บทที่ 4

สถานการณ์แนวโน้มของสถานะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

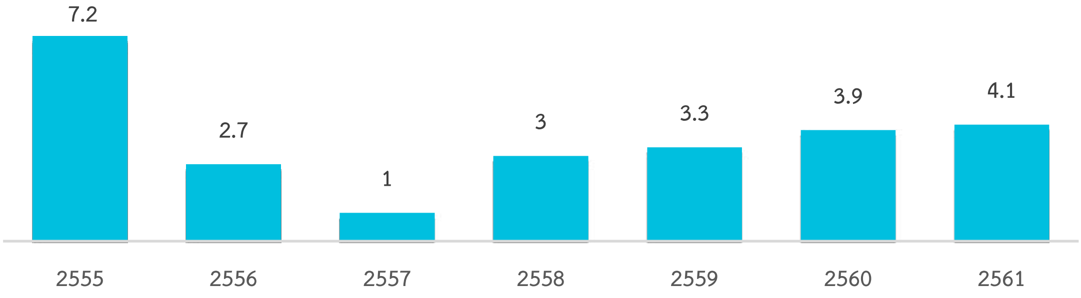
4.1 สถานการณ์แนวโน้มด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ

4.1.1 การเติบโตทางเศรษฐกิจ

ในระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา สังคมไทยได้ผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจและการเมือง โดยการเติบโตทางเศรษฐกิจของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ประเทศไทยได้ประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยมีหลักการสำคัญ คือ การน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศต่อเนื่องจากตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ควบคู่ไปกับการยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและการพัฒนาที่ยั่งยืนบนพื้นฐานของกรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ซึ่งเป็นแผนหลักของการพัฒนาประเทศมุ่งสู่วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย 4.0 รวมทั้งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน

เศรษฐกิจไทยในปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ขยายตัวดีต่อเนื่องจากช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 โดยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งเป็นปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 ปรับตัวดีขึ้นจากร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2559 และเพิ่มเป็นร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ. 2561 (ภาพที่ 4.1) คาดว่าในปี พ.ศ. 2562 เศรษฐกิจไทยจะขยายตัวประมาณร้อยละ 3.9-4.9[1]

ภาพที่ 4.1 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย (หน่วย : ร้อยละ)



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
หมายเหตุ: ข้อมูลปี พ.ศ. 2561 - 2562 เป็นประมาณการของธนาคารแห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2561

ปัจจัยหลักสำคัญที่ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น คือ

1) ภาคการส่งออกสินค้าขยายตัวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการขยายตัวของเศรษฐกิจประเทศคู่ค้าหลัก และการเพิ่มของราคาสินค้าในตลาดโลก รวมทั้งภาคการผลิตที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นมาก ผลผลิตสินค้าเกษตรกรรมขยายตัวโดยเฉพาะผลผลิตข้าวและยางพารา

2) ภาคบริโภคขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านการท่องเที่ยว ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนนักท่องเที่ยวต่างประเทศ 35.38 ล้านคน เพิ่มร้อยละ 8.77 จากปี พ.ศ. 2559 ก่อให้เกิดรายได้ 1.82 ล้านล้านบาท เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.66 จากปี พ.ศ. 2559[(2)]

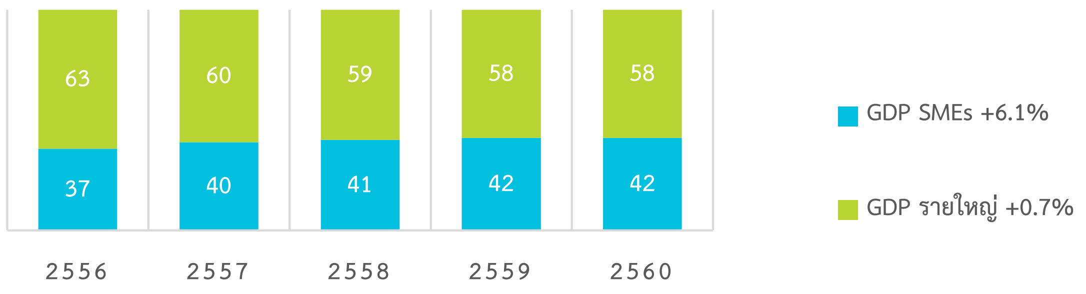
3) อัตราการขยายตัวของการบริโภคภาคเอกชนขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2556 อัตรา 0.9 ประมาณการเพิ่มเป็น 3.8 ในปี 2561[(3)] เมื่อแบ่งตามภูมิภาคพบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา การใช้จ่ายครัวเรือนและการบริโภคภาคเอกชนในกรุงเทพและปริมณฑลเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ภูมิภาคอื่นชะลอการใช้จ่ายลง[(4)]

4 อัตราการขยายตัวของการลงทุนภาคเอกชนที่โดยได้รับแรงสนับสนุนจากการขยายตัวของภาคการส่งออกรวมทั้งการเร่งการลงทุนในโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor Development : EEC) การปรับตัวดีขึ้นของความเชื่อมั่นภาคธุรกิจช่วยสนับสนุนและกระตุ้นการลงทุนภาคเอกชนให้เข้ามาขับเคลื่อนเศรษฐกิจภายในประเทศไทยได้มาก

นโยบายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเติบโตทางเศรษฐกิจและการมีงานทำ คือ

1) นโยบายการดูแลเกษตรกรและผู้มีรายได้น้อย การสร้างความเข้มแข็งให้ SMEs และเศรษฐกิจฐานราก จากข้อมูลพบว่าในปี พ.ศ. 2560 SMEs สามารถสร้าง GDP ที่แท้จริงเป็นมูลค่ากว่า 4.3 ล้านล้านบาท หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 42.4 ต่อ GDP รวมของประเทศ อัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปีเท่ากับร้อยละ 6.1 ซึ่งสูงกว่า GDP ของธุรกิจรายใหญ่ที่มีอัตราการเติบโตเพียงร้อยละ 0.7 (ภาพที่ 4.2)

ภาพที่ 4.2 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศไทย (หน่วย : ร้อยละ)



ที่มา: การวิเคราะห์โดย EIC จากข้อมูลของสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (สสว.) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

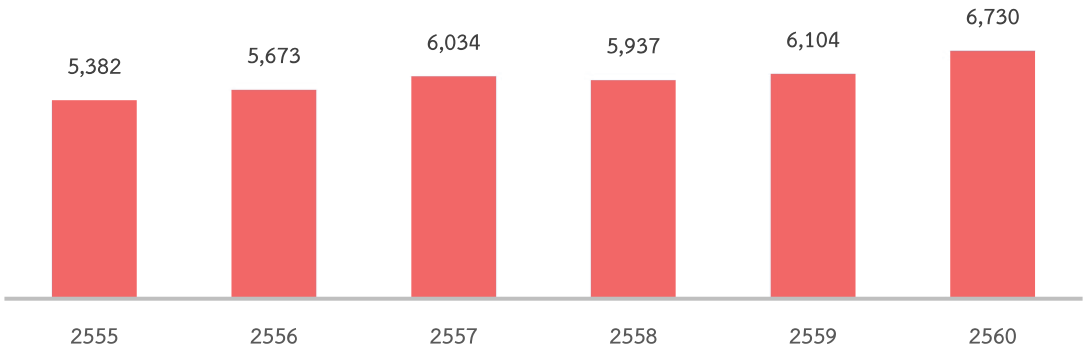
2) นโยบายส่งเสริมที่มุ่งเน้นการพัฒนาที่สนับสนุนกิจกรรมที่มีผลิตภาพ การสร้างงานที่มีคุณค่า ความเป็นผู้ประกอบการ ความสร้างสรรค์และนวัตกรรม และให้การสนับสนุนการรวมตัวและการเติบโตของวิสาหกิจรายย่อย ขนาดเล็ก และขนาดกลาง ด้านการท่องเที่ยวเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ

3) การลงทุนจากความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน(Public Private Partnership หรือ PPP) ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของประเทศเพิ่มขึ้นซึ่งมีความสำคัญมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจไทยในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ ก่อให้เกิดการสร้างงานเพิ่มผลิตภาพและศักยภาพการผลิตในระยะยาว และได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการให้เอกชนร่วมลงทุนในกิจการของรัฐ พ.ศ. 2556 เพื่อส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้เอกชนเข้าร่วมลงทุนกับหน่วยงานของรัฐ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงสร้างด้านพื้นฐานของประเทศ

4.1.2 สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำ การกระจายรายได้และความยากจน

อัตราการขยายตัวของรายได้ต่อหัวของประเทศไทยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 4.2 ต่อปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา ในปี พ.ศ. 2559 รายได้ต่อหัวของไทยคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 42.0 ของค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศ OECD อย่างไรก็ตามประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะยกระดับประเทศให้ก้าวข้ามประเทศรายได้ปานกลางไปสู่การเป็นประเทศที่มีรายได้สูงในปี พ.ศ. 2579 (มีรายได้ต่อหัวประมาณ 13,000 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี)(5) โดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ได้ตั้งเป้าหมายผลักดันให้เศรษฐกิจขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 5.0 ซึ่งจะส่งผลทำให้รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรอยู่ที่ปีละ 9,325 เหรียญสหรัฐ หรือ 317,051 บาท ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีรายได้ต่อหัวเท่ากับ 228,412 บาทต่อคนต่อปี หรือคิดเป็น 6,730.2 ดอลลาร์สหรัฐ (ภาพที่ 4.3)

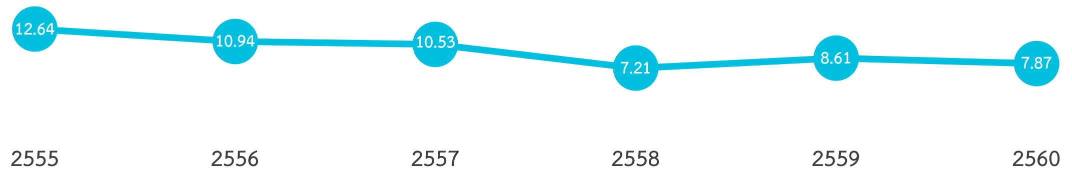
ภาพที่ 4.3 รายได้ต่อหัวประชากร (ดอลลาร์สหรัฐ)



ที่มา: แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)

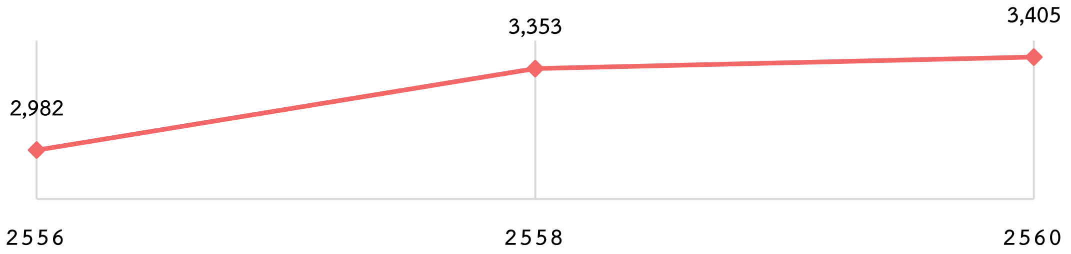
ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ของกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน และแก้ไขปัญหาความยากจน โดยในปี พ.ศ. 2559 สัดส่วนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (Poverty line) หรือสัดส่วนคนจนลดลงจากร้อยละ 8.61 เหลือร้อยละ 7.9 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 4) ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้น นำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนฯ12 กำหนดไว้ลดลงเหลือร้อยละ 6.5 เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 12

ภาพที่ 4.4 สัดส่วนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยาก



อย่างไรก็ตามแม้ว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวของกลุ่มประชากรร้อยละ 40.0 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด* เพิ่มขึ้นจาก 3,353 บาท/คน/เดือน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 3,405 บาท/คน/เดือน ในปี พ.ศ. 2560 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.8 ต่อไป แต่รายได้ยังเพิ่มขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายของแผนฯ ที่กำหนดไว้เพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15.0 ต่อปี (ภาพที่ 4.5)

ภาพที่ 4.5 รายได้เฉลี่ยต่อหัวของกลุ่มประชากรร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด (หน่วย : บาท/คน/เดือน)

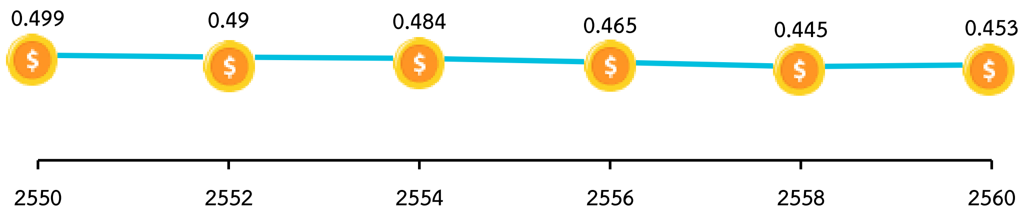


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สถิติที่นิยมใช้เพื่อบ่งชี้ความแตกต่างของการกระจายรายได้ คือ สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0-1 ถ้าค่า สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคมีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่า การกระจายรายได้มีความแตกต่างกันน้อย หากค่านี้สูงขึ้นจะบ่งชี้ถึงการกระจายรายได้มีความแตกต่างกันมาก ซึ่งจากข้อมูลพบว่า สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ด้านรายได้มีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 แต่กลับเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 0.445 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 0.453 ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 4.6) สะท้อนให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ของประชากรเพิ่มขึ้น ในขณะที่เป้าหมายของแผนฯ กำหนดไว้ให้ลดลงเหลือ 0.41 เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 12

* กลุ่มประชากรร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด คำนวณได้จาก การเรียงลำดับประชากรจากผู้ที่มีรายได้ประจำเฉลี่ยต่อคนจากต่ำสุดไปหาสูงสุด และให้ประชากรทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 100 โดยกลุ่มประชากรร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด ก็คือ ประชากรที่มีรายได้ประจำเฉลี่ยต่อคนจากประชากรคนแรกที่มีรายได้ต่ำสุดสะสมไปจนถึงร้อยละ 40 ของประชากรทั้งหมด

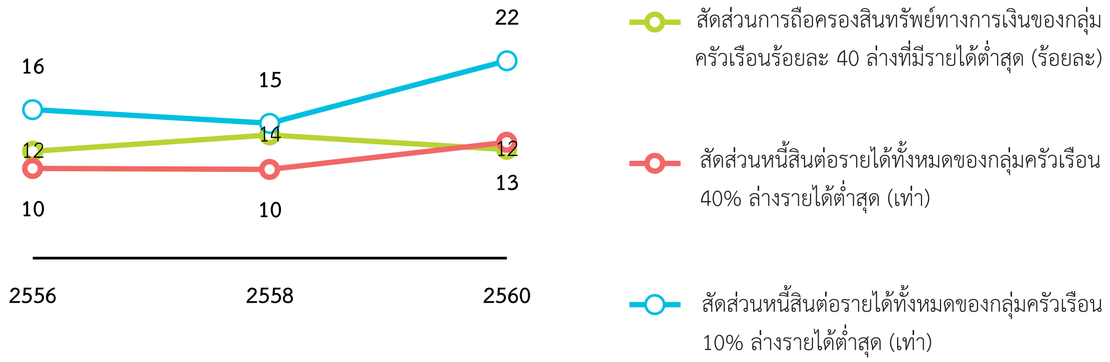
ภาพที่ 4.6 สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ด้านรายได้



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

เช่นเดียวกับสัดส่วนการถือครองสินทรัพย์ทางการเงินของกลุ่มครัวเรือนร้อยละ 40.0 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 13.6 ในปี พ.ศ. 2558 เหลือร้อยละ 12.0 ในปี พ.ศ. 2560 ในขณะที่สัดส่วนหนี้สินต่อรายได้ทั้งหมดของกลุ่มครัวเรือน ทั้งร้อยละ 10.0 และร้อยละ 40.0 ล่างรายได้ต่ำสุด กลับมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.7)

ภาพที่ 4.7 สัดส่วนการถือครองสินทรัพย์ทางการเงินของกลุ่มครัวเรือนร้อยละ 40 ล่างที่มีรายได้ต่ำสุด



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

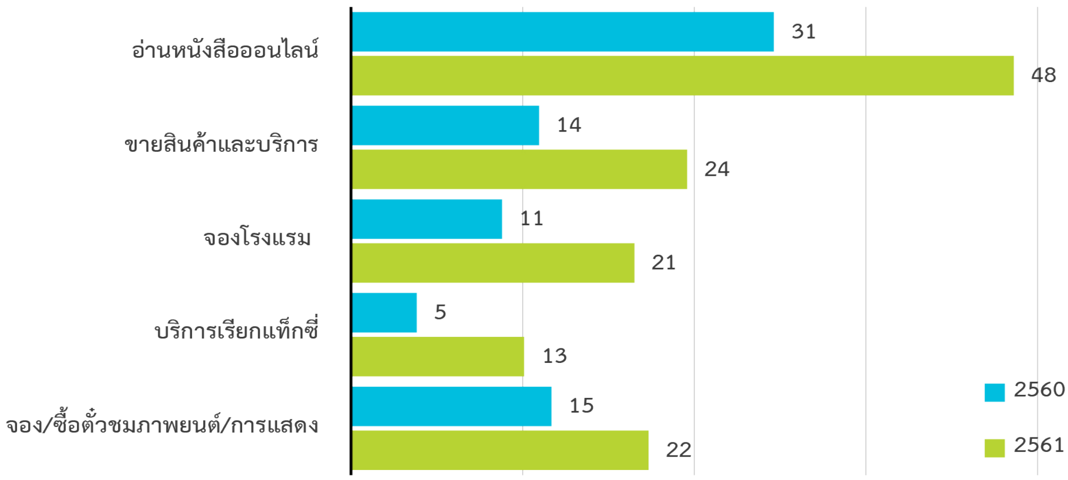
4.2 สถานการณ์และแนวโน้มด้านสังคม

สังคมโลกได้พัฒนามาสู่ยุคโลกาภิวัตน์ หรือยุคไร้พรมแดนอันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โครงสร้างอายุประชากรมีสัดส่วนประชากรวัยเด็กลดลงในที่สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น โครงสร้างการผลิตเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ท่ามกลางความท้าทายในยุค 4.0 อีกทั้งต้องเผชิญสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเป็นไปในทิศทางที่คาดเดาได้ยากและมีแนวโน้มผันผวนสูงขึ้นตามบริบทใหม่ของโลกที่ต้องเผชิญเป็นโลกที่เรียกว่า โลก VUCA ซึ่งย่อมาจาก Volatile Uncertain Complex และ Ambiguous รวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใหญ่ของโลกที่เรียกว่า “Megatrends”

4.2.1 โลกสังคมไร้พรมแดน

โลกสังคมที่ไร้พรมแดนส่งผลให้การเลื่อนไหลของ คน ทุน ความรู้ เทคโนโลยี สินค้าและบริการที่เชื่อมโยงกันทั่วโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกพื้นที่ สังคมไทยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้อย่างกว้างขวางผ่านสื่อเทคโนโลยี การบริโภคสื่อหลายช่องทางในช่วงเวลาเดียวกัน เช่น การใช้สื่อออนไลน์เป็นช่องทางในการซื้อขายรวมถึงการทำธุรกรรมต่างๆ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยไม่จำเป็นต้องรู้จักตัวตนซึ่งกันและกัน ดังเห็นได้จากรายงานของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) หรือ ETDA กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม(ดีอี)[6] เปิดเผยผลสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 พบว่า พฤติกรรมการใช้งานอินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคนไทยใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ยนานขึ้นเป็น 10 ชั่วโมง 5 นาทีต่อวัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 คือ 3 ชั่วโมง 41 นาทีต่อวัน โดยพบว่ากิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มขึ้นสูงสุดคือ อ่านหนังสือออนไลน์ รองลงมาคือ ขายสินค้าและบริการ จองโรงแรม บริการเรียกรถรับจ้าง จอง/ซื้อตั๋วชมภาพยนตร์/การแสดง (ภาพที่ 4.8)

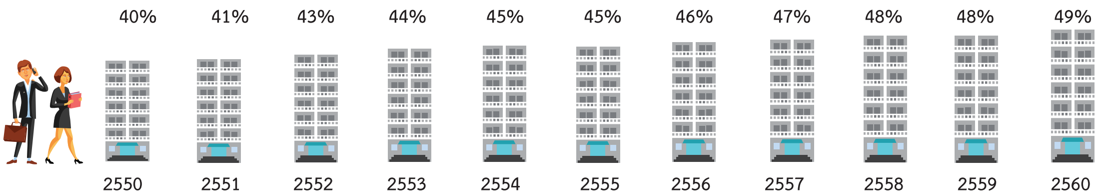
ภาพที่ 4.8 กิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่มีผู้ใช้เพิ่มขึ้น ปี พ.ศ. 2561



4.2.2 สังคมเมือง (Urbanization)

การเกิดขึ้นของสังคมเมือง (Urbanization) ประวัติศาสตร์เศรษฐกิจโลกชี้ให้เห็นว่า ในช่วงที่โครงสร้างทางเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลง การเกิดขึ้นของเมืองเป็นสิ่งที่ควบคู่กันไป ถ้าเรามองไปข้างหน้า เป็นผลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิถีชีวิตของคนรุ่นใหม่ แรงกดดันทางด้านสังคม การเกิดขึ้นของเมืองจะมาพร้อมกับการสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นถนนหนทาง สถานศึกษา โรงพยาบาล ตลอดจนศูนย์การค้า อย่างไรก็ดี การเกิดขึ้นของเมืองจะมีผลข้างเคียงหลายมิติ เช่น การหลั่งไหลเข้ามาของแรงงาน ย้ายถิ่นฐานจากชนบทเข้าสู่เมือง ชุมชนแออัด การขยายตัวของคนชั้นกลาง วัฒนธรรมต่างคนต่างอยู่ (Individualization) ขาดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม หรือวิถีชีวิตที่เร่งรีบจนไม่มีเวลาที่จะสนใจความเป็นไปรอบตัว หรือไม่มีเวลาที่จะดูแลลูกหลานตามสมควร ปัจจุบันแนวโน้มสัดส่วนของคนเมืองต่อประชากรทั้งหมดของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2550 – 2560 (ภาพที่ 4.9) โดยในปี พ.ศ. 2560 มีสัดส่วนของคนเมือง เป็นร้อยละ 49.0 ของประชากรทั้งหมดของประเทศ

ภาพที่ 4.9 สัดส่วนของคนเมืองต่อประชากรทั้งหมดของประเทศ



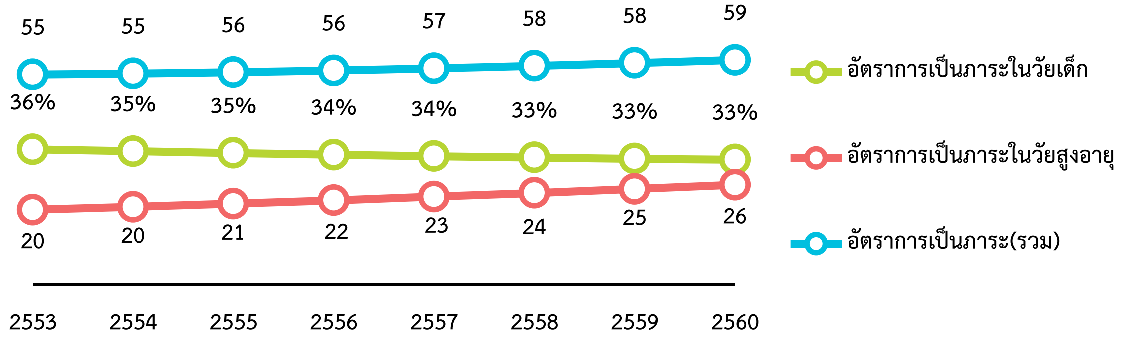
ที่มา: https://www.statista.com/statistics/455942/urbanization-in-thailand/

คาดการณ์ว่าในอีก 35 ปีข้างหน้า ปี พ.ศ. 2593 โลกจะมีประชากรคนเมืองเพิ่มมากขึ้นถึง 2.4 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 66.0 ของประชากรโลก อนาคตทวีปเอเชียและแอฟริกาจะมีอัตราการขยายตัวความเป็นเมืองมากที่สุด โดยคาดว่าประเทศไทยจะมีประชากรเพิ่มขึ้นกว่า 11 ล้านคน ประชากรไทยกว่าร้อยละ 73.0 จะกลายเป็นคนเมือง[7]

4.2.3 สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society)

สังคมไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญอยู่ในภาวะสังคมผู้สูงอายุ ที่มีสัดส่วนโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ราว 10-20 ปีข้างหน้านี้สังคมไทยก็จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20.0 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 14.0 ขึ้นไป โดยจากข้อมูลของ United Nations World Population Ageing พบว่า หลังจากปี 2552 ประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ จะมีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยแรงงาน จากรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม พบว่าอัตราการเป็นภาระ (Dependency Ratio) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 55.2 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 59.1 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2560 เมื่อจำแนกอัตราการเป็นภาระในวัยสูงอายุ (old-age dependency ratio) เพิ่มขึ้นจาก 19.67 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 26.23 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ. 2560 (ภาพที่ 4.10) นั่นคือ วัยแรงงานในสังคมไทยจากเดิม 5 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน ลดลงเหลือ 3 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คน หมายความว่า วัยแรงงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในอนาคตการดูแลผู้สูงอายุโดยลูกหลานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งการวัฒนธรรมไทยอาจทำได้ยากขึ้นอันเนื่องมาจากอัตราพึ่งพิงที่สูงขึ้น และการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางลักษณะครอบครัว และที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุบางส่วนมีความเสี่ยงจะถูกทอดทิ้ง

ภาพที่ 4.10 อัตราการเป็นภาระต่อวัยแรงงาน 100 คน ปี พ.ศ. 2553 - 2560



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม

4.2.4 สังคมไทยกับคุณภาพการศึกษา

คนไทยได้รับการพัฒนาศักยภาพทุกช่วงวัย แต่มีปัญหาคุณภาพการศึกษายังไม่เพียงพอในการปรับตัวให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมที่หลากหลาย เข้าสู่สังคมเศรษฐกิจ การสื่อสารที่ไร้พรมแดน ส่งผลให้คนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2561 พบว่าวัยรุ่น 3 ใน 10 ออกไปเที่ยวกลางคืน และ 1 ใน 10 เล่นพนัน หวย บอล ฯลฯ

โครงการประเมินผลนักเรียนร่วมกับนานาชาติ (Program for International Student Assessment: PISA) เป็นโครงการที่ริเริ่มโดยองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co-operation and Development-OECD) เพื่อประเมินความสามารถของนักเรียนในการนำความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ การอ่านและคณิตศาสตร์ จากการเรียนไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาในชีวิตหรือสถานการณ์จริง พบว่าผลการประเมิน PISA 2015 ปี (พ.ศ. 2558) คะแนนเฉลี่ยด้านการรู้เรื่องวิทยาศาสตร์ การรู้เรื่องการอ่าน และการรู้เรื่องคณิตศาสตร์ของนักเรียนไทยอายุ 15 ปี ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติในทุกวิชา โดยประเทศไทยอยู่อันดับที่ 55 จาก 72 ประเทศ และลดลงจาก PISA 2012 (พ.ศ. 2555) อันดับที่ 50 จากทั้งหมด 65 ประเทศ (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ผลการทดสอบของโครงการ PISA 2015 (หน่วย : คะแนน)

