

รายงานการประชุม

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากร ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖

วันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมบรรพต สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ อาคาร ๒ ชั้น ๓ กรมอนามัย

และระบบวีดิทัศน์ทางไกล (Video Conference)

คณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม ณ ห้องประชุมบรรพต สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ๑. ดร.นพ.บุญฤทธิ์ สุจริตน์ | ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ |
| ๒. ศ.เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ๓. ศ.นพ.กำธร พุกชานนนท์ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ๔. รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| ๕. รศ.ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ๖. นางปภาวี ไชยรักษ์
พันธุ์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญ
พันธุ์ |
| ๗. นางสาวเจนจิรา อุ่นแก้ว | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ |

คณะกรรมการที่เข้าร่วมประชุม Conference

- | | |
|--|---|
| ๑. นพ.กิตติพงษ์ แซ่เจ็ง | นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย |
| ๒. ศ.เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ๓. ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน | ข้าราชการบำนาญนักวิชาการอิสระ |
| ๔. ศ.นพ.อรรณพ ใจสำราญ | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ๕. รศ.พล.ท.นพ.วิโรจน์ อารีย์กุล | แทน ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
แทน ศ.พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ๖. พญ.นัยนา ณีชนะนันท์ | รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชนี แทน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ
มหาราชนี กรมการแพทย์ |
| ๗. ผศ.ดร.ภัทเรศ ศรีโชติ | แทน ผศ.ดร.ปิยะชาติ ภิรมย์สวัสดิ์ สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ
ศศินทร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ๘. รศ.ดร.ชฎานิศวรรค์ โคนะ | คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| ๙. ดร.นพ.สรภาพ เกียรติพงษ์สาร | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ๑๐. นพ.โอฬาริก มุสิกวงศ์ | ผู้อำนวยการกองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย |

- 67 ๒๔. นางสาววรรณพิมล แจ่มวิจิตรโต นักจัดการงานทั่วไป สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
- 68 ๒๕. นางเกษร ศรีเชม พนักงานธุรการ ส๔ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
- 69 ๒๖. นางสาวณัฐหทัย กล้ารอมู พนักงานธุรการ ส๓ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
- 70 ๒๗. นางสกานตา ทรงม่วง พนักงานธุรการ ส๓ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
- 71 ๒๘. นางรุณิดา ทองประดิษฐ์ พนักงานธุรการ ส๓ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
- 72 ๒๙. นางสาวสุนธิรี ปุสสะรังสี เจ้าพนักงานธุรการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
- 73 ๓๐. นางสาวปาไลตา รัตนโสภณ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

74

75 **เริ่มประชุม เวลา ๑๓.๓๐ น.**

76

77 **ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องประธานแจ้งให้ทราบ**

78 นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย อธิบดีกรมอนามัย มอบหมายให้นายแพทย์บุญฤทธิ สุจริตน์

79 ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นประธานการประชุมฯ โดยผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

80 กล่าวเปิดการประชุม และแจ้งให้ที่ประชุมทราบว่า เนื้อหาสาระสำคัญในการประชุมครั้งนี้ ประกอบด้วย แนวทาง

81 ในการจัดเตรียมการดำเนินงานข้อเสนอเชิงนโยบายในการรับมือ low fertilities และการ update สถานการณ์

82 การดำเนินงานที่ผ่านมา รวมทั้งหารือแนวทางการดำเนินงานต่อไปว่าจะขับเคลื่อนประเด็นใดต่อไปบ้าง ทั้งนี้ใน

83 การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง สังเกตได้จากการเสนอนโยบายในการเลือกตั้ง

84 นายกรัฐมนตรีในปีนี้ ซึ่งมีการเสนอนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการเลี้ยงดูบุตรออกมาหลายพรรคการเมือง

85 แสดงถึงการให้ความสำคัญของพรรคการเมืองในการสนับสนุนนโยบายการเลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ประธานการ

86 ประชุมฯ ยังกล่าวถึงการร่วมกันหารือจากคณะอนุกรรมการฯ ในการประชุมครั้งนี้ เพื่อการดำเนินงานเกี่ยวกับการ

87 เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

88

89 **ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และ**

90 **ประชากร ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕**

91 นางสาวพัชรีวรรณ เจนสาริกรณ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาประชากร สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

92 รายงานว่า ฝ่ายเลขานุการ ได้จัดทำรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยการเจริญ

93 พันธุ์และประชากร ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๗ หน้า และได้แจ้งเวียนให้

94 คณะอนุกรรมการได้ตรวจสอบความถูกต้องทางออนไลน์ โดยมีคณะกรรมการขอปรับแก้ ดังนี้

95 ศาสตราจารย์ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน ขอปรับแก้ ระเบียบวาระที่ ๓ หน้า ๗ บรรทัดที่ ๒๓๑ แก้ไข

96 ข้อความจาก “Professor Creswell Eastman” เป็น “Professor Creswell,john” และแก้ไขข้อความจาก

97 “well flow” เป็น “wealth flow” และขอปรับแก้ ระเบียบวาระที่ ๔.๒ หน้า ๑๑ บรรทัดที่ ๓๖๒ แก้ไขข้อความจาก

98 “เมที่อ” เป็น “เมื่อ”

99 ซึ่งทีมเลขานุการได้ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว การประชุมมีประเด็นสำคัญโดยสรุป คือ

100 ที่ประชุมรับทราบ ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ๑ เรื่อง ได้แก่

- 101 ๑. แนวคิด หลักการการกำหนดแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดต่างๆ

- 102 และมีมติต่อเรื่องเพื่อพิจารณา ๒ เรื่อง ได้แก่
- 103 ๑. ตัวชี้วัดด้านประชากรและการกำหนดค่าเป้าหมายปี ๒๕๗๐
- 104 ๒. ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

105

106 **มติที่ประชุม**

- 107 รับรองรายงานการประชุม โดยมีข้อแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้
- 108 ■ ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ หน้า ๔ บรรทัดที่ ๑๐๙ แก้ไขข้อความจาก “เน้นเรื่อง
 - 109 การลดจำนวนประชากรด้วยการคุมกำเนิด” เป็น “เน้นเรื่องการชะลออัตราการเพิ่ม
 - 110 ประชากรด้วยการคุมกำเนิด”

111

112 **ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องเพื่อทราบ**

113 **๓.๑ สถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากร**

114 นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ รายงานสถานการณ์ด้านอนามัย

115 การเจริญพันธุ์และประชากร โดยสถานการณ์ปัจจุบันจำนวนประชากรเริ่มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และจะลดลง

116 อย่างต่อเนื่องไปจนถึง ๒๐ ปี โดยประชากรมีจำนวนการตายมากกว่าการเกิด อัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility

117 Rate) กำหนดเป้าหมาย ปี พ.ศ. ๒๕๗๐ เท่ากับ ๑.๖ ณ ปัจจุบันเท่ากับ ๑.๑๖ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงค่อนข้างเร็ว

118 แสดงถึงจำนวนประชากรการเกิดในประเทศห่างไกลเป้าหมาย โดยประเทศไทยน่าจะติด ๑ ใน ๑๐ ของโลกที่มี

119 จำนวนประชากรการเกิดในประเทศน้อย อัตราเจริญพันธุ์รายกลุ่มอายุ พ.ศ. ๒๕๓๕ - ๒๕๖๔ (Age-specific

120 fertility rate) โดยกลุ่มวัยที่เหมาะสมต่อการมีบุตรที่มีอายุระหว่าง ๒๐ - ๓๕ ปี มีอัตราการเจริญพันธุ์ลดลง ทั้งนี้

