

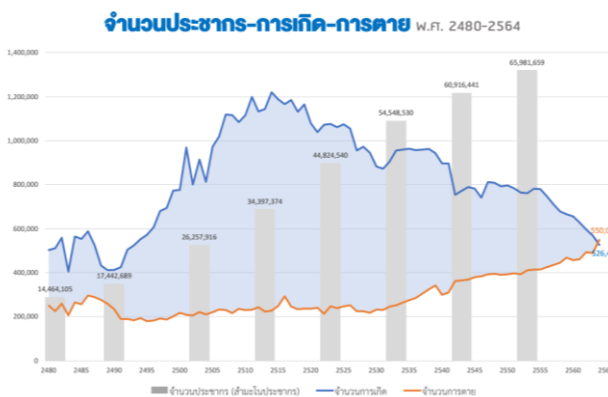
พลิกวิกฤติเกิดน้อย ท้องไม่พร้อม...กระตุ้นสู่การเพิ่มประชากรคุณภาพ

กลุ่มอนามัยวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์
ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี
๑๘ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๖

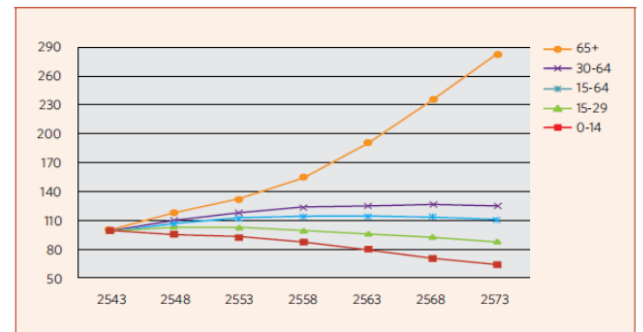
สถานการณ์ประชากรไทย

“จำนวนประชากร” การคาดการณ์การเพิ่มขึ้น-การเติบโตของจำนวนประชากร (population growth) เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่ว่า “หลักประกันถ้วนหน้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว” ตัวชี้วัดที่ ๓.๗ ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดี ของคนทุกเพศทุกวัย

สถานการณ์ปัจจุบัน : จำนวนการเกิดลดลง จำนวนการตายเพิ่มขึ้น



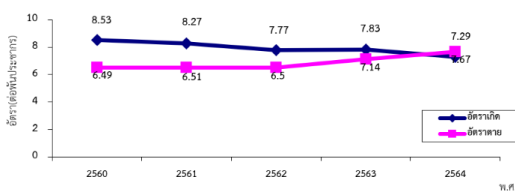
ประเทศไทยและดัชนีการเจริญเติบโตของประชากรวัยอายุ ปี พ.ศ. 2543-2573



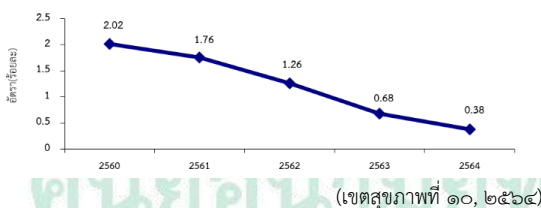
ปี 2543 = 100
ที่มา : จำนวนจาก World Population Prospects: The 2008 Revision, United Population Division, 2009 ประมาณการขึ้นทำ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ประชากรประเทศไทย ข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๓-๒๕๖๕ พบว่าจำนวนการเกิดมีแนวโน้มลดลง และในปัจจุบัน ปี พ.ศ.๒๕๖๕ มีจำนวนการตาย (๕๕๐,๐๔๒ คน) มากกว่าจำนวนการเกิด (๕๒๖,๔๖๙ คน) และประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยจากการเกิดน้อยนี้ มีอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate : TFR) ปี พ.ศ.๒๕๖๕ TFR=๑.๐๘ คน ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทน ๒.๑ คน ซึ่งเป็นระดับของภาวะการเจริญพันธุ์ ที่ใช้เพื่อรักษาขนาดของประชากรให้คงที่

