



ยุทธศาสตร์ระดับชาติในการพัฒนาด้านสุขภาพ

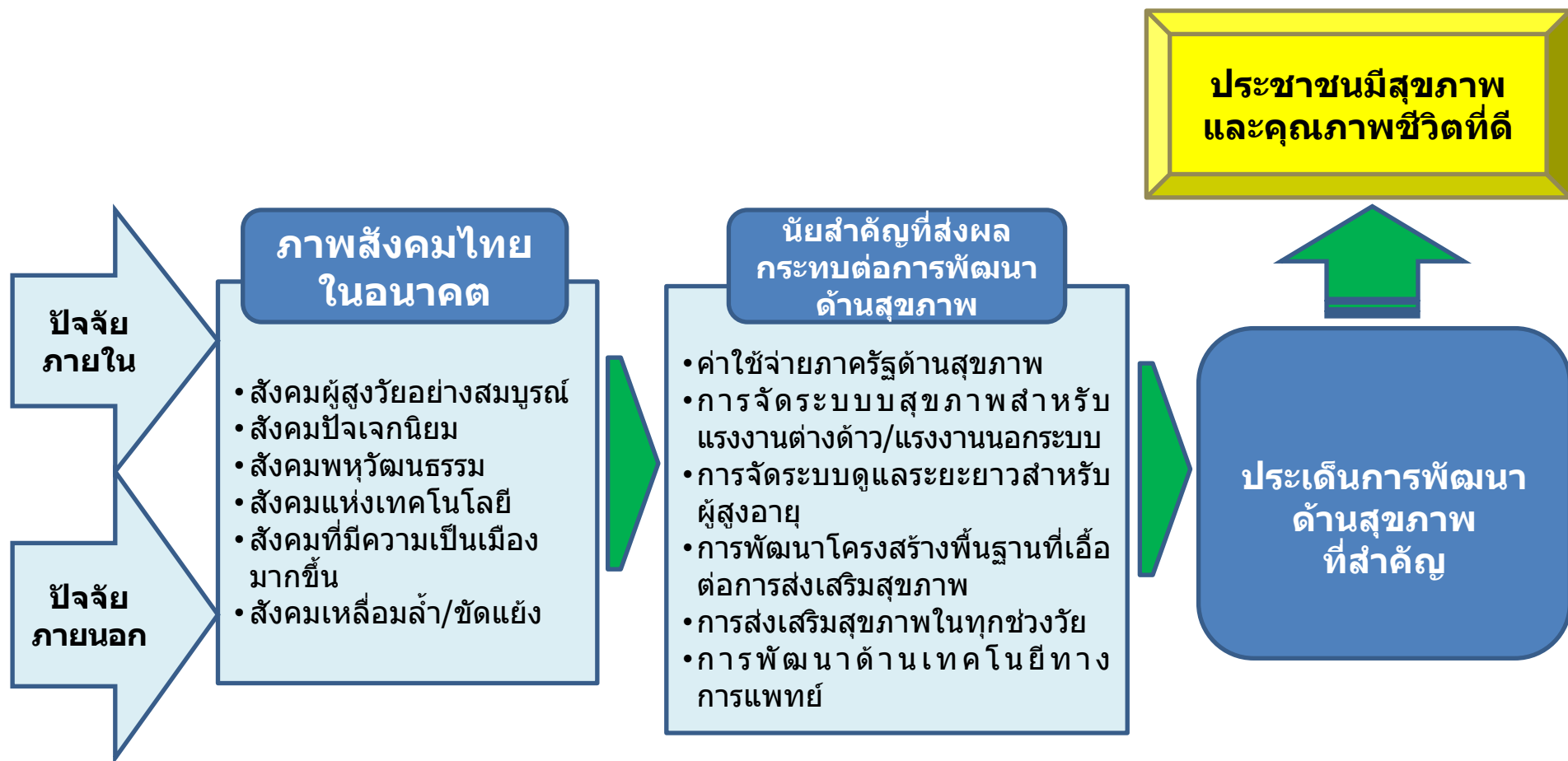


จินาญ์กร โรจนนันต์

**รักษาการในตำแหน่งที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผนงาน
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ**

การประชุมเชิงปฏิบัติการและพัฒนาศักยภาพเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ
จัดโดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต วันที่ 16 มิถุนายน 2558

กรอบแนวคิดการพัฒนาด้านสุขภาพในระดับชาติ





ยุทธศาสตร์ระดับชาติในการพัฒนาด้านสุขภาพ

1

ภาพสังคมไทยในอนาคตจากผลกระทบของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

2

นัยสำคัญของสังคมในอนาคตที่ส่งผลต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ

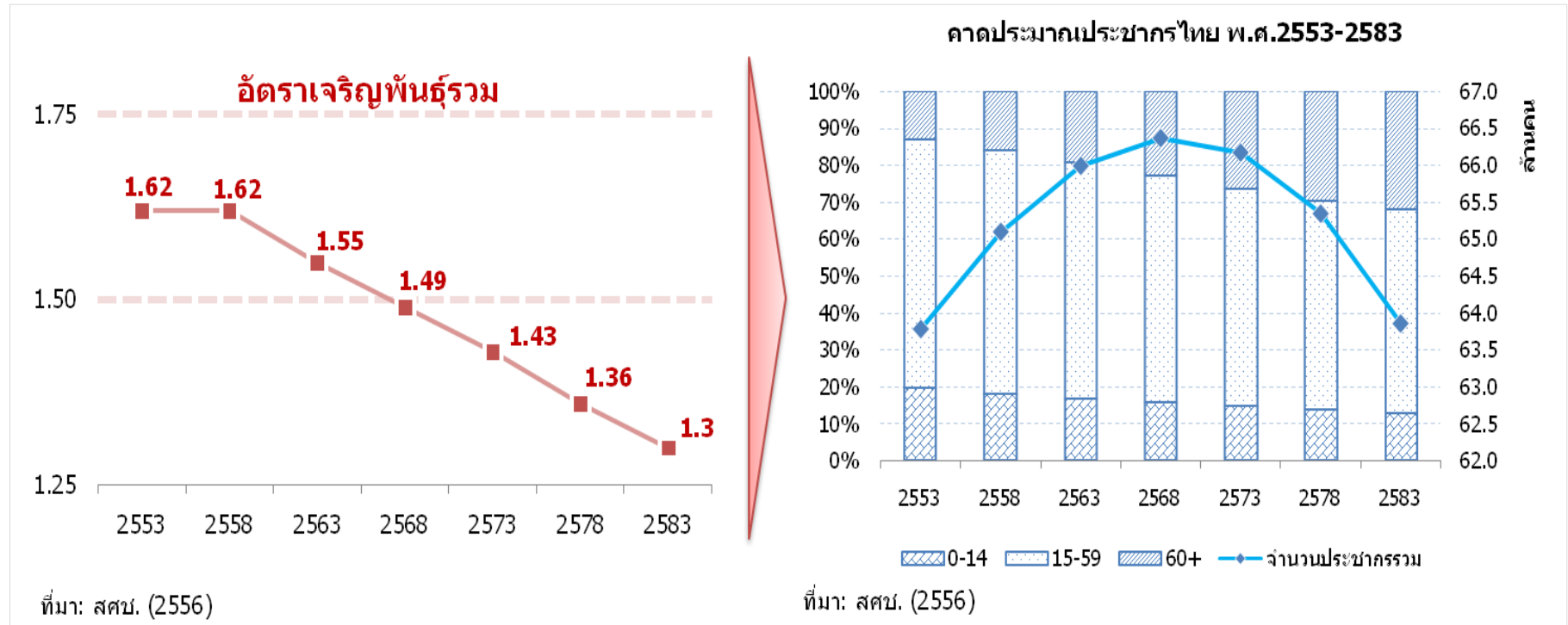
3

ประเด็นการพัฒนาด้านสุขภาพที่สำคัญ

1.1 ปัจจัยภายในสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยในอนาคต

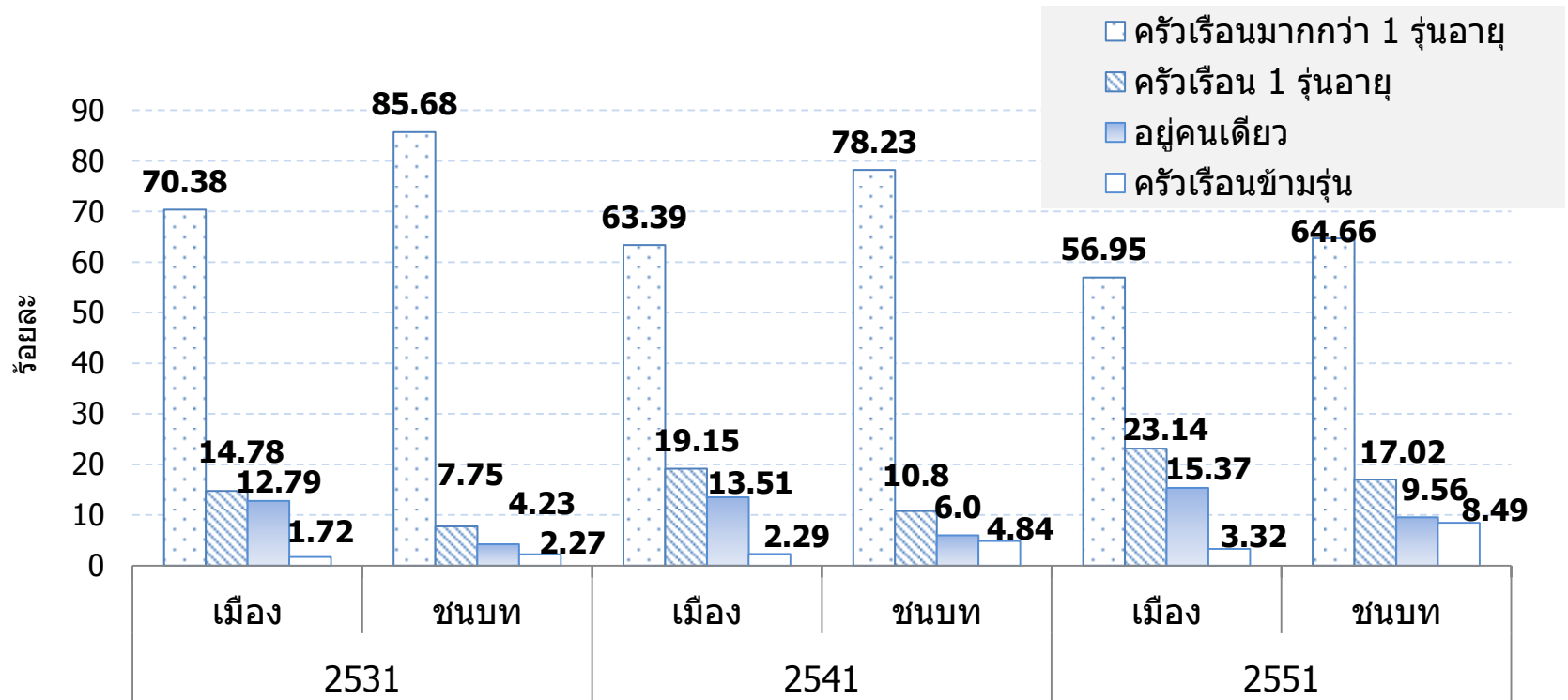


การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ



- **ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีลดต่ำลงเหลือ 1.3 ในปี 2583** ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 การเป็นสังคมผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดข้อจำกัดต่อศักยภาพการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจากกำลังแรงงาน/การบริโภค/การออมที่ลดลง ขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/บำนาญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โครงสร้างครัวเรือนและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลง



ที่มา ข่าย โพธิ์สิตา. (2555)

- **ครัวเรือนคนเดียวและครัวเรือนรุ่นเดียวมีเพิ่มขึ้น** โดยเฉพาะในเขตเมือง ส่วนครัวเรือนข้ามรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในชนบท ขณะที่ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสมาชิกลดน้อยลงจากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อศักยภาพที่ลดลงของสถาบันครอบครัวในการป้องกัน/รองรับปัญหาสังคม จนกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิก

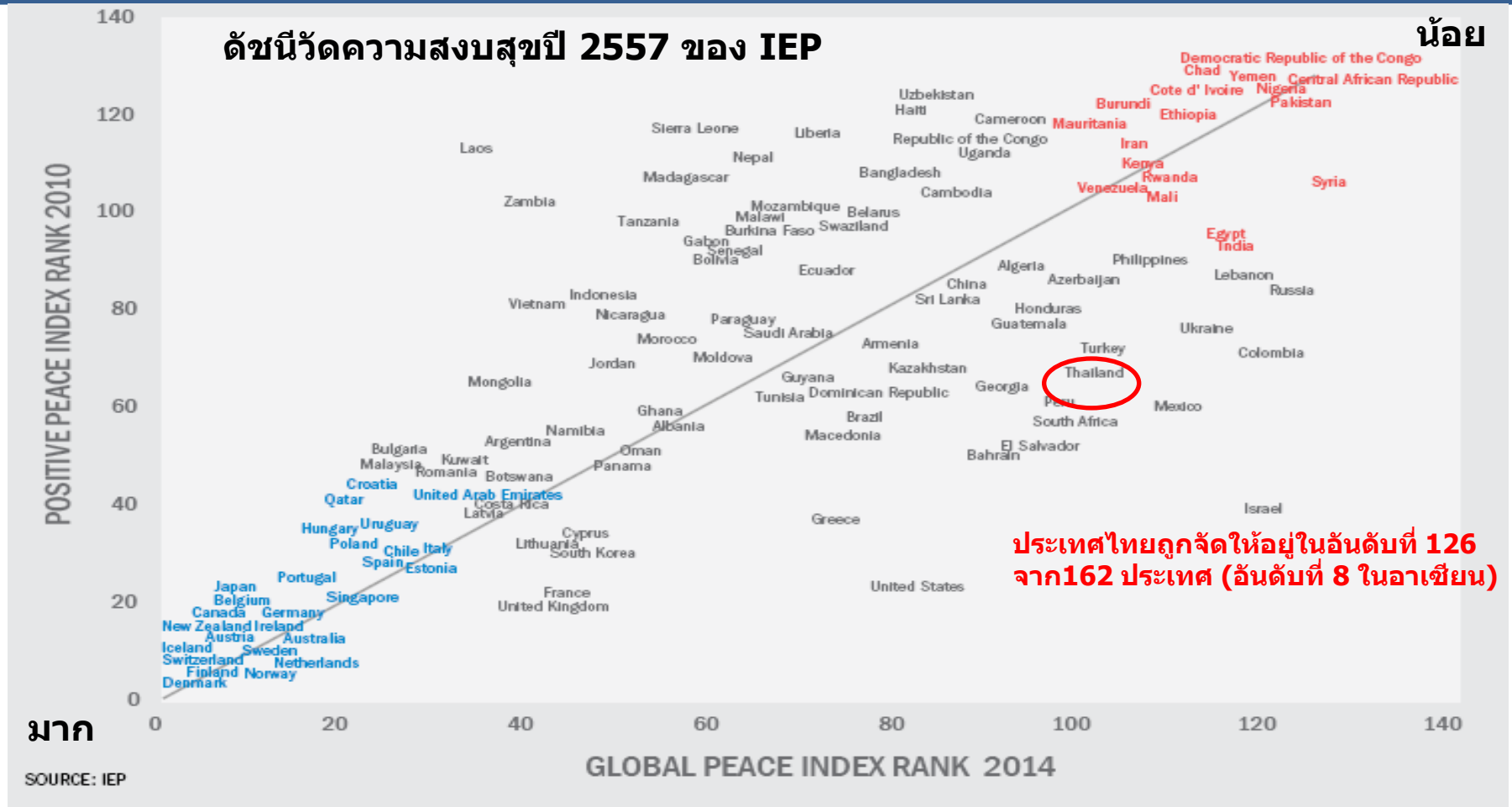
การขยายตัวของความเป็นเมืองที่ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต

ปี	ระดับความเป็นเมือง ของประเทศ(%)	ระดับความเป็นเอกนคร		
		จำนวนประชากรกรุงเทพฯ และปริมณฑล	จำนวนประชากร เมืองอันดับสอง	ดัชนี ความเป็นเอกนคร
2533	29.4	6,766,998	208,133 (นครราชสีมา)	32.5
2543	31.1	8,154,876	222,425 (อุดรธานี)	36.7
2553	44.1	11,737,469	347,497 (อุดรธานี)	33.8

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533, 2543, 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- **ประชากรไทยร้อยละ 44.1 (2553) อยู่ในเขตเทศบาลและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น** โดยมีรูปแบบวิถีชีวิตคนเมืองตามการขยายตัวของธุรกิจ รูปแบบที่อยู่อาศัยมีการเปลี่ยนแปลงส่งผลให้ชุมชนมีความหลากหลาย และมีความสัมพันธ์ในเชิงปัจเจกมากขึ้น เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานและกระจุกตัวในเมืองใหญ่ นำไปสู่ปัญหาความแออัด/มลภาวะ เกินศักยภาพในการรองรับของเมือง จนกระทบต่อสุขภาพกายและจิต

ความขัดแย้งทางการเมืองที่ส่งผลต่อความขัดแย้งในสังคม



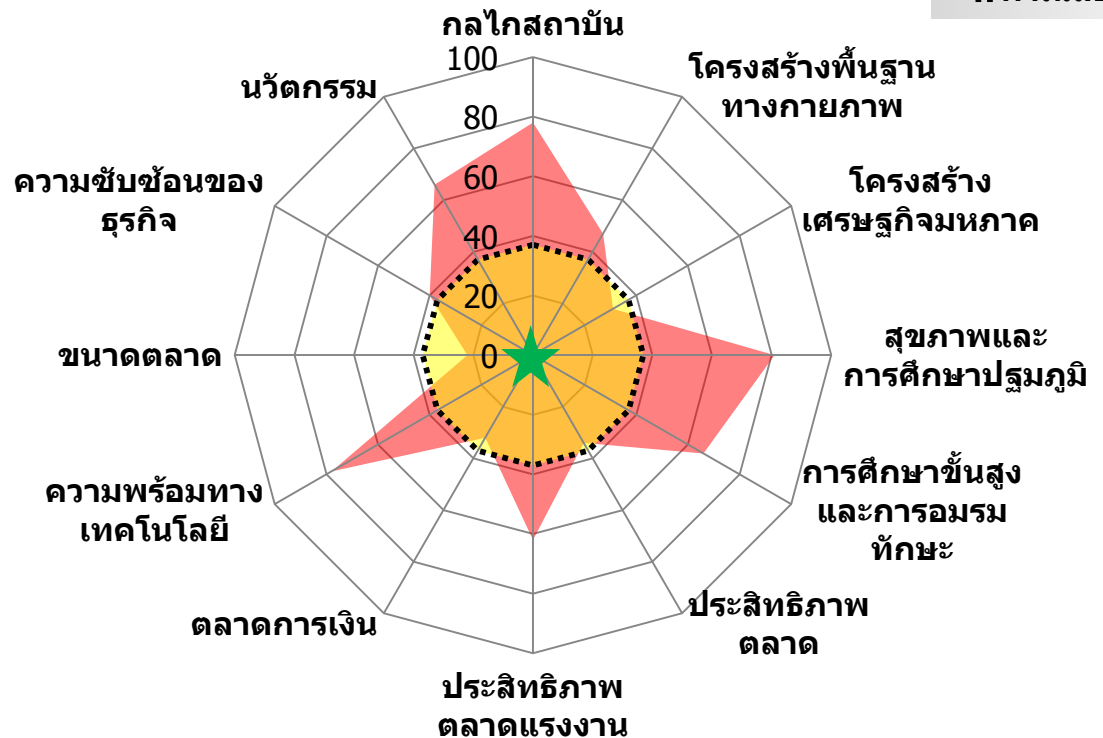
ที่มา The Institute for Economics and Peace (IEP). (2014)

- ความขัดแย้งและการเมืองเชิงอัตลักษณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการรวมกลุ่มและใช้สัญลักษณ์ในการเรียกร้องความต้องการของตนเองมากขึ้น อีกทั้งปัญหาความไม่สงบชายแดนใต้ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ความไม่สงบสุขของประเทศส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชนทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

โครงสร้างพื้นฐานทางสังคมอ่อนแอ ทุมนมนุษย์มีปัญหา

- ไทยมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสังคมต่ำกว่าด้านเศรษฐกิจมาก การจัดอันดับศักยภาพการแข่งขันของไทยในปี 2014 โดย WEF พบว่ากลไกการกำกับดูแลเชิงสถาบันมีความอ่อนแอ โครงสร้างพื้นฐานด้าน IT และวิทยาศาสตร์ไม่เพียงพอ รวมทั้งคุณภาพการศึกษาและแรงงานยังต่ำ แม้ว่าจะมีโครงสร้างเศรษฐกิจมหภาค และตลาดการเงินที่ค่อนข้างเข้มแข็ง

Global Competitiveness Index ประเทศไทย 2013-2014



ที่มา ข้อมูลจาก WEF. (2014) Global Competitiveness Report 2013-2014.

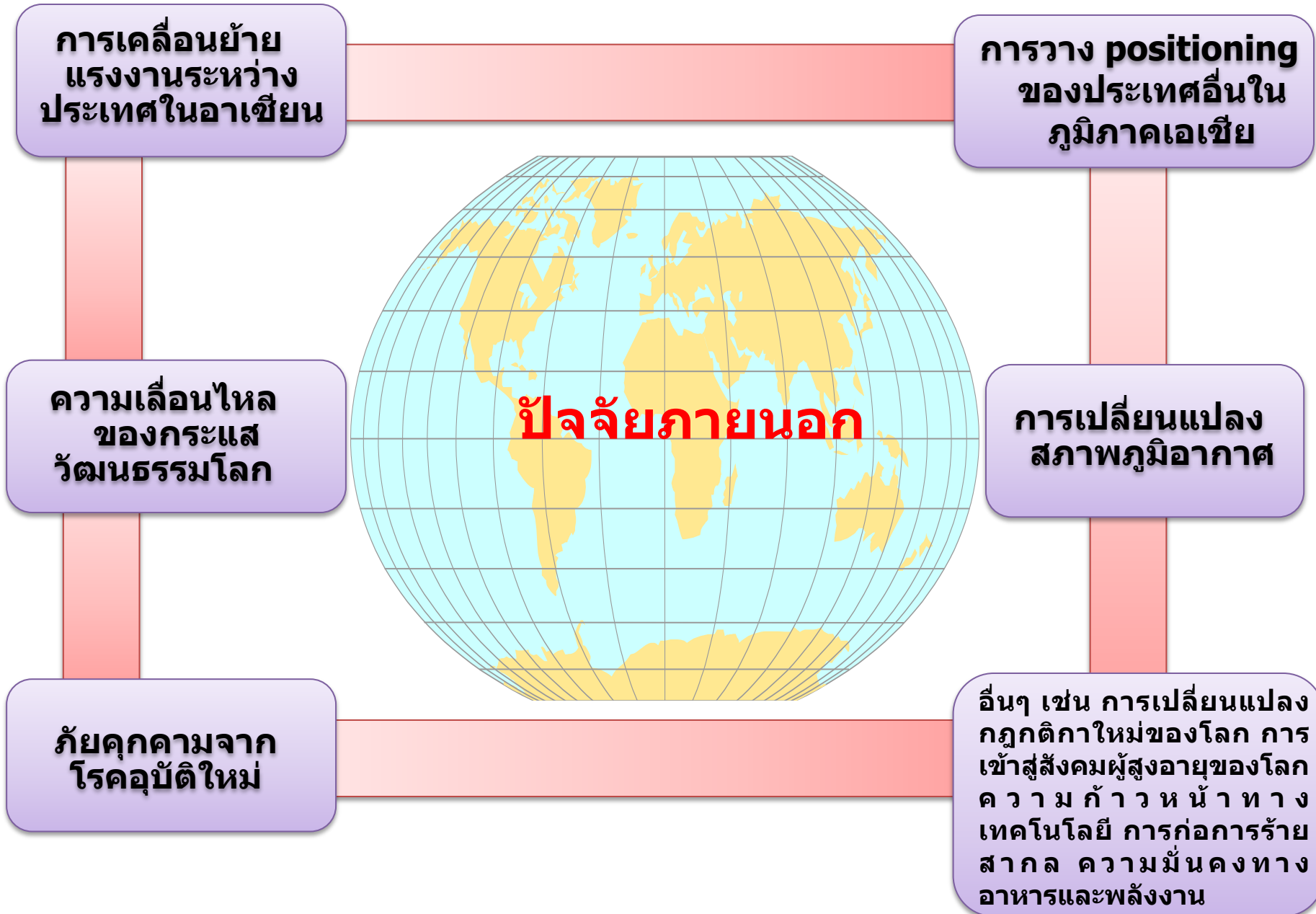
การทุจริตคอร์รัปชันที่ฝังรากลึกในสังคม

- ดัชนีวัดภาพลักษณ์คอร์รัปชันของประเทศไทยปี 2556 ตกอยู่ที่ลำดับ 102 จาก 177 ประเทศ บ่งชี้ว่าการคอร์รัปชันมีความรุนแรงมากขึ้น ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต/ผลประโยชน์ที่ประชาชนควรได้รับ และทำลายความเชื่อมั่นของประชาชนต่อการเมืองและภาครัฐ

RANK	COUNTRY/TERRITORY	SCORE				RANK	COUNTRY/TERRITORY	SCORE
			53	Malaysia	50			
1	New Zealand	91	80	China	40	119	Timor-Leste	30
5	Singapore	86	83	Mongolia	38	127	Pakistan	28
9	Australia	81	91	Sri Lanka	37	136	Bangladesh	27
15	Hong Kong	75	94	India	36	140	Laos	26
18	Japan	74	94	Philippines	36	144	Papua New Guinea	25
31	Bhutan	63	102	Thailand	35	157	Myanmar	21
36	Taiwan	61	114	Indonesia	32	160	Cambodia	20
38	Brunei	60	116	Nepal	31	175	Afghanistan	8
46	Korea (South)	55	116	Vietnam	31	175	Korea (North)	8

