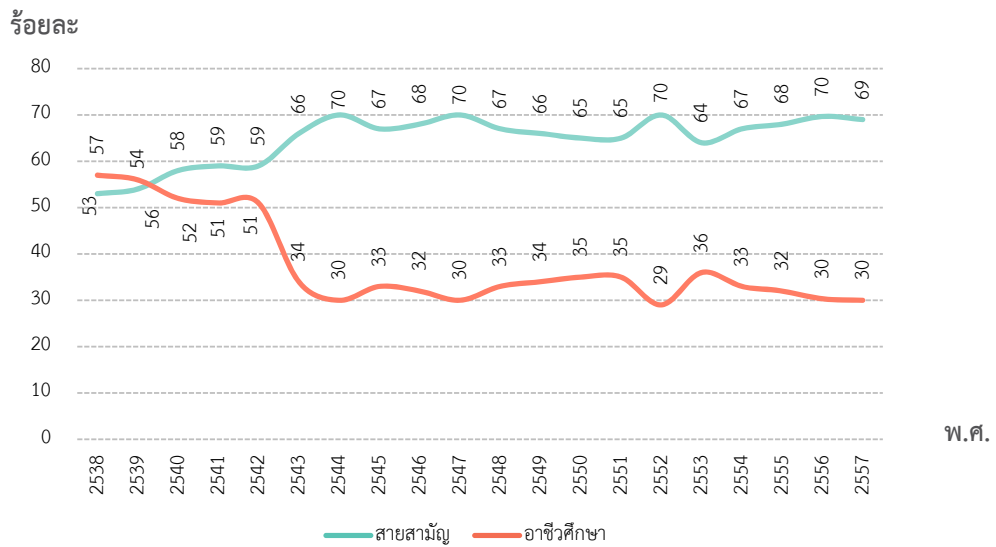
ผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ตอนปลายสายสามัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 69 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่ผู้สำเร็จการศึกษาจากอาชีวศึกษา พบแนวโน้ม ลดลงจากร้อยละ 48 ในปี พ.ศ. 2535 เป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2557

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



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา คำนวณจากข้อมูลตัวอย่างการสำรวจภาวะการทำงาน of ประชากรที่ราชอาณาจักร รอบที่ 3 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ 4.10 สัดส่วนผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญและผู้สำเร็จการศึกษาจากอาชีวศึกษา
ปีการศึกษา 2538 – 2557



ที่มา: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

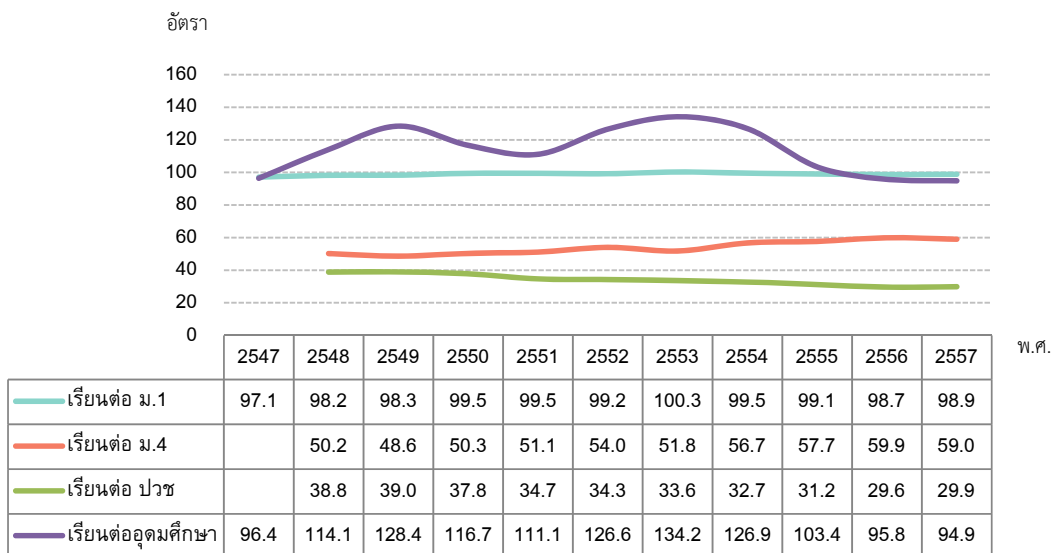
4.2.2 โอกาสทางการศึกษา

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)

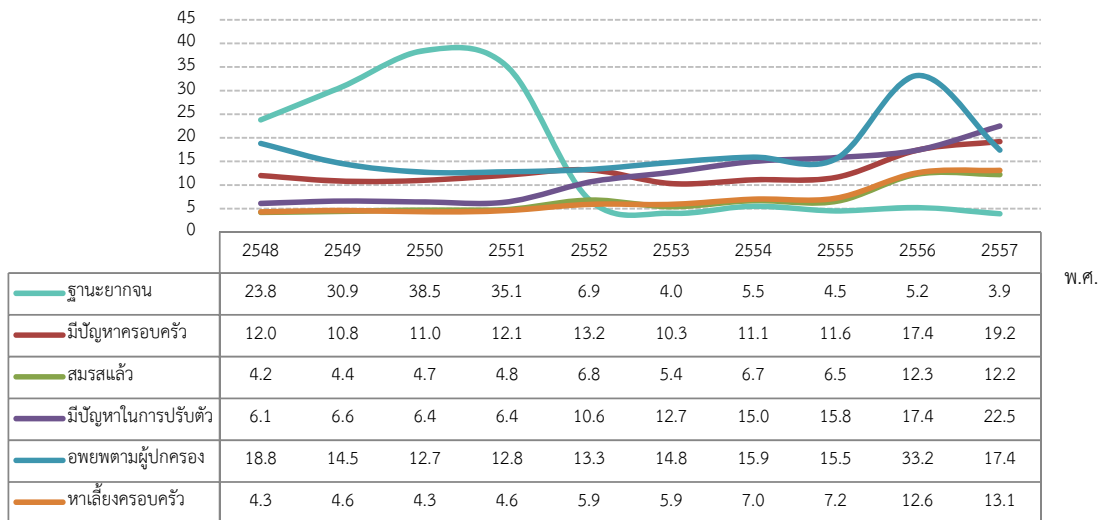
ภาพที่ 4.11 อัตราการเรียนต่อปีการศึกษา 2547 – 2557



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



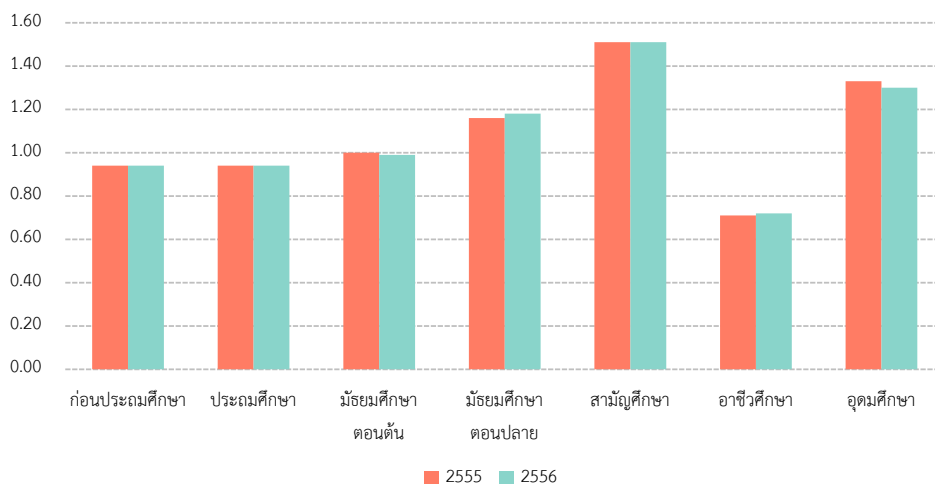
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.)
 หมายเหตุ: เฉพาะนักเรียนในสังกัด สพฐ.

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

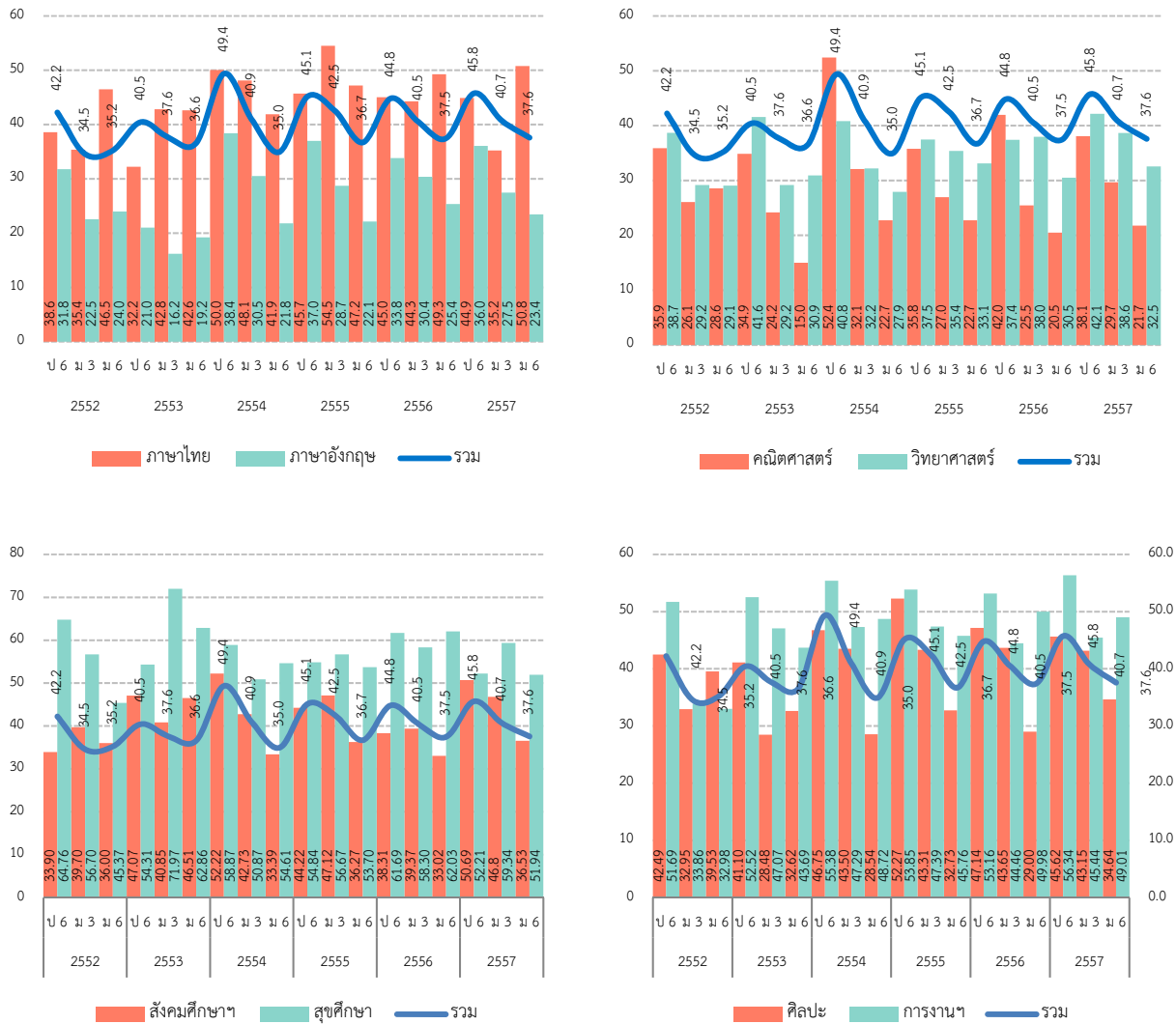
ค่าที่ต่ำกว่า 1 หมายถึง เพศหญิงมีโอกาสทางการศึกษามากกว่าเพศชาย

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

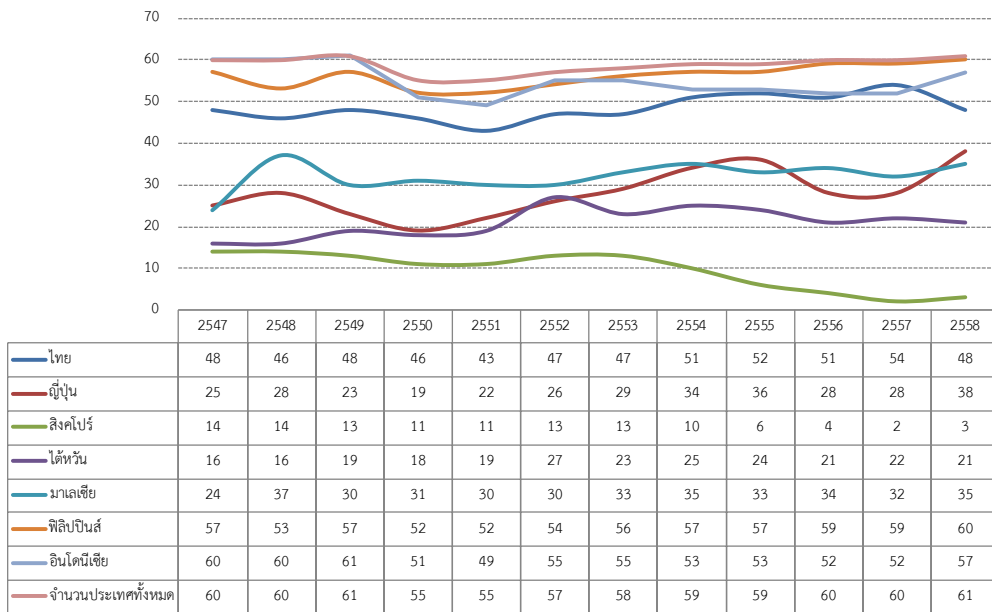


ที่มา: 1) ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
 2) สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน)
 แหล่งข้อมูล: 1) ข้อมูลปี 2552 - 2554 จาก สทศ. ยกเว้นวิชาภาษาอังกฤษของชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จาก สพฐ.
 2) ข้อมูลปี 2555 - 2557 จาก สทศ.

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

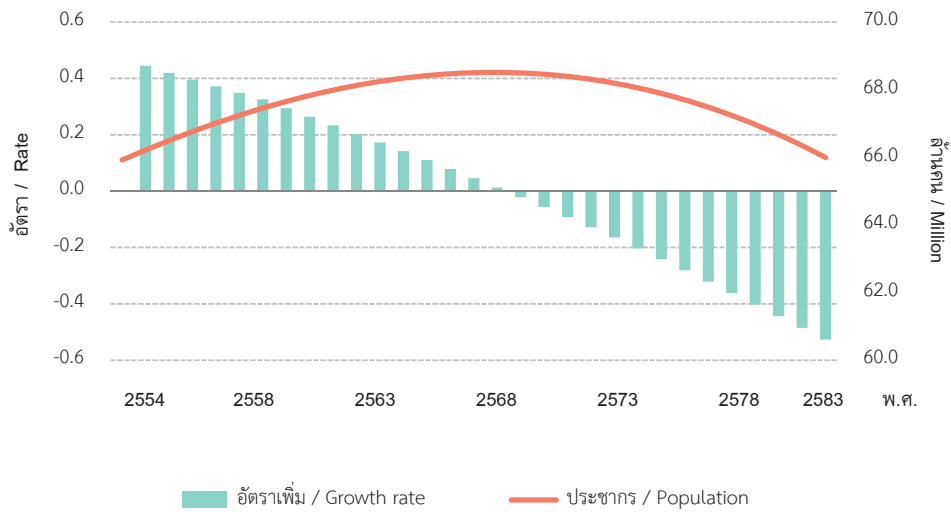
4.3 สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัวและการอพยพย้ายถิ่น

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) ที่ผ่านมามีอัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) มีแนวโน้มลดลงจากอัตรา 6.3 ในปี 2507 เป็น 1.6 ในปี 2558 และลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึง 1.3 ในปี 2583 (ภาพที่ 4.16

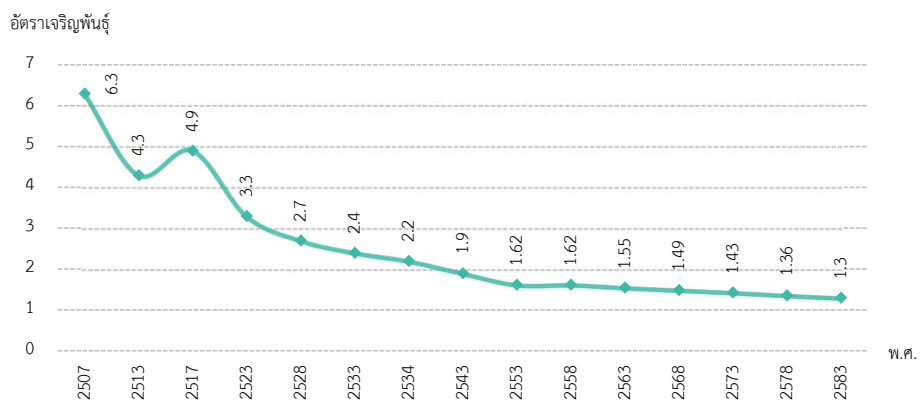
และ 4.17) จากภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย โดยเฉพาะโครงสร้างด้านอายุที่มีสัดส่วนของประชากรวัยเด็กอายุ 0-14 ปี และวัยทำงานที่ลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นจนเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย ซึ่งหมายความว่าอัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรในวัยเด็กมีแนวโน้มลดลงแต่ในกลุ่มผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้น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

ภาพที่ 4.16 การคาดประมาณจำนวนประชากรและอัตราเพิ่มของประชากร พ.ศ. 2554 - 2583



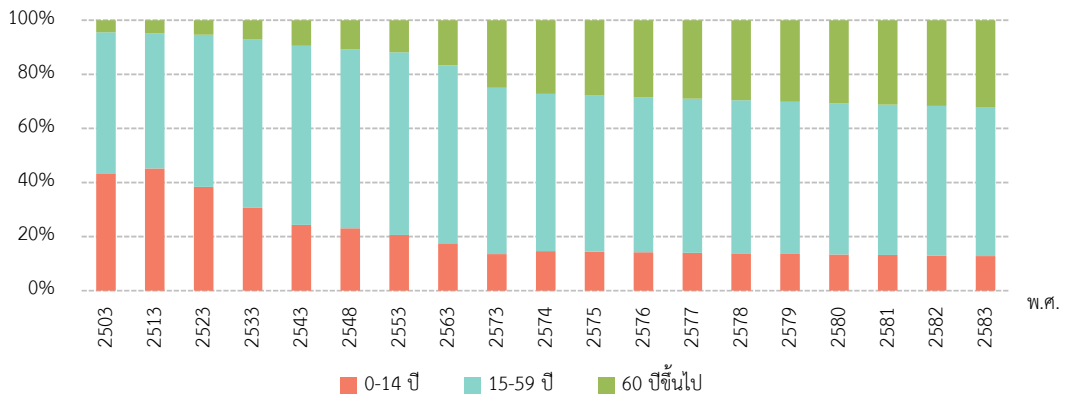
ที่มา: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาพที่ 4.17 อัตราเจริญพันธุ์รวม พ.ศ. 2507 - 2583