อันดับ	ประเทศ	วิทยาศาสตร์	ทักษะการอ่าน	คณิตศาสตร์
1	สิงคโปร์	556	535	564
2	ญี่ปุ่น	538	516	532
4	จีน (ไทเป)	532	509	542
6	จีน (มาเก๊า)	529	509	544
9	เวียดนาม	525	487	495
10	ฮ่องกง	523	527	548
11	จีน (ปักกิ่ง-เซี่ยงไฮ-เจียงซู-กวางตุ้ง)	518	494	531
	ค่าเฉลี่ยนานาชาติ (OECD)	493	493	490
55	ไทย	421	409	415
63	อินโดนีเซีย	403	397	386

ที่มา: สรุปผลการประเมิน PISA 2015 สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

4.3 สถานการณ์และแนวโน้มด้านประชากร ครอบครัวและการอพยพย้ายถิ่น

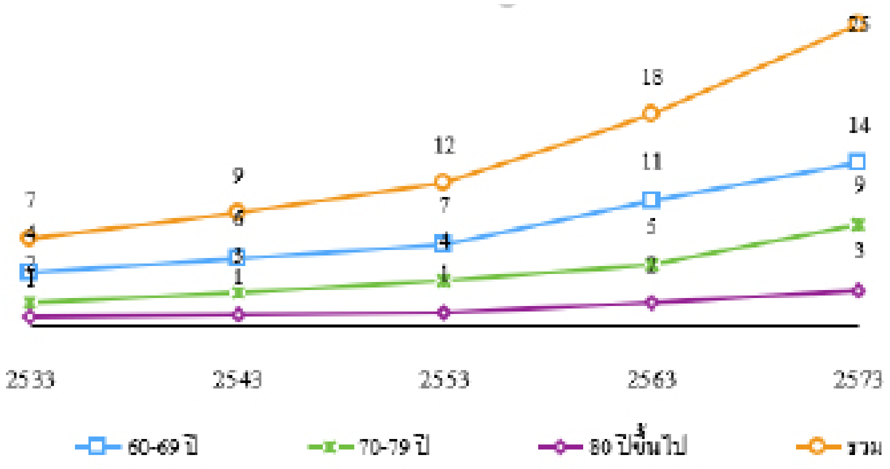
4.3.1 โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุเกิดขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วต่างเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยีการแพทย์ที่ทันสมัย และผลจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจทำให้ประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น มีสุขภาวะที่ดี อายุยืนยาวขึ้น อัตราการตายลดลง ในขณะที่อัตราการเกิดก็ลดลงด้วย

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2544-2643 (ค.ศ. 2001-2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุหมายถึงการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลกและมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน ประเทศในทวีปเอเชียที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่แล้ว คือ ประเทศญี่ปุ่น สำหรับประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 รองจากสิงคโปร์

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (ภาพที่ 4.11)

ภาพที่ 4.11 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรรวม ปี พ.ศ. 2533 - 2573



ที่มา: ข้อมูลปี 2533 2543 และ 2553 จากสำมะโนประชากรและเคหะ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อมูลปี 2563 เป็นต้นไป จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

4.3.2 การเปลี่ยนแปลงของ “สถาบัน” ครอบครัวไทยในศตวรรษที่ 21

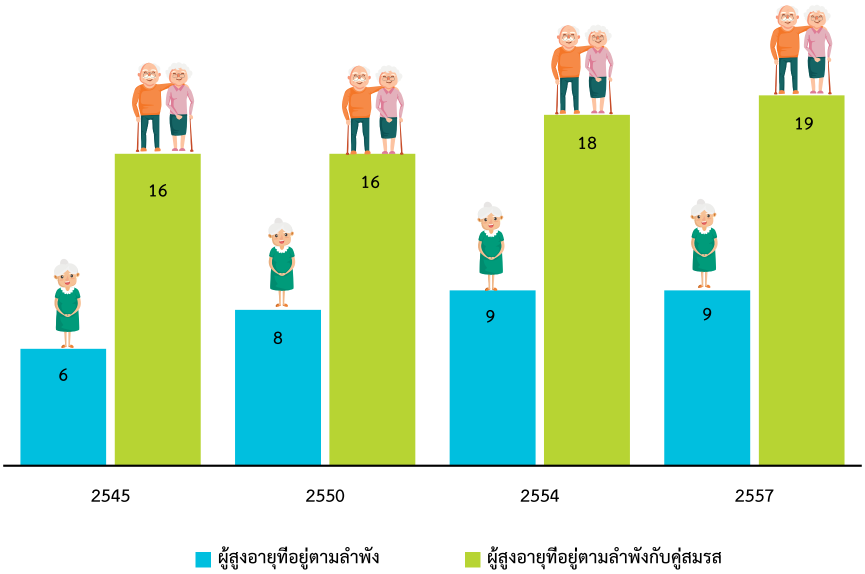
ในยุคสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม มีนโยบายสนับสนุนการเกิด เช่น การออกคำสั่งแต่งตั้งองค์การส่งเสริมการสมรสขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเร่งการเพิ่มจำนวนประชาชากรเพื่อความมั่นคงของชาติ มีการจัดงานวันแม่ ประกวดแม่ลูกดกโดยแม่ที่เข้าประกวดต้องมีลูกตั้งแต่ 15 คนขึ้นไป และยังมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสงเคราะห์ผู้มีบุตรมาก ปี พ.ศ. 2499 ครอบครัวไทยในยุคสมัยนั้นจึงมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (extended family) ที่มีคนอย่างน้อย 3 รุ่น คือ ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ และลูก อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน แม่แต่ละคนมีลูก

มากถึง 5-6 คนโดยเฉลี่ย ทำให้สมาชิกในครอบครัวอาจมีจำนวนมากกว่า 10 คน บ้านเรือนสมัยก่อนกว้างขวางและมีพื้นที่มาก บ้านเรือนของญาติพี่น้องปลูกติดกันหรือใกล้กัน

ต่อมาในยุคสมัยจอมพลถนอม กิตติขจร จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมีผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จึงได้ประกาศนโยบายประชากรโดยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2513 "สนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบใจสมัคร เพื่อแก้ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับอัตราการเพิ่มของประชากรสูงมาก" จากนั้นเป็นต้นมาเกิดคำพูดที่ว่า "ลูกมาก ยากจน" และ "หญิงก็ได้ ชายก็ดี มีแค่สอง" ผลการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรลดลง

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขนาดครัวเรือนไทยซึ่งแต่เดิมมีขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับคนหลายรุ่นวัย แต่ปัจจุบันขนาดครัวเรือนไทยได้เล็กลงจากเฉลี่ยประมาณ 5 คนต่อครัวเรือน เมื่อ 50 ปีก่อน เหลือเพียง 3 คนต่อครัวเรือน สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังคนเดียวและอยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพที่ 4.12) ซึ่งต่อไปจะเกิดปัญหาว่าจะมีผู้ดูแลหรือระบบที่ช่วยเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้อย่างไร เมื่อมีสภาพที่ต้องพึ่งพิงหรือช่วยตัวเองไม่ได้

ภาพที่ 4.12 สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง



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

อัตราการหย่าร้าง เป็นประเด็นทางครอบครัวอีกประเด็นที่ส่งสัญญาณความเปราะบางของชีวิตสมรสและครอบครัวไทย ด้วยยุคสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ชายและหญิงต่างให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกของตนเองมากขึ้น ทั้งยังมีความเป็นประชาธิปไตยในชีวิตสมรส (democratization of marriage) เพื่อให้สามีและภรรยามีความเท่าเทียมกันในการเติมเต็มเป้าหมายในชีวิตตนเองอย่างเสมอภาค พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว (single parenthood)

การอยู่ร่วมกันของเพศเดียวกัน (same-sex-union) ความรักระหว่างเพศเดียวกันได้รับการยอมรับและอยู่กินกันเปิดเผยเป็นครอบครัวมากขึ้น มีการยอมรับโดยนิตินัยในหลายแห่ง

การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น (teenage pregnancies) ในขณะที่สังคมไทยกำลังกังวลกับอัตราการเกิดที่ลดลง แต่จำนวนการเกิดในแม่วัยรุ่นกลับมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงานการเพิ่มขึ้นของแม่วัยรุ่นจากที่เคยมีจำนวนประมาณ 50,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 6.0 ของจำนวนการเกิดทั้งหมดใน พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 130,000 ราย หรือร้อยละ 14.0 ของจำนวนการเกิดทั้งหมด ใน พ.ศ. 2533 และยังพบว่าแม่วัยรุ่นเหล่านี้ ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะยากจน มีการศึกษาค่อนข้างน้อย ทำให้บุตรที่เกิดมาได้รับการเลี้ยงดูที่ด้อยคุณภาพ ครอบครัวแบบแม่เลี้ยงเดี่ยวในกรณีที่เลิกรากับสามี ยังเรียนหนังสือไม่จบ หรือต้องทิ้งลูกไว้ให้กับพ่อแม่ช่วยเลี้ยงดู กลายเป็นครอบครัวลักษณะข้ามรุ่น (skipped-generation household) ในที่สุด และมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ปู่ย่า ตายายที่รับหลานมาเลี้ยงบางกรณีอาจรู้สึกดีที่ได้ช่วยแบ่งเบาภาระให้กับลูกที่กำลังสร้างครอบครัว สร้างฐานะ แต่ในบางกรณีการเลี้ยงดูหลานกลับกลายเป็นภาระที่มีผลต่อสุขภาพร่างกายของปู่ย่า ตายาย ปัญหาเงินเลี้ยงดูหลานไม่เพียงพอ ทั้งอาจเกิดปัญหากับพัฒนาการของเด็กในกรณีที่ปู่ย่า ตายาย ไม่สามารถดูแลเอาใจใส่ได้เท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารการกิน การเรียนหนังสือ หรืออาจตามใจหลานมากเกินไปเพื่อชดเชยกับการที่หลานไม่ได้อยู่ใกล้พ่อแม่หรือเพื่อให้หลานรัก ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งคือปัญหาช่องว่างระหว่างวัยซึ่งนับวันจะรุนแรงมากยิ่งขึ้นในยุคสังคม social network ที่ทำให้เด็กวัยรุ่นรับข่าวสารต่างๆ อย่างรวดเร็ว ปู่ย่า ตายาย หากไม่เข้าใจวัยรุ่น ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงได้ทัน อาจนำไปสู่ความขัดแย้งได้

คนเลือกจะอยู่คนเดียว (single-person household หรือ one-person household) เริ่มมีจำนวนมากขึ้นในสังคมสมัยใหม่ ซึ่งลักษณะการอยู่คนเดียวเช่นนี้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของคนในสังคมที่มีความเป็นปัจเจก (individualization) สูงขึ้น ต้องการความเป็นส่วนตัวมากขึ้น การเลือกใช้ชีวิตโสดในเมืองคนเดียวมีแนวโน้มสูงขึ้น จนปัจจุบันพบว่าครอบครัวคนเดียวในเมืองและชนบทมีสัดส่วนพอๆ กัน โดยแต่ก่อนจะพบครัวเรือนคนเดียวในสังคมชนบทมากกว่าสังคมในเมือง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะลูกหลานย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงานและเรียนหนังสือในตัวเมือง ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทอยู่คนเดียว คู่สมรสเสียชีวิตโดยไม่มีลูก หรือมีแต่อยู่ห่างไกลจากลูกๆ นอกจากนี้ด้านการจัดการเมือง (urban planning)มองว่าการมีจำนวนครัวเรือนที่มีขนาดเล็กๆ จำนวนมากนี้ จะใช้ทรัพยากรของสังคมสิ้นเปลืองกว่าการที่แต่ละครัวเรือนมีสมาชิกจำนวนมากแต่มีจำนวนครัวเรือนน้อยๆ เนื่องจากสามารถใช้ทรัพยากรต่างๆ ร่วมกันได้ ไม่ว่าจะเป็นตู้เย็น โทรทัศน์ เครื่องซักผ้า เป็นต้น

4.3.3 การอพยพย้ายถิ่น

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยมีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่องเน้นเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม จนถึงในช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัวกระแสโลกาภิวัตน์เปิดกว้าง มีการหลั่งไหลของทุนและเทคโนโลยีจากต่างประเทศเข้ามาลงทุนในประเทศ ปัจจัยทางเศรษฐกิจการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการย้ายถิ่นเข้ามาในเขตเมืองของจังหวัดและเขตปริมณฑล นอกจากนี้ผลจากการกระชายความเจริญไปสู่ภูมิภาคต่างๆ เช่น โครงการพัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งตะวันออกก็นับว่าทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายจากเมืองไปสู่เมืองเพิ่มมากขึ้น เมื่อพิจารณาจากการทำงานของผู้ย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในสาขาเศรษฐกิจต่างๆ แล้ว จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า สาขาการผลิตในส่วนอุตสาหกรรมโรงงานมีจำนวนผู้ย้ายถิ่นสูงที่สุด รองลงมาคือ สาขาเกษตรและสาขาบริการต่างๆ เช่น การท่องเที่ยว การค้าส่งและค้าปลีกต่างๆ เป็นต้น

การย้ายถิ่นมีผลกระทบต่อโครงสร้างทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของทั้งท้องที่ซึ่งมีการย้ายถิ่นเข้าและย้ายถิ่นออกอย่างมากและมีผลต่อโครงสร้างประชากร

1) การย้ายถิ่นภายในประเทศ (internal migration)

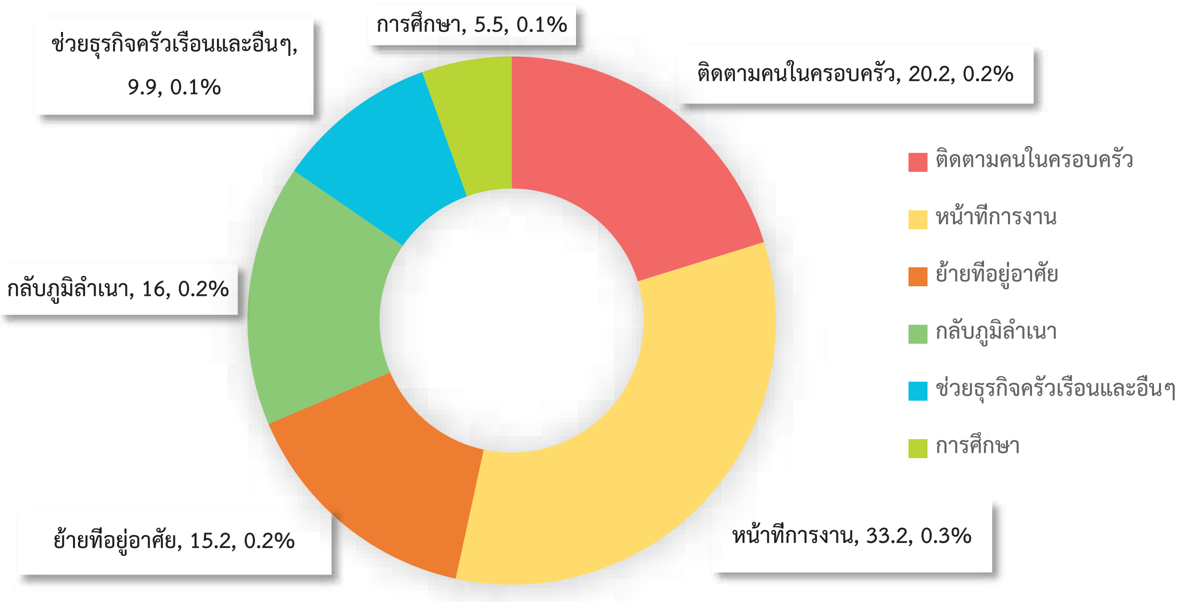
การย้ายถิ่นภายในประเทศกระแสหลักกระแสหนึ่ง คือ การย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมือง ซึ่งเกิดขึ้นในเกือบทุกๆ ประเทศระหว่างการพัฒนาเศรษฐกิจจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ส่งผลให้อัตราเพิ่มของประชากรเมืองสูงขึ้น

ลักษณะของผู้ย้ายถิ่น พบว่าผู้ที่มีอัตราการย้ายถิ่นที่สูง คือ วัยรุ่นก่อนอายุ 20 ปี จนกระทั่งถึงอายุต้น 30 ปี

อัตราเพิ่มโดยเฉลี่ยของประชากรในเมืองและในชนบท นอกจากนี้ การย้ายถิ่นเปลี่ยนแปลงตามการศึกษา ผู้ที่ย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองมักจะเป็นผู้ที่มีการศึกษาดีกว่าคนทั่วไปในชนบท การย้ายถิ่นในลักษณะนี้เรียกว่า การไหลของสมอง (brain drain)

จากข้อมูลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร ปี พ.ศ. 2560[(8)] พบว่า มีผู้ย้ายถิ่นจำนวน 632,000 คน หรือคิดเป็นอัตราการย้ายถิ่น ร้อยละ 0.9 จากประชากรทั่วประเทศไทย (67.70 ล้านคน) โดยเป็นการย้ายถิ่นภายในประเทศ จำนวน 608,000 คน สาเหตุของการย้ายถิ่น ได้แก่ หน้าที่การงาน ติดตามครอบครัว กลับภูมิลำเนา ย้ายที่อยู่อาศัย ช่วยธุรกิจครัวเรือนและอื่นๆ และการศึกษา (ภาพที่ 4.13)

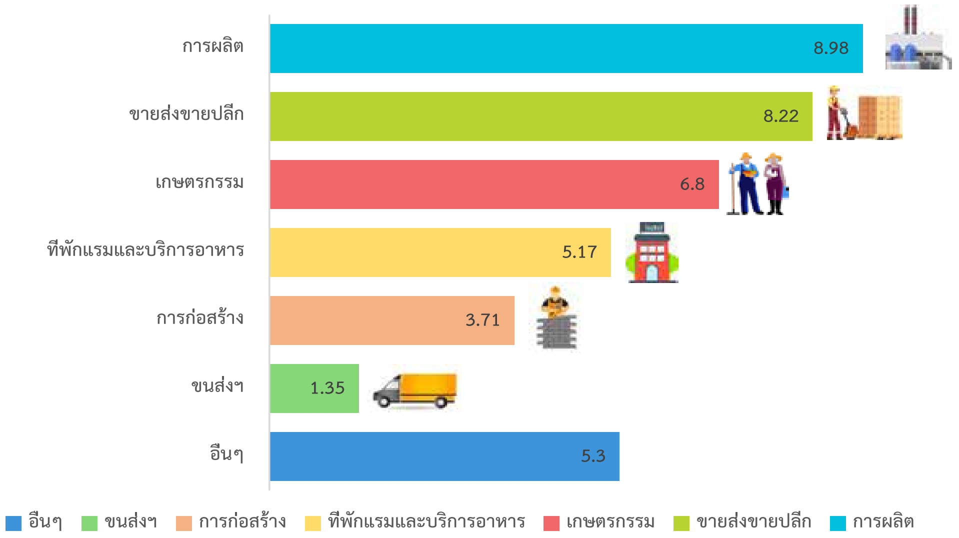
ภาพที่ 4.13 ร้อยละการย้ายถิ่นภายในประเทศ ปี พ.ศ. 2560 จำแนกตามสาเหตุของการย้ายถิ่น



ที่มา: สำรวจการย้ายของประชากร พ.ศ. 2560

สำหรับผู้ย้ายถิ่น ประกอบด้วยผู้ทำงานสาขาการผลิตมากที่สุด รองลงมาเป็น สาขาการขายส่ง ขายปลีกฯ สาขาเกษตรกรรม สาขาที่พักและบริการอาหาร ที่เหลือเป็นสาขาอื่นๆ ดังภาพที่ 4.14

ภาพที่ 4.14 จำนวนผู้ย้ายถิ่น จำแนกตามอุตสาหกรรมของผู้ย้ายถิ่น ปี พ.ศ. 2560 (หน่วย : หมื่นคน)



ที่มา : สำรวจการย้ายของประชากร พ.ศ. 2560

2) การย้ายถิ่นระหว่างประเทศ (international migration)

การย้ายถิ่นระหว่างประเทศของไทยมีมานานแล้ว มีทั้งผู้อพยพเข้าประเทศและผู้อพยพออกไปต่างประเทศ ปัจจัยที่ทำให้แรงงานต่างชาติเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย คือ รายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีพจากอาชีพเกษตรกรรมแบบยังชีพในประเทศของตนและมีการว่างงานตามฤดูกาล การพัฒนาอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานมากประเภทแรงงานไร้ฝีมือและกึ่งฝีมือเป็นส่วนหนึ่งที่ดึงดูดให้แรงงานต่างชาติย้ายถิ่นเข้ามา จากข้อมูลการสำรวจการย้ายถิ่นของประชากร ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประเทศที่แรงงานย้ายเข้ามาไทยมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ เมียนมาร์

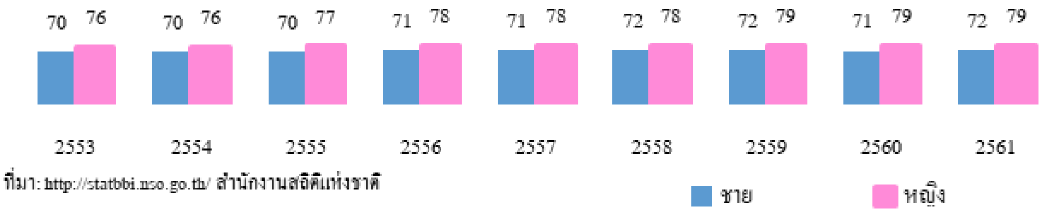
ส่วนกรณีแรงงานไทยอพยพไปทำงานต่างประเทศนั้นแยกได้เป็น 2 กรณี คือ กรณีของการอพยพออกของแรงงานที่เรียกว่า ชนชั้นมันสมอง (brain drain) กับแรงงานประเภทที่ใช้กำลังในการทำงานมากกว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2508 - 2523 ประเทศไทยประสบปัญหามี brain drain เข้าไปสู่ประเทศสหรัฐอเมริกามากที่สุด ได้แก่ นักเรียนไทยส่วนหนึ่งที่ไปศึกษาต่อในต่างประเทศแล้วไม่ได้เดินทางกลับประเทศไทยหลังสำเร็จการศึกษาแล้ว ปัจจัยสำคัญคือ ความแตกต่างของรายได้ที่ได้รับ ส่วนการย้ายถิ่นของแรงงานประเภทที่ใช้กำลัง กระแสการย้ายถิ่นระหว่างประเทศเพิ่มมากในช่วงปี พ.ศ. 2516 โดยมีจุดมุ่งหมายไปทำงานในประเทศแถบตะวันออกกลาง ประเทศซาอุดิอาระเบีย ต่อมาการย้ายถิ่นระหว่างประเทศเปลี่ยนเป็นมุ่งหน้าไปยังประเทศใกล้ๆ แถบเอเชีย โดยเฉพาะญี่ปุ่น ไต้หวัน ปี พ.ศ. 2561 จากข้อมูลของกองบริหารแรงงานไปต่างประเทศ พบประเทศไต้หวันเป็นประเทศที่แรงงานไทยได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานมากที่สุด จำนวน 17,277 คน (ร้อยละ 32.2) รองลงมาคือ ประเทศญี่ปุ่น และสาธารณรัฐเกาหลี แต่เมื่อเปรียบเทียบจากปี พ.ศ. 2557 แนวโน้มแรงงานไทยได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานประเทศไต้หวันลดลง ส่วนประเทศสวีเดนและสาธารณรัฐเกาหลีเพิ่มขึ้น รายได้ส่งกลับจากการทำงานต่างประเทศที่แรงงานไทยส่งกลับผ่านระบบธนาคารแห่งประเทศไทย พบว่า ปี พ.ศ. 2561 แรงงานไทยส่งเงินผ่านระบบธนาคาร จำนวน 140,804 ล้านบาท โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

4.4 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และคุณภาพชีวิตของคนไทย

4.4.1 เครื่องชี้วัดด้านสุขภาพของประชาชน

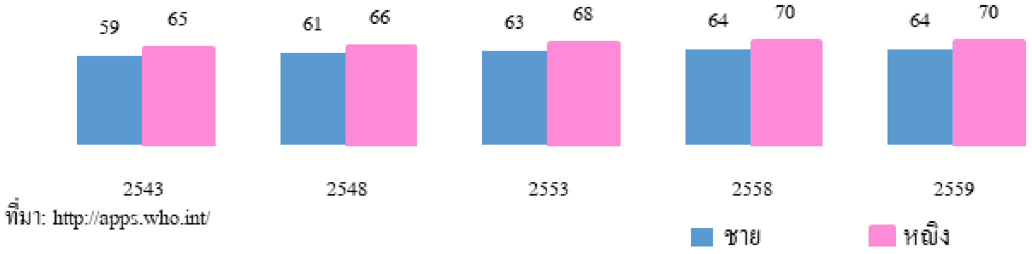
1) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth: LE) ของประชากรไทย จากรายงาน พบว่าในปี พ.ศ. 2561 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรชายและหญิงมีค่า 72.2 ปี และ 78.9 ปี ตามลำดับ (ภาพที่ 4.15) ในขณะที่ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (health adjust life expectancy: HALE) ในปี พ.ศ. 2559 ของประชากรชายและหญิงมีค่า 64 ปีและ 70 ปี ตามลำดับ (ภาพที่ 4.16) ซึ่งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 4.15 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth: LE) พ.ศ. 2553-2561



ที่มา: http://statbbi.nso.go.th/ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

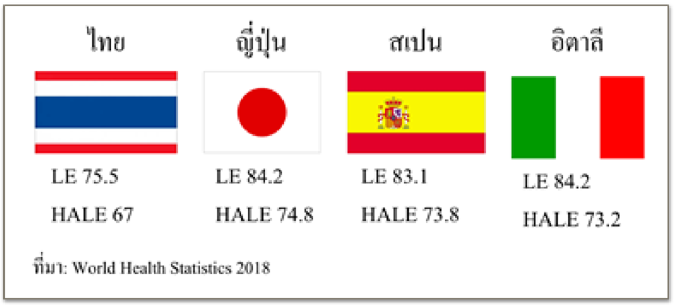
ภาพที่ 4.16 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (health adjust life expectancy: HALE) พ.ศ. 2543-2559



ที่มา: http://apps.who.int/

อย่างไรก็ตาม อายุคาดเฉลี่ยดังกล่าวยังคงต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) (ภาพที่ 4.17)

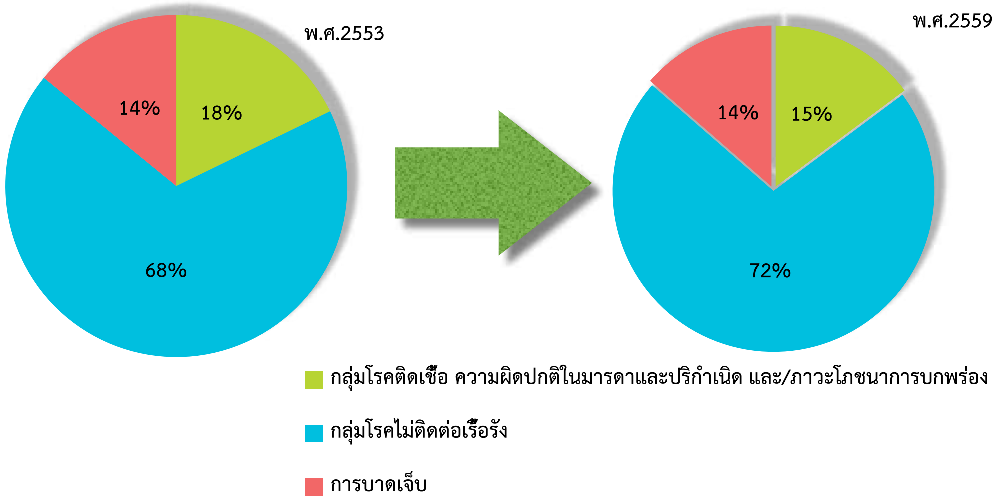
ภาพที่ 4.17 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth: LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjust Life Expectancy: HALE) ในกลุ่มประเทศ OECD