แผนภูมิที่ 1 ข้อมูลอัตราเกิด อัตราตาย เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2560 - 2564



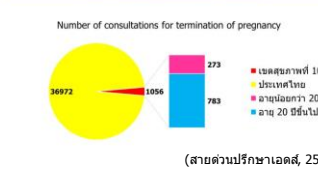
แผนภูมิที่ 2 อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2560 - 2564



Teenage pregnancy



ข้อมูลรายงานจากสายด่วนปรึกษาเอดส์ และท้องไม่พร้อม 1663 (AIDS Access foundation) ปี 2565

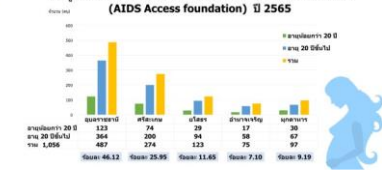


การได้รับบริการคุมกำเนิด

หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ร้อยละ 23.88

- (เป้าหมาย > ร้อยละ 65)
- อุบลราชธานี ร้อยละ 21.03
- ศรีสะเกษ ร้อยละ 24.54
- ยโสธร ร้อยละ 27.76
- อำนาจเจริญ ร้อยละ 31.00
- อุบลราชธานี ร้อยละ 24.43 (HDC, 17สค66)

สถานการณ์เชิงครกไม่พร้อม ข้อมูลรายงานจากสายด่วนปรึกษาเอดส์ และท้องไม่พร้อม 1663 (AIDS Access foundation) ปี 2565



ปัจจุบันสถานการณ์ด้านอนามัยวัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย มีสถานการณ์แนวโน้มที่สอดคล้องกับเขตสุขภาพที่ ๑๐ คือ มีอัตราการตาย สูงกว่าอัตราการเกิด (อัตราต่อพันประชากร) โดยเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีประชากรอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี จำนวน ๒๑๔,๓๐๒ คน เป็นเพศชาย ๑๑๐,๕๓๔ คน (ร้อยละ ๕๑.๕๘) เพศหญิง

๑๐๓,๗๖๘ คน (ร้อยละ ๔๘.๔๒) (HDC, ๒๕๖๕) พบข้อมูลสถานการณ์อัตราการคลอดในวัยรุ่นของเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่ามีแนวโน้มลดลงจากปี พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๖ โดยอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐ -๑๔ ปี มีแนวโน้มลดลง จาก ๑.๑๓ ต่อพัน ในปี พ.ศ.๒๕๖๑ ลดลงเป็น ๐.๖๙ ต่อพัน ในปี พ.ศ.๒๕๖๖ และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ลดลงจาก ๓๒.๗๙ ต่อพัน ในปี พ.ศ.๒๕๖๑ ลดลงเป็น ๑๖.๘๕ ต่อพัน ในปี พ.ศ.๒๕๖๖ และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๑๔.๔๑ ในปี พ.ศ.๒๕๖๑ ลดลงเป็นร้อยละ ๑๒.๐๑ ในปี พ.ศ.๒๕๖๖ (HDC, ๒๕๖๖)

