

บทสรุปผู้บริหาร

การรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs) จะมีการจัดทำขึ้นทุก ๆ 5 ปี เพื่อเป็นการติดตามผลการดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ จำนวน 8 เป้าหมายหลัก 18 เป้าหมายย่อย 48 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขต้องมีการติดตามและจัดทำรายงาน มีจำนวนทั้งสิ้น 44 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย MDG จำนวน 24 ตัวชี้วัด และ MDG+ จำนวน 20 ตัวชี้วัด

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด MDGs และ MDG+ ของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 3 พ.ศ.2557 มีผลการดำเนินงาน สามารถสรุปได้ดังนี้

ตัวชี้วัดที่บรรลุแล้ว ได้แก่

1. เป้าหมาย MDG 1C ลดสัดส่วนประชากรที่วัยโหลยลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2533 – 2558 ซึ่งผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการ ระหว่างปี 2551 – 2552 พบว่า สัดส่วนประชากรอายุสูงกว่า 20 ปีที่ได้รับพลังงานอาหารต่ำกว่าเกณฑ์ความต้องการ (วัดจากดัชนีมวลกาย) คือร้อยละ 8.6 ลดลงจากร้อยละ 10.1 ในปี 2546 (เกณฑ์ตัดสินภาวะผอม ใช้ค่า <18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) **ทั้งนี้ ภาวะอ้วน** ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบในผู้ชาย 28.4% และผู้หญิง 40.7% ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล โดยภาคกลางและกรุงเทพฯ สูงกว่าภาคอื่น ๆ ส่วนภาวะอ้วนลงพุง ในผู้ชายที่รอบเอวเกิน 90 ซม.มี 18.6% และในผู้หญิงมี 45% เมื่อเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 3 พบว่า ครั้งที่ 4 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนกรณีโรคเบาหวาน คาดว่าจะมีผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 6.9% หรือ 3 ล้านคน โดยความชุกในผู้ชาย 6% ผู้หญิง 7.7% ความชุกจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ส่วนภาวะโภชนาการในเด็ก พบว่า กลุ่มที่มีปัญหามากที่สุดได้แก่เด็กชาวไทยภูเขาซึ่งข้อมูลการสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนพื้นที่สูงปี 2544 พบอัตราชาวเขาอายุต่ำกว่าห้าปีมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 36.0 การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยชาวเขาปี 2547 พบร้อยละ 37.5 ปี ในปี 2555 ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูงได้รับข้อมูลนำเข้าในระบบสารสนเทศประชากรไทยพื้นที่สูง จากครูศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง 243 แห่งที่ปฏิบัติงานในพื้นที่โครงการแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นพื้นที่ทุรกันดาร ได้ประเมินภาวะโภชนาการเด็กโดยใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตพบอัตราชาวไทยภูเขาอายุต่ำกว่าห้าปีมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 46.7 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 32.3 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 33.1 น้ำหนักตามเกณฑ์ความสูง (สมส่วน) ร้อยละ 64.6 และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพชาวไทยภูเขาภาคเหนือตอนบนปี 2556 พบอัตราชาวไทยภูเขาอายุต่ำกว่าห้าปีมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 67.3 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 16.7 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 55.3 น้ำหนักตามเกณฑ์ความสูง (สมส่วน) ร้อยละ 11.5 ข้อมูลทั้งสองแหล่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะโภชนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ยังไม่ถึงเป้าหมาย คือเด็กน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ต้องน้อยกว่าร้อยละ 10 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป้าหมาย ร้อยละ 90 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุเป้าหมายร้อยละ 95 และน้ำหนักตามเกณฑ์ความสูงเป้าหมายร้อยละ 70

2. เป้าหมาย MDG 6c ป้องกันและลดการเกิดโรคมมาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี 2558 ในส่วนของโรคมมาลาเรีย พบว่าในปีงบประมาณ 2555 จำนวนผู้ป่วยมาลาเรียทั่วประเทศรวม 47,591 ราย เป็นผู้ป่วยคนไทย และต่างชาติดาวร จำนวน 27,674 ราย ผู้ป่วยต่างชาติชั่วคราว จำนวน 6,210 ราย และ ค่ายผู้อพยพ จำนวน 13,707 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.42 ต่อประชากรหนึ่งพันคน อัตราส่วน ระหว่างเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมและเชื้อมาลาเรียชนิดไวแวกซ์เท่ากับ 1:2 จังหวัดที่พบผู้ป่วยมาลาเรียสูง ได้แก่ จังหวัดตาก กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ สงขลา อุบลราชธานี ชุมพร ประจวบคีรีขันธ์ และระนอง

3. เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการเกิดโรคมมาลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดนให้เหลือ 1.4 ต่อ ประชากรพันคนภายในปี 2549

4. เป้าหมาย MDG 7C ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดและส้วมที่ถูก สุขลักษณะครึ่งหนึ่งภายในปี 2558 จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2553 พื้นที่ในเขตเมืองมีน้ำบริโภคครอบคลุมร้อยละ 98.2 ในเขตชนบทมีน้ำบริโภคครอบคลุมร้อยละ 99.0 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด แต่ในภาพรวมของประเทศยังมีประชาชนส่วนหนึ่งยังขาดแคลนน้ำสะอาด สำหรับบริโภค โดยความรุนแรงของการขาดน้ำสะอาดในชนบทสูงกว่าในเมือง โดยเฉพาะในช่วงฤดูแล้งมี หมู่บ้านที่ประสบภัยแล้งซ้ำซากเป็นประจำ สำหรับคุณภาพบริโภค จากการสุ่มตรวจสอบคุณภาพน้ำ บริโภคของกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในปี พ.ศ. 2551-2555 ประเมินโดยใช้เกณฑ์ คุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ. 2553 พบว่า น้ำบริโภคส่วนใหญ่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้น น้ำประปาจากการประปาส่วนภูมิภาคมากกว่า ร้อยละ 80.0 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

5. เป้าหมาย MDG 8E ร่วมมือกับบรรษัทการค้าเงินการให้ประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงยา ที่จำเป็น จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ ซึ่งพบว่า ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียน 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่อาจจะยังไม่เจ็บป่วย และผู้ปกครองไม่ทราบสิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่เด็ก พึ่งได้รับ และกลุ่มวัยทำงานที่ลาออกจากงานข้าราชการ หรือ บริษัทเอกชน ทำให้หมดสิทธิการ รักษาพยาบาลกรณีข้าราชการ หรือ ประกันสังคม และไม่ได้แสดงความจำนงลงทะเบียนสิทธิ ทำให้เกิด สถานะสิทธิว่าง ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่มีโอกาสที่จะบรรลุ ได้แก่

1. เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ บางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558 พบว่า มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากปัจจุบันการอนามัยแม่และเด็ก สุขาภิบาล การสร้างภูมิคุ้มกันโรค เช่น การปลูกฝี ฉีดวัคซีน ช่วยทำให้ ทารกและเด็กมีอัตราการรอดชีพสูงขึ้นอย่างมาก รวมทั้งการบริการสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น รวมทั้งการทำงานเชิงรุก โดยในปี 2551 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี 9.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ลดลงเหลือ 9.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคนในปี 2554

2. เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และ สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558 พบว่า ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ ยังมี

อัตราการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ โดยเฉพาะปี 2552 อัตราสูงที่สุด 80.58 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งอัตราส่วนมารดาตายของจังหวัดที่พบว่าสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากมีอัตราการเกิดน้อย จึงทำให้อัตราส่วนมารดาตายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย แม้จะมีมารดาเสียชีวิตเพียง 1 คนก็ตาม ทั้งนี้ สาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการตกเลือดหลังคลอด ปัญหาสภาพพื้นที่ส่งผลให้การคมนาคมมีความยากลำบาก ความเชื่อและประเพณีของชนเผ่าที่มีวิถีชีวิตที่แตกต่างและหลากหลาย และความต่อเนื่องของการรายงานข้อมูลในส่วนของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อยู่ในอัตราส่วนที่สูง โดยในปี 2553 อัตราส่วนสูงที่สุด 64.0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ หลังจากนั้นอัตราส่วนลดลงเรื่อยๆ ข้อมูลที่รายงานเป็นข้อมูลที่สูงกว่ารายงานในทะเบียนราษฎร (แต่ใกล้เคียงกับข้อมูลการวิเคราะห์ TDR) เนื่องจากทุกจังหวัดมีนโยบายในการค้นหาการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งในและนอกสถานบริการ สาเหตุการตายทางตรงส่วนใหญ่ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ สาเหตุทางอ้อมมีอัตราเพิ่มมากขึ้นสาเหตุที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง

3. เป้าหมาย MDG 5B ให้ทุกคนเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ภายในปี 2558 พบว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 18 ปี ๆ ละประมาณ 70,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 ต่อปี ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่จบการศึกษาระดับ ม.ต้น และเมื่อเก็บข้อมูลตามโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า ประมาณร้อยละ 70 ของแม่วัยรุ่นเกิดจากปัญหาท้องไม่พร้อม และยังมีแม่วัยรุ่นท้องไม่พร้อม ประมาณ 1 ล้านท้อง คลอดเป็นทารกมีชีวิตเพียง 8 แสนรายเท่านั้น

4. เป้าหมาย MDG 6c ป้องกันและลดการเกิดโรคมลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี 2558 ในส่วนของวัณโรคและโรคหลอดเลือดหัวใจ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อในปี 2554 มีอัตราความสำเร็จในการรักษา (Treatment success rate) ร้อยละ 85 (25,650/30,084) และพบปัญหาขาดการรักษาร้อยละ 3 และการเสียชีวิตร้อยละ 7 ซึ่งผู้ที่เสียชีวิตมีการติดเชื้อเอช ไอ วี ร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 15 (486/3,132) นอกจากนั้นผลการศึกษาวัยจ้อยของโครงการเฝ้าระวังวัณโรคเชิงรุกระหว่างปี 2547-2549 พบว่า ผู้ที่เสียชีวิตที่ไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี เป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) สูงถึงร้อยละ 44 (194/441)

ตัวชี้วัดที่ไม่สามารถประเมินได้ ได้แก่

1. เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ภายในปี 2549 ซึ่งมีการเปลี่ยนชุดข้อมูลที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลการสำรวจมาใช้ข้อมูลจากทะเบียนราษฎรเนื่องจากมีการแสดงผลต่อเนื่องทุกปี และได้ปรับปรุงระบบข้อมูลดีขึ้นจนข้อมูลจากทะเบียนราษฎรใกล้เคียงกับข้อมูลจากการสำรวจมากขึ้น จึงไม่สามารถประเมินผล MDG+ ที่กำหนดเป้าหมายบนฐานข้อมูลชุดเดิมได้

2. เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราส่วนการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2549 เนื่องจากมีการเปลี่ยนชุดข้อมูล จึงไม่สามารถประเมินผล MDG+ ที่กำหนดเป้าหมายบนฐานข้อมูลชุดเดิมได้

ทั้งนี้ ยังมีการขอปรับเปลี่ยนตัวชี้วัด ได้แก่ การจัดเก็บตัวชี้วัดอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับหญิงอื่นของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในรอบปีที่ผ่านมา ไม่สอดคล้องกับแผนติดตามและประเมินผลของประเทศ ที่กำหนดตัวชี้วัดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและเป้าหมายการดำเนินงาน เป็นร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด

ซึ่งภารกิจที่ทำหายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะต้องดำเนินการต่อมี 6 ประเด็น ได้แก่

1. ด้านโภชนาการ ซึ่งมีผลกระทบที่สัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตหลายประการทั้งในปัจจุบันและอนาคตโดยเฉพาะกลุ่มเด็ก ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมิใช่แค่เพียงโครงสร้างด้านร่างกายที่ส่งผลให้เตี้ยแคระแกร็นเท่านั้น ยังทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคร้าย ภาวะเตี้ยที่มีผลต่อการพัฒนาสมอง ภาวะอ้วนที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

2. การพัฒนาสุขภาพมารดาและเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนบน (พื้นที่สูง) และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การพัฒนาเด็กให้มีคุณภาพ เป็นกำลังสำคัญของสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ควรเน้นการบูรณาการในการดำเนินงาน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเฉพาะพื้นที่ เช่น ชนกลุ่มน้อย (ชาวเขา ชาวเล) เด็กด้อยโอกาส เด็กในชุมชนแออัดในเมือง เด็กเร่ร่อน ตั้งแต่พัฒนาการของเด็กแรกเกิด สุขภาพมารดา การโภชนาการ การศึกษาสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย ในส่วนของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีปัญหาต่างด้าวมีการตั้งครอบครัวและเสียชีวิต

3. ภาวะโลหิตจาง กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งจากผลการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน ปี 2554 พบภาวะโลหิตจางในเด็กเล็กมากที่สุด คือ เด็กอายุ 1 – 2 ปี มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 33 เด็กอายุ 3 – 5 ปี ร้อยละ 68 เด็กอายุ 6 – 12 ปี ร้อยละ 10 โดยพบในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง โดยเฉพาะในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 17.2 (ปี 2555) จะส่งผลให้คลอดทารกก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.5 (ปี 2555) และมีผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กและสติปัญญาในการเรียนรู้ต่ำ

4. การดำเนินการด้านการวางแผนครอบครัว อย่างต่อเนื่องและได้ผล โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้แล้วในระดับนโยบาย ประเทศไทยในปัจจุบันกำลังประสบกับปัญหาอัตราการเกิดต่ำกว่าระดับทดแทน และภาวะการตั้งครรรภ์วัยรุ่น การท้องไม่พร้อม ทำให้อาจประสบกับปัญหาเกี่ยวกับโครงสร้างประชากรในอนาคต

5. การลดการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ เมื่อประเทศไทยไม่สามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ได้ตามเป้าหมาย การดำเนินงานจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่ของการป้องกันเป็นแบบผสมผสาน คือ ส่งเสริมการมีพฤติกรรมป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯ กินยาสม่ำเสมอ

6. การลดอัตราการตายในผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจากการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสถานการณ์วัณโรค เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยทั้งสองโรคพร้อมกันมีอาการรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นในการเร่งค้นหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พัฒนาระบบรายงานและการกำกับติดตามประเมินผล พัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาในพื้นที่และกลุ่มเสี่ยง

เฉพาะ พัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการชั้นสูงตรวจโรค และควบคุมโรคในประชากรข้ามแดนและประชากรต่างด้าว

7. การลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุหลักสำคัญจากพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตที่เสี่ยงในประชากรได้แก่การรับประทานอาหารมันและ/หรืออาหารเค็ม การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายน้อย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความเครียดจากการรับแรงและการใช้ชีวิตในกระแสโลกาภิวัตน์ ประกอบกับประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัยของชีวิต ทั้งในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานที่ทำงาน พัฒนาระบบบริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบส่งต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพ

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs) บรรลุผลตามที่ได้กำหนดไว้ ต้องได้รับความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาจากทุกภาคส่วน ยกกระดับการให้บริการสาธารณสุขเชิงรุก ประชาชนเข้าถึงได้ การพัฒนาชุมชนและท้องถิ่นให้เกิดความเข้มแข็ง น่าอยู่ ปลอดภัย มีพัฒนาการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ทั้งด้านสังคม การศึกษา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งจะส่งผลให้ประเทศไทยเกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ประชาชนมีสุขภาพและบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ

บทที่ 1

การรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ด้านสุขภาพของประเทศไทย ฉบับที่ 3 พ.ศ.2557

ความเป็นมา

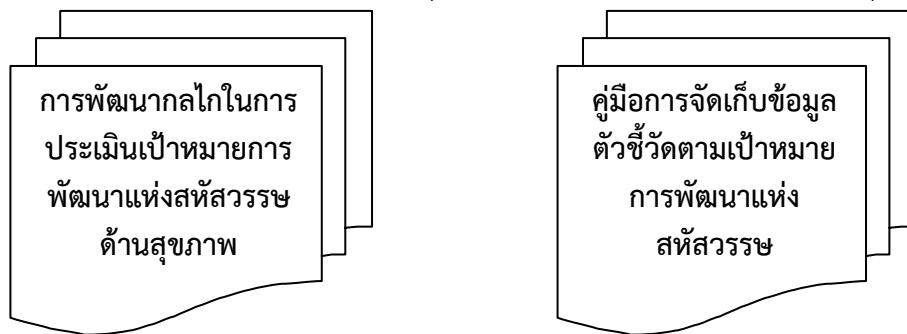
ตามทวิองค์การสหประชาชาติ และผู้นำประเทศสมาชิก 189 ประเทศ ได้ร่วมประชุมสุดยอดแห่งสหัสวรรษ และได้รับรองปฏิญญาแห่งสหัสวรรษ เมื่อเดือนกันยายน 2543 ซึ่งกำหนดวาระการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคน และลดช่องว่างการพัฒนาให้เป็นจุดเริ่มต้นศตวรรษใหม่ ซึ่งปฏิญญาแห่งสหัสวรรษเป็นที่มาของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 8 ข้อ เป้าหมายย่อย 18 ข้อ และตัวชี้วัด 48 ตัวชี้วัด นอกจากนี้ประเทศไทยยังตั้งเป้าหมายเพิ่มเติมที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาประเทศเพิ่ม MDG Plus (MDG+) ในเรื่องของการศึกษา สุขภาพ ความเท่าเทียมทางเพศ และสิ่งแวดล้อม สำหรับเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขได้แก่

- เป้าหมายหลักที่ 1 ขจัดความยากจนและหิวโหย
- เป้าหมายหลักที่ 4 ลดอัตราการตายของเด็ก
- เป้าหมายหลักที่ 5 พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์
- เป้าหมายหลักที่ 6 ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรียและโรคสำคัญอื่นๆ
- เป้าหมายหลักที่ 7 รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน
- เป้าหมายหลักที่ 8 ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

โดยมีตัวชี้วัดด้านสุขภาพทั้งสิ้น 44 ตัวชี้วัด

ส่วนการรายงานผลงานตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้มีการจัดทำรายงาน ฉบับที่ 1 ไปแล้วเมื่อปี 2547 ฉบับที่ 2 เมื่อปีพ.ศ. 2552 และกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำรายงานฯ ฉบับที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2553 และขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs) ด้านสุขภาพของประเทศไทยฉบับที่ 3 ในปี 2557 เพื่อเสนอสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งมีสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์เป็นหน่วยประสานและได้เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานตามกรอบและแนวทางที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกำหนด สำหรับการรายงานผลฯ ได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลกลาง เพื่อรวบรวมและนำเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพดังกล่าว เพื่อให้เป็นระบบข้อมูลเดียวของประเทศ

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแกนนำการขับเคลื่อนเป้าหมาย MDGs หลายเป้าหมาย ได้จัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่ความเข้าใจและสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับ MDGs หลายชุด อาทิ



- รายงานวิชาการ เรื่อง “การพัฒนากลไกในการประเมินเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ” โดยจัดทำร่วมกับองค์การอนามัยโลกในปี 2548
- “คู่มือการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ” ปี 2552

ตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขที่ดำเนินการจัดเก็บ

ตัวชี้วัดที่รวบรวมทั้งหมด 44 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

2.1 ตัวชี้วัดตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ด้านสุขภาพ มีจำนวน 24 ตัวชี้วัด ดังนี้

- 1) อัตราเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
- 2) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- 3) อัตราการตายของทารก
- 4) สัดส่วนเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด
- 5) อัตราส่วนการตายมารดา
- 6) สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข
 - 6.1) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนคลอดตามเกณฑ์
 - 6.2) มารดาคลอดที่ได้รับการบริการตรวจหลังคลอดตามเกณฑ์
- 7) อัตราการคุมกำเนิด (ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 49 ที่อยู่กับสามี)
- 8) อัตราการตายอายุ 15 – 19 ปี (อัตราเกิดในวัยรุ่น)
- 9) อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง
- 10) อัตราการยังใช้การคุมกำเนิด
- 11) ร้อยละของเยาวชนหญิงและชาย อายุ 15 – 24 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวี
- 12) อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับหญิงอื่นของนักเรียนชายระดับ

มัธยมศึกษาปีที่ 5 ในรอบปีที่ผ่านมา ขอปรับแก้เป็น ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปีที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด (%)

เกี่ยวกับเอชไอวี

- 13) ร้อยละของเยาวชนหญิงและชาย อายุ 15 – 24 ปี ที่มีความรู้ที่ถูกต้อง
- 14) ร้อยละของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่มีอาการที่ได้รับยาต้านไวรัส
- 15) อัตราการเกิดโรคมมาลาเรียต่อประชากรพันคน
- 16) อัตราการตายด้วยโรคมมาลาเรียต่อประชากรแสนคน
- 17) อัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรค
- 18) อัตราการตายด้วยวัณโรค
- 19) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
- 20) สัดส่วนประชากรในเขตเมืองเข้าถึงแหล่งน้ำดื่มสะอาด
- 21) สัดส่วนประชากรในเขตชนบทเข้าถึงแหล่งน้ำดื่มสะอาด
- 22) สัดส่วนประชากรในเขตเมืองที่ใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ
- 23) สัดส่วนประชากรในเขตชนบทที่ใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ
- 24) ร้อยละความครอบคลุมของประชาชนไทยผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ

ตัวชี้วัด ดังนี้

2.2 ตัวชี้วัดตามบริบทการพัฒนาประเทศโดยเพิ่ม MDG Plus (MDG+) มีจำนวน 20

ต้องการ

- 1) สัดส่วนประชากรอายุสูงกว่า 20 ปี ที่ได้รับพลังงานอาหารต่ำกว่าเกณฑ์ความต้องการ
- 2) อัตราเด็กชาวเขาที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
- 3) ร้อยละครัวเรือนที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ
(ปริมาณไอโอดีน ≥ 30 ppm.)
- 4) อัตราการขาดสารไอโอดีนในหญิงมีครรภ์
- 5) อัตราการขาดธาตุเหล็กในวัยเรียน 6 – 14 ปี
- 6) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ
 - 6.1) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และตาก (ข้อมูลทะเบียนราษฎร์)
 - 6.2) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และตาก (ข้อมูลสำรวจ)
- 7) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดยะลา
- 8) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดปัตตานี
- 9) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดนราธิวาส
- 10) อัตราการตายของทารก ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ

10.1) อัตราการตายของทารก ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และตาก (ข้อมูลทะเบียนราษฎร)

10.2) อัตราการตายของทารก ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และตาก (ข้อมูลสำรวจ)

11) อัตราการตายของทารก ในจังหวัดยะลา

12) อัตราการตายของทารก ในจังหวัดปัตตานี

13) อัตราการตายของทารก ในจังหวัดนราธิวาส

14) อัตราส่วนการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ

14.1) อัตราส่วนการตายของมารดา ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และตาก (ข้อมูลทะเบียนราษฎร)

14.2) อัตราส่วนการตายของมารดา ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน และตาก (ข้อมูลสำรวจ)

15) อัตราส่วนการตายของมารดา ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี นราธิวาส)

16) อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงที่ฝากครรภ์

17) อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกของประชากร

18) อัตราการเกิดโรคมมาลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดนต่อประชากร 1,000 คน

19) อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อประชากรแสนคน

20) อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อประชากรแสนคน

บทที่ 2

ภาพรวมผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย MDGs และ MDG+

การดำเนินงานตามเป้าหมาย MDGs และ MDG+ ของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาในภาพรวมยังคงมีผลการดำเนินงานที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก และมีบางตัวชี้วัดที่ไม่สามารถประเมินได้ในรายงานฉบับนี้ ได้แก่

1. การสำรวจความครอบคลุมวัคซีนพื้นฐาน ดำเนินการสำรวจทุก 5 ปี โดยใช้วิธี 30-cluster survey ตามคำแนะนำของ WHO ซึ่งปี 2556 อยู่ระหว่างการสำรวจในพื้นที่ 12 ศูนย์เขตทั่วประเทศ จึงไม่สามารถรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัด สัดส่วนเด็กอายุหนึ่งปีที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดได้
2. การจัดเก็บตัวชี้วัดอัตราการใช้อุปกรณ์อนามัยทุกครั้งกับหญิงอื่นของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในรอบปีที่ผ่านมา ไม่สอดคล้องกับแผนติดตามและประเมินผลของประเทศ ที่กำหนดตัวชี้วัดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและเป้าหมายการดำเนินงาน เป็น ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้อุปกรณ์อนามัยครั้งสุดท้าย

เป้าหมาย MDG+ ที่กำหนดขึ้นเป็นเป้าหมายที่ท้าทายมาก มีโอกาสต่ำที่จะบรรลุเป้าหมาย เช่น

1. การลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะอุปสรรคด้านภูมิศาสตร์และปัญหาความไม่สงบในพื้นที่
2. การลดอัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน) ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือและสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีอัตราการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่
3. อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อประชากรแสนคน) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

เป้าหมายอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถประเมินความก้าวหน้าได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากเป้าหมาย MDGs ที่กำหนดไว้ไม่เหมาะสมกับประเทศไทย หรือมีการปรับเปลี่ยนชุดข้อมูล เช่น เป้าหมาย MDG 4A การลดอัตราการตายของเด็กกลางสองในสาม เป้าหมาย MDG 5A การลดอัตราส่วนการตายของมารดาลงสามในสี่ เป้าหมาย MDG+ การลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน

สรุปผลการประเมินการบรรลุเป้าหมาย MDGs และ MDG+ ในปี 2555 โดยเปรียบเทียบกับปี 2552 และปี 2547

เป้าหมาย MDGs และ MDG+	ผลการประเมิน		
	ปี 2555	ปี 2552	ปี 2547
เป้าหมายหลักที่ 1 ขจัดความยากจนและหิวโหย			
เป้าหมาย MDG 1C ลดสัดส่วนประชากรหิวโหยลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2533 - 2558	บรรลุแล้ว	บรรลุแล้ว	บรรลุแล้ว
เป้าหมายหลักที่ 4 ลดอัตราการตายของเด็ก			
เป้าหมาย MDG 4A ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี ลงสองในสามในช่วงปี 2533 - 2558	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคนภายในปี 2549	ไม่สามารถประเมินได้ เพราะเปลี่ยนชุดข้อมูล	ไม่สามารถประเมินได้ เพราะเปลี่ยนชุดข้อมูล	-
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558	มีโอกาสต่ำที่จะบรรลุ	มีโอกาสต่ำที่จะบรรลุ	-
เป้าหมายหลักที่ 5 พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์			
เป้าหมาย MDG 5A ลดอัตราการตายของมารดาลงสามในสี่ในช่วงปี 2533-2558	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราส่วนการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนภายในปี 2549	ไม่สามารถประเมินได้ เพราะเปลี่ยนชุดข้อมูล	ไม่สามารถประเมินได้ เพราะเปลี่ยนชุดข้อมูล	-
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558	มีโอกาสบรรลุ	มีโอกาสบรรลุ	-

เป้าหมาย MDGs และ MDG+	ผลการประเมิน		
	ปี 2555	ปี 2552	ปี 2547
เป้าหมาย MDG 5B ให้ทุกคนเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ภายในปี 2558	มีโอกาสสูงที่จะบรรลุ	มีโอกาสสูงที่จะบรรลุ	
เป้าหมายหลักที่ 6 ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรียและโรคสำคัญอื่นๆ			
เป้าหมาย MDG 6A ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558		บรรลุแล้ว	บรรลุแล้ว
เป้าหมาย MDG 6b ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการดูแลรักษาอย่างทั่วถึงภายในปี 2553		มีโอกาสสูงที่จะบรรลุ	
<i>เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือร้อยละ 1 ภายในปี 2549</i>		<i>ไม่สามารถประเมินได้ เพราะเปลี่ยนตัวชี้วัด</i>	-
เป้าหมาย MDG 6c ป้องกันและลดการเกิดโรคมาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี 2558	มาลาเรีย-บรรลุแล้ว วัณโรค - มีโอกาสต่ำจะบรรลุ หลอดเลือดหัวใจ - มีโอกาสต่ำจะบรรลุ	มาลาเรีย-บรรลุแล้ว วัณโรค - มีโอกาสต่ำจะบรรลุ หลอดเลือดหัวใจ - มีโอกาสต่ำจะบรรลุ	มาลาเรีย-บรรลุแล้ว วัณโรค - มีโอกาสบรรลุ
<i>เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการเกิดโรคมาลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดนให้เหลือ 1.4 ต่อประชากรพันคนภายในปี 2549</i>	บรรลุแล้ว	บรรลุแล้ว	-
เป้าหมายหลักที่ 7 รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน			
เป้าหมาย MDG 7C ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดและสุขอนามัยที่ถูกต้องสักครั้งหนึ่งภายในปี 2558	บรรลุแล้ว	บรรลุแล้ว	บรรลุแล้ว

เป้าหมาย MDGs และ MDG+	ผลการประเมิน		
	ปี 2555	ปี 2552	ปี 2547
เป้าหมายหลักที่ 8 ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก			
เป้าหมาย MDG 8E ร่วมมือกับบรรษัทฯ ดำเนินการให้ประเทศกำลังพัฒนาฯ สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น	บรรลุแล้ว	บรรลุแล้ว	-

รายงานผลการดำเนินการตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ. 2533 – 2555

เป้าหมาย	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2556
เป้าหมายหลักที่ 1 : ขจัดความยากจน และหิวโหย						
<i>เป้าหมายย่อยที่ 1C : ลดสัดส่วน ประชากรยากจนลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี พ.ศ.2533-2558</i>						
อัตราเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีที่มี น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	*41.68 (2529)	*31.3	29.1* 11.3 ** (2546)		***4.8 (2551- 2552)	
<p>หมายเหตุ - ข้อมูลจากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 (2529) ครั้งที่ 4 (2538) และครั้งที่ 5 (2546)</p> <p>* ใช้มาตรฐานชุดเดิมปี พ.ศ.2519 ในการประเมินการเจริญเติบโต</p> <p>** ใช้มาตรฐานชุดใหม่ปี พ.ศ.2538 แต่เผยแพร่ปี พ.ศ.2543 ในการประเมินการเจริญเติบโต</p> <p>*** ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - 2552</p>						
เป้าหมายหลักที่ 4 : ลดอัตราการตาย ของเด็ก						
<i>เป้าหมายย่อยที่ 4A : ลดอัตราการตาย ของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลงสองในสาม ในช่วงปี 2533 - 2558</i>						
อัตราการตายของเด็กอายุต่ำ กว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	12.8	11.6	11.9	10.8	9.9	9.1 (2555)
อัตราการตายของทารก (ต่อ การเกิดมีชีพ 1,000 คน)	8.0	7.2	6.2	7.6	7.3	6.8 (2555)
สัดส่วนเด็กอายุหนึ่งปีที่ได้รับ วัคซีนป้องกันโรคหัด	78		94.2 (2542)	96.1 (2546)	98.1	อยู่ระหว่างการ ดำเนินการ
เป้าหมายหลักที่ 5 : พัฒนาสุขภาพ สตรีมีครรภ์						
<i>เป้าหมายย่อยที่ 5A : ลดอัตราการตาย ของมารดาสามในสี่ ในช่วงปี 2533 - 2558</i>						

เป้าหมาย	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2556
อัตราส่วนการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน)	-	-	44.5 (2547)	41.6 (2549)	38.5	31.80 (2553)
สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับ การดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข	90.8	94.4	98 (2544)	99	-	
เป้าหมายย่อยที่ 5B : ให้ทุกคนได้รับ บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ภายในปี 2558						
อัตราการคุมกำเนิด	64.7 (2532)	75.2	79.2	81.1 (2549)	79.6 (2552)	
อัตรามารดาอายุ 15 – 19 ปี	42.2	41.2	31.1	49.3	50.1	53.6 (2554)
อัตราการฝากครรภ์ครบตาม เกณฑ์ 4 ครั้ง	N/A	83.4	91.8	90.0	79.6 (2552)	
อัตราการยังใช้การคุมกำเนิด	N/A	5.9 (2539)	1.2 (2544)	N/A	N/A	
เป้าหมายหลักที่ 6 : ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่น ๆ						
เป้าหมาย MDG 6A ชะลอและลดการ แพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558 เป้าหมาย MDG 6B ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการดูแลรักษา อย่างทั่วถึงภายในปี 2553						
ร้อยละของเยาวชนอายุ 15 – 24 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี	-	-	0.95 (2546)	0.45	ชาย 0.50 หญิง 0.58	0.40 (2555)
อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุก ครั้งกับหญิงอื่นของนักเรียนชายระดับ มัธยมศึกษาปีที่ 5 ในรอบปีที่ผ่านมา (ขอปรับตัวชี้วัดใหม่)	-	30 (2539)	22.2	56.3	54.5	

เป้าหมาย	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2556
ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด (%)						61.50 (2555)
ร้อยละของเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี ที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอชไอวี	-	-	18.67	31.15	37.42 (2550)	33.77
ร้อยละของประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่มีอาการที่ได้รับยาต้านไวรัส	-	-	-	41.00	67.14 ผู้ใหญ่ 66.49 เด็ก 86.06	70.0 ผู้ใหญ่: 69.9 เด็ก: 70.7 (2555)
เป้าหมาย MDG 6C ป้องกันและลดการเกิดโรคมาลาเรียและโรคสำคัญอื่น ๆ ภายในปี 2558						
อัตราการเกิดโรคมาลาเรีย (ต่อประชากรพันคน)	5.20	1.55	1.36	0.49	0.41	0.17 (2555)
อัตราการตายจากโรคมาลาเรีย (ต่อประชากรแสนคน)	2.3	1.4	1.01	0.26	0.16	0.06 (2555)
อัตราป่วยโรคฉี่หนู (ต่อประชากรแสนคน)	35.3 (2535)	37.4	51.8	55.4	49.0	46.90 (2555)
อัตราการตายด้วยโรคฉี่หนู (ต่อประชากรแสนคน)	6.8	7.0	-	3.93	4.11 (2550)	7.10 (2554)
อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยฉี่หนู			69 (2544)	75.0	81.3 (2550)	85.22 (2554)
เป้าหมายหลักที่ 7 : รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน						
เป้าหมายย่อยที่ 7C : ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาดและสวมถุงสุขลักษณะลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2558						

เป้าหมาย	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2538	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2556
สัดส่วนประชากรในเมืองที่เข้าถึงแหล่งน้ำดื่มสะอาด	96.5	-	97	96.3	-	98.2 (2553)
สัดส่วนประชากรในเขตชนบทที่เข้าถึงแหล่งน้ำดื่มสะอาด	76.4	-	91	87.0	-	99.0 (2553)
สัดส่วนประชากรในเขตเมืองที่ใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ	99	-	99.5	99.6	-	99.8 (2553)
สัดส่วนประชากรในเขตชนบทที่ใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ	83.1	-	97	98.6	-	99.6 (2553)
เป้าหมายหลักที่ 8 : ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก						
เป้าหมายย่อยที่ 8E : ร่วมมือกับบริษัทดำเนินการให้ประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น	-	-	-	96.25	99.16	99.89 (28 เม.ย.56)

บทที่ 3

รายงานผลตามเป้าหมาย

เป้าหมายหลักที่ 1 ขจัดความยากจนและหิวโหย

เป้าหมายย่อย MDG 1c ลดสัดส่วนประชากรหิวโหยลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2533-2558	บรรลุแล้ว?
--	------------

ตัวชี้วัด MDG	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. สัดส่วนประชากรที่มีรายจ่ายต่ำกว่าเส้นความยากจนด้านอาหาร (%)	2.44	1.06 (2537)	1.76	0.62 (2547)	0.80		1.22 (2558)	-
2. อัตราเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (%)	41.68* (2529)	31.3*	29.1* 11.3** (2546)		***4.8 (2551- 2552)			-

แหล่งข้อมูล:

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คำนวณจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจภาวะเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน
- กองโภชนาการ กรมอนามัย, การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 3 (2529), 4 (2538), 5 (2546)

*ใช้มาตรฐานชุดเดิมปี พ.ศ.2519 ในการประเมินการเจริญเติบโต

**ใช้มาตรฐานชุดใหม่ปี พ.ศ.2538 แต่เผยแพร่ปี พ.ศ. 2543 ในการประเมินการเจริญเติบโต

***ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - 2552

ตัวชี้วัด MDG+	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	เป้าหมาย MDG+
1. สัดส่วนประชากรอายุสูงกว่า 20 ปีที่ได้รับพลังงานอาหารต่ำกว่าเกณฑ์ความต้องการ (วัดจากดัชนีมวลกาย) (%)	25.0* (2538)		10.1** (2546)					8.6 (2551-52)					-
2. อัตราเด็กชาวเขาที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (%)	36.0 (2544)		37.5		26.8								-
3. ครรภ์ที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ (%)						83.5	85.4	77.4		93.5	95.8		-
4. อัตราการขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์	71.4**	64.4**	74.9**	-	57.4**	46.9**	58.5*	59.0		39.8	46.4		50
5. อัตราการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน 6-14 ปี (%)		30.56											-
แหล่งข้อมูล: 1, 5 กองโภชนาการ กรมอนามัย, การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 4 (2538), 5 (2546) 2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กองโภชนาการ กรมอนามัย, รายงานจาก 75 จังหวัด 4. กองโภชนาการ กรมอนามัย, รายงาน e-inspection (*ค่า BMI <20 กก./ม ² , **ค่า BMI <18.5 กก./ม ²) 5. แหล่งข้อมูล ICCIDD การทบทวนโครงการจัดโรคขาดสารไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร หมายเหตุ :*1. ปี 2551 ใช้เกณฑ์ที่วัด คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร **2. ปี 2545 - 2550 ใช้เกณฑ์ที่วัด คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 100 ไมโครกรัม/ลิตร													

รายงานผลการพัฒนา

ประเทศไทยดำเนินงานโภชนาการภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย (2555 - 2559) มุ่งเน้นประเด็นสำคัญด้าน ความมั่นคงทางอาหาร, ความปลอดภัยอาหาร, คุณภาพอาหาร และการศึกษาวิจัย เป็นหลัก พร้อมกันนี้จากสภาพปัญหาที่พบขณะนี้ประเทศไทยเผชิญกับภาวะโภชนาการเกิน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ อาทิ เบาหวาน ไขมัน ความดันโลหิตสูง ตลอดจนโรคหัวใจ โรคมะเร็ง มีอัตราสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการแก้ไขโดยบูรณาการงานต่างๆ รวมทั้งงานโภชนาการในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พร้อมๆกัน ก็มีกรอบการดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยและโภชนาการควบคู่ไปด้วยกัน

แผนงานอาหารและโภชนาการในประเทศไทย แบ่งเป็น 3 แผนงานหลัก คือ การป้องกันแก้ไขโรคอ้วน คนไทย การส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กไทยแรกเกิด -18 ปี และการควบคุมป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีน ซึ่งทุกแผนงานมียุทธศาสตร์การทำงานภายใต้กฎบัตรกรุงเทพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และคำนึงถึงการขยายขอบเขตของงานให้กว้างขวางขึ้นโดยได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งรัฐและเอกชน พร้อมทั้งให้มีความครอบคลุมของการบริการทั่วถึงทั่วประเทศ

ภาวะโภชนาการในประชากรทั่วไป

ผลการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการ ระหว่างปี 2551 – 2552 พบว่า สัดส่วนประชากรอายุสูงกว่า 20 ปีที่ได้รับพลังงานอาหารต่ำกว่าเกณฑ์ความต้องการ (วัดจากดัชนีมวลกาย) คือร้อยละ 8.6 ลดลงจากร้อยละ 10.1 ในปี 2546 (เกณฑ์ตัดสินภาวะผอม ใช้ค่า <18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)

นอกจากนี้ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ซึ่งเป็นครั้งล่าสุดระหว่างเดือน ก.ค. 2551- มี.ค. 2552 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กลุ่มตัวอย่างใน 20 จังหวัดทั่วประเทศ และกรุงเทพฯ อายุ 15-59 ปี จำนวน 12,240 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9,720 คน รวม 21,960 คน ได้ทำการสำรวจพฤติกรรมการกินอาหาร พบว่าการกินผลไม้ 17.7% กินผักและผลไม้ปริมาณต่อวันเพียงพอตามข้อเสนอแนะ โดยสัดส่วนการกินผักและผลไม้ในผู้ชายอยู่ที่ 16.9% น้อยกว่าผู้หญิงซึ่งอยู่ที่ 18.5% เมื่อพิจารณาตามภาคพบว่า ภาคใต้กินผักและผลไม้เพียงพอมากที่สุด รองลงมา คือ กรุงเทพฯ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง

ทั้งนี้ ภาวะอ้วน ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปผู้ชายพบ 28.4% และผู้หญิง 40.7% ความชุกในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล โดยภาคกลางและ กทม.สูงกว่าภาคอื่นๆ ส่วนภาวะอ้วนลงพุง ในผู้ชายที่รอบเอวเกิน 90 ซม.มี 18.6% และในผู้หญิงมี 45% เมื่อเทียบกับผลการสำรวจครั้งที่ 3 พบว่า ครั้งที่ 4 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนกรณีโรคเบาหวาน คาดว่าจะมีผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปประมาณ 6.9% หรือ 3 ล้านคน โดยความชุกในผู้หญิง 7.7% ผู้ชาย 6% โดยความชุกจะสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ภาวะโภชนาการในเด็ก

กรมอนามัยทำการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยซึ่งดำเนินการครั้งที่ 3 ในปี 2529 ครั้งที่ 4 ในปี 2538 และครั้งที่ 5 ในปี 2546 พบว่าถ้าใช้มาตรฐานน้ำหนักส่วนสูงที่กำหนดไว้ในปี 2519 อัตราเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 41.68 ในปี 2529 เป็นร้อยละ 31.3 และ 29.1 ในปี 2538 และ 2546 ตามลำดับ แต่ถ้าใช้มาตรฐานสากลในปี 2538 เผยแพร่ในปี 2543 ความชุกของเด็กน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ในปี 2546 จะเป็นร้อยละ 11.3 เนื่องจากเกณฑ์ตัดสินระดับการขาดอาหารชุดใหม่มีระดับต่ำกว่ามาตรฐานชุดเดิม ล่าสุดการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า เด็ก 1-5 ปี ที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 4.8

กลุ่มที่มีปัญหามากที่สุดได้แก่เด็กชาวเขาในพื้นที่สูง ซึ่งข้อมูลการสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนพื้นที่สูงปี 2544 พบอัตราชาวเขาอายุต่ำกว่าห้าปีมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 36.0 การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยชาวเขาปี 2547 พบร้อยละ 37.5 การสำรวจทั้งสองครั้งใช้มาตรฐานการประเมินการเจริญเติบโตปี 2519 ต่อมาในปี 2549 มีการสำรวจอีกครั้งโดยใช้มาตรฐานปี 2538 พบร้อยละ 26.8 ปัจจุบันมีโครงการสำหรับเด็กชาวเขาเป็นพิเศษ อาทิ โครงการตามพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) เช่น สนับสนุนอาหารกลางวัน นมสำหรับศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งได้เก็บข้อมูลผลการดำเนินงานจากโครงการดังกล่าวจาก 2 แหล่ง คือ การสำรวจคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนพื้นที่สูง ปี 2556 เป้าหมาย 66 หมู่บ้าน 1,320 ตัวอย่าง และข้อมูลจากการนำเข้าของครูศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง 243 แห่ง พบว่าเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในชุมชนพื้นที่สูง กพด. มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ร้อยละ 46.7 และน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์อายุ ร้อยละ 32.3 ในขณะที่ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ อยู่ที่ร้อยละ 33.1 และอยู่ในเกณฑ์เตี้ย ร้อยละ 47.3

มีการจัดทำระบบเฝ้าระวังสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายเสริมไอโอดีนในผลิตภัณฑ์ต่างๆ รวมทั้งใช้น้ำเสริมไอโอดีนเข้มข้นในถิ่นทุรกันดารมาระยะหนึ่ง กรมอนามัยใช้ความครอบคลุมของครัวเรือนที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพเป็นตัวชี้วัดในการประเมินสถานการณ์ภาวะขาดสารไอโอดีน ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้กำหนดอัตราครอบคลุมของครัวเรือนที่มีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพไว้ที่ร้อยละ 90 ซึ่งเป็นระดับที่จะเชื่อมั่นได้ว่าประชาชนจะได้รับสารไอโอดีนอย่างทั่วถึงและเพียงพอ ในปี 2549 ผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยพบว่ามีเพียงร้อยละ 55 ของครัวเรือนใช้เกลือเสริมไอโอดีน โดยครัวเรือนในเมืองมีอัตราสูงกว่าในชนบท จึงได้มีการดำเนินการอย่างเข้มข้นในปี 2550 พบความครอบคลุมของครัวเรือนที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพร้อยละ 83.5 ต่อมาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.4 ในปี 2551 ลดลงเป็นร้อยละ 77.4 ในปี 2552 จากนั้นในปี 2554 และ 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.5 และ 95.8 และพบว่าค่ามัธยฐานระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์มีค่า 181.2 และ 159.4 ไมโครกรัมต่อลิตร ตามลำดับ สัดส่วนของทารกแรกเกิดที่มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 มิลลิตรยูนิต์ต่อลิตรในซีรัม ร้อยละ 7.6 ในปี 2554 และมีจำนวนชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน 38,663 แห่งทั่วประเทศ

สำหรับภาวะโลหิตจางนั้น การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยใช้วิธีการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับค่าความเข้มข้นเลือด (Hematocrit) ในปี 2529 พบภาวะโลหิตจางในเด็กวัยเรียน ซึ่งมักเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 51 ต่อมาลดลงเป็นร้อยละ 20.5 และ 30.56 ในปี 2538 และ 2546 ตามลำดับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานเพื่อเสริมไอโอดีนและธาตุเหล็กผ่านระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกรมอนามัยกำลังจัดทำแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างยั่งยืน ในปี 2557

ในปีงบประมาณ 2556 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการบรรจุแผนงานในการพัฒนาเขตสุขภาพ โดยเน้นการดูแลด้านโภชนาการของแม่และเด็ก โดยเฉพาะการดูแลการเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิด - 5 ปี ให้มีส่วนสูงและรูปร่างสมส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และมีการสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนทุกราย

ภารกิจที่ท้าทาย

ปัญหาโภชนาการของประเทศไทยมีหลากหลายมิติและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การดำเนินงานในระยะต่อไปต้องคำนึงถึงบริบทการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ สัดส่วนของประชากรวัยเด็กที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้น การพัฒนาเด็กให้มีคุณภาพ เป็นกำลังสำคัญของสังคม จะทวีความสำคัญมากขึ้น ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้บูรณาการยุทธศาสตร์การเจริญเติบโตของเด็กกับงานอนามัยแม่และเด็ก และโครงการสำคัญต่างๆ อาทิ โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว การบูรณาการงานโภชนาการร่วมกับแผนงานส่งเสริมและป้องกันโรคในประชากรทุกกลุ่มวัย โดยมีการขยายขอบเขตการดำเนินงานในมิติต่างๆ ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยเน้นการดำเนินการในประเด็นดังต่อไปนี้

๑. นโยบายเชิงบูรณาการโดยเน้นกลุ่มเสี่ยงเฉพาะพื้นที่ อาทิ ชนกลุ่มน้อย (ชาวเขา ชาวเล) เด็กด้อยโอกาส อาทิ เด็กในชุมชนแออัดในเมือง เด็กเร่ร่อน เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ มีมาตรการที่ชัดเจนและต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิด

๒. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยบูรณาการงานโภชนาการร่วมด้วย และเน้นการสื่อสารสาธารณะ เสริมสร้างความตระหนักและความเข้มแข็งขององค์กรท้องถิ่นและชุมชน ให้เพิ่มขีดความสามารถในการประเมินสถานการณ์และดูแลสุขภาพอนามัยพื้นฐานของประชากรทุกกลุ่มวัยในทุกพื้นที่

๓. การเสริมสร้างระบบติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย

เป้าหมายหลักที่ 4 ลดอัตราการตายของเด็ก

เป้าหมายย่อย MDG 4a ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี ลงสองในสามในช่วงปี 2533 – 2558	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของทารกให้เหลือ 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ภายในปี 2549	ไม่สามารถประเมินได้ เพราะเปลี่ยนชุดข้อมูล
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือบางแห่ง และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558	มีโอกาสต่ำที่จะบรรลุ

ตัวชี้วัด MDG	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน)	12.8	11.6	11.9	10.8	9.9	9.1 (2555)	-	-
2. อัตราการตายของทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันคน)	8.0	7.2	6.2	7.6	7.3	6.8 (2555)	-	-
3. สัดส่วนเด็กอายุหนึ่งปีที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด (%)	78	-	94.2 (2542)	96.1 (2546)	98.1		-	-
แหล่งข้อมูล: 1-2. สถิติสาธารณสุข (ข้อมูลจากสำนักทะเบียนราษฎร) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. การสำรวจความครอบคลุมวัคซีนขั้นพื้นฐาน กรมควบคุมโรค								

ตัวชี้วัด MDG+	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	เป้าหมาย MDG+
1. อัตราตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ (แม่ฮ่องสอน)	15.8	17.6	12.6	10.9	14.9	15.9	13.4	12.0	11.9	13.2	12.2		5.45 (2558)
2. อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในจังหวัดยะลา	15.54	15.35	15.72	12.73	15.63	13.54	13.76	13.4	9.7	10.2	13.3		6.36 (2558)
3. อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในจังหวัดปัตตานี	16.87	17.35	15.48	12.97	14.87	14.57	13.86	15.0	14.8	14.3	12.9		6.48 (2558)
4. อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในจังหวัดนราธิวาส	18.68	16.85	16.98	18.22	18.41	15.85	18.03	19.4	16.6	15.4	16.8		9.11 (2558)
5. อัตราการตายของทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ (แม่ฮ่องสอน)	8.3 (3.6)	7.6 (3.0)	6.8 (5.3)	7.2 (0)	8.7 (6.1)	11.6 (7.6)	9.5 (5.5)	9.3 (5.5)	9.4 (4.7)	11.5 (4.1)	10.4 (2.2)	(10.2)	-
6. อัตราการตายของทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในจังหวัดยะลา	10.2 (1.9)	10.8 (1.9)	12.6 (7.1)	9.4 (4.5)	11.1 (4.0)	10.0 (6.7)	10.4 (4.9)	10.6 (3.6)	11.0 (4.2)	7.5 (4.1)	9.4 (3.8)	(9.6)	-
7. อัตราการตายของทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในจังหวัดปัตตานี	10.5 (3.8)	10.5 (3.8)	8.8 (5.5)	8.0 (5.4)	10.8 (7.8)	10.7 (5.7)	10.0 (6.1)	11.1 (3.0)	9.6 (3.9)	10.8 (4.1)	10.1 (0.9)	(15.2)	-
8. อัตราการตายของทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันคน) ในจังหวัดนราธิวาส	12.8 (4.9)	11.9 (3.1)	12.5 (3.9)	14.8 (6.2)	13.0 (6.1)	12.3 (9.6)	14.1 (5.5)	13.6 (9.5)	11.8 (5.8)	10.7 (4.1)	14.0 (2.0)	(3.0)	-
แหล่งข้อมูล: 1-8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย) 6-8. ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา หมายเหตุ :*1. ปี 2551 ใช้เกณฑ์ที่วัด คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัม/ลิตร **2. ปี 2545 - 2550 ใช้เกณฑ์ที่วัด คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 100 ไมโครกรัม/ลิตร													

รายงานผลการพัฒนา

อัตราการตายของเด็กและทารกของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง แต่หากวิเคราะห์เป็นรายจังหวัด จะพบว่า อัตราการตายของเด็กและทารกในพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในช่วงแคบ ๆ ในอัตราที่ค่อนข้างสูง ทำให้มีโอกาสต่ำที่จะบรรลุเป้าหมาย MDG+

การตายของเด็กและทารก

อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากปัจจุบันการอนามัยแม่และเด็ก สุขาภิบาล การสร้างภูมิคุ้มกันโรค เช่น การปลูกฝี ฉีดวัคซีน ช่วยทำให้ทารกและเด็กมีอัตรารอดชีพสูงขึ้นอย่างมาก รวมทั้งการบริการสาธารณสุขที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น โดยในปี 2554 อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีลดลงเหลือ 9.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคน จาก 9.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคนในปี 2551

อัตราการตายของทารกของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยในปี 2551 อัตราการตายของทารกเท่ากับ 7.3 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และลดลงเหลือ 6.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2554 ทั้งนี้ ในปี 2551 ได้มีการเปลี่ยนชุดข้อมูลที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลการสำรวจมาใช้ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร เนื่องจากมีการแสดงผลต่อเนื่องทุกปี และได้ปรับปรุงระบบข้อมูลดีขึ้นจนข้อมูลจากทะเบียนราษฎรใกล้เคียงกับข้อมูลจากการสำรวจมากขึ้น จึงไม่สามารถประเมินผล MDG+ ที่กำหนดเป้าหมายบนฐานข้อมูลชุดเดิมได้

การตายของเด็กและทารกในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ และจังหวัดชายแดนภาคใต้

อัตราการตายของเด็กและทารกในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งมีประชากรชาวเขาประมาณร้อยละ 80 เป็นตัวแทน พบว่า มีอัตราการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในช่วงแคบ ๆ ทั้งอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปี 13.4 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2551 ลดลงเหลือ 12.2 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2555 และอัตราการตายของทารก ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 9.5 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2551 เป็น 10.4 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ในปี 2555 ซึ่งปัญหาส่วนมาก ร้อยละ 31.82 เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้เกิดภาวะหายใจลำบากในทารก ร้อยละ 22.73 ตายในครรภ์ และร้อยละ 18.18 ความพิการแต่กำเนิด

ส่วนอัตราการตายของเด็กและทารกในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ อัตราการตายค่อนข้างสูง ช่วง 11 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ แต่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยจังหวัดที่มีอัตราทารกตายสูงที่สุดคือ จังหวัดนราธิวาส รองลงมาคือจังหวัดปัตตานีและยะลา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวในสถานการณ์ที่เป็นจริงข้อมูลน่าจะสูงมากกว่านี้ เนื่องจากบริบทของพื้นที่มีลักษณะเฉพาะ จากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการได้ ทำให้มีการคลอดที่บ้านอยู่ในระดับต้นๆของประเทศ ส่วนหนึ่งคลอดที่บ้าน เมื่อเด็กตายไม่ได้แจ้งเกิดและแจ้งตายล่าช้า ทำให้ข้อมูลส่วนหนึ่งไม่ถูกบันทึกในระบบทะเบียนราษฎร และพบว่าการตายประมาณครึ่งหนึ่งพบในเด็กตายอายุต่ำกว่า 7 วัน

โดยสรุป ในช่วงปี 2551 – 2555 อัตราการตายของเด็กและทารกในพื้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงในช่วงแคบ ๆ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการได้ และบุคลากรสาธารณสุขเข้าหากลุ่มเป้าหมายได้ยาก ทำให้มี

โอกาสต่ำที่จะบรรลุเป้าหมาย MDG+ ในการลดอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่าห้าปีในพื้นที่เหล่านี้ลง
ครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558

ภารกิจที่ทำหาย

พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โดยเน้นการฝากครรภ์คุณภาพ
ห้องคลอดคุณภาพ และการอภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งเน้นการพัฒนาทักษะของบุคลากรที่รับผิดชอบ โดยการ
ฝึกปฏิบัติหน้างานและมีทีมพิเศษเฉพาะกิจ เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำรวมทั้งควบคุมกำกับติดตามและ
ประเมินผล และมี MCH Board เขตและจังหวัดเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนในการดำเนินงาน มีการ
สัมมนาวิชาการ Dead Case Conference เพื่อพัฒนาระบบงาน และลดการตายของทารกจากสาเหตุ
ที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมและการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดใน
ชุมชนพื้นที่สูง นอกจากนี้ยังเน้นการทำงานโดยเครือข่ายในชุมชน เช่น การใช้ SRM ในการดำเนินงานตำบล
นมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว

เป้าหมายหลักที่ 5 พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์

เป้าหมายย่อย MDG 5a ลดอัตราการตายของมารดาลงสามในสี่ในช่วงปี 2533-2558	ไม่สามารถใช้กับประเทศไทย
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของมารดาให้เหลือ 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2549	ไม่สามารถประเมินได้ เพราะเปลี่ยนชุดข้อมูล
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูง จังหวัดภาคเหนือ บางแห่ง และสามารถจังหวัดชายแดนภาคใต้ลงครึ่งหนึ่งในช่วงปี 2548-2558	มีโอกาสบรรลุ

ตัวชี้วัด MDG	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. อัตราการตายของมารดา (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)			44.5 (2547)	41.6 (2549)	38.5	31.80 (2553)	-	-
2. สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข	90.8	94.4	98 (2544)	99			-	-
แหล่งข้อมูล: 1. สถิติสาธารณสุข 2554 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : สิงหาคม 2555. 2. กรมอนามัย								

ตัวชี้วัด MDG+	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	เป้าหมาย MDG+
1. อัตราส่วนการตายของมารดา ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ -แม่ฮ่องสอน (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	55.3	33.2	79.0	n.a.	27.2	113.4	65.21	80.58	0	70.92	31.76	0	53.1* (2558)
2. อัตราการตายของมารดาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ - ยะลา ปัตตานี นราธิวาส (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	- (61.2)	44.0 (41.0)	40.5 (43.8)	42.0	40.2	52.6	39.6	(39.4)	(64.0)	(48.1)	(28.5)	(57.6)	21.0
2.1 อัตราการตายของมารดาในจังหวัดยะลา (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	(41.5)	(40.5)	(53.2)	(52.4)	(49.8)	39.0 (39.5)	- (12.9)	30.1 (12.4)	29.2 (73.8)	9.0 (60.8)	43.9 (0)	(43.9)	
2.2 อัตราการตายของมารดาในจังหวัดปัตตานี (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	(56.9)	(23.9)	(27.5)	(53.9)	(37.5)	24.7 (58.6)	48.9 (50.0)	25.0 (48.7)	41.2 (71.1)	7.9 (30.6)	32.7 (41.0)	(42.1)	
2.3 อัตราการตายของมารดาในจังหวัดนราธิวาส (ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	(83.7)	(60.0)	(53.5)	(24.6)	(35.9)	22.9 (55.7)	- (47.8)	23.5 (54.3)	7.7 (50.7)	29.0 (53.1)	14.8 (37.2)	(74.9)	
แหล่งข้อมูล:													
1. สถิติสาธารณสุข 2554 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข													
2. ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา													

หมายเหตุ: เนื่องจากข้อมูลรายจังหวัดแต่ละปีเคลื่อนไหวขึ้นลงสูงมาก จึงใช้ค่าเฉลี่ยสามจังหวัดเป็นตัวชี้วัด และกำหนดค่าเป้าหมาย MDG+ สำหรับปี 2558 โดยใช้ค่าเฉลี่ยของสามจังหวัดในปี 2548

รายงานผลการพัฒนา

อัตราส่วนการตายของมารดาได้จากจำนวนการตายรายบุคคลตามมรณบัตรในระบบทะเบียนราษฎร เป็นข้อมูลที่ค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งในเรื่องของจำนวนที่นำไปคำนวณหาอัตราส่วนการตาย และ รายงานสาเหตุการตายที่ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน จึงได้ร่วมกับคณะทำงาน 2 กลุ่ม คือ องค์การอนามัยโลก สหประชาชาติ UNICEF และธนาคารโลก กับทีมวิเคราะห์ของ IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แต่ละภูมิภาคเพื่อทบทวนและพัฒนาการคาดประมาณที่น่าเชื่อถือ อย่างต่อเนื่อง นำเสนอเครื่องมือใหม่ในการวิเคราะห์มารดาตายและแนวโน้มของภูมิภาคเอเชียที่จัดโดย IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) ณ ประเทศศรีลังกา ซึ่งเน้นความสำคัญการวิเคราะห์และ แนวทางการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้มีความน่าเชื่อถือ โดยประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนา คุณภาพสาเหตุการตาย ลดความผิดพลาดการจำแนกกลุ่มสาเหตุการตาย พัฒนาแนวการสอบสวนสาเหตุการ ตายโดยประยุกต์แบบสอบถาม ใช้วิธี verbal autopsy เพื่อเป็นการเพื่อความสมบูรณ์และถูกต้อง โดยรายงาน ตัวเลขอัตราส่วนการตายมารดาลดจาก 44.5 ต่อแสนการเกิดมีชีพในปี 2547 เป็น 31.77 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ในปี 2553 (จากสถิติสาธารณสุข 2554 สนย.)

อัตราส่วนการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ ยังมีอัตราการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ โดยเฉพาะ ปี 2552 อัตราสูงที่สุด 80.58 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งสาเหตุที่มีอัตราส่วนที่สูง เนื่องจากอัตราการเกิดมีชีพต่ำ แม้จะพบว่ามีการตายเพียง 1 คน ก็ส่งผลให้อัตราการตายของมารดาในจังหวัดเพิ่มสูงขึ้นมาก ทั้งนี้ สาเหตุ การตายของมารดาในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือส่วนใหญ่ เกิดจากปัญหาหลายประการ ซึ่งต้องได้รับการ แก้ไข โดยเฉพาะในปี 2555 พบปัญหาหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีมีบุตร อยู่ที่ร้อยละ 20.96 และหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ อยู่ที่ร้อยละ 21.87 รวมทั้งปัญหาการตกเลือดหลังคลอด ปัญหาสภาพพื้นที่ส่งผลให้การคมนาคมมีความยากลำบาก ทำให้การเข้าถึงบริการมีความล่าช้า ความเชื่อและประเพณีของชนเผ่าที่มีวิถีชีวิตที่ แตกต่างและหลากหลาย และความต่อเนื่องของการรายงานข้อมูล

อัตราส่วนการตายของมารดาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อยู่ในอัตราส่วนที่สูง โดยในปี 2553 อัตรา ส่วนสูงที่สุด 64.0 ต่อแสนการเกิดมีชีพ หลังจากนั้นอัตราส่วนลดลงเรื่อยๆ ข้อมูลที่รายงานเป็นข้อมูลที่สูงกว่า รายงานในทะเบียนราษฎร (แต่ใกล้เคียงกับข้อมูลการวิเคราะห์ TDRI) เนื่องจากทุกจังหวัดมีนโยบายในการ คั่นห้ามารดาที่ตายจากการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งในและนอกสถานบริการ สาเหตุการตายทางตรงส่วนใหญ่ ได้แก่ ตกเลือดหลังคลอด ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ สาเหตุทางอ้อมมีอัตราเพิ่มมากขึ้นสาเหตุที่ พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง นอกจากนี้เนื่องจากปัญหาความ ไม่สงบในพื้นที่ ส่งผลให้หน่วยงานต่าง ๆ ไม่สามารถดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ได้เต็มที่

ภารกิจที่ท้าทาย

พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว โดยเน้นการฝากครรภ์คุณภาพ ห้องคลอดคุณภาพ การดูแลหลังคลอดคุณภาพ และการพัฒนาทักษะของบุคลากรที่รับผิดชอบ

โดยการฝึกปฏิบัติหน้างานและมีทีมนิเทศเฉพาะกิจ เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำรวมทั้งควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผล และมี MCH Board เขตและจังหวัด โดยเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนในการดำเนินงาน และเขตตรวจราชการได้กำหนดเป็นภารกิจสำคัญลำดับต้นๆในการแก้ปัญหาสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ มีการสัมมนาวิชาการ Dead Case Conference เพื่อพัฒนาระบบงาน และลดการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ มีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) 2 ภาษา (อังกฤษและไทย) ที่แม่สามารถใช้ได้ทั้งในฝั่งไทยและมาเลเซียตลอดจนการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนไทย – มาเลเซีย นอกจากนี้ยังมีการทำงานเชิงรุก และเน้นให้มีเจ้าหน้าที่สุขภาพประจำครอบครัว ตลอดจนการเตรียมความพร้อมก่อนสมรสโดยผู้นำศาสนาร่วมกับสูติแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้ความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับหลักการศาสนาที่มีหลักสูตรที่ชัดเจนร่วมกัน เป็นมาตรการทางสังคมเฉพาะพื้นที่ โดยคู่สมรสที่ไม่ผ่านการอบรมจะต้องเสียเงินค่าปรับให้คณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด มีมาตรการให้ผดุงครรภ์โบราณเป็นเครือข่ายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และให้ส่งต่อการดูแลขณะตั้งครรภ์และมาคลอดที่สถานบริการทุกรายอย่างต่อเนื่อง มีการใช้ SRM(Strategic Route Map) ในการดำเนินงานตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว

เป้าหมายย่อย MDG 5b ให้ทุกคนได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ภายในปี 2558	มีโอกาสูงที่จะบรรลุ
--	---------------------

ตัวชี้วัด MDG	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. อัตราการคุมกำเนิด (%)	64.7 (2532)	75.2	79.2	81.1 (2549)	79.6 (2552)		-	-
2. อัตราการตายอายุ 15-19 ปี (ต่อผู้หญิงอายุ 15-19 ปีพันคน)	42.2	41.2	31.1	49.3	50.1	53.6 (2554)	-	-
3. อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4 ครั้ง (%)	n.a.	83.4	91.8	90.0	79.6 (2552)		-	-
4. อัตราการยังใช้การคุมกำเนิด	n.a.	5.9 (2539)	1.2 (2544)	n.a.	n.a.		-	-

แหล่งข้อมูล:

- ข้อมูลปี 2532,2538 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร
ข้อมูลปี 2543 จาก กรมอนามัย, การประเมินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 8
ข้อมูลปี 2549,2552 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุขประจำปี
- ข้อมูลปี 2538, 2543, 2548 จากกรมอนามัย, การประเมินโปรแกรมสุขภาพครอบครัว ระหว่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 7, 8, 9
ข้อมูลปี 2552 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์
- ข้อมูลปี 2539 จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, โครงการสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย 2539; ข้อมูลปี 2544 จาก นภาพร ชัยวรรณ และคณะ. ภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2546.

รายงานผลการพัฒนา

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 18 ปี ปีละกว่า 70,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.6 ต่อปี ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่จบการศึกษาระดับ ม.ต้น และเมื่อเก็บข้อมูลตามโรงพยาบาลต่าง ๆ พบว่า ประมาณร้อยละ 70 ของแม่วัยรุ่นเกิดจากปัญหาท้องไม่พร้อมโดยประมาณว่ามีสตรีตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่า 1 ล้านท้อง คลอดออกมาเป็นทารกมีชีวิตเพียง 8 แสนรายเท่านั้น แสดงว่าน่าจะมีการปฏิสนธิจนตั้งครรภ์อีกหลายแสนรายต้องยุติไปด้วยการทำแท้งหรือแท้งเอง ยิ่งไปกว่านั้นรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นจำนวนหลายร้อยล้านบาท ทั้งนี้ยังไม่นับรวมค่าบริการทำแท้ง การสูญเสียสำคัญในรายที่ต้องถูกตัดมดลูก การสูญเสียรายได้อันเกิดจากการพักงานของผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายอื่นๆ รวมทั้งความสูญเสียด้านจิตใจของครอบครัวผู้เสียชีวิต

ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2552-2555 ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นที่ยังไม่พร้อมและไม่ตั้งใจ ส่งผลให้อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีหลังจากประมาณ 30 ต่อ 1,000 เป็นประมาณ 50 ต่อ 1,000 โดยข้อมูลอย่างเป็นทางการล่าสุดอยู่ที่ 53.6 ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนในปี พ.ศ.2554 และจากข้อมูลรายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว พบว่าภาพรวมของประเทศไทย ปี 2555 มีมารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรอายุน้อยกว่า 20 ปี มีอัตราร้อยละ 19.10 ซึ่งเมื่อพิจารณาเทียบกับปีก่อนหน้าตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา จะเห็นแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยมีค่าสูงเกินเกณฑ์เฝ้าระวังขององค์การอนามัยโลกที่ระบุเกณฑ์ไว้ไม่เกินร้อยละ 10 รวมทั้งข้อมูลจากกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ ปี 2554 ระบุว่า มีแม่อยู่ระหว่าง 15 - 19 ปี จำนวน 110,325 คน และแม่วัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 3,676 คน โดยในจำนวนนี้พบว่ามีแม่อายุน้อยที่สุด 8 ปี ขณะที่พ่ออายุน้อยที่สุด 10 ปี

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย จึงได้ขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557) พร้อมด้วยภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ดังนี้

1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติโดยมีฯพณฯ ท่านรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เพื่อกำหนดแนวทาง รูปแบบ วิธีการ การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการ”การแก้ไขปัญหาท้องในวัยรุ่นอย่างเป็นรูปธรรม: เข้าใจ เข้าถึง ช่วยเหลือ” โดยเน้นยุทธศาสตร์ การสื่อสารสาธารณะ การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และระบบการให้การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่เกิดปัญหาขึ้นมาแล้ว โดยมีการดำเนินการร่วมกันของทั้งภาครัฐบาล เอกชน และ เครือข่ายวัยรุ่นเอง
3. จัดตั้งคลินิกวัยรุ่นซึ่งได้ดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศแล้ว มีโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมแล้วทั้งหมด 834 แห่ง การบริการประกอบด้วย การให้ความรู้ การปรึกษาบริการสุขภาพทั่วไปและอนามัยการเจริญพันธุ์การคุมกำเนิด
4. การเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กรหลักในพื้นที่ ตามเกณฑ์มาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์โดยมีอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ 210 อำเภอ จากจำนวน 878 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 23.9

ภารกิจที่ท้าทาย

การดำเนินการเพื่อลดการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มีเป้าหมายในระดับนโยบายที่ชัดเจน และมีการดำเนินการและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องด้วยข้อมูลที่เชื่อถือได้

ส่วนในแง่ของอัตราคุมกำเนิด นับตั้งแต่ประเทศไทยมีการดำเนินการด้านการวางแผนครอบครัวอย่างต่อเนื่องและได้ผล ทำให้ในปัจจุบันอัตราคุมกำเนิดของประเทศไทยคงที่อยู่ในระดับร้อยละ 80 ซึ่งถือว่าเทียบเท่ากับประเทศพัฒนาแล้ว แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายละเอียดบางอย่างที่จำเป็นต้องปรับปรุง เช่น ทางเลือกของวิธีการคุมกำเนิด ที่เวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรยังมีการใช้ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้มีปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามมา นอกจากนี้แล้วในระดับนโยบาย ประเทศไทยในปัจจุบันกำลังประสบกับปัญหาอัตราการเกิดต่ำกว่าระดับทดแทน ทำให้อาจประสบกับปัญหาที่เกี่ยวกับโครงสร้างประชากรในอนาคต เช่น ปัญหาการขาดแคลนแรงงานเป็นต้น ซึ่งต้องรอความชัดเจนในระดับนโยบาย ว่ารัฐบาลจะประกาศนโยบายเพื่อส่งเสริมการเพิ่มประชากรหรือไม่ ถ้าประกาศเป็นนโยบายก็อาจต้องปรับลดเป้าหมายของอัตราคุมกำเนิดให้ต่ำกว่าในปัจจุบัน

เป้าหมายหลักที่ 6 ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่น ๆ

เป้าหมายย่อย MDG 6a ชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558	มีโอกาสสูงที่จะบรรลุ
เป้าหมายย่อย MDG 6b ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการดูแลรักษาอย่างทั่วถึงภายในปี 2553	มีโอกาสสูงที่จะบรรลุ
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรวัยเจริญพันธุ์ให้เหลือร้อยละ 1 ภายในปี 2549	ไม่สามารถประเมินได้ เพราะเปลี่ยนตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด MDG	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. ร้อยละของเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวี (%)			09.5 (2546)	0.45	ชาย: 0.50 หญิง: 0.58	0.40 (2555)	0.33	
2. อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับหญิงอื่นของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในรอบปีที่ผ่านมา (%) ขอบปรับตัวชี้วัดใหม่	-	30 (2539)	22.2	56.3	54.5			
ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด (%)						61.50 (2555)	95	
3. ร้อยละของเยาวชนหญิงและชายอายุ 15-24 ปี ที่มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับเอชไอวี (%)			18.67	31.15	37.42	33.77		
4. ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ติดเชื้อ HIV ในระยะที่มีอาการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์				41.00	ผู้ใหญ่: 67.14 66.49 เด็ก: 86.06	ผู้ใหญ่: 70.0 69.9 เด็ก: 70.7 (2555)	90	
แหล่งข้อมูล: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค และ UNGASS								

ตัวชี้วัด MDG+		2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	เป้าหมาย MDG+
1. อัตราการติดเชื้อ HIV ในทหารกองประจำการ (%)	ผลัด 1	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6		
	ผลัด 2	0.9	0.6	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6			
2. อัตราการติดเชื้อ HIV ในหญิงที่ฝากครรภ์ (%)		1.39	1.18	1.04	1.01	0.87	0.76	0.72	0.67	0.70	0.56	0.51		
แหล่งข้อมูล:														
1. สถาบันวิจัยการแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก														
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค														

รายงานผลการพัฒนา

ประเทศไทยยังคงมีการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีมาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาเกือบสามทศวรรษ แม้ว่าในกลุ่มประชากรทั่วไปในภาพรวมจะมีแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงตามลำดับ แต่ที่น่าเป็นห่วง ในกลุ่มประชากรหลักที่ได้รับผลกระทบ (Key Affected Populations: KAPs) และคู่ของประชากรกลุ่มนี้กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ พนักงานบริการหญิง ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมพนักงานบริการชาย และสาวประเภทสอง และกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด โดย ซึ่งพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังคงสูง สำหรับการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ ประเทศไทยมีระบบสุขภาพที่เข้มแข็งในการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถขยายการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีประเด็นที่ต้องการพัฒนาในเชิงคุณภาพการดำเนินงาน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตลง

ด้านการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี

แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ กำหนดเป้าหมายลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2559

กลุ่มประชากรหลัก (กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง)

สาเหตุสำคัญของการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันของประเทศไทยเป็นการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งข้อค้นพบที่สำคัญ มีดังนี้

- 1) ร้อยละ 94 ของการติดเชื้อฯ รายใหม่เกิดขึ้น ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (ร้อยละ 41) กลุ่มคู่อรงที่มีผลเลือดต่าง (ร้อยละ 32) พนักงานบริการ (Sex worker) และผู้มาใช้บริการ (ร้อยละ 11) และผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (ร้อยละ 10)
- 2) ร้อยละ 65 ของการติดเชื้อฯ รายใหม่เกิดขึ้นใน 31 จังหวัด และร้อยละ 25 ของการติดเชื้อฯ รายใหม่เกิดขึ้นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- 3) อัตราใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดคงที่ อยู่ที่ประมาณร้อยละ 85 ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และร้อยละ 93 ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง (Female sex worker)
- 4) ความครอบคลุมในการได้รับบริการป้องกันของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย (Male sex worker) และพนักงานบริการหญิง (Female sex worker) คิดเป็น ร้อยละ 53, 74 และ 54 ตามลำดับ
- 5) การติดเชื้อฯ รายใหม่ส่วนใหญ่เป็นการรับและถ่ายทอดเชื้อฯ มาจากกลุ่มคนที่ไม่รู้สถานภาพการติดเชื้อฯ ของตนเอง การรับบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวียังต่ำมาก โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลัก
- 6) การให้บริการเชิงรุกในพื้นที่สำหรับกลุ่มประชากรหลัก ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยองค์การพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชน และร้อยละ 90 ของงบประมาณสำหรับโครงการป้องกันในกลุ่มประชากรหลักมาจากแหล่งภายนอก จากกองทุนโลกเป็นหลัก

7) การประสานงานและการเชื่อมต่อระหว่างผู้ให้บริการทั้งองค์การพัฒนาเอกชน ภาครัฐ ภาคเอกชน ในด้านต่าง ๆ ยังไม่เข้มแข็ง

8) การใช้ตัวแบบจำลองและการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์เชิงป้องกันอย่างชัดเจน หากให้รักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อแต่เนิ่นๆ ไม่ว่าจะมึระดับเซลล์ซีดี 4 เท่าใด และเมื่อใช้ตัวแปรการมีพฤติกรรมป้องกัน พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเท่านั้น ไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายการลดการติดเชื้อรายใหม่ ที่ตั้งไว้ได้

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ กำหนดเป้าหมาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้รับการปกป้องทางสังคมและเข้าถึงการรักษาและดูแลรวมทั้งลดการเสียชีวิต เนื่องจากเอดส์ลงครึ่งหนึ่ง ในปี พ.ศ.2559 ซึ่งข้อค้นพบที่สำคัญ มีดังนี้

1) ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรีแก่ผู้ติดเชื้อที่เป็นคนไทย ในเดือนตุลาคม 2555 มีนโยบายปรับปรุงการให้บริการใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ ให้ได้มาตรฐานเดียวกัน

2) ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อที่เป็นคนไทยประมาณ 240,000 คน หรือ ร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัส อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีสัญชาติไทย ได้แก่ ประชากรข้ามชาติ ส่วนหนึ่งได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ บางคนจ่ายเงินเอง บางคนไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในขณะที่จำนวนผู้รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นมากในช่วง 7 ปีที่ผ่านมาแต่จำนวนผู้ให้บริการของหน่วยบริการภาครัฐ ยังคงเท่าเดิม

3) ประเทศไทยผลิตยาต้านไวรัส ชื่อสามัญ (generic drug) และผลิตยาต้านไวรัส ภายใต้การบังคับใช้สิทธิ (compulsory licensing) 2 รายการ และนำเข้ายาต้านไวรัส บางตัวที่ใช้ในสูตรที่ 2 จากบริษัทยาในต่างประเทศ

4) ในปี 2555 อัตราเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ น้อยกว่าร้อยละ 10 ผู้ติดเชื้อ ที่รับยาต้านไวรัส ครบ 12 เดือน กินยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 82 อัตราเสียชีวิตในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส 3 เท่า

5) ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา การเข้าสู่กระบวนการดูแล และเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ค่าใช้จ่ายยังคงเป็นที่น่ากังวล ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อ เข้าถึงบริการดูแลรักษา มีปริมาณซีดี4 น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

6) สัดส่วนการใช้ยาสูตรที่ 2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 10 ในปี 2555 และค่าใช้จ่ายสำหรับสูตรที่ 2 มากกว่าสูตรแรก 4 - 10 เท่า

7) หน่วยบริการสุขภาพจำนวนหนึ่งมีภาระงานสูงมาก มีการดำเนินการที่ไม่เป็นทางการของโรงพยาบาลชุมชนในการปรับบทบาทให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ และการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

ภารกิจที่ท้าทาย

ประเทศไทยจะไม่สามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ได้ตามเป้าหมายด้วยมาตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีรูปแบบใหม่ของการป้องกันแบบผสมผสาน กล่าวคือ ยังคงส่งเสริมการมีพฤติกรรมป้องกัน แต่ต้องดำเนินการส่งเสริมให้กลุ่มประชากรหลัก ต้องการและเข้ารับบริการตรวจการติดเชื้อฯ มีการใช้ยาต้านไวรัสฯเชิงยุทธศาสตร์ให้มีผลต่อการป้องกัน และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯกินยาสม่ำเสมอ

การกำหนดพื้นที่เร่งรัดในการทำงานจะช่วยให้สามารถดำเนินงานป้องกันแบบผสมผสานได้เข้มข้น และทำให้การดำเนินงานครอบคลุมในระดับที่เพียงพอต่อการลดการติดเชื้อรายใหม่

ประเทศไทยต้องจัดรูปแบบนวัตกรรมการให้บริการที่ทำให้ประชากรเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่ในระบบบริการป้องกัน รักษา และดูแล นวัตกรรมประกอบด้วย ก) การสร้างความต้องการและจัดบริการเชิงรุกให้กลุ่มประชากรเป้าหมายได้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ข) การลดปริมาณงานของผู้ให้บริการสุขภาพ ด้วยการปรับบทบาทการให้บริการเพื่อการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ ค) การประกันคุณภาพบริการที่จัดให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรหลักแต่ละกลุ่ม ง) การสร้างกระบวนการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายใหม่กับภาคเอกชนและชุมชน อาทิ คลินิกห้องปฏิบัติการของเอกชน ร้านขายยา และ จ) การสนับสนุนการดำเนินงานด้วยงบประมาณของประเทศ

การทำให้ตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่เนิ่นๆ เริ่มให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯเร็วที่สุด และให้การรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับบทบาทการให้บริการเพื่อการทำงานร่วมกันของภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

ข้อจำกัดทางด้านบุคลากร ทำให้ภาระงานสูงซึ่งทำให้มีความเสี่ยงที่จะมีผลต่อคุณภาพของบริการ ทั้งนี้ปริมาณงานสามารถลดลงได้ และบริการใกล้ผู้รับบริการมากขึ้น โดยการพิจารณาปรับบทบาทการให้บริการ ให้สามารถดำเนินการได้โดยชุมชน

เป้าหมายย่อย MDG 6c ป้องกันและลดการเกิดโรคมาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ ภายในปี 2558	มาลาเรีย - บรรลุแล้ว วัณโรค - มีโอกาสต่ำจะบรรลุ หลอดเลือดหัวใจ - มีโอกาสต่ำจะบรรลุ
เป้าหมาย MDG+ ลดอัตราการเกิดโรคมาลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดนให้เหลือ 1.4 ต่อประชากรพันคนภายในปี 2549	บรรลุแล้ว

ตัวชี้วัด MDG	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. อัตราการเกิดโรคมาลาเรีย (ต่อประชากรพันคน)	5.20	1.55	1.36	0.49	0.41	0.17 (2555)	0.28	0.25
2. อัตราตายจากโรคมาลาเรีย (ต่อประชากรแสนคน)	2.3	1.4	1.01	0.26	0.16	0.06 (2555)	0.05	0.03
3. อัตราผู้ป่วยโรควัณโรค (ต่อประชากรแสนคน)	35.3 (2535)	37.5	51.8	55.4	49.0	46.90 (2555)	-	-
4. อัตราการตายด้วยโรควัณโรค (ต่อประชากรแสนคน)	6.8	7.0	-	3.93	4.11 (2550)	7.10 (2554)	-	-
5. อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (%)			69 (2544)	75.0	81.3 (2550)	85.22 (2554)	-	-
แหล่งข้อมูล: 1 สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค 2, 4 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3, 5 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค								

ตัวชี้วัด MDG+	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	เป้าหมาย MDG+
1. อัตราการเกิดโรคมลาเรียใน 30 จังหวัดชายแดน (ต่อประชากรพันคน)	1.71	1.81	1.05	1.15	1.28	1.35	1.06	0.92	0.98	0.67	0.48	0.45	1.40 (2549)
2. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อประชากรแสนคน)	140.9	165.7	185.7	198.7	232.7	262.3	276.8	คร.359.3 พ.293.8	คร. 397.2 พ. 311.69	334.8			-
3. อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ต่อประชากรแสนคน)	14.4	19.1	17.7	18.7	19.4	20.8	21.2	20.7	20.5	22.5	คร.23.4 พ.21.7		5.7 (31 มีค 56)
แหล่งข้อมูล: 1. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค 2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กรมการแพทย์													

รายงานผลการพัฒนา

ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายในการชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรีย แต่มีโอกาสดำที่จะชะลอและลดอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งมีโอกาสดำที่จะบรรลุเป้าหมายสำหรับการป้องกันและลดการเกิดวัณโรค

มาลาเรีย

สรุปสถานการณ์มาลาเรียในปีงบประมาณ 2555 พบจำนวนผู้ป่วยมาลาเรียทั้งประเทศรวม 47,591 ราย พบเป็นผู้ป่วยคนไทย และต่างชาติ 1 จำนวน 27,674 ราย และจำนวนผู้ป่วยต่างชาติ 2 พบจำนวน 6,210 ราย และค่ายผู้ป่วยพบ จำนวน 13,707 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 0.42 ต่อประชากรหนึ่งพันคน อัตราส่วนระหว่างเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัมและเชื้อมาลาเรียชนิดไวแวกซ์เท่ากับ 1:2 จังหวัดที่พบผู้ป่วยมาลาเรียสูง ได้แก่ จังหวัดตาก กาญจนบุรี แม่ฮ่องสอน ศรีสะเกษ สงขลา อุบลราชธานี ชุมพร ประจวบคีรีขันธ์ และระนอง นอกจากนี้ยังพบปัญหาของโรคมาลาเรียที่อาจกลับมาเป็นปัญหาใหม่ในพื้นที่ที่ชาวบ้านมีการทำสวนยางพารากันมากขึ้น เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัด กาฬสินธุ์ สุรินทร์ สกลนคร ยโสธร และศรีสะเกษ

วัณโรค

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรครุนแรง (High TB burden countries) เนื่องจาก 80% ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของโลกอาศัยอยู่ในประเทศเหล่านี้ โดยในปี 2555 องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย มีความชุก (Prevalence) คือ 161/100,000 ประชากร มีอัตราอุบัติการณ์ (Incidence) คือ 124/100,000 ประชากร และอัตราการตาย (Mortality) 14/100,000 ประชากร ทั้งนี้ผลการดำเนินงานของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สัมฤทธิ์ผลในปี 2554 มีอัตราความสำเร็จในการรักษา (Treatment success rate) ร้อยละ 85 (25,650/30,084) และพบปัญหาขาดการรักษาร้อยละ 3 และการเสียชีวิตร้อยละ 7 ซึ่งผู้ที่เสียชีวิตมีการติดเชื้อเอช ไอ วี ร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 15 (486/3,132) นอกจากนี้ผลการศึกษาวิจัยของโครงการเฝ้าระวังวัณโรคเชิงรุกระหว่างปี 2547-2549 พบว่า ผู้ที่เสียชีวิตที่ไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี เป็นผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) สูงถึงร้อยละ 44 (194/441)

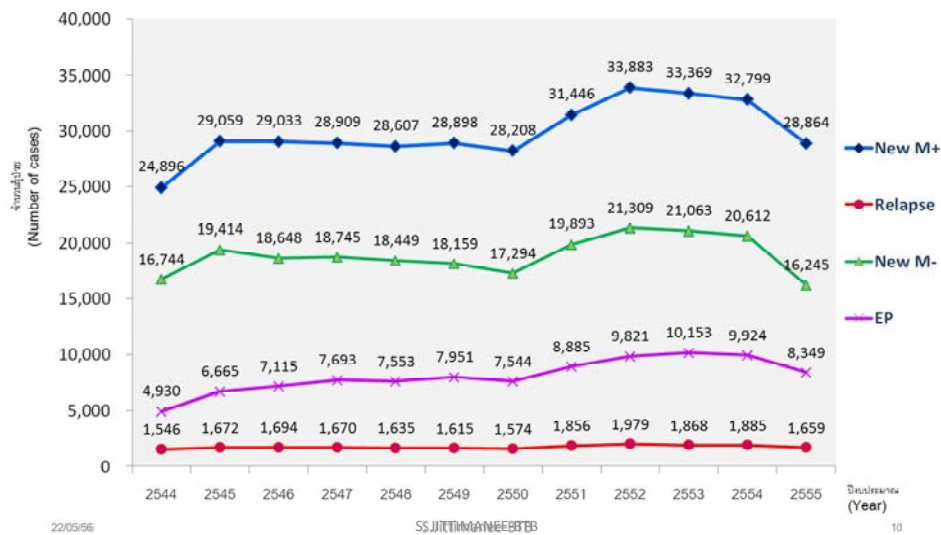
สถานการณ์วัณโรคดื้อยาไรแฟมพิซินและไอโซไนอาซิด หรือเรียกว่าการดื้อยาหลายขนาน (Multi-drug Resistant TB: MDR) ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานในแต่ละปีของประเทศไทย มีจำนวน 2,190 ราย โดยปี 2554 กลุ่มปฏิบัติการอ้างอิงชั้นสูตรวัณโรคแห่งชาติ สำนักวัณโรค ได้รายงานการพบผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันว่ามีเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานจำนวน 510 ราย

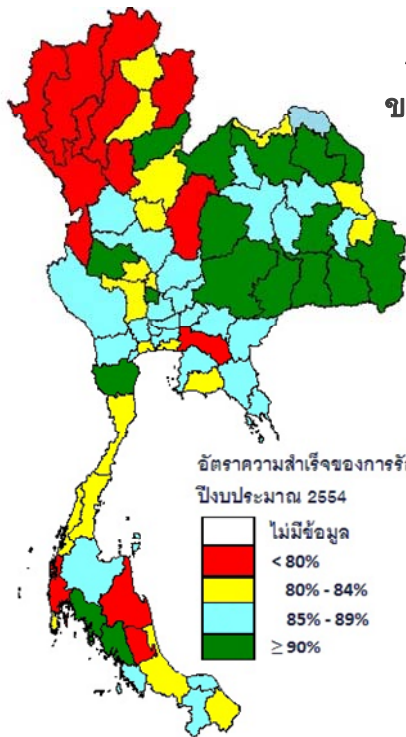
การแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอช ไอ วี ส่งผลกระทบต่อสถานการณ์วัณโรค เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยทั้งสองโรคพร้อมกันมีอาการรุนแรงมากขึ้น และส่งผลให้มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต โดยในปี 2554 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคร้อยละ 90 (50,927/56,327) ได้รับการตรวจเอช ไอ วี ด้วยความสมัครใจ มีผู้ป่วย

วัณโรคที่ติดเชื้อเอช ไอ วีร่วมด้วย ร้อยละ 14 (7,432/50,927) โดยร้อยละ 60 (4,432/7,432) ได้รับยาต้านไวรัสขณะรักษาวัณโรค ส่วนการค้นหายังวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี รายใหม่ พบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 13 (2,963/22,150)

การเคลื่อนย้ายของประชากรและแรงงานข้ามชาติ เป็นปัจจัยและเป็นปัญหาสำคัญในการป้องกันควบคุมวัณโรค จากข้อมูลของระบบรายงานปกติที่แยกประชากรข้ามชาติจากผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทย พบว่า ในปี 2553 มีอัตราความสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยใหม่เสมอพบเชื้อ (Treatment success rate) ร้อยละ 77 (849/1,097) และพบปัญหาขาดการรักษาร้อยละ 11 และ การเสียชีวิตร้อยละ 4

รายงานจำนวนผู้ป่วยวัณโรคของไทยปี 2544-2555





อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค
ของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ
รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา
ปีงบประมาณ 2554

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุหลักสำคัญจากพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตที่เสี่ยงในประชากรได้แก่การรับประทานอาหารมันและ/หรืออาหารเค็ม การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายน้อย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความเครียดจากการรีบเร่งและการใช้ชีวิตในกระแสโลกาภิวัตน์ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545-2554 อัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้นจาก 140.9 เป็น 334.8 ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 2.37 เท่าใน 10 ปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 14.4 เป็น 22.5 ต่อประชากรแสนคน หรือประมาณ 1.56 เท่า แม้ว่าการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจะดีขึ้นกว่าในอดีต

ภารกิจที่ท้าทาย

ความท้าทายในการดำเนินงานป้องกันโรคมalariaเรื้อรังในปัจจุบัน พบว่า เชื้อmalarareื้อรังพาลซิพารัมในประเทศไทยดื้อยาผสมอาร์ติมิซินินบริเวณชายแดนไทย-กัมพูชา การอพยพเคลื่อนย้ายของประชากรทั้งในและต่างประเทศทำให้มีแพร่กระจายไปบริเวณชายแดนไทย-พม่า จึงได้มีการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานเครือข่ายดำเนินโครงการยับยั้งการแพร่เชื้อmalarareื้อรังที่ทนต่อยาอนุพันธ์อาร์ติมิซินิน (Partnership for Containment of Artemisinin Resistance and Moving Towards the Elimination of Plasmodium in Thailand) โดยการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการกองทุนโลก เพื่อดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือนตุลาคม 2554 – กันยายน 2559 กิจกรรมดำเนินงานประกอบด้วย

1. กำจัดเชื้อmalarareื้อรังที่ทนต่อยารักษาในกลุ่มยาอนุพันธ์อาร์ติมิซินินโดยการค้นหาผู้ป่วยในพื้นที่เป้าหมาย และให้การรักษายาขาดกับผู้ป่วยmalarareื้อรังทุกราย

2. ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อมาลาเรียโดยการควบคุมยุงพาหะและการป้องกันตนเองในกลุ่มประชากรเป้าหมาย

3. ดำเนินการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การขับเคลื่อนชุมชน และการผลักดันในวงกว้าง เพื่อสนับสนุนการยับยั้งการแพร่เชื้อมาลาเรียชนิดพลาสโมเดียม

4. ดำเนินงานการบริหารจัดการ การเฝ้าระวังโรคและการร่วมมือจากทุกภาคส่วนอย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัยของชีวิต ทั้งในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานที่ทำงาน ได้แก่ ลดการบริโภคอาหารไขมันสูงและอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เลิกสูบบุหรี่ ยาสูบและสุรา ส่งเสริมการออกกำลังกาย เป็นนิเวศที่เหมาะสมกับวัย สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการมีมาตรการ กฎหมาย นโยบายเพื่อลดปริมาณเกลือ ไขมัน ในอาหารและขนม มีการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาสูบและแอลกอฮอล์อย่างจริงจัง ประชาชนควรได้รับการวัดความดันโลหิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

นอกจากนั้นสถานบริการสาธารณสุขต้องเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการ พัฒนาระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพรองรับ พัฒนาระบบการส่งต่อที่เหมาะสมและทันทั่วถึง ผู้ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขปรับกระบวนการทัศน์การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยเน้นการจัดการตนเอง ปรับพฤติกรรมที่ลดเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจควบคู่กับการใช้ยา รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขต้องกำหนดมาตรฐาน ER/CCU ในภาพรวมของประเทศ เนื่องจาก ปัจจุบันการจัดทำมาตรฐาน ER คุณภาพการวินิจฉัย และการจัดทำมาตรฐาน CCU ยังเป็นการทำงานในระดับกรม

สำหรับ**วัณโรค** ประเทศไทยได้เพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยเร่งรัดการลดอัตราตายในผู้ป่วยวัณโรค เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคต้อยาหลายขนาน ดำเนินงานการผสมผสานการดำเนินงานวัณโรคและเอชไอวีเพื่อลดความรุนแรงของโรค พัฒนาระบบรายงานและการกำกับติดตามประเมินผล พัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคต้อยาในพื้นที่และกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ และพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการชั้นสูงตรวัณโรคให้สามารถดำเนินการเฝ้าระวังเชื้อต้อยา รวมทั้งควบคุมวัณโรคในประชากรข้ามแดน และประชากรต่างชาติ โดยส่งเสริมความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ สนับสนุนความร่วมมือระดับทวิภาคีระดับพื้นที่ ต่อพื้นที่ตามแนวชายแดนอย่างต่อเนื่อง ประสานการดำเนินงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรคให้มีคุณภาพ และสร้างเสริมความร่วมมือการดูแลส่งต่อการรักษาวัณโรคและวัณโรคต้อยาหลายขนานในชุมชนร่วมกับองค์กรเอกชน

เป้าหมายหลักที่ 7 รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

เป้าหมายย่อย MDG 7c ลดสัดส่วนประชากรที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดและสุขอนามัยที่ถูกต้องอย่างหนึ่งภายในปี 2558	บรรลุแล้ว
เป้าหมาย MDG+	โอกาสต่ำที่จะบรรลุ

ตัวชี้วัด MDG	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. สัดส่วนประชากรในเมืองที่เข้าถึงน้ำสะอาด (%)	96.5	-	97	96.3	-	98.2 (2553)	98.2 (2558)	-
2. สัดส่วนประชากรในชนบทที่เข้าถึงน้ำสะอาด (%)	76.4	-	91	87.0	-	99.0 (2553)	88.2 (2558)	-
3. สัดส่วนประชากรในเมืองที่ใช้สุขอนามัย (%)	99	-	99.5	99.6	-	99.8 (2553)	99.5 (2558)	-
4. สัดส่วนประชากรในชนบทที่ใช้สุขอนามัย (%)	83.1	-	97	98.6	-	99.6 (2553)	91.5 (2558)	-
แหล่งข้อมูล: 1-4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำมะโนประชากรและเคหะ 2533, 2543; การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร 2548-2549 3-4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำมะโนประชากรและเคหะ 2553								

ตัวชี้วัด MDG+	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. สัดส่วนประชากรในเมืองที่ดื่มน้ำที่มีคุณภาพ (%)					34.2	41.3 (2555)		80.0 (2558)
2. สัดส่วนประชากรในชนบทที่ดื่มน้ำที่มีคุณภาพ (%)					18.9	25.6 (2555)		50.0 (2558)
แหล่งข้อมูล: สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย, ข้อมูลเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ปี 2551-2555								

รายงานผลการพัฒนา

ในปี พ.ศ.2553 ประเทศไทยมีสัมฤทธิผลลักษณะ ในครัวเรือนไทยร้อยละ 99.7 โดยจำแนกเป็น สัมฤทธิผลในครัวเรือนที่ถูกลักษณะในเขตเมืองร้อยละ 99.8 และในเขตชนบท ร้อยละ 99.6

การเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด

จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2553 พื้นที่ในเขตเมืองมีน้ำบริโภคครอบคลุมร้อยละ 98.2 ในเขตชนบทมีน้ำบริโภคครอบคลุมร้อยละ 99.0 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด แต่ในภาพรวมของประเทศยังมีประชาชนส่วนหนึ่งยังขาดแคลนน้ำสะอาดสำหรับบริโภค โดยความรุนแรงของการขาดน้ำสะอาดในชนบทสูงกว่าในเมือง โดยเฉพาะในช่วงฤดูแล้งมีหมู่บ้านที่ประสบภัยแล้งซ้ำซากเป็นประจำ

สำหรับคุณภาพบริโภค จากการสุ่มตรวจสอบคุณภาพน้ำบริโภคของกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในปี พ.ศ. 2551-2555 ประเมินโดยใช้เกณฑ์คุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ. 2553 พบว่า น้ำบริโภคส่วนใหญ่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้น น้ำประปาจากการประปาส่วนภูมิภาคมากกว่าร้อยละ 80.0 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยกรมอนามัยมีการดำเนินงานโครงการน้ำประปาดื่มได้ภายใต้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ซึ่งกรมอนามัยได้รับรองคุณภาพน้ำประปาจากระบบประปาของการประปาส่วนภูมิภาค ว่าเป็นพื้นที่น้ำประปาดื่มได้แล้ว จำนวน 160 แห่ง จากจำนวนประปา 231 แห่ง ทำให้คุณภาพน้ำประปามีแนวโน้มดีขึ้น สำหรับ ในชนบทคุณภาพน้ำประปาของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลคุณภาพน้ำประปาอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 20-40 โดยส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทางแบคทีเรีย รองลงมาปัญหาทางกายภาพไม่เหมาะสม คือ ความเป็นกรด-ด่าง ความขุ่น และสีเกินมาตรฐาน สำหรับคุณภาพน้ำทางเคมีส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้น สารละลายทั้งหมดที่เหลือจากการระเหย ความกระด้าง คลอไรด์ สารหนู ตะกั่ว ไนเตรท ฟลูออไรด์ เหล็ก และแมงกานีส ทั้งนี้เนื่องจากระบบประปามีปัญหาระบบโครงสร้างที่ไม่สมบูรณ์ ไม่บริหารจัดการบำรุงรักษาที่ต่อเนื่อง และคุณภาพแหล่งน้ำดิบบางพื้นที่มีแร่ธาตุที่มีอยู่ตามธรรมชาติในแหล่งน้ำใต้ดินสูง ปัจจุบันมีระบบประปาหมู่บ้านผ่านการรับรองเป็นน้ำประปาดื่มได้ค่อนข้างน้อย สำหรับความปลอดภัยของน้ำบริโภคประเภทอื่น ๆ ได้แก่ น้ำบ่อน้ำตื้น น้ำฝน น้ำบรรจุขวดและน้ำตู้หยอดเหรียญ พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพไม่ได้มาตรฐาน ปัญหาสำคัญคือการปนเปื้อนแบคทีเรีย รองลงมาปัญหาด้านกายภาพ ได้แก่ ความเป็นกรด-ด่าง ความขุ่น และสีเกินมาตรฐาน และเคมี ได้แก่ สารละลายทั้งหมดที่เหลือจากการระเหย ความกระด้าง คลอไรด์ ซัลเฟต สังกะสี ไนเตรท ตะกั่ว แคดเมียมและฟลูออไรด์

สัมฤทธิผลลักษณะ

เนื่องจากวิถีชีวิตในปัจจุบันของคนไทยเปลี่ยนไป มีการเดินทางและใช้ชีวิตนอกบ้านมากขึ้น การใช้สัมภาระจึงเป็นสิ่งจำเป็น ในปี พ.ศ.2549 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการสำรวจสถานการณ์สัมภาระ พบว่า มีปัญหาเรื่องความสกปรกและกลิ่นเหม็น อีกทั้งเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค และมี

ส่วนสาธารณสุขเพียงร้อยละ 9.08 ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสาธารณสุข กรมอนามัย จึงได้ดำเนินโครงการพัฒนาสาธารณสุขไทยโดยเน้นให้สถานที่สาธารณะต่างๆ พัฒนาส่วนให้ได้มาตรฐานสาธารณสุข (HAS) ประกอบด้วย ความสะอาด (Health) ความเพียงพอ (Accessibility) และปลอดภัย (Safety) และต่อมาในปี พ.ศ. 2550 – 2555 จากการสำรวจสาธารณสุขมีสาธารณสุขได้มาตรฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.16 ร้อยละ 30.85 ร้อยละ 40.37 ร้อยละ 49.50 ร้อยละ 55.47 และร้อยละ 62.45 ตามลำดับ โดยพบว่าสาธารณสุขที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (HAS) ด้านความสะอาด คือ สภาพของการทำความสะอาด ถึงขั้นไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่มีกระดาษชำระหรือสายฉีดน้ำ และไม่มีสบู่ล้างมือ ด้านความเพียงพอ คือ การไม่มีส่วนสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และสตรีมีครรภ์ และมีปัญหาส่วนไม่เปิดให้บริการ และด้านความปลอดภัย คือ พื้นไม่แห้ง และส่วนตั้งอยู่ในที่เปลี่ยว เป็นต้น นอกจากนี้ ผลการทดสอบการปนเปื้อน พบเชื้อฟิโคลโคลิฟอร์มแบคทีเรียที่จุดที่มีการสัมผัสมากและพื้นห้องส่วน

ภารกิจที่ท้าทาย

1. กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาปลอดภัยเป็นนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพอนามัยของประชาชน และคุณภาพชีวิตที่ดี
2. เสริมสร้างศักยภาพความเข้มแข็งทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติโดยการบูรณาการเพื่อดำเนินการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาให้ได้มาตรฐานสะอาดปลอดภัยและเพียงพอ เพื่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดี
3. กระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาคุณภาพน้ำประปาและคุณภาพน้ำบริโภค การเฝ้าระวังและรักษาแหล่งน้ำธรรมชาติเพื่อการบริโภคและแหล่งน้ำดิบเพื่อการประปา ทั้งนี้เพื่อสร้างความเป็นธรรมและความมั่นคงทางสุขภาพแก่ประชาชนทั่วหน้า

ในส่วนของส่วนถูกสุขลักษณะของประเทศไทย มีการพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว ทั้งส่วนครัวเรือนและส่วนสาธารณสุข ความท้าทายในการพัฒนาด้านการใช้ส่วนที่ถูกสุขลักษณะของประชาชนไทย ที่สำคัญ คือ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาส่วนสาธารณสุขในสถานที่และสถานบริการต่างๆ ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างครอบคลุมและรักษามาตรฐานเพื่อให้เกิดความยั่งยืน
2. การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสุขอนามัยและพฤติกรรมการใช้ส่วนที่ถูกสุขลักษณะตั้งแต่ในโรงเรียน
3. ส่งเสริมให้มีการปรับปรุงและพัฒนาส่วนทั้งในครัวเรือนและส่วนสาธารณสุขให้เป็นส่วนนั่งราบเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
4. ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาล

เป้าหมายหลักที่ 8 ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

เป้าหมายย่อย MDG 8e ร่วมมือกับบรรษัทดำเนินการให้ประเทศกำลังพัฒนาสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็น	บรรลุแล้ว
--	-----------

ตัวชี้วัด MDG	2533	2538	2543	2548	2551	2556	เป้าหมาย MDG	เป้าหมาย MDG+
1. ความครอบคลุมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพ (%)				96.25	99.16	99.89 (28 เม.ย. 56)	-	-
แหล่งข้อมูล: 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ								

จำนวนผู้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพแยกประเภทสิทธิ ปีงบประมาณ 2545 – มิ.ย. 2556

ลำดับ	ประเภท	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556 (มิ.ย. 56)
1	สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	45,352,811	45,972,011	47,099,766	47,343,401	47,542,982	46,672,613	46,949,267	47,558,456	47,729,516	48,116,789	48,620,104	48,753,485
2	สิทธิประกันสังคม	7,121,147	8,086,115	8,340,006	8,741,658	8,200,443	9,581,741	9,835,528	9,616,602	9,899,687	10,167,671	10,327,129	10,501,474
3	สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4,045,992	4,024,588	4,267,324	4,151,495	4,061,220	5,132,556	5,002,106	4,955,042	4,918,271	4,964,749	4,967,147	4,947,494
4	สิทธิทหารผ่านศึก			-	122,679	122,347	131,272	128,150	124,783	122,321	166,698	164,027	163,643
5	สิทธิครูเอกชน			-	95,158	109,758	111,047	109,225	107,352	105,709	104,331	102,834	98,519
6	สิทธิบุคคลผู้มีสถานะและสิทธิ								-	288,224	367,289	343,583	414,518
7	สิทธิข้าราชการการเมือง								271	273	265	428	433
8	ผู้ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ	4,600,780	4,366,355	2,830,301	2,356,963	1,357,460	779,263	522,352	332,541	407,289	31,906	65,113	72,488
9	รวมประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันฯ (1+2+3+4+5+6+7+8)	61,120,730	62,449,069	62,537,397	62,811,354	62,394,210	62,408,492	62,546,628	62,695,047	63,471,290	63,919,698	64,590,365	64,952,054
10	ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ (คน) (1+2+3+4+5+6+7)	56,519,950	58,082,714	59,707,096	60,454,391	61,036,750	61,629,229	62,024,276	62,362,506	63,064,001	63,887,792	64,525,252	64,879,566
11	ร้อยละความครอบคลุม = (ลำดับ10x100)/ลำดับ9	92.47	93.01	95.47	96.25	97.82	98.75	99.16	99.47	99.36	99.95	99.90	99.89

ที่มา: สำนักบริหารงานทะเบียน กลุ่มภารกิจบริหารกองทุน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, มิ.ย. 56

รายงานผลการพัฒนา

เพื่อส่งเสริมให้มีความครอบคลุมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพของประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการพัฒนาระบบทะเบียนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการลงทะเบียนผู้มีสิทธิ ซึ่งพบว่า ผู้มีสิทธิที่ยังไม่ลงทะเบียน 2 กลุ่มสำคัญ คือ

1. กลุ่มเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่อาจจะยังไม่เจ็บป่วย และผู้ปกครองไม่ทราบสิทธิด้านการรักษาพยาบาลที่เด็กพึงได้รับ

2. กลุ่มวัยทำงานที่ลาออกจากข้าราชการ หรือ บริษัทเอกชนที่ทำงานอยู่ ทำให้หมดสิทธิการรักษาพยาบาลกรณีข้าราชการ หรือ ประกันสังคม โดยที่อาจจะยังไม่ได้แสดงความจำนงลงทะเบียนสิทธิทำให้เกิดสถานะสิทธิว่าง ที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ

เพื่อให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าว ได้รับสิทธิประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จึงมีมติจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพชาติสามารถดำเนินการลงทะเบียนสิทธิแทนประชาชนกลุ่มดังกล่าวได้โดยที่ประชาชนยังคงมีสิทธิในการเปลี่ยนแปลงหน่วยบริการได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด การพัฒนาระบบลงทะเบียนแทนดังกล่าว ส่งผลให้ลดปริมาณสิทธิว่าง และประชาชนได้รับความครอบคลุมสิทธิประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นตามลำดับ

ภารกิจที่ท้าทาย

ในปี 2556 วิสัยทัศน์ ของ สปสช. คือ “ทุกคนที่อาศัยอยู่บนแผ่นดินไทยได้รับความคุ้มครองหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าด้วยความมั่นใจ” ความท้าทายที่สำคัญ คือ การจัดทำข้อมูลทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพของคนทุกคน และทุกกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สามารถเป็นแหล่งข้อมูลทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 4 ภารกิจที่ท้าทาย

การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDG) ด้านสุขภาพประกอบด้วย	
เป้าหมายหลักที่ 1	ขจัดความยากจนและหิวโหย
เป้าหมายหลักที่ 4	ลดอัตราการตายของเด็ก
เป้าหมายหลักที่ 5	พัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์
เป้าหมายหลักที่ 6	ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย วัณโรค และโรคสำคัญอื่น ๆ
เป้าหมายหลักที่ 7	รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน
เป้าหมายหลักที่ 8	ส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

โดยมีตัวชี้วัดด้านสุขภาพทั้งสิ้น 44 ตัวชี้วัด การขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพมีความท้าทายอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะต้องประสบกับความท้าทาย ทั้งจากสถานการณ์ภายในและภายนอกหลากหลายรูปแบบ การขับเคลื่อนการพัฒนาด้านสาธารณสุขจะต้องเน้นการดำเนินงานในประเด็นที่ยังเป็นความท้าทายที่สำคัญ คือ

- **ด้านโภชนาการ** มีผลกระทบที่สัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตหลายประการทั้งในปัจจุบันและอนาคตโดยเฉพาะกลุ่มเด็ก ซึ่งผลกระทบดังกล่าวมิใช่แค่เพียงโครงสร้างด้านร่างกายที่ส่งผลให้เตี้ยแคระแกร็นเท่านั้น ยังทำให้ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ภาวะเตี้ยที่มีผลต่อการพัฒนาสมอง ภาวะอ้วนที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 และการสำรวจสภาวะสุขภาพ พัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ปี 2553 พบว่าเด็กอายุ 1-5 ปี มีภาวะเตี้ย น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และอ้วนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.3, 4.8, 8.5 ในปี 2551 – 2552 เป็นร้อยละ 9.1, 7.4 และ 12.3 ในปี 2553 ตามลำดับ จึงควรเสริมความรู้ด้านโภชนาการให้กับ อสม.ในชุมชน และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของเด็ก การให้อาหารตามวัยที่ถูกต้องเหมาะสมตามหลักโภชนาการ

- **การพัฒนาสุขภาพมารดาและเด็ก** โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดภาคเหนือตอนบน (พื้นที่สูง) และสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ การพัฒนาเด็กให้มีคุณภาพ เป็นกำลังสำคัญของสังคมจึงมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น การดำเนินงานควรเน้นการบูรณาการโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเฉพาะพื้นที่ เช่น ชนกลุ่มน้อย (ชาวเขา ชาวเล) เด็กด้อยโอกาส เด็กในชุมชนแออัดในเมือง เด็กเร่ร่อน ตั้งแต่พัฒนาการของเด็กแรกเกิด สุขภาพมารดา การโภชนาการ การศึกษาสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย ในส่วนของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีปัญหาต่างด้าวมีการตั้งครอบครัวและเสียชีวิต ซึ่งควรจะเน้นการเว้นช่วงระยะการมีบุตรเพื่อสุขภาพของมารดาและทารก ให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

- **ภาวะโลหิตจาง** กำลังเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งจากผลการสำรวจภาวะโภชนาการและสุขภาพเด็กในภูมิภาคอาเซียน ปี 2554 พบภาวะโลหิตจางในเด็กเล็กมากที่สุด คือ เด็กอายุ 1 – 2 ปี มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 33 เด็กอายุ 3 – 5 ปี ร้อยละ 68 เด็กอายุ 6 – 12 ปี ร้อยละ 10 โดยพบในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง โดยเฉพาะในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 17.2 (ปี 2555) จะส่งผลให้คลอดทารกก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.5

(ปี 2555) และมีผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กและสติปัญญาในการเรียนรู้ต่ำ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก

- **การดำเนินการด้านการวางแผนครอบครัว** อย่างต่อเนื่องและได้ผล ทำให้ในปัจจุบันอัตราคุมกำเนิดของประเทศไทยคงที่อยู่ในระดับร้อยละ 80 ซึ่งถือว่าเทียบเท่ากับประเทศพัฒนาแล้ว แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายละเอียดบางอย่างที่จำเป็นต้องปรับปรุง เช่น ทางเลือกของวิธีการคุมกำเนิด ที่เวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรยังมีการใช้ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ทำให้มีปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามมา นอกจากนี้แล้วในระดับนโยบาย ประเทศไทยในปัจจุบันกำลังประสบกับปัญหาอัตราการเกิดต่ำกว่าระดับทดแทน ทำให้อาจประสบกับปัญหาเกี่ยวกับโครงสร้างประชากรในอนาคต ซึ่งข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2552-2555 ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นที่ยังไม่พร้อมและไม่ตั้งใจ ส่งผลให้อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีหลังจากประมาณ 30 ต่อ 1,000 เป็นประมาณ 50 ต่อ 1,000 โดยข้อมูลอย่างเป็นทางการล่าสุดอยู่ที่ 53.6 ต่อหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คนในปี พ.ศ.2554

- **การลดการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์รายใหม่** เมื่อประเทศไทยไม่สามารถลดการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ได้ตามเป้าหมาย การดำเนินงานจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบใหม่ของการป้องกันเป็นแบบผสมผสาน คือ ส่งเสริมการมีพฤติกรรมป้องกันในกลุ่มประชากรหลัก และส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กินยาสม่ำเสมอ ซึ่งการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนในการร่วมกันตรวจพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่เนิ่น ๆ ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เร็วที่สุด และให้การรักษาที่ต่อเนื่อง เป็นแนวทางที่จะทำให้ประชากรเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่ในระบบบริการป้องกัน รักษา และดูแลได้ครอบคลุม ทัวถึง

- **การลดอัตราการตายในผู้ป่วยวัณโรค** เนื่องจากการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลกระทบต่อตรงต่อสถานการณ์วัณโรค เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยทั้งสองโรคพร้อมกันมีอาการรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จึงมีความจำเป็นในการเร่งค้นหาผู้ป่วยวัณโรคด้วยหลายขนาด พัฒนาระบบรายงานและการกำกับติดตามประเมินผล พัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคที่อยู่ในพื้นที่และกลุ่มเสี่ยงเฉพาะ พัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการชันสูตรวัณโรค และควบคุมวัณโรคในประชากรข้ามแดนและประชากรต่างด้าว

- **การลดอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ** เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุหลักสำคัญจากพฤติกรรมเสี่ยงและวิถีชีวิตที่เสี่ยงในประชากรได้แก่การรับประทานอาหารมันและ/หรืออาหารเค็ม การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ การเคลื่อนไหวร่างกาย/ออกกำลังกายน้อย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความเครียดจากการรีบเร่งและการใช้ชีวิตในกระแสโลกาภิวัตน์ ประกอบกับประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องเน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัยของชีวิต ทั้งในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และสถานที่ทำงาน พัฒนาระบบบริการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และพัฒนาระบบส่งต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพ

ทั้งนี้ การแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ จะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการรักษาระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไทยในภาพรวม ประเด็นที่จะมีนัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงานแบบคู่ขนานดังกล่าวได้แก่

การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพในการสร้างสุขภาพ

การส่งเสริมบทบาทของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มีความเข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค มีวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ มีกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่นของตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ และภาคประชาสังคมโดยใช้ข้อมูลที่ครบถ้วน รอบด้าน ตลอดจนการพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศให้เข้มแข็ง ทั้งในระดับโลก ภูมิภาคและชายแดน

พัฒนาระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย และการควบคุมโรค ป้องกันโรคและการรับมือกับโรคระบาด

การเตรียมพร้อมรับการเกิดโรคระบาดต่าง ๆ ทั้งที่อุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ตลอดจนภัยสุขภาพอื่น ๆ เนื่องจากปัจจุบันแนวโน้มของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำมีเพิ่มขึ้น และประกอบกับโลกยุคโลกาภิวัตน์ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้การแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อระบบสาธารณสุข รวมถึงเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และการลงทุนในประเทศอีกด้วย อาทิ โรคไข้หวัดนก โรคมือ เท้า ปาก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ โรคไข้เวสต์ไนล์ โรคอีโคโนลา และไข้เลือดออกสายพันธุ์ใหม่ จึงจำเป็นต้องมีนโยบายในควบคุมป้องกันโรค เพื่อตรวจจับการระบาดให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยให้สถานพยาบาลทุกแห่งทบทวนและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมรณรงค์ให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อทั้งในครอบครัวและชุมชน สร้างความเข้มแข็งที่ทดสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็วเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึงระดับประเทศ

การยกระดับคุณภาพสถานบริการและการให้บริการ

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการในทุกกระดับให้ได้มาตรฐาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างมีคุณภาพทั้งภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เพียงพอในทุกกระดับ มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเหมาะสม คำนึงค่า พัฒนาความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เฉพาะทาง ให้ครอบคลุมพื้นที่ตามความจำเป็น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีคุณภาพ มาตรฐานที่ดี ในทุกระดับ จัดบริการสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ คนชายขอบ พัฒนาระบบส่งต่อโดยประชาชนไม่ถูกปฏิเสธการส่งต่อและได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างการส่งต่อ ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในการรับบริการ

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

การเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปี 2558 จะมีการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงาน บุคลากร สินค้า อุปโภค บริโภคได้สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น อาจก่อให้เกิดการลักลอบนำเข้าและส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย การแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคอุจจาระร่วง โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ

การพัฒนาระบบข้อมูล

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ มีความสำคัญต่อการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพที่อาศัยหลักฐานสนับสนุนทางวิชาการ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพปัจจุบัน และแนวโน้มของปัญหาสุขภาพในอนาคต รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาระบบและวิธีการในการจัดการกับปัญหาและเพิ่มคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพ สถานะสุขภาพของประชาชน ฯลฯ จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ใช้ข้อมูล และผู้จัดทำข้อมูล โดยต้องมีกลไกการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและด้านวิชาการที่เพียงพอและเหมาะสม ประกอบกับการมีบุคลากรที่มีศักยภาพ ภายใต้การจัดการที่เป็นระบบและต่อเนื่อง และมีการประสานความร่วมมือกันทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยอยู่ในรูปแบบของเครือข่าย เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาระบบร่วมกัน

สรุป

ในทศวรรษหน้า โลกจะต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมในอัตราเร่งและรุนแรงมากขึ้น อาทิ ความผันผวนของระบบเศรษฐกิจโลก โรคระบาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา โรคไม่ติดต่อ โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ การก่อการร้าย ภัยธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงทางภูมิอากาศ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมหลากหลายมิติ ดังนั้น ภารกิจที่ท้าทายมีปัจจัยกำหนดที่มีความหลากหลายและต้องการการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาจากภาคส่วนต่าง ๆ ปัญหาบางปัญหา เช่น เด็กจมน้ำตาย มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นในการเสียชีวิตของเด็ก ซึ่งต้องการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหา อาจจะต้องจัดทำเป็นวาระแห่งชาติ

การเปิดประชาคมอาเซียนในปี 2558 จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม การพัฒนาระดับชุมชนและท้องถิ่นให้เข้มแข็ง น่าอยู่ ปลอดภัย มีพัฒนาการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน ทั้งด้านสังคม การศึกษา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม จะส่งผลให้ประเทศไทยพัฒนาอย่างมีทิศทางประชาชนมีสุขภาวะและบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็ก 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

1. อัตราส่วนการตายของมารดา

ในปีงบประมาณ 2544 – 2554 และหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554 – มีนาคม 2555) อัตราส่วนการตายของมารดาอยู่ในช่วง 36 – 60 ต่อแสนการเกิดมีชีพ อัตราส่วนขึ้น ๆ ลง ๆ ไม่แตกต่างกันมากนักในแต่ละปี ยกเว้นในปีงบประมาณ 2553 และหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดาสูงกว่าทุกปีที่ผ่านมาอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้ อัตราส่วนการตายของมารดาในภาพรวมทั้ง 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ยังคงสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศกว่า 2 เท่า

เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัดในปีงบประมาณ 2553 – 2554 และหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 (ตุลาคม 2554 – มีนาคม 2555) พบว่า จังหวัดปัตตานี ยะลาและสตูล อัตราส่วนการตายของมารดามีอัตราที่ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่ ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) โดยเฉพาะใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากลูกมีเลือดออกหลายคน ในหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 จังหวัดที่มีอัตราส่วนมารดาตายสูงสุด ได้แก่ จังหวัดสตูล 80.4 ต่อแสนการเกิดมีชีพ (2 ราย) รองลงมาได้แก่ สงขลา 77.3 (8 ราย) ปัตตานี 40.4 (2 ราย) และนราธิวาส 31.8 (2 ราย) โดยยะลาไม่มีรายงานการตายของมารดา อย่างไรก็ตามการรายงานการตายของมารดาในช่วงสั้น ๆ เช่น ช่วง 6 เดือน ในบางพื้นที่อาจมองว่าการตายของมารดาค่อนข้างสูง เช่น จังหวัดสตูล เนื่องจากฐานในการคำนวณอันได้แก่ เด็กเกิดมีชีพ มีจำนวนไม่มาก จึงทำให้อัตราส่วนการตายของมารดาสูงกว่าในจังหวัดอื่น ๆ ที่มีจำนวนการเกิดมีชีพของเด็กสูงกว่า

2. อัตราการตายปริกำเนิดของทารก

การตายปริกำเนิดของทารก เป็นการตายของทารกที่มารดามีอายุครรภ์ครบ 28 สัปดาห์หรือมากกว่ารวมกับการตายของทารกที่มีอายุน้อยกว่า 7 วัน ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดผลการดำเนินงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีอัตราตายปริกำเนิดลดลง โดยหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 จังหวัดที่มีอัตราตายปริกำเนิดสูงสุดได้แก่ จังหวัดนราธิวาส ยะลาและสตูล 11.8, 9.9 และ 9.2 ต่อพันการเกิดตามลำดับ

3. อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ในช่วงที่ผ่านมาอัตราไม่แตกต่างกันมากนักในทุกจังหวัด โดยในหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานสูงสุดได้แก่จังหวัดสตูล ร้อยละ 74.8 อย่างไรก็ตามทุกจังหวัด ผลการดำเนินงานสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (เกณฑ์การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

4. การฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์

การฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ในช่วงที่ผ่านมา ผลการดำเนินงานไม่ต่างจากเดิมมากนัก ในหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 มีเพียงสตูลจังหวัดเดียวที่

ดำเนินงานได้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ เนื่องจากมารดาบางส่วนหลังจากฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วไปทำงานที่มาเลเซียหรือไปทำงานที่จังหวัดอื่น จะกลับมาอีกครั้งเมื่อใกล้คลอด

5. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เกณฑ์กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10 ในหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 จังหวัดที่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงสุดได้แก่ จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 19.9 รองลงมาได้แก่ สตูล และนราธิวาส ตามลำดับ จะเห็นว่าทุกจังหวัดยังคงมีปัญหาในเรื่องของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์บางส่วนไม่ยอมรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เพราะกลัวเด็กจะตัวโตคลอดยาก และบางส่วนมีอาการข้างเคียงเมื่อรับประทานยา

6. อัตรามารดามีบุตรเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี

มารดามีบุตรเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ไม่เกินร้อยละ 10 ของมารดาคลอดทั้งหมด ในหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 จังหวัดที่มีอัตราสูงสุด ได้แก่ สตูล ร้อยละ 16.0 รองลงมาได้แก่ สงขลา ร้อยละ 14.4 กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากอาจจะส่งผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย การเลี้ยงดูทารกและการหย่าร้าง จากความไม่พร้อมทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจของมารดา

7. อัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ

การคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณ พบว่าลดลงในทุกจังหวัดเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา จังหวัดปัตตานี ยะลาและนราธิวาส มีอัตราการคลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณสูงกว่าในจังหวัดสงขลา และสตูล ในหกเดือนแรกของปีงบประมาณ 2555 จังหวัดสงขลาและสตูล อัตราการคลอดกับผดุงครรภ์โบราณไม่ถึงร้อยละ 1 ในขณะที่จังหวัดปัตตานีมีอัตราสูงสุด ร้อยละ 3.9 มารดาที่คลอดที่บ้านกับผดุงครรภ์โบราณส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีบุตรหลายคน บางคนคลอดง่าย มาไม่ทัน และจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ทำให้บางรายไม่สามารถมาคลอดที่สถานบริการ โดยเฉพาะในรายที่เจ็บครรภ์ในเวลา กลางคืน

8. อัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ตามเกณฑ์กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 ผลการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา แตกต่างกันไปเล็กน้อย โดยในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2555 จังหวัดที่มีอัตราสูงสุด ได้แก่ จังหวัดสตูล ร้อยละ 9.4 รองลงมาได้แก่ จังหวัดยะลา ร้อยละ 8.0 จังหวัดที่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย ได้แก่ จังหวัดสงขลา

แนวทางการแก้ไข

1. การพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพ โดย
 - 1.1 พัฒนาคูณภาพสถานบริการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว
 - 1.2 พัฒนามาตรฐานการพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็ก

1.3 พัฒนาระบบการส่งต่อมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งภายในจังหวัดและระหว่างจังหวัดใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

1.4 จัดสถานบริการให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ เช่น จัดให้มีมุมสำหรับการทำอาชานในเด็กแรกเกิด ให้ผดุงครรภ์โบราณเข้าไปเฝ้ามารดาในห้องคลอดได้

2. การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.1 อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระหว่างประจำการ/เจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ ในการดูแลสตรีที่มีภาวะเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด

2.2 พัฒนาระบบการนิเทศงาน โดยนิเทศในเชิงคุณภาพ จัดทีมนิเทศของจังหวัดลงนิเทศอำเภอและระดับอำเภอ นิเทศระดับตำบล

2.3 อบรมการให้คำปรึกษาและให้บริการในการเว้นช่วงระยะเวลาการมีบุตรเพื่อสุขภาพมารดา

2.4 อบรมการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์เพื่อการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่าย

2.5 จัดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก

3. การให้ความรู้ในวัยเจริญพันธุ์/คู่สมรส

3.1 ให้ความรู้กลุ่มก่อนสมรสในเรื่องของอนามัยแม่และเด็ก

3.2 ให้ความรู้ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์และมาฝากครรภ์ เน้นโรงเรียนพ่อแม่

3.3 ให้ความรู้สตรีขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดในเรื่องของการเว้นช่วงระยะเวลาการมีบุตรเพื่อสุขภาพมารดาและทารก

4. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

4.1 จัดทำคู่มือให้ความรู้แก่คู่สมรสก่อนแต่งงานที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม โดยจัดทำร่วมกันระหว่างศูนย์อนามัยที่ 12 ผู้นำศาสนา นักวิชาการด้านศาสนาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4.2 พัฒนาศักยภาพผดุงครรภ์โบราณและ อสม. เพื่อให้เป็นเครือข่ายในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การแนะนำการเว้นช่วงระยะเวลาการมีบุตร ตลอดจนการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด ที่มีภาวะแทรกซ้อนมายังสถานบริการ

4.3 ฝึกอบรมแกนนำในชุมชนในการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อให้สามารถจัดทำโครงการในการแก้ปัญหาตามแนวทางของชุมชน เพื่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา

5. การประชาสัมพันธ์

5.1 จัดทำสื่อ เอกสาร โปสเตอร์ แผ่นพับ ในการประชาสัมพันธ์งานอนามัยแม่และเด็ก โดยเน้นการฝากครรภ์เร็ว ฝากครรภ์ตามนัดและการมาคลอดที่โรงพยาบาล มีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อวิทยุและโทรทัศน์

5.2 จัดทำสื่อที่สอดคล้องกับพื้นที่ โดยการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐและชุมชนในแต่ละพื้นที่

ในการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ได้ใช้กลไก MCH Board เป็นตัวขับเคลื่อน โดย MCH Board เขต จะเป็นทีมที่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก จากนั้น MCH Board จังหวัด ซึ่งตั้งประธานและเลขาฯ เป็นกรรมการของ MCH Board เขต จะเป็น

ผู้ที่เกี่ยวข้องกำหนดยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ ในแต่ละจังหวัดร่วมกับ MCH Board อำเภอ ซึ่งประธาน และเลขาฯ MCH Board อำเภอจะเป็นกรรมการใน MCH Board จังหวัด เพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป

ที่มา: เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการประชากรและการพัฒนาในคณะกรรมการการ สาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ 2/2556 วันพุธที่ 27 กุมภาพันธ์ 2556 ณ ห้องประชุมคณะกรรมการ หมายเลข 103 ชั้น 1 อาคารรัฐสภา 2

ภาคผนวก 2

สถานะสุขภาพของประชาชนจังหวัดแม่ฮ่องสอน

จากข้อมูลรายงานของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในปีงบประมาณ 2555 พบว่า มีมารดาที่เสียชีวิตจากการคลอดบุตร จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตรามารดาตายเท่ากับ 31.76 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงฯ กำหนด (ไม่เกิน 18 : 100,000 การเกิดมีชีพ) อัตราทารกต่ำกว่า 1 ปีตายเท่ากับ 10.80 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงฯ กำหนด (ไม่เกิน 15 : 1,000 การเกิดทั้งหมด) สำหรับอัตราเกิดอย่างหยาบ เท่ากับ 13.72 ต่อประชากรพันคน อัตราตายอย่างหยาบ เท่ากับ 5.56 อัตราเพิ่มตามธรรมชาติเท่ากับ ร้อยละ 0.81

ภาระการเจ็บป่วยของประชาชน

โรคติดต่อที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่สำคัญเรียงจากมากไปน้อย 5 ลำดับโรคแรก ได้แก่ Acute diarrhea, PUO, H.conjunctivitis, Pneumonia และ Malaria อัตราป่วยเท่ากับ 2,787.48, 856.80, 392.65, 360.96 และ 271.04 ตามลำดับ

สาเหตุป่วยด้วยโรค 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยใน เรียงจากมากไปน้อย ได้แก่ Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory finding รองลงมาคือ โรค Other intestinal infectious diseases Other diseases of the digestive system, Acute upper respiratory infections and other disease และ Other endocrine, nutrition and metabolic diseases มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 848.10, 802.0, 788.90, 705.03 และ 662.28 ตามลำดับ

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกเรียงจากมากไปน้อย 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรคระบบหายใจ โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกฯ และโรคระบบไหลเวียนเลือด มีอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 497.34, 314.30, 302.27, 283.04 และ 244.2433

คุณภาพชีวิตของมารดาและทารกในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

สถานการณ์สุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ปีงบประมาณ 2556 จังหวัดแม่ฮ่องสอน มีหญิงตั้งครรภ์รายใหม่มารับการฝากครรภ์ ร้อยละ 99.70 โดยมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 72.59 (เกณฑ์ : ร้อยละ 60) ได้รับการคัดกรองธาลัสซีเมีย ร้อยละ 95.80(เกณฑ์ : ร้อยละ 80) พบผลผิดปกติ ร้อยละ 11.37 พบคู่เสี่ยงต่อการให้กำเนิดบุตรเป็นธาลัสซีเมีย ร้อยละ 0.52 และมีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 10.46 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ร้อยละ 90.37 มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 17.25 (237 ราย) มารดาคลอด (คนไทยใน CUP) ทั้งหมด 1,374 ราย มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 14 ราย ร้อยละ 1.02 อัตราความครอบคลุมของการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนในหญิงหลังคลอด 0 - 6 เดือนที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 84.82 ทารกมีอัตราขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 23.31 ต่อพันการเกิดมีชีพ (เกณฑ์ : ไม่เกิน 30 ต่อพันการเกิดมีชีพ) ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 9.71 (เกณฑ์ : ไม่เกินร้อยละ 7) อัตราทารกปริกำเนิด 9.43 ต่อพันการเกิดมีชีพ (เกณฑ์ : ไม่เกิน 9 ต่อพันการเกิดทั้งหมด) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 71.68 (เกณฑ์ : ร้อยละ 50) พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 99.31 (เกณฑ์ : ร้อยละ 85) อัตราทารกตาย 7.29 ต่อพันการ

เกิดมีชีพ (เกณฑ์ : ไม่เกิน 15 ต่อ พันการเกิดมีชีพ) โครงการตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว ดำเนินการในพื้นที่ 3 อำเภอ 6 ตำบล ได้แก่ อำเภอเมือง 1 ตำบล (ตำบลผาบ่อง) อำเภอขุนยวม 1 ตำบล (ตำบลแม่เงา) อำเภอปาย 4 ตำบล (ตำบลทุ่งยาว/ตำบลแม่นาเติง/ตำบลแม่ฮี้/ตำบลโป่งสา)

อัตราการฝากครรภ์

1. การฝากครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ จังหวัดแม่ฮ่องสอนดำเนินการได้สูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มีการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่โดยใช้เครือข่ายประชาสัมพันธ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำในชุมชนเป็นผู้ร่วมดำเนินการประชาสัมพันธ์แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ และมอบชุดตรวจครรภ์ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผดุงครรภ์โบราณ ในพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลสถานบริการสาธารณสุขใช้ในการตรวจคัดกรองหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่สงสัยว่าจะตั้งครรภ์ให้สามารถได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และสิ่งจูงใจที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์ก่อนหรืออายุครรภ์เท่ากับ 12 สัปดาห์นั้น คือ สมุดสีชมพูหรือสมุดสุขภาพมารดาและทารก ที่สามารถใช้เป็นหลักฐานในการแจ้งเกิดและแสดงสิทธิในตัวเองของลูกที่คลอดออกมาได้ ซึ่งมีผลในการรับรองสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย เช่น สิทธิการขอรับบัตรโครงการหลักประกันสุขภาพ การแจ้งเกิด นอกจากนี้ยังมีบางพื้นที่ที่มีของที่ระลึก เช่น ของขวัญมอบให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดลูกโดยมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล หรือ CUP ในแต่ละพื้นที่ด้วย

2. การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ หญิงตั้งครรภ์ต้องมารับการตรวจครรภ์เฉลี่ย 12 – 15 ครั้งต่อการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง ดังนั้น อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพของจังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 70 – 80 ซึ่งยังไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายได้ แต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสาเหตุเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัญหาการคมนาคมลำบาก ไม่มีรถยนต์ประจำทาง สาขามีญาติ ไม่มีเวลาพอจะมาส่งได้ หรือต้องทำงานด้านการเกษตร ทำไร่ เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ก็จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการตรวจครรภ์ และหากมารับบริการในวันที่ไม่มีคลินิกเปิดบริการก็จะทำให้ไม่ได้รับการตรวจครรภ์ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่ต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้สามารถเอื้อต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนได้สะดวก รวมถึงการชี้แจงและขอความร่วมมือจากประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ญาติ และชุมชนด้วย

อัตราการตายมารดาและทารก

1. อัตราทารกอายุต่ำกว่า 1 ปีตาย จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย แต่อาจจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี ตายเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งเด็กอายุ 0 – 5 ปี ตาย ดังนั้น อาจจะใช้ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยเป็นแหล่งข้อมูลในส่วนของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และ 0 – 5 ปีตาย

2. อัตราส่วนมารดาตาย ในปี 2546 – 2555 เท่ากับ 84.22, 137.70, 25.32, 81.61, 277.52, 64.66, 80.58, 0, 70.92 และ 31.76 ต่อ 100,000 การเกิดมีชีพ ตามลำดับ จำนวนมารดาตายของจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังพบได้เกือบทุกปี และอัตราส่วนมารดาตายของจังหวัดแม่ฮ่องสอนจะพบว่าสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากมีอัตราการเกิดน้อย จึงทำให้อัตราส่วนมารดาตายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ถึงแม้จะมีมารดาเสียชีวิตเพียง 1 คนก็ตาม โดยอำเภอที่พบอัตราส่วนมารดาตายสูงคือ อำเภอแม่สะเรียง ส่วนอำเภอปางมะผ้าในรอบ 5 ปี ยังไม่พบมารดาตาย สำหรับสาเหตุการตายของ

มารดา จากการรวบรวมข้อมูล พบว่า สาเหตุที่ทำให้มารดาตายมากที่สุด คือ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกไม่หดตัว/ ภาวะรกเกาะติง

3. สาเหตุการตายของทารกแรกเกิดและ 0 – 7 วัน ตาย ในช่วงปีงบประมาณ 2554 – 2555 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูลรายงาน แบบฟอร์ม ก-1 ของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่ามีจำนวนทารกเกิดไว้ชีพและทารกอายุ 0 – 7 วันตาย รวม 54 ราย จำแนกเป็น ทารกตายในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 17 ราย และปีงบประมาณ 2555 จำนวน 37 ราย โดยพื้นที่ที่มีมารดาที่คลอดทารกตายหรือเกิดไว้ชีพมากที่สุด ได้แก่ มารดาที่อยู่ในพื้นที่ราบ มากกว่าพื้นที่สูงเล็กน้อย โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเมืองและค่ายผู้หนีภัยจากการสู้รบ รองลงมาคือ อำเภอแม่สะเรียง และสบเมย สำหรับสาเหตุการตายที่พบมากที่สุด คือ การตายเปื่อยยุ่ย ร้อยละ 38.89 รองลงมาคือ การคลอดติดขัดและการคลอดยาวนาน

ปัญหาอุปสรรค

1. การคมนาคมยังมีผลกระทบต่อการทำงานอนามัยแม่และเด็กค่อนข้างมาก เนื่องจากถนนในบางพื้นที่ไม่สามารถใช้ได้ทุกฤดู รวมถึงปัญหาเดิม ๆ คือ การสื่อสารระหว่างกลุ่มเป้าหมายกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ส่วนหนึ่งที่ยังไม่สามารถสื่อสารกันให้เข้าใจได้

2. การจัดสรรงบประมาณ หากจัดสรรตามรายหัวประชากร แต่งบประมาณในพื้นที่ที่ยากลำบากต้องใช้ต้นทุนสูงกว่าพื้นที่ราบ ทำให้ไม่สามารถเติมในส่วนขาดของการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ประกอบกับประชากรส่วนมากมีฐานะยากจน ดังนั้น ประชาชนจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง เช่น ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ หากมีงบประมาณสนับสนุนค่าอาหารเสริม หรือยาเสริมวิตามินแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ปัญหาจะไม่ได้รับการแก้ไข และคลอดทารกที่น้ำหนักน้อยตามมา

3. ปัญหาการลาออก โยกย้ายของบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ จะมีการลาออกและโยกย้ายสูงมาก ดังนั้น การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินทางสูติกรรม และกุมารเวชกรรมจะได้รับการช่วยเหลือเข้ามา เนื่องจากขณะนี้ไม่มีสูติแพทย์ประจำที่โรงพยาบาลทั่วไปเพียงแห่งเดียว

4. รพ.สต. ที่อยู่ห่างไกลมีอัตรากำลังคนน้อย และส่วนมากไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กได้ครบถ้วน และทันเวลาตามเกณฑ์มาตรฐานและเป้าหมายที่กำหนด

5. ปัญหาการจัดเก็บข้อมูล ยังพบว่า มีความซ้ำซ้อนในการจัดเก็บข้อมูล และไม่ครบถ้วนทันเวลา นอกจากนี้ ยังมีช่องว่างระหว่างหน่วยงานที่บริการ คือ การที่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ไปรับบริการที่หน่วยงานอื่น แต่ขาดการส่งต่อข้อมูลให้กัน ดังนั้น ข้อมูลก็จะหายไปบางส่วน หรือการจัดเก็บข้อมูลของหน่วยงานระดับเขต ไม่ค่อยมีความสอดคล้องกับระบบรายงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม) ประกอบกับข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็กมีเนื้อหารายละเอียดมาก จึงทำให้ต้องใช้เวลาในการจัดทำข้อมูล รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์มาตรฐานหลายอย่าง ทำให้การทำงานไม่สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่วางไว้ โดยเฉพาะระดับ รพ.สต.จะต้องใช้เวลานานมาก จึงทำให้ยังไม่สามารถรวบรวมผลการประเมินตามที่ส่วนกลางกำหนดได้

6. เจ้าหน้าที่บุคลากรในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ยากลำบาก มักเป็นเจ้าหน้าที่ที่จบใหม่ ยังไม่ค่อยมีประสบการณ์ในการทำงาน ทำให้การตัดสินใจไม่ดีพออาจทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้นได้

ปัญหาสำคัญที่ควรเร่งดำเนินการแก้ไข

1. ปัญหาหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี มีบุตร
2. การพัฒนาโรงพยาบาลโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง
3. ปัญหาทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
4. ปัญหาการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia)
5. ปัญหาอัตราการตายปริกำเนิดสูง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการจัดสรรโควตาพิเศษให้นักเรียนในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เข้าศึกษาต่อในสาขาแพทยศาสตร์ และพยาบาลศาสตร์เหมือนกับจังหวัดชายแดนใต้
2. ควรมีการบรรจุแต่งตั้งอัตรากำลังคน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลให้ครบทุกแห่ง เพื่อรองรับงานบริการ
3. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการของสถานบริการ ได้แก่ การพัฒนาปรับปรุงระบบโครงสร้าง วัสดุ ครุภัณฑ์ และอัตรากำลังคน ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ระยะเวลา 3 – 5 ปี โดยให้ดำเนินการตามขั้นตอนและกระบวนการที่ออกแบบ วางแผนไว้ มิฉะนั้น ก็จะเป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่รู้จักจบสิ้น
4. กรมอนามัยควรจัดทำระบบการจัดเก็บข้อมูลงานอนามัยแม่และเด็ก โดยให้มีการจัดทำ รายงานข้อมูลในระบบ online โดยเชื่อมโยงกับระบบข้อมูลของกระทรวงมหาดไทย จะช่วยลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการก็ได้รับทราบว่า หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของตนไปรับบริการฝากครรภ์ที่สถานบริการใดบ้าง หรือคลอด แท้งแล้วที่สถานบริการใดๆ แล้วมีระบบการดึงข้อมูล มาใช้ประโยชน์ตามตัวชี้วัดหรือตัวแปรที่สำคัญและจำเป็นในการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก
5. มีระบบเงินกองทุน เพื่อช่วยในกรณีส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างเสมอภาค โดยมีการ กำหนดมาตรฐานระบบส่งต่อด้านอนามัยแม่และเด็กให้ชัดเจนและถือปฏิบัติได้
6. พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสาร โดยให้เชื่อมโยงกับระบบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีการ ขยายเครือข่ายระบบบริการสู่ระดับ อบต. เน้นในพื้นที่ที่พบปัญหาการตาย / พื้นที่ห่างไกลยากลำบาก เพื่อทำให้การออกช่วยเหลือรวดเร็ว ส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อผู้คลอดเสียชีวิตน้อยลง
7. มีระบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบดาวเทียมในการสื่อสารเพื่อการรักษาและสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ รพ.สต. / รพ. ในเรื่องการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ
8. การสร้างระบบแรงจูงใจอย่างเป็นรูปธรรม ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ห่างไกลกันดาร
9. สนับสนุนงบประมาณให้จังหวัดจัดอบรม หรือส่งเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาล เข้ารับการอบรม เชิงปฏิบัติการ Active management in 3rd of Labor เพื่อลดปัญหาการตกเลือดหลังคลอดและการ เสียชีวิตของมารดาหลังคลอด
10. การสร้างระบบสาธารณูปโภคในพื้นที่ห่างไกล ให้สามารถใช้งานได้ทุกฤดู เช่น ระบบไฟฟ้า การคมนาคม เพื่อสนับสนุนการเข้าถึงบริการของภาครัฐ รวมถึงการขนส่งสินค้าภาคเกษตร

ที่มา: เอกสารประกอบการนำเสนอสถานการณ์ ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการตายของมารดาและทารก การตั้งครรถ์ในวัยรุ่นและการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล ทูรกันดาร จังหวัดแม่ฮ่องสอน ต่อคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ระหว่างวันที่ 5 – 7 กุมภาพันธ์ 2556 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน 5 กุมภาพันธ์ 2556 และเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการและการติดตามประเมินผลการจัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2557 ระหว่างวันที่ 21 – 23 สิงหาคม 2556 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน 20 สิงหาคม 2556

ภาคผนวก 3

สถานการณ์สภาวะสุขภาพชาวไทยภูเขาเขตภาคเหนือตอนบน

จากการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูงพบว่าชาวไทยภูเขายังมีปัญหาและต้องได้รับการพัฒนาหลายประเด็นในปี 2556 ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูงจึงได้จัดทำโครงการสำรวจสภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของชาวไทยภูเขาเขตภาคเหนือตอนบนเพื่อประเมินสถานการณ์และนำเสนอไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนการดำเนินงานด้านสภาวะสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนชาวไทยภูเขาต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ใช้ข้อมูลประชากรจากทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูงปีพ.ศ. 2545 สํารวจโดยกองสงเคราะห์ชาวเขากรมประชาสงเคราะห์ โดยคัดเลือกจังหวัดที่มีประชากรชาวไทยภูเขาอาศัยอยู่จำนวนตั้งแต่ 100,000 คนขึ้นไป คือ เชียงใหม่ เชียงราย ตาก และแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น Probability Sampling Without Replacement Multi-stage Sampling ใช้หมู่บ้านเป็นหน่วยสุ่ม และใช้หลังคาเรือนเป็นหน่วยศึกษา โดยมีเงื่อนไขคือหมู่บ้านที่สุ่มได้ต้องมีหลังคาเรือนมากกว่า 50 หลัง รวมกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งสิ้น 66 หมู่บ้าน ดังนี้

- กลุ่มแม่ที่มีลูก 0 - 1 ปี เก็บข้อมูล 10 รายต่อหมู่บ้าน
- กลุ่มเด็กอายุ 0 - 5 ปี เก็บข้อมูล 20 รายต่อหมู่บ้าน
- กลุ่มเด็กอายุ 6 - 12 ปี เก็บข้อมูล 20 รายต่อหมู่บ้าน
- กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 10- 24 ปี เก็บข้อมูล 20 รายต่อหมู่บ้าน
- กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์คู่ อายุ 15-49 ปี เก็บข้อมูล 20 รายต่อหมู่บ้าน
- ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม เก็บข้อมูล 20 หลังคาเรือนต่อหมู่บ้าน

คำนิยาม

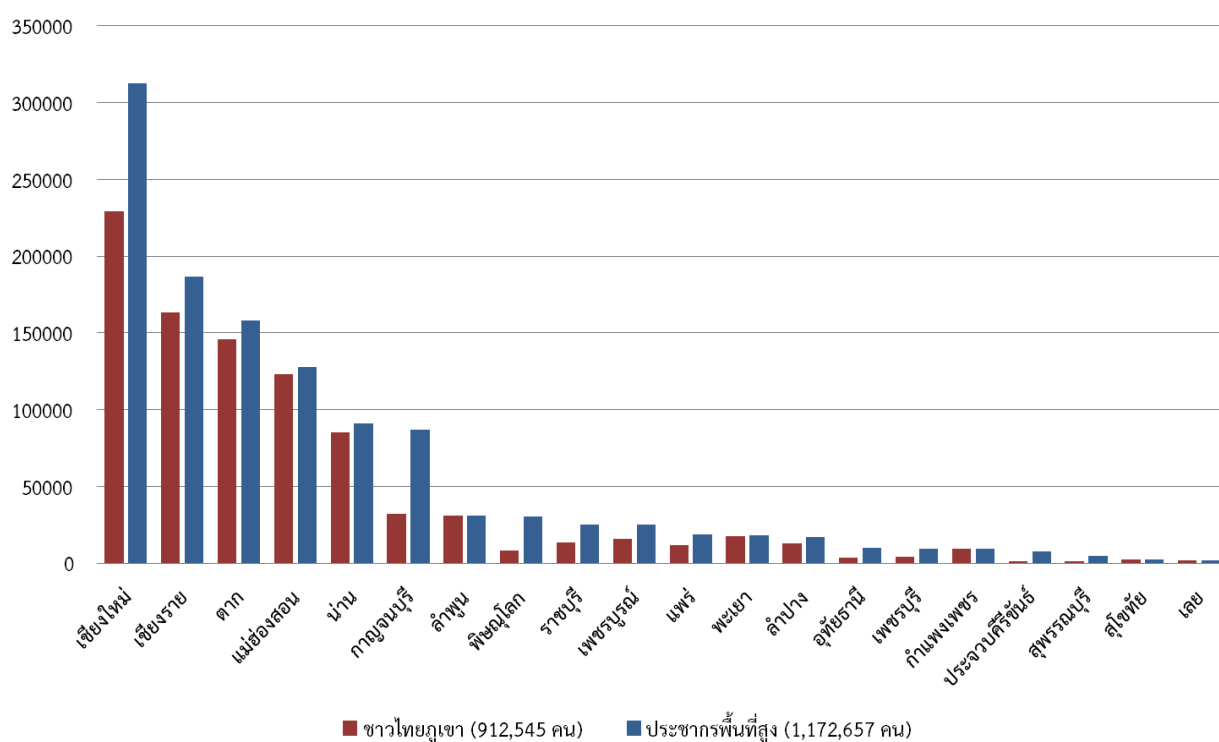
ชาวไทยภูเขา หมายถึง กลุ่มชนชาติส่วนน้อยที่อาศัยถาวรอยู่ในพื้นที่สูงและทุรกันดารของภาคเหนือ และตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศไทย มีภาษา ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรมแตกต่างจากชาวไทยพื้นราบ ตามระเบียบสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง ว่าด้วยการพิจารณาลงรายการสถานะบุคคลในทะเบียนราษฎรให้แก่บุคคลบนพื้นที่สูง พ.ศ. 2543 ใช้คำว่า “ชาวไทยภูเขา” หมายความว่า กลุ่มชาติพันธุ์ดั้งเดิมที่อาศัยทำกินหรือบรรพชนอาศัยทำกินอยู่บนพื้นที่สูงในราชอาณาจักร ซึ่งมีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ภาษาและการดำเนินชีวิต ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ประกอบด้วย 9 ชาติพันธุ์หลักคือ (1) กะเหรี่ยง หรือซึ่งอาจเรียกว่า ปกาเกอญอ(สกอว์) โพล่ง(โป้ว) ตองสู้(ปะโอ) บะแก (บะเว) (2) ม้ง หรือซึ่งอาจเรียกว่าแม้ว (3) เมี่ยน หรือซึ่งอาจเรียกว่า เย้า,อัวเมี่ยน(4) อาข่า หรือซึ่งอาจเรียกว่าอีเก้อ (5) ลาหู่ หรือซึ่งอาจเรียกว่า มูเซอ (6) ลีซู หรือซึ่งอาจเรียกว่า ลีซอ (7) ลัวะ หรือซึ่งอาจเรียกว่า ละเวือะ, ละว้า, ถิ่น, มัล, ปรีย(8) ขมุ (9) มลาบรี หรือซึ่งอาจเรียกว่า คนตองเหลื่อง

ชุมชนบนพื้นที่สูง หมายถึง ประชากรบนพื้นที่สูง ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง แม้ว หรือม้ง เย้าหรือเมี่ยน อีเก้อหรืออาข่า มูเซอหรือลาหู่ ลีซอหรือลีซวลัวะ ถิ่น ขมุ และมลาบรีหรือตองเหลื่อง

ชนกลุ่มน้อย ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์ปะหล่อง ตองสู๊ ไทยลื้อ จีนฮ่อ ไทยใหญ่ เขมร จีน มอญ พม่า ลาว

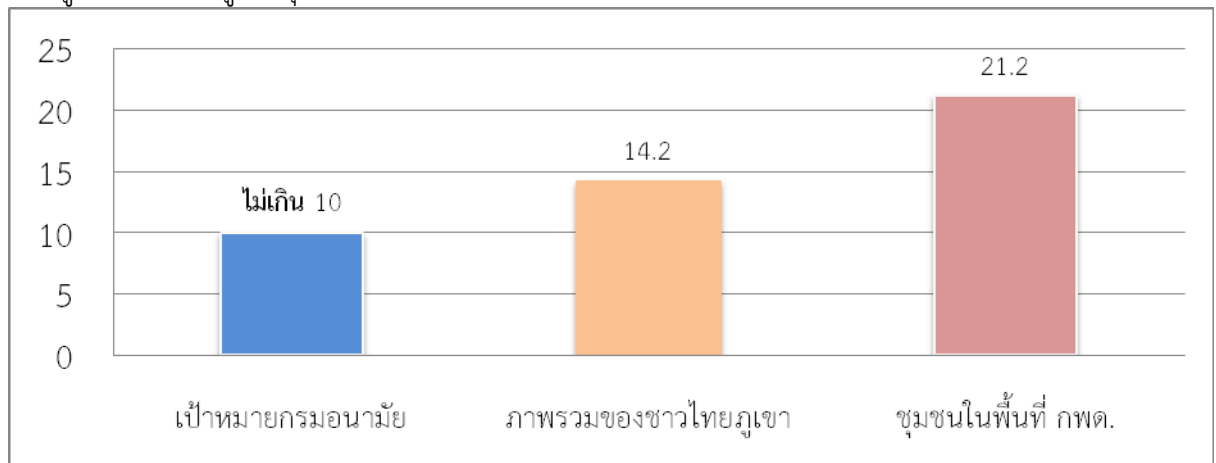
จำนวนประชากร ชุมชนบนพื้นที่สูงและชุมชนชาวไทยภูเขากระจายอยู่ใน จำนวน 20 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ตาก แม่ฮ่องสอน น่าน กาญจนบุรี ลำพูน พิชณุโลก ราชบุรี เพชรบูรณ์ แพร่ พะเยา ลำปาง อุทัยธานี เพชรบุรี กำแพงเพชร ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี สุโขทัย และ เลย ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่ากะเหรี่ยง จังหวัดที่มีชาวไทยภูเขามากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ และเรียงลงไปตามลำดับ ตามแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 : แสดงจำนวนประชากรชาวไทยภูเขาและประชากรในชุมชนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัด

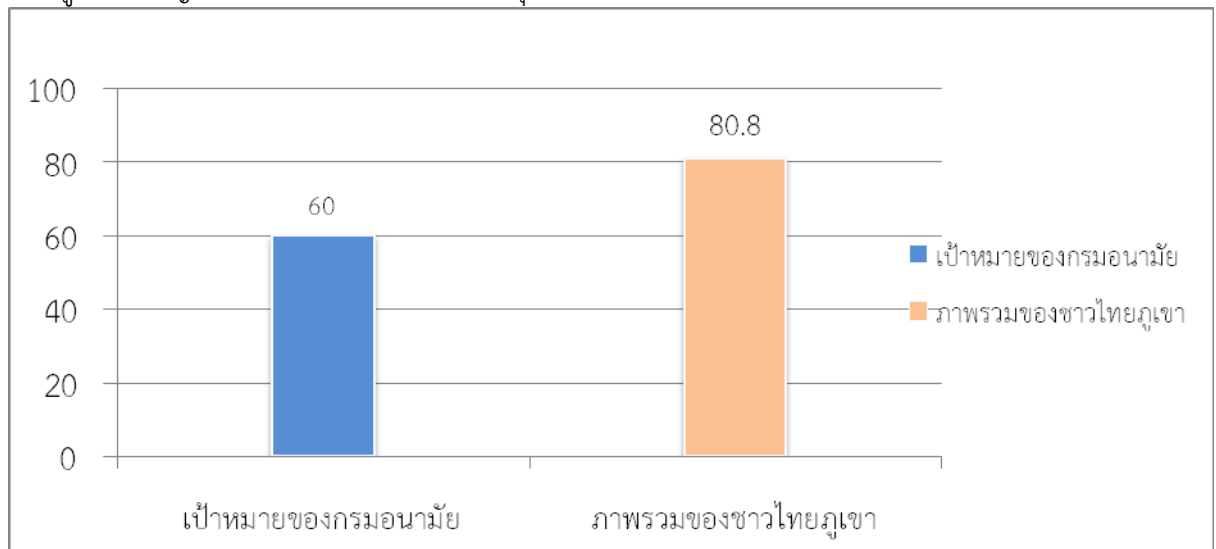


ข้อมูลที่น่าเสนอเป็นข้อมูลที่ได้จากการสุ่มสำรวจ ซึ่งจะเป็นภาพรวมของชาวไทยภูเขา 20 จังหวัด และข้อมูลในพื้นที่โครงการแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นพื้นที่ทุรกันดารมีการนำเข้าข้อมูลปี 2554

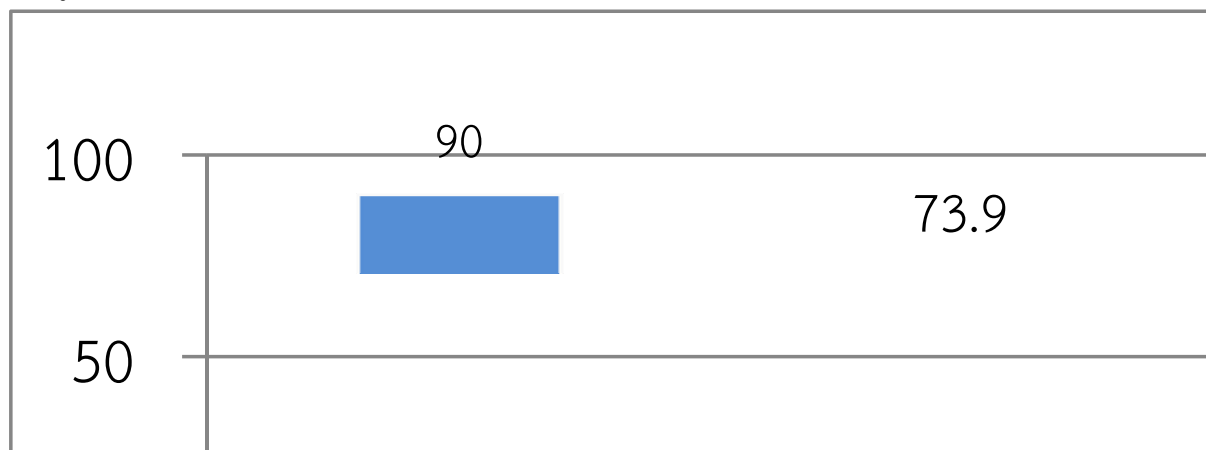
แผนภูมิที่ 2: แม่ที่มีลูกอายุต่ำกว่า 20 ปี



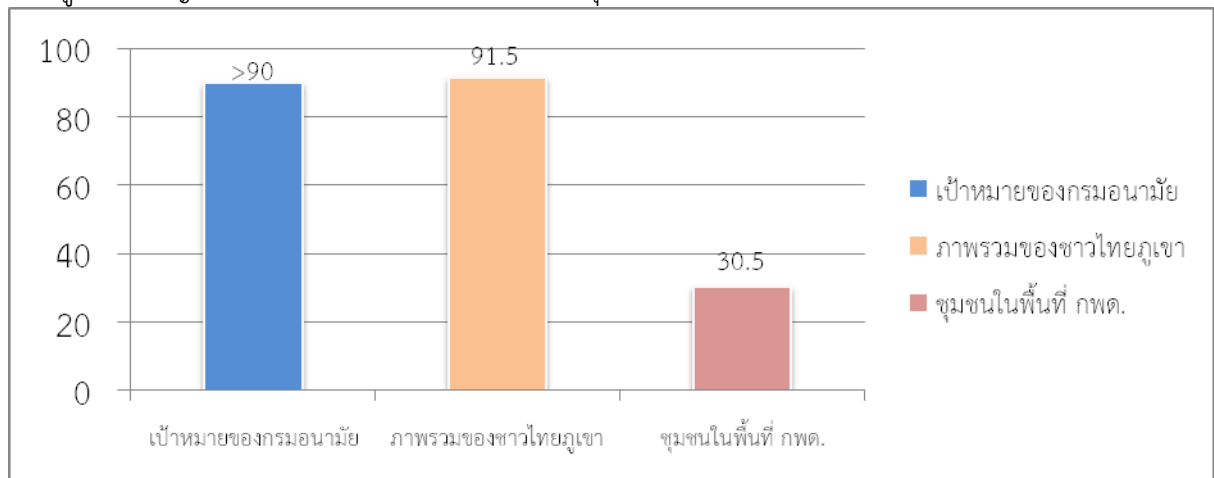
แผนภูมิที่ 3: หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์



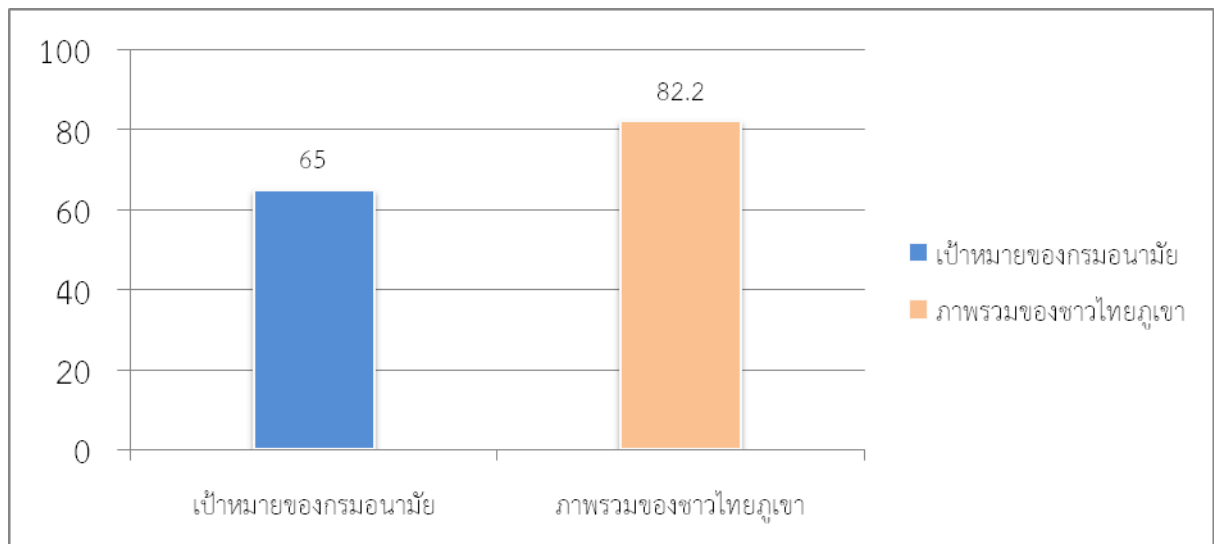
แผนภูมิที่ 4: หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง



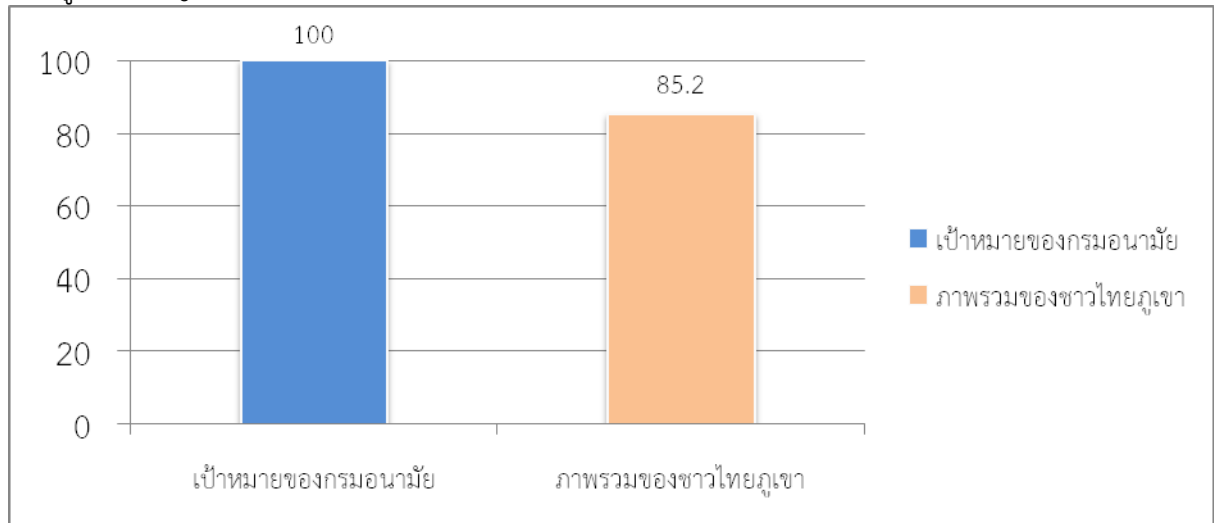
แผนภูมิที่ 5: หญิงมีครรภ์คลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



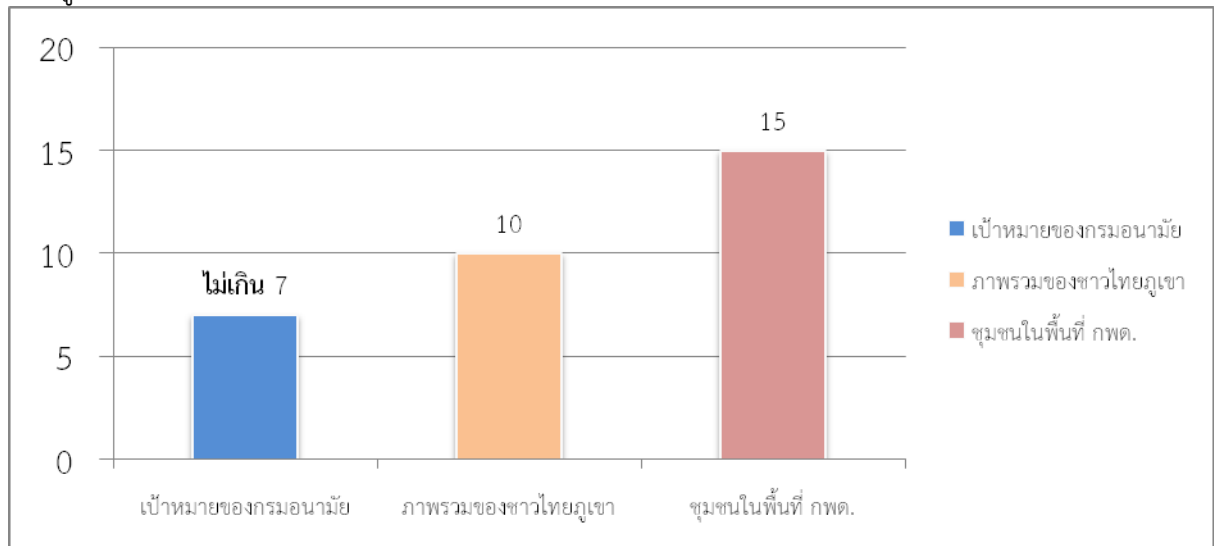
แผนภูมิที่ 6: หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์



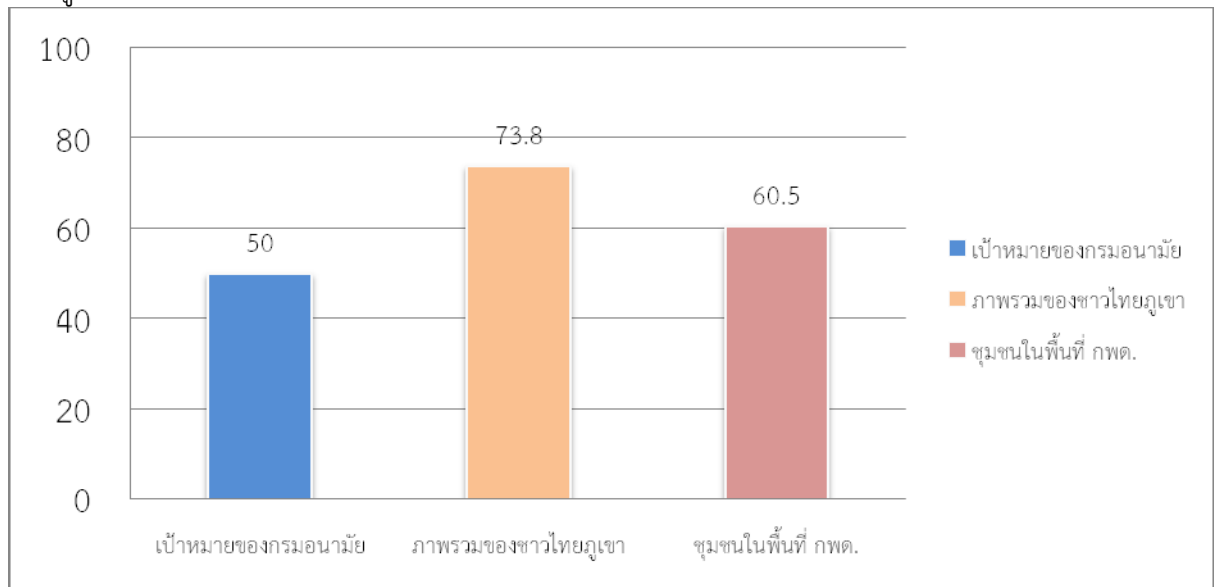
แผนภูมิที่ 7: หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน



แผนภูมิที่ 8: เด็กน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม



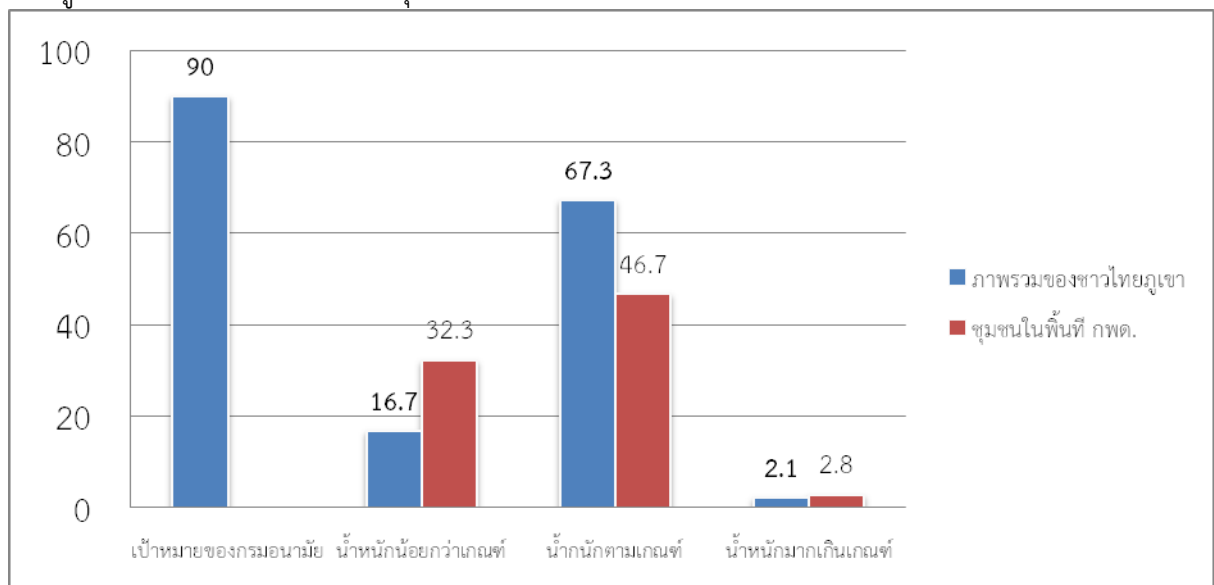
แผนภูมิที่ 9: เด็กแรกเกิดจนถึงต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว



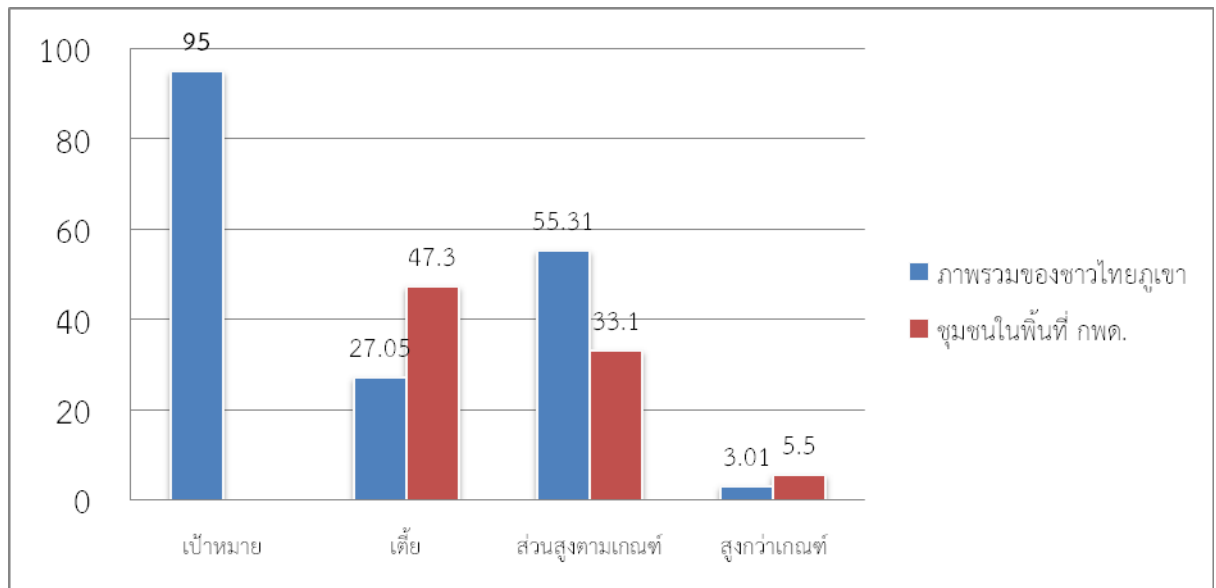
ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพเด็ก 0-5 ปี

ข้อมูลได้จากการสุ่มสำรวจและประเมินพัฒนาการ (โดยดูจากสมุดสีชมพู) ในกลุ่มเด็กชาวไทยภูเขาทั้งหมด 1,320 ราย

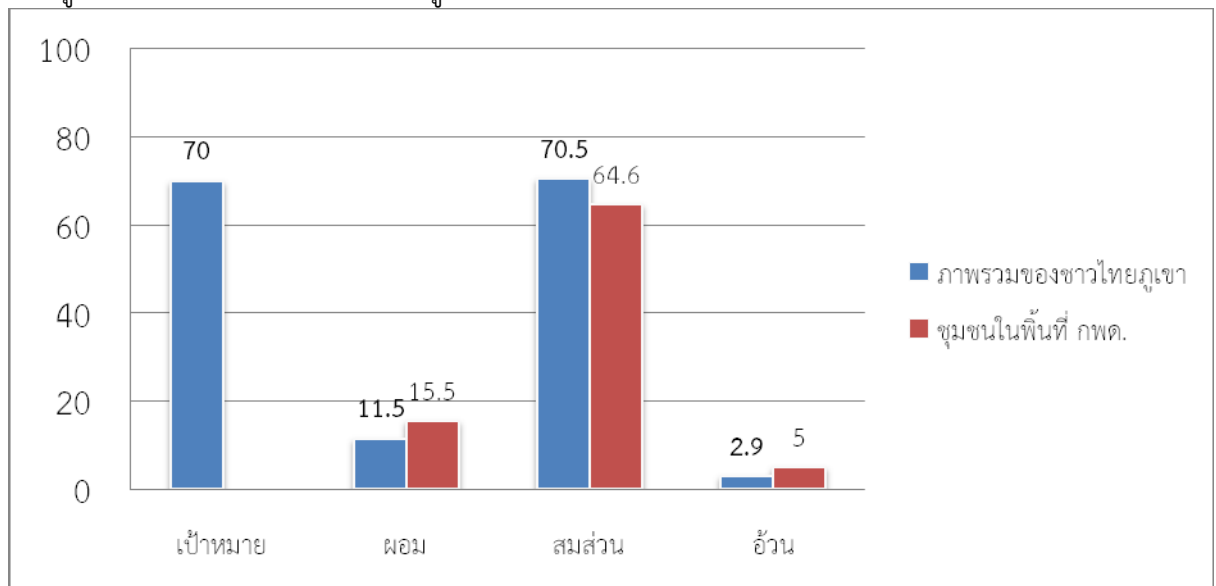
แผนภูมิที่ 10: น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ



แผนภูมิที่ 11: ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ



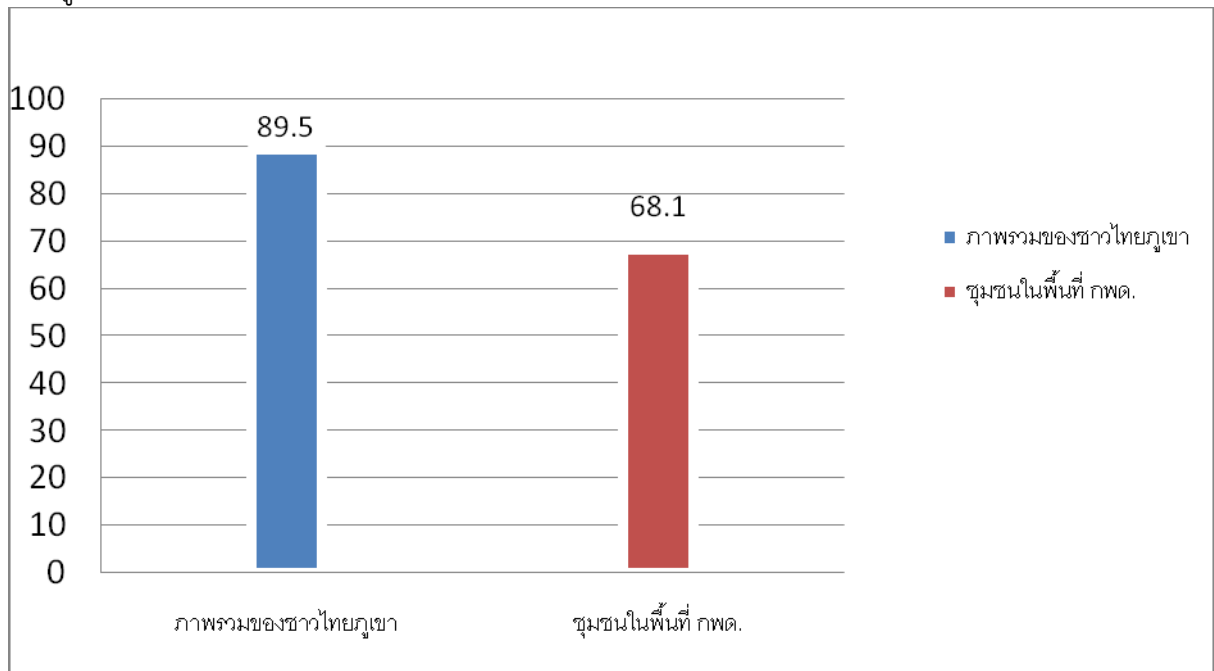
แผนภูมิที่ 12: น้ำหนักตามเกณฑ์ความสูง



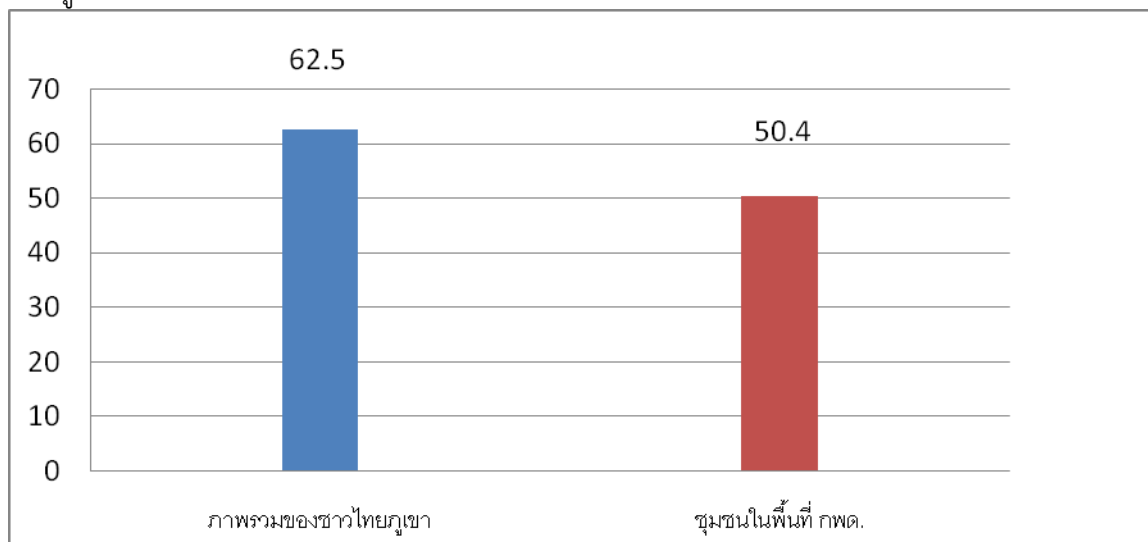
ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมของครัวเรือน

จากการสำรวจจำนวน 1,320 หลังคาเรือน และได้คัดเลือกข้อมูลที่สำคัญมา 2 ข้อมูลซึ่งเป็นตัวชี้วัดตาม MDG คือ การมีส่วนร่วม พบว่าชาวไทยภูเขามีส่วนร่วม ร้อยละ 68.1 และการมีน้ำสะอาดดื่ม พบว่าชาวไทยภูเขามีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ ร้อยละ 50.4

แผนภูมิที่ 13: การมีส่วนร่วม



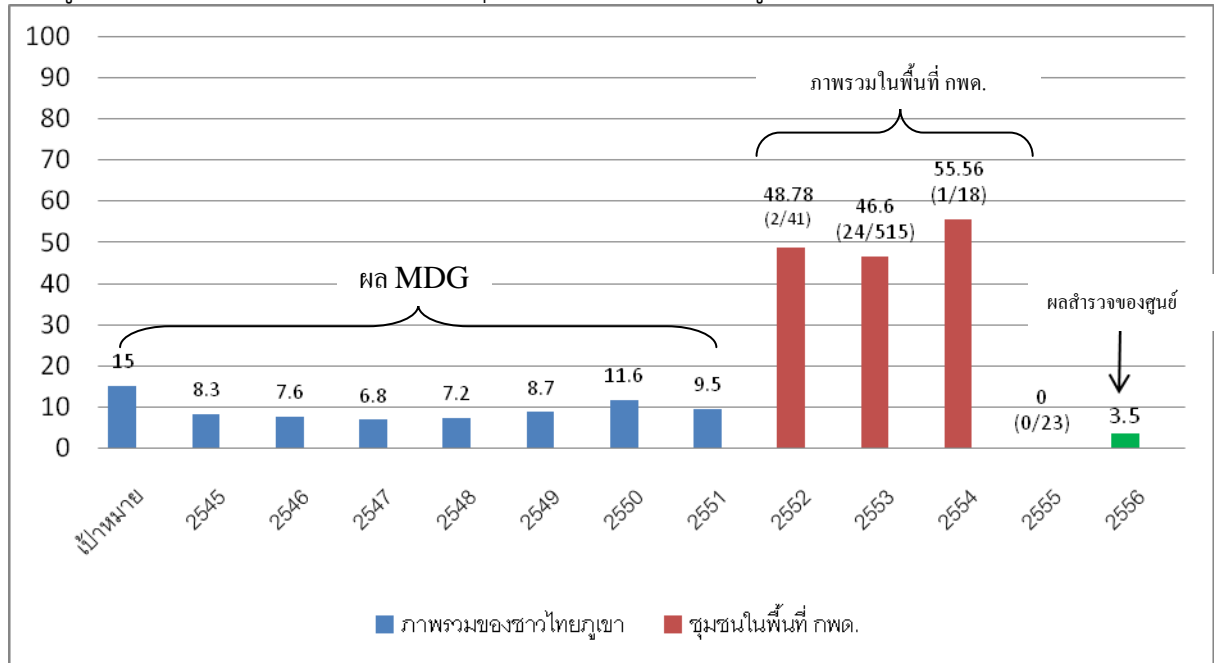
แผนภูมิที่ 14: การมีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ



อัตราการตายมารดาและทารก

1. อัตราตายของทารกในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ

แผนภูมิที่ 15: แสดงอัตราตายของทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี ในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ



2. อัตราการตายของมารดาในเขตพื้นที่สูงจังหวัดภาคเหนือ ในปี พ.ศ. 2556

วัดจากการเกิดมีชีพ 851 คน จากการสุ่มสำรวจ พบมารดาตาย 1 คน คิดเป็น **117.5 คนต่อแสนประชากร** (เป้าหมายไม่เกิน 18 คนต่อการเกิดมีชีพแสนคน) เป็นภาพรวมของชาวไทยภูเขาซึ่งข้อมูลอาจยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มสำรวจของศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง

มารดาตาย	การเกิดมีชีพ	อัตราการตายมารดา/แสนประชากร
1 คน	851 คน	117.5 คน/แสน ปชก.

ภาคผนวก 4

ปฏิญญาแห่งสหประชาชาติ

สมัชชาสหประชาชาติ ได้ให้การรับรองคำปฏิญญาดังต่อไปนี้

I. คุณค่าและหลักการ (Values and Principles)

1. ข้าพเจ้าทั้งหลาย ผู้เป็นประมุขแห่งรัฐและรัฐบาลได้มาชุมนุมกัน ณ สำนักงานใหญ่ของสหประชาชาติ ที่นครนิวยอร์ก ระหว่างวันที่ 6 ถึง 8 กันยายน 2543 ณ เวลาเริ่มต้นแห่งสหประชาชาติใหม่ เพื่อที่จะยืนยันถึงศรัทธาที่พวกเรามีต่อองค์กรแห่งนี้ รวมทั้งกฎบัตรแห่งองค์การนี้ ซึ่งถือเป็นรากฐานอันจะขาดเสียมิได้ของโลกที่จะมีความสงบสุข ความเท่าเทียมกันและความยุติธรรมยิ่งขึ้น

2. เราตระหนักดีว่า นอกเหนือจากความรับผิดชอบที่เราต่างแยกกันมีต่อสังคมแต่ละสังคมของเราเองแล้ว เรายังมีความรับผิดชอบร่วมกันในการที่จะดำรงไว้ซึ่งหลักการในเรื่อง ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ความเท่าเทียมกันและความเป็นธรรมในระดับโลกด้วย ในฐานะที่เราเป็นผู้นำ เราจึงมีหน้าที่ต่อประชาชนของโลกทั้งปวง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บรรดาผู้ที่อยู่ในสภาพเปราะบางที่สุด และโดยเฉพาะเด็ก ๆ ซึ่งจะเป็อนาคตของเรา

3. เราขอยืนยันอีกครั้งถึงความยึดมั่นแน่วแน่ที่มีต่อวัตถุประสงค์ และหลักการของกฎบัตรสหประชาชาติ ซึ่งได้เป็นที่ประจักษ์แล้วว่าเป็นสิ่งซึ่งไม่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา และมีความเป็นสากล ความสำคัญและความสามารถในการสร้างแรงบันดาลใจของวัตถุประสงค์และหลักการของกฎบัตรสหประชาชาตินั้นมีมากขึ้นอย่างยิ่ง ในภาวะซึ่งชาติต่าง ๆ และผู้คนต่างมีความเกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยกันยิ่งขึ้น

4. เรามีความมุ่งมั่นที่จะสถาปนาสันติภาพที่มีความเป็นธรรมและยั่งยืนให้เกิดขึ้นทั่วโลก ตามวัตถุประสงค์และหลักการของกฎบัตรสหประชาชาติ เราจะทุ่มเทแรงกายแรงใจเพื่อที่จะสนับสนุนการดำเนินการทั้งหลาย เพื่อธำรงความเท่าเทียมกันทางอธิปไตยแห่งรัฐทั้งปวง การเคารพบูรณภาพแห่งดินแดนและเอกภาพทางการเมืองของรัฐทั้งปวง การแก้ไขข้อพิพาทโดยสันติวิธีอันเป็นไปตามหลักการแห่งความยุติธรรมและกฎหมายระหว่างประเทศ สิทธิในการกำหนดอนาคตของตนเองของผู้คนซึ่งยังคงตกอยู่ภายใต้การครอบงำแบบอาณานิคมและการเข้ายึดครองของต่างชาติ การไม่เข้าแทรกแซงกิจการภายในของรัฐอื่น การเคารพสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน การเคารพต่อสิทธิอันเท่าเทียมกันของทุกคนโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ เพศ ภาษาหรือศาสนาและความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหา ระหว่างประเทศทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม หรือมนุษยธรรม

5. เราเชื่อว่า สิ่งท้าทายอันสำคัญยิ่งยวดที่เราเผชิญอยู่ ณ วันนี้ คือ การทำให้กระบวนการโลกาภิวัตน์เป็นพลังสร้างสรรค์สำหรับประชากรโลกทุกหมู่เหล่า ทั้งนี้เพราะ แม้ว่ากระบวนการโลกาภิวัตน์จะสร้างโอกาสอันยิ่งใหญ่ขึ้นมากมาย แต่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อประชากรโลกในปัจจุบัน ยังไม่ทั่วถึงเป็นอย่างมาก ในขณะที่ต้นทุนของกระบวนการดังกล่าวก็มีได้กระจายไปอย่างทั่วถึงเช่นกัน เราตระหนักดีว่าประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่เศรษฐกิจกำลังอยู่ในระยะปรับเปลี่ยน ต่างต้องเผชิญกับความยากลำบากเป็นพิเศษในการที่จะตอบสนองต่อสิ่งท้าทายที่สำคัญนี้ ดังนั้น ด้วยการดำเนินความพยายามอย่างกว้างขวางและยังยืนที่จะสร้างอนาคตร่วมกันบนพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ร่วมกันที่มีความแตกต่างกันอย่างหลากหลายเท่านั้น จึงจะสามารถทำให้กระบวนการโลกาภิวัตน์เป็นสิ่งที่ยังประโยชน์อย่างทั่วถึงเต็มที่และเป็นธรรมได้ ความพยายามดังกล่าวจะต้องรวมถึงการมีนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ในระดับโลกซึ่ง

สอดคล้องกับความจำเป็นต่าง ๆ ของประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่ระบบเศรษฐกิจกำลังอยู่ในระยะปรับเปลี่ยน โดยที่ประเทศเหล่านั้นได้มีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในการจัดทำนโยบายและมาตรการเหล่านั้น รวมทั้งขั้นตอนการปฏิบัติด้วย

6. เราเห็นว่าคุณค่าพื้นฐานบางประการมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสัมพันธ์ระหว่างประเทศในศตวรรษที่ยี่สิบเอ็ดนี้ ซึ่งรวมถึงคุณค่าต่อไปนี้

- **เสรีภาพ** ชายและหญิงมีสิทธิที่จะใช้ชีวิตและเลี้ยงดูบุตรของตนอย่างมีศักดิ์ศรี ปลอดภัยจากความหวาดหวั่นและความหวุ่นเกรงต่อความรุนแรง การกดขี่หรือความอยุติธรรม ธรรมชาติที่ความเป็นประชาธิปไตยและประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของเจตน์จำนงค์ของประชาชนจะเป็นสิ่งที่ประกันสิทธิดังกล่าวได้ดีที่สุด

- **ความเท่าเทียมกัน** ผู้คนทุกคนและชาติทุกชาติจักต้องไม่ถูกปฏิเสธโอกาสที่จะได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนา สิทธิ และโอกาสที่เท่าเทียมกัน ระหว่างชายและหญิงต้องได้รับการรับรอง

- **เอกภาพ** ปัญหาและสิ่งทำลายต่าง ๆ ในระดับโลกจะต้องได้รับการจัดการในลักษณะที่มีการกระจายต้นทุนและภาระต่าง ๆ ออกไปอย่างเป็นธรรม ตามหลักการพื้นฐานแห่งความเป็นธรรมและความยุติธรรมในสังคม ผู้ที่ประสบความสำเร็จลำบากหรือได้รับผลประโยชน์น้อยที่สุดสมควรได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด

- **ขันติธรรม** มนุษย์ต่างต้องให้ความเคารพซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะมีความแตกต่างหลากหลายเพียงใดในด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และภาษา ความแตกต่างไม่ว่าจะเป็นภายในสังคมหรือระหว่างสังคมต่าง ๆ มิใช่สิ่งที่ควรต้องเกรงกลัว หรือปิดกั้น หากแต่ควรรักษาไว้ในฐานะที่เป็นสิ่งที่มีคุณค่าของความเป็นมนุษยชาติ วัฒนธรรมที่มีความเป็นสันติ และการพูดจาทำความเข้าใจต่อกันในระหว่างอารยธรรมต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ควรได้รับการส่งเสริมอย่างแข็งขัน

- **ความเคารพต่อธรรมชาติ** ในการจัดการต่อสิ่งมีชีวิตต่าง ๆ และทรัพยากรธรรมชาตินั้นต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบ ให้เป็นไปตามหลักการพัฒนาแบบยั่งยืน มีเพียงวิธีนี้วิธีเดียวเท่านั้นที่เราจะสามารถรักษาความอุดมสมบูรณ์อันยิ่งใหญ่ซึ่งธรรมชาติได้ให้แก่เราและเหลือต่อไว้แก่คนรุ่นหลัง ลักษณะแบบแผนของการผลิตและการบริโภคอันมิใช่แบบยั่งยืนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันจะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงเพื่อประโยชน์ในภายภาคหน้าของเราเองและของลูกหลาน

- **ความรับผิดชอบร่วมกัน** จะต้องมีการแบ่งปันความรับผิดชอบในการจัดการการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทั่วโลก รวมทั้งการจัดการกับภัยคุกคามที่มีต่อสันติภาพและความมั่นคงระหว่างประเทศไปยังชาติต่าง ๆ ในโลก และควรดำเนินการในลักษณะพหุภาคี สหประชาชาติ ซึ่งเป็นองค์กรที่มีความเป็นสากลมากที่สุด และประกอบไปด้วยผู้แทนจากชาติต่าง ๆ มากที่สุด สมควรเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหลักเพื่อที่จะนำคุณค่าต่าง ๆ ที่ยึดถือร่วมกันเหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติ เราจึงได้กำหนดเป้าหมายแนวทางที่จะดำเนินการซึ่งเราจะให้ความสำคัญเป็นพิเศษไว้

II. สันติภาพ ความมั่นคงและการลดกำลังอาวุธ (Peace, Security and Disarmament)

7. เราจะดำเนินการอย่างเต็มที่ในการที่จะช่วยให้ประชาชนของเราหลุดพ้นจากความทุกข์ยากอันเนื่องมาจากสงคราม ไม่ว่าจะเป็นสงครามภายในรัฐหรือระหว่างรัฐ ซึ่งสงครามเหล่านี้ได้คร่าชีวิตผู้คนไปกว่า 5 ล้านคน ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นอกจากนี้ เราจะพยายามขจัดอันตราย ซึ่งจะเกิดจากอาวุธที่มีอนุภาพทำลายล้างผู้คนจำนวนมากด้วย

8. ฉะนั้น เราจึงตั้งเจตน์จำนง

- ที่จะเสริมสร้างความเคารพต่อหลักแห่งกฎหมาย ในกิจการต่าง ๆ ทั้งในระหว่างประเทศและในประเทศ และโดยเฉพาะการทำให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติตามคำพิพากษาของศาลยุติธรรมระหว่างประเทศ ปฏิบัติตามกฎหมายบัตรสหประชาชาติในกรณีประเทศเหล่านั้นเป็นคู่กรณี

- ที่จะทำให้สหประชาชาติมีประสิทธิผลมากขึ้นในการดำรงสันติภาพและความมั่นคง โดยการให้ทรัพยากรและเครื่องมือต่าง ๆ ที่สหประชาชาติจำเป็นต้องมีในการป้องกันความขัดแย้ง การแก้ไขข้อพิพาทโดยสันติวิธี การรักษาสันติภาพ การสร้างสันติภาพและการฟื้นฟูภายหลังสิ้นสุดความขัดแย้ง ในประเด็นนี้ เราได้ให้ความสำคัญต่อรายงานของที่ประชุมว่าด้วยการดำเนินการด้านสันติภาพของสหประชาชาติ (the Panel on United Nations Peace Operations) และขอให้สมัชชาสหประชาชาติได้เร่งพิจารณาข้อเสนอแนะในรายงานดังกล่าวโดยเร็ว

- ที่จะเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างสหประชาชาติกับองค์กรภูมิภาคต่าง ๆ ตามข้อบัญญัติในบทที่ 8 ของกฎบัตรสหประชาชาติ

- ที่จะดำเนินการเพื่อให้แน่ใจว่ารัฐภาคีดำเนินการตามสนธิสัญญาต่าง ๆ เช่น ด้านการควบคุมอาวุธและการลดกำลังอาวุธ และดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศด้านมนุษยธรรม และด้านสิทธิมนุษยชน เป็นต้น และเรียกร้องให้รัฐต่าง ๆ ทั้งหลายพิจารณาลงนามและให้สัตยาบันต่อธรรมนูญกรุงโรมว่าด้วยการจัดตั้งศาลอาญาระหว่างประเทศ (the Rome Statute of the International Criminal Court)

- ที่จะดำเนินการโดยพร้อมเพรียงกันในการต่อต้านการก่อการร้ายระหว่างประเทศและภาคยานุวัติอนุสัญญาระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้โดยเร็วที่สุด

- ที่จะทวีความพยายามในการดำเนินการตามข้อผูกพันในการต่อต้านปัญหาเสพติดของโลก

- ที่จะเพิ่มความพยายามในการต่อสู้กับอาชญากรรมข้ามชาติในทุกด้าน รวมไปถึงการลอบค้าขาย การลักลอบขนคน และการฟอกเงิน

- ที่จะลดผลกระทบของมาตรการคว่ำบาตรทางเศรษฐกิจของสหประชาชาติที่มีต่อประชาชนผู้บริสุทธิ์ โดยให้มีการพิจารณาทบทวนมาตรการดังกล่าวเป็นระยะ ๆ และขจัดผลกระทบของการคว่ำบาตรดังกล่าวที่มีต่อฝ่ายที่สาม

- ที่จะพยายามขจัดอาวุธที่มีอนุภาพทำลายล้างสูง โดยเฉพาะอาวุธนิวเคลียร์ และเปิดทางเลือกทั้งหมดเอาไว้เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ข้อนี้ได้ รวมทั้งความเป็นไปได้ที่จะจัดให้มีการประชุมระหว่างประเทศเพื่อหาหนทางขจัดอันตรายจากนิวเคลียร์

- ที่จะดำเนินการโดยพร้อมเพียงกันในอันที่จะยุติการลักลอบค้าปืนขนาดเล็กและอาวุธขนาดเบา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โดยการทำให้การขนย้ายอาวุธเป็นไปโดยโปร่งใสยิ่งขึ้น และสนับสนุนมาตรการลดกำลังอาวุธในระดับภูมิภาค โดยพิจารณาถึงข้อเสนอแนะทั้งปวงจากที่ประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการค้าอาวุธขนาดเล็กและอาวุธขนาดเบาอย่างผิดกฎหมาย (United Nations Conference of Illicit Trade in Small Arms and Light Weapons) ที่กำลังจะมีขึ้น

- ที่จะเรียกร้องให้รัฐทั้งหลายพิจารณาภาคยานุวัติอนุสัญญาว่าด้วยการห้ามใช้ การสะสม การผลิต และการย้ายโอนทุ่นระเบิดสังหารบุคคลและการทำลายอาวุธดังกล่าว (the Convention on the Prohibition of the Use, Stockpiling, Production and Transfer of Antipersonnel Mines and on Their Destruction) รวมทั้งพิธีสารเรื่องทุ่นระเบิดฉบับแก้ไขของอนุสัญญาว่าด้วย

9. เราเรียกร้องให้รัฐสมาชิกปฏิบัติตามการพักรบโอลิมปิก (the Olympic Truce) ทั้งเป็นรายประเทศและร่วมกัน ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต และให้การสนับสนุนคณะกรรมการโอลิมปิกสากลในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมสันติภาพและความเข้าใจในหมู่มนุษยชาติ โดยผ่านทางภารกิจและอุดมการณ์โอลิมปิก (The Olympic Ideal)

III. การพัฒนาและการขจัดความยากจน (Development and Poverty Eradications)

10. เราจะพยายามอย่างเต็มที่ที่จะช่วยให้เพื่อนร่วมโลกของเราทั้งชาย หญิง และเด็ก หลุดพ้นจากสภาพทุกข์เวทนาและการอยู่อย่างไร้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อันเนื่องมาจากความยากจนขั้นแค้นอย่างยิ่ง อันเป็นสภาพของผู้คนชาวโลกกว่าพันล้านคนในปัจจุบัน เรามุ่งมั่นที่จะทำให้อิทธิพลที่ได้รับการพัฒนานั้นเป็นความจริงสำหรับทุกคนและมุ่งมั่นที่จะปลดปล่อยมวลมนุษยชาติจากความขาดแคลน

11. ฉะนั้น เราจึงได้ตั้งเจตน์จำนงที่จะสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาและการขจัดซึ่งความยากจนขั้นทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

12. การบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวนี้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งรวมถึงการมีธรรมาภิบาลภายในแต่ละประเทศ และในระดับระหว่างประเทศ นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับความโปร่งใสของระบบการคลัง การเงิน และการค้าอีกด้วย เราจะมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบการค้าและการเงินแบบพหุภาคีที่เปิดกว้างเป็นธรรม ยึดหลักเกณฑ์ สามารถพยากรณ์ได้ และไม่เลือกปฏิบัติ

13. เรามีความห่วงกังวลเกี่ยวกับอุปสรรคที่ประเทศกำลังพัฒนากำลังเผชิญในการระดมทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับใช้เป็นเงินสนับสนุนการพัฒนาแบบยั่งยืนของตน ดังนั้น เราจึงจะพยายามอย่างเต็มที่เพื่อให้การประชุมเจ้าหน้าที่ระดับสูงระหว่างประเทศและระหว่างรัฐบาลว่าด้วยเงินสนับสนุนเพื่อการพัฒนา (the High Level International and Intergovernmental Event on Financing for Development) ที่จะจัดให้มีขึ้นในปี 2554 ประสบความสำเร็จ

14. นอกจากนี้ เราให้คำมั่นว่าเราจะให้ความสนใจต่อความจำเป็นพิเศษของประเทศที่มีการพัฒนาต่ำที่สุด ในประเด็นนี้ เรายินดีที่จะต้อนรับการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยประเทศที่พัฒนาน้อยที่สุด (the Third United Nations Conference on the Least Developed Countries) ซึ่งจะมีขึ้นในเดือนพฤษภาคม 2544 และจะพยายามทำให้การประชุมดังกล่าวประสบความสำเร็จ เราขอเรียกร้องให้ประเทศอุตสาหกรรม

- กำหนดนโยบายให้สินค้าส่งออกของประเทศที่มีการพัฒนาน้อยที่สุด สามารถเข้ามาขายยังตลาดของตนโดยไม่ต้องเสียภาษี หรือต้องถูกจำกัดโควตา ซึ่งหากเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการประชุมดังกล่าวก็จะเป็นการดียิ่งขึ้น

- ดำเนินโครงการ (ที่ได้มีการปรับปรุงไปแล้ว) ในการดูแลหนี้สำหรับประเทศยากจนที่มีหนี้สินสูงมากโดยไม่ชักช้าต่อไป และตกลงยินยอมที่จะยกเลิกหนี้ทางการแบบทวิภาคีที่มีกับประเทศเหล่านั้นทั้งหมดเพื่อแลกกับการที่ประเทศเหล่านั้นเอาจริงเอาจังอย่างชัดเจนในการแก้ไขความยากจน และ

- ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการพัฒนาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะแก่ประเทศที่มีความพยายามอย่างแท้จริงที่จะทุ่มเทพยายามเพื่อแก้ไขความยากจน

15. นอกจากนั้น เรายังมุ่งมั่นที่จะดำเนินการกับปัญหาหนี้สินของประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางอย่างเบ็ดเสร็จและมีประสิทธิภาพ โดยใช้มาตรการต่าง ๆ ในระดับประเทศและระหว่างประเทศ ซึ่งเป็นมาตรการที่มุ่งช่วยให้ประเทศเหล่านั้นมีความสามารถในการชำระหนี้ได้ในระยะยาว

16. นอกจากนั้น เรายังมีเจตน์จำนงที่จะให้ความสนใจต่อความจำเป็นพิเศษของรัฐที่กำลังพัฒนาที่เป็นเกาะเล็ก ๆ โดยการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการบาร์บาโดส (Barbados Programme of Action) และตามผลของการประชุมสมัชชาสหประชาชาติพิเศษครั้งที่สี่สิบสองโดยเร็วและอย่างเต็มที่ เราขอเรียกร้องให้ประชาคมระหว่างประเทศดำเนินการให้มีการพิจารณาถึงความต้องการพิเศษของประเทศกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะเล็ก ๆ เมื่อมีการจัดทำดัชนีภาวะความเปราะบาง (vulnerability index)

17. เราตระหนักถึงความจำเป็นและปัญหาพิเศษของประเทศกำลังพัฒนาที่ไม่มีทางออกทางทะเล และขอเรียกร้องให้ประเทศผู้บริจาคทั้งในแบบทวิภาคีและพหุภาคีเพิ่มความช่วยเหลือทั้งทางการเงินและทางด้านวิชาการแก่ประเทศที่อยู่ในกลุ่มนี้ เพื่อให้สามารถสนองความจำเป็นพิเศษดังกล่าว และเพื่อให้ประเทศเหล่านั้นสามารถเอาชนะอุปสรรคทางด้านภูมิศาสตร์ โดยการปรับปรุงระบบการขนส่งสินค้าผ่านแดนของตน

18. นอกจากนั้น เรายังมีเจตน์จำนง

- ที่จะลดสัดส่วนของประชากรโลกที่มีรายได้น้อยกว่าวันละหนึ่งดอลลาร์ และสัดส่วนของประชากรที่ต้องหิวโหยลงให้เหลือเพียงครึ่งเดียวภายในปี 2558 และจะลดสัดส่วนของคนที่ไม่สามารถจะเข้าถึงหรือสามารถหาน้ำดื่มที่ปลอดภัยลงให้เหลือครึ่งเดียวภายในกำหนดเวลาเดียวกัน

- ที่จะดำเนินการให้เด็กทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็เด็กชายหรือเด็กหญิงสามารถเรียนจนจบหลักสูตรชั้นประถมศึกษาภายในกำหนดเวลาเดียวกันนี้ รวมทั้งให้เด็กชายและเด็กหญิงต่างมีโอกาสได้รับการศึกษาอย่างเท่าเทียมกันในทุกระดับ

- ที่จะลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาอันเนื่องมาจากการคลอดบุตรลงสามในสี่ของอัตราปัจจุบันภายในกำหนดเวลาเดียวกันนี้ รวมทั้งลดอัตราการตายของเด็กวัยต่ำกว่าห้าขวบลงสองในสามของอัตราปัจจุบัน

- ที่จะหยุดยั้งการเพิ่มขึ้นของอัตราการแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ให้ได้ ณ กำหนดเวลาดังกล่าวและจากนั้น จะทำให้อัตราดังกล่าวลดลง ทั้งนี้ รวมถึงโรคมาลาเรียและโรคสำคัญ ๆ อื่นซึ่งคุกคามมนุษยชาติด้วย

- ที่จะให้ความช่วยเหลือเป็นพิเศษแก่เด็ก ๆ ที่ต้องกำพร้าเพราะพ่อแม่เสียชีวิตจาก HIV/AIDS

- ที่จะดำเนินการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญชีวิตของผู้คนที่อยู่อาศัยตามชุมชนแออัดอย่างน้อย 100 ล้านคน ภายในปี 2563 ดังที่ได้มีการเสนอไว้ในความริเริ่มเรื่องเมืองที่ปราศจากแหล่งเสื่อมโทรม (“Cities Without Slums”)

19. นอกจากนี้ เรายังมีเจตน์จำนง

- ที่จะส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ และการให้อำนาจแก่สตรีเพื่อสัมฤทธิ์ผลในการต่อสู้กับความยากจน ความหิวโหยและโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ และเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนอย่างแท้จริง

- ที่จะจัดทำและดำเนินกลยุทธ์ที่ทำให้คนหนุ่มสาวทั่วทุกแห่งมีโอกาสอย่างแท้จริงที่จะหางานที่ดี และก่อให้เกิดผลผลิตทำ

- ที่จะสนับสนุนให้อุตสาหกรรมผลิตยา ได้ผลผลิตที่จำเป็นให้มีแพร่หลายยิ่งขึ้น และอยู่ในวิสัยที่ผู้ที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยยาเหล่านั้นในประเทศที่กำลังพัฒนาสามารถซื้อหาได้มากยิ่งขึ้น

- ที่จะพัฒนาความร่วมมือในฐานะหุ้นส่วนกับภาคเอกชนและกับองค์กรทางสังคมอย่างแน่นแฟ้นยิ่งขึ้นในด้านการพัฒนาและการขจัดความยากจน

- ที่จะดำเนินการให้แน่ใจว่าผู้คนที่ทั้งหลายได้รับผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดจากเทคโนโลยีใหม่ ๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารอันเป็นไปตามแนวทางของข้อเสนอแนะในคำปฏิญญาระดับรัฐมนตรีของคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม 2000 (ECOSOC 2000 Ministerial Declaration)

IV. การคุ้มครองสภาพแวดล้อม (PROTECTING OUR COMMON ENVIRONMENT)

20. เราจะต้องดำเนินการอย่างเต็มที่ในการปกป้องมนุษยชาติทั้งมวล และโดยเฉพาะเยาวชนรุ่นลูกและหลานของเราไม่ให้ต้องตกอยู่ในสภาพของการมีชีวิตอยู่ในโลก ซึ่งถูกทำลายโดยกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ซึ่งไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนดังเดิมได้ และการต้องอยู่ในสภาพซึ่งทรัพยากรที่มีไม่เพียงพอต่อความจำเป็นอีกต่อไป

21. เราขอยืนยันอีกครั้งว่าเราสนับสนุนหลักการของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมทั้งหลักการที่กล่าวไว้ในวาระ 21 ซึ่งได้รับการรับรองในที่ประชุมสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (the United Nations Conference on Environment and Development)

22. ฉะนั้น เราจึงมีเจตน์จำนงที่จะใช้แนวทางจริยธรรมใหม่ ๆ ในด้านการอนุรักษ์และกำกับดูแลในการดำเนินการทั้งปวง ที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม โดยในขั้นต้นนี้เรามีเจตน์จำนง

- ที่จะดำเนินการทุกอย่างที่จะให้มีการนำพิธีสารกรุงเกียวโต (the Kyoto Protocol) ไปปฏิบัติ ซึ่งควรจะเป็นก่อนวันครบรอบสิบปีของการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (the United Nations Conference on Environment and Development) ในปี 2545 และในการเริ่มการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกตามที่มีการกำหนดไว้

- ที่จะเพิ่มความพยายามร่วมกันในการจัดการ การอนุรักษ์และการพัฒนาป่าไม้ที่ยั่งยืนทุกประเภท

- ที่จะผลักดันให้มีการดำเนินการอย่างเต็มที่ตามอนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพ และอนุสัญญาเพื่อยับยั้งการที่แผ่นดินกลายเป็นทะเลทรายในประเทศที่ประสบปัญหาความแห้งแล้งและ/หรือแผ่นดินกลายเป็นทะเลทราย (the Convention to Combat Desertification in Those Countries Experiencing Serious Drought and/or Desertification) โดยเฉพาะในทวีปแอฟริกา
- ที่จะหยุดยั้งการใช้ทรัพยากรน้ำในลักษณะที่ไม่ยั่งยืน ทั้งนี้ โดยการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการน้ำขึ้นในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับท้องถิ่น โดยเป็นการส่งเสริมทั้งด้านการมีน้ำให้ใช้อย่างเท่าเทียมและอย่างพอเพียง
- ที่จะเพิ่มความร่วมมือในการลดจำนวนและผลของภัยพิบัติต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากธรรมชาติและการกระทำของมนุษย์
- ที่จะดำเนินการเพื่อให้แน่ใจว่าการเข้าถึงสารสนเทศเกี่ยวกับลำดับชุดโครโมโซมที่รวมเอายีนส์ควบคุมลักษณะทางพันธุกรรมของมนุษย์ (human genome sequence) เป็นไปอย่างทั่วถึง

V. สิทธิมนุษยชน ประชาธิปไตย และธรรมาภิบาล (HUMAN RIGHTS, DEMOCRACY AND GOOD GOVERNANCE)

23. เราจะดำเนินการอย่างเต็มที่ในการส่งเสริมประชาธิปไตยและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่หลักแห่งกฎหมาย ตลอดจนความเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามที่เป็นที่ยอมรับกันในระดับระหว่างประเทศ รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับการพัฒนา

24. ฉะนั้น เราจึงมีเจตน์จำนง

- ที่จะเคารพและยึดมั่นต่อปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนอย่างเต็มที่
- ที่จะพยายามให้มีการคุ้มครองและการส่งเสริมสิทธิของการเป็นพลเมือง สิทธิด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของผู้คนในทุกประเทศอย่างเต็มที่
- ที่จะเสริมสร้างขีดความสามารถของทุกประเทศในการปฏิบัติตามหลักการและแนวทางปฏิบัติของระบอบประชาธิปไตย และการให้ความเคารพต่อสิทธิมนุษยชน รวมทั้งสิทธิของคนกลุ่มน้อย
- ที่จะต่อต้านความรุนแรงต่อสตรีทุกรูปแบบ และจะปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการกีดกันสตรีทุกรูปแบบ (the Convention on the Elimination of All Forms of discrimination against Women)
- ที่จะดำเนินมาตรการต่าง ๆ ให้มีการเคารพและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ย้ายถิ่น แรงงานจากต่างถิ่น และครอบครัว ขจัดการกระทำในด้านการแบ่งแยกเชื้อชาติ และการต่อต้านต่างชาติที่ปรากฏมากขึ้น และส่งเสริมความสมานฉันท์และสันติธรรมในทุกสังคม
- ที่จะดำเนินการร่วมกันให้เกิดกระบวนการทางการเมืองที่มีลักษณะกว้างขวางมากขึ้น โดยให้ประชากรทั้งหมดในทุกประเทศมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง
- ที่จะดำเนินการเพื่อให้สื่อมวลชนมีเสรีภาพในการปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นของตน และให้สาธารณชนมีสิทธิเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้

VI. การคุ้มครองผู้อยู่ในภาวะเปราะบาง (PROTECTING THE VULNERABLE)

25. เราจะดำเนินการอย่างเต็มที่ในการดำเนินการเพื่อให้มั่นใจว่า เด็กและประชาชนที่เป็นพลเรือน ซึ่งต้องประสบทุกข์ยากอย่างมากอันเป็นผลจากภัยธรรมชาติ การฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การสู้รบด้วยอาวุธ และเหตุฉุกเฉินทางด้านมนุษยธรรมอื่น ๆ ให้ได้รับความช่วยเหลือและคุ้มครองตามที่สมควรได้รับเพื่อที่จะได้สามารถกลับมาใช้ชีวิตความเป็นอยู่ตามปกติสุขโดยเร็วที่สุด

ฉะนั้น เราจึงมีเจตน์จำนง

- ที่จะขยายและเสริมสร้างการคุ้มครองพลเรือนในสถานการณ์ฉุกเฉินอันยุ่งยากซับซ้อน โดยเป็นไปตามกฎหมายระหว่างประเทศด้านมนุษยธรรม

- ที่จะเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมทั้งการช่วยกันแบ่งเบาภาระของประเทศที่เป็นผู้รับผู้ลี้ภัย และการประสานงานด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านมนุษยธรรมกับประเทศนั้น ๆ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ลี้ภัยและผู้พลัดถิ่น ให้กลับยังมาตุภูมิโดยความสมัครใจโดยปลอดภัย และอย่างมีศักดิ์ศรี และสามารถรวมตัวเข้ากับสังคมอีกครั้งได้อย่างราบรื่น

- ที่จะเร่งรัดให้มีการให้สัตยาบันและการปฏิบัติอย่างเต็มที่ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิของเด็ก (the Convention on the Right of the Child) และพิธีสารเลือกรับของอนุสัญญาดังกล่าวเกี่ยวกับการนำเด็กเข้ามาเกี่ยวข้องกับความขัดแย้ง ซึ่งมีการใช้อาวุธและการขายเด็ก โสภณเด็ก และสื่อลามกอนาจารที่ใช้ภาพเด็ก

VII. การตอบสนองต่อความจำเป็นพิเศษของอัฟริกา (MEETING THE SPECIAL NEEDS OF FRICA)

26. เราจะสนับสนุนการสร้างความเป็นปึกแผ่นของประชาธิปไตยในอัฟริกา และช่วยเหลือชาวอัฟริกาในการต่อสู้ดิ้นรนเพื่อให้ได้มาซึ่งสันติภาพอันถาวร การขจัดความยากจน และการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งจะทำให้อัฟริกาเป็นส่วนสำคัญของเศรษฐกิจโลกต่อไป

27. ฉะนั้น เราจึงมีเจตน์จำนง

- ที่จะให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ต่อโครงสร้างสถาบันด้านการเมืองของประเทศต่าง ๆ ในอัฟริกา ที่ระบอบประชาธิปไตยกำลังเริ่มเกิดขึ้น

- ที่จะส่งเสริมและรักษาให้ยั่งยืนซึ่งกลไกระดับภูมิภาค และภูมิภาคย่อย ซึ่งมีไว้เพื่อป้องกันการเกิดความขัดแย้งและเพื่อส่งเสริมเสถียรภาพทางการเมือง และให้มีการไหลของทรัพยากรเพื่อใช้ในปฏิบัติการรักษาสันติภาพในอัฟริกา

- ที่จะดำเนินมาตรการพิเศษเพื่อดำเนินการต่อสิ่งท้าทายต่าง ๆ ในเรื่องการขจัดความยากจนและการพัฒนาอย่างยั่งยืนในอัฟริกา รวมทั้งการยกเลิกหนี้ การเปิดตลาดการค้าให้มากยิ่งขึ้น การให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (Official Development Assistance) มากขึ้น และการมีการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ (Foreign Direct Investment) มากขึ้น รวมถึงตลอดการถ่ายทอดเทคโนโลยี

- ช่วยเหลืออัฟริกาในการเสริมสร้างขีดความสามารถของตนในการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของ HIV/AIDS และโรคติดต่ออื่น ๆ

VIII. การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่สหประชาชาติ (STRENGTHENING THE UNITED NATIONS)

28. เราจะพยายามอย่างเต็มที่ในการที่จะทำให้สหประชาชาติเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น ในการดำเนินการในเรื่องอันเป็นสิ่งสำคัญเร่งด่วนดังต่อไปนี้ การต่อสู้เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปได้เพื่อ ประชาชนทั้งมวลในโลก การต่อสู้กับความยากจน การไม่รู้หนังสือและโรคภัยไข้เจ็บ; การต่อสู้กับความ รุนแรง การก่อการร้ายและอาชญากรรม; และการต่อสู้กับการทำลายและการทำให้สภาพแวดล้อมของโลก เสื่อมถอย

29. ฉะนั้น เราจึงมีเจตน์จำนง

- ที่จะยืนยันถึงสถานะอันสำคัญยิ่งของสมัชชาสหประชาชาติ ในฐานะที่เป็นหน่วยงานหลักใน การอภิปรายการกำหนดนโยบายและการเป็นตัวแทนของสหประชาชาติและทำให้สมัชชาสามารถดำเนิน บทบาทดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ที่จะเพิ่มความพยายามในการบรรลุความสำเร็จในการปฏิรูปสภาพความมั่นคงอย่างเบ็ดเสร็จ ในทุกด้าน
- ที่จะเสริมสร้างความแข็งแกร่งของสภาเศรษฐกิจและสังคม โดยสานต่อความสำเร็จที่ได้รับ ในระยะหลัง ๆ เพื่อช่วยให้สภานี้สามารถดำเนินบทบาทตามที่กำหนดไว้ในกฎบัตรสหประชาชาติได้อย่าง เต็มที่
- ที่จะเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้แก่ศาลยุติธรรมระหว่างประเทศเพื่อให้ผดุงความยุติธรรม และหลักแห่งกฎหมายในด้านระหว่างประเทศ
- ที่จะส่งเสริมให้มีการหารือกันและการประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอในระหว่างหน่วยงาน หลักของสหประชาชาติเพื่อประโยชน์แห่งการปฏิบัติการกิจของหน่วยงานนั้น ๆ
- ที่จะดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้สหประชาชาติได้รับทรัพยากรตามที่จำเป็นต้องมี เพื่อใช้ในการ ปฏิบัติงานตามภารกิจในลักษณะที่ตรงเวลาและสามารถคาดการณ์ได้
- ที่จะเรียกร้องให้สำนักเลขาธิการใช้ทรัพยากรเหล่านี้ให้ได้ประโยชน์ที่สุด เป็นไปตาม หลักเกณฑ์และกระบวนการวิธีที่ชัดเจนตามที่ตกลง โดยสมัชชาสหประชาชาติเพื่อประโยชน์ของมวลสมาชิก โดยมีการบริหารจัดการและใช้เทคโนโลยีอย่างดีที่สุดเท่าที่มี และโดยการเน้นความสำคัญที่ภารกิจที่ สมาชิกเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นสิ่งที่มีลำดับความสำคัญสูง
- ที่จะส่งเสริมให้มีการยึดถือปฏิบัติตามอนุสัญญาว่าด้วยความปลอดภัยของบุคลากรของ สหประชาชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (the Convention on the Safety of United Nations and Associated Personnel)
- ที่จะให้นโยบายที่มีความสัมพันธ์กันมากขึ้นและมีความร่วมมือที่ดีขึ้นระหว่างสหประชาชาติ กับหน่วยงานของสหประชาชาติ สถาบันเบร็ตตัน วูดส์ (Bretton Woods Institutions) และองค์การ การค้าโลก รวมทั้งหน่วยงานพหุภาคีอื่น ๆ เพื่อให้สามารถบรรลุถึงแนวทางที่มีการประสานกันอย่างเต็มที่ ในการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสันติภาพและการพัฒนา

- ที่จะส่งเสริมความร่วมมือในด้านต่าง ๆ ระหว่างสหประชาชาติกับรัฐสภาของชาติต่าง ๆ ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยผ่านทางสหภาพรัฐสภานานาชาติ (the Inter-Parliament Union) ซึ่งเป็นองค์กรระดับโลกของรัฐสภาเหล่านั้นในด้านต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงสันติภาพและความมั่นคง การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม กฎหมายระหว่างประเทศและสิทธิมนุษยชนและประชาธิปไตยและประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับเพศ

- ที่จะให้โอกาสแก่ภาคเอกชน องค์กรที่มีใช้รัฐบาลและสังคมพลเรือนทั่วไป ในการเข้ามีส่วนช่วยเหลือให้สหประชาชาติบรรลุเป้าหมายและดำเนินโครงการต่าง ๆ ได้มากขึ้น

30. เราใคร่ขอให้สมัชชาสหประชาชาติได้ทบทวนความคืบหน้าของการดำเนินการตามคำปฏิญญานี้เป็นระยะ ๆ และใคร่ขอให้เลขาธิการสหประชาชาติได้จัดทำรายงานเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สมัชชาสหประชาชาติได้พิจารณาและเพื่อใช้สำหรับการดำเนินการขั้นต่อ ๆ ไป

31. ในโอกาสอันเป็นประวัติศาสตร์นี้ เราขอยืนยันอย่างหนักแน่นว่า สหประชาชาตินั้นเป็นศูนย์รวมของครอบครัว มนุษย์ทั้งมวลอันจะขาดเสียมิได้ เป็นช่องทางสำหรับเราในการที่จะแสวงหาสันติภาพความร่วมมือ และการพัฒนาอันเป็นความต้องการที่เป็นสากล ดังนั้น เราจึงจะขอให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ต่อแนวทางเป้าหมายในการดำเนินการที่เราต่างมีส่วนร่วมเหล่านี้ รวมทั้งความตั้งใจแน่วแน่ของเราที่จะบรรลุเป้าหมายแนวทางดำเนินงานเหล่านี้ให้จงได้

ข้อมติที่ A/RES/55/2
ที่ประชุมเต็มคณะครั้งที่ 8
8 กันยายน 2543

ภาคผนวก 5

คณะผู้จัดทำรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสุขภาพ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2557

ที่ปรึกษา:

นพ.โสภณ เมฆธน	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ดร.อรสา ไขวีนทะ	ที่ปรึกษาโครงการฯ
นพ.สุวัฒน์ กิตติติลลกุล	ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นพ.ณรงค์ กษิติประดิษฐ์	ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ดร.กฤษณ์นัทธ์ เลาะหนับ	ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านพัฒนานโยบายยุทธศาสตร์ และความร่วมมือระหว่างประเทศ

คณะผู้จัดทำ:

นางสุภาพ ไชยนิติย์	สำนักยุทธศาสตร์ กรมการแพทย์
พญ.จรีพร คงประเสริฐ	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
ดร.พงษ์วิทย์ บัวล้อมใบ	สำนักโรคติดต่อทางแมลง กรมควบคุมโรค
ดร.พรทิพย์ จอมพุก	สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
นายเผด็จศักดิ์ ขอบธรรม	สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค
นายสหภาพ พูลเกษร	สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
นายชัยสุข ตั้งสงค์จุลนิยม	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
นางพรทิพย์ เข้มเงิน	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค
นายสุขสันต์ จิตติมณี	สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค
นพ.บุญฤทธิ์ สุวรรณ์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
นางปิยวรรณ กุลโกศิน	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย
นางณัฐวรรณ เขาวนลิลิตกุล	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
นางนุชปียา รั้วพิทักษ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นางอาริสรา ทองเหม	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
นางปรียะดา โชควิญญ	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย
นพ.สรารุณี บุญสุข	กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย
นายภูมิสุข คณานุรักษ์	สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ
นางกาญจนา ศิริโกมล	สำนักสารสนเทศเพื่อการบริหาร สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
นางทัศนีย์ สมสมาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

นางทนต์ธร พุฒิไพโรจน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา
ดร.สุดาร์ตน์ อีระวาร	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
นางสาวซาฟีลา หะยีแหวะมะ	ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
นางสาวอารีย์ อ่องสว่าง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
นางสาวนิตยา นิลรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
นางรุ่งทิพย์ วงศ์อกนิษฐ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
นางเปรมจิต หงส์อำไพ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
นางสาวชอริฮะ ดามิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
นางสาวสุธีพร แสงรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
นางรัชณี เทียมแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี
นางนิตยา แสงเล็ก	ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง
นางอโณทัย พรหมชัย	ศูนย์พัฒนาอนามัยพื้นที่สูง
นายวิรุฬ หน่อแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นางวาสนา ปานดอก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นางจินตนา อังคนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นางสาวเปรมใจ หน่อแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นายณัฐกร จันทรัตน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นายทวีศิลป์ เกียรติดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นายชัยภัทร โปธิ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นายชาญชัย วิทยาพูน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นางอุษณี วรพรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นางเพ็ญใจ สุขเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน
นายชัยยุทธ ชัยบุตร	รพ.สต.ห้วยหมากกลาง
นางวรรณธรณ ชมคำ	รพ.สต.ห้วยโป่ง
นางประคอง ปาระมี	รพ.สต.ห้วยโป่ง
นางอารี แวดวงธรรม	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นางอรพิน ทรัพย์สัน	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นางทับทิม ทองวิจิตร	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นางรวีวรรณ จารุพรประสิทธิ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

คณะผู้จัดทำ/ผู้ประสานทางวิชาการ/รูปเล่ม

นางภาวิณี ธนกิจไพบูลย์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นางสุดา พงษ์สว่าง	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
นางสาวมณูชดา พิธกิจ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 1378 โทรสาร 0 2965 9818