



เอกสารประกอบการพิจารณา

ของ

คณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

เล่มที่ ๑

เรื่อง “ข้อมูลกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง
กับงานด้านสาธารณสุข”

กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข

สำนักกรรมการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

คำนำ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช ๒๕๕๗ มาตรา ๑๓ ประกอบกับข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๘๔ (๘) กำหนดให้ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่พิจารณาร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญหรือ ร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบสวนหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา ดังนั้น ในการพิจารณาศึกษา ตรวจสอบ สนับสนุน ตลอดจน ผลักดันนโยบายด้านสาธารณสุขตามอำนาจหน้าที่ดังกล่าวนี้ จำเป็นต้องดำเนินการตามที่กฎหมาย กำหนดไว้

ในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาตินั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลด้านกฎหมาย ข้อมูลด้านการสาธารณสุขและข้อมูลด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการพิจารณาศึกษา ตรวจสอบ สนับสนุนและผลักดันนโยบายด้านสาธารณสุขให้บรรลุตาม เป้าประสงค์การดำเนินงานของคณะกรรมาธิการ ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นมีความจำเป็นและสำคัญอย่างมาก ในการประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมาธิการ เพื่อกำหนดหรือไม่กำหนดนโยบายสาธารณสุขอย่างใด อย่างหนึ่งออกมา ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยภาพรวม

กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ฝ่ายเลขานุการของ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ จึงได้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย รัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช ๒๕๕๗ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ แผนประชากรในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ อำนาจ หน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นโยบายของรัฐบาลที่ผ่านมา และอำนาจ หน้าที่ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขที่ผ่านมา รวมถึงกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อเป็นเอกสารประกอบในการดำเนินการพิจารณาศึกษา ตรวจสอบ สนับสนุน และผลักดัน นโยบายด้านสาธารณสุขตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมาธิการฯ ต่อไป

คณะผู้จัดทำ

นางสาวอภิรดา บัวทอง วิทยากรปฏิบัติการ

นางสมฤทัย บุญสุธากุล วิทยากรปฏิบัติการ

กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข

สำนักกรรมาธิการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ปฏิบัติหน้าที่สำนักงาน

เลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ตุลาคม ๒๕๕๗

สารบัญ

หน้า

คำนำ

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช ๒๕๕๗.....๑
๒. สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑.....๑๖
พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข
๓. สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ..... ๒๐
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙
๔. สรุปสาระสำคัญแผนประชากร ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ..... ๒๓
ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙
๕. สรุปสาระสำคัญรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒..... ๒๖
๖. อำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง..... ๒๖
 - ๖.๑ กระทรวงสาธารณสุข..... ๒๖
 - ๖.๒ กรอบยุทธศาสตร์หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง..... ๓๐
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ..... ๓๐
๗. นโยบายการดำเนินงานของรัฐมนตรีนโยบายว่าด้วยการกระทรวงสาธารณสุข..... ๓๑
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รัชตะ รัชตะนาวิน)
และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์)
๘. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการสาธารณสุข..... ๓๖
 - ๘.๑ ข้อบังคับการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙..... ๓๖
 - ๘.๒ ข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๑..... ๓๖
 - ๘.๓ ข้อบังคับการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗..... ๓๖

ภาคผนวก ก

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐.....๑
ในส่วนที่เกี่ยวกับ การสาธารณสุข
๒. นโยบายรัฐบาล.....๑
 - ๒.๑ สมัยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี.....๑
แถลงต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๑
ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข
 - ๒.๒ สมัยนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี.....๔
แถลงต่อรัฐสภา วันอังคารที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๔
ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข
 - ๒.๓ นโยบายพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี๗
แถลงต่อสมานิติบัญญัติแห่งชาติ วันศุกร์ที่ ๑๒ กันยายน
๒๕๕๗ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข

ภาคผนวก ข

- กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข.....๑ - ๒

ภาคผนวก ค

- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ.....๑ - ๕๒
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)

ภาคผนวก ฅ

- แผนประชากร ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ.....๑ - ๔๕
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙)

ภาคผนวก ง

- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒.....๑ - ๓๐

ข้อมูลกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุข

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช ๒๕๕๗

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
(ฉบับชั่วคราว)
พุทธศักราช ๒๕๕๗

สมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
สยามินทรราช บรมนาถบพิตร
ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๒ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๗
เป็นปีที่ ๖๙ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มหาจักรีบรมราชูปถัมภ์ จักรีนฤพดินทร
สยามินทรราช บรมนาถบพิตร มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ประกาศว่า

โดยที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติซึ่งประกอบด้วยคณะทหารและตำรวจได้นำความ
กราบบังคมทูลว่า ตามที่ได้เกิดสถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองขึ้นในกรุงเทพมหานครและพื้นที่
ใกล้เคียงต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน จนลุกลามไปสู่แทบทุกภูมิภาคของประเทศ ประชาชนแตกแยกเป็น
ฝ่ายต่าง ๆ ขาดความสามัคคีและมีทัศนคติไม่เป็นมิตรต่อกัน บางครั้งเกิดความรุนแรง ใช้กำลังและอาวุธ
สงครามเข้าทำร้ายประหัตประหารกัน สวัสดิภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนไม่เป็นปกติสุข
การพัฒนาเศรษฐกิจและการเมืองการปกครองชะงักงัน กระทบต่อการใช้อำนาจในทางนิติบัญญัติ
ในทางบริหาร และในทางตุลาการ การบังคับใช้กฎหมายไม่ได้ผล นับเป็นวิกฤติการณ์ร้ายแรงที่ไม่เคย
ปรากฏมาก่อน แม้รัฐจะแก้ไขปัญหาด้วยกลไกและมาตรการทางกฎหมาย เช่น นำกฎหมายเกี่ยวกับการ
รักษาความสงบเรียบร้อยในภาวะต่าง ๆ มาบังคับใช้ ยุบสภาผู้แทนราษฎรและจัดให้มีการเลือกตั้งทั่วไป
และฝ่ายที่ไม่ได้เป็นคู่กรณี เช่น องค์กรธุรกิจ ภาคเอกชน องค์กรตามรัฐธรรมนูญ พรรคการเมือง
กองทัพ และวุฒิสภา ได้พยายามประสานให้มีการเจรจาปรองดองกัน แต่ก็ไม่เป็นผลสำเร็จ กลับจะเกิด
ข้อขัดแย้งใหม่ในทางกฎหมายและการเมือง เป็นวงวนแห่งปัญหาไม่รู้จักจบสิ้น ในขณะที่ความขัดแย้ง
ได้ขยายตัวกว้างขวางออกไป และมีแนวโน้มจะรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นจลาจลได้ทุกขณะซึ่งอาจเป็น
อันตรายต่อชีวิต ทรัพย์สิน ความสะดวกสบายของประชาชนผู้สุจริต กระทบต่อการทำมาหากิน
และภาวะหนี้สินของเกษตรกรโดยเฉพาะชาวนา การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ การป้องกันปัญหา
จากภัยธรรมชาติ ความเชื่อถือในอำนาจรัฐ และความเชื่อมั่นของนักลงทุนต่างชาติ ทั้งยังเปิดช่องให้มี
การก่ออาชญากรรมและความไม่สงบอื่นเพิ่มขึ้น อันจะเป็นการทำลายความมั่นคงของชาติและความศรัทธา
ของประชาชนที่มีต่อการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขในที่สุด

คณะรักษาความสงบแห่งชาติจึงจำเป็นต้องเข้ายึดและควบคุมอำนาจการปกครองประเทศ เมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ และประกาศให้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ล้มสลายลง ยกเว้นความในหมวด ๒ พระมหากษัตริย์ โดยได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาไว้สามระยะคือ ระยะเฉพาะหน้า เป็นการใช้อำนาจสกัดการใช้อำนาจและการนำอาวุธมาใช้คุกคามประชาชน ยุติความหวาดระแวง และแก้ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองการปกครอง ที่สะสมมากกว่าหกเดือนให้คลี่คลายลง เพื่อเตรียมเข้าสู่ระยะที่สองซึ่งจะจัดให้มีรัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราว จัดตั้งสภาขึ้นทำหน้าที่ในทางนิติบัญญัติ และให้มีคณะรัฐบาลบริหารราชการแผ่นดิน แก้ไขสถานการณ์อันวิกฤติให้กลับคืนสู่ภาวะปกติฟื้นฟูความสงบเรียบร้อย ความรู้รักสามัคคี และความเป็นธรรม แก้ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครอง จัดให้มีกฎหมายที่จำเป็นเร่งด่วน จัดตั้งสภาปฏิรูปแห่งชาติและองค์กรต่าง ๆ เพื่อให้มีการปฏิรูปในด้านการเมืองและด้านอื่น ๆ และให้มีการยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่วางกติกาการเมืองให้รัดกุม เหมาะสม ป้องกันและปราบปรามการทุจริต สามารถตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และเป็นธรรม ก่อนจะส่งมอบภารกิจเหล่านี้แก่ผู้แทนปวงชนชาวไทยและคณะรัฐบาลที่จะเข้ามาบริหารราชการแผ่นดินในระยะต่อไป ในการดำเนินการดังกล่าวนี้จะให้ความสำคัญแก่หลักการพื้นฐานยิ่งกว่าวิธีการในระบอบประชาธิปไตยเพียงประการเดียว จึงจำเป็นต้องใช้เวลาสร้างบรรยากาศแห่งความสงบเรียบร้อยและปรองดอง เพื่อนำความสุขที่สูญหายไปนานกลับคืนสู่ประชาชน และปฏิรูปกฎหมายบางเรื่องที่เคยเป็นชนวนความขัดแย้ง ไม่ชัดเจน ไร้ทางออกในยามวิกฤติขาดประสิทธิภาพหรือไม่เป็นธรรม ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชนในชาติ ซึ่งควรใช้เวลาไม่ยาวนานหากเทียบกับเวลาที่จะต้องสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ถ้าปล่อยให้สถานการณ์ผันแปรไปตามยถากรรม จึงมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ใช้บทบัญญัติต่อไปนี้ เป็นรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) จนกว่าจะได้ประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่จะจัดทำขึ้นตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ต่อไป

มาตรา ๑ ประเทศไทยเป็นราชอาณาจักรอันหนึ่งอันเดียวจะแบ่งแยกไม่ได้

มาตรา ๒ ประเทศไทยมีการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

ให้บทบัญญัติของหมวด ๒ พระมหากษัตริย์ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ซึ่งยังคงมีผลใช้บังคับอยู่ตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๒ พฤษภาคม พุทธศักราช ๒๕๕๗ ยังคงใช้บังคับต่อไปเป็นส่วนหนึ่งของรัฐธรรมนูญนี้ และภายใต้บังคับมาตรา ๔๓ วรรคหนึ่ง ที่ใดในบทบัญญัตินี้ดังกล่าวอ้างถึงรัฐสภาหรือประธานรัฐสภา ให้หมายถึงสภานิติบัญญัติแห่งชาติหรือประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติตามรัฐธรรมนูญนี้ แล้วแต่กรณี

มาตรา ๓ อำนาจอธิปไตยเป็นของปวงชนชาวไทย พระมหากษัตริย์ผู้ทรงเป็นประมุข ทรงใช้อำนาจนั้นทางสภานิติบัญญัติแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี และศาล ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้

มาตรา ๔ ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองตามประเพณีการปกครองประเทศไทยในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และตามพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีอยู่แล้ว ย่อมได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้

มาตรา ๕ เมื่อไม่มีบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้บังคับแก่กรณีใด ให้กระทำการนั้น หรือวินิจฉัยกรณีนั้นไปตามประเพณีการปกครองประเทศไทยในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข แต่ประเพณีการปกครองดังกล่าวต้องไม่ขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญนี้

ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยกรณีใดตามความในวรรคหนึ่งเกิดขึ้นในวงงานของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด หรือเมื่อมีกรณีที่เกิดขึ้นนอกวงงานของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ คณะรักษาความสงบแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี ศาลฎีกา หรือศาลปกครองสูงสุด จะขอให้ศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัยชี้ขาดก็ได้ แต่สำหรับศาลฎีกาและศาลปกครองสูงสุดให้กระทำได้เฉพาะเมื่อมีมติของที่ประชุมใหญ่ศาลฎีกาหรือที่ประชุมใหญ่ตุลาการในศาลปกครองสูงสุด และเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการพิจารณาพิพากษาคดี

มาตรา ๖ ให้มีสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ประกอบด้วยสมาชิกจำนวนไม่เกินสองร้อยยี่สิบคน ซึ่งพระมหากษัตริย์ทรงแต่งตั้งจากผู้มีสัญชาติไทยโดยการเกิดและมีอายุไม่ต่ำกว่าสี่สิบปี ตามที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติถวายคำแนะนำ

ให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติทำหน้าที่สภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา และรัฐสภา

มาตรา ๗ การถวายคำแนะนำเพื่อทรงแต่งตั้งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ให้คำนึงถึงความรู้ความสามารถ ความหลากหลายของบุคคลจากกลุ่มต่าง ๆ ในภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคอื่นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

มาตรา ๘ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติต้องไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) ดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรงตำแหน่งใดในพรรคการเมืองภายในระยะเวลาสามปีก่อนวันที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

(๒) เป็นภิกษุ สามเณร นักพรต หรือนักบวช

(๓) เป็นบุคคลล้มละลายหรือเคยเป็นบุคคลล้มละลายทุจริต

(๔) เคยถูกเพิกถอนสิทธิเลือกตั้ง

(๕) เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ เพราะทุจริตต่อหน้าที่หรือถือว่ากระทำการทุจริตหรือประพฤติมิชอบ

(๖) เคยต้องคำพิพากษาให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ

(๗) อยู่ระหว่างต้องห้ามมิให้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง หรือเคยถูกถอดถอนจากตำแหน่ง

(๘) เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่ากระทำความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ หรือความผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ในการยุติธรรม หรือกระทำความผิดกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด หรือกฎหมายเกี่ยวกับการพนัน ในฐานความผิดเป็นเจ้ามือหรือเจ้าสำนัก

(๙) เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติจะดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติหรือรัฐมนตรี ในขณะที่เดียวกันมิได้

มาตรา ๙ สมาชิกภาพของสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติสิ้นสุดลง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) ขาดคุณสมบัติตามมาตรา ๖ วรรคหนึ่ง หรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๘

(๔) สภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติให้พ้นจากสมาชิกภาพตามมาตรา ๑๒

(๕) ไม่แสดงตนเพื่อลงมติในที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติเกินจำนวนที่กำหนดไว้

ในข้อบังคับการประชุม

ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการสิ้นสุดสมาชิกภาพของสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติตามวรรคหนึ่ง ให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นผู้วินิจฉัย

มาตรา ๑๐ พระมหากษัตริย์ทรงแต่งตั้งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติคนหนึ่ง และเป็นรองประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติไม่เกินสองคน ตามมติของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ให้หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติลงนามรับสนองพระบรมราชโองการแต่งตั้งสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และประธานสภาและรองประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

มาตรา ๑๑ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติย่อมเป็นผู้แทนปวงชนชาวไทย ต้องอุทิศตนให้แก่การปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต เพื่อประโยชน์ส่วนรวมของปวงชนชาวไทย

มาตรา ๑๒ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติผู้ใดกระทำการอันเป็นการเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ของการเป็นสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ หรือมีพฤติการณ์อันเป็นการขัดขวางการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติจำนวนไม่น้อยกว่ายี่สิบห้าคนมีสิทธิเข้าชื่อร้องขอต่อประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติให้ผู้นั้นพ้นจากสมาชิกภาพ

มติของสภานิติบัญญัติแห่งชาติตามวรรคหนึ่ง ต้องมีคะแนนเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนสมาชิกทั้งหมด

มาตรา ๑๓ การประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติต้องมีสมาชิกมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนสมาชิกทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

สภานิติบัญญัติแห่งชาติมีอำนาจตราข้อบังคับเกี่ยวกับการเลือกและการปฏิบัติหน้าที่ของประธานสภา รองประธานสภา และกรรมาธิการ วิธีการประชุม การเสนอและการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ และร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ การเสนอญัตติ การอภิปราย การลงมติ การตั้งกระทู้ถาม การรักษาระเบียบและความเรียบร้อย และกิจการอื่น เพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

มาตรา ๑๔ พระมหากษัตริย์ทรงตราพระราชบัญญัติโดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ร่างพระราชบัญญัติจะเสนอได้ก็แต่โดยสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติร่วมกันจำนวนไม่น้อยกว่ายี่สิบห้าคน หรือคณะรัฐมนตรี หรือสภาปฏิรูปแห่งชาติตามมาตรา ๓๑ วรรคสอง แต่ร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการเงินจะเสนอได้ก็แต่โดยคณะรัฐมนตรี

ร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการเงินตามวรรคสอง หมายความว่าร่างพระราชบัญญัติที่เกี่ยวกับการตั้งขึ้น ยกเลิก ลด เปลี่ยนแปลง แก้ไข ผ่อน หรือวางระเบียบการบังคับอันเกี่ยวกับภาษีหรืออากร การจัดสรร รับ รักษา หรือจ่ายเงินแผ่นดิน หรือการโอนงบประมาณรายจ่ายของแผ่นดิน การกู้เงิน การค้ำประกัน หรือการใช้เงินกู้ หรือการดำเนินการที่ผูกพันทรัพย์สินของรัฐ หรือเงินตรา

ในกรณีเป็นที่สงสัยว่าร่างพระราชบัญญัติที่เสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เป็นร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการเงินหรือไม่ ให้ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติเป็นผู้วินิจฉัย

ร่างพระราชบัญญัติที่เสนอโดยสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติหรือสภาปฏิรูปแห่งชาตินั้น คณะรัฐมนตรีอาจขอรับไปพิจารณาก่อนสภานิติบัญญัติแห่งชาติจะรับหลักการก็ได้

การตราพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ ให้กระทำได้โดยวิธีการที่บัญญัติไว้ในมาตรานี้ แต่การเสนอร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ ให้กระทำโดยคณะรัฐมนตรีหรือผู้รักษาการตามพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญนั้น

มาตรา ๑๕ ร่างพระราชบัญญัติหรือร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญที่ได้รับการเห็นชอบของสภานิติบัญญัติแห่งชาติแล้ว ให้นายกรัฐมนตรีนำขึ้นทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายภายในยี่สิบวันนับแต่วันที่ได้รับร่างพระราชบัญญัติหรือร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญนั้น จากสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อพระมหากษัตริย์ทรงลงพระปรมาภิไธย และเมื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับเป็นกฎหมายได้

ร่างพระราชบัญญัติหรือร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญใด พระมหากษัตริย์ไม่ทรงเห็นชอบด้วยและพระราชทานคืนมายังสภานิติบัญญัติแห่งชาติ หรือเมื่อพ้นเก้าสิบวันแล้วมิได้พระราชทานคืนมา สภานิติบัญญัติแห่งชาติจะต้องพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหรือร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญนั้นใหม่ ถ้าสภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติยืนยันตามเดิมด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนสมาชิกทั้งหมดเท่าที่มีอยู่แล้ว ให้นายกรัฐมนตรีนำร่างพระราชบัญญัติหรือร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญนั้นขึ้นทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายอีกครั้งหนึ่ง เมื่อพระมหากษัตริย์มิได้ทรงลงพระปรมาภิไธยพระราชทานคืนมาภายในสามสิบวัน ให้นายกรัฐมนตรีนำพระราชบัญญัติหรือพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญนั้น ประกาศในราชกิจจานุเบกษาใช้บังคับเป็นกฎหมายได้เสมือนหนึ่งว่าพระมหากษัตริย์ได้ทรงลงพระปรมาภิไธยแล้ว

มาตรา ๑๖ ในที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สมาชิกทุกคนมีสิทธิตั้งกระทู้ถามรัฐมนตรีในเรื่องใดอันเกี่ยวกับงานในหน้าที่ได้ แต่รัฐมนตรีย่อมมีสิทธิที่จะไม่ตอบเมื่อเห็นว่าเรื่องนั้นยังไม่ควรเปิดเผยเพราะเกี่ยวกับความปลอดภัยหรือประโยชน์สำคัญของแผ่นดิน หรือเมื่อเห็นว่าเป็นกระทู้ที่ต้องห้ามตามข้อบังคับ ในกรณีนี้สภานิติบัญญัติแห่งชาติจะตราข้อบังคับกำหนดองค์ประชุมให้แตกต่างจากที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๑๓ วรรคหนึ่ง ก็ได้

เมื่อมีปัญหาสำคัญ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสามของจำนวนสมาชิกทั้งหมด จะเข้าชื่อเสนอญัตติขอเปิดอภิปรายเพื่อซักถามข้อเท็จจริงจากคณะรัฐมนตรีก็ได้ แต่จะลงมติไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจมิได้

มาตรา ๑๗ ในกรณีที่มีปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการบริหารราชการแผ่นดินที่คณะรัฐมนตรีเห็นสมควรจะฟังความคิดเห็นของสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ นายกรัฐมนตรีจะแจ้งไปยังประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติเพื่อให้มีการเปิดอภิปรายทั่วไปในที่ประชุมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติก็ได้ แต่สภานิติบัญญัติแห่งชาติจะลงมติในปัญหาที่อภิปรายมิได้

มาตรา ๑๘ ในการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สมาชิกผู้ใดจะกล่าวถ้อยคำใด ๆ ในทางแถลงข้อเท็จจริง หรือแสดงความคิดเห็น หรือออกเสียงลงคะแนน ย่อมเป็นเอกสิทธิ์โดยเด็ดขาด จะนำไปเป็นเหตุฟ้องร้องว่ากล่าวผู้นั้นในทางใดมิได้

เอกสิทธิ์ตามวรรคหนึ่ง ให้คุ้มครองถึงกรรมาธิการของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ผู้พิมพ์ผู้โฆษณารายงานการประชุมตามคำสั่งของสภานิติบัญญัติแห่งชาติหรือคณะกรรมการ บุคคลซึ่งประธานในที่ประชุมอนุญาตให้แถลงข้อเท็จจริง หรือแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตลอดจนผู้ดำเนินการถ่ายทอดการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติทางวิทยุกระจายเสียงหรือวิทยุโทรทัศน์หรือทางอื่นใดที่ได้รับอนุญาตจากประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติด้วย แต่ไม่คุ้มครองสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติผู้กล่าวถ้อยคำในการประชุมที่มีการถ่ายทอดทางวิทยุกระจายเสียงหรือวิทยุโทรทัศน์หรือทางอื่นใด หากถ้อยคำที่กล่าวในที่ประชุมไปปรากฏนอกบริเวณสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และถ้อยคำนั้นมีลักษณะเป็นความผิดอาญา หรือละเมิดสิทธิในทางแพ่งต่อบุคคลอื่นซึ่งมิใช่รัฐมนตรีหรือสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ในกรณีที่สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติถูกควบคุมหรือขัง ให้ส่งปล่อยเมื่อประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติร้องขอ หรือในกรณีถูกฟ้องในคดีอาญา ให้ศาลพิจารณาคดีต่อไปได้ เว้นแต่ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติร้องขอให้งดการพิจารณาคดี

มาตรา ๑๙ พระมหากษัตริย์ทรงแต่งตั้งนายกรัฐมนตรีคนหนึ่งตามมติของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ และรัฐมนตรีอื่นอีกจำนวนไม่เกินสามสิบห้าคนตามที่นายกรัฐมนตรีถวายคำแนะนำ ประกอบเป็นคณะรัฐมนตรีมีหน้าที่บริหารราชการแผ่นดิน ดำเนินการให้มีการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ และส่งเสริมความสามัคคีและความสมานฉันท์ของประชาชนในชาติ

ก่อนเข้ารับหน้าที่ รัฐมนตรีต้องถวายสัตย์ปฏิญาณต่อพระมหากษัตริย์ด้วยถ้อยคำดังต่อไปนี้ “ข้าพระพุทธเจ้า (ชื่อผู้ปฏิญาณ) ขอถวายสัตย์ปฏิญาณว่า ข้าพระพุทธเจ้าจะจงรักภักดีต่อพระมหากษัตริย์ และจะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต เพื่อประโยชน์ของประเทศและประชาชน ทั้งจะรักษาไว้และปฏิบัติตามซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยทุกประการ”

พระมหากษัตริย์ทรงไว้ซึ่งพระราชอำนาจในการให้นายกรัฐมนตรีพ้นจากตำแหน่งตามที่ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติถวายคำแนะนำตามมติของสภานิติบัญญัติแห่งชาติที่เสนอโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ และให้รัฐมนตรีพ้นจากตำแหน่งตามที่นายกรัฐมนตรีถวายคำแนะนำ

การแต่งตั้งนายกรัฐมนตรีและการให้นายกรัฐมนตรีพ้นจากตำแหน่ง ให้ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติลงนามรับสนองพระบรมราชโองการ

นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีมีสิทธิเข้าร่วมประชุมชี้แจงแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติหรือสภาปฏิรูปแห่งชาติ แต่ไม่มีสิทธิออกเสียงลงคะแนน และให้นำเอกสิทธิ์ตามมาตรา ๑๘ มาใช้บังคับแก่การชี้แจงแสดงความคิดเห็นของนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีตามมาตรา นี้ด้วย โดยอนุโลม

มาตรา ๒๐ นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทยโดยการเกิด
- (๒) มีอายุไม่ต่ำกว่าสี่สิบปี
- (๓) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
- (๔) ไม่เป็นหรือเคยเป็นสมาชิกพรรคการเมืองภายในระยะเวลาสามปีก่อนวันที่ได้รับการแต่งตั้งและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๘

(๕) ไม่เป็นสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ กรรมการการยกเว้นรัฐธรรมนูญ หรือสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น

(๖) ไม่เป็นตุลาการศาลรัฐธรรมนูญ ผู้พิพากษาหรือตุลาการ อัยการ กรรมการการเลือกตั้ง ผู้ตรวจการแผ่นดิน กรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ กรรมการตรวจเงินแผ่นดิน ผู้ว่าการตรวจเงินแผ่นดิน หรือกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

ความเป็นรัฐมนตรีของนายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีสิ้นสุดลงเมื่อขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามวรรคหนึ่ง หรือเมื่อมีกรณีตามมาตรา ๘ (๑) หรือ (๒)

มาตรา ๒๑ เมื่อมีกรณีฉุกเฉินที่มีความจำเป็นรีบด่วนเพื่อประโยชน์ในอันที่จะรักษาความมั่นคงแห่งราชอาณาจักร ความปลอดภัยสาธารณะ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศหรือป้องกันภัยพิบัติสาธารณะ หรือเมื่อมีความจำเป็นต้องมีกฎหมายเกี่ยวกับภาษีอากรหรือเงินตราที่ต้องพิจารณาโดยด่วนและลับ พระมหากษัตริย์ทรงไว้ซึ่งพระราชอำนาจในการตราพระราชกำหนดให้ใช้บังคับดังเช่นพระราชบัญญัติ

เมื่อได้ประกาศใช้พระราชกำหนดแล้ว ให้คณะรัฐมนตรีเสนอพระราชกำหนดนั้นต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติโดยไม่ชักช้า ถ้าสภานิติบัญญัติแห่งชาติไม่อนุมัติ ให้พระราชกำหนดนั้นมีผลใช้บังคับเป็นพระราชบัญญัติต่อไป ถ้าสภานิติบัญญัติแห่งชาติไม่อนุมัติ ให้พระราชกำหนดนั้นตกไป แต่ทั้งนี้ ไม่กระทบกระเทือนกิจการที่ได้เป็นไปในระหว่างที่พระราชกำหนดนั้นใช้บังคับ เว้นแต่พระราชกำหนดนั้นมีผลเป็นการแก้ไขเพิ่มเติมหรือยกเลิกบทบัญญัติแห่งกฎหมายใด ให้บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่มีอยู่ก่อนการแก้ไขเพิ่มเติมหรือยกเลิกนั้นมีผลใช้บังคับต่อไปตั้งแต่วันที่พระราชกำหนดดังกล่าวตกไป

การอนุมัติหรือไม่อนุมัติพระราชกำหนดให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ในกรณีที่ไม่อนุมัติให้มีผลตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา ๒๒ พระมหากษัตริย์ทรงไว้ซึ่งพระราชอำนาจในการตราพระราชกฤษฎีกาโดยไม่ขัดต่อกฎหมาย พระราชอำนาจในการพระราชทานอภัยโทษ และพระราชอำนาจในการอื่นตามประเพณีการปกครองประเทศไทยในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข

มาตรา ๒๓ พระมหากษัตริย์ทรงไว้ซึ่งพระราชอำนาจในการทำหนังสือสัญญาสันติภาพ สัญญาสงบศึก และสัญญาอื่นกับนานาประเทศหรือกับองค์การระหว่างประเทศ

หนังสือสัญญาใดมีบทเปลี่ยนแปลงอาณาเขตไทย หรือเขตพื้นที่นอกอาณาเขตซึ่งประเทศไทยมีสิทธิอธิปไตยหรือมีเขตอำนาจตามหนังสือสัญญาหรือตามกฎหมายระหว่างประเทศ หรือจะต้องออกพระราชบัญญัติเพื่อให้การเป็นไปตามหนังสือสัญญา หรือที่กระทบต่อความมั่นคง

ทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศอย่างกว้างขวาง ต้องได้รับความเห็นชอบของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในการนี้ สภานิติบัญญัติแห่งชาติจะต้องพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับเรื่อง

หนังสือสัญญาที่กระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศอย่างกว้างขวางตามวรรคสอง หมายถึง หนังสือสัญญาเกี่ยวกับการค้าเสรี เขตศุลกากรร่วม หรือการให้ใช้ทรัพยากรธรรมชาติ หรือทำให้ประเทศต้องสูญเสียสิทธิในทรัพยากรธรรมชาติทั้งหมดหรือบางส่วน หรือการอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ

เมื่อมีปัญหว่าหนังสือสัญญาใดเป็นกรณีตามวรรคสองหรือวรรคสามหรือไม่ คณะรัฐมนตรีจะขอให้ศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัยก็ได้ ทั้งนี้ ให้ศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัยให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับคำขอ

มาตรา ๒๔ พระมหากษัตริย์ทรงแต่งตั้งข้าราชการฝ่ายทหารและฝ่ายพลเรือน ตำแหน่งปลัดกระทรวง อธิบดี และเทียบเท่า ผู้พิพากษาและตุลาการ ผู้ดำรงตำแหน่งในองค์กร ตามรัฐธรรมนูญตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ และข้าราชการฝ่ายอื่น ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ และทรงให้พ้นจากตำแหน่ง เว้นแต่กรณีที่พ้นจากตำแหน่งเพราะความตาย

มาตรา ๒๕ บรรดาบทกฎหมาย พระราชหัตถเลขา และพระบรมราชโองการใด ๆ อันเกี่ยวกับราชการแผ่นดิน ต้องมีรัฐมนตรีลงนามรับสนองพระบรมราชโองการ เว้นแต่รัฐธรรมนูญนี้บัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น

มาตรา ๒๖ ผู้พิพากษาและตุลาการมีอิสระในการพิจารณาพิพากษาอรรถคดีในพระปรมาภิไธย พระมหากษัตริย์ให้เป็นไปโดยยุติธรรมตามรัฐธรรมนูญและกฎหมาย

มาตรา ๒๗ ให้มีสภาปฏิรูปแห่งชาติมีหน้าที่ศึกษาและเสนอแนะเพื่อให้เกิดการปฏิรูป ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- (๑) การเมือง
- (๒) การบริหารราชการแผ่นดิน
- (๓) กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม
- (๔) การปกครองท้องถิ่น
- (๕) การศึกษา
- (๖) เศรษฐกิจ
- (๗) พลังงาน
- (๘) สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
- (๙) สื่อสารมวลชน
- (๑๐) สังคม
- (๑๑) อื่น ๆ

ทั้งนี้ เพื่อให้การปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข มีความเหมาะสมกับสภาพสังคมไทย มีระบบการเลือกตั้งที่สุจริตและเป็นธรรม มีกลไกป้องกันและขจัด การทุจริตและประพฤติมิชอบที่มีประสิทธิภาพ ขจัดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ และสังคมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทำให้กลไกของรัฐสามารถให้บริการประชาชนได้อย่างทั่วถึง สะดวก รวดเร็ว และมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดและเป็นธรรม

มาตรา ๒๘ ให้สภาปฏิรูปแห่งชาติประกอบด้วยสมาชิกจำนวนไม่เกินสองร้อยห้าสิบคน ซึ่งพระมหากษัตริย์ทรงแต่งตั้งจากผู้มีสัญชาติไทยโดยการเกิดและมีอายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปี ตามที่ คณะรักษาความสงบแห่งชาติถวายคำแนะนำ

พระมหากษัตริย์ทรงแต่งตั้งสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติเป็นประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ คนหนึ่ง และเป็นรองประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติไม่เกินสองคน ตามมติของสภาปฏิรูปแห่งชาติ

ให้หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติลงนามรับสนองพระบรมราชโองการแต่งตั้ง สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ และประธานสภาและรองประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ

มาตรา ๒๙ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติต้องไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๘ (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) และ (๙) และให้นำความในมาตรา ๙ มาใช้บังคับแก่การสิ้นสุดสมาชิกภาพของสมาชิก สภาปฏิรูปแห่งชาติโดยอนุโลม แต่การวินิจฉัยตามมาตรา ๙ วรรคสอง ให้เป็นอำนาจของสภาปฏิรูปแห่งชาติ

มาตรา ๓๐ ให้คณะรักษาความสงบแห่งชาติดำเนินการคัดเลือกบุคคลที่สมควรได้รับการ แต่งตั้งเป็นสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดให้มีคณะกรรมการสรรหาบุคคลด้านต่าง ๆ ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๗ ด้านละ หนึ่งคณะ และให้มีคณะกรรมการสรรหาประจำจังหวัดแต่ละจังหวัดเพื่อสรรหาจากบุคคลซึ่งมีภูมิลำเนา ในจังหวัดนั้น ๆ

(๒) ให้คณะรักษาความสงบแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาแต่ละด้านจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์เป็นที่ยอมรับของบุคคลในด้านนั้น ๆ

(๓) ให้คณะกรรมการสรรหาดำเนินการสรรหาบุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๘ ไม่มี ลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๒๙ และมีความรู้ความสามารถเป็นที่ประจักษ์ในแต่ละด้าน แล้วจัดทำบัญชี รายชื่อเสนอต่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ในการนี้ คณะกรรมการสรรหาจะเสนอชื่อตนเองมิได้

(๔) การสรรหาบุคคลตาม (๓) ให้คำนึงถึงความหลากหลายของบุคคลจากกลุ่มต่าง ๆ ในภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคสังคม ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคอื่นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติ หน้าที่ของสภาปฏิรูปแห่งชาติ การกระจายตามจังหวัด โอกาสและความเท่าเทียมกันทางเพศ รวมทั้ง ผู้ด้อยโอกาส

(๕) ให้คณะกรรมการสรรหาประจำจังหวัดประกอบด้วยบุคคลตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

(๖) ให้คณะรักษาความสงบแห่งชาติคัดเลือกบุคคลที่เห็นสมควรได้รับการแต่งตั้งเป็น สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติจากบัญชีรายชื่อที่คณะกรรมการสรรหาตาม (๑) เสนอ ไม่เกินสองร้อยห้าสิบคน โดยในจำนวนนี้ให้คัดเลือกจากบุคคลที่คณะกรรมการสรรหาประจำจังหวัดเสนอ จังหวัดละหนึ่งคน

จำนวนกรรมการในคณะกรรมการสรรหาแต่ละคณะ วิธีการสรรหา กำหนดเวลาในการ สรรหาจำนวนบุคคลที่จะต้องสรรหา และการอื่นที่จำเป็น ให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

มาตรา ๓๑ สภาปฏิรูปแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำ แนวทางและข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูปด้านต่าง ๆ ตามมาตรา ๒๗ เสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี คณะรักษาความสงบแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(๒) เสนอความเห็นหรือข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญเพื่อประโยชน์ ในการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญ

(๓) พิจารณาและให้ความเห็นชอบร่างรัฐธรรมนูญที่คณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญจัดทำขึ้น

ในการดำเนินการตาม (๑) หากเห็นว่ากรณีใดจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัติหรือพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญขึ้นใช้บังคับ ให้สภาปฏิรูปแห่งชาติจัดทำร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวเสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติเพื่อพิจารณาต่อไป ในกรณีที่เป็นการร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการเงินหรือร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญ ให้จัดทำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อดำเนินการต่อไป

ให้สภาปฏิรูปแห่งชาติเสนอความเห็นหรือข้อเสนอแนะตาม (๒) ต่อคณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญภายในหกสิบวันนับแต่วันที่มีการประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติครั้งแรก

ให้นำความในมาตรา ๑๓ และมาตรา ๑๘ มาใช้บังคับแก่การปฏิบัติหน้าที่ของสภาปฏิรูปแห่งชาติด้วยโดยอนุโลม

มาตรา ๓๒ ให้มีคณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญขึ้นคณะหนึ่งเพื่อจัดทำร่างรัฐธรรมนูญประกอบด้วยกรรมการจำนวนสามสิบหกคน ซึ่งประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติแต่งตั้งจากบุคคล ดังต่อไปนี้

(๑) ประธานกรรมการตามที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติเสนอ

(๒) ผู้ซึ่งสภาปฏิรูปแห่งชาติเสนอ จำนวนยี่สิบคน

(๓) ผู้ซึ่งสภานิติบัญญัติแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี และคณะรักษาความสงบแห่งชาติเสนอ ฝ่ายละห้าคน

การแต่งตั้งคณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญตามวรรคหนึ่ง ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่มีการเรียกประชุมสภาปฏิรูปแห่งชาติเป็นครั้งแรก

ในกรณีที่กรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญพ้นจากตำแหน่งไม่ว่าด้วยเหตุใด ให้คณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญที่เหลืออยู่ปฏิบัติหน้าที่ต่อไปได้ โดยให้ถือว่าคณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญประกอบด้วยกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญเท่าที่เหลืออยู่ แต่ให้ประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติแต่งตั้งกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญแทนตำแหน่งที่ว่างตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในวรรคหนึ่ง ภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่กรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญพ้นจากตำแหน่ง

ให้นำความในมาตรา ๑๘ มาใช้บังคับแก่การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญด้วยโดยอนุโลม

มาตรา ๓๓ กรรมการการยกร่างรัฐธรรมนูญต้องมีสัญชาติไทยโดยการเกิด มีอายุไม่ต่ำกว่าสี่สิบปีและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) เป็นผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง เว้นแต่เป็นผู้ดำรงตำแหน่งในคณะรักษาความสงบแห่งชาติ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ หรือสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ

(๒) เป็นหรือเคยเป็นสมาชิกหรือดำรงตำแหน่งใดในพรรคการเมืองภายในระยะเวลาสามปีก่อนวันที่ได้รับการแต่งตั้ง

(๓) มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๒๙

(๔) เป็นผู้พิพากษาหรือตุลาการ หรือผู้ดำรงตำแหน่งในองค์กรตามรัฐธรรมนูญตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐

เพื่อประโยชน์แห่งการขัดส่วนได้เสีย ห้ามมิให้กรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญดำรงตำแหน่งทางการเมืองภายในสองปีนับแต่วันที่พ้นจากตำแหน่งกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญ

มาตรา ๓๔ ให้คณะกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญจัดทำร่างรัฐธรรมนูญให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่ได้รับความเห็นหรือข้อเสนอแนะจากสภาปฏิรูปแห่งชาติตามมาตรา ๓๑ (๒) แล้วเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติเพื่อพิจารณา

ในการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญ ให้คณะกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญนำความเห็นหรือข้อเสนอแนะของสภาปฏิรูปแห่งชาติตามมาตรา ๓๑ (๒) ความเห็นของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี และคณะรักษาความสงบแห่งชาติ และความเห็นของประชาชนรวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาประกอบการพิจารณาด้วย

มาตรา ๓๕ คณะกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญต้องจัดทำร่างรัฐธรรมนูญให้ครอบคลุมเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย

(๑) การรับรองความเป็นราชอาณาจักรอันหนึ่งอันเดียวจะแบ่งแยกมิได้

(๒) การให้มีการปกครองระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขที่เหมาะสมกับสภาพสังคมของไทย

(๓) กลไกที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน ตรวจสอบ และจัดการทุจริตและประพฤติมิชอบทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งกลไกในการกำกับและควบคุมให้การใช้อำนาจรัฐเป็นไปเพื่อประโยชน์ส่วนรวมของประเทศชาติและประชาชน

(๔) กลไกที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและตรวจสอบมิให้ผู้เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ขอบด้วยกฎหมายว่ากระทำการทุจริตหรือประพฤติมิชอบ หรือเคยกระทำการอันทำให้การเลือกตั้งไม่สุจริตหรือเที่ยงธรรม เข้าดำรงตำแหน่งทางการเมืองอย่างเด็ดขาด

(๕) กลไกที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐโดยเฉพาะผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองและพรรคการเมือง สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือดำเนินกิจกรรมได้โดยอิสระ ปราศจากการครอบงำหรือชี้้นำโดยบุคคลหรือคณะบุคคลใด ๆ โดยไม่ขอบด้วยกฎหมาย

(๖) กลไกที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความเข้มแข็งของหลักนิติธรรม และการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรม และธรรมาภิบาลในทุกภาคส่วนและทุกระดับ

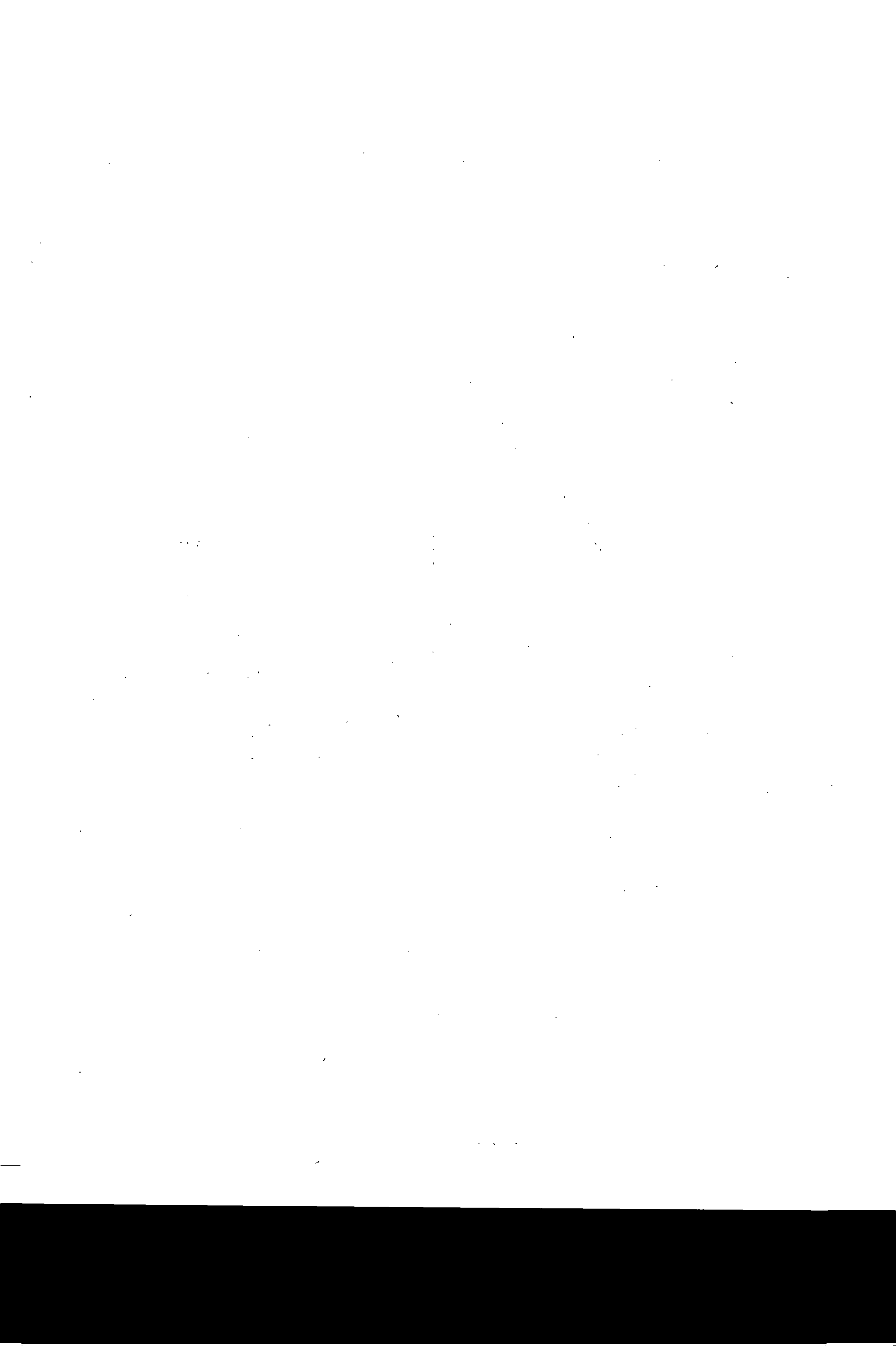
(๗) กลไกที่มีประสิทธิภาพในการปรับโครงสร้างและขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจและสังคมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมอย่างยั่งยืน และป้องกันการบริหารราชการแผ่นดินที่มุ่งสร้างความนิยมทางการเมืองที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศและประชาชนในระยะยาว

(๘) กลไกที่มีประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงินของรัฐให้เป็นไปอย่างคุ้มค่า และตอบสนองต่อประโยชน์ส่วนรวมของประชาชนโดยสอดคล้องกับสถานะทางการเงินการคลังของประเทศ และกลไกการตรวจสอบและเปิดเผยการใช้จ่ายเงินของรัฐที่มีประสิทธิภาพ

(๙) กลไกที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันมิให้มีการทำลายหลักการสำคัญของรัฐธรรมนูญจะได้วางไว้

(๑๐) กลไกที่จะผลักดันให้มีการปฏิรูปเรื่องสำคัญต่าง ๆ ให้สมบูรณ์ต่อไป

ให้คณะกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญพิจารณาถึงความจำเป็นและความคุ้มค่าที่ต้องมีองค์กรตามรัฐธรรมนูญหรือองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นโดยอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่จะต้องมี



ให้พิจารณามาตรการที่จะให้การดำเนินงานขององค์กรดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลด้วย

มาตรา ๓๖ ให้คณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญเสนอร่างรัฐธรรมนูญที่จัดทำเสร็จ ต่อประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ และให้ประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติจัดให้สภาปฏิรูปแห่งชาติประชุมกัน เพื่อพิจารณาเสนอแนะ หรือให้ความเห็นให้แล้วเสร็จภายในสิบวันนับแต่วันที่ได้รับร่างรัฐธรรมนูญ

สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติอาจขอแก้ไขเพิ่มเติมร่างรัฐธรรมนูญได้ภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่สภาปฏิรูปแห่งชาติเสร็จสิ้นการพิจารณาตามวรรคหนึ่ง คำขอแก้ไขเพิ่มเติมของสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติต้องมีสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติลงชื่อรับรองไม่น้อยกว่าหนึ่งในสิบของจำนวนสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ และสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติที่ยื่นคำขอหรือที่ยื่นคำรับรองคำขอของสมาชิกอื่นแล้ว จะยื่นคำขอหรือรับรองคำขอของสมาชิกอื่นอีกมิได้

ให้คณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญส่งร่างรัฐธรรมนูญให้คณะรัฐมนตรี และคณะรักษาความสงบแห่งชาติด้วย และคณะรัฐมนตรีหรือคณะรักษาความสงบแห่งชาติจะเสนอความคิดเห็นหรือยื่นคำขอแก้ไขเพิ่มเติมได้ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับร่างรัฐธรรมนูญ

คำขอแก้ไขเพิ่มเติมให้ยื่นต่อประธานกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญ

มาตรา ๓๗ ให้คณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญพิจารณาคำขอแก้ไขเพิ่มเติมให้แล้วเสร็จ ภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ครบกำหนดยื่นคำขอแก้ไขเพิ่มเติมตามมาตรา ๓๖ วรรคสอง ในการนี้ คณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญอาจแก้ไขเพิ่มเติมร่างรัฐธรรมนูญได้ตามที่เห็นสมควร

เมื่อคณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญได้แก้ไขเพิ่มเติมร่างรัฐธรรมนูญตามวรรคหนึ่งแล้ว ให้เสนอร่างรัฐธรรมนูญต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบหรือไม่เห็นชอบ ร่างรัฐธรรมนูญนั้นทั้งฉบับ โดยสภาปฏิรูปแห่งชาติต้องมีมติภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับร่างรัฐธรรมนูญจากคณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ สภาปฏิรูปแห่งชาติจะแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อความของร่างรัฐธรรมนูญนั้นมิได้ เว้นแต่เป็นข้อผิดพลาดที่มีไขสาระสำคัญ และคณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญเห็นชอบด้วยการแก้ไขเพิ่มเติมนั้น หรือเป็นกรณีที่คณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญเห็นว่าจำเป็นต้องแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้สมบูรณ์ขึ้น

เมื่อสภาปฏิรูปแห่งชาติมีมติเห็นชอบด้วยกับร่างรัฐธรรมนูญตามวรรคสองแล้ว ให้ประธานสภาปฏิรูปแห่งชาตินำร่างรัฐธรรมนูญขึ้นทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายภายในสามสิบวันนับแต่วันที่สภาปฏิรูปแห่งชาติมีมติ และเมื่อทรงลงพระปรมาภิไธยแล้ว ให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาและใช้บังคับได้ โดยให้ประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติลงนามรับสนองพระบรมราชโองการ

ในกรณีที่พระมหากษัตริย์ไม่ทรงเห็นชอบด้วยกับร่างรัฐธรรมนูญและพระราชทานคืนมา หรือเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันแล้วมิได้พระราชทานคืนมา ให้ร่างรัฐธรรมนูญนั้นเป็นอันตกไป

มาตรา ๓๘ ในกรณีที่สภาปฏิรูปแห่งชาติพิจารณาร่างรัฐธรรมนูญไม่แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนด หรือไม่ให้ความเห็นชอบร่างรัฐธรรมนูญ หรือร่างรัฐธรรมนูญนั้นเป็นอันตกไปตามมาตรา ๓๗ ให้สภาปฏิรูปแห่งชาติและคณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญเป็นอันสิ้นสุดลง และให้มีการดำเนินการเพื่อแต่งตั้งสภาปฏิรูปแห่งชาติและคณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญชุดใหม่ขึ้น เพื่อดำเนินการแทนตามอำนาจหน้าที่ที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญนี้

ในกรณีที่คณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญยกย่องรัฐธรรมนูญไม่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามมาตรา ๓๔ ให้คณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญเป็นอันสิ้นสุดลง และให้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญขึ้นใหม่ภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่คณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญสิ้นสุดลง

ประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ รองประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ และกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญชุดที่สิ้นสุดลงตามวรรคหนึ่งหรือวรรคสอง จะเป็นประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ รองประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ หรือกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญ แล้วแต่กรณี ชุดใหม่มิได้

มาตรา ๓๙ เมื่อจัดทำร่างรัฐธรรมนูญเสร็จแล้ว ให้สภาปฏิรูปแห่งชาติและคณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญยังคงปฏิบัติหน้าที่ต่อไป เพื่อประโยชน์ในการจัดให้มีร่างกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายอื่นที่จำเป็น ในกรณีนี้ สภาปฏิรูปแห่งชาติอาจแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อพิจารณาร่างกฎหมายที่จำเป็นก็ได้ แต่เมื่อมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญใหม่แล้ว การปฏิบัติหน้าที่ของสภาปฏิรูปแห่งชาติและคณะกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญที่ประกาศใช้นั้น

มาตรา ๔๐ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง และประโยชน์ตอบแทนอื่นของประธานสภาและรองประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ประธานสภาและรองประธานสภาปฏิรูปแห่งชาติ ผู้ดำรงตำแหน่งในคณะรักษาความสงบแห่งชาติ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ และกรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญ ให้เป็นไปตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

มาตรา ๔๑ ในกรณีที่มิบบทบัญญัติของกฎหมายใดกำหนดคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามในการดำรงตำแหน่งทางการเมือง มิให้นำบทบัญญัติแห่งกฎหมายนั้นมาใช้บังคับแก่ผู้ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้ดำรงตำแหน่งในคณะรักษาความสงบแห่งชาติ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ กรรมการการยกย่องรัฐธรรมนูญ ข้าราชการการเมืองตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการการเมือง และข้าราชการรัฐสภาฝ่ายการเมืองตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการรัฐสภา

มาตรา ๔๒ ให้คณะรักษาความสงบแห่งชาติตามประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ ๖/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๒ พฤษภาคม พุทธศักราช ๒๕๕๗ เป็นคณะรักษาความสงบแห่งชาติต่อไป และมีอำนาจหน้าที่ปฏิบัติการตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญนี้

ในกรณีจำเป็นเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติจะเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมผู้ดำรงตำแหน่งใดในคณะรักษาความสงบแห่งชาติก็ได้ แต่ในกรณีเพิ่มเติมเมื่อรวมกันแล้วต้องไม่เกินสิบห้าคน และจะกำหนดให้หน่วยงานใดทำหน้าที่เป็นหน่วยธุรการของคณะรักษาความสงบแห่งชาติก็ได้ตามที่เห็นสมควร

ในกรณีที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติเห็นว่าคณะรัฐมนตรีควรดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ในมาตรา ๑๙ ในเรื่องใด ให้คณะรักษาความสงบแห่งชาติแจ้งให้คณะรัฐมนตรีทราบเพื่อดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

ในกรณีที่เห็นสมควร หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติหรือนายกรัฐมนตรี อาจขอให้มีการประชุมร่วมกันของคณะรักษาความสงบแห่งชาติและคณะรัฐมนตรี เพื่อร่วมพิจารณาหรือแก้ไขปัญหาใด ๆ อันเกี่ยวกับการรักษาความสงบเรียบร้อยหรือความมั่นคงของชาติ รวมตลอดทั้งการปรึกษาหารือเป็นครั้งคราวในเรื่องอื่นใดก็ได้

มาตรา ๔๓ ในระหว่างที่ยังไม่มีสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในกรณีที่มีกฎหมายบัญญัติให้ การดำเนินการเรื่องใดต้องได้รับความเห็นชอบหรือรับทราบจากสภาผู้แทนราษฎร วุฒิสภา หรือรัฐสภา ให้เป็นอำนาจของหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติในการให้ความเห็นชอบหรือรับทราบแทนสภา ผู้แทนราษฎร วุฒิสภา หรือรัฐสภา

ก่อนที่คณะรัฐมนตรีตามรัฐธรรมนูญนี้จะเข้ารับหน้าที่ ให้บรรดาอำนาจหน้าที่ของ นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีเป็นอำนาจหน้าที่ของหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

มาตรา ๔๔ ในกรณีที่หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติเห็นเป็นการจำเป็น เพื่อประโยชน์ในการปฏิรูปในด้านต่าง ๆ การส่งเสริมความสามัคคีและความสมานฉันท์ของประชาชน ในชาติ หรือเพื่อป้องกัน ระวัง หรือปราบปรามการกระทำอันเป็นการบ่อนทำลายความสงบเรียบร้อย หรือความมั่นคงของชาติ ราชบัลลังก์ เศรษฐกิจของประเทศ หรือราชการแผ่นดิน ไม่ว่าจะเกิดขึ้นภายใน หรือภายนอกราชอาณาจักร ให้หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติโดยความเห็นชอบของคณะรักษา ความสงบแห่งชาติมีอำนาจสั่งการ ระวังยับยั้ง หรือกระทำการใด ๆ ได้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นภายใน หรือภายนอกราชอาณาจักร ให้หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติโดยความเห็นชอบของคณะรักษา ความสงบแห่งชาติมีอำนาจสั่งการ ระวังยับยั้ง หรือกระทำการใด ๆ ได้ ไม่ว่าจะการกระทำนั้นจะมีผล บังคับในทางนิติบัญญัติ ในทางบริหาร หรือในทางตุลาการ และให้ถือว่าคำสั่งหรือการกระทำ รวมทั้ง การปฏิบัติตามคำสั่งดังกล่าว เป็นคำสั่งหรือการกระทำหรือการปฏิบัติที่ชอบด้วยกฎหมาย และรัฐธรรมนูญนี้ และเป็นที่สุด ทั้งนี้ เมื่อได้ดำเนินการดังกล่าวแล้ว ให้รายงานประธานสภานิติบัญญัติ แห่งชาติและนายกรัฐมนตรีทราบโดยเร็ว

มาตรา ๔๕ ภายใต้บังคับมาตรา ๕ และมาตรา ๔๔ ให้ศาลรัฐธรรมนูญมีอำนาจ พิจารณาวินิจฉัยปัญหาว่ากฎหมายใดขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญนี้หรือไม่ และตามที่กฎหมายประกอบ รัฐธรรมนูญว่าด้วยผู้ตรวจการแผ่นดินและกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยพรรคการเมืองกำหนดให้ เป็นอำนาจของศาลรัฐธรรมนูญ แต่สำหรับผู้ตรวจการแผ่นดิน ให้มีอำนาจเสนอเรื่องให้ศาลรัฐธรรมนูญ วินิจฉัยได้เฉพาะเมื่อมีกรณี que se เห็นว่าบทบัญญัติแห่งกฎหมายใดมีปัญหาเกี่ยวกับความชอบ ด้วยรัฐธรรมนูญนี้

การพิจารณาและการทำคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วย การนั้น ในระหว่างที่ยังไม่มีกฎหมายดังกล่าว ให้เป็นไปตามข้อกำหนดของศาลรัฐธรรมนูญว่าด้วยวิธี พิจารณาและการทำคำวินิจฉัยที่ใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันที่รัฐธรรมนูญนี้ใช้บังคับ ทั้งนี้ เพียงเท่าที่ไม่ขัด หรือแย้งต่อวรรคหนึ่ง หรือรัฐธรรมนูญนี้

มาตรา ๔๖ ในกรณีที่เห็นเป็นการจำเป็นและสมควร คณะรัฐมนตรีและคณะรักษา ความสงบแห่งชาติ จะมีมติร่วมกันให้แก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญนี้ก็ได้ โดยจัดทำเป็นร่างรัฐธรรมนูญแก้ไข เพิ่มเติมเสนอต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติเพื่อให้ความเห็นชอบ

ให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาให้ความเห็นชอบหรือไม่เห็นชอบร่างรัฐธรรมนูญ แก้ไขเพิ่มเติมตามวรรคหนึ่งภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับร่างรัฐธรรมนูญแก้ไขเพิ่มเติม

ในการพิจารณาให้ความเห็นชอบ สภานิติบัญญัติแห่งชาติจะแก้ไขเพิ่มเติมร่างรัฐธรรมนูญ แก้ไขเพิ่มเติมนั้นมิได้ เว้นแต่คณะรัฐมนตรีและคณะรักษาความสงบแห่งชาติจะเห็นชอบด้วย

มติให้ความเห็นชอบต้องมีคะแนนเสียงไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนสมาชิกสภานิติบัญญัติ แห่งชาติทั้งหมดเท่าที่มีอยู่

เมื่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติให้ความเห็นชอบร่างรัฐธรรมนูญแก้ไขเพิ่มเติมแล้ว ให้นายกรัฐมนตรีนำร่างรัฐธรรมนูญแก้ไขเพิ่มเติมขึ้นทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายภายในสัปดาห์วันนับแต่วันที่สภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติเพื่อพระมหากษัตริย์ทรงลงพระปรมาภิไธย และเมื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้ โดยให้นายกรัฐมนตรีลงนามรับสนองพระบรมราชโองการ และให้นำความในมาตรา ๓๗ วรรคสี่ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา ๔๗ บรรดาประกาศและคำสั่งของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ หรือคำสั่งของหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติที่ได้ประกาศหรือสั่งในระหว่างวันที่ ๒๒ พฤษภาคม พุทธศักราช ๒๕๕๗ จนถึงวันที่คณะรัฐมนตรีเข้ารับหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญนี้ ไม่ว่าประกาศหรือสั่งให้มีผลบังคับในทางรัฐธรรมนูญ ในทางนิติบัญญัติ ในทางบริหาร หรือในทางตุลาการ ให้ประกาศหรือคำสั่งตลอดจนการปฏิบัติตามประกาศหรือคำสั่งนั้น ไม่ว่าจะกระทำก่อนหรือหลังวันที่รัฐธรรมนูญนี้ใช้บังคับ เป็นประกาศหรือคำสั่งหรือการปฏิบัติที่ชอบด้วยกฎหมายและชอบด้วยรัฐธรรมนูญและเป็นที่สุด และให้ประกาศหรือคำสั่งดังกล่าวที่ยังมีผลใช้บังคับอยู่ในวันก่อนวันประกาศใช้รัฐธรรมนูญนี้มีผลใช้บังคับต่อไป จนกว่าจะมีกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรี หรือคำสั่ง แล้วแต่กรณี แก้ไขเพิ่มเติมหรือยกเลิก

ในกรณีที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติได้มีคำสั่งให้บุคคลใดดำรงตำแหน่งหรือพ้นจากตำแหน่งใดที่ระบุไว้ในมาตรา ๒๔ ก่อนวันที่รัฐธรรมนูญนี้ใช้บังคับ ให้นายกรัฐมนตรีนำความกราบบังคมทูลเพื่อทรงแต่งตั้งให้บุคคลนั้นดำรงตำแหน่งนั้น หรือทรงให้บุคคลนั้นพ้นจากตำแหน่งนั้นด้วย

มาตรา ๔๘ บรรดาการกระทำทั้งหลายซึ่งได้กระทำเนื่องในการยึดและควบคุมอำนาจการปกครองแผ่นดิน เมื่อวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ของหัวหน้าและคณะรักษาความสงบแห่งชาติ รวมทั้งการกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการกระทำดังกล่าวหรือของผู้ซึ่งได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหรือคณะรักษาความสงบแห่งชาติ หรือของผู้ซึ่งได้รับคำสั่งจากผู้ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหรือคณะรักษาความสงบแห่งชาติ อันได้กระทำไปเพื่อการดังกล่าวข้างต้นนั้น การกระทำดังกล่าวมาทั้งหมดนี้ ไม่ว่าจะเป็นการกระทำเพื่อให้มีผลบังคับในทางรัฐธรรมนูญ ในทางนิติบัญญัติ ในทางบริหาร หรือในทางตุลาการ รวมทั้งการลงโทษและการกระทำอันเป็นการบริหารราชการอย่างอื่น ไม่ว่ากระทำในฐานะตัวการ ผู้สนับสนุน ผู้ใช้ให้กระทำ หรือผู้ถูกใช้ให้กระทำ และไม่ว่ากระทำในวันที่กล่าวนั้นหรือก่อนหรือหลังวันที่กล่าวนั้น หากการกระทำนั้นผิดต่อกฎหมาย ให้ผู้กระทำพ้นจากความผิดและความรับผิดโดยสิ้นเชิง

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ
พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา
หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

๒. สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙
ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข

การพัฒนาในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งภายนอกและภายในประเทศที่ปรับเปลี่ยนเร็วและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เป็นทั้งโอกาสและความเสี่ยงต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะข้อผูกพันที่จะเป็นประชาคมอาเซียนในปี ๒๕๕๘ จึงจำเป็นต้องนำภูมิคุ้มกันที่มีอยู่พร้อมทั้งเร่งสร้างภูมิคุ้มกันในประเทศให้เข้มแข็งขึ้นมาใช้ในการเตรียมความพร้อมให้แก่คน สังคม และระบบเศรษฐกิจของประเทศให้สามารถปรับตัวรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม สามารถพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าต่อไป เพื่อประโยชน์สุขที่ยั่งยืนของสังคมไทยตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

ทั้งนี้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ดังนี้

๑) บทที่ ๓ ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม หัวข้อที่ ๕. แนวทางการพัฒนา คือ ข้อ ๕.๒ ได้แก่ ๕.๒.๑ และ ๕.๒.๓

๒) บทที่ ๔ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน หัวข้อที่ ๕. แนวทางการพัฒนา ดังนี้

- ข้อ ๕.๑ ได้แก่ ข้อ ๕.๑.๑ (๑) และ ๒))

- ข้อ ๕.๒ ได้แก่ ข้อ ๕.๒.๑ (๑) และ ๒)), ข้อ ๕.๒.๒ (๕)) และข้อ ๕.๒.๔ (๑), ๒) และ ๓))

- ข้อ ๕.๓ ได้แก่ ข้อ ๕.๓.๑ และข้อ ๕.๓.๒

๓) บทที่ ๘ ยุทธศาสตร์การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน หัวข้อที่ ๕. แนวทางการพัฒนา ดังนี้

- ข้อ ๕.๗ ได้แก่ ข้อ ๕.๗.๑, ข้อ ๕.๗.๒, ข้อ ๕.๗.๓, ข้อ ๕.๗.๔ และ ข้อ ๕.๗.๕

- ข้อ ๕.๘ ได้แก่ ข้อ ๕.๘.๒ และข้อ ๕.๘.๕

สาระสำคัญของประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข มีรายละเอียด ดังนี้

๑) บทที่ ๓ ยุทธศาสตร์การสร้างความเป็นธรรมในสังคม

หัวข้อที่ ๕. แนวทางการพัฒนา

๕.๒ การจัดบริการทางสังคมให้ทุกคนตามสิทธิขั้นพื้นฐาน และเน้นการสร้างภูมิคุ้มกันระดับปัจเจกและสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการพัฒนาประเทศ

๕.๒.๑ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีช่องทางการเข้าถึงอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะระบบบริการสาธารณสุขและการศึกษาขั้นพื้นฐาน สวัสดิการสังคม และกระบวนการยุติธรรม เพื่อสร้างโอกาสให้กลุ่มด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง รวมทั้งลดความแตกต่างคุณภาพบริการสาธารณสุขในระหว่างพื้นที่และกลุ่มคน โดยสนับสนุนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นตามกรอบที่รัฐธรรมนูญกำหนด ทั้งบริการการศึกษา สุขภาพ สวัสดิการสังคม กระบวนการยุติธรรม ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพและการศึกษาของประเทศ การกระจายทรัพยากรด้านการศึกษา สาธารณสุข และมีระบบการจูงใจให้บุคลากรมีการกระจายที่เหมาะสม ภายใต้มาตรการการเงินการคลังที่ยั่งยืน

๕.๒.๓ พัฒนาระบบสวัสดิการทางสังคม โดยจัดระบบความสัมพันธ์ของสวัสดิการทางสังคมทั้งเกิด แก่ เจ็บ ตาย ให้มีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชาติ ท้องถิ่น และชุมชนโดยมุ่งเน้นการจัดสวัสดิการที่มีคุณภาพและยั่งยืน ด้วยบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะบทบาทสถาบันครอบครัวชุมชนท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชนที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมและการลงทุนในธุรกิจเพื่อสังคม

๒) บทที่ ๔ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน

หัวข้อที่ ๕. แนวทางการพัฒนา

๕.๑ การปรับโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรให้เหมาะสม ส่งเสริมให้คนไทยมีบุตรที่มีคุณภาพและมีการกระจายตัวประชากรที่สอดคล้องกับศักยภาพและโอกาสของพื้นที่

๕.๑.๑ ส่งเสริมคู่สมรสที่มีความพร้อมให้มีบุตรเพิ่มขึ้น และรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่าระดับที่เป็นอยู่ปัจจุบัน โดย

๑) ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัยอย่างทั่วถึง ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ รวมทั้งกำหนดมาตรการที่เอื้อต่อการมีบุตร เพิ่มขึ้นอย่างมีคุณภาพ ทั้งในด้านภาษี และสวัสดิการในการเลี้ยงดูบุตร

๒) ส่งเสริมให้มีระบบการจัดการความรู้ในเรื่องครอบครัวศึกษา อาหารศึกษา พฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมปลอดภัย รวมถึงการเตรียมความพร้อมพ่อแม่ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอด

๕.๒ การพัฒนาคุณภาพคนไทยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง มีการเรียนรู้สู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการสั่งสมทุนทางปัญญา เชื่อมโยงการค้นคว้าวิจัยและพัฒนาสู่การเสริมสร้างขีดความสามารถในการประกอบสัมมาอาชีพ และการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย

๕.๒.๑ พัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์ คุณธรรม และจริยธรรม โดย

๑) เตรียมความพร้อมของพ่อแม่และผู้ดูแลในการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสมกับพัฒนาการทางสมอง สติปัญญา ร่างกาย และจิตใจ ผลักดันให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความสุข ด้วยการกระตุ้นให้ได้คิดและลงมือทำด้วยตนเอง เชื่อมโยงสิ่งที่ได้เรียนรู้เข้ากับชีวิตจริง และปฏิบัติตนเป็นต้นแบบที่ดีด้านคุณธรรมและจริยธรรม

๒) ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพศูนย์เด็กเล็กทั้งในชุมชน สถานประกอบการ และหน่วยงานภาครัฐให้มีมาตรฐาน สอดคล้องกับภูมิสังคม โดยให้ความสำคัญกับคุณภาพของผู้ดูแลเด็ก และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพัฒนาการของเด็ก เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนสามวัย

๕.๒.๒ พัฒนาเด็กวัยเรียนให้มีความรู้ทางวิชาการ และสติปัญญาทางอารมณ์ที่เข้มแข็งสามารถศึกษาหาความรู้และต่อยอดองค์ความรู้ได้ด้วยตนเอง โดย

๕) เสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และถูกต้องให้แก่เด็ก โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สามารถจัดการควบคุม ดูแลอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีความรู้ ความเข้าใจในหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้เวลาอย่างสร้างสรรค์ และมีคุณภาพ ตลอดจนจนมีการพัฒนาสุขภาพิบาลโรงเรียน โดยจัดโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการมีสุขภาวะ

มีการควบคุมดูแลและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในโรงเรียนให้อยู่ในสภาพที่ดีปลอดภัยจากโรค การเจ็บป่วย หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ

๕.๒.๔ พัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม มีคุณภาพ มีคุณค่าสามารถปรับตัวเท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นพลังในการพัฒนาสังคม โดย

๑) ส่งเสริมการสร้างรายได้และการมีงานทำในผู้สูงอายุ โดยกำหนด ลักษณะประเภทงานและอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม ควบคู่กับการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะทั้งด้านวิชาการ และการใช้สื่อการเรียนรู้สมัยใหม่แก่ผู้สูงอายุ เพื่อการประกอบอาชีพและการพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง

๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการนำความรู้และประสบการณ์ ของผู้สูงอายุที่เป็นคลังสมองของชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน ประชาชนชาวบ้าน ผู้มีความรู้ภูมิปัญญา ท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่น และประเทศ

๓) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง โดยการปรับปรุง สภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะกับวัย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบ ของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น

๕.๓ การส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สร้างเสริมสุขภาวะควบคู่ กับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข

๕.๓.๑ การสร้างเสริมสุขภาวะคนไทยให้มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยการ พัฒนา ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน การลด ปัจจัยเสี่ยง จากสภาพแวดล้อมและการประกอบอาชีพที่มีผลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบและกลไก เฝ้าระวังความมั่นคงทางสุขภาพจากปัจจัยคุกคามสุขภาพที่แฝงมากับกระบวนการพัฒนา รวมทั้ง มุ่งสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การใช้ประโยชน์ จากยาสมุนไพรเพื่อการป้องกันและการรักษาเบื้องต้น และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการสื่อสาร ต่อสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก

๕.๓.๒ พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะ ระบบบริการขั้นพื้นฐาน ควบคู่กับการส่งเสริมการแพทย์ทางเลือก การพัฒนาด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพของประเทศ การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เหมาะสมทั้งการ ผลิตและการกระจายบุคลากร ค่าตอบแทน และการอำนวยความสะดวกในชีวิตความเป็นอยู่ เพื่อเป็น สิ่งจูงใจให้บุคลากรมีการกระจายที่เหมาะสม รวมทั้งการใช้มาตรการการเงินการคลังเพื่อสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพและยั่งยืน

๓) บทที่ ๘ ยุทธศาสตร์การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

หัวข้อที่ ๕. แนวทางการพัฒนา มีรายละเอียด ดังนี้

๕.๗ การควบคุมและลดมลพิษ เพื่อสร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดีให้กับประชาชน มีแนวทางสำคัญ ดังนี้

๕.๗.๑ ลดปริมาณมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก โดยส่งเสริมให้มีระบบขนส่งมวลชนในพื้นที่เมืองใหญ่ ส่งเสริมให้ประชาชนลดการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล

พิจารณาเก็บค่าธรรมเนียมเข้าพื้นที่ที่การจราจรแออัด กำหนดอายุการใช้งานรถยนต์และรถรับจ้าง และสนับสนุนมาตรการด้านผังเมือง เพื่อลดปัญหาจราจรและมลพิษทางอากาศและเสียง เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการป้องกันและการชดเชยผลกระทบที่เกิดจากการพัฒนา รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีสะอาดและเชื้อเพลิงสะอาดในกระบวนการผลิตของภาคอุตสาหกรรม ตลอดจนการใช้กฎหมายในการควบคุมการเผาในพื้นที่โล่งอย่างเคร่งครัด

๕.๗.๒ เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการขยะและน้ำเสียชุมชน โดยสนับสนุนการจัดตั้งระบบที่สอดคล้องกับปัญหาและศักยภาพของท้องถิ่น และส่งเสริมให้เอกชนเข้ามาร่วมลงทุนในการดำเนินงาน สนับสนุนการลดปริมาณของเสีย ณ แหล่งกำเนิด โดยส่งเสริมให้เกิดกลไกการคัดแยกขยะเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ให้มากที่สุด รวมทั้งใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อลดปริมาณขยะและน้ำเสีย เช่น การเก็บภาษีการปล่อยมลพิษ หรือค่าธรรมเนียมการใช้สินค้าที่ก่อมลพิษสูง ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่วิกฤต เร่งรัดการลงทุนก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียรวมชุมชน และระบบการจัดการขยะแบบครบวงจร ส่งเสริมธุรกิจชุมชนและธุรกิจเอกชนจากขยะรีไซเคิล รวมทั้งสนับสนุนให้มีการผลิตและใช้พลังงานทดแทนจากของเสีย โดยสร้างมาตรการจูงใจในการแปรรูปขยะเป็นพลังงานให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ตลอดจนออกกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมการให้บริการบำบัดน้ำเสียและกำจัดขยะมูลฝอยเพื่อให้ท้องถิ่นมีรายได้เพียงพอในการบริหารจัดการบำรุงรักษาระบบบำบัดและกำจัดของเสียอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๕.๗.๓ พัฒนาระบบการจัดการของเสียอันตราย ขยะอิเล็กทรอนิกส์ และขยะติดเชื้อ โดยสนับสนุนการก่อสร้างศูนย์จัดการของเสียอันตรายจากชุมชน เพิ่มความรับผิดชอบของผู้ประกอบการในการจัดการขยะอันตรายและสารอันตรายให้มากขึ้น ติดตามและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการลักลอบทิ้งสารอันตราย กากอุตสาหกรรมและขยะติดเชื้อในสิ่งแวดล้อม ป้องกันการลักลอบนำเข้าสารอันตรายมาใช้ในกิจการที่ผิดวัตถุประสงค์สนับสนุนการจัดทำระบบฐานข้อมูลเอกลักษณ์ของกากอุตสาหกรรมอันตราย จากโรงงานอุตสาหกรรมประเภทต่าง ๆ กำหนดให้โรงงานที่มีการใช้สารเคมี หรือมีกากอุตสาหกรรมอันตรายต้องวางหลักประกันเมื่อขออนุญาตหรือขอขยายการประกอบกิจการ แก้ไขกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการการขนส่งและการรีไซเคิล กากอุตสาหกรรมอันตราย รวมทั้งจัดให้มีการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการกำจัดกากอุตสาหกรรมอันตราย ที่ไม่ยุ่งยากและประหยัดค่าใช้จ่าย ตลอดจนกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพสินค้าที่นำเข้าที่จะก่อให้เกิดปัญหาการจัดการขยะและปัญหาสิ่งแวดล้อมภายในประเทศ เพื่อรองรับมาตรการส่งเสริมการค้าเสรีภายในกรอบความร่วมมือต่าง ๆ อาทิ อาเซียน-จีน เป็นต้น

๕.๗.๔ ลดความเสี่ยงอันตรายการรั่วไหล และการเกิดอุบัติเหตุจากสารเคมี โดยให้ความสำคัญกับการจัดการสารเคมีอย่างครบวงจร พิจารณาจำกัดหรือยกเลิกการนำเข้าและการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีความเสี่ยงสูง ส่งเสริมการใช้สารทดแทนสารเคมี พัฒนาและเชื่อมโยงฐานข้อมูลสารเคมีของแต่ละหน่วยงาน ตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ทั้งบัญชีการนำเข้า การผลิต การดำเนินการกับสารเคมีที่มีอยู่ ตลอดจนถึงการกำจัด จัดทำระบบข้อมูลการใช้สารเคมีทางการเกษตรและวัตถุอันตราย ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ สื่อสารความเสี่ยงให้ผู้ประกอบการมีความรู้ความเข้าใจเพื่อลดการใช้สารเคมีที่มีอันตรายในกระบวนการผลิต และให้ความรู้แก่ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้เกิดการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภค โดยสร้างระบบเฝ้าระวัง

และติดตามตรวจสอบด้านความปลอดภัยสารเคมีและสินค้าที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของผู้บริโภค พัฒนาผลิตภัณฑ์ระบบการจำแนกความอันตราย และระบบการติดฉลาก ตลอดจนสร้างเครือข่ายทางสังคมในการเฝ้าระวังและจัดการสารเคมี

๕.๗.๕ พัฒนาระบบเตือนภัย แจ้งเหตุฉุกเฉิน และระบบการจัดการเมื่อเกิดอุบัติเหตุด้านมลพิษ ทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนกำหนดมาตรการรักษา เยียวยาและฟื้นฟูสิ่งแวดล้อมและผู้ได้รับผลกระทบ เมื่อมีเหตุอุบัติภัยด้านมลพิษ โดยจัดให้มีกองทุนเยียวยาและฟื้นฟูพื้นที่และผู้ได้รับผลกระทบ โดยระดมทุนจากผู้ผลิต ผู้ประกอบการ และโรงงานผู้ก่อมลพิษ รวมทั้งการใช้มาตรการทางการคลังที่เหมาะสม สอดคล้องตามหลักการผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย

๕.๘ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและเป็นธรรมอย่างบูรณาการ มีแนวทางหลัก ดังนี้

๕.๘.๒ สนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม และพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่น และชุมชน โดยสนับสนุนการจัดการเชิงพื้นที่ พัฒนากลไกการจัดการร่วมที่ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน รวมทั้งการจัดตั้งสภาสิ่งแวดล้อมชุมชนท้องถิ่น เพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงการพัฒนาของภาครัฐที่อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ สุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมของชุมชนในทุกขั้นตอน บนพื้นฐานขององค์ความรู้ ข้อมูลที่ถูกต้อง เปิดเผย โปร่งใส สามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม เสริมสร้างบทบาทของสื่อมวลชน ในการสร้างความตระหนักรู้ และความตื่นตัวของสาธารณชนในการดูแลคุ้มครองทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้มแข็งด้านการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการบริหารจัดการน้ำและมลพิษทางน้ำ การจัดการขยะและของเสียอันตราย รวมทั้งการจัดการภัยพิบัติ

๕.๘.๕ ผลักดันให้มีการจัดเก็บภาษีสิ่งแวดล้อม รวมถึงการปฏิรูปการบริหารจัดการงบประมาณของประเทศ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการใช้ ทรัพยากรธรรมชาติ อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการก่อมลพิษตามแนวทางการปฏิรูประบบภาษีเพื่อการรักษาสิ่งแวดล้อมให้เป็นรูปธรรม เช่น พิจารณาเก็บภาษีการปล่อยมลพิษ ภาษีหรือค่าธรรมเนียมในการใช้สินค้าที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ภาษี สารเคมี เป็นต้น และนำรายได้จากภาษีและค่าธรรมเนียมดังกล่าวมาสนับสนุนการฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอนามัยของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษ และส่งเสริมการผลิตที่ยั่งยืน

๓. สรุปสาระสำคัญแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙

๓.๑ หลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ มุ่งพัฒนาภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

สร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม มุ่งเน้นการสร้างหลักประกันและการจัดบริการที่ครอบคลุมเป็นธรรม เห็นคุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

๓.๒ วิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑

“ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี ร่วมสร้างระบบสุขภาพพอเพียง เป็นธรรม นำสู่สังคมสุขภาวะ”

ระบบสุขภาพพอเพียง หมายถึง กระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เข้มแข็ง เพียงพอ และเข้าถึงได้สะดวก ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของประชาชน บนต้นทุน ที่เหมาะสม

๓.๓ พันธกิจ

พัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงโดยยึดหลักธรรมาภิบาล สร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยคุกคาม และสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาไทย

๓.๔ เป้าประสงค์

๑. ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและมีส่วนร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคม

๒. มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ไวพอ ทันการณ์ และสามารถจัดการปัญหาภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๔. มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตามปัญหาสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ

๕. มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพ และเป็นเอกภาพ

๓.๕ ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

๒. อัตราป่วย อัตราตายจากภัยพิบัติ โรคระบาดและภัยสุขภาพ

- อัตราป่วยด้วยโรคระบาดอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

- อัตราตายจากภัยพิบัติตามธรรมชาติ

- อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๓. อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง และอัตราการควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย

๔. ร้อยละของประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (ออกกำลังกาย บริโภคผัก/ผลไม้ รับประทานอาหารหวาน/มัน/เค็ม เลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มี อย. สิบบุหรี่ยี่ห้อและดีมีสุรา)

๕. สัดส่วนการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

๖. อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ

๗. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในภายใน ๒๘ วัน

๘. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ยระหว่างภูมิภาค

๙. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงิน

๓.๖ ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

๓.๖.๑ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย : ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีศักยภาพ มีความเข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพที่ดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ มีกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่นของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ และภาคประชาสังคมโดยใช้ข้อมูลที่ครบถ้วน รอบด้าน การหาทางออกร่วมกันอย่างสมานฉันท์ ตลอดจนการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศให้เข้มแข็งทั้งในระดับโลก ภูมิภาคและชายแดน พัฒนาศักยภาพวิธีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยให้มีความปลอดภัย มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับ พัฒนาระบบการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมด้านการแพทย์แผนไทยในการตรวจและรักษาโรคให้มากขึ้น ตลอดจนส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ...

๓.๖.๒ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุ และภัยสุขภาพ : ให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย โคลนดินถล่ม แผ่นดินไหว สารพิษ สารเคมี การก่อการร้าย การจลาจล ฯลฯ การเกิดโรคระบาดต่าง ๆ ทั้งที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ สารก่ออันตรายในสิ่งแวดล้อม ในอาหาร สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ อุบัติเหตุ ตลอดจนภัยสุขภาพอื่น ๆ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัยและการจัดการภัยพิบัติ ภัยสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ

๓.๖.๓ ยุทธศาสตร์การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา : ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มสัดส่วนการลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้มากขึ้น สร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีการตื่นตัวให้ความสำคัญต่อสุขภาพ มีการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี มีความปลอดภัยด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โภชนาการ การประกอบอาชีพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา พัฒนาระบบการควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติด ชนิดใหม่ พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกายและการมีสุขภาพจิตที่ดี

๓.๖.๔ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกกระดับ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ : ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการในทุกกระดับให้ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้อย่างมีคุณภาพทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอในทุกกระดับ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทางให้ครอบคลุมพื้นที่ตามความจำเป็น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีคุณภาพมาตรฐานที่ดีในทุกระดับ จัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ คนชายขอบ พัฒนาการเข้าถึงบริการระดับบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมมากขึ้น พัฒนาระบบส่งต่อโดยประชาชนไม่ถูกปฏิเสธการส่งต่อ และได้รับการดูแลที่ดีระหว่างการส่งต่อ ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยการรับบริการ ขยายขีดความสามารถในการบำบัดรักษาพยาบาลดี สร้างกลไกเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการใกล้ชิด ลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจ ที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเรื่องกระบวนการรักษาสีทธิประโยชน์ และความคาดหวัง เพื่อให้ผู้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุขและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

๓.๖.๕ ยุทธศาสตร์การสร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ : ให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Delivery Board) เพื่อวางระบบบริการของประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนดทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน (กองทุนสวัสดิการราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสมเร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายกำลังคนที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง มีระบบข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบงานให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจ ให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและเห็นคุณค่าของการทำงาน ส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามา มีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ (Public Private Partnership : PPP) สร้างกลไกการบูรณาการ แผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ตลอดจนการนำความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน

๔. สรุปสาระสำคัญแผนประชากร ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๙

๔.๑ วิสัยทัศน์

“ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ ได้รับการพัฒนาทุกช่วงวัยให้สามารถเป็นพลัง ในการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตของประเทศ มีหลักประกันที่มั่นคงพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยที่มีการจัดสวัสดิการอย่างยั่งยืนโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม”

๔.๒ พันธกิจ

๔.๒.๑ ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีในทุกช่วงวัยของประชากร ให้เอื้อต่อการมีบุตรที่มีคุณภาพและส่งเสริมให้คู่สมรสที่มีความพร้อมมีบุตรเพิ่มขึ้น

๔.๒.๒ พัฒนาศักยภาพประชากรทุกช่วงวัยอย่างเหมาะสม ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และอยู่ในกรอบของศีลธรรมและจริยธรรม สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๔.๒.๓ ส่งเสริมให้ประชากรไทยทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงาน และครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพมากขึ้น

๔.๓ วัตถุประสงค์

๔.๓.๑ เพื่อให้ประชากรไทยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมทุกช่วงวัย เพื่อให้ประชากรไทยทุกคนที่จะเกิดมามีคุณภาพพร้อมที่จะพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อเติบโตขึ้น

๔.๓.๒ เพื่อพัฒนาคุณภาพประชากรไทยทุกช่วงวัยให้มีคุณภาพ สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๔.๓.๓ เพื่อให้ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และมีหลักประกันทางสังคมที่มั่นคง สามารถพึ่งพาตนเองได้ในยามสูงวัย

๔.๔ เป้าหมายการพัฒนา

๔.๔.๑ ประชาไทยทุกช่วงวันมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและมีศักยภาพเพิ่มขึ้น สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๔.๔.๒ ประชากรไทยทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงาน และสังคมไทยมีการจัดสวัสดิการทางสังคมอย่างทั่วถึงและยั่งยืนมากขึ้น

๔.๕ ตัวชี้วัด

- ๑) ร้อยละของการฝากครรภ์ตามคำแนะนำของแพทย์เพิ่มขึ้น
- ๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้น
- ๓) ระดับค่าเฉลี่ยเซาว์ปัญญาของเด็กไม่ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลที่ระดับ ๑๐๐
- ๔) จำนวนโครงการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมคุณค่าของการมีบุตรว่าการมีบุตรเป็นการเพิ่มทุนมนุษย์ ทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญของสังคม ทั้งในปัจจุบันและในอนาคตเพิ่มขึ้น

๕) จำนวนสถานประกอบการที่ปรับสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขการทำงานที่เป็นมิตรต่อครอบครัวเพิ่มขึ้น

๖) จำนวนงานศึกษาวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อมาตรการ กฎหมายและระเบียบต่าง ๆ ที่เหมาะสมเอื้อต่อการมีบุตรและลดอุปสรรคต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้น

๗) จำนวนสถานพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ที่มีการจัดทำระบบบริการสำหรับผู้มีบุตรยากเพิ่มขึ้น

๘) การจัดทำแนวทางที่เป็นรูปธรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนทางภาษีสำหรับผู้ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีในการมีบุตรเพิ่มขึ้น

๙) จำนวนเครือข่ายประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายประชากรซึ่งมีความพร้อมต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้น

๑๐) จำนวนสถานศึกษาที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเฝ้าระวังอนามัยเจริญพันธุ์ หรือมีหลักสูตรที่บูรณาการกับทักษะชีวิต หรือหลักสูตรด้านการออม หรือโครงการสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้เรียนต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมด้านอนามัยเจริญพันธุ์การออมและคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น

๑๑) อัตราเพิ่มของผลิตภาพแรงงานเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓.๐ ต่อปี และอัตราการจ้างงานระดับของแรงงานไทยลดลง

๑๒) อัตราการมีส่วนร่วมในเชิงเศรษฐกิจสังคมของสตรีและประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นทุกพื้นที่ และมีอัตราการขยายตัวของโครงการสร้างงาน พัฒนาอาชีพและสมรรถนะแก่สตรีและประชากรสูงอายุในชนบทและในพื้นที่ห่างไกลในการเป็นแกนนำเชื่อมโยงอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมในพื้นที่ถิ่นของตนสู่โอกาสทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคอาเซียนเพิ่มขึ้น

๑๓) สัดส่วนประชากรวัยทำงานที่มีการออมและการลงทุนระยะยาวทางการเงินที่เหมาะสมเพิ่มสูงขึ้น

๑๔) การกระจายตัวและการตั้งถิ่นฐานของประชากรรองรับการปรับโครงสร้างและประสิทธิภาพการผลิตภาคการเกษตรมากขึ้น

๑๕) แรงงานต่างชาติทุกระดับฝีมือสอดคล้องกับความต้องการจริงในตลาดแรงงานทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพในแต่ละพื้นที่

๔.๖ ยุทธศาสตร์การพัฒนาประชากร

๔.๖.๑ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพพร้อมที่จะพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อเติบโตขึ้น

มุ่งส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย และส่งเสริมให้ประชากรไทยที่มีความพร้อมให้มีบุตรเพิ่มขึ้น

๔.๖.๒ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพประชากรไทยทุกช่วงวัย เพื่อเป็นพลังต่อการเจริญเติบโตของประเทศ

มุ่งพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพัฒนาการด้านต่าง ๆ คุณธรรม จริยธรรม ตลอดจนศีลธรรมจรรยา อย่างต่อเนื่อง ต่อยอดเชื่อมโยง ตั้งแต่ในช่วยวัยแรกเกิดและวัยทารก ประชากรวัยเรียน และประชากรวัยสูงอายุได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพของตน สามารถบริหารจัดการชีวิตของตนเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ สร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ตนเองได้ สามารถปรับตัวเพื่อรับโอกาสและพัฒนาภูมิคุ้มกันตนเองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมภายในและภายนอกประเทศได้ สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาค

อาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรี ในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘

๔.๖.๓ ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมประชากรไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่มีสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน

มุ่งเตรียมความพร้อมให้กับประชากรไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านปัจเจก ให้สามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงานและเตรียมความพร้อมด้านระบบการออมและระบบสวัสดิการสังคม เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตให้กับประชากรไทย

๕. สรุปสาระสำคัญของรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๖ และ ๔๗ กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงาน ด้านสุขภาพของประเทศ ซึ่งมีสาระสำคัญโดยสรุปประกอบด้วยเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ
- คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ
- การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ
- การสร้างเสริมสุขภาพ
- การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
- การคุ้มครองผู้บริโภค
- การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ดังนั้น ปัจจุบันจึงมีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ เพื่อให้ หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องใช้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์

๖. อำนาจหน้าที่ของกระทรวงและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖.๑ กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนด ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข มีส่วนราชการ ดังต่อไปนี้

- (๑) สำนักงานรัฐมนตรี
- (๒) สำนักงานปลัดกระทรวง
- (๓) กรมการแพทย์
- (๔) กรมควบคุมโรค
- (๕) กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- (๖) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- (๗) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- (๘) กรมสุขภาพจิต
- (๙) กรมอนามัย
- (๑๐) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

หน่วยงานในกำกับกระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

- (๑) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- (๒) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (๓) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- (๔) โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
- (๕) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
- (๖) สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

กรอบยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๗

วิสัยทัศน์

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพโดยการมีส่วนร่วม
ของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

พันธกิจ

๑. พัฒนาและบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
๒. เสริมสร้างระบบบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล และจัดระบบบริการ
สุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน
๓. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบสุขภาพ
๔. วิจัยและพัฒนาและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์

เสริมสร้างระบบสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน และมีการบริหารจัดการ
สุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี

เป้าประสงค์

๑. เพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๒. ประชาชนทุกคนในพื้นที่เครือข่ายบริการได้รับบริการสุขภาพทุกระดับที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๓. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์

๑. เร่งรัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพในจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อม โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

๓. ส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐานในระดับนานาชาติ

๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีธรรมาภิบาล

๕. พัฒนาระบบบริการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

๖. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ

๗. พัฒนาขีดความสามารถเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานของการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ

๘. พัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีคุณภาพ

๙. พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

๑๐. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั้งภาวะปกติและภัยพิบัติ

๑๑. เสริมสร้างระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ผู้เสพ ผู้ติดยาและสารเสพติด ให้มีประสิทธิภาพ

เป้าหมายการให้บริการ

๑. ระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพสามารถรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

ตัวชี้วัด

- จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน (๕๕ แห่ง)

๒. ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีสุขภาพดี

ตัวชี้วัด

- อัตราป่วยหรือตายด้วยปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนในเขตจังหวัดชายแดนภาคใต้ ๓ อันดับแรกลดลง (ร้อยละ ๕ ต่อปี)

๓. ธุรกิจบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมให้สามารถแข่งขัน และเพิ่มรายได้แก่ประเทศ

ตัวชี้วัด

- ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติ (๒๐ ต่อปี)

๔. ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสามารถลดภาระโรคและภัยคุกคาม ตลอดจนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด

๑) ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ไม่น้อยกว่า ๘๕ ต่อปี)

๒) จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง (ปี ๒๕๕๗ = ๘,๕๐๐ ราย, ปี ๒๕๕๘ = ๘,๑๐๐ ราย, ปี ๒๕๕๘ = ๗,๘๐๐ ราย)

๓) อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ ๒๐ ต่อปี)

๔) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ไม่น้อยกว่า ๕๐ ต่อปี)

๕) ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (ไม่น้อยกว่า ๔๐ ต่อปี)

๖) ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เท่ากับ ๙๐ ต่อปี)

๕. ประชาชนทุกคนในเขตเครือข่ายบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานทุกระดับ และเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยในเขตเครือข่ายบริการได้

ตัวชี้วัด

๑) อัตราส่วนมารดาตาย (ไม่เกิน ๑๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)

๒) อัตราตายทารก (ไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพพันคน)

๓) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน ๒๐ ต่อประชากรแสนคน)

๔) ร้อยละสถานบริการสุขภาพภาครัฐผ่านการรับรองมาตรฐาน HA (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ต่อปี)

๖. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพ ได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

ตัวชี้วัด

- ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (๘.๕ คะแนน ต่อปี)

๗. ประชาชนได้รับการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ตัวชี้วัด

- อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๑๓ ต่อประชากรแสนคน)

๘. ประชาชน ผู้เสพ ผู้ติดยา และสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษา ฟันฟู เฝาระวัง ควบคุมการใช้วัตถุเสพติด เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในสังคม



ตัวชี้วัด

- ร้อยละผู้เสียหายเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพซ้ำ (เท่ากับร้อยละ ๘๐ ต่อปี)

๖.๒ กรอบยุทธศาสตร์หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง**สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ****วิสัยทัศน์**

ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ

พันธกิจ

๑. สนับสนุนให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย

๒. ดำเนินการให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า

๓. พัฒนาการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน ทุกคนเข้าถึงได้ และเป็นที่ยังพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ

๔. สนับสนุนการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ให้บริการ โดยที่เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ (Human and patient rights) และมุ่งเน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

๕. เสริมสร้างความเท่าเทียมกันระหว่าง ๓ กองทุน ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ การให้บริการ การจัดสรรงบประมาณและการควบคุมค่าใช้จ่าย

ค่านิยมองค์กร

A - Accountability (สำนึกในหน้าที่ ความรับผิดชอบ)

B - Customer Service Mind (ใส่ใจผู้รับบริการ มีหัวใจบริการ)

C - Creativity (คิดใหม่ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์)

E - Efficiency & Excellent (มุ่งประสิทธิภาพและผลงานที่เป็นเลิศ)

P - Plan for the Future (คิดไกล มีการวางแผน)

T - Teamwork (เรียนรู้ร่วมกันและทำงานเป็นทีม)

นโยบายคุณภาพ

“สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบบริหารงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทย ได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ”

อำนาจหน้าที่

สปสข. มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๒๔ ดังนี้

๑. รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการ ดังกล่าว และคณะกรรมการสอบสวน
 ๒. เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข
 ๓. จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ
 ๔. บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
 ๕. จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนดให้แก่หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ ตามมาตรา ๔๖
 ๖. ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ
 ๗. ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ
 ๘. กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายบริการในการให้บริการสาธารณสุข ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน
 ๙. ถือกรรมสิทธิ์ มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินต่าง ๆ
 ๑๐. ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน
 ๑๑. เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน
 ๑๒. มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน
 ๑๓. จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุม คุณภาพ และมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน
 ๑๔. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงานหรือตามที่ คณะกรรมการหรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานมอบหมาย
๗. นโยบายการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ รัชตะ รัชตะนาวิน) และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์สมศักดิ์ ชุมหรัศม์)

หลักการสำคัญของนโยบาย

๑. มุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีความเสมอภาค
๒. มุ่งเน้นทำให้เร็ว ทำจริง ทำให้ได้ผล และมีผลต่อเนื่องอย่างยั่งยืน ตามแนวทางนายกรัฐมนตรีน
๓. มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวาง บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์
๔. มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและภาคภูมิใจ

นโยบาย

๑. ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ และโครงการเฉลิมพระเกียรติ เพื่อเทิดพระเกียรติพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์โดยขอให้ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นนโยบายสำคัญ ที่ต้องดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้สมพระเกียรติ และให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อประชาชน

๒. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง โดยมีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน

๒.๑ พัฒนาและดำเนินการทศวรรษแห่งการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเน้นการพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยการสนับสนุนของระบบบริการสารสนเทศด้านสุขภาพ และการมีบุคลากรและแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วถึงทั้งในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร และชนบท

๒.๒ พัฒนาระบบบริการในแต่ละเขตพื้นที่โดยเน้นความเข้มแข็งระบบบริการระดับปฐมภูมิ ระบบเครือข่ายการส่งต่อระหว่างสถานบริการสุขภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชนที่มีประสิทธิภาพการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการทุกระดับ ทั้งนี้โดยมีระบบอภิบาลอย่างมีส่วนร่วมและโปร่งใส เพื่อให้เกิดการกระจายและการใช้ทรัพยากร อย่างเสมอภาคและมีประสิทธิภาพสูงสุด

๒.๓ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพให้ทุกกองทุนมีความกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียว (harmonization) ในเรื่องสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการ การสนับสนุนทางการเงิน และระบบข้อมูล

๒.๔ เร่งรัดดำเนินการให้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย “ใช้บริการได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” มีความเป็นจริงในทางปฏิบัติ

๒.๕ เร่งรัดการดำเนินการระบบการสร้างเสริมสุขภาพะสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ให้เกิดผลเป็นรูปธรรมภายในหนึ่งปีและมีผลอย่างต่อเนื่องอย่างยั่งยืน โดยเน้นการดูแลโดยชุมชนและครอบครัว ด้วยการสนับสนุนและความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างสถานบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๖ เร่งรัดพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพและพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพสำหรับประชากรที่มีความต้องการบริการรูปแบบพิเศษโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าถึงบริการสำหรับคนพิการประชากรที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ประชากรต่างด้าว/แรงงานต่างด้าว ประชาชนตามพื้นที่พิเศษ เช่น ชายแดนห่างไกล ห้าจังหวัดภาคใต้ และการสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานนอกระบบ

๒.๗ พัฒนาประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมในการจัดการและการใช้ทรัพยากรของระบบบริการ โดยเน้นเรื่องการสร้างภาวะผู้นำและระบบความรับผิดชอบของผู้บริหาร การกระจายอำนาจ และการสร้างระบบความยืดหยุ่นในการบริหารสถานพยาบาลของรัฐ รวมทั้งการให้มีโรงพยาบาลองค์การมหาชนในกำกับรัฐ เพิ่มมากขึ้น

๒.๘ สนับสนุนการบูรณาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร โดยการสนับสนุนการเพิ่มการใช้ในสถานพยาบาล การเพิ่มการสนับสนุนทางการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ และการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒.๙ เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัยมากที่สุด และผู้ให้บริการมีความมั่นใจ รวมทั้งเกิดความเป็นกัลยาณมิตรระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ โดยจัดให้มีทศวรรษแห่งการพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย

๓. สร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรไทยตลอดช่วงชีวิต

๓.๑ จัดการกับปัจจัยเสี่ยงหลักทางสุขภาพตามกลุ่มวัย

(๑) ทารกและเด็กเล็ก เน้นการพัฒนาเชิงคุณภาพของศูนย์เด็กเล็กทั่วประเทศ การจัดทำชุดนโยบายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การออกพระราชบัญญัติควบคุมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก และการจัดการภาวะการขาดสารอาหารเฉพาะอย่าง โดยเฉพาะธาตุเหล็ก และไอโอดีน

(๒) กลุ่มวัยเรียน (๕-๑๔ ปี) เน้นการปรับปรุงฉลากอาหารให้เอื้อต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และการดำเนินการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการเสริมสร้างทักษะชีวิต และทักษะด้านสุขภาพ

(๓) กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี) เน้นการจัดการกับปัญหาการบริโภคบุหรี่ สุรา สารเสพติด อนามัยการเจริญพันธุ์ (โดยเฉพาะการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งปัญหาสังคมที่ตามมา ความรุนแรงทางเพศ โรคเอดส์ และความปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอด) พฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกาย การคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยงตามกลุ่มวัย

(๔) ผู้สูงอายุ เร่งรัดการดำเนินการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

๓.๒ โภชนาการและอาหารปลอดภัย เน้นการแก้ปัญหาโภชนาการตามกลุ่มประชากร และการสร้างความเข้มแข็งของระบบการติดตามเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายภายหลังผลิตภัณฑ์ออกสู่ตลาด โดยเฉพาะการลักลอบนำเข้าอาหาร ปัญหาคุณภาพนมและอาหารโรงเรียน น้ำมันทอดซ้ำ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การใช้สเตียรอยด์ในอาหารรวมทั้งการจัดการปัญหาการโฆษณา และการตลาดที่ไม่เหมาะสม

๓.๓ การป้องกันและการควบคุมการบาดเจ็บ โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร และการบาดเจ็บในเด็ก โดยเน้นการพัฒนาและบังคับใช้กฎหมายที่มีอยู่อย่างเคร่งครัด

๓.๔ การดำเนินการเพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งรัฐ เอกชน ประชาสังคมและชุมชนท้องถิ่น

๔. สร้างเสริมความเข้มแข็งของกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ทำงานข้ามภาคส่วนทั้งในภาครัฐ (กระทรวงอื่น ๆ มหาวิทยาลัย และสภาวิชาชีพ) เอกชน ประชาสังคม และชุมชนท้องถิ่น เพื่อร่วมกันดำเนินการฉันทกัลยาณมิตร ในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงภัยคุกคามสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต เช่น กลไกการทำงานข้ามภาคส่วนของกระทรวงสาธารณสุข กลไกภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น

๕. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการบุคลากรสุขภาพ

๕.๑ สนับสนุนให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งประเภท คุณภาพ ปริมาณและการกระจาย

๕.๒ ดำเนินการสนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอ และสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการสุขภาพและแผนกำลังคน โดยเน้นความร่วมมือระหว่างผู้ผลิต ผู้ใช้ ประชาสังคมและชุมชนท้องถิ่น เน้นการผลิตที่มีฐานในระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ การศึกษาร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการเรียนการสอน

๕.๓ เสริมสร้างระบบการบริหารจัดการบุคลากรให้มีระบบการจ้างงาน และระบบการสร้างฉันทะ และแรงจูงใจ ที่ส่งเสริมการกระจายที่เหมาะสมทั้งในภาพรวมและรายสาขา บุคลากรมีขวัญกำลังใจดีมีความสุขและความภูมิใจ โดยใช้มาตรการทั้งด้านการศึกษา การบริหารจัดการ มาตรการทางสังคมและการเงินอย่างครบวงจร โดยเฉพาะการทำให้สถานที่ทำงานทุกแห่งเป็น Healthy Workplace

๖. พัฒนาความมั่นคงของระบบยา วัคซีน เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์

๖.๑ ส่งเสริมและเร่งรัดการดำเนินการในการจัดตั้งโรงงานผลิตวัคซีน ชีววัตถุ และวัตถุดิบในการผลิตยา รวมทั้งเครื่องมือแพทย์ ทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ โดยเฉพาะวัคซีนไขหวัดใหญ่ วัคซีนพื้นฐาน ชีววัตถุที่ใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ทั้งนี้ โดยได้รับการสนับสนุนจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างเหมาะสม

๖.๒ สร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของกลไกการพัฒนาระบบยาและเทคโนโลยีของประเทศ โดยศึกษาทบทวนกลไกการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ กลไกการประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยา วัคซีนและเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม คำนึงรวมทั้งการสนับสนุนอุตสาหกรรมในประเทศ

๗. จัดการโรคติดต่อและภัยคุกคามด้านสุขภาพ

๗.๑ เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพ เพื่อให้ทันกับแนวโน้มการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสนับสนุนการดำเนินการของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) โดยสนับสนุนประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน ในการสร้างขีดความสามารถด้านบุคลากรและเครือข่ายห้องปฏิบัติการ

๗.๒ เร่งรัดขับเคลื่อนการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙) โดยเน้นการดำเนินการตามหลักการ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ให้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนทั้งในภาครัฐและเอกชน ทุกระดับ

๗.๓ เร่งรัดและดำเนินการให้เกิดความยั่งยืนในการกำจัด กวาดล้างและควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยเฉพาะโรคโปลิโอ หัด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัณโรค โรคเอดส์ โรคติดต่อมาโดยแมลง โรคตับอักเสบ และพยาธิใบไม้ในตับ

๗.๔ เสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมจากท้องถิ่นและชุมชน ในการจัดการภัยคุกคามทางสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ โดยเน้นการพัฒนาขีดความสามารถในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของชุมชนท้องถิ่น ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และการพัฒนากลไกควบคุมการทำงานของผู้ประกอบการวิชาชีพ ด้านสาธารณสุขในโรงงานอย่างเข้มงวด

๗.๕ พัฒนาระบบและกลไกในการพิจารณาการนำวัคซีนและเทคโนโลยีใหม่ เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก การทดสอบดีเอ็นเอในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วัคซีนโรตาไวรัสป้องกันท้องร่วงในเด็ก วัคซีนผสมห้าหรือหกชนิด (pentavalent and hexavalent) เป็นต้น ทั้งนี้ให้เป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการประเมินเทคโนโลยีที่เข้มแข็ง

๘. สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพโลก Global health

๘.๑ จัดทำและดำเนินการแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพโลกและภูมิภาคอาเซียน ของประเทศไทย โดยอาศัยจุดแข็งระบบสุขภาพไทยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและสุขภาพของประเทศ การประกันความมั่นคงของมนุษย์ การเสริมบทบาทและภาพลักษณ์ของไทยในเวทีระหว่างประเทศ การเป็นศูนย์กลางการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพรวมทั้งรองรับการเป็นประชาคมอาเซียน ทั้งนี้ โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรด้านสุขภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน รวมทั้งภาคประชาสังคม ทั้งนี้โดยใช้กลไกสมัชชาสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

๘.๒ การพัฒนาให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาคอย่างสมดุล และยั่งยืน

(๑) พัฒนาระบบความสมดุลในการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพเพื่อมิให้นโยบาย ในการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพของภูมิภาคส่งผลกระทบต่อค่าบริการสุขภาพ แก่คนไทยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) พัฒนาระบบสารสนเทศในการรองรับการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย และสถานพยาบาลทั้งภายในและกับต่างประเทศ รวมทั้งการพัฒนา Health Care Logistics

(๓) ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนด้านบริการสุขภาพ เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน

๙. สนับสนุนการวิจัยสุขภาพอย่างครบวงจร โดยการผลักดันให้มีกฎหมายจัดตั้ง สถาบันวิจัยสุขภาพ เพื่อให้สามารถส่งเสริมสนับสนุนการวิจัยสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และครบวงจร ตั้งแต่งานวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพพื้นฐาน ไปจนถึงการวิจัยระบบสาธารณสุข

๑๐. พัฒนาและส่งเสริมระบบธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุขและองค์กร ด้านสุขภาพของรัฐ โดยการวางระบบและกลไกธรรมาภิบาล โดยเฉพาะในเรื่องการแต่งตั้งโยกย้าย การจัดซื้อจัดจ้าง การรับสิ่งของจากภาคเอกชน ให้เป็นไปตามหลักนิติธรรม ยึดหลักคุณธรรม ความคุ้มค่า

ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม และการมีความรับผิดชอบ (Accountability) ทั้งนี้ โดยร่วมมือกับการขับเคลื่อนในภาคเอกชน (ที่มา : <http://bps.ops.moph.go.th/moph2/index.html>)

๘. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการสาธารณสุข

๘.๑ ข้อบังคับการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๙

ข้อ ๗๓ (๑๖) กำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่พิจารณา ร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบสวน หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน

๘.๒ ข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๑

ข้อ ๗๗ (๑๗) กำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่พิจารณา ร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบสวนหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๘.๓ ข้อบังคับการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๗

ข้อ ๘๔ (๘) กำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่พิจารณา ร่างพระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญหรือร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบสวน หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา

ภาคผนวก ก

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข
 ความสอดคล้องระหว่างนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดินของคณะรัฐมนตรี
 กับแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ หมวด ๕ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข ดังนี้

ส่วนที่ ๔ แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม
 มาตรา ๘๐ รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา
 และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(๑) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษา
 ปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบัน
 ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ
 และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้

(๒) ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่
 สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน
 อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการ
 จัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม
 ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ส่วนที่ ๙ สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ

มาตรา ๕๑ บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสม
 และได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสีย
 ค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมี
 ประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม
 โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

๒. นโยบายรัฐบาล

๒.๑ สมัยนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ เป็นนายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันจันทร์ที่ ๒๙
 ธันวาคม ๒๕๕๑ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข ดังนี้

(ข้อ ๓.) นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต

๓.๒ นโยบายแรงงาน

๓.๒.๑ ดำเนินการให้แรงงานทั้งในและนอกระบบได้รับการคุ้มครอง
 ตามมาตรฐานแรงงานไทย โดยเฉพาะในด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพการจ้างงาน โดย
 การส่งเสริมให้สถานประกอบการผ่านการทดสอบและรับรองตามมาตรฐานระบบการจัดการปฏิบัติต่อ
 แรงงานด้านสิทธิและคุ้มครองให้เป็นไปตามมาตรฐานแรงงานสากล

๓.๒.๒ ปฏิรูประบบประกันสังคมให้มีความเข้มแข็งมั่นคง ให้มีการบริหารจัดการ
 ที่เป็นอิสระ โปร่งใส และขยายความคุ้มครองถึงบุตรและคู่สมรสของผู้ประกันตนในเรื่องการเจ็บป่วย
 รวมทั้งเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่น ๆ เพิ่มเติมให้แก่ผู้ประกันตน

๓.๒.๕ สนับสนุนสวัสดิการด้านแรงงาน โดยจัดตั้งสถาบันความปลอดภัยในการทำงาน จัดให้มีสถานดูแลเด็กก่อนในสถานประกอบการ และเพิ่มศักยภาพกองทุนเงินทดแทนในการดูแลลูกจ้างที่ประสบอันตรายเนื่องจากการทำงานรวมทั้งจัดระบบดูแลด้านสวัสดิการแรงงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ และส่งเสริมระบบแรงงานสัมพันธ์ในระบบไตรภาคี เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างลูกจ้าง นายจ้าง และภาครัฐ

๓.๓ นโยบายด้านสาธารณสุข

๓.๓.๑ สนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางของกฎหมาย สุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินการมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคีพัฒนาในสาขาต่าง ๆ ตลอดจนภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจ รมรงค์ให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย รวมทั้งส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีส่วนร่วมในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

๓.๓.๒ สร้างขีดความสามารถในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ุณิจฉัย และดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับทุกภาคส่วน ทุกสาขา ที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกัน ปัญหาการป่วยและตายด้วยโรคอุบัติใหม่ที่รวมถึงโรคที่มีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ และโรคระบาดซ้ำ ในคน อย่างทันต่อสถานการณ์

๓.๓.๓ ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพของภาครัฐในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานีนอานามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพประจำตำบล และพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกัน ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพ มีคุณภาพอย่างเพียงพอ ทัวถึง มีทางเลือกหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึง การรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วม โครงการ

๓.๓.๔ ลงทุนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควบคุมกับการสร้างขวัญกำลังใจให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ มีการปรับปรุงกฎระเบียบเพื่อให้มีรายได้ จากเงินเดือนและค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่เหมาะสม เป็นธรรม รวมทั้งปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับ การประกอบอาชีพด้านการแพทย์ มีการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างสอดคล้อง กับความต้องการของพื้นที่ ตลอดจนการลงทุนพัฒนาและเชื่อมโยงระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้านสุขภาพให้ทันสมัย มีมาตรฐาน สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างคุ้มค่า

๓.๓.๕ ผลักดันการขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาลในระดับนานาชาติ โดยมียุทธศาสตร์การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วม มีการ ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๓.๕ นโยบายสวัสดิการสังคม และความมั่นคงของมนุษย์

๓.๕.๓ เร่งรัดปรับปรุงแก้ไขปัญหาคุณภาพการอยู่อาศัยคุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมชุมชน โดยเฉพาะชุมชนผู้มีรายได้น้อยให้ดียิ่งขึ้น โดยปรับปรุงคุณภาพและขยายการ ให้บริการสาธารณสุขปกเื้อให้ทั่วถึง ปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กรภาครัฐด้านการเคหะและการอยู่อาศัย ของผู้มีรายได้น้อยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร รวมถึงพิจารณาจัดตั้งองค์กรในลักษณะดังกล่าว เพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนผู้มีรายได้น้อยให้ดียิ่งขึ้น

๓.๕.๗ เร่งรัดการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบครบวงจร ทั้งด้าน การป้องกัน การปราบปราม การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ควบคู่กับการปรับปรุงกฎหมาย ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และมีการบังคับใช้กฎหมายโดยเคร่งครัด รวมทั้งขยายความร่วมมือกับ ประเทศเพื่อนบ้านและนานาชาติในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

๓.๖ นโยบายการกีฬาและนันทนาการ

๓.๖.๑ เสริมสร้างโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มออกกำลังกายและเล่นกีฬา โดยประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ ภาคธุรกิจเอกชน ชุมชน และองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการพัฒนากีฬา จัดหาสถานที่จัดกิจกรรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬา อย่างทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมให้เยาวชนมีความสนใจในการเล่นกีฬาและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

(ข้อ ๔.) นโยบายเศรษฐกิจ

๔.๒ นโยบายปรับโครงสร้างเศรษฐกิจ

๔.๒.๒ ภาคอุตสาหกรรม

๔.๒.๒.๗ ส่งเสริมให้อุตสาหกรรมมีความรับผิดชอบต่อสังคม ทั้งในด้านคุณภาพและมาตรฐานสินค้าและบริการ และมาตรฐานความปลอดภัยในสถานประกอบการ และสิ่งแวดล้อม

๔.๒.๓ ภาคการท่องเที่ยวและบริการ

๔.๒.๓.๑ ขยายฐานภาคบริการในโครงสร้างการผลิตของประเทศ โดยเพิ่มความหลากหลายของธุรกิจบริการ เพิ่มมูลค่า เพิ่มความสามารถในการแข่งขัน พัฒนาแรงงาน ฝีมือทั้งในด้านคุณภาพและความรู้ด้านภาษา และเชื่อมโยงธุรกิจภาคบริการ อุตสาหกรรม และเกษตร เข้าด้วยกันให้เป็นกลุ่มสินค้า เช่น ธุรกิจสุขภาพ อาหารและการท่องเที่ยว รวมทั้งสินค้าบริการที่ใช้ความคิด สร้างสรรค์บนพื้นฐานของวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทยที่เชื่อมโยงกับเทคโนโลยีสมัยใหม่

๔.๕ นโยบายเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

๔.๕.๑ พัฒนาโครงข่ายสื่อสารโทรคมนาคมพื้นฐานให้ครอบคลุม ทั่วประเทศ และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสื่อสารอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อให้ประชาชนชุมชน และองค์กรต่าง ๆ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารและความรู้ได้อย่างทั่วถึงและสนับสนุนการพัฒนาประเทศไทยไปสู่ เศรษฐกิจฐานความรู้ รวมทั้งพัฒนาบริการสื่อสารที่ทันสมัย เพื่อรองรับความต้องการของภาคธุรกิจ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อพัฒนาการให้บริการภาครัฐ บริการศึกษา บริการสาธารณสุข และโลจิสติกส์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

(ข้อ ๖.) นโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การวิจัย และนวัตกรรม

๖.๑ ส่งเสริมและสนับสนุนโครงการวิจัยตามแนวพระราชดำริการวิจัยและพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทั้งงานวิจัยขั้นพื้นฐาน และงานวิจัยประยุกต์ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์และพัฒนาอุตสาหกรรม รวมทั้งเร่งรัดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและพัฒนาอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ในอนาคต อาทิ เทคโนโลยีสำหรับผู้พิการ เทคโนโลยีอวกาศ เทคโนโลยีพลังงานทดแทน และเทคโนโลยีเพื่อความมั่นคง

๖.๓ ปฏิรูประบบการวิจัยและพัฒนาของประเทศ โดยจัดให้มีกองทุนวิจัยร่วมภาครัฐและเอกชนที่รัฐลงทุนร้อยละ ๕๐ และจัดหาสินเชื่อดอกเบี้ยต่ำให้กับภาคเอกชนที่เข้าร่วมงานวิจัยเพิ่มเติมงบประมาณด้านการวิจัยของประเทศ ปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานของงานวิจัยพื้นฐานและการวิจัยและพัฒนาแบบครบวงจรที่ให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ รายได้และการจ้างงาน และการเพิ่มมูลค่าสินค้า ทั้งนี้ให้มีโครงการวิจัยที่ก่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ที่เป็นรูปธรรม เช่น ยา เคมีภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และสินค้าเกษตร โดยเชื่อมโยงระหว่างภาคเอกชน สถาบันวิจัย และมหาวิทยาลัย ตลอดจนเครือข่ายวิสาหกิจ

(ข้อ ๘.) นโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี

๘.๑ ประสิทธิภาพการบริหารราชการแผ่นดิน

๘.๑.๘ ปรับเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน และสิทธิประโยชน์ของข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐให้เหมาะสมกับความสามารถ และประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงานในลักษณะที่อาจแตกต่างกันตามพื้นที่ ตามการแข่งขันของการจ้างงานในแต่ละสายอาชีพที่เหมาะสม และตามความจำเป็นเพื่อรักษาคนเก่ง คนดีไว้ในราชการ รวมทั้งการสร้างสมดุลของคุณภาพชีวิตข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐให้ดีขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีขวัญกำลังใจที่จะปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน

๒.๒ สมัยนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี แถลงต่อรัฐสภา วันอังคารที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๕๔ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข

(ข้อ ๑.) นโยบายเร่งด่วนที่จะเริ่มดำเนินการในปีแรก

๑.๒ กำหนดให้การแก้ไขและป้องกันปัญหายาเสพติดเป็น “วาระแห่งชาติ” โดยยึดหลักนิติธรรมในการปราบปรามลงโทษผู้ผลิต ผู้ค้า ผู้มีอิทธิพล และผู้ประพฤตินิยมชอบ โดยบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ยึดหลักผู้เสพคือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาให้กลับมาเป็นคนดีของสังคม พร้อมทั้งมีกลไกติดตามช่วยเหลืออย่างเป็นระบบดำเนินการอย่างจริงจังในการป้องกันปัญหาด้วยการแสวงหาความร่วมมือเชิงรุกกับต่างประเทศในการควบคุมและสกัดกั้นยาเสพติด สารเคมี และสารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติดที่ลักลอบเข้าสู่ประเทศภายใต้การบริหารจัดการอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งดำเนินการป้องกันกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดด้วยการรวมพลังทุกภาคส่วนเป็นพลังแผ่นดินในการต่อสู้กับยาเสพติด

๑.๑๔ พัฒนาระบบประกันสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๓๐ บาทรักษาทุกโรค เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ สะดวก รวดเร็ว และเป็นธรรม รวมทั้งบูรณาการสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับจากระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ บูรณาการ

แผนงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ตลอดจนส่งเสริมการนำเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยและคุ้มค่าต่อการให้บริการมาใช้ให้แพร่หลาย รวมทั้งจัดให้มีมาตรการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและภาวะทุพโภชนาการที่นำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง รวมทั้งการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ และมาตรการป้องกันอุบัติเหตุจากการจราจร

นโยบายที่รัฐบาลจะดำเนินการภายในช่วงระยะ ๔ ปี

(ข้อ ๓.) นโยบายเศรษฐกิจ

๓.๓ นโยบายปรับโครงสร้างเศรษฐกิจ

๓.๓.๓ ภาคการท่องเที่ยว การบริการ และการกีฬา

๑) การพัฒนาการท่องเที่ยว

๑.๑) ส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุนการท่องเที่ยวและเร่งรัดการปรับปรุงมาตรฐานในเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกความปลอดภัย และสุขอนามัย โดยคำนึงถึงการเข้าถึงแหล่งท่องเที่ยวของผู้พิการและผู้สูงอายุ

๑.๔) ส่งเสริม สนับสนุนตลาดนักท่องเที่ยวคุณภาพทั้งจากต่างประเทศและในประเทศ โดยใช้กลยุทธ์การตลาดเชิงรุกในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งระดับภายในประเทศ และระหว่างประเทศเพื่อให้ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวระดับโลกศูนย์กลางการประชุมและแสดงสินค้าระหว่างประเทศ และศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจลงตราการยกเว้นค่าธรรมเนียมการตรวจลงตราให้แก่นักท่องเที่ยวที่อยู่ในกรอบการค้าเสรี หรือมีความสัมพันธ์ด้านการค้าการลงทุนร่วมกับประเทศไทย และการยกเว้นการตรวจลงตราให้แก่นักท่องเที่ยวจากประเทศกลุ่มเป้าหมาย

๒) การพัฒนาภาคบริการ

๒.๒) พัฒนาธุรกิจบริการที่มีศักยภาพเพื่อขยายฐานการผลิตและการตลาดสู่ระดับภูมิภาค โดยเพิ่มความหลากหลาย มูลค่า ความสามารถในการแข่งขันของธุรกิจบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นแหล่งสร้างรายได้เงินตราต่างประเทศและรายได้ท้องถิ่น เช่น การท่องเที่ยว ธุรกิจบริการสุขภาพ ธุรกิจการประชุมและแสดงสินค้า การศึกษานานาชาติ การก่อสร้าง ธุรกิจภาพยนตร์ ธุรกิจออกแบบแฟชั่น ธุรกิจอัญมณีการบริหารจัดการขนส่งสินค้าและบริการ เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับกีฬาและนันทนาการ รวมทั้งสินค้าบริการที่ใช้ความคิดสร้างสรรค์บนพื้นฐานของวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทยที่เชื่อมโยงกับเทคโนโลยีสมัยใหม่

(ข้อ ๔.) นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต

๔.๒ นโยบายแรงงาน

๔.๒.๔ เพิ่มสิทธิประโยชน์ประกันสังคมให้มากขึ้นเพื่อผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึง และปรับปรุงแนวทางการขยายความคุ้มครองและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจและเห็นประโยชน์ในการประกันตนของแรงงานนอกระบบ

๔.๓ นโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

๔.๓.๑ ลงทุนด้านบริการสุขภาพ โดยการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพทั้งระบบอย่างมีบูรณาการเชื่อมโยงในทุกกระดับ จัดให้มีระบบสารสนเทศทางสาธารณสุขที่มี

ประสิทธิภาพ และเร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เพียงพอกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น ตามข้อเท็จจริงในปัจจุบัน เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาล ศูนย์ความเป็นเลิศที่กระจายอยู่ในส่วนภูมิภาค และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่โรงพยาบาลต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้โรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ มีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ทันสมัย รวมทั้งพัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ในเขตเมือง และชนบทที่สมบูรณ์แบบทั่วประเทศ

๔.๓.๒ ผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้เพียงพอ โดยกำหนด แผนงานแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรในพื้นที่ และสนับสนุนให้มีการเร่งผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้กลับไปปฏิบัติงานในภูมิลำเนา เดิมในชนบท พร้อมกับการสร้างขวัญกำลังใจในเรื่องของความก้าวหน้าในอาชีพ และการมีค่าตอบแทน ที่เหมาะสมและเป็นธรรม

๔.๓.๓ จัดให้มีมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง อย่างมีบูรณาการและครบวงจร ตั้งแต่การมีนโยบายสาธารณะ ที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จัดให้มีการสื่อสารสาธารณะของรัฐเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ให้ความรู้ป้องกันโรคเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การให้บริการเชิงรุก ตลอดจนคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

๔.๓.๔ พัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน ขยายความครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้ด้อยโอกาส สนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐาน ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพของคน ในชุมชน พัฒนาแกนนำสุขภาพ ครอบครัวและการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ชุมชน ท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและจัดการ ปัญหาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

๔.๓.๕ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์ วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ สนับสนุนโครงการส่งเสริมเซาว์ปัญญาของเด็ก และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ฝึกอบรม ผู้ปฏิบัติงานศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน สนับสนุนโครงการ พัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพสตรีเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีและเด็กอย่างบูรณาการทั่วประเทศ รวมทั้งเผยแพร่ ให้ความรู้และดูแลป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นและการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และลดความรุนแรง ต่อเด็กและสตรี สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการเพื่อดูแล ผู้สูงอายุและผู้พิการ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้ได้เข้าถึงการบริการอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพ และเป็นธรรม รวมทั้งให้มีระบบการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน จัดการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อแขนงต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ

๔.๓.๖ ส่งเสริมให้ประชาชนทุกระดับมีโอกาสออกกำลังกาย และเล่นกีฬา เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและพลานามัยที่ดี สร้างนิสัยความมีน้ำใจเป็นนักกีฬาและใช้เวลาว่างให้เป็น ประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการหมกมุ่นมั่วสุมกับอบายมุขและยาเสพติด

๔.๓.๗ ขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นเลิศในผลิตภัณฑ์และการบริการ ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในภูมิภาคเอเชีย โดยประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ในการสร้างความก้าวหน้าในทางวิชาการและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของคนไทย สนับสนุนเอกชนให้จัดบริการศูนย์พักฟื้นผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน รวมทั้งแก้ไขปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีการใช้บุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงาน

๔.๕ นโยบายความมั่นคงของชีวิตและสังคม

๔.๕.๓ ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ ด้วยการพัฒนาเด็กตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เด็กแรกเกิดเด็กก่อนวัยเรียน และเยาวชนทุกช่วงวัยให้มีความรู้คู่จริยธรรม ให้ความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง ๖ เดือนแรก สนับสนุนให้มีศูนย์เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนที่มีคุณภาพจัดการละเมิดสิทธิเด็กและเยาวชนในทุกรูปแบบ ตลอดจนสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมจิตอาสาเพื่อสังคมควบคู่กับการเรียนรู้จากกิจกรรม รวมถึงส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ในลักษณะต่าง ๆ เพื่อสร้างความฉลาดทางปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ให้กับเด็กและเยาวชนของชาติ

๔.๕.๔ สนับสนุนบทบาทของสตรีไทยในการมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศอย่างเสมอภาค ด้วยการปกป้องสิทธิของสตรี ปรับปรุงกฎหมายที่คุ้มครองสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว และดัดศักยภาพของสตรีให้มีส่วนร่วมพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาและสาธารณสุขแก่สตรีทั้งในเมืองและชนบทเพื่อให้มีความรู้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีรายได้ มีหลักประกันในการดำรงชีวิต จัดตั้งสถานดูแลเด็กในที่ทำงานภาครัฐและเอกชนจนถึงระดับชุมชนการเพิ่มและพัฒนาศักยภาพของศูนย์พึ่งได้เพื่อช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัวตลอด ๒๔ ชั่วโมง ตลอดจนส่งเสริมบทบาทของสตรีให้เป็นหลักในการสร้างครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคง รวมถึงจัดตั้งกองทุนเพื่อพัฒนาบทบาทสตรีไทยให้เท่าทันโลกยุคใหม่

๔.๕.๕ เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาสมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะต่าง ๆ สำหรับรองรับผู้สูงอายุและคนพิการ สร้างความร่วมมือในการเป็นสังคมผู้สูงอายุ พัฒนาบริการสุขภาพอนามัย ให้การสงเคราะห์ จัดการศึกษา จัดสวัสดิการ รวมถึงหาอาชีพให้แก่ผู้ด้อยโอกาสผู้พิการหรือทุพพลภาพ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมภายใต้หลักคิดที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์สูง สมควรให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาบ้านเมือง

๔.๕.๖ ลดอุบัติเหตุและความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรให้เหลือน้อยที่สุด ส่งเสริมการเรียนรู้การเดินทางและการใช้การขนส่งอย่างปลอดภัยโดยน้อมนำหลักการแก้ไขปัญหายาจราจรตามแนวพระราชดำริไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง และถือเป็น “วาระแห่งชาติ” ที่ต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นในทุกพื้นที่ของประเทศ

๒.๓ นโยบายพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แลกต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ วันศุกร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข มีรายละเอียด ดังนี้

(ข้อ ๒.) การรักษาความมั่นคงของรัฐและการต่างประเทศ

๒.๑ ในระยะเร่งด่วน รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมสู่ประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียนในกิจการ ๕ ด้าน ได้แก่ การบริหารจัดการชายแดน การสร้างความมั่นคงทางทะเล การแก้ไขปัญหาอาชญากรรมข้ามชาติ การสร้างความไว้วางใจกับประเทศเพื่อนบ้าน และการเสริมสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการทางทหารร่วมกันของอาเซียนโดยเน้นความร่วมมือเพื่อป้องกัน แก้ไขข้อพิพาทต่าง ๆ และการแก้ไขปัญหาเส้นเขตแดนโดยใช้กลไกทั้งระดับทวิภาคีและพหุภาคี ทั้งจะจัด

ระเบียบการพัฒนาตามกรอบประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและการบริหารจัดการพื้นที่ชายแดนทั้งทางบกและทางทะเล รองรับการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษตามแนวชายแดน โดยใช้ระบบเฝ้าตรวจที่มีเทคโนโลยีทันสมัย กำหนดให้ปัญหายาเสพติด การค้าอาวุธ การค้ามนุษย์ การกระทำอันเป็นโจรสลัด การก่อการร้ายสากลและอาชญากรรมข้ามชาติเป็นปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องได้รับการป้องกันและแก้ไข โดยการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดและจัดการปัญหาอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงต่อเนื่องให้เบ็ดเสร็จ เช่น ปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคลการปรับปรุงระบบการเข้าเมือง การจัดระเบียบแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

(ข้อ ๓.) การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ

๓.๔ เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้น สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล ที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ

(ข้อ ๕.) การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน
รัฐบาลจะวางรากฐาน พัฒนา และเสริมความเข้มแข็งให้แก่การให้บริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชนโดยเน้นความทั่วถึง ความมีคุณภาพ และประสิทธิภาพดังนี้

๕.๑ วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ และบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

๕.๒ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการป้องกันโรคมามากกว่ารอให้ป่วยแล้วจึงมารักษา สร้างกลไกการจัดการสุขภาพในระดับเขตแทนการกระจุกตัวอยู่ที่ส่วนกลาง ปรับระบบการจ้างงาน การกระจายบุคลากรและทรัพยากรสาธารณสุขให้เหมาะสมกับท้องถิ่น และให้ภาคเอกชนสามารถมีส่วนร่วมในการจ้างบุคลากรเพื่อจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐเป็นผู้กำกับดูแล สนับสนุนความร่วมมือระหว่างรัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยส่งเสริมการลงทุนและการใช้ทรัพยากรและบุคลากรร่วมกันโดยมีข้อตกลงที่รัดกุมและเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

๕.๓ เสริมความเข้มแข็งของระบบเฝ้าระวังโรคระบาด โดยเฉพาะโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โดยมีเครือข่ายหน่วยเฝ้าระวัง หน่วยตรวจวินิจฉัยโรค และหน่วยที่สามารถตัดสินใจเชิงนโยบายในการสกัดกั้นการแพร่กระจายได้อย่างทันที่

๕.๔ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรอันนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยการร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ในการตรวจจับเพื่อป้องกัน การรายงานและการดูแลผู้บาดเจ็บ

๕.๕ ส่งเสริมการกีฬาเพื่อสุขภาพ ใช้กีฬาเป็นสื่อในการพัฒนาลักษณะนิสัยเยาวชนให้มีน้ำใจนักกีฬา มีวินัย ปฏิบัติตามกฎกติกา มารยาท และมีความสามัคคี อีกทั้งพัฒนานักกีฬาให้มีศักยภาพสามารถแข่งขันในระดับนานาชาติจนสร้างชื่อเสียงแก่ประเทศชาติ

๕.๖ ประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม เพื่อป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครม.ในวัยรุ่น และปัญหาด้านการแพทย์และจริยธรรมของการอัมบุญ การปลูกถ่ายอวัยวะ และสเต็มเซลล์ โดยจัดให้มีมาตรการและกฎหมายที่รัดกุม เหมาะสมกับประเด็นที่เป็นปัญหาใหม่ของสังคม

๕.๗ พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดให้มีบุคลากรและเครื่องมือที่ทันสมัย และให้มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศ โดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

(ข้อ ๖.) การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ

๖.๖ ชักจูงให้นักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาเที่ยวในประเทศไทย โดยพิจารณามาตรการลดผลกระทบจากการประกาศใช้กฎอัยการศึกในบางพื้นที่ที่มีต่อการท่องเที่ยวในโอกาสแรกที่จะทำได้ และสร้างสิ่งจูงใจและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เกื้อกูลต่อบรรยากาศการท่องเที่ยว ส่งเสริมการท่องเที่ยวที่ครอบคลุมแหล่งท่องเที่ยวอันมีลักษณะโดดเด่นร่วมกันหรือจัดเป็นกลุ่มได้ เช่น กลุ่มธรรมชาติ ประวัติศาสตร์ ศิลปวัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และสุขภาพ เช่น น้ำพุร้อนธรรมชาติ ทั้งจะให้เชื่อมโยงกับผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาจากวิถีชีวิตชุมชน รวมทั้งพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวในประเทศ ทั้งที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวเดิมและแหล่งท่องเที่ยวใหม่ โดยเน้นการให้ความรู้และเพิ่มมาตรฐานความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การควบคุมสินค้าและบริการให้มีคุณภาพราคาเป็นธรรม ตลอดจนการอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ แก่นักท่องเที่ยว

(ข้อ ๗.) การรักษาความมั่นคงของฐานทรัพยากร และการสร้างสมดุลระหว่างการอนุรักษ์กับการใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน

๗.๒ ส่งเสริมการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรชีวภาพและความหลากหลายทางชีวภาพอย่างยั่งยืน คำนึงถึงขีดจำกัดและศักยภาพในการฟื้นตัว สร้างโอกาสในการเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์อันเกิดขึ้นจากการใช้ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างยุติธรรมและเท่าเทียม เพื่อสร้างความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ความมั่นคงทางด้านอาหาร สุขอนามัย สนับสนุนวิถีชีวิตของชุมชนและการพัฒนาเพื่อสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ รวมทั้งให้การคุ้มครองเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางชีวภาพ

๗.๕ เร่งรัดการควบคุมมลพิษทั้งทางอากาศ ขยะ และน้ำเสีย ที่เกิดจากการผลิตและบริโภค เพื่อสร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดีให้แก่ประชาชน โดยให้ความสำคัญในการเร่งรัดแก้ไขปัญหการจัดการขยะเป็นลำดับแรก ส่งเสริมให้เกิดกลไกการคัดแยกขยะเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ให้มากที่สุด เร่งกำจัดขยะมูลฝอยตกค้างสะสมในสถานที่กำจัดขยะในพื้นที่วิกฤติซึ่งจะใช้ที่ดินของรัฐเป็นหลัก ในพื้นที่ใดที่สามารถจัดการขยะมูลฝอยโดยการแปรรูปเป็นพลังงานก็จะสนับสนุนให้ดำเนินการ ส่วนขยะอุตสาหกรรมนั้นจะวางระเบียบมาตรฐานการบริหารจัดการเป็นพิเศษ โดยกำหนดให้ทั้งในบ่อขยะอุตสาหกรรมที่สร้างขึ้นอย่างถูกต้องตามมาตรฐานและให้แยกเป็นสัดส่วนจากบ่อขยะชุมชน สำหรับขยะของเสียอันตราย ขยะอิเล็กทรอนิกส์ และขยะติดเชื้อ จะพัฒนาระบบกำกับติดตามตรวจสอบและเฝ้าระวังไม่ให้มีการลักลอบทิ้ง รวมทั้งจัดการสารเคมีโดยลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการรั่วไหลและการเกิดอุบัติเหตุ ให้ความสำคัญในการจัดการอย่างครบวงจร และใช้มาตรการทางกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเด็ดขาดในระดับพื้นที่ จะเร่งแก้ไขปัญหามลพิษในพื้นที่มาบตาพุดซึ่งเป็นฐานอุตสาหกรรมหลักของประเทศอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการลดและขจัดมลพิษ การฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากอุตสาหกรรม รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงขีดความสามารถโครงสร้างพื้นฐาน และการพัฒนาสู่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ

(ข้อ ๑๑.) การปรับปรุงกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม

๑๑.๔ นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยและความรู้ทางนิติวิทยาศาสตร์มาใช้เพื่อเร่งรัดการดำเนินคดีทุกชั้นตอนให้รวดเร็ว เกิดความเป็นธรรม และมีระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน สามารถติดตามผลและนำไปใช้ในการปรับปรุงประสิทธิภาพของหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ในกระบวนการยุติธรรมได้

๑๑.๕ ปรับปรุงระบบการช่วยเหลือทางกฎหมายและค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนที่ไม่ได้รับความเป็นธรรม โดยให้เข้าถึงความเป็นธรรมได้ง่าย รวดเร็ว ส่งเสริมกองทุนยุติธรรมเพื่อคุ้มครองช่วยเหลือคนจนและผู้ด้อยโอกาส คุ้มครองผู้ถูกล่วงละเมิดสิทธิเสรีภาพ และเยียวยาผู้บริสุทธิ์หรือได้รับผลกระทบจากความไม่เป็นธรรม โดยเน้นความสุจริตและควมมีประสิทธิภาพของภาครัฐ ความเป็นธรรมของผู้ได้รับผลกระทบ และการไม่แอบอ้างฉวยโอกาสโดยทุจริตจากระบบการช่วยเหลือดังกล่าว

ภาคผนวก ข

๓. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข

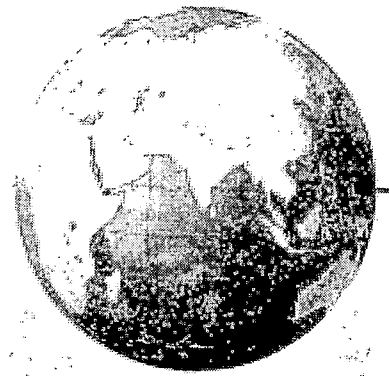
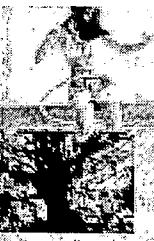
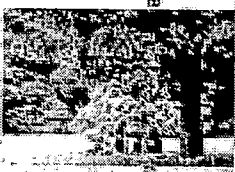
- พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. ๒๔๙๓
- พระราชบัญญัติองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๐๙
- พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐
- พระราชบัญญัติวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๑๘
- พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒
- พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒
- พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๒๓
- พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. ๒๕๒๕
- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘
- พระราชบัญญัติสุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. ๒๕๒๘
- พระราชกำหนดป้องกันการใช้สารระเหย พ.ศ. ๒๕๓๓
- พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติควบคุมการฆ่าสัตว์และจำหน่ายเนื้อสัตว์ พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕
- พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗
- พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. ๒๕๔๑
- พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑
- พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒
- พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒
- พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
- พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. ๒๕๔๗
- พระราชบัญญัติวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๗

- พระราชบัญญัติว่าด้วยการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมชั้นสูตรพลิกศพ ตามมาตรา ๑๔๘
- (๓) (๔) (๕) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. ๒๕๕๐
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐
 - พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐
 - พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑
 - พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑
 - พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑
 - พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑
 - พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๕๑
 - พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑
 - พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔

ภาคผนวก ค

แผนพัฒนา **สังคมพหุวัฒนธรรม**
ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)
กระทรวงมหาดไทย
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจันทบุรี เขตจันทบุรี กรุงเทพมหานคร 10150



คณะกรรมการอำนวยการ
จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ
กระทรวงสาธารณสุข

แผนพัฒนา สภาพแห่งชาติ

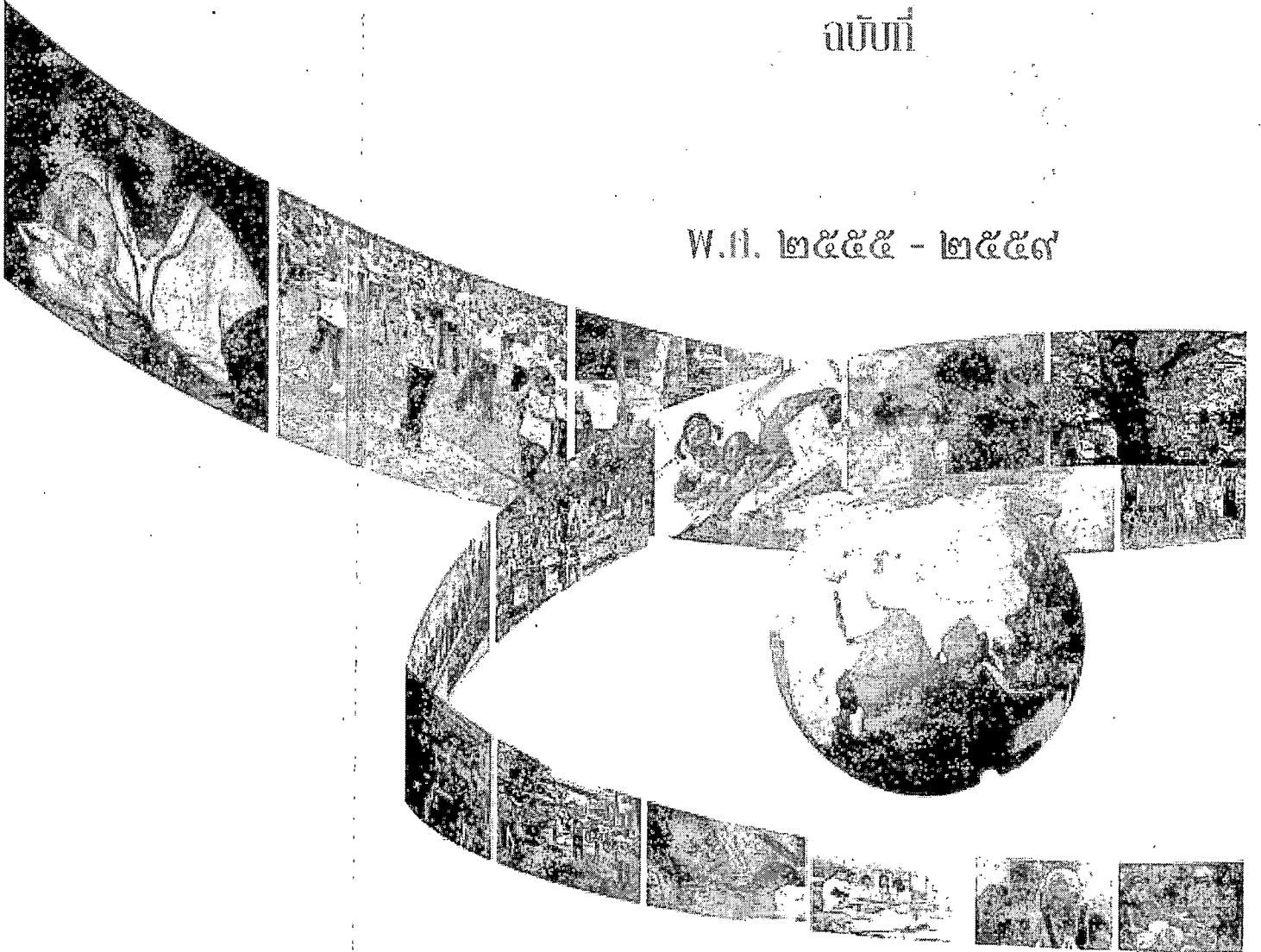
ในร่าง

แผนพัฒนา

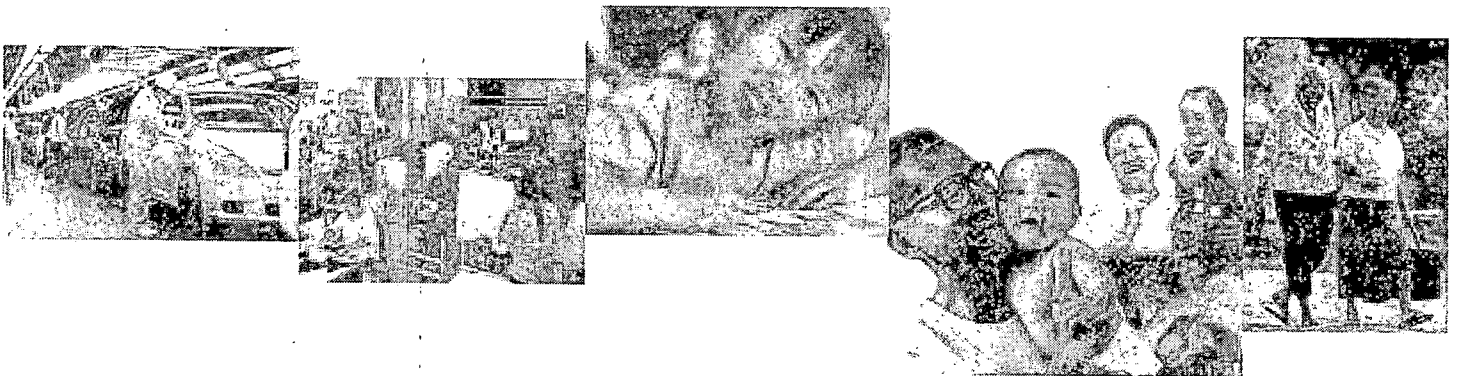
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่

พ.ท. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙



คณะกรรมการอำนวยการ
จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑
พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙
กระทรวงสาธารณสุข



แผนพัฒนาคุณภาพแห่งชาติ

ในวาระแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑

พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙

จัดพิมพ์โดย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี

พิมพ์ครั้งแรก ตุลาคม ๒๕๕๕ จำนวน ๓,๐๐๐ เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพฯ

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศโดยมุ่งเน้นให้คนไทยทุกคนมีสุขภาพดี สู่เป้าหมายสังคมอยู่เย็นเป็นสุขตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ นั้น ซึ่งเป็นเวลาที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งภายในและภายนอกประเทศ ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างกว้างขวาง การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับที่ ๑๐ จึงได้ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง

กระบวนการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับที่ ๑๐ ได้เริ่มต้นใน พ.ศ. ๒๕๕๓ จากกรทบทวนสถานการณ์และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและใน พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้จัดประชุมระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและจากประชาคมต่างๆ เพื่อกำหนดทิศทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฯ ฉบับที่ ๑๐ อันนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ ได้ให้ความเห็นชอบในเบื้องต้นเมื่อวันที่ ๑ มิถุนายน ๒๕๕๕ และคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๕ อนุมัติแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ และเห็นชอบให้หน่วยงาน องค์กร ภาคี เครือข่ายด้านสุขภาพ นำไปเป็นกรอบชี้นำทิศทางในการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ฉบับนี้ จะเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน องค์กร ภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างพลวัตต่อไป

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙

กระทรวงสาธารณสุข

ตุลาคม ๒๕๕๕

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	๒
ส่วนที่ ๑	๑
บทส่งท้ายแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10	
ส่วนที่ ๒	๘
สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพ	
ส่วนที่ ๓	๒๓
ทิศทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕- ๒๕๕๙	
ส่วนที่ ๔	๒๗
ยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ.๒๕๕๕- ๒๕๕๙	
ส่วนที่ ๕	๓๓
การบริหารจัดการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕- ๒๕๕๙	
สู่การปฏิบัติ	
เอกสารอ้างอิง	๓๖
พจนานุกรม	๓๘



ส่วนที่

บทส่งท้าย แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐

ในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ประเทศไทยได้ลงทุนด้านสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน การบริการในระดับต่างๆ ผลิตและพัฒนาทรัพยากรบุคคล พัฒนาระบบการ องค์กรความรู้ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มแม่และเด็ก และกลุ่มด้อยโอกาสอื่นๆ ซึ่งล้วนมีผลต่อเป้าหมายการบรรลุ MDGS ด้านสุขภาพ

ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในประเทศที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของ MDGS และเนื่องจากส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายแล้ว ความท้าทายสำคัญในเรื่องการตายของเด็กและทารก และมารดาตายในประเทศไทยมี ๒ เรื่อง คือเรื่องข้อมูลที่มีหลายแหล่งแตกต่างกันซึ่งหน่วยงานต่างๆ กำลังศึกษาเปรียบเทียบและปรับระบบข้อมูลให้มีมาตรฐาน ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกเรื่องคือการดำเนินงานในพื้นที่เฉพาะบางพื้นที่ซึ่งยังมีความก้าวหน้าล่าช้ากว่าพื้นที่อื่นๆ สำหรับหญิงมีครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคน และเป็นเรื่องสำคัญที่หน่วยงานและภาคส่วนต่างๆ ต้องร่วมมือกันในทุกระดับ

อย่างไรก็ดีประเทศไทยยังคงต้องพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพให้สามารถพัฒนาคุณภาพในการดูแลสุขภาพ และสร้างหลักประกันสุขภาพในระยะยาวสำหรับสังคมผู้สูงอายุในอนาคต การพัฒนาสุขภาพมารดาและเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดภาคเหนือบนพื้นที่สูงและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การส่งเสริมให้ประชากรทุกกลุ่มเข้าถึงอนามัยการเจริญพันธุ์ การยับยั้งและป้องกันการแพร่ระบาดของครั้งใหม่ของโรคเอดส์และวัณโรค การส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดและป้องกันการเกิดโรค มะเร็งและหลอดเลือดหัวใจ

ข้อมูลการศึกษาการะโรคของคนไทย พบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะของคนไทยมาจากโรคไม่ติดต่อเป็นหลัก ตามด้วยกลุ่มโรคติดต่อโดยเฉพาะโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและการบาดเจ็บ โดยเฉพาะจากอุบัติเหตุจราจร

ปัจจัยทางสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Social determinants of health) มีส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงสภาวะปัญหาสุขภาพของประชากรไทย การพัฒนาเศรษฐกิจที่ผ่านมา มีผลทำให้สุขภาพคนไทยดีขึ้นจาก "การอยู่ดีกินดี" แต่ขณะเดียวกันก็สร้างปัญหาตามมา โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ปัญหาจากมลภาวะ ปัญหาสังคม ปัญหาการกระจายรายได้อันนำไปสู่การแปลกแยกทางสังคม (Social exclusion) และความไม่สงบทางการเมือง ทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพทางกายและทางจิต

การที่สังคมก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุจะมีผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายสุขภาพจะสูงในช่วงวัยแรกเกิดจากนั้นจะลดต่ำที่สุดในช่วงหนุ่มสาว และจะกลับสูงขึ้นอีกในวัยกลางคนและสูงที่สุดในวัยชรา

ระบบบริการสาธารณสุขไทยในปัจจุบันถึงแม้จะประสบผลสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข โดยมีโครงสร้างหน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และมีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น อย่างไรก็ตามก็ตียังพบว่าความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังคงดำรงอยู่ อันเนื่องมาจากการขาดความเป็นธรรมในการกระจายของบุคลากรสาธารณสุข การกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงการกระจายของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่มีการกระจุกตัวบางพื้นที่ เช่น กรุงเทพมหานคร ในขณะที่บางเขตพื้นที่ไม่มีบริการดังกล่าว การบริการที่จำเป็นสำหรับปัญหาสุขภาพใหม่ เช่น บริการระยะกลางและบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ผู้มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ ทั้งในชุมชนและในสถาบันยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายทั้งชั่วคราวและถาวรเกือบทั้งหมดจำกัดอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบท ระบบบริการปฐมภูมิขาดคุณภาพและไม่เข้มแข็ง แม้ว่าจะมีแนวคิดในการผลักดันให้เกิดบริการปฐมภูมิซึ่งครอบคลุมบริการสาธารณสุขมูลฐานด้วย สถานบริการปฐมภูมิของรัฐซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีบุคลากรไม่เพียงพอ ประชาชนยังไม่เข้าใจและขาดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการปฐมภูมิ ศักยภาพของบุคลากรยังมีจำกัดในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีความซับซ้อนมากขึ้น และต้องการความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นและชุมชน

สรุปสาระสำคัญการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

การพัฒนาคนและสังคมตลอดจนการฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงเป็นไปได้ซึ่งส่งผลให้การพัฒนาไม่สมดุลและไม่ยั่งยืนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่ ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา และใช้เศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาคนให้มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาแบบแยกส่วนมาเป็นการบูรณาการแบบองค์รวม และเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา กระบวนทัศน์การพัฒนาใหม่นี้มีพื้นฐานมาจากแนวทางการพัฒนาอันเนื่องมาจากพระราชดำริ “เศรษฐกิจพอเพียง” อย่างไรก็ตาม ในปีแรกของแผนพัฒนาประเทศ ในช่วงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๘ การดำเนินนโยบายจึงให้ความสำคัญกับการแก้ไขฟื้นฟูเศรษฐกิจให้มีเสถียรภาพและมั่นคง และลดผลกระทบจากวิกฤตที่ก่อให้เกิดปัญหาการว่างงานและความยากจนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งปฏิรูประบบการบริหารจัดการทั้งภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน กระบวนการวางแผนพัฒนาประเทศ ในช่วงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ ถึงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ และต่อเนื่องต่อไปในอนาคต ที่ยังคงยึดแนวคิดตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาและการบริหารประเทศให้มีความสำคัญกับการพัฒนาอย่างสมดุล การอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุขระหว่างคนกับคน ระหว่างคนกับธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน โดยที่หลักการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔ มีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นนโยบายสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพ

รายงานผลการประเมินผลยุทธศาสตร์เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาสุขภาพ ผู้ใช้ยุทธศาสตร์สุขภาพยังคงเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ทั้งหน่วยงานในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ยกเว้นหน่วยงานที่สังกัดโรงพยาบาลบางแห่งที่ตอบว่าไม่ได้ใช้ยุทธศาสตร์สุขภาพดังกล่าวเนื่องจากไม่มีหน่วยงานรองรับ และไม่มีผู้รับผิดชอบชัดเจนในการวิเคราะห์นโยบายและแผนตลอดจนการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ

ความสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ที่ถ่ายทอดลงมาจากระดับชาติมายังแผนพัฒนาสุขภาพ ได้เชื่อมโยงไปสู่หน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านสุขภาพ สำหรับผลการดำเนินงานที่สำคัญในระดับชาติ ได้แก่ การจัดทำหลักสูตรการศึกษาที่บูรณาการคุณธรรมและจริยธรรม เปิดโอกาสทางการศึกษาให้แก่เด็กพิการและเด็กด้อยโอกาส สร้างเยาวชนรุ่นใหม่ที่มีศึกษาสายอาชีพศึกษาเพิ่มขึ้น ผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพบนฐานการพึ่งตนเองทางวิชาการสมัยใหม่ จัดการองค์ความรู้ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ตลอดชีวิตและพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ จัดให้มีระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ประกันคุณภาพยาและเครื่องสำอาง ตรวจสอบความปลอดภัยของอาหารและยาสมุนไพร ถ่ายทอดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ออกโฉนดให้แก่ประชาชนที่ยากจนช่วยเหลือแหล่งทุนแก่ผู้ประสบความสำเร็จจากกิจกรรมชาติ แก้ไขปัญหาหนี้สินครู/บุคลากรทางการศึกษาคุ้มครองแรงงานในระบบและนอกระบบ สร้างจิตสำนึกให้ประชาชนอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข

ในส่วนของการจัดการองค์ความรู้และระบบการเรียนรู้ของชุมชนอย่างครบวงจร พัฒนาศักยภาพความพร้อมของชุมชนและการสร้างภูมิคุ้มกันให้ชุมชนพร้อมเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต พัฒนาระบบข้อมูลครัวเรือน จัดทำระบบมาตรฐานงานชุมชน (มชช.) เสริมสร้างความมั่นคงของครอบครัว บูรณาการกระบวนการผลิตบนฐานศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนอย่างสมดุล สนับสนุนการรวมกลุ่มของชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการประกอบอาชีพของวิสาหกิจชุมชนและเครือข่ายวิสาหกิจชุมชน สนับสนุนการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการเพิ่มคุณค่าสินค้าให้สูงขึ้น สร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในการลงทุนสร้างอาชีพและรายได้ ส่งเสริมสิทธิชุมชนและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสงวน อนุรักษ์ ฟื้นฟู พัฒนา ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

วิจัยและพัฒนาสินค้าเกษตรและอาหารให้มีคุณภาพ ผลิตและเพิ่มมูลค่าสินค้าเกษตร พัฒนาสถาบันเกษตรกร ส่งเสริมการทำเกษตรแบบยั่งยืน การจัดทำแผนแม่บทการเพิ่มประสิทธิภาพแห่งชาติ สร้างและพัฒนาต่อเชื่อมโยงข้อมูลและขับเคลื่อนอุตสาหกรรมใหม่ ที่มีศักยภาพสูง สร้างระบบวิจัยเชิงประยุกต์เกี่ยวกับนวัตกรรมรูปแบบผลิตภัณฑ์และกระบวนการผลิต พัฒนาการรวมกลุ่มและเชื่อมโยงอุตสาหกรรม (Cluster Development) ส่งเสริมและพัฒนาธุรกิจบริการที่เกี่ยวข้อง พัฒนาคุณภาพธุรกิจบริการ ส่งเสริมตลาดการท่องเที่ยวและกลุ่มลูกค้าธุรกิจบริการที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งพัฒนาปัจจัยสนับสนุน นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการพัฒนาและผลิตองค์ความรู้และกำลังคนด้านวิทยาศาสตร์ ลักดันการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมไปสู่การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เชื่อมโยงเครือข่ายโลจิสติกส์ในประเทศกับต่างประเทศ สนับสนุนการใช้รูปแบบและวิธีการขนส่งที่ประหยัดพลังงาน พัฒนาโครงข่ายระบบขนส่งมวลชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศ ภายใต้กรอบความร่วมมือ GMS ACMECS IMT-GT JDS BIMSTEC บริหารภาคการค้า การเงิน และเพิ่มบทบาทตลาดทุนให้สนับสนุนการขยายตัวและรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมและพัฒนาระบบการออม สร้างความมั่นคงด้านพลังงาน ขยายการให้บริการระบบการเงินฐานราก และการพัฒนาแหล่งรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศภูมิศาสตร์ และข้อมูลแผนที่ ๑ : ๕,๐๐๐ จัดทำโครงการบริหารจัดการ การใช้ประโยชน์ที่ดินของรัฐ ป้องกันและปราบปรามการบุกรุกทำลายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมและพัฒนางานด้านป่าชุมชนการปลูกป่าทดแทนในพื้นที่ป่าเสื่อมโทรมและบำรุงให้มีความอุดมสมบูรณ์ จัดตั้งเครือข่ายเฝ้าระวังแจ้งเตือนธรณีพิบัติ กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการจัดซื้อจัดจ้างที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นรูปธรรม จัดทำโครงการการบริหารจัดการแบบบูรณาการลุ่มน้ำบางปะกง ลุ่มน้ำท่าจีน และเจ้าพระยา เพื่อลดมลพิษจากการทำนาข้าวใน ๓ ลุ่มน้ำ จัดทำแผนฟื้นฟูและปรับปรุงระบบรวบรวมและบำบัดน้ำเสีย จัดตั้งองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) หรือ Thailand Greenhouse Gas Management Organization : TGO ขึ้น การจัดตั้งสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจจากฐานชีวภาพ (องค์การมหาชน) เป็นต้น

การเสริมสร้างและพัฒนาวัฒนธรรมประชาธิปไตยและวัฒนธรรมธรรมาภิบาลให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถี การดำเนินชีวิตในสังคมไทย เสริมสร้างการเมืองให้โปร่งใส สุจริต ด้วยการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของ ประชาชนเกี่ยวกับร่างรัฐธรรมนูญปี ๒๕๕๐ จัดตั้งศูนย์พัฒนาการเมืองการปกครอง ในระบอบประชาธิปไตยอันมี พระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข (ศพป.) จัดเวทีศึกษานักเรียนหัวใจमानฉันท์ ยึดมั่นธรรมาภิบาล จัดทำมาตรฐาน จริยธรรมผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองและเจ้าหน้าที่ของรัฐยึดถือปฏิบัติ เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาค ประชาชนให้สามารถเข้าร่วมในการบริหารจัดการประเทศได้มากยิ่งขึ้น ปรับปรุงนโยบายการแก้ไขปัญหาความไม่ สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีความชัดเจน และการสร้างภาคราชการและรัฐวิสาหกิจที่มีประสิทธิภาพและมี ธรรมาภิบาล เน้นการอำนวยความสะดวกแทนการกำกับควบคุม และทำงานร่วมกับหุ้นส่วนการพัฒนา

ผลการประเมินยุทธศาสตร์สุขภาพใช้ในการพัฒนา มีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

๑. ยุทธศาสตร์ที่ ๑: การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ จากเป้าหมาย ๖ ข้อ พบว่า มีการประกาศใช้ พรบ. สุขภาพแห่งชาติและผลักดันสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล ในส่วนของการกระจาย อำนาจและการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี ความคืบหน้าในเชิงรูปธรรมคือมีการถ่ายโอนสถานีอนามัยจำนวน ๒๔ แห่ง ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใน เป้าหมายอีก ๔ ข้อ มีความเป็นนามธรรมสูง

๒. ยุทธศาสตร์ที่ ๒: การสร้างวัฒนธรรม สุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพจาก เป้าหมาย ๗ ข้อ พบว่า พัฒนาและใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพ สุขภาพและความอยู่เย็นเป็นสุขของสังคม มีการพัฒนา รูปแบบใหม่ๆของอาสาสมัครด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่างรอบด้าน มี ความปลอดภัยของระบบอาหาร โภชนาการและยา ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพและ ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่เหลือ ๓ ข้อมีความ ไม่ชัดเจนในการปฏิบัติ

๓. ยุทธศาสตร์ที่ ๓: การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมี ความสุข จากเป้าหมาย ๔ ข้อ พบว่า มีระบบการชดเชยและไกล่เกลี่ยข้อพิพาททางการแพทย์ ขยายและยก ระดับคุณภาพและระบบบริการปฐมภูมิ มีการประเมินความพึงพอใจทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และลด จำนวนกรณีการร้องเรียนให้มีอัตราเพิ่มไม่เกินร้อยละ ๑๕ ส่วน ๕ ข้อที่เหลือ ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ลดระยะ เวลาการรอตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐลงให้เหลือน้อยกว่า ๓๐ นาที ปิดการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล

ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกแห่งผ่านเกณฑ์การรับรองคุณภาพตามระบบ HA หรือเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามที่กำหนด ลดความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพผู้ป่วย คนทุกชั้นคนยากหรือ ผู้พิการไม่ถูกทอดทิ้ง

๔. ยุทธศาสตร์ที่ ๔: การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ จากเป้าหมาย ๔ ข้อ พบว่า มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินและความพร้อมรับมือภัยพิบัติต่างๆ มีกลไกด้านการควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ สามารถควบคุมป้องกันโรคที่มีสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญ มีการประกาศใช้ พรบ. ควบคุมการบริโภคสุราและดำเนินมาตรการทางสังคม มีมาตรการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ที่เหลืออีก ๓ ข้อยังไม่ชัดเจนในเชิงนโยบาย ได้แก่ มีระบบภูมิคุ้มกันที่วัดผลกระทบจากกระแสโลกาภิวัตน์และการค้าเสรี นโยบายสำคัญ ๆ และโครงการขนาดใหญ่ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพได้รับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ มีการจัดทำเป้าหมายและระบบการติดตามเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

๕. ยุทธศาสตร์ที่ ๕: การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล จากเป้าหมาย ๗ ข้อ พบว่า ยังไม่บรรลุเป็นส่วนใหญ่

๖. ยุทธศาสตร์ที่ ๖: การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้านการจัดการความรู้ จากเป้าหมาย ๔ ข้อ พบว่ายังไม่บรรลุเป็นส่วนใหญ่

ในการบริหารจัดการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ สู่การปฏิบัติเป็นกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติซึ่งต้องเปลี่ยนรูปของความตั้งใจไปสู่กิจกรรมนับเป็นกระบวนการเชิงปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้เริ่มต้นด้วยปัจจัยกระตุ้น และต่อมามีการเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อพัฒนานโยบาย และต่อเนื่องด้วยการกำหนดรายละเอียดของแผนงานแล้วจึงนำไปสู่การปฏิบัติ

ในการวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติสามารถวัดผลการปฏิบัติตามแผนงาน ในเป้าหมายหลัก และการอธิบายต่อเหตุการณ์และปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากนโยบายระดับชาติที่สำคัญประกอบ ด้วยการสื่อข้อความการบังคับใช้กฎหมาย คุณลักษณะของหน่วยปฏิบัติ เงื่อนไขทางการเมือง เงื่อนไขทางสังคมและเศรษฐกิจ หรือ จุดยืนหรือทัศนคติของผู้ปฏิบัติ

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ภายใต้การนำของ ๔ รัฐบาล ๕ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ความต่อเนื่องของนโยบายมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นโยบายบางอย่างถูกยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญบางอย่างไป ปัจจัยที่ค้นพบเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ มีดังต่อไปนี้

๑. การเลือกกลยุทธ์การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่เหมาะสม
๒. กลยุทธ์การนำนโยบายเหมาะสมแต่การเลือกหน่วยปฏิบัติและกลไกในการปฏิบัติ ไม่เหมาะสม
๓. ความชัดเจนของนโยบายไม่เพียงพอ
๔. ขาดการสนับสนุนขององค์กรในบางยุทธศาสตร์
๕. ความตั้งใจจริงทางการเมืองในการใช้ยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในการขับเคลื่อนมีไม่เพียงพอ

ข้อเสนอในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕ – ๒๕๕๙)

๑. ควรใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้มากขึ้น (More evidence based) และเปิดโอกาสให้ภาคีต่างๆ ร่วมวิพากษ์และแลกเปลี่ยนความเห็น ความรู้ ข้อมูลอย่างกว้างขวางมากขึ้น กำหนดกรอบการเขียนแผนให้ชัดเจน เป็นที่เข้าใจและยึดถือปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ

๒. แผนพัฒนาฯ ควรเป็นแผนพัฒนาสุขภาพของชาติอย่างแท้จริง โดยจัดกระบวนการบริหารแผนและสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันหลังจากวางแผนเสร็จสิ้น

๓. ควรมีการวางแผนยุทธศาสตร์ของการพัฒนาให้เชื่อมโยงกัน ระหว่างยุทธศาสตร์ และยุทธวิธีของแผนปฏิบัติราชการ แผนงบประมาณ

๔. ควรมีการผลักดันให้มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาฯ (Implementation) โดยมีรูปแบบที่ชัดเจนเป็นระบบที่ต่อเนื่อง มีหน่วยงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

๕. ระบบและกลไกการนำแผนพัฒนาสุขภาพสู่การปฏิบัติควรมีความชัดเจนเป็นรูปธรรม

๖. ระบบและกระบวนการในการจัดสรรและใช้งบประมาณ ควรมีความสัมพันธ์กับ การดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๗. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี แผนงาน ตลอดจนงานและโครงการต่างๆ ควรมีกรอบแนวความคิดในการวางแผนที่เป็นเอกภาพในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง

๘. การกำหนดยุทธศาสตร์และการวางแผนงานในระดับต่างๆ เพื่อรองรับแผนงานระดับบน ควรมีความสอดคล้องของกระบวนทัศน์ (Paradigm)

๙. รูปแบบและบทบาทของหน่วยงานวิชาการระดับกรม/สำนัก/กองในกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลางควรมีการปรับโครงสร้างการทำงานให้เอื้อกับพื้นที่

๑๐. ควรมีการเชื่อมโยงการบริหารจัดการแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ สู่การปฏิบัติโดยสร้างและใช้แบบประเมินตนเองเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาตามยุทธศาสตร์ในภาพรวม และนำเครื่องชี้วัดการประเมินผลการพัฒนาไปใช้ให้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เริ่มจากความเข้าใจ วัตถุประสงค์ กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติการยอมรับเข้าเป็นงานสำคัญ วิธีการของเครื่องมือในการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ การสร้างระบบการติดตามประเมินผล เป็นต้น

สิ่งสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คือ ความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการนำนโยบายไปปฏิบัติและการประเมินนโยบาย เพราะการประเมินนโยบาย คือ กลไกสำคัญที่จะบ่งชี้ว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวมากน้อยเพียงใด เพราะสาเหตุอะไร

ประเด็นที่ยังคงต้องพิจารณาต่อไปในเรื่องสาระสำคัญที่ยังคงเป็นปัญหาด้านสุขภาพ คือ

๑. การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่ทวีความรุนแรงขึ้นนี้ส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนจำนวนมากต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนั้นการพัฒนาาระบบบริการทางการแพทย์ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนได้ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการแพทย์ จนทำให้แพทย์ที่มีอยู่ในระบบบริการทางการแพทย์ มีสัดส่วนเป็นแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๗.๗ ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัวกลับได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงใกล้บ้านจะ

เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว

๒. การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ยังเกิดจากภาวะสมองไหลที่แพทย์ลาออกจากโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการแก่สาธารณชนไปทำงานในระบบเอกชนมากขึ้น ธุรกิจทางการแพทย์ที่เติบโตอย่างรวดเร็วได้ทำให้มีการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ โดยในปี ๒๕๔๗ มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน ๘๓๑ แห่งทั่วประเทศ ในจำนวนนี้มี ๑๒๙ แห่งอยู่ในกรุงเทพฯ การเติบโตของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนยังทำให้การกระจายแพทย์ขาดความสมดุลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ มีการดูดซับบุคลากรภาครัฐสู่ภาคเอกชนและชนบทสู่เมืองโดยมีแพทย์ลาออกจากการทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐในปี ๒๕๔๘ สูงถึง ๖๖๓ คน นอกจากนี้ นโยบายส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ ที่มุ่งทำการแพทย์ให้เป็นการค้าเพื่อหารายได้จากการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะดีจากต่างชาติ ได้ทำให้เกิดสมองไหลของแพทย์จากภาคสาธารณสุขไปสู่ภาคเอกชนรายได้สูงเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ คาดว่านักท่องเที่ยวทั่วโลกที่มาใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จาก ๓๓ ล้านคนในปี ๒๕๔๓ เป็น ๑๒๑ และ ๓๒๔ ล้านคนในปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๖๓ โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปีร้อยละ ๒๖.๗ และ ๑๗.๑ ตามลำดับ

๓. การสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) ไม่ได้มีแต่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องของทุกคน ทุกภาคส่วนจะต้องช่วยกัน “การระดมพลังทั้งสังคมเพื่อสร้างสุขภาพ” (All for Health) ซึ่งต้องสร้างภาวะผู้นำทางการเมืองและพันธมิตรใหม่ ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และประชาสังคม ต้องเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้นในการช่วยสร้างวัฒนธรรมที่เอื้อต่อสุขภาพและพัฒนาการเรียนรู้ของคนในสังคมไทยให้สามารถปรับตัวอย่างรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนการสร้างความร่วมมือและร่วมรับผิดชอบต่อการพัฒนาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการพัฒนานโยบายสุขภาพนานาชาติและธรรมาภิบาล ในแวดวงสุขภาพโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชากรตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) ของประเทศไทย ที่ส่วนใหญ่บรรลุเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๔. ปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลโดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริงทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอโดยเฉพาะในระบบบริการภาครัฐนั้น งบประมาณเกือบร้อยละ ๔๐ ถูกใช้เป็นบุคลากร ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินต้องแบกรับภาระทางการเงินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อไปในอนาคต นอกจากนี้หากขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งขณะนี้ มีประมาณ ๑๔,๐๐๐ ราย การให้สิทธิประโยชน์ในการล้างไตจะมีภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ ๒๐,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อเดือน และคาดว่าอีก ๑๔ ปี ผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๔๘,๘๓๕ ราย หากขาดระบบการจัดการและการหาทางเลือกก็อาจทำให้เกิดวิกฤตค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้

๕. แนวโน้มภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายประการได้แก่ (๑) การบีบคั้นจากการค้าเสรีที่จะบังคับใช้ข้อตกลงทางการค้าที่ทำให้ต้องซื้อยาในราคาที่สูงขึ้น ในขณะที่ประเทศไทยไม่สามารถผลิตวัตถุดิบด้านยาได้ (๒) การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคกระดูกและข้อ โรคต่อกระจุก และทันตกรรม (๓) พฤติกรรมการส่งจ่ายยาของแพทย์ที่มีแนวโน้มใช้ยาราคาแพงและเทคโนโลยีขั้นสูงมากขึ้น (๔) การฟ้องร้องแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้แพทย์สั่งการรักษาและการตรวจที่มากขึ้นจำเป็นป้องกันถูกฟ้องร้องว่าไม่ทำการตรวจรักษาให้ครบถ้วน (๕) การแพทย์แนวพาณิชย์ที่ใช้เทคโนโลยีการแพทย์ที่ฟุ่มเฟือยและไม่มีความจำเป็น

ส่วนที่



สถานการณ์ และปัจจัยที่ท้าทาย การพัฒนาสุขภาพ

๑. การเปลี่ยนแปลงในระดับโลกที่สำคัญ

๑.๑ โลกาภิวัตน์ (Globalization and regionalization) ผลกระทบของโลกาภิวัตน์ได้ขยายตัวอย่างกว้างขวางไม่จำกัดอยู่เฉพาะด้านการค้าเท่านั้น แต่ขยายไปครอบคลุมประเด็นทางด้านสังคม วัฒนธรรม สาธารณสุขและอื่นๆ ด้วย ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดนมีข้อจำกัดลดลง โรคติดต่อข้ามพรมแดนและการแพร่กระจายไปทั่วโลกพบได้บ่อยขึ้น (ล่าสุดคือ กรณีการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ๒๐๐๙ ในพ.ศ. ๒๕๕๒) แรงงานต่างชาติดกลายเป็นกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจในหลายพื้นที่ ชาวต่างชาติที่แต่งงานกับหญิงไทยได้กลายเป็นสมาชิกของครอบครัวจำนวนมากในหลายหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วัฒนธรรมเกาหลีได้รับความนิยมอย่างมากในกลุ่มวัยรุ่นไทย ฯลฯ มีแนวคิดการจัดตั้งประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community-AEC) มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ และได้รวมตัวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในพ.ศ.๒๕๕๘ และการประกาศเขตการค้าเสรีอาเซียน (AFTA) โดยลดภาษีนำเข้าสินค้าทุกประเภทให้เหลือร้อยละ ๐ - ๕ และยกเลิกอุปสรรคทางการค้าที่มีไปมาซึ่งกันและกันซึ่งได้เริ่มดำเนินการแล้ว บริบทเหล่านี้จะมีผลให้การเชื่อมโยงประเทศภายในภูมิภาคมีความเข้มข้นมากขึ้น

ประเทศไทยเริ่มมีบทบาททางด้านสุขภาพมากขึ้นในเวทีโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อรัฐบาลประกาศนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางการให้บริการทางการแพทย์ในระดับภูมิภาค (Medical hub) เนื่องจากเห็นศักยภาพของระบบบริการการแพทย์ไทยความได้เปรียบด้านค่าใช้จ่ายและจุดแข็งด้านการท่องเที่ยว ทำให้มีผู้ป่วยต่างชาติมารับบริการจำนวนมากและสร้างรายได้ให้กับประเทศมหาศาลแต่ก็ทำให้เกิดปัญหาสมองไหลจากโรงพยาบาลภาครัฐไปสู่โรงพยาบาลเอกชนที่จัดบริการดังกล่าวเพิ่มขึ้น ล่าสุดที่กำลังเป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันมากคือการเปิดหลักสูตรแพทยนานาชาติขึ้นในสถาบันการศึกษาภาครัฐแห่งหนึ่ง ด้วยเหตุผลเพื่อรองรับการเข้าสู่โลกาภิวัตน์ของระบบบริการสาธารณสุขไทย ขณะที่ข้อโต้แย้งว่าทรัพยากร/กำลังคน เพื่อรองรับความต้องการบริการสำหรับประชาชนไทยยังไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวอีกด้านหนึ่งก็คือ ประเทศไทยประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory Licensing) ๗ รายการ คือ กรณียาต้านไวรัสเอดส์ ๒ รายการ ยาป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ๑ รายการ และยามะเร็ง ๔ รายการ และยาที่มีราคาแพงอื่นๆอีกจำนวนหนึ่ง เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงยาดังกล่าวผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผลการดำเนินการดังกล่าว

ทำให้เกิดปฏิกิริยาจากบริษัทข้ามชาติและรัฐบาลแห่งประเทศถิ่นที่ตั้งของบริษัทเหล่านั้น รวมทั้งองค์กร/มูลนิธิจากหน่วยงานต่างประเทศ

๑.๒ **ปัญหาสิ่งแวดล้อมและภาวะโลกร้อน (Environmental problem and global warming)** ที่เป็นผลมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรมได้กลายเป็นปัญหาสำคัญของโลกที่ผู้นำประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญและนำไปสู่การจัดทำพิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol) เมื่อ พ.ศ.๒๕๔๐ มีเป้าหมายเพื่อให้ ประเทศอุตสาหกรรมลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gases) ใน พ.ศ.๒๕๕๓ ลงร้อยละ ๕.๒ เมื่อเทียบกับ พ.ศ.๒๕๓๓ จนกระทั่งถึง พ.ศ.๒๕๕๕ มี ๑๖๕ ประเทศที่ให้ สัตยาบันยกเว้นสหรัฐอเมริกาและจีน ซึ่งเป็นประเทศที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกในอันดับต้นๆ ของโลก ที่ยังไม่ยอมให้สัตยาบัน และระหว่าง พ.ศ.๒๕๔๓ - ๒๕๕๕ อัตราการปล่อยก๊าซเรือนกระจกยังเพิ่มขึ้น เฉลี่ยร้อยละ ๒.๓ อย่างไรก็ตาม ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในประเทศต่างๆ ในระยะหลัง คาดว่าน่าจะเป็นผลกระทบมาจากภาวะโลกร้อน ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ มีอัตราการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕.๖ จาก พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยภาคพลังงานปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุด สำหรับประเทศไทยได้ให้สัตยาบันต่อพิธีสารเกียวโตแล้วตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ ในเรื่องกลไกพัฒนาที่สะอาด (Clean Development Mechanism) ซึ่งสามารถเลือกดำเนินการ ตามความสมัครใจ การรณรงค์เรื่องภาวะโลกร้อนในประเทศไทยเริ่มมีบ้าง โดยเน้นความร่วมมือของประชาชนในการประหยัดพลังงาน แต่ประเด็นที่นักวิชาการไทยให้ความสนใจมากกว่าจะเป็นประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เป็นผลมาจากการพัฒนาอุตสาหกรรม ล่าสุดที่เป็นประเด็นถกเถียงกันมากคือ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด ซึ่งเริ่มมีปัญหาเรื่องกลิ่นรบกวนใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๖ ปัญหาการขาดแคลนน้ำใน พ.ศ. ๒๕๔๔ และตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๐ เป็นต้นมา เริ่มมีความเคลื่อนไหวให้ประกาศเป็นเขตควบคุมมลพิษ จนกระทั่งเดือนมีนาคม ๒๕๕๒ ศาลปกครองได้มีคำสั่งให้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ประกาศให้เขตเทศบาลมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษ เพื่อดำเนินการควบคุม ลดและขจัดมลพิษ ขณะที่ภาคเอกชนเห็นว่าการประกาศเขตควบคุมมลพิษดังกล่าวอาจกระทบต่อการลงทุนและการขยายตัวของเศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อมจากการพัฒนาอุตสาหกรรมประกอบกับข้อกำหนดตามรัฐธรรมนูญ ๒๕๕๐ มาตรา ๖๗ และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐ มาตรา ๑๐, ๑๑, ๒๕(๕) ทำให้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment-HIA) กลายเป็นระบบเครื่องมือ และกระบวนการสำคัญในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว การเฝ้าระวังผลกระทบทางด้านสุขภาพ จากสิ่งแวดล้อมพร้อมทั้งกลไกเยียวยาความเสียหาย /ความทุกข์ของประชาชน เป็นอีกส่วนหนึ่งของกลไก ที่อยู่ระยะต้นของการพัฒนา

๑.๓ **การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของโลก** โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปและ มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ. ๒๕๖๔ อันเป็นผลมาจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขอย่างได้ผลทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น จึงทำให้ปัจจุบัน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีประชากรผู้สูงอายुर้อยละ ๑๓.๐ ของประชากรทั้งหมดของประเทศ (สำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. ๒๕๕๓, สำนักงานสถิติแห่งชาติ) และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๗.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ (การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๗๓, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ในขณะที่ดัชนีผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็กคือ ๔๗.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราส่วนเกือบทุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจาก ๗.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เหลือ ๖.๓ ใน พ.ศ.๒๕๕๐ รวมทั้งยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง ในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๓.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๗.๗ ใน พ.ศ.

๒๕๕๐ ทำให้อัตราส่วนการพึงพิงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ และการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเฉพาะทางมากขึ้น

๑.๔ ความมั่นคงทางอาหารและพลังงานโลก ความต้องการพืชพลังงาน สินค้าเกษตร และอาหารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่การผลิตพืชอาหารลดลงจากข้อจำกัดด้านพื้นที่ เทคโนโลยีที่มีอยู่ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างการผลิตพืชอาหารและพืชพลังงานในอนาคต นอกจากนี้ จากกรณีสารกัมมันตรังสีรั่วไหลจากโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ฟูกูชิมะ ประเทศญี่ปุ่น ทำให้ในหลายประเทศต้องทบทวนโครงการสร้างโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ และกลับมาใช้พลังงานอย่างอื่นแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพลังงานชีวมวล ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหารเช่นกัน

๑.๕ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลมากขึ้น ขณะเดียวกันก็มีภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น จึงเป็นความท้าทายใน การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน และลดความเหลื่อมล้ำ

๒. การเปลี่ยนแปลงภายในประเทศที่สำคัญ

๒.๑ สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ

โครงสร้างทางเศรษฐกิจไทย การกระจายรายได้และความยากจน ภายหลังจากวิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. ๒๕๔๐ ประเทศไทยได้แก้ปัญหาเศรษฐกิจด้วยมาตรการทางการเงินการคลัง ส่งผลให้เศรษฐกิจเริ่มมีการฟื้นตัวเป็นบวกด้วยอัตราร้อยละ ๘.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นร้อยละ ๗.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ และต่อมาเกิดวิกฤตเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ทำให้อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจติดลบร้อยละ ๒.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ และได้ฟื้นตัวเป็นร้อยละ ๗.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ อันเนื่องจากการฟื้นตัวของเศรษฐกิจโลก และลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๑.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ เนื่องจากประสบภัยพิบัติอุทกภัยตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๕๔ สำหรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจของประเทศก็ได้เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่สัดส่วนของเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรมและบริการเติบโตเร็วกว่าภาคเกษตรกรรม อย่างไรก็ตาม พบช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนกลับขยายกว้างขึ้นมาโดยตลอดและเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจทำให้การกระจายรายได้ยังมีความเหลื่อมล้ำมากขึ้น

๒.๒ สถานการณ์ด้านการเมือง

ระบบการเมือง แม้จะมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ และมีการเลือกตั้งในปลาย พ.ศ. ๒๕๕๐ แล้วก็ตาม แต่ผลการเลือกตั้งไม่สามารถลดปัญหาความขัดแย้งได้เนื่องจากสังคมยังมีความเห็นที่แตกต่างในเรื่องความชอบธรรมของรัฐบาลในการบริหารประเทศทำให้สถานการณ์ทางการเมืองมีความขัดแย้งและการแบ่งฝักฝ่ายในสังคม ทำให้ภาพลักษณ์เสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง ส่งผลให้การขับเคลื่อนนโยบายต่างๆของประเทศ มีความล่าช้า ตลอดจนสูญเสียโอกาสในการพัฒนาเศรษฐกิจ รวมถึงคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนในสังคมลดลง

๒.๓ สถานการณ์ด้านการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบสุขภาพ

๑) การกระจายอำนาจ การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาเกือบสิบปีไม่สามารถ

ดำเนินการไปได้มากเท่าที่ควร สาเหตุสำคัญคือแนวคิดที่ยังต้องการรักษาอำนาจส่วนกลางเอาไว้ ทำให้ไม่มีความต่อเนื่องในการดำเนินการ รวมทั้งความไม่ชัดเจนของทิศทางและนโยบายการดำเนินการของส่วนกลาง ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกว่าร้อยละ ๖๐ ไม่ต้องการรอการถ่ายโอนและได้ดำเนินการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขของตนเองในพื้นที่ ซึ่งเป็นการลงทุนที่ซ้ำซ้อน นอกจากนี้ประเด็นความเชื่อมโยงในการทำหน้าที่ของส่วนราชการกับท้องถิ่น หลังการถ่ายโอนภารกิจส่วนราชการทั้งหลายยังต้องมีหน้าที่กำกับดูแลช่วยเหลือทางด้านเทคนิค วิชาการ ซึ่งเปรียบเสมือนการทำหน้าที่ที่เสี่ยงให้กับท้องถิ่น แต่ปรากฏว่า ไม่มีกลไก/วิธีคิดในการร่วมมือกันทำงานในลักษณะที่ชัดเจน ท้องถิ่นต้องช่วยเหลือตนเอง ทำให้ส่งผลกระทบต่อประชาชน

๒) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกระบวนการนโยบายสาธารณะ

การประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ นับเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของระบบสุขภาพไทย เพราะได้ปฏิรูปแนวคิดด้วย “สุขภาพ” ให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา โดยใช้คำว่า “สุขภาพะ” เพื่อสื่อความหมายใหม่นี้ นอกจากนี้ยังได้พัฒนากลไก/โครงสร้างเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ (healthy public policy) แบบมีส่วนร่วม โดยการจัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยมีกรอบเวลาถึง พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ

๓) พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จากกระบวนการขับเคลื่อนการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ที่ต่อเนื่องมาจากทศวรรษก่อนหน้า ภายหลังได้ลักทอปประสานการทำงานร่วมกับภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาครัฐ ได้ก้าวไปสู่อีกขั้นหนึ่งด้วยการเสนอให้มีกฎหมายเก็บภาษีจากเหล้าและบุหรี่ ร้อยละ ๒ จากภาษีสรรพสามิตบุหรี่และสุรา ตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างเสริมสุขภาพโดยไม่จำกัดกรอบวิธีการ และเปิดรับแนวทางใหม่ๆที่เป็นความคิดสร้างสรรค์สามารถนำไปสู่การขยายค่านิยมและการสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔) พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕ นับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นต้นมา นโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการให้สิทธิแก่คนไทยทุกคนในการเข้าถึงการบริการสุขภาพโดยไม่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่าย เป็นการช่วยเหลือผู้ที่มีฐานะยากจนได้มากในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพ จึงเป็นผลทำให้ระบบการบริหารการเงินการคลังของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ซึ่งนโยบายนี้แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลก็ยังไม่อาจยกเลิกโครงการได้แม้ว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพจะสูงขึ้นมากกว่าเดิมถึงกว่า ๒ เท่า ในระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา (๑,๒๐๒.๔ บาท/คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๒,๓๕๕.๖๐ บาท/คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๔)

๕) นโยบายยกระดับสถานีนอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปลาย พ.ศ. ๒๕๕๒ และได้เริ่มนำร่องยกระดับสถานีนอนามัยเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ จำนวน ๑,๐๐๐ แห่งแรก และ พ.ศ. ๒๕๕๓ เพิ่มอีกจำนวน ๑,๐๐๐ แห่ง รวมเป็น ๒,๐๐๐ แห่ง โดยใช้งบประมาณตามโครงการไทยเข้มแข็ง จำนวน ๑.๔๔๐ ล้านบาท และในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๔ ได้ดำเนินการยกระดับสถานีนอนามัยที่เหลือทั้งหมด ๓,๓๕๐ แห่ง โดยได้รับงบประมาณตามงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๔ จำนวน

๖,๐๐๐ ล้านบาท รวมงบประมาณที่ใช้ทั้งสิ้น ๗,๔๕๐ ล้านบาท ซึ่งนับว่าเป็นงบประมาณที่ได้รับมากที่สุดในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ผ่านมา และผลการดำเนินงานในเบื้องต้น สถานอนามัยได้รับการยก ระดับเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดทุกแห่งทั่วประเทศ รวมจำนวน ๔,๓๕๐ แห่ง พร้อมทั้งผ่านเกณฑ์ประเมินเบื้องต้นแล้ว ร้อยละ ๑๐๐ แต่การดำเนินการด้านคุณภาพให้สามารถเปลี่ยนระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประเทศเป็นสิ่งสำคัญที่ต้อง การการพัฒนาต่อไป

๖) นโยบาย อสม. โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุ๊ก เริ่มการเบิกจ่ายค่าสนับสนุนการดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. ๒๕๕๒ คนละ ๖๐๐ บาท ต่อเดือน และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แนวทางและหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุ๊ก พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้มีการจ่ายค่าป่วยการ อสม. ตามนโยบายรัฐบาล คนละ ๖๐๐ บาทต่อเดือน ทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้รับประโยชน์สามารถนำข้อมูลมาแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วขึ้น มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ อสม. ระยะแรกเงินค่าป่วยการเป็นเงินอุดหนุนเฉพาะกิจตั้งไว้ที่ อปท. การให้เงินสนับสนุนดังกล่าวต้องสร้างความเข้าใจว่าไม่ใช่เงินเดือน หรือค่าตอบแทนการปฏิบัติงานซึ่งจะทำลายหลักการของ "อาสาสมัคร" และเกิดผลเสียในระยะยาว

๗) รัฐสวัสดิการ (Welfare state) สำหรับประเทศไทยมีการดำเนินงานจัดสวัสดิการสังคม ตามองค์ประกอบ ๔ ด้านหลัก ประกอบด้วย การบริการสังคม การช่วยเหลือทางสังคม การประกันสังคม การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน รัฐบาลได้มีนโยบาย เช่น หลักประกันด้านสุขภาพ ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภัย หลักประกันด้านการศึกษา ทุกคนมีโอกาสได้เรียนฟรี ๑๕ ปี ยกกระดานพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชน ให้สิทธิคนพิการได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จัดตั้งกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา จัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นต้น

๒.๔ สถานการณ์ด้านสังคม

๑) สถานการณ์คนพิการยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ สัดส่วนผู้พิการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๐.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๑๗ เป็นร้อยละ ๑.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๒.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ในจำนวนนี้ยังไม่รวมความผิดปกติหรือพิการทางจิตและสติปัญญา ซึ่งหากคิดรวมทั้งหมดโดยการประมาณการแล้ว ผู้พิการจะมีความชุกเท่ากับร้อยละ ๔.๑ ของประชากรทั้งหมด

๒) โอลิเวเด็กไทย จากการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยทั่วประเทศ อายุ ๖-๑๕ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า เด็กนักเรียนไทยมีคะแนนสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๔.๕๙ ซึ่งถือเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำกว่ามาตรฐานสากลในยุคปัจจุบัน (ค่ากลาง IQ = ๑๐๐) เมื่อดูภาพรวมของประเทศพบว่า มีเด็กที่มี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (IQ < ๙๐) ประมาณร้อยละ ๒๔.๔ จะเห็นได้ว่า ในระบบการศึกษาของประเทศไทยยังมีนักเรียนที่มีความบกพร่องทางระดับสติปัญญา (IQ < ๗๐) อยู่ร้อยละ ๖.๕ ซึ่งสูงกว่าที่มาตรฐานสากลกำหนดไว้ คือ ไม่ควรเกินร้อยละ ๒ และมีช่องว่าง (Gap) ของสติปัญญาระหว่างกลุ่มที่มีสติปัญญาดีกับกลุ่มที่มีปัญหาสติปัญญา (กรมสุขภาพจิตร่วมสร้างสมองเด็กไทยให้ฉลาด.๒๕๕๔)

๓) ปัญหาแม่วัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นและปัญหาท้องไม่พร้อมเป็นวิกฤตปัญหาสังคมของประเทศไทย สถานการณ์การตั้งครรภ์ของหญิงไทยอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี เพิ่มขึ้นตามลำดับ จากสถิติสาธารณสุข พบว่า อัตราการ

ตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี เพิ่มสูงขึ้น จาก ๑๒๓,๔๘๗ คน ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๑๓๐,๗๔๔ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ นอกจากนี้ยังพบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ มีแม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี คลอดบุตรจำนวน ๑๐๖,๗๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๕ ของจำนวนมารดาทุกช่วงอายุ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ ๑๐ และผู้ที่ทำแท้ง ร้อยละ ๔๖.๘ เป็นผู้ที่มียุคต่ำกว่า ๒๕ ปี สาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่วัยรุ่นตั้งครรภ์สูงขึ้นเนื่องมาจากค่านิยมทางเพศที่เปลี่ยนไป เด็กมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ขาดความยับยั้ง ขาดความรักในตัวเอง ต้องการความรัก จากการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่นทั่วโลกที่เรียกว่า Global Trend ทำให้วัยรุ่นเกิดเงื่อนไขในการตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ นำไปสู่ปัญหาความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

๔) ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น พบว่า วัยรุ่นและเยาวชน อายุ ๑๕-๒๔ ปี มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น จาก ๔๑.๕ ราย ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน เป็น ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๗๖.๕ ราย ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยและมีพฤติกรรม การแลกเปลี่ยนคู่นอน

๕) การแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ขยายไปในกลุ่มประชากรทั่วไป จากข้อมูลสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค รายงานว่า ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๗ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๓ ประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น ๓๖๖,๙๔๕ ราย และมีผู้เสียชีวิต ๙๗,๑๗๙ ราย โดยพบมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๓๔ ปี (ร้อยละ ๒๕.๐๖) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด โดยส่วนใหญ่ติดเชื้อผ่านทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ ๘๘.๓ ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอช ไอ วี สะท้อนให้เห็นว่าแผนการระบาดของ การติดเชื้อ เป็นลักษณะของ Generalized and Concentrated Epidemic มีแนวโน้มของความชุกการติดเชื้อลดลงในเกือบทุกกลุ่มประชากร แต่ยังคงมีอัตราความชุกการติดเชื้อสูงในกลุ่มผู้ฉีดสารเสพติดและมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และ จากการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อ มีสัญญาณให้ประเทศต้องเฝ้าระวังการระบาดของ การติดเชื้อ เอช ไอ วี อีกครั้ง

๖) ปัญหายาเสพติดเพิ่มมากขึ้น ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๓ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดรวมทั้งสิ้น ๔๖๘,๑๗๐ คน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้เสพรายใหม่ การใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาเพิ่มขึ้นถึง ๗.๕ เท่าในช่วง ๑๔ ปีที่ผ่านมาใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดรวมทั้งสิ้น ๑๐๔,๐๓๔ ราย (ข้อมูลจากระบบรายงาน บสค.) ซึ่งเป็นผู้เสพ ร้อยละ ๖๑ ผู้ติด ร้อยละ ๓๖ ผู้เสพรุนแรง ร้อยละ ๓ ยาเสพติดที่เป็นปัญหา มากที่สุด คือ ยาบ้า รองลงมาเป็นกัญชา สารระเหย เฮโรอีน กระท่อม ตามลำดับ คดีอาชญากรรม ที่เนื่องมาจากยาเสพติดยังพุ่งสูงขึ้นในรอบ ๔ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีการจับกุมสูงถึง ๒๖๖,๐๑๐ คดี เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๑๑.๖ โดยเยาวชนวัย ๒๐-๒๔ ปี ถูกจับกุมมากที่สุด

๗) ปัญหาการเข้ามาของแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมายซึ่งเพิ่มสูงขึ้น จาก ๗๙๗,๑๐๓ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็น ๑,๓๐๐,๒๔๑ ในปี ๒๕๕๓ เพิ่มโอกาสของการป่วยด้วยโรคติดต่อที่มาจากแรงงานข้ามชาติ ซึ่งส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน ๑๖,๓๐๓ ราย มาลาเรีย ๗,๑๓๗ ราย และ วัณโรคจำนวน ๑,๐๖๔ ราย นอกจากนี้ยังพบว่าแรงงานข้ามชาติมีอาการดื้อยาวัณโรค (MDR และ XDR TB) และโรคมาลาเรีย ส่งผลให้มีการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวจากแรงงานข้ามชาติสู่คนไทยมากขึ้น

๒.๕ สถานสุขภาพคนไทย

๑) อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวขึ้น ผู้ชายจะมีอายุคาดเฉลี่ย ๖๙.๑ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ เพิ่ม

เป็น ๓๑.๑ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ และผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ย ๓๕.๗ ปี เพิ่มขึ้นเป็น ๓๗ ปี ตามลำดับ (รายงานการฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๖๔, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย มหิดล) สำหรับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พ.ศ. ๒๕๔๕ ผู้ชายเท่ากับ ๕๓.๗ ปี เพิ่มขึ้น ๕๙ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ และผู้หญิงกับ ๖๒.๔ ปี เพิ่มขึ้นเป็น ๖๔ ปี ตามลำดับ (คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยง พ.ศ. ๒๕๔๗) อย่างไรก็ตามระยะห่างระหว่างปีที่มีสุขภาพดีกับอายุคาดเฉลี่ยยังมากอยู่ แสดงว่า อายุยืนยาวมีความเจ็บป่วย

๒) การสูญเสียปีสุขภาวะ ผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากการติดสุรา อุบัติเหตุจากรถและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นการติดสุรา ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับผู้หญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า ซึ่งต่างจาก พ.ศ. ๒๕๔๗ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอันดับของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นภาวะซึมเศร้า เป็นที่น่าสังเกตว่า การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เคยเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะกลับมีอันดับลดลงทั้งในผู้ชายและผู้หญิง โดยพบว่าสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งในผู้ชายและผู้หญิงไทยมาจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง

๓) สาเหตุการตาย จากการคาดประมาณแนวโน้มการตายด้วยโรคต่าง ๆ ของประชากรไทย ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๕๒ โดยใช้สาเหตุการตายโดยตรงจากมรณบัตร พบว่า ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๒) อุบัติเหตุจากรถ มะเร็งตับ และหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้ชายไทย ขณะที่เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งตับ เป็นสาเหตุการตายที่พบสูงสุดในผู้หญิงไทย จะเห็นได้ว่า โรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และเบาหวาน เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่สำคัญของคนไทยที่พบว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้นมาตลอดใน ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา

๔) อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ จนถึง พ.ศ. ๒๕๕๓ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย จาก พ.ศ. ๒๕๔๔ มีอัตราการฆ่าตัวตาย ๗.๖ ต่อประชากรแสนคน ลดลงอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับ จนถึง พ.ศ. ๒๕๕๓ มีอัตราการฆ่าตัวตาย ๕.๙ ต่อประชากรแสนคน (โครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย SUICIDETHAI.COM) อย่างไรก็ตามยังพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นปัญหามากในบางพื้นที่ เช่น ภาคเหนือตอนบน

๕) โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging infectious diseases: EID) มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสุขภาพของประชาชนทั่วโลกอย่างมหาศาล (ปัญหาครั้งหลังสุดคือ การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ H๑N๑ ๒๐๐๙ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒) ในสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๕ เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ป่าไม่ว่าจะเป็นโรคไข้หวัดนกที่มีความเกี่ยวข้องกับนกอพยพและนกป่าตามธรรมชาติและโรคซาร์สที่มาจากชะมด ปัจจุบันทั่วโลกให้ความสนใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่มีชีวิตในระบบนิเวศ (Ecological Health) ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของระบบนิเวศ (Ecosystem Health) สุขภาพของมนุษย์ (Human Health) และสุขภาพของสัตว์ (Animal Health) เป็นการจัดการเชิงบูรณาการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการเกิดโรคในคน การเกิดโรคในสัตว์ และการเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อม ที่สามารถใช้อธิบายการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรคอุบัติใหม่ได้เป็นอย่างดี การ

จัดการกับปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภายในและระหว่างประเทศอย่างกว้างขวาง บนพื้นฐานของการจัดการความรู้ และการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ อาทิเช่น เทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยโรค วัคซีนป้องกันโรค ฯลฯ เพื่อรับมือกับความต้องการอย่างเร่งด่วน ขณะเดียวกันต้องมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค โดยเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมแทนที่จะดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลักเหมือนอดีตที่ผ่านมา นอกจากนี้การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ เมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๖๒ ยังมีมติเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติขึ้นเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างบูรณาการให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี และจัดทำข้อเสนอการจัดตั้งกลไกระดับชาติเพื่อจัดการกับปัญหาดังกล่าวด้วย

๖) โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น แต่ข้อมูลการศึกษาวินิจฉัยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าสาเหตุการเกิดโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัปัญหามลพิษที่มาจากภาคอุตสาหกรรม ได้อย่างมีข้อมูลทางด้านสาธารณสุขว่าโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มสูงและรุนแรงขึ้น จากรายงานของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๒ มีการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคสารเคมีจากการประกอบอาชีพเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ที่ใช้ภาคเกษตรกรรม จากพิษสารเคมีในภาคอุตสาหกรรม รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยโรคเหตุจากปัจจัยทางกายภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เช่น ความร้อน ความเย็น การสั่นสะเทือน เสียง แสงสว่าง กัมมันตรังสี เป็นต้น ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

๗) สถานการณ์ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากการเผชิญกับกระแสโลกาภิวัตน์ ระบบทุนนิยมที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนา ทางด้านวัตถุ เกิดความเสื่อมถอยและล่มสลายของสถาบันครอบครัว สถาบันทางสังคม การดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบ เกิดค่านิยมวัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่พอเพียงและขาดความสมดุล ขาดการใส่ใจดูแลควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย มีภัยคุกคามสุขภาพ และไม่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมเสี่ยง ที่สำคัญจากการบริโภคหวานมันเค็มมาก บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย เกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้เหมาะสม ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง ไชมันคอลลอเรสเตอรอลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้หรือโรควิถีชีวิตที่ทวีความรุนแรงแพร่ระบาดไปทั่วโลก ซึ่งประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับปัญหาที่วิกฤตเช่นกัน จากข้อมูลเชิงประจักษ์พบคนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๒ มีความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI \geq ๒๕ กก./ตร.ม) ร้อยละ ๓๔.๗ (๑๗.๖ ล้านคน) อ้วนลงพุง (รอบเอว \geq ๙๐ ซม. ในชาย และ \geq ๘๐ ซม. ในหญิง) ร้อยละ ๓๒.๐ (๑๖.๒ ล้านคน) ความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖.๙ โรคความดันโลหิตสูง ๒๑.๔ และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๑๙.๔ เกิดการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๘ - ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้น ๑.๒ - ๑.๖ เท่า เป็น ๕๐๕, ๖๔๘, ๒๔๗, ๔๔๕ และ ๑,๐๔๙ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ หากไม่สามารถสกัดกั้นหรือหยุดยั้งปัญหาได้จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย มีภาวะแทรกซ้อน พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้ภาระค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล จึงจำเป็นต้องรวมพลังของทั้งสังคมในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการเพิ่มวิถีชีวิตที่พอเพียงจากการบริโภคที่เหมาะสม การออก

กำลังกายที่เพียงพอ และการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม ตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและสุขภาพพอเพียง ในการป้องกันแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพและผล กระทบจากโรควิถีชีวิตและนำไปสู่การสร้างสุขภาพวิถีชีวิต ไทยได้อย่างจริงจังและยั่งยืน

๒.๖ สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีการพัฒนาเรื่อยมาในทุกมิติมีหน่วยบริการครอบคลุมทุกพื้นที่ โครงสร้างระบบสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ บริการ เฉพาะทางและระบบส่งต่อ นอกจากนี้ ยังควรมีระบบสนับสนุนที่สำคัญ คือ ระบบสนับสนุนทรัพยากร วิชาการ การวิจัย และระบบข้อมูลข่าวสาร

๑) สถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยภาครัฐและเอกชน ซึ่งสถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของ ภาครัฐและสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า

- สถานพยาบาลภาครัฐ มีจำนวนโดยรวม ๑๐๙,๑๖๑ เตียง ซึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร มี โรงเรียนแพทย์ ๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๒๖ แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะโรคและสถาบันเฉพาะโรค ๑๓ แห่ง และ ศูนย์บริการสาธารณสุขครบทุกเขตรวม ๖๘ ศูนย์/๗๖ สาขา และส่วนภูมิภาค มีโรงเรียนแพทย์ ๖ แห่ง โรงพยาบาลเฉพาะทาง ๔๔ แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ ๒๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๗๐ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ครอบคลุมทุกอำเภอ รวม ๗๔๔ แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ๒๔๔ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัยเดิม) ๙,๗๕๐ แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ๑๕๐ แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเขตชนบท ๔๘,๐๔๙ แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง ๓,๑๐๔ แห่ง

- ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๔ สถานพยาบาลภาคเอกชน มีจำนวนโดยรวม ๓๒,๘๗๒ เตียง โรงพยาบาลเอกชนมี ๓๑๖ แห่ง คลินิก ๑๔,๕๐๕ แห่ง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๑,๒๖๔ แห่ง ร้านขายยา แผนปัจจุบัน ๑๑,๖๐๓ แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตราย ๓,๘๓๔ แห่ง และร้าน ขายยาแผนโบราณ ๒,๐๒๒ แห่ง

๒) ระบบส่งต่อผู้ป่วย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ บัญญัติว่า รัฐต้อง จัดส่งและส่งเสริมการสาธารณสุข ให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง การ พัฒนาระบบส่งต่อในภาพรวมของประเทศ ซึ่งทุกจังหวัดได้ดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและ เป็นรูปธรรมโดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด จัดระบบกำกับ ติดตามประเมินผล มีการประชุมและตกลงร่วมกันทบทวนบทเรียนจากการส่งต่อที่มีปัญหา มีนวัตกรรมการใช้ระบบ IT (Refer online) มาประกอบการดำเนินงานรับส่งต่อผู้ป่วย ทำให้การประสานการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การปฏิเสธการ ส่งต่อผู้ป่วยในทุกระดับลดลงกว่าปีที่ผ่านมาเล็กน้อย แต่การปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขตและส่วนกลางพบมาก ที่สุดในเกือบทุกจังหวัด ซึ่งต้องใช้เวลาในการประสานงานนาน โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครพบการปฏิเสธค่อนข้างสูง

๓) การมีหลักประกันสุขภาพ คนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙๒.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็นร้อยละ ๙๙.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น โดยผู้ป่วยนอกใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก ๑๐๒.๙ ล้านครั้ง ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็น ๑๔๓.๔ ล้านครั้ง ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ และผู้ป่วยในใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก

๓.๔ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็น ๕.๖ ล้านคน ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๔)

๔) อัตราการใช้บริการสุขภาพ การใช้บริการสุขภาพของประชาชนในสถานพยาบาลที่มีเตียงไว้รับผู้ป่วย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก ๑.๔ ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เป็น ๓.๔ ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยใน พ.ศ.๒๕๔๔ - ๒๕๕๒ อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร (๔- ๖ ครั้ง) และต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (๑.๒-๓ ครั้ง) และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๐ ใน พ.ศ. ๒๕๓๔ เป็นร้อยละ ๑๔.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยสูงสุดที่กรุงเทพมหานครและต่ำสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงว่าทรัพยากรสุขภาพส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร

๕) การใช้บริการสุขภาพตามสังกัดและระดับของสถานบริการ ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๒ สัดส่วนผู้ป่วยนอกตามสังกัดของโรงพยาบาล สูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประมาณ ๒ ใน ๓ (ร้อยละ ๖๕) รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน ประมาณ ๑ ใน ๕ (ร้อยละ ๒๔) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ ๔) เช่นเดียวกับสัดส่วนผู้ป่วยในตามสังกัดของโรงพยาบาล ที่สูงสุดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ ๗๓) รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ ๒๐) และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (ร้อยละ ๓)

๖) การเข้าถึงบริการสุขภาพ การดำเนินการตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๔๙ ใน พ.ศ. ๒๕๓๔ เป็นร้อยละ ๗๕.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ และ ร้อยละ ๖๔.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ มีสัดส่วนการใช้บริการในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๔๗ ใน พ.ศ. ๒๕๓๔ เป็นร้อยละ ๖๖.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๔ และร้อยละ ๕๕ ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ และกลุ่มที่มีสวัสดิการข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีร้อยละการใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ที่สูงที่สุดกว่ากลุ่มอื่นๆ

๒.๗ กำลังคนด้านสุขภาพ

๑) สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

สาขาแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า มีแพทย์ขึ้นทะเบียนที่สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการแพทยสภา จำนวน ๓๙,๑๔๗ คน (หักจำนวนที่ไม่สามารถติดต่อได้ เสียชีวิต ถูกเพิกถอนใบอนุญาต และที่ทำงานอยู่ต่างประเทศ) คาดว่าจะมีแพทย์ปฏิบัติงานในประเทศ จำนวน ๓๕,๗๘๙ คน หรือคิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร ๑ : ๑,๗๗๓ แต่จากการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีแพทย์ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข เพียง ๒๖,๑๖๒ คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ ๑ : ๒,๔๒๔ ในขณะที่ความต้องการของประเทศ ควรเป็น ๑ : ๑,๕๐๐ - ๑,๕๐๐ นอกจากนี้ปัญหาการขาดแคลนแล้ว ยังมีปัญหาด้านการกระจาย จากข้อมูลพบว่ามีสัดส่วนแพทย์อยู่ในกระทรวงสาธารณสุขเพียง ร้อยละ ๕๐.๔ ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด ในขณะที่ต้องรับภาระดูแลประชาชนกว่า ร้อยละ ๘๐ ปัญหาการสูญเสีย พบว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังมีปัญหาการสูญเสียแพทย์จากการลาออก โดยใน พ.ศ. ๒๕๔๖ มีแพทย์ลาออกสูงถึง ๗๙๕ คน และยังคงมีการสูญเสียจำนวนมากในปัจจุบัน

สาขาทันตแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๒ มีทันตแพทย์ปฏิบัติงาน จำนวน ๑๐,๕๗๑ คน (ทันตแพทย์สภา, ๒๕๕๓) แต่จากการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุข ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานในสถานบริการ

สาธารณสุข เพียง ๕,๑๐๒ คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ ๑ : ๑๒,๔๒๗

- สาขาเภสัชกร พ.ศ. ๒๕๕๒ มีปฏิบัติงานให้บริการจำนวน ๒๔,๔๐๐ คน (สภาเภสัชกรรม, ๒๕๕๓) แต่จากการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข เพียง ๔,๑๓๔ คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ ๑ : ๗,๕๐๐

- พยาบาลวิชาชีพ พ.ศ. ๒๕๕๒ มีจำนวนที่ปฏิบัติงานให้บริการ ๑๒๐,๙๔๔ คน (สภาการพยาบาล, ๒๕๕๓) แต่จากการสำรวจของสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และการสำรวจทรัพยากรสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ มีพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข เพียง ๑๓๔,๗๑๐ คน หรือคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากรเท่ากับ ๑ : ๔๕๔

๒) สถานการณ์การผลิตกำลังคน

- การผลิตแพทย์ มีการเพิ่มการผลิตอย่างต่อเนื่อง จากเดิมมีการผลิตประมาณปีละ ๕๐๐-๗๐๐ คน ในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๔ ต่อมา มีแผนเพิ่มการผลิตแพทย์ของประเทศไทยตามข้อเสนอของทบวงมหาวิทยาลัย อีกปีละประมาณ ๓๔๐ คน ในช่วง พ.ศ. ๒๕๓๖-๒๕๔๔ ทำให้การผลิตแพทย์เพิ่มเป็นปีละประมาณ ๑,๓๐๐ คน และใน พ.ศ. ๒๕๓๗ คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้เพิ่มการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบทอีกจำนวน ๓,๐๐๐ คนในช่วง ๑๐ ปี (ปี ๒๕๓๘-๒๕๔๗ และขยายถึงปี ๒๕๔๙) ทำให้มีการรับนักศึกษาแพทย์ประมาณปีละ ๑,๕๐๐ คน ต่อมาคณะรัฐมนตรีอนุมัติให้เพิ่มการผลิตแพทย์ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ โดยเพิ่มอีกประมาณปีละ ๕๐๐-๗๐๐ คน (ปี ๒๕๔๗-๒๕๕๖) และใน พ.ศ. ๒๕๔๙ คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติให้เพิ่ม การผลิตแพทย์อีก จำนวน ๔,๕๓๐ คน ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๔ โดยเห็นชอบให้มีการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ใหม่อีก จำนวน ๗ แห่ง ทำให้ในปัจจุบันสามารถรับนักศึกษาแพทย์ได้กว่า ๒,๓๐๐ คนนอกจากนี้ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ มีแผนเพิ่มการผลิตในโครงการผลิตแพทย์เพิ่มภายใต้โครงการไทยเข้มแข็ง (ปี ๒๕๕๒-๒๕๕๕) อีกจำนวน ๑,๗๑๔ คน

- การผลิตทันตแพทย์ ปัจจุบันมีการผลิตทันตแพทย์ผลิตโดยคณะทันตแพทยศาสตร์ในภาค รัฐ ๔ แห่ง และคณะทันตแพทยศาสตร์ภาคเอกชน ๑ แห่ง รวม ๕ แห่ง สามารถผลิตทันตแพทย์ได้ปีละ ๖๐๐ คน และได้รับนักศึกษาเพิ่มตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ อีกปีละ ๒๐๐ คน ซึ่งจบการศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป (จากโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อแก้ไขปัญหาความขาดแคลนทันตแพทย์โดยเฉพาะในชนบทของประเทศ

- การผลิตเภสัชกร ปัจจุบันมีการผลิตประมาณปีละ ๑,๙๕๐ คน จากสถาบันการผลิตทั้งรัฐ และเอกชน ๑๖ แห่ง และได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการปฏิบัติงานชดใช้ทุนของเภสัชกร จากการเป็นคู่สัญญาแล้วมีการยกเลิกไปในส่วนที่สำเร็จการศึกษาออกไปปฏิบัติงานใน พ.ศ. ๒๕๔๗ กลับมาเป็นคู่สัญญาใหม่อีกครั้งในส่วนที่สำเร็จการศึกษาไปปฏิบัติงานใน พ.ศ. ๒๕๕๔

- การผลิตพยาบาลวิชาชีพ ปัจจุบันมีการผลิตทั้งภาครัฐทุกสังกัดและเอกชนประมาณปีละ ๔,๓๐๐ คน โดยกำลังหลักที่ผลิตพยาบาลอยู่ในสถาบันการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข ปีละ ๒,๕๐๐ คน

- กำลังคนเพื่อการบริหารระดับปฐมภูมิ ในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้กำหนดอัตราส่วนกำลังคนต่อประชากร เป็น ๑ : ๑,๒๕๐ ซึ่งต้องการกำลังคนเพื่อการจัดบริการใน รพ.สต. ในลักษณะ Skill Mixed จำนวนกว่า ๔๐,๐๐๐ คน (ปัจจุบันมีเพียง ๓๐,๖๓๕ คน) ซึ่งในจำนวนดังกล่าวต้องการ

พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อยแห่งละ ๑-๒ คน (๒ คนสำหรับ รพ.สต. ขนาดใหญ่เพื่อทำหน้าที่เป็นแม่-รพ.สต.แม่ข่าย) โดยต้องการพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. ประมาณ ๑๓,๕๐๐ คน (ปัจจุบันมีเพียง ๖,๓๔๙ คน)

๓) การจัดระบบค่าตอบแทน

ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จากเงินบำรุงของหน่วยบริการ ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๔ และหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ค่าตอบแทนกรณีเวรผลัดปาย-ดึกของพยาบาล ค่าเงินเพิ่มพิเศษกรณีไม่ทำเวรปฏิบัติส่วนตัว รวมทั้งค่าเบี่ยงเบนจ่าย (เดิมเบิกจากเงินบำรุงต่อมา พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้งบประมาณสนับสนุน) เป็นต้น ค่าตอบแทนจากงบประมาณแผ่นดิน ในช่วง ที่ผ่านมาเป็นค่าตอบแทนสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ (พ.ต.ส.) ซึ่งจ่ายให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ๑๑ สาขา ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบ ก.พ. กำหนด

๔) สถานการณ์การฟ้องร้องแพทย์

สถิติการฟ้องร้องแพทย์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ภาระงานของแพทย์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐพบว่าแพทย์ต้องทำงานถึง ๑๒๐-๑๒๒ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าข้าราชการอื่น ๆ ที่มีเวลาทำงานประมาณ ๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และที่สำคัญคือ การต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องโดยมีเวลาพักไม่เพียงพอ ทำให้มีโอกาสเกิดความเหนื่อยล้าส่งผลให้เกิดความผิดพลาดได้มากขึ้น ภาระงานที่มากขึ้นในขณะที่ค่าตอบแทนน้อยและการฟ้องร้องที่เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุหลักสามประการที่ทำให้แพทย์ลาออกจากราชการโดยเฉพาะแพทย์รุ่นใหม่

คดีประวัติศาสตร์ที่ศาลจังหวัดแห่งหนึ่งมีคำพิพากษาให้จำคุกแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเป็นเวลา ๓ ปีโดยไม่รอลงอาญาในปี ๒๕๕๐ ในข้อหากระทำการโดยประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฉีดยาเข้าไขสันหลังระหว่างผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อปี ๒๕๔๕ ถึงแม้ศาลอุทธรณ์ได้ยกฟ้องในปี ๒๕๕๐ ทำให้แพทย์ไม่มีความผิดก็ตาม คดีดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในวงการแพทย์และสังคมหลายด้าน แพทย์โรงพยาบาลชุมชนไม่กล้าทำการผ่าตัด ต้องส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ในระยะยาวอาจทำให้อัตราความพิการและอัตราป่วยตายจากการส่งต่อมีมากขึ้น เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการสาธารณสุขและผู้รับบริการในการผลักดัน พรบ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... เข้ากระบวนการออกกฎหมาย แต่ก็ยังมีบางประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

๒.๔ สถานการณ์การเงินการคลัง

๑) คริวเรือนไทยจำนวนหนึ่งยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพค่อนข้างสูง ในขณะที่ประเทศยังสามารถเพิ่มสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาครัฐได้ ใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓.๔ ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ ใน พ.ศ. ๒๕๒๓ เป็น ร้อยละ ๖.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยเพิ่มในอัตราที่เร็วกว่าการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ กล่าวคือ ใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ ๗.๖ ต่อปีในมูลค่าจริง ในขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ ๕.๖ ต่อปี (ใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในรายงานการสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๓) จากข้อมูลการศึกษาบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ (National Health Accounts ๒๐๐๖-๒๐๐๗) พบว่า ร้อยละ ๔ ของ GDP และ ร้อยละ ๑๙ ของ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวม (ประมาณ ๕๙,๙๕๐ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๕๐) มาจากการจ่ายเงินด้วยตนเองของครัวเรือน เช่น การซื้อยามาเอง การรักษาพยาบาลจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน เป็นต้น ซึ่งรายจ่ายดังกล่าวเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้หรือรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือนที่มีฐานะยากจน

ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐ บ่งชี้ว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มาจากภาครัฐเพิ่มจากร้อยละ ๕๖ ใน พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๔ (ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เป็นร้อยละ ๗๕ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ซึ่งยังสามารถเพิ่มสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาครัฐได้

๒) ปัญหาการขาดสภาพคล่องของหน่วยบริการภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ โรงพยาบาลรัฐมีปัญหาขาดสภาพคล่อง จำนวน ๕๕ แห่ง วงเงิน ๗,๓๐๐ ล้านบาท โรงพยาบาลต่างควบคุมค่าใช้จ่ายเพื่อความอยู่รอด ไม่สามารถแบกรับภาระการรักษาผู้ป่วยส่งต่อมารักษาแต่อัตราขาดเซย์ที่ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริงอย่างมาก โดยพบว่าในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสวน รพศ. และ รพท. มีค่าใช้จ่าย ๑๐๐ บาทได้รับชดเชยเพียง ๔๘ บาท (ส่วนต่างไม่ได้รับชดเชย ๑๙,๐๐๐ ล้านบาท) ทรัพยากรถูกแยกย่อยจนไม่เพียงพอ ขาดการบูรณาการทรัพยากรเพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบร่วมกัน ปัญหาในรอยต่อการจัดบริการสุขภาพ เกิดข้อจำกัดการเข้าถึงบริการ เกิดความล่าช้าต่อปัญหาการเจ็บป่วย ยิ่งสร้างความทุกข์ซ้ำซ้อนเพิ่มขึ้นในประชาชนความเหลื่อมล้ำที่เกิดจากการจัดสรรงบประมาณเพื่อจัดบริการในกองทุนหลักประกันสุขภาพในรายโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมาก อีกทั้งความไม่เท่าเทียมกันในระหว่างสิทธิในเรื่องอัตราชดเชยรายหัวและสิทธิประโยชน์ต่างกองทุนต้องจัดบริการตามข้อกำหนดของกองทุน และปัญหาการชะงักงันในการลงทุนขยายเตียงบริการภาครัฐ พร้อม ๆ กับข้อจำกัดทางการเงิน จึงเกิดภาวะเตียงเต็มและกำลังแพทย์ไม่เพียงพอบริการในหลายพื้นที่เป็นเหตุให้เกิดการปฏิเสธรับเข้ารับรักษาในรพ.และปฏิเสธรับส่งต่อถือเป็นความเหลื่อมล้ำหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ ปัญหาไม่ได้รับงบลงทุนเพื่อการพัฒนาระบบมีแต่เพียงงบค่าเสื่อมทำให้ขาดการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานรองรับบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเปรียบเทียบ พ.ศ. ๒๕๕๔ กับ พ.ศ. ๒๕๔๕ ผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๕ ผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๒ แต่งบลงทุนที่ได้รับไม่เป็นสัดส่วนเพียงพอ โครงสร้างพื้นฐานของหน่วยบริการภาครัฐไม่ได้รับการพัฒนามาร่วม ๑๐ ปี

๓) การประกันสุขภาพของทั้ง ๓ กองทุนยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในหลายแง่มุม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง ๓ กองทุนมีแหล่งที่มาของการคลังสุขภาพ ขุดสิทธิประโยชน์ จำนวนเงินที่ภาครัฐให้การสนับสนุน และวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน

- สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีแหล่งการคลังสุขภาพจากภาษีทั่วไป และมีวิธีการจ่ายเงินแบบ fee-for-service สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก และ DRG with global budget สำหรับกรณีผู้ป่วยใน

- ประกันสังคม มีแหล่งการคลังสุขภาพจากเงินสมทบของลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล โดยใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว เป็นระบบหลักครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มี RW น้อยกว่า ๒ และใช้ระบบ DRG ในการจ่ายเงินกรณีผู้ป่วยในที่มี RW มากกว่าหรือเท่ากับ ๒ นอกจากนี้ ยังมีกรจ่ายเงินเพิ่มเติมให้แก่สถานพยาบาลอีกหลายรายการ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้สถานพยาบาลให้บริการที่มีคุณภาพ และเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์มากขึ้น เช่น ค่าภาระเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ค่าอุปกรณ์และอวัยวะเทียม ค่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติบัญชี จ.(๒) เป็นต้น

- บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีแหล่งการคลังสุขภาพจากภาษีทั่วไป และมีวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวกรณีผู้ป่วยนอก และ DRG with global budget กรณีผู้ป่วยใน

หลักฐานเชิงประจักษ์บ่งชี้ความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ และคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล รวมทั้งยา/เวชภัณฑ์ที่ประชาชนได้รับระหว่าง ๓ กองทุน จนมีการเรียกร้องของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ให้สำนักงานประกันสังคมมีการแก้ไขปรับปรุงสิทธิประโยชน์และคุณภาพบริการสุขภาพที่ผู้ประกันตนได้รับ

๔) การลงทุนด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและภาวะโรคที่มีความสำคัญมีสัดส่วนค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของประเทศ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน การบริโภคบุหรี่และสุรา มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม รวมทั้งโรคติดต่อที่สำคัญ คือ การติดเชื้อไวรัสเอดส์ จากข้อมูลการศึกษาบัญชีรายจ่ายด้านสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๙ - ๒๕๕๐ (National Health Accounts ๒๐๐๖-๒๐๐๗) สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทย มีค่าใช้จ่ายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพียงร้อยละ ๔.๘ ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวม ทำให้ สปสช. ได้กำหนดกรอบการปฏิรูปร่างสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๕๔ - ๒๕๕๙) โดยกำหนดให้งบประมาณสำหรับ P&P เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙.๕ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นร้อยละ ๒๐ ใน พ.ศ. ๒๕๕๙

๕) ค่าใช้จ่ายด้านยาซึ่งค่อนข้างสูง ยังมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสมและขาดประสิทธิภาพ ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นจาก ๕๒,๘๒๓ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๓๗ เป็น ๑๒๐,๒๙๐ ล้านบาทใน พ.ศ. ๒๕๔๕ หรือมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ ๖.๗๗ ต่อปี ซึ่งสูงกว่าอัตราการเพิ่มของ GDP ของประเทศ

๒.๙ สถานการณ์และปัญหาด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ที่สำคัญคือ ๑) กลไกนโยบายและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานยังไม่เพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ๒) การมีระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพที่ยังขาดคุณภาพ ไม่ครอบคลุม และยังไม่มีความเข้าซึ้น และปัญหาการขาดกระบวนการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ๓) การขาดระบบจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และ ๔) ปัญหาการเข้าถึงข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล อันเนื่องมาจากการไม่เข้าใจประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยในการตัดสินใจ

๒.๑๐ ความร่วมมือในการให้บริการสุขภาพระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public and private partnership – PPPs)

การดำเนินการในเรื่อง PPPs ด้านบริการสุขภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการภาครัฐ ลดภาระงบประมาณของรัฐในการลงทุน ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานในรูปแบบความร่วมมือ (การเช่า/จ้างเหมา) ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาแพง การจ้างเหมาบริการ เช่น การซักฟอก การรักษาความปลอดภัย การทำอาหาร การเช่าอาคาร/สถานที่ ตลอดจนความร่วมมือในด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องของกฎหมาย/ระเบียบและวิธีปฏิบัติของทางราชการ รวมถึงนโยบายที่จะกำหนดแนวทางการดำเนินการเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและเป็นประโยชน์กับระบบบริการอย่างแท้จริง สำหรับการดำเนินงานที่เป็นโครงการใหญ่ ๆ เช่น การก่อสร้างอาคารและบริหารจัดการโดยเอกชนยังไม่มีมีการดำเนินการอยู่ระหว่างการศึกษารูปแบบที่เหมาะสม

๒.๓๓ ภาคีสุขภาพและสุขภาพภาคประชาชน

การเพิ่มขึ้นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรเอกชน ทำให้มีความหลากหลายทั้งภารกิจและระดับในการจัดการสุขภาพ มีผลต่อบทบาทและภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป อาทิ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (มีบทบาทด้านพัฒนาข้อเสนอแนะนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพแก่รัฐบาลและแก่ทุกภาคส่วนในสังคม) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ทำหน้าที่กำกับดูแลให้ประชาชนไทยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างถ้วนหน้า) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (ทำหน้าที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยไม่จำกัดกรอบวิธีการและเปิดรับแนวทางปฏิบัติใหม่ๆที่เป็นความคิด สร้างสรรค์สามารถนำไปสู่การขยายค่านิยมและสร้างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและกว้างขวาง) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ทำหน้าที่สร้างความรู้ และสนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนและการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ทำหน้าที่เกี่ยวกับการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล) สำนักงานพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพแห่งชาติ (ทำหน้าที่พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศให้มีความยั่งยืนและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ)

สถานการณ์ทั้งภายนอกและภายในประเทศที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง การรับมือด้วยการร่วมสร้างและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มีทิศทางและพลังอย่างเพียงพอจึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง

๓. มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
๔. มีระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน สามารถตอบสนองต่อความต้องการตาม ปัญหาสุขภาพ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
๕. มีระบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพและเป็นเอกภาพ

๕. ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็งตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
๒. อัตราป่วย อัตราตายจากภัยพิบัติ โรคระบาดและภัยสุขภาพ
 - อัตราป่วยด้วยโรคระบาดอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ
 - อัตราตายจากภัยพิบัติตามธรรมชาติ
 - อัตราป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๓. อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง และอัตราการควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย
 ๔. ร้อยละของประชากรเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (ออกกำลังกาย บริโภคผัก/ผลไม้ รับประทานอาหารหวาน/มัน/เค็ม เลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มี อย. สูบบุหรี่และดื่มสุรา)
 ๕. สัดส่วนการลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 ๖. อัตราการปฏิเสธการส่งต่อ
 ๗. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในภายใน ๒๘ วัน
 ๘. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรเฉลี่ยและระหว่างภูมิภาค
 ๙. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงิน

๖. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพ

๖.๑ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย: ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมบทบาทของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีศักยภาพ มีความเข้มแข็ง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ มีกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่นของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ และภาคประชาสังคมโดยใช้ข้อมูลที่ครบถ้วน รอบด้าน การหาทางออกร่วมกันอย่างสมานฉันท์ ตลอดจนการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศให้เข้มแข็งทั้งในระดับโลก ภูมิภาคและชายแดน พัฒนาศักยภาพวิธีการดูแลสุขภาพจากภูมิปัญญาไทยให้มีความปลอดภัย มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับ พัฒนาระบบการเรียนรู้ และการจัดการความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกให้มีมาตรฐาน ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมด้านการแพทย์แผนไทยในการตรวจและรักษาโรคให้มากขึ้น ตลอดจนส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ

๖.๒ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุ และภัยสุขภาพ: ให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย โคลนดินถล่ม แผ่นดินไหว สารพิษ สารเคมี การก่อการร้าย การจลาจล ฯลฯ การเกิดโรคระบาดต่างๆทั้งที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ สารก่ออันตรายในสิ่งแวดล้อม ในอาหาร สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ อุบัติเหตุ ตลอดจนภัยสุขภาพอื่นๆ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ ภัยสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ

๖.๓ ยุทธศาสตร์การมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา: ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มสัดส่วนการลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น สร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีการตื่นตัวให้ความสำคัญต่อสุขภาพมีการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี มีความปลอดภัยด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โภชนาการการประกอบอาชีพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา พัฒนาระบบ การควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดใหม่ พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และการมีสุขภาพจิตที่ดี

๖.๔ ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ: ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการ ได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอในทุกระดับ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม พัฒนาคความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทางให้ครอบคลุมพื้นที่ตามความจำเป็น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีคุณภาพมาตรฐานที่ดีในทุกระดับ จัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ คนชายขอบ พัฒนาการเข้าถึงบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมมากขึ้น พัฒนาระบบส่งต่อโดยประชาชนไม่ถูกปฏิเสธการส่งต่อและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างการส่งต่อ ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการรับบริการ ขยายขีดความสามารถ ในการบำบัดรักษา ยาเสพติด สร้างกลไกเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดี และการไกล่เกลี่ยลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเรื่องกระบวนการรักษาลิทธิประโยชน์ และความคาดหวัง เพื่อให้ผู้บริการสามารถปฏิบัติได้อย่างมีความสุขและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

๖.๕ ยุทธศาสตร์การสร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ: ให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Delivery Board) เพื่อวางระบบบริการของประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนดทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลด

ความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน (กองทุนสวัสดิการราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายกำลังคนที่เหมาะสม เป็นธรรมและทั่วถึง มีระบบข้อมูลสุขภาพ ที่แม่นยำ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบงาน ให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขและเห็นคุณค่าของการทำงาน ส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ (Public Private Partnership : PPP) สร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่างๆในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ตลอดจนการนำความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน

๑.๒.๒ มุ่งองค์กรที่มีศักยภาพในการสร้างความร่วมมือในเวทีระหว่างประเทศ

๑.๒.๓ มุ่งองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาไทยที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ เป็นที่ยอมรับมากขึ้น

๑.๓ กลวิธีและมาตรการ

๑.๓.๑ ส่งเสริมให้ประชาชนแสดงบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

๑.๓.๒ พัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน และอื่นๆ ให้สามารถนำแนวคิดและประสาน การดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่

๑.๓.๓ พัฒนาระบบการสมัชชาสุขภาพและกลไกประสานงานอื่น ในการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคีสุขภาพ

๑.๓.๔ สร้างองค์ความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาไทย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

๑.๓.๕ เสริมสร้างความร่วมมือและพัฒนาบทบาทของประเทศไทยในเวทีประชาคมสาธารณสุขระหว่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุ และภัยสุขภาพ

ให้ความสำคัญกับการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ เช่น อุทกภัย โคลนดินถล่ม แผ่นดินไหว สารพิษ สารเคมี การก่อการร้าย/จลาจล ฯลฯ การเกิดโรคระบาดต่างๆ ทั้งที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ สารก่ออันตรายในสิ่งแวดล้อม ในอาหาร สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ อุบัติเหตุ ตลอดจนภัยสุขภาพอื่นๆ พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง เตือนภัย และการจัดการภัยพิบัติ ภัยสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเกิดภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดความพร้อมในการเตรียมการ มีระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยที่ทำให้ประชาชนวางใจและเมื่อเกิดภัยพิบัติ สามารถจัดการได้อย่างเหมาะสม ทันการณ์

๒.๒ เป้าหมายการพัฒนา

๒.๒.๑ มีระบบเฝ้าระวัง เตือนภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพ

๒.๒.๒ มีระบบการบริหารจัดการภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังเกิดภัยที่มีประสิทธิภาพ

๒.๓ กลวิธีและมาตรการ

๒.๓.๑ สร้างระบบเฝ้าระวัง เตือนภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ

๒.๓.๒ พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อรับมือภัยพิบัติ อุบัติเหตุ

และภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓.๓ พัฒนาระบบการจัดการปัญหาด้านการแพทย์และสาธารณสุข ระหว่างและหลังการเกิดภัยพิบัติ อุบัติเหตุและภัยสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยแข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา

ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และระบบการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิผล เพิ่มสัดส่วนการลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น สร้างจิตสำนึกด้านสุขภาพให้สังคมมีการตื่นตัวให้ความสำคัญต่อสุขภาพ มีการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี มีความปลอดภัยด้านอาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ โภชนาการ การประกอบอาชีพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่มอายุ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา พัฒนาระบบการควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดใหม่ พัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชน สร้างมาตรการทางสังคมในการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และการมีสุขภาพจิตที่ดี

๓.๑ วัตถุประสงค์

๓.๑.๑ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ที่เป็นรากฐานของปัญหาภาวะโรคที่สำคัญในปัจจุบัน

๓.๑.๒ เพื่อให้มีการลงทุนและดำเนินกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้นในระดับที่เพียงพอ

๓.๒ เป้าหมายการพัฒนา

๓.๒.๑ มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการทำลายสุขภาพลง

๓.๒.๒ มีการสื่อสารสาธารณะที่แรงพอในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ

๓.๒.๓ มีการค้นหาผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคเรื้อรัง ที่มีอาการแรกเริ่ม เพื่อการรักษาที่มีประสิทธิผลลดภาวะแทรกซ้อน

๓.๒.๔ สัดส่วนการลงทุนในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น โดยเฉพาะภาครัฐ

๓.๓ กลวิธีและมาตรการ

๓.๓.๑ สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพดี โดยพัฒนาและผลักดันกฎหมาย รวมถึงมาตรการบังคับใช้อย่างเข้มแข็ง ในการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ตลอดจนสร้างกระบวนการเพื่อการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)

๓.๓.๒ ส่งเสริมการขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โดยเฉพาะการดื่มสุรา อุบัติเหตุจราจร โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง โรคเอดส์ ยาเสพติดและปัญหาสุขภาพจิต

๓.๓.๓ พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรอง และจัดการโรคติดต่อ/โรคเรื้อรัง ให้เหมาะสมตามความรุนแรงของโรค

๓.๓.๔ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพอนามัยในกลุ่มแม่และเด็ก เช่น การตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด การพัฒนาสติปัญญาเด็กไทยในแต่ละช่วงวัย การตรวจคัดกรองสุขภาพสตรี

๓.๓.๕ พัฒนาระบบการควบคุม ป้องกันการใช้สารตั้งต้นในการผลิตยาเสพติด และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดใหม่

๓.๓.๖ เพิ่มการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : เสริมสร้างระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานในทุกกระดับเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในทุกกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อ

ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการในทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างมีคุณภาพทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม มีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอในทุกระดับ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม คุ่มค่า พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทาง ให้ครอบคลุมพื้นที่ตามความจำเป็น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีคุณภาพมาตรฐานที่ดี ในทุกระดับ จัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ คนชายขอบ พัฒนาการเข้าถึงบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมมากขึ้น พัฒนาระบบส่งต่อโดยประชาชนไม่ถูกปฏิเสธการส่งต่อและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างการส่งต่อ ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการรับบริการ ขยายขีดความสามารถในการบำบัดรักษา ยาเสพติด สร้างกลไกเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและการใกล้ชิดลดความขัดแย้งระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการเมื่อเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนในเรื่องกระบวนการรักษาสติประโยชน์ และความคาดหวังเพื่อผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานอย่างมีความสุข ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

๔.๑ วัตถุประสงค์

๔.๑.๑ เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม

๔.๑.๒ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการมีความสุขและผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

๔.๒ เป้าหมายการพัฒนา

๔.๒.๑ ขยายความครอบคลุมและยกระดับคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับให้มีศักยภาพรองรับการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม และสามารถลดภาวะโรคที่สำคัญของประชาชนลง

๔.๒.๒ มีระบบและกลไกการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและใกล้ชิดข้อพิพาททางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสม

๔.๓ กลยุทธ์และมาตรการ

- ๔.๓.๑ เพิ่มขีดความสามารถของบริการปฐมภูมิให้มีมาตรฐานและสอดคล้องกับปัญหาของชุมชน
- ๔.๓.๒ พัฒนาระบบมาตรฐานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และความเชี่ยวชาญเฉพาะในแต่ละระดับ
- ๔.๓.๓ จัดสรรทรัพยากร โดยยึดแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เป็นกรอบในการกระจายทรัพยากร
- ๔.๓.๔ พัฒนาระบบส่งต่อทุกระดับให้มีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ
- ๔.๓.๕ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาว (Long-term Care) เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ, ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (Day Care) ฯลฯ
- ๔.๓.๖ พัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ให้สามารถเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น
- ๔.๓.๗ ขยายขีดความสามารถในการบำบัดรักษา และฟื้นฟู ผู้เสพ ผู้ติด ยาและสารเสพติด
- ๔.๓.๘ สร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยและกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี
- ๔.๓.๘ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีความครอบคลุมประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ทั้งภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ
- ๔.๓.๑๐ ส่งเสริมการจัดบริการสุขภาพนานาชาติ (Medical hub) ที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพโดยรวมของคนไทย โดยเน้นการสนับสนุนกิจการสปา การส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์ แผนไทย ผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพรไทย

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : สร้างกลไกกลางระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ

ให้ความสำคัญกับการสร้างกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพให้เกิดความเป็นเอกภาพมีธรรมาภิบาล จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Delivery Board) เพื่อวางระบบบริการของประเทศ สร้างความสมดุลระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ กำหนดทิศทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน (กองทุนสวัสดิการราชการ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกองทุนประกันสังคม) พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแรงงานข้ามชาติ บริหารจัดการทรัพยากรให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม เร่งผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีปริมาณเพียงพอและมีคุณภาพ มีการกระจายกำลังคนที่เหมาะสมเป็นธรรมและทั่วถึง มีระบบข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถใช้ประโยชน์ได้ สร้างระบบงานให้สามารถสร้างกำลังใจและแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสุขและเห็นคุณค่าของการทำงานส่งเสริมให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการด้านสุขภาพ (Public Private Partnership : PPP) สร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่างๆ ในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ตลอดจนการนำความรู้มาใช้ในการพัฒนางาน

๕.๑ วัตถุประสงค์

- ๕.๑.๑ เพื่ออภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล เป็นเอกภาพ อันจะส่งผลให้มีความมั่นคง ยั่งยืนของระบบสุขภาพ
- ๕.๑.๒ เพื่อกำหนดนโยบาย แนวทางและพัฒนาสิ่งสนับสนุนระบบบริการที่เพียงพอ

๕.๒ เป้าหมายการพัฒนา

- ๕.๒.๑ มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service Delivery Board)
- ๕.๒.๒ มีกลไกบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ

๕.๓ กลวิธีและมาตรการ

- ๕.๓.๑ สร้างกลไกระดับชาติในการดูแลระบบบริการสุขภาพให้เกิดเอกภาพ
- ๕.๓.๒ สนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบของประเทศให้เกิดบริการที่เชื่อมโยง สอดคล้อง และกลมกลืน ลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน
- ๕.๓.๓ ส่งเสริมการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ อย่างมีธรรมาภิบาล
- ๕.๓.๔ วางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ตลอดจนการกระจายและธำรงรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบสุขภาพ
- ๕.๓.๕ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพให้เหมาะสมและตอบสนองต่อการใช้งาน
- ๕.๓.๖ พัฒนารูปแบบและกลไกที่ชัดเจน ในการแก้ปัญหาและลดผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติ
- ๕.๓.๗ ส่งเสริมการร่วมลงทุนระหว่างภาครัฐและเอกชน(PPP) ด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข บนพื้นฐานประโยชน์ของประชาชน
- ๕.๓.๘ สร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน/โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น
- ๕.๓.๙ สนับสนุนการวิจัยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่สำคัญ และการจัดการความรู้เพื่อนำมาใช้พัฒนางานด้านการแพทย์และการสาธารณสุข



ส่วนที่

การบริการจัดการ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ สู่การปฏิบัติ

จากข้อมูลการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๐ - ๒๕๕๔) การนำไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ภายใต้การนำของ ๔ รัฐบาล ๕ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ความต่อเนื่องของนโยบายมีน้อยกว่าที่ควรจะเป็น นโยบายบางอย่างถูกยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญบางอย่างไป ปัจจัยที่ค้นพบเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ มีดังต่อไปนี้

๑. การเลือกกลยุทธ์การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่เหมาะสม
๒. กลยุทธ์การนำนโยบายเหมาะสม แต่การเลือกหน่วยปฏิบัติและกลไกในการปฏิบัติไม่เหมาะสม
๓. ความชัดเจนของนโยบายไม่เพียงพอ
๔. ขาดการสนับสนุนขององค์กรในบางยุทธศาสตร์
๕. ความตั้งใจจริงทางการเมืองในการใช้ยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในการขับเคลื่อนมีไม่เพียงพอ

แนวทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ สู่การปฏิบัติ

การนำยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ.๒๕๕๕ - ๒๕๕๙ ไปปฏิบัติให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศอย่างแท้จริง จำเป็นต้องมีกระบวนการหรือขั้นตอน/แนวทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ สู่การปฏิบัติ ที่สำคัญ ดังนี้

๑. ดำเนินการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ความเข้าใจ ให้ประชาคมสาธารณสุข องค์กร ภาคีสุขภาพ ตระหนักและเข้าใจในสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ และพร้อมเข้าร่วมในการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ แม้ว่าจะระหว่างกระบวนการร่างจะมีการระดมความเห็น สร้างความเข้าใจในการร่างเนื้อหาสาระของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายจำนวนมาก แต่ก็คงไม่สามารถเข้าถึงทุกคนที่เกี่ยวข้องสำคัญได้ ความพยายามที่จะสร้างความเป็นเจ้าของร่วมจึงทำได้ระดับหนึ่งเท่านั้น การทำความเข้าใจต่อทิศทางและสาระหลักของการพัฒนาสุขภาพ จึงมีความจำเป็นโดยอาจมีแนวทางดังนี้

- ๑.๑ จัดส่งเอกสารให้ไปถึงภาคีเครือข่ายทั้งสถาบันและไม่ใช้สถาบันที่น่าจะเป็นผู้เล่น (Player) ใน

การขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ให้กว้างขวางมากที่สุด รวมถึงการสื่อสารช่องทางอื่นๆ เช่น Social network ใน website, web link รูปแบบต่างๆนอกจากการเผยแพร่ทางเอกสาร

๑.๒ จัดเวทีสร้างความเข้าใจ หาประเด็นและมาตรการที่มีลำดับความสำคัญ (Priority) เพื่อเสนอฝ่ายกำหนดนโยบายขับเคลื่อนผ่านช่องทางต่างๆหรือนำไปดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องตามบริบทของพื้นที่

๑.๓ ประสานกับสถาบันการศึกษาโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเรียน การสอน เรื่องสุขภาพหรือการสาธารณสุขเพื่อให้มีเนื้อหาเรื่องแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในทุกหลักสูตร โดยการจัดสื่อที่จำเป็นเหมาะสม สนับสนุนสถาบันต่างๆ

๑.๔ จัดฝึกอบรมวิทยากรแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ให้มีจำนวนเพียงพอต่อการเป็นครู ก. ในการขยายความรู้ความเข้าใจต่อทิศทางและเนื้อหาสาระของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในการฝึกอบรมพัฒนาหลักสูตรต่างๆทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวางโดยเฉพาะช่วงแรกของการใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐

๒. สร้างความเชื่อมโยงระหว่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ และนโยบายรัฐบาล เข้าสู่แผนการบริหารราชการแผ่นดิน แผนปฏิบัติราชการ แผนค่าของงบประมาณ และแผนระดับอื่นๆ เช่น แผนการคลัง แผนพัฒนาระบบข้อมูล แผนการผลิตบุคลากร เป็นต้น โดยการวิเคราะห์ให้เห็นความเชื่อมโยงอย่างเป็นรูปธรรมว่าแผนต่างๆที่ดำเนินการโดยเฉพาะการของงบประมาณหรือกำหนดยุทธศาสตร์ของหน่วยงานต่างๆสอดคล้องกับทิศทางและสาระหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ หรือไม่เพียงพอ หากไม่มีความสอดคล้องในยุทธศาสตร์ใดหลายๆอาจจะต้องมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นระยะเพื่อนำไปสู่การปรับแผนในอนาคต แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ จึงมีความเป็นพลวัต ไม่แข็งทื่อ แผนขั้นพื้นฐานของการพัฒนาแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ควรเริ่มจากแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบล ซึ่งมีกระบวนการทำให้เกิดความเชื่อมโยงจากทิศทางกรอบของการพัฒนาระดับชาติลงไปถึงจุดเริ่มต้น ในกรณีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับตำบลจะเป็นการหนุนเสริมซึ่งกันและกันในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพเพื่อแก้ปัญหาของประเทศอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืนตามหลักการของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐

๓. ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญและใช้ยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ เป็นกรอบแนวทางดำเนินงานพัฒนาด้านสุขภาพของหน่วยงาน มีกลไกที่ช่วยให้เกิดการนำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ไปใช้วางแผนขององค์กร ภาคีเครือข่ายต่างๆ โดยการใช้เวทีต่างๆที่มีผู้บริหารองค์กรเข้าร่วม รวมถึงการทำให้ทิศทางและสาระหลักของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ เข้าถึงผู้บริหารมากที่สุด

๔. จัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการขับเคลื่อนแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ เพื่อกำกับการดำเนินงาน ติดตามประเมินผลแผนฯ เป็นระยะและต่อเนื่อง จัดทำระบบการรายงานผลการประเมินให้รวดเร็ว ทันเหตุการณ์ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจัดให้มีการประเมินผลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ รอบระยะเวลาครึ่งเทอมและมีการนำเสนอในเวทีที่เหมาะสมในการแสวงหาแนวทางแก้ไข หรือปรับจุดอ่อนที่เกิดขึ้นระหว่างการนำแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับและมิติต่างๆ หรือแม้กระทั่งหากมีความจำเป็นต้องปรับทิศทางหรือยุทธศาสตร์ มาตรการที่กำหนด หากมีความจำเป็นตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

๕. จัดให้มีกลไกในการพัฒนาวิธีหรือกระบวนการยกร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ โดยการศึกษาระบวนการทำยุทธศาสตร์ระดับชาติระยะยาวหรือระยะปานกลาง ในการบริหารของประเทศต่างๆ เพื่อนำมาเป็นแนวทางการเตรียมการในการยกร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของอย่างกว้างขวาง หลากหลาย และได้รับการยอมรับมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารรายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ ในระยะ ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๒) ; นนทบุรี : ๒๕๕๓.
- กลุ่มประกันสุขภาพ แผนพัฒนาการคลังและเศรษฐกิจสุขภาพ. (๒๕๕๓). รายงานสถานะการเงินหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (๒๕๕๒). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๒. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเทัญวานิสย์.
- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. บทสรุปผู้บริหารโครงการการศึกษาทิศทางอนาคตและยุทธศาสตร์การเตรียมตัวประเทศไทยในระยะ ๑๐ ปีข้างหน้า. วิจัย เอกพลากร และคณะ. (๒๕๕๒). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒. นนทบุรี : บริษัท เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (๒๕๕๒). สุขภาพคนไทย ๒๕๕๒. กรุงเทพฯ : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (๒๕๕๓). แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี ๒๕๕๔-๒๕๕๘. "การจัดการความรู้ สู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและยั่งยืน". พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนพิบูล.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๔. พฤศจิกายน). ภาวะเศรษฐกิจไทย ไตรมาสที่สามและแนวโน้มปี ๒๕๕๔-๒๕๕๕. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๔. กุมภาพันธ์). ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวมปี ๒๕๕๓. ๗(๕).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๔. พฤษภาคม). ภาวะสังคมไทยไตรมาสหนึ่ง ปี ๒๕๕๔. ๘ (๒).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (๒๕๕๔) ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. (อัคราเสนา).
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี ๒๕๕๔ (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙); วันพฤหัสบดีที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๕๔; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี. กรุงเทพฯ : ๒๕๕๔.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๓). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นซ์.

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๓). บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ
ของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๐ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด
เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นท์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๐). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ใน
ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพ
พอเพียง. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๓). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. ๒๕๕๒.
กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๔). กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริม สุขภาพ
และป้องกันโรค ระดับชาติ ปี ๒๕๕๔-๒๕๕๘. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์
(กรุงเทพ) จำกัด.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๕๔). การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๐-๒๕๕๓.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๔). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.
๒๕๕๔-๒๕๖๓. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (๒๕๕๔). การสื่อสารเชิงนโยบาย เรื่องปัญหาและการป้องกันควบคุมโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ตำรวจ.

๒๓

ภาค

กระบวนการ/ขั้นตอน
การจัดทำ (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙
ของ คณะทำงานฯ

ครั้งที่ประชุม	วันเดือนปี	รายละเอียด
ครั้งที่ ๑/๒๕๕๓	๑๔ ตุลาคม ๒๕๕๓	พิจารณา <ul style="list-style-type: none"> ● ร่างคำสั่งคณะทำงาน / คณะกรรมการ ● ร่างแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน ● กรอบ ประเด็นของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑
ครั้งที่ ๒/๒๕๕๓	๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๓	<ul style="list-style-type: none"> ● ฝ่ายเลขานุการ คณะทำงานฯ นำเสนอร่างสถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ● ที่ประชุมให้ความเห็นเพิ่มเติมส่วนขาด
ครั้งที่ ๓/๒๕๕๓	๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๓	<ul style="list-style-type: none"> ● พิจารณารายละเอียดตามประเด็นสถานการณ์ และเพิ่มเติม ● มอบหมายผู้รับผิดชอบจัดทำรายละเอียดในแต่ละประเด็นสถานการณ์สุขภาพ ตามปัจจัย ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พร้อมข้อมูลรองรับ
ครั้งที่ ๑/๒๕๕๔	๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● พิจารณาร่างสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ตามชุดเอกสาร finding & evidence
ครั้งที่ ๒/๒๕๕๔	๑๔ มีนาคม ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● ความคืบหน้าของการดำเนินการจัดทำแผนฯ ๑๑ ถึงขั้นตอนเตรียมยกย่องยุทธศาสตร์
ประชุมยกย่องร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี	๒๐-๒๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● หาประเด็นปัญหาที่สำคัญ พร้อมข้อมูลรองรับ ● จัดทำร่าง วิสัยทัศน์, พันธกิจ และเป้าหมาย
ครั้งที่ ๓/๒๕๕๔	๖ มิถุนายน ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● พิจารณา ร่าง วิสัยทัศน์, พันธกิจ และเป้าหมาย
ครั้งที่ ๔/๒๕๕๔	๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● พิจารณา ร่างวิสัยทัศน์, พันธกิจ, เป้าประสงค์ ● จัดทำร่างยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงสอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพ
ครั้งที่ ๕/๒๕๕๔	๒๓ มิถุนายน ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำ SWOT Analysis เพื่อร่างยุทธศาสตร์การพัฒนา
ครั้งที่ ๖/๒๕๕๔	๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำ SWOT Analysis และได้ร่างยุทธศาสตร์การพัฒนาของแผนฯ ๑๑ และจัดทำตัวชี้วัดรายยุทธศาสตร์

ครั้งที่ประชุม	วันเดือนปี	รายละเอียด
การประชุมรับฟังความเห็น	๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● รับฟังความเห็น/ข้อเสนอแนะ จากผู้แทนหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข กรม/กอง ส่วนกลาง
ครั้งที่ ๗/๒๕๕๔	๔ สิงหาคม ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● ปรับปรุงร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อประกอบการประชุมรับฟังความเห็น/ข้อเสนอแนะ จากกลุ่มเป้าหมายในและนอกกระทรวง
การประชุมรับฟังความเห็น ครั้งที่ ๑ โรงแรมอิมพีเรียล ครีนส์ปาร์ค	๑๗ สิงหาคม ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● รับฟังความเห็น/ข้อเสนอแนะ จากกลุ่มเป้าหมาย <ul style="list-style-type: none"> ○ ผู้แทนจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข ส่วนภูมิภาค ○ ผู้แทนหน่วยงานวิชาการของกรมที่อยู่ในส่วนภูมิภาค
การประชุมรับฟังความเห็น ครั้งที่ ๒ โรงแรมริชมอนด์	๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● รับฟังความเห็น/ข้อเสนอแนะ จากกลุ่มเป้าหมาย <ul style="list-style-type: none"> ○ หน่วยงานระดับกระทรวงที่มาเข้าร่วมประชุม 9 กระทรวง ได้แก่ ก.เกษตรฯ, ก.ศึกษาฯ, ก.คมนาคม, ก.ทรัพยากรฯ, ก.เทคโนโลยีการสื่อสารฯ, ก.แรงงาน, ก.วิทย์ฯ และ ก.อุตสาหกรรม ● ผู้แทนจากสภาที่ปรึกษาคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน กพ.และ กพร., กรมแพทย์ทหารทั้ง ๓ เหล่าทัพและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ, สำนักงานแพทย์/อนามัยจาก กทม., คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน ● ผู้แทนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ● ผู้แทนจากประชาคมต่างๆ
ครั้งที่ ๘/๒๕๕๔	๗ ธันวาคม ๒๕๕๔	<ul style="list-style-type: none"> ● ฝ่ายเลขานุการ เสนอข้อสรุปจากเวทีรับฟังความเห็น การปรับปรุงร่างแผนฯ ในส่วนที่ฝ่ายเลขานุการดำเนินการ และนำเสนอประเด็นที่ต้องปรับปรุงให้ที่ประชุมพิจารณา <ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงตัวชี้วัด - ปรับปรุงกลวิธีและมาตรการ - ปรับปรุงกลไกการขับเคลื่อน - จัดรูปแบบเนื้อหา/รูปเล่ม - เตรียมเสนอคณะกรรมการฯ

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๒๓๐๗/๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)

ด้วยขณะนี้อยู่ในช่วงเตรียมการการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน

เพื่อให้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) เป็นแผนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายและเป็นที่ยอมรับของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- | | | |
|-----|---|------------------|
| ๑. | รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| ๒. | รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข | รองประธานกรรมการ |
| ๓. | ประธานคณะกรรมการอาหารการสาธารณสุข วุฒิสภา | กรรมการ |
| ๔. | ประธานคณะกรรมการอาหารการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร | กรรมการ |
| ๕. | เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๖. | เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๗. | เลขาธิการคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน | กรรมการ |
| ๘. | ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ | กรรมการ |
| ๙. | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๐. | ปลัดกรุงเทพมหานคร | กรรมการ |
| ๑๑. | ปลัดกระทรวงกลาโหม | กรรมการ |
| ๑๒. | ปลัดกระทรวงแรงงาน | กรรมการ |
| ๑๓. | ปลัดกระทรวงพาณิชย์ | กรรมการ |
| ๑๔. | ปลัดกระทรวงมหาดไทย | กรรมการ |
| ๑๕. | ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ | กรรมการ |
| ๑๖. | ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม | กรรมการ |
| ๑๗. | ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ | กรรมการ |
| ๑๘. | ปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม | กรรมการ |
| ๑๙. | ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | กรรมการ |
| ๒๐. | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านพัฒนาการแพทย์) | กรรมการ |
| ๒๑. | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านพัฒนาการสาธารณสุข) | กรรมการ |
| ๒๒. | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ) | กรรมการ |

๒๓.	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๒๔.	เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	กรรมการ
๒๕.	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
๒๖.	ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๒๗.	ผู้อำนวยการองค์การเภสัชกรรม	กรรมการ
๒๘.	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร)	กรรมการและเลขานุการ
๒๙.	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการอำนวยการฯ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดนโยบาย กรอบทิศทางการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๒. พิจารณาให้ความเห็นชอบ ให้ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข
๓. พิจารณาให้ความเห็นชอบ ให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน
๔. แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะทำงานได้ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๓

(ลงชื่อ) จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์

(นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำเนาถูกต้อง

ดารณี คัมภีระ

(นางสาวดารณี คัมภีระ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๒๓๐๘/๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)

ด้วยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔) ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๐ และจะสิ้นสุดในปี พ.ศ.๒๕๕๔ ซึ่งจะมีการประกาศใช้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ในเดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๔ นั้น

เนื่องจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) อยู่ภายใต้การกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) อย่างชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ ฉะนั้นเพื่อให้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมและบรรลุวัตถุประสงค์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|--|---------------|
| ๑. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานกรรมการ |
| ๒. รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ที่ได้รับมอบหมาย) | กรรมการ |
| ๓. รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ที่ได้รับมอบหมาย) | กรรมการ |
| ๔. รองผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ (ด้านสังคม ๒) สำนักนายกรัฐมนตรี | กรรมการ |
| ๕. รองปลัดกรุงเทพมหานคร (ฝ่ายการแพทย์และอนามัย) | กรรมการ |
| ๖. รองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (ที่ได้รับมอบหมาย) | กรรมการ |
| ๗. รองปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ที่ได้รับมอบหมาย) | กรรมการ |
| ๘. รองปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (ที่ได้รับมอบหมาย) | กรรมการ |
| ๙. รองปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (ที่ได้รับมอบหมาย) | กรรมการ |
| ๑๐. นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านป้องกันและควบคุมโรค | กรรมการ |
| ๑๑. อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๒. อธิบดีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๓. อธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๔. อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๕. อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๖. อธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๗. อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |

๑๓

- | | |
|---|--------------------------------|
| ๑๘. เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๑๙. ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๒๐. ผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| ๒๑. ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๒๒. ผู้แทนสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล | กรรมการ |
| ๒๓. ผู้แทนองค์การเภสัชกรรม | กรรมการ |
| ๒๔. ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ | กรรมการ |
| ๒๕. ผู้แทนสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๒๖. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ด้านบริหาร) | กรรมการและ
เลขานุการ |
| ๒๗. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๒๘. ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. เสนอแนวทางและขั้นตอนในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๒. พิจารณาเอกสารและข้อมูลประกอบการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๓. ประสานการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๔. พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดประชุมระดมสมอง ประชุมสัมมนาต่างๆ เพื่อการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๕. รายงานความก้าวหน้าในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) ต่อคณะกรรมการอำนวยการเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสม
๖. จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) เสนอต่อผู้บริหาร
๗. แต่งตั้งคณะทำงานตามความเหมาะสม
๘. อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๓

(ลงชื่อ) จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์

(นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์)

สำเนาถูกต้อง

ดารณี คัมภีระ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

(นางสาวดารณี คัมภีระ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ

(สำเนา)

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ ๒๓๐๙ /๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประสานการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)

ด้วยแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔) ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๐ จะสิ้นสุดในปี พ.ศ.๒๕๕๔ นั้น

เพื่อเตรียมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) ให้สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน ในช่วงปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการประสานการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- | | |
|---|------------|
| ๑. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ที่ปรึกษา |
| ๒. เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | ที่ปรึกษา |
| ๓. นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธาน |
| ๔. นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | คณะกรรมการ |
| ๕. นายอนุศักดิ์ สุภาพร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ | คณะกรรมการ |
| ๖. นายสุระ วิเศษศักดิ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๗. ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๘. ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๙. ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านประเมินผล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๑๐. นายโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๑๑. นายภูษิต ประคองสาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๑๒. นางสาวอรสา ไชวรินทร์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๑๓. นางเยาวมาลย์ เสือแสงทอง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |
| ๑๔. นางอัจฉรา เนตรศิริ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการ |

- | | | |
|-----|---|--|
| ๑๕. | นางสุชาดา อติวานิชยพงศ์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๑๖. | นางพรรณณาภา ฝั่งผดุง สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๑๗. | นางณิชากร ศิริกนกวิไล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๑๘. | นางสาวสุมาภรณ์ แซ่ลิ่ม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๑๙. | นางสาวพินทุสร เหมพิสุทธิ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๒๐. | นางสาวปานบตี เอกะจัมปะกะ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๒๐. | นางอารี แวดวงธรรม สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๒๒. | นายนิธิศ วัฒนมะโน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ๒๓. | นางสาวดารณี คัมภีระ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเลขานุการ | |
| ๒๔. | นายสุรติ ฉัตรไชยาฤกษ์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงานและ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผู้ช่วยเลขานุการ | |
| ๒๕. | นางสาวพูลสิน ศรีประยูร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ คณะทำงานและ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผู้ช่วยเลขานุการ | |

ให้คณะทำงานฯ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. กำหนดกรอบ ประเด็น แนวทางของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๒. ประสานการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๓. จัดทำและวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๔. จัดเตรียมเอกสารและข้อมูลการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) ประกอบการประชุมของคณะกรรมการอำนวยการการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๕. จัดประชุมระดมความคิดเห็น ประชุมสัมมนาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)

๖. ยกร่างเอกสารแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๗. บรรณานุกรมแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๘. จัดพิมพ์แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)
๙. ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๕๓

(ลงชื่อ) จุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์

(นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

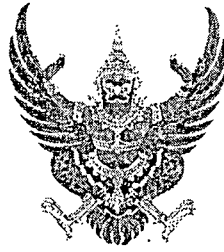
สำเนาถูกต้อง

ดารณี คัมภีระ

(นางสาวดารณี คัมภีระ)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ

ภาคผนวก ข



แผนประชากร

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑

(พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักนายกรัฐมนตรื

คำนำ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งภายนอกและภายในประเทศที่ปรับเปลี่ยนเร็วและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น เป็นทั้งโอกาสและความเสี่ยงต่อการพัฒนาประเทศ การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ การเป็นประชาคมอาเซียน ในปี ๒๕๕๘ ส่วนการเปลี่ยนแปลงภายในประเทศที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการที่มีประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต หากปราศจากแนวทางการปรับตัวที่เหมาะสมทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพของประชากรในแต่ละประชากรช่วงวัย เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่คน สังคม และระบบเศรษฐกิจของประเทศไทยให้ก้าวทันโลกอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

การจัดทำแผนประชากรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) นี้ ครอบคลุมการทบทวนสถานการณ์ด้านประชากรของไทยที่ผ่านมา แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ทิศทางนโยบายประชากรและยุทธศาสตร์แนวทางการพัฒนาเพื่อจะนำไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ซึ่งจะมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนาคู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน ที่ให้ความสำคัญกับการปรับโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรของประเทศให้เหมาะสม โดยส่งเสริมให้คนไทยที่มีความพร้อมมีบุตรที่มีคุณภาพและมีการกระจายตัวประชากรที่สอดคล้องกับศักยภาพและโอกาสของพื้นที่ การพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง และการเตรียมความพร้อมคนไทยในการรับประโยชน์และลดผลกระทบจากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีภายใต้ประชาคมอาเซียนในปี ๒๕๕๘

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ขอขอบคุณ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund : UNFPA) และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความสนับสนุนอย่างดียิ่งในการจัดทำแผนประชากรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักนายกรัฐมนตรี

สารบัญ

	หน้า
สรุปสาระสำคัญ	ก-ค
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑. คำนำ	๑
๒. การทบทวนสถานการณ์ด้านประชากรของประเทศไทย	๒
๒.๑ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในเชิงปริมาณ	๒
๒.๒ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในเชิงคุณภาพ	๒
๒.๓ การเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย	๙
๓. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในอนาคต	๑๑
๔. ผลกระทบและการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต	๑๒
บทที่ ๒ ทิศทางนโยบายประชากรในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙)	๑๓
๑. วิสัยทัศน์	๑๓
๒. พันธกิจ	๑๓
๓. วัตถุประสงค์	๑๓
๔. เป้าหมายการพัฒนา	๑๓
๕. ตัวชี้วัด	๑๔
๖. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประชากร	๑๕
บทที่ ๓ รายละเอียดยุทธศาสตร์การพัฒนาประชากร	๑๖
บทที่ ๔ การบริหารจัดการแผนพัฒนาประชากรไปสู่การปฏิบัติ	๒๘
ภาคผนวกที่ ๑ รูปภาพตารางข้อมูลการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรของประเทศไทย	๓๐
ภาคผนวกที่ ๒ ความหมายและคำจำกัดความ	๓๗

สรุปสาระสำคัญ

๑. การทบทวนสถานการณ์ด้านประชากรของประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างทางประชากรในเชิงปริมาณ ประเทศไทยกำลังประสบแนวโน้มการลดลงอย่างค่อนข้างรวดเร็วของอัตราเจริญพันธุ์ ปัจจุบันอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ระดับ ๑.๖๒ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรปี พ.ศ.๒๕๕๓ เป็นฐานในการคาดประมาณไปในอนาคต ๓๐ ปีข้างหน้า ได้สะท้อนให้เห็นว่าอัตราเจริญพันธุ์ของไทยจะยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยประชากรรวมจะเพิ่มขึ้นไปจนถึงปี ๒๕๖๙ ประชากรวัยแรงงานยังคงมีการเพิ่มจำนวนต่อไปเล็กน้อย ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จากนั้นจะลดลงเหลือ ๓๕ ล้านคนในปี ๒๕๘๓ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของประชากรตามกลุ่มอายุแล้วพบว่า สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) และประชากรวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี) ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงวัยจะเพิ่มขึ้นอย่างค่อนข้างรวดเร็ว

ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างทางประชากรในเชิงคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพของประชากรทุกช่วงวัย กำลังเป็นประเด็นท้าทายสำหรับการพัฒนาประเทศสู่การเติบโตอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต คุณภาพประชากรไทยได้รับการพัฒนาคุณภาพทุกช่วงวัย แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงให้สามารถสร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ตนเอง ปรับตัวเพื่อรับโอกาสและพัฒนาภูมิคุ้มกันตนเองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมทั้งภายในและภายนอกประเทศได้ทัน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิตที่ขาดความมั่นคงทางด้านสุขภาพและการออมไว้ใช้จ่ายหลังวัยทำงาน ภาวะขาดแคลนกำลังแรงงานที่มีคุณภาพ ทั้งในกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ การเคลื่อนย้ายแรงงานส่งผลกระทบต่อความเสื่อมถอยด้านคุณภาพชีวิตของประชากร ทำให้ครอบครัวมีการหย่าร้างเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุและเด็กถูกทอดทิ้งให้ดำรงชีวิตตามลำพัง

การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย เป็นผลมาจากการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและแพร่หลายมากขึ้น การลดลงของจำนวนเด็กเกิดที่จดทะเบียน การลดลงของจำนวนบุตรเกิดรอดต่อสตรีสมรสในแต่ละกลุ่มอายุ แนวโน้มที่จะมีบุตรคนแรกเมื่ออายุสูงขึ้น และแนวโน้มการมีบุตรยากเพิ่มสูงขึ้น แบบแผนการสมรสของประชากรไทยมีแนวโน้มไปสู่การเป็นโสดเพิ่มมากขึ้น สังคมไทยมีแนวโน้มที่ครอบครัวล่มสลายเพิ่มสูงขึ้น อัตราการหย่าร้างเพิ่มสูงขึ้นในสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง และแบบแผนครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นครอบครัวซึ่งคู่สมรสไม่มีบุตร

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในอนาคต จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ โดยใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นฐานในการคาดประมาณประชากรไป ๓๐ ปี ข้างหน้า พบว่า ในปี ๒๕๕๓ มีประชากร ๖๓.๘ ล้านคน เพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น ๖๖.๔ ล้านคนในปี ๒๕๖๙ จากนั้น ค่อยๆ ลดลงเหลือ ๖๓.๙ ล้านคน ในปี ๒๕๘๓ โดยมีโครงสร้างประชากรตามกลุ่มอายุ ดังนี้ ประชากรวัยเด็ก (๐-๑๔ปี) มีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง สัดส่วนประชากรวัยแรงงาน (๑๕-๕๙ ปี) เริ่มลดลงตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ และสัดส่วนประชากรสูงวัย (๖๐ ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบและการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต โครงสร้างประชากรไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต จะส่งผลกระทบต่อการรักษาระดับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศให้ต่อเนื่อง ประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการบริโภค ครัวเรือนมีการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย มีภาระหนี้สินสูง และมีการออมต่ำไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในยามเกษียณอายุ ภาครัฐจึงต้องนำเงินงบประมาณมาจัดสวัสดิการสังคมให้กับประชากร จนอาจลุกลามเป็นหนี้สินของประเทศ เมื่อเกิดปรากฏการณ์ภาระหนี้สินของประเทศที่อยู่ในระดับสูง จะส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจตกต่ำเป็นระยะเวลานาน ประเทศขาดการลงทุน การจ้างงานอยู่ในระดับต่ำ มีอัตราการว่างงานสูง โดยเฉพาะการว่างงานของเยาวชนและวัยแรงงานตอนต้น ประกอบกับภาระหนี้สินของครัวเรือนและของประเทศ ตกอยู่กับประชากรรุ่นถัดไปที่จะต้องรับภาระหนี้สินของครัวเรือนและหนี้สินของประเทศ ดังนั้น ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้สาธารณชนได้รับรู้ถึงปัญหาดังกล่าว เพื่อสร้างความตระหนักให้ภาครัฐ ภาคธุรกิจและภาคประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ในเรื่องดังกล่าว ส่งเสริมการออมภาคประชาชนอย่างจริงจัง รวมทั้งภาครัฐจะต้องมีวินัยทางการเงินการคลัง และนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในทุกภาคส่วนเพื่อให้การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศมีความยั่งยืนได้ในอนาคต

๒. ทิศทางนโยบายประชากรในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)

๒.๑ วิสัยทัศน์

“ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ ได้รับการพัฒนาทุกช่วงวัยให้สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตของประเทศ มีหลักประกันที่มั่นคงพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุที่มีการจัดสวัสดิการอย่างยั่งยืนโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม”

๒.๒ พันธกิจ

- ๑) ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีในทุกช่วงวัยของประชากร ให้เอื้อต่อการมีบุตรที่มีคุณภาพ และส่งเสริมให้คู่สมรสที่มีความพร้อมมีบุตรเพิ่มขึ้น
- ๒) พัฒนาศักยภาพประชากรทุกช่วงวัยอย่างเหมาะสม ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และอยู่ในกรอบของศีลธรรมและจริยธรรม สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- ๓) ส่งเสริมให้ประชากรไทยทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงาน และครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพมากขึ้น

๒.๓ วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อให้ประชากรไทยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมทุกช่วงวัย เพื่อให้ประชากรไทยทุกคนที่จะเกิดมามีคุณภาพพร้อมที่จะพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อเติบโตขึ้น
- ๒) เพื่อพัฒนาคุณภาพประชากรไทยทุกช่วงวัยให้มีคุณภาพ สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๓) เพื่อให้ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และมีหลักประกันทางสังคมที่มั่นคง สามารถพึ่งพาตนเองได้ในยามสูงวัย

๒.๔ เป้าหมายการพัฒนา

๑) ประชากรไทยทุกช่วงวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและมีศักยภาพเพิ่มขึ้น สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๒) ประชากรไทยทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงาน และสังคมไทยมีการจัดสวัสดิการทางสังคมอย่างทั่วถึงและยั่งยืนมากขึ้น

๒.๕ ยุทธศาสตร์การพัฒนาประชากร

๑) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ พร้อมทั้งจะพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อเติบโตขึ้น โดย มุ่งส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย และส่งเสริมให้ประชากรไทยที่มีความพร้อมให้มีบุตรเพิ่มขึ้น

๒) ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพประชากรไทยทุกช่วงวัย มุ่งพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพัฒนาการด้านต่างๆ คุณธรรม จริยธรรม ตลอดจนศีลธรรมจรรยา อย่างต่อเนื่อง ต่อยอด เชื่อมโยง ตั้งแต่ในช่วงวัยแรกเกิดและวัยทารก ประชากรวัยเรียน วัยทำงาน และประชากรวัยสูงอายุได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพของตน สามารถบริหารจัดการชีวิตของตนเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ สร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ตนเองได้ สามารถปรับตัวเพื่อรับโอกาสและพัฒนาภูมิคุ้มกันตนเองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมภายในและภายนอกประเทศได้ สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘

๓) ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมประชากรไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุที่มีสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเตรียมความพร้อมให้กับประชากรไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านปัจเจกให้สามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงานและเตรียมความพร้อมด้านระบบการออมและระบบสวัสดิการสังคม เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตให้กับประชากรไทย

๓. การบริหารจัดการแผนประชากรไปสู่การปฏิบัติ

เพื่อให้การนำแผนประชากรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ไปสู่การปฏิบัติ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับและนำไปดำเนินงาน การกำหนดกลไกการบริหารจัดการ การส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณ การติดตามประเมินผล การจัดทำนโยบายและแผนประชากรในระยะยาว ๒๐ ปี การสร้างความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การพัฒนาระบบข้อมูลและการศึกษาวิจัยด้านประชากร เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลด้านประชากร รวมทั้งการสำรวจและการศึกษาวิจัยด้านประชากรที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ให้สามารถนำมาใช้ประกอบการกำหนดนโยบายประชากรและการวางแผนพัฒนาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และความร่วมมือกับต่างประเทศ เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับต่างประเทศและองค์การระหว่างประเทศ

บทที่ ๑

บทนำ

๑. คำนำ

ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายประชากรอย่างเป็นทางการและบรรจุนโยบายการลดอัตราเพิ่มประชากรไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๑๕-๒๕๑๙) เป็นครั้งแรก และมีการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับต่อๆ มา จนถึงแผนพัฒนาฉบับที่ ๗ (พ.ศ. ๒๕๓๕-๒๕๓๙) ซึ่งมีส่วนทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมยอดของประเทศลดลงจาก ๖.๓ คนในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๐๗-๒๕๐๘ เหลือ ๑.๘๒ คนในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๘ ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับทดแทน (Replacement Level) และลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือ ๑.๖๒ ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๕๙ ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปจนอาจเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เนื่องจากโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชากรวัยทำงานและวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้ประชากรในฐานะผู้บริโภคและผู้ผลิตหรือกำลังแรงงานมีขนาดไม่เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มลดลงในอนาคต ทำให้ขนาดของตลาดสินค้าและบริการภายในประเทศไม่เติบโตเหมือนในอดีต ขนาดของกำลังแรงงานที่มีแนวโน้มลดลงก็จะส่งผลให้การผลิตสินค้าและบริการต่างๆ มีแรงงานไม่เพียงพอต่อความต้องการ ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีอายุยืนยาวขึ้น ก็จะทำให้อัตราการเป็นภาระพึ่งพิงหรือจำนวนผู้สูงอายุต่อประชากรวัยแรงงานสูงขึ้นจำเป็นต้องมีระบบการจัดสวัสดิการทางสังคมที่ดีและยั่งยืน เพื่อดูแลประชากรวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วย

นอกจากนั้น ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) ประเทศไทยจะต้องเผชิญกับกระแสการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งภายนอกและภายในประเทศที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นทั้งโอกาสและความเสี่ยงต่อการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อผูกพันที่จะเป็นประชาคมอาเซียนในปี ๒๕๕๘ ดังนั้น ยุทธศาสตร์การพัฒนาคมนูสสังคมนำการเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างยั่งยืน ในแผนพัฒนา ฉบับที่ ๑๑ จึงได้ให้ความสำคัญกับการปรับโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรให้เหมาะสม โดยส่งเสริมให้คนไทยที่มีความพร้อมมีบุตรเพิ่มขึ้นและมีการกระจายตัวประชากรที่สอดคล้องกับศักยภาพและโอกาสของพื้นที่ การพัฒนาคุณภาพคนไทยทุกช่วงวัยให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง การส่งเสริมการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการส่งเสริมความเข้มแข็งของสถาบันทางสังคมต่างๆ เช่น สถาบันครอบครัว การศึกษา ศาสนา สื่อสารมวลชน ชุมชน เป็นต้น ให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน รวมทั้งการเตรียมความพร้อมคนไทยในการรับประโยชน์และลดผลกระทบที่จะเข้ามาพร้อมกับการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีภายใต้ประชาคมอาเซียนในปี ๒๕๕๘

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ จากการที่มีโครงสร้างประชากรที่วัยสูงอายุเพิ่มขึ้น วัยเด็กและวัยแรงงานลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงดังกล่าว การจัดทำแผนประชากรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙) นี้ จึงให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมประชากรของประเทศให้สามารถเป็นพลังต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และให้มีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้ประเทศไทยสามารถรักษาความเจริญเติบโตของประเทศได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

๒. การทบทวนสถานการณ์ด้านประชากรของประเทศไทย

ในขณะที่ประเทศไทยกำลังยกระดับขีดความสามารถการแข่งขันในระดับสากล ในบริบทแวดล้อมที่จะมีผลกระทบมากขึ้นทั้งในด้านโอกาสและความท้าทาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในบริบทของการก้าวสู่ประชาคมอาเซียนในปี ๒๕๕๘ นั้น โครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยกำลังประสบกับประเด็นท้าทายในด้านการขาดความสมดุลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจและขีดความสามารถในการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต ดังนี้

๒.๑ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในเชิงปริมาณ

ประเทศไทยกำลังประสบกับแนวโน้มการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราเจริญพันธุ์ ซึ่งจากการคำนวณระดับและแบบแผนภาวะเจริญพันธุ์จากข้อมูลทะเบียนราษฎร ช่วงปี ๒๕๔๘-๒๕๕๓ ชี้ให้เห็นว่าอัตราเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทน (ภาพที่ ๑ ภาคผนวก ๑) ปัจจุบันอัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ระดับ ๑.๖๒ โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราเจริญพันธุ์สูงสุดในปัจจุบันอยู่ในกลุ่มอายุ ๒๐-๒๘ ปี ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่สามารถลดอัตราการตายของทารก และทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างทางประชากรในลักษณะของการเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วในปัจจุบัน ทั้งนี้ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นฐานในการคาดประมาณไปในอนาคต ๓๐ ปีข้างหน้า ได้สะท้อนให้เห็นว่าอัตราเจริญพันธุ์ของไทยจะยังคงลดลงอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยประชากรรวมจะเพิ่มขึ้นไปจนถึงปี ๒๕๖๙ ประชากรวัยแรงงานจะยังคงมีการเพิ่มจำนวนต่อไปเล็กน้อย ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗ จากนั้นจะลดลง เหลือ ๓๕ ล้านคนในปี ๒๕๘๓ เมื่อพิจารณาสัดส่วนของประชากรตามกลุ่มอายุแล้ว พบว่า สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า ๑๕ ปี) และประชากรวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี) ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอย่างค่อนข้างรวดเร็ว (ภาพที่ ๒ ภาคผนวก ๑)

๒.๒ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในเชิงคุณภาพ

คุณภาพของประชากรทุกช่วงวัย กำลังเป็นประเด็นท้าทายสำหรับประเทศไทยในการที่จะพัฒนาประเทศสู่การเติบโตอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต เนื่องจาก

๑) ประเทศไทยกำลังผ่านพ้นช่วงโอกาสจากการปันผลทางประชากร ระยะที่ ๑ โดยโครงสร้างประชากรในอนาคตของประเทศไทย มีลักษณะที่ประชากรวัยทำงานจะต้องแบกรับผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งนัยสำคัญ คือ โครงสร้างกำลังแรงงานที่กำลังเปลี่ยนไปในลักษณะที่ไม่อาจรองรับการยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันทางเศรษฐกิจได้อย่างเต็มที่

๒) คุณภาพประชากรไทยได้รับการพัฒนาคุณภาพทุกช่วงวัย แต่การพัฒนาที่ยังขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงให้สามารถสร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ตนเอง ปรับตัวเพื่อรับโอกาสและพัฒนาภูมิคุ้มกันตนเองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมภายในและภายนอกประเทศได้ทันการณ์เต็มที่

ผลการพัฒนาตามช่วงวัย พบว่า

กลุ่มวัยเด็ก ระดับเซเว่นปีปัญญามีค่าเฉลี่ยลดลงจาก ๙๑ เป็น ๘๘ ในช่วงปี ๒๕๕๐-๒๕๕๒ (องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ ๙๐-๑๑๐) เด็กอายุ ๐-๕ ปีที่มีพัฒนาการสมวัยมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ ๗๒.๐ เหลือเพียงร้อยละ ๖๗.๐ ขณะเดียวกันยังมีภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม โดยในปี ๒๕๕๙ เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ ๑๐.๖ และคาดว่าอีก ๑๐ ปีข้างหน้า ๑ ใน ๕ ของเด็กปฐมวัยจะเป็นโรคอ้วน ส่วนเด็กวัยเรียน ระดับเซเว่นปีปัญญาของนักเรียนไทยทั่วประเทศมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๙๘.๕๙ ซึ่งถือว่าเป็นค่าระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยปกติที่ ๙๐-๑๐๙ โดยมีเด็กวัยเรียนเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๘.๕๐) ที่มีปัญหาระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำมีเด็กกลุ่มที่มีปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (ระดับเซเว่นปีปัญญาดำกว่า ๗๐) ร้อยละ ๖.๕ ซึ่งเมื่อเทียบกับมาตรฐานสากล (ไม่ควรเกินร้อยละ ๒) (กรมสุขภาพจิต ๒๕๕๔) นอกจากนี้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กวัยเรียนอยู่ที่ระดับต่ำกว่าร้อยละ ๕๐.๐ และมาตรฐานความสามารถของผู้เรียนในเรื่องการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ มีวิจรรย์ญาณ และคิดสร้างสรรค์ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้การเรียนต่อในสายอาชีวศึกษายังไม่สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนระดับกลางของประเทศ

กลุ่มวัยทำงาน ในภาพรวมยังมีทักษะและความรู้ไม่สอดคล้องกับความต้องการในตลาดแรงงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเปลี่ยนแปลงการผลิตของประเทศจากการผลิตที่เน้นแรงงานจำนวนมากซึ่งมีทักษะระดับต่ำ ไปสู่อุตสาหกรรมที่มีมูลค่าเพิ่มด้วยศักยภาพในการแข่งขัน บนพื้นฐานแห่งอัตลักษณ์ความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการ และความเชี่ยวชาญด้านเทคนิคขั้นสูงของกำลังแรงงานอัตราเพิ่มของผลิตภาพแรงงานในช่วงปี ๒๕๕๐-๒๕๕๑ โดยเฉลี่ยยังคงอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ ๑.๘ ถึงแม้ว่ากำลังแรงงานมีการศึกษาสูงขึ้น โดยปี ๒๕๕๓ มีกำลังแรงงานจบการศึกษาระดับประถมศึกษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔๕.๔ การยกระดับพัฒนาทักษะความรู้ในสถานที่ทำงานเป็นแนวโน้มที่กำลังเริ่มต้น หากแต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักในประเทศไทย กำลังแรงงานที่อยู่ในภาคการผลิตมีโอกาสในการฝึกอบรมมากกว่าแรงงานในภาคเศรษฐกิจอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แรงงานที่มีการศึกษาดีแนวทางปฏิบัติที่ดีในการสร้างเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กรแต่การฝึกอบรม ยังไม่มีการขยายต่อให้ครอบคลุมถึงบริบทที่เกี่ยวข้องกับการออมและสุขภาพอนามัย

กลุ่มวัยสูงอายุ แม้มีอายุยืนยาวขึ้น แต่ส่วนใหญ่ขาดความมั่นคงทั้งด้านการเงินและสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นผลสะท้อนจากข้อจำกัดด้านโอกาสในการทำงานเนื่องจากระดับการศึกษาที่ค่อนข้างต่ำจากการสำรวจกำลังแรงงาน ปี ๒๕๕๐ พบว่า ร้อยละ ๑๖.๕ ของผู้สูงอายุไม่เคยเรียนหนังสือในขณะที่ร้อยละ ๖๘.๓ ได้รับการศึกษาสูงสุด เพียงระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ ๔ ซึ่งเป็นการศึกษาระดับบังคับในสมัยที่ตนอยู่ในวัยเรียน นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มวัยสูงอายุบางส่วนที่อาจมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นเนื่องจากไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ (ร้อยละ ๒๔ จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปีเดียวกัน)

๓) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิตที่ขาดความมั่นคง

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและความไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต พบได้ในประชากรทุกกลุ่มวัย สะท้อนถึงการขาดการเตรียมตัวที่เหมาะสมแต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการพัฒนาความรู้ทักษะอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการเรียน การประกอบอาชีพ การออม และสุขภาพอนามัย

(๓.๑) กลุ่มวัยเรียน

กลุ่มวัยเรียนพบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การติดยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การออกจากระบบการศึกษาก่อนวัยอันควร เห็นได้จากการแพร่ระบาดของยาเสพติดในสถานศึกษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๙.๒ ในปี ๒๕๕๒ เป็น ๕๑.๓ ในปี ๒๕๕๓ การเล่นการพนันในทุกกลุ่มวัยโดยพบในกลุ่มวัยเรียนมากขึ้น อัตราการตั้งครรภ์ของประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีเพิ่มจาก ๕๐.๓ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ ราย ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๕๔.๙ ในปี ๒๕๕๔ ทั้งนี้ ในกลุ่มประชากรที่มีอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี มีผู้ที่เข้าสู่ตลาดแรงงานเร็ว อีกทั้งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะมีคู่และมีบุตรค่อนข้างเร็วกว่ากลุ่มที่ยังเรียนต่อ ส่วนประชากรที่ยังเรียนต่อและเข้าสู่ตลาดแรงงานภายหลังวัย ๒๐ ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภายหลังจากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีแล้ว เป็นประชากรที่จะมีแนวโน้มเป็นผู้มีครอบครัวโดยปราศจากบุตร และผู้ครองความเป็นโสดและปราศจากบุตร (ภาพที่ ๓ ภาคผนวก ๑) ทั้งนี้กลุ่มผู้มีครอบครัวโดยปราศจากบุตร อาจเป็นกลุ่มที่ชะลอการมีบุตร ซึ่งบางรายอาจเข้าสู่สภาวะไม่สามารถมีบุตรได้

จากภาพที่ ๓ ภาคผนวก ๑ การพิจารณาข้อมูลทางสถิติด้านการศึกษาในช่วงที่ผ่านมา ของกลุ่มพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศ สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (๒๕๕๑) ประกอบกับข้อมูลทางสถิติด้านการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๕๑) พบว่าในปีพ.ศ. ๒๕๔๘ มีนักเรียนสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ จำนวน ๘๔๘,๔๓๘ ราย (สำเร็จการศึกษาในปี ๒๕๔๘ ศึกษาต่อในปี ๒๕๔๙) มีผู้ศึกษาต่อระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๔ ในปีพ.ศ. ๒๕๔๘ จำนวน ๔๑๒,๕๓๗ ราย มีผู้ศึกษาต่อระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ ๑ (ป.ว.ช. ๑) ในปีพ.ศ. ๒๕๔๘ จำนวน ๓๓๐,๘๐๓ ราย และออกไปสู่ตลาดแรงงาน ๑๐๕,๐๙๘ ราย ในขณะที่นักเรียนที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๖ รวมกับผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ ๓ (ป.ว.ช. ๓) และผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา มีจำนวนทั้งสิ้น ๖๓๑,๑๔๐ ราย (ในปี ๒๕๔๘) ซึ่งสามารถจำแนกเป็นผู้ศึกษาต่อระดับปริญญาตรีจำนวน ๕๕๗,๗๖๕ ราย ผู้ศึกษาต่อจำนวน ๗๓,๓๗๕ ราย ทั้งนี้จากผู้ศึกษาระดับ ป.ว.ช. ๑ (ปี ๒๕๔๖) จำนวน ๒๖๑,๖๗๐ รายเป็นผู้ศึกษาต่อระดับอนุปริญญาในปี ๒๕๔๙ จำนวน ๒๐๗,๘๗๑ ราย เป็นผู้ไม่ศึกษาต่อ จำนวน ๕๓,๗๙๙ ราย จากข้อมูลข้างต้นพิจารณาได้ว่า ในปี ๒๕๔๘/๒๕๔๙ มีประชากรไทยวัยต่ำกว่า ๒๐ ปีที่ไม่ศึกษาต่อ/เข้าสู่ตลาดแรงงานราว ๒๓๒,๒๗๒ ราย ถึงแม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ไม่อาจบอกได้ว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในปี ๒๕๔๙ มีจำนวนเท่าใด แต่อาจกล่าวโดยคร่าวๆ ได้ว่าผู้ศึกษาต่อระดับปริญญาตรีซึ่งมีจำนวน ๕๕๗,๗๖๕ ราย ในปี ๒๕๔๘ น่าจะเป็นกลุ่มที่เข้าสู่ตลาดแรงงานภายหลังวัย ๒๐ ปี ทั้งนี้ ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีที่เข้าสู่ตลาดแรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุมากกว่า ๒๐ ปี เป็นกลุ่มที่มีวิถีชีวิตแตกต่างไปจากประชากรในกลุ่มอายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ซึ่งประกอบด้วยประชากรวัยเรียนและที่เข้าสู่ตลาดแรงงานเร็ว

(๓.๒) กลุ่มวัยทำงาน

จากรายงานการศึกษาของ Phananimamai et al. (๒๐๐๗) ซึ่งใช้ข้อมูลจากบัญชีกระแสการโอนประชาชาติปี พ.ศ. ๒๕๒๔ และ พ.ศ. ๒๕๔๗ พบว่าการบริโภคเฉลี่ยมากกว่ารายได้เฉลี่ยต่อคนตลอดช่วงวัฏจักรชีวิต โดยที่การบริโภคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่รายได้ยังเพิ่มขึ้นไม่มาก และเมื่อพิจารณาจากการบริโภคและรายได้ตลอดช่วงชีวิต (อายุ ๐-๙๐ ปี) ได้เกิดช่องว่างระหว่างการบริโภคและรายได้ โดยในก่อนช่วงอายุ ๑๕ ปี จะมีการบริโภคโดยไม่มีรายได้ และหลังจากช่วงอายุ ๖๐ ปี ไปแล้วรายได้จะลดลงเรื่อยๆ แต่การบริโภคจะยังคงเพิ่มอยู่ ขณะที่รายได้ของแรงงานตลอดช่วงวัฏจักรชีวิต จะเริ่มขึ้นช่วงอายุ ๑๕ ปี และลดลงในช่วงหลังอายุ ๖๐ ปี รูปแบบของการบริโภคและรายได้ระหว่างปี ๒๕๓๙ และ ๒๕๕๐ เพิ่มขึ้นมาก ไม่มากนัก

ส่วนการบริโภคมีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนแสดงให้เห็นว่าแรงงาน ๑ คนในช่วงตลอดช่วงวัฏจักรชีวิต มีรายได้ต่ำกว่าการบริโภค (ภาพที่ ๔ ภาคผนวก ๑)

แรงงานในปัจจุบันมีการบริหารจัดการด้านการเงินในช่วงเวลาที่ค่อนข้างสั้น เนื่องจากแรงงานอยู่ในระบบการศึกษานานขึ้น และแรงงานบางส่วนยังมีการเกษียณอายุก่อนกำหนด ก็จะทำให้ช่องว่างระหว่างการบริโภคและรายได้ห่างกันมากยิ่งขึ้น แต่ในระดับประเทศโดยรวม การจัดการการเงินยังอยู่ในระดับเกินดุล คือยังมีรายได้ที่มีสัดส่วนสูงกว่าการบริโภค ทั้งนี้ การสร้างระบบสวัสดิการถ้วนหน้าสำหรับประชากรทุกกลุ่ม ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่เป็นประเทศที่ร่ำรวยจึงอาจเป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้ที่จะสร้างระบบสวัสดิการพื้นฐานสำหรับประชากรทุกกลุ่ม ซึ่งจะต้องมีความยั่งยืนทางการเงิน ดังนั้น แนวทางออกที่สำคัญ คือ ควรมีการกำหนดมาตรการในการขยายการเกษียณอายุ และการกำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มผลิตภาพของประชากร เพื่อให้ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีรายได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบและภาคบริการ

๔) การขาดแคลนกำลังแรงงานที่มีคุณภาพ ทั้งในกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ

กำลังแรงงานในระบบ ซึ่งมีเพียงประมาณร้อยละ ๓๗.๔ ของผู้มีงานทำทั้งหมด ๓๙.๓ ล้านคนในปี ๒๕๕๔ ธนาคารแห่งประเทศไทย (๒๕๕๓, ๒๕๕๕) ชี้ให้เห็นว่า ในช่วง ๒๕๔๓-๒๕๕๓ ผลิตภาพแรงงานของไทยขยายตัวอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ คือ เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๒.๖ และมีแนวโน้มลดลง โดยในปี ๒๕๕๕ แรงงานไทยส่วนใหญ่ยังมีทักษะความรู้และผลิตภาพในระดับต่ำ ประสบการณ์ไม่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน อันเป็นผลส่วนหนึ่งจากการที่ประเทศไทยยังไม่อาจปรับเปลี่ยนจากการมุ่งเน้นปัจจัยทุนและปริมาณแรงงานสู่การพัฒนาคุณภาพแรงงานอย่างเต็มพิกัด ซึ่งการเพิ่มผลิตภาพแรงงานที่ผ่านมาเป็น การเพิ่มขึ้นในภาคการผลิตเป็นสำคัญ ส่วนผลิตภาพแรงงานในภาคการเกษตรเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ ๐.๖ ในขณะที่ภาคที่ไม่ใช่ภาคการผลิตและภาคการเกษตรมีผลิตภาพแรงงานลดต่ำลง ทั้งๆ ที่มีการจ้างงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาคการก่อสร้าง การค้า อสังหาริมทรัพย์ การบริหารราชการแผ่นดิน การบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ถึงแม้ว่าอุตสาหกรรมไทย ได้พัฒนาเติบโตมากระดับที่สังคมไทยกลายเป็นสังคมการค้าและอุตสาหกรรมเต็มตัวแล้ว แต่การดำรงชีวิตของกำลังแรงงานส่วนใหญ่ไม่ได้เติบโตพร้อมไปด้วย รายได้ปกติไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ ในขณะที่มีแรงกดดันให้ทำงานหนักจากวันละ ๘ ชั่วโมงเป็น ๑๐ - ๑๒ ชั่วโมง ซึ่งนอกจากการบั่นทอนสุขภาพแล้วยังส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว แรงงานจำนวนมากไม่พร้อมต่อการมีบุตร ซึ่งเมื่อมีการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมหรือไม่ตั้งใจ การแท้งบุตร และการทำแท้ง จึงเป็นภาวะที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ในขณะที่แรงงานนอกระบบ ๒๔.๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๒.๖ ส่วนใหญ่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป อยู่ในภาคการเกษตรและการบริการ เป็นแรงงานระดับไร้ทักษะและประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ และร้อยละ ๗๒ มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ในขณะที่ผู้สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษามีเพียงร้อยละ ๖.๙

การขาดแคลนกำลังแรงงานที่มีคุณภาพ จำแนกตามระดับทักษะและสาขาการผลิตได้ดังนี้

ก. กลุ่มกำลังแรงงานระดับทักษะในภาคอุตสาหกรรมและบริการ

การศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (๒๕๔๕; ๒๕๕๕) ซึ่งสะท้อนถึงการขาดแคลนกำลังคนในเชิงคุณภาพในทุกห่วงโซ่คุณค่าของอุตสาหกรรมที่ใช้เทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน ความไม่สมดุลในตลาดแรงงานมีการศึกษา ผู้สำเร็จอาชีวศึกษาสายช่าง บัณฑิตวิทยาศาสตร์ทั่วไปและวิศวกรรมมีการว่างงานสูง คุณภาพของกำลังแรงงานที่สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษาแตกต่างกันมากขึ้น ทำนองเดียวกับผลการงานศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมามีเกี่ยวกับการขาดแคลนทั้งปริมาณและคุณภาพของนักวิทยาศาสตร์และนักเทคโนโลยี

(พัชรราวลัย วงศ์บุญสิน ๒๕๕๔) และนักวิชาชีพในสายวิชาชีพสำคัญๆ ในการรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (พัชรราวลัย วงศ์บุญสินและคณะ ๒๕๕๔; ๒๕๕๕)

จากการศึกษาของกองทุนศาสตร์และเครือข่ายการพัฒนาฝีมือแรงงาน กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (๒๕๕๕) คาดว่า ในปี ๒๕๕๕-๒๕๕๘ สถาบันการศึกษาจะสามารถผลิตผู้จบการศึกษาทุกระดับประมาณ ๑.๕ ล้านคนต่อปี มีความต้องการแรงงานทดแทนปีละ ๑.๒ ล้านคน แต่จะมีผู้เข้าสู่ตลาดแรงงานเพียง ๐.๖ ล้านคน อัตราว่างงานยังคงต่ำมาก (ไม่ถึงร้อยละ ๑) โดยผู้ว่างงานร้อยละ ๑๐ เป็นผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ตามด้วย ปวส. ส่วนระดับ ปวช. นั้นมีผู้เรียนน้อยทั้งๆ ที่มีความต้องการแรงงานมากซึ่งในการเปิดเสรีทางเศรษฐกิจภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ นั้น ประเทศไทยจะมีความต้องการแรงงานเพิ่มขึ้นปีละ ๓๒,๗๓๒ คน สำหรับสาขาเร่งรัด ๙ สาขาในการเปิดเสรีในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์เกษตร สินค้าประมง ผลิตภัณฑ์ไม่ผลิตภัณฑ์ยาง สิ่งทอ/เสื้อผ้า อิเล็กทรอนิกส์ ยานยนต์ สินค้าสุขภาพ และเทคโนโลยีสารสนเทศ

ข. การขาดแคลนกำลังแรงงานในภาคการเกษตร

สัดส่วนของกำลังแรงงานในภาคเกษตรได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๔๑ ในปี ๒๕๔๕ เหลือร้อยละ ๓๘.๕ ในปี ๒๕๔๘ และร้อยละ ๓๗.๗ ในปี ๒๕๕๒ การเคลื่อนย้ายของแรงงานอายุน้อย (๑๕-๓๔ ปี) ของภาคเกษตรและในชนบทเข้าสู่การทำงานในเมืองหรือศึกษาต่อส่งผลให้อายุเฉลี่ยของประชากรวัยทำงานในภาคการเกษตรกำลังเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ๒๕๕๒ มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ ๔๑ ปี ซึ่งหากจำแนกตามอายุ เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี มีถึงร้อยละ ๒๐.๕ และผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี มีร้อยละ ๑๒ การไม่สามารถหาแรงงานเกษตรอายุน้อยทดแทนได้ทันกับลักษณะของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นที่คาดการณ์ได้ถึงปัญหาการขาดแคลนแรงงานภาคเกษตรต่อไปในอนาคต ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความต้องการในการนำเข้าแรงงานต่างชาติจำนวนมาก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๒๕๕๓)

ค. การขาดแคลนแรงงานระดับไร้ทักษะและกึ่งทักษะ

ในขณะที่ภาคการผลิตส่วนใหญ่ของประเทศยังไม่ปรับตัวยกระดับไปสู่ประเภทที่ใช้ทักษะสูง หรือมีการใช้แรงงานแบบเข้มข้นลดลง ความต้องการแรงงานระดับไร้ทักษะและกึ่งทักษะยังอยู่ในระดับสูง พิจารณาจากความต้องการแรงงานซึ่งส่วนใหญ่ (เกือบ ๒๗ ล้านคน หรือร้อยละ ๗๑.๓ ของการจ้างงาน จากผลการสำรวจในปี ๒๕๕๑) เป็นต้องการแรงงานที่จบการศึกษาเพียงระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่าเข้าไปทำงานในอุตสาหกรรมอาหารและอาหารสัตว์ สิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม และอุตสาหกรรมรองเท้าตลาดแรงงานไทยระดับนี้ อยู่ในภาวะตึงตัว มีผู้เข้าสู่ตลาดแรงงานในระดับนี้มีเพียง ๒-๓ หมื่นคน เนื่องจากส่วนใหญ่มุ่งเน้นการเรียนต่อ ทั้งนี้เป็นที่คาดว่า จำนวนของแรงงานที่มีการศึกษาน้อยมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ

ง. การทำงานต่ำระดับในกลุ่มกำลังแรงงานที่มีการศึกษา

การทำงานต่ำระดับกว่าการศึกษาได้กลายเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งส่วนมากมาจากภาคการผลิตส่วนใหญ่ของประเทศยังไม่ปรับตัวยกระดับไปสู่ประเภทที่ใช้ทักษะสูง หรือมีการใช้แรงงานแบบเข้มข้นลดลง ระบบการพัฒนากำลังคนยังไม่อาจปรับให้แรงงานระดับกลางและล่างสามารถก้าวสู่ระดับที่สูงขึ้น และความไม่ทันการณ์ในการสร้างกำลังคนที่จะก้าวเข้ามาเป็นแรงงานใหม่ในระดับทักษะที่สูงขึ้น ทั้งในปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสมเพื่อยกระดับฐานะของประเทศให้สามารถเข้าไปอยู่ในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมใหม่ๆ ที่มีแนวโน้มที่จะพยายามปรับให้โรงงานอุตสาหกรรมภายในประเทศมีการวิจัยและพัฒนาเป็นของตนเอง

แทนที่จะเป็นเพียงแหล่งประกอบชิ้นส่วนเพื่อการส่งออกสินค้าประเภทที่อิงเทคโนโลยีตั้งแต่ชั้นกลางไปจนถึงขั้นสูง (พัชรวาลัย วงศ์บุญสิน ๒๕๕๓)

๕) การเคลื่อนย้ายแรงงานส่งผลต่อความเสื่อมถอยด้านคุณภาพชีวิตของประชากร

จากรายงานผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) จัดทำร่วมกันนั้น การย้ายถิ่นในประเทศมักเป็นการย้ายถิ่นระยะยาว ถึงแม้ว่า ข้อมูลจากการสำรวจสำมะโนประชากรและการสำรวจอื่นๆ ในช่วงระยะเวลา ๑๕ ปีที่ผ่านมา แสดงถึง อัตราการย้ายถิ่นลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มประชากรวัยทำงานที่ยังเป็นหนุ่มสาว และกลุ่มวัยเรียนที่มีการขยายการศึกษาภาคบังคับถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จากช่องว่างทางการศึกษาที่เริ่มแคบลงระหว่างเขตชนบทกับเขตเมืองในระดับมัธยมศึกษา แต่ความแตกต่างทางเศรษฐกิจสังคมระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทที่ลดลงเพียงเล็กน้อยและแนวโน้มทางประชากรยังคงเป็นตัวขับเคลื่อนการย้ายถิ่นต่อไปเรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีประชากรสูงวัยมากขึ้น สัดส่วนประชากรวัยเศรษฐกิจลดลง และอัตราส่วนการเป็นภาระเพิ่มสูงขึ้น โดยการพึ่งพาจะเป็นการพึ่งพานอกครัวเรือนมากขึ้น

ความเสื่อมถอยด้านคุณภาพชีวิตของประชากรสามารถดูได้จาก สถานการณ์ครอบครัวที่สำคัญต่อไปนี้

ก. ครอบครัวมีการหย่าร้างเพิ่มขึ้น จากอัตรา ๓.๗ คู่ต่อ ๑,๐๐๐ ครัวเรือนในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ เป็นอัตรา ๕.๓๐ คู่ต่อ ๑,๐๐๐ ครัวเรือน ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนสมรสและหย่าร้างของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นผลกระทบจากการอพยพของประชากรสู่เขตเมือง ประกอบกับปัญหาทางสังคมอื่นๆ เช่น การแพร่ระบาดของยาเสพติด ปัญหาอาชญากรรม รวมทั้งความเสื่อมถอยทางด้านคุณธรรมและจริยธรรม

ข. ผู้สูงอายุและเด็กถูกทอดทิ้งให้ดำรงชีวิตเพียงลำพัง ซึ่งจากข้อมูลเบื้องต้นจากโครงการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๖๔) (ฉบับปรับปรุง) (๒๕๕๕) พบว่า เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๘.๖ ที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวในบ้าน และร้อยละ ๒.๗ ที่ดำรงชีวิตอยู่กับหลานเพียงลำพัง ในลักษณะของครอบครัวข้ามรุ่นโดยในกลุ่มผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ตามลำพังนั้น มีผู้สูงอายุที่ต้องทำงานหารายได้ และการออมเงินเองเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ในปี ๒๕๕๑ มีประมาณร้อยละ ๓๗.๓ และส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรม ซึ่งที่ทำงานนอกภาคเกษตรได้เพิ่มขึ้นด้วย ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตอยู่กับหลานเพียงลำพังนั้น พบว่าหลานบางรายมีอายุน้อยกว่า ๑ ปี และมากกว่าร้อยละ ๔๐ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตอยู่กับหลานเพียงลำพังนั้น ที่บิดามารดาของหลานยังมีชีวิตอยู่ แต่ไม่ได้อาศัยอยู่ด้วยกัน ถึงแม้ว่าครอบครัวข้ามรุ่นดังกล่าวส่วนใหญ่จะได้รับเงินก้อนหนุนจากบิดามารดาของหลานในการเลี้ยงดูหลาน แต่ก็มีถึงร้อยละ ๑๕.๓ ที่ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูหลานด้วยตนเองเพียงลำพัง ทั้งนี้ สัดส่วนของครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังกับหลานสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๔๓.๗) รองลงมาเป็นภาคเหนือ (ร้อยละ ๒๐.๖) และภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) (ร้อยละ ๒๐.๕) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการย้ายถิ่นของประชากร พ.ศ. ๒๕๕๑ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้ย้ายถิ่นสูงสุด ในขณะที่เดียวกัน จากเอกสารรายงาน สถิติบ่งชี้สภาพการณ์เด็กและเยาวชน (Child Watch) พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นของประชากรวัยเด็กระดับประถมศึกษาไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่จากร้อยละ ๒๔.๗ ในปี ๒๕๔๕-๒๕๕๐ เป็นร้อยละ ๒๖.๙๕ ในปี ๒๕๕๑-๒๕๕๒

๖) การพึ่งพาแรงงานต่างชาติระดับไร้ทักษะและกึ่งทักษะ

ในช่วงเกือบ ๓๐ ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เปลี่ยนจากประเทศผู้ส่งออกแรงงานสุทธิตามเป็นประเทศที่นำเข้าแรงงานสุทธิตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เมื่อจำนวนแรงงานต่างชาติ ที่เข้ามาทำงานสูงกว่าจำนวนแรงงานไทยที่เดินทางไปทำงานนอกประเทศ (ชนะพงษ์ โทธิปิติ และกิริยา กุลกลการ ๒๕๕๓) ในฐานะที่เป็นตลาดแรงงานสำคัญที่รองรับแรงงานต่างชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ทั้งนี้ เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล การพิจารณาจำนวนแรงงานต่างชาติมีลักษณะของการคาดการณ์ โดยในปัจจุบันมีการคาดการณ์กันว่า ประเทศไทยเป็นที่ทำงานและแหล่งพักพิงของแรงงานต่างชาติ ทั้งที่จดทะเบียนและไม่จดทะเบียนประมาณ ๓ ล้านคน (Sciortino and Punpuing ๒๐๐๙; ชนะพงษ์ โทธิปิติ และกิริยา กุลกลการ ๒๕๕๓; ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ ๒๕๕๔) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสถิติแรงงานต่างชาติที่มีถูกนำมาใช้อ้างอิง และคาดประมาณจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มีอยู่ในประเทศ คือ สถิติแรงงานต่างชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กระทรวงแรงงาน ซึ่งจากข้อมูลของกระทรวงแรงงาน ณ วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๕๕ มีแรงงานต่างชาติที่ถูกกฎหมาย ๑,๐๗๘,๐๕๖ ราย ผ่อนผันชั่วคราว ๘๘๕,๔๔๓ ราย พิสูจน์สัญชาติแล้ว ๑๐๑,๘๗๔ ราย และนำเข้าอีกกว่าแสนราย ส่วนใหญ่เป็นแรงงานพม่ากว่าร้อยละ ๙๐ รองลงมาเป็นกัมพูชาและลาว โดยยังมีแรงงานต่างชาติที่ไม่เข้าสู่ระบบอีกเป็นจำนวนมาก

เหตุผลในการจ้างงานของนายจ้าง ซึ่งนอกจากที่รับรู้ในสังคมส่วนใหญ่ คือ การที่ไม่สามารถหาแรงงานไทยมาทำงานประเภทสกปรก อันตราย และยากลำบากได้แล้ว เหตุผลที่สำคัญรองลงมาคือ คุณลักษณะเฉพาะของแรงงานต่างชาติเองที่มีความอดทน สู้งานและขยัน ในขณะที่เหตุผลเรื่องค่าจ้างถูกกว่าแรงงานไทยนั้นเป็นเหตุผลที่อยู่ในลำดับท้ายๆ (สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะ ๒๕๔๖) ทั้งนี้ แรงงานต่างชาติมีส่วนช่วยผ่อนคลายนโยบายการจ้างงาน ดึงตัวของตลาดแรงงานระดับล่างได้ในระดับหนึ่งอย่างไรก็ตาม ประเทศไทยกำลังประสบกับภาวะความไม่สมดุลด้านอุปสงค์และอุปทานด้านแรงงานต่างชาติ โดยภาวะขาดแคลนแรงงานต่างชาติเริ่มปรากฏในบางส่วน เนื่องจากแรงงานต่างชาติมีการหมุนเวียนเคลื่อนย้ายสูง ซึ่งเป็นผลการตั้งแรงงานระหว่างภาคการจ้างงาน เช่น ภาคเกษตรกับภาคการผลิต และภายในประเภทกิจการเดียวกัน เช่น งานกรีดยางกับงานเกษตรรายวัน แรงงานต่างชาติส่วนใหญ่มักหลังไหลไปยังกิจการที่ให้ค่าตอบแทนที่ดีกว่า มีเงื่อนไขการทำงานที่ไม่เลวร้ายนัก และได้รับสวัสดิการตามสมควร เป็นต้น (กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ ๒๕๕๒; ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพชร ๒๕๕๒) สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่า ก่อนที่แรงงานต่างชาติจะมาทำงานในพื้นที่ปลายทางในปัจจุบัน ได้ผ่านประสบการณ์การเปลี่ยนงานและย้ายถิ่นที่อยู่โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายภายในจังหวัดโดยเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๓-๔ ครั้ง และแรงงานต่างชาติมีลักษณะเป็นการคิดสรรตัวเอง สู่ตลาดงานมากขึ้น และมีความเป็นอิสระในการเลือกงานได้มากขึ้น (มนทกานต์ ฉิมนามี ๒๕๕๔; Chimmamee and Wongboonsin ๒๐๑๐; ปิ่นกนก วงศ์ปิ่นเพชร ๒๕๕๒; กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ ๒๕๕๓)

ในขณะที่มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากเพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับแรงงานต่างชาติในประเทศไทย ตลอดจนข้อเสนอแนะทั้งเชิงนโยบายและปฏิบัติการ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการประสานผลประโยชน์ระหว่างผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ กับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน โดยมีประเด็นความมั่นคงของชาติ เป็นพื้นฐานอยู่ในทุกข้อเสนอแนะ แต่การถกเถียงยังคงดำเนินต่อไป เกี่ยวกับผลกระทบเชิงลบจากการเพิ่มขึ้นของแรงงานต่างชาติระดับล่างเหล่านี้ และการที่แรงงานต่างชาติตกอยู่ในภาวะผู้ถูกกระทำจากนายจ้าง ขบวนการค้ำมนุษย์ เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือจากคนไทยในสังคมและผลกระทบเชิงบวกที่แรงงานต่างชาติมีต่อเศรษฐกิจของไทยโดยมีการคาดการณ์ทั้งในลักษณะที่จะมีความต้องการแรงงานต่างชาติมากขึ้นต่อไปใน

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสูงสุดร้อยละ ๓๕.๐ ตามด้วยทำหมันหญิงร้อยละ ๒๓.๗ และยาฉีดคุมกำเนิดร้อยละ ๑๔.๐

๒) การลดลงของจำนวนเด็กเกิดที่จดทะเบียน ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ นั้นจำนวนเด็กเกิดที่จดทะเบียนมีเพียง ๗๖๖,๓๗๐ ราย จากที่เคยมีเด็กเกิดที่จดทะเบียนกว่า ๑ ล้านรายต่อปีในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๐๖-๒๕๒๖ (ภาพที่ ๕ ภาคผนวก ๑)

๓) การลดลงของจำนวนบุตรเกิดรอดต่อสตรีสมรสในแต่ละกลุ่มอายุอย่างเห็นได้ชัดจากในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งจำนวนบุตรเกิดรอดในแต่ละกลุ่มอายุของมารดา โดยเฉพาะอายุ ๓๐ ปี ขึ้นไปอยู่ระหว่าง ๒-๓ คน ได้ลดลงมาอยู่ระหว่าง ๑-๒ คน ในกลุ่มอายุ ๒๐-๓๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ และไม่เกิน ๒.๕ คน ในกลุ่มอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ (ภาพที่ ๖ ภาคผนวก ๑)

๔) แนวโน้มที่จะมีบุตรคนแรกเมื่ออายุสูงขึ้น และแนวโน้มการมีบุตรยากเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและทารกแรกคลอดทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ โดยศูนย์ศึกษาและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพและสาธารณสุข วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาวิชาการจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าทั่วประเทศมีคู่สมรสที่มีปัญหาเรื่องมีบุตรยากร้อยละ ๑๑ โดยเพศหญิงมีปัญหาเรื่องมีบุตรยากมากกว่าเพศชาย มีเพียงร้อยละ ๓๒.๙ ของคู่สมรสที่มีปัญหาเรื่องมีบุตรยากที่เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากทั้งนี้ ถึงแม้ว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันเหมาะสม การตั้งครรภของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น โดยอัตราการตายต่ำกว่า ๒๐ ปีเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๑๐.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นร้อยละ ๑๕.๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ จากรายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยการตั้งครรภของวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภโดยไม่ตั้งใจ และมีการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นของโรงพยาบาลรามธิบดี ประมาณการว่ามีวัยรุ่นทำแท้งถึงปีละ ๓ แสนคน หรือวันละราว ๑,๐๐๐ คน ในปัจจุบัน ส่วนทารกที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นมักมีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (สศช. และ UNFPA ๒๕๕๔)

๕) แบบแผนการสมรสของประชากรไทยมีแนวโน้มไปสู่การเป็นโสดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่ผู้คนในสังคมให้ความสำคัญกับแนวทางการดำรงชีวิตเพื่อบรรลุเป้าหมายทางเศรษฐกิจและสังคมของตนโดยไม่มีภาระที่ตนต้องทนแบกรับ หรือเป็นสังคมแบบที่เรียกว่า Single Income No Kid (SINK) มากขึ้น จากสัดส่วนของประชากรหญิงอายุ ๑๕-๔๙ ปีที่แต่งงานแล้วหรือเคยแต่งงานลดลงจากร้อยละ ๗๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๐๓ เป็นร้อยละ ๖๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ และลดลงเหลือเพียงร้อยละ ๖๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ (ภาพที่ ๗ ภาคผนวก ๑) ในทางตรงกันข้าม สัดส่วนของสตรีที่พ้นวัยเจริญพันธุ์ไปแล้วและยังไม่เคยแต่งงาน พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๐๓ สัดส่วนดังกล่าวมีเพียงร้อยละ ๒.๓ เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๕.๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๓ และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๗.๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ โดยปัจจัยที่ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรที่อยู่เป็นโสดมากขึ้นคือ ระดับการศึกษาของสตรีที่สูงขึ้น (ภาพที่ ๘ ภาคผนวก ๑) และการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของสตรีที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ ๙ ภาคผนวก ๑) ทั้งนี้ แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นดังกล่าว มิได้สะท้อนถึงโอกาสในการที่สตรีกลับไปทำงานมากขึ้นภายหลังจากที่ได้ลาคลอด หากแต่เป็นการสะท้อนถึงการที่สตรีวัยทำงานพยายามสร้างโอกาสการทำงานให้แก่ตนเองอย่างต่อเนื่อง เลือกชีวิตการทำงานมากกว่าการมีครอบครัว และมีบุตร อันเป็นผลจากทัศนคติเรื่องความขัดแย้งระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง ซึ่งเป็นทิศทางที่เปลี่ยนไปจากในอดีตที่ผ่านมา (Wongboonsin and Wongboonsin ๒๐๐๘) อย่างไรก็ดี ถึงแม้ว่าสัดส่วนประชากรหญิงที่อยู่เป็นโสดมากขึ้นจะยังไม่ชัดเจนมากนัก แต่จากการศึกษา

ภาวะสมรสและทัศนคติต่อการสมรสของสตรีไทยในสังคมยุคใหม่ โดย ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ (๒๕๕๓) ได้สะท้อนค่านิยมปัจจุบันเกี่ยวกับการแต่งงาน ว่าการครองโสดของผู้หญิงในปัจจุบันมากขึ้นไม่ใช่เรื่องที่เป็นปัญหาแต่อย่างใด อนึ่ง เหตุผลหลักของการอยู่เป็นโสด นอกจากการไม่พบคนที่ถูกใจ ยังมีเหตุผลหลักอื่นๆ ได้แก่ การแต่งงานไม่ใช่เป้าหมายสูงสุดของชีวิต ความไม่พร้อมในการรับภาระที่จะสร้างครอบครัวและมีบุตร และความต้องการความก้าวหน้าในอาชีพ

๖) สังคมไทยมีแนวโน้มที่ครอบครัวล่มสลายเพิ่มสูงขึ้น อัตราการหย่าร้างเพิ่มสูงขึ้นในสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา ๓.๗ คู่ต่อ ๑,๐๐๐ ครัวเรือน ในปีพ.ศ. ๒๕๓๙ เป็นอัตรา ๕.๓๐ คู่ต่อ ๑,๐๐๐ ครัวเรือน ปี พ.ศ. ๒๕๕๑ จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนสมรสและหย่าร้างของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ดังได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว (ภาพที่ ๗ ภาคผนวก ๑)

๗) แบบแผนครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นครอบครัวซึ่งคู่สมรสไม่มีบุตร ครอบครัวในลักษณะที่มีเพียงสามีหรือภรรยา มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๑๑.๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็นร้อยละ ๑๔.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ (ภาพที่ ๑๐ ภาคผนวก ๑) ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ขนาดครอบครัวลดลง คือ การที่สตรีมีสถานภาพที่ดีขึ้น การที่สตรีมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานมากขึ้น และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเลี้ยงดูบุตร

๓. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศในอนาคต

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๕๕) ได้ทำการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ โดยใช้ข้อมูลจากสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นฐานในการคาดประมาณประชากรไปในอนาคต ๓๐ ปี ข้างหน้า จากผลการประมาณการ พบว่า ในปี ๒๕๕๓ ประเทศไทยมีประชากร ๖๓.๘ ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น ๖๖.๔ ล้านคน ในปี ๒๕๖๙ จากนั้นจะค่อยๆ ลดลงเหลือ ๖๓.๙ ล้านคน ในปี ๒๕๘๓ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรตามกลุ่มอายุที่สำคัญ ดังนี้ (ภาพที่ ๑๑ ภาคผนวก ๑)

๑) ประชากรวัยเด็ก (๐-๑๔ ปี) มีจำนวนและสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก ๑๕.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๔๕.๑ ในปี ๒๕๑๓ เป็น ๑๒.๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๙.๘ ในปี ๒๕๕๓ และคาดว่าประชากรวัยเด็กจะลดลงเหลือเพียง ๙.๘ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๔.๘ ในปี ๒๕๗๓ และ ๘.๒ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๒.๘ ในปี ๒๕๘๓ ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดต่อการขยายตัวของสัดส่วนกำลังแรงงานในอนาคต ๑๐-๒๐ ปี ข้างหน้า แต่อย่างไรก็ตาม การที่ประชากรเด็กมีแนวโน้มลดลงก็จะเป็นโอกาสให้สามารถระดมทรัพยากรเพื่อการพัฒนาเด็กและเยาวชนได้อย่างเข้มข้นมากขึ้นเพื่อให้คุณภาพคนที่สูงขึ้น ช่วยทดแทนกำลังแรงงานที่ลดลง

๒) จำนวนและสัดส่วนประชากรวัยแรงงาน (๑๕-๕๙ ปี) เริ่มลดลงตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ จะกระทบศักยภาพการผลิตของประเทศและในขณะเดียวกันก็ทำให้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรวัยแรงงานมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นจาก ๑๗.๒ ล้านคน หรือร้อยละ ๕๐.๐ ในปี ๒๕๑๓ เป็น ๔๒.๗ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๗.๐ ในปี ๒๕๕๓ และเพิ่มขึ้นสูงสุดเป็น ๔๒.๙ ล้านคน หรือร้อยละ ๖๖.๙ ในปี ๒๕๕๔ จากนั้นจะเริ่มลดลงเหลือ ๓๘.๘ ล้านคน หรือร้อยละ ๕๘.๖ ในปี ๒๕๗๓ และ ๓๕.๒ ล้านคน หรือร้อยละ ๕๕.๑ ในปี ๒๕๘๓

๓) จำนวนและสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรสูงอายุวัย ๖๐ ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก ๑.๗ ล้านคน หรือร้อยละ ๔.๙ ของจำนวน

ประชากรรวมในปี ๒๕๑๓ เป็น ๘.๔ ล้านคนหรือร้อยละ ๑๓.๒ ในปี ๒๕๕๓ ๑๗.๖ ล้านคนหรือร้อยละ ๒๖.๖ ในปี ๒๕๗๓ และ ๒๐.๕ ล้านคนหรือร้อยละ ๓๒.๑ ในปี ๒๕๘๓

๔. ผลกระทบและการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต

จากการทบทวน ศึกษา วิเคราะห์ ประสพการณ์และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของต่างประเทศ และการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้ประเทศไทยต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรต่อการพัฒนาประเทศในอนาคต ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

๑) โครงสร้างประชากรไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต จะส่งผลต่อการรักษา ระดับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศให้ต่อเนื่อง โครงสร้างประชากรในหลายประเทศที่มีสัดส่วนแรงงานลดลง และเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ มีการแย่งชิงแรงงานอันเป็นทรัพยากรที่สำคัญและจำเป็นต้องพึ่งพาแรงงานจากต่างประเทศ ซึ่งจะสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรไทยที่มีประชากรวัยเด็กที่จะเข้าสู่วัยแรงงานในอนาคตมีแนวโน้มลดลง ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ประชากรวัยแรงงานที่มีอยู่อย่างจำกัดจะต้องรับภาระพึ่งพิงทางเศรษฐกิจที่สูงขึ้นในอนาคต ประชากรวัยแรงงานจะต้องมีผลิตภาพแรงงานที่สูงขึ้น เพื่อแบกรับภาระดังกล่าว ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเพิ่มประสิทธิภาพของประชากรวัยแรงงานให้สามารถขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจให้เจริญเติบโตได้อย่างต่อเนื่องและรองรับผลกระทบดังกล่าวได้ในอนาคต

๒) ประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการบริโภค คริวเรือนมีการใช้จ่ายฟุ่มเฟือย มีภาระหนี้สินสูง และมีการออมต่ำไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในยามเกษียณอายุ ภาครัฐจึงต้องนำเงินงบประมาณมาจัดสวัสดิการสังคมให้กับประชากร จนอาจลุกลามเป็นหนี้สินของประเทศ ส่งผลให้ภาครัฐมีการก่อหนี้สาธารณะเพื่อนำมาจัดสวัสดิการดังกล่าวจนทำให้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศถดถอยและตกต่ำเป็นระยะเวลายาวนาน ปรากฏการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นแล้วในบางประเทศในยุโรป ดังนั้น ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องส่งเสริมการออมภาคประชาชนให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ ลดภาระหนี้สินครัวเรือน ซึ่งจะเป็นการลดภาระของภาครัฐที่จะต้องจัดสวัสดิการ ที่จะทำให้ประเทศต้องมีการก่อหนี้สาธารณะ เพื่อสร้างความยั่งยืนให้กับประเทศได้ต่อไป

๓) จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น เมื่อเกิดปรากฏการณ์ภาระหนี้สินของประเทศที่อยู่ในระดับสูง จะส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจตกต่ำเป็นระยะเวลานาน ประเทศขาดการลงทุน การจ้างงานอยู่ในระดับต่ำ มีอัตราการว่างงานสูง โดยเฉพาะการว่างงานของเยาวชนและวัยแรงงานตอนต้น ประกอบกับภาระหนี้สินของครัวเรือนและของประเทศตกอยู่กับประชากรรุ่นถัดไปที่จะต้องรับภาระหนี้สินของครัวเรือนและหนี้สินของประเทศ ดังนั้น ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้สาธารณชนได้รับรู้ถึงปัญหาดังกล่าว เพื่อสร้างความตระหนักให้ภาครัฐ ภาคธุรกิจและภาคประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสถานการณ์ในเรื่องดังกล่าว ส่งเสริมการออมภาคประชาชนอย่างจริงจัง รวมทั้งภาครัฐจะต้องมีวินัยทางการเงินการคลัง และนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศมีความยั่งยืนได้ในอนาคต

บทที่ ๒

ทิศทางนโยบายประชากรในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙)

๑. วิสัยทัศน์

“ ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ ได้รับการพัฒนาทุกช่วงวัยให้สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตของประเทศ มีหลักประกันที่มั่นคงพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุที่มีการจัดสวัสดิการอย่างยั่งยืนโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ”

๒. พันธกิจ

๒.๑ ส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีในทุกช่วงวัยของประชากร ให้เอื้อต่อการมีบุตรที่มีคุณภาพ และส่งเสริมให้คู่สมรสที่มีความพร้อมมีบุตรเพิ่มขึ้น

๒.๒ พัฒนาศักยภาพประชากรทุกช่วงวัยอย่างเหมาะสม ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และอยู่ในกรอบของศีลธรรมและจริยธรรม สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๒.๓ ส่งเสริมให้ประชากรไทยทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงาน และครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพมากขึ้น

๓. วัตถุประสงค์

๓.๑ เพื่อให้ประชากรไทยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมทุกช่วงวัย เพื่อให้ประชากรไทยทุกคนที่จะเกิดมามีคุณภาพพร้อมที่จะพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อเติบโตขึ้น

๓.๒ เพื่อพัฒนาคุณภาพประชากรไทยทุกช่วงวัยให้มีคุณภาพ สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของประเทศให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๓.๓ เพื่อให้ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และมีหลักประกันทางสังคมที่มั่นคง สามารถพึ่งพาตนเองได้ในยามสูงวัย

๔. เป้าหมายการพัฒนา

๔.๑ ประชากรไทยทุกช่วงวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและมีศักยภาพเพิ่มขึ้น สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ เป็นพลังขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจให้มีความเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

๔.๒ ประชากรไทยทุกคนสามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงาน และสังคมไทยมีการจัดสวัสดิการทางสังคมอย่างทั่วถึงและยั่งยืนมากขึ้น

๕. ตัวชี้วัด

- ๑) ร้อยละของการฝากครรภ์ตามคำแนะนำของแพทย์เพิ่มขึ้น
- ๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มสูงขึ้น
- ๓) ระดับค่าเฉลี่ยเขาวีปัญญาของเด็กไม่ต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากลที่ระดับ ๑๐๐
- ๔) จำนวนโครงการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมคุณค่าของการมีบุตรว่าการมีบุตรเป็นการเพิ่มทุนมนุษย์ ทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญของสังคม ทั้งในปัจจุบันและในอนาคตเพิ่มขึ้น
- ๕) จำนวนสถานประกอบการที่ปรับสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขการทำงานที่เป็นมิตรต่อครอบครัวเพิ่มขึ้น
- ๖) จำนวนงานศึกษาวิจัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อมาตรการ กฎหมายและระเบียบต่างๆ ที่เหมาะสมเอื้อต่อการมีบุตรและลดอุปสรรคต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้น
- ๗) จำนวนสถานพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ที่มีการจัดทำระบบบริการสำหรับผู้มีบุตรยากเพิ่มขึ้น
- ๘) การจัดทำแนวทางที่เป็นรูปธรรมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนทางภาษีสำหรับผู้ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีในการมีบุตรเพิ่มขึ้น
- ๙) จำนวนเครือข่ายประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายประชากรซึ่งมีความพร้อมต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้น
- ๑๐) จำนวนสถานศึกษาที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและเฝ้าระวังอนามัยเจริญพันธุ์ หรือมีหลักสูตรที่บูรณาการกับทักษะชีวิต หรือหลักสูตรด้านการออม หรือโครงการสนับสนุนความคิดริเริ่มของผู้เรียนต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมด้านอนามัยเจริญพันธุ์การออมและคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้น
- ๑๑) อัตราเพิ่มของผลิตภาพแรงงานเฉลี่ยไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓.๐ ต่อปี และอัตราการทำงานต่ำระดับของแรงงานไทยลดลง
- ๑๒) อัตราการมีส่วนร่วมในเชิงเศรษฐกิจสังคมของสตรีและประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นทุกพื้นที่ และมีอัตราการขยายตัวของโครงการสร้างงาน พัฒนาอาชีพและสมรรถนะแก่สตรีและประชากรสูงอายุในชนบทและในพื้นที่ห่างไกลในการเป็นแกนนำเชื่อมโยงอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมในพื้นที่ของตนสู่โอกาสทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคอาเซียนเพิ่มขึ้น
- ๑๓) สัดส่วนประชากรวัยทำงานที่มีการออมและการลงทุนระยะยาวทางการเงินที่เหมาะสมเพิ่มสูงขึ้น
- ๑๔) การกระจายตัวและการตั้งถิ่นฐานของประชากรรองรับการปรับโครงสร้างและประสิทธิภาพการผลิตภาคการเกษตรมากขึ้น
- ๑๕) แรงงานต่างชาติทุกระดับฝีมือสอดคล้องกับความต้องการจริงในตลาดแรงงาน ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพในแต่ละพื้นที่

๖. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประชากร

๖.๑ ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ พร้อมทั้งจะพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อเติบโตขึ้น

มุ่งส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย และส่งเสริมให้ประชากรไทยที่มีความพร้อมให้มีบุตรเพิ่มขึ้น

๖.๒ ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพประชากรไทยทุกช่วงวัย เพื่อเป็นพลังต่อการเจริญเติบโตของประเทศ

มุ่งพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพัฒนาการด้านต่างๆ คุณธรรม จริยธรรม ตลอดจนศีลธรรม จรรยา อย่างต่อเนื่อง ต่อยอด เชื่อมโยง ตั้งแต่ในช่วงวัยแรกเกิดและวัยทารก ประชากรวัยเรียน วัยทำงาน และประชากรวัยสูงอายุได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพของตน สามารถบริหารจัดการชีวิตของตนเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ สร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ตนเองได้ สามารถปรับตัวเพื่อรับโอกาสและพัฒนาภูมิคุ้มกันตนเองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมภายในและภายนอกประเทศได้ สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘

๖.๓ ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมประชากรไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน

มุ่งเตรียมความพร้อมให้กับประชากรไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านปัจเจกให้สามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงานและเตรียมความพร้อมด้านระบบการออมและระบบสวัสดิการสังคม เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตให้กับประชากรไทย

บทที่ ๓

รายละเอียดยุทธศาสตร์การพัฒนาประชากร

๑. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมให้ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ พร้อมทั้งจะพัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพเมื่อเติบโตขึ้น มุ่งส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย และส่งเสริมให้ประชากรไทยที่มีความพร้อมให้มีบุตรเพิ่มขึ้น โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

๑) การส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพ

(๑) ส่งเสริมให้บิดามารดาได้รับบริการปรึกษาและการเตรียมพร้อมการมีบุตรแบบบูรณาการอย่างมีคุณภาพและทันเวลาโดยทั่วถึง ทั้งก่อนการตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ ดูแลครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งครรภ์แรก มารดาอายุน้อย มารดาเลี้ยงเดี่ยว และมารดาเร่ร่อน

(๒) เพิ่มคุณภาพงานฝากครรภ์ โดยเฉพาะในกรณีครรภ์เสี่ยง มีระบบที่มีคุณภาพและทันเวลาในการดูแล การประสานงาน การส่งต่อและส่งกลับหญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอดและหลังคลอด รวมทั้งการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิด

(๓) ติดตามดูแลเด็กแรกเกิด และให้คำปรึกษาแก่มารดาและผู้เลี้ยงดูอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง

๒) การส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรในแต่ละช่วงวัย

(๑) วัยรุ่น

(๑.๑) วัยรุ่นทั่วไป ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษามีกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพิ่มทักษะชีวิต พฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม มีบุคลิกภาพความเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี มีคุณธรรม จริยธรรม จิตสาธารณะต่อสังคม และตระหนักถึงความเสมอภาคทางเพศต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสังคมโดยรวม

(๑.๒) วัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

(๑.๒.๑) สร้างเสริมทัศนคติและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการมีครอบครัวเมื่อพร้อม ให้เป็นครอบครัวที่อบอุ่นเข้มแข็ง เพื่อให้บุตรได้รับการเลี้ยงดูที่ดี

(๑.๒.๒) ให้บริการปรึกษาแบบเป็นมิตรและเข้าถึงง่าย

(๑.๒.๓) พัฒนาตัวบ่งชี้สถานการณ์ครอบครัวและระบบข้อมูลที่สามารถบ่งบอกการช่วยเหลือครอบครัวได้อย่างทันการณ์

(๑.๒.๔) เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวมีลักษณะพิเศษ (ครอบครัวพ่อหรือแม่คนเดียว ครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่น ครอบครัวเร่ร่อน) ให้สามารถทำหน้าที่ของครอบครัวและดำรงความเป็นครอบครัวอยู่ได้

(๑.๒.๕) ให้ความรู้แก่ครอบครัวในการลดปัจจัยเสี่ยง และการใช้ชีวิตครอบครัวอย่างพอเพียง

(๑.๓) พ่อแม่วัยรุ่น

(๑.๓.๑) จัดการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบในโรงเรียนที่เอื้อให้พ่อแม่วัยรุ่นสามารถกลับมาเรียนต่อได้

(๑.๓.๒) จัดทำระบบบริการให้สามารถเข้าถึงบริการได้

(๒) ประชากรวัยทำงานกลุ่มที่มีความพร้อมและมีบุตรยาก

(๒.๑) จัดทำระบบบริการสำหรับผู้มีบุตรยากเพิ่มขึ้น

(๒.๒) ให้ความรู้เกี่ยวกับความพร้อมในการมีบุตร การดูแลตนเองก่อนตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด

(๒.๓) ส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีซึ่งเอื้ออำนวยต่อการมีบุตร อย่างมีคุณภาพ

(๒.๔) สนับสนุนทางภาษีสำหรับผู้ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีในการมีบุตร

(๒.๕) การให้เงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลเพื่อช่วยเหลือคู่สมรสที่มีบุตรยาก

๓) การส่งเสริมให้ประชากรไทยที่มีความพร้อมมีบุตรเพิ่มขึ้น^๑

(๑) ปรับค่านิยมและวิถีปฏิบัติในสังคมต่อการมีบุตรโดยมีการดำเนินการต่อไปนี้

(๑.๑) สร้างเสริมคุณค่าของการมีบุตรว่า การมีบุตรเป็นการเพิ่มทุนมนุษย์ ทุนทางสังคม และทุนทางวัฒนธรรมที่สำคัญของสังคม ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

(๑.๒) สนับสนุนให้สถานประกอบการนายจ้างและหน่วยงานภาครัฐ ปรับสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขการทำงานที่เป็นมิตรต่อครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การลดผลกระทบเชิงลบจากการมีบุตร ทั้งในแง่ของโอกาสการทำงาน การกลับมาทำงานภายหลังการลาคลอดและการลาเลี้ยงดูบุตร ความยืดหยุ่นด้านตารางเวลา ด้านชั่วโมงการทำงาน และด้านสถานที่ทำงานสถานดูแลเด็กที่เหมาะสม ความเสมอภาคทางเพศในโอกาสการทำงานและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

(๒) ปรับปรุงมาตรการจูงใจและกฎระเบียบต่างๆ ของภาครัฐที่เอื้อต่อการมีบุตรและลดอุปสรรคต่อการมีบุตร โดยเน้นบุตรคนที่ ๓ ประกอบด้วย

(๒.๑) การสนับสนุนเงินทุนเพื่อพัฒนาบุตรให้มีคุณภาพให้แก่คู่สมรสที่มีบุตรคนแรก

(๒.๒) การลดหย่อนภาระทางภาษีเงินได้สำหรับค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรในครอบครัว โดยใช้ระบบอัตราก้าวหน้าตามจำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น

(๒.๓) การลดหย่อนภาระทางภาษีเงินได้แก่ผู้เป็นมารดาซึ่งต้องทำงานไปด้วย โดยใช้ระบบอัตราก้าวหน้าตามจำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น

^๑ ประชากรที่มีความพร้อม หมายถึง ประชากรในช่วงอายุ ๒๐-๓๕ ปี ที่มีความพร้อมทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมเพียงพอที่จะดูแลและพัฒนาบุตรให้เติบโตอย่างมีคุณภาพได้

(๒.๔) มีมาตรการที่เหมาะสมในการจัดสรรเงินสวัสดิการช่วยเหลือการมีบุตร โดยใช้ระบบอัตราก้าวหน้าตามจำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น

(๒.๕) มีมาตรการสนับสนุนด้านเวลาแก่มารดา ทั้งในการลาคลอด และการลาหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด โดยได้รับเงินเดือนปกติ โดยใช้ระบบอัตราก้าวหน้าตามจำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น

(๒.๖) มีมาตรการสนับสนุนให้ผู้เป็นบิดาสามารถลาหยุดงาน เพื่อเลี้ยงดู/ หรือแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด โดยได้รับเงินเดือนปกติ

(๒.๗) มีมาตรการสนับสนุนบทบาทของสถานประกอบการ นายจ้าง หน่วยงานภาครัฐ ในการส่งเสริมสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตครอบครัว ความเสมอภาคทางเพศด้านโอกาสการทำงานและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การกลับมาทำงานและความก้าวหน้าภายหลังการลาคลอดและการลาเลี้ยงดูบุตร ความยืดหยุ่นด้านตารางเวลา ด้านชั่วโมงการทำงาน และด้านสถานที่ทำงาน สถานดูแลเด็กที่เหมาะสม

(๒.๘) ขยายสิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคมกรณีสงเคราะห์บุตรให้ครอบคลุมกลุ่มแรงงานนอกระบบ ให้ได้รับเงินสงเคราะห์บุตรเช่นเดียวกับแรงงานในระบบ

๔) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลประชากรและการพัฒนา เพื่อให้สามารถหาประชากรไทยที่มีความพร้อมในการส่งเสริมให้มีบุตรเพิ่มขึ้น

(๑) พัฒนากลไกสนับสนุนการพัฒนาระบบข้อมูลที่มีความต่อเนื่อง ทั้งกลไกด้านนโยบาย กลไกความร่วมมือและเครือข่าย กลไกทางกฎหมายกฎระเบียบและมาตรการต่างๆ กลไกด้านทรัพยากรบุคคล และงบประมาณ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่

(๒) พัฒนาฐานข้อมูลอย่างมีมาตรฐานร่วมกัน ทั้งในระบบข้อมูลภาพรวม ระบบข้อมูลเฉพาะ และระบบข้อมูลระดับพื้นที่รองรับการปรับปรุงข้อมูลได้อย่างทันสมัย เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนกันได้มีระบบส่งต่อและป้อนกลับข้อมูลที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมีระบบการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และรายงานข้อมูล ที่เป็นระบบสามารถตอบสนองต่อความต้องการในการใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่จะสามารถรวบรวมข้อมูลจากระดับของการบันทึกข้อมูล ไปสู่ระดับของการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นข่าวสารที่เหมาะสมเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย และการบริหารจัดการ การสร้างองค์ความรู้ใหม่ ตลอดจนการศึกษาวิจัยเชิงลึก ฐานข้อมูลในทุกระดับข้างต้น ประกอบด้วยทะเบียนข้อมูล จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕-๔๙ ปีที่มีสถานภาพกำลังสมรส โสด หม้าย หย่า และจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕-๔๙ ปีที่อยู่กินกับสามี ซึ่งปรารถนาจะมีบุตร (ไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิด) ทั้งมารับบริการและไม่ได้มารับบริการด้านการมีบุตรยากที่สถานบริการคลินิกการมีบุตรยาก

๕) การประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชากรไทยที่มีความพร้อมมีบุตรเพิ่มขึ้น

(๑) วางแผนการสื่อสารด้วยสื่อหลากหลาย และบูรณาการกันในการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักเกี่ยวกับ

(๑.๑) ภาพรวมของประโยชน์ที่จะได้รับจากการปรับตัวที่เหมาะสมด้านความพร้อมต่อการมีบุตรในระดับปัจเจกและครอบครัวต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่มั่นคงของประเทศ ผ่านการมีโครงสร้างทางประชากรที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากภาวะเจริญพันธุ์โดยรวมของประเทศอยู่ในระดับที่ไม่ต่ำกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน จะส่งผลต่อการชะลอการเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุ ตลอดจนการลดผลกระทบเชิงลบของสังคมสูงวัยในมิติของภาระต่อสังคมในด้านการจัดสรรเงินประกันสังคม ประกันสุขภาพ ประกันชราภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับแนวโน้มการเพิ่มสัดส่วนผู้สูงอายุในอัตราที่สูงขึ้นอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

(๑.๒) ระบบบริการสำหรับผู้มีบุตรยากหรือชายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ความเคลื่อนไหวด้านทางเลือกเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนาและจัดอำนวยความสะดวกให้ซึ่งเอื้อต่อการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ

(๑.๓) มาตรการจูงใจทางภาษีสำหรับผู้ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีในการมีบุตรสวัสดิการช่วยเหลือการมีบุตร และมาตรการสนับสนุนด้านเวลาในการลาหยุดงาน ก่อนคลอด การเลี้ยงดู/ หรือแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดของผู้เป็นมารดาบิดา

(๒) สร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ข้อมูลสารสนเทศเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง ต่อเนื่อง และประเมิน ปรับปรุงคุณภาพ และประสิทธิภาพของสาระ สื่อ และเครื่องมืออุปกรณ์ร่วมกันเชิงบูรณาการด้วยต้นทุนที่ลดต่ำลง

(๓) สร้างเครือข่ายและแกนนำในการพัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบ ทันสมัย และกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงสืบค้นได้ง่าย

๒. ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพประชากรไทยทุกช่วงวัย เพื่อเป็นพลังต่อการเจริญเติบโตของประเทศ มุ่งพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพัฒนาการด้านต่างๆ คุณธรรม จริยธรรม ตลอดจนศีลธรรมจรรยา อย่างต่อเนื่อง ต่อยอด เชื่อมโยง ตั้งแต่ในช่วงวัยแรกเกิดและวัยทารก ประชากรวัยเรียน วัยทำงาน และประชากรวัยสูงอายุได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพของตน สามารถบริหารจัดการชีวิตของตนเองให้มีชีวิตยืนยาวด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ สร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ตนเองได้ สามารถปรับตัวเพื่อรับโอกาสและพัฒนาภูมิคุ้มกันตนเองต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมภายในและภายนอกประเทศได้ สามารถแข่งขันได้ในภูมิภาคอาเซียนและตลาดโลก รวมทั้งมีการใช้ประโยชน์จากการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานอย่างเสรีในภูมิภาคอาเซียนในปี ๒๕๕๘ ด้วยแนวทางการพัฒนาในแต่ละช่วงวัย ดังต่อไปนี้

๑) ประชากรวัยแรกเกิดและวัยทารก

(๑) ส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพัฒนาการด้านต่างๆ ตั้งแต่ในช่วงวัยแรกเกิดซึ่งเป็นช่วงการสร้างรากฐานเชลสมองในส่วนที่เป็นฐานความรู้สึนึกคิดที่สำคัญ โดยมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยทั้งทางกาย สติปัญญาและอารมณ์ โดยสนับสนุนความเชื่อมโยงระหว่างศาสตร์ด้านการศึกษากับการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

๒) ประชากรวัยเรียน

(๑) ส่งเสริมพัฒนาการด้านการเรียนรู้และพัฒนาในด้านต่างๆ ที่เหมาะสมตามวัย ทั้งทางกาย อารมณ์ สติปัญญา และการดำรงอยู่ในสังคมอย่างมีคุณธรรม จริยธรรม โดยสนับสนุนความเชื่อมโยงระหว่างศาสตร์ด้านการศึกษากับการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(๒) สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนในวิชาต่างๆ ที่บูรณาการกับทักษะชีวิต ให้ผู้เรียนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาต่างๆ โดยมีการสร้างเสริมความร่วมมือกับผู้ปกครอง ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่อง ก) ทักษะชีวิตประจำวัน ทักษะการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ทักษะการคิด การถกเถียง วินัย มารยาททางสังคม การเคารพสิทธิ์ของผู้อื่น และการรู้จักแลกเปลี่ยนแบ่งปัน ข) ทักษะการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทักษะการช่วยเหลือครอบครัว ทักษะการดำรงชีวิตอย่างมั่นคงและการออม และ ค) ทักษะชีวิตในการสร้างภูมิคุ้มกันความเปราะบางต่อปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อาทิ การหนีเรียน การใช้จ่ายเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น

(๓) สนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาให้ผู้เรียนมีความรู้ทักษะในสาขาต่างๆ ทางวิชาการที่มีมาตรฐานสู่ระดับสากลอย่างต่อเนื่อง ต่อยอด เชื่อมโยงผ่านความเชื่อมโยงระหว่างการศึกษาแต่ละระดับ เร่งพัฒนาระบบการเทียบโอนประสบการณ์อย่างเป็นรูปธรรม ความร่วมมือระหว่างสถานศึกษาทั้งในระบบนอกระบบ กับภาคการผลิต ชุมชน และความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อส่งเสริม อำนวยให้ผู้เรียนมีการพัฒนาตนเองเชิงรุกอย่างต่อเนื่องได้ในลักษณะต่อไปนี้ ก) การมีจิตสำนึกและตระหนักถึงการพัฒนาตนเองที่มีคุณภาพสามารถส่งเสริมให้ประเทศชาติพัฒนาเติบโตอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน ข) การค้นพบศักยภาพตามความถนัดของตน ค) การคิดอย่างสร้างสรรค์เป็นระบบ ง) การบูรณาการความรู้และทักษะระหว่างศาสตร์และศิลป์ จ) การมีความรอบรู้เพิ่มขึ้นและพัฒนาประโยชน์แก่ตนและสังคมจากความรู้ที่เกี่ยวกับความหลากหลายทางสังคม ภาษา วัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม เทคโนโลยี ที่เกิดขึ้นทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ ฉ) การรู้รอบและรู้สึกเกี่ยวกับความเป็นไทย อัตลักษณ์ของพื้นที่ถิ่นของตน จนสามารถประยุกต์และพัฒนาเป็นจุดแข็งในสร้างโอกาสแก่ตนและพื้นที่ถิ่นของตน ตลอดจนการลดผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม เทคโนโลยี ที่เกิดขึ้นทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ ช) การมีศักยภาพในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องรองรับความต้องการในตลาดแรงงาน ตลอดจนการพัฒนาเชิงรุกสู่การประกอบการ สร้างธุรกิจใหม่ และนวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์ใหม่ที่สามารถต่อยอดสู่เชิงพาณิชย์จากในพื้นที่ถิ่นของตน สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ภูมิภาคและจังหวัด การเปลี่ยนแปลงในประชาคมอาเซียน และในระดับสากล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปิดเสรีด้านการค้าสินค้า ๔ สาขาเร่งรัดและบริการทางวิชาชีพขั้นสูง ตามกรอบประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

๓) ประชากรวัยทำงาน

(๑) ประชากรวัยทำงานมีผลิตภาพการทำงานเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาถิ่นกำเนิดและประเทศชาติโดยรวมสู่การเติบโตอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

(๑.๑) เพิ่มผลิตภาพแรงงานโดยขับเคลื่อนควบคู่กันไปทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ด้วยวิธีที่มีต้นทุนต่ำสุดและให้ประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประโยชน์ในระยะยาว บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลกระทบต่อผู้ประกอบการในแต่ละสาขาการผลิต รวมทั้ง ส่งเสริมการสร้างงานที่มีคุณค่า (Green and Decent Jobs) จากการลงทุนในเทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

(๑.๒) เพิ่มผลิตภาพแรงงานที่กำลังทำงานอยู่ในปัจจุบัน และมีระดับการศึกษาต่ำซึ่งส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า ๔๐ ปี โดยการฝึกอบรมทักษะเพิ่มเติมในระหว่างการทำงาน (On the Job Training)

(๑.๓) พัฒนากำลังแรงงานในภาคเกษตร เน้นการสร้างเกษตรกรรุ่นใหม่ที่มีความรู้ และทักษะครบวงจรทั้งเกษตรกรรม ธุรกิจและการตลาด เพื่อให้ภาคเกษตรเป็นฐานการผลิตที่มั่นคงของประเทศ

(๑.๔) พัฒนากำลังแรงงานระดับกลาง เน้นการยกระดับคุณภาพมาตรฐาน อาชีวศึกษาให้ผู้สำเร็จการศึกษามีสมรรถนะในการประกอบอาชีพที่เชื่อมโยงกับกลุ่มอุตสาหกรรมเป้าหมาย

(๒) ประชากรวัยทำงานประกอบสัมมนาอาชีพด้วยสมรรถนะการทำงานตามมาตรฐานระดับชาติ ภูมิภาค และสากล โดยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อเนื่องตลอดช่วงวัยสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการในตลาดแรงงาน ทิศทางการพัฒนาประเทศ ภูมิภาค และจังหวัดของตน ตลอดจนในประชาคมอาเซียนและในระดับสากล

(๒.๑) เร่งรัดและส่งเสริมกระชับความร่วมมืออย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยงานภาครัฐและความร่วมมือกับภาคการผลิตในการกำหนดสาขาอาชีพที่มีมาตรฐานระดับชาติ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานระดับภูมิภาคและระดับสากล ในแต่ละสาขาอาชีพของภาคการผลิต ทั้งด้านการเกษตร อุตสาหกรรม และบริการที่มีอยู่ในตลาดแรงงานและลักษณะการปฏิบัติงานที่มีอยู่จริงในสถานประกอบการ มีความทันสมัยตามสภาวะการณ์ต่าง ๆ ที่มีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สามารถตอบสนองต่อความต้องการแรงงานและทิศทางการพัฒนาประเทศ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

(๒.๒) เร่งรัดและส่งเสริมความร่วมมืออย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยงานภาครัฐและความร่วมมือกับภาคการผลิต และชุมชนในการสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้และการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศในแต่ละสาขาการผลิต ทั้งด้านการเกษตร อุตสาหกรรม และบริการในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

(๒.๓) เร่งจัดทำกรอบคุณวุฒิแห่งชาติ โดยสร้างระบบความเชื่อมโยงระหว่างคุณวุฒิทางการศึกษาตามระดับการเรียนรู้กับคุณวุฒิวิชาชีพตามระดับความสามารถที่สอดคล้องกับความต้องการกำลังคน ที่เทียบเคียงกับมาตรฐานสากล เพื่อให้แรงงานมีสมรรถนะและมีเส้นทางความก้าวหน้าในวิชาชีพที่ชัดเจน ตลอดจนสนับสนุนการเตรียมความพร้อมรองรับการเปิดเสรีด้านแรงงานภายใต้กรอบความร่วมมือประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างเป็นรูปธรรม

(๒.๔) เร่งรัดการใช้มาตรฐานฝีมือแรงงานแห่งชาติและอัตราค่าจ้างตามมาตรฐานฝีมือเป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้แรงงานได้มีการพัฒนาทักษะฝีมือเพิ่มขึ้น

(๒.๕) ปรับปรุงกฎหมายลำดับรอง ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาฝีมือแรงงาน พ.ศ.๒๕๕๕ ให้มีการขยายขอบเขตการบังคับใช้ครอบคลุมสถานประกอบการทุกประเภทที่มีขนาดเล็กหรือมีลูกจ้างไม่เกิน ๑๐๐ รายด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอุตสาหกรรมหลักที่รัฐบาลให้การส่งเสริมสนับสนุนอย่างทั่วถึงในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

(๒.๖) พัฒนาประชากรวัยแรงงานใน ๙ สาขาการผลิตที่จะเร่งรัดเปิดเสรีการค้าตามกรอบประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนโดย ก) พัฒนาแผนและสาระของหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น เพื่อพัฒนาความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งในด้านโอกาสและผลกระทบ ยุทธศาสตร์และต่อยอด การปรับตัว ทักษะความรู้เชิงลึก ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ทักษะการติดต่อสื่อสาร และความรู้ใหม่ๆ แก่แรงงานที่อยู่ในแต่ละสาขาการผลิต โดยมีการสร้างระบบรับรองทักษะแรงงาน (Accredited System) ของสถาบันฝึกอบรมทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เป็นไปตามความต้องการของแต่ละสาขาการผลิต และ ข) พัฒนาคือความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคการผลิตรายสาขา และสถานประกอบการ ในการจัดทำ Career Path และโครงสร้างเงินเดือนให้อัตราการยกระดับศักยภาพของแรงงาน และเป็นแรงจูงใจให้แรงงานมีการสะสมประสบการณ์เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง

(๒.๗) พัฒนาประชากรวัยแรงงานระดับวิชาชีพใน ๘ สาขาบริการทางวิชาชีพ คือ วิศวกรรม สถาปัตยกรรม การสำรวจ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และบัญชี ซึ่งมีข้อผูกพันในกรอบประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนโดยเสรีมากขึ้น สำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับข้อตกลงการยอมรับคุณสมบัติบุคลากรทางวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพนั้นระดับภูมิภาคอาเซียน และด้านการท่องเที่ยว ซึ่งจะมีการจัดทำข้อตกลงการยอมรับคุณสมบัติบุคลากรต่อไป โดย ก) พัฒนาแผนและสาระของหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น เพื่อพัฒนาความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นทั้งในด้านโอกาสและผลกระทบ ตลอดจนแนวทางการพัฒนาวิชาชีพทั้งในเชิงรุกและเชิงรับของผู้ประกอบวิชาชีพ ตามข้อตกลงอาเซียนด้านการยอมรับคุณสมบัติบุคลากรทางวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพนั้น และ ข) พัฒนาแนวทางและวิธีการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดค่าจ้าง ค่าตอบแทนที่เหมาะสมแก่ผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อลดความเสี่ยงด้านสมองไหล

(๒.๘) ส่งเสริมการมีงานทำของสตรี โดย พัฒนาศักยภาพของสตรีให้เข้ามามีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในอนาคตจะทำให้มีกำลังแรงงานลดลง ดังนั้นจึงควรเพิ่มบทบาทของสตรีให้เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ รวมทั้งส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิแรงงานขั้นพื้นฐานของสตรี โดยเฉพาะด้านสุขอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน ชั่วโมงการทำงาน การไม่เลือกปฏิบัติและค่าจ้างที่เป็นธรรม เพื่อเป็นการเพิ่มหลักประกันทางรายได้ให้กับสตรี

(๓) การเตรียมพร้อมเพื่อยามชราภาพ

(๓.๑) พัฒนานวัตกรรมทางสาธารณสุขที่สอดคล้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคต่างๆ อาทิ โรคจากการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป การปรับปรุงเรื่องการรับประทานอาหาร และการส่งเสริมกิจกรรมต่างๆ เพื่อสุขภาพ

(๓.๒) สร้างเสริม ความรู้ ทักษะ ทักษะชีวิต ความตระหนัก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการออมในสัดส่วนที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงการพนัน และการเสี่ยงโชค

(๓.๓) สร้างแรงจูงใจด้านภาษีเพื่อส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีการออมไว้ใช้จ่ายเมื่อยามชราภาพ

๔) ประชากรวัยสูงอายุ

(๑) ส่งเสริมการขยายอายุเกษียณ เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่เพื่อรักษาอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

(๒) ขยายโอกาสการมีงานทำในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้มีการจ้างงานทั้งในและนอกระบบ การพัฒนาเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้แก่แรงงานสูงอายุและผู้ที่กำลังจะเข้าสู่ผู้สูงอายุ ด้วยการจัดหลักสูตรการเรียนรู้ด้านอาชีพ การให้คำปรึกษาในการทำธุรกิจ การจัดหาแหล่งเงินทุน เปิดโอกาสให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างอาชีพร่วมกันของคนในชุมชนตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยอาศัยกระบวนการสหกรณ์ ระบบวิสาหกิจชุมชน/การรวมกลุ่มในชุมชน เช่น การรวมกลุ่มอาชีพผลิตสินค้าที่ภาครัฐ/อปท. สนับสนุนด้านการตลาด งานบริการสังคมในชุมชน รวมทั้งการปรับปรุงกฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและสวัสดิการที่มั่นคงต่อไป

(๓) ส่งเสริมให้ประชากรวัยสูงอายุสามารถบริหารจัดการชีวิตของตนเพื่อให้มีชีวิตยืนยาวด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งสุขภาพทางกาย ทางสมองและทางจิตใจ ปราศจากภาวะทุพพลภาพ ภูมิใจในคุณค่าของตนเอง สานต่อความเป็นทุนมนุษย์และเอื้อต่อการสร้างความเข้มแข็งแก่ทุนทางสังคมของประเทศ

(๔) เพิ่มบทบาทของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และเพิ่มช่วงชีวิตของการมีสุขภาพที่ดี ช่วยผู้สูงอายุให้ดำเนินชีวิตประจำวันและแม้แต่ในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้มากขึ้น

(๕) ส่งเสริมให้ประชากรวัยสูงอายุสามารถบริหารจัดการชีวิตของตนเพื่อให้มีการเรียนรู้พัฒนาทักษะความสามารถเพิ่มเติม การมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนงาน การถ่ายทอดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ต่อชนรุ่นหลัง โดยสนับสนุนความเชื่อมโยงระหว่างศาสตร์ด้านการศึกษากับการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

(๖) จัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา(University for the Third Age) อย่างทั่วถึงในแต่ละภูมิภาคของประเทศ โดยมีการประสานความร่วมมือกับสถานศึกษาที่มีการดำเนินการอยู่แล้วทั้งในและนอกภูมิภาคอาเซียน และประยุกต์ให้เหมาะสมกับแต่ละภูมิภาคของประเทศ

๕) การกระจายตัวและการตั้งถิ่นฐานของประชากร

(๑) เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างการกระจายตัวและการตั้งถิ่นฐานของประชากรกับการปรับโครงสร้างเศรษฐกิจ โดยมีการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของเศรษฐกิจฐานราก และการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตในภาคการเกษตร อุตสาหกรรม และบริการสาขาต่างๆ ตามทิศทางการพัฒนาในระดับชุมชน จังหวัด และภูมิภาค ซึ่งสอดคล้องต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศโดยส่วนรวม

(๒) เร่งรัดการขยายโครงสร้างพื้นฐาน บริการด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีคุณภาพสู่ภูมิภาคและเพิ่มโอกาสการจ้างงานกระจายสู่ชนบทมากขึ้น เพื่อให้การกระจายตัวของประชากรมีความเหมาะสมมากขึ้น

๖) การนำเข้าแรงงานต่างชาติด

(๑) เร่งจัดการแก้ไขปัญหาผู้หลบหนีเข้าเมืองที่อยู่ในประเทศไทย จำแนกตามประเภทการป้องกันการลักลอบหลบหนีเข้าเมืองเข้ามาใหม่การบริหารจัดการแก้ไขปัญหาการหลบหนีเข้าเมืองทั้งระบบและการศึกษามาตรการที่เหมาะสมในการนำเข้าแรงงานต่างชาติดที่ถูกต้องตามกฎหมาย

(๒) พัฒนาฝีมือแรงงานและสวัสดิการแก่แรงงานต่างชาติดระดับไร้ทักษะและกึ่งทักษะที่นำเข้าอย่างถูกต้องตามกฎหมายให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศไทย และความเป็นไปได้ในการเพิ่มแรงงานต่างชาติดนอกเหนือจากประเทศเพื่อนบ้านที่ภาคอุตสาหกรรมต้องการในการนำเข้าอย่างถูกต้องตามกฎหมาย

(๓) สนับสนุนความร่วมมือในภูมิภาคและระดับสากลในการพัฒนามาตรฐานการประกอบอาชีพสำหรับแรงงานต่างชาติดระดับทักษะฝีมือขึ้นไป ตามมาตรฐานสาขาอาชีพที่สอดคล้องกับข้อผูกพันในกรอบประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และองค์การการค้าโลก ตลอดจนข้อตกลงยอมรับคุณสมบัติบุคลากรทางวิชาชีพในแต่ละสาขาวิชาชีพระดับอาเซียน เอเปค และความตกลงระดับทวิภาคีที่ประเทศไทยได้ทำไว้กับประเทศต่างๆ ด้วย

(๔) เร่งปรับปรุงการบริหารจัดการแรงงานต่างชาติดให้เป็นระบบ ทั้งการจัดระเบียบแรงงานไร้ฝีมือ การดึงดูดแรงงานที่มีความรู้และทักษะสูงเข้ามาทำงานในประเทศ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลของแรงงานข้ามชาติให้มีประสิทธิภาพและนำไปใช้ในการบริหารจัดการแรงงานได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการจัดบริการทางสังคมให้กับแรงงานต่างชาติดตามความเหมาะสมและเป็นธรรม

๓. ยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมประชากรไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุที่มีสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน มุ่งเตรียมความพร้อมให้กับประชากรไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ ทั้งในด้านปัจเจกให้สามารถพึ่งตนเองได้หลังวัยทำงานและเตรียมความพร้อมด้านระบบการออมและระบบสวัสดิการสังคม เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตให้กับประชากรไทย โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้

๑) การเตรียมความพร้อมและศักยภาพในระดับปัจเจกตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ

(๑) ส่งเสริมสนับสนุนตั้งแต่วัยเยาว์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเตรียมการด้านสุขภาพและการออมเงิน โดยผ่านการให้การศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบ

(๒) สนับสนุนการพึ่งพาตนเองและให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ประชากรวัยทำงานช่วยตนเองได้ในระยะยาว และพัฒนาระบบประกันสังคมให้มีเข้มแข็ง เพื่อเป็นหลักประกันทางสังคมที่มั่นคง และเร่งรัดประชาสัมพันธ์ให้แรงงานนอกระบบเข้าสู่ระบบประกันสังคมมากขึ้น

(๓) เร่งรัดการจัดทำแนวทางปฏิบัติ ภายใต้กองทุนการออมแห่งชาติ เพื่อให้เป็นระบบการออมเพื่อการชราภาพที่เข้มแข็ง สามารถรองรับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้เพียงพอและทันการณ์

(๔) ส่งเสริมการออมแบบสมัครใจในรูปแบบกองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพ (RMF) กองทุนรวมหุ้นระยะยาว (LTF) และการประกันชีวิต โดยเพิ่มมาตรการจูงใจทางด้านภาษี

๒) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีสวัสดิการทางสังคมอย่างยั่งยืน

(๑) พัฒนาและส่งเสริมความเข้มแข็งและความสามารถของครอบครัว ชุมชนและระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ตอบสนองต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สอดคล้องกับการปรับลดบทบาทของระบบสถาบันทางการโดยมีแนวทางดังนี้

(๑.๑) สร้างความเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างระบบการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว ระดับชุมชน กับระบบการรักษาพยาบาลของทางการในการดูแลสุขภาพระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเชื่อมโยงระหว่างระบบการดูแลสุขภาพระดับครอบครัว ระดับชุมชน สถานีอนามัย โรงพยาบาลระดับตำบล โรงพยาบาลระดับอำเภอ และโรงพยาบาลระดับจังหวัด

(๑.๒) พัฒนานวัตกรรมทางสาธารณสุขสำหรับความพิการขั้นรุนแรง ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รุนแรงของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีขนาดเล็ก และไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วย รวมถึงการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่ก้าวหน้ามากขึ้นในการช่วยเหลือ ให้บุตรสามารถเฝ้าระวังตรวจตราสถานการณ์และกิจกรรมต่างๆของบิดามารดาผู้สูงอายุจากทางไกล ตลอดจนระบบเตือนภัย

(๑.๓) ส่งเสริมสนับสนุนนโยบายกลางเพื่อดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุ ในสัญญาการจ้างงาน สำหรับการดูแลระยะสั้นเมื่อบิดามารดาผู้สูงอายุเจ็บป่วยกะทันหัน

(๒) พัฒนาระบบสวัสดิการผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางดังนี้

(๒.๑) ส่งเสริมสนับสนุนการเกื้อหนุนทางการเงินรายเดือนที่มีเงื่อนไขกำหนดให้ผู้สูงอายุใช้เงินที่ได้รับจำนวนหนึ่งไปลงทุนซื้อประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองตนเองในอนาคตเมื่อไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ

(๒.๒) จัดสวัสดิการการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จริง เช่น ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ขาดคนดูแล หรือทุพพลภาพ ไม่สามารถดูแลตนเองได้ แทนการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุเท่านั้นทุกคน

(๓) ส่งเสริมและพัฒนาระบบการออมเพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงในชีวิตหลังเกษียณ โดยมีการปฏิรูประบบการจัดระบบหลักประกันด้านรายได้สำหรับประชากร โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ดังนี้

(๓.๑) การพัฒนาระบบหลักประกันด้านรายได้ให้กับผู้สูงอายุ

(๓.๑.๑) เร่งรัดให้มีระบบหลักประกันด้านรายได้ขั้นพื้นฐานของประชากรให้ครอบคลุมถ้วนหน้า โดยให้มีการจัดตั้งกองทุนที่ออกแบบระบบให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความสามารถในการออมของกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการสร้างแรงจูงใจให้คนเข้าร่วม สำหรับคนจนที่ไม่สามารถจ่ายได้รัฐควรช่วยเหลือตามความเหมาะสมและเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกองทุน อาทิ การจ่ายสมทบ การมีหลักประกันขั้นต่ำของสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งมีการบริหารจัดการกองทุนให้มีความมั่นคงและยั่งยืน

(๓.๑.๒) ผลักดันให้มีระบบหลักประกันด้านรายได้หลายระดับ โดยการสร้างระบบหลักประกันด้านรายได้ของประชาชนให้มีหลายระดับ (Multi pillar) ตั้งแต่ระดับพื้นฐานที่ทุกคนต้องมี ไปสู่ระดับที่เพียงพอต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดีขึ้น รวมทั้งขยายช่องทางการออมที่หลากหลายในรูปแบบใหม่ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น การประกันชีวิตแบบบำนาญ การออมเคลื่อนที่ในชนบท เป็นต้น เพื่อสร้างทางเลือกให้มีการออมตามความสามารถของประชาชนแต่ละกลุ่มต่อไป

(๓.๑.๓) จัดตั้งกลไกการขับเคลื่อนนโยบายการออมเพื่อการเกษียณระดับชาติ เพื่อทำหน้าที่บูรณาการนโยบายการออมเพื่อการเกษียณของประเทศในภาพรวม ได้แก่ กองทุนประกันสังคม กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และกองทุนการออมแห่งชาติ รวมทั้งกองทุนใหม่ๆ ที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนลดความซ้ำซ้อน และมีการเชื่อมโยงระหว่างกองทุน เพื่อรักษาผลประโยชน์กรณีสมาชิกเปลี่ยนงาน

(๓.๒) การส่งเสริมความรู้และสร้างวินัยการออมของประชากรทุกช่วงวัย

(๓.๒.๑) ส่งเสริมความรู้และปลูกจิตสำนึกในการออมแก่ประชากรทุกช่วงวัย โดยปลูกฝังให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการออม และน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและในสถาบันการศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ และสามารถพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนและการบริหารจัดการด้านการเงิน โดยบรรจุเป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตรการศึกษาทุกระดับ เพื่อเป็นการปลูกฝังให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการออมตั้งแต่วัยเด็ก วัยแรงงาน และวัยสูงอายุ

(๓.๒.๒) ส่งเสริมให้ประชากรวัยแรงงานมีการวางแผนทางการเงิน โดยให้ความรู้ด้านการเงินพื้นฐานและการออมเพื่อการเกษียณอายุ เพื่อให้สามารถบริหารจัดการเงินและสร้างความตระหนักถึงความจำเป็นของการออมในกองทุนประเภทต่างๆ อาทิ กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันการเงิน องค์กรการเงินในระดับชุมชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ให้ความรู้ และแนะนำการออมเงินและแบบแผนการออมที่เหมาะสมให้กับผู้มีงานทำ

(๓.๒.๓) เร่งให้ความรู้และส่งเสริมการออมให้แก่ชุมชน โดยพัฒนาองค์กรการเงินชุมชนให้มีความเข้มแข็ง มั่นคง การเสริมสร้างความรู้ทักษะด้านการลงทุน ความเสี่ยง การบริหารจัดการกองทุน การบัญชี ข้อบังคับทางกฎหมาย และการตรวจสอบควบคุมภายในให้กับผู้บริหารกองทุน ผ่านสถาบันการศึกษาและสถาบันการเงินในภูมิภาค เพื่อให้กองทุนมีความยั่งยืน ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและมาใช้บริการมากขึ้น และช่วยลดความเสี่ยงความเสียหายทางการเงินที่จะเกิดขึ้น

(๓.๒.๔) เร่งประชาสัมพันธ์การออมอย่างต่อเนื่อง โดยการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ด้านการออมและช่องทางการออมต่างๆ ที่เหมาะกับวัตถุประสงค์การออม และรณรงค์ผ่านสื่อทุกรูปแบบให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งกำหนดให้มีแคมเปญ “การออม” เพื่อเป็นแรงผลักดันให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการออม มีความเข้าใจ และร่วมกันสร้างกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอดปี

(๔) จัดสวัสดิการทางสังคมให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอาชีพเพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับ

(๔.๑) การพัฒนาระบบสวัสดิการทางสังคม ที่มีการจัดระบบความสัมพันธ์ของสวัสดิการทางสังคมทั้งด้านการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ให้มีความเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชาติ ท้องถิ่น และชุมชน โดยมุ่งเน้นการจัดสวัสดิการที่มีคุณภาพและยั่งยืน ด้วยบทบาทและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะบทบาทของสถาบันครอบครัว ชุมชนท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และภาคเอกชนที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมและการลงทุนในธุรกิจเพื่อสังคม

(๔.๒) การพัฒนาระบบการช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) ที่มุ่งให้การสงเคราะห์กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน ด้อยโอกาส ขาดที่พึ่งอย่างเป็นธรรม และสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้สูงอายุได้รับรู้สิทธิและใช้สิทธิที่พึงได้รับตามกฎหมาย พร้อมกับเสริมสร้างทุนทางสังคมในชุมชนให้เข้มแข็ง ทั้งที่เป็นทุนมนุษย์ ทุนสถาบัน และทุนวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งจะเป็นระบบช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชนท้องถิ่นหนุนเสริมระบบสวัสดิการของรัฐ เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวสามารถเข้าถึงได้อย่างเพียงพอต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐาน

(๔.๓) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะสมกับวัย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ ที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

บทที่ ๔

การบริหารจัดการแผนประชากรไปสู่การปฏิบัติ

เพื่อให้การนำแผนประชากรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) ไปสู่การปฏิบัติ ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับและนำไปดำเนินการตาม การกำหนดกลไกการบริหารจัดการ การส่งเสริม สนับสนุนงบประมาณ การติดตามประเมินผล และจัดทำนโยบายและแผนประชากรในระยะยาว ๒๐ ปี เพื่อให้ การดำเนินงานด้านประชากรมีความต่อเนื่องและประสบผลสำเร็จตามแผนที่กำหนดไว้

๑. การประสานงานหน่วยงานต่างๆ เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการตามแผนประชากรและนำไป ดำเนินการ

เสนอคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบหลักการตามแผนและมอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ ตามยุทธศาสตร์และแนวทางต่างๆ ที่ได้ระบุไว้ในแต่ละยุทธศาสตร์ โดยกำหนดกรอบแนวคิด ตัวชี้วัด เป้าหมาย ระยะเวลา งบประมาณและหน่วยงานรับผิดชอบ

๒. กลไกการบริหารจัดการและติดตามประเมินผล

คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายและแผนประชากร ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกลไกในการบริหารจัดการเพื่อนำแผนประชากรไปสู่การปฏิบัติ การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนและรายงานต่อคณะรัฐมนตรีเป็นระยะ ๆ รวมทั้งจัดทำนโยบายและแผน ประชากรในระยะยาว ๒๐ ปี

๓. การสร้างความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากร

เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่อสาธารณะ บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สร้างความตระหนักถึง ประเด็นปัญหาด้านประชากรและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการนำแผนประชากรไปสู่การปฏิบัติอย่าง เป็นรูปธรรม จึงมีความจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และ ประชาสัมพันธ์เผยแพร่แผนประชากรอย่างต่อเนื่อง

๔. การพัฒนาระบบข้อมูลและการศึกษาวิจัยด้านประชากร

เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลด้านประชากรเกี่ยวกับการเกิด การตาย การย้ายถิ่น และคุณภาพของ ประชากร รวมทั้งการสำรวจและการศึกษาวิจัยด้านประชากรที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง ให้สามารถนำมาใช้ ประกอบการกำหนดนโยบายประชากรและการวางแผนพัฒนาได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๕. การส่งเสริมสนับสนุนงบประมาณ

เพื่อให้แผนประชากรในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๙) สามารถดำเนินการได้ จำเป็นที่รัฐบาลต้องให้การส่งเสริมสนับสนุน ทั้งในส่วนของงบประมาณปกติ งบกลาง และการขอตั้งงบประมาณของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในการศึกษาผลกระทบเชิงลึกจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เพื่อจัดทำนโยบายและแผนประชากรระยะยาว ๒๐ ปี

๖. ความร่วมมือกับต่างประเทศ

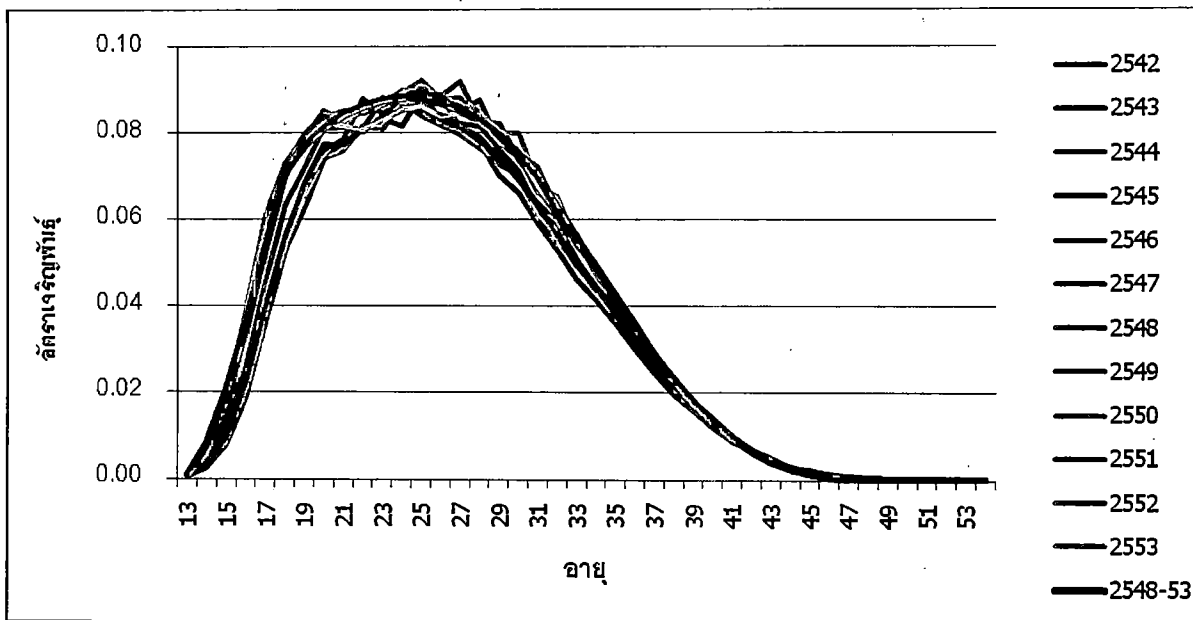
เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายระยะยาวในการเตรียมความพร้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งถ่ายทอดประสบการณ์ของไทยให้กับประเทศอื่นๆภายใต้ความร่วมมือ South-South Cooperation

ภาคผนวก ๑

รูปภาพ

ตารางข้อมูลการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรของประเทศไทย

ภาพที่ ๑
อัตราเจริญพันธุ์รวมและแบบแผนภาวะเจริญพันธุ์รายอายุ

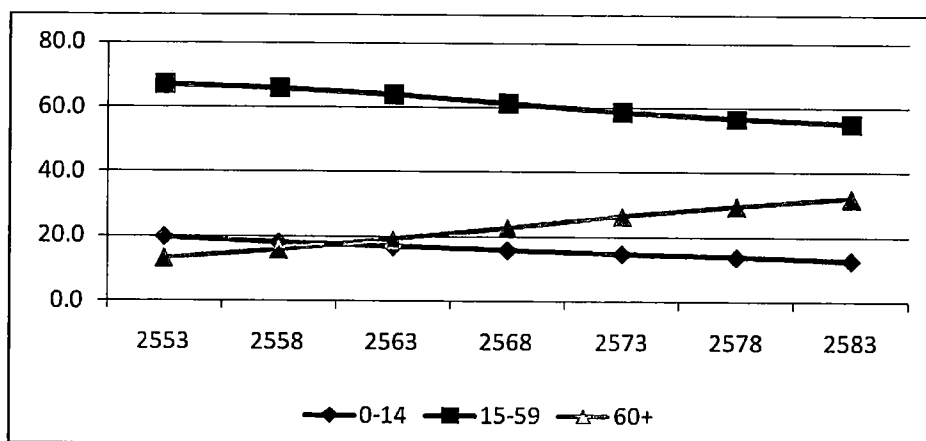


	๒๕๔๒	๒๕๔๓	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗	๒๕๔๘	๒๕๔๙	๒๕๕๐	๒๕๕๑	๒๕๕๒	๒๕๕๓	๒๕๕๔-๒๕๕๓
อัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR)	๑.๕๓	๑.๕๖	๑.๕๓	๑.๕๖	๑.๕๑	๑.๖๑	๑.๖๐	๑.๖๑	๑.๖๕	๑.๖๒	๑.๖๑	๑.๕๘	๑.๖๒

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๕๕), การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ เพื่อจัดทำารคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓

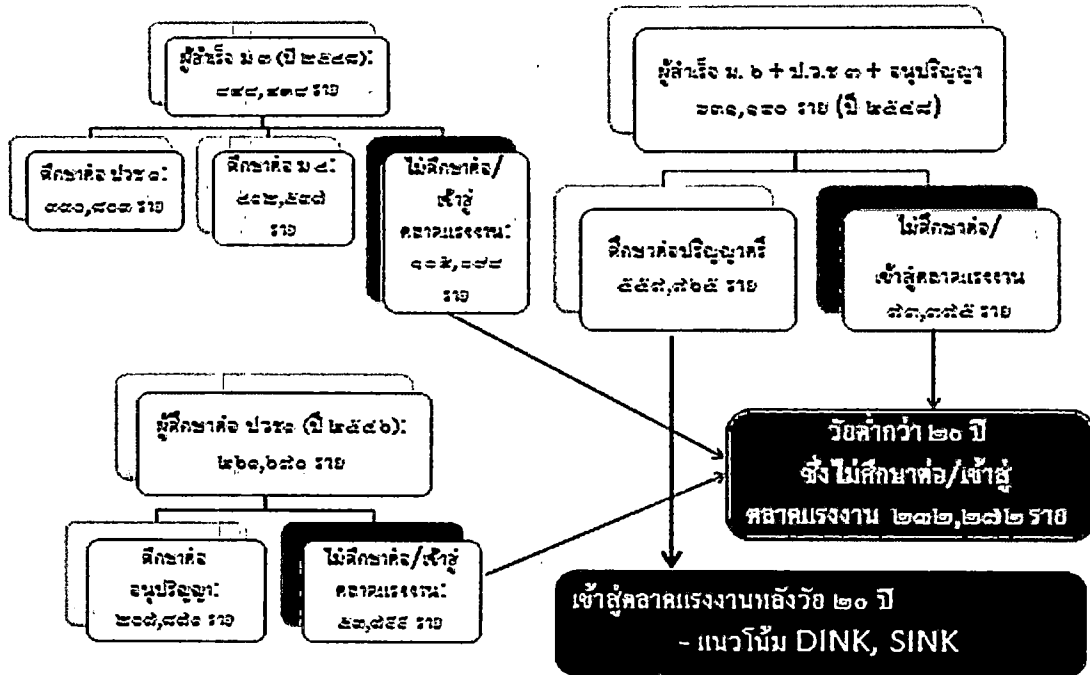
ภาพที่ ๒

สัดส่วนของประชากร จำแนกตามอายุ ๐-๑๔, ๑๕-๕๙ และ ๖๐ ปีขึ้นไปต่อประชากรรวม ปี พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓



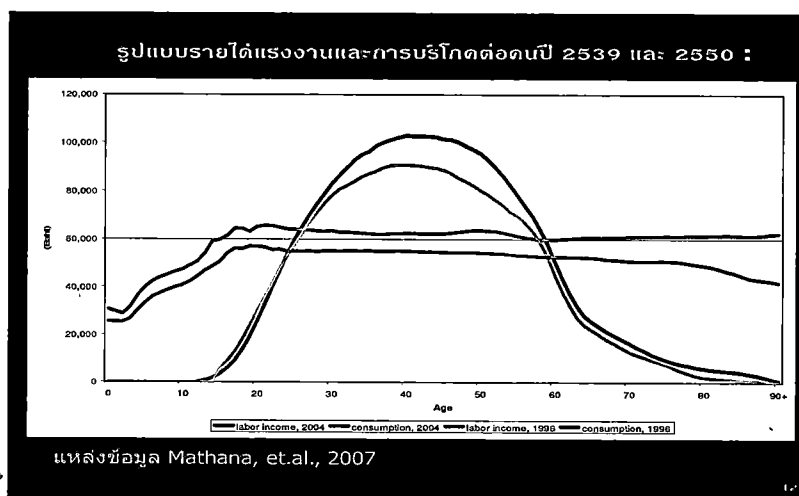
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๕๕), การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ ระดับประเทศ

ภาพที่ ๓
ประชากรวัยเรียนและการเข้าสู่ตลาดแรงงาน (ก่อนและหลังอายุ ๒๐ ปี)



ที่มา: จำนวนจากข้อมูลของกลุ่มพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศ สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ (๒๕๕๑) และ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๕๑)

ภาพที่ ๔

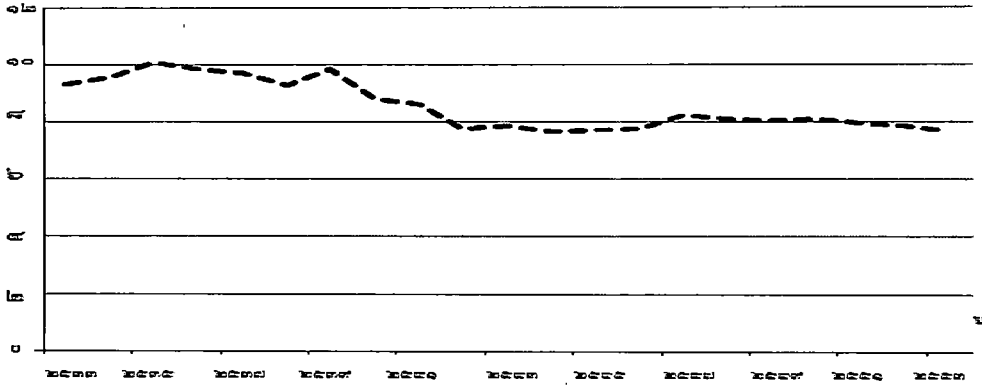


๓๓

ภาพที่ ๕

จำนวนเด็กเกิดที่จดทะเบียน (ต่อ ๑๐๐,๐๐๐) ปี พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๕๓

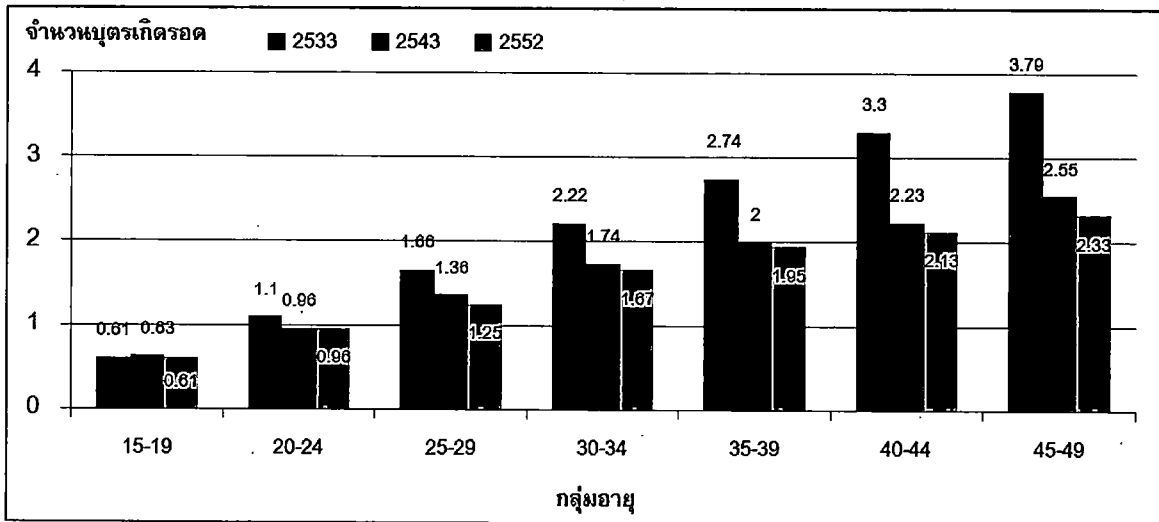
จำนวนเด็กเกิด
(ต่อแสน)



ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

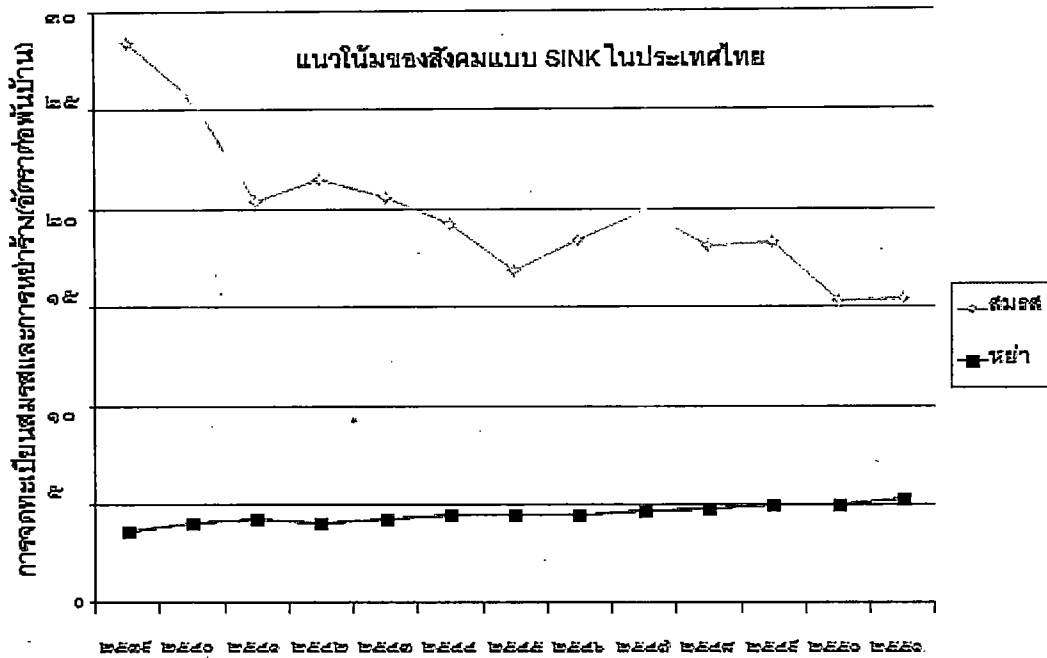
ภาพที่ ๖

จำนวนบุตรเกิดรอดต่อสตรีเคຍสมรสอายุ ๑๕-๔๙ ปี พ.ศ. ๒๕๓๓-๒๕๕๒



ที่มา: คำนวณจากสำมะโนประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๓๓ และ พ.ศ. ๒๕๔๓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และรายงานผลการสำรวจ
อนามัยเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. ๒๕๒๒ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

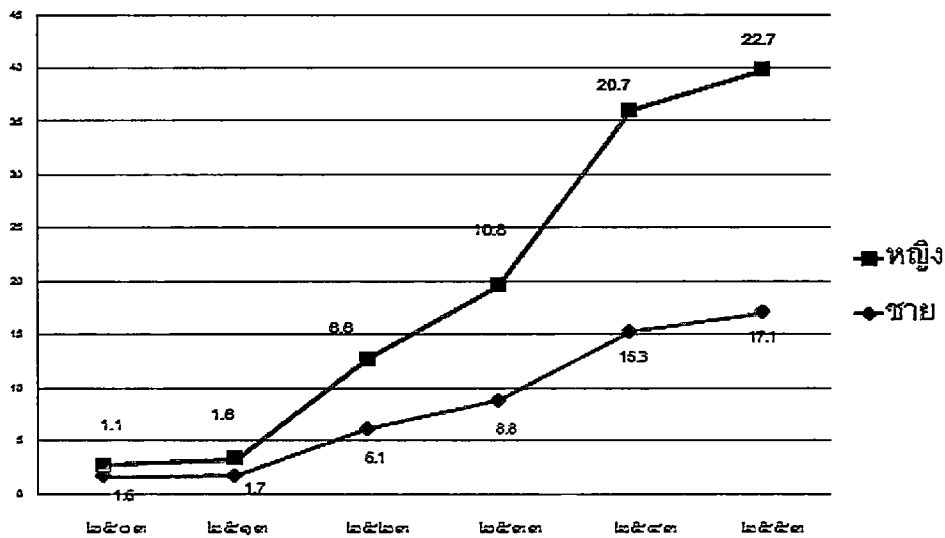
ภาพที่ ๗
แบบแผนการสมรส ปี พ.ศ. ๒๕๓๙-๒๕๕๑.



ที่มา: พ็ชราวลัย วงศ์บุญสิน ๒๕๕๓ จำนวนจากข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย

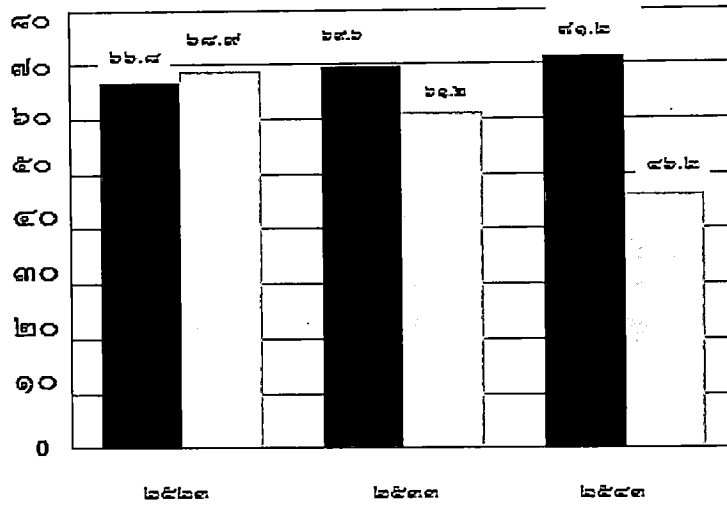
ภาพที่ ๘

ร้อยละของประชากรอายุ ๒๐-๒๔ ปี ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำแนกตามเพศระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๓-๒๕๕๓



ภาพที่ ๙

ร้อยละการทำงานของสตรีไทย และสถานภาพการทำงานของสตรีที่ทำธุรกิจของครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๓-๒๕๔๓

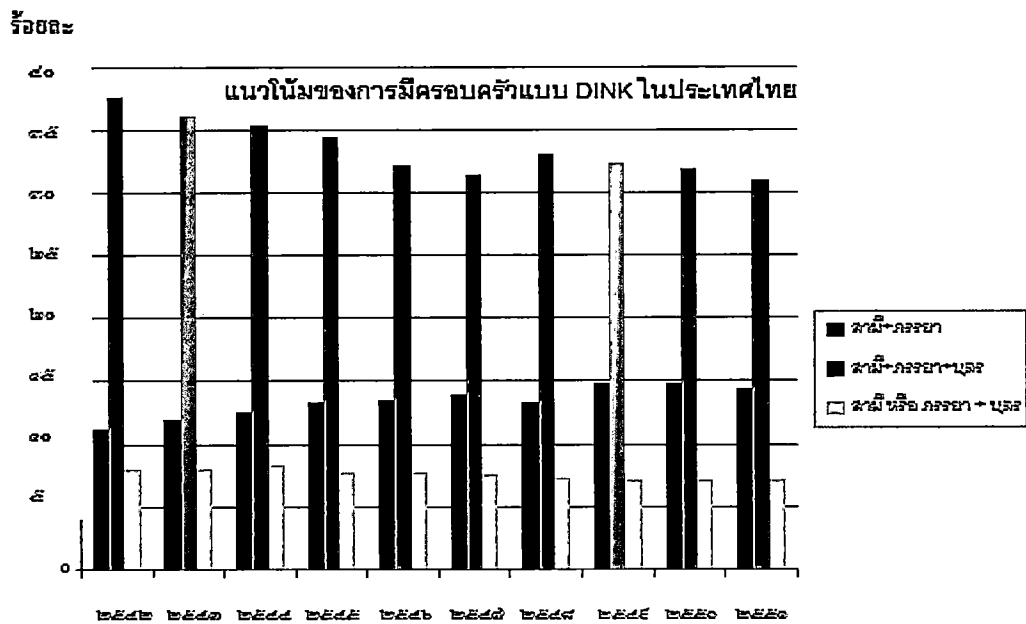


■ การทำงานของสตรีไทย □ สถานภาพการทำงานของสตรีที่ทำธุรกิจของครอบครัวโดยไม่ได้รับค่าจ้าง

ที่มา: จำนวนสำนักงานสถิติแห่งชาติ ๒๕๒๓-๒๕๔๓. และ สำมะโนประชากร.

ภาพที่ ๑๐

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของลักษณะครอบครัว ปี พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๑



ที่มา: พัชรารัตน์ วงศ์บุญสิน (๒๕๕๓) จำนวนจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพที่ ๑๑

โครงสร้างประชากรของประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๘๓

ปี	ประชากร (พันคน)				สัดส่วน (%)			
	รวม	๐-๑๔ ปี	๑๕-๕๙ ปี	๖๐+	รวม	๐-๑๔ ปี	๑๕-๕๙ ปี	๖๐+
๒๕๕๓	๖๓,๗๙๐	๑๒,๖๔๒	๔๒,๗๔๐	๘,๔๐๘	๑๐๐.๐	๑๙.๘	๖๗.๐	๑๓.๒
๒๕๖๓	๖๕,๙๙๖	๑๑,๐๘๑	๔๒,๒๙๓	๑๒,๖๒๒	๑๐๐.๐	๑๖.๘	๖๔.๑	๑๙.๑
๒๕๗๓	๖๖,๑๗๔	๙,๘๐๐	๓๘,๗๙๕	๑๗,๕๗๙	๑๐๐.๐	๑๔.๘	๕๘.๖	๒๖.๖
๒๕๘๓	๖๓,๘๖๔	๘,๑๗๐	๓๕,๑๗๕	๒๐,๕๑๙	๑๐๐.๐	๑๒.๘	๕๕.๑	๓๒.๑

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (๒๕๕๕), การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๘๓ ระดับประเทศ

ภาคผนวก ๒

ความหมายและคำจำกัดความ

ความหมายและคำจำกัดความ

อนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลจากกระบวนการและการทำหน้าที่การเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทางเพศชายและหญิงทุกช่วงอายุ อันส่งผลให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ขอบเขตของอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทยประกอบด้วย ๑๐ เรื่องคือ การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก โรคเอดส์ มะเร็งระบบสืบพันธุ์ โรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ การแท้งและภาวะแทรกซ้อน ภาวะการมีบุตรยาก เพศศึกษา ออนามัยวัยรุ่น ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ

อัตราเจริญพันธุ์รวม หมายถึง จำนวนบุตรเฉลี่ยที่สตรีหนึ่งคนจะมีได้ตลอดวัยเจริญพันธุ์ เป็นตัวเลขที่ได้มาจากข้อมูลช่วงเวลา (Period) โดยคำนวณจากผลรวมของอัตราการเกิดในแต่ละกลุ่มอายุของสตรี (ทุกคน)

ภาวะเจริญพันธุ์ทดแทน หมายถึง ภาวะเจริญพันธุ์ระดับที่สตรีตลอดวัยเจริญพันธุ์คนหนึ่งจะให้กำเนิดบุตรเพียงพอที่จะทดแทนตนเองและคู่สมรส การพิจารณาภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทนนั้น เป็นการพิจารณาจากอัตราเจริญพันธุ์รวม ซึ่งมีค่าอยู่ที่ประมาณ ๒.๐๕ ถึง ประมาณ ๒.๑ ทั้งนี้ การที่กำหนดให้มีค่าเกิน ๒ เล็กน้อยนั้น เหตุผลสำคัญคือ เป็นการสำรองเผื่อไว้สำหรับการตายที่อาจจะเกิดขึ้นก่อนที่บุตรจะเติบโตขึ้นมาเป็นบิดามารดาต่อไปในอนาคต ดังนั้น จากหลักเกณฑ์ดังกล่าว ในกรณีที่สตรีโสดหรือสตรีที่สมรสแต่ไม่มีบุตรหรือมีน้อยกว่า ๒ คนในแต่ละกลุ่มมีอายุเพิ่มขึ้น หากจะให้อัตราเจริญพันธุ์รวมอยู่ที่ระดับทดแทน สตรีที่สมรสและไม่มีปัญหาการมีบุตรยากคงต้องมีบุตรมากกว่า ๒ คนเพื่อทดแทนสตรีที่ไม่ได้สมรส หรือสมรสแล้วแต่ไม่มีบุตร หรือมีบุตรน้อยกว่า ๒ คนดังกล่าวแล้ว

คู่สมรสที่พร้อมจะมีบุตร หมายถึง คู่สมรสในช่วงอายุ ๒๐-๓๕ ปีที่มีความพร้อมทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม เพียงพอที่จะดูแลและพัฒนาบุตรให้เติบโตอย่างมีคุณภาพได้

ภาวะการมีบุตรยาก หมายถึง ภาวะทางร่างกายของคู่สมรสที่แต่งงานกันแล้วแล้วยังไม่มีบุตร โดยประเมินจากระยะเวลา ๑ ปีถึง ๑ ปีครึ่ง สำหรับฝ่ายหญิงที่มีอายุต่ำกว่า ๓๕ ปี หรือ ๖ เดือนสำหรับฝ่ายหญิงที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ซึ่งมีเพศสัมพันธ์กับสามีอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่มีการคุมกำเนิด แล้วยังไม่ตั้งครรภ์หรือมีบุตรอาจเป็นภาวะที่เกิดในเพศชายหรือเพศหญิง

การเกิดมีชีพ หมายถึง การที่ทารกคลอดออกมาโดยวิธีใดก็ตาม และไม่คำนึงถึงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ โดยที่ทารกที่คลอดออกมานั้นจะต้องมีการหายใจหรือแสดงอาการที่บ่งว่ามีชีวิต เช่น การเต้นของหัวใจ การเต้นของเส้นโลหิต การเต้นของสายสะดือหรือมีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก

บุตรเกิดรอด หมายถึง บุตรที่ตอนคลอดออกมามีชีวิต (แม้จะมีชีวิตอยู่เพียงขณะหนึ่งก็ตาม) ทั้งนี้ไม่รวมทารกที่ตายก่อนคลอดหรือแท้ง และไม่นับบุตรเลี้ยงหรือบุตรบุญธรรมของหญิงนั้น

จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของภาวะเจริญพันธุ์ที่แสดงพฤติกรรมการมีบุตรสะสมของหญิง และสามารถชี้วัดขนาดครอบครัวโดยเฉลี่ยของหญิงเมื่อสิ้นสุดวัยเจริญพันธุ์ (๔๕-๔๙ ปี)

พัฒนาการสมวัย หมายถึง การมีพัฒนาการทุกด้านเหมาะสมตามวัย (ภาษา/กล้ามเนื้อมัดใหญ่/กล้ามเนื้อมัดเล็ก/การปรับตัว สังคมและการช่วยเหลือตัวเอง) ตามเกณฑ์ประเมินของกรมอนามัย

กำลังแรงงานรวม หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในสัปดาห์แห่งการสำรวจ ครอบคลุมผู้มีงานทำ
ว่างงาน และกำลังแรงงานที่รอฤดูกาล

ผู้ว่างงาน หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป และสัปดาห์แห่งการสำรวจ มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่าง
ใดต่อไปนี้ ๑) ไม่ได้ทำงานและไม่มีงานประจำแต่ได้หางาน สมัครงาน หรือรอการบรรจุ ในระหว่าง ๓๐ วัน
ก่อนวันสัมภาษณ์ ๒) ไม่ได้ทำงานและไม่มีงานประจำ และไม่ได้หางานทำในระหว่าง ๓๐ วันก่อนวันสัมภาษณ์
แต่พร้อมที่จะทำงานในสัปดาห์แห่งการสำรวจ

แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่ได้รับหลักประกันทางสังคม

ผลิตภาพแรงงาน หมายถึง อัตราส่วนของผลผลิตกับจำนวนแรงงานในระบบเศรษฐกิจ

ภาวะประชากรสูงวัย หมายถึง ภาวะที่ประชากรมีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปในสัดส่วนต่อประชากร
ทั้งหมด เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ ๑๐

การย้ายถิ่น หมายถึง การย้ายสถานที่อยู่อาศัย จากหมู่บ้านหนึ่ง หรือเขตเทศบาลหนึ่ง หรือจาก
ต่างประเทศ ซึ่งเป็นประเทศที่อยู่อาศัยสุดท้าย มายังอีกหมู่บ้านหนึ่ง หรือเขตเทศบาลหนึ่ง ซึ่งเป็นที่อยู่ปัจจุบัน
ภายในระยะเวลา ๑ ปีก่อนคาบการสำรวจ

ภาคผนวก ง

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒**คำปรารภ**

อนุสนธิจากการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา องค์การภาคี เครือข่าย และสมาชิกที่ร่วมในกระบวนการขับเคลื่อนเห็นพ้องต้องกันว่า เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพ ของประเทศ มีทิศทางที่ถูกต้อง ชัดเจนและมีพลัง สามารถปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศให้บรรลุ เป้าหมายแห่งสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง จำเป็นต้อง มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม และเพื่อให้ ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ ของประเทศ

ต่อมาในกระบวนการบัญญัติเป็นกฎหมาย สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้เห็นชอบให้กำหนด หลักการ โครงสร้างและเนื้อหาหลักของธรรมนูญไว้ โดยให้มีการจัดทำและทบทวนธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยทุกห้าปี เพื่อให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีความเป็นพลวัต สามารถแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศได้อย่างเหมาะสมสอดคล้อง กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เพื่ออนุวัติตาม มาตรา ๔๖ และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยกำหนด หลักการมีส่วนร่วม การเปิดช่องทางรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน ใช้ข้อมูลวิชาการและการจัดการ ความรู้เป็นฐานสำคัญ เพื่อให้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนเจตนารมณ์และเป็นพันธะ ร่วมกันของสังคม ให้สังคมสามารถนำไปใช้เป็นฐานอ้างอิง ในการกำหนดทิศทางและเป้าหมายของ ระบบสุขภาพในอนาคต ทั้งนี้ ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่สามารถจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ของตน โดยต้องไม่ขัดหรือแย้งกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และคณะรัฐมนตรี ได้ให้ความเห็นชอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาตินี้แล้วในการประชุม เมื่อวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๐ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนด นโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ธรรมนูญนี้เรียกว่า “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒”

ข้อ ๒ ธรรมนูญนี้ให้มีผลตามมาตรา ๔๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

นิยามศัพท์

ข้อ ๓ ในธรรมนูญนี้

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์กรมหาชนและหน่วยงานอื่นของรัฐ

“คุณธรรม” หมายความว่า คุณงามความดี ที่วิญญูชนพึงสำนึกในจิตใจของตน ในเรื่องความจริง ความดี ความงาม และใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต

“จริยธรรม” หมายความว่า แนวทางแห่งความประพฤติที่ยึดหลักคุณธรรม

“มนุษยธรรม” หมายความว่า ธรรมของคน ธรรมที่มนุษย์พึงมีต่อกัน มีเมตตากรุณา เป็นต้น

“เศรษฐกิจพอเพียง” หมายความว่า แนวการดำรงอยู่ และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชน จนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปในทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจ เพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความพอเพียงหมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี พอสมควรต่อการมีผลกระทบใด ๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน ทั้งนี้ จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวังอย่างยิ่งในการนำวิชาการต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนและการดำเนินการทุกขั้นตอน และขณะเดียวกันจะต้องเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ของรัฐ นักทฤษฎีและนักธุรกิจในทุกระดับให้มีจิตสำนึกในคุณธรรม ความซื่อสัตย์ และให้มีความรอบรู้ที่เหมาะสม ดำเนินชีวิตด้วยความอดทน ความเพียร มีสติ ปัญญา และความรอบคอบเพื่อให้สมดุล และพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั้งด้านวัตถุ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมจากโลกภายนอกได้เป็นอย่างดี

“ธรรมาภิบาล” หมายความว่า คุณลักษณะของการบริหารหรือการปกครองเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจ มีคุณภาพและเกิดความคุ้มค่า ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวก ตอบสนองความต้องการของประชาชน และมีการประเมินผลการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

การดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาล ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบและตรวจสอบได้ หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล และหลักนิติธรรม

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

“นโยบายสาธารณะ” หมายความว่า ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่า หรือเชื่อว่า ควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น รวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากรัฐด้วย

“การมีส่วนร่วม” หมายความว่า การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ ในลักษณะของการร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ ร่วมติดตามประเมินผลและตรวจสอบ

“สุขภาพทางเพศ” หมายความว่า สุขภาพที่หมายรวมไปถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เพศภาวะ และมีความเคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างของบุคคล เพื่อเป็นพื้นฐานต่อการมีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัยและมีความพึงพอใจ ปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติและความรุนแรง

“เพศภาวะ” หมายความว่า ภาวะความเป็นหญิง เป็นชาย ที่ไม่ได้กำหนดโดยระบบชีววิทยา แต่กำหนดโดยปัจจัยทางวัฒนธรรม สังคมและอื่น ๆ ทำให้สังคมเกิดความคาดหวังต่อความเป็นหญิงและชายในแง่มุมเฉพาะต่าง ๆ และมีส่วนกำหนดความเชื่อ ทัศนคติ รวมทั้งประเพณีปฏิบัติต่าง ๆ ที่กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคมในเรื่องของความเป็นหญิงเป็นชาย เพศภาวะเป็นสิ่งที่แตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม และเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

“อนามัยการเจริญพันธุ์” หมายความว่า สุขภาพที่เกี่ยวกับกระบวนการและการทำหน้าที่ของระบบการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต

“การป้องกันโรค” หมายความว่า การกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคและการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำในกรณีที่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว สามารถแบ่งออกได้เป็น ๓ ระดับ คือ การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วย การป้องกันโรคในระยะที่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว และการป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว

“การควบคุมโรค” หมายความว่า การควบคุมโรคระบาด โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตรายต่าง ๆ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหาร และโรคอื่น ๆ ที่สามารถลดความสูญเสียสุขภาพ ชีวิตและทรัพยากรได้หากมีการตรวจพบแต่เนิ่น ๆ

“การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” หมายความว่า การจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี ภัยธรรมชาติ

รวมทั้งระบบต่างๆในสังคมเพื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าว ให้มีผลเสียต่อสุขภาพน้อยที่สุด รวมทั้งการสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพด้วย

“การบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

“คุณภาพบริการสาธารณสุข” หมายความว่า คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรม และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม

“การบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่มีความเอื้ออาทร ความสมานฉันท์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน โดยมุ่งประโยชน์สุขของประชาชน ครอบครัว ชุมชนและสังคม ตามจรรยาบรรณวิชาชีพโดยสุจริต ปราศจากการครอบงำของผลประโยชน์ทางธุรกิจ

“การบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเข้มข้นในเชิงวิชาการและเทคโนโลยีในระดับหนึ่ง มุ่งเน้นในมิติของมนุษยและสังคม เป็นบริการแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ และกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

“การบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขในลักษณะที่มุ่งหวังทำกำไรสูงสุดตามกลไกตลาด เพื่อนำกำไรมาแบ่งกันในกลุ่มผู้ประกอบการ เช่นเดียวกับการประกอบธุรกิจทั่วไป

“ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ” หมายความว่า องค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาในท้องถิ่น ซึ่งรวมถึง การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ที่ประชาชนและชุมชนใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างสอดคล้องกับท้องถิ่นนั้นๆ ด้วย

“การแพทย์แผนไทย” หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้หรือตำราการแพทย์แบบไทยที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมา หรือตามการศึกษาจากสถานศึกษาที่รับรองโดยกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ทั้งนี้ ให้ครอบคลุมการใช้เครื่องมือวิทยาศาสตร์การแพทย์ บางอย่างประกอบการวินิจฉัยและการบำบัดโรคตามที่กฎหมายกำหนด

“การแพทย์พื้นบ้าน” หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ที่ได้สั่งสม ถ่ายทอด และพัฒนาสืบต่อกันมาซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม จารีต ประเพณี และทรัพยากรของชุมชนท้องถิ่น และเป็นที่ยอมรับของชุมชนท้องถิ่นนั้น

“การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ” หมายความว่า การดูแลสุขภาพโดยอาศัยความรู้ทางการแพทย์ที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน

“ชุมชน” หมายความว่า กลุ่มประชาชนที่มีเอกลักษณ์เฉพาะอันเนื่องจากการมีผลประโยชน์หรือมีค่านิยมร่วมกัน หรือมีปัญหาาร่วมกัน หรืออาศัยอยู่ในอาณาเขตทางภูมิศาสตร์เดียวกัน หรือมีความสนใจและมีกิจกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน

“ชุมชนท้องถิ่น” หมายความว่า ชุมชนที่อยู่ร่วมกันในพื้นที่หมู่บ้านหรือตำบล

“หมอพื้นบ้าน” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพโดยอาศัยภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน

“ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อหรือผู้ได้รับบริการหรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอหรือการชักชวนเพื่อให้ซื้อสินค้าหรือรับบริการจากผู้จัดให้มีซึ่งสินค้าหรือบริการหรือข้อมูลข่าวสาร อันนำไปสู่การบริโภค และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้าหรือผู้ได้รับบริการโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม

“การบริโภคที่ยั่งยืน” หมายความว่า การสนองตอบต่อความจำเป็นของการบริโภคสินค้าและบริการทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ในวิถีทางที่ทำให้เกิดความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

“การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ” หมายความว่า การสร้างความรู้จากการปฏิบัติ การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสั่งสมความรู้และประสบการณ์ การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์ความรู้ และข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกันกับสุขภาพและระบบสุขภาพ

“การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ” หมายความว่า การนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่หน่วยงานของรัฐและภาคส่วนต่างๆ จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่และสื่อสารกับประชาชนด้วยรูปแบบและช่องทางต่างๆ

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบหรือข้อกำหนดรองรับ

“กำลังคนด้านสุขภาพ” หมายความว่า บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีบทบาทในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก อาสาสมัครด้านสุขภาพต่างๆ แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนบุคคลต่างๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ” หมายความว่า การจัดการทางการเงินการคลัง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างถ้วนหน้า และอย่างมีประสิทธิภาพ

“การเงินการคลังรวมหมู่” หมายความว่า การเงินการคลังที่ประชาชนร่วมจ่ายเงินตามสัดส่วนความสามารถในการจ่าย ตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข โดยนำเงินที่เก็บล่วงหน้ามาใช้จ่ายร่วมกัน เพื่อจัดให้มีบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตสำหรับทุกคน

หมวด ๑

ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ

ข้อ ๔ สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

ข้อ ๕ ระบบสุขภาพ เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

ข้อ ๖ ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ

รัฐและทุกภาคส่วนในสังคมพึงให้ความสำคัญอย่างสูงแก่การพัฒนาสุขภาพ

ข้อ ๗ ระบบสุขภาพจะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องให้ความสำคัญกับความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันในสังคม

ข้อ ๘ ระบบสุขภาพจะต้องคำนึงถึงการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล

ข้อ ๙ ระบบสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน

ข้อ ๑๐ ทุกภาคส่วนมีหน้าที่ร่วมกันในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศจากแนวทางบริโภคนิยมไปสู่แนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง รวมทั้งการดำเนินชีวิตตามหลักศาสนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพทางจิต ปัญญาและสังคม

หมวด ๒

คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ

ข้อ ๑๑ ระบบสุขภาพจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา

ข้อ ๑๒ ระบบสุขภาพจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชนทั้งระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ยึดหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน ส่งเสริมการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการพึ่งตนเองและยึดแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ข้อ ๑๓ การจัดการระบบสุขภาพจะต้องยึดหลักธรรมาภิบาล

ข้อ ๑๔ ระบบสุขภาพจะต้องเกื้อหนุน ส่งเสริม และเอื้ออำนวยให้บรรลุเป้าหมายแห่งสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพทุกประการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๕ กรอบเวลาเป้าหมายของธรรมนูญฉบับนี้ เป็นภาพรวมของระบบสุขภาพที่มองยาวไป
ถึงปี พ.ศ. ๒๕๖๓

หมวด ๓

การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ

ข้อ ๑๖ หลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพจะต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนดินแผ่นดินไทย โดยไม่มีการแบ่งแยกตามฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพทางกาย ความพิการ เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อและอุดมการณ์ทางการเมือง

ข้อ ๑๗ การสร้างหลักประกันและความคุ้มครองดังกล่าว ให้มีการมีส่วนร่วมอย่างสมานฉันท์ เกื้อกูล เอื้ออาทร จากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ วิชาชีพ และประชาสังคม

ข้อ ๑๘ หลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ จะต้องครอบคลุมการจัดการกับปัจจัยทั้งหมดที่กระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่จำกัดเฉพาะหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งนโยบายสาธารณะต่างๆ

หมวด ๔

การสร้างเสริมสุขภาพ

หลักการ

ข้อ ๑๙ การสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคมมุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการและการตายที่ไม่สมควร และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยยุทธศาสตร์อย่างน้อย ๕ ประการ คือ

- (๑) การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
- (๒) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- (๓) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม
- (๔) การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
- (๕) การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

เป้าหมาย

ข้อ ๒๐ มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม

ข้อ ๒๑ มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลายและเป็นรูปธรรม

ข้อ ๒๒ มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างสมดุลและเชื่อมโยงกันตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อ ๒๓ มีชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ ๘๐ ของตำบลทั่วประเทศ

มาตรการ

ข้อ ๒๔ ให้อำนาจส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับ และภาคส่วนต่างๆ ในสังคมพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วม ที่ใช้องค์ความรู้เป็นฐานอย่างเพียงพอ และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ เพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะที่ดี

ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีนโยบายและแผนรองรับการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

ข้อ ๒๕ ให้อำนาจส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับและภาคส่วนต่างๆ ในสังคมร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การจัดการสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ ลานกีฬา ลานชุมชน สถานที่ทำงานสุขภาวะ ชุมชน-เมือง

สุขภาพ ระบบผังเมืองสุขภาพ ระบบการคมนาคมปลอดภัย ระบบการจัดการน้ำที่ดี ระบบการเกษตร-อุตสาหกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น

ข้อ ๒๖ ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษา และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตและการสร้างเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนขีดความสามารถในการดูแลตนเองและการพึ่งตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเปิดพื้นที่สาธารณะ พัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรมภายใต้บริบททางสังคม ภูมินิเวศวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลง

ข้อ ๒๗ ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย ตลอดจนส่งเสริมการกระจายยา เวชภัณฑ์ ความรู้และเทคโนโลยีที่จำเป็นอย่างเพียงพอและทั่วถึง เพื่อการดูแลตนเองและการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ข้อ ๒๘ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคคลในการดูแลและปกป้องทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อม เพื่อให้เอื้อต่อสุขภาพ

ข้อ ๒๙ ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ พัฒนามาตรการทางการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเน้นการจัดการในระดับชุมชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบสวัสดิการชุมชน กองทุนชุมชนและกิจกรรมชุมชนต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

ข้อ ๓๐ ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ สนับสนุนการสร้างและการจัดการความรู้ การวิจัย เทคโนโลยีทุน และการตลาด เพื่อการพัฒนาการเกษตร การอุตสาหกรรม ธุรกิจและการบริการที่เอื้อต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และให้มีความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น ส่งเสริมการเกษตรธรรมชาติที่ไร้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช ส่งเสริมอุตสาหกรรมที่เป็นมิตรต่อ ชุมชนและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมธุรกิจและบริการที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เป็นต้น

ข้อ ๓๑ ให้รัฐจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนให้เป็นรูปธรรม

ให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย

หมวด ๕

การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

หลักการ

ข้อ ๓๒ บุคคลมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทนต่อเหตุการณ์ โดยให้ถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน ทุกระดับ โดยการใช้มาตรการเชิงรุกที่มีธรรมาภิบาล บนพื้นฐานแห่งดุลยภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้แนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

เป้าหมาย

ข้อ ๓๓ รัฐมีเอกภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ

ข้อ ๓๔ ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่

มาตรการ

ข้อ ๓๕ ให้รัฐจัดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นโดยการจัดตั้งกลไกที่ประกอบด้วยหน่วยงานของรัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรทางวิชาการและภาคประชาสังคมในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้ จะต้องคำนึงถึงการประสานเชื่อมโยงกับสากล และโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านด้วย

ข้อ ๓๖ ให้รัฐสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจ พร้อมทั้งการเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งทางด้านโครงสร้าง กำลังคนและงบประมาณ ให้มีความพร้อมที่จะรองรับภารกิจตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่กำหนดขึ้น

ข้อ ๓๗ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนรองรับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับชาติและจังหวัด

ข้อ ๓๘ ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ให้รัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรม

ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ

ให้รัฐส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมตัวกันและมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อปกป้องสิทธิของชุมชนจากการดำเนินนโยบายสาธารณะ โครงการ หรือกิจกรรมที่จะดำเนินการในชุมชน และจัดให้มีกลไกการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และแก้ไขปัญหาอย่างทันที่

ข้อ ๓๙ ให้รัฐเร่งส่งเสริมและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังของรัฐและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงกันทุกระดับ

ข้อ ๔๐ ให้รัฐนำมาตรการทางภาษีมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น ภาษีสิ่งแวดล้อม ภาษีการนำเข้าวัตถุหรือของเสียอันตราย

ข้อ ๔๑ ให้รัฐพัฒนานโยบายเพื่อการคุ้มครองสิทธิตามข้อ ๓๒ และกฎหมายวิธีพิจารณาความหรือข้อพิพาทด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพแวดล้อม รวมทั้งสร้างกลไกการไกล่เกลี่ยและเยียวยาชดเชยแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และหาข้อยุติในกรณีข้อพิพาท

ข้อ ๔๒ ให้รัฐส่งเสริมให้มีการรณรงค์ ให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ มีภูมิคุ้มกัน และสนับสนุนให้ชุมชนมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัยจากโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน

หมวด ๖

การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

หลักการ

ข้อ ๔๓ ระบบบริการสาธารณสุขต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และราคาไม่แพง มุ่งเน้นสนับสนุนและลงทุนในบริการและเทคโนโลยีที่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพสูง

การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก โดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

การจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า โดยเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งนี้ ให้มุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย

เป้าหมาย

ข้อ ๔๔ ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่พึ่งหลักจากประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นระบบบริการที่มุ่งสนับสนุนให้ชุมชน และท้องถิ่นให้มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพ และพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อ ๔๕ มีระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรมในทุกระดับ

มาตรการ

ข้อ ๔๖ ให้รัฐส่งเสริมการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่จัดโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัว เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกับท้องถิ่น ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่น ๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

ข้อ ๔๗ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งให้ถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการเตรียมการและมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ

และเป็นขั้นเป็นตอน ด้วยความสมัครใจและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรด้าน สาธารณสุข ชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้ ให้มุ่งเน้นประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก

ข้อ ๔๘ ให้รัฐส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะและมีความจำกัดในเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ได้แก่ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างเป็นระบบ ครบวงจร และมีประสิทธิภาพ

ข้อ ๔๙ ให้รัฐและทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็น มนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสาธารณสุข ในรูปแบบของอาสาสมัครและอื่น ๆ และมุ่งเน้นบริการสาธารณสุขที่มุ่งประโยชน์สาธารณะ

ข้อ ๕๐ ให้รัฐส่งเสริมให้มีการรณรงค์ ให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแก่ประชาชน และบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีบนพื้นฐานความเข้าใจถึงข้อจำกัด ต่าง ๆ ของการบริการสาธารณสุข และความเป็นไปได้ อันอาจเป็นเหตุให้เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ รวมถึง ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อลดเหตุไม่พึงประสงค์และการเยียวยาปัญหาร่วมกันอย่างสมานฉันท์

ข้อ ๕๑ รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

ข้อ ๕๒ ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุข กลไกที่ทำหน้าที่ควบคุม กำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และกลไกที่ทำหน้าที่ ควบคุม กำกับและพัฒนาการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม รวมทั้งกลไกอื่นที่มีความ จำเป็นด้วย

หมวด ๗

การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย
การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ

หลักการ

ข้อ ๕๓ การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการดังต่อไปนี้

(๑) มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อและศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

(๒) ให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบอย่างเท่าเทียมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

(๓) ให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่าง ๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว มีความรู้เท่าทันและได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภค โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลาง และเข้าถึงได้

(๔) ใช้ปัญญา ความรู้ ความมีเหตุผล ในการพัฒนาวิชาการ และองค์ความรู้จากฐานเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า มีประสิทธิผล และปลอดภัย

เป้าหมาย

ข้อ ๕๔ ชุมชนและชุมชนท้องถิ่นตระหนักถึงคุณค่าและมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของชุมชนและชุมชนท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

ข้อ ๕๕ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ได้รับการส่งเสริม สนับสนุนให้มีกลไกและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการใช้ และการพัฒนาอย่างเป็นระบบและเป็นองค์รวม ได้แก่ การสร้างและจัดการความรู้ การสร้างและพัฒนาระบบสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข ระบบยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร โดยมีระบบ กลไก และจัดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอสำหรับโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย และการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย

ข้อ ๕๖ มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างพอเพียงอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ ของรายการยาทั้งหมด และได้รับการส่งเสริมและใช้ในระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศ

ข้อ ๕๗ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ในระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค

ข้อ ๕๘ มีระบบและกลไกที่เข้มแข็ง มีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง อิสระและเป็นกลางในการคัดกรอง ส่งเสริมและคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชน

ข้อ ๕๙ มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ อย่างพอเพียง เพื่อการสร้างและจัดการความรู้อย่างเป็นระบบ ในการศึกษาวิจัย การผลิตและพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาตำรา

ข้อ ๖๐ มีโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐาน ในการบริการ การศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากร อย่างน้อยภาคละ ๑ แห่ง

มาตรการ

ข้อ ๖๑ ให้คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรีในการขับเคลื่อน ผลักดันการดำเนินงาน ติดตาม กำกับ ประเมินผล แผนยุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนาภูมิปัญญาไทย สุขภาพวิถีไทย และจัดทำรายงานและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับการขับเคลื่อนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี เพื่อให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการให้บรรลุผล

ข้อ ๖๒ ให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและชุมชนท้องถิ่น ในการฟื้นฟู สืบสานและใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และการประยุกต์และพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุน ให้ชุมชน ชุมชนท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับชุมชน

ข้อ ๖๓ ให้รัฐสร้างเสริมความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันวิชาการในท้องถิ่นในการส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน โดยการสนับสนุนและเสริมสร้างสภาพของหมอพื้นบ้าน การพัฒนาศักยภาพหมอพื้นบ้าน ในชุมชน การสนับสนุนการสืบทอดสู่หมอพื้นบ้านรุ่นใหม่โดยส่งเสริมให้เยาวชนรุ่นใหม่เห็นคุณค่าของหมอพื้นบ้าน และรักษาแบบแผนการสืบทอดที่เป็นของชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการความรู้ ทั้งในตำราและตัวหมอพื้นบ้าน การส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน เพื่อเป็นการต่อยอดองค์ความรู้เดิมและนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเหมาะสม

ให้หน่วยงานของรัฐ และชุมชนสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายหมอพื้นบ้าน สนับสนุน การเชื่อมโยงของเครือข่ายทั้งในระดับชุมชน ภูมิภาค และระดับประเทศ ด้วยกระบวนการการมีส่วนร่วม และการประสานงานในแนวราบ

ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องพัฒนามาตรการด้านกฎหมายและมาตรการด้านอื่น ๆ เพื่อรองรับสถานการณ์ของหมอพื้นบ้าน

ข้อ ๖๔ ให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาการแพทย์แผนไทย ให้มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

หน่วยงานของรัฐ สถาบันการผลิตและสถาบันวิชาการร่วมกันพัฒนาระบบการศึกษาวิจัยและพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับร่างกายและการทำงานของมนุษย์ กระบวนการเกิดโรค สาเหตุของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค วิธีการเตรียมยา วิธีการบำบัดรักษาโรค ระบบการสร้างทีมงานการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบใบสั่งยา ระบบเวชระเบียน ระบบการแก้ไขความผิดพลาดในการดูแลรักษา ระบบการพัฒนาวิชาการ ทั้งการประชุมวิชาการและวารสารวิชาการ ตลอดจนการสร้างและพัฒนามาตรฐานเวชปฏิบัติ ตำราและคู่มือ

คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย

หน่วยงานของรัฐ สถาบันการผลิต และสถาบันวิชาการร่วมกันพัฒนาระบบกำลังคนโดยการกำหนดให้มีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังคนด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนามาตรฐานการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์แผนไทยทั้งในแบบครบรอบตัวศิษย์ และการศึกษาในสถาบันการศึกษา การจัดตั้งเครือข่ายสถาบันการผลิตบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การพัฒนาความรู้ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากรผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐให้เป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยและสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นต้นแบบที่มีมาตรฐาน ในการบริการการศึกษาวิจัย และการฝึกอบรมบุคลากรตามเป้าหมายในข้อ ๖๐

ข้อ ๖๕ ให้รัฐ หน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติและในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล

ให้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ผลักดันการนำยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น เพื่อให้พอเพียงแก่การรักษาสุขภาพของประชาชน

ให้หน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องส่งเสริมศักยภาพของโรงพยาบาลและชุมชนในการผลิตและใช้ยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพร

ข้อ ๖๖ ให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนท้องถิ่นร่วมกันสร้าง ระบบและกลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านให้มีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค โดยการสร้างความเข้าใจและความรู้เท่าทันให้กับสังคมไทย การเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของรัฐและชุมชนท้องถิ่นในการคุ้มครองภูมิปัญญา การพัฒนาระบบและกลไกทางกฎหมาย และการสร้างบทบาทเชิงรุกของไทยในเวทีการเจรจาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองภูมิปัญญา

ให้คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย กำหนดทิศทางและแผนงานที่ชัดเจนในการบริหารกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยโดยยึดหลักธรรมาภิบาล มีกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างระบบและกลไกในการคุ้มครองภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์ไทยและการแพทย์พื้นบ้านที่เข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับประเทศและระดับภูมิภาค จัดสรรเงินกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อสนับสนุนหน่วยงานทั้งภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งของระบบและกลไกในการคุ้มครอง และส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านอย่างเหมาะสม

ข้อ ๖๗ ให้รัฐส่งเสริม สนับสนุน การใช้ และการพัฒนาการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อการดูแลสุขภาพ โดยดำเนินการดังนี้

จัดตั้งคณะกรรมการระดับชาติที่เป็นอิสระ และมีฐานวิชาการที่เข้มแข็ง เพื่อทำหน้าที่ในการคัดกรองศาสตร์การแพทย์ทางเลือกที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า และปลอดภัย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของประชาชนและเป็นกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ

จัดตั้งเครือข่ายวิชาการด้านการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ในระดับชุมชน และประเทศ และสนับสนุนการจัดตั้งเครือข่ายวิชาการดังกล่าว ในระดับภูมิภาคเพื่อส่งเสริม สนับสนุน การใช้การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ที่มีประสิทธิผล ประหยัด คุ่มค่า ปลอดภัย และส่งเสริมการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

หมวด ๘
การคุ้มครองผู้บริโภค

หลักการ

ข้อ ๖๘ ระบบคุ้มครองผู้บริโภค ต้องเป็นไปเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคโดยมุ่งเน้น

- (๑) การสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค
- (๒) การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วน เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน
- (๓) การจัดให้มีกลไกในการเฝ้าระวัง ติดตาม และตรวจสอบสินค้าและบริการในแต่ละระดับ
- (๔) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภค และเครือข่าย เพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ปลอดภัย เป็นธรรม อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ตลอดจนมีระบบการชดเชยเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เมื่อได้รับความเสียหาย ทั้งนี้ ต้องเป็นไปโดยปลอดจากการแทรกแซงจากอำนาจทางการเมือง ราชการ ธุรกิจ หรือการแทรกแซงอื่นใด

เป้าหมาย

ข้อ ๖๙ ผู้บริโภคต้องได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายบัญญัติ ตลอดจนได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถปกป้องคุ้มครองตนเองและสังคม รวมถึงได้รับความรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วน สมประโยชน์ และทราบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภค ตลอดจนสามารถนำความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาใช้ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและเท่าทัน

ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการบริโภคสินค้าหรือการบริการต้องได้รับการชดเชยและเยียวยาอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม และรวดเร็ว

ข้อ ๗๐ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมต้องได้รับความคุ้มครองเป็นพิเศษตามสิทธิที่กฎหมายบัญญัติ และต้องได้รับโอกาสในการพัฒนาทักษะชีวิตรู้เท่าทันสื่อ มีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้การสื่อสารให้ข้อมูล ต้องมีความเหมาะสมตามวัย และสภาพของบุคคล เข้าถึงได้ง่าย เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

มาตรการ

ข้อ ๗๑ ในการคุ้มครองผู้บริโภค ให้รัฐดำเนินการดังต่อไปนี้

- (๑) เร่งรัดการจัดตั้งองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและออกกฎหมายที่เกี่ยวกับการชดเชยเยียวยาผู้เสียหายจากสินค้าและบริการ กฎหมายที่ทันต่อสถานการณ์และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านสินค้าและบริการ ตลอดจนบังคับใช้

กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ และให้มีกองทุนที่เป็นอิสระในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเพียงพอ

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในรูปแบบของกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ เครือข่าย และอื่น ๆ ในการดำเนินงานเพื่อผู้บริโภค และเสริมสร้างความเข้มแข็งและกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้บริโภค ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกลไกการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนในทุกจังหวัด และต้องสนับสนุนให้ผู้ประกอบธุรกิจและสื่อมวลชนมีความรับผิดชอบต่อสังคมและร่วมดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

(๓) ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย วางแผน ติดตามและตรวจสอบการดำเนินงานเพื่อผู้บริโภคทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น

(๔) ควบคุมการจัดบริการสาธารณะให้เด็ก เยาวชน ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุได้เข้าถึง และใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคมภายนอกอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(๕) สนับสนุนให้มีระบบการทดสอบมาตรฐานสินค้าและบริการที่ประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ความปลอดภัย และผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งเผยแพร่สู่สาธารณชนอย่างทั่วถึง

(๖) ส่งเสริมนโยบายและบูรณาการแนวความคิดการบริโภคที่ยั่งยืนเข้าไปในนโยบายสาธารณะอื่น ตลอดจนมีมาตรการที่ส่งเสริมการบริโภคที่ยั่งยืน

(๗) สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลสินค้าและการให้บริการ

(๘) สนับสนุนให้มีการตรวจสอบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่อสาธารณะ เพื่อให้มีความถูกต้อง เทียบตรง และจัดให้มีสัดส่วนของพื้นที่ในการให้ความรู้แก่ผู้บริโภคอย่างเหมาะสม รวมทั้งเน้นการปลูกฝังจริยธรรมของการเป็นสื่อมวลชนที่ดี และมีความรับผิดชอบต่อการโฆษณาและการส่งเสริมการขายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

ข้อ ๗๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดนโยบาย และจัดให้มีแผน งบประมาณ ข้อบัญญัติท้องถิ่น และกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค โดยบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปเป็นภารกิจหลักของแผน โดยการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค

ข้อ ๗๓ ให้สถาบันวิชาการ สภาวิชาชีพและคณะกรรมการวิชาชีพด้านสาธารณสุข ร่วมกันสร้างและพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งและเป็นธรรม ร่วมตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาหลักการคุ้มครองผู้บริโภค โดยส่งเสริมให้มีตัวแทนผู้บริโภคจำนวนพอเพียงร่วมเป็นกรรมการในองค์กร

ข้อ ๗๔ ให้ผู้ประกอบธุรกิจและสื่อมวลชนต่าง ๆ ดำเนินงานโดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภคและมีความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นสำคัญ มุ่งสนับสนุนการบริโภคที่ยั่งยืนโดยร่วมกันกำหนดและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ดีในการผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ หลักเกณฑ์จริยธรรม

ว่าด้วยการประกอบธุรกิจและการส่งเสริมการขาย และควบคุมกันเองให้เป็นไปตามข้อกำหนด รวมทั้งป้องกันและเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการประกอบธุรกิจโดยเร็ว

ข้อ ๗๕ ในการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศและกฎหมายที่เกี่ยวข้องพินมาจากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังต่อไปนี้

(๑) พิจารณาผลกระทบต่อผู้บริโภคด้านสุขภาพและสุขภาวะอย่างรอบคอบและถี่ถ้วนตามกระบวนการที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ ต้องดำเนินการขอความเห็นจากองค์กรผู้บริโภคและภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง

(๒) สร้างหลักประกันเพื่อปกป้องผลเสียหายที่จะเกิดขึ้นจากการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ ตลอดจนพัฒนาและปรับปรุงกลไกรองรับผลกระทบที่เอื้ออำนวยและไม่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาด้านสุขภาพและการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ

(๓) เปิดโอกาสให้มีการพิจารณาผลกระทบต่อผู้บริโภคโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศภายหลังที่มีการบังคับใช้ เพื่อหาแนวทางและกลไกในการชดเชยความเสียหายจากข้อตกลง ตลอดจนมีการพิจารณาเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกข้อตกลงในกรณีที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวาง

หมวด ๙

การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

หลักการ

ข้อ ๗๖ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ รัฐมีหน้าที่สนับสนุนการสร้างความรู้บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวาง

ข้อ ๗๗ นโยบายสาธารณะต้องพัฒนามาจากฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอ เชื่อถือได้ โดยสามารถเปิดเผยที่มาของแหล่งความรู้นั้น

ข้อ ๗๘ การสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ต้องคำนึงถึงประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก สอดคล้องกับปัญหาสำคัญของประเทศ เพื่อมุ่งสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้

เป้าหมาย

ข้อ ๗๙ รัฐและภาคส่วนต่าง ๆ มีการลงทุนและมีบทบาทในการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่อยู่บนความรู้อย่างกว้างขวางและครอบคลุมในทุกระดับ

มาตรการ

ข้อ ๘๐ ให้รัฐจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพ ทั้งการวิจัยระบบสุขภาพและการวิจัยในสาขาต่างๆที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ในสัดส่วนใกล้เคียงกับงบประมาณการวิจัยด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากล

ข้อ ๘๑ ให้รัฐส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และจัดสรรงบประมาณอย่างเหมาะสมให้แก่กลุ่มองค์กรในพื้นที่ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้

ข้อ ๘๒ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคประชาชนมีความสามารถสร้าง จัดการความรู้ด้านสุขภาพ และสนับสนุนให้เกิดช่องทางการเรียนรู้และการสื่อสารที่เหมาะสมและหลากหลายในชุมชน

ข้อ ๘๓ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน มีส่วนร่วมลงทุนในการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อ ๘๔ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนการลงทุนและการพัฒนาบุคลากรและเครือข่ายการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับ

ข้อ ๘๕ ให้รัฐสร้างระบบตรวจสอบ กลั่นกรอง และติดตามการสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

ข้อ ๘๖ ให้รัฐกำหนดมาตรการและจัดสรรงบประมาณเพื่อให้สื่อมวลชนทุกรูปแบบจัดสรรเวลาหรือพื้นที่ เพื่อการสื่อสารเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องอย่างพอเพียง โดยมีความเหมาะสมทั้งด้านช่วงเวลา คุณภาพเนื้อหา และการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย

ข้อ ๘๗ ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบายการสร้าง การจัดการ การสื่อสารและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอในการพัฒนาระบบสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแลและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรวิจัยด้านสุขภาพ ทั้งนี้ อาจพัฒนากลไกที่มีอยู่แล้วเช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือจัดให้มีกลไกใหม่ตามความเหมาะสม

หมวด ๑๐

การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

หลักการ

ข้อ ๘๘ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารด้านสุขภาพ ต้องมีความเป็นกลาง เป็นธรรม และรอบด้าน ผ่านช่องทางที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถรับรู้และนำไปประกอบการตัดสินใจ ปรับพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาพที่ดี โดยเน้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้โดยง่าย

เป้าหมาย

ข้อ ๘๙ ประชาชนได้รับการคุ้มครอง เพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเพียงพอ

ข้อ ๙๐ มีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ดี มีเครือข่ายครอบคลุมทั้งประเทศ และเชื่อมประสานกับนานาชาติได้

มาตรการ

ข้อ ๙๑ ให้รัฐพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และกลไกการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ข้อ ๙๒ ให้รัฐจัดให้มีกลไกตรวจสอบกลั่นกรองข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการเตือนภัย การคุ้มครองประชาชนและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน

ข้อ ๙๓ ให้รัฐสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคส่วนอื่นๆ ให้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการเผยแพร่และการสื่อสารตลอดจนสนับสนุนการใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อ ๙๔ ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่กำหนดทิศทางและนโยบายการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ บริหารนโยบาย ติดตามดูแลและประเมินผลนโยบายอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายองค์กรข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

หมวด ๑๑

การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

หลักการ

ข้อ ๙๕ บุคลากรด้านสาธารณสุข รวมทั้งกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพ เป็นกำลังคนที่สำคัญในการขับเคลื่อนสังคมให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อ ๙๖ รัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การพัฒนา และการกระจายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นธรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประเทศ โดยควบคุมมิให้เป็นไปตามกลไกตลาดเป็นหลัก

เป้าหมาย

ข้อ ๙๗ บุคลากรด้านสาธารณสุข รวมทั้งกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพ มีคุณภาพ มีจริยธรรม มีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคม มีปริมาณที่เพียงพอ และมีการกระจายอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ข้อ ๙๘ บุคลากรด้านสาธารณสุขมีการทำงาน เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในลักษณะที่เป็นสหวิชาชีพ รวมทั้งทำงานเชื่อมโยงสอดประสานอย่างใกล้ชิดกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพด้วย

มาตรการ

ข้อ ๙๙ ให้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ดูแลทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งประสาน กำกับ ติดตาม ประเมินผลระบบกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อ ๑๐๐ ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนระบบการผลิตที่ให้บุคคลจากชุมชน ท้องถิ่น ต่าง ๆ ให้มีโอกาสเข้าศึกษาและพัฒนาเพื่อกลับไปปฏิบัติหน้าที่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขในท้องถิ่นของตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด

ข้อ ๑๐๑ ให้หน่วยงานของรัฐ องค์กรวิชาชีพ และภาคส่วนต่าง ๆ ส่งเสริมสนับสนุนการให้บุคลากรด้านสาธารณสุขแสดงบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนกำลังคนด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพ ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่และมีส่วนร่วมในการทำงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ร่วมกันอย่างจริงจัง

ข้อ ๑๐๒ ให้รัฐสนับสนุนให้บุคลากรด้านสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ให้เป็นวิชาชีพที่มีกฎหมายเฉพาะรองรับ และสนับสนุนให้มีกระบวนการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างองค์กรวิชาชีพ และเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานขององค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อ ๑๐๓ ให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากลไกระดับพื้นที่เพื่อทำหน้าที่ประสานการวางแผนบุคลากรด้านสาธารณสุข และกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆ ในระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการกระจายและ การใช้กำลังคนด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรม

หมวด ๑๒

การเงินการคลังด้านสุขภาพ

หลักการ

ข้อ ๑๐๔ การเงินการคลังด้านสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับต้องไม่ดำเนินการเพื่อมุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

เป้าหมาย

ข้อ ๑๐๕ การเงินการคลังรวมหมู่สำหรับการบริการสาธารณสุขได้รับการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายในปี ๒๕๖๓ ดังนี้

(๑) ลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประเทศที่มาจากครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการจากร้อยละ ๓๖ ของรายจ่ายรวมของประเทศในปี ๒๕๕๘ เป็นไม่เกินร้อยละ ๒๐

(๒) ลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาวิกฤตด้านเศรษฐกิจจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์จากร้อยละ ๒ ของครัวเรือนทั้งหมดในปี ๒๕๕๙ เป็นไม่เกินร้อยละ ๑

(๓) มีความเป็นธรรมในการได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุน

(๔) อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นไม่มากกว่าอัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ

(๕) ระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับดำเนินการถูกต้องตามหลักการไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

มาตรการ

ข้อ ๑๐๖ ให้รัฐจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่มาจากแหล่งเงินซึ่งมีการจัดเก็บในอัตราก้าวหน้าเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจและสินค้าที่ทำลายสุขภาพ และจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่ภาคบังคับให้เป็นไปตามหลักการไม่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ

ข้อ ๑๐๗ ให้รัฐขยายระบบการเงินการคลังรวมหมู่ให้ครอบคลุมประชาชนที่มีภูมิลำเนาถาวรในประเทศ รวมถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าว เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างถ้วนหน้า รวมทั้งจำกัดการใช้มาตรการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการสาธารณสุขเฉพาะ เพื่อป้องกันการใช้บริการมากเกินไปจนไม่ใช้เพื่อการหาเงินเพิ่มเติมแก่ระบบ หากมีการใช้มาตรการร่วมจ่ายต้องมีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองคนจนและผู้มีความจำเป็นด้านสุขภาพให้ได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อ ๑๐๘ ให้รัฐเพิ่มการลงทุนในการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูง ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยให้มีอัตราการเพิ่มไม่ต่ำกว่าอัตราเพิ่มด้านการรักษาพยาบาล สนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เช่น ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ การบริการพักฟื้นระยะยาว การฟื้นฟูสมรรถภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ รวมถึงพิจารณาใช้มาตรการภาษีสำหรับลดการบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพ

ข้อ ๑๐๙ ให้รัฐพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ โดยใช้การเงินการคลังรวมหมู่แบบปลายปิดที่กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายที่ชัดเจนไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เช่น การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวหรือตามรายโรค และมีการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการ

ข้อ ๑๑๐ ให้รัฐส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้มีระบบการติดตาม ประเมินผลและการตรวจสอบเพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล

ข้อ ๑๑๑ ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติทำหน้าที่วางแผนการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาว ติดตามประเมินผล รวมถึงสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ

.....