121 กลุ่มวัยรุ่นที่เคยมีอัตราเจริญพันธุ์สูงกลับลดลง และกลุ่มอายุ ๓๕ ปี มีบุตรสม่ำเสมอไม่น้อยลงกว่าในอดีต สะท้อน

122 ถึงการแต่งงานช้าและมีบุตรช้าลง อัตราการเจริญพันธุ์รวมทั่วโลกมีประเทศที่มีค่าต่ำกว่าประเทศไทยอยู่ประมาณ

123 ๒๐ ประเทศทั่วโลก โดยในแถบประเทศ South East Asia มีเพียงประเทศสิงคโปร์ที่มีค่าอัตราการเจริญพันธุ์รวม

124 ที่ต่ำกว่าประเทศไทย อัตราคลอดในหญิงอายุ ๒๐ - ๓๔ ปี ลดลงอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับอัตราเกิดลดลง

125 ค่อนข้างเร็ว อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประเทศไทยสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งน่าจะมีแนวโน้มเหมือนกันในทุกประเทศ

126 **ข้อเสนอ**

127 เพื่อโปรดทราบ

128 **ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

129 ศาสตราจารย์ ปราโมทย์ ประสาทกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ให้

130 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า TFR ที่ลดลงอย่างรวดเร็วนั้นคล้ายกับประเทศญี่ปุ่น และประเทศเกาหลี คือ ๐.๙ ได้หัว

131 ๑.๐ ปีนี้อาจจะเกิดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคาดว่าน่าจะประมาณ ๕๒๐๐๐๐-๕๓๐๐๐๐ TFR น่าจะประมาณ ๑.๑-๑.๒

132 อัตราตายอย่างหยาบ การเกิดจะยังมีอยู่ แต่การตายยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

133 ศาสตราจารย์ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าว
134 ว่า สถานการณ์การเกิดในอีก ๗๗ ปี ข้างหน้าคาดว่าประเทศไทยจะมีการเกิดเหลือเพียงครึ่งหนึ่ง โดยจะมี ๓
135 ประเทศในโลกที่ลดลงไม่ถึงครึ่ง ได้แก่ ประเทศไทย ประเทศญี่ปุ่น และประเทศสเปน ดังนั้นจะต้องตั้งให้ TFR ถึง
136 ๑.๗ ไม่งั้นต้องนำเข้าแรงงานมากกว่าปีละ ๔๐๐,๐๐๐ คน จึงต้องทำงานเพิ่มขึ้น

137 ศาสตราจารย์นายแพทย์ กำธร พุกพานานนท์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
138 กล่าวว่า มีการประชุม WHO ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์ และมีข้อมูลสำคัญคือ ประเทศกลุ่มสแกนดิเนเวียสำเร็จ
139 ในการแก้ปัญหา เรื่อง baby bonus ช่วยมีบุตรยาก ในประเทศญี่ปุ่น และประเทศเกาหลีประกาศเป็นวาระ
140 แห่งชาติ โดยออกกฎหมายบังคับ age specific เป็นแนวทางที่สแกนดิเนเวียใช้ อายุที่เข้าสู่ ART ของไทยคือ ๓๗
141 ในขณะที่ต่างประเทศเข้าถึงตั้งแต่อายุ ๓๒ ปี ปัญหามีบุตรยากไม่มีการแบ่งแยกชนชั้น ให้ลองศึกษาเคสประเทศ
142 อาร์เจนตินา และ south Africa โดยผลักดันให้เป็นสิทธิประโยชน์

143 **มติที่ประชุม**

144 รับทราบ

145

146 **๓.๒ ผลการสำรวจความพร้อมการในการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและ**
147 **ก่อนมีบุตร และการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก**

148 **๓.๒.๑. ผลการสำรวจความพร้อมการในการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและ**
149 **ก่อนมีบุตร และการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยากรพ./สถานพยาบาล ในสังกัด สป.สธ.**

150 รองศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา จำรัสสวัสดิ์ คณะอนุกรรมการฯ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์
151 มหาวิทยาลัยมหิดล รายงานผลการสำรวจความพร้อมการในการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตร
152 และการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก รพ./สถานพยาบาล ในสังกัด สป.สธ. โดยมีที่มาและความสำคัญ คือ
153 สถานการณ์จำนวนการเกิดโดยรวมในประเทศน้อยกว่าจำนวนการตาย มีจำนวนประชากรลดลงอย่างเห็นได้ชัด
154 อีกทั้งการตั้งครรภ์ในแม่วัยรุ่น วัยทำงานที่ควรมีบุตรแต่ไม่ยอมมี ส่วนคนที่อยากมีบุตรก็ไม่สามารถมีบุตรได้
155 เนื่องจากการเกิดภาวะมีบุตรยาก และประเทศไทยเกิดเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จึงต้องดำเนินงานเชิงรุก
156 ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ฉบับที่ ๒ ที่เน้นเรื่องส่งเสริมการเกิด ซึ่งมีส่วนทำให้สำนักอนามัยเจริญพันธุ์
157 และหน่วยงานภาคีเครือข่ายต้องเร่งการดำเนินงานส่งเสริมและขับเคลื่อนให้คู่หญิงชายมีการเตรียมความพร้อม
158 ก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ รวมถึงภาวะมีบุตรยาก โดยได้ทำการสำรวจหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์
159 สำคัญเพื่อ ๑) ประเมินความพร้อม ปัญหาและอุปสรรค ในการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์
160 และการรักษาภาวะมีบุตรยาก ๒) สำรวจความต้องการการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านที่เกี่ยวข้องกับการ
161 ให้บริการ และ ๓) รวบรวมแนวคิดการดำเนินงานที่มีคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ขอบเขตการศึกษา เชิงปริมาณ
162 จากการตอบแบบสอบถามแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์/เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักจิตวิทยา ในโรงพยาบาล
163 สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ทรงคุณวุฒิ การเยี่ยม

