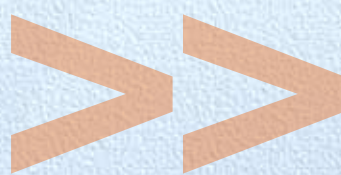


ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ



**ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์**  
**ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕-๒๕๖๔)**  
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ ๑๐ ปี กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔	๒
๑. แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพใน ๑๐ ปีข้างหน้า	๓
๑.๑ แนวโน้มสถานการณ์สำคัญ	๓
๑.๒ สุขภาวะของคนไทยและแนวโน้มด้านพฤติกรรมสุขภาพ	๔
๑.๓ สรุปประเด็นท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงทศวรรษหน้า	๔
๒. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	๕
๒.๑ โอกาสและศักยภาพของกองทุน	๕
๒.๒ อุปสรรคและปัจจัยท้าทายการทำงานของกองทุน	๕
๓. วิสัยทัศน์และพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ	๖
๓.๑ วิสัยทัศน์	๖
๓.๒ พันธกิจ	๖
๔. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Target)	๖
๔.๑ เป้าหมายทั่วไป (General Strategic Target)	๗
๔.๒ เป้าหมายเฉพาะ (Specific Strategic Target)	๗
๕. ยุทธศาสตร์	๑๑
๕.๑ ยุทธศาสตร์หลัก: สามสามพลัง	๑๒
๕.๒ ยุทธศาสตร์เฉพาะ	๑๒
<b>ภาคผนวก</b>	
๑. นิยามศัพท์	๑๔
๒. วัตถุประสงค์กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	๑๖
๓. แนวโน้มสถานการณ์สำคัญในช่วง ๑๐ ปีข้างหน้า	๑๖
๔. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	๓๒
๕. การตั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Target)	๓๔



ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์  
ระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔)  
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ





## ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔

เอกสารนี้จัดทำขึ้นเพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในระยะสิบปี พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๔ ซึ่งใช้เป็นกรอบสำหรับการวางแผนระยะ ๓ ปี และแผนดำเนินการประจำปีของกองทุน โดยมีกระบวนการดังนี้

๑. การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาคและระดับโลก
๒. การประชุมระดมสมองเพื่อวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน (SWOT Analysis)
๓. การประชุมระดมสมองเพื่อฉายภาพอนาคตเกี่ยวกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงใหญ่ๆ ในระดับโลกและระดับประเทศ (Scenario Planning)
๔. สรุปสาระสำคัญจากการดำเนินการประเมินผลหนึ่งทศวรรษของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญระหว่างประเทศ
๕. การทบทวนแนวทางการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ขององค์กรต่างๆ รวมทั้งแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย และแผนยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๖. การประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๔ ครั้ง และอนุกรรมการยุทธศาสตร์ จำนวน ๗ ครั้ง

## ๑. แนวโน้มของสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพใน ๑๐ ปีข้างหน้า

### ๑.๑ แนวโน้มสถานการณ์สำคัญ

**๑.๑.๑ พลวัตทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคและระดับโลก** การรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนใน พ.ศ. ๒๕๕๘ โครงการถนนเชื่อมกลุ่มประเทศอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง และข้อตกลงทางเศรษฐกิจและการค้าในระดับทวีปเอเชียและพหุภาคี จะส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากร สินค้า และปัจจัยการผลิตอย่างเสรี รวมทั้งทำให้รัฐมีศักยภาพลดลงในการปกป้องสุขภาพคนไทย เพราะข้อตกลงเหล่านี้จะจำกัดการกำหนดนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นประโยชน์ต่อการปกป้องสุขภาพ หากข้อกำหนดนั้นไม่สอดคล้องกับกติกาและข้อตกลงระหว่างประเทศดังกล่าว นอกจากนี้การเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิตและสินค้าอย่างเสรีมากขึ้น ยังเป็นการเอื้อต่อการระบาดของปัญหาสุขภาพที่สำคัญๆ ด้วย



**๑.๑.๒ พลวัตการพัฒนาเทคโนโลยี** การพัฒนาอย่างรวดเร็วของระบบสื่อสารโทรคมนาคม จะทำให้สามารถส่งและรับข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็ว และหลายช่องทางมากขึ้น เครือข่ายทางสังคมของชุมชนเสมือนจะมีการขยายตัวอย่างกว้างขวาง เปิดโอกาสให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแสดงพลังทางสังคมเพื่อสะท้อนความเห็นหรือการตัดสินใจ ในประเด็นนโยบายสาธารณะของแต่ละบุคคลได้โดยตรง ซึ่งเป็นโอกาสในการเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการตัดสินใจในประเด็นนโยบายสาธารณะ ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีจะช่วยเพิ่มศักยภาพในการเฝ้าระวัง การพยากรณ์ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การตรวจวินิจฉัย การคัดกรอง การป้องกัน และรักษาโรค แต่ขณะเดียวกันก็จะเกิดการหลอกลวงหรือจูงใจให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างไม่สมเหตุผล เป็นอันตราย และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล

**๑.๑.๓ พลวัตทางสังคมและการเมือง** สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ขณะที่ความผูกพันในครอบครัวอ่อนแอลง อำนาจรัฐแบบรวมศูนย์จะลดพลังลง โดยท้องถิ่นและชุมชนจะมีบทบาทในการจัดการตนเองระดับพื้นที่และชุมชนมากขึ้น ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมจะมีการขยายตัวในทุกระดับ กระบวนการตัดสินใจในประเด็นนโยบายสาธารณะจะเน้นการมีส่วนร่วมและอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์มากขึ้น ความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมในสังคม ซึ่งเป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ทำให้กลุ่มคนผู้เปราะบางไม่สามารถคงวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพได้และเป็นปัจจัยแห่งความขัดแย้งในสังคมไทย จะยังคงมีอยู่แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

**๑.๑.๕ พลวัตด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม** การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและปัญหาโลกร้อนจะรุนแรงขึ้น ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติอย่างรุนแรงและเกิดความสูญเสียมากขึ้น ปัญหาความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจะรุนแรงขึ้น ป่าไม้และป่าชายเลนลดลง ประสบปัญหาน้ำท่วม ฝนแล้ง และคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ทรัพยากรดินเสื่อมโทรม รวมทั้งปัญหาการปนเปื้อนสารเคมีในสิ่งแวดล้อมซึ่งกระทบต่อห่วงโซ่อาหารอย่างรุนแรง และอาจเกิดวิกฤตอาหารและขาดแคลนพลังงาน

### ๑.๒ สุขภาวะของคนไทยและแนวโน้มด้านพฤติกรรมสุขภาพ

แนวโน้มภาระโรคของคนไทยจะเกิดจากโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นหลัก โรคเฉียบพลันและโรคติดต่อมีแนวโน้มลดลง โดยมีสาเหตุของภาระโรค ๕ ลำดับแรก ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการบริโภคยาสูบและสารเสพติด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ โรคเอดส์/เอดส์ พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรค ได้แก่ การบริโภคสุราและยาสูบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อุบัติเหตุ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคอาหารประเภทแป้งและไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และการขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย

ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วจะมีส่วนกำหนดปัญหาสุขภาพในทุกระดับ รวมทั้งมีผลต่อศักยภาพในการจัดการปัญหามากขึ้น

### ๑.๓ สรุปประเด็นท้าทายต่อการสร้างเสริมสุขภาพในช่วงทศวรรษหน้า

**๑.๓.๑ พฤติกรรมเสี่ยง** ได้แก่ การบริโภคสุรา ยาสูบ และสารเสพติด การขับขีที่ไม่ปลอดภัย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม โดยบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย พฤติกรรมเหล่านี้สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

**๑.๓.๒ สภาพแวดล้อมยังไม่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ** ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง

**๑.๓.๓ ความเหลื่อมล้ำและความเป็นไม่ธรรม** ทั้งเรื่องรายได้ โอกาส และสถานะสุขภาพ



พลวัตของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ในระดับประเทศ ภูมิภาคและระดับโลก ทำให้มาตรการในการลดพฤติกรรมเสี่ยงหรือการสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาพที่เคยใช้ได้ผลในทศวรรษที่ผ่านมา มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ จึงต้องการนวัตกรรมใหม่ และต้องการพันธมิตรในระดับท้องถิ่น ภูมิภาคและระดับโลกเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว



## ๒. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### ๒.๑ โอกาสและศักยภาพของกองทุน

กระแสความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพทั้งระดับโลก ประเทศ ท้องถิ่น ทำให้คนเอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น ภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ สังคม ประชาชน ชุมชนท้องถิ่น และธุรกิจ เข้าใจและเห็นความสำคัญในบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของกองทุนมากขึ้น ในขณะที่หน่วยงานภาครัฐหลายแห่งได้มีการจัดทำแผนลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพเฉพาะด้านต่างๆ ที่จะเป็นหลักในการทำงานของกองทุน

การทำงานอย่างเต็มที่ในช่วงหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา กองทุนได้พัฒนาทุนทางสังคม ทุนทางปัญญาและมีภาคีเครือข่ายมากมายทั้งในและนอกประเทศที่เข้มแข็ง กองทุนได้ช่วยเสริมสร้างทุนทางสังคมและทุนทางปัญญา และศักยภาพของภาคีเครือข่ายเหล่านี้ ทำให้สามารถระดมพลังเพื่อการดำเนินการแก้ปัญหาสำคัญๆ ที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพได้

ด้านการบริหารจัดการ กองทุนยังมีสำนักงานขนาดเล็ก กะทัดรัด แต่มีโครงสร้างองค์กรและกลไกการดำเนินงานที่มีความยืดหยุ่น และคล่องตัว มีหลักประกันด้านทรัพยากรในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นองค์กรที่มีศักยภาพและความพร้อมสูงมาก

### ๒.๒ อุปสรรคและปัจจัยท้าทายการทำงานของกองทุน

กระแสโลกาภิวัตน์ทั้งเรื่องทุน ข้อมูล การค้าเสรี ทำให้ปัญหาสังคมและสุขภาพซับซ้อนมากขึ้น และทำให้ภาครัฐมีศักยภาพน้อยลงในการปกป้องสุขภาพของประชาชน การกำหนดกรอบกติกาของประเทศเพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผลประโยชน์ทางการค้าจะกระทำได้ยากยิ่งขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับการต่อต้านจากผู้มีส่วนได้เสียเชิงพาณิชย์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ นอกจากนี้ การดำเนินการ

ของกองทุน ยังมีข้อจำกัดในการพัฒนาระบบติดตามประเมินความคุ้มค่าที่สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานที่เน้นนวัตกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพอีกด้วย

## ๓. วิสัยทัศน์และพันธกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ

### ๓.๑ วิสัยทัศน์

“ทุกคนบนแผ่นดินไทย มีขีดความสามารถ สัมคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ”

หมายถึง ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทย ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ สัญชาติ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ล้วนมีความรู้ ความสามารถ ที่จะดูแลตนเองและครอบครัว ให้มีสุขภาพที่ดี

สังคมไทยและสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ค่านิยม วัฒนธรรม และระบบสุขภาพโดยรวมของไทย สนับสนุนให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า

### ๓.๒ พันธกิจ

พันธกิจของกองทุนกำหนดขึ้นโดยใช้กรอบวัตถุประสงค์ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔<sup>๑</sup> และเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์

“จุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลัง บุคคล และองค์กรทุกภาคส่วน ให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพ”



## ๔. เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Target)

กรอบแนวคิดในการทำงานของ สสส. มุ่งเน้นการเสริมและสานพลังภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน

ตั้งนั้นการกำหนดเป้าหมาย เชิงยุทธศาสตร์จึงเป็นการพัฒนาจากเป้าหมายหลักของประเทศที่กำหนดในแผนพัฒนาที่สำคัญต่างๆ และเป้าหมายที่กองทุนสมควรจะมีบทบาท ตามวัตถุประสงค์ในพระราชบัญญัติ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ทั้งที่มีอยู่แล้ว และที่ สสส. จะเข้าไปร่วมกระบวนการจัดทำขึ้น

<sup>๑</sup> โปรดดูภาคผนวก ๒



การบรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ จึงเกิดจากการที่ สสส. ดำเนินการ “จุดประกาย กระตุ้น สานและเสริมพลัง บุคคลและองค์กรทุกภาคส่วน” เป็นหลัก ไม่ใช่เป็นการที่ สสส. จะไปปฏิบัติเองโดยตรง

ทั้งนี้เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์เป็นทั้งเป้าหมายที่จะบรรลุร่วมกันและเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้สำหรับการทำงานร่วมกันของภาคี สสส. ทั้งหมด โดย สสส. ร่วมกับภาคี จะพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดที่ใช้วัดความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และจะปรับตัวชี้วัดเป็นระยะตามพัฒนาการของเครื่องมือ ระบบข้อมูล และแนวทางการตั้งเป้าหมายระดับชาติ

เป้าหมายที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายหลัก จะวัดทั้งระดับของสถานการณ์ในภาพรวม และวัดความเสมอภาคทางสังคม (social equity) ในการบรรลุเป้าหมายในประชากรกลุ่มต่างๆ ด้วย

เป้าหมายอื่นที่เป็นเป้าหมายระดับรองลงไปที่จะสนับสนุนเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ จะปรากฏอยู่ในเป้าหมายของแผนต่างๆ ของกองทุน

#### ๔.๑ เป้าหมายทั่วไป (General Strategic Target)

ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาพ<sup>๖</sup> มีตัวชี้วัดดังนี้

๔.๑.๑ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นจาก ๗๒ ปี ในพ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๗๖ ปี ในพ.ศ. ๒๕๗๔

๔.๑.๒ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก ๖๖ ปี ในพ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๗๒ ปี ในพ.ศ. ๒๕๗๔

#### ๔.๒ เป้าหมายเฉพาะ (Specific Strategic Target)

เป้าหมายเฉพาะในแต่ละเรื่องยึดตามเป้าหมายระดับชาติที่ได้กำหนดไว้แล้ว และ/หรือ ที่ สสส. และผู้เกี่ยวข้องจะร่วมกันกำหนดขึ้น

<sup>๖</sup> หมายถึงการมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี มีระยะเวลาการเจ็บป่วย (หนัก) หรือพิการในช่วงบั้นปลายชีวิตลดลง ซึ่งจะต้องลดความสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและลดความสูญเสียจากภาวะความบกพร่องทางสุขภาพด้วยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงสุขภาพต่างๆ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี



เป้าหมาย	ตัวชี้วัด / สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
(๑) ลดอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ ลงร้อยละ ๑๐ จาก พ.ศ. ๒๕๕๒	อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทย <ul style="list-style-type: none"> <li>ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเท่ากับ ร้อยละ ๒๐.๗</li> </ul>	การสำรวจพฤติกรรม การดื่มสุราและสูบบุหรี่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(๒) ลดอัตราการดื่มสุราของคนไทย ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ ให้น้อยกว่า ร้อยละ ๒๗	อัตราการดื่มสุราของคนไทย <ul style="list-style-type: none"> <li>ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ อัตราการดื่มสุราของคนไทยเท่ากับ ร้อยละ ๓๒</li> </ul>	การสำรวจพฤติกรรม การดื่มสุราและสูบบุหรี่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(๓) ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์ ในหญิงตั้งครรภ์ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงสองในสามของที่คาด ประมาณไว้	อุบัติการณ์การติดเชื้อเอดส์ <ul style="list-style-type: none"> <li>ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ การติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในกลุ่มหญิง ตั้งครรภ์ ซึ่งใช้แทนประชากรทั่วไปมีอัตราร้อยละ ๐.๒ ในขณะที่ ความชุกการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิง ตั้งครรภ์ ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ เท่ากับ ร้อยละ ๐.๖๕</li> </ul>	การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ โดยการตรวจโลหิต สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข
(๔) เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้ อย่างเพียงพอตามข้อแนะนำ (๔๐๐ กรัมต่อวัน) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๗	อัตราการบริโภคผักและผลไม้ <ul style="list-style-type: none"> <li>ใน พ.ศ. ๒๕๕๑/๕๒ อัตราการบริโภคผักและผลไม้ อย่างเพียงพอ เท่ากับร้อยละ ๑๗.๗</li> </ul>	การสำรวจสภาวะสุขภาพ ออนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย
(๕) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำ ของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๗	อัตราการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ และ/หรือ การออกกำลังกายเป็นประจำของคนไทยอายุ ๑๑ ปีขึ้นไป <ul style="list-style-type: none"> <li>ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ การออกกำลังกายประจำของคนไทย อายุ ๑๑ ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ ๒๙.๖</li> </ul>	การสำรวจพฤติกรรม การออกกำลังกาย ของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ
(๖) ลดความชุกของภาวะน้ำหนัก ตัวเกินและโรคอ้วนในเด็กให้น้อย กว่าร้อยละ ๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒	ความชุกของสภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็ก <ul style="list-style-type: none"> <li>ใน พ.ศ. ๒๕๕๑/๕๒ เด็กวัยเรียน อายุ ๖ - ๑๔ ปี มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ท่วมถึงอ้วน ร้อยละ ๑๑</li> </ul>	การสำรวจสภาวะสุขภาพ ออนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย
(๗) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุ ทางถนนสัดส่วนไม่เกิน ๑๐ ต่อ ประชากรแสนคน ใน พ.ศ. ๒๕๖๓	อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน <ul style="list-style-type: none"> <li>ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน เท่ากับ ๑๖.๘๗ ต่อประชากรแสนคน</li> </ul>	ศูนย์อำนวยการ ความปลอดภัยทางถนน กรมป้องกันและบรรเทา สาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย



เป้าหมาย	ตัวชี้วัด / สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
(๘) เพิ่มสัดส่วนของคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำรงชีวิต	ดัชนีที่แสดงการมีสุขภาวะทางจิต <ul style="list-style-type: none"><li>ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ คนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีความสุขน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ ๑๓</li><li>สสส. ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และภาคีการพัฒนาหลายองค์กร ร่วมกันจัดทำบัญชีประชาชาติด้านความอยู่ดีมีสุข โดยประชาชนเห็นว่าประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า ด้านความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ต้องพิจารณาจากเรื่องสำคัญ ๕ เรื่องแรก ได้แก่ (๑) ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี (๒) ประชาชนมีความพึงพอใจต่อระบบสาธารณสุขโรคและระบบบริการของภาครัฐ (๓) ประชาชนรู้สึกว่าได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมจากภาครัฐและสังคม (๔) ประชาชนรู้สึกมีความหวังและมีพลังในการดำเนินชีวิต และ (๕) ประชาชนเชื่อว่าคนในสังคมมีความรักและความสมานฉันท์</li></ul>	แบบประเมินความสุขหรือสุขภาพจิต โดยกรมสุขภาพจิต ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ
(๙) เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น	ดัชนีที่แสดงถึงครอบครัวอบอุ่น <sup>๓</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>ดัชนีครอบครัวอบอุ่นในพ.ศ. ๒๕๕๒ อยู่ในระดับต้องปรับปรุงที่ร้อยละ ๖๓.๐</li></ul>	(๑) ข้อมูลทะเบียนราษฎร (๒) ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของครัวเรือนและข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน (กชข. ๒ ค) กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการ

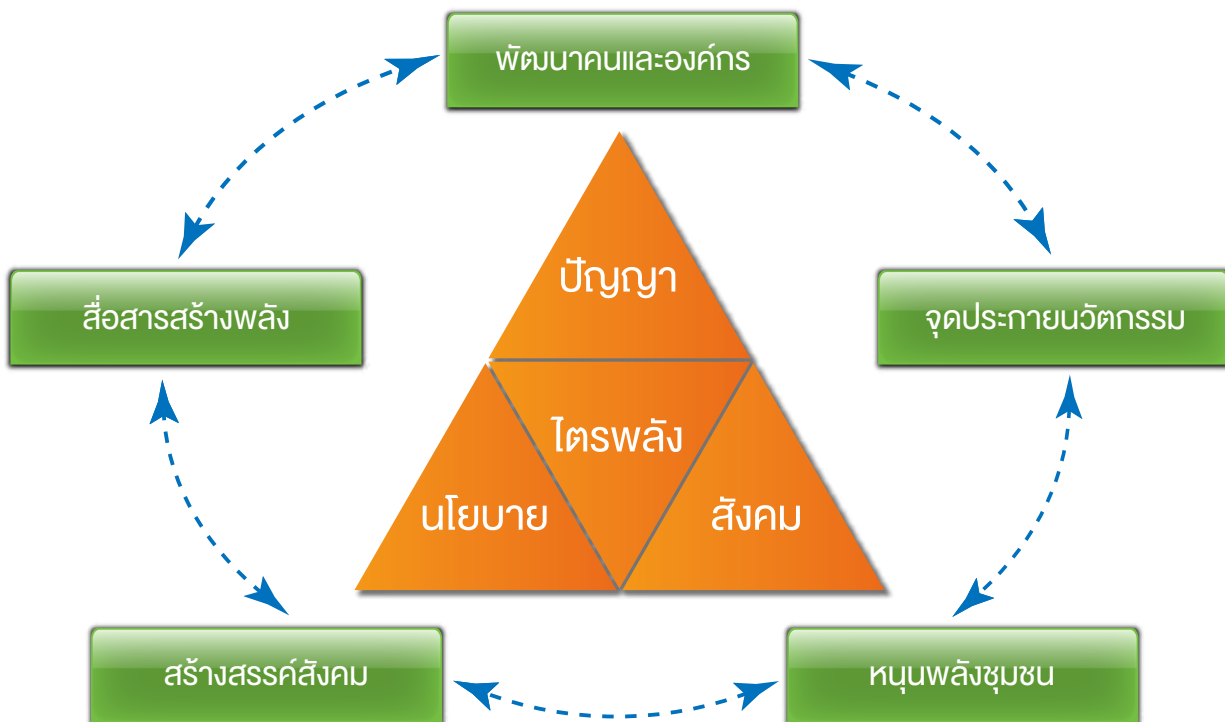
<sup>๓</sup> สสส. ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และภาคีการพัฒนาหลายองค์กร ร่วมกันจัดทำบัญชีประชาชาติด้านความอยู่ดีมีสุข เห็นว่าประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า ในด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน ควรให้ความสำคัญกับ ๕ เรื่อง ได้แก่ (๑) คนในครอบครัวและชุมชนมีความรักความสามัคคี (๒) ความรุนแรงและปัญหาในครอบครัวหรือชุมชนลดลง (๓) คนในชุมชนรู้จักและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (๔) เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ที่ถูกทอดทิ้งมีจำนวนลดลง และ (๕) คนในครอบครัวหรือชุมชนมีกิจกรรมร่วมกัน

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด / สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
		<p>พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจัดทำดัชนีชี้วัดประกอบด้วย (๑) สัมพันธภาพในครอบครัว (อัตราการหย่าร้าง อัตราการจดทะเบียนสมรส และสัดส่วนของครัวเรือนที่มีความอบอุ่น) และ (๒) การพึ่งตนเอง สสส.จะทำงานร่วมกับภาคีเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดยจะมีการตั้งเป้าหมายในระยะต่อไป</p>
(๑๐) ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง	<p>ดัชนีที่แสดงถึงชุมชนเข้มแข็ง<sup>๕</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ ดัชนีชุมชนเข้มแข็งอยู่ในระดับต้องปรับปรุงเท่ากับ ๖๑.๒</li> </ul>	<p>ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของครัวเรือนและข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน(กชพ. ๒ ค) กระทรวงมหาดไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จัดทำดัชนีชี้วัดจากข้อมูล จปฐ. โดยใช้ดัชนีสี่ตัว ประกอบด้วย (๑) ชุมชนพึ่งตนเองได้</p>

<sup>๕</sup> สสส. ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และภาคีการพัฒนาหลายองค์กร ร่วมกันจัดทำบัญชีประชาชาติด้านความอยู่ดีมีสุข เห็นว่าประเทศที่มีความเจริญก้าวหน้า ในด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน ควรให้ความสำคัญกับ ๕ เรื่อง ได้แก่ (๑) คนในครอบครัวและชุมชนมีความรักความสามัคคี (๒) ความรุนแรงและปัญหาในครอบครัวหรือชุมชนลดลง (๓) คนในชุมชนรู้จักและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (๔) เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส ที่ถูกทอดทิ้งมีจำนวนลดลง และ (๕) คนในครอบครัวหรือชุมชน มีกิจกรรมร่วมกัน

เป้าหมาย	ตัวชี้วัด / สถานการณ์เป้าหมายชาติ	แหล่งข้อมูล
		(๒) การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยกันอย่างต่อเนื่อง (๓) ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน (๔) ชุมชนเกื้อกูลกัน (การมีสวัสดิการชุมชน) สสส. จะทำงานร่วมกับภาคีเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดและวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดยจะมีการตั้งเป้าหมายในระยะต่อไป

## ๕. ยุทธศาสตร์



### ๕.๑ ยุทธศาสตร์หลัก: สามเสาพลัง

ยุทธศาสตร์ “สามเสาพลัง” ประกอบด้วยพลังทางปัญญา พลังทางสังคม และพลังนโยบาย เป็นยุทธศาสตร์หลักสำหรับขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงและแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่ยากและสำคัญในสังคมไทยอย่างสร้างสรรค์ที่กองทุนได้ใช้อย่างได้ผล ตลอดมา กองทุนยังคงใช้ยุทธศาสตร์นี้เป็นยุทธศาสตร์หลักต่อไป โดยกองทุน เป็นกลไกที่ช่วยสร้างความเข้มแข็ง และสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงของ “พลัง” ทั้งสาม

### ๕.๒ ยุทธศาสตร์เฉพาะ

**๕.๒.๑ พัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและองค์กร ให้เท่าทันพลวัตของ ปัจจัยต่างๆ ที่กระทบต่อสุขภาพ** รวมทั้งให้มีขีดความสามารถในการทำงานเชิงรุก ทั้งที่เป็นงานเฉพาะด้านและการบูรณาการเชื่อมโยงข้ามภาคส่วน (รัฐ วิชาการ เอกชน ประชาสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ฯลฯ) ข้ามประเด็น และข้ามพรมแดน ในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับภูมิภาคและระดับโลก

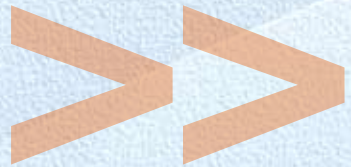
**๕.๒.๒ พัฒนานวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและนวัตกรรมทางสังคม** เพื่อให้มีกลไกและวิธีการใหม่ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาใหม่ๆ และต่อความต้องการ ของภาคส่วนต่างๆ ที่หลากหลาย ทั้งนวัตกรรมด้านมาตรการ ปฏิบัติการ และกิจการ สังคม

**๕.๒.๓ เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและท้องถิ่น** สนับสนุนกิจกรรมเพื่อการพัฒนา ความเข้มแข็งเชิงระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น อันรวมถึง ผู้นำ กลุ่ม องค์กร ชุมชนทั้งในเชิงพื้นที่ และในลักษณะอื่นๆ

**๕.๒.๔ พัฒนาระบบและกลไกทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ** ซึ่งรวมถึง ระบบและกลไกนโยบาย กฎหมาย และกลไกทางสังคมอื่นๆ ที่เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพ โดยเฉพาะให้เอื้อต่อการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

**๕.๒.๕ พัฒนาระบบการเรียนรู้และสื่อสารสาธารณะ** โดยเน้นการพัฒนา ศักยภาพในด้านการจัดการความรู้ ข้อมูล การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ทั้งใน องค์กร สสส. เองและภาคีทั้งหมด ให้เหมาะกับบริบทการสื่อสารใหม่

สสส. จะนำ “ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๖๕)” ไปใช้เป็นกรอบสำหรับการจัดทำแผนหลักระยะ ๓ ปี และแผนดำเนินงานประจำปี ของกองทุน เพื่อสานและเสริมพลังร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการพัฒนา ขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมให้เอื้อต่อสุขภาพต่อไป



## ภาคผนวก

๑. นิยามศัพท์
๒. วัตถุประสงค์กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๓. แนวโน้มสถานการณ์สำคัญในช่วง ๑๐ ปีข้างหน้า
๔. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๕. การตั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์



## ภาคผนวก ๑ นิยามศัพท์

**ทุกคน** หมายถึง ทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพทางกาย ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ และอุดมการณ์ทางการเมือง

**สุขภาพหรือสภาวะ:** หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๓) ประกอบด้วยสี่มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม

**สุขภาวะทางกาย** หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจพอเพียง อยู่ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีอุบัติเหตุ

**สุขภาวะทางจิต** หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ปรับตัวได้เมื่อเผชิญปัญหาและความเปลี่ยนแปลง

**สุขภาวะทางปัญญา** หมายถึง การรอบรู้ รู้เท่าทันสรรพสิ่ง มีความเมตตา กรุณา มีสติ สมาธิ

**สุขภาวะทางสังคม** หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี ในครอบครัว ชุมชน สถานที่ทำงาน คนในชุมชน รวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดี มีความเสมอภาคและมีสันติภาพ

**ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ** หมายถึง ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสของการเกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม และไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายเท่านั้น หากยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางจิต ทางปัญญา และทางสังคมด้วย

**ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ** (social determinants of health: SDH) หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต มีชีวิต ทำงาน โดยสภาพเหล่านี้ถูกกำหนดจากนโยบายของฝ่ายบริหาร ซึ่งกำหนดวิธีการในการกระจายอำนาจและทรัพยากร ทั้งในระดับโลก ระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น ปัจจัยทางสังคมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความไม่เสมอภาค และความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ (health inequality) ทั้งในและระหว่างประเทศ

**อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด** (Life Expectancy at birth) หมายถึง จำนวนปีที่คาดว่าคนจะมีชีวิตอยู่ต่อไป นับตั้งแต่ปีที่เกิด

**อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีสุขภาพ:** (Health Adjusted Life Expectancy at birth) หมายถึง จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าคนจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างมีสุขภาพ นับตั้งแต่ปีที่เกิด



**ขีดความสามารถ (Capability)** หมายถึง ความสามารถในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นทุนมนุษย์ที่เป็นผลรวมของความรู้ความชำนาญและความสามารถ

**นวัตกรรมสังคม** หมายถึง กลยุทธ์ กรอบแนวคิด ความคิดและองค์กรใหม่ๆ ที่ตอบสนองความต้องการของสังคมในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การขยายตัวหรือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคม ในขณะที่ศูนย์นวัตกรรมสังคม มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด สหรัฐอเมริกา ได้นิยาม “นวัตกรรมสังคม” ว่าหมายถึง กระบวนการคิดค้น หลักประกันในการสนับสนุน และการปฏิบัติตามวิธีการใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาสังคม หรือตอบสนองต่อความต้องการของสังคม

**กิจการเพื่อสังคม** หมายถึง การที่ภาคเอกชนซึ่งเป็นบุคคล กลุ่มบุคคลหรือชุมชน ได้ประกอบกิจการหรือดำเนินการโดยมีเป้าหมายอย่างชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน สังคมหรือสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก มีรายรับจากการขาย การผลิตสินค้า หรือการให้บริการ ซึ่งมีได้มุ่งกำไรสูงสุดต่อผู้ถือหุ้นหรือเจ้าของกิจการ หรือการดำเนินการ

**ชุมชน** หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกันหรือต่างพื้นที่ก็ได้ แต่กลุ่มบุคคลเหล่านั้น จะต้องมีความสนใจร่วมกัน (Common Interest) มีความสัมพันธ์กัน (Relationship) มีการกระทำระหว่างกัน (Interaction) มีความรู้สึก (Sense) และมีสถาบันสังคมหรือระบบวัฒนธรรมที่ตอบสนองความจำเป็นเพื่อการดำรงอยู่ของมนุษย์ เช่น สถาบันครอบครัว เครือญาติ การเมืองการปกครอง ศาสนา ศิลปะ

**ท้องถิ่น** ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๔๒ หมายถึง ท้องที่ใดท้องที่หนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งเน้นถึงลักษณะทางสภาพแวดล้อม ทางภูมิศาสตร์ และทางธรรมชาติ ที่มีความเป็นขอบเขตเฉพาะพื้นที่นั้นๆ เป็นสำคัญ เช่น ประเพณีท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น และยังมีความหมายที่กำหนดขอบเขตของพื้นที่ระดับย่อยตามเขตการปกครอง ได้แก่ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด หรือเป็นหน่วยงานระดับรองไปจากหน่วยงาน เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สำหรับการดำเนินงานของ สสส. ที่มุ่งทำงานผ่านท้องถิ่นจะหมายถึงขอบเขตพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกในการส่งเสริม สนับสนุน และประสานให้ภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมตรวจสอบ รวมถึงการประสานกับภายนอกที่เป็นการตอบสนองต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน

นิยามศัพท์ดังกล่าวข้างต้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการสื่อสารให้ผู้อ่านเข้าใจตรงกัน และนำไปใช้ในการจัดทำแผนหลัก ๓ ปี แผนการดำเนินงานประจำปี รวมถึงแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องต่อไป



## ภาคผนวก ๒ วัตถุประสงค์กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๕

**มาตรา ๕** ให้กองทุนเป็นนิติบุคคล มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

(๑) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ

(๒) สร้างความตระหนักเรื่องพฤติกรรมความเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ สารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ

(๓) สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

(๔) ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(๕) พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

(๖) สนับสนุนการรณรงค์การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

**มาตรา ๙** ให้กองทุนมีอำนาจกระทำกิจการต่างๆ ภายในขอบแห่งวัตถุประสงค์ตามมาตรา ๕ และอำนาจเช่นนี้ให้รวมถึง

ฯลฯ

(๔) เผยแพร่ข้อมูลและประชาสัมพันธ์เพื่อรณรงค์ให้ประชาชนทราบถึงโทษภัยของการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนเผยแพร่ และประชาสัมพันธ์กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๕) กระทำการอื่นใดบรรดาที่เกี่ยวกับหรือเกี่ยวเนื่องในการจัดให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ของกองทุน



## ภาคผนวก ๓ แนวโน้มสถานการณ์สำคัญในช่วง ๑๐ ปีข้างหน้า

ปัจจัยและแนวโน้มหลัก (Megatrends) ที่โลกและประเทศไทยอาจต้องเผชิญในอีก ๑๐ ปีข้างหน้าเป็นผลจากโลกาภิวัตน์ การเจริญเติบโตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากร และการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมและภูมิอากาศ กระแส



โลกาภิวัตน์มีแรงขับเคลื่อนจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทั้งด้านการคมนาคมและการติดต่อสื่อสาร ความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและการเมือง (socio-political transformation) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดพลวัตของการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมืองอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับประเทศ ชุมชน คริวเรือน จนถึงพฤติกรรมของคน เอกสารชี้ทิศฉบับนี้พิจารณาปัจจัยและแนวโน้มหลักที่เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่คาดว่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยสรุป ดังนี้

