

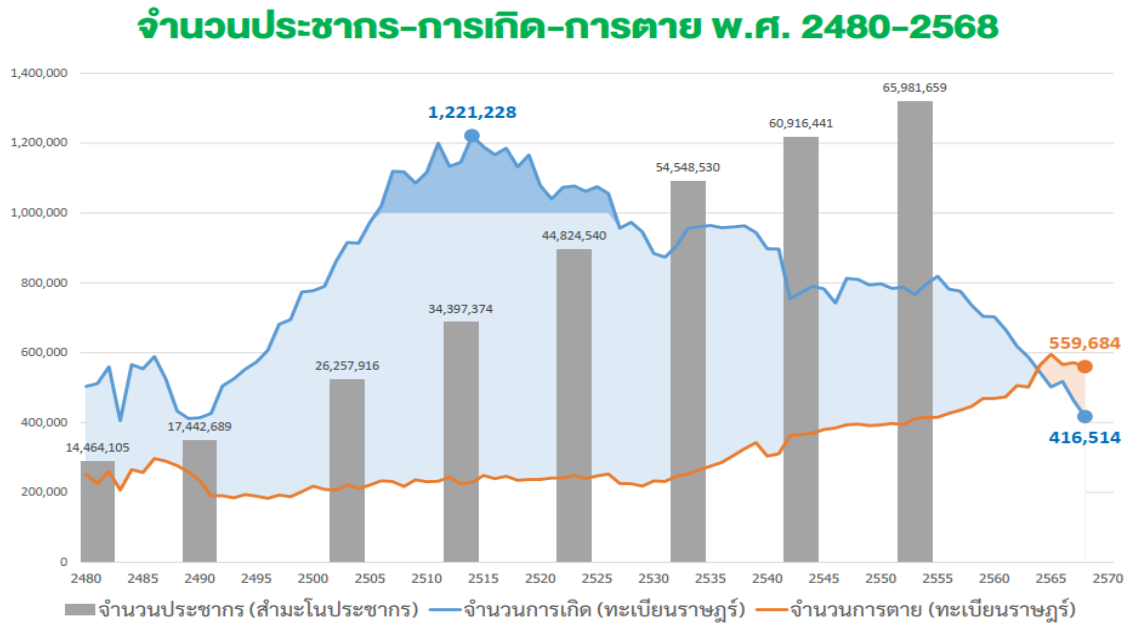
ผลการวิเคราะห์สถานการณ์และความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์ (รอบ 5 เดือนหลัง)  
ตัวชี้วัด 3.16 จำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตร

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของตัวชี้วัด

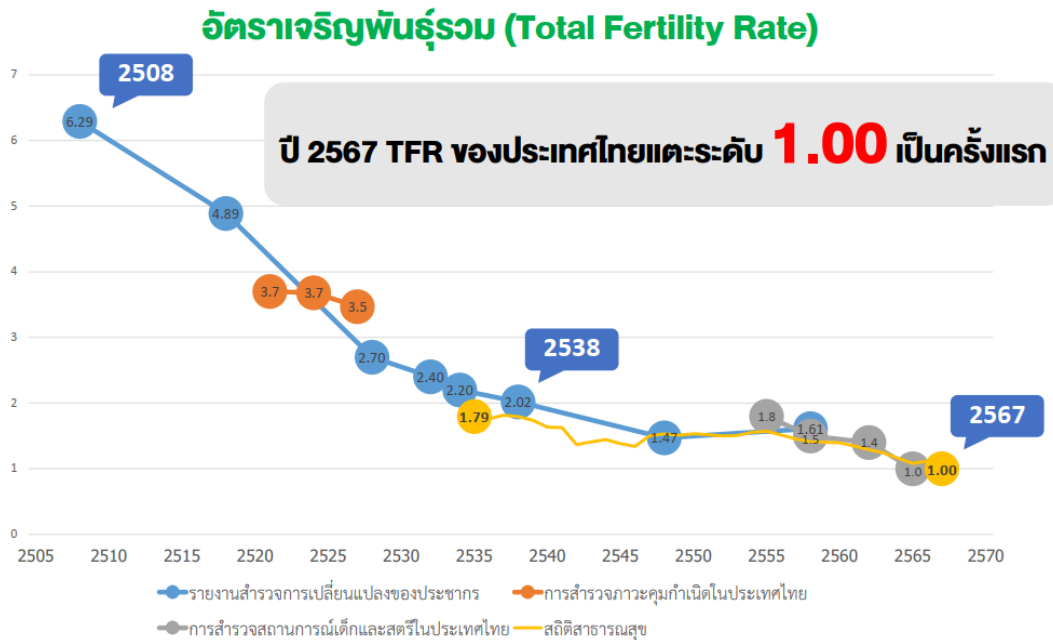
❖ ผลผลิต/ผลลัพธ์ระดับ C (Comparisons) การเปรียบเทียบ