164 สำรวจพื้นที่ ร่วมกับการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลระหว่าง มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ กรอบแนวคิดการวิจัย
165 ทำการประยุกต์ใช้การประเมินความพร้อมของการให้บริการขององค์การอนามัยโลก โดยมีปัจจัยนำเข้าจากความ
166 เพียงพอและความพร้อมของสถานบริการไปสู่กระบวนการของการดำเนินงานของสถานบริการ รวมถึงปัญหา/
167 อุปสรรคและความต้องการของหน่วยงาน กระบวนการวิจัย ใช้ Concurrent Mixed-method study ทั้งการเก็บ
168 ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมกับการสำรวจ และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามบทบาทที่เกี่ยวข้องกับ
169 การเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลแบบสอบถามด้วยการตอบด้วยตนเองจากโรงพยาบาลศูนย์ ๓๔ แห่ง
170 โรงพยาบาลทั่วไป ๙๒ แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน ๒๒๐ แห่ง ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสนทนากลุ่มร่วมกับการ
171 การเยี่ยมสำรวจสังเกตการณ์จากผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์/เจ้าหน้าที่
172 ห้องปฏิบัติการ นักจิตวิทยา ใน ๒ พื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลมหาราช
173 นครราชสีมา และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิผู้ทำหน้าที่กำกับนโยบาย และแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ
174 จากสภาวิชาชีพ จำนวน ๓ ท่าน โดยผลการศึกษาเชิงปริมาณ ตอบแบบสอบถามกลับ ร้อยละ ๗๙.๘ ซึ่งการ
175 จัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตร ๕ อันดับ ประกอบด้วย เพศชายมีความต้องการในการให้
176 คำปรึกษา การซักประวัติตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจความพร้อมของเม็ดเลือด การตรวจซีฟิลิส และการตรวจ
177 โรคเลือดทางพันธุกรรม เพศหญิงมีความต้องการในการให้คำปรึกษา การซักประวัติตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจ
178 ความพร้อมของเม็ดเลือด การตรวจซีฟิลิส และการตรวจหมู่เลือดและ Rh ส่วนการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก
179 มีความต้องการในการให้คำปรึกษา/แนะนำ การตรวจและรักษาสาเหตุ การให้ยากระตุ้นไข่ การทำ IUI และ IVF
180 การฝากไข่ และธนาคารอสุจิ ราคาเฉลี่ย/รอบ IUI ประมาณ ๓๐๐-๑๘,๐๐๐ บาท และราคาเฉลี่ย IVF ประมาณ
181 ๑๒๐,๐๐๐ บาท โดยสาเหตุของการที่ไม่จัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตร ได้แก่ การขาดสติ
182 นรีแพทย์ ขาดพยาบาลให้คำปรึกษา ขาดนักจิตวิทยา ขาดเจ้าหน้าที่ห้องแล็บ ขาดห้องปฏิบัติการ และขาด
183 งบประมาณ ส่วนสาเหตุของการไม่จัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ การขาดแพทย์เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์/
184 สูตินรีแพทย์ที่มีประสบการณ์ ขาดพยาบาลที่ผ่านการอบรม ขาดนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อน ขาดสถานที่/
185 ห้องปฏิบัติการ และขาดงบประมาณ ในส่วนของความต้องการ กลุ่มแพทย์มีความต้องการแนวทาง/รูปแบบ
186 การจัดบริการเตรียมความพร้อมๆ และการรักษาภาวะมีบุตรยาก การฝึกทักษะการตรวจคัดกรองภาวะมีบุตรยาก/
187 การวินิจฉัย/การรักษา เรียนรู้การใช้เทคโนโลยี/อุปกรณ์/เครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ และการฝึกทักษะการให้
188 คำปรึกษาคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก กลุ่มพยาบาล/นักจิตวิทยา/นักเทคนิคการแพทย์ มีความต้องการแนวทาง
189 จัดบริการเตรียมความพร้อมๆ และการรักษาภาวะมีบุตรยาก เทคนิคการให้คำปรึกษาคู่สมรส การจัดทำสื่อ/
190 รูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย การวางแผน ติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน
191 และเทคนิคการเก็บสิ่งส่งตรวจและการตรวจทางพันธุกรรมโดยใช้เครื่องมือ ผลการสำรวจพื้นที่ พบว่า มีความ
192 ต้องการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เก็บไข่/ เลี้ยงตัวอ่อน และหลักสูตรฝึกอบรมนักเพาะเลี้ยงตัวอ่อน/
193 ผู้ช่วยแพทย์ที่สภาวิชาชีพรองรับ เพิ่มความก้าวหน้าในสายงานได้ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก In-dept interview
194 จากผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอรูปแบบที่ควรจะเป็น ดังนี้ ๑) ปรับ Mindset ภาวะมีบุตรยากเป็นโรคที่ต้องรักษาให้เป็น
195 การลงทุนด้านประชากรที่คุ้มค่าในระยะยาว ๒) สปสช. สปส. สวัสดิการข้าราชการ ต้องปรับระบบเบิกจ่ายการ
196 รักษาภาวะมีบุตรยาก ๓) มีนโยบายจากส่วนกลางสู่หน่วยงานทุกระดับ เตรียมความพร้อมการให้บริการ ๔) จัดบริการ

197 ตามกำลังทรัพยากร โรงพยาบาลชุมชนเน้นให้คำปรึกษา ตรวจคัดกรองเบื้องต้นและส่งต่อ รพท./ รพช. ขนาดใหญ่
198 ให้คำปรึกษา ตรวจร่างกาย ตรวจหาความผิดปกติทั้งชายและหญิง ให้การรักษาโดยการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก (IUI)
199 โรงพยาบาลศูนย์ให้บริการครอบคลุมข้างต้น ร่วมกับรักษาความผิดปกติทางรีเวชด้วยการผ่าตัด ให้ฮอร์โมน และ
200 การผสมเทียม (IVF) และ ๕) สภาวิชาชีพ จัดทำร่างแนวทางดำเนินงาน และจัดหลักสูตรฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ
201 บุคลากรที่ได้มาตรฐาน ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ ๑) นโยบายและยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโต
202 อย่างมีคุณภาพ เป็นวาระเร่งด่วนของชาติ ภาวะมีบุตรยากเป็นโรคที่ต้องรักษา ๒) MoPH ผนวกบริการเตรียม
203 ความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ และการรักษาภาวะมีบุตรยากเข้ากับบริการที่มีอยู่ โดยให้บริการตาม
204 ศักยภาพ/ระดับของโรงพยาบาล เน้นความสะดวกต่อการเข้าถึง ราคาที่จ่ายได้ (Accessibility & Affordability)
205 ๓) MoPH ร่วมกับสภาวิชาชีพ จัดหลักสูตร Inservice training พัฒนาศักยภาพบุคลากร สภาวิชาชีพ ร่วมกับ
206 มหาวิทยาลัย/รพ.เอกชน จัดทำมาตรฐานการเก็บส่งตรวจ เช่น เชื้ออสุจิ/การเพาะเลี้ยงตัวอ่อน ๔) สปสช. สปส.
207 และสวัสดิการฯ ข้าราชการ ควรปรับหลักเกณฑ์เบิกจ่ายการรักษาภาวะมีบุตรยากเบื้องต้นให้อยู่ภายใต้สิทธิ
208 ประโยชน์ และ ๕) หน่วยงานภาครัฐ ควรณรงค์สร้างความตระหนักในสังคมต่อการลดลงของประชากร สร้างแรงจูงใจ
209 ในการมีบุตร เช่น ลดอัตราภาษีแบบก้าวหน้าเมื่อมีบุตรมากกว่า ๑ คน นโยบายเรียนฟรี ๑๒ ปี หรือเพิ่มเงิน
210 สงเคราะห์บุตร เป็นต้น

211 **ข้อเสนอ**

212 เพื่อโปรดทราบ

213 **ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

214 นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ เสนอให้ตรวจสอบข้อมูล
215 คืบคลาน เรื่องการทำ IVF และการฝากไข่ รวมถึงตรวจสอบข้อมูลสาเหตุของการไม่จัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก
216 ในโรงพยาบาลศูนย์

217 รองศาสตราจารย์นายแพทย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ให้
218 ความเห็นว่า ก่อนการจัดบริการมีบุตร หน่วยงานต้องการให้ สปสช. สนับสนุนสิ่งใด รายการตรวจใดที่ใช้ผลไปต่อ
219 ได้เมื่อตั้งครรภ์ ขณะที่ ANC จะเพิ่มเติมอะไร โดยทำงานร่วมกับ กรมอนามัย กุมารแพทย์ ราชวิทยาลัย และ
220 สปสช. ในส่วนของสาเหตุการไม่จัดบริการให้กลับไปทบทวนอีกครั้ง เนื่องจากสาเหตุอาจไม่ได้เกิดจากการขาด
221 บริการ แต่ขาดการบูรณาการร่วมกับงานบริการอื่น ๆ

222 ศาสตราจารย์ปราโมทย์ ประสาทกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
223 สอบถามถึงอัตราความสำเร็จในการรักษาภาวะมีบุตรยากมีมากน้อยเพียงใด

224 ศาสตราจารย์นายแพทย์กำธร พุกพานานนท์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
225 สแกนดิเนเวีย พบว่า มีเด็กเกิดจาก ART ร้อยละ ๗ อเมริกาและสิงคโปร์ ร้อยละ ๕

226 **มติที่ประชุม**

227 รับทราบ

228

229 **๓.๒.๒. ผลการสำรวจความพร้อมการในการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อน**
230 **มีบุตร รพ./สถานพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. และ นอก สธ.**