จากข้อมูลผู้รับบริการสายด่วนปรึกษาท้องไม่พร้อม ๑๖๖๓ ในปี พ.ศ.๒๕๖๕ ทั่วประเทศ มีจำนวน ๓๖,๙๗๒ คน เป็นเขตสุขภาพที่ ๑๐ จำนวน ๑,๐๕๖ คน จำแนกเป็นรายจังหวัด คือ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๔๘๗ คน (ร้อยละ ๔๖.๑๒) ศรีสะเกษ จำนวน ๒๗๔ คน (ร้อยละ ๒๕.๙๕) ยโสธร จำนวน ๑๒๓ คน (ร้อยละ ๑๑.๖๕) อำนาจเจริญ จำนวน ๗๕ คน (ร้อยละ ๗.๑๐) และมุกดาหาร จำนวน ๙๗ คน (ร้อยละ ๙.๑๖) (สายด่วนปรึกษาเอดส์, ๒๕๖๕) จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชน เขตสุขภาพที่ ๑๐ ปี พ.ศ.๒๕๖๖ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นและเยาวชนภาพรวมส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ ๕๖.๖๗ มีความตระหนักรู้ต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ ๖๔.๒๒ และพบว่ามีความเสี่ยงทางเพศ จากการเคยมีเพศสัมพันธ์มากถึง ร้อยละ ๓๔.๘๙ โดยที่ไม่สวมถุงยางอนามัยหรือสวมบางครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์สูงถึง ร้อยละ ๗.๙๑ และร้อยละ ๓๒.๓๗ ตามลำดับ และปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชน ได้แก่ การเที่ยวกลางคืนหรือสถานบันเทิง การเข้าถึงคลิปวิดีโอสื่อต่างๆ เพื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ และการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ หากไม่มีมาตรการในการป้องกัน แก๊ซ และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พร้อม มีโอกาสเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่พร้อมได้ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา (ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี, ๒๕๖๖)

นั่นหมายความว่า ประเทศไทยจะเกิดวิกฤติความไม่สมดุลของประชากร ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจวัยแรงงานจะลดลงและแบกรับภาระมากขึ้น จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งถ้าหากไม่มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดี ก็อาจจะส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับการรักษาโรคในผู้สูงอายุมากขึ้นได้อีกด้วย

แต่ละประเทศทำอย่างไรกระตุ้นให้ “ประชาชนมีลูก”

ในประเทศที่มีวิกฤติการเกิดน้อย ได้มีการสร้างแนวทางกระตุ้นให้ประชาชนมีลูก ดังนี้

| ประเทศ | แนวทางการกระตุ้นให้ประชาชนมีลูก |
|-----------|---|
| ฟินแลนด์ | - เทศบาลมี Baby Bonus ถ้ามีเด็กเกิดใหม่แจกให้ ๑๐,๐๐๐ ยูโร ครอบคลุม ๑๐ ปี - รัฐบาลแจก Baby Box หรือกล่องเสื้อผ้าของใช้เด็กก่อน มอบให้ตอนคลอด และให้เงินเดือนละ ๑๐๐ ยูโร (๓,๗๐๐ บาท) |
| เอสโตเนีย | ยังมีลูกมาก ยิ่งได้เงินเพิ่ม ตอนเด็กเกิดแจกเงิน ๓๒๐ ยูโร ถ้าเป็นแฝดสามให้คนละ ๑,๐๐๐ ยูโร และมีเงินช่วยในแต่ละเดือนให้เพิ่มอีก |
| ญี่ปุ่น | บนเกาะนากาโนะชิม่า ถ้ามีลูกคนแรกได้รับเงิน ๑ แสนเยน แต่ถ้ามีลูกมากถึง ๔ คน จะได้รับเงินสูง ๑ ล้านเยน |

| ประเทศ | แนวทางการกระตุ้นให้ประชาชนมีลูก |
|----------------|---|
| จีน | ออกนโยบาย ให้มีลูกได้ ๓ คน/ครอบครัว ออกนโยบายที่จูงใจ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางการเงิน |
| ไทย | - โครงการสาวไทยแก้มแดง แจกวิตามินให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่พร้อมมีลูก - เงินอุดหนุนบุตรของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ ๖๐๐ บาท/เดือน จนถึงอายุ ๖ ปี - เงินสงเคราะห์บุตรของประกันสังคม ให้ ๘๐๐ บาท/เดือน จนถึงอายุ ๖ ปี |
| ออสเตรเลีย | เคยออกนโยบาย Baby Bonus แจกเงินให้ ๖,๐๐๐ ดอลลาร์สหรัฐฯ (ราว ๒๐๐,๐๐๐ บาท) ในปีแรกที่เด็กเกิด |
| สหราชอาณาจักร | แจก Baby Box หรือกล่องที่รวมเสื้อผ้าและของใช้เด็กอ่อน มอบให้ตอนคลอด |
| สิงคโปร์ | มี Baby Bonus แจกเงินให้ ครอบครัว ๑๐,๐๐๐ ดอลลาร์สิงคโปร์ หรือประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ บาท |
| สวีตเซอร์แลนด์ | - รัฐบาลให้เงินช่วยเหลือ ๒๐๐ ฟรังก์สวิส/เด็ก ๑ คน จนถึงอายุ ๑๖ ปี - บางรัฐแจก Baby Bonus ให้อีก สูงสุดคือ ๓,๐๐๐ ฟรังก์สวิส หรือประมาณ ๑๐๘,๐๐๐ บาท |

นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

| ปี พ.ศ. | ทิศทางด้านนโยบายจากอดีต ถึง ปัจจุบัน |
|-------------------------|---|
| ๒๕๑๓ | นโยบายประชากร โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ "รัฐบาลไทยมีนโยบายที่จะสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบใจสมัคร เพื่อแก้ปัญหาต่างๆเกี่ยวกับอัตราเพิ่มประชากรสูงมาก ที่จะเป็อุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ" |
| ๒๕๓๗ | การประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่อง ประชากรกับการพัฒนา (ICPD) |
| ๒๕๔๐ | นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ "คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุ จะต้องมือนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี" |
| ๒๕๕๒ | คณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง "คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ" |
| ๒๕๕๓ | นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๕๗) "รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ ด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง เพื่อเป็นพลังประชากร สร้างประเทศให้รุ่งเรืองมั่นคงและมั่นคงสืบไป" |
| ๒๕๕๙ ถึง ปัจจุบัน | นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๙) "รัฐบาลสนับสนุนและส่งเสริมการเกิดเพิ่มขึ้นด้วยความสมัครใจ เพื่อเพียงพอกับการทดแทนประชากร และการเกิดทุกรายมีการวางแผน มีความตั้งใจ และมีความพร้อมในทุกด้าน นำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมที่จะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ" <ul style="list-style-type: none"> ● เป้าประสงค์ของนโยบายและยุทธศาสตร์ฯ นี้ คือ <ol style="list-style-type: none"> ๑. เพิ่มจำนวนการเกิดด้วยความสมัครใจ ๒. การเกิดทุกรายมีคุณภาพ |

๓. เด็กทุกรายเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับการขับเคลื่อนงาน ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๗๐) โดยเสนอให้รัฐบาลเข้ามาเป็นผู้ลงทุนหลักในการเพิ่มจำนวนการเกิดที่มีคุณภาพ โดยกำหนดนโยบายด้านประชากรด้วยการ "รณรงค์ให้ครอบครัวที่มีความพร้อม มีบุตรครอบครัวละไม่น้อยกว่า ๒ คน" โดยการมีบุตรนั้นจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการวางแผน และมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ รวมถึงมีการช่วยเหลือคู่ที่ประสบภาวะมีบุตรยากให้เข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอ

๑. เสริมสร้างทัศนคติและค่านิยมแก่คนรุ่นใหม่ ในการสร้างครอบครัวและมีบุตรในวัยอันควร
๒. ผลักดันให้รัฐบาลมีมาตรการลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวที่มีเด็ก อายุ ๐ - ๕ ปี
๓. ส่งเสริมการจัดตั้งสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในกลุ่มอายุอายุต่ำกว่า ๒ ปี เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระในการเลี้ยงดูเด็กก่อนก่อนวัยเรียนในเวลากลางวันที่พ่อแม่จะต้องออกไปทำงานประกอบอาชีพ
๔. ช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาภาวะมีบุตรยากให้เข้าถึงการรักษาในอายุที่น้อยลง เพื่อเพิ่มโอกาสในการมีลูกมากขึ้น