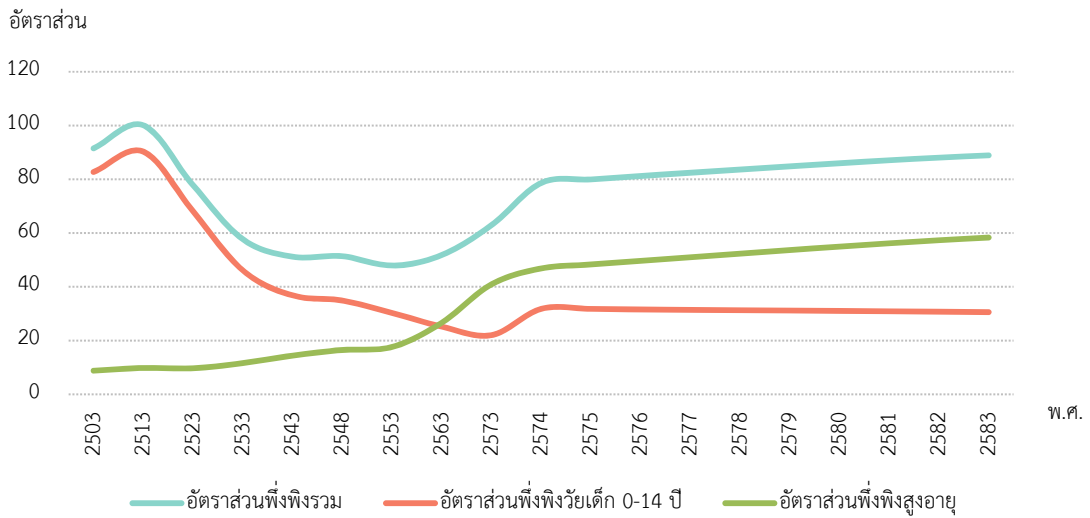
ที่มา: - พ.ศ. 2507 2517 2528 และ 2534 รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2513 2523 2533 และ 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 - พ.ศ. 2553 - 2583 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

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

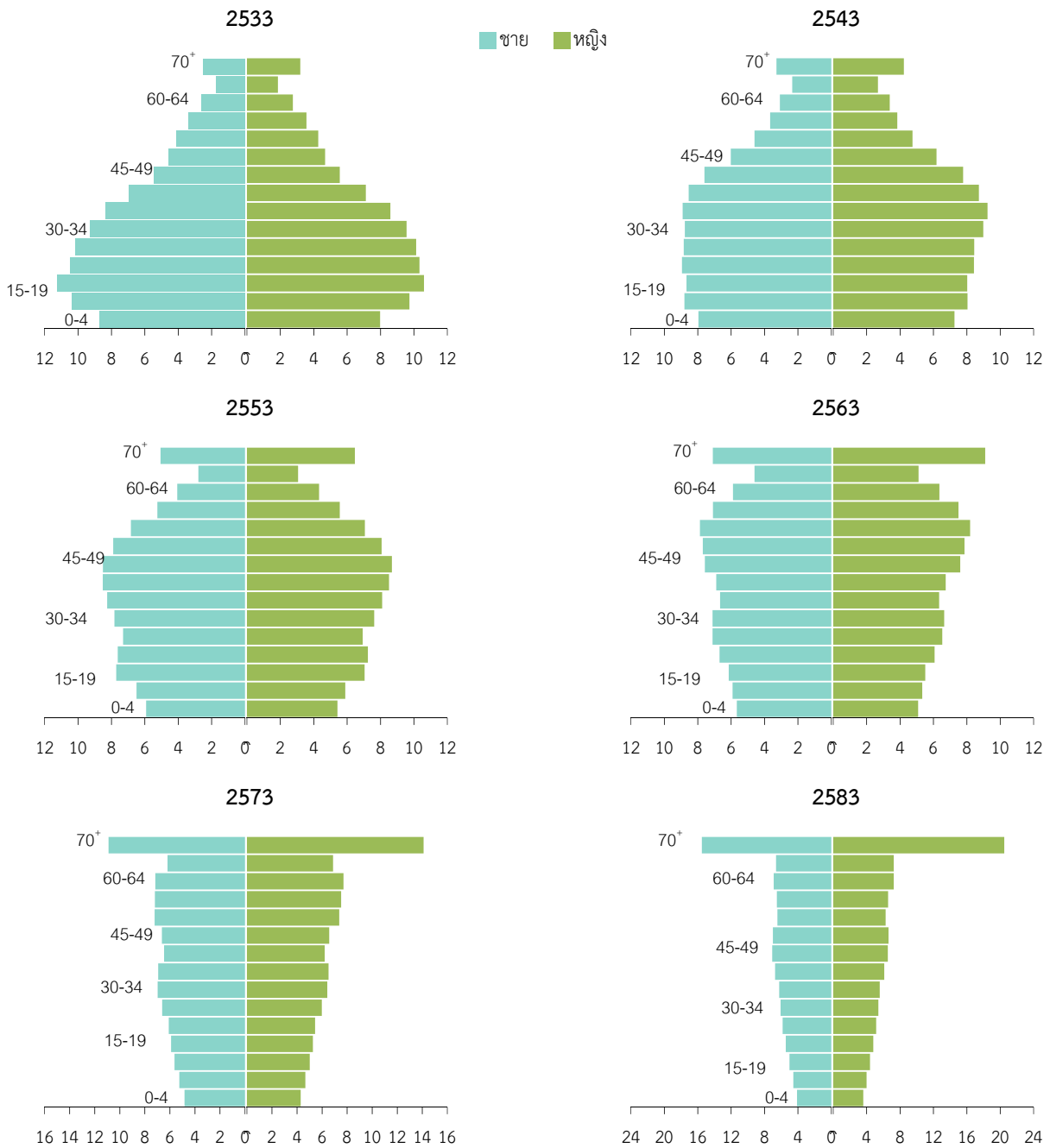


ที่มา: 1. พ.ศ. 2503 พ.ศ. 2513 พ.ศ. 2523 พ.ศ. 2533 พ.ศ. 2543 สำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 พ.ศ. 2548 ได้จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548 - 2549 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. พ.ศ. 2553 - 2583 ได้จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จากสถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนได้จาก โครงสร้างประชากรที่เคยมีฐานกว้างและยอดปิรามิดแหลม กลายเป็นปิรามิดที่มีฐานแคบและยอดปิรามิดที่กว้างขึ้นกว่าเดิม ซึ่งเป็นลักษณะที่คล้ายคลึงกับ

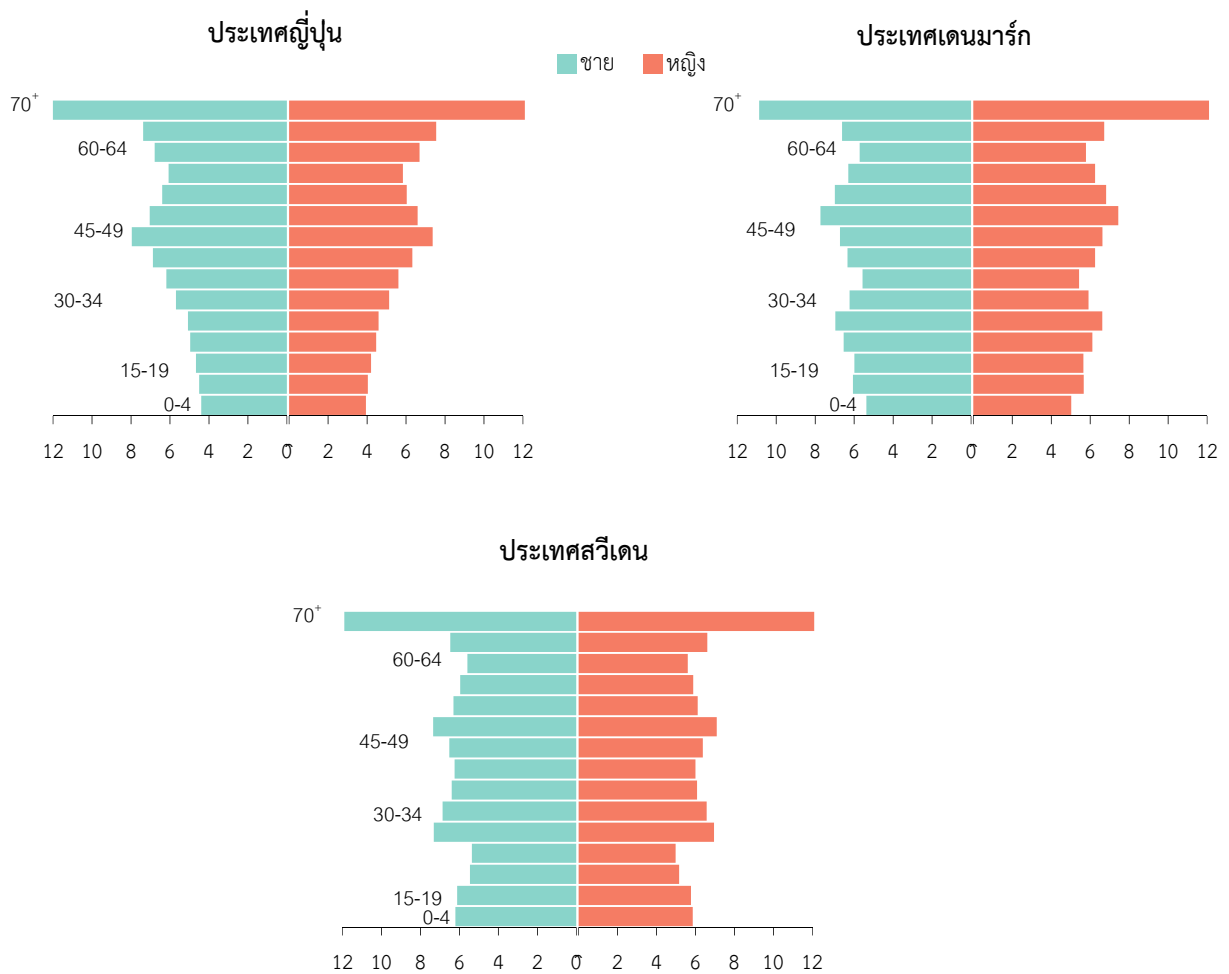
ประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศญี่ปุ่นและประเทศอื่นๆ ที่ประชากรมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงกว่า 80 ปีขึ้นไป (ภาพที่ 4.20)

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

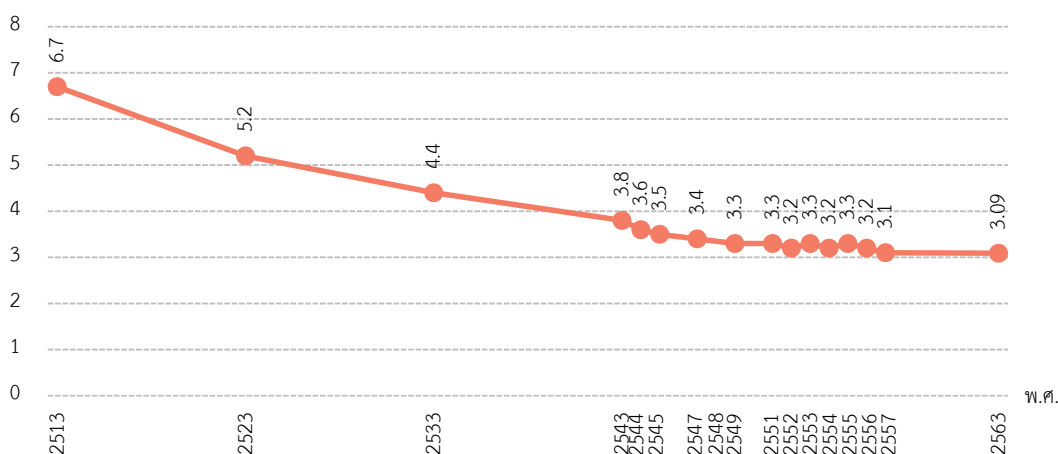
ที่มา: การสำรวจสภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

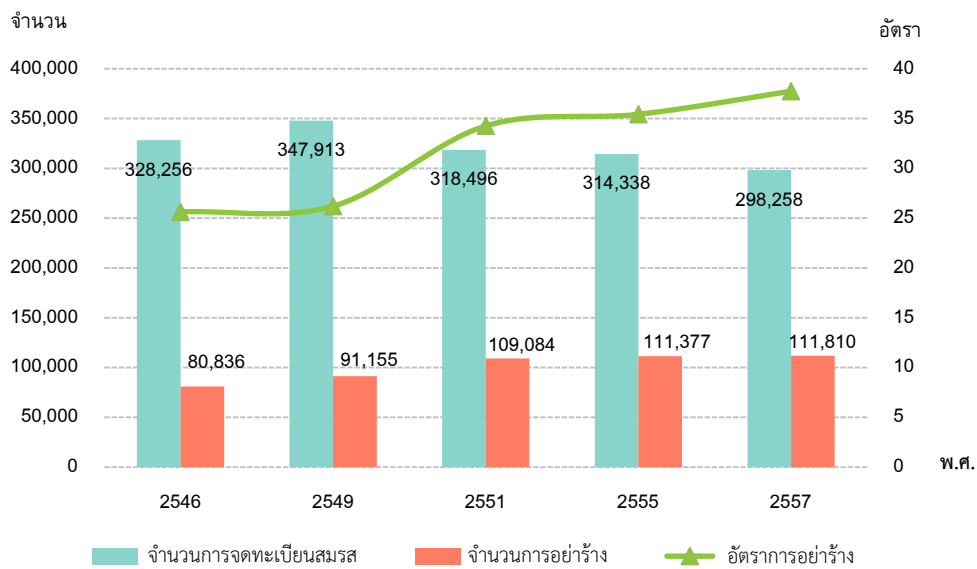
พ.ศ. 2563 รายงานผลการศึกษานโยบายเศรษฐกิจและสังคมไทย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

2) สัมพันธภาพในครอบครัว

ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ลักษณะครอบครัวมีความหลากหลายมากขึ้น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม ปัจจุบันผู้หญิงเป็นหัวหน้าครัวเรือนและทำงานนอกบ้านมากขึ้น มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างแพร่หลาย ทำให้

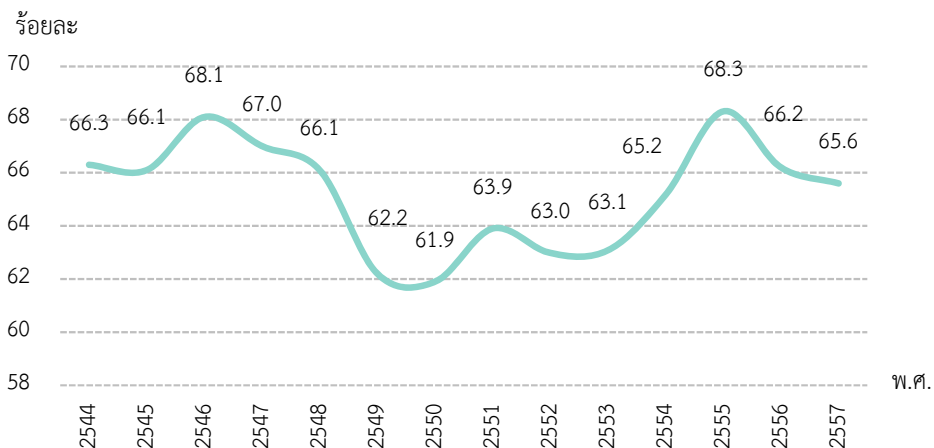
เวลาและการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของครอบครัวมีน้อยลง ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวอ่อนแอลง สะท้อนได้จากอัตราการหย่าร้างและการครองโสดที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ค่าดัชนีความอบอุ่นในครอบครัวไทยยังอยู่ในระดับต่ำที่ต้องปรับปรุง อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวอาจไม่สามารถสะท้อนความสัมพันธ์ในครอบครัวได้อย่างแท้จริง 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

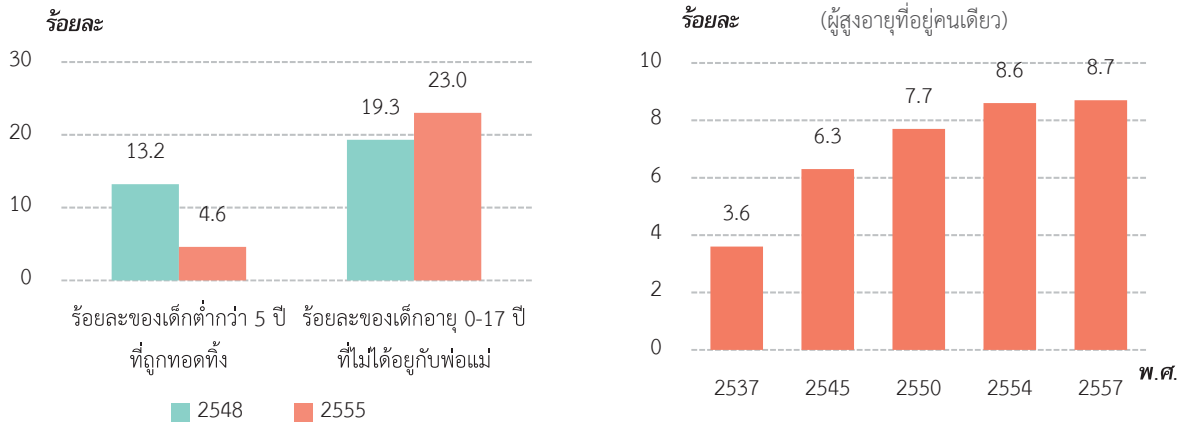
2. ระดับดีมาก=ร้อยละ 90.0-100 ระดับดี =ร้อยละ 80.0-89.9 ระดับปานกลาง = ร้อยละ 70.0-79.0 ระดับต้องปรับปรุง=69.0-59.9 ระดับ แรงแก้ไข ≤ร้อยละ 59.9

(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
เฉลี่ยราย/วัน	19		44		52		65		72		62		56		89		38	

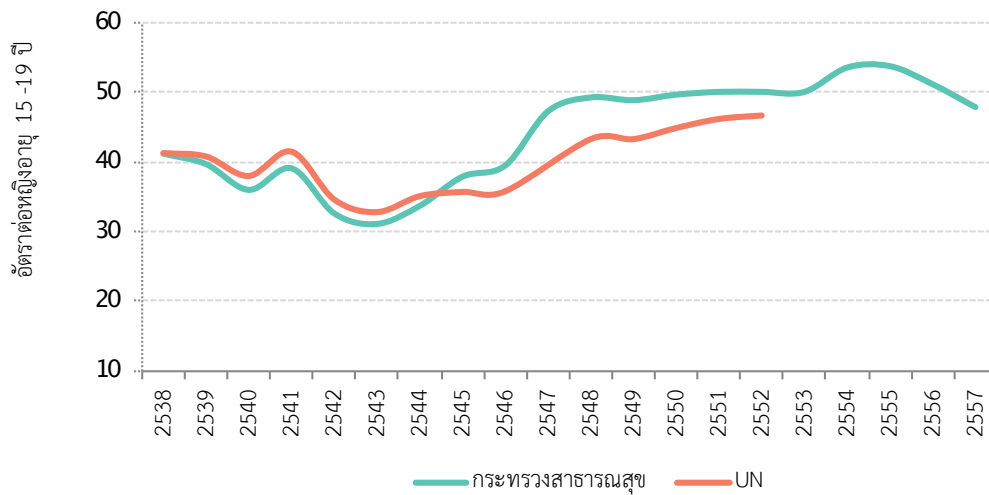
ที่มา: ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559)