231 นางปภาวี ไชยรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
232 รายงานผลการสำรวจความพร้อมการในการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตร โรงพยาบาล/
233 สถานพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. และ นอก สธ. โดยการตอบแบบสอบถามความพร้อมการในการจัดบริการเตรียมความพร้อม
234 ก่อนสมรสและก่อนมีบุตร โรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. ตอบกลับร้อยละ ๕๖ มีการจัดบริการ
235 ร้อยละ ๑๐๐ รูปแบบการจัดบริการ ประกอบด้วย จัดเป็นแพคเกจตรวจสุขภาพ ร้อยละ ๕๗.๑ ตรวจสอบความต้องการ
236 ของผู้รับบริการ ร้อยละ ๕๗.๑ ตรวจสอบความเห็นของแพทย์ ร้อยละ ๒๑.๔ ราคาแพ็คเกจสำหรับผู้หญิง
237 ๑,๒๐๐-๓,๒๒๐ บาท สำหรับผู้ชาย ๗๘๐-๙๗๐ บาท ส่วนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัด สธ. ตอบกลับ
238 ร้อยละ ๓๑.๘ มีการจัดบริการ ร้อยละ ๑๐๐ รูปแบบการจัดบริการ ประกอบด้วย จัดเป็นแพคเกจตรวจสุขภาพ
239 ร้อยละ ๗๑.๔ ตรวจสอบความต้องการของผู้รับบริการ ร้อยละ ๖๘.๖ ตรวจสอบความเห็นของแพทย์ ร้อยละ ๒๑.๔
240 ราคาแพ็คเกจสำหรับผู้หญิง ๑,๐๐๐-๖,๙๐๐ บาท สำหรับผู้ชาย ๑,๒๐๐-๓,๕๖๑ บาท บริการที่โรงพยาบาล/
241 สถานพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. และ นอกสังกัด สธ. สามารถให้บริการมากกว่าร้อยละ ๘๐ แพคเกจการให้บริการ
242 ตรวจสำหรับผู้หญิง ได้แก่ การให้คำปรึกษา การซักประวัติ และตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจความสมบูรณ์ของ
243 เม็ดเลือดและเกล็ดเลือด (CBC) การตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส (VDRL) การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
244 (HBSAG) การตรวจหมู่เลือดระบบ ABO และ RH การตรวจหาโรคเลือดทางพันธุกรรม (HEMOGLOBIN TYPING)
245 การตรวจหาภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ANTI-HIV) การตรวจหาภูมิคุ้มกันหัดเยอรมัน (RUBELLA IGG) การตรวจภายใน
246 และการตรวจมะเร็งปากมดลูก บริการที่มีการตรวจน้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ได้แก่ ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสด้วยวิธี
247 TREPONEMA TEST (TPHA หรือ TPPA) การตรวจเต้านมด้วยวิธีการคลำเต้านม การตรวจเต้านมด้วย
248 MAMMOGRAM แพคเกจการให้บริการตรวจสำหรับผู้ชาย ได้แก่ การให้คำปรึกษา การซักประวัติ และตรวจ
249 ร่างกายเบื้องต้น การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด (CBC) การตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส (VDRL)
250 การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBSAG) การตรวจหมู่เลือดระบบ ABO และ RH การตรวจหาโรคเลือด
251 ทางพันธุกรรม (HEMOGLOBIN TYPING) การตรวจหาภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ANTI-HIV) บริการที่มีการตรวจน้อยกว่า
252 ร้อยละ ๘๐ ได้แก่ ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสด้วยวิธี TREPONEMA TEST (TPHA หรือ TPPA) การตรวจโรคติดต่อ
253 ทางเพศสัมพันธ์ (โรคหนองใน แผลริมอ่อนและแข็ง) การตรวจอัลตราซาวด์ ความพร้อมในการตรวจวินิจฉัยโรค
254 ทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. มีห้องปฏิบัติการ ร้อยละ ๙๒.๙ โรงพยาบาล/
255 สถานพยาบาลนอกสังกัด สธ. มีห้องปฏิบัติการ ร้อยละ ๑๐๐ โดยบริการที่โรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัด
256 สป.สธ. และ นอกสังกัด สธ. ที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้มากกว่าร้อยละ ๙๐ ได้แก่ บริการตรวจความสมบูรณ์ของ
257 เม็ดเลือดและเกล็ดเลือด (CBC) การตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBSAG) การตรวจหาภูมิคุ้มกันบกพร่อง
258 (ANTI-HIV) การตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส (VDRL) การตรวจหมู่เลือดระบบ ABO และ RH ส่วนบริการที่สามารถ
259 ตรวจวินิจฉัยได้น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ได้แก่ การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจหาโรคเลือดทางพันธุกรรม

260 (HEMOGLOBIN TYPING) การตรวจหาภูมิคุ้มกันหัดเยอรมัน (RUBELLA IGG) และการตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส
261 ด้วย TREPONEMA TEST (TPHA หรือ TPPA) ความต้องการฝึกอบรมเพื่อจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรส
262 และก่อนมีบุตรโรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. มีความต้องการอบรมร้อยละ ๗๘.๖ ส่วนโรงพยาบาล/
263 สถานพยาบาลนอกสังกัด สธ. มีความต้องการอบรมร้อยละ ๗๗.๘ โดยประเด็นที่ต้องการอบรมมากที่สุด
264 ประกอบด้วย ๑) กลุ่มแพทย์ : ความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ขั้นสูง
265 ๒) กลุ่มพยาบาล : ความรู้เกี่ยวกับการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์เบื้องต้น ๓) กลุ่มวิชาชีพ
266 อื่นๆ : ต้องการฝึกอบรมในทุกหัวข้อ ได้แก่ ความรู้การจัดบริการเตรียมความพร้อม ทักษะการให้คำปรึกษาผู้รัก
267 ทักษะการตรวจทางพันธุกรรมหรือเครื่องมือพิเศษ ทักษะการพัฒนาสื่อ/รูปแบบจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย
268 และการวางแผน ติดตาม กำกับและประเมินผลกระบวนการดำเนินงาน

269 **ข้อเสนอ**

270 เพื่อโปรดทราบ

271 **มติที่ประชุม**

272 รับทราบ

273

274 **๓.๒.๓. ผลการสำรวจความพร้อมการในการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก รพ./สถานพยาบาล** 275 **นอกสังกัด สป.สธ. และ นอก สธ.**

