



## รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

(Final Report)

โครงการสำรวจสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทยและทางเลือก  
มาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย สำหรับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิต  
ที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย

โดย นิตยา พรหมกันทา และคณะ

กรกฎาคม 2562

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ สำรวจสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทยและทางเลือก  
มาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย สำหรับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิต  
ที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย

คณะผู้วิจัย สังกัด

|                 |               |                     |                  |
|-----------------|---------------|---------------------|------------------|
| 1. นิตยา        | พรมกันทา      | หัวหน้าโครงการวิจัย | มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 2. ดร.กฤติพิชญ์ | ฐิติพิชญนันท์ | นักวิจัย            | มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 3. กฤษณา        | ปิงวงศ์       | นักวิจัย            | วิทยาลัยเชียงราย |
| 4. วิฑูรย์      | ตลุดคำ        | นักวิจัย            | มหาวิทยาลัยพะเยา |

สนับสนุนโดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)  
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกสว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

## บทสรุปผู้บริหาร

### Executive Summary

โครงการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ตลอดจนมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคมและกฎหมาย นโยบาย แผนงานโครงการกิจกรรม การสัมมนาเชิงลึก เวทีเสวนาวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับสถานะเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย สำหรับเป้าหมายที่ 3 มีวัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาสำรวจสถานะปัจจุบันของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 (Goal No.3) และวิเคราะห์ความสอดคล้องของเป้าประสงค์ (Targets) ปรับและกำหนดเป้าประสงค์ที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย 2. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ (Targets) ตามความสำคัญและความพร้อมของประเทศไทยในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 (Goal No.3) 3. เพื่อสำรวจและประเมินมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ที่ภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ดำเนินการอยู่ในประเทศไทยและประสบการณ์จากต่างประเทศ และเสนอทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายที่สามารถเป็นมาตรการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 (Goal No.3) สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. สถานะปัจจุบันของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 ด้านองค์ความรู้เกี่ยวข้องกับเป้าหมายที่ 3 นิยามความหมายของแต่ละตัวชี้วัดในประเทศไทยค่อนข้างชัดเจน ยกเว้นตัวชี้วัด 3.3.5 จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และตัวชี้วัด 3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ ยังไม่ได้มีการระบุรายละเอียดไว้อย่างชัดเจนจากหน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก ส่วนตัวชี้วัดที่ 3.5.1 และ 3.b.3 ยังขาดข้อมูลนิยามความหมายที่ชัดเจนจาก UN

การเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพในแต่ละตัวชี้วัด มีการจัดเก็บข้อมูลหลายหน่วยงาน ข้อมูลของแต่ละหน่วยงานไม่ตรงกัน ไม่มีการประสานงานเพื่อรับผิดชอบรวบรวมข้อมูล ขาดความต่อเนื่องของข้อมูล และข้อมูลยังไม่ครอบคลุมของประชากรทั้งประเทศ เช่น ข้อมูลที่ได้ไม่รวมหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐ หรือบางส่วนไม่รวมกรุงเทพและปริมณฑล หรือคนไทยที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน เป็นต้น

ข้อคิดเห็นจากหน่วยงานของรัฐและไม่ใช่งานของรัฐมองว่า การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาของประเทศยังไม่เป็นแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน ขาดการบูรณาการร่วมกันอย่างเต็มที่ บุคลากรบางสาขายังขาดแคลน ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ยังเป็นกระจุกอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีการเปลี่ยนงานบ่อยทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การติดตามผลการประเมินยังไม่รัดกุม และยังขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย คณะผู้วิจัยเชื่อว่าประเทศไทยมีการตื่นตัวด้านสุขภาพมากขึ้น มีการวางแผนการดำเนินงานระยะ

สั้น ระยะกลาง และระยะยาว และมีผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานจึงเป็นแนวโน้มที่ดีในการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศไทย

2. การจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ (Targets) ตามความสำคัญและความพร้อมของประเทศไทย

การจัดลำดับความสำคัญของแต่ละเป้าประสงค์ตามความเร่งด่วน พบว่า เป้าประสงค์ที่เร่งด่วน 3 ลำดับแรก คือ เป้าประสงค์ 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2573 เป้าประสงค์ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573 เป้าประสงค์ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเลีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน และต่อสู้กับโรคดื้อยาต้านไวรัส โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2573 ตามลำดับ

ความพร้อมของประเทศไทยตามข้อมูลสถิติ พบว่า ในภาพรวมด้านองค์ประกอบพื้นฐานประเทศไทยมีความพร้อมในการดำเนินงานตามเป้าประสงค์ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 ทุกเป้าประสงค์ แม้บางเป้าประสงค์ยังไม่ปรากฏข้อมูล Metadata แต่ประเทศไทยมีองค์ความรู้และเตรียมพร้อมในการขับเคลื่อนแล้ว เป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราตายของมารดาทั่วโลก และเป้าประสงค์ 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแล้ว ส่วนเป้าประสงค์ที่มีความพร้อมในการบรรลุเป้าหมายต่อไปมากที่สุด คือ เป้าประสงค์ 3.a เพิ่มความเข้มแข็งการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ มีความพร้อมในด้านองค์ความรู้ ข้อมูลสถิติ กฎหมาย โครงสร้างการบริหารงานภาครัฐ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กรภาคส่วนต่าง ทรัพยากรงบประมาณในภาครัฐและนอกภาครัฐ ตลอดจนการมีส่วนร่วม บุคลากร ภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคมและภาควิชาการ องค์ประกอบพื้นฐาน

3. การสำรวจและประเมินมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ที่ภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ พบว่า ประเทศไทยมีมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ที่ค่อนข้างครอบคลุมแต่ยังมีความไม่เข้มแข็งของการบังคับใช้กฎหมาย อย่างไรก็ตามในเป้าประสงค์ 3.3.5 และ 3.4.1 ยังขาดมาตรการทางกฎหมายรองรับการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนมาตรการที่ผู้มีส่วนได้เสียควรจะต้องดำเนินการเกี่ยวกับโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมและสภาพสังคม เศรษฐกิจยุคบริโภคนิยมซึ่งเป็นสาเหตุพื้นฐานของโรคเหล่านี้ และเป้าประสงค์ 3.9 การปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายยังไม่ชัดเจน และยังไม่มุ่งเน้นผลการดำเนินงาน

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีและยั่งยืนนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเป้าหมายอื่นด้วยจึงจะสามารถทำให้มีภาวะสุขภาพที่ยั่งยืนได้ เช่น การแก้ไขปัญหาความยากจน เกษตรกรรม น้ำ ดิน สารเคมี เพราะว่าปัญหาด้านสุขภาพเป็นผลกระทบมาจากสาเหตุอื่นร่วมด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

1) ควรมีการจัดเก็บข้อมูลในแต่ละเป้าประสงค์ในฐานะข้อมูลของประเทศภายใต้หน่วยงานเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล และควรให้ รพ.เอกชนให้ความร่วมมือในการบันทึกข้อมูล เพื่อความครอบคลุมของข้อมูล ตลอดจนปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ

2) ส่งเสริมการดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันโรคและคัดกรองสุขภาพ และประสานงานกันท้องถิ่นแบ่งงานรับผิดชอบอย่างชัดเจน และให้ห้องปฏิบัติการบริหารส่วนตำบล (อบต.) และหน่วยงานเอกชน ภาคประชาสังคมได้เข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น

3) ด้านการวิจัย สนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับการสนับสนุนการวิจัยในตัวชี้วัดที่ยังขาดองค์ความรู้หรือข้อมูลยังไม่ครบได้แก่ องค์ความรู้ด้านยาและวัคซีน เพื่อให้สามารถคิดค้นวัคซีนป้องกันโรคอันตรายใหม่ๆ หรือยาตัวใหม่ได้

4) ส่งเสริมการบูรณาการและการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม อย่างเข้มแข็งและให้มีบทบาทในการดำเนินงานหรือกำหนดนโยบายร่วมกัน แบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน เพื่อให้ครอบคลุมทุกคนและมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน มีระบบติดตามการดำเนินงานอย่างเข้มงวด รัศม และมีส่วนรับผิดชอบต่องานอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน โรคไม่ติดต่อ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และมลพิษทางอากาศ

5) ควรมีหน่วยงานเป็นรูปธรรมรับผิดชอบหลักที่ทำการขับเคลื่อนเฉพาะเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ด้านสุขภาพ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบงานหลายส่วน จึงทำให้การขับเคลื่อนเป้าหมายที่ 3 เป็นไปด้วยความลำบาก

6) ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีมาตรการทางกฎหมายรองรับการดำเนินงานของหน่วยงานในเป้าประสงค์ 3.3.5 และ 3.4.1

## บทคัดย่อ

โครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสำรวจสถานะปัจจุบัน จัดลำดับความสำคัญ สำรวจและประเมินมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย และเสนอทางเลือกดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 (SDGs 3) สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยในประเทศไทย โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการทบทวนองค์ความรู้ การดำเนินงาน และสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัย พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีองค์ความรู้นิยามความหมายทุกเป้าหมายและตัวชี้วัดตาม Metadata UN SDGs มีมาตรการดำเนินงาน ด้านความพร้อมสามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายได้ด้วยปัจจัยองค์ประกอบพื้นฐาน เช่น หน่วยงานที่รับผิดชอบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความพร้อมเชื่อมโยงสัมพันธ์ภายในเป้าหมายกับเป้าหมายอื่น ๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพและสวัสดิภาพที่เกี่ยวกับสารเคมีอันตรายและมลพิษต่าง ๆ จึงเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการความร่วมมือทั้งด้านข้อมูลพื้นฐานและเป้าหมายการดำเนินงานให้สอดคล้องรองรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างสอดคล้องสัมพันธ์เชื่อมโยงต่อกัน

### **Abstract**

The research project aims to explore the current status, prioritized, explored, and evaluated economic, social and legal measures, to propose alternatives measurement for achieving the Sustainable Development Goal Number 3 (SDGs 3) “Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages” in Thailand. This research project conducted by qualitative research methodology by reviewing of knowledge and implementation of stakeholders, in-depth interviews. The research found that currently, Thailand has knowledge of definitions, meaning, goals and metadata according to the UN SDGs Metadata, implementation plans, and readiness to achieve with basic elements such as responsible agencies and relevant laws. As well as the availability of related within the targets and other goals, especially in the areas of health and welfare related to hazardous chemicals and pollutions, therefore suggesting that the relevant departments to integrate cooperation in both basic information and operational goals for consistency implementation with the Sustainable Development Goals.

## สารบัญ

|                                                                                             | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| บทสรุปผู้บริหาร                                                                             | ๗    |
| บทคัดย่อ                                                                                    | ๘    |
| Abstract                                                                                    | ๙    |
| สารบัญ                                                                                      | ๕    |
| บทที่ 1 บทนำ                                                                                | 1    |
| 1.1    ความเป็นมาและความสำคัญ                                                               | 1    |
| 1.2    วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย                                                          | 7    |
| 1.3    กรอบแนวคิดในการวิจัย                                                                 | 7    |
| 1.4    ระเบียบวิธีวิจัย                                                                     | 15   |
| 1.5    ผลที่คาดว่าจะได้รับ                                                                  | 16   |
| บทที่ 2 นิยาม ความหมาย คำจำกัดความเป้าประสงค์และตัวชี้วัดของเป้าหมายที่ 3 กับบริบทประเทศไทย | 18   |
| เป้าประสงค์ 3.1 และตัวชี้วัด                                                                | 18   |
| เป้าประสงค์ 3.2 และตัวชี้วัด                                                                | 20   |
| เป้าประสงค์ 3.3 และตัวชี้วัด                                                                | 21   |
| เป้าประสงค์ 3.4 และตัวชี้วัด                                                                | 24   |
| เป้าประสงค์ 3.5 และตัวชี้วัด                                                                | 26   |
| เป้าประสงค์ 3.6 และตัวชี้วัด                                                                | 28   |
| เป้าประสงค์ 3.7 และตัวชี้วัด                                                                | 29   |
| เป้าประสงค์ 3.8 และตัวชี้วัด                                                                | 30   |
| เป้าประสงค์ 3.9 และตัวชี้วัด                                                                | 32   |
| เป้าประสงค์ 3.a และตัวชี้วัด                                                                | 36   |
| เป้าประสงค์ 3.b และตัวชี้วัด                                                                | 38   |



## สารบัญ

|                                                                                   | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|
| เป้าประสงค์ 3.c และตัวชี้วัด                                                      | 42   |
| เป้าประสงค์ 3.d และตัวชี้วัด                                                      | 42   |
| <b>บทที่ 3 สถานะเป้าประสงค์และตัวชี้วัดของเป้าหมายที่ 3 ในบริบทประเทศไทย</b>      | 44   |
| เป้าประสงค์ 3.1 และตัวชี้วัด                                                      | 48   |
| เป้าประสงค์ 3.2 และตัวชี้วัด                                                      | 49   |
| เป้าประสงค์ 3.3 และตัวชี้วัด                                                      | 51   |
| เป้าประสงค์ 3.4 และตัวชี้วัด                                                      | 55   |
| เป้าประสงค์ 3.5 และตัวชี้วัด                                                      | 57   |
| เป้าประสงค์ 3.6 และตัวชี้วัด                                                      | 60   |
| เป้าประสงค์ 3.7 และตัวชี้วัด                                                      | 62   |
| เป้าประสงค์ 3.8 และตัวชี้วัด                                                      | 64   |
| เป้าประสงค์ 3.9 และตัวชี้วัด                                                      | 67   |
| เป้าประสงค์ 3.a และตัวชี้วัด                                                      | 70   |
| เป้าประสงค์ 3.b และตัวชี้วัด                                                      | 71   |
| เป้าประสงค์ 3.c และตัวชี้วัด                                                      | 78   |
| เป้าประสงค์ 3.d และตัวชี้วัด                                                      | 79   |
| <b>บทที่ 4 มาตรการและการดำเนินงานในปัจจุบันเกี่ยวกับเป้าหมายที่ 3 ในประเทศไทย</b> | 81   |
| เป้าประสงค์ 3.1 และตัวชี้วัด                                                      | 84   |
| เป้าประสงค์ 3.2 และตัวชี้วัด                                                      | 87   |
| เป้าประสงค์ 3.3 และตัวชี้วัด                                                      | 89   |
| เป้าประสงค์ 3.4 และตัวชี้วัด                                                      | 93   |
| เป้าประสงค์ 3.5 และตัวชี้วัด                                                      | 98   |
| เป้าประสงค์ 3.6 และตัวชี้วัด                                                      | 101  |

## สารบัญ

|                                                                                                        | หน้า       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| เป้าประสงค์ 3.7 และตัวชี้วัด                                                                           | 104        |
| เป้าประสงค์ 3.8 และตัวชี้วัด                                                                           | 106        |
| เป้าประสงค์ 3.9 และตัวชี้วัด                                                                           | 109        |
| เป้าประสงค์ 3.a และตัวชี้วัด                                                                           | 112        |
| เป้าประสงค์ 3.b และตัวชี้วัด                                                                           | 113        |
| เป้าประสงค์ 3.c และตัวชี้วัด                                                                           | 116        |
| เป้าประสงค์ 3.d และตัวชี้วัด                                                                           | 117        |
| <b>บทที่ 5 ความพร้อมในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ของประเทศไทย</b>                                           | <b>119</b> |
| 5.1 ความพร้อมตามองค์ประกอบพื้นฐาน                                                                      | 119        |
| 5.2 ความพร้อมตามความเชื่อมโยง                                                                          | 122        |
| <b>บทที่ 6 ลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดในเป้าหมายที่ 3 สำหรับประเทศไทย</b>                   | <b>124</b> |
| 6.1 ลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วน                                                                      | 124        |
| 6.2 ลำดับความสำคัญตามผลกระทบ                                                                           | 130        |
| <b>บทที่ 7 ทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ของเป้าหมายที่ 3</b>      | <b>138</b> |
| 7.1 มาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายในประเทศไทย                                                      | 138        |
| 7.2 ทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ของเป้าหมายที่ 3 สำหรับประเทศไทย | 159        |
| <b>บทที่ 8 บทสรุปและข้อเสนอแนะ</b>                                                                     | <b>168</b> |
| 8.1 ข้อสรุป                                                                                            | 168        |
| 8.2 ข้อเสนอแนะ                                                                                         | 171        |

สารบัญ

หน้า

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| เอกสารอ้างอิง                                                                                                   | 173 |
| ภาคผนวก                                                                                                         | 184 |
| ภาคผนวก ก. การปรับปรุงงานวิจัยตามข้อเสนอแนะ                                                                     | 185 |
| ภาคผนวก ข. ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์กิจกรรมที่วางแผนไว้และกิจกรรมที่ดำเนินการมา<br>และผลที่ได้รับตลอดโครงการ | 186 |
| ภาคผนวก ค. ภาพกิจกรรมในการดำเนินโครงการ                                                                         | 189 |
| ภาคผนวก ง. ตัวอย่างแนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนาเชิงลึก                                                              | 191 |

## สารบัญตาราง

|                                                                                                                            | หน้า |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ตารางที่ 1 แสดงจำนวนครั้งและหน่วยงานที่ดำเนินการจัดกิจกรรมสัมภาษณ์สนทนาเชิงลึก                                             | 16   |
| ตารางที่ 2 สรุปสถานการณ์ของตัวชี้วัดในเป้าหมายที่ 3                                                                        | 47   |
| ตารางที่ 3 ตาราง อัตราการตายต่อแสนการเกิดมีชีพ ตั้งแต่ปี 1990-2015                                                         | 48   |
| ตารางที่ 4 แสดงอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอัตราตายในทารกแรกเกิด ต่อการเกิดมีชีพ 1,000                               | 49   |
| ตารางที่ 5 แสดงอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและอัตราตายในทารกแรกเกิด ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย                            | 50   |
| ตารางที่ 6 แสดงผู้ป่วยวัณโรคใหม่ สัญชาติไทย                                                                                | 52   |
| ตารางที่ 7 แสดงอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต่อแสนคน                                                                             | 54   |
| ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและอัตราป่วยไวรัสตับอักเสบบี ต่อแสนประชากร                                                             | 54   |
| ตารางที่ 9 แสดงสถานะของประเทศไทยอัตราการตายจากสาเหตุโรคต่าง ๆ                                                              | 55   |
| ตารางที่ 10 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย                                                                     | 56   |
| ตารางที่ 11 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยแยกตามเพศ                                                            | 57   |
| ตารางที่ 12 แสดงอัตราตายด้วยอุบัติเหตุทางถนนอัตราตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนน                                                 | 61   |
| ตารางที่ 13 แสดงสัดส่วนของประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์                                                                     | 78   |
| ตารางที่ 14 แสดงหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละตัวชี้วัด                                                                       | 84   |
| ตารางที่ 15 แสดงวิธีการจัดลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วน                                                                    | 108  |
| ตารางที่ 16 แสดงการให้คะแนนผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ                                                                       | 120  |
| ตารางที่ 17 แสดงการจัดลำดับอัตราตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2537 – 2560                                              | 126  |
| ตารางที่ 18 แสดงการให้คะแนนแนวโน้มทางสถิติของแต่ละตัวชี้วัด                                                                | 127  |
| ตารางที่ 19 แสดงการให้คะแนนความพร้อมในการจัดลำดับความสำคัญ                                                                 | 127  |
| ตารางที่ 20 สรุปการจัดลำดับความสำคัญโดยการให้คะแนนความสัมพันธ์ตามความพร้อมแบบส่งเสริมกันของเป้าประสงค์ และตัวชี้วัด SDGs 3 | 127  |
| ตารางที่ 21 ความสัมพันธ์ตามความพร้อมแบบส่งเสริมกันของเป้าประสงค์ และตัวชี้วัด SDGs 3                                       | 127  |
| ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ภายนอกกับเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดอื่น                                                             | 132  |

## สารบัญรูปภาพ

|                                                                                                                   | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| แผนภาพที่ 1 แสดงอัตราการคาดตายต่อแสนการเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561                                        | 48   |
| แผนภาพที่ 2 แสดงสถานการณ์การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระบบสมัครใจและบังคับสมัครใจ                                 | 58   |
| แผนภาพที่ 3 แสดงร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มสุร่าจำแนกตามเพศ ปี พ.ศ.2544-2560                         | 60   |
| แผนภาพที่ 4 แสดงปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป         | 60   |
| แผนภาพที่ 5 แสดงอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนและเป้าหมายการดำเนินงานในปี พ.ศ.2561-2565                           | 62   |
| แผนภาพที่ 6 แสดงอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี 1,000 คน | 63   |
| แผนภาพที่ 7 แสดงความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพ             | 65   |
| แผนภาพที่ 8 แสดงร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2533-2560        | 66   |
| แผนภาพที่ 9 อัตราป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2560                                  | 68   |
| แผนภาพที่ 10 แสดงปริมาณการนำเข้าพาราควอต (ตัน) ปี 2550-2560                                                       | 70   |
| แผนภาพที่ 11 กราฟแสดงร้อยละและจำนวนการบริโภคยาสูบของประเทศไทยปี 2534-ปัจจุบัน (2560)                              | 71   |
| แผนภาพที่ 12 แสดงการระบาดของโรคหัดปี พ.ศ. 2555-2561                                                               | 72   |
| แผนภาพที่ 13 แสดงเงินช่วยเหลือการพัฒนาอย่างเป็นทางการการสุทธิตรวม ODA ของประเทศไทยในฐานะประเทศผู้บริจาค           | 75   |
| แผนภาพที่ 14 แสดงเงินช่วยเหลือการพัฒนาอย่างเป็นทางการการสุทธิตรวม ODA ของประเทศไทย                                | 76   |
| แผนภาพที่ 15 แสดงสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร จำแนกรายพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ ปี 2560                              | 79   |
| แผนภาพที่ 16 แสดงโครงสร้างคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.)                                                | 81   |
| แผนภาพที่ 17 แสดง มาตรฐานและขั้นตอนปฏิบัติในการบำบัดฟื้นฟูและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติด                                | 99   |

## อักษรย่อ

|          |                                                             |
|----------|-------------------------------------------------------------|
| กค       | กระทรวงการคลัง                                              |
| กต       | กระทรวงต่างประเทศ                                           |
| กรม สบส. | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ                                     |
| กษ       | กระทรวงเกษตรและสหกรณ์                                       |
| คค       | กระทรวงคมนาคม                                               |
| ทก       | กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร                       |
| ทส       | กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม                       |
| นร       | สำนักนายกรัฐมนตรี                                           |
| พณ       | กระทรวงพาณิชย์                                              |
| พม       | กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์                  |
| มท.      | กระทรวงมหาดไทย                                              |
| มท.      | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี                                 |
| มธ       | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์                                       |
| ยธ       | กระทรวงยุติธรรม                                             |
| รง       | กระทรวงแรงงาน                                               |
| รชช.     | รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ      |
| ลชช.     | เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ         |
| ลสผ.     | เลขาธิการสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม |
| วท       | กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี                              |
| ศธ       | กระทรวงศึกษาธิการ                                           |
| สกว.     | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย                              |
| สกว.     | สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม      |
| สกอ.     | สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา                              |
| สคร.     | สำนักงานป้องกันควบคุมโรค                                    |
| สธ.      | กระทรวงสาธารณสุข                                            |
| สธฉ.     | กองสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข                        |
| สนย.     | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์                                    |
| สป.สธ.   | สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข                                   |
| สป.คม    | สถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง                           |
| สปสช.    | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ                            |
| สพฉ.     | สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ                               |

|       |                                                            |
|-------|------------------------------------------------------------|
| สพฐ.  | สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน                      |
| สศช.  | สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ                |
| สสจ.  | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด                                   |
| สสส.  | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ                  |
| สอวพ. | สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์            |
| อก    | กระทรวงอุตสาหกรรม                                          |
| อปท.  | องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น                                   |
| อย.   | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา                               |
| SDGs  | Sustainable Development Goals (เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน) |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

แนวความคิดสุขภาพดีและสวัสดิภาพสำหรับทุกคนทุกวัยมีความสำคัญในระดับโลกจนได้รับการบรรจุเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) คือ เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ที่ต้องดำเนินการให้บรรลุผลภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งได้รับการยอมรับให้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่มีความเป็นธรรมทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยได้แสดงเจตนารมณ์ตามที่คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้นายกรัฐมนตรีเป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทยร่วมรับรองเอกสาร “Transforming Our World : The 2030 Agenda for Sustainable Development” ในการประชุมสหประชาชาติระดับผู้นำเพื่อรับรองวาระการพัฒนาภายหลังปี ค.ศ. 2015 (UN Summit to adopt the Post-2015 Development) ระหว่างวันที่ 25-27 กันยายน พ.ศ. 2558 ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาตินครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา จึงเป็นการแสดงเจตนารมณ์ทางการเมืองระหว่างประเทศร่วมกับประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ และถือเป็นพันธกิจที่ต้องดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งมีทั้งหมด 17 เป้าหมาย (Goal) 169 เป้าประสงค์ (Target) โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จ (Indicator) และค่าเป้าหมายต่าง ๆ ที่ต้องดำเนินการด้วยรัฐบาลไทยมีความมุ่งมั่นดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และมีคณะทำงานอีกหลายชุด มีอำนาจหน้าที่กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดสอดคล้องกับบริบทประเทศไทย มีสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) (สศช.) เป็นสำนักงานเลขานุการของ กพย. และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)) ร่วมเป็นอนุกรรมการเพื่อสนับสนุนทางวิชาการ

สกสว. และ สศช. ได้จัดสัมมนาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ (Target) แล้วพบปัญหาสำคัญที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ (1) ปัญหาการกำหนดนิยาม คำจำกัดความของเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และค่าเป้าหมาย (2) ขาดการบูรณาการองค์ความรู้ที่มีอยู่เพื่อให้เห็นสถานะการพัฒนาที่ยั่งยืนในประเทศไทย (3) ขาดการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่สอดคล้องกับ



เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (4) ขาดการบูรณาการข้อมูลทางสถิติระหว่างหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (5) ปัญหาความร่วมมือในการปฏิบัติงานของหน่วยต่าง ๆ ในภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยยังขาดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสถานะปัจจุบัน ของประเทศไทยตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างครบถ้วน ซึ่งองค์ความรู้นี้เป็นพื้นฐานสำคัญจำเป็น สำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์ กำหนดมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ให้การปฏิบัติงานเพื่อ บรรลุเป้าหมายตามลำดับความสำคัญ ความพร้อม และตัวชี้วัดเหมาะสมกับบริบทประเทศไทย

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าประสงค์ (Targets) ตัวชี้ ความสำเร็จ (Indicators) และค่าเป้าหมาย ต้องมีกระบวนการสำคัญในการประเมินผลติดตามเพื่าระวังให้ บรรลุผล โดยจะต้องอาศัยปัจจัยสำคัญทั้งบริบทสถานะปัจจุบันเพื่อให้ทราบปัญหาอุปสรรคโอกาสของ ความสำเร็จ และองค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาที่ยั่งยืนด้วย บริบทและองค์ความรู้นี้มีผลโดยตรงต่อ ความสำเร็จเพราะจะส่งผลต่อการกำหนดยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ มาตรการทางเศรษฐกิจ สังคมและ กฎหมายต่าง ๆ ของประเทศและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการระดมทรัพยากรต่าง ๆ ดำเนินการตามเป้าหมายที่ จะเกิดผลสำเร็จ

ประกอบกับปัจจุบันตามประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์แห่งชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) มีวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียง” ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาศักยภาพ คนตลอดช่วงชีวิตทุกช่วงวัย การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และการสร้างความอยู่ดีมีสุขของ ครอบครัวไทยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการสร้างครอบครัว การส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพ และตามแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ที่ได้จัดทำบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ เป็นแผน ในการพัฒนาประเทศเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขที่ยั่งยืนของสังคมไทย ประเทศไทยยังต้องดำเนินการตาม ยุทธศาสตร์ชาติดังกล่าวประกอบกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติด้วย และส่งผลให้แผนงาน นโยบาย โครงการ กิจกรรม ตลอดจนมาตรการต่าง ๆ จะต้องมุ่งเน้นให้ สอดคล้องกับหลักเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ประกอบกับประเทศไทยมีกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 5 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นแนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพ จัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ การสร้าง เสริมสุขภาพของประชาชน ส่งผลให้ระบบสุขภาพมีความมั่นคงมากขึ้น

สถานการณ์ทั่วไปของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มี สุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย แม้จะเป็นเป้าหมายที่มีความพร้อมด้านข้อมูลที่

กระทรวงสาธารณสุขเก็บข้อมูลต่าง ๆ ไว้แล้ว แต่เป้าประสงค์ 3.6 การเสียชีวิตบนถนนมีความท้าทายสูง เพราะกระทรวงสาธารณสุขเป็นเพียงผู้เก็บข้อมูล แต่การจะลดจำนวนผู้เสียชีวิตลงนั้นเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ๆ มากมายหลายหลากที่มาเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุบนถนน เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และข้อมูลอาจจะไม่ได้มาจากหน่วยงานที่เก็บข้อมูลที่ถูกก็เป็นได้ อาจมาจากหลากหลายหน่วยงานรับผิดชอบ เช่น กรมโยธาธิการและผังเมือง กรมทางหลวงชนบท ฯลฯ ซึ่งต้องมีการศึกษาวิจัยกับผู้เกี่ยวข้องรวมถึงนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ในการเตรียมพร้อมรับมือปัญหา แก้ปัญหา ส่วนเป้าประสงค์ 3.7 ensure universal access to sexual and reproductive health-care services ซึ่งจะเน้นการบูรณาการการบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ มารดาทารกแรกเกิด และสุขภาพของเด็ก ที่มีอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติรวมไปถึงบทบาทของผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต การหาข้อมูลเชิงลึกในประเด็นการบริการด้านการวางแผนครอบครัว ระบบสารสนเทศการศึกษาด้านสุขภาวะทางเพศทุกช่วงวัยนั้นมีมิติหลากหลายจำเป็นต้องศึกษากับผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก รวมถึงเป้าประสงค์ 3.a 3.b 3.c ที่มีข้อมูลแล้วแต่ขาดความชัดเจนในการทำงานร่วมกันและความสอดคล้องเชิงนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อมโยงระหว่างเป้าประสงค์ภายในได้กับเป้าหมายกับเป้าหมายอื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ภายใต้ SDGs3 แล้ว ยังมีตัวชี้วัดเกี่ยวข้องกับสุขภาพที่อยู่ภายใต้ SDGs เป้าหมายอื่นมีในหลายเรื่อง เช่น ความสุขของเด็กที่มีภาวะแคะแกระหรือทูปโภชนาการ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์หรือเกินเกณฑ์ (SDGs2) ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรี (SDGs5) การเข้าถึงแหล่งน้ำดื่มที่สะอาดและบริการสุขาภิบาลที่จำเป็น (SDGs6) การสูญเสียปีสุขภาวะอันเนื่องมาจากความเสี่ยงจากการก่อกอง (SDGs8) อัตราตายที่เป็นผลจากภัยพิบัติ (SDGs11 และ 13) อัตราตายจากปัญหาความรุนแรงรูปแบบต่าง ๆ (SDGs16) เป็นต้น หากมีการจัดลำดับความสำคัญ ความพร้อม ความเร่งด่วน และผลกระทบนั้นจะทำให้เห็นความสำคัญยิ่งขึ้น ส่วนเป้าประสงค์ 3.9.1 มีสภาพข้อมูลและปรากฏการณ์ที่น่าสนใจมากเพราะจากข้อมูลองค์การอนามัยโลกปี 2016 พบประเทศไทยมีผู้เสียชีวิต 61.5 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และปัจจุบันตามข่าวสารทั่วไปยังมีปัญหา PM 2.5 ที่กำลังเกิดขึ้นอย่างรุนแรงในประเทศไทย นอกจากกระทรวงสาธารณสุขแล้วยังมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกหน่วยงานที่ควรจะมีเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัย เช่น กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงอุตสาหกรรม เป็นต้น นอกจากนี้เรื่องสารพิษต่าง ๆ ที่ตกค้างสินค้าเกษตรยังไม่มีหน่วยงานที่ชัดเจนเก็บข้อมูล ซึ่งการใช้สารเคมีอาจทำให้นาฬิกาชีวภาพในระยะเวลาอาจมีผลกระทบกับผู้บริโภคซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเป้าประสงค์และตัวชี้วัดค่าเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย นี้ด้วย

นอกจากนั้นแล้วพบว่ารายงานการสาธารณสุขไทย 2554-2558 (กระทรวงสาธารณสุข : 2559) นำเสนอว่า โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอาจมีสาเหตุจากพฤติกรรมการบริโภคที่นิยมอาหารจำพวกแป้ง ไขมันและน้ำตาลเพิ่มสูงขึ้น ขาดการออกกำลังกายและน้ำหนักตัวเกิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายงานสุขภาพคนไทย (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ : 2560) ได้นำเสนอว่า คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรับทราบรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพคนไทยในปี 2560 โดยเชื่อมโยงกับ “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” (Sustainable Development Goals (SDGs)) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย พบแนวโน้มสุขภาพของคนไทยมีทั้งดีขึ้นและยังน่าห่วง ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพราะไม่สามารถใช้กฎหมายมาบังคับได้ เช่น การสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในปี 2557 พบว่ามีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้จักรยานยนต์เป็นพาหนะถึงร้อยละ 66 โดยมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือมีเมามาก่อนใช้จักรยานยนต์ ร้อยละ 14.4 โดยรายงานสุขภาพคนไทยที่จัดทำขึ้นทุกปีสะท้อนภาพรวมสถานการณ์สุขภาพตั้งแต่เกิดจนตาย และสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยพบสถานการณ์น่าสนใจ คือ การเสียชีวิตของมารดาไทย เฉลี่ยที่ 24.6 รายต่อการเกิดแสนคน ซึ่งมีสาเหตุจากการตายที่ป้องกันได้ คิดเป็นร้อยละ 56 ของการตายของมารดาไทยในปี 2556 เช่น สาเหตุจากการตกเลือด ความดันโลหิตสูง ฯลฯ โดยอัตราการตายสูงสุดอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคอีสานตามลำดับ ขณะที่อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิดและอายุต่ำกว่า 5 ปีของไทยลดลงต่อเนื่องและดีกว่าเป้าหมายของ SDGs มาก แต่เมื่อเทียบกับประเทศในอาเซียนพบว่า อัตราทารกที่กินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก ประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 15.1 % ต่ำกว่าเวียดนาม ลาว เมียนมาร์ อินโดนีเซีย และกัมพูชา นอกจากนี้ยังมีปัญหาโรคติดต่อเขตร้อนที่เพิ่มขึ้นและยังต้องการระบบจัดการดูแลรักษา คือ วัณโรค ซึ่งในปี 2558 มีผู้ป่วยวัณโรคมาขึ้นทะเบียนรักษาเพียง 62,154 คน ขณะที่ยังมีอีกกว่า 50,000 คนยังไม่ได้รับการรักษา อาจจะเป็นปัญหาได้ในอนาคต ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลง ส่วนไข้เลือดออกยังมีแนวโน้มอัตราป่วยขึ้น-ลงสลับเป็นรายปีและยังสูงกว่าเป้าหมาย SDGs (ชั้นฤทัย กาญจนะจิตรา อ้างในสำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ : 2560) รัฐบาลมีแนวโน้มรับภาระรายจ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ระบบฐานข้อมูลยังแยกส่วนกันส่งผลการจัดบริการที่เป็นเอกภาพ คุณภาพ ขาดความเชื่อมโยงและความยั่งยืน ดังนั้น การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับประเทศไทย ซึ่งต้องมีทั้งองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

จากการจัดลำดับความสำคัญปัญหาเร่งด่วนของประเทศไทยจากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 30 เป้าประสงค์ พบว่า เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย "มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี" ที่ติดอันดับประกอบเป้าประสงค์เร่งด่วนด้วย ได้แก่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อ 3.4 ลดการตายจากโรคไม่ติดต่อ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด 3.6 ลดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งประเด็นเร่งด่วนเหล่านี้จะถูกบรรจุในแผนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เรื่องนั้น ๆ เพื่อดำเนินการให้บรรลุผล

ปัจจุบันยังปรากฏว่าข้อมูลต่าง ๆ ที่องค์การสหประชาชาติยังขาดข้อมูลและขอบเขตความหมายต่าง ๆ ของเป้าประสงค์และตัวชี้วัดชัดเจนซึ่งจะส่งผลให้ประเทศไทยไม่สามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายได้ องค์ความรู้และมาตรการต่าง ๆ ที่มีความไม่ชัดเจนและความไม่สอดคล้องกันเกี่ยวกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดความสำเร็จ ถ้าเป้าหมายยังคงมีอยู่มาก นับตั้งแต่ปัญหาพื้นฐานของขอบเขตความหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งหน่วยงานรัฐ ภาคส่วนต่าง ๆ ยังมีความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกันกับเนื้อหาที่กำหนดในองค์การสหประชาชาติในรายงานเรื่อง “Our Common Future” หรือ Brundtland Report เช่น ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนกำหนดความหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแตกต่างออกไปจากสหประชาชาติ แม้แต่ความรู้ความเข้าใจและถ้อยคำที่ปรากฏในสังคมไทยยังมีทั้งคำว่า “การพัฒนาที่ยั่งยืน” “การพัฒนาอย่างยั่งยืน” “การพัฒนาแบบยั่งยืน” เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เป้าหมาย ความเข้าใจและการดำเนินงานให้บรรลุผลแตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้จะใช้ขอบเขตความหมายตามแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนเพราะเป็นแนวทางที่ดำเนินการอยู่โดยรัฐบาลไทย นอกจากนี้ยังมีปัญหาขอบเขตความหมายของสุขภาพ สวัสดิภาพ โดยเฉพาะทุกคนทุกวัย ซึ่งมีการใช้ถ้อยคำสำนวนและความหมายที่แตกต่างกันในบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และกฎหมาย แต่ภายใต้เป้าหมายเดียวกันควรจะต้องใช้คำและความหมายให้เหมาะสมจะทำให้ทราบสถานการณ์ในปัจจุบันได้ตรงกันด้วย ในระดับเป้าประสงค์และตัวชี้วัด ตามที่หน่วยงานรับผิดชอบยังขาดขอบเขตความหมายที่ชัดเจนทำให้ไม่ทราบสถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางที่กำลังจะดำเนินไป ตัวชี้วัดบางตัวชี้วัดไม่สามารถวัดได้ในเชิงปริมาณแต่อาจวัดได้เชิงคุณภาพทำให้การดำเนินงานการกำหนดมาตรการต่าง ๆ จะต้องเหมาะสมกับตัวชี้วัดตามบริบทของประเทศไทย ตลอดจนเป้าประสงค์และตัวชี้วัดองค์การสหประชาชาติกำหนดอาจไม่ใช่สถานการณ์ที่รุนแรงหรือเร่งด่วนสำหรับประเทศไทย มาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายที่ถูกเสนอแนะให้นำมาปรับใช้จึงอาจไม่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยที่มีความพร้อมในการบรรลุเป้าหมายและเป้าประสงค์บางตัวหรือเร่งด่วนจำเป็นต้องรีบดำเนินการหรือเฝ้าระวังติดตามประเมินไม่ให้เกิดสถานการณ์อุบัติซ้ำ

ดังนั้น เมื่อ สกสว. ได้สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย โดยกำหนดกรอบหัวข้อการวิจัย เรื่อง “การสำรวจสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย และทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย” ขึ้นเพราะยังขาดการศึกษาวิจัยสำรวจสถานะของเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย คณะผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการทางด้านสุขภาพและด้านสังคมได้ตระหนักถึงปัญหาสำคัญดังกล่าวจึงสนใจศึกษาองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วในวงการวิชาการ การทำงานในภาครัฐ เอกชน สังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ค้นหาภาพรวมสถานการณ์เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในประเทศไทยของเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย จึงเห็นว่าจำเป็นและเสนองานวิจัยนี้ศึกษาสำรวจสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย และทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย สำหรับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย โดยเฉพาะเป้าประสงค์และตัวชี้วัดสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยการศึกษาวิจัยนี้จะมุ่งเน้นสำรวจสถานะเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย จากองค์ความรู้ทางวิชาการ นิยาม ความหมาย เป้าประสงค์ ในบริบทของประเทศไทย หลักฐานเชิงประจักษ์ นโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม ผลการดำเนินงานที่มีอยู่ในภาครัฐ เอกชน สังคม ผู้มีส่วนได้เสีย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เห็นความชัดเจนเหมาะสมในมิติต่าง ๆ ตัวชี้วัดมีความพร้อมและจัดลำดับความสำคัญร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย ทั้งสถานะปัจจุบัน ความเร่งด่วน ความจริง หรือประเด็นที่ยังไม่ทราบซึ่งจะต้องทำการสำรวจและแจกแจงให้ชัดเจน ตลอดจนการดำเนินการของภาคส่วนต่าง ๆ มีอยู่และเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ แผนพัฒนาต่าง ๆ จะต้องศึกษาให้เห็นความเชื่อมโยงเชิงนโยบาย การจัดลำดับความสำคัญ โดยเฉพาะประเด็นที่เป็นเรื่องของผลกระทบ ความสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายกับเป้าประสงค์เกี่ยวข้องรวมถึงผลกระทบด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับสถานะปัจจุบันของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ภาพรวมของสถานการณ์การพัฒนาที่ยั่งยืนในประเทศไทย และให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ตัวชี้วัดความสำเร็จและทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายที่เหมาะสมกับบริบทประเทศไทยที่สามารถใช้ในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ (Roadmap) ให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย การสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย

## 1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสำรวจสถานะปัจจุบันของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (SDGs 3) สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และวิเคราะห์ความสอดคล้องของเป้าประสงค์ (Targets) ปรับและกำหนดเป้าประสงค์สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย

2. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ (Targets) ตามความสำคัญและความพร้อมของประเทศไทยในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (SDGs 3) สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย

3. เพื่อสำรวจและประเมินมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ที่ภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ดำเนินการอยู่ในประเทศไทยและประสบการณ์จากต่างประเทศ และเสนอทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายที่สามารถเป็นมาตรการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (SDGs 3) สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยในประเทศไทยได้

## 1.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย (conceptual framework)

### 1.3.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรและปัจจัยต่าง ๆ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยขึ้นอยู่กับบริบทของประเทศไทยจากปัจจัยองค์ความรู้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน สถานะปัจจุบัน เป้าหมาย เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด การมีส่วนร่วม แผนงาน ความพร้อม ความสำคัญ โดยอาศัยสถานะของเป้าประสงค์ (Target) จากการค้าดำเนินงานปัจจุบัน กิจกรรม โครงการ แผนงาน นโยบาย กฎหมาย รายงานผลการดำเนินงาน ฯลฯ ที่หน่วยงานของรัฐ เอกชน ประชาสังคม ชุมชน และองค์กรระหว่างประเทศดำเนินในประเทศไทย โดยการวิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าว ปัญหาและอุปสรรค และประเมินความพร้อม องค์ความรู้ ข้อมูลสถิติ กฎหมาย โครงสร้างการบริหารงานของรัฐ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการองค์กรต่าง ๆ ทรัพยากร งบประมาณ การมีส่วนร่วม การบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งรัฐ เอกชน ประชาสังคม ภาควิชาการ จากสถานการณ์ ช่องว่างระหว่างสถานะปัจจุบันกับเป้าหมาย สัดส่วนผู้คน พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ ระดับความรุนแรงของปัญหาตามเป้าประสงค์ วิเคราะห์จัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์และความพร้อม ความสอดคล้องของตัวชี้วัดกับบริบทของประเทศไทย และสังเคราะห์เสนอแนะตัวชี้วัดเหมาะสม ทางเลือกมาตรการทาง

เศรษฐกิจ สังคมและกฎหมายในประเทศไทยและประสบการณ์ต่างประเทศที่จะเป็นจุดคานงัดให้การดำเนินงานสำเร็จบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย

### 1.3.2 แนวความคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

#### 1.3.2.1 แนวความคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Concept of Sustainable Development)

การพัฒนาตามแนวความคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งประกอบด้วยหลักการการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะด้านสุขภาพดีและสวัสดิภาพ โดยมีสาระสำคัญที่จะนำมาเป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัยและการวิเคราะห์ สังเคราะห์ผลงานวิจัยได้ โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

##### 1.3.2.1.1 แนวความคิดการพัฒนา (Concept of Development)

แนวความคิดการพัฒนาตามกระแสหลัก

การพัฒนาตามทฤษฎีกระแสหลักตั้งแต่ช่วงปี 1950-1960 ตามแนวคิดของ Walt Rostow เป็นการพัฒนาของประเทศต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนการพัฒนา 5 ขั้นตอน คือ ขั้นสังคมดั้งเดิมเป็นสังคมระบบเศรษฐกิจที่ยังไม่ขยายตัว ขั้นเตรียมการพัฒนาที่มีการสะสมทุนและความรู้ทางวิชาการ ขั้นกระบวนการพัฒนาที่มีการขยายตัวทางเศรษฐกิจรวดเร็ว ขั้นทะยานเข้าสู่ความอุดมสมบูรณ์ที่มีการผลักดันเศรษฐกิจให้เติบโตเต็มที่โดยประชากรมีรายได้เพิ่มขึ้นและมีเป้าหมายเป็นรัฐสวัสดิการ และขั้นอุดมสมบูรณ์เป็นสังคมที่มีการบริโภคจำนวนมาก เศรษฐกิจมั่นคง ประชาชนมีรายได้เหลือกินเหลือใช้ แต่เป็นทฤษฎีการพัฒนากระแสหลักและเกิดการวิพากษ์วิจารณ์ถึงปัญหาความด้อยพัฒนาของประเทศโลกที่ 3 จึงเกิดการพัฒนาแบบพึ่งตนเอง และเกิดแนวทางการพัฒนาตามความจำเป็นพื้นฐาน แต่เกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและมีการปรับแนวทางการพัฒนาไปสู่การปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจตามแนวทางกองทุนการเงินระหว่างประเทศ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในประเทศต่าง ๆ ได้อย่างยั่งยืน สหประชาชาติจึงเสนอกำหนดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals หรือ MDGs) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาของโลกระหว่างปี พ.ศ. 2543-2558 มีเป้าหมายการพัฒนาเพื่อขจัดความยากจนและความหิวโหย ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่งเสริมบทบาทสตรีและความเท่าเทียมทางเพศ ลดอัตราการตายของเด็ก พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่น ๆ รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน และส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก (กมลินทร์ พินิจภูวดล: 2560)

### แนวความคิดการพัฒนาตามกระแสทางเลือก

การพัฒนาประเทศตามแนวคิดกระแสหลักได้นำพาไปสู่ความเจริญด้านเศรษฐกิจ แต่ได้เกิดปัญหาหลายด้านทั่วโลก เช่น ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม จึงมีการเสนอแนวความคิดการพัฒนาใหม่เป็นทางเลือกให้กับประเทศต่าง ๆ เป็น “การพัฒนากระแสทางเลือก” เช่น การพัฒนาอย่างยั่งยืน เศรษฐกิจพอเพียง เศรษฐศาสตร์ทางเลือก เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนได้ถูกนำไปพิจารณามากที่สุดเพราะมุ่งเน้นการพัฒนาที่คนจึงเป็นการพัฒนาเพื่อนมนุษย์ชาติ (กมลินทร์ พินิจกุล: 2560)

### แนวความคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Concept of Sustainable Development)

การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) เป็นความห่วงใยร่วมกัน (Common Concern) เป็นหัวใจสำคัญของการจัดการประเทศ โดยการพัฒนาประเทศต่าง ๆ จะต้องดำเนินไปโดยคำนึงถึงการรักษาฐานทรัพยากรมิให้เสื่อมโทรมจนไม่สามารถจะกลับคืนได้ เป็นความตื่นตัวในระดับระหว่างประเทศที่มีผลต่อนโยบาย กฎหมาย พันธกรณี อนุสัญญา ความตกลงต่าง ๆ และความร่วมมือระหว่างประเทศที่ต้องปฏิบัติตาม (กอบกุล ราชะนาคร : 2549) ในระดับนานาชาติได้มีการตระหนักถือสาระสำคัญของการพัฒนาโดยการประชุมองค์การสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมมนุษย์ (the United Nations Conference on the Human Environment หรือ UNCHE) พ.ศ. 2515 (ค.ศ. 1972) ที่กรุงสต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดน มีคำประกาศชื่อ Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment หรือเรียกว่าประกาศกรุงสต็อกโฮล์มปรากฏหลักการสำคัญ เช่น ข้อ 13 มีสาระสำคัญกำหนดให้รัฐควรใช้หลักบูรณาการในการวางแผนการพัฒนาประเทศให้การพัฒนาสอดคล้องกับความจำเป็นในการคุ้มครองและปรับปรุงคุณภาพสิ่งแวดล้อมเพื่อประโยชน์ของประชากร (กอบกุล ราชะนาคร : 2549) อย่างไรก็ดี การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) เริ่มกล่าวถึงตามมติสมัชชาใหญ่ขององค์การสหประชาชาติในกฎบัตรโลกเพื่อธรรมชาติ (The World Charter for Nature) เมื่อ พ.ศ. 2525 (ค.ศ. 1982) ซึ่งสาระสำคัญกำหนดให้รัฐจัดระบบนิเวศและสิ่งมีชีวิตเพื่อให้เกิดผลิตภาพสูงสุดและยั่งยืน (optimum sustainable productivity) บูรณาการการอนุรักษ์ธรรมชาติในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (กอบกุล ราชะนาคร : 2549) และได้กลายเป็นหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เป็นแนวคิดสร้างคุณภาพเป็นที่รู้จักปรากฏขึ้นในรายงานของคณะกรรมการโลกว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (World Commission on Environment and Development : WCED) เมื่อ พ.ศ. 2530 (ค.ศ. 1987) ชื่อรายงานว่า “Report of the World Commission on Environment and Development : Our Common Future” หรือ Brundtland Report ซึ่งชี้ว่าการพัฒนาที่ผ่านมาไปสู่ความก้าวหน้า ประชากรอายุยืนยาวขึ้น ความรู้ หนังสือและการผลิตอาหารเพิ่มมากขึ้น แต่กำลังก่อให้เกิดผลเสียหลาย ปัญหาต่าง ๆ ความแห้งแล้ง ภัยธรรมชาติจากน้ำท่วม สูญเสียป่าไม้ ทะเลทรายขยายตัว สูญเสียพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ ชันโอโซนถูก



ทำลาย ปัญหาโลกร้อน ดินพังทลาย มลพิษจากสารเคมี ของเสียจากเกษตรกรรม อุตสาหกรรม ภาคพลังงาน การใช้ที่ดิน ป่าไม้ และการคมนาคมขนส่ง จำเป็นต้องปรับมาตรการและการพัฒนาเสียใหม่เพื่อให้เกิดความยั่งยืน การพัฒนาที่ยั่งยืนไม่สามารถที่จะวัดด้วยเพียงตัวเลขของความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ต้องพิจารณาถึงความผาสุกของประชาชน ทั้งคุณภาพชีวิต ระดับการศึกษา ภาวะโภชนาการ การกระจายรายได้ที่เป็นธรรมและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาที่มีผลกระทบยาวมากกว่าการพัฒนาเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว โดย Brundtland Report ได้ให้ความหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนว่า “การพัฒนาที่ยั่งยืน หมายถึง การพัฒนาที่สนองตอบความต้องการของคนรุ่นปัจจุบันโดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคนรุ่นต่อไป” (Sustainable development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs) โดยการพัฒนาที่ยั่งยืนถูกเสนอว่าเป็นเป้าหมายของการพัฒนาแต่วิธีการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลเป็นรูปธรรมไม่ค่อยปรากฏชัดเจน (กอบกุล ทยานาค : 2549) และการประชุมที่สำคัญอีกครั้ง คือ การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (UN Conference on Environment and Development หรือ UNCED) ค.ศ. 1992 ที่กรุงริโอ เดอ จาเนโร ประเทศบราซิล มีการร่วมลงนามในคำประกาศกรุงริโอว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (Rio Declaration on Environment and Development) มีการจัดเตรียมแผนปฏิบัติการ 21 (Agenda 21) อันเป็นต้นแบบการดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุก ๆ ด้าน และต่อมามีการประชุมสุดยอดว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน (World Summit on Sustainable Development หรือ WSSD) ค.ศ. 2002 ที่กรุง Johannesburg ประเทศแอฟริกาใต้ เพื่อประเมินและติดตามผลการดำเนินการต่าง ๆ และแผนปฏิบัติการ 21 เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและขจัดปัญหาความยากจน (กอบกุล ทยานาค : 2549) หลักการพัฒนาที่ยั่งยืนได้รับการยืนยันอีกครั้งในคำประกาศกรุงริโอ เช่น มนุษย์มีสิทธิในสุขภาพที่ดี และเงื่อนไขสำคัญที่ก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เช่น การขจัดปัญหาความยากจน ความยุติธรรมระหว่างรุ่นคน (intergenerational equity) การมีส่วนร่วมของประชาชน (public participation) ซึ่งมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อการพัฒนาด้านนโยบายและกฎหมายในช่วงเวลาต่อมาทั้งในระดับประเทศและระดับระหว่างประเทศ รวมทั้งได้ถูกนำไปใช้ในอนุสัญญาฉบับต่าง ๆ (กอบกุล ทยานาค : 2549)

ในประเทศไทยมีการกล่าวถึงหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนที่น่าสนใจ (ปัทมวดี โพชนุกูล ชูชู, 2548) กล่าวว่า การพัฒนาที่ยั่งยืนนั้นต้องการรักษาทุนธรรมชาติ แต่ยังมีข้อถกเถียงกันในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทุนธรรมชาติกับทุนทางกายภาพที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น เทคโนโลยี สารเคมี ฯลฯ โดยมองว่าทุนเหล่านั้นสามารถทดแทน หรือใช้ร่วมกันกับทุนธรรมชาติได้หรือไม่ และยังมีความเห็นที่แตกต่างกันในเรื่องระดับของการทดแทนกันของทุนทางกายภาพที่มนุษย์สร้างขึ้นกับทุนธรรมชาติ โดยบางกลุ่มเห็นว่า

ความสามารถในการทดแทนมีมาก บางกลุ่มเห็นว่ามีน้อยและบางกลุ่มเห็นว่าทดแทนไม่ได้เลย (อ้างใน กมลทินทร์ พินิจภูวดล: 2560)

#### เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (MDGs) ลงในปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ได้รับการพัฒนาและกำหนดให้ต่อเนื่องจาก (MDGs) การประชุมสหประชาชาติระดับผู้นำเพื่อรับรองวาระการพัฒนากายหลังปี ค.ศ. 2015 (UN Summit to adopt the Post-2015 Development) ระหว่างวันที่ 25-27 กันยายน พ.ศ. 2558 ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา เรื่อง การพัฒนากายหลังปี ค.ศ. 2015 ที่ชื่อว่า “Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development” มีสาระสำคัญเพื่อมุ่งจัดความยากจนในทุกมิติและทุกรูปแบบ สาหนต่อการกิกที่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ และเน้นการพัฒนาที่สมดุลระหว่างมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนใน 3 มิติที่เื้อต่อกันและแบ่งแยกมิได้ ภายใต้หลักการ 5 Ps ได้แก่ ประชาชน (People) โลก (Planet) ความมั่งคั่ง (Prosperity) สันติภาพ (Peace) และความเป็นหุ้นส่วน (Partnership) มุ่งมั่นในการจัดความยากจนในทุกมิติและทุกรูปแบบ บนพื้นฐานของการเคารพสิทธิมนุษยชนและกฎหมายระหว่างประเทศ ในส่วนที่เป็นเป้าประสงค์การพัฒนาที่ยั่งยืนและเป้าหมาย (Sustainable Development Goals and Targets – SDGs & Targets) ประกอบด้วยเป้าประสงค์ (goals) 17 ข้อ และเป้าหมาย (targets) 169 ข้อ ครอบคลุมการพัฒนาที่ยั่งยืนในทั้ง 3 มิติ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างแท้จริงเป้าหมายทั้ง 17 เป้าหมายนี้ได้รับการจัดหมวดหมู่ในการส่งเสริมให้เกิดผลได้ของการพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน โดยสามารถเรียกปัจจัยที่เชื่อมโยงนี้ว่า “5P’s” (อันประกอบด้วย People - ด้วยการเติมเต็มศักยภาพของคนให้มีความเท่าเทียมกัน ซึ่งประกอบไปด้วย เป้าหมายที่ 1, 2, 3, 4, 5, และ 11 Planet - ด้วยการปกป้องโลกจากการเสื่อมสลาย ซึ่งประกอบไปด้วยเป้าหมายที่ 6, 12, 13, 14, และ 15 Prosperity - ด้วยการสร้างความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีให้มีความกลมกลืนกับธรรมชาติ โดยประกอบไปด้วยเป้าหมายที่ 7, 8, 9, 10 และ 11 Peace - ด้วยการส่งเสริมให้เกิดสันติภาพที่ปราศจากความกลัวและความรุนแรง และ โดยประกอบไปด้วยเป้าหมายที่ 16 และ Partnership - ด้วยการสร้างความเป็นหุ้นส่วนแห่งการพัฒนาให้เข้มแข็งและเป็นปึกแผ่น โดยการส่งเสริมให้ทุกประเทศและประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนา จะเห็นได้ว่า ในปัจจัย 5P’s ก็ยังคงแนวคิดเดิมอยู่ คือ People สะท้อนมิติของสังคม Planet สะท้อนมิติของสิ่งแวดล้อม และ Prosperity สะท้อนมิติของเศรษฐกิจทั้งนี้ การประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าและการพัฒนา หรือองค์การ (United Nations Conference on Trade and Development: UNCTAD) มองว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ Partnership นั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่ง

สหประชาชาติกำหนดเป็นเป้าหมายที่ 17 (partnerships for the goals) เพื่อเป็นเป้าหมายในการเสริมความเข้มแข็งให้แก่กลไกการดำเนินงานและการฟื้นฟูสภาพหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลกสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืน และเชื่อว่าการพัฒนาการค้าระหว่างประเทศจะเป็นแนวทางหนึ่งในเพื่อให้ประเทศกำลังพัฒนาสามารถบรรลุเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนนี้ได้ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนระดับโลก (Sustainable Development Goals: SDGs) (United Nations in Thailand, 2015) จัดทำขึ้นภายหลังการสิ้นสุดเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) เมื่อปีพ.ศ. 2558 โดยองค์การสหประชาชาติกำหนด ขึ้นภายใต้กรอบความคิดที่มองการพัฒนาเป็นมิติ (Dimensions) ของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ให้มีความเชื่อมโยงกันใช้เป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายน 2558 ถึงเดือนสิงหาคม 2573 ครอบคลุมระยะเวลา 15 ปีประกอบไปด้วย 17 เป้าหมาย 169 ตัวชี้วัด

## 2. แนวความคิดความเกี่ยวกับสุขภาพดี สวัสดิภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี

### 2.1 สุขภาพดี

สุขภาพดีเป็นภาวะสุขภาพสำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญมานาน นับตั้งแต่การประชุมองค์การอนามัยโลกระหว่างประเทศที่นิวยอร์กเมื่อวันที่ 19 มิถุนายน - 22 กรกฎาคม ค.ศ. 1946 ทั้งหมด 66 ประเทศทั่วโลก ได้นิยามความหมายของคำว่าสุขภาพดังนี้ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” สุขภาพ คือ ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น ซึ่งนิยามดังกล่าวยังได้ได้รับการแก้ไขตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 และในที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้ตกลงเดิมคำว่า “Spiritual Well-being” หรือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปในคำจำกัดความของสุขภาพเพิ่มเติม จึงอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของการดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคมได้ด้วยดี อยู่บนพื้นฐานของคุณธรรม และการใช้สติปัญญา (<https://www.who.int/suggestions/faq/en/>) สำหรับประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และ ทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ภาวะด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายหนึ่งระดับโลกมานานและเป็นเป้าหมายในกรอบการพัฒนาของสหประชาชาติ (MDGs) ที่ผ่านมา (1990-2015) จากสถิติแสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา อัตราการเสียชีวิตของเด็กทั่วโลกลดลงกว่าร้อยละ 50 และการเสียชีวิตของมารดาลดลงร้อยละ 45 ขณะเดียวกันระหว่างปี 2543 ถึงปี 2556 ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีลดลงร้อยละ 30 และมากกว่า 6.2 ล้านคนปลอดภัยจากโรคมาลาเรีย แต่อย่างไรก็ตามก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายของสหประชาชาติ รวมทั้งพบว่าการเสียชีวิตในปัจจุบัน

เกิดจากสาเหตุที่สามารถหลีกเลี่ยงได้โดยการป้องกัน การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่อพิจารณาการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพเพื่อความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัยของชีวิตนั้นจึงเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ วัยก่อนเกิด (Prenatal Period) วัยทารก (Infancy Period) วัยเด็กตอนต้นหรือวัยเด็กก่อนเข้าโรงเรียน (Early Childhood or Pre School Age) วัยเด็กตอนปลาย หรือ วัยเข้าโรงเรียน (Late Childhood or School Age) วัยแรกรุ่น (Puberty) วัยรุ่น (Adolescence) วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Adulthood) วัยกลางคน (Middle Age) และวัยสูงอายุ (Old Age) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในช่วงชีวิตของคนๆหนึ่ง จะมีการพัฒนาตามวัยเริ่มตั้งแต่วัยก่อนเกิดไปจนถึงวัยสูงอายุ รวมทั้งหมด 9 ช่วงวัยด้วยกัน

การพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพในแต่ละช่วงวัยนั้น มักจะมีจุดเริ่มต้นมาจากการพัฒนาที่เป็นแบบแผน อย่างเช่น ในวัยเด็กสามารถทำได้ก่อนคลอด คลานได้ก่อนเดิน อาจเกิดร่วมกับการพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งการพัฒนาในด้านต่าง ๆ เหล่านี้มักจะเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน หากการพัฒนาการด้านร่างกายดีก็ส่งผลดีต่อการพัฒนาการด้านอารมณ์ สังคม และสติปัญญาติดตามไปด้วย แต่หากการพัฒนาในด้านใดด้านหนึ่งบกพร่อง ก็จะกระทบการพัฒนาในด้านอื่น ๆ ตามไปด้วยเช่นกัน อีกทั้งพัฒนาการทางด้านพฤติกรรม วุฒิภาวะ การเรียนรู้ ในแต่ละช่วงวัยจะมีลักษณะเฉพาะของแต่ละช่วงวัยนั้น ๆ

## 2.2 สวัสดิภาพ (well-being)

แนวคิดสวัสดิภาพ ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “well-being” ซึ่งคำนี้ได้มีผู้ให้ความหมายไว้อย่างหลากหลายและมีความซับซ้อน เพื่อให้ครอบคลุมความหมายของคำว่า well-being คำที่เกี่ยวข้องกับคำนี้ได้แก่ ความจำเป็นพื้นฐาน การเติบโตทางเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิต สวัสดิการ และการพัฒนาคน เป็นต้น “Well being” มีการนำมาใช้โดยชุมชนระหว่างประเทศเริ่มตั้งแต่แนวคิด การศึกษาและสุขภาพสำหรับทุกคน ตั้งแต่ปี 1978 ต่อมาเมื่อปี ค.ศ.2000 องค์การสหประชาชาติได้มีการประชุมสุดยอดแห่งสหประชาชาติ (United Nations millennium summit) มีการตั้งเป้าหมาย millennium development Goals (MDGs) โดยมีเป้าหมายที่จะลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของคนในประเทศกำลังพัฒนา ภายในปี 2015 คำว่า “well-being” จึงได้รับความสนใจมากขึ้น ผู้ที่ได้ให้แนวความคิด well-Beings ได้ดังนี้

1. เซน (Sen, 1985) ได้กล่าวถึง แนวความคิด Well-being ว่าเป็นแนวความคิดแบบสหวิทยาการ (Multidimensional concept) จำกัดอยู่ในรูปของ “ภารกิจ” และ “สมรรถภาพ” (Function and capabilities) “ภารกิจ” หมายถึง ความสำเร็จ ซึ่งเชื่อมโยงกับโอกาสทางเลือกในการดำรงชีวิต ส่วน “สมรรถภาพ” หมายถึง ความสามารถหรือขีดความสามารถที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งเชื่อมโยงกับอิสรภาพที่บุคคลมีในการเลือกดำรงชีวิต ซึ่งเป็นแนวคิดแบบองค์รวม มีหลายมิติและหลายองค์ประกอบรวมกัน มีความสัมพันธ์กันซึ่ง

ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งความอยู่ดีมีสุขนั้นมุ่งไปที่ความสำเร็จของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ ไม่ใช่เพียงแค่เป็นเจ้าของสินค้าหรือบริการ แต่เป็นเรื่องของการดำรงชีวิต

2. เอลไคร์ (Alkire, 2002) ได้กล่าวถึง แนวความคิด Well-being ว่า เป็นการรวมกันของลักษณะธรรมชาติของมิติต่าง ๆ เช่น ความรู้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย สุขภาพ ความปลอดภัยทางการเงิน ความอิสระ และความมีคุณค่า

3. เดส์ กาสเปอร์ (Des Gasper, 2004) ได้กล่าวถึงแนวความคิด “well-being” ไว้ว่า เป็นมิติของความอยู่ดีมีสุข จะต้องประกอบด้วย ความพึงพอใจของบุคคล การได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ชอบ มีเสรีภาพของการเลือกใช้ชีวิต มีความมั่นคง การมีสุขภาพดี และการมีความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย (Gasper, 2005)

ในประเทศไทยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) ได้พัฒนาองค์ประกอบของการดำรงชีวิต จากกรอบแนวคิดของศาสตราจารย์นาค คัควานิ ผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารพัฒนาเอเชีย (Asia Development Bank) ได้ใช้คำว่า “ความอยู่ดีมีสุข” ในการพัฒนาประเทศ ซึ่งความอยู่ดีมีสุข (well-being) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้านครอบคลุมทุกมิติของการดำรงชีวิต ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) องค์ประกอบที่ 1 ด้านสุขภาพและโภชนาการ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยอีก 4 ด้าน ได้แก่ อายุขัยยืนยาว ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ โภชนาการและการให้บริการสาธารณสุข องค์ประกอบที่ 2 การศึกษา การได้รับโอกาสทางการศึกษาและเป็นการศึกษาที่มีคุณภาพ รวมไปถึงกระบวนการเรียนรู้ ความรู้พื้นฐานและทักษะต่าง ๆ องค์ประกอบที่ 3 ชีวิตการทำงาน คือ ชีวิตการทำงานที่มีคุณภาพ กล่าวคือ มีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม การจ้างงานที่พึงพอใจและความพอใจในค่าจ้างที่ได้รับ รวมถึงด้านการใช้แรงเด็ก การใช้แรงงานผู้หญิง และระบบประกันสังคม องค์ประกอบที่ 4 ชีวิตครอบครัว คือ การมีชีวิตครอบครัวที่มีความรัก ความอบอุ่น สมาชิกทุกคนได้รับการดูแล ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อ ความอยู่ดีมีสุข ของทุกคน องค์ประกอบที่ 5 การเติบโตทางเศรษฐกิจความยากจน การกระจายรายได้ และสวัสดิการ เป็นเครื่องชี้วัดความอยู่ดีมีสุข และเป็นเครื่องมือที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายความอยู่ดีมีสุข หากมีการพัฒนาด้านนี้อย่างยั่งยืนจะเป็นปัจจัยสำคัญของความอยู่ดีมีสุข ในทางตรงกันข้าม ความยากจน ความไม่เท่าเทียมกันด้านรายได้เป็นปัจจัยสำคัญของ “การอยู่อย่างมีทุกข์” องค์ประกอบที่ 6 สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การดูแลสุขภาพธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัย การอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความปลอดภัยในชีวิต ทรัพย์สิน และอาชญากรรม และองค์ประกอบที่ 7 ด้านประชาธิปไตย คือ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างรัฐกับประชาชนนำมาสู่ ความอยู่ดีมีสุข การส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการ

ทำงานของรัฐ รวมถึงความยุติธรรม สิทธิมนุษยชน สิทธิเสรีภาพทางการเมือง และการกระจายอำนาจการบริหารจัดการ

จากแนวคิดข้างต้นอาจสรุปได้ว่า well-being หมายถึง สวัสดิภาพ สภาพความเป็นอยู่ที่ดี หรือความอยู่ดีมีสุข การได้รับความรู้หรือมีโอกาสทางการศึกษา มีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี มีรายได้และสวัสดิการที่เหมาะสม มีความพึงพอใจในชีวิต มีสภาพแวดล้อมที่พอกาอาศัยเหมาะสม รวมถึงมีการบริหารจัดการที่ดีของรัฐทำให้ได้รับการคุ้มครองที่เป็นธรรมจากภาครัฐด้วย ต้องมีทุกด้านรวมกันไม่ได้หมายถึงเพียงด้านใดด้านหนึ่ง

### 3. แนวความคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ การกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย

การพัฒนาที่ยั่งยืนได้เป็นวาระหลักของการพัฒนาตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) จึงทำให้ด้านของภาวะสุขภาพนั้นต้องพยายามสร้างความมั่นใจในสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงชีวิต รวมทั้งอนามัยการเจริญพันธุ์มารดาทารกแรกเกิดและสุขภาพของเด็ก โรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ เพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพและสวัสดิภาพบรรลุผล จึงมีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อการวัดและประเมินผลสำหรับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) ครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพและสวัสดิภาพหลายประเด็น

#### 1.4 ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการทบทวนเอกสารและผลงานวิจัยต่าง ๆ ตลอดจนมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคมและกฎหมาย หลักฐานเชิงประจักษ์ นโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม กฎหมาย ฯลฯ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชน และองค์กรระหว่างประเทศที่ดำเนินการในประเทศไทย ตลอดจนประสบการณ์ของต่างประเทศที่ประสบความสำเร็จ โดยเน้นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) เวทีวิชาการและการสนทนาวิเคราะห์เชิงลึก และวิเคราะห์ตามแนวคิดการบรรลุเป้าหมาย แนวคิดผู้มีส่วนได้เสีย และแนวคิดโมเดลการประเมิน เพื่อจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โดยโครงการวิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมสัมภาษณ์สนทนาเชิงลึกตามหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

| ครั้งที่ | สถานที่                                                              |
|----------|----------------------------------------------------------------------|
| 1        | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข                  |
| 2        | สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย                                  |
| 3        | กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข                |
| 4        | กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย                  |
| 5        | กองแผน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข                                 |
| 6        | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง                                      |
| 7        | สถานีตำรวจภูธร 1 แห่ง                                                |
| 8        | โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง                                                |
| 9        | การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (โรงไฟฟ้าแม่เมาะ)                      |
| 10       | สำนักงานนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ                                       |
| 11       | งานแผนงานและนโยบาย สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค 1 เขต                 |
| 12       | งานป้องกันการบาดเจ็บ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1 เขต                  |
| 13       | งานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1 เขต            |
| 14       | งานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1 เขต                       |
| 15       | งานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรค 1 เขต |
| 16       | มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน                                       |
| 17       | โรงเรียนผู้สูงอายุ ต้นแบบธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ                     |

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนครั้งและหน่วยงานที่ดำเนินการจัดกิจกรรมสัมมนาเชิงลึก

### 1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้สำรวจสถานะปัจจุบันของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (SDGs 3) สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และผลวิเคราะห์ความสอดคล้องของเป้าประสงค์ (Targets) การปรับและกำหนดเป้าประสงค์สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย ลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ (Targets) ตามความสำคัญและความพร้อมของประเทศไทยในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (SDGs 3) มาตรการทาง

เศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ที่ภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ดำเนินการอยู่ในประเทศไทยและประสบการณ์จากต่างประเทศ และทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายที่สามารถเป็นมาตรการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (SDGs 3)



## บทที่ 2

### นิยาม ความหมาย คำจำกัดความเกี่ยวกับเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดภายใต้เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกัน ว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และความสอดคล้องกับบริบทประเทศไทย

เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ได้ถูกกำหนดขึ้นเมื่อวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2558 สมัชชาสหประชาชาติได้มีข้อมติ A/RES/70/1 เรื่อง Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development กำหนดเป้าหมาย (Goals) และเป้าประสงค์ (Targets) ของการพัฒนาที่ยั่งยืน ต่อมาเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 สมัชชาแห่งองค์การสหประชาชาติได้มีข้อมติ A/RES/71/313 (UN,2017) กำหนดกรอบตัวชี้วัดระดับโลก (Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development) แม้ข้อมติสมัชชาสหประชาชาติจะไม่มีสภาพบังคับตามกฎหมายระหว่างประเทศ แต่มีผลทางการเมืองระหว่างประเทศต่าง ๆ ที่เป็นข้อแนะนำในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

**เป้าประสงค์ 3.1** ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี 2573

ตัวชี้วัด 3.1.1 อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

อัตราการตายของมารดา (maternal mortality ratio)

**นิยาม คำจำกัดความ**ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือจำนวนสตรีที่เสียชีวิตตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและภายใน 42 วันหลังคลอดหรือหลังจากยุติการตั้งครรภ์โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ หรือตำแหน่งของการตั้งครรภ์ แต่ไม่ใช่อุบัติเหตุหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดมีชีพแสนคน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2560) ได้ให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ อัตราส่วนตายมารดา (Maternal mortality Ratio) หมายถึง การตายของมารดาไทย ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุ ที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษา ขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย (National Indicators) ครั้งที่ 3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562) ในมุมมองภาครัฐ และมุมมองภาควิชาการและประชาสังคม เห็นควรให้ปรับเป้าประสงค์ระดับสากลให้เป็น

เป้าประสงค์ในบริบทประเทศไทย คือ จากเดิมลดอัตราการตายของมารดาให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี 2573 เป็น ลดอัตราการตายของมารดาให้ต่ำกว่า 20 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี 2573 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562)

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจน สอดคล้องกันกับ metadata (United Nations, 2019)

### **ตัวชี้วัด 3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ**

#### **บุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ การคลอดบุตรอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และพยาบาลผดุงครรภ์ ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลทางด้านสูติศาสตร์ รวมทั้งให้ข้อมูล คำแนะนำที่จำเป็นแก่สตรีระหว่างการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด และการดูแลทารกแรกเกิด ไม่รวมถึงบุคลากรที่ได้รับการอบรมระยะสั้น

สำหรับประเทศไทยไม่ได้มีการนิยามความหมายของ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ แต่เพื่อเป้าหมายลดอัตราการตายของมารดาและทารก กรมการแพทย์จึงกำหนดการคลอดมาตรฐาน ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ปี 2562 การคลอดมาตรฐาน หมายถึง การคลอดที่มีองค์ประกอบครบถ้วนถูกต้องตามมาตรฐานสากล ประกอบด้วย มาตรฐานของสถานที่และอุปกรณ์ บุคลากรที่มีศักยภาพ รวมทั้งระบบให้บริการที่มีมาตรฐาน เพื่อดูแลมารดาและทารกในครรภ์ให้ปลอดภัย และทบทวนการดูแลรักษาในรายที่เกิดผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ โดยบุคลากรที่มีศักยภาพนั้น แบ่งเป็น 2 ระดับ ตามความเสี่ยงของผู้คลอดดังนี้

**บุคลากร สำหรับผู้คลอดความเสี่ยงต่ำ**

1.ได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบฟอร์มมาตรฐานฯ กราฟดูแลการคลอด แบบประเมิน Electronic Fetal Monitoring (EFM) และ guideline ห้องคลอดคุณภาพ

2.ได้รับการฝึกอบรมการทำคลอดตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต หรือพยาบาลศาสตร์

3.มีทีมบุคลากรที่สามารถช่วยกู้ชีพมารดาและทารก

4.มีอัตราส่วนแพทย์และพยาบาลต่อผู้คลอด ไม่น้อยกว่า 1:3

5.มีการพัฒนาบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

สำหรับผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ต้องเพิ่ม สูติแพทย์ វិสัญญณ์แพทย์ และกุมารแพทย์

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายตาม metadata (United Nations, 2019) มีความชัดเจน แต่ในบริบทของประเทศไทยยังไม่ชัดเจนควรเพิ่มเติมคำนิยามให้ชัดเจนขึ้น

**เป้าประสงค์ 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกแรกเกิดต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2573**

**ตัวชี้วัด 3.2.1 อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Under-five mortality rate)**

**อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Under-five mortality rate)**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือความเป็นไปได้ของการเสียชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยนิยามที่ให้ไว้นี้ไม่ใช่การคิดอัตราส่วน (คือ จำนวนที่เสียชีวิตหารด้วยจำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง) แต่คือความน่าจะเป็นของการเสียชีวิต โดยคิดอัตราส่วนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และได้ตั้งเป้าหมายลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)**

**อัตราตายในทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate)**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือความเป็นไปได้ของทารกแรกเกิดในปีหรือช่วงปี ที่เสียชีวิตก่อนอายุครบ 28 วัน ต่ออัตราการเกิดมีชีพ 1,000 รายการ โดยอาจแบ่งได้เป็นการตายของทารกแรกเกิดในช่วง 7 วันแรก และการตายของทารกแรกเกิดระยะหลังจาก 7 วัน แต่ไม่เกิน 28 วัน และได้ตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดลดอัตราการตายในทารกแรกเกิดต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน

กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำนิยาม ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตในโรงพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดอัตราตายทารกแรกเกิดน้อยกว่า 5 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน คำนวณจาก

จำนวนทารกที่เสียชีวิตอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (คน) x 1,000

จำนวนทารกเกิดมีชีพในปีหรือช่วงปีนั้น (คน)

**ข้อค้นพบ** ประเทศไทยมีการกำหนดนิยามทารกแรกเกิดโดยระบุเกณฑ์ของน้ำหนักทารกแรกเกิดไว้ชัดเจน ในขณะที่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนไม่มีการกำหนดหรือระบุของน้ำหนักทารกแรกเกิด ส่วนระยะของการเสียชีวิต น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน มีความชัดเจนสอดคล้องกัน

**เป้าประสงค์ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเลีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2573**

**ตัวชี้วัด 3.3.1 จำนวนผู้ได้รับเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากร 1,000 คน (จำแนกตามเพศ อายุ และประชากรหลัก)**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน อัตราการเกิดโรค คือ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรกลุ่มเสี่ยงในช่วงเวลาที่กำหนด

สำหรับประเทศไทยการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่วินิจฉัยได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อประเทศไทย 2560 โดยการตรวจวินิจฉัยเชื้อเอชไอวีใช้ชุดตรวจคัดกรอง 3 ชุดในการแปลผลบวก (anti-HIV positive) ซึ่งแนะนำโดย UNAIDS และ WHO ในส่วนของการรายงานผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ระบุเป็นจำนวนรายคน (กรมอนามัย, 2661)

**ข้อค้นพบ** การกำหนดนิยามความหมายในบริบทของประเทศไทยและตาม metadata (United Nations, 2019) มีความสอดคล้อง ตรงกัน

**ตัวชี้วัด 3.3.2 อุบัติการณ์การเกิดของโรควัณโรคต่อประชากร 1000,000 คน**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (นับรวมผู้ป่วย HIV ที่เป็นวัณโรค) ต่อประชากร 100,000 คน ในปีที่ผ่านมา

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้นิยามของการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (2561) มีดังนี้

- ผู้ป่วยใหม่ (new) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน
- ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (relapse; R) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมิน ผลว่ารักษาหาย หรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ
- ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (treatment after failure; TAF) หมายถึง ผู้ป่วย ที่มีประวัติเคยรักษา และมีผลการรักษาครั้งล่าสุดว่าล้มเหลวจากการรักษา

- ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา (treatment after loss to follow-up; TALF) หมายถึงผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาและขาดการรักษาตั้งแต่ 2 เดือนติดต่อกันขึ้นไป และ กลับมารักษาอีกครั้ง

**ข้อค้นพบ** การกำหนดนิยามความหมายในบริบทของประเทศไทยและตาม metadata (United Nations, 2019) มีความสอดคล้องชัดเจน

### ตัวชี้วัด 3.3.3 อัตราเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คนต่อปี

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ อัตราเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ในแต่ละปี ซึ่งผู้ป่วยติดเชื้อมาลาเรียจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยยืนยันว่ามีเชื้อ malaria parasites ในเลือด

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้ไข้มาลาเรีย (Malaria) เป็นหนึ่งในโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยไข้มาลาเรีย จะแสดงอาการไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ร่างกายอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ปวดท้อง อาเจียน ท้องร่วง ตับและม้ามโต ตาเหลือง หรือร่างกายชืด กรณีที่มีอาการรุนแรงการทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ จะสูญเสียหน้าที่ไป เช่น หหมดสติ น้ำท่วมปอด หรือไตวาย และการนิยามตาม ICD 10: B50-B54 ไข้มาลาเรีย ผู้ป่วยไข้มาลาเรียที่ยืนยันผล (confirmed case) หมายถึง ผู้ที่มีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ และอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก กล่าวคือ มีไข้ ร่วมกับ ประวัติเคยเดินทางเข้าไปในป่า หรือไปในแหล่งที่มีมาลาเรียชุกชุม ในระยะ 2 สัปดาห์ ถึง 2 เดือน หรือมีประวัติรับโลหิตและร่วมกับอาการอื่นอย่างน้อยหนึ่งอาการ ดังต่อไปนี้ ตับโตและหรือม้ามโต หนาวสั่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ตาเหลือง และชืด (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2544)

**ข้อค้นพบ** การกำหนดนิยามความหมายในบริบทของประเทศไทยและตาม metadata (United Nations, 2019) มีความสอดคล้อง ชัดเจน

### ตัวชี้วัด 3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต่อประชากร 100,000 คนในปีสำรวจ

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) ของตัวชี้วัด 3.3.4 ยังไม่มีข้อมูลรายละเอียด

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Center for Disease Control and Prevention, 2019) ให้ความหมายของไวรัสตับอักเสบบี เป็นการอักเสบติดเชื้อของตับที่เกิดจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBV) โดยการถ่ายทอดจากการสัมผัสเลือด การมีเพศสัมพันธ์และจากแม่ไปสู่ลูกตั้งแต่แรกเกิด จากคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเข้าสู่ร่างกายของคนที่ไม่ได้ติดเชื้อ โดยวิธีการป้องกันที่ดีที่สุดคือการได้รับวัคซีน

กองระบาดวิทยา (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2544) ได้นิยามผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก คือ ผู้ที่มีอาการเหลืองจะมีอาการนำ และมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ร่วมกับอย่างน้อยหนึ่งอาการดังต่อไปนี้ ปัสสาวะสีเข้ม ไข้ มีอาการท้องอืด จุกแน่นบริเวณใต้ชายโครงขวา ไม่มีประวัติได้รับยา หรือสารพิษที่เป็นสาเหตุของตับอักเสบบีเฉียบพลัน ร่วมกับเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ คือ ค่า SGPT (ALY) ในน้ำเหลืองมากกว่า 100 U/L และพบ anti HBc IgM และหรือ พบ anti HBs IgM และหรือ anti HBs Ag

โรคไวรัสตับอักเสบบี คือ โรคที่มีการติดเชื้อของตับจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีผลให้เกิดอันตรายต่อตับและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ตับแข็งและมะเร็งตับได้ (ชัยวรรณ ประดิษฐ์ทองงาม, 2562)

ข้อค้นพบ นิยามความหมายตาม metadata (United Nations, 2019) ยังไม่มีข้อมูล ส่วนนิยามในบริบทของประเทศไทยค่อนข้างชัดเจน

**ตัวชี้วัด 3.3.5 จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected tropical diseases)**

**ผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected tropical diseases)**

นิยาม คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ จำนวนคนที่ต้องการรักษาและดูแลตามแนวทางโรคเขตร้อนที่ถูกละเลยแห่งองค์การอนามัยโลก

โรคที่ไม่ได้รับการรักษา หรือ โรคที่ถูกละเลย (Neglected disease) คือกลุ่มของโรคติดเชื้อเขตร้อนที่ระบาดในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยในพื้นที่ที่กำลังพัฒนา อาจมีนิยามแตกต่างกันไปตามแต่ละองค์กรที่ทำงานเกี่ยวข้อง โรคเหล่านี้บางโรคมีวิธีป้องกันได้ หรือมีวิธีรักษาได้ในระยะเฉียบพลัน ซึ่งถ้ามีก็มักจะมีเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ไม่ได้มีแพร่หลายทั่วไป โดยเฉพาะในพื้นที่ยากจนที่ไม่สามารถเข้าถึงยาและการรักษาบางอย่างได้

โรคเขตร้อนที่ถูกละเลย หมายถึง โรคที่เกี่ยวข้องกับความยากจน มีผลกระทบต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโต รวมทั้งมีผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกแรกเกิด เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียและปรสิตหลายชนิด สำหรับโรคปรสิตที่สำคัญในกลุ่มโรคเขตร้อนที่ถูกละเลยประกอบด้วยโรคที่เกิดจากหนอนพยาธิ และโรคที่เกิดจากเชื้อโปรโตซัว (Hotez et al., 2008)

เขตร้อน ครอบคลุมพื้นที่ของโลกแถบเส้นศูนย์สูตร ระหว่างเส้นรุ้งที่ 23.5 องศาเหนือ กับ เส้นรุ้งที่ 23.5 องศาใต้ ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของทวีปแอฟริกา เอเชียตอนใต้ อเมริกา ยุโรปตอนใต้ เขตร้อนจึง

ครอบคลุมพื้นที่กว่าครึ่งหนึ่งของผืนแผ่นดินทั้งหมด ซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่กว่าสองในสามของประชากรทั่วโลก อีกทั้งประเทศส่วนใหญ่เป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ยากจน มีประชากรหนาแน่น และมีอากาศร้อนชื้น ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรคได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งแมลงพาหะของโรคด้วย ดังนั้นโรคเขตร้อนที่สำคัญจะอยู่ในกลุ่มติดเชื้อ เช่น โรคมาลาเรีย อูจาระร่วง ไข้เลือดออก ฯลฯ (ชูเกียรติ ศิริวิชัยกุล, วิจิต โรจน์กิตติคุณ และกาญจนา หงส์ทอง, 2554, น.6)

**ข้อค้นพบ** การกำหนดนิยามความหมายยังไม่ชัดเจน

**เป้าประสงค์ 3.4** ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.4.1** อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรไทยอายุ 30 - 70 ปี (premature mortality rate) ลดลง 1/3 ภายในปี 2573 จากข้อมูลพื้นฐานปี 2553

นิยาม คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรไทยอายุ 30 - 70 ปี ซึ่งไม่รวมถึงผู้ที่เสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น ๆ เช่น อุบัติเหตุ โรคติดเชื่อเอชไอวี เป็นต้น

โรคไม่ติดต่อ หรือ Non-Communicable diseases (NCD) หมายถึง โรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อหรือไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค และไม่สามารถติดต่อได้จากการสัมผัส หรือติดต่อผ่านพาหะ หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ ได้ แต่เกิดปัจจัยภายในร่างกายของแต่ละบุคคล หรือเกิดจากพฤติกรรมของบุคคล เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็มจัด หรือความเครียด เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

ประเทศไทยมีการเก็บข้อมูลจากสาเหตุการตายโดยใช้รหัสการแบ่งประเภทตาม ICD-10 (WHO) ซึ่งตัวอักษรขึ้นต้นด้วย ตัวอักษรขึ้นต้นด้วย C หมายถึง โรคเกี่ยวกับเนื้องอกและมะเร็ง ตัวอักษรขึ้นต้นด้วย E หมายถึง โรคเกี่ยวกับระบบต่อมไร้ท่อ I หมายถึง โรคหัวใจและหลอดเลือด และตัวอักษรขึ้นต้นด้วย J หมายถึง โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ และรหัส 3 หลักของโรคไม่ติดต่อ ดังนี้ COO-C97 สาเหตุการตายจากโรคมะเร็ง E10-E14 สาเหตุการตายจากโรคเบาหวาน IOO-I99 สาเหตุการตายจากโรคหัวใจ และ J30-J98

สาเหตุการตายจากโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง) ซึ่งโรคต่าง ๆ จะถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ก่อนการลงข้อมูลในโรงพยาบาล

**ข้อค้นพบ** การนิยามความหมายชัดเจน และตรงกันกับตาม metadata (United Nations, 2019) ส่วนการรายงานอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และสาเหตุ พบว่าประเทศไทยจำแนกกลุ่มอายุ (Age group) เป็น 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่อายุน้อยกว่า 1 ปี 2) กลุ่มที่อายุ 1-4 ปี 3) กลุ่มที่อายุ 5-14 ปี 4) กลุ่มที่อายุ 15-59 ปี และ 5) กลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งใน **ตัวชี้วัด 3.4.1** พิจารณาในกลุ่ม 30-70 ปี จึงอาจทำให้การรายงานข้อมูลมีความผิดพลาด

#### **ตัวชี้วัด 3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือจำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายใน 1 ปีหารด้วยจำนวนประชากรและคูณด้วย 100,000 โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลโดยการใช้รหัส ICD 10 ซึ่งรหัสผู้เสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตาย คือ X60-X84 และ Y87.0

การให้นิยามความหมายของกระทรวงสาธารณสุข (2562) การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ โดยมีหน่วยตัวชี้วัดเป็นอัตราต่อประชากรแสนคน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข มีวิธีการคำนวณดังนี้  $A/B \times 100,000$  A=จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ B=จำนวนประชากรกลางปี

กรมสุขภาพจิตได้ให้ความหมายของคำว่า การฆ่าตัวตาย คือ การกระทำเพื่อทำลายชีวิตของตนเองโดยตั้งใจ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ไฟหรือเชือกในการทำลายชีวิต รวมถึงผู้ที่มีความคิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่ก็ตาม (กรมสุขภาพจิต, 2557)

**ข้อค้นพบ** มีการกำหนดนิยามความหมายในบริบทของประเทศไทยไว้ชัดเจน



เป้าประสงค์ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย

**ตัวชี้วัด 3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยาทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ จำนวนผู้ที่ได้รับการรักษาที่แตกต่างกันในปีล่าสุด หาดด้วยจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย แต่รายละเอียดเกี่ยวกับตัวชี้วัดนี้ยังอยู่ในการปรับปรุง

ยาเสพติด ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน ปี พ.ศ.2554 หมายถึง ยาหรือสารเคมี ซึ่งเมื่อเสพหรือฉีดเข้าสู่ร่างกายติดต่อกันชั่วระยะเวลาหนึ่งก็จะติด ก่อให้เกิดพิษเรื้อรัง ทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม เช่น ฝิ่น กัญชา เฮโรอีน ยานอนหลับ สุรา

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2528 มาตรา 4 ได้ให้คำนิยามของยาเสพติดให้โทษไว้ว่า หมายถึง สารเคมีหรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยประการใด ๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมตลอดถึงพืชหรือส่วนของพืชที่เป็นหรือ ให้ผลผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษ หรืออาจใช้ผลิตเป็นยาเสพติดให้โทษและสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย แต่ไม่หมายความถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับตามกฎหมายว่าด้วยยาที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ (พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ, 2522)

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้นิยาม คำว่า “ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด” คือ การกระทำอันเป็นการบำบัดการติดยาเสพติดและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดยาเสพติด รวมถึงการรักษาสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ซึ่งเสพยาเสพติดให้กลับคืนสู่สภาพปกติ เพื่อให้ไม่เสี่ยงต่อการเป็นผู้ติดยาเสพติด (พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด, 2545)

**ข้อค้นพบ** การกำหนดนิยามความหมายในบริบทของประเทศไทยเกี่ยวกับยาเสพติดมีความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

### ตัวชี้วัด 3.5.2 การใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย นิยามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อผู้บริโภค (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ภายในปีปฏิทิน

นิยาม คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉลี่ย 3 ปีย้อนหลังทั้งที่ได้บันทึกและไม่ได้บันทึก ต่อคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ภายในปีปฏิทิน ซึ่งเป็นการบันทึกการบริโภคแอลกอฮอล์จากสถิติระดับประเทศอย่างเป็นทางการ (ข้อมูลการผลิต นำเข้า ส่งออก และขาย หรือภาษีอากร) ในขณะที่ข้อมูลที่ไม่ได้บันทึกหรือไม่เกี่ยวข้อง คือ แอลกอฮอล์ที่ไม่ได้เสียภาษี และอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของรัฐ เช่น บ้าน (ถูกต้องตามกฎหมายหรือผิดกฎหมาย) ลักลอบขายแอลกอฮอล์ ตัวแทนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ซึ่งเป็นแอลกอฮอล์ที่ไม่ได้มีไว้สำหรับมนุษย์บริโภค) หรือและกรณีที่มีนักท่องเที่ยวจะถูกนำมาหักจาก APC บันทึกของประเทศ ซึ่งข้อมูลนักท่องเที่ยวจากสถิติดักท่องเที่ยวสหประชาชาติได้ (กระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนเป็นการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายตามบริบทของประเทศ)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ให้นิยามของสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุราแม่โขง แสงโสม หงษ์ทอง สุรา 28 ดีกิ สุรา 40 ดีกิ สุราขาว กระแช่ สาทอ บรันดี ไวน์ วิสกี้ เบียร์ เป็นต้น (สำนักงานสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

จากรายงานประจำปี 2561 ของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้นิยามปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (Annual alcohol per capita consumption หรือ APC) คือ ปริมาณเฉลี่ยของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ประชากรได้บริโภคในหนึ่งปี มีหน่วยเป็นลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์/คน/ปี

การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (Harmful use) หมายถึง การดื่มสุราจนเกิดผลเสียต่อสุขภาพหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม มีความแตกต่างจากการดื่มแบบมีความเสี่ยง ที่หมายถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียหายตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น ซึ่งมีความสำคัญในเชิงสาธารณสุข แต่ยังไม่เกิดความเจ็บป่วย การดื่มแบบติด หมายถึง ดื่มแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรมสมอง ความจำ และร่างกาย โดยมีอาการแสดง เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ละเลยหน้าที่รับผิดชอบ ส่วนในทางปฏิบัติ ประเทศไทยมีบทลงโทษสำหรับผู้เมาแล้วขับ กรณีที่มีการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในเลือด เกิน 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ยกเว้นในกรณีที่ผู้ขับขี่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่มีใบอนุญาตขับขี่ หรือมีใบขับขี่ประเภทอื่น มีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด เกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งถือว่าเมาแล้วขับเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้ระบุว่า ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป หมายถึง ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยคิดจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อ้างอิงข้อมูลปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง และปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง) เฉลี่ยต่อหัวประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป (ข้อมูลประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งสูตรการคำนวณ ได้มาจาก A/B หน่วยที่ได้จากการคำนวณคือ ลิตรของแอลกอฮอล์/คน/ปี รายละเอียด ดังนี้

$$A = (\text{ปริมาณการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศ} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์}) + (\text{ปริมาณผลิตสุราพื้นเมือง} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์}) + (\text{ปริมาณนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์} \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์แต่ละประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์}) \times \text{ร้อยละแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละประเภท}$$
 คิดดังนี้ เบียร์ 5 ดีกรี = ร้อยละ 0.05 , เหล้า 40 ดีกรี = ร้อยละ 0.40, ไวน์ 15 ดีกรี = ร้อยละ 0.15

$$B = \text{จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปี ขึ้นไป (คน)}$$

**ข้อค้นพบ** การกำหนดนิยามความหมายมีความชัดเจน แต่หลากหลายแตกต่างกันออกไปในแต่ละหน่วยงาน อาจทำให้ข้อมูลไม่ตรงกันได้ ตามความหมายที่กำหนดจาก Metadata นั้น

### เป้าประสงค์ 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกครั้งหนึ่ง ภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.6.1 จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ภายในช่วงระยะเวลา 30 วัน ต่อประชากร 100,000 คน (อายุมาตรฐาน)**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ อัตราการตายที่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุบนท้องถนน คือ จำนวนของการตายของบุคคลจากอุบัติเหตุที่ร้ายแรงบนท้องถนน

อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ (วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2559)

ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

A=จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน(V01-V89) (ปี 2560 : เดือนตุลาคม 59 - กันยายน 60)

B=จำนวนประชากรกลางปี 2559

สูตรคำนวณ (A/B)\*100000

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจนและสอดคล้องกับนิยามความหมายตาม Metadata (United Nations, 2019)

**เป้าประสงค์ 3.7** สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการ ข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการผสานอนามัยเจริญพันธุ์ ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.7.1** ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ วิธีการคุมกำเนิดวิธีสมัยใหม่ เนื่องจากต้องการเว้นระยะห่างของการมีบุตรหรือไม่ต้องการมีบุตร โดยวิธี การทำหมันหญิงและชาย, ห่วงอนามัย (IUD), ยาฝังคุมกำเนิด, ยาฉีด, ยาเม็ดคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัยชายและหญิง, หมวกยาง/โฟม/สารหล่อลื่น), วิธี amenorrhea lactational (LAM), การคุมกำเนิดฉุกเฉินและวิธีการที่ทันสมัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้รายงานแยกต่างหาก (เช่น แผ่นแปะคุมกำเนิดหรือแหวนช่องคลอด) ส่วนการคุมกำเนิดด้วยวิธีดั้งเดิม ประกอบด้วย การนับระยะปลอดภัยและการควบคุมการหลั่ง การหลั่งนอก โดยการคำนวณความพึงพอใจการวางแผนครอบครัว ด้วยวิธีสมัยใหม่ คือ จำนวนของสตรีที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่หารด้วยจำนวนของสตรีที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่รวมกับสตรีที่ไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดทั้งหมด

กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้ให้ความหมาย อนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) คือ การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ข้อมูล และการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า ประชาชนที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์มีความรับผิดชอบในการใช้วิถีทางเพศที่ปลอดภัย มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกที่จะมีบุตรและกำหนดจำนวนบุตรตามความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเป็นคนที่มีความคุณภาพในอนาคต คู่สามีภรรยามีโอกาสที่ดีที่จะได้บุตรที่มีสุขภาพแข็งแรง สตรีตั้งครรภ์ผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย จากแผนงานของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย การพัฒนาบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ต้องเป็นการดูแลสุขภาพทางเพศของประชาชนทุกเพศทุกวัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ให้ความหมายของ

อนามัยการเจริญพันธุ์ ไว้อีกความหมายหนึ่ง คือ ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิง ทุกช่วงอายุของชีวิตที่จะทำให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจน

**ตัวชี้วัด 3.7.2 อัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่น (อายุ 10-14 ปี หรือ 15-19 ปี) ต่อผู้หญิง 1,000 คน ในแต่ละกลุ่มอายุที่กำหนดไว้**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ อัตราการคลอดบุตรในหญิงอายุ 10-14 ปี หรือ 15-19 ปี ต่อผู้หญิง 1,000 คน ในแต่ละกลุ่มอายุที่กำหนดไว้

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้นิยาม อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี คือ จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้  $(A/B) \times 1000$  ซึ่ง A คือ จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด) B คือ จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย (National Indicators) ครั้งที่ 3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562) ในมุมมองภาครัฐ และมุมมองภาควิชาการและประชาสังคม เห็นควรให้ปรับเพิ่มตัวชี้วัด 3.7.2 เป็น อัตราการเกิด/คลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14ปี และ 15-19 ปี ต่อผู้หญิงแต่ละกลุ่มอายุที่กำหนดไว้ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562)

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจน และการปรับตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

**เป้าประสงค์ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้**

**ตัวชี้วัด 3.8.1 ความทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็น เกลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วยภาวะเจริญพันธุ์ มารดา เด็กแรกเกิดและสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส)**

**นิยาม คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน** ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ ความทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น เป็นความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา กล่าวคือ ความครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพ ( Universal Health Coverage: UHC) ซึ่งประกอบด้วยภาวะสุขภาพ 4 ด้าน 14 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ ด้านที่ 1 อนามัยการเจริญพันธุ์ มารดา ทารกแรกเกิดและสุขภาพเด็ก คือ การวางแผนครอบครัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (15-49ปี) ที่แต่งงานแล้วมีความพึงพอใจในการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ การดูแลสตรีในขณะตั้งครรภ์และคลอด การได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรนในเด็ก การรักษาเด็กที่สงสัยเป็นโรคปอดอักเสบ ด้านที่ 2 โรคติดต่อ คือการค้นพบผู้ป่วยและการดูแลรักษาของโรควัณโรค การได้รับยาต้านไวรัสในผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ติดเชื้อ HIV ผู้เป็นโรคมาลาเรียในบริเวณที่มีโรคนี้ชุกและได้นอนในมุ้งชุบน้ำยากันยุง น้ำและสุขาภิบาลที่ดี ด้านที่ 3 โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความชุกของโรคความดันโลหิตในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิต systolic >140 mmHg Diastolic < 90 mmHg โรคเบาหวานในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และยาสูบในอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้านที่ 4 ครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล ความหนาแน่นของประชากรและความปลอดภัยด้านสุขภาพ

การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า คือ สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และไม่เพียงแต่การไม่มีโรค หรือความพิการเท่านั้น และกลุ่มที่ยังไม่เจ็บป่วย หากเจ็บป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างดี มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพมาก ให้ผู้ที่เจ็บป่วยหายจากความเจ็บไข้ และสามารถกลับไปมีชีวิตรอยู่ในชุมชนได้เหมือนเดิมให้มากที่สุด ไม่เป็นภาระแก่ใคร ทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่วนประชาชนที่อยู่ในกลุ่มยังไม่เจ็บป่วย มีมาตรการส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงตามช่วงวัย มีการประเมินคัดกรอง วิเคราะห์สุขภาพของประชาชนในชุมชน เข้าถึงบริการสาธารณสุข ยาที่จำเป็น และวัคซีนที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ซึ่ง

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความหมายของ บริการสาธารณสุข คือ บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งนี้ให้รวมถึงบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย (National Indicators) ครั้งที่ 3 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562) ในมุมมองภาครัฐ และมุมมองภาควิชาการและประชาสังคม เห็นควรให้ปรับเป็นเป้าประสงค์ในบริบทของ

ประเทศไทย ดังนี้ เป้าประสงค์ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณธรรมในราคาที่เหมาะสม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562)

**ข้อค้นพบ** การกำหนดนิยามความหมายมีความชัดเจน การปรับเป้าประสงค์มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

### ตัวชี้วัด 3.8.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายในการบริโภคทั้งหมดของครัวเรือน โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหมายถึง ค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ใช้บริการเพื่อรับการดูแลทุกประเภท (การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟู การพักระยะยาวหรือการดูแลระยะยาว) รวมถึงยาวัคซีนและการเตรียมยาอื่น ๆ ผลลัพธ์สุขภาพทั้งหมดจากผู้ให้บริการทุกประเภท และสำหรับสมาชิกทุกคนในครัวเรือน ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้มาจากรายได้ของครอบครัว เงินออมหรือการกู้ยืมเงินก็ได้

กระทรวงสาธารณสุข ได้นิยาม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ไว้ในการกำหนดตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2560 หมายถึง รายจ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งรายจ่ายดำเนินงานและรายจ่ายสะสมทุนจากแหล่งการคลังทั้งภาครัฐและนอกภาครัฐ โดยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure percapita) คำนวณจาก บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ/รายงานจำนวนประชากรกลางปี (Keyperformance Indicators กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายชัดเจนและมีความสอดคล้องกับตาม metadata (United Nations, 2019) แต่ทั้งนี้จากการคำนวณในประเทศไทยรายจ่ายบัญชีสุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้รวมถึงรายจ่ายจากโรงพยาบาลเอกชนข้อมูลอาจจะขาดในส่วนนี้ได้

### เป้าประสงค์ 3.9 ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตรายและการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมากภายในปี 2573

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย (National Indicators) ครั้งที่ 3 ในมุมมองภาครัฐ และมุมมองภาควิชาการและประชาสังคม เห็นควรให้ปรับเป็นเป้าประสงค์ 3.9 ในบริบทของประเทศไทย ดังนี้ ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยที่มีผลกระทบจาก

สารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562)

### ตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในอากาศ

นิยาม คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศและในบ้านเรือน จากการสัมผัสมลพิษทางอากาศภายนอกบ้านและมลพิษในครัวเรือน จากการใช้เชื้อเพลิงที่เป็นมลพิษในการประกอบอาหาร การปล่อยมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม รถยนต์ รถบรรทุก โดยเชื้อเพลิงที่ก่อให้เกิดมลพิษ คือ น้ำมัน ก๊าซ ไม้ ถ่านหิน มูลสัตว์ ถ่าน และของเสียจากพืช การคำนวณอัตราการตายจากผู้เสียชีวิตจากอัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในอากาศ หาดด้วยประชากรทั้งหมด หรือระบุกลุ่มประชากร ซึ่งผู้เสียชีวิตพิจารณาในประเด็นโรคดังต่อไปนี้ การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า 5 ปี) โรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป) โรคหัวใจขาดเลือด (อายุ 25 ปีขึ้นไป) โรคปอดอุดกั้น (อายุ 25 ปีขึ้นไป) มะเร็งปอดในผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป)

**มลพิษทางอากาศ** หมายถึง สภาวะอากาศที่มีสารเจือปนอยู่ในปริมาณที่สูงกว่าระดับปกติก่อให้เกิดอันตรายแก่มนุษย์ สัตว์ พืช หรือทรัพย์สินต่าง อาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือเกิดจากการกระทำของมนุษย์เอง แหล่งกำเนิดมลพิษทางอากาศ 2 กลุ่มหลัก คือ เกิดจากโรงงานอุตสาหกรรม และเกิดจากการเผาไหม้ที่ไม่สมบูรณ์ของยานพาหนะ ซึ่งมลพิษทางอากาศมักจะอยู่ในรูปของก๊าซพิษต่าง ๆ และฝุ่นละอองขนาดเล็ก (กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2558)

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย (National Indicators) ครั้งที่ 3 ในมุมมองภาครัฐ และมุมมองภาควิชาการและประชาสังคม เห็นควรให้ปรับตัวชี้วัด 3.9.1 เป็นอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2562)

**สารเคมีอันตราย** หมายถึง สารเคมีที่มีหลักฐานที่เชื่อถือได้ว่าก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ สัตว์ พืช และทำให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม มักรวมถึงสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง (Carcinogen) สารพิษที่ก่อให้เกิดผลต่อระบบสืบพันธุ์ (Reproductive Toxins) สารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ได้แก่ วัตถุระเบิด ก๊าซ ของเหลวไวไฟ ของแข็งไวไฟ วัตถุออกซิไดส์และออร์แกนิกเปอร์ออกไซด์ วัตถุมีพิษและวัตถุติดเชื้อ วัตถุกัดกร่อน วัตถุอื่น ๆ ที่เป็นอันตราย (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2560)



**การปนเปื้อนมลพิษทางดิน** หมายถึงภาวะการปนเปื้อนของดินด้วยสารมลพิษ (soil pollutant) มากเกินขีดจำกัด จนมีอันตรายต่อสุขภาพ อนามัย ตลอดจนการเจริญเติบโตของมนุษย์และสิ่งมีชีวิตทั้งพืช เกิดจากสารเคมีที่มนุษย์สร้างหรือการเปลี่ยนแปลงอื่นในสิ่งแวดล้อมดินธรรมชาติ กิจกรรมอุตสาหกรรม สารเคมีเกษตรกรรมหรือการกำจัดของเสียอย่างไม่เหมาะสม (กรมพัฒนาที่ดินกระทรวงเกษตรและสหกรณ์, 2562)

**ข้อค้นพบ** คำนียามมีความชัดเจน และการปรับตัวชี้วัดมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

**ตัวชี้วัด 3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ สุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ** (เผชิญกับบริการชะล้างที่ไม่ปลอดภัย)

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ อัตราการตายที่เกิดจากระบบสุขาภิบาลไม่ปลอดภัย น้ำเสีย และสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัยต่อแผนประชากรพิจารณาในประเด็น โรคดังต่อไปนี้

โรคท้องร่วง (ICD-10 code A00, A01, A03, A04, A06-A09) ได้แก่ อหิวาตกโรค ไข้รากสาดน้อย และไข้รากสาดเทียม โรคบิดจากเชื้อซิเกลลา โรคติดเชื้อแบคทีเรีย อื่น ๆ ที่ลำไส้ โรคติดเชื้ออหิวา โปรโตซัว ไวรัส กระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบ

โรคพยาธิไส้เดือนฝอยในลำไส้ (ICD-10 code B76-B77, B79) ได้แก่ โรคพยาธิปากขอ พยาธิไส้เดือน พยาธิสตรองจีลอยด์ และพยาธิแส้ม้า

ภาวะทุพโภชนาการ (ICD-10 code E40-E46) ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ มาตราสหัสจากโภชนาการ มาตราสหัส ภาวะทุพโภชนาการ โปรตีน-พลังงาน พัฒนาการล่าช้าหลังมีภาวะทุพโภชนาการ โปรตีน-พลังงาน

**มลพิษทางน้ำ** หมายถึง การที่น้ำถูกเจือปนด้วยสารพิษต่าง ๆ ทั้งสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์ และสารพิษเหล่านั้นมีปริมาณมากพอที่จะทำให้เกิดความเสียหายต่อคุณภาพของน้ำ และระบบนิเวศในน้ำนั้นเสียไป จนมีผลกระทบต่อสุขภาพ และเป็นอันตรายแก่ชีวิตของมนุษย์ สัตว์ และพืช ไม่เหมาะต่อการอุปโภคและบริโภคของมนุษย์ (พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ, 2535)

**ข้อค้นพบ** นิยามมีความชัดเจน การปรับตัวชี้วัดมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

**ตัวชี้วัด 3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ อัตราการตายจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจต่อแผนประชากร เป็นอัตราการตายจากการได้รับสารพิษที่

ไม่ได้ตั้งใจต่อปี รหัส ICD-10 ที่สอดคล้องกับตัวบ่งชี้ประกอบด้วย X40 (การเป็นพิษโดยอุบัติเหตุจากและสัมผัสกับยาระงับปวดที่ไม่มีสารออกฤทธิ์คล้ายฝิ่น ยาลดไข้และยาต้านโรครูห์มาติด), X43 การเป็นพิษโดยอุบัติเหตุจากและสัมผัสกับยาอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ -X44 การเป็นพิษโดยอุบัติเหตุจากและสัมผัสกับยาอื่นรวมถึงยาและเครื่องยาและชีววัตถุที่มีได้ระบุรายละเอียด, X46-X49 (การเป็นพิษโดยอุบัติเหตุจากและสัมผัสกับสารละลายอินทรีย์ฮาโลเจนเตทไฮโดคาร์บอนรวมถึงไอน้ำของสารเหล่านั้น การสัมผัสก๊าซและไออื่น ๆ การสัมผัสสารกำจัดสิ่งรบกวน (สารปราบวัชพืช สารฆ่าแมลง สารฆ่าหนู) ตลอดจนการสัมผัสสารเคมีและสารพิษอื่น และที่มีได้ระบุรายละเอียด (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร, 2562)

### ข้อค้นพบของการค้นหาความหมาย

1. การเก็บข้อมูลในประเทศไทยเป็นการเก็บข้อมูลตามปีงบประมาณ แต่ตามความหมายที่ SDGs กำหนดนั้นเป็นการเก็บข้อมูลตามปีปฏิทิน จึงทำให้การส่งข้อมูลนั้นไม่ตรงกัน
2. ข้อค้นพบ นิยามจาก metadata (United Nations, 2019) มีความชัดเจน แต่ตัวชี้วัดหรืออัตราตายจากดินเป็นพิษไม่ชัดเจนว่าอยู่ในตัวชี้วัดใดในเป้าประสงค์ 3.9
3. ประเด็นความครอบคลุมของโรคในตัวชี้วัด 3.9.1 และ 3.9.2 ในประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมตามขอบเขตนิยามของ SDGs แสดงเปรียบเทียบ ดังตาราง อีกทั้งตัวชี้วัดเก็บรวบรวมในไทย มีเฉพาะอัตราการป่วย ยังไม่พบข้อมูลแสดงการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากสารเคมีอันตรายและจากการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในครัวเรือนที่แสดงผลเป็นจำนวนผู้เสียชีวิต อัตราตาย (โดยจำนวนหารต้องเป็นประชากรทั้งหมด หรือระบุกลุ่มประชากร) พิจารณาในประเด็นโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กเล็ก (อายุต่ำกว่า 5 ปี)</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป)</li> <li>- โรคหัวใจขาดเลือด (อายุ 25 ปีขึ้นไป)</li> <li>- โรคปอดอุดกั้น (อายุ 25 ปีขึ้นไป)</li> <li>- มะเร็งปอดในผู้ใหญ่ (อายุ 25 ปีขึ้นไป)</li> </ul> | <p>ข้อมูลการตรวจสาธารณสุข(DHC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช</li> <li>- อัตราป่วยจากพิษโลหะหนัก</li> <li>- อัตราป่วยจากพิษสารตะกั่ว</li> <li>- อัตราป่วยจากโรคระบบทางเดินหายใจที่ระบุว่าเกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม</li> <li>- อัตราป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ระบุว่าเกิดจากมลพิษ</li> <li>- อัตราป่วยจากพิษสารตัวทำลายอินทรีย์จากการทำงาน</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>ตัวชี้วัด 3.9.2 อัตราตายที่เกิดจากระบบสุขภาพไม่ปลอดภัย น้ำเสีย และสุขอนามัยไม่ดี ต่อแสนประชากร พิจารณาในประเด็น โรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคท้องร่วง</li> <li>- พยาธิไส้เดือนฝอยในลำไส้</li> <li>- ภาวะทุพโภชนาการ</li> </ul> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**เป้าประสงค์ 3.a เพิ่มความเข้มแข็งการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม**

**ตัวชี้วัด 3.a.1 ความชุกของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในกลุ่มคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีการปรับมาตรฐานอายุ**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ การกำหนดอัตราส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปซึ่งปัจจุบันเป็นผู้ใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งที่ใช้สูบและไม่ได้สูบในชีวิตประจำวันหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากการใช้ยาสูบเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยตายของโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases (NCDs)) ผู้ใช้ยาสูบมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรมหลาย ๆ ด้าน ดังนั้น การลดการใช้ยาสูบจะทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตได้โดยเฉพาะจากโรคไม่ติดต่อนต่าง ๆ การเฝ้าระวังและติดตามตัวชี้วัดนี้จะต้องมีการประเมินผลกระทบจากการปรับใช้กรอบอนุสัญญาด้านการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโรค (WHO Framework Convention on Tobacco Control :WHO FCTC) หรือนโยบายต่าง ๆ ของแต่ละประเทศเกี่ยวกับการควบคุมยาสูบ โดยแนวความคิดการใช้ยาสูบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ทั้งที่ใช้สูบและหรือไม่ได้ใช้สูบ และคำว่า “ใช้ปัจจุบัน” หมายถึง การใช้ภายในช่วงเวลาก่อน 30 วันที่มีการสำรวจ ไม่ว่าจะใช้ในชีวิตประจำวันหรือไม่ก็ตาม ส่วนผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้น หมายถึง เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมดหรือบางส่วนผลิตจากใบยาสูบซึ่งเป็นวัตถุดิบโดยมีเจตนาใช้เพื่อการบริโภคของมนุษย์โดยการสูบ การเคี้ยว หรือ การดมกลิ่น โดยผลิตภัณฑ์ยาสูบนั้นหมายรวมถึง cigarettes, cigarillos, cigars, cheroots, bidis, pipes, shisha (water pipes), roll-your-own tobacco, kretek และยาสูบไม่ว่ารูปแบบใด ๆ ซึ่งใช้บริโภคโดยการสูบ

พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 มาตรา 4

“ผลิตภัณฑ์ยาสูบ” หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบใบยาสูบหรือพืชนิโคติเยนาทาแบกุ่ม (Nicotiana tabacum) และให้หมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2560)

พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มาตรา 159 “ยาสูบ” หมายความว่า บุหรี่ซิการ์เรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้น ยาเส้นปรุง ยาเคี้ยวและให้หมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่บริโภคได้เช่นเดียวกับยาสูบตามที่กำหนดในกฎกระทรวง “บุหรี่ยิการ์เรต” หมายความว่า ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาสูบแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษ หรือใบยาแห้งหรือยาอัด “บุหรี่ยิการ์” หมายความว่า ใบยาแห้งหรือยาอัด ซึ่งมวนด้วยใบยาแห้งหรือยาอัด “บุหรี่อื่น” หมายความว่า ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ซึ่งมวนด้วยใบตอง กลีบบัว กาบหมาก ใบมะกา ใบจาก หรือวัตถุอื่นที่มีใช้กระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษและมีใบยาแห้งหรือยาอัด “ยาเส้น” หมายความว่า ใบยาหรือยาอัด ซึ่งได้หั่นเป็นเส้นและแห้งแล้ว “ยาเส้นปรุง” หมายความว่า ใบยาหรือยาอัด ซึ่งได้หั่นเป็นเส้นและปรุงหรือปนด้วยวัตถุอื่นนอกจากน้ำ “ยาเคี้ยว” หมายความว่า ส่วนใดส่วนหนึ่งของใบยาแห้ง ซึ่งได้ปรุงหรือปนด้วยวัตถุอื่นนอกจากน้ำเพื่ออมหรือเคี้ยว “ยาอัด” หมายความว่า ส่วนใดส่วนหนึ่งของต้นยาสูบซึ่งได้ปั่นหรือย่อยและทำเป็นแผ่น “ต้นยาสูบ” หมายความว่า พืชนิโคติเยนาทาแบกุ่ม (NICOTIANATABACUM) “ใบยา” หมายความว่า ใบยาสดหรือใบยาแห้งของต้นยาสูบ (พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต, 2560)

พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 มาตรา 4 “ยาสูบ” หมายความว่า บุหรี่ยิการ์เรต บุหรี่ยิการ์ บุหรี่อื่น ยาเส้นปรุง และให้รวมตลอดถึงยาเคี้ยวด้วย ซึ่ง “บุหรี่ยิการ์เรต” หมายความว่า ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาสูบแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษ หรือใบยาแห้งหรือยาอัด “บุหรี่ยิการ์” หมายความว่า ใบยาแห้งหรือยาอัด ซึ่งมวนด้วยใบยาแห้งหรือยาอัด “บุหรี่อื่น” หมายความว่า ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ซึ่งมวนด้วยใบตอง กลีบบัว กาบหมาก ใบมะกา ใบจาก หรือวัตถุอื่นที่มีใช้กระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษและมีใบยาแห้งหรือยาอัด “ยาเส้นปรุง” หมายความว่า ใบยาซึ่งมีใบยาพันธุ์ยาสูบพื้นเมืองหรือยาอัด ซึ่งได้หั่นเป็นเส้นและปรุงหรือปนด้วยวัตถุอื่นนอกจากน้ำ “ยาเคี้ยว” หมายความว่า ส่วนใดส่วนหนึ่งของใบยาแห้งนอกจากใบยาแห้งพันธุ์ยาสูบพื้นเมือง ซึ่งได้ปรุงหรือปนด้วยวัตถุอื่นนอกจากน้ำเพื่ออมหรือเคี้ยว (พระราชบัญญัติยาสูบ, 2509)

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยใช้นิยาม บุหรี่ ตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509 หมายถึง “ยาเส้นหรือยาเส้นปรุง ไม่ว่าจะมียาแห้งหรือยาอัดเจือปนหรือไม่ ซึ่งมวนด้วยกระดาษหรือวัตถุที่ทำขึ้นใช้แทนกระดาษหรือใบยาแห้งหรือยาอัด” และได้นิยาม ยาสูบ (อม/จุกปาก) ยานัตถ์ หมากพลูที่มียาเส้น ว่า เป็นการใช้อนุภัณฑ์ยาสูบแบบไม่มีควัน เนื่องจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบและผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคติยานาตาแบกุ่ม ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธีสูบ ดูด คม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปาก จมูก หรือโดยวิธีอื่น ๆ (สำนักงานสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจนในบริบทของประเทศไทย

**เป้าประสงค์ 3.b** สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโดฮาความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า

**ตัวชี้วัด 3.b.1** สัดส่วนของประชากรเป้าหมายที่ได้รับการครอบคลุมด้วยวัคซีนทั้งหมด ที่รวมไว้ในโครงการของประเทศ

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ ความครอบคลุมของวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน หมายถึง อัตราส่วนร้อยละของทารกที่คลอดแล้วได้รับวัคซีนดังกล่าวในปีนั้น ๆ ความครอบคลุมของวัคซีนโรคหัด หมายถึง อัตราส่วนร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีนตามระบบของแต่ละประเทศเป็นประจำจากการบริการสร้างภูมิคุ้มกันในปีนั้น ๆ ส่วนความครอบคลุมของวัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมคอกคัสชนิดคอนจูเกตพิจารณาจากอัตราส่วนร้อยละของทารกที่คลอดแล้วได้รับวัคซีนตามระบบของแต่ละประเทศที่ให้วัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมคอกคัสชนิดคอนจูเกตในปีนั้น ๆ และความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกพิจารณาจากอัตราส่วนร้อยละของหญิงอายุ 15 ปี ที่ได้รับวัคซีน

องค์การสหประชาชาติอธิบายเหตุผลสำคัญของตัวชี้วัดต้องการวัดการเข้าถึงวัคซีนต่าง ๆ รวมถึงวัคซีนใหม่ ๆ ในระดับของแต่ละประเทศ ภายใต้กรอบแนวคิดนี้องค์การอนามัยโลกได้แนะนำวัคซีนและ

ภูมิคุ้มกันสำหรับโรคต่าง ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพระหว่างประเทศ ส่วนประเทศต่าง ๆ สามารถปรับใช้ข้อเสนอแนะและพัฒนาระบบของประเทศเองบนพื้นฐานของโรคต่าง ๆ และลำดับปัญหาด้านสุขภาพในประเทศ แต่วัคซีน DTP โปлио และโรคหัดจะต้องได้รับทุกประเทศ โดยประชากรกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับวัคซีนนั้นขึ้นอยู่กับช่วงอายุ ซึ่งพื้นฐานการได้รับวัคซีนส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงสองปีแรกของชีวิต เช่น DTP วัคซีนระบบการได้รับวัคซีนของทารกแรกเกิด วัคซีนโรคหัดจากการได้รับวัคซีนภายหลังช่วงปีแรกของชีวิตตามระบบบริการวัคซีน ส่วนวัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมคอกคัสชนิดคอนจูเกตพิจารณาจากวัคซีนใหม่สำหรับเด็ก และวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกพิจารณาตามระบบวัคซีนของช่วงชีวิต (United Nations, 2019)

กระทรวงสาธารณสุขอธิบายความหมาย ตัวชี้วัด 3.b.1 คือ สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงยา และวัคซีน ดังต่อไปนี้ การได้รับวัคซีนโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP containing vaccine (3rd dose)) วัคซีนโรคหัด (Measles containing vaccine (2nd dose)) วัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมคอกคัสชนิดคอนจูเกต Pneumococcal conjugate vaccine (last dose in the schedule), วัคซีนโรคมะเร็งปากมดลูก (HPV vaccine (last dose in the schedule)) ในราคาที่สามารถหาซื้อได้ที่ตั้งอยู่บนหลักความยั่งยืน (กองทุนศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

**ตัวชี้วัด 3.b.2** ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการจากผู้บริจาคเพื่อการวิจัยทางการแพทย์และภาคส่วนด้านสุขภาพพื้นฐานต่าง ๆ

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ ODA :

DAC ( Development Assistance Committee) ได้กำหนด ODA หมายถึง การให้ผ่านไปยังประเทศต่าง ๆ ที่ปรากฏในรายชื่อประเทศกำลังพัฒนาผู้รับความช่วยเหลือของ DAC ( Development Assistance Committee) หรือสถาบันต่าง ได้แก่ การให้โดยองค์กรอย่างเป็นทางการทั้งรัฐบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรบริหารต่าง ๆ และมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพัฒนาเศรษฐกิจและสวัสดิการของประเทศกำลังพัฒนาและบ่งชี้เป็นเงินช่วยเหลืออย่างน้อยร้อยละ 25 ส่วนการวิจัยทางการแพทย์และภาคส่วนสุขภาพพื้นฐานต่าง ๆ เป็นไปตามที่ DAC กำหนดโดยอ้างอิงจาก CRS กลุ่ม 12182 คือ การวิจัยทางการแพทย์ทั่วไป (รวมถึงการวิจัยทางสาธารณสุขพื้นฐาน) และสาธารณสุขพื้นฐานพิจารณาจากรหัส 122 เช่น การดูแล

สุขภาพพื้นฐาน โครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพ โภชนาการพื้นฐาน การควบคุมโรคติดต่อ การศึกษาด้านสุขภาพ การควบคุมมาลาเรีย การควบคุมวัณโรค การพัฒนาสุขภาพของบุคคล

กระทรวงสาธารณสุข ได้อธิบายความหมาย 3.b.2 คือ เงินช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (Total net official development assistance-ODA) ต่อการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพพื้นฐาน

ประเทศไทยดำเนินงานตามแนวทางของความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (official Development Assistance - ODA) ซึ่งหมายถึงความช่วยเหลือที่ให้แก่ประเทศต่าง ๆ ที่ปรากฏในรายชื่อประเทศกำลังพัฒนาผู้รับความช่วยเหลือของ DAC (Development Assistance Committee) และองค์กรที่ดำเนินงานด้านการพัฒนาให้แก่ประเทศผู้รับ ที่ให้โดยหน่วยงานภาครัฐ รวมทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น หรือ โดยหน่วยงานบริหารของรัฐ และมีการดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์ในการช่วยพัฒนาเศรษฐกิจและสวัสดิการของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งที่ผ่านมา ODA อาจอยู่ในรูปแบบเงินกู้ผ่อนปรน (Concession loan) และเงินส่วนของการให้เปล่า (Grant) การให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ (Technical Assistance) การให้เงินทุน โดยประเทศไทยมีกลุ่มประเทศเป้าหมายหลัก คือ ประเทศเพื่อนบ้านของไทย ได้แก่ ลาว กัมพูชา พม่า และเวียดนาม ซึ่งเป็นไปตามนโยบายด้านการต่างประเทศที่ให้ความช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านด้านการพัฒนา ตลอดจนประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ผ่านกรอบความร่วมมือ South-South Cooperation และ North-South Cooperation เพื่อบรรลุถึง Millennium Development Goals (MDGs) ในอดีต

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจน

**ตัวชี้วัด 3.b.3** สัดส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่มีชุดยาหลักของความจำเป็นทางการแพทย์ที่สำคัญและสามารถหาได้บนพื้นฐานของความยั่งยืน

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ สัดส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่มีชุดยาหลักของความจำเป็นทางการแพทย์ที่สำคัญและสามารถหาได้บนพื้นฐานของความยั่งยืน โดยการเข้าถึงยาเป็นแนวคิดเชิงบูรณาการหลากหลายมิติซึ่งประกอบด้วยยาที่สามารถเข้าถึงได้และราคาที่สามารถจัดหาได้ ซึ่งสัดส่วนเป็น (%) ของสถานบริการสุขภาพที่มีชุดยาหลักของความจำเป็นทางการแพทย์ที่สำคัญ (ร้านยา โรงพยาบาล คลินิก ศูนย์บริการสุขภาพพื้นฐาน ทั้งภาครัฐและเอกชน) เปรียบเทียบกับจำนวนสถานบริการสุขภาพทั้งหมดที่สำรวจในประเทศ

ยาหลักตามต้นแบบที่องค์การอนามัยโลกกำหนดนั้นต้องดำเนินการตามบัญชียาที่จำเป็น (WHO Model List of Essential Medicines (EML) เมื่อปี ค.ศ. 2017 WHO EML ประกอบด้วย 433 ยาที่ยืนยันว่ามี

ความจำเป็นสำหรับสาธารณสุขของโลก โดยเฉพาะกลุ่มยาที่จำเป็นอย่างยิ่ง 32 ชนิด ที่ใช้รักษา ป้องกันและจัดการกับอาการโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง โรคติดต่อและไม่ติดต่อ ได้แก่ Salbutamol, Beclometasone or other corticosteroid inhaler, Gliclazide or other sulfonylurea, Metformin, Insulin regular, ยาลดความดัน(2 ใน 5 Amlodipine, Enalapril, Hydrochlorothiazide, Bisoprolol or alternative betablocker) Simvastatin, Acetylsalicylic acid, Furosemide, Morphine, Paracetamol, Fluoxetine, Phenytoin, Gentamicin, Amoxicillin, Ceftriaxone, Procaine benzylpenicillin, contraceptives, Oral rehydration, Zinc sulphate, Oxytocin, Magnesium sulphate 50% 10ml Injection, Folic acid, ยารักษาโรคมalariaเรื้อรัง, Artesunate, ยารักษาต้านไวรัสสำหรับรักษา ผู้ติดเชื้อ HIV, Ibuprofen, Chlorhexidine, biscuit, ยา Antituberculosis, Erythropoiesis - stimulating agents.