(3) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ผลกระทบอีกประการหนึ่งที่เป็นภาพสะท้อนถึงความเปราะบางของครอบครัวไทย คือการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) ซึ่งเด็กที่คลอดจากมารดาที่ยังไม่พร้อมและขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองทำให้เด็กมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และส่งผลให้เด็กที่เกิดมาไม่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตามหลักพัฒนาการเด็กและมีโอกาส

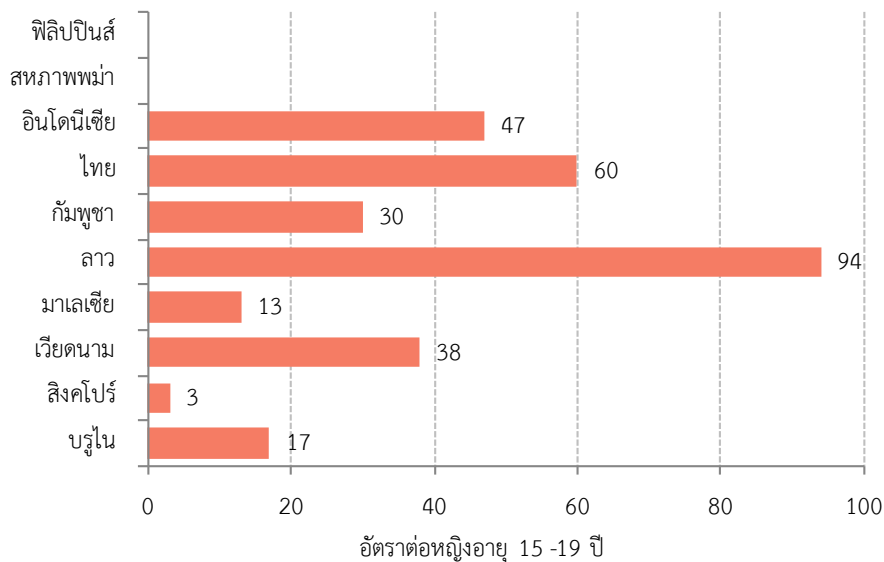
สูงที่จะกลายเป็นเด็กด้อยโอกาสหรือถูกทอดทิ้งกลายเป็นปัญหาสังคมตามมา จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขที่รายงานโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข และรายงานของ องค์การสหประชาชาติ (UN) ระบุว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ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

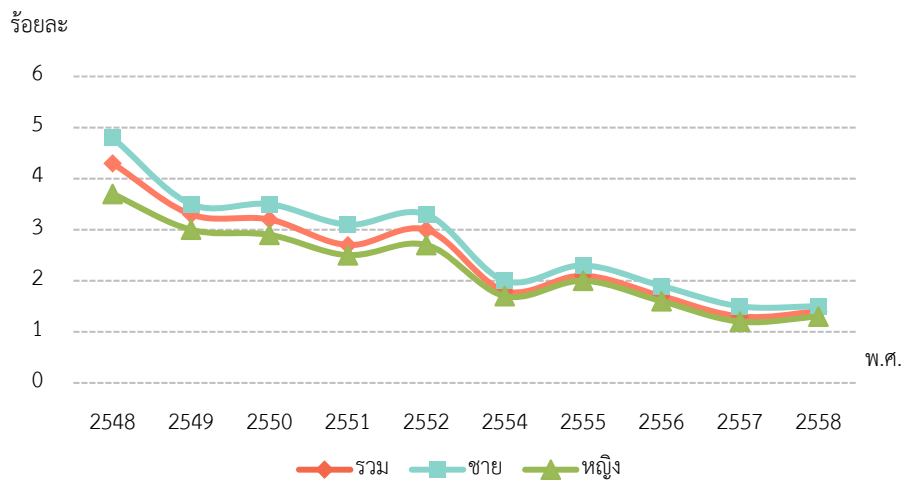
4.3.3. การอพยพย้ายถิ่น

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

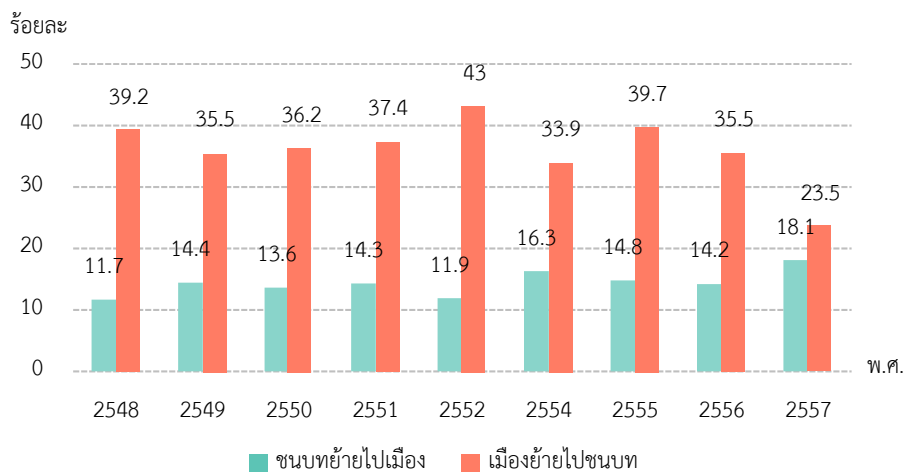
น้อยลง (ภาพที่ 4.28) อย่างไรก็ตาม ผลกระทบทางด้านสุขภาพทั้งทางกาย จิตใจและสังคมของผู้ย้ายถิ่น และสมาชิกครัวเรือนต้นทางซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้สูงอายุ ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะเด็กที่บิดามารดามีการอพยพย้ายถิ่นและอยู่ในการดูแลของปู่ย่าตายาย ซึ่งเด็กกลุ่มนี้อาจได้รับผลกระทบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและพัฒนาการที่ไม่ได้เกณฑ์มาตรฐาน 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



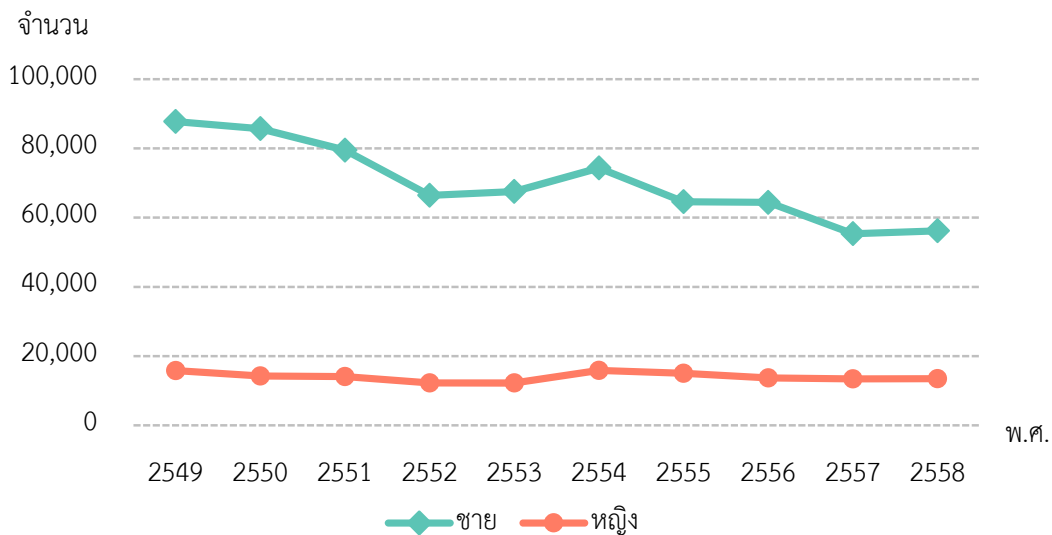
ที่มา: การสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. 2548-2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

2) การย้ายถิ่นระหว่างประเทศ

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

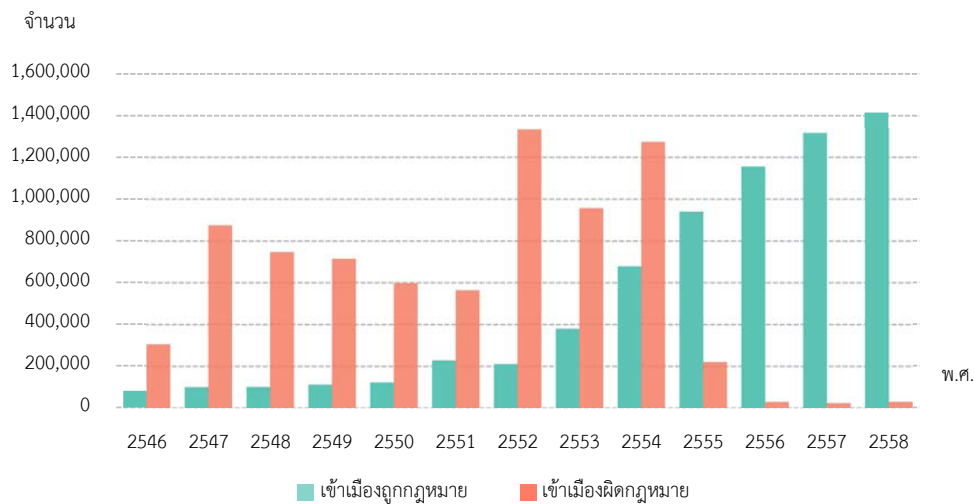
พม่า ลาว และกัมพูชา ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไทยในหลายๆ ด้าน แม้ว่ารัฐบาลไทยจะมีนโยบายปรับสถานะแรงงานข้ามชาติโดยการขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายและสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านการประกันสังคมหรือการซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่ยังมีกลุ่มแรงงานต่างชาตินอกจากนี้ที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายและไม่ได้ขึ้นทะเบียน ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพรวมทั้งยังมีโอกาสเป็นพาหะนำโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ เข้ามาในประเทศและนำโรคติดต่อที่ประเทศไทยสามารถควบคุมได้แล้วกลับมาแพร่ระบาดใหม่ 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) การมีสภาพแวดล้อมที่มีระบบนิเวศสมดุล 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)							
	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) สำหรับเส้นทางการขนส่งทางชายฝั่งโดยมากจะมีจุดต้นทางหรือจุดปลายทางอยู่ในชายฝั่งของภาคกลาง 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 ทำอากาศยานอุตะเถา นอกจากนี้ยังมีทำอากาศยานที่มีใช้ทำอากาศยานพาณิชย์อีก 20 แห่ง อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานต่างๆ เช่น กองทัพบก กองทัพอากาศ และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นต้น

1.5 โครงสร้างพื้นฐานระบบรถไฟฟ้ายานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

โครงการรถไฟฟ้าที่เปิดดำเนินการในประเทศไทยปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้แก่ การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย (รฟม.) การรถไฟฟ้าแห่งประเทศไทย (รฟท.) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) ประกอบด้วยเส้นทางการเดินรถสายต่างๆ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 โครงการรถไฟฟ้าที่ดำเนินงานในประเทศไทย

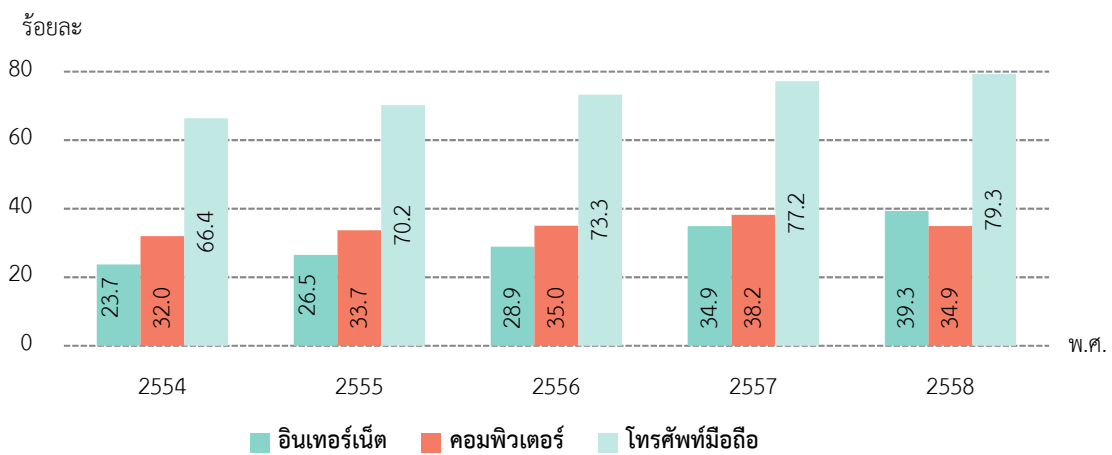
หน่วยงาน	เส้นทาง	ปีที่เปิดบริการ	สถานี		ระยะทาง	จำนวนสถานี		
			ต้นทาง	ปลายทาง		สถานียก ระดับ	สถานี ใต้ดิน	
1.กรุงเทพมหานคร (กทม.)	รถไฟฟ้าบีทีเอส สายสุขุมวิท	2542	หมอชิต (จัตุจักร)	บางรี (บางนา)	22.25	22	-	
	รถไฟฟ้าบีทีเอส สายสีลม	2542	สนามกีฬาแห่งชาติ (ปทุมวัน)	บางหว้า (ภาษีเจริญ)	14.67	13	-	
2.การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย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

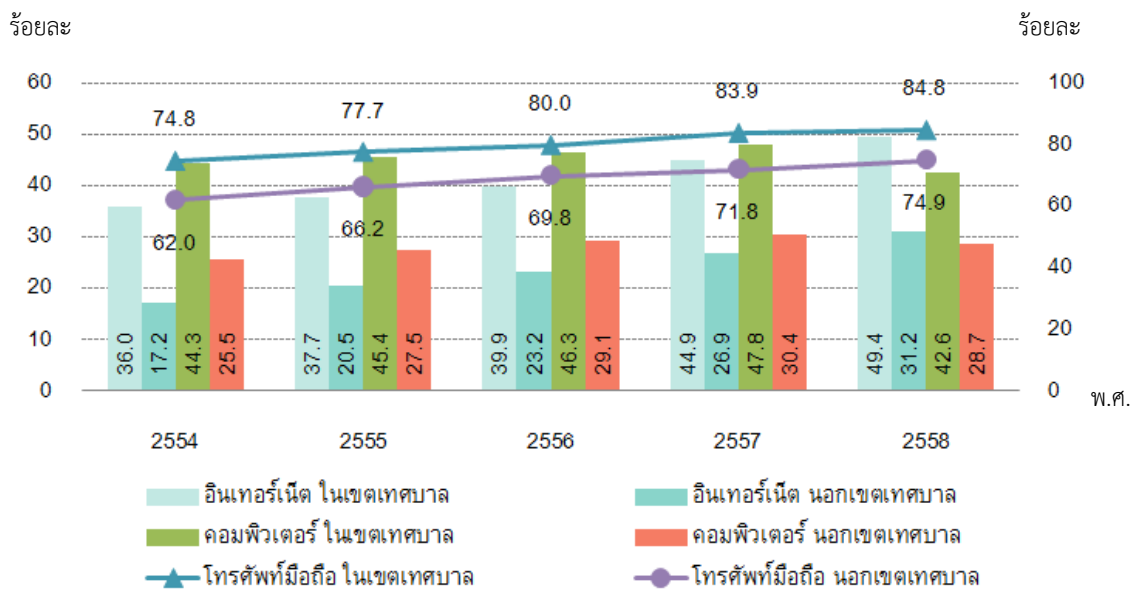
พ.ศ. 2558 ร้อยละ 34.9) และโทรศัพท์มือถือ (พ.ศ. 2554 ร้อยละ 66.4 พ.ศ. 2558 ร้อยละ 79.3) ในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ทั้งนี้แนวโน้มการใช้คอมพิวเตอร์ลดลงจากร้อยละ 38.2 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 34.9 ในปี พ.ศ. 2558 (ดังภาพที่ 4.31) โดยประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลมีการใช้อินเทอร์เน็ต คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ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

การสาธารณูปโภคเป็นบริการสาธารณะที่รัฐหรือหน่วยงานในกำกับของรัฐที่จัดทำเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับประชาชนในการดำเนินชีวิต 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.

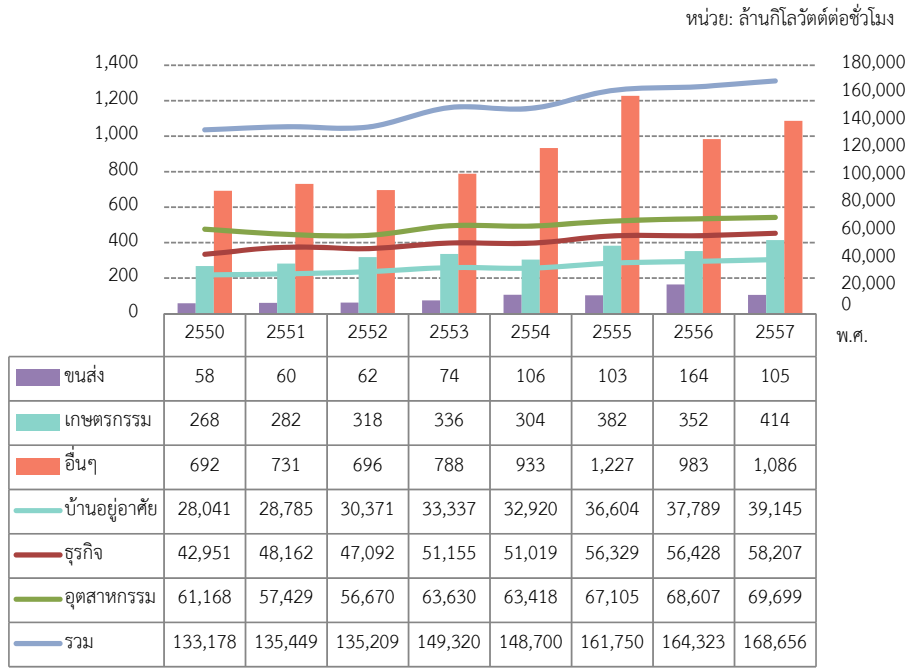
รายงานคุณภาพพลังงานของประเทศไทยปี 2557 หน้า 47. โดยรวบรวมข้อมูลจาก กฟผ. กฟน. สศช. กฟภ. ไฟฟ้าสวัสดิการสัตว์หีบบริษัท ระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) และบริษัท รถไฟฟ้ากรุงเทพ จำกัด (มหาชน)

