

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ (รอบ 5 เดือนหลัง) ตัวชี้วัด 3.20 จำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตร

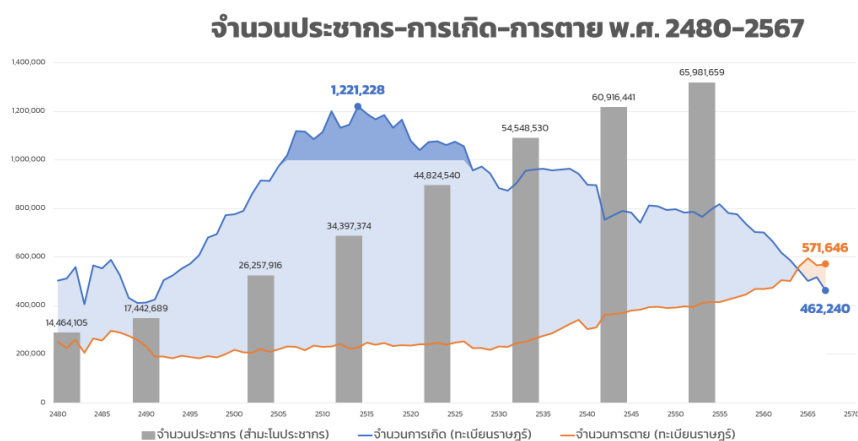
ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด

ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ดำเนินการแก้ปัญหาเรื่องเด็กเกิดน้อยมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ได้ผ่านความเห็นชอบจาก มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2559 โดยมีกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานคือ คณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์ เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2568 โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 13 มกราคม 2568 เป็นต้นมา ภายใต้องค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการเดิม

สถานการณ์ด้านโครงสร้างประชากร ประเทศไทยยังไม่สามารถเพิ่มจำนวนการเกิดได้ จำนวนการเกิดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ปี 2566 จำนวนการเกิดเหลือเพียง 462,240 คน จำนวนการตายมากกว่าจำนวนการเกิดต่อเนื่องเป็นปีที่ 4 ติดต่อกัน อัตราเจริญพันธุ์รวมหรือจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของผู้หญิง 1 คนเหลือเพียง 1.12 คน ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทนประชากร (2.1) ทำให้ประเทศเข้าสู่ช่วงที่ประชากรหดตัวหรือมีจำนวนลดลงอย่างเต็มตัว คาดการณ์ว่าถ้าจำนวนเด็กเกิดใหม่ของประเทศไทยไม่มีการเพิ่มขึ้น ภายใน 60 ปี ข้างหน้า จำนวนประชากรจะเหลือเพียงครึ่งเดียวของปัจจุบัน หรือประมาณ 33 ล้านคน จำนวนการเกิดที่น้อยลงนี้ ส่งผลต่อโครงสร้างประชากร เด็กน้อย ในขณะที่เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์

ภาพที่ 1 จำนวนการเกิดและจำนวนการตาย ปี พ.ศ. 2480 – 2567



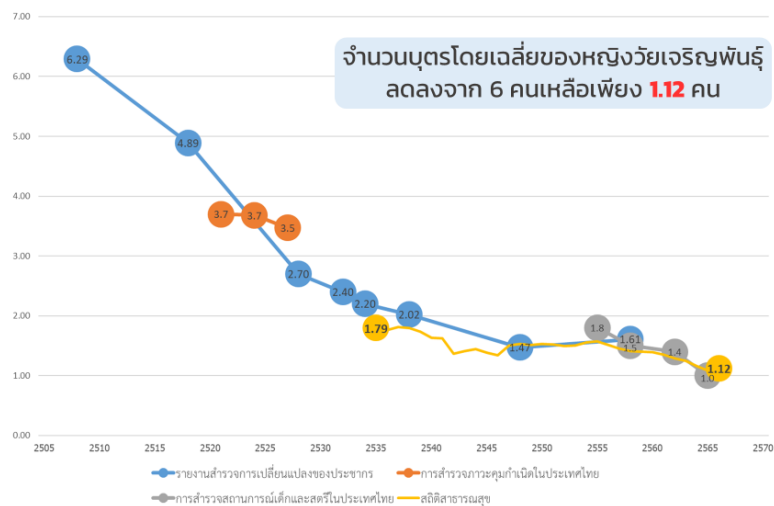
สถานการณ์

- จำนวนการเกิดเหลือเพียง 462,240
- จำนวนการตายมากกว่าการเกิดเป็นปีที่ 4 ติดต่อกัน
- จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยเพียง 1.12 คน

ภาพที่ 2 อัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate) ของประเทศไทย

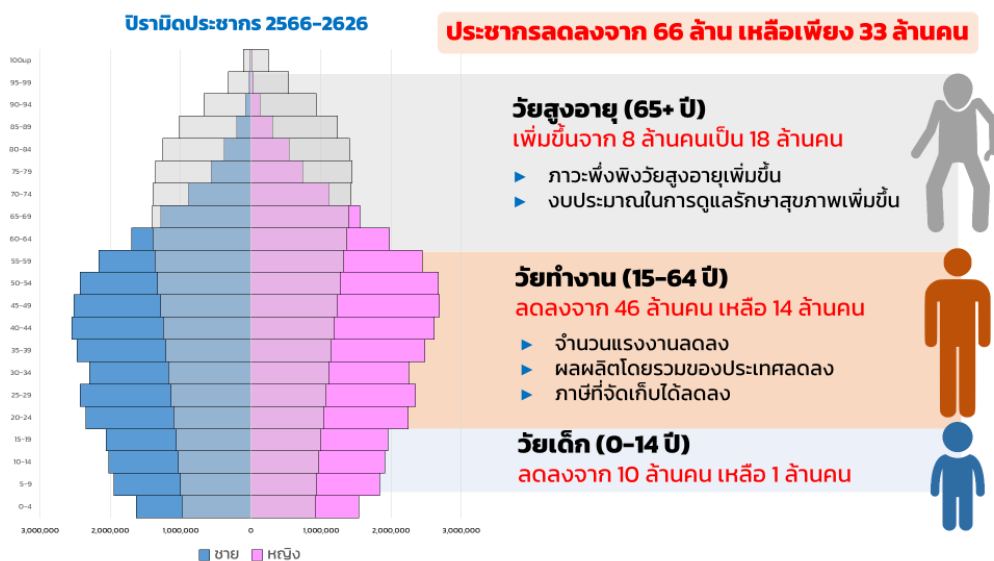


อัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate : TFR)



ภาพที่ 3 แนวโน้มสถานการณ์โครงสร้างประชากร

แนวโน้มสถานการณ์ในอนาคตและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น : โครงสร้างประชากรเปลี่ยน



แหล่งข้อมูล: การคาดประมาณประชากร โดย ศาสตราจารย์ ดร.เกื้อ วงศ์บุญสินและคณะ

ในปี 2567 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดให้ประเด็นส่งเสริมการมีบุตรเป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวง โดยการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตรได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงมีการจัดบริการคลินิกส่งเสริมมีบุตร ครบ 76 จังหวัด เปิดให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรในแต่ละระดับ แบ่งเป็น

- ระดับที่ 1 การจัดบริการส่งเสริมการมีบุตรและการรักษาภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น จำนวน 901 แห่ง (ร้อยละ 100)

- ระดับที่ 2 การรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI : Intrauterine insemination) และการส่งต่อ การส่งต่อไปยัง ระดับที่ 3 จำนวน 82 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลศูนย์ 33 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 44 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง

- ระดับที่ 3 การรักษาภาวะมีบุตรยากโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ขั้นสูง ได้แก่ การทำ IVF/ICSI รวมถึงการผ่าตัดผ่านกล้องทางช่องท้องหรือโพรงมดลูก จำนวน 3 แห่ง

ภายหลังจากการปรับเปลี่ยนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 ไม่มีนโยบายส่งเสริมการมีบุตรในระดับกระทรวง การรายงานผลการดำเนินการเข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตรลดลงเป็นลำดับ ประกอบกับความไม่ชัดเจนของสิทธิประโยชน์ ทำให้เกิดการชะลอตัวในการให้บริการ อย่างไรก็ตามนโยบายส่งเสริมการมีบุตรยังคงดำเนินงานภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี ตั้งแต่วันที่ 8 ตุลาคม 2559 โดยมีนโยบายว่า “รัฐบาลสนับสนุนและส่งเสริมการเกิดเพิ่มขึ้นด้วยความสมัครใจ เพื่อเพียงพอสำหรับทดแทนประชากรและการเกิดทุกรายมีการวางแผนมีความตั้งใจและความพร้อมในทุกด้าน นำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” โดยมีเป้าประสงค์ 2 ประการ คือ 1. เพื่อให้การเกิดทุกรายมีการวางแผนมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และได้รับความช่วยเหลือในการมีบุตร 2. เพื่อส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและการมีพัฒนาการสมวัย พร้อมทั้งจะเรียนรู้ในช่วงวัยต่อไปอย่างมั่นคง ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตร ในปี 2568 เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และเป็นไปตามบทบาทภารกิจกรมอนามัย ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลสุขภาพตัวเองได้ สร้างการมีส่วนร่วมพร้อมขับเคลื่อน “การส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ” ตามเป้าประสงค์เพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กไทยสุขภาพดี

❖ ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องเร่งรัดดำเนินการให้เป็นรูปธรรม ในปี 2568 ได้แก่ การยกระดับระบบบริการสาธารณสุข พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน สร้างความมั่นคงทางสุขภาพคนไทยทุกมิติ ทั้งการส่งเสริม ควบคุมป้องกันโรครักษา และฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว ด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ตอบโจทย์ความต้องการของสังคมทั้งในปัจจุบัน และอนาคตภายใต้เป้าหมาย “สุขภาพมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง เสริมแรงเศรษฐกิจไทย” สำหรับ “นโยบายส่งเสริมการมีบุตร” ไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังไม่ได้ประกาศหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาภาวะมีบุตรยากที่ชัดเจน ทั้งนี้ติดคณะกรรมการพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2568

เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2568 เห็นชอบและมอบฝ่ายเลขานุการเสนอกำหนดประเด็นส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพเป็นนโยบายกระทรวงสาธารณสุข การดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตร ในปี 2568 ยังมีความสอดคล้องตามนโยบายกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกระดับและหนุนเสริมการทำงานในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ ลดช่องว่างในการทำงานแปลงแผนสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มุ่งเน้นลดอัตราการตายมารดาไทย และลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด เพื่อให้เกิดทุกรายมีคุณภาพ

ภาพที่ 4 นโยบายกรมอนามัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



❖ ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการปัจจุบัน

กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนการดำเนินงานประเด็นส่งเสริมการมีบุตร โดยให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรตามศักยภาพของสถานพยาบาล โดยแบ่งการจัดบริการเป็น 3 ระดับ

1. คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 1 (ให้คำปรึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร) ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 901 แห่ง (ร้อยละ 100)
2. คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 2 (รักษาภาวะมีบุตรยากเบื้องต้นด้วยการกระตุ้นไข่ เห็นยวณไข่ และการทำ IUI : การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก) โดยมีเป้าหมายทุกจังหวัด ขณะนี้ดำเนินการได้ 64 จังหวัด (ร้อยละ 85.5) อีก 12 จังหวัด อุปกรณ์ ได้แก่ จังหวัดชัยนาท เพชรบุรี สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สระแก้ว ตราด นครพนม พังงา ระนอง ภูเก็ต นราธิวาส และปัตตานี อยู่ระหว่างดำเนินการจัดซื้อเครื่องมือ/วัสดุ

3. คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 3 (IVF : การทำเด็กหลอดแก้ว) มีเป้าหมายโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคละ 1 แห่ง ปัจจุบันดำเนินการแล้ว 2 ภาค รวม 3 แห่ง ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : โรงพยาบาลมหาสารคาม ร้อยเอ็ด จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ภาคใต้ : โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา สำหรับภาคเหนือ : โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงรายอยู่ระหว่างดำเนินการ

นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568) แบ่งเป็น โรงพยาบาลรัฐ 17 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 29 แห่ง และคลินิก 72 แห่ง รวมจำนวน 118 แห่ง

การรายงานผลการดำเนินงานจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เปลี่ยนจากการรายงานผล ทาง google form รายสัปดาห์ เป็นการรายงานผลรายเดือน ผ่านเว็บไซต์ www.thaismartfam.com โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2568 เป็นต้นมา ซึ่งจำนวนผู้เข้ารับบริการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (เดือนตุลาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568) จำนวนผู้รับบริการ 3,845 คน จำนวนผู้ที่ตั้งครรภ์ 355 คน

สำหรับการผลักดันให้ประเด็นส่งเสริมการมีบุตร ให้เป็นวาระแห่งชาตินั้น จากมติคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2566 และครั้งที่ 2/2566 เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2566 และวันที่ 25 ธันวาคม 2566 เห็นชอบให้เสนอ (ร่าง) วาระแห่งชาติ ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ ต่อคณะรัฐมนตรี แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรัฐธรรมนูญว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายกรัฐมนตรี สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรีจึงได้ถอนเรื่องกลับมาเพื่อเสนอใหม่ สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ได้เสนอประเด็น ส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์ ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2568 ที่ประชุมมีมติเห็นชอบในหลักการให้เสนอร่างวาระแห่งชาติฯ ต่อคณะรัฐมนตรี โดยมอบฝ่ายเลขานุการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และปรับแก้ไขมาตรการตามข้อเสนอแนะของเลขาธิการนายกรัฐมนตรีต่อไป

ความก้าวหน้าในการกำหนดเงื่อนไขและรายละเอียดสิทธิประโยชน์ด้านรักษาภาวะมีบุตรยาก : จากการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2567 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567 มีมติเห็นชอบให้การรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยส่งเสริมการให้บริการขั้นต้นก่อน และดำเนินการตามลำดับและเงื่อนไขที่กำหนด ขณะนี้อยู่ระหว่างการจัดทำรายละเอียดเงื่อนไขสิทธิประโยชน์และงบประมาณสนับสนุน รวมถึงมีการปรับปรุงกฎหมาย “พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558” เพื่อรองรับการมีบุตรตาม พ.ร.บ.สมรสเท่าเทียม

ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

1. แนวทางการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 1 และระดับที่ 2
2. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะมีบุตรยาก ฉบับ พ.ศ. 2566
3. ร่าง วาระแห่งชาติ ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์

4. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558
5. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567 หรือ "กฎหมายสมรสเท่าเทียม"
6. รายชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 118 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2568)
7. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2568
8. นโยบายและยุทธศาสตร์นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ
9. การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (ระยะครึ่งแผน)