

สุขภาพ
ประชากร
ประเทศไทย
ประจำปี

12

หมวดตัวชีวิต

12 หมวดตัวชี้วัด สุขภาพประชากรเปราะบาง

“สถานภาพ” ทางกฎหมาย เศรษฐสังคม เพศและเพศวิถี สุขภาพและความพิการ หรือแม้แต่ ภัยของบุคคล เป็นได้ทั้งสาเหตุ หรือ ผลที่เกิดจาก **“การถูกแบ่งแยกหรือกีดกันทางสังคม”** จากการตีตรา อคติไม่ยอมรับ เลือกลงปฏิบัติ ถูกหาประโยชน์ หรือ ความรุนแรง ปัจจุบันทั้งหมดนี้ มีผลต่อไปยัง **“สิทธิและการเข้าถึง”** ในการได้รับบริการสาธารณะที่จำเป็น การได้รับโอกาส ได้รับการคุ้มครองและหลักประกันทางสังคมในด้านต่างๆ ทั้งการทำงานและการมีรายได้ การมีส่วนร่วมทางสังคมและการเมือง รวมถึง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การศึกษา บริการสาธารณะ และสวัสดิการของรัฐ ซึ่งหากขาดไป อาจนำไปสู่ **“ความเปราะบาง”** และผลเชิงลบต่อ **“ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ”** ของบุคคล

สุขภาพคนไทย 2562 นำเสนอตัวชี้วัดสุขภาพประชากรเปราะบางใน 12 หมวด โดย 2 หมวดแรกเกี่ยวกับประชากรข้ามชาติกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย และประชากรไทยข้ามชาติที่ทำงานหรือใช้ชีวิตอยู่ในต่างประเทศ หมวด 3-6 เกี่ยวกับประชากรกลุ่มที่มีความเปราะบางและความเสี่ยงจากสถานภาพทางสังคม เพศและเพศวิถี และเศรษฐกิจ ได้แก่ ผู้ต้องขัง พนักงานบริการ และผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มเพศวิถีนอกขนบ คนจนและผู้มีรายได้น้อย รวมถึง กลุ่มประชากรที่มีลักษณะครอบครัวที่เปราะบาง หมวด 7-9 เกี่ยวกับประชากรกลุ่มที่มีความเปราะบางและความเสี่ยงจากสถานภาพทางสุขภาพและความพิการ ได้แก่ คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยวัณโรค และ กลุ่มเปราะบางจากปัญหาสุขภาพจิต หมวด 10-12 เกี่ยวกับประชากรกลุ่มที่มีความเปราะบางและความเสี่ยงจากสถานภาพทางวัย ได้แก่ เด็กเปราะบาง วัยรุ่น และผู้สูงอายุ

แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม คนไร้รัฐไร้สัญชาติ และผู้ลี้ภัย ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนมากถึง 5 ล้านคนในประเทศไทย เป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบางจากปัญหา หรือข้อจำกัดด้านสถานะทางทะเบียน การได้รับอนุญาตทำงาน รวมถึงการมีหลักประกันทางสุขภาพ สำหรับคนไทยในต่างแดน ปัจจุบันมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านคน ในจำนวนนี้ประมาณ 1.55 แสนคน เป็นกลุ่มแรงงานที่ไปทำงานในต่างประเทศ คนไทยที่ตกทุกข์ได้ยากและสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือจากสถานทูตไทยต่อปีมีจำนวนประมาณ 1-1.5 หมื่นคน



อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ประสบปัญหาและตกทุกข์ได้ยากแต่ไม่สามารถเข้าถึงความช่วยเหลือได้ ยังไม่มีตัวเลขที่ยืนยันได้แน่ชัด


การตีตรา กีดกันและแบ่งแยกบนพื้นฐานสถานภาพหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ต่างไปจากบรรทัดฐานทั่วไปของสังคม เป็นที่มาสำคัญของความเปราะบางในกลุ่มผู้ต้องขัง พนักงานบริการและผู้ใช้สารเสพติด รวมถึงกลุ่มเพศวิถีนอกขนบ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ทั้งในเชิงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟู ของประชากรกลุ่มนี้ ในหลายกรณีเกิดจากปัญหาข้างต้น การตีตราทางสังคม โดยเฉพาะจากกลุ่มหรือบุคคลที่ใกล้ชิด นำไปสู่การตีตราตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ยากกว่า



ความยากจน ความเหลื่อมล้ำทางรายได้และปัญหาหนี้สิน ยังคงเป็นความเปราะบางทางเศรษฐกิจที่สำคัญของคนไทย และครัวเรือนไทย แม้จำนวนคนจนซึ่งพิจารณาจากเส้นความยากจนของประเทศไทยจะลดลงต่อเนื่องเหลือประมาณ 5.3 ล้านคน แต่จำนวนผู้มีรายได้น้อยที่ต้องการความช่วยเหลือและสวัสดิการจากภาครัฐยังคงมีอยู่เป็นจำนวนมาก ในระดับครอบครัว ความเปราะบางของครอบครัวไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากลักษณะและโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และแนวโน้มการใช้ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น ผู้หญิงและเด็กเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงและความเปราะบางในเรื่องนี้

คนพิการในไทยมีประมาณ 2 ล้านคน แม้ทางเลือกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลและชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของคนพิการในไทยจะเปิดกว้างมากขึ้น แต่ปัญหาความยากจนและการไม่มีงานทำยังคงเป็นความเปราะบางที่สำคัญของคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยวัณโรค เป็นประชากรที่มีความเปราะบางจากสถานะทางสุขภาพ มีความเสี่ยงจากการเลือกปฏิบัติที่เกิดจากทัศนคติและความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้องบางเรื่องในสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศ คาดว่าเหลือประมาณ 4 แสนกว่าราย โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 5,000 คนต่อปี ซึ่งลดลงมากกว่าแต่ก่อน ปัญหาวัณโรคยังคงเป็นความท้าทายจากจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังคงค่อนข้างสูง รวมถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยวัณโรคคือยา ประชากรกลุ่มเปราะบางทางด้านสุขภาพ

อีกกลุ่มที่ละเลยไม่ได้ คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ความเสี่ยงจากการถูกตีตราจากปัญหาสุขภาพจิตยังคงเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงการรับบริการวินิจฉัย และการรักษาที่จำเป็น

เด็ก วัยรุ่น และผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางจากช่วงวัย และสภาพในบางเรื่องที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในกลุ่มเด็ก ความผิดปกติทางสุขภาพตั้งแต่กำเนิด สภาพทางเศรษฐกิจและการเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญของความเปราะบาง ในกลุ่มวัยรุ่น พฤติกรรมเสี่ยงทางสังคม รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความสูญเสียและความเปราะบางในระยะยาวของประชากรวัยนี้ สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของไทยมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสูญเสียจากอุบัติเหตุบนท้องถนน และพฤติกรรมเสี่ยง เช่น จากการเล่นพนัน เที่ยวกลางคืน รวมถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ยังเป็นความท้าทายในกลุ่มวัยรุ่นที่ยังต้องช่วยกันดูแล สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันคิดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทยทั้งหมด การไม่มีผู้ดูแล โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาทางสุขภาพ ลักษณะการอยู่อาศัยที่อยู่คนเดียว หรืออยู่เพียงลำพังกับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุ รวมถึง ความไม่เพียงพอและความไม่มั่นคงของรายได้ในยามสูงอายุ เป็นปัญหาและความเปราะบางของผู้สูงอายุไทยที่ต้องการการดูแลจากทุกภาคส่วน และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทุกช่วงวัยเพื่อลดความเปราะบางในอนาคตของตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ 

1

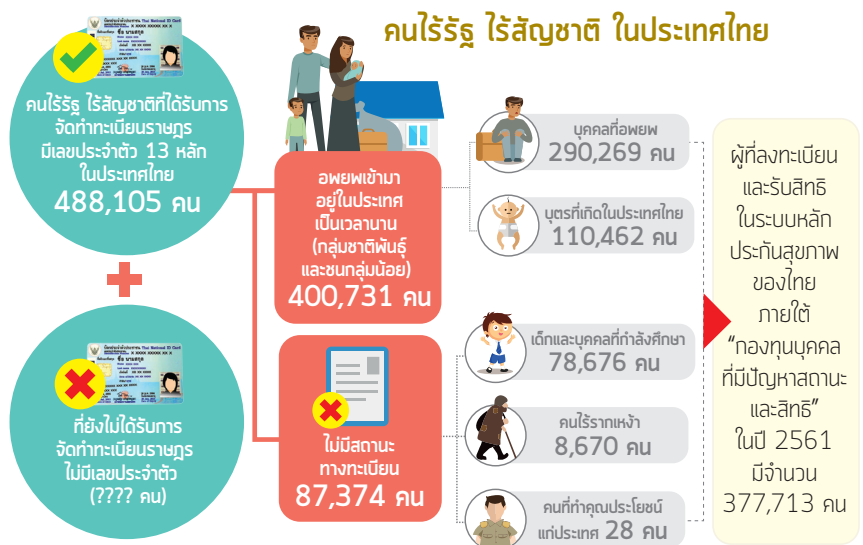
ประชากรข้ามชาติในไทย

“ แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ และผู้ลี้ภัย ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมแล้วคาดว่าจะมีถึง 5 ล้านคน ”

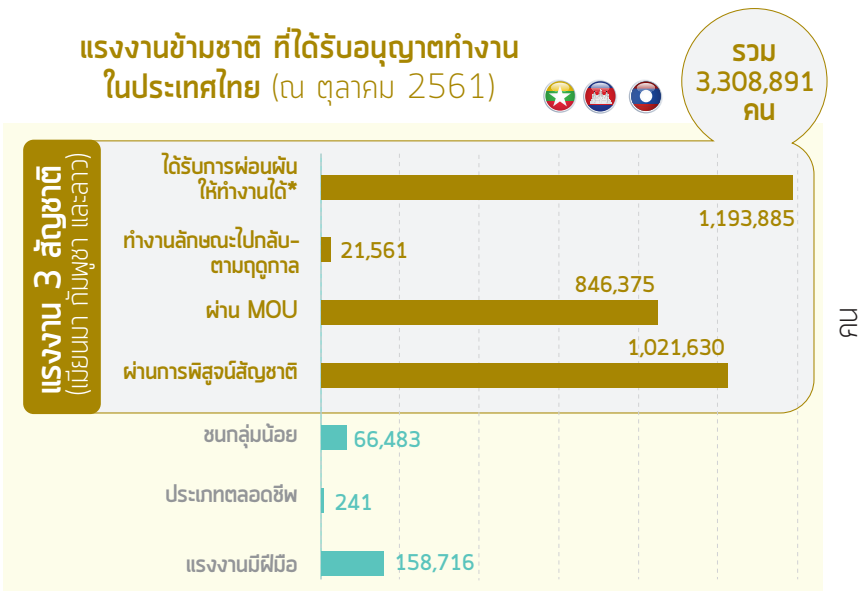
การไม่มีเอกสารในการอยู่อาศัยและทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ปัญหาสถานภาพทางทะเบียนและสัญชาติ และสถานภาพการเป็นผู้ลี้ภัย นำไปสู่ความเปราะบางและข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิและบริการที่จำเป็นของประชากรข้ามชาติ กลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญคือ “เด็ก” ซึ่งมีทั้งที่เกิดในไทย และบางส่วนย้ายถิ่นหรือลี้ภัยตามพ่อแม่เข้ามา

ในด้านจำนวนประชากรข้ามชาติ กลุ่มใหญ่ที่สุดเป็นแรงงานย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้าน (เมียนมา กัมพูชา และลาว) ในปี 2561 แรงงานกลุ่มนี้ที่ได้รับอนุญาตทำงานถูกต้องตามกฎหมายมีประมาณ 3.3 ล้านคน แม้จะเป็นตัวเลขที่สูง แต่จำนวนที่แท้จริงคาดว่าจะมีมากถึง 4.55 ล้านคน¹ หมายความว่า ยังมีแรงงาน รวมถึงผู้ติดตามอีกจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็ก ที่ยังไม่มีเอกสารหรือสถานะการอยู่อาศัยหรือทำงานที่ถูกต้อง

ในความเป็นคนชายขอบ คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ เป็นกลุ่มที่มีความชัดเจนมากที่สุดจากปัญหา สถานภาพทางทะเบียนและสัญชาติ ที่ไม่ได้รับการยอมรับให้เป็นคนในชาติจากรัฐใดรัฐหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อความเปราะบางและข้อจำกัดในการเข้าถึงสิทธิและบริการที่จำเป็น ทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา การประกอบอาชีพ สิทธิการอาศัย และการเดินทาง หรือแม้กระทั่ง การก่อตั้งครอบครัว ในไทยคาดว่า คนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ มีจำนวนมากเกือบ 5 แสนคน ในจำนวนนี้ 2 ใน 5 เป็นกลุ่มเด็กที่เกิดในไทย หรือ กำลังศึกษาอยู่ การสนับสนุนและส่งเสริมการเข้าถึงการจดทะเบียนการเกิดของเด็กทุกคนที่เกิดบนผืนแผ่นดินไทยเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันและลดโอกาสในการตกเป็นบุคคลไร้รัฐ ไร้สัญชาติของเด็กข้ามชาติ



ที่มา : ฐานข้อมูลการทะเบียนราษฎร สำนักทะเบียนกลาง (ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2560) อ้างใน สถานการณ์และแนวทางแก้ไขปัญหาคคนไร้รัฐไร้สัญชาติในประเทศไทย โดย นายกฤษฎา บุญราช (14 มิถุนายน 2560) และรายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2561 สปสช.



หมายเหตุ : *กลุ่มจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว One Stop Service Center ทั่วประเทศ โดยได้รับผ่อนผันให้ทำงานได้ถึง 31 มีนาคม 2563/หรือ 1 พฤศจิกายน 2562 หรือ 30 กันยายน 2562 (กลุ่มแรงงานประมง)
 ที่มา : สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือที่วราชมหาจักรี ประจำเดือนตุลาคม 2561, กรมการจัดหางาน สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว

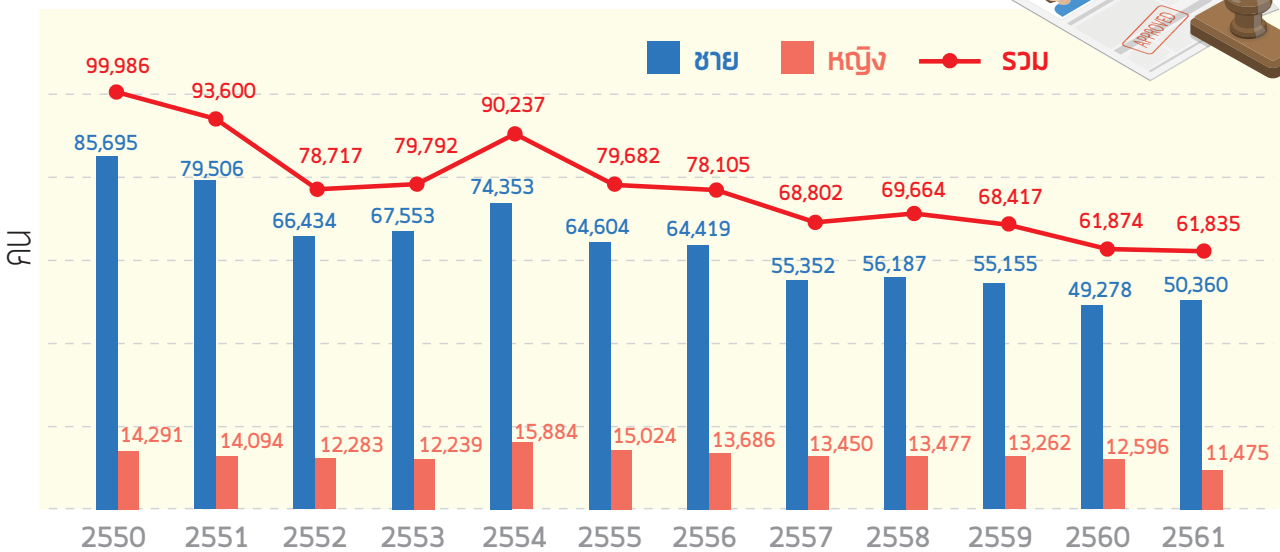
¹ การคาดประมาณประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2558

2 คนไทยในต่างแดน

“ คนไทยกว่า 1 ล้านคน ใช้ชีวิตอยู่ในต่างประเทศ ต่อปีมีจำนวนที่ตกทุกปีและขอรับความช่วยเหลือจากสถานทูตไทยในต่างประเทศประมาณ 1 ถึง 1.5 หมื่นคน ”

แม้การเดินทางไปทำงานในต่างประเทศของแรงงานไทยมีแนวโน้มลดลง แต่รายได้จากเงินส่งกลับยังคงเพิ่มขึ้นและเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการพัฒนาประเทศ การใช้ชีวิตในต่างแดน เมื่อตกทุกข์ได้ยาก จะยิ่งเพิ่มความเปราะบางซึ่งคนไทยกลุ่มนี้ไม่ควรถูกลืม หรือทอดทิ้ง

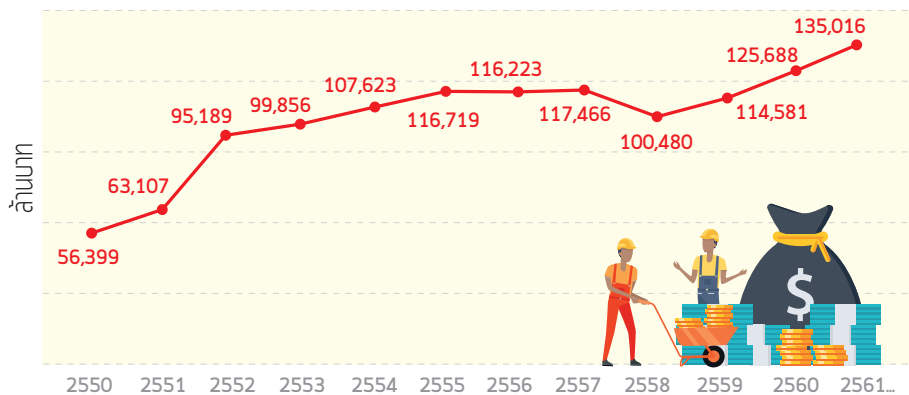
จำนวนแรงงานไทยที่ได้รับอนุญาตไปทำงานต่างประเทศ