- 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



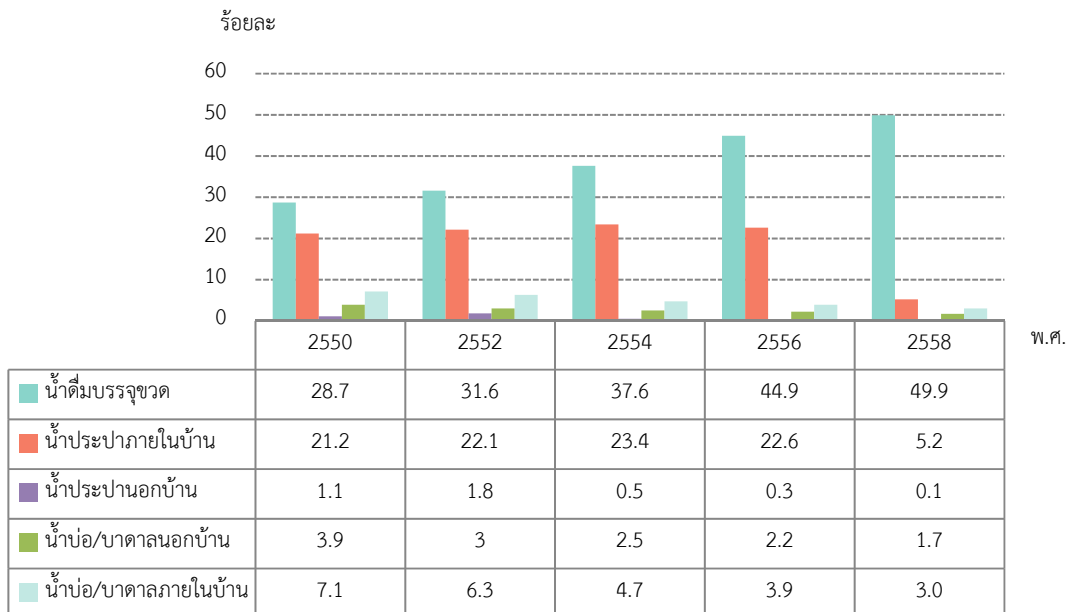
ที่มา: ศูนย์สารสนเทศข้อมูลพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน กระทรวงพลังงาน รายงานคุณภาพพลังงานของประเทศไทยปี 2557 หน้า 51. โดยรวบรวมข้อมูลจาก กฟผ. กฟน. กฟภ. ไฟฟ้าสวัสดิการสตีท บริษัทระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) บริษัท รถไฟฟ้ากรุงเทพ จำกัด (มหาชน) และแอร์พอร์ต 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 สบู่ดำสำหรับผิวหนังพุงหรือคัน กิ่งคนทาในการดูแลทำความสะอาดร่างกาย และใช้น้ำจากพลองเหมือดดูฟัน หรือเคี้ยวยอดอ่อนจะทำให้ฟันแข็งแรงทนทาน การใช้หนามแห้งหรือใบหมีสระผม เมล็ดกระทังลายมาหีบน้ำมันถวายพระเปราะหอมเพื่อใช้ทำน้ำหอมไปวัด 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 คนไทยทั่วไปมักมีความรู้พื้นบ้านในการรักษาโรคและการต่างๆ สมุนไพรที่ใช้มากในตำรับยา

สมุนไพรรักษา เช่น เหง้าชิง เปราะหอม รากระย่อม เมล็ด พงทะเลลาย เกสรบัวหลวง เป็นต้น

4.5.3 สิ่งแวดล้อม

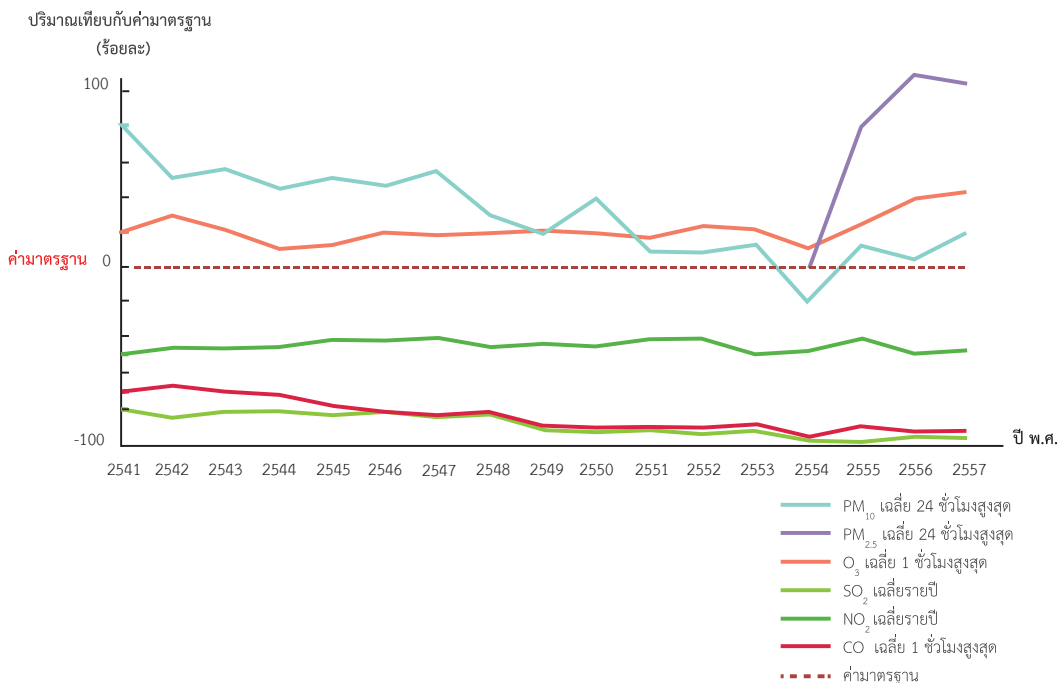
การพัฒนาอย่างเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อมุ่งสู่เศรษฐกิจสีเขียว (Green economy) เป็นการพัฒนาอย่างยั่งยืนที่คำนึงถึงเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมไปพร้อมๆกัน โดยปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่หลายประเทศเผชิญอยู่ ได้แก่ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ การแย่งชิงทรัพยากรพลังงาน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

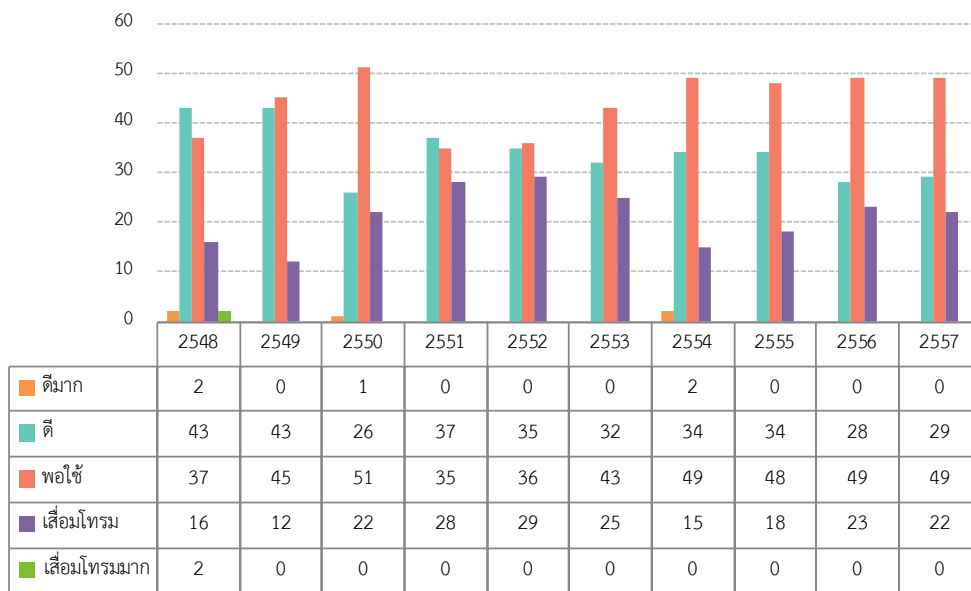
หมายเหตุ: ดัชนีชี้วัดคุณภาพอากาศ คำนวณจากสารมลพิษทางอากาศ 5 ชนิด ได้แก่ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) ก๊าซไนโตรเจนออกไซด์ (NO₂) ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ก๊าซโอโซน (O₃) และฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน เพื่อบ่งบอกระดับคุณภาพอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

2) มลพิษทางน้ำ

รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 กล่าวถึงคุณภาพน้ำจาก 3 แหล่ง คือ น้ำผิวดิน น้ำทะเลชายฝั่ง และน้ำบาดาล โดยน้ำผิวดิน ได้แก่ น้ำในแม่น้ำลำคลอง ทะเลสาบและในพื้นที่ชุ่มน้ำที่เป็นน้ำจืด สำหรับประเทศไทยมีแหล่งน้ำหลักจำนวน 52 แห่ง แบ่งเป็นแม่น้ำสายหลัก 48 แม่น้ำ และแหล่งน้ำนิ่ง 4 แห่ง โดยมีการกำหนดมาตรฐานคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดินและประเภทของแหล่งน้ำผิวดินเป็น 5 ประเภทตามการใช้ประโยชน์ ซึ่งกรมควบคุมมลพิษได้กำหนดประเภทแหล่งน้ำสำหรับแม่น้ำสายหลัก 48 แม่น้ำเพื่อเป็นเป้าหมายในการบริหารจัดการคุณภาพน้ำในแต่ละสายให้เป็นไปตามประเภทแหล่งน้ำที่กำหนด 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 ในขณะที่พื้นที่อื่น ๆ มีค่าระดับเสียงต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ 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 โดยนำกลับคืนขยะรีไซเคิลประเภทเศษแก้ว กระดาษ พลาสติก เหล็กและอลูมิเนียม ดังภาพที่ 4.39

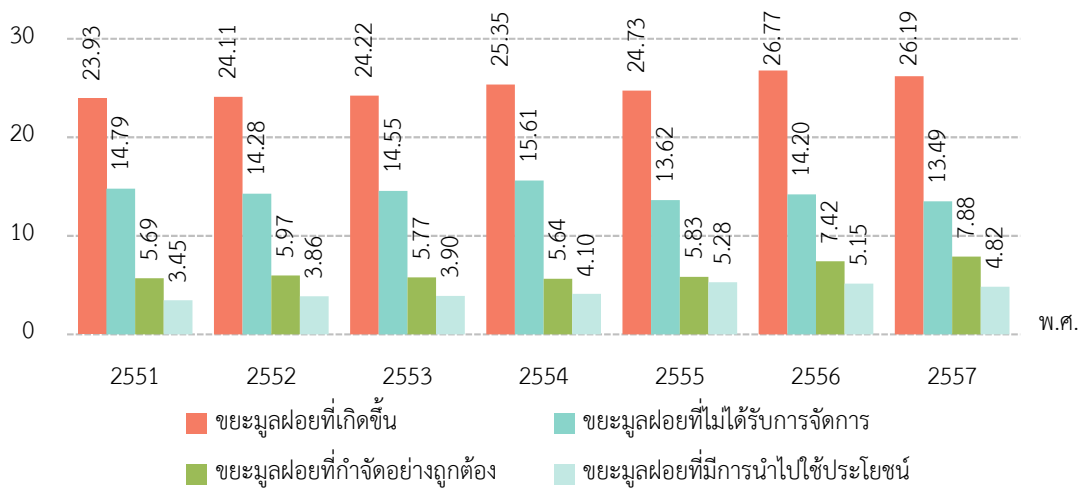
ภาพที่ 4.38 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พ.ศ. 2553 - 2557



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

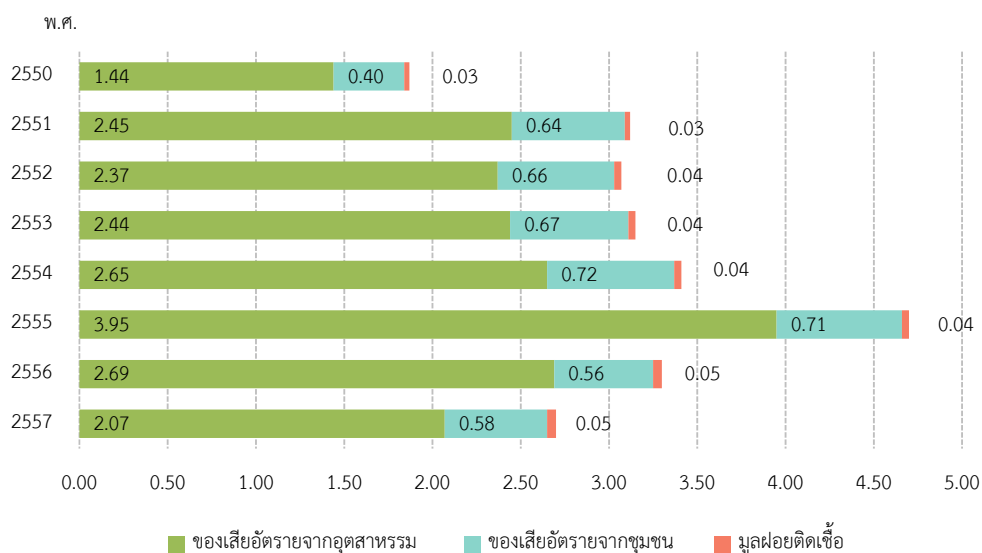
3) ข้อมูลปริมาณมูลฝอยปี 2555 มีการเปลี่ยนแปลงมาก เนื่องจากมีการปรับฐานข้อมูลใหม่

(2) ของเสียอันตราย

ของเสียอันตราย ส่วนใหญ่เป็นของเสียที่เกิดจากกิจกรรมต่างๆในชุมชน 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

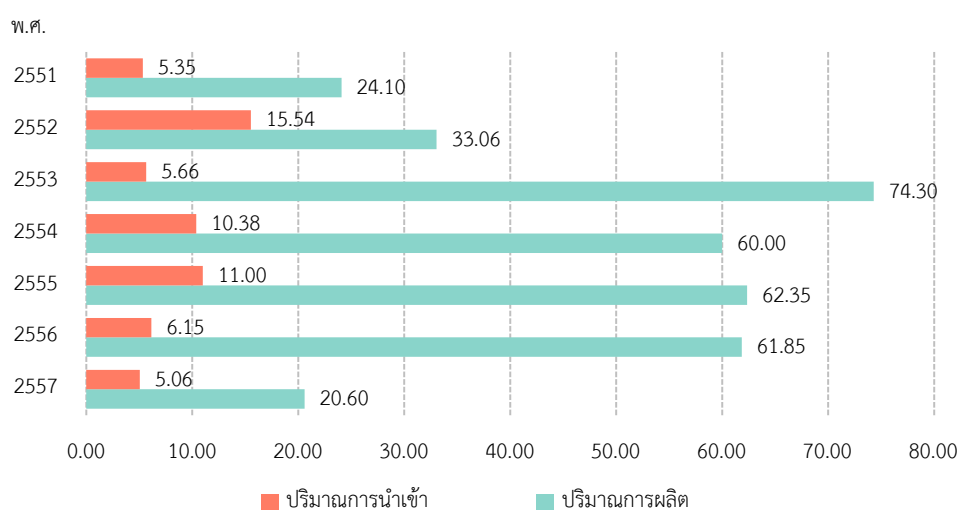
หมายเหตุ: ปี พ.ศ. 2554 ประเทศไทยประสบกับภาวะอุทกภัยจึงส่งผลต่อปริมาณของเสียอันตรายต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. 2555

(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

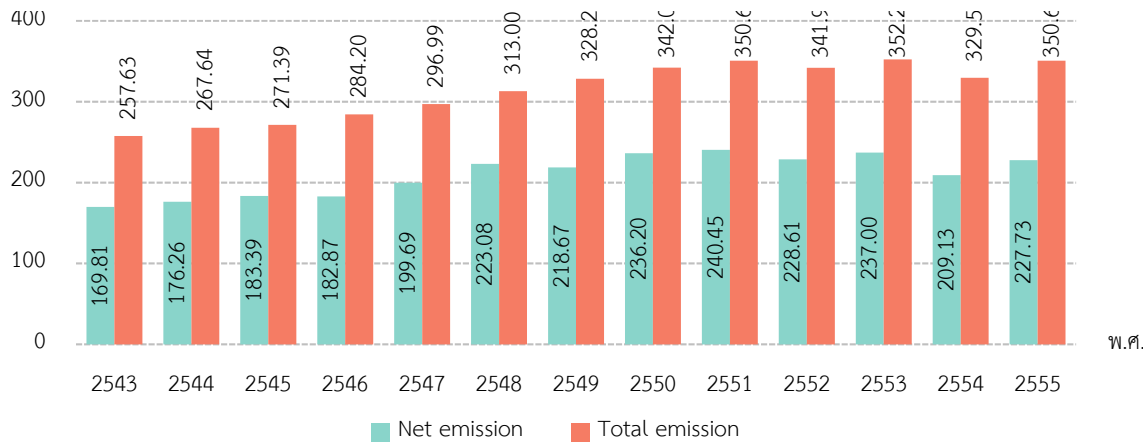
5) การเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศเนื่องจากภาวะโลกร้อน

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

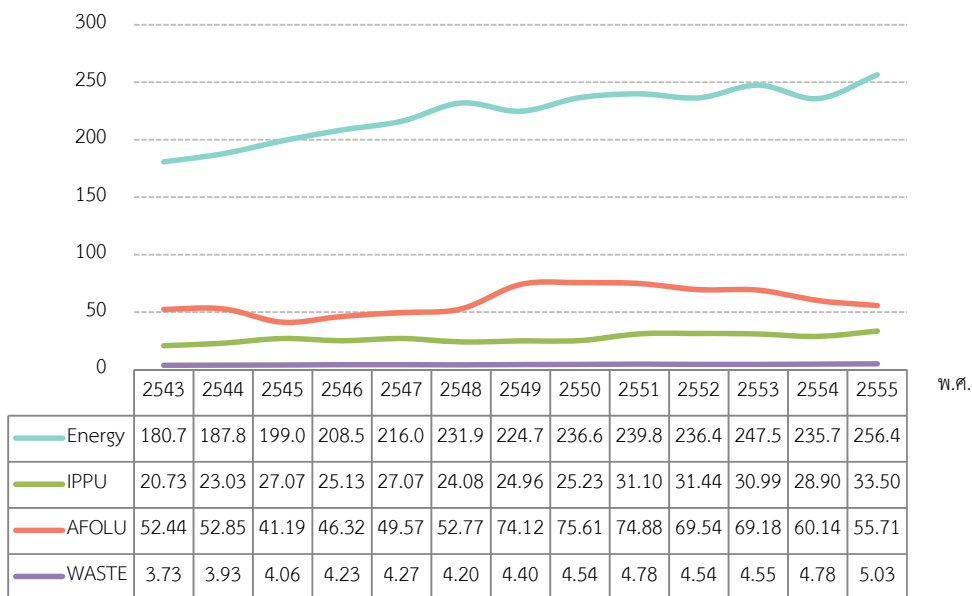
ภาพที่ 4.42 ปริมาณการปล่อยและกักเก็บก๊าซเรือนกระจก ปี พ.ศ. 2543 – 2555 (หน่วย MtCO₂e)