## ๑. การรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงด้านภูมิรัฐศาสตร์ในกระแสโลกาภิวัตน์

ประเทศไทยเป็นสมาชิกของกลุ่มประเทศอาเซียนและจะจัดตั้งเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community - AEC) ภายในปี ๒๕๕๘ (ค.ศ. ๒๐๑๕) ซึ่งส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน ทุน และแรงงานที่มีทักษะอย่างเสรีระหว่างกลุ่มประเทศสมาชิก ผสานกับการพัฒนาโครงข่ายถนนที่เชื่อมอนุภูมิภาคแม่น้ำโขงตาม East-West Economic Corridor<sup>๕</sup> เชื่อมโยงประเทศไทย เวียดนาม ลาว ไทย และพม่า และ North-South Economic Corridor เชื่อมโยงจากสิงคโปร์ ผ่านกรุงเทพฯ ถึงนครคุนหมิงในประเทศจีนตอนใต้<sup>๖</sup> โดยจุดตัดของเส้นทางคมนาคมอยู่ที่จังหวัดพิษณุโลก และมีแนวโน้มที่จะขยายความเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจด้านตะวันตกไปสู่ประเทศอินเดียอีกด้วย (ดูภาคผนวกที่ ๓.๑)

การคาดการณ์อนาคต เชื่อว่าเศรษฐกิจจีนและอินเดียมีแนวโน้มที่จะขยายตัวในระดับสูงและสามารถเป็นมหาอำนาจทางเศรษฐกิจโลกในอนาคต จึงคาดว่าจตุรรวมของอำนาจทางเศรษฐกิจจะเคลื่อนมาสู่ทางด้านเอเชียมากขึ้น โดยประเทศในทวีปเอเชียจะมีมูลค่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศรวมกันมากกว่า ๑ ใน ๔ ของโลก มีกำลังซื้อประมาณครึ่งหนึ่งของโลก เอเชียจะเป็นศูนย์กลางการผลิตของโลกและมีการส่งออกมากกว่า ๑ ใน ๓ ของมูลค่าการค้าโลก<sup>๗</sup> นอกจากนี้ยังมีการออมและทุนสำรองเงินตราต่างประเทศจำนวนมาก ในเชิงภูมิรัฐศาสตร์จีนจะมีบทบาทและอิทธิพลสูงโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ การค้า และการเมืองในภูมิภาคนี้ ในด้านการค้าจะทำให้สินค้าหลายชนิดจากจีนโดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารและสินค้าเกษตรเข้าสู่ตลาดในประเทศอนุภูมิภาครวมทั้งไทย โดยที่ระบบเศรษฐกิจของจีนมีลักษณะที่นำโดยรัฐ (state-led economy) ทำให้มีอิทธิพลในการต่อรองสูงกว่าประเทศคู่แข่งหรือคู่ค้า

<sup>๕</sup> ในประเทศไทยจะผ่านมุกดาหาร ภูฉินรายณ์ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น พิษณุโลก แม่สอด และตาก

<sup>๖</sup> ระยะเวลาในการเดินทางโดยรถยนต์จากกรุงเทพฯ ถึงคุนหมิงโดยใช้เส้นทาง R๓ ระยะทาง ๑,๘๐๖ กม. จะใช้เวลาลดลงจาก ๕๐ ชั่วโมงเหลือเพียง ๓๐ ชั่วโมงในปี ๒๕๕๘ (ADB, ๒๐๐๘, The Logistic Development Study of the GMS North-South Economic Corridor)

<sup>๗</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๒๕๕๑ เอกสารวิจัยทัศน์ ๒๕๓๐...สู่แผนฯ

ที่เป็นประเทศเล็กเช่นไทย ทั้งนี้ประเทศสมาชิกอาเซียนเองก็ได้ให้ความสำคัญกับการรวมตลาดและฐานการผลิตด้านอาหารเกษตร<sup>๙๙</sup> อีกทั้งความสำคัญกับการคุ้มครองผู้บริโภค<sup>๑๐๐</sup> แนวโน้มของการมีผลผลิตทางการเกษตรและอาหาร รวมทั้งสินค้าเพื่อการอุปโภคบริโภคอื่นๆ เป็นจำนวนมากมีแนวโน้มว่าจะทำให้ประเทศไทยประสบปัญหาอาหารปลอดภัย หรือปัญหาจากผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัยสำหรับการอุปโภคบริโภคได้ ในอีกด้านหนึ่งอิทธิพลของจีนและอินเดียทำให้บริการสุขภาพทางเลือกหรือการแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยมมากขึ้น

การรวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและอิทธิพลของจีนและอินเดียจะทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากร<sup>๑๐๑</sup> ทั้งที่เป็นแรงงานที่มีทักษะฝีมือและแรงงานไร้ฝีมือในกลุ่มประเทศอนุภูมิภาค โดยมีแรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้าน<sup>๑๐๒</sup> แรงงานที่เข้ามาอย่างถูกต้องตามกรอบการเคลื่อนย้ายแรงงานเสรีและลักลอบเข้าเมือง ในด้านผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศอาจทำให้พบโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำได้จากการเคลื่อนย้ายประชากรเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศที่ระบบบริการสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมทั่วถึง

ความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ ผสมกับความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี และการเปลี่ยนแปลงประชากร ส่งผลต่อกำลังแรงงานและที่ทำงานในอนาคตทั้งขนาดของกำลังแรงงานและองค์ประกอบ โดยจะมีแรงงานที่เป็นผู้สูงวัยและผู้หญิงมากขึ้น ทักษะในการทำงาน ลักษณะของงานและสถานที่ทำงานโดยแบบแผนการทำงานจะเปลี่ยนไปจากการทำงานเต็มเวลาเป็นการทำงานอิสระ (freelancer) หรือทำงานบางเวลา และจากการทำงานในที่ทำงานในเวลาเป็นการทำงานจากที่ใดและเมื่อไรก็ได้ เนื่องจากการขยายตัวของอินเทอร์เน็ต และเทคโนโลยีเคลื่อนที่ (mobile technology.) ลักษณะของงานในภาคการผลิตในบางประเทศอาจดึงดูดให้แรงงานระดับมัธยมนอกจากประเทศให้เคลื่อนย้ายไปทำงานในอีกประเทศหนึ่งที่ลักษณะการจ้างงานมีความ

<sup>๙๙</sup> ASEAN Economic Community Blue Print, <http://www.aseansec.org/๒๑๐๔๓๑.pdf>

<sup>๑๐๐</sup> แผนการดำเนินงานประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการคุ้มครองผู้บริโภคด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานอาเซียนด้านการคุ้มครองผู้บริโภค การจัดตั้งเครือข่ายขององค์กรการคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มประเทศอาเซียน การอบรมเจ้าพนักงานคุ้มครองผู้บริโภคเพื่อเตรียมการรวมตลาด (วรรณคดี ๔๒ AEC Blue print)

<sup>๑๐๑</sup> อย่างไรก็ตามมีผู้คาดการณ์ว่าการว่างงานสูงในประเทศอุตสาหกรรมจะส่งผลให้เกิดกระแสตีกลับเรื่อง outsource กลายเป็นอุตสาหกรรมคืนถิ่น ในขณะที่ผู้บริโภครวมทั้งพนักงานจะใส่ใจและเริ่มถามมากขึ้นถึงที่มาของสินค้าแต่ละชิ้นที่ซื้อมานั้น ว่ามีต้นทุนสูงด้านสังคม จริยธรรม และสิ่งแวดล้อมหรือไม่ ดังนั้นในทางกลับกันโอกาสในการมีงานทำในประเทศไทยอาจไม่สดใสพอที่จะดึงดูดแรงงานข้ามชาติก็ได้

<sup>๑๐๒</sup> Ten Global Trends by McKinsey

สูงใจมากกว่า ทำให้บางประเทศที่ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจที่ทัดเทียมกันอาจขาดแคลนแรงงานระดับมัธยมได้<sup>๑๒</sup>

นอกจากนี้ สถาบันลุ่มน้ำโขงได้ศึกษาผลกระทบทางสังคมและสิ่งแวดล้อมจากการเชื่อมโยงโครงข่ายคมนาคมในกลุ่มประเทศอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง เช่นการแพร่ของโรคระบาด โรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำ การค้าเด็กและผู้หญิง การค้าที่ผิดกฎหมายต่างๆ การเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุ การย้ายถิ่นฐานของชุมชน หรือชนกลุ่มน้อยที่ตั้งอยู่ในแนวพื้นที่สร้างเส้นทางคมนาคม ความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม ฯลฯ

**แม้ว่าเศรษฐกิจไทยจะมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้นแต่ความยากจนและความเหลื่อมล้ำยังคงมีอยู่** ทั้งนี้คาดว่าแม้สิ้นห้าปีข้างหน้าจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของคนไทยอยู่ที่ประมาณ ๙ ปี<sup>๑๓</sup> คือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยที่การศึกษาเป็นฐานให้คนมีทางเลือกในการประกอบอาชีพ และสามารถยกระดับชีวิตความเป็นอยู่ให้พ้นจากภาวะความยากจน แต่เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา จึงมีแนวโน้มว่าในอนาคตแนวโน้มภาวะความยากจนในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นจากการยกระดับมาตรฐานการดำรงชีวิต โดยประชากรกว่าครึ่งหนึ่งจะมีรายได้เฉลี่ยต่อคนต่อวันต่ำกว่าค่าจ้างขั้นต่ำ<sup>๑๔</sup> ความยากจนและความเหลื่อมล้ำจึงยังคงมีอยู่ในสังคมไทยและได้รับผลกระทบเชิงลบจากวิกฤตทรัพยากร



## ๒. เทคโนโลยีในการสื่อสารช่วยเชื่อมและขยายเครือข่ายทางสังคม

ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ มีผู้ใช้โทรศัพท์มือถือกว่าร้อยละ ๕๖.๘ ใช้คอมพิวเตอร์ ร้อยละ ๒๙.๓ และใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ ๒๐.๑ และมีแนวโน้มจะขยายตัวเพิ่มขึ้น โดยประชากรอายุ ๖ - ๑๔ ปีใช้คอมพิวเตอร์มากกว่ากลุ่มอื่น ในขณะที่ประชากรอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี

<sup>๑๒</sup> ข้อเสนอแนะจาก World Economic Forum สำหรับผู้นำรัฐบาลและผู้นำทางธุรกิจในปี ๒๕๕๓ ที่น่าสนใจ เช่น ให้มีการออกวีซ่าระยะสั้นประเภทใหม่ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีทักษะฝีมือแรงงานสูงเป็นการเฉพาะ; ให้ผสมผสานเรื่องการเคลื่อนย้ายแรงงานเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์การพัฒนาของประเทศผู้ส่งออก และให้มีตัวแทนของแรงงานต่างชาติในกลไกการตัดสินใจทั้งด้านการเมืองและของบรรษัท จาก World Economic Forum, ๒๐๑๐, *Stimulating Economies through Fostering Talent Mobility*, Geneva, Switzerland.

<sup>๑๓</sup> Hughes B, R. Kuhn, C.M. Peterson, D.S. Rothman, and J.R. Solorzano, ๒๐๑๑, *Improving Global Health: Forecasting the Next ๕๐ Years; Patterns of Potential Human Progress*, Vol. ๓, Frederick S. Pardee Center for International Futures, University of Denver, USA, Oxford University Press.

<sup>๑๔</sup> Hughes B, R. Kuhn, C.M. Peterson, D.S. Rothman, and J.R. Solorzano, ๒๐๑๑, *ibid* หมายเหตุภาวะความยากจนที่เพิ่มขึ้นนี้มาจากการยกระดับเส้นความยากจนจากเดิมที่ใช้ \$๑/day เป็น \$๕/day สำหรับอีกสิบห้าปีข้างหน้า จึงมีความเป็นไปได้ที่ภาวะความยากจนจะเพิ่มขึ้น เมื่อคำนึงว่าระดับ \$๕/day ใกล้เคียงกับค่าแรงขั้นต่ำในปัจจุบัน อีกทั้งในอนาคตอาจเกิดภาวะข้างยากหมากแพง จากภาวะโลกร้อนและการทำการเกษตรไม่ได้ผลเท่าที่ควร

ใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่ากลุ่มอื่น<sup>๑๕</sup> แนวโน้มของโลกในอนาคตจะขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีหลัก ได้แก่ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology) นาโนเทคโนโลยี (Nanotechnology) พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพ (Genetic Engineering and Biotechnology) เทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (Geo-Informatics and Space Technology)<sup>๑๖</sup> และการประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์หรือปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence)<sup>๑๗</sup> เทคโนโลยีจะมีบทบาทต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนทุกคนอย่างกว้างขวาง คาดว่าประชากรเกือบทั้งหมดจะใช้โทรศัพท์มือถือ และหนึ่งในสามของประชากรจะใช้อินเทอร์เน็ต<sup>๑๘</sup>

ในอนาคตการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีและการประยุกต์จะรวดเร็วกว่าในช่วงที่ผ่านมา และผสมผสานกันจนก่อให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ที่มุ่งเน้นวิทยาศาสตร์เพื่อชีวิต (Life Science) ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ให้ดียิ่งขึ้น<sup>๑๙</sup> กล่าวคือ **เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร**ที่ทันสมัยช่วยสร้างสังคมแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมืองค์ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับสังคมและประชาชน<sup>๒๐</sup> ทำให้ประชาชนจะมีทางเลือกในการรับข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ และภาคธุรกิจมีการใช้ช่องทางในการสื่อสารถึงผู้บริโภคโดยตรงมากขึ้น แทนการใช้สื่อสาธารณะแบบเดิมๆ เช่นที่ผ่านมา ในด้านสุขภาพช่วยให้การตรวจวินิจฉัย คัดกรอง และรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>๒๑</sup> ในขณะที่**นาโนเทคโนโลยี**ช่วยเพิ่มคุณภาพผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค เครื่องสำอาง

<sup>๑๕</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจการมีและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ปี ๒๕๕๒

<sup>๑๖</sup> ในการคาดการณ์อนาคตเรื่องเทคโนโลยีที่จะมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรธรรมชาตินั้น เอกสารบางฉบับให้ความสำคัญกับ NBIC ได้แก่ นาโนเทคโนโลยี (N) เทคโนโลยีชีวภาพ (B) เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร (I) และเทคโนโลยีเกี่ยวกับการทำงานของสมองและจิต (C, cognitive science) ในขณะที่บางเรื่องเห็นว่าเทคโนโลยีที่จะครอบงำโลกอนาคตได้แก่ GRIN (Genetics, Robotics, Internet, Nanotechnology)

<sup>๑๗</sup> ปัญญาประดิษฐ์ เป็นวิทยาการที่ช่วยให้มนุษย์ใช้คอมพิวเตอร์แก้ปัญหาต่างๆ ที่สำคัญ เช่น การให้คอมพิวเตอร์เข้าใจภาษามนุษย์ รู้จักการใช้เหตุผล การเรียนรู้ ตลอดจนการสร้างหุ่นยนต์ สามารถจำลองการทำงานต่างๆ เลียนแบบพฤติกรรมของคน โดยเน้นแนวคิดตามแบบสมองมนุษย์ที่มีการวางแผนการเรียนรู้ การให้เหตุผล การตัดสินใจ การแก้ปัญหา ตลอดจนการเลือกแนวทางดำเนินการใน ลักษณะคล้ายมนุษย์

<sup>๑๘</sup> Hughes B, R. Kuhn, C.M. Peterson, D.S. Rothman, and J.R. Solorzano, ๒๐๑๑, *ibid.*

<sup>๑๙</sup> ชาญวิทย์ รัตนราศรี. Molecular Economy, สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ [www.nia.or.th](http://www.nia.or.th), มีนาคม, ๒๕๕๔

<sup>๒๐</sup> สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แผนแม่บทเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สสส., ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕

<sup>๒๑</sup> อัครนีย์ ก่อตระกูล. Towards Smart Health Information System for Smart Living and Better Care Service, ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ, ๒๕๕๔





เครื่องมือแพทย์ ไอซีที ตลอดจนการสร้างและเก็บสะสมพลังงาน<sup>๒๒</sup> **พันธูวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพ** มีการพัฒนาองค์ความรู้และใช้เทคโนโลยีชีวภาพระดับโมเลกุล มาช่วยแก้ไขปัญหาที่สำคัญ เช่น กลไกการดื้อยาและการออกแบบยาเพื่อนำไปสู่ การพัฒนายาที่มีประสิทธิผล<sup>๒๓</sup> การวางแผนเลือกยีน การพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการ เกิดโรค การป้องกันโรค การค้นหายาขนานใหม่ที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มประชากร<sup>๒๔</sup> การรักษาโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิด การบำบัดด้วยยีน และเนื้อเยื่อที่ผ่านการดัดแปลง<sup>๒๕</sup> (ซึ่งอาจสร้างความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ เนื่องจากคนจนมีแนวโน้มที่จะเข้าไม่ถึงและ ได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางด้านพันธูวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพ) **เทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ**ช่วยการติดตามการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม และภัยพิบัติ รวมถึงความมั่นคงในพื้นที่เสี่ยง<sup>๒๖</sup>

พลวัตของสังคมผนวกกับการสื่อสารเคลื่อนที่ที่เชื่อมโลกเข้าด้วยกันคอมพิวเตอร์ จะฉลาดยิ่งขึ้นระบบ automation จะทดแทนแรงงานมนุษย์ในบางเรื่อง เช่น การตรวจ วินิจฉัยและการให้บริการผู้ป่วย จนถึงการผลิตในอุตสาหกรรม ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี การสื่อสารยังมีผลต่อความสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยจะเชื่อมโลกเข้าด้วยกัน ทำให้ คนแม้อยู่ห่างไกลสามารถทำความรู้จักและเกิดความคุ้นเคยกันได้ เกิดการขยายตัวของชุมชนเสมือนที่สมาชิกอาจอยู่ในประเทศเดียวกันหรืออาจข้ามประเทศรวมตัว เครือข่ายทางสังคมต่างๆ การไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันมากขึ้น และเร็วขึ้น หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการเมืองขึ้น<sup>๒๗</sup> ทำให้ธรรมชาติ ทั้งในภาครัฐและภาคธุรกิจดีขึ้น เป็นระบบเศรษฐกิจแบบมีส่วนร่วม (participatory economy)<sup>๒๘</sup> ทว่าการหมกมุ่นกับการสื่อสารผ่านเครือข่ายสารสนเทศก็อาจทำให้ ละเลยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในโลกแห่งความเป็นจริง อีกทั้งละเลยกิจกรรม ทางกายได้ อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์

<sup>๒๒</sup> ศูนย์นาโนเทคโนโลยีแห่งชาติ [www.nanotec.or.th](http://www.nanotec.or.th)

<sup>๒๓</sup> หน่วยวิจัยชีววิทยาโมเลกุลทางการแพทย์. [www.biotec.or.th/mmu](http://www.biotec.or.th/mmu) ๒๕๕๔

<sup>๒๔</sup> สถาบันจีโนม [www.biotec.or.th/GI](http://www.biotec.or.th/GI) ๒๕๕๔

<sup>๒๕</sup> วีระพงษ์ ประสงค์จีน เซลล์ต้นกำเนิดกับสังคม Thai. Stem Magazine Volume ๓ April, ๒๐๑๐

<sup>๒๖</sup> รายงานประจำปี ๒๕๕๒ สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ

<sup>๒๗</sup> กรณีตัวอย่าง Wael Ghonim, Head of Marketing@Google, Middle-East and North Africa, Egyptian Activist, a revolution online, face book and social media, รวมทั้งก่อตั้ง MENA Forum: Middle-East and North Africa และเป็นผู้มีบทบาทในการพัฒนาสาระของ google ในภาษาอาหรับและเชื่อมโลกอาหรับ เข้าด้วยกัน ในช่วงของการลาพักผ่อนกลับไปอียิปต์ได้เชื่อมเครือข่ายโลกออนไลน์ซึ่งนำไปสู่การปฏิวัติโดย คนรุ่นใหม่เยาวชนในประเทศอียิปต์ ที่เริ่มตั้งแต่ ๒๕ มกราคมถึง ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔ รวม ๑๔ วัน ในระหว่างนั้น Wael Ghonim ถูกจับกุมเป็นเวลา ๑๑ วัน รัฐบาลอียิปต์ได้รับการกดดันจากหลายฝ่าย จึงได้รับการปล่อยตัว และได้ออกมาให้สัมภาษณ์ผ่านสื่อกระแสหลักทำให้กลุ่มผู้เรียกร้องรวมตัวกันมากยิ่งขึ้น

<sup>๒๘</sup> The Intuit Report ๒๐๑๐: ๒๐ Trends for the Next Decade, October ๒๐๑๐, [http://http-download.intuit.com/http.intuit/CMO/intuit/futureofsmallbusiness/intuit\\_๒๐๑๐\\_report.pdf](http://http-download.intuit.com/http.intuit/CMO/intuit/futureofsmallbusiness/intuit_๒๐๑๐_report.pdf)

จากเทคโนโลยี ซึ่งอาจนำไปสู่การแบ่งขั้วระหว่างผู้ที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึง และระหว่างผู้ที่พร้อมรับเอาหรือเรียนรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ กับผู้ที่ปฏิเสธเทคโนโลยีเพราะกลัวถูกกลืนโดยกระแสโลกาภิวัตน์ ทำให้กระแสท้องถิ่นนิยมก็จะเพิ่มสูงขึ้น<sup>๒๙</sup>

### ๓. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้ประชาคมโลกและประเทศไทยอย่างเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และยังมีผู้สูงอายุต่างชาติมาพำนักระยะยาว

ในช่วง ๑๐ ปีข้างหน้าโลกจะมีประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีเกินกว่าร้อยละ ๑๐ ผู้สูงวัยเหล่านี้เกินกว่าครึ่งหนึ่งจะอยู่ในทวีปเอเชีย<sup>๓๐</sup> ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรรวมประมาณ ๖๗ ล้านคน ในจำนวนนี้หนึ่งในสามเป็นเด็ก (ร้อยละ ๒๐.๕) และผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๑๑.๙) ในขณะที่อีกเกือบหนึ่งในสี่เป็นเยาวชนอายุระหว่าง ๑๕ - ๒๙ ปี (ร้อยละ ๒๓.๔) อาจกล่าวได้ว่าสังคมไทยได้ย่างเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน ในอีกสิบปีข้างหน้าสัดส่วนของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๑๗.๕)<sup>๓๑</sup> แม้ว่ากลุ่มผู้สูงวัยจะมีจำนวนมากขึ้นแต่ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะยังไม่เกษียณจากการทำงานโดยอาจทำงานเต็มเวลาหรือบางเวลาอย่างต่อเนื่อง หรืออาจเริ่มประกอบกิจการอื่นใหม่ แต่ยังคงมีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ต้องการการดูแล และอาจไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง เพราะระบบบริการส่วนหนึ่งจะขยายฐานไปเน้นผู้สูงอายุหรือผู้เกษียณอายุชาวต่างชาติ ที่มีแนวโน้มจะเข้ามาพำนักระยะยาวอยู่ในประเทศไทยมากขึ้น<sup>๓๒</sup> ประเทศไทยจะมีภาระรายจ่ายทางด้านการศึกษา ค้ำครองทางสังคม ทั้งด้านบำเหน็จบำนาญและด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังต้องเตรียมการปรับสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติของผู้สูงวัย

ในขณะเดียวกัน สังคมไทยจะมีครอบครัวเดี่ยวและมีครัวเรือนที่ผู้หญิงทำงานมากขึ้น โดยผู้หญิงเป็นกลุ่มใหญ่ของกำลังแรงงาน ในสาขาวิชาชีพต่างๆ ทั้งในภาคสุขภาพ การศึกษา และบริการ เด็กยุคทารกเกิดมาก (baby boomer) ย่างเข้าสู่วัยชรา เด็กยุคดิจิทัล (digital, generation x) มีอายุย่างเข้า ๔๐ ปี และเด็กยุคอินเทอร์เน็ต (internet, generation y) ย่างสู่วัยรุ่น ผู้คนทั่วโลกโดยเฉพาะคนรุ่นใหม่จะมีการเชื่อมโยงติดต่อสื่อสารกันเป็นเครือข่ายมากขึ้นผ่านสังคมออนไลน์กันมากขึ้น ทำให้เกิดการรับเอาและปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมที่ต่างกัน หรือแบบแผนการบริโภคข้ามชาติได้โดยง่าย

<sup>๒๙</sup> Richard Watson, ๒๐๐๘, *Future Files: A Brief History of the Next ๕๐ Years*.

<sup>๓๐</sup> Hughes B, R. Kuhn, C.M. Peterson, D.S. Rothman, and J.R. Solorzano, ๒๐๑๑, *ibid*.

<sup>๓๑</sup> สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำเอกสารวิสัยทัศน์ ๒๕๗๐...สู่แผนฯ ๑๑ วิเคราะห์ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีประชากรวัยเด็กลดลง ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นว่าอาจต้องมีการปรับโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสังคมภาครัฐ โดยปรับจากโรงเรียนเป็นโรงพยาบาล เป็นต้น

<sup>๓๒</sup> การพัฒนานโยบายเศรษฐกิจของไทยเห็นว่าภาวะสังคมผู้สูงอายุในต่างประเทศจะเป็นช่องโอกาสในการขยายบริการดูแลสุขภาพ การให้บริการการแพทย์และสุขภาพ การบริการที่พักสำหรับนักท่องเที่ยวที่อยู่เป็นระยะยาว และเริ่มมีการพัฒนาสินค้าและบริการที่รองรับลูกค้ากลุ่มผู้สูงวัย



การรวมกลุ่ม การรวมตัวเป็นเครือข่าย และความร่วมมือผ่านเครือข่ายการติดต่อสื่อสารและเครือข่ายสังคมออนไลน์ ประชาชน องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ภาคประชาสังคม และภาคธุรกิจจะมีส่วนร่วมหรือมีบทบาทและอำนาจในการตัดสินใจมากขึ้น รวมทั้งในเวทีระหว่างประเทศด้วย

#### ๔. การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสภาพแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรโลกในระยะยาว ตัวอย่างเช่น ปริมาณน้ำเพื่อการอุปโภคบริโภคในทวีปเอเชียจะลดลงจนไม่เพียงพอต่อการบริโภคในอีกสี่สิบปีข้างหน้า<sup>๓๓</sup> ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและชีวภาพของระบบนิเวศและสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติ ภัยธรรมชาติ เช่น ภาวะแล้ง ไฟป่า การเกิดวาตภัย อุทกภัย เป็นต้น

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัย เช่น ภัยแล้งประกอบกับการขยายตัวของเมืองที่อาจทำให้หลายประเทศต้องประสบปัญหาการขาดแคลนน้ำ โดยเฉพาะน้ำเพื่อการเพาะปลูก การเพาะปลูกไม่ได้ผลเท่าที่ควร อีกทั้งยังเกิดการสูญเสียผลผลิตทางการเกษตร หรือพืชผลการเกษตรไม่อุดมสมบูรณ์ ซึ่งอาจทำให้ผลิตอาหารได้ไม่เพียงพอต่อการบริโภค และอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการในเด็กได้ ภาวะน้ำท่วมทำให้แหล่งน้ำเกิดการปนเปื้อนซึ่งเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาดของอหิวาตกโรคและท้องร่วง **อุณหภูมิที่เพิ่มสูงขึ้น** ทำให้ยุงชุกชุมขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้พบอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกและโรคมาลาเรียเพิ่มมากขึ้นด้วย (ซึ่งประเทศแถบหนาวอาจเกิดโรคที่โดยทั่วไปแล้วจะพบในเขตร้อนขึ้นได้) **ภาวะเรือนกระจก**ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศและการเพิ่มขึ้นของโรคทางเดินอาหาร คลื่นความร้อน วาตภัย และภัยธรรมชาติต่างๆ ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต พิการ บาดเจ็บ หรือเกิดโรคเครียด เป็นต้น การตระหนักถึงผลจากปัญหาต่างๆ เหล่านี้มีแนวโน้มที่คนต้องปรับเปลี่ยนแผนในการดำเนินชีวิตส่งผลให้เกิดกระแสการบริโภคและดำรงชีวิตอย่างพอเพียง โดยบริโภคน้อยลงและใช้จ่ายใช้สอยน้อยลง

#### สุขภาพของคนไทยและแนวโน้มด้านพฤติกรรมสุขภาพ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ<sup>๓๔</sup> ได้ศึกษาภาวะโรค พ.ศ. ๒๕๔๒, ๒๕๔๗ สรุปว่าภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงที่มีลำดับความสำคัญสูง ๔ ลำดับแรกคือ (๑) โรคเอชไอวี/เอดส์ (๒) การบริโภคสุรา และยาสูบ (๓) อุบัติเหตุจากการจราจร และ (๔) โรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคและอาหาร ได้แก่เบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกิน



<sup>๓๓</sup> WHO-SEAR, ๒๐๐๘, *How is climate change affecting our health?*, New Delhi, India

<sup>๓๔</sup> สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ๒๕๕๐ *โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐*

และโรคหลอดเลือดสมอง โดยโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้นี้ ประเทศสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผลผลิตภาพของแรงงานจากการเจ็บป่วยและตายก่อนวัยอันควร หรือการขาดงานเนื่องจากเจ็บป่วย อีกทั้งยังพบว่าประเทศยังลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับรายจ่ายสุขภาพของประเทศโดยรวม สถานการณ์ดังกล่าวยังไม่เปลี่ยนแปลงไปมากนักเมื่อพิจารณาจากภาวะโรค พ.ศ. ๒๕๕๒<sup>๓๕</sup> พบว่าคนไทยก็ยังเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ๑๐ ลำดับแรก ได้แก่จาก โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน อุบัติเหตุ มะเร็งตับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเอดส์/เอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งปอด โรคไตเสื่อมและไตอักเสบ และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ตามลำดับ<sup>๓๖</sup> สาเหตุหลักของความสูญเสียเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรมาจากอันตรายจากการบริโภคสุรา โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน อุบัติเหตุและโรคเอดส์/เอชไอวี/เอดส์<sup>๓๗</sup> พฤติกรรมเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคได้แก่ การบริโภคสุราและยาสูบ อุบัติเหตุ การบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ และการขาดการออกกำลังกาย

สำนักงานสถิติแห่งชาติทำการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราของประชากร ๑๕ ปีขึ้นไป ในพ.ศ. ๒๕๕๐ และพบว่าสองในสาม (ร้อยละ ๖๔.๒) ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๑๔.๗ เป็นผู้ทั้งสูบบุหรี่และดื่มสุรา ร้อยละ ๑๔.๖ ดื่มสุราอย่างเดียว และร้อยละ ๖.๖ สูบบุหรี่อย่างเดียว ซึ่งผลจากการสำรวจบ่งชี้ว่าบุคคลอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายประการ กล่าวคือสองในสามของผู้สูบบุหรี่จะดื่มสุรา ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของผู้ดื่มสุราจะสูบบุหรี่ด้วย (ภาคผนวก ๓.๒) กลุ่มผู้มีความเสี่ยงสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเปราะบางหรือด้อยโอกาส<sup>๓๘</sup> การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่าหนึ่งในสามของประชากร



<sup>๓๕</sup> ดร.ชนิษฐา บุญธรรมเจริญและคณะ, รายงานผลเบื้องต้นจากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยปี พ.ศ. ๒๕๕๒, (จากการประสานงานทาง e-mail)

<sup>๓๖</sup> เพศชายส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วย โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ อุบัติเหตุ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งตับ และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเพศหญิง จะตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด รองลงมาคือ โรคเบาหวานโรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งตับ และ โรคไตอักเสบและไตเสื่อม ตามลำดับ

<sup>๓๗</sup> กลุ่มผู้ชายมีสาเหตุหลักมาจากอันตรายจากการบริโภคสุรา อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเอดส์/เอชไอวี/เอดส์ และโรคมะเร็งตับ และสาเหตุหลักของการตายก่อนวัยอันควรในกลุ่มผู้หญิงจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคข้อเสื่อม

<sup>๓๘</sup> เกือบสองในสาม (ร้อยละ ๖๑.๔) ของผู้สูบบุหรี่และกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๕.๒) ของผู้ดื่มสุรามีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และประมาณสามในสี่อยู่ในชนบท (ร้อยละ ๗๕.๔ สำหรับผู้สูบบุหรี่ และร้อยละ ๗๒.๔ ของผู้ดื่มสุรา)



(ร้อยละ ๓๙.๑) ได้รับความรู้หรือมีสองจากที่บ้าน<sup>๓๔</sup> การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒<sup>๓๕</sup> และอนามัยเจริญพันธุ์ ยังบ่งชี้ในทิศทางเดียวกันกล่าวคือผู้ที่อยู่นอก เขตเทศบาล และผู้ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่นการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย สูงกว่าพื้นที่หรือภูมิภาคอื่น (ภาคผนวก ๓.๓ และ ๓.๔) และมีสัดส่วนของผู้ที่บริโภคผักและผลไม้สดทุกวันนี้ น้อยกว่าภูมิภาคอื่น โดยทั้งประเทศมีผู้บริโภคผักและผลไม้ทุกวันประมาณร้อยละ ๕๗.๙ และมีสัดส่วนผู้รับประทานอาหารแป้งและไขมันสูง จึงไม่น่าประหลาดใจที่จะมี ผู้มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วนถึงหนึ่งในสามของประชากร (ร้อยละ ๓๔.๗) ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มอายุ ๔๕-๕๙ ปี ทั้งนี้ครึ่งหนึ่งของผู้หญิงอายุ ๔๕-๕๙ ปีเป็นโรคอ้วน<sup>๓๖</sup> และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาคผนวก ๓.๕) ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง

ในด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕-๒๔ ปี จากรายงาน อนามัยและการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๕๒ เยาวชนเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๗.๖) เคยมี เพศสัมพันธ์ วัยรุ่นเกือบทั้งหมด (ร้อยละ ๘๙) จะเคยได้รับการสอนเรื่องเพศศึกษา อย่างไรก็ตามในกลุ่มวัยรุ่นที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีเกือบหนึ่งในสี่ (ร้อยละ ๒๔.๗) เท่านั้น ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด โดยเพียงหนึ่งในห้าของวัยรุ่นในภาคอีสาน ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ทำให้วัยรุ่นเหล่านี้เสี่ยงต่อการเป็นโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ภาคผนวก ๓.๔) นอกจากนี้ผลการสำรวจยังพบว่าวัยรุ่นที่โสด

<sup>๓๔</sup> กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๕๒, การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก

<sup>๓๕</sup> ในปี ๒๕๕๒ มีข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปจากสามแหล่ง ได้แก่ (๑) การสำรวจ อนามัยและสวัสดิการปี ๒๕๕๒ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งทำการสำรวจประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างประมาณ ๗๓,๐๘๗ คน ๒๒,๖๑๒ครัวเรือน พบมีผู้สูบบุหรี่ประมาณร้อยละ ๒๐.๗ ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๙๕ ของผู้สูบบุหรี่เป็นผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๖ ของผู้ชายอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปทั้งหมด (๒) การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก ปี ๒๕๕๒, โดยกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ และคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ขนาดตัวอย่าง ๒๐,๕๖๖ คน ผลการสำรวจพบว่าผู้บริโภคนิโคตินทุกชนิดมีและไม่มีความถี่ประมาณ ๑๔.๓ ล้านคนหรือกว่าหนึ่งในสี่ (ร้อยละ ๒๗.๒) ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ผู้ชายอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๖.๔) ที่บริโภคยาสูบอยู่ (๓) การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ ๔ โดยกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข สสส. สปสช. และสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ก.ค. ๒๕๕๑ - มี.ค. ๒๕๕๒ ใน ๒๑ จังหวัด ขนาดตัวอย่าง ๒๐,๔๕๐ คน พบความชุกของการสูบบุหรี่ใน ประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีผู้สูบบุหรี่ประจำร้อยละ ๑๙.๙ และมีเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ ๓๘.๗

<sup>๓๖</sup> สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ - ๒๕๕๒

และไม่ได้คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดมีประมาณ ร้อยละ ๑๘.๘ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์<sup>๕๖</sup>

ทั้งนี้คาดประมาณว่าในอนาคตประเทศไทยหนึ่งในสี่ของในกลุ่มผู้ใหญ่ยังคงสูญบุหรือการตายด้วยโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด มะเร็ง โรคระบบหายใจ เบาหวาน และสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งจะยังคงมีปัญหาด้านทุพโภชนาการในเด็กแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่โรคอ้วนในผู้ใหญ่และอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่โรคติดต่อซึ่งเป็นภาระโรคที่สำคัญ เช่น โรคเอดส์มีแนวโน้มลดลง (ดูภาคผนวก ๓.๖)

ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๑ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ<sup>๕๗</sup> ได้ทบทวนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและความคุ้มครองโรคของประเทศ และจัดทำข้อเสนอแนะด้านมาตรการสุขภาพและตัวชี้วัด สำหรับใช้เป็นกรอบในการประมาณการรายจ่ายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและความคุ้มครองโรคของประเทศ เพื่อเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำหรับเป็นกรอบในการลงทุนด้านสุขภาพของประเทศเพื่อลดปัญหาสุขภาพจากภาระโรคที่สำคัญของประเทศไทยในอนาคต ผลการศึกษาพบว่าประเทศจะต้องเพิ่มรายจ่ายสุขภาพเป็นสองเท่านับตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยคาดประมาณว่าจะต้องการเงินลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและความคุ้มครองโรคในพ.ศ. ๒๕๕๔ ถึง ๕๑,๐๐๒ ล้านบาท<sup>๕๘</sup> นอกจากนี้ยังมีข้อสรุปว่าการเพิ่มงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและความคุ้มครองโรคเป็นเพียงวิธีการหนึ่งเท่านั้น แต่ปัจจัยที่มีผลสำเร็จต่อการดำเนินงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาระโรค ดังกล่าวได้แก่ (๑) บุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญในงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและความคุ้มครองโรค (๒) ความรู้เรื่องมาตรการที่มีต้นทุนประสิทธิผลดีที่สุด ทั้งมาตรการในระบบสุขภาพ และนอกระบบสุขภาพ (๓) การเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้สังคม ครัวเรือน และปัจเจกบุคคล ตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต ที่นำไปสู่สุขภาพดี ทั้งยังเสนอแนะแนวทางการปรับการลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ๓ แนวทางดังนี้ (๑) มาตรการที่มีประสิทธิภาพซึ่งประเทศไทยดำเนินการอยู่แล้วให้ขยายความครอบคลุมของการดำเนินงานโดยรัฐให้การสนับสนุนงบประมาณและกำลังคนอย่างเพียงพอ (๒)



<sup>๕๖</sup> จากข้อมูลการดูแลเยาวชนของไทย อัตราการคลอดบุตรของกลุ่มแม่วัยรุ่น อายุ ๑๕-๑๙ ปี อยู่ที่ ๗๐ รายต่อวัน ในหญิงวัยเดียวกัน ๑,๐๐๐ คน อัตราการคลอดบุตรของเด็กและเยาวชนอายุระหว่าง ๑๐-๑๕ ปี ในโรงพยาบาลรัฐในปี ๒๕๕๐ มีเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๗.๙๐ ส่วนสถิติการคลอดบุตรของเยาวชนที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ใน รพ.รัฐ มีสถิติสูงสุด ๑๐ จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ประจวบคีรีขันธ์ พิจิตร นครสวรรค์ ลพบุรี อุทัยธานี สมุทรสงคราม ชัยนาท กาญจนบุรี และอ่างทอง กลุ่มเสี่ยงของเด็กที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่มีใน ๕ กลุ่ม คือ ๑. กลุ่มเด็กชั้นประถมศึกษาตอนปลายและมีมัธยมศึกษาตอนต้น ๒. เด็กในชุมชนแออัด ๓. เด็กและเยาวชนที่อยู่ในหอพัก ๔. เด็กทำงานที่โรงงาน และ ๕. เด็กเร่ร่อน

<sup>๕๗</sup> สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ๒๕๕๑ อ้างแล้ว

<sup>๕๘</sup> สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ๒๕๕๑ อ้างแล้ว หน้า ๑๐๕

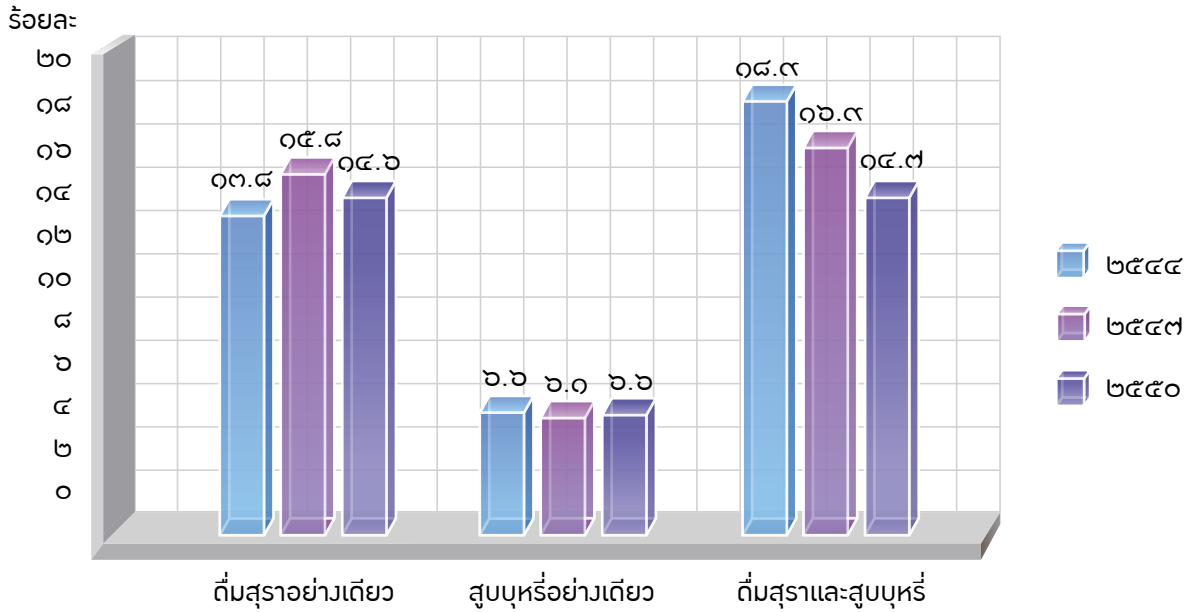
มาตรการที่มีประสิทธิภาพแต่ประเทศไทยไม่ได้ดำเนินการ หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงต้องศึกษาผลเสียที่สอดคล้องกับบริบทของไทย จากนั้นจึงผลักดันให้มีการดำเนินงาน (๓) มาตรการที่ไม่มีประสิทธิภาพแต่ประเทศไทยดำเนินการอยู่ให้ชะลอและยุติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของผู้รับผิดชอบว่ามีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการ มาตรการที่ไม่มีประสิทธิผลมากนัก้อยแค่ไหน ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศเป็นประโยชน์สำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

### ภาคผนวก ๓.๑ โครงข่ายคมนาคมทางบกซึ่งเชื่อมกลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขง



ที่มา : Asian Development Bank, ๒๐๐๘, The Logistic Development Study of the Greater Mekong Sub region North-South Economic Corridor: Summary, Manila, The Philippines

ภาคผนวก ๓.๒ พฤติกรรมการดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๕๐



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๔๔, ๒๕๔๗ และ ๒๕๕๐

ภาคผนวก ๓.๓ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๒

รายการ	ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (คน)	สูบบุหรี่ (ร้อยละ)	ดื่มสุรา (ร้อยละ)	ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (คน)	ผู้ทานผักและผลไม้ (ร้อยละ)		ผู้ทานอาหารไขมันสูง (ร้อยละ)	
					ไม่ทาน	ทานทุกวัน	ไม่ทาน	ทานทุกวัน
ทั่วราชอาณาจักร	๕๒,๖๗๘,๑๙๖	๒๐.๗	๓๒.๐	๖๑,๔๐๒,๑๒๘	๑.๑	๕๗.๙	๑๐.๐	๘.๑
ในเขตเทศบาล	๑๖,๓๖๐,๓๒๗	๑๖.๑	๓๐.๑	๑๘,๘๕๘,๘๙๕	๑.๐	๖๐.๓	๑๐.๐	๑๑.๓
นอกเขตเทศบาล	๓๖,๓๑๗,๘๖๙	๒๒.๘	๓๒.๙	๔๒,๕๔๓,๒๓๓	๑.๑	๕๖.๘	๑๐.๐	๖.๗
ภาค								
กรุงเทพมหานคร	๕,๕๘๓,๙๐๐	๖.๒	๒๓.๗	๖,๒๙๙,๔๗๗	๑.๒	๖๓.๐	๑๓.๓	๑๐.๗
กลาง	๑๒,๖๗๕,๕๖๐	๒๒.๐	๒๙.๔	๑๔,๖๐๖,๐๗๖	๐.๗	๕๕.๖	๖.๗	๑๒.๒
เหนือ	๙,๘๑๘,๓๒๔	๑๗.๙	๓๗.๓	๑๑,๒๙๙,๑๕๗	๑.๒	๖๖.๖	๑๓.๔	๘.๓
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๑๗,๖๑๕,๐๗๕	๓๘.๔	๓๗.๗	๒๐,๘๖๔,๑๓๒	๑.๓	๕๕.๒	๑๑.๔	๔.๓
ใต้	๖,๙๘๕,๓๓๕	๑๕.๕	๒๑.๖	๘,๓๓๓,๒๘๕	๐.๙	๕๓.๒	๕.๑	๘.๕

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๕๒



ภาคผนวก ๓.๔ พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒

รายการ	วัยรุ่นอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี (คน)	ได้รับการสอนเพศศึกษา (ร้อยละ)	เคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ)	วัยรุ่นที่โสดและไม่คุมกำเนิด เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (ร้อยละ)	วัยรุ่นที่เคยมีเพศสัมพันธ์ และใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (ร้อยละ)
ทั่วประเทศ	๑๐,๕๐๒,๕๖๘	๘๘.๘	๔๗.๖	๑๘.๒	๒๔.๗
นอกเขตเทศบาล	๒,๘๘๗,๑๑๕	๙๓.๑	๔๕.๓	๑๔.๑	๓๓.๘
เขตเทศบาล	๗,๖๑๕,๔๕๓	๘๗.๒	๔๘.๕	๒๐.๔	๒๑.๕
เพศ					
ชาย	๕,๓๖๒,๔๘๘	๘๗.๕	๔๘.๓	๑๘.๐	๔๒.๕
หญิง	๕,๑๔๐,๐๘๐	๙๐.๒	๔๖.๙	๑๙.๙	๖.๙
ภาค					
กรุงเทพมหานคร	๗๓๐,๙๙๒	๙๑.๖	๔๑.๔	๑๑.๕	๔๑.๙
กลาง	๒,๓๗๗,๓๓๕	๙๑.๖	๔๘.๘	๑๗.๑	๒๕.๕
เหนือ	๑,๙๒๒,๑๕๑	๘๙.๑	๕๓.๒	๑๗.๒	๒๗.๘
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๓,๘๔๑,๗๒๔	๘๖.๙	๔๗.๗	๒๑.๑	๑๘.๘
ใต้	๑,๖๓๐,๓๖๖	๘๗.๗	๔๒.๐	๑๙.๓	๒๖.๒
ระดับการศึกษาสูงสุดที่สำเร็จ					
ไม่เคยเรียน/ก่อนประถม/อื่นๆ	๒๒๗,๖๕๐		๖๖.๘	๓๓.๗	๑๓.๒
ประถมศึกษา	๑,๘๒๐,๓๕๙		๕๒.๖	๒๒.๓	๒๒.๖
มัธยมศึกษาตอนต้น	๔,๙๕๕,๘๘๒		๓๙.๓	๑๖.๙	๒๑.๑
มัธยมศึกษาตอนปลาย	๒,๖๔๗,๐๘๔		๕๕.๕	๑๗.๑	๒๘.๐
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	๔๔๑,๘๗๔		๖๑.๖	๑๓.๔	๓๕.๙
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	๔๐๙,๗๒๐		๔๙.๖	๒๑.๗	๔๒.๐

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ๒๕๕๒

ภาคผนวก ๓.๕ ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนในประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๓๔ - ๒๕๕๒

การสำรวจสุขภาพด้วย การตรวจร่างกาย	BMI >๒๕ กก./ตร.ม.			BMI ๒๕ - ๓๐ กก./ตร.ม.			BMI >๓๐ กก./ตร.ม.		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๓๔				๑๒.๐	๑๙.๕	๑๖.๗	๑.๗	๕.๖	๔.๐
ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๔๐	๑๙.๒	๓๓.๙	๒๘.๓				๓.๕	๘.๘	๖.๘
ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๗				๑๗.๘	๒๕.๔	๒๑.๗	๔.๘	๙.๐	๗.๐
ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๒	๒๘.๔	๔๐.๗	๓๔.๗	๒๒.๓	๒๙.๑	๒๕.๙	๖.๐	๑๑.๖	๘.๙

ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพของคนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. ๒๕๓๔, ๒๕๔๐, ๒๕๔๗ และ ๒๕๕๒

## ภาคผนวก ๓.๖ การคาดประมาณความก้าวหน้าในการพัฒนาคน

ความก้าวหน้าในการพัฒนาคน	ปี พ.ศ.			
	๒๕๕๓	๒๕๗๘	๒๖๐๓	%เปลี่ยนแปลง
ประชากร (ล้านคน)	๖๖.๑๖	๗๐.๐๔	๖๕.๖๙	-๐.๗๐
ประชากรในเมือง (%ประชากรทั้งหมด)	๓๗.๑๔	๕๐.๒๔	๖๐.๑๐	๖๑.๘๐
ประชากรอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี (ล้านคน)	๑๔.๑๘	๑๒.๓๔	๑๐.๗๑	-๒๔.๕๐
ประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไป (ล้านคน)	๕.๑๘๖	๑๒.๖๓	๑๕.๒๗	๑๙๔.๔๐
ดัชนีการพัฒนามนุษย์ (ช่วง ๐ - ๑)	๐.๗๙๙	๐.๘๖๑	๐.๙๑๐	๑๓.๙๐
ความยากจน (มีรายได้ต่ำกว่า๒/วัน) (ร้อยละ)	๒๐.๗๐	๑๒.๗๐	๕.๘๐	N
ความยากจน (มีรายได้ต่ำกว่า๕/วัน) (ร้อยละ)	๖๔.๐๐	๕๐.๙๐	๒๗.๒๐	N
ความยากจน (มีรายได้ต่ำกว่า๑๐/วัน) (ร้อยละ)	๘๙.๔๐	๘๑.๗๐	๕๗.๖๐	N
<b>สุขภาพ</b>				
ช่วงอายุการมีชีวิต (ปี)	๗๐.๐๙	๗๔.๓๕	๗๘.๐๐	๑๑.๓๐
อัตราการตายของทารก (อายุต่ำกว่า ๑ ปี) (ต่อ ๑,๐๐๐ คน)	๗.๖๘๑	๔.๕๕๙	๒.๕๕๑	-๖๖.๘๐
อัตราการตายของเด็ก (อายุต่ำกว่า ๕ ปี) (ต่อ ๑,๐๐๐ คน)	๑๑.๓๒	๖.๗๕๒	๓.๘๐๓	-๖๖.๔๐
ปริมาณแคลอรีต่อคนต่อวัน	๒,๔๗๘	๒,๕๗๑	๓,๑๑๖	๒๕.๗๐
ร้อยละของเด็กที่มีภาวะโภชนาการต่ำ	๑๖.๓๑	๑๐.๗๕	๖.๖๕๖	-๕๙.๒๐
ร้อยละของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคอ้วน (อายุตั้งแต่ ๓๐ ปีขึ้นไป)	๘.๕๕๔	๑๑.๒๑๐	๑๕.๒๒๐	๘๐.๐๐
ร้อยละของผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่	๒๙.๕๔	๒๖.๒๓	๒๖.๐๖	-๑๑.๘๐
ร้อยละของผู้ติดเชื้อ HIV เทียบกับผู้ติดเชื้อทั้งหมด	๑.๓๑๖	๐.๘๙๕	๐.๓๐๙	-๗๖.๕๐
<b>อัตราการตาย (พันคน/ปี)</b>				
โรคเอดส์	๓๑.๑๓๐	๑๔.๓๐๐	๓.๑๗๔	N
โรคท้องร่วง	๑๑.๕๗๐	๙.๗๓๕	๗.๗๗๐	N
โรคมาลาเรีย	๐.๖๘๔	๐.๒๔๗	๐.๐๘๗	N
โรคระบบทางเดินหายใจ	๑๖.๑๕	๑๖.๕๔	๑๓.๙๙	N
โรคติดต่ออื่นๆ	๕๕.๑๑	๒๘.๙๒	๑๔.๔๙	N
โรคระบบหัวใจหลอดเลือด	๑๑๒.๒๐	๑๙๕.๐๐	๒๐๙.๙๐	N
โรคเบาหวาน	๓๑.๕๗	๖๐.๒๘	๖๙.๘๓	N
โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร	๒๙.๘๐	๔๓.๑๑	๔๗.๓๕	N
โรคเกี่ยวกับมะเร็ง	๙๙.๙๔	๑๕๘.๕๐	๑๕๙.๙๐	N
โรคสุขภาพจิต	๑๔.๕๘	๒๗.๗๑	๓๙.๕๕	N
โรคระบบหายใจ	๔๓.๔๔	๙๔.๐๒	๑๓๒.๒๐	N
โรคไม่ติดต่ออื่นๆ	๐.๐๗๒	๐.๑๒๔	๐.๑๔๒	N
อุบัติเหตุบนท้องถนน (การบาดเจ็บ)	๒๐.๕๖	๒๓.๐๐	๒๑.๔๗	N
การบาดเจ็บอื่นๆ ที่เกิดจากความไม่ตั้งใจ	๒๖.๐๔	๓๑.๔๐	๓๒.๓๖	N
การบาดเจ็บที่เกิดจากความตั้งใจ	๑๖.๘๘	๒๑.๔๙	๒๓.๑๖	N





ความก้าวหน้าในการพัฒนาคน	ปี พ.ศ.			
	๒๕๕๓	๒๕๗๘	๒๖๐๓	%เปลี่ยนแปลง
<b>การศึกษา</b>				
ระยะเวลาการศึกษาของผู้หญิงอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป (ปี)	๖.๖๕๔	๙.๓๘๒	๑๒.๐๗๐	๘๑.๔๐
ระยะเวลาการศึกษาของผู้ชายอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป (ปี)	๗.๐๑๐	๘.๖๗๕	๑๐.๙๑๐	๕๕.๖๐
ร้อยละของประชากรทั่วไปที่ได้เรียนขั้นสูงกว่ามัธยมศึกษา	๖๒.๗๖	๗๖.๐๙	๘๕.๔๖	๓๖.๒๐
ร้อยละของประชากรทั่วไปที่ได้เรียนในระดับมหาวิทยาลัย	๔๗.๐๖	๕๐.๓๘	๕๕.๒๑	๑๗.๓๐
<b>โครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวกับสุขภาพ</b>				
น้ำสะอาด (ร้อยละของประชากรที่ไม่มีน้ำสะอาดดื่ม)	๑.๐๒๙	๐.๐๐๐	๐.๐๐๐	N
การสุขาภิบาล (ร้อยละของประชากรที่ไม่มีสุขาภิบาลที่ดี)	๑.๑๕๕	๐.๕๙๔	๐.๙๗๐	N
Solid Fuels (ร้อยละของประชากรที่ใช้ Solid Fuels ในครัวเรือน)	๒๑.๗๗๐	๑๓.๖๕๐	๗.๘๔๒	N
มลพิษอากาศในเมือง (ไมโครกรัม/cc of Particulate Matter ๒.๕ mc or less)	๓๕.๓๓๐	๒๐.๕๕๐	๑๑.๙๑๐	N
<b>โครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากร</b>				
การใช้น้ำ (๑,๐๐๐ คิวบิกเมตร/ประชากร)	๑.๓๒๑	๑.๓๐๑	๑.๓๒๕	N
ผลผลิตทางการเกษตร (เมตริกตัน/เฮกตาร์/ปี)	๓.๒๙๕	๓.๑๘๗	๓.๒๐๑	N
ความต้องการพลังงาน (บาร์เรล/ประชากร)	๙.๖๔๗	๑๑.๙๙๐	๑๒.๕๒๐	N
ความต้องการใช้ไฟฟ้า (KWH/ประชากร/ปี)	๒,๐๕๙.๐๐	๓,๑๙๑.๐๐	๕,๖๙๐.๐๐	N
การปล่อยสารที่มีองค์ประกอบคาร์บอน (ล้านตัน/ปี)	๐.๐๗๙	๐.๐๙๓	๐.๐๗๘	N
<b>โครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการขนส่ง</b>				
ปริมาณพื้นที่ทางถนน (กม./๑,๐๐๐ เฮกตาร์)	๓.๗๓๙	๕.๓๕๓	๘.๒๘๑	N
จำนวนยานพาหนะ (คัน/๑,๐๐๐ คน)	๑๑๑.๙๐	๒๖๘.๘๐	๕๖๓.๐๐	N
<b>โครงสร้างพื้นฐานเกี่ยวกับการสื่อสาร</b>				
ร้อยละประชากรที่ใช้โทรศัพท์มือถือ*	๗๙.๘๓	๑๒๐.๐๐	๑๒๐.๐๐	N
ร้อยละประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ต	๑๖.๑๗	๓๓.๒๓	๔๒.๔๘	N
ร้อยละประชากรที่ใช้เทคโนโลยีส่งข้อมูลความเร็วสูง	๖.๐๔๔	๖๑.๔๕๐	๙๙.๖๐๐	N
<b>โครงสร้างพื้นฐานด้านอื่นๆ</b>				
ร้อยละของ GDP สำหรับค่าใช้จ่ายด้านกรวิจัยและพัฒนา	๐.๒๖๒	๐.๕๒๙	๑.๐๖๒	N
<b>ระบบอภิบาล (Governance)</b>				
ดัชนีความอิสระของครัวเรือน (ช่วง ๒ - ๑๔)	๑๑.๐๗	๑๒.๐๙	๑๓.๓๓	๒๐.๔๐
ดัชนีความเป็นประชาธิปไตยทางการเมือง (ช่วง ๑ - ๒๐)	๑๙.๐๐	๑๙.๕๑	๒๐.๐๐	๕.๓๐
ดัชนีความเสรีทางเศรษฐกิจ (ช่วง ๑ - ๑๐)	๖.๙๘๓	๗.๒๓๔	๗.๕๕๖	๘.๒๐
ดัชนีการคอร์รัปชัน (ช่วง ๑ - ๑๐)	๓.๘๒๒	๔.๔๙๒	๕.๘๗๖	๕๓.๗๐
ดัชนีการรวมตัวทางเศรษฐกิจ (ช่วง ๐ - ๑๐๐)	๑๗.๓๐	๑๗.๐๙	๑๔.๘๘	-๑๔.๐๐
ดัชนีความเป็นโลกาภิวัตน์ (ช่วง ๐ - ๑๐๐)	๑๕.๓๖	๒๔.๘๘	๓๓.๗๘	๑๑๙.๙๐

ที่มา : Barry B. Hughes, Randall Kuhn, Cecilia M. Peterson, Dale S. Rothman and Jose R Solorzano, ๒๐๑๑, Improving Global Health: Forecasting the next ๕๐ years; Pattern of Human Progress Volume ๓, Frederick S. Pardee Center for International Futures, University of Denver, USA. Oxford University Press.

\* ร้อยละของประชากรที่ใช้โทรศัพท์มือถือสามารถมากกว่าร้อยละ ๑๐๐ เนื่องจากบางคนมีหลายเครื่อง (ข้อมูลเบื้องต้นจาก International Telecommunications Union)

## ภาคผนวก ๔ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ<sup>๔๔</sup>

### โอกาสและศักยภาพ

ปัจจุบันกระแสความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพทั้งระดับโลก ประเทศ ท้องถิ่น มีอยู่สูง ทำให้คนเอาใจใส่สุขภาพอนามัยกันมากขึ้น ประกอบกับรัฐมีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ สสส. มีภาคีเครือข่ายที่มีความสามารถอีกจำนวนมาก ทั้งในและต่างประเทศ อีกทั้งมีภาพลักษณ์องค์กรที่ดี ทำให้ภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ สังคม ประชาชน และธุรกิจบางส่วน เข้าใจและเห็นความสำคัญในบทบาทของ สสส. ในการสร้างเสริมสุขภาพ ผนวกกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในการสื่อสารทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายทางสังคมซึ่งเอื้อให้สามารถสื่อสารทางตรงกับประชากรกลุ่มต่างๆ ได้สะดวกยิ่งขึ้น

สสส. มีศักยภาพและพร้อมดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการสั่งสมองค์ความรู้และประสบการณ์ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านระบบและกลไกการดำเนินงาน สสส. มีคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งมีความรู้ความสามารถหลากหลาย มีโครงสร้างองค์กรที่มีความคล่องตัวในการดำเนินงาน มีระบบการทำงานที่มีความยืดหยุ่น และคล่องตัว สสส. ได้รับงบประมาณตามที่กฎหมายกำหนด ทำให้มีทรัพยากรเพียงพอที่จะสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

### อุปสรรคและข้อจำกัด

กระแสโลกาภิวัตน์ทั้งเรื่องทุน ข้อมูล การค้าระหว่างประเทศ มีผลต่อการกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ในประเทศ การต่อต้านจากอิทธิพลเชิงพาณิชย์ ผนวกกับมุมมองของสังคมที่อาจไม่ตระหนักถึงผลต่อสุขภาพในบางมิติ ปัญหาสังคมและสุขภาพยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น หากการเมืองขาดเสถียรภาพหรือมีความขัดแย้งอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารงาน และงบประมาณของ สสส. ได้

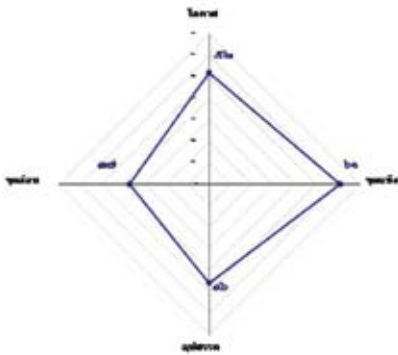
สุขภาพะมีนิยามที่กว้างขวางและหลากหลาย ทำให้ยากต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย การดำเนินงานของ สสส. ต้องรายงานผลการดำเนินงานต่อรัฐสภา ซึ่งมีลักษณะเป็นการตรวจสอบภายหลัง (post audit) มิใช่ระบบการขออนุมัติแผนการดำเนินงานและงบประมาณก่อนการดำเนินงานซึ่งเป็นการทบทวน ตรวจสอบก่อนการดำเนินงาน (pre-audit) ทำให้มีผู้ที่ไม่เข้าใจและต่อต้าน ระบบงานภายในที่เน้นความโปร่งใส และธรรมาภิบาลที่ดีโดยใช้



<sup>๔๔</sup> การวิเคราะห์ศักยภาพของ สสส. เป็นผลจากการประชุมระดมสมองระหว่างคณะกรรมการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฯ กับผู้ทรงคุณวุฒิเมื่อวันที่ ๗ - ๘ มกราคม ๒๕๕๕

กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีในการพัฒนา ทบทวน อนุมัติโครงการ เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา แต่ สสส. มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการทำงานเชิงรุกได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งยังต้องการ พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินงานที่เน้นนวัตกรรมใหม่ในการ สร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานได้อย่างแม่นยำ

### การวิเคราะห์ศักยภาพ โอกาส ข้อจำกัด อุปสรรคและกลยุทธ์การดำเนินงาน



#### จุดแข็ง (Strength)

- กรรมการและภาคีเครือข่ายเข้มแข็งมีความรู้ ความสามารถหลากหลาย
- ระบบงบประมาณมีความมั่นคง เพียงพอ และ ต่อเนื่อง
- มี พ.ร.บ. รองรับการทำงาน และมีโครงสร้าง องค์กรที่มีความคล่องตัวในการดำเนินงาน
- มีระบบการทำงานที่มีความยืดหยุ่น และคล่องตัว
- มีองค์ความรู้และประสบการณ์ในเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

#### จุดอ่อน (Weakness)

- ข้อจำกัดสมรรถนะบุคลากร (การวางแผน ติดตามประเมินผล ประสานงานเครือข่าย)
- นิยามสุขภาพที่กว้างขวางและหลากหลาย เป้าหมายการดำเนินงานไม่ชัดเจน
- ระบบงานภายในไม่ตอบสนองการทำงานเชิงรุก ใช้เวลามาก (การพัฒนา ทบทวน อนุมัติโครงการ บูรณาการภายใน)
- ขาดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การทำงานร่วมกัน ระหว่างภาคีเครือข่าย
- ระบบการติดตามประเมินผลยังไม่มีประสิทธิภาพ เท่าที่ควร

#### โอกาส (Opportunity)

- ภาพลักษณ์องค์กรที่ดี ภาคส่วนต่างๆ ทั้งรัฐ สังคม ประชาชน และธุรกิจบางส่วน เห็นความสำคัญ เริ่มเข้าใจบทบาท สสส. มากขึ้น
- กระแสความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพระดับโลก ประเทศ ท้องถิ่น สูงมากขึ้น
- มีภาคีเครือข่ายที่มีความสามารถอีกจำนวนมาก ทั้งในและต่างประเทศ
- นโยบายของรัฐเรื่องส่งเสริมสุขภาพ การขับเคลื่อน ปฏิรูปประเทศไทย
- ความก้าวหน้าเทคโนโลยี Social network ทำให้ การสื่อสารเข้าถึงประชาชนกลุ่มต่างๆ

#### สถานการณ์ SO :

##### รุกขยายงาน/เร่งดำเนินการ

- เพิ่มประเด็นยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องทำให้เกิด กระบวนการเปลี่ยนแปลง
- ขยายความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในระดับ ชุมชน ท้องถิ่น ภูมิภาค ตลอดจนนานาชาติ
- ขยายเครือข่ายสังคมออนไลน์ เพื่อต่อยอด การสร้างและจัดการความรู้ และการขับเคลื่อน ประเด็นยุทธศาสตร์

#### สถานการณ์ WO :

##### ปรับปรุง/ขอแรงหนุนจากพันธมิตร

- ปรับโครงสร้างแผนโดยวิเคราะห์พันธกิจหลักและ พันธกิจที่เกี่ยวข้อง จัดลำดับความสำคัญและ บริหารจัดการให้เกิดความเชื่อมโยง
- ใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึง social determinants of health และต้องแบ่งสัดส่วนระหว่าง จุดมุ่งเน้น (หัว) และส่วนอื่น (หาง) โดยทำ mapping
- Manage partnership ให้เหมาะสม ให้เข้ามา มีส่วนร่วมตั้งแต่แรก
- ปรับปรุงระบบบริหารจัดการภายในให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยกำหนดภาพรวมยุทธศาสตร์องค์กรในอนาคต

#### ภัยคุกคาม (Threat)

- ปัญหาสังคมยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น ความคาดหวัง ของสังคมสูงขึ้น
- การขาดเสถียรภาพและความขัดแย้งทางการเมือง อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน และงบประมาณ ของ สสส.
- งบประมาณที่ได้รับไม่ผ่านสภาอาจทำให้เกิดข้อสงสัย เรื่องความไม่โปร่งใสและขาดธรรมาภิบาล นำไปสู่ การต่อต้าน
- การต่อต้านจากอิทธิพลเชิงพาณิชย์ และความไม่ ตระหนักของสังคมต่อปัญหาสุขภาพ
- กระแสโลกาภิวัตน์ทั้งเรื่องทุน ข้อมูล การค้าระหว่าง ประเทศ มีผลต่อการกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ ในประเทศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

#### สถานการณ์ ST :

##### ป้องกันตัว/รอโอกาสเหมาะ

- บริหารความสัมพันธ์กับการเมืองให้เหมาะสม
- พัฒนาเครื่องมือ คู่มือ มาตรฐานงานระบบ ICT เพื่อรองรับการทำงานของเจ้าหน้าที่และภาคี ให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้
- สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้มากที่สุด

#### สถานการณ์ WT :

##### ถอย/ตั้งรับ

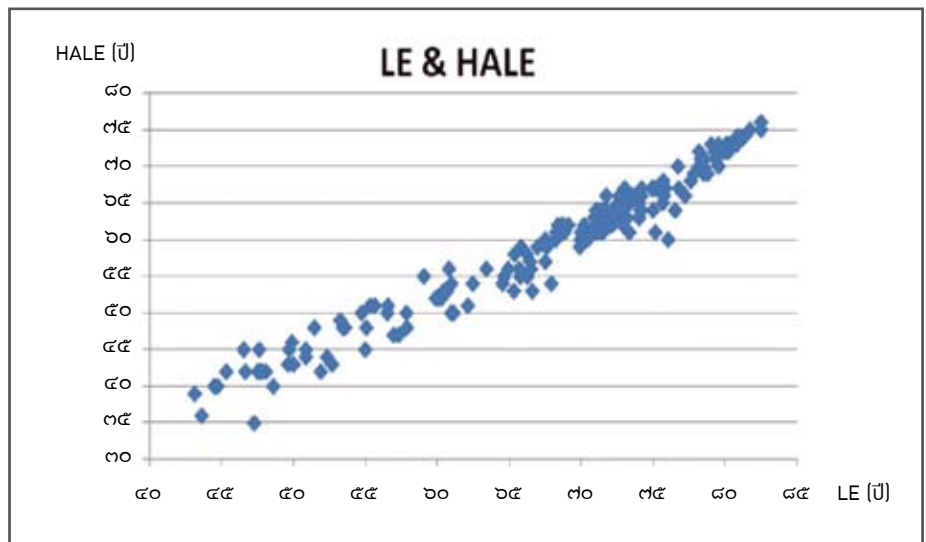
- ระมัดระวังไม่ให้เกิดการทำงานเกินขอบเขต ภารกิจ ถ่ายโอนภารกิจให้เจ้าภาพหลัก
- ระมัดระวังสิ่งนี้อาจส่งผลกระทบต่อภาคการเมือง
- พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ ภาคี และ reviewer เช่น การสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารโครงการ กำกับติดตามประเมินผล การใช้จ่ายงบประมาณ

## ภาคผนวก ๕ การตั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Target)

๑. ความเป็นมา คณะอนุกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้กำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์สำหรับการดำเนินงานระยะสิบปีดังนี้ "ทุกคนมีอายุยืนยาวขึ้นอย่างมีสุขภาพ โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นจาก ๗๒ ปี ในพ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๗๖ ปี ในพ.ศ. ๒๕๖๔ และมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีสุขภาพ (Health Adjusted Life Expectancy, HALE)<sup>๓๖</sup> เพิ่มขึ้นจาก ๖๖ ปี ในพ.ศ. ๒๕๕๒<sup>๓๗</sup> เป็น ๗๒ ปี ในพ.ศ. ๒๕๖๔" ทั้งนี้การกำหนดเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ดังกล่าวต้องการข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้มีความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติและสามารถบรรลุผลภายในระยะเวลาที่กำหนด<sup>๓๘</sup>

๒. องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประเทศสมาชิกในปี ๒๕๔๕, ๒๕๔๖ และ ๒๕๕๐ สรุปได้ดังนี้

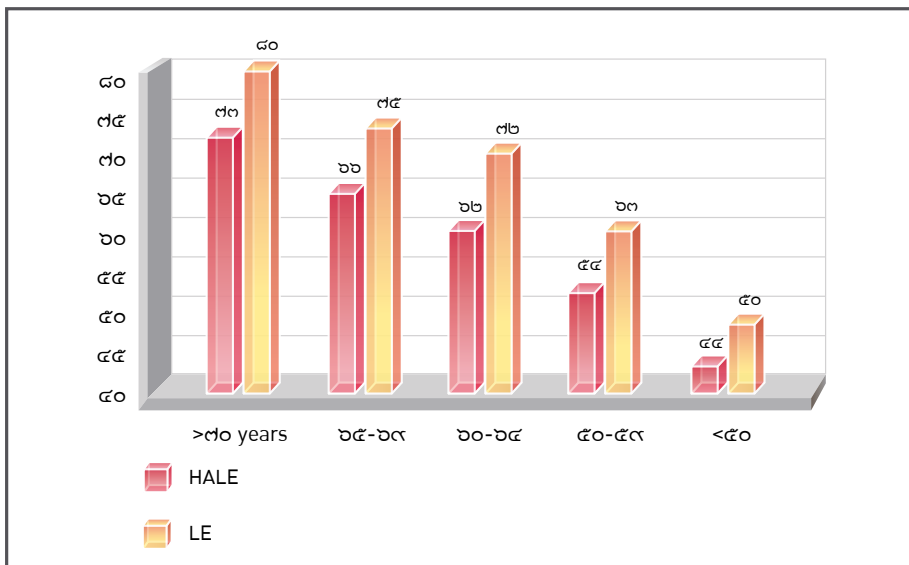
๒.๑ ในปี ๒๕๕๐ ในบรรดาประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกมีเพียง ๓๔ ประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีมากกว่า ๗๐ ปี คนญี่ปุ่นมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีสูงสุดคือ ๗๖ ปี โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ๘๓ ปี ส่วนต่างระหว่าง LE และ HALE ของประเทศญี่ปุ่นเท่ากับ ๗ ปี



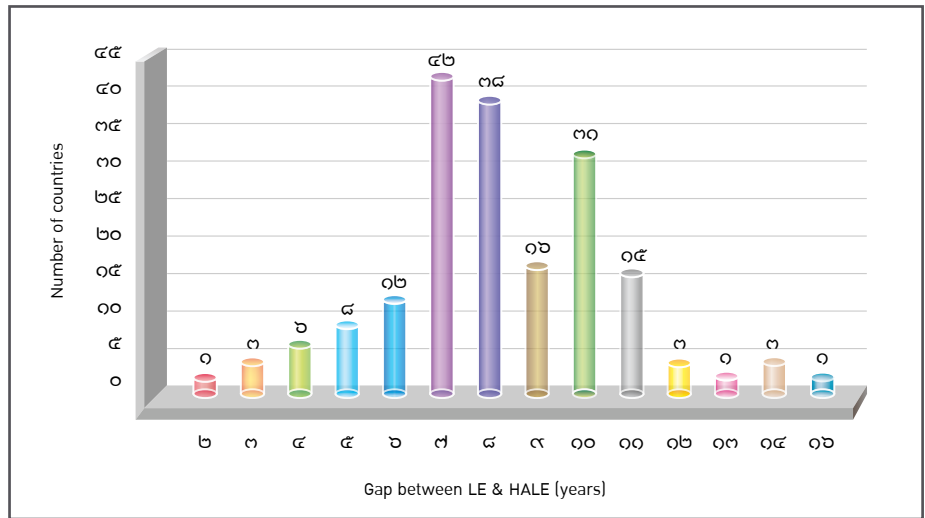
<sup>๓๖</sup> หมายถึงจำนวนปีที่คาดว่าจะเกิดในปีนั้นๆ จะอยู่อย่างมีสุขภาพดีภายใต้แบบแผนของการเจ็บป่วยและตายของประชากรในปีนั้นๆ โดยคาดประมาณจากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดลดด้วยจำนวนปีที่สูญเสียไปจากการเจ็บป่วยและการ

<sup>๓๗</sup> ดร.ชนิษฐา บุญธรรมเจริญ สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ทำการคาดประมาณเบื้องต้นโดยใช้ข้อมูลภาวะโรคปี ๒๕๕๒

<sup>๓๘</sup> คุณสมบัติของเป้าประสงค์ที่ดีนั้นประกอบด้วย specific, measurable, achievable, realistic and timebound (SMART)



๒.๒ ส่วนต่างของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) กับอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (HALE) ในพ.ศ. ๒๕๕๐ บรรดาประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกมี ๔๒ ประเทศที่มีส่วนต่างของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) กับอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (HALE) เท่ากับ ๗ ปี ในขณะที่ ๓๔ ประเทศมีส่วนต่าง ๘ ปีและอีก ๓๑ ประเทศมีส่วนต่างเท่ากับ ๑๐ ปี โดยประเทศเบลจิกมีส่วนต่างระหว่าง LE (๗๖ ปี) กับ HALE (๖๐ ปี) มากที่สุดคือ ๑๖ ปี ในขณะที่ ประเทศอิตาลีมีส่วนต่างระหว่าง LE (๕๗ ปี) กับ HALE (๕๕ ปี) น้อยที่สุดคือ ๒ ปี ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนประเทศที่มีช่วงอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีในช่วงอายุต่างๆ ส่วนต่างระหว่างอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth, LE)กับอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (HALE) ของกลุ่มประเทศเหล่านี้แทบไม่ต่างกัน บ่งชี้ว่าการมีส่วนต่างระหว่าง LE & HALE ที่ต่ำกว่า มิได้หมายถึงการมีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค หรือการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่า โดยกลุ่มประเทศที่มี HALE มากกว่า ๗๐ ปี มีส่วนต่างระหว่าง LE กับ HALE เฉลี่ย ๗ ปี ต่ำสุดที่ ๖ ปี ในขณะที่กลุ่มประเทศที่มี HALE ต่ำกว่า ๕๐ ปี มีส่วนต่างระหว่าง LE กับ HALE เฉลี่ย ๖ ปี ต่ำสุดที่ ๒ ปี ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่า ประเทศที่สามารถเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็วนั้นมักเป็นประเทศที่มีประสบการณ์สู้รบโดยเหตุการณ์ดังกล่าวได้ยุติลงหรือกลุ่มประเทศที่สามารถจัดการกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์/เอชไอวี/เอดส์ โดยให้บริการยาต้านไวรัสได้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น อังกฤษ บอตสวานา บูรุนดี และโคตเดอัวร์วัวร์ เป็นต้น



ตารางที่ ๑ จำนวนประเทศจำแนกตามช่วงอายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีและส่วนต่างระหว่าง LE & HALE พ.ศ. ๒๕๕๐

HALE	จำนวน ประเทศ	ส่วนต่างระหว่าง LE & HALE			
		สูงสุด (ปี)	ต่ำสุด (ปี)	median	เฉลี่ย (ปี)
มากกว่า ๗๐ ปี	๓๔	๑๐	๖	๗	๗
๖๕-๖๙ ปี	๓๕	๑๑	๖	๘	๘
๖๐-๖๔ ปี	๕๐	๑๖	๖	๑๐	๙
๕๐-๕๙ ปี	๔๒	๑๔	๔	๘	๙
<๕๐ ปี	๓๒	๑๒	๒	๖	๖

ที่มา : WHO, Health Statistic, ๒๐๐๙

๒.๓ ในกรณีประเทศไทย องค์การอนามัยโลกคาดประมาณว่า ในพ.ศ. ๒๕๕๐ คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเท่ากับ ๖๒ ปี และมีส่วนต่างระหว่าง LE กับ HALE เท่ากับ ๗ ปี โดยในช่วงระยะเวลา ๔ ปี นับแต่พ.ศ. ๒๕๔๖ ถึงพ.ศ. ๒๕๕๐ ประเทศไทยมี HALE เพิ่มขึ้น ๒ ปี<sup>๕๙</sup>

<sup>๕๙</sup> ทั้งนี้ข้อสังเกตเพิ่มเติมว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของผู้หญิงไทยในปี ๒๕๕๐ ลดลงจากปี ๒๕๔๖ เป็นเวลาหนึ่งปี ในขณะที่มีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นสามปี โดยที่เป็นการเสนอข้อมูลภาคตัดขวางเป็นรายปี มิใช่แบบต่อเนื่อง จึงไม่มีคำอธิบายประกอบเกี่ยวกับสาเหตุการลดลงดังกล่าว นอกจากนี้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของไทยที่คำนวณโดยองค์การอนามัยโลกนั้นค่อนข้างแตกต่างจากที่คำนวณโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งคำนวณจากการใช้ฐานข้อมูลจากสำมะโนประชากรและการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังแสดงในตารางถัดไป

ตารางที่ ๒ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประเทศไทย

รายการ	ผู้ชาย			ผู้หญิง			รวม		
	๒๕๔๕	๒๕๕๐	๒๕๕๕	๒๕๔๕	๒๕๕๐	๒๕๕๕	๒๕๔๕	๒๕๕๐	๒๕๕๕
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) (ปี)	๖๔	๖๔	๖๕	๖๓	๖๓	๖๒	๖๔	๖๔	๖๔
อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (HALE) (ปี)	๕๘	๕๘	๕๙	๖๒	๖๒	๖๕		๖๐	๖๒
ส่วนต่างระหว่าง LE & HALE (years)	๖	๖	๖	๑๑	๑๑	๖		๔	๖
การเปลี่ยนแปลง HALE (years)	๒๕๔๕-๒๕๕๐ = ๑ year			๒๕๔๕-๒๕๕๐ = ๓ years			๒๕๔๖-๒๕๕๐ = ๒ years		

ที่มา : WHO, Health Statistic, various years

๓. Pardee Center for International Futures มหาวิทยาลัยเดนมาร์ก สหรัฐอเมริกา คาดประมาณความก้าวหน้าการพัฒนาคคนของประเทศต่างๆ ทั่วโลก จากรายงานฉบับนี้มีการคาดประมาณว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยใน พ.ศ. ๒๕๖๘ จะอยู่ที่ ๖๔.๕ ปี และมีรายได้ต่อหัวประมาณ ๙,๘๔๕ เหรียญสหรัฐ ณ ระดับภาวะเสมอภาคของอำนาจซื้อ<sup>๕๐</sup> (Purchasing Power Parity: PPP, ในพ.ศ. ๒๕๕๓) ในการพัฒนาแบบจำลองเพื่อคาดประมาณความก้าวหน้าในการพัฒนาคคนนี้ ศูนย์ Pardee ใช้ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (ซึ่งแทนด้วยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด) สามประการ ได้แก่ รายได้<sup>๕๑</sup> (โดยใช้รายได้เฉลี่ยต่อหัว PPP ในพ.ศ. ๒๕๕๓) การศึกษา โดยเฉพาะการศึกษาของสตรี และเวลา (ซึ่งเป็น proxy ของการเปลี่ยนแปลงในเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับคน) ทั้งนี้รายได้เฉลี่ยต่อหัว ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ คิดมูลค่าระดับภาวะเสมอภาคของอำนาจซื้อใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีความสัมพันธ์กับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) พ.ศ. ๒๕๕๐ (R-squared= ๐.๖๐๖๔๙)

๔. หากใช้**อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดที่มีสุขภาพดี** เป็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ที่ต้องการบรรลุใน ๒๐ ปีข้างหน้ามีทางเลือกในการกำหนดเป้าหมายสามประการคือ

๔.๑ คาดประมาณโดยใช้ค่าน้ำหนักความพึงพอใจในภาวะสุขภาพของ ประชากรไทย โดยให้ค่าน้ำหนักสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นร้อยละ ๐.๒, ร้อยละ ๐.๕

<sup>๕๐</sup> คณะกรรมการจัดทำพจนานุกรมศัพท์เศรษฐศาสตร์ แห่งราชบัณฑิตยสถาน บัญญัติศัพท์ purchasing power parity (ppp) ไว้ว่า ภาวะเสมอภาคของอำนาจซื้อ <http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=๒๖๒๘>

<sup>๕๑</sup>  $y = ๖.๓๒๙๐ + ๗.๒๒๒๕ \cdot \ln(\text{GDP per capita})$ ; R-squared = ๐.๖๓๓๙ โดย y แทนอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด

ซึ่ง ดร.ชนิษฐา บุญธรรมเจริญ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ให้ความอนุเคราะห์ทำการคาดประมาณโดยใช้ข้อมูลประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และจากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม<sup>๕๒</sup> (ภาคผนวก ๕.๓ และ ๕.๔) ปรากฏผลดังตารางข้างท้าย

	LE	HALE	HALE	HALE
male		constant	๐.๐๒%	๐.๐๕%
๒๐๑๕ - ๒๐	๗๓.๘	๖๖.๗๓	๖๖.๘๗	๖๗.๐๖
๒๐๒๐ - ๒๕	๗๔.๖๒	๖๘.๐๑	๖๘.๑๕	๖๘.๓๕
female				
๒๐๑๕ - ๒๐	๘๐.๑	๖๙.๗๕	๖๙.๘๘	๗๐.๑
๒๐๒๐ - ๒๕	๘๑.๓๘	๗๐.๙๓	๗๐.๐๗	๗๑.๒๘

หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจากรายงานการประมาณประชากรประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓

	LE	HALE	HALE	HALE
male		constant	๐.๐๒%	๐.๐๕%
๒๐๒๐	๗๔.๖๑	๖๗.๙๑	๖๘.๐๕	๖๘.๒๖
female				
๒๐๒๐	๘๐.๔๔	๗๐.๒	๗๐.๓๔	๗๐.๕๖

หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

๕.๒ การกำหนดเป้าหมายโดยวิธีเทียบเคียง (Benchmarking) ซึ่งสามารถจำแนกได้ ๒ ทางเลือกคือ

๕.๒.๑ การเทียบเคียงกับกลุ่มประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดใกล้เคียงกับการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของไทยในพ.ศ. ๒๐๓๕ ซึ่ง Pardee ได้คาดประมาณว่าจะอยู่ที่ ๗๔.๕ ปี จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกมี ๑๖ ประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดอยู่ระหว่าง ๗๔-๗๕ ปี ในจำนวนนี้ มีเพียง

<sup>๕๒</sup> การคาดประมาณประชากรและอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมีความแตกต่างกัน เนื่องจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดประมาณจากฐานข้อมูลสำมะโนประชากร ในขณะที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคมทำการคาดประมาณโดยใช้ฐานข้อมูลจากทะเบียนราษฎร





๑๐ ประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีมากกว่าประเทศไทย (๖๒ ปี) และมีระดับรายได้ต่อหัว ณ ระดับภาวะเสมอภาคของอำนาจซื้อ สูงกว่าประเทศไทย ได้แก่ เวเนซุเอล่า มอนเตเนโกร ออสเตรเลีย รัฐยูโกสลาฟ ลิเบีย มาเลเซีย สโลวาเกีย เม็กซิโก บอสเนียเฮอร์เซโกวีนา อาร์เจนตินาและโปแลนด์ ค่าเฉลี่ยของอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเท่ากับ ๖๖ ปี ค่าสูงสุดที่ ๖๗ ปี และมีค่าเฉลี่ยของส่วนต่างระหว่างอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดกับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีคือ ๘ ปี น้อยที่สุดคือ ๗ ปี โดยวิธีนี้มีข้อสังเกตว่า จากการคำนวณโดย ดร.ชนิษฐา ในพ.ศ. ๒๕๕๒ ประเทศไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีที่ ๖๖ ปี และจากการคำนวณขององค์การอนามัยโลก ในพ.ศ. ๒๕๕๐ ประเทศไทยมีส่วนต่าง ระหว่าง LE และ HALE ที่ ๖ ปี ซึ่งดีกว่าค่าเฉลี่ยอยู่แล้ว

๔.๒.๒ การเทียบเคียง กับกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากร ประมาณ ๙,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ เหรียญสหรัฐฯ ระดับภาวะเสมอภาคของอำนาจซื้อซึ่งเป็นระดับที่ Pardee ได้คาดประมาณรายได้ ต่อหัวของไทยในพ.ศ. ๒๕๗๘ (ค.ศ. ๒๐๓๕) ซึ่งมี ๒๐ ประเทศในจำนวนนี้มี ๑๕ ประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับหรือสูงกว่าประเทศไทย ประเทศเหล่านี้มีค่าเฉลี่ยของอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเท่ากับ ๖๖ ปี ค่าสูงสุดที่ ๗๐ ปี และมีค่าเฉลี่ยของส่วนต่างระหว่างอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดกับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีคือ ๘ ปี น้อยที่สุดคือ ๗ ปี หากใช้ค่าสูงสุดเป็นเกณฑ์เทียบเคียง อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีในอีก ๒๕ ปีข้างหน้า คือ ๗๐ ปีหรือเพิ่มขึ้น ๔ ปีจากปัจจุบัน

๔.๒.๓ สรุป ด้วยวิธีการคำนวณที่ต่างกัน สามารถคาดประมาณ HALE ได้ดังนี้

(๑) วิธีการคาดประมาณภายใต้สมมุติฐานค่าน้ำหนักสุขภาพดีที่เพิ่มขึ้น คาดว่า HALE ในพ.ศ. ๒๕๖๓ จะอยู่ที่ ๖๖.๙-๖๗.๑ ปี สำหรับผู้ชาย และ ๖๙.๙-๗๐.๑ ปี สำหรับผู้หญิง สำหรับในพ.ศ. ๒๕๖๘ จะอยู่ที่ ๖๘.๑-๖๘.๔ ปี สำหรับผู้ชาย และ ๗๑.๑-๗๑.๓ ปี สำหรับผู้หญิง

(๒) หากเทียบเคียงกับกลุ่มประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดระดับ ๗๔-๗๕ ปี โดยมี HALE ดีกว่าประเทศไทยแล้ว HALE ในพ.ศ. ๒๕๗๘ จะอยู่ที่ ๖๖-๖๗ ปี

(๓) หากเทียบเคียงกับกลุ่มประเทศที่มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรใกล้เคียงกับประเทศไทย HALE ในพ.ศ. ๒๕๕๐ จะอยู่ที่ ๖๖-๗๐ ปี

๕. ความเห็นเพิ่มเติม จากการคำนวณ โดยวิธีต่างๆ จะเห็นว่าอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีจะเพิ่มไม่มากนักประมาณ หนึ่งปีกว่าในสิบปีข้างหน้า หรือสี่ปีในอีก ๒๕ ปีข้างหน้า นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมของ Pardee บ่งชี้ว่าการมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นนั้นมาจากหลายปัจจัยซึ่งอยู่นอกภาคสุขภาพหรือจากปัจจัยในระบบสุขภาพที่ สสส. มีบทบาทไม่มากนักเมื่อเทียบกับหน่วยงานเช่น สปสช. ในขณะที่การสร้างเสริมสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพซึ่งเป็นภารกิจหลักของ สสส. นั้น มีความเหลื่อมของช่วงเวลา (time lag) ที่จะส่งผลให้ภาระโรคลดลง เพื่อส่งผลต่อเนื่องให้อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม



ภาคผนวกที่ ๕.๑ เปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด กับอายุเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี w.ศ. ๒๕๕๐ ของประเทศที่มีอายุเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีใกล้เคียงกับไทย

Member State	Life Expectancy ๒๕๕๐			HALE ๒๕๕๐			GAP LE-HALE (years)			Change in HALE (years)					
	Male	Female	Both	Male	Female	Both	Male	Female	Both	Male		Female		Both	
										๒๕๕๕-๒๕๕๐	๒๕๕๐-๒๕๕๖	๒๕๕๕-๒๕๕๐	๒๕๕๐-๒๕๕๖		
Fiji	๖๖	๗๑	๖๙	๖๐	๖๔	๖๒	๖	๗	๗	๒๕๕๕-๒๕๕๐	๒๕๕๐-๒๕๕๖	๒๕๕๕-๒๕๕๐	๒๕๕๐-๒๕๕๖	๒๕๕๕-๒๕๕๐	
Thailand	๖๕	๗๒	๖๙	๕๙	๖๕	๖๒	๖	๗	๗	๑	๑	๓	๓	๒	
Suriname	๖๕	๗๓	๖๙	๕๘	๖๔	๖๑	๗	๙	๘	๑	๑	๓	๓	๒	
Trinidad and Tobago	๖๖	๗๓	๖๙	๕๙	๖๔	๖๒	๗	๙	๘	-๑	-๑	๐	๐	๐	
Azerbaijan	๖๘	๗๒	๗๐	๕๙	๖๐	๕๙	๙	๑๒	๑๑	๓	๓	๑	๑	๒	
Egypt	๖๘	๗๒	๗๐	๕๙	๖๒	๖๐	๙	๑๐	๑๐	๑	๑	๒	๒	๑	
Vanuatu	๖๘	๗๒	๗๐	๖๑	๖๒	๖๑	๗	๑๐	๙	๓	๓	๓	๓	๒	
Guatemala	๖๗	๗๔	๗๐	๕๘	๖๒	๖๐	๙	๑๒	๑๐	๓	๓	๒	๒	๓	
Belarus	๖๕	๗๖	๗๐	๕๘	๖๖	๖๒	๗	๑๐	๙	๑	๑	๑	๑	๑	
Indonesia	๖๙	๗๒	๗๐	๖๐	๖๑	๖๐	๙	๑๑	๑๐	๓	๓	๒	๒	๒	
Cape Verde	๖๘	๗๓	๗๑	๕๙	๖๔	๖๑	๙	๙	๑๐	๐	๐	๑	๑	๐	
Lithuania	๖๕	๗๗	๗๑	๕๘	๖๘	๖๓	๗	๙	๘	-๑	-๑	๐	๐	๐	
Morocco	๖๙	๗๓	๗๑	๖๑	๖๓	๖๒	๘	๙	๙	๒	๒	๒	๒	๒	
Latvia	๖๖	๗๗	๗๑	๕๙	๖๘	๖๔	๗	๙	๘	๑	๑	๐	๐	๑	
El Salvador	๖๖	๗๖	๗๑	๕๘	๖๓	๖๑	๘	๑๑	๑๐	๑	๑	๑	๑	๑	
Maldives	๗๐	๗๓	๗๑	๖๔	๖๔	๖๔	๖	๙	๘	๕	๕	๗	๗	๖	
Iran (Islamic Republic of)	๗๐	๗๓	๗๑	๖๐	๖๒	๖๑	๑๐	๑๑	๑๐	๕	๕	๓	๓	๓	
Saint Vincent and the Grenadines	๖๙	๗๔	๗๑	๖๐	๖๖	๖๓	๙	๑๑	๙	๐	๐	๕	๕	๒	
Georgia	๖๘	๗๕	๗๑	๖๒	๖๗	๖๔	๖	๘	๗	๐	๐	๐	๐	๐	
Samoa	๖๘	๗๕	๗๑	๖๐	๖๓	๖๑	๘	๑๒	๑๐	๑	๑	๓	๓	๑	

Member State	Life Expectancy ๒๕๕๐			HALE ๒๕๕๐			GAP LE-HALE ๒๕๕๐ (years)			Change in HALE (years)				
	Male	Female	Both	Male	Female	Both	Male	Female	Both	Male		Female		Both
										๒๕๕๕-๒๕๕๐	๒๕๕๖-๒๕๕๐	๒๕๕๕-๒๕๕๐	๒๕๕๖-๒๕๕๐	
Philippines	๖๙	๗๕	๗๒	๕๙	๖๕	๖๒	๑๐	๑๐	๑๐	๒	๒	๒	๒	๓
Jamaica	๖๕	๗๕	๗๒	๖๒	๖๖	๖๔	๖	๙	๕	-๒	๐	๐	๐	-๑
Paraguay	๗๐	๗๕	๗๒	๖๓	๖๖	๖๔	๗	๕	๕	๓	๒	๒	๒	๒
Turkey	๖๙	๗๕	๗๒	๖๕	๖๗	๖๖	๕	๗	๖	๓	๓	๓	๓	๔
Tonga	๖๙	๗๕	๗๒	๖๕	๖๒	๖๓	๕	๓	๓	๒	๒	๐	๐	๑
Lebanon	๗๐	๗๕	๗๒	๖๐	๖๕	๖๒	๑๐	๑๐	๑๐	๑	๑	๒	๒	๒
Honduras	๗๐	๗๕	๗๒	๖๑	๖๕	๖๒	๙	๑๐	๑๐	๕	๕	๓	๓	๔
Algeria	๗๑	๗๕	๗๒	๖๒	๖๓	๖๒	๙	๑๑	๑๐	๒	๒	๑	๑	๑
Brazil	๖๙	๗๖	๗๒	๖๒	๖๖	๖๔	๗	๑๐	๑๐	๕	๕	๔	๔	๔
Dominican Republic	๗๐	๗๕	๗๒	๖๒	๖๕	๖๓	๕	๑๑	๑๑	๕	๕	๒	๒	๓
Jordan	๗๑	๗๕	๗๒	๖๒	๖๕	๖๓	๙	๑๐	๑๑	๒	๒	๒	๒	๒
Romania	๖๙	๗๖	๗๒	๖๓	๖๕	๖๔	๖	๕	๕	๒	๒	๓	๓	๒
Mauritius	๖๙	๗๖	๗๒	๖๓	๖๕	๖๓	๕	๑๑	๑๐	๑	๑	๐	๐	๑
Bulgaria	๖๙	๗๖	๗๒	๖๓	๖๙	๖๖	๖	๗	๗	๐	๐	๒	๒	๑
Colombia	๖๙	๗๗	๗๒	๖๕	๖๙	๖๖	๕	๕	๕	๖	๖	๓	๓	๔
Nicaragua	๗๐	๗๖	๗๒	๖๓	๖๖	๖๔	๗	๑๐	๑๑	๓	๓	๓	๓	๓
Estonia	๖๗	๗๙	๗๒	๖๑	๗๑	๖๖	๖	๕	๕	๒	๒	๒	๒	๒
Saudi Arabia	๗๑	๗๕	๗๒	๖๑	๖๕	๖๒	๑๐	๑๑	๑๑	๑	๑	๑	๑	๑
China	๗๑	๗๕	๗๒	๖๕	๖๕	๖๖	๖	๗	๗	๒	๒	๓	๓	๒
Peru	๗๐	๗๖	๗๒	๖๖	๖๗	๖๗	๕	๕	๕	๖	๖	๕	๕	๖
Bahamas	๗๐	๗๖	๗๒	๖๓	๖๕	๖๔	๗	๕	๕	๒	๒	๒	๒	๑



Member State	Life Expectancy ๒๕๕๐			HALE ๒๕๕๐			GAP LE-HALE ๒๕๕๐ (years)			Change in HALE (years)					
	Male	Female	Both	Male	Female	Both	Male	Female	Both	Male		Female		Both	
										๒๕๕๕-๒๕๕๐	๒๕๕๖-๒๕๕๐	๒๕๕๕-๒๕๕๐	๒๕๕๖-๒๕๕๐		
Hungary	๖๙	๗๗	๗๕	๖๒	๖๙	๖๖	๗	๗	๗	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Seychelles	๖๙	๗๗	๗๕	๖๐	๖๕	๖๓	๙	๑๒	๑๐	๑	๑	๐	๐	๐	๒
Armenia	๗๐	๗๗	๗๕	๕๙	๖๓	๖๑	๑๑	๑๔	๑๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Serbia	๗๑	๗๖	๗๓	๖๔	๖๖	๖๕	๗	๑๐	๙						
Venezuela	๗๑	๗๗	๗๔	๖๔	๖๗	๖๖	๗	๙	๙	๒	๒	๑	๑	๑	๒
Montenegro	๗๒	๗๗	๗๔	๖๕	๖๖	๖๕	๗	๑๐	๙						
Sri Lanka	๗๐	๗๗	๗๔	๖๑	๖๕	๖๓	๙	๑๒	๑๑	๒	๒	๑	๑	๑	๑
Syrian Arab Republic	๗๒	๗๖	๗๔	๖๒	๖๕	๖๓	๑๐	๑๑	๑๑	๒	๒	๒	๒	๒	๑
The FYR, Macedonia	๗๒	๗๗	๗๔	๖๕	๖๖	๖๖	๗	๑๑	๑๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
Libyan Arab Jamahiriya	๗๒	๗๗	๗๔	๖๓	๖๖	๖๔	๙	๑๑	๑๐	๑	๑	๑	๑	๑	๐
Viet Nam	๗๒	๗๖	๗๔	๖๒	๖๖	๖๔	๑๐	๑๑	๑๐	๒	๒	๑	๑	๑	๑
Malaysia	๗๒	๗๗	๗๔	๖๒	๖๖	๖๔	๑๐	๑๑	๑๐	๐	๐	๑	๑	๑	๑
Tunisia	๗๒	๗๖	๗๔	๖๕	๖๗	๖๖	๗	๙	๙	๔	๔	๓	๓	๓	๔
Slovakia	๗๑	๗๗	๗๔	๖๔	๖๗	๖๕	๗	๙	๙	๑	๑	๑	๑	๑	๑
Mexico	๗๓	๗๗	๗๕	๖๕	๖๙	๖๗	๘	๙	๙	๒	๒	๑	๑	๑	๒
Bosnia and Herzegovina	๗๒	๗๗	๗๔	๖๕	๖๗	๖๕	๗	๑๐	๙	๑	๑	๒	๒	๒	๑
Ecuador	๗๒	๗๗	๗๕	๖๓	๖๖	๖๔	๙	๑๒	๑๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑
Grenada	๗๔	๗๗	๗๕	๖๑	๖๒	๖๑	๑๓	๑๕	๑๔	๑	๑	๑	๑	๑	๑
Argentina	๗๑	๗๙	๗๕	๖๔	๖๙	๖๕	๗	๑๐	๙	๒	๒	๑	๑	๑	๑
Poland	๗๑	๗๐	๗๕	๖๔	๖๗	๖๕	๗	๑๐	๑๐	๑	๑	๑	๑	๑	๑

## ภาคผนวกที่ ๕.๒ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประเทศไทย

	๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ (๒๐๐๐ - ๒๐๐๕)	๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ (๒๐๐๕ - ๒๐๑๐)	๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ (๒๐๑๐ - ๒๐๑๕)	๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ (๒๐๑๕ - ๒๐๒๐)	๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (๒๐๒๐ - ๒๐๒๕)	๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ (๒๐๒๕ - ๒๐๓๐)
อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e <sub>0</sub> ) (Life Expectancy at Birth)						
ชาย (Male)	๖๘.๕๑	๗๐.๕๙	๗๑.๙๓	๗๓.๒๘	๗๔.๖๒	๗๕.๙๖
หญิง (Female)	๗๕.๘๒	๗๗.๕๔	๗๘.๘๒	๘๐.๑๐	๘๑.๓๘	๘๒.๖๖
การเปลี่ยนแปลงในช่วง ๕ ปี (Change in ๕ years)						
ชาย (Male)	-	๒.๐๘	๑.๓๔	๑.๓๕	๑.๓๔	๑.๓๔
หญิง (Female)	-	๑.๗๒	๑.๒๘	๑.๒๘	๑.๒๘	๑.๒๘
จำนวนปีที่แตกต่างกันระหว่างเพศ (Sex Difference)						
หญิง - ชาย (Female - Male)	๗.๓๑	๖.๙๕	๖.๘๙	๖.๘๒	๖.๗๖	๖.๗๐

ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๓, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ภาคผนวก ๕.๓ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e<sub>0</sub>) และอัตราการตายต่อประชากรพันคน พ.ศ. ๒๕๐๗ - ๒๕๕๙

รอบสำรวจ	อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด		อัตราการตาย (ต่อ ๑,๐๐๐ คน)
	ชาย	หญิง	
พ.ศ. ๒๕๐๗ - ๒๕๐๘	๕๕.๒๓	๖๑.๘๒	๑๐.๘
พ.ศ. ๒๕๑๗ - ๒๕๑๙	๕๘.๐	๖๓.๘	๘.๖
พ.ศ. ๒๕๒๘ - ๒๕๒๙	๖๓.๘	๖๘.๙	๖.๔
พ.ศ. ๒๕๓๒	๖๕.๖	๗๐.๙	๖.๐
พ.ศ. ๒๕๓๔	๖๗.๗	๗๒.๔	๕.๙
พ.ศ. ๒๕๓๘ - ๒๕๓๙	๖๙.๙๗	๗๔.๙๙	๖.๐
พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๔๙	๖๙.๙๐	๗๗.๖	๖.๘

แหล่งข้อมูล : รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. ๒๕๐๗-๒๕๐๘, ๒๕๑๗-๒๕๑๙, ๒๕๒๘-๒๕๒๙, ๒๕๓๒, ๒๕๓๔, ๒๕๓๘-๒๕๓๙ และ ๒๕๔๘-๒๕๔๙ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาคผนวก ๕.๔ ข้อสมมติภาวะการตาย ระดับประเทศ : พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๓  
Mortality Assumption at National Level : ๒๐๐๐ - ๒๐๓๐

	๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ (๒๐๐๐ - ๒๐๐๕)	๒๕๕๕ - ๒๕๕๗ (๒๐๐๕ - ๒๐๑๐)	๒๕๕๗ - ๒๕๕๙ (๒๐๑๐ - ๒๐๑๕)	๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ (๒๐๑๕ - ๒๐๒๐)	๒๕๖๑ - ๒๕๖๓ (๒๐๒๐ - ๒๐๒๕)	๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ (๒๐๒๕ - ๒๐๓๐)
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (e <sub>0</sub> ) (Life Expectancy at Birth)						
ชาย (Male)	๖๘.๕๑	๗๐.๕๙	๗๑.๙๓	๗๓.๒๘	๗๔.๖๒	๗๕.๙๖
หญิง (Female)	๗๕.๘๒	๗๗.๕๔	๗๘.๘๒	๘๐.๑๐	๘๑.๓๘	๘๒.๖๖
การเปลี่ยนแปลงในช่วง ๕ ปี (Change in ๕ years)						
ชาย (Male)	-	๒.๐๘	๑.๓๔	๑.๓๕	๑.๓๔	๑.๓๔
หญิง (Female)	-	๑.๗๒	๑.๒๘	๑.๒๘	๑.๒๘	๑.๒๘
จำนวนปีที่แตกต่างกันระหว่างเพศ (Sex Difference)						
หญิง - ชาย (Female - Male)	๗.๓๑	๖.๙๕	๖.๘๙	๖.๘๒	๖.๗๖	๖.๗๐

ที่มา : การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๖๓, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ



# ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๕-๒๕๖๔) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ



๙๗๙/๑๑๖-๑๒๐ อาคารเอส เอ็ม ทาวเวอร์ ชั้น ๓๔  
ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท  
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐  
โทรศัพท์ ๐ ๒๒๙๘ ๐๕๐๐ โทรสาร ๐ ๒๒๙๘ ๐๔๙๙  
[www.thaihealth.or.th](http://www.thaihealth.or.th)



ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๕ เป็นต้นไป สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะย้ายที่ทำการไปอยู่ที่  
๙๙ อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๒๐