หมายเหตุ : รวมเฉพาะการให้อนุญาตรายใหม่
ที่มา : กองบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

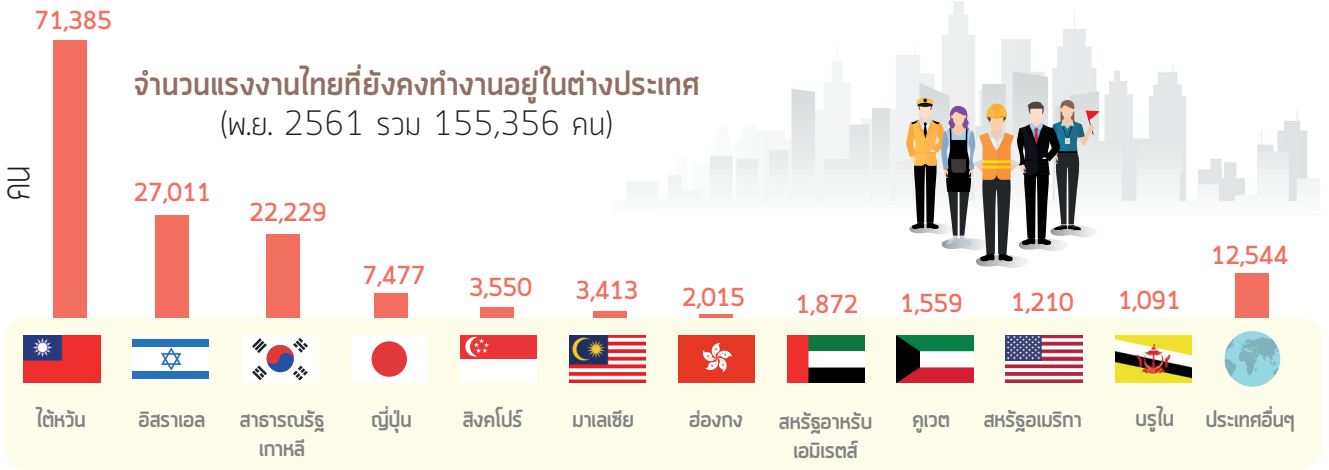
ปลายทางประเทศที่คนไทยเดินทางไปทำงานมากที่สุด ได้แก่ ได้หวัน อิสราเอล สาธารณรัฐเกาหลี ตามลำดับ ในปี 2561 มีจำนวนแรงงานไทยที่กำลังทำงานอยู่ใน 3 ประเทศนี้ รวมกันมากถึง 1.2 แสนคน คิดเป็น 3 ใน 4 ของจำนวนแรงงานไทยทั้งหมดที่ทำงานในต่างประเทศ ในช่วงที่ผ่านมา จำนวนการขออนุญาตเดินทางไปทำงานในต่างประเทศของคนไทย ซึ่งรายงานโดยกรมการจัดหางานลดลงจากเกือบ 1 แสนคนในปี 2550 เหลือ

ประมาณการเงินรายได้ที่ส่งกลับประเทศ จากแรงงานไทยในต่างประเทศ

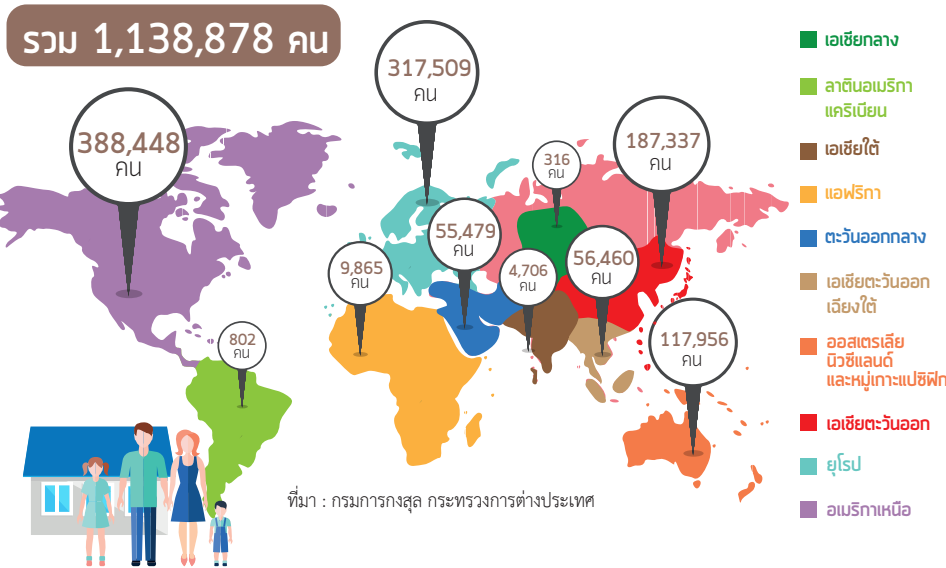


หมายเหตุ : ประมาณการเงินรายได้ที่ส่งกลับ รวมเฉพาะที่ผ่านระบบธนาคารแห่งประเทศไทย
ที่มา : กองบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน

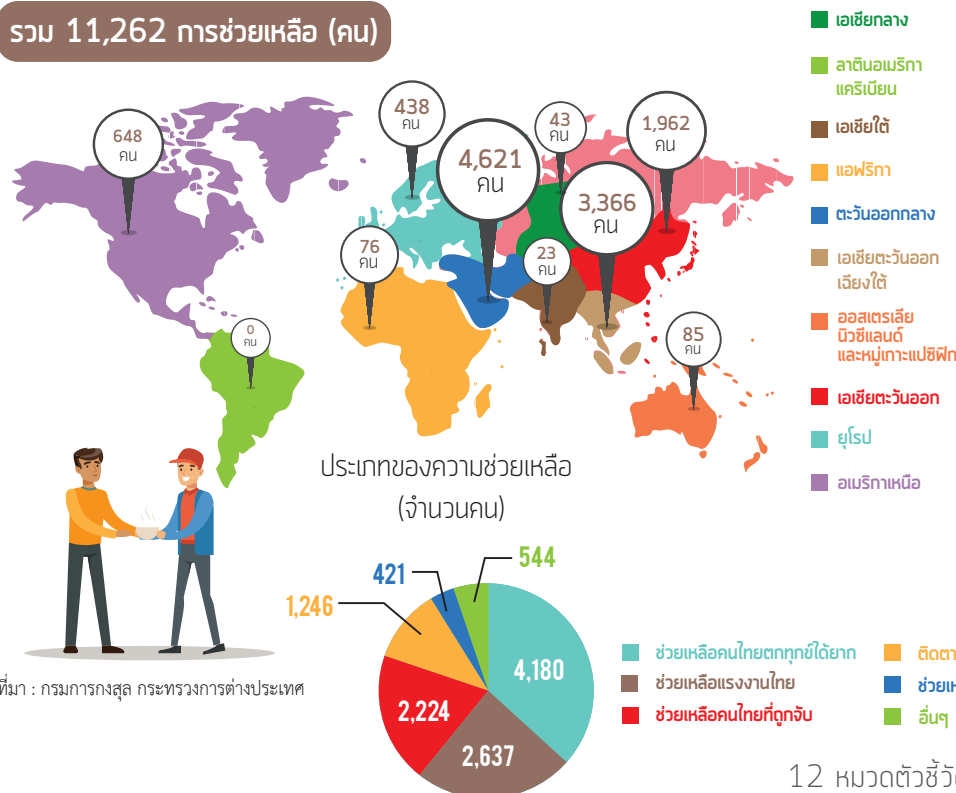
เพียงประมาณ 6 หมื่นกว่าคนในปีที่ผ่านมา ประมาณร้อยละ 80 เป็นแรงงานชาย แม้จำนวนจะลดลงแต่ประมาณการเงินรายได้ที่ส่งกลับประเทศจากแรงงานในต่างแดนยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในปี 2561 มีมูลค่ามากถึง 1.35 แสนล้านบาท ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการที่แรงงานไทยที่ไปทำงานในต่างประเทศมีแนวโน้มเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาและทักษะสูงเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อน



จำนวนคนไทยที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ พ.ศ. 2560



จำนวนการช่วยเหลือคนไทยในต่างประเทศ พ.ศ. 2560



คนไทยทั้งหมดในต่างแดน รวมกลุ่มที่เป็นแรงงานและที่ไปอาศัยใช้ชีวิต ณ ปัจจุบัน มีจำนวนประมาณ 1.14 ล้านคน ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ในประเทศแถบทวีปอเมริกาเหนือ และยุโรป จากข้อมูลการช่วยเหลือคนไทยในต่างประเทศของกรมการกงสุล กระทรวงการต่างประเทศ ในปี 2560 มีคนไทยที่ตกทุกข์และได้รับการช่วยเหลือจากสถานทูตไทย 11,262 คน ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทั่วไป เช่น หนังสือเดินทางหรือทรัพย์สินสูญหาย หรือปัญหาการเจ็บป่วย แต่กลุ่มที่ประสบปัญหารุนแรง ก็มีเช่นกัน โดยเฉพาะกลุ่มแรงงาน ซึ่งมีบางส่วนเดินทางทำงานในต่างประเทศด้วยเอกสารวีซ่าผิดประเภท รวมถึงบางส่วนที่ตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ จำแนกตามภูมิภาค สัดส่วนคนไทยที่ตกทุกข์พบในภูมิภาคตะวันออกกลางมากที่สุด ตามมาด้วย ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียง

3

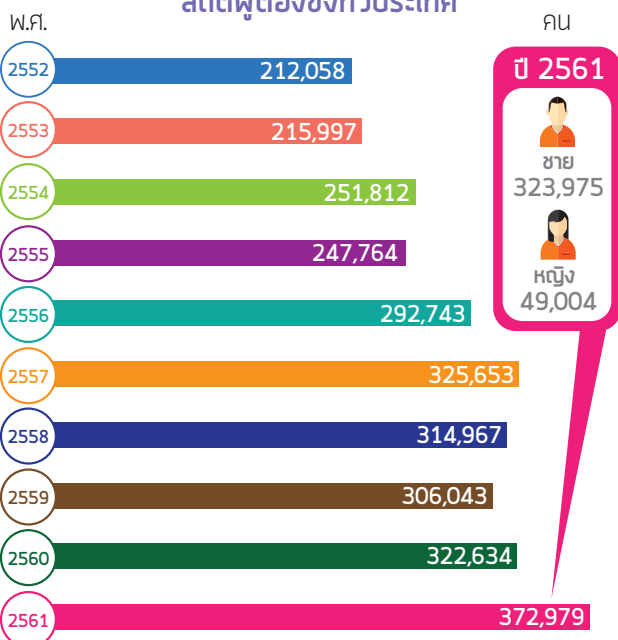
ผู้ต้องขัง พนักงานบริการทางเพศ และผู้ใช้สารเสพติด

“ การเปิดใจ ให้ความเข้าใจ และให้โอกาสทางสังคม เป็นพลังสำคัญเพื่อสร้างความเข้มแข็งและลดความเปราะบาง ”

คนจำนวนหนึ่งในสังคมกลายเป็นประชากรกลุ่มที่มีความเปราะบาง เนื่องจากถูกตีตรา ถูกกีดกันและแบ่งแยกด้วยสถานภาพทางสังคม หรือพฤติกรรมบางอย่างที่สังคมตัดสินว่าผิดหรือไม่เหมาะสม เช่น ผู้ต้องขัง พนักงานบริการทางเพศ และผู้ใช้สารเสพติด

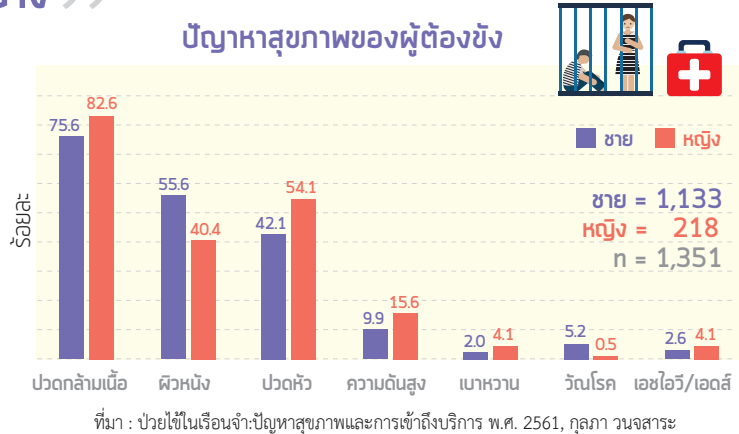
ประเทศไทยติดอันดับ 1 ใน 10 ของโลก อันดับ 3 ของเอเชีย และอันดับ 1 ของอาเซียน ที่มีจำนวนผู้ต้องขังมากที่สุด ส่งผลให้เกิดสถานการณ์ “คนล้นคุก” กลายเป็นข้อจำกัดด้านการดูแลสุขภาพ ทำให้มีผู้ต้องขังจำนวนมากไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วยในเรือนจำ นอกจากนี้ ผู้ต้องขังกว่า 25,000 คน พบว่า ไม่มีเลขประจำตัว 13 หลัก ไม่ทราบสิทธิบริการตรวจสุขภาพและไม่มีสิทธิประกันสุขภาพรองรับ ซึ่งยิ่งเพิ่มความเปราะบางในการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ

สถิติผู้ต้องขังทั่วประเทศ



ที่มา : รายงานสถิติผู้ต้องขังรายพื้นที่ทั่วประเทศ พ.ศ. 2561, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กองแผนงาน กรมราชทัณฑ์

ปัญหาสุขภาพของผู้ต้องขัง



ที่มา : ป่วยใช้ในเรือนจำ:ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ พ.ศ. 2561, กุลภา วรจนสาร

สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ต้องขัง

ผู้ต้องขัง	จำนวน	สิทธิ
มีเลข 13 หลัก	328,074	UC, ประกันสังคม, ตามมตรกรม., อื่น ๆ
น่าจะเป็นคนไทย	10,923	ไม่มีสิทธิใดๆ รองรับ
ต่างชาติ	14,988	
ไม่ระบุ	452	
รวม	354,437	ข้อมูล ณ 30 มิ.ย. 61

ที่มา : แนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้ต้องขัง พ.ศ. 2561, กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

10 ประเทศที่มีผู้ต้องขังมากที่สุดในโลก

สหรัฐอเมริกา	2,121,600
จีน	1,649,804
บราซิล	700,489
รัสเซีย	567,789
อินเดีย	419,623
ไทย	372,979
ตุรกี	260,000
อินโดนีเซีย	246,005
อิหร่าน	230,000
เม็กซิโก	204,422

10 ประเทศที่มีผู้ต้องขังมากที่สุดในเอเชีย

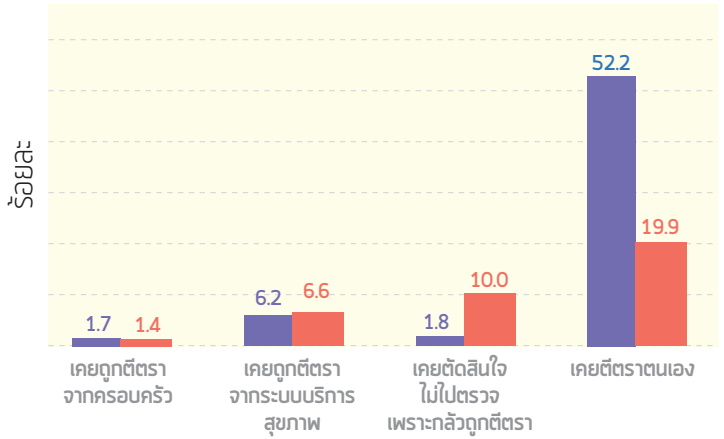
จีน	1,649,804
อินเดีย	419,623
ไทย	372,979
อินโดนีเซีย	246,005
อิหร่าน	230,000
ฟิลิปปินส์	188,278
เวียดนาม	130,002
เมียนมา	92,000
บังคลาเทศ	88,424
ปากีสถาน	83,718

ที่มา : World Prison Brief; Institute for Criminal Policy Research (ICPR) 2018, University of London

สำหรับกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีแนวโน้มดีขึ้น โดยเฉพาะพนักงานบริการหญิง อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การติดเชื้อจากสังคมยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้พนักงานบริการจำนวนหนึ่งตัดสินใจไม่ไปรับบริการ ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น และอาจเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น พนักงานบริการหญิงกว่าครึ่ง และถึงหนึ่งในห้าของพนักงานบริการชาย “เคยติดเชื้อตนเอง” ซึ่งเป็นผลจากการเคยถูกตีตรา หรือกลัวการถูกตีตราจากสังคม

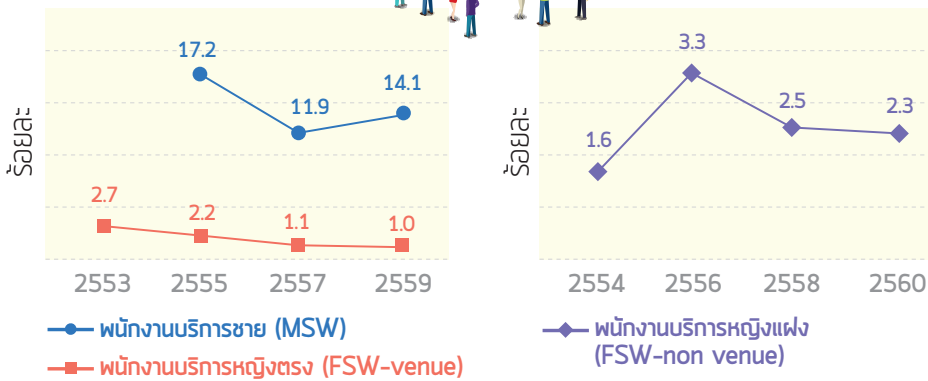
ประสบการณ์การตีตราในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ

■ พนักงานบริการหญิง (FSW) ■ พนักงานบริการชาย (MSW)



ที่มา : รายงานเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พ.ศ. 2559, สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