ความแตกต่างของ นโยบายสนับสนุนการเพิ่มประชากรระหว่างประเทศไทย และต่างประเทศ

| การสนับสนุนเพิ่มประชากร | ประเทศไทย | ตัวอย่างนโยบายจากต่างประเทศ |
|-----------------------------------|---|--|
| มารดาหยุดงานไปคลอดและเลี้ยงดูบุตร | ข้าราชการ มีสิทธิลาคลอดบุตรโดยได้รับเงินเดือนไม่เกิน ๙๐ วัน ลาอีกส่วนตัวเพื่อดูแลบุตรได้อีก ๑๕๐ วัน (โดยไม่ได้รับเงินเดือน) (กำลังปรับเพิ่มเป็น ๙๘ วัน) ประกันสังคม หยุดงานได้ ๙๐ วัน รับค่าจ้างจากนายจ้าง ๔๕ วัน และ ได้รับเงินสงเคราะห์ ร้อยละ ๕๐ ของค่าจ้าง ๙๐วัน จากกองทุนประกันสังคม (กำลังปรับเพิ่มเป็น ๙๘ วัน) | ญี่ปุ่น : ลาคลอดโดยได้รับค่าจ้าง ๑๔ สัปดาห์ ลาเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับค่าจ้าง ๔๔ สัปดาห์ เกาหลีใต้ : ลาคลอดโดยได้รับค่าจ้าง ๑๒.๙ สัปดาห์ ลาเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับค่าจ้าง ๕๒ สัปดาห์ สิงคโปร์ : ลาคลอดได้ ๑๖ สัปดาห์ รัฐบาลสนับสนุน \$๑๐,๐๐๐ / ๔ สัปดาห์ |
| บิดาหยุดงานไปช่วยเลี้ยงดูบุตร | ข้าราชการ มีสิทธิลาไปช่วยเหลือภริยาที่คลอดบุตรโดยได้รับเงินเดือนไม่เกิน ๑๕ วัน ประกันสังคม ไม่มี | ญี่ปุ่น : ลาเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับค่าจ้าง ๕๒ สัปดาห์ เกาหลีใต้ : ลาช่วงกรรยาคลอดโดยได้รับค่าจ้าง ๐.๖ สัปดาห์ ลาเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับค่าจ้าง ๕๒ สัปดาห์ สิงคโปร์ : ลาเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับค่าจ้าง ๒ สัปดาห์ |
| ช่วยการดูแลบุตร | - ส่งเสริมการจัดตั้งสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย - จ่ายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด (Child Support Grant) ให้กับครอบครัวที่มีรายได้น้อย สมาชิกครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคน ต่อปี แก่เด็กที่มีสัญชาติไทยและเกิดตั้งแต่วันที่ ๑ | ญี่ปุ่น : รัฐบาลสนับสนุนศูนย์ดูแลเด็ก ๐-๕ ปี เงินอุดหนุน \$๑๐๐-๑๕๐ ต่อเดือน ขึ้นกับรายได้ เกาหลีใต้ : รัฐบาลสนับสนุนศูนย์ดูแลเด็ก ลดภาษีสำหรับผู้มีบุตรต้องดูแล |