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

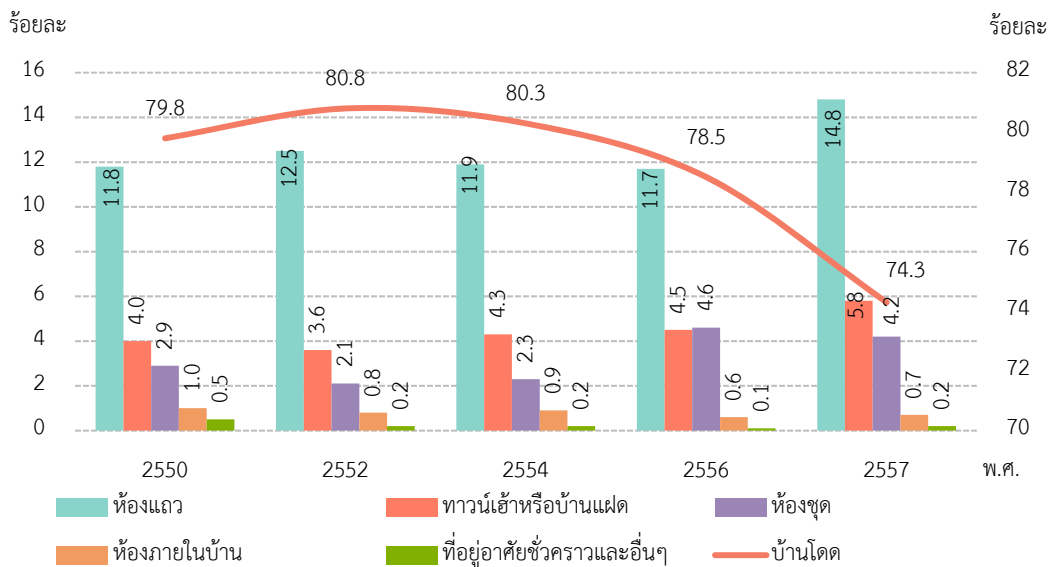
1) สุขภาพที่อยู่อาศัย

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

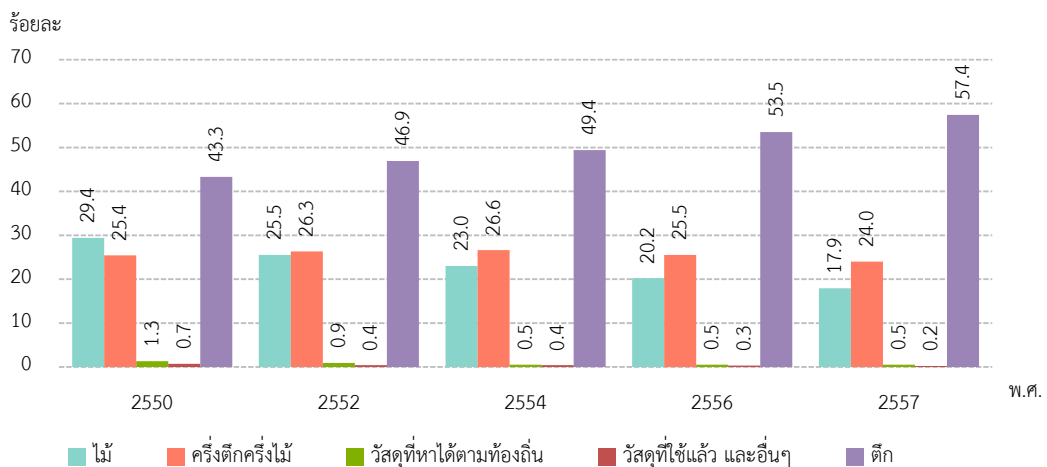
นอกจากนี้ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจ ชนิดวัสดุก่อสร้าง พบว่า วัสดุก่อสร้างชนิดตึกมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.3 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 57.4 ในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่วัสดุก่อสร้างชนิดไม้ มีแนวโน้ม ลดลงจากร้อยละ 29.4 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 17.9 ในปี พ.ศ. 2557 ดังภาพที่ 4.45

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

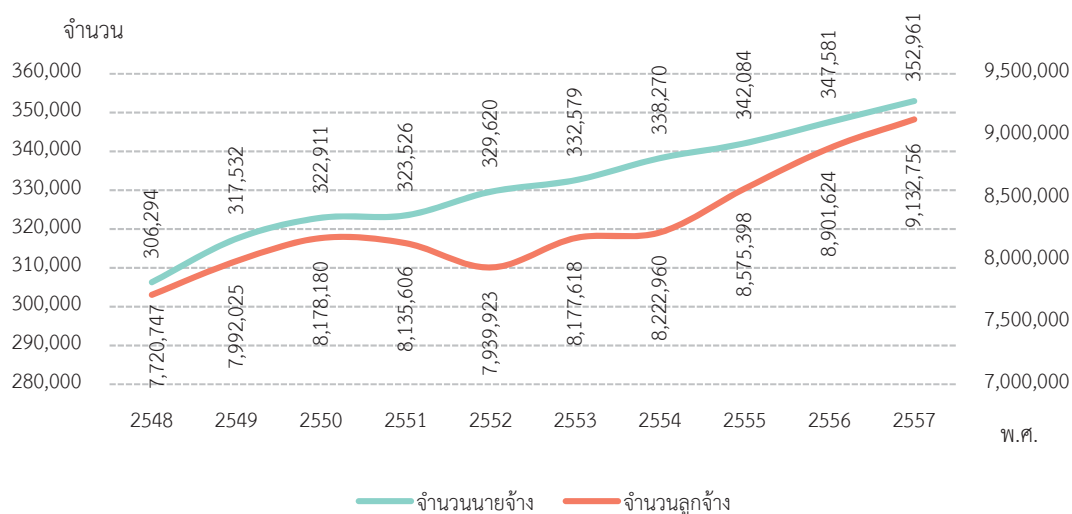
2) ความปลอดภัยในการทำงาน

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

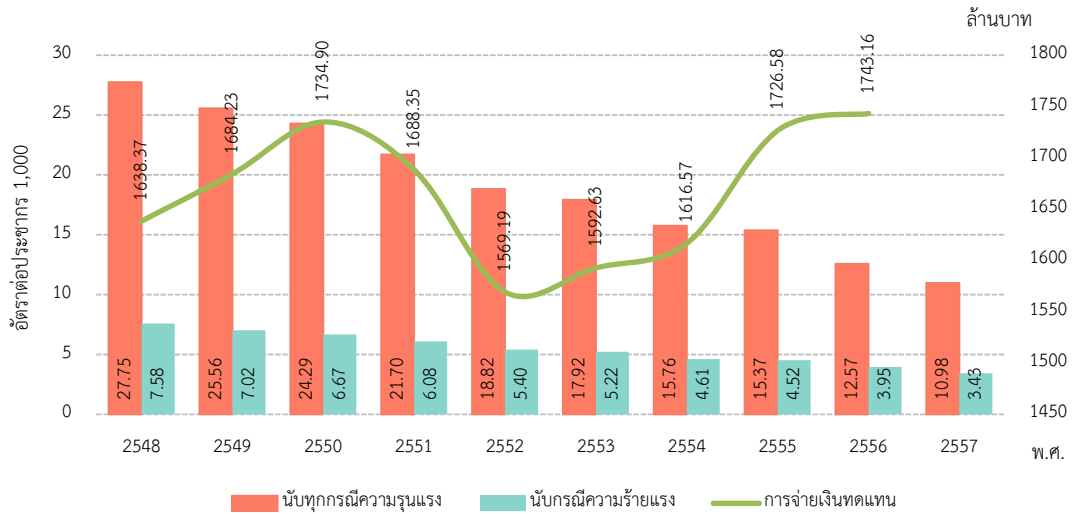


ที่มา: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ข้อมูลสถิติกองทุนเงินทดแทน

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

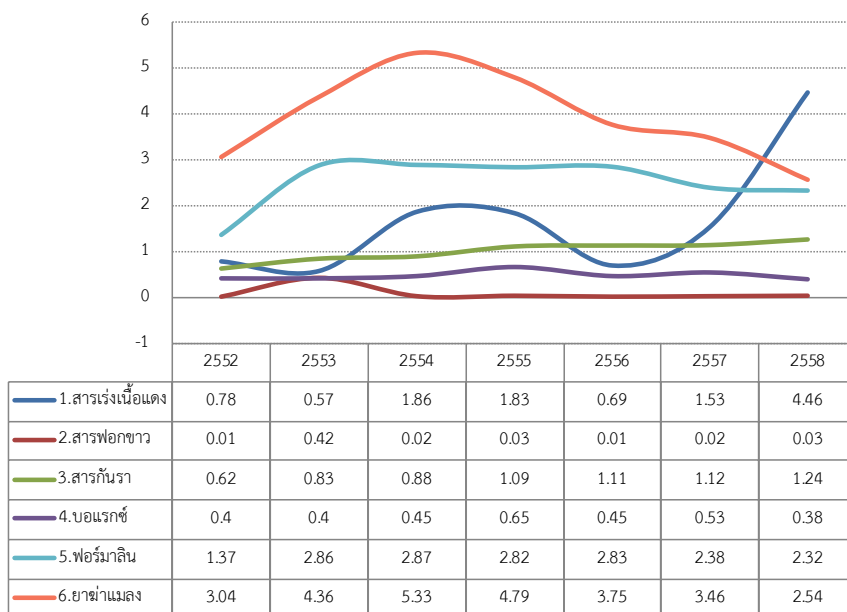
หมายเหตุ: 1) การประสบอันตรายนับทุกกรณี หมายถึง ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ หยุดงานเกิน 3 วัน และหยุดงาน ไม่เกิน 3 วัน
 2) การประสบอันตรายกรณีร้ายแรง หมายถึง ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ หยุดงานเกิน 3 วัน

3) ความปลอดภัยของอาหารและน้ำ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการตรวจสอบความปลอดภัยด้านอาหาร ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น (Test-kits) โดยหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารทั่วประเทศ

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

ภาพที่ 4.48 ร้อยละของสารปนเปื้อนจากตัวอย่างที่สุ่มตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น พ.ศ. 2552 - 2558

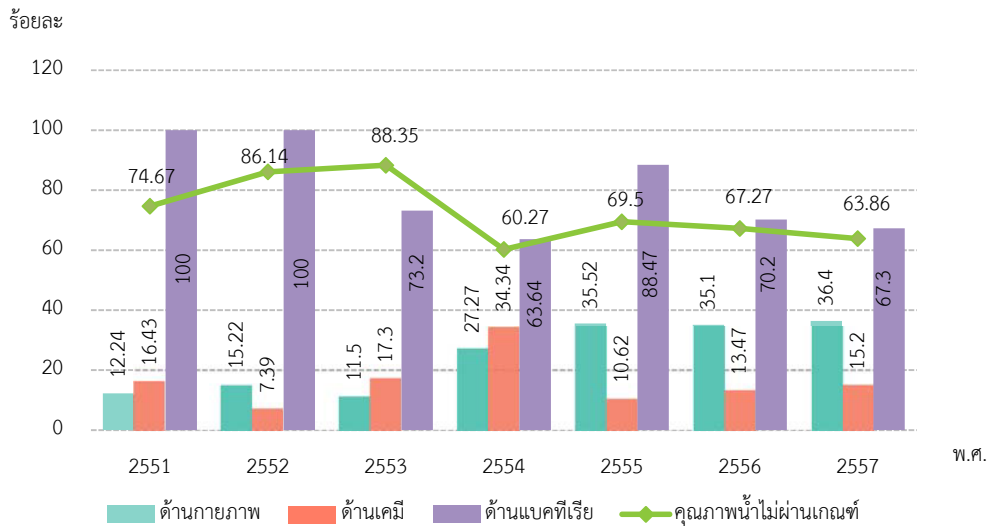


ที่มา: สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

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



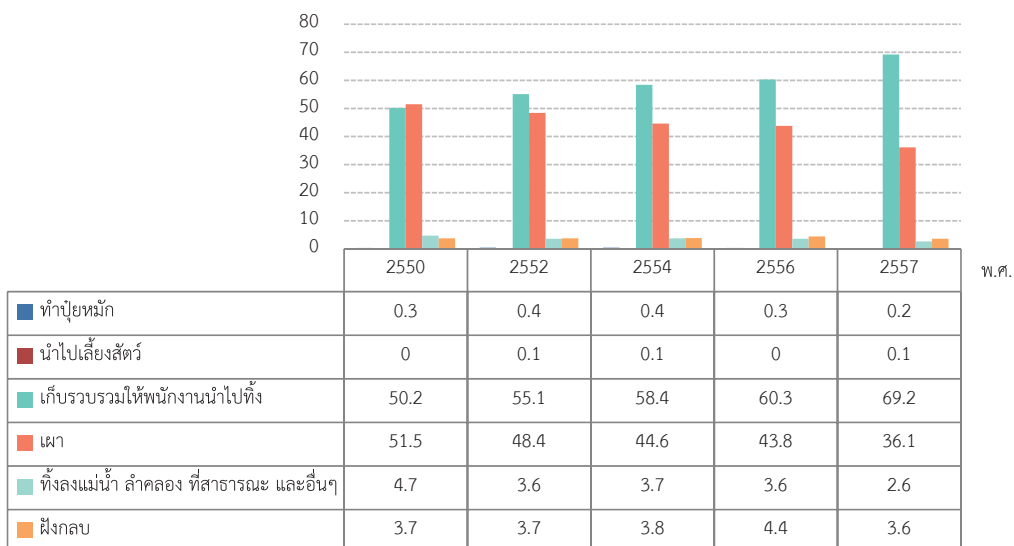
ที่มา: กลุ่มวิจัยและพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภค สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 - 2557

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

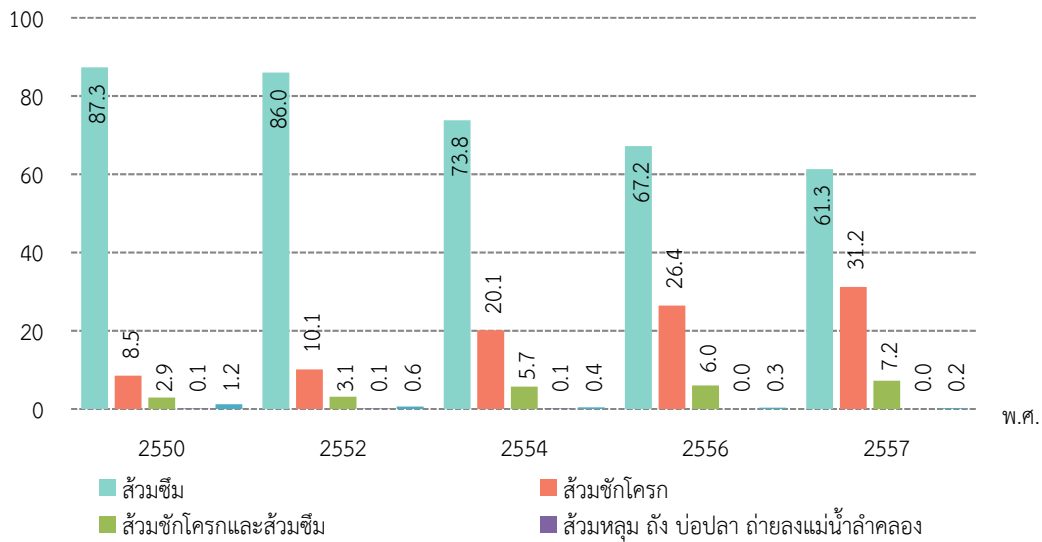


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 - 2557

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 ผลสัมฤทธิ์มวลรวมในประเทศต่อหัวประชากร 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

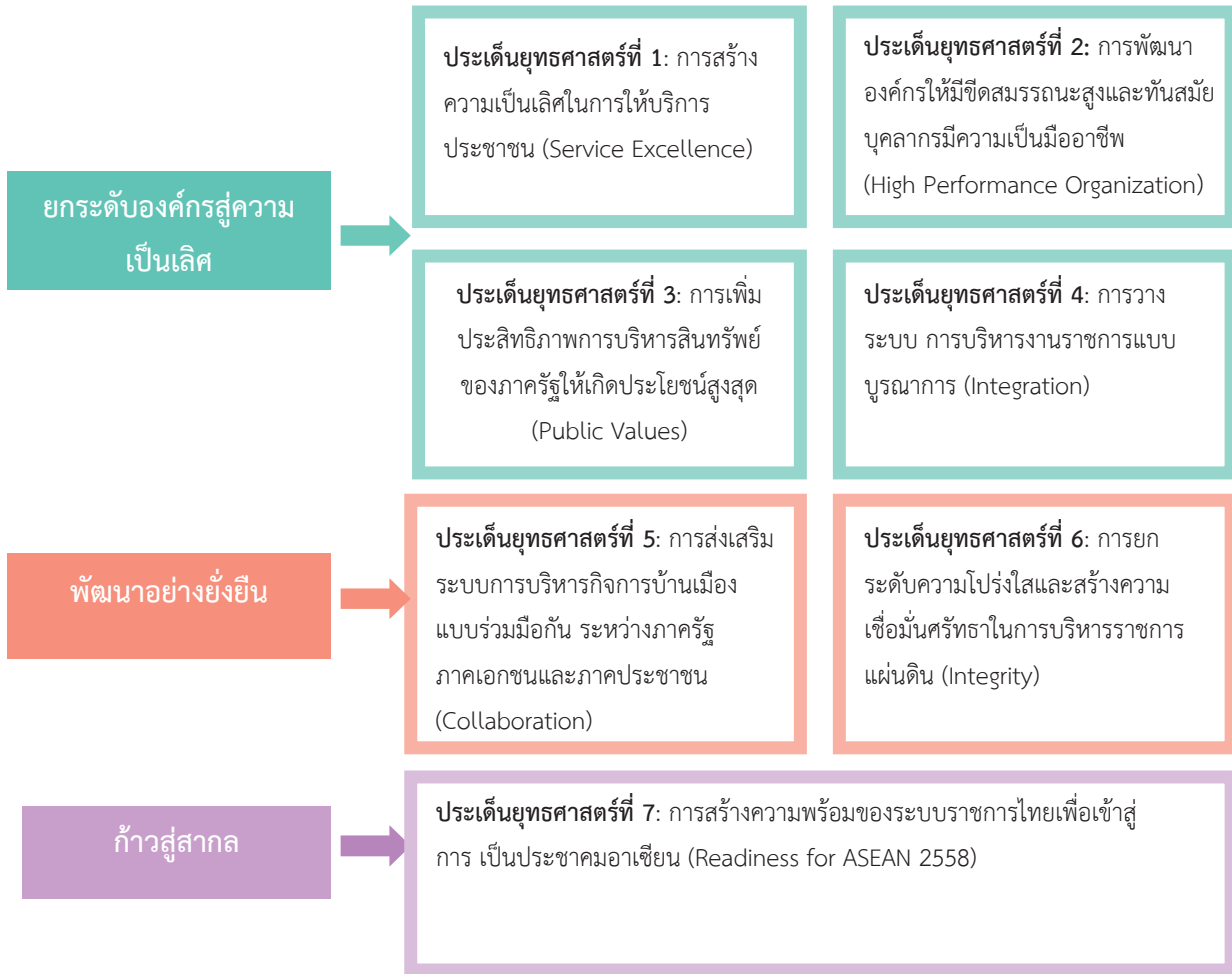
(1) แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย

ภายหลังการปฏิรูประบบราชการในปี พ.ศ. 2545 เกิดการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญในระบบราชการไทย มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง 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



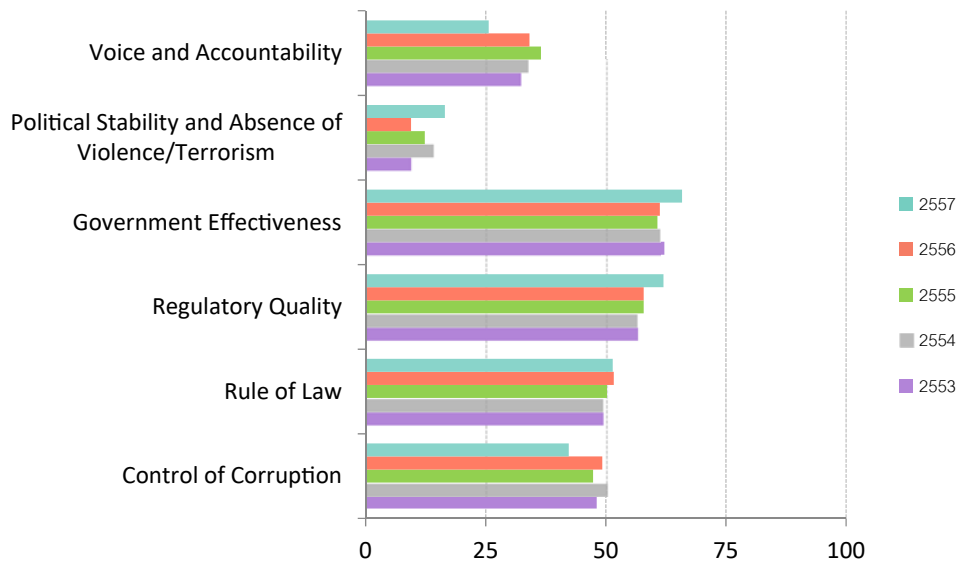
ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

(2) ดัชนีภาวะธรรมาภิบาลของประเทศไทย

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

Indicator) ของประเทศไทยอยู่ในระดับค่อนข้างคงที่ และเมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ 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	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 82.65	คำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2554
	1.2 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐในการให้บริการประชาชนในรูปแบบ e-Service	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 55.04	ข้อมูลลักษณะสำคัญขององค์กร: การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ปี พ.ศ. 2554
2. ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐสามารถปรับปรุงรูปแบบการทำงานและเปิดให้ประชาชนเข้ามามีส่วนรวม	2.1 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐในการปรับปรุงรูปแบบ หรือวิธีการทำงาน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 89.50	ข้อมูลการจัดการ กระบวนการหมวด 6 : การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ปี พ.ศ. 2552 – พ.ศ. 2554
	2.2 ระดับความสำเร็จของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐในการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนรวม	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 โดยเฉลี่ย	ร้อยละ 86.00	คำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี พ.ศ. 2551 – พ.ศ. 2554

ตารางที่ 4.13 ผลสำเร็จการพัฒนากระบวนการไทย 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	...	...	...	...	...	...	...	...