276 นางปภาวี ไชยรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
277 รายงานผลการสำรวจความพร้อมการในการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก โรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอก
278 สังกัด สป.สธ. และ นอก สธ. โดยการตอบแบบสอบถามการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก โรงพยาบาล/
279 สถานพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. ตอบกลับ ๑๓ แห่ง มีบริการ ๕ แห่ง (ร้อยละ ๓๘.๕) ทุกแห่งไม่ได้เปิดเป็นคลินิก
280 เฉพาะทาง โดยรูปแบบบริการ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาแนะนำ การตรวจรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การใส่ยา
281 กระตุ้นไข่ การฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก (IUI) (อัตราค่าบริการ ๓,๐๐๐-๕,๐๐๐ บาท) การทำเด็กหลอดแก้ว (IVF)
282 (อัตราค่าบริการ ๑๒๐,๐๐๐ บาท) การฝากไข่ และธนาการอสุจิ (อัตราค่าบริการ ๒,๕๐๐ บาท) ส่วนที่ไม่มีบริการ
283 ๘ แห่ง (ร้อยละ ๖๑.๕) สาเหตุที่ไม่มีบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ ไม่มีแพทย์สาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์/
284 ไม่มีสูตินรีแพทย์ที่อบรมด้านการรักษาภาวะมีบุตรยาก/ไม่มีบุคลากรให้การปรึกษาด้านการรักษาภาวะมีบุตรยาก
285 ไม่มีนักวิทยาศาสตร์ด้านพันธุกรรม/เพาะเลี้ยงตัวอ่อน ไม่มีห้องปฏิบัติการที่สามารถให้บริการได้ ไม่มีวัสดุอุปกรณ์/
286 เครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ และไม่มีงบประมาณ ส่วนโรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัด สธ. ตอบกลับ ๓๒
287 แห่ง มีบริการ ๒๑ แห่ง (ร้อยละ ๖๕.๖) เป็นคลินิกเฉพาะทาง ๑๑ แห่ง (ร้อยละ ๒๘.๖) โดยรูปแบบบริการ
288 ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาแนะนำ การตรวจรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การใส่ยากระตุ้นไข่ การฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก
289 (IUI) (อัตราค่าบริการ ๑,๖๐๐-๘,๐๐๐ บาท) การทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) (อัตราค่าบริการ ๖๐,๐๐๐-๒๐๐,๐๐๐ บาท)
290 การฝากไข่ (อัตราค่าบริการ ๗,๐๐๐-๙๕,๐๐๐ บาท) และธนาการอสุจิ (อัตราค่าบริการ ๒,๐๐๐-๕,๐๐๐ บาท)
291 ส่วนที่ไม่มีบริการ ๑๑ แห่ง (ร้อยละ ๓๔.๔) สาเหตุที่ไม่มีบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ ไม่มีวัสดุอุปกรณ์/
292 เครื่องมือที่ใช้ในการให้บริการ ไม่มีแพทย์สาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ไม่มีนักวิทยาศาสตร์เพาะเลี้ยงตัวอ่อน
293 ไม่มีห้องปฏิบัติการที่สามารถให้บริการได้ ไม่มีสูตินรีแพทย์ที่อบรมด้านการรักษาภาวะมีบุตรยาก ไม่มีบุคลากรให้

294 คำปรึกษาด้านการรักษาภาวะมีบุตรยาก ไม่มีนักวิทยาศาสตร์ด้านพันธุกรรม และไม่มิงงบประมาณ การตอบ
295 แบบสอบถามความพร้อมของห้องปฏิบัติการในการตรวจวินิจฉัย โรงพยาบาล/สถานพยาบาล นอกสังกัด สป.สธ.
296 ๕ แห่ง มีห้องปฏิบัติการ ๒ แห่ง (ร้อยละ ๔๐) บริการที่ห้องปฏิบัติการทั้ง ๒ แห่ง สามารถตรวจวินิจฉัยได้ ได้แก่
297 การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด (CBC) การตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส (VDRL) การตรวจการติด
298 เชื้อซิฟิลิสด้วย TREPONEMA TEST (TPHA หรือ TPPA) การตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBSAG) การตรวจ
299 หมู่เลือดระบบ ABO และ RH การตรวจหาโรคเลือดทางพันธุกรรม (HEMOGLOBIN TYPING) การตรวจหา
300 ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ANTI-HIV) การตรวจหาภูมิคุ้มกันหัดเยอรมัน (RUBELLA IGG) การตรวจมะเร็งปากมดลูก
301 การตรวจอัตร้าชาวด์หาความผิดปกติของมดลูกและรังไข่ และการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเชื้อหรือตรวจ
302 สเปิร์ม (SEMEN ANALYSIS) ส่วนบริการที่มีห้องปฏิบัติการ ๑ แห่งสามารถตรวจวินิจฉัยได้ คือ การฉีดสีในโพรง
303 มดลูก เพื่อหาความผิดปกติในโพรงมดลูก และท่อนำไข่ ความพร้อมของห้องปฏิบัติการในการตรวจวินิจฉัย
304 โรงพยาบาล/สถานพยาบาล นอกสังกัด สธ. ๒๑ แห่ง มีห้องปฏิบัติการทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) บริการที่ห้องปฏิบัติการ
305 ทุกแห่งสามารถตรวจวินิจฉัยได้ ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและเกล็ดเลือด (CBC) การตรวจการติดเชื้อ
306 ชิฟิลิส (VDRL) การตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสด้วย TREPONEMA TEST (TPHA หรือ TPPA) การตรวจหาภูมิคุ้มกัน
307 หัดเยอรมัน (RUBELLA IGG) การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจอัตร้าชาวด์หาความผิดปกติของมดลูกและรังไข่
308 สำหรับการตรวจหาภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ANTI-HIV) การตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจวิเคราะห์คุณภาพ
309 น้ำเชื้อหรือตรวจสเปิร์ม (SEMEN ANALYSIS) ส่วนบริการที่ห้องปฏิบัติการสามารถตรวจวินิจฉัยได้ไม่ครบทุกแห่ง
310 ได้แก่ การตรวจการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBSAG) การตรวจหาภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ANTI-HIV) การตรวจ
311 มะเร็งปากมดลูก การการฉีดสีในโพรงมดลูกเพื่อหาความผิดปกติในโพรงมดลูกและท่อนำไข่ และตรวจวิเคราะห์
312 คุณภาพน้ำเชื้อหรือตรวจสเปิร์ม (SEMEN ANALYSIS) ความต้องการในการฝึกอบรมเพื่อจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก
313 โรงพยาบาล/สถานพยาบาลนอกสังกัด สป.สธ. จำนวน ๕ แห่ง ต้องการฝึกอบรม ๔ แห่ง ส่วนโรงพยาบาล/
314 สถานพยาบาลนอกสังกัด สธ. จำนวน ๒๑ แห่ง ต้องการอบรม ๙ แห่ง โดยประเด็นที่ต้องการอบรมมากที่สุด
315 ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ต้องการฝึกอบรมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยากและการฝึกทักษะ
316 การให้คำปรึกษาคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก ร้อยละ ๕๐ ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก
317 ร้อยละ ๔๔.๔ กลุ่มพยาบาลต้องการฝึกอบรมทักษะการให้คำปรึกษาคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก ร้อยละ ๖๒.๕
318 ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก ร้อยละ ๖๐

319 **ข้อเสนอ**

320 เพื่อโปรดทราบ

321 **มติที่ประชุม**

322 รับทราบ

323 **๓.๓ ผลการสำรวจความคิดเห็นและข้อเสนอเชิงนโยบายจากการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ**

324 **คนโสดรุ่นใหม่**

325 นางปภาวี ไชยรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
326 รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกลุ่มคนโสดที่ร่วมโครงการ Sod Smart จำนวน
327 ๑๔๒ คน ประกอบด้วย เพศชาย ร้อยละ ๒๖.๐๖ เพศหญิง ร้อยละ ๗๑.๑๓ และ LGBTQ+ ร้อยละ ๒.๘๒ ที่มี
328 สถานภาพโสด ร้อยละ ๑๐๐ อายุ ๒๐-๓๔ ปี ร้อยละ ๔๐.๘๕ อายุ ๓๕-๔๒ ปี ร้อยละ ๔๑.๕๕ อายุ ๔๓-๔๙ ปี ร้อย