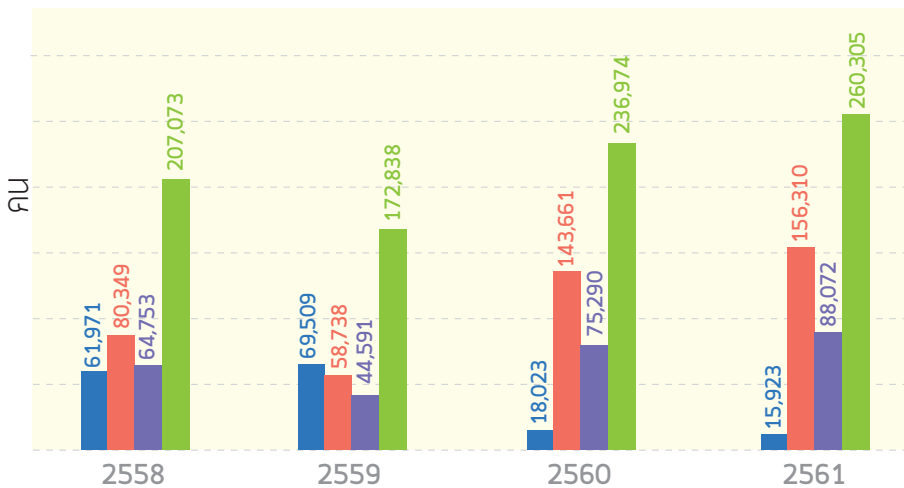
ความชุกในการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการ



ที่มา : รายงานเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง, สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

รายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติด จำแนกตามแบบคัดกรอง

■ ผู้ใช้ ■ ผู้ติด ■ ผู้เสพ ■ รวม



ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติด พ.ศ. 2561, ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เสพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

- "ผู้ใช้" ใช้ยาเสพติดเป็นครั้งคราว
- "ผู้เสพ" ตัดใจในการเสพ มีความสุขเมื่อเสพ และมีแนวโน้มเสพบ่อยขึ้น
- "ผู้ติด" หมกมุ่นในการเสพ มีอาการเมายา ส่งผลต่อการเรียน หรือการทำงาน



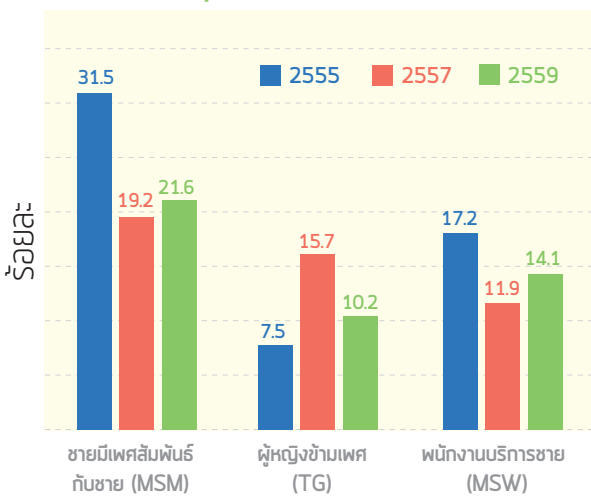
กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มที่ภาครัฐพยายามเร่งแก้ปัญหา โดยกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดภายใต้กรอบคิด "ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย" และให้โอกาสเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง ในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ หลังจากที่ผู้เสพได้รับการบำบัดรักษาแล้วจะให้การติดตามช่วยเหลือส่งเสริมการประกอบอาชีพ เพื่อให้ได้เริ่มต้นชีวิตใหม่ ผู้เสพที่สมัครใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐจะสามารถสมัครงานได้โดยไม่เสียประวัติและไม่ถูกลงบันทึกอาชญากรรม จากผลการคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติดปี 2561 ในระดับ "ผู้ใช้" แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่ในระดับ "ผู้เสพ" และ "ผู้ติด" ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น สิ่งที่ต้องทำคือ หลังจากผู้เสพบำบัดและได้รับการส่งเสริมเพื่อได้ประกอบอาชีพแล้ว ทั้งครอบครัว สังคม ชุมชน ต้องให้โอกาสและให้ความเข้าใจเพื่อจะได้ไม่กลับไปเป็นผู้เสพซ้ำอีก

4 กลุ่มเพศวิถีนอกขนบ

“ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และคนข้ามเพศ คาดว่ามีประมาณร้อยละ 2 ของประชากรชายไทย”

“การตีตรา” เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มเพศวิถีนอกขนบเป็นประชากรที่มีความเปราะบาง โดยเฉพาะการตีตราตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงความรู้สึกภายในที่กลัวปฏิกิริยาทางลบจากสังคม กลายเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและเข้าใช้บริการทางสุขภาพที่จำเป็นอย่างรู้สึกเต็มภาคภูมิ

ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเพศวิถีนอกขนบ



ที่มา : รายงานเฝ้าระวังพฤติกรรมลดการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พ.ศ. 2555, 2557, 2559, สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข

การคาดประมาณขนาดประชากรกลุ่มเพศวิถีนอกขนบ ประเทศในอาเซียน (คน)



ประเทศ	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	คนข้ามเพศ	ปีคาดประมาณ
อินโดนีเซีย	750,000	39,000	2559
ไทย	590,000	63,000	2559
ฟิลิปปินส์	530,000	120,000	2558
เมียนมา	250,000	(ไม่มีข้อมูล)	2558
เวียดนาม	170,000	(ไม่มีข้อมูล)	2560
ลาว	50,000	(ไม่มีข้อมูล)	2559
กัมพูชา	20,000	3,000	2558

ที่มา : Population Size estimate 2018, United Nations Programme on HIV/AIDS

การคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มเพศวิถีนอกขนบทำได้ค่อนข้างยาก ความเหลื่อมล้ำของการจำกัดความรู้ การเข้าถึงข้อมูลยังมีสูง เช่น งานของ Baral et al. (2018) ซึ่งใช้ข้อมูลจาก Application Hornet ให้ตัวเลขชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในไทยที่ประมาณ 1.17 ล้านคน ขณะที่ ประเมินการจาก UNAIDS คาดว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและคนข้ามเพศ น่าจะมีประมาณ 653,000 คน หรือราวร้อยละ 2 ของประชากรชายไทย ข้อสังเกตคือ การศึกษาและคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มเพศวิถีนอกขนบที่ผ่านมา โดยมากมุ่งเน้นกลุ่มชายรักชาย อาจด้วยเหตุผลว่า เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านเอชไอวีสูง ข้อมูลกลุ่มหญิงรักหญิงจึงค่อนข้างหาได้จำกัดกว่า

การคาดประมาณ ขนาดประชากรกลุ่มเพศวิถีนอกขนบในประเทศไทยโดยใช้สื่อสังคม (คน)

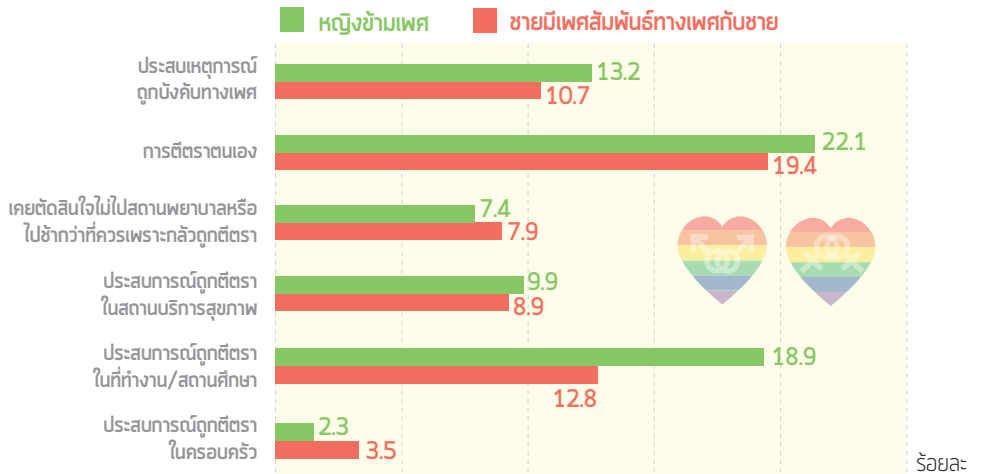


ที่มา : Baral, S. et al. (2018)

MSSI: men (>18 years of age) with at least one reported same-sex interest
 MIMW: men (>18 years of age) interested in men or men and women
 MIM: men (>18 years of age) interested in men

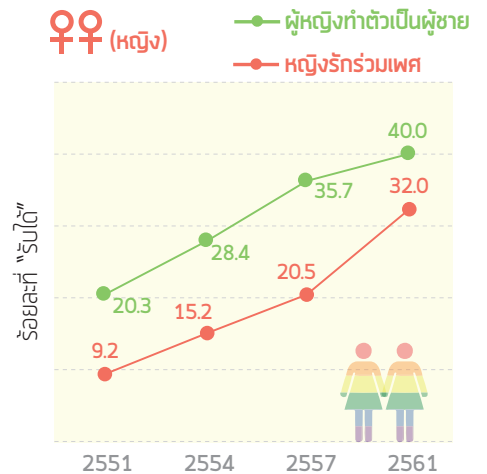
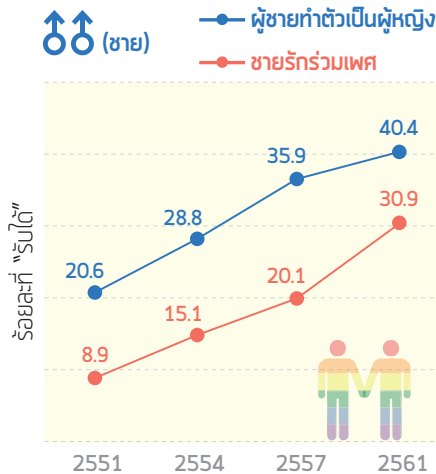
กลุ่มชายรักชาย และหญิงข้ามเพศเป็นกลุ่มประชากรหลัก (key populations) ที่สำคัญในงานเอชไอวีของไทย จากตัวเลขความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีที่ค่อนข้างสูง แม้ที่ผ่านมาจากผลสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิตสังคมไทยจะมีแนวโน้มยอมรับกลุ่มเพศวิถีนอกขนบมากขึ้นทั้งในด้านการแสดงออก และรสนิยมทางเพศ แต่ปัญหาการตีตราดูจะยังเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการป้องกันและการดูแลรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อกลุ่มเพศวิถีนอกขนบอยู่ การสำรวจในปี 2559 พบการตีตราตนเองในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศเป็นสัดส่วนที่สูงถึงประมาณ 1 ใน 5 รองลงมาเป็นการถูกตีตราในที่ทำงานหรือสถานศึกษา

สถานการณ์การตีตราในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และหญิงข้ามเพศ



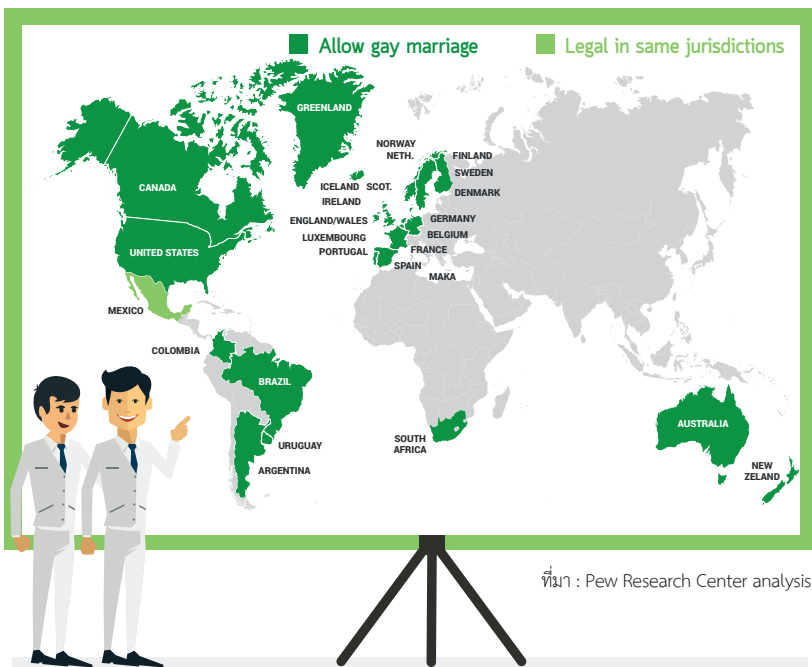
หมายเหตุ : ประสบการณ์การตีตราในช่วง 12 เดือนก่อนการสำรวจ
ที่มา : รายงานเฝ้าระวังพฤติกรรม การติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง 2559, สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

การยอมรับพฤติกรรมแสดงออกทางเพศ และรสนิยมทางเพศนอกขนบ ของคนไทย



หมายเหตุ : เฉพาะประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป
ที่มา : การสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551, 2554, 2557 และ 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประเทศที่อนุญาตการแต่งงานของเพศเดียวกัน



ที่มา : Pew Research Center analysis. Map classifications as of Dec. 7 2017.

การแต่งงานระหว่างเพศเดียวกันเริ่มเป็นที่ยอมรับมากขึ้น และสามารถทำได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายในหลายประเทศ โดยมากในแถบยุโรปและอเมริกา เป็นที่น่าสังเกตว่ายังไม่มีประเทศในเอเชียที่อนุญาตการแต่งงานระหว่างเพศเดียวกัน รวมถึงประเทศไทย

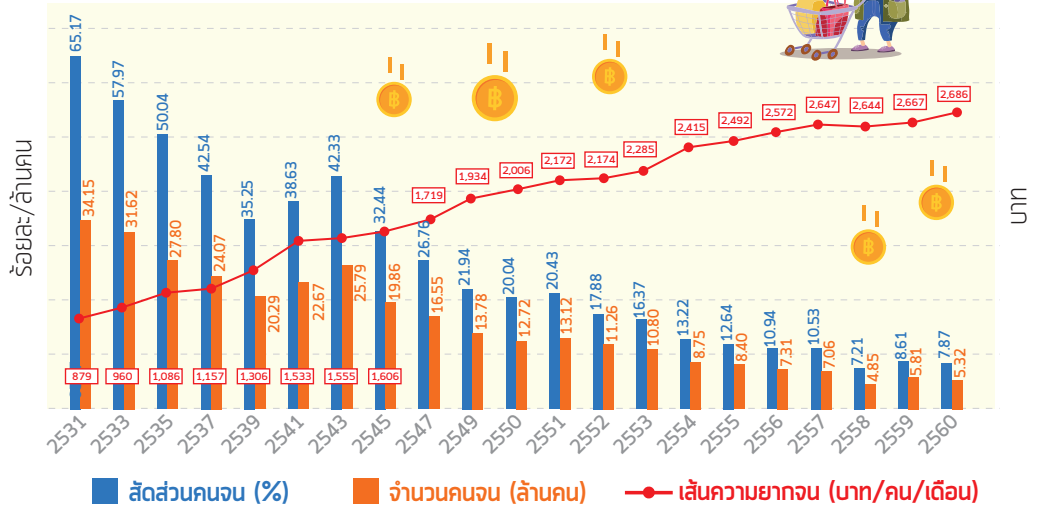
5

คนจนและผู้มีรายได้น้อย

“คนจนในไทยมี 5.3 ล้านคน คนจนและผู้มีรายได้น้อยที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ มีประมาณ 11 ล้านคน”

จำนวนและสัดส่วนคนจนในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ความเสมอภาคของการกระจายรายได้ ยังไม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นมากนัก โดยเฉพาะในเขตเมือง การลงทุนในการศึกษาและสุขภาพเพื่อการพัฒนาทุนมนุษย์ เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาความยากจนที่ตรงจุด

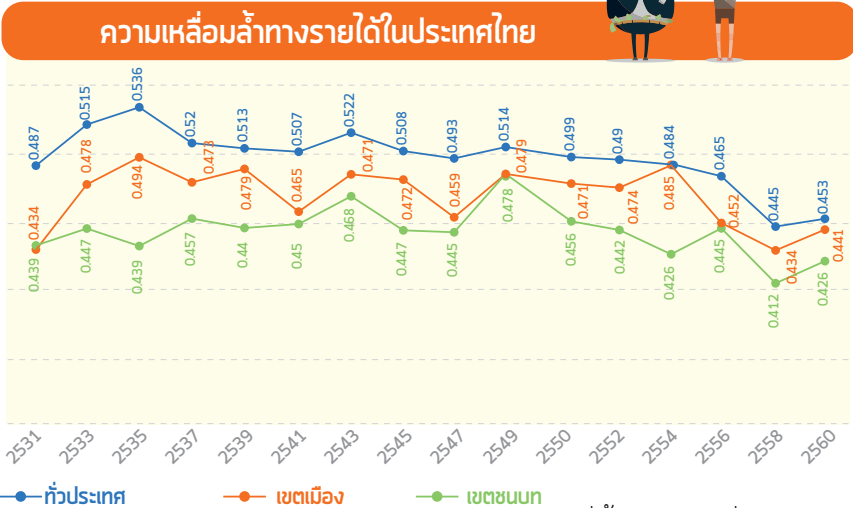
สถานการณ์ความยากจน ในประเทศไทย



■ สัดส่วนคนจน (%) ■ จำนวนคนจน (ล้านคน) —●— เส้นความยากจน (บาท/คน/เดือน)

หมายเหตุ : ความยากจน ในที่นี้ วัดด้านรายจ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค
ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดย สศช.

สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini coefficient) ของรายได้



ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดย สศช.