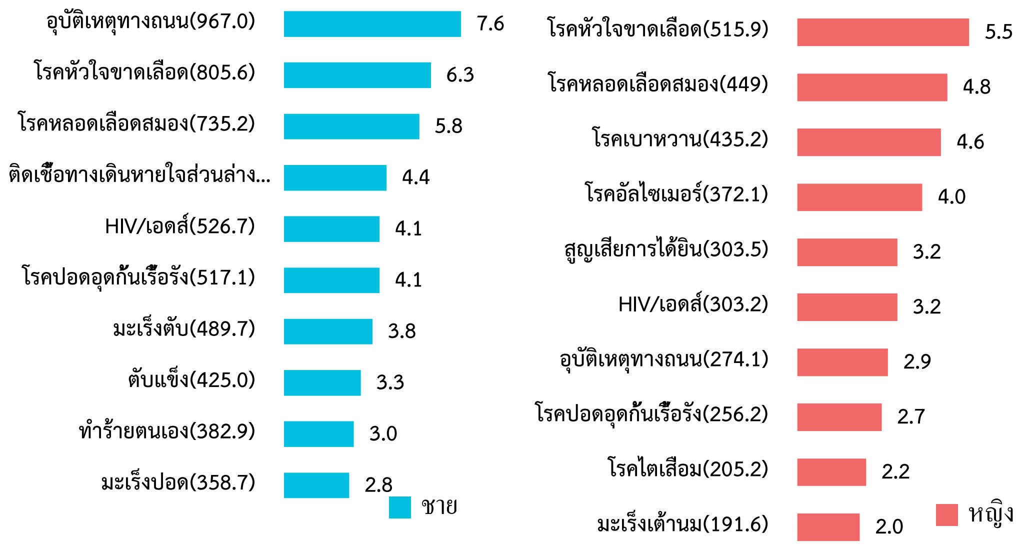
2) ดัชนีการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) เป็นเครื่องชี้วัดภาระโรคที่ใช้บอกขนาดปัญหาสุขภาพในภาพรวมของประชากร เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ ดัชนีที่บอกถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น คือ กลุ่มโรคติดเชื้อ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด และ/ภาวะโภชนาการบกพร่อง ในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนร้อยละ 18.0 ลดลงเหลือร้อยละ 15.0 ในปี พ.ศ. 2559 แต่กลับพบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.0 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 72.0 ในปี 2559 (ภาพที่ 4.18)

เมื่อจำแนกตามเพศ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าสาเหตุที่ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดเกิดจากอุบัติเหตุทางถนน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงสาเหตุเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ตามลำดับ (ภาพที่ 4.19)

ภาพที่ 4.18 การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) พ.ศ. 2553 และ 2559 จำแนกตามสาเหตุหลัก ใช้รูปเดิมปรับสีและตัวอักษร



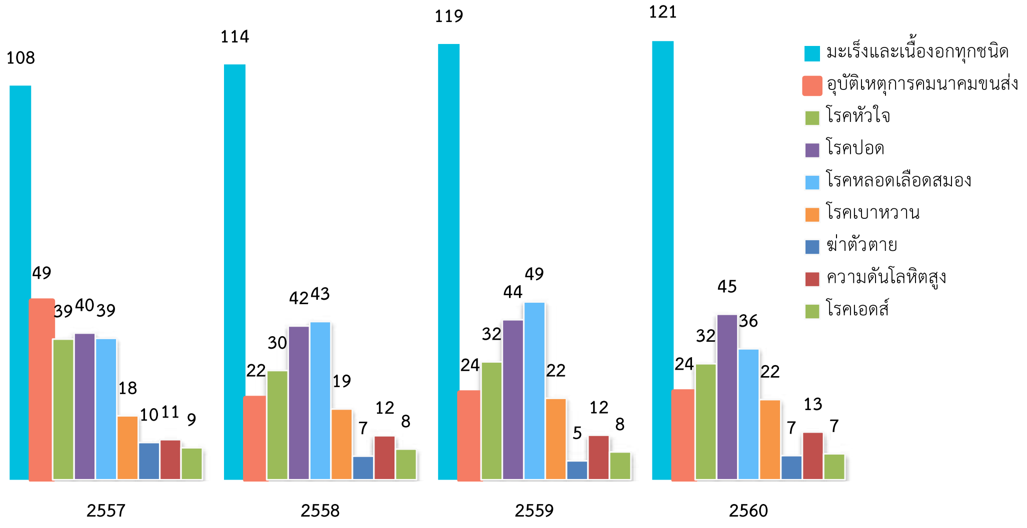
ภาพที่ 4.19 การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability adjusted life years: DALYs) พ.ศ. 2559 จำแนกตามเพศ



4.4.2 สาเหตุการตาย

ในปี พ.ศ. 2560 สาเหตุการตายสำคัญที่มีแนวโน้มสูงขึ้นของประชากรไทย คือ โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด อุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่ง โรคหัวใจ โรคปอดอักเสบ และโรคอื่นๆ ของปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ฆ่าตัวตาย ความดันโลหิตสูง และโรคเอดส์ ตามลำดับ (ภาพที่ 4.20)

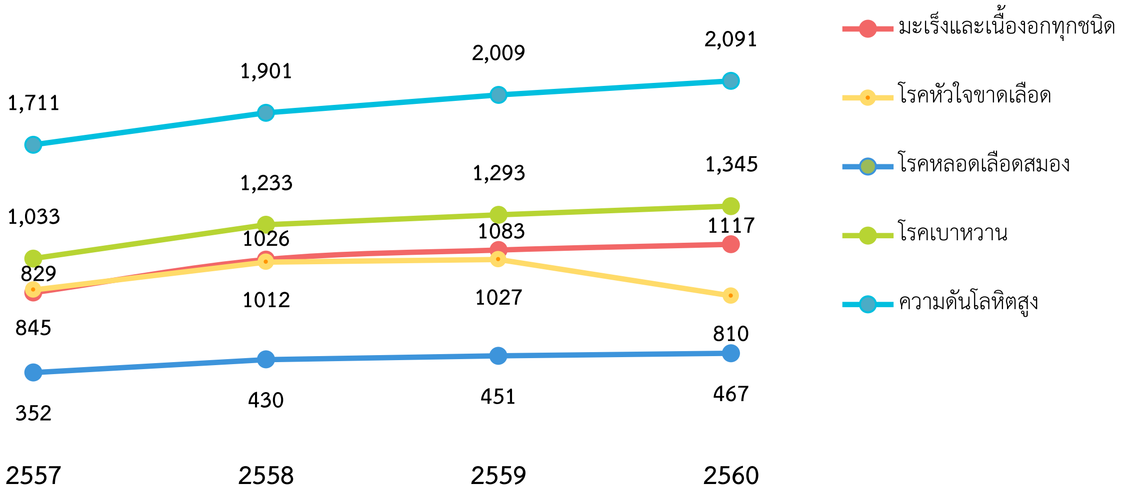
ภาพที่ 4.20 อัตราตายจากโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2557-2560 ต่อประชากร 100,000 คน



4.4.3 อัตราป่วยจากโรคสำคัญ

สาเหตุความเจ็บป่วยของประชากรไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ (ภาพที่ 4.21)

ภาพที่ 4.21 อัตราเจ็บป่วยด้วยโรคที่สำคัญ พ.ศ. 2557-2560 ต่อประชากร 100,000 คน



4.4.4 คุณภาพชีวิตของคนไทย

จากเอกสารรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี พ.ศ. 2560 โดยคณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (พชช.) ได้นำเสนอผลการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ทำให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนภาพรวมในทุกระดับของประเทศ โดยมีเครื่องมือในการวัดผลคุณภาพชีวิตของคนไทย จำนวน 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด มีผลดังนี้

หมวดที่ 1 สุขภาพ มี 7 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 3 เด็กแรกเกิดถึง 12 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 99.9 รองลงมา ตัวชี้วัด 1 เด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 99.6 และตัวชี้วัดที่ 7 คนอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที ร้อยละ 99.2 ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่คนไทยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 6 คนอายุ 35 ปีขึ้นไปไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 4.3 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 2 เด็กแรกเกิดไม่ได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนแรกติดต่อกัน ร้อยละ 3.3 และตัวชี้วัดที่ 4 ครัวเรือนไม่ได้กินอาหารถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยและได้มาตรฐาน ร้อยละ 1.4

หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม มี 7 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 14 ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินร้อยละ 99.9 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 9 ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 5 ลิตรต่อวัน ร้อยละ 99.8 และตัวชี้วัดที่ 10 ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 45 ลิตรต่อวัน ร้อยละ 99.7 ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่คนไทยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 11 ครัวเรือนไม่มีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาดและถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 3.9 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 13 ครัวเรือนไม่มีการป้องกันอุบัติภัยและภัยธรรมชาติอย่างถูกวิธี ร้อยละ 1.34 และตัวชี้วัดที่ 12 ครัวเรือนถูกรบกวนจากมลพิษ ร้อยละ 0.

หมวดที่ 3 การศึกษา มี 5 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 15 เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับบริการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน ร้อยละ 99.8 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 19 คนอายุ 15-59 ปี อ่าน เขียนภาษาไทย และคิดเลขอย่างง่ายได้ร้อยละ 99.3 และตัวชี้วัดที่ 18 คนในครัวเรือนที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ที่ไม่ได้เรียนต่อและยังไม่มีงานทำ ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพ ร้อยละ 95.9 ตามลำดับ

หมวดที่ 4 การมีงานทำและรายได้ มี 4 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 22 รายได้เฉลี่ยของคนในครัวเรือนต่อปี ร้อยละ 99.0 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 20 คนอายุ 15-59 ปี มีอาชีพและรายได้ ร้อยละ 99.0 และตัวชี้วัดที่ 21 คนอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาชีพและรายได้ ร้อยละ 93.2 ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่คนไทยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 23 ครัวเรือนไม่มีการเก็บออมเงิน ร้อยละ 17.2 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 21 คนอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีอาชีพและรายได้ ร้อยละ 6.8 และตัวชี้วัดที่ 20 คนอายุ 15-59 ปี ไม่มีอาชีพและรายได้ ร้อยละ 0.98

หมวดที่ 5 ค่านิยม มี 8 ตัวชี้วัด

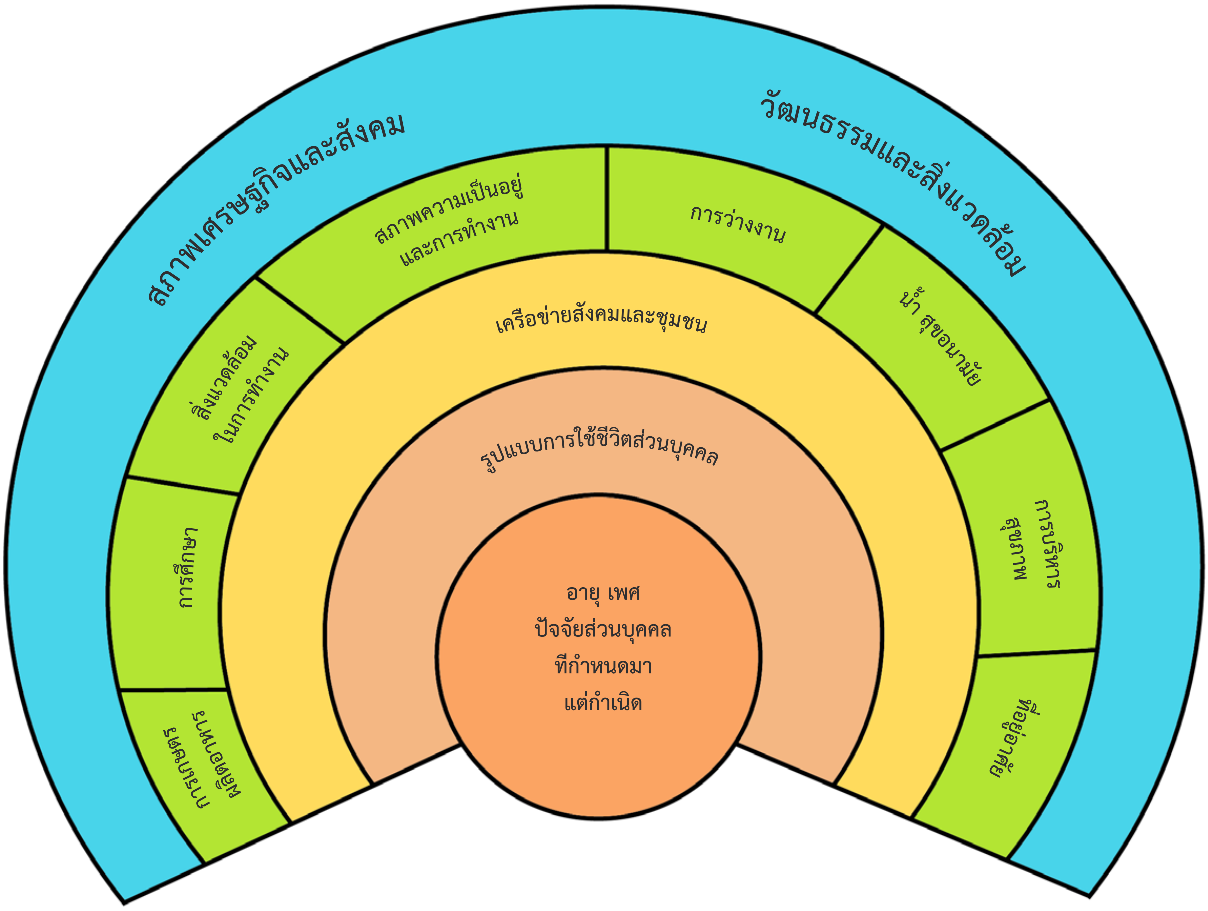
ตัวชี้วัดที่คนไทยผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัด 27 ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ หรือภาคเอกชน ร้อยละ 99.9 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 29 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ หรือภาคเอกชน ร้อยละ 99.9 และตัวชี้วัดที่ 28 ผู้พิการ ได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ หรือภาคเอกชน ร้อยละ 99.9 ตามลำดับ

ตัวชี้วัดที่คนไทยไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ 25 คนในครัวเรือนสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.3 รองลงมา ตัวชี้วัดที่ 24 คนในครัวเรือนดื่มสุรา ร้อยละ 6.9 และตัวชี้วัดที่ 31 ครอบครัวไม่มีความอบอุ่น ร้อยละ 0.8

4.5 สถานการณ์ของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)

ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามว่า หมายถึง สภาวะแวดล้อมของบุคคลตั้งแต่เกิด เติบโต ทำงานและชราภาพ ซึ่งสภาวะนั้นถูกกำหนดโดยระบบเศรษฐกิจ การเมืองและการกระจายทรัพยากรในระดับท้องถิ่น ระดับชาติและระดับโลก โดยปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคมและทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ (ภาพที่ 4.22)

ภาพที่ 4.22 ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH)

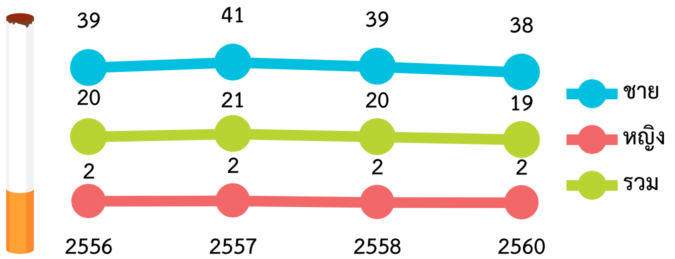


4.5.1 พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior)

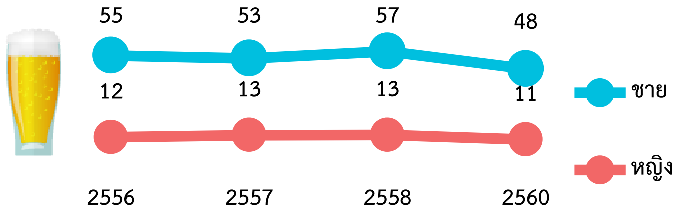
1) พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

แนวโน้มของการสูบบุหรี่และดื่มสุราในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปลดลงไม่มาก แต่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ชายมีแนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มสุราลดลงเมื่อเทียบกับผู้หญิง ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวจะเหนี่ยวนำไปสู่การเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease: NCDs) (ภาพที่ 4.23 และ 4.24)

ภาพที่ 4.23 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นปี พ.ศ. 2556-2560



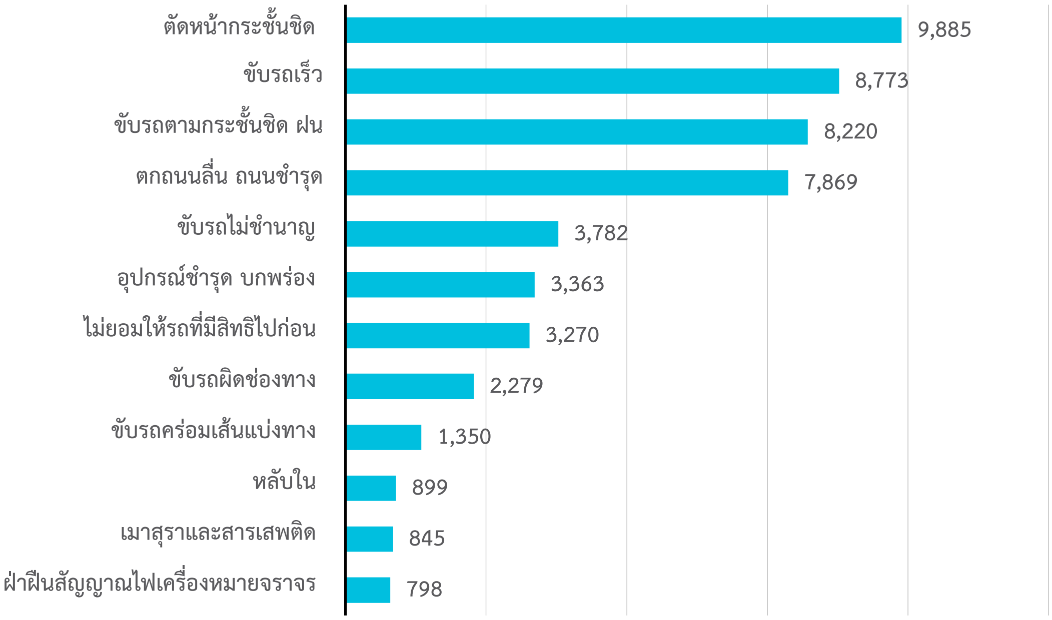
ภาพที่ 4.24 อัตราการดื่มสุราของประชากรอายุ 15 ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2556-2560



2) พฤติกรรมการเสี่ยงในการขับขี่ยานพาหนะ

จากรายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2560 พบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประชากรไทยส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่ยานพาหนะ ได้แก่ ขับรถตัดหน้ากระชั้นชิด ขับรถเร็ว ขับรถตามกระชั้นชิด ขับรถไม่ชำนาญ เป็นต้น (ภาพที่ 4.25)

ภาพที่ 4.25 มูลเหตุสันนิษฐานของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2560 (9 อันดับแรก)



4.5.2 สิ่งแวดล้อม (environment)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงสู่ประเทศอุตสาหกรรมบวกกับนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษและโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor) เพิ่มการเติบโตทางเศรษฐกิจ การเคลื่อนย้ายประชากรสู่เขตเมือง การเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติ ได้ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหามลพิษที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดโรคของประชาชน ประกอบไปด้วยปัญหาที่สำคัญ ดังนี้

1) ปัญหามลพิษทางอากาศ แหล่งกำเนิดจากยวดยานพาหนะ โรงงานอุตสาหกรรม การใช้สารเคมีทางการเกษตร ขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลที่ไม่ได้ทำลายอย่างถูกวิธีและเขม่า ควัน หรือแก๊สจากที่อยู่อาศัยหรืออาคารบ้านเรือน เป็นต้น

2) สารมลพิษทางอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ แก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon monoxide: CO) แก๊สซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (Sulfur dioxide: SO2) แก๊สไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO2) ฝุ่นและละอองที่มีขนาดเล็ก ควันดำ ตะกั่ว เป็นต้น

3) มลพิษทางน้ำ จากสารมลพิษที่ปนเปื้อนอยู่ในแหล่งน้ำ เช่น จุลินทรีย์ แคดเมียม ตะกั่ว ปรอท ไนโตรเจน เป็นต้น

4) มลพิษทางเสียงหรือการได้สัมผัสเสียงดังเกินไป

5) ปัญหาสิ่งแวดล้อมจากสถานที่ทำงาน เช่น ฝุ่นใยหินในโรงงานอุตสาหกรรม อุบัติเหตุและสารเคมี เป็นต้น

ดังนั้นสหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) ในเป้าหมายที่ 3.9 คือ ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำและดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี พ.ศ. 2573

องค์การอนามัยโลก[9] ได้ออกรายงานการศึกษาเรื่อง “มลพิษทางอากาศ: การประเมินการสัมผัสและภาระโรค” ประจำปี 2559 พบว่าประชากรไทย 22,375 คน เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศและพบว่าประเทศไทยมีวัตถุที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมโครเมตร หรือ PM2.5 ที่สูง คือ 25 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ในขณะที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ไม่ควรเกิน 10 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร

ตารางที่ 4.2 ความเข้มข้นของ PM2.5 และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยมลพิษทางอากาศ

ประเทศ	สาร PM2.5 ไมโครกรัม/ลบ.ม.	จำนวนคนตาย					รวม	อัตราการตาย (ต่อประชากร 1 แสนคน
		โรค ALRI	โรค COPD	โรคมะเร็งปอด	โรค IHD	โรค Stroke		
จีน	54	6,716	90,626	228,479	257,638	449,373	1,032,832	76
อินเดีย	62	36,914	110,500	26,334	249,388	195,001	621,137	49
อินโดนีเซีย	14	2,534	1,000	4,951	16,781	36,527	61,793	25
ญี่ปุ่น	13	18	281	9,743	10,286	10,463	30,791	24
ฝรั่งเศส	12	4	126	4,256	3,793	2,774	10,953	17
มาเลเซีย	15	29	148	670	3,630	1,773	6,250	22
ออสเตรเลีย	6	0	1	14	58	20	93	0.4
ไทย	25	104	976	4,323	9,669	7,302	22,374	33

ALRI คือ โรคทางเดินหายใจฉับพลัน IHD คือ โรคหัวใจขาดเลือด
COPD คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Stroke คือ โรคหลอดเลือดสมอง

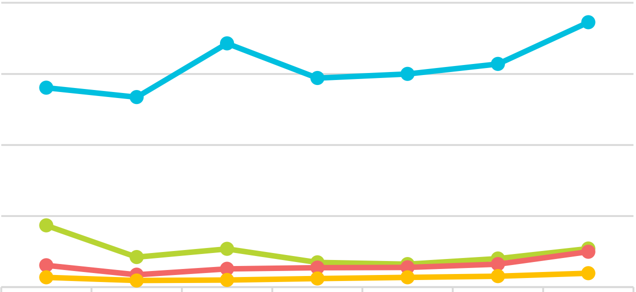
ที่มา: https://www.who.int/phe/publications/air-pollution-global-assessment/en/

4.5.3 การประกอบอาชีพ

ก. ภาคเกษตรกรรม

จากข้อมูลของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กรมวิชาการเกษตร ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประเทศไทยมีปริมาณการนำเข้า สารกำจัดวัชพืช 148,979 ตัน สารกำจัดแมลง 21,601 ตัน สารป้องกันและกำจัดโรคพืช 19,923 ตัน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย (ภาพที่ 4.26)

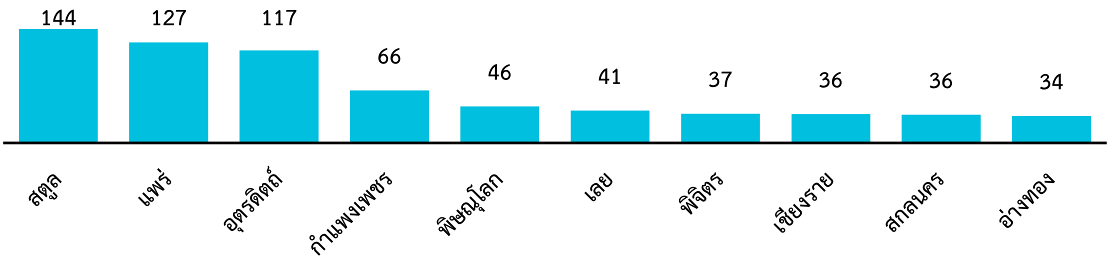
ภาพที่ 4.26 ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ปี 2554 -2560 (หน่วย : ปริมาณ : ตัน)



	2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560
สารกำจัดวัชพืช	112177	106860	137049	117645	119971	125596	148979
สารกำจัดแมลง	34672	16797	21485	13910	12927	16056	21601
สารป้องกันและกำจัดโรคพืช	12179	6972	10350	10988	11088	12915	19923
อื่นๆ	5511	3748	3942	4832	5560	6120	7814

จากรายงานของ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560[10] พบผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (toxic effect of pesticide) จำนวน 10,312 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 17.12 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มจากปี พ.ศ. 2559 โดยจังหวัดสตูลพบอัตราป่วยสูงสุด (144.06) รองลงมา ได้แก่ จังหวัดแพร่ (127.26) และอุตรดิตถ์ (116.98) ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 7,079 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.6 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,670 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.9 กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอาชีพผู้ปลูกพืชไร่และพืชผัก จำนวน 5,344 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.8 (ภาพที่ 4.27)

ภาพที่ 4.27 อัตราป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2560 จำนวนรายจังหวัด



ข. ภาคอุตสาหกรรม

จากข้อมูลของกรมโรงงานอุตสาหกรรมพบว่า โรงงานและจำนวนคนงานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตาม พ.ร.บ.โรงงาน พ.ศ. 2535 ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนโรงงานทั้งประเทศทั้งหมด 139,446 แห่ง มีคนงานทั่วประเทศทั้งหมด 4,009,337 คน กลุ่มอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์จากพืชเป็นกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีจำนวนโรงงานสูงสุดรองลงมา ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์โลหะและอุตสาหกรรมผลิตยานพาหนะและอุปกรณ์รวมทั้งการซ่อมแซมยานพาหนะและอุปกรณ์ แต่หากพิจารณาจำนวนคนงานพบว่า กลุ่มอุตสาหกรรมอาหารเป็นกลุ่มอุตสาหกรรมที่มีจำนวนคนงานสูงสุดรองลงมา ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตเครื่องใช้ไฟฟ้าและอุปกรณ์ และอุตสาหกรรมผลิตยานพาหนะและอุปกรณ์รวมทั้งการซ่อมแซมยานพาหนะและอุปกรณ์

จากข้อมูลสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานทั้งหมด 86,278 ราย คิดเป็น 8.82 (ตารางที่ 4.3) ต่อลูกจ้างในความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน 1,000 ราย และหากนับจำนวนประสบอันตรายเฉพาะกรณีร้ายแรง (ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ และหยุดงานเกิน 3 วัน) พบว่าอัตราการประสบอันตรายเท่ากับ 2.28 ต่อลูกจ้าง 1,000 ราย[11]