| การสนับสนุน เพิ่มประชากร | ประเทศไทย | ตัวอย่างนโยบายจากต่างประเทศ |
|--|--|--|
| | <p>ตุลาคม ๒๕๕๘ เป็นต้นไป รายละ ๖๐๐ บาท ต่อเดือน จนมีอายุครบ ๖ ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประกันสังคมให้เบิกค่าฝากครรภ์ ๑,๕๐๐ บาท ค่าคลอดบุตร ๑๕,๐๐๐ บาท - ประกันสังคม ให้เงินสงเคราะห์บุตรเดือนละ ๘๐๐ บาทจนอายุ ๖ ปี - ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กเพื่อผู้ใช้แรงงาน - ส่งเสริมการจัดตั้งมูมนมแม่ในสถานประกอบการ - มาตรการลดหย่อนภาษีสำหรับบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของสามีหรือภริยาของผู้มีเงินได้ : <ul style="list-style-type: none"> หักลดหย่อนได้คนละ ๓๐,๐๐๐ บาท สำหรับบุตรชอบด้วยกฎหมายตั้งแต่คนที่ ๒ เป็นต้นไป ที่เกิดในหรือหลังปี ๒๕๖๑ ให้หักลดหย่อนได้เพิ่ม อีกคนละ ๓๐,๐๐๐ บาท รวมเป็น ๖๐,๐๐๐ บาทต่อคน | <p>ดอกเบี้ยยัตราพิเศษสำหรับเงินกู้ยืมเพื่อซื้อที่อยู่อาศัย</p> <p>สิงคโปร์ : รัฐบาลสนับสนุนศูนย์ดูแลเด็กเงินอุดหนุน \$๖๐๐ สำหรับทารก และ \$๓๐๐ สำหรับเด็ก</p> <p>Baby bonus</p> <ul style="list-style-type: none"> \$๘๐๐๐ สำหรับลูกคนที่ ๑-๒ \$๑๐,๐๐๐ สำหรับลูกคนที่ ๓ ขึ้นไป <p>รัฐบาลสนับสนุน \$๔๐๐๐ สำหรับค่ารักษาพยาบาล</p> <p>ลดภาษีสำหรับผู้มีบุตรต้องดูแล</p> |
| <p>การช่วยเหลือผู้มีภาวะมีบุตรยาก</p> | <p>กำหนดให้การรักษาภาวะมีบุตรยากและการผสมเทียม ยกเว้น การดำเนินการที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แทน (Surrogacy) เป็นบริการที่เข้าข่ายการให้สิทธิ (inclusion) ซึ่งบริการพื้นฐานทั่วไป เช่น การให้คำแนะนำปรึกษา หรือการตรวจพื้นฐาน เป็นบริการที่ครอบคลุมภายใต้งบประมาณจ่ายรายหัวอยู่แล้ว</p> | <p>ญี่ปุ่น : รัฐบาลให้เงินอุดหนุนสำหรับผู้มีรายได้ต่ำกว่า ๗,๓๐๐,๐๐๐ เยน สำหรับผู้มีอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี เข้ารับการรักษาได้ไม่เกิน ๖ ครั้ง การรักษารั้งแรกได้ ๓๐๐,๐๐๐ เยน ครั้งต่อไปได้ ๑๕๐,๐๐๐ เยน</p> <p>เกาหลีใต้ : การรักษาภาวะมีบุตรยากรวมอยู่ในประกันสุขภาพ ผู้รับบริการร่วมจ่าย ๓๐-๕๐ %</p> <p>สิงคโปร์ : รัฐบาลร่วมจ่าย ๗๕ % สำหรับผู้อายุต่ำกว่า ๔๐ ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> Fresh ART cycle ไม่เกิน ๓ ครั้ง Frozen ART cycle ไม่เกิน ๓ ครั้ง |

ดังนั้น ควรมีนโยบายสำหรับช่วยสนับสนุนในเพิ่มประชากรและการเลี้ยงดูบุตร สำหรับประเทศไทย ดังนี้

- อนุญาตให้มารดาหยุดงานไปเลี้ยงลูกได้
- อนุญาตให้บิดาหยุดงานไปเลี้ยงลูกได้
- เงินอุดหนุนสำหรับเลี้ยงดูบุตร
- Baby bonus
- การช่วยปรับเวลาทำงานให้ยืดหยุ่นในการเลี้ยงลูก
- การลดภาษีสำหรับผู้ที่มีลูก - "สิทธิการลดหย่อนบุตร"

ข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอเชิงนโยบาย จากกิจกรรมพัฒนาศักยภาพคนโสดรุ่นใหม่ ในปี พ.ศ.๒๕๖๖

โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ได้รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกลุ่มคนโสดที่ร่วมโครงการ Sod Smart จำนวน ๑๔๒ คน ประกอบด้วย เพศชาย ร้อยละ ๒๖.๐๖ เพศหญิง ร้อยละ ๗๑.๑๓ และ LGBTQ+ ร้อยละ ๒.๘๑ ที่มีสถานภาพโสด ร้อยละ ๑๐๐ อายุ ๒๐-๓๔ ปี ร้อยละ ๔๐.๘๕ อายุ ๓๕-๔๒ ปี ร้อยละ ๔๑.๕๕ อายุ ๔๓-๕๙ ปี ร้อยละ ๑๗.๖๑ ประกอบอาชีพในหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ ๔๔.๓๗ องค์กรเอกชน ร้อยละ ๒๘.๑๗ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ ๒๒.๕๔ และรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๔.๙๓ ความต้องการใช้ชีวิตคู่ ต้องการมีคู่ ร้อยละ ๗๗.๔๖ ไม่แน่ใจ ร้อยละ ๑๔.๐๘ และต้องการอยู่เป็นโสด ร้อยละ ๘.๔๕ ส่วนความต้องการมีบุตร ต้องการมีบุตร ร้อยละ ๖๑.๒๗ ไม่แน่ใจ ร้อยละ ๒๑.๑๓ และไม่ต้องการมีบุตร ร้อยละ ๑๗.๖ ได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายรับมือเด็กเกิดน้อย สังคมสูงวัย ดังนี้

๑) มาตรการส่งเสริมการใช้ชีวิตคู่ในกลุ่มคนโสด ได้แก่ การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ให้คนโสดได้รู้จักกัน การจัดสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับคนโสด การลดหย่อนภาษีให้คนโสดที่ต้องดูแลลูกที่เจ็บป่วยเรื้อรัง การส่งเสริมการออมเพื่อการเกษียณ และการพัฒนา Application matching ที่ใช้งานง่าย ปลอดภัย ไม่มีค่าใช้จ่าย

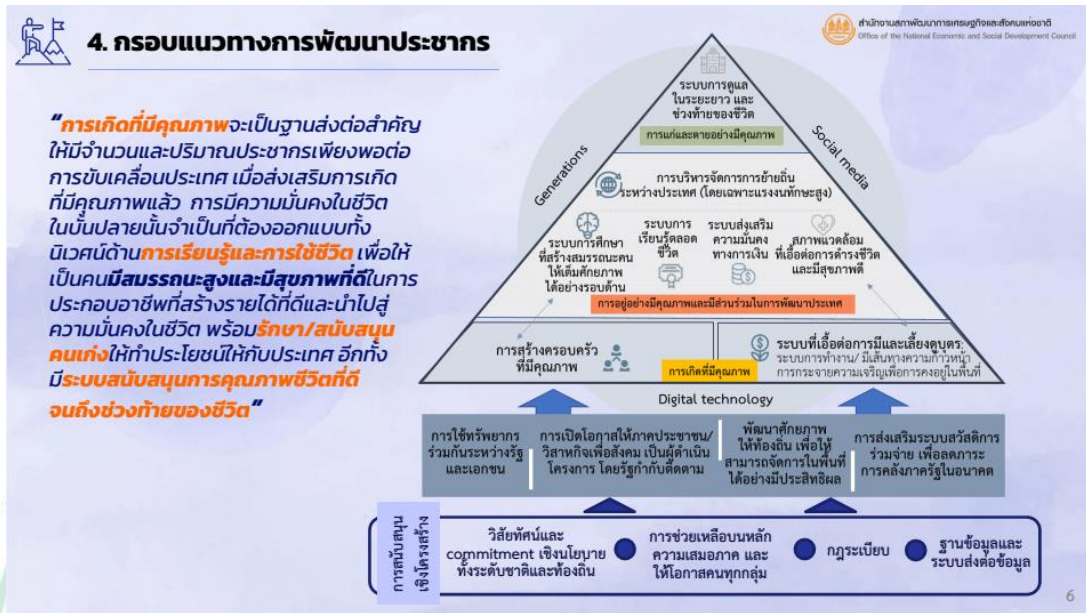
๒) มาตรการส่งเสริมการมีบุตร ได้แก่ การ สนับสนุนค่าเลี้ยงดูบุตรแรกเกิด-๑๕ ปี การสร้างทัศนคติแก่คนรุ่นใหม่ในการสร้างครอบครัว การเพิ่มวันลาคลอดแบบได้เงินเดือน ๖ เดือน การแก้กฎหมายให้สามารถขอสุจิจาก sperm bank สำหรับการตั้งครรภ์ได้ การสนับสนุนสิทธิประโยชน์รักษาภาวะมีบุตรยาก และการแก้กฎหมายการอุ้มบุญ