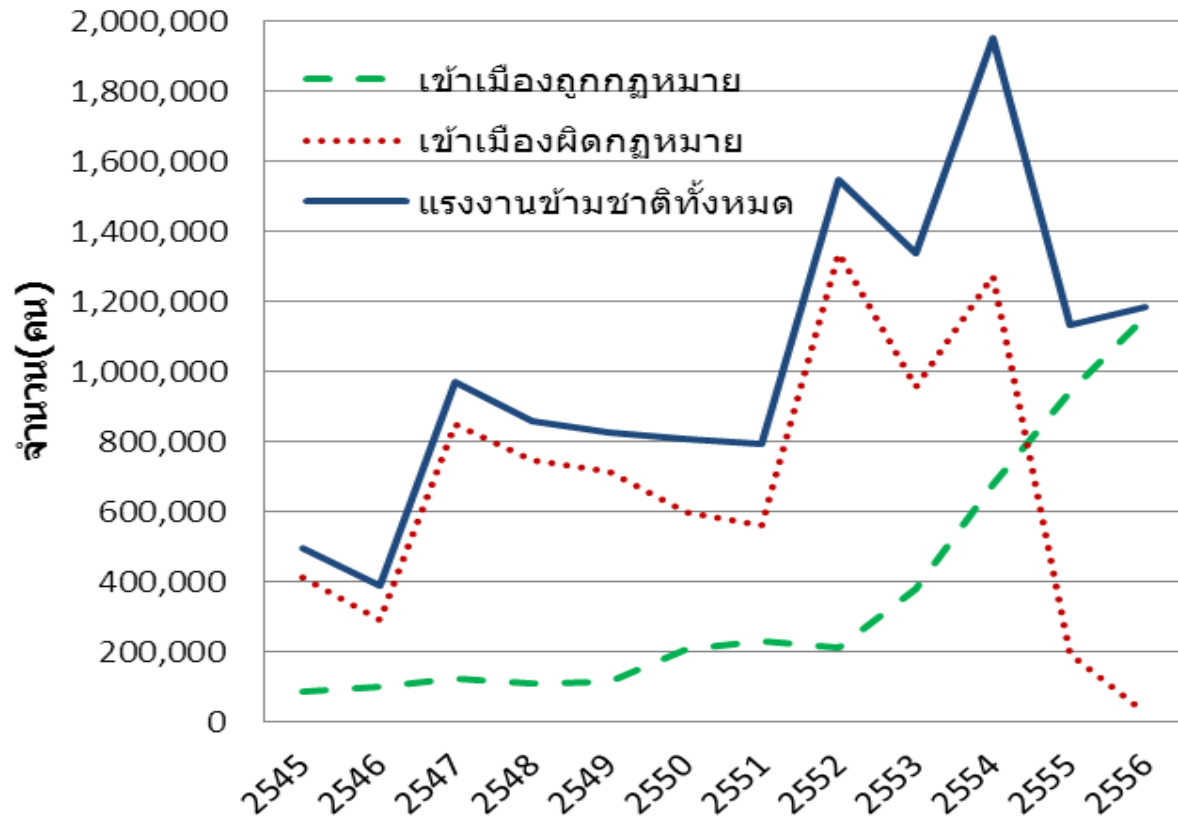
ที่มา Transparency International. (2013) Corruption Perception Index in Asia Pacific.

1.2 ปัจจัยภายนอกสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยในอนาคต



การเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศในอาเซียน

จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานพ.ศ.2545-2556



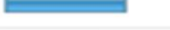
ที่มา สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2557)

- การเคลื่อนย้ายแรงงานโดยเฉพาะแรงงานกึ่งทักษะและไร้ทักษะภายในอาเซียนเข้าประเทศไทย ส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำระหว่างแรงงานท้องถิ่นกับแรงงานที่เคลื่อนย้ายมา เกิดปัญหาด้านคุณภาพชีวิตและการคุ้มครองทางสังคม ทั้งนี้ ในเขตที่มีสัดส่วนประชากรแฝงสูง อาจเกิดอาณานิคมทางวัฒนธรรมภายในประเทศนำไปสู่สังคมที่มีการแบ่งแยก และปัญหาความขัดแย้งในสังคม จนอาจส่งผลต่อความขัดแย้งระหว่างประเทศ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

- การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อการเกิดภัยพิบัติ ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมจากการหยุดชะงักหรือหยุดชะงักของการผลิตและบริการ แต่อาจเป็นโอกาสในการสร้างสมรรถนะ พัฒนาเทคโนโลยี หรือลงทุนวิจัยและพัฒนาในด้านใหม่ๆ เพื่อลดผลกระทบจากปัจจัยดังกล่าว

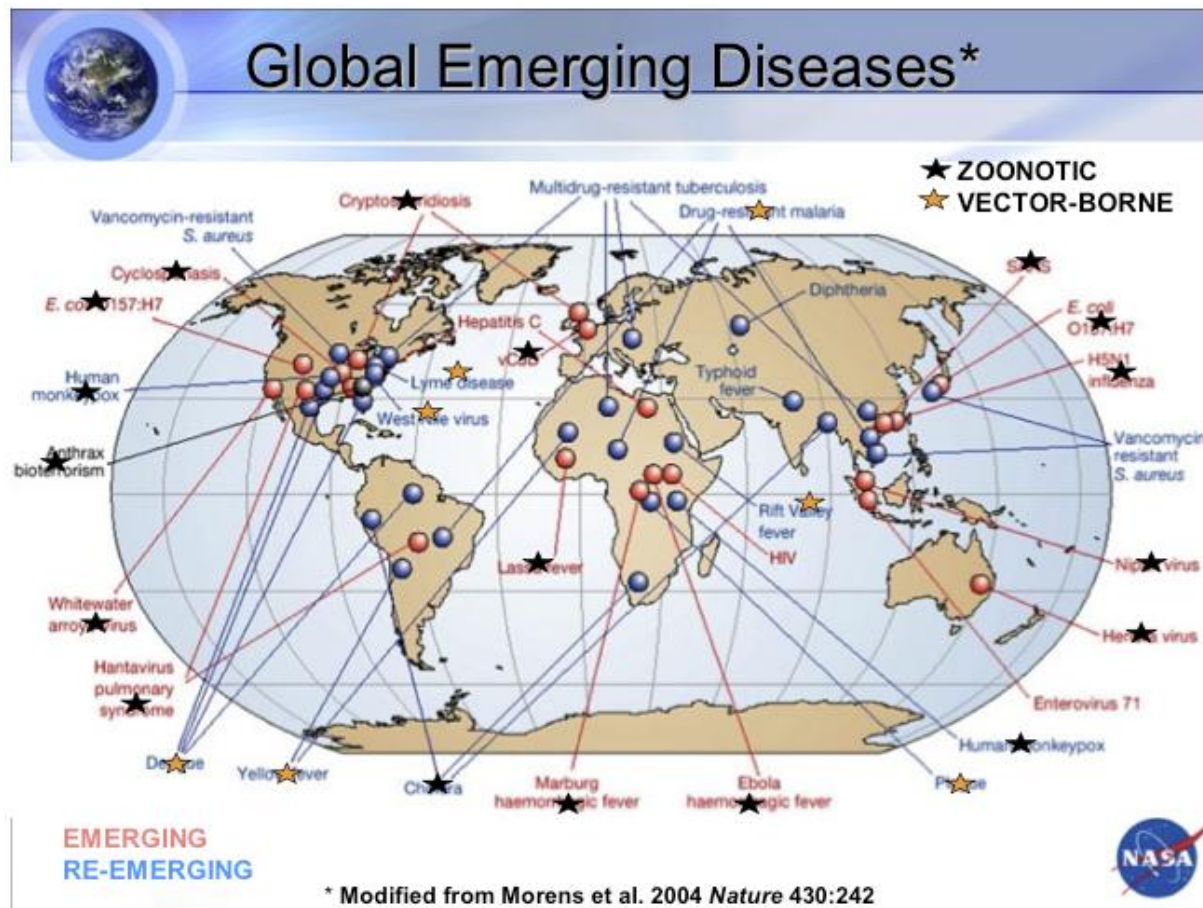
การจัดอันดับจำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติทางธรรมชาติมากที่สุด 10 อันดับ

Disaster	Date	Affected (no. of people)	
Drought	2008	10,000,000	
Drought	2010	6,482,602	
Drought	1999	6,000,000	
Drought	2002	5,000,000	
Flood	1996	5,000,000	
Flood	1995	4,280,984	
Flood	2010	3,583,327	
Flood	2002	3,289,420	
Flood	2000	2,500,000	
Drought	1991	2,500,000	

ที่มา EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database, Universit catholique de Louvain, Brussels, Bel.

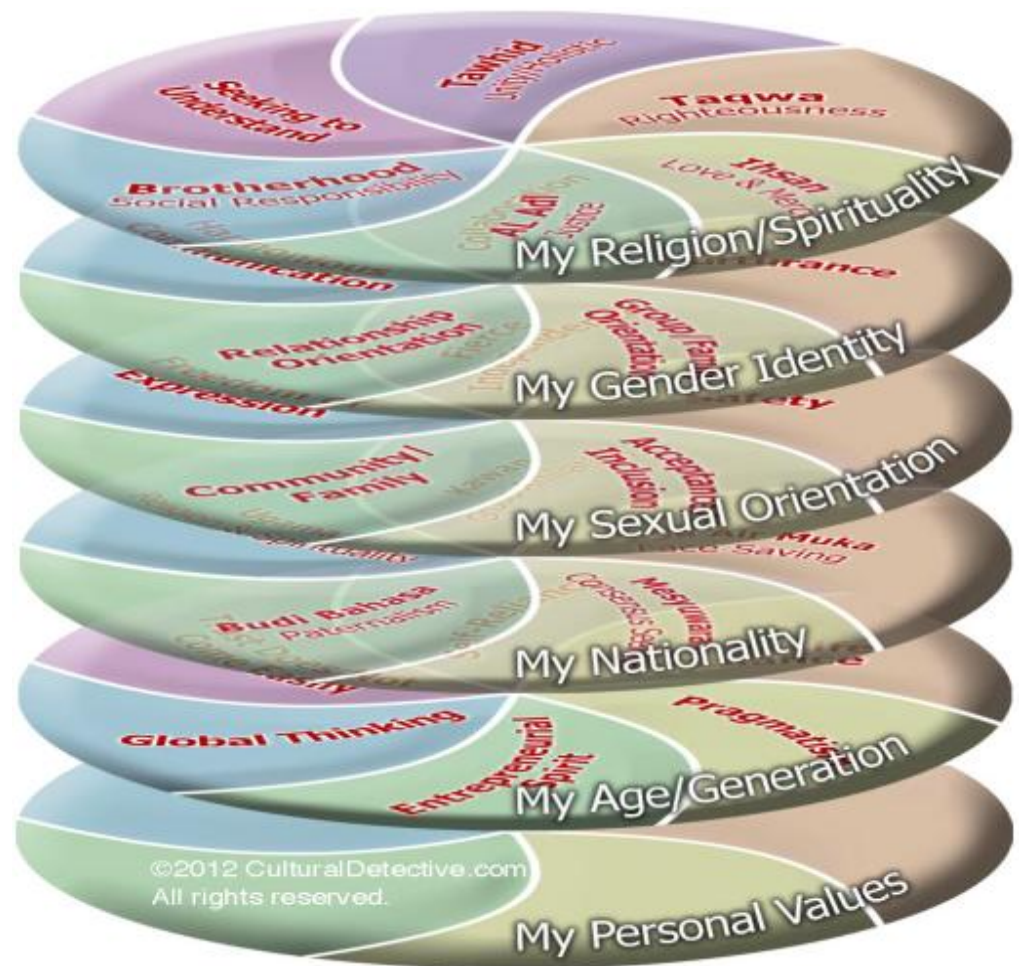
ภัยคุกคามจากโรคอุบัติใหม่

- ภัยคุกคามจากโรคอุบัติใหม่ที่เป็นโรคแปลกถิ่นหรือโรคระบาดซ้ำ โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดจากสัตว์ สัตว์ป่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้นจากการเคลื่อนย้ายประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค การอยู่อาศัยที่หนาแน่น การผสมกลายพันธุ์ และการดื้อยาของเชื้อโรค ซึ่งปี 2557 พบการระบาดรุนแรงของ Ebola และปี 2558 การระบาดรุนแรงของ MERS โดย ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2558 รวมแล้วมีผู้ป่วย MERS รวม 1,227 ราย เสียชีวิต 449 ราย ใน 25 ประเทศ



