



ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย  
กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2560. ชื่อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2560* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2560. *สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน*

*สุขภาพคนไทย 2560* (หน้า 78-79). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

# สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

วาระการพัฒนาภายหลัง ปี 2558 (Post-2015 Development Agenda) ซึ่งเป็นปีที่กรอบการดำเนินการและติดตามการพัฒนาในระดับโลกตาม “เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ” หรือ Millennium Development Goals (MDGs) ลึ้นสุดลงนั้น มีกระบวนการใหม่ที่เป็นหัวใจหลัก คือ “การพัฒนาที่ยั่งยืน” ซึ่งถูกใช้เป็นการรอบคอบคิดสำคัญภายใต้การนำขององค์การสหประชาชาติ ในการประชุมหารือของผู้นำรัฐทั่วโลก ร่วมกับตัวแทนองค์กร และคณะทำงานภาคส่วนต่างๆ จนเป็นที่มาของการกำหนด “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ที่ประกอบไปด้วย 17 เป้าหมายการพัฒนา พร้อมเป้าหมายย่อยและตัวชี้วัดเพื่อใช้ติดตามความก้าวหน้าและผลลัพธ์ที่ต้องการบรรลุภายในปี 2573 ถึง 230 ตัวชี้วัด

เป้าหมายการพัฒนาทั้ง 17 เรื่อง มีความเชื่อมโยงกันในมิติทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม รวมถึงกระบวนการจัดการ และครอบคลุมวาระการพัฒนาในหลากหลายประเด็น ซึ่งเคยเป็นช่องว่างสำคัญในยุคของ MDGs ภายใต้หลักการ 5Ps ได้แก่ ประชาชน (People) โลก (Planet) ความมั่งคั่ง (Prosperity) สันติภาพ (Peace) และความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและส่งเสริมความร่วมมือของทุกภาคส่วนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับภายในประเทศจนถึงระดับโลก เน้นผลลัพธ์การพัฒนาที่มุ่งเป้าในระยะยาวและยั่งยืน กระจายความเท่าเทียมและความเป็นธรรมสู่ประชาชนทุกกลุ่ม



- SDG 1: ขจัดความยากจน
- SDG 2: ขจัดความหิวโหย
- SDG 3: ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะ
- SDG 4: การศึกษาที่เท่าเทียม
- SDG 5: ความเท่าเทียมทางเพศ
- SDG 6: การจัดการน้ำและสุขาภิบาล
- SDG 7: พลังงานสะอาดที่ทุกคนเข้าถึงได้
- SDG 8: การจ้างงานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ
- SDG 9: อุตสาหกรรม นวัตกรรม โครงสร้างพื้นฐาน
- SDG 10: ลดความเหลื่อมล้ำ
- SDG 11: เมืองและถิ่นฐานมนุษย์ที่ยั่งยืน
- SDG 12: แผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน
- SDG 13: การรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
- SDG 14: การใช้ประโยชน์จากมหาสมุทรและทรัพยากรทางทะเล
- SDG 15: การใช้ประโยชน์จากระบบนิเวศทางบก
- SDG 16: สังคมสงบสุข ยุติธรรม ไม่แบ่งแยก
- SDG 17: ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

สำหรับประเทศไทย การมีข้อมูลพื้นฐานที่สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันและสามารถใช้ในการติดตามความก้าวหน้าในการบรรลุความสำเร็จตามกรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนย่อมมีความสำคัญ สุขภาพคนไทย 2560 จึงขอนำเสนอ 11 หมวดตัวชี้วัด “สุขภาพคนไทยกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” ที่มุ่งเน้นนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัด SDG ในประเด็นทางสุขภาพมิติต่างๆ ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ SDG3 “ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะของทุกคนในทุกช่วงวัย” และอีกจำนวนหนึ่งที่กระจายไปเกี่ยวข้องกับ SDG เป้าหมายอื่นด้วยเช่นกัน

ในเรื่องสุขภาพแม่และเด็ก สถานการณ์การตายของมารดา ทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดีกว่าเป้าหมาย SDG ที่ตั้งไว้ แต่ความท้าทายคือ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพแม่และเด็กที่ยังมีอยู่ระหว่างกลุ่มประชากร การจัดเก็บและความน่าเชื่อถือของข้อมูลการตายจากแต่ละแหล่งข้อมูลที่ยังมีความแตกต่าง ในส่วนของสถานการณ์โรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นจากจำนวนผู้ติดเชื้อที่คาดการณ์ว่าจะลดลงต่อเนื่อง เช่นเดียวกับมาลาเรียที่มีอุบัติการณ์ของโรคในช่วงที่ผ่านมาลดลง ขณะที่วัณโรคยังพบปัญหาในเรื่องการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อหรือ NCDs เป็นปัญหาใหญ่ทางสุขภาพที่สำคัญที่ยังไม่มีแนวโน้มดีขึ้น ความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นผลมาจากการตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อก็คือเป็นมูลค่าที่สูงสำหรับประเทศ เช่นเดียวกับ ปัญหาการใช้สารในทางที่ผิด รวมทั้ง ยาเสพติด และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย ข้อมูลชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยยังมีโจทย์ในการทำงานอีกหลายเรื่อง โดยเฉพาะงานเชิงป้องกันและการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการรักษาและการบำบัด การบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนของคนไทยนับว่าสูงติดอันดับโลก แนวทางในการแก้ไขต้องเริ่มตั้งแต่การปรับปรุงจิตสำนึกและพฤติกรรมเรื่องความปลอดภัยของผู้ใช้รถใช้ถนน ไปจนถึงการลงทุนพัฒนาระบบการขนส่งทางรางที่ทุกคนเข้าถึงได้ เพื่อเป็นทางเลือกการเดินทางที่มีความปลอดภัยมากกว่าให้แก่ประชาชน

สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นอีกวาระการพัฒนาทางสุขภาพที่สำคัญหนึ่งภายใต้ SDG3 สำหรับประเทศไทย จุดมุ่งเน้นอาจต้องไปอยู่ที่กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ในการจัดการกับความท้าทายเรื่องการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของแม่วัยรุ่น ปัญหาแท้ง รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลกระทบทางสุขภาพจากปัญหาการปนเปื้อนและมลพิษมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ส่วนหนึ่งเป็นผลพวงด้านลบที่มาพร้อมการพัฒนาของประเทศและอีกส่วนมีสาเหตุจากการขาดมาตรการการจัดการและการควบคุมที่เหมาะสม การส่งเสริมการเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดและบริการสุขภาพที่ปลอดภัยสำหรับประชาชนทุกคน เป็นเรื่องที่สำคัญ

ประเทศไทยนับว่าประสบความสำเร็จในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านของความครอบคลุมแล้ว คนไทยทุกคนมีสิทธิและหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพและยาพื้นฐานที่จำเป็นโดยได้รับการคุ้มครองทางการเงินจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างถ้วนหน้า แต่การบรรลุความยั่งยืน เพียงพอ เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพของระบบการจัดการ โดยเฉพาะในเรื่องการคลังสุขภาพยังเป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องไปให้ถึง เช่นเดียวกับในเรื่องการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่แม้จะพบว่ามีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงที่ผ่านมา แต่ก็ยังคงมีความเหลื่อมล้ำและแตกต่างกันอยู่พอสมควรในแต่ละภูมิภาคและพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ซึ่งจำเป็นต้องมีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศที่เหมาะสม ทั้งในด้านของจำนวนและการกระจายตัว

ในหมวดตัวชี้วัดสุดท้าย เป็นการนำเสนอภาพรวม SDG ทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าแม้ประเทศไทยจะมีสถานการณ์ในบางด้านที่ดีกว่าหรือบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับโลกแล้ว แต่ในอีกหลายเรื่อง บางตัวชี้วัด รวมถึงตัวที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ SDG3 เช่น ผลกระทบทางสุขภาพจากภัยพิบัติ แหล่งน้ำดื่มที่ไม่สะอาด และความรุนแรงระหว่างบุคคล ก็ยังมีปัญหาและอยู่ไกลจากเป้าหมายที่ต้องบรรลุ ซึ่งเป็นหน้าที่ของทุกภาคส่วน และคนไทยทุกคนที่ต้องตระหนักและพัฒนาไปด้วยกัน



## เป้าหมายที่ 3 (SDG 3): ชีวิตที่มีสุขภาพดีและสุขภาวะของทุกคนในทุกช่วงวัย

เป้าหมายย่อยที่ต้องการบรรลุในปี 2573	ตัวชี้วัด*
3.1 ลดอัตราส่วนการตายมารดาทั่วโลกให้เหลือต่ำกว่า 70 คนต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	3.1.1 อัตราส่วนการตายมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน) 3.1.2 สัดส่วนของการเกิดที่ทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญ
3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายของทารกแรกเกิดอย่างน้อยไม่ให้สูงกว่า 12 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีอย่างน้อยไม่ให้สูงกว่า 25 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน	3.2.1 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) 3.2.2 อัตราตายทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)
3.3 ยุติการระบาดของโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรียและโรคติดต่อในเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน และจัดการกับโรคไวรัสตับอักเสบ โรคจากการติดเชื้อทางน้ำและโรคติดต่ออื่นๆ	3.3.1 จำนวนการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตามเพศ อายุ และกลุ่มประชากรหลัก) 3.3.2 อุบัติการณ์ของวัณโรคต่อประชากร 1,000 คน 3.3.3 อุบัติการณ์ของมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน 3.3.4 อุบัติการณ์ของไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร 100,000 คน 3.3.5 จำนวนประชากรที่ต้องการการดูแลเกี่ยวกับโรคติดต่อในเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน
3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อลงหนึ่งในสาม ด้วยการป้องกัน การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะที่ดี	3.4.1 อัตราตายที่มีสาเหตุสืบเนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.4.2 อัตราตายจากการฆ่าตัวตาย
3.5 สร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและการรักษาผู้ใช้สารในทางที่ผิด รวมถึงยาเสพติดและการใช้แอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย	3.5.1 ความครอบคลุมของการบำบัดรักษา (การใช้ยาจิตวิทยา สังคม และการฟื้นฟูหลังการรักษา) แก่ผู้ติดสารเสพติด 3.5.2 การใช้แอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตรายของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
3.6 (ภายในปี 2563) ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่ง	3.6.1 อัตราตายจากการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน
3.7 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว การได้รับข้อมูลและการศึกษาและการบูรณาการอนามัยเจริญพันธุ์เข้าสู่ยุทธศาสตร์และโครงการระดับชาติ	3.7.1 สัดส่วนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-49 ปี) ที่ต้องการวางแผนครอบครัวที่มีความพึงพอใจในวิธีการวางแผนครอบครัวสมัยใหม่ 3.7.2 อัตราการคลอดในวัยรุ่น (อายุ 10-14, 15-19 ปี) ต่อผู้หญิง 1,000 คน ในแต่ละกลุ่มอายุ
3.8 บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงยาและวัคซีนที่จำเป็นสำหรับทุกคนในราคาที่เข้าถึงได้	3.8.1 ความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็น 3.8.2 จำนวนประชากรที่มีหลักประกันทางสุขภาพต่อประชากร 1,000 คน

เป้าหมายย่อยที่ต้องการบรรลุในปี 2573	ตัวชี้วัด*
3.9 ลดจำนวนการเสียชีวิตและเจ็บป่วยจากสารเคมีที่เป็นพิษและมลภาวะและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน	3.9.1 อัตราตายที่มีสาเหตุจากมลพิษทางอากาศ 3.9.2 อัตราตายที่มีสาเหตุจากน้ำและสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัยและการขาดสุขอนามัย 3.9.3 อัตราตายที่มีสาเหตุจากการเป็นพิษที่ไม่ตั้งใจ
3.a สร้างความเข้มแข็งในการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก ในทุกประเทศอย่างเหมาะสม	3.a.1 ความชุก (ปรับมาตรฐานอายุ) การสูบบุหรี่ของผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป
3.b สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการผลิตวัคซีน ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้ง เทคโนโลยีสุขภาพสำหรับโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศกำลังพัฒนา ให้สามารถเข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็นในราคาที่สามารถจ่ายได้ ตามปฏิญญาโดฮาใน ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าทางด้านสาธารณสุข	3.b.1 สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็นบนพื้นฐานของความยั่งยืน 3.b.2 มูลค่าสุทธิความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการเพื่อการพัฒนาในด้านการวิจัยทางสุขภาพและภาคสุขภาพพื้นฐาน
3.c เพิ่มสถานะการคลังทางสุขภาพ การผลิต พัฒนา อบรม และธำรงบุคลากรทางสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะ ประเทศยากจนและรัฐที่เป็นหมู่เกาะเล็ก	3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรทางสุขภาพ
3.d สร้างความเข้มแข็งด้านสมรรถนะในทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา เพื่อการเตือนภัยล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและทั่วโลก	3.d.1 สมรรถนะตามกฎหมายระหว่างประเทศ และการเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพ

ที่มา: The United Nations' Website: SDG Indicators Official list of SDG indicators

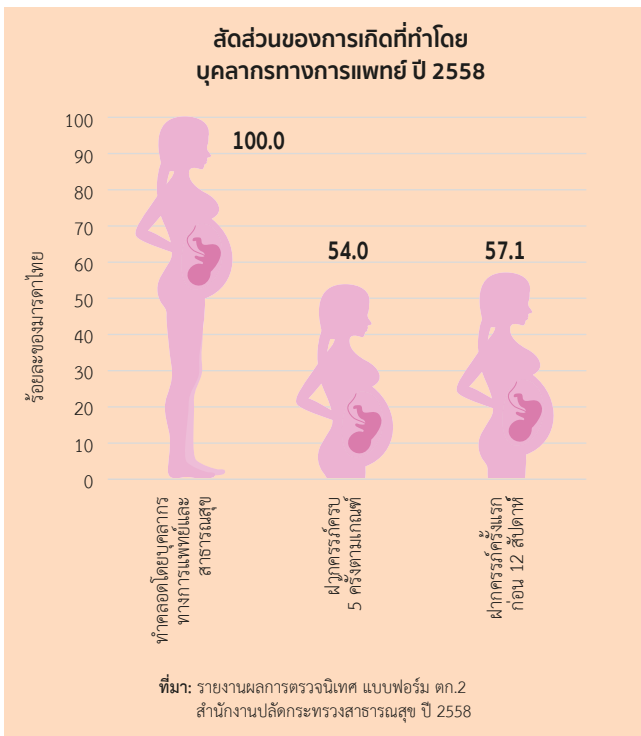
นอกจากภายใต้ SDG3 แล้ว ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพภายใต้ SDG เป้าหมายอื่นมีในหลายเรื่อง เช่น ความชุกของเด็กที่มีภาวะแคระแกร็นหรือทุพโภชนาการ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์หรือเกินเกณฑ์ (SDG2) ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรี (SDG5) การเข้าถึงแหล่งน้ำดื่มที่สะอาดและบริการสุขาภิบาลที่จำเป็น (SDG6) การสูญเสียปีสุขภาวะอันเนื่องมาจากความเสี่ยงจากการทำงาน (SDG8) อัตราตายที่เป็นผลจากภัยพิบัติ (SDG11 และ 13) อัตราตายจากปัญหาความรุนแรงรูปแบบต่างๆ (SDG16) เป็นต้น

สุขภาพคนไทยปี 2560 พยายามนำเสนอทุกตัวชี้วัดที่เป็นตัวชี้วัดหลักภายใต้ SDG3 (โดยตัวชี้วัดเหล่านี้ นำเสนอในแต่ละหมวดที่เกี่ยวข้องโดยแสดงในพื้นที่ที่มีสีพื้นหลัง) แต่ด้วยข้อจำกัดในเรื่องข้อมูล แหล่งที่มาและคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องทำให้บางตัวชี้วัด SDG อาจมีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะนำเสนอ และข้อมูลที่น่าเสนอบางตัวอาจไม่ตรงกับคำจำกัดความของตัวชี้วัดตาม SDG ทั้งหมด

