

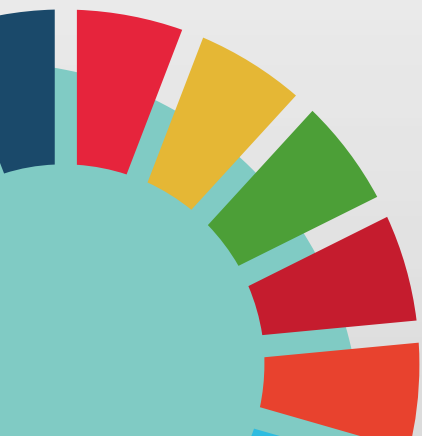
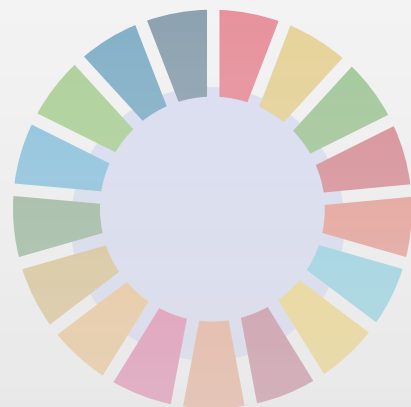


3 GOOD HEALTH AND WELL-BEING



แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOAL 3)

สร้างหลักประกันการมีสุขภาพะที่ดี
และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย



คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (Sustainable Development Goal 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานการขับเคลื่อน และกำกับติดตามประเมินผลการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ซึ่งสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันและมองเห็นการผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นความท้าทายสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนร่วมกัน

ทั้งนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (Sustainable Development Goal 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ครั้งนี้ จะเป็นแนวทางให้หน่วยงานและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนใช้เป็นแนวทางและเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ก.ค. 2566

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

สารบัญภาพ

สารบัญตาราง

บทสรุปผู้บริหาร

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

2

1.2 วัตถุประสงค์

3

1.3 กรอบแนวคิด

4

บทที่ 2 สถานการณ์การพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย

2.1 ความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

6

2.2 ความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับ 13 หมายเหตุ

8

2.3 แผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand's SDG Roadmap)

10

บทที่ 3 สาระสำคัญของแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (Sustainable

Development Goal 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย

3.1 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3

13

3.2 สถานการณ์การพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3

19

3.3 แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (Sustainable Development Goal 3)

78

สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย

บทที่ 4 แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (Sustainable Development Goal 3)

137

สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย

(พ.ศ. 2566 - 2570)

เอกสารอ้างอิง

162

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562

163

ภาคผนวก ข คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 1362/2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน

168

เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสาธารณสุข

ภาคผนวก ค รายละเอียดตัวชี้วัดการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG 3 Template)

171

ภาคผนวก ง รายชื่อหน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลักการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

215

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 2.1	แสดงความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ	7
ภาพที่ 2.2	แสดงความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับ 13 หมายเหตุภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13	9
ภาพที่ 2.3	แสดงแผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand's SDG Roadmap)	10
ภาพที่ 3.1	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.1.1 อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	19
ภาพที่ 3.2	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ	20
ภาพที่ 3.3	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.2.1 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	22
ภาพที่ 3.4	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	23
ภาพที่ 3.5	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีอาการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และกลุ่มประชากรหลัก)	26
ภาพที่ 3.6	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.2 อัตราการเกิดโรคฉวยโรคต่อประชากร 100,000 คน	26
ภาพที่ 3.7	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.3 อัตราการเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี	27
ภาพที่ 3.8	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต่อประชากร 100,000 คน	27
ภาพที่ 3.9	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.5 จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย (Neglected Tropical Diseases)	28
ภาพที่ 3.10	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	33
ภาพที่ 3.11	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย ต่อประชากร 100,000 คน	34
ภาพที่ 3.12	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้ยาและสารเสพติด	38
ภาพที่ 3.13	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นียมตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน	39
ภาพที่ 3.14	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อประชากร 100,000 คน)	42
ภาพที่ 3.15	การเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.7.1 สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่	44
ภาพที่ 3.16	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.7.2 (1) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	45

ภาพที่ 3.17	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.7.2 (2) อัตราการคลอดในหญิงอายุ (15-19 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	45
ภาพที่ 3.18	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วยภาวะเจริญพันธุ์มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส)	49
ภาพที่ 3.19	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.8.2 (1) สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (10%)	50
ภาพที่ 3.20	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.8.2 (2) สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (25%)	50
ภาพที่ 3.21	แสดงข้อมูลตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ	54
ภาพที่ 3.22	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย) ต่อประชากร 100,000 คน	54
ภาพที่ 3.23	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษโดยไม่ตั้งใจ ต่อประชากร 100,000 คน	55
ภาพที่ 3.24	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.a.1 ความชุกที่ปรับมาตรฐานอายุแล้ว (age-standardized) ของการไ้ยาสูบ/บุหรี่ในปัจจุบันของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	58
ภาพที่ 3.25	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.b.1(1) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบบาดทะยัก และไอกรน	62
ภาพที่ 3.26	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.b.1(2) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคหัด	62
ภาพที่ 3.27	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.b.1.(4) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคมาเร็ง ปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี	63
ภาพที่ 3.28	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.b.2 ยอดรวมสุทธิความช่วยเหลือด้านการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) ด้านการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพพื้นฐาน	63
ภาพที่ 3.29	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (แพทย์) ต่อประชากร 10,000 คน	65
ภาพที่ 3.30	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (พยาบาล) ต่อประชากร 10,000 คน	66
ภาพที่ 3.31	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (ทันตแพทย์) ต่อประชากร 10,000 คน	66
ภาพที่ 3.32	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (เภสัชกร) ต่อประชากร 10,000 คน	67
ภาพที่ 3.33	แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก พ.ศ. 2561	71
ภาพที่ 3.34	แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก พ.ศ. 2562	71

ภาพที่ 3.35	แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก พ.ศ. 2563	72
ภาพที่ 3.36	แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก พ.ศ. 2564	73
ภาพที่ 3.37	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.d.2.1 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อ <i>Escherichia coli</i> (<i>E. coli</i>) ที่ดื้อต่อยาในกลุ่ม third generation cephalosporin	74
ภาพที่ 3.38	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.d.2.2 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อ <i>Staphylococcus aureus</i> ที่ดื้อต่อยา methicillin (MRSA)	75

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 3.1	การพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 จำแนกตามเป้าหมายย่อยและตัวชี้วัด	13
ตารางที่ 3.2	แสดงสมรรถนะในการดำเนินตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและ การเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข 13 สมรรถนะ	70
ตารางที่ 3.3	แสดงสมรรถนะในการดำเนินตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและ การเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข 15 สมรรถนะ	72
ตารางที่ 3.4	การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับเป้าหมายย่อย ของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ	92
ตารางที่ 3.5	ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3	123
ตารางที่ 3.6	ตัวอย่างการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนา	125
ตารางที่ 3.7	ตารางแสดงความพร้อม ผลการดำเนินงาน และการจัดเก็บข้อมูล	128

บทสรุปผู้บริหาร

การพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (Goal 3 : Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) เป็น 1 ใน 17 เป้าหมายหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ที่เสนอโดยองค์การสหประชาชาติและรับรองโดย 193 ประเทศสมาชิกเมื่อปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 193 ประเทศ ที่รับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งทางองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ปี พ.ศ. 2564 เป็นจุดเริ่มต้นของศตวรรษแห่งการลงมือทำ “Decade of Action (พ.ศ. 2564-2573)” ในการดำเนินการขับเคลื่อนเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างเป็นทางการ จึงได้มีการจัดทำแผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand’s SDG Roadmap) โดยเป้าหมายหลักที่ 3 เป็นเป้าหมายที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศและการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจังในทุกกระดับ โดยการส่งเสริมการประชาสัมพันธ์องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม การสร้างระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนทุกคนและทุกช่วงวัยสามารถเข้าถึงได้อย่างมีคุณภาพ การเตรียมพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ซึ่งเกิดจากโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติเหตุ และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อความสมบูรณ์แข็งแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม นำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีและมีคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลัก การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายหลัก (Goal) ในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายหลักที่ 3 ตามมติการประชุมคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) ครั้งที่ 1/2563 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2563 โดยสุขภาพที่ดีของประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการจัดทำแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายหลักที่ 3 (Sustainable Development Goal 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ

การจัดทำแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายหลักที่ 3 (Sustainable Development Goal 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ครั้งนี้ ขับเคลื่อนด้วยกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อน เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสาธารณสุข เป็นความร่วมมือจากการระดมความคิดของหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง นำความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ มารวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อความครอบคลุม ครบถ้วนทุกประเด็นสำคัญ สามารถใช้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

ทั้งนี้ ปัจจัยที่จะทำให้การขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายหลักที่ 3 (Sustainable Development Goal 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัยบรรลุเป้าหมายได้นั้น ต้องอาศัยการดำเนินการร่วมกันอย่างจริงจังในทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนทุกคนและทุกช่วงวัยได้มีสุขภาพที่ดีและยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน



บทที่ 1

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้จัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นกรอบการพัฒนาของโลกเพื่อร่วมกันบรรลุการพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืนโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) ซึ่งประกอบด้วย 17 เป้าหมาย (Goals) และ 169 เป้าหมายย่อย (Targets) ที่มีความเป็นสากล เชื่อมโยงและเกี่ยวพันกันโดยแบ่งแยกมิได้ และกำหนดให้มี 247 ตัวชี้วัด โดยสามารถจัดกลุ่ม SDGs ตามปัจจัยที่เชื่อมโยงกันใน 5 มิติ (5Ps) ได้แก่ (1) การพัฒนาคน (People) ให้ความสำคัญกับการขจัดปัญหาความยากจนและความหิวโหยในทุกมิติ สร้างโอกาสที่เท่าเทียมในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ และลดความเหลื่อมล้ำในสังคม (2) สิ่งแวดล้อม (Planet) ให้ความสำคัญกับการปกป้องและรักษาทรัพยากรธรรมชาติ และสภาพภูมิอากาศ ตลอดจนส่งเสริมการผลิตและบริการที่ยั่งยืน เพื่อพลเมืองโลกรุ่นต่อไป (3) เศรษฐกิจ และความมั่งคั่ง (Prosperity) ส่งเสริมให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีโดยมีการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับธรรมชาติ (4) สันติภาพและความยุติธรรม (Peace) ยึดหลักการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ มีสังคมที่สงบสุข ยุติธรรม และไม่แบ่งแยก (5) ความเป็นหุ้นส่วนการพัฒนา (Partnership) ส่งเสริมความร่วมมือของทุกภาคส่วนในทุกระดับ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยรวมถึงความร่วมมือระหว่างประเทศ

ประเทศไทยในฐานะหนึ่งในประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติได้ร่วมรับรองวาระการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2558 ณ สำนักงานใหญ่สหประชาชาติ นิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ภายหลังจากลงนามรับรองดังกล่าว ประเทศไทยได้ดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) เป็นกลไกในการขับเคลื่อนระดับชาติ

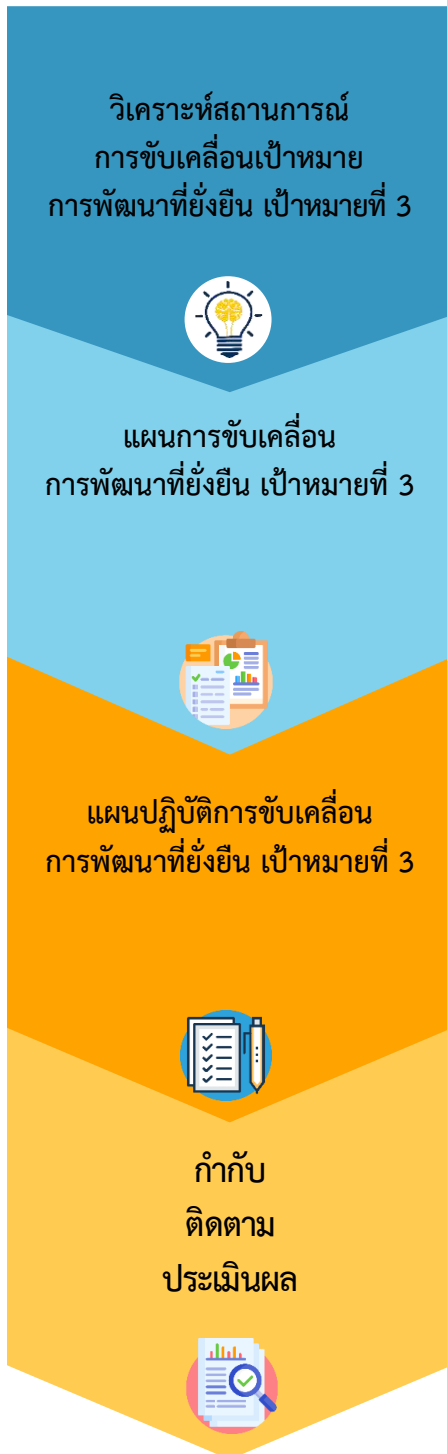
กระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลักในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายหลักที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ซึ่งประกอบด้วย 13 เป้าหมายย่อย 28 ตัวชี้วัด ตามมติการประชุมคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) ครั้งที่ 1/2563 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2563 โดยสุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 เป็นกระบวนการที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนคนไทยทุกช่วงวัย ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู รวมถึงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เพื่อเร่งรัด กำจัด กวาดล้าง ป้องกัน ควบคุมโรค สร้างระบบควบคุมโรคที่สามารถตอบสนองกับภัยพิบัติและโรคระบาด และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อความสมบูรณ์แข็งแรงทางกาย ใจ และสังคม นำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ และคุณภาพชีวิตที่ดี การลดอัตราป่วย และตายจากโรคและภัยสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการจัดทำแผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายหลักที่ 3 (Sustainable Development Goal 3) สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ด้านสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริม สนับสนุน และบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน

1.2

วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินการขับเคลื่อนและกำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาที่ยั่งยืนตามเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย







บทที่ 2

สถานการณ์ การพัฒนาที่ยั่งยืน ของประเทศไทย

2.1 ความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ทั้ง 17 เป้าหมาย มีความครอบคลุมมิติการพัฒนาด้านการพัฒนาคน เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม สันติภาพ ความยุติธรรม และความเป็นหุ้นส่วน การพัฒนา มีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาของ ประเทศภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ซึ่งเป็นเป้าหมาย การพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล และเป็น กรอบในการจัดทำแผนการพัฒนาประเทศให้มีความสอดคล้อง และบูรณาการร่วมกัน เพื่อพัฒนาประเทศให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

โดย เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ทั้ง 17 เป้าหมาย และ 169 เป้าหมายย่อย มีความเชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 6 ด้าน และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ทั้ง 23 ประเด็น ซึ่งในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ของประเทศไทย ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อ การพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) เป็นกลไกระดับชาติ เพื่อสนับสนุน นโยบายแนวทางการพัฒนาประเทศ ยุทธศาสตร์ที่มีความครอบคลุม ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและ บูรณาการ เป็นไปตามข้อตกลงหรือความร่วมมือระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวข้อง สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนทั้งใน ปัจจุบันและในอนาคต เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบความเชื่อมโยง เพื่อประมวล ความสอดคล้องการกำหนดทิศทางการพัฒนาระดับประเทศ กับระดับนานาชาติ ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐ พบว่า เป้าหมาย SDGs ทั้ง 17 เป้าหมายหลัก และ 169 เป้าหมายย่อย มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 6 ด้าน และมีความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับแผนย่อยของ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติทั้ง 23 ประเด็น ซึ่งหน่วยงาน ของรัฐสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำโครงการและ แผนระดับที่ 3 ให้สามารถบรรลุได้ทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ และแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ ชาติได้ในคราวเดียวกัน



โดยสามารถสรุปความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ตามภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 แสดงความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ



ที่มา : คู่มือการจัดทำโครงการเพื่อขับเคลื่อนการบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ (2565)

ภายใต้แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อาทิเช่น ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างพลิกผัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่สังคมสูงวัย และภาวะโลกร้อนจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ร่วมกับปัจจัยเร่งจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ก่อให้เกิดการผันผวนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมแก่หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยนั้น พบว่าแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สามารถนำมาช่วยผลักดันให้เกิดการพัฒนาประเทศในระยะต่อไปได้เป็นผลสำเร็จ หรือเป็นอุปสรรคที่ทำให้การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ขึ้นอยู่กับบริบท ศักยภาพ และขีดความสามารถของประเทศ ในการรับมือกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยโอกาสที่สำคัญมาจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงในระดับโลก ด้านความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเป็นหลัก ซึ่งการสร้างสรรค์ประโยชน์จากเทคโนโลยีให้เกิดเป็นโอกาสสำหรับประเทศได้นั้น ต้องอาศัยการพัฒนาคน ระบบบริหารจัดการด้านดิจิทัล และข้อมูลสารสนเทศให้มีความพร้อมเพื่อรองรับโอกาสที่จะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงให้กระจายลงสู่ทุกภาคส่วนอย่างทั่วถึง และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ในขณะที่เดียวกันความเสี่ยงที่คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อเชิงลบเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อประเทศในการหาแนวทางในการรับมือ นั้น พบว่าเกิดจากแนวโน้มด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความเหลื่อมล้ำด้านดิจิทัล รวมถึงปัญหาสิ่งแวดล้อม และภัยธรรมชาติ ซึ่งลดทอนขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ รวมทั้งอาจเป็นเงื่อนไขที่ท้าทายต่อมิติการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และการสร้างความเสมอภาคในสังคม ซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในหลายด้านที่หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนแล้ว อาจส่งผลให้ประเทศมีความเปราะบางมากยิ่งขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ตลอดจนอาจพลาดโอกาสที่จะใช้ประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ส่งผลให้ประเทศไม่สามารถก้าวตามโลกได้อย่างเท่าทัน และสูญเสียความสามารถในการแข่งขันระยะยาวต่อไปได้



13 หมายเหตุ	
1	เกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง
2	การท่องเที่ยวเน้นคุณภาพและความยั่งยืน
3	ฐานการผลิตยานยนต์ไฟฟ้า
4	การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง
5	ประการการค้าการลงทุนและโลจิสติกส์
6	ดิจิทัลและอิเล็กทรอนิกส์อัจฉริยะ
7	SMEs ที่เข้มแข็ง แข่งขันได้
8	พื้นที่และเมืองอัจฉริยะ
9	ความยากจนข้ามรุ่นและความคุ้มครองทางสังคม
10	เศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ
11	ภัยธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ
12	กำลังคนสมรรถนะสูง
13	ภาครัฐที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ

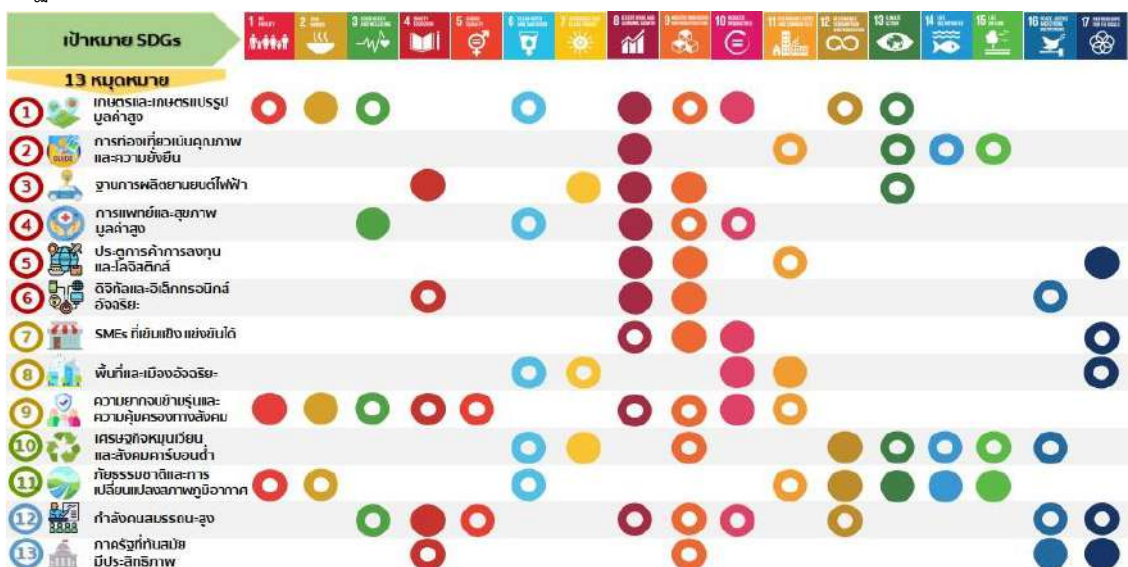
เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศในช่วงระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) เกิดผลสัมฤทธิ์ในทิศทางที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงจำเป็นที่ประเทศจะต้องส่งเสริมให้เกิดความเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในระดับโครงสร้างบนพื้นฐานของความเข้มแข็ง สมดุล และยั่งยืน เพื่อให้ประเทศมีสมรรถนะเพียงพอต่อการบริหารจัดการความเสี่ยง พร้อมทั้งเร่งเสริมสร้างศักยภาพเพื่อรองรับโอกาสที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และเหมาะสม

ทั้งนี้ การยกระดับสมรรถนะ และศักยภาพของประเทศในระยะเวลาอันสั้นจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ หากมุ่งแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า หรือการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานเพียงเล็กน้อย เนื่องจากการปรับเปลี่ยนอย่างค่อยเป็นค่อยไปไม่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในสถานการณ์ปัจจุบันได้ อีกทั้งยังไม่เพียงพอต่อการรับมือกับความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อฐานแรงงาน และแผ่ขยายเป็นวงกว้าง รวมถึงไม่ทันต่อการแสวงหาโอกาสที่สร้างผลประโยชน์ที่ผลักดันให้ประเทศสามารถบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด

การวางกรอบทิศทางการพัฒนาประเทศในระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 มีจุดประสงค์เพื่อพลิกโฉมประเทศไทย หรือเปลี่ยนแปลงประเทศขนานใหญ่ (Thailand's Transformation) ภายใต้แนวคิด “Resilience” ซึ่งมีจุดหมายเพื่อลดความเปราะบาง สร้างความพร้อมในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวให้เหมาะสมต่อสถานการณ์ปัจจุบัน โดยสร้างภูมิคุ้มกันทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้ประเทศสามารถเติบโตได้อย่างยั่งยืน ตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยการพลิกโฉมประเทศครอบคลุมตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้าง นโยบาย และกลไกที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ทั้ง 17 เป้าหมาย นอกจากนี้กรอบแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 ยังมุ่งกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศให้สอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทุกกลุ่ม และส่งต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ดีไปยังคนรุ่นต่อไป

โดยสามารถสรุปความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับ 13 หมายเหตุภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ตามภาพที่ 2.2

ภาพที่ 2.2 แสดงความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับ 13 หมายเหตุภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13



ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเชิงพื้นที่

เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2565 ณ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

2.3

แผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand's SDG Roadmap)

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กยพ.) ครั้งที่ 1/2562 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2562 เห็นชอบหลักการร่างแผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand's SDGs Roadmap) ซึ่งเป็นแผนการขับเคลื่อนฯ ครอบคลุมการดำเนินการหลักใน 6 ด้าน ประกอบด้วย

1. **การสร้างการตระหนักรู้** โดยดำเนินการให้ทุกภาคส่วนมีความรู้ และความเข้าใจ ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งดำเนินการทั้งในระดับประเทศ และระดับท้องถิ่น เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนประเทศสู่ความยั่งยืน

2. **การเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนกับแผน 3 ระดับของประเทศ** โดยขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติ และแผนระดับอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน สร้างประเทศให้มั่นคง โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

3. **กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน** โดยมีคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นกลไก สนับสนุนการขับเคลื่อนในระดับนโยบาย รวมถึงมีหน่วยงานภาครัฐบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่ การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

4. **การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน** ดำเนินงานโดยยึดหลักความสัมพันธ์ เชิงเหตุและผล เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการที่สำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และยุทธศาสตร์ชาติ รวมทั้งขยายผลสู่การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับพื้นที่ (SDG Localization)

5. **ภาคีการพัฒนา** โดยการสนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งในประเทศ และภาคี การพัฒนาระหว่างประเทศ เพื่อร่วมขับเคลื่อนประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

6. **การติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน** โดยการติดตาม และ ประเมินผลการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้วยระบบฐานข้อมูลกลางที่มีการรายงานความก้าวหน้า จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ

โดยสามารถสรุปแผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand's SDGs Roadmap) ตามภาพที่ 2.3

ภาพที่ 2.3 แสดงแผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย (Thailand's SDG Roadmap)



ที่มา : สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2565)

บทที่ 3

สาระสำคัญ

ของแผนการขับเคลื่อน
การพัฒนาที่ยั่งยืน
เป้าหมายที่ 3





เป้าหมายที่ 3

สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี
และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี
สำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย



3.1

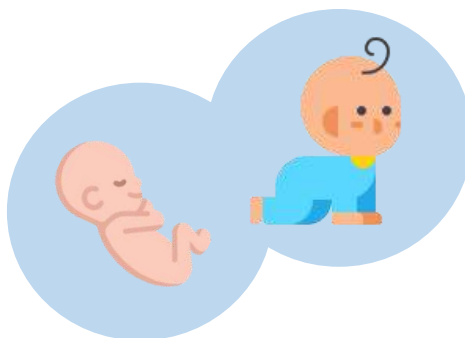
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3

การพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 เป็นเป้าหมายในการพัฒนาด้านสุขภาพภายใต้ “สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย” ประกอบไปด้วย เป้าหมายย่อยจำนวน 13 เป้าหมาย และตัวชี้วัดจำนวน 28 ตัว ดังตารางที่ 3.1

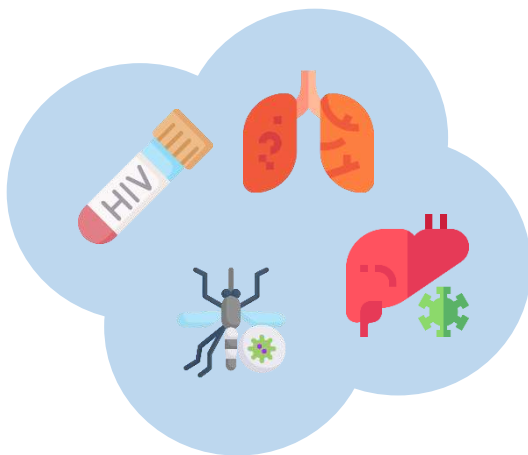
ตารางที่ 3.1

การพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 จำแนกตามเป้าหมายย่อยและตัวชี้วัด

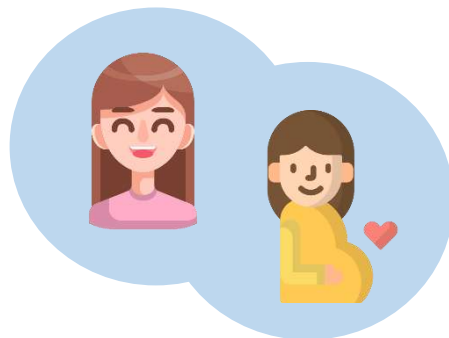
เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ
3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คนภายในปี 2573	3.1.1 อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	กรมอนามัย
	3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ	กรมอนามัย
3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี 2573	3.2.1 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	- กรมอนามัย - กรมการแพทย์
	3.2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	กรมการแพทย์



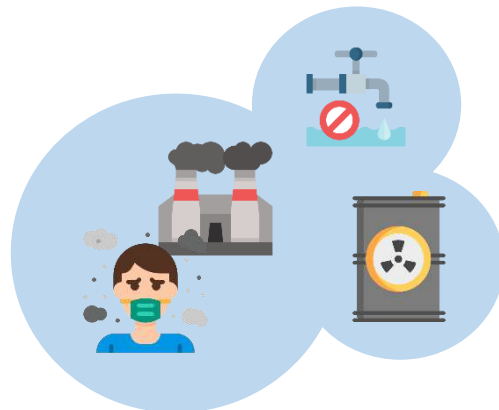
เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ
3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรียและโรคเขตร้อน ที่ถูกละเลยและต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573	3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และกลุ่ม ประชากรหลัก)	กรมควบคุมโรค
	3.3.2 อัตราการเกิดโรควัณโรค ต่อประชากร 100,000 คน	กรมควบคุมโรค
	3.3.3 อัตราการเกิดโรคมมาลาเรีย ต่อประชากร 1,000 คน	กรมควบคุมโรค
	3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับ อักเสบปีต่อประชากร 100,000 คน	กรมควบคุมโรค
	3.3.5 จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อน ที่ถูกละเลย (Neglected Tropical Diseases)	กรมควบคุมโรค
3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควร จากโรคไม่ติดต่อ ให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความ เป็นอยู่ที่ดี ภายในปี 2573	3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดิน หายใจเรื้อรัง	- กรมควบคุมโรค - กรมการแพทย์
	3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย	กรมสุขภาพจิต



เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ
3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางอันตราย	3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยา ทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้ยาและสารเสพติด	- สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข - กรมการแพทย์ - กรมสุขภาพจิต - กองบริหารการสาธารณสุข
	3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นิยามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน	กรมควบคุมโรค
3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกครั้งหนึ่งภายในปี 2573	3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	กรมควบคุมโรค
3.7 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการข้อมูลการให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัวและการผสมพันธุ์ในวัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573	3.7.1 สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่	กรมอนามัย
	3.7.2 อัตราการคลอดในหญิงอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ (10-14 ปี, 15-19 ปี) 1,000 คน	กรมอนามัย



เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ
<p>3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถใช้ซื้อหาได้</p>	<p>3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษาซึ่งประกอบด้วย ภาวะเจริญพันธุ์ มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
	<p>3.8.2 สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
<p>3.9 ลดจำนวนการตายและการป่วยจากสารเคมีอันตรายและการปนเปื้อนและมลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมากภายในปี 2573</p>	<p>3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p>
	<p>3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำและการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัยและปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการด้านน้ำ สุขาภิบาล และสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย)</p>	<p>กรมอนามัย</p>
	<p>3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษ โดยไม่ตั้งใจ</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p>



เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	หน่วยงานรับผิดชอบ
<p>3.a เสริมการดำเนินงานของกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม</p>	<p>3.a.1 ความชุกที่ปรับมาตรฐานอายุแล้ว (age-standardized) ของการใช้ยาสูบ/บุหรี่ในปัจจุบันของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p>
<p>3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยา สำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ตามปฏิญญาโดฮาความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าและการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติ ในความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้าอย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า</p>	<p>3.b.1 สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงยาและวัคซีน ในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความยั่งยืน</p>	<p>กรมควบคุมโรค</p>
	<p>3.b.2 ยอดรวมสุทธิความช่วยเหลือด้านการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) ด้านการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพพื้นฐาน</p>	
	<p>3.b.3 สัดส่วนของสถานพยาบาลที่มีชุดยาจำเป็น (Core Set of Relevant Essential Medicines) ในราคาที่สามารถซื้อหาได้อย่างยั่งยืน</p>	



เป้าหมายย่อย

3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

การตายของมารดามีผลกระทบต่อพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง อัตราส่วนการตายของมารดา (Maternal mortality ratio, MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างก็ตระหนักถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีและมารดา จุดเริ่มต้นของการวัดผลการวัดการตายมารดาเกิดขึ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2530 จากการประชุมสัมมนาลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย (Safe Motherhood)

ณ เมืองไนโรบี ประเทศเคนยา ได้ก่อให้เกิดการเริ่มต้นดำเนินงานในเรื่องลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัยซึ่งนำไปสู่กิจกรรมในระดับนานาชาติเพื่อลดการตายของมารดาในประเทศไทย การตายของมารดาสะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานการดูแลและการบริการด้านงานอนามัยแม่และเด็ก สภาพสังคม และการสาธารณสุขไทย ตลอดจนด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรควบคู่กับการวางแผนครอบครัว

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

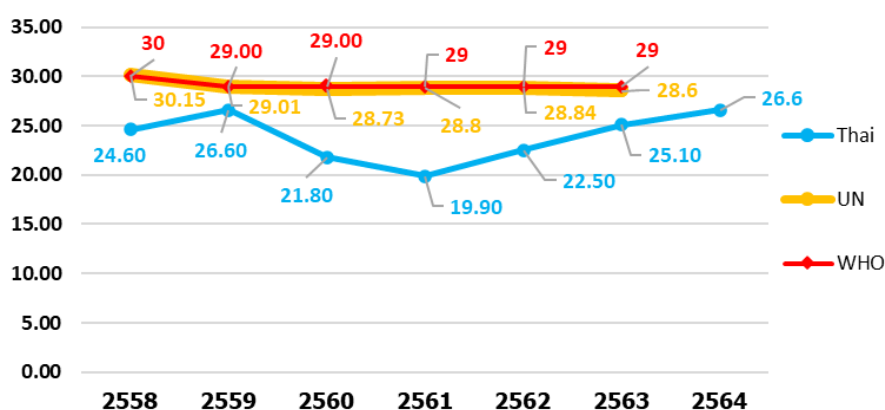
ตัวชี้วัด



3.1.1 อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)



ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน



ภาพที่ 3.1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.1.1 อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)

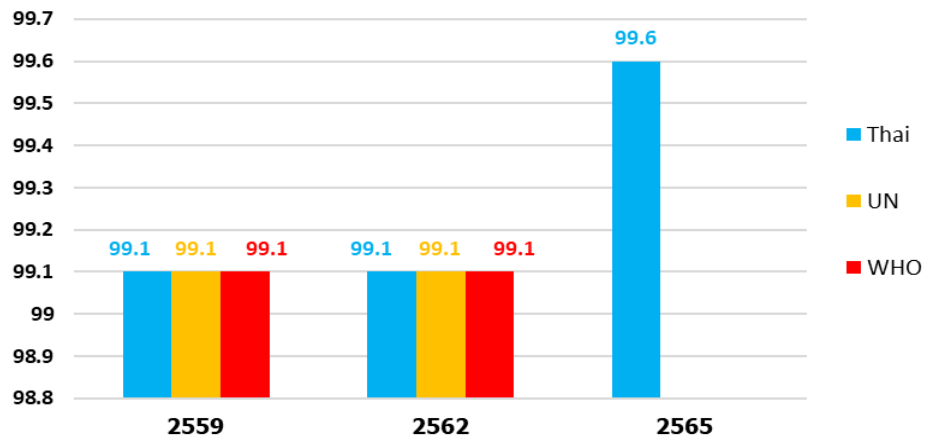
- ที่มา :
- ข้อมูลสถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 - ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births))



3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ



≥ 98



ภาพที่ 3.2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ

- ที่มา :
1. ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-attended-by-skilled-health-personnel\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-attended-by-skilled-health-personnel(-))

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

มีการส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) ทบทวนแนวทางการฝากครรภ์ของประเทศไทย ปรับวิธีการเบิกจ่ายการฝากครรภ์จาก 5 ครั้ง เป็น 8 ครั้ง และมีการแยกจ่ายค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการจากการบริการตรวจครรภ์โดย เริ่ม 1 มกราคม 2565 ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่แนะนำให้ทุกประเทศทั่วโลกให้บริการฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้งตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ (WHO recommendation 2016 : ANC 8 contacts) เพื่อการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ 2) สร้างกลไกและแนวทางการขับเคลื่อนงานมารดาเพื่อลดการตายมารดา ซึ่งมีการกำหนดมาตรการดำเนินงาน และสนับสนุนเทคโนโลยีในการแก้ปัญหาเพื่อลดการตาย

มารดา โดยมีการดำเนินการลดการตายมารดาจากการติดเชื้อโควิด 19 ลดการตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือด สร้างความตระหนักรู้แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวในการเฝ้าระวังความเสี่ยงในระหว่างตั้งครรภ์ และพัฒนา Platform Pink Book เพื่อเป็นแหล่งรวบรวม Application ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพมารดาและทารกที่น่าเชื่อถือและมีประโยชน์แก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนเลือกใช้ตามความเหมาะสมของตนเอง 3) ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน การติดเชื้อและการตายมารดาจากโรคโควิด 19 4) ทบทวนมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด 5) อบรมพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนวิชาการแก่ภาคีเครือข่าย

4. ความท้าทาย

ความสมบูรณ์ และครบถ้วนของข้อมูล ขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติต้อง บันทึกข้อมูลหลายระบบ และเนื่องจากการแพร่กระจาย ข่าวในปัจจุบัน รวดเร็ว ไร้ขีดจำกัด ทำให้เกิดข่าวในเชิงลบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ และการให้บริการต่างๆ ซึ่งข่าวส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกกลั่นกรองเนื้อหา มีทั้งข่าวเท็จ

และข่าวจริงปะปนกัน เกิดความเข้าใจผิดในสังคม หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวขาดความเชื่อมั่นต่อ ระบบบริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ทำให้ บุคลากรสาธารณสุขให้บริการด้วยความยากลำบาก มีความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องสูง

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ด้านระบบบริการ ควรปรับปรุงแบบ การบริการฝากครรภ์ มีการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เข้ามาช่วยในการนัดหมาย การให้ คำปรึกษา และการแจ้งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ มีการปรับให้เป็น แบบ One Stop Service เพื่อลดการสัมผัสและลด เวลาอยู่ในสถานพยาบาล และสร้างความเข้มแข็งของ ระบบส่งต่อในเครือข่ายบริการสุขภาพ ผ่านกลไก MCH Board โดยใช้ระบบการให้คำปรึกษาทางไกล (Teleconsultation) รวมถึงพัฒนาฐานข้อมูล เพื่อการรายงานการตั้งครรภ์ การเจ็บป่วย การตาย ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และ ทารกแรกเกิดซึ่งหน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูล เพื่อตรวจสอบสถานการณ์แยกเป็นรายเขต และ

รายจังหวัดได้ มีฐานข้อมูลมารดาตายของสำนัก ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เป็น สาเหตุและออกมาตรการเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ

5.2 ด้านการสื่อสารสาธารณะ ควรมิ การจัดทำสื่อความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีปฏิบัติตัวใน การป้องกันตนเอง เพื่อสร้างความตระหนักรู้แก่ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ในรูปแบบ Infographic คลิปวิดีโอ แผ่นพับ หนังสือคู่มือ เผยแพร่ผ่านสื่อ ในช่องทางต่าง ๆ พัฒนาสื่อดิจิทัลอื่น ๆ ที่ง่ายต่อ การเข้าถึง และทันต่อยุคสมัย

5.3 ด้านกำลังคน ควรพัฒนาศักยภาพ บุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความก้าวหน้าใน สายอาชีพและสร้างความเชื่อมั่นแก่บุคลากร ในกรณี ถูกฟ้องร้อง



เป้าหมายย่อย

3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

การเสียชีวิตของทารกและเด็ก เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ประกอบกับในปี 2558-2563 อัตราการเกิดมีชีพ มีแนวโน้มลดลง โดยในปี 2558 อยู่ที่ 10.4 ต่อประชากร 1,000 คน และปี 2563 อยู่ที่ 8.7 ต่อประชากร 1,000 คน (ที่มา : สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2563) และพบว่า สาเหตุหลักของการตายในทารกและเด็ก ได้แก่ 1) ทารกเกิดก่อนกำหนดหรือทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (Prematurely and Low – Birth - Weight : LBW) 2) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Cyanotic Heart Disease : CHD) 3) ภาวะพร่องออกซิเจน (Birth Asphyxia : BA) และในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นการตายจากโรคติดเชื้อ ความผิดปกติในมารดาและปริกำเนิด และภาวะโภชนาการบกพร่อง (ที่มา : รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557) ดังนั้นการยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากเด็กเหล่านี้จะเป็นทรัพยากรและกำลังคนที่สำคัญต่อไปในการพัฒนาประเทศ

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

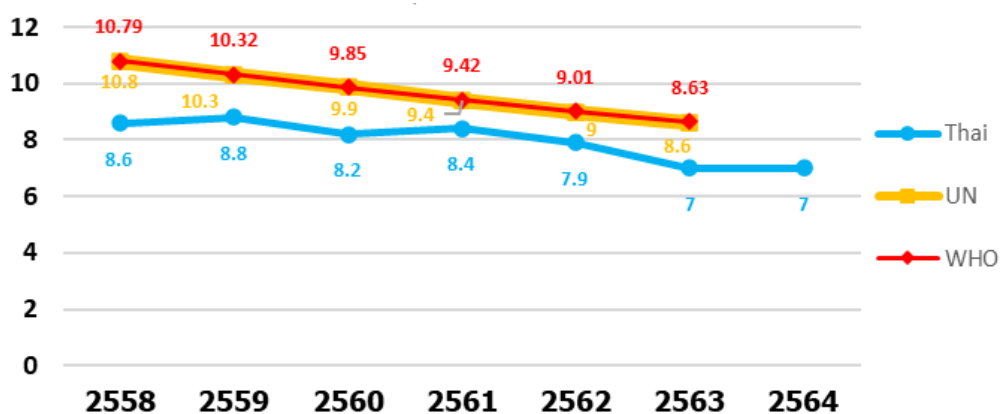
ตัวชี้วัด



3.2.1 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)



25 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน



ภาพที่ 3.3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.2.1 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)

ที่มา : 1. ข้อมูลสถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>

3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://apps.who.int/gho/data/view.main.CHILDMORTUNDER5SEARV?lang=en>

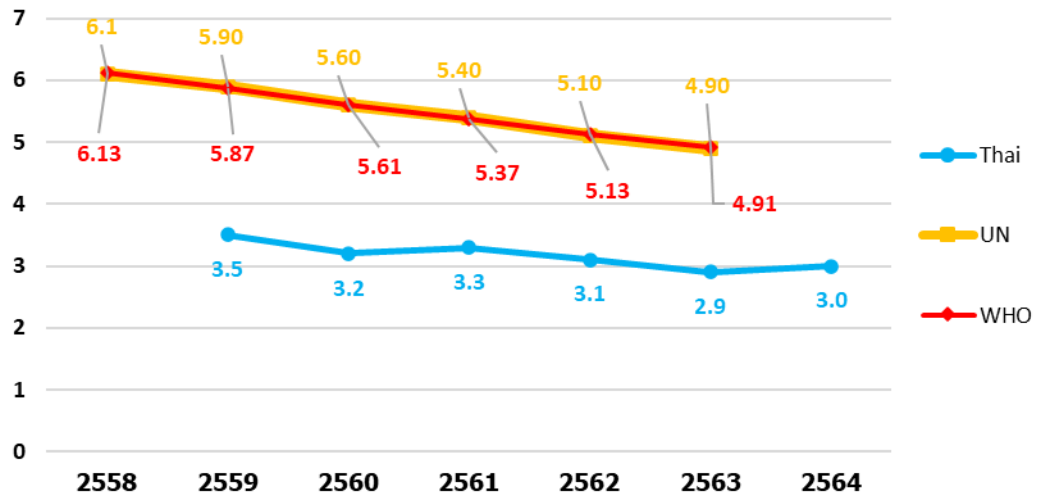
ตัวชี้วัด



3.2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)



12 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน



ภาพที่ 3.4 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)

ที่มา : 1. ข้อมูลสถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>

3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-\(per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-(per-1000-live-births))

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

การลดอัตราการตายในทารกมีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด ในด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือกึ่งวิกฤติ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกแรกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้งทบทวนทักษะทางด้านการกู้ชีพการเคลื่อนย้ายส่งต่อทารกวิกฤติอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย 2) ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาทารกแรกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยและทารกวิกฤติ 3) สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกแรกเกิด 4) ดำเนินการเปลี่ยนหัวใจพิการแต่กำเนิด (Pulmonary valve) ด้วยการสวนหัวใจทดแทนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อเฉลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ปังบประมาณ พ.ศ. 2564

4. ความท้าทาย

4.1 ด้านลดป่วย 1) ลดการคลอดก่อนกำหนด (Preterm delivery) โดยรณรงค์ให้มีการฝากครรภ์และจัดระบบการฝากครรภ์คุณภาพ เพิ่มมาตรการแนวทางการลดการคลอดก่อนกำหนดด้วยกลยุทธ์ต่าง ๆ รวมทั้งการใช้ยาโปรเจสเตอโรน (Progesterone) เพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด อาจพิจารณานำเสนอโครงการเพื่อผลักดันให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ การชดเชยค่าบริการทางสาธารณสุข (Reimbursement) หรือชุดสิทธิประโยชน์ในภาวะกลุ่มโรคที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และภาวะโรคความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด (PPHN) 2) ลดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ลดการติดเชื้อ การฝากครรภ์คุณภาพ จัดอบรมห้องคลอดคุณภาพ การกู้ชีพทารกแรกเกิด (NCP) การส่งต่อทารกให้มีความปลอดภัย (STABLE program) 3) ลดความพิการแต่กำเนิด โดยการฝากครรภ์คุณภาพ การให้กรดโฟลิก (Folic acid) แก่หญิงมีครรภ์ และการให้ความรู้แก่หญิงที่พร้อมจะมีบุตร

4.2 ด้านลดตาย 1) ลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด (Neonatal mortality rate) ด้วยการฟื้นฟูความรู้ทักษะ เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารกป่วยให้บุคลากรในสถานพยาบาล 2) วางระบบเครือข่ายการรับ - ส่งต่อภายในเขตและส่งออกนอกเขต สนับสนุนให้มีระบบการส่งต่อทารกขณะที่อยู่ในครรภ์มารดาไปยังสถานพยาบาลที่สามารถให้การดูแลทารกป่วยได้เหมาะสม (Intrauterine transfer) 3) มีระบบฐานข้อมูลและระบบปรึกษาทางไกล

4.3 ด้านลดการรอคอย 1) จัดระบบการการรับ - ส่งต่อ (Refer) และบริหารเตียงแบบ Real-time 2) เพิ่มจำนวนเตียงในห้องอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต (NICU) และเตียงทารกแรกเกิดป่วย (Sick-newborn : SNB) พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาล 3) จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางเพื่อเพิ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ กุมารแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด (Neonatal Nurse Practitioner : NNP) พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์สาขาอื่นตามความเหมาะสม 4) จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ เพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สถานพยาบาลโดยการเพิ่มจำนวนทุนเรียนต่อ ทำให้มีจำนวนผู้ให้บริการเพิ่มมากขึ้น 5) เพิ่มการชดเชยค่าบริการทางสาธารณสุข (Reimbursement) ให้แก่สถานพยาบาล

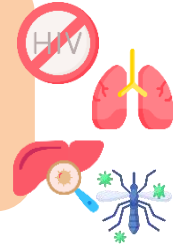
5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ปัญหาการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะก่อนกำหนดต่าง ๆ (Preterm) ภาวะโรคความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด (PPHN) และภาวะเสี่ยงจากครรภ์มารดา และระบบการฝากครรภ์คุณภาพ (ANC) ยังไม่ครอบคลุม จึงควรมีการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มารดาคลอดก่อนกำหนดและออกมาตรการป้องกันให้เป็นรูปธรรม โดยอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน และควรรณรงค์ในเรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

5.2 ปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth) มีเพิ่มขึ้น รวมทั้งมารดาติดเชื้อโรคโควิด 19 เป็นปัจจัยร่วม จึงควรกำหนดแนวทางมาตรฐานในระดับชาติ ในการออกแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 และทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน



3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอชไอวี วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

ประเทศไทยได้ร่วมรับรองเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 70 เมื่อเดือนกันยายน 2558 โดยเป้าหมายการพัฒนาที่ 3 ในเรื่องความมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี หัวข้อ 3.3 “การยุติปัญหาเอชไอวี วัณโรค มาลาเรียและโรคเขตร้อนอื่น ๆ รวมถึง การต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่น ๆ” โดยกำหนดเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค น้อยกว่า 20 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และยุทธศาสตร์การยุติวัณโรค (End TB strategy) ซึ่งกำหนดเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค ให้น้อยกว่า 10 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) โดยในปี พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลก ได้คาดประมาณประเทศไทย มีอุบัติการณ์วัณโรค 143 ต่อประชากรแสนคน หรือ จำนวน 103,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 11,400 ราย (WHO, Global Tuberculosis Report 2022) จึงมีความจำเป็นที่เร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค ให้บรรลุเป้าหมาย ในขณะที่เอชไอวียังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและนานาชาติทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีไขเฉพาะเนื่องมาจากการแพร่ระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเหล่านั้น ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานทางสังคมและปัญหาจากการรังเกียจ กีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย อีกทั้งโรคไวรัสตับอักเสบทั้งชนิด เอ บี ซี ดี และ อี โดยเฉพาะชนิด บี และ ซี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เนื่องจากสามารถติดเชื้อเรื้อรังและติดเชื้อร่วมกับเอชไอวี เนื่องจากมีช่องทางในการติดเชื้อเหมือนกัน โดยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคร่วมเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบี ซี คือ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนับเป็นประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซี การติดเชื้อร่วมกันดังกล่าวจะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีลดลง ส่งผลให้ภาวะโรคไวรัสตับอักเสบบี หรือ ซี รุนแรงขึ้น นำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งตับและเสียชีวิตได้มากขึ้น นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับไวรัสตับอักเสบบี ยังเพิ่มความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูกได้ถึงสองเท่า (WHO, 2017) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระยะยาว เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนและโรคมะเร็งตับ ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายสูง ส่วนโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศไทยได้กำหนดนโยบายเร่งรัดการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแทนการควบคุมโรคมาลาเรียตามเป้าหมายโครงการมาลาเรียโลก (Global Malaria Program) ที่มีเป้าหมายมุ่งสู่การกำจัดโรคไข้มาลาเรียและผลักดันให้ประเทศมีอัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรีย น้อยกว่า 1 ต่อ 1,000 ประชากร และในปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคมมาลาเรีย 0.14 ต่อพันประชากร (อ้างอิงจาก ระบบบริการข้อมูลสถิติชีพประเทศไทย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564)

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

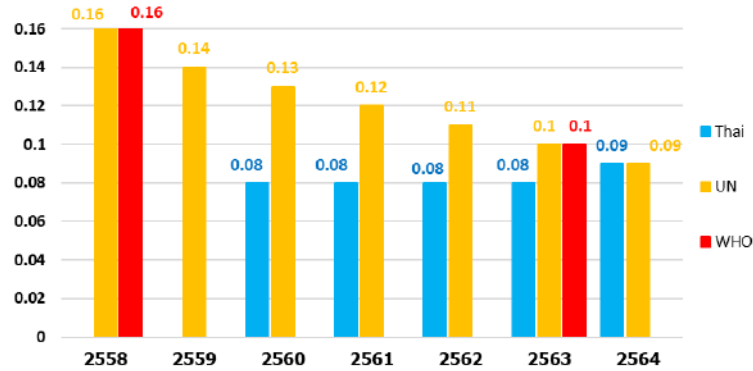
ตัวชี้วัด



3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และกลุ่มประชากรหลัก)



≤ 0.2 ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน



ภาพที่ 3.5 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และกลุ่มประชากรหลัก)

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (Spectrum-AEM)
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-\(per-1000-uninfected-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-(per-1000-uninfected-population))