ความเคลื่อนไหวของกระแสวัฒนธรรมโลก

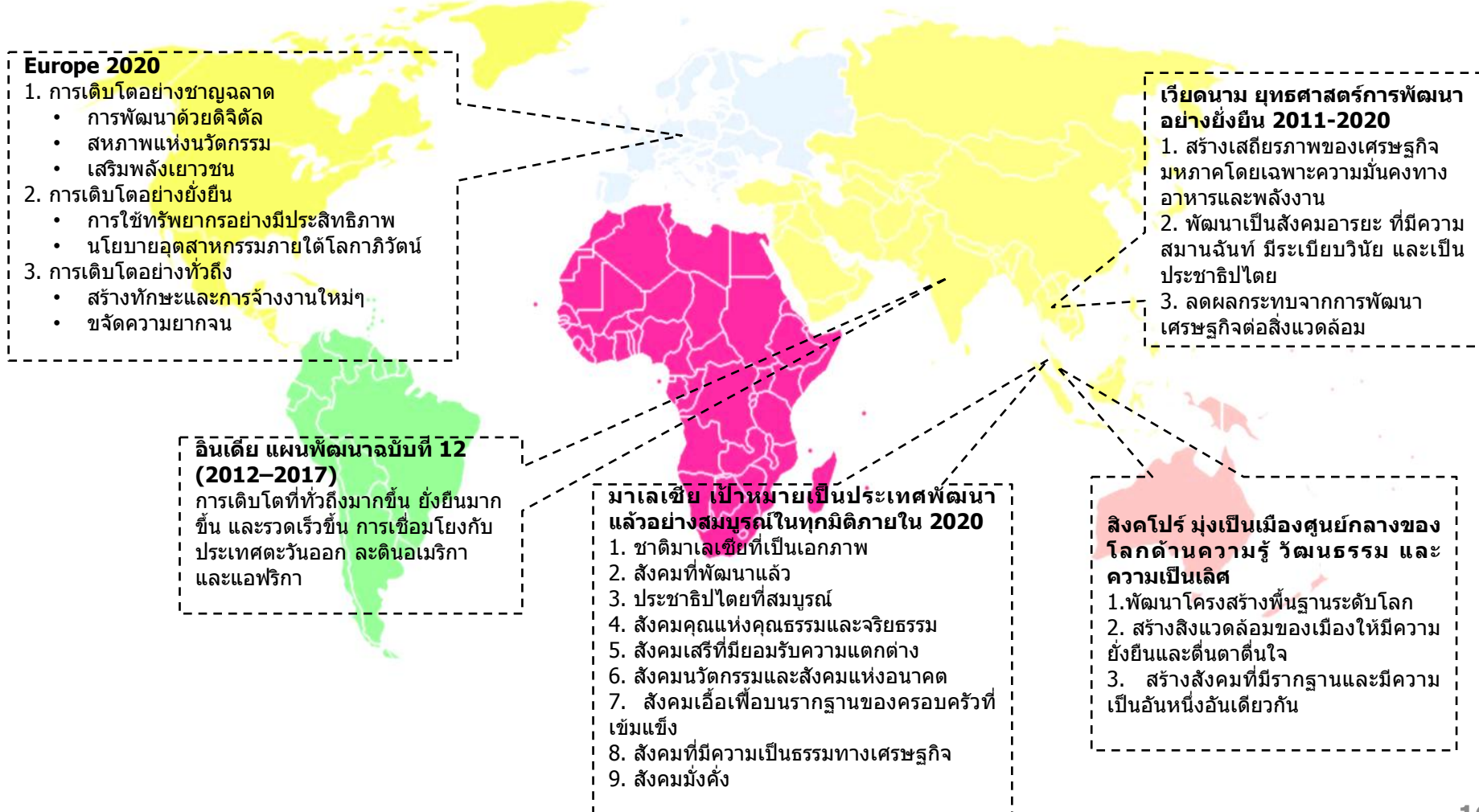
- ความเคลื่อนไหวของกระแสวัฒนธรรมโลก จากการอพยพเคลื่อนย้ายประชากรต่างชาติและแพร่หลายของวัฒนธรรมต่างถิ่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีความรวดเร็ว และลึกซึ้งขึ้นระหว่างคนต่างชุมชนชนชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม ตลอดจนการแพร่หลายของแนวคิดด้านเสรีภาพและสิทธิมนุษยชน อาจเป็นโอกาสสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาวัฒนธรรมสิทธิที่ได้รับการยอมรับเป็นสากล เช่น การปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชน สิทธิพลเมือง สิทธิชุมชน การพัฒนาธรรมาภิบาล อัตลักษณ์เชิงซ้อน และนำไปสู่การต่อยอดความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่จะเป็นทุนทางเศรษฐกิจและทุนทางสังคมในอนาคต



ที่มา Dr Carlos Cortés. Cultural Detective. (2012) Values Lenses.

การวาง Positioning ของประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคและโลก

- การวางวิสัยทัศน์ในการพัฒนาของประเทศอื่นในอาเซียนและในโลก (การพัฒนาเป็นศูนย์กลาง/ผู้นำทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งการผลักดันนโยบายความมั่นคงและนโยบายต่างประเทศเชิงรุก) ส่งผลกระทบต่อขีดความสามารถในการแข่งขัน การพัฒนาศักยภาพทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รวมทั้งอำนาจการต่อรองและ การมีส่วนร่วมในการร่วมกำหนดทิศทางนโยบายระหว่างประเทศทั้งในประชาคมอาเซียน และกับประเทศอื่นๆ นอกภูมิภาค ที่จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินนโยบายของประเทศ



1.3 ภาพสังคมไทยในอนาคตที่สำคัญ





ยุทธศาสตร์ระดับชาติในการพัฒนาด้านสุขภาพ

- 1 ภาพสังคมไทยในอนาคตจากผลกระทบของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก
- 2 นัยสำคัญของสังคมไทยในอนาคตที่ส่งผลต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ
- 3 ประเด็นการพัฒนาด้านสุขภาพที่สำคัญ



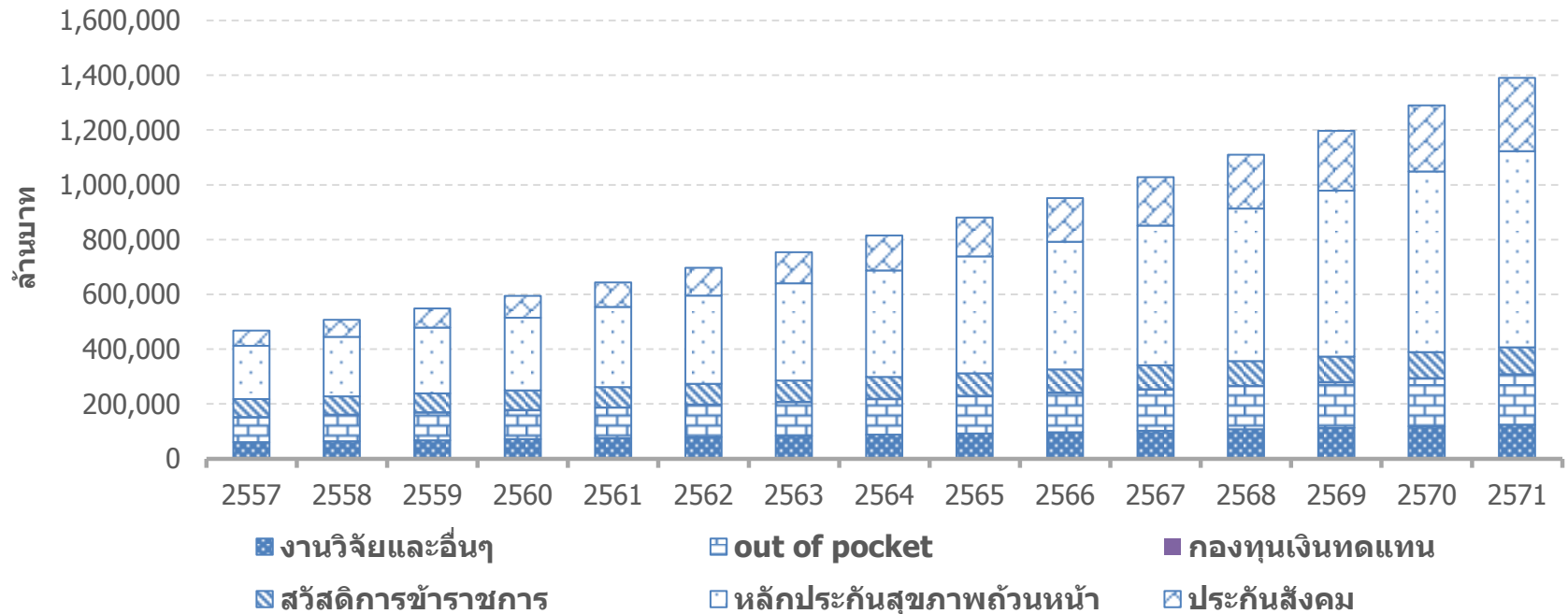
2.1 นัยสำคัญของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ



1) การเป็นสังคมผู้สูงอายุส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

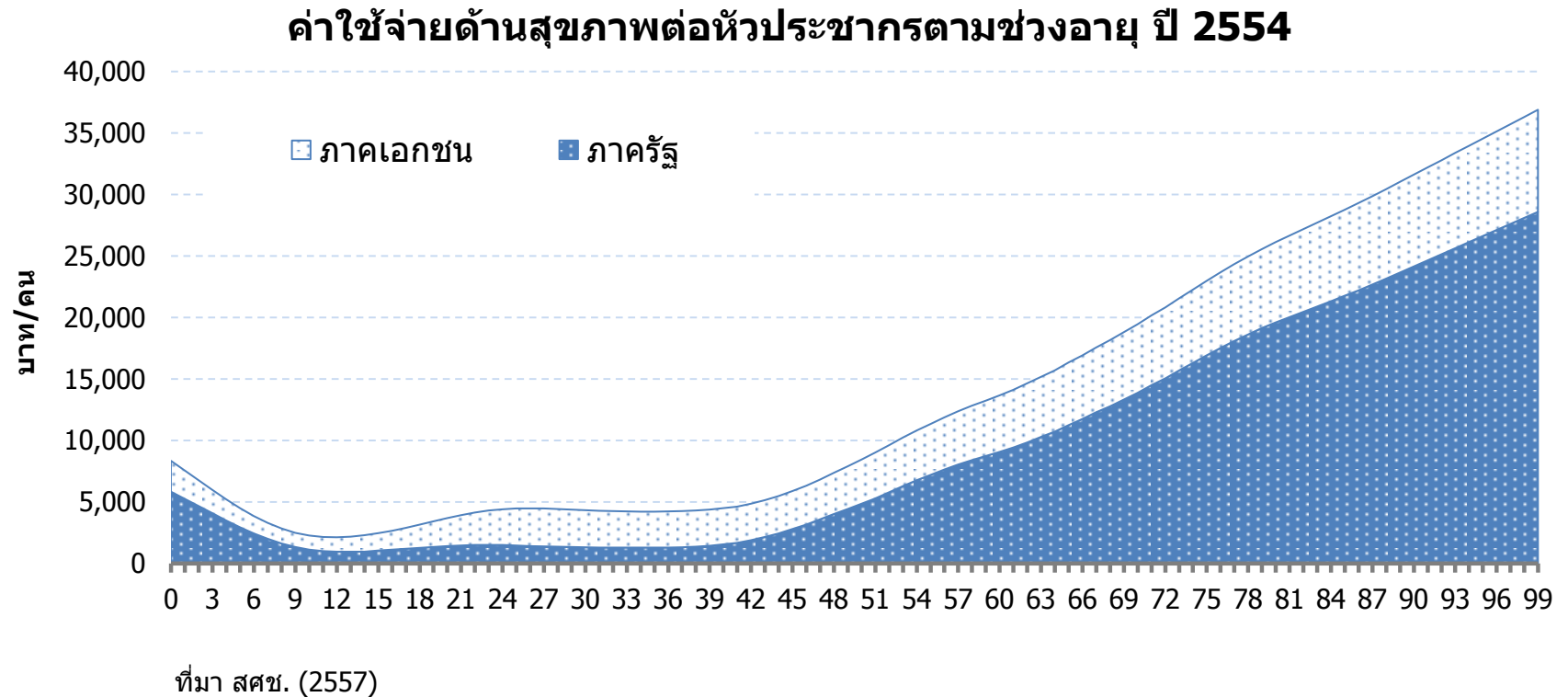
- **การคาดประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพ** โดยพิจารณาถึงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้น พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากประมาณ 4 แสน ลบ. ในปี 2556 เป็น 1.4 ล้าน ลบ. ในปี 2571 แต่จากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ/การติดกับดักประเทศรายได้ปานกลาง อาจทำให้เศรษฐกิจขยายตัวต่ำกว่าเป้าหมาย และประสบกับปัญหาความเป็นไปได้ทางการเงิน จำเป็นต้องมีการทบทวน/จัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการ อาทิ รูปแบบการให้บริการ และสิทธิประโยชน์ต่างๆ

ประมาณการรายจ่ายด้านสุขภาพ ปี 2557 - 2571



ที่มา สศช. และ TDRI (2552).