# 1 สุขภาพมารดา

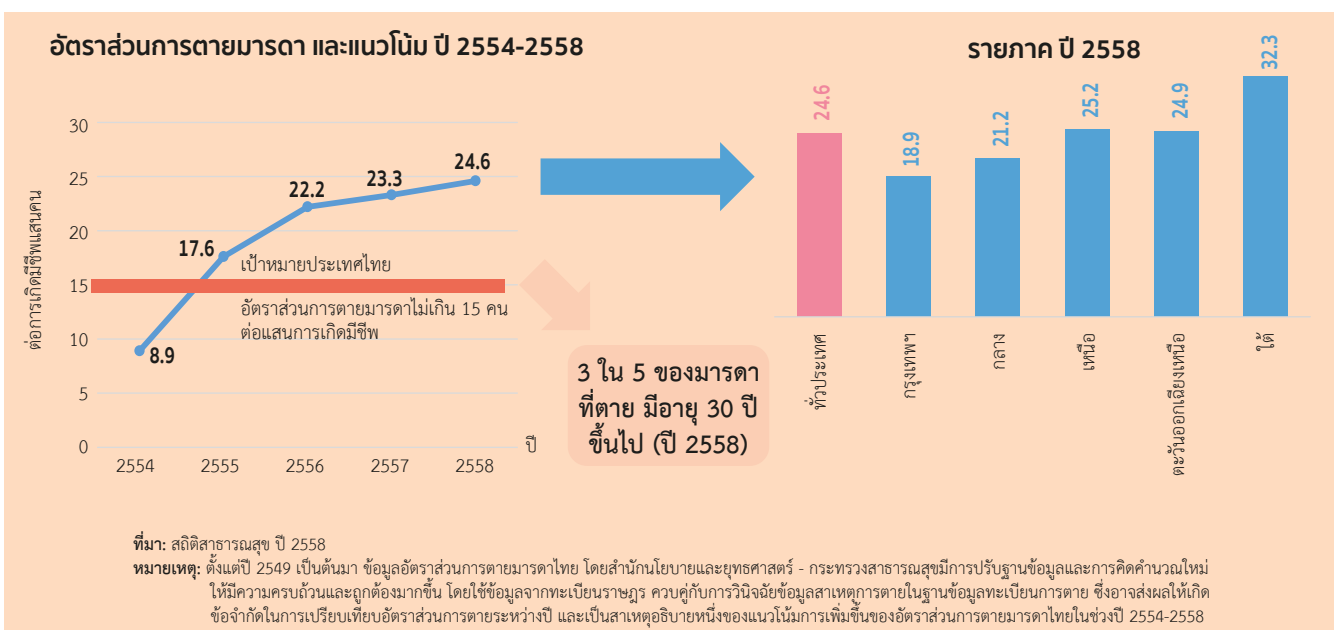
เป้าหมายของประเทศไทย คือ ลดอัตราการตายมารดาจาก 24.6 ให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

66 มีอัตราการตายมารดาของประเทศไทย จะต่ำกว่าเป้าหมาย SDG ในระดับสากล (70 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน) แต่นับว่ายังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศอยู่พอควร อีกทั้งมีอัตราที่แตกต่างซึ่งสะท้อนความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของมารดาไทยระหว่างภูมิภาคอยู่ค่อนข้างมาก



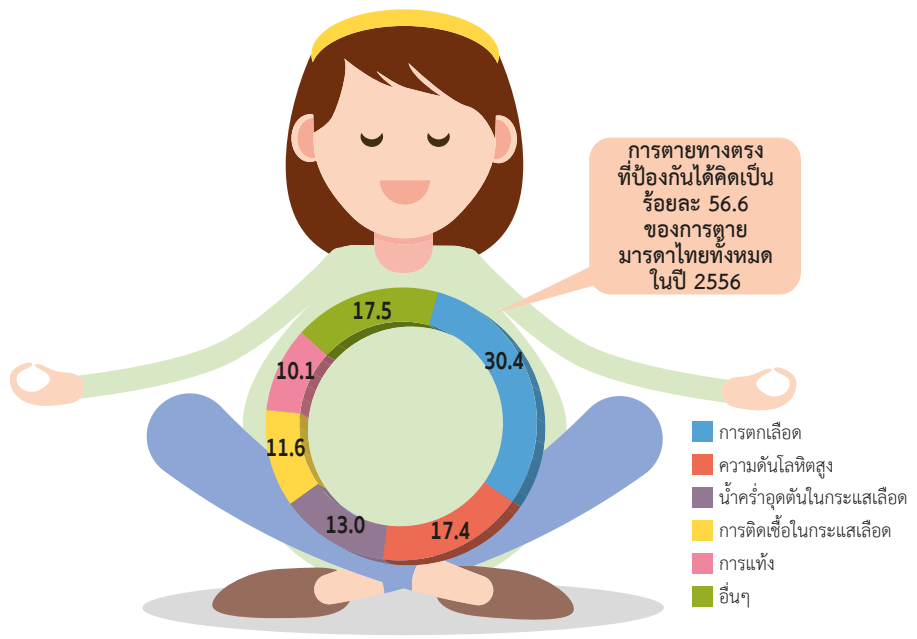
ปัจจุบันการเกิดคลอดในไทยเกือบทั้งหมดทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนับเป็นเรื่องที่ดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการคลอด รวมถึงการติดตามให้บริการสุขภาพหลังคลอดทั้งแม่และเด็ก แต่ประเด็นท้าทายยังเป็นในเรื่องการฝากครรภ์ โดยในปี 2558 มีมารดาที่เข้าฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ที่กำหนดเพียงร้อยละ 57.1 และ 54 ตามลำดับ

ในปี 2559 ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายอัตราการตายมารดาของประเทศไทยไว้ที่ไม่เกิน 15 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน ขณะที่ตัวเลขจากแหล่งข้อมูลและผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่ยังคงสูงกว่า โดยสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบาย



และยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราส่วนการตายมารดาไทยไว้ที่ 24.6 คน ในปี 2558 ซึ่งหากจำแนกเป็นรายภาค จะพบว่ากรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนต่ำที่สุดที่ 18.9 คน ขณะที่ภาคใต้มีอัตราส่วนสูงที่สุดถึง 32.3 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน นับเป็นโจทย์ที่สำคัญของประเทศที่ต้องลดอัตราส่วนการตายมารดาทั้งในภาพรวม และลดความเหลื่อมล้ำให้เหลือน้อยที่สุด

### สาเหตุการตายทางตรงที่ป้องกันได้ของมารดาไทย ปี 2556



ที่มา: สราวุธ บมสขและนางลักษณรุ่งทรัพย์สิน. 2558

### ข้อมูลการตายมารดาของไทยมีความแตกต่างกันตามแหล่งที่มาของข้อมูล และวิธีการคำนวณ การเปรียบเทียบและใช้ข้อมูลเพื่ออ้างอิงยังทำได้ลำบาก

อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน จากแหล่งข้อมูล/การศึกษาที่ต่างกัน				
ปี	สถิติสาธารณสุข	(1)	(2)	(3)
2549	11.7	44.1		24.0
2550	12.2		33.6	24.0
2551	11.3		42.5	24.0
2552	10.8		39.9	23.0
2553	10.2		39.1	23.0
2554	8.9		31.2	22.0
2555	17.6		30.7	22.0
2556	22.2	31.2	34.8	21.0
2557	23.3		31.8	21.0
2558	24.6	22.7		20.0

- (1) การสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ข้อมูลการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์จากใบมรณบัตรของกระทรวงมหาดไทยเชื่อมกับข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (2) Chandoevit et al. 2016 ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร ข้อมูลการรายงานจากกระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลผู้ป่วยในของสวัสดิการข้าราชการและสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- (3) WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division ประมาณการอัตราส่วนการตายมารดาโดยโมเดลสถิติ

ที่มา: (1) แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

(2) Chandoevit et al. 2016. "Improving the measurement of maternal mortality in Thailand using multiple data sources". Population Health Metrics (2016) 14:16

(3) Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015; Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division

เมื่อพิจารณาที่สาเหตุการตายของมารดาไทยมากกว่าครึ่งมาจากปัจจัยที่น่าจะป้องกันได้ โดยเฉพาะจากการตกเลือด ความดันโลหิตสูง น้ำคร่ำหลุดและการติดเชื้อในกระแสเลือดรวมถึงการแท้ง ปัจจัยเหล่านี้ส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่หญิงไทยแต่งงานและมีลูกช้าขึ้น (กว่าร้อยละ 60 ของมารดาที่ตายในปี 2558 เป็นกลุ่มที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป) รวมถึงปัญหาการฝากครรภ์ที่ล่าช้าและไม่ต่อเนื่องตามเกณฑ์ของแม่ตั้งครรภ์ที่ยังมีสัดส่วนที่สูง



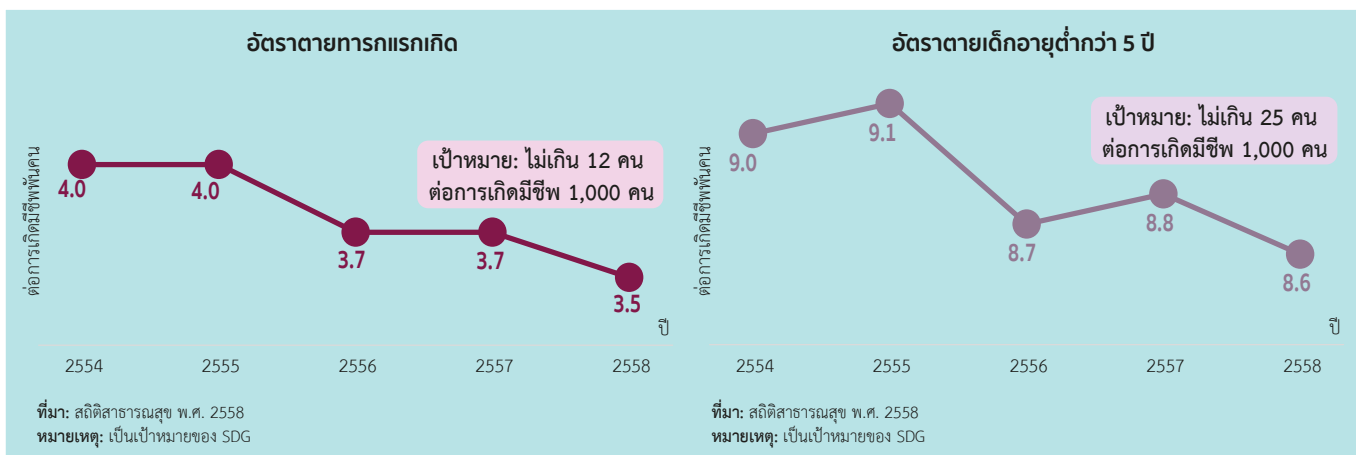


## 2 การเกิดและคุณภาพเด็ก

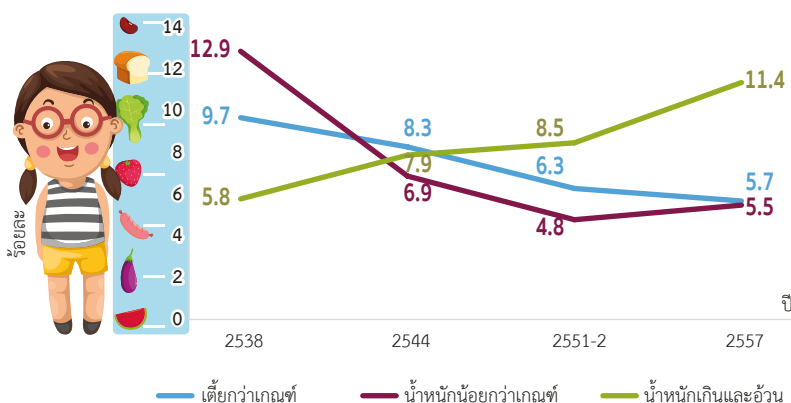
ประเทศไทยมีอัตราการตายของทารกช่วงเดือนแรกที่ 3.5 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และอัตราการตายอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ 8.6 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเป้าหมายของ SDG

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมาย SDG ในด้านการลดอัตราการตายทารกช่วงเดือนแรกและอัตราการตายอายุต่ำกว่า 5 ปีแล้ว แต่ยังคงพบปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและคุณภาพของเด็ก

ประชากรที่มีคุณภาพต้องเริ่มต้นจากการเกิดที่มีคุณภาพ เด็กที่เกิดมาทุกคนควรมีพลาสมาแม่ที่สมบูรณ์ และควรได้รับการส่งเสริมให้มีพัฒนาการสมวัย ปัจจุบันการตายของทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ใช่ปัญหาสำคัญของประเทศไทยอีกต่อไป แต่ยังคงต้องพัฒนาเรื่องคุณภาพของเด็ก ทั้งในด้านสุขภาพและพัฒนาการ ในด้านสุขภาพ เด็กไทยที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการลดลง ดังเห็นได้จากแนวโน้มเด็กไทยที่มีปัญหาเดียวกับเกณฑ์ และน้ำหนักน้อยมีสัดส่วนลดลง อย่างไรก็ตาม เด็กไทยเริ่มประสบปัญหาอ้วนมากขึ้น โดยพบว่าแนวโน้มเด็กไทยอายุ 1-5 ปีมีน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา

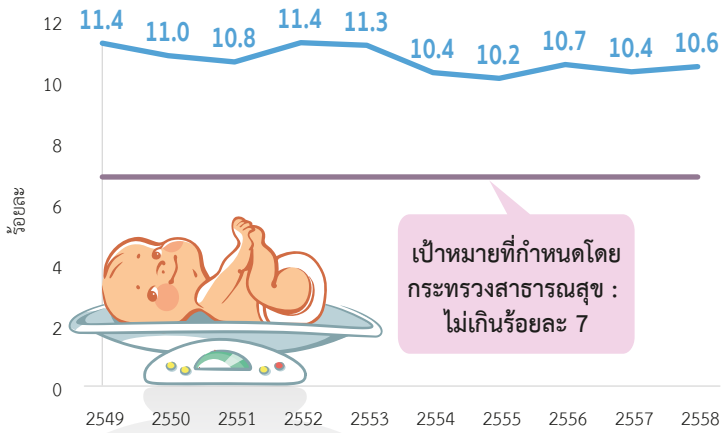


แนวโน้มสัดส่วนเด็กไทย อายุ 1-5 ปี ที่ต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักน้อย และน้ำหนักเกิน/อ้วน



ข้อมูลอัตราการตายของทารกแรกเกิดและอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของไทยมีความแตกต่างกันตามแหล่งที่มาของข้อมูล และวิธีการคำนวณ แหล่งข้อมูลอื่นนอกเหนือจากสถิติสาธารณสุข เช่น ค่าคาดประมาณโดย UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation หรือ The Global Burden of Disease 2015 Study เป็นต้น

### ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

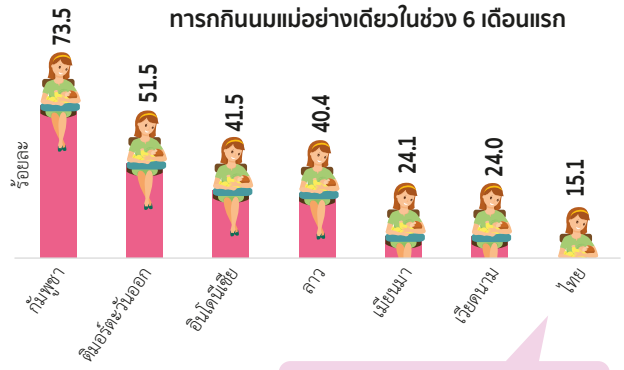


เป้าหมายที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข : ไม่เกินร้อยละ 7

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549-2558

หมายเหตุ: เป็นเป้าหมายที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

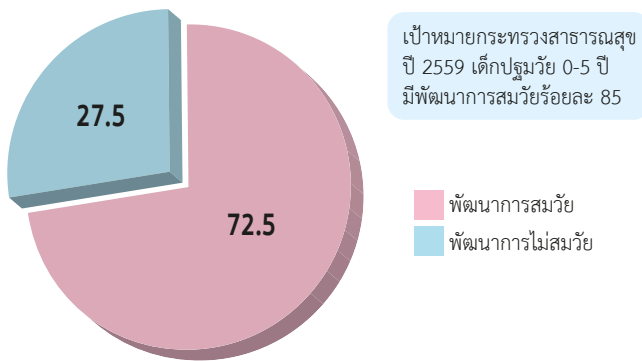
### การกินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก



ที่มา: Walters et al, 2016

การที่ทารกไม่ได้กินนมแม่ในช่วง 6 เดือนแรก ส่งผลให้สูญเสียด้านสติปัญญา (Cognitive losses) ปีละ 192.6 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นปีละ 7.65 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ

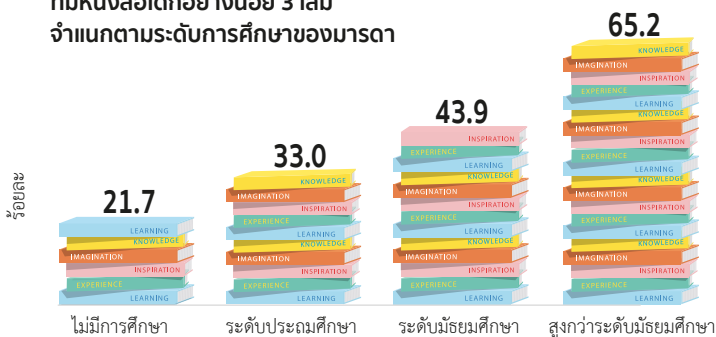
### ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย



เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2559 เด็กปฐมวัย 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 85

ที่มา: การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2557 กรมอนามัย

### เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีหนังสือเด็กอย่างน้อย 3 เล่ม จำแนกตามระดับการศึกษาของมารดา



ที่มา: การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี 2555

สำหรับเด็กทารกในช่วง 6 เดือนแรก นมแม่เป็นแหล่งอาหารที่ดีที่สุด นมแม่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และยังช่วยป้องกันโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น ท้องร่วงและปอดอักเสบได้ ด้วยเหตุนี้องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวใน 6 เดือนแรก อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงให้นมแม่ตามเกณฑ์ในอัตราที่ต่ำเพียงร้อยละ 15 ซึ่งส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านรายจ่ายสาธารณสุขและรายได้ประเทศจากการที่เด็กไม่ได้รับการพัฒนาด้านสติปัญญาอย่างเต็มที่

การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในช่วง 5 ปีแรก มีความสำคัญในการวางรากฐานของชีวิต ซึ่งยังคงพบว่าเด็ก 0-5 ปีของประเทศไทยในปี 2557 มีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 27.5 ดังนั้นจึงควรเร่งให้ความสำคัญในประเด็นการส่งเสริมพัฒนาการอนาคตของประเทศไทยจะเป็นเช่นไร ขึ้นอยู่กับคุณภาพของประชากรรุ่นใหม่ การเกิดและคุณภาพเด็กจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนายั่งยืน



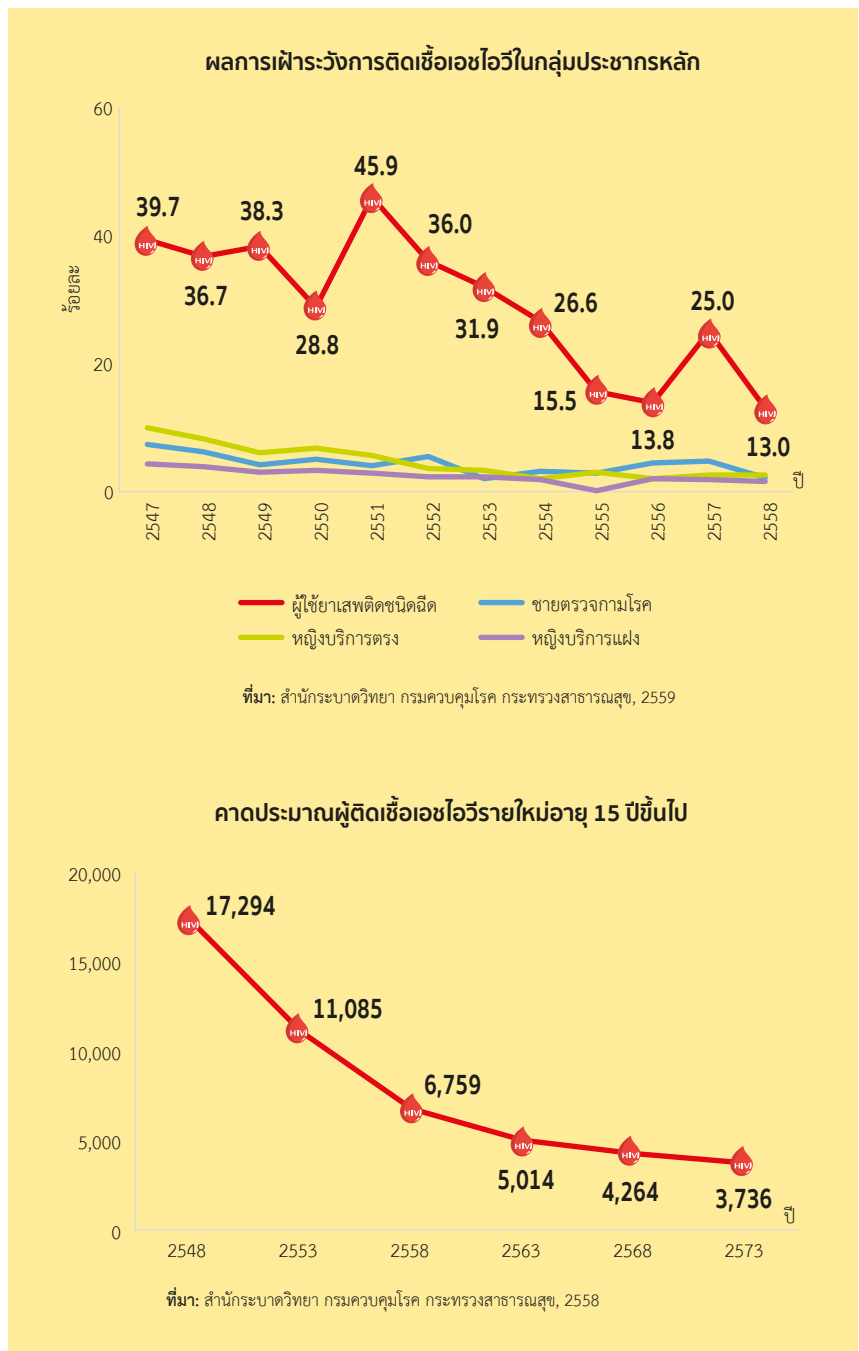
# 3 โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย

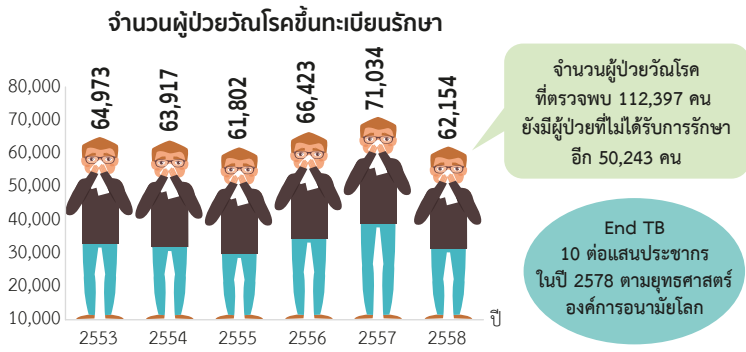
สถานการณ์โรคเอดส์และมาลาเรียมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังมีผู้ป่วยวัณโรคอีกเกือบครึ่งที่ยังเข้าไม่ถึงการรักษา

จากการคาดการณ์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จะลดลงเหลือ 3,736 ราย ในปี 2573 โดยมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในทุกกลุ่มอายุ นโยบาย Ending AIDS น่าจะประสบความสำเร็จได้ไม่ยาก แต่ในทางกลับกัน นโยบาย End TB ยังต้องทำงานหนักหากต้องการไปถึงเป้าหมาย

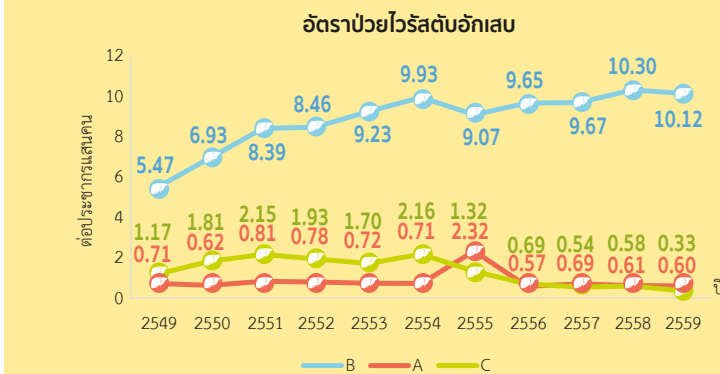
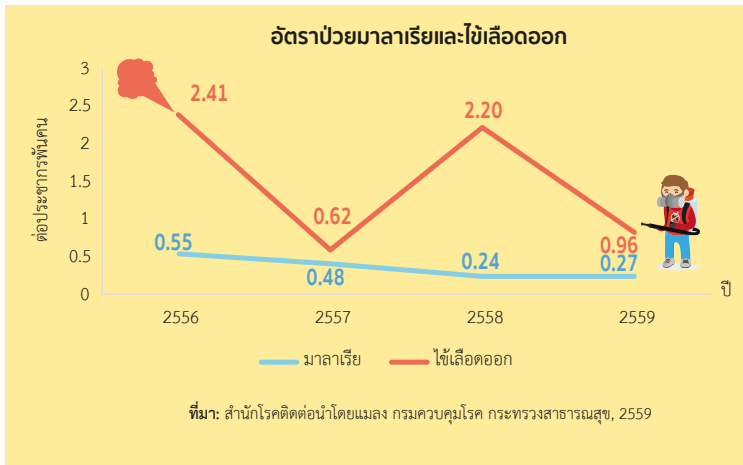
ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีอย่างเข้มข้นในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา แต่การเฝ้าระวังในกลุ่ม ประชากรหลักยังต้องติดตามต่อไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เข้าเส้น ที่พบว่ายังมีแนวโน้มการติดเชื้อ สูงกว่ากลุ่มอื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในไทย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประชากรช่วงอายุ 30 – 34 ปี ซึ่งอยู่ในวัยแรงงานและเป็น กำลังหลักสำคัญของประเทศ ส่วนแรงงาน ข้ามชาติที่สามารถทดแทนได้ พบว่า สามารถเข้าถึงบริการ VCT (Voluntary Counseling and Testing) ได้เพียง ร้อยละ 6 เท่านั้น ภาคส่วนต่างๆ ควรต้อง หันมาดูแลปัญหาด้านสุขภาพของแรงงาน ข้ามชาติให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มี การเคลื่อนย้ายสูง มีโอกาสสูงที่จะแพร่ กระจายเชื้อไปสู่ประชากรกลุ่มอื่นมีมาก

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า แรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นกำลังหลัก ด้านแรงงานในประเทศไทย เข้าถึงบริการ VCT น้อยมาก เพียงร้อยละ 6 เท่านั้น (จากการสำรวจข้อมูล โครงการฟ้ามิตร ปี 2558)





ที่มา: สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559



ที่มา: รายงานเฝ้าระวังโรคปี 2549 - 2559 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสถานการณ์วัณโรค การเข้าถึงการรักษายังคงเป็นประเด็นสำคัญ โดยในปี 2558 สัดส่วนผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนรักษามีเพียงร้อยละ 55.3 เท่านั้น แสดงว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษายังมีอีกเกือบครึ่งหนึ่ง ทั้งๆ ที่เป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ เป้าหมายลดอุบัติการณ์ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากร ในปี 2578 ตามยุทธศาสตร์ยุดิวินโรคที่องค์การอนามัยโลกกำหนด จึงนับเป็นความท้าทายสำคัญของประเทศไทย

ในส่วนการดำเนินงานป้องกันไข้มาลาเรียพบว่าแนวโน้มดีขึ้น โดยพบว่าอัตราป่วยลดลง 2 เท่า จาก 0.55 ต่อพันประชากร ในปี 2556 เป็น 0.27 ในปี 2559 ขณะที่ไข้เลือดออกมีแนวโน้มขึ้นลง โดยในปี 2559 พบว่าสูงกว่ามาลาเรียถึงเกือบ 3 เท่าตัว การดำเนินงานด้านการป้องกันไข้เลือดออกต้องมีความเข้มข้นมากขึ้น และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

10 จังหวัด ปี 2559 ไวรัสตับอักเสบ B สูงสุด

- นครปฐม 329 ราย
- เชียงใหม่ 277 ราย
- เชียงราย 267 ราย
- ปราจีนบุรี 196 ราย
- พิษณุโลก 190 ราย
- กำแพงเพชร 172 ราย
- ฉะเชิงเทรา 161 ราย
- สมุทรปราการ 125 ราย
- ชลบุรี 104 ราย
- เพชรบูรณ์ 102 ราย

น้อยที่สุด 1 ราย คือ สิงห์บุรีและสมุทรสงคราม



โรคติดต่ออีกชนิดหนึ่งที่ไม่อาจละเลยได้ คือ ไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งอันตรายกว่าไวรัสตับอักเสบบีชนิดอื่นด้วย ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอาจป่วยเรื้อรังจนกระทั่งกลายเป็นมะเร็งตับได้ และที่น่ากลัวกว่านั้นคือผู้ป่วยบางรายเมื่อติดเชื้อแล้วจะไม่แสดงอาการ ทำให้ไม่รู้ตัวว่าตัวเองติดเชื้อ อาจแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นได้ สำหรับประเทศไทยแม้ว่าจะมีวัคซีนในการป้องกัน แต่พบว่าราคายังคงสูงอยู่ ทำให้พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา ไวรัสตับอักเสบบีเป็นอีกโรคหนึ่งที่ระบุชัดเจนในตัวชี้วัด SDG นับเป็นอีกงานสำคัญทางสุขภาพที่ละเลยไม่ได้



# 4 โรคไม่ติดต่อ

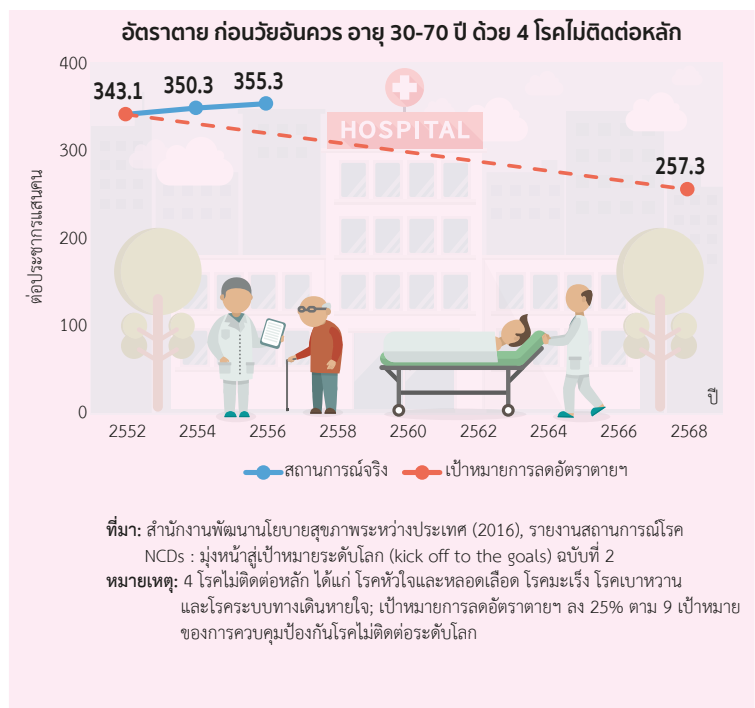
การตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยพิการของคนไทย คิดเป็นมูลค่าที่สูญเสียไปมากถึง 9.3 แสนล้านบาท ในปี 2556 โดยที่เกือบ 3 ใน 4 มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อ

การเจ็บป่วยและการตายจากโรคไม่ติดต่อของไทยยังมีทิศทางเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง สวนทางกับเป้าหมายระดับโลกที่ต้องการลดการตายก่อนวัยอันควรที่มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อร้อยละ 25 ภายในปี 2568 การจัดการระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ รวมถึง ปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะปัจจัยทางพฤติกรรมเป็นวาระเร่งด่วนของประเทศ