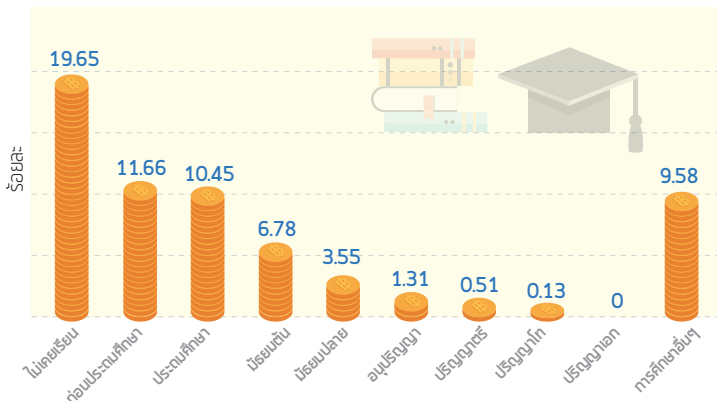
ในปี 2560 มีจำนวนคนจน 5.3 ล้านคน จากข้อมูลสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในขณะที่ข้อมูลจากการลงทะเบียนคนจนพบว่าในปี 2560 มีคนจน 11 ล้านคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนิยามความจน



จากข้อมูลของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2560 จำนวนคนจนในไทยลดลงต่อเนื่องเหลือ 5.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.87 ของประชากรทั้งหมด ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ชีวีตจากค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคหรือ Gini Coefficient (ค่ายิ่งใกล้ 0 สะท้อนถึงความเสมอภาคของรายได้ที่เพิ่มขึ้น) แม้มีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมีความไม่เสมอภาคอยู่สูง โอกาสทางการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่ง

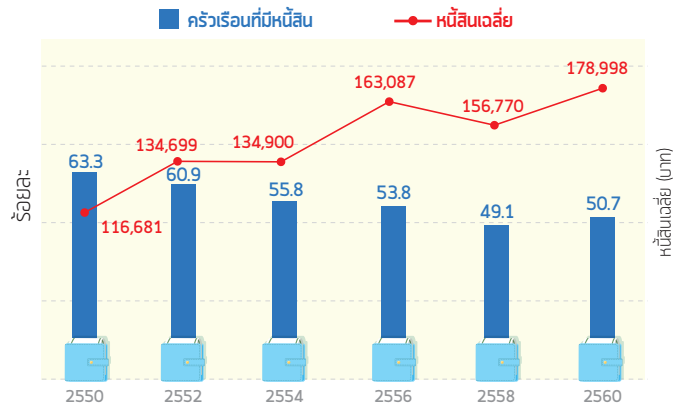
ที่ชีวิตความเสี่ยงต่อความยากจนของคนไทย ระดับการศึกษา ยิ่งน้อย ยิ่งมีโอกาสยากจนสูง ผู้ไม่เคยเรียนหนังสือถึงประมาณ 1 ใน 5 ปัจจุบันเป็นคนยากจน ในด้านสุขภาพ การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถปกป้องคนไทยจากความยากจนและการล้มละลายจากการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละครัวเรือนไทยที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือ ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลดลงจากร้อยละ 5.74 และ 2.01 ในปี 2543 (ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เป็นร้อยละ 2.26 และ 0.24 ตามลำดับ ในปี 2560

ร้อยละคนจนตามเกณฑ์ด้านรายจ่ายเพื่ออุปโภคบริโภค (เฉพาะอายุ 6 ปีขึ้นไป) จำแนกตามระดับการศึกษา พ.ศ. 2560



ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน ประมวลผลโดย สสช.

ร้อยละครัวเรือนไทยที่มีหนี้ และจำนวนหนี้สิน ต่อครัวเรือนทั้งสิ้น พ.ศ. 2550-2560

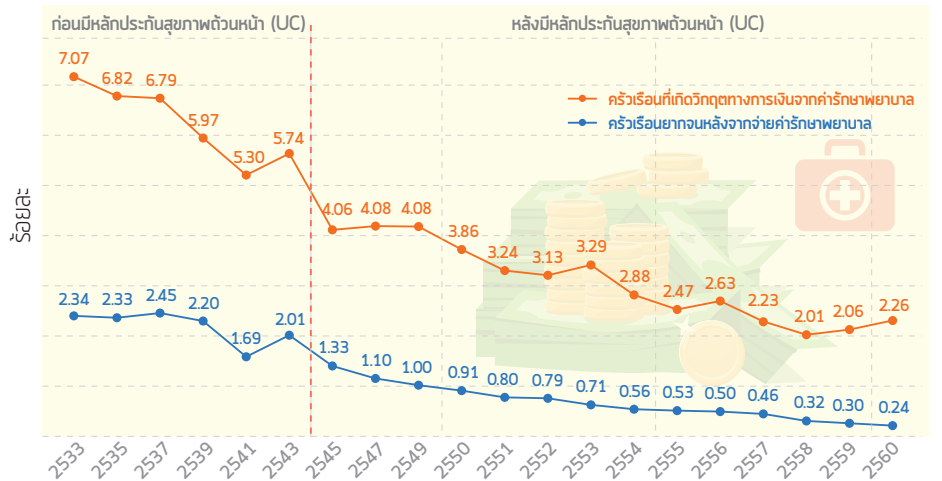


ที่มา : สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

คนจนโดยมากประกอบอาชีพภาคการเกษตร ประมง ป่าไม้ และคนงานรับจ้างทั่วไป ซึ่งในบางช่วงมีความไม่แน่นอนของระดับรายได้ การเข้าถึงแหล่งทุนและการกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพ รวมถึงเพื่อการบริโภคในห้วงเวลาที่มีรายได้ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถพึ่งพาตนเองและหลุดพ้นจากความยากจนได้ ปัจจุบันสัดส่วนครัวเรือนไทยที่เป็นหนี้มีแนวโน้มลดลง แต่จำนวนหนี้สินเฉลี่ยต่อครัวเรือนกลับพบว่าสูงขึ้น ปัญหาภาระหนี้ของครัวเรือน โดยเฉพาะครัวเรือนที่ยากจนจึงเป็นเรื่องที่ยังต้องติดตามเฝ้าระวังการดำเนินโครงการ

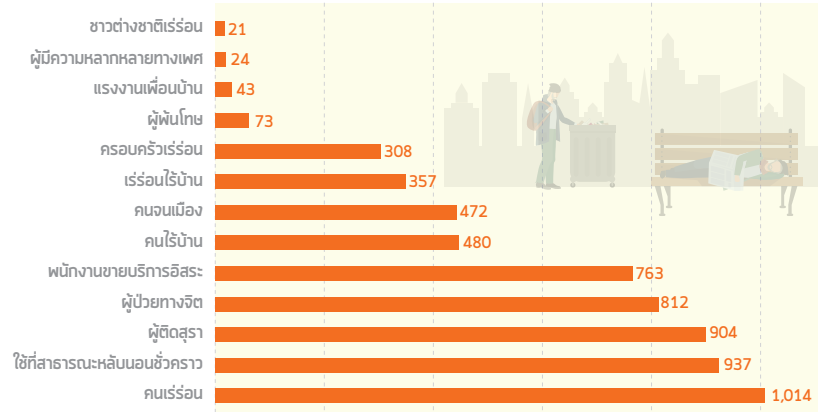
บัตรสวัสดิการแห่งรัฐเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของคนจนและผู้มีรายได้น้อย ซึ่งในช่วงปี 2561 มีผู้ลงทะเบียนและรับบัตร ประมาณ 11 ล้านคน เป็นมาตรการหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาปัญหาความยากจนได้ หากสามารถทำได้ตรงจุดผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างแท้จริง

ร้อยละครัวเรือนไทยที่ประสบทางเศรษฐกิจจากค่ารักษาพยาบาล



หมายเหตุ : ครัวเรือนที่เกิดวิกฤตทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล (catastrophic health expenditure) หมายถึง รายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่า 10% ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด “ครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (health impoverishment) หมายถึง ครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจนแต่ภายหลังจากจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้ว ตกอยู่ใต้เส้นความยากจน”
ที่มา : รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561 สปสช.

ผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ หรือคนเร่ร่อน ไร้ที่พึ่ง ในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2561 จำแนกตามประเภท รวม 3,993 คน



หมายเหตุ : ผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ 1 คน อาจถูกจัดอยู่มากกว่า 1 ประเภท
ที่มา : สำราญโดยมูลนิธิอิสิสรชน

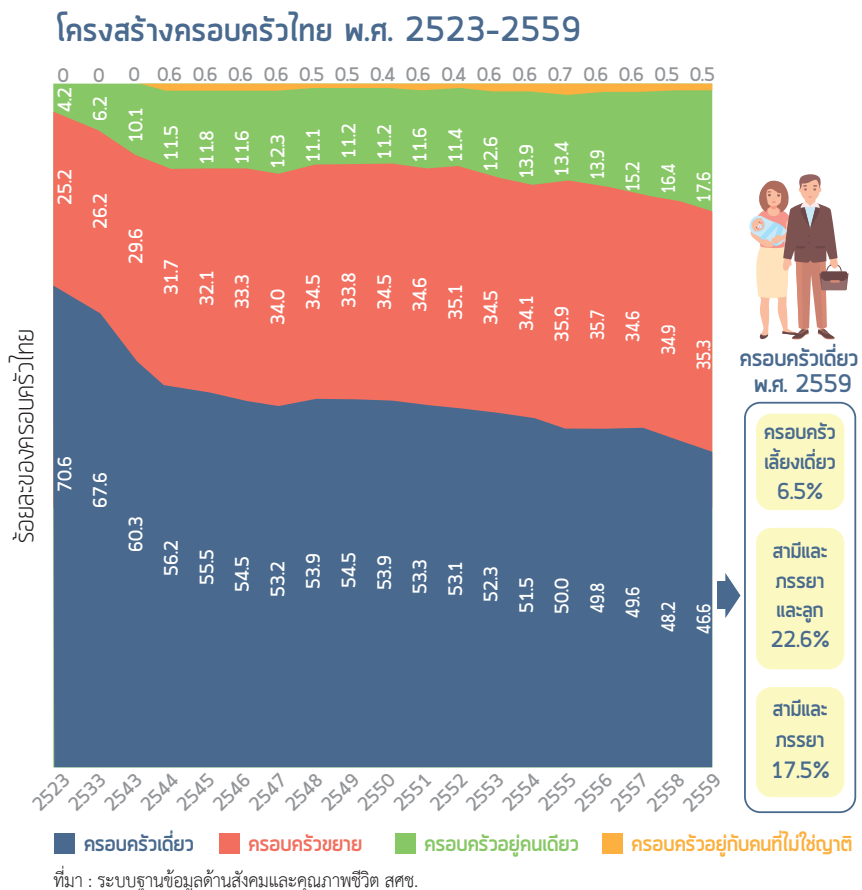
ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ในเขตเมืองมีสูงกว่าในชนบท คนจนและไร้ที่พึ่งในเมืองก็มีความเสี่ยงและเปราะบางมาก เฉพาะในกรุงเทพฯ จำนวนผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะหรือ คนเร่ร่อน ไร้ที่พึ่งมีมากถึงเกือบ 4,000 คน จำนวนมากเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางจากหลายสาเหตุ ทั้งทางเศรษฐกิจ สุขภาพ หรือ ทางสังคมจากการถูกตีตรา

6 ครอบครัวเปราะบาง

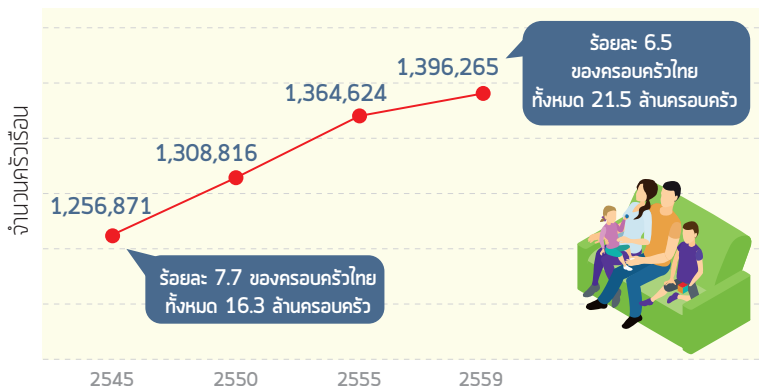
“ ปี 2560 ผู้ถูกกระทำรุนแรงโดยบุคคลในครอบครัว ที่มารับบริการของ ศูนย์พึ่งได้ มีมากถึง 9,067 ราย ”

โฉมหน้าครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปจากแต่ก่อน การอยู่อาศัยเพียงคนเดียว ลักษณะครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว และครอบครัวข้ามรุ่น (ผู้สูงอายุและหลาน) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว จากการขาดการแสดงความเอาใจใส่ระหว่างกัน และการสื่อสารกันอย่างมีคุณภาพอาจนำไปสู่การใช้ความรุนแรง

ครอบครัวไทยจำนวนมากมีลักษณะที่เปราะบาง ครอบครัวอยู่คนเดียว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในปี 2559 มีมากถึง 3.8 ล้านครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของครอบครัวไทยทั้งหมด ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ซึ่งหมายถึงครอบครัวที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่โดยลำพัง มีประมาณ 1.4 ล้านครอบครัว ขณะที่ครอบครัวข้ามรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่พ่อแม่วัยทำงานย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น หย่าร้าง หรือเสียชีวิต มีเพียงผู้สูงอายุและหลานที่ยังเป็นเด็กอาศัยอยู่ด้วยกัน คาดว่ามีอยู่ราว 400,000 ครอบครัว เกือบครึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹



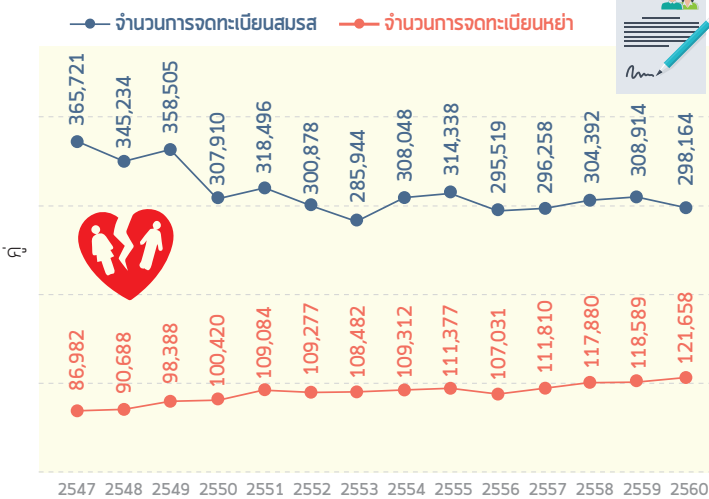
จำนวนและร้อยละครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวในไทย



ส่วนหนึ่งซึ่งสะท้อนได้จากจำนวนการจดทะเบียนหย่าที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องมากถึง 121,658 คู่ในปี 2560 (ขณะที่จำนวนการจดทะเบียนสมรสลดลงต่ำกว่า 3 แสนคู่) ความเข้มแข็งของครอบครัว² ในมิติสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นเรื่องที่ต้องเร่งเสริมสร้างพร้อมๆ กับการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาการใช้ความรุนแรง

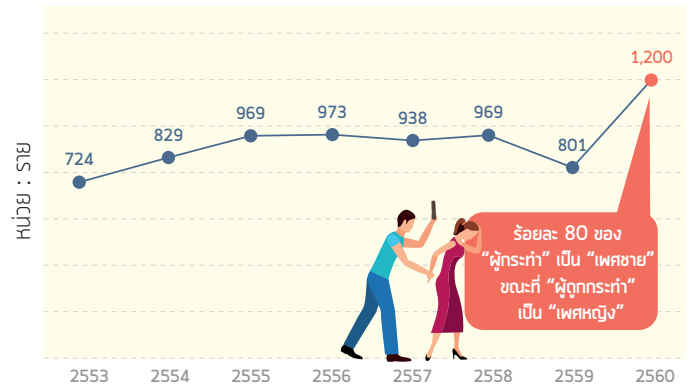
¹ UNFPA (2558) รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ.2558 โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิตน้อย อายุยืน
² กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2561) รายงานสถานการณ์ความเข้มแข็งของครอบครัวไทย ประจำปี 2560

จำนวนการจดทะเบียนสมรสและหย่าในประเทศไทย



ที่มา : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

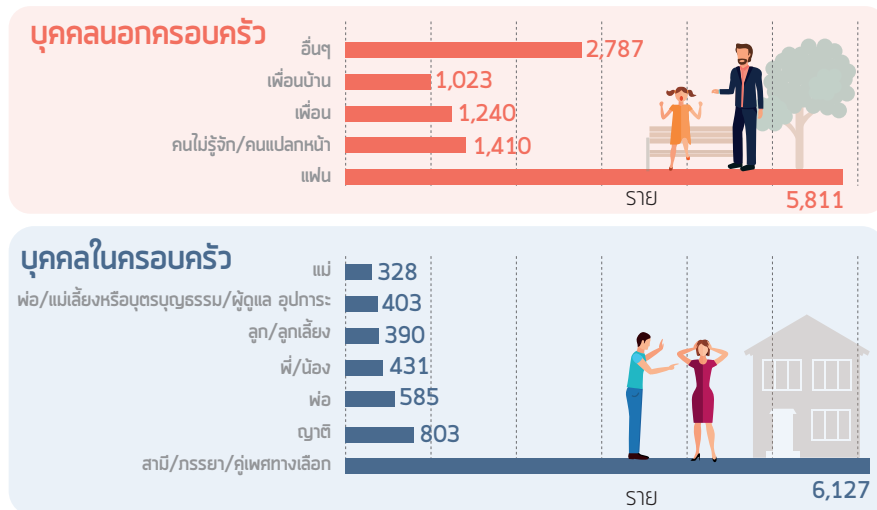
จำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัว ปีงบประมาณ 2553-2560



หมายเหตุ : จำนวนที่รวบรวมโดย www.violence.in.th

ที่มา : รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านความรุนแรงในครอบครัว สำหรับการรายงานตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ประจำปี 2560, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

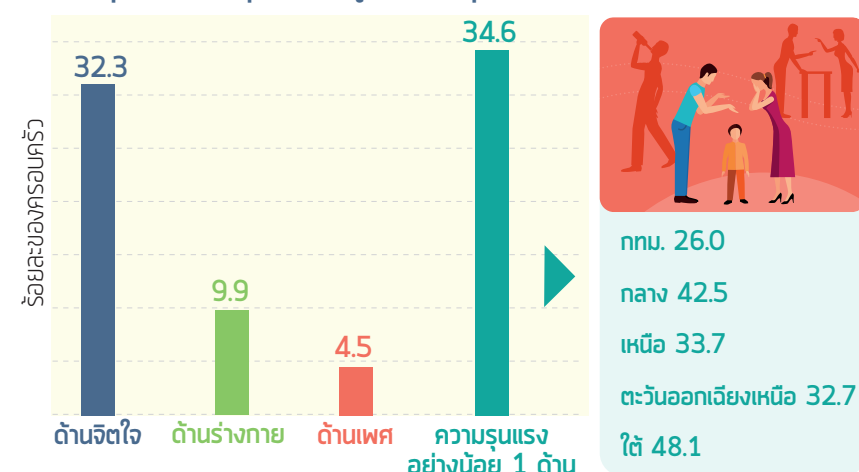
จำนวนผู้ถูกกระทำรุนแรงที่มารับบริการของศูนย์พึ่งได้ ปีงบประมาณ 2560 จำแนกตามประเภทผู้กระทำ