๓) มาตรการดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนา Application/สายด่วน one stop service สำหรับผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปเช้า-เย็นกลับ การจัด Community สำหรับผู้สูงอายุราคาไม่แพง และการแจกผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

๔) ข้อเสนอสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ สิทธิการลาเพื่อพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ สิทธิการลาเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย สิทธิลดหย่อนภาษีที่มากกว่าคนทั่วไป กรณีดูแลผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้พิการ การยืดหยุ่นเวลาทำงาน การให้สิทธิ Work from home และการมีที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิตเพื่อลดความเครียด

กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี



ดังนั้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการเตรียมความพร้อมสุขภาพตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ และสนับสนุนให้ผู้ปกครอง/สถานศึกษา ดูแลเด็กในทุกช่วงอายุอย่างมีคุณภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพ ทุกวัย ทุกช่วงอายุ และยกระดับการบริการทางสุขภาพรูปแบบใหม่ที่น่าไปสู่การสร้างสังคมสูงวัยที่มีสุขภาพะ (เตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุสมบูรณ์) เช่น การเตรียมพื้นที่ชุมชนดิจิทัล พัฒนาพื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย และด้านอื่นๆ เพื่อรับมือกับชีวิตวิถีใหม่ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในการร่วมดำเนินการอย่างจริงจัง และเร่งด่วน ให้เป็นรูปธรรมในการพลิกวิกฤติการเกิดน้อย ให้เป็นการกระตุ้นเพื่อสร้างสรรค์ เป็นแรงผลักดันให้มีการเกิดที่มีคุณภาพ และเพิ่มจำนวนประชากรให้มีความสมดุลในแต่ละช่วงวัย ดังที่สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้ระบุว่า "การเกิดที่มีคุณภาพจะเป็นฐานส่งต่อสำคัญให้มีจำนวนและปริมาณประชากรเพียงพอต่อการขับเคลื่อนประเทศ เมื่อส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพแล้ว การมีความมั่นคงในชีวิตในบั้นปลายนั้นจำเป็นต้องออกแบบทั้งนิเวศน์ด้านการเรียนรู้และการใช้ชีวิต เพื่อให้เป็นคนมีสมรรถนะสูงและมีสุขภาพที่ดีในการประกอบอาชีพที่สร้างรายได้ที่ดีและนำไปสู่ความมั่นคงในชีวิต โดยต้องมีระบบสนับสนุนการพัฒนาคนทุกกลุ่มทุกวัย ให้สามารถใช้ศักยภาพได้อย่างสูงสุด"

ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ **นพ.ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี** ที่ว่า...**การวางแผนครอบครัวที่ดี เกิดเป็นประชากรที่มีคุณภาพ ด้วยหลักคิดที่ว่า “คนคุณภาพ ครอบครัวคุณภาพ สังคมคุณภาพ เริ่มต้นได้ด้วยการสร้างความรอบรู้ในการวางแผนครอบครัวที่ดี และจัดสวัสดิการสิทธิพึงได้ เพื่อผู้หญิงท้องไม่พร้อม กรณีท้องต่อ”**

เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. ๒๕๖๖. Safe Reproductive Health ๒๐๒๓.
๒. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. ๒๕๖๖. สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี ๒๕๖๖.
๓. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ๒๕๖๕. ทิศทางการพัฒนาประชากรในอนาคต (ร่างแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศในระยะยาว พ.ศ.๒๕๖๕-๒๕๘๐)

๔. กลุ่มอนามัยวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี. ๒๕๖๖. ข้อมูลการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนงานอนามัยวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์.

๕. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. ๒๕๖๕. ครอบครัวยุคใหม่ในอนาคต: พ.ศ. ๒๕๘๓.



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี