



04

สถานการณ์สุขภาพของคนไทย และระบบบริการสุขภาพ ของประเทศไทย

🔍 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

🔍 การบริการสาธารณสุขไทย

🔍 นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ

🔍 ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศไทย

🔍 การดำเนินงานตาม SDGs ที่เกี่ยวข้อง
กับด้านสุขภาพของประเทศไทย

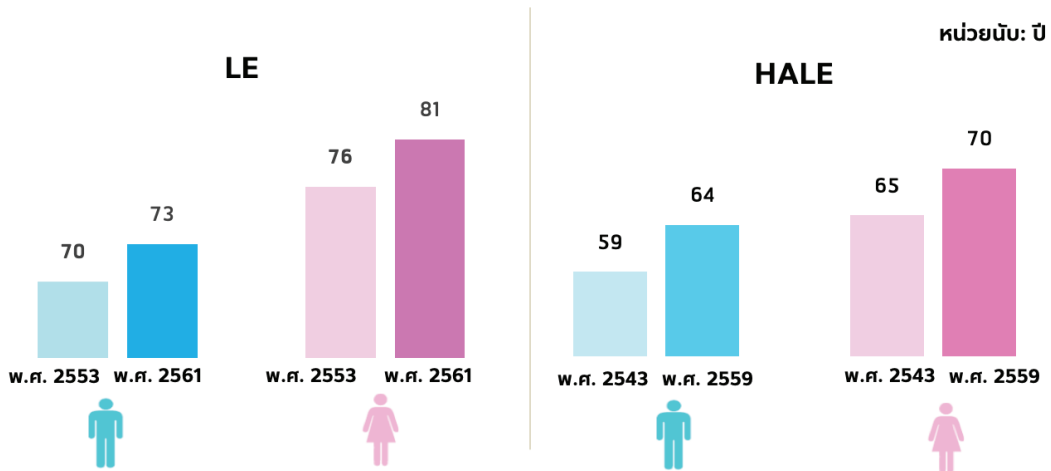
4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

4.1.1 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE)

สถานะสุขภาพของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเทียบกับอดีตเห็นได้จากการมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเพศหญิงและชาย โดยพบว่า ใน พ.ศ. 2561 อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรไทยเท่ากับ 76.9 ปี โดยชายและหญิงมี LE อยู่ที่ 73.2 ปี และ 80.7 ปีตามลำดับ ในขณะที่อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (health adjust life expectancy: HALE) ใน พ.ศ. 2559 ของประชากรไทย คือ 66.8 ปี โดยชายและหญิงมี HALE อยู่ที่ 64.0 ปี และ 69.8 ปี ตามลำดับ (OECD/WHO, 2020) ซึ่ง LE และ HALE ของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่า ใน พ.ศ. 2573 ประชากรไทย

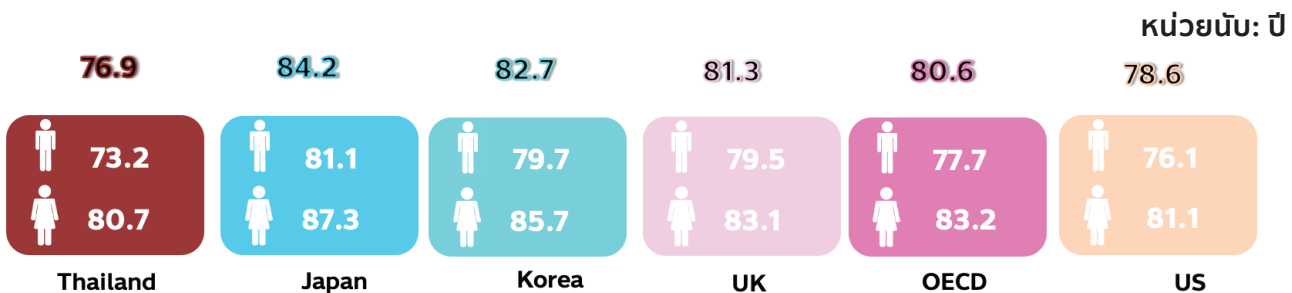
มี LE เท่ากับ 77.5 ปี โดยประชากรชายเท่ากับ 75 ปี และประชากรหญิงเท่ากับ 80.3 ปี ส่วน HALE เท่ากับ 73.1 ปี ประชากรชายเท่ากับ 71.6 ปี และประชากรหญิงเท่ากับ 74.7 ปี (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) อย่างไรก็ตาม LE และ HALE ของไทยยังต่ำกว่าประเทศใน OECD โดย LE ใน พ.ศ. 2561 ของญี่ปุ่น เกาหลี อังกฤษ OECD และสหรัฐอเมริกา เท่ากับ 84.2 ปี 82.7 ปี 81.3 ปี 80.6 ปี และ 78.6 ปี ตามลำดับ และ HALE ใน พ.ศ. 2559 ของญี่ปุ่น เกาหลี อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา 74.8 ปี 73 ปี 71.9 ปี และ 68.5 ปี ตามลำดับ (OECD, 2019; OECD/WHO, 2020)

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชากรไทย (LE & HALE)



ที่มา: OECD/WHO (2020); กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2562)

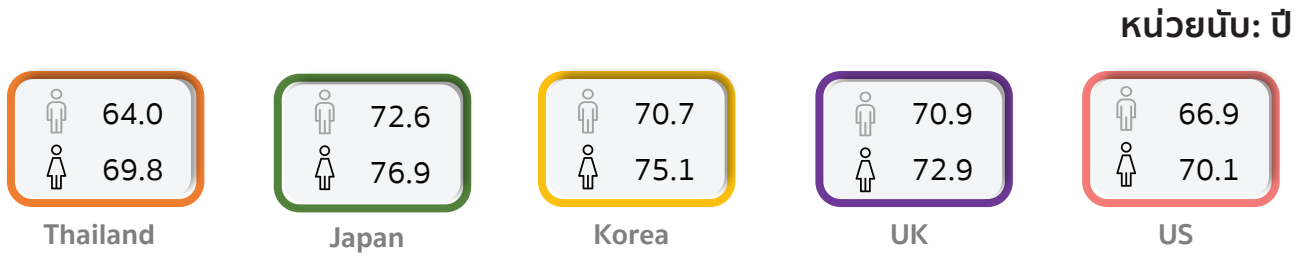
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) เมื่อเทียบกับเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD, พ.ศ. 2561 (หรือปีที่ใกล้เคียงที่สุด)



ที่มา: OECD/WHO (2020); OECD (2019)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD, พ.ศ. 2559



ที่มา: WHO (2020)

4.1.2 การเกิดมีชีพ

พ.ศ. 2562 มีจำนวนเด็กเกิดมีชีพทั่วประเทศ 596,736 คน เป็นชาย 306,714 คน หญิง 290,022 คน ซึ่งในทุกภาคและกรุงเทพมหานครมีจำนวนการเกิดมีชีพของเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง เป็นการเกิดมีชีพในโรงพยาบาลร้อยละ 99.2 นอกโรงพยาบาลร้อยละ 0.8 ซึ่งจากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2558 – 2562 พบว่า การเกิดมีชีพมีแนวโน้มลดลง โดย พ.ศ. 2559, 2560, 2561 และ 2562 มีจำนวนการเกิดมีชีพเท่ากับ 679,502 , 666,207, 656,571, 628,450 และ 596,739 คน คิดเป็นอัตรา 10.2, 10.1, 9.6 และ 9.1 ต่อประชากรพันคน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

นอกจากนี้จากการรายงานในระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ใน พ.ศ. 2560 มีทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 5.9 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD ที่มีร้อยละ 6.5 และต่ำกว่าประเทศญี่ปุ่น (ร้อยละ 9.4) เกาหลีใต้ (ร้อยละ 6.2) อังกฤษ (ร้อยละ 6.9) และสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 8.3) (OECD, 2019)

4.1.3 อัตราตายของมารดาและการก

จากสถิติที่รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)พบว่าอัตราตายของมารดาลดลงจาก 24.6ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 22.5 ต่อเกิดมีชีพแสนคน ใน พ.ศ. 2562 สำหรับอัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน)มีแนวโน้มลดลงจาก 3.5ต่อการเกิดมีชีพพันคนในพ.ศ. 2558 เหลือ 3.1 ต่อการเกิดมีชีพพันคนใน พ.ศ. 2562 และอัตราตายของทารก (อายุต่ำกว่า 1 ปี) ลดลงจาก 6.2 ต่อการเกิดมีชีพพันคนใน พ.ศ. 2558 เหลือ 5.7 ต่อการเกิดมีชีพพันคนใน พ.ศ. 2562 นอกจากนี้พบว่าอัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลงจาก 8.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 7.9ต่อการเกิดมีชีพพันคนในพ.ศ.2562และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า อัตราตายมารดาและอัตราตายทารกของไทยสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว รวมทั้งอัตราตายของทารกในไทยยังคงเป็นปัญหาที่ต้องหาแนวทางแก้ไข เนื่องจากจำนวนทารกตายไม่เพียงบ่งบอกปัญหาทางสาธารณสุขเท่านั้น หากยังเป็นปัจจัยสะท้อนถึงปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจสังคม

อัตราตายมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR, per 100,000 live births) โดยประเทศไทยมีอัตรา

24.6



พ.ศ. 2558

22.5



พ.ศ. 2562

อัตราตายมารดา (Maternal Mortality Ratio: MMR, per 100,000 live births) เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD, พ.ศ. 2560

21.8



Thailand

19.0



US

11.0



Korea



UK

5.0



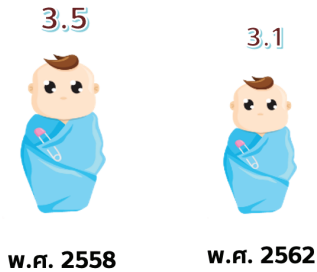
Japan

ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562

ที่มา: OECD (2019); กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

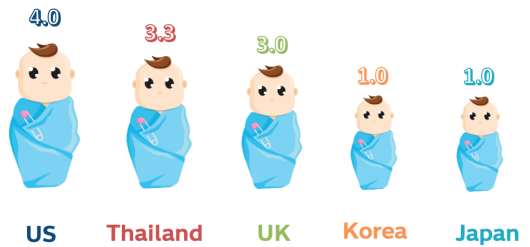
4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

อัตราการตายทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน)
(Neonatal mortality, per 1,000 live births)
โดยประเทศไทยมีอัตรา



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

อัตราการตายทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน)
(Neonatal mortality, per 1,000 live births)
เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD, พ.ศ. 2561



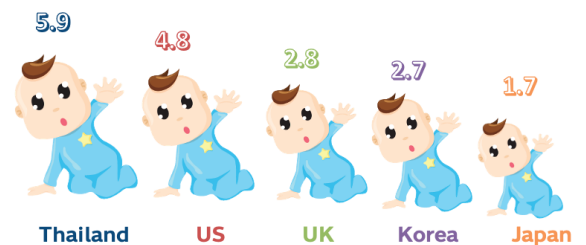
ที่มา: WHO (2020); กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

อัตราการตายทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี
(Infant mortality per 1,000 live births)
ของประเทศไทย



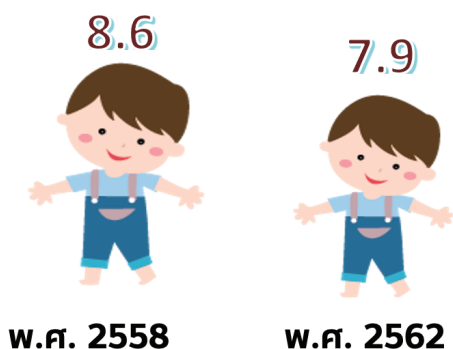
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

อัตราการตายทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน)
(Neonatal mortality, per 1,000 live births)
เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD, พ.ศ. 2561



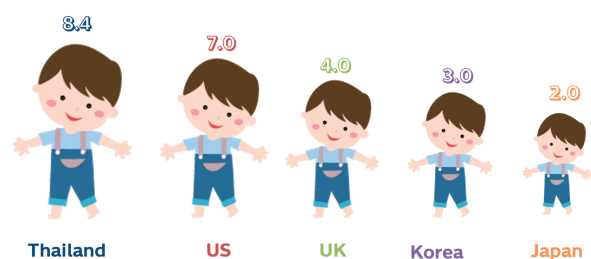
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563); OECD (2019)

อัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Mortality rate,
under – 5 per 1,000 live births)
โดยประเทศไทยมีอัตรา



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

อัตราการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Mortality rate,
under – 5 per 1,000 live births)
เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD พ.ศ. 2561



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563); WHO (2020)

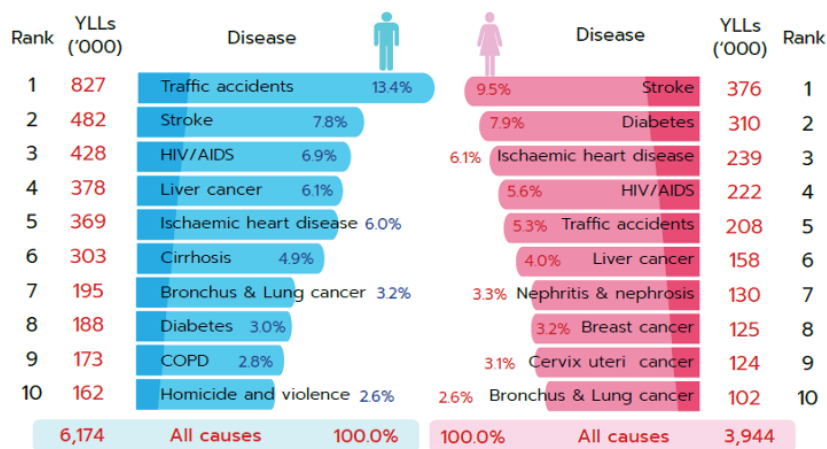
4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

4.1.4 การสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร (YLLs)

ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร จำแนกตามเพศ ใน พ.ศ. 2557 พบว่า ประชากรชายไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรประมาณ 6.2 ล้านปี และประชากรหญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรประมาณ 3.9 ล้านปีโดยสาเหตุ

ทำให้เกิดความสูญเสียสูงสุดสำหรับเพศชายได้แก่อุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ 13.4 รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคมะเร็งตับตามลำดับ ส่วนสาเหตุที่ก่อความสูญเสียสูงสุดใน เพศหญิง คือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 9.5 รองลงมาได้แก่โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ

อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD, พ.ศ. 2559

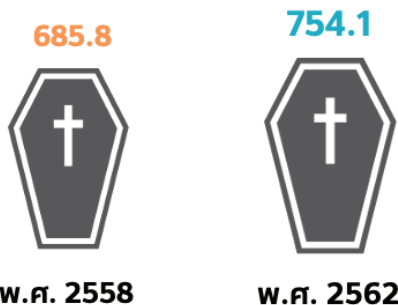


ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2560)

นอกจากนี้พบว่าอัตราการตายของประชากรไทยเพิ่มขึ้นจาก 685.8 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 754.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2562 โดยสาเหตุการตายที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด (125.0 ต่อประชากรแสนคน) ปอดอักเสบ (53.3 ต่อประชากรแสนคน) โรคหลอดเลือดในสมอง (53.0 ต่อประชากรแสนคน) โรคหัวใจขาดเลือด

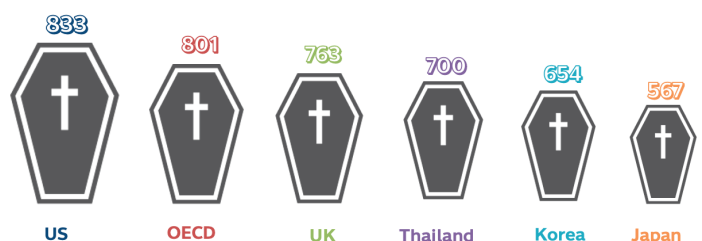
(31.4 ต่อประชากรแสนคน) และอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก (30.2 ต่อประชากรแสนคน) ซึ่งสาเหตุการตายส่วนใหญ่จะมีอัตราตายสูงกว่า พ.ศ. 2558 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายจากทุกสาเหตุกับประเทศใน OECD พบว่าประเทศไทยมีอัตราการตายต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศใน OECD

อัตราการตายจากทุกสาเหตุ (ต่อประชากร 100,000 คน) ของประเทศไทย



ที่มา: สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562

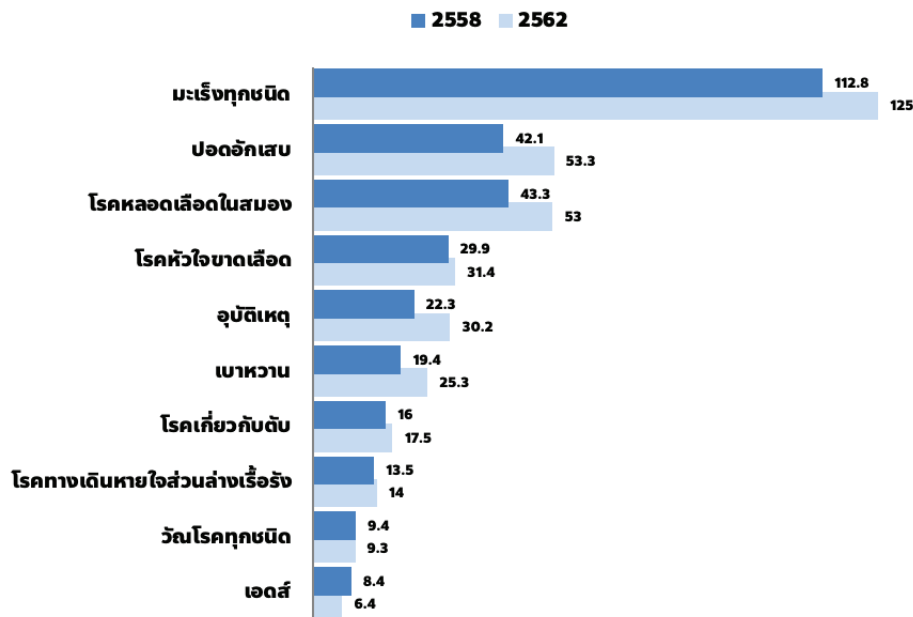
อัตราการตายจากทุกสาเหตุ (ต่อประชากร 100,000 คน) ของประเทศไทย



ที่มา: OECD (2019); กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

อัตราการจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2562



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

4.1.5 สถานะสุขภาพตามกลุ่มวัย

เด็กปฐมวัย (0 – 5 ปี)

เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรกและหลังการติดตามเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 78.0 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 87.1 ใน พ.ศ. 2562 อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยTEDA4I มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 53.1 ใน พ.ศ. 2562 สำหรับพัฒนาการด้านสูงติสมส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 49.1 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 58.9 ใน พ.ศ. 2562 ในส่วนของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็กอายุ0-5 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

เด็กวัยเรียนมี IQ ต่ำกว่าเกณฑ์ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์น้อยกว่าร้อยละ 50 จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2554 และพ.ศ. 2559 พบว่า เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย 94.6 ใน พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 98.2 ใน พ.ศ. 2559 ซึ่งต่ำกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐานสากล (IQ=100) มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ 83.3 ใน พ.ศ. 2561 และเด็กอายุ 6-14 ปี สูงติสมส่วน ลดลงจากร้อยละ 65.6 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 62.4 ใน พ.ศ. 2562

เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ ร้อยละ 46.6 ใน พ.ศ. 2560 สำหรับสุขภาพฟันในเด็กไทยกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการตรวจพบว่า ฟันดีไม่มีผุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.7 ใน พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 83.5 ใน พ.ศ. 2562 ส่วนอัตราการเข้าถึงบริการการตรวจสุขภาพในช่องปากของเด็กเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 42.2 ใน พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 43.1 ใน พ.ศ. 2562 เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำลดลงจาก 6.3 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2560 เป็น 4.9 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

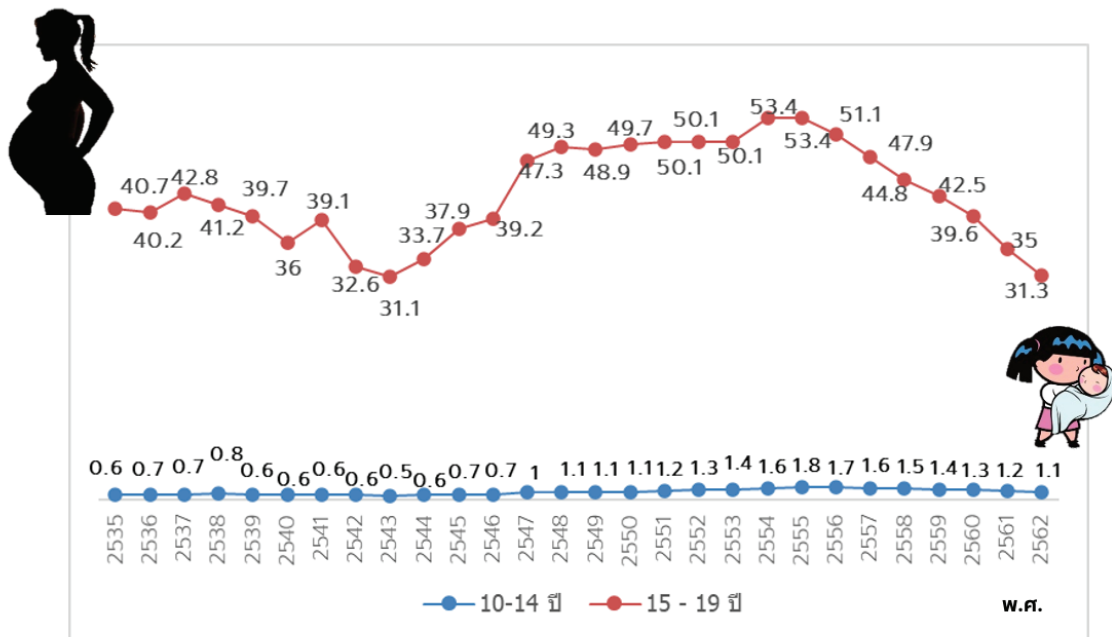
วัยรุ่นสูงติสมส่วนลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กวัยรุ่นสูงติสมส่วนลดลง จากร้อยละ 67.8 ใน พ.ศ. 2560 เป็น ร้อยละ 59.2 ใน พ.ศ. 2562 ส่วนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นกับแฟนหรือคนรักมีไม่ถึงร้อยละ 50 ขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับทุกประเภทคู่นอนเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่างร้อยละ 50-60 ส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก 127.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 174.6 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

สำหรับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จากระบบการติดตามตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขององค์การอนามัยโลก เป้าหมายที่ 3.7.2 อัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ(10-14ปี,15-19ปี)ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 คน พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในหญิงวัยรุ่นอายุ15-19ปี51รายต่อประชากรวัยเดียวกัน1,000คนซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้(อัตรา33.0)และสูงเป็นอันดับ 3 รองจากประเทศเนปาล(อัตรา88.0)และประเทศบังคลาเทศ(อัตรา78.0) อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน พบว่า อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15 -19 ปี มีแนวโน้มลดลง จาก 51.1 ต่อประชากร

หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ใน พ.ศ. 2556 ลดลงเหลือ 31.3 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ใน พ.ศ. 2562 และอัตราการคลอดของหญิงอายุ 10 – 14 ปี มีแนวโน้มลดลงเช่นกันจาก 1.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 10 -14 ปี 1,000 คน ใน พ.ศ. 2555 ลดลงเหลือ 1.10 ต่อประชากรหญิงอายุ 10 – 14 ปี 1,000 คน ใน พ.ศ. 2562 รวมทั้งคาดว่าใน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ที่ตั้งครรภ์จำนวนประมาณ 8 ล้านคน จึงส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลง(นิตยา พรหมกันทาและคณะ, 2562; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563; กรมอนามัย, 2563) นอกจากนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 14.4 ในปี 2563 (กรมอนามัย, 2563)

อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี (ต่อประชากรหญิงอายุ 10 – 14 ปี และ 15-19 ปี 1,000 คน) พ.ศ. 2535-2562



ที่มา: นิตยา พรหมกันทา และคณะ: (2562); กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563); กรมอนามัย (2563)

ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีผลต่อทั้งสุขภาพของแม่และเด็กทารกที่เกิดมารวมทั้งอาจทำให้เกิดการคลอดทารกก่อนกำหนด หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การตั้งครรภ์ไม่พร้อมอาจจบลงด้วยการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้พฤติกรรม การดูแลครรภ์และเลี้ยงทารกที่ไม่เหมาะสมของแม่วัยรุ่นบางราย เช่น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ

สูบบุหรี่ไม่เอาใจใส่ดูแลและกระตุ้นพัฒนาการเด็กตามวัยอาจส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสติปัญญาของทารก ผลกระทบต่อแม่วัยรุ่นทางด้านสังคม เช่น การหยุดเรียนกลางคันมีผลต่อการหางานมีปัญหาเศรษฐกิจอาจนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในครอบครัวและอาจนำไปสู่การหย่าร้างส่งผลกระทบต่อบุตรที่จะเติบโตในครอบครัวที่แตกแยกซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมา (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

วัยทำงาน

วัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายไม่เปลี่ยนแปลงและมีการตรวจคัดกรองสุขภาพเพิ่ม ประชาชนวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายคงที่ร้อยละ 51.8-52.8 ใน พ.ศ. 2560-2562 นอกจากนี้พบว่าวัยทำงานมีการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งเต้านม เพิ่มขึ้น ขณะที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้เพียงร้อยละ 56.4 ใน พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

วัยสูงอายุ

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพพลดลง โดยในปี 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ ในปี 2560 (ชายร้อยละ 15.4 และหญิงร้อยละ 18.0) ผลจากการที่ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 43.2) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง รองลงมา มีสุขภาพดี (ร้อยละ 39.3 และ 13.5 ตามลำดับ)

ส่วนผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองมีสุขภาพดีมากและไม่ดีมากมีเพียงร้อยละ 1.6 สำหรับสัดส่วนของผู้สูงอายุชายประเมินว่าตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 43.4) และผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีสูงกว่าวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 48.2, 31.1 และ 19.7 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

สำหรับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่การออกกำลังกายเป็นประจำลดการรับประทานผักผลไม้เป็นประจำและการดื่มน้ำสะอาดอย่างพอเพียงเป็นประจำเพิ่มขึ้น ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสูบบุหรี่เป็นประจำ ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำลดลง นอกจากนี้ จากการสำรวจของกรมอนามัย พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ลดลงจากร้อยละ 54.4 ใน พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 51.2 ใน พ.ศ. 2562 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวจะส่งผลให้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วน อ้วนลงพุง เมแทบอลิกซินโดรม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

4.1.6 สถานการณ์โรคติดต่อ

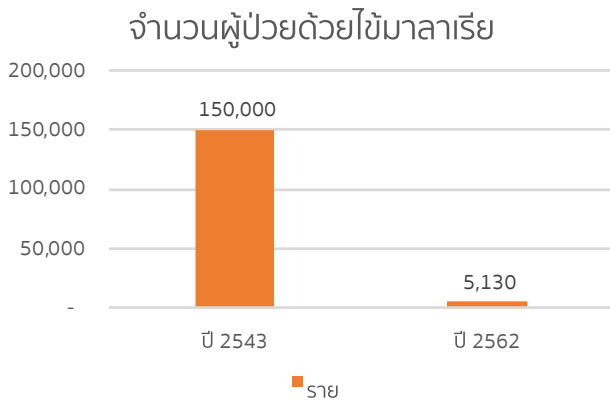
1) กลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลง

กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นกลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มลดลง เช่น โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน และคางทูม เป็นต้น ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จอย่างสูงในการลดการเจ็บป่วย และตาย แต่ยังคงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการให้บริการวัคซีนจะยังคงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนที่มีคุณภาพแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร นอกจากนี้ประเทศไทยยังต้องมีการพัฒนาและเพิ่มชนิดของวัคซีน เพื่อเป็นการป้องกันโรคในกลุ่มอายุอื่นๆ อีกด้วย

โรคไข้มาลาเรีย ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่ง ที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือจำนวนผู้ป่วยลดลงจาก 150,000 ราย ใน พ.ศ. 2543 เหลือ 5,130 ราย ใน พ.ศ. 2562 (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 15 สิงหาคม 2562) เป็นคนไทย 3,665 ราย คิดเป็นร้อยละ 71 เมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา

ณ ช่วงเวลาเดียวกัน (พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วย 6,847 ราย) พบว่าจำนวนผู้ป่วยลดลงร้อยละ 25 จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตาก ยะลา และกาญจนบุรี ส่วนชนิดของเชื้อที่พบส่วนใหญ่คือ เชื้อมาลาเรียไวแวกซ์ ร้อยละ 82 ส่วนเชื้อมาลาเรียฟัลซิพารัม พบเพียงร้อยละ 14 (อนุชิต ไกรวิจิตร, 2562) ทั้งนี้ประเทศไทยได้ปรับนโยบายจากการควบคุมโรคเป็นการกำจัดโรคไข้มาลาเรียตามนโยบายองค์การอนามัยโลก ระบาดวิทยาและแผนปฏิบัติการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์และพื้นที่ปฏิบัติงาน โดยที่ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 มีเป้าหมาย คือ ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายใน พ.ศ. 2567 นอกจากนี้ประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้แก่ปัญหาเชื้อมาลาเรียดื้อยาซึ่งตรวจพบมากในพื้นที่ชายแดนและเขตป่าเขาบริเวณพรมแดนด้านตะวันตกติดกับประเทศเมียนมาและด้านตะวันออกติดกับประเทศกัมพูชาและปัญหาอีกประการหนึ่งได้แก่การพบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียซึ่งเป็นพลเมืองจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งปัญหานี้พบมากในบริเวณพื้นที่ชายแดนเช่นกัน

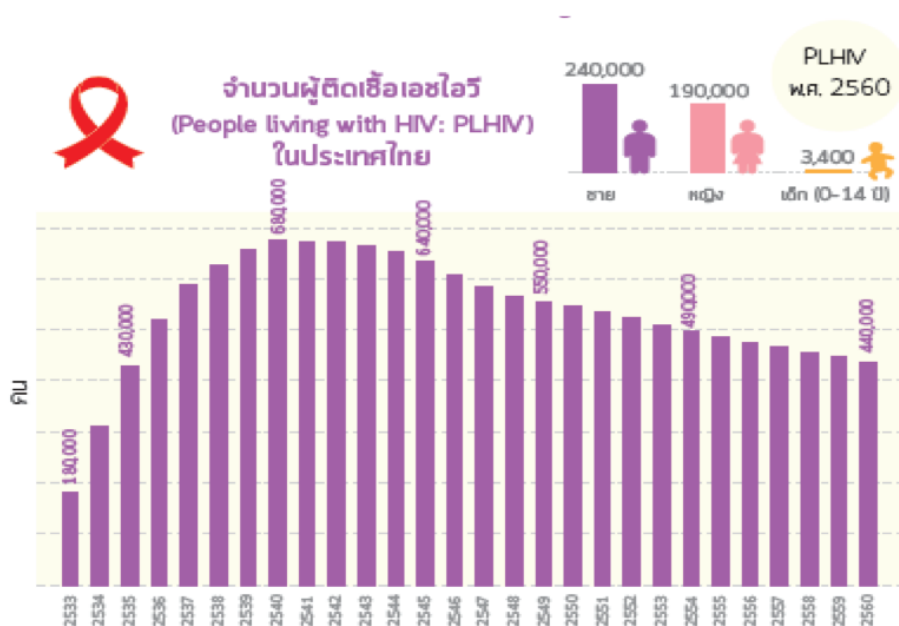
4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย



เอชไอวี ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงสูงในบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี ซึ่งประเทศไทยเคยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนสูงสุดถึง 680,000 คน เมื่อ 20 ปีที่แล้ว แต่จากการทำงานอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV ของประเทศไทยลดลงเหลือ 440,000 คน ใน พ.ศ. 2560 และใน พ.ศ. 2563 พบว่า อัตราตายจากการติดเชื้อ HIV อยู่ที่ 6.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงทุกปี

(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) โดยในปี 2561 คาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังมีชีวิตอยู่ 430,000 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้น 5,000 คน/ปี ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตจากเอชไอวี 13,800 คน/ปี และกำลังรับยาต้านไวรัส 358,606 คน มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอชไอวี 18,000 คน และติดเชื้อรายใหม่ 6,400 คน ซึ่งพบว่ากรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่มากที่สุด และเป็นพื้นที่ที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง แต่การให้บริการดูแลรักษาเอชไอวียังไม่ครอบคลุม (กรมควบคุมโรค, 2563) ประเด็นท้าทายสำคัญของการเข้าถึงบริการรักษา คือ การตีตราและเลือกปฏิบัติ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนทั่วประเทศที่ดำเนินการสำรวจทุก 5 ปี ครั้งล่าสุดเมื่อปี 2557 พบว่าประชาชนไทย ร้อยละ 58.6 มีเจตคติที่ไม่เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อฯ จากการสำรวจด้วย 6 ตัวชี้วัดของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เกินครึ่งของคนไทยยังมีทัศนคติที่อาจนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562)

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างปี 2533-2560



ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (2562)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

2) กลุ่มโรคติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

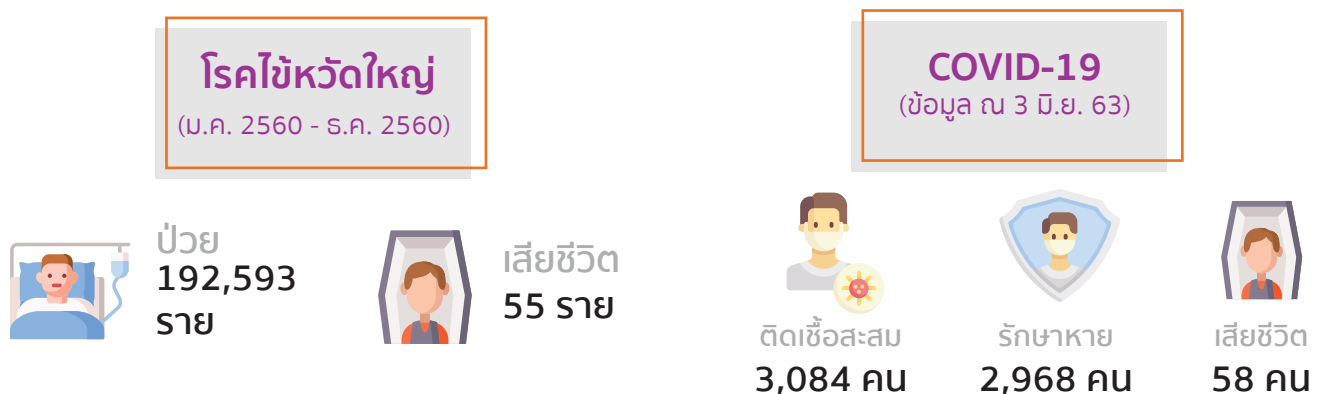
โรคติดต่ออุบัติใหม่กำลังเป็นปัญหาทั่วโลกเนื่องจากทุกๆปีจะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดการระบาดขึ้นปัจจัยเสี่ยงต่อการระบาดมีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรุนแรงพบว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า และโรคติดต่อเชื้อไวรัสซิกา เป็นต้น จะเห็นได้ว่าโรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนโรคเหล่านี้มักมีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกัน ควบคุมโรค ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยอยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ หรือมีโอกาสสัมผัสโรคมากเช่นเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์คนฆ่าหาละเนื้อสัตว์รวมถึงกลุ่มที่มีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก หรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ

จากรายงานของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่าโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลก 2,103 ราย เสียชีวิต 733 ราย จาก 27 ประเทศ ในประเทศไทย พบ 3 ราย (ก.ย. 2555 - ต.ค. 2560) โรคไข้หวัดใหญ่ มีจำนวน

ผู้ป่วยทั่วประเทศ 192,593 ราย เสียชีวิต 55 ราย และ (ม.ค. 2560 - ธ.ค. 2560) และโรคไข้หวัดนก มีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย (พ.ศ. 2547 - 2549) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561)

สำหรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระบาดไปยังหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยซึ่งถูกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศโดยเริ่มระบาดตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคมพ.ศ. 2562 จนถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2563 มียอดสะสมผู้ติดเชื้อทั่วโลก 6,484,939 คน รักษาตัวหายแล้ว 3,010,483 คน และมียอดสะสมผู้เสียชีวิตที่ 382,368 ราย และประเทศไทยมียอดผู้ติดเชื้อสะสม 3,084 คน รักษาหาย 2,968 คน เสียชีวิต 58 คน(กระทรวงสาธารณสุข, 2563)แม้ว่าสถานการณ์ในไทยในปัจจุบันสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อได้อย่างต่อเนื่องแต่ยังคงต้องเฝ้าระวังสถานการณ์การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดระลอกใหม่ในอนาคตเนื่องจากยังไม่สามารถผลิตวัคซีนป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ซึ่งจากการแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หลายประเทศต้องประกาศปิดเมืองเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคการท่องเที่ยวและเกิดผลกระทบเป็นลูกโซ่ตามมาทั้งธุรกิจบริการอุตสาหกรรมและธุรกิจต่างๆตามมาส่งผลให้มีผู้ตกงานจำนวนมากประชาชนขาดรายได้และเกิดภาวะเครียดนอกจากนี้ยังทำให้เกิด newnormal ทั้งการใส่หน้ากาก รักษาระยะห่างทางสังคมเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคนี้จนกว่าจะมียารักษาหรือวัคซีน

จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศไทย

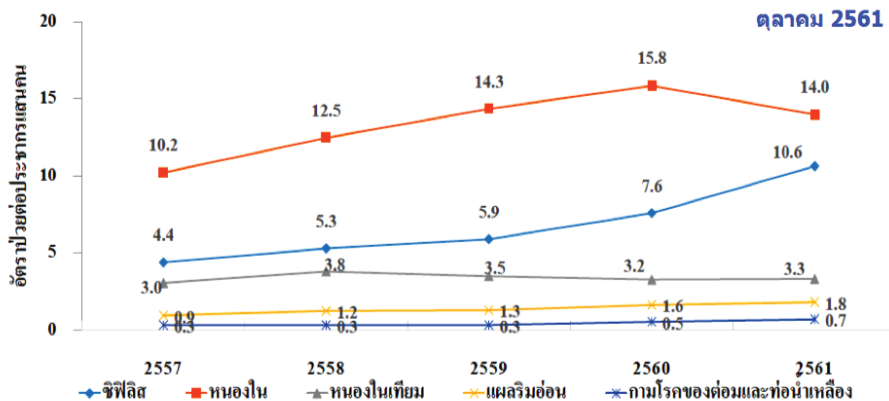


4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก เพิ่มขึ้นจาก 18.8 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2557 เป็น 30.4 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2561 เป็นสัญญาณถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งโรคที่ยังเป็นปัญหาและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นคือโรคหนองในที่เพิ่มขึ้นจาก 10.2 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2557 เป็น 14.0 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2561 และโรคซิฟิลิสที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 4.4 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2557 เป็น 10.6 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2561 ทั้งนี้ พบรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดในช่วงอายุ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.9 ซึ่งอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียนและวัยเจริญพันธุ์และข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการ

ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มนักเรียนนักศึกษาปีพ.ศ. 2560 พบว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นโดยอายุเฉลี่ย 13-15 ปีและไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกประมาณร้อยละ 30 ส่วนข้อมูลพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 76.9 และ 66.7 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 74.1 และ 76.9 ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ทั้งชายและหญิง ร้อยละ 69.5 และ 74.6 จากข้อมูลทำให้เห็นว่าวัยรุ่นยังไม่ตระหนักถึงผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันซึ่งจะทำให้วัยรุ่นติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เอชไอวีและการท้องไม่พร้อมเพิ่มขึ้น (วัลย์รัตน์ ไชยฟู, 2562; ชาวไทยพีบีเอส, 2562)

อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ระหว่างปี 2557-2561



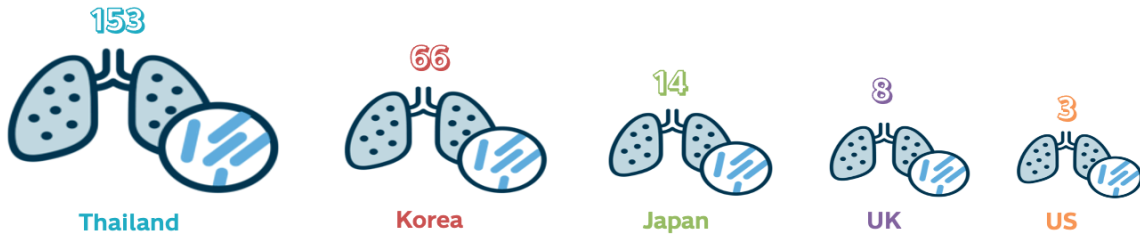
ที่มา: วัลย์รัตน์ ไชยฟู (2562) ข้อมูล ณ วันที่ 4 ตุลาคม 2561

วัณโรค ปัญหาวัณโรคยังน่าเป็นห่วง ในช่วง พ.ศ. 2559-2563 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 14 ประเทศที่มีปัญหาภาวะวัณโรคปอดสูง การจัดการกลุ่มนี้พิจารณาจากสถานการณ์อัตราตายและอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (TB) ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ซึ่งอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ หรือค่าเฉลี่ยโลกโดยมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อวัณโรคใน พ.ศ. 2561 สูงถึง 153 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าประเทศใน OECD 2 – 51 เท่า โดยเกาหลีใต้ ญี่ปุ่น อังกฤษ และ

สหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อวัณโรค 66, 14, 8 และ 3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (WHO, 2020) จากการรายงานเคสผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยใน พ.ศ. 2561 พบ ตรวจพบผู้ป่วยวัณโรค (TB) จำนวน 77,957 คน วัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) 640 คน และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (XDR-TB) 25 คน ซึ่งจากข้อมูลล่าสุดของการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยรายใหม่ยังมีเพียงประมาณ 3 ใน 4 ขณะที่อัตราความสำเร็จของการรักษาก็ยังไม่เต็มร้อยโดยอยู่ที่ร้อยละ 83 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

อุบัติการณ์การติดเชื้อวัณโรค (ต่อประชากร 100,000 คน)
เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกลุ่ม OECD, พ.ศ. 2561



ที่มา: WHO (2020)

4.1.7 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ

ในปี 2559 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยคิดเป็นร้อยละ 72 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาจากปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้น (relative increase) ร้อยละ 58 (จาก 233,797 เป็น 368,870 คน) และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 49 (จาก 380 เป็น 568 ต่อแสนประชากร) ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมองรองลงมาคือโรคหัวใจขาดเลือดโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) เนื่องมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย พฤติกรรมการบริโภค และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม

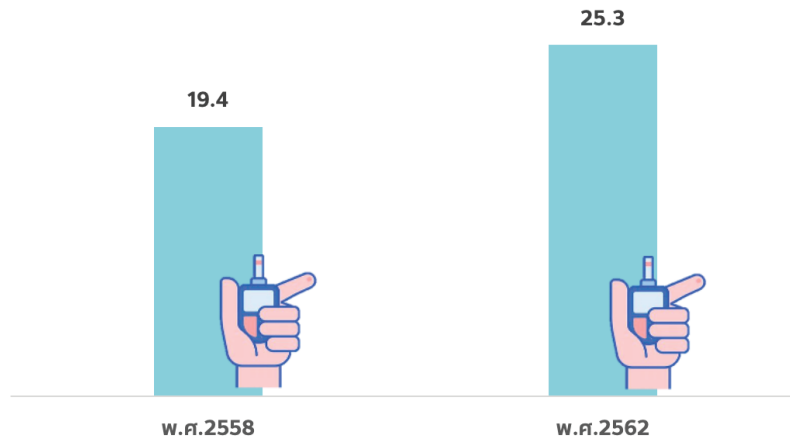
ภาระโรคที่วัดด้วยจำนวนปีสุขภาพะที่สูญเสียไป (DALY) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 15 ปี จาก พ.ศ. 2542 ถึง พ.ศ. 2557 โดยจำนวนปีสุขภาพะที่สูญเสียไป (DALY) ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อทุกชนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 89.0 (จาก 5.56 เป็น 10.53 ล้าน DALYs) และอัตราของภาระโรคต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 80.0 (จาก 9,000 เป็น 16,200 DALYs ต่อแสนประชากร) (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ มีดังนี้

โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอีกโรคหนึ่งของประชากรไทยที่จัดอยู่ลำดับต้นๆ จากรายงานการสูญเสียปีสุขภาพะของประชากรไทย (DALYs) ในปี พ.ศ. 2557 เป็นลำดับที่ 3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.4 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552

และเป็นลำดับที่ 2 ของจำนวนปีที่สูญเสีย เนื่องจาก การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLL) ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 7.9 ซึ่งเมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร (อายุ 30-69 ปี) จากข้อมูลการป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่าง พ.ศ. 2558 – 25561 พบว่า มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากอัตรา 1,233.5 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 1,439 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2561 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) และจากข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานใน พ.ศ. 2558 - 2562 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 12,621 ราย (19.4 ต่อประชากรแสนคน) ใน พ.ศ. 2558 เป็น 16,589 ราย (25.3 ต่อประชากรแสนคน) ใน พ.ศ. 2562 อัตราส่วนการเสียชีวิตเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1 : 1.4 แสดงให้เห็นว่าใน พ.ศ. 2563 เพศหญิงป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงกว่าเพศชาย และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้นซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมาจากวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน และอายุที่มากขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายใน พ.ศ. 2583 ซึ่งหากดูแลรักษาได้ไม่ีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขาเป็นต้น (Hfocus, 2562) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นตามมา

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (ต่อประชากร 100,000 คน)

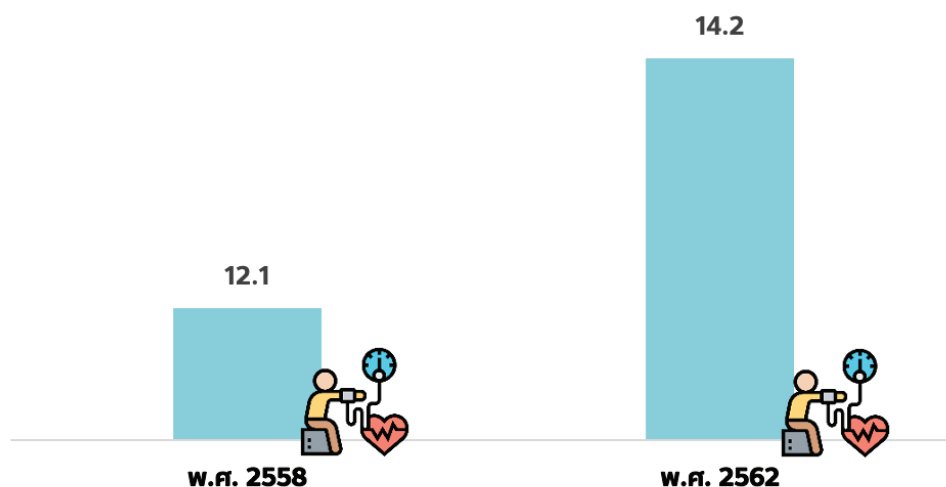


ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

โรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะความดันโลหิตสูง จัดเป็นภัยเงียบที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น จากข้อมูลการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558–2561) เพิ่มขึ้นจาก 1,901.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 2,245.1 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน) และนอกจากนี้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง

ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9) ใน พ.ศ. 2557 (ปิยรัตน์ ชูมี, ม.ป.ป.) นอกจากนี้ข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงใน พ.ศ. 2558-2562 พบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้เสียชีวิต ทั้งหมด 7,886 ราย (12.1 ต่อประชากรแสนคน) เพิ่มขึ้นเป็น 9,313 ราย (14.2 ต่อแสนประชากร) ใน พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (ต่อประชากร 100,000 คน)



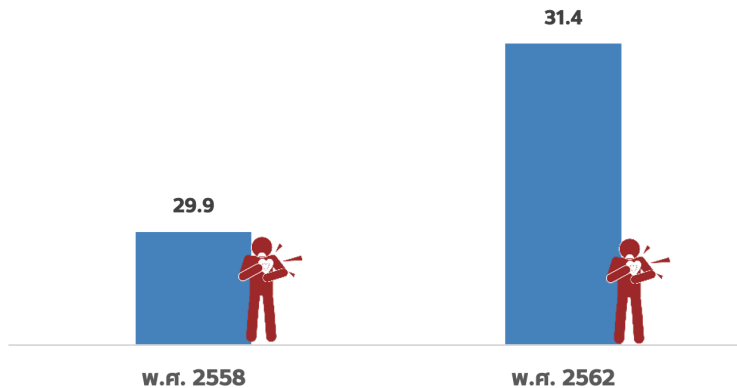
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

โรคหัวใจขาดเลือดสถานการณ์โรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าอัตราผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2558 - 2562 โดยอัตราผู้ป่วยใน พ.ศ. 2558 เท่ากับ 501.13 ต่อแสนประชากร และลดลงเหลือ 393.95

ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. 2562 แต่เมื่อพิจารณาอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มขึ้นจาก 29.9 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2558 เป็น 31.4 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด (ต่อประชากร 100,000 คน)

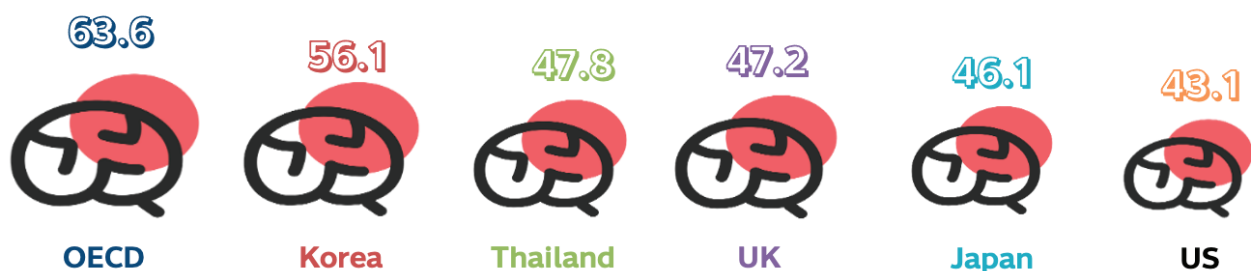


ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

โรคหลอดเลือดสมองสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) มากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง (376 ต่อพันประชากรหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9.5 ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด) และเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย (482 ต่อพันประชากรหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7.8 ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปทั้งหมด) โดยใน พ.ศ. 2558 มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 429.9 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 506.2 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2562 และจากข้อมูลมรณบัตรและรายงานสาเหตุการตาย

พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในทุกเขตสุขภาพและทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยใน พ.ศ. 2558 อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมเท่ากับ 43.3 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 53.0 ต่อแสนประชากร ในปี 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) ทั้งนี้เมื่อเทียบกับอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองใน พ.ศ. 2560 กับต่างประเทศ พบว่า ไทยมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 47.8 ต่อประชากรแสนคนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD ซึ่งมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 63.6 ต่อประชากรแสนคน (WHO, 2020)

อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อประชากร 100,000 คน) เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD, พ.ศ. 2560



ที่มา: OECD (2019)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) สถานการณ์โรคไตในปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก คนไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสถิติผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมและไตเสื่อมเร็วขึ้น หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ในปัจจุบันพบว่าคนไทยป่วย

เป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละ 500 ราย จึงต้องเน้นการชะลอความเสื่อมของไตเพื่อให้เข้าสู่ระยะที่ต้องล้างไตซ้าลง (สำนักงานสนับสนุนกองทุนส่งเสริมสุขภาพ, 2563)

ผู้ป่วยด้วยไตเรื้อรัง
ร้อยละ 17.6
ของประชากรหรือประมาณ

ผู้ป่วยไตเรื้อรัง
ระยะสุดท้าย

8
ล้านคน

2
แสนคน



ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย

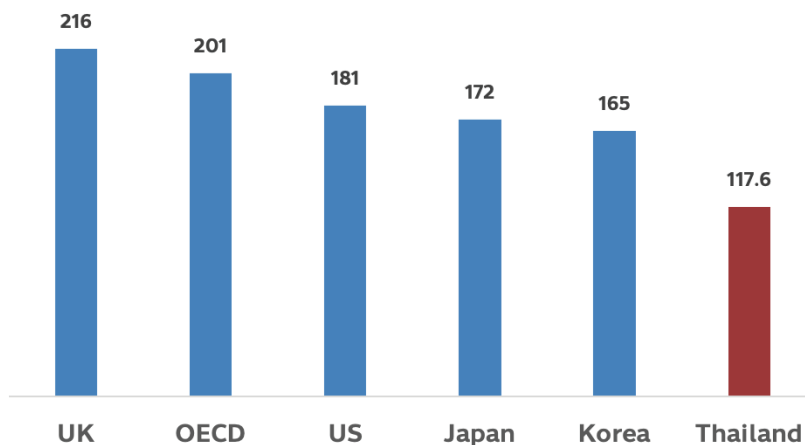


ผ่าตัดเปลี่ยนไต 500 ราย/ปี

โรคมะเร็ง ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งวันละ 221 คนหรือ 80,665 คนต่อปี และมีคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ 336 หรือ 122,757 คนต่อปี โดยเพศชายป่วยเป็นมะเร็ง 169.3 คนต่อประชากร 1 แสนคน คิดเป็นอันดับที่ 15 ของเอเชีย โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย อันดับหนึ่ง คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี อันดับสอง คือ มะเร็งปอด และอันดับสาม คือ ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนเพศหญิงพบป่วยเป็นมะเร็ง 151 คนต่อประชากร 1 แสนคน เป็นอันดับ 18 ของเอเชีย โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง อันดับหนึ่ง คือ มะเร็งเต้านม อันดับสอง คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนอันดับสามคือ

มะเร็งปากมดลูก (PPTV online, 2562) และจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าใน พ.ศ. 2558 พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด 112.8 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 125.0 ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2562 โดยถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) ทั้งนี้เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD พบว่า ใน พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีอัตราการตายจากโรคมะเร็ง(117.6ต่อแสนประชากร)ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของ OECD(201 ต่อประชากรแสนคน)รวมทั้งประเทศอังกฤษ(216 ต่อแสนประชากร)สหรัฐอเมริกา(181 ต่อแสนประชากร) ญี่ปุ่น (172 ต่อแสนประชากร) และเกาหลีใต้ (165 ต่อแสนประชากร) (OECD, 2019)

อัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (ต่อประชากร 100,000 คน) เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD, พ.ศ. 2560



ที่มา: OECD (2019); กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

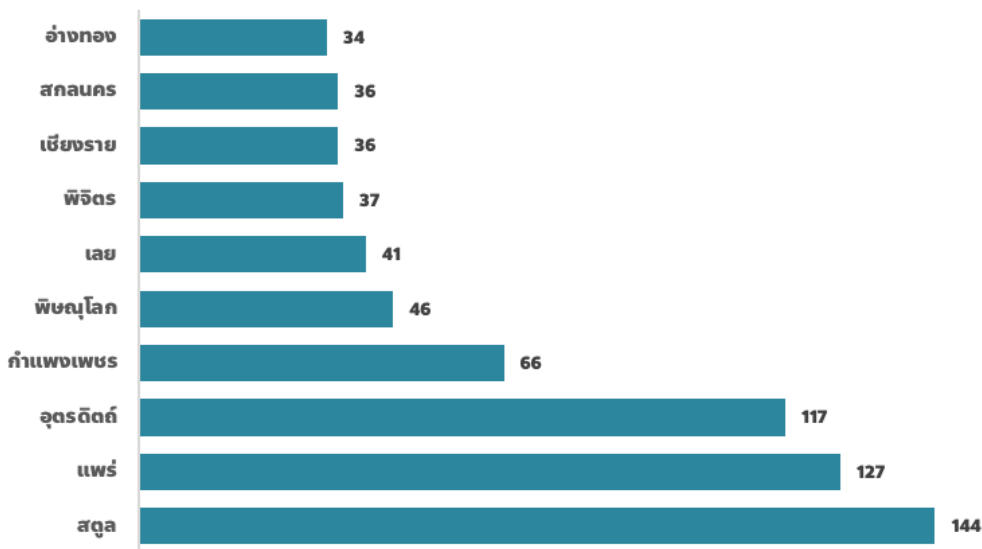
4.1.8 โรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม

1) โรคจากการประกอบอาชีพ

ภาคเกษตรกรรม จากรายงานของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (toxic effect of pesticide) จำนวน 10,312 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 17.12 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มจาก พ.ศ. 2559 โดยจังหวัดสตูลพบอัตราป่วยสูงสุด รองลงมา ได้แก่

จังหวัดแพร่ และอุดรดิตถ์ ตามลำดับ กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยโรคจากพิษสาร-เคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 7,079 ราย (ร้อยละ 68.6) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2,670 ราย (ร้อยละ 25.9) กลุ่มอาชีพที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอาชีพผู้ปลูก พืชไร่และพืชผัก จำนวน 5,344 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.8 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

อัตราป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พ.ศ. 2560 จำนวนรายจังหวัด



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2562)

ภาคอุตสาหกรรม จากข้อมูลสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนสำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงาน ใน พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานทั้งหมด 86,278 ราย คิดเป็น 8.82 ต่อลูกจ้างในความคุ้มครองของกองทุนเงินทดแทน 1,000 ราย และหากนับจำนวนประสบอันตรายเฉพาะกรณีร้ายแรง(ตายทุพพลภาพสูญเสียอวัยวะและหยุดงานเกิน3วัน)พบว่าอัตราการประสบอันตรายเท่ากับ 2.28 ต่อลูกจ้าง 1,000 ราย

นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์ของความเจ็บป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการทำงานที่สำคัญได้แก่1)โรคปอดจากฝุ่นหินหรือซิลิโคสิส (Silicosis) จากอุตสาหกรรมเหมืองแร่สกัดหินโรงโมบดย่อยหินอุตสาหกรรมทำแก้วเซรามิกทำครก อิฐ เครื่องสุขภัณฑ์ เป็นต้น 2) โรคปอดจากฝุ่นแร่ใยหิน (asbestos) จากอุตสาหกรรมผ้าเบรกรถยนต์ อุตสาหกรรมรถยนต์กระเบื้องมุงหลังคา ท่อซีเมนต์ สิ่งก่อสร้าง เป็นต้น 3) โรคบิสซิโนสิส (byssinosis) จากการสัมผัสฝุ่นฝ้าย ป่านปอ ลินิน จากอาชีพอุตสาหกรรมทอผ้าทอกระสอบ เป็นต้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,2562)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

2) โรคจากปัญหาหมอกพิษสิ่งแวดล้อม

ฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งพบว่ามีเกิดขึ้นในปลายปีจนถึงต้นปี (พฤศจิกายน – เมษายน) ของทุกปี มีแหล่งกำเนิดหลักมาจากยานพาหนะ ประกอบกับสภาพอุตุนิยมวิทยาที่ลักษณะอากาศจมตัว ลมสงบ เนื่องจากความกดอากาศสูงที่ปกคลุมตอนบนของประเทศมีกำลังอ่อนทำให้อุณหภูมิสูงขึ้น อากาศจมตัว จนเกิดสภาพอากาศปิด เกิดการสะสมของฝุ่นละอองในบรรยากาศจนเริ่มมีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 เกินมาตรฐาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

จากการตรวจวัดปริมาณฝุ่นละออง PM 2.5 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2561 – เมษายน 2562 พบว่า จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนวันที่ฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน (50 มคก./ลบ.ม.) สูงที่สุด จำนวน 59 วัน ซึ่งสูงกว่าในช่วงเดียวกันของปีที่แล้ว (พ.ย. 2560 – เม.ย. 2561) ที่เกินมาตรฐาน 44 วัน รองลงมาคือกรุงเทพมหานคร ฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน 49 วัน น้อยกว่าช่วงเดียวกันในปีที่แล้วที่เกินมาตรฐาน

ที่เกินมาตรฐาน 50 วัน และจังหวัดสมุทรปราการที่ฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน 44 วัน น้อยกว่าช่วงเดียวกันในปีที่แล้วที่เกินมาตรฐาน 46 วัน จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี และ นครปฐม เริ่มมีการตรวจวัดปริมาณฝุ่นละออง PM2.5 ในช่วงเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๑ โดยในช่วงระหว่าง พฤศจิกายน 2561 – เมษายน 2562 จังหวัดนนทบุรี มีฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน 22 วัน จังหวัดปทุมธานี มีฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน 21 วัน และจังหวัด นครปฐม มีฝุ่นละออง PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน 33 วัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2563)

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก ได้ออกรายงานการศึกษาเรื่อง “มลพิษทางอากาศ: การประเมินการสัมผัสและภาระโรค” ประจำปี 2559 พบว่าประชากรไทย จำนวน 22,375 คน เสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศและพบว่าประเทศไทย ฝุ่นละอองขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2.5 ไมโครเมตร หรือ PM2.5 ที่สูง คือ 25 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร ในขณะที่ องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ไม่ควรเกิน 10 ไมโครกรัม /ลูกบาศก์เมตร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

ความเข้มข้นของ PM2.5 และจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยมลพิษทางอากาศ

ประเทศ	PM 2.5 ไมโครกรัม/ ลบ.ม	จำนวนคนตาย					รวม	อัตราการ ตาย (ต่อ ประชากร แสนคน
		ALRI	COPD	มะเร็ง ปอด	IHD	Stroke		
จีน	54	6,716	90,626	228,479	257,638	449,373	1,032,832	76
อินเดีย	62	36,914	110,500	26,334	249,388	195,001	621,137	49
อินโดนีเซีย	14	2,534	1,000	4,951	16,781	36,527	61,793	25
ญี่ปุ่น	13	18	281	9,743	10,286	10,463	30,791	24
ฝรั่งเศส	12	4	126	4,256	3,793	2,774	10,953	17
มาเลเซีย	15	29	148	670	3,630	1,773	6,250	22
ออสเตรเลีย	6	0	1	14	58	20	93	0.4
ไทย	25	104	976	4,323	9,669	7,302	22,374	33

ALRI คือ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน IHO คือ โรคหัวใจขาดเลือด
COPD คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Stroke คือ โรคหลอดเลือดสมอง
ที่มา: <https://www.who.int/phe/publication/air-pollution-global-assessment/en/>

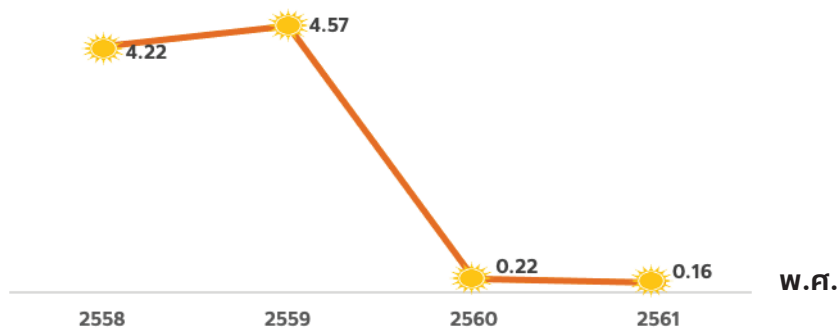
4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

ความร้อน เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงขึ้นทุกปี ส่งผลให้หลายประเทศมีสภาพอากาศที่ร้อนจัดและเกิดปรากฏการณ์คลื่นความร้อน ซึ่งมีความถี่ของการเกิดและความรุนแรงมากขึ้นรวมถึงเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดไฟป่าในช่วงฤดูแล้งและปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้โดยพบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคจากความร้อนในช่วง พ.ศ. 2558 – 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559 และลดลงใน พ.ศ. 2560 – 2561 จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเหตุปัจจัยจากความร้อนระหว่าง พ.ศ. 2558 – 2561 พบว่ามีอัตราป่วย เท่ากับ 4.22 4.57 0.22 และ 0.16 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ พบมากในช่วงฤดูร้อน (เดือนเมษายน – พฤษภาคมของทุกปี) ซึ่งกลุ่มอาชีพที่พบอัตราป่วย

มากที่สุดคือกลุ่มเกษตรกรรวมถึงรับจ้างและทหารเกณฑ์ ทั้งนี้จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคจากความร้อนมีแนวโน้มเช่นเดียวกัน สำหรับอัตราตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน พบว่า ระหว่าง พ.ศ. 2558 – 2561 มีอัตราตายอยู่ที่ 0.09 0.09 0.09 และ 0.27 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2563)

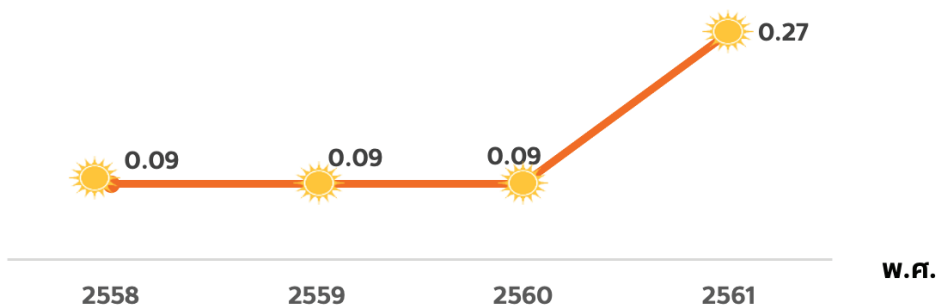
สำหรับการคาดการณ์ความเสี่ยงในอนาคต พบว่าหากปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในประเทศไทยยังมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดว่าจะมีผู้สูงอายุเสียชีวิตจากความร้อนเพิ่มขึ้น 6,000 ราย และ 14,000 ราย ใน พ.ศ. 2593 และ พ.ศ. 2623 เมื่อเทียบกับจำนวนการเสียชีวิตใน พ.ศ. 2504

อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน พ.ศ. 2558 - 2561



ที่มา: กรมควบคุมโรค (2563)

อัตราตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน พ.ศ. 2558 - 2561



ที่มา: กรมควบคุมโรค (2563)

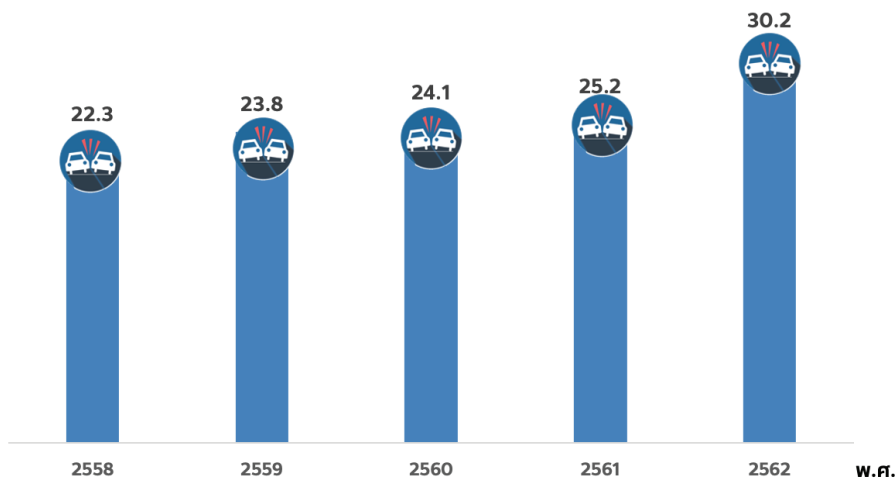
4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

4.1.9 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 -2560 ไทยมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 24,326คนสูงเป็นอันดับสองของโลกและจำนวนผู้เสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์สูงเป็นอันดับหนึ่งของโลกซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ร้อยละ 74 เกิดกับรถจักรยานยนต์ (Workpoint News, 2561) ทั้งนี้เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD ใน พ.ศ. 2559 พบว่า ไทยมีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน 23.8 ต่อประชากรแสนคนสูงกว่าประเทศใน OECD สหรัฐอเมริกา (12.4 ต่อประชากรแสนคน) อังกฤษ (3.1 ต่อประชากรแสนคน) เกาหลีใต้ (9.8 ต่อประชากรแสนคน) และ ญี่ปุ่น (4.1 ต่อประชากรแสนคน)

จากรายการสถิติสาธารณสุข พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 22.3 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 30.2 ต่อประชากรแสนคนใน พ.ศ. 2562 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) นอกจากนี้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้เสียชีวิต 3 ใน 4 ของผู้เสียชีวิตเป็นเพศชายในวัยรุ่นวัยเรียนเป็นอันดับ 1 ของผู้เสียชีวิตทางถนน ผู้ขับขี่จักรยานยนต์เสียชีวิต ร้อยละ 70 รอยนต์นั่งส่วนบุคคล ร้อยละ 14 คนเดินเท้า ร้อยละ 10 รถจักรยานและรถใหญ่รวมกัน ร้อยละ 6 (Voice online, 2562)

อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนต่อแสนประชากร พ.ศ. 2558 – 2562



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

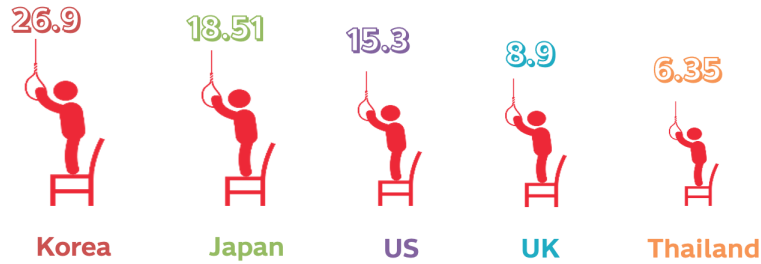
4.1.10 การฆ่าตัวตาย

พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีอัตราฆ่าตัวตาย 5,870 คน คิดเป็น 9.0 ต่อประชากรแสนคน โดยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ 4 เท่า และวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด คือ วัยแรงงาน ช่วงอายุ 25-59 ปี ร้อยละ 74.7 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.1 และวัยเด็ก อายุ 10-24 ปี ร้อยละ 3.2 นอกจากนี้ยังพบจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตเฉลี่ยอยู่ที่ 345 คนต่อเดือน และมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยวันละประมาณ 11-12 คน สำหรับสาเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่มาจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ ความน้อยใจ ถูกดูต่ำต่าหนี การทะเลาะกับคนใกล้ชิด พบร้อยละ 48.7 ความรัก หึงหวง ร้อยละ 22.9 ต้องการคนใส่ใจ ดูแล ร้อยละ 8.36

ส่วนปัญหาด้านการใช้สุราและยาเสพติดพบว่ามีปัญหาการดื่มสุราร้อยละ 19.6, มีอาการมินเมาระหว่างทำร้ายตนเองร้อยละ 6 และปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต พบภาวะโรคจิต ร้อยละ 7.45, โรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.54 และมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ ร้อยละ 12 (ข่าวไทยทีบีเอส, 2562) อย่างไรก็ตามอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยยังต่ำกว่าประเทศใน OECD โดยใน พ.ศ. 2559 พบ อัตราการฆ่าตัวตายของไทย 6.35 ต่อประชากรแสนคนในขณะที่เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และ อังกฤษ มีอัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 26.9, 18.51 15.3 และ 8.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (WHO, 2020)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

อัตราฆ่าตัวตาย (ต่อประชากร 100,000 คน) เมื่อเทียบกับประเทศใน OECD, พ.ศ. 2559



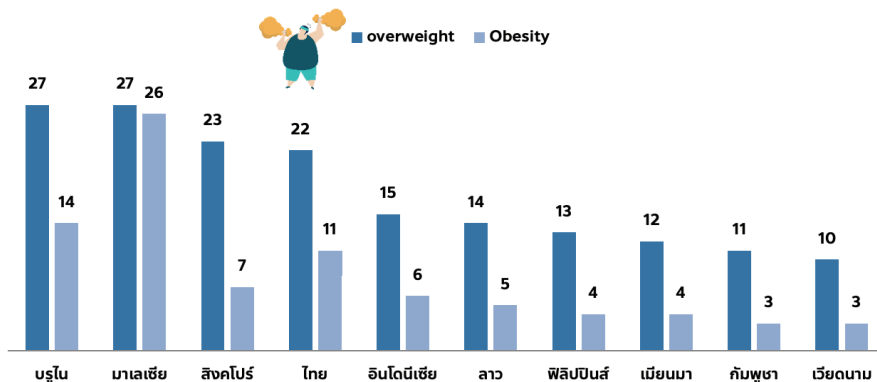
ที่มา: WHO (2020)

4.1.11 ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

คนไทยประสบปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มต่อเนื่อง จากข้อมูลของ Global Nutrition Report 2017 พบว่า พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกิน (Overweight) สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศในแถบเอเชีย รองจาก บรูไน มาเลเซีย และสิงคโปร์ ในขณะที่กลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะอ้วน (Obesity) สูงเป็นอันดับ 3

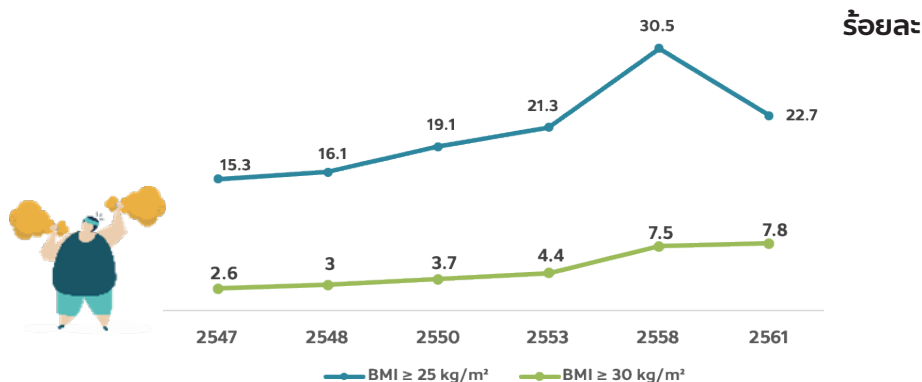
รองจากประเทศมาเลเซีย บรูไน และจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561 พบว่า ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.3 ใน พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 22.7 ใน พ.ศ. 2561 และความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 30 kg/m²) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.6 ใน พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 7.8 ใน พ.ศ. 2561

ร้อยละภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น กลุ่มประเทศเอเชีย พ.ศ. 2559



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2562)

ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m² และ BMI ≥ 30 kg/m²) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547 - 2561



หมายเหตุ: รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2561

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

4.1.12 ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ

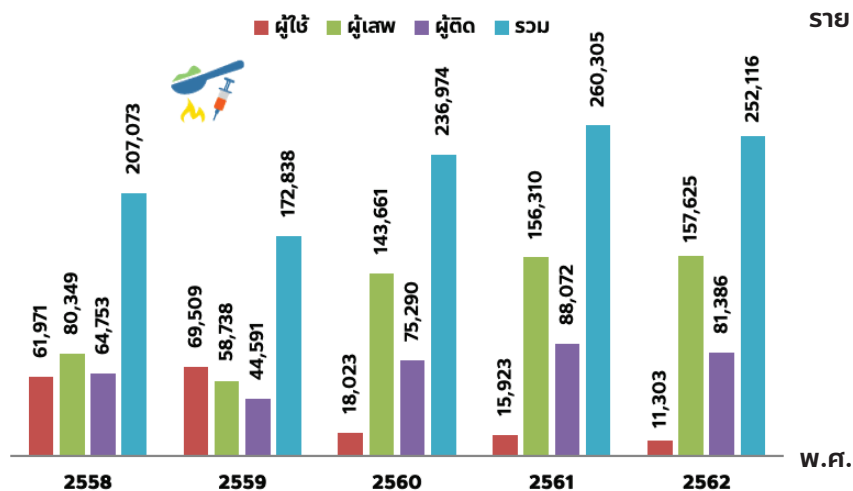
1) ยาเสพติด

กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มที่ภาครัฐพยายามเร่งแก้ปัญหา โดยกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดภายใต้กรอบคิด “ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย” และให้โอกาสเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องในสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ จากผลการคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติดพ.ศ.2561 ในระดับ “ผู้ใช้” แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลงแต่ในระดับ “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2562)

จากรายงานของศูนย์การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2562 มีผู้ติดยาเสพติด จำนวน 252,116 ราย เป็นผู้ใช้ 11,303 ราย ผู้เสพ 157,625 ราย และผู้ติด 81,386 ราย โดยผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 มีน้อยมากร้อยละ 0.02

ตั้งแต่ปี 2558-2562 ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 34.64 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 42.82 ในปี 2562 สำหรับผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยบังคับตั้งแต่ปี 2557-2560 มีน้อยลง จากร้อยละ 76.50 ในปี 2557 ลดลงเหลือร้อยละ 45.79 ในปี 2562 ส่วนผู้ที่ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดโดยการต้องโทษ ปี 2559-2562 อยู่ที่ร้อยละ 11.35-11.08 และเมื่อเปรียบเทียบกับอายุของผู้ที่ได้รับการบำบัดยาเสพติดพบว่าช่วงอายุที่ได้รับการบำบัดรักษามากที่สุดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557-2561 คือ ช่วงอายุ 18-24 ปี ร้อยละ 21.92 ในปี 2557 และเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 32.88 ในปี 2561 (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2563; นิตยา พรหมกันทา และคณะ, 2562)

รายงานผลการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยสารเสพติด จำแนกตามแบบคัดกรอง พ.ศ. 2558 - 2562



ที่มา : ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.)