การสูญเสียปีสุขภาวะและมูลค่าทางเศรษฐกิจจากการตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยของคนไทย (ปี 2556)

“โรคไม่ติดต่อ” เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่หลายประเทศกำลังเผชิญ การศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ชี้ให้เห็นว่าคนไทยสูญเสียปีสุขภาวะในปี 2556 มากถึง 15.3 ล้านปี โดย 2 ใน 3 เป็นการสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งเมื่อคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจรวมที่เสียไปแล้ว นับว่าสูงมาก หรือเทียบได้ประมาณ ร้อยละ 40 ของมูลค่างบประมาณภาครัฐไทยทั้งหมดในปีนั้น สาเหตุหลักของปีสุขภาวะที่เสียไปนั้น เป็นผลจากโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะ 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็ง เบาหวาน ระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด

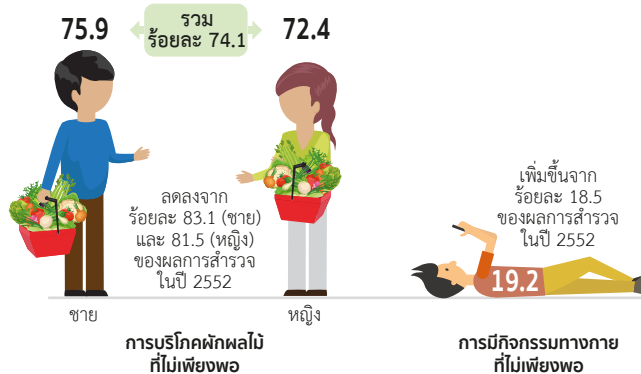
หากในปี 2552 เป็นฐานอ้างอิง ตามกรอบเป้าหมายในการติดตามแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อระดับโลก อัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ 4 โรคหลักของคนไทย ควรต้องลดลงจาก 343.1 รายต่อแสนประชากร เหลือ 257.3 รายในปี 2568 แต่ดูเหมือนสถานการณ์เท่าที่ผ่านมาจะยังไม่เป็นไปตามทิศทางนั้น อัตราตายยังคงเพิ่มขึ้น ขณะที่ความชุกของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อของคนไทยหลายด้านยังไม่มีแนวโน้มลดลง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย



การตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี 2557 พบสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ร้อยละ 24.7 และ 8.9 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 4 เช่นเดียวกับความชุกของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่พบว่าเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นร้อยละ 37.5 และ 10.9 ตามลำดับ ซึ่งส่วนหนึ่งอธิบายได้จากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและปัญหาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอที่เพิ่มขึ้น

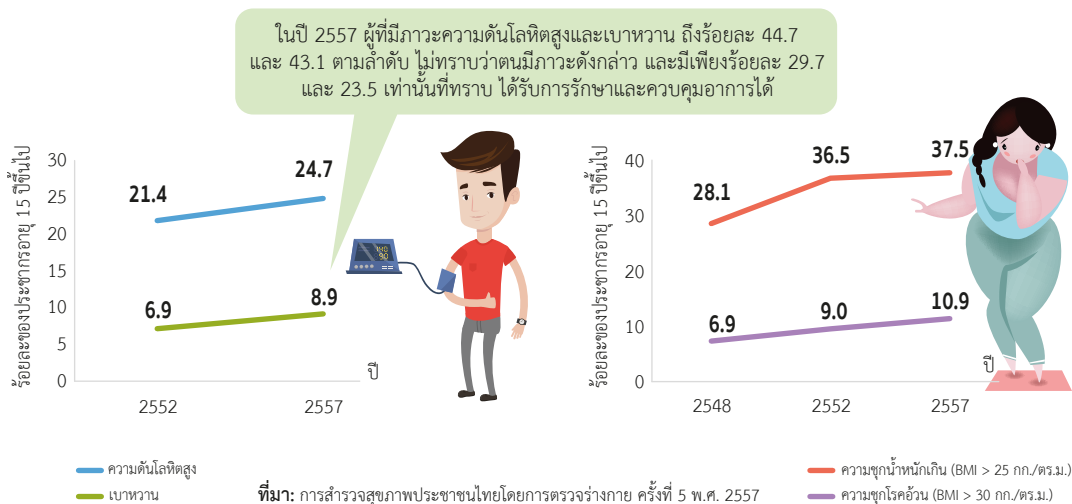
ในการมุ่งเป้าเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควรของคนไทย ปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นอีกประเด็นที่ไม่ควรมองข้าม เนื่องจากเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการอยู่ที่ 6.5 รายต่อแสนประชากร ในปี 2558 เพิ่มขึ้นจาก 5.9 ราย ในปี 2553 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญในการสนับสนุนงานป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพทางจิตของคนไทย

### การบริโภคผักและผลไม้ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ปี 2557

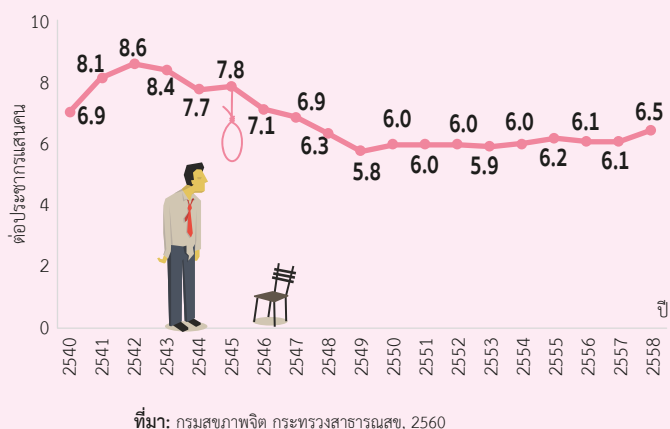


หมายเหตุ: ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป  
ที่มา: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557

### ความชุกปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อของคนไทย ปี 2557



### อัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย ปี 2540-2558



### 9 เป้าหมายของการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับโลก สำหรับประเทศไทย

การตายและการเจ็บป่วย	ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ 25%					
การจัดการระบบบริการสุขภาพ	ผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับยาเพื่อป้องกันโรคหัวใจ/ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง 50%	ยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาโรคไม่ติดต่อ รวมถึงมีเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานครอบคลุม 80%				
ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและชีววิทยา	ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ 10%	ลดการมีกิจกรรมไม่พอเพียง 10%	ลดการบริโภคเกลือโซเดียม 30%	ลดการบริโภคยาสูบ 30%	ลดภาวะความดันโลหิตสูง 25%	ลดภาวะเบาหวานและอ้วนไม่ให้เพิ่มขึ้น

หมายเหตุ: ปีสถานการณ์อ้างอิงของเป้าหมาย คือ ระหว่างปี 2552-2554  
ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2016), รายงานสถานการณ์โรค NCDs: มุ่งหน้าสู่เป้าหมายระดับโลก (kick off to the goals) ฉบับที่ 2

# 5

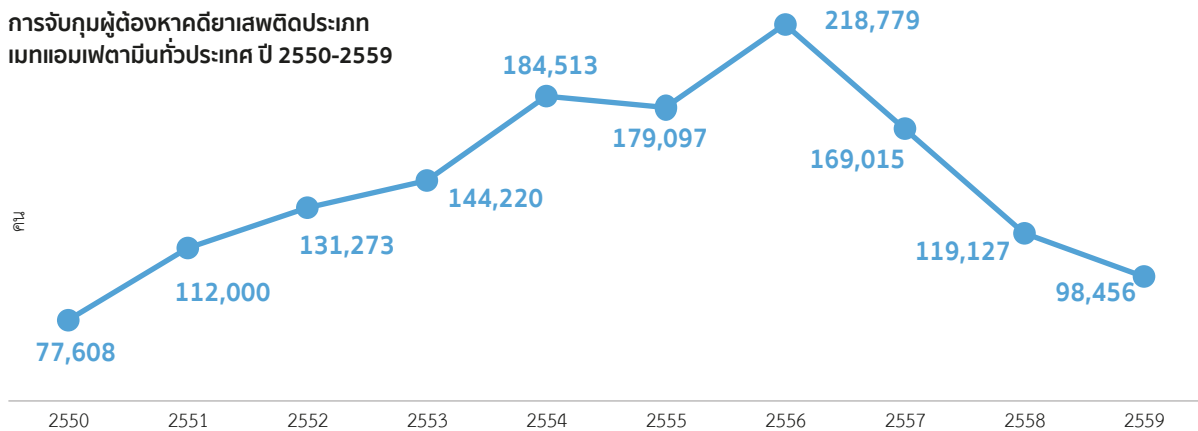
## การใช้สารเสพติด

ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี 2558 อยู่ที่ 6.9 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ 6.3 ลิตร<sup>1</sup>

การป้องกันและบำบัดการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด และการใช้แอลกอฮอล์ในระดับอันตราย เป็นเป้าหมายหนึ่งใน SDG ที่จะนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนในสังคม ประเทศไทยยังคงเผชิญความท้าทายทั้งด้านอุปสงค์และอุปทานในเรื่องยาเสพติด และประชากรยังคงบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณสูง

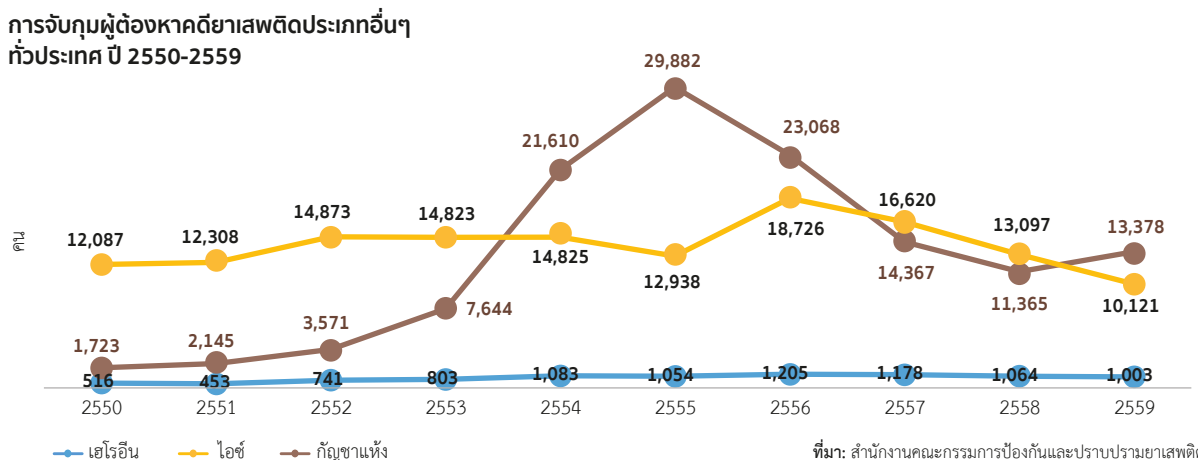
ปัญหาเสพติดเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในสังคมไทยเสมอมา ยาเสพติดที่แพร่หลายที่สุดในประเทศไทยในปัจจุบันคือเมทแอมเฟตามีน หรือที่รู้จักกันในชื่อ “ยาบ้า” โดยในปี 2556 มีการจับกุมสูงถึง 218,779 ราย ยาเสพติดประเภทอื่นที่ถูกจับกุมรองลงมา ได้แก่ พืชกระท่อม และน้ำกระท่อม ส่วนยาไอซ์เป็นสารเสพติดที่เพิ่งได้รับความนิยมมากขึ้นในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา โดยในปี 2554-2556 เป็นยาเสพติดที่โดนจับกุมมากเป็นอันดับสองรองจากยาบ้า ในปี 2554 ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในกรุงเทพฯ ร้อยละ 36 กล่าวว่าตนสามารถหายาไอซ์ได้ภายใน 10 นาที เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการแพร่ระบาดของยาเสพติดในสังคมไทย

การจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีนทั่วประเทศ ปี 2550-2559



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

การจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติดประเภทอื่นๆ ทั่วประเทศ ปี 2550-2559

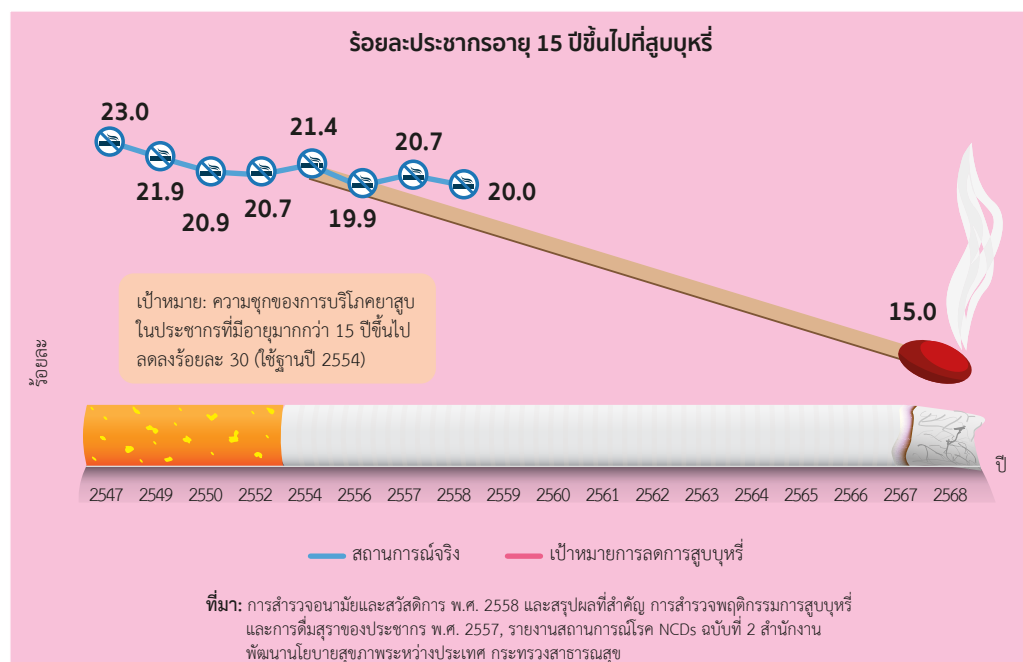
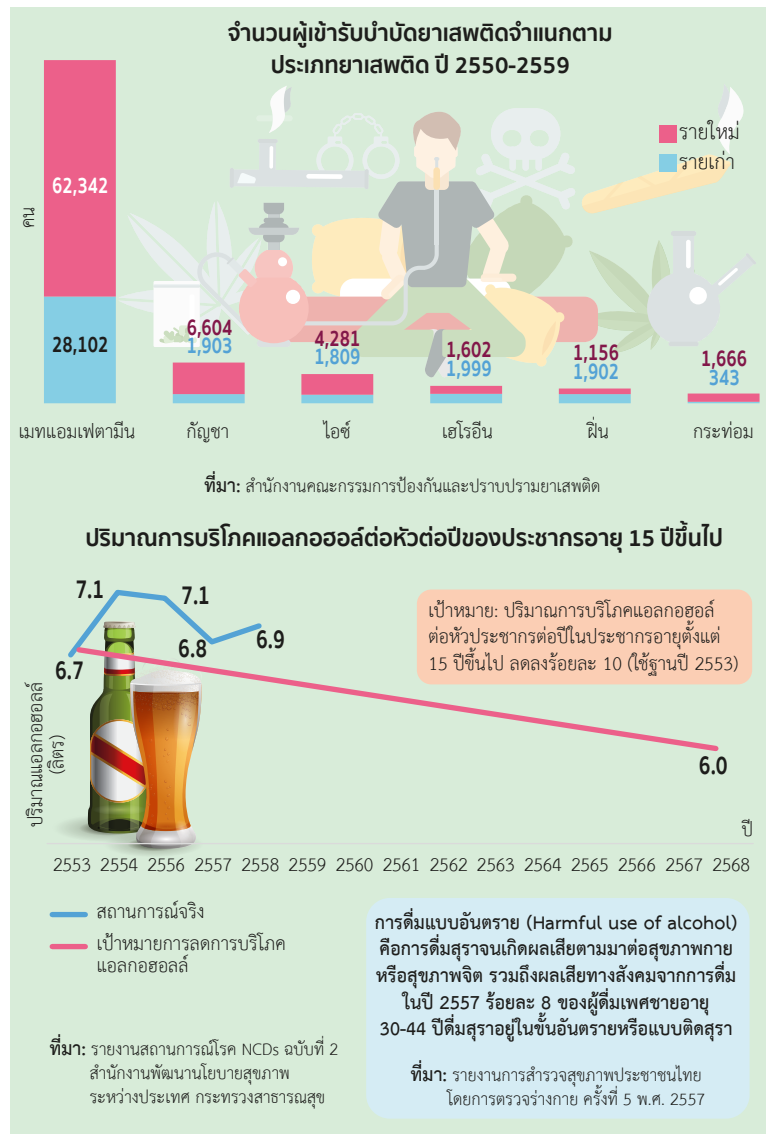


ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด

<sup>1</sup> World Health Statistics 2016

การบำบัดยาเสพติดในประเทศไทยใช้ระบบผ่านการบังคับเป็นส่วนใหญ่ ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ในปี 2559 พบว่า มากกว่าครึ่งของผู้เข้ารับบำบัดประเภทฝิ่นและเฮโรอีนเป็นผู้เข้ารับบำบัดรายเก่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความร้ายแรงของกระบวนการบำบัดยาเสพติด การบำบัดจำเป็นต้องเข้าใจการใช้ยาเสพติดจากมุมมองผู้ใช้ด้วย หากผู้ใช้ยาเสพติดยังไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ควรใช้มาตรการเพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ยา เช่น การแจกเข็มเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ในด้านการบริโภคแอลกอฮอล์ ประเทศไทยตั้งเป้าหมายที่จะลดปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวของประชากรให้เหลือ 6.03 ลิตรภายในปี 2568 ซึ่งจากแนวโน้มปี 2553 เป็นต้นมา ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ของประชากรไทยไม่ลดลง เช่นเดียวกับ บุหรี่ที่สัดส่วนประชากรที่สูบบุหรี่ค่อนข้างทรงตัว จึงเป็นประเด็นท้าทายที่สำคัญสำหรับประเทศไทยต่อไป (ตามเป้าหมาย 3.a สร้างความเข้มแข็งในการดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกในทุกประเทศอย่างเหมาะสม)



การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เป็นนโยบายหรือมาตรการที่มุ่งเน้นการลดอันตรายหรือความเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติด สำหรับผู้ที่ไม่สามารถหรือไม่อยากเลิกยาเสพติด ตัวอย่างของนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ได้แก่ การแจกเข็มและกระบอกฉีดยาบำบัดด้วยสารทดแทน เช่น เมทาโดน การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและยา และการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นต้น



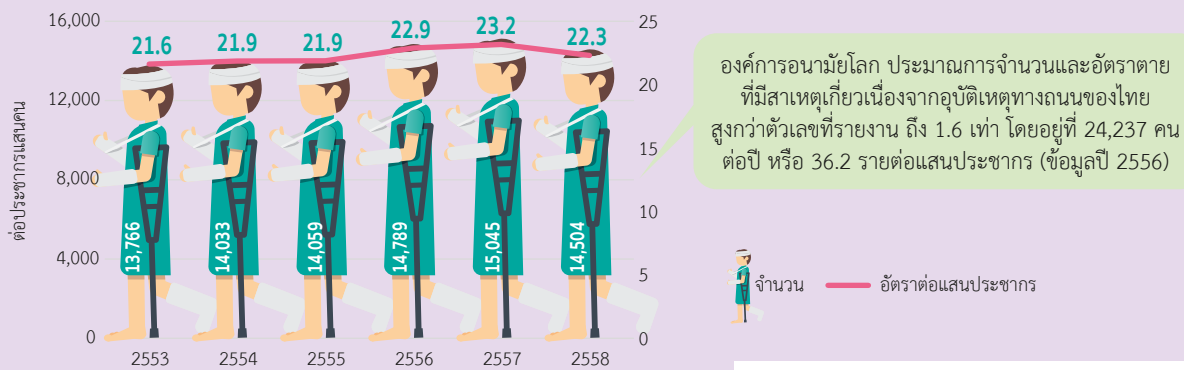
# 6

## อุบัติเหตุทางจราจร

คนไทยตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนนต่อปีถึง 14,000-15,000 คนหรือเฉลี่ยวันละ 40 คน

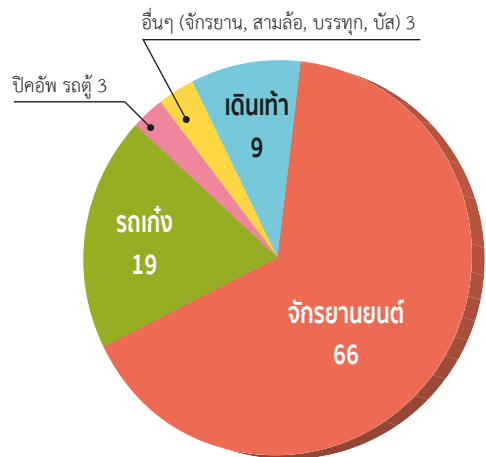
สาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียสุขภาพของวัยรุ่นไทยทั้งชายและหญิง (ช่วงอายุ 15-29 ปี) มาจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การตายก่อนวัยอันควรและการบาดเจ็บสูญเสียเหล่านี้ ป้องกันได้โดยเริ่มตั้งแต่การปรับปรุงพฤติกรรม การขับขี่ของคนไทย ไปจนถึง การพัฒนาระบบการขนส่งและเดินทางของประเทศ

จำนวนและอัตราการตายจากการจราจรทางถนนต่อแสนประชากร ปี 2553-2558



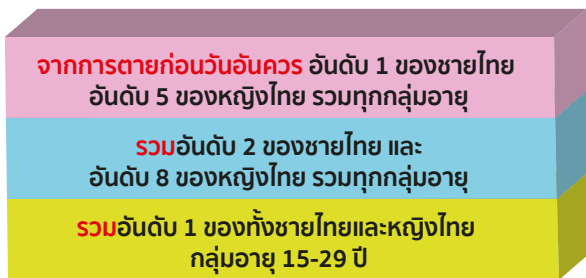
ที่มา: ข้อมูลปี 2553-2557 จากรายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; ข้อมูลปี 2558 จากรายงานของกลุ่มป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร สำนักโรคไม่ติดต่อ

ร้อยละผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำแนกตามประเภทผู้ใช้รถใช้ถนน ปี 2557



ที่มา: รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

### อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการสูญเสียสุขภาพ:



ที่มา: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2556

SDG กำหนดเป้าหมายในการลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนทั่วโลกให้ได้ครึ่งหนึ่งในปี 2563 ซึ่งถือเป็นงานหินหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากรายงานสถานะความปลอดภัยบนท้องถนนระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (Global Status Report on Road Safety 2015) ประมาณการอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนของไทยสูงที่สุดในอาเซียนและสูงเป็นอันดับสองของโลก

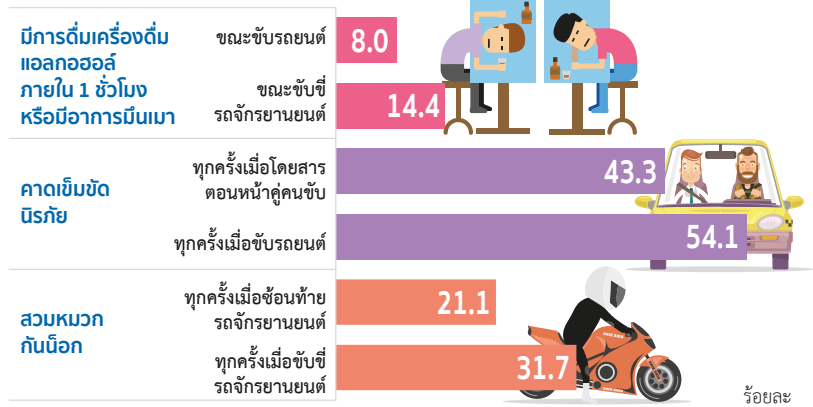
ข้อมูลแนวโน้มในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าสถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ตัวเลขรายงานการเสียชีวิตยังคงสูงต่อเนื่องที่ประมาณ 14,000-15,000 คนต่อปี โดยในปี 2558 พบว่ายานพาหนะที่ประสบอุบัติเหตุมากที่สุดและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมดคือรถจักรยานยนต์

สาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งคือพฤติกรรมขับขี่ การเคารพกฎกติกา มารยาทและการมีน้ำใจในการใช้ถนนกับผู้ร่วมทาง ซึ่งคนไทยยังไม่ตระหนักในความสำคัญ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับความปลอดภัย จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ในปี 2558 พบว่าคนไทยขับรถยนต์โดยคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 54.1 และขี่จักรยานยนต์โดยสวมหมวกกันน็อกทุกครั้งไม่ถึง 1 ใน 3 หรือร้อยละ 31.7 เท่านั้น พฤติกรรมเสี่ยงอีกเรื่องที่น่ากังวลคือการขับขี่วดยานพาหนะในขณะที่มีอาการเมึนเมาหรือหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งพบว่ายังมี “นักดื่ม” จำนวนหนึ่งที่ละเลยและปฏิบัติตนไม่เหมาะสม

นอกเหนือจากเรื่องการปรับปรุงพฤติกรรม การพัฒนาระบบการขนส่งทางเลือกที่มีความปลอดภัยมากกว่าการเดินทางบนท้องถนน โดยเฉพาะการขยายระบบการขนส่งทางรางให้มีความครอบคลุมและเชื่อมต่อการเดินทางได้สะดวกมากขึ้น เป็นอีกทางเลือกที่ประเทศควรต้องลงทุน หากทำได้ในเรื่องนี้ ในทุกช่วงเทศกาล โดยเฉพาะช่วงปีใหม่และสงกรานต์ที่คนไทยจำนวนมากเดินทางกลับภูมิลำเนา เราน่าจะได้เห็นตัวเลขจำนวนอุบัติเหตุและการเสียชีวิตที่ลดลง

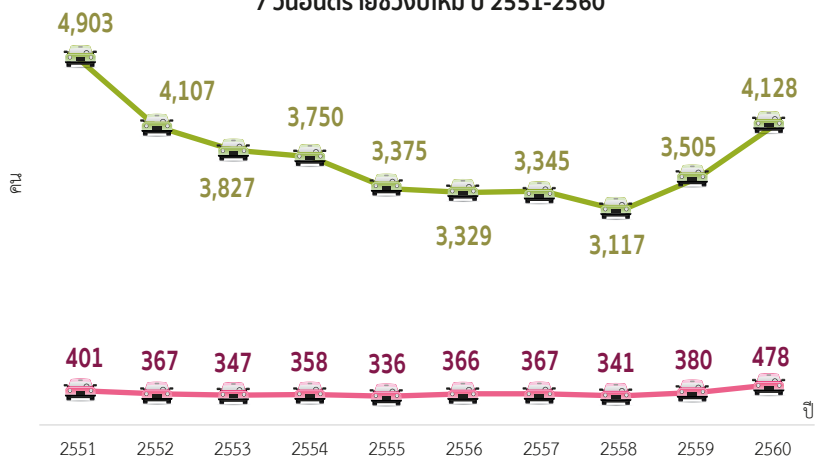


### ความเสี่ยงทางพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนน ปี 2558



ที่มา: รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (ระดับเขตสุขภาพ)

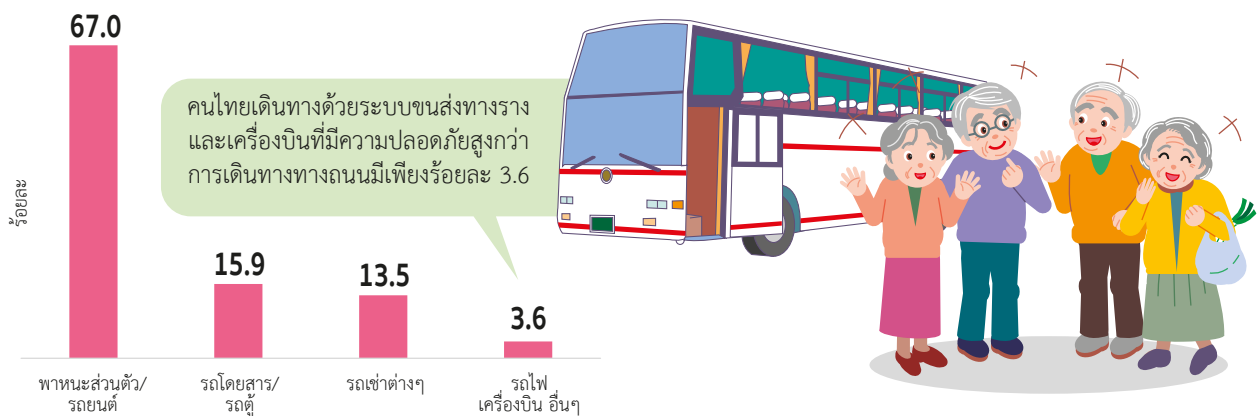
### จำนวนการบาดเจ็บและตายจากอุบัติเหตุทางถนน 7 วันอันตรายช่วงปีใหม่ ปี 2551-2560



ที่มา: ข้อมูลปี 2551-2558 จากสำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ ข้อมูลปี 2559-2560 จาก ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน

การบาดเจ็บ  
การตาย

### พาหนะเดินทางท่องเที่ยว/เยี่ยมญาติของคนไทย ปี 2558



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการเดินทางท่องเที่ยวของชาวไทย พ.ศ. 2558 (ในรอบปี 2558), สำนักงานสถิติแห่งชาติ

# 7

# อนามัยการเจริญพันธุ์

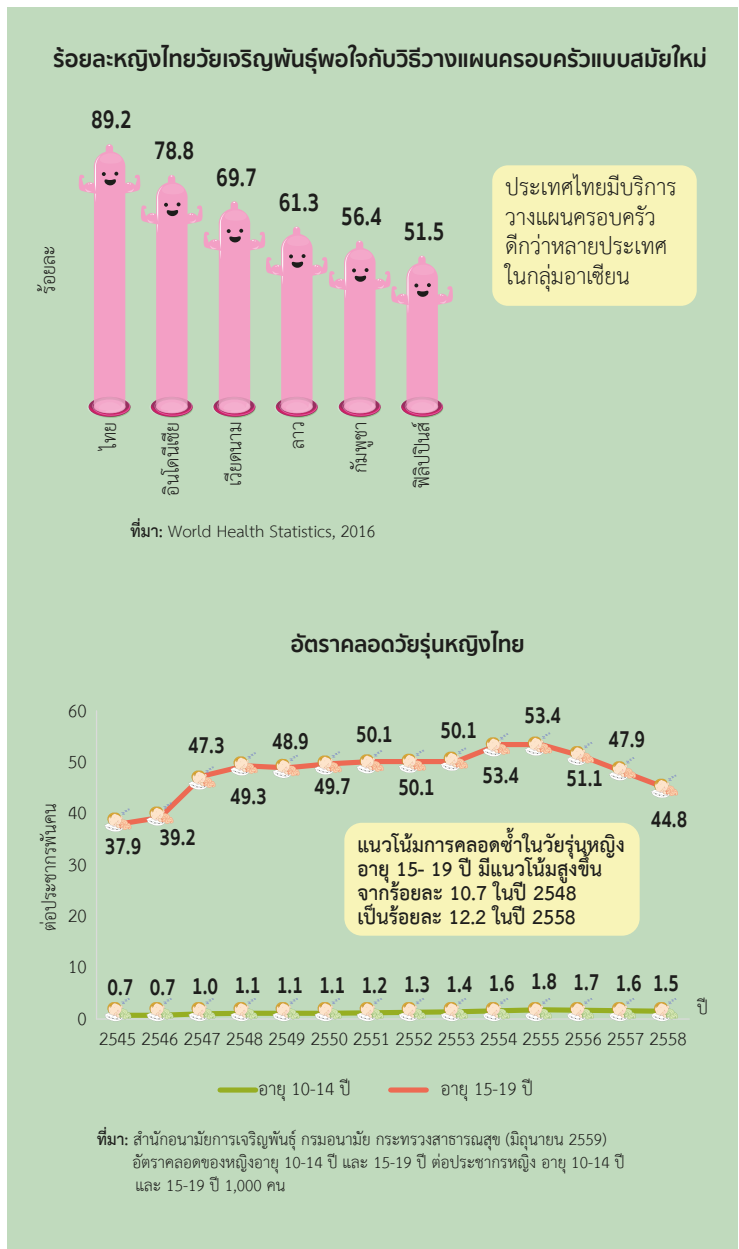
**การคลอดในกลุ่มคุณแม่วัยรุ่นเริ่มมีแนวโน้มลดลง แต่ปัญหาแท้งและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงเลเยไม่ได้**