ตารางที่ 4.3 จำนวนผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามความรุนแรง ปี พ.ศ. 2555-2560

ปี	จำนวนลูกจ้างทั้งหมด(ราย)	จำนวนผู้ประสบอันตราย (ราย)					
		ตาย	ทุพพลภาพ	สูญเสียอวัยวะ	หยุดงานเกิน 3 วัน	หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	รวม
2555	8,575,398	717	19	1,818	36,166	93,106	131,826
2556	8,901,624	635	28	3,036	31,419	76,776	111,894
2557	9,132,756	603	11	1,463	29,254	68,903	100,234
2558	9,336,317	575	6	1,324	27,845	65,924	95,674
2559	9,449,984	584	12	1,290	26,829	60,773	89,488
2560	9,777,751	570	17	1,200	25,820	58,671	86,278

ที่มา: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน กระทรวงแรงงาน

เมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย พบว่า วัตถุและสิ่งของเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดอันตรายกับผู้ปฏิบัติงานสูงสุด รองลงมา ได้แก่ เครื่องจักร เครื่องมือ และสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการทำงาน ตามลำดับ[11]

นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการทำงานที่สำคัญได้แก่

1) โรคปอดจากฝุ่นหินหรือซิลิโคสิส (Silicosis) จากอุตสาหกรรมเหมืองแร่ สกัดหิน โรงโม่บดย่อยหิน อุตสาหกรรมทำแก้ว เซรามิก ทำครก อิฐ เครื่องสุขภัณฑ์ เป็นต้น

2) โรคปอดจากฝุ่นแร่ใยหิน (asbestos) จากอุตสาหกรรมผ้าเบรกรถยนต์ อุตสาหกรรมรถยนต์ กระเบื้องมุงหลังคา ท่อซีเมนต์ สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น

3) โรคบิสสิโนสิส (byssinosis) จากการสัมผัสฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอ ลินิน จากอาชีพอุตสาหกรรมทอผ้า ทอกระสอบ เป็นต้น

4.5.4 การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรม

สภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอันเกิดจากหลายปัจจัยล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดโรคของประชาชน ได้แก่ (1) การเคลื่อนย้ายประชาชนสู่เขตเมืองมากกว่าเขตชนบท (2) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว (3) การเคลื่อนย้ายกำลังแรงงานข้ามพรมแดนได้อย่างเสรี (4) ความไม่เป็นธรรมและความเหลื่อมล้ำทางสังคม ส่งผลต่อปัญหาการกระจายรายได้ การเข้าถึงระบบสาธารณสุข และความยากจน (5) รูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไปเปิดรับกระแสวัฒนธรรมจากทั่วโลกได้ง่ายขึ้นด้วยความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี

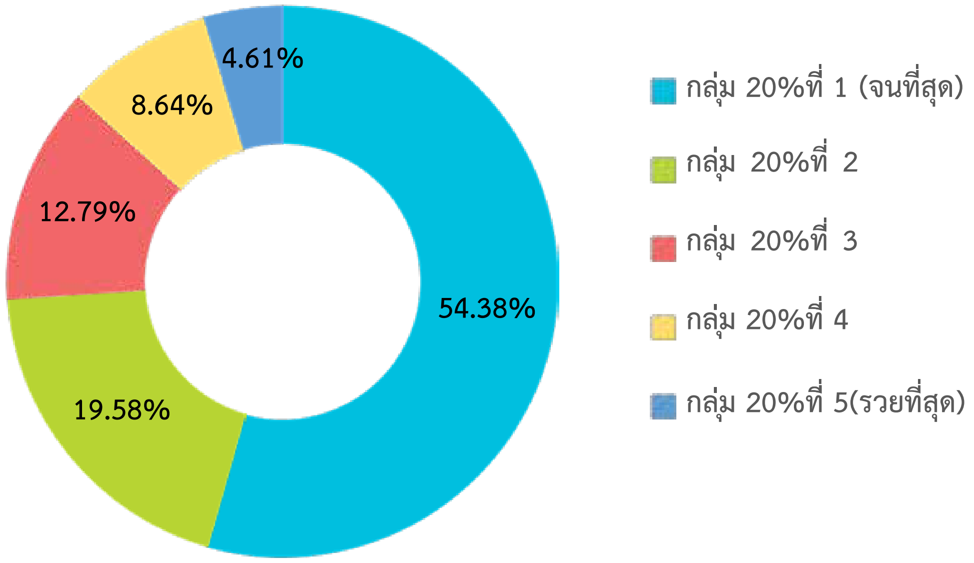
4.5.5 การย้ายถิ่นกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ผลกระทบจากการย้ายถิ่นของพ่อแม่ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เด็กปฐมวัยถูกส่งกลับมาให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงดู จากการศึกษา[12] พบว่า เด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อและแม่เป็นกลุ่มที่มีร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงที่สุด (ร้อยละ 24.8) ตามด้วยเด็กที่อยู่กับแม่ (ร้อยละ 17.5) โดยสัดส่วนต่ำที่สุดของพัฒนาการล่าช้าพบในกลุ่มเด็กที่อยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 17.1)

4.5.6 ความยากจนและความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้

ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ระหว่างคนรวยกับคนจน ดังจะเห็นจากสถิติรายได้ของประชากร[13] แบ่งตามระดับรายได้ 5 กลุ่ม (Income Quintile) ว่าในปี 2558 กลุ่มประชากรร้อยละ 20.0 ที่มีรายได้สูงสุดกับกลุ่มประชากรร้อยละ 20.0 ที่มีรายได้ต่ำสุดมีรายได้ต่างกันถึง 10.3 เท่า น้อยลงเพียงเล็กน้อยจากปี 2554 ซึ่งมีรายได้ต่างกัน 11.3 เท่า โดยในปี 2558 กลุ่มผู้มีรายได้สูงสุดร้อยละ 20.0 มีรายได้คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 50.4 ของรายได้รวมทั้งประเทศ ในขณะที่กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำสุดร้อยละ 20.0 มีรายได้คิดเป็นสัดส่วนเพียงประมาณร้อยละ 4.6 ของรายได้รวมทั้งประเทศเท่านั้น (ภาพที่ 4.28)

ภาพที่ 4.28 สัดส่วนรายได้ของประชากร จำแนกตามระดับรายได้ 5 ระดับ (Income Quintile) ระหว่างปี พ.ศ 2554 ถึง พ.ศ. 2558



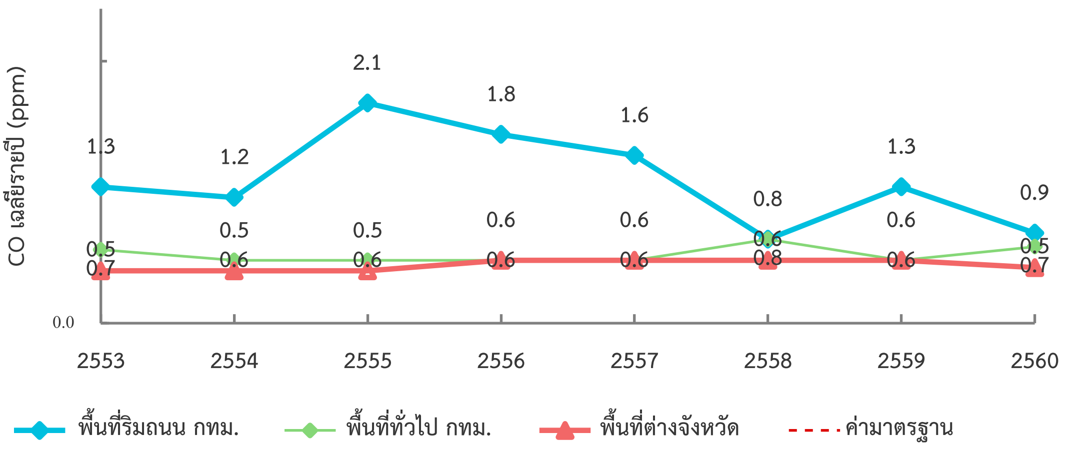
4.6 สถานการณ์และแนวโน้มด้านสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต

4.6.1 สิ่งแวดล้อม

มลพิษทางอากาศ

จากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ (CO) ค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุด ค่ามาตรฐานไม่เกิน 30 ppm ของแต่ละสถานีที่ตรวจวัดได้ อยู่ในช่วง 1.3-8.3 ส่วนในล้านส่วน (ppm; part per million)* ลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2559 ที่มีค่าอยู่ในช่วง 1.6-8.3 ppm และค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุดของแต่ละสถานี ตรวจวัดได้อยู่ในช่วง 0.87-4.69 ppm ลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ. 2559 ที่อยู่ในช่วง 1.2-6.1 ppm เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในพื้นที่ริมถนนในกรุงเทพฯมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่พื้นที่ทั่วไปของกรุงเทพฯและในพื้นที่ต่างจังหวัดมีแนวโน้มคงที่ (ภาพที่ 4.29)

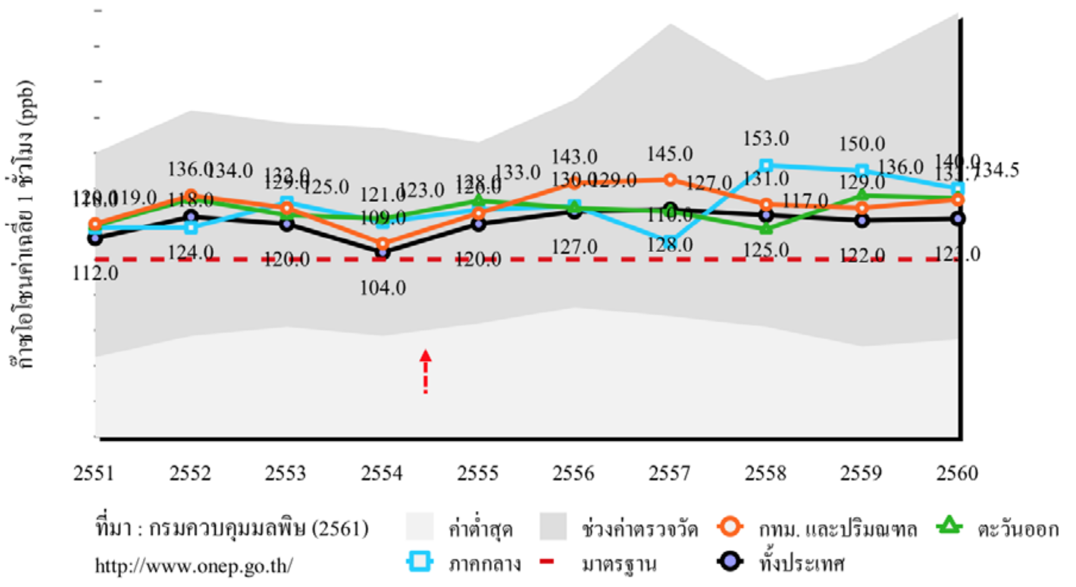
ภาพที่ 4.29 ปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) 1 ชั่วโมง (ค่าเฉลี่ยรายปี) พ.ศ. 2553-2560



ก๊าซโอโซน (O3) พบว่า ใน พ.ศ. 2560 มีค่าเกินมาตรฐาน 24 จังหวัด จาก 31 จังหวัด ที่มีจุดตรวจวัด โดยมีค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุด ของแต่ละสถานีตรวจวัดเฉลี่ย 123 ส่วนในพันล้านส่วน (ppb; part per billion) และค่าสูงสุด 239.0 ppb เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก พ.ศ. 2559 ที่มีค่าเฉลี่ย 122.0 ppb ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ (ค่ามาตรฐานไม่เกิน 100.0 ppb) ส่วนค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุดของแต่ละจุดตรวจวัด ค่าเฉลี่ย 92.0 ppb ค่าสูงสุด 168.0 ppb ในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ (ค่ามาตรฐาน 70.0 ppb) เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าปริมาณก๊าซโอโซนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 4.30)

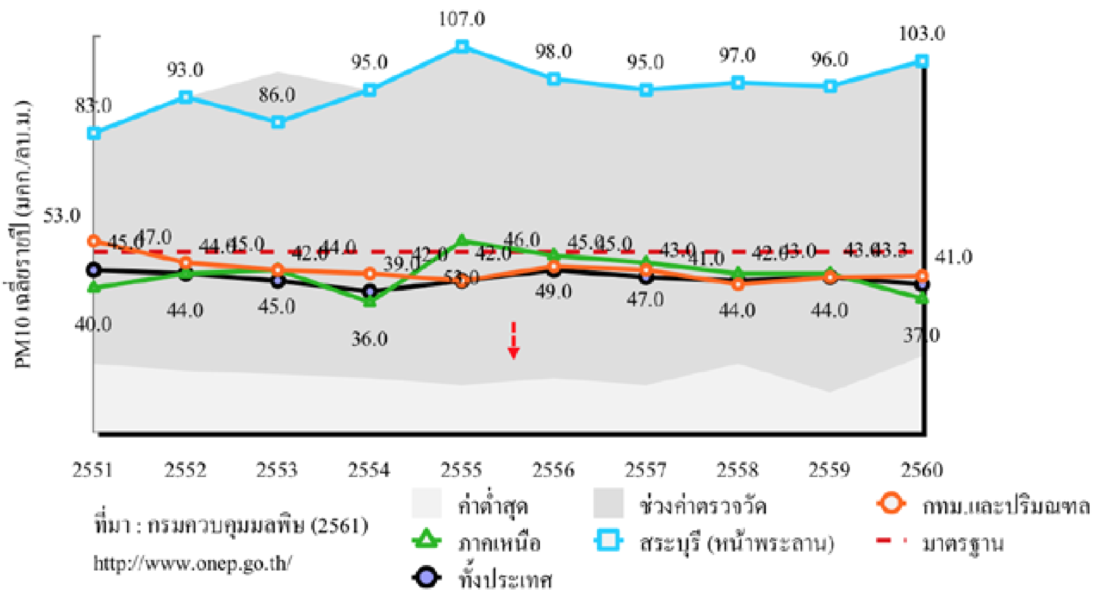
* ค่ามาตรฐาน: ค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุดไม่เกิน 30 ppm และ ค่าเฉลี่ย 8 ชั่วโมงสูงสุดไม่เกิน 9 ppm

ภาพที่ 4.30 ปริมาณก๊าซโอโซน (O3) ค่าเฉลี่ย 1 ชั่วโมงสูงสุด และค่าเฉลี่ยรายพื้นที่ ปี พ.ศ. 2551-2560



ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) พบว่าปริมาณฝุ่นในปี พ.ศ. 2560 มีค่าเกินมาตรฐาน 19 จังหวัด จาก 33 จังหวัดที่มีการตรวจวัด โดยค่าเฉลี่ยรายปีอยู่ในช่วง 20.0-103.0 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (มคก./ลบ.ม.) ค่าเฉลี่ยทั้งประเทศ 41.0 มคก./ลบ.ม. (ค่ามาตรฐาน 50.0 มคก./ลบ.ม.) ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 4.0 ส่วนค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 3.0-268.0 มคก./ลบ.ม. ค่าสูงสุดเฉลี่ยทั้งประเทศ 117.0 มคก./ลบ.ม. (ค่ามาตรฐาน 120.0 มคก./ลบ.ม.) เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่า ปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นพื้นที่ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพที่ 4.31)

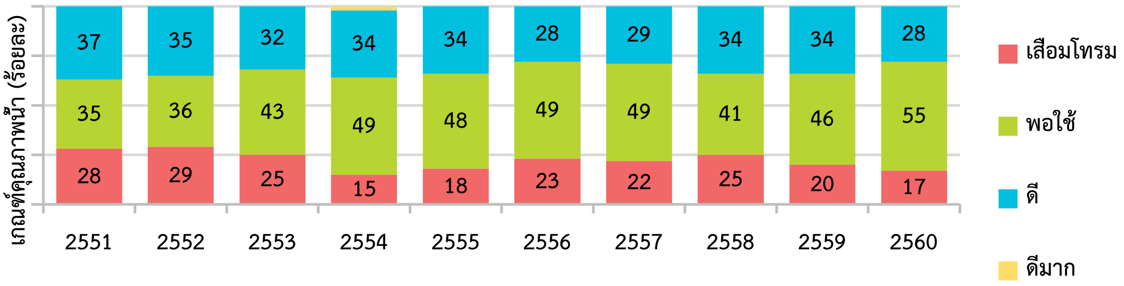
ภาพที่ 4.31 ปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) ค่าเฉลี่ยรายปีและค่าเฉลี่ยรายพื้นที่ ปี พ.ศ. 2551-2560



มลพิษทางน้ำ

กรมควบคุมมลพิษได้ติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำในแม่น้ำสายหลัก 59 แม่น้ำ และแหล่งน้ำนิ่ง 6 แหล่ง ของประเทศ โดยใช้ดัชนีคุณภาพแหล่งน้ำผิวดิน (water quality index: WQI) ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีคุณภาพน้ำที่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ถึงดี ร้อยละ 83.0 เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 ที่เท่ากับร้อยละ 80.0 และมีคุณภาพน้ำที่อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรม ร้อยละ 17.0 ลดลงจากปี พ.ศ. 2559 ที่เท่ากับร้อยละ 20.0 โดยไม่มีแหล่งน้ำที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมากและเสื่อมโทรมมาก เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำผิวดินรายภาค พบว่า แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำดีที่สุดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาทิ แม่น้ำสงคราม และลำชี แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำเสื่อมโทรมที่สุดอยู่ในภาคกลางเช่นเดียวกับปีที่ผ่านมา คือ แม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่าง (ช่วงอำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ถึงอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี) แหล่งน้ำที่มีคุณภาพดีที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ แม่น้ำสงคราม ลำชี หนองหาร ตาปีตอนบน และสายบุรี และแหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำเสื่อมโทรม 5 อันดับแรก ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยาตอนล่าง ท่าจีนตอนล่าง พังราดตอนบน ระยองตอนล่าง และแม่น้ำกวง เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่า คุณภาพน้ำของแหล่งน้ำผิวดินในประเทศไทย ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ไม่มีแหล่งน้ำที่อยู่ในเกณฑ์เสื่อมโทรมมาก โดยแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพน้ำค่อนข้างดีขึ้นและมีแหล่งน้ำที่เริ่มมาอยู่ในเกณฑ์ดีเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 (ภาพที่ 4.32)

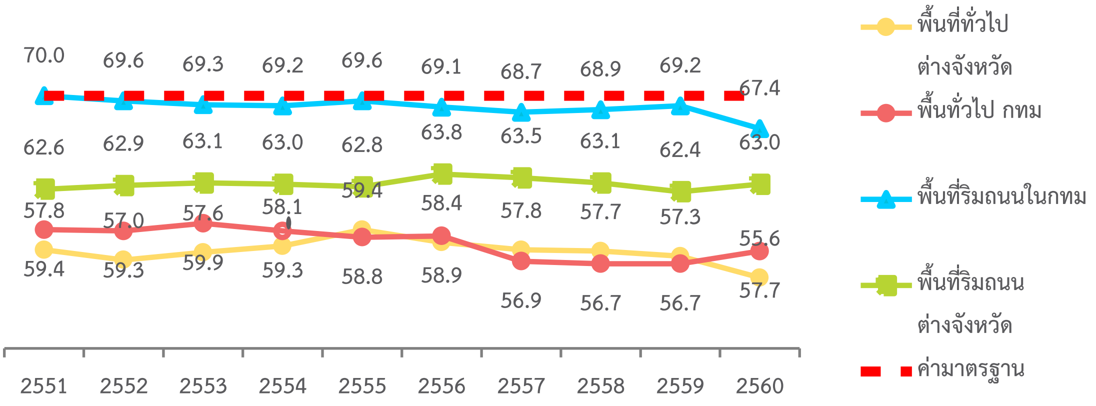
ภาพที่ 4.32 สัดส่วนของเกณฑ์คุณภาพน้ำแหล่งน้ำผิวดินที่สำคัญทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2551–2560



มลพิษทางเสียง

กรมควบคุมมลพิษได้ติดตามตรวจสอบระดับเสียงในสิ่งแวดล้อมโดยสถานีแบบอัตโนมัติ ต่อเนื่องตลอดทั้งปีบริเวณพื้นที่ริมถนนและพื้นที่ทั่วไป เพื่อประเมินสถานการณ์และแนวโน้มของระดับเสียง พบว่า สถานการณ์ในกรุงเทพฯและปริมณฑลพื้นที่ริมถนน ในปี พ.ศ. 2560 ระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมง เท่ากับ 67.4 เดซิเบลเอ (ค่ามาตรฐาน 70.0 เดซิเบลเอ) ใกล้เคียงกับปี พ.ศ. 2559 ที่มีค่าเท่ากับ 69.2 เดซิเบลเอ เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่า ระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมงในพื้นที่ทั่วไปต่างจังหวัดและพื้นที่ริมถนนในกรุงเทพฯและปริมณฑลมีแนวโน้มลดลง โดยปี พ.ศ. 2560 มีค่าเฉลี่ยของระดับเสียงต่ำสุดในรอบ 10 ปี ระดับเสียงเฉลี่ย 24 ชั่วโมงในพื้นที่ริมถนนต่างจังหวัด พื้นที่ทั่วไปในกรุงเทพฯและปริมณฑล มีแนวโน้มค่อนข้างคงที่และไม่เกินค่ามาตรฐาน (ภาพที่ 4.33)

ภาพที่ 4.33 ค่าเฉลี่ยระดับเสียงในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ปี พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย: เดซิเบล)

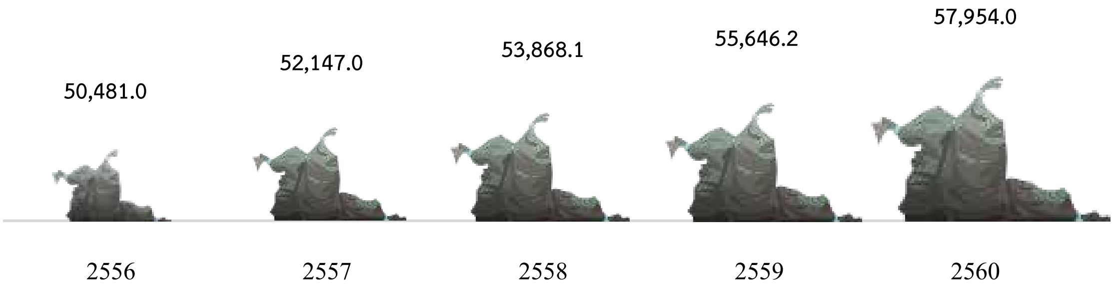


มลพิษจากขยะและสารเคมี

ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ ประมาณ 27.37 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 สำหรับการจัดการขยะมูลฝอย ใน พ.ศ. 2560 มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้อง 11.69 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 รวมถึงมีขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 8.51 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมีปริมาณ 7.17 ล้านตันลดลงจากปี พ.ศ. 2559 เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

มูลฝอยติดเชื้อในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) พบว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 มีปริมาณการเกิดมูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งสิ้น 57,954.0 ตัน เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 ที่มีปริมาณ 55,646.2 ตัน (ภาพที่ 4.34) โดยเกิดจากโรงพยาบาลรัฐ 10,856 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 357 แห่ง คลินิกเอกชน 11,930 แห่ง สถานพยาบาลสัตว์ 2,522 แห่ง และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตราย 1,198 แห่ง รวม 26,863 แห่ง ซึ่งการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสามารถดำเนินการได้ทั้งการจ้างบริษัทเอกชนดำเนินการให้ราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินการและสถานพยาบาลกำจัดเอง ณ แหล่งกำเนิด

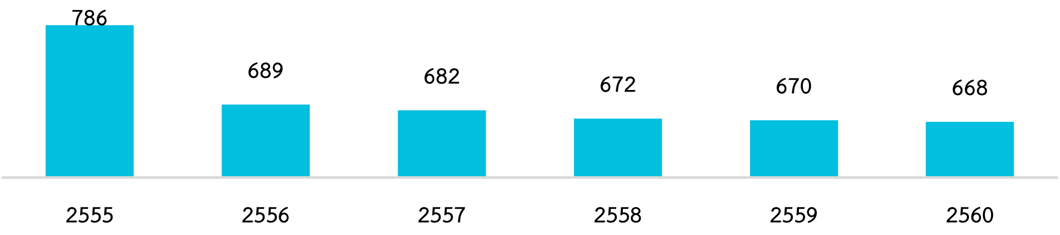
ภาพที่ 4.34 ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2556 – 2560 (หน่วย : ตัน)



4.6.2 สุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม

การเติบโตทางเศรษฐกิจกระตุ้นให้เกิดการบริโภคที่มากขึ้น รวมทั้งประชากรเกิดการอพยพเข้าสู่เมืองเพื่อเข้ามาทำงานและหาที่อยู่อาศัยในเมือง ทำให้จำนวนประชากรในกรุงเทพมหานคร และในเขตเทศบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม จำนวนชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร ใน พ.ศ. 2560 มีจำนวน 668 ชุมชน ลดลงจาก พ.ศ. 2559 ที่มีจำนวน จำนวน 670 ชุมชน เมื่อพิจารณาในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2555-2560) พบว่าจำนวนชุมชนแออัดมีแนวโน้มลดลง (ภาพที่ 4.35)

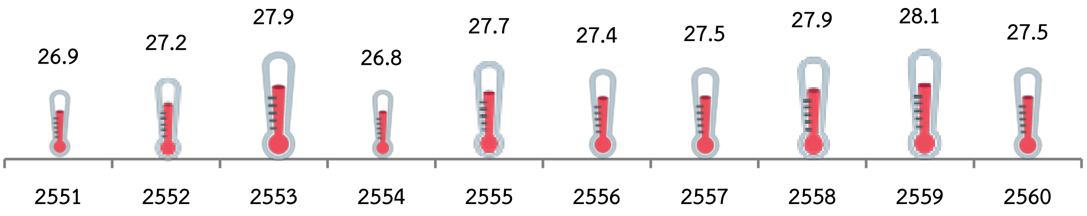
ภาพที่ 4.35 จำนวนชุมชนแออัดในพื้นที่เมืองกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย : แห่ง)