นิยามความหมายในประเทศไทย พบว่า มีหน่วยงานบริการสุขภาพทั่วประเทศ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์วิชาการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ และสังกัดกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสาขา/ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา/สาขาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยาประเภทต่าง ๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

โดยเฉพาะยาจำเป็นในประเทศไทย คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติออกประกาศ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561 โดยระบุรายการบัญชียาหลักแห่งชาติเกี่ยวกับยาจำเป็นว่า “บัญชี จ(2) รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะให้เข้าถึงยาได้อย่างสมเหตุผล คุ่มค่าและยั่งยืน ซึ่งอยู่ภายใต้การรับผิดชอบร่วมกันของระบบประกันสุขภาพดูแลโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการใช้ยาด้วย และมี “รายการยาสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเฉพาะ” ตามบัญชี จ(2) หมายความว่า ยาที่จำเป็นต้องใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โยยามีความเหมาะสมที่จะใช้เพียงบางข้อบ่งใช้ หรือมีแนวโน้มจะมีการสั่งใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือ เป็นยาที่ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญเฉพาะโรค หรือใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และ เป็นยาที่มีราคาแพงมาก หรือส่งผลอย่างมากต่อความสามารถในการจ่ายทั้งของสังคม และผู้ป่วย จึงต้องมีระบบกำกับและอนุมัติการสั่งใช้ยา (authorized system) ที่เหมาะสม โดยหน่วยงานสิทธิประโยชน์หรือหน่วยงานกลางที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามข้อบ่งใช้และเงื่อนไขการสั่งใช้ยา



จึงจะก่อประโยชน์สูงสุด สถานพยาบาลจะต้องมีระบบการกำกับประเมินและตรวจสอบการใช้ยา และมีการเก็บข้อมูลการใช้ยาเหล่านั้น เพื่อตรวจสอบโดยกลไกกลางในอนาคตได้” (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 14 ง หน้า 4, 19 มกราคม 2561) ซึ่งถือได้ว่ามีข้อมูลการนิยามความหมายตามแนวทาง Metadata

**เป้าประสงค์ 3.c เพิ่มการใช้เงินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสรรหาการพัฒนา การฝึกฝนและการเก็บรักษา กำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นหมู่เกาะขนาดเล็ก**

#### **ตัวชี้วัด 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข**

**นิยาม** คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยพิจารณา ดังนี้ ความหนาแน่นของแพทย์พิจารณาจากจำนวนแพทย์ทั้งอายุรแพทย์และแพทย์เฉพาะทางต่อประชากร 10,000 คน โดยพิจารณากลุ่มอาชีพตาม The International Standard Classification of Occupations (ISCO) ความหนาแน่นของพยาบาลและพยาบาลผดุงครรภ์พิจารณาจากจำนวนของพยาบาลและพยาบาลผดุงครรภ์ต่อประชากร 10,000 คน โดยพิจารณาจาก The ISCO-08 ความหนาแน่นของทันตแพทย์พิจารณาจากจำนวนทันตแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน โดยพิจารณาจาก The ISCO-08 และความหนาแน่นของเภสัชกรพิจารณาจากจำนวนเภสัชกรต่อประชากร 10,000 คน โดยพิจารณาจาก The ISCO-08

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้รายงานข้อมูลทรัพยากรบุคคลสาธารณสุขประกอบด้วย 5 ประเภท ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจน

**เป้าประสงค์ 3.d เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ในเรื่องการแข่งขันล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก**

**ตัวชี้วัด 3.d.1 ความสามารถในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมในกรณีฉุกเฉินด้านสุขภาพ**

นิยาม คำจำกัดความของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตาม metadata (United Nations, 2019) คือ อัตราส่วนร้อยละของประสิทธิภาพหลัก 13 ประการ ได้แก่ (1) กฎหมาย นโยบายระดับชาติและการสนับสนุนทางการเงิน (2) การประสานงานและการสื่อสารกลางของประเทศ (3) การเฝ้าระวังโรคแบบเรียลไทม์ (4) ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (5) การเตรียมความพร้อม (6) การสื่อสารความเสี่ยง (7) การพัฒนาบุคคล (8) ระบบห้องปฏิบัติการของประเทศ (9) ช่องทางเข้าออกประเทศ (10) เหตุการณ์โรคติดต่อ

ระหว่างสัตว์และคน (11) ความปลอดภัยด้านอาหาร (12) เหตุการณ์สารเคมี (13) เหตุฉุกเฉินจากรังสีนิวเคลียร์

กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations) เป็นข้อตกลงและพันธะสัญญา ระหว่างประเทศ ที่จะร่วมมือกันจัดการกับเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการแพร่ระบาดข้ามประเทศไปยังส่วนต่าง ๆ ของโลก เพื่อป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพ และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เป็นกรอบทางกฎหมายสำหรับความมั่นคงทางสุขภาพ ซึ่งได้ระบุหน้าที่และสมรรถนะหลักของประเทศสมาชิกไว้ (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข หมายถึง เหตุการณ์เกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต สร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินได้ ซึ่งมีลักษณะเข้ากับเกณฑ์อย่างน้อย 2 ใน 4 ประการ คือ ทำให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพรุนแรง เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือไม่เคยพบมาก่อน มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่พื้นที่อื่น และต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้า (การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการ เหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2562)

**ข้อค้นพบ** นิยามความหมายมีความชัดเจน

### บทที่ 3

#### สถานะเป้าประสงค์และตัวชี้วัดของเป้าหมายที่ 3 ในบริบทประเทศไทย

สถานะปัจจุบันของเป้าหมายที่ 3 ยังมีหลายตัวชี้วัดที่การกำหนดเกณฑ์ยังไม่ชัดเจน หรือไม่มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินไว้ อย่างไรก็ตามสถานการณ์นั้นก็ยังสามารถบอกได้ว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้น หรือบางสถานการณ์ข้อมูลนั้นไม่ตรงตามที่ UN กำหนดไว้ใน Metadata ซึ่งคณะวิจัยได้รวบรวมข้อมูล สถานการณ์จาก การรายงานผล WHO ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและรายงานการสรุปผลการดำเนินงานประจำปีของหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบ เช่น สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สำนักงานการเจริญพันธุ์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข World Health Organization กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ กรมสุขภาพจิต สำนักโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสำนักโรคติดต่อมาโดยแมลง เป็นต้น จากนั้นนำมาสรุปสถานการณ์ของทั้งหมด 27 ตัวชี้วัด ดังนี้

##### สถานะ

สีเขียว  หมายถึง บรรลุตามเกณฑ์ที่ UN ได้กำหนดไว้ใน Metadata แล้ว

สีเหลือง  หมายถึง ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ที่ UN ได้กำหนดไว้แต่มีโอกาที่จะบรรลุภายในปี 2573

สีแดง  หมายถึง เป็นประเด็นที่ท้าทาย อาจจะบรรลุหลังปี พ.ศ. 2573

สีเทา  หมายถึง ยังไม่มีความชัดเจน เช่น เกณฑ์ยังไม่ชัดเจน ข้อมูลทางสถิติไม่ตรงตามที่ UN

กำหนด หรือการเก็บข้อมูลมีความหลากหลายทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่แน่ชัด

##### Trend (แนวโน้มสถานการณ์ของข้อมูลในตัวชี้วัดนั้น)

ลูกศรชี้ขึ้น  หมายถึง แนวโน้มสถานการณ์ของข้อมูลในตัวชี้วัดนั้นเพิ่มขึ้น

ลูกศรชี้ไปด้านข้าง  หมายถึง แนวโน้มสถานการณ์ของข้อมูลในตัวชี้วัดนั้นคงที่

ลูกศรชี้ลง  หมายถึง แนวโน้มสถานการณ์ของข้อมูลในตัวชี้วัดนั้นลดลง

ตัวอย่าง เช่น ตัวชี้วัดที่ 3.1.1 อัตราการตายของมารดา สถานะสีเขียว หมายถึง บรรลุตามเกณฑ์ที่ UN ได้กำหนดไว้ใน Metadata แล้ว Trend  หมายถึง อัตราการตายของมารดามีแนวโน้มลดลง เป็นต้น

| ตัวชี้วัด | รายละเอียด                                        | เกณฑ์       | WHO           | Thai                         | สถานะ | Trend                                                                                 | หน่วยงานที่รับผิดชอบ/หน่วยนับ                                         |
|-----------|---------------------------------------------------|-------------|---------------|------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 3.1.1     | MMR                                               | <70         | 20<br>(2015)  | 17.3<br>(2561)               |       |    | สป.สธ./ปรับเกณฑ์ < 20 ต่อแสน<br>ประชากร                               |
| 3.1.2     | PBSHP                                             |             | 99            | 99.69                        |       |    | สสช./ ร้อยละ                                                          |
| 3.2.1     | UFMR                                              | <25         | 12<br>(2016)  | 9.50                         |       |    | สป.สธ./ต่อการเกิดมีชีพ 1,000<br>คน                                    |
| 3.2.2     | NMR                                               | <12         | 5.3           | 5.9                          |       |    | สป.สธ./ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน                                       |
| 3.3.1     | HIV                                               | ยุติ        | 0.19          | 5,000คน/<br>ปี               |       |    | กรมควบคุมโรค/ต่อประชากรที่<br>ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน *บางกลุ่ม<br>เพิ่ม |
| 3.3.2     | TB                                                | ยุติ        | 172           | 156                          |       |  | กรมควบคุมโรค/ต่อแสน<br>ประชากร                                        |
| 3.3.3     | Malaria                                           | ยุติ        | 1.4           | 0.10                         |       |  | กรมควบคุมโรค/ต่อพันประชากร                                            |
| 3.3.4     | HepB                                              | ยุติ        | <5 ปี<br>0.17 | 10.85<br>(2561)              |       |  | กรมควบคุมโรค/ต่อแสน<br>ประชากร                                        |
| 3.3.5     | NTDs                                              | ยุติ        | 64,094        | -                            |       | -                                                                                     | สป.สธ./คน                                                             |
| 3.4.1     | M NCDs<br>หัวใจ<br>มะเร็ง<br>เบาหวาน<br>ระบบหายใจ | ลดลง<br>1/3 | 14.5          | 103.7<br>120.5<br>22<br>13.9 |       |  | สป.สธ./ต่อแสนประชากร                                                  |

| ตัวชี้วัด | รายละเอียด | เกณฑ์       | WHO  | Thai        | สถานะ | Trend                                                                                 | หน่วยงานที่รับผิดชอบ/หน่วยนับ                             |
|-----------|------------|-------------|------|-------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 3.4.2     | SMR        | ลดลง<br>1/3 | 14.4 | 6.32        |       |    | กรมสุขภาพจิต/ต่อแสนประชากร                                |
| 3.5.1     | CPTSNA     |             |      |             |       |                                                                                       | ไม่ชัดเจน/บำบัดยาเสพติดแบบ<br>สมัครใจมากขึ้น ร้อยละ 49.52 |
| 3.5.2     | UA15YO     |             | 8.3  | 7.33        |       |    | สป.สร.                                                    |
| 3.6.1     | DRTI       | ลดลง<br>1/2 | 36.2 | 32.6        |       |    | กรมควบคุมโรค/ต่อแสน<br>ประชากร                            |
| 3.7.1     | P WR sat   |             | 89.2 | 93          |       |    | สสช./ร้อยละ                                               |
| 3.7.2     | ABR        |             | 51   | 39.6<br>1.3 |       |  | กรมอนามัย/ต่อพันประชากร                                   |
| 3.8.1     | CEHS       |             |      | 99.95%      |       |  | ไม่ชัดเจน/รายงานในประเทศ<br>ไทยไม่ได้แบ่งตามMD            |
| 3.8.2     | PHEH       |             |      | 2.26        |       |  | ไม่ชัดเจน/วิกฤตทางการเงินต่อ<br>แสนครัวเรือน              |
| 3.9.1     | MHAPoll    | ลด          | 61.5 | 14,370.75   |       |  | สป.สร./ต่อพันประชากร<br>*เฉพาะเขต 1 ภาคเหนือ              |
| 3.9.2     | MWASH      | ลด          | 3.5  | 1,880.44    |       | -                                                                                     | สป.สร./ต่อแสนประชากร *ข้อมูล<br>ไม่ตรงกับ ICD10 (MD)      |
| 3.9.3     | MR un P    | ลด          | 0.4  |             |       | -                                                                                     | สป.สร./การนำเข้าสารพาราคว<br>วอดเพิ่มมากขึ้น              |

| ตัวชี้วัด | รายละเอียด | เกณฑ์ | WHO      | Thai           | สถานะ | Trend | หน่วยงานที่รับผิดชอบ/หน่วยนับ          |
|-----------|------------|-------|----------|----------------|-------|-------|----------------------------------------|
| 3.a.1     | ATobacco   |       | F8/m47.2 | 19.10%         |       | ↓     | สสช.                                   |
| 3.b.1     | P vac      |       |          | 99%            |       | →     | ไม่ชัดเจน/ร้อยละ                       |
| 3.b.2     | ODA M      |       | 0.37     | 37.80          |       | -     | ไม่ชัดเจน/ล้านเหรียญ ดอลลาร์สหรัฐ      |
| 3.b.3     | PHFM       |       |          |                |       | -     | ไม่ชัดเจน/*ขาดข้อมูลที่ตรงตาม metadata |
| 3.c.1     | HWD        |       | 38.2     | 1,843<br>แพทย์ |       | →     | สป.สธ./*หน่วยไม่ตรงกัน                 |
| 3.d.1     | IHR        |       | 97       | 97.80          |       | ↑     | สป.สธ./ผ่านการประเมินIHRจาก WHO        |

ตารางที่ 2 สรุปสถานการณ์ของตัวชี้วัดในเป้าหมายที่ 3

**เป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี 2573**

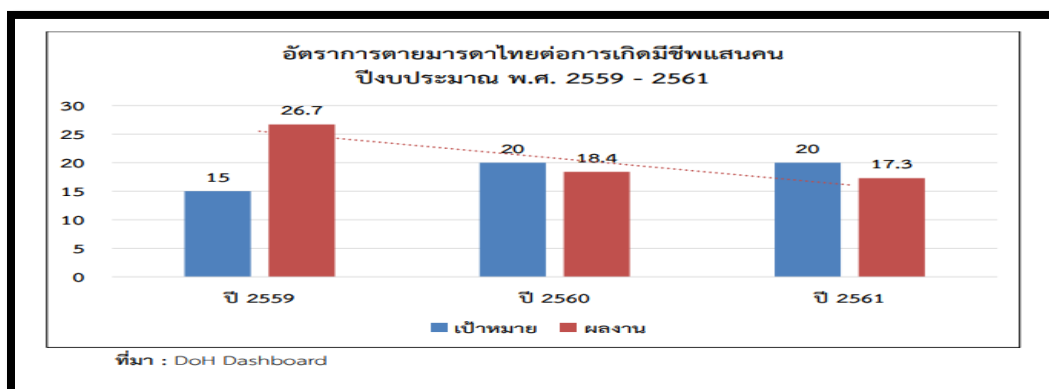
**ตัวชี้วัด 3.1.1:** อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nation Population Division ตั้งแต่ปี 1990-2015 อัตราการตายต่อแสนการเกิดมีชีพ มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ล่าสุดปี 2015 อัตราการตายของมารดาในประเทศไทย คือ 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ดังตารางที่ 1) สอดคล้องกับข้อมูลจากระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (DoH Dashboard) พบว่าอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังแผนภาพ

| ปี   | อัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน | จำนวนมารดาตาย | การเกิดมีชีพ (แสนคน) |
|------|-----------------------------------|---------------|----------------------|
| 1990 | 40                                | 430           | 1081                 |
| 1995 | 23                                | 240           | 1002                 |
| 2000 | 25                                | 220           | 905                  |
| 2005 | 26                                | 210           | 836                  |
| 2010 | 23                                | 180           | 785                  |
| 2015 | 20                                | 140           | 712                  |

ตารางที่ 3 ตาราง อัตราการตายต่อแสนการเกิดมีชีพ ตั้งแต่ปี 1990-2015

ที่มา องค์การอนามัยโลก UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nation Population Division [https://www.who.int/gho/maternal\\_health/countries/tha.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/tha.pdf?ua=1)



แผนภาพที่ 1 แผนภาพ แสดงอัตราตายต่อแสนการเกิดมีชีพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561

ที่มา ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (DoH Dashboard)

เมื่อพิจารณาอัตราตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน รายเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราตายมารดาสูงที่สุด เท่ากับ 35.2 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 8 เท่ากับ 16.6 และเขตสุขภาพที่ 4 เท่ากับ 14.4 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ โดยสาเหตุอันดับหนึ่งของการตายมารดา คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) และจากข้อมูลสาเหตุการตายของมารดาตั้งแต่ 2559-2561 พบว่ามารดาตายจากการแท้ง (Abortion) มีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก โดยในปีงบประมาณ 2562 (ข้อมูล ณ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2562) มีจำนวนทั้งสิ้น 3 ราย ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่น่าจะป้องกันได้ หากมีการดำเนินมาตรการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มารดาที่มีความจำเป็นต้องได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย จะส่งผลให้จำนวนการตายมารดาที่มีสาเหตุปัจจัยจากการแท้งได้ลดลง (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2562)

### ตัวชี้วัด 3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ

ตัวชี้วัดนี้ไม่มีการระบุเป้าหมายเป็นตัวเลขที่ชัดเจน แต่เป็นตัวชี้วัดที่มีผลต่ออัตราการตายของมารดา ปัจจุบันสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สศช.) สํารวจข้อมูลทุก 5 ปี ล่าสุดการสำรวจปี พ.ศ. 2558-2559 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ = ร้อยละ 99.6 สอดคล้องกับการรายงานจาก WHO เท่ากับร้อยละ 99 อันเนื่องมาจากมีสิทธิ์ฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ จึงทำให้มีการเข้าถึงการบริการได้ครอบคลุมมากขึ้น

**เป้าประสงค์ 3.2** ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ภายในปี 2573

#### ตัวชี้วัด 3.2.1 อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่ำกว่า 25 คนต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน

อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง (ดังตารางที่ 2) ล่าสุดปี 2017 อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เท่ากับ 9.50 ต่อการเกิดมีชีวิตพันราย สำหรับข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข แม้จะไม่ตรงกับข้อมูลของ UN แต่พบว่ามีแนวโน้มลดลง และบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัด (ดังตารางที่ 3) นับได้ว่าตัวชี้วัดนี้ประเทศไทยบรรลุเป้าประสงค์ ตามข้อมูลสถิติ

#### ตัวชี้วัด 3.2.2 อัตราตายในทารกแรกเกิด ต่ำกว่า 12 คนต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน

ข้อมูลจากองค์การสหประชาชาติ (UN) พบว่าอัตราตายในทารกแรกเกิด ประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง ล่าสุดปี 2017 อัตราตายในทารกแรกเกิด เท่ากับ 5.30 ต่อการเกิดมีชีวิตพันราย (ดังตารางที่ 2) สำหรับข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข อัตราตายทารกแรกเกิดปี 2560 เท่ากับ 5.90 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต สาเหตุการตายได้แก่ ทารกเกิดก่อนกำหนด 25% Birth asphyxia 24% Congenital heart disease 14% และเหตุอื่น ๆ 10% แม้จะไม่ตรงกับข้อมูลของ UN แต่พบว่ามีแนวโน้มลดลง และบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดเช่นกัน (ดังตารางที่ 3) นับได้ว่าตัวชี้วัดนี้ประเทศไทยบรรลุเป้าประสงค์ ตามข้อมูลสถิติ

| ปี                             | 2011  | 2012  | 2013  | 2014 | 2015  | 2016  | 2017 |
|--------------------------------|-------|-------|-------|------|-------|-------|------|
| อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี | 12.70 | 12.10 | 11.50 | 11.0 | 10.40 | 10.00 | 9.50 |
| อัตราตายในทารกแรกเกิด          | 7.00  | 6.70  | 6.40  | 6.10 | 5.80  | 5.50  | 5.30 |

ตารางที่ 4 แสดงอัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และอัตราตายในทารกแรกเกิด ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000

ที่มา UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation สืบค้นจาก <https://childmortality.org/data>



| ปี พ.ศ.                           | 2555 | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| อัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี | 9.1  | 8.7  | 8.8  | 8.6  | 8.8  | 8.2  |
| อัตราการตายในทารกแรกเกิด          | 6.8  | 5.9  | 6.2  | 5.9  | 6.4  | 5.9  |

ตารางที่ 5 แสดงอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและอัตราการตายในทารกแรกเกิด ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 ราย ที่มา กระทรวงสาธารณสุข สถิติทางการประเทศไทย (Official Statistics Thailand) <http://osthailand.nic.go.th/>

รายงานขององค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟ และธนาคารโลกระบุว่า ในปี พ.ศ.2559 มีเด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 5 ขวบ เสียชีวิต 5.6 ล้านคน ซึ่งตัวเลขดังกล่าวลดลงอย่างมากจากปี พ.ศ.2533 ที่มีเด็กเสียชีวิตสูงถึง 12.6 ล้านคน แต่การเสียชีวิตของเด็กเล็ก 15,000 คนต่อวัน ก็ยังถือเป็นตัวเลขที่สูงมาก โดยภูมิภาคแอฟริกาบริเวณแอฟริกาใต้ สาธารณรัฐอินเดียมีอัตราการเสียชีวิตของเด็กทารกสูงที่สุด โดยในปี พ.ศ.2559 มีเด็กเสียชีวิตเฉลี่ย 79 คน ต่อเด็กเกิดใหม่ 1,000 คน ขณะที่ประเทศอินเดียมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดที่ 850,000 คน รองลงมาคือไนจีเรียที่มากกว่า 450,000 คน ส่วนโรคที่สามารถรักษาได้ที่เป็นเหตุให้เด็กเล็กเสียชีวิตนั้น ได้แก่ โรคปอดอักเสบ โรคท้องร่วง และมาลาเรีย นอกจากนี้รายงานยังระบุว่า ภาวะการขาดสารอาหาร อาจทำให้เด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร้ายแรงได้ ซึ่งภาวะการขาดสารอาหารถือเป็นอีกสาเหตุถึงครึ่งหนึ่งในการเสียชีวิต ประเทศไทยจึงได้กำหนด เป้าหมายเกี่ยวกับร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการและส่วนสูงสมวัย ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

ในประเทศไทยอัตราการตายทารกจากการสำรวจสูงเป็น 4-5 เท่า ของอัตราการตายที่ได้รับจากระบบรายงาน ปี 2543 ถัดมา เหมาะสม และคณะ ได้ศึกษา สาเหตุการตายและอัตราการตายปริกำเนิดที่แท้จริงจากการเฝ้าระวัง หญิงมีครรภ์และทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย กระทรวงสาธารณสุข และองค์การอนามัยโลก ดำเนินการใน 4 อำเภอของประเทศไทย ได้แก่ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี อำเภอเทพา จังหวัด สงขลา อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น และอำเภอเมือง จังหวัดน่าน โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานขณะที่ตั้งครรภ์ 28-36 สัปดาห์ หลังจากนั้นได้จัดระบบเฝ้าระวังหญิงมีครรภ์ทุกราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จำนวนทั้งสิ้น 3509 ราย มีทารกเกิดมีชีวิตในรอบปฏิทินทั้งสิ้น 2,529 ราย อัตราตายคลอด 6.8 ต่อเกิดมีชีวิต 1000 ราย อัตราตายระยะ ต้น 3.97 ต่อเกิดมีชีวิต 1000 ราย อีกทั้งยังพบว่าสาเหตุการตายคลอดอันดับแรก คือ ภาวะทางารตั้งครรภ์ของ มารดา โดยมีภาวะขาดออกซิเจนขณะอยู่ในครรภ์เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ สาเหตุการตายอันดับสอง คือ ตายเปื่อยยุ่ย (Macerated fetus) อันดับสาม คือ ภาวะพิการแต่กำเนิด สำหรับสาเหตุของทารกตายระยะต้นที่ พบบ่อยที่สุดเป็นอันดับแรก คือ ภาวะพิการแต่กำเนิด โดยสองในสามเป็น anencephaly

เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิศาสตร์ของประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบมากในพื้นที่ สูงใกล้กับพม่า และมาเลเซีย (โดยเฉพาะในชุมชนมุสลิม) ซึ่งมีชนกลุ่มน้อยจำนวนมาก คนไร้สัญชาติและยากต่อ

การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ ส่วนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลและทุกภูมิภาคส่วนใหญ่ลดลงอย่าง  
มาก (Aungkulanon, Tangcharoensathien, Shibuya, Bundhamcharoen, and Chongsuvivatwong, 2016) การ  
ศึกษานี้จึงทำให้เห็นว่าชุมชนชายขอบเป็นพื้นที่ที่ท้าทายในประเด็นเกี่ยวกับการเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพและ  
การลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

**เป้าประสงค์ 3.3** ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเลีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคตับ  
อักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.3.1** จำนวนผู้ได้รับเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากร 1,000 คน (จำแนกตามเพศ อายุ และ  
ประชากรหลัก)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงสูงในบางกลุ่ม  
โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี ในปี 2561 คาดประมาณว่าประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 430,000 ราย ผู้ติด  
เชื้อรายใหม่เกิดขึ้น 5,000 ราย/ปี ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตจากเอชไอวี 13,800 ราย/ปี และในปี 2560 มีผู้ติดเชื้อ ที่กำลัง  
ได้รับยาต้านไวรัสอยู่ 323,784 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อแล้ว ประเด็นสำคัญ คือ  
ยังมีผู้ติดเชื้อที่รู้ตัวว่าติดเชื้อแล้วอีก ร้อยละ 25 หรือ 115,826 ราย ที่ยังไม่ได้กินยาต้าน ซึ่งผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้มี  
โอกาสที่จะถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่น (กรมควบคุมโรค, 2562) ส่วนในปี 2559 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตอยู่ 449,309 คน  
มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 12,863 คน และติดเชื้อรายใหม่ 6,471 คน รายใหม่ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มชายมี  
เพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งคาดว่าอีก 5 ปี ข้างหน้าการติดเชื้อรายใหม่กลุ่มนี้จะมีสัดส่วนเกินครึ่งของการติดเชื้อราย  
ใหม่ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560) เมื่อพิจารณาตามภูมิศาสตร์ของประเทศไทย  
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543- พ.ศ. 2557 พบว่า ภาคเหนือเป็นพื้นที่ที่มีประชากรวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ เสียชีวิตจากการ  
ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอันดับหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่น (Aungkulanon. et al, 2016)

ประเด็นท้าทายสำคัญของการเข้าถึงบริการรักษา คือ การติดตามและเลือกปฏิบัติ ข้อมูลจากการสำรวจ  
สุขภาพประชาชนทั่วประเทศที่ดำเนินการสำรวจทุก 5 ปี ครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชาชนไทย ร้อย  
ละ 58.6 มีเจตคติที่ไม่เหมาะสมในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ รวมทั้งข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การติดตามและ  
การเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ สองรอบ ในปี 2558 และ 2560 โดยสำนักโรคเอดส์ พบว่า ยังคง  
สังเกตเห็นบุคลากรในโรงพยาบาลมีการแสดงพฤติกรรมรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ร้อยละ 23.7  
และ 27.0 ตามลำดับ และพบว่าผู้ติดเชื้อเคยมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติจากการมารับบริการที่  
โรงพยาบาล ใน 12 เดือน ที่ผ่านมาร้อยละ 12.1 และ 11.1 (กรมควบคุมโรค, 2561) แม้ในภาพรวมของการติดเชื้อ  
เอชไอวีในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังพบการติดเชื้อรายใหม่ประมาณปีละ 5000 ราย สูงกว่าเป้าหมาย  
ที่ตั้งไว้ คือ ต้องการลดผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้น้อยกว่า 1,000 รายต่อปี

### ตัวชี้วัด 3.3.2 อัตราการเกิดของโรควัณโรคต่อประชากร 100,000 คน

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) มีภาระโรควัณโรคสูง (TB) 2) มีภาระวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีสูง (TB/HIV) และ 3) มีวัณโรคคือยาหลายขนานสูง (MDR-TB) ซึ่งประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม ดังกล่าวมา ดังนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีเป้าหมาย 1) ลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 2) ลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลงร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 และ 3) ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบค่าใช้จ่ายจากการดูแลรักษาวัณโรค

สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค จัดทำแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 เพื่อเป็นกรอบการดำเนินงานโดยมีมาตรการหลัก ในการจะบรรลุเป้าหมายการลดอุบัติการณ์ดังกล่าวข้างต้นจำเป็นต้อง (1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (2) เร่งรัดการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เช่น ผู้สัมผัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุม ร้อยละ 90 (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient center care) ให้มีอัตราความสำเร็จการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 ด้วยผลการดำเนินงานที่บรรลุ เป้าหมายทั้ง 3 ที่สำคัญนี้จะส่งผลให้อุบัติการณ์วัณโรคลดลงอย่างรวดเร็วสู่เป้าหมายยุติวัณโรคได้

ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 รายหรือคิดเป็น 172 ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report 2016) การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรคนั้นประเทศไทยต้องมีอัตราการลดอุบัติการณ์เฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี ในขณะที่ปัจจุบันระยะ 15 ปีที่ผ่านมาอัตราการลดลงของ อุบัติการณ์เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี จากผลการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสำคัญ เช่น ปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 67,789 รายคิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 59 และใน ปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้น ทะเบียนรักษา 62,154 รายคิดเป็นความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 55.3

| ผู้ป่วยวัณโรคใหม่ สัญชาติไทย |        |        |        |        |        |                |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
| ปี พ.ศ.                      | 2557   | 2558   | 2559   | 2560   | 2561   | 2562 (ถึง ก.ค) |
| ในปอด - จำนวน (คน)           | 40,386 | 50,139 | 52,481 | 53,403 | 54,353 | 42,672         |
| นอกปอด - จำนวน (คน)          | 27,714 | 33,811 | 34,731 | 34,828 | 32,211 | 24,577         |

ตารางที่ 6 แสดงผู้ป่วยวัณโรคใหม่ สัญชาติไทย

ที่มา [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)

จากรายงานวัณโรคระดับโลกปี 2561 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, Global TB report 2018) ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 108,000 ราย หรือคิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน แต่จากผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560 มีผลการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 80,160 ราย คิดเป็นอัตราการค้นหาและรักษาครอบคลุมร้อยละ 74 ( $80,160/108,000$ ) และมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 83 แม้จะมีแนวโน้มผลการดำเนินงานดีขึ้นตามลำดับ แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่จะนำไปสู่การยุติปัญหาวัณโรค จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงานและติดตามประเมินความก้าวหน้าของแผนงานอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงมาตรการ รวมทั้งดำเนินมาตรการเสริมอย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อการลดลงของอุบัติการณ์วัณโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 2.6

### ตัวชี้วัด 3.3.3 อัตราเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คนต่อปี

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรียปี พ.ศ. 2561 (ข้อมูล: มาลาเรียออนไลน์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561) พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย 6,625 ราย (คนไทย 4,801 ราย ต่างชาติ 1,824 ราย) อัตราป่วย 0.10 ต่อพันประชากร จำนวนผู้ป่วยลดลงจากปีงบประมาณ 2560 ณ ช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 41.87 สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 2.5 : 1 กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 25 - 44 ปี ร้อยละ 32.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนทำไร่ ร้อยละ 42.49 ชนิดเชื้อมาลาเรียที่พบ ได้แก่ *P.vivax* ร้อยละ 82 *P.falciparum* ร้อยละ 12 *P.malariae* ร้อยละ 0.58 *P. knowlesi* ร้อยละ 0.41 จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ ตาก 1,849 ราย ยะลา 1,536 ราย ศรีสะเกษ 859 ราย อุบลราชธานี 520 ราย แม่ฮ่องสอน 339 ราย กาญจนบุรี 312 ราย ราชบุรี 147 ราย สงขลา 91 ราย จันทบุรี 90 ราย ประจวบคีรีขันธ์ 84 ราย ตามลำดับ กลุ่มบ้านที่มีการแพร่เชื้อลดลง เหลือเพียง 1,686 กลุ่มบ้าน 161 อำเภอใน 42 จังหวัด จำนวนผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลง (ข้อมูล: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) โดยในปี 2560 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 15 ราย ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 42 จังหวัดที่พบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้มาลาเรีย ได้แก่ เชียงราย ตาก ศรีสะเกษ จังหวัดละ 2 ราย ชลบุรี ระยอง สระแก้ว นครราชสีมา อุดรธานี กาฬสินธุ์ มุกดาหาร ราชบุรี ปัตตานี จังหวัดละ 1 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 9 ราย เพศหญิง 6 ราย ซึ่งผู้ที่เสียชีวิตมีอายุต่ำสุด 7 ปี อายุสูงสุด 78 ปี

| อัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ต่อแสนคน |        |       |       |       |       |                |
|-----------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| ปี พ.ศ.                           | 2557   | 2558  | 2559  | 2560  | 2561  | 2562 (ถึง ก.ค) |
| จำนวน (คน)                        | 11,352 | 5,933 | 5,273 | 2,969 | 2,129 | 1,157          |
| อัตราป่วยต่อแสนคน                 | 17.48  | 5.11  | 8.06  | 4.49  | 3.22  | 1.75           |

ตารางที่ 7 แสดงอัตราป่วยด้วยโรคมาลาเรีย ต่อแสนคน

ที่มา <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=30>

### ตัวชี้วัด 3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต่อประชากร 100,000 คนในปีสำรวจ

การเสียชีวิตเนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เช่น ภาวะตับวายเฉียบพลัน ภาวะตับแข็ง และมะเร็งตับ พบมากเป็นอันดับที่ 7 ของประชากรทั่วโลก หรือประมาณ 1.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์และวัณโรค และพบว่าสาเหตุเกือบทั้งหมดเกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และซีเรื้อรัง ในปัจจุบันจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ทั่วโลกประมาณ 240 ล้านคน โดยประมาณ 100 ล้านคน เป็นผู้ป่วยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับประเทศไทยพบอัตราความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ประมาณ ร้อยละ 4-5 ของประชากรที่เกิดก่อนจะเริ่มมีการฉีดวัคซีนป้องกัน การติดเชื้อตับอักเสบบี (พ.ศ. 2535) สำหรับประชากรที่เกิดหลัง พ.ศ. 2535 ซึ่งได้บรรจู้ดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี ในแผนการสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนของประเทศไทย พบอัตราความชุกร้อยละ 0.6 และคาดว่าจะพบจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ประมาณ 2.2-3 ล้านคน (รายงานประจำปี พ.ศ. 2560 สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2560)

ข้อมูลจากระบบรายงานเฝ้าระวังโรค (National Disease Surveillance) ยังพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยจากปี 2557 ดังตารางแสดง

| จำนวนและอัตราป่วยไวรัสตับอักเสบบี ต่อแสนประชากร |       |       |       |       |       |
|-------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ปี พ.ศ.                                         | 2557  | 2558  | 2559  | 2560  | 2561  |
| จำนวน (คน)                                      | 6,283 | 6,710 | 6,625 | 7,439 | 7,165 |
| อัตราป่วยต่อแสนคน                               | 9.67  | 10.3  | 10.13 | 11.26 | 10.85 |

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและอัตราป่วยไวรัสตับอักเสบบี ต่อแสนประชากร

ข้อมูลจาก <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=12>

**ตัวชี้วัด 3.3.5** จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected tropical diseases)

จากข้อมูล WHO มีจำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเลยในปี ค.ศ. 2556 จำนวน 154,968 คน ในปี ค.ศ. 2557 จำนวน 41,297 คน ในปี ค.ศ. 2559 จำนวน 145,141 คน และในปี 2559 จำนวน 64,094 คน (WHO, 2018) ตามลำดับ สำหรับประเทศไทยไม่มีข้อมูลสถิติจำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และหน่วยงานที่รับผิดชอบ

**เป้าประสงค์ 3.4** ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.4.1** อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรไทยอายุ 30 - 70 ปี (premature mortality rate) ลดลง 1/3 ภายในปี 2573 จากข้อมูลพื้นฐานปี 2553

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ถูกยกระดับเป็นวาระทางการเมืองที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การสหประชาชาติได้จัดประชุมสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระหว่างผู้นำระดับสูงของประเทศและรับรอง “ประกาศปณณญญาการเมืองว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (Political Declaration)” นำมาซึ่งการกำหนด 9 เป้าหมายระดับโลก ในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายในปี 2568 ซึ่งประเทศไทยได้ทำการรับรอง 9 เป้าหมาย ดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายของประเทศ

ข้อมูลสถานะของประเทศไทยอัตราการตายจากสาเหตุโรคต่าง ๆ ที่ ตรงตามเป้าประสงค์ 3.4 แสดงดังตาราง หน้านับ: รายต่อประชากรแสนคน

| ปี พ.ศ.                            | 2553 | 2554 | 2555  | 2556  | 2557  | 2558  | 2559  | 2560  |
|------------------------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| โรคหลอดเลือดหัวใจ                  |      |      | 72.12 | 84.38 | 90.34 | 95.1  | 107.2 | 103.7 |
| โรคหัวใจขาดเลือด                   | 20.5 | 22.5 | 23.4  | 26.9  | 27.8  | 29.9  | 32.3  | 31.8  |
| โรคหลอดเลือดสมอง                   | 27.5 | 30.0 | 31.7  | 35.9  | 38.7  | 43.3  | 48.7  | 47.8  |
| โรคเบาหวาน                         | 10.8 | 11.9 | 12.1  | 15.0  | 17.5  | 19.4  | 22.3  | 22    |
| โรกระบบทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง |      |      | 10.3  | 11.3  | 12.1  | 13.5  | 15.3  | 13.9  |
| มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด           |      |      |       | 104.8 | 107.9 | 113.7 | 119.3 | 120.5 |

ตารางที่ 9 แสดงสถานะของประเทศไทยอัตราการตายจากสาเหตุโรคต่าง ๆ

ที่มา : สถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูลแนวโน้มของความไม่เท่าเทียมกันทางภูมิศาสตร์ในการเสียชีวิตเฉพาะโรคในพื้นที่ประเทศไทย เป็นระยะเวลา 14 ปี (ค.ศ.2001-2014) พบว่า พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและโรคเบาหวานค่อนข้างสูง ซึ่งโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งและความชุกของโรคเบาหวานในเมืองสูงกว่าในชนบทด้วย ส่วนโรคมะเร็งปอดพบมากในพื้นที่ภาคเหนือ (Aungkulanon. et al, 2016)

แนวโน้มอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรไทยอายุ 30 - 70 ปี มีอัตราการเพิ่มขึ้นทุกปี แสดงให้เห็นได้ชัดว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายการลดลง 1/3 ภายในปี 2573 จากข้อมูลพื้นฐานปี 2553 ตามเป้าประสงค์ 3.4

#### ตัวชี้วัด 3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควร โดยองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่า ทุก ๆ 1 ปี จะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านราย (Suicide Prevention, 2006) ซึ่งหากเปรียบเทียบในประชากรหนึ่งแสนคนจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 16 ราย หรือในทุก 40 วินาทีจะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย (Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, 2012)

อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2559 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย และในปี 2560 มีอัตราต่ำกว่าปี 2559 แต่ยังสูงกว่าปีพื้นฐาน พ.ศ. 2553

| ปี พ.ศ.           | 2553  | 2554  | 2555  | 2556  | 2557  | 2558  | 2559  | 2560  | 2561  |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| อัตราการฆ่าตัวตาย | 5.90  | 6.03  | 6.20  | 6.08  | 6.07  | 6.47  | 6.35  | 6.03  | 6.32  |
| จำนวน(ราย)        | 3,761 | 3,873 | 3,985 | 3,940 | 3,950 | 4,205 | 4,131 | 3,934 | 4,137 |

ตารางที่ 10 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทย

ที่มา : กรมสุขภาพจิต ([https://dmh.go.th/report/suicide/stat\\_prov.asp](https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp))

โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2560 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชายสูงกว่าอัตราของประชากรเพศหญิงประมาณ 3-5 เท่า ปี 2560 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศชายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 9.93 อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรเพศหญิงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 2.28 ดังแสดงในตารางด้านล่าง

| ปี พ.ศ. | อัตราต่อประชากรแสน ชาย | อัตราต่อประชากรแสน หญิง |
|---------|------------------------|-------------------------|
| 2553    | 9.29                   | 2.62                    |
| 2553    | 9.45                   | 2.72                    |
| 2555    | 9.66                   | 2.85                    |
| 2556    | 9.7                    | 2.58                    |
| 2557    | 9.6                    | 2.65                    |
| 2558    | 10.28                  | 2.48                    |
| 2559    | 10.29                  | 2.56                    |
| 2560    | 9.93                   | 2.28                    |

ตารางที่ 11 แสดงอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยแยกตามเพศ

ที่มา : ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต [https://dmh.go.th/report/suicide/stat\\_prov.asp](https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp)

เมื่อแบ่งตามช่วงอายุปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีการฆ่าตัวตาย 4,205 ราย ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 40-49 ปี (939 ราย) คิดเป็นร้อยละ 22.33 รองลงมาคือช่วงอายุ 30-39 ปี (929 ราย) ร้อยละ 22.09 และ ช่วงอายุ 50-59 ปี (748 ราย) ร้อยละ 17.79 พ.ศ. 2559 พบว่า มีการฆ่าตัวตาย 4,131 ราย ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 30-39 ปี (930 ราย) คิดเป็นร้อยละ 22.51 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี (861 ราย) ร้อยละ 20.84 และช่วงอายุ 50-59 ปี (760 ราย) ร้อยละ 18.40 พ.ศ. 2560 พบว่า มีการฆ่าตัวตาย 3,934 ราย ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 40-49 ปี (858 ราย) คิดเป็นร้อยละ 21.81 รองลงมาคือช่วงอายุ 30-39 ปี (835 ราย) ร้อยละ 21.23 และช่วงอายุ 50-59 ปี (725 ราย) ร้อยละ 18.43 เมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลปี พ.ศ. 2553 จำนวนประชากรที่เสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 3,761 คน ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ 30-39 ปี (885 ราย) ร้อยละ 23.53 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40-49 ปี (756 ราย) ร้อยละ 20.10 และ 20-29 ปี (770 ราย) ร้อยละ 20.47 ตามลำดับ

อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แยกตามจังหวัด ข้อมูลล่าสุดประจำปี 2560 พบว่า 10 อันดับของจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ แม่ฮ่องสอน น่าน ตราด แพร่ ลำปาง เชียงราย เชียงใหม่ จันทบุรี พะเยา และตาก ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือของประเทศไทย

**เป้าประสงค์ 3.5** เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้อยาเสพติดในทางที่ผิด และการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย

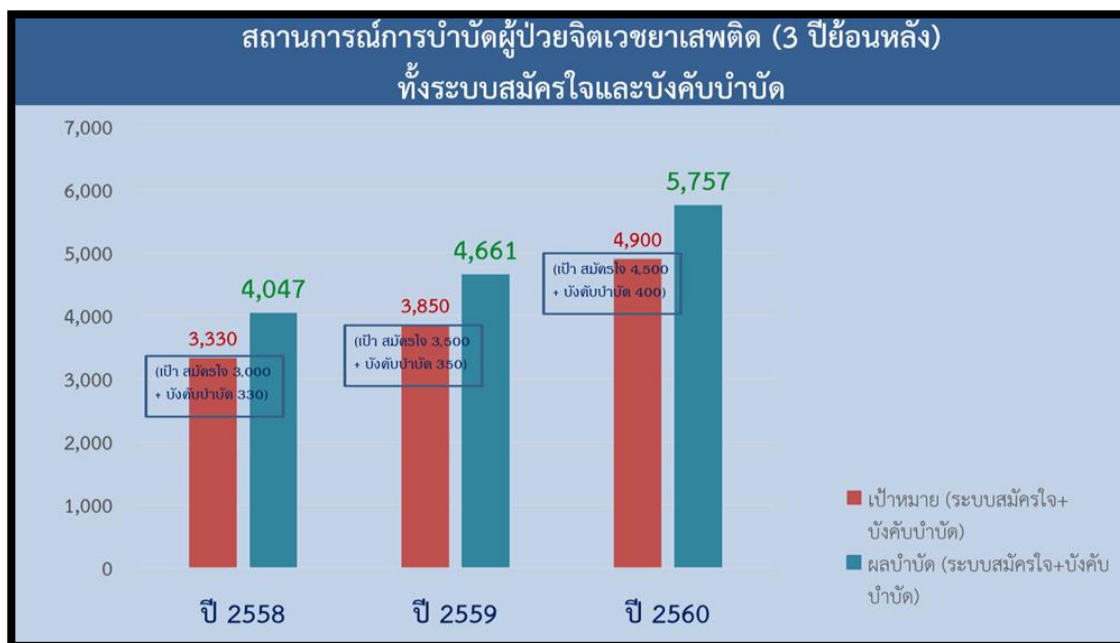
**ตัวชี้วัด 3.5.1** ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยาทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด



ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557 มีน้อยมากร้อยละ 0.02 ตั้งแต่ปี 2558-2561 ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาโดยสมัครใจเพิ่มมากขึ้น จาก 34.64, 53.19, 57.77 และ 49.52 ตามลำดับ

ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาโดยบังคับตั้งแต่ปี 2557-2560 มีน้อยลง จาก 76.50, 55.23, 35.40, 29.1 และเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยในปี 2561 คือร้อยละ 38.74 ผู้ที่ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดโดยการต้องโทษ ปี 2559-2561 ร้อยละ 11.35-14.32 เมื่อเปรียบเทียบกับอายุของผู้ที่ได้รับการบำบัดติดยาเสพติด พบว่า ช่วงอายุที่ได้รับการบำบัดรักษามากที่สุดตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557-2561 คือ ช่วงอายุ 18-24 ปี ร้อยละ 21.92, 30.56, 35.20, 36.37 และ 32.88 ตามลำดับ

ประเทศไทยมุ่งเป้าหมายตามตัวชี้วัด 3.5.1 ให้มีความครอบคลุมของการรักษา ในปี 2562 กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดตัวชี้วัดระดับกระทรวง 2 ตัวชี้วัด คือ 1) ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) เป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 20 และตัวชี้วัด 2) ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month Remission rate) เป้าหมาย คือ มากกว่าร้อยละ 40 แต่จากการสืบค้นข้อมูลพบว่าข้อมูล ณ วันที่ 28 กรกฎาคม 2562 จากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน ระบบตัวชี้วัด และแผนงาน KPI <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/> ยังไม่พบการรายงานตัวชี้วัดดังกล่าว



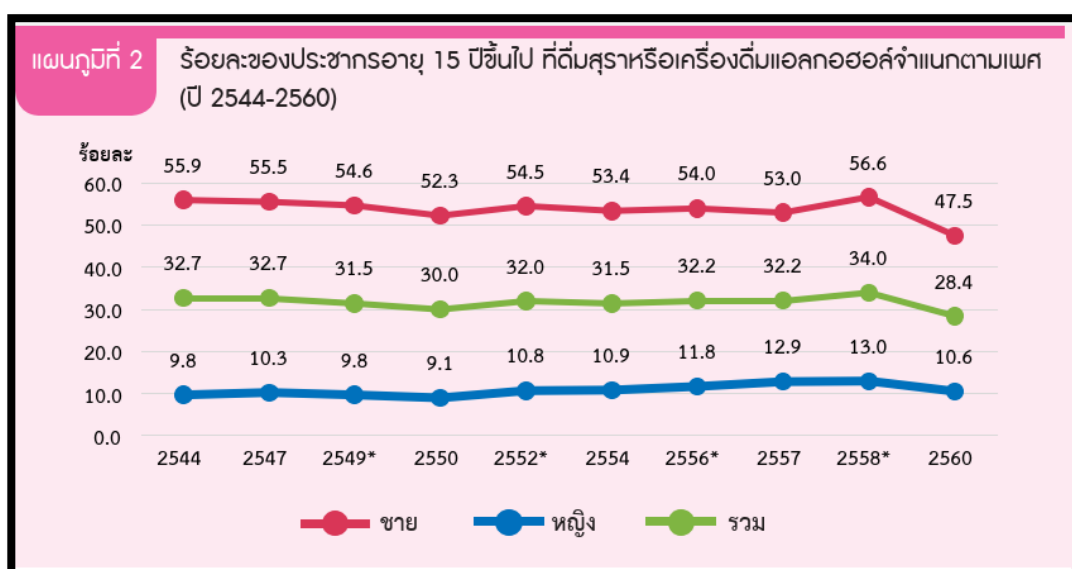
แผนภาพที่ 2 แสดงสถานการณ์การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระบบสมัครใจและบังคับสมัครใจ  
ที่มา: ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (ศอ.ปส.สธ.)

<https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmPublicReport/>

**ตัวชี้วัด 3.5.2** การใช้แอลกอฮอล์นียมตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อผู้บริโภคราย (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนประชากรของแอลกอฮอล์บริโภคภายในปีปฏิทิน

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและกระทบปัญหาภาพรวมของประเทศ โดยมีเป้าหมาย คือ ปกป้องสังคมจากโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งจากรายงานประจำปีก็พบข้อมูลร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งพบข้อมูลของการเคาะซื้อสุราในช่วงเวลาที่กฎหมายห้ามขาย ข้อมูลการพบเห็นการดื่มสุราในสถานที่ห้ามบริโภค ส่งผลให้ข้อมูลด้านแนวโน้มค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเดือนของครัวเรือนเพิ่มขึ้นจาก 140 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน ในปี 2558 เป็น 255 บาทต่อครัวเรือนต่อเดือน จึงเป็นที่น่าสังเกตว่าประชากรไทยมิได้ลดการบริโภคแอลกอฮอล์ แม้จะมีการปรับเปลี่ยนของภาษีแอลกอฮอล์ ที่สำคัญคือไม่ตระหนักและไม่ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของการจำหน่ายและดื่มสุราในที่ห้ามบริโภคตามกฎหมาย

แผนภูมิแสดง ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์จำแนกตามเพศ ตามเพศ (ปี 2544-2560)



แผนภาพที่ 3 แสดงร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มสุราจำแนกตามเพศ ปี พ.ศ.2544-2560

ที่มา: รายงานประจำปี 2561 ของสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หน้า 39

จากแผนภูมิพบว่าอัตราการดื่มของเพศชายลดลงจากร้อยละ 56.6 เป็นร้อยละ 47.5 และในเพศหญิงมีอัตราการดื่มลดลงจากร้อยละ 13.0 เป็นร้อยละ 10.6 และเพศชายดื่มมากกว่าเพศหญิง 4.5 เท่า เมื่อพิจารณา

ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ข้อมูลจาก WHO รายงานว่า ปี พ.ศ. 2556-2559 มีปริมาณการดื่ม 7.1, 8.3, 7.2 และ 8.3 ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลสูงกว่าของประเทศไทยที่พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. ปี 2556-2559 มีปริมาณการดื่ม 6.89, 6.91, 6.95 และ 7.12 ตามลำดับ ดังภาพ



แผนภาพที่ 4 แสดงปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2561)

**เป้าประสงค์ 3.6** ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกครั้งหนึ่ง ภายในปี 2563

**ตัวชี้วัด 3.6.1** จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ภายในช่วงระยะเวลา 30 วัน ต่อประชากร 100,000 คน (อายุมาตรฐาน)

สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย WHO รายงานความปลอดภัยทางถนนของโลก ปี 2556 จากการสำรวจทั่วโลก 180 ประเทศ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก อัตราตาย 36.2 รายต่อประชากรแสนคน (ประมาณ 24,237) ซึ่งสถิติที่องค์การอนามัยโลกประมาณการจำนวนและอัตราตายสูงกว่าตัวเลขที่รายงาน 1.6 เท่า ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 21,745 คน คิดเป็น 31.58 ต่อแสนประชากร อยู่ในลำดับที่ 9 และประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอันดับหนึ่งของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการสูญเสียปีสุขภาวะของวัยรุ่นไทยทั้งชายและหญิง ช่วงอายุ 15-29 ปี (สุขภาพคนไทย, 2560) ส่วนในระดับภูมิภาคข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คิดเป็นอัตรา 17.3 ต่อประชากรแสนคน และในปีงบประมาณ 2560 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอยู่ที่ 19.21 ต่อประชากรแสนคน

ข้อมูลปี 2554 – 2559 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 21,200 คน/ปี คิดเป็น 32.6 ต่อประชากรแสนคน หรือวันละ 60 คน/วัน ผู้บาดเจ็บนอนโรงพยาบาล ประมาณ 200,000 คน/ปี และผู้พิการจากอุบัติเหตุอีกปีละประมาณ 9,000 คน และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอยู่ในอัตราที่สูงมาเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่เจริญแล้วไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน

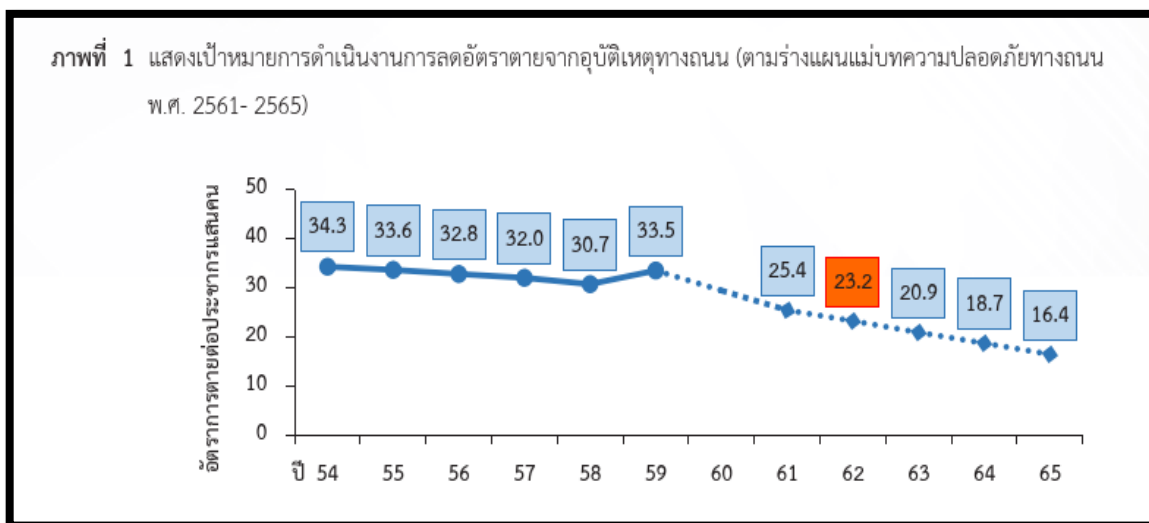
| ระดับ                 | ปี 2556 | ปี 2557 | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ทั้งประเทศ            | 22.9    | 23.2    | 22.3    | 23.8    | 24.1    |
| กรุงเทพมหานคร         | 4.4     | 4.7     | 4.1     | 4.8     | 4.7     |
| ภาคเหนือ              | 26.8    | 27.8    | 25.7    | 27.7    | 26.8    |
| ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) | 28.4    | 29.4    | 29.4    | 31.9    | 30.8    |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 20.6    | 20.2    | 19.2    | 20.1    | 22.1    |
| ภาคใต้                | 25.     | 24.6    | 23.9    | 24.6    | 25.     |

ตารางที่ 12 แสดงอัตราตายด้วยอุบัติเหตุทางถนนอัตราตายจากอุบัติเหตุบนท้องถนน

ที่มา : ระบบฐานข้อมูลด้านคุณภาพสังคมและพัฒนาชีวิต (2562)

จากรายงานการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนโดยการบูรณาการข้อมูลการตายจากข้อมูล 3 ฐาน ได้แก่ ข้อมูลจากมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย เป็นระบบลงทะเบียนการตายของผู้เสียชีวิตทุกรายที่มีการแจ้งตาย ข้อมูลจากระบบ POLIS เป็นระบบบันทึกข้อมูลคดี และข้อมูลจากระบบ E-Claim เป็นระบบบันทึกข้อมูลสำหรับเบิกจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์ เพื่อให้ได้ข้อมูลการตายที่มีความครอบคลุมมากที่สุด พบว่า ปี พ.ศ. 2559 – 2560 จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ 21,745 ราย 21,607 ราย และ 20,115 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแต่พบการคำนวณจำนวนอุบัติเหตุการเสียชีวิตต่อแสนประชากร (ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน, 2562)

เป้าหมายในระดับประเทศของไทย ในปี 2562 ลดอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 23.2 ต่อประชากรแสนคน และลดอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน 16.4 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี 2565 (ตามร่างแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561-2565)



แผนภาพที่ 5 แสดงอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนนและเป้าหมายการดำเนินงานในปี พ.ศ.2561-2565  
 ที่มา แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ 2562, กรมควบคุมโรค 2561

**เป้าประสงค์ 3.7** สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัวและการผ산อนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.7.1** ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

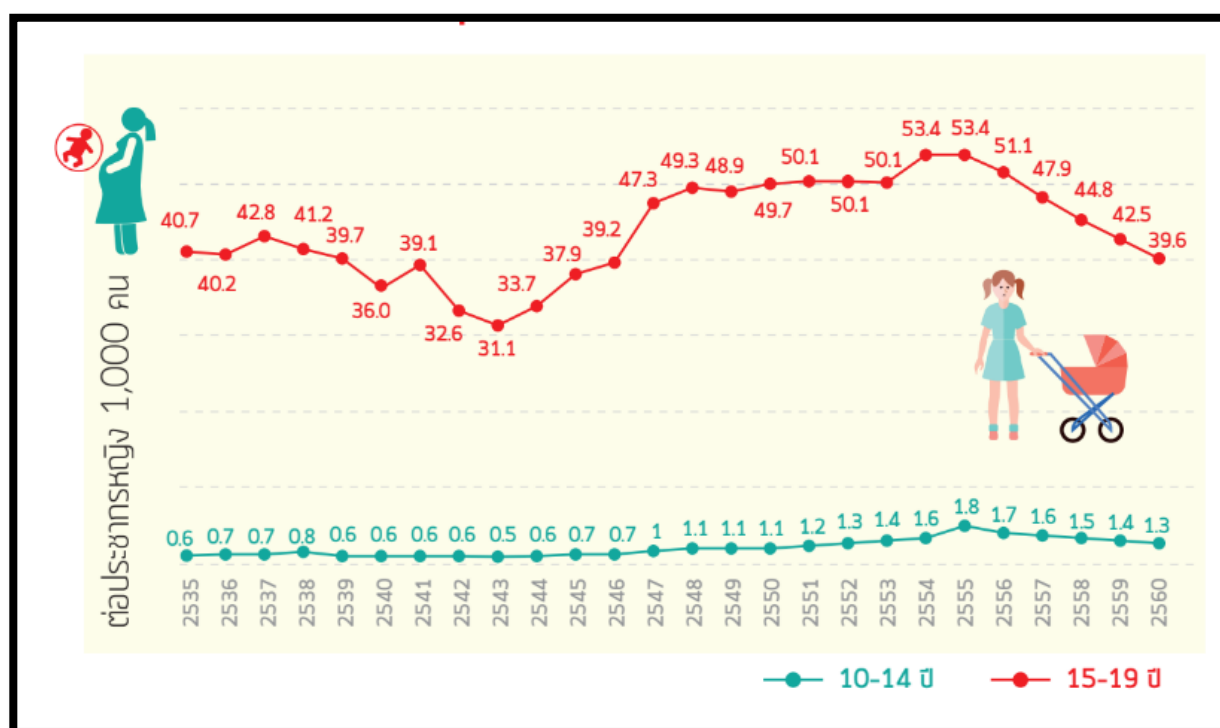
การคุมกำเนิดของสตรีด้วยวิธีสมัยใหม่มีการใช้อย่างแพร่หลาย ประมาณ 3 ใน 4 ของสตรี ได้แก่ หมัน หญิง หมันชาย ห่วงอนามัย ยาฉีด ยาเม็ด ถุงยางอนามัยชาย/หญิง หมวกยาง/โฟม/สารหล่อลื่น และแผ่นแปะอนามัย พบร้อยละ 75.5 ส่วนการคุมกำเนิดด้วยวิธีดั้งเดิม คือ การนบระยะปลอดภัย และหลั่งนอกช่องคลอด พบเพียงร้อยละ 2.8 และการคุมกำเนิดด้วยวิธีดั้งเดิมนี้นพบมากในสตรีภาคใต้ ร้อยละ 5.4 พบในสตรีอายุ 45-49 ปี ร้อยละ 4.1 สตรีที่มีบุตร 1 คน ร้อยละ 4.1 สตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 5.1 และสตรีที่อยู่ในครอบครัวที่ร่ำรวยมาก ร้อยละ 4.1 (ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี, 2559)

ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี (MICS) พ.ศ. 2555 และ พ.ศ.2558 ในหัวข้อการคุมกำเนิดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ พบว่า อัตราการคุมกำเนิดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี เท่ากับร้อยละ 79.3 และ 78.4 ตามลำดับ และร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-19 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ เท่ากับ 92.0 และ 93.0 ตามลำดับ

ข้อสังเกตเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวว่าค่าคะแนนร้อยละที่ได้จากการสำรวจนั้น ใช้เครื่องมือมาตรฐานประเมินความพึงพอใจเหมือนกันทั่วโลก หรือไม่ เนื่องจากหากเครื่องมือมีความแตกต่างกัน ย่อมส่งผลกระทบต่อความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้

**ตัวชี้วัด 3.7.2** อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อผู้หญิง 1,000 คน ในแต่ละกลุ่มอายุที่กำหนดไว้

ประชากรวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ในประเทศไทยมีจำนวนลดลงต่อเนื่อง ในปี 2563 คาดว่าจะมีจำนวนประมาณ 8 ล้านคน จึงส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์มีแนวโน้มลดลง ดังกราฟ



แผนภาพที่ 6 แสดงอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี 1,000 คน

**ที่มา:** รายงานสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ 2560 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2560 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 39.6 ต่อประชากรพันคน ซึ่งในปี 2562 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 38 ต่อประชากรพันคน ปัจจุบันข้อมูล ณ วันที่ 28 กรกฎาคม 2562 จากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 21.2 ต่อประชากรพันคน อีกทั้งยังพบว่า เขต 6 มีอัตราการคลอดสูงที่สุดเกินตัวชี้วัดกำหนด คือ 41.89 ต่อประชากรพันคน (Key Performance Indicators, 2562)

จากข้อมูลการสำรวจสถานะ MICS อัตราการมีบุตรของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) ปี 2558-2559 เมื่อพิจารณาจากภาค พบว่า อัตราการมีบุตรของวัยรุ่นในภาคเหนือสูงที่สุด คือ เด็กเกิด 72 คนต่อวัยรุ่น 1,000 คน รองลงมาคือ ภาคใต้ 58 คนต่อ 1,000 คน และยังพบว่า วัยรุ่นที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาให้กำเนิดบุตรสูงมาก คือ 104 คน ต่อวัยรุ่น 1,000 คน แต่ระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา มีเพียง 3 คน ต่อวัยรุ่น 1,000 คน เมื่อเปรียบเทียบฐานะของวัยรุ่นพบว่า วัยรุ่นที่ยากจนและยากจนมากคลอดบุตรในจำนวนที่สูงกว่าครัวเรือนที่มีฐานะปานกลางขึ้นไปอย่างเห็นได้ชัดเจน

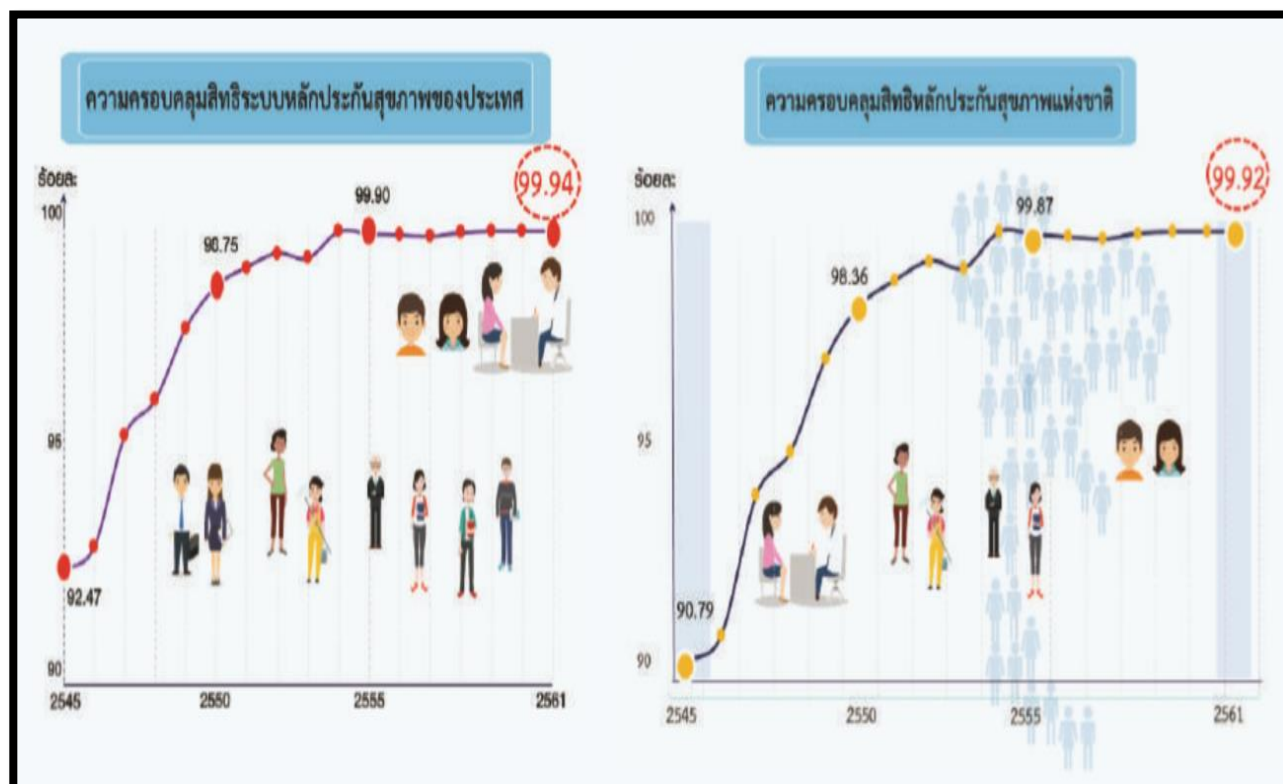
**เป้าประสงค์ 3.8** บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้

#### **ตัวชี้วัด 3.8.1** ความทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วยภาวะเจริญพันธุ์ มารดา เด็กแรกเกิดและสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส

ระบบหลักประกันด้านสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ (รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน หน่วยงานที่มี พ.ร.บ.เฉพาะ) จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562) ระบุว่า ความครอบคลุมของสิทธิตามหลักประกันสุขภาพ ในจำนวนผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพทั้งหมด ในปี 2557, 2558, 2559 และ 2560 ก่อนข้างครอบคลุม โดยมีถึงร้อยละ 99.84, 99.92, 99.95 และ 99.95 ตามลำดับ

จากรายงานประจำปี 2561 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุว่า ประชากรไทยมีผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั่วประเทศ จำนวน 66.2452 ล้านคน (ไม่นับรวมบุคคลที่ไม่อยู่ในทะเบียนบ้าน (รอยืนยันสิทธิ) คนไทยในต่างประเทศและคนต่างด้าว) ลงทะเบียนสิทธิในระบบประกันสุขภาพ จำนวน 66.2058 ล้านคน แสดงถึงความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ร้อยละ 99.94 สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) จำนวน 47.8420 ล้านคน มีผู้ลงทะเบียนสิทธิจำนวน 47.8027 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 99.92 ประกันสังคม 12.238 ล้านคน ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 5.053 พนักงานส่วนท้องถิ่น 0.625 ล้านคน ผู้มีปัญหาด้านและสิทธิ และครูเอกชน 0.468 ล้านคน ผู้ประกันตนคนพิการ 0.019 ล้านคน ผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ 0.039 ล้านคน



แผนภาพที่ 7 แสดงความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ และความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพ

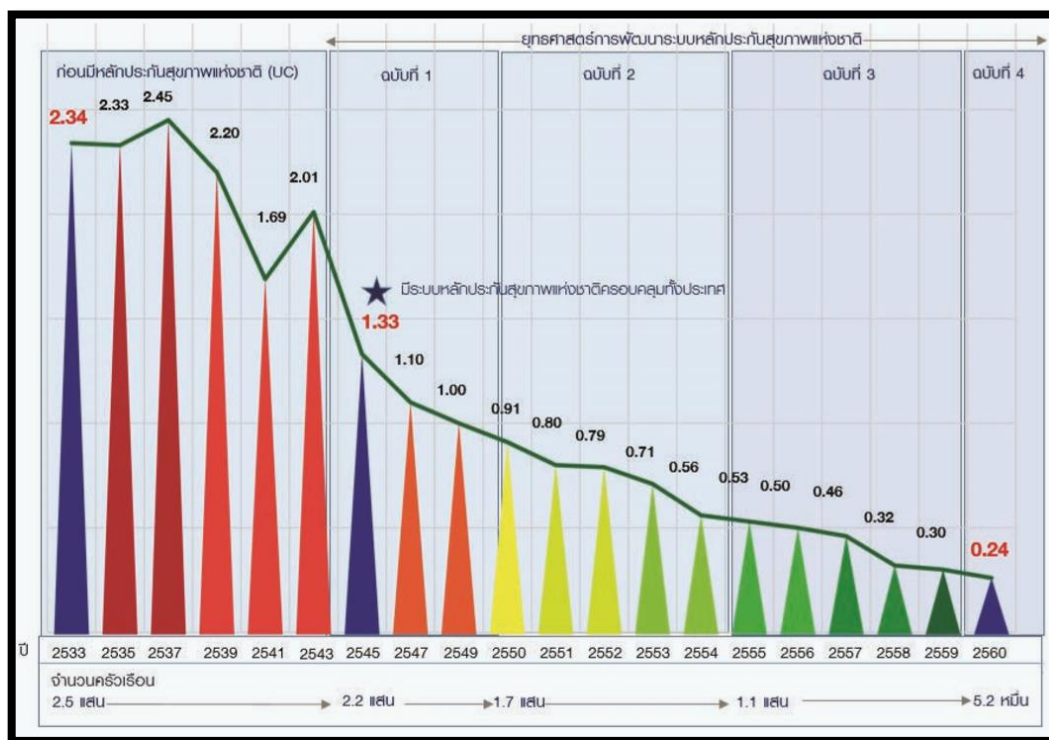
ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2561)