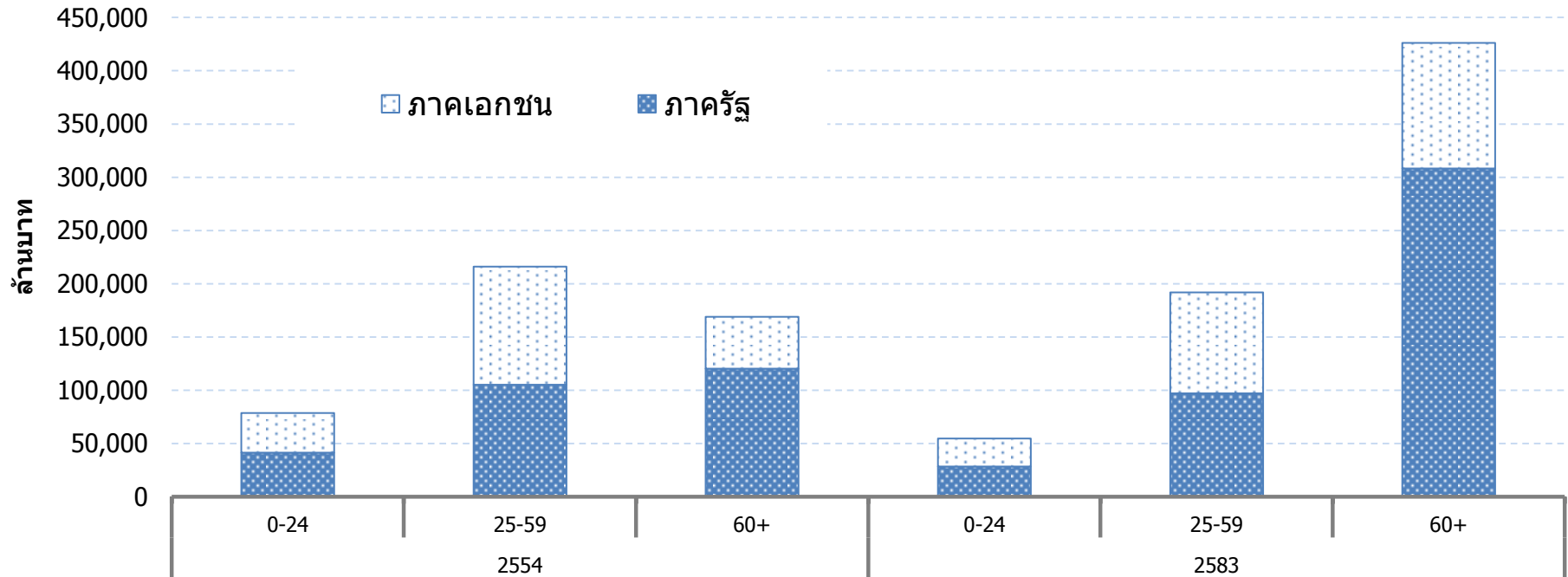
1) การเป็นสังคมผู้สูงอายุส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ต่อ)



- รายจ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายจ่ายภาครัฐ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัว ปี 2554 ในช่วงวัยเด็ก โดยเฉพาะช่วงแรกเกิดค่อนข้างสูง ก่อนลดลงในช่วงวัยรุ่นและแรงงานตอนต้น แล้วจึงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป

1) การเป็นสังคมผู้สูงอายุส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ต่อ)

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามกลุ่มอายุระหว่างปี 2554 และ 2583

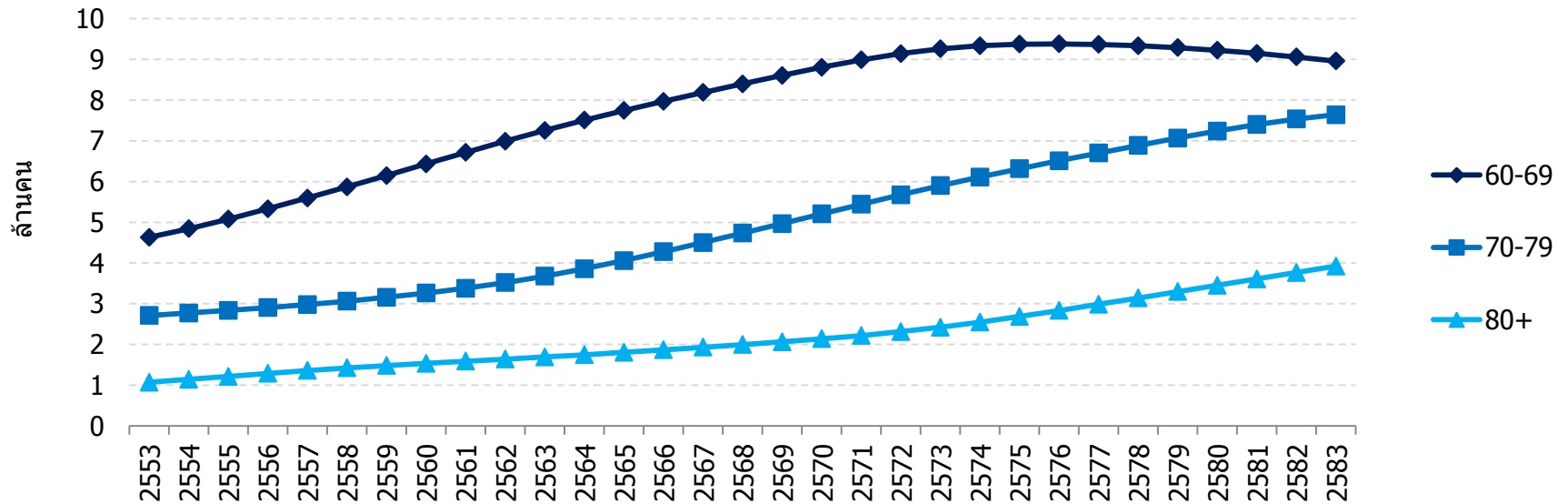


ที่มา สศช. (2557)

- โครงสร้างประชากรที่เป็นสังคมผู้สูงอายุจะยิ่งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ จากผลกระทบการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปี 2583 พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ระหว่างปี 2554 และ 2583 ในช่วงวัยเด็ก และวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ขณะที่วัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นกว่า 2.5 เท่า เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการระบบบริการฟื้นฟูและการดูแลระยะยาว

2) สังคมที่มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการจัดระบบการดูแลระยะยาวให้เหมาะสม

คาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุตามกลุ่มวัย



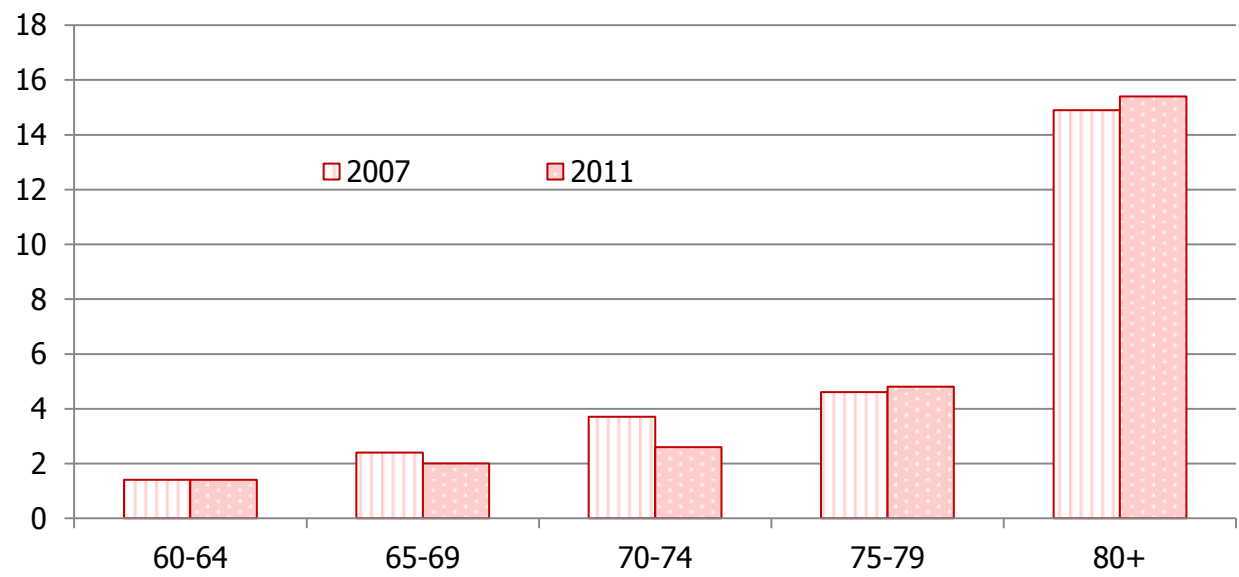
ที่มา สศช. (2556) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583.

- **กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง** ช่วงปี 2553-2583 กลุ่มอายุ 60-69 ปี จะเพิ่มขึ้นในช่วงแรกและลดลงในช่วงหลังปี 2577 ขณะที่กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป และ 70-79 ปี จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยเร็วที่สุดกว่าร้อยละ 4.4 และ 3.5

2) สังคมที่มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการจัดระบบการดูแลระยะยาวให้เหมาะสม (ต่อ)

- สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมีสูงขึ้นตามช่วงอายุ และมีมากที่สุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป

ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน

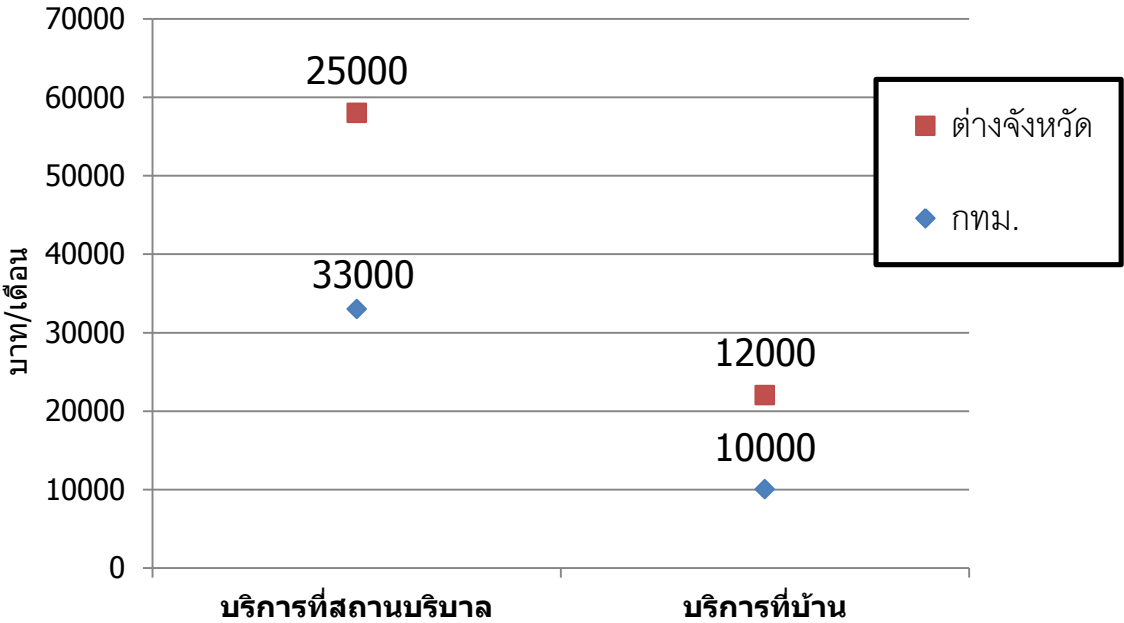


ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554)

2) สังคมที่มีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการจัดระบบการดูแลระยะยาวให้เหมาะสม (ต่อ)

ค่าบริการดูแลประจำสำหรับผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำแนกตามรูปแบบการบริการในปี 2553

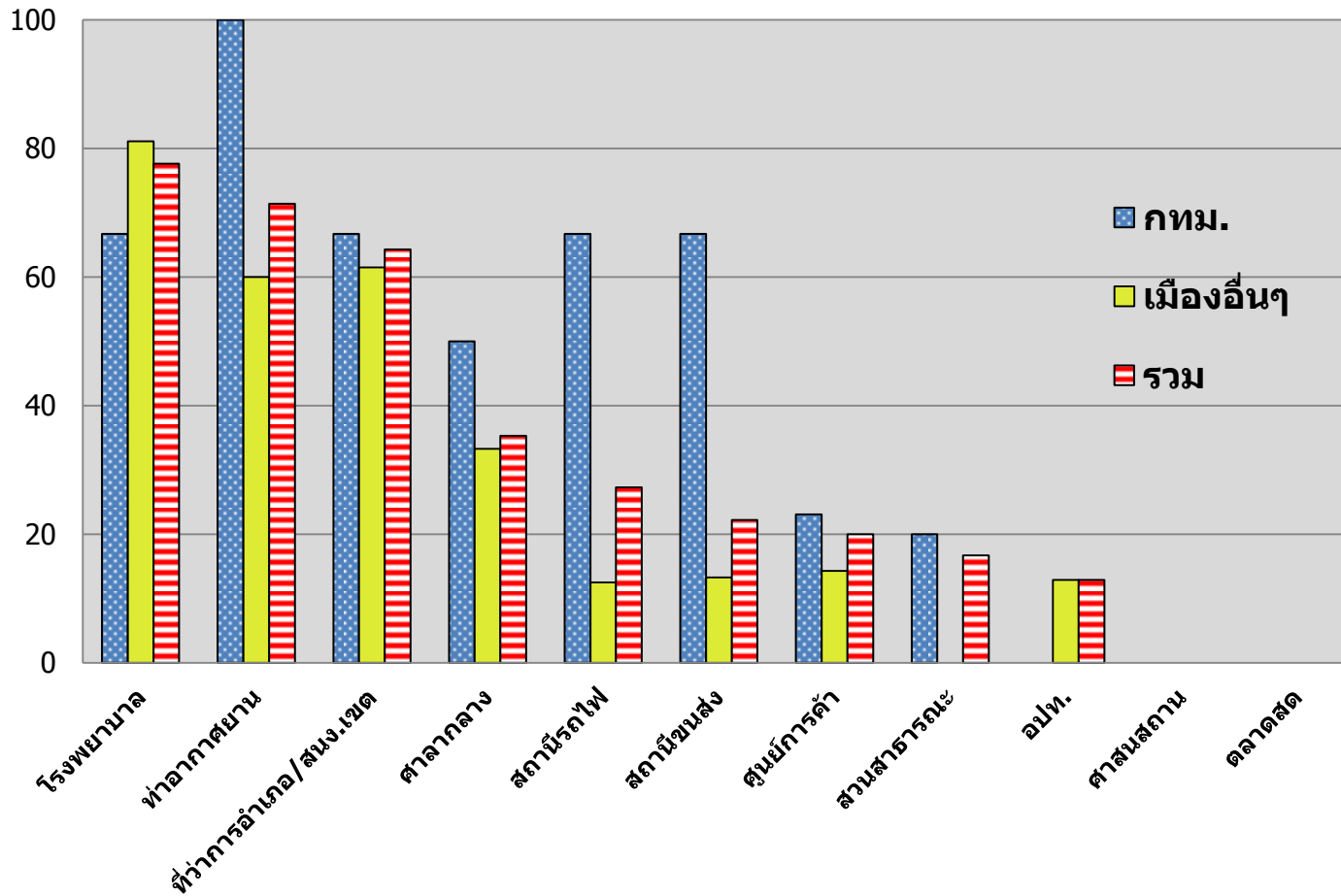
- การบริการดูแลผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายสูง ขณะที่ปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวลดลง ส่วนสถานดูแลระยะยาวยังมีไม่เพียงพอส่วนใหญ่เป็นของภาคเอกชนและมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยค่อนข้างสูง และสูงที่สุดถึง 33,000 บาท/เดือน
- บุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงยังขาดแคลน ทั้งผู้ดูแลพยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา รวมถึงนักสังคมสงเคราะห์



ที่มา วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553) รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.

3) ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

สัดส่วนการมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ
ในสถานที่สาธารณะ ปี 2554



- สภาพแวดล้อมของพื้นที่สาธารณะในปัจจุบันไม่สนับสนุนต่อการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและอุบัติเหตุในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสาธารณะที่จำเป็น และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เป็นการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

ที่มา รายงานการศึกษาโครงการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550-2554).

4) ประชากรแต่ละช่วงวัยมีความเสี่ยงทางสุขภาพที่ต่างกัน



	วัยเด็ก	วัยแรงงาน	ผู้สูงอายุ
สัดส่วนประชากร	2543	2543	2543
	15.34 ล้านคน (24.7 %)	41.03 ล้านคน (65.9 %)	5.87 ล้านคน (9.4 %)
	2563	2563	2563
	11.08 ล้านคน (16.8 %)	42.29 ล้านคน (64.0 %)	12.62 ล้านคน (19.1 %)

ที่มา สศช. (2550) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573.

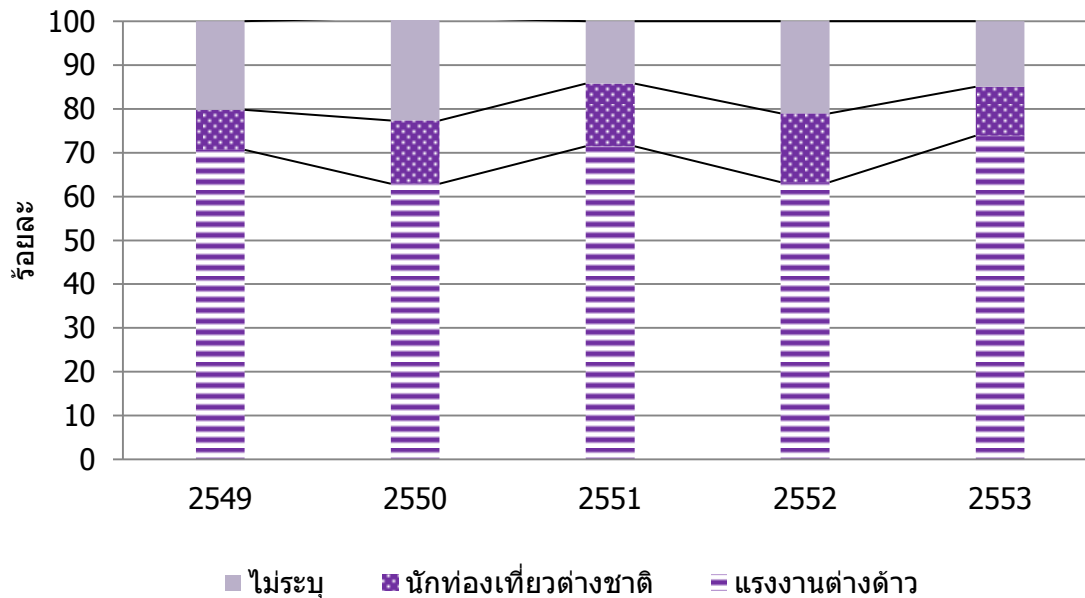


2.2 นัยสำคัญของการเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม



1) สังคมพหุวัฒนธรรมที่มีการนำเข้าแรงงานต่างชาติเพิ่มขึ้นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคุณภาพของการบริการสุขภาพ

สัดส่วนผู้ป่วยต่างชาติ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย
ปี 2549-2553

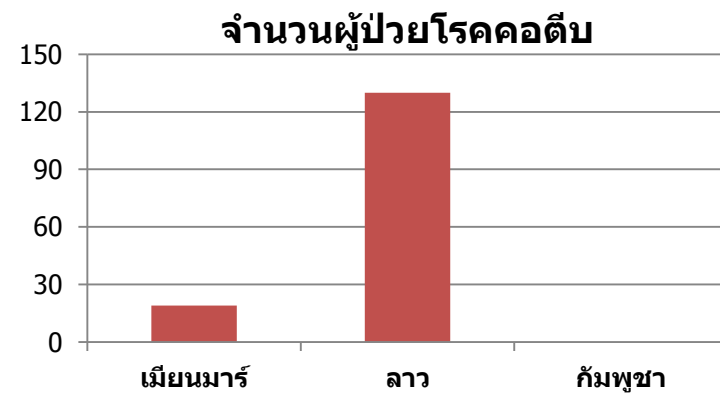
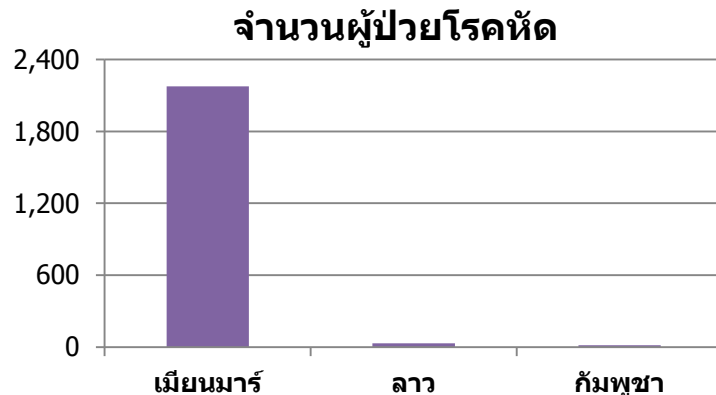
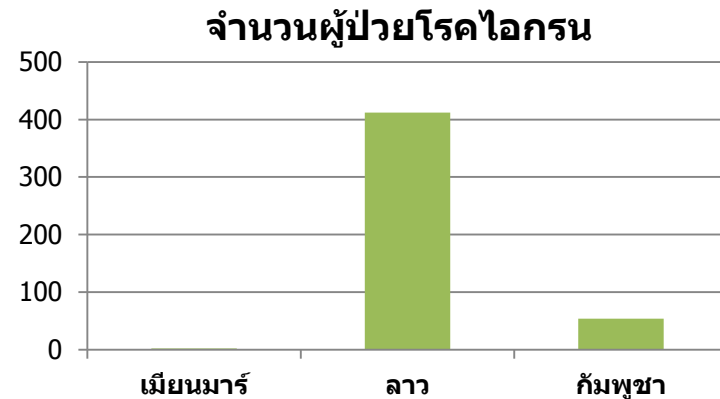
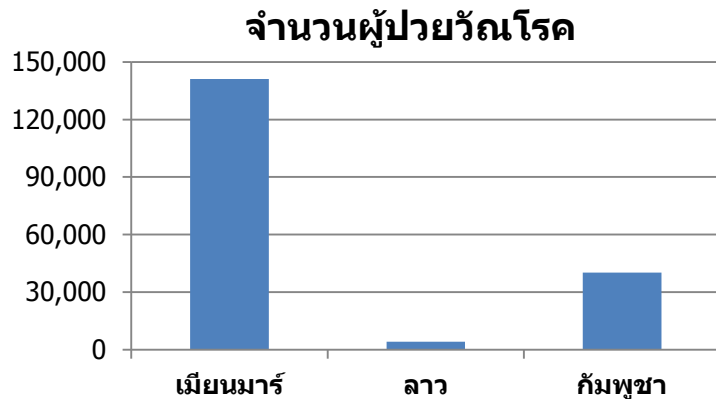


- กำลังแรงงานที่ลดลงทำให้ไทยต้องพึ่งพาแรงงานต่างชาติมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขและคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะในเขตชายแดน และเขตที่มีการจ้างงานแรงงานต่างชาติสูง ขณะที่แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ ทำให้เป็นภาระการคลังด้านสุขภาพ โดยแรงงานข้ามชาติเข้ารับบริการในสถานพยาบาลในปี 2553 มากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยต่างชาติทั้งหมด

ที่มา สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2554) รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2553.

2.2 สังคมพหุวัฒนธรรมส่งผลให้ภัยสุขภาพจากโรคอุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

- ระบบการประกันสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมแรงงานต่างชาติส่วนใหญ่ทำให้เกิดความเสี่ยงของโรคอุบัติใหม่มากขึ้น ข้อมูลจาก สธ. (2557) พบมีแรงงานต่างชาติที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมายประมาณ 2.1 ล้านคน โดยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพเพียงประมาณ 4 แสนราย ส่วนแรงงานที่เข้าเมืองแบบผิดกฎหมายอีกประมาณ 2 ล้านคนมีการซื้อบัตรประกันสุขภาพเพียงประมาณ 4 แสนคน การตรวจสุขภาพแรงงานเมื่อปี 2555 พบว่ามีแรงงานต่างด้าวป่วยเป็นวัณโรค 2,034 คน ในจำนวนนี้อยู่ในระยะแพร่เชื้อ 195 คน อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สถานการณ์โรคอุบัติซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศ เช่น โรคไข้อีดำ-แดง คอตีบ เป็นต้น





2.3 นัยสำคัญของการเป็นสังคมที่เหลื่อมล้ำ



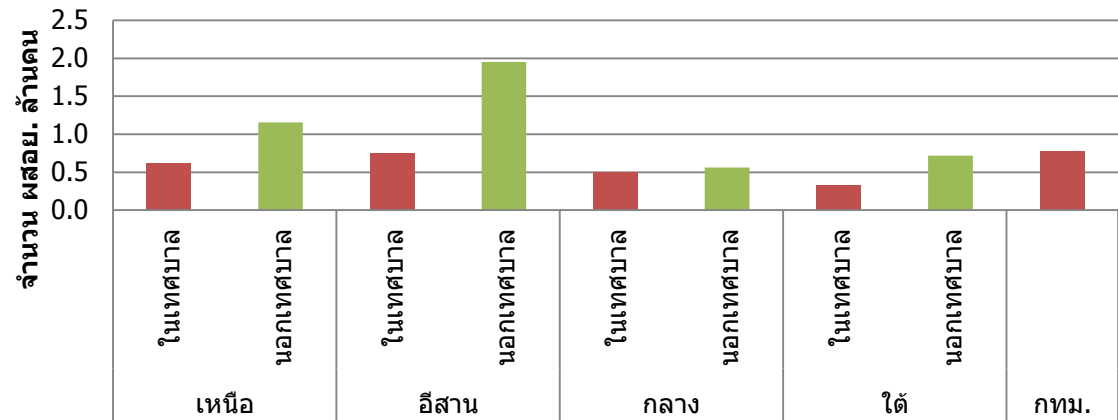
1) การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทยังมีความเหลื่อมล้ำ

- ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทมากกว่าพื้นที่เมือง โดยเฉพาะในภาคอีสานมีผู้สูงอายุเกือบ 2 ล้านคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

- ขณะที่อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ระหว่างกรุงเทพฯ และภาคอีสานต่างกันถึง 4.7 เท่า โดยกรุงเทพฯ มีสัดส่วนประชากร 1,052 คนต่อแพทย์ 1 คน ขณะที่ภาคอีสานมีสัดส่วนประชากรเป็นจำนวนสูงถึง 4,947 คน ต่อแพทย์ 1 คน เช่นเดียวกับบุคลากรในวิชาชีพอื่นๆ ที่มีความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรในแต่ละภูมิภาคเช่นกัน

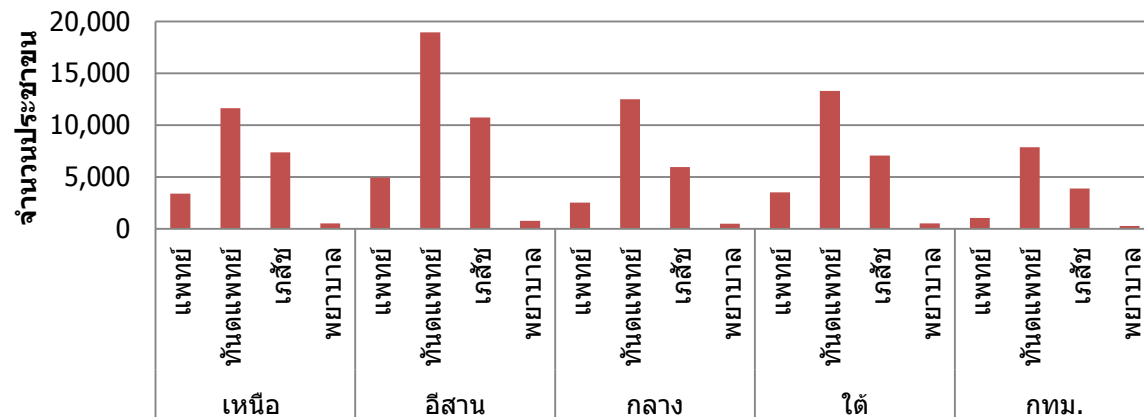
- จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่นอกเขตเทศบาลและส่วนภูมิภาค มีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงเนื่องจากมีบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอในการให้บริการ

ตารางเปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาล/นอกเขตเทศบาล ปี 2553



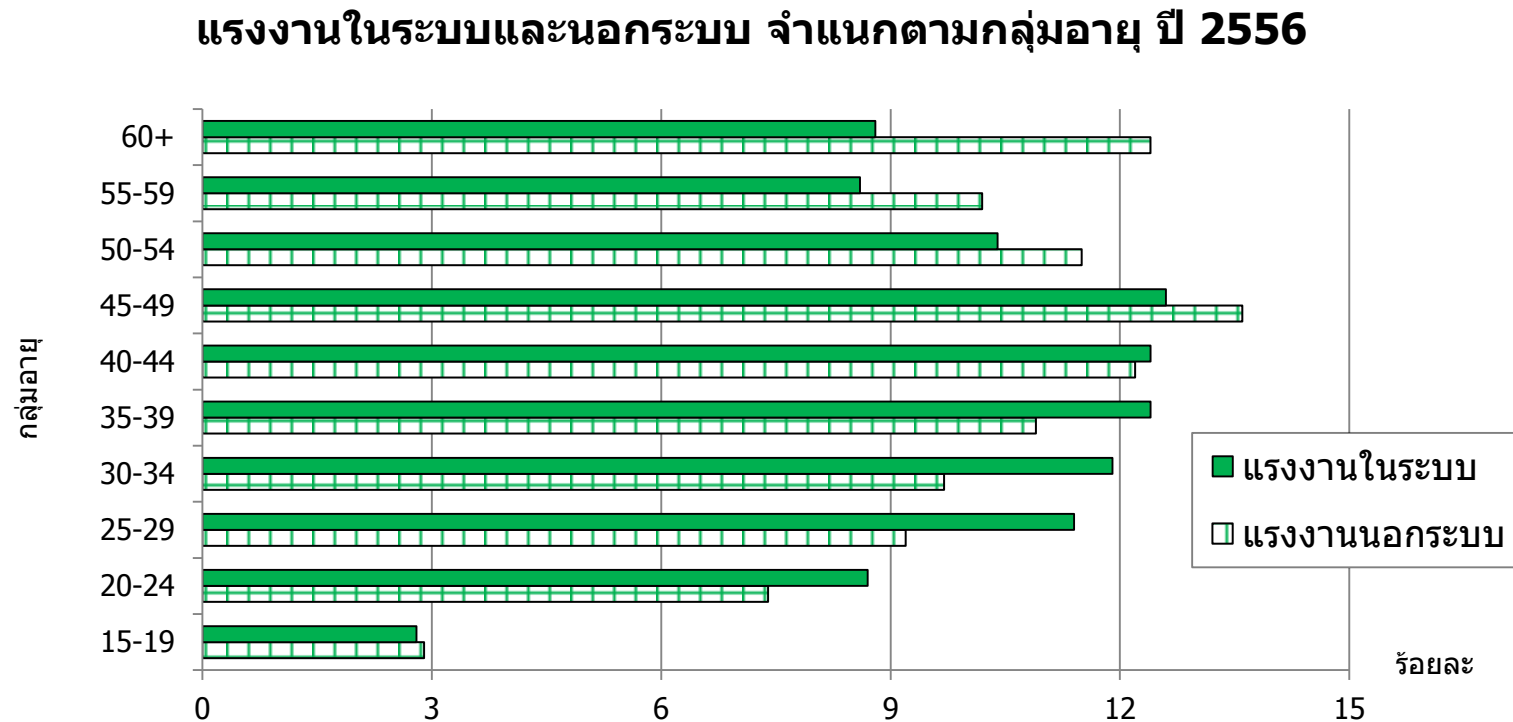
ที่มา สศช. (2556) การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2553-2583.

อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสาธารณสุข 2553



ที่มา สำนักนโยบายและแผน สธ. (2553)

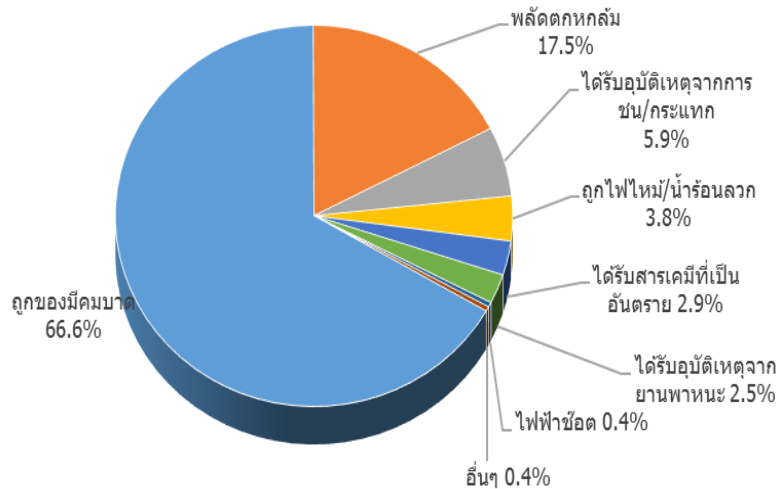
2) แรงงานนอกระบบยังมีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่าแรงงานในระบบ



- แรงงานนอกระบบมีสัดส่วนเป็นผู้สูงอายุมากกว่าแรงงานในระบบ ซึ่งอาจส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยปี 2556 มีแรงงานนอกระบบร้อยละ 64.3 ของแรงงานทั้งหมด นอกจากนี้ แรงงานนอกระบบมีสัดส่วนผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไปมากกว่าแรงงานในระบบ และกลุ่มอายุดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และยังมีความเสี่ยงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งมีแนวโน้มเป็นภาระในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

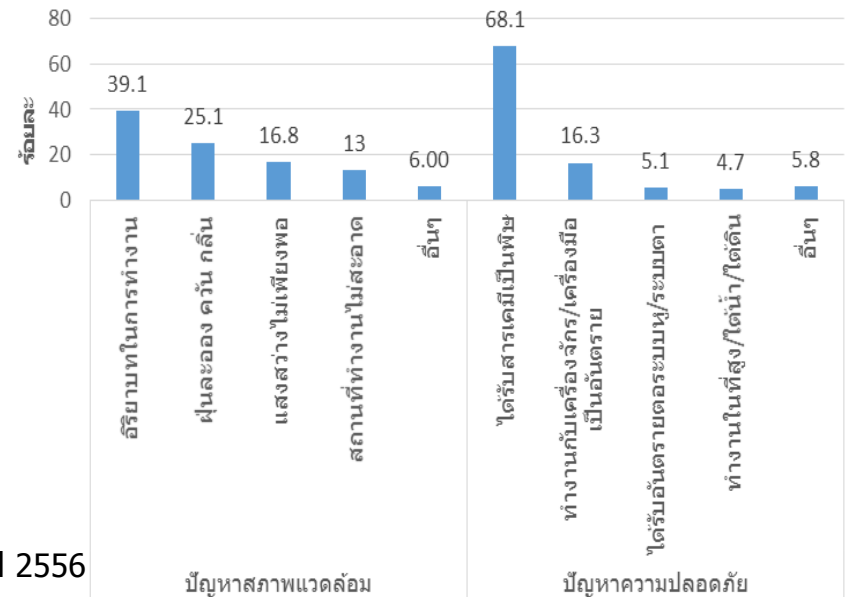
3) ปัญหาอาชีวอนามัยของแรงงานนอกระบบ

การได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ



ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556) การสำรวจแรงงานนอกระบบ ปี 2556

ปัญหาสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานนอกระบบ

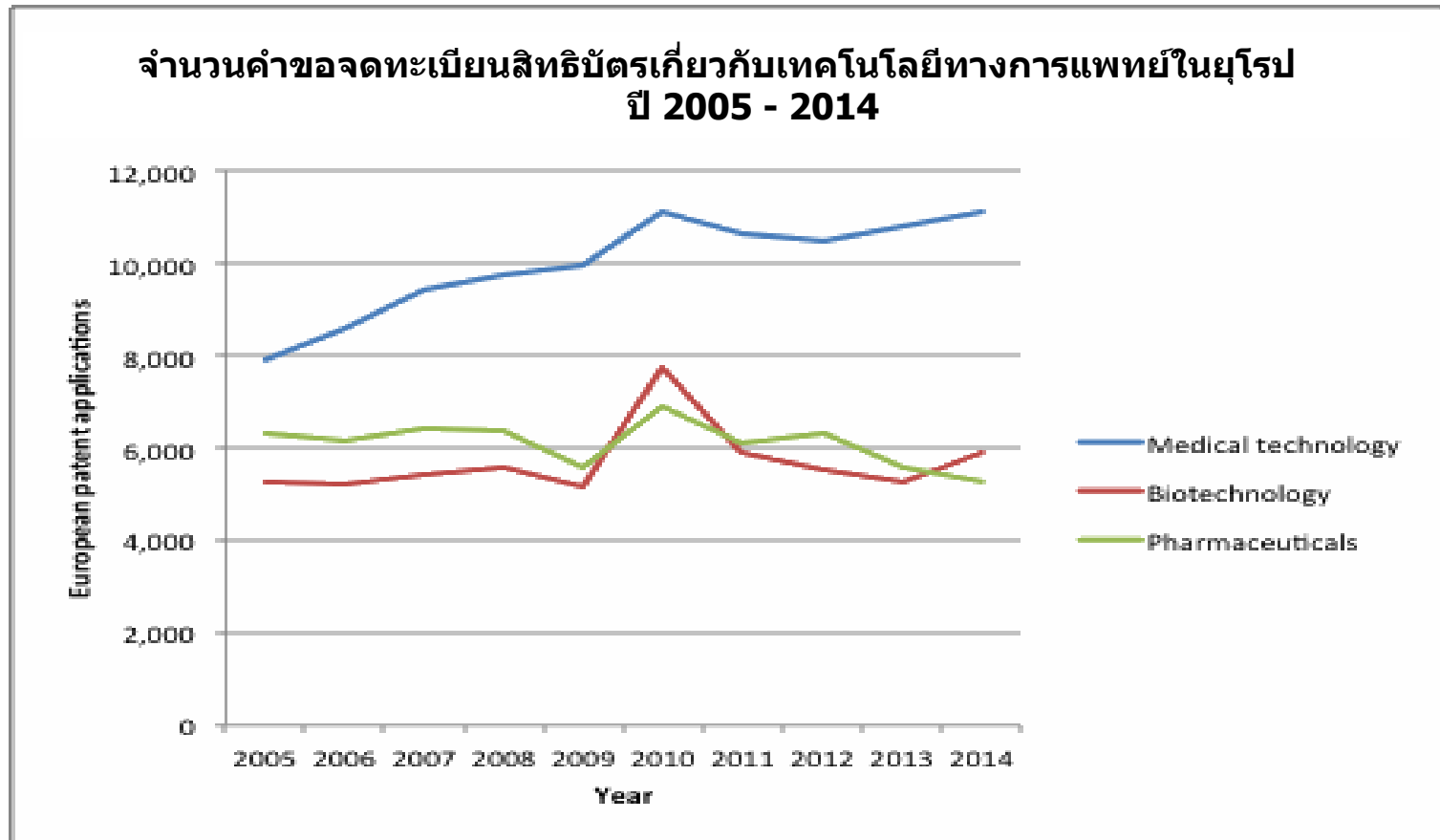


- กลุ่มแรงงานนอกระบบมีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงานมากกว่าแรงงานในระบบ ในปี 2556 พบว่า แรงงานนอกระบบได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงาน 4 ล้านคน จาก 25.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของแรงงานนอกระบบทั้งหมด ขณะที่แรงงานในระบบมีเพียง 1.12 แสนคน จาก 14 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.8 ของแรงงานในระบบทั้งหมด
- ปัญหาด้านอาชีวอนามัยของกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บ/อุบัติเหตุจากการทำงานจากการถูกข้อมือ/ข้อมือบาดเจ็บ ร้อยละ 66.6 รองลงมา ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม และได้รับอุบัติเหตุจากการชน/กระแทก ร้อยละ 17.5 และ 5.9 ตามลำดับ ขณะที่ปัญหาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ อริยาบถในการทำงาน (ไม่ค่อยได้เปลี่ยนลักษณะท่าทางในการทำงาน) ร้อยละ 39.1 มีฝุ่น/ควัน/กลิ่น ร้อยละ 25.1 และมีแสงสว่างไม่เพียงพอ ร้อยละ 16.8 อีกทั้งประสบปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่ ได้รับสารเคมีเป็นพิษ ร้อยละ 68.0 เครื่องจักร/เครื่องมือที่เป็นอันตราย ร้อยละ 16.3 และได้รับอันตรายต่อระบบหู/ระบบตา ร้อยละ 5.1



2.4 นัยสำคัญของการเป็นสังคมแห่งเทคโนโลยี





ที่มา European Medical Device Technology (2015)

- **จำนวนงานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น** โดยในยุโรปมีจำนวนคำขอจดสิทธิบัตรเทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วระหว่างปี 2005 และ 2014 และเพิ่มขึ้นสูงที่สุดมากกว่าเทคโนโลยีด้านอื่นๆ ทั้งนี้ ในประเทศไทยมีผลงานการวิจัยที่สำคัญ เช่น ค้นพบเครื่องหมายทางพันธุกรรมบนจีโนมสำคัญหลายตำแหน่งบนจีโนมของประชากรไทย โดยความร่วมมือระหว่างศูนย์จีโนมทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ และสถาบันวิจัย จีโนม ริเจน ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการตรวจวินิจฉัยเพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพ้ยา 8 ชนิด



ยุทธศาสตร์ระดับชาติในการพัฒนาด้านสุขภาพ

1

ภาพสังคมไทยในอนาคตจากผลกระทบของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

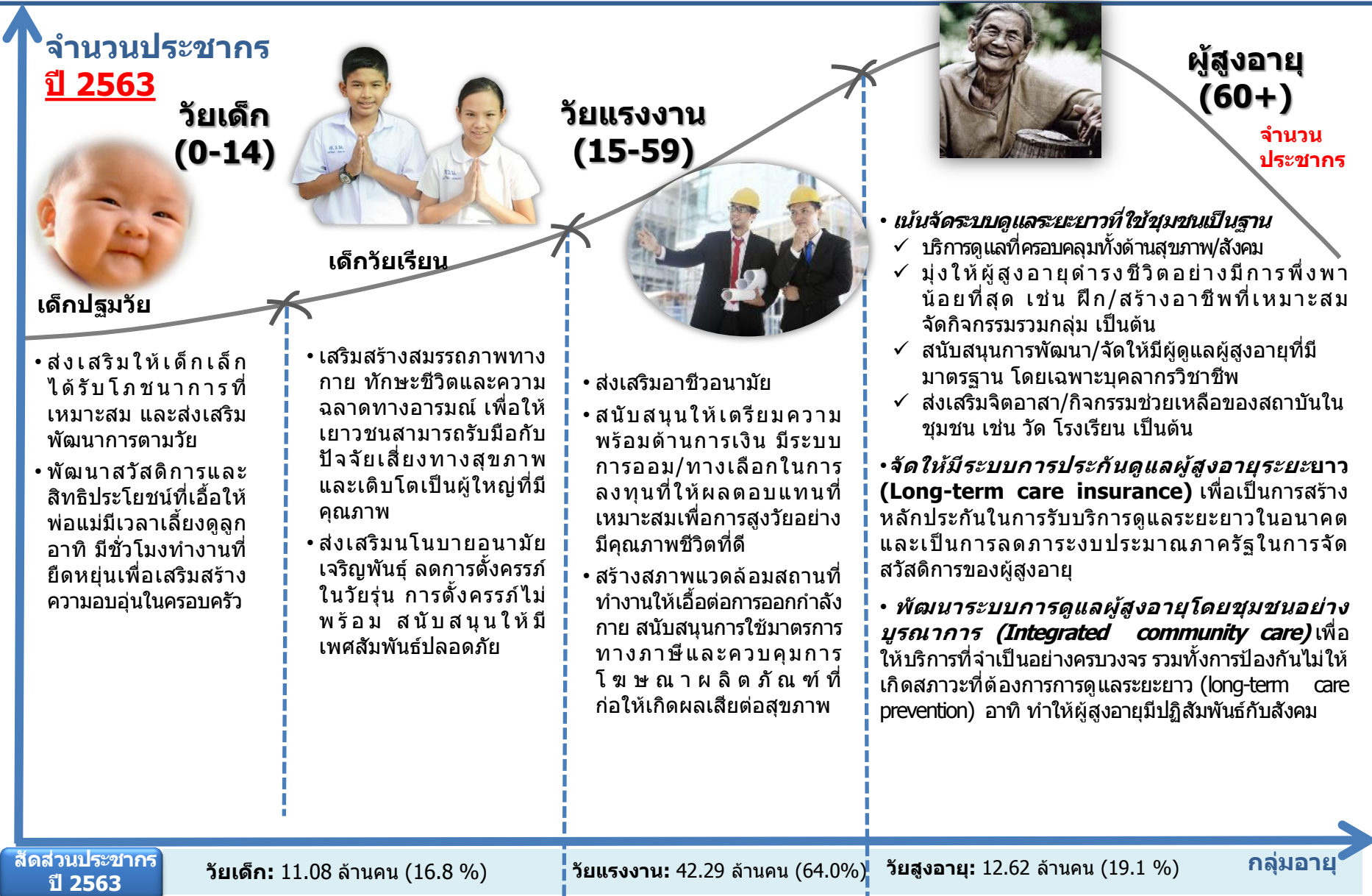
2

นัยสำคัญของสังคมในอนาคตที่ส่งผลต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ

3

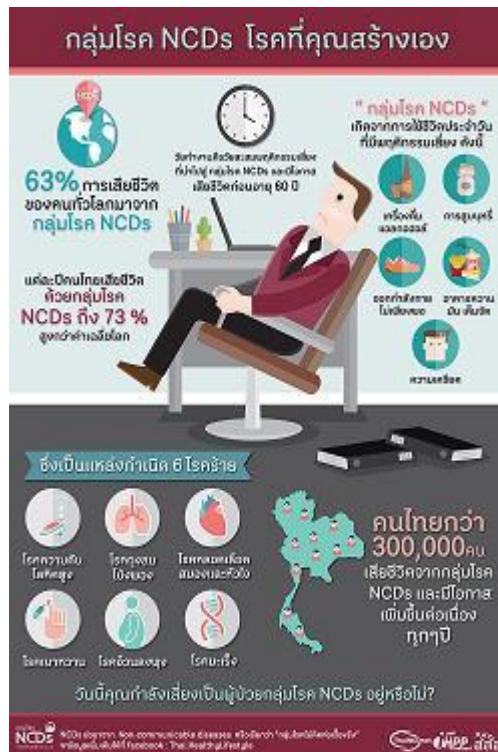
ประเด็นการพัฒนาด้านสุขภาพที่สำคัญ

1. การลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในทุกช่วงวัย



2. การสร้างความตื่นตัวและความใส่ใจด้านสุขภาพ

- **ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพ** สามารถประเมินสุขภาพขั้นพื้นฐานด้วยตนเอง รวมทั้งสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของประชาชนในการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัย การเล่นกีฬา และออกกำลังกาย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัยกับการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน การรู้เท่าทันโฆษณาอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกินจริง การเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ เป็นต้น
- **สนับสนุนกระแสนิยมด้านสุขภาพ** เช่น การบริโภคอาหารปลอดภัย สารพิษ อาหารชีวจิต การเข้ารับการบริการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การส่งเสริมผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ เช่น สินค้าเกษตรอินทรีย์ สินค้าสมุนไพร สินค้าที่ออกแบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้สูงอายุและผู้พิการ



3. การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

Age-friendly city

การพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวทางของ WHO โดยให้ความสำคัญทั้งทางด้านกายภาพ ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม และการสร้างสภาพแวดล้อมทางสุขภาพอนามัย



- **ด้านกายภาพ เพื่อความปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ** เช่น การคมนาคมขนส่ง ที่ออกแบบโดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ราคาเหมาะสม สงวนพื้นที่บริการให้เฉพาะผู้สูงอายุ *ที่อยู่อาศัย* มีบริการปรับปรุงบ้าน *พื้นที่สาธารณะ* ที่รวมอยู่บริเวณใกล้เคียงและเข้าถึงง่าย มีเครื่องหมายชัดเจน ทางม้าลายที่มีระยะเวลานานพอในการเดินข้าม



- **ด้านการมีส่วนร่วมและยอมรับทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคม และมีสภาวะอารมณ์และจิตใจที่ดี** โดยเฉพาะการให้ความสำคัญในกิจกรรมสังคมต่างๆ มีบริการผลิตภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการทั้งเชิงสงเคราะห์และพาณิชย์ การพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดการจ้างงาน การมีงานอาสาสมัครที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุ การฝึกอบรมหลังเกษียณ การเผยแพร่เรื่องราวของผู้สูงอายุในที่สาธารณะในแง่บวก



- **ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและสุขภาพอนามัย** โดยจัดบริการทางสังคมที่ครอบคลุมทั่วถึง โดยเฉพาะบริการด้านสุขภาพที่พอเพียง เข้าถึงง่าย มีระบบดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการให้ข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงง่าย มีแผนกฉุกเฉินในชุมชน มีการสื่อสาร/ให้ข้อมูลด้านสิทธิบริการแก่ผู้สูงอายุ จัดทำสิ่งพิมพ์/ป้ายประกาศที่ตัวอักษรมีขนาดใหญ่ มีบริการทางโทรศัพท์ที่ให้คำแนะนำอย่างซ้ำๆ และชัดเจน

4. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว



- พัฒนาระบบการให้บริการที่มีชุมชนเป็นฐาน (**Community-based care**) โดยบูรณาการความร่วมมือของสถานพยาบาล สถาบันการศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และครอบครัว ในการจัดบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมที่เหมาะสมกับระบบการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ อีกทั้งมุ่งเน้นการมีระบบที่จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ดีมีสุข สามารถพึ่งตนเองและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมได้นานที่สุด โดยพัฒนากลุ่มที่พอช่วยเหลือตัวเองได้ และกลุ่มที่มีศักยภาพไม่ให้เป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ
- เพิ่ม/กระจายบุคลากรให้เพียงพอและเหมาะสมกับการให้บริการแต่ละภูมิภาค โดยผลิตเพิ่มบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์/พยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น



- พัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยศึกษาความเหมาะสมของการขยายสิทธิประโยชน์/การจัดสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพที่มีแนวทางการร่วมจ่ายที่เหมาะสม จัดตั้งกองทุนเพื่อดูแลผู้สูงอายุด้วยการใช้นวัตกรรมด้านภาษี กำหนดค่าตอบแทนผู้ดูแลที่เหมาะสมโดยมีแหล่งเงินที่หลากหลาย และแสวงหาแนวทางการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดบริการการดูแล



- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอาศัยในที่เดิม (**Aging in place**) โดยให้การดูแลด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้ โดยคำนึงถึงปัจจัยระดับบุคคล (เช่น ภาวะสุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ) ปัจจัยระดับชุมชน (เช่น สภาพเพื่อนบ้าน การรวมกลุ่มทางสังคม บทบาทในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ) และปัจจัยสภาพแวดล้อม เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพ ลดภาวะพึ่งพิง และการถูกทอดทิ้งของผู้สูงอายุ

5. การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ

- **การพัฒนา ยา วัคซีน ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ เครื่องมือแพทย์:** ส่งเสริมการผลิตในประเทศตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เพื่อลดการพึ่งพาการนำเข้า ลดค่าใช้จ่ายในการป้องกันควบคุมโรค และส่งเสริมการเข้าถึงของประชาชน รวมถึงวิจัยและพัฒนาด้านสมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย และการแพทย์เพื่อต่อยอดและสร้างมูลค่าเพิ่ม
- **พัฒนาบุคลากรการวิจัย:** พัฒนาบุคลากรสำหรับการวิจัยเพื่อป้องกันควบคุมโรคที่มีความซับซ้อนและโรคอุบัติใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น ด้านชีววิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้านประสาทวิทยาศาสตร์ ด้านเวชศาสตร์เขตร้อน เป็นต้น ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้มีการวิจัยและตรวจหาโรคได้รวดเร็วและแม่นยำ รวมทั้งมีนวัตกรรมใหม่ในการรักษาโรค
- **การใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการชะลอความสูงอายุให้สูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy aging)** โดยการแก้ความผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากกระบวนการชรา (age-related dysfunction) เพื่อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์และอายุที่ยืนยาว มุ่งเน้นศึกษาวิจัยในด้านต่างๆ เช่น สารที่ทำให้เกิดความเสื่อม (Biomarkers of Aging Assessment Metabolic and DNA Repair) ระบบเผาผลาญในร่างกายทำงานและซ่อมแซมสารพันธุกรรม (Metabolic and DNA Repair) ระบบความจำและการทำงานของสมอง (Cognitive Function Assessment and Repair) เป็นต้น





www.nesdb.go.th