**ก**ารตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่นที่อายุน้อยอาจนำไปสู่หลายปัญหาทางสุขภาพ ตั้งแต่ การทำแท้งเถื่อน การเกิดภาวะแทรกซ้อนตกลูกหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์... เกิดน้อย (อย่าให้) ด้อยคุณภาพ ยังคงเป็นงานท้าทายสำหรับประเทศไทย

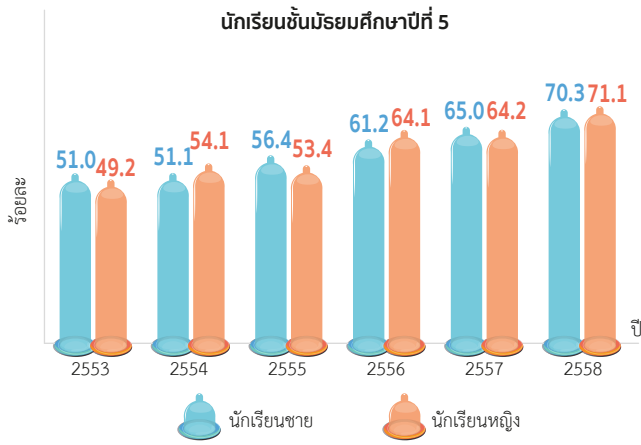
ปัจจุบัน หญิงวัยเจริญพันธุ์รวมถึงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี สามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิด เช่น ยาฝัง ห่วงอนามัย ฟรี ทุกสถานบริการที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในภาพรวมของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์เข้าถึงและมีความพึงพอใจต่อวิธีการวางแผนครอบครัวสมัยใหม่ในระดับที่ค่อนข้างสูง เทียบกับหลายประเทศในอาเซียน อย่างไรก็ตาม อนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น ยังคงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ

แม้ในปี 2557-2558 อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ของไทยจะลดลงจนต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ไม่เกิน 50 ราย ต่อ 1,000 คน แต่อัตราการคลอดซ้ำยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงต่อโรคติดต่อที่อาจเกิดจากเพศสัมพันธ์ แม้สถานการณ์การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มเด็กนักเรียนมัธยมตอนต้นและตอนปลาย จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2553-2558 แต่อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มวัยรุ่นไทยกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

เมื่อประสบเหตุตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือโดยที่ไม่ตั้งใจ การตัดสินใจแก้ไขปัญหาวัยรุ่นด้วยตัวเองวิธีหนึ่ง คือการทำแท้ง ซึ่งจำนวนมากทำโดยผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และตามกฎหมายไทยถือว่า

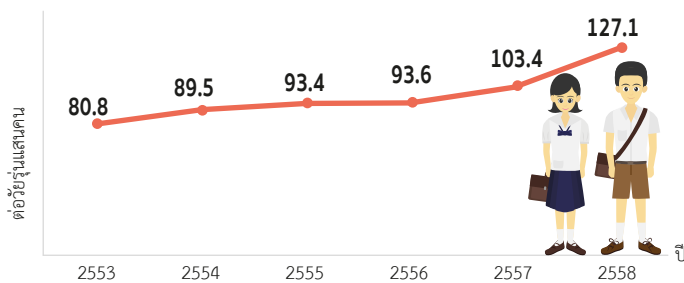


## การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนมัธยม



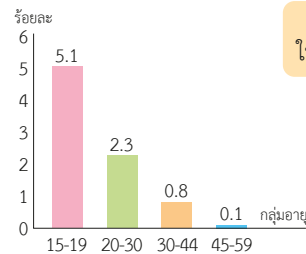
ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558

## อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น อายุ 15-24 ปี



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558

## วัยรุ่นหญิงมีการทำแท้งสูงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา



ร้อยละ 19.2 ของการทำแท้งในวัยรุ่นหญิง เกิดจาก "การทำแท้ง"

ครึ่งหนึ่งของ "การทำแท้ง" ในหญิงทุกกลุ่มอายุ มีสาเหตุจาก "ความพร้อม" และเกือบ 1 ใน 10 (ร้อยละ 9.1) ทำแท้งกับผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์

หมายเหตุ: เป็นร้อยละของผู้หญิงในแต่ละกลุ่มอายุที่บอกว่าเคยแท้งลูกในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (รวมทุกกลุ่มอายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.8)

ที่มา: รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557

มีความผิดทางอาญา ปัจจุบันการทำแท้งมีทางเลือกที่สามารถทำได้ด้วยตนเองแต่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ โดยใช้ยายุติการตั้งครรภ์ในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 9 สัปดาห์ ซึ่งสามารถทำได้อย่างปลอดภัย โดยปัจจุบันยาดังกล่าวขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และจัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว สำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม หากเลือกใช้วิธีนี้ควรศึกษาถึงผลข้างเคียงในการใช้ยาให้ถ่องแท้ และต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ อย่างไรก็ตาม การสร้างความตระหนักและให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือตั้งครรภ์ไม่พร้อมน่าจะเป็นเรื่องสำคัญกว่าที่ควรต้องส่งเสริม

ที่น่าสนใจคือ สภานิติบัญญัติแห่งชาติได้ผลักดันและเห็นชอบพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2559 ให้สิทธิแก่วัยรุ่น และให้อำนาจหน้าที่กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง ต้องติดตามว่ากฎหมายนี้จะช่วยแก้ปัญหาที่มากน้อยอย่างไร

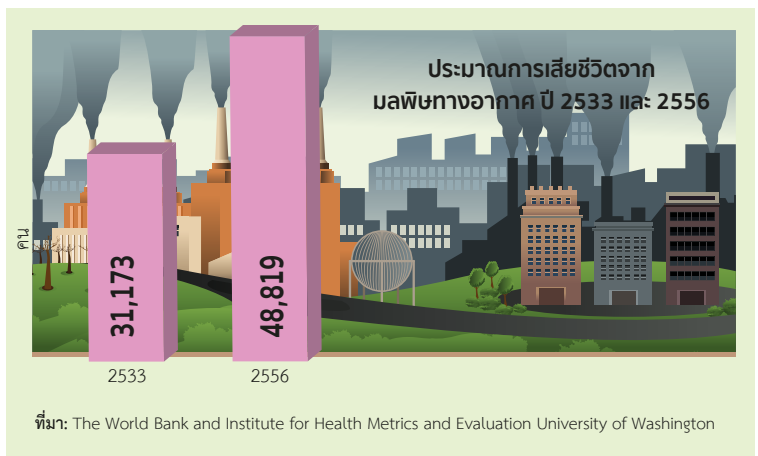


# 8 มลพิษ

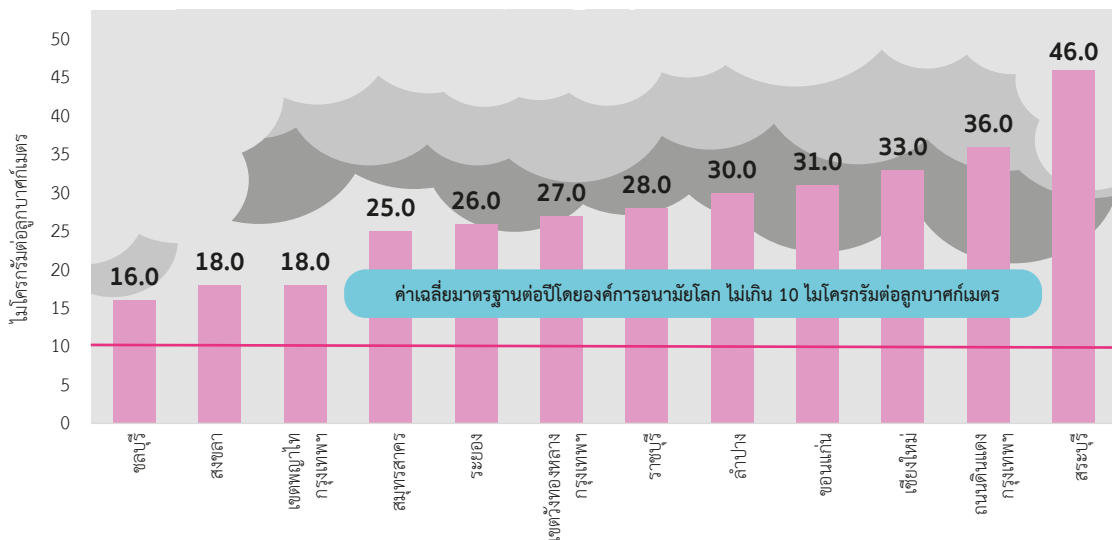
การขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมมักเกิดขึ้นควบคู่กับของเสียอันตรายที่เพิ่มขึ้น ในช่วงปี 2546-2558 ของเสียอันตรายจากอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นเท่าตัว

พลวงหนึ่งจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่รวดเร็วคือปัญหาด้านมลพิษและสารเคมีอันตราย หากไม่มีมาตรการจัดการหรือควบคุมที่ดีพอ ความเสียหายจะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของประชาชน เป้าหมาย SDG จึงมุ่งเน้นการลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตราย การปนเปื้อน และมลพิษทางอากาศ น้ำ และดินให้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายในปี 2573

ในประเทศกำลังพัฒนา มลพิษเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มลพิษทางอากาศเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตของคนไทย แนวโน้มการเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากประมาณ 30,000 คนในปี 2533 เป็นเกือบ 50,000 คน ในปี 2556 ตัวชี้วัดคุณภาพอากาศหนึ่งคือปริมาณฝุ่นละออง เช่น ฝุ่นพีเอ็ม 2.5 ซึ่งเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก สามารถแทรกซึมเข้าไปในทางเดินหายใจ เพิ่มโอกาสการเสียชีวิตจากทางเดินหายใจ ติดเชื้อ มะเร็งปอด และโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษพบว่าทุกเมืองใหญ่ในประเทศไทยที่มีการสำรวจมีฝุ่นพีเอ็ม 2.5 เกินค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ว่าไม่ควรเกิน 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรต่อปี<sup>1</sup>

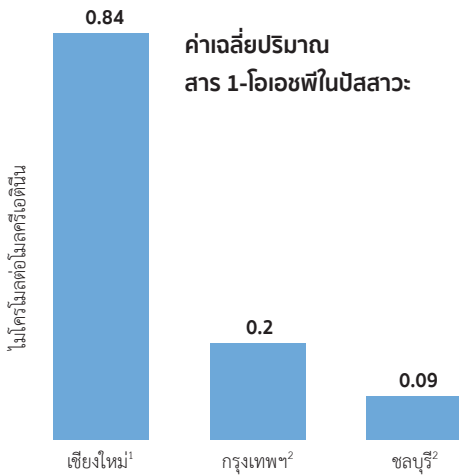


ค่าเฉลี่ยฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (ฝุ่น พีเอ็ม 2.5) ในปี 2558



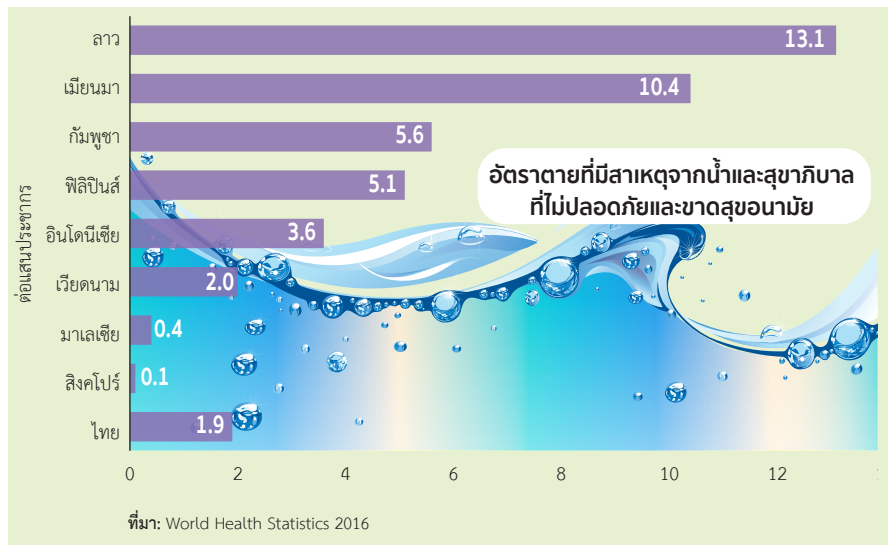
ที่มา: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2558

<sup>1</sup> ค่ามาตรฐานเฉลี่ยของประเทศไทยอยู่ที่ 25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรในหนึ่งปี สูงกว่าค่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก

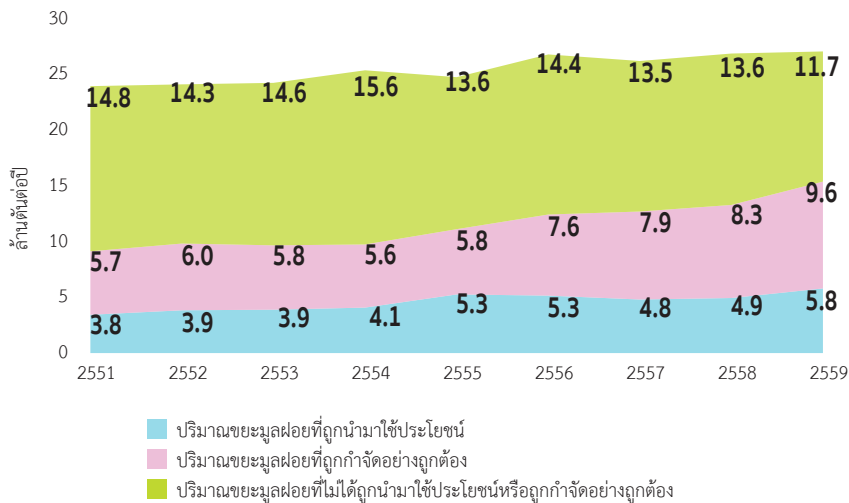


หมายเหตุ: 1. ศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 9-12 ปี ในอำเภออมก๋อยและอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่  
2. ศึกษาในเด็กนักเรียนอายุ 10-12 ปี

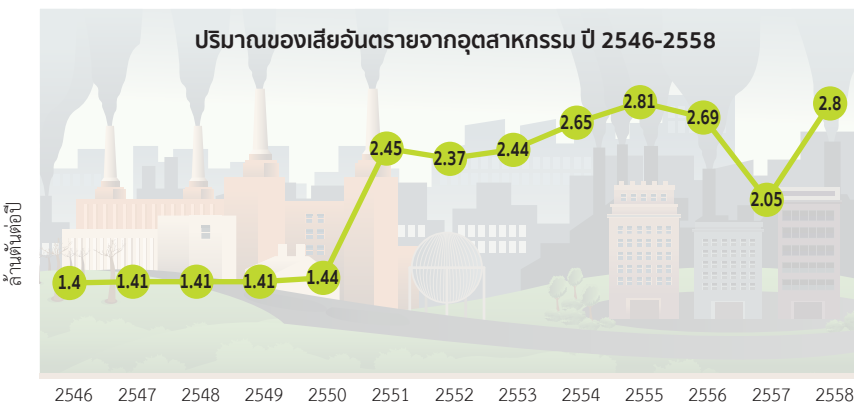
ที่มา: Naksen et al. (2016) และ Ruchirawat et al. (2007)



### สถานการณ์ขยะมูลฝอยประเทศไทย ปี 2551 - 2559



ที่มา: รายงานสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย พ.ศ. 2559 กรมควบคุมมลพิษ



ที่มา: รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2546-2558 กรมควบคุมมลพิษ