แนวโน้มจำนวนประชากร การเกิด และการตายของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2480–2568 พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของพลวัตประชากรอย่างชัดเจน โดยในช่วงแรก จำนวนการเกิดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและอยู่ในระดับสูงกว่าจำนวนการตายอย่างมาก ส่งผลให้ประชากรรวมของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำนวนการเกิดสูงสุดอยู่ที่ประมาณ 1,221,228 คน อย่างไรก็ตาม หลังจากช่วงเวลาดังกล่าว จำนวนการเกิดเริ่มมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่จำนวนการตายค่อย ๆ เพิ่มสูงขึ้นตามโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จนกระทั่งในช่วงหลังพบว่าช่องว่างระหว่างจำนวนการเกิดและการตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และในช่วงปีล่าสุดจำนวนการตาย (559,684 คน) สูงกว่าจำนวนการเกิด (416,514 คน) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะประชากรเกิดน้อยและการเพิ่มขึ้นของภาวะการหดตัวของประชากร (ภาพที่ 1) เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate: TFR) จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของจำนวนการเกิดมีความสอดคล้องกับแนวโน้มการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ของสตรีไทยอย่างต่อเนื่อง โดยในอดีตประเทศไทยมีอัตราเจริญพันธุ์ในระดับสูงมาก เช่น ในปี พ.ศ. 2508 มีค่าอยู่ที่ประมาณ 6.29 บุตรต่อสตรีหนึ่งคน (ภาพที่ 2) ก่อนจะลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงหลายทศวรรษต่อมา จนต่ำกว่าระดับทดแทนประชากร (ประมาณ 2.1) ตั้งแต่ช่วง พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา และลดลงต่อเนื่องจนถึงปี พ.ศ. 2567 ที่อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยอยู่ที่ระดับ 1.00 เป็นครั้งแรก การเปรียบเทียบระหว่างสองภาพจึงสะท้อนความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างแนวโน้มการเกิดกับพฤติกรรมการมีบุตรของประชากร กล่าวคือ การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์นำไปสู่การลดลงของจำนวนการเกิดในระดับประเทศ ซึ่งส่งผลต่อการชะลอตัวของการเติบโตของประชากรและนำไปสู่ภาวะที่จำนวนการตายสูงกว่าจำนวนการเกิดในระยะหลัง ทั้งนี้ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านทางประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์และมีผลต่อโครงสร้างประชากรในระยะยาว (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 1 จำนวนประชากรการเกิด-การตาย พ.ศ. 2480-2568

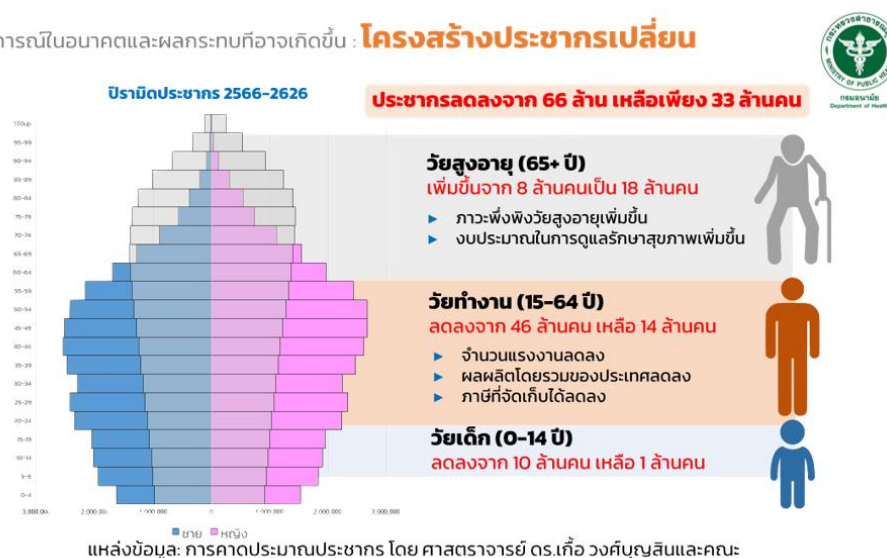


ภาพที่ 2 อัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate : TFR)



### ภาพที่ 3 โครงสร้างประชากร

แนวโน้มสถานการณ์ในอนาคตและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น : **โครงสร้างประชากรเปลี่ยน**



การที่เด็กเกิดน้อยมาจากหลายสาเหตุ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีและเลี้ยงดูลูก ทำให้คนรุ่นใหม่ตัดสินใจอยู่เป็นโสด ไม่อยากมีลูก หรือมีลูกจำนวนน้อยลงจะมีเพียง 10% ที่ไม่มีลูก ประสบปัญหาภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม แม้การเกิดน้อยจะมาจากปัญหาสุขภาพเพียง 10% แต่ก็ยังเป็น 10% ที่มีความสำคัญเพราะการได้รับการดูแล ช่วยเหลือด้านสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนมีลูกได้ตามที่ปรารถนาซึ่งเป็นสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิมนุษยชนที่ประชาชนควรได้รับ ดังนั้น ในระยะเวลาอันสั้นนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการในกลุ่มที่ใช้ชีวิตคู่ และต้องการมีบุตรก่อน โดยพัฒนาบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรในระดับต่าง ๆ แต่จำนวนผู้ที่เข้าถึงบริการยังมีจำกัด ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ความรู้และความเข้าใจของคู่สมรสเกี่ยวกับความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร และการรักษาภาวะมีบุตรยากยังไม่ทั่วถึง ค่าใช้จ่ายที่สูงและการเข้าถึงสิทธิประโยชน์บางประเภทที่ยังมีข้อจำกัด ความพร้อมของหน่วยบริการ และบุคลากรที่เชี่ยวชาญยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับจังหวัดและอำเภอ คู่สมรสที่สามารถเข้าถึงบริการรักษาภาวะมีบุตรยากยังมีสัดส่วนน้อยเมื่อเทียบกับความต้องการที่แท้จริง โดยสถานพยาบาลที่ให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลและคลินิกเอกชนที่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมือง ในขณะที่ประชากรกลุ่มเปราะบางและผู้มีรายได้น้อย มักไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม

ขณะนี้ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก พ.ศ. 2568 ได้มีผลบังคับใช้แล้ว ตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม 2568 โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. ต้องเป็นการให้บริการโดยหน่วยบริการที่มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือมีสูตินรีแพทย์ หรือมีสูตินรีแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ สำหรับหน่วยบริการที่ให้บริการจ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ และการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง จะต้องผ่านการรับรองมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข

## 2. กำหนดรายการและอัตราการจ่ายดังต่อไปนี้

2.1 จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) จ่ายตามจริงไม่เกิน 3,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน หรือ

2.2 จ่ายค่ายากระตุ้นไข่และยาเหนี่ยวนำการตกไข่ (OS: ovarian stimulation) และการฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง (IUI: Intra-Uterine Insemination) จ่ายตามจริงไม่เกิน 4,000 บาทต่อครั้ง ไม่เกิน 3 ครั้ง ในระยะเวลา 12 เดือน