หมายเหตุ : จำนวนผู้ถูกกระทำ รวม 21,218 ราย หรือ 58 ราย/วัน (เพศหญิง ร้อยละ 93.8 เพศชาย ร้อยละ 6.1 เพศทางเลือกร้อยละ 0.03) โดย ใน 1 เหตุการณ์ความรุนแรงอาจมีผู้กระทำรุนแรงมากกว่า 1 คน

ที่มา : รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านความรุนแรงในครอบครัว สำหรับการรายงานตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 ประจำปี 2560, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ความชุกของความรุนแรงต่อผู้หญิงและบุคคลในครอบครัว



ที่มา : รายงานผลการสำรวจระดับประเทศ 2560 ความรุนแรงในครอบครัวไทยต่อผู้หญิงและบุคคล, ศูนย์จัดการตามความรุนแรงในครอบครัวไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

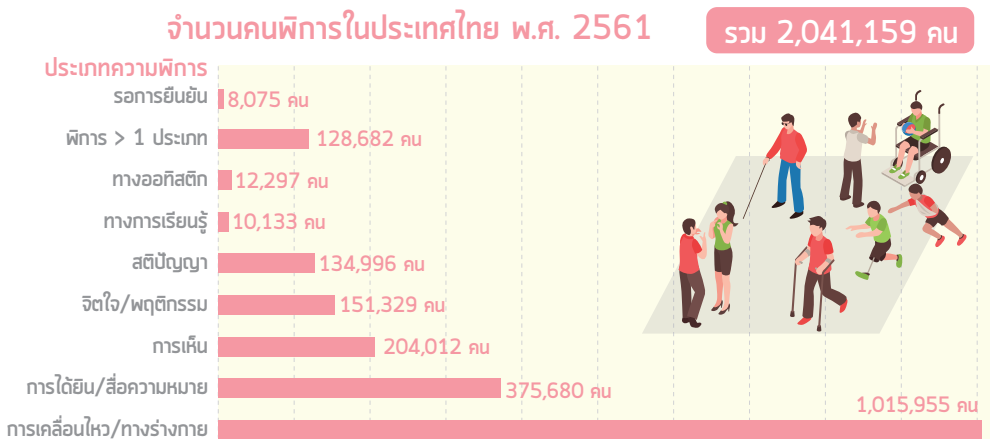
โดยเฉพาะต่อเด็กและสตรีในครอบครัว การสำรวจระดับประเทศพบความรุนแรงต่อผู้หญิงและบุคคลในครอบครัวไทยมีความชุกมากถึงร้อยละ 34.6 แม้จำนวนมากจะเป็นความรุนแรงด้านจิตใจ แต่ที่เป็นความรุนแรงทางร่างกายและทางเพศก็มีมากถึงร้อยละ 10 และ 5 ตามลำดับ ในปี 2560 มีสถิติเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงและได้เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้จำนวน 21,218 ราย มากกว่า 2 ใน 5 เป็น การกระทำความรุนแรงโดยบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่จากคู่สมรส จากฐานข้อมูลสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว (www.violence.in.th) ถึงร้อยละ 80 ของเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัว มีผู้กระทำเป็นเพศชาย ขณะที่ผู้ถูกกระทำเป็นเพศหญิงสาเหตุหลักมาจากความหึงหวงนอกใจ การบันดาลโทสะและอาการเมาจากสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

7

คนพิการ

“คนพิการไทยมีประมาณ 2 ล้านคน ในจำนวนนี้ 1.6 ล้านคนได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือน”

“ความพิการ” เป็นเงื่อนไขที่นำไปสู่ความเปราะบางของคนพิการ ทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ประเทศไทยมีนโยบายและการดำเนินงานในการสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่ดีขึ้นต่อเนื่อง การทำให้คนพิการทุกคนเข้าถึงสิทธิและการสนับสนุนที่พึงได้รับเป็นข้อท้าทาย



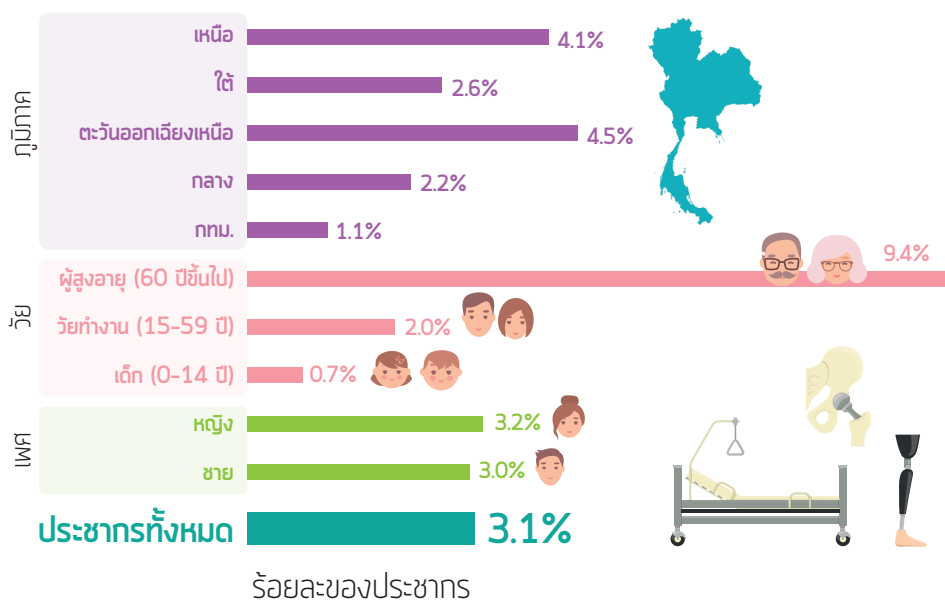
ประเทศไทยโดยประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กำหนดประเภทความพิการออกเป็น 7 ประเภท ได้แก่ ทางการเห็น ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ทางสติปัญญา ทางการเรียนรู้ และทางออกทิสติก จากจำนวนผู้ที่ได้รับการ

ที่มา : รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย (ณ 31 ตุลาคม 2561) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พม.

ออกบัตรประจำตัวคนพิการทั้งสิ้น 2.04 ล้านคนในปี 2561 ส่วนใหญ่ประมาณครึ่ง เป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ถัดมา เป็นทางการได้ยินหรือการสื่อความหมาย และ ทางการเห็นตามลำดับ คนพิการซ้ำซ้อนมากกว่า 1 ประเภท มีจำนวนถึง 128,682 คน

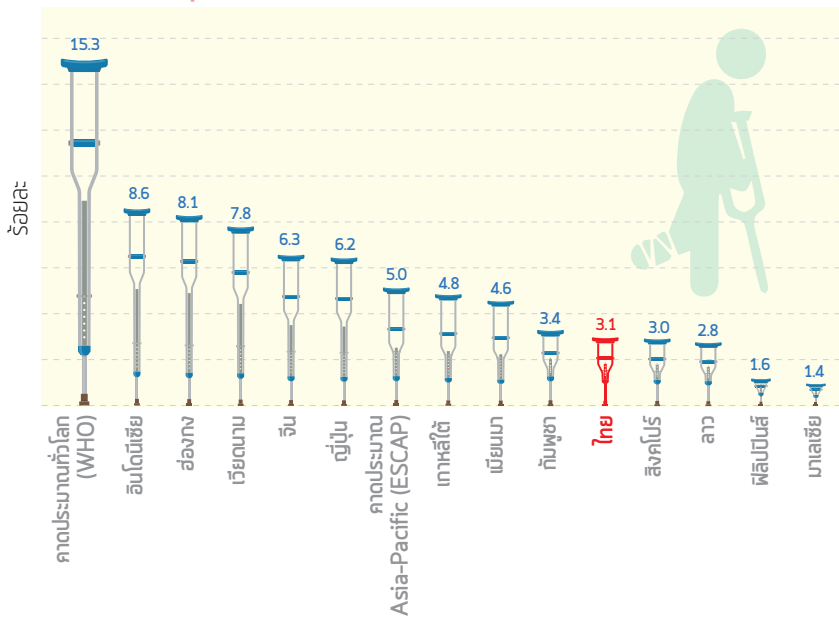
คนพิการเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีแนวโน้มประสบปัญหาความยากจนและการไม่มีงานทำที่สูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นในปี 2560 คนพิการที่ยากจนมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 16.4 สูงกว่าสัดส่วนคนจนในภาพรวมประเทศกว่า 2 เท่า ขณะที่ผู้มีงานทำมีเพียงประมาณ 1 ใน 4 ต่ำกว่าสัดส่วนในภาพรวมประเทศถึงเกือบ 3 เท่า

ความชุกของคนพิการในไทย



ที่มา : คำนวณจากข้อมูลผู้พิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จากรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย (ณ 31 ตุลาคม 2561) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พม. ร่วมกับจำนวนประชากร พ.ศ. 2561 จากสารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล

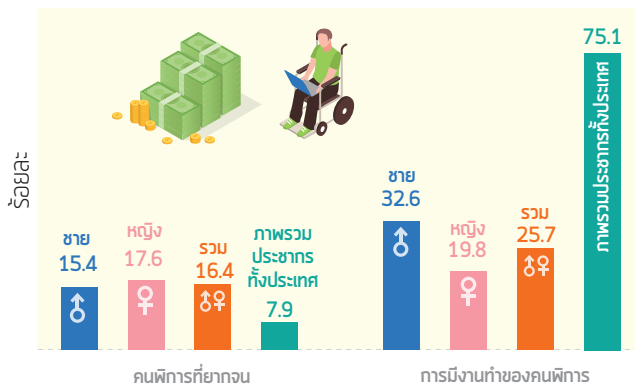
ความชุกของคนพิการต่อประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2560



ที่มา : ข้อมูลประเทศไทย คำนวณจากจำนวนคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ ณ 31 ตุลาคม 2561; ข้อมูลประเทศอื่น จาก Building Disability-Inclusive Societies in Asia and the Pacific: Assessing Progress of the Incheon Strategy 2018, UNESCAP

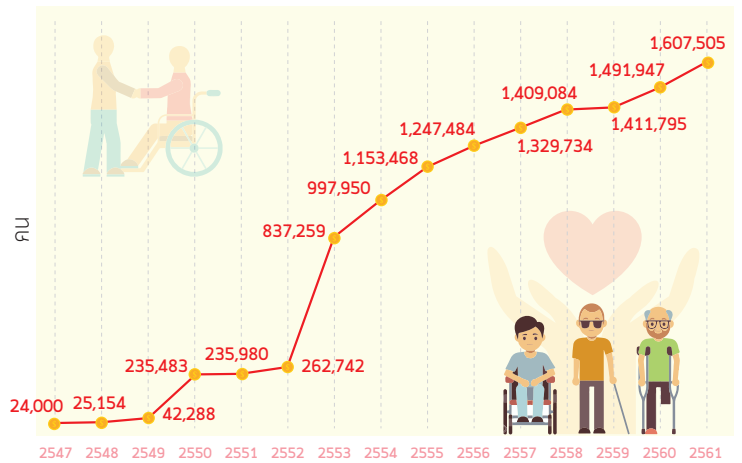
ในอดีต คนพิการค่อนข้างประสบกับความเหลื่อมล้ำของชุดสิทธิประโยชน์จาก 3 กองทุนสุขภาพหลัก โดยเฉพาะกลุ่มที่ทำงานและเป็นผู้ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคม ซึ่งมีชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมรายการอุปกรณ์ที่สนับสนุนคนพิการจำกัดกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่จากการพัฒนาและปรับปรุงข้อกำหนดในระบบประกันสุขภาพของไทย ปัจจุบันคนพิการที่เป็นกลุ่มผู้ประกันตนกับกองทุนประกันสังคมมีทางเลือกในการเข้ารับการรักษาพยาบาล และชุดสิทธิประโยชน์สนับสนุนที่เปิดกว้างมากขึ้น โดยสามารถเลือกได้ว่าจะใช้สิทธิการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือระบบประกันสังคม

ความยากจน และการมีงานทำของคนพิการเปรียบเทียบภาพรวมประเทศ พ.ศ. 2560



ที่มา : Building Disability-Inclusive Societies in Asia and the Pacific: Assessing Progress of the Incheon Strategy 2018, UNESCAP

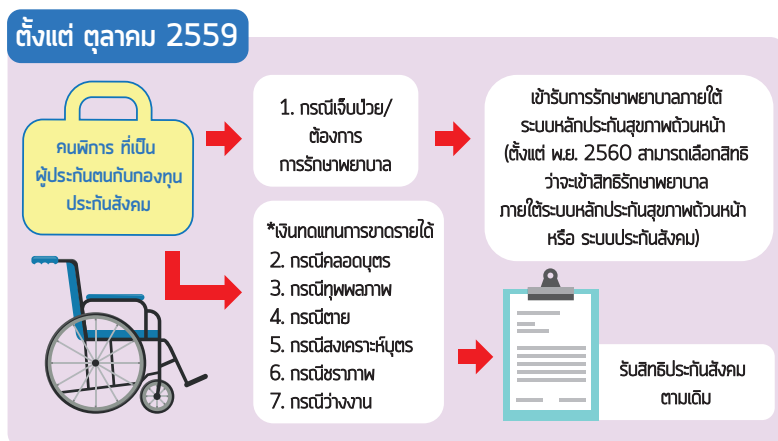
จำนวนคนพิการที่ได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือน



หมายเหตุ : ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2558 เบี้ยยังชีพรายเดือนสำหรับผู้พิการ เพิ่มขึ้นจาก 500 บาท เป็น 800 บาท ต่อเดือน

ที่มา : จำนวนและเบี้ยยังชีพผู้พิการ 2547 - 2561, สศช.

สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับคนพิการภายใต้กองทุนประกันสังคม



ที่มา : สรุปจากเอกสาร “การดำเนินการให้คนพิการที่เป็นผู้ประกันตนได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ตามคำสั่งหัวหน้า คสช. เลขที่ 58/2559”

เปรียบเทียบกับหลายประเทศและค่าคาดประมาณทั่วโลก ความชุกของคนพิการต่อประชากรทั้งหมดในไทยถือว่าค่อนข้างต่ำ ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลมาจากความแตกต่างของนิยามที่ใช้ การกำหนดนิยามความพิการที่ครอบคลุม การให้การสนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เข้าถึงคนพิการได้ทุกคน เป็นโจทย์สำคัญหนึ่งของไทยในการพัฒนาประเทศที่จะไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลัง

8

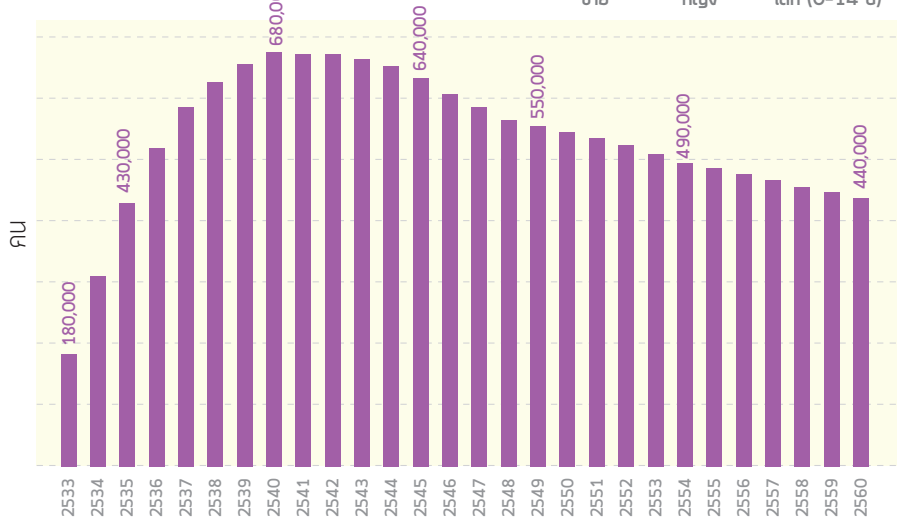
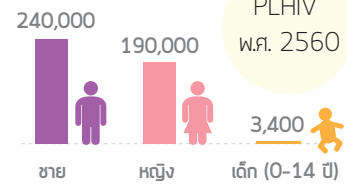
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยวัณโรค

“ผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงต่อเนื่องเหลือ 4 แสนกว่า ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ต่อปีคาดว่าสูงกว่า 1 แสน”

สถานการณ์เอชไอวีและโรคเอดส์ในไทยดีขึ้น เช่นเดียวกับการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ปัญหาทัศนคติการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อยังมีแนวโน้มสูงสำหรับผู้ป่วยวัณโรค การเร่งรัดค้นหาและส่งเสริมให้เข้าถึงการรักษาที่ได้มาตรฐานและต่อเนื่องเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและดื้อยายังเป็นภารกิจสำคัญของไทย



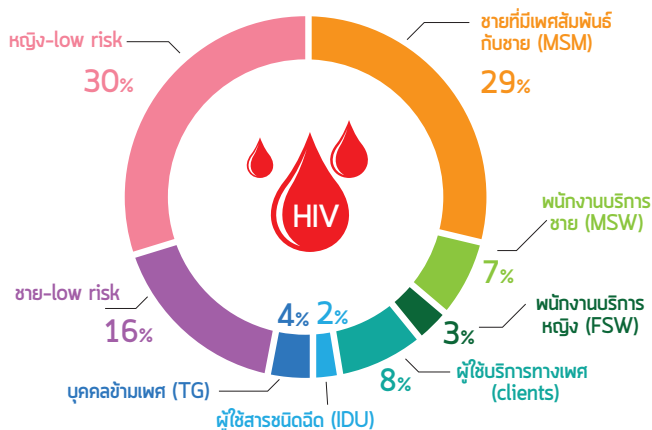
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (People living with HIV: PLHIV) ในประเทศไทย



ที่มา : People living with HIV: PLHIV in Thailand 1990-2017, United Nations Programme on HIV/AIDS

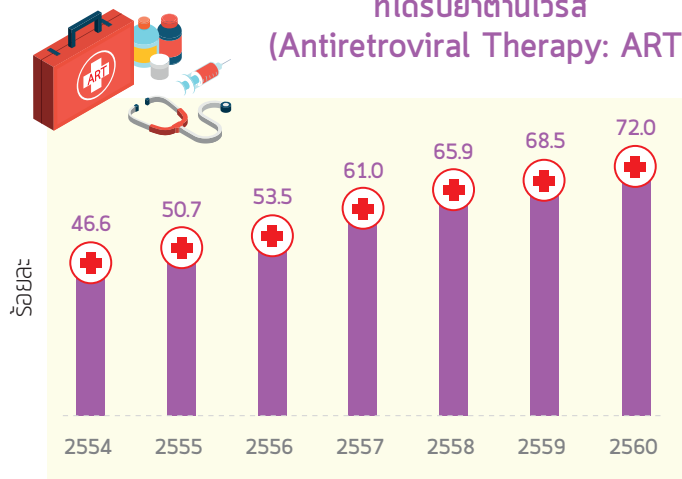
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมในไทยเคยมีจำนวนสูงสุดถึง 6.8 แสนคนเมื่อประมาณ 20 ปีที่แล้ว ผลจากการดำเนินงานอย่างเข้มข้นของประเทศ ในการป้องกันการติดเชื้อ สนับสนุนการดูแลและส่งเสริมการเข้าถึงยาต้านไวรัส ทำให้ปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมลดลงอยู่ที่ 4.4 แสนคน โดยที่ประมาณ 3 ใน 4 ได้รับบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อรายใหม่ คาดว่ามีประมาณ 5,000 คนต่อปี ซึ่งคาดว่าจะยังคงลดลงต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มประชากรหลัก (key populations) ยังต้องเฝ้าระวัง เช่นเดียวกับปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จากการสำรวจด้วย 6 ตัวชี้วัดของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เกินครึ่งของคนไทยยังมีทัศนคติที่อาจนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ

สัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ตามประชากรกลุ่มเสี่ยง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) พ.ศ. 2560



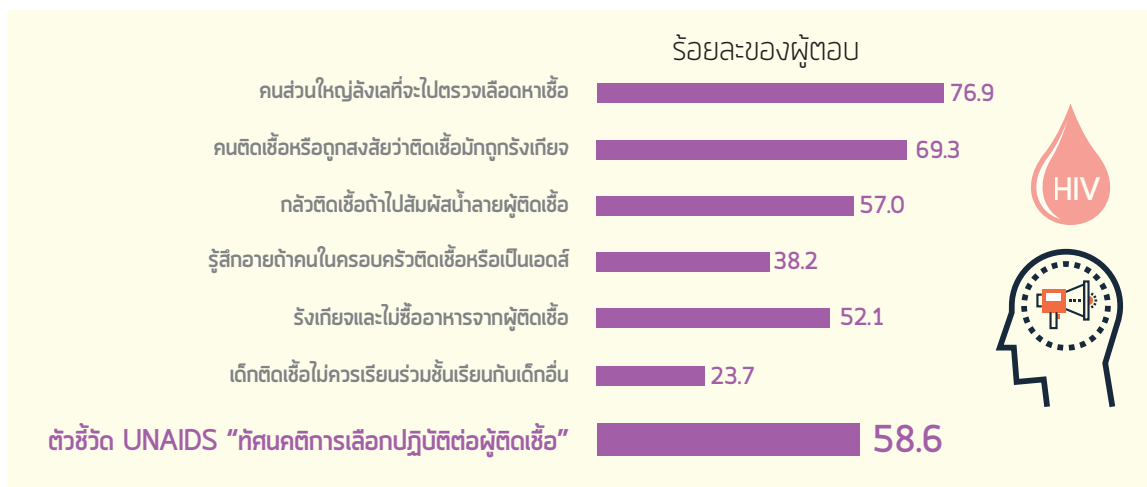
ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการและประสานงานเอชไอวีเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ร้อยละ PLHIV ที่ได้รับยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART)



ที่มา : เอกสารสรุปความก้าวหน้าการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทยรอบปี 2561

ทัศนคติของคนไทยเกี่ยวกับเอชไอวี



ที่มา : ข้อมูลจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557-2558 อ้างอิงใน Kriengkrai Srithanaviboonchai, et.al. (2017)

สถานการณ์วัณโรค จาก Global TB Report 2018

อัตราการตายและอุบัติการณ์ (ต่อแสนประชากร)	เฉลี่ยโลก	ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก						ไทย
		แอฟริกา	อเมริกา	เมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก	ยุโรป	เอเชียตะวันออกเฉียงใต้	แปซิฟิกตะวันตก	
อัตราการตายจากวัณโรค (ไม่รวม TB/HIV)	17.0	39.0	1.8	13.0	2.6	32.0	4.9	13.0
อัตราการตายจาก TB/HIV อย่างเดียว	4.0	24.0	0.6	0.4	0.5	1.4	0.3	4.2
อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รวม TB/HIV)	133	237	28	113	30	226	94	156
อุบัติการณ์ผู้ป่วย TB/HIV	12.0	63.0	3.0	1.4	3.6	7.7	1.6	16.0
อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา	7.4	8.6	1.1	6.0	12.0	9.7	6.0	5.7
ประมาณการร้อยละผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการรักษา	64%	52%	81%	68%	81%	64%	75%	74%
ประมาณการร้อยละความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	82%	82%	75%	92%	77%	75%	91%	83%

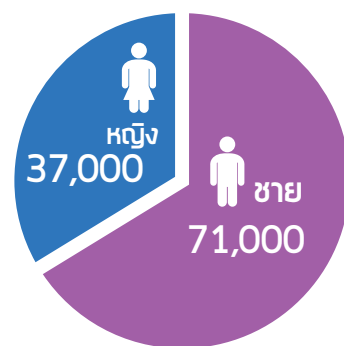
ที่มา : Global Tuberculosis Report 2018, World Health Organization

ประเทศไทยถูกจัดเป็น 1 ใน 14 ประเทศ

ที่มีปัญหาสูงจาก วัณโรค (TB) วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) วัณโรคและเอชไอวี (TB/HIV) โดยองค์การอนามัยโลก ในช่วงพ.ศ. 2559-2563 (ได้แก่ แองโกลา จีน คองโก เอธิโอเปีย อินเดีย อินโดนีเซีย เคนยา โมซัมบิก เมียนมา ไนจีเรีย ปาปัวนิวกินี แอฟริกาใต้ ไทย และซิมบับเว)

คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ พ.ศ. 2560

รวมประมาณ 108,000 คน



ที่มา : Global Tuberculosis Report 2018, World Health Organization

ปัญหาวัณโรคยังน่าเป็นห่วง ในช่วง พ.ศ. 2559-2563 ประเทศไทยถูกจัดโดยองค์การอนามัยโลกให้อยู่ในกลุ่ม 14 ประเทศที่มีปัญหาที่สูงในเรื่องนี้ ซึ่งการจัดกลุ่มนี้พิจารณาจากสถานการณ์อัตราการตายและอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (TB) ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ซึ่งอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ หรือค่าเฉลี่ยโลก ในปี 2560 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่คาดว่าจะมีประมาณ 1.08 แสนคน สัดส่วนผู้ป่วยชายสูงกว่าหญิงเกือบ 2 เท่า จากข้อมูลล่าสุด การเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยรายใหม่ยังมีเพียงประมาณ 3 ใน 4 ขณะที่อัตราความสำเร็จของการรักษาก็ยังไม่เต็มร้อยโดยอยู่ที่ร้อยละ 83

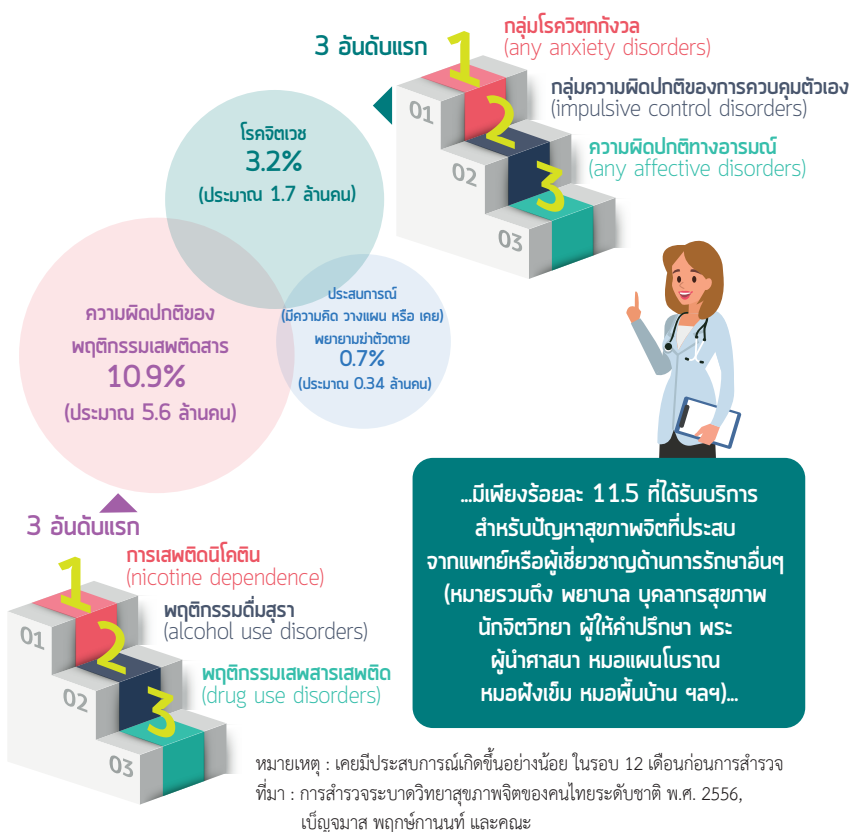
9 กลุ่มเปราะบางจากปัญหาสุขภาพจิต

“ ผู้ป่วยจิตเวชในไทยเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในปี 2560 มีมากถึง 2.7 ล้านคน ”

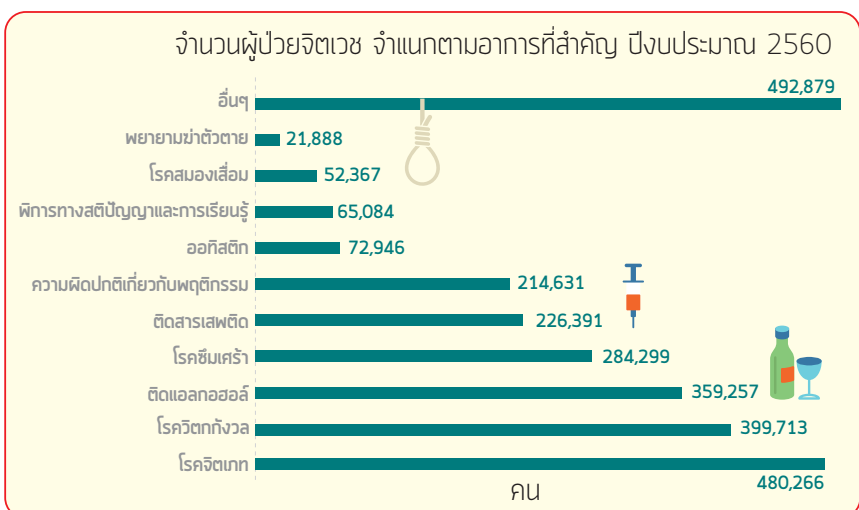
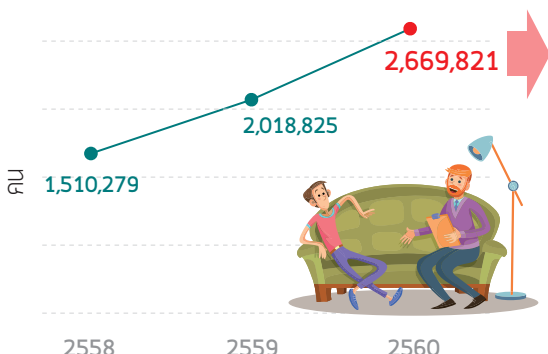
การที่จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นทุกปี อาจเป็นสัญญาณที่ดีว่า คนไทยที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถเข้าถึง บริการการรักษาได้ดีขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็เป็นสัญญาณเตือนว่า สถานการณ์สุขภาพจิตในสังคมอาจ กำลังเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

จากการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี 2556 ประมาณการความชุกของคนไทยที่มีอาการของโรคจิตเวชในรอบ 12 เดือนมีมากถึง 1.7 ล้านคน มีพฤติกรรมเสพติด 5.6 ล้านคน และเคยมีประสบการณ์พยายามฆ่าตัวตาย ถึง 3.4 แสนคน ในจำนวนนี้กลุ่มที่เข้าถึงบริการสำหรับปัญหาสุขภาพจิตมีเพียง 1 ใน 10 การที่จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่รับบริการด้านจิตเวช ของกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 1.5 ล้านคนเป็น 2.7 ล้านคนระหว่างปี 2558-2560 จึงอาจแสดงให้เห็นถึงการเข้าถึง บริการการรักษาที่ดีขึ้นของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม เชื่อได้ว่ายังมีผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องการบริการการรักษาแต่ยังเข้าไม่ถึงอีกเป็นจำนวนมาก ยกตัวอย่างในกรณีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการคาดประมาณว่ามีจำนวนมากถึง 1.4 ล้านคน แต่จำนวนผู้ที่เข้าถึงการวินิจฉัยและการรักษาจะคิดเป็นสัดส่วนยังไม่ถึง 3 ใน 5

ความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวช ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพติดสารและประสบการณ์ฆ่าตัวตายของคนไทย

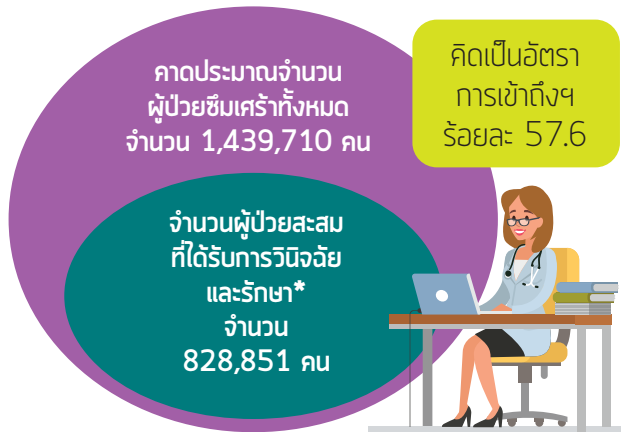


จำนวนผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558-2560



ที่มา : จำนวนผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558-2560, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการเข้าถึงบริการการวินิจฉัยและรักษาอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



หมายเหตุ : *จำนวนผู้ป่วยสะสมเป็นตัวเฉพาะผู้ป่วยที่มีข้อมูล เลขประจำตัว 13 หลัก โดยยอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 ธันวาคม 2561
ที่มา : รายงานการเข้าถึงบริการการวินิจฉัยและรักษาอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

อุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจากตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงญาติ ในบางครั้งอาจเกิดจากการถูกตีตราจากการป่วยและการเข้ารับบริการวินิจฉัยหรือรักษา ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการทางสุขภาพจิต ความห่างไกลของสถานพยาบาล การขาดแคลนบุคลากรทางจิตเวช ทรัพยากร และงบประมาณ รวมถึงการขาดการพัฒนารูปแบบการให้บริการจิตเวชที่เป็นทางเลือกในพื้นที่ที่ขาดแคลน

ความเปราะบางของผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ดูแล

ด้านสุขภาพ

ผู้ป่วย : ความเสี่ยงทางสุขภาพสูง (บาดเจ็บ พิการ หรือ เสียชีวิตก่อนคนทั่วไปจากความรุนแรงของอาการ ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเอง อุบัติเหตุ) การเข้าถึงบริการที่จำเป็นต่ำ

ญาติผู้ดูแล :

ปัญหาเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (จากการดูแลผู้ป่วย) ความเครียดวิตกกังวล และซึมเศร้า ขาดการดูแลทางการแพทย์ (ส่วนใหญ่มุ่งไปที่ผู้ป่วยมากกว่า)



ด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผู้ป่วย : การถูกตีตราทางสังคม ทิศนคติทางลบจากคนรอบข้าง ความแปลกแยกออกจากสังคม ขาดโอกาสในการทำงาน ไม่มั่นคงทางการเงิน เสี่ยงต่อการก่อคดีซึ่งอาจเป็นผลจากโรคหรืออาการ

ญาติผู้ดูแล :

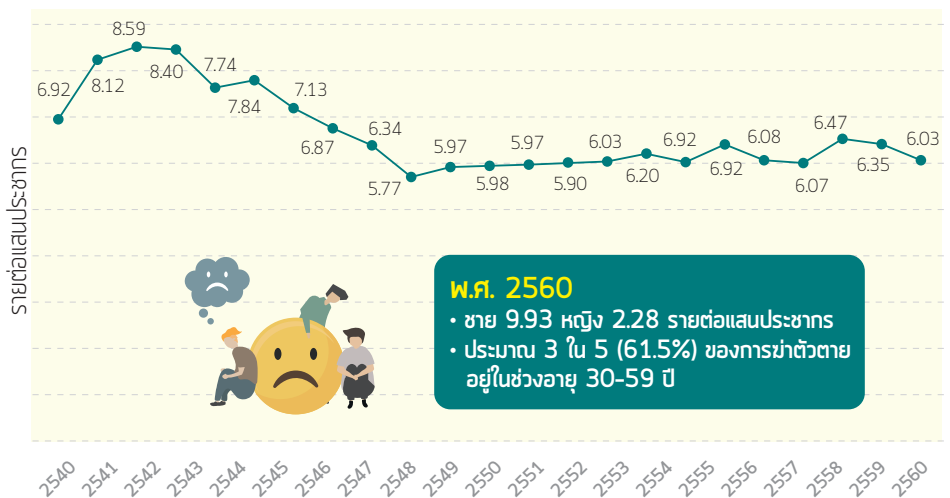
ภาระทางเศรษฐกิจจากการรับผิดชอบผู้ป่วย สูญเสียโอกาสในการทำงาน การถูกตีตราจากสังคม ขาดความเข้าใจจากสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ขาดการดูแลจากญาติคนอื่น ๆ เป็นเหยื่อความรุนแรงของผู้ป่วย