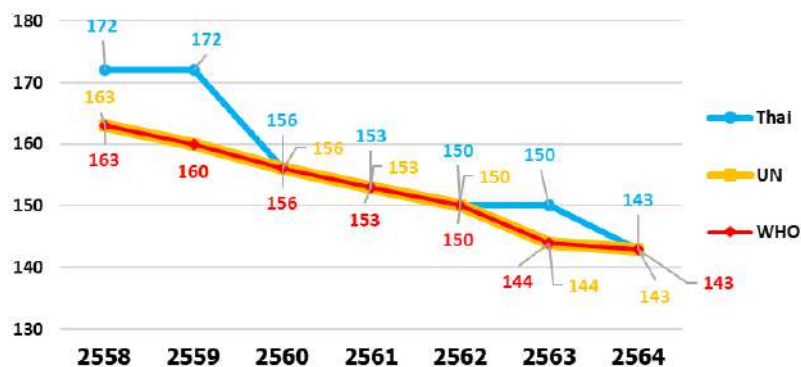
ตัวชี้วัด



3.3.2 อัตราการเกิดโรควัณโรคต่อประชากร 100,000 คน



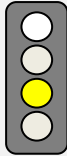
≤ 10 ต่อประชากร 100,000 คน



ภาพที่ 3.6 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.2 อัตราการเกิดโรควัณโรคต่อประชากร 100,000 คน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จาก Global Tuberculosis report
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/incidence-of-tuberculosis-\(per-100-000-population-per-year\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/incidence-of-tuberculosis-(per-100-000-population-per-year))

ตัวชี้วัด



3.3.3 อัตราการเกิดโรคมalariaเรื้อต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี



≤ 0.038 ต่อประชากร 1,000 คน



ภาพที่ 3.7 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.3 อัตราการเกิดโรคมalariaเรื้อต่อประชากร 1,000 คน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากระบบมาลาเรียออนไลน์
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/malaria-incidence-\(per-1-000-population-at-risk\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/malaria-incidence-(per-1-000-population-at-risk))

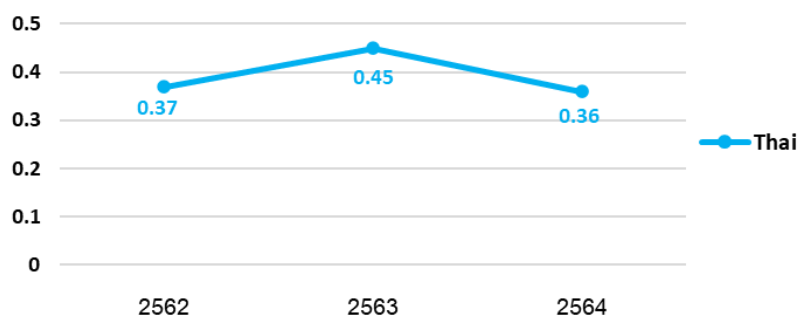
ตัวชี้วัด



3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร 100,000 คน



≤ 0.174 ต่อประชากร 100,000 คน



ภาพที่ 3.8 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ต่อประชากร 100,000 คน

ที่มา : ข้อมูลประเทศไทย จากศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัสของประเทศ

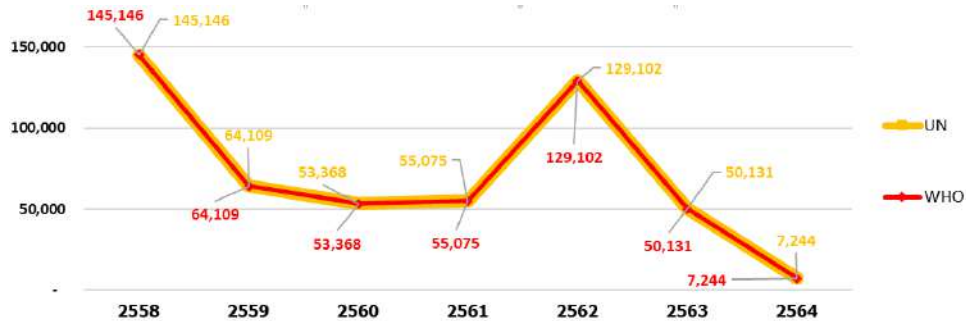
ตัวชี้วัด



3.3.5 จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย (Neglected Tropical Diseases)



ลดลงร้อยละ 90 จากปี 2553



ภาพที่ 3.9 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.3.5 จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย (Neglected Tropical Diseases)

- ที่มา : 1. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/reported-number-of-people-requiring-interventions-against-ntds>

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

3.1 โรคเอดส์ : การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) พัฒนากลไกการสนับสนุนงบประมาณและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภายในประเทศ เพื่อการยุติปัญหาเอดส์ 2) พัฒนาการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี ผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชากรเป้าหมาย โดยใช้การตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) 3) เสริมสร้างความร่วมมือการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคไวรัสตับอักเสบบีและซีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด 4) สนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น 5) จัดระบบบริการ Same Day/Rapid ART เพื่อพัฒนาคุณภาพการเข้าถึงยาต้านเอชไอวี 6) พัฒนาความร่วมมือและถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างประเทศด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7) พัฒนาระบบการป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในจังหวัดชายแดนติดประเทศเพื่อนบ้าน 8) พัฒนานโยบายระดับชาติด้านการยุติเอดส์ 9) การคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 10) การดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ 11) การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์

3.2 วัณโรค : การยุติปัญหาวัณโรค มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) บริหารจัดการวัณโรคดื้อยา M/XDR-TB 2) พัฒนามาตรฐานห้องปฏิบัติการวัณโรคของประเทศ และนานาชาติสู่มาตรฐานสากล 3) การเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรคระยะแฝง 4) พัฒนาผลิตภัณฑ์ทางวิชาการด้านวัณโรค 5) ขับเคลื่อนการดำเนินงานวัณโรคและเอดส์ 6) ติดตามประเมินผลการดำเนินงานวัณโรค 7) การดูแลรักษาวัณโรค และวัณโรคดื้อยา โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) 8) ขับเคลื่อนมาตรฐานการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค 9) ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อความยั่งยืนในการป้องกันควบคุมวัณโรคสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 10) ขับเคลื่อนความเข้มแข็งของเครือข่ายในการดำเนินงานวัณโรค

3.5.1 โรคเท้าช้างและโรคลิซมาเนีย ถึงแม้จะเป็นโรคในกลุ่มโรคที่ถูกกละเลย (Neglected tropical diseases) แต่ยังมีภาระโรคร้ายโรคติดต่อมาโดยแมลงซึ่งรับ โดยมีการดำเนินการดังนี้ 1) การเฝ้าระวังโรคเท้าช้าง โดยเฝ้าระวังเชื้อในคน พื้นที่แพร่โรคเดิม เฝ้าระวังยุงพาหะ เฝ้าระวังแนวรังโรค (เฉพาะพื้นที่ *B. malayi*) 2) สนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ชุดทดสอบชนิดตรวจเร็ว และยา DEC (เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่คงค้างใน ทะเบียนรักษา และผู้ป่วยใหม่ที่เกิดจากการเฝ้าระวัง และคนต่างด้าวที่ไม่มีประกันสุขภาพ การตรวจยืนยัน ทางห้องปฏิบัติการ) 3) ติดตามการจ่ายยากลับ เพื่อลดการแพร่โรคเท้าช้างในคนต่างด้าว 4) ร่วมประชุมกับ เครือข่ายนานาชาติภายใต้องค์การอนามัยโลกเพื่อรายงานความก้าวหน้ากิจกรรม และหารือแนวทางใน การจัดการโรคในกลุ่มโรคติดต่อที่ถูกกละเลย 5) พัฒนาองค์ความรู้และแบ่งปันแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ ผู้ที่สนใจหรือผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคติดต่อมาโดยแมลงที่ถูกกละเลย 6) สำรวจรึ้นผอยทรายพาหะนำโรคและ ตรวจหาเชื้อลิซมาเนียเพื่อใช้เป็นข้อมูลเฝ้าระวังโรค 7) ตรวจสอบการรณรงค์นักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่กลับจากประเทศที่มี การระบาดของลิซมาเนีย

3.5.2 โรคเรื้อน มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) สร้างระบบเฝ้าระวังและติดตามการตีตราต่อ โรคเรื้อน 2) สนับสนุนการเข้าถึงการฟื้นฟูสภาพทางกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ 3) สนับสนุนการหลอมรวม ผู้ประสบจากปัญหา และเครือข่ายจิตอาสาเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน 4) ทบทวนหรือแก้ไข กฎหมาย/ข้อบังคับที่เลือกปฏิบัติต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนโดยไม่เป็นธรรม

4. ความท้าทาย

4.1 ความท้าทายในการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีดังต่อไปนี้ 1) การเข้าถึงบริการรักษา 95-95-95 โดยเฉพาะ 95 ที่ 2 ผู้ติดเชื้อ ได้รับการด้วยยาต้านไวรัสที่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเข้าถึง บริการช้า เสียชีวิต หลุดออกจากระบบบริการ และเริ่มยาต้านฯ ช้า 2) กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานด้านเอ็ดส์ บางส่วนเป็นผู้ที่เข้าถึงยากและมีความเฉพาะสูง ทำให้การดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยทรัพยากรทั้งในด้านของ บุคลากร ระยะเวลา งบประมาณ และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก รวมถึงองค์ความรู้ ที่ต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงอยู่เสมอ เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ 3) การให้บริการ ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อไวรัสฯ (PrEP) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคระยะแฝง การติดตามคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้ามารับบริการ (Index Partner Testing) การให้ยาเร็ว (Same Day/Rapid ARV) และอื่น ๆ จำเป็นต้องมีการกระจายบริการให้ครอบคลุมหน่วยบริการทั่วประเทศ จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยบริการอย่างมาก 4) คนในสังคม ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อฯ (ผลการสำรวจ 58.6%) ทำให้ผู้ติดเชื้อและ กลุ่มประชากรหลัก ไม่กล้าเข้าสู่ระบบบริการ และยังไม่มีการดำเนินการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในสังคม 5) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซิฟิลิส หนองในที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังไม่สามารถดำเนินการ ให้ลดลงได้ตามเป้าหมาย และแผนการดำเนินงานปรับปรุงบริการ ในการลดอัตราป่วยโรคหนองในยังไม่ชัดเจน

4.2 ความท้าทายในการยุติปัญหาวัณโรค คือ การเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค ให้บรรลุเป้าหมายและ อยู่ในเวลาที่องค์การอนามัยโลกตั้งไว้พร้อมกันทั่วโลก โดยกำหนดเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค น้อยกว่า 10 ต่อ ประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) ซึ่งส่งผลต่อการสร้างหลักประกันประชากรไทยมีชีวิต และสุขภาพดีในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประเทศไทยปลอดภัยจากวัณโรค

4.3 ความท้าทายในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย คือ การขับเคลื่อนงานมีความยุ่งยากซับซ้อนไม่อาจสำเร็จ ได้ด้วยการดำเนินงานของกระทรวงเดียว หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงต้องดำเนินงานร่วมกัน อย่างต่อเนื่อง และใช้เวลานานกว่าจะเกิดผลสำเร็จ

4.4 ความท้าทายในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ซี คือ การขยายผลนโยบายการกำจัดโรคติดต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ให้เป็นนโยบายสำคัญที่ต้องเร่งรัดให้ทุกพื้นที่ บูรณาการแนวทางการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

4.5 ความท้าทายในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกล่เลย (Neglected Tropical Diseases) มีดังนี้
1) มีกลยุทธ์ในการเตรียมความพร้อมให้กับหน่วยงานในพื้นที่ได้มีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อมาโดยแมลงที่ถูกกล่เลย เพื่อใช้ประโยชน์ในการรองรับสถานการณ์หากเกิดเหตุการณ์ระบาดหรือมีโรคเกิดขึ้นในพื้นที่
2) การดำเนินงานประเมิน/ติดตามการฟื้นฟูสภาพหรือการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่กำลังรักษาและผู้ที่ย้ายจากโรคเรื้อนแต่มีความพิการในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ยังทำได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากการประเมินเพื่อดูความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตหลังจากได้รับบริการ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่มีความยากลำบากในการติดตามและประสานงาน

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะในการลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีดังต่อไปนี้ 1) การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย มีความจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานร่วมกันจากทุกภาคส่วน ทั้งในส่วนของภาครัฐ ภาคประชาสังคม รวมทั้งหน่วยงานระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง ในการประสานการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง 2) ทหารูปแบบการดำเนินงานร่วมกับภาคี และหน่วยบริการภาคประชาสังคม ในการดำเนินงานจัดระบบบริการร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ป้องกันเชิงรุกและการตรวจเลือด (HIV testing) การจัดบริการ PrEP ที่มีประสิทธิภาพ โดยพิจารณาการใช้รูปแบบ Index Partner Testing 3) จัดทำแผนการดำเนินงานปรับปรุงบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) เพิ่มการสนับสนุนเชิงนโยบายในการยุติปัญหาเอดส์ ให้การสนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณในการดำเนินงานเพื่อการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์อย่างเร่งรัดและมีประสิทธิภาพ (Fast track and Smart investment)

5.2 ข้อเสนอแนะในการยุติปัญหาวัณโรค คือ ประเทศไทยยังคงอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดการดำเนินงานวัณโรค ให้บรรลุเป้าหมาย SDGs และเป้าหมายองค์การอนามัยโลก

5.3 ข้อเสนอแนะในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย มีดังต่อไปนี้ 1) พัฒนาแผนการป้องกันกลับมาแพร่เชื้อใหม่ระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม ผลักดันการจัดทำระบบการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ และกลไกการเปลี่ยนผ่านการดำเนินงานมาลาเรียเข้าสู่ระบบปกติ 2) บูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานความมั่นคงและองค์กรเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรียเพิ่มมากขึ้น 3) สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันตนเอง ให้กับเจ้าหน้าที่ภาคสนามเพื่อดำเนินการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ 4) ปรับรูปแบบการดำเนินงานนิเทศ กำกับ ติดตาม ตลอดจนการจัดกิจกรรมการประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่เป็นการติดตามงาน โดยการจัดประชุมผ่านโปรแกรมโซเชียลมีเดียต่าง ๆ 5) เพิ่มศักยภาพชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำจัดโรคไข้มาลาเรีย โดยการจัดทำมาลาเรียชุมชนให้มีความครอบคลุมพื้นที่แพร่เชื้อมาลาเรีย เพื่อประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่แพร่เชื้อสามารถเข้าถึงการบริการการตรวจรักษาได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

5.4 ข้อเสนอแนะในการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบ บี ซี มีดังต่อไปนี้ 1) การบูรณาการดำเนินงาน แนวทางการจัดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี จากแม่สู่ลูกระหว่างกรมควบคุมโรคและกรมอนามัยภายใต้กลไก Maternal Child Health Board (MCH Board) 2) การขยายการดำเนินงานการจัดการโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี โดยงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลอย่างน้อย 1 อปท. ต่อ 1 จังหวัด ครอบคลุมทั้ง 76 จังหวัด เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทราบสถานการณ์ติดเชื้อของตนเอง และเข้าสู่ระบบการรักษาได้โดยเร็ว ลดโอกาสการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบ โรคตับแข็ง และมะเร็งตับ

5.5 ข้อเสนอแนะในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย (Neglected Tropical Diseases) มีดังต่อไปนี้ 1) สนับสนุนและผลักดันในระดับนโยบาย โดยประสานงานกับหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการฟื้นฟูสภาพผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อน 2) ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานกลุ่มโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ถูกกละเลย ที่ไม่ได้เป็นปัญหาหลักของประเทศ เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานหากเกิด เหตุการณ์ไม่คาดคิดหรือมีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้น



เป้าหมายย่อย

3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ. 2573



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

ตามรายงานของ WHO ปี ค.ศ. 2013 พบว่าประชากรทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากกลุ่ม NCDs มากกว่า 36 ล้านคน โดยในจำนวนนี้มากกว่า 14 ล้านคนเป็นการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 30-70 ปี ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยส่วนใหญ่ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low- and middle-income countries) ส่งผลให้เกิดการสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจสูงถึง 7 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ และคาดว่าอีก 15 ปีข้างหน้า ประชาชนนับล้านคนจะเจอกับปัญหาความยากจนซึ่งสาเหตุหนึ่งก็เป็นผลมาจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่ WHO ให้ความสำคัญกับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรโดยการตั้งเป้าหมายเพื่อลดการสูญเสียดังกล่าวให้ได้ภายใน 10 ปีข้างหน้า (ที่มา: รายงานการศึกษาลดระดับ

สมบูรณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ 4 กลุ่มโรคของประชากรไทย 2559)

และการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ อันก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก Suicide worldwide in 2019 : Global Health Estimates พบว่า ทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากถึง 703,000 คนทั่วโลก เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตสูงกว่า โรคไข้มาลาเรีย โรคเอดส์ มะเร็งเต้านม สงคราม หรือการฆาตกรรม โดยในปี 2562 มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย มากกว่า 1 ใน 100 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.3 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในประชากรอายุ 15 – 29 ปี ซึ่งเป็นการตายก่อนวัยอันควร รองจากการบาดเจ็บทางถนน วัณโรค และความรุนแรงระหว่างบุคคล

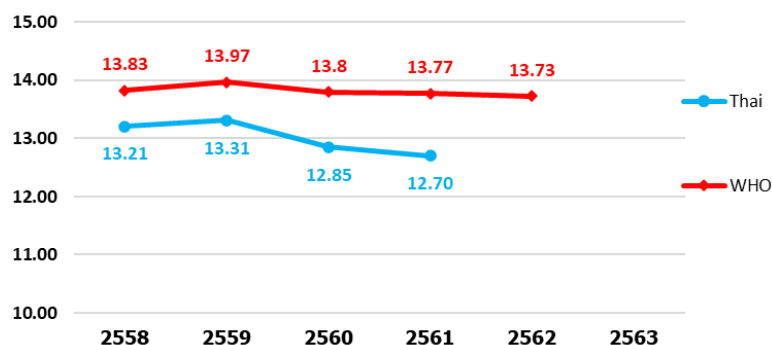
2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด



3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง

 ≤ 15%



ภาพที่ 3.10 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง

ที่มา : 1. ข้อมูลประเทศไทย จาก Burden of Disease Thailand : BOD

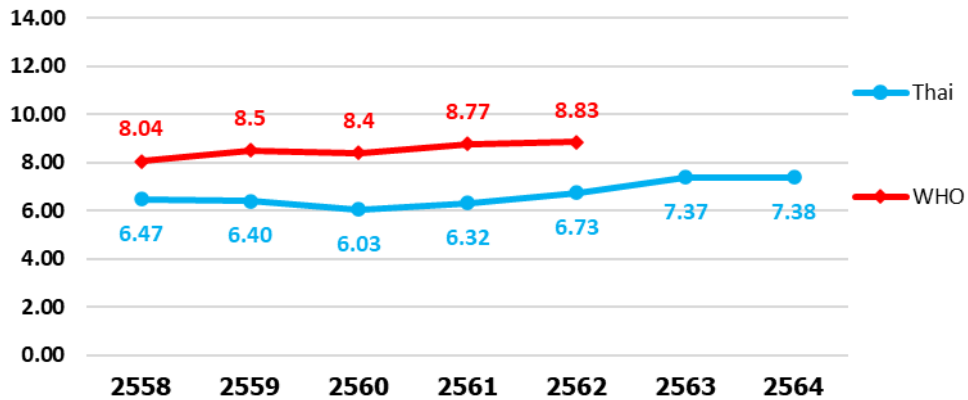
2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer>



3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย



≤ 8 ต่อประชากร 100,000 คน



ภาพที่ 3.11 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย ต่อประชากร 100,000 คน

- ที่มา :
- ข้อมูลประเทศไทย จาก สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
 - ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/crude-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/crude-suicide-rates-(per-100-000-population))

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1) การขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ (Policy and Advocacy) 2) ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง (Promotion and Risk Reduction) โดยเพิ่มการเข้าถึงการวัดความดันโลหิตในที่สาธารณะ สื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชนมีการดำเนินการลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) เสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Strengthen Health System) โดยเพิ่มสมรรถนะ Smart digital health และ platform เพื่อจัดการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับประชาชน พัฒนาคุณภาพบริการและสนับสนุนการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ 4) เฝ้าระวังและติดตามประเมินผล (Surveillance and M&E) โดยพัฒนาการสำรวจและคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ เพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย 2) พัฒนาศักยภาพ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ในการวินิจฉัยและรักษา การดูแลรักษาผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ฆ่าตัวตาย การป้องกันการฆ่าตัวตาย การบำบัดด้านสังคมจิตใจป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ 3) จัดระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด โดยให้มีการกำหนดจุดแจ้งเหตุการฆ่าตัวตาย จัดตั้งทีมปฏิบัติการกู้ชีพการฆ่าตัวตายและจัดตั้งทีมสอบสวนโรคเพื่อลงพื้นที่ 4) พัฒนา/ผลิตองค์ความรู้และสื่อต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย 5) ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง 3 จังหวัดของประเทศ

4. ความท้าทาย

4.1 ความท้าทายในการป้องกันการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง คือ แม้ว่าโอกาสการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ 4 โรค โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรังมีแนวโน้มลดลง แต่ความชุกของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น (ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (NHES))

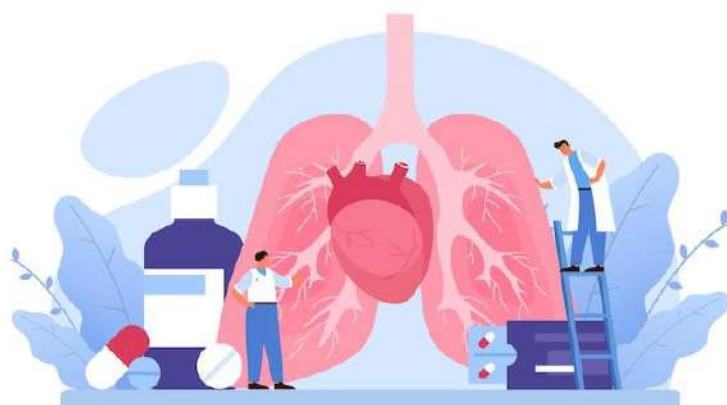
4.2 ความท้าทายในการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีดังต่อไปนี้ 1) ด้านระบบข้อมูล พบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายยังไม่สามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้ 2) การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข พบว่า การคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุม และยังพบว่า ประชาชน ญาติ ผู้ใกล้ชิด ยังขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน และความรู้/ความเข้าใจในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย และการเข้าถึงช่องทางให้คำปรึกษา ทั้งนี้ระบบเฝ้าระวังและส่งต่อในระดับ หมู่บ้าน/ตำบล ทำได้เฉพาะบางอำเภอনার่อง ซึ่งยังไม่ครอบคลุม 3) การบูรณาการการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ยังเป็นหน่วยงานในระบบสาธารณสุขเป็นหลัก ไม่สามารถจัดการปัญหาเศรษฐกิจ สังคม ยาเสพติด และกำลังคนด้านจิตเวชในการขับเคลื่อนงานเชิงรุกงานส่งเสริมป้องกันยังมีจำกัด

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะในการป้องกันการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง มีดังต่อไปนี้ 1) สนับสนุนให้ชันษาซีเพิ่มเติมสำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีผลเสียหรืออันตรายต่อสุขภาพ และจ่ายเงินอุดหนุนสำหรับผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ 2) สร้างความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมายที่สนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วนและในทุกระดับ 3) เน้นนโยบายเชิงป้องกันปัจจัยเสี่ยง (Primary prevention) 4) ดำเนินนโยบายใหม่ๆ เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการอาหาร ประเภทผัก อาหารพื้นบ้าน และลดการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงและโซเดียมสูง 5) สนับสนุนการทำงานของผู้นำการรณรงค์ และผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) และขับเคลื่อนนโยบายที่จัดการกับโรค NCDs ควรมีการทำ Rebranding และนำแนวทาง Social Marketing มาใช้ประกอบเพื่อพัฒนาให้มาตรการสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น 6) ใช้เทคโนโลยีจัดระบบเฝ้าระวังค้นหากลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 7) ส่งเสริมผู้นำของกระทรวงต่าง ๆ ให้แสดงบทบาทนำในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในบทบาทความรับผิดชอบของหน่วยงาน 8) ควรมีกลไกการประสานระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีแผนการดำเนินงานเพื่อการลดความเสี่ยงที่เป็นระยะยาวต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็น สสส. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ สถานที่ทำงาน และสถานศึกษา 9) ภายในโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลางและจังหวัด ได้แก่ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ งานคุ้มครองผู้บริโภคให้มีบทบาทประสานการดำเนินงานด้านการป้องกัน และลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น

10) สร้างแนวทางป้องกันการแทรกแซงนโยบายสาธารณะของอุตสาหกรรมยาสูบ แอลกอฮอล์ มลพิษ และอาหาร เพื่อให้แน่ใจว่าผลประโยชน์สาธารณะจะมาก่อนผลประโยชน์ทางการค้า

5.2 ข้อเสนอแนะการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีดังต่อไปนี้ 1) เสริมความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาศักยภาพ 3 หมอ และพัฒนาญาติ/ผู้ใกล้ชิด/Gate Keeper ให้รู้ถึงสัญญาณเตือน 2) จัดตั้งคณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด (Suicide Prevention Team) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่จำเพาะสำหรับพื้นที่



3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ ในทางที่เป็นอันตราย



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

จากข้อมูลคาดการณ์ของจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 คาดประมาณว่ามีคนไทย 3.75 ล้านคน หรือร้อยละ 7.46 ของคนไทยอายุ 12 - 64 ปี เคยใช้ยาเสพติดในช่วงชีวิต และจำนวน 1.97 ล้านคน หรือร้อยละ 3.91 ใช้ยาเสพติด 1 ปีที่ผ่านมา และมีคนไทย 1.32 ล้านคนหรือร้อยละ 2.62 ใช้ยาเสพติดในเดือนที่ผ่านมา ซึ่งในจำนวนนี้มี 452,000 คน หรือร้อยละ 0.90 ใช้ยาเสพติดเป็นประจำ แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ใช้ยาเสพติด ในปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่าตัว (ที่มา: แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2566) แต่จากรายงานผลการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระบบสมัครใจ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 สิงหาคม 2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพียง 63,000 กว่าราย (ข้อมูลจากระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2565) แสดงว่ายังมีผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา ซึ่งปัญหาหนึ่งมาจากผู้ติดยาเสพติดไม่กล้าเปิดเผยตัวเพราะเกรงว่าจะถูกจับกุมหรือต้องโทษร้ายแรงทางคดี

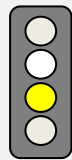
ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2564 มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพด้วยกลไกสาธารณสุขแทนการดำเนินคดี และให้ “ผู้เสพคือผู้ป่วย” โดยได้มีการปรับระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด แบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ ระบบสมัครใจ และระบบบำบัดรักษา โดยกฎหมายจากแนวทางดังกล่าว ถือว่าผู้ติดยาเสพติดทุกคนเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับโอกาสในการบำบัดรักษา และสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกันในทุกระดับ รวมทั้งให้ได้รับการติดตามดูแล ช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาเสพติดสามารถกลับมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

ส่วนการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพของประชาชนไทยอีกปัจจัยหนึ่งจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2557 พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (DALYS) อันดับที่ 2 รองจากการสูบบุหรี่/ยาสูบ และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกที่ทำให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศชาย ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็น 12.0 % of DALYS นอกจากนี้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 230 ชนิดตาม ICD-10 (บัญชีการจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพเพื่อข้อมูลทางสถิติระหว่างประเทศ ฉบับทบทวน ครั้งที่ 10) เช่น โรคความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์ (Alcohol used disorder) โรคตับแข็ง โรคตับอ่อนอักเสบ โรคมะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะมะเร็งช่องปาก มะเร็งตับอ่อน วัณโรค การฆ่าตัวตาย และกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถือเป็นสิ่งเสพติดที่ถูกกฎหมาย และมีผลกระทบอย่างกว้างขวางในสังคมไทยในหลายมิติ ทั้งผู้ผลิต ผู้จำหน่าย ผู้บริโภค และผู้ได้รับผลเสียจากการบริโภคทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงมีการขับเคลื่อนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีเอกภาพ โดยเครื่องมือที่สำคัญคือพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ซึ่งพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มีเจตนารมณ์เพื่อลดปัญหาและผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ ช่วยสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้ตระหนักถึงพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนป้องกันเด็กและเยาวชนมิให้เข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยง่าย

และจากการสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตระดับชาติล่าสุด ปี พ.ศ.2556 ในประชากรไทยอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบว่ามีความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุรา/สารเสพติดสูงถึงร้อยละ 30.8 (15.9 ล้านคน) และร้อยละ 13.4 (6.9 ล้านคน) ตามลำดับ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ที่มักจะเห็นในข่าวปัจจุบันอยู่เป็นประจำ ซึ่งเกิดจากขาดการรักษาและขาดการรับประทายอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสพยาเสพติดซ้ำและส่งผลกระทบต่อ การกลับมาป่วยซ้ำ และบางรายอาจจะก่ออันตรายรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบให้เกิด ความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ การติดตามดูแล ต่อเนื่องและให้การช่วยเหลือหลังการบำบัดรักษาโดยการประคับประคองให้คำแนะนำ คำปรึกษา เสริมสร้าง กำลังใจและสร้างแรงจูงใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ลดปัญหา การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ก่อความรุนแรงซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

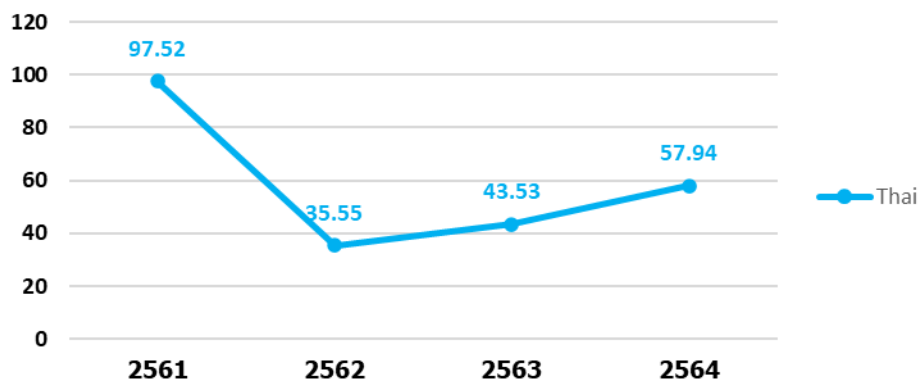
ตัวชี้วัด



3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ที่ ใช้สารเสพติด

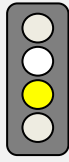


≥ 74%



ภาพที่ 3.12 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ ยาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา)

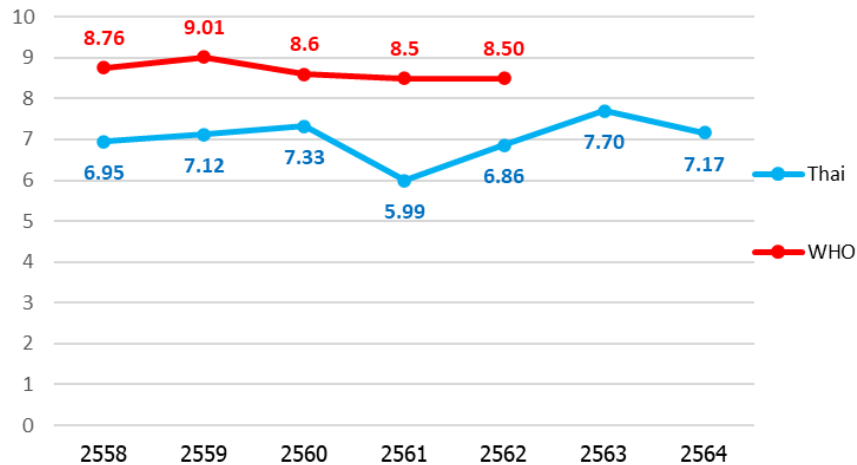
ที่มา : ข้อมูลประเทศไทย จากข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)



3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นียามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน



≤ 5.3%



ภาพที่ 3.13 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นียามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_5-substance-abuse

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

3.1 ความครอบคลุมของการรักษาสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติด มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) เพิ่มการเข้าถึงและสร้างแรงจูงใจในการเข้าสู่ระบบบำบัด โดยค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วยมาตรการเชิงรุกและการสื่อสารเชิงรุกเพื่อโน้มน้าวสร้างแรงจูงใจ สร้างความตระหนักให้กลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบำบัด 2) สร้างพลังสังคมและชุมชนเข้มแข็ง โดยบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง จัดระบบบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูร่วมกับเครือข่าย NGO ในพื้นที่ 3) ยกระดับระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟู โดยขยายการจัดบริการด้านการบำบัดในสถานบำบัด/ฟื้นฟูตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพิ่มความครอบคลุมของการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานฟื้นฟู/สถานบำบัดให้ผ่านการรับรองมาตรฐาน พัฒนา Law & Regulation ที่เอื้อต่อการบำบัดรักษาฟื้นฟูเชิงรุก 4) พัฒนาองค์กรและภาคีเครือข่าย โดยพัฒนาระบบ Business intelligent (Big DATA) เพื่อการบำบัดรักษาฟื้นฟู พัฒนสมรรถนะบุคลากรในเครือข่ายการบำบัดรักษาฟื้นฟู บริหารจัดการทรัพยากรด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟู และการติดตามดูแลต่อเนื่อง

3.2 การลดการบริโภคแอลกอฮอล์มีการดำเนินการดังต่อไปนี้ 1) ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2570) ซึ่งประกอบด้วย 7 กลยุทธ์ ดังนี้ (1) ควบคุมและจำกัดการเข้าถึง เพื่อควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมและในประชากรกลุ่มเสี่ยง ให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าราคาแพง หาซื้อยาก และเพิ่มสัดส่วนจำนวนประชากรที่ใบอนุญาตในการเข้าถึงจุดจำหน่ายของประชาชนขึ้นจากปี 2562 (2) ควบคุมพฤติกรรมการซบซึ่หลังการดื่ม เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการซบซึ่ยานพาหนะภายหลังการดื่มแอลกอฮอล์ (3) คัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุรา จัดการผู้มีปัญหาดื่มแอลกอฮอล์ให้ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานที่เหมาะสม (4) ควบคุมการโฆษณาส่งเสริมการขายและการให้ทุนอุปถัมภ์ เฝาระวังและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการโฆษณาและการสื่อสารการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเพื่อคุ้มครองสังคมและเยาวชนมิให้เป็นนักดื่มหน้าใหม่ (5) ขึ้นราคาผ่านระบบภาษี มีระบบการคิดภาษีที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และโปร่งใสตรวจสอบได้ มาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำ (minimum unit pricing) ตามปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม การผูกอัตราภาษีกับเงินเพื่อ (6) สร้างค่านิยมเพื่อลดการดื่ม (7) ระบบสนับสนุนและบริหารจัดการที่ดี สร้างกลไกจัดการปัญหาแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดจำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) พัฒนานโยบายและกฎหมายในการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านกลไกคณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) เฝาระวัง บังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับภาคีเครือข่ายตามข้อร้องเรียน ตามเทศกาล เช่น เทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ วันสำคัญทางศาสนา 4) พัฒนาศักยภาพพนักงานกรมคุมประพฤติด้านการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (บำบัดแบบสั้น) 5) ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากสุรา 6) รมรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 7) เชิดชูเกียรติบุคคลและองค์กรที่ดำเนินงานดีเด่นด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานวันงดดื่มสุราแห่งชาติ

4. ความท้าทาย

4.1 ความท้าทายในการเสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด มีดังต่อไปนี้ 1) ผลจากการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ส่งผลให้ทุกหน่วยงานที่มีภารกิจด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จำเป็นต้องมีการปรับระบบ รูปแบบ และแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานในระดับพื้นที่ที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน ตั้งแต่การจัดตั้งหน่วยบริการ ได้แก่ ศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม รวมทั้งการประสานรับ-ส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติด เพื่อให้การดำเนินงานทั้งระบบเกิดประสิทธิผล และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางข้อกำหนดยาเสพติด ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาลดน้อยลง เนื่องจากบทลงโทษที่ไม่รุนแรงเข้มงวด และแนวนโยบายที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพด้วยกลไกสาธารณสุข แทนการดำเนินคดี ให้ “ผู้เสพคือผู้ป่วย” 3) พัฒนาแนวทางการเฝาระวัง ส่งต่อและดูแลติดตามต่อเนื่องผู้ผ่านการบำบัดรักษา ยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิต

เป้าหมายย่อย

3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนทั่วโลกครั้งหนึ่ง ภายในปี พ.ศ. 2573



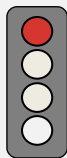
1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) เปิดเผยผ่านรายงาน GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2018 ว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกยังคงเพิ่มขึ้นจากข้อมูลปี 2016 พบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง 1.35 ล้านคนต่อปี ทั่วโลก หรือทุกหนึ่งชั่วโมง จะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 155 คน และอุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 8 ของคนทุกกลุ่มอายุทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากกว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจาก HIV/เอดส์ วัณโรค หรือโรคอุจจาระร่วง

นับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน เรื่อง อุบัติเหตุทางถนนยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศ ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยองค์การอนามัยโลกพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปี 2559 อยู่ที่ 32.55 คนต่อประชากร 100,000 คน

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

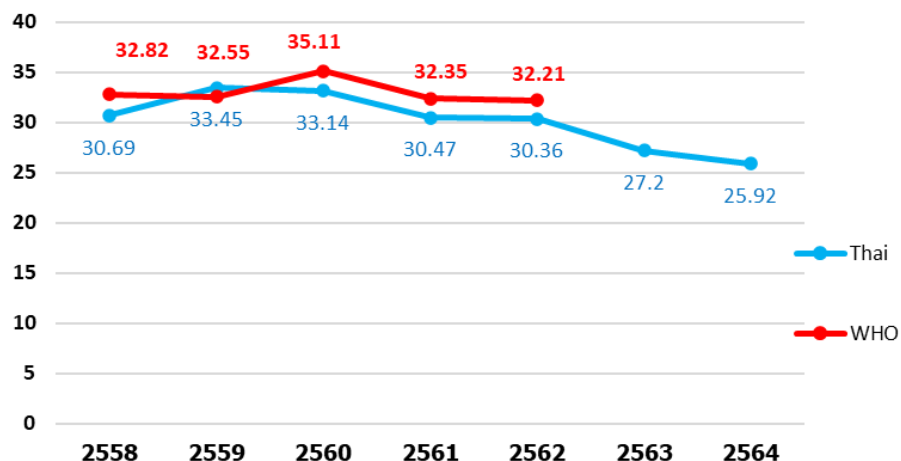
ตัวชี้วัด



3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ต่อประชากร 100,000 คน



≤ 8.4 ต่อการตาย 100,000 คน



ภาพที่ 3.14 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อประชากร 100,000 คน)

- ที่มา : 1. ข้อมูลประเทศไทย จากกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค
2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-road-traffic-death-rate-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/estimated-road-traffic-death-rate-(per-100-000-population))

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

การดำเนินงานเพื่อลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน โดยคณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ ได้จัดทำแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนนปี 2561 – 2564 มีเป้าหมายในการลดการบาดเจ็บและการตายจากอุบัติเหตุทางถนนที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบความปลอดภัยทางถนน (Safe System) และวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) โดยพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีความเข้มแข็งและสนับสนุนการขับเคลื่อนงานของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการลดอัตราการบาดเจ็บการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเสี่ยงหลัก ควบคู่กับการสื่อสาร เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมไปสู่สังคมปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านการดำเนินงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น โดยมีการดำเนินงาน อาทิ 1) การบูรณาการข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย 3 ฐาน (1.กระทรวงสาธารณสุข : ข้อมูลมรณบัตร

ตรวจสอบกับหนังสือรับรองการตาย 2.ระบบ CRIME ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 3.ระบบ e-Claim ของ บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด) โดยมีการจัดทำโปรแกรมสำหรับบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนภาพรวมของประเทศ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปัญหา อุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน 2) ดำเนินการตรวจปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดเพื่อให้ประชาชนขับขี่ปลอดภัย มั่นใจ ไร้แอลกอฮอล์ 3) พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance : IS) 4) พัฒนาการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน (2565) 5) พัฒนา Fitness for drive และบัญชีโรคต้องห้ามในการขับขี่ 5) ป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) และระดับท้องถิ่น (City RTI) 6) ศึกษาวิจัยอุบัติเหตุทางถนนในเด็กและเยาวชน 7) พัฒนาการแก้ไขปัญหการตายและบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ โดยใช้ TSY Program (Thailand Safe Youth Program)

4. ความท้าทาย

เนื่องจากอุบัติเหตุทางถนนมีความเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน การแก้ไขปัญหาที่มีความซับซ้อน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบหลายปัจจัย ดังนั้นกระบวนการแก้ไขปัญหาจึงต้องอาศัยการทำงานหลายภาคส่วน และหลากหลายวิธีการในการลดอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยได้ และด้านการพัฒนาระบบฐานข้อมูล การใช้ข้อมูล พร้อมทั้งการเสนอมาตรการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการใช้ข้อมูลเพื่อตรวจจับ ชีวัด สะท้อนสถานการณ์และสภาพปัญหา วิเคราะห์ สนับสนุนการตัดสินใจ กำหนดนโยบายในการแก้ไขปัญหา รวมถึงการติดตามประเมินผล จึงเป็นรากฐานสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้าง

ความเข้มแข็งด้านความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ให้สามารถดำเนินการอย่างมุ่งมั่น ผลลัพธ์ (Result focused) ได้

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหนึ่งในหน่วยงานที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งการมีข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน เพื่อการผลักดันนโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องนั้น ประกอบด้วยภาคีเครือข่ายต่างเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือ การลดลงของอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย

เป้าหมายย่อย

3.7 สร้างหลักประกันถ้วนหน้า ในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัว ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ และการบูรณาการอนามัยการเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และ แผนงานระดับชาติ ภายในปี พ.ศ. 2573



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยปี 2563 จำนวนประชากรทั้งหมด 66.5 ล้านคน คิดเป็นจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 18.1% วัยแรงงาน (15-59 ปี) 65.0 % และวัยเด็ก (0-14 ปี) 16.9% (ที่มา: สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563) ประกอบกับ อัตราการเกิดอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าอัตราทดแทนของประชากรซึ่งใน ปี 2563 อัตราการเกิดมีชีพอยู่ที่ 8.7 ต่อประชากร 100,000 คน โดยลดลงจากปี 2558 มีประชากรเกิดมีชีพ อยู่ที่ 10.4 ต่อประชากร 100,000 คน (ที่มา : สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563) จึงเป็นหนึ่งในประเด็นท้าทายที่สำคัญของไทย อย่างเห็นได้ชัดในการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพผ่านการพัฒนากระบวนการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งครอบคลุมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระยะก่อนสมรส ระยะก่อนมีบุตร ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การจัดสวัสดิการทางสังคม เพื่อเอื้อให้คู่สมรสตัดสินใจที่จะมีบุตรและเลี้ยงดูบุตร รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยการกระจายองค์ความรู้เรื่องเพศศึกษาในวัยรุ่น และการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวจึงเป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการพัฒนาประเทศในระยะต่อไป

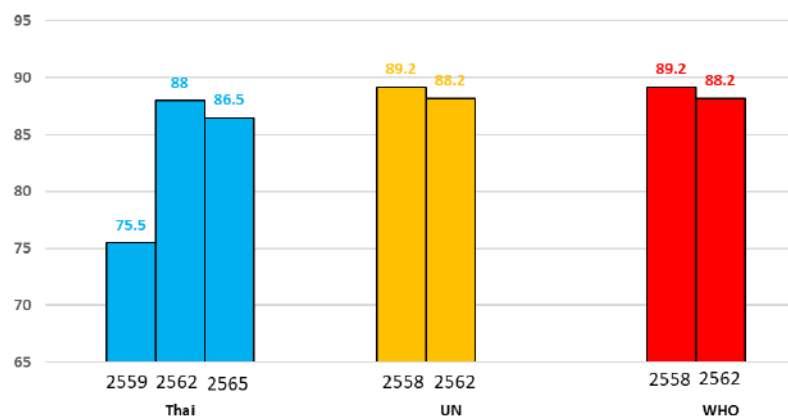
2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด



3.7.1 สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

 $\geq 90\%$



ภาพที่ 3.15 การเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.7.1 สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

- ที่มา :
1. ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก Married or in-union women of reproductive age who have their need for family planning satisfied with modern methods (%)

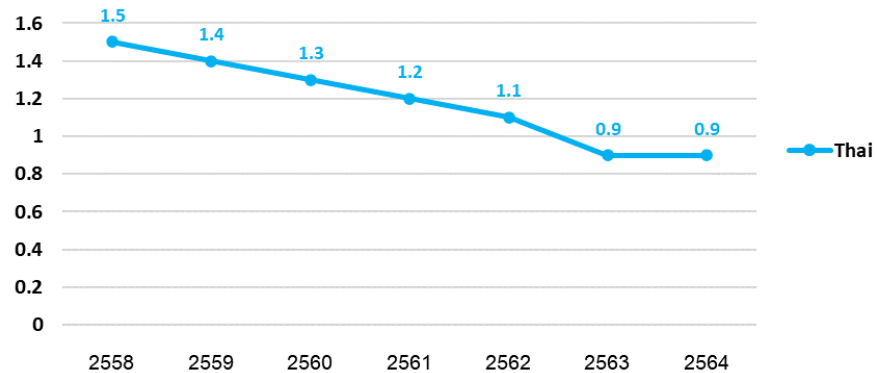
ตัวชี้วัด



3.7.2 (1) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน



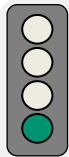
≤ 0.3 ต่อผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน



ภาพที่ 3.16 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.7.2 (1) อัตราการคลอดในหญิงอายุ (10-14 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน

ที่มา : ข้อมูลสถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

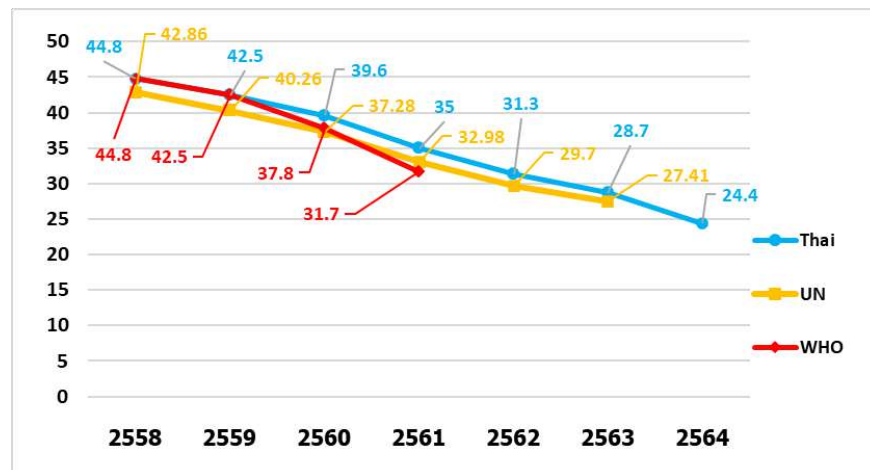
ตัวชี้วัด



3.7.2 (2) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน



≤ 25 ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน



ภาพที่ 3.17 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.7.2 (2) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน

- ที่มา :
- ข้อมูลสถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 - ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/adolescent-birth-rate-\(per-1000-women-aged-15-19-years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/adolescent-birth-rate-(per-1000-women-aged-15-19-years))

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

การขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 ตามพระราชบัญญัติ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560 - 2569 ผ่านกลไกของคณะกรรมการและ คณะอนุกรรมการระดับชาติและระดับจังหวัด
- 2) พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560 - 2569 ภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยมีการดำเนินการดังนี้ เช่น พัฒนาศักยภาพ ของครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาผ่านโปรแกรม E-Learning ให้โอกาสเด็กและเยาวชนที่ ตั้งครรภ์ใน สถานศึกษาได้รับการศึกษาอย่างเหมาะสม เสริมสร้าง ความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิตให้แก่ วัยรุ่นรวมถึงการดำเนินการสร้างครอบครัวอบอุ่น เข้มแข็งส่งเสริมให้สถานประกอบกิจการให้ข้อมูล ข่าวสาร แก่ลูกจ้างซึ่งเป็นวัยรุ่นและการดูแลช่วยเหลือ ด้านสวัสดิการสังคมแก่แม่วัยรุ่น ออกกฎกระทรวง ภายใต้ พ.ร.บ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น จัดทำแนวทางขับเคลื่อนกลไกดูแล ช่วยเหลือ วัยรุ่นให้ได้รับสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- 3) ขับเคลื่อน การจัดบริการตามมาตรฐานการบริการสุขภาพที่เป็น มิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563 เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงและใช้บริการตาม ความต้องการในเชิงรุกและเชิงรับ
- 4) ขับเคลื่อน การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทางการแพทย์ด้วยยา

ในระบบบริการสุขภาพ โดยขึ้นทะเบียนการใช้ยา มิฟพริสตันและไมโซพรอสตอลที่บรรจุในแผงเดียวกัน (Medabon®) และให้สถานบริการที่ขึ้นทะเบียน สามารถเบิกยาไปใช้ดำเนินงาน รวมทั้งพัฒนาระบบ การให้คำปรึกษาและบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ผ่านระบบ Telemedicine เพื่ออำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้รับบริการ และรองรับสถานการณ์ระบาดของ โควิด-19 รวมทั้งผลักดันสิทธิประโยชน์เกี่ยวกับ บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยร่วมกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- 5) พัฒนาระบบ เฝ้าระวังสารสนเทศและติดตามประเมินผล
- 6) เสริมสร้างสมรรถนะภาคีเครือข่าย ในส่วนของกรม อนามัยได้มีการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายใน ด้านต่าง ๆ
- 7) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ ด้านเพศวิถีศึกษา ทักษะชีวิต และส่งเสริมการเข้าถึง บริการสุขภาพและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ตอบสนอง ต่อปัญหาความต้องการของวัยรุ่น ด้วยเทคโนโลยี ผ่านช่องทาง Teen Club Line Official

การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์ ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมาย อาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564 โดยมีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 28) พ.ศ. 2564
- 2) ร่างประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่องการตรวจ และรับคำปรึกษา ทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ ตามมาตรา 305 (5) แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2565
- 3) พัฒนา ศักยภาพการให้คำปรึกษาทางเลือกสตรีที่ตั้งครรภ์ ไม่พร้อมและนวัตกรรมการยุติการตั้งครรภ์ที่ ปลอดภัย
- 4) พัฒนาแนวทางการพัฒนาระบบบริการ ยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาผ่านระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine Model)

4. ความท้าทาย

4.1 การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับจังหวัด ขาดกลไกการกำกับติดตามที่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะผลักดันให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการอย่างชัดเจน และมีความต่อเนื่องจริงจัง และคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดบางแห่ง ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ ขาดความร่วมมือ

ในการดำเนินงานของภาคส่วนกระทรวงหลักที่เป็นเจ้าภาพร่วมยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด

4.2 การตั้งครรภ์ซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นยังอยู่ในระดับสูง ขาดระบบการให้คำปรึกษาหลังคลอด/หลังแท้งที่มีคุณภาพ สถานบริการยังไม่มีส่งเสริมสนับสนุนการให้บริการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งอย่างจริงจัง

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ส่งเสริมสนับสนุนให้คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด เร่งรัดการดำเนินงานรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่เป็นปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ รอบด้าน เพื่อให้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด และแผนปฏิบัติการให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และชุมชน

5.2 เร่งรัดการขยายเครือข่ายสถานบริการที่รองรับการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยภายใต้กฎหมาย และข้อบังคับของแพทยสภาให้มีครบทุกจังหวัด ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารสมัยใหม่เพื่อเอื้อให้

วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นมิตร และทั่วถึงมากยิ่งขึ้น

5.3 ส่งเสริมให้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มีระบบคัดกรองในสถานศึกษา เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้เรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงได้ก่อนที่จะเกิดปัญหาค่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

5.4 สนับสนุนให้วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งทุกรายได้รับบริการคุมกำเนิดโดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)

5.5 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะสุขภาพในเรื่องการคุมกำเนิดแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 - 49 ปี



เป้าหมายย่อย

3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

ความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็น (Coverage of essential health services) เป็นการติดตามภาพรวมของบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการบรรลุ และพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะรวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และการเข้าถึงยาที่จำเป็นและวัคซีนสำหรับทุกคน ที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และสามารถซื้อหาได้ ความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็น เป็นการใช้จ่ายเฉลี่ยของตัวชี้วัดย่อย 14 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 การเจริญพันธุ์ สุขภาพมารดา ทารก และเด็ก กลุ่มที่ 2 โรคติดต่อ กลุ่มที่ 3 โรคไม่ติดต่อ กลุ่มที่ 4 สมรรถนะของบริการสุขภาพและการเข้าถึง

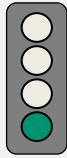
สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง เป็นการระบุจำนวนของผู้ที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเกินความสามารถที่ตนจะสามารถจ่ายได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การลดการใช้จ่ายเพื่อความต้องการพื้นฐานอื่นๆ เช่น การศึกษา อาหาร ที่อยู่อาศัย และสาธารณสุขมูลฐาน จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องให้ความสำคัญและติดตามตรวจสอบสถานการณ์ของผู้ที่เผชิญความยากลำบากทางการเงินจากการรับบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นและมีคุณภาพ ผ่านการวัดความครอบคลุมของบริการสุขภาพและการคุ้มครองทางการเงินภายในประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาส เพื่อประเมินสถานการณ์และความก้าวหน้าของการพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage : UHC) ของประเทศไทย อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืนสืบไป

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมคนไทยทุกคนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ทำให้ความจำเป็นที่ไม่ได้รับการตอบสนอง หรือ Unmet health need มีน้อยมากซึ่งเท่าเทียมกับประเทศ OECD ที่เป็นประเทศที่มีรายได้สูง จึงจำเป็นต้องมีการติดตามสถานการณ์การคลังด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ (Sustainability) ในระยะยาว ตลอดจนความเพียงพอ (Adequacy) ของรายจ่ายสุขภาพสำหรับการจัดบริการ เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพรวมถึงยาและเทคโนโลยีที่จำเป็น โดยไม่เกิดภาวะล้มละลายหรือยากจนจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ได้แก่ 1) รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product : GDP) ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 4.6 และไม่เกินร้อยละ 5 พบว่า รายจ่ายสุขภาพจากภาคเอกชนและภาครัฐมีแนวโน้มสูงขึ้น ในขณะที่รายจ่ายจากครัวเรือนลดลง แต่ภาพรวมรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2562 อยู่ที่ร้อยละ 4.05 2) รายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพ (General Government Health Expenditure : GGHE) ต่อรายจ่ายภาครัฐทั้งหมด (General Government Expenditure: GGE) ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 17 และไม่เกินร้อยละ 20 พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นแต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ในปี 2562 อยู่ที่ร้อยละ 16.49 3) รายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ (Household Out of pocket payment : OOP) พบว่า ร้อยละรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ เทียบกับรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี 2562 คิดเป็นร้อยละ 9 จากร้อยละ 44 ในปี 2537 และหากพิจารณาสัดส่วนระหว่างรายจ่ายสุขภาพ

จากภาครัฐ (Public health expenditure) รายจ่ายสุขภาพจากครัวเรือน (Household Health Expenditure/ Out of pocket : OOP) และรายจ่ายสุขภาพจากภาคเอกชนไม่รวมรายจ่ายจากครัวเรือน (Private health expenditure exclude OOP) พบว่า สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพจากภาครัฐเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 73 ในปี 2562 จากร้อยละ 45 ในปี 2537 4) ครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Catastrophic health expenditure) ไม่เกินร้อยละ 2.3 พบว่า ครัวเรือนที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 7.94 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 4.06 ในปี 2545 ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลดลงเหลือร้อยละ 2.10 ในปี 2564 5) ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน ภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล (Health impoverishment) ไม่เกินร้อยละ 0.47 พบว่า ครัวเรือนที่อยู่เหนือเส้นความยากจนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจน ภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 2.36 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 1.32 ในปี 2545 ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และลดลงเหลือร้อยละ 0.22 ในปี 2564 (ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

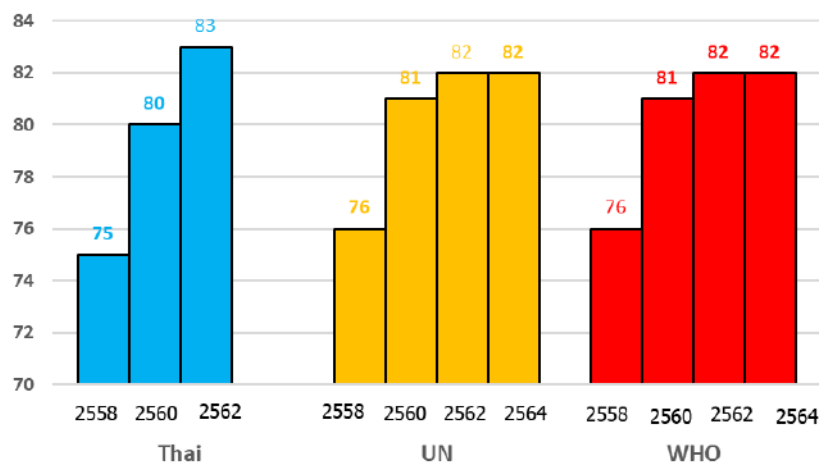
2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด



3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ภาวะเจริญพันธุ์มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไป และผู้ด้อยโอกาส)

 $\geq 80\%$



ภาพที่ 3.18 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ภาวะเจริญพันธุ์มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส)

- ที่มา :
- ข้อมูลประเทศไทย จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
 - ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 - ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage>

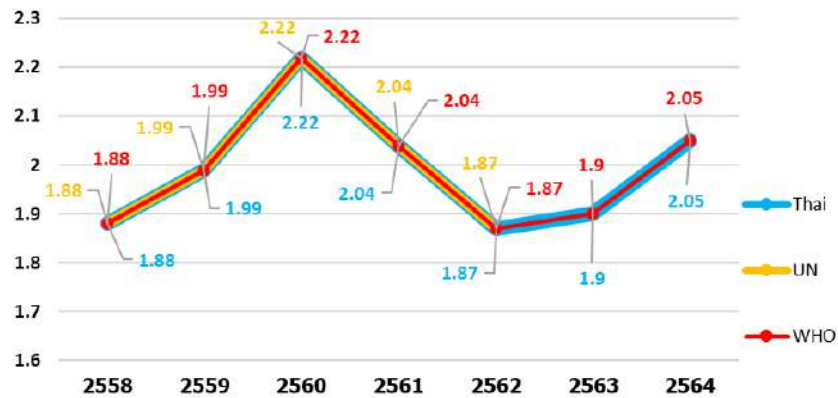
3.8.2 สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง



3.8.2 (1) สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (10%)

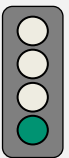


≤ 1.88



ภาพที่ 3.19 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.8.2 (1) สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (10%)

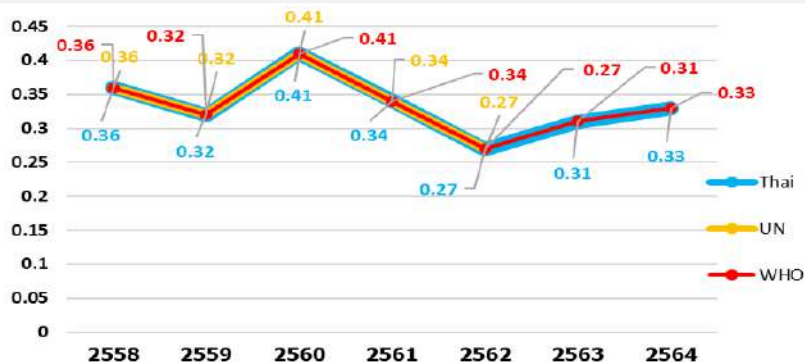
- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-with-household-expenditures-on-health-greater-than-10-of-total-household->



3.8.2 (2) สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (25%)



≤ 0.36



ภาพที่ 3.20 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.8.2 (2) สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (25%)

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-with-household-expenditures-on-health-greater-than-25-of-total-household->

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

การสร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับคนไทย เป็นหนึ่งในนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการดูแลประชาชนที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม หรือสวัสดิการรักษายาบาลอื่นที่รัฐจัดให้ สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็นทั้งในหน่วยบริการ ชุมชน หรือที่บ้าน โดยครอบคลุมทั้งระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษายาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่าย ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลา 19 ปี ที่ผ่านมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขและทุกภาคส่วน ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

3.1 การดำเนินงานในช่วง พ.ศ. 2561-2565 เน้นการสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและภาครัฐ โดยการจัดกลไกการเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน การบริหารกองทุนที่มีประสิทธิภาพ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม และดำรงธรรมาภิบาล ประกอบด้วย 5 แผนงาน ดังนี้ 1) สร้างความมั่นใจในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบางและกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ 2) สร้างความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐานและความเพียงพอของบริการ 3) สร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพการบริหารกองทุน 4) สร้างความมั่นใจในการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 5) สร้างความมั่นใจในธรรมาภิบาล

3.2 มีการเพิ่มสิทธิประโยชน์บริการระดับปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำครอบครัว (PCC) วัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับนักเรียนหญิงชั้น ป.5 การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจคัดกรองและเพิ่มยารักษาไวรัสตับอักเสบบี ฝ่าตัดวันเดียวกลับบ้านได้ (ODS) ฝ่าตัดส่องกล้องแผลเล็ก (MIS) วัคซีนรวม 5 ชนิด คอตีบบาดทะยัก ไอกรน ไวรัสตับอักเสบบี เยื่อหุ้มสมองอักเสบ รัยยาที่ร้านยาใกล้บ้านลดความแออัดในโรงพยาบาล ดูแลผู้ป่วยโรคหายาก 24 โรค ขยายความครอบคลุมบริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ วัคซีนป้องกันโรคท้องร่วงในเด็ก

3.3 มีการขยายสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย นโยบายยกระดับบัตรทอง 4 บริการ ดังนี้ 1) ประชาชนที่เจ็บป่วยไปรับบริการ ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไหนก็ได้ (OP anywhere) 2) ผู้ป่วยในไม่ต้องกลับไปรับใบส่งตัว (IP anywhere) 3) ผู้ป่วยโรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม (Cancer anywhere) 4) ย้ายหน่วยบริการได้ สิทธิทันที ไม่ต้องรอ 15 วัน บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยสมองได้รับบาดเจ็บ และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังรายใหม่ การฟื้นฟูบริการฝังเข็มหรือฝังเข็มร่วมกับกระตุ้นไฟฟ้าในผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมองรายใหม่ บริการล้างไตด้วยเครื่องอัตโนมัติ (APD) ยา Capecitabine รักษา มะเร็งลำไส้-กระเพาะอาหาร มะเร็งเต้านม แบบรับประทานที่บ้านได้ หรือให้ยาเคมีบำบัดที่บ้าน ยา Sofosbuvir/ Velpatasvir ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีได้ทุกสายพันธุ์ ใช้น้ำมันกัญชาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง พาร์กินสัน ไมเกรน สารสกัดกัญชาในผู้ป่วยโรคลมชักและมะเร็งระยะท้าย ฝ่าตัดปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยโรคตับแข็งระยะกลางและระยะท้าย ตรวจคัดกรองยีน HLA-B*5801 ก่อนให้ยา Allopurinol ในผู้ป่วยโรคเกาต์รายใหม่ คัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอด (CXR) เชิงรุกในทุกกลุ่มเสี่ยง และตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัณโรค เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาด้วยวิธี Molecular assay บริการอุปกรณ์ ECMO ในการรักษาภาวะหัวใจ และ/หรือ ปอดล้มเหลวเฉียบพลัน ตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกคน บริการอุปกรณ์ประสาทหูเทียม ชนิด Rechargeable สำหรับการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี บริการตรวจเพซซีที (PET/CT) ในผู้ป่วยมะเร็ง

เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับประเมินระยะของโรค บริการผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป/แผ่นรองซับการขับถ่ายเพื่อป้องกัน แผลกดทับในกลุ่มเปราะบางที่มีภาวะติดเตียง การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ที่ไม่ฟันทั้งปาก

3.4. มีการขยายบริการตามสิทธิประโยชน์ระดับปฐมภูมิวิถีใหม่ (New normal) ภายใต้สถานการณ์ระบาด โครonavirus-19 อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการจัดบริการนอกหน่วยบริการและในชุมชนเพื่อลดความแออัดใน หน่วยบริการ และสนับสนุนนโยบายเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ได้แก่ บริการร้านยาสุขภาพ ชุมชน (ร้านยาใกล้บ้าน) บริการจัดส่งยา/เวชภัณฑ์ให้ผู้ป่วยที่บ้าน บริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth /Telemedicine) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกหน่วยบริการ (เจาะเลือดใกล้บ้าน) บริการด้านการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และบริการด้านกายภาพบำบัดที่บ้านหรือชุมชน บริการเคมีบำบัดที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้ใหญ่

4. ความท้าทาย

4.1 การพัฒนาระบบสาธารณสุขและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีความพร้อมและยืดหยุ่น ในการปรับตัวรองรับสถานการณ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป และสอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)

4.2 การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบปฏิบัติการขนาดใหญ่ (Big Data) รวมถึงการจัดระบบ เทคโนโลยีสนับสนุนการยืนยันตัวตนเข้ารับบริการและการตรวจสอบการเบิกจ่ายแบบ Real Time และติดตาม ประเมินผล (M&E) อย่างต่อเนื่อง

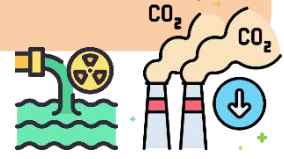
4.3 ยกระดับความรู้ทางสุขภาพ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติ เพิ่มความมั่นใจ เรื่องความปลอดภัยในการเข้ารับบริการระบบสาธารณสุข และมั่นใจในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4.4 เพิ่มความเข้มแข็งให้ระบบบริการปฐมภูมิและบริการสุขภาพชุมชน พร้อมเร่งรัดการปรับ ระบบบริการให้ประชาชนเข้าถึงมากที่สุด

4.5 ยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ให้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ และแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติ ให้ประชากรทุกกลุ่ม ได้รับสิทธิประโยชน์และบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม



3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตราย และจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดินให้ลดลงอย่างมากภายในปี พ.ศ. 2573



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

มลพิษทางอากาศ น้ำ และดิน เป็นปัญหาสำคัญของหลายประเทศโดยเฉพาะในขณะนี้ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) เป็นปัญหามลพิษทางอากาศที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากมีสถานการณ์ PM_{2.5} เกินค่ามาตรฐานทุกปี และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พื้นที่ตำบลหน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี และพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลางบางพื้นที่ในช่วงฤดูแล้ง ซึ่งสาเหตุมาจากทั้งไฟป่าและการเผาในที่โล่ง เช่น การเผาเศษวัสดุพืชและเศษวัสดุทางการเกษตร การจราจร ภูมิประเทศและภาวะความกดอากาศสูงทำให้เกิดสภาวะอากาศปิด จึงทำให้ความรุนแรงของปัญหาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังมีปัญหาหมอกควันข้ามแดนในพื้นที่ทางภาคใต้ ซึ่งมักเกิดขึ้นในช่วงเดือนมิถุนายนถึงตุลาคมของทุกปี ซึ่งหากประชาชนได้รับผลกระทบจาก PM_{2.5} จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพด้วยโรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประชาชนกลุ่มเสี่ยงทั้งเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ หอบหืด เป็นต้น

ส่วนมลพิษทางน้ำ พบว่าอัตราการตายที่เกิดจากน้ำและการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการเข้าถึงสุขาภิบาลและสุขอนามัย โดยการจัดให้มีห้องส้วมและอ่างล้างมือที่ถูสุขลักษณะ ทั้งในระดับครัวเรือนและในสถานที่สาธารณะ รวมถึงการมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม สามารถยุติการขับถ่ายในที่โล่ง ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค และการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินอาหารและโรคจากน้ำเป็นสื่อด้วย นอกจากนี้การทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการสุขาภิบาลและสุขอนามัยแล้ว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการ จึงมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขาภิบาลและพฤติกรรมสุขอนามัยที่เหมาะสมด้วย โดยการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้และรักษาส้วม สร้างจิตสำนึก และวินัยในการใช้ส้วม ซึ่งนอกจากจะทำให้ภาระโรคที่เกิดจากน้ำและการสุขาภิบาลไม่ตีลดลง สามารถลดภาระการใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐและส่วนบุคคลได้ในระยะยาว ส่งเสริมภาพลักษณ์และมีส่วนในการส่งเสริมเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศ

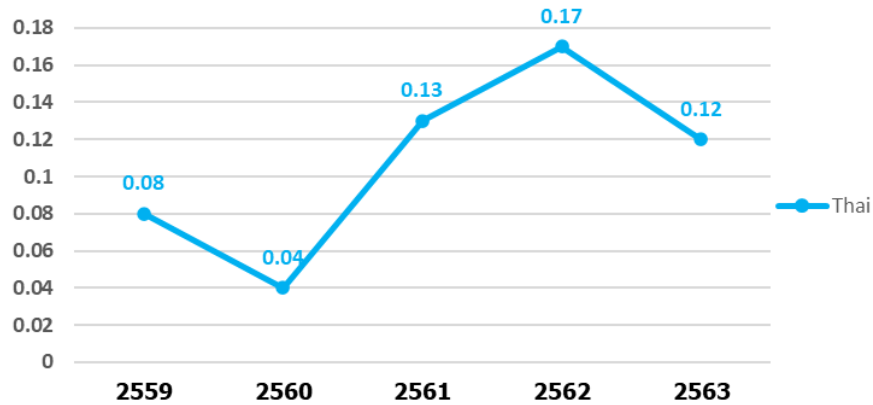
2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด



3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ

 ≤ 0.08



ภาพที่ 3.21 แสดงข้อมูลตัวชี้วัด 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศต่อประชากร 1,000 คน

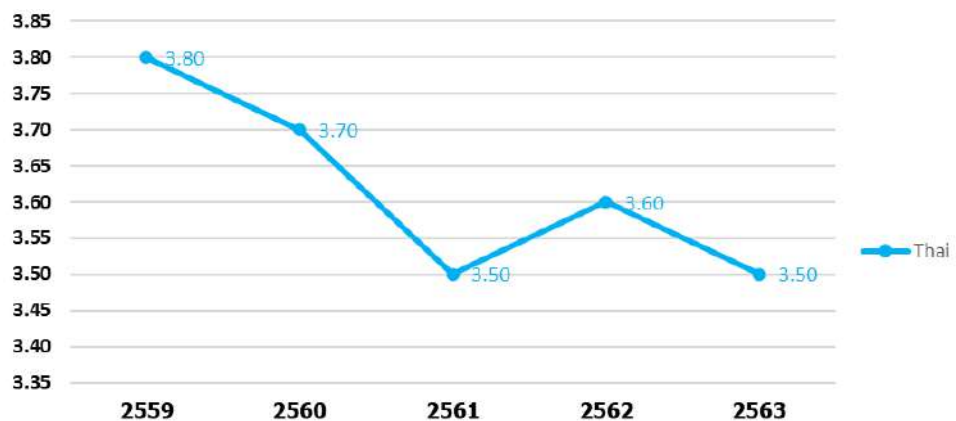
ที่มา : ข้อมูลประเทศไทย จาก กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

ตัวชี้วัด



3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย)

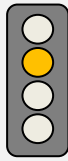
 ≤ 1.89



ภาพที่ 3.22 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย) ต่อประชากร 100,000 คน

ที่มา : 1. ข้อมูลประเทศไทย จากฐานข้อมูลมรณบัตร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

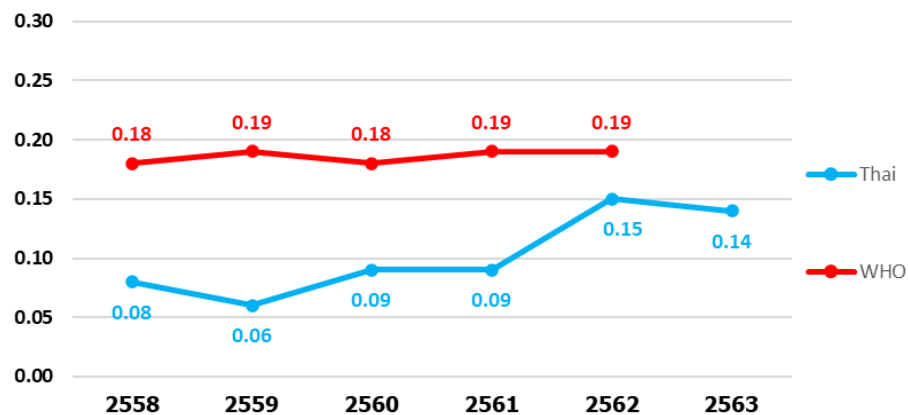
ตัวชี้วัด



3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษ โดยไม่ตั้งใจ



≤ 0.08



ภาพที่ 3.23 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษ โดยไม่ตั้งใจ ต่อประชากร 100,000 คน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทยจากระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Health data center)
 2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/poison-control-and-unintentional-poisoning>

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

3.1 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพทางอากาศ กรณีฝุ่นละอองขนาด ไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM_{2.5}) เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพ มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้ 1) จัดทำฐานข้อมูลในการเฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว หากมีการเข้ารับการรักษาใน ER ให้การดูแลเป็นพิเศษ และรายงานทันที เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากระบบ HDC เฝ้าระวังอาการจากการรับสัมผัส PM_{2.5} ผ่านเว็บไซต์ <https://4health.anamai.moph.go.th> และ Line "4health PM_{2.5}" 2) หน่วยบริการสุขภาพ (ทุกระดับ) มีศักยภาพจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ประเด็นปัญหาหมอกพิษทางอากาศ กรณี PM_{2.5} โดย เฝ้าระวังสถานการณ์ สื่อสาร แจ้งเตือนและให้คำแนะนำในการป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพ กำหนดมาตรการและขับเคลื่อนกลไก ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด/กทม.

3.2 การลดการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้ 1) พัฒนาระบบการจัดการสิ่งปฏิกูลที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและปลอดภัยต่อสุขภาพ โดยประเมินประสิทธิภาพระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลและพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลริมน้ำ ศึกษาการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ยากลำบาก ศึกษาประสิทธิภาพระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลจากถังบำบัด

แบบติดกับที่มีแนวทางการสรรหาต้นแบบร่วมสาธารณะ สนับสนุนการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการจัดการ สิ่งปฏิภูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดกิจกรรมส่งเสริมร่วมสาธารณะให้มีการพัฒนาตามมาตรฐาน ความสะอาด ปลอดภัยและเพียงพอ มีเกณฑ์มาตรฐานร่วมสาธารณะประเภทสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง มี (ร่าง) แผนแม่บทด้านการจัดการร่วมและสิ่งปฏิภูลของประเทศ พ.ศ. 2563-2580 รายงานสถานการณ์การ เฝ้าระวังความเสี่ยง การเข้าถึงและความปลอดภัย จากร่วมสาธารณะ มีกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแส วันร่วมโลก 2) การยกระดับการจัดการสุขาภิบาลเพื่อสุขอนามัยดี วิธีใหม่ โดย ส่งเสริมการจัดการร่วม สาธารณะ เพื่อลดความเสี่ยงอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) พัฒนาระดับการจัดการสุขาภิบาลอาหารและคุณภาพ น้ำบริโภค ในพื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่พิเศษ โดย พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและการเตือนภัย พัฒนาต้นแบบเมืองสุขภาพดี ด้านอาหารและน้ำ พัฒนาต้นแบบชุมชนเข้มแข็ง ด้านอาหารและน้ำ พัฒนาศักยภาพการจัดการสุขาภิบาลอาหารและคุณภาพน้ำบริโภคแก่ภาคีเครือข่าย

3.3 การลดการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษ โดยไม่ตั้งใจ มีการดำเนินงาน คือ มีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากการรับสัมผัสมลพิษสิ่งแวดล้อม ดังนี้ 1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม (OEHP Online) ในระดับจังหวัด และข้อมูล (Health Profile) ในระดับอำเภอ/ตำบล เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ 2) พัฒนาหน่วยบริการ ในการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

4. ความท้าทาย

4.1 ความท้าทายในการลดการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ มีดังต่อไปนี้ 1) บางจังหวัดเป้าหมายไม่สามารถใช้ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กเกิน 2.5 ไมครอน ทั้ง 4 โรค จากแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลได้ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้โรงพยาบาลในจังหวัด ไม่สามารถค้นข้อมูลส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้ทันเวลา 2) แนวทาง การรายงานผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญตามรหัส ICD-10 ไม่ชัดเจน อาจทำให้ข้อมูลที่รายงานเข้ามาในระบบ ยังไม่ถูกต้องทั้งหมด 3) บางเขตสุขภาพมีการปรับการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ จากการรายงานในระบบ HDC เป็นโปรแกรมเฝ้าระวังภายในเขตพื้นที่ของตนเอง รวมไปถึงบางโรงพยาบาล เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานหรือเจ้าหน้าที่ IT ทำให้การรายงานข้อมูลไม่ครอบคลุม

4.2 ความท้าทายการลดการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจาก สุขลักษณะ จากสถานการณ์การมีและใช้ร่วมของครัวเรือน ยังพบว่าไม่ครอบคลุมทุกครัวเรือน โดยประชากร ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงร่วม ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวของกลุ่มประชากรบริเวณชายขอบ พื้นที่สูง พื้นที่ห่างไกล เป็นพื้นที่ที่ยากลำบากและขาดแคลนน้ำใช้อย่างสะดวก การสร้างและใช้ร่วมมีอุปสรรค ประชาชนส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งอาจยังไม่ให้ความสำคัญหรือไม่มีความเข้าใจในการสร้างร่วมและใช้ร่วม รวมไปถึง การจัดการน้ำสะอาดในการบริโภค ทั้งนี้ อาจเกิดจากปัญหาค่าใช้จ่ายในครัวเรือนด้วย อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนการดำเนินงานดังกล่าวในระดับพื้นที่ กรมอนามัยได้ประสานความร่วมมือกับกรมส่งเสริม การปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในฐานะหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่กำกับให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

4.3 ความท้าทายการลดการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษ โดยไม่ตั้งใจ เนื่องจากการแพร่ระบาดของ โรคโควิด 19 ทำให้แผนการดำเนินงานในพื้นที่ต้องปรับเปลี่ยน รวมถึงมาตรการในแต่ละจังหวัด จะแตกต่างกัน ตามบริบท จึงต้องติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และปรับแผนการดำเนินการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชน

ซึ่งไม่สามารถดำเนินการในพื้นที่ตามแผนที่กำหนดไว้ อีกทั้งโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ มีมาตรการในการเข้าพื้นที่เคร่งครัด ทำให้ไม่สามารถเข้าพื้นที่ได้ จึงจำเป็นต้องเลื่อนกำหนดการในพื้นที่ เพื่อเฝ้าระวังฯ ออกไป

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ข้อเสนอแนะในการลดการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ มีดังนี้
1) พัฒนาการเฝ้าระวังข้อมูลโรคผ่านระบบ API จะสามารถดำเนินการเฝ้าระวังโรคได้ทันเวลา 2) ทบทวนแนวทางการรายงานผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญตามรหัส ICD-10 เพื่อได้ข้อมูลสำหรับการปรับปรุงระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงาน/การวางมาตรการป้องกันและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ 3) ควรมีการติดตามความครอบคลุมการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพร่วมกับผู้รับผิดชอบโปรแกรมของเขตพื้นที่ของตนเอง และประสานไปยังผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ให้มีการรายงานที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อกระตุ้นโรงพยาบาลในพื้นที่รายงานข้อมูลเพิ่มเติม

5.2 ข้อเสนอแนะในการลดการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ คือ การจัดการคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนควรมีนโยบายหรือมาตรการในการส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม กำกับ การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือนระดับชาติ สำหรับหน่วยงานผลิตน้ำประปาควรมีการพัฒนากระบวนการผลิตน้ำประปาให้มีประสิทธิภาพและสามารถผลิตน้ำประปาที่มีคุณภาพเหมาะสมสำหรับการบริโภค และสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพน้ำประปาให้แก่ประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ทุรกันดารที่ยังใช้น้ำประปาภูเขา นอกจากนั้น หากพบว่าคุณภาพน้ำมีปัญหาทางด้านเคมี ควรหาวิธีการหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาปรับปรุงคุณภาพน้ำโดยไม่เป็นภาระของชุมชน ทั้งด้านค่าใช้จ่ายและการดูแลรักษาหรือวางแผนเตรียมหาแหล่งน้ำใหม่เพื่อทดแทน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวข้องในการควบคุมการประกอบกิจการผลิตน้ำบริโภคอย่างจริงจังและต่อเนื่องส่วนประชาชนควรเลือกบริโภคน้ำที่มีความเสี่ยงน้อย เช่น น้ำประปา น้ำดื่มขวดหรือขวดและน้ำดื่มบรรจุถัง 20 ลิตร แต่ต้องมีการจัดการด้านสุขาภิบาลน้ำบริโภคในครัวเรือนให้ถูกสุขลักษณะที่สำคัญ ไม่ควรบริโภคน้ำจากแหล่งน้ำที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงคุณภาพหรือไม่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพน้ำว่าเหมาะสมสำหรับการบริโภคหรือไม่ เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะได้รับสารเคมีที่อาจเป็นอันตราย เช่น ฟลูออไรด์ แมงกานีส เป็นต้น

5.3 ความท้าทายการลดการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษ โดยไม่ตั้งใจ คือ ควรมีการขับเคลื่อนมาตรการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากการสัมผัสสัมผัสสิ่งแวดล้อม ผ่านชุดกิจกรรม ควรมีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลแหล่งเสี่ยงในพื้นที่เพิ่มเติม ควรมีการเฝ้าระวังสารพิษในสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL)



เป้าหมายย่อย

3.a เพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

จากการศึกษาของสถาบัน IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) จากประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2553 การบริโภคยาสูบ ก่อให้เกิดภาวะโรคเป็นอันดับที่ 2 รองจากความดันโลหิตสูง และมีผู้เสียชีวิตจากโรคอันเนื่องมาจากการบริโภคยาสูบทั่วโลก มากกว่า 6.3 ล้านคน การสูบบุหรี่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และทำอันตรายต่ออวัยวะแทบทุกส่วนของร่างกาย การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง 12 ชนิด โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดสมอง โรคถุงลมปอดพอง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นวัณโรค ภูมิต้านทานของร่างกายลดลง และทุกอวัยวะแก่ก่อนวัย นอกจากนี้การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมด้วย

ในปัจจุบันพบว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่มุ่งเป้าไปที่กลุ่มเยาวชนเพิ่มขึ้น โดยอุตสาหกรรมยาสูบเน้นการใช้กลยุทธ์สื่อออนไลน์ Social Marketing และกลุ่มเยาวชนยังขาดความเข้าใจและตระหนักถึงพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ถูกต้อง ซึ่งกฎหมายปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายบังคับใช้เกี่ยวกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ เช่น บุหรี่ไฟฟ้า ถึงแม้ว่าอัตราการบริโภคยาสูบจะมีแนวโน้มที่ลดลง แต่เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย ก็ยังคงมีอัตราที่สูง อีกทั้ง ในปัจจุบันมีการระบาดของบุหรี่ไฟฟ้ากันอย่างแพร่หลาย ซึ่งกลุ่มเป้าหมายหลักคือ เด็ก เยาวชน และนักสูบหน้าใหม่ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัญหาที่มีความท้าทายในการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศ

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

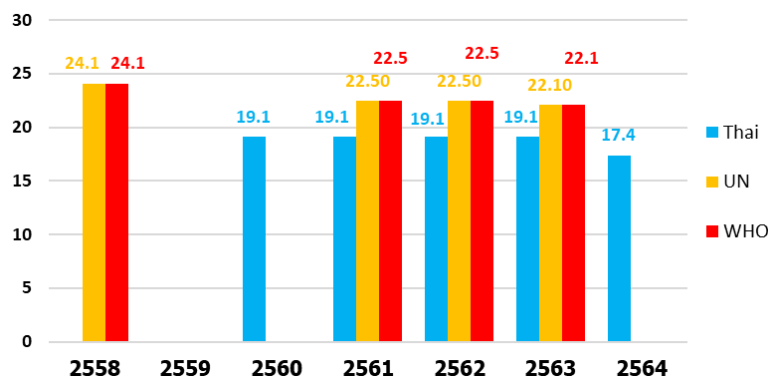
ตัวชี้วัด



3.a.1 ความชุกที่ปรับมาตรฐานอายุแล้ว (age-standardized) ของการใช้อยาสูบ/บุหรี่ในปัจจุบันของกลุ่ม ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป



≤ 18%



ภาพที่ 3.24 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3.a.1 ความชุกที่ปรับมาตรฐานอายุแล้ว (age-standardized) ของการใช้อยาสูบ/บุหรี่ในปัจจุบันของกลุ่ม ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

- ที่มา :
1. ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-monitor-current-tobaccouse-tobaccosmoking-cigarrettesmoking-agestd-tobagestdcurr>

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

การดำเนินงานควบคุมการบริโภคยาสูบ มีการดำเนินงานดังนี้ 1) พัฒนากลไก นโยบาย กฎหมาย สร้างความร่วมมือ ในการควบคุม การบริโภคยาสูบ โดยมีการถ่ายทอดแนวทาง การดำเนินการควบคุมยาสูบในส่วนกลาง และส่วน ภูมิภาคและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการบังคับใช้ กฎหมาย ตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยมีจุดเน้นการดำเนินงาน ควบคุมและปราบปราม การโฆษณาส่งเสริมการขาย ผลิตภัณฑ์ยาสูบ และลดจำนวนผู้ฝ่าฝืนการสูบบุหรี่ ในสถานที่สาธารณะ มีการพัฒนานักขับเคลื่อนเพื่อ การควบคุมยาสูบ และสนับสนุนการขับเคลื่อนกลไก คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการ ควบคุมยาสูบให้แก่ ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคมที่หนุนเสริม และ มีการปรับปรุงประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับหีบห่อ ผลิตภัณฑ์ยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ ซิกาเรต พ.ศ. 2561 2) พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และการสื่อสารความเสี่ยง การจัดการความรู้ในการป้องกัน ควบคุมการบริโภคยาสูบ เพื่อให้ประชาชนได้รับ ทราบและเกิดความรู้เท่าทันเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ ที่มีจำหน่ายในปัจจุบันที่มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ ให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น ช่วยให้เกิด การเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ ส่งเสริม ให้เกิดการเลิกเสพยาสูบในรูปแบบต่าง ๆ 3) การป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และ ปกป้องเยาวชนจากกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ

มีการพัฒนาคู่มือแนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (เพื่อนที่ปรึกษา) เพื่อการดำเนินงานสถานศึกษา ปลอดภัยแบบบูรณาการ จัดทำข้อมูลวิชาการ เพื่อสนับสนุนมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าและ ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ให้เหมาะสมกับ สถานการณ์ปัจจุบัน 4) การทำให้สิ่งแวดล้อม ปลอดภัยจากบุหรี่ โดยบูรณาการความร่วมมือกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศ สมาคมองค์การ บริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาต เทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหาร ส่วนตำบลแห่งประเทศไทย และภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้อง 5) การช่วยผู้เสพให้เลิกยาสูบ โดยสนับสนุนการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่แบบ ครบวงจร และยาเลิกบุหรี่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยา เลิกบุหรี่ และเพิ่มโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จยิ่งขึ้น รวมทั้ง สนับสนุนแนวทางการให้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ สำหรับสถานพยาบาล และสำหรับสถานประกอบการ พัฒนาระบบการรายงานข้อมูลบริการเลิกบุหรี่ (โปรแกรมคลินิกฟ้าใส V.2) เพื่อพัฒนาระบบ ฐานข้อมูล ติดตามการเลิกบุหรี่แบบครบวงจร ให้สามารถเชื่อมโยงกับการให้บริการเลิกบุหรี่ทาง โทรศัพท สายด่วนเลิกบุหรี่แห่งชาติ (Quitline 1600) ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานเลิกบุหรี่ ของ สถานพยาบาล สถานประกอบการ (Capacity Building) และจัดทำสื่อการเรียนรู้ออนไลน์เพื่อสนับสนุน การเลิกบุหรี่ (E-learning)

4. ความท้าทาย

4.1 ปัจจุบันอุตสาหกรรมยาสูบมีการปรับกลยุทธ์ทางการตลาด เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงสินค้า โดยมุ่งเป้าเพื่อให้เกิดกลุ่มนักสูบหน้าใหม่ รวมถึงมีการแทรกแซงนโยบาย มาตรการและกฎหมาย

4.2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมยาสูบไม่อาจสำเร็จได้ด้วยการดำเนินเพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ต้องดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลากว่าจะเกิดผลสำเร็จ

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 พัฒนาขยายความร่วมมือที่เข้มแข็งกับภาคีเครือข่ายในการร่วมดำเนินการควบคุมยาสูบ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

5.2 เสริมสร้างความเข้มแข็งของการควบคุมยาสูบของประเทศ โดยผ่านกระบวนการและบริหารจัดการที่เข้มแข็งของคณะกรรมการและคณะทำงานระดับชาติ เพื่อส่งผ่านนโยบาย มาตรการ กฎหมาย และแนวทางสำคัญในการควบคุมยาสูบไปยังระดับเขต จังหวัด และอำเภอ จนถึงระดับชุมชน



เป้าหมายย่อย

3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่ สามารถซื้อหาได้ตาม ปรักฎญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) และการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลง TRIPS อย่างเต็มที่ ในเรื่องการผ่อนปรน เพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะ และโดยเฉพาะ การเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

ตามปรักฎญาโดฮา กล่าวถึงความตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) และการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลง TRIPS อย่างเต็มที่ ในเรื่องการผ่อนปรน เพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า

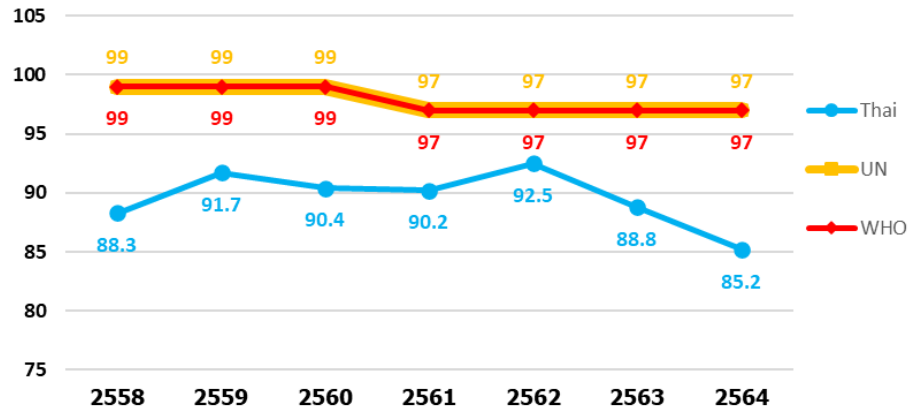
ประเทศไทยใช้วัคซีนเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงและมีความคุ้มค่ามากที่สุดที่นานาประเทศให้การยอมรับ ส่งผลให้อัตราป่วยและอัตราตายของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่เคยเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในอดีตลดลงเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นระยะเวลากว่า 4 ทศวรรษ นับตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มจัดตั้งแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization : EPI) อย่างเป็นทางการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และมีพระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561 มีการพัฒนาและมีความมั่นคงด้านวัคซีน มีการเพิ่มชนิดวัคซีน เพิ่มจำนวนครั้งที่ให้วัคซีน และเพิ่มกลุ่มเป้าหมายการให้บริการวัคซีนอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตามบริบทพัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขและงบประมาณของประเทศไทย ช่วยทำให้ประชาชนมีสุขภาพะที่ดีตลอดมา

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

ตัวชี้วัด



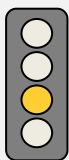
3.b.1(1) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน



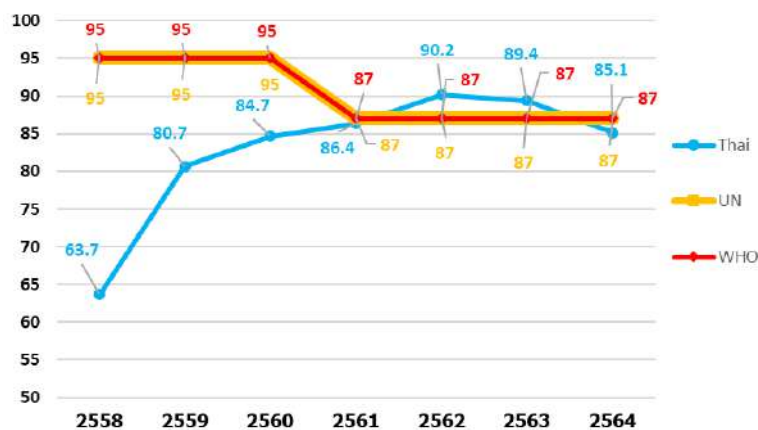
ภาพที่ 3.25 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.b.1(1) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทยจากระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Health data center)
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/diphtheria-tetanus-toxoid-and-pertussis-\(dtp3\)-immunization-coverage-among-1-year-olds\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/diphtheria-tetanus-toxoid-and-pertussis-(dtp3)-immunization-coverage-among-1-year-olds(-))

ตัวชี้วัด



3.B.1(2) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด



ภาพที่ 3.26 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.b.1(2) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทยจากระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Health data center)
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/measles-containing-vaccine-second-dose-\(mcv2\)-immunization-coverage-by-the-nationally-](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/measles-containing-vaccine-second-dose-(mcv2)-immunization-coverage-by-the-nationally-)

ตัวชี้วัด

3.b.1(3) ความครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม

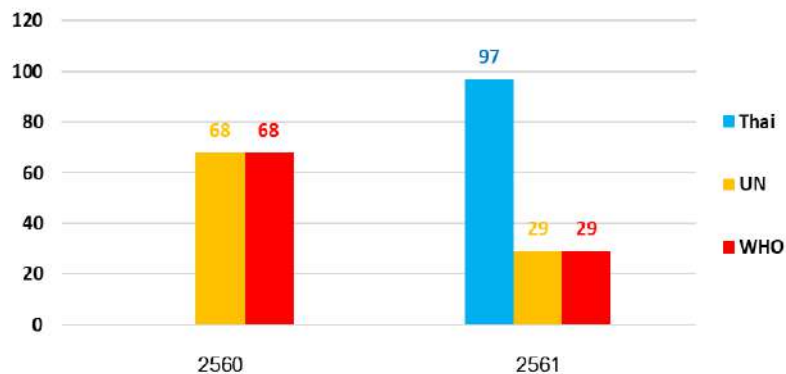
ตัวชี้วัด



3.b.1(4) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี



≥ 90%



ภาพที่ 3.27 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.b.1(4) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี

- ที่มา : 1. ข้อมูลประเทศไทย จากการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน ปี 2561 กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_b-development-assistance-and-vaccine-coverage

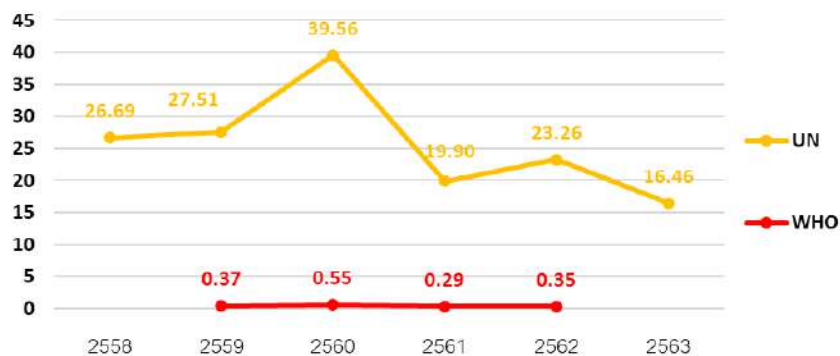
ตัวชี้วัด



3.b.2 ยอดรวมสุทธิความช่วยเหลือด้านการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) ด้านการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพพื้นฐาน



ไม่ระบุค่าเป้าหมาย



ภาพที่ 3.28 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.b.2 ยอดรวมสุทธิความช่วยเหลือด้านการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) ด้านการวิจัยทางการแพทย์และด้านสุขภาพพื้นฐาน

- ที่มา : 1. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-net-official-development-assistance-to-medical-research-and-basic-health-sectors-per-capita>

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

- 3.1 มีการดำเนินการตามแผนงานกำจัดกวาดล้างโรคและป้องกันควบคุมโรคด้วยวัคซีน โดยเฉพาะการกวาดล้างโรคโปลิโอ การกำจัดโรคหัด/โรคหัดเยอรมัน
- 3.2 นำร่องการให้บริการวัคซีนใหม่
- 3.3 รณรงค์ให้บริการวัคซีนที่จำเป็นในกลุ่มเป้าหมาย
- 3.4 สนับสนุนการให้บริการวัคซีนที่จำเป็นในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- 3.5 ขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกวัคซีนผู้ใหญ่ ติดตาม ประมวลผล
- 3.6 เร่งรัดการให้บริการวัคซีนให้มีความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
- 3.7 สนับสนุนการดำเนินงานแก่หน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการให้บริการวัคซีน

4. ความท้าทาย

ในการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านวิชาการ วิชาการทำงาน และการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมและทันต่อการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ทั้งในเรื่องการตอบโต้การระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และการพิจารณานำวัคซีนมาใช้ให้สอดคล้องกับลักษณะทางระบาดวิทยา โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้ดำเนินการอยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการในการเก็บรักษาวัคซีนในระบบลูกโซ่ความเย็นให้วัคซีนมีคุณภาพจนถึงผู้รับบริการ รวมทั้งระบบการเฝ้าระวังโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้ทันท่วงที การคงรักษาไม่ให้เกิดโรคที่เคยประสบผลสำเร็จกลับมาเป็นปัญหาซ้ำ ได้แก่ 1) การรักษาสถานะของการเป็นประเทศปลอดจากโรคโปลิโอให้ได้ต่อเนื่องจนกว่าทั่วโลกจะกวาดล้างได้สำเร็จ ดังที่เคยประสบความสำเร็จมาแล้วในอดีต 2) การกวาดล้างโรคไข้ทรพิษ 3) การเร่งรัดการกำจัดโรคหัดและหัดเยอรมันภายใต้กรอบเวลาตามพันธสัญญานานาชาติ ซึ่งในการดำเนินงานล้วนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ประกอบกับบริบทในยุคปัจจุบัน เช่น การคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็วขึ้นทำให้เชื้อโรคสามารถติดต่อและแพร่กระจายได้ง่ายขึ้นอีกทั้งโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน และโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำอื่น ๆ ที่ทำให้วิถีการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความเป็นสังคมเมือง การเคลื่อนย้ายแรงงาน ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี องค์กรความรู้ นวัตกรรมต่าง ๆ ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทั้งสิ้น



เป้าหมายย่อย

3.C เพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

กำลังคนด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สนับสนุนให้ระบบสาธารณสุขและการบริการด้านสุขภาพ ประสบความสำเร็จ การวางแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขจึงต้องเน้นการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ส่งเสริมให้มีการกระจายบุคลากรอย่างทั่วถึงและมีความเหมาะสม กับความต้องการของแต่ละพื้นที่ ยกกระดับศักยภาพของบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญและสามารถส่งต่อ องค์ความรู้ให้แก่ประชาชนได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีมาตรการจูงใจในการรักษากำลังคนในระบบ สาธารณสุข เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพทั่วประเทศ

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

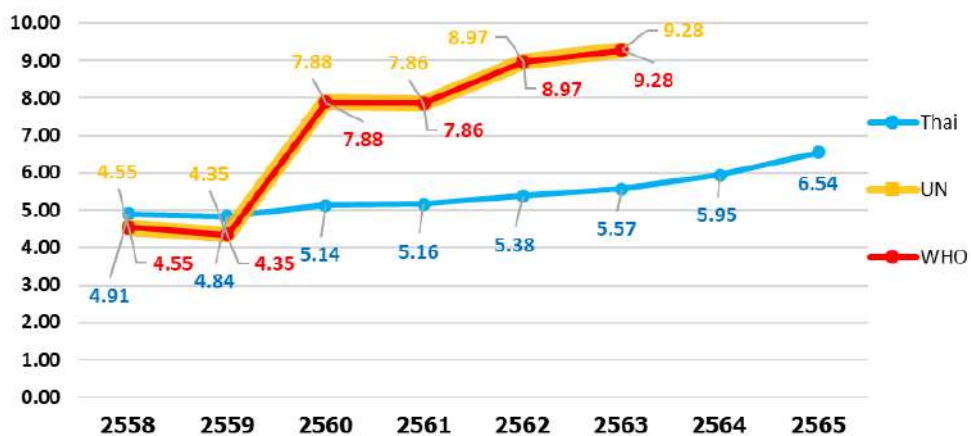
ตัวชี้วัด



3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (แพทย์)



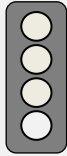
ไม่ระบุค่าเป้าหมาย



ภาพที่ 3.29 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (แพทย์) ต่อประชากร 10,000 คน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล และฐานข้อมูลระบบสารสนเทศ ภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (Gis Health) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>

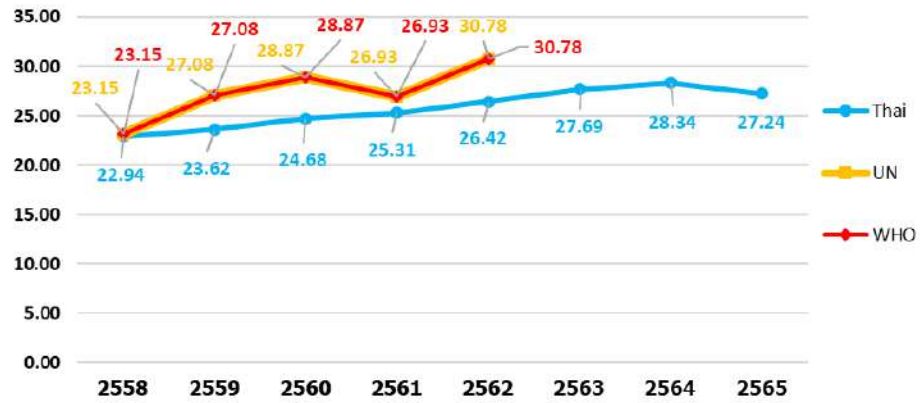
ตัวชี้วัด



3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (พยาบาล)



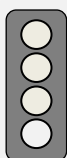
ไม่ระบุค่าเป้าหมาย



ภาพที่ 3.30 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (พยาบาล) ต่อประชากร 10,000 คน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล และฐานข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (Gis Health) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>

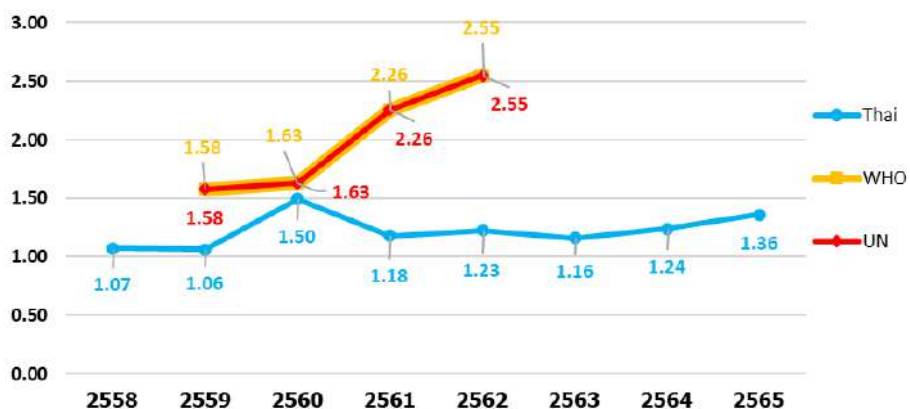
ตัวชี้วัด



3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (ทันตแพทย์)



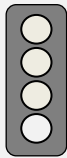
ไม่ระบุค่าเป้าหมาย



ภาพที่ 3.31 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (ทันตแพทย์) ต่อประชากร 10,000 คน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล และฐานข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (Gis Health) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>

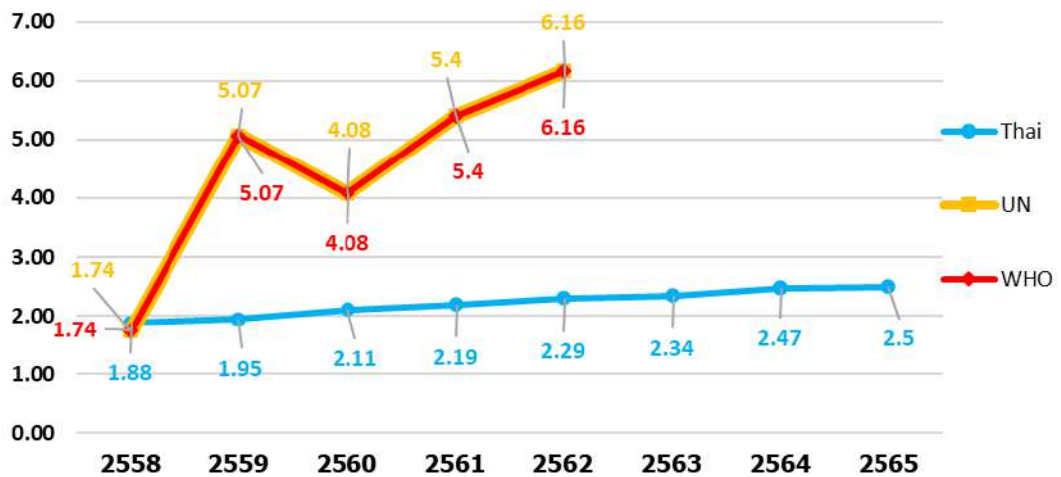
ตัวชี้วัด



3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (เภสัชกร)



ไม่ระบุค่าเป้าหมาย



ภาพที่ 3.32 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัดย่อยที่ 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข (เภสัชกร) ต่อประชากร 10,000 คน

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล และฐานข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (Gis Health) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

- 3.1 การจัดสรรแพทย์และทันตแพทย์ ผู้ทำสัญญาชาติใช้ทุนกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3.2 จัดจ้างพนักงานราชการ ประเภทพนักงานราชการทั่วไป ตำแหน่งเภสัชกร
- 3.3 บรรจุผู้สำเร็จการศึกษาจากโครงการผลิตบุคลากรพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชนในจังหวัดชายแดน ตามรอยสมเด็จพระเจ้า

4. ความท้าทาย

กฎเกณฑ์ต่าง ๆ ด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลได้ถูกออกแบบและบังคับใช้อย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลายาวนาน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับบริบท ความท้าทายทางการบริหารจัดการภาครัฐในปัจจุบัน และการเข้าสู่สังคมสูงอายุ โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาความเสื่อมของร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพา มีสัดส่วนสูงขึ้น อีกทั้ง โครงสร้างกำลังคนที่มีอยู่ในระบบสุขภาพมีแนวโน้มเป็นกำลังคนสูงอายุ อาจเกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานที่จะให้บริการด้านสุขภาพ อีกทั้งการกระจายกำลังคนโดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล การกระจายบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่สมดุลระหว่างพื้นที่ชนบทและในเมืองใหญ่ อาจส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์

5. ข้อเสนอแนะ

พัฒนาระบบบริการร่วมให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการของทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดภาครัฐอื่น ทั้งส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน และพัฒนาระบบการให้บริการของสถานบริการให้มีความสามารถในการให้บริการในระดับสูงเพื่อรองรับประเด็นสุขภาพหรือโรคใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต



3.d เสริมขีดความสามารถของทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนา ในด้านการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก



1. ความสำคัญของเป้าหมายย่อยต่อการพัฒนาประเทศ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก และเป็นพันธสัญญาระหว่างประเทศที่จะร่วมมือกันจัดการกับเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขที่มีศักยภาพในการแพร่ระบาดข้ามประเทศไปยังส่วนต่าง ๆ ทั่วโลก มีเจตนารมณ์เพื่อป้องกันควบคุมโรคภัยสุขภาพ และภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC) ให้มีผลกระทบต่อการเดินทางและการค้าขายระหว่างประเทศน้อยที่สุด ซึ่งประเทศไทยยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ และพัฒนาสมรรถนะด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การเฝ้าระวังตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ และตอบสนองต่อโรคและภัยสุขภาพด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นที่การเพิ่มสมรรถนะด้านต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับต่ำกว่า 4 ให้สูงขึ้น และคงสมรรถนะต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับ 4 ขึ้นไป ให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น รวมทั้งต้องมีการสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศและผลการดำเนินงานทางระบาดวิทยา ให้ผู้บริหาร แพทย์ นักวิชาการ จากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในและต่างประเทศใช้ประกอบการวางแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บท

การดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance : AMR) จัดเป็นภัยคุกคามด้านความมั่นคงทางสุขภาพที่สำคัญของโลก (Threat to global health security) เนื่องจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสามารถแพร่กระจายข้ามไปมาระหว่างคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม แพร่กระจายข้ามไปมาระหว่างประเทศ ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจทั้งระดับประเทศและระดับโลก ซึ่งได้แก่ 1) ผลกระทบต่อสุขภาพ (Health impact) มีการคาดการณ์ไว้ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุเกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสูงถึง 4.95 ล้านคน ในจำนวนนี้ มีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประมาณปีละ 1.27 ล้านคน (ที่มา : Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019 : a systematic analysis) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมในปี พ.ศ.2559 ที่คาดการณ์ว่ามีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพปีละ 7 แสนคน (ที่มา : Tackling drug-resistant infections globally : final report and recommendations) สำหรับประเทศไทย มีการประมาณการในช่วงปี พ.ศ. 2553 พบว่าคนไทยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประมาณปีละ 88,000 ราย โดยผู้ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นประมาณ 3.24 ล้านวันนอน และเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพประมาณปีละ 38,000 ราย (ที่มา : ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น) 2) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ (Economic impact) โดยธนาคารโลก (World Bank) คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 สถานการณ์ AMR จะทำให้ Annual Global GDP ลดลงร้อยละ 1.1 - 3.8 โดยในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง GDP จะลดลงเกินร้อยละ 5 (ที่มา : Drug-resistant infections: a threat to our economic future (Vol. 2) : final report (English)) สำหรับประเทศไทยมีการคาดการณ์ว่าเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจไม่ต่ำกว่าปีละ 4 หมื่นล้านบาท โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาจะเสียค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อที่ไม่ดื้อยา (385,000 บาท และ 240,000 บาท ตามลำดับ) และพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital acquired infection: HAI) จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อในชุมชน (Community acquired infection: CAI) HAI เสียค่าใช้จ่าย 367,000 บาท และ CAI เสียค่าใช้จ่าย 84,000 บาท ตามลำดับ (ที่มา : Integrated one-day surveillance of antimicrobial use, antimicrobial consumption, antimicrobial resistance, healthcare-associated infection, and antimicrobial resistance burden among hospitalized patients in Thailand)

2. สถานการณ์การบรรลุเป้าหมาย

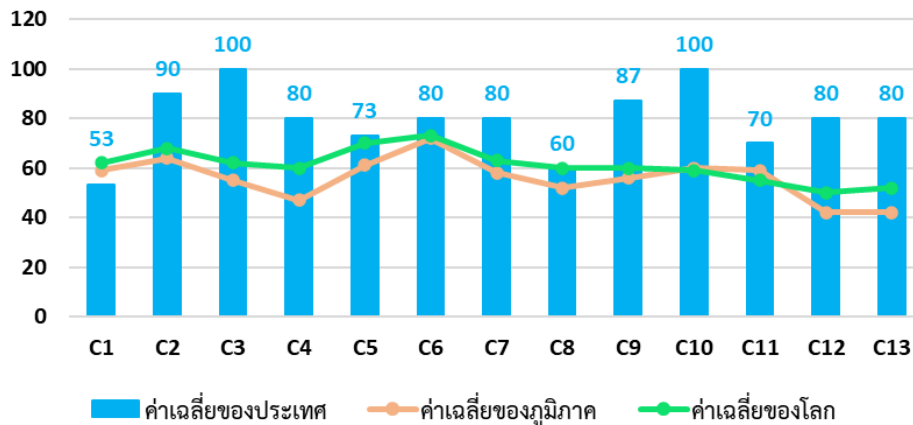
ตัวชี้วัด

3.d.1 ศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations) และการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขอนามัย (ระดับ 4 ขึ้นไป) ประกอบด้วย 13 สมรรถนะ ตามตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2

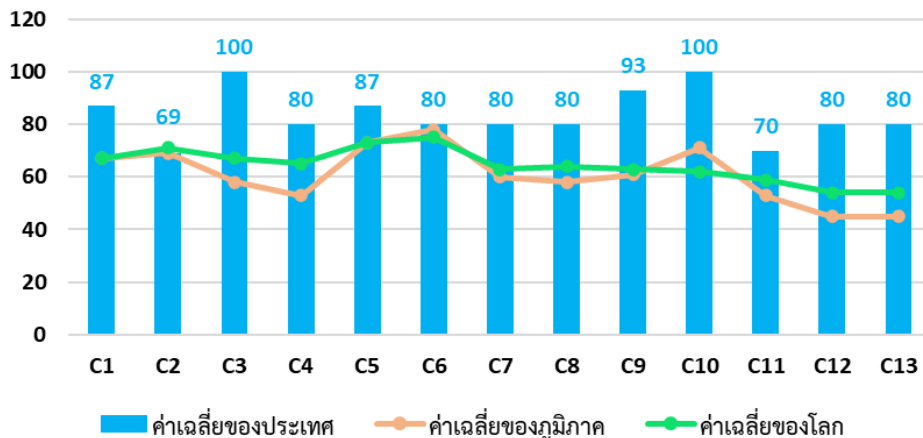
แสดงสมรรถนะในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข 13 สมรรถนะ

สมรรถนะ	สถานะ
สมรรถนะที่ 1 กฎหมาย และงบประมาณ (C1)	87 (2563)
สมรรถนะที่ 2 การประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศและ หน้าที่จุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติ (C2)	90 (2563)
สมรรถนะที่ 3 เหตุการณ์โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และการประสานงานระหว่างด้านมนุษย์กับสัตว์ (C3)	100 (2563)
สมรรถนะที่ 4 อาหารปลอดภัย (C4)	80 (2563)
สมรรถนะที่ 5 ห้องปฏิบัติการ (C5)	87 (2563)
สมรรถนะที่ 6 การเฝ้าระวัง (C6)	80 (2563)
สมรรถนะที่ 7 ทรัพยากรมนุษย์ (C7)	80 (2563)
สมรรถนะที่ 8 กรอบการดำเนินงานภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขแห่งชาติ (C8)	80 (2563)
สมรรถนะที่ 9 การให้บริการด้านสุขภาพ (C9)	93 (2563)
สมรรถนะที่ 10 การสื่อสารความเสี่ยง (C10)	100 (2563)
สมรรถนะที่ 11 ช่องทางเข้าออกประเทศ (C11)	70 (2563)
สมรรถนะที่ 12 เหตุการณ์สารเคมี (C12)	80 (2563)
สมรรถนะที่ 13 ภาวะฉุกเฉินด้านรังสี (C13)	80 (2563)



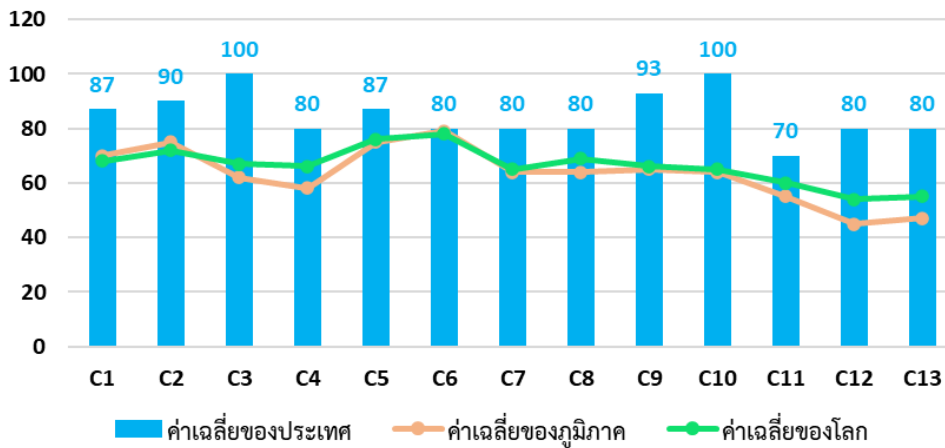
ภาพที่ 3.33 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข ในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก พ.ศ. 2561

- ที่มา : 1. ข้อมูลประเทศไทย จากรายงานประจำปีโดยการประเมินตนเองของรัฐภาคีตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (State party self-assessment annual reporting tool)
 2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://extranet.who.int/sph/spar?region=204&country=332>




ภาพที่ 3.34 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข ในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก พ.ศ. 2562

- ที่มา : 1. ข้อมูลประเทศไทย จากรายงานประจำปีโดยการประเมินตนเองของรัฐภาคีตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (State party self-assessment annual reporting tool)
 2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://extranet.who.int/sph/spar?region=204&country=332>



ภาพที่ 3.35 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินตามกฏอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก พ.ศ. 2563

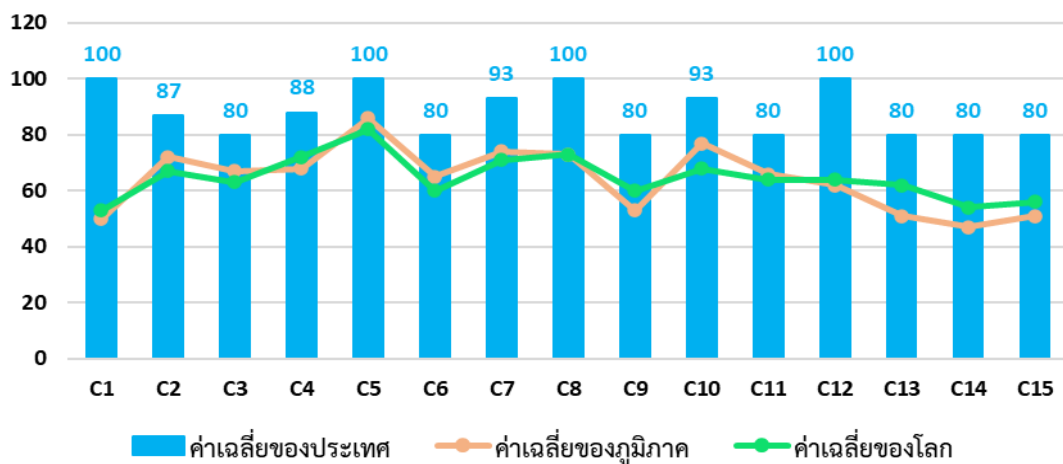
- ที่มา : 1. ข้อมูลประเทศไทย จากรายงานประจำปีโดยการประเมินตนเองของรัฐภาคีตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (State party self-assessment annual reporting tool)
 2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://extranet.who.int/sph/spar?region=204&country=332>

 ปี 2564 ได้ปรับปรุงสมรรถนะในการดำเนินตามกฏอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข เป็น 15 สมรรถนะ ตามตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 แสดงสมรรถนะในการดำเนินตามกฏอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉิน ด้านสาธารณสุข 15 สมรรถนะ

สมรรถนะ	สถานะ
สมรรถนะที่ 1 นโยบาย กฎหมาย และกฎเกณฑ์ในการดำเนินการกฏอนามัยระหว่างประเทศ (C1)	100 (2564)
สมรรถนะที่ 2 การประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศและหน้าที่จุดประสานงานกฏอนามัยระหว่างประเทศระดับชาติ (C2)	87 (2564)
สมรรถนะที่ 3 การเงิน (C3)	80 (2564)
สมรรถนะที่ 4 ห้องปฏิบัติการ (C4)	88 (2564)
สมรรถนะที่ 5 การเฝ้าระวัง (C5)	100 (2564)
สมรรถนะที่ 6 ทรัพยากรมนุษย์ (C6)	80 (2564)

สมรรถนะ	สถานะ
สมรรถนะที่ 7 การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (C7)	93 (2564)
สมรรถนะที่ 8 การให้บริการด้านสุขภาพ (C8)	100 (2564)
สมรรถนะที่ 9 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) (C9)	80 (2564)
สมรรถนะที่ 10 การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน (RCCE) (C10)	93 (2564)
สมรรถนะที่ 11 ช่องทางเข้าออกประเทศและสาธารณสุขชายแดน (C11)	80 (2564)
สมรรถนะที่ 12 โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (C12)	100 (2564)
สมรรถนะที่ 13 อาหารปลอดภัย (C13)	80 (2564)
สมรรถนะที่ 14 เหตุการณ์สารเคมี (C14)	80 (2564)
สมรรถนะที่ 15 ภาวะฉุกเฉินด้านรังสี (C15)	80 (2564)



ภาพที่ 3.36 แสดงข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละคะแนนการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับโลก พ.ศ. 2564

- ที่มา : 1. ข้อมูลประเทศไทย จากรายงานประจำปีโดยการประเมินตนเองของรัฐภาคีตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (State party self-assessment annual reporting tool)
 2. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://extranet.who.int/sph/spar?region=204&country=332>

ตัวชี้วัด

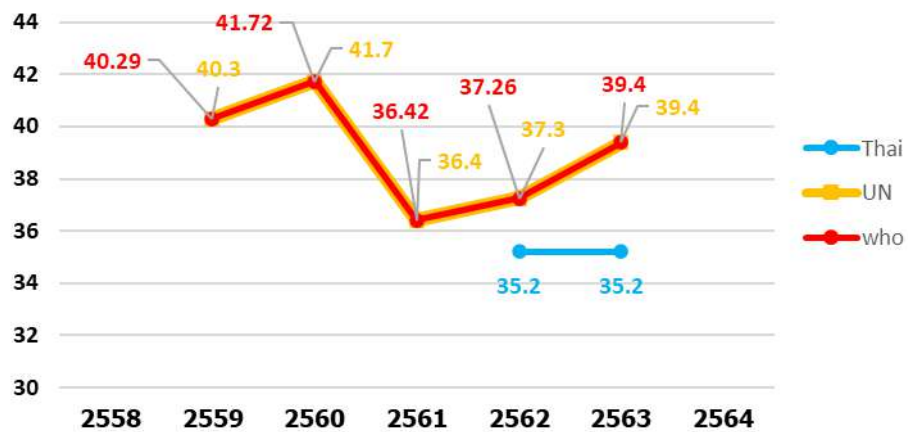
3.d.2 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ตัวชี้วัด

3.d.2.1 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อ *Escherichia coli* (*E.coli*) ที่ดื้อต่อยาในกลุ่ม third generation cephalosporin



ไม่ระบุค่าเป้าหมาย



ภาพที่ 3.37 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.d.2.1 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อ *Escherichia coli* (*E.coli*) ที่ดื้อต่อยาในกลุ่ม third generation cephalosporin

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา Global Antimicrobial resistance Surveillance System (GLASS)
 2. ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/sdg-3.d.2--proportion-of-bloodstream-infections-due-to-selected-antimicrobial-resistant-organisms->

หมายเหตุ : การระบุค่าเป้าหมายอยู่ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข จัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570 เสนอสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพิจารณา

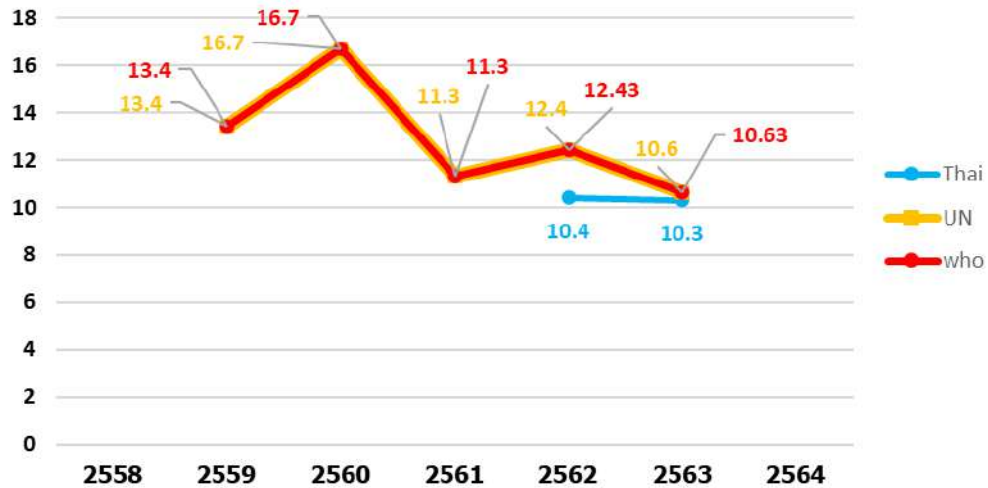
ตัวชี้วัด



3.d.2.2 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* ที่ดื้อต่อยา methicillin (MRSA)



ไม่ระบุค่าเป้าหมาย



ภาพที่ 3.38 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลตัวชี้วัด 3.d.2.2 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อ *Staphylococcus aureus* ที่ดื้อต่อยา methicillin (MRSA)

- ที่มา :
1. ข้อมูลประเทศไทย จากระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา Global Antimicrobial resistance Surveillance System (GLASS)
 - 2.ฐานข้อมูลองค์การสหประชาชาติ จาก <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>
 3. ฐานข้อมูลองค์การอนามัยโลก จาก <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/sdg-3.d.2-amr-infect-mrsa>

หมายเหตุ : การระบุค่าเป้าหมายอยู่ระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข จัดทำ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566 – 2570 เสนอสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพิจารณา

3. การดำเนินการที่ผ่านมา

3.1 การพัฒนากลไกการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ โดยมีการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงาน การติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ผ่านการประชุมคณะกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) และการประชุมคณะอนุกรรมการกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005)

3.2 การดำเนินการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ มีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2565 ซึ่งขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์ 6 ด้าน โดยมีกลไกระดับประเทศในการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการและคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการนโยบายฯ

4. ความท้าทาย

4.1 การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการตามกลุณามัยระหว่างประเทศต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน สมาคม มหาวิทยาลัย และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบูรณาการ การดำเนินงานร่วมกัน เพื่อพัฒนาศักยภาพของประเทศให้สามารถเพิ่มสมรรถนะด้านต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับต่ำกว่า 4 ให้สูงขึ้น และคงสมรรถนะต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับ 4 ขึ้นไป ให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

4.2 ระบบฐานข้อมูลด้านเชื้อดื้อยาและการใช้ยาต้านจุลชีพยังมีความแยกส่วนทำให้เกิดอุปสรรค ในการประมวลผลสถานการณ์ภาพรวมของประเทศ

4.3 ปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนงานด้านการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ การเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease หรือ EID) เช่น สถานการณ์โรคโควิด-19 ที่ส่งผล ทั้งเชิงบวกและลบต่อการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา AMR โดยส่งผลเชิงบวกต่องานป้องกันและควบคุม การติดเชื้อ (Infection Prevention and Control) แต่อาจมีผลเชิงลบในแง่ของการใช้ยาต้านจุลชีพ เกินความจำเป็น โดยมีงานวิจัยในต่างประเทศระบุว่าภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้การใช้ยาต้านจุลชีพ ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเกินความจำเป็น โดยมีผู้ป่วยเพียง ร้อยละ 16 เท่านั้น ที่ควรได้รับยาต้านจุลชีพ เนื่องจากมีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราาร่วมด้วย นอกจากนี้การที่ประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งจะส่งผลให้มีผู้ป่วยที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น โดยอาจส่งผลให้มีการใช้ยาต้านจุลชีพมากขึ้นด้วยเช่นกัน

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 ศักยภาพในการดำเนินการตามกลุณามัยระหว่างประเทศ ควรมุ่งเน้นที่การเพิ่มสมรรถนะ ด้านต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับต่ำกว่า 4 ให้สูงขึ้น และคงสมรรถนะต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับ 4 ขึ้นไป ให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น รวมทั้งต้องมีการสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศและผลการดำเนินงานทางระบาดวิทยาให้ผู้บริหาร แพทย์ นักวิชาการ จากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ใช้ประกอบการวางแผนป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บท

5.2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพระดับประเทศ ที่ครอบคลุมและสอดคล้องกันในคน สัตว์ ห่วงโซ่อาหาร และสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการในส่วนนี้จะทำให้ทราบสถานการณ์การดื้อยาต้านจุลชีพ ในภาพรวมของประเทศ และข้อมูลการดื้อยาต้านจุลชีพระดับโรงพยาบาล สามารถนำมาใช้วางแผนจัดการ ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในระดับโรงพยาบาลและระดับประเทศ

5.3 การพัฒนาระบบติดตามปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพและการกระจายยาต้านจุลชีพ เพื่อให้ทราบ ข้อมูลการบริโภคยาต้านจุลชีพของประเทศและการกระจายยาต้านจุลชีพ ว่าเป็นไปอย่างเหมาะสมหรือไม่ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาใช้วางแผนพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบควบคุมและติดตามการกระจาย ยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ รวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายหรือมาตรการ เพื่อแก้ปัญหาการกระจายยาอย่างไม่เหมาะสมอีกด้วย

5.4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมที่สำคัญ หากสามารถดำเนินการ ได้สำเร็จจะสามารถลดการแพร่กระจายและการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล การดำเนินการดังกล่าวควรทำควบคู่ กับการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงและโอกาสต่อการเกิดการดื้อ ยาต้านจุลชีพ มีหลักการที่สำคัญคือการพัฒนากลไกในการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพใน โรงพยาบาลเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ

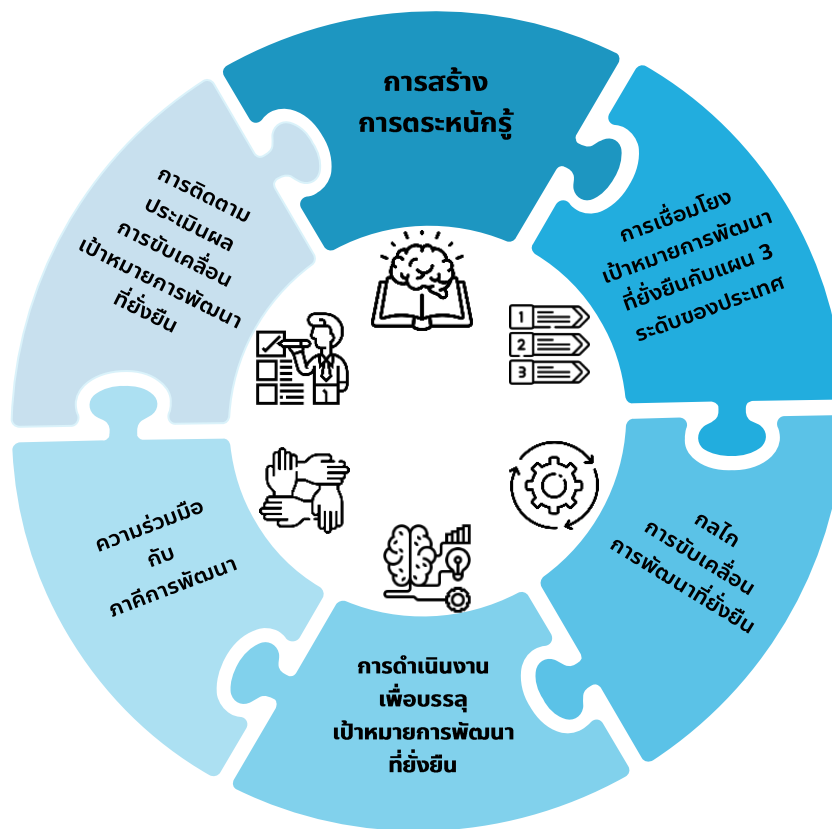
5.5 การดำเนินการเพื่อควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง ให้เหมาะสม รวมทั้งการพัฒนามาตรการทางกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันและควบคุม เชื้อดื้อยา และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในภาคการเกษตร และสัตว์เลี้ยง จะสามารถช่วยลด ความเสี่ยงต่อการดื้อยาต้านจุลชีพ และลดปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพได้ ซึ่งจะส่งผลต่อภาพรวม ของการจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพในคน และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมด้วย

5.6 การสร้างความตระหนักรู้และความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการดื้อยาต้านจุลชีพ และการใช้ยา ต้านจุลชีพ เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้ยาต้านจุลชีพ หากผู้ใช้ยา ต้านจุลชีพมีความตระหนักรู้และความรู้ในเรื่องของการดื้อยาต้านจุลชีพ และการใช้ยาต้านจุลชีพมากขึ้น จะทำให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยง่ายขึ้นทำให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาการดื้อยา ต้านจุลชีพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ



แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 (Sustainable Development Goal 3)

คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) ได้มีมติจากการประชุมครั้งที่ 1/2562 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2562 เห็นชอบหลักการจัดแผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย โดยแผนการขับเคลื่อนฯ ประกอบด้วยการดำเนินการใน 6 ด้านหลัก ได้แก่ (1) การสร้างการตระหนักรู้ (2) การเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนกับแผน 3 ระดับของประเทศ (3) กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน (4) การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (5) ความร่วมมือกับภาคีการพัฒนา และ (6) การติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน



และมีมติในการประชุมครั้งที่ 1/2563 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2563 เห็นชอบการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลักการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 17 เป้าหมายหลัก (Goal) และ 169 เป้าหมายย่อย (Target) โดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ และประสานงานหลักในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายหลัก (Goal) ที่ 3 “สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย” และ 13 เป้าหมายย่อย (Target) 28 ตัวชี้วัด

3.3.1

ภารกิจของหน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลัก การขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

3.3.1.1 ภารกิจของหน่วยงานรับผิดชอบฯ รายเป้าหมายหลัก (Goal) ได้แก่

- 1) ประสาน และบูรณาการทำงานภาพรวมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักที่รับผิดชอบ
- 2) รายงานผลการดำเนินงานขับเคลื่อนต่อฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- 3) ในกรณีที่ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดตามที่สหประชาชาติกำหนด ให้หน่วยงานรับผิดชอบฯ รายเป้าหมายหลัก รวบรวมความเห็นและข้อเสนอแนะจากหน่วยงานรับผิดชอบฯ รายเป้าหมายย่อย พร้อมแจ้งข้อเสนอตัวชี้วัดที่เห็นว่าเหมาะสมในการขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ต่อฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป

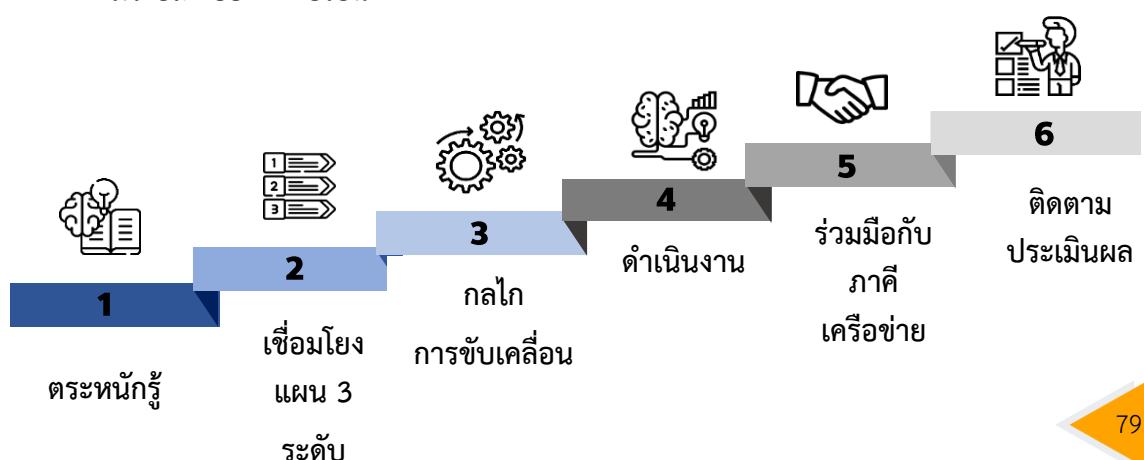
3.3.1.2 ภารกิจของหน่วยงานรับผิดชอบฯ รายเป้าหมายย่อย (Target) ได้แก่

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายย่อย
- 2) กำหนดค่าเป้าหมายความสำเร็จของแต่ละเป้าหมาย ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ
- 3) ประสานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในรายเป้าหมายย่อย เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์
- 4) รายงานผลการขับเคลื่อนรายเป้าหมายย่อย (Target) ต่อหน่วยงานรับผิดชอบเป้าหมายหลัก (Goal)

3.3.2

แนวทางการดำเนินการตามแผนการขับเคลื่อนเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืนของกระทรวงสาธารณสุข

มีรายละเอียดดังต่อไปนี้





ดำเนินการร่วมกับทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย โดยมีการดำเนินการทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนประเทศสู่ความยั่งยืน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายและประเด็นที่จำเป็นต้องสร้างให้เกิดความตระหนักรู้

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้



กลุ่มวัยแม่และเด็ก

คำอธิบาย

หญิงตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย

1. อนามัยเจริญพันธุ์
 - การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกเพื่อป้องกันการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก
 - การเข้าถึงการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี
 - การดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกเพื่อป้องกันการถ่ายทอดโรคซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก
 - การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

เครื่องมือที่จะใช้

1. โปสเตอร์แนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารก เพื่อป้องกันการถ่ายทอดโรคไวรัสตับอักเสบบี จากแม่สู่ลูก
2. มาตรการลดโรค 3 มาตรการ (จุดเน้น) ภายใต้แผนงานลดโรค HBV&HCV
3. คู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. หลักสูตร E-Learning การสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน เอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
5. Website ต่าง ๆ เช่น www.buddystation.ddc.moph.go.th Facebook live กองโรคเอดส์ฯ

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
<p>2. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างความตระหนักรู้ให้หญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว เห็นถึงความสำคัญ/ความจำเป็นที่ต้องได้รับวัคซีนที่จำเป็นในระหว่างตั้งครรภ์ สร้างความตระหนักรู้ให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญ 	<p>เผยแพร่หัวข้อความรู้ผ่านช่องทางการสื่อสารที่มีความหลากหลาย เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโซเชียลมีเดีย, สื่อเสียงตามสายในชุมชน, สื่อที่เป็นตัวบุคคล (ผู้มีชื่อเสียง/ผู้นำทางศาสนา) เป็นต้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปกครองได้อย่างครอบคลุมมากที่สุด</p>
<p>3. การเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อมต่อการตั้งครรภ์คุณภาพ นำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนเพื่อมารดาและทารกมีสุขภาพแข็งแรง - การดูแลและการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์และการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดด้วยตนเอง - การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ด้วยตนเอง - การเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมและสิทธิประโยชน์ (สวัสดิการของรัฐ) ที่แม่และเด็กพึงได้รับ - ส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของหญิงตั้งครรภ์ สามี และครอบครัวเพื่อสร้างความตระหนักรู้และทำกิจกรรมเชิงบวกผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ - การสร้างความตระหนักรู้เชิงรุกในชุมชน สื่อสารประชาสัมพันธ์การฝากท้องเร็ว สร้างความตระหนักรู้ ความสำคัญในการฝากครรภ์เร็วและฝากครรภ์ตามนัด - การเลี้ยงดูที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อการเจริญเติบโตที่มีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กิจกรรมเพื่อการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ 2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 3. โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์โดยแอปพลิเคชัน Save mom 4. เผยแพร่เนื้อหาความรู้ผ่านกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่และช่องทางการสื่อสารที่มีความหลากหลาย เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ “คู่มือข้อควรรู้สำหรับคุณแม่” สิทธิประโยชน์ สื่อโซเชียลมีเดีย สื่อเสียงตามสายในชุมชน สื่อที่เป็นตัวบุคคล (ผู้มีชื่อเสียง/ผู้นำทางศาสนา) เป็นต้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปกครองได้อย่างครอบคลุมมากที่สุด 5. ขับเคลื่อนสิทธิประโยชน์และสวัสดิการภาครัฐผ่านสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6. โครงการฝากท้องทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ 7. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนผ่านกลไก อสม. รพ.สต. และภาคีเครือข่ายชุมชน

คำอธิบาย		หญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้	
การใช้ยาเสพติดในหญิงตั้งครรภ์	กิจกรรมเพื่อให้การดูแลมารดาตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ (policy driven)	

คำอธิบาย		หญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดและทารกแรกคลอด
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้	
<ol style="list-style-type: none"> ภาวะแทรกซ้อนของมารดา ภาวะแทรกซ้อนของทารก 	<ol style="list-style-type: none"> ชุดความรู้ สื่อ อุปกรณ์เพื่อนำความรู้และการดูแลตนเองการดูแลด้วยระบบสาธารณสุขส่งมอบแก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความมั่นใจในการเลือกใช้บริการหรือการแนะนำบริการด้วย platform ที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับบริบท กิจกรรมเพื่อให้การดูแลมารดาตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ (policy driven) จัดระบบบริการพิเศษเฉพาะกลุ่ม การสร้างเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญมารับปรึกษาส่งต่อ 	

คำอธิบาย		หญิงตั้งครรภ์หลังคลอด
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้	
<ol style="list-style-type: none"> ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการจัดการความเจ็บปวด หรือความต้องการในการฟื้นตัวหลังคลอดอย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวังและดูแลตนเองหลังคลอดอย่างปลอดภัย 	<ol style="list-style-type: none"> ติดตามแผนการดูแลครอบครัว เยี่ยมบ้าน และปัญหาอื่น ๆ (ที่อยู่อาศัย, งาน, ความสัมพันธ์, ไรคร่วม) การเยี่ยมติดตามมารดาและทารก 3 ครั้งหลังอย่างมีคุณภาพ (การดูแลเฝ้าระวังการติดเชื้อและตกเลือดหลังคลอด/ความดันโลหิตสูงหลังคลอด/โรคซึมเศร้าหลังคลอด/และอาการแทรกซ้อนหลังคลอด โภชนาการแม่ลูก) กิจกรรมเพื่อให้การดูแลมารดาตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ Health education package ตามช่วงวัย 	

คำอธิบาย		ทารกแรกเกิด
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้	
การเลี้ยงดู และโภชนาการมารดาและทารก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามการดูแลครอบครัว การวางแผนการเยี่ยมบ้าน และปัญหาอื่น ๆ (โปรแกรมกระตุ้นสมอง, โปรแกรมโรงเรียน, เลี้ยงดู) การเยี่ยมติดตามมารดาและทารก 3 ครั้งหลังคลอดอย่างมีคุณภาพ (โภชนาการแม่ลูก/ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านกลไก อสม. รพ.สต. และภาคีเครือข่ายในชุมชน) 2. กิจกรรมเพื่อให้การดูแลทารกที่คลอดจากมารดาใช้ยาเสพติดเป็นระบบ 3. Health education package ตามช่วงวัย 	

คำอธิบาย		เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้	
การพัฒนาและกระตุ้นความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional quotient (EQ) development and stimulation)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ติดตามการดูแลครอบครัว การวางแผนการเยี่ยมบ้าน และปัญหาอื่น ๆ (โปรแกรมกระตุ้นสมอง, โปรแกรมโรงเรียนเลี้ยงดู) 2. กิจกรรมเพื่อให้การดูแลทารกที่คลอดจากมารดาใช้ยาเสพติดเป็นระบบ 3. Health education package ตามช่วงวัย 	



วัยเรียน/วัยรุ่น

คำอธิบาย เด็ก/เยาวชนอายุตั้งแต่ 5 - 21 ปี	
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
1. การตายในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์ - การมองอันตรายให้ออก บอกความเสี่ยงให้ได้ แกไขความเสี่ยงให้เป็น	1. หลักสูตรการเรียนรู้การขับขี่ที่มีประสิทธิภาพพัฒนาทีมครู/วิทยากร “ทักษะคิดการเอาชีวิตรอดปลอดภัยจากท้องถนน” 2. ศูนย์ประสานงานการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการตายจากอุบัติเหตุทางถนนของเด็กและเยาวชนครอบคลุมทุกพื้นที่
2. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน	1. เผยแพร่ content ผ่านช่องทางการสื่อสารที่มีความหลากหลาย เช่น สื่อสิ่งพิมพ์, สื่อโซเชียลมีเดีย, สื่อเสียงตามสายในชุมชน, สื่อที่เป็นตัวบุคคล (ผู้มีชื่อเสียง/ผู้นำทางศาสนา) เป็นต้น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ปกครองได้อย่างครอบคลุมมากที่สุด
3. การสูบบุหรี่	1. สร้างความร่วมมือในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยใช้กลไก นโยบาย/กฎหมาย 2. ระบบเฝ้าระวัง และการสื่อสารความเสี่ยงในประเด็น - การจัดการความรู้ในการป้องกันควบคุมการบริโภคยาสูบ การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี - การได้รับวันบุหรี่มือสองของประชาชน - การป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และปกป้องเยาวชนจากกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ - การทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ 3. การช่วยผู้เสพให้เลิกยาสูบ
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาและทักษะชีวิต	1. Health Literate School (HLS) 2. การให้ข้อมูลความรู้ผ่าน Line official Teen club 3. กิจกรรมโครงการเสริมสร้าง Health Literacy ของภาคีเครือข่ายทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
5. น้ำสะอาด	<ol style="list-style-type: none"> 1. การรณรงค์ส่งเสริมสนับสนุนการล้างมือทุกกลุ่มวัย 2. ส่งเสริมการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - การปรับปรุงคุณภาพน้ำบริโภคในครัวเรือน - การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปาด้วยตนเอง - ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรล้างมือด้วยสบู่และน้ำ
6. การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน (school environmental modification)	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการชั้นเรียน (Classroom management program) 2. การคัดกรอง/ กิจกรรม/ คำแนะนำ Service delivery (special track)



วัยทำงาน

คำอธิบาย	กลุ่มวัยทำงานอายุ 15 –59 ปี
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
<ol style="list-style-type: none"> 1. การติดเชื้อ HIV <ul style="list-style-type: none"> - การป้องกันการติดเชื้อ HIV - การเข้ารับบริการตรวจและดูแลรักษา - ทักษะการต่อรองกับผู้ติดเชื้อ HIV /เอดส์ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2. หลักสูตร E-Learning การสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
<ol style="list-style-type: none"> 2. การจัดการสถานที่ทำงาน (workplace management) 	การคัดกรอง/กิจกรรมการป้องกันสถานที่ทำงาน (Workplace prevention programs) จากปัญหา ยาเสพติด



วัยสูงอายุ

คำอธิบาย

ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
การใช้ยาเสพติดและยาที่ส่งจ่ายโดยแพทย์ ในผู้สูงอายุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. นโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 2. Medical reconciliation 3. Adequate pain management program



ประชาชนทั่วไป

คำอธิบาย

ประชาชนในผืนแผ่นดินไทยทุกช่วงวัย ทุกเพศ

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
1. การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัย สุขภาพในพื้นที่เสี่ยงมลพิษทางอากาศ	พัฒนาต่อยอดระบบฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (OEHP) ไปสู่รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่ มากขึ้น
2. มาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตร ที่มีอันตรายสูง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระบบและฐานข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังโรคจากการ ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ภายใต้ พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 2. กลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้ พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
<p>3. การจัดการสารเคมี</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการนโยบายการจัดการสารเคมีแห่งชาติ การเผยแพร่และให้ความรู้ผ่านช่องทางเว็บไซต์ ipcs.fda.moph.go.th และ Social Media เช่น IPCS FDA YouTube เป็นต้น 2. จัดทำชุดข้อมูลองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านการจัดการสารเคมี
<p>4. โภชนาการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำรวจสถานการณ์ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพอาหารและฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) 2. ข้อมูลสำหรับการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) ให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 3. การจัดทำฉลากโภชนาการ แบบ GDA เพื่อให้ประชาชนเลือกบริโภคอาหารได้เหมาะสมกับความต้องการ
<p>5. ฉลากโภชนาการ แบบ GDA เพื่อให้ประชาชนเลือกบริโภคอาหารได้เหมาะสมกับความต้องการ โดยการอ่านฉลากโภชนาการและฉลากจีดีเอ และ หลีกเลี่ยงสารอาหารที่ไม่ต้องการได้ เช่น โซเดียม น้ำตาล ไขมัน เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และลดความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำฉลากโภชนาการ แบบ GDA 2. สำรวจสถานการณ์ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อคุณภาพอาหารและฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) 3. ข้อมูลสำหรับการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการในการจัดทำฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ (GDA) ให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
<p>6. การเข้าถึงข้อมูลด้านยา</p> <p>สร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนจากฐานข้อมูลด้านยาที่เข้าถึงง่าย เป็นปัจจุบัน น่าเชื่อถือ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการฯ/แผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
<p>7. การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา - การดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งการใช้ยาเท่าที่จำเป็นและไม่ใช้ยา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลด้านยาที่เข้าถึงง่าย เป็นปัจจุบัน น่าเชื่อถือ 2. ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการฯ/แผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบยาแห่งชาติ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน โดยปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง - ผลักดันให้มียาสามัญทดแทนยาต้นแบบ - ผลักดันนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและลดปัญหาซื้อตัวยาโดยการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข
<p>8. การลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด (harm reduction) การเลิกเสพยาเสพติดโดยเด็ดขาดยังคงเป็นเป้าหมายสูงสุดของการรักษาแต่ระหว่างที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นฟูสภาพอาจมีการกลับไปใช้ซ้ำบ้าง มาตรการการลดอันตรายเป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมความรุนแรงหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางกาย เช่น การลดการแพร่เชื้อที่ติดต่อทางเลือดและเพศสัมพันธ์ การใช้ยาเพื่อลดอาการทางจิตเวชต่าง ๆ ที่อาจก่อความรุนแรงในสังคม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสนับสนุนนโยบาย (policy advocacy) 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 3. กำหนดเป้าหมายการประชาสัมพันธ์ (Targeting public relations) 4. การดำเนินนโยบายและการประเมินผล (Policy implementation and evaluation)
<p>9. โรคสมองติดยา</p> <p>การติดยาเสพติดเปรียบเหมือนโรคเรื้อรังกลับเป็นซ้ำได้ ควบคุมได้หากอยู่ภายใต้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทผู้ป่วยและสภาพแวดล้อม</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสนับสนุนนโยบาย (policy advocacy) 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 3. กำหนดเป้าหมายการประชาสัมพันธ์ (Targeting public relations) 4. การดำเนินนโยบายและการประเมินผล (Policy implementation and evaluation)

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
<p>10. การบริโภครีจิมแอลกอฮอล์</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนเกี่ยวกับโทษ พิษ ภัย จากการบริโภครีจิมแอลกอฮอล์ - การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ไม่ว่าจะในรูปแบบใด ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสังคมและครอบครัว ดังนั้น ประชาชนทุกเพศทุกวัยจึงไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ <p>ที่มา : ข้อเสนอแนะสำหรับบุคคลที่ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2565, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษ พิษ ภัย จากการบริโภครีจิมแอลกอฮอล์ 2. การประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(1B6 Application), แบบประเมินติดเหล้ายัง.com เพื่อใช้ในการคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3. โปรแกรมสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (TAS) 4. ระบบบริการออนไลน์ (E-Service) สำหรับสถานศึกษา เพื่อดำเนินการสถานศึกษาปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ 5. มาตรการการพัฒนาชุมชนเพื่อควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
<p>11. การดูแล ป้องกัน และรักษาสุขภาพจิต</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
<p>12. การดูแลสุขภาพจิตต่อเนื่องระยะยาว (life-long follow up) เนื่องจากธรรมชาติของโรคพบว่ามีการกลับเป็นซ้ำได้ และปัจจุบันยังไม่มียาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษา ดังนั้น จิตสังคมบำบัด จึงเป็นการดูแลหลัก ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพนานกว่าโรคทั่วไป และการดูแลต่อเนื่องระยะยาวด้วยหลักการทางการแพทย์ผ่านผู้ดูแลทั้งสาธารณสุขและไม่ใช่อุทธสาธาณสุข</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสนับสนุนนโยบาย (policy advocacy) 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 3. กำหนดเป้าหมายการประชาสัมพันธ์ (Targeting public relations) 4. การดำเนินนโยบายและการประเมินผล (Policy implementation and evaluation)
<p>13. การดูแลสุขภาพจิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม (community based treatment and care: CBTx) เป็นหัวใจหลักที่จะสร้างความยั่งยืนในการดูแล การสังเกตสัญญาณเตือน การสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดี การมีความมั่นคงทางอาชีพ รายได้และความรู้สึกปลอดภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ หัวใจหลัก คือ การดูแลผ่านชุมชน ผู้นำชุมชนจะสามารถช่วยให้ความยั่งยืนได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. การสนับสนุนนโยบาย (policy advocacy) 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) 3. กำหนดเป้าหมายการประชาสัมพันธ์ (Targeting public relations) 4. การดำเนินนโยบายและการประเมินผล (Policy implementation and evaluation)



ประชาชนกลุ่มเสี่ยง/เปราะบาง

คำอธิบาย	ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อภัยคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ ที่กระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต	
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้	
1. วัณโรค - การค้นหาเชิงรุก โดยการคัดกรอง (TB Screening) ด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทันทีเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงครั้งแรก เพื่อนำเข้าสู่การวินิจฉัยและรักษาโดยเร็ว (Early diagnosis and treatment)	1. ค้นหาและวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบาง และกลุ่มเสี่ยงวัณโรคและขึ้นทะเบียนรักษาให้มีความครอบคลุม 2. ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกราย โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Patient centered care)	
2. มาลาเรีย - การปฏิบัติตัวและการสังเกตอาการของตนเอง ถ้ามีไข้ให้ไปตรวจเลือดหาเชื้อมาลาเรีย	1. สื่อประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตนเองและการกินยา 2. mobile application ในการค้นหาผู้ป่วย เพื่อให้การตรวจรักษาและควบคุมโรค	
3. ควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ใน NCD clinic เช่น เบาหวาน, ไขมัน ในเลือดสูง, ความดันโลหิตสูง	1. ประชาสัมพันธ์หรือจัดกิจกรรมระดับจังหวัดและระดับเขตเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงการลดความเสี่ยง การตรวจคัดกรองและการรักษาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2. มีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 3. ปฏิบัติตามเป้าหมายตัวชี้วัดในผู้ป่วยกลุ่ม NCD เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง	

ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย	เครื่องมือที่จะใช้
<p>4. ความเท่าเทียมในการเข้าถึงการรับบริการ การดูแลผู้สูงอายุเพศติดที่มีคุณภาพ โดยไม่เลือกปฏิบัติ (หากผู้สูงอายุเพศติดทุกคนมีสิทธิ์เข้าถึงการรับบริการ จะทำให้เกิดระบบนิเวศที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพแก่ทุกคน อาจลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำ/ผู้ป่วยรายใหม่ได้)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. policy advocacy 2. Policy implementation 3. Financial support จากแหล่งทุนสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีความหลากหลาย



กลุ่มอื่นๆ

คำอธิบาย	ผู้รับผิดชอบระบบประปาหมู่บ้าน	
ประเด็นที่ต้องการสร้างให้ตระหนักรู้ พร้อมคำอธิบาย		<ol style="list-style-type: none"> 1. เจ้าหน้าที่ อปท. 2. ผู้ดูแลระบบประปาหมู่บ้าน
<ol style="list-style-type: none"> 1. ประปาหมู่บ้าน <ul style="list-style-type: none"> - มาตรฐานระบบประปาหมู่บ้าน - การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา 		<ol style="list-style-type: none"> 1. ขับเคลื่อนนโยบาย/ยุทธศาสตร์ 2. จัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อการพัฒนาประปาหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

3.3.2.2

การเชื่อมโยงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนกับแผน 3 ระดับ



เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย มีความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ 2 ด้านได้แก่ ด้านพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และการสร้างโอกาส และด้านความเสมอภาคทางสังคม และเป้าหมายย่อยมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมายย่อยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถบรรลุทั้งเป้าหมายยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติได้ในคราวเดียวกัน ดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4

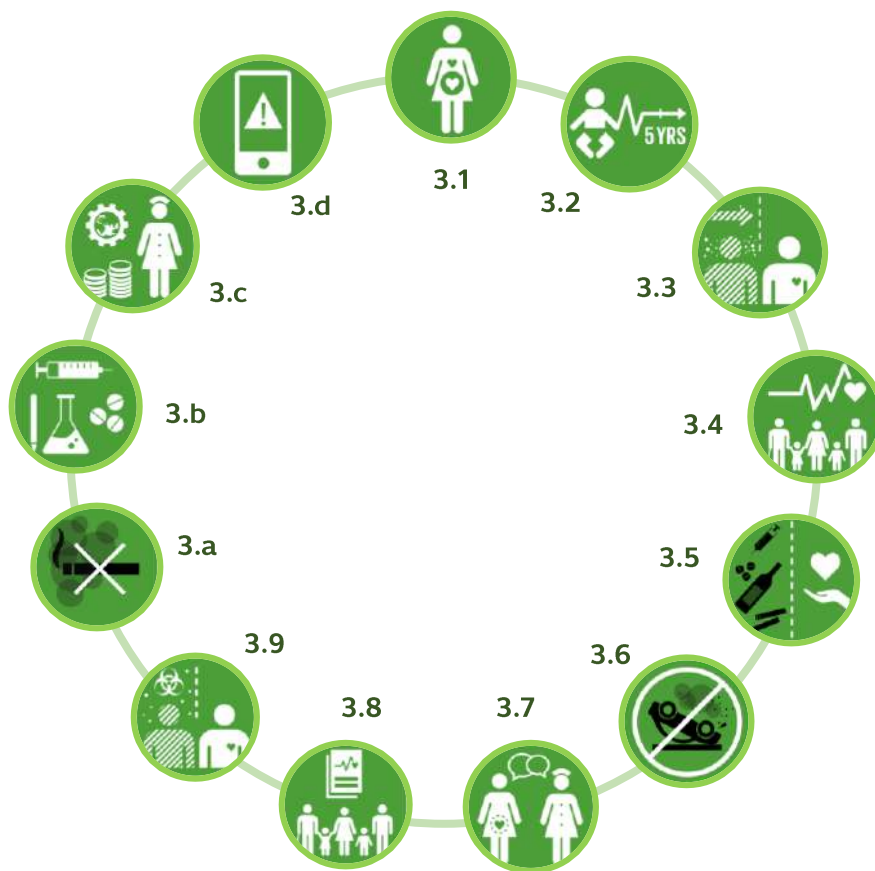
การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) กับเป้าหมายย่อยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ

เป้าหมายย่อย (SDG Targets)	ความเชื่อมโยงกับเป้าหมายย่อยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ถ้ามี)	ความเกี่ยวข้องโดยตรง	ความเกี่ยวข้องโดยอ้อม
3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573	110201 เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัย สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น	✓	
	130301 มีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชากรทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น		✓
3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573	110201 เด็กเกิดอย่างมีคุณภาพ มีพัฒนาการสมวัย สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น	✓	
	130301 มีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชากรทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น		✓
	130401 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำลดลง		✓
3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคติดต่ออีกเสบโรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573	130101 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมเข้มแข็ง จิตสำนึกการมีสุขภาพดีสูงขึ้น		✓
	130201 จำนวนชุมชนสุขภาพดีเพิ่มขึ้น		✓

เป้าหมายย่อย (SDG Targets)	ความเชื่อมโยงกับเป้าหมายย่อยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ถ้ามี)	ความเกี่ยวข้องโดยตรง	ความเกี่ยวข้องโดยอ้อม
3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ. 2573	130101 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีสูงขึ้น	✓	
	130201 จำนวนชุมชนสุขภาพดีเพิ่มขึ้น	✓	
	140101 คนไทยออกกำลังกายเล่นกีฬาและนันทนาการอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น	✓	
3.5 เสริมสร้างการป้องกัน และการรักษา การใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย	130101 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคม บ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีสูงขึ้น		✓
3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี พ.ศ. 2563	070105 ผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง	✓	
3.7 สร้างหลักประกันถ้วนหน้า ในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัว ข้อมูลข่าวสารและความรู้ และการบูรณาการอนามัยการเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี พ.ศ. 2573	130301 มีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ที่ประชากรทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น	✓	
	130401 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความเหลื่อมล้ำลดลง	✓	
3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยา และวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพมีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้	130301 มีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ที่ประชากรทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น	✓	
	130401 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความเหลื่อมล้ำลดลง	✓	

เป้าหมายย่อย (SDG Targets)	ความเชื่อมโยงกับเป้าหมายย่อยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ถ้ามี)	ความเกี่ยวข้องโดยตรง	ความเกี่ยวข้องโดยอ้อม
3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดินให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี พ.ศ. 2573	180401 คุณภาพน้ำในแหล่งน้ำผิวดิน แหล่งน้ำใต้ดินและแหล่งน้ำทะเลมีคุณภาพเหมาะสมกับประเภทการใช้ประโยชน์		✓
	180402 คุณภาพอากาศ เสี่ยงและความสั่นสะเทือนอยู่ในระดับมาตรฐานของประเทศไทย		✓
	180403 การจัดการขยะมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อ ของเสียอันตราย สารเคมีในภาคเกษตรและการอุตสาหกรรม มีประสิทธิภาพมากขึ้น		✓
3.a เพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม	020301 ประเทศไทยมีการพัฒนาที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากลในทุกมิติ และสามารถมีบทบาทเชิงรุกในการร่วมกำหนดมาตรฐานสากลเพิ่มขึ้น	✓	
	130101 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ สามารถดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมเข้มแข็งที่สนับสนุนการมีสุขภาพดีสูงขึ้น		✓
3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่ซื้อหาได้ตามปฏิญญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) และการสาธารณสุขซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลง TRIPS อย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า	130401 การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำลดลง		✓
	230101 ภาคอุตสาหกรรมการผลิตและบริการสร้างมูลค่าเพิ่มสูงขึ้นจากการวิจัยและนวัตกรรมส่งผลให้เกิดการขยายตัวเพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน		✓
	130501 ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศมากขึ้น		✓
	040201 อุตสาหกรรมและบริการทางการแพทย์มีการขยายตัวเพิ่มขึ้น		✓

เป้าหมายย่อย (SDG Targets)	ความเชื่อมโยงกับเป้าหมายย่อยของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (ถ้ามี)	ความเกี่ยวข้องโดยตรง	ความเกี่ยวข้องโดยอ้อม
3.c เพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพและการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก	130401 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข มีความเหลื่อมล้ำลดลง	✓	
3.d เสริมขีดความสามารถของทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนาในด้านการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก	130101 ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมเข้มแข็งที่สนับสนุนการมีสุขภาพดีสูงขึ้น		✓
	130501 ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศมากขึ้น		✓



3.3.2.3

กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน



กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสาธารณสุข เป็นกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ด้านสาธารณสุข โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานและบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนตามเป้าหมายด้านสาธารณสุขที่ชัดเจนอย่างต่อเนื่อง มีการกำกับ ติดตาม และพัฒนางานสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานสากล นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน



กลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย รายเป้าหมายย่อย มีดังนี้



เป้าหมายย่อยที่ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับชาติ - คณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาแม่และเด็ก - คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาแม่และเด็ก ระดับเขต/จังหวัด - คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
กฎหมาย/กฎกระทรวง/ ประกาศ	-	-	-
ยุทธศาสตร์/แผน	-	-	-
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือ แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก - คู่มือ โปรแกรม PHIMS - คู่มือ การทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกปริกำเนิด - ประเมินรับรองโรงพยาบาลมาตรฐานการดำเนินงาน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก - มหกรรมรณรงค์การป้องกันทางสุขภาพ เช่น การถ่ายทอดเชื้อ HIV เพื่อการเกิดคุณภาพ - การเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ โดยใช้โปรแกรม Save Mom - ควบคุมมาตรฐานการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการระดับจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> - การกำหนดมาตรฐานการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับจังหวัดโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กและเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด - พัฒนาศักยภาพและถ่ายทอดแนวทางการใช้งานโปรแกรม Save Mom - พัฒนาศักยภาพทีมทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกปริกำเนิด - พัฒนาศักยภาพทีมประเมินมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และเครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด



เป้าหมายย่อยที่ 3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับชาติ - คณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ - คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับเขต - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาแม่และเด็ก - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาทารกแรกเกิด 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาแม่และเด็ก ระดับเขต/จังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาทารกแรกเกิด ระดับเขต/จังหวัด - คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับจังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
กฎหมาย/กฎกระทรวง	-	-	-
ยุทธศาสตร์/แผน	-	-	-
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือ แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก - คู่มือ โปรแกรม PHIMS - คู่มือ การทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายทารกปริกำเนิด - ประเมินรับรองโรงพยาบาลมาตรฐานการดำเนินงาน เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก - มหกรรมณรงค์การป้องกันทางสุขภาพ เช่น การถ่ายทอดเชื้อ HIV เพื่อการเกิดคุณภาพ - การเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ โดยใช้โปรแกรม Save Mom - ควบคุมมาตรฐานการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กในสถานบริการระดับจังหวัด 	-



เป้าหมายย่อยที่ 3.3 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ - คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คชปอ.) - คณะอนุกรรมการเร่งรัดยุติวัณโรค ภายใต้คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ตามพ.ร.บ. โรคติดต่อพ.ศ. 2558 - คณะกรรมการอำนวยการกำจัดโรคไข้มาลาเรียแห่งชาติ - คณะกรรมการบริหารกำจัดโรคไข้มาลาเรียแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์ - คณะอนุกรรมการวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการยุติปัญหาเอดส์ - คณะอนุกรรมการวิชาการการทดลองวัคซีนเอดส์ - คณะอนุกรรมการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ - คณะอนุกรรมการระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ - คณะอนุกรรมการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด - คณะกรรมการโรคติดต่อกรุงเทพมหานคร - คณะอนุกรรมการยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่ระดับจังหวัด - คณะอนุกรรมการยุติปัญหาเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	- พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558	-	-
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 - แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ.2560-2564 - แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 - ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 - แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียปี 2564-2568 	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์ด้านนุ恙างอนามัย (พ.ศ. 2563 - 2573) ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573 - ยุทธศาสตร์ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไวรัสตับอักเสบบี ปี 2560-2564 - ยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560-2569 - ยุทธศาสตร์กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2560-2573 	-

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
		<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการกำจัดโรคไข้มาลาเรียปี 2564-2568 - แผนปฏิบัติการระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2573) ตามยุทธศาสตร์ด้านถุงยางอนามัย (พ.ศ.2563-2573) ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 	
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพ - การสื่อสารความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือ แนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก - แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2563-2564 (ฉบับพกพา) Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis, treatment, and Prevention 2020/2021 - แนวทางการจัดบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564 (Thailand National Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) 2021) - แนวทางการจัดบริการชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Thailand Index partner testing guideline) 	<ul style="list-style-type: none"> - หลักสูตรการจัดบริการเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในชุมชน (Training Curriculum for HIV and STD services in Community)

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
		<ul style="list-style-type: none"> - แผนพัฒนาข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผล การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (National Strategic Information and Monitoring and Evaluation Plan for HIV/AIDS) - แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ประเทศไทย (Thailand Practice Guideline for Eliminate Hepatitis C) - คู่มือการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV&STIs Literacy) - แนวทางการปฏิบัติงานกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประเทศไทย 	



เป้าหมายย่อยที่ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและ
การรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ. 2573

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ - คณะกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) - คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) - คณะทำงานร่วมเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนแผนการปฏิรูปด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ - คณะกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ - คณะอนุกรรมการนโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ - คณะกรรมการนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ (service plan) - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง (service plan) - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อ (service plan) - คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิต ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงและเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่มีโซเดียมต่ำ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจ ระดับเขต/จังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคมะเร็ง ระดับเขต/จังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อ ระดับเขต/จังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 (พ.ศ. 2561) ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบจีดีเอ - พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 (พ.ศ. 2561) ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบจีดีเอ 	-

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน - ยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (2560-2564) - ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี 2559-2568 - แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (2561-2565) - ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ (การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี) - แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) 	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและควบคุม ผู้บริโภคเป็นเลิศ PP&P Excellence - ยุทธศาสตร์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนางานบริการสู่ความเป็นเลิศและให้ ผู้ประกอบการมีความสามารถในการแข่งขัน (Smart Service) 	-
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - NCI Easy Application/ เว็บไซต์ส่งเสริมความรู้สู่ ภัยมะเร็ง :http://allaboutcancer.nci.go.th/ 	<ul style="list-style-type: none"> - การยกระดับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทรวงอกด้านปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Clinic Model) และวัณโรค - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามนโยบาย Cancer Anywhere ในเขตสุขภาพ - การสร้างเสริมให้ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตามบริบทกรรมการแพทย์ - การพัฒนาบริการโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



เป้าหมายย่อยที่ 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใชยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ - คณะกรรมการนโยบายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ - คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - คณะอนุกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด - คณะอนุกรรมการป้องกันยาเสพติด 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้เสพยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จังหวัด/กรุงเทพมหานคร - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด ระดับเขต/จังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 - พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดแบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ.2551 - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายหรือห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ประกอบกิจการโรงงาน พ.ศ. 2555 - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2555 - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือ 	<ul style="list-style-type: none"> - กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการแสดงผลสัมฤทธิ์เพื่อประกอบการโฆษณาหรือประชาสัมพันธ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2553 - ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง หลักเกณฑ์การแบ่งเงินรางวัลหรือวิธีปฏิบัติในการจ่ายเงิน และแบบการขอรับเงินสินบนรางวัลตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พ.ศ. 2555 - ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามระเบียบกรมควบคุมโรค ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงิน 	-

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
	<p>บริเวณห้ามขายหรือบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน รัฐวิสาหกิจและหน่วยงานอื่น ของรัฐ พ.ศ. 2555</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือ บริเวณห้ามขาย หรือบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน สวนสาธารณะของรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ พ.ศ. 2556</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดเวลาห้ามขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวันห้ามขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือ บริเวณห้ามขายหรือบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานี่ ขนส่ง พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือ บริเวณห้ามขายหรือบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง รถไฟ พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือ บริเวณห้ามขายหรือบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในท่าเรือ โดยสาธารณะ พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี</p>	<p>สินบนรางวัลและค่าใช้จ่ายใน การดำเนินงานตาม พระราชบัญญัติควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556</p> <p>- ประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่องระเบียบ ข้อบังคับเพื่อควบคุมการ บำบัดรักษา และระเบียบวินัย สถานพยาบาล พ.ศ. 2562</p> <p>- ข้อสั่งการการดำเนินงาน ด้านการบำบัดฟื้นฟูและลด อันตรายจากการใช้ยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562</p>	

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
	<p>เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายหรือบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ที่อยู่ในกำกับดูแลและใช้ประโยชน์ของราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558</p> <p>- ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560</p>		

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดวิธีการหรือ ลักษณะห้ามขายเครื่องตัด แอลกอฮอล์โดยวิธีการใช้เครื่อง ฉายเครื่องตัดแอลกอฮอล์ใน สถานที่หรือบริเวณร้านค้า สะดวกซื้อ พ.ศ. 2561 - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การเลือกและแต่งตั้ง กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิใน คณะกรรมการควบคุม เครื่องตัดแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ห้ามขายเครื่องตัด แอลกอฮอล์โดยวิธีการหรือใน ลักษณะการขายทาง อิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2563 - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง แต่งตั้งกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการ ควบคุมเครื่องตัดแอลกอฮอล์ - ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง แต่งตั้งผู้แทนองค์กร เอกชนเป็นกรรมการใน คณะกรรมการควบคุม เครื่องตัดแอลกอฮอล์ - ประกาศคณะกรรมการ ควบคุมเครื่องตัดแอลกอฮอล์ เรื่อง รูปแบบของข้อความคำ เตือนประกอบภาพสัญลักษณ์ ของเครื่องตัดแอลกอฮอล์หรือ ภาพสัญลักษณ์ของ บริษัทผู้ผลิตเครื่องตัด แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2557 		

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เกี่ยวกับฉลากของเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558 		
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ - แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องตี้มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 – 2570) - ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์ (ประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต) - แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2564 	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและควบคุมผู้บริโภคเป็นเลิศ PP&P Excellence 	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาระบบการป้องกันและการดูแลช่วยเหลือเยาวชนในสถานศึกษาและชุมชน
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ศอ.ปส.) - สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) - การสื่อสารความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข - กรมการแพทย์ โดย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สายด่วนยาเสพติด 1165, website: http://www.pmnidat.go.th, Line official: ห่วงใย) - การสื่อสารความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ทั้ง 6 แห่ง - ศูนย์อำนวยการประสานงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดระดับจังหวัด/อำเภอ



เป้าหมายย่อยที่ 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี พ.ศ. 2573

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการนโยบายการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนแห่งชาติ - คณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - คณะอนุกรรมการด้านการตอบสนองหลังเกิดเหตุ - คณะอนุกรรมการด้านการบริหารจัดการข้อมูล และการติดตามประเมินผล - คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมระบบรายงานข้อมูลชั้นสูตรพลิกศพ กระทรวงสาธารณสุข - คณะกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ IS Online (Injury Surveillance) - คณะทำงานบูรณาการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนเพื่อพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้บาดเจ็บ - คณะที่ปรึกษาและคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) ระดับประเทศ - คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจราจรในเมืองใหญ่ (City RTI) 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) - คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ระดับเขต/จังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 - พระราชบัญญัติรถยนต์ พ.ศ. 2522 - พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 - พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 	-
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - แผนงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกด้านความปลอดภัยทางถนน - แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2561-2564 - แผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2565 - 2570 	-	-
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	-	-



เป้าหมายย่อยที่ 3.7 สร้างหลักประกันถ้วนหน้า ในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัว ข้อมูลข่าวสารและความรู้ และการบูรณาการอนามัยการเจริญพันธุ์ใน ยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี พ.ศ. 2573

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับชาติ - คณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ - คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - คณะทำงานยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จำนวน 5 คณะ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 	<ul style="list-style-type: none"> - กฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดประเภทของสถานศึกษาและการดำเนินการของสถานศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2561 (กระทรวงศึกษาธิการ) - กฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดประเภทของสถานประกอบกิจการและการดำเนินการของสถานประกอบกิจการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่ลูกจ้างซึ่งเป็นวัยรุ่น พ.ศ. 2561 (กระทรวงแรงงาน) - กฎกระทรวงว่าด้วยการกำหนดประเภทของสถานบริการและการดำเนินการของสถานบริการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2562 (กระทรวงสาธารณสุข) 	-

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
		<ul style="list-style-type: none"> - กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดสวัสดิการสังคมที่เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2563 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) - กฎกระทรวง กำหนดการดำเนินการของราชการ ส่วนท้องถิ่นเพื่อให้วัยรุ่นได้รับสิทธิในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2564 (กระทรวงมหาดไทย) 	
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2570 	-	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาคการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	-	-



เป้าหมายย่อยที่ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ - คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการ service plan RDU-AMR กระทรวงสาธารณสุข - คณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาและขับเคลื่อนภารกิจด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาลเอกชน - คณะกรรมการสถานพยาบาล กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - คณะกรรมการ RDU อย. กรมการแพทย์แผนไทยฯ (ยาสมุนไพร) - คณะกรรมการขับเคลื่อนการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างสมเหตุผล - คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างสมเหตุผลในระบบบริการสุขภาพและชุมชนต้นแบบ - คณะอนุกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาจากสมุนไพรอย่างสมเหตุผล - คณะกรรมการควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาเชื้อดื้อยา และการใช้ยาสมเหตุผลในสัตว์ กรมปศุสัตว์ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - คณะกรรมการ service plan RDU แต่ละเขต/จังหวัด - คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับจังหวัด - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)/ เขตในกรุงเทพมหานคร
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 - ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 	-	-

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2563 - 2565 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2563-2565) - ยุทธศาสตร์สร้างหลักประกันทางสังคม โครงการลดความเหลื่อมล้ำ 3 กองทุน 	-
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - ศูนย์บริการหลักประกันสุขภาพในหน่วยบริการ - ศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน - หน่วยรับเรื่องร้องเรียนอื่นที่เป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียน - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข - มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2560 เรื่องมาตรการป้องกันการทุจริตในกระบวนการเบิกจ่ายยา ตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ - มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2563 เรื่อง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 12 พ.ศ. 2562 มติ 12.4 เรื่อง การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยอย่างสมเหตุสมผลโดยชุมชน เป็นศูนย์กลาง - มติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2564 เรื่อง นโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2563 - 2565 	-	-



เป้าหมายย่อยที่ 3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี พ.ศ. 2573

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ - คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่า หมอกควัน และฝุ่นละออง (ภายใต้คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย) - คณะกรรมการควบคุมมลพิษ - คณะอนุกรรมการสื่อสารการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ (ภายใต้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ) - คณะอนุกรรมการด้านวิชาการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ (ภายใต้คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ) - คณะกรรมการทรัพยากรน้ำแห่งชาติ - คณะกรรมการสาธารณสุข - คณะอนุกรรมการกำกับดูแลการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” (ภายใต้คณะกรรมการควบคุมมลพิษ) - อนุกรรมการกำหนดมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป - คณะกรรมการนโยบายการจัดการสารเคมีแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการอนามัยสิ่งแวดล้อม - คณะกรรมการสาธารณสุข - คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ - คณะทำงานภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) กรณี หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก - คณะทำงานจัดทำรายงานสถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี หมอกควัน ฝุ่นละอองขนาดเล็ก ปี 2564 - คณะกรรมการกำกับทิศทางกลุ่มโครงการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ - คณะกรรมการจัดทำฐานข้อมูลสาธารณสุข ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข - คณะทำงานวิชาการจัดทำแนวทางห้องปลอดฝุ่นและจัดสภาพแวดล้อมเพื่อลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด (คสจ.) - คณะอนุกรรมการทรัพยากรน้ำจังหวัด - คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด/ คณะกรรมการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร - คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) ใน กรุงเทพมหานคร - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด / คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม 		
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 - พระราชบัญญัติทรัพยากรน้ำ พ.ศ. 2561 - พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2563 - พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 284 (พ.ศ.2547) เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 5) - ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. 2558 - คำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่องแนวทางการควบคุมการประกอบกิจการตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ พ.ศ. 2553 - ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2563 - ประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กในบรรยากาศ 	<ul style="list-style-type: none"> - เทศบัญญัติ เรื่อง ควบคุมกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ - ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการบริหารกิจการและการบำรุงรักษาระบบประปาหมู่บ้าน พ.ศ. 2548
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - แผนแม่บทการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) - แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ 	-

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
	<ul style="list-style-type: none"> - แผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษด้านฝุ่นละออง” - แนวทางการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขกรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก - แผนปฏิบัติการด้านการจัดการสารเคมีแห่งชาติ พ.ศ. 2562-2580 - แผนการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมระดับชาติ (พ.ศ. 2564 – 2580) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ภายใต้แผนฯ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2564 – 2565) และระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 – 2570) 		
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติการประปานครหลวง พ.ศ. 2510 - พระราชบัญญัติการประปาส่วนภูมิภาค พ.ศ. 2522 - พระราชบัญญัติน้ำบาดาล พ.ศ. 2520 	-



เป้าหมายย่อยที่ 3.a เพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	- คณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ	- คณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติ และ อนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่คณะอนุกรรมการด้าน กฎหมาย อนุกรรมการด้าน บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้เสพ ติดผลิตภัณฑ์ยาสูบ และ อนุกรรมการด้านติดตาม ประเมินผล และตรวจสอบ การดำเนินงานควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ - คณะทำงานขับเคลื่อน แผนปฏิบัติการด้านการควบคุม ยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ 1 - 6	- คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - คณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด - คณะกรรมการควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรุงเทพมหานคร
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	- กรอบอนุสัญญาการควบคุม การบริโภคยาสูบขององค์การ อนามัยโลก - พระราชบัญญัติควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560	- ประกาศกระทรวง สาธารณสุข ภายใต้ พระราชบัญญัติควบคุม ผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560	-
ยุทธศาสตร์/แผน	- แผนปฏิบัติการด้านการ ควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ สาม พ.ศ. 2565 – 2570	- แผนปฏิบัติการด้านการ ควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ สาม พ.ศ. 2565 – 2570 - แผนงานด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 – 2565)	-
อื่นๆ	- การดำเนินงานของทุก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและ นอกระบบสาธารณสุข		-



เป้าหมายย่อยที่ 3.b สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถซื้อหาได้ตาม ปรักฎญาโดฮาว่าด้วยความตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) และการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความตกลง TRIPS อย่างเต็มที่ในเรื่อง การผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ - คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ - คณะอนุกรรมการพัฒนาอุตสาหกรรมยา สมุนไพร และชีววัตถุ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ 	-	- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2561 - ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ - ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดราคากลาง 	-	-
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงด้านวัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2565 - นโยบายแห่งชาติด้านยาและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ.2563 – 2565 	-	-
อื่นๆ	-	-	-



เป้าหมายย่อยที่ 3.c เพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	-	- คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสุขภาพ	- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	-	-	-
ยุทธศาสตร์/แผน	- แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561-2565)	- ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ People Excellence - แผนกำลังคนตามการจัดระบบบริการโดยเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Blueprint of Health Service and Human	-
อื่นๆ	- การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข	-	-



เป้าหมายย่อยที่ 3.d เสริมขีดความสามารถของทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนา ในด้านการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
คณะกรรมการ/ คณะทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการ นโยบายการต่อต้านจุลชีพแห่งชาติ - คณะอนุกรรมการยุทธศาสตร์การจัดการการต่อต้านจุลชีพ - คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการต่อต้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว - คณะอนุกรรมการลดผลกระทบจากปัญหาเชื้อดื้อยาในสถานพยาบาล - คณะอนุกรรมการการจัดการการต่อต้านจุลชีพในภาคการเกษตรและการเลี้ยงสัตว์ - คณะอนุกรรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ด้านเชื้อดื้อยาและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน - คณะทำงานประสานและติดตามการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การจัดการการต่อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2565 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) - คณะกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2563 - คณะอนุกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฝ้าระวัง เตรียมความพร้อม และปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข - คณะอนุกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและสมรรถนะห้องปฏิบัติการ - คณะอนุกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาสมรรถนะช่องทาง เข้าออกประเทศ - คณะอนุกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนงานตามวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก ตามแนวทางกฏอนามัยระหว่างประเทศ - คณะอนุกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ตามข้อกำหนดของกฏอนามัย 	<ul style="list-style-type: none"> - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ระดับ	กลไกระดับชาติ	กลไกระดับกระทรวง	กลไกระดับพื้นที่
		<p>ระหว่างประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คณะอนุกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ เรื่อง แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการประสานงานการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศด้านอาหารปลอดภัย - คณะอนุกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ เรื่อง แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการประสานงานการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศด้านสารเคมี - คณะอนุกรรมการกฏอนามัยระหว่างประเทศ เรื่อง แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการประสานงานการปฏิบัติตามกฏอนามัยระหว่างประเทศด้านนิวเคลียร์และรังสี 	
กฎหมาย/ กฎกระทรวง/ ประกาศ	<ul style="list-style-type: none"> - กฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) - พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 	- พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558	-
ยุทธศาสตร์/แผน	<ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน - แผนยุทธศาสตร์การจัดการท่องเที่ยวด้านสุขภาพประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2565 	<ul style="list-style-type: none"> - แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาทางด้านกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 สำหรับช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2564 - ยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค 20 ปี ยุทธศาสตร์ที่ 4 การปรับปรุงระบบบริหารจัดการและพัฒนาความร่วมมือ 	-
อื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารความรู้เพื่อการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ - การดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข 	-	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินการดำเนินงานพัฒนาสมรรถนะตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ IHR-JEE ระดับจังหวัด

3.3.2.4

การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน



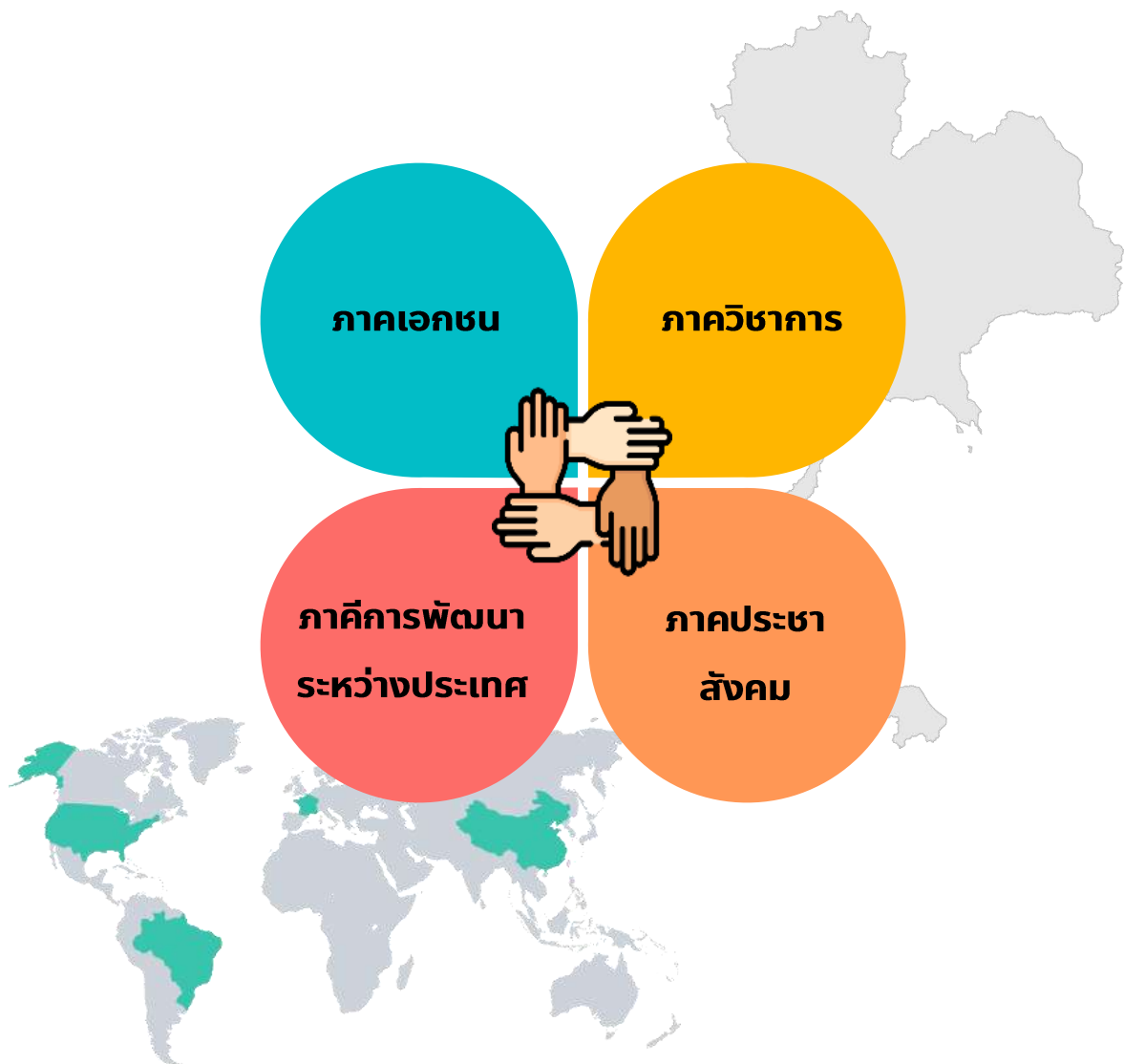
ใช้หลักการวิเคราะห์ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) ที่ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ตามหลักความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ดังตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 ห่วงโซ่คุณค่า (Value Chain) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3





สนับสนุนความร่วมมือกับทุกภาคส่วนต่าง ๆ ให้เป็นภาคีขับเคลื่อนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เพื่อเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ทั้งในประเทศและภาคีการพัฒนาระหว่างประเทศ โดยมีภาคีการพัฒนาจากภาคส่วนต่างๆ ประกอบด้วย 1) ภาคเอกชน 2) ภาควิชาการ 3) ภาคประชาสังคม 4) ภาคีการพัฒนาระหว่างประเทศ ที่มีรูปแบบความร่วมมือที่หลากหลาย ในระดับที่แตกต่างกันตามบทบาท หน้าที่ และบริบทของแต่ละองค์กร/หน่วยงาน ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงตัวอย่างความร่วมมือของภาคีการพัฒนา ดังตารางที่ 3.6



เครือข่าย	รายชื่อหน่วยงาน	รายละเอียดและลักษณะการมีส่วนร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
ภาคเอกชน	1. ภาคีเครือข่ายด้านทรัพยากรน้ำ - ชมรมผู้ประกอบการธุรกิจตู้ น้ำดื่มหยอดเหรียญ - การประปาส่วนภูมิภาค - การประปานครหลวง - central lab	การร่วมมือในการพัฒนาและ ตรวจสอบคุณภาพน้ำบริโภค	ประชาชนได้บริโภคน้ำ ที่สะอาด
ภาควิชาการ	1. ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์ แห่งประเทศไทย	ใช้องค์ความรู้วิชาการ ด้านอนามัยแม่และเด็ก	ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วิชาการ องค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านอนามัยแม่และเด็ก
	2. สถาบันอุดมศึกษาด้าน วิทยาศาสตร์สุขภาพ	การพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร และการจัดการเรียน การสอน เรื่องการคุมกำเนิดด้วยวิธี สมัยใหม่ สิทธิอนามัยการเจริญ พันธุ์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	นิสิตนักศึกษามีความรอบรู้ ด้านสุขภาพในเรื่องอนามัยการ เจริญพันธุ์ และสามารถนำไปสู่ การปฏิบัติและการถ่ายทอด ต่อไปยังกลุ่มประชาชนได้
	3. ภาควิชาการที่เกี่ยวข้องด้าน ทรัพยากรน้ำ - มหาวิทยาลัย - สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ	ความร่วมมือในด้านศึกษาวิจัย ด้านสารเคมีอันตราย มลพิษ	ข้อมูลด้านวิชาการเรื่องการ จัดการคุณภาพน้ำบริโภค
ภาคประชา สังคม	1. สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	- ชุดสิทธิประโยชน์ - งบประมาณ	- แม่และเด็กได้รับบริการที่มี คุณภาพ ครอบคลุม เท่าเทียม ทั่วถึง - มีมาตรการในการสนับสนุน การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ ในภาวะวิกฤต
	2. ภาคประชาสังคมที่ เกี่ยวข้องด้านทรัพยากรน้ำ - NGOs ด้านน้ำ - มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค	การเฝ้าระวังและแจ้งเตือน คุณภาพน้ำบริโภค	- ข้อมูลสถานการณ์คุณภาพ น้ำในพื้นที่ - รณรงค์ให้ประชาชนเห็น ความสำคัญของการล้างมือ ด้วยน้ำและสบู่

เครือข่าย	รายชื่อหน่วยงาน	รายละเอียดและลักษณะการมีส่วนร่วม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	3. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	ความร่วมมือด้านสุขภาพ	ได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือจากหน่วยงาน เพื่อการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ
	4. มูลนิธิคุณแม่คุณภาพ	ความร่วมมืออนามัยแม่และเด็ก	ได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือจากหน่วยงาน เพื่อการขับเคลื่อนด้านอนามัยแม่และเด็ก
ภาคีการพัฒนา ระหว่างประเทศ	1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ดำเนินโครงการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างวิทยาศาสตร์ นโยบายและสังคม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย ซึ่งเป็นแผนงานการศึกษาวิจัยที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก วช. โดยมีโครงการวิจัย ได้แก่ 1) การพัฒนาข้อมูลตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 3 ที่ยังไม่มีข้อมูล 2) วิจัยเชิงระบบและนโยบายเพื่อลดการป่วยและเสียชีวิตจากวัณโรค และ 3) พัฒนากลไกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกภาคส่วนของสังคมไทย	สามารถนำข้อมูลความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย ในการขับเคลื่อนเป้าหมายพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะด้านสุขภาพ
	2. องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)	- องค์ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย - องค์ความรู้ด้านสุขอนามัย - ความร่วมมือในด้านวิชาการ - งบประมาณ	- ได้รับความร่วมมือในการขับเคลื่อนภาคีระหว่างประเทศและภายในประเทศ
	3. กองทุนสหประชาชาติเพื่อประชากร (United Nations Population Fund UNFPA : UNFPA)	- องค์ความรู้ด้านอนามัยแม่และเด็ก - งบประมาณ	- ได้รับความร่วมมือในการขับเคลื่อนภาคีระหว่างประเทศและภายในประเทศ
	4. ยูนิเซฟ	ความร่วมมือในด้านวิชาการด้านสุขอนามัย	คำแนะนำในการจัดการคุณภาพน้ำบริโภคให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน



การติดตามประเมินผล เพื่อให้มีการปรับปรุงผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ ทราบความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค นำไปสู่ผลสำเร็จการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3

1. กลไก กำกับ ติดตามการปฏิบัติงาน



- ประสานและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3
- รวบรวมความเห็นและข้อเสนอแนะจากหน่วยงานรับผิดชอบฯ นำเสนอคณะกรรมการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม
- วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรคและจัดทำข้อเสนอ/มาตรการ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนเป้าหมายที่ 3

2. กลไกการกำกับ ติดตาม และประเมินผล



- กำกับ ติดตาม ประเมินผลการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 ด้วยกลไกคณะกรรมการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสาธารณสุข
- รายงานผลการดำเนินงานขับเคลื่อนเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัยต่อฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (กพย.) เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

3. หน่วยงานรับผิดชอบในการประเมินผล



- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, , กองบริหารการสาธารณสุข, กองบริหารทรัพยากรบุคคล)
 - กรมการแพทย์
 - กรมควบคุมโรค
 - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
 - กรมสุขภาพจิต
 - กรมอนามัย
 - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 - สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
 - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สรุปสถานการณ์การพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3

การขับเคลื่อนเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ในสถานการณ์ปัจจุบันมีหลายตัวชี้วัดที่ข้อมูลมีความพร้อมแล้ว ซึ่งระเบียบวิธีมีทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ บางตัวชี้วัดที่ยังไม่มีความพร้อมของข้อมูลในระดับประเทศ แต่มีการจัดทำข้อมูลในระดับโลก หรือมีระเบียบวิธีที่เป็นที่ยอมรับ รวมทั้งบางตัวชี้วัดที่ยังไม่มีการจัดทำข้อมูลในระดับโลกหรือยังไม่มีการตกลงระเบียบวิธีอย่างเป็นทางการแต่ที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการดำเนินงานที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีกลไกการขับเคลื่อนที่ชัดเจนในหลายประเด็น ได้แก่ กฎหมาย กฎระเบียบ คณะกรรมการ คณะทำงาน และแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ดังนั้น การจัดเก็บข้อมูลบางตัวชี้วัดด้วยระเบียบวิธีที่สอดคล้องกับองค์การสหประชาชาติ ซึ่งเป็นวิธีที่ดี แต่จำเป็นต้องศึกษาวิจัยและใช้งบประมาณเพิ่มเติม หลังจากการประชุมปรึกษาหารือระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานหลายครั้ง จึงได้ข้อสรุปในการใช้หลักเกณฑ์ในการจัดเก็บข้อมูล ดังนี้





1. ใช้เป้าหมายองค์การสหประชาชาติ (UN) เป็นหลัก
2. ใช้เป้าหมายจากหน่วยงาน กรณี องค์การสหประชาชาติ (UN) ไม่ได้กำหนดไว้
3. ใช้ค่าเป้าหมายจากที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกาฯ กำหนด





ตารางที่ 3.7






ตารางแสดงความพร้อม ผลการดำเนินงาน และการจัดเก็บข้อมูล





ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
	3.1.1 อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	26.6 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน (2564)	สถิติสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
	3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ	≥ 98 %	99.6 (2565)	การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
	3.2.1 อัตราการตายของทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	25 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน	7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (2564)	สถิติสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)



ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
✓	3.2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	12 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน	3.0 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน (2564)	สถิติสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
✓	3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มี การติดเชื้อ 1,000 คน	≤ 0.2 ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน	0.09 ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (2564)	ข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (Spectrum-AEM)
✓	3.3.2 อัตราการเกิดโรควัณโรคต่อประชากร 100,000 คน	≤ 10 ต่อประชากร 100,000 คน	143 ต่อประชากร 100,000 คน (2564)	รายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO Global Tuberculosis Report)
✓	3.3.3 อัตราการเกิดโรคมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี	≤ 0.038 ต่อประชากร 1,000 คน	0.04 ต่อประชากร 1,000 คน (2564)	ระบบมาลาเรียออนไลน์
✓	3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร 100,000 คน	≤ 0.174 ต่อประชากร 100,000 คน	0.36 ต่อประชากร 100,000 คน (2564)	รายงานจากศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัสของประเทศ
✓	3.3.5 จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย	ลดลงร้อยละ 90 จากปี 2553	ไม่มีข้อมูล	โรคลีชมาเนีย (รง.506), โรคเรื้อน (Leprosy Database), โรคเท้าช้าง (รง.506)


ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
	3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	≤15%	12.70% (2561)	รายงานสถานการณ์โอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (BOD Thailand)
	3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย	≤ 8 ต่อประชากร 100,000 คน	7.38 ต่อประชากร 100,000 คน (2564)	ฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร กรมการปกครองของกระทรวงมหาดไทย
	3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติด : ตัวชี้วัดทดแทน ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจากการติดตาม	≥ 74%	57.94% (2564)	ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)
	3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นียามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน	≤ 5.3%	7.17% (2564)	ข้อมูลปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากฐานข้อมูลของกรมสรรพสามิตนำมาคำนวณหาปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์หารด้วยจำนวนประชากรกลางปี


ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
	3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	≤ 8.4 ต่อการตาย 100,000 คน	25.92 ต่อการตาย 100,000 คน (2564)	ข้อมูลบูรณาการผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน 1. ข้อมูลมรณบัตรและหนังสือรับรองการตาย กยผ.สป. 2. ข้อมูลระบบ Crime ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 3. ข้อมูล e-claim ของบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
	3.7.1 สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่	≥ 90%	86.5% (2565)	การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
	3.7.2 (1) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	≤ 0.3 ต่อผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	0.9 ต่อผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน (2564)	สถิติสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
	3.7.2 (2) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	≤ 25 ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	24.4 ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (2564)	สถิติสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)







ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
	3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (ภาวะเจริญพันธุ์มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส)	$\geq 80\%$	83% (2562)	MICS,WUENIC,UNAIDS/WHO,JMP,NCD RisC,WHO-tobacco use
	3.8.2 (1) สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือน 10%	≤ 1.88	2.05% (2564)	การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Household Socio-Economic Survey)
	3.8.2 (2) สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือน 25%	≤ 0.36	0.33% (2564)	การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (Household Socio-Economic Survey)
	3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ	≤ 0.08	0.12 ต่อประชากร 1,000 คน (2563)	ข้อมูลการตายจากโรคที่อาจเกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ (PM 2.5) วิเคราะห์ร่วมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย)	≤ 1.89	3.5 ต่อประชากร 100,000 คน (2563)	ข้อมูลมรณบัตร คำนวณจากสาเหตุการตายด้วย ICD รหัส A00, A01, A03, A04, A06-A09,B76, B77, B79 และ E40-E46

ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
	3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษ โดยไม่ตั้งใจ	≤ 0.08	0.14 ต่อประชากร 100,000 คน (2563)	สถิติสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) คำนวณจากสาเหตุการตาย ด้วย ICD รหัส X40 X43 X46-X9
	3.a.1 ความชุกที่ปรับมาตรฐานอายุแล้ว (age-standardized) ของการใช้ยาสูบ/บุหรี่ในปัจจุบันของกลุ่ม ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	$\leq 18\%$	17.4% (2564)	ข้อมูลสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ของประชากรของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ
	3.b.1 สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงยาและวัคซีน ในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความยั่งยืน	$\geq 90\%$		คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC)
	• โรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน	$\geq 90\%$	85.2% (2564)	
	• โรคหัด	$\geq 90\%$	85.1% (2564)	
	• โรคมะเร็งปากมดลูก (HPV)	$\geq 90\%$	97% (2561)	
	3.b.2 ยอดรวมสุทธิความช่วยเหลือด้านการพัฒนา อย่างเป็นทางการ (ODA) ด้านการวิจัยทางการแพทย์ และด้านสุขภาพพื้นฐาน	ไม่ระบุ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล

ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
	3.b.3 สัดส่วนของสถานพยาบาลที่มีชุดยาจำเป็น (Core Set of Relevant essential Medicines) ในราคาที่สามารถหาได้อย่างยั่งยืน	ไม่ระบุ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข			ฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล และฐานข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ ทรัพยากรสุขภาพ (Gis Health) กองยุทธศาสตร์แผนงาน
	● แพทย์	ไม่ระบุ	6.54 ต่อประชากร 10,000 คน (2565)	
	● พยาบาล	ไม่ระบุ	27.24 ต่อประชากร 10,000 คน (2565)	
	● ทันตแพทย์	ไม่ระบุ	1.36 ต่อประชากร 10,000 คน (2565)	
	● เภสัชกร	ไม่ระบุ	2.50 ต่อประชากร 10,000 คน (2565)	

ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
	3.d.1 ศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations) และการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขอนามัย	ระดับ 4 ขึ้นไป		รายงานประจำปี โดยการประเมินตนเองของรัฐภาคีตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (STATE PARTY SELF-ASSESSMENT ANNUAL REPORTING TOOL)
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 1 นโยบายกฎหมาย และกฎเกณฑ์ในการดำเนินการกฎอนามัยระหว่างประเทศ (C1) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	5 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 2 การประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ และหน้าที่จุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ ระดับชาติ (C2) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	5 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 3 การเงิน (C3) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	4 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 4 ห้องปฏิบัติการ (C4) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	5 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 5 การเฝ้าระวัง (C5) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	5 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 6 ทรัพยากรมนุษย์ (C6) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	4 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 7 การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (C7) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	5 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 8 การให้บริการด้านสุขภาพ (C8) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	5 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 9 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) (C9) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	4 (2564)	

ความพร้อมของข้อมูล	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	สถานะตัวชี้วัด	การจัดเก็บข้อมูล
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 10 การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน (RCCE) (C10) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	5 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 11 ช่องทางเข้าออกประเทศและสาธารณสุขชายแดน (C11) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	4 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 12 โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (C12) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	5 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 13 อาหารปลอดภัย (C13) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	4 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 14 เหตุการณ์สารเคมี (C14) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	4 (2564)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● สมรรถนะที่ 15 ภาวะฉุกเฉินด้านรังสี (C15) 	ระดับ 4 ขึ้นไป	4 (2564)	
	3.d.2 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	ไม่ระบุ		ระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา Global Antimicrobial resistance Surveillance System (GLASS)
	<ul style="list-style-type: none"> ● เชื้อ <i>E. coli</i> ดื้อยา third generation cephalosporin 	ไม่ระบุ	35.2 % (2563)	
	<ul style="list-style-type: none"> ● เชื้อ <i>S. aureus</i> ดื้อยา methicillin (MRSA) 	ไม่ระบุ	10.3 % (2563)	

-  = สถานการณ์ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของค่าเป้าหมาย รายงาน 5 ปี ใช้ปีฐาน 2558
-  = สถานการณ์ต่ำกว่าร้อยละ 50 - 74 ของค่าเป้าหมาย
-  = สถานการณ์ต่ำกว่าร้อยละ 75 - 99 ของค่าเป้าหมาย
-  = บรรลุค่าเป้าหมายร้อยละ 100
-  = อยู่ระหว่างการประมวลผล
-  = ไม่ได้กำหนดเป้าหมาย

บทที่ 4

แผนปฏิบัติการ ขับเคลื่อน การพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3

(Sustainable Development Goal 3)



เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
			แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาสตร์ ชาติ ที่	แผนพั ฒนา ฯ ฉบับที่ 13 (หมุด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ						
3.1 ลดอัตราการตายของมารดา ทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 คน ต่อการ เกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573	3.1.1 อัตราส่วนการตาย ของมารดา(ต่อการเกิดมี ชีพ 100,000 คน)	1. โครงการส่งเสริมการเกิดอย่างมี คุณภาพ	7.09	14.89	14.89	14.89	14.89	กรม อนามัย	11	4	- แผนปฏิบัติการ กรมอนามัยปี 2566 - แผนปฏิบัติ ราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)
	3.1.2 สัดส่วนของการ คลอดบุตรที่ดูแลโดย บุคลากรด้านสาธารณสุข ที่มีความชำนาญ										
3.2 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของ ทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตรา การตายในทารกลงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน	3.2.1 อัตราการตายของ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	1. โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน	6.96	-	-	-	-	กรม อนามัย	11	4	แผนปฏิบัติการ กรมอนามัย ปี 2566

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คนตาย ในปี พ.ศ. 2573											
	3.2.2 อัตราตายของทารก แรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	1. โครงการพัฒนาเครือข่ายระบบ บริการ ในการคัดกรองทารกแรก เกิดและเด็กปฐมวัยเพื่อลดอัตรา การเสียชีวิตของ ทารกแรกเกิด และพัฒนาการดูแลรักษา โรคเด็ก ในระดับประเทศ	1.00	2.20	2.42	2.66	2.93	กรมการ แพทย์ (สถาบัน สุขภาพเด็ก แห่งชาติ มหाराชินี)	13	4	แผนปฏิบัติ ราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) ของกรมการ แพทย์
3.3 ยุติการแพร่กระจายของ เอตส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรค เขตร้อนที่ถูกกลบเกล็น และต่อสู้กับ	3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากร ที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000	1. โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอตส์	33.22	34.88	36.62	-	-	กรมควบ คุมโรค	13	4	-

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
โรคตับอักเสบ โรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573	คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และกลุ่มประชากร หลัก)	2. โครงการป้องกัน โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ และเอชไอวีใน เยาวชน	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนงานด้านการ ป้องกันควบคุม โรค ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570)
		3. โครงการพัฒนาระบบและ ขับเคลื่อนการป้องกัน ควบคุม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนงานด้านการ ป้องกันควบคุม โรค ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570)
		4. พัฒนาและปรับปรุงแนวทางการ การดำเนินการเชิงรุก สืบตรวจแหล่ง แพร่ฯ และการเฝ้าระวังป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนงานด้านการ ป้องกันควบคุม โรค ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570)

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศา ตร์ชาติ ที่	แผนพั ฒนา ฯ ฉบับที่ 13 (หมุด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
	3.3.2 อัตราการเกิดโรค วัณโรคต่อประชากร 100,000 คน	1. โครงการควบคุมวัณโรค	7.1	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนปฏิบัติการ ระดับชาติ ด้าน การต่อต้านวัณ โรค
		2. กำกับติดตามการ ดำเนินการ ค้นหา และรักษาผู้ป่วยวัณโรค	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนงานด้าน การป้องกัน ควบคุมโรค ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 -2570)
	3.3.3 อัตราการเกิดโรค มาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี	1. โครงการเร่งรัดกำจัดโรคไข้ มาลาเรีย	6.0	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนปฏิบัติการ กำจัดโรคไข้ มาลาเรียปี พ.ศ. 2564 - 2568
	3.3.4 จำนวนของผู้ติด เชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อ ประชากร 100,000 คน	1. โครงการบริการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี	34.95	34.95	34.95	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	-

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ ที่	แผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
		2. โครงการกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี	2.37	2.37	2.37	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	-
		3. ส่งเสริมการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีเชิงรุกที่เข้าถึงง่ายและมี จัดบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ได้รับ การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนงาน ด้านการป้องกัน ควบคุมโรค ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)
		4. บูรณาการการป้องกันตับอักเสบบี ซี กับชุดบริการที่ให้แก่กลุ่ม ประชากรหลัก	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนงานด้านการ ป้องกันควบคุม โรค ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)
	3.3.5 จำนวน ผู้ที่ต้องการ ความช่วยเหลือในการ ดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่	1. โครงการพัฒนาสุขภาพผู้ประสบ ปัญหาจากโรคเรื้อน	0.58	0.50	0.50	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนปฏิบัติการ เชิงยุทธศาสตร์ ป้องกันควบคุม

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
			แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพั ฒนา ฯ ฉบับที่ 13 (หมุด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ						
	ถูกละเลย (Neglected tropical diseases)										โรคเรื้อรัง พ.ศ. 2564 – 2570
		2. โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง อื่นๆ	1.03	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	-
3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควร จากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งใน สาม ผ่านทางการป้องกันและ การรักษาโรค และสนับสนุน สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ. 2573	3.4.1 อัตราการตายของผู้ ที่เป็นโรคหัวใจและ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดิน หายใจเรื้อรังหลอดเลือด	1. โครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อ	0.10	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	- แผน ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปีด้าน สาธารณสุข (พ.ศ. 2561- 2580) กระทรวง สาธารณสุข
		2. โครงการเพิ่มการเข้าถึงการวัด ความดันโลหิตในที่สาธารณะ	0.01	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	- แผนพัฒนา ด้าน

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
			แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศา ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมุด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ						
											การป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพของ ประเทศ (พ.ศ. 2561 – 2580) กรม ควบคุมโรค
		3. โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	0.05	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	
		4. โครงการชุมชนลดเสี่ยง ลดโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง	0.50	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	
		5. โครงการเพิ่มสมรรถนะ Smart digital health และ platform เพื่อ จัดการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ สำหรับประชาชน	0.80	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศา ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
		6. โครงการพัฒนาคุณภาพบริการ และสนับสนุนการดำเนินงาน ด้าน โรคไม่ติดต่อ	0.52	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	
		7. โครงการพัฒนาการสำรวจและ คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อ	0.83	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	
		8. โครงการพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	0.18	-	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	
		9. โครงการ “วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย” (Save Thais from Heart Diseases)	1.00	1.10	1.21	1.33	1.46	กรมการ แพทย์ (สถาบัน ทรวงอก)	13	4	แผนปฏิบัติ ราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) ของ กรมการแพทย์

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ ที่	แผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย (ต่อประชากร 100,000 คน)		1.โครงการลดการฆ่าตัวตาย เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวชในประชากร เปราะบางทางสังคมและเศรษฐกิจ (ชื่อโครงการในปี 2566)	4.80	-	-	-	-	กรม สุขภาพจิต	13	4	แผนปฏิบัติ ราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) ของกรม สุขภาพจิต
		2. โครงการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะ แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย (ชื่อโครงการในปี 2567)	-	14.22	24.74	-	-	กรม สุขภาพจิต	13	4	
		3. โครงการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัว ตายสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มสุรา และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่ม สุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ชื่อโครงการในปี 2566)	1.05	-	-	-	-	กรม สุขภาพจิต	13	4	
		4. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความ	-	3.86	5.00	-	-	กรม สุขภาพจิต	13	4	

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
		ผิดปกติจากแอลกอฮอล์และผู้ ได้รับผลกระทบ (ชื่อโครงการในปี 2567)									
3.5 เสริมสร้างการป้องกันและ การรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทาง ที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ ในทางที่เป็นอันตราย	3.5.1 ความครอบคลุม ของการรักษา (การรักษา โดยใช้ยาทางจิตสังคม และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการการติดตาม ผลการรักษา) สำหรับผู้ที่ ใช้ยาและสารเสพติด	1.โครงการพัฒนาศักยภาพสถาน บำบัดเพื่อรองรับแผนพัฒนาระบบ บริการด้านยาเสพติด	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	กรมการ แพทย์ (สถาบัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ ติดยาเสพ ติดแห่งชาติ บรมราช ชนนี)	1,13	4	-
		2. โครงการประชาชนผู้เสพและผู้ ติดยาเสพติด ได้รับการป้องกัน บำบัด รักษา และฟื้นฟูจากปัญหา ยาเสพติด	47.80	301.49	-	-	-	กรม สุขภาพจิต	1,13	4	แผนปฏิบัติ ราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วยงานรับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม		
									แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่	แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 (หมวดหมู่ที่)	แผนระดับ 3/แผนอื่นๆ
											ของกรมสุขภาพจิต
		3.โครงการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านยาเสพติดแบบบูรณาการ	432.46	432.46	432.46	432.46	432.46	- สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดการรักษาและฟื้นฟูยาเสพติด - กองบริหารการสาธารณสุข	1,13	4	แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของกระทรวงสาธารณสุข
		4. โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน	1.07	1.18	1.29	1.42	1.57	กรมการแพทย์ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้	1,13	4	แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วยงานรับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม		
			แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่	แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 (หมวดหมายที่)	แผนระดับ 3/แผนอื่นๆ						
								ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี)			
	3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นิยามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ภายในปีปฏิทิน	1. โครงการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เฉพาะในส่วนที่กรมควบคุมโรครับผิดชอบ)	35.00	35.00	35.00	-	-	กรมควบคุมโรค	13	4	แผนปฏิบัติการด้านควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระดับชาติ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565 – 2570 แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วยงานรับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม		
									แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่	แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 (หมวดหมายที่)	แผนระดับ 3/แผนอื่นๆ
											ประเทศ ระยะเวลาที่ 2 สร้างความเข้มแข็ง (พ.ศ. 2566 - 2570)
3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนทั่วโลกลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี พ.ศ. 2573	3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	1.โครงการพัฒนานโยบายและสารสนเทศการบาดเจ็บจากการจราจร	26.01	-	-	-	-	กรมควบคุมโรค	13	4	-

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
		2. โครงการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยใช้ TSY Program: Thailand Safe Youth Program	10.00	10.00	10.00	10.00	10.00	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนงานด้านการป้องกันควบคุมโรคและสุขภาพระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) ของกรมควบคุมโรค
3.7 สร้างหลักประกันถ้วนหน้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัว ข้อมูลข่าวสารและความรู้ และการบูรณาการอนามัยการเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี พ.ศ. 2573	3.7.1 สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่	1.โครงการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสและก่อนมีบุตร เพื่อการเกิดทุกรายมีคุณภาพ	13.02	13.02	13.02	13.02	13.02	กรม อนามัย	11	4	แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) ของกรมอนามัย

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
3.7.2 อัตราการคลอดใน หญิงอายุ (10-14 ปี, 15- 19 ปี) ต่อผู้หญิงอายุ (10-14 ปี 15-19 ปี) 1,000 คน	1. โครงการพัฒนาระบบส่งเสริม สุขภาพวัยรุ่นและอนามัยการเจริญ พันธุ์แบบบูรณาการ	0.50	-	-	-	-	กรม อนามัย	11,13	4	แผนปฏิบัติการ ด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ใน วัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560- 2570	
		2. โครงการยกระดับการขับเคลื่อน ระบบสุขภาพและอนามัยการ เจริญพันธุ์ในวัยรุ่น	3.27	-	-	-	-	กรม อนามัย	11,13		4
		3.โครงการเสริมสร้างศักยภาพ การเรียนรู้เด็กไทยสู่การเป็น ประชากรคุณภาพด้วยการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัล	-	30	-	-	-	กรม อนามัย	11,13		4
		4. โครงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ทางสังคมเพื่อการมีพฤติกรรม สุขภาพทางเพศและอนามัยการ	-	30	-	-	-	กรม อนามัย	11,13		4

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ ที่	แผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
		เจริญพันธุ์ที่พึงประสงค์ของวัยรุ่น และเยาวชนในยุคดิจิทัล									
		5. โครงการขับเคลื่อน พระราชบัญญัติการป้องกันและ แก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ตามแผนแม่บทของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี	-	9.56	-	-	-	กรม อนามัย	11,13	4	
3.8 บรรลุการมีหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการ ป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุข จำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยา และวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย	3.8.1 ความครอบคลุม ของบริการด้านสุขภาพที่ จำเป็น	1. โครงการบริหารระบบ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	792.97	631.24	650.10	669.77	687.10	สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ	17	4,9	- แผนปฏิบัติ ราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566- 2570) ของ กระทรวง สาธารณสุข - แผนปฏิบัติ

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วยงาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศา ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมุด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมี ราคาที่สามารถซื้อหาได้											ราชการ สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566-2570
3.8.2 สัดส่วนของ ประชากรที่มีค่าใช้จ่าย ครัวเรือนด้านสุขภาพต่อ ค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือ รายได้ทั้งหมดอยู่ใน ระดับสูง	1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำ ของ 3 กองทุน	6,200.00	6,200.00	6,300.00	6,400.00	6,400.00	สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพ แห่งชาติ	17	4,9	- แผนปฏิบัติ ราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566- 2570) ของ กระทรวง สาธารณสุข - แผนปฏิบัติ ราชการ สำนักงาน หลักประกัน	

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
											สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2566-2570
3.9 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี พ.ศ. 2573	3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและ ในบรรยากาศ	1. โครงการขับเคลื่อนมาตรการและฐานข้อมูลการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรณีฝุ่นละอองขนาด ไม่นเกิน 2.5 ไมครอน (PM _{2.5}) เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพ ผ่านกลไกคณะทำงานระดับพื้นที่	2.08	0.41	0.5	-	-	กรมควบคุมโรค	18	4	-
		2.โครงการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	2.71	2.71	2.71	-	-	กรมอนามัย	18	11	- แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570) ของกรมอนามัย

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาสตร์ชาติ ที่	แผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
		3. โครงการเสริมสร้างขีด ความสามารถต่อการปรับตัวด้าน สุขภาพจากการเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ	1.77	3.27	3.27	-	-	กรม อนามัย	13,18	11	- แผนปฏิบัติการ กรมอนามัย ปี 2566 - แผนปฏิบัติ ราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570)
	3.9.2 อัตราการตายที่เกิด จากน้ำ และการสุขาภิบาล ที่ไม่ปลอดภัย และ ปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัย ที่ไม่ปลอดภัย)	1. โครงการพัฒนาการจัดการร่วม สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย	0.44	-	-	-	-	กรม อนามัย	13	4	-

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
	3.9.3 อัตราการตายที่เกิด จากการได้รับสารพิษ โดย ไม่ตั้งใจ	1.โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ จาก การรับสัมผัสมลพิษสิ่งแวดล้อม	2.08	1.20	1.00	-	-	กรม ควบคุม โรค	18	4	-
3.a เพิ่มความเข้มแข็งในการ ดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญา ขององค์การอนามัยโลกว่าด้วย การควบคุมยาสูบในทุกประเทศ ตามความเหมาะสม	3.a.1 ความชุกที่ปรับ มาตรฐานอายุแล้ว (age-standardized) ของการใช้ยาสูบ/บุหรี่ใน ปัจจุบันของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป	1. โครงการควบคุมการบริโภคน ยาสูบ	2.14	1.56	-	-	-	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนปฏิบัติการ ด้านการควบคุม ยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 - 2570
3.b สนับสนุนการวิจัยและการ พัฒนาวัคซีนและยา สำหรับ โรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผล กระทบโดยตรงต่อประเทศกำลัง พัฒนา ให้มีการเข้าถึงยา และ วัคซีนจำเป็นในราคาที่สามารถ	3.b.1 สัดส่วนของ ประชากรที่เข้าถึงยาและ วัคซีนในราคาที่สามารถ หาซื้อได้ที่ตั้งอยู่บน พื้นฐานของความยั่งยืน	1. พัฒนาและสนับสนุนการ ดำเนินงานด้านความครอบคลุม การได้รับวัคซีน	0.02	0.08	1.08	1.08	0.08	กรม ควบคุม โรค (สถาบัน วัคซีน แห่งชาติ)	13	4	นโยบายและ แผนยุทธศาสตร์ ความมั่นคงด้าน วัคซีนแห่งชาติ พ.ศ. 2566- 2570

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาส ตร์ชาติ ที่	แผนพัฒ นาฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
<p>ซื้อหา ได้ตามปฎิญาโธฮา ความตกลงว่าด้วยสิทธิใน ทรัพย์สินทางปัญญาเกี่ยวกับ การค้าและการสาธารณสุข ซึ่ง เน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลัง พัฒนาที่จะใช้บทบัญญัติในความ ตกลงว่า ด้วยสิทธิในทรัพย์สิน ทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า อย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรน เพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะ และโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดย ถ้วนหน้า</p>		<p>2. สํารวจและเก็บตกให้วัคซีนแก่ กลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม</p>	-	0.56	0.50	0.50	0.50	กรมควบคุม โรค (กอง โรคติดต่อ ทั่วไป)	13	4	
		<p>3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคใน รูปแบบต่างๆ เช่น การจัดทำสื่อ ต้นแบบเพื่อเผยแพร่ข้อมูลผ่าน ช่องทางต่างๆ /การจัดกิจกรรม เพื่อเผยแพร่ข้อมูลผ่าน สื่อสารมวลชน เป็นต้น</p>	0.5	0.5	0.5	-	-	กรม ควบคุม โรค (ส่วนกลาง)	13	4	

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วยงานรับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม		
									แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่	แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 13 (หมวดหมายที่)	แผนระดับ 3/แผนอื่นๆ
3.c เพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด และรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก	3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข	1. โครงการจัดการเรียนการสอนสำหรับการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	2,074.52	2,074.52	2,084.89	2,084.89	2,095.31	สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	13	4	แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
		2. โครงการจัดสรรทุนพัฒนาอาจารย์สำหรับการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท	6.51	6.51	6.51	6.51	6.51	สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท	13	4	
		3. โครงการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	12.37	12.50	12.62	12.75	12.88	กองบริหารทรัพยากรบุคคล	13	4	

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศาสตร์ ชาติ ที่	แผนพัฒ นา ฯ ฉบับที่ 13 (หมวด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
3.d เสริมขีดความสามารถของ ทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเทศกำลังพัฒนา ในด้านการ แจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความ เสี่ยง และการบริหารจัดการ ความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งใน ระดับประเทศและระดับโลก	3.d.1 ศักยภาพ ในการ ดำเนินการ ตามกฎอนามัย ระหว่างประเทศ (International Health Regulations) และการ เตรียมความพร้อมสำหรับ ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ	1. โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในจังหวัดที่มีประชากร นักท่องเที่ยวและแรงงานต่างด้าว สูงและจังหวัดที่มีพื้นที่เขตนิคม อุตสาหกรรมตามสมรรถนะของ กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR-JEE)	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	กรม ควบคุม โรค	13	4	แผนงานด้าน การป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพระยะ 5 ปี(2566- 2570) กรม ควบคุมโรค
	3.d.2 สัดส่วนการติดเชื้อ ในกระแสเลือดเนื่องจาก เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	1.โครงการพัฒนาสู่ประเทศใช้ยา สมเหตุสมผล เพื่อความมั่นคงของ ระบบสุขภาพ	11.72	-	-	-	-	สำนักงาน คณะกรรมการ อาหาร และยา	13	4	- แผนปฏิบัติ ราชการ ประจำปี งบประมาณ 2566 ของ กระทรวง สาธารณสุข - แผนปฏิบัติ ราชการรายปี

เป้าหมายย่อย	ตัวชี้วัด	โครงการ/กิจกรรม	งบประมาณ (ล้านบาท)					หน่วย งาน รับผิดชอบ	ความเชื่อมโยงต่อยุทธศาสตร์และแผนที่ เกี่ยวข้อง		
			2566	2567	2568	2569	2570		ยุทธศาสตร์ 20 ปี : ด้านการพัฒนาและ เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และด้านการสร้างโอกาสและความเสมอ ภาคทางสังคม		
									แผน แม่บท ภายใต้ ยุทธศา ตร์ชาติ ที่	แผนพั ฒนา ฯ ฉบับที่ 13 (หมุด หมายที่)	แผนระดับ 3/ แผนอื่นๆ
											(พ.ศ. 2566) สำนักงาน คณะกรรมการ อาหารและยา
		2. โครงการพัฒนาสมรรถนะ ห้องปฏิบัติการเครือข่ายและระบบ เฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพ	4.71	-	-	-	-	กรม วิทยา ศาสตร์ การแพทย์	13	4	แผนปฏิบัติ ราชการ กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ ประจำปี งบประมาณ 2566

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 – 2580).

<http://nscr.nesdc.go.th/master-plans>

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (14, กันยายน, 2563). แผนการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสำหรับประเทศไทย. การประชุมคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ครั้งที่ 1/2563. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). รายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2559 – 2563. สำนักพิมพ์ ซีดี มีเดีย ไกด์.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). ประเทศไทยกับการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs).

<http://sdgs.nesdc.go.th>

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570). <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=plan13>

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2022). SGD Indicator Database.

<http://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>

World Health Organization. (2022). The global health observatory. <http://www.who.int/data/>

[gho/data/indicators](http://www.who.int/data/gho/data/indicators)



ภาคผนวก ก

**ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยคณะกรรมการ
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
(ฉบับที่ 4) พ.ศ.2562**

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ ๔)
พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการ
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. ๒๕๕๖ เพื่อให้เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน
พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนา
ที่ยั่งยืน (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความในข้อ ๔ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการ
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย
คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๙ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๔ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน”
เรียกโดยย่อว่า “กพย.” ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------------------|
| (๑) นายกรัฐมนตรี | ประธานกรรมการ |
| (๒) รองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย
ให้กำกับสำนักงานสภาพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | รองประธานกรรมการ คนที่ ๑ |
| (๓) รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรี
มอบหมาย | รองประธานกรรมการ คนที่ ๒ |
| (๔) ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี | กรรมการ |
| (๕) ปลัดกระทรวงการคลัง | กรรมการ |
| (๖) ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ | กรรมการ |
| (๗) ปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา | กรรมการ |
| (๘) ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์ | กรรมการ |

(๙) ปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม	กรรมการ
(๑๐) ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	กรรมการ
(๑๑) ปลัดกระทรวงคมนาคม	กรรมการ
(๑๒) ปลัดกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม	กรรมการ
(๑๓) ปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	กรรมการ
(๑๔) ปลัดกระทรวงพลังงาน	กรรมการ
(๑๕) ปลัดกระทรวงพาณิชย์	กรรมการ
(๑๖) ปลัดกระทรวงมหาดไทย	กรรมการ
(๑๗) ปลัดกระทรวงยุติธรรม	กรรมการ
(๑๘) ปลัดกระทรวงแรงงาน	กรรมการ
(๑๙) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ	กรรมการ
(๒๐) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
(๒๑) ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม	กรรมการ
(๒๒) เลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา	กรรมการ
(๒๓) เลขาธิการสำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ	กรรมการ
(๒๔) อัยการสูงสุด	กรรมการ
(๒๕) ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ	กรรมการ
(๒๖) ผู้อำนวยการสถาบันเพื่อการยุติธรรมแห่งประเทศไทย (องค์การมหาชน) หรือผู้แทน	กรรมการ
(๒๗) ประธานกรรมการมูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
(๒๘) ผู้อำนวยการสถาบันธรรมรัฐเพื่อการพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อม หรือผู้แทน	กรรมการ
(๒๙) รองประธานสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ หรือผู้แทน	กรรมการ
(๓๐) ประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย หรือผู้แทน	กรรมการ
(๓๑) ประธานสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน	กรรมการ

- (๓๒) ประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน กรรมการ
- (๓๓) ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นที่ประจักษ์ กรรมการ
ในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านทรัพยากรธรรมชาติ
และสิ่งแวดล้อม และด้านกฎหมายระหว่างประเทศ
หรือด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านสุขภาพ
ด้านพลังงาน ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นต้น
ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งจำนวนไม่เกิน ๔ คน
- (๓๔) เลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ กรรมการและเลขานุการ
และสังคมแห่งชาติ
- (๓๕) เลขาธิการสำนักงานนโยบายและแผน กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- (๓๖) รองเลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
ที่เลขาธิการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
มอบหมาย

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความใน (๔) ของข้อ ๙ แห่งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย
คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. ๒๕๕๖ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๔) เสนอแนะให้มีการกำหนด แก้ไขเพิ่มเติม หรือปรับปรุงมาตรการด้านเศรษฐศาสตร์
สังคม สิ่งแวดล้อม และกฎหมายเพื่อส่งเสริมด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน ต่อคณะรัฐมนตรี”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑๑ ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการ
เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย
คณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑๑ ให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำหน้าที่สำนักงาน
เลขานุการของ กพย. และให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

(๑) เสนอแนะนโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ ให้ครอบคลุม
ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและบูรณาการ เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง
หรือความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน ต่อ กพย.

(๒) ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในการรวบรวมข้อมูลและข้อคิดเห็น
หรือดำเนินการใด ๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ของ กพย.

(๓) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตามอำนาจหน้าที่ของ กพย. รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข เสนอต่อ กพย.

(๔) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ กพย. มอบหมาย”

ข้อ ๖ ให้ยกเลิกความในข้อ ๑๓ ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน พ.ศ. ๒๕๕๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑๓ ค่าใช้จ่ายสำหรับเบี้ยประชุม ค่าตอบแทน รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ กพย. คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน และที่ปรึกษา ให้เบิกจ่ายได้ตามระเบียบของทางราชการโดยให้เบิกจ่ายจากงบประมาณของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา

นายกรัฐมนตรี



ภาคผนวก ข

คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข

ที่ 1362/2563

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน
เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)
ด้านสาธารณสุข



คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข
ที่ ๑๓๖๒ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสาธารณสุข

ประเทศไทยมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นกลไกหลักสำคัญในการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals - SDGs) เพื่อให้การขับเคลื่อนวาระการพัฒนาให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด โดยได้มอบหมายหน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลักการขับเคลื่อน SDGs รายเป้าหมายหลัก (Goals) และเป้าหมายย่อย (Targets) โดยยึดความเชื่อมโยงระหว่างภารกิจของหน่วยงานและสารัตถะของเป้าหมายหลัก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายในการรับผิดชอบเป้าหมายหลักที่ ๓ สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย และเป้าหมายย่อยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข เพื่อให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานเป้าหมายหลักและเป้าหมายย่อยด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ปลัดกระทรวงสาธารณสุขจึงแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | | |
|------|---|-----------|
| ๑.๑ | ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธาน |
| ๑.๒ | รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านบริหาร | รองประธาน |
| ๑.๓ | ผู้แทนสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | กรรมการ |
| ๑.๔ | ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ | กรรมการ |
| ๑.๕ | ผู้แทนกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ | กรรมการ |
| ๑.๖ | ผู้แทนกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | กรรมการ |
| ๑.๗ | ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย | กรรมการ |
| ๑.๘ | ผู้แทนกระทรวงแรงงาน | กรรมการ |
| ๑.๙ | ผู้แทนกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม | กรรมการ |
| ๑.๑๐ | ผู้แทนกระทรวงอุตสาหกรรม | กรรมการ |
| ๑.๑๑ | อธิบดีกรมการแพทย์ | กรรมการ |
| ๑.๑๒ | อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | กรรมการ |
| ๑.๑๓ | อธิบดีกรมควบคุมโรค | กรรมการ |
| ๑.๑๔ | อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ | กรรมการ |
| ๑.๑๕ | อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ | กรรมการ |
| ๑.๑๖ | อธิบดีกรมสุขภาพจิต | กรรมการ |
| ๑.๑๗ | อธิบดีกรมอนามัย | กรรมการ |
| ๑.๑๘ | เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา | กรรมการ |
| ๑.๑๙ | หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |

๑.๑๙ ผู้แทนกรม...

๑.๒๐	ผู้แทนกรมควบคุมมลพิษ	กรรมการ
๑.๒๑	ผู้แทนสำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๒๒	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๒๓	ผู้แทนสถาบันวัคซีนแห่งชาติ	กรรมการ
๑.๒๔	ผู้แทนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๕	ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๑.๒๖	ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๗	ผู้อำนวยการกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๘	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
๑.๒๙	ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และเลขานุการ
๑.๓๐	หัวหน้ากลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๓๑	หัวหน้ากลุ่มพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

๒.๑ จัดทำแผนและวางแนวทางการขับเคลื่อนระดับเป้าหมายหลักเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสาธารณสุข

๒.๒ ขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับเป้าหมายย่อยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสาธารณสุข

๒.๓ พัฒนาคุณภาพข้อมูลและรายงานด้านสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูล/ข้อเสนอเชิงวิชาการในระดับประเทศและต่างประเทศ

๒.๔ กำกับติดตาม ประเมินผล การขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ด้านสาธารณสุข

๒.๕ แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน ได้ตามความเหมาะสม

๒.๖ ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายเกียรติภูมิ วงศ์รจิต)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ภาคผนวก ค

รายละเอียดตัวชี้วัด การขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG 3 Template)

การจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3

ตัวชี้วัดที่	3.1.1 อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)
คำนิยาม/คำจำกัดความ	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิด มีชีพแสนคน
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำนักงานทะเบียนราษฎร
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	1 ปี
ผู้รายงานข้อมูล	1. ชื่อ-นามสกุล นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก โทร : 0 2590 4435 Email: Dr.olarik@gmail.com 2. ชื่อ – สกุล นางวรรณชนก ลิ้มจำรูญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร : 0 2590 4438 E-mail : loogjun.ph@hotmail.com สถานที่ทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ ตัวตั้ง A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด ตัวหาร B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานการตายมารดาของภาคีเครือข่ายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่ครอบคลุม ครบถ้วน และอยู่ในช่วงพัฒนาระบบ - สรุปรผลการรายงานผลการตายมารดาจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรทำได้ปีละ 1 ครั้ง

ตัวชี้วัดที่	3.1.2 สัดส่วนของการคลอดบุตรที่ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความชำนาญ
คำนิยาม/คำจำกัดความ	บุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีทักษะ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพแม่และทารกแรกเกิดที่ได้รับการศึกษาอบรม และควบคุมตามมาตรฐานระดับชาติและระดับนานาชาติ และสามารถสนับสนุนกระบวนการทางสูติวิทยาระหว่างการทำคลอดเพื่อให้มั่นใจในความสะอาดและความปลอดภัยของทารกแรกเกิด และยังวินิจฉัย จัดการหรือส่งต่อผู้หญิงหรือทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้ สำหรับประเทศไทย บุคลากรเหล่านี้ได้แก่ แพทย์พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์และผู้ช่วยพยาบาล
แหล่งข้อมูล	การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ร่วมมือกับองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ทุก 3 ปี
ผู้รายงานข้อมูล	-
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ ตัวตั้ง A = ผู้หญิงอายุ 15 – 49 ปี ที่รับการคลอดบุตรโดยบุคลากรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีทักษะ ตัวหาร B = จำนวนเกิดมีชีพทั้งหมด
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	-

ตัวชี้วัดที่	3.2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)
คำนิยาม/คำจำกัดความ	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	รายงานเป็นรายไตรมาส
ผู้รายงานข้อมูล	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	-

ตัวชี้วัดที่	3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน
คำนิยาม/คำจำกัดความ	1. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ หมายถึง คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงระยะเวลาที่รายงาน ที่ได้จากการวิเคราะห์โดยใช้ Spectrum-AEM 2. ประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ หมายถึง จำนวนประชากรไทยที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงระยะเวลาที่รายงานจาก จำนวนประชากรไทยทั้งหมดลดด้วยจำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาที่รายงาน ที่ได้จากการวิเคราะห์โดยใช้ Spectrum-AEM (ข้อมูลนำเข้าจำนวนประชากรจาก World Population Prospects (WPP))
แหล่งข้อมูล	การจัดทำคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน จากการวิเคราะห์โดยใช้ Spectrum-AEM โดยกองระบาดวิทยาร่วมกับกองโรคเอดส์ฯ
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ทุก 1 ปี
ผู้รายงานข้อมูล	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่}}{\text{จำนวนประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี}} \times 1,000$
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	1. การจัดทำคาดประมาณ Spectrum-AEM ดำเนินการทุกปี ยังจำเป็นต้องขอสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญภายนอกในการจัดทำ 2. การรวบรวมข้อมูลนำเข้า ต้องอาศัยข้อมูลจากหน่วยงานภายนอกหลายหน่วยงาน 3. เป็นการจัดทำปีละ 1 ครั้ง เพื่อคาดประมาณข้อมูลในปีที่ผ่านมา จึงไม่สามารถตอบตัวชี้วัด SDGs ได้ตรงตามเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่	3.3.2 อัตราการเกิดโรควัณโรคต่อประชากร 100,000 คน
คำนิยาม/คำจำกัดความ	อุบัติการณ์ของวัณโรคต่อประชากร 100, 000 คน เป็นค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ในปีหนึ่ง ๆ แสดงเป็นอัตราต่อประชากร 100,000 คน
แหล่งข้อมูล	รายงานวัณโรคระดับโลกจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (WHO Global Tuberculosis Report)
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้รายงานข้อมูล	กองวัณโรครายงานโดยใช้ข้อมูลจากรายงานวัณโรคระดับโลกจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (WHO Global Tuberculosis Report)
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	-
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	-

ตัวชี้วัดที่	3.3.3 อัตราการเกิดโรคมมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี
คำนิยาม/คำจำกัดความ	ผู้ป่วยโรคมมาลาเรีย หมายถึง ผู้ป่วยมาลาเรียคนไทยและต่างชาติที่อาศัยในประเทศไทยที่ได้รับวินิจฉัยยืนยันการพบเชื้อทางห้องปฏิบัติการ
แหล่งข้อมูล	ระบบมาลาเรียออนไลน์
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	1 ปี
ผู้รายงานข้อมูล	นางสาวอิสรา ศรีสะอาด ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ 02-5903102 โทรศัพท์มือถือ 0815463635 โทรสาร 02-5918422 อีเมล isara-s@hotmail.com หน่วยงาน กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1000$ A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจากระบบมาลาเรียออนไลน์ (ผู้ป่วยคนไทย และผู้ป่วยต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย) B = ประชากรกลางปี
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	ข้อจำกัดในการจัดเก็บและประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วย อัตราป่วยกรณีเกิดปัญหาด้านระบบอินเทอร์เน็ต และระบบคอมพิวเตอร์ ที่ทำให้ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลได้

ตัวชี้วัดที่	3.3.4 จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อประชากร 100,000 คน
คำนิยาม/คำจำกัดความ	1. จำนวนของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หมายถึง จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีเป็นบวก จากหน่วยบริการที่มีบริการคัดกรอง HBV จากโครงการรณรงค์ที่มีการรายงานให้แก่กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วงระยะเวลาของการรายงาน 2. จำนวนประชากร หมายถึง จำนวนประชากรกลางปีไทย ในช่วงระยะเวลาที่รายงาน
แหล่งข้อมูล	รวบรวมรายงานและสรุปผลจากรายงานจากศูนย์ประสานงานโรคไวรัสตับอักเสบบีทุกปีโดยรายงานมาจากหน่วยบริการที่มีบริการคัดกรอง HBV ในช่วงการรณรงค์ได้บันทึกข้อมูลรายบุคคล ในการให้บริการคัดกรองและผลการคัดกรองเป็นบวก
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้รายงานข้อมูล	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นบวก}}{\text{จำนวนประชากรประเทศไทย}} \times 100,000$
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูลด้านไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ยังไม่สมบูรณ์และครอบคลุม ยังต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลต่อไป

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัดที่ 3.3.5 (1) จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย (Neglected Tropical Diseases) ตัวชี้วัดทดแทน (Proxy Indicator) : ร้อยละของผู้ป่วยที่กำลังรักษาและผู้ที่ย้ายจากโรคเรื้อนแต่มีความพิการได้รับการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็นมีสุขภาวะที่ดี
คำนิยาม/ คำจำกัดความ	จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ หมายถึง ผู้ป่วยที่กำลังรักษาและผู้ที่ย้ายจากโรคเรื้อนแต่มีความพิการได้รับการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็น มีสุขภาวะที่ดีโดยกลุ่มเป้าหมายคือ กลุ่มผู้ป่วยที่กำลังรักษาและผู้ที่ย้ายจากโรคเรื้อนแต่มีความพิการ ที่ควรได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพตามความต้องการจำเป็น เพื่อให้มีสุขภาวะที่ดี
แหล่งข้อมูล	กลุ่มกำจัดโรคเรื้อน สถาบันราชประชาสมาสัย กรมควบคุมโรค
ความถี่ในการ รายงานข้อมูล	เก็บข้อมูลตามปีงบประมาณ ปีละ 1 ครั้ง กำหนดรายงานข้อมูล ณ เดือนกันยายน
ผู้รายงานข้อมูล	1. น.ส.พจนา ัญญุกิตติกุล ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2588 3723 โทรศัพท์มือถือ : 089 8113895 E-mail : noipod@yahoo.com 2. น.ส.ศิริมาศ รอดจันทร์ ตำแหน่ง นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2588 3723 โทรศัพท์มือถือ : 089 1376843 E-mail : rodchan_siramas@hotmail.com 3. น.ส.นงนุช นวลแก้ว ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 2385 9135 ต่อ 1718 โทรศัพท์มือถือ : 084 6188724 E-mail : nk.nongnuch@gmail.com
วิธีการคำนวณ ตัวชี้วัด	<u>ผู้ป่วยที่กำลังรักษาและผู้ที่ย้ายจากโรคเรื้อนแต่มีความพิการได้รับการฟื้นฟูสภาพตามความจำเป็นมีสุขภาวะผ่านเกณฑ์ x100</u> จำนวนผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนที่ได้รับการประเมินในแต่ละปี
ข้อจำกัด/ ความท้าทายในการ จัดเก็บข้อมูล	การดำเนินงานประเมิน/ติดตามการฟื้นฟูสภาพหรือการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่กำลังรักษาและผู้ที่ย้ายจากโรคเรื้อนแต่มีความพิการ ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ ยังทำได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นการประเมินเพื่อดูความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตหลังจากได้รับบริการ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ มีความยากลำบากในการติดตามและประสานงาน

ตัวชี้วัดที่	3.3.5 (2) จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกกละเลย (Neglected Tropical Diseases)
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>โรคเท้าช้าง:</p> <p>การเฝ้าระวังในพื้นที่แพร่โรคเดิม หมายถึง กลุ่มบ้าน 357 กลุ่มบ้านใน 11 จังหวัด คือ แม่ฮ่องสอน(76) เชียงใหม่(2) ลำพูน(3) ตาก(124) กาญจนบุรี(49) ราชบุรี(4) ระนอง(2) สุราษฎร์ธานี(6) นครศรีธรรมราช(2) กระบี่(2) และนราธิวาส(87) ที่ยังคงมีสภาพแวดล้อมเหมาะสมต่อยุงพาหะ ยุงลายป่า (<i>Aedes niveus</i>, <i>Ae. Annandalei</i>, <i>Ae. desmotes</i>, <i>Ae. imitator</i>) สำหรับเชื้อ <i>Wuchereriabancrofti</i> และ ยุงเสื่อ (<i>Mansonia bonneae</i>, <i>M. uniformis</i>, <i>M. dives</i>, <i>M. Indiana</i>, <i>M. annulate</i>, <i>M. annulifera</i>) สำหรับพยาธิ <i>Brugia malayi</i></p> <p>การเฝ้าระวังโรคเท้าช้างในคนต่างด้าวจากประเทศแพร่โรค หมายถึง ชุมชนที่มีคนต่างด้าวที่มาจากประเทศแพร่โรคเน้นคนพม่า เนื่องจากเป็นคนต่างด้าวจากประเทศแพร่โรคที่มีจำนวนสูงในประเทศไทย ดำเนินการเฝ้าระวังใน 5 จังหวัดที่มีจำนวนพม่าสูง คือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ตาก สมุทรสาคร สมุทรปราการ โดยเลือกชุมชนที่มีคนพม่าและคนไทยอาศัยอยู่ด้วยกัน ในแหล่งที่มีสภาพเหมาะสมต่อยุงพาหะโรคเท้าช้างของพม่า (<i>Culex quinquefasciatus</i>) ซึ่งเป็นแหล่งน้ำขัง สกปรก เลือกลักษณะน้อย 1 ชุมชน ต่อ 1 จังหวัด ให้มีประชากร 300 - 500 คน</p> <p>โรคลิชมาเนีย:</p> <p>โรคลิชมาเนียซิส (Leishmaniasis) : ก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้ 3 ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เกิดแผลที่ผิวหนัง (Cutaneous Leishmaniasis: CL) 2. เกิดแผลที่เยื่อบุบริเวณปาก (Mucocutaneous Leishmaniasis: MCL) 3. พยาธิสภาพกับอวัยวะภายใน (Visceral Leishmaniasis: VL หรือเรียกอีกชื่อว่า Kala-azar) โรคลิชมาเนียมีสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมบางชนิดเป็นแหล่งรังโรค (Reservoir) และติดต่อหรือแพร่กระจายได้จากการถูกแมลง “ริ้นฝอยทราย” (sandfly) กัดรวมทั้งมีความเป็นไปได้ติดต่อกันจากการรับเลือดจากแม่สู่ลูก <p>เกณฑ์การกำจัดโรคลิชมาเนียขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การพบผู้ป่วย <i>Visceral leishmaniasis</i> รายใหม่ต่อปีไม่เกิน 1: 10,000 ในหน่วยอำเภอ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับโรคลิชมาเนียชนิดนี้ เนื่องจากสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตได้ ซึ่งประเทศไทยยังคงมีรายงานการพบผู้ป่วยรายใหม่ประปราย ในแต่ละปีมีรายงานการพบ <i>Visceral leishmaniasis</i> รายล่าสุด 2 รายในปีงบประมาณ 2564 คิดเป็นอัตรา 0.01 ต่อ 10,000 ประชากรในหน่วยอำเภอ</p> <p>มาตรการการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค มี 3 รูปแบบ</p>

	<p>1. แบบเชิงรับ (Passive surveillance) เน้นหนักเป็นหลัก ในรายที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษมาเนียจะถูกส่งโลหิต/น้ำลาย เพื่อตรวจหาเชื้อพิษมาเนียด้วยวิธี PCR หรือในโรงพยาบาลอาจจะมีการเจาะไขกระดูกเพื่อตรวจหาเชื้อ และรายงานเข้าระบบการเฝ้าระวังโรคของประเทศ</p> <p>2. แบบเชิงรุก (Active Surveillance) เป็นการลงพื้นที่สำรวจค้นหาผู้ป่วยในชุมชน</p> <p>3. แบบเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย (Sentinel or Special surveillance) ดำเนินการเฉพาะกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่เฉพาะของโรคนั้น</p>
แหล่งข้อมูล	<p>โรคเท้าช้าง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการเฝ้าระวังโรคเท้าช้างจากพื้นที่แพร่โรคเดิมของกองโรคติดต่อหน้าโดยแมลง - ข้อมูลคนต่างด้าวจากประเทศแพร่โรคสูง 5 อันดับ จากสถิติข้อมูลของปีก่อนหน้า จากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข <p>โรคพิษมาเนีย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงาน 506 - โปรแกรมตรวจสอบข่าวการระบาด Event Based กรมควบคุมโรค
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	<p>โรคเท้าช้าง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 <p>โรคพิษมาเนีย:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4
ผู้รายงานข้อมูล	<p>1. นางเรวดี คำเลิศ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3104-5 โทรศัพท์มือถือ : 08 5936 7077 โทรสาร : - E-mail : awadeekaewkaw@yahoo.com</p> <p>2. นางสาวรัตนพร บุญมีป้อม ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3104-5 โทรศัพท์มือถือ : 08 5091 0804 โทรสาร : - E-mail : prattanaporn7@gmail.com</p> <p>3. นางสาวประภาพรธรรม มีธรรม ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3104-5 โทรศัพท์มือถือ : 08 3749 7342 โทรสาร : - E-mail : miracle_muk@hotmail.com</p>
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	<p>โรคเท้าช้าง:</p> <p>อัตราการแพร่โรคเท้าช้างในพื้นที่แพร่โรคเดิม</p> <p>= $\frac{\text{จำนวนผู้ที่พบแอนติเจนหรือพยาธิโรคเท้าช้าง}}{\text{จำนวนผู้ที่ตรวจคัดกรอง}}$</p>

	<p>โรคพิษมาเนีย: จำนวนผู้ที่พบเชื้อ x 10000 ประชากรในอำเภอที่พบเชื้อ</p>
<p>ข้อจำกัด/ความท้าทาย ในการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>โรคเท้าช้าง: ข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล และข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากข้อมูลเฝ้าระวังไม่ได้รวมอยู่ในฐานข้อมูลเดียวกัน ดังนั้นต้องมีการตรวจสอบเพื่อยืนยันข้อมูลก่อนรายงานผล</p> <p>โรคพิษมาเนีย: ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชนอาจจะไม่ได้รายงานเข้าระบบ รง506 เลยอาจทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง</p>

ตัวชี้วัดที่	3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
คำนิยาม/คำจำกัดความ	อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง หรือโอกาสการเสียชีวิตในวัย 30-70 ปี จากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
แหล่งข้อมูล	<p>รายงานสถานการณ์โอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรกลุ่มโรคไม่ติดต่อ 4 กลุ่มโรค Burden of Disease Research Program Thailand (BOD Thailand) International Health Policy Program, Ministry of Public Health.</p> <p>*http://bodthai.net/ncd/index.php?d=150101132018132018</p>
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	2 ปี/ครั้ง
ผู้รายงานข้อมูล	<p>1. นายแพทย์กฤษฎา หาญบรรเจิด ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ โทรศัพท์: โทรศัพท์มือถือ: โทรสาร: 02-590-3893 อีเมล: iamkrisada@gmail.com หน่วยงาน: กองโรคไม่ติดต่อ</p> <p>2. ทันตแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ โทรศัพท์: โทรศัพท์มือถือ: 081-4008158 โทรสาร: อีเมล: Kanitta@ihpp.thaigov.net หน่วยงาน: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ</p> <p>3. นางสาวกุลพิมณ เจริญดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์: 02-590-3887 โทรศัพท์มือถือ: โทรสาร: 02-590-3893 อีเมล: ncdplan@gmail.com หน่วยงาน: กองโรคไม่ติดต่อ</p> <p>4. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์: 0 2590 6350 โทรศัพท์มือถือ: 09 8546 3564 โทรสาร: อีเมล: Evaluation.dms@gmail.com</p>

	หน่วยงาน: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	<p>ความน่าจะเป็นของการตาย (probability of dying: q_x) คือ โอกาสที่คนคนหนึ่งสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตั้งแต่เกิดจนตายโดยคิดจากการประมาณอัตราการเสียชีวิต (death rate) ด้วยการหาค่าเฉลี่ยความเสี่ยงเฉพาะอายุ (age-specific risk)</p> ${}^5q_x = \frac{n \cdot {}_nM_x}{1 + (1 - n a_x) \cdot n \cdot {}_nM_x} \quad \text{----- (1)}$ ${}^{40}q_{30} = 1 - \prod_{x=30}^{65} (1 - {}^5q_x) \quad \text{----- (2)}$ <p>โดยที่ 5q_x คือ ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตที่อายุ x ถึงอายุ $x+5$ n คือ อันตรภาคชั้นในแต่ละช่วงอายุ ${}_nM_x$ คือ อัตราตายช่วงอายุ x ถึง $x+n$ $n a_x$ คือ สัดส่วนของช่วงเวลาที่มียังมีชีวิตอยู่ของผู้ที่เสียชีวิตในช่วง อายุ x ถึง $x+n$</p>
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดเก็บข้อมูล 2 ปี/ครั้ง ไม่สามารถจัดทำข้อมูลได้ทุกปี 2. ความคลาดเคลื่อนของแหล่งที่มา <ul style="list-style-type: none"> - คุณภาพของสาเหตุการตายจากมรณบัตร ขนาดและการเลือกตัวอย่างการศึกษาสาเหตุการตายโดยการสัมภาษณ์และทบทวนเวชระเบียนอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ - สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศประมาณค่าโดยใช้แบบจำลองเพื่อจำแนกสาเหตุการตายจากมรณบัตรที่ได้จากกองยุทธศาสตร์และแผนงานซึ่งมีความคลาดเคลื่อน

หมายเหตุ: รายงานด้วยตัวชี้วัด “โอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (premature death) ของประชากรไทย ช่วงอายุ 30-70 ปี ของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ 4 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง” (ตามมติที่ประชุมปรึกษาหารือการจัดเก็บและแหล่งข้อมูลที่ใช้รายงานผลการดำเนินงานขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายย่อย 3.4.1 ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2565 ณ กองโรคไม่ติดต่อ)

ตัวชี้วัดที่	3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
คำนิยาม/คำจำกัดความ	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ
แหล่งข้อมูล	สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ไตรมาส 4
ผู้รายงานข้อมูล	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63111 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 043-224722 E-mail : sarabanjvkk1@gmail.com 2. นางอรพิน ยอดกลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 043-209999 ต่อ 63308 โทรศัพท์มือถือ : 094-9058877 โทรสาร : 043-224722 E-mail : orapin63308@gmail.com
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ/จำนวนประชากรกลางป) x 100,000
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลที่ได้จากสำนักทะเบียนราษฎร มีความล่าช้า ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล และแก้ไขปัญหาให้แก่พื้นที่ได้ทันท่วงที

ตัวชี้วัดที่	3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด - ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
คำนิยาม/คำจำกัดความ	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับ ความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข *การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู ครอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	การรายงานผลใน HealthKPI ทุก 3 เดือน 4 ไตรมาส
ผู้รายงานข้อมูล	นายปรีชวิษฐ์ พรหมจักร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ นายณัฐชัย อัมพร นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นางสาวจารุรัตน์ เลิศโชคดี นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านประมวลกฎหมายยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่	<p>3.5.1 ความครอบคลุมของการรักษา (การรักษาโดยใช้ยาทางจิตสังคมและการฟื้นฟูสมรรถภาพและบริการการติดตามผลการรักษา) สำหรับผู้ใช้สารเสพติด</p> <p>- ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)</p>
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมายบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดและรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานะข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)</p> <p>ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด โดยมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V2 จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป</p> <p>กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดตามระดับความรุนแรง โดยเป็นกระบวนการบำบัดรักษาแบบครบโปรแกรม</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดได้รับการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตลอดจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี นับจากวันที่สิ้นสุดการบำบัด <u>ยกเว้น</u> ผู้ป่วยที่มีการจำหน่ายกรณี เสียชีวิต</p> <p>ระบบดิจิทัล หมายถึง สถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในกระบวนการบำบัดรักษาและ/หรือการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เช่น การคัดกรอง/วินิจฉัย การตรวจรักษา (Tele-Psychiatry) การให้คำปรึกษาและบำบัด กิจกรรมบำบัดจิตเวชรายกลุ่ม/บุคคล โดยสหวิชาชีพ (Tele-Psychosocial Intervention) การดูแลติดตามต่อเนื่องทางไกล เช่น เยี่ยมบ้าน (Tele Visiting) ผู้ป่วยรายงานตัวเอง (Self-Report) ภายใต้งานนี้ 1. ผู้ป่วยและญาติสมัครใจ 2. มีและสามารถใช้ Smart Devices 3. เห็นยินยอมรับการบำบัดรักษาทางไกลใน Consent form</p> <p>หยุดเสพต่อเนื่อง 6 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดและได้รับการจำหน่าย ตลอดจนการติดตามอย่างน้อย 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากสรุปผลการบำบัดรักษา ทั้งนี้ ไม่นับรวมผู้ป่วยจำหน่ายเนื่องจากเสียชีวิตหรือถูกจับ</p> <p>ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.) หมายถึง ระบบการรายงานข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาตลอดจนได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ภายหลังจากการบำบัดรักษาผ่านเครือข่าย Internet</p>

แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) จากการรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 14 แห่ง
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ทุกเดือน และทุกไตรมาส
ผู้รายงานข้อมูล	1) ชื่อ-สกุล นางพนิดา สีนาเวช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่ม/ฝ่ายงานที่สังกัด กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชเฉพาะทาง โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 02-590-8145 โทรศัพท์มือถือ : 080-499-7055 E-mail : panida7055@gmail.com 2) ชื่อ-สกุล นางสาวอุษา เขตรเชื่อน ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่ม/ฝ่ายงานที่สังกัด กลุ่มภารกิจบริการจิตเวชเฉพาะทาง โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) : 02-590-8047 โทรศัพท์มือถือ : 085-862-2712 E-mail : drugdmh@gmail.com
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระบบสมัครใจ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี นับจากวันที่สิ้นสุดการบำบัด/จำนวนผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดระบบสมัครใจ ที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด X100
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	-ไม่มี-

ตัวชี้วัดที่	3.5.2 การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย นิยามตามบริบทของประเทศ คิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากร (อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป) ในจำนวนลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
คำนิยาม/คำจำกัดความ	ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปี (Annual alcohol per capita consumption หรือ APC) คือ ปริมาณเฉลี่ยของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ที่ประชากรได้บริโภคในหนึ่งปี มีหน่วยเป็นลิตรของแอลกอฮอล์/คน/ปี
แหล่งข้อมูล	คำนวณโดยศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ทุกปี
ผู้รายงานข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	<p>ใช้ข้อมูลปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากฐานข้อมูลของกรมสรรพสามิต นำมาคำนวณหาปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ แล้วหารด้วยจำนวนประชากรกลางปีจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> $\text{ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี} = \frac{0.4 \times (\text{สุราขาว} + \text{สุราผสม} + \text{สุราปรุงพิเศษ} + \text{สุราพิเศษ} + \text{สุราพื้นเมือง} + \text{สุรานำเข้า}) + 0.05 \times (\text{เบียร์} + \text{เบียร์นำเข้า}) + 0.15 \times \text{ไวน์}}{\text{จำนวนประชากรกลางปีของปีเดียวกัน}}$
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลปริมาณการผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบภาษีจากฐานข้อมูลของกรมสรรพสามิต จะไม่ได้หักการดื่มของนักท่องเที่ยวต่างประเทศ และไม่รวมเครื่องดื่มสุราที่บริโภคนอกระบบภาษี

ตัวชี้วัดที่	3.6.1 อัตราผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>1. อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน เป็นตัวชี้วัดที่บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน นับตั้งแต่เกิดเหตุจนถึง 30 วัน หลังเกิดเหตุ รวมถึงการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. และเสียชีวิต ในตึกผู้ป่วยหลัง 24 ชม.จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงช็อกกลับไปตายที่บ้าน ทั้งนี้ ให้นับข้อมูลรวมทุกกลุ่มอายุโดยใช้ข้อมูลจากการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด)</p> <p>3. อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง การชนหรืออุบัติเหตุการซึ่งมีพาหนะที่กำลังเคลื่อนที่ เพื่อวัตถุประสงค์ในการเดินทางจากจุดหนึ่งไปยังจุดหนึ่ง ซึ่งเกิดบริเวณทางตามกฎหมายว่าด้วยจราจรทางบก รวมทั้งทางส่วนบุคคล เป็นเหตุให้ทรัพย์สินเสียหาย หรือมีผู้บาดเจ็บ หรือมีผู้เสียชีวิต ไม่รวมทางน้ำ และทางอากาศ รหัส ICD10 (V01-V89)</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. จำนวนผู้เสียชีวิตจากข้อมูลบูรณาการผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน)</p> <p>2. จำนวนประชากรกลางปีของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	รายงานทุกไตรมาส (ตามปีปฏิทิน)
ผู้รายงานข้อมูล	<p>1. นางนงนุช ตันติธรรม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ 02 590 3889 โทรศัพท์มือถือ 089-788-3020 โทรสาร - อีเมล nuchtt@hotmail.com หน่วยงาน กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค</p> <p>2. นายพานนท์ ศรีสุวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 02 590 3952 โทรศัพท์มือถือ 089-625-8097 โทรสาร - อีเมล PPanon025@gmail.com หน่วยงาน กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค</p> <p>3. นางสาวศิริพร บุระทอง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 02 590 3952 โทรศัพท์มือถือ 090-981-5497 โทรสาร - อีเมล ploynalak2557@gmail.com</p> <p>4. นางสาวชลธิชา คำสอ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 02 590 3889 โทรศัพท์มือถือ 096-951-9988 โทรสาร - อีเมล c.kamsor@gmail.com</p>
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	ประเมิน (12 เดือน)

	$= \frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ตั้งแต่ 1 ม.ค. ของทุกปี - 31 ธ.ค. ของทุกปี)} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี พ.ศ. ย้อนหลัง 1 ปีของปีปัจจุบัน}}$
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	-

ตัวชี้วัดที่	3.7.1 สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-49 ปี ที่ปัจจุบันสมรสหรืออยู่กินฉันสามีภรรยา ซึ่งมีความพึงพอใจ ในการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Percent of demand satisfied, PDS) หมายถึง สัดส่วนระหว่างจำนวนผู้หญิง 15-49 ปี ที่ปัจจุบันสมรสหรืออยู่กินฉันสามีภรรยาที่มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ กับ จำนวนความต้องการรวมในด้านการคุมกำเนิดของผู้หญิง 15-49 ปี ที่ปัจจุบันสมรสหรืออยู่กินฉันสามีภรรยา โดยมีหน่วยนับเป็นร้อยละ (ความต้องการรวม คือ จำนวนผู้หญิงที่มีคู่อที่มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่แล้ว รวมกับ จำนวนหญิงมีคู่ที่ยังมีความต้องการที่ยังไม่สัมฤทธิ์ด้านการคุมกำเนิด) โดยที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Contraceptive Prevalence rate, CPR) ได้แก่ หมันหญิง หมันชาย, ห่วงอนามัย, ยาฉีดคุมกำเนิด, ยาฝังคุมกำเนิด, ยาเม็ดคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน - ความต้องการที่ยังไม่สัมฤทธิ์สำหรับการคุมกำเนิด (Unmet need for contraception) หมายถึง ผู้หญิงที่สามารถมีบุตรได้และไม่ได้คุมกำเนิดใด ๆ แต่ต้องการที่จะเลื่อนการมีบุตรคนถัดไป (เว้นระยะห่าง) หรือต้องการหยุดการมีบุตร (จำกัดจำนวน)
แหล่งข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ทุก 3 ปี
ผู้รายงานข้อมูล	<p>1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 2590 4168 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02 590 4163 อีเมล : am-piyarat@hotmail.com หน่วยงาน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p> <p>2. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 2590 4167 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02 590 4163 อีเมล : phimonthicha@gmail.com หน่วยงาน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย</p>
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ <p>ตัวตั้ง A = การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Contraceptive Prevalence rate, CPR) ได้แก่ หมันหญิง, หมันชาย, ห่วงอนามัย, ยาฉีด, คุมกำเนิด, ยาฝังคุมกำเนิด, ยาเม็ดคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน</p>

	ตัวหาร B = ความต้องการที่ยังไม่สัมฤทธิ์สำหรับการคุมกำเนิด (Unmet need for contraception) หมายถึง ผู้หญิงที่สามารถมีบุตรได้และไม่ได้คุมกำเนิดใด ๆ แต่ต้องการที่จะเลื่อนการมีบุตรคนถัดไป (เว้นระยะห่าง) หรือต้องการหยุดการมีบุตร (จำกัดจำนวน)
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	-

ตัวชี้วัดที่	3.7.2 (1) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อผู้หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน
คำนิยาม/คำจำกัดความ	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน
แหล่งข้อมูล	สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ทุก 2 ปี
ผู้รายงานข้อมูล	1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 2590 4168 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02 590 4163 อีเมล : am-piyarat@hotmail.com หน่วยงาน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย 2. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 2590 4771 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02 590 4163 อีเมล : phimonthicha@gmail.com หน่วยงาน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนการคลอดมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี จากสถิติสาธารณสุข B = จำนวนประชากรกลางปีหญิงอายุ 10-14 ปี จากสถิติสาธารณสุข สูตรการคำนวณ คือ $(A/B) \times 1000$
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจำนวนการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎรที่จะได้รับจากกรมการปกครองนั้น จะมีความล่าช้าประมาณ 2 ปี

ตัวชี้วัดที่	3.7.2 (2) อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อผู้หญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน
คำนิยาม/คำจำกัดความ	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี 1,000 คน
แหล่งข้อมูล	สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ทุก 2 ปี
ผู้รายงานข้อมูล	1. นางปิยะรัตน์ เอี่ยมคง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 2590 4168 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02 590 4163 อีเมล : am-piyarat@hotmail.com หน่วยงาน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย 2. นางสาวพิมลพร ธิชากรณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 2590 4771 โทรศัพท์มือถือ - โทรสาร 02 590 4163 อีเมล : phimonthicha@gmail.com หน่วยงาน สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนการคลอดมีชีวิตของหญิงอายุ 15 - 19 ปี จากสถิติสาธารณสุข B = จำนวนประชากรกลางปีหญิงอายุ 15 - 19 ปี จากสถิติสาธารณสุข สูตรการคำนวณ คือ $(A/B) \times 1000$
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจำนวนการคลอดจากฐานทะเบียนราษฎรที่จะได้รับจากกรมการปกครองนั้น จะมีความล่าช้าประมาณ 2 ปี

ตัวชี้วัดที่	3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น
คำนิยาม/ คำจำกัดความ	ความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็น (coverage of essential health services) เฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ภาวะเจริญพันธุ์มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึง บริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส
แหล่งข้อมูล	<p>องค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นผู้วิเคราะห์และรายงานตัวชี้วัด SDG 3.8.1 [1] โดยแบ่งออกเป็น 14 ตัวชี้วัดย่อย มีที่มาจาก World Health Organization (WHO)/ United Nations (UN) และข้อมูลของประเทศที่รายงานต่อ WHO/UN โดยมีรายละเอียดของชุดข้อมูล ในแต่ละตัวชี้วัด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความต้องการในการวางแผนครอบครัวที่พึงพอใจ ด้วยวิธีสมัยใหม่ ใช้ข้อมูลจาก UN, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Estimates and Projections of Family Planning Indicators, 2021 revision [2] ซึ่งมีที่มาจาก ข้อมูลจากการสำรวจ Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2019 [3] 2. การฝากครรภ์ โดยให้มีการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ MICS 2019 [3] โดยข้อมูลในปีถัดจากปีที่ทำการสำรวจ จะใช้การประมาณค่าด้วยวิธี <u>constant extrapolation</u> 3. ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน DTP3 ในเด็กอายุ 1 ขวบ ใช้ข้อมูลจาก WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage (WUENIC), 2020 revision [4] 4. การแสวงหาการดูแล ในเด็กอายุ <5 ปี ที่สงสัยว่าจะเป็นปอดอักเสบ (Pneumonia) ใช้ข้อมูลการสำรวจ MICS 2015-2016 [5] โดยข้อมูล ปี 2017-2019 จะประมาณค่าโดยใช้วิธี <u>constant extrapolation</u> 5. ความครอบคลุมของการรักษาวัณโรค และ ความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ ใช้ข้อมูลจาก WHO TB country regional and global profiles 2020 [6] 6. ความครอบคลุมของ ยา ART สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ใช้ข้อมูลของ UNAIDS Data 2020 [7] 7. การใช้มุ้งที่เคลือบสารป้องกันยุง (ITNs) (ประเทศไทย ไม่นำตัวชี้วัดย่อยนี้มาใช้ เนื่องจากไม่ใช่ประเทศที่เป็น high Malaria burden, ตัวชี้วัดนี้จะใช้กับกลุ่มประเทศ Sub-Saharan Africa ที่มีการติดตามตัวชี้วัดนี้ [8]) 8. ประชากรเข้าถึงสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน (น้ำ, สุขาภิบาล และ สุขอนามัย – WASH) ใช้ข้อมูลจาก WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP) estimates, 2021 revision [9]

	<p>9. ความชุกของผู้ใหญ่ (18+) ที่เป็นความดันโลหิตสูง มีค่าความดันเลือด systolic \geq 140 mm Hg และ ค่าความดันเลือด diastolic \geq 90 mm Hg หรือผู้ที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูง ใช้ข้อมูลจาก NCD RisC estimates (2017) [10]</p> <p>10. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ใหญ่ (18+) (mmol/L) ใช้ข้อมูลจาก NCD RisC estimates (2016) [10]</p> <p>11. การสูบบุหรี่/ยาสูบ ใน 30 วันที่ผ่านมาใน ผู้ใหญ่ (15+) (%) ใช้ข้อมูลจาก WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition [11]</p> <p>12. จำนวนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากร 10,000 คน โดยใช้ข้อมูลจากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [12]</p> <p>13. จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพ ได้แก่ จำนวนแพทย์ ต่อประชากร 1,000 คน ใช้ข้อมูลจาก WHO National Health Workforce Database [13] จำนวนจิตแพทย์ ต่อประชากร 100 คน ใช้ข้อมูลของ WHO, Mental Health Atlas [14] และ จำนวน ศัลยแพทย์ ต่อประชากร 100 คน ใช้ข้อมูลจากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข [12]</p> <p>14. ดัชนี สมรรถนะหลักกฏอนามัยระหว่างประเทศ (International health Regulations core capacity index - IHR) ใช้ข้อมูลจาก Electronic State Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool (e-SPAR), 2020 revision [15]</p> <p>นอกจากนี้ยังมีการใช้ข้อมูลประชากรทั้งหมด ใช้ข้อมูลจาก UN, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects, 2019 revision [16]</p>
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ข้อมูลตัวชี้วัดย่อย จะมีการรวบรวมทุก 1-5 ปี [17]
ผู้รายงานข้อมูล	ผู้ส่งข้อมูลแต่ละตัวชี้วัดย่อย หรือแต่ละรายงานขององค์การอนามัยโลก
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	<p>ใช้วิธีคำนวณ Geometric mean จากตัวชี้วัดย่อย 14 ตัว (ในกรณีของประเทศ ไทย ไม่นำ ตัวชี้วัด เรื่อง มาลาเรียมาคิด จึงเหลือ 13 ตัว) แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม [17,18]</p> <p>กลุ่มที่ 1 การเจริญพันธุ์ สุขภาพมารดา ทารก และเด็ก (RMNCH)</p> <p>1. สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ (FP)</p> <p>ตัวเศษ: จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 49 ปี) ที่ได้รับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่</p>

ตัวส่วน: จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 49 ปี) ที่ต้องการวางแผนครอบครัว

2. สัดส่วนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 49 ปี) ที่ตั้งครรถ์ ได้รับการบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง (ANC)

ตัวเศษ: จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 49 ปี) ที่ตั้งครรถ์ และได้รับการบริการฝากครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง

ตัวส่วน: จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 – 49 ปี) ที่ตั้งครรถ์

3. สัดส่วนของทารกที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน 3 โดส

ตัวเศษ: จำนวนของทารกอายุ 1 ปีที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน 3 โดส (DTP3) ตัวส่วน: จำนวนของทารกอายุ 1 ปี

4. สัดส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่สงสัยว่าเป็นโรคปอดบวม (ไอและหายใจลำบาก ที่ไม่ได้เกิดจากปัญหาที่หน้าอกและจมูกอุดตัน) ในสองสัปดาห์ก่อนการสำรวจที่นำส่งสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม (Pneumonia)

ตัวเศษ: จำนวนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่สงสัยว่าเป็นโรคปอดบวม (ไอและหายใจลำบาก ที่ไม่ได้เกิดจากปัญหาที่หน้าอกและจมูกอุดตัน) ในสองสัปดาห์ก่อนการสำรวจที่นำส่งสถานพยาบาลหรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม

ตัวส่วน: จำนวนของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่สงสัยว่าเป็นโรคปอดบวม (ไอและหายใจลำบาก ที่ไม่ได้เกิดจากปัญหาที่หน้าอกและจมูกอุดตัน) ในสองสัปดาห์ก่อนการสำรวจ

กลุ่มที่ 2 โรคติดต่อ (ID)

5. สัดส่วนของอุบัติการณ์วัณโรคที่ตรวจพบและรักษาได้สำเร็จในปีที่กำหนด (TB)

ตัวเศษ: จำนวนของผู้ติดเชื้อวัณโรคที่ตรวจพบรายใหม่และที่กลับมาเป็นซ้ำ ที่รักษาได้สำเร็จในปีที่กำหนด

ตัวส่วน: จำนวนของผู้ติดเชื้อวัณโรคที่ตรวจพบรายใหม่และที่กลับมาเป็นซ้ำ ในปีเดียวกัน

6. สัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART)

ตัวเศษ: จำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ตัวส่วน: จำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

7. สัดส่วนของประชากรในพื้นที่ที่มีโรคมาลาเรียเฉพาะถิ่นที่นอนหลับภายใต้ มุ้งชุบสารเคมี (Insecticide Treated Net) ในคืนก่อนหน้า (ITN)

ตัวเศษ: จำนวนของประชากรในพื้นที่ที่มีโรคมะเร็งเฉพาะถิ่นที่นอนหลับภายใต้ มุ้งชุบสารเคมี

ตัวส่วน: จำนวนของประชากรในพื้นที่ที่มีโรคมะเร็งเฉพาะถิ่น
(ในกรณีของประเทศไทย ไม่น่า ตัวชี้วัดนี้มาคำนวณ)

8. สัดส่วนของครัวเรือนที่ใช้สิ่งอำนวยความสะดวกด้านสุขอนามัย (WASH)

ตัวเศษ: จำนวนของประชากรที่อาศัยในครัวเรือนที่มีส้วม

ตัวส่วน: จำนวนประชากรทั้งหมด

กลุ่มที่ 3 โรคมะเร็งติดต่อ (NCD)

9. ความชุกของความดันโลหิตปกติในผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยไม่คำนึงถึง สถานะการรักษา (ปรับมาตรฐานอายุ) (BP)

ตัวเศษ: จำนวนประชากรทั้งหมดที่อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีความดันโลหิต <140 mm Hg และ <90 mm Hg

ตัวส่วน: จำนวนประชากรทั้งหมดที่อายุ 18 ปีขึ้นไป

ปรับ สเกล สำหรับข้อมูลที่ คำน้อยที่สุดไม่ใช่ 0 โดยปรับสเกลให้ค่าน้อยที่สุดที่ 50%
ปรับ สเกล = (ค่าเดิม - 50)/(100-50)*100

10. ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยอดอาหารสำหรับผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป (ปรับ มาตรฐานอายุ) (FPG)

ปรับ สเกล สำหรับข้อมูลที่มีค่าต่อเนื่อง มีหน่วยเป็น mmol/L ให้เป็น 0-100 โดยใช้ ค่าต่ำสุดตาม theoretical biological risk (5.1 mmol/L) และค่าสูงสุดจาก การสังเกตในระดับประเทศ (7.4 mmol/L) =

ปรับ สเกล = (7.4 - ค่าเดิม)/(7.4-5.1)*100

11. ความชุกของผู้ใหญ่อายุ >=15 ปีขึ้นไปที่ไม่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา (ปรับมาตรฐานอายุ) (Tobacco)

ตัวเศษ: จำนวนประชากรทั้งหมดที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ไม่สูบบุหรี่ในช่วง 30 วันที่ ผ่านมาตัวส่วน: จำนวนประชากรทั้งหมดที่อายุ 15 ปีขึ้นไป

กลุ่มที่ 4 สมรรถนะของบริการสุขภาพและการเข้าถึง (Capacity)

12. จำนวนเตียงในโรงพยาบาลต่อหัว เทียบกับเกณฑ์สูงสุด 18 ต่อประชากร 10,000 ราย (Hospital)

ตัวเศษ: จำนวนเตียงในโรงพยาบาล

ตัวส่วน: จำนวนประชากรทั้งหมด

	<p>ปรับ สเกล โดยใช้เกณฑ์ (thresholds) สูงสุด โดยให้ค่าที่มากกว่า เกณฑ์สูงสุดเป็นค่าคงที่ที่ 100 โดยเกณฑ์สูงสุดนี้อยู่บนพื้นฐานค่าจากการสังเกตในกลุ่มประเทศ OECD</p> <p>เตียงโรงพยาบาล ต่อ 10,000 ประชากร = minimum (100, ค่าเดิม / 18*100)</p> <p>13. จำนวนบุคลากรสุขภาพ (แพทย์ จิตแพทย์ และศัลยแพทย์) ต่อหัว เทียบกับ เกณฑ์สูงสุดสำหรับแต่ละบุคลากร (HWF)</p> <p>ตัวเศษ: จำนวนบุคลากรสุขภาพ (แพทย์ จิตแพทย์ และศัลยแพทย์)</p> <p>ตัวส่วน: จำนวนประชากรทั้งหมด</p> <p>ปรับ สเกล โดยใช้เกณฑ์ (thresholds) สูงสุด โดยให้ค่าที่มากกว่า เกณฑ์สูงสุดเป็นค่าคงที่ที่ 100 โดยเกณฑ์สูงสุดนี้อยู่บนพื้นฐานค่าจากการสังเกตในกลุ่มประเทศ OECD</p> <p>แพทย์ ต่อ 1,000 ประชากร = minimum (100, ค่าเดิม / 0.9*100)</p> <p>จิตแพทย์ ต่อ 100,000 ประชากร = minimum (100, ค่าเดิม / 1*100)</p> <p>ศัลยแพทย์ ต่อ 100,000 ประชากร = minimum (100, ค่าเดิม / 1*100)</p> <p>14 ดัชนีสมรรถนะหลักกฏอนามัยระหว่างประเทศ (International health Regulations core capacity index - IHR)</p> <p>Geometric mean คือการนำทุกเลขของตัวชี้วัดย่อยมาคูณกัน (3-4 ตัว ในแต่ละกลุ่ม) และ square root ด้วยตัวเลขตามจำนวนตัวชี้วัดที่ใช้คำนวณ และนำค่าเฉลี่ยที่ได้จากตัวชี้วัดย่อยทั้ง 4 กลุ่ม มาคำนวณ Geometric mean อีกครั้ง [16]</p> <p>โดยมีสมการดังนี้</p> $\text{UHC Service Coverage Index} = ((\text{FP} * \text{ANC} * \text{DTP3} * \text{Pneumonia})^{1/4}) * ((\text{ART} * \text{TB} * \text{WASH})^{1/3}) * ((\text{BP} * \text{FPG} * \text{Tobacco})^{1/3}) * ((\text{Hospital} * \text{HWF} * \text{IHR})^{1/3})$
<p>ข้อจำกัด/ ความท้าทาย ในการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>ตัวชี้วัดย่อยเป็น ตัวชี้วัดบ่งชี้ (tracer indicator) ความครอบคลุมของบริการสุขภาพ ไม่ใช่รายการทั้งหมดของบริการสุขภาพที่จำเป็นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [18]</p> <p>การเพิ่มขึ้นของความครอบคลุมของบริการสุขภาพที่จำเป็น จะเกิดขึ้นในภาพรวม ตามการเพิ่มขึ้นของค่าของตัวชี้วัดย่อยทั้งหมด</p>
<p>อ้างอิง</p>	<p>[1] https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage</p> <p>[2] https://population.un.org/dataportal/home</p> <p>[3] https://www.unicef.org/thailand/th/reports/การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย-พศ-2562</p>

	<p>[4] https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage</p> <p>[5] https://www.unicef.org/thailand/reports/thailand-mics-monitoring-situation-children-and-women-2015-2016</p> <p>[6] https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data</p> <p>[7] https://aidsinfo.unaids.org</p> <p>[8] https://malariaatlas.org</p> <p>[9] https://washdata.org</p> <p>[10] https://ncdrisc.org/data-downloads.html</p> <p>[11] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330221/9789240000032-eng.pdf?ua=1</p> <p>[12] https://bps.moph.go.th/new_bps/รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข</p> <p>[13] https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP_0020?lang=en</p> <p>[14] https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mental-health-atlas</p> <p>[15] https://extranet.who.int/e-spar</p> <p>[16] https://population.un.org/wpp/</p> <p>[17] https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-01.pdf</p> <p>[18] Hogan, D. R., Stevens, G. A., Hosseinpoor, A. R., & Boerma, T. (2018). Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. <i>The Lancet Global Health</i>, 6(2), e152-e168.</p>
--	--

ตัวชี้วัดที่	3.8.2 สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดของครัวเรือนที่อยู่ในระดับสูง																				
คำนิยาม/คำจำกัดความ ¹	<p>สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมดของครัวเรือนที่อยู่ในระดับสูง</p> <p>โดยกำหนดเกณฑ์สัดส่วนไว้ที่ มากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน หรือมากกว่าร้อยละ 25 ของรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน</p>																				
แหล่งข้อมูล ²	<p>ผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน ที่มีการสำรวจทุกปี ตั้งแต่ปี 2549 จัดทำโดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office of Thailand) ข้อมูลล่าสุด ปี พ.ศ. 2564</p> <p>โดยการสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนทำการสำรวจในสองรายการด้วยกัน ได้แก่ แบบสำรวจสมาชิกและการใช้จ่ายของครัวเรือนซึ่งมีการสำรวจทุกปี และแบบสำรวจรายได้ของครัวเรือนซึ่งทำการสำรวจในทุกสองปี</p> <table border="1" data-bbox="520 994 1404 1792"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวแปรที่ใช้ในการคำนวณ</th> <th colspan="2">ชื่อคำถามที่ใช้ในแบบสำรวจแต่ละประเภท</th> </tr> <tr> <th>แบบสำรวจสมาชิกและการใช้จ่ายของครัวเรือน</th> <th>แบบสำรวจรายได้ของครัวเรือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ลำดับที่ของครัวเรือน</td> <td>ลำดับที่ครัวเรือนใหม่ (NEW_HH_N)</td> <td>ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย</td> </tr> <tr> <td>จำนวนของสมาชิกในครัวเรือน</td> <td>จำนวนสมาชิกของครัวเรือน ไม่รวม ลูกจ้างในธุรกิจของครัวเรือน และคนรับใช้ (A04_1)</td> <td>ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย</td> </tr> <tr> <td>ค่าถ่วงน้ำหนักของครัวเรือน</td> <td>ค่า Weight (A52)</td> <td>ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย</td> </tr> <tr> <td>ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน</td> <td>ค่าเวชภัณฑ์และค่าตรวจรักษาพยาบาล (EG47a - EG60bc)</td> <td>ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย</td> </tr> <tr> <td>ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน</td> <td>ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน (A07)</td> <td>รายได้ทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวแปรที่ใช้ในการคำนวณ	ชื่อคำถามที่ใช้ในแบบสำรวจแต่ละประเภท		แบบสำรวจสมาชิกและการใช้จ่ายของครัวเรือน	แบบสำรวจรายได้ของครัวเรือน	ลำดับที่ของครัวเรือน	ลำดับที่ครัวเรือนใหม่ (NEW_HH_N)	ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย	จำนวนของสมาชิกในครัวเรือน	จำนวนสมาชิกของครัวเรือน ไม่รวม ลูกจ้างในธุรกิจของครัวเรือน และคนรับใช้ (A04_1)	ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย	ค่าถ่วงน้ำหนักของครัวเรือน	ค่า Weight (A52)	ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน	ค่าเวชภัณฑ์และค่าตรวจรักษาพยาบาล (EG47a - EG60bc)	ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย	ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน	ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน (A07)	รายได้ทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน
ตัวแปรที่ใช้ในการคำนวณ	ชื่อคำถามที่ใช้ในแบบสำรวจแต่ละประเภท																				
	แบบสำรวจสมาชิกและการใช้จ่ายของครัวเรือน	แบบสำรวจรายได้ของครัวเรือน																			
ลำดับที่ของครัวเรือน	ลำดับที่ครัวเรือนใหม่ (NEW_HH_N)	ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย																			
จำนวนของสมาชิกในครัวเรือน	จำนวนสมาชิกของครัวเรือน ไม่รวม ลูกจ้างในธุรกิจของครัวเรือน และคนรับใช้ (A04_1)	ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย																			
ค่าถ่วงน้ำหนักของครัวเรือน	ค่า Weight (A52)	ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย																			
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน	ค่าเวชภัณฑ์และค่าตรวจรักษาพยาบาล (EG47a - EG60bc)	ใช้ตัวแปรเดียวกับแบบสำรวจการใช้จ่าย																			
ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน	ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน (A07)	รายได้ทั้งสิ้นเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน																			

<p>ความถี่ในการรายงานข้อมูล</p>	<p>การประเมิน SDG 3.8.2 ในระดับภูมิภาค และระดับโลกที่จัดทำโดย WHO และ World bank จะออกทุกๆ สองปีในวันที่ 12 ธันวาคม (วันคุ้มครองสุขภาพสากล) หรือในเดือนกันยายน (การประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ)</p> <p>สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลการวิเคราะห์จะใช้ข้อมูลตามรายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งจะมีการจัดทำขึ้นทุกปีหลังข้อมูลการสำรวจได้รับการเผยแพร่ให้สามารถเข้าถึงได้ และผลการวิเคราะห์จะออกใบปีถัดไป</p>
<p>ผู้รายงานข้อมูล</p>	<p>การติดตามและออกรายงานในระดับนานาชาติทำโดย องค์การอนามัยโลกและธนาคารโลก^{3; 4}</p> <p>ในประเทศไทยสำนักงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้รายงานข้อมูล</p>
<p>วิธีการคำนวณตัวชี้วัด¹</p>	$\frac{\sum_i m_i w_i \left(\frac{\text{ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน } i}{\text{ค่าใช้จ่ายหรือรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน } i} > \tau \right)}{\sum_i m_i w_i}$ <p>m = จำนวนของสมาชิกในครัวเรือนที่ i</p> <p>w = ค่าถ่วงน้ำหนักของครัวเรือนที่ i</p> <p>i = ลำดับที่ของครัวเรือน</p> <p>T = เกณฑ์ที่ใช้ระบุว่ารายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนมีขนาดใหญ่หรือไม่เมื่อคิดเป็นส่วนแบ่งของการบริโภคหรือรายได้ทั้งหมดของครัวเรือน (10% เมื่อใช้ตัวหารเป็นค่าใช้จ่าย และ 25% เมื่อใช้ตัวหารเป็นรายได้)</p>

ตัวชี้วัดที่	3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ หมายถึง การประเมินการตายที่เกิดจากการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศ โดยรอบ (กลางแจ้ง) และมลพิษทางอากาศในครัวเรือน (ในอาคาร) จากการใช้เชื้อเพลิงที่เป็นมลพิษในการปรุงอาหาร มลพิษทางอากาศโดยรอบที่เป็นผลมาจากการปล่อยมลพิษจากกิจกรรมทางอุตสาหกรรม ครัวเรือน รถยนต์ และรถบรรทุก โดยการประมาณการอัตราการเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศในบ้านเรือนและในบรรยากาศ จากจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่มีหลักฐานจากการศึกษาทางระบาดวิทยาที่แสดงให้เห็นว่าการสัมผัสกับมลพิษทางอากาศเชื่อมโยงกับโรค ซึ่งนำมาพิจารณาในการประมาณการ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลัน (ประมาณในทุกกลุ่มอายุ) - โรคหลอดเลือดสมอง (โรคหลอดเลือดสมอง) ในผู้ใหญ่ (อายุประมาณ 25 ปีขึ้นไป) - โรคหัวใจขาดเลือด (IHD) ในผู้ใหญ่ (อายุประมาณ 25 ปีขึ้นไป) - โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ในผู้ใหญ่ (อายุประมาณ 25 ปีขึ้นไป) - มะเร็งปอดในผู้ใหญ่ (อายุประมาณ 25 ปีขึ้นไป) <p>ร่วมกับระดับฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน</p>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	1 ครั้ง/ปี
ผู้รายงานข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายแพทย์ธีรณัฐ ทรัพย์คุณธรรม ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค 2. นายโกวิท บัญมีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค 3. นางสาวจันจิรา ชินศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราการตาย = (จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษอากาศของจังหวัดที่มีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กที่มีขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน สูงเกินค่ามาตรฐานเฉลี่ยรายปี 25 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร /ประชากรกลางปี) *1000</p>

ข้อจำกัด/ความท้าทายในการ จัดเก็บข้อมูล	การตรวจสอบข้อมูลผู้เสียชีวิตเทียบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ฐานข้อมูล ผู้เสียชีวิตของกระทรวงมหาดไทย
---	---

ตัวชี้วัดที่	3.9.2 อัตราการตายที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ (เผชิญกับบริการด้านน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัยที่ไม่ปลอดภัย)
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>อัตราการตายด้วยโรคที่เกิดจากน้ำ และการสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะต่อแสนประชากร หมายถึง การเสียชีวิตที่เกิดจากน้ำ การสุขาภิบาล และสุขอนามัย ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งแสดงต่อประชากรแสนคน อัตราการเสียชีวิตคำนวณโดยการหารจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยจำนวนประชากรกลางปี หลักฐานจากการศึกษาทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าการสัมผัสกับน้ำ สุขาภิบาลและสุขอนามัย ไม่ปลอดภัย เชื่อมโยงโดยตรงกับโรคท้องร่วง การติดเชื้อไส้เดือนฝอยในลำไส้ และโรคอื่นๆ อาการท้องร่วง โรคที่เป็นสาเหตุของอาการท้องเสีย WASH (รหัส ICD-10 A00, A01, A03, A04, A06-A09), การติดเชื้อไส้เดือนฝอยในลำไส้ (ICD-10 รหัส B76,B77,B79) และการขาดสารอาหารจากโปรตีนและพลังงาน (ICD-10 รหัส E40-E46)</p> <p>หมายเหตุ A00 อหิวาตกโรค</p> <p>A01 ใช้รากลากน้อย (ไทฟอยด์) และใช้รากลากเทียม (พาราไทฟอยด์)</p> <p>A03 โรคบิดจากเชื้อซิกเปลลา</p> <p>A04 โรคติดเชื้อแบคทีเรียอื่นที่ลำไส้</p> <p>A06-A09 โรคติดเชื้ออะมีบา ภาวะอาหารกับลำไส้อักเสบ และลำไส้ใหญ่อักเสบจากการติดเชื้อและจากสาเหตุที่ไม่ระบุรายละเอียด</p> <p>B76 โรคพยาธิปากขอ</p> <p>B77 โรคพยาธิไส้เดือน</p> <p>B79 โรคพยาธิเส้นด้าย</p> <p>E40-E46 ภาวะทุพโภชนาการ</p>
แหล่งข้อมูล	จากฐานมรณบัตร โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คำนวณจากสาเหตุการตายด้วย ICD รหัส A00, A01, A03, A04, A06-A09,B76, B77, B79 และ E40-E46 ต่อ 100,000 ประชากร
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้รายงานข้อมูล	<p>1. น.ส.วรารักษ์ ถาวรพงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 025904605 โทรศัพท์มือถือ 0616354194 โทรสาร 025904188 อีเมล Waraporn.T@anamai.mail.go.th หน่วยงาน สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย</p> <p>2. นางสาวสัจจมาน ตรันเจริญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p>

	โทรศัพท์ 025904128 โทรศัพท์มือถือ 0818219069 โทรสาร 025904200 อีเมล sutchamarn.t@anamai.mail.go.th หน่วยงาน สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	อัตราการตายด้วยโรคที่เกิดจากน้ำ การสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจาก สุขลักษณะต่อแสนประชากร (ICD รหัส A00, A01, A03, A04, A06-A09, B76, B77, B79 และ E40-E46) $= \frac{\text{จำนวนรวมของผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากน้ำ การสุขาภิบาลที่ไม่ปลอดภัย และปราศจากสุขลักษณะ}}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}} \times 100,000$
ข้อจำกัด/ความท้าทาย ในการจัดเก็บข้อมูล	ช่องทางในการเก็บข้อมูลมีช่องทางเดียวซึ่งไม่เพียงพอต่อการจัดเก็บและ ทำรายงาน

ตัวชี้วัดที่	3.9.3 อัตราการตายที่เกิดจากการได้รับสารพิษ โดยไม่ตั้งใจ
คำนิยาม/คำจำกัดความ	อัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากการได้รับพิษโดยไม่ตั้งใจ หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตจากพิษที่ไม่ได้ตั้งใจ ด้วยรหัส ICD-10 : X40, X43, X46-X48, X49 ในหนึ่งปีหารด้วยประชากรกลางปี และคูณด้วย 100,000
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	1 ครั้ง/ปี
ผู้รายงานข้อมูล	1. นายแพทย์หิรัญวุฒิ แพร์คุณธรรม ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค 2. นายโกวิท บัญมีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค 3. นางสาวสุธาทิพย์ บุณยสถิตินนท์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	(จำนวนผู้เสียชีวิตจากพิษที่ไม่ได้ตั้งใจ ด้วยรหัส ICD-10 : X40, X43, X46-X48, X49 ในหนึ่งปี/ประชากรกลางปี) x 100,000
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	การตรวจสอบข้อมูลเทียบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ฐานข้อมูลผู้เสียชีวิตของกระทรวงมหาดไทย

ตัวชี้วัดที่	3.a.1 ความชุกที่ปรับมาตรฐานอายุแล้ว (age-standardized) ของการใช้ยาสูบ/บุหรี่ในปัจจุบันของกลุ่ม ผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทย</p> <p>ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือฟิชนิโคเตียนาตาแบกกุ่ม (<i>Nicotiana tabacum</i>) และให้ความหมายรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใด ที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบซึ่งบริโภคโดยวิธีการสูบ ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา สูบบุหรี่ หมายความว่ารวมถึง การกระทำใด ๆ ซึ่งมีผลทำให้เกิดควันหรือไอระเหย จากผลิตภัณฑ์ยาสูบ หรือการครอบครองผลิตภัณฑ์ยาสูบขณะเกิดควันหรือไอระเหย (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560)</p>
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสถิติแห่งชาติ
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	จากการสำรวจ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทุก 2 ปี หรือการสำรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง
ผู้รายงานข้อมูล	กรมควบคุมโรค กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ <ol style="list-style-type: none"> นางสาวกุลภัสสรณ์ ศิริมนัสสกุล ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025903894 E-mail : Jessica.cheer007@gmail.com นายชานัฐ เอื้อกุล ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 025903894 E-mail : chanat4724@gmail.com
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	พิจารณาข้อมูลจากการสำรวจร้อยละผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	เนื่องจากรอบการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คือ 2 ปีต่อครั้ง ทำให้ไม่มีข้อมูลในช่วงปีที่ไม่มีรอบการสำรวจ

ตัวชี้วัดที่	<p>3.b.1.1 DTP containing vaccine (3rd dose) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP3)</p> <p>3.b.1.2 Measles containing vaccine (2nd dose) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคหัด (MMR2)</p> <p>3.b.1.3 Pneumococcal conjugate vaccine (last dose in the schedule) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส (PCV)</p> <p>3.b.1.4 HPV vaccine (last dose in the schedule) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโรคมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อเอชพีวี (HPV)</p>
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน หมายถึง ร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีนตามกำหนดการให้วัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>มีกลุ่มเป้าหมายตาม template ตัวชี้วัด ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เด็กอายุครบ 1 ปี เมื่อสิ้นปีงบประมาณที่ต้องรายงาน ที่ได้รับวัคซีน DTP3 2) เด็กอายุครบ 3 ปี เมื่อสิ้นปีงบประมาณที่ต้องรายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR2 3) เด็กอายุครบ 1 ปี เมื่อสิ้นปีงบประมาณที่ต้องรายงาน ที่ได้รับวัคซีน PCV ครบถ้วนตามเกณฑ์ 4) เด็กนักเรียนหญิงชั้น ป.5 ที่ได้รับวัคซีน HPV ครบถ้วนตามเกณฑ์
แหล่งข้อมูล	ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ปีละ 1 ครั้ง
ผู้รายงานข้อมูล	<p>กลุ่มโรคป้องกันด้วยวัคซีน</p> <p>กองโรคติดต่อทั่วไป</p> <p>กรมควบคุมโรค</p>
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน = $(A/B) \times 100$</p> <p>A คือ จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในปีที่รายงานที่ได้รับวัคซีน</p> <p>B คือ จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในปีที่รายงาน</p>
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	-

ตัวชี้วัดที่	3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข
คำนิยาม/คำจำกัดความ	<p>1. บุคลากรด้านสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการให้บริการทางการแพทย์ทั้งด้านการรักษาและการให้บริการทางด้านอื่นของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 4 สาขาหลัก คือ 1) แพทย์ 2) ทันตแพทย์ 3) พยาบาลวิชาชีพ และ 4) เภสัชกร นับรวมทุกประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ดึงข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564</p> <p>2. ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข หมายถึง สัดส่วนบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่จริงของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เทียบกับจำนวนประชากร (ต่อ 10,000 ประชากร)</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. จำนวนประชากร (อ้างอิงจากกรมการปกครอง)</p>
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	1 ครั้ง/ปี (ณ สิ้นปีงบประมาณ)
ผู้รายงานข้อมูล	<p>กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นางสาวณัฐธยาน์กร เดชา นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 2590 1348 อีเมล hrmd.strategy@gmail.com</p> <p>2. นายดำรงค์เดช ด้วงเงิน ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ 0 2590 1344 อีเมล hrss.group2@gmail.com</p> <p>3. นางสาวภทรพร งามสมคุณ นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0 2590 1344 อีเมล hrss.group2@gmail.com</p>
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	<p>วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเทียบกับจำนวนประชากร (อ้างอิงจากกรมการปกครอง)</p> <p>A = จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในแต่ละสาขา</p> <p>B = จำนวนประชากร (อ้างอิงจากกรมการปกครอง)</p> <p>สูตรคำนวณ</p> <p>$(A/B) \times 10,000$</p>
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	ความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของการบันทึกข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

ตัวชี้วัดที่	3.d.1 ศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations) และการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขอนามัย
คำนิยาม/คำจำกัดความ	การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations) หมายถึง การดำเนินงานเพื่อการพัฒนาสมรรถนะตามเครื่องมือการประเมินสมรรถนะตนเองตามการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ประจำปี (State Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool: SPAR) ประกอบด้วย 15 ประเด็น ได้แก่ (1) กฎหมาย และนโยบาย (2) การปฏิบัติหน้าที่ของจุดประสานงานกฎอนามัย ระหว่างประเทศในการส่งเสริมสนับสนุนงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ (3) การจัดงบประมาณ (4) ห้องปฏิบัติการ (5) การเฝ้าระวัง (6) ทรัพยากรมนุษย์ (7) การจัดการเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพ (8) การให้บริการด้านสุขภาพ (9) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (10) การสื่อสารความเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของชุมชน (11) ช่องทางเข้าออกประเทศและงานสุขภาพชายแดน (12) โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (13) อาหารปลอดภัย (14) เหตุการณ์สารเคมี (15) ภาวะฉุกเฉินด้านรังสี ซึ่งการประเมินสมรรถนะใน 15 ประเด็น มีตัวชี้วัดการดำเนินงานอยู่ 35 ตัวชี้วัด และมีการประเมินการให้คะแนนในแต่ละ ตัวชี้วัดนั้น ๆ เป็นระดับคะแนน 1 - 5 คะแนน
แหล่งข้อมูล	ผลการประเมินสมรรถนะตนเองตามการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2564 (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool : SPAR)
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	รอบ 12 เดือน
ผู้รายงานข้อมูล	นายธีรศักดิ์ ชักนำ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	-
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	การให้ความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่	3.d.2 สัดส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
คำนิยาม/คำจำกัดความ	สัดส่วนการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในกระแสเลือด (โดยมีการกำหนดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 2 ชนิด คือ เชื้อ <i>E. coli</i> ดื้อยา third generation cephalosporin (เช่น ESBL- <i>E. coli</i>) และ เชื้อ <i>S. aureus</i> ดื้อยา methicillin (MRSA)
แหล่งข้อมูล	Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS)
ความถี่ในการรายงานข้อมูล	ทุก 1 ปี
ผู้รายงานข้อมูล	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
วิธีการคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อ <i>E. coli</i> ดื้อยา third generation cephalosporin (เช่น ESBL-<i>E. coli</i>) ในผู้ป่วยที่ได้รับการเก็บเลือดเพื่อตรวจเพาะเชื้อ</p> $= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ } E. coli \text{ ดื้อยา } third \text{ generation cephalosporin} \text{ ในกระแสเลือด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อ } E. coli \text{ ในกระแสเลือด}} \times 100$ <p>ร้อยละของการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากเชื้อ <i>S. aureus</i> ดื้อยา methicillin (MRSA) ในผู้ป่วยที่ได้รับการเก็บเลือดเพื่อตรวจเพาะเชื้อ</p> $= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ } S. aureus \text{ ดื้อยา methicillin} \text{ ในกระแสเลือด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อ } S. aureus \text{ ในกระแสเลือด}} \times 100$
ข้อจำกัด/ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูล	<p><u>ข้อจำกัด</u></p> <p>จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วม GLASS มีจำกัด แต่กระจายในทุกภาคของประเทศ</p> <p><u>ความท้าทาย</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ระบบ GLASS ต้องใช้โปรแกรม WHONET ขององค์การอนามัยโลกในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิกของโรงพยาบาลที่ใช้โปรแกรมดังกล่าวมีจำนวนน้อย ทำให้ข้อมูลมีรูปแบบที่หลากหลาย ระบบ GLASS จำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากการเชื่อมโยงฐานข้อมูลประวัติการรักษาของผู้ป่วย และฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิกเข้าด้วยกัน แต่ฐานข้อมูลดังกล่าวของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไม่เชื่อมโยงกัน

	<p>3. ระบบ GLASS ต้องการข้อมูลที่สามารถแยกการติดเชื้ดื้อยาในโรงพยาบาล และการติดเชื้ดื้อยาในชุมชน ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญ จึงเป็นการเพิ่มภาระงาน</p>
--	---



ภาคผนวก ง

**รายชื่อหน่วยงานรับผิดชอบ
และประสานงานหลัก
การขับเคลื่อนเป้าหมาย
การพัฒนาที่ยั่งยืน**

**หน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลักการขับเคลื่อน
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)**

มติคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ครั้งที่ 1/2563 วันที่ 14 กันยายน 2563

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน	หน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลัก
1 ยุติความยากจนทุกรูปแบบในทุกที่	มท.
2 ยุติความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหาร และยกระดับโภชนาการ และส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน	กษ.
3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย	สธ.
4 สร้างหลักประกันว่าทุกคนมีการศึกษาที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและเท่าเทียม และสนับสนุนโอกาสในการเรียนรู้ตลอดชีวิต	ศธ.
5 บรรลุความเสมอภาคระหว่างเพศ และเพิ่มบทบาทของสตรีและเด็กหญิงทุกคน	พม.
6 สร้างหลักประกันเรื่องน้ำและการสุขาภิบาล ให้มีการจัดการอย่างยั่งยืนและมีสภาพพร้อมใช้สำหรับทุกคน	สทนช.
7 สร้างหลักประกันว่าทุกคนเข้าถึงพลังงานสมัยใหม่ในราคาที่สามารถซื้อหาได้ เชื่อถือได้ และยั่งยืน	พท.
8 ส่งเสริมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืน การจ้างงานเต็มที่และมีผลิตภาพ และการมีงานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน	สศช.
9 สร้างโครงสร้างพื้นฐานที่มีความยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ครอบคลุมและยั่งยืน และส่งเสริมนวัตกรรม	อก.
10 ลดความไม่เสมอภาคภายในและระหว่างประเทศ	สศช.
11 ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความครอบคลุม ปลอดภัย ยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง และยั่งยืน	มท.
12 สร้างหลักประกันให้มีแบบแผนการผลิตและบริโภคที่ยั่งยืน	ทส.
13 ปฏิบัติการอย่างเร่งด่วนเพื่อต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและผลกระทบที่เกิดขึ้น	ทส.
14 อนุรักษ์และใช้ประโยชน์จากมหาสมุทร ทะเล และทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	ทส.
15 ปกป้อง ปันฟู และสนับสนุนการใช้ระบบนิเวศบนบกอย่างยั่งยืน จัดการป่าไม้ที่ยั่งยืน ต่อสู้การกลายพันธุ์เป็นทะเลทราย หยุดการเสื่อมโทรมของที่ดินและฟื้นสภาพกลับมาใหม่ และหยุดการสูญเสียดiversity ความหลากหลายทางชีวภาพ	ทส.
16 ส่งเสริมสังคมที่สงบสุขและครอบคลุมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้ทุกคนเข้าถึงความยุติธรรมและสร้างสถาบันที่มีประสิทธิภาพ รับผิดชอบ และครอบคลุมในทุกระดับ	ยธ.
17 เสริมความแข็งแกร่งให้แก่กลไกการดำเนินงานและฟื้นฟูหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	กต.

หน่วยงานรับผิดชอบและประสานงานหลักการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนรายเป้าหมายย่อย (SDG Targets)

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
ก.พ.ร.	SDG1606 พัฒนาสถาบันที่มีประสิทธิภาพ มีความรับผิดชอบ และโปร่งใสในทุกระดับ
	SDG1607 สร้างหลักประกันว่าจะมีกระบวนการตัดสินใจที่มีความรับผิดชอบ ครอบคลุม มีส่วนร่วม และมีความเป็นตัวแทนที่ดี ในทุกระดับการตัดสินใจ
กค.	SDG0809 ออกแบบและใช้นโยบายเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวที่ยั่งยืน ซึ่งช่วยสร้างงานและส่งเสริมวัฒนธรรมและผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG120B พัฒนาและดำเนินการใช้เครื่องมือเพื่อติดตามผลกระทบของการพัฒนาที่ยั่งยืนในด้านการท่องเที่ยวที่ยั่งยืนที่สร้างงานและส่งเสริมวัฒนธรรมและผลิตภัณฑ์ท้องถิ่น
กค.	SDG0810 เสริมความแข็งแกร่งของสถาบันทางการเงินภายในประเทศเพื่อส่งเสริมและขยายการเข้าถึงการธนาคาร การประกัน และบริการทางการเงินแก่ทุกคน
	SDG0903 เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการเงิน โดยรวมถึงเครดิตในราคาที่สามารถจ่ายได้ ให้แก่โรงงานอุตสาหกรรมและวิสาหกิจขนาดเล็ก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งเชื่อมโยงผู้ประกอบการเหล่านี้เข้าสู่ห่วงโซ่มูลค่าและตลาด
	SDG1001 บรรลุการเติบโตของรายได้ของกลุ่มประชากรร้อยละ 40 ที่มีรายได้ต่ำสุด อย่างก้าวหน้าและยั่งยืน โดยให้ม้อตราเติบโตสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1005 ปรับปรุงกฎระเบียบและการติดตามตรวจสอบตลาดการเงินและสถาบันการเงินของโลก และเสริมความแข็งแกร่งในการดำเนินการตามกฎระเบียบดังกล่าว
	SDG1006 สร้างหลักประกันว่าจะมีตัวแทนและเสียงของประเทศกำลังพัฒนาในการตัดสินใจในสถาบันการเงินและเศรษฐกิจระหว่างประเทศเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เป็นสถาบันที่มีประสิทธิภาพ นำเชื่อถือ มีความรับผิดชอบ และมีความชอบธรรมมากขึ้น
	SDG100C ลดค่าใช้จ่ายในการทำธุรกรรมของการส่งเงินกลับประเทศของแรงงานย้ายถิ่น (migrant remittance) ให้ต่ำกว่าร้อยละ 3 และจัดการชำระเงินระหว่างประเทศ (remittance corridors) ที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าร้อยละ 5 ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1207 ส่งเสริมแนวปฏิบัติด้านการจัดซื้อจัดจ้างของภาครัฐที่ยั่งยืน ตามนโยบายและการให้ลำดับความสำคัญของประเทศ
	SDG1701 เสริมความแข็งแกร่งของการระดมทรัพยากรภายในประเทศ โดยรวมถึงการสนับสนุนระหว่างประเทศไปยังประเทศกำลังพัฒนา เพื่อปรับปรุงขีดความสามารถของประเทศในการเก็บภาษีและรายได้อื่นๆ ของรัฐ
	SDG1704 ช่วยประเทศกำลังพัฒนาในการบรรลุความยั่งยืนของหนี้ระยะยาว โดยใช้นโยบายที่ประสานงานกันที่มุ่งส่งเสริมการจัดหาเงินทุนโดยการก่อหนี้ การบรรเทาหนี้และการปรับโครงสร้างหนี้ตามความเหมาะสม และแก้ปัญหาหนี้ต่างประเทศของประเทศยากจนที่มีหนี้สินในระดับสูงเพื่อลดการประสบปัญหาหนี้ (debt distress)
	SDG1717 สนับสนุนและส่งเสริมหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม สร้างบนประสบการณ์และกลยุทธ์ด้านการสรรหาทรัพยากรของหุ้นส่วน
กต.	SDG010A สร้างหลักประกันว่าจะมีการระดมทรัพยากรอย่างมีนัยสำคัญจากแหล่งที่หลากหลาย รวมไปถึงการยกระดับความร่วมมือเพื่อการพัฒนา เพื่อให้ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศพัฒนาน้อยที่สุด มีวิธีการที่เพียงพอและคาดการณ์ได้ในการดำเนินงานตามแผนงานและนโยบายเพื่อยุติความยากจนในทุกมิติ
	SDG040B เพิ่มจำนวนทุนการศึกษาทั่วโลกที่ให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะประเทศพัฒนาน้อยที่สุด รัฐบาลกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก และประเทศในทวีปแอฟริกา เพื่อเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา รวมถึงการฝึกอาชีพ และโปรแกรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ด้านเทคนิค วิศวกรรม และวิทยาศาสตร์ ในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG090A อำนวยความสะดวกการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่ยั่งยืนและมีความยืดหยุ่น ในประเทศกำลังพัฒนา ผ่านทางการยกระดับการสนับสนุนทางการเงิน เทคโนโลยี และด้านวิชาการให้แก่ประเทศในแอฟริกา ประเทศพัฒนาน้อยที่สุด ประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่มีทางออกสู่ทะเล และรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นหมู่เกาะขนาดเล็ก
	SDG100B สนับสนุนการให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) และการไหลของเงิน รวมถึงการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ ไปยังรัฐที่มีความจำเป็นมากที่สุด โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาน้อยที่สุด ประเทศแถบแอฟริกา รัฐบาลกำลังพัฒนาที่เป็นหมู่เกาะขนาดเล็ก และประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่มีทางออกสู่ทะเล โดยให้สอดคล้องกับแผนและแผนงานของประเทศเหล่านั้น

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
กต. (ต่อ)	<p>SDG1608 ขยายและเสริมความแข็งแกร่งของการมีส่วนร่วมของประเทศกำลังพัฒนาในสถาบันที่เกี่ยวข้องกับธรรมาภิบาลโลก</p> <p>SDG1702 ประเทศพัฒนาแล้วจะดำเนินการให้เป็นผลตามพันธกรณีเรื่องการให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (ODA) อย่างเต็มที่ โดยรวมถึงพันธกรณีที่ให้ไว้โดยประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศที่จะบรรลุเป้าหมายการมีสัดส่วน ODA/GNI ที่ให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา ร้อยละ 0.7 และมีสัดส่วน ODA/GNI ที่ให้แก่ประเทศพัฒนาน้อยที่สุด ร้อยละ 0.15 ถึง 0.20 โดยผู้ให้ ODA ควรพิจารณาตั้งเป้าหมายที่จะให้มีสัดส่วน ODA/GNI ที่ให้แก่ประเทศพัฒนาน้อยที่สุด</p> <p>SDG1703 ระดมทรัพยากรทางการเงินสำหรับประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มเติม จากแหล่งที่หลากหลาย</p> <p>SDG1706 เพิ่มพูนความร่วมมือระหว่างประเทศและในภูมิภาคแบบเหนือ-ใต้ ใต้-ใต้ และไตรภาคี และการเข้าถึงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม และยกระดับการแบ่งปันความรู้ตามเงื่อนไขที่ตกลงร่วมกัน โดยรวมถึงผ่านการพัฒนาการประสานงานระหว่างกลไกที่มีอยู่เดิมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับของสหประชาชาติ และผ่านทางกลไกอำนวยความสะดวกด้านเทคโนโลยี (Technology Facilitation Mechanism) ของโลก</p> <p>SDG1709 เพิ่มพูนการสนับสนุนระหว่างประเทศสำหรับการดำเนินการด้านการเสริมสร้างขีดความสามารถที่มีประสิทธิภาพและมีการตั้งเป้า ในประเทศกำลังพัฒนาเพื่อสนับสนุนแผนระดับชาติที่จะดำเนินงานในทุกเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงผ่านทางความร่วมมือแบบเหนือ-ใต้ ใต้-ใต้ และไตรภาคี</p> <p>SDG1715 เคารพพื้นที่ทางนโยบายและความเป็นผู้นำของแต่ละประเทศที่จะสร้างและดำเนินงานตามนโยบายเพื่อการขจัดความยากจนและการพัฒนาที่ยั่งยืน</p> <p>SDG1716 ยกระดับหุ้นส่วนความร่วมมือระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยร่วมเติมเต็มโดยหุ้นส่วนความร่วมมือจากภาคส่วนที่หลากหลายซึ่งจะระดมและแบ่งปันความรู้ ความเชี่ยวชาญ เทคโนโลยี และทรัพยากรทางการเงิน เพื่อจะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกประเทศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา</p>
กษ.	<p>SDG0201 ยุติความหิวโหยและสร้างหลักประกันให้ทุกคนโดยเฉพาะคนที่ยากจนและอยู่ในภาวะเปราะบาง อันรวมถึงทารก ได้เข้าถึงอาหารที่ปลอดภัย มีโภชนาการ และเพียงพอตลอดทั้งปี ภายในปีพ.ศ. 2573</p> <p>SDG0203 เพิ่มผลิตภาพทางการเกษตรและรายได้ของผู้ผลิตอาหารรายเล็ก โดยเฉพาะผู้หญิง คนพื้นเมือง คราวเรือนเกษตรกร เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ และชาวประมง ให้เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า โดยรวมถึงการเข้าถึงที่ดิน ทรัพยากรและปัจจัยการผลิต ความรู้ บริการทางการเงิน ตลาด และโอกาสสำหรับการเพิ่มมูลค่าและการจ้างงานนอกฟาร์ม อย่างมั่นคงและเท่าเทียม ภายในปี พ.ศ. 2573</p> <p>SDG0204 สร้างหลักประกันว่าจะมีระบบการผลิตอาหารที่ยั่งยืนและดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางการเกษตรที่มีภูมิคุ้มกันที่จะเพิ่มผลิตภาพและการผลิต ซึ่งจะช่วยรักษาระบบนิเวศ เสริมขีดความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภาวะอากาศรุนแรง ภัยแล้ง อุทกภัย และภัยพิบัติอื่น ๆ และจะช่วยพัฒนาคุณภาพของดินและที่ดินอย่างต่อเนื่อง ภายในปี พ.ศ. 2573</p> <p>SDG020A เพิ่มการลงทุน ตลอดจนยกระดับความร่วมมือระหว่างประเทศในเรื่องโครงสร้างพื้นฐานในชนบท การวิจัยและส่งเสริมการเกษตร การพัฒนาเทคโนโลยี และการทำธนาคารเชื้อพันธุ (gene bank) ของพืชและสัตว์ เพื่อยกระดับขีดความสามารถในการผลิตสินค้าเกษตรในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด</p> <p>SDG1404 ภายในปี พ.ศ. 2563 ให้กำกับการทำการประมงอย่างมีประสิทธิภาพ และยุติการประมงเกินขีดจำกัด การประมงที่ผิดกฎหมาย ขาดการรายงาน และไร้การควบคุม (IUU) และแนวปฏิบัติด้านการประมงที่เป็นไปในทางทำลาย และดำเนินการให้เป็นผลตามแผนการบริหารจัดการที่อยู่บนฐานวิทยาศาสตร์ เพื่อจะฟื้นฟูมวลปลา (fish stock) ในเวลาที่สั้นที่สุดที่จะเป็นไปได้ อย่างน้อยที่สุดให้อยู่ในระดับผลผลิตสูงสุดที่ยั่งยืน (maximum sustainable yield) ตามคุณลักษณะทางชีววิทยาของสัตว์น้ำเหล่านั้น</p> <p>SDG1406 ภายในปี พ.ศ. 2563 ยับยั้งการอุดหนุนการประมงบางรูปแบบที่มีส่วนทำให้เกิดการประมงเกินขีดจำกัด ขจัดการอุดหนุนที่มีส่วนทำให้เกิดการประมงที่ผิดกฎหมาย ขาดการรายงาน และไร้การควบคุม และระงับการริเริ่มการอุดหนุนในลักษณะดังกล่าว โดยตระหนักว่าการปฏิบัติที่เป็นพิเศษและแตกต่างที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับประเทศกำลังพัฒนาและประเทศพัฒนาน้อยที่สุดควรเป็นส่วนควบในการเจรจาการอุดหนุนการประมงขององค์การการค้าโลก</p> <p>SDG1407 ภายในปี พ.ศ. 2573 เพิ่มผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจแก่รัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็กและประเทศพัฒนาน้อยที่สุดจากการใช้ทรัพยากรทางทะเลอย่างยั่งยืน รวมถึงผ่านทาง การบริหารจัดการอย่างยั่งยืนในเรื่องการประมง การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ และการท่องเที่ยว</p> <p>SDG140B จัดให้ชาวประมงพื้นบ้านรายเล็กเข้าถึงทรัพยากรทางทะเลและตลาด</p>

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
กษ. (ต่อ)	SDG1503ต่อต้านการกลายสภาพเป็นทะเลทราย พื้นที่ดินและดินที่เสื่อมโทรม รวมถึงที่ดินที่ได้รับผลกระทบจากการกลายสภาพเป็นทะเลทราย ภัยแล้ง และอุทกภัย และพยายามที่จะบรรลุถึงความสมดุลของการจัดการทรัพยากรที่ดิน ภายในปี พ.ศ. 2573
คค.	SDG0901 พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้ ยั่งยืนและมีความต้านทานและยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงโครงสร้างพื้นฐานของภูมิภาคและที่ข้ามเขตแดน เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทางเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ โดยเฉพาะการเข้าถึงได้ในราคาที่สมเหตุสมผลและเท่าเทียมสำหรับทุกคน
	SDG1102 จัดให้ทุกคนเข้าถึงระบบคมนาคมขนส่งที่ยั่งยืน เข้าถึงได้ ปลอดภัย ในราคาที่สมเหตุสมผล พัฒนาความปลอดภัยทางถนน ขยายการขนส่งสาธารณะ และคำนึงถึงกลุ่มคนที่อยู่ในสถานการณ์ที่เปราะบาง ผู้หญิง เด็ก ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ภายในปี พ.ศ. 2573
ดศ.	SDG090C เพิ่มการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และมุ่งจัดให้มีการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตโดยถ้วนหน้าและในราคาที่สมเหตุสมผลได้ในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG1708 ให้ธนาคารเทคโนโลยีและกลไกการเสริมสร้างขีดความสามารถด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมสำหรับประเทศพัฒนาน้อยที่สุด ทำงานได้อย่างเต็มที่ภายในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มพูนการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
	SDG1718 ยกระดับการสนับสนุนด้านการเสริมสร้างขีดความสามารถให้กับประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก ให้เพิ่มการมีอยู่ของข้อมูลที่มีคุณภาพ ทันท่วงทีและเชื่อถือได้ จำแนกตามรายได้ เพศ อายุ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ สถานะการอพยพ ความพิการ ตำแหน่งทางภูมิศาสตร์ และคุณลักษณะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามบริบทของประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG1719 ต่อยอดจากข้อริเริ่มที่มีอยู่แล้วในการพัฒนาการวัดความก้าวหน้าของการพัฒนาที่ยั่งยืนที่มีผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ และสนับสนุนการสร้างขีดความสามารถด้านสถิติในประเทศกำลังพัฒนา ภายในปี พ.ศ. 2573
ทส.	SDG0603 ปรับปรุงคุณภาพน้ำ โดยการลดมลพิษ ขจัดสารพิษและลดการปล่อยสารเคมีอันตรายและวัตถุอันตราย ลดสัดส่วนน้ำเสียที่ไม่ผ่านการบำบัดลงครึ่งหนึ่ง และเพิ่มการนำกลับมาใช้ใหม่และการใช้ซ้ำที่ปลอดภัยอย่างยั่งยืนทั่วโลก ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0606 ปกป้องและฟื้นฟูระบบนิเวศที่เกี่ยวข้องกับแหล่งน้ำ รวมถึงภูเขา ป่าไม้ พื้นที่ชุ่มน้ำ แม่น้ำ ชั้นหินอุ้มน้ำ และทะเลสาบ ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG0804 ปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของโลกในการบริโภคและการผลิตอย่างต่อเนื่อง และพยายามที่จะแยกการเติบโตทางเศรษฐกิจออกจากความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นไปตามกรอบการดำเนินงาน 10 ปี ว่าด้วยการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน โดยมีประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นผู้นำในการดำเนินการไปจนถึงปี พ.ศ. 2573
	SDG1106 ลดผลกระทบทางลบของเมืองต่อสิ่งแวดล้อมต่อหัวประชากร รวมถึงการให้ความสำคัญกับคุณภาพอากาศ และการจัดการขยะมูลฝอย และของเสียอื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1201 ดำเนินการให้เป็นผลตามกรอบระยะ 10 ปีของแผนงานว่าด้วยแบบแผนการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน ทุกประเทศนำไปปฏิบัติโดยประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นผู้นำ โดยคำนึงถึงการพัฒนาและขีดความสามารถของประเทศกำลังพัฒนา
	SDG1202 บรรลุการจัดการที่ยั่งยืนและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างมีประสิทธิภาพ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1203 ลดของเสียอาหาร (food waste) ของโลกลงครึ่งหนึ่งในระดับค้าปลีกและผู้บริโภค และลดการสูญเสียอาหาร (food loss) ตลอดการผลิตและห่วงโซ่อุปทาน รวมถึงการสูญเสียหลังการเก็บเกี่ยว ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1204 บรรลุเรื่องการจัดการสารเคมีและของเสียทุกชนิดตลอดวงจรชีวิตของสิ่งเหล่านั้นด้วยวิธีที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ตามกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศที่ตกลงกันแล้ว และลดการปลดปล่อยสิ่งเหล่านั้นออกสู่อากาศ น้ำ และดินอย่างมีนัยสำคัญ เพื่อจะลดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG1205 ลดการเกิดของเสียโดยให้มีการป้องกัน การลดปริมาณ การใช้ซ้ำ และการนำกลับมาใช้ใหม่ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1208 สร้างหลักประกันว่าประชาชนในทุกแห่งมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องและมีความตระหนักถึงการพัฒนาที่ยั่งยืนและวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1302 บูรณาการมาตรการด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการวางแผนระดับชาติ

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
ทส. (ต่อ)	SDG1303 พัฒนาการศึกษ การสร้างความตระหนักรู้ และขีดความสามารถของมนุษย์และของสถาบันในเรื่องการลดผลกระทบและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และการเตือนภัยล่วงหน้า
	SDG130A ดำเนินการให้เกิดผลตามพันธกรณีที่ผูกพันต่อประเทศพัฒนาแล้วซึ่งเป็นภาคีของอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่มีเป้าหมายร่วมกันระดมทุนจากทุกแหล่งให้ได้จำนวน 1 แสนล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ภายในปี พ.ศ. 2563 เพื่อสนองความต้องการของประเทศกำลังพัฒนา ภายใต้บริบทของการดำเนินมาตรการลดผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ตลอดจนจัดหาเงินทุนเพื่อให้กองทุน Green Climate Fund ดำเนินการได้เต็มที่โดยเร็ว
	SDG130B ส่งเสริมกลไกที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการวางแผนและการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด และรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก โดยให้ความสำคัญต่อผู้หญิง เยาวชน ชุมชนท้องถิ่นและชุมชนชายขอบ
	SDG1401 ป้องกันและลดมลพิษทางทะเลทุกประเภทอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะจากกิจกรรมบนแผ่นดิน รวมถึงขยะในทะเลและมลพิษจากธาตุอาหาร (nutrient pollution) ภายในปี พ.ศ. 2568
	SDG1402 บริหารจัดการและปกป้องระบบนิเวศทางทะเลและชายฝั่งเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบทางลบที่มีนัยสำคัญ รวมถึงโดยการเสริมภูมิทัศน์ทางทะเลและปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟู เพื่อบรรลุการมีมหาสมุทรที่มีสุขภาพดีและมีผลิตภาพ ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG1403 ลดและแก้ปัญหาผลกระทบของการเป็นกรดในมหาสมุทร โดยรวมถึงผ่านทางการเพิ่มพูนความร่วมมือทางวิทยาศาสตร์ในทุกระดับ
	SDG1405 ภายในปี พ.ศ. 2563 อนุรักษ์พื้นที่ทางทะเลและชายฝั่งอย่างน้อยร้อยละ 10 โดยให้เป็นไปตามกฎหมายระหว่างประเทศและภายในประเทศ และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่
	SDG140A เพิ่มความรู้ทางวิทยาศาสตร์ พัฒนาขีดความสามารถในการวิจัย และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางทะเล โดยคำนึงถึงหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางทะเลของคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยสมุทรศาสตร์ เพื่อจะพัฒนาคุณภาพมหาสมุทรและเพิ่มพูนให้ความหลากหลายทางชีวภาพทางทะเลมีส่วนสนับสนุนการพัฒนาของประเทศกำลังพัฒนามากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็กและประเทศพัฒนาน้อยที่สุด
	SDG140C เพิ่มพูนการอนุรักษ์และการใช้มหาสมุทรและทรัพยากรอย่างยั่งยืน โดยการดำเนินการให้เกิดผลตามกฎหมายระหว่างประเทศตามที่สะท้อนใน UNCLOS ซึ่งเป็นกรอบทางกฎหมายสำหรับการอนุรักษ์และการใช้มหาสมุทรและทรัพยากรเหล่านั้นอย่างยั่งยืน ตามที่ระบุในย่อหน้า 158 ของเอกสาร The Future We Want
	SDG1501 สร้างหลักประกันว่าจะมีการอนุรักษ์ การฟื้นฟู และการใช้ระบบนิเวศบนบกและแหล่งน้ำจืดในแผ่นดิน รวมทั้งบริการทางระบบนิเวศอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ป่าไม้ พื้นที่ชุ่มน้ำ ภูเขาและพื้นที่แห้งแล้ง โดยเป็นไปตามข้อบังคับภายใต้ความตกลงระหว่างประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG1502 ส่งเสริมการดำเนินการด้านการบริหารจัดการป่าไม้ทุกประเภทอย่างยั่งยืน หักยัดการตัดไม้ทำลายป่า ฟื้นฟูป่าที่เสื่อมโทรม และเพิ่มการปลูกป่าและฟื้นฟูป่าทั่วโลกอย่างจริงจัง ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG1504 สร้างหลักประกันว่าจะมีการอนุรักษ์ระบบนิเวศภูเขาและความหลากหลายทางชีวภาพของระบบนิเวศเหล่านั้น เพื่อเพิ่มพูนขีดความสามารถของระบบนิเวศในการสร้างผลประโยชน์อันสำคัญต่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1505 ปฏิบัติการที่จำเป็นและเร่งด่วนเพื่อลดการเสื่อมโทรมของดินที่อยู่ตามธรรมชาติ หักยัดการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ และภายในปี พ.ศ. 2563 ปกป้องและป้องกันการสูญพันธุ์ของชนิดพันธุ์ที่ถูกคุกคาม
	SDG1506 ส่งเสริมการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ประโยชน์ทรัพยากรพันธุกรรมอย่างเท่าเทียมและยุติธรรม และส่งเสริมการเข้าถึงทรัพยากรเหล่านั้นอย่างเหมาะสม ตามข้อตกลงระหว่างประเทศ
	SDG1507 ปฏิบัติการอย่างเร่งด่วนเพื่อจะยุติการล่าและการขนย้ายชนิดพันธุ์พืชและสัตว์คุ้มครอง และแก้ปัญหาทั้งอุปสงค์และอุปทานต่อผลิตภัณฑ์สัตว์ป่าที่ผิดกฎหมาย
	SDG1508 นำมาตรการเพื่อป้องกันการนำเข้าและลดผลกระทบของชนิดพันธุ์ต่างถิ่นที่รุกรานต่อระบบนิเวศบนบกและน้ำ และควบคุมหรือขจัด priority species ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG150A ระดมและเพิ่มทรัพยากรทางการเงินจากทุกแหล่ง เพื่ออนุรักษ์และใช้ความหลากหลายทางชีวภาพและระบบนิเวศอย่างยั่งยืน

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
ทส. (ต่อ)	SDG150B ระดมทรัพยากรจากทุกแหล่งและทุกระดับเพื่อสนับสนุนเงินแก่การบริหารจัดการป่าไม้อย่างยั่งยืน และสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสมสำหรับประเทศกำลังพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าในการบริหารจัดการ ซึ่งรวมถึงการอนุรักษ์และการปลูกป่า
	SDG150C เพิ่มพูนการสนับสนุนในระดับโลกแก่ความพยายามที่จะต่อสู้กับการล่า การเคลื่อนย้ายชนิดพันธุ์คุ้มครอง รวมถึงโดยการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการดำรงชีพอย่างยั่งยืน
ป.ป.ช.	SDG1605 ลดการทุจริตในตำแหน่งหน้าที่และการรับสินบนทุกรูปแบบ
พณ.	SDG020B แก้ไขและป้องกันการกีดกันและการบิดเบือนทางการค้าในตลาดเกษตรโลก รวมถึงทางการจัดการอุดหนุนสินค้าเกษตรเพื่อการส่งออกทุกรูปแบบและมาตรการเพื่อการส่งออกทุกแบบที่ให้ผลในลักษณะเดียวกัน โดยให้เป็นไปตามอาณัติของกรอบการพัฒนาโตฮา
	SDG080A เพิ่มการสนับสนุนในกลไกความช่วยเหลือเพื่อการค้า (Aid for Trade) แก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด ซึ่งรวมถึงผ่านกรอบการทำงานแบบบูรณาการสำหรับความช่วยเหลือทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการค้าแก่ประเทศพัฒนาน้อยที่สุด (Enhanced Integrated Framework for Trade-related Technical Assistance to Least Developed Countries)
	SDG100A ปฏิบัติตามหลักการปฏิบัติอย่างเป็นพิเศษและแตกต่าง (special and differential treatment: S&D) สำหรับประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศพัฒนาน้อยที่สุด ให้สอดคล้องตามข้อตกลงขององค์การการค้าโลก
	SDG1710 ส่งเสริมระบบการค้าพหุภาคีที่เป็นสากล มีกติกา เปิดกว้าง ไม่เลือกปฏิบัติและเสมอภาค ภายใต้องค์การการค้าโลก โดยรวมถึงผ่านข้อสรุปของการเจรจาภายใต้วาระการพัฒนารอบโตฮา
	SDG1711 เพิ่มส่วนแบ่งการส่งออกของประเทศกำลังพัฒนาให้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมุ่งเพิ่มส่วนแบ่งของประเทศพัฒนาน้อยที่สุดในการส่งออกทั่วโลกให้สูงขึ้น 2 เท่าในปี พ.ศ. 2563
	SDG1712 ทำให้เกิดการดำเนินการในเวลาที่เหมาะสมในเรื่องการเข้าถึงตลาดปลอดภาษีและปลอดการจำกัดปริมาณในระยะยาวสำหรับประเทศพัฒนาน้อยที่สุด โดยให้สอดคล้องกับคำตัดสินขององค์การการค้าโลก โดยรวมถึงการสร้างหลักประกันว่ากว่าด้วยแหล่งกำเนิดสินค้าที่มีการให้สิทธิพิเศษทางการค้าที่ใช้กับประเทศพัฒนาน้อยที่สุดจะมีความโปร่งใสและเรียบง่าย และมีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงตลาด
พณ.	SDG0701 สร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงการบริการพลังงานสมัยใหม่ที่เชื่อถือได้ ในราคาที่สามารถซื้อหาได้ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0702 เพิ่มสัดส่วนของพลังงานหมุนเวียนในสัดส่วนพลังงานของโลก (global energy mix) ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0703 เพิ่มอัตราการปรับปรุงประสิทธิภาพการใช้พลังงานของโลกให้เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG070A ยกระดับความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการวิจัย และเทคโนโลยีพลังงานที่สะอาด โดยรวมถึงพลังงานหมุนเวียน ประสิทธิภาพการใช้พลังงาน และเทคโนโลยีเชื้อเพลิงฟอสซิลขั้นสูงและสะอาด และสนับสนุนการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านพลังงานและเทคโนโลยีพลังงานที่สะอาด ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG070B ขยายโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับการจัดส่งบริการพลังงานสมัยใหม่และยั่งยืนโดยถ้วนหน้าในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด และรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก ที่สอดคล้องกับโครงการสนับสนุนของประเทศเหล่านั้น ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG120C ทำให้การอุดหนุนเชื้อเพลิงฟอสซิลที่ไร้ประสิทธิภาพและนำไปสู่การบริโภคที่สิ้นเปลืองมีความสมเหตุสมผล โดยกำจัดการบิดเบือนทางการตลาด ให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศ รวมถึงการปรับโครงสร้างภาษีและเลิกการอุดหนุนที่เป็นภัยเหล่านั้น เพื่อสะท้อนให้เห็นผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงความจำเป็นและเงื่อนไขเฉพาะของประเทศกำลังพัฒนาและลดผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้นต่อการพัฒนาของประเทศเหล่านั้นในลักษณะที่เป็นการคุ้มครองคนจนและชุมชนที่ได้รับผลกระทบ
พม.	SDG0103 ดำเนินการให้ทุกคนมีระบบและมาตรการการคุ้มครองทางสังคมระดับประเทศที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึงฐานการคุ้มครองทางสังคม (floors) โดยให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรยากจน และกลุ่มเปราะบางให้มากที่สุด ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0104 ภายในปี พ.ศ. 2573 สร้างหลักประกันว่าชายและหญิงทุกคน โดยเฉพาะผู้ที่ยากจนและเปราะบาง มีสิทธิเท่าเทียมกันในทรัพยากรทางเศรษฐกิจ รวมถึงการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานการเป็นเจ้าของและมีสิทธิในที่ดินและทรัพย์สินในรูปแบบอื่น มรดก ทรัพยากรธรรมชาติ เทคโนโลยีใหม่ที่เหมาะสม และบริการทางการเงิน ซึ่งรวมถึงระบบการเงินระดับฐานราก (microfinance)

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
พม. (ต่อ)	<p>SDG0105 ภายในปี พ.ศ. 2573 สร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้ที่ยากจนและอยู่ในสถานการณ์เปราะบาง รวมทั้งลดความเสี่ยงและความอ่อนแอต่อภาวะสภาพอากาศผันผวนรุนแรง การเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติ</p> <p>SDG0501 ยุติการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบที่มีต่อผู้หญิงและเด็กหญิงในทุกที่</p> <p>SDG0502 ขจัดความรุนแรงทุกรูปแบบที่มีต่อผู้หญิงและเด็กหญิงทั้งในที่สาธารณะและที่ริโหราน รวมถึงการค้ามนุษย์ การแสวงประโยชน์ทั้งทางเพศ และในรูปแบบอื่น</p> <p>SDG0503 ขจัดแนวปฏิบัติที่เป็นภัยทุกรูปแบบ อาทิ การแต่งงานในเด็กก่อนวัยอันควรและโดยการบังคับ และการทำลายอวัยวะเพศหญิง</p> <p>SDG0504 ตระหนักและให้คุณค่าต่อการดูแลและการทำงานบ้านแบบไม่ได้รับค่าจ้าง โดยจัดให้มีบริการสาธารณะ โครงสร้างพื้นฐานและนโยบายการคุ้มครองทางสังคม และสนับสนุนความรับผิดชอบร่วมกันภายในครัวเรือนและครอบครัว ตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ</p> <p>SDG0505 สร้างหลักประกันว่าผู้หญิงจะมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ และมีโอกาสที่เท่าเทียมในการเป็นผู้นำในทุกระดับของการตัดสินใจในเรื่องการเมือง เศรษฐกิจ และสาธารณะ</p> <p>SDG050A ดำเนินการปฏิรูปเพื่อให้ผู้หญิงมีสิทธิที่เท่าเทียมในทรัพยากรทางเศรษฐกิจ รวมทั้ง การเข้าถึงการเป็นเจ้าของและมีสิทธิในที่ดิน และทรัพย์สินในรูปแบบอื่น การบริการทางการเงิน การรับมรดก และทรัพยากรธรรมชาติ ตามกฎหมายของประเทศ</p> <p>SDG050C เลือกใช้และเสริมความเข้มแข็งแก่นโยบายที่ดีและกฎระเบียบที่บังคับใช้ได้ เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศและการเพิ่มบทบาทแก่ผู้หญิงและเด็กหญิงทุกคนในทุกระดับ</p> <p>SDG0807 ดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพโดยทันที เพื่อขจัดแรงงานที่ถูกบังคับ ยุติความเป็นทาสสมัยใหม่และการค้ามนุษย์ และยับยั้งและกำจัดการใช้แรงงานเด็กในรูปแบบที่เลวร้ายที่สุด ซึ่งรวมถึงการเกณฑ์และการใช้ทหารเด็ก และภายในปี พ.ศ. 2568 ยุติการใช้แรงงานเด็กในทุกรูปแบบ</p> <p>SDG1002 เสริมสร้างศักยภาพและส่งเสริมความครอบคลุมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองสำหรับทุกคน โดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ ความพิการ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ แหล่งกำเนิด ศาสนา สถานะทางเศรษฐกิจหรืออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573</p> <p>SDG1003 สร้างหลักประกันถึงโอกาสที่เท่าเทียมและลดความไม่เสมอภาคของผลลัพธ์ รวมถึงโดยการขจัดกฎหมาย นโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่เลือกปฏิบัติ และส่งเสริมการออกกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติที่เหมาะสมในเรื่องดังกล่าว</p> <p>SDG1004 นำนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายการคลัง ค่าจ้าง และการคุ้มครองทางสังคมมาใช้ และให้บรรลุความเสมอภาคยิ่งขึ้นอย่างก้าวหน้า</p> <p>SDG1101 สร้างหลักประกันว่าทุกคนเข้าถึงที่อยู่อาศัยและบริการพื้นฐานที่เพียงพอ ปลอดภัย ในราคาที่สามารถจ่ายได้ และยกระดับชุมชนแออัด ภายในปี พ.ศ. 2573</p> <p>SDG1602 ยุติการข่มเหง การแสวงหาประโยชน์อย่างไม่ถูกต้อง การค้ามนุษย์ และความรุนแรงและการทรมาณทุกรูปแบบที่มีต่อเด็ก</p>
มท.	<p>SDG0101 ภายในปี พ.ศ. 2573 ขจัดความยากจนขั้นรุนแรงของประชาชนในทุกพื้นที่ให้หมดไป ซึ่งปัจจุบันความยากจนวัดจากคนที่มีความใช้จ่ายรายวันต่ำกว่า \$1.90 ต่อวัน</p> <p>SDG0102 ภายในปี พ.ศ. 2573 ลดสัดส่วน ชาย หญิง และเด็ก ในทุกช่วงวัย ที่อยู่ภายใต้ความยากจนในทุกระดับ ตามนิยามของแต่ละประเทศ ให้ลดลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง</p> <p>SDG0306 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนนทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี พ.ศ. 2563</p> <p>SDG050B เพิ่มพูนการใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อเพิ่มบทบาทแก่สตรี</p> <p>SDG0601 บรรลุเป้าหมายการให้ทุกคนเข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัยและมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ ภายในปี พ.ศ. 2573</p> <p>SDG060B สนับสนุนและเพิ่มความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการจัดการน้ำและสุขาภิบาล</p> <p>SDG1007 อำนวยความสะดวกในการโยกย้ายถิ่นฐานและเคลื่อนย้ายของคนให้เป็นระเบียบ ปลอดภัย ปกติ และมีความรับผิดชอบ รวมถึงให้การดำเนินงานเป็นไปตามนโยบายด้านการอพยพที่มีการวางแผนและการจัดการที่ดี</p> <p>SDG1103 ยกระดับการพัฒนาเมืองและขีดความสามารถให้ครอบคลุมและยั่งยืน เพื่อการวางแผนและการบริหารจัดการการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์อย่างมีส่วนร่วม บูรณาการและยั่งยืนในทุกประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2573</p>

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
มท. (ต่อ)	SDG1105 ลดจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้ที่ได้รับผลกระทบ ตลอดจนลดความสูญเสียโดยตรงทางเศรษฐกิจเทียบเคียงกับ GDP ของโลก ที่เกิดจากภัยพิบัติ ซึ่งรวมถึงภัยพิบัติที่เกี่ยวข้องกับน้ำ โดยมุ่งเป้าปกป้องคนจนและคนที่อยู่ในสถานการณ์ที่เปราะบาง ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG1107 จัดให้มีการเข้าถึงพื้นที่สาธารณะสีเขียว ที่ปลอดภัยครอบคลุมและเข้าถึงได้ โดยถ้วนหน้า โดยเฉพาะสำหรับผู้หญิง เด็ก คนชรา และผู้พิการ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG110A สนับสนุนการเชื่อมโยงเชิงบวกทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมระหว่างพื้นที่เมือง รอบเมือง และชนบท โดยการเสริมความแข็งแกร่งของการวางแผนการพัฒนาในระดับชาติและระดับภูมิภาค
	SDG110B ภายในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มจำนวนเมืองและกระบวนการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ที่เลือกใช้และดำเนินการตามนโยบายและแผนที่บูรณาการ เพื่อนำไปสู่ความครอบคลุม ประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร การลดผลกระทบและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ มีภูมิต้านทานต่อภัยพิบัติ และให้พัฒนาและดำเนินการตามการบริหารความเสี่ยงจากภัยพิบัติแบบองค์รวมในทุกระดับ โดยเป็นไปตามกรอบการดำเนินงานเซนไดเพื่อการลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ พ.ศ. 2558 - 2573
	SDG110C สนับสนุนประเทศพัฒนาน้อยที่สุด รวมถึงผ่านทางการช่วยเหลือทางการเงินและวิชาการในการสร้างอาคารที่ยั่งยืนและมีความต้านทานและยืดหยุ่น โดยใช้วัสดุท้องถิ่น
	SDG1301 เสริมภูมิต้านทานและขีดความสามารถในการปรับตัวต่ออันตรายและภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับภูมิอากาศในทุกประเทศ
	SDG1609 จัดให้มีอัตลักษณ์ทางกฎหมายสำหรับทุกคน โดยรวมถึงการให้มีการจดทะเบียนเกิด (สูติบัตร) ภายในปี พ.ศ. 2573
	ยธ.
SDG1603 ส่งเสริมหลักนิติธรรมทั้งในระดับชาติและระหว่างประเทศ และสร้างหลักประกันว่าทุกคนสามารถเข้าถึงความยุติธรรมอย่างเท่าเทียม	
SDG160B ส่งเสริมและบังคับใช้กฎหมายและนโยบายที่ไม่เลือกปฏิบัติเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	
รง.	SDG0805 บรรลุการจ้างงานเต็มที่มีผลผลิตภาพ และการมีงานที่มีคุณค่าสำหรับหญิงและชายทุกคน รวมถึงเยาวชนและผู้มีภาวะทุพพลภาพ และให้มีการจ่ายค่าจ้างที่เท่าเทียมสำหรับงานที่มีคุณค่าเท่าเทียมกัน ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0806 ลดสัดส่วนของเยาวชนที่ไม่มีงานทำ ที่ไม่มีการศึกษา และที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม ลงอย่างมาก ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG0808 ปกป้องสิทธิแรงงานและส่งเสริมสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและมั่นคงสำหรับผู้ทำงานทุกคน รวมถึงผู้ทำงานต่างด้าว โดยเฉพาะหญิงต่างด้าว และผู้ทำงานเสี่ยงอันตราย
	SDG080B พัฒนาและดำเนินการตามยุทธศาสตร์โลกสำหรับการจ้างงานเยาวชนและดำเนินการตามข้อตกลงเรื่องงานของโลก (Global Jobs Pact) ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ภายในปี พ.ศ. 2563
วธ.	SDG1104 เสริมความพยายามในการปกป้องและคุ้มครองมรดกทางวัฒนธรรมและทางธรรมชาติของโลก
ศธ.	SDG0401 สร้างหลักประกันว่าเด็กชายและเด็กหญิงทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมีมัธยมศึกษาที่มีคุณภาพ เท่าเทียม และไม่มีค่าใช้จ่าย นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการเรียนที่มีประสิทธิภาพ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0402 สร้างหลักประกันว่าเด็กชายและเด็กหญิงทุกคนเข้าถึงการพัฒนา การดูแล และการจัดการศึกษาระดับก่อนประถมศึกษา สำหรับเด็กปฐมวัยที่มีคุณภาพ เพื่อให้เด็กเหล่านั้นมีความพร้อมสำหรับการศึกษาระดับประถมศึกษา ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0404 เพิ่มจำนวนเยาวชนและผู้ใหญ่ที่มีทักษะที่เกี่ยวข้องจำเป็น รวมถึงทักษะทางด้านเทคนิคและอาชีพสำหรับการจ้างงาน การมีงานที่มีคุณค่า และการเป็นผู้ประกอบการ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0405 ขจัดความเหลื่อมล้ำทางเพศด้านการศึกษา และสร้างหลักประกันว่ากลุ่มที่เปราะบางซึ่งรวมถึงผู้พิการ ชนพื้นเมือง และเด็ก เข้าถึงการศึกษและการฝึกอาชีพทุกระดับอย่างเท่าเทียม ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0406 สร้างหลักประกันว่าเยาวชนทุกคนและผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงในสัดส่วนสูง สามารถอ่านออกเขียนได้และคำนวณได้ ภายในปี พ.ศ. 2573

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
ศธ. (ตอ)	SDG0407 สร้างหลักประกันว่าผู้เรียนทุกคนได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมไปถึง การศึกษาสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืนและการมีวิถีชีวิตที่ยั่งยืน สิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคระหว่างเพศ การส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งความสงบสุขและการไม่ใช้ความรุนแรง การเป็นพลเมืองของโลก และความชื่นชมในความหลากหลายทางวัฒนธรรมและการที่วัฒนธรรมมีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG040A สร้างและยกระดับสถานศึกษา ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์การศึกษาที่อ่อนไหวต่อเด็ก ผู้พิการ และเพศภาวะ และจัดให้มีสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ที่ปลอดภัย ปราศจากความรุนแรง ครอบคลุมและมีประสิทธิผลสำหรับทุกคน
	SDG040C เพิ่มจำนวนครูที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการดำเนินการผ่านความร่วมมือระหว่างประเทศในการฝึกอบรมครูในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด และรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก ภายในปี พ.ศ. 2573
สกท. (BOI)	SDG1705 ใช้และดำเนินการให้เกิดผลตามระบอบการส่งเสริมการลงทุนสำหรับประเทศพัฒนาน้อยที่สุด
สศช.	SDG1604 ลดการลักลอบเคลื่อนย้ายอาวุธและเงิน เสริมความแข็งแกร่งของกระบวนการติดตามและการส่งคืนสินทรัพย์ที่ถูกขโมยไป และต่อสู้กับอาชญากรรมที่จัดตั้งในลักษณะองค์กรทุกรูปแบบ ภายในปี พ.ศ. 2573
สททช.	SDG0604 เพิ่มประสิทธิภาพการใช้น้ำในทุกภาคส่วนและสร้างหลักประกันว่าจะมีการใช้น้ำและจัดหาน้ำที่ยั่งยืน เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนน้ำ และลดจำนวนประชากรที่ประสบปัญหาการขาดแคลนน้ำ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0605 ดำเนินการบริหารจัดการทรัพยากรน้ำแบบองค์รวมในทุกระดับ รวมถึงผ่านทางความร่วมมือข้ามเขตแดนตามความเหมาะสม ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG060A ขยายความร่วมมือระหว่างประเทศและสนับสนุนการเสริมสร้างขีดความสามารถให้แก่ประเทศกำลังพัฒนาในกิจกรรมและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับน้ำและสุขาภิบาล ซึ่งรวมถึง การเก็บกักน้ำ การจัดเกลือ ประสิทธิภาพการใช้น้ำ การบำบัดน้ำเสีย เทคโนโลยีการนำน้ำกลับมาใช้ใหม่
สธ.	SDG0202 ยุติภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบและแก้ไขปัญหาความต้องการสารอาหารของหญิงวัยรุ่น หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร และผู้สูงอายุ ภายในปี พ.ศ. 2573 รวมถึงบรรลุเป้าหมายที่ตกลงร่วมกันระหว่างประเทศว่าด้วยภาวะเตี้ย (stunting) และแควะแกร็น (wasting) ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ภายในปี พ.ศ. 2568
	SDG0301 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0302 ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกถึงให้ต่ำถึง 12 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0303 ยุติการแพร่กระจายของเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกกลบเกลืน และต่อสู้กับโรคติดต่อทางน้ำ และโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0304 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0305 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย
	SDG0307 สร้างหลักประกันถ้วนหน้า ในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงการวางแผนครอบครัว ข้อมูลข่าวสารและความรู้ และการบูรณาการอนามัยการเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0308 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขสุขภาพจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้
	SDG030A เพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม
	SDG030B สนับสนุนการวิจัยและการพัฒนาวัคซีนและยาสำหรับโรคติดต่อและไม่ติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อประเทศกำลังพัฒนา ให้มีการเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นในราคาที่ซื้อหาได้ตามปัญญาโดยอาศัยความตกลงทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า (TRIPS) และการสาธารณสุข ซึ่งเน้นย้ำสิทธิสำหรับประเทศกำลังพัฒนาที่จะใช้ข้อยกเว้นในความตกลง TRIPS อย่างเต็มที่ในเรื่องการผ่อนปรนเพื่อจะปกป้องสุขภาพสาธารณะและโดยเฉพาะการเข้าถึงยาโดยถ้วนหน้า

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
สร. (ต่อ)	SDG030C เพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพ และการสรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก
	SDG030D เสริมขีดความสามารถของทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนา ในด้านการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก
	SDG0506 สร้างหลักประกันว่าจะมีการเข้าถึงสุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ และสิทธิด้านการเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า ตามที่ตกลงในแผนปฏิบัติการของการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา และแผนปฏิบัติการปักกิ่งและเอกสารผลลัพธ์ของการประชุมทบทวนเหล่านั้น
	SDG0602 บรรลุเป้าหมายการให้ทุกคนเข้าถึงการสุขาภิบาลและสุขอนามัยที่พอเพียงและเป็นธรรม และยุติการขับถ่ายในที่โล่ง โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อความต้องการของผู้หญิง เด็กหญิง และกลุ่มที่อยู่ในสถานการณ์เปราะบาง ภายในปี พ.ศ. 2573
สปน.	SDG1610 สร้างหลักประกันว่าสาธารณชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและมีการปกป้องเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ตามกฎหมายภายในประเทศและความตกลงระหว่างประเทศ
สมช.	SDG160A เสริมความแข็งแกร่งของสถาบันระดับชาติที่เกี่ยวข้อง โดยรวมถึงกระทำผ่านทางความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อสร้างขีดความสามารถในทุกกระดับ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา เพื่อจะป้องกันความรุนแรงและต่อสู้กับการก่อการร้ายและอาชญากรรม
สศช.	SDG020C เลือกลงมาตรการที่สร้างหลักประกันได้ว่าตลาดโภคภัณฑ์อาหารและตลาดอนุพันธ์สามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของตลาดและข้อมูลสำรองอาหารได้อย่างทันการณ์ เพื่อจำกัดความผันผวนของราคาอาหารที่รุนแรง
	SDG010B สร้างกรอบนโยบายที่เหมาะสมในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับนานาชาติ บนฐานของยุทธศาสตร์การพัฒนาที่เอื้อประโยชน์แก่คนจน (pro-poor) และคำนึงถึงความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ (gender-sensitive) เพื่อส่งเสริมให้มีการเร่งการลงทุนเพื่อปฏิบัติการขจัดความยากจน
	SDG0801 ทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจต่อหัวประชากรมีความยั่งยืนตามบริบทของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศของประเทศพัฒนาน้อยที่สุด มีการขยายตัวอย่างน้อยร้อยละ 7 ต่อปี
	SDG0802 บรรลุการมีผลิตภาพทางเศรษฐกิจในระดับที่สูงขึ้นผ่านการสร้างความหลากหลาย การยกระดับเทคโนโลยีและนวัตกรรม รวมถึงการมุ่งเน้นภาคการผลิตที่มีมูลค่าเพิ่มสูง และใช้แรงงานเป็นหลัก (Labour-intensive)
	SDG1509 บูรณาการมูลค่าของระบบนิเวศและความหลากหลายทางชีวภาพเข้าไปสู่การจัดทำแผน กระบวนการพัฒนา ยุทธศาสตร์การลดความยากจน และบัญชีที่ระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2563
	SDG1713 เพิ่มพูนเสถียรภาพเศรษฐกิจมหภาคของโลก โดยรวมถึงผ่านการประสานงานนโยบายและความสอดคล้องเชิงนโยบาย
	SDG1714 ยกกระดับความสอดคล้องเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
สสว.	SDG0803 ส่งเสริมนโยบายที่มุ่งเน้นการพัฒนาที่สนับสนุนกิจกรรมที่มีผลิตภาพ การสร้างงานที่มีคุณค่า ความเป็นผู้ประกอบการ ความสร้างสรรค์และนวัตกรรม และให้การสนับสนุนการรวมตัวและการเติบโตของวิสาหกิจรายย่อย ขนาดเล็ก และขนาดกลาง ผ่านการเข้าถึงบริการทางการเงิน
อก.	SDG0309 ลดจำนวนการตายและการเจ็บป่วยจากสารเคมีอันตรายและจากมลพิษและการปนเปื้อนทางอากาศ น้ำ และดิน ให้ลดลงอย่างมาก ภายในปี พ.ศ. 2573
	SDG0902 ส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมที่ครอบคลุมและยั่งยืน และภายในปี พ.ศ. 2573 ให้เพิ่มส่วนแบ่งของภาคอุตสาหกรรมในการจ้างงานและผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ โดยให้เป็นไปตามบริบทของประเทศ และให้เพิ่มส่วนแบ่งขึ้นเป็น 2 เท่า ในประเทศพัฒนาน้อยที่สุด
	SDG0904 ยกกระดับโครงสร้างพื้นฐานและปรับปรุงอุตสาหกรรมเพื่อให้เกิดความยั่งยืน โดยเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรและการใช้เทคโนโลยีและกระบวนการทางอุตสาหกรรมที่สะอาดและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น โดยทุกประเทศดำเนินการตามขีดความสามารถของแต่ละประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2573

หน่วยงาน	เป้าหมายย่อย (SDG Targets)
อว.	<p>SDG0205 คงความหลากหลายทางพันธุกรรมของเมล็ดพันธุ์พืชที่ใช้เพาะปลูก สัตว์ในไร่นาและที่เลี้ยงตามบ้านเรือน และชนิดพันธุ์ตามธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับพืชและสัตว์เหล่านั้น รวมถึงให้มีธนาคารพืชและเมล็ดพันธุ์ที่มีการจัดการที่ดีและมีความหลากหลาย ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับนานาชาติ และสร้างหลักประกันว่าจะมีการเข้าถึงและแบ่งปันผลประโยชน์อันเกิดจากการใช้ทรัพยากรทางพันธุกรรมและองค์ความรู้ท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม ตามที่ตกลงกันระหว่างประเทศ ภายในปี พ.ศ. 2563</p> <p>SDG0403 สร้างหลักประกันให้ชายและหญิงทุกคนเข้าถึงการศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา รวมถึงมหาวิทยาลัยที่มีคุณภาพ ในราคาที่สามารถจ่ายได้ ภายในปี พ.ศ. 2573</p> <p>SDG0905 เพิ่มพูนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ยกระดับขีดความสามารถทางเทคโนโลยีของภาคอุตสาหกรรมในทุกประเทศ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา และให้ภายในปี พ.ศ. 2573 มีการส่งเสริมนวัตกรรมและให้เพิ่มจำนวนผู้ทำงานวิจัยและพัฒนา ต่อประชากร 1 ล้านคน และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาในภาครัฐและเอกชน</p> <p>SDG090B สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยี การวิจัย และนวัตกรรมภายในประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงการให้มีสภาพแวดล้อมทางนโยบายที่นำไปสู่ความหลากหลายของอุตสาหกรรมและการเพิ่มมูลค่าของสินค้าโภคภัณฑ์</p> <p>SDG120A สนับสนุนประเทศกำลังพัฒนาในการเสริมความแข็งแกร่งของขีดความสามารถด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่จะขับเคลื่อนไปสู่แบบแผนการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืนยิ่งขึ้น</p> <p>SDG1707 ส่งเสริมการพัฒนา การถ่ายทอด และการเผยแพร่เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมให้กับประเทศกำลังพัฒนาภายใต้เงื่อนไขที่อำนวยความสะดวกแก่ประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งตามเงื่อนไขสิทธิพิเศษตามที่ตกลงร่วมกัน</p>
ก.ล.ต.	SDG1206 สนับสนุนให้บริษัท โดยเฉพาะบริษัทข้ามชาติและบริษัทขนาดใหญ่ รับแนวปฏิบัติที่ยั่งยืนไปใช้ และบูรณาการข้อมูลด้านความยั่งยืนไว้ในรอบการรายงานของบริษัทเหล่านั้น



ที่ปรึกษา

นายแพทย์โอกาส การย์กวิณพงศ์
นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

นายแพทย์สุภโชค เวชกัญท์เกษิษ
นายแพทย์สุรศักดิ์ เมธาศิริมงคล
นางธิดาทิภากร คุณา

ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
รองผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ

กองบรรณาธิการ

กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ

นางสาวอุบลวรรณ นิยมจันทร์
นางสาวฉวีจันตรี ชิงจัตุรัส
นางสาวจิตศุภางค์ กระแสร์สินธุ์
นางสาวดนิตา โลกนิมิตร
นางสาวศรินภา ยะจา
นางสาวคนกวรรณ ชูเพชร
นางสาวชนิศา รักเศรษฐกิจ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

นางนพวรรณ มาดาร์ตน์
นางสาวโครดา ปัตถวัลย์
นางสาวภาวิณี ทุมเกษตร

นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสถิติชำนาญการ
นักวิชาการสถิติ

พิมพ์ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2566
จัดพิมพ์โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
Website <http://bps.moph.go.th>

ISBN(e-book) 978-616-11-5105-8





กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