4.6.3 สภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติทางธรรมชาติ

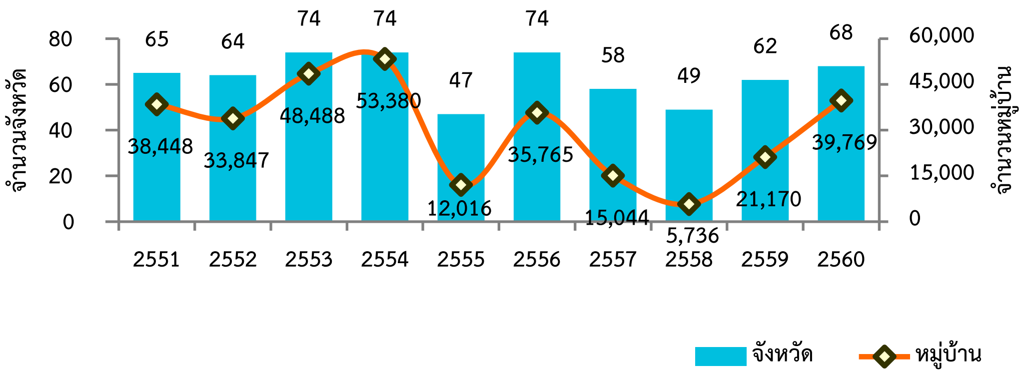
ใน พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีอุณหภูมิเฉลี่ยทั้งปีสูงกว่าค่าปกติ 0.4 องศาเซลเซียสหรือ 27.5 องศาเซลเซียส ต่ำกว่า พ.ศ. 2559 เนื่องจากมีปริมาณฝนตกนอกฤดูมากผิดปกติส่งผลให้ประเทศไทยมีอุณหภูมิต่ำลงจนมีอากาศหนาวเป็นช่วงๆ ส่วนมากในเดือนธันวาคมและมกราคม ส่วนช่วงฤดูร้อนเริ่มต้นช้ากว่าปกติประมาณ 2 สัปดาห์ โดยเริ่มต้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม ถึงสิ้นสุดกลางเดือนพฤษภาคม ทำให้ตลอดทั้งฤดูร้อน ใน พ.ศ. 2560 อากาศไม่ร้อนมากนักและมีอุณหภูมิเฉลี่ยในช่วงเดือนเมษายนต่ำกว่าค่าปกติในเกือบทุกภาค ในขณะที่ในฤดูฝนมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่าค่าปกติเกือบตลอดฤดู เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าอุณหภูมิเฉลี่ยรายปีของไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพที่ 4.36)

ภาพที่ 4.36 อุณหภูมิเฉลี่ยรายปี พ.ศ. 2551-2560 (หน่วย : องศาเซลเซียส)



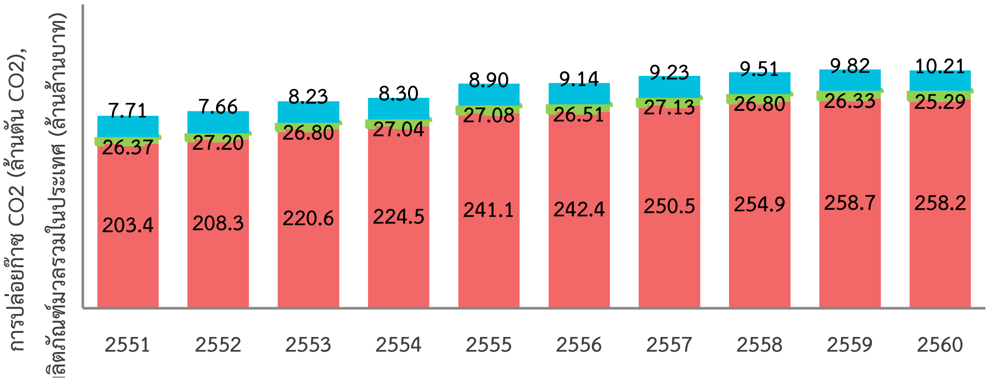
ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ใน พ.ศ. 2560 มีพื้นที่ที่ประสบอุทกภัยจำนวน 68 จังหวัด 39,769 หมู่บ้าน ซึ่งพื้นที่ที่ประสบอุทกภัยเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2559 ที่มีพื้นที่ประสบอุทกภัย 62 จังหวัด 21,170 หมู่บ้าน มีพื้นที่การเกษตรที่ได้รับความเสียหายแล้ว จำนวน 566,972 ไร่ คิดเป็นมูลค่าความเสียหาย 271,167,597 บาท เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าประเทศไทยประสบปัญหาน้ำท่วมในหลายจังหวัด ปัญหาน้ำท่วมหนักที่มีความรุนแรง คือ พ.ศ. 2554 มีพื้นที่ประสบอุทกภัย จำนวน 74 จังหวัด 53,380 หมู่บ้าน (ภาพที่ 4.37) มีพื้นที่เกษตรได้รับความเสียหาย 11,798,241 ไร่ มูลค่าความเสียหายสูงถึง 23,839 ล้านบาท

ภาพที่ 4.37 จำนวนพื้นที่ที่ประสบอุทกภัย พ.ศ. 2551-2560



สัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO2 ต่อ GDP ในปี พ.ศ. 2560 มีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO2 ต่อ GDP เท่ากับ 25.29 ตันคาร์บอนไดออกไซด์ต่อล้านบาท ส่วนในปี พ.ศ. 2559 มีสัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO2 ต่อ GDP เท่ากับ 26.33 ตันคาร์บอนไดออกไซด์ต่อล้านบาท ลดลงร้อยละ 3.95 เมื่อพิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2560) พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา สัดส่วนการปล่อยก๊าซ CO2 ต่อ GDP มีแนวโน้มลดลง แสดงถึงอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจที่เพิ่มสูงขึ้น โดยมีการใช้พลังงานเพื่อพัฒนาประเทศที่มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดการปล่อยก๊าซ CO2 ในอัตราที่ลดลง (ภาพที่ 4.38)

ภาพที่ 4.38 ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ปี พ.ศ. 2551-2560



4.7 สถานการณ์และแนวโน้มด้านการเมืองการปกครอง

อำนาจทางการเมือง เป็นปัจจัยบ่งชี้การพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ยึดโยงอยู่กับความเชื่อและอุดมการณ์ของผู้คนในสังคม

4.7.1 ระบบการเมืองการปกครอง

ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ มาเป็นระบบประชาธิปไตยโดยมีพระมหากษัตริย์เป็นองค์ประมุขของประเทศ เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2475 เป็นระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ประกาศใช้รัฐธรรมนูญการปกครองแผ่นดินสยามชั่วคราว พ.ศ. 2475 เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2475 ถือได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรก ระบบการเมืองไทยภายหลังเปลี่ยนแปลง

การปกครองตลอด 80 กว่านับตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบันก็มิได้มีเสถียรภาพหรือความต่อเนื่องด้านการพัฒนาการทางการเมือง เนื่องจากมีการกบฏทั้งสิ้น 13 ครั้ง รัฐประหาร 13 ครั้ง มีนายกรัฐมนตรีทั้งสิ้น 29 คน ซึ่งสะท้อนความไม่มีเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทยในระดับหนึ่ง ส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจากความไม่แน่นอนของการเมือง (political uncertainty) ซึ่งเกิดเหตุการณ์ใหญ่ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ เหตุการณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 มีกลุ่มเรียกร้องประชาธิปไตยและต่อต้านอำนาจเผด็จการ ภายใต้การนำของนิสิต นักศึกษาจากทุกสถาบัน เหตุการณ์ครั้งที่ 2 วันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 นิสิตนักศึกษาและประชาชนร่วมกันต่อต้านการกลับมาของกลุ่มอำนาจเก่า เหตุการณ์ครั้งที่ 3 วันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2535 กลุ่มต่อต้านอำนาจเผด็จการและเรียกร้องประชาธิปไตยอันเป็นที่มาของการร่างรัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ความขัดแย้งทางการเมืองในประเทศนำไปสู่เหตุการณ์รัฐประหารอีก 2 ครั้ง คือ 19 กันยายน พ.ศ. 2549 โดยคณะมนตรีความมั่นคงแห่งชาติ (คมช.) นำไปสู่การร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ คือ รัฐธรรมนูญฯ พุทธศักราช 2550 และ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 ถูกรัฐประหารโดย คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2557

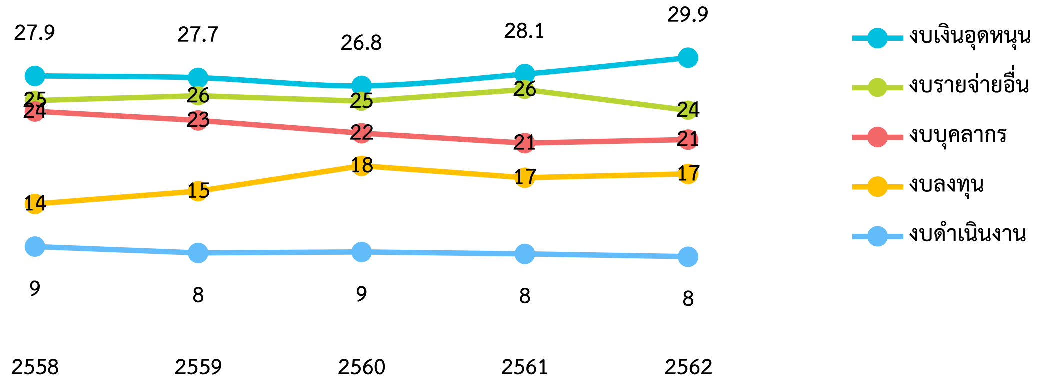
4.7.2 การบริหารจัดการภาครัฐ

1) การขยายตัวของภาครัฐ

หน่วยงานของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำและให้บริการสาธารณะ (Operation) ส่งผลทำให้โครงสร้างของหน่วยงานภาครัฐมีการขยายตัวขึ้น มีโครงสร้างส่วนราชการระดับสำนัก/กอง เพิ่มเป็นจำนวนมาก อัตรากำลังภาครัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สัดส่วนงบประมาณรายจ่ายประจำปี และงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรภาครัฐเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณสำหรับการลงทุนของประเทศ

แม้ว่างบบุคลากรในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จะได้รับจัดสรรงบประมาณลดลงในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา แต่ในข้อเท็จจริงกลับพบว่า ค่าใช้จ่ายบุคลกรภาครัฐไม่ได้จัดสรรไว้ในงบบุคลากรเพียงงบรายจ่ายเดียว แต่ยังมีการจัดสรรงบประมาณไว้ในงบรายจ่ายประเภทอื่นๆ ด้วย เช่น งบดำเนินงาน (ลูกจ้างตามสัญญาจ้าง) งบเงินอุดหนุน (เช่น บุคลากรองค์การมหาชน รัฐวิสาหกิจ) และงบรายจ่ายอื่น (เช่น บุคลกรหน่วยงานของรัฐสภาและศาล) (ภาพที่ 4.39)

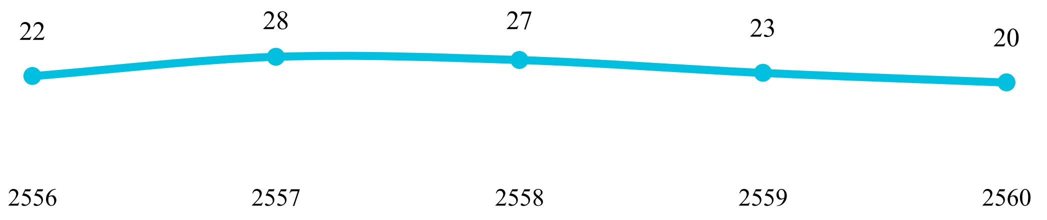
ภาพที่ 4.39 เปรียบเทียบสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายต่อวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2562 จำแนกตามประเภทงบรายจ่าย (หน่วย : ร้อยละ)



2) ความซับซ้อนของการบริหารงาน

การบริหารจัดการภาครัฐมีระเบียบและขั้นตอนจำนวนมากและซับซ้อน ขาดความยืดหยุ่น ล่าช้า ไม่คล่องตัว ไม่ประหยัด ประชาชนคาดหวังที่จะได้รับการบริการจากภาครัฐผ่านช่องทางที่มีความหลากหลายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม IMD World Competitiveness Center ได้เผยแพร่รายงาน IMD World Competitiveness Yearbook 2017 ซึ่งรายงานการจัดอันดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศต่างๆ 63 ประเทศทั่วโลก โดยมีปัจจัยหลักที่ใช้จัดอันดับรวม 4 ด้าน ได้แก่ สภาวะทางเศรษฐกิจ (Economic Performance) ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Efficiency) ประสิทธิภาพของภาคธุรกิจ (Business Efficiency) และโครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) จากรายงานพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Efficiency) ของประเทศไทยอยู่อันดับที่ 20 ของโลก (ภาพที่ 4.40)

ภาพที่ 4.40 ประสิทธิภาพของภาครัฐ (Government Efficiency) ปี พ.ศ. 2556 – 2560



ในขณะที่ ธนาคารโลก (World Bank) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีคะแนนความง่ายในการประกอบธุรกิจ (Ease of doing business ranking) อยู่อันดับที่ 26 ของโลกจาก 90 ประเทศทั่วโลก โดยเลื่อนขึ้นมา 20 อันดับ จากอันดับที่ 46 ในปี พ.ศ. 2559 เมื่อเปรียบเทียบในภูมิภาคอาเซียน พบว่า ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากประเทศสิงคโปร์ (อันดับ 2 ของโลก) และประเทศมาเลเซีย (อันดับ 24 ของโลก) (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4 ความง่ายในการประกอบธุรกิจ (ease of doing business ranking)

ลำดับ	ประเทศ	คะแนน
1	นิวซีแลนด์	86.55
2	สิงคโปร์	84.57
3	เดนมาร์ก	84.06
4	สาธารณรัฐเกาหลี	83.92
5	ฮ่องกง	83.44
6	สหรัฐอเมริกา	82.54
7	อังกฤษ	82.22
8	นอร์เวย์	82.16
9	จอร์เจีย	82.04
10	สวีเดน	81.27

ลำดับ	ประเทศ	คะแนน
16	สาธารณรัฐลิทัวเนีย	79.87
17	ไอร์แลนด์	79.51
18	แคนาดา	79.29
19	สาธารณรัฐลัตเวีย	79.26
20	เยอรมันนี	79.00
21	สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์	78.73
22	ออสเตรีย	78.54
23	ไอซ์แลนด์	78.50
24	มาเลเซีย	78.43
25	สาธารณรัฐมอริเชียส	77.54

ตารางที่ 4.4 ความง่ายในการประกอบธุรกิจ (ease of doing business ranking) (ต่อ)

ลำดับ	ประเทศ	คะแนน	ลำดับ	ประเทศ	คะแนน
11	สาธารณรัฐมาซิโดเนีย	81.81	26	ไทย	77.44
12	สาธารณรัฐเอสโตเนีย	80.80	27	โปแลนด์	77.30
13	ฟินแลนด์	80.37	28	สเปน	77.02
14	ออสเตรเลีย	80.14	29	โปรตุเกส	76.84
15	ไต้หวัน	80.07	30	สาธารณรัฐเช็ก	76.27

ที่มา: http://www.doingbusiness.org/

3) ความโปร่งใสและการทุจริตคอรัปชั่นของหน่วยงานภาครัฐ

ระบบการบริหารจัดการภาครัฐยังไม่เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง มีการทุจริตและประพฤติมิชอบ สาเหตุสำคัญเนื่องจากขาดความต่อเนื่องและล่าช้าในการขับเคลื่อนการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

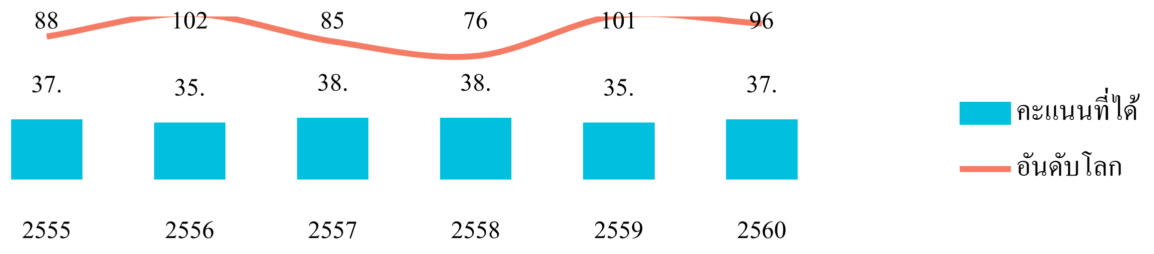
ปัจจุบันนี้ มีองค์กรระหว่างประเทศที่ทำการสำรวจและเผยแพร่ภาพลักษณ์และสถานการณ์การคอร์รัปชันที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ได้แก่

1. ดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruption Perception Index: CPI) จัดทำโดยองค์กรเพื่อความโปร่งใสนานาชาติ (Transparency International - TI) เป็นองค์กรภาคประชาสังคมเพื่อต่อต้านการคอร์รัปชันระหว่างประเทศ ปี พ.ศ. 2555 ได้ปรับฐานคะแนนจาก 10 เป็น 100 คะแนน ซึ่ง 100 คะแนน หมายถึง ประเทศนั้นไม่มีปัญหาจากการคอร์รัปชัน คะแนน 0 หมายถึง ประเทศนั้นเต็มไปด้วยปัญหาคอร์รัปชัน

2. การจัดอันดับความสามารถในการแข่งขัน (Global Competitiveness Index - GCI) จัดทำโดยเวทีเศรษฐกิจโลก (World Economic Forum - WEF) และดัชนีธรรมภิบาลโลก (Worldwide Governance Indicators - WGI) จัดทำโดยธนาคารโลก (World Bank)

จากดัชนีชี้วัดภาพลักษณ์คอร์รัปชัน (Corruption Perception Index: CPI) พบว่าในปี พ.ศ. 2560 ประเทศนิวซีแลนด์และสิงคโปร์มีคะแนนสูงที่สุดจาก 180 ประเทศทั่วโลก คือมีคะแนน 89 และ 88 ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยนั้นจัดอยู่ในลำดับที่ 96 จาก 180 ประเทศทั่วโลก (คะแนน 37 คะแนน) แม้ว่าลำดับจะดีขึ้นเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2559 แต่ยังคงสูงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557-2558 และเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศอาเซียนพบว่าในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีค่าดัชนีภาพลักษณ์คอรัปชั่นอยู่ในลำดับที่ 4 เท่ากับประเทศอินโดนีเซีย รองจากประเทศสิงคโปร์ บรูไนและมาเลเซีย (ภาพที่ 4.41 และตารางที่ 4.5)

ภาพที่ 41 การจัดอันดับดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชั่น (corruption perception index, CPI) ของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2560



ตารางที่ 4.5 ดัชนีภาพลักษณ์คอร์รัปชั่น (Corruption Perception Index: CPI) ของประเทศต่างๆ ในกลุ่มประเทศอาเซียน พ.ศ. 2560

ประเทศ	คะแนน	อันดับโลก
สิงคโปร์	84	6
บรูไน	62	32
มาเลเซีย	47	62
อินโดนีเซีย	37	96
ไทย	37	96
เวียดนาม	35	107
ฟิลิปปินส์	34	111
สหภาพพม่า	30	130
ลาว	29	135
กัมพูชา	21	161
คะแนนเฉลี่ย	**41.6**	

4.7.3 แผนปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการแผ่นดิน

ภาครัฐถือเป็นเสาหลักของแผ่นดินและการบริหารราชการแผ่นดินถือเป็นหัวใจในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศให้บรรลุวิสัยทัศน์ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” โดยคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการแผ่นดินได้จัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2561-2565 ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี วัตถุประสงค์หลักของแผนการปฏิรูปประเทศด้านการบริหารราชการแผนดิน ประกอบด้วย

1) สร้างภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชน สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนที่หลากหลายได้อย่างมีประสิทธิผล

2) พัฒนาโครงสร้างหน่วยงานภาครัฐให้ทันสมัย กะทัดรัด ปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง และระบบงานภาครัฐมีผลสัมฤทธิ์สูง

3) พัฒนากำลังคนภาครัฐให้มีสมรรถนะสูง ปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและยึดมั่นในคุณธรรม พร้อมนำการพัฒนาประเทศ

4) พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลให้สามารถดึงดูด รักษา จูงใจผู้มีความรู้ความสามารถสูงและส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

5) สร้างค่านิยมและวัฒนธรรมความซื่อสัตย์สุจริตบนหลักธรรมาภิบาล กำหนดกลไกการปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน เพื่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย “6 เรื่อง - 24 กลยุทธ์ - 45 แผนงาน” โดยมีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 1: บริการภาครัฐ สะดวก รวดเร็วและตอบโจทย์ชีวิตประชาชน ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่

1) เพิ่มสมรรถนะของหน่วยงานภาครัฐในการตอบสนองต่อประชาชนในสถานการณ์หรือภาวะฉุกเฉิน

2) ยกระดับการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาจากหน่วยงานของรัฐ

3) ยกระดับการให้บริการประชาชนสู่การบริการที่เร็วขึ้น ง่ายขึ้น และถูกลง

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 2: ระบบข้อมูลภาครัฐมีมาตรฐาน ทันสมัย และเชื่อมโยงกัน ก้าวสู่รัฐบาลดิจิทัล ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์ ได้แก่

1) บูรณาการและยกระดับโครงสร้างพื้นฐานรัฐบาลดิจิทัล

2) นำระบบดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 3: โครงสร้างภาครัฐกะทัดรัด ปรับตัวได้เร็วและระบบงานมีผลสัมฤทธิ์สูง ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ ได้แก่

1) ปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างและระบบบริหารงานของรัฐ

2) เพิ่มประสิทธิภาพ และสร้างความเข้มแข็งของการบริหารจัดการเชิงพื้นที่

3) พัฒนาขีดความสามารถในการจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4) พัฒนาระบบงบประมาณและการคลังภาครัฐเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

5) สร้างระบบธรรมาภิบาลที่ยั่งยืนในหน่วยงานภาครัฐ

6) พัฒนากฎหมายเกี่ยวกับระเบียบบริหารราชการแผ่นดินให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 4: กำลังคนภาครัฐมีขนาดที่เหมาะสมและมีสมรรถนะสูง พร้อมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ ได้แก่

1) จัดกำลังคนให้สอดคล้องกับความจำเป็นในการบริการสาธารณะที่สำคัญและขับเคลื่อนขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

2) ลดขนาดกำลังคนและค่าใช้จ่ายด้านบุคคลภาครัฐที่มีผลผูกพันภาระงบประมาณในระยะยาว

3) พัฒนาทักษะและสมรรถนะใหม่เพื่อสร้างความพร้อมเชิงกลยุทธ์ให้กับกำลังคนภาครัฐ

4) ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการใช้กำลังคนในส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 5: ระบบบริหารงานบุคคลที่สามารถดึงดูด สร้าง และรักษาคนดี คนเก่งไว้ในภาครัฐ ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ ได้แก่

1) ดึงดูดผู้มีความรู้ความสามารถและมีจิตสาธารณะเข้ามาทำงานในหน่วยงานของรัฐ

2) ส่งเสริม จูงใจ และรักษาผู้มีความรู้ความและมีจิตสาธารณะไว้ในภาครัฐ

3) พัฒนาทรัพยากรบุคคลภาครัฐให้มีขีดความสามารถและความผูกพันต่อองค์กร

4) พัฒนาผู้นำที่เป็นตัวอย่าง (leadership by example)

5) ส่งเสริมคุณธรรมและจริยธรรมในการบริหารทรัพยากรบุคคล

6) พัฒนาทางก้าวหน้าในสายอาชีพและสร้างความต่อเนื่องในการดำรงตำแหน่ง

เรื่องและประเด็นปฏิรูปที่ 6: การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ คล่องตัว โปร่งใส และมีกลไกกันการทุจริตทุกขั้นตอน ประกอบด้วย 2 กลยุทธ์ ได้แก่

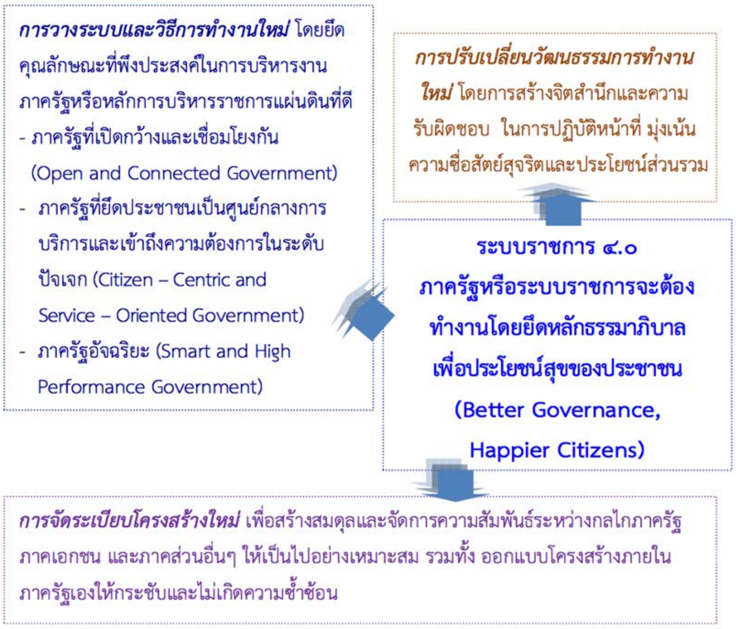
1) นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ปรับปรุงระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐให้มีความคล้องตัวและตรวจสอบได้

2) ส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลไกการติดตามตรวจสอบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐเพื่อให้เกิดความโปร่งใส

4.7.4 การปฏิรูประบบราชการไทย (Renovation of Thai Government) สู่ระบบราชการ 4.0

ประเทศไทยมุ่งสู่ไทยแลนด์ 4.0 มีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ภาครัฐต้องปรับตัวให้สามารถอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมยุคดิจิทัลท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว สำนักงาน ก.พ.ร. ได้จัดทำกรอบแนวทางการปฏิรูประบบราชการ เพื่อรองรับไทยแลนด์ 4.0 ไว้ดังภาพที่ 4.42

ภาพที่ 4.42 กรอบแนวทางการปฏิรูประบบราชการ เพื่อรองรับไทยแลนด์ 4.0



4.8 สถานการณ์ด้านวัฒนธรรมและประเพณีไทยกับปัญหาสุขภาพ

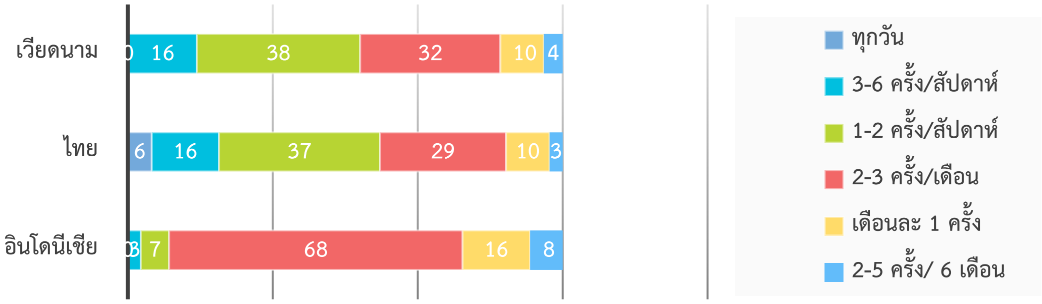
วัฒนธรรมและประเพณีไทยเป็นวิถีชีวิตของประชาชนไทยในสังคมไทย ซึ่งเป็นแบบแผนการประพฤติปฏิบัติที่ดีงามมีพัฒนาการต่อเนื่องมายาวนานจนถึงปัจจุบันและมีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของประชาชน ในปัจจุบันการสื่อสารมีการเปิดกว้างมากขึ้นสู่โลกที่ไร้พรมแดน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายทางวัฒนธรรมต่างชาติมากยิ่งขึ้น และเข้ามามีอิทธิพลต่อคนไทยโดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น วัฒนธรรมและประเพณีไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพส่วนใหญ่จะสัมพันธ์กับพื้นฐานการดำเนินชีวิต ได้แก่

4.8.1 วัฒนธรรมการกิน

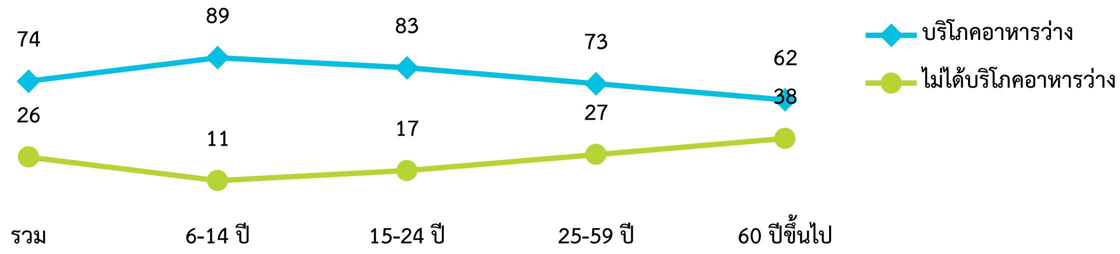
วิถีการบริโภคอาหารถือเป็นบริบททางสังคมและวัฒนธรรมชิ้นสำคัญในการเรียนรู้และทำความเข้าใจวิวัฒนาการที่ผูกโยงกับวัฒนธรรมของคนไทยแต่ละภูมิภาค แต่ละชาติพันธุ์ อาหารไทยยังเป็นที่รู้จักของนานาชาติ มีคุณค่าทางอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ สมุนไพรที่ใช้ประกอบอาหารและยังใช้เป็นยาในการรักษาหรือบำบัดโรคได้อีกด้วย เช่น ผักคื้นช่าย ช่วยลดความดันโลหิตสูง ฯลฯ แต่ปัจจุบันวัฒนธรรมการกินของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตเป็นอย่างมาก สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากภาวะสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมือง (urbanization) วิถีชีวิตที่เร่งรีบ ขนาดครอบครัวที่เล็กลง ต้องการความสะดวกสบายมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการนำอาหารต่างประเทศเข้ามาเป็นจำนวนมาก เช่น นำเข้าอาหารยุโรป อาหารญี่ปุ่น และอาหารเกาหลี จึงทำให้วัฒนธรรมการกินตามค่านิยมสูงขึ้นโดยเฉพาะอาหารขจานด่วน จากการสำรวจของ W&S Market research[14] ปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประชาชนไทยร้อยละ 58.0 นิยมรับประทานอาหารจานด่วนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์สูงที่สุด รองลงมาคือประเทศเวียดนามและอินโดนีเซีย (ภาพที่ 4.43)

ในขณะที่วัยเด็กทานอาหารว่างระหว่างมื้อหรือขนมกรุบกรอบเพิ่มขึ้น จากข้อมูลการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ[15] พบว่า ผู้บริโภคอาหารว่างมีประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 74.2) ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป โดยวัยเด็ก (6-14 ปี) มีการบริโภคอาหารว่างสูงสุดร้อยละ 89.2 (ภาพที่ 4.44)

ภาพที่ 4.43 ความถี่ของการรับประทานอาหารจานด่วนของประชาชนประเทศไทย เวียดนาม อินโดนีเซีย ปี พ.ศ2558

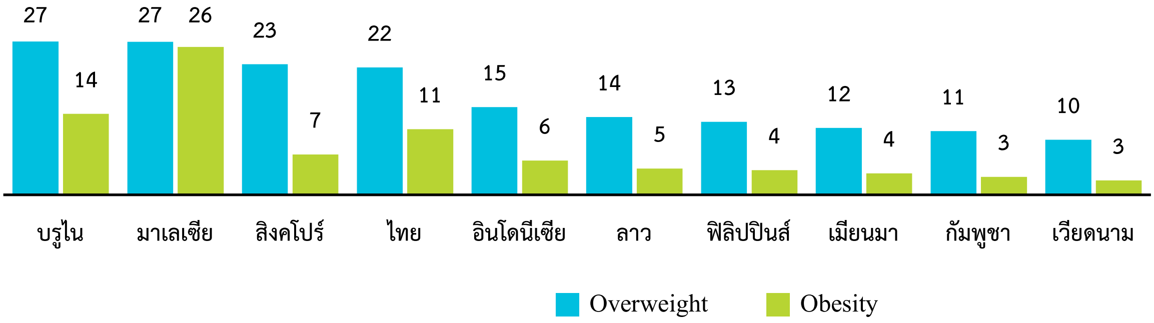


ภาพที่ 4.44 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามการบริโภคอาหารว่างและกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2560



ข้อเสียของวัฒนธรรมการกินตามกระแสของชาติตะวันตกซึ่งเป็นอาหารจานด่วนนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากมีสารอาหารไม่ครบ 5 หมู่ ปริมาณไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย อาหารมีแคลลอรี่สูง พบว่าคนไทยประสบปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มต่อเนื่อง จากข้อมูลของ Global Nutrition Report 2017[16] พบว่า ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกิน (Overweight) สูงเป็นอัน 4 ของประเทศในแถบเอเชีย รองจาก บรูไน มาเลเซีย และสิงคโปร์ ในขณะที่กลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (Obesity) สูงเป็นอันดับ 3 รองจากประเทศมาเลเซีย บรูไน ตามลำดับ (ภาพที่ 4.45)

ภาพที่ 4.45 ร้อยละภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น กลุ่มประเทศเอเชีย ปี พ.ศ. 2559



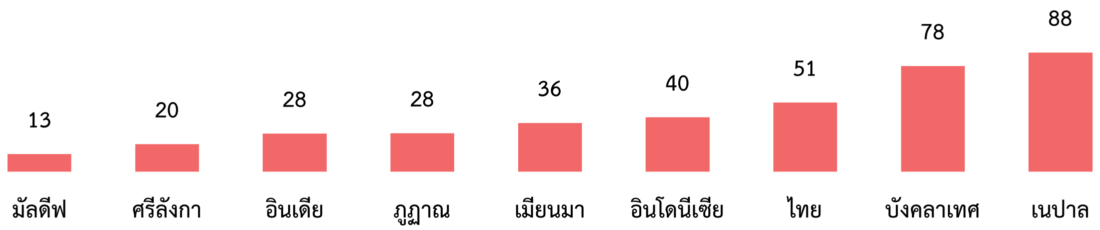
4.8.2 วัฒนธรรมการครองเรือน

วัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดรูปแบบของสถาบันครอบครัว ลักษณะของครอบครัวแต่ละสังคมต่างกันไป โดยวัฒนธรรมไทยกำหนดเป็นสามีภรรยาเดียว ความสัมพันธ์ทางเพศก่อนแต่งงานเป็นเรื่องขัดต่อศีลธรรม แต่สภาพสังคมปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ครอบครัวส่วนหนึ่งไม่สามารถดูแลบุตรหลานให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวสู่วัยรุ่น และไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ ประกอบกับการพัฒนาด้านสาธารณสุขและการกินอยู่ที่ดีขึ้น ทำให้เด็กเติบโตสู่วัยเจริญพันธุ์ได้เร็วขึ้น การขาดโอกาสเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา การเข้าถึงสื่อทุกรูปแบบได้โดยไร้ขีดจำกัด เป็นต้น[17] ส่งผลให้เด็กและวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย ตามมาด้วยปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้น

จากระบบการติดตามตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การอนามัยโลก เป้าหมายที่ 3.7.2 อัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ (10-14 ปี,15-19 ปี) ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี 51 รายต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (อัตรา 33.0) และสูงเป็นอันดับ 3 รองจากประเทศเนปาล (อัตรา 88.0) และประเทศบังคลาเทศ (อัตรา 78.0) ตามลำดับ (ภาพที่ 4.46)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีผลต่อทั้งสุขภาพของแม่และเด็กทารกที่เกิดมา ผลกระทบจากการคลอดของแม่วัยรุ่นอาจทำให้เกิดการคลอดทารกก่อนกำหนด หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การตั้งครรภ์ไม่พร้อมอาจจบลงด้วยการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

ภาพที่ 4.46 อัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน ปี พ.ศ. 2561



นอกจากนี้พฤติกรรมการดูแลครรภ์และเลี้ยงทารกที่ไม่เหมาะสมของแม่วัยรุ่นบางราย เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ไม่เอาใจใส่ดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามวัย อาจส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสติปัญญาของทารก ผลกระทบต่อแม่วัยรุ่นทางด้านสังคม เช่น การหยุดเรียนกลางคัน มีผลต่อการหางาน มีปัญหาเศรษฐกิจ อาจนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และอาจนำไปสู่การหย่าร้าง ส่งผลต่อบุตรที่จะเติบโตในครอบครัวที่แตกแยก ส่งผลสืบเนื่องยังปัญหาสังคมอื่นๆ

4.9 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย

พฤติกรรมทางสุขภาพที่เป็นปัญหาทางสังคมของประชาชนไทย ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การกินผักผลไม้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากอุบัติภัยจราจร และพฤติกรรมทางเพศในเยาวชน ข้อมูลของหัวข้อ 4.9 ทั้งหมดได้มาจากหลายแหล่ง ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น[18-24]

4.9.1 การสูบบุหรี่

ในปี 2560 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 19.1 หรือประมาณ 10.7 ล้านคนเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ โดยผู้ที่สูบเป็นประจำ ร้อยละ16.8 และผู้ที่สูบเป็นครั้งคราวร้อยละ 2.2 ผู้ชายสูบบุหรี่ร้อยละ37.7 ส่วนผู้หญิงสูบร้อยละ 1.7 อัตราการสูบต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 20-24 ปี (สูบร้อยละ 20.7) กลุ่มอายุ 25-44 ปี (สูบร้อยละ 21.9) อายุ 45-59 ปี (สูบร้อยละ 21.1) และลดลงในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 14.4) ประชากรที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีอัตราสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 20.9 และ 17.0 ตามลำดับ) ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดคือร้อยละ 24.5 รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 21.1) ภาคกลาง (ร้อยละ 17.6) ภาคเหนือ (ร้อยละ 17.1) และต่ำที่สุดใน กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 15.4) (ตารางที่ 4.6)

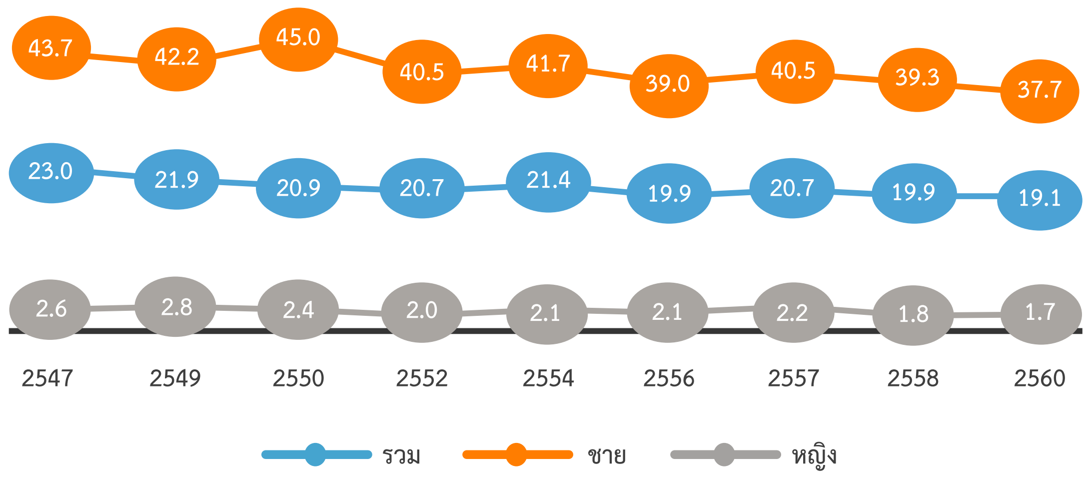
ตารางที่ 4.6 อัตราร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค พ.ศ. 2560

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
	ปกติสูบ		อัตราการสูบ
	เป็นประจำ	นานๆ ครั้ง	
กลุ่มอายุ (ปี)	16.8	2.2	19.1
15-19	7.2	2.6	9.7
20-24	17.0	3.7	20.7
25-44	19.6	2.4	21.9
45-59	19.1	2.0	21.1
60 ปีขึ้นไป	12.9	1.5	14.4
เพศ			
ชาย	33.4	4.3	37.7
หญิง	1.4	0.3	1.7

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครองและภาค	พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
	ปกติสูบ		อัตราการสูบ
	เป็นประจำ	นานๆ ครั้ง	
เขตการปกครอง			
ในเขตเทศบาล	14.9	2.0	17.0
นอกเขตเทศบาล	18.4	2.4	20.9
ภาค			
กรุงเทพมหานคร	13.7	13.7	15.4
กลาง (ไม่รวม กทม.)	15.5	15.5	17.6
เหนือ	14.9	14.9	17.1
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18.6	18.6	21.1
ใต้	21.9	21.9	24.5

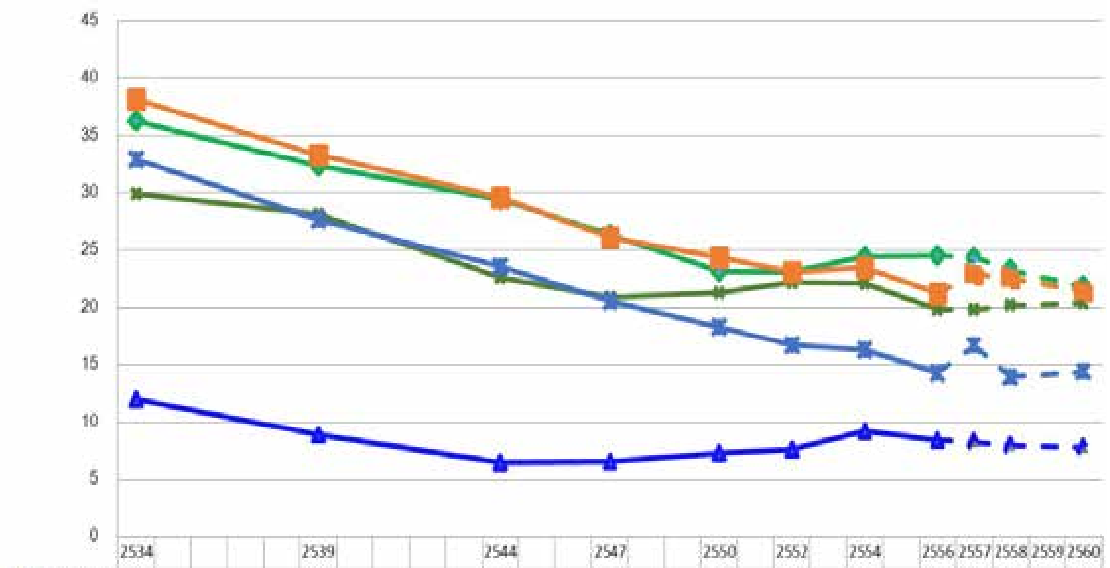
การสูบบุหรี่ในประชากรไทย มีแนวโน้มค่อยๆลดลง (ภาพที่ 4.47) อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงตามลำดับในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ลดลงจากร้อยละ 23.0 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 19.1 ในปี 2560 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราในปี 2547 ในช่วงเวลา 2547 – 2560 โดยรวมเฉลี่ยลดลงร้อยละ 1.3 ต่อปี อัตราในผู้ชายลดลงร้อยละ 1.1 ต่อปีและอัตราในผู้หญิงลดลงร้อยละ 2.7% ต่อ ปี อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอัตราการสูบตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มที่ไม่ลดลง คือ วัย 15-24 ปี โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปี 2550 (ภาพที่ 4.48)

ภาพที่ 4.47 แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560



หมายเหตุ: พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

ภาพที่ 4.48 แนวโน้มการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ



	2534	2539	2544	2547	2550	2552	2554	2556	2557	2558	2559	2560
15-18 ปี	12	8.87	6.44	6.58	7.25	7.62	9.21	8.43	8.25	7.92		7.77
19-24 ปี	29.9	28.1	22.6	20.9	21.3	22.2	22.1	19.9	19.8	20.2		20.4
25-40 ปี	36.3	32.3	29.4	26.4	23.1	23.1	24.4	24.5	24.3	23.2		21.8
41-59 ปี	38.1	33.3	29.6	26.1	24.3	23	23.4	21.1	22.9	22.5		21.4
60 ปีขึ้นไป	32.9	27.7	23.6	20.6	18.3	16.7	16.2	14.2	16.6	13.9		14.3

4.9.2 การดื่มสุรา

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 ปีที่ผ่านมา ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 28.4 ผู้ชายร้อยละ 47.5 ผู้หญิงร้อยละ 10.6 การดื่มอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 12.5 ผู้ชายร้อยละ 23.7 ส่วนผู้หญิงร้อยละ 2

การดื่มใน 1 ปีที่ผ่านมา เพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ กลุ่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 13.6 กลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 33.5 และเพิ่มสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 36.0 และลดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี เป็นร้อยละ 31.1 และในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นร้อยละ 15.2 สำหรับการดื่มของคนที่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าคนในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 29.2 และ 27.4 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.7)

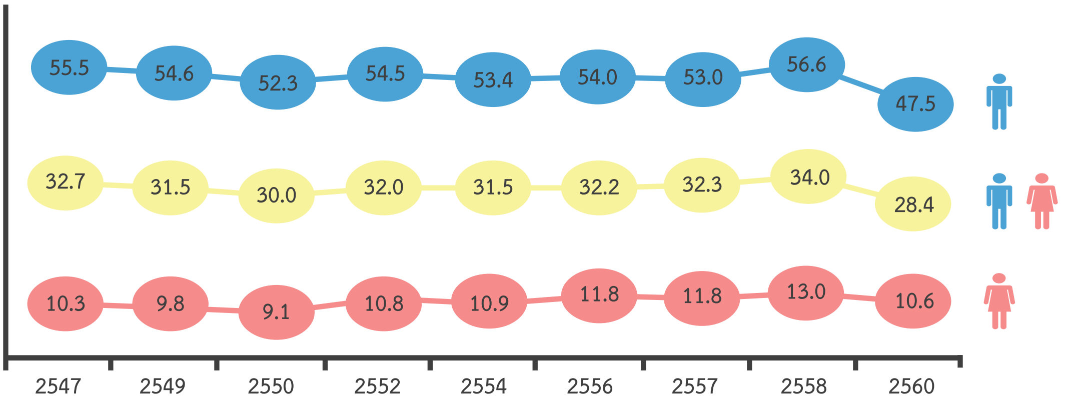
ตารางที่ 4.7 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมในการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ. 2560

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง	พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
	ไม่เคยดื่มเลยในชีวิต	เคยดื่มแต่ไม่ดื่มในรอบปีที่แล้ว	ดื่มในรอบปีที่แล้ว		
			รวม	สม่ำเสมอ	นานๆ ครั้ง
กลุ่มอายุ (ปี)	57.2	14.4	28.4	12.5	15.9
15-19	83.6	2.8	13.6	3.3	10.3
20-24	60.1	6.5	33.5	10.7	22.7
25-44	53.1	10.9	S36.0	16.2	19.8
45-59	52.0	16.9	31.1	14.7	16.4
60 ขึ้นไป	59.3	25.4	15.2	7.5	7.8
เพศ					
ชาย	31.6	20.9	47.5	23.7	23.8
หญิง	81.1	8.3.	10.6	2.0	8.6
เขตการปกครอง					
ในเขตปกครอง	57.7	14.9	27.4	11.9	15.6
นอกเขตปกครอง	56.7	14.0	29.2	13.0	16.2

แนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปี พศ. 2547-2560 ไม่มีความเปลี่ยนแปลงมากนัก แม้ว่าในปีล่าสุด 2560 มีร้อยละของการดื่มต่ำกว่าปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในปี 2558 อัตราการดื่มโดยรวมร้อยละ 34.0 ผู้ชายร้อยละ 56.6 ผู้หญิงร้อยละ 13.0 (ภาพที่ 4.49) ทั้งนี้แนวโน้มต้องติดตามต่อไปในอนาคตว่าจะลดลงต่อไปหรือไม่

นอกจากนี้จากข้อมูลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่า ในปี 2560 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรามีร้อยละ 6.8 เท่ากับจำนวน 3.8 ล้านคน

ภาพที่ 4.49 แนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2560

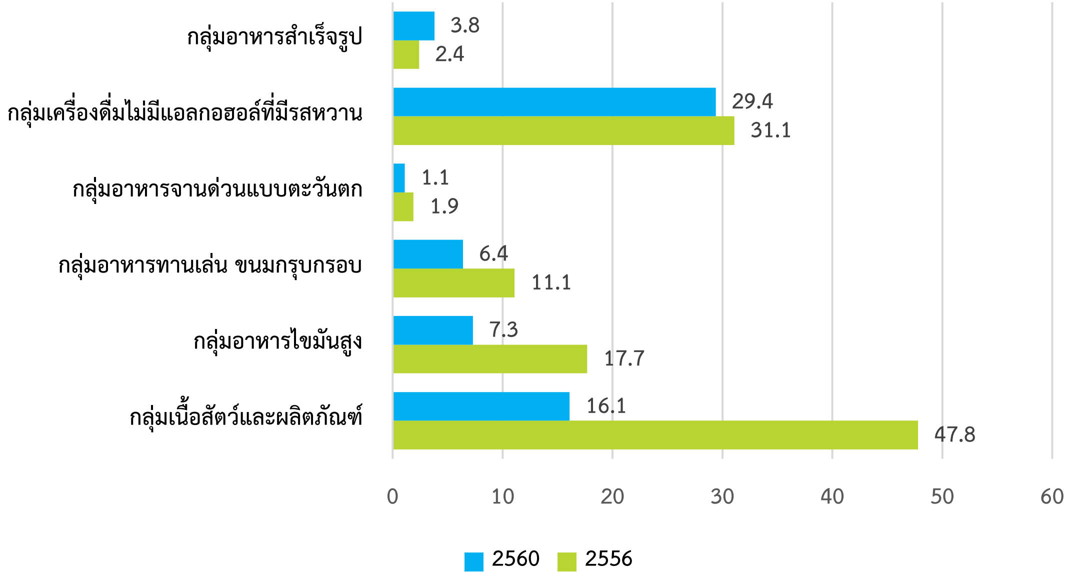


หมายเหตุ: พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ

4.9.3 พฤติกรรมการกินอาหาร

จากข้อมูลสำรวจการกินอาหารของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป โดยสอบถามความถี่ของการกินอาหารประเภทต่างๆ ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2556 และ 2560 กลุ่มอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพหากกินมากเกินไปมีสัดส่วนผู้ที่กินเป็นประจำเกือบทุกวันขึ้นไปเพิ่มขึ้น (ตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์) คือ กลุ่มอาหารสำเร็จรูป จากร้อยละ 2.4 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 3.8 ในปี 2560 ส่วนกลุ่มที่มีผู้ที่กินมากที่สุดคือเครื่องดื่มรสหวานที่ไม่มีแอกอฮอล์มีร้อยละ 29.4 ในปี 2560 น้อยกว่าปี 2556 เล็กน้อย และกลุ่ม อาหารไขมันสูงมีสัดส่วนผู้ที่กินลดลงจากร้อยละ 17.7 เป็นร้อยละ 7.3 กลุ่มขนมกรุบกรอบมีสัดส่วนของผู้ที่กินลดลงเช่นกัน คือ ร้อยละ 11.1 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 6.4 ในปี 2560 (ภาพที่ 4.50)

ภาพที่ 4.50 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่กินอาหารแต่ละกลุ่มตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ พ.ศ. 2556 และ 2560



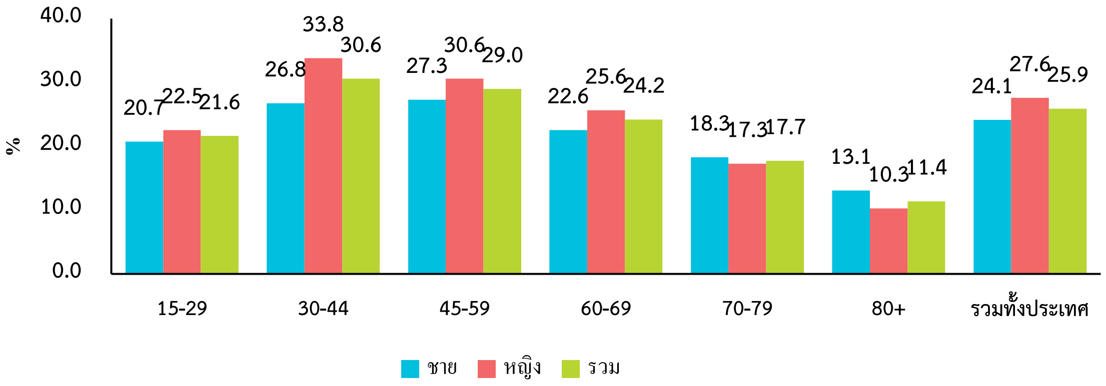
ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556, 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การกินผักผลไม้

ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลกประชาชนทั่วไปควรกินอาหารประเภทผักและผลไม้อย่างเพียงพอ คือวันละ 5 ส่วนต่อวัน (ประมาณ 400 กรัม ต่อวัน) ซึ่งแนวโน้มการกินผักผลไม้ในช่วงปี 2547, 2552 และ 2557 การกินผัก ผลไม้ในประชากรเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 22 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 25.9 ในปี 2557

ในปี 2557 พบว่ามีเพียง 1 ใน 4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กินผักและผลไม้เพียงพอตามปริมาณที่แนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 27.6 และร้อยละ 24.1 ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลกินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 26.3 และร้อยละ 25.6 ตามลำดับ ผู้ที่อาศัยในภาคกลางกินผักและผลไม้เพียงพอสูงสุด (ร้อยละ 32.4) รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 28.8) ภาคใต้ (ร้อยละ 28.0) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 21.6) และภาคเหนือ (ร้อยละ 12.6) ตามลำดับ (ภาพที่ 4.51)

ภาพที่ 4.51 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำ จำแนกตามเพศและอายุ



แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557

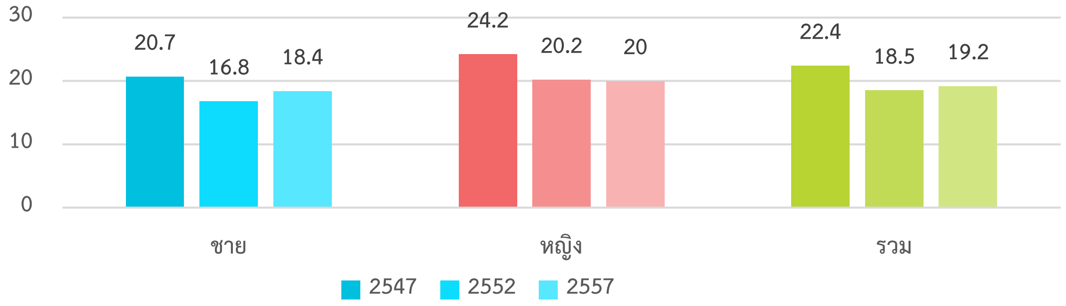
4.9.4 การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity)

ประชาชนควรมีกิจกรรมทางกาย (physical activity)ที่เพียงพอ หมายถึงการมีกิจกรรมที่ออกแรงกายอย่างหนักอย่างน้อย วันละ 20 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ หรือการมีกิจกรรมออกแรงกายระดับปานกลางวันละ 30 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยการมีกิจกรรมทางกายได้จากการออกแรงกายในการทำงาน การเดินหรือการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬา การออกลังกายแบบแอร์โรบิก เป็นต้น

แนวโน้มการมีกิจกรรมทางกาย

จากการสำรวจสุขภาพโดยการตรวจร่างกายปี 2547, 2552 และ 2557 พบว่าโดยรวมสัดส่วนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอตามข้อแนะนำมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย คือ ร้อยละ 22.4 ในปี 2547 และร้อยละ 19.2 ในปี 2557 (ภาพที่ 4.52)

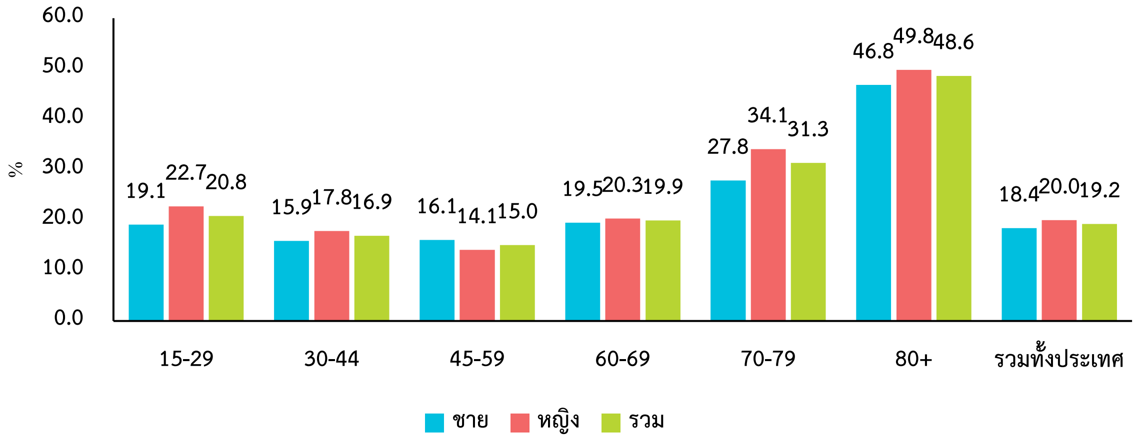
ภาพที่ 4.52 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ



แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557

การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอมีสัดส่วนมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น (ภาพที่ 4.53) พบว่าคนในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากกว่านอกเขตเทศบาล

ภาพที่ 4.53 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ

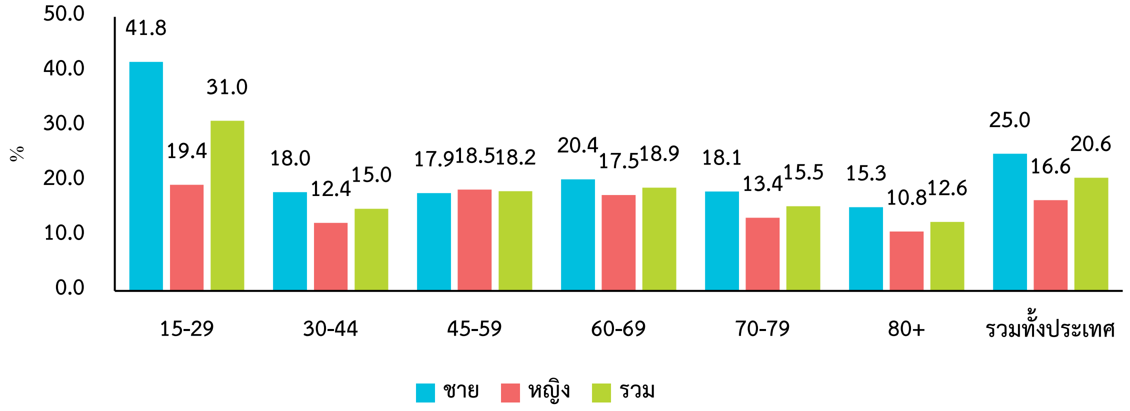


แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557

เมื่อพิจารณาร้อยละของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งหมายถึงการออกกำลังกาย การเล่นกีฬาและกิจกรรมทางกายยามว่าง พบว่ามีสัดส่วนลดลง จากร้อยละ 36.4 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 20.6 ในปี 2557

โดย กลุ่มอายุ 15-29 มีความชุกของคนที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างอย่างเพียงพอสูงที่สุด ร้อยละ 31.0 สัดส่วนนี้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (ภาพที่ 4.54)

ภาพที่ 4.54 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางและหนัก จำแนกตามอายุ และเพศ

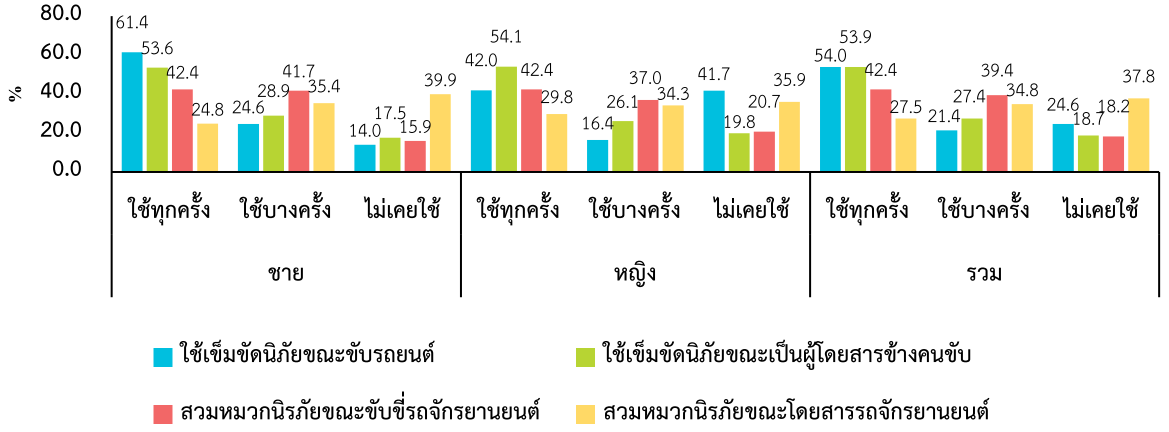


แหล่งข้อมูล: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557

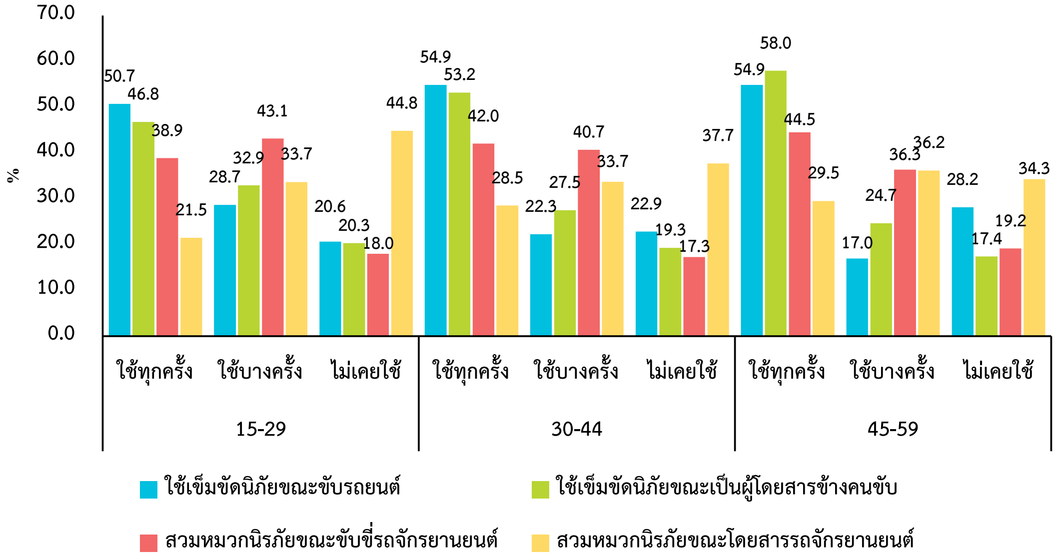
4.9.5 การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์

จากการสำรวจผู้ให้สัมภาษณ์อายุ 15-59 ปี ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 54.0 ของผู้ที่ขับรถยนต์และเมื่อผู้โดยสารด้านหน้าบอกว่าใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง ส่วนที่บอกว่าสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์ทุกครั้งมีร้อยละ 42.4 ส่วนผู้ที่เป็นผู้โดยสารจักรยานยนต์สวมหมวกทุกครั้งร้อยละ 27.5 โดยมีผู้ที่บอกว่าไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์มีถึงร้อยละ 24.6 ส่วนผู้ที่เป็นผู้โดยสารรถจักรยานยนต์ไม่เคยสวมหมวกนิรภัยมีร้อยละ 37.8 คนขับรถยนต์ที่เป็นชายมีสัดส่วนการใช้เข็มขัดนิรภัยสูงกว่าผู้หญิง โดยผู้หญิง ร้อยละ 41.7 บอกว่าไม่เคยใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ ในขณะที่ผู้ชายมีร้อยละ 14.0 และผู้หญิงที่เป็นผู้ โดยสารด้านหน้ามีสัดส่วนการใช้เข็มขัดนิรภัยมากกว่าผู้หญิงที่เป็นคนขับรถยนต์ (ร้อยละ 54.1 และ 42.0 ตามลำดับ) (ภาพที่ 4.55 และ 4.56)

ภาพที่ 4.55 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติภัยจราจรของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ



ภาพที่ 4.56 ร้อยละของการใช้อุปกรณ์ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติภัยจราจร ของประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามอายุใช้ภาพเดิมเปลี่ยนสีและตัวอักษร

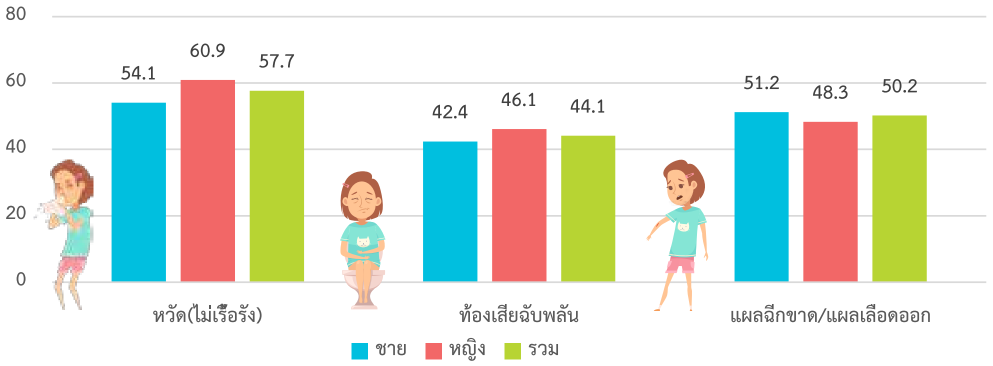


การขับขี่ยานยนต์ภายหลังการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ร้อยละ 31.0 ของผู้ชายไทยอายุ 15-59 ปีบอกว่าเคยขับขี่รถยนต์หรือขี่รถจักรยานยนต์หลังจากดื่มแอลกกอฮอล์ ใน 12 ที่ผ่านมา ในขณะที่ผู้หญิงมีร้อยละ 5.2 โดยผู้ชายกลุ่มอายุ 15-29 ปีมีสัดส่วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 38.5 หญิง ร้อยละ 9.0 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30-44 ปี และ 45-59 ปี ตามลำดับ

4.9.6 การกินยาปฏิชีวนะ

การใช้ยาปฏิชีวนะเกินความจำเป็นมีผลเสียต่อสุขภาพเนื่องจากเสี่ยงต่อผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยา และเป็นเหตุให้เชื้อดื้อยา ภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่ควรเริ่มต้นการการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่พบบ่อย ได้แก่ โรคทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่อาการหวัด การอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ไม่มีมูกเลือด และแผลสดเลือดออก ภาวะเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นการรรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ จากการสำรวจโดยภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะดังกล่าวใช้ยาปฏิชีวนะ กล่าวคือใช้ในกรณีทางเดินหายใจส่วนบนมากที่สุดคือร้อยละ 57.7 ใช้ในกรณีแผลสด ร้อยละ 50.2 และใช้ในภาวะท้องเสียเฉียบพลันร้อยละ 44.3 (ภาพที่ 4.57)

ภาพที่ 4.57 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับยาปฏิชีวนะจากอาการหวัด ท้องเสียฉับพลัน และแผลฉีกขาด/แผลเลือดออก



4.9.7 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธุ์ในวัยรุ่น

การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พบว่าอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในนักเรียน ม. 5 เพศชายจากอายุ 14.7 ปี ในปี 2554 เพิ่มเป็น 15.1 ปี ในปี 2559 ส่วนนักเรียนหญิง ม.5 เพิ่มจากอายุ 14.9 ปี ในปี 2554 เพิ่มเป็นอายุ 15.4 ปี ในปี 2559 แนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันในนักเรียนประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ชั้นปีที่ 2 ในผู้ชายจากอายุ 14.7 ปี ผู้หญิงอายุ 15.0 ปี เพิ่มเป็นอายุ 15.3 และ15.5 ปี ตามลำดับ ซึ่งน่าจะเป็นแนวโน้มที่ดี ที่มีเพศสัมพันธ์ในอายุที่ไม่ได้ลดลง เพราะยังไม่อยู่ในวัยที่ควรมีการตั้งครรภ์ สำหรับการเคยมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ชายพบว่าสัดส่วนลดลงในทั้งนักเรียน มัธยมศึกษาปีที่ 5 และปวช. ปีที่ 2 จากร้อยละ 28.0 และ 49.8 ในปี 2554 เป็น 23.6 และ 43.2 ตามลำดับในปี 2559 และ ส่วนในนักเรียนหญิงมัธยม 5 (เพิ่มจากร้อยละ 16.4 เป็นร้อยละ 18.7) และนักเรียนหญิง ปวช. ชั้นปีที่ 2 (เพิ่มจากร้อยละ 41.6 เป็นร้อยละ 44.9 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.8 และ 4.9)

ตารางที่ 4.8 อายุเฉลี่ยของนักเรียนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ยนของนักเรียน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
1. นักเรียน ม5						
เพศชาย	14.7	15.1	15.0	15.3	15.1	15.1
เพศหญิง	14.0	15.2	15.0	15.4	15.3	15.4
2. นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2						
เพศชาย	14.7	15.1	17.0	15.5	15.2	15.3
เพศหญิง	15.0	15.3	15.5	15.5	15.4	15.5

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2559

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของนักเรียนที่เคยมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ยนของนักเรียน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
1. นักเรียน ม5						
เพศชาย	28.0	24.8	25.9	24.2	25.9	23.6
เพศหญิง	16.4	20.2	17.2	18.9	18.2	18.7
2. นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2						
เพศชาย	49.8	46.1	46.2	46.0	46.3	43.2
เพศหญิง	41.6	51.1	45.3	47.1	48.2	44.9

การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยทั้งในนักเรียนชายมัธยม 5 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 51.2 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 75.0 ในปี 2559 ในนักเรียนหญิงมัธยม 5 เพิ่มจากร้อยละ 46.5 เป็นร้อยละ 67.7 อัตราการใช้ถุงยางอนามัย เพิ่มขึ้นในนักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2 เช่นกัน แต่สัดส่วนที่ใช้ถุงยางในปี 2559 ยังน้อยกว่าของนักเรียนมัธยม 5 (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคู่รัก

กลุ่มเป้าหมาย	อายุเฉลี่ยนของนักเรียน เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก					
	2554	2555	2556	2557	2558	2559
1. นักเรียน ม5						
เพศชาย	51.2	56.5	67.0	68.5	76.2	75.0
เพศหญิง	46.5	43.8	65.0	54.6	70.6	67.7
2. นักเรียน ปวช. ชั้นปีที่ 2						
เพศชาย	51.2	54.2	67.0	64.7	62.8	67.4
เพศหญิง	38.6	39.6	59.3	52.0	52.8	61.8

4.10 สถานการณ์และแนวโน้มด้านเทคโนโลยีที่มีผลต่อการสาธารณสุข

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยรัฐบาลเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจำนวนมากจากการที่ประชาชนใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ขณะเดียวกันประชาชนก็ยังใช้จ่ายเพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่อนุญาตให้เบิกจ่ายได้ เพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยมั่นคงและยั่งยืน จึงควรมีการพิจารณาเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างรอบคอบรอบด้าน ทั้งในเรื่องประโยชน์ ผลกระทบด้านลบ และแนวโน้มของเทคโนโลยีด้านสุขภาพซึ่งรุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว เพื่อให้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทย ไม่ว่าใครเป็นผู้จ่าย เป็นเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับผู้ใช้อย่างแท้จริง

4.10.1 เทคโนโลยีด้านสุขภาพคืออะไรและสำคัญอย่างไร

ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก เทคโนโลยีด้านสุขภาพ หมายถึง การประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะอย่างเป็นระบบ ในรูปแบบของเครื่องมือแพทย์ ยา วัคซีน หัตถการ รวมถึงระบบต่าง ๆ ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิต[25] นั่นคือ การคิดค้นหรือการดำเนินการใด ๆ ก็ตามที่เกี่ยวข้องสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นยา เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ วิธีการผ่าตัดแบบใหม่ รวมถึงระบบการบริหารงานด้านสุขภาพ นโยบายและมาตรการต่างๆ เช่น ระบบการดูแลผู้ป่วย และนโยบายเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นต้น ก็ล้วนถือเป็นเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยยืดอายุของผู้คน โดยพบว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของผู้คนเฉลี่ยถึง 6.1 ปีในระยะเวลาเพียง 15 ปี[26] เทคโนโลยีเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในหลากหลายรูปแบบและวัตถุประสงค์ ในผู้ที่ยังไม่ป่วยหรือมีความผิดปกติใด ๆ การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีเป้าหมายหลักเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมถึงป้องกันและลดปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรค ในผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นโรค เทคโนโลยีด้านสุขภาพช่วยคัดกรองหาว่ามีโรคซุกซ่อนอยู่หรือไม่ ในผู้ที่มีความผิดปกติ เทคโนโลยีเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่ช่วยวินิจฉัย รวมถึงรักษาเมื่อพบว่าเป็นโรคหรือมีภาวะต่างๆ จริง และฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เทคโนโลยี

ด้านสุขภาพจึงสอดแทรกอยู่ในกิจวัตรประจำวันแทบทุกอย่างของทุกคน และเป็นฟันเฟืองที่สำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง องค์การอนามัยโลกจึงจัดให้เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่างๆ เป็นหนึ่งในหกองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ร่วมกับการให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและการอภิบาล[27]

อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีสุขภาพที่เพิ่มขึ้นก็ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัว โดยเฉพาะเมื่อเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ มีราคาสูงขึ้นเรื่อยๆ และการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพชนิดใหม่เข้ามาในตลาดหรืออนุญาตให้เบิกจ่ายได้ในระบบสุขภาพก็ทำให้ค่าใช้จ่ายทั้งของภาครัฐและประชาชนเพิ่มตามไปด้วย ข้อมูลจากสหรัฐอเมริกาชี้ว่าเกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเกิดจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพ[28] ซึ่งไม่น่าแปลกใจนักหากพิจารณาตัวอย่างในประเทศไทย ดังการศึกษาในปี พ.ศ. 2554 ที่พบว่า หากเพิ่มยารักษาโรคกระดูกพรุนเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติและให้คนไทยที่มีข้อบ่งชี้สามารถใช้ยากลุ่มนี้ได้โดยสะดวก คือ รัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด จะเพิ่มภาระงบประมาณขึ้นอย่างน้อยปีละ 2,000 ล้านบาทและอาจสูงถึง 12,000 ล้านบาทขึ้นกับขอบเขตของข้อบ่งใช้ที่อนุญาตให้เบิกจ่ายได้[29] ซึ่งตัวเลขดังกล่าวนับว่าสูงมาเมื่อเทียบกับงบประมาณทั้งหมดที่ใช้ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในตอนนั้น คือ ราว 150,000 ล้านบาทต่อปี

อีกตัวอย่างหนึ่งที่ชี้ชัดว่าค่าใช้จ่ายจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวม คือ การที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวของผู้ที่ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการสูงถึง 4 เท่าของผู้ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเป็นสิทธิรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและครอบครัว สวัสดิการดังกล่าวอนุญาตให้เบิกจ่ายเทคโนโลยีด้านสุขภาพในขอบเขตที่กว้างกว่าระบบประกันสังคมหรือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยผู้ที่ใช้สวัสดิการดังกล่าวสามารถใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติได้ในบางกรณี ในขณะที่ผู้ใช้ระบบประกันสุขภาพของรัฐระบบอื่นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยตัวเอง ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าผู้ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ย 13,756 บาทต่อคนต่อปี ในขณะที่ผู้ที่ใช้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีค่าใช้จ่ายราว 3,000 บาทเท่านั้น[30] ส่วนต่างค่าใช้จ่ายนี้ ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีประชากรอายุมาก คือ อายุอยู่ในช่วง 45-70 ปี จำนวนมากกว่าระบบประกันสุขภาพอื่น[31] แต่คงไม่อาจปฏิเสธได้ว่าความแตกต่างในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพของสวัสดิการดังกล่าวเมื่อเทียบกับอีกสองระบบประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดดังกล่าว เนื่องจากพบว่าค่ายาเฉลี่ยต่อผู้ป่วยแต่ละรายในโรงพยาบาลที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น ต่ำกว่าในโรงพยาบาลที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติมากอีกด้วย[30]

4.10.2 เทคโนโลยีด้านสุขภาพจะยิ่งมีบทบาทยิ่งขึ้นในอนาคต

การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยเป็นผลมาจากทั้งลักษณะของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป และความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและการแพทย์ ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ยังผลให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องใช้การรักษาที่ซับซ้อนและเป็นระยะยาวมีจำนวนเพิ่มขึ้น[32] ขณะเดียวกันวิทยาการที่รุดหน้าแบบก้าวกระโดดจะทำให้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มีบทบาทมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในการรักษาพยาบาลและในชีวิตประจำวัน ทั้งเข้ามาช่วยให้การแพทย์มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น หรือทดแทนการแพทย์บางอย่างเนื่องจากผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองในเบื้องต้นได้ดีขึ้น

เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นใหม่เหล่านี้มีความยืดหยุ่นสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายและอาจเปลี่ยนโฉมหน้าของการแพทย์ไปโดยสิ้นเชิง การแพทย์ในอนาคตจะมีความเฉพาะตัวกับผู้ป่วยแต่ละคนมากขึ้นผ่านการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละบุคคลในระดับยีน

(precision medicine) และจะนำมาซึ่งแนวทางการป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพแบบใหม่ๆ ซึ่งไม่เคยปรากฏมาก่อน[32] mHealth หรือการแพทย์บนอุปกรณ์พกพาโดยใช้แอพพลิเคชั่นด้านสุขภาพบนโทรศัพท์มือถือและอุปกรณ์พกพาต่างๆ จะช่วยให้ความรู้ในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยในเบื้องต้น ซึ่งอาจลดการมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นได้ เทคโนโลยีกลุ่มนี้กำลังเป็นที่นิยมอย่างสูงในปัจจุบัน โดยในปี พ.ศ. 2560 ประมาณการว่าการแพทย์บนโลกดิจิทัลมีมูลค่าสูงถึงราว 8 แสนล้านบาททั่วโลก และช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในสหรัฐอเมริกาได้ 2 หมื่นล้านบาท[33] การใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สวมใส่ติดตัว (wearable devices) ซึ่งมักมีเซ็นเซอร์ติดตามกิจกรรมทางกายและข้อมูลสุขภาพของผู้สวมใส่ ในยุคของอินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่ง (internet of things) ที่อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่งต่อข้อมูลถึงกันได้โดยที่มนุษย์ไม่ต้องป้อนข้อมูล จะทำให้อุปกรณ์เหล่านี้เป็นเหมือนโครงข่ายที่โยงใยส่งต่อและเก็บข้อมูล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ติดตามและเฝ้าสังเกตสุขภาพของผู้ป่วยได้โดยสะดวกขึ้น การพิมพ์สามมิติ (3D printing) และเทคโนโลยีชีวภาพระดับสูง มีแนวโน้มจะสามารถสร้างอวัยวะเทียมที่ใช้งานได้จริง และปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) ที่ก้าวหน้าขึ้นจะนำมาซึ่งการเพิ่มขึ้นของหุ่นยนต์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคไปจนถึงการผ่าตัดที่ต้องการความแม่นยำสูง[32]

ทั้งหมดนี้เป็นเพียงตัวอย่างของความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยภาครัฐในแต่ละประเทศจำเป็นต้องวางแผนรับมือความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และตัดสินใจว่าเทคโนโลยีใดเหมาะสมที่จะนำมาใช้จริงในบริบทของประเทศ เนื่องจากจะมีเทคโนโลยีจำนวนมากหลั่งไหลเข้ามาในตลาด ในขณะที่งบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐอาจไม่เพิ่มตาม ภาครัฐจึงไม่อาจรับภาระค่าใช้จ่ายจากเทคโนโลยีใหม่ได้ทั้งหมด และควรจัดสรรว่าอะไรบ้างที่ควรให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึง และอะไรบ้างที่ภาครัฐจะให้การสนับสนุน

ระบบสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) ในสหราชอาณาจักรเป็นตัวอย่างหนึ่งขององค์กรที่ตัดสินใจใช้และวางแผนการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพบนโลกดิจิทัลอย่างเป็นทางการ ในเดือนกุมภาพันธ์ ปีพ.ศ. 2561 NHS ประกาศแผนกลยุทธ์ในการใช้บริการทางการแพทย์บนโลกดิจิทัลเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ โดยแผนดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่การปรับปรุงเว็บไซต์และพัฒนาแอพพลิเคชั่นให้ผู้ใช้ ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ หาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและใช้งานได้สะดวกยิ่งขึ้น พร้อมทั้งปรับระบบให้ผู้ป่วยสามารถพบและปรึกษาแพทย์ผ่านทางอินเทอร์เน็ตได้ เป็นต้น[34,35]

สำหรับประเทศไทย มีการจัดทำยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (eHealth Strategy) ขึ้น โดยเป็นแผนเพื่อดำเนินการในระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2569 เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการผลักดันเทคโนโลยีดิจิทัลให้เป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่ช่วยพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศและพัฒนางานด้านเทคโนโลยีดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยหลาย ๆ ฝ่ายในประเทศทั้งภาครัฐและเอกชนเช่นกัน โดยพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วย เป็นต้น[36]

4.10.3 ข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ในประเทศกำลังพัฒนา และมีรายได้ปานกลาง เช่นประเทศไทย ยังมีข้อจำกัดอีกหลายข้อเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งในแง่ปัญหาในการเข้าถึงเทคโนโลยีเหล่านี้ของทั้งแพทย์และผู้ป่วย รวมถึงการสูญเปล่าของการใช้เทคโนโลยี ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ

ก. ปัญหาในการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงยาได้ต้องประกอบขึ้นจากหลายปัจจัย นับตั้งแต่การไม่มีเทคโนโลยีนั้นๆ ให้ใช้ (unavailability) เพราะไม่มีการผลิตและนำเข้าเทคโนโลยีนั้นๆ เข้ามาในประเทศ ไปจนถึงข้อจำกัดด้านการเดินทางไปรับบริการที่สถานพยาบาลแล้ว

ในการที่เทคโนโลยีด้านสุขภาพหนึ่ง ๆ ทั้งยาและเครื่องมือแพทย์ จะเข้าสู่ตลาดในประเทศไทยให้ประชาชนไทยใช้ทั้งผ่านระบบประกันสุขภาพและการจ่ายเอง จะต้องผ่านการขึ้นทะเบียนกับองค์การอาหารและยาเสียก่อน สำหรับประเทศไทยนับจากที่ยาชนิดใหม่ออกสู่ตลาดโลกเป็นครั้งแรก จนกระทั่งสามารถสั่งใช้ยานั้นได้ กินระยะเวลาโดยเฉลี่ย 13-48 เดือน แม้ว่าระยะเวลานี้ถือว่าค่อนข้างสั้นเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ แต่เมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาน้อยกว่า 1 ปีแล้ว ก็ถือว่าประเทศไทยยังเป็นประเทศที่เริ่มใช้ยาชนิดใหม่ช้า[37] ในกรณีที่ยาดังกล่าวเป็นยาที่จำเป็นต่อการช่วยชีวิต ก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสได้

นอกจากนี้ ในกรณีที่มียาให้ใช้ในตลาดประเทศไทยแล้ว ปัญหาข้อต่อมาคือ เทคโนโลยีใหม่มักมีราคาแพง เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยทั้งประเทศ หลายครั้งภาครัฐไม่มีงบประมาณมากพอจะสนับสนุนให้ประชาชนทั้งประเทศใช้เทคโนโลยีดังกล่าวได้อย่างยั่งยืน (unaffordability) ด้วยเหตุนี้เทคโนโลยีนั้นๆ จึงไม่อยู่ในความครอบคลุมของสิทธิประกันสุขภาพของรัฐ เช่น ยาใหม่ที่ยังมีสิทธิบัตรและมีเพียงยาต้นแบบ ราคามักสูงมากทำให้ไม่สามารถบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติได้ หากประชาชนต้องการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตัวเอง ซึ่งประชาชนส่วนมากก็มักไม่มีกำลังพอที่จะจ่ายได้เช่นกัน ข้อค้นพบหนึ่งที่น่าสนใจคือ ราคายาต้นแบบ (original drugs) ในประเทศไทยส่วนใหญ่ไล่เลี่ยกับประเทศอื่น ส่วนราคายาสามัญ (generic drugs) สูงกว่าประเทศกำลังพัฒนาประเทศอื่นเล็กน้อยเมื่อไม่รวมส่วนลดที่ได้เมื่อภาครัฐหรือสถานพยาบาลซื้อเป็นจำนวนมาก และต่ำกว่าเล็กน้อยเมื่อพิจารณาส่วนลดที่ได้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อหัวประชากร (gross domestic product per capita) ของประเทศไทยต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้แม้ยาต้นแบบจะราคาใกล้เคียงกันกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ก็นับได้ว่าประเทศไทยมีความสามารถในการจ่ายเพื่อสนับสนุนการใช้ยาต้นแบบนั้นๆ ต่ำกว่า[30]

ข. ปัญหาจากการสูญเปล่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีโอกาสสูญเปล่าได้มาก โดยการวิเคราะห์ขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่าร้อยละ 20-40 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วโลกนั้นเป็นค่าใช้จ่ายที่สูญเปล่า[38] และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเปล่าดังกล่าว โดยอาจเกิดจากการให้เทคโนโลยีด้านสุขภาพรวมถึงการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น รวมถึงการใช้ทรัพยากรสิ้นเปลืองโดยใช่เหตุ เช่น การรักษาเกิน หรือการวินิจฉัยเกิน เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจแล้ว ยังเพิ่มความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดปัญหาสุขภาพเนื่องจากผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนจากเทคโนโลยีต่างๆ[39]

ปัญหาเหล่านี้หลายครั้งเกิดจากความไม่รู้ของทั้งผู้ป่วยและแพทย์หรือจากการถูกกลไกตลาดผลักดัน โดยเป็นการใช้เทคโนโลยีโดยที่ไม่มีข้อมูลสนับสนุนอย่างเพียงพอว่าเทคโนโลยีเหล่านั้นได้ผลจริงในโรคหรือภาวะนั้น ๆ การใช้น้ำมันอีฟนิ่งพริมโรสในการรักษา eczema ซึ่งเป็นอาการที่ผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ เป็นหนึ่งในตัวอย่างที่ชัดเจนของปัญหานี้ ในอดีต เชื่อว่าน้ำมันอีฟนิงพริมโรสซึ่งมีกรดแกมมาไลโนเลนิก (gamma-linolenic acid) น่าจะช่วยรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหา eczema ได้ จึงมีการใช้น้ำมันชนิดนี้กับอาการดังกล่าวอยู่นานถึง 20 ปี กว่าที่หน่วยงาน Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency ซึ่งคล้ายกับองค์การอาหารและยาในประเทศไทย ประกาศถอนทะเบียนตำรับยาน้ำมันอีฟนิงพริมโรส เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าน้ำมันอีฟนิงพริมโรสใช้ได้ผล[40] อีกกรณีหนึ่งคือยาเซอร์ราทิโอเปปทิเดส (serratiopeptidase) ที่ถูกถอนทะเบียนในประเทศไทยในเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2561 หลังจากที่มีการใช้ยาดังกล่าวมาแล้วนานกว่า 40 ปี โดยบริษัทผู้ผลิตในประเทศญี่ปุ่นประกาศยกเลิกทะเบียนตำรับยานี้ด้วยตนเอง ด้วยเหตุผลว่าไม่มีหลักฐานเพียงพอว่ายานี้ใช้ได้ผลในการลดบวม และการศึกษาล่าสุดพบว่า

ยานี้ให้ผลไม่ต่างจากยาหลอก[41] กรณีเหล่านี้เป็นกรณีที่ไม่ร้ายแรงนัก เพราะเพียงเกิดการสูญเปล่าทางเศรษฐกิจ แต่ยังมีอีกหลายกรณีที่ผู้ป่วยได้รับผลเสียจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยความไม่รู้ ตัวอย่างเช่น ในอดีต สเตียรอยด์เป็นวิธีรักษาโรคสมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury) ที่ใช้กันเป็นเวลานานถึงราว 30 ปี ก่อนที่จะงานวิจัยขนาดใหญ่ในผู้ป่วยนับหมื่นรายจาก 13 ประเทศจะพบว่าการใช้สเตียรอยด์ในผู้ป่วยที่มีภาวะนี้เพิ่มความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต อีกตัวอย่างหนึ่งคือการให้ไดเอทิลสติลเบสทรอล (diethylstilbestrol) ในหญิงมีครรภ์โดยเข้าใจว่าจะช่วยป้องกันไม่ให้แท้ง ซึ่งทำให้ทารกเติบโตมาโดยเป็นมะเร็งชนิดหายากในระบบสืบพันธุ์เช่นกัน[40]

ปัญหาอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเปล่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพเกิดจากการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็นหรือไม่เหมาะสม ซึ่งแทรกอยู่ในทุกขั้นตอนของการรักษา ตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่ได้เกิดจากแบคทีเรีย ซึ่งนอกจากจะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วยังจะทำให้เชื้อแบคทีเรียยิ่งดื้อยายิ่งขึ้น หรือการผ่าท้องคลอดแบบ caesarean section โดยที่ไม่มีความจำเป็น[39] การคัดกรองที่เกินความจำเป็นหรือไม่เหมาะสมก็เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัด การคัดกรองส่วนใหญ่มีโอกาสที่จะให้ผลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ในบางกรณี ผลการคัดกรองอาจชี้ว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคมีความผิดปกติ (false positive หรือผลบวกลวง) ทำให้เกิดการวินิจฉัยเกิน (overdiagnosis) คือการวินิจฉัยว่าความผิดปกติหนึ่งเป็นโรคทั้งที่ความผิดปกตินั้นไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา และนำไปสู่การรักษาเกิน (overtreatment) หรือก็คือการรักษาโดยไม่จำเป็นในที่สุด ยิ่งการตรวจทำได้ง่าย และราคาไม่แพง ก็จะมีผู้ที่ได้รับการตรวจมากขึ้น และได้รับการรักษาเกินมากขึ้นตามไปด้วย การคัดกรองมะเร็งหลายโรคเป็นตัวอย่างที่ดีของปัญหานี้ เนื่องจากหลายครั้งที่มะเร็งที่คัดกรองพบเป็นมะเร็งชนิดที่ลุกลามช้าจนผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคอื่น ไม่ใช่เพราะมะเร็ง การรักษามะเร็งกลุ่มนี้จึงไม่จำเป็น แต่บ่อยครั้งบุคลากรทางการแพทย์ไม่อาจแยกแยะได้ชัดเจนว่ามะเร็งที่คัดกรองพบเป็นมะเร็งชนิดนี้หรือไม่ จึงมักรักษามะเร็งทั้งหมดที่พบ[39,40]

ด้วยเหตุนี้ ภาครัฐ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยจึงควรร่วมมือกันป้องกันและลดปัญหาเหล่านี้ในบริบทประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับตนและประเทศ ผ่านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment หรือ HTA)

4.10.4 การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ คือ การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยใช้ความรู้จากสหสาขาวิชาเพื่อตรวจสอบว่าการนำเทคโนโลยีมาใช้จะทำให้เกิดผลกระทบอย่างไร ทั้งด้านบวกและด้านลบ ในระยะสั้นและระยะยาว ทางตรงและทางอ้อม ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแพทย์ สังคมศึกษา จริยธรรม และเศรษฐศาสตร์[42] โดยมีระเบียบวิธีวิจัยหลากหลายเพื่อให้ข้อมูลที่แตกต่างกันไป ตัวอย่างของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น การประเมินความคุ้มค่า (economic evaluation) ของการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้เมื่อเทียบกับเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้ว ว่าผลที่ได้จะคุ้มค่ากับต้นทุนที่ต้องเสียไปหรือไม่ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (meta-analysis) ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยที่มีอยู่ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ต้องการศึกษา มาสรุปโดยพยายามให้มีความลำเอียงน้อยที่สุด เพื่อให้ทราบว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพใดมีประสิทธิผลดีกว่า หรือปลอดภัยกว่า การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ (budget impact analysis) ซึ่งเป็นการคาดการณ์ว่าผู้จ่ายเงินจะต้องเตรียมงบประมาณไว้เท่าไร หากต้องการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ และการประเมินความเป็นไปได้ (feasibility study) ในการใช้เทคโนโลยีในบริบทนั้นๆ เป็นต้น เนื่องจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพมุ่งเน้นให้ข้อมูลกับการตัดสินใจเชิงนโยบาย จึงอาจไม่มีผลโดยตรงกับประชากรแต่ละคนในประเทศ แต่ส่งผลทางอ้อมผ่านทางนโยบายที่ตัดสินใจโดยใช้หลักฐานเหล่านี้ประกอบ

เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้โดยมีการสูญเปล่าจากการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้น้อยที่สุด ควรมีการประเมินเทคโนโลยีใน 3 ขั้นของการใช้เทคโนโลยี ได้แก่ การประเมินก่อนที่จะมีการนำเทคโนโลยีสุขภาพเข้าในตลาด การประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะให้เบิกจ่ายเทคโนโลยีดังกล่าวในระบบประกันสุขภาพของรัฐหรือไม่ และประเมินหลังจากที่มีการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ในประเทศแล้ว

ก. การประเมินก่อนนำเข้าในตลาด

การประเมินก่อนที่จะมีการขึ้นทะเบียนและอนุญาตให้วางจำหน่ายเทคโนโลยีนั้นๆ ในตลาดในประเทศไทย เช่น การขึ้นทะเบียนตำรับยา หรือการขึ้นทะเบียนเทคโนโลยีอื่นๆ ก่อนที่จะอนุญาตให้มีการขึ้นทะเบียนต้องมีการประเมินเพื่อให้มั่นใจได้ว่าเทคโนโลยีนั้นๆ มีประสิทธิผลจริงและปลอดภัย ในปัจจุบัน กระบวนการเหล่านี้มักดำเนินการโดยบริษัทผู้ผลิตและผ่านการรับรองอนุมัติโดยองค์การอาหารและยาของแต่ละประเทศ การประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการป้องกันการสูญเปล่าจากการใช้ยา และมักไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากในกรณีนี้ประชาชนมักเป็นผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายเทคโนโลยีเหล่านี้ด้วยตัวเอง จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการใช้เทคโนโลยีโดยไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น

ข. การประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจให้เบิกจ่าย

ควรมีการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าจะให้เทคโนโลยีหนึ่งๆอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพหรือไม่ เพื่อให้ตัดสินใจเลือกทางที่จะทำให้เป็นการใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด งบประมาณและทรัพยากรในระบบสุขภาพมีจำกัด หากภาครัฐลงทุนกับเทคโนโลยีที่ไม่มีประสิทธิผลแล้ว อาจไม่มีงบประมาณที่จะลงทุนในเทคโนโลยีที่มีประสิทธิผล ภาครัฐจึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบว่าจะสนับสนุนให้ประชาชนใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพใดได้บ้างภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ โดยเทคโนโลยีที่ควรลงทุนควรเป็นเทคโนโลยีที่เป็นประโยชน์คุ้มค่ากับงบประมาณที่ใช้ไป และค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินกว่าที่รัฐจะรับภาระได้ ในขั้นนี้โดยทั่วไปจึงใช้ข้อมูลจากการประเมินความคุ้มค่า และการประเมินผลกระทบด้านภาระงบประมาณ การประเมินในขั้นนี้จะช่วยลดการสูญเปล่าของงบประมาณของภาครัฐ รวมถึงช่วยให้จัดสรรงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ค. การประเมินหลังจากใช้เทคโนโลยีแล้ว

การประเมินในทั้งสองขั้นข้างต้นเป็นการประเมินก่อนที่จะมีการใช้หรือให้เบิกจ่ายเทคโนโลยีนั้นๆ แต่เมื่อนำเทคโนโลยีมาใช้จริงแล้วอาจเกิดผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างจากการประเมินที่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เช่น ยาบางชนิดที่ใช้ในต่างประเทศได้ผลดี อาจไม่ได้ผลดีเท่ากันในประเทศไทยเนื่องจากความแตกต่างทางพันธุกรรมหรือคุณลักษณะของผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินหลังการใช้เทคโนโลยี คือ การศึกษาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเพื่อการวางนโยบายและดำเนินการต่อไปได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การแพทย์มีการค้นพบใหม่อยู่เสมอ ทั้งในเรื่องประโยชน์และโทษเช่น ผลข้างเคียง ของเทคโนโลยีจึงควรมีการติดตามและปรับปรุงเพื่อให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันทั้งในด้านประสิทธิผล ความปลอดภัย ความคุ้มค่า และภาระงบประมาณ

4.10.5 การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพกับการเบิกจ่ายในประเทศไทย

ประเทศไทยมีหน่วยงานสนับสนุนให้เกิดการใช้ข้อมูลจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ ได้แก่ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ ไฮแทป (Health Intervention and Technology Assessment Program--HITAP) ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งภายใต้กระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งมีพันธกิจทั้งการพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลากรทั้งระดับผู้บริหารและนักวิชาการ สร้างเครื่องมือและคู่มือเพื่อทำให้การประเมินเทคโนโลยีมีมาตรฐาน สื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายให้เห็นความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีและเกิดการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน ปัจจุบันการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพถูกใช้ในการพิจารณานำยาราคาแพงและวัคซีนเข้าสู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติและพิจารณานำการรักษา บริการ รวมถึง

มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทอง ดังจะกล่าวในส่วนต่อไป

ก. การประเมินยาเพื่อพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา เมื่อมีการเสนอให้นำยาชนิดใหม่เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจะพิจารณาว่าต้องการใช้ข้อมูลความคุ้มค่าและข้อมูลด้านภาระงบประมาณหรือไม่ โดยส่วนใหญ่ยาที่ต้องการข้อมูลเหล่านี้มักเป็นยาที่มีราคาสูง หากต้องการข้อมูลเหล่านี้ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขภายใต้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจะประสานงานให้นักวิจัยประเมินความคุ้มค่า และประเมินผลกระทบด้านภาระงบประมาณของยานั้นเมื่อเทียบกับยาในข้อบ่งใช้เดียวกันที่มีอยู่เดิมในบัญชียาหลักแห่งชาติ หรือยาและเทคโนโลยีสุขภาพอื่นที่เหมาะสม โดยยาชนิดหนึ่งจะคุ้มค่าหากมีต้นทุนเพิ่มขึ้นในทุกภาคส่วนในสังคมไทยไม่เกิน 160,000 บาทต่อปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น(43)

ในกรณีที่พบว่ายาชนิดหนึ่งคุ้มค่าในประเทศไทยและมีผลกระทบด้านภาระงบประมาณอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจะพิจารณานำยาชนิดดังกล่าวเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไป และในกรณีที่พบว่ายาชนิดนั้นๆ ไม่คุ้มค่าตามเกณฑ์หรือมีผลกระทบด้านภาระงบประมาณสูงเกินไป อาจมีการพิจารณาต่อรองราคา โดยใช้ราคาสูงสุดที่ยานั้นยังคงคุ้มค่าตามเกณฑ์ ซึ่งคำนวณได้จากการประเมินความคุ้มค่าประกอบการต่อรองราคา

ข. การประเมินเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบประกันสุขภาพเดียวในประเทศไทยที่ใช้ข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในการพิจารณาเบิกจ่ายเทคโนโลยีต่างๆ อย่างเป็นทางการ โดยในการเพิ่มเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ เข้าในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จะเปิดโอกาสให้หลายภาคส่วนเสนอเทคโนโลยีที่น่าจะเพิ่มเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าวและมีการจัดลำดับเทคโนโลยีที่น่าจะสำคัญที่สุดในรอบการเสนอนั้นๆ และประสานงานกับนักวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีที่อยู่ในลำดับความสำคัญสูงต่อไป โดยอาจเป็นการประเมินความคุ้มค่ารวมถึงภาระงบประมาณหรือการประเมินชนิดอื่น เช่น การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวในประเทศไทย ตามความเหมาะสม(44)

ภาพที่ 4.58 แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่มที่มีสิทธิเสนอหัวข้อเพื่อประเมินเทคโนโลยีสำหรับการพิจารณาโดยคณะอนุกรรมการฯ ได้แก่

1) ตัวแทนจากกลุ่มผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ

2) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพคือแพทย์ทันตแพทย์และเภสัชกร

3) ตัวแทนจากกลุ่มนักวิชาการในคณะที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ เศรษฐศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์

4) ตัวแทนจากภาคประชาสังคมที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

5) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ

6) ตัวแทนจากภาคประชาชนที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

7) ตัวแทนจากบริษัทยาในประเทศ บริษัทยาข้ามชาติและบริษัทเครื่องมือแพทย์

เมื่อทั้ง 7 กลุ่มนี้เสนอหัวข้อเข้ามาทีมวิชาการ คือ ไฮแทป (HITAP) และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จะทำการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้คะแนนเบื้องต้นสำหรับจัดลำดับความสำคัญ เช่น จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ฯลฯ ก่อนที่จะนำเสนอให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อที่แต่งตั้งโดย สปสช. ทำการตัดสินใจขั้นสุดท้าย หัวข้อที่คัดเลือกในรอบนี้จะนำไปสู่กระบวนการวิจัยซึ่งเริ่มต้นด้วยการประชุมหารือผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่มก่อนเริ่มงานวิจัย ตามที่ระบุข้างต้น เมื่องานวิจัยแล้วเสร็จหลังจากผ่านการประชุมเพื่อนำเสนอผลงานวิจัยเบื้องต้น

และนักวิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากการประชุมดังกล่าว ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจะถูกนำไปเสนอต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และคณะกรรมการบริหาร สปสช.เพื่อพิจารณาเป็นนโยบายต่อไป

ภาพที่ 4.58 แนวทางการประเมินเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ค. ประโยชน์ของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย

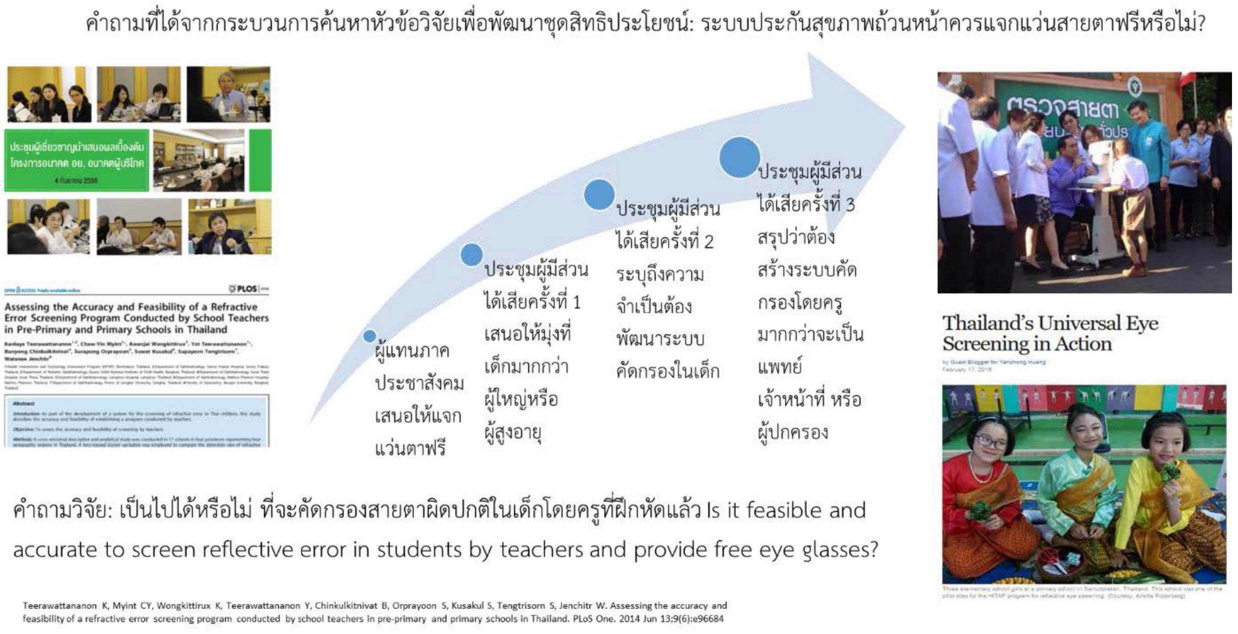
การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพช่วยลดการสูญเปล่าของงบประมาณและช่วยทำให้ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ที่มีประสิทธิผล โดยที่ภาครัฐไม่ต้องรับภาระงบประมาณเกินกว่าที่จะสามารถจ่ายไหว รวมถึงช่วยในการวางแผนงบประมาณด้วย นอกจากนี้ ประโยชน์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรม คือ การประเมินความคุ้มค่าเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการต่อรองราคายา ทำให้ราคายาที่เข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติลดลงมาก ดังตัวอย่างในตารางที่ 4.11 โดยคาดว่า การต่อรองราคายา 3 ชนิดนี้ ช่วยประหยัดงบประมาณให้ประเทศได้ถึงปีละกว่า 1,000 ล้านบาท[43]

ตารางที่ 4.11 ตัวอย่างราคายาก่อนและหลังการต่อรองราคา และงบประมาณที่คาดว่าประหยัดได้[43]

รายการยา	ข้อบ่งชี้	ราคายาที่เสนอสำหรับบัญชียาหลักแห่งชาติ (บาท)	ราคายาที่ต่อรองสุดท้าย (บาท)	งบประมาณที่ประหยัดได้
Tenofovir	ติดเชื้อ HIV	43	12	375
Peg-interferon alpha (180mcg)	ไวรัสตับอักเสบเรื้อรังชนิดซี	9,241	3,150	600
Oxaliplatin (50 mg/25ml)	มะเร็งลำไส้	8,000	2,500	152
Angiogenesis inhibitor	จอตาเสื่อม	40,000		

สำหรับกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมในงานวิจัยนับตั้งแต่การคิดโจทย์วิจัยให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้เกิดความก้าวหน้าของกระบวนการนโยบายของประเทศไทยและทำให้เกิดความชอบธรรมของการจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพ ดังตัวอย่างในกรณีศึกษาที่ภาคประชาสังคมตั้งคำถามว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรสนับสนุนแว่นสายตาหรือไม่ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ควรบรรจุแว่นสายตาในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ ซึ่งจากการประชุมผู้มีส่วนได้เสียและผู้เชี่ยวชาญหลายกลุ่ม ตั้งแต่ผู้แทนจากกองทุนประกันสุขภาพทั้งสาม ผู้แทนจากราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ผู้แทนจากชมรมผู้ประกอบอาชีพแว่นตา ผู้แทนภาคประชาสังคม นักวิชาการฯลฯ พบว่าคำถามงานวิจัยที่เหมาะสม สำหรับนำไปใช้ในการพลักดันนโยบาย คือ ความเป็นไปได้ในการมีนโยบายคัดกรองความผิดปกติในการมองเห็นสำหรับเด็กเล็กในโรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนประถมศึกษา ทั้งนี้เพราะข้อมูลที่ได้รับจากการประชุมดังกล่าว (มีการประชุมหลายครั้ง) พบว่า การแก้ไขความผิดปกติทางสายตาควรให้ความสำคัญเร่งด่วนสำหรับเด็กเล็กก่อน เพราะจะมีผลต่อความพิการถาวรหากแก้ไขช้ากว่า 6 ปี คือเด็กที่สายตาผิดปกติจะกลายเป็นโรคสายตาขี้เกียจซึ่งเป็นความผิดปกติถาวรแก้ไขไม่ได้ การแก้ไขสายตาผิดปกติอย่างทันท่วงทีจะให้ผลดีทั้งด้านสุขภาพ พัฒนาการและการศึกษา ประกอบกับประเทศไทยยังไม่มีระบบคัดกรองความผิดปกติในการมองเห็นอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ หากให้บุคคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ทำการคัดกรองจะเป็นภาระงานที่มาก อาจไม่มีความยั่งยืนในระยะยาว ขณะที่ครูมีความใกล้ชิดเด็กและได้รับความเคารพเชื่อฟังจากเด็ก การคัดกรองน่าจะทำได้ไม่ยาก จึงเป็นที่มาของโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรเครื่องมือสำหรับอบรมครูโดยบุคคลากรทางการแพทย์และให้ครูลงมือคัดกรอง สร้างแนวทางและระบบส่งต่อ สุดท้ายจัดระบบบริการตรวจวินิจฉัยและแก้ไขความผิดปกติทางสายตา รวมทั้งการแจกแว่นสายตา (ภาพที่ 4.59) โครงการวิจัยนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี และเมื่อนำเสนอต่อผู้บริหารก็ได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายสำคัญระดับชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานในการเริ่มต้นนโยบายในวันเด็กแห่งชาติปี พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา

ภาพที่ 4.59 ตัวอย่างของการพัฒนาโจทย์วิจัยให้ตรงกับความต้องการทางนโยบายและสามารถสร้างผลกระทบได้จริง



4.10.6 บทสรุป

เทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของทุกคน เทคโนโลยีด้านสุขภาพจะเข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้นในอนาคตผ่านทางโทรศัพท์มือถือ อุปกรณ์พกพา และอื่นๆ รวมถึงนวัตกรรมด้านการแพทย์ ในขณะที่เทคโนโลยีเหล่านี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาวะของมนุษย์ ยังมีปัญหาหลายอย่างที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น ปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบประกันสุขภาพหรือครัวเรือน ปัญหาการใช้เทคโนโลยีไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดผลข้างเคียงที่ไม่คาดหวัง เป็นต้น การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจึงเป็นประโยชน์ในการช่วยลดปัญหาเหล่านี้ผ่านทางการพัฒนานโยบายระดับชาติเพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยมั่นคงและยั่งยืนต่อไป