2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 35.6 ในพ.ศ. 2557 ลดลงเหลือร้อยละ 23.3 ใน พ.ศ. 2561 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2561) และเมื่อพิจารณาปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ข้อมูลจาก WHO รายงานว่า พ.ศ. 2556-2559 มีปริมาณการดื่ม 7.1, 8.3, 7.2 และ 8.3 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี

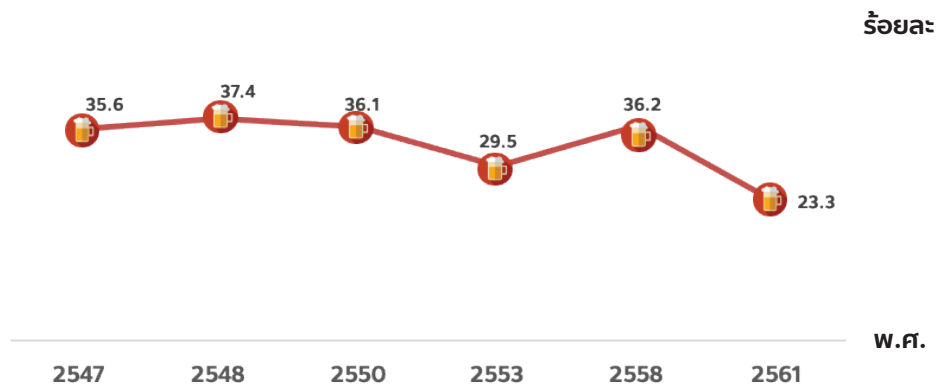
ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าของประเทศไทยที่พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2561 มีปริมาณการดื่ม 6.89, 6.91, 6.95, 7.12, 7.33 และ 8.3 ตามลำดับอีกทั้งพบข้อมูลของการเคยซื้อสุราในช่วงเวลาที่กฎหมายห้ามขายและการพบเห็นการดื่มสุราในสถานที่ห้ามบริโภคจึงเป็นที่น่าสังเกตว่าประชากรไทยมิได้ลดการบริโภคแอลกอฮอล์แม้จะมีการปรับเพิ่มของภาษีแอลกอฮอล์ (นิตยา พรหมกันทา และคณะ, 2562)

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยกับประเทศ OECD พบว่าใน พ.ศ. 2561 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปของไทยต่ำกว่าประเทศ OECD โดยไทยมีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 8.3 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ในขณะที่ค่าเฉลี่ย OECD

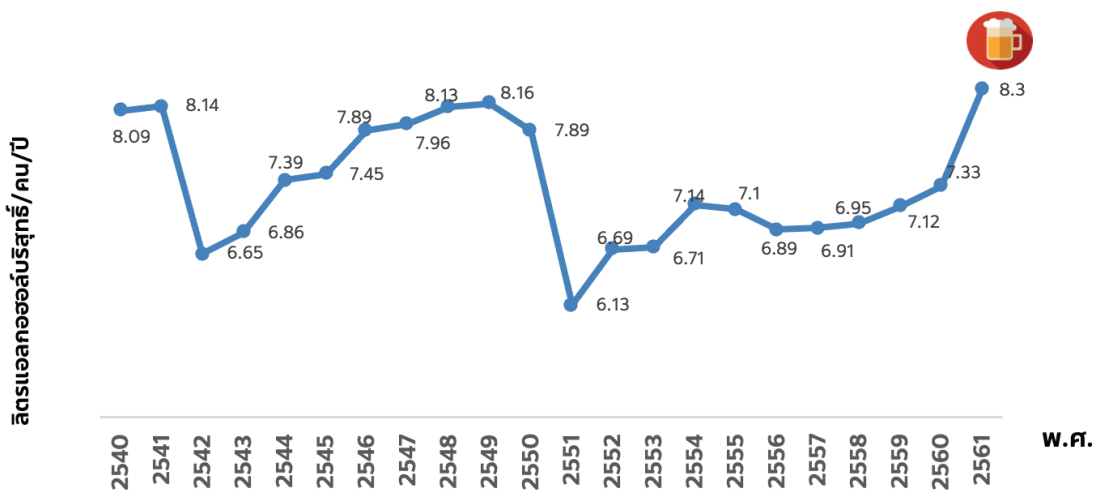
เกาหลีใต้ อังกฤษ และอเมริกามีปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ 8.9, 9.7, 11.4 และ 9.9 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี ตามลำดับ อย่างไรก็ตามปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยยังสูงกว่าประเทศญี่ปุ่นที่มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ 8.0 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี เล็กน้อย (WHO, 2020)

แนวโน้มการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในรอบปีที่ผ่านมามีแนวโน้มลดลง



หมายเหตุ: รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2561 ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2540-2561



ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค (2561); WHO (2020)

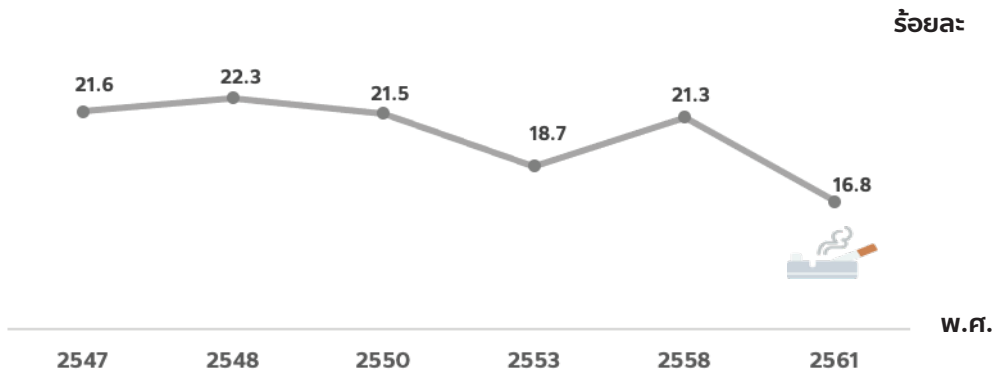
4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

3) พฤติกรรมการสูบบุหรี่

รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2561 มีจำนวนประชากรอายุ 15 ปี พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 16.8 ใน พ.ศ. 2561 โดยผู้ชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าผู้หญิงประมาณ 20 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตรา

การสูบบุหรี่ของประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป กับประเทศใน OECD พบว่าในพ.ศ.2560ไทยมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าค่าเฉลี่ย OECD (ร้อยละ 18) โดยไทยมีอัตราการสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 19.1 ซึ่งสูงกว่าญี่ปุ่น (ร้อยละ 17.7) เกาหลีใต้ (ร้อยละ 17.5) อังกฤษ (ร้อยละ 17.2) และสหรัฐอเมริกา ร้อยละ 10.5 (WHO, 2020)

การบริโภคยาสูบของประชากรไทยตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2534 – 2560



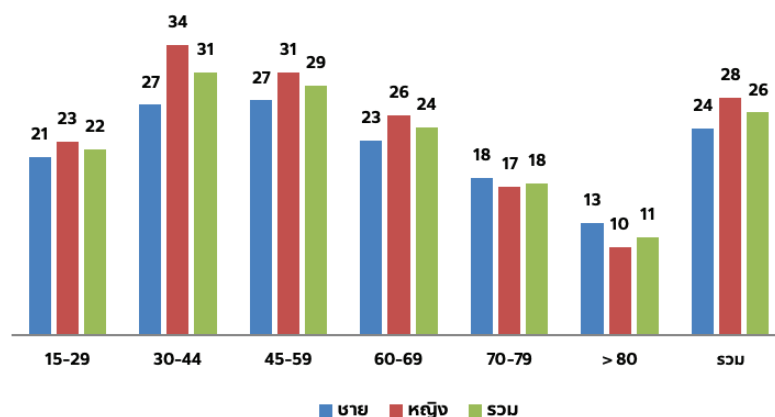
หมายเหตุ: รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2547, พ.ศ. 2548, พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2553, พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2561 ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

4) พฤติกรรมการบริโภคผัก ผลไม้

พ.ศ. 2557 พบว่ามีเพียง 1 ใน 4 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปกินผักและผลไม้เพียงพอตามปริมาณที่แนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) เพศหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 27.6 และร้อยละ 24.1 ตามลำดับ) เช่นเดียวกัน ผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลกินผัก

และผลไม้เพียงพอมากกว่าผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 26.3 และร้อยละ 25.6 ตามลำดับ) ผู้ที่อาศัยในภาคกลางกินผักและผลไม้เพียงพอสูงสุด (ร้อยละ 32.4) รองลงมาคือ ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ (ร้อยละ 28.8) ภาคใต้ (ร้อยละ 28.0) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 21.6) และภาคเหนือ (ร้อยละ 12.6) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

ร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอตามข้อแนะนำจำแนกตามเพศและอายุ พ.ศ. 2557



หมายเหตุ: การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี 2557 ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2562)

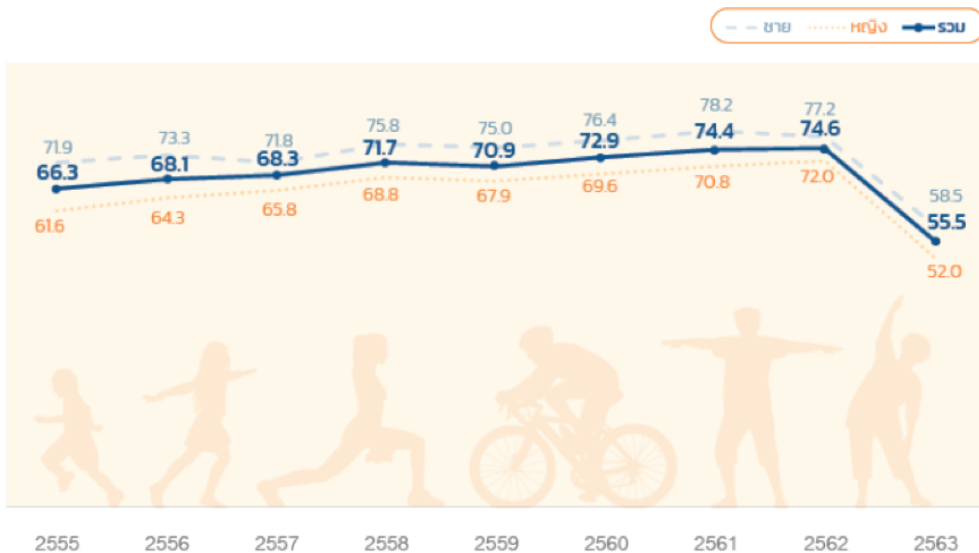
4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

5) การมีกิจกรรมทางกาย (Physical activity)

ประชาชนควรมีกิจกรรมทางกาย(physical activity) ที่เพียงพอหมายถึงการมีกิจกรรมที่ออกแรงกายอย่างน้อยอย่างน้อยวันละ 20 นาที 3 วันต่อสัปดาห์หรือการมีกิจกรรมออกแรงกายระดับปานกลางวันละ 30 นาทีอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยการมีกิจกรรมทางกายได้จากการออกแรงกายในการทำงาน การเดินหรือการออกกำลังกาย เช่น การเล่นกีฬา การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นต้น นับตั้งแต่ พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา กระทั่งช่วงก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สถานการณ์ภาพรวมด้านการมีกิจกรรมทางกาย

ของประชากรไทยเป็นไปในเชิงบวกโดยระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.3 ใน พ.ศ. 2555 เป็นร้อยละ 74.6 ใน พ.ศ. 2562 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.3 คิดเป็นอัตราเพิ่มเฉลี่ยที่ร้อยละ 1.04 ต่อปี ทั้งนี้ใน พ.ศ. 2558 เป็นปีที่มีอัตราเพิ่มสูงที่สุด (ร้อยละ 3.4) ขณะที่ในปีถัดมา (พ.ศ.2559) เป็นปีที่มีอัตราเพิ่มต่ำที่สุด(ร้อยละ-0.8) อย่างไรก็ตามในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด19ในพ.ศ .2563 พบว่า ประชากรไทยมีอัตราการออกกำลังกายลดลงอย่างมากเหลือเพียงร้อยละ 55.5 เท่านั้น (ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และกรรณก พงษ์ประดิษฐ์, 2563)

ร้อยละการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย ระหว่างปี 2555-2563



หมายเหตุ: ข้อมูลในปี 2563 เป็นข้อมูลจากการสำรวจในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ที่มา: ปิยวัฒน์ เกตุวงศา และกรรณก พงษ์ประดิษฐ์ (2563)

6) สุขภาพจิต (ความสุข)

จากการสำรวจสุขภาพจิต(ความสุข)ของคนไทยพ.ศ . 2558 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 31.44 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับสุขภาพจิตของคนทั่วไป (27.01-34.00 คะแนน) ประชากรในกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ 64.9 ผู้ที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป(34.01-45.00คะแนน)คิดเป็นร้อยละ 18.7 และเป็น ผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป(0.00-27.00คะแนน)คิดเป็น ร้อยละ 16.4 ของคนอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาองค์ประกอบหลักสุขภาพจิต 5 ด้าน พบว่า การไม่มีความรู้สึกไม่ดีเป็น

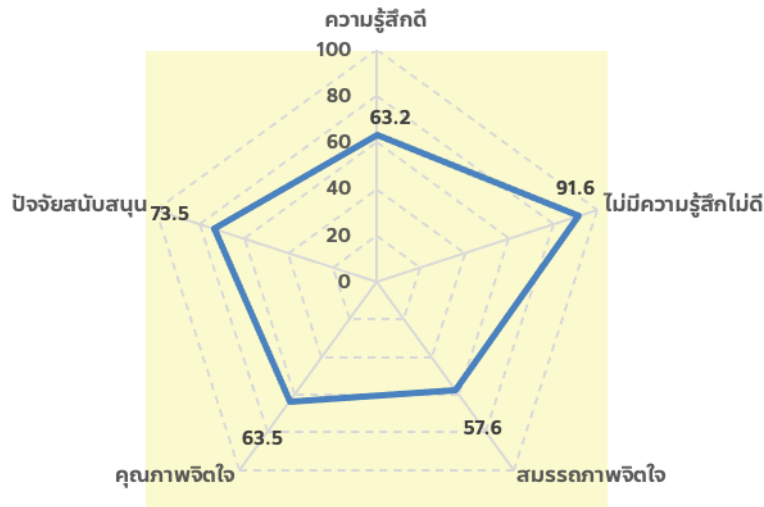
องค์ประกอบที่มีคะแนนมากที่สุด(ร้อยละ 91.6)หมายความว่า คนไทยแทบไม่มีความรู้สึกผิดหวัง ทุกข์เบื่อหน่าย หรือ ท้อแท้เลย รองลงมาเป็นปัจจัยสนับสนุน (ร้อยละ 73.5) เป็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัวชุมชนการทำงานรายได้ ความเชื่อ ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน คุณภาพจิตใจ (ร้อยละ 63.5) ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจ ใน การดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม ความรู้สึกที่ดีซึ่งเป็นความรู้สึกพึงพอใจ สบายใจ ภูมิใจ (ร้อยละ 63.2) แสดงให้เห็นว่าผลการวิเคราะห์ในแต่ละองค์ประกอบ

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

มีความสอดคล้องกันกับสภาพสังคมไทยที่มีความผูกพันกันเป็น
อย่างมากและในทางตรงกันข้ามองค์ประกอบที่อ่อนแอที่สุด
คือ สมรรถภาพของจิตใจ (ร้อยละ 57.6) เป็นองค์ประกอบที่
เกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการ

ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงแสดงให้เห็นว่า การที่คนไทยจะมี
ระดับสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้ควรมุ่งพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจ
เป็นหลัก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ พบว่า
พ.ศ. 2562 มีอัตราผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
เพียงร้อยละ 68.2 เท่านั้น

สุขภาพจิตคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามองค์ประกอบหลักของสุขภาพจิต พ.ศ. 2558



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2559)

จากสถานการณ์สถานะสุขภาพของคนไทยมีการเจ็บ
ป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์รวมทั้งโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน
ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างดีขึ้นเช่นการดื่มแอลกอฮอล์
การสูบบุหรี่ เป็นต้นแต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนช่วงวัยรุ่นมีแนวโน้มแย่ลงทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับ
สถานะสุขภาพของประเทศไทยกับประเทศในกลุ่ม OECD

ได้แก่ประเทศญี่ปุ่นเกาหลีใต้ อังกฤษและสหรัฐอเมริกาซึ่ง
พบว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยเมื่อมีสุขภาพ
ดีรวมทั้งการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยเช่น
โรคมะเร็งโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น น้อยกว่าประเทศอื่น
ในขณะที่อัตราการตายในแม่และเด็ก การตายจากอุบัติเหตุ
และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าประเทศอื่น ดังนี้

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

ตารางเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของประเทศไทย และ OECD

Health status	Thailand	OECD	Japan	Korea	UK	US
Life expectancy at birth, 2019 (or nearest year)	76.9 ²	80.6 ²	84.2 ²	82.7 ²	81.3 ⁵	78.6 ⁵
	(both sex)	(both sex)	(both sex)	(both sex)	(both sex)	(both sex)
	73.2	77.7	81.1	79.7	79.5	76.1
	(male)	(male)	(male)	(male)	(male)	(male)
Health life expectancy at birth (HALE), 2016 ¹	80.7	83.2	87.3	85.7	83.1	81.1
	(Female)	(Female)	(Female)	(Female)	(Female)	(Female)
	66.8	-	74.8	73.0	71.9	68.5
	(both sex)		(both sex)	(both sex)	(both sex)	(both sex)
Maternal mortality rate (per 100,000 live births), 2017 ¹	64.0		72.6	70.7	70.9	66.9
	(male)		(male)	(male)	(male)	(male)
	69.8		76.9	75.1	72.9	70.1
	(Female)		(Female)	(Female)	(Female)	(Female)
Neonatal mortality rate (per 1,000 live births), 2018 ¹	21.8 ³	-	5	11	7	19
	(2017)					
Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births), 2018 ¹	22.5 ⁴					
	(2019)					
Infant mortality (per 1,000 live births), 2017 ⁵	3.3 ⁴	-	1	1	3	4
	(2019)					
Low birthweight infants (% of total live births), 2017 ⁵	3.1 ⁴					
	(2019)					
All - cause mortality rates (per 100,000 population), 2017 ⁵	8.4 ⁴	-	2	3	4	7
	(2019)					
All - cause mortality rates (per 100,000 population), 2017 ⁵	7.9 ⁴					
	(2019)					
All - cause mortality rates (per 100,000 population), 2017 ⁵	5.9 ³	3.5	1.7	2.7	2.8	4.8
	(2017)					
All - cause mortality rates (per 100,000 population), 2017 ⁵	5.7 ⁴					
	(2019)					
All - cause mortality rates (per 100,000 population), 2017 ⁵	5.9 ⁸	6.5	9.4	6.2	6.9	8.3
	(2017)					
All - cause mortality rates (per 100,000 population), 2017 ⁵	700	801	567	654	763	833
	(2017)					
All - cause mortality rates (per 100,000 population), 2017 ⁵	754.1 ⁴					
	(2019)					

4.1 สถานการณ์สุขภาพของคนไทย

Health status	Thailand	OECD	Japan	Korea	UK	US
Stroke mortality (per 100,000 population), 2017 ⁵	47.8 (2017) 53.0 ⁴ (2019)	63.6	46.1	56.1	47.2	43.2
Cancer mortality (per 100,000 population), 2017 ⁵	117.6 ³ (2017) 125.0 ⁴ (2019)	201	172	165	216	181
Incidence of tuberculosis (per 100,000 population), 2018 ¹	153	-	14	66	8.0	3.0
New HIV infections (per 1,000 uninfected population), 2018 ¹	0.09		0.01	-	-	-
Suicide rate (per 100,000 population), 2016 ¹	6.35 ⁶ (2016) 9 ⁴ (2019)	11.2 (2017)	18.5	26.9	8.9	15.3
Traffic deaths rate (per 100,000 population), 2016 ¹	23.8 ⁷ (2016) 30.2 ⁴ (2019)	-	4.1	9.8	3.1	12.4
Daily Smoking (% of population aged 15+), 2017 ¹	19.1	18.0	17.7	17.5	17.2	10.5
Alcohol Liters consumed per capita (population aged 15+), 2018 ¹	8.3	8.9 ⁵ (2017)	8.0	9.7	11.4	9.9
Universal Health Coverage Service Index 2017 ¹	80.0	-	83.0	86.0	87.0	84.0

หมายเหตุ : ¹Sustainable Development Report 2020

²Health at a glance : Asia/Pacific 2020

³สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560

⁴สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562

⁵OECD Indicators 2019

⁶รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

⁷สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559

⁸ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข

4.2 การบริการสาธารณสุขไทย

4.2.1 ระบบบริการสุขภาพไทย

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการขยายตัวของการให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆทั้งในส่วนของบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุดและมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุดได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ที่กระจายอยู่ทุกตำบล(9,000กว่าแห่งทั่วประเทศ)การจัดบริการสุขภาพในระดับกลางหรือระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) เป็นการจัดการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยแพทย์ที่มีความชำนาญสูงปานกลางและโรงพยาบาลชุมชนที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ(700กว่าแห่งทั่วประเทศ)และโรงพยาบาลทั่วไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูงหรือระดับตติยภูมิ(Tertiary care)ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อนต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษและต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย

ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ที่ประเทศไทยจัดระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก คือ

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Universal Coverage Scheme: UCS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme:SSS)และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) โดยทั้งสามระบบครอบคลุมประชากรไทยร้อยละ98และมีชุดสิทธิประโยชน์ไม่แตกต่างกันมากนักแต่มีกลไกการอภิบาลระบบเป็นอิสระต่อกัน ทำให้มีการออกแบบระบบต่างกัน เช่น รูปแบบการจ่ายอัตราค่าจ่ายและเงื่อนไขการใช้บริการในขณะที่ระบบบริการสุขภาพไทยเป็นระบบผสมผสานระหว่างรัฐและเอกชน (public-private mix) โดยภาคเอกชนเกือบทั้งหมดเป็นเอกชนแบบแสวงหากำไรโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักสถานพยาบาล และการประกอบโรคศิลปะ ณ วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2561 มีจำนวนรวม 354 แห่งจำแนกเป็นโรงพยาบาลในตลาคหลักทรัพย์โรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลในตลาคหลักทรัพย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลสังกัดมูลนิธิร้อยละ 6, 13, 76, และ 5 ตามลำดับ ทั้งนี้มีโรงพยาบาลเอกชนไม่ถึงหนึ่งในสามที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลในระบบประกันสุขภาพ (ระบบ UCS และ SSS) และมีแนวโน้มจะลดน้อยลงอีก (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561)

4.2.2 ความครอบคลุมประชากรของระบบประกันสุขภาพ (population coverage)

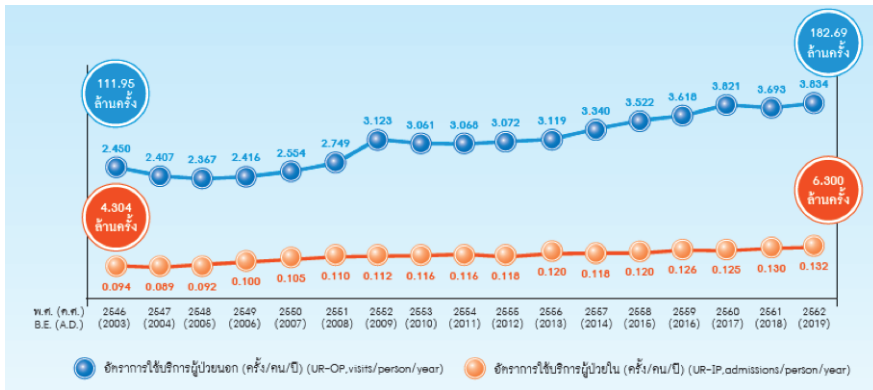
นับตั้งแต่เริ่มขยายความครอบคลุมสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2518 จนบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ใน พ.ศ. 2545 ในปี 2562 ประชากรไทยผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพทั้งประเทศมี 66.564 ล้านคนลงทะเบียนสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 66.508 ล้านคน คิดเป็นความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ร้อยละ 99.92 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 47.523 ล้านคน สิทธิประกันสังคม 12.584 ล้านคน สิทธิสวัสดิการ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 5.149 ล้านคน สิทธิสวัสดิการ รักษาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ 0.729 ล้านคน และสิทธิ สำหรับผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ 0.522 ล้านคน และความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ร้อยละ 99.88

4.2.3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมการเข้าถึงบริการสุขภาพมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเนื่องจากมีการขยายสถานบริการสุขภาพและมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองประชาชนทางด้านการเงิน โดยแนวโน้มของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อประชากรต่อปีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่อย่างไรก็ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้บริการผู้ป่วยนอกระหว่างปีงบประมาณ 2546-2562 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 111.95 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2546 เป็น 182.69 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2562 และมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นจาก 2.450 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2546 เป็น 3.834 ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2562 สำหรับการให้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 4.304 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2546 เป็น 6.300 ล้านครั้ง ใน พ.ศ. 2562 โดยอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน เพิ่มขึ้นจาก 0.094 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2546 เป็น 0.132 ครั้งต่อคนต่อปี ใน พ.ศ. 2562 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

4.2 การบริการสาธารณสุขไทย

อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในต่อประชากรต่อปี สัทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2546-2562



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563)

ด้านการให้บริการของหน่วยบริการ พ.ศ. 2562 มีหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมขึ้นทะเบียนดูแลผู้มีสิทธิในระบบบัตรทองเพิ่มมากขึ้น มีจำนวน 12,334 แห่ง จำแนกเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ 11,750 แห่ง หน่วยบริการประจำ 1,360 แห่ง และหน่วยบริการรับส่งต่อ 1,382 แห่ง เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2561 จำนวน 183 แห่ง แบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อ จำนวน 163, 29 และ 27 แห่ง (ตามลำดับ) ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการและสิทธิประโยชน์ภายใต้สิทธิบัตรทองเพิ่มขึ้น (สำนักข่าวอิศรา, 2562) โดยสถานการณ์ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนี้

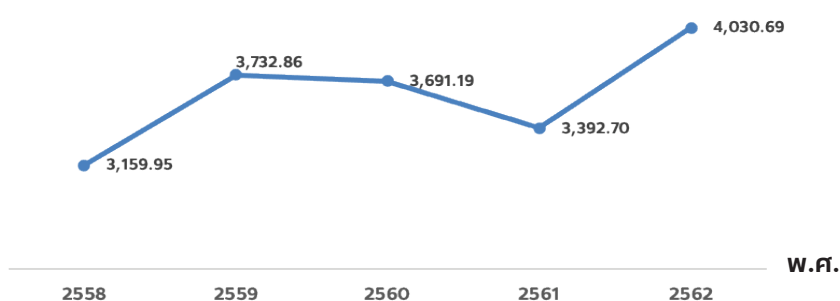
1) สถานการณ์ผู้ป่วยนอก

อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากร 1,000 คน ในภาพรวมประเทศ (ภาพที่ 1) พบว่า อัตราป่วยยอดรวมรายปี พ.ศ. 2558 - 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 3,160 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2558 เป็น 4,031 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2562 อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการนำเข้าสู่ข้อมูลจากเดิมใช้รูปแบบ 21 แห่งมามาตรฐาน เปลี่ยนเป็นการนำเข้าสู่ข้อมูลที่หน่วยบริการเป็นผู้บันทึกและส่งออกในรูปแบบ

โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (43 แห่ง) มาวิเคราะห์และประมวลผลโดยหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนกลาง และสำหรับ ช่วง พ.ศ. 2560 - 2561 อัตราป่วยลดลงเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการนำฐานข้อมูลมาตรวจสอบคุณภาพข้อมูลให้มีความถูกต้อง และครบถ้วนมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดจากความครอบคลุมของหน่วยบริการที่ส่งออกข้อมูลผู้ป่วยนอกรายบุคคล ซึ่งเป็นหน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และไม่มีข้อมูลบริการจากโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ

อัตราผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุการป่วย 10 ลำดับแรก ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มโรคที่มีอัตราสูงที่สุดเป็น ลำดับที่ 1 คือ โรคระบบไหลเวียนเลือด พบว่า ใน พ.ศ. 2562 มีอัตรา 682.99 ต่อประชากรพันคนสูงกว่า พ.ศ. 2561 ที่พบอัตรา 604.77 ต่อประชากรพันคน ในขณะที่กลุ่มโรคที่พบสูงเป็นลำดับที่ 2 คือ กลุ่มโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม) ที่พบว่า ใน พ.ศ. 2562 มีอัตรา 632.34 ต่อประชากรพันคน รองลงมาคือ โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก 468.16 ต่อประชากรพันคน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563)

อัตราผู้ป่วยนอกทั้งประเทศ (ต่อประชากร 1,000 คน) พ.ศ. 2558 - 2562



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

4.2 การบริการสาธารณสุขไทย

ตาราง 10 ลำดับแรก อัตราผู้ป่วยนอกต่อประชากร 1,000 คน ตามกลุ่มสาเหตุการป่วย (ไม่รวม กรุงเทพมหานคร) พ.ศ. 2558 - 2562

สาเหตุการป่วย (ชื่อโรค/ กลุ่มโรค)	2558		2559		2560		2561		2562	
	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา	ลำดับ	อัตรา
โรกระบบไหลเวียนเลือด (I00-I99)	1	489.89	1	610.93	1	638.33	1	604.77	1	682.99
โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม (E00-E90)	2	414.58	2	567.13	2	589.97	2	557.48	2	632.34
โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก (K00-K93)	5	362.53	4	440.42	4	441.99	3	414.76	3	468.16
โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม (M00-M99)	4	371.76	5	438.54	5	432.88	4	390.51	4	458.33
โรกระบบหายใจ (J00-J99)	3	408.14	3	499.58	3	447.85	5	378.07	5	410.78
โรกระบบสืบพันธุ์ร่วม ปัสสาวะ (N00-N99)	6	141.67	8	108.69	7	103.58	8	91.84	6	225.93
ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม (F00-F99)	10	72.09	10	76.36	10	89.66	10	88.40	7	141.38
โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ (A00-A99, B00-B99)	7	115.17	7	110.98	8	101.75	7	94.14	8	140.89
โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (L00-L99)	8	98.25	6	114.56	6	108.40	6	96.13	9	107.02
โรคตา รวมส่วนประกอบของตา (H00-H59)	9	86.06	9	104.42	9	100.28	9	90.21	10	103.30

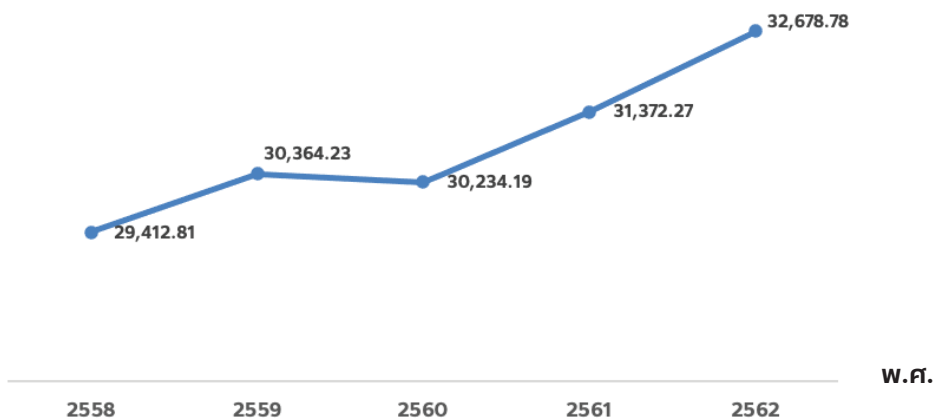
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สรุปรายงานการป่วย 2562 (2563)

2) สถานการณ์การป่วยของผู้ป่วยใน

สถานการณ์การป่วยของผู้ป่วยใน ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 -2562 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแต่เปลี่ยนแปลงไม่มากนัก จาก 29,412 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2558 เป็น

32,679 ต่อประชากร 100,000 คน ใน พ.ศ. 2562 สำหรับสาเหตุการป่วยที่พบสูงที่สุด มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่นๆ รองลงมา ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำ และเบาหวาน ตามลำดับ

อัตราผู้ป่วยนอกทั้งประเทศ (ต่อประชากร 1,000 คน) พ.ศ. 2558 - 2562



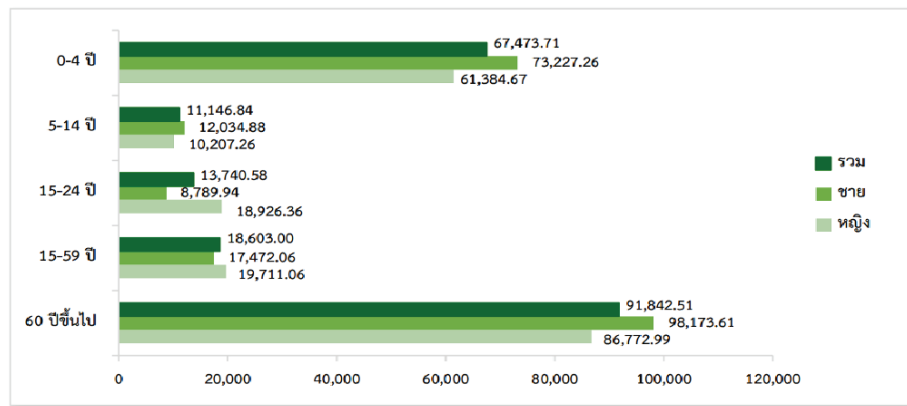
ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

4.2 การบริการสาธารณสุขไทย

สำหรับอัตราผู้ป่วยใน 10 ลำดับแรก พบว่า ในช่วง พ.ศ. 2558 – 2562 10 อันดับแรก ปี พ.ศ. 2562 พบว่า กลุ่มโรคที่มีอัตราผู้ป่วยในสูงที่สุดคือ ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกอื่น ๆ รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ นำ และเบาหวาน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุการป่วยตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงมีอัตราผู้ป่วยในสูงกว่าเพศชาย ยกเว้น ไตวาย ปอดบวม และโรคอื่นๆ ของระบบทางเดินหายใจ ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเพศชายมีอัตราผู้ป่วยในสูงกว่าเพศหญิง และเมื่อพิจารณาอัตราผู้ป่วยใน

ต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกตามกลุ่มอายุใน พ.ศ. 2562 พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราผู้ป่วยในสูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 0-4 ปี กลุ่มอายุ 15-59 ปี กลุ่มอายุ 15-24 ปี และกลุ่มอายุ 5-14 ปี ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า เพศชายมีอัตราผู้ป่วยในมากกว่าเพศหญิงในกลุ่มอายุ 0-4 ปี กลุ่มอายุ 5-14 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มอายุที่เพศหญิงมีอัตราผู้ป่วยในมากกว่าเพศชายคือกลุ่มอายุ 15-24 ปี และกลุ่มอายุ 15-59 ปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562)

อัตราป่วยของผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2562



ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2563)

10 ลำดับแรกอัตราป่วยของผู้ป่วยในต่อประชากร 100,000 คน (รวมทุกการวินิจฉัยโรค) จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2562

ลำดับ	กลุ่มโรค / รหัสกลุ่มโรค	รวม	ชาย	หญิง
1	ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิกอื่น ๆ Other Endocrine, nutritional and metabolic disorders (E15-E35, E58-E63, E65, E67-E85, E87-E90)	3,632.89	3,578.64	3,684.92
2	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ Essential (primary) hypertension (I10)	2,374.12	2,142.47	2,596.30
3	เบาหวาน Diabetes mellitus (E10-E14)	1,528.91	1,285.41	1,762.47
4	ไตวาย Renal failure (N17-N19)	1,304.85	1,328.44	1,282.22
5	โลหิตจางอื่น ๆ Other anaemia (D51-D64)	1,279.78	1,203.55	1,352.89
6	ปอดบวม Pneumonia (J12-J18)	798.29	922.49	679.16
7	อาการท้องร่วง กระเพาะและลำไส้อักเสบ ซึ่งสันนิษฐานว่าเกิดจากการติดเชื้อ Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin (A09)	671.85	639.59	702.79
8	โรคอื่น ๆ ของระบบทางเดินหายใจ Other diseases of the respiratory system (J22, J66-J99)	525.30	628.50	426.32
9	ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์ และการคลอด Other complications of pregnancy and delivery (O20-O29, O60-O63, O67-O71, O73-O75, O81-O84)	427.16	0.00	836.87
10	ความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าหัวใจ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ Conduction disorders and cardiac arrhythmias (I44-I49)	422.01 426.29	417.56	426.29

หมายเหตุ: ลำดับที่ 9 กลุ่มโรคภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของการตั้งครรภ์และการคลอด (O20-O29, O60-O63, O67-O71, O73-O75, O81-O84)

อัตราป่วยเพศหญิงใช้จำนวนประชากรรวมเป็นตัวหาร

รวบรวม / วิเคราะห์: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ฐานข้อมูลผู้ป่วยในสวัสดิการรักษายาบาลาธาราการและครอบครัว กรมบัญชีกลาง โดย สำนักสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)

4.2 การบริการสาธารณสุขไทย

4.2.4 ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ (service coverage)

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยหรือ UC Scheme มีความโดดเด่นในเรื่องความครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์อย่างกว้างขวางไม่เพียงแต่ความครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาลสำหรับสมาชิกของ UC Scheme เท่านั้น แต่ยังครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยทุกคนด้วย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทั้งการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการรักษาพยาบาลที่มีราคาแพงและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้วยส่งผลให้การให้บริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นนอกจากนี้ได้มีการ

สำรวจความชุกของการไม่ได้รับบริการที่จำเป็นเมื่อเจ็บป่วย (the prevalence of unmet health need) ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับประเทศคิดเป็นร้อยละ 1.44 และร้อยละ 0.4 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ (low level of unmet need) ที่ใกล้เคียงกับค่าของประเทศสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) (กองทุนศาสตร์และแผนงาน, 2562)

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมิได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบัน มีดังนี้

พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์และเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545-2562

สิทธิประโยชน์	
2545	• คนไทยทุกคนมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค, วัคซีน, รักษา, ฟื้นฟูสมรรถภาพ และยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
2546	• ลดคิวผ่าตัดตาต้อกระจก
2547	• เพิ่มงบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ • จัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพภาคประชาชน
2548	• ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยาต้านไวรัส, ตรวจ LAB, ให้คำปรึกษา ตรวจเลือดแบบสมัครใจ, บริการถุงยางอนามัย)
2549	• จัดตั้งกองทุนสุขภาพระดับตำบลหรือพื้นที่ ร่วมกับอปท. • จัดตั้งศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ • บริการยาจำเป็นราคาแพง (ยา CL)
2550	• ลดคิวผ่าตัดหัวใจ (จาก 2 ปี เป็น 6 เดือน) • บริการแพทย์แผนไทย • เพิ่มการเข้าถึงโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง
2551	• บำบัดทดแทนไตผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ล้างไตผ่านช่องท้อง, ฟอกไต, ปลูกถ่ายไต) • บริการสารทดแทนยาเสพติด (เมกาดอน)
2552	• เพิ่มการเข้าถึงยารักษาแพงบัญชียา จ (2) • ลดรอคิวผ่าตัดนิ้วในทางเดินปัสสาวะ • วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ • จัดตั้งหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน ม.50(5)
2553	• ขยายสิทธิ UC ในคนที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ • เพิ่มการเข้าถึงยากำพร้า / ยาแพทย์แผนไทย • ต่ออายุยา CL • ขยายการบำบัดโรคทางจิตเวช โดยไม่จำกัดเวลารับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน

4.2 การบริการสาธารณสุขไทย

พ.ศ.	สิทธิประโยชน์
2554	<ul style="list-style-type: none"> คัดกรองภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2555	<ul style="list-style-type: none"> ปลูกถ่ายตับในเด็ก < 18 ปี ที่มีภาวะท่อน้ำดีอุดตันตั้งแต่กำเนิด ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน เปลี่ยนหน่วยบริการได้ 4 ครั้ง/ปี
2556	<ul style="list-style-type: none"> ขยายความครอบคลุมวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมะเร็งต่อมน้ำเหลือง
2557	<ul style="list-style-type: none"> ระบบเบิกจ่ายกลางของประเทศ (NCH) บูรณาการบริการรักษามะเร็งมาตรฐานเดียว งบเพิ่มประสิทธิภาพหน่วยบริการพื้นที่กึ่งดาร์ เสี่ยงภัย
2558	<ul style="list-style-type: none"> เพิ่มการเข้าถึงบัญชียา จ(2) 4 รายการ ได้แก่ ยา Trastuzumab ในมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ยา Peginterferon ในผู้ป่วยติดเชื้อตับอักเสบบี สายพันธุ์ 2, 3 สายพันธุ์ 1, 6 และที่ติดเชื้อเอชไอวี ยา Nilotinib และยา Dasatinib ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) โดยไม่จำกัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) คลอดบุตรไม่จำกัดจำนวนครั้ง
2559	<ul style="list-style-type: none"> บูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (3 กองทุน) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM), สาวประเภทสอง(TG), พนักงานบริการชาย (MSW), พนักงานบริการหญิง (FSW), ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (LTC) ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน
2560	<ol style="list-style-type: none"> ขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (UCEP) เริ่ม 1 เม.ย. 60 ต่อยอดจากนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน
2561	<ol style="list-style-type: none"> บริการระดับปฐมภูมิที่มีคลินิกหมอครอบครัว (PCC) เพิ่มวัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับนักเรียนหญิงชั้น ป. 5 ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตรวจคัดกรองและเพิ่มยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้
2562	<ul style="list-style-type: none"> เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนและยา จ(2) 1) วัคซีนรวม 5 ชนิด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (DTP-HB-Hib) 2) วัคซีนพิษสุนัขบ้า 3) เพิ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี: Raltegravir ป้องกันถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก 4) เพิ่มยา Bevacizumab สำหรับโรคหลอดเลือดดำในจอตาอุดตัน เพิ่มสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 8 รายการ ในหญิงตั้งครรภ์และการก

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563)

4.2 การบริการสาธารณสุขไทย

จากการเพิ่มสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของ

ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น โดยในปี 2562 มีการให้บริการทางการแพทย์ที่สำคัญ ดังนี้

การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญในปี 2562

การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ	พ.ศ. 2562	หน่วยนับ
1. การบริการเฉพาะ		
- การล้างไต/ฟอกไต ในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน	34,500	ครั้ง
- การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา: Cryptococcal meningitis และโรคติดเชื้อไวรัสที่จอประสาทตา: Cytomegalovirus retinitis)	2,815	ครั้ง
- การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Stroke fast track)	3,861	ครั้ง
การให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevated (STEMI fast track)	4,503	ครั้ง
- การผ่าตัดต่อกระดูก	126,884	ครั้ง
- การรักษาด้วยเลเซอร์ในผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	10,486	ครั้ง
- การรักษาโรคน้ำหนึบ/โรคที่เกิดจากการดำน้ำด้วยออกซิเจนความกดดันสูง	10	ครั้ง
- การผ่าตัดเปลี่ยนกระดูก (รวมจัดหา จัดเก็บ และรักษาดวงตา)	421	ดวงตา
- การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหัวใจวายอย่างรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น	76	คน
- การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยเด็กที่ตับวายจากท่อน้ำดีตีบตันแต่กำเนิดหรือจากสาเหตุอื่นๆ	221	คน
- การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต	51	คน
- การรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (TDT)	12,084	คน
- การรักษาผู้ป่วยวัณโรคด้วยยา (Tuberculosis)	76,886	คน
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)	8,936	คน
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค		
- การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ให้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 11 (ผู้สูงอายุ >65 ปี, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 โรค, หญิงมีครรภ์อายุครรภ์ >4 เดือน, เด็กอายุ 6 เดือน-2 ปี, ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง)	2,676,035	ราย
3. บริการแพทย์แผนไทย		
- บริการแพทย์แผนไทย นวด ประคบ อบสมุนไพร	4,801,846	ครั้ง
- บริการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด	44,902	คน
- บริการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ	7,803,442	ครั้ง

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2563)

4.3 นโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ

นอกจากนี้ประเทศไทยยังได้พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในด้านต่างๆ ทั้งการบริการในสถานบริการสาธารณสุขและบริการในชุมชนเพื่อให้บริการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ และทั่วถึง สอดคล้องกับบริบทปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน รวมทั้งตอบสนองความต้องการประชาชน

4.3.1 การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน: เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

ระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนต่างก็ครอบคลุมการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงกรณีไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาโดยในกรณีหลังประชาชนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาไปก่อนแล้วมาเบิกคืนตามอัตราและเพดานที่กำหนด ทั้งนี้มีปรากฏการณ์เรื่องร้องเรียนเป็นข่าวหรือมีการโพสต์ในสังคมออนไลน์เนืองๆ ว่าถูกโรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการหรือไม่ยอมให้คนไข้กลับบ้านหรือย้ายจนกว่าจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นต้น ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนและบูรณาการการบริหารจัดการจ่ายค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสามกองทุน ในเดือนเมษายน 2555 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน (Emergency Medical Claim Online: EMCO)” โดยมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่ยังพบว่ามีปัญหาในการดำเนินงาน ต่อมาในเดือนเมษายน 2560 จึงได้ประกาศเป็นนโยบายใหม่ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต สิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)” โดยมีการแก้

4.3.2 ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care)

ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีความพิการหรือมีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอน ตีตเตียงหรือติดบ้าน โดยบริการด้านสาธารณสุขมักเป็นเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพการพยาบาลในขณะที่ความต้องการบริการด้านสังคมมักมากกว่าและมีทั้งในเรื่องการช่วยเหลือในชีวิตประจำวันเช่นอาหารการกินการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย งานบ้าน รวมไปถึงการปรับปรุงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่เป็นต้นโดยเน้นบูรณาการด้านสาธารณสุข

ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งที่ผ่านประเทศไทยได้มีนโยบายในการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุม และทั่วถึง ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน โดยมีนโยบายที่สำคัญ เช่น

แก้ พ.ร.บ. สถานพยาบาล กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเสนอคณะรัฐมนตรีเห็นชอบและประกาศในราชกิจจานุเบกษาจำกัดความครอบคลุมเฉพาะกรณีฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) มีระบบประเมินและยืนยันการเข้าถึงสิทธิ (pre-authorization: PA) จำกัดระยะเวลาคุ้มครองไม่เกิน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตรวมทั้งปรับวิธีและอัตราการจ่ายจากการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRG) เป็นการจ่ายตามอัตราค่าบริการที่กำหนด (fee schedule) เป็นต้น (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561)

ในปีงบประมาณพ.ศ. 2562 ศูนย์ประสานการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินรับเรื่องให้ช่วยประสานส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 19,631 คน เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 19,164 คน (ร้อยละ 97.62) ส่วนใหญ่เป็นเรื่องที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 19,045 คน (ร้อยละ 99.38 โดย เป็นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสีแดง (UCEP) ร้อยละ 86.30) สิทธิสวัสดิการข้าราชการสิทธิประกันสังคมสิทธิอปท. และผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น คนต่างด้าว หรือไม่ทราบสิทธิ

และบริการด้านสังคมในระดับพื้นที่ (ตำบล/หมู่บ้าน/ครอบครัว) คำนึงถึงความยั่งยืนและเป็นไปได้ของงบประมาณระยะยาวในอนาคต สนับสนุนการมีส่วนร่วมโดยให้อปท. (เทศบาล/อบต.) เป็นเจ้าภาพหลักในการบริหารระบบภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ และพัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care- LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (Care Manager) (พยาบาลหรือนักกายภาพบำบัดหรือนักสังคมสงเคราะห์ฯ) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)

4.3 นโยบายการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพที่สำคัญ

ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1 : 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยใน พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแล จำนวน 219,518 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

4.3.3 คลินิกหมอครอบครัว

เป็นนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพภายใต้คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อปฏิรูปสาธารณสุขไทยให้ประชาชนได้รับการรักษาและส่งเสริมด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิดด้วยทีมหมอครอบครัวซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพและจะทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัวให้บริการประชาชนทุกคนทุกอย่างทุกที่ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยแต่ละคลินิกหมอครอบครัวจะมีทีมหมอครอบครัวหนึ่งทีมดูแลประชาชน 10,000 คนในพื้นที่ที่รับผิดชอบชัดเจน

4.3.4 การผ่าตัดวันเดียว

การผ่าตัดวันเดียว (One Day Surgery: ODS)

ปัจจุบันยังพบว่าระบบสุขภาพยังมีส่วนขาดของการพัฒนา เช่น การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ที่มีคุณภาพมาตรฐานและปลอดภัย การลดค่าใช้จ่าย การลดความแออัด เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการจึงเป็นนโยบายสาธารณสุขจึงมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการ อาทิ การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) และการผ่าตัดแบบทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery: MIS) ซึ่งขณะนั้นนโยบายในเรื่องการพัฒนาระบบบริการดังกล่าว ได้เริ่มดำเนินการแล้วตั้งแต่เริ่มปีงบประมาณ พ.ศ.2561 เพื่อพัฒนาสุขภาพให้ประชาชนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ทั้งนี้การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery (ODS) เป็นการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่ต้องนอนพักค้างคืนการผ่าตัดรูปแบบใหม่วันเดียวกลับมีหลักการคือผู้ป่วยเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากที่บ้านและมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลซึ่งหลังพักฟื้นจากการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมงผู้ป่วยสามารถ

ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1 : 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยใน พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแล จำนวน 219,518 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

ในหนึ่งทีมจะประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวทันตแพทย์ เกษษกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่องและให้คำปรึกษา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายว่าภายใน พ.ศ. 2561 จะมีทีมหมอครอบครัวให้บริการประชาชน 996 ทีม โดยเพิ่มเป็น 3,250 ทีม และ 6,500 ทีม ภายใน พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2570 ตามลำดับ โดยจะมุ่งพัฒนาทีมหมอครอบครัวที่สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพครอบคลุมในเขตเมืองของแต่ละพื้นที่เป็นลำดับแรก

ช่วยเหลือตัวเองและกลับบ้านได้ภายในวันเดียวทำให้ลดเวลานอนในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติระหว่างมาโรงพยาบาลรวมทั้งช่วยลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด ลดความแออัดในโรงพยาบาล มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่อยู่ยากซับซ้อนส่งผลให้สามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัย โดยโรคหรือภาวะที่สามารถรับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เช่น โรคไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ริดสีดวงทวาร เส้นเลือดดำโป่งพองในหลอดอาหารและกระเพาะอาหารภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องท้องภาวะอุดตันของหลอดอาหารจากมะเร็งหลอดอาหารนี้ในท่อน้ำดีฯลฯกระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายการดำเนินงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS)โดยกำหนดให้โรงพยาบาลในสังกัดดำเนินการระบบดังกล่าว เริ่มจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีความพร้อมแล้วขยายไปอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในทุกเขตสุขภาพซึ่งในปี2561มีผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ร้อยละ 92.46 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Hfocus, 2560; กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

4.4.1 แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564)

ยุทธศาสตร์ควบคุมโรคไม่ติดต่อเพื่อตอบสนองต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคให้บรรลุเป้าหมายโลกที่ปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยรวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยมีวิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดีปลอดจากภาวะโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้” เป้าประสงค์เพื่อลดภาระการป่วย การตาย และความพิการที่ป้องกันได้ อันมีผลสืบเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ ด้วยวิธีการร่วมมือระหว่างภาคีภาคส่วนหลากหลายสาขาและการประสานงานในระดับชาติ ภูมิภาค และระดับโลก เพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีและสร้างให้เกิดผลผลิตตามมาตรฐานสูงสุดในทุกกลุ่มอายุและโรคต่างๆ เหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ภายใน พ.ศ. 2564 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (ภายในปี พ.ศ. 2564)

1. การลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลง ร้อยละ 20 (Premature mortality from NCDs) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
2. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเหลือไม่เกิน 6.7 ลิตรต่อคน ต่อปี (Harmful use of alcohol)
3. ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ลดลงร้อยละ 8 (Physical inactivity) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
4. ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร ลดลงร้อยละ 24 (Salt/sodium intake) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553
5. ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 15.7 (Tobacco use)
6. ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 20 (Raised blood pressure)
7. ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/เบาหวาน และโรคอ้วนไม่เพิ่มขึ้น (Diabetes and obesity) เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553

8. ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับยาเมื่อมีข้อบ่งชี้เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (รวมถึงยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (Drug therapy to prevent heart attack and stroke)

9. การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการของภาครัฐและเอกชน ร้อยละ 80

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มลำดับความสำคัญให้กับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในวาระการพัฒนาระดับชาติด้วยการเพิ่มความเข้มแข็งกับการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ การผลักดันเชิงนโยบายร่วมกัน
2. เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในด้านศักยภาพของประเทศไทย ภาวะการนำธรรมภิบาล และการปฏิบัติร่วมระหว่าง หลายภาคีภาคส่วนพันธมิตรเพื่อเร่งให้มีการตอบสนองต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
3. เพื่อลดปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงและปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการเป็นโรคไม่ติดต่อ
4. เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งและปรับระบบบริการสุขภาพให้คำนึงถึงและตอบสนองต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อรวมถึงปัจจัยทางสังคมที่เป็นพื้นฐานเกี่ยวข้องโดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานผ่านบริการปฐมภูมิที่มองประชาชนเป็นศูนย์กลาง และเป็นบริการที่เข้าถึงได้โดยทั่วหน้า
5. เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนสมรรถนะทางด้านการวิจัยและพัฒนาที่มีคุณภาพสูงเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ
6. เพื่อติดตามแนวโน้ม และปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อรวมทั้งประเมินความก้าวหน้าของการป้องกัน

4.4 ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศไทย

ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : พัฒนานโยบายสาธารณสุขและกฎหมายที่สนับสนุนการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

กลยุทธ์

1.1 เร่งรัดให้เกิดนโยบายสาธารณสุขระดับชาติที่เน้นการจัดการโรคไม่ติดต่อ

1.2 พัฒนามาตรการทางการเงิน การคลัง ภาษี การผลิตการตลาดการบริโภคที่เกี่ยวข้องกับการลดเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อ

1.3 ส่งเสริมให้มีนโยบายสาธารณสุขระดับสถาบัน องค์กร ที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้อย่างเพียงพอ

1.4 พัฒนากฎหมายและสร้างความเข้มแข็งมาตรการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

1.5 สร้างเสริมการยินยอมและปฏิบัติตามกฎหมายให้ทั่วถึง

ยุทธศาสตร์ที่ 2: เร่งขับเคลื่อนทางสังคมสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์

2.1 พัฒนาการบริหารจัดการด้านการสื่อสารต่อสาธารณะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง

2.2 พัฒนาเครือข่ายเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการสื่อสารความเสี่ยงในการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ

2.3 พัฒนาเนื้อหาการสื่อสารและเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2.4 การเฝ้าระวังและการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลเสียต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ 3: การพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย

กลยุทธ์

3.1 พัฒนากลไกให้ประชาชนองค์กรท้องถิ่นภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรค

3.2 พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชน ในด้านเฝ้าระวัง ส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ยุทธศาสตร์ที่ 4: พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล

กลยุทธ์

4.1 พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับอำเภอจังหวัด เขต และระดับประเทศ

4.2 พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังด้านโรคไม่ติดต่อในระดับประเทศจังหวัด และอำเภอ

4.3 พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงในระดับองค์กร และกลุ่มประชากรเฉพาะ

ยุทธศาสตร์ที่ 5: ปฏิรูปการจัดการบริการเพื่อลดเสี่ยงและควบคุมโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่

กลยุทธ์

5.1 ปฏิรูปรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองและลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงที่หลากหลายสอดคล้องกับลักษณะ เฉพาะของแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง

5.2 ปฏิรูปกระบวนการจัดการบริการสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง (ทั้งที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน) ในสถานพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์ที่ 6: พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างบูรณาการ

กลยุทธ์

6.1 พัฒนากลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ภาคีต่างๆ มีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 พัฒนาระบบติดตาม ประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ในระดับประเทศ เขต จังหวัด

6.3 พัฒนาบุคลากรทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถจัดการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ได้

6.4 บูรณาการงานวิจัย การจัดการความรู้ และนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนระบบการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ

4.4.2 แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2564)

แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมติคณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นกรอบการจัดทำแผนปฏิบัติงานและ ประสานความร่วมมือดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์ ฉบับเดิมซึ่งจะสิ้นสุดในปี 2559 โดยการมีส่วนร่วมขององค์กร และภาคีในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ เอกชน และภาคประชาสังคม ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยพิจารณาสถานการณ์และ การประเมินความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศและ ต่างประเทศ รวมถึงผลการประเมินการดำเนินงานระยะครึ่ง แผนของแผนยุทธศาสตร์ฯ (พ.ศ. 2556 - 2559) รวมทั้งได้ บูรณาการแนวคิดและทิศทางให้สอดคล้องกับแผน กฎหมาย ยุทธศาสตร์ กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้อง และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2559 โดยมีวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยสามารถป้องกัน ควบคุม โรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ทันการณ เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ โดยการบริหารจัดการแบบบูรณ การ การจัดการความรู้ และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน” ซึ่งมีพันธกิจ 1) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบเตรียมความ พร้อม เผื่อระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และภัย พิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ให้มีประสิทธิภาพ ทันต่อสถานการณ์ และเป็นที่ยอมรับของ นานาชาติ 2) พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยง เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่และ ภัยพิบัติฉุกเฉินให้ถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม และทั่วถึง 3) เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อม เผื่อระวัง ป้องกันควบคุม โรคติดต่ออุบัติใหม่ และภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข 4) สร้างการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ทุกระดับ 5) เสริมสร้างระบบการจัดการความรู้ การวิจัยและพัฒนาด้ว การเผื่อระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้เข้มแข็ง สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าประสงค์หลัก ให้ประเทศไทย

สามารถลดการป่วยการตายและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดต่อ อุบัติใหม่ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค, 2559)

ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์

1. อัตราการป่วยการตายอันเนื่องมาจากการระบาดของ โรคติดต่ออุบัติใหม่ลดลง
2. อัตราผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่ง แวดล้อม อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ลดลง
3. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบการเตรียมความพร้อม สำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
4. ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่สามารถตรวจพบ โรคติดต่ออุบัติใหม่ และสามารถควบคุมการแพร่กระจายของ โรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศได้อย่างรวดเร็วภายในระยะต้น ของการระบาด
5. ร้อยละของประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติ ใหม่
6. จำนวนภาคีเครือข่ายจากภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติ ใหม่

ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบเตรียมความพร้อม สำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

1) จังหวัดมีระบบการเตรียมความพร้อมมีการฝึกซ้อม เตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุขมีการ รับรู้และนำระบบเตรียมความพร้อมไปปรับใช้เพื่อนำไปสู่การ ปฏิบัติ

2) จังหวัดมีระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ อุบัติใหม่และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกด้าน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษาและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่ง เดียว

1) มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรค ติดต่อบุติใหม่แบบบูรณาการ

4.4 ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศไทย

2) ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่ออุบัติใหม่สามารถตรวจพบโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในประเทศได้อย่างรวดเร็วภายในระยะต้นของการระบาด

3) ห้องปฏิบัติการทุกระดับที่มีความพร้อมสามารถตรวจเชื้อสาเหตุของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

4) ห้องปฏิบัติการได้รับการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการชีววินิจฉัย

5) พาร์มเลี้ยงสัตว์ (สัตว์ปีก, สุกร, โค, แพะ-แกะ) ได้รับการรับรองมาตรฐานพาร์มเลี้ยงสัตว์โดยกรมปศุสัตว์

6) สถานที่เลี้ยงสัตว์ป่าที่ขึ้นทะเบียนกับกรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช มีระบบการป้องกันและควบคุมโรคระบาดตามที่กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืชกำหนด

7) มีแนวทางการปฏิบัติด้านการควบคุมโรคติดต่อเชื้อการดูแลคนสัตว์และสัตว์ป่าอย่างเหมาะสมและมีแนวทางการปฏิบัติด้านความมั่นคงทางชีวภาพและนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน

8) มีการเสนอปรับปรุงกฎหมายกฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

9) มีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่

1) มีระบบโครงสร้างและกลไกการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

2) ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

3) ผู้รับข้อมูลข่าวสารมีความพึงพอใจต่อการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ

1) มีกิจกรรมความร่วมมือระหว่างประเทศในระดับภูมิภาคและระดับโลกที่ประเทศไทยมีบทบาท (ตามกรอบความร่วมมือ)

2) มีกิจกรรมความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งกับประเทศเพื่อนบ้านภูมิภาคและระหว่างประเทศในด้านต่างๆ รวมทั้งระบบในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการแจ้งเตือน และระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยและผู้สงสัยโรคติดต่ออุบัติใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและภาคเอกชนในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

1) ภาคีเครือข่ายจากภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การส่งเสริมการจัดการความรู้การวิจัยและพัฒนา

1) มีการจัดการความรู้และการพัฒนาองค์ความรู้ด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ

2) การจัดการความรู้ด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้รับการเผยแพร่และนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบาย

3) มีแผนที่งานวิจัย (Research Map) แผนที่นำทางด้านงานวิจัยและพัฒนา (Research Roadmap)

4) ผลงานวิจัยและพัฒนาด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อยอดสู่การผลิตระดับอุตสาหกรรม ในการเตรียมความพร้อม ป้องกัน ควบคุม และแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4.3 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงแห่งชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลาและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมไปถึงแนวทางการแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้การดำเนินงานนั้นก้าวหน้าดียิ่งขึ้นไป โดยมีวิสัยทัศน์ “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” โดยผู้สูงอายุจะต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวและชุมชน สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ระบบสวัสดิการและบริการสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการและบริการให้แก่ผู้สูงอายุและมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อหนุนให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2561)

4.4 ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งพาตนเองได้และมีหลักประกันที่มั่นคง

2. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวมและส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้นานที่สุด

3. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อม เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัวและชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐและเอกชนตระหนัก และมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ

5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงนี้แบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

มาตรการ 1: หลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ

1.1 ขยายหลักประกันชราภาพให้ครอบคลุมถ้วนหน้า

1.2 ส่งเสริมและสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัย

มาตรการ 2: การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ชีวิต

2.1 ส่งเสริมการเข้าถึงและพัฒนาการจัดบริการ การศึกษาและการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งการศึกษาในระบบ นอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อความเข้าใจชีวิตและ พัฒนาการในแต่ละวัยและเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่เหมาะสม

2.2 รณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ

มาตรการ 3: การปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

3.1 ส่งเสริมให้ประชาชนทุกวัยเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

3.2 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัย โดยเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม และการกีฬา

3.3 รณรงค์ให้สังคมมีจิตสำนึกและตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

มาตรการ 1: ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น

1.1 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว

มาตรการ 2: ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

2.1 ส่งเสริมการจัดตั้งและดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุและเครือข่าย

2.2 สนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายผู้สูงอายุ

มาตรการ 3: ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

3.1 ส่งเสริมการทำงานทั้งเต็มเวลาและไม่เต็มเวลา ทั้งในระบบ และนอกระบบ

3.2 ส่งเสริมการฝึกอาชีพและจัดหางานให้เหมาะสมกับวัย และความสามารถ

3.3 ส่งเสริมการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อจัดทำกิจกรรมเสริมรายได้ โดยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วม

มาตรการ 4: สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ

4.1 ประกาศเกียรติคุณผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างที่ดีของสังคม

4.2 ส่งเสริมให้เกิดคลังปัญญากลางของผู้สูงอายุเพื่อรวบรวมผู้ปัญญาในสังคม

4.3 ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้มีการเผยแพร่ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุและให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆ ในสังคม

มาตรการ 5: ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

5.1 ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

5.2 ส่งเสริมการผลิต การเข้าถึงสื่อ และการเผยแพร่ข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ

5.3 ดำเนินการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

4.4 ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศไทย

มาตรการ 6: ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

6.1 สนับสนุนส่งเสริมให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้สูงอายุในการปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับความต้องการในวัยสูงอายุ

6.2 กำหนดมาตรการแหล่งเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อสร้าง/ปรับปรุงที่อยู่อาศัยและระบบสาธารณูปโภคสำหรับผู้สูงอายุ

6.3 มีการออกกฎหมายให้สิทธิพิเศษแก่ภาคเอกชนที่จัดบริการด้านที่พักอาศัยที่ได้รับมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

มาตรการ 1: คุ้มครองด้านรายได้

1.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับสวัสดิการด้านรายได้พื้นฐานที่รัฐจัดให้

1.2 ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ

มาตรการ 2: หลักประกันด้านสุขภาพ

2.1 พัฒนาและส่งเสริมระบบประกันสุขภาพที่มีคุณภาพเพื่อผู้สูงอายุทุกคน

2.2 ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง

2.3 ให้อำนาจที่จำเป็นตามมาตรฐาน การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2.4 รัฐต้องให้อุปกรณ์ช่วยในการดำรงชีวิตประจำวันตามที่จำเป็น เช่น แวนตา ไม้เท้า รถเข็น ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุ

มาตรการ 3: ด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด โดยการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

3.2 ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้และข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริการต่างๆที่เป็นประโยชน์

มาตรการ 4: ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4.1 ปรับปรุงบริการสาธารณะทุกระบบให้สามารถอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคม กลุ่ม บุคคล

4.1.1 ดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบถึงอัตราค่าโดยสารของระบบขนส่งสาธารณะ และระบบขนส่งมวลชนต่างๆ ที่ลดหย่อนให้แก่ผู้สูงอายุ

4.1.2 ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงบริการระบบขนส่งสาธารณะทุกประเภทให้ผู้สูงอายุเข้าถึงและใช้ได้อย่างสะดวกเหมาะสมกับผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาให้บริการ โดยมีการประกาศเกียรติคุณแก่หน่วยงานบริการที่มีผลงานดีเด่น

4.1.3 ส่งเสริมให้ภาครัฐและภาคเอกชนที่รับผิดชอบสถานที่สาธารณะปฏิบัติตามมาตรฐานสถานที่สาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ

4.1.4 จัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ได้จริงในที่สาธารณะแก่ผู้สูงอายุ เช่น ถนน ทางเดินสาธารณะในเขตชุมชน สะดวก เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ

4.1.5 จัดให้มีส้วมสาธารณะและพื้นที่ออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

4.2 จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคมรวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุมากที่สุดโดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม โดยครอบคลุมบริการ ดังต่อไปนี้

4.2.1 สนับสนุนการดูแลระยะยาว

4.2.2 ระบบประกันสังคม

4.2.3 ดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหลอดเลือดในสมอง

4.2.4 อาสาสมัครในชุมชน

4.2.5 สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

4.3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรทางศาสนา องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณะประโยชน์มีส่วนร่วมในการดูแลจิตสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุโดยกระบวนการประชาคม

4.4 ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศไทย

4.4 เกื้อหนุนให้เอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถซื้อบริการได้ โดยมีการดูแลและกำกับมาตรฐานและค่าบริการที่เป็นธรรมร่วมด้วย

4.5 รัฐบาลมีระบบและแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุเมื่อเกิดภัยพิบัติ

4.6 ส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมีบริการแพทย์ทางเลือก

4.7 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

มาตรการ 1: การบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ

1.1 เสริมสร้างความเข้มแข็งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติให้สามารถผลักดันนโยบายและภารกิจที่สำคัญด้านผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

1.2 ให้คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมด้านผู้สูงอายุจังหวัดในคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมจังหวัดเป็นเครือข่ายการบริหารและพัฒนาผู้สูงอายุในระดับ จังหวัดและท้องถิ่น

1.3 พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในระดับจังหวัดและท้องถิ่น

1.4 คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติวางแผนและดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติปรับแผนและแปลงแผนสู่การปฏิบัติที่ทันกำหนดเวลา

มาตรการ 2: ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุในระดับวิชาชีพอย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน

2.2 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน

2.3 กำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลผลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

มาตรการ 1: สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์ผู้สูงอายุ

มาตรการ 2: ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

มาตรการ 3: พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัยโดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

4.5 การดำเนินงานตาม SDGs ที่เกี่ยวข้อง กับด้านสุขภาพของประเทศไทย

องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาขึ้นใหม่โดยอาศัยกรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติ (Dimensions) ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้ความเชื่อมโยงกัน เรียกว่า เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ทั้งนี้ เมื่อเดือนกันยายน 2558 นายกรัฐมนตรีของไทย พร้อมคณะ เข้าร่วมประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญ ครั้งที่ 70 พร้อมกับผู้นำจากประเทศสมาชิก 193 ประเทศหัวข้อการประชุมในครั้งนั้นคือการพัฒนาที่ยั่งยืนพร้อมกันนี้ผู้นำจากประเทศสมาชิกเหล่านี้ได้ร่วมรับรองร่างเอกสารเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน หลัง พ.ศ. 2015 Sustainable Development Goals ที่เรียกว่า Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development (การปรับเปลี่ยนโลกของเรา: วาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน) สำหรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก (Sustainable Development Goals: SDGs) ใน 15 ปีข้างหน้า ที่จะใช้เป็นทิศทางการพัฒนาของประชาคมโลก ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2573 ครอบคลุมระยะเวลา 15 ปี โดยประกอบไปด้วย 17 เป้าหมาย (Goals) 169 เป้าประสงค์ (Targets) (ไชยฤทธิ์ อนุชิตวรวงศ์, 2561) โดยเป้าหมายต่าง ๆ ประกอบด้วย

เป้าหมายที่ 1 ขจัดความยากจนในทุกรูปแบบทุกที่

เป้าหมายที่ 2 ขจัดความหิวโหย บรรลุเป้าความมั่นคงทางอาหาร ปรับปรุงโภชนาการ และสนับสนุนการทำเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย

เป้าหมายที่ 4 สร้างหลักประกันให้การศึกษาที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม และส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิตสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 5 บรรลุความเท่าเทียมระหว่างเพศ และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่สตรีและเด็กหญิง

เป้าหมายที่ 6 สร้างหลักประกันให้มีน้ำใช้ และมีการบริหารจัดการน้ำและการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืนสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 7 สร้างหลักประกันให้ทุกคนสามารถเข้าถึงพลังงานสมัยใหม่ในราคาที่ย่อมเยาและยั่งยืน

เป้าหมายที่ 8 ส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและครอบคลุม และการจ้างงานเต็มอัตราและงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน

เป้าหมายที่ 9 สร้างโครงสร้างพื้นฐานที่มีความต้านทานและยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ครอบคลุมและยั่งยืน และส่งเสริมนวัตกรรม

เป้าหมายที่ 10 ลดความเหลื่อมล้ำ ไม่เท่าเทียม

เป้าหมายที่ 11 ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความปลอดภัย ความต้านทานและยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

เป้าหมายที่ 12 สร้างหลักประกันให้มีแบบแผนการบริโภคและการผลิตที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่ 13 ดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อต่อสู้กับสภาวะการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและ ผลกระทบ

เป้าหมายที่ 14 อนุรักษ์และใช้มหาสมุทร ทะเล และทรัพยากรทางทะเลอื่น ๆ อย่างยั่งยืนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

เป้าหมายที่ 15 ปกป้องฟื้นฟูและส่งเสริมการใช้ระบบนิเวศบนบกอย่างยั่งยืน การบริหารจัดการป่าไม้ที่ยั่งยืน การต่อต้านการแปรสภาพเป็นทะเลทราย หยุดยั้งการเสื่อมโทรมของดินและฟื้นฟูสภาพดิน และหยุดยั้งการสูญเสียมลพิษทางชีวภาพ

เป้าหมายที่ 16 สนับสนุนสังคมที่สงบสุขและครอบคลุม สำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน จัดให้มีการเข้าถึงความยุติธรรมสำหรับทุกคน และสร้างสถาบันที่มีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบ และมีความครอบคลุมในทุกระดับ

เป้าหมายที่ 17 เสริมสร้างความแข็งแกร่งของกลไกการดำเนินงาน และฟื้นฟูหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลก เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดย SDGs

โดยสถานการณ์การดำเนินงานเป้าประสงค์ที่ 3 สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ดังตารางต่อไปนี้

4.5 การดำเนินงานตาม SDGs ที่เกี่ยวข้อง กับด้านสุขภาพของประเทศไทย

เป้าหมาย/เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีที่อ้างอิง	สถานการณ์	สถานะปัจจุบัน
เป้าหมายที่ 3: สร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย				
เป้าประสงค์ที่ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคนภายในปี 2573				
3.1.1 อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (อัตราการตายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	≤ 70	2561 ¹	19.9	ussa
3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ	ไม่มีเป้าหมาย	2558 ²	99.1	-
เป้าประสงค์ที่ 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของการกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในการกลองให้ต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2573				
3.2.1 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (อัตราการตายต่อการเกิด 1,000 คน)	25	2561 ¹	8.4	ussa
3.2.2 อัตราตายของการกแรกเกิด (การตายต่อการเกิด 1,000 คน)	12	2561 ¹	3.3	ussa
เป้าประสงค์ที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลยและต่อสู้กับโรคดัดบังเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี 2573				
3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีประวัติเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และประชากรหลัก)	ยุติการระบาด	2061 ³	0.09	ยังไม่ussa
3.3.2 อัตราการเกิดโรควัณโรคต่อประชากร 100,000 คน	ยุติการระบาด	2561 ³	153	ยังไม่ussa
3.3.3 อัตราการเกิดโรคมมาเลียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี	ยุติการระบาด	2561 ³	0.4	ยังไม่ussa
3.3.4 อัตราผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร 100,000 คน	ยุติการระบาด	2558 ³	0.14	ยังไม่ussa
3.3.5 จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย(Neglected tropical diseases)	ยุติการระบาด	-	ไม่มีข้อมูล	ยังไม่ussa
เป้าประสงค์ที่ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทาง การป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573				
3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจ ในกลุ่มอายุ 30-70 ปี(ต่อประชากร 100,000 คน	ลดลง 1 ใน 3	2560 ³	14.5	ussa
3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย	ลดลง 1 ใน 3	2561 ⁴	6.32	ยังไม่ussa
เป้าประสงค์ที่ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย				
3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยา ทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด	ยังไม่มีรายละเอียด (Metadata)	-	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน
3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นียามตามบริบทของประเทศคิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวบริโภค (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน	ยังไม่ชัดเจน	2561 ³	8.3	เกณฑ์ไม่ชัดเจน

4.5 การดำเนินงานตาม SDGs ที่เกี่ยวข้อง กับด้านสุขภาพของประเทศไทย

เป้าหมาย/เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีที่ อ้างอิง	สถานการณ์	สถานะปัจจุบัน
เป้าประสงค์ที่ 3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโศกนาฏกรรมว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า				
3.b.1 สัดส่วนของประชากรเป้าหมายที่ได้รับการครอบคลุมด้วยวัคซีนทั้งหมด ที่รวมไว้โครงการของประเทศ - ความครอบคลุมวัคซีน DTP 3 ครั้ง - ความครอบคลุมวัคซีนหัด 2 ครั้ง - ความครอบคลุมวัคซีนPneumococcal conjugate ฉีดครั้งสุดท้าย - ความครอบคลุมวัคซีน HPV ฉีดครั้งสุดท้าย	เพิ่มการเข้าถึงวัคซีนที่จำเป็น	2561 ³ 2561 ³ - -	97 87 ไม่มีข้อมูล ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน
3.b.2 เงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการสุทธิรวม (Total net official development assistance-ODA) ต่อการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน	ยังไม่ชัดเจน	-	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน
3.b.3 สัดส่วนของสถานบริการที่ให้บริการยาที่จำเป็นได้	ยังไม่มีรายละเอียด (Metadata)	-	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน
เป้าประสงค์ที่ 3.c เพิ่มการใช้เงินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก				
3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข	ยังไม่ชัดเจน	-	ไม่มีข้อมูล	เกณฑ์ไม่ชัดเจน

ที่มา: 1 สถิติสาธารณสุข 2561; 2 การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2559-2560; 3 Sustainable Development Report 2020; 4 รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563; 5 นิตยา พรหมกันทา และคณะ (2562); 6 รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปีงบประมาณ 2562