329 ละ ๑๗.๖๑ ประกอบอาชีพในหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ ๔๔.๓๗ องค์กรเอกชน ร้อยละ ๒๘.๑๗ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ
330 ๒๒.๕๔ และรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๔.๙๓ ความต้องการใช้ชีวิตคู่ ต้องการมีคู่ ร้อยละ ๗๗.๔๖ ไม่แน่ใจ ร้อยละ ๑๔.๐๘
331 และต้องการอยู่เป็นโสด ร้อยละ ๘.๔๕ ส่วนความต้องการมีบุตร ต้องการมีบุตร ร้อยละ ๖๑.๒๗ ไม่แน่ใจ ร้อยละ
332 ๒๑.๑๓ และไม่ต้องการมีบุตร ร้อยละ ๑๗.๖ ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายรับมือเด็กเกิดน้อย สังคมสูงวัย ดังนี้
333 ๑) มาตรการส่งเสริมการใช้ชีวิตคู่ในกลุ่มคนโสด ได้แก่ การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ให้คนโสดได้รู้จักกัน การจัด
334 สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับคนโสด การลดหย่อนภาษีให้คนโสดที่ต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง การส่งเสริม
335 การออมเพื่อการเกษียณ และการพัฒนา Application matching ที่ใช้ง่าย ปลอดภัย ไม่มีค่าใช้จ่าย ๒) มาตรการ
336 ส่งเสริมการมีบุตร ได้แก่ การ สนับสนุนค่าเลี้ยงดูบุตรแรกเกิด-๑๕ ปี การสร้างทัศนคติแก่คนรุ่นใหม่ในการสร้าง
337 ครอบครัว การเพิ่มวันลาคลอดแบบได้เงินเดือน ๖ เดือน การแก้กฎหมายให้สามารถขอสุจิจาก sperm bank
338 สำหรับการตั้งครรภ์ได้ การสนับสนุนสิทธิประโยชน์รักษาภาวะมีบุตรยาก และการแก้กฎหมายการอุ้มบุญ
339 ๓) มาตรการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนา Application/สายด่วน one stop service สำหรับผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์
340 ดูแลผู้สูงอายุแบบไปเช้า-เย็นกลับ การจัด Community สำหรับผู้สูงอายุราคาไม่แพง และการแจกผ้าอ้อมผู้ใหญ่
341 แผ่นรองขับให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ๔) ข้อเสนอสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สิทธิการลาเพื่อพาผู้สูงอายุไปพบ
342 แพทย์ สิทธิการลาเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย สิทธิลดหย่อนภาษีที่มากกว่าคนทั่วไป กรณีดูแลผู้สูงอายุติดเตียงหรือ
343 ผู้พิการ การยืดหยุ่นเวลาทำงาน การให้สิทธิ Work from home และการมีที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิตเพื่อลด
344 ความเครียด

345 **ข้อเสนอ**

346 เพื่อโปรดทราบ

347 **มติที่ประชุม**

348 รับทราบ

349 **๓.๔ ข้อเสนอจากการประชุมระดับนโยบาย APEC Smart Families**

350 นายแพทย์บุญฤทธิ สุจริตน์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ รายงานข้อเสนอจากการ
351 ประชุมระดับนโยบาย APEC Smart Families โดยระบุว่าในการประชุม Health working group ได้มีการหารือ
352 เกี่ยวกับประเด็น Low Fertilities เนื่องจากใน APEC economies ทั้ง ๒๑ แห่ง มีพื้นที่ที่มี Low Fertilities
353 จำนวน ๑๗ แห่ง ซึ่งหลายประเทศที่เข้าร่วมหารือเห็นชอบในการขับเคลื่อนประเด็นดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนา
354 โปรแกรม APEC Smart Families เป็น Policy dialogue เพื่อทบทวนนโยบายทั้งหมดที่ได้เคยดำเนินการมาก่อน
355 จึงได้ร่วมกันจัดทำ Policy option โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ ๑) ให้ความสนใจกับความท้าทายด้านประชากรศาสตร์
356 และผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องที่แต่ละภูมิภาคกำลังเผชิญอยู่ ๒) เริ่มพัฒนานโยบายแบบองค์รวม รวมถึง
357 ภาวะการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวสำหรับบุคคล และครอบครัวที่ต้องการมีบุตร และหลีกเลี่ยงการ
358 ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้ผู้หญิงมีทางเลือกในการเจริญพันธุ์ (ตั้งเป้าหมายแล้วเสร็จในการประชุมผู้นำระดับสูง
359 APEC ด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ ครั้งที่ ๑๓ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖) และ ๓) สร้างฉันทามติระหว่างกลุ่ม
360 APEC เพื่อร่วมมือกันจัดการกับแนวโน้มทางประชากรโลก โดยขั้นตอนการดำเนินงานได้มีการประชุมหารือ
361 ระหว่างผู้เชี่ยวชาญ (Expert meeting group) ซึ่งได้ผู้เชี่ยวชาญจาก Jhpiego เป็นผู้ทบทวนและพัฒนา

362 proposal โดยมีคุณ Sarah Webb เป็นหัวหน้าทีมดำเนินการ ซึ่งอยู่ในระหว่างการส่งโครงร่าง proposal ฉบับแรก
363 ให้แต่ละประเทศร่วมกันพิจารณาและให้ความเห็น โดยคาดว่าคาดว่าจะได้ Policy option ฉบับสมบูรณ์ประมาณ
364 เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖ หลังจากได้ Policy menu option แล้ว กระบวนการดำเนินงานขั้นตอนต่อไปกรมอนามัย
365 จะดำเนินการหารือกับกระทรวงการคลังเพื่อประมาณการงบประมาณที่จะต้องใช้ในการดำเนินการแต่ละนโยบาย
366 ต่อไป และสรรหาแหล่งงบประมาณที่จะใช้ รวมทั้งการสรรหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติม เพื่อเตรียมข้อมูลเสนอ
367 รัฐบาลชุดถัดไปในการผลักดันเป็นนโยบายขับเคลื่อนของประเทศต่อไป

368 **ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

369 ศาสตราจารย์ นพ.กำธร พุกชานนนท์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กล่าวให้
370 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า APEC Smart Families เป็นประเด็นที่กำลังอยู่ในความสนใจขององค์กรในหลายๆ
371 ประเทศ ณ ขณะนี้ ข้อมูลล่าสุด WHO prevalent infertile มากกว่าร้อยละ ๑๗ ทั่วโลก และประเด็น infertile
372 มีความเกี่ยวข้องกับ SCG อย่างน้อย ๕ หัวข้อ ซึ่งอาจนำประเด็นเอาที่เกี่ยวข้องกับ SCG มาประกอบการพิจารณา
373 เพิ่มเติม และประเด็นความหลากหลายทางวัฒนธรรมในหลายประเทศส่งผลต่อนโยบายที่อาจมีความแตกต่าง
374 กันในแต่ละบริบทของพื้นที่ การนำ fertilities scorecard มาปรับใช้อาจจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำมา
375 อธิบายให้สังคมเข้าใจถึงเหตุผลว่าทำไมถึงต้องมีการจัดทำ Policy option มีความพร้อมมากน้อยเพียงใด มีการ
376 priority ในแต่ละหัวข้อมากน้อยเพียงใด

377 **ข้อเสนอ**

378 เพื่อโปรดทราบ

379 **มติที่ประชุม**

380 รับทราบ

381 **ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา**

382 **๔.๑ การทบทวนคำสั่งคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และ** 383 **ประชากร**

384 นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ รายงานว่า ความเป็นมา
385 ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากรมีความซับซ้อน มีผลกระทบต่อโครงสร้างประชากร การดำเนินชีวิต
386 และสุขภาพของประชาชน ประกอบกับเกิดโรคอุบัติใหม่ทั้งที่ยังคงอยู่ในปัจจุบันและอาจมีเพิ่มเติมในอนาคต
387 การสื่อสารด้วยข้อมูลวิชาการที่ถูกต้องจะสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ลดความลังเลสงสัย และความวิตก
388 กังวล คณะกรรมการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการ
389 ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากร เมื่อวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เพื่อให้เกิดการบูรณาการองค์ความรู้
390 ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเป็นระบบ และมีเอกภาพ โดยมีอนุกรรมการ ๒๔ ท่าน ซึ่งข้อเท็จจริง คือ
391 อนุกรรมการที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากร เป็นกลไกกลางในการทำหน้าที่วิเคราะห์

392 สั่งกระทรวงให้คำปรึกษา และกำหนดประเด็นการสื่อสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากรให้มีความถูกต้อง
 393 เป็นเอกภาพอย่างต่อเนื่องถึงปัจจุบัน และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการ
 394 ดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากรของประเทศ องค์ประกอบของคณะกรรมการที่ปรึกษา
 395 เดิม ไม่สอดคล้องกับข้อมูลในปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม โดยฝ่าย
 396 เลขานุการได้ยก (ร่าง) องค์ประกอบคณะกรรมการใหม่ โดยคำสั่งฉบับปัจจุบันมีการแต่งตั้งเป็นรายชื่อบุคคล
 397 เป็นส่วนใหญ่ และที่ผ่านมามีคณะกรรมการที่ปรึกษา บางท่านเปลี่ยนตำแหน่ง เปลี่ยนหน่วยงาน และ
 398 คณะกรรมการที่ปรึกษา บางท่านไม่สะดวกในการเข้าร่วมประชุมจึงยินดีให้ตัดรายชื่อออกจากการเป็น
 399 คณะกรรมการที่ปรึกษา จึงจำเป็นต้องมีการทบทวน ส่วนมากจะมีการยึดคณะกรรมการที่ปรึกษา ชุดเดิม
 400 เป็นหลัก และมีการปรับตำแหน่งให้ตรงกับตำแหน่งปัจจุบันของแต่ละท่าน ส่วนคณะกรรมการที่ปรึกษา ดังนี้
 401 (ร่าง) องค์ประกอบคณะกรรมการที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากร

องค์ประกอบ (เดิม)

ปรับปรุง (ใหม่)

- | | |
|--|---|
| ๑. อธิบดีกรมอนามัย (ประธาน) | ๑. อธิบดีกรมอนามัย (ประธาน) |
| ๒. รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย (รองประธาน) | ๒. รองอธิบดีกรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย (รองประธาน) |
| ๓. นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย | ๓. นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ) กรมอนามัย |
| ๔. ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย | ๔. ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย |
| ๕. ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย | ๕. ประธานราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย |
| ๖. ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย | ๖. ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย |
| ๗. ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรมการแพทย์ | ๗. ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรมการแพทย์ |
| ๘. นายอรรณพ ใจสำราญ
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | ๘. ศาสตราจารย์ นพ. อรรณพ ใจสำราญ
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ๙. นายกำธร พุทธานานนท์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย | ๙. ศาสตราจารย์ นพ. กำธร พุทธานานนท์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ๑๐. นางสาวกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล | ๑๐. ศาสตราจารย์ พญ. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ๑๑. นายปราโมทย์ ประสาทกุล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล | ๑๑. ศาสตราจารย์ ปราโมทย์ ประสาทกุล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |

๑๑. นายอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๓. นายเกื้อ วงศ์บุญสิน
ข้าราชการบำนาญนักวิชาการอิสระ

๑๔. นายปิยะชาติ ภิรมย์สวัสดิ์ สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ
ศศินทร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑๕. นางกนิษฐา จำรูญสวัสดิ์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๖. นายสรภพ เกียรติพงษ์สาร
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑๗. นางชฎานิศวรร โคโณะ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๑๘. นายสุภักดิ์ จุลวิจิตรพงษ์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๙. นายชเนนทร์ วนาภีรักษ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๒๐. นายโอฬาริก มุสิกวงศ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

๒๑. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

๒๒. ข้าราชการตำแหน่งนายแพทย์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย ที่ได้รับมอบหมาย

๒๓. นางปภาวี ไชยรักษ์ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

๒๔. นางสาวเจนจิรา อุ่นแก้ว สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์

๑๒. ศาสตราจารย์ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๓. ศาสตราจารย์ เกื้อ วงศ์บุญสิน
ข้าราชการบำนาญนักวิชาการอิสระ

๑๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปิยะชาติ ภิรมย์สวัสดิ์ สถาบัน
บัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑๕. รองศาสตราจารย์ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๖. นายสรภพ เกียรติพงษ์สาร
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑๗. รองศาสตราจารย์ ชฎานิศวรร โคโณะ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๑๘. รองศาสตราจารย์ นพ. สุภักดิ์ จุลวิจิตรพงษ์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

๑๙. รองศาสตราจารย์ นพ. ชเนนทร์ วนาภีรักษ์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๒๐. ผู้อำนวยการกองอนามัยมารดาและทารก กรมอนามัย

๒๑. ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

๒๒. เจ้าหน้าที่สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
ที่ได้รับมอบหมาย

๒๓. เจ้าหน้าที่สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
ที่ได้รับมอบหมาย

๒๔. เจ้าหน้าที่สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
ที่ได้รับมอบหมาย

404 ๑. กลั่นกรองและเสนอแนะแนวทางดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากรภายใต้
405 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริม
406 การเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพต่อคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

407 ๒. เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและให้ข้อคิดเห็นประกอบการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายรวมถึงการ
408 กำหนดแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และประชากรต่อคณะกรรมการพัฒนาอนามัย
409 การเจริญพันธุ์แห่งชาติ

410 ๓. แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานได้ตามความเหมาะสม

411 ๔. ดำเนินงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติมอบหมาย

412 **ข้อพิจารณา**

413 ๑. เห็นชอบในหลักการ (ร่าง) องค์กรประกอบ คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาวิชาการด้านอนามัยการ
414 เจริญพันธุ์และประชากรตามที่ฝ่ายเลขานุการเสนอ

415 ๒. มอบฝ่ายเลขานุการฯ ดำเนินการ

416 **ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

417 นางปภาวี ไชยรักษ์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ลำดับที่ ๖ ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
418 ไทย เสนอให้พิจารณาตัดออก เนื่องจากราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยไม่ได้ส่งผู้แทนเพื่อเข้าร่วมเป็น
419 คณะอนุกรรมการฯ และไม่ได้เข้าร่วมประชุมฯ จึงยินดีให้ตัดชื่อออกจากการเป็นคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาฯ
420 ลำดับที่ ๑๐ ศาสตราจารย์แพทย์หญิง กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
421 มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอให้พิจารณาตัดออก เนื่องจาก ท่านแจ้งความประสงค์ว่าจะขอให้ รศ.พล.ท.นพ.วิโรจน์
422 อารีย์กุล เข้าร่วมเป็นผู้แทนจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยเพียงท่านเดียว ลำดับที่ ๑๖ นายสรภพ
423 เกียรติพงษ์สาร วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอให้พิจารณาแก้ไขหน่วยงาน เนื่องจากมี
424 การเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน ลำดับที่ ๒๐ นายโอฬาริก มุสิกวงศ์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เสนอให้
425 พิจารณาแก้ไขหน่วยงาน เนื่องจากมีการเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน

426 ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ เสนอเพิ่มรายชื่อ นายสุรียนต์ ัญญกิจงานกิจ
427 ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผนงาน แทนเลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นางภัทรพร วรทรัพย์
428 ที่ปรึกษาด้านพัฒนาระบบการเงินการคลัง กรมบัญชีกลาง แทนอธิบดีกรมบัญชีกลาง และผู้แทนจากหน่วยงาน
429 สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA)

430 ศาสตราจารย์ ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน เสนอเพิ่มรายชื่อ ศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ องค์กรุฑรักษา
431 คณะนิเทศศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้มาช่วยประเด็น IEC (Information Education Communication)
432 เรื่องการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การประชาสัมพันธ์ การเชื่อมโยงกับ ผสส. อสม.

433 นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์ เสนอเพิ่มรายชื่อผู้เชี่ยวชาญจาก ๒ หน่วยงาน ที่มีความเชี่ยวชาญ
434 ด้านการรักษาภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ TSRM ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานด้าน Reproductive และ ATE ที่มี
435 นักวิทยาศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญในการเพาะเลี้ยงตัวอ่อน

436 **มติที่ประชุม**

437 มอบให้ฝ่ายเลขานุการดำเนินการรวบรวมรายชื่อคณะกรรมการที่ปรึกษา ฉบับแก้ไข แจ้ง
438 เวียนให้คณะกรรมการที่ปรึกษาฯ ทุกท่านทราบก่อนดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา
439 ชุดใหม่ในลำดับต่อไป

440

441 **๔.๒ แนวทางการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก**

442 นายแพทย์บุญฤทธิ์ สุจริตน์ ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ รายงานว่า ความเป็นมา ปี
443 พ.ศ. ๒๕๖๓ เห็นชอบให้มีการผลักดันสิทธิประโยชน์ด้านการช่วยเหลือภาวะมีบุตรยาก จึงได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง
444 คณะทำงาน เพื่อผลักดันสิทธิประโยชน์ด้านการช่วยเหลือภาวะมีบุตรยาก และจัดทำข้อเสนอเพื่อผลักดันสิทธิ
445 ประโยชน์การเข้าถึงการรักษาโรคภาวะมีบุตรยาก” ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ได้มีการรายงานความก้าวหน้าในการประชุม
446 คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ และการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อน
447 นโยบายและยุทธศาสตร์ฯ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๔ ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้มีการสำรวจความพร้อมในการจัดบริการเตรียมความ
448 พร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตร และการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก รพ./สถานพยาบาล ในและนอกสังกัด
449 สป.สธ. และนอก สธ. มติคณะกรรมการฯ เห็นชอบต่อข้อเสนอเชิงนโยบายด้านประชากรรวมถึงการช่วยเหลือคู่
450 สมรสที่ประสบภาวะมีบุตรยากให้เข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น โดยมีข้อเท็จจริง คือ ที่ประชุมคณะกรรมการหลักประกัน
451 สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๒/๒๕๖๔ มีมติให้การรักษาภาวะมีบุตรยาก และการผสมเทียม ยกเว้นการดำเนินการที่
452 เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทน (Surrogacy) เป็นบริการที่เข้าข่ายการให้สิทธิ (inclusion) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่ง
453 ประเทศไทย ดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากเสร็จสิ้น เมื่อวันที่ ๑๙
454 สิงหาคม ๒๕๖๕ ที่วิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ไม่ได้ดำเนินการขอรับทุนวิจัย จาก
455 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้ชื่อโครงการการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาคู่สมรส
456 ภาวะมีบุตรยาก : การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ตามเวลาที่กำหนด นอกจากนี้กรมอนามัยดำเนินการ
457 ทหารีร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ณ
458 ห้องประชุมบรรณพัฒน์ กรมอนามัย และมีกรอบแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งมีข้อสรุปดังนี้ ๑) ด้านวิชาการ ราช
459 วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก รับฟังความคิดเห็น
460 จากผู้เกี่ยวข้อง (๑๐ พ.ค. ๖๖) ปรับปรุงและจัดพิมพ์เพื่อเผยแพร่ไปยังโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในทุกกระดับ ราช
461 วิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำหลักสูตรอบรมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป สูตินรีแพทย์ และแพทย์
462 ผู้เชี่ยวชาญอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ และการจัดอบรมร่วมกับกรมอนามัย ๒) ด้านการจัดบริการ
463 ดำเนินการประชุมหารือร่วมกับโรงพยาบาล/สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ในการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตร
464 ยาก การปรับปรุงแก้ไขระเบียบการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะมีบุตรยากใน ๓ กองทุน การสื่อสารเพื่อทำความ

465 เข้าใจกับผู้ให้บริการและผู้รับบริการในเรื่องภาวะมีบุตรยาก ๓) ด้านการผลักดันสิทธิประโยชน์ จัดทำโครงการ
466 ศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาคู่สมรสภาวะมีบุตรยาก : การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์การนำ
467 ผลการศึกษาเข้าสู่กระบวนการพิจารณากำหนดเป็นสิทธิประโยชน์

468

469 **ข้อเสนอ**

470 ๑. เห็นชอบให้เสนอแนวทางการจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก ต่อที่ประชุมคณะกรรมการ
471 พัฒนานโยบายการเจริญพันธุ์แห่งชาติเพื่อพิจารณาสั่งการ

472 ๒. มอบฝ่ายเลขานุการฯ ดำเนินการ

473 **ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

474 รองศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า สาเหตุที่ไม่ได้ดำเนินการทำ
475 proposal โครงการศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลของการรักษาคู่สมรสภาวะมีบุตรยาก : การประเมินความคุ้มค่าทาง
476 เศรษฐศาสตร์การนำผลการศึกษาเข้าสู่กระบวนการพิจารณากำหนดเป็นสิทธิประโยชน์ต่อจนสำเร็จ เนื่องจากผู้
477 ดำเนินโครงการหลักมีปัญหาด้านสุขภาพจึงไม่สามารถดำเนินโครงการต่อได้ ส่วนที่ปรึกษาโครงการติดภารกิจใน
478 การดูแลผู้ป่วยหลังการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาสุขภาพ และผู้ร่วมรับผิดชอบโครงการท่านอื่น
479 ติดภารกิจจากภาระงานปัจจุบันจึงไม่สามารถดำเนินโครงการต่อไปได้

480 รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ชเนนทร์ วนาภิรักษ์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผู้ที่จะเข้าสู่กระบวนการ
481 รักษาภาวะมีบุตรยากนั้น อาจต้องประเมินว่าตนเองมีปัญหาที่ต้องเข้าสู่ภาวะมีบุตรยากแล้วหรือไม่ หากมีแนวทาง
482 ที่ช่วยให้ผู้มีปัญหาดังกล่าวได้เข้าสู่กระบวนการอย่างรวดเร็วและมีผู้ให้คำปรึกษาที่ถูกต้องจะสามารถช่วยให้
483 ประสิทธิภาพของรักษาภาวะมีบุตรยากได้ดีและรวดเร็วขึ้น

484 นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์ ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า Project public private partnership
485 หากรอภาครัฐดำเนินการเพียงฝ่ายเดียวอาจใช้เวลานาน ควรดำเนินการร่วมกับคลินิกเอกชนอาจทำให้สามารถ
486 ดำเนินงานได้เร็วขึ้น ส่วนการทำเครือข่าย ได้หารือร่วมกับนักการตลาดและทดลองทำเครือข่ายไว้เบื้องต้น เช่น
487 การทำ location ในแต่ละจังหวัดว่ามีที่ที่ ซึ่งนักการตลาดยินดีที่จะทำแผนที่ให้ เพื่อให้ง่ายต่อการทำระบบการส่ง
488 ต่อเพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป

489 **มติที่ประชุม**

490 มอบฝ่ายเลขานุการฯ ดำเนินการในลำดับถัดไป

491

492 **ปิดประชุม เวลา ๑๕.๓๐ น.**

493

494 นายเดชาคม ยงยี่น

จัดทำรายงานการประชุม

495 นางปภาวี ไชยรักษ์

ตรวจรายงานการประชุม

496

นางสาวพัชรีวรรณ เจนสาริกรณ

ตรวจรายงานการประชุม

497

นายแพทย์บุญฤทธิ สุขรัตน์

เห็นชอบรายงานการประชุม