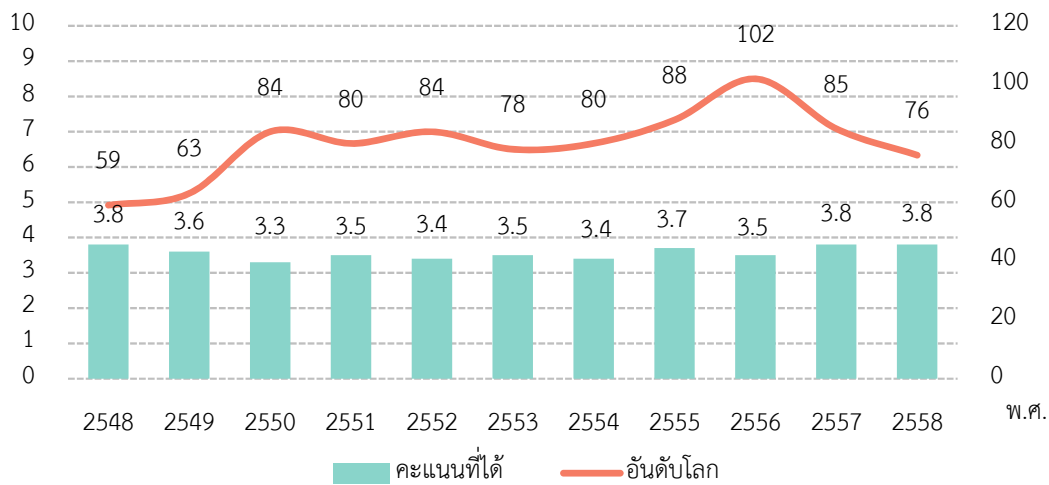
ที่มา: 1. IMD. The world Competitiveness Yearbook
2. Thailand Management Association (TMA)

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

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 ส่วน นี้ จะ กล่าว ถึง พัฒนาการ ของ เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 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 ขณะที่การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดสำหรับโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อมน้ำเหลืองได้รับการบรรจุเป็นสิทธิประโยชน์ฯ 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

จากสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา 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 มีจำนวนผู้ที่เข้าถึงและได้ใช้เครื่องมือแพทย์ราคาแพงบ่อยเมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายในการลงทุนที่สูงมาก

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 ถึงแม้จะไม่มีนโยบายที่ชัดเจนเรื่องระบบขึ้นทะเบียนและบัญชีรายการอุปกรณ์สำหรับการเบิกจ่าย แต่คนพิการที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงอุปกรณ์มากกว่ากองทุนอื่นๆ เนื่องจากโดยหลักการคนพิการสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคที่หน่วยบริการของรัฐได้ทุกแห่ง

ในกลุ่มที่เข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ พบความสูญเสียจากการเบิกอุปกรณ์ซ้ำซ้อน และการไม่ได้ใช้อุปกรณ์ที่ได้รับ เนื่องจากอุปกรณ์ชำรุดเสียหายหรือไม่เหมาะสมในการใช้งานจริง ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่ายที่สูญเปล่าในระบบประกันสุขภาพ ผลการสำรวจ⁽²⁰⁾ พบว่า คนพิการด้านการเคลื่อนไหวร้อยละ 23 ได้รับอุปกรณ์ชนิดเดียวกันมากกว่า 1 ชิ้น นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2555 ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการเบิกอุปกรณ์ซ้ำซ้อนสูงขึ้น 6 ล้านบาท จากในปี พ.ศ. 2552 ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงการขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านการบริการสิทธิประโยชน์เรื่องอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการของระบบประกันสุขภาพได้แก่ ไม่มีฐานข้อมูลการแจกจ่ายอุปกรณ์และแนวทางการประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ที่ส่งจ่ายให้คนพิการ 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

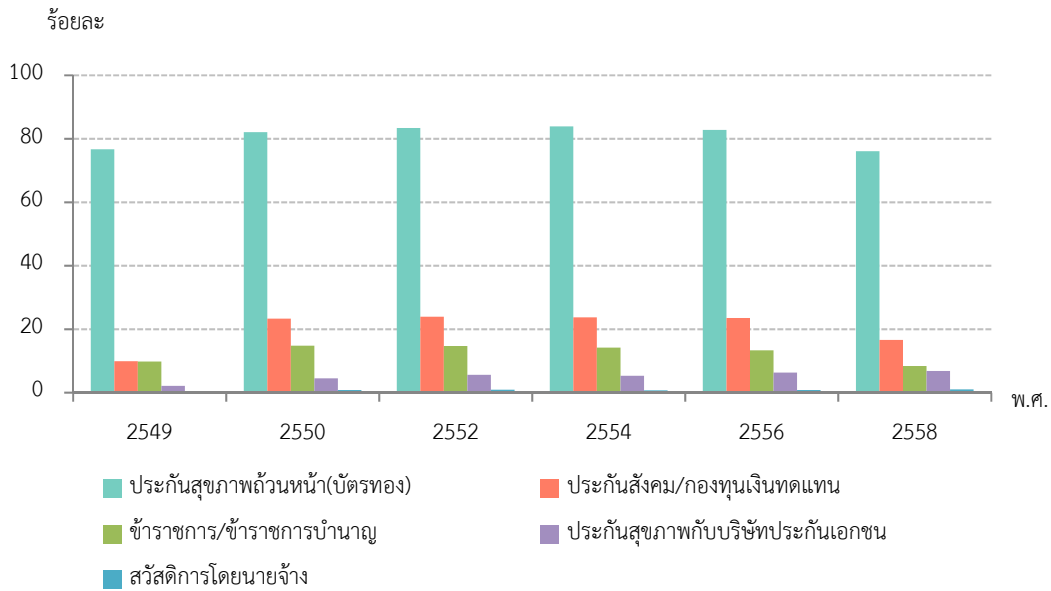
การใช้บริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย รวมเขตชนบทและเขตเมือง	2539	2544	2546	2547	2549	2550	2552	2554	2556	2557
ภาพรวม										
ไม่ทำอะไร	6.9	5.4	5.9	5.3	5.1	4.4	7.7	15.8	14.2	5.5
การรักษาแบบพื้นบ้านและอื่นๆ	2.8	2.5	2.9	4.4	3.3	1.2	0.7	0.9	0.5	0.3
ซื้อยากินเอง	37.9	24.2	21.5	20.9	25.0	25.4	23.4	22.6	20.5	22.3
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

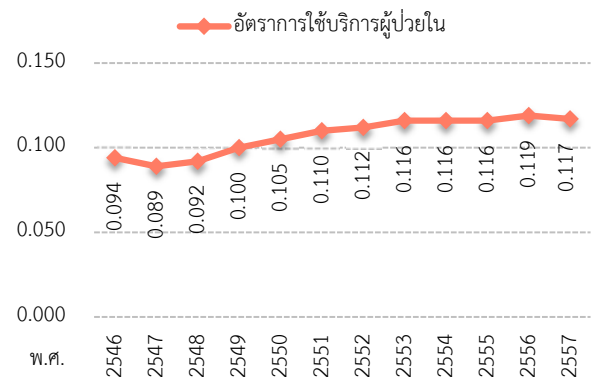
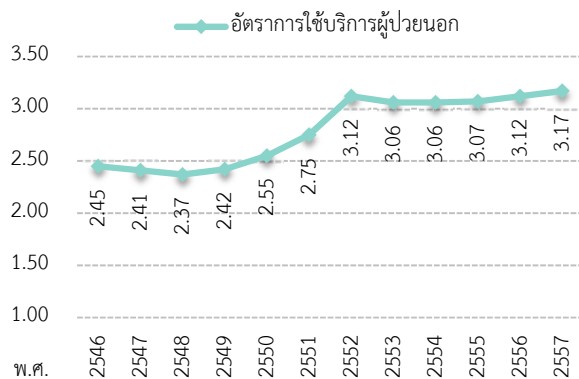


ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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.

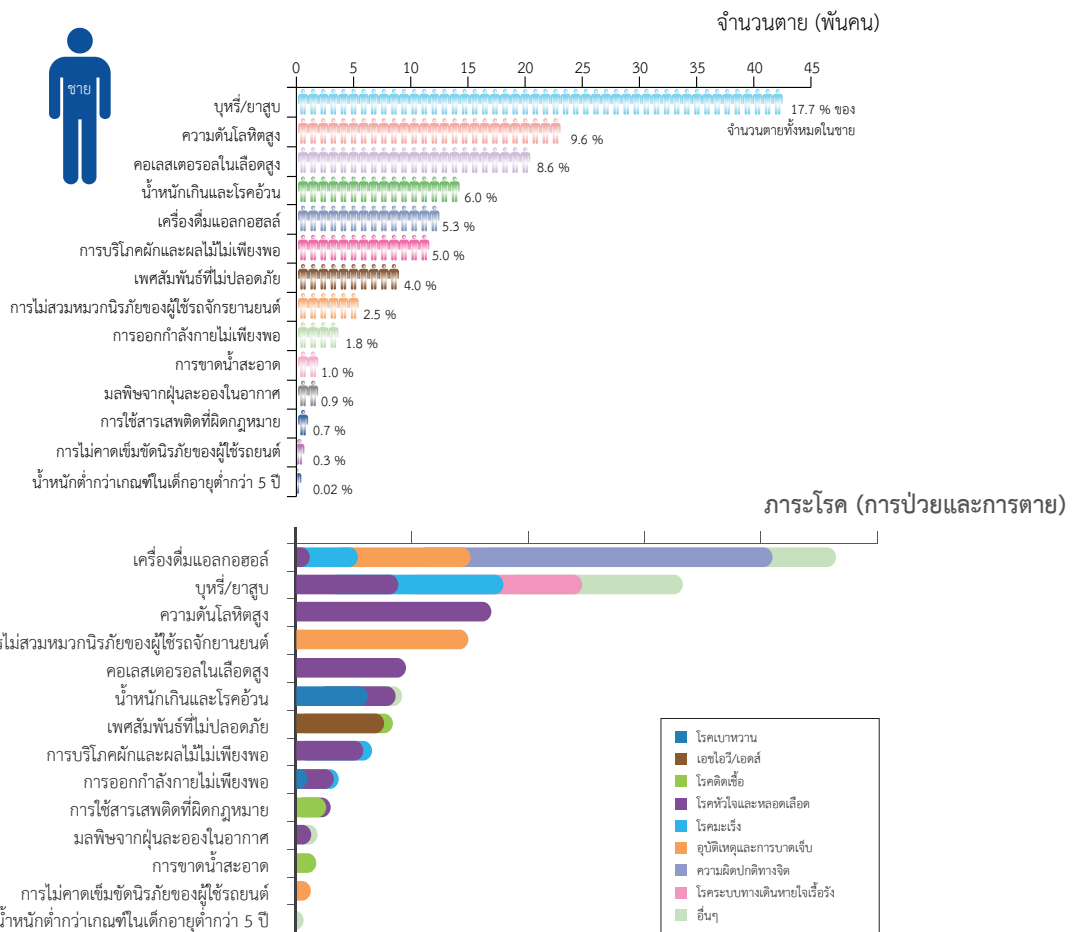
4.8.2 พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ

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 ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการตายและภาระโรคในเพศหญิง พ.ศ. 2552



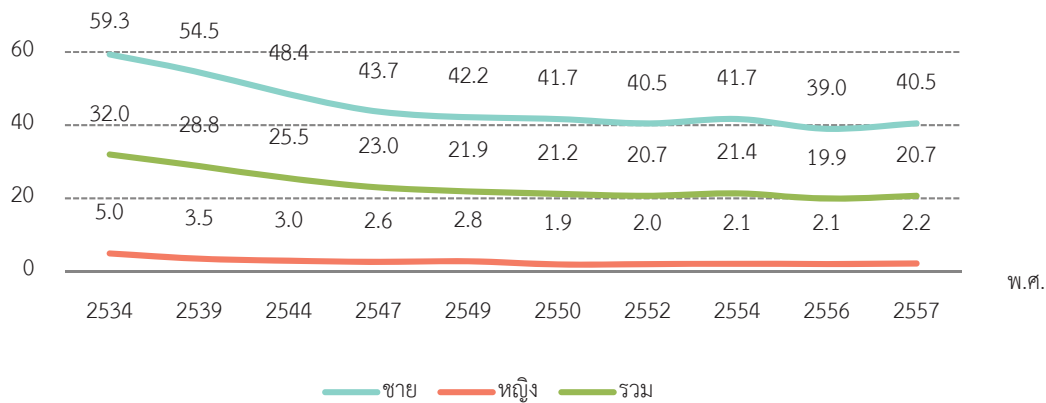
แหล่งข้อมูล: การประเมินและเปรียบเทียบภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง: 14 ปัจจัยเสี่ยงของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยใน พ.ศ. 2552 หน้า 11 13 16

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

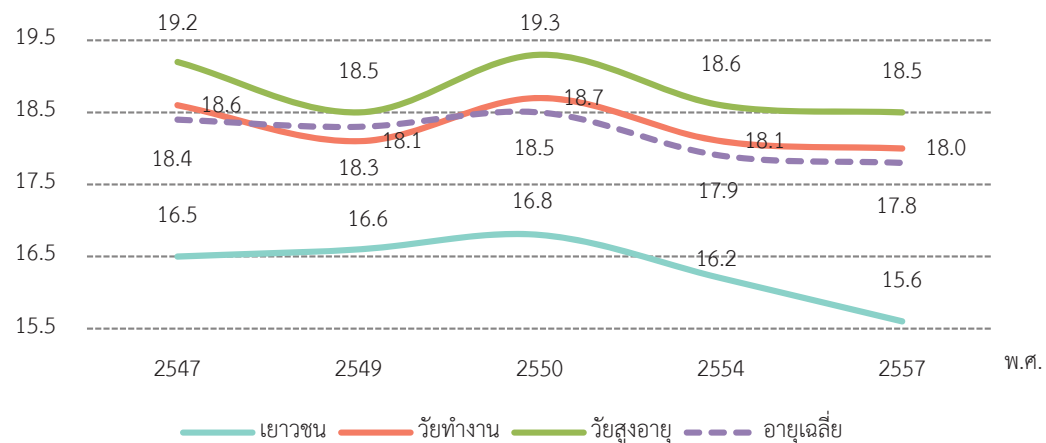
บุหรี่ลดลงอย่างต่อเนื่อง และหลังจากปี พ.ศ. 2550 - 2557 พบ แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่คงที่ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 20 โดยเพศชายอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิงประมาณ 10 เท่า ดังภาพที่ 4.59 ทั้งนี้อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ในทุกกลุ่มวัยระหว่างปี พ.ศ. 2547 - 2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และลดลงระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 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

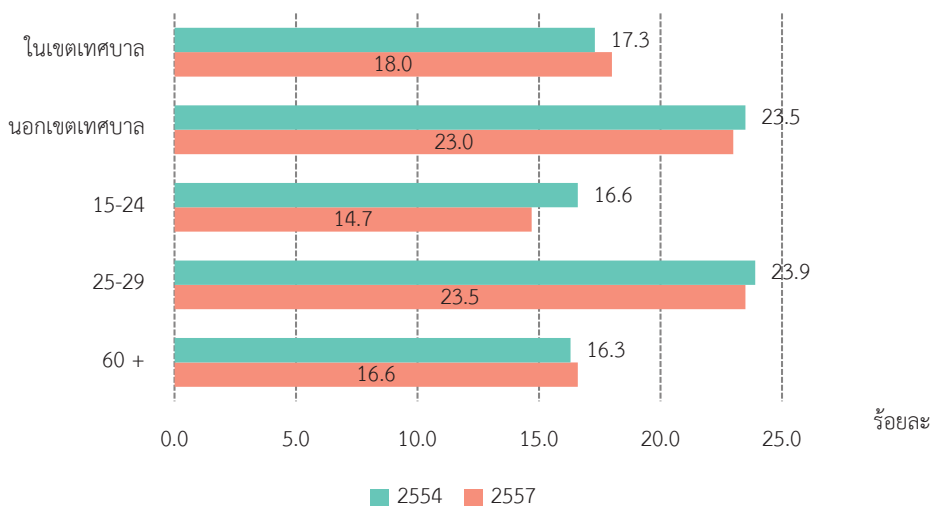


แหล่งข้อมูล: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

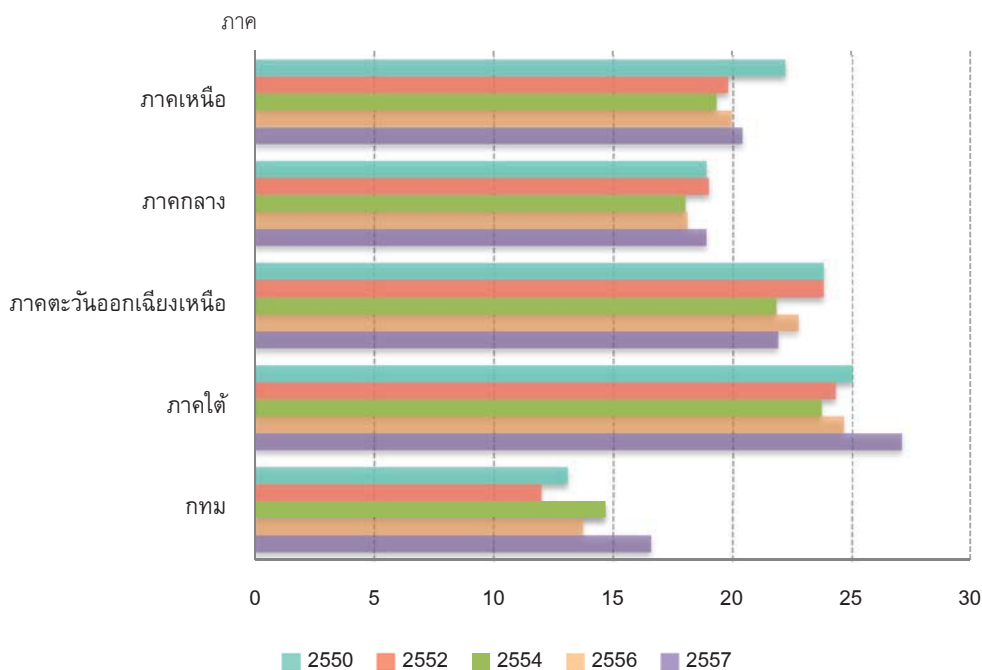
คงเดิม คือ ปริมาณร้อยละ 23 และ 16 ตามลำดับ ภาพที่ 4.61 และเมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ตามรายภาคระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ลดลง โดยแนวโน้มดังกล่าวพบได้ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพฯ พบแนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น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