### ตัวชี้วัด 3.8.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

กระทรวงสาธารณสุขเสนอปรับเป็น สัดส่วนครัวเรือนที่ล้มละลาย/ที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล-อุบัติเหตุครัวเรือนล้มละลายจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล-อุบัติเหตุครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ประเทศไทยได้มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปี 2545 ทำให้ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนมีสัดส่วนที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 44 ในปี 2558 เหลือร้อยละ 11 ในปี 2560 ส่วนครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จากร้อยละ 7.07 (7.7 แสนครัวเรือน) ในปี 2533 เหลือร้อยละ 2.26 (4.8 แสนครัวเรือน) ในปี 2560 และครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ลดลงจากร้อยละ 2.34 (2.5 แสนครัวเรือน) ในปี 2533 เหลือร้อยละ 0.24 (5.2 หมื่นครัวเรือน) ในปี 2560 ดังภาพ





แผนภาพที่ 8 แสดงร้อยละครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปี พ.ศ. 2533-2560

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2561)

หากเปรียบเทียบก่อน-หลังการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ก่อนการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีค่าใช้จ่ายในครัวเรือนด้านสุขภาพ 2.7-3.8 % (4-7 หมื่นล้านบาท/ปี) หลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนด้านสุขภาพ 1.5-1.9% (5-6 หมื่นล้านบาท/ปี) แต่อย่างไรก็ตามภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนที่มีรายได้สูงยังคงมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากการเข้ารักษาที่โรงพยาบาลเอกชนสูง โดยเมื่อแบ่งแยกค่าใช้จ่ายตามสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของครัวเรือนไทย ปี 2558 พบว่า ครัวเรือนเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 59 (1.7 หมื่นล้านบาท) แผนกผู้ป่วยในร้อยละ 21 (6 พันล้านบาท) ส่วนในโรงพยาบาลรัฐผู้ป่วยนอกร้อยละ 12 (3.5 พันล้านบาท) ผู้ป่วยในร้อยละ 9 (2.5 พันล้านบาท) (Saudamini, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, รักรมณี บุตรชน, ศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข, ยศ ตีระวัฒนานนท์, 2559)

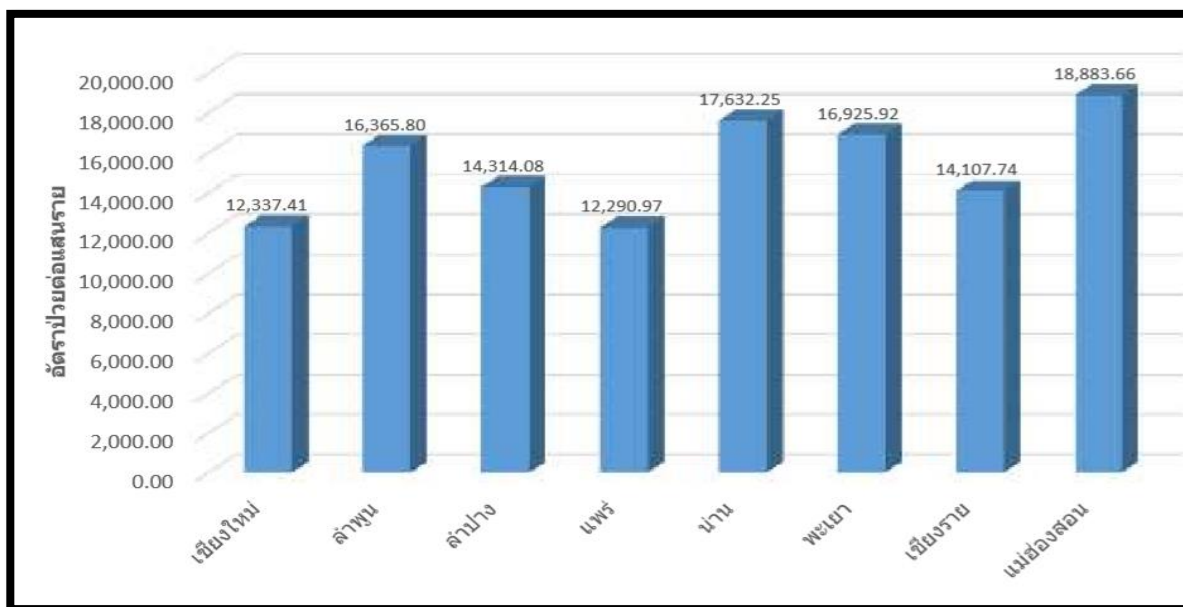
**เป้าประสงค์ 3.9** ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมากภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.9.1** อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในอากาศ

กระทรวงสาธารณสุขเสนอขอปรับเป็น อัตราป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจจากมลพิษหมอกควัน ภาคเหนือไม่เกิน 1,200 คน ต่อแสนประชากร (ฐานข้อมูลปี 2557 = 1,208 ต่อแสนประชากร)

มลพิษทางอากาศ เป็นปัญหาสำคัญในปี 2561 ที่ผ่านมา และยังเป็นปัญหาต่อเนื่อง มาจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มรุนแรงขึ้น มักเกิดในช่วงฤดูแล้ง (มกราคม - เมษายน) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มลพิษหมอกควันทางใน จังหวัดทางภาคเหนือ ซึ่งประกอบไปด้วย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ แม่ฮ่องสอน เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา น่าน แพร่ ลำปาง และลำพูน เนื่องจากเป็นช่วงที่เกิดไฟป่าและการลักลอบเผาเศษวัชพืชทางการเกษตร ประกอบกับพื้นที่เป็นแอ่งกระทะและมีภูเขาล้อมรอบ จึงทำให้หมอกควันสะสม (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งโรคที่ต้องเฝ้าระวัง 4 กลุ่ม ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดทุกชนิด โรคทางเดินหายใจทุกชนิด โรคตาอักเสบ และโรคผิวหนังอักเสบ จากข้อมูลของระบบ HDC พบว่า ปี พ.ศ. 2558 มีอัตราป่วยโรคทางเดินหายใจส่วนล่างต่อแสนประชากร ในเขตสุขภาพที่ 1 เท่ากับ 2,005.65 ในปี พ.ศ.2560 พบผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 841,832 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนรายเท่ากับ 14,370.75 จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาได้แก่ จังหวัดน่าน และพะเยา ตามลำดับ จากข้อมูลการประเมินแนวโน้มความไม่เท่าเทียมกันทางภูมิศาสตร์เป็นระยะเวลา 14 ปี (ค.ศ.2001-2014) ในพื้นที่ประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดอดุดกันเรื้อรังและการตายของโรคหอบหืดสูงในภาคเหนืออาจสะท้อนให้เห็นถึงมลพิษทางอากาศที่มีอันตรายสูงขึ้น และยังพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหอบหืดสูงในพื้นที่ภาคใต้เช่นเดียวกัน แม้ว่าภาคใต้จะมีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดในประเทศแต่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุการตายด้วยด้วยโรคหอบหืดได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการสอบสวนเพิ่มเติม (Aungkulanon, et al, 2016)



แผนภาพที่ 9 อัตราป่วยโรคระบบทางเดินหายใจในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ปี 2560

ที่มา : สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2560)

โรคหัวใจขาดเลือดที่มีสาเหตุมาจากปัญหาหมอกควันใน 8 จังหวัดภาคเหนือ ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD – 10 เป็น I20-I25 พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 4,316 ราย คิดเป็น 65.83 ต่อแสนประชากร ปี 2560 มีผู้ป่วยจำนวน 3,856 ราย คิดเป็น 73.74 โดยจังหวัดลำปางมีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือ จังหวัดพะเยา และลำพูน ตามลำดับ

**ตัวชี้วัด 3.9.2** อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ สุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการชะล้างที่ไม่ปลอดภัย)

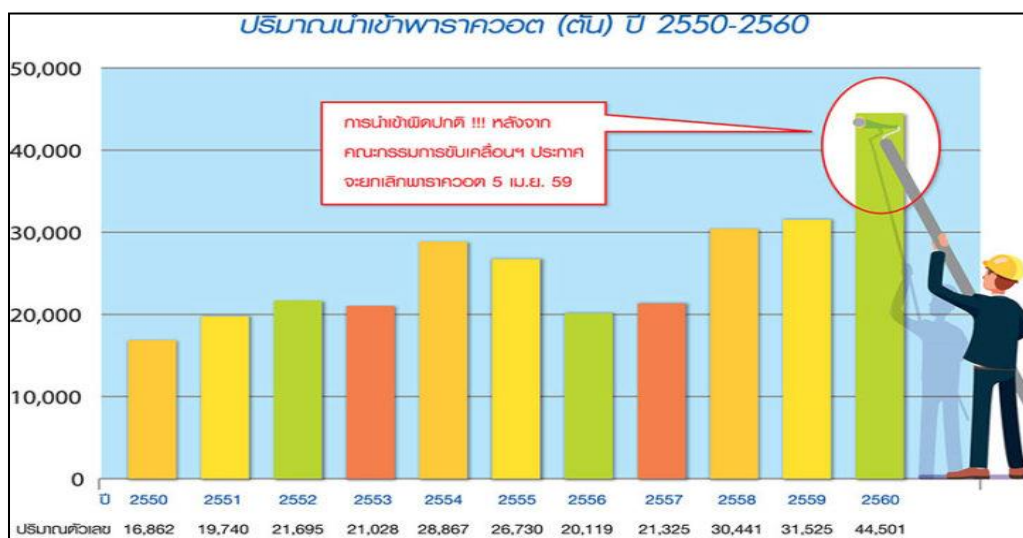
จากการรายงานข้อมูลของประเทศไทยในระบบเฝ้าระวัง 506 จากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคท้องร่วง (Diarrhea) ในประเทศไทย 77 จังหวัด ในปี 2561 มีผู้ป่วย 1,230,314 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,880.44 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.01 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปราจีนบุรี (4,703.23 ต่อแสนประชากร) สมุทรสงคราม (3,624.09 ต่อแสนประชากร) และจันทบุรี (3,486.25 ต่อแสนประชากร) ส่วนภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ ภาคกลาง 2036.41 ต่อแสนประชากร ภาคเหนือ 2,035.38 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1,799.88 ต่อแสนประชากร และภาคใต้ 1,493.93 ต่อแสนประชากรตามลำดับ พบในกลุ่มอายุ มากกว่า 65 ปี มากที่สุด รองลงมาเป็น กลุ่มอายุ 15-24 ปี และ 25-34 ปี ตามลำดับ แต่ข้อมูลนี้ยังไม่ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคท้องร่วงที่มีสาเหตุมาจากน้ำหรือสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัยซึ่งอาจจะเกิดจากหลายสาเหตุได้

### ตัวชี้วัด 3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ

ประเทศไทยยังขาดการรายงานข้อมูลที่ชัดเจนตาม ICD10 (อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ) ที่ UN ได้กำหนดใน Metadata คณะผู้วิจัยจึงได้รวบรวมข้อมูลและนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องดังนี้

โรคพิษจากสารทำละลายอินทรีย์ (Organic solvent poisoning) สารทำละลายอินทรีย์ เป็นสารระเหยและสารทำละลายอินทรีย์เป็นผลผลิตจากอุตสาหกรรมปิโตรเคมี และถูกนำมาใช้ประโยชน์ในอุตสาหกรรมเช่น อุตสาหกรรมการผลิตเฟอร์นิเจอร์ อิเล็กทรอนิกส์ ทอผ้า ย้อมผ้า เป็นต้น โดยสารพิษดังกล่าวส่งผลกระทบให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตต่อผู้สัมผัส สารละลายอินทรีย์ที่ก่อให้เกิดพิษที่สำคัญ ได้แก่ เบนซีน โทลูอิน สไตรีน ไตรคลอโรเอthinline เป็นต้น จากรายงานระบบฐานข้อมูล HDC พบว่า ปี 2561 พบผู้ป่วยโรคจากพิษสารทำละลายอินทรีย์ 336 ราย คิดเป็น 0.73 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 จำนวน 18 ราย จาก 12 จังหวัดทั่วประเทศ คิดเป็น 0.03 ต่อแสนประชากร ลดลงจากปี 2559 ที่พบผู้ป่วยจำนวน 673 ราย โดยจังหวัดน่านและจังหวัดเพชรบุรีพบผู้ป่วยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ จังหวัดบึงกาฬ และฉะเชิงเทรา ตามลำดับ

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายและมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี สถานการณ์การเจ็บป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในปี 2561 จากฐานข้อมูลระบบ HDC (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) พบข้อมูลผู้ป่วยโรคจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 6,079 ราย (12.95 ต่อแสนประชากร) โดยแบ่งตามสาเหตุ เกิดจากสารกำจัดแมลง 2,956 ราย (6.30 ต่อแสนประชากร) สารกำจัดวัชพืช 1,343 ราย (2.86 ต่อแสนประชากร) สารกำจัดศัตรูพืชอื่น 1,780 ราย (3.79 ต่อแสนประชากร) โดยในเขตสุขภาพที่ 2 และ 9 พบจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งข้อมูลมีความแตกต่างจากข้อมูลของ สปสช. จากการเข้ารับบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทองทั้งประเทศ พบว่า การเข้ารับบริการโดยมีสาเหตุจากเคมีกำจัดศัตรูพืช (ยาฆ่าแมลงกลุ่มออร์แกโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต ยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าเชื้อรา และสารเคมีทางการเกษตรประเภทอื่น ๆ) ปี 2559 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจำนวน 4,924 ราย เสียชีวิตขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 613 ราย มีการเบิกจ่ายค่ารักษาจำนวน 22,829,167 บาท และปี 2560 มีผู้ป่วยจำนวน 4,983 ราย เสียชีวิตจำนวน 582 ราย มีการเบิกจ่ายค่ารักษาจำนวน 22,651,053 บาท พบว่า เขต 1 เชียงใหม่มีการนำเข้าสู่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด (ศูนย์ข่าว สปสช., 2561) นอกจากนี้รายงานจากกรมวิชาการเกษตรระบุว่า ประเทศไทยได้มีการนำเข้ายาฆ่าหญ้า “พาราควอต” สูง โดยในปี 2560 มากถึง 44,501 ตัน หลังจากทีคณะกรรมการขับเคลื่อนฯ มีมติให้ยกเลิกการใช้สารพาราควอต-คลอร์ไพริฟอส อาจเนื่องมาจากการนำเข้าเพื่อคืนสินค้าไว้จำหน่าย แต่จากความกีดกันเมื่อวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562 ที่ประชุมคณะกรรมการวัตถุอันตรายมีมติ 16 ต่อ 5 เสียง ยังไม่ยกเลิกการใช้สารเคมีอันตราย 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต คลอร์ไพริฟอส และไกลโฟเซต ซึ่งยึดเยื้อมาเกือบ 2 ปี (สุขภาพคนไทย, 2562)



แผนภาพที่ 10 แสดงปริมาณการนำเข้าพาราควอต (ตัน) ปี 2550-2560

ที่มา : หนังสือพิมพ์ออนไลน์ประชาชาติธุรกิจ (2561)

สารอันตรายจากพืชตะกั่ว ปัจจุบันมีการจัดเก็บข้อมูลในระบบของกระทรวงสาธารณสุขโดยกลุ่มอาชีวเวชกรรมในโรงพยาบาลสามารถวินิจฉัยโรคพืชตะกั่วได้ ในปี 2558 พบว่า มีอัตราป่วยด้วยพิษโลหะหนัก (โรคพืชตะกั่ว) เท่ากับ 0.05 ต่อแสนประชากร และในปี 2559 เท่ากับ 0.06 ต่อแสนประชากร จากรายงาน ปี พ.ศ.2560 พบผู้ป่วยโรคจากพิษโลหะหนัก จำนวน 2 ราย จาก 2 จังหวัดทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนรายเท่ากับ 0.003 โดยพบผู้ป่วยที่จังหวัดพะเยาและจังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดละ 1 ราย เป็นอาชีพเกษตรกรผู้ปลูกพืชผักและพืชไร่ จำนวน 1 ราย และ นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 1 ราย

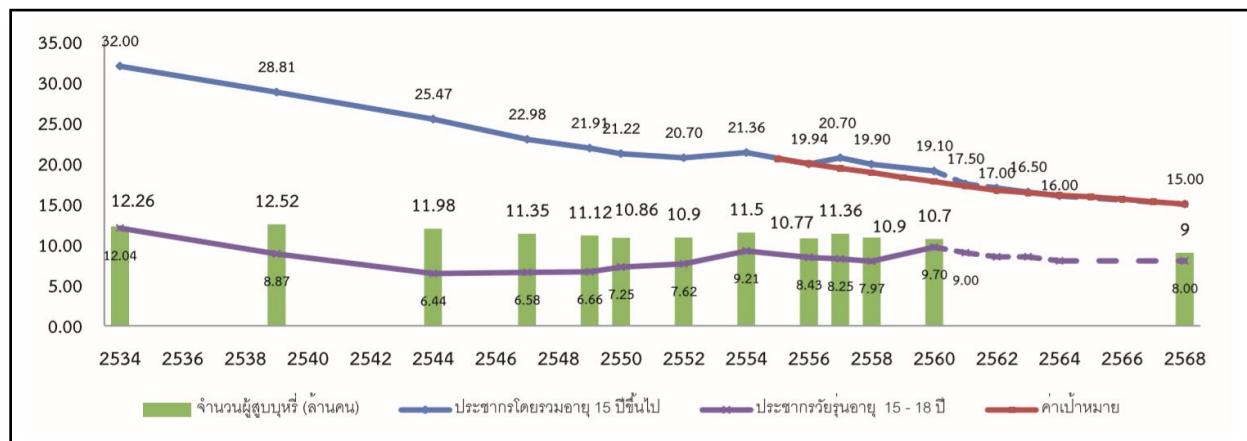
กลุ่มโรคจากพิษโลหะหนัก จากรายงาน ปี พ.ศ.2560 พบผู้ป่วยโรคจากพิษโลหะหนัก จำนวน 2 ราย จาก 2 จังหวัดทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 0.003 โดยพบผู้ป่วยที่จังหวัดพะเยาและจังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดละ 1 ราย เป็นอาชีพเกษตรกรผู้ปลูกพืชผักและพืชไร่ จำนวน 1 ราย และ นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 1 ราย

เป้าประสงค์ 3.a เพิ่มความเข้มแข็งการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม

ตัวชี้วัด 3.a.1 ความชุกของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในกลุ่มคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีการปรับมาตรฐานอายุ

สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของประชากร พ.ศ. 2560 พบจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 และในรอบ 30 ปีที่

ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ.2534-2560 พบว่ามีแนวโน้มลดลง จากพ.ศ.2534 มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ 12.26 ล้านคน (ร้อยละ 32) ลดลงเป็น 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) ในปี พ.ศ.2560 ดังกราฟ



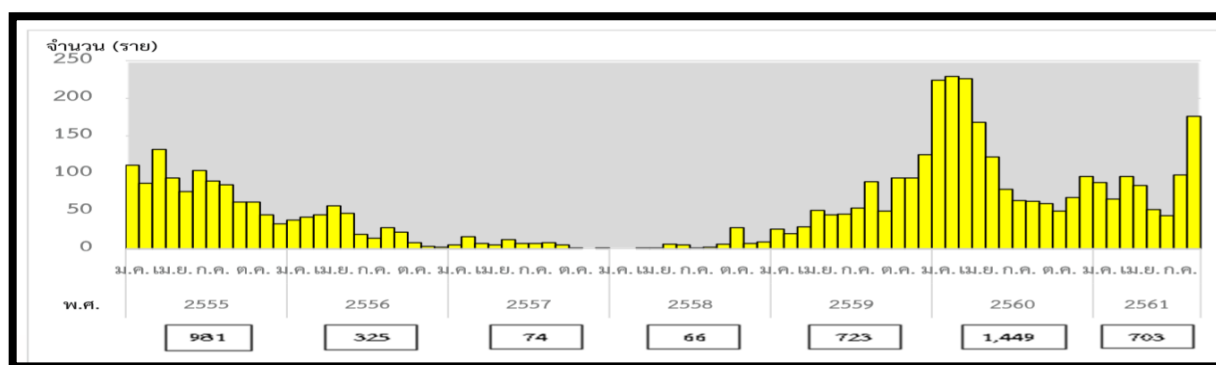
แผนภาพที่ 11 กราฟแสดงร้อยละและจำนวนการบริโภคยาสูบของประเทศไทยปี 2534-ปัจจุบัน (2560)  
ที่มา: สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ (2561)

อัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคแล้วพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และกรุงเทพมหานคร เมื่อพิจารณาแยกตามเพศ พบว่า เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง 22 เท่า กล่าวคือ เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 37.7 ส่วนเพศหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 1.7 เมื่อพิจารณาอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน พบว่า อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 7.92 ในปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 9.7 และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลงจาก 18.5 ปี เป็น 18 ปี

**เป้าประสงค์ 3.6** สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามสัญญาโคฮาลความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า

ตัวชี้วัด 3.b.1 สัดส่วนของประชากรเป้าหมายที่ได้รับการครอบคลุมด้วยวัคซีนทั้งหมด ที่รวมไว้ในโครงการของประเทศ

วัคซีนป้องกันโรคหัด จากการรายงานโรคของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคหัดได้มีการแพร่ระบาดในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอีกครั้งตั้งแต่ปี 2559 โดยเริ่มระบาดที่ภาคใต้ และมีการระบาดอย่างต่อเนื่องในปี 2560 พบผู้ป่วยยืนยันโรคหัดสูงถึงจำนวน 1,449 ราย (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2562) และในปี 2561 มีอัตราป่วยโรคหัดทั้งประเทศ 4 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดที่พบมากที่สุดคือ จังหวัดยะลา รองลงมาคือ ประจวบคีรีขันธ์ และสมุทรสาคร ตามลำดับ ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง พบผู้ป่วยไข้ออกผื่น หรือสงสัยหัดทั้งสิ้น 4,450 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงที่สุดในประเทศ และมีผู้เสียชีวิต 23 ราย จังหวัดยะลามีอัตราผู้ป่วยสงสัยหัดสูงสุด คือ 1,621 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 307.42 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 10 ราย ทั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ต่ำกว่า 5 ปี (สุภาพคนไทย, 2562) ดังแผนภาพ



แผนภาพที่ 12 แสดงการระบาดของโรคหัดปี พ.ศ. 2555-2561

ที่มา: กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (2562) แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580)

สถานการณ์โรคคอตีบในประเทศไทย ได้เกิดการแพร่ระบาดหลายจังหวัดทั่วประเทศในปี 2555 พบผู้ป่วย 63 ราย เสียชีวิต 10 ราย เกิดการระบาดในผู้ใหญ่ ต่อมาได้มีการควบคุมโรคจนผู้ป่วยลดลงเรื่อย ๆ โดยในปี 2557-2560 พบผู้ป่วยยืนยันจำนวน 18 ราย 11 ราย และ 9 ราย ในปี 2560 พบผู้ป่วยสงสัยโรคคอตีบ 4 ราย เสียชีวิต 2 ราย เป็นสัญชาติไทย ร้อยละ 75.0 และพม่าร้อยละ 25.0 (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2562) ปี 2561 พบผู้ป่วย 15 ราย จาก 8 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.02 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 2 ราย พบในพื้นที่ภาคใต้มากที่สุด 0.11 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ พบ 0.01 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือ ยะลา ปัตตานี สงขลา สุราษฎร์ธานี และปทุมธานี ตามลำดับ (ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506, 2562)

สถานการณ์โรคไอกกรในประเทศไทย นับตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มมีการฉีดวัคซีนรวม คอตีบ ไอกกร บาดทะยัก พบว่า มีอัตราป่วยลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2560) พบว่า ผู้ป่วยโรคไอกกรเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.2557-2559 พบผู้ป่วยจำนวน 16-74 ราย เสียชีวิต 2 ราย ปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยจำนวน 77 ราย เสียชีวิต 2 ราย (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2562) และในปี 2561 พบผู้ป่วยจำนวน 174 ราย จาก 34 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.27 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 3 ราย พบในกลุ่มอายุ 1-3 เดือนมากที่สุด รองลงมาในกลุ่มอายุ > 65 ปี และ 35-44 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบในพื้นที่ภาคใต้สูงที่สุด 0.44 ต่อแสนประชากร ภาคเหนือ 0.31 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 0.31 ต่อแสนประชากร และภาคกลาง 0.13 ต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรมากที่สุด คือ อุบลราชธานี ยะลา ลำพูน นราธิวาส และอุทัยธานี ตามลำดับ (ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506, 2562)

สถานการณ์โปลิโอในประเทศไทยไม่พบผู้ป่วยโปลิโอติดต่อกันนานกว่า 20 ปี แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องเฝ้าระวังจนกว่าองค์การอนามัยโลกจะประกาศว่า โลกสามารถกวาดล้างโปลิโอได้หมดแล้ว

สถานการณ์จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า นับตั้งแต่ปี 2523 มีผู้เสียชีวิต 370 ราย จากนั้นมีจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2556-2560 มีจำนวน 7, 5, 5, และ 11 ราย ตามลำดับ (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2562) สำหรับข้อมูลในปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วย 17 ราย จาก 13 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.03 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 17 ราย กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 55-64 ปี 35-44 ปี และ 45-54 ปี ตามลำดับ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ จังหวัดที่พบอัตราป่วยมากที่สุดคือ ตาก ระยอง มุกดาหาร หนองคาย และพัทลุง ตามลำดับ (ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506, 2562)

การให้บริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล จากรายงานข้อมูล 43 แห่ง กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์โดยสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สปสช. ปีงบประมาณ 2557, 2558, 2559 และ 2560 ร้อยละ 88.35, 78.47, 78.04, 87.31, 78.30 ตามลำดับ

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพเข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็น จากข้อมูลผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2559 (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) พบว่า การเข้าถึงยาด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับทราบสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 86.66 การเข้าถึงยาลดไขมันเลือดและ/หรือหัตถการ Primary PCI ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ร้อยละ 75.5 และ การเข้าถึงยาลดไขมันเลือดได้ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ร้อยละ 4.75

**ข้อค้นพบ** ในประเทศไทยการได้รับวัคซีนยังไม่ครอบคลุม ถึงคนไร้รัฐ ไร้สัญชาติ หรือคนต่างด้าว ที่ไม่มีสิทธิในโครงการที่รัฐบาลไทยดำเนินการเพื่อการเข้าถึงยารักษาโรค เช่น การบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาที่ประเทศไทยดำเนินการเพื่อการเข้าถึงยารักษาโรคให้สิทธิเข้าถึงยาเฉพาะบุคคลสัญชาติไทย



**ตัวชี้วัด 3.b.2** ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการจากผู้บริจาคเพื่อการวิจัยทางการแพทย์และภาคส่วนด้านสุขภาพพื้นฐานต่าง ๆ

ประเทศไทยได้รายงานข้อมูลความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา (Official Development Assistance : ODA) ในฐานะของประเทศผู้ให้รายใหม่ที่ไม่ได้เป็นสมาชิก DAC (Development Assistance Committee) โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ ได้รวบรวมข้อมูลปี 2017 กระทรวงสาธารณสุขระบุ ODA จำนวน 452,395 บาท

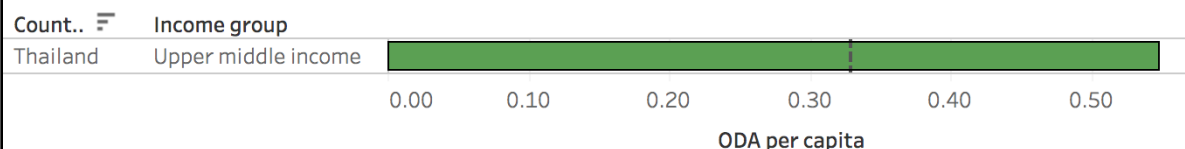
เงินช่วยเหลือการพัฒนาอย่างเป็นทางการสุทธิรวม (Total net official development assistance-ODA) ต่อการวิจัยทางการแพทย์ และด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน พบว่า ปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 32.92 จากข้อมูล Based on OECD, CRS databased, 2016 และ Gross disbursement. Constant 2014 USD million จากข้อมูลของ World Health Organization (WHO, 2018) รายงานว่า ปี 2559 และ 2560 เงินช่วยเหลือการพัฒนาอย่างเป็นทางการสุทธิรวม ODA ของประเทศไทยต่อคน เท่ากับ 0.37, 0.55 ดอลลาร์เหรียญสหรัฐ ตามลำดับ

| <div> <div>* Donor</div> <div>Thailand</div> </div> <div> <div>* Part</div> <div>1 : Part I - Developing Countries</div> </div> <div> <div>* Amount type</div> <div>Current Prices</div> </div> |                     |                   |            |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|------------|------------|
| * Fund flows                                                                                                                                                                                    |                     | Net Disbursements |            |            |
| * Year                                                                                                                                                                                          |                     | 2015              | 2016       | 2017       |
|                                                                                                                                                                                                 |                     | ▲ ▼               | ▲ ▼        | ▲ ▼        |
| * Aid type                                                                                                                                                                                      | Unit                |                   |            |            |
| 1: GNI                                                                                                                                                                                          | US Dollar, Millions |                   | 367 799.00 | 367 798.78 |
| 2: ODA flows basis, as percent of GNI                                                                                                                                                           | Percentage          |                   | 0.02       | 0.05       |
| 1010: I. Official Development Assistance (ODA) (I.A + I.B)                                                                                                                                      | US Dollar, Millions | 0                 | 62.42      | 167.69     |
| 1015: I.A. Bilateral Official Development Assistance by types of aid (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)                                                                                                     | US Dollar, Millions |                   | 54.30      | 53.73      |
| 1200: I.A.2. Bilateral core contributions & pooled programmes & funds                                                                                                                           | US Dollar, Millions | 0                 | ..         | 0.46       |
| 1210: I.A.2.1. Core support to NGOs, other priv. bodies, PPPs & research institutes                                                                                                             | US Dollar, Millions | 0                 | ..         | 0.24       |
| 1212: I.A.2.1.b. Core support to international NGOs (including developing country-based NGOs)                                                                                                   | US Dollar, Millions |                   | ..         | 0.12       |
| 1213: I.A.2.1.c. Core support to Public-Private Partnerships (including networks)                                                                                                               | US Dollar, Millions |                   | ..         | 0.12       |
| 1220: I.A.2.2. Specific-purpose programmes & funds managed by intl org.                                                                                                                         | US Dollar, Millions | 0                 | ..         | 0.22       |
| 1300: I.A.3. Project-type interventions                                                                                                                                                         | US Dollar, Millions | 0                 | 54.30      | 53.27      |
| 1320: I.A.3.2. Other projects                                                                                                                                                                   | US Dollar, Millions |                   | 54.30      | 53.27      |
| 1903: I.A. Memo: ODA channelled through private entities                                                                                                                                        | US Dollar, Millions |                   | ..         | 0.43       |
| 1904: I.A. Memo: ODA channelled through multilateral organisations                                                                                                                              | US Dollar, Millions |                   | ..         | 23.69      |
| 70: hist: humanitarian aid grants                                                                                                                                                               | US Dollar, Millions | 0                 | ..         | 0.10       |
| 2000: I.B. Multilateral Official Development Assistance (capital subscriptions are included with grants)                                                                                        | US Dollar, Millions | 0                 | 8.12       | 113.95     |
| 2100: I.B.1. Multilateral contributions to:                                                                                                                                                     | US Dollar, Millions |                   | 8.12       | 113.95     |
| 2101: I.B.1.1. UN agencies                                                                                                                                                                      | US Dollar, Millions |                   | 2.74       | 6.29       |
| 2103: I.B.1.3. IDA                                                                                                                                                                              | US Dollar, Millions |                   | 0.29       | 0.50       |
| 2104: I.B.1.4. Other World Bank (IBRD, IFC, MIGA)                                                                                                                                               | US Dollar, Millions |                   | ..         | 3.36       |
| 547: Memo: World Bank, Total (I.B.1.3. + I.B.1.4.)                                                                                                                                              | US Dollar, Millions |                   | 0.29       | 3.86       |
| 2105: I.B.1.5. Regional development banks                                                                                                                                                       | US Dollar, Millions |                   | 1.30       | 100.86     |
| 2107: I.B.1.7. Montreal Protocol                                                                                                                                                                | US Dollar, Millions |                   | ..         | ..         |
| 2108: I.B.1.8. Other agencies                                                                                                                                                                   | US Dollar, Millions |                   | 3.79       | 2.94       |
| 2902: Memo: IDA Debt Reduction Facility                                                                                                                                                         | US Dollar, Millions |                   | ..         | 3.86       |
| 207: VI.1. Total participation in peacebuilding operations (incl. non-ODA)                                                                                                                      | US Dollar, Millions |                   | ..         | ..         |

แผนภาพที่ 13 แสดงเงินช่วยเหลือการพัฒนาอย่างเป็นทางการสุทธิรวม ODA ของประเทศไทยในฐานะประเทศผู้บริจาค

ที่มา <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=TABLE1>

## 2017 health ODA per capita by recipient country



### Thailand

#### South-East Asia - Upper middle income

Health ODA per capita (US\$): **0.55**

Weighted average value for countries in **Upper middle income** category: **0.33**

Total ODA for health in million US\$: **37.80**

Population: **69,037,513**

แผนภาพที่ 14 แสดงเงินช่วยเหลือการพัฒนาอย่างเป็นทางการสุทธิรวม ODA ของประเทศไทย

ที่มา World Health Statistics data visualizations dashboard (2019)

**ตัวชี้วัด 3.b.3** สัดส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่มีชุดยาหลักของความจำเป็นทางการแพทย์ที่สำคัญและสามารถหาได้บนพื้นฐานของความยั่งยืน

ประเทศไทยมีสถานบริการสุขภาพรูปแบบ โรงพยาบาล ร้านขายยา สถานพยาบาล ศูนย์สุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้บริการแก่ประชาชน โดยมีข้อมูลผลการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนให้บริการแก่ประชาชน โดยมีในภาคเอกชน เมื่อ พ.ศ. 2560 มีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนทั่วประเทศทั้งสิ้น 347 แห่ง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ภาครัฐประกอบโรงพยาบาลตามขนาด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) รวมทั้งประเทศเมื่อปี 2558 จำนวน 9,777 แห่ง ส่วนสถานที่ขายยาที่ได้รับอนุญาตจำแนกเป็น ขายยาแผนปัจจุบันในกรุงเทพมหานคร 4,965 แห่ง ต่างจังหวัด 12,104 แห่ง ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือควบคุมพิเศษ ในกรุงเทพมหานคร 340 แห่ง ต่างจังหวัด 2,525 แห่ง ขายยาแผนโบราณ ในกรุงเทพมหานคร 500 แห่ง ต่างจังหวัด 1,578 แห่ง (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2560) ส่วนคลินิกที่ได้รับอนุญาตมีจำนวน 26,066 แห่ง และโรงพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจำนวน 370 แห่ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ซึ่งสังเกตได้ว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องยังมีความหลากหลายไม่ได้รวบรวมอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามพบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แจ้งข้อมูลจำนวนหน่วยงานบริการสุขภาพ เพื่อให้การอ้างอิงตัวเลขสถิติจำนวนหน่วยงานบริการสุขภาพเป็นไปโดยถูกต้องตรงกัน จำนวน

หน่วยงานบริการสุขภาพทั่วประเทศ ณ วันที่ 23 มีนาคม 2560 รวมทั้งประเทศ 60,971 แห่ง ต่อมาประกาศ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2561 ทั้งประเทศจำนวน 61,883 แห่ง ซึ่งหน่วยงานบริการสุขภาพทั่วประเทศ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 878 แห่ง ศูนย์วิชาการ 291 แห่ง โรงพยาบาล ศูนย์ 34 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 83 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 779 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข 61 แห่ง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่น ๆ และสังกัดกรุงเทพมหานคร 121 แห่ง โรงพยาบาลสาขา/ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา/สาขาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 63 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล 349 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,783 แห่ง สถานีอนามัย 24 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน 122 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 748 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 355 แห่ง คลินิกเอกชน 25,270 แห่ง ร้านขายยาประเภทต่าง ๆ 22,846 แห่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

ประเทศไทยกำหนดบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561 ทั้งบัญชี ก. ค. ง. และ จ(2) ซึ่งบัญชี ก หมายความว่า รายการยามาตรฐานที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสุขภาพที่พบบ่อย มีหลักฐานชัดเจนที่สนับสนุนการใช้ มีประสิทธิผลใช้ในประเทศไทยอย่างเพียงพอ และควรเลือกใช้เป็นอันดับแรก ส่วนบัญชีอื่นจะต้องมีข้อบ่งใช้ตามความจำเป็น (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 14 ง หน้า 4, 19 มกราคม 2561) โดยมียาต่าง ๆ จัดอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชี ก บัญชี ง บัญชี ค บัญชี จ เช่น Salbutamol ก, Beclometasone or other Metformin ก, Insulin regular ก, ง, Amlodipine ก, Enalapril ก, Hydrochlorothiazide ก, Simvastatin ก, Acetylsalicylic acid ก, Furosemide ก, Morphine ก, Paracetamol ก, Fluoxetine ก, Phenytoin ก, Gentamicin ก, Amoxicillin trihydrate ก, Amoxicillin trihydrate + Potassium ก, Ceftriaxone ก, Procaine benzylpenicillin ก, contraceptives ก, Oral rehydration ก, Zinc sulphate, Oxytocin ก, Magnesium sulphate 50% 10ml Injection, Folic acid ก, ยารักษาโรคมาลาเรีย Artesunate ค, ยารักษาต้านไวรัสสำหรับรักษา ผู้ติดเชื้อ HIV ก, ข, Ibuprofen ก, Chlorhexidine ก, biscuit, ยา Antituberculosis ก ส่วนบัญชียาจำเป็น จ(2) เช่น Darunavir ethanolate (DRV) Raltegravir เป็นยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี Peginterferon alfa-2a / 2b เป็นยารักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังสายพันธุ์ 3

**ข้อค้นพบ** ในบริบทของประเทศไทยยังไม่พบการจัดเก็บข้อมูลตาม Metadata ที่ระบุสัดส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกกับชุดยาหลัก แต่มีจำนวนของสิ่งอำนวยความสะดวก และมีรายการยาตามข้อมูลที่แนะนำใน Metadata

ประเทศไทยได้มีการกำหนด รายการยาแผนปัจจุบันสำหรับใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วยบัญชีย่อย 5 บัญชี ได้แก่ บัญชี ก บัญชี ข บัญชี ค บัญชี ง และบัญชี จ รวมทั้งรายการยาเภสัชตำรับโรงพยาบาล ไว้ในราชกิจจานุเบกษา ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง รายการบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นรายการยาที่ประชาชนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ต้องเป็นการใช้ยาเพื่อการรักษาอาหารที่บัญชียาหลักแห่งชาติสนับสนุน

เมื่อพิจารณาเป้าประสงค์และตัวชี้วัดนี้จะพบปัญหาบางประการในการจัดเก็บข้อมูลและการคำนวณ สัดส่วนอย่างเป็นระบบตามแนวทางเป้าประสงค์นี้และตัวชี้วัด

**เป้าประสงค์ 3.c** เพิ่มการใช้เงินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสรรหาการพัฒนา การฝึกฝนและการเก็บรักษากำลังคน ด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและประเทศกำลังพัฒนาที่เป็น หมู่เกาะขนาดเล็ก

**ตัวชี้วัด 3.c.1** ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข

พบว่า จากข้อมูล WHO: Global Health Workforce Statistics database, Global Health Observatory ความ หนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสุขภาพต่อพันประชากรในปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 2.47

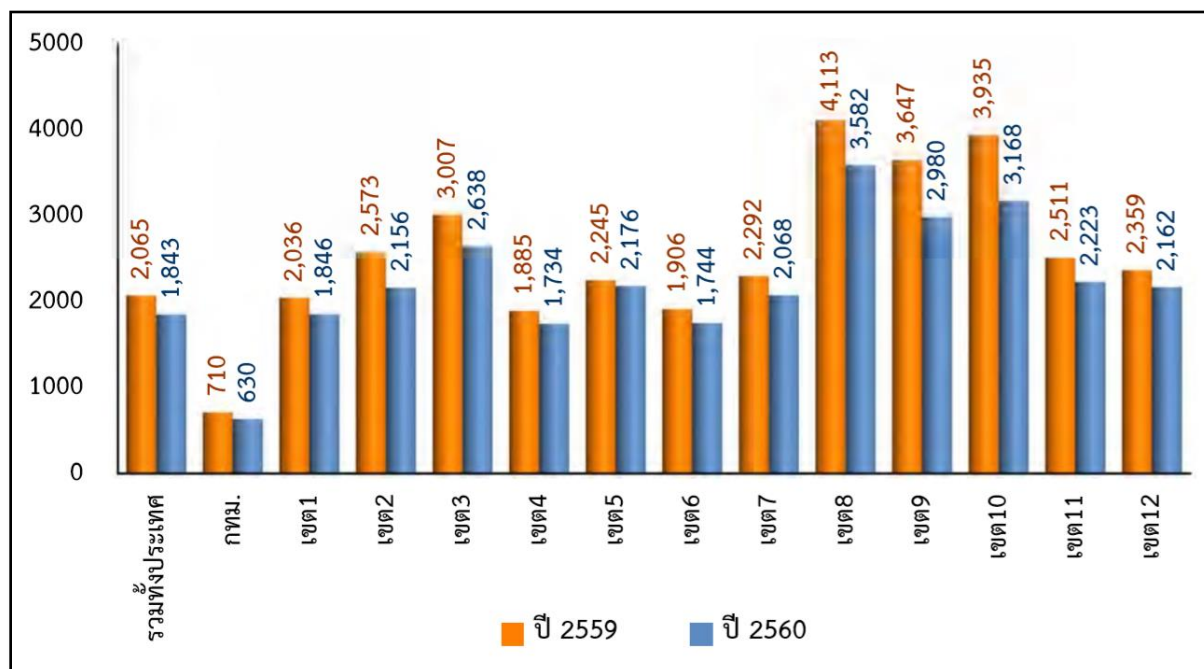
จากการสำรวจข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 โดยพบว่ามีแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน มีอัตราส่วน 0.5 และ 0.48 ทันตแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน มีอัตราส่วน 0.1 และ 0.11 เภสัชกรต่อประชากร 1,000 คน มีอัตราส่วน 0.2 และ 0.19 และพยาบาลต่อ ประชากร 1,000 คน มีอัตราส่วน 2.4 และ 2.36 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ 1 คน พบว่า ปี พ.ศ. 2560 ประชากร 1,843 คน ต่อแพทย์ 1 คน ประชากร 6,681 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน ประชากร 4,750 คน ต่อเภสัชกร 1 คน จำนวนประชากร 405 คนต่อพยาบาลวิชาชีพ 405 คน ซึ่งสัดส่วนของประชากรต่อ บุคลากรทางการแพทย์ 1 คนน้อยลง แสดงถึง ภาระในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ 1 คนมีน้อยลง ด้วย ดังตารางแสดงด้านล่าง

| ปี<br>พ.ศ. | จำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ 1 คน |                |              |             |                   |
|------------|----------------------------------------|----------------|--------------|-------------|-------------------|
|            | แพทย์ 1 คน                             | ทันตแพทย์ 1 คน | เภสัชกร 1 คน | พยาบาล 1 คน | พยาบาลเทคนิค 1 คน |
| 2553       | 2,893                                  | 13,252         | 7,080        | 531         | 6,903             |
| 2554       | 2,535                                  | 11,244         | 6,425        | 498         | 7,472             |
| 2555       | 2,533                                  | 11,233         | 6,465        | 495         | 15,430            |
| 2556       | 2,399                                  | 8,395          | 5,562        | 492         | 9,423             |
| 2557       | 2,125                                  | 9,876          | 5,462        | 433         | 7,425             |
| 2558       | 2,035                                  | 9,352          | 5,317        | 436         | 9,716             |
| 2559       | 2,065                                  | 9,425          | 5,137        | 423         | 10,399            |
| 2560       | 1,843                                  | 6,681          | 4,750        | 405         | 10,998            |

ตารางที่ 13 แสดงสัดส่วนของประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์

ที่มา: รายงานทรัพยากรสาธารณสุขสถิติ

การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ 5 ประเภท ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคต่อประชากร (จำนวนประชากรต่อบุคลากรทางการแพทย์ 1 คน) ในปี พ.ศ. 2559-2560 พบว่าบุคลากรทั้ง 5 ประเภท มีการกระจุกในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่เดียวกันมีการกระจายอยู่ในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 น้อยที่สุดทั้ง 5 ประเภท ซึ่งพื้นที่บริการสุขภาพเขต 8 ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองบัวลำภู หนองคาย และบึงกาฬ



แผนภาพที่ 15 แสดงสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร จำแนกรายพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพ ปี 2560

ที่มา : รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2560

**เป้าประสงค์ 3.d** เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาในเรื่องการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก

**ตัวชี้วัด 3.d.1** ความสามารถในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมในกรณีฉุกเฉินด้านสุขภาพ

จากข้อมูลสำรวจจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ร้อยละของคุณลักษณะความสามารถหลัก 13 ประการที่ได้บรรลุแล้วในช่วงเวลานั้น ๆ จากข้อมูล World Health Organization ของประเทศไทยรายงานผลไว้ ปี พ.ศ.

2555 – 2557 ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 81.6, 93.1, 97.8 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) พ.ศ.2558 เท่ากับ 97.80

จากการประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ของประเทศไทย รายงานผลการประเมิน 26-30 มิถุนายน 2560 จากการประเมินโดย JEE (Joint External Evaluation) องค์การอนามัยโลก ประเมินความสามารถใน Technical Area 19 ด้าน พบว่า ประเทศไทยผ่านการประเมิน และมีจุดเด่นใน ด้านกฎหมายและนโยบายระดับชาติและการสนับสนุนงบประมาณ กล่าวคือ มีกฎหมาย ระเบียบการบริหารนโยบายหรือมาตรการอื่นของภาครัฐบาลเพียงพอสำหรับการปฏิบัติตาม IHR ด้านการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค : ความครอบคลุมของวัคซีน (โรคหัด) เป็นส่วนหนึ่งของแผนแห่งชาติ การเข้าถึง และการจัดส่งวัคซีนระดับประเทศ และด้านการพัฒนากำลังคน : โดยมีโครงการอบรมระบาดวิทยา ภาควิชา และโครงการอบรมระบาดวิทยาประยุกต์หลักสูตรอื่น

### ภาพรวมข้อค้นพบ

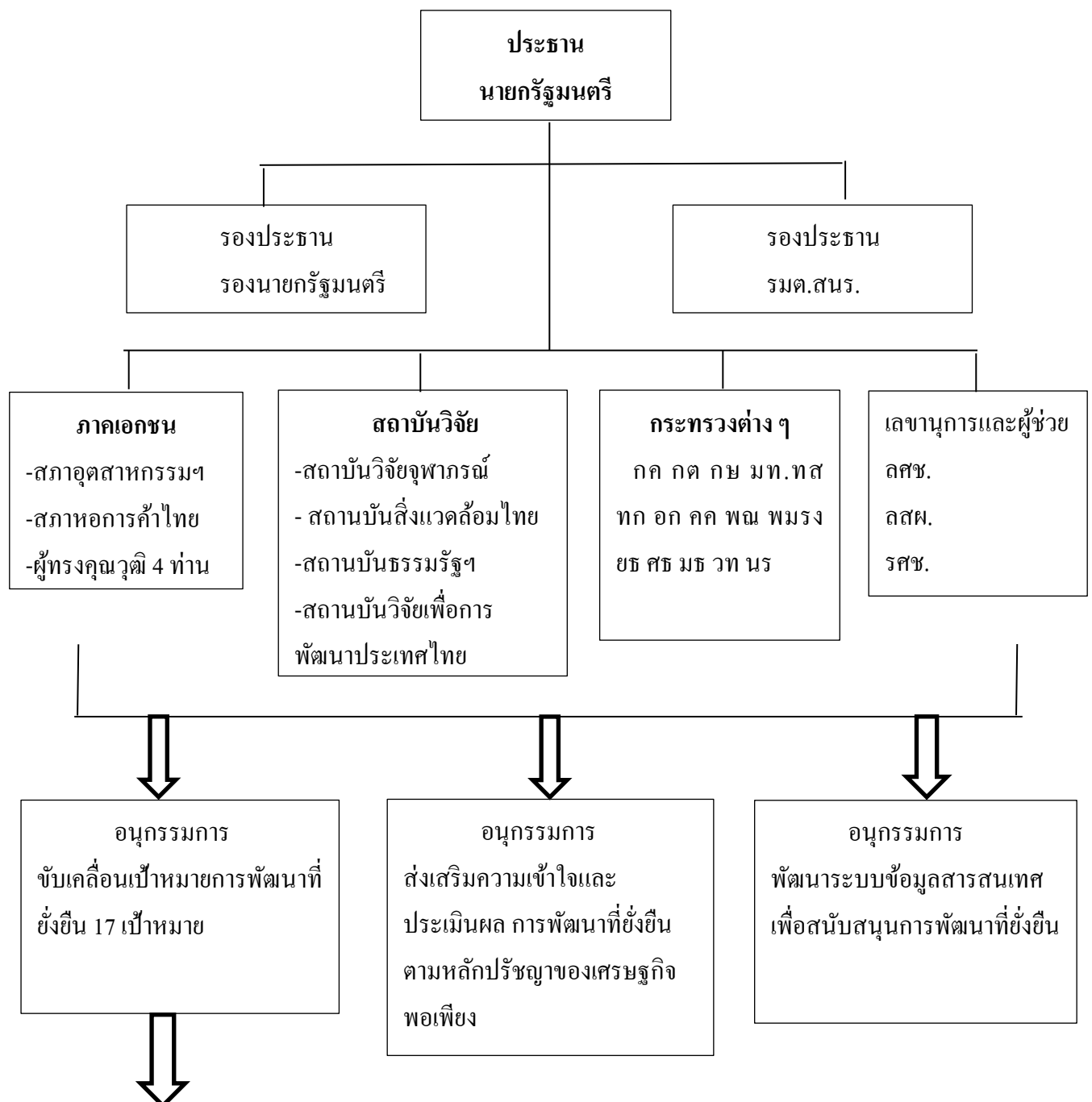
1. สถิติสาเหตุการตาย วิเคราะห์จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรของสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงานทำการให้รหัสสาเหตุการตายเป็นรายบุคคลตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า สาเหตุการตายยังมีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ สาเหตุการตายในกลุ่ม “ไม่ทราบสาเหตุ” มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 24.7 เมื่อเทียบกับการตายทั้งหมด ในการตายที่ทราบสาเหตุก็ยังมีบางรายไม่ชัดเจนและไม่มั่นใจว่าจะถูกต้อง เพราะการให้สาเหตุการตายยังเป็น Model of death ไม่ใช่ Cause of death ความผิดพลาดและไม่ครบถ้วนของสาเหตุการตายจึงเกิดขึ้นจากการให้สาเหตุการตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ให้สาเหตุการตายไม่ใช่แพทย์ ก็จะทำให้สาเหตุการตายนั้นผิดพลาดได้
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลของประเทศไทย หลายตัวชี้วัดยังไม่มีเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบตาม Metadata ที่ UN ได้กำหนดไว้ เช่น ตัวชี้วัด 3.3.5, 3.8, 3.9 และ 3.b เป็นต้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดทำกรจัดเก็บฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับข้อมูลที่ UN กำหนด ตลอดจนต้องสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย
3. ข้อมูลบางตัวชี้วัดยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย กล่าวคือบางตัวชี้วัดมีข้อมูลเฉพาะพื้นที่เขตสุขภาพ 1-12 ซึ่งไม่มีข้อมูลของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และโรงพยาบาลเอกชน

## บทที่ 4

มาตรการและการดำเนินงานในปัจจุบันเกี่ยวกับเป้าหมายที่ 3 ในประเทศไทย

รัฐบาลไทย ได้กำหนดกลไกการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในรูปแบบคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ปลัดกระทรวง ผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานต่างๆ ร่วมเป็นกรรมการ มีสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) เป็นฝ่ายเลขานุการ เพื่อเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก มีอนุกรรมการ 3 ชุดเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ดังแผนภาพ

แผนภาพที่ 16 แสดงโครงสร้างคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.)





**คณะทำงาน 1** บูรณาการการดำเนินงานและจัดลำดับความสำคัญในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน  
**คณะทำงาน 2** จัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน  
**คณะทำงาน 3** ปรับปรุงกลไก มาตรการด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมและกฎหมาย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน



**เป้าหมายที่ 3** สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและ  
 ส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย



หน่วยงานรับผิดชอบหลัก  
 กระทรวงสาธารณสุข เป้าประสงค์ 3.1-3.9 และ 3.a-3.d



| T   | ตัวชี้วัด     | หน่วยงานที่รับผิดชอบตามตัวชี้วัด                                                                                                                                                                                                         |
|-----|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 | 3.1.1 MMR     | กรมอนามัย กรมการแพทย์                                                                                                                                                                                                                    |
|     | 3.1.2 PBSHP   | กรมอนามัย กรมการแพทย์                                                                                                                                                                                                                    |
| 3.2 | 3.2. 1UFMR    | กรมอนามัย กรมการแพทย์                                                                                                                                                                                                                    |
|     | 3.2.2 NMR     | กรมการแพทย์                                                                                                                                                                                                                              |
| 3.3 | 3.3. 1HIV     | กรมควบคุมโรค สสจ. สปสช. สคร. องค์การเภสัชกรรม เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี มท. สธ. สำนักงานชก พม. ภาคธุรกิจ                                                                                                                               |
|     | 3.3.2 TB      | สำนักงานกฤษฎีกา สำนักรัฐมนตรี สำนักงานรัฐมนตรี WHO สธ. สปสช. กระทรวงยุติธรรม สธ./พม. กรมควบคุมโรค องค์การภาคประชาสังคม.ภาคธุรกิจและภาคเอกชน กองทุนด้านวัณโรค/สปสช./พม./สำนักงานงบประมาณ สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค องค์การระหว่างประเทศ |
|     | 3.3.3 Malaria | สำนักโรคติดต่อเฝ้าระวัง กรมควบคุมโรค                                                                                                                                                                                                     |
|     | 3.3.4 HepB    | กรมควบคุมโรค (สอวพ./สคร.1-12/สป.ค.ม./สำนักสื่อสารฯ) สป สธ. สสจ.อปท./มท./วท. สสส. กระทรวงมหาดไทย กรมวิทยาศาสตร์ฯ สปสช. สมาคมโรคตับฯ                                                                                                       |
|     | 3.3.5 NTDs    | กรม คร. (สอวพ./สคร.1-12/สป.ค.ม.) สป สธ. (สสจ.) กรมวิทยาศาสตร์ฯ อปท. กระทรวงมหาดไทย สสส.                                                                                                                                                  |
| 3.4 | 3.4.1 M NCDs  | สป.สธ. กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ องค์การเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สป.สธ. กรมอนามัย อย. กรม สบส. สกอ. สฟฐ. อปท. สมาคมวิชาชีพ<br>สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร สำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานคร สถาบันมะเร็งกรมการแพทย์             |
|     | 3.4.2 SMR     | กรมสุขภาพจิต สำนักงานบริหารระบบบริการสุขภาพจิต สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต                                                                                                                                                                  |

| T   | ตัวชี้วัด      | หน่วยงานที่รับผิดชอบตามตัวชี้วัด                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.5 | 3.5.1 CPTSNA   | กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.สธ. กรมสุขภาพจิต สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรรณาราชชนนี กระทรวงแรงงาน รพ. รัชฎาภิรักษ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|     | 3.5.2 UA15YO   | สคอ. กรมควบคุมโรค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3.6 | 3.6.1 D RT I   | สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค/สพฉ./สธจ./ศูนย์ความปลอดภัยทางถนน/กรมการแพทย์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 3.7 | 3.7.1 P WR sat | กรมอนามัย (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, สำนักส่งเสริมสุขภาพ, กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก) สสส. สปสช. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงศึกษาธิการ สพฐ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|     | 3.7.2 ABR      | สธ. พม. กระทรวงแรงงาน ศธ. มท. สสส. สปสช. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (สป.ดศ.) กรมอนามัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3.8 | 3.8.1 CEHS     | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กรมควบคุมโรค                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|     | 3.8.2 PHEH     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 3.9 | 3.9.1 MHAPoll  | กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สนย.สป. ทส. มท. อก. วท. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน (กระทรวงแรงงาน) สสจ. 17 จังหวัด (9จว.ภาคเหนือ และ 8 จว.ภาคใต้)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|     | 3.9.2 MWASH    | กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สนย.สป. กระทรวงการคลัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงกลาโหม กระทรวงพลังงาน กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สสจ.77 จว. องค์การภาคเอกชน ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร สธ.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|     | 3.9.3 MR un P  | กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ อย. สนย.สป.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3.a | 3.a.1 ATobacco | กรมควบคุมโรค เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ Southeast Asia Tobacco Control Alliance กระทรวงท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงดิจิทัลฯ วธ./ศธ. เครือข่ายครูนักรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สำนักส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน กรมสนับสนุนสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพ Quitline 1600 สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กรมสรรพสามิต สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมศุลกากร สสส |
| 3.b | 3.b.1 P vac    | สำนักยา อย. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ม.มหิดล องค์การเภสัชกรรม สถานเสาวภา สำนักงานพัฒนา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|     | 3.b.2 ODA M    | วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ม.เทคโนโลยีพระจอมเกล้า ม.นครสวรรค์ จุฬาลงกรณ์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|     | 3.b.3 PHFM     | มหาวิทยาลัย                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| T   | ตัวชี้วัด | หน่วยงานที่รับผิดชอบตามตัวชี้วัด     |
|-----|-----------|--------------------------------------|
| 3.c | 3.c.1 HWD | สป.สธ. เขต กรมและหน่วยงานส่วนภูมิภาค |
| 3.d | 3.c.2 IHR | สำนักระบาดวิทยา                      |

ตารางที่ 14 แสดงหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละตัวชี้วัด

ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2560)

การขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ดูแลรับผิดชอบ ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) นโยบายประเทศไทย 4.0 รวมทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) มีแผนงาน/โครงการรวมทั้งสิ้น 15 แผนงาน 45 โครงการ ซึ่งมีเป้าหมาย ตัวชี้วัด และมาตรการสำคัญในแต่ละโครงการ ตลอดจนแนวทางการขับเคลื่อนและการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนและสร้างความเข้าใจร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบหลักในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ได้จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสั้น (พ.ศ.2560) ระยะกลาง (พ.ศ. 2561 – 2564) และระยะยาว (พ.ศ.2565 – 2573) มีการวางแผนการดำเนินงานและขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพของแต่ละเป้าประสงค์ดังนี้

**เป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี 2573** การลดอัตราการตายของมารดาของประเทศไทย โดยมากเป็น โครงการหรือมาตรการทางอ้อม ซึ่งผลของนโยบายหรือมาตรการมีส่วนช่วยในการลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด

**ตัวชี้วัด 3.1.1 อัตราการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน**

**ตัวชี้วัด 3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ**

การดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งในการลดอัตราการตายของมารดาภาครัฐได้มีนโยบาย/มาตรการ/โครงการต่าง ๆ รวมทั้งหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมมาโดยตลอด มีการบูรณาการร่วมกัน เช่น กรมอนามัยรับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ กรมการแพทย์ดูแลเรื่องมาตรฐานการคลอด กรมควบคุมโรคดูแลเรื่องวัคซีน กรมสุขภาพจิตดูแลสภาพจิตใจ และร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดในการพัฒนาและติดตามเยี่ยมท้องถื่น และมีความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงระบบสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพของสตรีและเด็กอย่างยั่งยืน โดยรัฐบาลจะปรับปรุงคุณภาพการให้บริการมารดาและทารกในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตรเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารก

กระทรวงสาธารณสุขมีแผนงานการดำเนินงานระยะสั้น โดยกรมอนามัยได้วางแผนโครงการตั้งครรภ์คุณภาพเพื่อลดการคลอดแม่ปลอดภัย ส่วนโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ได้วางแผนการดำเนินโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการทำหัตถการทางสูติกรรม โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การใช้เสียงความถี่สูงในทางสูติ-นรีเวชกรมการแพทย์ โครงการติดตามประเมินผลการคลอดมาตรฐานในเขตบริการสุขภาพ และโครงการประชุมวิชาการการคลอดมาตรฐาน การดำเนินงานระยะกลาง และระยะยาว กรมอนามัยได้วางแผนโครงการตั้งครรภ์คุณภาพเพื่อลดน้อยในครรภ์เกิดรอด ครบ 32 สมองดี และกรมการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี วางแผนโครงการสถานบริการสุขภาพทุกระดับให้บริการหญิงตั้งครรภ์อย่างมีมาตรฐาน

กรมการแพทย์รับผิดชอบเกี่ยวกับมาตรฐานในการดูแลได้ปรับปรุง “คู่มือเวชปฏิบัติมารดาและทารกสำหรับโรงพยาบาลชุมชน” ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น จัดพิมพ์เป็นครั้งที่ 2 ภายใต้ชื่อใหม่ว่า “คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน” ดังนั้นกรมการแพทย์จึงเน้นที่การคลอดมาตรฐาน

สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ได้วิเคราะห์ช่องว่าง ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อเสนอแนะ และช่องว่างที่ต้องพัฒนาพบว่าสถานการณ์การตายของมารดาควรลดการตายมารดาจากปัจจัยสาเหตุจากการแท้ง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้จึงได้มีการขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ด้วยยา ด้วยการผลักดันการขึ้นทะเบียนยายุติการตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วยยาไมฟีพริสโตน (mifepristone) และไมโซพรอสตอล(misoprostol) ที่บรรจุในแผ่นเดียวกัน (Medabon) ปัจจุบันได้รับการบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ บัญชีย่อย จ(1) ตลอดจนมีการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครต่อยุติการตั้งครรภ์ ที่ปลอดภัย (Referral system for Safe Abortion: RSA) เพื่อให้การปรึกษาทางเลือก และรับส่งต่อบริการยุติ การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ตลอดจนการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ หรือการทำแท้งซ้ำและ สิ่งสำคัญคือ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งเถื่อนหรือการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การเจ็บป่วยหรือ การบาดเจ็บและการเสียชีวิตของมารดา โดย สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางการบริหารจัดการยา

มิฟฟิสโตน และไมโซพรอสตอลเพื่อยุติการตั้งครกในระบบบริการสุขภาพ (กรมอนามัย, 2560) โดยมีวิธีการใช้และการติดตามประเมินการใช้ยาตามที่กรมอนามัยกำหนด ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนพิเศษ 14 ง วันที่ 19 มกราคม 2561 (สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2562)

**การดำเนินงานที่ผ่านมา** กรมอนามัยได้วิเคราะห์สภาพปัญหาการตายในปัจจุบันพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายของมารดามากขึ้น โดยเฉพาะภาคเหนือซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นพวชนเผ่ามีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า กรมอนามัยจึงได้ดำเนินงานบูรณาการกับกรมสุขภาพจิต ร่วมกันทำแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าทั้งระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดเพื่อให้สามารถคัดกรองภาวะเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและช่วยเหลือได้ทันเวลา และสาเหตุการตายจากปัญหาทางอ้อมมากขึ้น กล่าวคือมารดามีโรคประจำตัวมาก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น เมื่อพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่ จึงได้บูรณาการกับกรมควบคุมโรคเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ แต่อาจจะยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่วนสาเหตุการตายจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้มีการบูรณาการกับกรมการแพทย์ในการออกมาตรฐานการดูแลผู้คลอดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ นอกจากนี้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุของมารดาเสียชีวิตจาก 3 delay ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ delay ที่เกิดจากบุคลากรสาธารณสุขขาดความชำนาญ โดยเฉพาะภาคใต้มีปัญหามากเพราะว่ามีการโยกย้ายบุคลากรในภาคได้บ่อยมาก ซึ่งคนที่จะดูแลเรื่องการป้องกันการตายของมารดาได้ต้องเป็นบุคลากร(แพทย์ พยาบาล) ที่มีประสบการณ์และมีทักษะในการทำงาน ซึ่งการโยกย้ายบ่อยนี้อาจจะมีสาเหตุมาจากความไม่สงบในภาคใต้ กล่าวคือถ้าไม่ใช่คนในพื้นที่ก็จะทำงานอยู่ได้ไม่นาน และมีเรื่องศาสนารวมถึงความเชื่อเป็นสิ่งที่เข้าไม่ถึง นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัด สตูล พัทลุง สงขลา ยะลา และนราธิวาส ยังมีอัตราการตายของมารดาสูง เนื่องจากการตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้า และเมื่อจะต้องต่อผู้ป่วยก็มีความล่าช้าและมีอุปสรรคในเรื่องความไม่สงบร่วมด้วย และเมื่อมองในมุมของการทำวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาในภาคใต้ก็มีความล่าช้าในกระบวนการของการพิจารณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัย จึงทำให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาดำเนินไปอย่างช้า ๆ (ผู้ให้สัมภาษณ์ HMC)

แม้ว่าประเทศไทยได้บรรลุเป้าประสงค์นี้แล้วแต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลที่ได้สำรวจมาพบว่าพื้นที่ภาคใต้ยังคงมีอุบัติการณ์การมารดาตายสูงกว่าภาคอื่นมากจึงควรเร่งดำเนินการแก้ไขสาเหตุในพื้นที่ภาคใต้ โดยเร่งดำเนินการ และควรเพิ่มอัตราค่าจ้างบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานประจำและต่อเนื่องได้จนเกิดความชำนาญในการดูแลผู้คลอด ตลอดจนประสานงานกับบุคลากรท้องถิ่นเพื่อให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา

**เป้าประสงค์ 3.2** ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกแรกเกิดลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.2.1** อัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี น้อยกว่า 25 คน ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000 คน