มลพิษทางอากาศมีแหล่งกำเนิดจากโรงงานอุตสาหกรรม การจราจร การก่อสร้างและการเผาทุกชนิด ในภาคเหนือมีปัญหาหมอกควันที่สร้างผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในช่วงประมาณเดือนมีนาคมของทุกปี สาร 1-โอเอชพีในปัสสาวะเป็นสารบ่งชี้ชีวภาพการสัมผัสสารพีเอเอชจากมลพิษทางอากาศซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง จากการตรวจปัสสาวะพบว่าเด็กในอำเภออมก๋อยและอำเภอแม่แจ่มในช่วงเดือนมีนาคม 2558 ที่มีปัญหาหมอกควัน มีระดับสาร 1-โอเอชพีในปัสสาวะมากกว่าเด็กในกรุงเทพฯ ถึง 4 เท่าตัว

ขยะมูลฝอยยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นในทุกปี ถึงแม้ว่าขยะจะถูกกำจัดอย่างถูกต้องและนำมาใช้ประโยชน์มากขึ้น แต่ปริมาณขยะที่เหลือในปี 2559 ยังคงเป็นปริมาณที่สูงถึง 11.68 ล้านตัน นอกจากขยะมูลฝอยจากครัวเรือน ยังมีปัญหาการกำจัดกากอุตสาหกรรมที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลักลอบทิ้งของเสียซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากรในระยะยาว



# 9

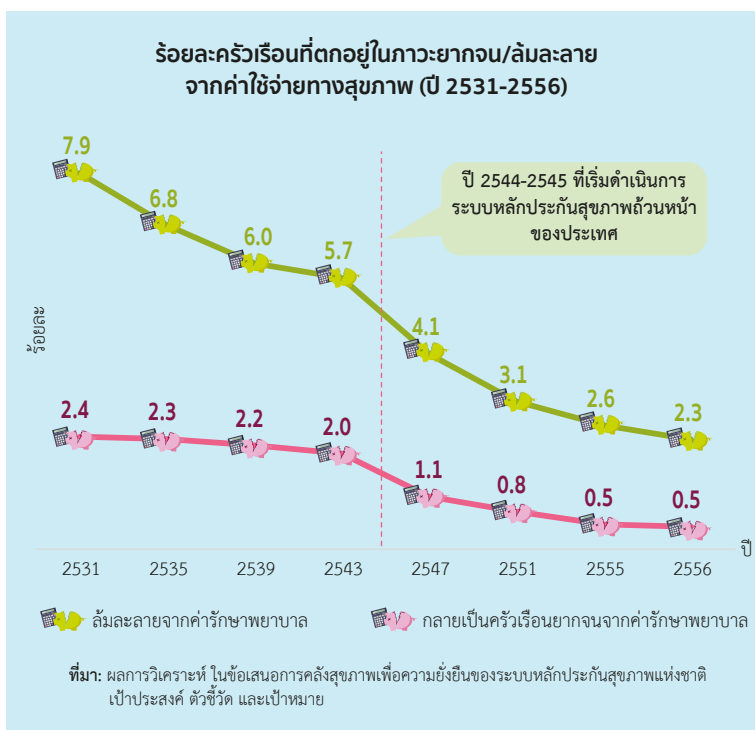
## ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวโน้มคนไทยล้มละลายและยากจนจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพลดลงต่อเนื่อง แต่ความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพคือความท้าทาย

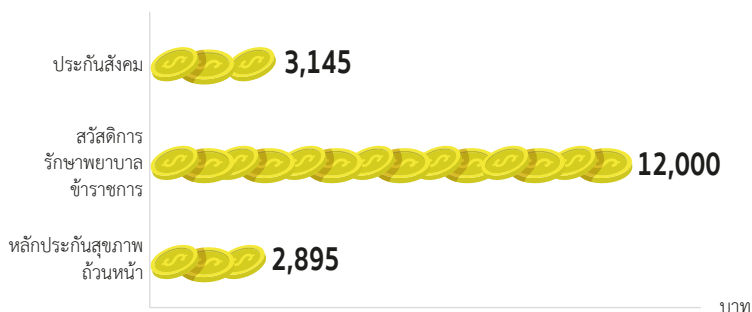
การที่ประชาชนทุกคนได้รับการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงยาพื้นฐานและวัคซีนที่จำเป็น เป็นหลักการพื้นฐานในการบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ

ประเทศไทยดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2544-2545 ซึ่งปัจจุบันสิทธิในการเข้าถึงหลักประกันทางสุขภาพมีความครอบคลุมไปถึงประชาชนทุกคน ภายใต้ 3 กองทุนสุขภาพหลัก ได้แก่ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือโครงการบัตรทอง (ร้อยละ 73.7) ประกันสังคม (ร้อยละ 17.2) และสิทธิสวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 7.4) ตลอด 15 ปีที่ผ่านมา คนไทยได้รับการคุ้มครองความเสี่ยงจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ดีขึ้นต่อเนื่อง สะท้อนจากร้อยละของครัวเรือนที่ล้มละลายและครัวเรือนที่ตกอยู่ในภาวะยากจนอันมีสาเหตุจากภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่ลดลงชัดเจนจากร้อยละ 5.7 และ 2.0 ในปี 2543 เหลือที่ร้อยละ 2.3 และ 0.5 ตามลำดับ ในปี 2556 ทั้งนี้การศึกษาจำนวนมากได้แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นที่ดีขึ้นของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่ยากจนและเปราะบาง เช่นแรงงานนอกระบบ ผู้สูงอายุและคนพิการ

อย่างไรก็ตาม การใช้สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นซึ่งเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (ในด้านหนึ่งถือเป็นผลดีจากการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น และอีกส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของคนไทยที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูง) ทำให้ประเด็นเรื่องความเพียงพอของงบประมาณ



### ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัว ปรับโครงสร้างอายุของ 3 กองทุนหลัก (ปี 2558)



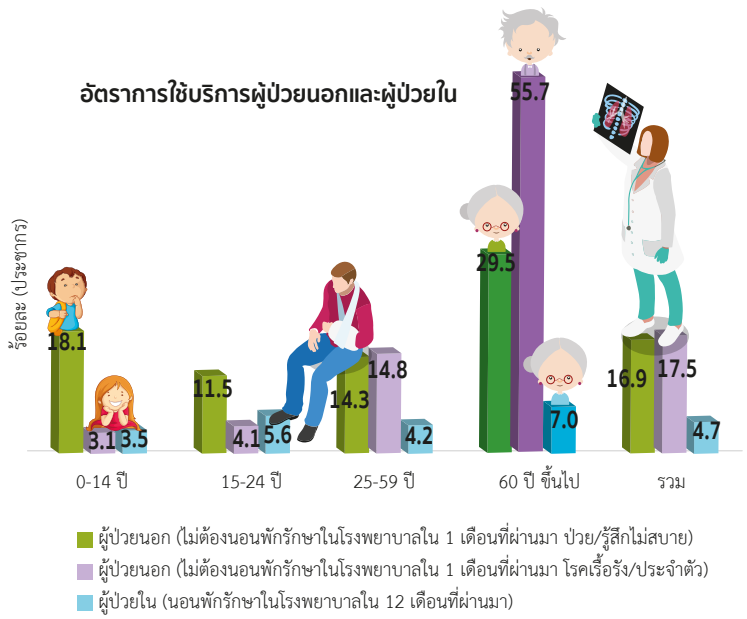
ที่มา: Policy Brief: Health System in Transition ระบบสาธารณสุขของไทย ความสำเร็จและความท้าทาย (IHPP)

สุขภาพและความยั่งยืนของระบบหลักประกันใน ระยะยาวเป็นความท้าทายที่สำคัญ เช่นเดียวกับการจัดการความไม่เท่าเทียมของ 3 กองทุนสุขภาพหลัก ทั้งในด้านการร่วมจ่ายและสิทธิประโยชน์ที่ยังมีความแตกต่างกันในหลายประเด็น

ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีข้อเสนอให้กำหนดเป้าประสงค์ 4 ด้าน หรือ SAFE คือ S-sustainability (ความยั่งยืน) A-adequacy (ความเพียงพอ) F-fairness (ความเป็นธรรม) และ E-efficiency (ประสิทธิภาพ) พร้อม 11 ตัวชี้วัด เพื่อเป็นกรอบกำกับการบริหารการคลังสุขภาพที่ยั่งยืนให้แก่ระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทยในระยะยาว



อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ

**11 ตัวชี้วัดและเป้าหมาย ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืน (Sustainability, Adequacy, Fairness, Efficiency: SAFE)**

เป้า 1 ความยั่งยืน (Sustainability)	1. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ไม่เกิน 5% ของ GDP 2. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ไม่เกิน 20% ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด
เป้า 2 ความเพียงพอ (Adequacy)	3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ (คือ 4.6% ของ GDP ปี 2556) 4. รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ ไม่น้อยกว่าที่เป็นอยู่ (คือ 17% ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด ปี 2556) 5. รายจ่ายสุขภาพนอกภาครัฐ ไม่เกิน 20% ของ รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด โดยรายจ่ายสุขภาพของครัวเรือน ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (คือ 11.3% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ปี 2556 ) 6. อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (คือ 2.3% ของครัวเรือนทั้งหมด ปี 2556) 7. อุบัติการณ์ครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่เกินระดับที่เป็นอยู่ (คือ 0.47% ของครัวเรือนทั้งหมด ปี 2556)
เป้า 3 ความเป็นธรรม (Fairness)	8. เพิ่มความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบ โดยปรับเพิ่มเพดานเงินเดือน สำหรับการคำนวณเงินสมทบของผู้ประกันตนให้เป็น 7 เท่าของค่าแรงขั้นต่ำ 9. บรรลุความเป็นธรรมของการจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (pre payment) และการจ่ายร่วม 9.1 การจ่ายเงินสมทบก่อนใช้บริการ (pre payment) มีข้อเสนอ 2 ทาง คือทุกคนต้องจ่ายเงินสมทบ หรือทุกคนไม่ต้องจ่ายเงินสมทบ 9.2 มีการระดมทุนจากการร่วมจ่าย ณ จุดใช้บริการสุขภาพ หรือ Copayment at point of service 10. บรรลุความเป็นธรรมในการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาล 10.1 รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของแต่ละระบบหลักประกัน ไม่ต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก $\pm 10\%$ 10.2 มาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบ เป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับบริการ
เป้า 4 ประสิทธิภาพ (Efficiency)	11. เพิ่มความมีประสิทธิภาพ-ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทุกระบบใช้งบประมาณปลายปิด, มีมาตรการและกลไกการเฝ้าระวังราคาและการควบคุมราคาการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพ, มีการใช้อำนาจในการซื้อร่วมกันและมีการใช้มาตรการของรัฐบาลอย่างเหมาะสม

สถานการณ์ ปี 2556

- รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด คิดเป็น 4.6% ของ GDP
- รายจ่ายสุขภาพภาครัฐ คิดเป็น 17% ของรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด
- รายจ่ายสุขภาพนอกภาครัฐ คิดเป็น 11.3% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด
- อุบัติการณ์ครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เท่ากับ 2.3%
- อุบัติการณ์ครัวเรือนยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล เท่ากับ 0.47%

ที่มา: สรปจาก ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย



# บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข

การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย มีแนวโน้มดีขึ้น โดยความแตกต่างของสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดลงจากประมาณ 8 เท่าในปี 2547 เหลือเพียงประมาณ 4 เท่าในปี 2558

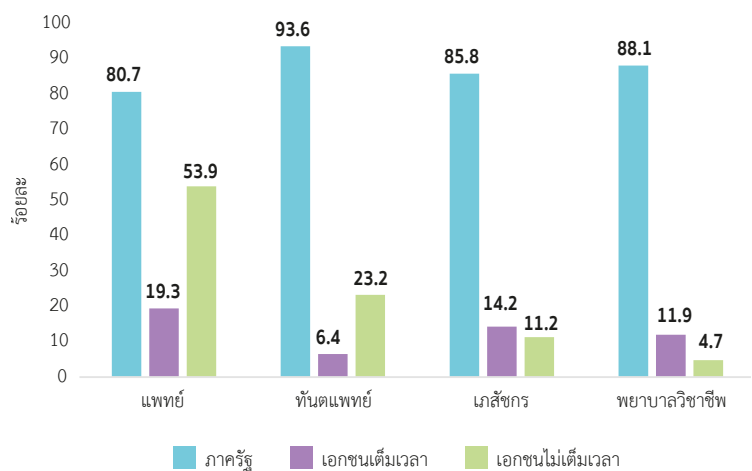
แนวโน้มการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันชี้ว่า ประเทศไทยน่าจะมีจำนวนแพทย์เพียงพอกับความต้องการในอนาคต แต่ยังคงต้องพัฒนาด้านการกระจายกำลังคน เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของคนไทยทุกคน

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ การให้บริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการตรวจวินิจฉัย การรักษา การให้คำปรึกษา หรือคำแนะนำต่างๆ ล้วนต้องผ่านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งสิ้น ดังนั้น เป้าหมายด้านสุขภาพจะบรรลุผลได้ยาก หากไม่พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้มีจำนวนที่เพียงพอ มีการกระจายตัวอย่างทั่วถึง เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน และมีบริการที่ได้มาตรฐาน

การกระจายตัวของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น จากข้อมูลสัดส่วนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของสถานบริการระดับต่างๆ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนมากกว่าระดับจังหวัดและระดับศูนย์ แสดงว่าประเทศไทยได้กระจายบุคลากรไปทั่วทุกภูมิภาคและให้ความสำคัญกับชุมชนมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่สะท้อนถึงความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ กรุงเทพฯ ที่มีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรดีที่สุดในภาค แต่เกินครึ่งอยู่ในภาคเอกชนเต็มเวลา ดังนั้นไม่ใช่ทุกคนที่จะสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้

สัดส่วนบุคลากรสุขภาพ/สาธารณสุขในภาครัฐและภาคเอกชน



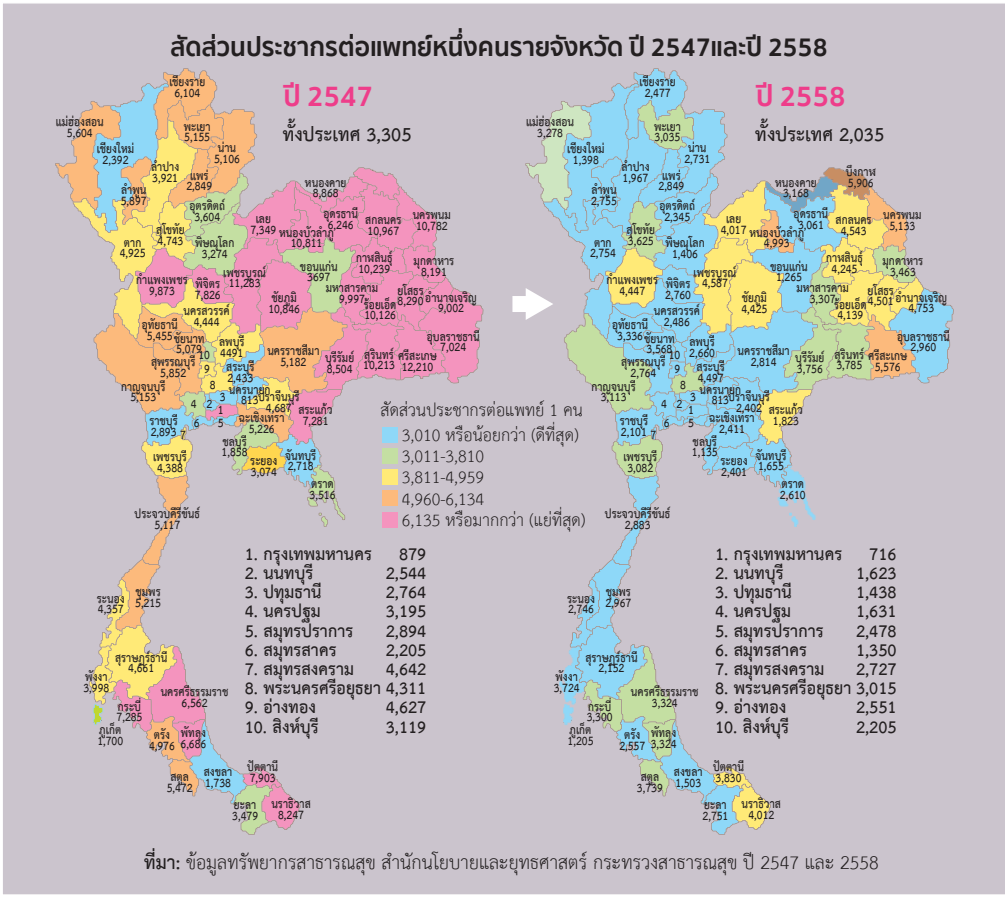
ที่มา: รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2558  
หมายเหตุ: จำนวนแพทย์ 31,959 คน, ทันตแพทย์ 6,953 คน, เภสัชกร 12,231 คน และ พยาบาลวิชาชีพ 149,183 คน

จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ตามระดับสถานบริการภายใต้กระทรวงสาธารณสุข	โรงพยาบาล			
	ศูนย์	ทั่วไป	ชุมชน	ส่งเสริมสุขภาพตำบล
แพทย์	4,543	3,915	7,539	
ทันตแพทย์	525	939	3,109	
เภสัชกร	1,272	1,788	3,778	
พยาบาลวิชาชีพ	19,856	24,300	37,342	10,114
พยาบาลเทคนิค	645	737	419	
<b>รวม</b>	<b>26,841</b>	<b>31,679</b>	<b>52,187</b>	<b>10,114</b>

ที่มา: รายงานข้อมูลบุคลากรด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2558 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2558

จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ที่ต่ำสุด 10 อันดับ ในปี 2558 (จำนวนประชากรต่อแพทย์หนึ่งคน)	
กรุงเทพฯ	716
นครนายก	813
ชลบุรี	1,135
ภูเก็ต	1,205
ขอนแก่น	1,265
สมุทรสาคร	1,350
เชียงใหม่	1,398
พิษณุโลก	1,406
ปทุมธานี	1,438
สงขลา	1,503

จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรต่อแพทย์ที่มากที่สุด 10 อันดับ (จำนวนประชากรต่อแพทย์หนึ่งคน)	
บึงกาฬ	5,906
ศรีสะเกษ	5,576
นครพนม	5,133
หนองบัวลำภู	4,993
อำนาจเจริญ	4,753
เพชรบูรณ์	4,587
สกลนคร	4,543
ยโสธร	4,501
สระแก้ว	4,497
กำแพงเพชร	4,447



ที่มา: ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2558

ความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ของไทยในอนาคตเป็นเรื่องที่ทำนายเมื่อไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาของคนไทยมากขึ้น การผลิตบุคลากรจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการกำลังคนในอนาคต คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า ภายใต้คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ได้คาดการณ์ความต้องการในปี 2569 และเสนอแนะให้คงอัตราการผลิตแพทย์และทันตแพทย์ไว้เท่าเดิม แต่ควรเพิ่มการผลิตพยาบาลวิชาชีพและเภสัชกร โดยเน้นการรับนักเรียนจากพื้นที่ให้มากขึ้นเพื่อให้เมื่อจบแล้วกลับไปทำงานในท้องถิ่น ให้คนในชนบทมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

คาดการณ์ความต้องการและจำนวนกำลังคนด้านสุขภาพที่จะมีในปี 2569				
	คาดการณ์ความต้องการ ปี 2569			คาดการณ์จำนวนกำลังคนที่จะมี ปี 2569
	วิธีที่ 1	วิธีที่ 2	วิธีที่ 3	
1. แพทย์	30,610-37,620	34,913-41,437		62,779
2. พยาบาล	194,205-237,870	215,565		180,992 <sup>1</sup> -193,048 <sup>2</sup>
3. ทันตแพทย์	16,457-20,546	19,677- 20,955	16,557	17,415 (18,675)
4. เภสัชกร	14,020-17,135	47,786-64,700	-	39,913 <sup>3</sup>

ที่มา: คณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในทศวรรษหน้า ภายใต้ คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ, 2559. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ.2560- 2569)

- หมายเหตุ:**
- แพทย์** วิธีที่ 1 Health demand โดยใช้ Service utilization และคาดการณ์ในอนาคตโดยใช้การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรที่คิดสัดส่วนอายุ (Age adjusted)  
วิธีที่ 2 ในระดับ primary care ใช้จำนวนแพทย์ 6,500 คนตามนโยบาย Primary Care Cluster ที่กำหนดให้แพทย์ในระดับปฐมภูมิเท่ากับ 1:10,000
- พยาบาล** วิธีที่ 1 Health demand  
วิธีที่ 2 ใช้ Health demand ร่วมกับใช้ service target สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเตียงอยู่ที่บ้านและในชุมชน  
1. ใช้มาตรการที่พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ย 22 ปี  
2. ใช้มาตรการที่มีการจ้างรักษา สามารถให้พยาบาลมีอายุงานเฉลี่ย 25 ปี
- ทันตบุคลากร** วิธีที่ 1 ใช้ Health demand  
วิธีที่ 2 เป็น Mixed method โดยใช้ Health demand ร่วมกับการกำหนดเป้าหมายบริการ (Service target)  
วิธีที่ 3 ใช้ Modified population ratio
- เภสัชกร** วิธีที่ 1 ใช้ Health demand approach คาดการณ์เฉพาะความต้องการเภสัชกรในสถานบริการเท่านั้น  
วิธีที่ 2 คาดการณ์โดยใช้ System dynamic modeling ภายใต้ 2 สถานการณ์คือ กำลังคนที่น้อยที่สุดในการส่งมอบบริการภายใต้ระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน และกำลังคนที่เพียงพอสำหรับการส่งมอบบริการที่พึงประสงค์ และคิดครอบคลุมเภสัชกรทั้งในสาขา โรงพยาบาล ร้านยา อุตสาหกรรมยา คัมภีร์ผู้บริโภค และการศึกษา  
วิธีที่ 3 การคำนวณอัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากรใช้จำนวนเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในส่วนของบริการผู้ป่วยเท่านั้น ได้แก่งานจ่ายยาผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล งานเภสัชกรรมในร้านยา และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

# 11

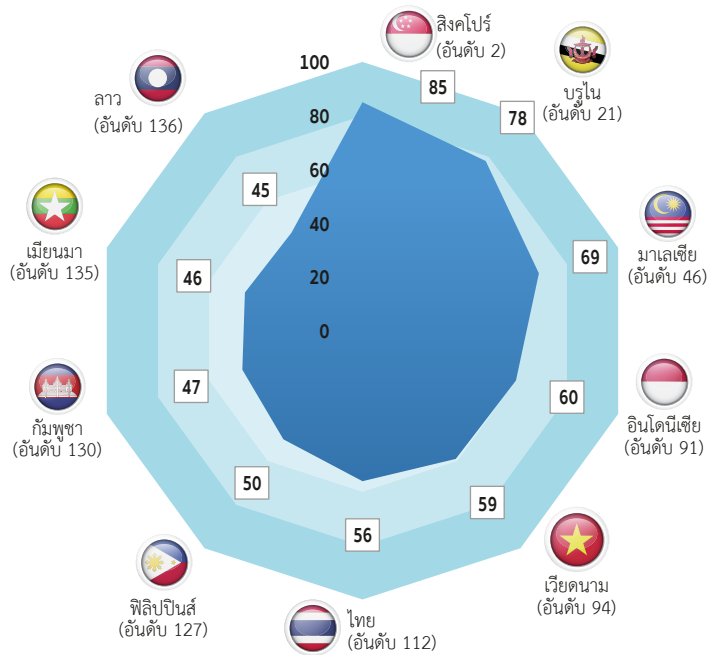
# ภาพรวม SDG ด้านสุขภาพ

ประเทศไทยยังตามหลังหลายประเทศในการบรรลุ SDG ด้านสุขภาพ โดยอยู่ในลำดับที่ 112 จาก 188 ประเทศ

นอกเหนือจาก ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ภายใต้ SDG: Goal 3 ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีเป้าหมายอื่นอีกหลายเรื่อง que ไทยยังคงมีสถานการณ์และความพร้อมต่ำในการบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะผลกระทบและการสูญเสียทางสุขภาพจากภัยพิบัติ ความสะอาดและความปลอดภัยของแหล่งน้ำใช้ ปัญหาความรุนแรงระหว่างบุคคล

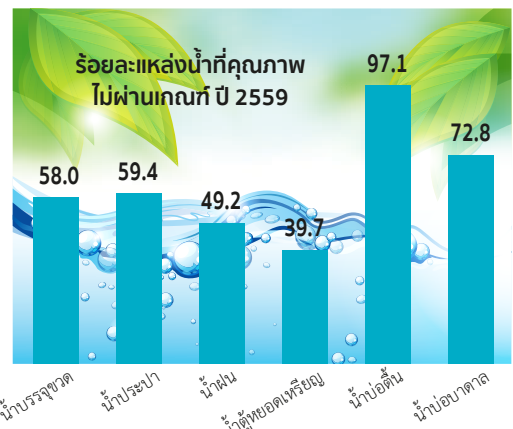
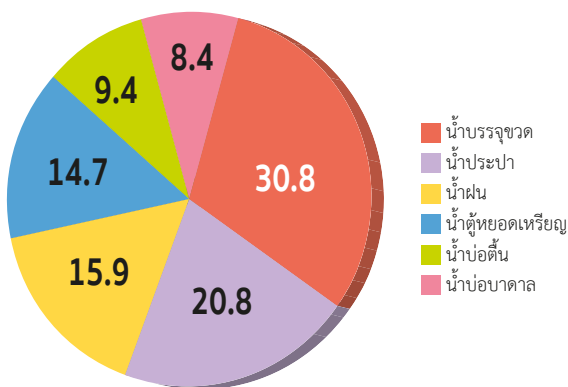
คณะความร่วมมือการศึกษาภาวะโรคระดับโลก (Global Burden of Disease (GBD) Collaborators) ได้พัฒนา ดัชนีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ หรือ Health-related SDG Index ขึ้นเพื่อประเมินสถานการณ์และความก้าวหน้าของ 188 ประเทศทั่วโลกในการบรรลุตัวชี้วัด SDG ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในเรื่องต่างๆ ทั้งหมด 33 ตัวชี้วัด ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้ Goal 3 และจำนวนหนึ่งอยู่ภายใต้เป้าหมายอื่น จากผลการศึกษา ค่าดัชนีของไทยอยู่ที่ 56 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100) เรียงตามลำดับความก้าวหน้ามากที่สุดไปน้อยที่สุด จัดอยู่ในลำดับที่ 112 ซึ่งถือว่าอยู่ใน กลุ่มครึ่งหลังของประเทศในโลกตามหลังหลายประเทศในอาเซียน ทั้งสิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย อินโดนีเซียและเวียดนาม

ค่าคะแนนและอันดับของ Health-related SDG Index ของประเทศ ASEAN (ใน 188 ประเทศทั่วโลก)

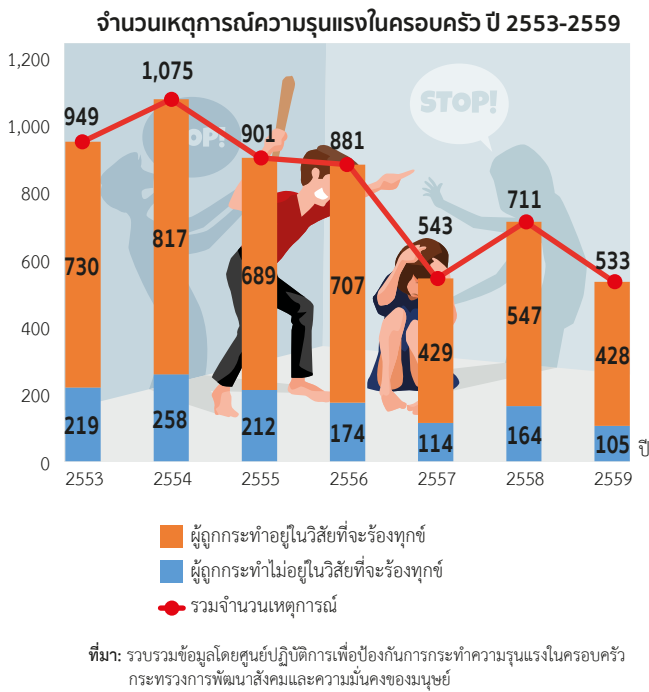


ที่มา: GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the the Global Burden of Disease Study 2015.

ร้อยละแหล่งน้ำบริโภคในครัวเรือนของคนไทย ปี 2557



ที่มา: รายงานสถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภคในประเทศไทย ปี 2551-2559, กรมอนามัย สำนักสุขภาพิบาลอาหารและน้ำ



### จำนวนสะสมผู้เสียชีวิตและได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติสะสมของประเทศไทยในอาเซียน ระหว่างปี 2549-2558

	ผู้เสียชีวิตสะสม	ผู้ได้รับผลกระทบ
กัมพูชา	947	3,977,465
อินโดนีเซีย	14,826	10,587,329
ลาว	179	1,423,020
มาเลเซีย	600	2,856,160
เมียนมา	139,608	12,335,552
ฟิลิปปินส์	20,078	107,230,842
ไทย	2,235	62,800,658*
เวียดนาม	2,825	18,708,726

ที่มา: World Disasters Report 2016 Resilience: Saving lives today, investing for tomorrow

หมายเหตุ: ภัยพิบัติในที่นี้ มี 2 ลักษณะ คือ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ (เช่น ภัยแผ่นดินไหว ภูเขาไฟ ความแห้งแล้ง คลื่นร้อน น้ำท่วม พายุ ทิมะและลูกเห็บ เป็นต้น) และภัยพิบัติทางเทคโนโลยี (เช่น จากสารเคมีอุตสาหกรรม (รั่วไหล ระเบิด) การเดินทางขนส่ง เป็นต้น)

### จำนวนเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง จากข้อมูล “ศูนย์พึ่งได้” (One-Stop Crisis Service)



ตัวชี้วัดนอก SDG: Goal 3 ที่ไทยมีค่าคะแนนต่ำ เรื่องแรก คือ “ภัยพิบัติ” ซึ่งหากอ้างอิงข้อมูลจากรายงานภัยพิบัติโลกในปี 2559 จะเห็นว่าแม้จำนวนการเสียชีวิตสะสมของคนไทยที่มีสาเหตุจากภัยพิบัติไม่ได้สูงจนน่าตกใจเมื่อเทียบกับประเทศอื่น แต่จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา กลับสูงมากถึง 62.8 ล้านคน ซึ่งคาดว่าจำนวนหนึ่งเป็นผลจากตัวเลขผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์น้ำท่วมในช่วงปี 2554 เรื่องถัดมาเกี่ยวกับ “แหล่งน้ำใช้” โดยเฉพาะน้ำใช้เพื่อบริโภค ซึ่งปัจจุบันพบว่า ครัวเรือนไทย

บริโภคน้ำบรรจุขวดมากเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วย น้ำประปา น้ำฝน และน้ำตู้หยอดเหรียญ ผลการสำรวจข้อมูลและ สุ่มเก็บตัวอย่างทั่วประเทศของกรมอนามัยพบว่าแหล่งน้ำดื่มเหล่านี้จำนวนมากมีคุณภาพน้ำไม่ผ่านเกณฑ์ ยกตัวอย่างเช่น น้ำบรรจุขวด และน้ำประปาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ถึงเกือบร้อยละ 60

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพอีกเรื่องที่เป็นความท้าทายที่สำคัญ คือ “ความรุนแรงระหว่างบุคคล” โดยในปี 2559 มีเหตุ ความรุนแรงในครอบครัวเกิดขึ้นในประเทศไทยถึง 533 กรณี และจากข้อมูลศูนย์พึ่งได้ ทุกชั่วโมงจะมีเด็กและสตรีไทย ถูกกระทำด้วยความรุนแรงมากถึง 3 คน ตัวเลขเหล่านี้เป็นที่น่ากังวล เพราะอาจจะยังไม่รวมอีกหลายเหตุการณ์ความรุนแรง ที่ผู้ถูกกระทำหรือเหตุการณ์นั้นไม่ได้ถูกรายงานหรือถูกค้นพบ