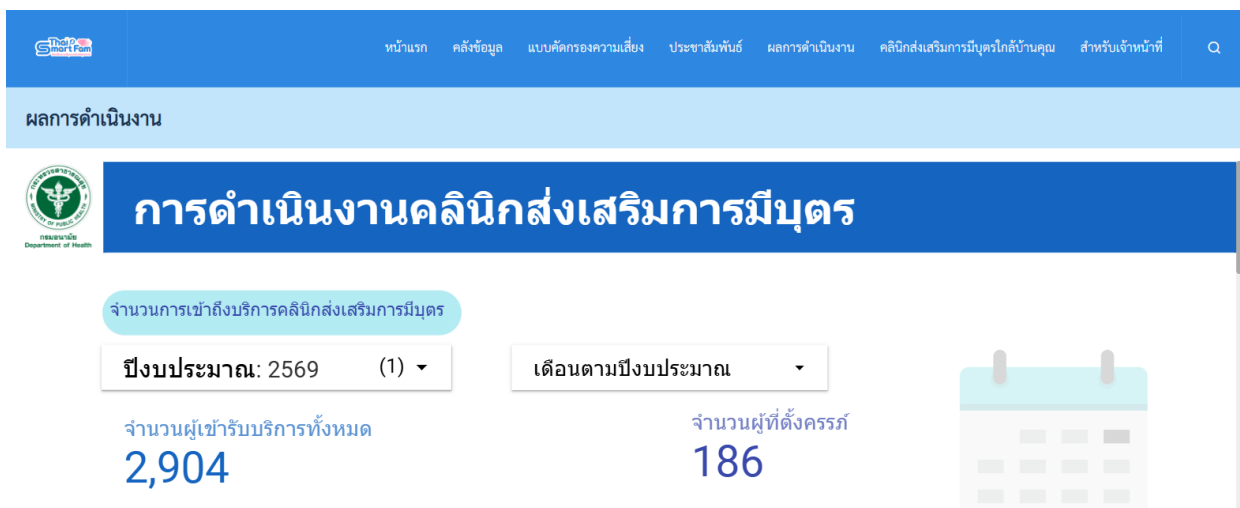
2.3 จ่ายค่าบริการการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF In Vitro Fertilization หรือ ICSI Intra-Cytoplasmic Sperm Injection) เหมายจ่ายในอัตรา 100,000 บาท โดยครอบคลุมการตรวจทางพันธุศาสตร์ และการย้ายตัวอ่อน (ET: Embryo Transfer) ได้ 2 ครั้ง

สำหรับโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับ 3 รักษาภาวะมีบุตรยาก (IVF/ICSI) ปัจจุบันมีอยู่ 3 แห่งคือ ภาคใต้ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา และ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ข้อมูลผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 ในรอบ 5 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละของคลินิกส่งเสริมการมีบุตรที่มีผู้เข้ารับบริการ จำนวน 194 แห่ง (จาก 901 แห่ง) คิดเป็นร้อยละ 21.53 (ภาพที่ 4) และจำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตร ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2569 รวมจำนวนทั้งสิ้น 2,904 คน (ข้อมูลจาก <https://www.thaismartfam.com/> ณ วันที่ 16 มีนาคม 2569) (ภาพที่ 5)

### ภาพที่ 4 ร้อยละของคลินิกส่งเสริมการมีบุตรที่มีผู้เข้ารับบริการ

 <span style="float: right;">หน้าแรก   คลังข้อมูล   แบบคัดกรองความเสี่ยง   ประชาสัมพันธ์   ผลการดำเนินงาน   คลินิกส่งเสริมการมีบุตรใกล้บ้านคุณ   สำหรับเจ้าหน้าที่   🔍</span>														
เขตสุขภาพ	จังหวัด	โรงพยาบาล	ให้คำปรึกษา		กระตุ้นไข่ / เหนี่ยวนำไข่		IUI		การผ่าตัดทางนรีเวช		IVF		ทั้งหมด	
			รับบริการ	ตั้งครรภ์	รับบริการ	ตั้งครรภ์	รับบริการ	ตั้งครรภ์	รับบริการ	ตั้งครรภ์	รับบริการ	ตั้งครรภ์	รับบริการ	ตั้งครรภ์
เขตสุขภาพที่ 10	ศรีสะเกษ	รพ.ศรีสะเกษ	29	0	4	0	0	0	0	0	0	0	33	0
เขตสุขภาพที่ 10	ศรีสะเกษ	รพ.กันทรลักษ์	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0
เขตสุขภาพที่ 10	ศรีสะเกษ	รพ.อุทุมพรพิสัย	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
เขตสุขภาพที่ 10	ศรีสะเกษ	รพ.กันทรารมย์	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
เขตสุขภาพที่ 10	ศรีสะเกษ	รพ.บังบูรพ์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
เขตสุขภาพที่ 10	ศรีสะเกษ	รพ.ภูสิงห์	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
เขตสุขภาพที่ 10	ศรีสะเกษ	รพ.วังหิน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
เขตสุขภาพที่ 10	อุบลราชธานี	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	189	0	5	1	15	5	0	0	8	3	217	9
เขตสุขภาพที่ 10	อุบลราชธานี	รพ.๔๐ พรรษา มหาวิทยาลัยราชภัฏ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
เขตสุขภาพที่ 10	อุบลราชธานี	รพ.วารินชำราบ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ภาพที่ 5 จำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตร



ภาพที่ 6 จำนวนการเข้าถึงบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร รายเขตสุขภาพ

จำนวนการเข้าถึงบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรทั้งหมด รายเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้เข้ารับบริการ	จำนวนผู้ที่ตั้งครรภ์
1. เขตสุขภาพที่ 1	536	31
2. เขตสุขภาพที่ 2	267	15
3. เขตสุขภาพที่ 3	66	6
4. เขตสุขภาพที่ 4	236	13
5. เขตสุขภาพที่ 5	285	14
6. เขตสุขภาพที่ 6	110	8
7. เขตสุขภาพที่ 7	99	17
8. เขตสุขภาพที่ 8	154	15
9. เขตสุขภาพที่ 9	214	12
10. เขตสุขภาพที่ 10	326	16
11. เขตสุขภาพที่ 11	276	30
12. เขตสุขภาพที่ 12	335	9
<b>รวมทั้งหมด</b>	<b>2,904</b>	<b>186</b>

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานรายเขตสุขภาพ พบความแตกต่างของปริมาณการเข้าถึงบริการอย่างชัดเจน โดย เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้เข้ารับบริการสูงที่สุดจำนวน 536 คน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 335 คน, เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 326 คน และ เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 285 คน ในขณะที่บางเขต

มีจำนวนผู้เข้ารับบริการค่อนข้างน้อย เช่น เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 66 คน และ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 99 คน ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างด้านการเข้าถึงบริการหรือศักยภาพของสถานบริการในแต่ละพื้นที่ ในด้านผลลัพธ์การตั้งครรภ์ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้ตั้งครรภ์สูงสุด 31 คน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 30 คน และ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 17 คน ขณะที่บางเขตสุขภาพแม้มีจำนวนผู้รับบริการค่อนข้างมาก แต่จำนวนผู้ตั้งครรภ์ยังไม่สูงมากนัก เช่น เขตสุขภาพที่ 12 มีผู้เข้ารับบริการ 335 คน แต่มีผู้ตั้งครรภ์ 9 คน และ เขตสุขภาพที่ 10 มีผู้เข้ารับบริการ 326 คน แต่มีผู้ตั้งครรภ์ 16 คน แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของผลลัพธ์การรักษาระหว่างพื้นที่ ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบทั้งด้านปริมาณการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในแต่ละเขตสุขภาพ พบว่าการกระจายของผู้รับบริการและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างของศักยภาพสถานบริการ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย หรือปัจจัยด้านประชากรและลักษณะผู้รับบริการในแต่ละเขตสุขภาพ

จากรายงานผลการดำเนินงานดังกล่าวในรอบ 5 เดือนแรก แสดงให้เห็นว่าการขับเคลื่อนการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรในทุกระดับยังไม่ได้มีการดำเนินงานอย่างเข้มข้นเท่าที่ควร อาจเนื่องมาจากประเด็นดังกล่าวยังไม่ได้ถูกกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ และยังไม่ใช่นโยบายหลักที่มีการขับเคลื่อนอย่างชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้การให้ความสำคัญ การจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพระบบบริการในบางพื้นที่ยังมีข้อจำกัด ดังนั้น การยกระดับประเด็นการส่งเสริมการมีบุตรให้เป็นประเด็นสำคัญในเชิงนโยบาย รวมทั้งการสนับสนุนเชิงระบบทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และการพัฒนาศักยภาพสถานบริการ อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ของการดำเนินงานในระยะยาวต่อไป

#### ❖ ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ T (Trends) แนวโน้ม

ภายหลังจากการปรับเปลี่ยนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2568 ไม่มีนโยบายส่งเสริมการมีบุตรในระดับกระทรวง การรายงานผลการดำเนินงานการเข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตรลดลงเป็นลำดับ ประกอบกับสิทธิประโยชน์กรณีรักษาภาวะมีบุตรยากยังไม่ชัดเจน ทำให้เกิดการชะลอตัวในการให้บริการ สำหรับในปี 2569 การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพของประเทศให้มีประสิทธิภาพครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในทุกช่วงวัย โดยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจของกรมอนามัยในการพัฒนาสุขภาพประชาชนตั้งแต่ก่อนวัยเจริญพันธุ์ วัยเจริญพันธุ์ แม่และเด็ก ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพในทุกช่วงวัย นอกจากนี้ นโยบายดังกล่าวยังมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพที่ดีในระดับชุมชน การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงการพัฒนาบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ซึ่งเป็นภารกิจสำคัญที่กรมอนามัยมีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพบุคลากร และการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน (ภาพที่ 7)

## ภาพที่ 7 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2569



จากการจัดงานแถลงข่าว “Every Birth Matters...When the Silent Countdown Begins: รับมือวิกฤตเด็กเกิดน้อย เมื่อเสียงในเปลกำลังจางหายไป” ของกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2569 สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการขับเคลื่อนนโยบายด้านประชากรของประเทศที่ให้ความสำคัญกับการรับมือสถานการณ์เด็กเกิดน้อยอย่างจริงจังมากขึ้น โดยมีการบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน อาทิ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านแรงงาน ด้านการศึกษา ด้านสวัสดิการสังคม รวมถึงภาคประชาชน เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางเชิงนโยบายในการส่งเสริมการมีบุตรและการพัฒนาคุณภาพประชากรในระยะยาว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปรับบทบาทของภาครัฐจากการดำเนินงานในลักษณะเฉพาะหน่วยงาน ไปสู่การดำเนินงานแบบบูรณาการในระดับประเทศ โดยมุ่งเชื่อมโยงนโยบายด้านประชากรให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และการพัฒนาทุนมนุษย์ของประเทศ ทั้งในมิติการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีครอบครัว การสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ และการส่งเสริมให้เด็กที่เกิดใหม่ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสมในทุกช่วงวัย

โดยภาพรวมการดำเนินงานดังกล่าวสะท้อนแนวโน้มสำคัญของนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยที่เริ่มให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโครงสร้างประชากรอย่างเป็นระบบ ผ่านความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เพื่อสร้างสังคมที่เอื้อต่อการมีบุตร และเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรมนุษย์สำหรับการพัฒนาประเทศในอนาคตอย่างยั่งยืน (ภาพที่ 8)

ภาพที่ 8 งานแถลงข่าว “Every Birth Matters...When the Silent Countdown Begins: รับมือวิกฤตเด็กเกิดน้อย เมื่อเสียงในเปลกำลังจางหายไป”



จากการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมการมีบุตรระดับชาติของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. 2568 – 2569 พบว่า แนวโน้มการดำเนินงานมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสนับสนุนการมีบุตรอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยครอบคลุมทั้งมิติการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสนับสนุนทางสังคม และมาตรการลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้คู่สมรสหรือประชาชนวัยเจริญพันธุ์สามารถวางแผนมีบุตรได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ในด้านระบบบริการสุขภาพ มีแนวโน้มการขยายการเข้าถึงบริการรักษาภาวะมีบุตรยากผ่านสิทธิหลักประกันสุขภาพ เช่น การสนับสนุนการรักษาภาวะมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการพัฒนามาตรฐานสถานบริการและการดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนการตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด ภายใต้แนวคิด “1,000–2,500 วันแรกของชีวิต” ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพของเด็กในระยะยาว ขณะเดียวกัน แนวโน้มของนโยบายยังให้ความสำคัญกับการสนับสนุนเชิงสังคมและเศรษฐกิจมากขึ้น เช่น การขยายสิทธิลาคลอด การสนับสนุนสวัสดิการครอบครัว และมาตรการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรมด้านการสื่อสารสุขภาพ เช่น สมุดสุขภาพดิจิทัลและแพลตฟอร์มข้อมูลสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามดูแลสุขภาพแม่และเด็ก (ภาพที่ 9-10)

ภาพที่ 9 ส่งเสริมการมีบุตรระดับชาติ (1)

**ส่งเสริมการมีบุตรระดับชาติ**

“เพราะทุกการเกิดคือของขวัญของประเทศ”

ยกระดับ “การส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ” เป็นวาระแห่งชาติ เมื่อโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป การสร้าง “คุณภาพให้ประชากรรุ่นใหม่” จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนกับ 3 แกนหลักดังนี้

— ตอนที่ 1 —

**การเข้าถึงบริการ**

- ขยายสิทธิ “บัตรทอง” รักษาภาวะมีบุตรยาก
- ครอบคลุมการฉีดเชื้อ (IUI)

**สวัสดิการสังคม**

- ผลักดันขยายวันลาคลอดมารดา (เป้าหมาย 180 วัน)
- เพิ่มสิทธิลาพิศุตาช่วยดูแลบุตร

**การลดภาระค่าใช้จ่าย**

- มาตรการทางภาษี
- เงินอุดหนุนเด็กแรกเกิดแบบถ้วนหน้า

ภาพที่ 10 ส่งเสริมการมีบุตรระดับชาติ (2)

**ส่งเสริมการมีบุตร**  
ระดับชาติ — ตอนที่ 2 —

กรมอนามัย ร่วมผลักดันมาตรฐานวิชาการ และยุทธศาสตร์ (ปี พ.ศ. 2568-2569) เป็นแนวทางส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่ “ก่อนตั้งครรภ์” ถึง “คลอด” อย่างเป็นระบบ

“ เพราะทุกการเกิด คือของขวัญของประเทศ ”

**"1,000 - 2,500 วัน คือหัวใจสำคัญ"**  
(ช่วงเวลาของ Golden Period)

**การยกระดับมาตรฐานสถานบริการ (Standardization)**

**มาตรการสนับสนุนเชิงนโยบายและนวัตกรรม**

**ระยะที่ 1: เตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Pre-conception Care)**

- สานต่อโครงการ “วางใจชีวิต” และ “วางใจสุขภาพ”
- เสริมวิตามิน และธาตุเหล็กเสริมในหญิงตั้งครรภ์ (Folic Acid) ปริมาณ 1 มิลลิกรัม (วันละ 3 ครั้ง)
- ตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์
- ตรวจเลือดก่อนตั้งครรภ์ (ตรวจหาโรคโลหิตจาง)

**ระยะที่ 2: ระหว่างตั้งครรภ์ (Antenatal Care - ANC)**

- คู่มือ “นางสาวก่อนคลอด 0-9 ปี” (ตามมาตรฐาน WHD)
- คลินิกก่อนคลอด 12 สัปดาห์ (คลินิกก่อนคลอด)
- เสนอความรู้ “โรงเรียนก่อนคลอด” (Prenatal School) เป็นบริการ 30 วัน ตลอด 12 สัปดาห์

กรมอนามัย ดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนของกรมอนามัยและจัดซื้อบริการจากกรมการสาธารณสุข

มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก สหวิชาชีพทำงานร่วมกับ ลอจิสติกส์รายการค้า

สนับสนุนการเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่อย่างเต็ม 6 เดือน

**นวัตกรรมดิจิทัล**

- Pink Book Digital
- สนับสนุนกับคุณภาพแม่และเด็กผ่านแอปฯ “KhunLook” หรือ Line Official
- คลินิกส่งเสริมการมีบุตรคุณภาพ ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

### ❖ ผลผลิต/ผลลัพธ์ ระดับ Le (Level) ของผลการดำเนินการที่ผ่านมา (3 ปีซ้อนหลัง)

การดำเนินงานในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายยกระดับ 30 บาทพลัส ประกอบไปด้วย 13 นโยบาย ซึ่งนโยบายส่งเสริมการมีบุตร เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญเร่งด่วนโดยมอบหมายให้ กรมอนามัยรับผิดชอบในการผลักดันเป็นวาระแห่งชาติ และมีเป้าหมายการดำเนินงานให้โรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตรครบทุกจังหวัด มุ่งเน้นประเด็นการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตรเป็นสำคัญ การผลักดันสิทธิประโยชน์ที่จำเป็น การสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิประโยชน์ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและขับเคลื่อนการจัดบริการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรการให้คำปรึกษา และการพัฒนาสื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ได้มีการรายงานผลการดำเนินงานการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ผ่านทาง google form เป็นรายสัปดาห์ โดยผลการดำเนินงานคลินิกส่งเสริมการมีบุตรที่มีผู้เข้ารับบริการ คิดเป็นร้อยละ 36.18 (จำนวน 326 แห่ง) มีจำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตร 16,909 คน จำนวนผู้ที่ตั้งครรภ์ 433 คน

สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 เป็นการรายงานผลเป็นรายเดือน ผ่านเว็บไซต์ [www.thaismartfam.com](http://www.thaismartfam.com) ทุกวันที่ 1-5 เป็นรายเดือน โดยเริ่มดำเนินการเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2568 เป็นต้นมา ผลการดำเนินงานคลินิกส่งเสริมการมีบุตรที่มีผู้เข้ารับบริการ คิดเป็น ร้อยละ 68.48 (จำนวน 617 แห่ง) มีจำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตร 9,275 คน จำนวนผู้ที่ตั้งครรภ์ 700 คน (ข้อมูลจาก [www.thaismartfam.com](http://www.thaismartfam.com) เดือนตุลาคม 2567 - สิงหาคม 2568 ณ วันที่ 30 กันยายน 2568) และใน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 รอบ 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2569) มีจำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่เข้าถึงบริการส่งเสริมการมีบุตร 2,465 คน จำนวนผู้ที่ตั้งครรภ์ 186 คน (ข้อมูลจาก www.thaismartfam.com ณ วันที่ 16 มีนาคม 2569)

ผลผลิต/ผลลัพธ์	ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568		ปีงบประมาณ 2569	
	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
<b>Output</b>						
จำนวนผู้ผ่านการอบรมให้บริการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก (คน)	-	1,464	-	-	-	-
ร้อยละของคลินิกส่งเสริมการมีบุตรที่มีผู้เข้ารับบริการ	-	-	50 (451 แห่ง)	68.48 (617 แห่งจาก 901 แห่ง)	50 (451 แห่ง)	43.28 (390 แห่ง ข้อมูล ณ วันที่ 2 มี.ค.69)
<b>Outcome</b>						
จังหวัดมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร (แห่ง)	77	77	-	-	-	-
ประชาชนวัยเจริญพันธุ์ได้รับบริการส่งเสริมการมีบุตร (คน)	-	-	5,000	9,275 <small>ข้อมูล ต.ค.67 - ส.ค.68 ณ วันที่ 30 ก.ย.68</small>	3,000	2,465 <small>(ข้อมูล ณ วันที่ 2 มี.ค. 69)</small>

กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขับเคลื่อนการดำเนินงานประเด็นส่งเสริมการมีบุตร โดยให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรตามศักยภาพของสถานพยาบาล โดยแบ่งการจัดบริการเป็น 3 ระดับ

1. คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 1 (ให้คำปรึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร) ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 901 แห่ง (ร้อยละ 100)
2. คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 2 (รักษาภาวะมีบุตรยากเบื้องต้นด้วยการกระตุ้นไข่เหนียวนำไข่ และการทำ IUI : การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก) โดยมีเป้าหมายทุกจังหวัด ขณะนี้ดำเนินการได้ 65 จังหวัด (ร้อยละ 85.5) อีก 11 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดชัยนาท เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สระแก้ว ตราด กาฬสินธุ์ นครพนม พังงา ระนอง พัทลุง และนราธิวาส
3. คลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 3 (IVF : การทำเด็กหลอดแก้ว) มีเป้าหมายโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคละ 1 แห่ง ปัจจุบันดำเนินการแล้ว 2 ภาค รวม 3 แห่ง ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ภาคใต้ : โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูล ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2569) แบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ 17 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 27 แห่ง และคลินิก 76 แห่ง รวมจำนวน 120 แห่ง

สำหรับความก้าวหน้าด้านรักษาภาวะมีบุตรยาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เห็นชอบให้การรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นสิทธิประโยชน์ตามเงื่อนไขที่กำหนด และคาดว่าจะประกาศสิทธิประโยชน์ในเดือนตุลาคม 2569 ซึ่งการดำเนินการต่อไป ผลักดันสิทธิประโยชน์รักษาภาวะมีบุตรยากใน 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เร่งพัฒนาระบบบริการและส่งเสริมการเข้าถึงบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรและคลินิกรักษาภาวะมีบุตร โดยยกระดับมาตรฐานการจัดบริการ โดยเฉพาะในคลินิกส่งเสริมการมีบุตรระดับที่ 1 เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มโอกาสตั้งครรภ์ และลดความเสี่ยงต่อมารดาและทารก ผลักดันให้มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 2 ครอบคลุมจังหวัด และระดับที่ 3 ครอบคลุมภาค

### ความรู้ที่นำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์

1. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีการรักษาภาวะมีบุตรยาก พ.ศ. 2568
2. แนวทางการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 1 และระดับที่ 2
3. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะมีบุตรยาก ฉบับ พ.ศ. 2566
4. ร่าง วาระแห่งชาติ ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ เพื่อพัฒนาประชากรและทุนมนุษย์
5. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558
6. พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ (ฉบับที่ 24) พ.ศ. 2567 หรือ "กฎหมายสมรสเท่าเทียม"
7. รายชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 120 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2569)
8. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2568
9. นโยบายและยุทธศาสตร์นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