ที่มา : การสำรวจระดับวิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ พ.ศ. 2556, เบื้องมาศ พงศ์กานนท์ และคณะ

ปัญหาสุขภาพจิตนำไปสู่ความเปราะบางทางสุขภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งไม่ใช่เฉพาะต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแล นอกจากนี้หากผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา หรือให้คำปรึกษาที่เหมาะสมก็อาจเป็นจุดเริ่มต้นไปสู่ความคิดหรือความพยายามในการฆ่าตัวตาย ซึ่งยังคงเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย



อัตราการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2540-2560



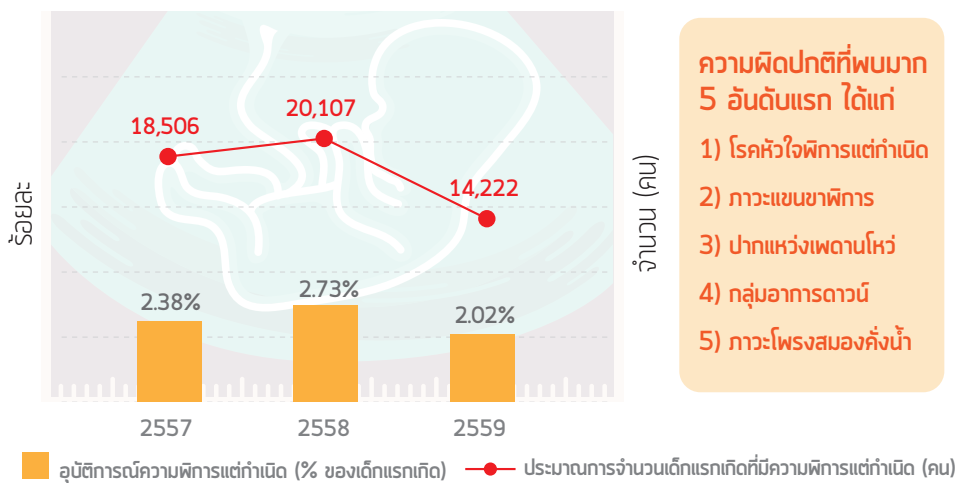
ที่มา : รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อแสนประชากร) ของประเทศไทย พ.ศ. 2540 - 2560, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

10 เด็กเปราะบาง

“ 1 ใน 50 ของเด็กแรกเกิดมีความเสี่ยงพิการแต่กำเนิด ประมาณ 1 ใน 5 เกิดมาพร้อมความยากจนหรือเสี่ยงยากจน ”

เด็กไทยจำนวนมากเกิดมาพร้อมความเปราะบาง ด้วยฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว หรือ ความผิดปกติทางสุขภาพที่ติดตัวมาแต่กำเนิด เมื่อเติบโตขึ้น จำนวนไม่น้อยถูกทำให้เปราะบางด้วยปัจจัยทางสังคมและสภาพการเลี้ยงดู

ประมาณการเด็กแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิด พ.ศ. 2557-2559



ความผิดปกติที่พบมาก 5 อันดับแรก ได้แก่

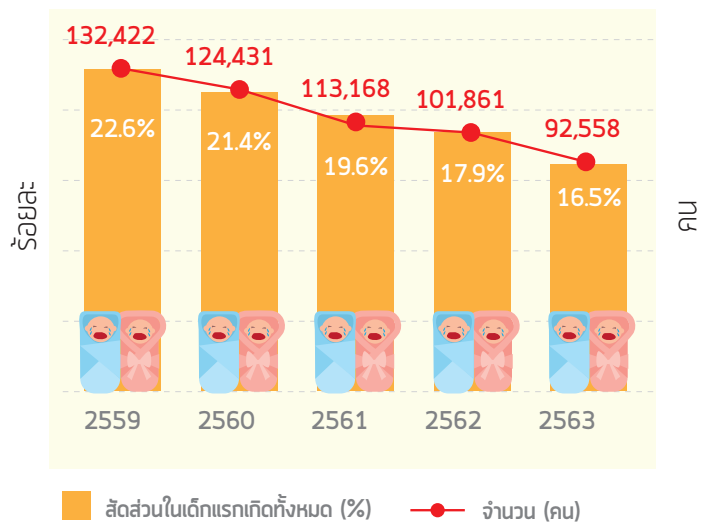
- 1) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
- 2) กภาวะแขนขาพิการ
- 3) ปากแหว่งเพดานโหว่
- 4) กลุ่มอาการดาวน์
- 5) กภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ

ความพิการแต่กำเนิดในไทย จากข้อมูลการจดทะเบียนฯ ปี 2557-2559 มีอุบัติการณ์อยู่ที่ร้อยละ 2-3 ของจำนวนการเกิดมีชีพ ซึ่งสามารถประมาณการจำนวนเด็กแรกเกิดในไทยที่เกิดมาพร้อมความพิการต่อปีอยู่ในช่วงประมาณ 1.5 – 2 หมื่นคน ส่วนใหญ่เป็นความพิการหรือความผิดปกติเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แขนขาพิการ ปากแหว่งเพดานโหว่ ดาวน์ซินโดรม และภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ

ที่มา : อุตบัติการณ์ความพิการแต่กำเนิด จากข้อมูลการจดทะเบียนความพิการแต่กำเนิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี สุทธิพงษ์ ปังคณนธ์ และคณะ. 2559

ปัญหาความยากจนของผู้เป็นพ่อแม่ และครอบครัว เป็นความเปราะบางทางเศรษฐกิจซึ่งเด็กที่เกิดมาจำนวนมากเลือกไม่ได้ ภายใต้โครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดที่ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559¹ โดยประมาณการเด็กแรกเกิดที่ยากจนหรือเสี่ยงจนไว้ในปีแรกของการดำเนินการที่ 1.3 แสนคน และในปีต่อไปประมาณ 1 แสนกว่าคนต่อปี ภายหลังจากดำเนินการเป็นเวลา 3 ปี ณ สิ้นปีงบประมาณ มีจำนวนผู้ลงทะเบียนขอรับเงินอุดหนุนสำหรับเด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี เป็นจำนวนสะสมแล้วมากถึง 7 แสนกว่าคน จำแนกตามสภาพปัญหา ส่วนใหญ่เป็นผลจากปัญหาการว่างงานของผู้เป็นแม่ การเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวและแม่วัยรุ่น

ประมาณการเด็กแรกเกิดยากจนและเสี่ยงจน พ.ศ. 2559-2563

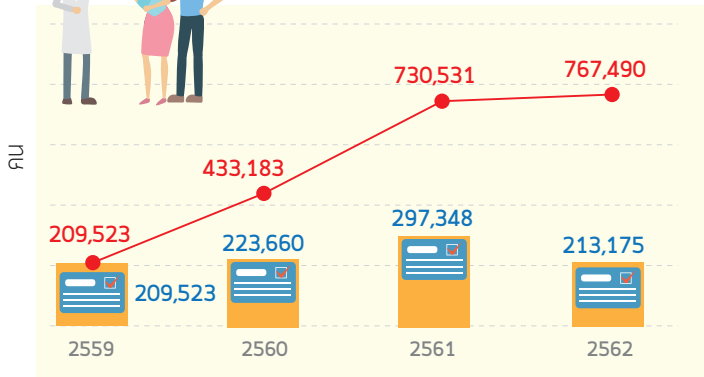


หมายเหตุ : เด็กเสี่ยงจน หมายถึง เด็กที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน แต่ไม่เกิน 25% ของเส้นความยากจน

ที่มา : ประมาณการเด็กยากจนและเสี่ยงจน และประมาณการงบประมาณสำหรับโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด พ.ศ. 2559-2563, กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

¹ ในปีแรก (ปีงบประมาณ 2559) สนับสนุนเงินอุดหนุนรายละ 400 บาทต่อเดือนเป็นเวลา 1 ปี ซึ่งต่อมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เพิ่มวงเงินอุดหนุนเป็น 600 บาทต่อเดือน และขยายระยะเวลาการอุดหนุนเป็นตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 3 ปีบริบูรณ์

จำนวนผู้ลงทะเบียนโครงการอุดหนุน เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2559-2562

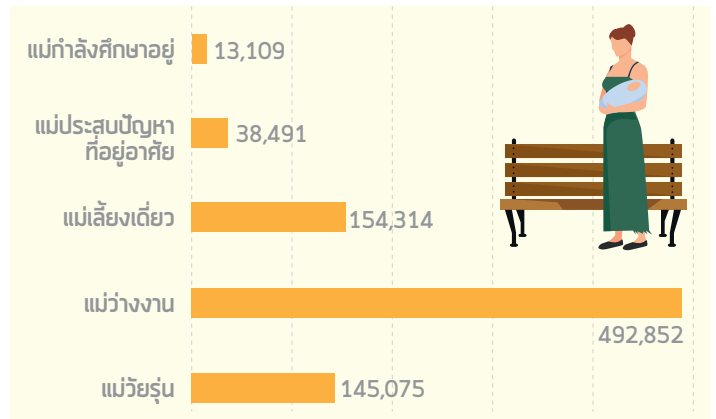


■ จำนวนผู้ลงทะเบียนในปีงบประมาณ (คน) ● จำนวนผู้ลงทะเบียนสะสม (คน)

หมายเหตุ : จำนวนผู้ลงทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 เป็นจำนวนเป้าหมายของการดำเนินการ ขณะที่จำนวนผู้ลงทะเบียนสะสม เป็นจำนวนจริง ณ วันที่ 10 ม.ค. 2562

ที่มา : ผลการดำเนินงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2562, กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จำนวนสะสมของผู้ลงทะเบียนโครงการอุดหนุน เพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด จำแนกตามสภาพปัญหา

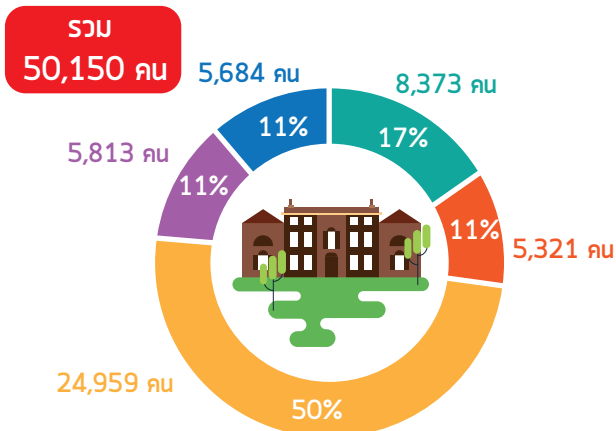


จำนวนสะสม ปีงบประมาณ 2559-2561 (คน)

หมายเหตุ : ทั้งนี้ 1 คนอาจมีข้อมูลได้หลากหลายสภาพปัญหา

ที่มา : คำนวณจากข้อมูล ผลการดำเนินงานโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ 2559-2561, กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เด็กในบ้านพักเด็กและครอบครัว และสถานรองรับเด็ก ของกรมกิจการเด็กและเยาวชน จำแนกตามสาเหตุ



■ ผู้ปกครองไม่สามารถเลี้ยงดู ■ มีปัญหาความประพฤติ
■ กำพร้า เร่ร่อน ถูกทอดทิ้ง ■ ถูกกระทำรุนแรง
■ ครอบครัวยากจน

ที่มา : สถิติข้อมูลและสถานการณ์ด้านเด็กและเยาวชน ประจำปี 2560 กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เด็กและเยาวชน ที่เผชิญความเปราะบาง



ที่มา : เสี่ยงเล็กน้อย จากเด็กถูกทอดทิ้ง (2560) โดย พม. สสส. UNFPA จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สสค.

เมื่อเติบโตขึ้น เด็กจำนวนมากถูกทำให้อยู่ในภาวะเปราะบางจากอีกหลายสาเหตุ เช่น ผู้ปกครองไม่สามารถเลี้ยงดู กำพร้า เร่ร่อน หรือถูกทอดทิ้ง มีปัญหาด้านความประพฤติ หรือ ถูกกระทำรุนแรง ในกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งอยู่ในความดูแลของภาครัฐ ซึ่งมีตัวเลขที่ประมาณ 50,000 กว่าคน แต่จำนวนที่แท้จริงยังคงไม่มีข้อมูลสถิติที่แน่ชัด แต่คาดว่ามียากถึง 3.17 ล้านคน



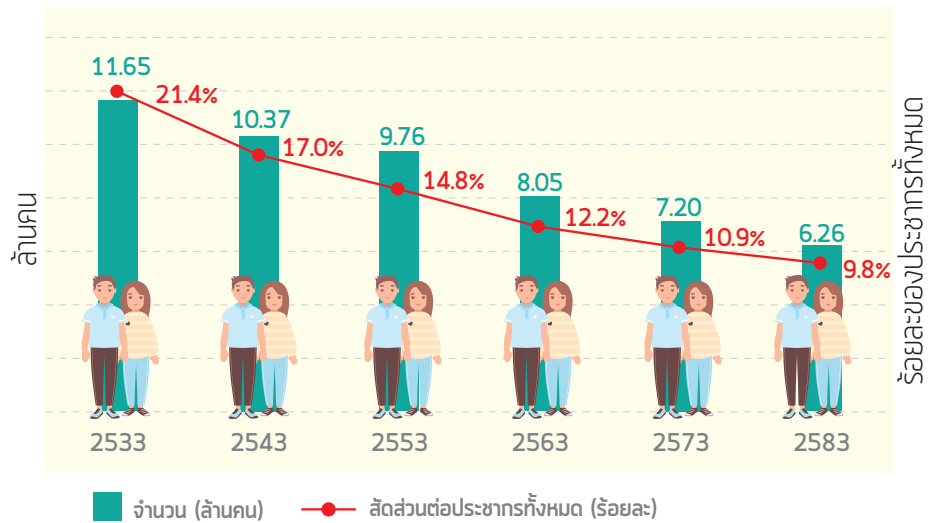
11 วัยรุ่น

“ อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 39.6 ต่อ 1,000 คน แนวโน้มเริ่มลดลงในช่วงที่ผ่านมา ”

วัยรุ่นเป็นช่วงวัยรอยต่อที่สำคัญจากเด็กสู่การเป็นผู้ใหญ่ ความเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่อาจนำไปสู่ความเปราะบางและปัญหา ทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม เป็นเรื่องที่สังคมไทยทุกฝ่ายต้องเฝ้าระวัง ปลุกฝังความรู้ทัศนคติและค่านิยมที่นำไปสู่การปฏิบัติตนและใช้ชีวิตที่เหมาะสม

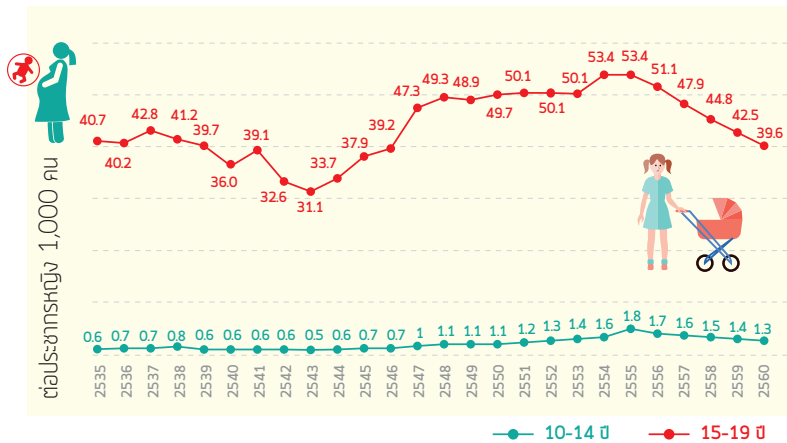
ประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ในประเทศไทยมีจำนวนลดลงต่อเนื่อง ในปี 2563 คาดว่าจะมีจำนวนราว 8 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 1 ใน 8 ของประชากรทั้งหมด ความเปราะบางของประชากรในวัยนี้ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านพฤติกรรมที่นำไปสู่ความเสี่ยงและปัญหาระยะยาวตามมา เช่น จากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การบาดเจ็บพิการหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ความรุนแรงจากการทะเลาะเบาะแว้ง หรือ ปัญหา ยาเสพติดและการพนัน เป็นต้น

จำนวนและสัดส่วนประชากรไทยในช่วงวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี)



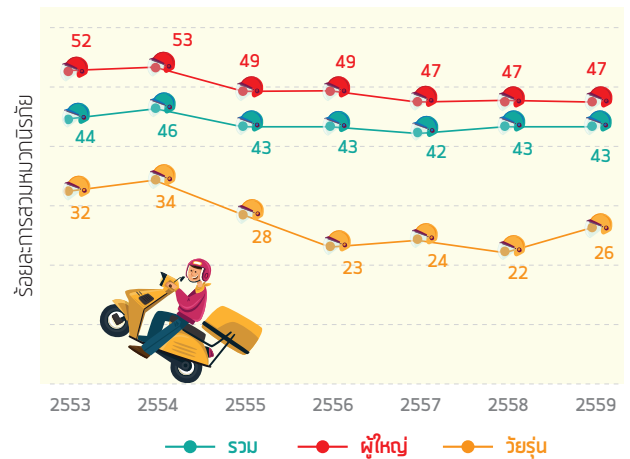
หมายเหตุ : พ.ศ. 2563, 2573 และ 2583 เป็นประมาณการจำนวนและสัดส่วน
ที่มา : ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สศช.

อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี 1,000 คน



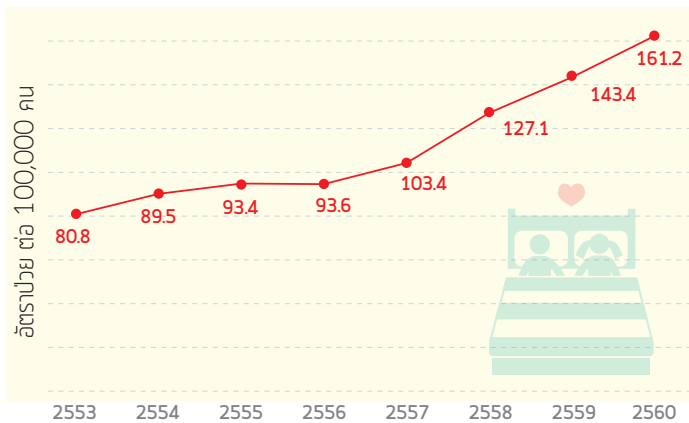
ที่มา : รายงานสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ 2560, สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข

การสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ พ.ศ. 2553-2559 จำแนกตามกลุ่มอายุ (รวมผู้ขับขี่และผู้โดยสาร)



ที่มา : อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559, มูลนิธิไทยโรดส์ และเครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน

อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี

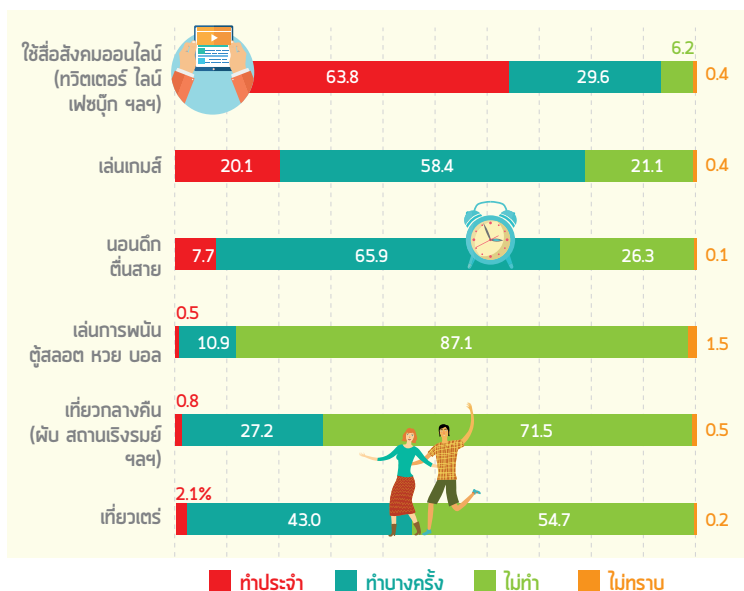


หมายเหตุ : ข้อมูลปี 2553-2557 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวม 5 โรค ได้แก่ หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง
ข้อมูลปี 2559-2560 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวม 8 โรค ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน หิมะม่วง เริ่มที่อวัยวะเพศ หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2553-2560

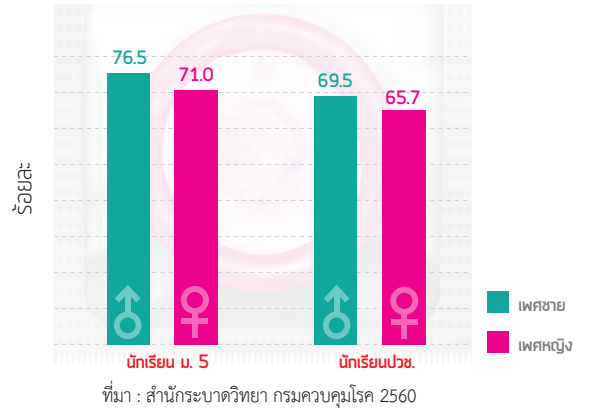
จากข้อมูลในปี 2560 วัยรุ่นไทยยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยราว 1 ใน 5 ของกลุ่มที่มีประสบการณ์ทางเพศ ไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ รวมถึงติดโรค ข้อมูลอัตราโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นภาพสะท้อนที่ดีของปัญหาที่อัตราลดลงในหญิงวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี แม้จะเริ่มมีแนวโน้มลดลงในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา แต่ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไขต่อไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ของ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 การดูแลช่วยเหลือ และคุ้มครอง

ร้อยละพฤติกรรมที่สะท้อนค่านิยมของวัยรุ่นและเยาวชน (อายุ 13-24 ปี) ปี 2561



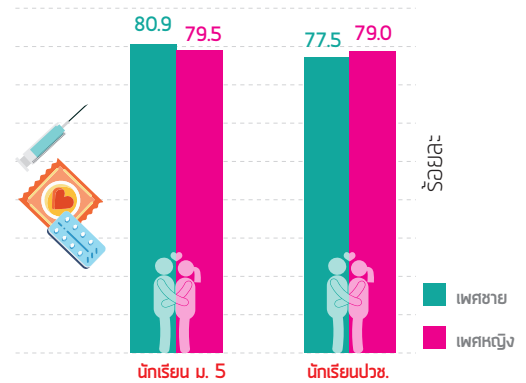
ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคู่อภิเษก ปี 2560



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2560

การคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เชื่อถือได้* เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคู่อภิเษก ปี 2560



หมายเหตุ : *ถุงยางอนามัย ยาเม็ด/ยาฉีดคุมกำเนิด และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2560

แม้วัยรุ่นไทยยังได้รับการศึกษาหรือคงอยู่ในโรงเรียน ด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เป็นจุดเน้นที่ทุกฝ่ายต้องช่วยกัน การลดจำนวนเด็กออกจากโรงเรียนกลางคันและส่งเสริมโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาให้แก่วัยรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่ยังเป็นประชากรในวัยเรียน เป็นแนวทางที่จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงให้แก่ประชากรวัยนี้ได้

พฤติกรรมเสี่ยงทางสังคมของวัยรุ่นที่นำไปสู่ความสูญเสียที่ป้องกันได้ เช่น จากปัญหาอุบัติเหตุทางท้องถนนจากการขับขี่จักรยานยนต์ไม่สวมหมวกนิรภัย การทะเลาะใช้ความรุนแรง การใช้สื่อออนไลน์ที่ไม่เหมาะสม ติดเกมส์ หรือ การพนัน เป็นเรื่องที่ยังละเลยไม่ได้

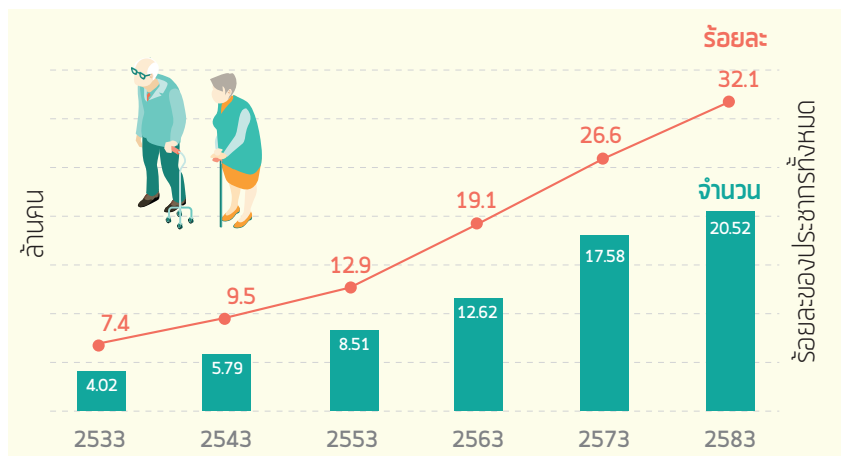
12 ผู้สูงอายุ

“ 1 ใน 10 ของผู้สูงอายุไทยอาศัยอยู่คนเดียว อีก 1 ใน 4 อยู่อาศัยตามลำพังกับคู่สมรส ”

ความเปราะบางของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้นพร้อมกับสุขภาพที่ถดถอย ลดทอนความสามารถในการทำงานมีรายได้และพึ่งพาตนเอง จากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคมที่คนอยู่เป็นโสดเพิ่มขึ้นและมีลูกน้อยลง การเกื้อหนุนจากครอบครัวมีแนวโน้มลดลงซึ่งเพิ่มความเปราะบางให้กับผู้สูงอายุในอนาคต

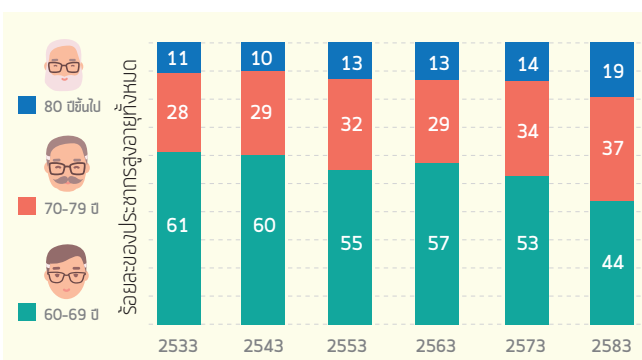
ในปี 2563 คาดว่าผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวน 12.6 ล้านคน คิดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทย สัดส่วนนี้จะยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดในปี 2583 หรืออีก 20 ปีข้างหน้า โดยที่มากกว่าครึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ในปัจจุบันแม้ในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 94.8 ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันทั่วไปได้ แต่ผู้สูงอายุวัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป ถึง 1 ใน 5 พบว่าจำเป็นต้องมีผู้ดูแล

จำนวนและสัดส่วนประชากรไทยที่เป็นผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)



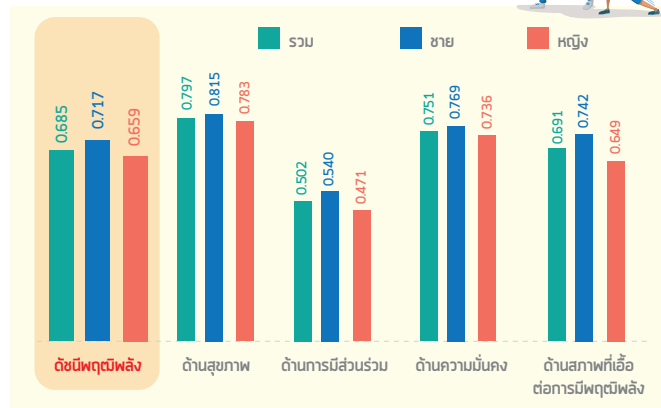
หมายเหตุ : พ.ศ. 2563, 2573 และ 2583 เป็นประมาณการจำนวนและสัดส่วน
ที่มา : ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สศช.

สัดส่วนผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) จำแนกตามกลุ่มอายุ



หมายเหตุ : พ.ศ. 2563, 2573 และ 2583 เป็นประมาณการ
ที่มา : ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สศช.

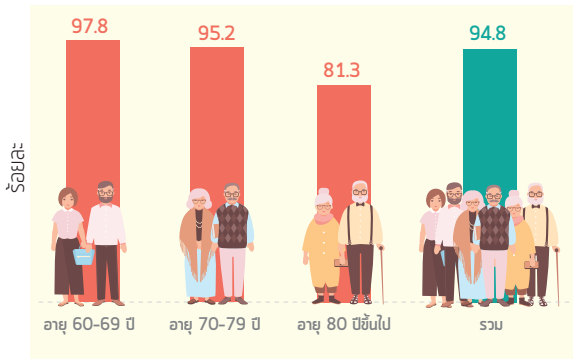
ดัชนีพหุมิพลังผู้สูงอายุไทย ปี 2560



ที่มา : ดัชนีพหุมิพลังผู้สูงอายุไทย 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ดัชนีพหุมิพลัง (Active Ageing Index) ซึ่งใช้วัดระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทย ปี 2560 เท่ากับ 0.685 จัดอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสุขภาพและความมั่นคงมีสถานการณ์ที่ค่อนข้างดีกว่าเมื่อเทียบกับด้านการมีส่วนร่วมและด้านสภาพที่เอื้อต่อการมีพหุมิพลัง อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ ยังคงเป็นปัจจัยความเปราะบางที่สำคัญหนึ่งของผู้สูงอายุจำนวนมาก ที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง อ้วน และข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6 พบว่ามีภาวะซึมเศร้า

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐาน จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2560



หมายเหตุ : ผู้สูงอายุที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานได้ คือสามารถทำกิจวัตรพื้นฐาน ได้แก่ การกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า (แต่งตัว) อาบน้ำ/ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ได้โดยไม่ต้องมีใครช่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ

ที่มา : รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2560, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

จำนวนผู้สูงอายุที่ลงทะเบียน เพื่อสวัสดิการแห่งรัฐปี 2560

รวม 3,843,585 ราย
(คิดเป็นร้อยละ 37.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด)

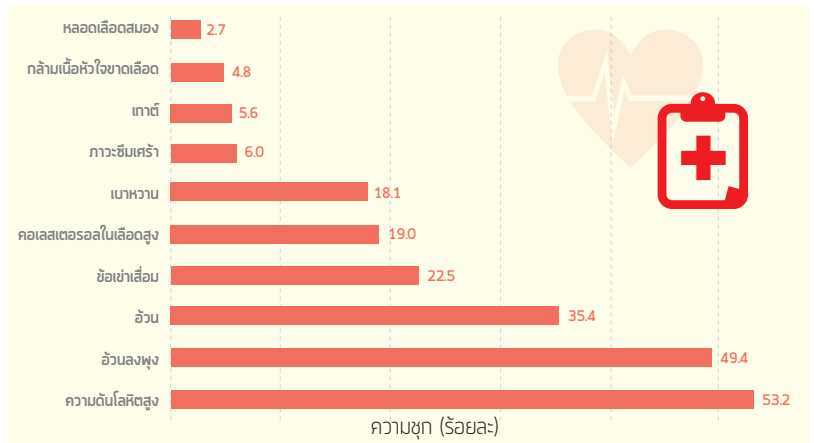


- ✓ 84.2% รายได้น้อยกว่า 30,000 บาท
- ✓ 59% ไม่มีที่ดิน/ที่อยู่อาศัย
- ✓ 51.2% เป็นผู้ว่างงาน
- ✓ 16.3% มีการเลี้ยงดูคนในครอบครัว

ที่มา : สรุปข้อมูลสำคัญผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนในบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ พ.ศ. 2560, กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

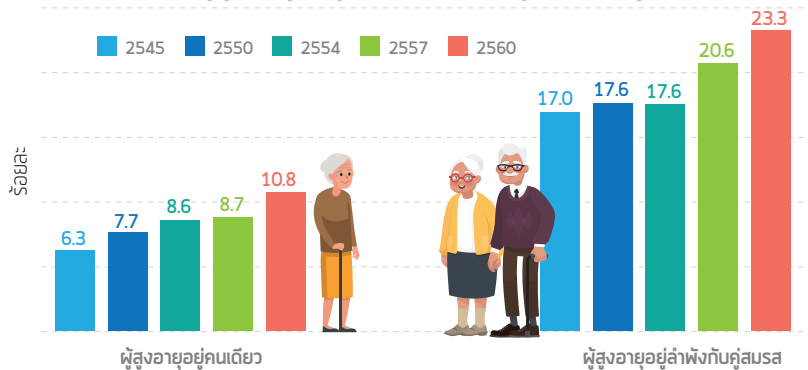
ช่วง 10 กว่าปีที่ผ่านมา สัดส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรือตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความพร้อมด้านการเงินและสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งไม่ได้หมายความว่า จะเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางเสมอไป อย่างไรก็ตาม สถิติจากศูนย์รับแจ้งเหตุ 1300 พบปัญหาที่ผู้สูงอายุไทยประสบมากที่สุดนั้นเป็นในเรื่อง “การไม่มีผู้ดูแล” จากข้อมูลโครงการสวัสดิการแห่งรัฐปี 2560 มีผู้สูงอายุลงทะเบียนมากเกือบ 4 ล้านคน หรือกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ประสบปัญหา รายได้น้อย ไม่มีที่ดินหรือที่อยู่อาศัย และว่างงาน

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ



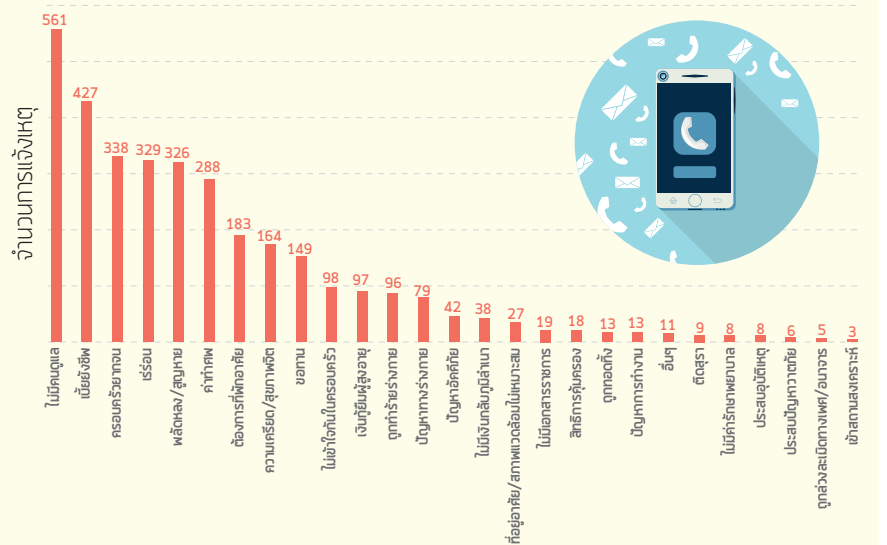
ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

แนวโน้มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรืออยู่ลำพังกับคู่สมรส



ที่มา : รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2560, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สถิติการแจ้งเหตุของผู้สูงอายุที่ยังศูนย์รับแจ้งเหตุ 1300 (ตุลาคม 2558 - กันยายน 2559)



ที่มา : พ.ศ.โอโรวุฒิ วัฒนสิน, 2561. รูปแบบการป้องกันอาชญากรรมที่กระทำต่อผู้สูงอายุ, คณะสังคมศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2562. ชื่อบทความ. *สุขภาพคนไทย 2562* (เลขหน้าของบทความ).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2562. พาราควอตยึดเชื้อ คณะกรรมการวัตถุอันตรายไม่ยอมยกเลิกการใช้. *สุขภาพคนไทย 2562* (หน้า 36-41).

นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.