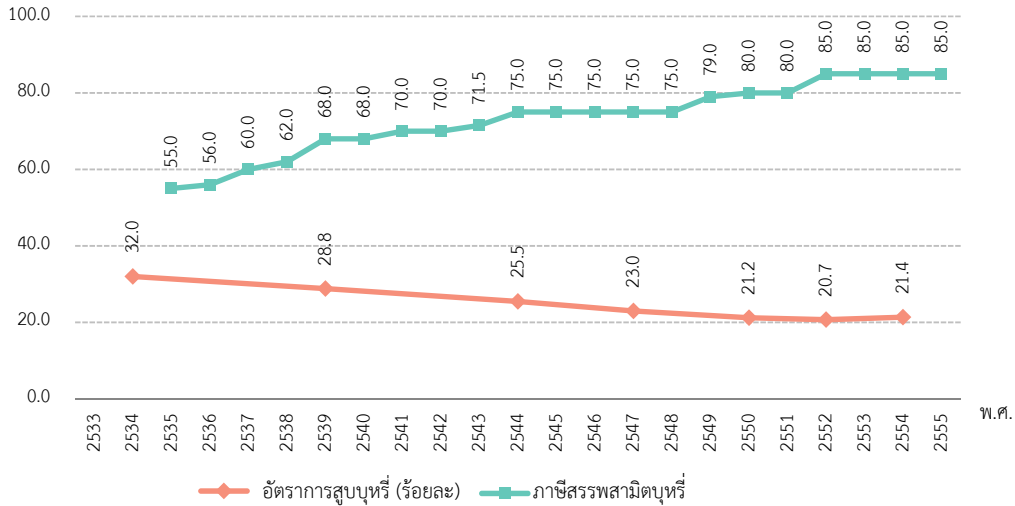


ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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



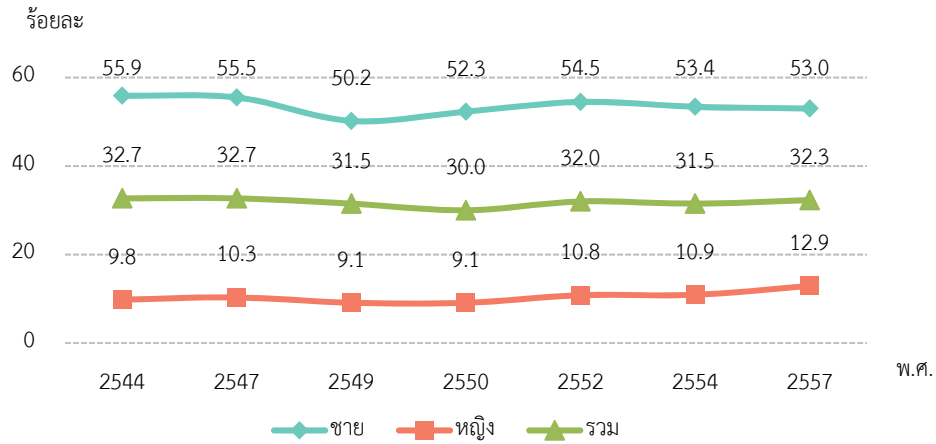
ที่มา: สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค แผนงานป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบ ประจำปี 2558

2) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

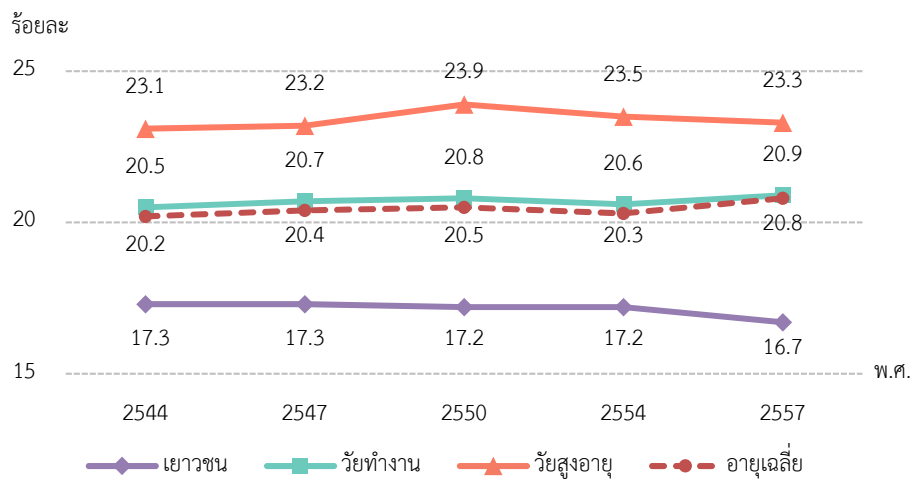
การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะส่งผลกระทบต่อสังคมและครอบครัวในเรื่องการทะเลาะวิวาทรวมทั้งปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง และโรคซึมเศร้า นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และขับขี่ยานพาหนะจะเพิ่มโอกาสการบาดเจ็บรวมทั้งความรุนแรงจากอุบัติเหตุ 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

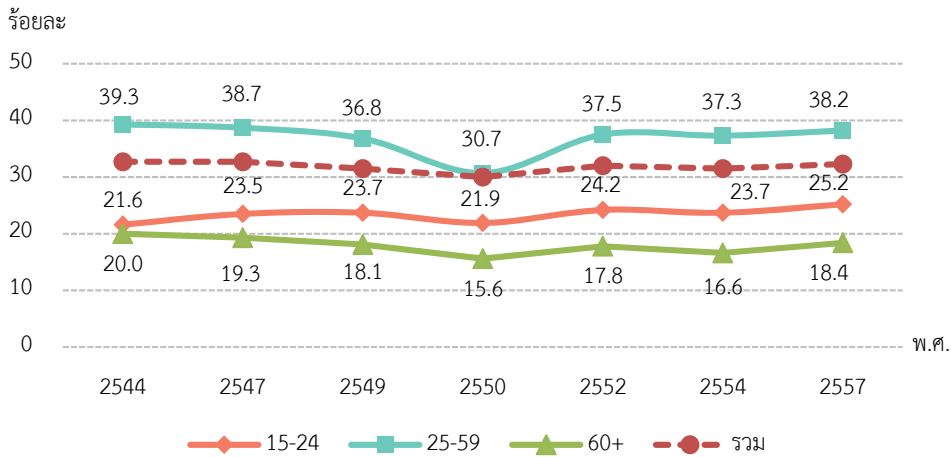


ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

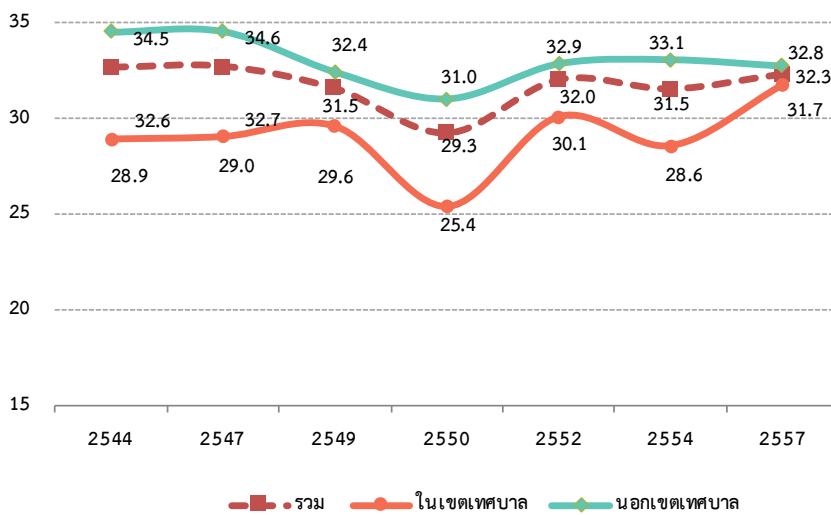


ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

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

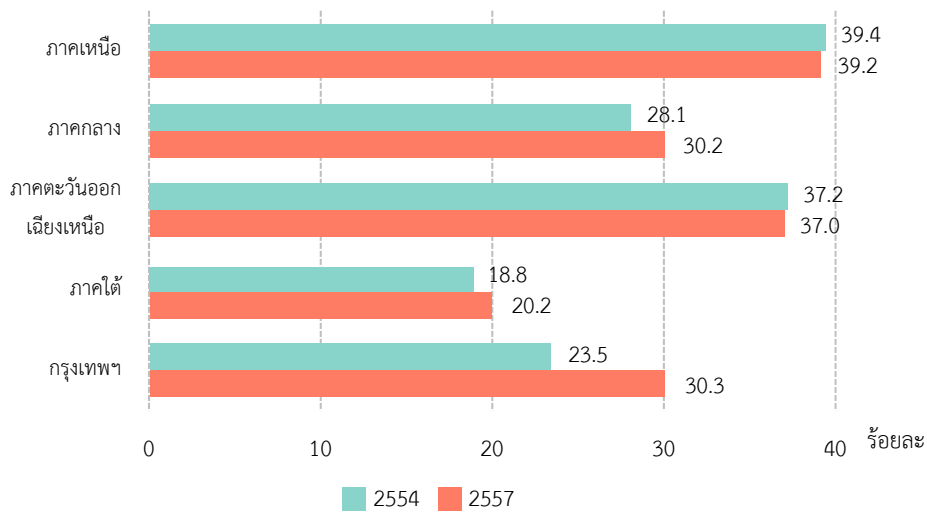
ร้อยละ 34.5 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 31.0 ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.9 ในปี พ.ศ. 2552 หลังจากนั้นอัตราการดื่มคงที่ประมาณร้อยละ 32.8 ดังภาพที่ 4.67 สำหรับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ตามรายภาค ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอัตราการดื่มสูงสุด รองลงมาคือ ภาคกลาง กรุงเทพฯ และภาคใต้ 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: การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร 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” อีกหลายชนิด เช่น ยาที่ใช้ในวงการแพทย์ ที่ทางราชการกำหนดให้เป็นยาเสพติดผิดกฎหมายหากมีการนำไปใช้อย่างผิดวิธี จากการเฝ้าระวังสถานภาพการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2555-2558 พบสถานภาพการเสพยาเสพติดในภาพรวมมีแนวโน้มลดลงในช่วงปี 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)

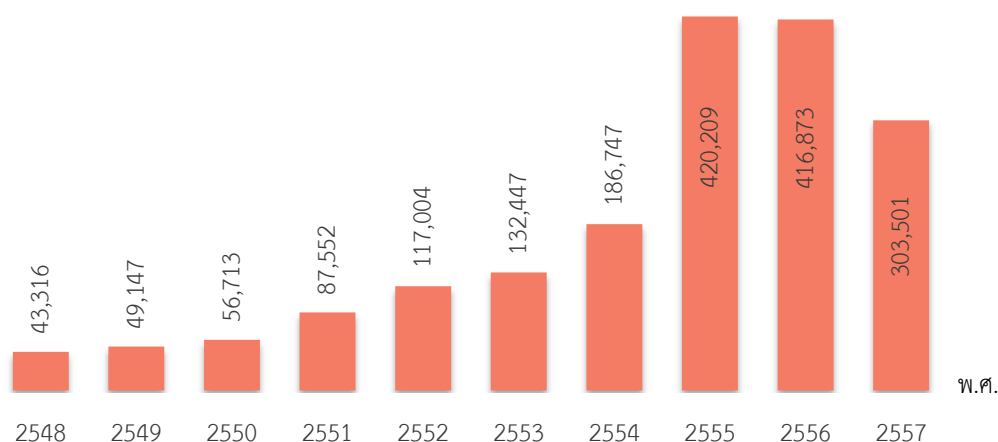
ประเภทสารเสพติด	2555	2556	2557	2558
ยาเสพติด	51	15	8	4
โคเคน	51	40	32	28
กระท่อม	10,763	9,068	5,991	2,615
ยาไอซ์	1,184	6,954	4,435	3,311
อื่น ๆ	12,454	5,723	4,213	3,319
รวม	355,463	356,857	263,789	164,656

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

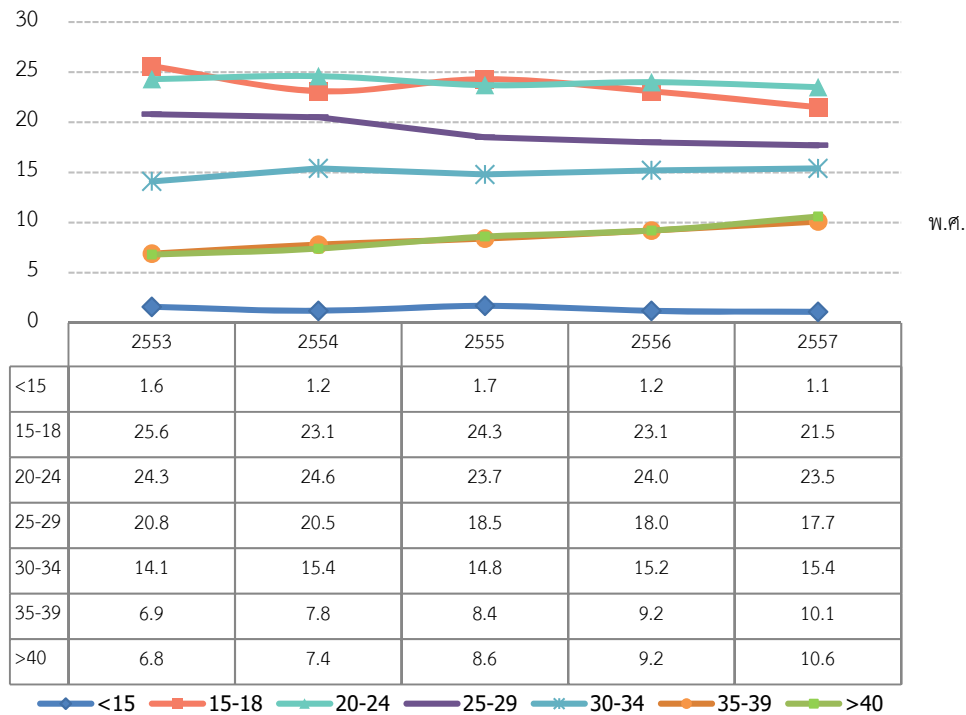


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม

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 ลดลงจากร้อยละ 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 ลดลงจากร้อยละ 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

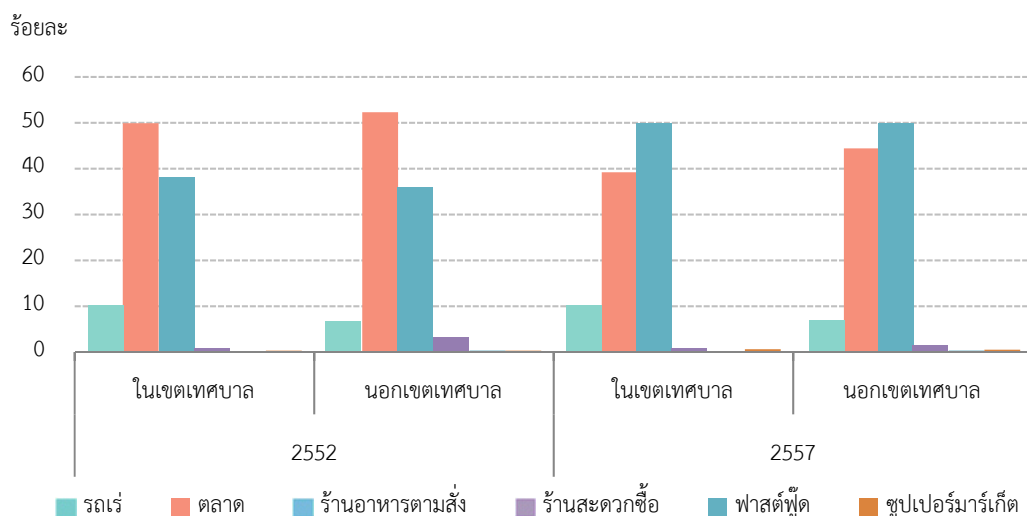
4) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อ

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

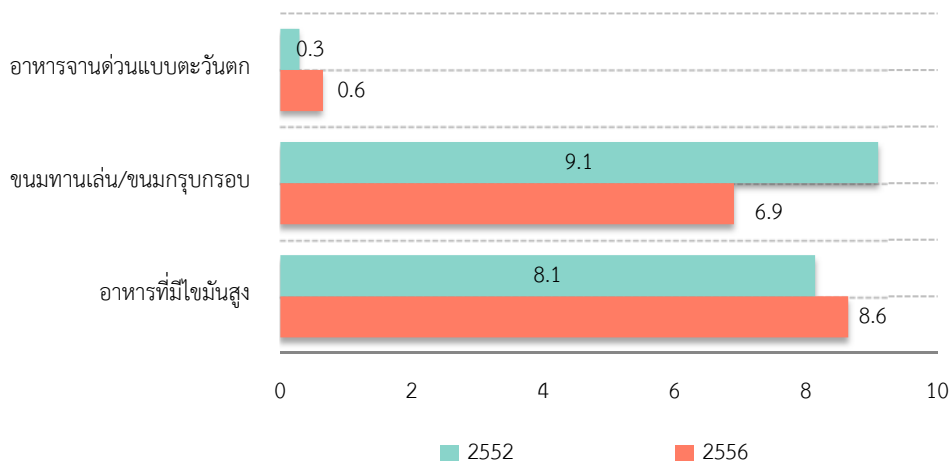


ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2556-2557)

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)

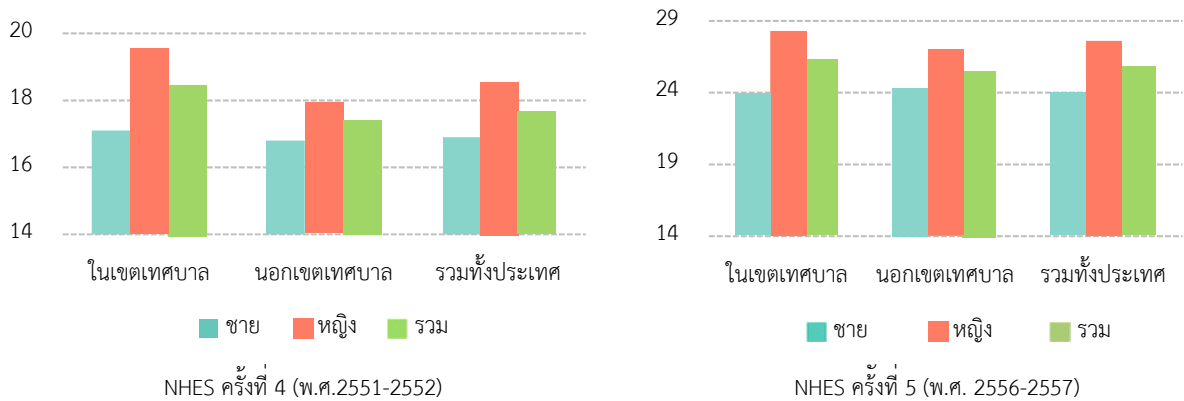
การสำรวจการบริโภคโซเดียมของประชากรไทย โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า พ.ศ. 2550 ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง 4.35 กรัมต่อคนต่อวัน มากกว่าระดับปลอดภัยถึงกว่าสองเท่า โดยกลุ่มที่มีการบริโภคปริมาณมากใน 5 ลำดับ

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)

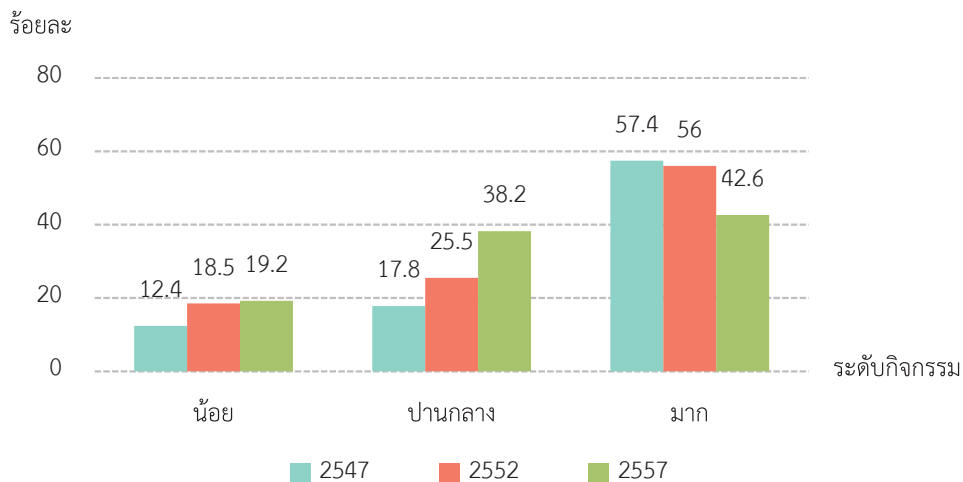
5) การมีกิจกรรมทางกาย

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

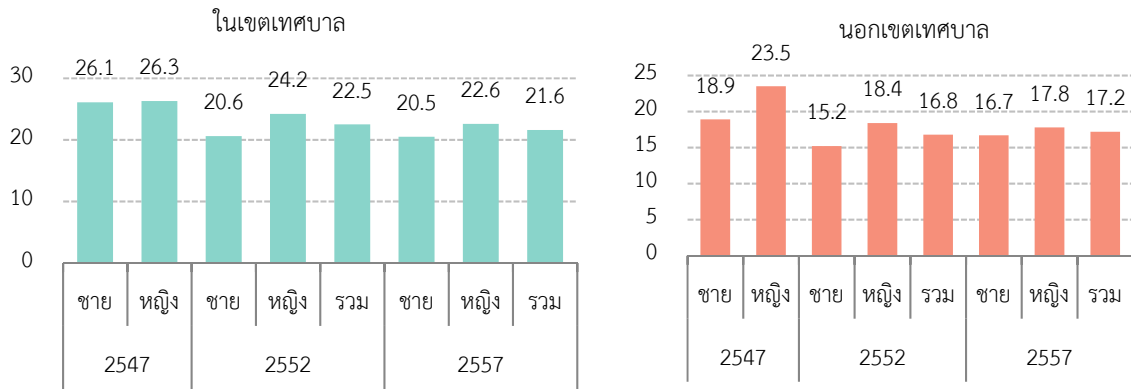
(Physical activity) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2557 พบว่าประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2547 - 2557 สำหรับกิจกรรมทางกายในระดับมาก พบว่ามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 57.4 ในปี 2547 เป็น 42.6 ในปีพ.ศ. 2557 และเมื่อพิจารณาระดับกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรไทยอายุ 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



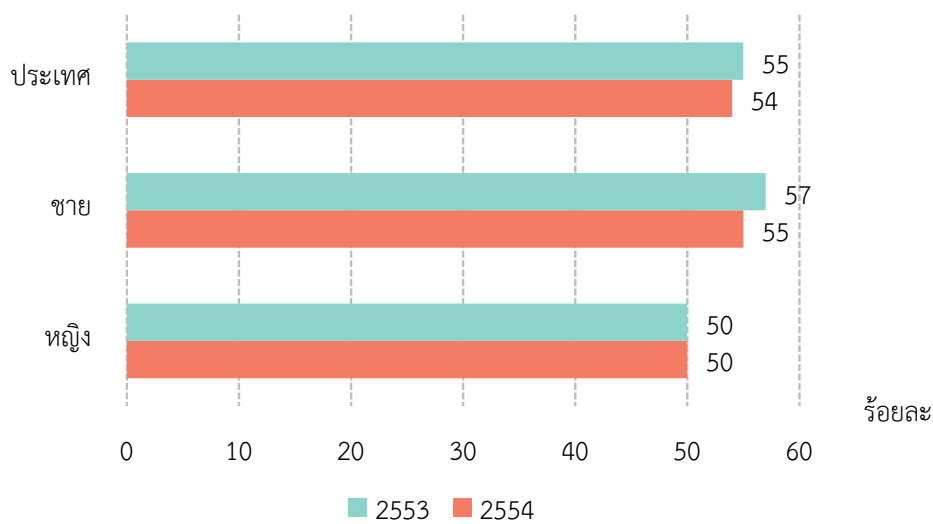
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ.2547 พ.ศ. 2552 และพ.ศ. 2557 ในประชากรอายุ >15 ปี

6) พฤติกรรมการขับชยานพาหนะ

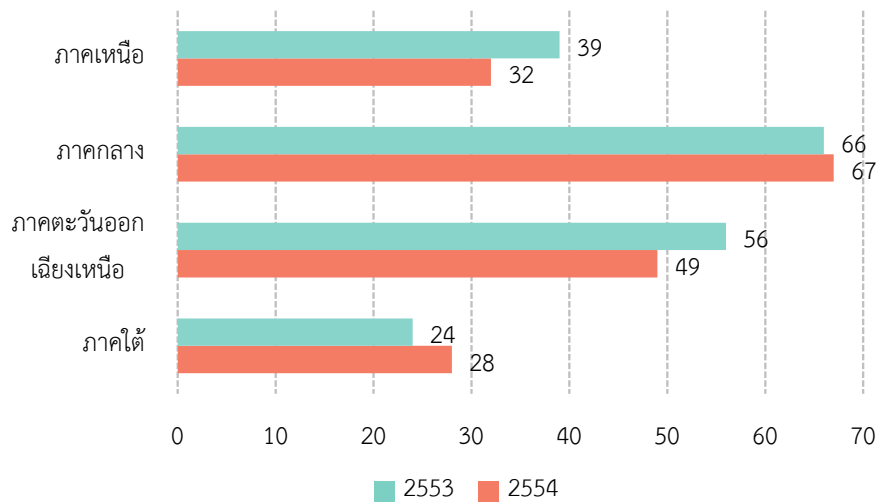
เข็มขัดนิรภัยและหมวกนิรภัยเป็น อุปกรณ์นิรภัยที่ช่วยลดความรุนแรงให้กับผู้ขับขี่และผู้โดยสารยานพาหนะจากอันตรายในกรณีที่ได้รับอุบัติเหตุจากรายงานผลการสำรวจอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้เสียชีวิตในประเทศไทย พ.ศ. 2554 รายงานอัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสารตอนหน้า ตามการบังคับใช้กฎหมายให้ผู้ขับขี่และผู้โดยสารที่นั่งตอนหน้าแถวเดียวกับผู้ขับขี่รถยนต์ 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

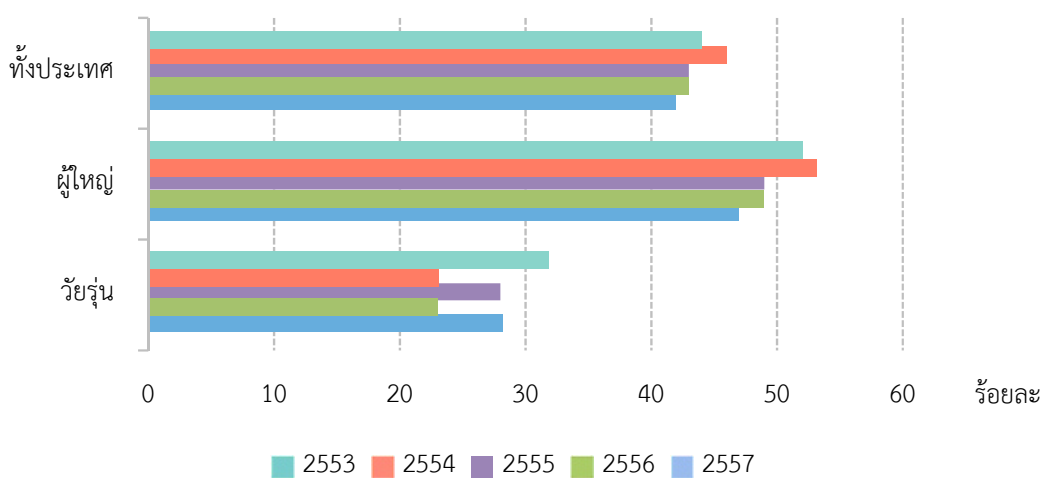


ที่มา: อัตราการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ใช้รถยนต์ในประเทศไทย พ.ศ.2554 มูลนิธิไทยโรดส์

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

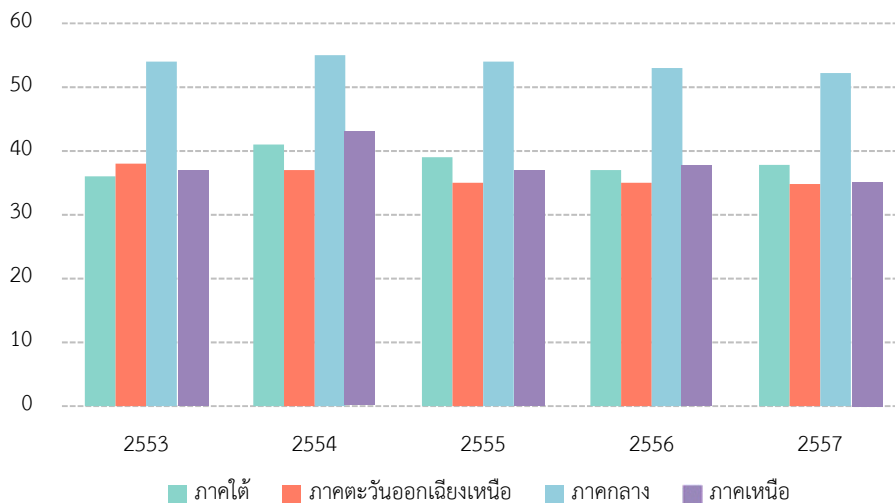
จากร้อยละ 44 เป็นร้อยละ 46 43 และ 42 ตามลำดับ โดยอัตราการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งในผู้ใหญ่ที่ขับขี่และผู้ซ้อนรถจักรยานยนต์สูงกว่าวัยรุ่นประมาณ 2 เท่า ทั้งนี้ อัตราการสวมหมวกนิรภัยในวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง ดังภาพที่ 4.78 โดยภาคที่พบอัตราการสวมหมวกนิรภัยสูงสุดในปี พ.ศ. 2557 คือภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ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

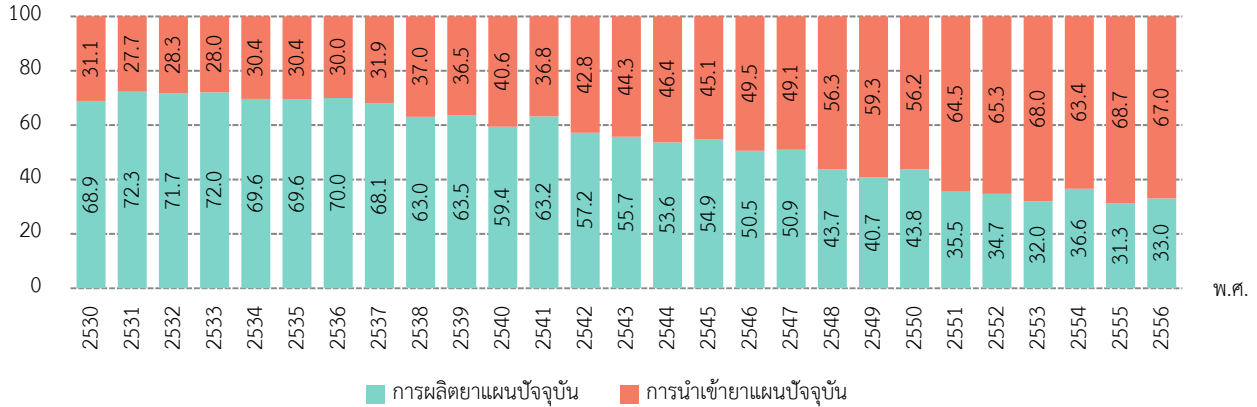
ที่มา: การสำรวจข้อมูลการบริโภคอาหารของประเทศไทย พ.ศ. 2556 - 2558 สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

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

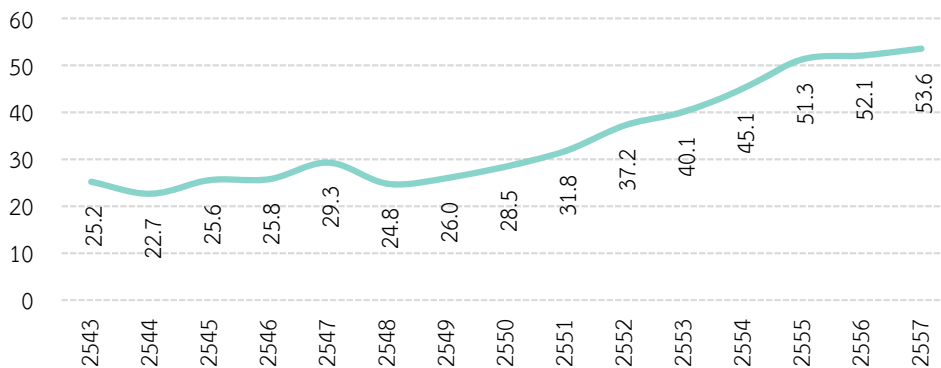
9) พฤติกรรมทางเพศ

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

กับสื่อเทคโนโลยีและความเจริญทางวัตถุ จะช่วยป้องกันปัญหาที่เกิดจากการมีพฤติกรรมทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่น

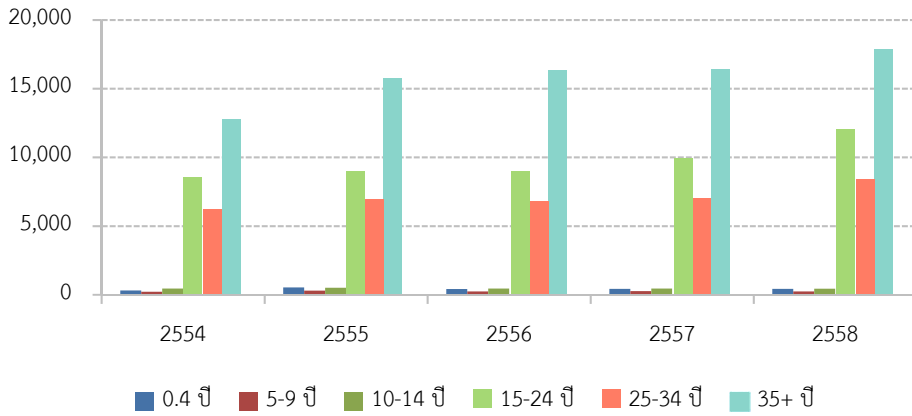
จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา “โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน ฝีมะม่วง เริ่มที่อวัยวะเพศ หูด อวัยวะเพศและทวารหนัก และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ พบแนวโน้มผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 - 2557 (ภาพที่ 4.81) และเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ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

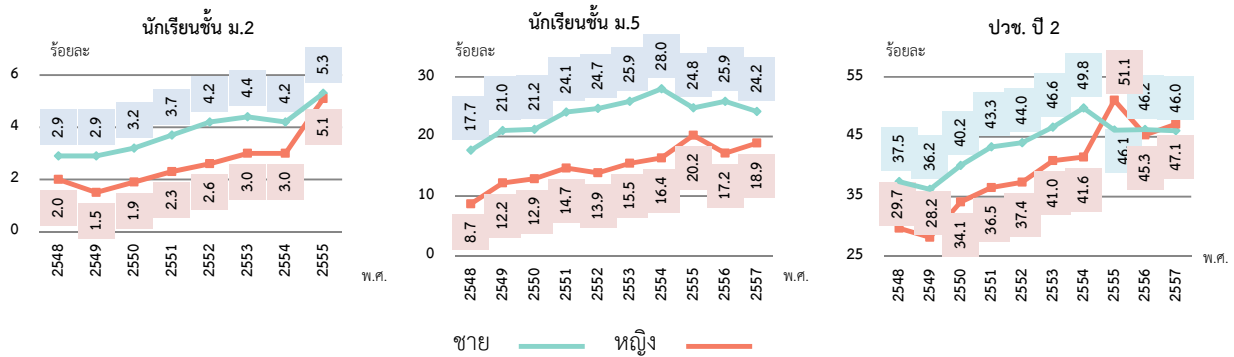


ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

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)

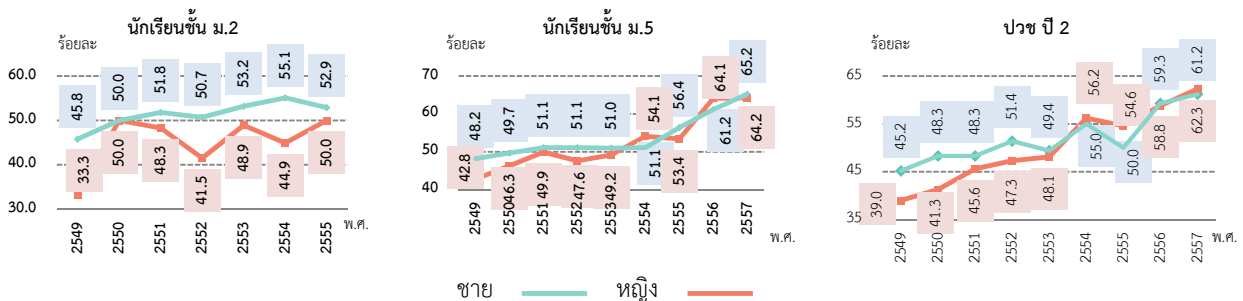
ภาพที่ 4.83 ร้อยละของนักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์



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