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนการดำเนินงานระยะสั้น โดยกรมอนามัย จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยเรียน (ลดตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น การจมน้ำ อุบัติเหตุ) มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มเด็กวัยรุ่น (ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จัดทำแผนบูรณาการพัฒนาศักยภาพกลุ่มวัยเรียน (ลดตายจากสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น การจมน้ำ อุบัติเหตุ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และทางเดินอาหาร) มีการติดตามและประเมินผล การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์แผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาทารกแรกเกิด มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อลดอัตราเชื้อดื้อยา แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มเด็กวัยรุ่น (การให้วัคซีนไขหวัดใหญ่ในเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ, การรณรงค์ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น) จัดทำโครงการสร้างองค์ความรู้และอบรม การกู้ชีพทารกแรกเกิดและส่งต่อ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือวิกฤติ โครงการเครือข่ายทารกแรกเกิดและ ข้อมูลระดับชาติ(National data base) โครงการบูรณาการและจัดการความรู้ การดูแลทารกแรกเกิด โครงการการอบรมหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ทารกแรกเกิดวิกฤติ การดำเนินงานระยะกลาง โดยกรมการแพทย์โครงการสร้างองค์ความรู้และอบรม การกู้ชีพทารกแรกเกิดและส่งต่อ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยหรือวิกฤติ โครงการบูรณาการและจัดการความรู้ การดูแลทารกแรกเกิด โครงการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ ส่วนแผนการดำเนินการระยะยาวไม่ได้มีการระบุไว้ในรายงานแผนที่นำทางการพัฒนาที่ยั่งยืน (2560)

**ตัวชี้วัด 3.2.2** อัตราการตายของทารกแรกเกิดน้อยกว่า 12 คน ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000 คน

กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานระยะสั้น โดยกรมการแพทย์ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี) จัดทำแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาทารกแรกเกิด จัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มเด็กวัยรุ่น (ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น) วางแผนดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิดป่วย โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาทั้งเด็กปกติและเด็กป่วย โครงการบริหารจัดการข้อมูลทารกแรกเกิดของเครือข่ายบริการสุขภาพเฉพาะด้านทารกแรกเกิด โครงการคัดกรองทารกที่มีหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ดัดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อลดอัตราเชื้อดื้อยา จัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มเด็กวัยรุ่น (การให้วัคซีนไข้วัดใหญ่ในเด็กที่มีปัญหาสุขภาพ การรณรงค์ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น) การดำเนินงานระยะกลาง โดยกรมการแพทย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วางแผนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับคณะแพทย์และชมรมทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทยเพื่อจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะด้านทารกแรกเกิดให้สามารถแข่งขันกับประเทศเพื่อนบ้านในเอเชียได้ จัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศด้านทารกแรกเกิดโดยประสานความร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์และชมรมวิชาชีพด้านทารกแรกเกิด จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลทารกแรกเกิดป่วย โครงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา โครงการบริหารจัดการข้อมูลทารกแรกเกิด โครงการคัดกรองทารกที่มีหัวใจพิการแต่กำเนิด ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อลดอัตราเชื้อดื้อยา แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การดำเนินงานระยะยาว (พ.ศ.2565 – 2573) โดยกรมการแพทย์ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี)

ร่วมกับเครือข่าย ดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) และจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมเฉพาะทางด้านทารกแรกเกิดหลักสูตรนานาชาติ

การดำเนินงานที่ผ่านมา จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานด้านแผนและนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่า แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ไม่ได้กำหนดเกณฑ์นี้เป็นตัวชี้วัด แต่ทางสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดก็ยังคงมีการเก็บข้อมูลการตายของทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี เพียงแต่ไม่ได้บันทึกในระบบของตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข แต่มีการมุ่งเน้นไปที่ตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัยและสูงดีสมส่วน เนื่องจากเป็นประเด็นปัญหาของเด็กในปัจจุบันของประเทศไทย และการส่งเสริมในวัยนี้จะเป็นพื้นฐานภาวะสุขภาพที่ดีในอนาคต และให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการบรรจุตัวชี้วัด 3.2 ไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของชาติ 20 ปี เพื่อให้เห็นแนวทางการขับเคลื่อนในตัวชี้วัดนี้อย่างชัดเจน และสอดคล้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ (ผู้ให้สัมภาษณ์ PPP) ส่วนปัญหาและอุปสรรค ข้อมูลจากแบบรายงานการเฝ้าระวังภาวะการณั้ป่วย/การตายของมารดาและทารก ยังไม่ครอบคลุมทุกราย เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่ที่รายงานเป็นข้อมูลของสถานบริการของโรงพยาบาลรัฐ ยังขาดข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชน และการคลอดที่บ้าน จึงทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นคลาดเคลื่อนได้ (น้ำผึ้ง กลิ่นดั่ง, 2556) ดังนั้น การดำเนินโครงการจากแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579

**ประสงค์ที่ 3.3** ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเลีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.3.1** ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ ภายในปี 2573

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการวางแผนการดำเนินงานระยะสั้น โดยกรมควบคุมโรค (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) สำนักป้องกันและควบคุมโรค เขต 1-12 สป.คร. สถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง) สสจ.ทุกแห่ง หน่วยบริการที่ร่วมดำเนินการ ได้มีมาตรการในการดำเนินการ ดังนี้ มาตรการที่ 1 การบริหารจัดการ เพื่อสร้างและพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์การติดตามและการประเมินผล มาตรการที่ 2 พัฒนาความเข้มแข็งของระบบบริการ สุขภาพ และระบบบริการโดยชุมชน ให้มีบริการเชื่อมต่อกัน และให้บริการได้มีคุณภาพ และประสิทธิผล มาตรการที่ 3 การให้บริการ RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) มาตรการที่ 4 การสร้างสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ลดการตีตรา รังเกียจ และเลือกปฏิบัติ การดำเนินงานระยะ กลาง (พ.ศ. 2561 – 2564) มีการวางแผนการดำเนินงานหลายหน่วยงาน ได้แก่ องค์การเภสัชกรรม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เครือข่ายผู้ติดเชื้อองค์การพัฒนาเอกชน องค์การภาคประชาสังคมที่ดำเนินงาน กลุ่มประชากรหลัก กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย (มท.) สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงศึกษาธิการ(ศธ.) สำนักงานยก กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และภาคธุรกิจ มีแผนการวิจัยและพัฒนายาต้านไวรัสเอดส์รายการใหม่ ๆ ตาม guideline ที่เปลี่ยนแปลงไปให้สามารถผลิตได้เองใน ปัจจุบันได้มีโครงการนำร่องการนำยาต้านไวรัส PrEP มาใช้แก่ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อป้องกันเชื้อเอดส์ก่อนการสัมผัส ยา PEP ถือว่าป้องกันการติดเชื้อที่ต้องกินภายใน 72 ชั่วโมงหลังมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อเอชไอวี และจะต้องกินติดต่อกันนาน 28 วัน นอกจากนี้มีแผนการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์ส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จัดทำแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 จัดทำแผนปฏิบัติการการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 การดำเนินงานระยะ ยาว (พ.ศ.2565 – 2573) จัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปี 2560 – 2573

**การดำเนินงานที่ผ่านมา** จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค พบว่า มีการดำเนินงานตามมาตรการ RRTTR ช่วยดูแลทั้งเรื่องเอดส์และ STI ส่วนเอดส์ จะให้ตรวจฟรี ปีละ 2 ครั้ง หากพบความเสี่ยงก็จะให้กลับมาตรวจอีก 3 เดือน ส่วนการป้องกันเน้นการแจกถุงยางอนามัย นอกจากนี้ยังมีการร่วมงานกับมูลนิธิเอ็มพลัส แคร่เมท ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐ (NGO) ในการให้บริการด้านคำปรึกษา และ เจาะเลือดโดยที่ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งหน่วยงานนี้ได้รับการสนับสนุน



จากสภากาชาดไทย ปัจจุบันมีการปรับโครงสร้างคลินิก STI (กามโรค (Venereal Disease) หรือการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infection: STI)) ที่อยู่นอกโรงพยาบาลใหญ่ถูกยุบไป การให้บริการของสคร.จึงไม่ค่อยชัดเจน ประกอบกับการปราบปรามสถานบริการหญิงให้บริการ จึงทำให้คนกลุ่มนี้ไปแฝงตัวอยู่สถานอาบอบนวด หรือที่อื่นที่ไม่ชัดเจนการดำเนินการเชิงรุกจึงเป็นไปได้ยาก การดำเนินงานจะกลายเป็นเชิงรับมากกว่า และพบว่าวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ติดเชื้อหนองในกับซิฟิลิสเพิ่มขึ้น จึงได้รณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยแต่ก็ไม่ได้ 100 % เนื่องจากยังเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ จึงยังไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันโรค (ผู้ให้สัมภาษณ์ SDC)

### ตัวชี้วัด 3.3.2 ยุติการแพร่กระจายของวันโรคภายในปี 2573

กระทรวงสาธารณสุข ได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานรัฐมนตรี องค์การอนามัยโลก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมควบคุมโรค องค์การภาคประชาสังคมภาคธุรกิจ และภาคเอกชน กองทุนโลกด้านวันโรค สำนักงานประมาณ แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ 1** เร่งรัดค้นหา ดูแลรักษา และปฏิรูประบบข้อมูล จัดทำแผนยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์วันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560-2564 แผนปฏิบัติการยุติปัญหาวันโรค พ.ศ. 2561-2564 โดยการเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อวันโรคและผู้ป่วยวันโรคให้ครอบคลุมโดยการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวันโรค พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษาและควบคุมวันโรค สร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนเชิงนโยบายอย่างจริงจัง (Political commitment) และส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวันโรค สำนักงานวันโรค กรมควบคุมโรค จัดทำแผนยุทธศาสตร์วันโรคระดับชาติ พ.ศ.2559-2563 **ระยะที่ 2** สร้างความเข้มแข็งและพัฒนาเชิงคุณภาพ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์วันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2565-2569 และแผนปฏิบัติการยุติปัญหาวันโรค พ.ศ. 2565-2569 การดำเนินงานระยะ ยาว (พ.ศ.2565 – 2573) **ระยะที่ 3** ก้าวทันเทคโนโลยีและสร้างความยั่งยืนและ **ระยะที่ 4** ประเมินผลกระทบสู่การยุติปัญหาวันโรค จัดทำแผนยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์วันโรคระดับชาติ พ.ศ.2570-2579 และแผนปฏิบัติการยุติปัญหาวันโรค พ.ศ. 2570-2579

การดำเนินงานที่ผ่านมา จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานแผนงานและนโยบาย สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ การค้นหาผู้ป่วยที่ติดเชื้อวันโรครายใหม่ยังค้นหาได้น้อย การคัดกรองที่เข้าถึงได้ยาก ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง นักโทษ และกลุ่มผู้สัมผัส ซึ่งจากการคัดกรองผู้ป่วยมักจะพบผู้ป่วยเมื่อมีอาการหนักจึงทำให้การรักษายากขึ้น ประกอบกับเมื่อมีผู้ป่วยวันโรคในครอบครัวแล้วไม่ไปตรวจวินิจฉัยรับการรักษาที่โรงพยาบาลจึงทำให้สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อไปด้วย อีก

ประการหนึ่งคือ โรควันโรคเป็นโรคที่ถูกตีตรา สังคมรังเกียจจึงทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อไม่ยอมเปิดเผยตนเอง (ผู้ให้สัมภาษณ์ PDC2)

### ตัวชี้วัด 3.3.3 ยุติการแพร่กระจาย มาลาเรียภายในปี 2573

กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการวางแผนการดำเนินงาน โดยสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค แผนการดำเนินงานระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว จัดทำยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2569 แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ.2560-2564 เร่งรัดการจัดการแพร่เชื้อมาลาเรียในประเทศไทย พัฒนาเทคโนโลยี นวัตกรรม มาตรการและรูปแบบที่เหมาะสมกับสภาพของพื้นที่ สร้างความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่าย ระดับประเทศและระดับนานาชาติเพื่อขับเคลื่อนงานกำจัดโรคไข้มาลาเรีย ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองจากโรคไข้มาลาเรีย

นอกจากนี้ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี ได้มีแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยมีมาตรการกำจัดแหล่งแพร่เชื้อ และเร่งรัดค้นหาผู้ติดเชื้อ ควบคุมยุงพาหะและเฝ้าระวังโรค สำหรับพื้นที่ที่มีการแพร่เชื้อ พื้นที่ที่หยุดการแพร่เชื้อ 1-2 ปี และอำเภอปลอดโรคไข้มาลาเรีย

การดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์มาลาเรียดีขึ้นผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียลดลง แต่พบมีรายงานเชื้อมาลาเรียดื้อยาบริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-กัมพูชา ที่จังหวัดศรีสะเกษและจังหวัดอุบลราชธานี จึงทำให้การรักษาแบบหายขาดเกิดขึ้นเพียงร้อยละ 81.8 และ 90 ตามลำดับซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกกำหนดที่ต้องมากกว่าร้อยละ 90 ประชุมคณะกรรมการนโยบายและแนวทางการใช้ยารักษามาลาเรีย โดยปรับเปลี่ยนยารักษาโรคไข้มาลาเรียนานแรกในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาให้หายขาด และมุ่งดำเนินการกำจัดเชื้อมาลาเรียดื้อยา โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือสถานการณ์มาลาเรียระหว่างประเทศ เพิ่มศักยภาพของประเทศเพื่อนบ้านในการกำจัดโรค ควบคุมยุงพาหะโดยการพ่นสารเคมี และสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันยุงพาหะ มีระบบเฝ้าระวังเชื้อมาลาเรียดื้อยา และเพิ่มความครอบคลุมของการให้บริการ (hfocus, 2019)

### ตัวชี้วัด 3.3.4 ยุติการแพร่กระจายและต่อสู้กับโรคตับอักเสบ ภายในปี 2573

กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานระยะสั้น โดยกรมควบคุมโรค จัดทำแผนแม่บท อยู่ระหว่างการพัฒนาการจัดตั้งแผนงานป้องกันควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัสในระดับชาติ และ สป.สธ. (สสจ.ทุกแห่ง หน่วยบริการที่ร่วมดำเนินการ) (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) อปท. กระทรวงมหาดไทย กรมวิทยาศาสตร์ฯ สสส.) เร่งรัดดำเนินการเพื่อการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี ซี การค้นหาและดูแลรักษาผู้ป่วย

**การป้องกันและควบคุมโรค** โดยการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบที่จำเป็น ขกระดับการบริการทางสาธารณสุขให้ปลอดภัยจากไวรัสตับอักเสบ ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบในประชาชนสื่อสารและรณรงค์ให้ความรู้ ความตระหนักโรคไวรัสตับอักเสบแก่ประชาชน การค้นหาและดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบที่มีคุณภาพ พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรังและผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไวรัสตับอักเสบ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ พัฒนานโยบาย กลไก และระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บีและซี ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และกระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ โดยการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ จัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบ พัฒนาระบบงานและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบ พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์โรคไวรัสตับอักเสบ และพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์โรคไวรัสตับอักเสบ โดยการจัดทำฐานข้อมูลในระดับชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตับอักเสบจากไวรัส บี และ ซี โรคตับอักเสบเรื้อรัง จากไวรัส บี และ ซี และ โรคที่เป็นผลต่อเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี จัดทำระบบเฝ้าระวังโรคไวรัสตับอักเสบ พัฒนาการใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์โรคไวรัสตับอักเสบ การดำเนินงานระยะกลาง และการดำเนินงานระยะยาว ดำเนินการตามแผนระยะสั้นและเพิ่มเติม การวิจัยและพัฒนาทางด้านไวรัสตับอักเสบ B และ C รายการใหม่ๆตาม guideline ที่เปลี่ยนแปลงไปให้ สามารถผลิตได้เองในประเทศ (หน่วยงานรับผิดชอบองค์การเภสัชกรรม)

**การดำเนินงานที่ผ่านมา** พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน คือ ไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรรองรับเป็นหลักในการดำเนินงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคตับอักเสบ จึงให้ข้อเสนอแนะว่ารัฐควรจัดให้มีหน่วยงานหรือองค์กรรองรับเพื่อเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโรคตับอักเสบ (ผู้ให้สัมภาษณ์ PDC1) เนื่องจากแผนงานควบคุมโรคตับอักเสบจากไวรัสเป็นแผนงานใหม่ ขาดผู้รับผิดชอบหลักของแผนงานในระดับเขต จึงทำให้เกิดอุปสรรคในการประสานงานหาผู้รับผิดชอบในการจัดกิจกรรม และฐานข้อมูลไวรัสตับอักเสบยังต่ำกว่าความเป็นจริงมากยังไม่สามารถนำมาใช้ในการอ้างอิงได้ (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

### 3.3.5 ยุติการแพร่กระจายโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย ภายในปี 2573

กระทรวงสาธารณสุขมีการวางแผนการดำเนินงานระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว โดยกรมควบคุมโรค จัดทำยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย (2560-2564) โดยพัฒนาและเพิ่มความเข้มแข็งระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย เร่งรัดการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อ เพื่อลดการติดเชื้อการป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย เพิ่มความเข้มแข็งระบบการดูแลรักษา

และสนับสนุนอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน พัฒนาและส่งเสริมการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของบุคลากร ภาาีเครือข่าย และประชาชนทุกคนในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบควบคุมโรคและการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย (EOC) เพิ่มศักยภาพและความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากรในการควบคุมยุลงลาย พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุลงลายให้มีประสิทธิภาพ และพัฒนา ส่งเสริม สนับสนุน และเร่งรัดการศึกษาวิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยี การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุลงลาย

**การดำเนินงานที่ผ่านมา** จากการสัมภาษณ์สาธารณสุขจังหวัดไม่เคยเก็บข้อมูลในส่วนนี้เนื่องจาก ไม่เคยมีผู้ที่ร้องขอความเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเอียด และไม่มีการกำหนดโรคที่ชัดเจนมาจากกระทรวงสาธารณสุข แต่สจ.ได้บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยจากโรคเขตร้อน ดังนี้ โรคไข้เลือดออก อุจจาระร่วง โรคหัด และโรคมือเท้าปาก (ผู้ให้สัมภาษณ์ PPP)

**เป้าประสงค์ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573**

**ตัวชี้วัด 3.4.1 อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรไทยอายุ 30 - 70 ปี (premature mortality rate) ลดลง 1/3 ภายในปี 2573 จากข้อมูลพื้นฐานปี 2553**

กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการคลินิก NCD คุณภาพในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ การจัดบริการสุขภาพ มีระบบ fast track STEMI, cardiac network และ zoning มีระบบการตรวจวินิจฉัยให้ได้ภายในระยะเวลาตามเกณฑ์ มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จัดระบบบริการการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของแต่ละระดับของโรงพยาบาลโดยมีการเชื่อมโยงภายในเครือข่าย การจัดกำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอและเหมาะสมกับการะงาน ระบบสารสนเทศมีการจัดเก็บข้อมูลที่สมบูรณ์ สอดคล้อง และเชื่อมโยงกับระบบของสถานพยาบาล การรายงานข้อมูลเป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ ยาและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และเทคโนโลยี คู่มือแนวทางการดำเนินการคัดกรอง และมีคณะกรรมการ service plan สาขาโรคไม่ติดต่อระดับเขตและจังหวัด โดยการดำเนินงานระยะสั้น สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ วางแผนการดำเนินงานตามแผนพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัย (แม่และเด็ก เด็กวัยรุ่น วัยรุ่น วัยทำงาน วัยผู้สูงอายุและผู้พิการ) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan สาขา NCD (DM, HT, COPD,

STROKE) ) สาขาหัวใจ และหลอดเลือด และสาขามะเร็ง แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ (พ.ศ. 2556-2556) แผนปฏิบัติการบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน นอกจากนี้ยังได้มีการจัดดำเนินงานตามแต่ละโรค ดังนี้

### โรคหัวใจและหลอดเลือด

กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ สธ. เลขที่ 388 พ.ศ. 2561 ห้ามการผลิต นำเข้า และจำหน่ายไขมันทรานส์ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 9 มกราคม 2562 ผู้ใดฝ่าฝืนจะมีโทษตามมาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วย (สุขภาพคนไทย, 2562) กรมการแพทย์สถาบันทรวงอก ได้จัดโครงการ “วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย” มีการผลักดันให้ยา Tenecteplase (TNK) ให้เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ เพื่อที่จะได้สามารถเบิกจ่ายได้ใช้แทน Streptokinase ในผู้ป่วย STEMI มีการลงตรวจเยี่ยมพื้นที่เขตสุขภาพร่วมกับผู้ตรวจเขต เพื่อรับทราบปัญหา และนำมาแก้ไข เพื่อหาข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา กำหนดคิวผ่าตัด คิวสวนหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 3 เดือน

พัฒนานุเคราะห์ทางการแพทย์ จัดหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้ความรู้กับประชากรในการดูแลตัวเอง และโรงพยาบาลราชวิถีจัดทำโครงการเครือข่ายความร่วมมือทางการแพทย์ด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดสู่ประชาชนในส่วนภูมิภาค

### โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

กรมการแพทย์สถาบันทรวงอก จัดทำโครงการพัฒนานุเคราะห์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย (COPD Clinic Model) ปี 2560 ลงพื้นที่ 4 ภาค โครงการหลักสูตร chest nurse ระยะเวลา 4 เดือน จัดอบรม Spirometry นอกจากนี้องค์การเภสัชกรรม ได้ดำเนินการผลิตยารักษาโรคให้ทันต่อความต้องการและจัดหาการรักษาโรคที่ยังไม่สามารถผลิตได้เองให้ทันต่อความต้องการในราคาที่เหมาะสม

### โรคมะเร็ง

กรมการแพทย์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เน้นการดำเนินโครงการและหลักสูตรต่าง ๆ ตามหลักการป้องกันโรค การคัดกรอง การวินิจฉัยและรักษาโรค และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จัดทำสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Infoematics)

การดำเนินงานระยะกลาง มีการวางแผนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 และแผนยุทธศาสตร์กิจกรรมทางกายแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2559-2563) การดำเนินการตามหลักการป้องกัน

โรค โดยวางแผนจัดให้มีการรณรงค์เพื่อการป้องกันโรคระดับประเทศ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และออกกฎหมายควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็ง การคัดกรอง (Screening) จัดให้มีการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ตามโครงการ สปสช. ติดตามให้ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้รับการคัดกรองโรคตามที่ได้จัดให้มีบริการ และแก้ไขปัญหาในเขตหรือพื้นที่ที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย การวินิจฉัยและรักษาโรค ติดตามการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย คุณภาพของการรักษาและระยะของโรคเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรก โดยเฉพาะมะเร็งที่มีการคัดกรองโรคพัฒนาและนำเทคโนโลยีขั้นสูง มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัย การรักษาและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน สนับสนุนเครื่องฉายรังสีใน รพศ.และเขตสุขภาพ ในด้านสารสนเทศโรคมะเร็ง มีการติดตามและตรวจสอบฐานข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งให้มีคุณภาพครบถ้วน สมบูรณ์ และครอบคลุม มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการแก้ไขปัญหา ด้านการวิจัย (Cancer Research) องค์การเภสัชกรรม สนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์วิจัยด้านโรคมะเร็งในเขตสุขภาพเพื่อหาแนวทางใหม่ ๆ ในการป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น วิจัยและพัฒนาการรักษาโรคเหล่านี้ รายการใหม่ ๆ ตาม Guideline ที่เปลี่ยนแปลงไปให้สามารถผลิตได้เองในประเทศ

**การดำเนินงานระยะยาว** สถาบันมะเร็ง กรมการแพทย์ ได้วางแผนการดำเนินการเพื่อการป้องกันโรค โดยจัดให้มีการรณรงค์เพื่อการป้องกันโรคระดับประเทศ เป็นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน และออกกฎหมายเป็นข้อบังคับใช้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ ของโรคมะเร็ง การคัดกรอง มีมาตรการแนวทางการคัดกรองมะเร็งอื่น ๆ หากมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่การคัดกรองนั้นช่วยลดอัตราการตายจากโรค ประเทศที่มีทรัพยากรที่เพียงพอที่จะปฏิบัติได้ และมีความคุ้มค่าในการคัดกรอง การวินิจฉัยและรักษาโรค มีการติดตามการรอดชีพของโรค 5 year Survival ของมะเร็งแต่ละชนิด ติดตามอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเปรียบเทียบข้อมูลปี 2573 กับปี 2553 ส่วนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีการวางแผนจัดทำยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย (พ.ศ. 2570-2579) ภายใต้คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ

#### **โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2562)**

การลดความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงและลดการป่วยจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ มาตรการลดความเสี่ยงในประชาชน มาตรการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ มาตรการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน มาตรการสำคัญสำหรับจังหวัด อำเภอ และตำบล ปี 2562 มีกิจกรรมตำบลที่มีความเสี่ยงสูง เรื่องอ้วน อาหารที่มีเกลือสูง หรือความชุก DM, HT สูง อำเภอละอย่างน้อย 1 ตำบล มีการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ มีการคัดกรอง DM/HT ในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป การคัดกรอง CVD risk และกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับ

การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน มี NCD Clinic Plus เชื่อมโยงคลินิกชะลอไตเสื่อม และให้มีการจัดบริการ คลินิก NCD ให้มีคุณภาพในระดับ รพ.สต. นอกจากนี้ได้มีการสำรวจการเก็บข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (BRSFF) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาด้าน NCD (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.) ได้ร่วมมือกัน พัฒนาและผลิตเครื่องตรวจสุขภาพเบื้องต้นอัตโนมัติ จำนวน 100 เครื่องในพื้นที่ทั้งหมด 10 จังหวัด ซึ่งเป็นเครื่องที่สามารถแปลผลการวัดและให้คำแนะนำสุขภาพได้ สามารถนำผลที่ได้ไปปรึกษาขอคำแนะนำจากแพทย์ได้ เพื่อคัดกรองและป้องกันโรคไม่ติดต่อเบื้องต้น (hfocus, 2562)

**การดำเนินงานที่ผ่านมา** จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานสำนักป้องกันและควบคุมโรค พบว่า มีการดำเนินงาน NCD clinic plusว่า ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีโครงการ “อาหารโรงพยาบาลเก๋มน้อยอร่อย 3 ดี” ให้ลดโซเดียมในร้านอาหารในโรงพยาบาลและในอาหารผู้ป่วย จะมีการติดตามประเมินผลตามเกณฑ์ หากไม่ผ่านเกณฑ์จะต้องมีการพัฒนา ส่วนปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ปัญหาในการลงข้อมูลผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคที่ไม่ติดต่อ กล่าวคือ ในการลงข้อมูลทุกโรงพยาบาลจากทั้งหมด 12 เขตไม่รวม กทม.จะต้องลงข้อมูลที่ระบบ HDC ปัญหาคือ ผู้ที่ลงข้อมูลจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในระบบจึงจะสามารถลงข้อมูลได้ถูกต้อง จากที่ผ่านมามีการเปลี่ยนงานและย้ายงานบ่อยจึงทำให้การลงข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนจากที่ผู้มาทำงานใหม่ไม่เชี่ยวชาญในการลงข้อมูล ได้จัดอบรมให้ปีเว้นปี ซึ่งก็ไม่สามารถจัดอบรมทุกปีได้เนื่องจากงบประมาณมีจำกัด บางแห่งพบฐานข้อมูลที่ซ้ำกันเยอะจึงได้ทำการแก้ไขและลงข้อมูลใหม่ข้อมูลจึงถูกต้อง ปัญหาอีกด้านหนึ่งคือ เรื่องการสื่อสารจากนโยบายด้านบนลงมรด้านล่างไม่ชัดเจน เช่น การปรับเกณฑ์ของค่าความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการปรับแต่ไม่ได้สื่อสารถึงเหตุผลในการปรับเกณฑ์และในระบบ HDC ก็ยังไม่ได้ปรับเกณฑ์ ดังนั้นผู้ปฏิบัติก็ทำงานไม่ถูกว่าจะต้องยึดตามหลักไหน อีกด้านหนึ่งคือบุคลากรไม่เพียงพอ ในการทำงานคลินิก NCD จะต้องใช้พยาบาลวิชาชีพในการทำงาน แต่พยาบาลมีภาระงานเยอะมากจึงทำให้การปฏิบัติงานอย่างครอบคลุมลำบาก และในปัจจุบันพบว่าเด็กเป็นโรคอ้วนมากขึ้น ในส่วนของโรงเรียนมีการห้ามขายอาหารหวานหรือขนมหวาน แต่ว่านอกโรงเรียนยังคงมีการขายอาหารเหล่านี้อยู่ และขอให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการควบคุมผู้ผลิต/ผู้ขายสินค้าบริโภคในการจำกัดโซเดียม และมีป้ายเครื่องดื่มหรืออาหารเพื่อสุขภาพ และควรส่งเสริมสื่อให้มีส่วนช่วยชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารชนิดไหนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ตลอดจนมีมาตรการในการควบคุมสื่อที่ชักจูงให้บริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและโซเดียมสูง (ผู้ให้สัมภาษณ์ NDC) ในส่วนของโรงเรียนผู้สูงอายุได้มี

การรวมกลุ่มผู้สูงอายุทุกอาทิตย์ โดยจะมีการวัดความดันทุกอาทิตย์ ทำกิจกรรมฝึกทักษะประกอบอาชีพ และผู้สูงอายุแต่ละคนจะนำอาหารพื้นบ้านมารับประทานร่วมกัน หากใครนำอาหารหวาน มัน หรือเค็มมาจะไม่มีผู้อื่นรับประทานด้วย และบนโต๊ะจะไม่มีเครื่องปรุงรส ตลอดจนเป็นข้อตกลงกันในหมู่บ้านว่าเมื่อมีงานกินเลี้ยงจะไม่มีเครื่องปรุงรสบนโต๊ะ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีนอกจากนี้การได้ทำกิจกรรมร่วมกันยังเป็นการคลายเครียด ผ่อนคลาย และสร้างสมาธิ สร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุด้วย (ผู้ให้สัมภาษณ์ CHE)

#### ตัวชี้วัด 3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย

การดำเนินงานระยะสั้น โดยกรมสุขภาพจิต สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 4.2 การจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย (สุขใจ...ไม่คิดสั้น) นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตมีการพัฒนาระบบบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้พยายามฆ่าตัวตายระดับประเทศ มีการอบรม วิทยากร ผู้ดูแล อสม. แกนนำชุมชน และบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาศักยภาพ เยียวยาจิตใจผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย และป้องกันการฆ่าตัวตาย มีการสนับสนุนองค์ความรู้และเทคโนโลยี ในการเฝ้าระวัง ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า และผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่ด้วยช่องทางที่หลากหลาย และการรณรงค์สร้างความตระหนักเนื่องในวันป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ

การดำเนินงานระยะกลาง มีการวางแผนการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า และป้องกันจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ รพ.สต. รพช. รพศ. รพจ. ให้การบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาระบบฐานข้อมูลการบริการผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับประเทศที่มีคุณภาพและเข้าถึงง่าย โดยการเพิ่มช่องทางในการให้บริการผ่านทางแอปพลิเคชันอุก้า เนื่องจากการให้บริการผ่านทางสายด่วนไม่สามารถให้ได้อย่างทั่วถึง จากข้อมูลปี 2561 โทรเข้ามามากกว่า 800,000 สาย แต่จัดการให้บริการให้ได้ปีละ 200,000 สาย ดังนั้น สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ร่วมมือกับภาคเอกชน โดยบริษัท เทเลเมดิกา จำกัด ซึ่งเป็นผู้พัฒนาระบบให้บริการปรึกษาออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มอุก้าเพื่อช่วยให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิต คือ สามารถนัดพบกับจิตแพทย์และนักจิตวิทยาได้ทางออนไลน์ ซึ่งเป็นเหมือนโรงพยาบาลเสมือน (Virtual Hospital) (Hfocus, 2562)



การดำเนินงานระยะยาว มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการสุขภาพเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า และป้องกันจัดการปัญหาการฆ่าตัวตาย พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข พัฒนาระบบฐานข้อมูลการบริการ พัฒนาองค์กรให้เป็นแหล่งศึกษาอบรมและวิจัยนวัตกรรมด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคจิต และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

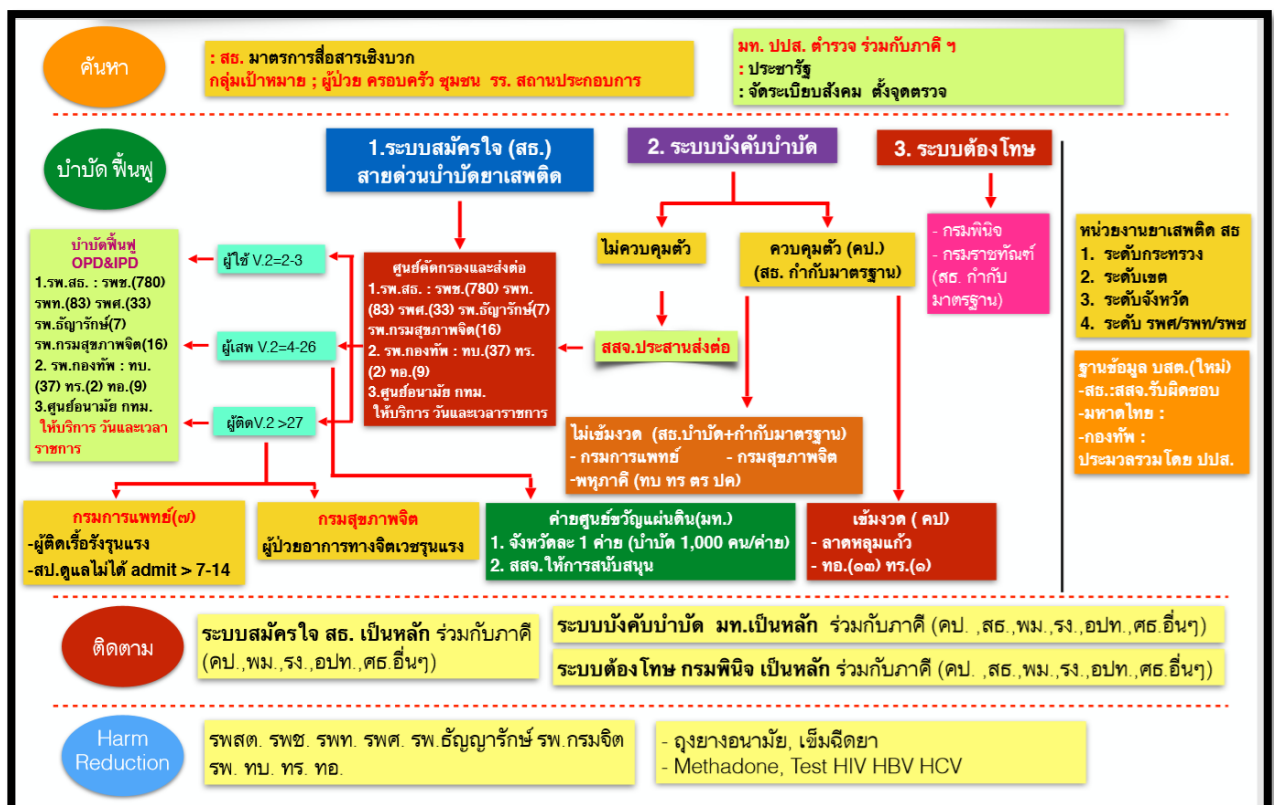
การดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหาในการดำเนินงาน คือ มีบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตน้อยกว่ากรอบอัตรากำลัง ภาระงานหลายด้านอาจมีผลทำให้ไม่สามารถพัฒนางานได้ตามเป้าหมาย การเข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าถึงได้ยากได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคจิตสุรา และโรคสมาธิสั้น การติดตามดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐานติดตามได้ยาก การบูรณาการภาคีเครือข่ายต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนจากกระทรวงอื่นร่วมด้วย มีปัญหาในการรักษาและดูแลต่อเนื่อง ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้ รวมทั้งขาดสถานที่ให้บริการในลักษณะหอผู้ป่วยใน ห้องตรวจทางจิตเวช ห้องให้บริการทางจิตสังคม (แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด, 2562)

### เป้าประสงค์ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย

ตัวชี้วัด 3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยาทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด

การดำเนินงานระยะสั้น กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค สำนักบริหารการสาธารณสุข สป.สธ. กรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558-2562 เพื่อให้เด็กและเยาวชนมีภูมิคุ้มกันยาเสพติดทุกคน หมู่บ้าน/ชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ มีความเข้มแข็งในการป้องกันยาเสพติด ทำลายเครือข่ายการค้าและองค์กรอาชญากรรมที่เกี่ยวกับยาเสพติด ลดพื้นที่ปลูกพืชเสพติดและทำลายแหล่งผลิต และกรมการแพทย์โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ได้จัดการประชุมวิชาการยาเสพติดแห่งชาติและมอบประกาศนียบัตรแก่ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านยาเสพติด โรงพยาบาลธัญญารักษ์ และจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ขอนแก่น สงขลา ปัตตานี ได้มีการจัดอบรมหลักสูตรบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินด้านยาเสพติด นอกจากนี้กระทรวงแรงงานได้จัดโครงการส่งเสริมระบบการจัดการด้านยาเสพติดในสถานประกอบกิจการ การดำเนินงานระยะกลางและระยะยาว กรมการแพทย์โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาค ได้วางแผนดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนและเพิ่มการเข้าถึงสถานบริการช่วยเหลือผู้

และเหล้าในสถานบริการและชุมชน เพื่าระวังการสูบบุหรี่และดื่มเหล้าหน้าใหม่ และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องทุกมาตรา มีการการจัดตั้งสถานพยาบาลเสพติดตาม พรบ. 2522 การวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาระบบบริการ HARM Reduction ในผู้ติดยาเสพติด นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต วางแผนจัดทำโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (To be number one) และพัฒนาคุณภาพระบบบริการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ติดยาเสพติด อาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายเพื่อค้นหา บำบัดฟื้นฟู ติดยาเสพติด และลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction) ดังนี้



แผนภาพที่ 17 แสดง มาตรฐานและขั้นตอนปฏิบัติในการบำบัดฟื้นฟูและส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติด

ที่มา : สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2559)

การดำเนินงาน จากรายงาน ปี พ.ศ.2561 ผู้ติดยาเสพติดมากกว่า 2 ล้านคนทั่วประเทศ แต่เข้ารับการบำบัดรักษา 200,000-300,000 รายต่อปี ถึงแม้ว่าจะมีนโยบาย ผู้เสพยาเสพติดคือผู้ป่วย พบผู้ที่สมัครใจหรือกึ่งสมัครใจเข้ารับการรักษาเพียง 45-50% ส่วนที่เหลืออีกมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ที่ถูกบังคับบำบัดตามคำสั่งศาล รัฐบาลต้องใช้งบประมาณเพื่อกระบวนการทางศาลเอาผิดลงโทษผู้ติดยาเสพติดมากกว่าการใช้งบประมาณในการรักษา (hfocus, 2561)

จากการจัดประชุมของคณะวิจัย เสนอวิชาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพได้ข้อเสนอแนะว่า รัฐควรมุ่งส่งเสริมกฎหมายจากการลงโทษเป็นให้รางวัล หรือให้ผู้คนได้รับประโยชน์แทน จากการบำบัดรักษา ให้โอกาสผู้ติดยาเสพติดให้ได้อยู่ร่วมกันในสังคม ผู้รักษากฎหมาย และผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และเจตคติที่ถูกต้อง

**ตัวชี้วัด 3.5.2** การใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย นิยามตามบริบทของเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อผู้บริโภค (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ภายในปีปฏิทิน

**การดำเนินงานระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว** โดยสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สคอ.) กรมควบคุมโรค ได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ (แผนยุทธศาสตร์ 10 ปี พ.ศ.2554-2563) เพื่อดำเนินงานด้านป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีเป้าหมายระดับประเทศในการลดปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกิน 6.54 ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ในปี 2564 และความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี ไม่เกินร้อยละ 19.9 มีการควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์ และทางกายภาพ ปรับเปลี่ยนค่านิยมและลดแรงสนับสนุนในการดื่ม การลดอันตรายจากการบริโภค จัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่ และพัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง

**การดำเนินงานที่ผ่านมา** พบปัญหาจากการดำเนินงาน คือ มีกลยุทธ์การลดรูปแบบใหม่ ๆ ของผู้ผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่มุ่งเน้นไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชน และอิทธิพลในพื้นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี 2554-2563 ยังไม่มีแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจน และขาดความต่อเนื่อง กิจกรรมเน้นหนักเฉพาะช่วงเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ และทัศนคติของคนไทยต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นไปในเชิงบวก มีการสร้างกระแสเป็นเรื่องของการสังสรรค์ ค่านิยมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อเข้าสังคม (คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากการประชุมเสวนาของคณะวิจัย เสนอวิชาการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพได้ข้อเสนอแนะว่า ควรควบคุมและจำกัดการเข้าถึงแอลกอฮอล์ เช่น ควบคุมสื่อในการโฆษณา กำหนดมาตรการทางภาษีและราคา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรณรงค์ดื่มสุราเพื่อสร้างความตระหนัก ลดค่านิยมต่อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### เป้าประสงค์ 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2573

**ตัวชี้วัด 3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ภายในช่วงระยะเวลา 30 วันต่อประชากร 100,000 คน (อายุมาตรฐาน))**

การดำเนินงานระยะสั้น โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สถานบันการแพทย์ฉุกเฉิน กองสาธารณสุขฉุกเฉิน ศูนย์ความปลอดภัยทางถนน กรมการแพทย์ มีการวางแผนการดำเนินงานเน้นมาตรการ 4 หลัก ดังนี้ 1) **มาตรการการบริหารจัดการ** มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) และทีมตระหนักรู้ (Situation Awareness Team: SAT) มีการจัดตั้งหน่วยงาน TEA Unit ในโรงพยาบาล สร้างความร่วมมือระหว่างสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขาร่วมในศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (สปลอ.อำเภอ) โดยมีบทบาทในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนตลอดทั้งปี เชื่อมโยงการทำงานระหว่างกลไกระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่มีอยู่ในทุกอำเภอมานำเสริมการทำงาน 2) **มาตรการจัดการข้อมูล** มีการบูรณาข้อมูล 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) ทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด เพื่อให้ทราบขนาดปัญหาที่แท้จริง พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS Online) พัฒนาระบบรายงานการสอบสวนออนไลน์ การชี้เป้าจุดเสี่ยง โดยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาเพื่อหาจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และนำเสนอข้อมูลจุดเสี่ยงผ่าน สปลอ.จังหวัด 3) **มาตรการป้องกัน** ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านระบบสุขภาพอำเภอ หรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) และเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนในระดับอำเภอ (สปลอ.อำเภอ) ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านชุมชน/มาตรการชุมชน/ศูนย์สร้างเมฆา (Community Checkpoint) ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการป้องกันและป้องปรามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บทางถนน ในช่วงเทศกาลหรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และขับเคลื่อนมาตรการองค์การความปลอดภัยทางถนนของรถพยาบาล (Ambulance Safety) นอกจากนี้ยังมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยทางถนน (จปถ.) เพื่อขับเคลื่อนมาตรการองค์กรในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (RTI officer) 4) **มาตรการรักษาพยาบาล** โดยการพัฒนาคุณภาพการรักษาตามแนวทาง Service Plan Trauma and Emergency ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, In-hos คุณภาพ และ Referral System

การดำเนินงานระยะกลาง และระยะยาว มุ่งเน้นการทำงานใน 4 หลักดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น และร่วมพัฒนาหน่วยจัดการปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ที่มีการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบ ตลอดจนติดตามประเมินผลเพื่อผลักดันนโยบายและวางแผนงานสำหรับขับเคลื่อนงานให้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

**การดำเนินงานที่ผ่านมา** มีการติดตามการดำเนินงานและการประเมินผล ในระดับพื้นที่อำเภอ/จังหวัด/สำนักงานป้องกันควบคุมโรคจากกลุ่มมือ แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ยังพบประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ บุคคล ยังขาดความตระหนักในความปลอดภัย ประเมินจาก อัตราการสวมหมวกนิรภัยยังมีน้อย การขับรถเร็ว พฤติกรรมที่มีความเสี่ยง เช่น เมาแล้วขับ เยาวชนอายุน้อยกว่า 15 ปี ขับขี่รถจักรยานยนต์ การโดยสารท้ายกระบะรถบรรทุก เป็นต้น การบังคับใช้กฎหมาย มีความจำเป็นในการแก้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การใช้กล้อง CCTV สำหรับตรวจจับการฝ่าสัญญาณไฟจราจรความเร็ว การไม่สวมหมวกนิรภัย การไม่ชำระค่าปรับเชื่อมโยงกับการต่ออายุใบอนุญาตขับรถ เป็นต้น ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการแก้กฎหมายและทดลอง อาจต้องใช้ระยะเวลานาน ด้านกลไกระดับพื้นที่ การจัดการปัญหาในระดับอำเภอมีความเหมาะสมในการดำเนินงานที่สามารถเข้าถึงระดับชุมชนและท้องถิ่น โดยใช้กลไกผ่านศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (สปถ.อำเภอ) ร่วมมือกับการทำงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (สปถ.อปท.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะอำเภอที่มีความเสี่ยง พบข้อสำคัญในการดำเนินงาน คือ ด้านบุคลากร ยังต้องเพิ่มทักษะการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพสำหรับนำไปสู่การวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา มาตรการแก้ปัญหาแบบเดิม ๆ ไม่มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์แต่ไม่ประเมินผลมาตรการ และด้านนโยบายและกลไกการทำงาน พบว่า คณะกรรมการ พชอ.มีข้อจำกัดการทำงาน ไม่เชื่อมโยงกับ สปถ.อำเภอ และเครือข่ายในอำเภอที่มีหน้าที่โดยตรงมองว่าเป็นงานของฝ่ายสาธารณสุข และระดับนโยบายยังไม่ถูกกระตุ้นการทำงานในทิศทางเดียวกันจากหน่วยงานส่วนกลาง ทำให้ให้เกิดการกำกับติดตามไม่ต่อเนื่อง

จากการสัมภาษณ์รองผู้กำกับการจราจร สถานีตำรวจภูธร พบว่า อุบัติเหตุบนท้องถนนเกิดหลายสาเหตุร่วมกัน **ด้านบุคลากร** ตำรวจจราจรมีไม่เพียงพอ เช่น ในเขตสถานีมีถนนที่มีแยก 60 แยก แต่มีตำรวจจราจร 20 กว่าคน ตำรวจควรเพิ่มบุคลากรในหน่วยปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนสถานีตำรวจภูธรพิจารณาอัตราประชากรต่ออัตราตำรวจจราจร **ด้านงบประมาณ** ยังขาดงบประมาณในการดำเนินการ ให้แก่อาสาจราจร ค่าน้ำมัน ค่าเบี้ยเลี้ยง **ด้านการศึกษา** ยังให้ความสำคัญกับการศึกษาด้านกฎหมายจราจรน้อยไป เช่น คณะนิติศาสตร์ต่าง ๆ ยังไม่สอนวิชากฎหมายจราจร **ด้านทนาย** ยังขาดทนายความจราจรโดยตรง ความรู้ด้านกฎหมายตามพระราชบัญญัติจราจร สิทธิการใช้ทาง การให้ทาง สิทธิระดับมัธยมศึกษาสอนกฎหมายเบื้องต้น และควรเพิ่มเติมการเรียนกฎหมายจราจรด้วย หรือควรมีศาลจราจรเป็นศาลพิเศษที่จะมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน **ด้านการดำเนินงาน** ในการป้องกันอุบัติเหตุค่อนข้างยาก เนื่องจากมีการสร้างถนนเพิ่มมากขึ้น จำนวนรถมากขึ้น และเมื่อมีการสร้างถนนแต่การติดตั้งอุปกรณ์ความปลอดภัยบนท้องถนนยังไม่เพียงพอ เช่น ไฟสัญญาณจราจร ทางระบายน้ำ หากน้ำไม่ระบาย

ก็มักจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเพราะน้ำท่วมขังบนท้องถนน เป็นต้น นอกจากนี้กฎหมายทับซ้อนกันจึงทำให้เกิดปัญหา เช่น แขวงทางจะปิดถนน แต่ตำรวจจราจรจะเปิดถนน หรือการขออนุญาตติดตั้งป้ายไม่ต้องแจ้งตำรวจซึ่งบางครั้งการติดตั้งป้ายนั้นเป็นการกีดขวางการจราจร เป็นต้น จึงขอให้ข้อเสนอแนะว่า ส่งเสริมให้มีการแก้ไขปรับปรุงจุดเสี่ยงจุดอันตราย สร้างมาตรฐานของถนน และปรับปรุงถนนที่มีความชำรุดหรือไม่ได้มาตรฐาน ส่งเสริมการบูรณาการในการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจราจรท้องถนน โดยมีการประสานงานกันเป็นประจำและติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจน เพิ่มการใช้กล้อง CCTV อย่างครอบคลุม เพิ่มตำรวจจราจรและรักษากำลังคน ส่วนด้านการศึกษา ควรส่งเสริมความรู้ด้านความปลอดภัยบนท้องถนนให้แก่นักเรียนตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษา และด้านกฎหมายจราจร

จากการสัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบงานป้องกันการบาดเจ็บ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (TDC) พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานช่วงแรกประมาณปี 2559 เป็นการดำเนินงานในการอบรมการสอบสวนอุบัติเหตุสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินงานได้ช้ามาก เนื่องจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขเข้าใจว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง เป็นหน้าที่ของตำรวจ การจราจร การขนส่ง ผู้บริหารบางจังหวัดได้ปฏิเสธการเข้าร่วมและระบุว่าไม่ใช่บทบาทหน้าที่ ต่อมาเมื่อมีเครื่องมือที่เรียกว่า DSH-RTI มาช่วยในการติดตามการดำเนินงาน ทำให้มีความชัดเจนมากขึ้น ต่อมาพบว่า ระบบ DSH-RTI ยังไม่เห็นคุณภาพ จึงพัฒนาเครื่องมือเป็น DRTI PLUS ซึ่งมีการใช้ทฤษฎีเชิงวิชาการมากขึ้น มีการกำหนดเกณฑ์ชัดเจน อาศัยคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเข้ามาช่วย (คชอ) แต่ละอำเภอต้องเอาไปวิเคราะห์สถานการณ์และดำเนินกิจกรรมในอำเภอที่เสี่ยง จนเกิดเป็นอำเภอต้นแบบ แต่การดำเนินงานหลายพื้นที่ยังเป็นเพียงแค่การตั้งด่าน และยังไม่เข้าใจว่ากิจกรรมที่บูรณาการต้องเป็นการออกแบบมาตรการที่สำคัญกับสถานการณ์ข้อมูลปัญหา แล้วกำหนดมาตรการติดตามประเมินผล (ผู้ให้สัมภาษณ์ TDC)

ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้งานอุบัติเหตุไม่ถึงเป้าหมาย จากการสัมภาษณ์พบว่า มาตรฐานของพาหนะในการขับขี่ยังไม่ได้มาตรฐานเท่าที่ควร พาหนะบางชนิดไม่ได้มาตรฐานแต่สามารถขับขี่บนท้องถนนได้ รวมถึงมาตรฐานของหมวกนิรภัย มีอายุไม่เกิน 2 ปี ความเร็วในการขับขี่ไม่ควรเกิน 60 กิโลเมตรต่อชั่วโมง การรณรงค์ยังเน้นไปที่การป้องกันการบาดเจ็บแต่ไม่ได้ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ มาตรฐานของถนนหรือโครงสร้างผิวทางหากประเมินตามมาตรฐานของต่างประเทศแล้วประเทศไทยมีอยู่ประมาณร้อยละ 25 ที่ถูกตามมาตรฐานต่างประเทศเป็นลักษณะเหมือนคอกขวิดบีบให้รถไปได้เล็กกว่าเดิมเพื่อป้องกันคนเดินถนน แต่ถ้าใช้มาตรฐานของหมวดทางมาประเมินถนนภายในประเทศผ่าน 100 % อีกด้านคือ ด้านวิศยานยนต์ที่ใช้ทดสอบการชนมีที่ลาดกระบังที่เดียวขาดการลงทุนเกี่ยวกับการทดสอบโครงสร้างความแข็งแรงของรถ ในภาคขนส่งดูแลเรื่องรถ

สาธารณะ มีการจำกัดการวิ่งไม่เกิน 90 กิโลเมตร/ชั่วโมง กำหนดที่นั่งไม่เกิน 11 ที่นั่ง แต่ภาคประชาชนยังเข้าไม่ถึงสิทธิความปลอดภัย ในส่วนของการจราจรบนท้องถนนของรถบรรทุกจะต้องวิ่งรอบเพื่อให้ได้เงินเพิ่ม จึงขับด้วยความเร็ว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย (ผู้ให้สัมภาษณ์ TDC)

**เป้าประสงค์ 3.7 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัวและการผสมอนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573**

**ตัวชี้วัด 3.7.1** ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

**การดำเนินงานระยะสั้น** กรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สสส. สปสช. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงศึกษาธิการ มีการพัฒนากฎหมายนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการสร้างเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ และพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พัฒนาระบบบริการสาธารณสุข และสร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม โดยการขยายสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนให้ครอบคลุม สนับสนุนส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุข มีและใช้เวชภัณฑ์วางแผนครอบครัวด้วยเทคโนโลยีที่หลากหลาย และมีการพัฒนาระบบสารสนเทศการสื่อสารสังคม และการพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยจัดตั้งคณะทำงานวิชาการ ส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลความเป็นไปได้และผลกระทบประกอบการผลักดันปรับปรุงแก้ไข กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ สิทธิประโยชน์ ในประเด็นต่าง ๆ ที่ครอบคลุมถึงประเด็นการบริการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีการคุมกำเนิดที่หลากหลาย การพัฒนาการสื่อสารด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และโครงการนำร่องพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นต้นแบบด้านสุขภาพองค์รวมในชุมชน (Smart Youth: SY)

**การวางแผนการดำเนินงานระยะกลาง** มุ่งเน้นการพัฒนาความร่วมมือกับองค์กรภาคีเครือข่ายเพื่อขยายการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในการติดตามการดำเนินงานและการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ในระดับพื้นที่ ทบทวนปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย กฎระเบียบและนโยบาย เพื่อเอื้อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ และพัฒนาระบบบริการให้มีความหลากหลายและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้มุ่งเน้นการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการวางแผน

ครอบครัวและบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสม ทบทุนและปรับปรุงแผนปฏิบัติการภายใต้ นโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ แห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2560-2569 และยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2560-2569 เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการ คุมกำเนิดมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ สภาพเศรษฐกิจ และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลง การดำเนินงานระยะ ยาว มุ่งเน้นศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการวางแผนครอบครัวและบริการคุมกำเนิด และจัดทำนโยบายและ ยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ แห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ.2570-2579)

### ตัวชี้วัด 3.7.2 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ (10-14 ปี,15-19 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ (10-14 ปี,15-19 ปี)

1,000 คน

**การดำเนินงานระยะสั้น** กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย สสส. สปสช. ได้มีการวางแผนการดำเนินงานใน การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและสร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม โดยการจัดโครงการส่งเสริมการ จัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ รักษาภาวะมีบุตรยาก และเพศคุยได้ในครอบครัวและ พัฒนาระบบสารสนเทศการสื่อสารสังคม และการพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยมีการจัดตั้งคณะทำงานวิชาการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ผลลัพธ์ด้านอนามัยการ เจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพ นำร่องพัฒนาศักยภาพแกนนำวัยรุ่นต้นแบบ และการเสริมสร้างศักยภาพเยาวชนรุ่นใหม่ รู้เท่าทันภัยไซเบอร์ ระยะกลาง มุ่งเน้นการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวง และนโยบายยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2558-2567 เน้นกลุ่มอายุไม่เกิน 20 ปี มีกฎหมายรองรับว่ามีสิทธิที่จะเข้าถึงอะไรบ้าง มีการบูรณาการกันทั้งหมด 5 กระทรวง ได้แก่ กระทรวง สาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และ กระทรวงมหาดไทย ในการดำเนินงานมีคณะกรรมการระดับชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ประชุมปีละ อย่างน้อยสองครั้งและมีอนุกรรมการที่อยู่ภายใต้คณะนี้อีก 4 ชุดเพื่อติดตาม มีอนุกรรมการในระดับจังหวัดจัดให้ มีการรายงานผลการดำเนินงานด้วย (ผู้ให้สัมภาษณ์ HRH) และติดตามการดำเนินงานในระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดลำปางเป็น 1 ใน 20 จังหวัดนำร่อง มีการดำเนินงานโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่าง หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน กับภาคประชาสังคม มีความเข้มแข็งและโดดเด่นขององค์กร NGOs (กลุ่มเพื่อนเพื่อเด็กและเยาวชน จังหวัดลำปาง) ทำให้มีอัตราการคลอดในประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี จากปี 2557 28 ลดเหลือ 19.7 ต่อ ประชากรวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี (Hfocus, 2562)



การขับเคลื่อนตามนโยบายยุทธศาสตร์พัฒนาการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) และติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และส่งเสริมศักยภาพเยาวชนรุ่นใหม่รู้เท่าทันภัยไซเบอร์ ระยะยาวยังไม่ได้มีการกำหนดไว้ในแนวทางการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ปี พ.ศ.2560

การดำเนินงานที่ผ่านมา พบปัญหาในการบูรณาการร่วมกันกับหลายหน่วยงานมีการดำเนินงานที่ไม่ต่อเนื่อง ควรจะมีการประสานงานหรือทำอะไรให้รู้เขารู้เรา แต่องค์กรให้รู้ว่าใครทำอะไรอยู่จะได้ประสานงานกัน ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วลดการซ้ำซ้อนของการทำงานและการที่จะนำนโยบายหรือแผนปฏิบัติการที่ได้ กำหนดไว้ในระดับส่วนกลางลงไปสู่ระดับล่างเองทำอะไร เพื่อให้ระดับล่างสามารถประยุกต์และจัดทำ แผนปฏิบัติการแผนงานโครงการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่เอง อีกประการหนึ่งคือ พื้นที่ที่ยังมอง ปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขปัญหาไม่ถูกต้อง ซึ่งส่วนกลางก็ได้แต่วางแนวทางนโยบายยุทธศาสตร์และให้ งบประมาณในการสนับสนุน แต่พื้นที่ต้องไปจัดทำแผนงานโครงการให้สอดคล้องตามส่วนนโยบายกลางและ ระดมทรัพยากรกันเองในแต่ละพื้นที่ จึงให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการประสานการทำงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ ตรวจสอบและติดตามการประเมินผลร่วมกันอย่างชัดเจนและเป็นระบบ ในการทำงานให้รู้เขารู้เราว่าใครทำ อะไร เป็นอย่างไร ถึงไหนแล้วบ้าง เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการทำงานและให้มีการดำเนินงานไปในทิศทาง เดียวกัน และแก้ไขปัญหาการสื่อสารการถ่ายทอดนโยบายจากผู้บริหารสู่ผู้ปฏิบัติที่มีความผิดพลาด โดยอาจจะมี คนกลางที่เข้าใจ (ผู้ให้สัมภาษณ์ HRH)

**เป้าประสงค์ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึง การบริการสาธารณสุขสูงจําเป็นที่มียุคคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจําเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สมารถซื้อหาได้**

**เป้าประสงค์ 3.8.1** ความทั่วถึงของการติดตามการรักษา (เช่น การฉีดวัคซีนแบบเต็มรูปแบบในเด็ก, การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรักษาวัณโรค การรักษาโรคความดันโลหิตสูง, การดูแลการคลอดโดยผู้ชำนาญ)

**เป้าประสงค์ 3.8.2** จำนวนของประชากรที่ได้รับการคุ้มครองจากภัยพิบัติ/การเสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล

มาตรการระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพหลักที่ดูแลด้วย ภาครัฐ ทั้งหมด 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว ระบบกองทุน ประกันสังคม และ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2560-2564) โดยมีพันธกิจ คือ พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน และเป็นตัวแทนประชาชนในการจัดหาบริการที่มีคุณภาพให้ประชาชนเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมตามความจำเป็น โดยมียุทธศาสตร์สร้างความมั่นใจใน 5 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ ด้านคุณภาพมาตรฐานและความเพียงพอของบริการ ด้านประสิทธิภาพการบริหารกองทุน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และด้านสุดท้ายคือ ธรรมาภิบาล

**การดำเนินงานระยะสั้น** สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อศึกษาและพัฒนากลไกเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ โดยพัฒนามาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพ จัดสรรทรัพยากรสำหรับหน่วยบริการ พัฒนาคุณภาพของข้อมูลและมีระบบคืนกลับเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ระดับพื้นที่ และมีการดำเนินงานตามแผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาระบบประกันสุขภาพ “5 Ensure” strategies เพื่อสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการ คุณภาพมาตรฐาน ประสิทธิภาพการบริหารกองทุน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และธรรมาภิบาล นอกจากนี้กรมควบคุมโรค และ การวางแผนการดำเนินงานระยะกลางและระยะยาว ดำเนินงานตามแผนงานยุทธศาสตร์พัฒนาระบบประกันสุขภาพ โดยพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์เพื่อแรงงานในระบบประกันสังคม เพิ่มประสิทธิภาพความคุ้มครองด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้แรงงานในระบบประกันสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดี และบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพ 3 กองทุน เพื่อให้แรงงานได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

#### การดำเนินงานที่ผ่านมา

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้นำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560 – 2564) มาใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาและการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2560 ดังนี้

| ปี   | สิทธิประโยชน์                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2558 | <ul style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มการเข้าถึงบัญชียา จ(2) 4 รายการ ได้แก่ ยา Trastuzumab ในมะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น ยา Peginterferon ในผู้ป่วยติดเชื้อตับอักเสบบี สายพันธุ์ 2, 3 สายพันธุ์ 1, 6 และที่ติดเชื้อเอชไอวี ยา Nilotinib และยา Dasatinib ในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวและต่อมน้ำเหลือง</li> <li>ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัส (ARV) โดยไม่จำกัดระดับภูมิคุ้มกัน (CD4)</li> <li>คลอดบุตรไม่จำกัดจำนวนครั้ง</li> </ul>                         |
| 2559 | <ul style="list-style-type: none"> <li>บูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ (3 กองทุน) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ</li> <li>ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM), สาวประเภทสอง (TG), พนักงานบริการชาย (MSW), พนักงานบริการหญิง (FSW), ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)</li> <li>ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (LTC)</li> <li>ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน</li> </ul>                                    |
| 2560 | <ol style="list-style-type: none"> <li>ขยายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</li> <li>ประกาศนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่" (UCEP) เริ่ม 1 เม.ย. 60 ต่อยอดจากนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 2561 | <ol style="list-style-type: none"> <li>บริการระดับปฐมภูมิที่มีคลินิกหมอครอบครัว (PCC)</li> <li>เพิ่มวัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูก สำหรับนักเรียนหญิงชั้น ป. 5</li> <li>ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่</li> <li>ตรวจคัดกรองและเพิ่มการรักษาไวรัสตับอักเสบบี</li> <li>ผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้</li> </ol>                                                                                                                                                                          |
| 2562 | <ul style="list-style-type: none"> <li>เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนและยา จ(2)</li> <li>1) วัคซีนรวม 5 ชนิด คอตีบ บาดทะยัก โอลิกรอน ไวรัสตับอักเสบบี และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (DTP-HB-Hib)</li> <li>2) วัคซีนพิษสุนัขบ้า</li> <li>3) เพิ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี: Raltegravir ป้องกันถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก</li> <li>4) เพิ่มยา Bevacizumab สำหรับโรคหลอดเลือดดำในจอตาอุดตัน</li> <li>เพิ่มสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค 8 รายการ ในหญิงตั้งครรภ์และทารก</li> </ul> |

ตารางที่ 15 พัฒนาการชุดสิทธิประโยชน์และเพิ่มการเข้าถึงบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2558 – พ.ศ. 2560

ที่มา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2561)

พบว่ายังขาดความครอบคลุมสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของคนไทยไร้สิทธิ หรือไร้สถานะ หรืออยู่ในประเทศไทยมานานแต่ไม่มีเลข 13 หลัก กลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ต้องขัง พระภิกษุ และกลุ่มด้อยโอกาสอื่น ๆ ส่วนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและสามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้มีเพียงร้อยละ 62.9 เมื่อเทียบกับจำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกร้อยละ 37.1 ที่ยังต้องเร่งรัดในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ได้สังเกตเห็นว่าการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึง ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนจึงเป็นอีกทางเลือกที่ช่วย

ให้ประชาชนเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐมีอย่างหนาแน่น แออัด บางแห่ง  
เตียงผู้ป่วยนอนตามทางเดินของโรงพยาบาล จึงอาจส่งผลให้การได้รับการดูแลรักษาไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยรอคิวตรวจ  
จำนวนมากและใช้เวลานาน จึงให้ข้อเสนอแนะว่า รัฐควรส่งเสริมการบริการเข้าถึงสุขภาพและใช้ทรัพยากร  
ทางด้านสุขภาพให้เกิดประโยชน์ โดยการบูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างเป็นระบบ ระหว่างรพ.เอกชน  
และ รพ.รัฐ เช่น อุปกรณ์ของรัฐบาลไม่เพียงพอสามารถส่งคนไข้มาตรวจด้วยเครื่องพิเศษที่โรงพยาบาลเอกชน  
ได้ โดยมีการกำหนดราคากลาง เพื่อให้เข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็วมากขึ้น (ผู้ให้สัมภาษณ์ HPH)  
ในขณะเดียวกันก็ต้องเฝ้าระวังเรื่องค่าใช้จ่ายครัวเรือน ในโรงพยาบาลเอกชนสูงขึ้นเนื่องจากการชื้อยาและ  
เวชภัณฑ์ และอาหารเสริม ดังนั้น จึงควรมีมาตรการในการติดตามประเมินผลค่าใช้จ่ายของครัวเรือนเป็นระยะ  
เพื่อป้องกันการเกิดภาวะล้มละลายของครัวเรือนเนื่องจากการรักษาสุขภาพจากการรักษาในโรงพยาบาล  
เอกชน (สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, รักมณี บุตรชน, สุวรรธน์ เพิ่มผลสุข และยศ ตีระวัฒนานนท์, 2561)

**เป้าประสงค์ 3.9 ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากการปนเปื้อนและมลพิษ  
ทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมากภายในปี 2573**

**ตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราการตายในครัวเรือนและมลพิษทางอากาศ**

**ตัวชี้วัด 3.9.2 อัตราการตายเนื่องจากสารเคมีอันตราย มลภาวะในน้ำและในดิน และการปนเปื้อน**

การดำเนินงานระยะสั้น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ สำนักงานนโยบายและ  
ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่  
3 (พ.ศ.2560-2564) แผนงานบูรณาการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม แผนยุทธศาสตร์คุ้มครองสุขภาพใน  
พื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2558-2567 โดยเฝ้าระวังภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง  
ระดับจังหวัด การจัดการมลพิษทางอากาศ สารเคมีและภัยสุขภาพรังสี การปรับปรุงระบบน้ำเสีย การจัดการขยะ  
มูลฝอยในโรงพยาบาล สร้างแรงจูงใจบุคลากรในองค์กรเป็นบุคคลต้นแบบในการจัดการสิ่งแวดล้อม สนับสนุน  
เครื่องมือด้านอาชีวอนามัยให้สอดคล้องกับพื้นที่เสี่ยงในระดับจังหวัด และพัฒนากฎหมาย/อนุบัญญัติและการ  
บังคับใช้ ส่วนกระทรวงแรงงาน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน) ได้ส่งเสริมความปลอดภัยอาชีวอนามัย  
โดยบูรณาการผ่านกลไกประชารัฐและปฏิบัติตามกฎหมาย นอกจากนี้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ  
สิ่งแวดล้อมแผน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้มี  
แนวทางในการดำเนินงานตามแผนแม่บทขยะมูลฝอย การวางแผนการดำเนินงานระยะกลาง มุ่งเน้นการ  
ดำเนินงานตามมาตรการในการวางแผนการดำเนินงานระยะสั้น และกรมควบคุมโรค ได้จัดทำโครงการตามแผน

บูรณาการฯ ระดับชาติ : โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม (ด้านอากาศ) มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ภาคเหนือ 9 จังหวัด และภาคใต้ 8 จังหวัด และ สาธารณสุขจังหวัด 17 จังหวัด (9 จังหวัดภาคเหนือและ 8 จังหวัดภาคใต้) วางแผนการดำเนินงานภายใต้โครงการ คัดกรองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยงปัญหาหมอกควัน และกรมควบคุมโรค (สำนัก โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, สคร.1,2,11,12) ได้วางแผนการดำเนินงานภายใต้โครงการเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรองสุขภาพและการสื่อสารความเสี่ยงจากมลพิษทางอากาศแบบครบวงจร กระทรวงแรงงาน (กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน) วางแผนการดำเนินงานภายใต้โครงการความปลอดภัยและอาชีวอนามัยของ ประเทศไทย (Safety Thailand)

### ตัวชี้วัด 3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ

การดำเนินงานทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว เน้นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2560-2564) แผนงานบูรณาการการบริหารจัดการขยะและ สิ่งแวดล้อม และแผนยุทธศาสตร์คุ้มครองสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี 2558-2567 โดยกรม ควบคุมโรคมุ่งเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ เฝ้าระวัง ป้องกันภัยสุขภาพจากการได้รับสารพิษและเคมี โดยการ พัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ ระบบข้อมูล บุคลากรและสนับสนุนการติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายและพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN and CLEAN Hospital (ส่งเสริมการบริโภคพืชผักปลอดสารเคมี และการผลิตและใช้ปุ๋ยอินทรีย์ในโรงพยาบาล และชุมชน) ตลอดจนสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาแนวทางการจัดการของเสียที่มีสารปรอทอย่างปลอดภัย การดำเนินงาน ระยะกลาง กรมอนามัย (สิ่งแวดล้อม) มุ่งเน้นการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมจากของเสียทางการแพทย์ที่มีการปนเปื้อนสารเคมีอันตรายและโลหะหนัก และพัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก (ในสถานที่และพื้นที่เสี่ยงปนเปื้อนสารเคมีและโลหะหนัก)

การดำเนินงานที่ผ่านมา ในภาคประชาสังคมทำให้เห็นความชัดเจนของการแก้ไขปัญหาภาค จีน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากร มุลินธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ผู้ให้สัมภาษณ์ SDF) โดยใช้โมเดล พื้นที่รูปธรรมในการแก้ไขปัญหาหมอกควันจากไฟฟ้า โดยการแก้ไขปัญหาที่สาเหตุได้แก่ ปัญหาที่ดินทำกิน ปัญหาอาชีพ และปัญหาหนี้สิน ปัญหาที่ดินทำกินพบว่าพื้นที่แม่แจ่มถูกนำมาใช้ประโยชน์ด้านการเกษตรและที่ อยู่อาศัยรวมกัน 344,833.88 ไร่ ในจำนวนนี้มีเอกสารสิทธิ์เพียง 13,264 ไร่ ที่เหลือเป็นพื้นที่ของป่าไม้จึงทำให้ การดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ดังกล่าวเป็นไปได้ยาก จึงต้องมีการแก้ไขปัญหาที่ดินที่เหลือเพื่อให้

สามารถเข้าช่วยเหลือจัดการได้ ปัญหาอาชีพกล่าวคือ พื้นที่ประมาณ 120,000 ไร่เป็นไร่ข้าวโพดเมื่อเสร็จสิ้นจากการเก็บเกี่ยวก็จะมีการเผาซากข้าวโพดทุกปีทำให้เกิดปัญหาหมอกควัน ส่วนปัญหาหนี้สินของเกษตรกรเฉลี่ยครัวเรือนละไม่ต่ำกว่า 200,000 บาท ซึ่งเป็นหนี้หมุนเวียนทั้งนี้ยังไม่รวมหนี้ในระบบ ปัญหาดังกล่าวจะต้องอาศัยองค์ความรู้และ ซึ่งความร่วมมือทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนและเป็นประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนที่แท้จริง ภาคประชาสังคมจึงได้สร้างพื้นที่ให้เกิดความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงจากไร่ข้าวโพดเป็นไม้ไผ่ เนื่องจากเป็นพืชที่ไม่ต้องใช้น้ำและเป็นพืชเศรษฐกิจและสามารถนำมาแปรรูปได้ นอกจากนี้ไม้ไผ่ยังมีการปลูกพืชผสมไม้ล่าง ไม้กลาง และไม้ระยะยาว ผลการดำเนินการแก้ไขปัญหามาทำให้จากเดิมแม่แจ่มมีจุดความร้อนมากที่สุด มาเป็นพื้นที่ที่เกิดจุดความร้อนน้อยที่สุดในช่วง 60 วันอันตรายของจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2559 ทั้งนี้ในการดำเนินงาน พบอุปสรรคที่สำคัญคือ ขาดตลาดที่จะขายผลผลิตจากเกษตรกร ซึ่งปัจจุบันตลาดยังไม่ค่อยมีจึงต้องประสานกับภาครัฐเพื่อหาโรงงานแปรรูป ภาคประชาสังคมดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งหมดไม่ได้จำเป็นต้องให้ภาครัฐช่วยเหลือ แต่ภาคประชาสังคมยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในการมีส่วนร่วมวางแผนนโยบายหรือยุทธศาสตร์ต่าง ๆ จึงขอให้ข้อเสนอแนะว่า การแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศที่ยั่งยืนควรส่งเสริมการแก้ไขที่สาเหตุ คือ เกษตรกรต้องเผาข้าวโพดที่เป็นพื้นที่ทำกินเนื่องจากเกษตรกรเป็นหนี้สินต้องการที่ดินทำกิน ดังนั้น จึงควรกระจายการถือครองที่ดินและการเข้าถึงทรัพยากร โดยแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งระหว่างเขตพื้นที่ป่าทับซ้อนพื้นที่ทำกินของประชาชน การรับรองสิทธิของชุมชนในการเข้าใช้ประโยชน์ในที่ดิน กำหนดมาตรการเพื่อก่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ที่ดินที่มีกรรมสิทธิ์อย่างเป็นธรรมและกระจายการถือครองที่ดินในขนาดที่เหมาะสมต่อการประกอบอาชีพ และ การส่งเสริมให้เกษตรกรมีงานทำ โดยการพัฒนาทักษะฝีมือแรงงาน การส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ การเพิ่มมูลค่าสินค้าการเกษตร และการให้แหล่งทุนเกษตรกรรายย่อย ส่งเสริมการสร้างโรงงานผลิตและแปรรูปผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

การดำเนินงานที่ผ่านมาของรัฐวิสาหกิจ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรปฏิบัติงาน โรงไฟฟ้าที่อยู่ในกำกับของการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ได้มีการดำเนินงานดูแลด้านสุขภาพทั้งพนักงานในโรงงานทั้งหมดประมาณ 4,000 คน และชุมชนรอบหมู่บ้านทั้งหมด 5 หมู่บ้าน ในโรงงานมีสถานบริการเหมือนโรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ 2 ท่าน ทันตแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลประมาณ 17-18 คน มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ห้องถ่ายภาพรังสี ห้องกายภาพ ต่าง ๆ แต่ไม่รับนอนโรงพยาบาล มีคลินิกแพทย์สบายใจดูแลด้านสภาพจิตใจ คลินิกอาชีพเวชกรรม มีโครงการลดพุงลดโรค มีการบูรณาการกับหน่วยงานสาธารณสุขในการจัดวิ่งเพื่อสุขภาพ ส่วนการดูแลสุขภาพชุมชนรอบโรงงาน มีอาสาสมัครในการช่วยดูแลหมู่บ้านทั้ง 5 หมู่บ้าน มีกิจกรรม

เขี่ยมบ้านผู้ป่วย มีกองทุนพัฒนารอบโรงไฟฟ้า (งบประมาณ 300 ล้านบาทต่อปี) ซึ่งปัจจุบันไม่พบปัญหาค่าปริมาณก๊าซสูงกว่ากำหนดเนื่องจากการติดตั้งเครื่องกำจัดก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (ผู้ให้สัมภาษณ์ HEM)

### เป้าประสงค์ 3.๑ การปฏิบัติตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลก โดยเฉพาะเรื่องยาสูบ

#### 3.๑.1 ความชุกของการปรับมาตรฐานอายุของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ มีมาตรการสำคัญเพื่อเสริมการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบตามความเหมาะสม ได้รับความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการร่วมกันขับเคลื่อน ได้แก่ กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ Southeast Asia Tobacco Control Alliance ได้มีการกำหนดมาตรการสนับสนุนและเพิ่มการเข้าถึงสถานบริการช่วยเหลือกัญหรีและเหล้าในสถานบริการและชุมชน การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องทุกมาตรา การส่งเสริมสนับสนุนและร่วมกับหน่วยงานระดับจังหวัดในการดำเนินงานเฝ้าระวังการสูบบุหรี่และดื่มเหล้าหน้าใหม่ โดยเฉพาะเยาวชนในพื้นที่ทั้งโรงเรียน / สถานศึกษาและชุมชน การสร้างความตระหนักรู้อย่างเข้มงวดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เลิกกัญหรีและดื่มสุรา การเพิ่มศักยภาพทุกภาคีเครือข่ายในตำบลจัดการสุขภาพให้สามารถควบคุมและจัดการปัญหาการสูบบุหรี่หรือดื่มสุราในชุมชนและสถานที่สาธารณะ ซึ่งในปี การดำเนินงานระยะสั้น พ.ศ. 2560 ได้ดำเนินงานสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ ได้แก่ การป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และระงับธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ การช่วยเหลือผู้เสพยาให้เลิกใช้ยาสูบ การควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันกัญหรี เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ส่วนมาตรการทางกฎหมายในประเทศไทย ได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ซึ่งได้มีการดำเนินการปรับปรุงกฎหมายและระบบการบังคับใช้กฎหมายที่เอื้อต่อการควบคุมยาสูบ และใช้มาตรการทางภาษีและปราบปรามเพื่อควบคุมยาสูบ

การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า มีการลักลอบซื้อขายบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในประเทศไทย แม้ว่าจะมีการห้ามนำเข้าและจำหน่ายแต่ยังมีการขายผ่านอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย ซึ่งบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์มีสารนิโคตินสูงถึง 4-24 มิลลิกรัม ในขณะที่บุหรี่ธรรมดามีสารนิโคตินเพียง 1.2 มิลลิกรัม ซึ่งสูงกว่าบุหรี่ธรรมดา 10 เท่า และยังมี การแต่งกลิ่นรสอาจทำให้จำนวนนักสูบบุหรี่หน้าใหม่เพิ่มขึ้นได้ (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2560) และพบว่า โครงสร้างการทำงานในหน่วยงานยังไม่ชัดเจน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานบ่อย ผู้บริหารยังไม่เล็งเห็นความสำคัญ ไม่มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังในพื้นที่ ขาดการดำเนินงานเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายเยาวชนอย่างครอบคลุม ตลอดจนจะต้องดำเนินงานอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ เสพเลิกลุบและการจำกัดพื้นที่เพื่อทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ จึงให้ข้อเสนอแนะว่า รัฐบาลเข้มงวดกวาดขัน และตรวจสอบการขายบุหรี่หรืออิเล็กทรอนิกส์ในสื่อออนไลน์อย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงโทษของการฝ่าฝืน ส่งเสริมให้ทุกสถานประกอบการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ให้มีแรงจูงใจให้รางวัลตอบแทน หรือสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมในหมู่บ้านปลอดบุหรี่ ส่งเสริมให้ทุกสถานประกอบการมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการควบคุมบุหรี่ เพื่อใช้ในการรับรองคุณภาพของสถานประกอบการ ร่วมกับการใช้มาตรการทางสังคม และบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังในพื้นที่ (กรมควบคุมโรค สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2561)

**เป้าประสงค์ 3.บ** การวิจัยและพัฒนายาและวัคซีน และการเข้าถึงยาและวัคซีนถ้วนหน้าผ่านการผ่อนปรนบทบัญญัติเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อให้คนในประเทศกำลังพัฒนาเข้าถึงยาได้

**ตัวชี้วัด 3.บ.1** สัดส่วนของประชากรเป้าหมายที่ได้รับการครอบคลุมด้วยวัคซีนทั้งหมด ที่รวมไว้ในโครงการของประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นมาตรการสำคัญดังนี้ มาตรการเกี่ยวกับการจัดซื้อยาของภาครัฐ มาตรการเพื่อส่งเสริมการลงทุนอุตสาหกรรมยา มาตรการด้านทรัพย์สินทางปัญญาและสิทธิบัตรยา มาตรการส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตสมุนไพร ชีววัตถุ ทั้งนี้ในช่วง พ.ศ. 2560 โดยได้รับความร่วมมือจากสำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา มีการกำหนดการดำเนินการบูรณาการมาตรการเพื่อการเข้าถึงยา ควบคุมค่าใช้จ่าย สร้างเศรษฐกิจและความมั่นคงด้านยา การพัฒนากลไกประสานเชื่อมโยงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ มีการปฏิรูประบบการวิจัยทางคลินิกในประเทศ นอกจากนี้สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) มีการเสนอวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้ได้รับการบรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปรับปรุงกลไกการนำวัคซีนใหม่มาใช้ในแผนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล องค์การเภสัชกรรม สถานเสาวภา ได้สร้างวัคซีน



ไข่เลือดออกตัวเล็ก (ชนิด LAV / DNA / VLP / chimeric) serotype 3 และ 4 ผลิตวัคซีนไข้วัดใหญ่เชื้อตาย สำหรับการทดสอบในคนระยะที่ 3 ได้วัคซีนเดี่ยวคอตีบ บาดทะยัก ไอกรนแบบเข้มข้น รับประทานทดแทนเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนไข้วัดออกเสบเจือจากมหาวิทยาลัยมหิดล ทำ antitoxin A (Botulinum antitoxin) ให้บริสุทธิ์ ทั้งนี้สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน) เสนอวัคซีนป้องกันไวรัสโรต้า ป้องกันปอดอักเสบ วัคซีนรวม ป้องกันคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี ให้ได้รับการบรรจุในแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค พัฒนารูปแบบการให้วัคซีนตลอดชีวิต สนับสนุนพัฒนารักษาโรคมะเร็งและโรคติดเชื้อ นอกจากนี้สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ ม.เทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี และมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยนเรศวร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ร่วมกันพัฒนาระบบ on line สำหรับการฝากและขอรับชีววัสดุของศูนย์ทรัพยากรชีวภาพทางการแพทย์ และเตรียมความพร้อมโรงงานผลิตวัคซีนระดับกึ่งอุตสาหกรรม

การวางแผนการดำเนินงานระยะกลางและระยะยาว มุ่งเน้นดำเนินงานตาม แผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.256-2564 แผนยุทธศาสตร์วัคซีนแห่งชาติ พ.ศ.2560-2564 จัดทำแผนยุทธศาสตร์วัคซีนแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพร และแผนวิจัยและพัฒนาใหม่ ยาสามัญใหม่ ชีววัตถุ สมุนไพร วัตถุดิบทางยา เป็นต้น

การดำเนินงานที่ผ่านมา ในช่วงยุทธศาสตร์ฉบับที่ 4 (2560-2561) สปสช.ได้เพิ่มสิทธิประโยชน์เพื่อให้เข้าถึงวัคซีน โดยในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มวัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับนักเรียนหญิงชั้น ป.5 เพิ่มยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านวัคซีนและยา จ(2) ได้แก่ วัคซีนรวม 5 ชนิด คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ไวรัสตับอักเสบบี และเชื้อหุ้มสมองอักเสบ (DTP-HB-Hib) วัคซีนพิษสุนัขบ้า เพิ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี Raltegravir ป้องกันถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก และเพิ่มยา Bevacizumab สำหรับโรคหลอดเลือดดำจอตาอุดตัน สถาบันวัคซีนแห่งชาติองค์การมหาชน ได้สร้างความร่วมมือเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตการผลิตวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกชนิดสองและเก้าสายพันธุ์กับประเทศจีน ให้แก่ผู้ผลิตวัคซีนในประเทศไทย เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก สนับสนุนการวิจัยวัคซีนทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ วัคซีนไข้วัดออกเดงกี วัคซีนป้องกันวัณโรคชนิดใหม่ วัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับอักเสบบี และวัคซีนไข้วัดใหญ่และสนับ

จากการสัมภาษณ์ปฏิบัติงานด้านแผนและนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (PPP) พบว่า ทางสาธารณสุขจังหวัดที่มีอาณาเขตอยู่ติดกับประเทศเพื่อนบ้านมีประเด็นปัญหาเกี่ยวกับบุคคลต่างด้าว ซึ่งมีความจำเป็นต้องให้ในกลุ่มนี้ด้วย แต่ปัจจุบันบุคคลกลุ่มนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ งบประมาณมีไม่เพียงพอ จึงทำให้ยากต่อการจัดการและควบคุมการเกิดโรคระบาด (ผู้ให้สัมภาษณ์ PPP) ด้านความครอบคลุมของการ

ได้รับวัคซีนนั้น ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีสาเหตุจาก มีพื้นที่เสี่ยง ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการรับวัคซีน อันเนื่องมาจากความเชื่อ เช่น วัคซีนไม่มีฮาลาล วัคซีนทำให้เด็กดื้อ เป็นต้น การย้ายที่อยู่ตามผู้ปกครองบ่อยครั้ง (กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และจากเหตุการณ์การระบาดของโรคหัดในพื้นที่ภาคใต้ กรมควบคุมโรคไม่สามารถจัดหาวัคซีนได้ทัน จึงต้องประสานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อสนับสนุนแก่จังหวัดที่มีการระบาด ได้แก่ ยะลา ปัตตานี นราธิวาส และสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 125,000 โดส แต่ก็ไม่สามารถดำเนินการได้เร็วเนื่องจากวัคซีนต้องใช้เวลาในการผลิตระยะหนึ่ง จึงทำให้เห็นการบริหารวัคซีนในภาพรวมของประเทศในสถานการณ์เร่งด่วนนั้นมีความสำคัญมาก พบว่าขาดการบูรณาการที่จะแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว จากการกำหนดบทบาทหน้าที่แยกกัน 3 หน่วยงาน ได้แก่ กรมควบคุมโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการประสานงานของหน่วยงานระดับกรม กอง หรือกระทรวง ในจัดหาวัคซีนให้ทันต่อความต้องการของพื้นที่ จึงให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการวางแผนการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาเมื่อเกิดโรคระบาด ตลอดจนมีการทบทวนแนวทางในการจัดการภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดโรคระบาดอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้พร้อมรับกับสถานการณ์ และทุกคนสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว(สุขภาพคนไทย, 2562)

**ตัวชี้วัด 3.b.2** ยอดรวมสุทธิความช่วยเหลือด้านการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพพื้นฐานที่เป็นทางการ

ประเทศไทยได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาแก่ประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ ลาว กัมพูชา พม่า และ เวียดนาม ซึ่งเป็นไปตามนโยบายด้านการต่างประเทศที่มุ่งให้ความช่วยเหลือประเทศเพื่อนบ้านด้านการพัฒนา

โดยต้องเป็นความช่วยเหลือที่ให้โดยหน่วยงานภาครัฐ รวมทั้งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น หรือ โดยหน่วยงานบริหารของรัฐ และมีการดำเนินการโดยมีวัตถุประสงค์ในการช่วยพัฒนาเศรษฐกิจและสวัสดิการของประเทศกำลังพัฒนา มีการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา (กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ, 2556)

**ตัวชี้วัด 3.b.3** สัดส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่มีชุดหลักของความจำเป็นทางการแพทย์ที่สำคัญและสามารถหาได้บนพื้นฐานของความยั่งยืน

หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัดในส่วนงานนี้ยังไม่ชัดเจน ในบริบทของประเทศไทยมีสถานบริการสุขภาพรูปแบบ โรงพยาบาล ร้านขายยา สถานพยาบาล ศูนย์สุขภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้บริการแก่ประชาชน ในการจัดให้มีชุดยาหลักตามสถานบริการต้องคำนึงถึงบุคลากรที่สามารถส่งจ่ายยาได้

### เป้าประสงค์ 3.c กำลังคนด้านสุขภาพในประเทศ

ตัวชี้วัด 3.a.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (แพทย์, เภสัชกร, ทันตแพทย์, พยาบาล)

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นมาตรการสำคัญดังนี้ 1. พัฒนาระบบบริหารผลงาน (Performance Management) 2. ปรับปรุงระบบการสรรหาและการคัดเลือก แต่งตั้ง ประเมิน ให้โปร่งใส และเป็นธรรม (Recruitment Process) 3. พัฒนาระบบค่าตอบแทนสิทธิประโยชน์ แรงจูงใจในการทำงาน และความก้าวหน้าในสายอาชีพอย่างเป็นธรรม (Retention Strategy & Happy Work life) แผนการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ในการดำเนินงานระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน และโครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

**ปัญหาและอุปสรรค** การกระจายตัวของกำลังคนยังไม่สมดุล กล่าวคือบุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่กระจุกอยู่ในภาคกลาง และแพทย์มากกว่าครึ่งปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลเอกชน ความขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพมีบางสาขาเท่านั้น ในขณะที่บางสาขามีบุคลากรเกินความต้องการ มีการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพที่มีสาเหตุซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ ขาดกลไกในการอภิบาลระบบกำลังคนที่ยั่งยืน ขาดกำลังคนด้านสุขภาพที่จะรองรับสังคมผู้สูงอายุและข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพมีอยู่กระจัดกระจาย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560) วิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย/แผนไทยประยุกต์ ในอีก 10 ปี จะมีความเพียงพอกับความต้องการของประเทศ ดังนั้นการเพิ่มการผลิต ควรคงอัตราการผลิตแบบในขณะนี้ไว้ ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรวางแผนกำลังคนและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งปัจจุบันมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ควรพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพรองรับเรื่องนี้ ส่งเสริมการกระจายอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันทั่วประเทศ เพิ่มแพทย์ในสาขาที่ขาดแคลนหรือในพื้นที่ขาดแคลน ตลอดจนเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อลดการสูญเสียกำลังคนด้านสุขภาพ (ทนิกร โนรี และคณะ, 2560)

### เป้าประสงค์ 3.d เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ

**ตัวชี้วัด 3.d.1** ค่าเฉลี่ยปริมาณของกฎอนามัยระหว่างประเทศ (international Health Regulations : IHR) และการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นมาตรการสำคัญดังนี้ 1. บูรณาการระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและพัฒนาระบบการจัดเก็บ รายงาน ข้อมูลให้มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ 2. สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการฯ รวมถึงการจ่ายค่าตอบแทนแก่นุคลากร 3. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของศูนย์ให้สามารถรองรับโรคและภัยสุขภาพพื้นที่รอยต่อระหว่างประเทศหรือผ่านเข้าออก 4. เร่งรัดออกกฎกระทรวงหรืออนุบัญญัติอื่น ๆ และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภายใต้พระราชบัญญัติโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2558 5. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการเตรียมความพร้อมรองรับหรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขและภัยสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดความตระหนก โดยมีโครงการพัฒนาระบบและศักยภาพบุคลากรเพื่อการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2561 งบประมาณ 50,000,000 บาท ภายใต้โครงการพัฒนาระบบและศักยภาพบุคคลเพื่อเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564 เพื่อลดการสูญเสียจากโรคและภัยสุขภาพเพื่อไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาปี พ.ศ. 2562 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่าระดับจังหวัดมีนโยบายชัดเจนมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงของโรคในพื้นที่ครอบคลุมทุกจังหวัด กำหนดหน้าที่ขอบเขตชัดเจน แต่มีบุคลากรที่สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้เพียงร้อยละ 58.8 พบปัญหาและอุปสรรคคือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉิน ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์ บุคลากรเปลี่ยนบ่อย และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคน้อย (เกษร แถวโนนจิว, เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์, วันทนา กลางบุรีรัมย์, 2560) การดำเนินงานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศไทยนั้น ได้ผ่านการประเมินจากองค์การอนามัยโลก ในสมรรถนะหลักของประเทศตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมา ปัจจุบันได้ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ สำหรับช่วงปี พ.ศ.2560–2564 อย่างไรก็ตามจากการประเมินยังคงมีประเด็นที่จะต้องปรับปรุงเพื่อการพัฒนาเพิ่มขึ้น เช่น การประสานงาน และการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติตามข้อกำหนดสมรรถนะหลักของ IHR ที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการแห่งชาติ การขยาย

ขอบเขตของกลไกการประสานงานระดับชาติ อาจทำให้การดำเนินงานล่าช้าและไร้ประสิทธิภาพ เนื่องจากระเบียบราชการที่หละหลวมเกินไป บทบาทความรับผิดชอบในกระทรวงต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยายังมีน้อยไม่เพียงพอต่อการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อดื้อยาให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานสำหรับการจัดการดูแล และการขนส่งผู้ป่วยที่อาจเป็นโรคติดเชื้อได้ที่ระดับชุมชน หรือที่ช่องทางเข้าออกประเทศทุกแห่ง เป็นต้น (องค์การอนามัยโลก, 2561)

จากการประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก (2561) จึงให้ข้อเสนอแนะโดยสรุปว่า

1. ควรพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และระบบบัญชาการเหตุการณ์สำหรับทุกภัยสุขภาพให้มีขึ้นทุกระดับ และเชื่อมโยงประสานกัน ตลอดจนการจัดบุคลากรรับผิดชอบในโครงสร้างระบบบัญชาการเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทที่ถูกคาดหวังได้
2. พัฒนาการทำงานร่วมกันหรือการบูรณาการระหว่างองค์กร และในองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแบ่งความรับผิดชอบที่ชัดเจน ส่งเสริมให้หน่วยงานต่าง ๆ ติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดี
3. ทบทวนระบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน จากทุกภาคส่วนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการวิจัย การเฝ้าระวัง การประเมินความเสี่ยง การวิเคราะห์ระบาดวิทยา และการควบคุมเหตุการณ์ฉุกเฉิน
4. กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานที่มีอยู่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบข้อบกพร่อง ปรับปรุงพัฒนาการทำงาน และพร้อมรับกับสถานการณ์ฉุกเฉิน (องค์การอนามัยโลก, 2561)

## บทที่ 5

### ความพร้อมในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ของประเทศไทย

การพิจารณาความพร้อมในการบรรลุเป้าหมายของประเทศไทยสามารถพิจารณาจากได้ ความพร้อมตามองค์ประกอบพื้นฐาน ความพร้อมตามความสัมพันธ์ภายในเป้าหมาย และความพร้อมตามความสัมพันธ์ภายนอกเป้าหมาย ทั้งนี้ สามารถพิจารณาได้ตามลำดับดังนี้

#### 5.1 ความพร้อมตามองค์ประกอบพื้นฐาน

ความพร้อมในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs 3 ตามองค์ประกอบพื้นฐานสามารถประเมินตามลำดับในด้านองค์ความรู้ ด้านข้อมูลสถิติ ด้านกฎหมาย ด้านโครงสร้างการบริหารงานภาครัฐ ด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กรภาคส่วนต่าง ด้านทรัพยากรงบประมาณในภาครัฐและนอกภาครัฐ ด้านการมีส่วนร่วม บุคลากร ภาคส่วนต่าง ๆ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ เพื่อแสดงความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันของการดำเนินงานให้บรรลุผล ทั้งนี้ เพื่อแสดงภาพรวมของความสัมพันธ์สอดคล้องเหล่านั้ จัดตาราง แสดงความพร้อมในการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย โดยใช้ตัวอักษร และสีตามที่กำหนดขึ้นเพื่อประกอบการวิเคราะห์และสรุป ดังนี้

T เป้าประสงค์ I ตัวชี้วัด

K องค์ความรู้ UN Metadata องค์การสหประชาชาติ THAI ประเทศไทย

S ข้อมูลสถิติ

L กฎหมาย

G โครงสร้างการบริหารงานภาครัฐ

E ประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กรภาคส่วนต่าง

R ทรัพยากรงบประมาณในภาครัฐและนอกภาครัฐ

PAR การมีส่วนร่วม บุคลากร ภาคส่วนต่าง ๆ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ

Readiness ความพร้อม ✕ ไม่มีข้อมูลเพียงพอ ✓ มีข้อมูล

|  |                                                                               |
|--|-------------------------------------------------------------------------------|
|  | ไม่ปรากฏข้อมูล                                                                |
|  | มีข้อมูล แต่ไม่มีแผนงาน นโยบาย กิจกรรม                                        |
|  | มีแผนงาน นโยบาย กิจกรรม                                                       |
|  | มีผลการดำเนินงานตามแผน นโยบาย กิจกรรม                                         |
|  | มีการวิเคราะห์ ผลการดำเนินงานตามแผน นโยบาย กิจกรรม                            |
|  | มีผลการวิเคราะห์ ทิศทาง ผลการดำเนินงานตามแผน นโยบาย กิจกรรม เป็นไปตามเป้าหมาย |
|  | มีผลการประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปรับปรุง พัฒนา ตัวอย่างที่ดี              |

| Goal 3 |                |    |      |   |   |   |   |   |     |             |             |
|--------|----------------|----|------|---|---|---|---|---|-----|-------------|-------------|
| T      | I              | K  |      | S | L | G | E | R | PAR | I Readiness | T Readiness |
|        |                | UN | THAI |   |   |   |   |   |     |             |             |
| 3.1    | 3.1.1MMR       | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.1.2PBSHP     | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.2    | 3.2.1UFMR      | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.2.2NMR       | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.3    | 3.3.1HIV       | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.3.2TB        | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.3.3Malaria   | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.3.4HepB      | ✗  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.3.5NTDs      | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.4    | 3.4.1M NCDs    | ✓  | ✓    | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.4.2SMR       | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.5    | 3.5.1CPTSNA    | ✗  | ✓    | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.5.2UA15YO    | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.6    | 3.6.1D RT I    | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.7    | 3.7.1 P WR sat | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.7.2 ABR      | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.8    | 3.8.1 CEHS     | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.8.2 PHEH     | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.9    | 3.9.1MHAPoll   | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.9.2MWASH     | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.9.3MR un P   | ✓  | ✓    | ✓ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗ | ✗   |             |             |
| 3.a    | 3.a.1ATobacco  | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.b    | 3.b.1 P vac    | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.b.2 ODA M    | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
|        | 3.b.3 PHFM     | ✓  | ✓    | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.c    | 3.c.1 HWD      | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |
| 3.d    | 3.c.2 IHR      | ✓  | ✓    | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓   |             |             |

ตารางที่ 16 แสดงความพร้อมด้านองค์ประกอบพื้นฐานในการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ 3

เมื่อวิเคราะห์เชิงคุณภาพเพื่อพิจารณาความพร้อมด้านองค์ประกอบพื้นฐานในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย จะพบว่าประเทศไทยมีความพร้อมในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะการดำเนินการตามเป้าประสงค์ 3.a เพิ่มความเข้มแข็งการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัย

โลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี 2573 และ 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกแรกเกิดต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2573 เนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านองค์ความรู้ การดำเนินงาน กฎหมาย นโยบาย และผลการดำเนินการ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ โดยในภาพรวมด้านองค์ประกอบพื้นฐานนั้นประเทศไทยมีความพร้อมในการดำเนินงานตามเป้าหมายของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ทุกเป้าหมาย แม้บางเป้าหมายยังไม่ปรากฏข้อมูล Metadata แต่ประเทศไทยมีองค์ความรู้และเตรียมพร้อมในการขับเคลื่อนแล้ว

อย่างไรก็ดี องค์ประกอบพื้นฐานบางเป้าหมายอาจยังไม่ครบถ้วนชัดเจนที่จะดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น ๆ ได้แก่ 3.3.5 จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected tropical diseases) เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเขตร้อนที่ถูกละเลยยังไม่ชัดเจนทำให้การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ปรากฏข้อมูล ส่วนเป้าหมาย 3.4.1 อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรไทยอายุ 30 - 70 ปี (premature mortality rate) ลดลง 1/3 ภายในปี 2573 จากข้อมูลพื้นฐานปี 2553 นั้นยังขาดมาตรการทางกฎหมายรองรับการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนมาตรการที่ผู้มีส่วนได้เสียควรจะต้องดำเนินการเกี่ยวกับโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมและสภาพสังคม เศรษฐกิจยุคบริโภคนิยมซึ่งเป็นสาเหตุพื้นฐานของโรคเหล่านี้ และ 3.9 ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมากภายในปี 2573 นั้น แม้ประเทศไทยจะมีมาตรการทางกฎหมาย โครงสร้างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีอันตราย มลพิษต่าง ๆ แล้ว แต่การปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายยังไม่ชัดเจน ไม่มุ่งเน้นผลการดำเนินงาน ยังปรากฏปัญหาสารเคมีอันตรายและมลพิษต่าง ๆ ที่หน่วยงานของรัฐมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในฐานะผู้กำกับดูแลแหล่งกำเนิดมลพิษและผู้ก่อมลพิษ ดังนั้นเป้าหมาย 3.9 นี้หากอาศัยความพร้อมจากองค์ประกอบพื้นฐานร่วมกับเจตนารมณ์ในการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการต่าง ๆ ตลอดจนความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้แก้ไขปัญหามลพิษอันตรายและมลพิษได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหามลพิษอันตรายและมลพิษที่สะสมซึ่งยากแก่การตรวจวินิจฉัยสาเหตุของโรคต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิในสุขภาพ หากรัฐมุ่งมั่นลดปัญหามลพิษอันตรายและมลพิษอย่างชัดเจนจะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ยั่งยืนทั้งภาคการผลิตและการบริโภคของประเทศไทย



## 5.2 ความพร้อมตามความเชื่อมโยงกับเป้าประสงค์ของเป้าหมายอื่น ๆ

พิจารณาประกอบกัน ดังนี้

เป้าประสงค์ 1.a สร้างหลักประกันว่าจะมีการระดมทรัพยากรอย่างมีนัยสำคัญจากแหล่งที่หลากหลาย รวมไปถึงการยกระดับความร่วมมือเพื่อการพัฒนา เพื่อที่จะจัดให้มีแนวทางที่เพียงพอและคาดเดาได้ แก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศพัฒนาที่สุด ในการดำเนินงานตามแผนงานและนโยบายเพื่อยุติความยากจนในทุกมิติ เช่น จัดสรรงบประมาณเพื่อลดความยากจน ขยายโอกาสทางการศึกษา พัฒนาสาธารณสุข เสริมสร้างสวัสดิการสังคม เป็นต้น

เป้าประสงค์ 2.2 ยุติภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบและแก้ไขปัญหาความต้องการ สารอาหารของหญิงวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และผู้สูงอายุภายในปีพ.ศ.2573 รวมถึงบรรลุ เป้าหมายที่ตกลงร่วมกันระหว่างประเทศว่าด้วยภาวะแคะแกระและผอมแห้งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

เป้าประสงค์ 6.1 บรรลุเป้าหมายการให้ทุกคนเข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัยและมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ ภายในปี 2573

เป้าประสงค์ 6.2 บรรลุเป้าหมายการให้ทุกคนเข้าถึงสุขอนามัยที่พอเพียงและเป็นธรรม และยุติการขับถ่ายในที่โล่ง โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อความต้องการของผู้หญิง เด็กหญิง และกลุ่มที่อยู่ใต้สถานะการณที่เปราะบาง ภายในปี 2573

เป้าประสงค์ 6.3 ปรับปรุงคุณภาพน้ำ โดยการลดมลพิษ ขจัดการทิ้งขยะและลดการปล่อยสารเคมีอันตรายและวัตถุอันตราย ลดสัดส่วนน้ำเสียที่ไม่ผ่านกระบวนการลงครึ่งหนึ่ง และเพิ่มการนำกลับมาใช้ใหม่ และการใช้ซ้ำที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนทั่วโลก ภายในปี 2573

เป้าประสงค์ 7.1 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงการบริการพลังงานสมัยใหม่ที่เชื่อถือได้ ในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ภายในปี 2573

เป้าประสงค์ 11.6.2 ลดผลกระทบทางลบต่อสิ่งแวดล้อมต่อหวัประชากรในเขตเมือง รวมถึงการให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อการจัดการคุณภาพอากาศ การจัดการของเสียของเทศบาล และการจัดการของเสียอื่น ๆ ภายในปี 2573

เป้าประสงค์ 13.1 เสริมภูมิคุ้มกันและขีดความสามารถในการปรับตัวต่ออันตรายและภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับภูมิอากาศในทุกประเทศ

เป้าประสงค์ 16.1 ลดความรุนแรงทุกรูปแบบและอัตราการตายที่เกี่ยวข้องในทุกแห่งให้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

เป้าประสงค์ 16.1.1 จำนวนเหยื่อของการฆาตกรรมโดยเจตนา ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน จำแนกตามเพศ และอายุ

เป้าประสงค์ 16.1.2 การเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน จำแนกตาม อายุ เพศ และสาเหตุการตาย

เป้าประสงค์ 16.9 กำหนดสถานะทางกฎหมายสำหรับทุกคน โดยรวมถึงการให้มีสุติบัตร ภายในปี พ.ศ 2573

เป้าประสงค์ 16.9.1 สัดส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีการแจ้งเกิดกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ จำแนกตามอายุ

เป้าประสงค์ 17.19.2 สัดส่วนของประเทศที่ (a) มีการจัดทำสำมะโนประชากรและเคหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา และ (b) บรรลุการจดทะเบียนเกิด 100 เปอร์เซ็นต์ และ จดทะเบียนการตาย 80 เปอร์เซ็นต์

## บทที่ 6

### ลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดในเป้าหมายที่ 3 สำหรับประเทศไทย

การจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยตามบริบทของประเทศไทย ทั้งหมด 13 เป้าประสงค์ 27 ตัวชี้วัด โดยการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญใน 2 ลักษณะ คือ

1. จัดลำดับตาม “ความเร่งด่วน” คือ เป้าประสงค์ใดที่จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา ก่อนเนื่องจากจะส่งผลกระทบและความเสียหายต่อชีวิต มีความรุนแรง ตลอดจนมีแนวโน้มของสถานการณ์ไปในทิศทางที่ไม่ดี จึงจำเป็นที่จะต้องเร่งแก้ไข

2. จัดลำดับตาม “ผลกระทบ” ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1 ผลกระทบระหว่างเป้าประสงค์ คือ เป้าประสงค์ใดหากมุ่งดำเนินการเพื่อให้บรรลุแล้วจะเป็นพื้นฐานให้เป้าประสงค์อื่นภายในเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย บรรลุได้ง่ายขึ้น

2.2 ผลกระทบระหว่างเป้าประสงค์กับเป้าหมายอื่น คือ เป้าประสงค์ใดหากมุ่งดำเนินการเพื่อให้บรรลุแล้วจะเป็นพื้นฐานหรือส่งเสริมให้เป้าหมายอื่นบรรลุได้ง่ายขึ้น

#### 6.1 ลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วน

คณะผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจาก บททวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก เสวนาวิชาการ ได้ทำการสำรวจและสรุปความคิดเห็นดังต่อไปนี้

| ตัวชี้วัด | ผลกระทบที่รุนแรง<br>ต่อสุขภาพ | ลำดับเหตุการณ์เสียชีวิต<br>ตามโรคสำคัญ | แนวโน้ม<br>ทางสถิติ | ความพร้อมของประเทศไทย | รวมคะแนน |
|-----------|-------------------------------|----------------------------------------|---------------------|-----------------------|----------|
| 3.1       |                               |                                        |                     |                       | 8        |
| 3.1.1     | 4                             | 1                                      | 2                   | 1                     | 8        |
| 3.1.2     | 4                             | 1                                      | 2                   | 2                     | 8        |
| 3.2       |                               |                                        |                     |                       | 8        |
| 3.2.1     | 4                             | 1                                      | 2                   | 1                     | 8        |
| 3.2.2     | 4                             | 1                                      | 2                   | 1                     | 8        |
| 3.3       |                               |                                        |                     |                       | 11.25    |
| 3.3.1     | 3                             | 1                                      | 4                   | 4                     | 12       |
| 3.3.2     | 3                             | 1                                      | 4                   | 4                     | 12       |
| 3.3.3     | 3                             | 1                                      | 2                   | 4                     | 10       |
| 3.3.4     | 3                             | 1                                      | 3                   | 4                     | 11       |
| 3.3.5     | 3                             | 1                                      | -                   | -                     | -        |
| 3.4       |                               |                                        |                     |                       | 13       |
| 3.4.1     | 3                             | 3                                      | 4                   | 4                     | 14       |
| 3.4.2     | 4                             | 2                                      | 3                   | 3                     | 12       |
| 3.5       |                               |                                        |                     |                       | 8.5      |
| 3.5.1     | 2                             | 1                                      | 2                   | 2                     | 7        |
| 3.5.2     | 2                             | 1                                      | 4                   | 3                     | 10       |
| 3.6       |                               |                                        |                     |                       | 15       |
| 3.6.1     | 4                             | 3                                      | 4                   | 4                     | 15       |
| 3.7       |                               |                                        |                     |                       | 8        |
| 3.7.1     | 2                             | 1                                      | 2                   | 2                     | 7        |
| 3.7.2     | 3                             | 1                                      | 2                   | 3                     | 9        |
| 3.8       |                               |                                        |                     |                       | 6        |
| 3.8.1     | 1                             | 1                                      | 2                   | 2                     | 6        |
| 3.8.2     | 1                             | 1                                      | 2                   | 2                     | 6        |
| 3.9       |                               |                                        |                     |                       | 11       |
| 3.9.1     | 3                             | 1                                      | 4                   | 3                     | 11       |
| 3.9.2     | 3                             | 1                                      | -                   | 3                     |          |
| 3.9.3     | 3                             | 1                                      | -                   | 3                     |          |
| 3.a       |                               |                                        |                     |                       | 8        |
| 3.a.1     | 2                             | 1                                      | 2                   | 3                     | 8        |
| 3.b       |                               |                                        |                     |                       | 11       |
| 3.b.1     | 4                             | 2                                      | 3                   | 2                     | 11       |
| 3.b.2     | 1                             | 1                                      | -                   | 2                     | -        |
| 3.b.3     |                               |                                        |                     |                       |          |
| 3.c       |                               |                                        |                     |                       | 7        |
| 3.c.1     | 1                             | 1                                      | 2                   | 3                     | 7        |
| 3.d       |                               |                                        |                     |                       | 6        |
| 3.d.1     | 1                             | 1                                      | 2                   | 2                     | 6        |

ตารางที่ 17 แสดงวิธีการจัดลำดับความสำคัญตามความเร่งด่วน

ทั้งนี้ ตัวชี้วัดใดไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่มีคุณภาพจะไม่ถูกนำมาพิจารณาในการหารเพื่อหาค่าเฉลี่ยของเป้าประสงค์ เป้าประสงค์ใดได้คะแนนมากที่สุด หมายถึง จะส่งผลกระทบมากที่สุด ควรเร่งดำเนินการก่อน  
คำอธิบายตารางให้คะแนน ดังนี้

### 1) ผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ

| หัวข้อ                              | 4 คะแนน                                   | 3 คะแนน                                     | 2 คะแนน                                                | 1 คะแนน                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| ผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ           | ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างชัดเจน       | ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในระยะยาว           | ไม่ถึงชีวิต เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค           | ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หรือสาเหตุทางอ้อม |
| ลำดับ สาเหตุการเสียชีวิตตามโรคสำคัญ | เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต 3 ลำดับแรก | เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ลำดับที่ 3-6 | เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ไม่ได้อยู่ใน 6 ลำดับแรก | ไม่ได้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต             |
| แนวโน้มทางสถิติ                     | เป็นไปในทิศทางที่ไม่ค่อยดี                | คงที่                                       | เป็นไปในทิศทางที่ดี                                    | -                                           |
| ความพร้อมของประเทศไทย               | คาดว่าจะบรรลุหลังปี 2573                  | คาดว่าจะบรรลุภายในปี 2573                   | คาดว่าจะบรรลุภายในปี 2561-2564                         | บรรลุเป้าหมายแล้ว                           |

ตารางที่ 17 แสดงการให้คะแนนผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ

### 2) การพิจารณาลำดับความสำคัญ จากจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2537 – 2560 ดังนี้

| ลำดับ | ชื่อสาเหตุการตาย         | 2556  | 2557  | 2558  | 2559  | 2560  | ค่าเฉลี่ย 5 ปี |
|-------|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| 1     | มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด | 104.8 | 107.9 | 113.7 | 119.3 | 120.5 | 113.24         |
| 5     | อุบัติเหตุ <sup>1</sup>  | 50.2  | 49    | 22.3  | 23.8  | 24.1  | 33.88          |
| 4     | หัวใจ                    | 38.1  | 38.5  | 29.9  | 32.3  | 31.8  | 34.12          |
| 3     | ปอดอักเสบและโรคปอดอื่น ๆ | 33.5  | 40.2  | 42.1  | 43.8  | 45.3  | 40.98          |
| 2     | โรคหลอดเลือดในสมอง       | 35.9  | 38.7  | 43.3  | 48.7  | 47.8  | 42.88          |
| 7     | เบาหวาน                  | 15    | 17.5  | 19.4  | 22.3  | 22    | 19.24          |
| 10    | ฆ่าตัวตายสำเร็จ          | 6.1   | 6.1   | 6.5   | 6.4   | 6.6   | 6.34           |
| 8     | ความดันโลหิตสูง          | 8     | 11    | 12.1  | 12.2  | 13.1  | 11.28          |
| 9     | โรคเอดส์                 | 8.8   | 8.8   | 8.4   | 7.6   | 7.1   | 8.14           |

ตารางที่ 18 แสดงการจัดลำดับอัตราตายจำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ ปี พ.ศ. 2537 – 2560

ที่มา : รายงานสถิติสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

\*หมายเหตุ : โรคสำคัญ หมายถึง โรคที่สามารถป้องกันได้ แต่มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี

1 - ตั้งแต่ปี 2558 เป็นข้อมูลอุบัติเหตุการตายจากการคมนาคมขนส่งทางบก เท่านั้น

### 3) แนวโน้มทางสถิติ หมายถึง การคาดการณ์จากสถานการณ์ที่ผ่านมา แบ่งคะแนนดังนี้

| คะแนน | ความหมาย                                          |
|-------|---------------------------------------------------|
| 4     | มีแนวโน้มว่าสถานการณ์นั้นจะแย่ร้ายหรือแย่ลง       |
| 3     | แนวโน้มนั้นยังคงที่และเป็นปัญหาสำคัญ              |
| 2     | มีแนวโน้มที่พัฒนา หรือสถานการณ์ที่ผ่านมาพัฒนาขึ้น |
| 1     | ไม่เกี่ยวกับแนวโน้ม                               |

ตารางที่ 19 แสดงการให้คะแนนแนวโน้มทางสถิติของแต่ละตัวชี้วัด

### 4) ความพร้อม หมายถึง ความพร้อมในการบรรลุเป้าหมาย พิจารณาจากการรวบรวมข้อมูลในก่อนหน้า และจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ได้พิจารณาตัวชี้วัด ดังนี้

| คะแนน | ความหมาย                                                                                        |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4     | ตัวชี้วัดยากจะบรรลุ 3.3.1, 3.3.2, 3.3.4, 3.4.1, 3.4.1, 3.3.3, 3.6.1                             |
| 3     | ไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน แต่เป็นปัญหาสำคัญ 3.4.2, 3.5.2, 3.7.2, 3.9.1, 3.9.2, 3.9.3, 3.a, 3.c.1   |
| 2     | ไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน แต่มีแนวโน้มพัฒนา 3.1.2, 3.5.1, 3.7.1, 3.8.1, 3.8.2, 3.b.1, 3.b.2, 3.d.1 |
| 1     | ตัวชี้วัดบรรลุแล้ว ได้แก่ 3.1.1, 3.2.1, 3.2.2                                                   |
| -     | ไม่มีข้อมูลหรือข้อมูลไม่ชัดเจนไม่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาได้ 3.3.5 3.b.3                      |

ตารางที่ 20 แสดงการให้คะแนนความพร้อมในการจัดลำดับความสำคัญ

วิเคราะห์การจัดลำดับความสำคัญของแต่ละเป้าประสงค์ตามความเร่งด่วน ได้ข้อสรุปดังนี้

#### ลำดับที่ 1

**เป้าประสงค์ 3.6** ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกครั้งหนึ่ง ภายในปี 2573

การตายและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เมื่อเกิดอุบัติเหตุส่งผลกระทบต่อชีวิตได้อย่างรวดเร็วและชัดเจน ยังเป็นปัญหาสำคัญและรุนแรงในประเทศไทย และเป็นสาเหตุทำให้เกิดอัตราการตายที่สำคัญ ลำดับที่ 5 นอกจากนี้ ยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลงหรืออาจจะลดลงเพียงเล็กน้อย และยากต่อการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าอุบัติเหตุลดลงครั้งหนึ่งภายในปี 2573 ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นจึงควรเร่งดำเนินการแก้ไขเป็นอันดับแรก

#### ลำดับที่ 2

**เป้าประสงค์ 3.4** ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573

เมื่อเกิดโรคไม่ติดต่อทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นสาเหตุทำให้เกิดอัตราการตายที่สำคัญ ใน 10 อันดับของประเทศไทย นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และ

ยากต่อการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ว่าลดการตายลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2573 ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นจึงควรเร่งดำเนินการแก้ไขเป็นอันดับที่ 2

### ลำดับที่ 3

**เป้าประสงค์ 3.3** ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเลีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2573

เมื่อเกิดโรคติดต่อส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตก่อนวัยอันควร ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค และโรคเอดส์ยังเป็นสาเหตุของการตายในลำดับที่ 9 แนวโน้มของสถานการณ์โรคเอดส์และวัณโรคเป็นไปในทิศทางที่ไม่ค่อยพัฒนา โรคตับอักเสบสถานการณ์ค่อนข้างคงที่ ส่วนโรคมาลาเลียในบริบทของประเทศไทยมีโอกาสที่จะยุติได้ภายในปี 2573 โดยภาพรวมของโรคติดต่อง่ายยังคงเป็นประเด็นที่ท้าทายของประเทศไทย ดังนั้นจึงควรเร่งดำเนินการแก้ไขเป็นอันดับที่ 3

### ลำดับที่ 4

**เป้าประสงค์ 3.6** สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโคฮาลความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า

**เป้าประสงค์ 3.9** การเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและการปนเปื้อนจากมลภาวะพิษทางน้ำ ดิน อากาศ อาจเห็นผลกระทบต่อชีวิตได้ไม่ชัดเจน แต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ แต่มีแนวโน้มของสถานการณ์ไปในทิศทางที่ไม่พัฒนานัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมลพิษทางอากาศทวีความรุนแรงมากขึ้น ยังคงเป็นประเด็นที่ท้าทายในประเทศไทย ส่วน เป้าประสงค์ 3.6 เป็นเรื่องของการส่งเสริมการเข้าถึงยาและวัคซีน ซึ่งวัคซีนเป็นยาที่สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้ดี หากไม่ได้รับวัคซีนจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้ แม้ว่าโรคที่เกิดจากการไม่ได้รับวัคซีนขึ้นพื้นฐานจะไม่ใช่ 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายที่สำคัญก็ตาม ยังคงเป็นประเด็นที่ท้าทายและควรเร่งดำเนินการให้ทุกคนได้เข้าถึงยาและวัคซีน เพื่อลดความรุนแรงของสถานการณ์ ดังนั้นจึงควรเร่งดำเนินการแก้ไขเป็นลำดับที่ 4

### ลำดับที่ 5

**เป้าประสงค์ 3.5** เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย

ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคและผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตบนท้องถนน แม้ว่าจะไม่ใช่สาเหตุการเสียชีวิตโดยตรงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ซึ่งสถานการณ์ในการเข้าถึงการบำบัดรักษามีผู้เข้าถึงมากขึ้น แต่อัตราการดื่มสุรารในประเทศไทยยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพื่อลดความรุนแรงต่อผลกระทบต่อสุขภาพ เร่งดำเนินการแก้ไขเป็นลำดับที่ 5

## ลำดับที่ 6

**เป้าประสงค์ 3.1** ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน ภายในปี 2573 ภายในปี 2573

**เป้าประสงค์ 3.2** ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกแรกเกิดต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ภายในปี 2573

**เป้าประสงค์ 3.7** สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการ ข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการผสมอนามัยเจริญพันธุ์ ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573

**เป้าประสงค์ 3.a** เพิ่มความเข้มแข็งการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม

การเสียชีวิตของมารดาและทารกแรกเกิด ก่อให้เกิดผลกระทบถึงชีวิตที่รุนแรง แต่ในบริบทของประเทศไทย อุบัติการเสียชีวิตดังกล่าวค่อนข้างน้อย กล่าวคือบรรลุเป้าแล้ว แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องแสดงถึงประเทศไทยได้มีการดำเนินการที่ดีพอสมควร ในด้านอัตราการคลอดในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มของสถานการณ์ที่ดีขึ้นก็ตาม แต่การคลอดในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่นเองและทารกแรกเกิดทางอ้อม ยังคงต้องเฝ้าระวังและส่งเสริมการลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง ด้านยาสูบก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ แม้ว่าจะมีแนวโน้มของอัตราผู้สูบบุหรี่ลดลง แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังและดำเนินการอย่างรอบคอบ ดังนั้น ความเร่งด่วนในการแก้ไขเป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีวิต 100,000 คน ภายในปี 2573 ม 3.2 ม 3.7 และ 3.a จึงเป็นลำดับที่ 6

## ลำดับที่ 7

**เป้าประสงค์ 3.8** บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้

**เป้าประสงค์ 3.d** เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ในเรื่องการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก

การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยค่อนข้างครอบคลุม จนทำให้ครอบคลุมล้มเหลวจากการเสียค่าบริการด้านสุขภาพลดลงอย่างเห็นได้ชัด และประเทศไทยได้ผ่านการประเมินจากองค์การอนามัยโลกในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ดังนั้นความเร่งด่วนในการแก้ไขเป้าประสงค์นี้จึงเป็นลำดับสุดท้าย



จากการจัดลำดับความสำคัญของคณะวิจัยมีความเห็นสอดคล้องกับจากการจัดลำดับความสำคัญภายใต้โครงการประสานการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) ได้ให้ข้อสรุปว่า เป้าประสงค์ต้องดำเนินการเร่งด่วนมีทั้งหมด 4 ตัว ได้แก่

**เป้าประสงค์ 3.3** ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเลีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคติดต่อทางน้ำ โรคติดต่อทางอากาศ และโรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2573

**เป้าประสงค์ 3.4** ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573

**เป้าประสงค์ 3.5** เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย

**เป้าประสงค์ 3.6** ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2573

## 6.2 ลำดับความสำคัญตามผลกระทบ

**6.2.1 ผลกระทบระหว่างเป้าประสงค์** คือ เป้าประสงค์ใดหากมุ่งดำเนินการเพื่อให้บรรลุแล้วจะเป็นพื้นฐานหรือส่งเสริมให้เป้าประสงค์อื่นภายในเป้าหมายที่ 3 บรรลุได้ง่ายขึ้น ดังนั้นจึงเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs 3 ทั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์กันของเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดต่าง ๆ จึงอาศัยการจัดทำตารางแสดงความสัมพันธ์เชิงผลกระทบต่อกัน โดยใช้สัญลักษณ์ I หมายความว่า เกิดผลกระทบส่งเสริมกัน และใช้อักษรย่อเพื่อให้เข้าใจได้ดังนี้ 3.1.1 MMR , 3.1.2 PBSHP, 3.2.1 UFMR, 3.2.2 NMR, 3.3.1 HIV, 3.3.2 TB, 3.3.3 Malaria, 3.3.4 HepB, 3.3.5NTDs, 3.4.1 M NCDs, 3.4.2 SMR, 3.5.1 CPTSNA, 3.5.2UA15YO, 3.6.1 DRTI, 3.7.2 ABR, 3.8.1 CEHS, 3.8.2 PHEH, 3.9.1 MHAPoll, 3.9.2 MWASH, 3.9.3 MR un P, 3.a.1 ATobacco, 3.b.1 P vac, 3.b.2 ODA M, 3.b.3 PHFM, 3.b.3 PHFM, 3.c.1 HWD, 3.d.1 IHR

โดยวิธีการดังกล่าว หากดำเนินการเป้าประสงค์หรือตัวชี้วัดใดแล้วจะส่งผลกระทบต่อเป้าประสงค์หรือตัวชี้วัดต่าง ๆ ในเชิงส่งเสริมกันจะใส่สัญลักษณ์ I และคำนวณให้มีค่า 1 เมื่อรวมค่าที่ได้จากความสัมพันธ์แล้วตัวชี้วัดใด เป้าประสงค์ใด ได้ค่ารวมสูงสุดเรียงลำดับไปจะเป็นตัวชี้วัดที่มีความสำคัญต่อการดำเนินการเป็นลำดับแรก และรองลงไปไล่เรียงตามคะแนน

ยกตัวอย่างเช่น ถ้าดำเนินการตามเป้าประสงค์และตัวชี้วัด 3.a.1ATobacco เพิ่มความเข้มแข็งการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสมแล้วจะส่งผลกระทบส่งเสริมเป้าประสงค์และตัวชี้วัด 3.3.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) 3.4.1 อัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคมะเร็ง โรคมะเร็งทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรไทยอายุ 30 - 70 ปี (premature mortality rate) ลดลง 1/3 ภายในปี 2573 จากข้อมูลพื้นฐานปี 2553 3.8.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน 3.a.1 ความสุขของผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในกลุ่มคนที่มี

อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีการปรับมาตรฐานอายุ 3.b.3 สัดส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่มีหูดยาหลักของความจำเป็นทางการแพทย์ที่สำคัญและสามารถหาได้บนพื้นฐานของความยั่งยืน ซึ่งเมื่อรวมค่าแล้วจะได้ 5

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาแต่ละเป้าประสงค์และตัวชี้วัดต่าง ๆ แล้ว ลงค่า แล้วรวมค่าที่ได้ จะพบว่า เป้าประสงค์ 3.8.2 และ 3.b.3 จะได้ค่าสูงสุด 3.8.1 และ 3.7.1 ได้ลำดับรองลงมาตามลำดับ นอกจากนั้น เมื่อพิจารณาค่าที่ได้ทั้งหมดจะพบว่าลำดับค่าสูงสุดจะได้แก่ (1) 3.8 (2) 3.b (3) 3.7 (4) 3.2 ดังนั้น จะพบว่า หากดำเนินการตามเป้าประสงค์และตัวชี้วัดตามเป้าประสงค์ พบว่า ควรดำเนินการ 3 ลำดับแรกดังนี้

#### ลำดับที่ 1

3.8.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

3.8.1 ความทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วยภาวะเจริญพันธุ์ มารดา เด็กแรกเกิดและสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส)

จะส่งผลกระทบต่อบรรลุ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ และบรรลุเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดอื่น ๆ มากที่สุด

#### ลำดับที่ 2

3.b.3 สัดส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่มีหูดยาหลักของความจำเป็นทางการแพทย์ที่สำคัญและสามารถหาได้บนพื้นฐานของความยั่งยืน

จะส่งผลกระทบต่อบรรลุ 3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโคฮาความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า และบรรลุเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดอื่น ๆ ลำดับรองลงมา

#### ลำดับที่ 3

3.7.1 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

จะส่งต่อการบรรลุ 3.7 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการ ข้อมูล การให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการผสมพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573 และบรรลุเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดอื่น ๆ ลำดับรองลงไป

และหากดำเนินการตามลำดับความพร้อมของค่าที่ได้จะส่ง 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกแรกเกิดต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีวิต 1,000

คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2573 ในที่สุดอีกด้วย

โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาสังเกตได้ว่า การดำเนินการตาม 3.8 , 3.b , 3.7 จะมีลักษณะเป็นเป้าประสงค์บ่งชี้วิธีการทำงานหรือกระบวนการดำเนินงาน และ 3.2 จะมีลักษณะเป็นผลผลิตของกระบวนการดำเนินงาน

ทั้งนี้ ยังมีเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเหมาะสมและพร้อมจะดำเนินงานตามลักษณะส่งเสริมต่อกันได้อีกหลากหลาย หากพิจารณาตามลำดับโดยประกอบกับความพร้อมด้านองค์ประกอบพื้นฐานแล้วจะพบว่าการดำเนินการ 3.b 3.8 และ 3.7 จะส่งผลกระทบส่งเสริมกันต่อเป้าประสงค์อื่น ๆ อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ยังสามารถพิจารณาความพร้อมของเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดอื่น ๆ ได้ด้วย ดังตารางแสดงการจัดเรียงตามลำดับความสำคัญ และตารางแสดงความสัมพันธ์ ต่อไปนี้

ตารางที่ 21 ตารางสรุป การจัดลำดับความสำคัญโดยการให้คะแนนความสัมพันธ์ตามความพร้อมแบบส่งเสริมกันของเป้าประสงค์ และตัวชี้วัด SDGs 3

| ลำดับที่ | ตัวชี้วัด      | คะแนน |
|----------|----------------|-------|
| 1        | 3.8.2 PHEH     | 27    |
| 1        | 3.b.3 PHFM     | 27    |
| 2        | 3.7.1 P WR sat | 15    |
| 3        | 3.8.1 CEHS     | 14    |
| 4        | 3.7.2 ABR      | 11    |
| 4        | 3.b.1 P vac    | 11    |
| 5        | 3.5.1CPTSNA    | 10    |
| 6        | 3.5.2UA15YO    | 9     |
| 6        | 3.6.1D RT I    | 9     |
| 6        | 3.9.1MHAPoll   | 9     |
| 6        | 3.9.2MWASH     | 9     |
| 6        | 3.9.3MR un P   | 9     |
| 7        | 3.1.1MMR       | 7     |
| 7        | 3.1.2PBSHP     | 7     |
| 7        | 3.d.1 IHR      | 7     |
| 8        | 3.b.2 ODA M    | 6     |
| 9        | 3.a.1ATobacco  | 5     |

| ลำดับที่ | ตัวชี้วัด    | คะแนน |
|----------|--------------|-------|
| 10       | 3.3.1HIV     | 4     |
| 10       | 3.3.2TB      | 4     |
| 10       | 3.3.3Malaria | 4     |
| 10       | 3.3.4HepB    | 4     |
| 10       | 3.c.1 HWD    | 4     |
| 11       | 3.2.1UFMR    | 3     |
| 11       | 3.2.2NMR     | 3     |
| 11       | 3.3.5NTDs    | 3     |
| 11       | 3.4.1M NCDs  | 3     |
| 11       | 3.4.2SMR     | 3     |

| Goal 3 |                |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | Total |       |       |
|--------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| T      | I              | 3.1   |       | 3.2   |       | 3.3   |       |       |       |       | 3.4   |       | 3.5   |       | 3.6   | 3.7   |       | 3.8   |       | 3.9   |       |       | 3.a   | 3.b   |       |       |       | 3.c   | 3.d   |
|        |                | 3.1.1 | 3.1.2 | 3.2.1 | 3.2.2 | 3.3.1 | 3.3.2 | 3.3.3 | 3.3.4 | 3.3.5 | 3.4.1 | 3.4.2 | 3.5.1 | 3.5.2 | 3.6.1 | 3.7.1 | 3.7.2 | 3.8.1 | 3.8.2 | 3.9.1 | 3.9.2 | 3.9.3 | 3.a.1 | 3.b.1 | 3.b.2 | 3.b.3 |       | 3.c.1 | 3.d.1 |
| 3.1    | 3.1.1MMR       | I     | I     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       |       | 7     |
|        | 3.1.2PBSHP     | I     | I     | I     | I     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       | 7     |
| 3.2    | 3.2.1UFMR      |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       |       | 3     |
|        | 3.2.2NMR       |       | I     |       | I     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       |       | 3     |
| 3.3    | 3.3.1HIV       |       |       |       |       | I     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       | I     | 4     |
|        | 3.3.2TB        |       |       |       |       |       | I     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       | I     | 4     |
|        | 3.3.3Malaria   |       |       |       |       |       |       | I     |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       | I     | 4     |
|        | 3.3.4HepB      |       |       |       |       |       |       |       | I     |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       | I     | 4     |
|        | 3.3.5NTDs      |       |       |       |       |       |       |       |       | I     |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       |       | 3     |
| 3.4    | 3.4.1M NCDs    |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       |       | 3     |
|        | 3.4.2SMR       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       |       | 3     |
| 3.5    | 3.5.1CPTSNA    |       |       | I     | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       | I     |       | I     | I     | I     |       |       |       | I     |       |       | I     |       | I     | 10    |
|        | 3.5.2UA15YO    |       |       | I     | I     | I     |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       | I     | I     | I     |       |       |       | I     |       |       | I     |       |       | 9     |
| 3.6    | 3.6.1D RT I    |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     | I     |       |       | I     | I     |       |       |       | I     |       |       | I     | I     | I     | 9     |
| 3.7    | 3.7.1 P WR sat | I     |       | I     | I     | I     |       |       |       |       | I     | I     | I     | I     |       | I     |       | I     | I     |       |       | I     |       | I     |       | I     | I     |       | 15    |
|        | 3.7.2 ABR      | I     |       | I     | I     | I     |       |       |       |       |       |       |       | I     |       |       | I     | I     | I     |       |       |       | I     | I     |       | I     | I     |       | 11    |
| 3.8    | 3.8.1 CEHS     | I     |       | I     | I     | I     | I     |       | I     | I     | I     | I     |       |       |       | I     |       | I     | I     |       |       |       |       | I     |       | I     |       |       | 14    |
|        | 3.8.2 PHEH     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | 27    |
| 3.9    | 3.9.1MHAPoll   |       |       | I     |       |       |       | I     |       |       | I     |       |       |       |       |       |       | I     | I     | I     |       |       | I     |       |       | I     | I     |       | 9     |
|        | 3.9.2MWASH     |       |       | I     |       |       |       |       | I     | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       | I     |       |       |       |       | I     |       |       | 9     |
|        | 3.9.3MR un P   |       |       | I     |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       | I     | I     |       |       | I     | I     |       |       | I     | I     |       | 9     |
| 3.a    | 3.a.1ATobacco  |       |       |       |       |       | I     |       |       |       | I     |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       | I     |       |       | I     |       |       | 5     |
| 3.b    | 3.b.1 P vac    |       |       | I     | I     |       |       |       | I     |       |       |       |       |       |       | I     | I     | I     | I     |       |       |       |       | I     |       | I     | I     | I     | 11    |
|        | 3.b.2 ODA M    |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       | I     | I     | I     | I     | I     | 6     |
|        | 3.b.3 PHFM     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | I     | 27    |
| 3.c    | 3.c.1 HWD      |       | I     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       | 4     |
| 3.d    | 3.d.1 IHR      |       |       |       |       |       | I     | I     | I     | I     |       |       |       |       |       |       |       | I     | I     |       |       |       |       |       |       | I     |       | I     | 7     |
| Total  |                | 7     | 7     | 14    | 10    | 8     | 6     | 5     | 7     | 6     | 8     | 5     | 6     | 7     | 5     | 5     | 6     | 9     | 27    | 3     | 3     | 4     | 9     | 7     | 3     | 27    | 11    | 11    |       |

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ตามความพร้อมแบบส่งเสริมกันของเป้าประสงค์ และตัวชี้วัด SDGs 3

**6.2.2 ผลกระทบระหว่างเป้าประสงค์กับเป้าหมายอื่น** คือ เป้าประสงค์ใดหากมุ่งดำเนินการเพื่อให้บรรลุแล้วจะเป็นพื้นฐานหรือส่งเสริมให้เป้าหมายอื่นบรรลุได้ง่ายขึ้น

การพิจารณาความพร้อมตามความสัมพันธ์เชิงกระทบต่อกัน ซึ่งอาศัยความพร้อมตามองค์ประกอบพื้นฐานด้วยนั้น ประเทศไทยมีความพร้อมตามเป้าประสงค์ค่อนข้างครบถ้วน โดยเฉพาะ 3.1 และ 3.a มีความพร้อมสูงกว่าทุกเป้าประสงค์ อย่างไรก็ดี มีเป้าประสงค์ 3.4 ตัวชี้วัด 3.4.1 และเป้าประสงค์ 3.b ตัวชี้วัด 3.b.2 ที่ความพร้อมยังไม่เพียงพอ ดังนั้น เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ภายนอกกับเป้าหมายอื่น ๆ ตัวชี้วัดอื่น ๆ เป้าประสงค์ต่าง ๆ ที่เหลือของ SDGs3 ยังมีความสามารถเป็นทางเลือกในการพิจารณาเพื่อนำไปสู่การดำเนินการจัดลำดับความสำคัญในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแบบส่งเสริมกันกับเป้าหมายอื่นได้ดังนี้

#### ลำดับที่ 1

ตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในอากาศ และตัวชี้วัด 3.7.1 การวางแผนครอบครัว (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2560)

#### ลำดับที่ 2

ตัวชี้วัด 3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย

#### ลำดับที่ 3

ตัวชี้วัด 3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ สุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ

#### ลำดับที่ 4

ตัวชี้วัด 3.2.1 อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ความสำคัญในลำดับที่ 1 เป้าประสงค์และตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในอากาศ 3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ สุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการชะล้างที่ไม่ปลอดภัย) ซึ่งเป้าประสงค์ 3.9 ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตราย และจากการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมากภายในปี 2573 เป็นเป้าประสงค์มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดอื่น ๆ เช่น 7.1.2 ร้อยละของประชากรที่พึ่งพาพลังงานสะอาดและเทคโนโลยีเป็นหลัก 8.8.1 อัตราความถี่ของการบาดเจ็บร้ายแรง และไม่ร้ายแรง จากการทำงาน จำแนกตามเพศ และสถานะแรงงานต่างด้าว 9.4.1 ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อหน่วยมูลค่าเพิ่ม 11.1.1 สัดส่วนของประชากรในเขตเมืองที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ที่อยู่อาศัยนอกกระบวน หรือที่ไม่เหมาะสม 11.6.1 ร้อยละของขยะในเขตเมืองที่มีการจัดเก็บเป็นประจำ และปล่อยของเสียขั้นสุดท้ายอย่างเพียงพอโดยคำนึงถึงของเสียทั้งหมดที่เกิดจากเมืองนั้น 11.6.2 ระดับค่าเฉลี่ยทั้งปีของฝุ่นละอองขนาดเล็ก (ตัวอย่างเช่น PM2.5 และ PM10) ในเขตเมือง (ถ่วงน้ำหนักกับประชากร) 12.2.1 ร่องรอยการใช้วัตถุดิบและการใช้วัตถุดิบต่อหัว และต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) 12.4.2 ของเสียอันตรายให้เกิดขึ้นต่อหัวสัดส่วนของเสียที่ได้รับการบำบัดจำแนกตามประเภทการบำบัด 17.19.2 สัดส่วนของประเทศที่ a) มีการจัดสำมะโนประชากรและเคหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา และ b) บรรลุการจดทะเบียนเกิด 100 เปอร์เซนต์ และจดทะเบียนการตาย 80 เปอร์เซนต์ ซึ่งเมื่อพิจารณาเป้าหมาย เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดอื่น ๆ ดังกล่าวที่

สัมพันธ์กับเป้าหมาย 3.9 จะพบว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นเหตุผลสนับสนุนทางเลือกในการดำเนินงานของประเทศไทยที่มีความสำคัญด้านมลพิษและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะระยะยาวเพราะอัตราการตายหรือเจ็บป่วยจากปัญหามลพิษเป็นปัญหาสะสมและยากที่จะพิสูจน์สาเหตุได้สำหรับบริบทประเทศไทย ดังนั้น หากพิจารณาตามแนวทางดังกล่าวแล้วจึงเป็นข้อสนับสนุนได้ว่าประเทศไทยต้องดำเนินการตามเป้าหมาย 3.9 และเป็นที่น่าสังเกตได้ว่าการดำเนินการนี้จะสอดคล้องกับหลักการและเหตุผลของปรัชญาการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพและสวัสดิภาพด้านสิ่งแวดล้อมและมลพิษที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาต่าง ๆ ของประเทศ ดังตารางแสดงความสัมพันธ์ด้านล่าง

| Goal 3 |                | Goal 1-17 |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          | Total              |
|--------|----------------|-----------|----------------|--------|----------------------------------------|--------|-------------|--------|--------|--------|---------|-------------------------|------------------|------------------|---------|---------|----------------------|----------|--------------------|
|        |                | G<br>1    | G<br>2         | G<br>3 | G<br>4                                 | G<br>5 | G<br>6      | G<br>7 | G<br>8 | G<br>9 | G<br>10 | G<br>11                 | G<br>12          | G<br>13          | G<br>14 | G<br>15 | G<br>16              | G<br>17  |                    |
| 3.1    | 3.1.1MMR       |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      | 17.19.2  | 17 (1)             |
|        | 3.1.2PBSHP     |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      | 17.19.2  | 17 (1)             |
| 3.2    | 3.2.1UFMR      |           | 2.2.1<br>2.2.2 |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         | 16.9.1               | 17.19.2  | 2 16 17 (4)        |
|        | 3.2.2NMR       |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      | 17.19.2  | 17 (1)             |
| 3.3    | 3.3.1HIV       |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
|        | 3.3.2TB        |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
|        | 3.3.3Malaria   |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
|        | 3.3.4HepB      |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
|        | 3.3.5NTDs      |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
| 3.4    | 3.4.1M NCDs    |           |                |        |                                        |        | 6.2.1 6.3.1 |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      | 17.19.2  | 17 (1)             |
|        | 3.4.2SMR       |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         | 16.1.3 16.2.1 16.2.3 | 17.19.2  | 16 17 (5)          |
| 3.5    | 3.5.1CPTSNA    |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
|        | 3.5.2UA15YO    |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
| 3.6    | 3.6.1D RT I    |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      | 17.19.2  | 17 (1)             |
| 3.7    | 3.7.1 P WR sat |           |                |        | 5.2.1 5.2.2 5.3.1<br>5.3.2 5.6.1 5.6.2 |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          | 5 (6)              |
|        | 3.7.2 ABR      |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
| 3.8    | 3.8.1 CEHS     |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         | 16.6.1 16.6.2        |          | 16 (2)             |
|        | 3.8.2 PHEH     |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
| 3.9    | 3.9.1MHAPoll   |           |                |        |                                        |        |             | 7.1.2  | 8.8.1  | 9.4.1  |         | 11.1.1 11.6.1<br>11.6.2 | 12.2.1<br>12.4.2 |                  |         |         |                      | 17.19.2  | 7 8 9 11 12 17 (6) |
|        | 3.9.2MWASH     |           |                |        |                                        |        | 6.1.1 6.2.1 |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      | 17.19.2  | 6 17 (3)           |
|        | 3.9.3MR un P   |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      | 17.19.2  | 17 (1)             |
| 3.a    | 3.a.1ATobacco  |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
| 3.b    | 3.b.1 P vac    |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
|        | 3.b.2 ODA M    |           |                |        |                                        |        |             |        | 9.5.1  |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      | 17.2.1   | 9 17 (2)           |
|        | 3.b.3 PHFM     |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
| 3.c    | 3.c.1 HWD      |           |                |        |                                        |        |             |        |        |        |         |                         |                  |                  |         |         |                      |          |                    |
| 3.d    | 3.d.1 IHR      |           |                |        |                                        |        |             |        |        | 10.7.2 |         |                         |                  | 13.1.1<br>13.2.1 |         |         | 16.2.2               |          | 10 13 16 (4)       |
| Total  |                |           | 2 (2)          |        |                                        | 5 (6)  | 6 (6)       | 7 (1)  | 8 (1)  | 9 (2)  | 10(1)   | 11(3)                   | 12(2)            | 13(2)            |         |         | 16(7)                | 17(2/11) |                    |

ตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ภายนอกกับเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดอื่น



## บทที่ 7

### ทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ของเป้าหมายที่ 3

#### 7.1 มาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายในประเทศไทย

##### เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย

ประเทศไทยมีมาตรการดำเนินการด้านสุขภาพและสวัสดิภาพของคนเกี่ยวกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ซึ่งจะนำเสนอมาตรการทางกฎหมายในประเทศที่มีสภาพบังคับใช้กับรัฐและหน่วยงานของรัฐ ตลอดจนบังคับใช้กับบุคคลต่าง ๆ ภายในประเทศให้ต้องปฏิบัติตาม อีกทั้งมาตรการทางสังคม เศรษฐกิจที่ปรากฏชัดเจนในรูปแบบกฎหมาย เช่น ภาษีอากร ทั้งนี้ การนำเสนอสาระสำคัญและเหตุผลความเป็นมาจากหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

**รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560** ได้บัญญัติเกี่ยวกับสุขภาพและสวัสดิภาพ ดังนี้

“มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

“มาตรา 71 รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนากีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น

รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกระทำการดังกล่าว

ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม”

“มาตรา 74 รัฐพึงส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการทำงานอย่างเหมาะสมกับศักยภาพและวัย และให้มีงานทำ และพึงคุ้มครองผู้ใช้แรงงานให้ได้รับความปลอดภัยและมีสุขอนามัยที่ดีในการทำงาน ได้รับ

รายได้ สวัสดิการ การประกันสังคม และสิทธิประโยชน์อื่นที่เหมาะสมแก่การดำรงชีพ และพึงจัดให้มีหรือส่งเสริมการออมเพื่อการดำรงชีพเมื่อพ้นวัยทำงาน

รัฐพึงจัดให้มีระบบแรงงานสัมพันธ์ที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการ”

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ

บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ

**พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎหมายฉบับนี้จัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มีองค์การกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน ลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขมิให้เกิดการซ้ำซ้อนกัน และจัดระบบใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยบทบัญญัติที่สำคัญ มาตรา ๕

“บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้

คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ

ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด”

**พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550** นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อวางกรอบ แนวทางกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ การดำเนินงานด้านสุขภาพ มีองค์การ กลไกการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย นำไปสู่เป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง โดยมีบทบัญญัติสำคัญ เช่น

มาตรา 5 บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง

มาตรา 6 สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะซับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

มาตรา 46 ให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ

ในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้ คสช. นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของสมาชิกสุขภาพมาประกอบด้วย

เมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติแล้ว ให้รายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ คสช. ทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุกห้าปี

พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิซึ่งมีคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นองค์กรกำกับดูแลที่ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้การบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพทั่วประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีมาตรฐาน

**เป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี 2573**

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎหมายนี้ได้จัดตั้งสภาการพยาบาลขึ้นทำหน้าที่ควบคุมและส่งเสริมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยอิสระเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความหมายที่แท้จริงทางวิชาการ มีการกำหนดอายุของใบอนุญาต มีพนักงานเจ้าหน้าที่เฉพาะเพื่อการใช้บังคับกฎหมาย มีทบบังคับให้มีการสอบความรู้ในการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ โดยมีบทบัญญัติที่สำคัญ เช่น

มาตรา 27 ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กระทำการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์

หรือแสดงด้วยวิธีใด ๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิประกอบวิชาชีพดังกล่าว โดยมีได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เว้นแต่ในกรณีอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (1) การพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ที่กระทำต่อตนเอง
- (2) การช่วยเหลือหรือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามธรรมเนียมจรรยาโดยมิได้รับประโยชน์ตอบแทน แต่การกระทำดังกล่าวต้องมิใช่เป็นการฉ้อโกงหรือสารใด ๆ เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย หรือการให้อาหาร ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น
- (3) นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรม ในความควบคุมของสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาล หรือการผดุงครรภ์ของรัฐ หรือที่ได้รับอนุญาตจากทางราชการให้จัดตั้ง หรือสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการรับรอง ทั้งนี้ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ผู้ฝึกหัดหรือผู้ให้การฝึกอบรมซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์
- (4) บุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้กระทำการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- (5) ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่นตามข้อจำกัดและเงื่อนไขตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพนั้น
- (6) การพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ หรือผู้สอนในสถาบันการศึกษา ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของต่างประเทศ ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามข้อบังคับของสภาการพยาบาล
- (7) บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ เพื่อช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในกรณีที่มีสาธารณภัยหรือเกิดภัยพิบัติอย่างร้ายแรง
- (8) บุคคลซึ่งช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลในความควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามระเบียบซึ่งรัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

**พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎหมายนี้กำหนดให้ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์สามารถลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตรได้ โดยให้ถือเป็นวันลาเพื่อคลอดบุตร โดยบทบัญญัติไว้ดังนี้

มาตรา 41 ให้ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครรภ์หนึ่งไม่เกินเก้าสิบแปดวัน วันลาเพื่อคลอดบุตรตามมาตรานี้ให้หมายความรวมถึงวันลาเพื่อตรวจครรภ์ก่อนคลอดบุตรด้วย วันลาตามวรรคหนึ่ง ให้นับรวมวันหยุดที่มีในระหว่างวันลาดังกล่าวด้วย

นอกจากมาตรการทางกฎหมายดังกล่าวแล้วยังปรากฏมาตรการทางเศรษฐกิจในรูปแบบการยกเว้นภาษีเงินได้เพื่อให้ผู้มีเงินได้หรือคู่สมรสได้รับสิทธิประโยชน์ทางภาษีเมื่อมีค่าใช้จ่ายในการฝากครรภ์และการทำคลอด

**กฎกระทรวง ฉบับที่ 338 (พ.ศ.2561)** ออกตามความในประมวลรัษฎากร ว่าด้วย การยกเว้นรัษฎากร กำหนดให้ยกเว้นภาษีสำหรับเงินได้เท่าที่ผู้มีเงินได้หรือคู่สมรสได้จ่ายเป็นค่าฝากครรภ์และค่าคลอดบุตรของตน ตามจำนวนที่จ่ายจริงสำหรับการตั้งครรภ์แต่ละคราวแต่ไม่เกินหกหมื่นบาท หากการจ่ายค่าฝากครรภ์และค่าคลอดบุตรสำหรับการตั้งครรภ์แต่ละคราวมิได้จ่ายในปีภาษีเดียวกัน ให้ได้รับยกเว้นภาษีตามจำนวนที่จ่ายจริงในแต่ละปีภาษี แต่เมื่อรวมกันแล้วต้องไม่เกินหกหมื่นบาท ทั้งนี้ สำหรับเงินได้พึงประเมินที่ได้รับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ.2561 เป็นต้นไป และให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่อธิบดีประกาศกำหนด

**ประมวลกฎหมายอาญา** เป็นมาตรการทางกฎหมายที่กำหนดความผิดและโทษทางอาญา มีผลเป็นการลงโทษและป้องกันการก่อเหตุซึ่งเกี่ยวข้องกับการลดการตายของมารดา เช่น

มาตรา 302

“ผู้ใดทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงนั้นยินยอม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงรับอันตรายสาหัสอย่างอื่นด้วย ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินเจ็ดปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงถึงแก่ความตาย ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี และปรับไม่เกินสองแสนบาท

มาตรา 303 ผู้ใดทำให้หญิงแท้งลูกโดยหญิงนั้นไม่ยินยอม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินเจ็ดปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงรับอันตรายสาหัสอย่างอื่นด้วย ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่หนึ่งปีถึงสิบปี และปรับตั้งแต่สองหมื่นบาทถึงสองแสนบาท

ถ้าการกระทำนั้นเป็นเหตุให้หญิงถึงแก่ความตาย ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ห้าปีถึงยี่สิบปี และปรับตั้งแต่หนึ่งแสนบาทถึงสี่แสนบาท

มาตรา 305 ถ้าการกระทำความผิดดังกล่าวในมาตรา 301 และมาตรา 302 นั้น เป็นการกระทำของนายแพทย์ และ

(1) จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น หรือ

(2) หญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความผิดอาญา ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 276 มาตรา 277 มาตรา 282 มาตรา 283 หรือมาตรา 284

ผู้กระทำไม่มีความผิด

### เป้าประสงค์ 3.2

**พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยเฉพาะ มาตรา ๕ บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ประเภทย่อยและขอบเขตของบริการสาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ซึ่งมีการกำหนดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี คือ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทย่อยและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 กำหนดรายการบริการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้มีสิทธิกลุ่มเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี

**พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ มีบทบัญญัติที่สำคัญเกี่ยวกับการตายของทารก มาตรา 23 เมื่อมีคนเกิดหรือคนตาย ผู้ทำคลอดหรือผู้รักษาพยาบาลต้องออกหนังสือรับรองการเกิดหรือการตายตามแบบพิมพ์ที่ผู้อำนวยการทะเบียนกลางกำหนดให้แก่ผู้มีหน้าที่ต้องแจ้งตามมาตรา 18 หรือมาตรา 21 ซึ่งบทบัญญัตินี้จะสามารถใช้บังคับให้มีการระบุนสาเหตุการตายของทารกได้

**พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยกำหนดขั้นตอนและปรับปรุงวิธีการปฏิบัติต่อเด็กให้เหมาะสม ให้เด็กได้รับการอุปการะเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และมีพัฒนาการที่เหมาะสม ส่งเสริมความมั่นคงของสถาบันครอบครัว รวมทั้งป้องกันมิให้เด็กถูกทารุณกรรม ตกเป็นเครื่องมือในการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ หรือถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ส่งเสริมความร่วมมือในการคุ้มครองเด็กระหว่างหน่วยงานของรัฐและเอกชน

**พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. 2550** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งศูนย์เด็กและ

เยาวชนอำเภอ และสภาเด็กและเยาวชน เพื่อให้การส่งเสริมและพัฒนาเด็กและเยาวชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งให้องค์กรเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน รวมทั้งการส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนได้เข้ามามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อเด็กและเยาวชน ตลอดจนสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้มีการแสดงออกที่สอดคล้องกับระดับความรู้ความสามารถ ซึ่งพัฒนาไปตามวัยของเด็กและเยาวชน

**พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยปรับปรุงหลักเกณฑ์การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กให้เป็นกฎหมาย ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่เหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานสากล

**พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562** นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยให้เด็กเล็กซึ่งเป็นเด็กปฐมวัยได้รับการคุ้มครองและดูแล มีพัฒนาการที่รอบด้าน ได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง ทัวถึง และเสมอภาค มีการส่งเสริมการเรียนรู้และเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กปฐมวัยในช่วงรอยต่อตั้งแต่ก่อนระดับอนุบาลจนถึงระดับประถมศึกษาอย่างเหมาะสม เพื่อให้เติบโตขึ้นเป็นพลเมืองที่ดีและมีคุณภาพ รวมทั้งเพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนให้เป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพ

### เป้าประสงค์ 3.3

**พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยกฎหมายเดิม คือ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน บทบัญญัติบางประการไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีการแพร่กระจายของโรคติดต่อที่รุนแรงและก่อให้เกิดโรคระบาดมากผิดปกติ ทั้งโรคติดต่อที่อุบัติใหม่และโรคติดต่อที่อุบัติซ้ำ ประกอบกับประเทศไทยได้ให้การรับรองและดำเนินการตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 มีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคติดต่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ

### เป้าประสงค์ 3.4

**พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อกำหนดกระบวนการบำบัดรักษานุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม รวมทั้งกำหนดกระบวนการบำบัดรักษานุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งอยู่

ระหว่างการสอบสวนการไต่สวนมูลฟ้องหรือการพิจารณา หรือภายหลังศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา กำหนดการสร้างเสริม การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต เพิ่มเติมอำนาจหน้าที่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติให้ครอบคลุมด้านการสร้างเสริม การป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตและการอยู่ร่วมกันในสังคมของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐและประชาชนในทุกภาคส่วน ตลอดจนกำหนดห้ามสื่อทุกประเภทเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ที่ทำให้เกิดความรังเกียจเหยียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ รวมทั้งกำหนดให้สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งสามารถมีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้มากกว่าหนึ่งคณะเพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติงานอันเป็นการส่งเสริมการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

**ร่างพระราชบัญญัติโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ....** สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้นำเสนอร่างพระราชบัญญัตินี้ ให้เหตุผลระบุว่า “โดยที่ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ความผิดปกติหรือการเสื่อมสภาพของร่างกาย และไม่ติดต่อไปยังบุคคลอื่น เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่งผลต่อการบริหารจัดการและการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตลอดจนภาครัฐต้องมีภาระค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงสมควรให้มีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยส่งเสริม สนับสนุน และกำกับดูแลให้มีการคุ้มครองสิทธิของประชาชนและเพิ่มกลไกการบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ดังนั้น เพื่อให้การพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อนี้มีการกำหนดมาตรการ หลักเกณฑ์ และรูปแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์ของโรคในปัจจุบันและในอนาคต รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนและองค์กรภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการรับรู้และแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและสร้างองค์กรเครือข่ายเฝ้าระวังและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”

### เป้าประสงค์ 3.5

**พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อให้การปราบปรามและควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นไปโดยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและเพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยยาเสพติดให้โทษซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีสมาชิก



กำหนดให้ฟันเป็นยาเสพติดให้โทษ ยาเสพติดให้โทษประเภทพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษที่มีอันตรายน้อยกว่ายาเสพติดให้โทษประเภทกัญชา กำหนดบทลงโทษของยาเสพติดให้โทษประเภทพืชกระท่อมให้ต่ำลง นิยามคำว่า “เสพ” นิยามคำว่า “บำบัดรักษา” ให้ชัดเจน ความหมายและการจำหน่ายยาเสพติดให้โทษในประเภท ๓ และการยึดยาเสพติดให้โทษ รับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับและใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ในการรักษาและพัฒนาทางการแพทย์ สร้างความมั่นคงทางด้านยาของประเทศ และป้องกันไม่ให้เกิดการผูกขาดทางด้านยา เปิดโอกาสให้นำกัญชาและพืชกระท่อมไปศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้

**พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. ๒๕๕๘** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ให้โอกาสแก่ผู้เสพ เสพและมีไว้ในครอบครอง เสพและมีไว้ในครอบครองเพื่อขาย หรือเสพและขายซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ได้สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

**พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551** นายกรัฐมนตรีรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยลดปัญหาและผลกระทบทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนช่วยป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย

### เป้าประสงค์ 3.6

**พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522** ให้นายกรัฐมนตรีรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยที่การคมนาคมและขนส่งทางบกได้เจริญก้าวหน้าขยายตัวไปทั่วประเทศและเชื่อมโยงไปยังประเทศใกล้เคียง และจำนวนยานพาหนะในถนนมีจำนวนขึ้น ประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีในอนุสัญญาว่าด้วยการจราจรทางถนนและพิธีสารว่าด้วยเครื่องหมายและสัญญาณตามถนน เพื่อความปลอดภัยแก่ชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินของประชาชน หลักเกณฑ์และกลไกในการออกใบสั่งสำหรับผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมายการบันทึกคะแนนความประพฤติในการขับขี่ เพิ่มช่องทางการชำระค่าปรับตามใบสั่ง กำหนดข้อสันนิษฐานว่าผู้ขับขี่ขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น ในกรณีที่ไม่ยอมให้ทดสอบโดยไม่มีเหตุอันควร อันจะเป็นมาตรการในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากผู้ขับขี่รถขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น เจ้าพนักงานจราจรหรือพนักงานเจ้าหน้าที่สามารถส่งใบสั่งไปยังภูมิลำเนาของเจ้าของรถหรือผู้ครอบครองรถโดยทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับได้ กำหนดห้ามผู้ขับขี่ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ในขณะที่ขับรถ เว้นแต่ในกรณีการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่โดยใช้อุปกรณ์เสริมสำหรับการสนทนา โดยผู้ขับขี่ไม่ต้องถือหรือจับโทรศัพท์เคลื่อนที่นั้น กำหนดให้คนโดยสารรถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกที่จัดทำขึ้นโดยเฉพาะเพื่อป้องกันอันตราย กำหนดให้ความผิดของผู้ขับขี่ที่ได้ขับ

รถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น เป็นความผิดที่ไม่อาจกล่าวตักเตือนหรือทำการเปรียบเทียบได้ กำหนดโทษสำหรับความผิดฐานขับรถในขณะเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่น หรือเสพยาเสพติดให้โทษหรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปรับปรุงประเภทของรถที่ใช้บรรทุกคน สัตว์ หรือสิ่งของ กำหนดให้ผู้ตรวจการตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบกและผู้ตรวจการตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์มีอำนาจดำเนินการทดสอบหรือตรวจสอบตลอดจนจับกุมปราบปรามผู้ขับขี่ซึ่งเมาสุราหรือของเมาอย่างอื่นหรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนในขณะขับรถ กำหนดให้ผู้ขับขี่รถยนต์ต้องรัดร่างกายด้วยเข็มขัดนิรภัยไว้กับที่นั่งในขณะขับขี่รถยนต์ และต้องจัดให้คนโดยสารรถยนต์ ซึ่งนั่งที่ที่นั่งตอนหน้าแถวเดียวกับที่นั่งผู้ขับขี่รถยนต์รัดร่างกายด้วยเข็มขัดนิรภัยไว้กับที่นั่งในขณะโดยสารรถยนต์ และคนโดยสารรถยนต์ดังกล่าวต้องรัดร่างกายด้วยเข็มขัดนิรภัยไว้กับที่นั่งในขณะโดยสารรถยนต์ด้วย ให้รถบรรทุกเล็กที่มีน้ำหนักไม่เกินหนึ่งพันกิโลกรัมสามารถใช้ทางเดินรถข้ามือได้

**พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคมรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราภาษีรถยนต์ การจดทะเบียนรถ ห้ามมิให้ผู้ใดใช้รถ เว้นแต่รถนั้นเป็นรถที่จดทะเบียนและเสียภาษีประจำปีสำหรับรถนั้นครบถ้วนถูกต้องแล้ว กำหนดให้รถใช้งานเกษตรกรรมเป็น “รถ” ตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ซึ่งจะต้องมีการจดทะเบียนและผ่านการตรวจสอบสภาพรถได้รับยกเว้นค่าธรรมเนียมตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ การใช้รถยนต์ผิดไปจากประเภทจดทะเบียนไว้ไม่ได้ กำหนดให้เด็กที่มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบห้าปีมีใบอนุญาตขับรถจักรยานยนต์ได้ มีมาตรการป้องกันมิให้มีการเพิ่มจำนวนรถที่ใช้น้ำมันดีเซลหรือก๊าซเป็นเชื้อเพลิง และเพื่อเป็นการประหยัดเงินตราต่างประเทศในการนำเข้าน้ำมันเชื้อเพลิงดังกล่าว กำหนดให้สถานตรวจสภาพที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบกซึ่งเป็นเอกชนสามารถตรวจสภาพรถตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ กำหนดให้ผู้มีใบอนุญาตขับรถที่ออกโดยพนักงานเจ้าหน้าที่หรือสมาคมยานยนต์ที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลของประเทศในสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือจากรัฐบาลของประเทศที่ประเทศไทยมีความตกลงด้วย สามารถใช้ใบอนุญาตขับรถนั้นขับรถในประเทศไทยได้ กำหนดให้ผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ขับรถตามกฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก ขับรถที่จดทะเบียนตามกฎหมายว่าด้วยรถยนต์ในบางประเภทได้ นิยามคำว่า “รถยนต์ส่วนบุคคล” กำหนดอัตราภาษีประจำปีสำหรับรถขับเคลื่อนด้วยไฟฟ้า กำหนดให้มีการประมูลหมายเลขทะเบียนซึ่งเป็นที่ยอมรับ กำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้มีสิทธิขอรับใบอนุญาตขับรถยนต์สาธารณะ บัญญัติควบคุมการใช้รถจักรยานยนต์รับจ้างบรรทุกคนโดยสารให้นายทะเบียนมีอำนาจเรียกผู้ได้รับใบอนุญาตขับรถมาตรวจสอบคุณสมบัติหรือลักษณะต้องห้ามภายหลังที่ได้รับใบอนุญาตไปแล้วได้ กำหนดอัตราภาษีประจำปีเป็นการเฉพาะเพื่อส่งเสริมการใช้พลังงานรถที่ขับเคลื่อนด้วยพลังงานไฟฟ้าและพลังงานอื่นโดยมิได้ใช้เครื่องยนต์ กำหนดให้รถยนต์สาธารณะรถยนต์บริการ และรถยนต์ส่วนบุคคล รวมทั้งรถพ่วง รถบดถนน และรถแทรกเตอร์ สามารถจดทะเบียนจำนอง

เป็นประกันหนี้ได้ตามกฎหมายและผู้เป็นเจ้าของยังคงมีสิทธิครอบครองใช้สอยได้ กำหนดให้รถของหน่วยงานของรัฐได้รับการยกเว้นค่าธรรมเนียมและภาษีประจำปี กำหนดยกเว้นค่าธรรมเนียมรถยนต์ให้แก่สำนักงานเศรษฐกิจและการค้าของต่างประเทศตามความตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลต่างประเทศ

**พระราชบัญญัติการขนส่งทางบก พ.ศ. 2522** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคมและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กฎหมายว่าด้วยการขนส่งได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานมีปรับปรุงบทบัญญัติกฎหมายว่าด้วยการขนส่งให้เหมาะสม รถบรรทุกขนาดเล็กที่ส่วนมากใช้ในธุรกิจส่วนตัวภายในครัวเรือนและใช้ในการขนส่งพืชผลของเกษตรกรได้รับการยกเว้นไม่ต้องไปจดทะเบียนกับกรมการขนส่งทางบก และการใช้ใบขับขี่ของกรมการขนส่งทางบก รถบรรทุกขนาดใหญ่ไม่จำกัดท้องที่ทำการขนส่ง กำหนดเวลาตรวจสภาพ ให้ผู้มีใบอนุญาตขับรถที่ออกโดยพนักงานเจ้าหน้าที่หรือสมาคมยานยนต์ ที่ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลของประเทศในสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หรือจากรัฐบาลของประเทศที่ประเทศไทยมีความตกลงด้วย สามารถใช้ใบอนุญาตขับรถนั้นขับรถในประเทศไทยได้ กำหนดความผิดและกำหนดโทษเกี่ยวกับการเสพยาเสพติดให้โทษ หรือวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในขณะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับใบอนุญาตปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถ ผู้ขับรถ ให้อำนาจผู้ตรวจการ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจสั่งให้ผู้ได้รับใบอนุญาตปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถที่มีเหตุอันควรเชื่อว่าเมาสุราหรือของมีเมาอย่างอื่นหรือเสพยาเสพติดให้โทษ หรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ในขณะปฏิบัติหน้าที่รับการตรวจหรือทดสอบถึงเหตุดังกล่าวได้ ควบคุมการขนส่งวัตถุอันตราย ควบคุมและจัดระเบียบการขนส่ง โดยผู้นำรถยนต์นั่งส่วนบุคคลเกินเจ็ดคนแต่ไม่เกินสิบสองคน หรือรถยนต์ส่วนบุคคลที่มีน้ำหนักไม่เกินหนึ่งพันหกร้อยกิโลกรัมไปใช้ประกอบการขนส่งเพื่อสินจ้างในลักษณะที่เป็นการแข่งขันกับผู้ได้รับอนุญาตประกอบการขนส่งประจำทาง ขยายอายุของใบอนุญาตปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถเพิ่มขึ้นจากหนึ่งปีเป็นสามปี ปัจจุบันอุบัติเหตุร้ายแรงที่เกิดบนท้องถนนอันเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลต่าง ๆ นั้น มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ขับรถเมาสุราหรือของมีเมาอย่างอื่น เสพยาเสพติดให้โทษ หรือเสพวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท รวมทั้งการปฏิบัติหน้าที่ขับรถติดต่อกันนานเกินไปจนทำให้ผู้ขับรถเกิดความตึงเครียด กำหนดห้ามมิให้ผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบการขนส่งใช้หรือยินยอมให้ผู้ขับรถซึ่งมีอาการหรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งดังกล่าวปฏิบัติหน้าที่ขับรถที่ใช้ในการขนส่ง และกำหนดให้มีหน้าที่ควบคุมดูแลและป้องกันมิให้ผู้ขับรถซึ่งมีอาการหรือกระทำการ เช่นว่านั้นขับรถที่ใช้ในการขนส่งด้วย กำหนดให้ผู้ได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ขับรถปฏิบัติหน้าที่ขับรถได้ไม่เกินสี่ชั่วโมงติดต่อกัน กำหนดให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถโดยไม่ได้รับใบอนุญาต และได้กระทำการใด ๆ อันเป็นความผิดที่กำหนดไว้สำหรับผู้ได้รับใบอนุญาตปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถ ต้องระวางโทษเช่นเดียวกับผู้ได้รับใบอนุญาตปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประจำรถที่กระทำความผิดดังกล่าวด้วย กำหนดให้ราชการส่วนท้องถิ่นนั้นได้รับการจัดสรรภาษีรถ ปรับปรุงมาตรการในการจัดเก็บภาษีรถประจำปีที่ดีังชำระ

**พระราชบัญญัติทางหลวง พ.ศ. 2535** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคมและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ด้วยความเจริญและการพัฒนาประเทศจึงต้องมีการควบคุมดูแลรักษาทางหลวง มาตรการสำหรับดำเนินการกับผู้ฝ่าฝืน การใช้ทางหลวงเพื่อการชุมนุมประท้วง การใช้ยานพาหนะที่มีน้ำหนักบรรทุกเกินกว่าที่กำหนดก่อให้เกิดความเสียหายแก่ทางหลวงและความปลอดภัยแก่ผู้ขับขี่ยานพาหนะบนทางหลวง

**พระราชบัญญัติทางหลวงสัมปทาน พ.ศ. 2542** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคมรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้เอกชนจะเข้ามาลงทุนในกิจการอันเป็นสาธารณูปโภค กำหนดโทษให้เหมาะสมกับภาวะทางเศรษฐกิจและสภาพสังคม

**พระราชบัญญัติการขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ พ.ศ. 2548** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงคมนาคมรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดหลักเกณฑ์ในการอนุญาตและหลักเกณฑ์ในการประกอบกิจการเพื่อรองรับการบริการขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบดังกล่าว และเพื่อให้สามารถอำนวยความสะดวกแก่การดำเนินธุรกิจระหว่างประเทศที่มีการแข่งขันสูง

**พระราชบัญญัติจัดระเบียบการจอดรถในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2562** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อแก้ไขปัญหาการจอดรถในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่เป็นระเบียบซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อประชาชน

### เป้าประสงค์ 3.7

**พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยที่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจในภาพรวม และปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทมีความซับซ้อนและไม่อาจแก้ไขได้ด้วยอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานของเอกชน และประชาสังคม เพื่อบูรณาการให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นรูปธรรม มีความเป็นเอกภาพ และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยที่ความก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากสามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะการมีบุตรยากมีบุตรได้โดยการใช้เทคโนโลยีช่วยการ

เจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดสถานะความเป็นบิดามารดาที่ชอบด้วยกฎหมายของเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสม ตลอดจนควบคุมการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เกี่ยวกับตัวอ่อนและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มิให้มีการนำไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง

### เป้าประสงค์ 3.8

**พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ จัดระบบการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตให้มีการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรกำกับดูแลซึ่งจะดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาชนเพื่อจัดการให้มีระบบการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งประเทศ และให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานด้วยกันทุกคน

**พระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้มีกลไกที่เป็นระบบในการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้มีการวิจัย การพัฒนา การผลิต การประกัน การควบคุมคุณภาพ การจัดหา และการกระจายวัคซีนที่เหมาะสมและเพียงพอ การบริหารจัดการด้านวัคซีนมีความเป็นเอกภาพ มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคที่ควบคุมได้ด้วยวัคซีนให้อยู่ในเขตจำกัด ให้น้อยที่สุด หรือหมดไปจากประเทศไทย อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองและความมั่นคงด้านวัคซีนของประเทศ ตลอดจนมีการกำหนดโทษอาญาเพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ

**พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ปรับปรุงมาตรฐานการคุ้มครองด้านสิทธิบัตรให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวและเพื่อส่งเสริมให้มีการค้นคว้าวิจัยที่เป็นประโยชน์และเป็นการก้าวหน้าทางเทคนิคในเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และพาณิชย์กรรมยิ่งขึ้น เพื่อให้การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และโดยที่การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้นักประดิษฐ์ได้รับผลตอบแทนความมานะอุตสาหะอย่างเหมาะสม อันจะทำให้ นักประดิษฐ์มีกำลังใจที่จะประดิษฐ์คิดค้นเพื่อความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะการคุ้มครองสิทธิบัตรและการยกเว้นการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรเพื่อการเข้าถึงยารักษาโรคมียาที่จำเป็นที่จำเป็นเพื่อให้การเข้าถึงยารักษาโรค ดังนี้

มาตรา 51 เพื่อประโยชน์ในการประกอบกิจการอันเป็นสาธารณูปโภคหรือการอันจำเป็นในการป้องกันประเทศ หรือการสงวนรักษาหรือการได้มาซึ่งทรัพยากรธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อม หรือป้องกันหรือบรรเทาการขาดแคลนอาหาร ยาหรือสิ่งอุปโภคบริโภคอย่างอื่นอย่างรุนแรง หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอย่างอื่น กระทรวง ทบวง กรม อาจใช้สิทธิตามสิทธิบัตรอย่างใดอย่างหนึ่งตามมาตรา 36 โดยกระทำการดังกล่าวเองหรือให้บุคคล

อื่นกระทำแทน ในการใช้สิทธิดังกล่าว กระทรวง ทบวง กรม จะต้องเสียค่าตอบแทนแก่ผู้ทรงสิทธิบัตรหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิของผู้ทรงสิทธิบัตรตามมาตรา 48 วรรคสอง และจะต้องแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรทราบเป็นหนังสือโดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ โดยไม่อยู่ภายใต้บังคับเงื่อนไขในมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 47 ทวิ

ในการนี้ให้ยื่นคำขอเสนอค่าตอบแทนและเงื่อนไขในการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรต่ออธิบดี การกำหนดค่าตอบแทนให้เป็นไปตามความตกลงระหว่างกระทรวง ทบวง กรม ซึ่งประสงค์ใช้สิทธิตามสิทธิบัตรกับผู้ทรงสิทธิบัตรหรือผู้ได้รับอนุญาตให้ใช้สิทธิของผู้ทรงสิทธิบัตร และให้นำมาตรา 50 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 52 ในภาวะสงครามหรือในภาวะฉุกเฉิน นายกรัฐมนตรีโดยอนุมัติคณะรัฐมนตรีมีอำนาจออกคำสั่งใช้สิทธิตามสิทธิบัตรใด ๆ ก็ได้เพื่อการอันจำเป็นในการป้องกันประเทศและรักษาความมั่นคงแห่งชาติ โดยเสียค่าตอบแทนที่เป็นธรรมแก่ผู้ทรงสิทธิบัตร และต้องแจ้งให้ผู้ทรงสิทธิบัตรทราบเป็นหนังสือโดยไม่ชักช้า

ผู้ทรงสิทธิบัตรมีสิทธิอุทธรณ์คำสั่งดังกล่าวหรือจำนวนค่าตอบแทนต่อศาลภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งนั้น

ร่างพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ ...) พ.ศ. .... เพิ่มเติมมาตรการทางกฎหมายเพื่อให้สอดคล้องกับ TRIPS Article 31 bis การบังคับใช้สิทธิเพื่อส่งออกเภสัชภัณฑ์ไปต่างประเทศที่ไม่มีหรือมีศักยภาพในการผลิตเภสัชภัณฑ์ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงยา ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้ระหว่างการพิจารณาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

### เป้าประสงค์ 3.9

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ควบคุมกิจการเกี่ยวกับการผลิตยา ขายยา และนำหรือสั่งยาเข้ามาในราชอาณาจักรตลอดจนการควบคุมให้มีเภสัชกรรับผิดชอบเกี่ยวกับการขายยาอันตราย ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนผู้ไข้ยา ผู้รับอนุญาต อำนาจของพนักงานเจ้าหน้าที่ คุณภาพของยารวมทั้งวิธีการควบคุมคุณภาพและการโฆษณาขายยาให้เหมาะสมแก่สถานการณ์ คุ้มครองและให้ความปลอดภัยแก่ประชาชนผู้ไข้ยา ให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันต้องจัดให้มีเภสัชกรปฏิบัติการอยู่ ณ สถานที่ขายยา ให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนผู้ไข้ยาเพียงพอ มีบทบัญญัติห้ามการขายยาชุด มีการควบคุมการผลิตยาแผนโบราณที่ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ปรับปรุงบทบัญญัติเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยยา การอ้างอิงมาตรฐานที่เป็นสากล การกำหนดอายุ และการต่ออายุใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา กระบวนการพิจารณาอนุญาตยา บทกำหนดโทษ และปรับปรุงอัตราค่าธรรมเนียมให้เหมาะสม

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ บัญญัติคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท

ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม ฉบับที่ 332 (พ.ศ. 2521) ออกตามความในพระราชบัญญัติมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม พ.ศ. 2511 เรื่องกำหนดมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมน้ำบริโภค

ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์และมาตรการในทางวิชาการสำหรับการป้องกัน ด้านสาธารณสุขและการป้องกันในเรื่องสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ พ.ศ. 2551

**พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535** นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้มีมาตรการควบคุม และแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมโดย ส่งเสริมประชาชน องค์กรเอกชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม จัดระบบการบริหารงานด้านสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามหลักการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม กำหนดอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และราชการส่วนท้องถิ่น ให้เกิดการทำงาน และมีหน้าที่ร่วมกันในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และกำหนดแนวทางปฏิบัติในส่วนที่ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง กำหนดมาตรการควบคุมมลพิษด้วยการจัดให้มีระบบบำบัดอากาศเสีย ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบกำจัดของเสีย และเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับมลพิษ กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดมลพิษให้เป็นไปโดยชัดเจน กำหนดให้มีมาตรการส่งเสริมด้านกองทุน และความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นการจูงใจให้มีการยอมรับที่จะปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม กำหนดการจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม และระบบการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมให้มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ ได้รับความเชื่อมั่นเพื่อการรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติควบคู่ไปกับการพัฒนาประเทศอย่างสมดุล

#### คำพิพากษาศาลฎีกา ที่ 15219/2558

โจทก์ทั้งแปดและชาวบ้านหมู่บ้านคลิตี้ล่างเป็นชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม โจทก์ทั้งแปดป่วยจากการรั่วไหลหรือแพร่กระจายของสารตะกั่วจากโรงแต่งแร่ของจำเลยที่ 1 เป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายและสุขภาพอนามัย จำเลยที่ 1 เป็นผู้ดำเนินการแต่งแร่จึงเป็นเจ้าของแหล่งกำเนิดมลพิษ มีหน้าที่รับผิดชอบชำระค่าสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหายให้แก่โจทก์ทั้งแปดไม่ว่าจำเลยที่ 1 จะกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อหรือไม่ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 มาตรา 96 จำเลยที่ 2 เป็นผู้ดูแลกิจการของจำเลยที่ 1 จึงต้องร่วมรับผิดชอบชำระค่าสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหายให้แก่โจทก์ทั้งแปดตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 มาตรา 96 ให้จำเลยทั้งสองร่วมกันชำระเงินแก่โจทก์ที่ 1 ที่ 3 ที่ 4 และที่ 6 เป็นเงินคนละ 2,150,000 บาท โจทก์ที่ 2 และที่ 7 เป็นเงินคนละ 2,650,000 บาท และโจทก์ที่ 5 และที่ 8 เป็นเงินคนละ 3,150,000 บาท ให้จำเลยทั้งสองแก้ไขฟื้นฟูลำห้วยคลิตี้ ด้วยค่าใช้จ่ายของจำเลยทั้งสองจนกว่าลำห้วยคลิตี้จะกลับมามีสภาพที่สามารถใช้อุปโภคบริโภคได้ตามมาตรฐานของทางราชการ และให้สงวนสิทธิแก้ไขคำพิพากษาในส่วนค่าสินไหมทดแทนเพื่อความเสียหายต่อร่างกายหรืออนามัยและค่าเสียหายเพื่อการเสีย

ความสามารถประกอบการงานของโจทก์ทั้งแปดภายในระยะเวลา 2 ปี นับแต่วันที่ได้อ่านคำพิพากษาศาลฎีกาให้ คู่ความฟัง ให้จำเลยทั้งสองใช้ค่าทนายความชั้นฎีกา 100,000 บาท แทนโจทก์ทั้งแปด ส่วนค่าฤชาธรรมเนียมอื่น ในชั้นฎีกาให้เป็นพับ นอกจากนี้ที่แก้ไขให้เป็นไปตามคำพิพากษาศาลอุทธรณ์ภาค 7

**คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุด คดีหมายเลขดำที่ อ.1110-1128/2552 หมายเลขแดงที่ อ.730-748/2557**

นายคำ อินคำ กับพวกรวม 131 คน ผู้ฟ้องคดี ฟ้องการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย ผู้ถูกฟ้องคดี เนื่องจาก ผู้ถูกฟ้องคดีเป็นเจ้าของโรงไฟฟ้าที่ใช้ถ่านหินลิกไนต์ผลิตกระแสไฟฟ้า ละเลยไม่ควบคุมบำบัดฝุ่นหิน ฝุ่น ละอองและก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ทำให้ผู้ฟ้องคดีเจ็บป่วยเป็นโรคนิวโมโคนิโอซิส (โรคปอดอักเสบจากฝุ่น หิน) โรคพิษซัลเฟอร์ไดออกไซด์ สัตว์เลี้ยงและพืชผลทางการเกษตรเสียหาย ผู้ถูกฟ้องคดีมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนหรือค่าเสียหายตามมาตรา 96 แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพ สิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535

**พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตาม พระราชบัญญัตินี้ กำหนดควบคุมให้มีการกำกับดูแลและติดตาม และปรับปรุงอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่และ บทกำหนดโทษ นิยามคำว่า “มูลฝอย” ให้อำนาจแก่ราชการส่วนท้องถิ่นกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยกำหนดอัตรา ค่าธรรมเนียมและกำหนดวิธีการ กำหนดโทษในเรื่องมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน กำหนดให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นมีอำนาจประกาศพื้นที่ควบคุมเหตุรำคาญเพื่อระงับและจัดการตามความจำเป็นมิ ให้เหตุรำคาญ

**พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหม รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม ควบคุม ส่งเสริมและติดตามดูแลการดำเนินงานของเลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการของคณะกรรมการวัตถุ อันตรายในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ การนำวัตถุอันตรายมาใช้ในกิจการต่าง ๆ บางชนิดอาจ ก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อม มีการกำหนดวัตถุมีพิษโดยขยาย ขอบเขตให้ครอบคลุมวัตถุอันตรายต่าง ๆ ทุกชนิดและกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการควบคุม วัตถุอันตราย ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นพร้อมกับจัดระบบบริหารให้มีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการ ควบคุมดูแลวัตถุอันตราย

**พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554** ให้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ด้วยการนำเทคโนโลยี เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์ สารเคมี และสารเคมีอันตรายมาใช้ในกระบวนการผลิต การก่อสร้าง และบริการ ขาดความรู้ความเข้าใจ ควบคุมกันไป ส่งผลกระทบต่อผู้ใช้แรงงานในด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย สภาพแวดล้อมในการทำงาน และ



ก่อให้เกิดอันตรายจากการทำงาน จนถึงแก่บาดเจ็บ พิการ ทุพพลภาพ เสียชีวิต หรือเกิดโรคอื่นเนื่องจากการทำงานซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นและทวีความรุนแรงขึ้นด้วย กฎหมายฉบับนี้จึงวางมาตรการควบคุม กำกับ ดูแล และบริหารจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างเหมาะสม สำหรับป้องกัน สงวนรักษาทรัพยากรบุคคล

**พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ด้วยสถานการณ์ของโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มจะมีความรุนแรงมากขึ้น และยังไม่มียกเลิกในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคอย่างเป็นระบบ กฎหมายฉบับนี้จึงกำหนดกลไกการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม โดยใช้ระบบการแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพแก่ลูกจ้าง หรือโรคจากสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชนที่ได้รับหรืออาจได้รับมลพิษ ให้มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กำหนดบุคคลที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่แจ้งหรือรายงานเกี่ยวกับการพบหรือมีเหตุสงสัยว่าเกิดโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมต่อพนักงานเจ้าหน้าที่หรือกรมควบคุมโรค เพื่อให้สามารถดำเนินการกับสถานการณ์การเกิดโรคดังกล่าวได้ทันทั่วถึง สมควรกำหนดให้มีแนวทางในการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อยับยั้งมิให้เกิดโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

### เป้าประสงค์ 3.๑

**พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เดิมพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ใช้บังคับมาเป็นเวลานานและมีบทบัญญัติไม่เหมาะสมทำให้การควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบและการคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากโรคร้ายที่เกิดจากผลิตภัณฑ์ยาสูบไม่สัมฤทธิ์ผล และประเทศไทยได้เข้าเป็นภาคีของกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก จึงกำหนดมาตรการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ และยกระดับการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและให้สอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาดังกล่าว

มาตรา 26 ห้ามผู้ใดขายหรือให้ซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

ในกรณีที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับอายุของผู้ซื้อหรือผู้รับการให้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ ให้ผู้ขายหรือผู้ให้ซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบแจ้งให้บุคคลดังกล่าวแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือหลักฐานอื่นที่แสดงอายุของบุคคลนั้นก่อน แล้วแต่กรณี

ห้ามผู้ใดใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้บุคคลอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ขายหรือให้ซึ่งผลิตภัณฑ์ยาสูบ

### เป้าประสงค์ 3.b

**พระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้มีกลไกที่เป็นระบบในการส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้มีการวิจัย การพัฒนา การผลิต การประกัน การควบคุมคุณภาพ การจัดหา และการกระจายวัคซีนที่เหมาะสมและเพียงพอ บริหารจัดการด้านวัคซีนมีความเป็นเอกภาพ มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สามารถป้องกันและ ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคที่ควบคุมได้ด้วยวัคซีนให้อยู่ในเขตจำกัด ให้น้อยที่สุด หรือหมดไปจากประเทศ ไทย อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองและความมั่นคงด้านวัคซีนของประเทศ ตลอดจนมีการกำหนดโทษอาญาเพื่อให้ การบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ

**พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พ.ศ. 2522** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ คู่คุ้มครองด้านสิทธิบัตรให้เพียงพอและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งเสริมให้มีการค้นคว้าวิจัยที่เป็นประโยชน์และ เป็นการก้าวหน้าทางเทคนิคในเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และพาณิชย์กรรมยิ่งขึ้น

**ร่างพระราชบัญญัติสิทธิบัตร (ฉบับที่ ...) พ.ศ. ....** เพิ่มเติมมาตรการทางกฎหมายเพื่อให้สอดคล้องกับ TRIPS Article 31 bis การบังคับใช้สิทธิเพื่อส่งออกเภสัชภัณฑ์ไปต่างประเทศที่ไม่มีหรือมีศักยภาพในการผลิต เภสัชภัณฑ์ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการส่งเสริมการเข้าถึงยา ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้ระหว่างการพิจารณาของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

**พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นเพื่อทำการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยการ พัฒนากิจการด้านสาธารณสุขอย่างมีระบบ เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขเป็นไปโดยถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

**พระราชบัญญัติการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสำหรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย พ.ศ. 2560** ให้นายกรัฐมนตรีรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ปรับปรุงมาตรการและเครื่องมือส่งเสริมการลงทุน ให้มีความหลากหลายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อที่จะสามารถดึงดูดการลงทุนในอุตสาหกรรมเป้าหมาย และยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศให้สูงขึ้นซึ่งจะผลักดันให้ประเทศไทยสามารถก้าวพ้น จากประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางได้

**พระราชบัญญัติการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2562** ให้นายกรัฐมนตรีและ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อ เพิ่มขีดความสามารถด้านการวิจัยและนวัตกรรม ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สังคมศาสตร์ และ มนุษยศาสตร์ให้สนองต่อความต้องการของประเทศ เพื่อให้นโยบายยุทธศาสตร์ และแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย

และนวัตกรรม นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งการกำกับ ติดตาม และประเมินผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

**พระราชบัญญัติสถานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ.2562** ให้นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้มีสถานนโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนด้านการอุดมศึกษา และแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมของประเทศให้มีเอกภาพและเป็นระบบ ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณและการประเมินผลการปฏิบัติให้เป็นไปโดยเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

**พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2522** ให้นายกรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ด้วยการเพิ่มประชากรและความร่อยหรอในทรัพยากรธรรมชาติ มีผลกระทบกระเทือนต่อความมั่นคงของประเทศและต่อคุณภาพชีวิตของประชากร จำเป็นต้องใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแก้ปัญหาในการเพิ่มผลผลิตอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของประเทศอย่างเหมาะสมและถูกต้องกับวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปรับปรุงอำนาจหน้าที่ของสถาบันให้สามารถบริหารงานในลักษณะการจัดการธุรกิจด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

**พระราชกฤษฎีกาออกตามความในประมวลรัษฎากร ว่าด้วยการยกเว้นรัษฎากร (ฉบับที่ 598) พ.ศ.2559** เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้ภาคเอกชนลงทุนด้านวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพิ่มมากขึ้น จึงยกเว้นภาษีเงินได้ให้แก่บริษัทหรือห้างหุ้นส่วนนิติบุคคลที่มีรายจ่ายที่ได้จ่ายไปเพื่อการทำวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมและจูงใจให้ภาคเอกชนดำเนินการวิจัยและพัฒนาให้แก่หน่วยงานของรัฐหรือเอกชนมากยิ่งขึ้น

**พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520** ให้นายกรัฐมนตรีรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อให้ความมั่นใจแก่ผู้ลงทุนโดยการกำหนดระบบการให้สิทธิและประโยชน์ที่เหมาะสมสำหรับการจูงใจให้มีการลงทุนในกิจการที่รัฐให้ความสำคัญและประสงค์จะส่งเสริม ให้มีการคุ้มครองกิจการที่รัฐให้การส่งเสริมที่ทันต่อเหตุการณ์และให้มีกลไกการบริหารงานส่งเสริมการลงทุนของรัฐที่สามารถอำนวยความสะดวกและขจัดอุปสรรคในการลงทุน การให้สิทธิและประโยชน์ด้านภาษีอากร ส่งเสริมการลงทุนมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการและสอดคล้องกับสถานการณ์ รองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

**พระราชบัญญัติองค์การเภสัชกรรม พ.ศ. 2509** ให้นายกรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ปรับปรุงกิจการผลิตยาและจำหน่ายยาให้แก่หน่วยราชการ องค์การ เทศบาล และประชาชน จัดตั้งเป็นองค์การเภสัชกรรมขึ้นเพื่อผลิตและจำหน่ายยาราคาถูกลงและกว้างขวาง

**พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ไม่ให้ใช้บังคับแก่สถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ สภากาชาดไทย และสถานพยาบาลอื่นซึ่งรัฐมนตรีประกาศกำหนด กฎหมายฉบับนี้กำหนดควบคุมกิจการสถานพยาบาลเพื่อให้ความคุ้มครองประชาชน ผู้รับบริการจากสถานพยาบาล การอนุญาตให้ประกอบกิจการ การเลิก การย้าย การปิดสถานพยาบาล การเพิกถอนใบอนุญาต การโฆษณากิจการของสถานพยาบาล การกำหนดจำนวนสถานพยาบาลที่จะให้จัดตั้งได้หรือมีบริการทางการแพทย์บางชนิดในท้องที่ใดท้องที่หนึ่ง เพื่อให้มีบริการทางสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน แก่ไขให้สถานพยาบาลซึ่งดำเนินการโดยภาครัฐต้องมีลักษณะและมาตรฐานตามที่กำหนด หรือผ่านการรับรองคุณภาพจากหน่วยงานที่เพิ่มเติมรายละเอียดที่ผู้รับอนุญาตต้องแสดงในสถานพยาบาล และแก้ไขเพิ่มเติมหลักเกณฑ์การดำเนินการของสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน

### เป้าประสงค์ 3.ค

**พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชน

**พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ จัดตั้งทันตแพทยสภาขึ้นทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพทันตกรรม กำหนดอายุใบอนุญาตและการต่ออายุใบอนุญาต

**พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม พ.ศ. 2537** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ควบคุมการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม จัดตั้งสภาเภสัชกรรมทำหน้าที่ส่งเสริมและควบคุมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมได้โดยอิสระ เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กำหนดอายุใบอนุญาตและการต่ออายุใบอนุญาต

**พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528** ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ จัดตั้งสภาการพยาบาลเพื่อความคล่องตัวในการทำหน้าที่ควบคุมและส่งเสริมมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยอิสระเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ กำหนดอายุของใบอนุญาต การสอบความรู้ในการขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์

### เป้าประสงค์ 3.d

**พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522** นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกฎอนามัยระหว่างประเทศในการควบคุมโรคที่จะมาจากการเดินทางระหว่างประเทศ เช่น มาตรา 12 ห้ามมิให้คนต่างด้าวซึ่งมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้เข้ามาในราชอาณาจักร ... (5) ยังมีได้ปลูกฝังป้องกันไข้ทรพิษ หรืออีโวกชิน หรือปฏิบัติการอย่างอื่นตามวิชาการแพทย์เพื่อป้องกันโรคติดต่อตามที่กฎหมายบัญญัติและไม่ยอมให้แพทย์ตรวจคนเข้าเมืองกระทำการเช่นนั้น การตรวจวินิจฉัยโรค ร่างกายหรือจิต ตลอดจนการปฏิบัติการเพื่อป้องกันโรคติดต่อ ให้ใช้แพทย์ตรวจคนเข้าเมือง มาตรา 44 ห้ามมิให้คนต่างด้าวผู้ใดเข้ามามีถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักร ถ้าปรากฏว่า ... (2) เป็นผู้ไม่สามารถประกอบการหาเลี้ยงชีพได้ เพราะกายพิการหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ หรือมีโรคอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

**พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ ด้วยการแพทย์ฉุกเฉินขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานรับผิดชอบ ประสานการปฏิบัติการ ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว กฎหมายฉบับนี้จึงกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น กำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น

### พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

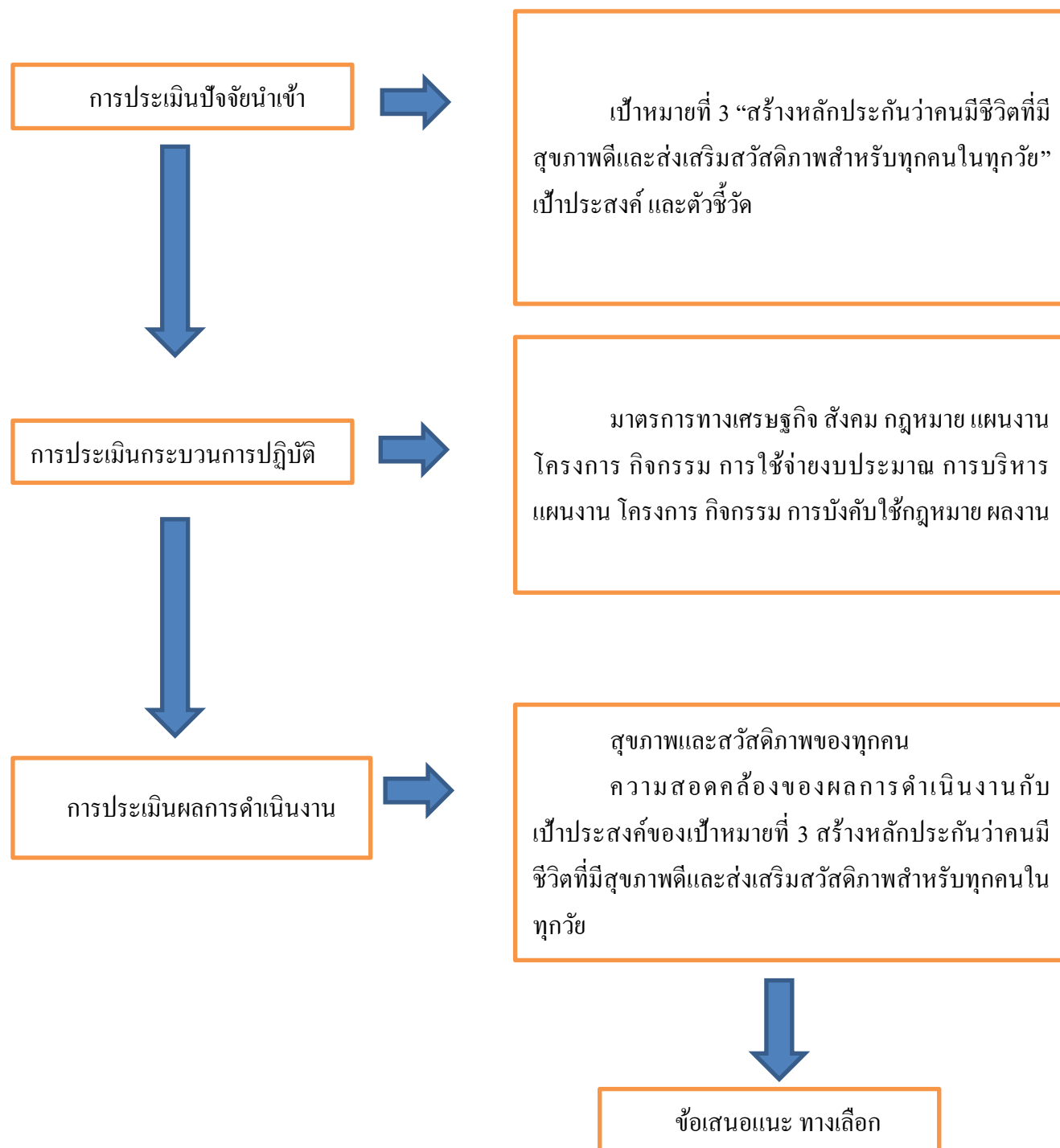
**คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 287/2551 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ International Health Regulations (IHR) 2005** เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกฎอนามัยระหว่างประเทศและดำเนินการตามแผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 โดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามภารกิจ ความรับผิดชอบ และอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานภายใต้แผนพัฒนาด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ ปัจจุบันดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

การพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ สำหรับช่วงปี พ.ศ.2560–2564 มีรายงานผลการประเมิน 26-30 มิถุนายน 2560 การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทย

## 7.2 ทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมายเพื่อการบรรลุเป้าประสงค์ของเป้าหมายที่ 3 สำหรับประเทศไทย

การวิจัยนี้จะใช้แนวคิดการประเมินผลเพื่อประเมินมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย และประสบการณ์จากต่างประเทศโดยเน้นมาตรการที่จะเป็นจุดคานงัด (Tipping Point) สามารถทำให้บรรลุเป้าประสงค์ของเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Goal No.3) “สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย” ในประเทศไทย โดยใช้กระบวนการประเมินอาศัยข้อเสนอแนะ ข้อพิจารณาต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์และสนทนาเชิงลึก การเสวนาทางวิชาการ เพื่อประกอบกระบวนการประเมิน ดังนี้



จากการประเมินด้วยวิธีการดังกล่าว พบว่า การพัฒนาประเทศแบบแบ่งงานกันทำตามบทบาทหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ จะต้องปรับเปลี่ยนไปสู่การบูรณาการความร่วมมือเพื่อทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

หน่วยงานของรัฐ เจ้าหน้าที่ ผู้บังคับใช้กฎหมายจะต้องบูรณาการทำงานร่วมกันโดยนำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ไปประกอบการบังคับใช้กฎหมายให้เกิดผลตามเป้าประสงค์ต่าง ๆ (Targets) ตัวชี้วัดต่าง ๆ (Indicators) ด้วย ตลอดจนต้องเร่งทบทวนตรวจสอบมาตรการที่มีใช้แต่ไม่เหมาะสมกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ซึ่งควรจะต้องแก้ไขปรับปรุง และต้องศึกษาเพื่อแสวงหามาตรการใหม่ ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

**เป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี 2573** การลดอัตราการตายของมารดาสามารถใช้มาตรการที่เหมาะสมกับสาเหตุการตายในระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด เช่น มาตรการทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับการคลอดบุตรในพื้นที่ภาคใต้ซึ่งมีอัตราการตายของมารดาสูงอาจจะต้องพิจารณานำกระบวนการทางสังคม ศาสนา การศึกษาประกอบการดำเนินงานด้วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างการคลอดบุตรโดยบุคลากรที่ชำนาญการกับการคลอดบุตรตามความเชื่อภูมิปัญญาของชุมชนซึ่งจะทำให้สามารถให้บริการสุขภาพแก่มารดาได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันประเทศไทยมีมาตรการชัดเจนทั้งมาตรการทางกฎหมายที่กำหนดให้การทำคลอดต้องกระทำได้โดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ มาตรการทางกฎหมายที่ให้สิทธิลาเตรียมการคลอดและคลอดบุตร มาตรการทางเศรษฐกิจตามประมวลรัษฎากรที่ให้สิทธิยกเว้นภาษีค่าฝากครรภ์และคลอดบุตร อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีมาตรการเชิงลงโทษและป้องปรามตามประมวลกฎหมายอาญาสำหรับความผิดฐานทำแท้งและเป็นเหตุให้หญิงถึงแก่ความตายด้วย

**เป้าประสงค์ 3.2 การยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี สำหรับประเทศ** มีมาตรการทางกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้สิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กเล็กอายุ 0-5 ปี มีกฎหมายการทะเบียนราษฎรที่กำหนดการออกหนังสือรับรองการเกิดการตายที่ผู้ทำคลอดหรือผู้รักษาจะต้องปฏิบัติ นอกจากนี้มาตรการทางสังคมยังปรากฏในรูปแบบของกฎหมายคุ้มครองเพื่อให้ปฏิบัติต่อเด็กอย่างเหมาะสมให้เกิดการอุปการะเลี้ยงดู ป้องกันการทารุณกรรมเด็ก หากบุคคลใด ๆ ในสังคมพบเห็นเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อเด็กสามารถดำเนินการตามกฎหมายได้ไม่อาจปล่อยให้เป็นเรื่องภายในครอบครัวอีกต่อไป โดยเฉพาะมาตรการส่งเสริมพัฒนาเด็กและเยาวชนที่มีการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมเป็นมาตรการที่จะช่วยเหลือและพัฒนาเด็กได้อย่างต่อเนื่อง และควรพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถดำเนินการกิจนี้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ประเทศไทยยังให้ความสำคัญกับการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล และมีกฎหมายการพัฒนาลูกน้อยวัยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนระดับอนุบาล ซึ่งมาตรการ



ดังกล่าวมีสภาพบังคับเป็นกฎหมายชัดเจน หากเสริมด้วยการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะทำให้เกิดประโยชน์แก่ทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก อย่างไรก็ตามมาตรการทางสังคมเกี่ยวกับครอบครัวยังมีความสำคัญเพื่อสร้างทัศนคติความปลอดภัยและป้องกันเหตุอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดและเด็กเล็กโดยอาศัยกระบวนการสร้างเครือข่ายและความรู้ในชุมชน ครอบครัว ให้เกิดความตระหนักและร่วมมืออย่างเหมาะสม

**เป้าประสงค์ 3.3** การยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย โรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลื่อน ต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคที่มาจากน้ำ และโรคติดต่ออื่น ๆ สำหรับมาตรการในประเทศไทยจะต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของโรคติดต่อต่าง ๆ โดยประเทศไทยมีมาตรการทางกฎหมายโรคติดต่อที่เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมตามกฎหมายระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยมีมาตรการแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งการป้องกันและแก้ไขบำบัดรักษา การใช้มาตรการทางสังคมเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม การเข้าถึงยารักษาโรคที่รัฐบาลไทยสนับสนุนการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา การรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัยอย่างเหมาะสม การให้ความรู้แก่บุคคล เด็ก เยาวชนซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามมาตรการทางกฎหมายหรือมาตรการทางสังคมอื่น ๆ อาจไม่สามารถแก้ไขป้องกันปัญหาสังคมที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมและการมีคู่อุปถัมภ์ที่ไม่ถูกต้อง ปัญหาทางครอบครัวระหว่างคู่สมรส ซึ่งสะท้อนจากปัญหาผู้ป่วยซิฟิลิสที่พบมากขึ้นในปัจจุบัน ปัญหาเหล่านี้จะต้องมีมาตรการเสริมอื่น ๆ ด้านศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรมที่เหมาะสมกับประเทศไทย นอกจากนั้นโรคติดต่อที่สำคัญอื่น ๆ เช่น วัณโรค แม้ประเทศจะสามารถแก้ไขปัญหวัณโรคได้ด้วยมาตรการทางกฎหมายและการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่บางพื้นที่ในภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทยยังมีความจำเป็นจะต้องติดตามเฝ้าระวังการเกิดขึ้นของวัณโรคทั้งในครอบครัวและกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เดินทางมาทำงานในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น

**เป้าประสงค์ 3.4** การลดการตายจากโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจ ตลอดจนการฆ่าตัวตาย สำหรับมาตรการที่เหมาะสมกับการดำเนินงานด้านนี้เป็นประเด็นปัญหาทั้งการขาดมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมและมาตรการทางสังคมที่เพียงพอ แม้จะมีความพยายามเสนอร่างพระราชบัญญัติโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. .... การแก้ไขปัญหาเพื่อลดการตายในประเด็นนี้มีสาเหตุจากพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ เกี่ยวข้องสัมพันธ์ การดำเนินการด้านนี้จึงจะต้องหามาตรการที่เหมาะสมกับปัญหาและสาเหตุของโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น สาเหตุจากการบริโภคอาหาร สาเหตุจากการออกกำลังกาย สาเหตุปัจจัยความเครียด ซึ่งล้วนสัมพันธ์กับสังคมและเศรษฐกิจ หากรัฐจะดำเนินการด้านนี้ให้บรรลุเป้าหมายรัฐจะต้องเร่งสร้างมาตรการทั้งกฎหมาย สังคม เศรษฐกิจ ให้เพียงพอรองรับปัญหาที่เกิดขึ้น เร่งบัญญัติกฎหมายให้เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของประชาชนด้วยมาตรการจูงใจทางภาษี ลดปัญหาทางสังคมและความเครียดจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงจนบุคคลขาดความรักความอบอุ่นไม่มั่นใจในการดำเนิน

ชีวิตในสังคม ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม เช่น การท่องเที่ยว การกีฬา และนันทนาการบันเทิงอย่างสร้างสรรค์ ตลอดจนพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนให้ตระหนักในภัยอันตรายจากโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ

**เป้าประสงค์ 3.5** การเสริมสร้างความเข้มแข็งการป้องกันและบำบัดรักษาผู้ใช้สารอันตราย ยาเสพติด แอลกอฮอล์ มาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยมีกฎหมายยาเสพติดให้โทษมีการบำบัดและให้ใช้กฎหมายทาง การแพทย์ มีระบบการสมัครใจรับการบำบัดซึ่งเป็นมาตรการทางกฎหมายที่เปิดโอกาสให้ผู้ใช้สารเสพติดได้รับการ ปฏิบัติในฐานะผู้ป่วยอันเป็นการช่วยเหลือให้หลุดพ้นจากสภาวะที่ยากแก่การเลิกใช้สารเหล่านั้น มาตรการ ทางสังคมในประเทศไทยที่มีทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดอันตรายมีทั้งการลงโทษทางสังคม การต่อต้านผู้ติดสาร เสพติด เป็นมาตรการที่สังคมไทยตระหนักรู้เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดที่จะเกิดขึ้นในสังคมและชุมชน ครอบครัว อย่างไรก็ดี ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาเชิงสังคมและเศรษฐกิจค้ายาเสพติดผิดกฎหมาย สังคมที่แตกแยกขาด ความอบอุ่นในครอบครัวอาจนำไปสู่การใช้สารเสพติด ความยากจนอาจนำพาเด็กและเยาวชนเข้าไปสู่ กระบวนการซื้อขายยาเสพติดและการพนันต่าง ๆ ดังนั้น แม้ประเทศไทยจะมีมาตรการทางกฎหมายทางอาญา เน้นการลงโทษและให้ความสำคัญกับการบำบัดช่วยเหลือ แต่ปัญหายาเสพติดต้องอาศัยสถาบันทางสังคมอื่น ๆ เช่น ครอบครัว การศึกษา ศาสนา ร่วมกันแก้ไขและป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภครถยนต์ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่บังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ด้วยสภาพทาง สังคมไทยที่นิยมการบริโภคสุราทั้งระดับครอบครัว ชุมชน ทำให้การดื่มสุราอย่างไม่เหมาะสมยังคงปรากฏอยู่ ในสังคมไทยและเกิดปัญหาความขัดแย้งอื่น ๆ ตามมาเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้ รัฐบาลจะต้องเร่งหา มาตรการที่เหมาะสมในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ทั้งภาคส่วนราชการและภาคเอกชน การใช้มาตรการ ทางภาษีและมาตรการจูงใจทางสังคมในการเลิกดื่มสุรา

**เป้าประสงค์ 3.6** การลดจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนถนน สำหรับประเทศไทยมี มาตรการทางกฎหมายหลายฉบับ เช่น กฎหมายจราจรทางบก กฎหมายรถยนต์ กฎหมายการขนส่งทางบก กฎหมายทางหลวง กฎหมายทางหลวงสัมปทาน กฎหมายการขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ ซึ่งเป็นมาตรการ ดำเนินการรอบด้านของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุซึ่งมีเหตุมาจากสภาพถนน ผู้ขับขี่ ผู้ใช้ทาง สภาพรถ ตลอดจนมี หน่วยงานของรัฐและพนักงานเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องครอบคลุม หากดำเนินการร่วมกันเพื่อลดอุบัติเหตุตาม เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนจะต้องอาศัยการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐและเจ้าหน้าที่ ของรัฐที่เกี่ยวข้องตามอำนาจ บทบาท หน้าที่ แม้อุบัติเหตุบนถนนจะมีสาเหตุหลากหลาย เช่น การขับขี่ยะมีน เมา การขับขี่โดยประมาท สภาพถนนทรุดโทรม หรือ เด็กและเยาวชนขับขี่โดยผิดกฎหมาย สาเหตุเหล่านี้หากใช้ มาตรการทางกฎหมายอย่างเข้มงวดย่อมสามารถป้องกันและลดอุบัติเหตุบนถนนได้ อย่างไรก็ดี การใช้มาตรการ ทางสังคมด้านการศึกษากฎจราจรและความปลอดภัยสำหรับเด็กเยาวชนหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูที่จะสร้างความ ตระหนักในการสูญเสียจากอุบัติเหตุยังเป็นมาตรการที่สามารถดำเนินการได้อันจะเป็นทางเลือกหนึ่งด้วย

นอกจากนั้นมาตรการทางเศรษฐกิจที่มีการลงโทษปรับควรดำเนินการอย่างเหมาะสมในพื้นที่เพื่อความปลอดภัยสาธารณะควรใช้มาตรการลงโทษปรับให้เหมาะสมเพื่อยับยั้งการกระทำความผิดของผู้ขับขี่ นอกจากนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลความปลอดภัยของสภาพถนนต่าง ๆ ควรบังคับใช้กฎหมายและปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่เพื่อลดอุบัติเหตุเนื่องจากสภาพถนนทรุดโทรมสร้างความเสียหายแก่ผู้ใช้ถนนด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเกิดอุบัติเหตุช่วงเทศกาลสำคัญในประเทศไทยต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนร่วมกันดำเนินงานเพื่อลดอุบัติเหตุจากการเดินทางช่วงเทศกาลต่าง ๆ ด้วย

**เป้าประสงค์ 3.7** การเข้าถึงบริการ ข้อมูล การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว สำหรับมาตรการในประเทศไทยที่เป็นมาตรการทางกฎหมาย เช่น กฎหมายการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นแนวทางการทำงานเชิงบูรณาการหลายหน่วยงานเพื่อเตรียมความพร้อมและแก้ไขปัญหาด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ประเทศไทยยังมีกฎหมายคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ซึ่งช่วยแก้ไขปัญหามีบุตรยากและแก้ไขปัญหาค่าความสัมพันธ์ทางสถานะบิดามารดาตามกฎหมายอย่างไรก็ดี เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่าประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยและภาวะการเกิดลดลงอันเนื่องจากสาเหตุและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม การส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์นอกจากจะมีกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังจะต้องอาศัยมาตรการทางสังคมด้านการศึกษารับรู้ความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตลอดจนรัฐจะต้องลดภาวะกดดันทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับสถานบันครอบครัวโดยการลดค่าใช้จ่ายพื้นฐานสาธารณูปโภคต่าง ๆ ช่วยเหลือประชาชนในสถานะอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อสร้างเสริมการเจริญพันธุ์อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้มาตรการทางสังคมที่ควรระดมรับสถานะการอนามัยเจริญพันธุ์ของบุคคลต่าง ๆ ลดการกดดันทางสังคม เสริมสร้างการช่วยเหลือดูแลและให้โอกาส เช่น ปัจจุบันสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ปรับตัวให้เยาวชนที่มีสถานะอนามัยเจริญพันธุ์เข้าถึงระบบการศึกษาสามารถเรียนและสามารถมีบุตรได้อย่างมีเหมาะสมและปลอดภัย เนื่องจากการสร้างความรู้ความเข้าใจสถานะอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งเป็นสถานะตามธรรมชาติเป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งรัฐและบุคคลทุกคนจะต้องให้ความเคารพต่อกัน

**เป้าประสงค์ 3.8** การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ เข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สมเหตุสมผลได้ สำหรับประเทศไทยมีมาตรการกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่รองรับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ตลอดจนการเข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็น มีกฎหมายความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ กฎหมายสิทธิบัตรที่ให้อำนาจรัฐใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินการตามกรอบของกฎหมายภายในประเทศและกฎหมายระหว่างประเทศซึ่งเป็นแบบอย่างของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้นานาชาติได้ศึกษาและดำเนินการตามแนวทางของประเทศไทย ทั้งการเข้าถึงยา

รักษาแอส์ ยารักษาโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นยาที่มีราคาสูงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ การตัดสินใจใช้มาตรการตามกฎหมายสิทธิบัตรเพื่อการเข้าถึงยาจึงเป็นมาตรการทางเลือกที่รัฐจะต้องพิจารณาเสมอตามสภาพสภาวะและโรคต่าง ๆ ในประเทศ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องดำเนินการครอบคลุมบุคคลทั้งหมดในประเทศทั้งคนสัญชาติไทย คนต่างด้าว และคนไร้สัญชาติ ซึ่งจะทำให้รัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพจำนวนมาก การสร้างหลักประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวเป็นแนวทางที่ช่วยให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ หากจะดำเนินการให้ครอบคลุมจะต้องพิจารณาให้ครบถ้วนกับบุคคลต่าง ๆ ในประเทศไทย ซึ่งสภาวะสุขภาพและโรคต่าง ๆ เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน หากดำเนินการครอบคลุมมนุษย์ทุกคนย่อมสามารถทำให้ประเทศไทยบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างแท้จริง

**เป้าประสงค์ 3.9** ลดการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตราย การปนเปื้อน มลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน สำหรับมาตรการในประเทศไทยมีกฎหมายยา กฎหมายอาหาร กฎหมายสิ่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม กฎหมายการสาธารณสุข กฎหมายวัตถุอันตราย กฎหมายความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน กฎหมายควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และประเทศไทยมีบทเรียนจากคดีสิ่งแวดล้อมมลพิษต่าง ๆ ที่บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักในบทบาทหน้าที่ดำเนินการอย่างรอบครอบเพื่อลดปัญหาสุขภาพอันเกิดจากสารเคมีและมลพิษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยจากมลพิษที่ได้รับโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่ทราบสาเหตุไม่ทราบผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งอาจเกิดโรคต่าง ๆ และการตาย การป่วยในอนาคตที่ควรจะต้องเร่งดำเนินการตามมาตรการทางกฎหมายที่มีอยู่ให้เหมาะสม เช่น สารเคมีอันตรายในภาคการเกษตรที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ผลิตและผู้บริโภค สร้างมาตรการทางสังคมส่งเสริมและลดภาระแก่เกษตรกรให้ใช้เกษตรอินทรีย์ การส่งเสริมอุตสาหกรรมที่ปลอดภัยและรับผิดชอบต่อชุมชนสังคมซึ่งประเทศไทยมีหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องหลากหลายทั้งหน่วยงานราชการ หน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชน ดังนั้น หากบูรณาการความร่วมมือการทำงานเพื่อการลดมลพิษต่าง ๆ ย่อมจะมีส่วนช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายนี้ได้

**เป้าประสงค์ 3.a** การควบคุมยาสูบ สำหรับประเทศไทยมีมาตรการกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบซึ่งตามปรุ้งแก้ไขตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลกแล้ว ซึ่งมาตรการทางกฎหมายและการดำเนินการตามกฎหมายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งมาตรการเชิงลงโทษต่าง ๆ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง หากบูรณาการความร่วมมือกับภาคเอกชน ภาคประชาชนยิ่งจะทำให้การควบคุมยาสูบเป็นผลสำเร็จอย่างแท้จริง การสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคคลต่าง ๆ ทั้งประชาชนชาวไทย ผู้ประกอบการธุรกิจ แรงงานต่างชาติ นักท่องเที่ยวต่างชาติ เด็ก เยาวชน ให้เข้าใจกฎหมายควบคุมยาสูบในประเทศไทย ตลอดจนเข้าใจอันตรายของยาสูบยังจะทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายนี้

**เป้าประสงค์ 3.b** การสนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาเพื่อให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนสำหรับมาตรการในประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลากหลาย หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ย่อมทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายนี้ โดยเฉพาะการบูรณาการความร่วมมือและข้อมูลร่วมกัน โดยเฉพาะกฎหมายความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ กฎหมายสิทธิบัตร กฎหมายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กฎหมายการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศสำหรับอุตสาหกรรมเป้าหมาย กฎหมายการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ การวิจัยและนวัตกรรม กฎหมายสถานนโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ กฎหมายสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย ประมวลรัษฎากร กฎหมายส่งเสริมการลงทุน กฎหมายองค์การเภสัชกรรม กฎหมายสถานพยาบาล ซึ่งปัจจุบันแนวทางการวิจัยและพัฒนา ยา วัคซีน มีการปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวเปิดโอกาสให้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐ สถาบันอุดมศึกษา ภาคเอกชนให้สามารถร่วมมือดำเนินงานวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมใหม่ๆ ได้ หากบูรณาการข้อมูล แผนงาน โครงการ และเป้าหมายต่าง ๆ อย่างเป็นระบบยิ่งจะทำให้เกิดภาพที่ชัดเจนในการสนับสนุนการวิจัยยาและวัคซีนของประเทศไทย

**เป้าประสงค์ 3.c** การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล โดยการเพิ่มการใช้เงินที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคน มาตรการดำเนินการในประเทศไทยมิได้จำกัดอยู่เพียงหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น ประเทศไทยมีกฎหมายวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ กฎหมายวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายวิชาชีพทันตกรรม กฎหมายวิชาชีพเภสัชกรรม กฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และกฎหมายสถานนโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง แพทยสภา ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาการพยาบาล หรือสถานนโยบายการอุดมศึกษาฯ จะต้องบูรณาการร่วมมือการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาและผลิตกำลังคนด้านสุขภาพร่วมกัน กำหนดทิศทางการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของประเทศ การดำเนินการที่ผ่านมาประเทศไทยได้ผลิตกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อกระจายไปประกอบอาชีพให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศซึ่งความท้าทายปัจจุบัน คือ การพัฒนาความเชี่ยวชาญและการรักษาอัตราากำลังคน เนื่องจากบางพื้นที่ของประเทศไทยมีลักษณะเฉพาะของสุขภาพที่ต้องการผู้เชี่ยวชาญดูแลรักษาโดยเฉพาะ การจัดอัตรากำลังและมาตรการสร้างแรงจูงใจสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลยังเป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องทบทวนเพื่อพัฒนามาตรการต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับยุคประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและการค้าแรงงานเสรี อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังมีกลุ่มบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ที่สามารถช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพได้ซึ่งเป็นมาตรการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งกลุ่มสาธารณสุขอนามัยชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม เทคนิคการแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน กายภาพบำบัด ซึ่งล้วนเป็นกำลังคนด้านสุขภาพที่จะต้องมีการพัฒนาควบคู่ไปด้วย

**เป้าประสงค์ 3.d** เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ในเรื่องการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศ และระดับโลก สำหรับมาตรการในประเทศไทยปัจจุบันมีกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน กฎหมายควบคุมโรค กฎหมายคนเข้าเมือง ซึ่งเป็นมาตรการทางกฎหมายที่ให้อำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบ สุขอนามัยระหว่างประเทศ หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการความร่วมมือด้านข้อมูลและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนร่วมกันยิ่งจะทำให้เกิดความชัดเจนของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 287/2551 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ International Health Regulations (IHR) 2005 ซึ่งบูรณาการความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการและมีผลการประเมินการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศแล้ว หากคณะกรรมการดังกล่าวได้นำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนไปประกอบการดำเนินงานยิ่งจะทำให้ผลการดำเนินงานมีความชัดเจนยิ่งขึ้น อย่างไรก็ดี เนื่องจากประเทศไทยยังมีพรมแดนธรรมชาติและยังปักปันเขตแดนไม่สำเร็จตลอดจนการเกิดขึ้นของด้านการค้าข้ามพรมแดนต่าง ๆ ในภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อการค้าในยุคประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจึงทำให้เกิดโอกาสการค้าขายหรือเดินทางข้ามพรมแดนมากขึ้น ดังนั้น หน่วยงานรัฐจึงควรสร้างความรู้และทรัพยากรบุคคลเกี่ยวกับกฎอนามัยระหว่างประเทศควบคู่ไปพร้อมกับการค้าและพัฒนาด้านพรมแดนต่าง ๆ ตลอดจนมาตรการทางสังคมในการช่วยเหลือติดตามและประเมินโรคของแรงงานต่างด้าวให้สามารถอยู่อาศัยและทำงานในประเทศไทยได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยช่วยเสริมสร้างพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยได้

## บทที่ 8

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

#### 8.1 ข้อสรุป

สรุปผลการดำเนินงานโครงการวิจัยเป้าหมายที่ 3 ประกอบด้วย การสรุปนิยามความหมาย สถานะปัจจุบัน การดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ ในปัจจุบัน ความพร้อมของประเทศไทย การจัดลำดับความสำคัญ และการสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับมาตรการทางเลือกด้านเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย

นิยามความหมายของเป้าหมายที่ 3 ประกอบด้วย 13 เป้าประสงค์ 27 ตัวชี้วัด พบว่า เป้าประสงค์ที่มีนิยามความหมายชัดเจนทั้งใน Metadata ตามที่องค์การสหประชาชาติได้กำหนด และในบริบทของประเทศไทย มี 11 เป้าประสงค์ ได้แก่ เป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดา 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ 3.6 ลดการตายและบาดเจ็บทางถนน 3.7 การเข้าถึงบริการข้อมูลการให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษ 3.a การควบคุมยาสูบตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลก 3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยา 3.c กำลังคนด้านสุขภาพในประเทศ 3.d เสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ ส่วนเป้าหมายที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย ตัวชี้วัด 3.3.1-3.3.3 และ 3.3.5 โรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย โรคเขตร้อนที่ถูกละเลย มีนิยามความหมายชัดเจนแต่ตัวชี้วัด 3.3.4 ไวรัสตับอักเสบบี ยังไม่มีข้อมูลใน Metadata (United Nations เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2562) และเป้าหมายที่ 3.5 การป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ตัวชี้วัด 3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษาสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติด ยังไม่มีข้อมูลใน Metadata (United Nations เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2562) ซึ่งอยู่ในระหว่างการปรับปรุง ตัวชี้วัด 3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ มีความชัดเจน

เป้าหมายที่ 3 และตัวชี้วัดที่มีการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ได้แก่ เป้าประสงค์ 3.1 ปรับให้ลดตัวชี้วัดลงให้เท่ากับยุทธศาสตร์ 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข เป็น ลดอัตราการตายของมารดาให้ต่ำกว่า 20 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน เป้าประสงค์ 3.3 เพิ่มเติมคำว่า “โดยคำนึงถึงโรคติดต่อร้ายแรง และโรคติดต่ออุบัติใหม่อันเนื่องมาจากการเคลื่อนย้ายประชากรระหว่างประเทศ” ตัวชี้วัด 3.5.1 ปรับเป็น อัตราส่วนผู้ได้รับการบำบัดสารเสพติด อัตราส่วนผู้ป่วยทางจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติดต่อประชากร และจำนวนผู้เข้ารับการรักษาใหม่ ตัวชี้วัด 3.7.2 ปรับเป็น อัตราการเกิด/คลอดมีชีพในหญิงอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ (10-14 ปี,

15-19 ปี) เป้าประสงค์ 3.9 คาดว่า “ให้ลดลงอย่างมาก” เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูล และปรับตัวชี้วัด 3.9.1 เป็น อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับมลพิษทางอากาศ ตัวชี้วัด 3.9.2 อัตราการเจ็บป่วยจากโรคที่เกี่ยวกับน้ำ สุขาภิบาล สุขอนามัยที่ไม่สะอาด/ปลอดภัย

สถานะปัจจุบันของเป้าประสงค์และตัวชี้วัด ของ**เป้าประสงค์ 3.1** อัตราตายของมารดา มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในปี 2561 = 17.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และมีสัดส่วนของการคลอดบุตรโดยบุคลากรที่มีความชำนาญร้อยละ 99.6 **เป้าประสงค์ 3.2** อัตราตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่ำกว่า 25 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง ปี พ.ศ.2560 เท่ากับ 9.50 ต่อการเกิดมีชีพพันราย และอัตราตายในทารกแรกเกิด ต่ำกว่า 12 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน มีแนวโน้มลดลง ปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 5.30 ต่อการเกิดมีชีพพันราย **เป้าประสงค์ 3.3** จำนวนผู้ได้รับเชื้อ HIV รายใหม่ยังคงสูง ประมาณ 5,000 รายต่อปี อัตราการเกิดของโรคเอดส์ ยังคงสูง 156 ต่อแสนประชากรคน อัตราเกิดโรคมะเร็งลดลง ปี พ.ศ.2561 เท่ากับ 0.10 ต่อพันประชากร จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบียังคงสูง ปี 2561 10.85 ต่อแสนประชากร จำนวนผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือต่อการป้องกันโรคเซรื้อนที่ถูกละเอียด ปี 2559 เท่ากับ 64,094 คน **เป้าประสงค์ 3.4** แนวโน้มอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ในประชากรไทยอายุ 30 - 70 ปี มีอัตราการเพิ่มขึ้นทุกปี และอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ปี พ.ศ.2561 เท่ากับ 6.32 ต่อแสนประชากร **เป้าประสงค์ 3.5** การรักษาโดยใช้ยาทางจิตวิทยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการการติดตามผลการรักษา มีเพิ่มมากขึ้นแต่การเข้ารับการรักษาโดยสมัครใจยังไม่มาก และการดื่มแอลกอฮอล์ในทางอันตรายอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ประเทศไทยเป็นอันดับหนึ่งของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี พ.ศ.2560 เท่ากับ 7.33 **เป้าประสงค์ 3.6** จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ประเทศไทยเป็นอันดับหนึ่งของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปี 2560 เท่ากับ 20,115 ราย **เป้าประสงค์ 3.7** หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่เพิ่มขึ้น ปี 2558 ร้อยละ 93.0 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ.2560 อยู่ที่ 39.6 ต่อพันประชากร **เป้าประสงค์ 3.8** ความทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ ร้อยละ 99.95 รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือนมีสัดส่วนที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ ร้อยละ 11 **เป้าประสงค์ 3.9** อัตราป่วยจากมลพิษทางอากาศและจากพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีเพิ่มสูงขึ้น **เป้าประสงค์ 3.a** ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันในกลุ่มคนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นคิดเป็นร้อยละ 19.1 **เป้าประสงค์ 3.b** ครอบคลุมด้วยวัคซีนก่อนข้างครอบคลุม แต่ในบางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุม โรคที่กลับมาระบาดอีกครั้งคือ โรคหัด และพิษสุนัขบ้า ค่าใช้จ่ายรวมทั้งหมดของความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการจากผู้บริจาคเพื่อการวิจัยทางการแพทย์และภาคส่วนด้านสุขภาพพื้นฐานต่าง ๆ ปี 2560 เท่ากับ 0.55 **เป้าประสงค์ 3.c** จำนวน



บุคลากรสุขภาพเพิ่มความหนาแน่นลดลง แต่ยังเป็นกระจุกที่กรุงเทพฯ เป้าประสงค์ 3.d ประเทศไทยผ่านการประเมินจากองค์การอนามัยโลกในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) ครั้งล่าสุดปี พ.ศ. 2560

มาตรการและการดำเนินงานในปัจจุบันเกี่ยวกับเป้าหมายที่ 3 ประเทศไทยมีแผนงาน กิจกรรม โครงการ มาตรการ กฎหมาย และนโยบายที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579 เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มีการบูรณาการกับหลายหน่วยงาน แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสั้น (พ.ศ.2560) ระยะกลาง (พ.ศ. 2561 – 2564) และระยะยาว (พ.ศ. 2565 – 2573) ซึ่งมีการขับเคลื่อนอย่างไม่หยุดนิ่ง แต่ในการดำเนินงานพบความท้าทายเกี่ยวกับ การจัดการระบบฐานข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน มีหลายหน่วยงานที่รายงานข้อมูลทำให้ข้อมูลไม่ตรงกัน การประสานงานการบูรณาการร่วมกันยังไม่เข้มแข็ง บุคลากรบางสาขายังขาดแคลน มีการเปลี่ยนงานบ่อย การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การติดตามผลการประเมินยังไม่รัดกุม และยังขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย

ประเทศไทยตามข้อมูลสถิติ พบว่า เป้าประสงค์ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลก และเป้าหมาย 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแล้ว ด้านความพร้อมในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs 3 พบว่าประเทศไทยมีความพร้อมในการดำเนินการตามเป้าหมาย 3.a เพิ่มความเข้มแข็งการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบ เนื่องจากมีความพร้อมในด้านองค์ความรู้ ข้อมูลสถิติ กฎหมาย โครงสร้างการบริหารงานภาครัฐ ประสิทธิภาพการบริหารจัดการขององค์กรภาคส่วนต่าง ทรัพยากรงบประมาณในภาครัฐและนอกภาครัฐ ตลอดจนการมีส่วนร่วม บูรณาการ ภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาสังคมและภาควิชาการ เมื่อพิจารณาภาพรวมด้านองค์ประกอบพื้นฐานนั้นประเทศไทยมีความพร้อมในการดำเนินงานตามเป้าหมาย 3 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs 3 ทุกเป้าหมาย แต่บางเป้าหมายยังไม่ปรากฏข้อมูล Metadata แต่ประเทศไทยมีองค์ความรู้และเตรียมพร้อมในการขับเคลื่อนแล้ว องค์ประกอบพื้นฐาน ในเป้าหมาย 3.3.5 และ 3.4.1 ยังขาดมาตรการทางกฎหมายรองรับการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนมาตรการที่ผู้มีส่วนได้เสียจะต้องดำเนินการเกี่ยวกับโรคที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมและสภาพสังคม เศรษฐกิจยุคบริโภคนิยมซึ่งเป็นสาเหตุพื้นฐานของโรคเหล่านี้ และเป้าหมาย 3.9 การปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมายยังไม่ชัดเจน และยังไม่มุ่งเน้นผลการดำเนินงาน

การจัดลำดับความสำคัญของแต่ละเป้าหมายตามความเร่งด่วน พบว่า เป้าประสงค์ที่เร่งด่วน 3 ลำดับแรก คือ เป้าประสงค์ 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกครั้งหนึ่ง ภายในปี 2573 เป้าประสงค์ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573 เป้าประสงค์ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเลีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และ

โรคติดต่ออื่น ๆ ภายในปี 2573 และเป้าประสงค์ การจัดลำดับความสำคัญตามผลกระทบภายในเป้าประสงค์ เพื่อแสดงให้เห็นว่าเป้าประสงค์นั้นจะเป็นพื้นฐานให้เป้าประสงค์อื่นบรรลุด้วย 3 ลำดับแรกได้แก่ ตัวชี้วัด 3.8.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน 3.8.1 ความทั่วถึงของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น 3.b.3 สัดส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพที่มีชุดยาหลักของความจำเป็นทางการแพทย์ที่สำคัญและสามารถหาได้บนพื้นฐานของความยั่งยืน 3.7.1 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ การจัดลำดับความสำคัญเมื่อพิจารณาผลกระทบต่อเป้าหมายอื่นเพื่อส่งเสริมกันให้บรรลุเป้าหมาย ลำดับที่ 1-3 ดังนี้ ตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในอากาศ และตัวชี้วัด 3.7.1 การวางแผนครอบครัว ตัวชี้วัด 3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย ตัวชี้วัด 3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ สุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ

## 8.2 ข้อเสนอแนะ

ภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีและยั่งยืนนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเป้าหมายอื่นด้วยจึงจะสามารถทำให้มีภาวะสุขภาพที่ยั่งยืนได้ เช่น การแก้ไขปัญหาความยากจน เกษตรกรรม น้ำ ดิน สารเคมี เพราะว่าปัญหาด้านสุขภาพเป็นผลกระทบมาจากสาเหตุอื่นร่วมด้วย ในการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อเสนอแนะดังนี้

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการจัดเก็บข้อมูลในแต่ละเป้าประสงค์ในฐานะข้อมูลของประเทศภายใต้หน่วยงานเดียว เพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล และควรให้ รพ.เอกชนให้ความร่วมมือในการบันทึกข้อมูล เพื่อความครอบคลุมของข้อมูล ตลอดจนปรับปรุงข้อมูลให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ

2) ส่งเสริมการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคและคัดกรองสุขภาพ เช่น การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นอย่างทั่วถึงในงานอนามัยโรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประสานงานกันท้องถิ่นแบ่งงานรับผิดชอบอย่างชัดเจน และให้องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้เข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น หรือควรมีควมมีหน่วยงานหลักในการส่งเสริมการตรวจสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย เพิ่มจำนวนคลินิกหมอครอบครัวเพื่อเน้นการดูแลสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น มีระบบให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันและรู้เท่าทันโรค และควรให้ครอบคลุมถึงแรงงานต่างด้าว ประชาชนชายขอบ

3) ด้านการศึกษา สอดแทรกความรู้หรือหลักสูตรการเรียนการสอนด้านการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนตั้งแต่การเรียนในระดับประถม ตลอดจนส่งเสริมการปลูกฝังจากครอบครัว ค่านิยมในวัตถุ ค่านิยมในการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับครอบครัว

4) ด้านการวิจัย สนับสนุนนโยบายเกี่ยวกับการสนับสนุนการวิจัยในตัวชี้วัดที่ยังขาดองค์ความรู้หรือข้อมูลยังไม่ครบ เช่น องค์ความรู้ด้านยาและวัคซีน เพื่อให้สามารถคิดค้นวัคซีนป้องกันโรคอันตรายใหม่ๆ หรือยาตัวใหม่ได้

5) ส่งเสริมการบูรณาการและการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม อย่างเข้มแข็งและให้มีบทบาทในการดำเนินงานหรือกำหนดนโยบายร่วมกัน แบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน เพื่อให้ครอบคลุมทุกคนและมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีบทบาทหรือมีส่วนร่วมที่ชัดเจนในการดำเนินงาน

6) ควรมีหน่วยงานเป็นรูปธรรมรับผิดชอบหลักที่ทำการขับเคลื่อนเฉพาะเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบงานหลายส่วน จึงทำให้การขับเคลื่อนเป้าหมายที่ 3 เป็นไปด้วยความลำบาก

7) ใช้มาตรการทางกฎหมายให้เกิดนโยบายระดับประเทศ มีระบบติดตามการดำเนินงานอย่างเข้มงวดรัดกุม ในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน โรคไม่ติดต่อ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มเติมการสัมภาษณ์ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมสุขภาพจิต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น
2. ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อการเก็บข้อมูลด้านประชาชน ผู้ที่ได้รับผลกระทบภายใต้นโยบายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพเพื่อนำมาประกอบการพิจารณาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
3. ศึกษาสาเหตุ ปัจจัย และความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย
4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพควรจะมีการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

ICD-10. (2561). สืบค้น 10 กรกฎาคม 2562, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/ICD-10>

กนธีร์ สังขวาลี และมะลิวัลย์ ยืนยงสุวรรณ. (2555). ตารางการจัดกลุ่มโรคและครรชนีรหัสโรค บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ ๑๐ ฉบับประเทศไทย สำหรับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กนิษฐา ไทยกล้า, ทิพา แก้วเสริม, นิษฐา หุ่นเกษม, ชัยศิริ อังกระวรรณนท์, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์ และนลินี จักรแก้ว. (2560). การรับรู้ และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

กมลินทร์ พินิจภูวดล. (2560). รายงานวิจัยลักษณะ *Quick Research* ในประเด็นเร่งด่วนของประชาคมอาเซียน เรื่อง การพัฒนาอย่างยั่งยืน (*Sustainable Development*). (รายงานผลการวิจัย). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. สืบค้นจาก [http://www.dms.moph.go.th/dms2559/cpgcorner\\_all.php](http://www.dms.moph.go.th/dms2559/cpgcorner_all.php)

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). การระวังจากสารเคมีอันตราย สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก [http://www.pcd.go.th/info\\_serv/haz\\_manual.html#s1](http://www.pcd.go.th/info_serv/haz_manual.html#s1)

กรมควบคุมโรค. (2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/>

กรมควบคุมโรค. (2562). การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก <http://www.ylo.moph.go.th/webssj/eoc/report/EOCUnit2.pdf>

กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ. (2556). ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการของไทย. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก [www.tica.thaigov.net/main/th/aid/40403-ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาของไทย.html](http://www.tica.thaigov.net/main/th/aid/40403-ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาของไทย.html)

กรมพัฒนาที่ดินกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2562). ข้อมูลการจัดการดิน. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก [http://www.1dd.go.th/Web\\_Soil/polluted.htm](http://www.1dd.go.th/Web_Soil/polluted.htm)

กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2558). คลังความรู้ อากาศ : มลพิษทางอากาศ. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก [www.deqp.go.th/knowledge/อากาศ/มลพิษทางอากาศ/](http://www.deqp.go.th/knowledge/อากาศ/มลพิษทางอากาศ/)

กรมสุขภาพจิต. (2557). คู่มือเพื่อการป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับ อสม.และแกนนำชุมชน. สืบค้นจาก <http://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/09/psychotic-cartoon-press.pdf>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2560). แนวทางการบริหารจัดการยาเสพติด พิษโคเคน และไมโซพรอสตอล เพื่อยุติการตั้งครรภ์ในระบบบริการสุขภาพ. สืบค้น จาก [http://rhold.anamai.moph.go.th/all\\_file/index/Apir\\_8\\_58.pdf](http://rhold.anamai.moph.go.th/all_file/index/Apir_8_58.pdf)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560) นโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ สืบค้น จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>

กรอบแนวคิดความอยู่ดีมีสุข. (ม.ป.ป.) สืบค้น 21 มิถุนายน 2562, จาก [https://www.nesdb.go.th/article\\_attach/05dataEdit01.pdf](https://www.nesdb.go.th/article_attach/05dataEdit01.pdf)

กระทรวงสาธารณสุข (2561). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2562 ในความรับผิดชอบของกรมการแพทย์. สืบค้น 3 เมษายน 2562, จาก <http://www.dms.moph.go.th/dms2559/content/actionplan62.pdf>

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). สืบค้น 15 พฤษภาคม 2562, จาก <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171117-MinistryofPublicHealth.pdf>

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2562. สืบค้น 15 พฤษภาคม 2562, จาก <http://plan.ddc.moph.go.th/>

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2562). แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562 ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560*.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน*. สืบค้น 15 พฤษภาคม 2562, จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/SDGS%20Goal3\\_220960.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/SDGS%20Goal3_220960.pdf)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562*. สืบค้น จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/KPI\\_2562\\_edit\\_V2.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/KPI_2562_edit_V2.pdf)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. (2544). *นิยามโรคติดเชื้อประเทศไทย 2544*. สืบค้น สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก <http://www.boe.moph.go.th/publication/2544/cdsur/BEWARE/Malaria.htm>
- กอบกุล ราชนาคร. (2549). *เอกสารทางวิชาการ หมายเลข 25 พัฒนาการหลักกฎหมายสิ่งแวดล้อมและสิทธิชุมชน*. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทางยุทธศาสตร์ชาติ แผนฯ 12 และ 30 ประเด็นความยั่งยืนเร่งด่วนเพื่อบรรลุเป้าหมาย. (2561, 3 มีนาคม ). *ไทยพับลิก้า*. สืบค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2562, สืบค้นจาก <https://thaipublica.org/2017/03/SDGss-2017/>
- เกษร แถวโนนวิ้ว, เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์, และวันทนา กลางบุรีรัมย์. (2560). การประเมินความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 : กรณีศึกษาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี 2559. *วารสารควบคุมโรค*, 43(4). 448-459.
- เกาะกระแสโลก. (2561, 19 ตุลาคม). ยูเอ็นเผยเด็กเล็กต่ำกว่า 5 ขวบ เสียชีวิตวันละ 1.5 หมื่นคน จากโรคที่รักษาได้-อินเดียมากที่สุด. *ประชาชาติธุรกิจออนไลน์*. สืบค้นจาก <https://www.prachachat.net/world-news/news-57360>
- เกาะติดสถานการณ์. (2562, 14 พฤษภาคม). ลำปางโมเดล' สานพลังป้องกัน-แก้ปัญหาท้องไร่' พบอัตราแม่ไร่ลดลง. *Hfocus*. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2562, จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17166>.

คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปี

2560. กรุงเทพฯ: อาร์ต คลอลิฟท์จำกัด

คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานประจำปี

2561. สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก [https://ddc.moph.go.th/th/site/office\\_other/view/thaiantialcohol/26/61](https://ddc.moph.go.th/th/site/office_other/view/thaiantialcohol/26/61) เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

จับกระแส. (2561, 9 กันยายน). สปสข.หนุนมติ สธ.ห้ามใช้ 3 สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ข้อมูลระบบบัตรทอง 3 ปี

พบผู้เสียชีวิต 1,715 ราย. ศูนย์ข่าว สปสข. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2562, จาก <http://nhsonews.com/index.php/news/content/345>

เจาะลิกระบบสุขภาพ (2562, 25 กรกฎาคม). เปลี่ยนยารักษาโรคมาลาเรีย ‘ศรีสะเกษ-อุบล’ หลังพบอัตรารักษา

หายขาดต่ำกว่าเกณฑ์ WHO. Hfocus. สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2562, จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/07/17410>

เจาะลิกระบบสุขภาพ (2562, 26 กรกฎาคม). สปสข.เฉลิมพระเกียรติในหลวง ร.10 จับมือ สวทช. ช.ก.ส. รุก

โครงการ รู้เท่าทันป้องกันโรคไม่ติดต่อ. Hfocus. สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2562, จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/07/17413>

ชล นunnak และคณะ. (2561). โครงการประสานงานการวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) (รายงาน

ผลการวิจัย). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

ชัยวรรณ ประดิษฐ์ทองงาม. (2562). โรคไวรัสตับอักเสบบี. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก

<http://striphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-341>

ทิมกร โนรี, โยชิน ถนอมวัฒน์ พุดตาน พันธุเธร, และกานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์. (2560).โครงการวิจัยเพื่อ

สังเคราะห์ทางเลือก และข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในทศวรรษหน้า. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2562, จาก <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4749?locale-attribute=th>

ติดของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารการสาธารณสุข.

ถนอม ประสิทธิ์เมตต์และเกษม เวชสุทธานนท์. (2560). สาเหตุการตายของมารดาในเขตสุขภาพที่ 4

ปีงบประมาณ 2557-2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 26(4), 730-738.

นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญและวิระพล ชีระพันธ์เจริญ (2559). ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศ

สมาชิกอาเซียน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 10(2), 50-60.

- น้ำผึ้ง กลิ่นคั่ว. (2556). การศึกษาข้อมูลการตายของมารดาและทารกปรกติในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 ปี 2554. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 21 กรกฎาคม 2562, จาก [http://www.hpc4.go.th/rcenter/\\_fulltext/20140512153505\\_3765/20140512153715\\_3587.pdf](http://www.hpc4.go.th/rcenter/_fulltext/20140512153505_3765/20140512153715_3587.pdf)
- ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2561. (2561). สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2562, จาก <http://www.fda.moph.go.th/sites/drug/Shared%20Documents/New/nlem2561.PDF>
- พระราชบัญญัติ ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535. (2535). สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก <https://www.deqp.go.th/media/36982/พรบ35.pdf>
- พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535. (2535). สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก <http://btc.ddc.moph.go.th/th/upload/files/21.pdf>
- พระราชบัญญัติสถาปนาและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2552. สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก <https://www.khuanpang.go.th/prb.pdf>
- พระราชบัญญัติสุรา 2493. สืบค้น 21 พฤษภาคม 2562 จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER16/DRAWER017/GENERAL/DATA0000/00000066.PDF>
- พุดตาน พันธูณ, ชิดาพร จิรวัฒน์ไพศาล, และบุญเรือง ขาวนวล. (2561). การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพสำหรับระบบบริการระดับทุติยภูมิของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2569. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(2), 205-220.
- เพ็ญพักตร์ ดารากร ณ อุทยาน. (2556). บทความวิชาการความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยสูบบุหรี่ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 27(1), 1-15.
- ไพรัตน์ อ้นอินทร์. (2552). พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและครอบครัว (รายงานการวิจัย). นนทบุรี : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- ไพศาล ัญญาวิรัชกุล และคณะ. (2560). ความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและไวรัสตับอักเสบบีซีในประชากรตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารกรมการแพทย์, 42(2), 102-109.
- ภิญโญพรพาณิชย์ และณลินี จักรแก้ว. (2560). การรับรู้ และความคิดเห็นต่อรูปแบบฉลากคำเตือน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี; บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด



- เขาวรัตน์ ปรัชญ์ขาว และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. (2549). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของ  
ประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.  
ระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ระบบฐานข้อมูลด้านคุณภาพสังคมและพัฒนาชีวิต. (2562). อัตราตายด้วยโรคสำคัญ ต่อประชากรแสนคน  
จำแนกรายภาค ปี พ.ศ. 2541-2560. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2562, จาก [http://social.nesdb.go.th/SocialStat/  
StatReport\\_Final.aspx?reportid=441&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=15](http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=441&template=2R1C&yeartype=M&subcatid=15)
- ราชกิจจานุเบกษา. (2550). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้น 21 มิถุนายน 2562, จาก  
[http://www.acfs.go.th/km/download/act\\_healthy\\_2550.pdf](http://www.acfs.go.th/km/download/act_healthy_2550.pdf)
- ราชกิจจานุเบกษา. (2561). ประกาศเรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก พ.ศ.2561-2580. สืบค้น 15  
พฤษภาคม 2562, จาก [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T\\_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF)
- เรื่องเด่น. (2562, 19 กรกฎาคม). กำแพงหัวใจ' ปรึกษาออนไลน์ ผ่าน รพ.เสมือน ลดเสี่ยงซึมเศร้า-ฆ่าตัวตายใน  
เด็กและวัยรุ่น. *Hfocus*. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2562, จาก [https://www.hfocus.org/content/  
2019/07/17382](https://www.hfocus.org/content/2019/07/17382))
- ลัดดา เหมาะสุวรรณและคณะ (2546). สาเหตุการตายและอัตราตายปริกำเนิดที่แท้จริงจากการเฝ้าระวังหญิงมี  
ครรภ์และทารกแรกเกิด โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย. สืบค้น 1 เมษายน 2562, จาก  
[http://203.131.219.242/cdm/ref/collection/trf\\_or\\_th/id/314](http://203.131.219.242/cdm/ref/collection/trf_or_th/id/314)
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. ข้อมูลสถิติ. สืบค้น 21 มิถุนายน 2562, จาก  
[https://antidrugnew.moph.go.th/ Runtime/ Runtime/Form/FrmPublicReport/](https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Form/FrmPublicReport/)
- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน). (2561). รายงานผลการดำเนินงานของสถาบันวัคซีนแห่งชาติ ประจำปี  
งบประมาณ พ.ศ. 2561. สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก [http://www.nvi.go.th/index.php/  
files/large/877cc7df753838f](http://www.nvi.go.th/index.php/files/large/877cc7df753838f)
- สถิติทางการแห่งประเทศไทย. (2560). รายการตัวชี้วัด SDGs (UN ปรับปรุงครั้งที่ 1 ตามมติการประชุม UNSC  
ครั้งที่ 48 มี.ค.60) สืบค้น 21 มิถุนายน 2562, จาก <http://www.osthailand.nic.go.th/>
- สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. (2561). รายงานประจำปี 2561 สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ.  
กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุณสร้างเอง*. สืบค้น 1 เมษายน 2562, จาก <https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html>

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2509). *พระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2509*. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%C206/%C206-20-9999-update.pdf>

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *รายงานประจำปี 2561 Annual report 2018*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560 – 2564*. สืบค้น 21 มิถุนายน 2562, จาก [https://www.nesdb.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=6422](https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2522). *พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 (รวมฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)*. สืบค้น 21 พฤษภาคม 2562 จาก <http://elib.fda.moph.go.th/elib/cgi->

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2538). *คำนิยามสถิติสาธารณสุข*. สืบค้น 24 มีนาคม 2562, จาก <http://library.nhrc.or.th/ULIB/dublin.php?ID=2884>

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย*. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. doi:978-616-11-3125-8

สำนักงานสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *คู่มือการปฏิบัติงานสนาม โครงการสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557*. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER071/GENERAL/DATA0000/00000106.PDF>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2562). *รายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย (National Indicators) ครั้งที่ 3*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559*. สืบค้น 2 เมษายน 2562, จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/>

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *ร้อยละความครอบคลุมสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ปีงบประมาณ 2545 – 2560*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2562, จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *ระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต*. สืบค้น 24 มีนาคม 2562, จาก <http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=131>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561*. สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก [https://www.nhso.go.th/frontend/page-about\\_result.aspx](https://www.nhso.go.th/frontend/page-about_result.aspx).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2559). *คู่มือการสรุปสาเหตุการตายของแม่และเด็ก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure percapita)*. สืบค้น 10 กรกฎาคม 2562, จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=91>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *นิยามการฆ่าตัวตาย*. สืบค้น 10 กรกฎาคม 2562, จาก [http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=1167&kpi\\_year=2562](http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=1167&kpi_year=2562)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2562, จาก [http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=1017&kpi\\_year=2562](http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi/index/?id=1017&kpi_year=2562)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน*. สืบค้น 10 กรกฎาคม 2562, จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=19>
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรสาคร: ผู้แต่ง
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (2562). *สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร ประจำเดือน กุมภาพันธ์ 2562*. สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก [https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien\\_th/cb3db169b606d10c96c54e7577137f56.pdf](https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/cb3db169b606d10c96c54e7577137f56.pdf)
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2561, 11 พฤศจิกายน). *จับตาโรคและภัยสุขภาพ*. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/3594>
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2562). *กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548*. สืบค้น 10 เมษายน 2562, จาก <http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/IHR2015/2.pdf>

- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี 2560. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2560). รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ.2559-2568. สืบค้น 1 เมษายน 2562, จาก [https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/180123151667786245.pdf](https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/180123151667786245.pdf)
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดำเนินงานและการประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ระดับอำเภอ (พิมพ์ครั้งที่ 1). สืบค้น 21 มิถุนายน 2562, จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12985&tid=34&gid=1-015-005>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2562, จาก <http://rti.ddc.moph.go.th/RTDDI/Modules/Report/Report02.aspx>
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนคัลไซน์
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. (2562). ผลวิเคราะห์ช่องว่างผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อเสนอแนะ และช่องว่างที่ต้องพัฒนา. สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=kpi62>
- สำนักอนามัยเจริญพันธุ์. (2562). ข้อมูลสถานการณ์อัตราตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ผลดำเนินงานย้อนหลัง และข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบ. สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=kpi62>
- สุขภาพคนไทย. (2562). สื่อสังคม สื่อสองคม สุขภาวะคนไทยในโลกโซเชียล/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น : การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 62(4): 359-378.

- องค์การอนามัยโลก. (2561). การประเมินผลสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทย. สืบค้น 23 มีนาคม 2562, จาก <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272493/WHO-WHE-CPI-REP-2017.38-tha.pdf?sequence=5&isAllowed=y>.
- อัศรพล ศุภศาสตรา และอัจฉรา วิไลสกุลยง. (2560). ผลการดำเนินงานการปรับระบบบำบัดพื้นฟูยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารการสาธารณสุข
- อัศรพล ศุภศาสตรา. (2560). แนวทางการดำเนินการลดอันตรายจากยาเสพติด (*Harm reduction*). บอรัณ ฑู ปี พับลิชชิ่ง: สมุทรสาคร.
- อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร และสาวิตรี อัยฉางลักรชัย. (2559). ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- Alkire, S. (2002). Dimensions of Human Development. *World Development*, 30(2),181-205.
- Aungkulanon, S., Tangcharoensathien, V., Shibuya, K., Bundhamcharoen, K., and Chongsuvivatwong, V. (2016). Post universal health coverage trend and geographical inequalities of mortality in Thailand, *.International Journal for Equity in Health*. 1(15), 190.
- Center for Disease Control and Prevention. (2019). Viral Hepatitis. Retrieved April 2, 2019, From <https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/index.htm>
- Gasper, D. (2005). Subjective and Objective Well-Being in Relation to Economic Inputs: Puzzles and
- Hotez, P.J., Brindley, P. J., Bethony, J. M., King, C. H., Pearce, E. J. & Jacobson, J. (2008). Helminth infections: the great neglected tropical diseases . *The journal of clinical investigation*, 118(4), 1311-1324. From <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276844/SDGs-profile-Thailand-eng.pdf>
- ICD-10. (2561) สืบค้น 10 กรกฎาคม 2562, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/ICD-10>
- Lale Say, Doris Chou, Alison Gemmill, Özge Tunçalp, Ann-Beth Moller, Jane Daniels, A Metin Gülmezoglu, Marleen Temmerman, Leontine Alkema. (2014). *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. Retrieved April 2, 2019, From [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)

- Maternal Mortality Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization. (2004). Retrieved April 2, 2019, From <https://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>
- Mcgillivray, M. (2007). *Human well-being concept and Measurement*. New York: United Nations Responses. *Journal Review of Social Economy*, 63(2), 177-206.
- Sen, A. K., (1985). *Commodities and Capabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Suicide Prevention. (2006). *WHO Sites: Mental Health. World Health Organization*. Retrieved April 2, 2019, From [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).
- United Nation [UN]. (2018). *The Sustainable Development Goals Report*. Retrieved April 25, 2019 from <https://sustainabledevelopment.un.org/SDGs3>
- United Nations. (2018). SDGs Indicators Metadata repository. Retrieved April 2, 2019, From <https://unstats.un.org/SDGs/metadata/?Text=&Goal=3&Target.University>.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Frequently asked questions*. Retrieved April 2, 2019, From <https://www.who.int/suggestions/faq/en>.
- World Health Organization. (2018). *2018 Health SDGs Profile: Thailand*. Retrieved April 2, 2019, From <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276844/sdg-profile-Thailand-eng.pdf>
- World Health Statistics data visualizations dashboard. (2019). Retrieved April 2, 2019, From <http://apps.who.int/gho/data/view.SDGs.3-b-viz?lang=en>

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก.

## การปรับปรุงงานวิจัยตามข้อเสนอแนะ

| ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                | การดำเนินการ                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. เพิ่มเติมหน่วยงานสัมภาคณ์ให้ครอบคลุม เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรมสุขภาพจิต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น              | เนื่องจากระยะเวลาในการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะมีจำกัดไม่สามารถดำเนินการได้ แต่คณะผู้วิจัยได้เพิ่มเติมในข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ท้ายบทที่ 8 |
| 2. เพิ่มเติมการสรุป บทที่ 3 สถานะเป้าประสงค์และตัวชี้วัดของเป้าหมายที่ 3 ในบริบทประเทศไทย เพื่อให้เห็นภาพรวมก่อนอธิบายรายละเอียดเพื่อให้อ่านเข้าใจมากขึ้น | ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ                                                                                                                           |
| 3. เพิ่มเติมแหล่งอ้างอิงในการสรุปสถานะของแต่ละตัวชี้วัดในบทที่ 3 สถานะเป้าประสงค์และตัวชี้วัดของเป้าหมายที่ 3 ในบริบทประเทศไทย                            | ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ                                                                                                                           |
| 4. เพิ่มเติมโครงสร้างการทำงานในบทที่ 4 มาตรการและการดำเนินงานในปัจจุบันเกี่ยวกับเป้าหมายที่ 3 ในประเทศไทยให้เห็นชัดเจน                                    | ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ                                                                                                                           |
| 5. ปรับคำให้มีความสม่ำเสมอทั้งเอกสาร เช่น SDGs                                                                                                            | ปรับตามข้อเสนอแนะ                                                                                                                               |



**ภาคผนวก ข. ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้  
และกิจกรรมที่ดำเนินการมาและผลที่ได้รับตลอดโครงการ พร้อมภาพกิจกรรม**

| วัตถุประสงค์                                                                                                                                                                                                                                                                                        | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                           | ผลที่ได้รับ            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1. เพื่อศึกษาสำรวจสถานะปัจจุบันของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 (Goal No.3) สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย และวิเคราะห์ความสอดคล้องของเป้าประสงค์ (Targets) ปรับและกำหนดเป้าประสงค์ที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย | 1.1 ศึกษาข้อมูลเอกสารสร้างความเข้าใจการดำเนินงานของโครงการและสำรวจจัดเก็บข้อมูลสำรวจสถานการณ์ภาพรวมของเป้าหมายที่ 3 ของแต่ละองค์กรภาคส่วนต่าง ๆ                                                                   | บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1.2 รวบรวมข้อมูลทุกมิติจากเอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ นิยาม ความหมาย คำจำกัดความของเป้าประสงค์ และตัวชี้วัดความสำเร็จ และจัดระบบข้อมูลจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้น                               |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1.3 วิเคราะห์ความสอดคล้องของเป้าประสงค์ (Targets) ตัวชี้วัดกับบริบทของประเทศไทย                                                                                                                                   |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1.4 ปรับและกำหนดเป้าประสงค์ที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย                                                                                                                                                           |                        |
| 2. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ (Targets) ตามความสำคัญและความพร้อมของประเทศไทยในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 (Goal No.3) สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย                                                                 | 2.1 สำรวจสถานะปัจจุบันของเป้าประสงค์จัดเก็บข้อมูลปฐมภูมิโดยการสำรวจข้อมูล สัมภาษณ์ สทนนา การสังเกตในหัวข้อประเด็นการดำเนินงาน กิจกรรม โครงการ แผนงาน นโยบาย กฎหมาย ฯลฯ ที่ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ชุมชน และ | บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ |

| วัตถุประสงค์                                                                                                                                                                                                                                                                             | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                               | ผลที่ได้รับ            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | องค์กรระหว่างประเทศได้ดำเนินการอยู่ในประเทศไทย                                                                                                                                                                                        |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2.2 ประเมินความสำคัญ ความพร้อมของเป้าประสงค์ในการบรรลุเป้าหมาย ทั้งความพร้อมด้านองค์ความรู้ ด้านข้อมูลทางสถิติ ด้านกฎหมาย โครงสร้างการบริหารงานภาครัฐและนอกภาครัฐ ด้านการมีส่วนร่วมและบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการบรรลุเป้าหมาย |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2.3 ลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ในเป้าหมายโดยใช้ความสอดคล้อง ความเหมาะสมของตัวชี้วัด ช่องว่างระหว่างสถานะปัจจุบันกับเป้าหมาย สัดส่วน ผู้คน พื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ ระดับความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเป้าประสงค์                 |                        |
| 3. เพื่อสำรวจและประเมินมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ที่ภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ดำเนินการอยู่ในประเทศไทย และประสบการณ์จากต่างประเทศ และเสนอทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย ที่สามารถเป็นมาตรการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 (Goal No.3) สร้าง | 3.1 สำรวจมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย หรือเชิงสถาบัน ที่มีการดำเนินงานขององค์กร หน่วยงาน และภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินการอยู่ในประเทศไทย และประสบการณ์จากต่างประเทศ                                                             | บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3.2 วิเคราะห์ประเมินมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย และ                                                                                                                                                                            |                        |

| วัตถุประสงค์                                                                                     | กิจกรรม                                                                                                                                                  | ผลที่ได้รับ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| หลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี<br>และส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคน<br>ในทุกวัยในประเทศไทยได้ | ประสบการณ์จากต่างประเทศโดย<br>เน้นมาตรการที่จะเป็นจุดคานงัด<br>(Tipping Point) สามารถทำให้<br>บรรลุเป้าประสงค์                                           |             |
|                                                                                                  | 3.3 ร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย<br>มาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และ<br>กฎหมาย ที่สามารถเป็นมาตรการ<br>ดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายการ<br>พัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 |             |
|                                                                                                  | 3.4 สรุปผลการศึกษาและเขียน<br>รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์                                                                                                  |             |

## ภาคผนวก ค. ตัวอย่างแนวคำถามสัมภาษณ์และสนทนาเชิงลึก

### แบบสัมภาษณ์และสนทนา

โครงการวิจัย “สำรวจสถานะของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทยและทางเลือกมาตรการทางเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย สำหรับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย”

### วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์

1. เพื่อให้ทราบสถานะปัจจุบันของเป้าประสงค์ภายใต้เป้าหมายที่ 3 เป้าประสงค์.....
2. เพื่อให้ทราบการดำเนินงาน กิจกรรม โครงการ แผนงาน นโยบาย กฎหมาย ฯลฯ ตามเป้าประสงค์ภายใต้เป้าหมายที่ ....

### คำถามสัมภาษณ์

#### ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับสถานะปัจจุบันของเป้าประสงค์

1. ความเกี่ยวข้องระหว่างเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 กับองค์กรหรือหน่วยงานของท่าน เป็นอย่างไร
2. ความชัดเจนของความหมาย นิยาม คำจำกัดความของเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย ที่เกี่ยวข้อง กับองค์กรหรือหน่วยงานของท่าน เป็นอย่างไร
3. สถานะปัจจุบันของเป้าประสงค์ หรือตัวชี้วัดที่หน่วยงานของท่านรับผิดชอบเป็นอย่างไร
4. ท่านคิดว่าตัวชี้วัดและเป้าประสงค์ที่ท่านรับผิดชอบมีความสอดคล้องกันหรือไม่ และตัวชี้วัดและเป้าประสงค์นี้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยหรือไม่ อย่างไร

#### ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับการดำเนินงาน เรื่องอุบัติเหตุทางท้องถนน เป้าประสงค์....

5. หน่วยงานของท่านมีการดำเนินงานปัจจุบัน ด้านนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม หรือกฎหมายเกี่ยวกับเป้าประสงค์ที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร
6. หน่วยงานของท่านมีการติดตาม ประเมินผล ด้านนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรม ที่ท่านรับผิดชอบอย่างไร

7. องค์กรของท่านได้มีการบูรณาการ หรือได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานใดบ้าง ในการจัดเก็บข้อมูล ดำเนินกิจกรรม โครงการ แผนงานต่าง ๆ
8. จากการจัดเก็บข้อมูล ดำเนินงาน และการติดตามผล แผนงาน โครงการ กิจกรรม ที่ท่านรับผิดชอบ พบ ปัญหาหรือไม่ อย่างไร
9. หน่วยงานของท่านมีการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และ ภาควิชาการ ในการบรรลุเป้าหมายที่ 3
10. ท่านคิดว่าในบรรดาเป้าประสงค์ทั้งหมดของเป้าหมายที่ 3 ประเด็นใดที่ประเทศไทยควรจะมีมุ่ง ดำเนินการเป็นอันดับแรก เพราะเหตุใด

### ภาคผนวก ง. ภาพการจัดสัมมนาวิชาการและสัมมนา



ภาพ การจัดกิจกรรมเวทีเสวนาวิชาการการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ  
ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา



ภาพซ้ายมือ สัมภาษณ์บุคลากรปฏิบัติงานด้านแผนและนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข  
ภาพขวามือ สัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย



ภาพซ้ายมือ สัมภาษณ์บุคลากรปฏิบัติงานด้านแผนและนโยบาย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
ภาพขวามือ สัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย



ภาพซ้ายมือ สัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน  
ภาพขวามือ สัมภาษณ์รองผู้กำกับการจราจร สถานีตำรวจภูธร





ภาพซ้ายมือ สัมภาษณ์ผู้บริหาร โรงงานนิคมอุตสาหกรรม

ภาพขวามือ สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



ภาพซ้ายมือ สัมภาษณ์มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนภาคเหนือ

ภาพขวามือ สัมภาษณ์ผู้อำนวยการ โรงเรียนผู้สูงอายุ ดันแบบธรรมนุญสุขภาพผู้สูงอายุ





ภาพซ้ายมือ สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมโรค

ภาพขวามือ สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค



ภาพซ้ายมือ สัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรปฏิบัติงาน โรงพยาบาลแม่เมาะ

ภาพขวามือ สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานแผนงานและนโยบาย สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค



ภาพซ้ายมือ สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ภาพขวามือ สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานป้องกันการบาดเจ็บ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค



สัมภาษณ์ ผู้รับผิดชอบงานด้านแผนและนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด