



ภาวะสังคมไทย

ไตรมาสสี่และภาพรวม ปี 2568

-0.9



การจ้างงาน

0.70



อัตราการว่างงาน

-0.3



หนี้สินครัวเรือน
(Q3/2568)

+98.5



การเจ็บป่วย
ด้วยโรคเฝ้าระวัง

+0.4



การบริโภค
เหล้าบหรี่

+15.4



คดียาญา

-0.4



อุบัติเหตุ
ทางถนน

+34.2



การร้องเรียน
ของผู้บริโภค

สถานการณ์ทางสังคมที่สำคัญ



ปัญหาพัฒนาการ
ของเด็กยุคใหม่



Safe Sex: เพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่อง
ต้องห้าม แต่ต้องปลอดภัย



Portfolio กับเส้นทางการเข้า
มหาวิทยาลัยของเด็กไทย

บทความ



“เงินเพื่อทางการแพทย์ : ความเสี่ยงของระบบสุขภาพไทย”

การเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายด้านการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพเอกชน สะท้อนถึงความเสี่ยงที่ต้นทุนด้านสุขภาพจะถูกส่งผ่านมายังผู้เอาประกัน ในรูปของเบี้ยประกันและการร่วมจ่ายที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และเพิ่มแรงกดดันต่อระบบสาธารณสุขของรัฐในระยะต่อไป หากขาดมาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสม

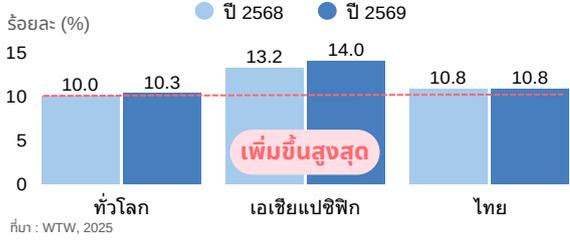
รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่และภาพรวม ปี 2568 เป็นไตรมาสสุดท้ายที่มีการเผยแพร่ในรูปแบบสิ่งพิมพ์ ทั้งนี้ สามารถติดตามไตรมาสถัดไป ได้ที่



บทความ

เงินเพื่อทางการแพทย์ : ความเสี่ยงของระบบสุขภาพไทย

ปี 2569 ทั่วโลกจะมี “เงินเพื่อทางการแพทย์” อยู่ที่ **10.3%** เพิ่มขึ้นจาก 10.0% ในปี 2568 ขณะที่ **ไทย** มีอัตราสูงถึง **10.8%** มากกว่าค่าเฉลี่ยโลก เงินเพื่อทางการแพทย์ที่ปรับสูงขึ้นต่อเนื่องกำลังส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน



พิจารณาโครงสร้างโรงพยาบาล และศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ประเทศไทย

ปัญหา sw. รัฐ

- รอคอยรักษานาน
- รongรับได้จำกัด
- บางพื้นที่มีอัตราครองเตียงหนาแน่นสูง

ผู้ป่วยบางกลุ่มหันไปใช้บริการ **sw. เอกชน** มากขึ้น แม้ค่าใช้จ่ายสูงกว่า **โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้ประกันสุขภาพเอกชน**

มูลค่า sw. เอกชน ปี 2569 **3.5 แสนล้านบาท** > ปี 2568 **3.4 แสนล้านบาท**

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดเงินเพื่อทางการแพทย์

- 1 ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์
- 2 การแข่งขันด้านค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์
- 3 การกำหนดราคาขายและเวชภัณฑ์อยู่ในระดับสูง

ประเภท	ราคา sw. เอกชน	ราคาตลาด	ส่วนต่าง
น้ำเกลือ	919.28 บาท	45 บาท	+1,943%

ที่มา : สภาองค์การของผู้บริโภค

- 4 การใช้บริการทางการแพทย์ของผู้เอาประกันมีแนวโน้มสูงขึ้น

แนวทางแก้ไขปัญหา



- 1 การกำหนดเพดานควบคุมราคา
- 2 การนำเทคโนโลยี AI มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ
- 3 การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการรักษา

สถานการณ์ทางสังคมที่สำคัญ

1 ปัญหาพัฒนาการของเด็กยุคใหม่

Gen Alpha & Gen Beta มีพัฒนาสมวัย **81.6%** ในปี 2568 ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ **85.0 %**



ปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย เชื่อมโยงกับ **บริบทการเลี้ยงดูในสังคมดิจิทัล**

ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ **ภาวะออทิสติก หรือ ภาวะออทิสติกเทียม**

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก

1. พฤติกรรมการใช้เวลาหน้าจอไม่เหมาะสมกับวัย
 - แนะนำว่า เด็ก 0-4 ปี ควรใช้เวลาหน้าจอ ไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมง
 - **ขณะที่เด็กไทย**
 - 0 - 1 ปี ใช้เกิน 1 ชั่วโมง **44.1%**
 - 2 - 4 ปี ใช้เกิน 1 ชั่วโมง **72.6%**
2. การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครัวเรือนที่เด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่

แนวทางจากต่างประเทศ

- สิงคโปร์** เด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน หลีกเลี่ยงการใช้หน้าจอทุกประเภท
- ญี่ปุ่น** Protection of Children Online ออกแบบเทคโนโลยีปลอดภัยตั้งแต่ต้นทางสำหรับเด็ก
- สหราชอาณาจักร** บังคับใช้กฎหมาย Online Safety Act 2023 และแนวทางการใช้มือถือในโรงเรียน

2 Safe Sex: เพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องต้องห้าม แต่ต้องปลอดภัย

แนวโน้มการท้องไม่พร้อมโดยรวมลดลง **แต่นำกังวล**

- กลุ่ม 10-14 ปี มีอัตราการคลอดมีชีพ และอัตราคลอดซ้ำ สูงขึ้น
- ปัญหาท้องไม่พร้อมกระจุกตัวในบางพื้นที่ อาทิ ตาก แม่ฮ่องสอน
- **พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ** การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย หรือไม่ใช่กับคู่รัก การใช้/เก็บถุงยางอนามัยไม่ถูกต้อง

การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ **เพิ่มขึ้น**

ผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ ปี 2568 (1 ใน 3 คือกลุ่ม 15 - 24 ปี) อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฝัาระวังอื่น ๆ ของกลุ่ม 15 - 24 ปี สูงถึง 290.4 ต่อประชากรแสนคน



ช่องว่างความรู้กับพฤติกรรม

- การสอนเพศวิถีศึกษามีข้อจำกัดเชิงคุณภาพ
- การเข้าใจผิด/ขาดทักษะป้องกันของเยาวชน
- วัฒนธรรมยังไม่เปิดกว้างพูดคุยเรื่องเพศ
- ระบบบริการสุขภาพทางเพศยังไม่เป็นมิตร

ผลกระทบ

1. เสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น
2. ปัญหาสุขภาพเรื้อรังระยะยาว อาทิ ไวรัส HPV
3. การใช้จ่ายของประเทศเพิ่มขึ้น

แนวทาง

- **ยกระดับการสอน** เพศวิถีศึกษาให้เน้นทักษะปฏิบัติ และ **พัฒนาครูผู้สอน**
- **ปรับระบบนิเวศ** ให้เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพทางเพศของเยาวชน
- **การนำแนวคิดเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม** มาปรับใช้เสริมการตัดสินใจที่ปลอดภัย

3 “Portfolio” กับเส้นทางการศึกษาของเด็กรไทย

มหาวิทยาลัยทั่วโลกใช้การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาแบบองค์รวม แทนการพิจารณาจากคะแนนสอบ

ไทยใช้ระบบ TCAS สอบ Portfolio เป็นหลักในการคัดเลือกรับสมัคร

สัดส่วนสอบ Portfolio เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก 21.5% ในปี 2561 เป็น **36.1%** ในปี 2568 ขณะที่รูปแบบสมัครอื่นมีแนวโน้มลดลง

มหาวิทยาลัยชั้นนำ บางกรณีใช้ Portfolio เปิดรับสมัครซ้ำหลายครั้ง

ผลกระทบ

1. เคมท์การยื่น Portfolio สูงมากขึ้น
2. ผลงานเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ
3. ร.ร. ขนาดเล็ก มีข้อจำกัดการส่งเสริมกิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์
4. ต้นทุนเงินค่อนข้างสูง เป็นอุปสรรคต่อเด็กครัวเรือนรายได้ต่ำ
5. การทุจริตผลงานทำได้ง่ายขึ้น ขณะที่กลไกตรวจสอบมีข้อจำกัด

แนวทางต่างประเทศ

เกาหลีใต้ ยกเลิกพิจารณากิจกรรมนอกหลักสูตร/จดหมายรับรอง

สหราชอาณาจักร

พัฒนาระบบตรวจสอบข้อมูล และแจ้งไปที่มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

- **โรงเรียน** รวมเครือข่ายแบ่งปันทรัพยากร
- **มหาวิทยาลัย** ควรเปิดเกณฑ์ประเมิน การให้ความสำคัญกับผลงานที่สอดคล้องกับหลักสูตร
- **หน่วยงานรัฐ** อาจกำหนดเพดานค่าสมัครสอบรอบ Portfolio ให้ไม่สูงเกินไป

สถานการณ์แรงงาน

ภาพรวมการจ้างงานในไตรมาสสี่และภาพรวม ปี 2568 หดตัวลงต่อเนื่อง โดยภาคเกษตรกรรมหดตัวลงตลอดทั้งปี ขณะที่ภาพรวมของสาขานอกภาคเกษตรกรรมปรับตัวดีขึ้นเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ต้องให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้การลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศสามารถสร้างงานที่มีคุณภาพได้มากขึ้น และต้องเฝ้าระวังความเครียดและความกังวลของแรงงาน

ไตรมาสสี่ ปี 2568 การจ้างงานยังคงหดตัวลงต่อเนื่อง โดยผู้มีงานทำมีจำนวน 39.8 ล้านคน ลดลงร้อยละ 0.9 จากไตรมาสสี่ของปี 2567 การจ้างงานภาคเกษตรกรรมลดลงร้อยละ 3.4 ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากอุทกภัยในพื้นที่ภาคใต้ในช่วงเดือนพฤศจิกายนที่สร้างความเสียหายแก่พื้นที่เพาะปลูกกว่า 2.1 แสนไร่ ประกอบกับแรงงานบางส่วนอยู่ในช่วงรอฤดูเพาะปลูก ส่งผลให้กำลังแรงงานรอฤดูกาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.4 เมื่อเทียบกับปีก่อน ขณะที่การจ้างงานนอกภาคเกษตรกรรมโดยรวมขยายตัวเล็กน้อยที่ร้อยละ 0.2 โดยการจ้างงานในสาขาการขนส่งและจัดเก็บสินค้าขยายตัวร้อยละ 3.2 และสาขาการผลิตขยายตัวร้อยละ 1.2 อย่างไรก็ตาม การจ้างงานในสาขาการก่อสร้าง

ตาราง 1 ผลสำรวจภาวะการทำงานของประชากร

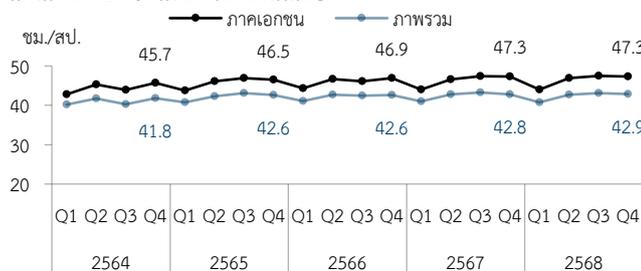
	จำนวน (ล้านคน)						การเปลี่ยนแปลง (%YoY)					
	2566	2567	2568				2566	2567	2568			
	Q4	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q4	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
กำลังแรงงานรวม	40.7	40.5	40.5	40.5	40.2	40.1	1.3	-0.3	0.6	-0.2	-0.7	-1.0
1. ผู้มีงานทำ	40.3	40.1	39.4	39.5	39.9	39.8	1.7	-0.4	-0.5	0.0	-0.5	-0.9
1.1 ภาคเกษตร	12.4	11.9	10.6	10.9	11.9	11.5	1.0	-3.6	-3.1	-0.9	-2.9	-3.4
1.2 นอกภาคเกษตร	27.9	28.2	28.8	28.6	28.0	28.3	2.0	1.1	0.5	0.4	0.6	0.2
- การผลิต	6.3	6.2	6.3	6.4	6.3	6.3	-2.3	0.3	-0.4	0.5	2.6	1.2
- ก่อสร้าง	2.2	2.2	2.3	2.3	2.0	2.1	3.1	0.5	-5.1	-3.7	-5.4	-7.4
- ค้าส่ง/ค้าปลีก	6.9	6.9	6.7	6.8	6.8	6.8	3.8	-1.8	-3.1	-1.2	1.5	-0.8
- โรงแรม ภัตตาคาร	3.2	3.5	3.6	3.5	3.3	3.5	8.0	9.4	3.5	3.1	-0.6	-1.1
- การขนส่ง/เก็บสินค้า	1.5	1.6	1.7	1.7	1.7	1.6	4.5	4.4	4.5	7.9	4.9	3.2
- อื่น ๆ	7.8	7.8	8.2	7.9	7.7	8.0	0.8	0.4	4.0	0.2	-0.6	2.4
2. จำนวนผู้ว่างงาน	0.3	0.36	0.36	0.37	0.31	0.28	-28.8	8.8	-12.3	-14.8	-25.7	-21.7
อัตราการว่างงาน (%)	0.81	0.88	0.88	0.91	0.76	0.70						
3. กำลังแรงงานรอฤดูกาล	0.09	0.1	0.3	0.2	0.04	0.1	7.0	-22.4	43.5	-3.8	19.8	28.4
4. ชั่วโมงทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์ (เอกชน)	46.9	47.3	44.0	46.9	47.5	47.3	0.9	1.0	-0.1	0.6	0.2	-0.1
5. ชั่วโมงทำงานเฉลี่ย/สัปดาห์ (รวม)	42.6	42.8	40.8	42.7	43.1	42.9	0.1	0.5	-0.6	-0.4	-0.5	0.0
5.1 ผู้ทำงานน้อยกว่า 10 ชม.	0.4	0.5	1.0	0.5	0.3	0.5	-22.1	19.6	28.7	-16.2	10.6	-5.8
- ต้องการการทำงานเพิ่ม	0.05	0.04	0.1	0.03	0.04	0.03	-32.6	-14.2	28.7	-32.1	144.7	-35.0
- ไม่ต้องการทำงานเพิ่ม	0.4	0.5	1.0	0.5	0.2	0.5	-20.5	23.8	28.7	-15.0	-0.2	-3.2
5.2 ผู้ทำงานต่ำระดับ	0.21	0.22	0.18	0.16	0.14	0.15	-23.6	6.0	-7.9	-4.0	-25.7	-34.4
5.3 ผู้ทำงาน 40 ชม. ขึ้นไป	28.4	28.7	25.6	28.4	28.7	28.8	0.9	1.2	0.8	0.1	-1.0	0.3
5.4 ผู้ทำงาน 50 ชม. ขึ้นไป	6.6	6.7	5.9	6.3	6.4	6.4	5.1	1.5	-5.0	-8.0	-6.9	-5.7
6. จำนวนผู้ว่างงานแฝง	0.14	0.11	0.4	0.27	0.08	0.12	-10.5	-19.7	41.2	-8.1	65.3	5.9
อัตราการว่างงานแฝง (%)	0.35	0.28	0.99	0.66	0.20	0.30						

หมายเหตุ : ผู้ว่างงานแฝง คือ ผู้ที่ทำงานน้อยกว่า 10 ชม./สัปดาห์ และต้องการการทำงานเพิ่ม (นับรวมผู้ที่ทำงาน 0 ชั่วโมง/สัปดาห์) และผู้รอฤดูกาล
ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หดตัวต่อเนื่องถึงร้อยละ 7.4 เช่นเดียวกับสาขาโรงแรมและภัตตาคาร และสาขาการค้าส่งและค้าปลีกที่หดตัว ร้อยละ 1.1 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจสะท้อนถึงการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างสาขาเศรษฐกิจ

ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยของแรงงานโดยรวมทรงตัว โดยอยู่ที่ 42.9 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทรงตัวเมื่อเทียบกับ ไตรมาสสี่ ปี 2567 ที่อยู่ที่ 42.8 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เช่นเดียวกับภาคเอกชนที่มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 47.3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน ทั้งนี้ จำนวนผู้ทำงานต่ำระดับหรือผู้ทำงานต่ำกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และต้องการทำงานเพิ่ม มีจำนวน 1.5 แสนคน ลดลงต่อเนื่องที่ร้อยละ 34.4 เช่นเดียวกับ ผู้ทำงานล่วงเวลาที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป ที่ลดลงร้อยละ 5.7 โดยมีจำนวน 6.4 ล้านคน

แผนภาพ 1 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

แผนภาพ 2 จำนวนผู้ทำงานต่ำระดับ และผู้ทำงานล่วงเวลา



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ค่าจ้างเฉลี่ยของกลุ่มลูกจ้างในระบบปรับเพิ่มขึ้น ค่าจ้างเฉลี่ยของแรงงานในภาพรวมทรงตัว โดยอยู่ที่ 15,882 บาทต่อคนต่อเดือน ทรงตัวเมื่อเทียบกับไตรมาสสี่ ปี 2567 ขณะที่ค่าจ้างเฉลี่ยของกลุ่มลูกจ้างในระบบปรับเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.1 มาอยู่ที่ 15,912 บาทต่อคนต่อเดือน จากการเพิ่มขึ้นของค่าจ้างเฉลี่ยทั้งลูกจ้างเอกชนและลูกจ้างรัฐบาล และรัฐวิสาหกิจที่ร้อยละ 1.3 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม ค่าจ้างเฉลี่ยของกลุ่มอาชีพอิสระปรับลดลง ร้อยละ 1.5 มาอยู่ที่ 15,837 บาทต่อคนต่อเดือน ทั้งนี้ เมื่อปรับด้วยผลของอัตราเงินเฟ้อในไตรมาสสี่ ปี 2568 ซึ่งลดลง ร้อยละ 0.52 พบว่า ค่าจ้างแรงงานที่แท้จริงในภาพรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.6 โดยของลูกจ้างในระบบเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.7 และกลุ่มอาชีพอิสระปรับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยที่ร้อยละ 0.2

ตาราง 2 ค่าจ้างแรงงานเฉลี่ย จำแนกตามสถานภาพ ปี 2568

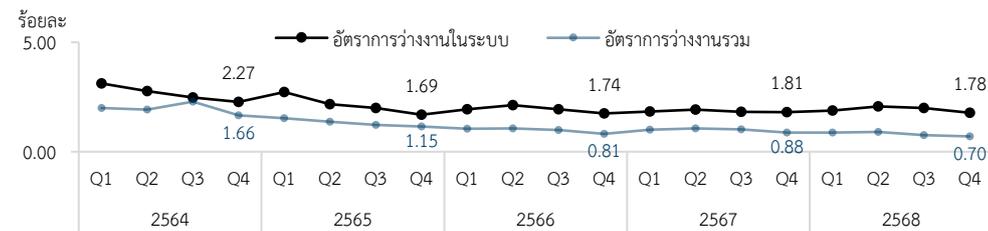
	ค่าจ้างเฉลี่ย (บาท/คน/เดือน)				อัตราการเติบโต (ร้อยละ)			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
ภาพรวม	16,246	15,977	15,957	15,882	-0.8	-1.9	-0.3	0.02
กลุ่มลูกจ้างในระบบ	15,565	15,712	15,972	15,912	3.4	2.5	1.6	1.1
- ลูกจ้างรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ	21,071	21,504	21,560	21,119	1.6	2.4	2.9	1.3
- ลูกจ้างเอกชน	14,273	14,370	14,705	14,711	3.5	2.4	1.3	0.8
กลุ่มอาชีพอิสระ	17,277	16,380	15,934	15,837	-6.4	-7.8	-2.9	-1.5
- ผู้ทำธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง	17,288	16,391	15,937	15,843	-6.4	-7.8	-3.0	-1.5
- การรวมกลุ่ม	8,833	8,517	9,623	9,516	-17.5	-15.1	-19.7	1.4

ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ผู้ว่างงานลดลงต่อเนื่องเช่นกัน โดยในไตรมาสสี่ ปี 2568 มีผู้ว่างงานในภาพรวมจำนวน 2.8 แสนคน ลดลงร้อยละ 21.7 จากช่วงเดียวกันของปี 2567 คิดเป็นอัตราการว่างงานร้อยละ 0.70 ลดลงจากร้อยละ 0.88 ในไตรมาสสี่ ปี 2567 โดยลดลงทั้งในกลุ่มผู้ว่างงานที่เคยทำงานมาก่อนและไม่เคยทำงานมาก่อน เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา จะพบว่า ในกลุ่มผู้ที่เคยทำงานมาก่อน ผู้ว่างงานที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า และระดับอาชีวศึกษา มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.1 และร้อยละ 22.8 ตามลำดับ ขณะที่ในกลุ่มผู้ที่ไม่เคยทำงานมาก่อน กลุ่มที่มีการว่างงานเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษา และวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.5 และร้อยละ 15.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ หากพิจารณาสาเหตุของการว่างงาน พบว่า กลุ่มที่เคยทำงานมาก่อนและนายจ้างเลิก/หยุด/ปิดกิจการ เป็นกลุ่มเดียวที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 18.1 สำหรับการว่างงานในระบบประกันสังคม พบว่า ไตรมาสสี่ ปี 2568 มีผู้ขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน 2.2 แสนคน¹ ซึ่งคิดเป็นอัตราการว่างงานในระบบที่ร้อยละ 1.78 ลดลงจากไตรมาสเดียวกันของปี 2567 ที่อยู่ที่ร้อยละ 1.81 โดยกลุ่มที่ถูกเลิกจ้างคิดเป็นร้อยละ 18.9 ของผู้ว่างงานในระบบประกันสังคมทั้งหมด

ทั้งนี้ แม้ว่าผู้ว่างงานจะลดลง แต่ผู้เสมือนว่างงานหรือผู้มีงานทำที่มีชั่วโมงการทำงานอยู่ในระดับต่ำ² เพิ่มขึ้นเล็กน้อยที่ร้อยละ 0.5 โดยมีจำนวน 2.0 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากกลุ่มผู้เสมือนว่างงานในภาคเกษตรกรรมที่มีจำนวนเกือบ 1.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.4 ขณะที่ผู้เสมือนว่างงานนอกภาคเกษตรกรรมลดลงร้อยละ 3.4 เหลือจำนวน 6.5 แสนคน ส่วนผู้ว่างงานระยะยาวที่ว่างงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ลดลงร้อยละ 14.4 จากช่วงเดียวกันของปีก่อน โดยมีจำนวน 5.8 หมื่นคน

แผนภาพ 3 อัตราการว่างงานภาพรวมและอัตราการว่างงานในระบบ



ที่มา : การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ภาพรวมปี 2568 ผู้มีงานทำมีจำนวน 39.6 ล้านคน ลดลงเล็กน้อยร้อยละ 0.5 จากปี 2567 ขณะที่อัตราการมีงานทำอยู่ที่ร้อยละ 99.1 ปรับเพิ่มขึ้นจากปี 2567 ที่ร้อยละ 98.6 ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการจ้างงานที่มีจำนวนลดลง โดยการจ้างงานในภาคเกษตรกรรมลดลงจากปีก่อนหน้าร้อยละ 2.6 ขณะที่การจ้างงานในสาขานอกภาคเกษตรกรรมโดยรวมขยายตัวเล็กน้อยที่ร้อยละ 0.4 จากการขยายตัวของสาขาการขนส่งและจัดเก็บสินค้า สาขาโรงแรมและภัตตาคาร และสาขาการผลิต ที่ร้อยละ 5.1 ร้อยละ 1.2 และร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ทั้งนี้ ปี 2568 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยในภาพรวมและภาคเอกชน ทรงตัวอยู่ที่ 42.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และ 46.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ตามลำดับ สำหรับอัตราการว่างงาน ปี 2568 อยู่ที่ร้อยละ 0.81 ลดลงจากปี 2567 ที่ร้อยละ 1.00

ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่

1. การสนับสนุนการเชื่อมโยงการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศกับธุรกิจไทย และการพัฒนาทักษะแรงงานเพื่อสร้างงานที่มีคุณภาพ การลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ (Foreign Direct Investment: FDI) เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มการจ้างงานให้แก่ประเทศ โดยที่ผ่านมามาประเทศไทยสามารถดึงดูด FDI ได้ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม

¹ ประเมินการโดยกองเศรษฐกิจแรงงาน กระทรวงแรงงาน

² ผู้ที่ทำงาน 0-20 ชั่วโมง/สัปดาห์ ในภาคเกษตรกรรม และ ผู้ที่ทำงาน 0-24 ชั่วโมง/สัปดาห์ นอกภาคเกษตรกรรม

รายงาน OECD Economic Surveys: Thailand 2025 ระบุว่า FDI ยังสร้างงานที่มีคุณภาพสูงให้แก่ประเทศไทยได้อย่างจำกัด ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการเชื่อมโยงระหว่าง FDI กับธุรกิจไทยที่ยังไม่เพียงพอ อีกทั้ง แรงงานไทยยังมีข้อจำกัดด้านทักษะที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของภาคการลงทุน ทำให้มีการนำเข้าแรงงานต่างชาติมาทดแทน โดยเฉพาะในตำแหน่งที่ใช้ทักษะสูง อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ผ่านมา คณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (BOI) ได้กำหนดเงื่อนไขให้โครงการลงทุนจากต่างประเทศในกิจการผลิตที่มีการจ้างงานตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป และขอรับการส่งเสริมการลงทุนจะต้องจ้างบุคลากรไทยไม่น้อยกว่าร้อยละ 70³ พร้อมทั้งออกมาตรการส่งเสริมการใช้ชิ้นส่วนในประเทศ (Local Content) ในอุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้าและเครื่องใช้ไฟฟ้า ช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ประกอบการไทยเข้าร่วมในห่วงโซ่อุปทานของนักลงทุนต่างชาติ ทั้งนี้ ในระยะถัดไป อาจพิจารณาขยายการดำเนินมาตรการดังกล่าวไปสู่อุตสาหกรรมอื่นและให้ครอบคลุมกิจการขนาดกลางและขนาดย่อม ควบคู่กับการออกแบบเงื่อนไขการส่งเสริมการลงทุนที่จูงใจให้เกิดการถ่ายทอดทักษะและเทคโนโลยี ซึ่งจะช่วยยกระดับทักษะแรงงานและส่งเสริมการสร้างงานที่มีคุณภาพในประเทศ

2. **การบรรเทาความกังวลต่อความมั่นคงในสถานะการจ้างงานของแรงงาน** โดยผลการสำรวจ What Worries Thailand? H2 2025 ของ Ipsos พบว่า คนไทยกว่าร้อยละ 41.0 รู้สึกว่าความมั่นคงในงานของตนลดลง และร้อยละ 26.0 กังวลว่าอาจตกงานภายใน 6 เดือนข้างหน้า ขณะเดียวกัน แรงงานบางส่วนยังเผชิญแรงกดดันจากบทบาทของเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ที่เพิ่มขึ้น รายงานผลสำรวจความหวังและความกังวลของกำลังแรงงานไทย ประจำปี 2568⁴ ของ PwC พบว่า แม้แรงงานไทยมีการใช้ AI ในการทำงานสูงถึงร้อยละ 72.0 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ร้อยละ 54.0 และส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวก มากกว่าความกังวลเกือบสามเท่า แต่ยังมีแรงงานร้อยละ 24.0 ที่รู้สึกกังวลในระดับมากถึงมากที่สุด และร้อยละ 11.0 ที่รู้สึกว่าสามารถควบคุมผลกระทบของเทคโนโลยีต่อการทำงานของตนเองได้น้อยหรือแทบไม่ได้เลย ดังนั้น จึงควรมีการกำหนดแนวทางการนำ AI มาใช้อย่างชัดเจนและเป็นธรรมต่อแรงงาน ควบคู่กับการลงทุนพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลและ AI ให้แก่แรงงานทุกระดับ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานร่วมกับเทคโนโลยี ลดความกังวลต่อการถูกทดแทนตำแหน่งงาน และเสริมสร้างความมั่นคงในการจ้างงานในระยะยาว

³ สำหรับโครงการที่ออกบัตรส่งเสริมตั้งแต่วันที่ออกประกาศ ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 เป็นต้นไป และสำหรับโครงการที่ออกบัตรส่งเสริมก่อนวันที่ออกประกาศ ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2569 เป็นต้นไป

⁴ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานไทยจำนวน 1,052 คน อายุ 18-79 ปี เพื่อสะท้อนมุมมองของแรงงานในประเทศไทยที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสถานที่ทำงาน ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีไปจนถึงความคาดหวังที่เปลี่ยนไปเกี่ยวกับการเป็นผู้นำและสุขภาวะที่ดี

หนี้สินครัวเรือน

ไตรมาสสาม ปี 2568 หนี้ครัวเรือนหดตัวต่อเนื่องจากความเข้มงวดในการให้สินเชื่อ ส่งผลให้สัดส่วนหนี้ครัวเรือนต่อ GDP ทรงตัว อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในการชำระหนี้ของครัวเรือนยังปรับตัวลดลงต่อเนื่อง นอกจากนี้ ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ คือ การกำกับการปล่อยสินเชื่อผ่านแอปพลิเคชันและสินเชื่อแบบซื้อก่อนจ่ายทีหลัง และคนรายได้ระดับกลางถึงสูงเริ่มมีความเสี่ยงผิมนัดชำระหนี้มากขึ้น

หนี้สินครัวเรือนยังคงลดลงต่อเนื่อง โดยในไตรมาสสาม ปี 2568 หนี้สินครัวเรือนมีมูลค่ารวม 16.31 ล้านล้านบาท ลดลงเล็กน้อยที่ร้อยละ 0.29 เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้า สะท้อนความระมัดระวังในการปล่อยสินเชื่อใหม่ของสถาบันการเงิน ในภาวะที่ความสามารถในการชำระหนี้ของครัวเรือนถดถอยลง ส่งผลให้สัดส่วนหนี้สินครัวเรือนต่อ GDP ทรงตัวอยู่ที่ร้อยละ 86.8 ต่อเนื่องจากไตรมาสที่แล้ว

ตาราง 3 หนี้สินครัวเรือน

ณ สิ้นสุดระยะเวลา	2563	2564	2565				2566				2567				2568		
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
มูลค่าหนี้สินครัวเรือน (ล้านล้านบาท)	14.76	15.32	15.40	15.52	15.70	15.92	15.99	16.11	16.22	16.39	16.37	16.36	16.36	16.43	16.32	16.31	16.31
% YoY	3.9	3.8	3.6	3.4	4.2	3.9	3.8	3.8	3.3	3.0	2.4	1.6	0.9	0.3	-0.3	-0.3	-0.3
% QoQ (ปรับฤดูกาล)	N.A.	N.A.	1.6	0.9	0.8	0.7	1.4	0.9	0.3	0.4	0.8	0.05	-0.4	-0.2	0.3	0.1	0.1
สัดส่วนต่อ GDP (%)	94.2	94.6	93.8	92.8	91.7	91.6	90.7	90.8	90.8	91.3	90.7	89.7	88.9	88.4	87.2	86.8	86.8

ที่มา : ธนาคารแห่งประเทศไทย ประมวลผลโดย สศช.

สินเชื่อเกือบทุกประเภทหดตัว โดยในไตรมาสสาม ปี 2568 สินเชื่อเพื่อการประกอบธุรกิจหดตัวร้อยละ 1.4 นับเป็นการหดตัวครั้งแรกตั้งแต่ไตรมาสหนึ่ง ปี 2556 สะท้อนความระมัดระวังของสถาบันการเงินในการปล่อยสินเชื่อให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย สินเชื่อเพื่อยานยนต์หดตัวร้อยละ 9.8 ต่อเนื่องเป็นไตรมาสที่ 8 ติดต่อกัน ตามยอดการจำหน่ายรถยนต์ที่ชะลอตัว ขณะที่สินเชื่อส่วนบุคคลภายใต้กำกับ และสินเชื่อบัตรเครดิตหดตัวร้อยละ 0.8 และ 1.9 ตามลำดับ จากความระมัดระวังของผู้บริโภคในการใช้จ่ายใช้สอย โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้สูง ในทางกลับกัน สินเชื่อเพื่อซื้ออสังหาริมทรัพย์ขยายตัวเร่งขึ้นจากร้อยละ 1.3 ในไตรมาสก่อนหน้าเป็นร้อยละ 1.6 จากแรงสนับสนุนของมาตรการกระตุ้นภาคอสังหาริมทรัพย์ อาทิ การผ่อนคลายนโยบายการกำกับดูแลสินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัย (LTV) ชั่วคราว และการต่ออายุมาตรการลดค่าธรรมเนียมการโอนและจดจำนอง รวมถึงแนวโน้มอัตราดอกเบี้ยที่ปรับลดลง

ตาราง 4 มูลค่า สัดส่วน และอัตราการขยายตัวหนี้สินครัวเรือน จำแนกตามวัตถุประสงค์

ณ สิ้นสุดระยะเวลา	มูลค่า Q3/68 (ล้านล้านบาท)	สัดส่วน (ร้อยละ)	2565				2566				2567				2568		
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
เงินให้กู้ยืมแก่ภาคครัวเรือน	16.3	100.0	3.6	3.4	4.2	3.9	3.8	3.8	3.3	3.0	2.4	1.6	0.9	0.3	-0.3	-0.3	-0.3
เพื่อซื้อสิ่งหาริมทรัพย์	5.7	34.8	5.0	4.8	5.3	5.2	5.0	4.8	4.5	4.0	3.5	3.0	2.1	1.8	1.5	1.3	1.6
เพื่อยานยนต์	1.3	8.1	0.6	0.3	1.3	-0.3	-0.3	1.0	0.2	-0.7	-2.4	-5.8	-19.0	-20.6	-20.9	-21.0	-9.8
เพื่อการประกอบธุรกิจ	2.9	17.7	4.8	3.5	3.4	2.3	1.1	0.8	0.7	0.9	1.0	0.1	0.6	0.1	0.1	0.4	-1.4
เพื่อการอุปโภคบริโภคส่วนบุคคลอื่น	4.9	30.2	3.5	3.9	5.5	5.3	5.9	6.0	5.5	5.6	5.0	4.4	8.3	7.3	6.8	7.0	2.5
- สินเชื่อส่วนบุคคล	3.6	22.0	1.7	1.0	2.1	2.1	2.8	3.3	3.2	4.1	4.3	4.5	10.2	9.6	9.0	9.4	3.9
- สินเชื่อส่วนบุคคลภายใต้กำกับ ¹	0.9	5.3	12.7	14.4	17.7	18.4	18.5	17.9	15.4	13.0	10.4	7.3	4.0	1.4	0.5	-0.2	-0.8
- สินเชื่อบัตรเครดิต	0.5	2.9	2.8	9.2	12.2	8.4	9.0	5.5	4.9	3.5	0.6	-1.1	2.9	2.6	3.3	3.5	-1.9
สินเชื่ออื่น ๆ ²	1.5	9.2	1.4	0.9	2.4	3.7	3.7	3.5	1.9	0.3	-0.3	0.1	-0.9	-1.4	-4.6	-5.9	-4.7

หมายเหตุ : ¹ สินเชื่อส่วนบุคคลภายใต้กำกับ คือ สินเชื่อที่ผู้ให้บริการต้องมาขอใบอนุญาตกับ ธปท. โดยเป็นสินเชื่อส่วนบุคคลที่มีหลักประกันหรือไม่มีหลักประกันที่ให้แก่บุคคลธรรมดา และไม่ได้รับวัตถุประสงค์ และไม่มิตัดวัตถุประสงค์นำไปใช้ในการประกอบธุรกิจ อาทิ สินเชื่อจำนำทะเบียนรถ สินเชื่อบัตรเครดิตเงินสด

² สินเชื่ออื่น ๆ ประกอบด้วย สินเชื่อเพื่อซื้อหลักทรัพย์ สินเชื่อเพื่อการศึกษา และสินเชื่อที่ไม่สามารถจำแนกวัตถุประสงค์ได้

ที่มา : ธนาคารแห่งประเทศไทย ประมวลผลโดย สศช.

สัดส่วน NPLs ต่อสินเชื่อรวมเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นไตรมาสที่ 3 โดยข้อมูลจากบริษัท ข้อมูลเครดิตแห่งชาติ จำกัด (หรือเครดิตบูโร) พบว่า ในไตรมาสสาม ปี 2568 หนี้ครัวเรือนที่ค้างชำระเกิน 90 วันขึ้นไป (NPLs) มีมูลค่า 1.3 ล้านล้านบาท ขยายตัวร้อยละ 7.6 จากช่วงเดียวกันของปีก่อนหน้า คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9.4 ต่อสินเชื่อรวม และปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากไตรมาสหนึ่ง และไตรมาสสอง ปี 2568 อีกทั้ง ยังปรับเพิ่มขึ้นในทุกประเภทสินเชื่อ หากพิจารณาสินเชื่อที่มีการค้างชำระ 1-3 เดือน (SMLs) พบว่า มีสัดส่วนต่อสินเชื่อรวมปรับลดลงเหลือร้อยละ 3.1 จากร้อยละ 3.2 ในไตรมาสที่แล้ว และเกือบลดลงเกือบทุกประเภทสินเชื่อ ยกเว้นสินเชื่อเพื่อการเกษตร ปัจจัยเหล่านี้ อาจสะท้อนได้ว่าคุณภาพหนี้ครัวเรือนยังไม่ดีขึ้นนัก

ตาราง 5 สินเชื่อที่ผิดนัดชำระเกิน 90 วันขึ้นไป (NPLs) รายวัตถุประสงค์ (ร้อยละ)

ประเภทสินเชื่อ	สัดส่วน Q2/68	แหล่งที่มาของการขยายตัวของ NPLs Q2/68	อัตราการขยายตัวของ NPLs						สัดส่วน NPLs ต่อสินเชื่อรวม							
			2567				2568		2567				2568			
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
รวม NPLs	100.0	7.6	14.9	12.2	14.1	16.4	8.7	6.9	7.6	8.0	8.5	8.8	8.9	8.8	9.1	9.4
สินเชื่อที่อยู่อาศัย	19.5	1.19	18.2	23.2	28.0	29.1	16.5	9.9	6.1	4.0	4.3	4.6	4.5	4.5	4.7	4.7
สินเชื่อเช่าซื้อรถยนต์	21.7	1.53	32.0	29.7	22.8	15.9	11.4	5.4	7.2	9.3	10.0	10.3	11.1	11.3	11.7	12.2
สินเชื่อบัตรเครดิต	5.6	0.10	14.6	21.5	18.8	13.0	9.1	2.4	1.8	11.5	12.3	12.6	11.9	12.6	12.7	12.9
สินเชื่อส่วนบุคคล	23.1	0.79	11.9	7.7	8.6	9.2	2.1	4.3	3.3	10.1	10.4	10.8	10.8	10.2	10.7	10.9
สินเชื่อเพื่อการเกษตร	2.4	-1.03	-28.9	-33.9	-34.1	-14.2	-37.7	-37.1	-28.0	5.1	6.1	5.9	5.5	3.7	4.6	4.8
สินเชื่อเพื่อการพาณิชย์	6.4	0.09	13.4	9.7	20.1	19.3	7.2	4.8	1.3	10.9	11.6	12.2	12.7	12.2	12.8	13.2
อื่น ๆ	21.3	4.89	13.5	5.9	12.5	21.9	15.9	20.7	25.2	19.2	19.3	19.8	20.5	20.0	20.0	21.1

ที่มา : บริษัท ข้อมูลเครดิตแห่งชาติ จำกัด ประมวลผลโดย สศช.

ตาราง 6 สินเชื่อที่ผิดนัดชำระระหว่าง 30 - 90 วัน (SMLs) รายวัตถุประสงค์ (ร้อยละ)

ประเภทสินเชื่อ	สัดส่วน Q2/68	แหล่งที่มาของการขยายตัวของ SMLs Q2/68	อัตราการขยายตัวของ SMLs									สัดส่วน SMLs ต่อสินเชื่อรวม					
			2567				2568					2567				2568	
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3
รวม SMLs	100.0	-12.2	7.3	5.0	-2.6	-6.9	-10.8	-13.7	-12.2	4.7	3.7	3.5	4.2	4.2	3.2	3.1	
สินเชื่อที่อยู่อาศัย	33.3	-0.6	15.0	11.7	4.9	2.1	-2.5	-0.4	-2.0	3.7	2.8	2.8	3.5	3.5	2.8	2.7	
สินเชื่อเช่าซื้อรถยนต์	36.8	-9.8	7.1	2.8	-5.6	-8.7	-16.3	-22.3	-23.2	8.0	8.3	8.2	7.9	7.3	7.1	6.9	
สินเชื่อบัตรเครดิต	2.1	-0.2	32.4	31.3	6.2	3.6	-18.3	-26.7	-11.3	2.1	2.1	1.8	1.7	1.7	1.5	1.6	
สินเชื่อส่วนบุคคล	17.8	-0.9	5.9	-1.4	-8.0	-18.9	-16.9	-15.4	-5.5	6.3	3.2	3.0	4.5	5.2	2.7	2.8	
สินเชื่อเพื่อการเกษตร	0.4	0.0	-72.5	214.7	92.6	-39.0	26.7	-72.5	3.3	0.2	0.1	0.2	0.1	0.3	0.0	0.3	
สินเชื่อเพื่อการพาณิชย์	5.2	-0.8	-2.9	12.8	3.6	8.2	-3.0	-6.6	-14.5	7.0	4.0	3.9	6.9	7.2	4.0	3.6	
อื่นๆ	4.4	0.0	-0.6	-10.0	-14.4	-12.7	-2.6	-10.5	0.9	2.6	1.9	1.6	2.0	2.2	1.4	1.4	

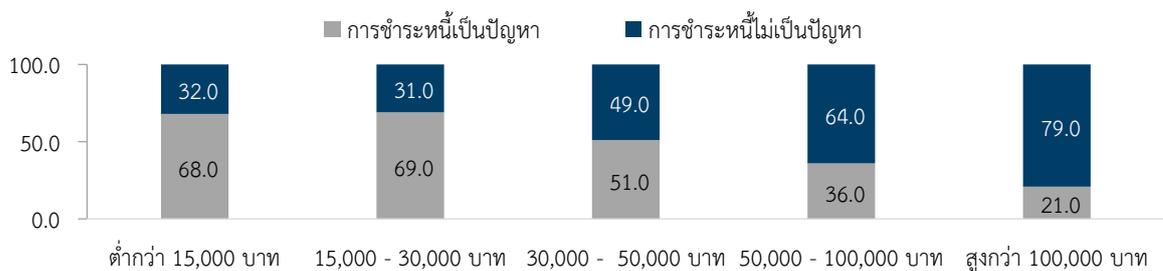
ที่มา : บริษัท ข้อมูลเครดิตแห่งชาติ จำกัด ประมวลผลโดย สศช.

สำหรับประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่

1. การกำกับสินเชื่อผ่านแอปพลิเคชันและสินเชื่อแบบซื้อก่อนจ่ายทีหลัง (Buy Now Pay Later: BNPL) สินเชื่อผ่านแอปฯ และสินเชื่อ BNPL เป็นสินเชื่อที่เข้าถึงง่าย เนื่องจากมีเงื่อนไขการพิจารณาที่ผ่อนปรน ส่งผลให้ผู้ให้บริการจำนวนมากเลือกใช้ จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมใช้จ่ายอย่างไม่ระมัดระวัง โดยกลุ่มผู้ใช้มักมีอายุและรายได้ต่ำกว่าผู้ใช้สินเชื่อแบบดั้งเดิม และมีภาระหนี้จากสินเชื่อประเภทอื่นอยู่แล้ว จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็น NPLs ในอนาคต ดังนั้น จึงควรผลักดันให้ผู้ให้บริการสินเชื่อผ่านแอปฯ และ BNPL ทุกรายเข้าร่วมเครดิตบูโร และกำหนดเพดานหนี้ร่วม เพื่อให้สามารถควบคุมคุณภาพของสินเชื่อกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ภัคพล ตันติวิเศษ และคณะ, 2568)

2. คนรายได้ระดับกลางถึงสูงเริ่มมีความเสี่ยงผิดนัดชำระหนี้มากขึ้น ข้อมูลจาก SCB EIC ชี้ว่า ปัญหาหนี้ครัวเรือนไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย แต่กระจายไปยังทุกระดับรายได้ โดยกลุ่มผู้มีรายได้ 15,000-30,000 บาทต่อเดือน เป็นกลุ่มที่ยังคงประสบปัญหาการชำระหนี้มากที่สุด ขณะเดียวกัน กลุ่มผู้มีรายได้สูงกว่า 100,000 บาทต่อเดือน กว่า 1 ใน 5 (ร้อยละ 21.0) ก็ประสบกับปัญหาการชำระหนี้เช่นกัน อีกทั้ง ยังพบว่ากลุ่มผู้มีรายได้ต่ำกว่า 50,000 บาทต่อเดือน ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 31.0) มีภาระหนี้สูงเกินร้อยละ 60.0 ของรายได้ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าความสามารถในการชำระหนี้ของครัวเรือนไทยโดยรวมกำลังลดลง จึงมีความจำเป็นต้องเร่งสร้างความตระหนักและวินัยทางการเงินในเชิงรุก เช่น การใช้มาตรการสะกด (Nudge)⁵ ผ่านการแจ้งเตือนก่อนถึงกำหนดชำระหนี้ หรือการลู่ความเสี่ยงโชคจากการจ่ายหนี้ตรงเวลา ดังที่มีการดำเนินการและประสบความสำเร็จในต่างประเทศ (Cadena & Schoar, 2011)

แผนภาพ 4 ร้อยละของครัวเรือนที่มีปัญหาการชำระหนี้ จำแนกตามระดับรายได้ต่อเดือน



ที่มา : ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ ธนาคารไทยพาณิชย์ (SCB EIC)

⁵ เป็นการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการตัดสินใจทางการเงินที่ดีขึ้น

สุขภาพและการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังในไตรมาสสี่และภาพรวม ปี 2568 เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อน โดยเฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่ โรคปอดอักเสบ และโรคมือ เท้า ปาก นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อื่น ๆ วิกฤตฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) กับการเพิ่มขึ้นของโรคมะเร็งปอด และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

ไตรมาสสี่ ปี 2568 จำนวนผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังโดยรวมเพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปี 2567 ร้อยละ 98.5 จาก 358,795 ราย เป็น 712,384 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน 558,368 ราย และโรคปอดอักเสบ จำนวน 120,163 ราย ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาอัตราการเปลี่ยนแปลง พบว่า ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่มีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงสุดจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 166.2 ขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคหัด โรคไขเลือดออก และโรคบิด มีแนวโน้มลดลง

สำหรับภาพรวมปี 2568 พบผู้ป่วยโรคเฝ้าระวังจำนวน 1,813,651 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2,750.8 รายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 44.9 โดยโรคที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ โรคไข้หวัดใหญ่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 80.4 ขณะที่โรคปอดอักเสบ และโรคมือ เท้า ปาก ยังคงอยู่ในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ตาราง 7 จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเฝ้าระวัง (ราย)

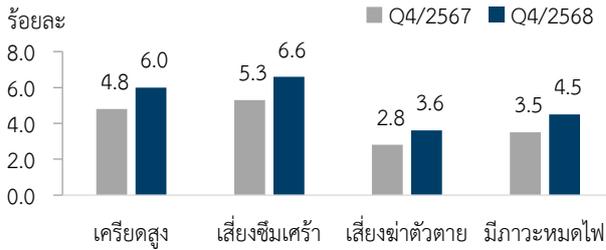
โรค	2567		2568					%YOY	
	Q4	ทั้งปี	Q1	Q2	Q3	Q4	ทั้งปี	Q4/2568	2568
ปอดอักเสบ	110,585	398,201	138,418	97,040	103,517	120,163	459,138	8.7	15.3
ไขเลือดออก	19,440	103,601	7,236	15,036	24,918	10,463	57,653	-46.2	-44.4
มือ เท้า ปาก	16,380	89,794	10,684	13,004	68,510	20,276	112,474	23.8	25.3
ไข้หวัดใหญ่	209,734	650,931	267,952	130,683	217,452	558,368	1,174,455	166.2	80.4
บิด	432	1,823	506	598	556	412	2,072	-4.6	13.7
หัด	685	1,868	389	352	212	184	1,137	-73.1	-39.1
ฉีหนู	1,340	4,187	782	955	1,287	2,091	5,115	56.0	22.2
ไข้สมองอักเสบ	193	967	312	435	413	412	1,572	113.5	62.6
อหิวาตกโรค	2	4	1	0	4	2	7	0	75.0
ไข้กาฬหลังแอ่น	4	11	2	0	6	13	21	225.0	90.9
พิษสุนัขบ้า	0	3	4	2	1	0	7	-	133.3
รวม	358,795	1,251,390	426,286	258,105	416,876	712,384	1,813,651	98.5	44.9
อัตราต่อประชากรแสนคน	543.1	1,893.9	645.2	391.5	632.3	1,080.5	2,750.8		

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ที่มา : รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง DDS กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

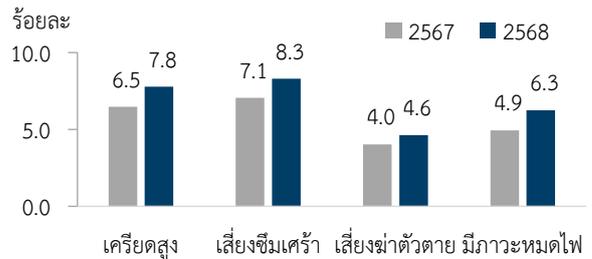
สถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของคนไทย จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของคนไทย (Mental Health Check In: MHCI) ไตรมาสสี่ ปี 2568 ซึ่งมีผู้เข้ารับการประเมินกว่า 180,000 ราย พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามีสัดส่วนสูงที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 6.6 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.3 ในช่วงเดียวกันของปีก่อน รองลงมาเป็นผู้ที่มีความเครียดสูง ร้อยละ 6.0 ผู้ที่มีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 4.5 และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.6

แผนภาพ 5 สุขภาพจิตของคนไทย ไตรมาสสี่ ปี 2568



ที่มา : ระบบข้อมูล MHCI กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพ 6 สุขภาพจิตของคนไทย ภาพรวม ปี 2568



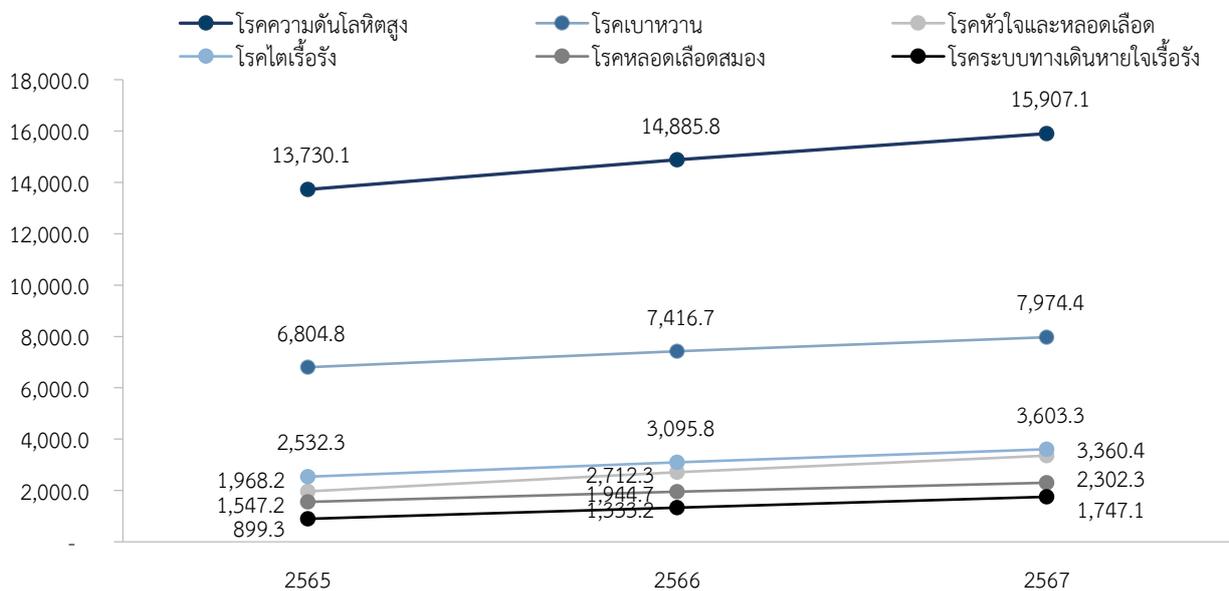
ที่มา : ระบบข้อมูล MHCI กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพรวมปี 2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2567 ในทุกกลุ่มความเสี่ยง โดยผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีสัดส่วนสูงที่สุด อยู่ที่ร้อยละ 8.3 รองลงมา ได้แก่ ผู้ที่มีความเครียดสูง ผู้ที่มีภาวะหมดไฟ และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามลำดับ สะท้อนแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อื่น ๆ ในช่วงปี 2565-2567 อัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 13,730.1 ต่อประชากรแสนคน เป็น 15,907.1 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 6,804.8 ต่อประชากรแสนคน เป็น 7,974.4 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าโรค NCDs อื่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยทั้งสองโรคยังนำไปสู่โรค NCDs อื่น ๆ อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคตา โรคเส้นประสาทเสื่อม อย่างไรก็ตาม รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2567-2568 (เรียงฤดี ปธานวนิช, 2568) กลับพบว่า ร้อยละ 47.8 ของผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 27.0 ของผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน สะท้อนถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้ หากมีมาตรการทางภาษีด้านสุขภาพควบคู่ไปด้วย โดยเฉพาะในสินค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น เกลือ น้ำตาล เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ยาสูบ ก็จะช่วยเสริมประสิทธิภาพของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเชิงโครงสร้างได้มากยิ่งขึ้น

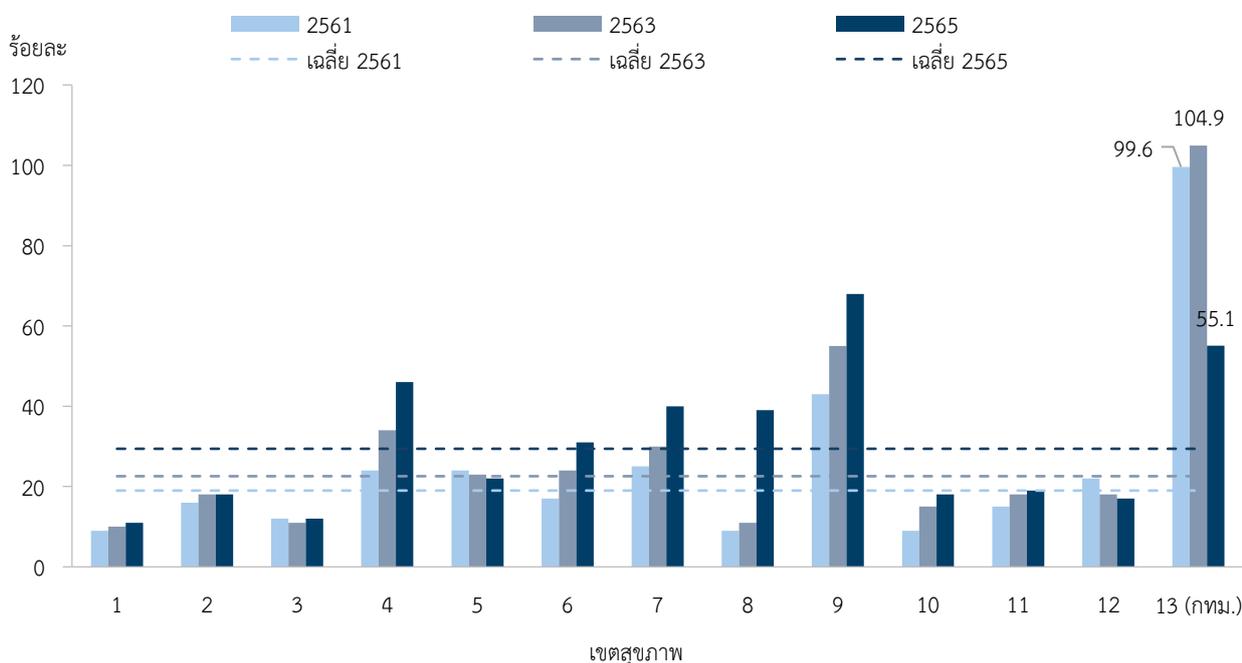
แผนภาพ 7 อัตราการป่วยโรค NCDs ต่อประชากรแสนราย ระหว่างปี 2565-2567



ที่มา : กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. **วิกฤตฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) กับการเพิ่มขึ้นของโรคมะเร็งปอด เขตสุขภาพที่ 13** (กรุงเทพมหานคร) มีอัตราป่วยโรคมะเร็งปอดในปี 2561 ปี 2563 และปี 2565 สูงกว่าเขตอื่นสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ แม้ในปี 2565 อัตราป่วยจะลดลงเกือบครึ่งหนึ่ง แต่ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่ร้อยละ 29.4 เกือบสองเท่า สถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นควบคู่กับปัญหาฝุ่น PM2.5 ที่ประเทศไทยเผชิญมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะช่วงเดือนธันวาคม-พฤษภาคม ทั้งนี้ ข้อมูล World Air Quality Index⁶ ชี้ว่า จำนวนวันที่มีอากาศดี ในกรุงเทพฯ เพิ่มขึ้นจาก 20 วัน ในปี 2561 เป็น 90 วัน ในปี 2564 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มการลดลงของผู้ป่วย โรคมะเร็งปอดในช่วงเวลาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ภายหลังปี 2564 จำนวนวันที่มีอากาศดีในกรุงเทพฯ กลับลดลง จนเหลือเพียง 38 วัน ในปี 2568 ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี 2568 พบผู้ป่วย รายใหม่เฉลี่ย 52 รายต่อวัน และมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 41 รายต่อวัน (The Coverage, 2568) นอกจากนี้ ฝุ่น PM2.5 ยังส่งผลกระทบต่อโรคอื่น ๆ เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ โรคสมองเสื่อม โรคผิวหนัง และโรคตา โดยในช่วงปี 2564-2568 มีผู้ได้รับผลกระทบเฉลี่ยปีละกว่า 10.4 ล้านราย ทั่วประเทศ (ไทยรัฐออนไลน์, 2568) สะท้อนถึงความจำเป็นในการมีกลไกจัดการคุณภาพอากาศเชิงรุก เช่น การจำกัดการใช้ยานพาหนะส่วนบุคคล ผ่านมาตรการภาษีความแออัด (Congestion Tax) ในลักษณะเดียวกับกรุงลอนดอนที่กำหนดให้รถยนต์ต้องชำระ ค่าธรรมเนียมในอัตราสูงเมื่อขับเข้าสู่เขตเมืองชั้นใน รวมถึงการสั่งหยุดหรือชะลอกิจกรรมก่อสร้างที่ก่อฝุ่นสูง ในช่วงที่คุณภาพอากาศอยู่ในระดับวิกฤต

แผนภาพ 8 อัตราการป่วยจากโรคมะเร็งปอด ปี 2561 ปี 2563 และ ปี 2565 จำแนกรายเขตสุขภาพ



ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

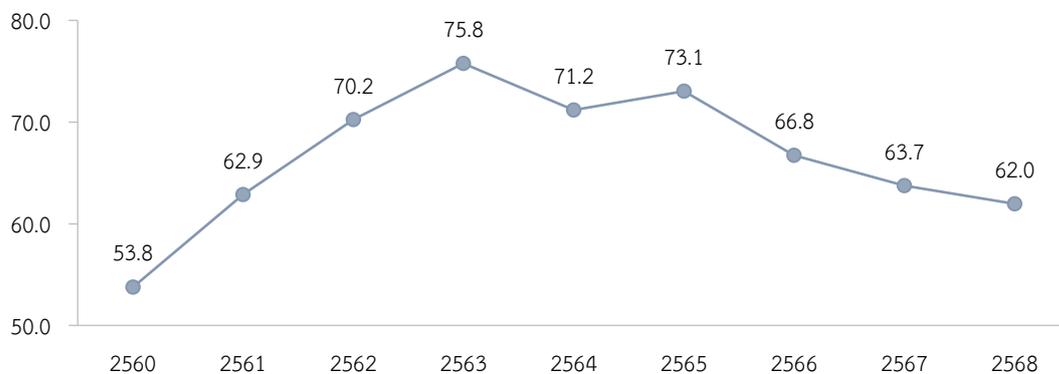
3. **ประเทศไทยมีสถิติการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง** ส่งผลให้ความเสี่ยง ด้านสุขภาพมารดาและทารกเพิ่มขึ้น เช่น การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด และความผิดปกติของทารก ข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย⁷ พบว่า ในปี 2568 มีหญิงตั้งครรภ์ได้รับ บริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เพียงร้อยละ 62.0 ซึ่งต่ำที่สุดในรอบ 8 ปี

⁶ The World Air Quality Index Project. <https://www.iqair.com/th-en/>

⁷ ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ขณะที่อัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ที่ร้อยละ 10.1 (เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งไว้ที่ร้อยละ 9.0) และ อัตราส่วนการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน อยู่ที่ 19.9 ราย (เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งไว้ที่ 16 ราย) ซึ่งสะท้อนความจำเป็นในการเร่งขยายการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ อาทิ ผลักดันให้การลาไปฝากครรภ์ เป็นสิทธิที่พึงได้รับ ส่งเสริมให้ฝากครรภ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลในพื้นที่ห่างไกล หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำในการนัดหมายบางครั้ง และติดตามกรณีที่ไม่มารับบริการตามนัดอย่างทันทั่วถึง

แผนภาพ 9 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข



ที่มา : ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรื

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรืไตรมาสสี่และภาพรวม ปี 2568 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.1 และ 0.4 ตามลำดับ ทั้งนี้ มีประเด็นที่ควรเฝ้าระวัง คือ ผลกระทบจากการขยายเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรื และโครงสร้างภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรื มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค

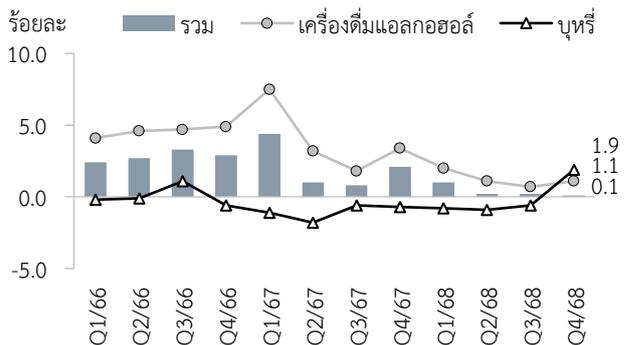
ไตรมาสสี่ ปี 2568 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรืเพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.1 โดยการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.1 ขณะที่การบริโภคบุหรืลดลงร้อยละ 1.9 สำหรับภาพรวมปี 2568 การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรืเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.4 โดยการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.2 ขณะที่การบริโภคบุหรืลดลงร้อยละ 1.0

อีกทั้ง มีประเด็นที่ควรเฝ้าระวัง คือ

1. ผลการทดลองขยายเวลาเปิดร้านที่อนุญาตให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของศูนย์วิจัยสุรา ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี 2567 (คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระเพื่อศึกษานโยบายการขยายเวลา, 2567) ซึ่งเก็บข้อมูลใน 5 จังหวัด⁸ ที่มีการทดลองขยายเวลาเปิดร้านที่อนุญาตให้ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ภายหลังจากขยายเวลาเปิดสถานบริการถึง 04.00 น. จำนวนคดีเมาแล้วขับเพิ่มขึ้นร้อยละ 112.7 และจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเวลา 02.00-06.00 น. เพิ่มขึ้นร้อยละ 13.4 โดยผลการศึกษาดังกล่าวอาจนำไปใช้ในการเฝ้าระวังมาตรการการขยายเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วง 14.00-17.00 น. ซึ่งทดลองระหว่างวันที่ 3 ธันวาคม 2568 ถึง 31 พฤษภาคม 2569 เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนนที่อาจเพิ่มขึ้น

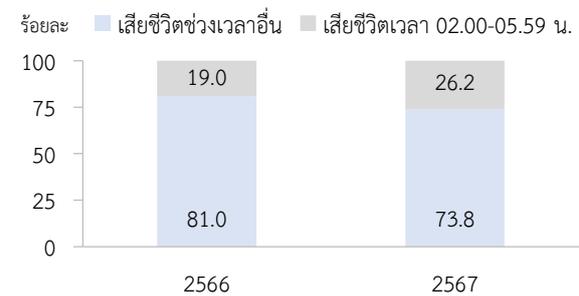
2. การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรื ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรืจำนวน 15.4 ล้านคน โดยตรวจพบโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรืรวมกว่า 6.4 ล้านรายการ คิดเป็นร้อยละ 42.1 ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.7

แผนภาพ 10 การเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายการบริโภคของครัวเรือนหมวดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรื มูลค่าที่แท้จริงรายไตรมาส



ที่มา : สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แผนภาพ 11 สัดส่วนเปรียบเทียบการเสียชีวิตใน 5 จังหวัดที่มีการขยายเวลาเปิดสถานบริการเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อน

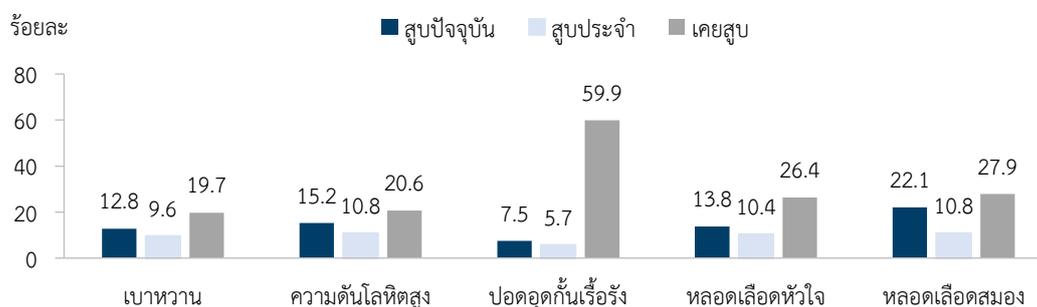


ที่มา : วารสารการสร้างสรรค์สุขภาพไทย ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2567

⁸ ประกอบด้วย ภูเก็ต ชลบุรี กรุงเทพฯ สุราษฎร์ธานี และเชียงใหม่ จำนวน 1,200 แห่ง

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567⁹ โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.6) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 30.9) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ที่ผ่านการคัดกรองโรคและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีแนวโน้มสุขภาพดีขึ้นกว่าผู้ที่ยังไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วย (เริงฤดี ปธานวนิช, 2568) สะท้อนให้เห็นว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีส่วนช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งส่งเสริมการคัดกรอง เพื่อลดความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในระยะยาว

แผนภาพ 12 ร้อยละผู้ป่วยที่มาจากการสูบบุหรี่ จำแนกตามโรค ปี 2567-2568



ที่มา : รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. **โครงสร้างภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ยังมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค** ปัจจุบันโครงสร้างภาษียังคงไม่สอดคล้องกับเป้าหมายการคุ้มครองสุขภาพ โดยเอื้อให้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีดีกรีสูง เช่น สุราขาว 40 ดีกรี มีราคาถูกกว่าเบียร์ที่มีดีกรีต่ำกว่า (5 ดีกรี) อีกทั้ง จัดเก็บภาษีบุหรี่ยี่ห้อพรีเมียมสูงกว่าบุหรี่ยี่ห้ออื่นที่ไม่มีมาตรฐานการผลิต ทำให้ปริมาณยาสูบและระดับนิโคตินแตกต่างกันในแต่ละมวน และบางกรณีอาจสูงกว่าบุหรี่ยี่ห้ออื่น ส่งผลให้ประชาชนหันไปบริโภคสินค้าที่มีราคาถูกกว่าแทนการลดหรือเลิกบริโภค ซึ่งสะท้อนว่ามาตรการภาษีจะเป็นเครื่องมือทางกฎหมายสำคัญในการควบคุมการบริโภคสินค้าที่บั่นทอนสุขภาพ

⁹ ข้อมูลดังกล่าวเป็นการนับตามกลุ่มโรค ซึ่งอาจมีการนับซ้ำในกรณีที่คนคนเดียวป่วยมากกว่าหนึ่งโรค

ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ไตรมาสที่ ปี 2568 คดีอาญาเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.4 จากการเพิ่มขึ้นของคดียาเสพติด ขณะที่การรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนนพบผู้ประสพภัยสะสมลดลงร้อยละ 0.4 โดยมีประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง คือ การลักลอบค้ายาเสพติดและสินค้าผิดกฎหมายผ่าน QR Code การหลอกลวงของมิจฉาซีพออนไลน์ที่ซับซ้อนขึ้น และความเสี่ยงจากกลุ่มนิรภัยเสื่อมสภาพ

คดีอาญาในไตรมาสที่ ปี 2568 มีการรับแจ้งรวมทั้ง 138,511 คดี เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.4 เมื่อเทียบกับไตรมาสเดียวกันของปี 2567 โดยคดียาเสพติดเพิ่มขึ้นมากที่สุดร้อยละ 20.1 ขณะที่คดีชีวิต ร่างกาย และเพศ และคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สินลดลง ร้อยละ 11.5 และร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

สำหรับภาพรวมปี 2568 พบว่า มีการรับแจ้งคดีอาญารวมทั้งสิ้น 516,035 คดี เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 15.5 จากการเพิ่มขึ้นของทุกประเภทคดี โดยคดียาเสพติดยังคงเป็นปัจจัยหลักที่เพิ่มขึ้นสูงสุด อยู่ที่ร้อยละ 17.1

ตาราง 8 คดีอาญาจำแนกตามประเภทคดี (ยาเสพติด, ประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน, และชีวิต ร่างกาย และเพศ) รายไตรมาส ปี 2566-2568

ประเภท (หน่วย : คดี)	ภาพรวม ปี 2566	ปี 2567				ภาพรวม ปี 2567	ปี 2568				ภาพรวม ปี 2568
		Q1	Q2	Q3	Q4		Q1	Q2	Q3	Q4	
อาญารวม	385,657	101,247	104,128	121,524	120,025	446,924	117,581	121,249	138,694	138,511	516,035
%YoY	-9.7	-2.7	16.8	34.0	17.9	15.9	16.1	16.4	14.1	15.4	15.5
ยาเสพติด	303,414	81,203	84,142	95,511	96,240	357,096	92,623	97,774	112,254	115,563	418,214
%YoY	-16.0	-4.0	20.1	38.0	20.9	17.7	14.1	16.2	17.5	20.1	17.1
ประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน	63,527	15,491	15,515	20,776	18,813	70,595	19,862	18,573	21,559	18,547	78,541
%YoY	26.0	4.4	8.4	23.3	7.3	11.1	28.2	19.7	3.8	-1.4	11.3
ชีวิต ร่างกาย และเพศ	18,716	4,553	4,471	5,237	4,972	19,233	5,096	4,902	4,881	4,401	19,274
%YoY	23.4	-1.9	-6.7	13.8	6.1	2.8	11.9	9.6	-6.8	-11.5	0.2

ที่มา : ระบบสารสนเทศสถานีตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)

การรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนน ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (THAI RSC) พบว่า ไตรมาสที่ ปี 2568 มีการรับแจ้งผู้ประสพภัยสะสมจำนวน 227,730 ราย ลดลงร้อยละ 0.4 จากไตรมาสเดียวกันของปี 2567 อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้พพลภาพเพิ่มขึ้นสูงสุดถึงร้อยละ 22.9 เมื่อจำแนกตามประเภทรถพบว่า รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมาเป็นรถยนต์ ร้อยละ 8.7 และเมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า ผู้ประสพภัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 29.1) อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี โดยจังหวัดที่มีผู้ประสพภัยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และเชียงใหม่¹⁰

สำหรับภาพรวมปี 2568 มีการรับแจ้งผู้ประสพภัยจากอุบัติเหตุทางถนนสะสมจำนวน 874,026 ราย เพิ่มขึ้นจากปี 2567 ร้อยละ 0.6 โดยเป็นการเพิ่มขึ้นของผู้บาดเจ็บเป็นหลักร้อยละ 0.8 ขณะที่ผู้เสียชีวิตและผู้พพลภาพลดลงจากปี 2567

¹⁰ จังหวัดที่มีผู้ประสพภัยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพฯ 41,367 ราย ชลบุรี 12,889 ราย และเชียงใหม่ 9,883 ราย

ตาราง 9 สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกสะสม จำแนกตามผู้ประสบภัยรวม ผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้ทุพพลภาพ รายไตรมาส ปี 2566-2568

ประเภท (หน่วย : ราย)	ภาพรวม ปี 2566	ปี 2567				ภาพรวม ปี 2567	ปี 2568				ภาพรวม ปี 2568
		Q1	Q2	Q3	Q4		Q1	Q2	Q3	Q4	
ผู้ประสบภัยรวม	822,828	224,121	203,848	212,637	228,626	869,232	225,919	204,797	215,580	227,730	874,026
%YoY	-12.6	7.4	1.9	8.0	5.2	5.6	0.8	0.5	1.4	-0.4	0.6
ผู้บาดเจ็บ	808,505	220,334	200,356	209,447	224,747	854,884	222,464	201,684	212,824	224,463	861,435
%YoY	-12.8	7.6	2.0	8.1	5.2	5.7	1.0	0.7	1.6	-0.1	0.8
ผู้เสียชีวิต	14,122	3,748	3,450	3,131	3,844	14,173	3,408	3,080	2,716	3,224	12,428
%YoY	-5.9	-0.9	-2.8	-0.1	5.1	0.4	-9.1	-10.7	-13.3	-16.1	-12.3
ผู้ทุพพลภาพ	201	39	42	59	35	175	47	33	40	43	163
%YoY	16.2	-31.6	-8.7	20.4	-28.6	-12.9	20.5	-21.4	-32.2	22.9	-6.9

ที่มา : ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (THAI RSC) (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)

ทั้งนี้ ประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่

1. การลักลอบค้ายาเสพติดและสินค้า

ผิดกฎหมายผ่าน QR Code โดยเฉพาะในย่านใจกลางเมืองหรือพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีชาวต่างชาติพลุกพล่าน ซึ่งผู้ค้าจะติดสติ๊กเกอร์คิวอาร์ (QR Code) ไว้ตามพื้นที่สาธารณะ อาทิ เสาไฟฟ้า ป้ายรถประจำทาง เมื่อสแกนแล้วจะเชื่อมต่อไปยังแอปพลิเคชัน Telegram¹¹ เพื่อสนทนาซื้อขาย โดยใช้เทคโนโลยี AI Bot เป็นตัวกลางในการรับคำสั่งซื้อและต้องชำระเงินผ่านสกุลเงินดิจิทัลเท่านั้น ส่วนการส่งมอบสินค้าจะใช้วิธีซุกซ่อนไว้ล่วงหน้าในจุดต่าง ๆ และให้ AI Bot ส่งพิกัดพร้อมภาพตำแหน่งแก่ผู้ซื้อ ทำให้ยากต่อการติดตามผู้กระทำผิด อีกทั้ง ยังมีกลยุทธ์การขยายเครือข่าย โดยชักชวนให้ผู้ซื้อผันตัวมาเป็น “ผู้ร่วมธุรกิจ” ผ่านระบบสมาชิก (กองบัญชาการตำรวจนครบาล, 2568) ทั้งนี้ หากประชาชนพบเห็นหรือมีข้อมูลเบาะแส สามารถแจ้งได้ที่สายด่วน 1386 หรือ 1599

แผนภาพ 13 สติ๊กเกอร์ QR code เชิญชวนเข้ากลุ่มซื้อขายยาเสพติดหรือสินค้าผิดกฎหมาย

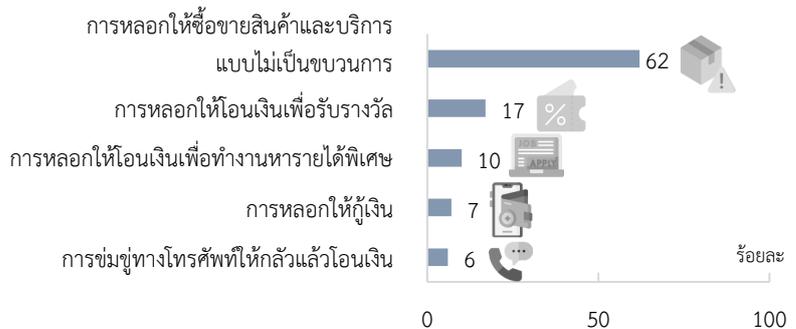


ที่มา : กองบัญชาการตำรวจนครบาล

2. การหลอกลวงของมิถฉาชีพทางออนไลน์มีความซับซ้อนมากขึ้น

โดยในปี 2568 ศูนย์ปราบปรามอาชญากรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศรายงานการรับแจ้งคดีหลอกลวงออนไลน์จำนวน 330,374 คดี สูงสุดในรอบ 3 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.0 จากปี 2567 โดยรูปแบบที่พบมากที่สุด คือ การหลอกให้ซื้อขายสินค้าและบริการแบบไม่เป็นขบวนการ (ร้อยละ 62.0) สร้างมูลค่าความเสียหายรวมกว่า 25,477 ล้านบาท ขณะที่ความสามารถในการอายัดบัญชีได้ทันทีอยู่ที่เพียงร้อยละ 1.0 เท่านั้น รายงาน State of Scams in Thailand 2025 ของ Global Anti-Scam Alliance ยังชี้ให้เห็นอีกว่า กระบวนการ

แผนภาพ 14 สถิติการหลอกลวงทางออนไลน์สูงสุด 5 ประเภท ปี 2568



ที่มา : ศูนย์ปราบปรามอาชญากรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

¹¹ Telegram คือ แอปพลิเคชันรับส่งข้อความบนคลาวด์ที่เน้นความเป็นส่วนตัว โดยการสนทนาทั่วไปจะใช้การเข้ารหัสข้อมูลระหว่างผู้ใช้กับเซิร์ฟเวอร์ อีกทั้ง มีฟีเจอร์ Secret Chat ใช้การเข้ารหัสแบบ End-to-End ซึ่งทำให้เฉพาะผู้ส่งและผู้รับเท่านั้นที่สามารถอ่านข้อความได้ นอกจากนี้ ยังรองรับการทำธุรกรรมด้วยคริปโทเคอร์เรนซี TON (Toncoin) และมีระบบบอท (Bots) ที่ช่วยดำเนินการต่าง ๆ แบบอัตโนมัติภายในแอปพลิเคชัน

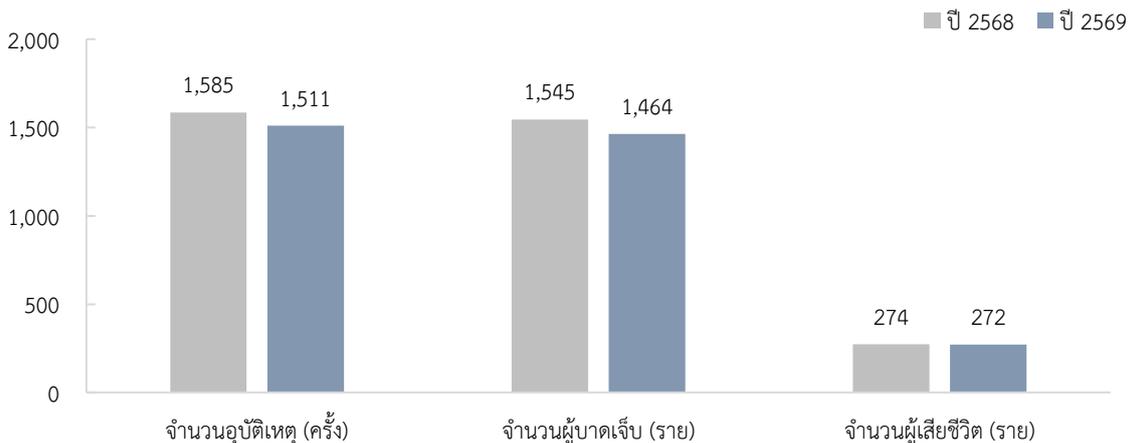
อาชญากรรมไซเบอร์ในไทยมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยเฉพาะการโอนเงินจากผู้เสียหายเข้าสู่บัญชีม้า คริปโทเคอร์เรนซี หรือการแปลงเป็นสกุลเงินดิจิทัลอื่น ๆ เพื่อพอกเงินอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้การตรวจสอบ การอายัด และการติดตามเงินคืนทำได้ยากยิ่งขึ้น

3. **ความเสี่ยงจากถุงลมนิรภัยเสื่อมสภาพ** ทั่วโลกมีรายงานผู้เสียชีวิตจากการทำงานผิดปกติของ ถุงลมนิรภัยยี่ห้อทาคาตะ (Takata Airbag) แล้วอย่างน้อย 35 ราย และนำไปสู่การเรียกคืนรถยนต์กว่า 100 ล้านคัน ในหลายประเทศ (Schofield, 2025) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสภาองค์กรของผู้บริโภค ในปี 2568 ระบุว่า มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากกรณีดังกล่าวรวม 8 ราย โดยมีสาเหตุหลักจากการเสื่อมสภาพของสารแอมโมเนียม ไนเตรต (PSAN) ซึ่งเป็นสารขับเคลื่อนในกล่องจุดระเบิด ส่งผลให้เมื่อเกิดอุบัติเหตุกล่องจุดระเบิดอาจแตกและเศษโลหะ พุ่งใส่ผู้ขับขี่หรือผู้โดยสาร แม้จะมีการเรียกคืนอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีรถยนต์ในประเทศไทยกว่า 502,881 คัน¹² ที่ไม่ได้รับการเปลี่ยนถุงลมนิรภัยตามโครงการของผู้ผลิต จึงจำเป็นต้องเร่งดำเนินการ โดยเจ้าของรถสามารถ ตรวจสอบหมายเลขตัวถัง (VIN) ได้ที่เว็บไซต์ www.checkairbag.com และติดต่อศูนย์บริการของผู้ผลิตหรือ ผู้จำหน่ายรถยนต์เพื่อเข้ารับการเปลี่ยนชิ้นส่วนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย อีกทั้ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่ง ประชาสัมพันธ์เชิงรุกและติดตามเจ้าของรถยนต์รุ่นที่เข้าข่ายให้เข้ารับการเปลี่ยนชิ้นส่วนโดยเร็ว

การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2569

ข้อมูลจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พบว่า สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ พ.ศ. 2569 ปรับตัว ลดลงจากปี 2568 โดยมีการรับแจ้งอุบัติเหตุสะสม และผู้บาดเจ็บลดลงร้อยละ 4.7 และ 5.2 ตามลำดับ

แผนภาพ 15 สถิติการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลปีใหม่ จำแนกเป็นจำนวนอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บ และผู้เสียชีวิต ปี 2568 - 2569



ที่มา : กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 0.7) เท่านั้น สะท้อนว่าความรุนแรงของอุบัติเหตุยังคง เป็นปัญหาสำคัญ โดยสาเหตุหลักมาจากการขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด (ร้อยละ 38.3) และการเมาแล้วขับ (ร้อยละ 21.5) ขณะที่ประเภทรถที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุดยังคงเป็นรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 82.1) ในเชิงพื้นที่ จังหวัดที่มีอุบัติเหตุสะสมสูงสุด คือ ภูเก็ต (55 ครั้ง) ขณะที่กรุงเทพมหานครมีผู้เสียชีวิตสะสมสูงสุด (22 ราย) จังหวัดที่ไม่พบผู้เสียชีวิตมีจำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ สมุทรสงคราม หนองบัวลำภู อุทัยธานี แพร่ และสตูล เพิ่มขึ้นจาก 3 จังหวัดในปีก่อนหน้า

¹² สภาองค์กรของผู้บริโภค (ข้อมูล ณ เดือนกรกฎาคม 2568)

การคุ้มครองผู้บริโภค

ไตรมาสที่ 2 ปี 2568 การร้องเรียนของผู้บริโภคเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.2 โดยด้านสินค้าและบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.0 ขณะที่ด้านกิจการโทรคมนาคมลดลงร้อยละ 16.5 ภาพรวมตลอดปี 2568 การร้องเรียนเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.6 ทั้งนี้ มีประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ คือ การปนเปื้อนของสารเคมีอันตรายในสินค้า Fast Fashion เทรนด์การใช้ปากกาฉีดลดน้ำหนักผิดกฎหมายบนโซเชียลมีเดีย และความเสี่ยงจากการใช้เบอร์โทรศัพท์รีไซเคิล

การรับเรื่องร้องเรียนสินค้าและบริการในไตรมาสที่ 2 ปี 2568 ของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) มีจำนวน 9,880 เรื่อง เพิ่มขึ้นจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 37.0 โดยด้านที่ได้รับการร้องเรียนมากที่สุด คือ ด้านขายตรงและตลาดแบบตรง รองลงมาเป็นด้านฉลาก ด้านสัญญา และด้านโฆษณา ตามลำดับ¹³ เมื่อพิจารณาตามประเภทสินค้าและบริการ พบว่า **สินค้าออนไลน์**ยังคงเป็นกลุ่มที่มีการร้องเรียนเข้ามามากที่สุด โดยส่วนใหญ่เกิดจากผู้บริโภคไม่ได้รับความเป็นธรรมจากร้านค้า

ตาราง 10 การรับเรื่องร้องเรียนรายไตรมาส

เรื่องร้องเรียน	2567					2568					%YoY	
	Q1	Q2	Q3	Q4	รวม	Q1	Q2	Q3	Q4	รวม	Q4/68	68/67
สคบ.	5,786	5,517	6,894	7,211	25,408	8,052	8,537	9,236	9,880	35,705	37.0	40.5
ด้านโฆษณา	807	397	742	648	2,594	788	674	530	756	2,748	16.7	5.9
ด้านสัญญา	467	420	686	599	2,172	625	666	469	782	2,542	30.6	17.0
ด้านขายตรงและตลาดแบบตรง	609	600	711	873	2,793	1,418	744	1,258	873	4,293	0.0	53.7
ด้านฉลาก	584	533	886	857	2,860	911	850	664	863	3,288	0.7	15.0
เรื่องอื่น ๆ ¹	3,319	3,567	3,869	4,234	14,989	4,310	5,603	6,315	6,606	22,834	56.0	52.3
สำนักงาน กสทช.	414	340	310	395	1,459	394	367	449	330	1,540	-16.5	5.6
โทรศัพท์เคลื่อนที่	335	228	215	308	1,086	303	220	320	206	1,049	-33.1	-3.4
อินเทอร์เน็ต	74	108	91	84	357	89	144	124	121	478	44.0	33.9
สถานีวิทยุคมนาคม/เสาสัญญาณ	5	4	2	2	13	1	3	4	1	9	-50.0	-30.8
โทรศัพท์ประจำที่	0	0	2	1	3	1	0	1	2	4	100.0	33.3
รวม	6,200	5,857	7,204	7,606	26,867	8,446	8,904	9,685	10,210	37,245	34.2	38.6

ที่มา : สคบ. และ สำนักงาน กสทช.

แผนภาพ 16 สินค้าและบริการที่มีการร้องเรียนสูงสุดในไตรมาสที่ 2 ปี 2568 (เรื่อง)



ที่มา : สคบ.

แผนภาพ 17 ประเด็นร้องเรียนในกิจการโทรคมนาคมในไตรมาสที่ 2 ปี 2568 (เรื่อง)



ที่มา : สำนักงาน กสทช.

¹³ ไม่รวมเรื่องอื่น ๆ อาทิ ข้อมูลจากศูนย์รับเรื่องร้องเรียนทุกผู้บริโภค สคบ. ส่วนภูมิภาค ศูนย์ปฏิบัติการพิเศษ สคบ.

สำหรับการร้องเรียนในกิจการโทรคมนาคมของสำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (สำนักงาน กสทช.) มีการร้องเรียนทั้งสิ้น 330 เรื่อง ลดลงจากช่วงเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 16.5 โดยด้านที่ได้รับการร้องเรียนมากที่สุดยังคงเป็นด้าน **โทรศัพท์เคลื่อนที่** เมื่อพิจารณาตามลักษณะปัญหา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาการยกเลิกบริการ

สำหรับภาพรวมปี 2568 มีการร้องเรียนทั้งสิ้น 37,245 เรื่อง เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 38.6 โดยจำนวนเรื่องร้องเรียนที่ยื่นต่อ สคบ. และสำนักงาน กสทช. เพิ่มขึ้นร้อยละ 40.5 และร้อยละ 5.6 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามประเภทสินค้าและบริการ (รวมกิจการโทรคมนาคม) ที่มีการร้องเรียน พบว่า ส่วนใหญ่ยังคงมาจากกลุ่มสินค้าออนไลน์เป็นหลัก โดยเฉพาะกรณีที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมจากร้านค้า และการขอเงินคืน

แผนภาพ 18 สินค้าและบริการที่มีการร้องเรียนสูงสุด ปี 2568 (เรื่อง)



ที่มา : สคบ. และสำนักงาน กสทช.

ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่

1. **การปนเปื้อนของสารเคมีในสินค้า Fast Fashion** โดยเฉพาะสินค้าที่นำเข้ามาจากต่างประเทศผ่านช่องทางออนไลน์ โดยปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายเฉพาะที่กำกับดูแลการใช้และการตกค้างของสารเคมีอันตรายในผลิตภัณฑ์สิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม มาตรฐานด้านสิ่งทอส่วนใหญ่ก็ยังเป็นมาตรฐานสมัครใจและยังไม่มีข้อกำหนดค่ามาตรฐานเฉพาะสำหรับสารเคมีสำคัญ เช่น สารพทาเลต (Phthalates)¹⁴ และสารเคมีตลอดกาล (PFAS)¹⁵ อีกทั้ง ยังไม่มีการตรวจสอบสินค้าออนไลน์จากต่างประเทศตามมาตรฐาน มอก. ทำให้สินค้า Fast Fashion สามารถนำเข้ามาจำหน่ายได้ แม้จะมีระดับสารเคมีตกค้างเกินค่ามาตรฐานสากล เช่น กฎระเบียบว่าด้วยสารเคมี



ของสหภาพยุโรป (REACH)¹⁶ ทั้งนี้ รายงานการสุ่มตรวจสินค้าของ Greenpeace Thailand ในปี 2568 พบการปนเปื้อนของสาร Phthalates และ PFAS อย่างน้อยหนึ่งชนิดในทุกผลิตภัณฑ์ที่ตรวจสอบ และในบางผลิตภัณฑ์พบสาร PFAS สูงกว่า REACH ถึง 519 เท่า ซึ่งนอกจากการมีมาตรการของรัฐมากำกับแล้ว ยังต้องส่งเสริมสิทธิของผู้บริโภคในการรับทราบข้อมูลสารเคมีบนฉลากสินค้า เพื่อให้ผู้บริโภคมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าได้อย่างเหมาะสม

¹⁴ Phthalates เป็นสารเคมีที่ใช้เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับพลาสติก เช่น PVC สามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านการสัมผัส ส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายด้าน โดยเฉพาะการรบกวนระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการเจริญพันธุ์ พัฒนาการเด็กที่ล่าช้า และเพิ่มความเสี่ยงโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมถึงปัญหาทางเดินหายใจ ระบบประสาท และหัวใจ

¹⁵ PFAS (Per- and Polyfluoroalkyl Substances) เป็นกลุ่มสารเคมีที่ไม่สามารถสลายตัวได้ตามธรรมชาติ และสามารถสะสมอยู่ในร่างกายมนุษย์เป็นเวลานาน การได้รับสารเหล่านี้อย่างต่อเนื่องอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ เช่น การรบกวนระบบภูมิคุ้มกัน ระบบสืบพันธุ์และฮอร์โมน ส่งผลกระทบต่อการทำงานของตับและไต รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งบางชนิด

¹⁶ กฎระเบียบว่าด้วยสารเคมีของสหภาพยุโรป หรือ Regulation (EC) No 1907/2006 หรือที่รู้จักกันในชื่อ REACH เป็นกรอบกฎหมายของสหภาพยุโรปที่กำหนดให้มีการขึ้นทะเบียน การประเมิน การอนุญาต และการควบคุมการใช้สารเคมี เพื่อคุ้มครองสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งส่งเสริมความรับผิดชอบของผู้ผลิตและผู้นำเข้าสารเคมีตลอดห่วงโซ่อุปทาน

2. **เทรนด์การใช้ปากกาฉีดลดน้ำหนัก** นักผิวกฎหมายที่แพร่หลายบนสื่อสังคมออนไลน์ ปากกาฉีดลดน้ำหนักเป็นยาในกลุ่ม Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist (GLP-1 RA) ซึ่งใช้สำหรับรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2¹⁷ และใช้ลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะอ้วน ซึ่งต้องใช้ภายใต้การวินิจฉัยและการดูแลของแพทย์เท่านั้น (อย., 2569) อย่างไรก็ตาม ช่วงที่ผ่านมา พบการโฆษณาและจำหน่ายยาในลักษณะที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยมุ่งเน้นการใช้เพื่อความสวยงาม ผ่านข้อความชวนเชื่อ เช่น “ฉีดแล้วผอม” หรือ “ปากกาเสกหุ่น” พร้อมการให้คำแนะนำจากบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งความเสี่ยงจากผลข้างเคียงรุนแรง เช่น ไตวาย กล้ามเนื้อฝ่อลีบ รวมถึงความเสี่ยงจากการได้รับยาปลอมที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ปัจจุบัน อย. อยู่ระหว่างผลักดันให้ยาในกลุ่ม GLP-1 RA เป็น “ยาควบคุมพิเศษ” เพื่อจำกัดการจำหน่ายเฉพาะกรณีใบสั่งแพทย์ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเร่งรัดตรวจสอบและปราบปรามการโฆษณาและจำหน่ายปากกาฉีดลดน้ำหนักอย่างเข้มงวดควบคู่ไปด้วย ทั้งนี้ หากผู้บริโภคพบเห็นการโฆษณาหรือจำหน่ายปากกาฉีดลดน้ำหนัก หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่น่าสงสัย สามารถร้องเรียนได้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ หรือสายด่วน อย. 1556

จากงานวิจัย เรื่อง Weight regain after cessation of medication for weight management: Systematic review and meta-analysis ปี 2569 พบว่า การหยุดใช้ปากกาฉีดลดน้ำหนักอาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 0.4 กิโลกรัมต่อเดือน สูงกว่าการลดน้ำหนักด้วยการปรับพฤติกรรม อาทิ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย (0.1 กิโลกรัมต่อเดือน) ถึง 4 เท่า

3. **ความเสี่ยงที่มาจากการใช้เบอร์โทรศัพท์รีไซเคิล** โดย กสทช. อนุญาตให้ผู้ให้บริการเครือข่ายโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่สามารถนำหมายเลขโทรศัพท์ที่ยกเลิกการใช้งานในระบบเป็นระยะเวลาเกิน 45-90 วัน กลับมาให้บริการได้อีกครั้ง ซึ่งพบว่าผู้บริโภคได้รับผลกระทบจากการใช้เบอร์โทรศัพท์รีไซเคิลในหลายกรณี เช่น การถูกทวงหนี้ที่ไม่เกี่ยวข้อง การได้รับข้อความแจ้งเตือน (SMS) หรือรหัสยืนยันตัวตน (OTP) จากบริการออนไลน์ อาทิ ระบบพร้อมเพย์ที่ยังผูกกับบัญชีของผู้ใช้เดิม ขณะเดียวกัน ผู้ใช้เดิมยังมีความเสี่ยงต่อการถูกเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล หากไม่ได้ดำเนินการยกเลิกการผูกบริการต่าง ๆ ก่อนยุติการใช้งานหมายเลขโทรศัพท์ดังกล่าว ทั้งนี้ กสทช. อาจพิจารณาขยายระยะเวลาการพักหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ที่ยุติการใช้งาน ดังเช่นตัวอย่างของประเทศเกาหลีใต้ และออสเตรเลีย เพื่อลดความเสี่ยงจากการนำหมายเลขที่เพิ่งเปลี่ยนมือกลับมาใช้งานซ้ำ ขณะเดียวกัน ผู้บริโภคที่ประสงค์จะเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์ควรยกเลิกการผูกหมายเลขโทรศัพท์กับบริการออนไลน์ทุกประเภทก่อนยุติการใช้งาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงที่ข้อมูลส่วนบุคคลอาจถูกเข้าถึงโดยผู้ร้ายใหม่

¹⁷ ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติจากการที่ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้ไม่ดี

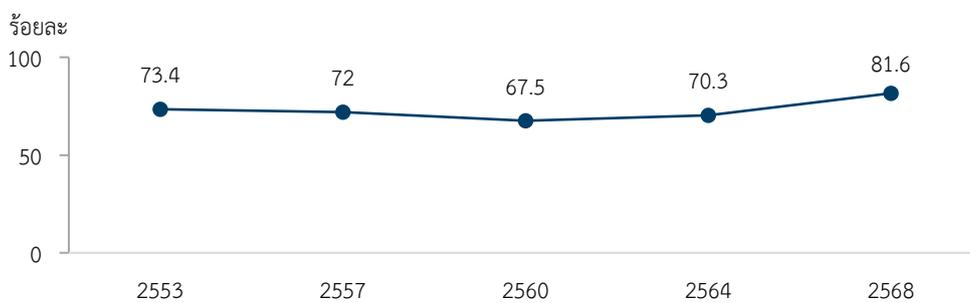
ปัญหาพัฒนาการของเด็กยุคใหม่

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายด้านการพัฒนาทุนมนุษย์ แม้เด็ก Gen Alpha และ Gen Beta จะเติบโตมากับเทคโนโลยีที่ช่วยให้เข้าถึงแหล่งเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว แต่พัฒนาการในหลายด้านยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่เหมาะสม หากไม่เร่งยกระดับการพัฒนาเด็กตั้งแต่วันนี้ ประเทศไทยอาจประสบปัญหาคุณภาพของแรงงานในอนาคต ซึ่งจะกระทบต่อศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว

Gen Alpha และ Gen Beta คือเด็กที่เกิดในช่วงปี 2553-2567 และเด็กที่เกิดตั้งแต่ปี 2568 เป็นต้นไป ตามลำดับ ปัจจุบันมีอายุระหว่าง 0-16 ปี และมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 15.6 ของโครงสร้างประชากรไทย ปี 2568 (สศช., 2562) เด็กกลุ่มนี้เติบโตมากับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อาทิ ปัญญาประดิษฐ์และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ต้นทุนต่ำ ซึ่งเอื้อต่อการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะ และจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศในอนาคต อย่างไรก็ตาม เด็กกลุ่มดังกล่าวกลับมีปัญหามีพัฒนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า แม่เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.4 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 81.6 ในปี 2568 แต่ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 85.0¹⁸

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความท้าทายด้านคุณภาพพัฒนาการเด็กที่ยังต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าสูงสุดอยู่ที่ด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 75.3 รองลงมาคือด้านการเข้าใจภาษา ร้อยละ 61.3 ซึ่งทั้งสองด้านเป็นรากฐานสำคัญของการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความล่าช้าในมิตินี้จึงอาจเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมบางประการที่มีลักษณะใกล้เคียงภาวะออทิสติก หรือภาวะออทิสติกเทียม (Pseudo-autism)¹⁹ เช่น ไม่ค่อยสบตา และตอบโต้สั้นๆ ทั้งนี้ งานศึกษาของ Heffler et al. (2022) ระบุว่า การใช้สื่อดิจิทัลตั้งแต่วัยทารกมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการล่าช้าและพฤติกรรมลักษณะดังกล่าว สะท้อนว่าปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยในปัจจุบันอาจเชื่อมโยงกับบริบทการเลี้ยงดูในสังคมดิจิทัลอย่างมีนัยสำคัญ

แผนภาพ 19 สัดส่วนเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ที่มีพัฒนาการสมวัย ปี 2553-2568



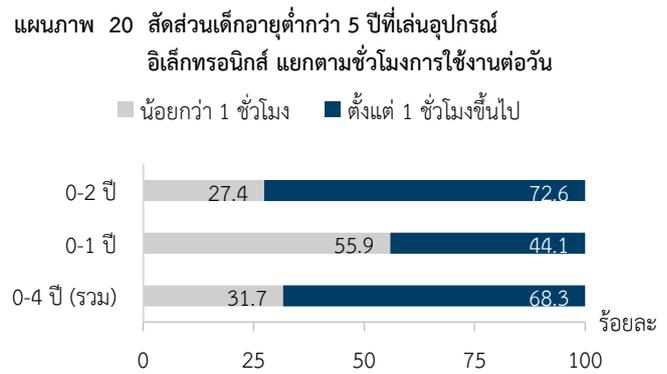
ที่มา : การสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย กระทรวงสาธารณสุข

¹⁸ ตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (11) การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต (พ.ศ. 2561 – 2580)

¹⁹ ภาวะออทิสติกเทียม หมายถึง ภาวะที่เด็กแสดงพฤติกรรมบางประการคล้ายภาวะออทิสติก (Autism Spectrum Disorder: ASD) แต่มีสาเหตุหลักมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและรูปแบบการเลี้ยงดู มิใช่ความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาทแต่กำเนิด

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาการเด็กไทยในยุคสังคมดิจิทัลสามารถสรุปได้ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. **พฤติกรรมการใช้เวลาหน้าจอที่ไม่เหมาะสมกับช่วงวัย** ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี 2565 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า เด็กไทยเริ่มใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ตั้งแต่อายุน้อย โดยเด็กอายุ 0-1 ปี ร้อยละ 27.0 เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และในกลุ่มนี้เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.1) ใช้เวลาหน้าจอเกินวันละ 1 ชั่วโมง ขณะที่เด็กอายุ 2-4 ปี มีสัดส่วนการเล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์สูงถึงร้อยละ 80.4 และในกลุ่มนี้ร้อยละ 72.6 ใช้เวลาหน้าจอเกินวันละ 1 ชั่วโมง ซึ่งสูงกว่าข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก ที่ระบุว่าเด็กอายุ 1-4 ปี ควรใช้เวลาหน้าจอไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมง



ที่มา : รายงานฉบับสมบูรณ์ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565

ปัจจัยดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงที่เด็กจะเข้าถึงเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม และอาจสัมพันธ์กับพัฒนาการที่ไม่สอดคล้องกับช่วงวัย หรือการแสดงพฤติกรรมบางประการที่คล้ายภาวะออทิสติก ซึ่งหากไม่ได้รับการสังเกตอย่างใกล้ชิด ไม่มีการติดตามพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและศักยภาพการเรียนรู้ในระยะยาว งานศึกษาของ Wannapaschaiyong et al. (2023) พบว่า เด็กปฐมวัยไทยเกือบ 1 ใน 4 (ร้อยละ 23.6) มีภาวะบกพร่องด้านความสามารถทางปัญญาในการจัดการพฤติกรรม (Executive Function)²⁰ ซึ่งเชื่อมโยงกับการรับชมสื่อที่มีคุณภาพต่ำ²¹ เป็นเวลานาน และการใช้สื่อร่วมกับผู้ดูแล (Co-viewing) ในระยะเวลาที่น้อยลง ขณะเดียวกัน งานวิจัยของ Chiencharoenthanakij et al. (2025) พบว่า เด็กไทยวัยเรียนอายุ 6-12 ปี ที่ใช้สื่อวิดีโอรูปแบบสั้น เช่น TikTok, YouTube Shorts และ Reels เป็นประจำ มีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมขาดสมาธิสูงขึ้น ถึงแม้จะควบคุมปัจจัยอื่นแล้ว เช่น ระยะเวลาการใช้หน้าจอ รูปแบบการเลี้ยงดู และสุขภาพจิตของผู้ปกครอง ผลกระทบดังกล่าวพบเด่นชัดมากขึ้นในเด็กที่อายุน้อย เนื่องจากสมองส่วนหน้าซึ่งมีหน้าที่ควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจยังพัฒนาไม่เต็มที่ ทั้งนี้ ทั้งสองการศึกษาชี้ตรงกันว่าปัญหาดังกล่าวไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการใช้หน้าจอเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะและรูปแบบของสื่อที่เด็กได้รับด้วย

2. **การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครีวเรื้อนที่เด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากพ่อแม่** รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ปี 2566 ระบุว่า เด็กไทยใน 1.8 ล้านครัวเรือน หรือร้อยละ 26.5 ของครัวเรือนที่มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่ หากแต่อยู่ในครัวเรือนข้ามรุ่นที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลหลัก (วรรต เลิศรัตน์ & สรัช สินธุประมา, 2566) ซึ่งมักเผชิญข้อจำกัดด้านสุขภาพและกำลังในการดูแล ทำให้การดูแลเด็กวัยที่มีพลังงานสูงและต้องการการกระตุ้นพัฒนาการอย่างใกล้ชิดทำได้ไม่เต็มที่ ขณะเดียวกัน ต้นทุนการเข้าถึงอุปกรณ์ดิจิทัลที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง (สศช., 2568)²² ส่งผลให้โทรทัศน์ โทรศัพท์มือถือ เกมคอมพิวเตอร์ และสื่อดิจิทัลรูปแบบต่าง ๆ

²⁰ Executive Functions (EF) หมายถึง ความสามารถที่เกิดจากการทำงานของสมอง ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อันเป็นฐานสำคัญของการเรียนรู้ ทักษะทางสังคม และการปรับตัว ประกอบด้วย (1) ความจำเพื่อใช้งาน (Working Memory) (2) ความยืดหยุ่นทางความคิด (Cognitive Flexibility) และ (3) ความสามารถในการยับยั้งตนเอง (Inhibitory Control)

²¹ สื่อเนื้อหาคุณภาพต่ำ หมายถึง รายการหรือแอปพลิเคชันที่มีจังหวะเร็ว มีสิ่งรบกวน หรือมีความรุนแรง รวมถึงสื่อที่มุ่งเน้นผู้ใหญ่ ขณะที่สื่อเนื้อหาคุณภาพสูงหมายถึงสื่อเชิงการศึกษาและสื่อส่งเสริมพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมกับวัยเด็ก

²² รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2567 ระบุว่า ครัวเรือนยากจนสามารถเข้าถึงสมาร์ตโฟนและอินเทอร์เน็ตได้ในสัดส่วนสูง โดยอยู่ที่ร้อยละ 79.54 และร้อยละ 74.8 ตามลำดับ

ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยดูแลและจัดการพฤติกรรมเด็กในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเพื่อดึงความสนใจหรือทำให้เด็กอยู่นิ่ง (สาวิตรี ทยานศิลป์, 2564) อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจสถานภาพการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศและการเข้าใจดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. 2568 บ่งชี้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 60-78 ปี (หรือผู้ที่เกิดปี 2489-2507) มีระดับการรู้เท่าทันสื่อและทักษะดิจิทัลต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่นอย่างชัดเจน ข้อจำกัดดังกล่าวอาจลดทอนศักยภาพในการคัดกรองเนื้อหาและกำกับดูแลการใช้สื่อของเด็กได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

แม้ว่าภาครัฐได้จัดทำแนวทางการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข อาทิ *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)* ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลมีบทบาทในการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการของบุตรหลานด้วยตนเอง รวมถึง *Guideline in Child Health Supervision* ของราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 18 ปีบริบูรณ์ ทั้งด้านการประเมินสุขภาพ การตรวจร่างกาย การคัดกรองพัฒนาการ การรู้เท่าทันสื่อ และโภชนาการที่เหมาะสม รวมถึงคำแนะนำให้เด็กต่ำกว่า 2 ปี ไม่ใช้สื่อหน้าจอ และเด็ก 2-5 ปี จำกัดการใช้สื่อหน้าจอไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลเด็กบางส่วนยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากคู่มือดังกล่าวได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากข้อจำกัดในการทำความเข้าใจเนื้อหาและขั้นตอนปฏิบัติที่มีลักษณะเชิงวิชาการ

ปัจจัยข้างต้นสะท้อนว่า ปัญหาพัฒนาการล่าช้าและภาวะออทิสติกเทียมของเด็กมิได้มีสาเหตุจากพฤติกรรมการใช้สื่อหน้าจอที่ไม่เหมาะสมเพียงลำพัง หากยังเชื่อมโยงกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของครัวเรือนที่ผู้สูงอายุต้องรับบทบาทผู้ดูแลหลัก ตลอดจนข้อจำกัดด้านความเข้าใจและการประยุกต์ใช้คู่มือหรือแนวทางประเมินพัฒนาการอย่างถูกต้อง ดังนั้น การแก้ไขปัญหาจึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

ในต่างประเทศ มีแนวทางที่หลากหลายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กควบคู่กับการกำกับการใช้สื่อดิจิทัล ตัวอย่างเช่น

สิงคโปร์ Ministry of Health (2025) ได้ให้คำแนะนำการใช้สื่อหน้าจอในเด็ก โดยคำนึงถึงพัฒนาการตามช่วงวัย ดังนี้ (1) เด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน ควรหลีกเลี่ยงการใช้สื่อหน้าจอทุกประเภท ยกเว้นการพูดคุยผ่านวิดีโอคอล ซึ่งควรมีผู้ปกครองหรือผู้ดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลา (2) เด็กอายุ 18 เดือน ถึง 6 ปี การใช้สื่อหน้าจอสามารถเป็นประโยชน์ได้หากเป็นเนื้อหาที่เหมาะสมกับวัย และมีสมาชิกในครอบครัวรับชมร่วมกับเด็กพร้อมทั้งพูดคุยอธิบายเนื้อหา อย่างไรก็ตาม ควรจำกัดเวลาใช้หน้าจอไม่เกินวันละ 1 ชั่วโมง และไม่ควรรู้สึกระหว่างรับประทานอาหาร ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการกินในระยะยาว และ (3) เด็กอายุ 7-12 ปี ควรใช้สื่อหน้าจอไม่เกินวันละ 2 ชั่วโมง ยกเว้นเพื่อการเรียน และหลีกเลี่ยงการใช้สื่อระหว่างมื้ออาหาร หรือภายใน 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอน

ญี่ปุ่น คุ้มครองเด็กและเยาวชนในโลกออนไลน์ด้วยแนวคิด Protection of Children Online (PCO) by Design ซึ่งมุ่งเน้นการออกแบบเทคโนโลยีให้มีความปลอดภัยสำหรับเด็กตั้งแต่ต้นทาง โดยรัฐบาลกำหนดให้ผู้ผลิตอุปกรณ์ดิจิทัลและผู้ให้บริการอินเทอร์เน็ตต้องจัดให้มีระบบคัดกรองเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม รวมถึงเครื่องมือควบคุมโดยผู้ปกครองติดตั้งมาพร้อมกับอุปกรณ์หรือบริการ เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองสามารถกำกับดูแลการเข้าถึงสื่อของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งขยายความรับผิดชอบจากระดับครัวเรือนไปสู่การกำกับดูแลในระดับระบบอย่างเป็นรูปธรรม (CFA, 2018)

สหราชอาณาจักร ใช้แนวทางคุ้มครองเด็กและเยาวชนในโลกออนไลน์ โดยผนวกกรอบกฎหมาย Online Safety Act 2023 เข้ากับแนวทางกำกับการใช้โทรศัพท์มือถือในสถานศึกษา เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งในโลกดิจิทัลและชีวิตจริง ทั้งนี้ ในกฎหมายจะกำหนดให้ผู้ให้บริการแพลตฟอร์มออนไลน์ต้องรับผิดชอบต่อความปลอดภัยของเด็ก (Duty of Care) เช่น การมีระบบตรวจสอบอายุผู้ใช้งานและมาตรการป้องกันเนื้อหาที่

ไม่เหมาะสม (OGL, 2023) ขณะเดียวกัน รัฐบาลได้ออกแนวทางให้โรงเรียนจำกัดหรือห้ามใช้โทรศัพท์มือถือถึงระหว่างเวลาเรียน เพื่อลดสิ่งรบกวนการเรียนรู้และป้องกันปัญหาการกลั่นแกล้งออนไลน์ โดยให้ผู้อำนวยการโรงเรียนสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของโรงเรียน (Department for Education, 2024) นอกจากนี้ BBC ยังได้พัฒนาเว็บไซต์ Tiny Happy People ซึ่งเริ่มเผยแพร่ตั้งแต่ปี 2563 เพื่อทำหน้าที่เป็นแหล่งเรียนรู้ออนไลน์สำหรับพ่อแม่และผู้ดูแลเด็กอายุ 0-4 ปี โดยเปิดให้เข้าถึงเนื้อหาได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื้อหาถูกจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญ ครอบคลุมทั้งวิดีโอ บทความ และตัวอย่างกิจกรรมที่นำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน มุ่งเสริมสร้างทักษะด้านภาษาและการสื่อสารในช่วงปฐมวัย อันเป็นรากฐานสำคัญของพัฒนาการทางสมอง พร้อมทั้งส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างเด็กกับผู้ดูแล (IHV, 2025)

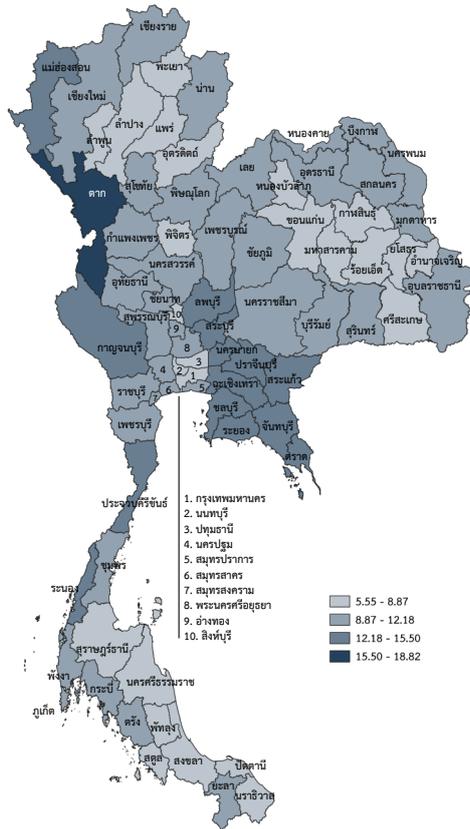
สำหรับประเทศไทยควรเร่งกำหนดนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนในการกำกับการใช้สื่อหน้าจอของเด็ก เพื่อลดความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าในระยะยาว โดยนำแนวทางที่ประสบผลสำเร็จจากต่างประเทศมาปรับใช้ในการสื่อสารให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทครอบครัวไทย ควบคู่ไปกับการพัฒนาแพลตฟอร์มหรือสื่อสาธารณะที่รวบรวมความรู้ด้านพัฒนาการเด็ก การรู้เท่าทันสื่อ และแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง เพื่อให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลมีเครื่องมือที่ใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรมในการดูแลเด็ก

Safe Sex: เพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องต้องห้าม แต่ต้องปลอดภัย

แม้ประเทศไทยจะมีการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และตัวเลขการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในเยาวชนโดยรวมจะลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แต่สถานการณ์สุขภาพทางเพศของเยาวชนไทยยังคงเผชิญกับความท้าทายสำคัญ โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ประเทศไทยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในกลุ่มเยาวชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องผ่านการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการทั้งในมิติกฎหมาย สถาบัน และระบบบริการสุขภาพ โดยจุดเปลี่ยนที่สำคัญคือการประกาศใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ซึ่งกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะสถานศึกษาในการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาให้เหมาะสมกับช่วงวัย ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตรต่อเยาวชน ทั้งนี้ ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2565 พบว่า เด็กและเยาวชนอายุ 15-17 ปี ประมาณร้อยละ 96.7 เคยได้รับการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษา สะท้อนถึงความครอบคลุมของการเข้าถึงองค์ความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาในระบบการศึกษาไทยในระดับที่ค่อนข้างสูง

แผนภาพ 21 อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 10-19 ปี ต่อประชากรหญิง 1,000 คน รายจังหวัด

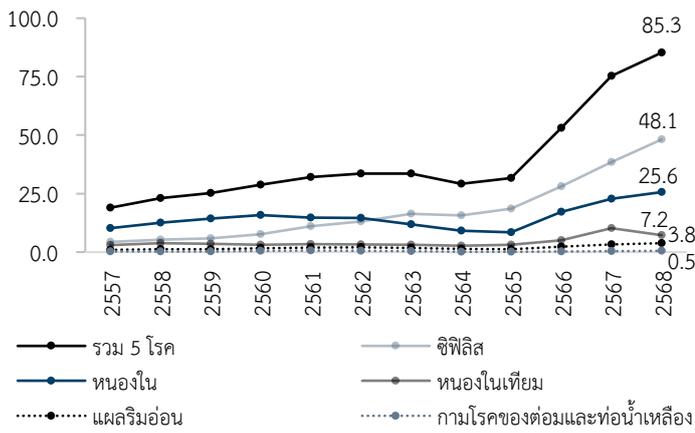


ที่มา : สำนักอนามัยเจริญพันธุ์

ในภาพรวม การดำเนินนโยบายดังกล่าวส่งผลให้แนวโน้มการตั้งครรภ์และการคลอดในกลุ่มวัยรุ่นหญิงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลจากกรมอนามัยระบุว่า จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปีที่คลอดบุตรลดลงจาก 112,278 คน ในปี 2557 เหลือ 35,981 คน ในปี 2567 ส่งผลให้อัตราการคลอดมีชีพปรับลดลงจาก 47.9 เหลือ 18.6 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน ซึ่งบรรลุค่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 21.0 ต่อพันคน แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับอัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุเดียวกันที่ลดลงจากร้อยละ 12.8 เหลือร้อยละ 6.5 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุ 10-14 ปี พบว่า แม้อัตราการคลอดมีชีพต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน จะปรับลดลงจาก 1.6 เหลือ 0.9 แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่ 0.7 อีกทั้ง อัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุดังกล่าวยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.0 เป็นร้อยละ 0.9 และหากพิจารณาในมิติพื้นที่ พบว่า ปัญหาท้องไม่พร้อมในกลุ่มวัยรุ่นมีการกระจุกตัวสูงในบางจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดชายแดน โดยจังหวัดตากและแม่ฮ่องสอน เป็นสองจังหวัดที่มีอัตราการคลอดมีชีพของแม่วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ต่อประชากรพันคน สูงที่สุดที่ 18.8 และ 15.0 ตามลำดับ

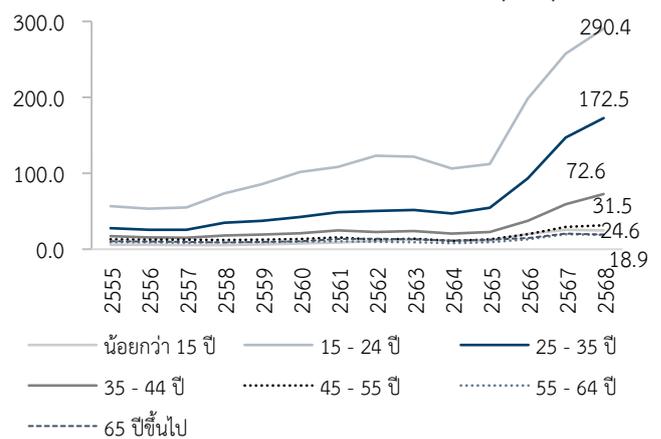
นอกจากนี้ การลดลงของสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในภาพรวมยังไม่ได้สะท้อนว่าวัยรุ่นและเยาวชนไทย มีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระดับที่น่ากังวล โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ข้อมูลจากกรมอนามัย (2568) ระบุว่า ในปี 2568 ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 13,357 คน ซึ่งสูงกว่าการคาดประมาณของกรมควบคุมโรค (ม.ป.ป.) ที่ 8,862 คน ถึง 1.5 เท่า โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (ร้อยละ 35.0) เป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี และร้อยละ 96.4 มีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน สอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ที่พบว่า ในปีเดียวกันมีผู้ป่วยรวม 55,428 คน หรือคิดเป็นอัตราป่วย 85.3 ต่อประชากรแสนคน โดยกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยสูงที่สุดถึง 290.4 ต่อประชากรแสนคน

แผนภาพ 22 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ต้องเฝ้าระวัง 5 โรค



ที่มา : STIs Dashboard, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2568)

แผนภาพ 23 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ต้องเฝ้าระวัง 5 โรคหลัก จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : STIs Dashboard, กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2568)

นอกจากนี้ ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ปี 2567 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งสำรวจเยาวชนจำนวน 15,425 คน ส่วนใหญ่อยู่อายุ 15-21 ปี ชี้ให้เห็นช่องว่างด้านพฤติกรรมทางเพศที่ยังคงมีอยู่ โดยพบว่าเยาวชนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย (อายุน้อยสุด 12 ปี และอายุเฉลี่ย 16-17 ปี) ขณะที่กว่าครึ่งหนึ่งไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้เพียงบางครั้ง (ร้อยละ 57.2) บ่งชี้ถึงพฤติกรรมกำบังที่ไม่สม่ำเสมอ อีกทั้งยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเก็บรักษาและการใช้ถุงยางอนามัยในสัดส่วนสูง เช่น การเก็บไว้ในช่องเก็บของรถยนต์/ใต้เบาะรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 65.4) การใช้น้ำมัน/โลชั่นเพิ่มความหล่อลื่น (ร้อยละ 53.1) การเก็บไว้ในกระเป๋าสตางค์ (ร้อยละ 25.2) ทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบกับรูปแบบความสัมพันธ์ทางเพศของเยาวชนที่มีความหลากหลาย ไม่จำกัดอยู่เฉพาะคู่รัก แต่ยังรวมถึงคนรู้จัก เพื่อน บุคคลจากสถานบันเทิง และผู้ที่รู้จักผ่านแอปพลิเคชันหาคู่ ซึ่งมักเป็นความสัมพันธ์ระยะสั้นและมีข้อจำกัดในการสื่อสารหรือการเจรจาเรื่องการป้องกัน นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ

สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องระหว่างการได้รับความรู้ด้านเพศวิถีศึกษากับการนำไปปฏิบัติจริงของเยาวชน โดยช่องว่างระหว่างความรู้กับพฤติกรรมทางเพศเป็นผลมาจากปัจจัยสำคัญหลายประการ ดังนี้

1. การเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาของไทยยังมีข้อจำกัดในเชิงคุณภาพ แม้หลักสูตรจะอ้างอิงแนวคิดเพศวิถีศึกษาครบด้าน (Comprehensive Sexuality Education: CSE) ซึ่งมีหลักฐานยืนยันว่าสามารถชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ลดพฤติกรรมเสี่ยง และเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างมีนัยสำคัญ (UNESCO, 2562)

แต่ในทางปฏิบัติ เนื้อหาการเรียนการสอนยังเน้นเชิงชีววิทยา ผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ ขณะที่เนื้อหาด้านทักษะชีวิตที่จำเป็นต่อการตัดสินใจทางเพศอย่างปลอดภัยยังมีอยู่จำกัด อีกทั้งรูปแบบการเรียนการสอนเน้นการบรรยายมากกว่าการมีส่วนร่วม (Boonmongkon et al., 2019) รายงานของ UNESCO (2564) พบว่า ครูไทยร้อยละ 47.0 เห็นว่า เพศศึกษาในโรงเรียนเน้นหนักในเรื่องการงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ นักเรียนหญิงร้อยละ 41.0 และนักเรียนที่มีความหลากหลายทางเพศร้อยละ 44.0 ยังระบุว่า บทเรียนไม่ครอบคลุมเนื้อหาที่สอดคล้องกับตนเอง ขณะเดียวกัน ครูร้อยละ 61.0 เห็นว่าตนไม่มีทักษะในการสอน ร้อยละ 62.0 ขาดความรู้ในหลักสูตร และร้อยละ 58.0 รู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่สะดวกใจในการสอนวิชานี้ จึงก่อให้เกิดบรรยากาศในห้องเรียนที่ไม่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องเพศอย่างปลอดภัยและเปิดกว้าง ซึ่งสะท้อนภาพเดียวกับรายงานพิเศษของ Bangkok Post ที่พบว่า ในบางกรณีบรรยากาศในห้องเรียนเพศศึกษาได้กลายเป็นพื้นที่ของความขบขันและการเยาะเย้ยกัน มากกว่าการเอื้อต่อการเรียนรู้เชิงสาระ (Mahavongtrakul, 2019)

2. **เยาวชนบางส่วนยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเผชิญกับข้อจำกัดในการต่อรองการใช้วิธีป้องกันอย่างเหมาะสม** รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2567 พบว่า แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มุ่งเน้นการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 48.4 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มีเพียงร้อยละ 13.0 ใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนอายุ 15-24 ปี พบว่า เยาวชนร้อยละ 96.4 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคนรัก และในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44.6 มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แต่มีเพียงร้อยละ 33.5 ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และแม้ว่าพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในบริบทความสัมพันธ์แบบคู่รัก แต่การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังอยู่ในระดับต่ำ เพราะเชื่อว่าคู่นอนของตนไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และกังวลว่าการต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยอาจกระทบต่อความพึงพอใจ ความไว้วางใจ และความสัมพันธ์ (รวมพร และคณะ, 2565) ซึ่งสะท้อนว่าการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยของเยาวชนจำเป็นต้องเสริมสร้างทักษะการสื่อสาร การต่อรอง และการประเมินความเสี่ยงภายใต้บริบทความสัมพันธ์จริงด้วย

3. **สังคมไทยยังไม่เอื้อต่อการพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์อย่างเปิดกว้าง** เนื่องจากวัฒนธรรมที่ปลูกฝังให้เด็กต้องรักษานวลสงวนตัวและมองเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งต้องห้าม ส่งผลให้การสื่อสารในประเด็นดังกล่าวมักเป็นไปอย่างไม่ตรงไปตรงมา หรือถูกหลีกเลี่ยงโดยสิ้นเชิง ซึ่งกระทบต่อระดับความพร้อมของทั้งพ่อแม่และครูในการให้คำแนะนำที่เหมาะสม ผลการสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2568) พบว่า เยาวชนร้อยละ 23.7 ต้องการพูดคุยเรื่องเพศกับพ่อแม่ แต่ยังไม่กล้า และร้อยละ 18.8 มองว่าพ่อแม่ไม่เข้าใจ สถานการณ์ดังกล่าวทำให้เยาวชนบางส่วนหันไปหาข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น สื่อออนไลน์ หรือเพื่อน ซึ่งอาจนำไปสู่ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและพฤติกรรมเสี่ยง



4. **ระบบบริการสุขภาพทางเพศยังไม่เอื้อต่อการเข้าถึงของเยาวชน** แม้ภาครัฐจะมีความพยายามในการจัดให้มีบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างครอบคลุม ตั้งแต่การวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก การป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี การตรวจคัดกรองมะเร็งระบบสืบพันธุ์ การให้คำปรึกษาปัญหาเพศแก่เด็กและเยาวชน ไปจนถึงการช่วยเหลือทางการแพทย์และสังคมแก่ผู้ที่ประสบความรุนแรงทางเพศ แต่ในทางปฏิบัติบริการเหล่านี้ยังไม่เป็นมิตรต่อเยาวชนเท่าที่ควร ทั้งในด้านเวลาทำการที่ไม่สอดคล้องกับเวลาเรียนหรือทำงาน ทักษะคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการที่อาจสร้างความอึดอัดใจแก่เยาวชน

ที่เข้ารับบริการ รวมถึงทางเลือกของผลิตภัณฑ์ป้องกันที่ยังมีจำกัด เช่น ขนาดของถุงยางอนามัยและชนิดของยาคุมกำเนิด นอกจากนี้ ในพื้นที่ที่มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจำนวนน้อยและมีลักษณะเป็นสังคมใกล้ชิด ชาวชนมักกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัวและการถูกนำเรื่องไปพูดต่อ ส่งผลให้บางส่วนหลีกเลี่ยงการใช้บริการของรัฐ และหันไปพึ่งพาข้อมูลออนไลน์ จัดหาผลิตภัณฑ์ด้วยตนเอง หรือเลือกใช้บริการเอกชนที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ขณะที่บางส่วนเลือกมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน (Wiwatkamonchai et al., 2023)

ช่องว่างระหว่างการรับรู้เรื่องเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเยาวชนโดยตรง หากยังสะท้อนต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาวของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระยะยาว เช่น การติดเชื้อไวรัส HPV ที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ทวารหนัก คอหอย และอวัยวะเพศชาย และเชื่อมโยงไปสู่ภาระค่าใช้จ่ายของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น รายงาน Thailand's National AIDS Spending Assessment (NASA) 2022-2023 ระบุว่า รายจ่ายด้านเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยรายจ่ายรวมเพิ่มจาก 6,628.2 ล้านบาท ในปี 2551 เป็น 8,498.7 ล้านบาท ในปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 0.05 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) นอกจากนี้ ค่าใช้จ่ายถึงเกือบ 3 ใน 4 ถูกจัดสรรไปยังการดูแลรักษาและการรักษาพยาบาล ขณะที่การลงทุนด้านการป้องกันยังอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำ

สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างสุขภาพทางเพศของคนไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งอาจมีแนวทาง ดังนี้

1. **ยกระดับการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาให้เน้นทักษะเชิงปฏิบัติ ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอน** โดยปรับหลักสูตรให้ครอบคลุมทั้งทักษะด้านสุขภาพทางเพศ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง และทักษะการตัดสินใจทางเพศอย่างปลอดภัย เช่น การประเมินความเสี่ยง การสื่อสาร และการต่อรอง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำไปใช้และรับมือกับสถานการณ์จริงได้ดียิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน ควรลงทุนพัฒนาศักยภาพครูอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะการจัดการเรียนการสอน และทัศนคติที่ไม่ตีตราผู้เรียน เพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและเป็นมิตร

2. **ปรับระบบนิเวศให้เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพทางเพศของเยาวชน** โดยครอบคลุม (1) การเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจของครอบครัวในการพูดคุยเรื่องเพศกับบุตรหลาน เพื่อให้ครอบครัวเป็นพื้นที่ที่เปิดกว้างและปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้เรื่องเพศวิถี (2) การเพิ่มความสะดวกและความเป็นมิตรในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศของเยาวชน ผ่านการขยายเวลาให้บริการช่วงหลังเลิกเรียนหรือวันหยุด และการจัดบริการหรือคลินิกเฉพาะสำหรับเยาวชน และ (3) การปรับทัศนคติของสังคมต่อเรื่องเพศ ผ่านการสื่อสารสาธารณะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยถูกมองเป็นประเด็นด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดการตีตราทางสังคม

3. **ประยุกต์ใช้แนวคิดเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่ปลอดภัย** โดยนำแนวคิด “การสะกิด” มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการตัดสินใจทางเพศที่ปลอดภัย เช่น การจัดวางถุงยางอนามัยและอุปกรณ์คุมกำเนิดในจุดที่เข้าถึงได้ง่ายและเป็นส่วนตัว

“Portfolio” กับเส้นทางการเข้ามหาวิทยาลัยของเด็กไทย

Portfolio เป็นรูปแบบการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อระดับมหาวิทยาลัยที่ช่วยให้สถาบันอุดมศึกษาได้ผู้สมัครที่มีศักยภาพโดดเด่นและสอดคล้องกับความต้องการของสาขาวิชา อย่างไรก็ตาม ภายใต้ความสำเร็จดังกล่าว ระบบ Portfolio กลับมีแนวโน้มคัดเลือกรุ่นที่มียุทธศาสตร์สูง มากกว่าคนที่มีศักยภาพอย่างแท้จริง และอาจซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาของเด็กไทยบางกลุ่ม

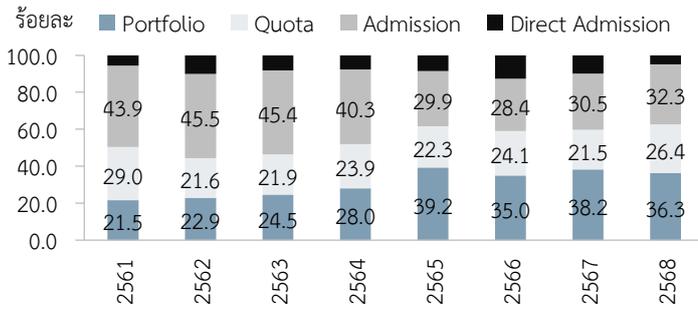
การคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาต่อที่พิจารณาเพียงคะแนนสอบหรือผลการเรียนอาจไม่สามารถสะท้อนศักยภาพ ความพร้อม และความเหมาะสมของผู้สมัครได้อย่างรอบด้าน ด้วยเหตุนี้ มหาวิทยาลัยจำนวนมากทั่วโลกจึงเริ่มหันมาใช้แนวทางการคัดเลือกแบบองค์รวม (Holistic Admissions) ซึ่งเป็นกระบวนการประเมินที่อาศัยเกณฑ์ที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทักษะคิด และสมรรถนะเชิงปฏิบัติ (Bastedo, 2026) โดยในปี 2566 วิทยาลัยและมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริการ้อยละ 85 ได้ประกาศลดบทบาทหรือยกเลิกการใช้คะแนนสอบเป็นเงื่อนไขหลักในการรับสมัคร และหันมาให้ความสำคัญกับองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น กิจกรรมนอกหลักสูตร เรียงความ และจดหมายรับรอง (FairTest, 2023) เพื่อประเมินผู้สมัครในมิติที่หลากหลายและสอดคล้องกับศักยภาพที่แท้จริงมากยิ่งขึ้น

สำหรับประเทศไทย แนวคิดการคัดเลือกแบบองค์รวมได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ผ่านการรับสมัครในรอบ Portfolio ภายใต้ระบบการคัดเลือกกลางบุคคลเข้าศึกษาต่อในสถาบันอุดมศึกษาของประเทศไทย (Thai University Central Admission System: TCAS)²³ ซึ่งพัฒนาโดยที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.) (2568) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาการสมัครสอบหลายครั้ง ลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้สมัคร และป้องกันการใช้สิทธิซ้ำซ้อนและการกีดกันโอกาสของผู้อื่น โดยปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 4 รอบ ได้แก่ (1) Portfolio เน้นการพิจารณาความสามารถพิเศษ กิจกรรม ผลงาน รางวัล หรือเกรดเฉลี่ย โดยไม่มีการสอบข้อเขียน (2) Quota เน้นพื้นที่เครือข่ายสถานศึกษา หรือความสามารถเฉพาะด้าน (3) Admission ใช้คะแนนสอบกลาง และ (4) Direct Admission เป็นรอบสุดท้ายสำหรับสถาบันที่ยังมีที่นั่งคงเหลือ

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติ รอบ Portfolio ได้กลายเป็นช่องทางการรับสมัครหลักของมหาวิทยาลัยไทย โดยสัดส่วนการรับสมัครเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 21.5 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 36.3 ในปี 2568 (ธนกร วรพิทักษานนท์, 2564; ทปอ., ม.ป.ป.) ขณะที่รูปแบบการรับสมัครอื่นมีแนวโน้มลดลงทั้งหมด ยิ่งไปกว่านั้น บางคณะในมหาวิทยาลัยชั้นนำหลายแห่งใช้การคัดเลือกผ่าน Portfolio เป็นช่องทางหลักของการรับสมัคร และในบางกรณียังเปิดรับสมัครซ้ำหลายครั้งภายใต้รูปแบบดังกล่าว ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบการคัดเลือกที่อาจส่งผลกระทบต่อความเสมอภาคในการเข้าถึงการอุดมศึกษา

²³ TCAS เริ่มใช้ตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 โดยในช่วงปีการศึกษา 2561-2564 แบ่งการคัดเลือกออกเป็น 5 รอบ ได้แก่ รอบแฟ้มสะสมผลงาน (Portfolio) รอบโควตา (Quota) รอบการรับกลางร่วมกัน 2 รอบ (Admission 1 และ Admission 2) และรอบรับตรงอิสระ (Direct Admission) และตั้งแต่ปีการศึกษา 2565 ได้มีการควบรวมรอบ Admission ให้เหลือรอบเดียว

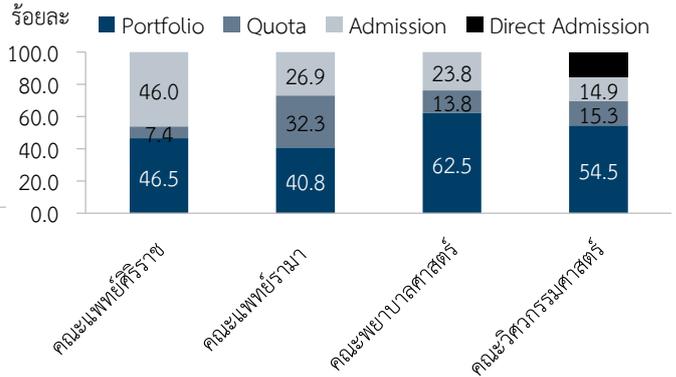
แผนภาพ 24 สัดส่วนที่แบ่งที่เปิดรับสมัคร จำแนกตามรูปแบบการรับสมัคร



หมายเหตุ : 1) ข้อมูลปี 2561 มาจาก วนกร วรพิทักษานนท์. (2564). ผลกระทบของความเหลื่อมล้ำต่อการเข้าศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาของนักเรียนไทย. และ 2) ข้อมูลปี 2562–2568 มาจากที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.)

ที่มา : รวบรวมและประมวลผลโดย สศช.

แผนภาพ 25 ตัวอย่างสัดส่วนการรับสมัครในรูปแบบต่างๆ ของมหาวิทยาลัยมหิดล จำแนกตามคณะ ปีการศึกษา 2568



ที่มา : มหาวิทยาลัยมหิดล

การขยายบทบาทของการคัดเลือกผ่าน Portfolio เป็นการเปลี่ยนเงื่อนไขของความได้เปรียบในการเข้าสู่อุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ จากระบบที่แข่งขันกันบนมาตรฐานเดียว ไปสู่ระบบที่ให้คุณค่ากับความสามารถในการสะสมและนำเสนอกิจกรรม ประสบการณ์ และพัฒนาการด้านการเรียนรู้ของผู้สมัครให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสถาบัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการ คำแนะนำที่เหมาะสม โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สถาบันให้คุณค่าสูง ตลอดจนทักษะในการถ่ายทอดสิ่งเหล่านั้นผ่าน Portfolio ซึ่งล้วนพึ่งพาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้การคัดเลือกผ่าน Portfolio มีแนวโน้มจะเอื้อประโยชน์แก่ผู้ที่มีต้นทุนสูงกว่า กระทบต่อความเป็นธรรมของระบบการคัดเลือกในภาพรวม ดังนี้

1. เกณฑ์การยื่น Portfolio สูงขึ้นและเฉพาะตัวมากขึ้น ในช่วงที่ผ่านมา มหาวิทยาลัยแนวหน้า

ของประเทศ โดยเฉพาะในคณะแพทยศาสตร์ และวิศวกรรมศาสตร์ ได้ปรับเกณฑ์การรับสมัครให้เข้มข้นและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น กำหนดให้ผู้สมัครต้องมีประสบการณ์จากโครงการหรือการแข่งขันโอลิมปิกวิชาการ มีโครงงานวิจัยหรือผลงานในสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีคะแนนสอบภาษาในระดับสูง เช่น IELTS ไม่น้อยกว่า 7.0 หรือ TOEFL (Internet-Based) ไม่น้อยกว่า 100 คะแนน การยกระดับเกณฑ์ดังกล่าวช่วยให้มหาวิทยาลัยคัดเลือกผู้สมัครที่มีความพร้อมมากขึ้น แต่ขณะเดียวกันก็ได้ผลักภาระไปที่ต้นทุนของผู้สมัคร ทั้งค่าใช้จ่าย เวลา และโอกาสในการสะสมผลงาน ผู้สมัครจากครัวเรือนหรือโรงเรียนที่มีทรัพยากรสูงย่อมได้เปรียบในการเตรียมตัว (จันทิมา ชัยยะศิริสุวรรณ, 2568) ในทางกลับกันผู้สมัครจากบริบทที่มีทรัพยากรจำกัดต้องแบ่งเวลาและพลังงานไปกับภาระอื่น เช่น การทำงานช่วยครอบครัว หรือการเรียนในโรงเรียนที่มีคุณภาพเชิงโครงสร้างต่ำกว่า แม้ว่าผู้สมัครทั้งสองกลุ่มจะมีศักยภาพใกล้เคียงกัน แต่ความเหลื่อมล้ำด้านทรัพยากรทำให้บางกลุ่มไม่สามารถแสดงศักยภาพนั้นออกมาในรูปแบบที่ระบบการคัดเลือกมองเห็นได้อย่างเต็มที่

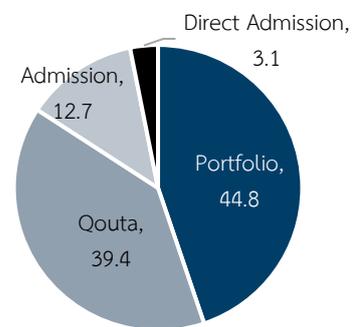
2. การจัดเตรียม Portfolio ส่งเสริมการสะสมผลงานเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ ภายใต้ระบบ

การคัดเลือกปัจจุบัน การจัดเตรียม Portfolio มีแนวโน้มจะให้ความสำคัญกับการนำเสนอผลงานให้ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีความหลากหลาย มากกว่าการส่งเสริมการเรียนรู้เชิงลึกหรือการพัฒนาความสนใจอย่างต่อเนื่องของผู้เรียน นักเรียนบางส่วนถูกผลักดันให้เร่งทำกิจกรรมภายในระยะเวลาจำกัด (ผู้จัดการออนไลน์, 2568) เช่น การทำโครงงานวิจัยร่วมกับอาจารย์มหาวิทยาลัยเพื่อให้มีชื่อในบทความวิชาการ ทั้งที่มีส่วนร่วมจำกัด การฝึกงานระยะสั้นในหน่วยงานที่มีชื่อเสียงโดยมุ่งหวังหนังสือรับรองมากกว่าการเรียนรู้จริง รวมถึงการเข้าค่ายโอลิมปิกวิชาการและการแข่งขันทางวิชาการจำนวนมากเพื่อสะสมเกียรติบัตร แนวโน้มดังกล่าวไม่เพียงบิดเบือนเป้าหมายของการเรียนรู้แต่ยังเปิดพื้นที่ให้เกิดการแสวงหาผลประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น ค่าเตรียมความพร้อมในการจัดทำแฟ้มสะสมผลงาน หรือบริการรับจ้างทำโครงงาน ส่งผลให้ความสามารถในการลงทุนถูกแปลงเป็นความได้เปรียบในการคัดเลือก และยิ่งตอกย้ำความเหลื่อมล้ำด้านโอกาสทางการศึกษา

3. โรงเรียนขนาดเล็กและโรงเรียนในพื้นที่ห่างไกลมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างในการส่งเสริมให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกในรอบ Portfolio งานศึกษาของจันทิมา ชัยยะศิริ สุวรรณ และคณะ (2568) ชี้ว่า สถานศึกษาขนาดเล็กนอกจากจะได้รับการจัดสรรทรัพยากรน้อยแล้ว ยังขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายผู้ปกครองและศิษย์เก่า ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการจัดกิจกรรมที่มหาวิทยาลัยให้คุณค่าสูงในระบบ Portfolio ขณะที่โรงเรียนในพื้นที่ห่างไกลมักเผชิญปัญหาการขาดแคลนครูและการโยกย้ายครูอยู่บ่อยครั้ง ทำให้การเรียนการสอนไม่ต่อเนื่อง และครูมีภาระงานสูงจนไม่สามารถดูแลหรือให้คำแนะนำเชิงลึกในการพัฒนาผลงานของนักเรียนได้อย่างเพียงพอ ในทางตรงกันข้าม โรงเรียนขนาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรงเรียนวิทยาศาสตร์ และโรงเรียนในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) สามารถจัดกิจกรรมเสริมได้อย่างเป็นระบบ เช่น ค่าวิทยาศาสตร์ การเรียนรู้ผ่านงานวิจัย และการแข่งขันโอลิมปิกวิชาการ ซึ่งช่วยให้นักเรียนมีโอกาสสะสมผลงานที่สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกโดยตรง ความแตกต่างดังกล่าวทำให้ศักยภาพของสถานศึกษาถูกถ่ายทอดไปเป็นความได้เปรียบของผู้เรียนในกระบวนการคัดเลือกผ่าน Portfolio

4. การสมัครรอบ Portfolio มีต้นทุนทางการเงินค่อนข้างสูงและอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อเด็กจากครัวเรือนรายได้น้อย แม้ อว. จะยกเว้นค่าธรรมเนียมการสมัครสอบ TGAT และ TPAT ซึ่งใช้เป็นคะแนนประกอบการคัดเลือกในรอบ Quota, Admission และ Direct Admission รวมถึงสนับสนุนค่าธรรมเนียมการเลือกอันดับในรอบ Admission ไม่เกิน 600 บาทต่อคน แต่นักเรียนไทยจำนวนมากกลับเลือกสมัครเข้าศึกษาต่อในรอบ Portfolio ซึ่งมีค่าธรรมเนียมการสมัครและการสอบสัมภาษณ์ในระดับสูง โดยบางคณะมีค่าใช้จ่ายรวมประมาณ 3,000 บาท นอกจากนี้ ผู้สมัครยังต้องแบกรับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าสอบวัดระดับภาษาอังกฤษ ซึ่งอาจสูงเกือบ 8,000 บาทต่อครั้ง ค่าสมัครเข้าค่ายหรือกิจกรรมเสริมที่บางโครงการมีค่าใช้จ่ายสูงหลักหมื่น ตลอดจนค่าใช้จ่ายแฝง เช่น ค่าหอพัก ค่าเดินทาง ค่าอุปกรณ์การเรียน

แผนภาพ 26 สัดส่วนการยื่นสมัคร TCAS ปี 2568 จำแนกตามรูปแบบการรับสมัคร (ร้อยละ)



ที่มา : ที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.)

5. การคัดเลือกผ่าน Portfolio เผชิญปัญหาด้านคุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลงานผู้สมัคร โดยเฉพาะกรณีการทุจริตในรูปแบบการแอบอ้างหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่นมาใช้เป็นของตนเอง แม้ ทปอ. จะมีการออกคำเตือนว่าการให้ข้อมูลเท็จหรือการจ้างทำ Portfolio เข้าข่ายการทุจริตและอาจมีความผิดทางกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติ มหาวิทยาลัยจำนวนมากยังมีข้อจำกัดในการตรวจสอบรายละเอียด ดังที่ปรากฏในข่าวกรณีผู้สมัครรายหนึ่งนำผลงานซอฟต์แวร์และเกมที่ไม่ได้พัฒนาด้วยตนเองมาใส่ไว้ใน Portfolio จนผ่านการคัดเลือกเบื้องต้นและมีสิทธิเข้าสอบสัมภาษณ์ในหลายมหาวิทยาลัย ก่อนที่ข้อเท็จจริงจะถูกเปิดเผยจากการร้องเรียนของเจ้าของผลงาน (วุฒิปันธุ์ เปรมาสวัสดิ์, 2568) เหตุการณ์นี้สะท้อนข้อจำกัดของกลไกการตรวจสอบอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ระบบคัดเลือกมีความเสี่ยงต่อการคัดกรองผู้ที่สามารถ “นำเสนอผลงานได้ดี” มากกว่าผู้ที่มีความสามารถและการเรียนรู้จริง โดยเฉพาะในยุคที่ AI และเครื่องมือดิจิทัลทำให้การสร้าง ดัดแปลง หรือเลียนแบบผลงานทำได้ง่ายขึ้น

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาประสบการณ์จากหลายประเทศที่ใช้การคัดเลือกผ่าน Portfolio ในการรับนักเรียนเข้าศึกษาต่อระดับมหาวิทยาลัย พบว่าประสบปัญหาคล้ายคลึงกับประเทศไทย และมีแนวทางการแก้ปัญหาที่น่าสนใจ อาทิ

1. การปรับปรุงเงื่อนไขและข้อกำหนดการรับสมัคร *รัฐบาลเกาหลีใต้* ได้ผลักดันมาตรการเพื่อเสริมสร้างความยุติธรรมของระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัย ผ่าน 3 แกนหลัก ได้แก่ (1) การลดบทบาทของปัจจัยนอกหลักสูตรที่เอื้อต่อความเหลื่อมล้ำ เช่น การยกเลิกการนำกิจกรรมนอกหลักสูตร เรียงความแนะนำตัว และจดหมายรับรองมาใช้ในการคัดเลือก รวมถึงจำกัดรายการผลงานที่สามารถนำเสนอได้ เพื่อป้องกันการแข่งขันสะสม

ผลงานและอิทธิพลของการศึกษาเอกชน (2) การเสริมสร้างความโปร่งใสและความเป็นมืออาชีพของกระบวนการคัดเลือก โดยการเปิดเผยเกณฑ์การประเมิน การพิจารณาผู้สมัครโดยตัดข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนหรือสะท้อนฐานะทางสังคมออกจากเอกสารสมัคร และการเพิ่มกลไกตรวจสอบจากภายนอก และ (3) การปรับโครงสร้างระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัย โดยเพิ่มสัดส่วนการรับเข้าผ่านการสอบวัดความสามารถทางวิชาการ ลดความซับซ้อนของกระบวนการคัดเลือกเฉพาะทาง และจัดสรรที่นั่งหรือเกณฑ์คัดเลือกเฉพาะสำหรับผู้สมัครจากกลุ่มหรือพื้นที่ด้อยโอกาส โดยประเมินความสามารถควบคู่ไปกับบริบททางสังคม เพื่อขยายโอกาสและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการอุดมศึกษา (Government of the Republic of Korea, 2021)

2. **การพัฒนากระบวนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้สมัคร สหราชอาณาจักร** มีระบบตรวจสอบเรียงความแนะนำตัวของผู้สมัคร โดยใช้ซอฟต์แวร์เปรียบเทียบเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลเรียงความในปีเดียวกันปีก่อนหน้า และจากแหล่งออนไลน์ เพื่อระบุข้อความที่มีความคล้ายคลึงกันในระดับที่อาจเข้าข่ายการคัดลอกผลงาน โดยหากตรวจพบความคล้ายคลึงในระดับที่มีนัยสำคัญ ระบบจะแจ้งข้อมูลไปยังมหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมระบุสัดส่วนของเนื้อหาที่คล้ายคลึงและแหล่งที่มาของข้อความ เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาใบสมัคร (UCAS, 2026; Loughborough University, 2024)

แนวทางของประเทศข้างต้นสะท้อนว่า การรับสมัครโดยใช้ Portfolio ต้องคำนึงถึงบริบทเชิงโครงสร้างและความเหลื่อมล้ำอย่างจริงจัง มิฉะนั้นกระบวนการคัดเลือกอาจกลายเป็นกลไกที่ตัดโอกาสของนักเรียนกลุ่มเปราะบางสำหรับประเทศไทย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเริ่มตระหนักถึงปัญหานี้ โดยในปี 2568 อว. ได้ประกาศนโยบายด้านอุดมศึกษา ปี 2570 ขอความร่วมมือให้มหาวิทยาลัยปรับลดสัดส่วนการรับนักศึกษาผ่านรอบ Portfolio เท่าที่จำเป็น และร่วมกันพัฒนา Portfolio มาตรฐานกลาง ซึ่ง ทปอ. ได้เริ่มพัฒนาระบบ TCASFolio เป็นเครื่องมือจัดทำแฟ้มสะสมผลงานโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเปิดให้ทดลองใช้งานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2568 (อว., 2568)

อย่างไรก็ตาม หากต้องการให้ระบบ TCAS บรรลุเป้าหมายในการสร้างความเท่าเทียม ลดความกดดันจากการสอบแข่งขัน และเอื้อให้นักเรียนสามารถวางแผนสมัครและเตรียมความพร้อมเข้าสู่คณะหรือสาขาที่สนใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานด้านการศึกษาในทุกระดับจำเป็นต้องพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบ Portfolio ควบคู่กันอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. **โรงเรียนในพื้นที่เดียวกันควรรวมตัวกันเป็นเครือข่าย** เพื่อแบ่งปันทรัพยากรและโอกาสการเรียนรู้ เช่น เปิดโอกาสให้นักเรียนจากโรงเรียนที่ขาดแคลนได้ไปใช้อุปกรณ์ของโรงเรียนที่มีความพร้อมมากกว่า โรงเรียนในเครือข่ายร่วมกันจัดกิจกรรม เพื่อให้นักเรียนได้ลงมือทำโครงการและทดลองจริง รวมถึงจัดค่ายสอนการจัดทำ Portfolio โดยมีครู/ผู้เชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำ และจัดกิจกรรมซ้อมสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับเกณฑ์รับสมัครของมหาวิทยาลัย เพื่อให้นักเรียนทุกคนมีโอกาสเตรียมตัวได้ใกล้เคียงกันมากขึ้น

2. **มหาวิทยาลัยควรแสดงความโปร่งใสผ่านการเปิดเผยเกณฑ์การประเมินอย่างชัดเจน** มุ่งประเมินผลงานและกิจกรรมที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาเป็นหลัก ควบคู่กับการพิจารณาแฟ้มสะสมผลงานที่ตัดข้อมูลซึ่งสามารถระบุตัวตนหรือสถานะทางสังคมของผู้สมัครออกจากเอกสาร เพื่อจำกัดอคติในการคัดเลือก นอกจากนี้ควรร่วมกันพัฒนาระบบตรวจสอบและรับรองความถูกต้องของข้อมูลที่ใช้ในการสมัครให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยอาจนำเทคโนโลยี AI มาใช้ช่วยคัดกรองประวัติและผลงาน เพื่อลดการพึ่งพาดุลยพินิจของมนุษย์

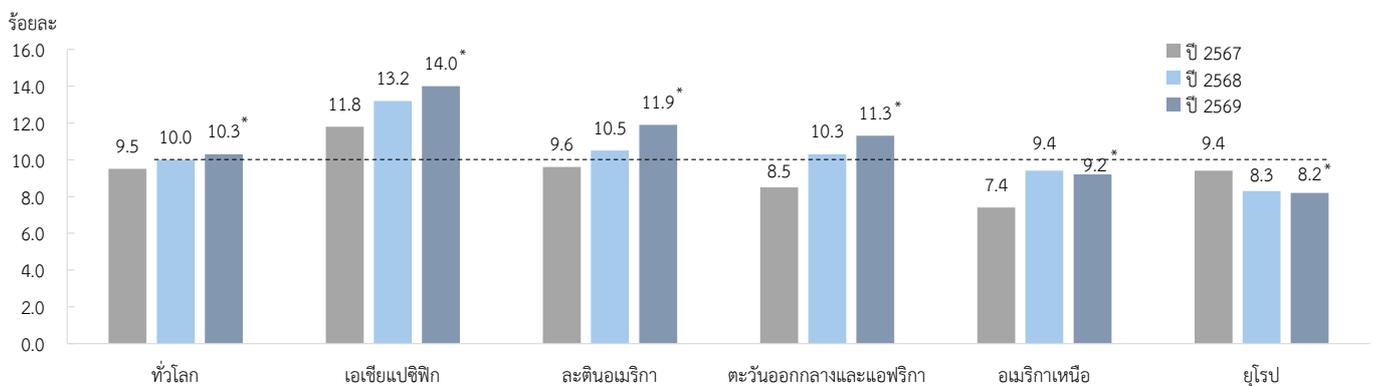
3. **หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องอาจพิจารณากำหนดเพดานค่าธรรมเนียมการสมัครรอบ Portfolio** ไม่ให้สูงเกินไป เพื่อลดอุปสรรคหรือภาระทางการเงินให้แก่ผู้สมัคร โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนจากครัวเรือนรายได้น้อย

บทความ เรื่อง เงินเพื่อทางการแพทย์ : ความเสี่ยงของระบบสุขภาพไทย

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพเอกชน สะท้อนถึงความเสี่ยงที่ต้นทุนด้านสุขภาพจะถูกส่งผ่านมายังผู้เอาประกัน ในรูปของเบี้ยประกัน และการร่วมจ่ายที่เพิ่มขึ้น กระทบต่อความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพิ่มแรงกดดันต่อระบบสาธารณสุขของรัฐในระยะต่อไป หากขาดมาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสม

ปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลที่ปรับสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องกำลังกระทบต่อความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยรายงาน 2026 Global Medical Trends ซึ่งสำรวจบริษัทประกันสุขภาพ 346 แห่ง ใน 82 ประเทศ ระบุว่า “เงินเพื่อทางการแพทย์” หรือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่คำนวณจากการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของระบบประกันสุขภาพเอกชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่า ในปี 2569 อัตราเงินเพื่อทางการแพทย์ทั่วโลกจะอยู่ที่ร้อยละ 10.3 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็นปีที่ 3 จากร้อยละ 9.5 ในปี 2567 และร้อยละ 10.0 ในปี 2568 ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกยังคงเป็นภูมิภาคที่มีอัตราเงินเพื่อทางการแพทย์สูงสุด โดยคาดว่าจะอยู่ที่ร้อยละ 14.0 ในปี 2569 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ในปี 2568 ทั้งนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งของบริษัทประกันประเมินว่า ระดับค่าใช้จ่ายที่สูงนี้จะยืดเยื้อต่อเนื่องนานเกินกว่า 3 ปี (WTW, 2025)

แผนภาพ 27 แนวโน้มอัตราค่ารักษาพยาบาลทั่วโลก จำแนกตามภูมิภาค ระหว่างปี 2567-2569



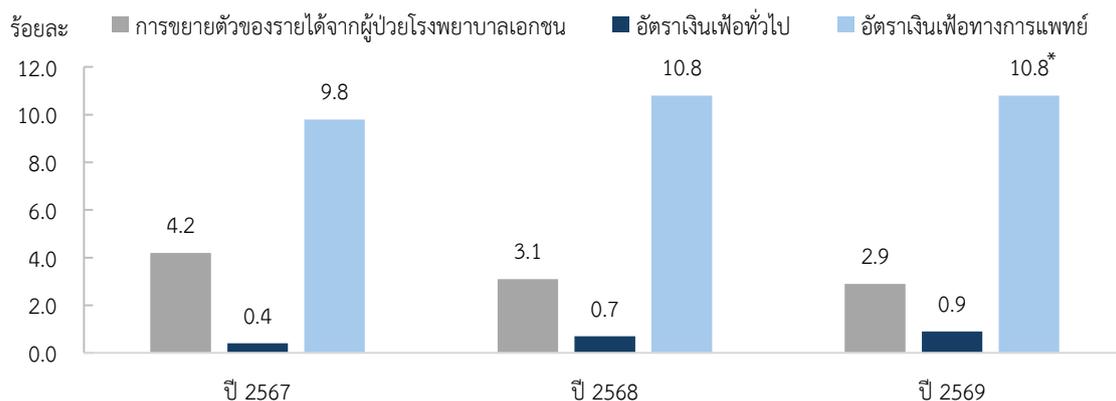
ที่มา : Willis Towers Watson (WTW) * หมายถึง : คาดการณ์ ณ ปี 2568

แนวโน้มดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญจากต้นทุนด้านสุขภาพที่ปรับตัวสูงขึ้น โดยบริษัทประกันร้อยละ 74.0 ระบุว่าเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่เป็นปัจจัยขับเคลื่อนต้นทุนที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือข้อจำกัดของระบบสาธารณสุขภาครัฐในการรองรับความต้องการด้านบริการสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น (ร้อยละ 52.0) และความก้าวหน้าด้านเภสัชกรรม (ร้อยละ 49.0) ซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการใช้บริการสุขภาพและการเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ซับซ้อนมากขึ้น ขณะที่ปัญหาการทุจริต การสูญเสีย และการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ถูกจัดอยู่ในลำดับที่ 4 (ร้อยละ 38.0)

เมื่อพิจารณาโครงสร้างโรงพยาบาลและศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันมีโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 1,491 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐ 1,110 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 74.4 ของโรงพยาบาลทั้งหมด และโรงพยาบาลเอกชน 381 แห่ง (ร้อยละ 25.6) (สรพ., 2568) แม้โรงพยาบาลรัฐจะมีจำนวนมากกว่า แต่ยังคงเผชิญข้อจำกัดในการรองรับความต้องการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ซึ่งมีภาระการดูแลผู้ป่วยตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความแออัดและระยะเวลารอคอยการรักษาหรือการผ่าตัดที่ยาวนาน สะท้อนได้จากข้อมูลของกองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยทั่วประเทศสูงถึงร้อยละ 86.0 โดยจังหวัดพิจิตร กำแพงเพชร และลำปาง มีอัตราการครองเตียงสูงที่สุด ถึงร้อยละ 110.2 ร้อยละ 101.4 และร้อยละ 101.1 ตามลำดับ กล่าวคือ มีผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวมากกว่าจำนวนเตียงที่มีอยู่จริง บ่งบอกถึงภาวะเตียงเต็มอย่างต่อเนื่องและความแออัดสูง ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการเสริมเตียง นอกจากนี้ ผลสำรวจของสำนักวิจัยสยามเทคโนโลยี ยังพบว่า ประชาชนร้อยละ 46.2 ต้องใช้เวลารับบริการในโรงพยาบาลรัฐนานประมาณ 5-8 ชั่วโมงต่อครั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อบางส่วนหันไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น แม้จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าก็ตาม (Atipunumphai, 2564)

ในปี 2568 ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนของไทย มีมูลค่าประมาณ 3.4 แสนล้านบาท และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.5 แสนล้านบาทในปี 2569 อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาโครงสร้างการเติบโตจะพบว่า รายได้จากกลุ่มผู้ป่วยชาวไทยมีแนวโน้มขยายตัวในอัตราที่ชะลอลง โดยเติบโตประมาณร้อยละ 2.9 เมื่อเทียบกับปีก่อน เป็นผลจากภาวะเศรษฐกิจไทยที่ขยายตัวต่ำ (ปัญญาภพ ตันติปิฎก, 2568) ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มชำระเงินเอง (Self-pay) ใช้บริการอย่างระมัดระวังมากขึ้น ขณะที่กลุ่มผู้ใช้ประกันสุขภาพเอกชนพบการขยายตัวต่อเนื่อง แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนผ่านอัตราเงินเฟ้อทางการแพทย์ของประเทศไทย ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 10.8 ในปี 2568 และคาดการณ์ว่าจะยังอยู่ในระดับใกล้เคียงกันในปี 2569 โดยสูงกว่าอัตราเงินเฟ้อทั่วไปของประเทศ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 0.7 ในปี 2568 และคาดว่าจะอยู่ที่ร้อยละ 0.9 ในปี 2569 อย่างมีนัยสำคัญ (WTW, 2025)

แผนภาพ 28 แนวโน้มการขยายตัวของรายได้จากผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน อัตราเงินเฟ้อทั่วไป และอัตราเงินเฟ้อทางการแพทย์ในประเทศไทย ปี 2567-2569



ที่มา : SCB EIC และ WTW (* หมายเหตุ : คาดการณ์ ณ ปี 2568)

สถานการณ์ของประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่า การเพิ่มขึ้นของต้นทุนด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้เกิดจากปัจจัยด้านการลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ การแข่งขันด้านค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ หรือค่ายาที่มีราคาสูงเพียงเท่านั้น หากยังเป็นผลจากปัญหาเชิงโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างบริษัทประกัน ผู้เอาประกัน และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจที่เอื้อต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ

1. **ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้ต้นทุนการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น** โรงพยาบาลเอกชนมีการลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับศักยภาพการแข่งขันและเพิ่มรายได้ ข้อมูลจากการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2565 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2566) พบว่า โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนร้อยละ 92.0 รายงานว่ามีการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย โดยโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีการใช้เครื่องตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์ ร้อยละ 88.3 รองลงมาคือเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ร้อยละ 78.5 และการผ่าตัดผ่านกล้อง ร้อยละ 61.3 ขณะที่การใช้เครื่องตรวจเต้านมด้วยแมมโมแกรม อยู่ที่ร้อยละ 49.0 และเครื่องตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ร้อยละ 33.5 นอกจากนี้ ยังพบว่ามีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงอื่น ๆ เช่น เครื่องฉายแสงรังสีรักษา การใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด และการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ร้อยละ 22.9

ทั้งนี้ เมื่อโรงพยาบาลมีการลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง อาจเกิดแรงจูงใจให้มีการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้จำนวนมากขึ้นเพื่อให้คุ้มค่ากับเงินที่ลงทุนไป (วิชัย โชควิวัฒน์, 2558) โดยเฉพาะในระบบการจ่ายค่าบริการแบบจ่ายตามรายการ (Fee-for-Service) ซึ่งผู้บริการจ่ายเงินเข้ากับจำนวนและประเภทของบริการ ในบางกรณีจึงอาจนำไปสู่การตรวจหรือการรักษาที่เกินความจำเป็น (Supplier-induced Demand) (Lindner & Lorenzoni, 2023) หากไม่มีมาตรการกำกับดูแลที่เหมาะสม ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นอาจถูกส่งผ่านไปยังค่ารักษาพยาบาลและเบี้ยประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น และกระทบต่อความเป็นธรรมของระบบสุขภาพในระยะยาว

2. **การแข่งขันด้านค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้ต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลปรับตัวสูงขึ้น** รายงานการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2565 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นค่าแพทย์พิเศษ คิดเป็นร้อยละ 41.8 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด รองลงมาคือค่ายาและเวชภัณฑ์ ร้อยละ 35.8 และในปี 2568 ค่าธรรมเนียมแพทย์และค่าบริการทางวิชาชีพยังคงเป็นรายการค่าใช้จ่ายที่มีสัดส่วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดหรือเกือบครึ่งหนึ่งของค่ารักษาพยาบาล (สภาองค์กรของผู้บริโภค, 2568)

ตาราง 11 เปรียบเทียบรายได้ของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

วิชาชีพ		ภาครัฐ (บาท)	เอกชน (บาท)
แพทย์	แพทย์ทั่วไป	50,000–80,000	80,000–140,000
	แพทย์เฉพาะทาง	70,000–100,000	160,000–350,000
	เวร (รายได้เสริม)	1,000–2,000 ต่อเวร	4,000–8,000 ต่อเวร
พยาบาล		20,000–25,000	30,000–40,000
เภสัชกร		20,000–30,000	40,000–55,000

ที่มา : รวบรวมข้อมูลจากบริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน) และกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้ก่อให้เกิดการแข่งขันในการดึงดูดบุคลากรทั้งจากโรงพยาบาลของรัฐและระหว่างโรงพยาบาลเอกชน โดยโรงพยาบาลเอกชนจำเป็นต้องเสนอค่าตอบแทนในระดับที่สูงขึ้นเพื่อดึงดูดแพทย์ พยาบาล ตลอดจนบุคลากรผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรซึ่งเป็นต้นทุนคงที่ (Fixed Cost) และมีสัดส่วนสำคัญในโครงสร้างต้นทุนของโรงพยาบาล กลายเป็นปัจจัยกดดันให้ค่าบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3. การกำหนดราคาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในระดับสูงเกินควร เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ผลักดันต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ดังกรณีตัวอย่างที่ผู้บริโภคนำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนมาร้องเรียนต่อสภาองค์กรของผู้บริโภค (2568) พบว่า มีการคิดราคาเวชภัณฑ์สูงเกินจริงหลายรายการ อาทิ น้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร จากราคาตลาดเพียง 45 บาท ถูกคิดในราคา 919 บาท หรือเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 1,900 และสำลีก้อนขนาดเล็ก ราคาตลาด 0.10 บาทต่อก้อน กลับเพิ่มราคาเป็นก้อนละ 7 บาท ส่วนต่างคิดเป็นร้อยละ 6,900

ตาราง 12 ตัวอย่างช่วงราคาและส่วนต่างค่าบริการทางการแพทย์

บริการ	ช่วงราคา (บาท)	ส่วนต่าง (บาท)
บริการพยาบาลทั่วไป ICU	144-15,600	15,456
การฉีดยาเข้าที่กล้ามเนื้อ (IM)	20-1,500	1,480
การตรวจเลือด	75-1,590	1,515
การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	50-10,140	10,090
การตรวจภายในลำไส้ใหญ่ด้วยกล้อง	600-60,000	59,400

ที่มา : กรมการค้าภายใน

ตาราง 13 การเปรียบเทียบราคาและเวชภัณฑ์ ระหว่างราคาตลาดกับราคาในโรงพยาบาลเอกชน

ชื่อยา	ประเภท	ขนาด	ราคา รพ.เอกชน (บาท)	ราคาตลาด (บาท)	ส่วนต่างราคา (บาท)	ส่วนต่าง ร้อยละ (%)
สารอาหารทางเลือด	น้ำเกลือ NSS 0.9%	1000 มล.	919.28	45	+874.28	+1,943
เวชภัณฑ์	3M Tegaderm pad	6 x 7 ซม.	224	25.5	+198.50	+778
เวชภัณฑ์	ถุงมือยางทางการแพทย์	1 ชิ้น/กล่อง (100 ชิ้น)	17	2.5	+14.50	+580
เวชภัณฑ์	สำลีก้อน	0.5 กรัม	7	0.10	+6.90	+6,900

ที่มา : สภาองค์กรของผู้บริโภค, 2568.

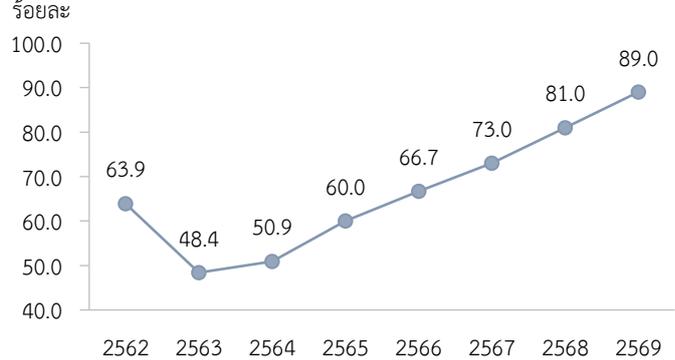
ปัญหาดังกล่าวมิได้เป็นเพียงกรณีเฉพาะราย หากแต่สะท้อนความแตกต่างเชิงโครงสร้างระหว่างระบบโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน โดยกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจกำกับดูแลราคาเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ผ่านการกำหนดราคากลางของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนไม่อยู่ภายใต้กลไกควบคุมเดียวกัน การกำหนดราคาและเวชภัณฑ์จึงขึ้นอยู่กับโครงสร้างต้นทุนและดุลยพินิจของผู้บริหารเป็นสำคัญ โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่อ้างต้นทุนการลงทุนด้านอาคารสถานที่และการบริหารจัดการเป็นผลให้มีการตั้งราคาสูง ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐแทบไม่มีต้นทุนด้านที่ดิน อาคาร เครื่องมือแพทย์ และระบบสนับสนุนหลัก เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดินและการบริจาค บุคลากรทางการแพทย์ได้รับค่าตอบแทนจากระบบราชการ อีกทั้ง การจัดซื้อยาในปริมาณมากยังทำให้ภาครัฐมีอำนาจต่อรองสูง ทำให้ราคาที่ยาที่จัดซื้อได้ต่ำกว่าของโรงพยาบาลเอกชนอย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างเชิงโครงสร้างดังกล่าวจึงทำให้ราคาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก (สภาองค์กรของผู้บริโภค, 2568; ปภัสรา เพ็ชรณรงค์, 2568)

นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลราคาและเวชภัณฑ์ของผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด ทั้งจากความไม่คุ้นเคยกับชื่อยาทางการแพทย์ การขาดการรับรู้ถึงระบบข้อมูลราคาที่มีอยู่ และการที่ข้อมูลบางส่วนไม่เป็นปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประกอบการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าภาครัฐจะมีกฎหมายและมาตรการกำกับให้โรงพยาบาลเอกชนรายงานราคา ยา เวชภัณฑ์ และค่าบริการทางการแพทย์ แต่การบังคับใช้ยังไม่ปรากฏผลอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้บทลงโทษที่กำหนดไว้ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกยับยั้งการกำหนดราคาที่สูงเกินสมควรได้อย่างแท้จริง (สิรินาฏ ศิริสุนทร. (2568)

4. การใช้บริการทางการแพทย์ของผู้เอาประกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนผ่านอัตราการเรียกร้องค่าสินไหมประกันสุขภาพ (Loss Ratio) ที่ปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจาก Forbes Thailand ระบุว่า Loss Ratio ของประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงหลังโควิด และอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 66.7 ในปี 2566 ทั้งนี้ ภายใต้สมมติฐานอัตราเงินเฟ้อทางการแพทย์ที่ประมาณร้อยละ 10.0 ต่อปี มีการคาดการณ์ว่า Loss Ratio จะยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาจสูงถึงร้อยละ 90.0 ในปี 2569 (ชุตินันท์ สงวนประสิทธิ์, 2568) การเพิ่มขึ้นของ Loss Ratio ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากรูปแบบความคุ้มครองแบบเหมาจ่าย ซึ่งอาจสร้างแรงจูงใจ

ให้เกิดการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณค่าต่ำหรือเกินความจำเป็น (Low-Value Care) ในบางกรณี การเจ็บป่วยเล็กน้อยที่สามารถรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอก กลับถูกวินิจฉัยให้เข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยใน ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มสูงเกินความจำเป็น สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ที่พบว่า ในปี 2567 การใช้สิทธิที่ไม่เหมาะสมคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28.0 ของอัตราการเรียกร้องค่าสินไหมประกันสุขภาพทั้งหมด ทั้งที่เกิดจากผู้เอาประกันเพียงร้อยละ 5.0 ของจำนวนกรมธรรม์ทั้งหมด ในท้ายที่สุด หากการใช้บริการทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นยังไม่ได้ระบบการจัดการอย่างเป็นระบบ ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นย่อมถูกเฉลี่ยไปยังผู้เอาประกันโดยรวม ส่งผลให้ผู้ที่ใช้สิทธิอย่างเหมาะสมต้องเผชิญกับค่าเบี้ยประกันที่ปรับสูงขึ้น (อุมาภรณ์ พิทักษ์, 2569; Money Lab, 2569)

แผนภาพ 29 อัตราการเรียกร้องค่าสินไหมประกันสุขภาพเทียบกับค่าเบี้ยประกันที่ได้รับ (Loss Ratio) ปี 2562-2569



ที่มา : Forbes Thailand รวบรวมจากธุรกิจประกันชีวิตไทย

ทั้งนี้ ในปี 2568 คปภ. ร่วมกับภาคธุรกิจประกันภัย ได้เริ่มนำหลักเกณฑ์การให้ผู้เอาประกันมีส่วนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนมาใช้เป็นเงื่อนไขในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนสูงผิดปกติ ภายใต้แนวคิดการร่วมจ่าย (Co-payment) เพื่อช่วยจำกัดการใช้บริการทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น โดยกำหนดแนวทางการร่วมจ่ายไว้ 2 รูปแบบ ได้แก่ (1) การร่วมจ่ายตั้งแต่เริ่มทำประกันสุขภาพ สำหรับผู้เอาประกันภัยที่สมัครใจ ซึ่งจะได้รับส่วนลดเบี้ยประกันภัยทันที แต่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามสัดส่วนที่ระบุในสัญญาทุกครั้ง และ (2) การกำหนดให้ร่วมจ่ายในเงื่อนไขการต่ออายุกรมธรรม์ (Renewal) ซึ่งพิจารณาจากประวัติการเคลมในปีที่ผ่านมา เป็นรายปี โดยผู้เอาประกันภัยจะต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลในปีถัดไปไม่เกินร้อยละ 30.0 หากเข้าเกณฑ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ (ก) การเคลมผู้ป่วยในจากกลุ่มโรคป่วยเล็กน้อยทั่วไปโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และมีอัตราการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนรวมตั้งแต่ร้อยละ 200.0 ของเบี้ยประกันภัย หรือ (ข) การเคลมผู้ป่วยในจากโรคทั่วไปที่ไม่รวมโรคร้ายแรงและการผ่าตัดใหญ่ ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และมีอัตราการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนรวมตั้งแต่ร้อยละ 400.0 และหากเข้าเกณฑ์ทั้ง 2 กรณี ผู้เอาประกันภัยจะต้องร่วมจ่ายรวมกันไม่เกินร้อยละ 50.0 ของค่ารักษาพยาบาลในปีถัดไป และหากปีใดไม่เข้าเกณฑ์ตามเงื่อนไขดังกล่าว ผู้เอาประกันภัยจะไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้ความคุ้มครองของกรมธรรม์ในปีนั้น (คปภ., 2568)

ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ประชาชนต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น และกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการต้นทุนและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม ดังนี้

1. **การกำหนดเพดานควบคุมราคา** ภาครัฐควรมีกลไกกำกับดูแลราคาพยาบาลและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในราคาที่ เป็นธรรม โดยกำหนดให้มีการเปิดเผยโครงสร้างต้นทุนในรูปแบบที่เปรียบเทียบได้ และมีราคามาตรฐานอ้างอิงภายในประเทศ เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการได้บนฐานข้อมูลที่ชัดเจน ทั้งนี้ การกำกับดูแลควรดำเนินการอย่างยืดหยุ่น เพื่อไม่ให้กระทบต่อการแข่งขันที่เป็นธรรมและคุณภาพการรักษาพยาบาล

2. **การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ** เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและลดต้นทุนการดำเนินงานในหลายด้าน ที่เป็นต้นทุนแฝงที่สะท้อนอยู่ในค่ารักษาพยาบาล อาทิ (1) การใช้ระบบอัตโนมัติในงานบริหารจัดการ เช่น การนัดหมาย การเรียกเก็บเงิน และการเบิกค่ารักษาจากประกัน

(2) การวิเคราะห์เชิงคาดการณ์เพื่อประเมินความต้องการใช้บริการและการเข้ารับการรักษา ซึ่งจะช่วยลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นและจัดสรรบุคลากรได้เหมาะสม (3) การจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ โดยการวิเคราะห์รูปแบบการเข้ารับบริการของผู้ป่วย (4) การสนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยและลดการตรวจที่ไม่จำเป็น (5) การวางแผนการรักษาเฉพาะบุคคล และ (6) การติดตามผู้ป่วยทางไกลผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากอุปกรณ์อัจฉริยะ (Wearable Devices) เพื่อลดความจำเป็นในการเดินทางมาโรงพยาบาลและเพิ่มโอกาสในการตรวจพบปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระยะแรก ทั้งนี้ มีการประเมินว่าเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการของโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยในสหรัฐอเมริกา คาดว่าจะช่วยลดต้นทุนได้ร้อยละ 30-40 หรือคิดเป็นมูลค่าประมาณ 1.5 แสนล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ขณะที่สหภาพยุโรปประเมินว่าสามารถประหยัดงบประมาณได้ราว 5 หมื่นล้านยูโรต่อปี อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาใช้ในระบบบริการสุขภาพของไทยควรดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าทางงบประมาณ ควบคู่กับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและความปลอดภัยของข้อมูลสุขภาพ (Desai, 2025)

3. **การส่งเสริมบทบาทของผู้ป่วยในการตัดสินใจรักษา** ประชาชนควรมีบทบาทเชิงรุกในการตัดสินใจรักษา โดยสอบถามถึงทางเลือก ความจำเป็นของการตรวจหรือหัตถการ รวมถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น เพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาที่เกินความจำเป็น นอกจากนี้ ควรตรวจสอบใบแจ้งค่าใช้จ่ายอย่างรอบคอบ และหากพบความไม่ชัดเจนหรือผิดปกติ ควรใช้สิทธิสอบถามหรือร้องเรียนผ่านช่องทางของสถานพยาบาล บริษัทประกัน หรือ คปก. เพื่อสร้างแรงกดดันเชิงระบบให้การเบิกจ่ายเป็นไปอย่างมีวินัย โปร่งใส และตรวจสอบได้

ตัวชี้วัดภาวะสังคม (รายไตรมาส)

องค์ประกอบหลัก	2565				2566				2567				2568			
	Q1	Q2	Q3	Q4												
1. คุณภาพของงาน																
การมีงานทำ^{1/}																
กำลังแรงงาน (พันคน)	39,618.2	39,764.0	40,088.6	40,142.5	40,281.0	40,302.2	40,531.8	40,673.9	40,226.4	40,178.1	40,484.1	40,537.7	40,484.1	40,114.4	40,196.3	40,127.5
การมีงานทำ (พันคน)	38,715.6	39,010.9	39,566.0	39,591.7	39,629.2	39,677.5	40,091.3	40,250.1	39,579.0	39,500.7	40,039.5	40,106.2	39,383.3	39,510.0	39,852.1	39,752.8
- ภาคเกษตรกรรม	11,403.7	11,656.5	12,399.9	12,215.4	11,587.4	11,634.4	12,644.0	12,333.5	10,927.8	11,048.4	12,212.4	11,890.7	10,592.2	10,943.5	11,862.2	11,481.1
- การผลิต	6,262.1	6,230.8	6,235.0	6,377.4	6,289.8	6,249.0	6,273.1	6,227.8	6,336.7	6,384.7	6,184.6	6,243.6	6,309.1	6,418.2	6,345.5	6,317.3
- การก่อสร้าง	2,394.9	2,189.7	2,081.3	2,153.7	2,355.8	2,320.3	2,142.1	2,220.5	2,473.7	2,354.6	2,156.2	2,230.6	2,348.3	2,268.6	2,040.3	2,065.9
- การขายส่ง การขายปลีก	6,649.3	6,850.1	6,774.8	6,723.7	6,943.8	6,885.6	6,761.1	6,982.2	6,917.0	6,898.6	6,708.5	6,856.9	6,701.1	6,817.1	6,812.3	6,798.9
- โรงแรม ภัตตาคาร	2,878.6	2,865.0	2,932.4	2,955.4	3,115.8	3,200.0	3,176.2	3,192.5	3,444.5	3,355.4	3,370.7	3,491.7	3,566.5	3,459.7	3,349.2	3,455.0
- การขนส่ง เก็บสินค้า	1,533.8	1,452.9	1,407.6	1,457.1	1,423.7	1,468.2	1,436.8	1,522.2	1,614.9	1,600.4	1,637.3	1,588.9	1,687.8	1,727.2	1,717.3	1,640.0
- อื่น ๆ	7,593.5	7,765.9	7,735.0	7,708.9	7,912.9	7,920.0	7,658.1	7,771.4	7,864.3	7,858.6	7,770.0	7,803.9	8,178.3	7,875.7	7,725.3	7,994.5
อัตราการมีงานทำ (ร้อยละ)	97.72	98.11	98.7	98.60	98.38	98.45	98.91	98.96	98.39	98.31	98.90	98.94	97.28	98.49	99.14	99.07
ผู้ว่างงาน (พันคน)	607.6	546.6	491.4	462.5	421.1	429.0	401.2	329.3	407.7	429.1	413.9	358.2	357.7	365.5	307.5	280.5
อัตราการว่างงาน (ร้อยละ)	1.53	1.37	1.23	1.15	1.05	1.06	0.99	0.81	1.01	1.07	1.02	0.88	0.88	0.91	0.76	0.70
การทำงานต่ำกว่าระดับ (พันคน) (ทำงานน้อยกว่า 35 ม./สป.ที่พร้อมจะทำงานเต็ม)	319.1	263.6	234.5	275.9	227.9	202.6	166.9	210.9	191.5	162.4	191.9	223.6	176.3	155.9	142.6	146.59
หนี้สินครัวเรือน^{2/}																
มูลค่าหนี้สินครัวเรือน (ล้านล้านบาท)	15.4	15.5	15.7	15.9	16.0	16.1	16.2	16.4	16.4	16.4	16.4	16.4	16.3	16.3	16.3	NA
- อัตราการขยายตัวของหนี้สินครัวเรือน (ร้อยละ)	3.6	3.4	4.2	3.9	3.8	3.8	3.3	3.0	2.4	1.6	0.9	0.3	-0.3	-0.3	-0.3	NA
- สัดส่วนหนี้ต่อ GDP (ร้อยละ)	93.8	92.8	91.7	91.6	90.7	90.8	90.8	91.3	90.7	89.7	88.9	88.4	87.2	86.8	86.8	NA
หนี้ NPLs (ล้านล้านบาท)	1.0	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	NA
- สัดส่วน NPLs ต่อสินเชื่อรวม (ร้อยละ)	7.5	8.6	8.4	7.4	7.2	7.7	7.7	7.7	8.0	8.5	8.8	8.9	8.8	9.1	9.4	NA
สุขภาพ																
จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (ราย) ^{3/}	63,158	70,542	200,626	126,651	141,779	117,952	401,003	341,963	259,672	202,879	430,044	358,795	426,286	258,105	416,876	712,384
- อัตราการขยายตัวของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรค	-10.1	65.2	284.3	308.4	124.5	63.3	99.8	169.9	80.1	72.1	5.9	27.6	64.1	27.2	-3.06	98.5
- ปอดอักเสบ	51,849	50,300	68,072	60,884	78,443	57,880	81,054	76,945	96,395	75,975	115,246	110,585	138,418	97,040	103,517	120,163
- ไข้เลือดออก	1,461	9,485	19,625	14,574	10,948	23,636	76,579	46,548	24,131	17,702	42,328	19,440	7,236	15,036	24,918	10,463
- มือ เท้า และปาก	740	4,734	79,223	14,285	11,483	9,305	29,974	13,636	15,957	7,847	49,610	16,380	10,684	13,004	68,510	20,276
- ไข้หวัดใหญ่	8,247	4,859	31,498	34,770	39,457	25,682	211,103	202,741	121,074	99,895	220,228	209,734	267,952	130,683	217,452	558,368
- อื่นๆ	231	529	1,376	1,465	622	797	1,591	1,473	767	732	1,348	1,340	782	955	1,287	2,091
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่^{4/}																
มูลค่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่	75,660	68,400	59,365	82,662	78,377	70,873	61,604	85,913	82,197	73,703	63,879	89,268	84,325	74,621	64,047	89,743
- อัตราการขยายตัวของมูลค่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ (ร้อยละ)	1.0	1.2	1.9	3.8	2.4	2.7	3.3	2.9	4.4	1.0	0.8	2.1	1.1	0.2	0.2	0.1
มูลค่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	47,122	39,154	36,032	52,871	49,811	41,508	38,151	55,842	54,045	43,834	39,804	58,850	55,785	44,371	39,968	59,252
- อัตราการขยายตัวของมูลค่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ)	1.8	2.3	3.9	5.3	4.1	4.6	4.7	4.9	7.7	3.2	1.8	3.4	1.9	0.9	0.7	1.1
มูลค่าการบริโภคบุหรี่	28,538	29,246	23,333	29,791	28,565	29,365	23,453	30,071	28,152	29,869	24,075	30,418	28,540	30,250	24,079	30,491
- อัตราการขยายตัวของมูลค่าการบริโภคบุหรี่ (ร้อยละ)	-0.7	-0.5	-1.2	0.8	-0.2	-0.1	0.9	-0.7	-1.0	-1.9	0.6	-0.7	-0.7	-0.8	-0.6	-1.9
2. ความมั่นคงทางสังคม^{5/}																
ความสงบสุขในสังคม (ต่อประชากรแสนคน)																
จำนวนผู้ประสบภัยสะสมรวม (ราย)	225,219	225,857	246,267	244,556	208,616	200,054	196,850	217,308	224,121	203,848	212,637	228,626	225,919	204,797	215,580	227,730
- อัตราการขยายตัวของอุบัติเหตุจากรถทางบก (ร้อยละ)	-19.4	8.1	47.0	1.4	-7.4	-11.4	-20.1	-11.1	7.4	1.9	8.0	5.2	0.8	0.5	1.4	-0.4
- อัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุจากรถทางบก (ต่อประชากรแสนคน)	320.6	321.5	350.6	348.1	297.0	284.8	280.2	309.3	319.3	290.3	302.6	325.2	319.3	289.1	306.2	323.3
จำนวนคดีอาญารวม (คดี)	101,739	107,933	104,413	112,809	104,031	89,167	90,659	101,800	101,247	104,128	121,524	120,025	117,581	121,249	138,694	138,511
- อัตราการขยายตัวของคดีอาญา (ร้อยละ)	-29.6	-22.5	-16.5	-5.9	2.3	-17.4	-13.2	-9.8	-2.7	16.8	34.0	17.9	16.1	16.4	14.1	15.4
- อัตราคดีชีวิต ร่างกาย และเพศ (ต่อประชากรแสนคน)	5.3	5.3	5.5	5.7	6.6	6.8	6.6	6.7	6.5	6.4	7.5	7.1	7.2	7.0	6.9	6.2
- อัตราคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน (ต่อประชากรแสนคน)	16.5	17.2	19.2	19.3	21.2	20.4	24.0	25.0	22.1	22.1	29.6	26.8	28.2	26.4	30.6	26.3
- อัตราคดียาเสพติด (ต่อประชากรแสนคน)	123.9	132.0	124.7	136.4	120.8	100.0	98.7	113.5	115.7	119.8	136.0	136.9	131.7	139.0	159.5	164.1
การคุ้มครองผู้บริโภค^{6/}																
จำนวนเรื่องร้องเรียน (ราย)	2,540	4,902	6,045	6,749	12,631	7,504	6,305	5,724	5,786	5,517	6,894	7,211	8,052	8,537	9,236	9,880
- กรณีสัญญา	432	796	1,202	385	477	561	455	431	467	420	686	599	625	666	469	782
- กรณีฉลาก	830	1,018	1,652	868	793	508	474	646	584	533	886	857	911	850	664	863
- กรณีโฆษณา	740	1,995	1,220	754	2,474	330	360	470	807	397	742	648	788	674	530	756
- กรณีขายตรงและตลาดแบบตรง	538	1,093	1,971	1,177	741	513	588	536	609	600	711	873	1,418	744	1,258	873
- เรื่องอื่น ๆ	-	-	-	3,565	8,146	5,592	4,428	3,641	3,319	3,567	3,869	4,234	4,310	5,603	6,315	6,606
จำนวนเรื่องร้องเรียนผ่านสำนักงาน กสทช. (ราย) ^{7/}	1,780	624	502	525	474	371	297	451	414	340	310	395	394	367	449	330

ตัวชี้วัดภาวะสังคม (รายปี)

องค์ประกอบหลัก	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568
1. คุณภาพของคน														
การมีงานทำ														
ผลิตภาพแรงงาน กรณีแรงงาน (บาท/คน/ปี) ^{9/}	228,623	239,217	242,456	250,457	261,284	273,903	282,407	290,409	271,934	268,197	272,520	273,824	282,647	289,550
อัตราการมีงานทำ (ร้อยละ) ^{1/}	98.81	98.85	98.71	98.62	98.50	98.32	98.52	98.52	97.76	97.53	98.29	98.68	98.6	99.1
อัตราการว่างงาน (ร้อยละ) ^{1/}	0.66	0.72	0.84	0.88	0.99	1.18	1.05	0.98	1.69	1.96	1.32	0.98	1.00	0.81
การทำงานต่ำกว่าระดับ (พันคน) ^{1/} (ทำงานน้อยกว่า 35 ชม./สพ.ที่พร้อมจะทำงานเพิ่ม)	347.0	273.7	256.3	272.5	174.9	303.3	292.5	249.6	485.1	601.8	273.3	202.1	192.3	155.4
หนี้สินครัวเรือน^{2/}														
มูลค่าหนี้สินครัวเรือน (ล้านล้านบาท)	9.4	10.5	11.2	11.8	12.3	12.8	13.5	14.2	14.8	15.3	15.9	16.4	16.4	N.A.
- อัตราการขยายตัวของหนี้สินครัวเรือน (ร้อยละ)	N.A.	11.4	6.6	5.7	3.8	4.3	5.9	4.9	3.9	3.8	3.9	3.0	0.3	N.A.
- สัดส่วนหนี้ต่อ GDP (ร้อยละ)	76.1	81.1	84.4	85.9	84.0	82.5	82.7	84.1	94.2	94.6	91.6	91.3	88.4	N.A.
หนี้ NPLs (ล้านล้านบาท) ^{3/}	0.57	0.62	0.42	0.5	0.66	0.72	0.77	0.95	0.88	0.95	0.98	1.05	1.22	N.A.
- สัดส่วน NPLs ต่อสินเชื่อรวม (ร้อยละ)	8.03	7.67	5.10	5.72	6.63	6.87	6.9	8.0	7.2	7.5	7.4	7.7	8.9	N.A.
สุขภาพ^{10/}														
อัตราผู้ป่วยนอก (ต่อประชากรพันคน)	3,116	2,917	2,837	3,160	3,733	3,691	3,393	4,031	3,499	2,935	3,387	3,697	3,409	N.A.
อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ (ต่อประชากรแสนคน)														
- มะเร็ง และเนื้องอกทุกชนิด	862	902	829	1,026	1,083	1,117	1,181	1,228	1,293	1,246.00	1,119.02	1,489	1,600	N.A.
- หัวใจ	955	887	845	1,012	1,027	810	1,069	1,099	1,116	1,050	958	1,270	1,308	N.A.
- เบาหวาน	868	1,081	1,033	1,233	1,293	1,345	1,439	1,529	1,542	1,504	1,420	1,840	2,023	N.A.
- ความดันโลหิต	1,246	1,622	1,561	1,901	2,009	2,091	2,245	2,388	2,413	2,329	2,174	2,897	3,205	N.A.
ความผิดปกติทางจิต/จิตเภท/ความหลงผิด (ต่อประชากรแสนคน)	63	83	79	92	95	98	101	106	111	106	103	134	155	N.A.
ความผิดปกติทางอารมณ์ (ต่อประชากรแสนคน)	35	43	45	55	58	61	70	78	83	83	80	118	137	N.A.
ความผิดปกติจากโรคประสาท/ความเครียด (ต่อประชากรแสนคน)	54	46	39	44	42	42	41	41	42	41	36	48	56	N.A.
ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม (ต่อประชากรพันคน)	62	57	55	68	74	75	83	94	90	91	95	135	148	N.A.
อัตราส่วนภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ) ^{11/}	49.3	49.5	49.81	50.21	50.71	51.31	52.02	52.83	53.77	54.81	55.97	57.22	58.58	N.A.
สัดส่วนคนยากจน (ร้อยละ) ^{12/}	12.65	10.96	10.52	7.19	8.6	7.83	8.30	6.26	6.83	6.32	5.43	3.41	N.A.	N.A.
การศึกษา														
อัตรานักเรียนต่อประชากรวัยเรียน ^{13/}														
- ประถมศึกษา	104.00	102.72	102.24	102.40	102.74	101.53	101.38	102.42	98.43	99.06	99.24	100.12	N.A.	N.A.
- มัธยมศึกษาตอนต้น	97.65	96.75	97.13	98.71	96.77	96.48	95.77	95.97	95.11	95.63	96.79	94.61	N.A.	N.A.
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	73.18	75.07	77.29	78.45	78.57	78.72	79.53	78.50	79.32	81.90	84.00	84.72	N.A.	N.A.
- อุดมศึกษา (ปริญญาตรีและต่ำกว่า)	51.85	46.48	46.22	48.17	47.72	49.13	49.46	49.02	57.97	49.37	54.34	53.88	N.A.	N.A.
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ^{14/}	8.0	8.0	8.1	8.5	8.5	8.6	8.6	8.7	8.9	8.9	9.2	9.2	9.2	N.A.
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี ^{15/}	8.8	8.9	9.0	9.3	9.4	9.5	9.6	9.6	9.9	10.0	10.2	10.2	10.3	N.A.
- ชาย	8.9	8.9	9.0	9.3	9.3	9.4	9.5	9.5	9.7	9.8	10	10	10	N.A.
- หญิง	8.8	8.9	9.0	9.4	9.5	9.6	9.7	9.8	10	10.1	10.4	10.5	10.5	N.A.
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ^{15/}	4.5	4.7	4.8	5.0	5.0	5.0	5.1	5.2	5.4	5.5	5.8	5.9	6.0	N.A.
- ชาย	5.1	5.3	5.4	5.6	5.7	5.7	5.7	5.8	6	6.1	6.5	6.5	6.6	N.A.
- หญิง	4.1	4.3	4.3	4.5	4.5	4.5	4.6	4.7	4.9	5.1	5.4	5.5	5.6	N.A.
2. ความมั่นคงทางสังคม														
สถาบันครอบครัว														
สัดส่วนครัวเรือนที่มีที่อยู่อาศัยถาวร (ร้อยละ) ^{16/}	99.53	99.71	99.64	99.59	99.62	99.69	99.73	99.81	-	99.75	99.88	99.93	99.95	99.97
ดัชนีครอบครัวอบอุ่น (ร้อยละ) ^{17/}	68.31	65.58	65.53	65.34	67.98	-	-	-	-	-	-	-	-	-
หลักประกันทางสังคม														
ร้อยละของการมีหลักประกันสุขภาพ ^{18/}	99.90	99.87	99.84	99.92	99.95	99.95	99.94	99.92	99.89	99.57	99.56	99.56	99.73	99.65
- ประกันสังคม	15.99	16.54	16.83	17.18	17.67	17.96	18.48	18.92	18.84	18.73	19.12	19.21	19.19	19.12
-สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7.69	7.8	7.62	7.37	7.21	7.48	7.63	7.74	7.80	7.92	7.94	7.95	8.08	8.19
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	75.27	74.61	73.48	73.71	73.44	72.88	72.2	71.45	71.45	71.44	70.74	70.16	70.23	70.14
- สิทธิสวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น	-	0.15	0.87	0.93	0.93	0.92	0.94	0.94	0.96	0.95	0.96	1.02	1.03	1.03
- สิทธิอื่น ๆ	0.95	0.93	1.03	0.73	0.7	0.76	0.73	0.94	0.95	0.96	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
- สิทธิว่าง (ผู้ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ)	0.10	0.13	0.16	0.08	0.05	0.05	0.06	0.08	0.11	0.28	0.3	0.30	0.14	0.22
สัดส่วนผู้ประกันตนต่อกำลังแรงงาน ^{19/}	29.70	31.56	35.32	35.77	36.69	38.44	41.62	43.42	42.63	61.35	61.14	60.88	61.21	N.A.
ความสงบสุขในสังคม (ต่อประชากรแสนคน)														
อัตราการตายด้วยอุบัติเหตุจราจรทางบก ^{20/}	33.6	32.8	32.0	30.7	33.5	33.1	30.5	30.4	27.3	20.6	22.7	26.9	26.9	18.8
อัตราคดีชีวิต ร่างกาย และเพศ ^{6/}	40.0	37.0	37.3	25.9	31.5	27.7	26.7	25.0	22.1	23.9	23.0	28.3	29.2	29.2
อัตราคดีประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน ^{6/}	79.7	77.4	72.7	75.8	96.6	85.2	68.8	69.9	65.4	77.4	76.3	96.2	107.0	119.1
อัตราคดียาเสพติด ^{6/}	596.2	719.4	558.7	249.4	349.9	424.6	436.2	554.8	471.1	697.8	546.66	459.4	541.5	634.3
ร้อยละของคดีเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดซ้ำต่อการปล่อยตัวในรอบ 1 ปีของการติดตาม ^{21/}	20.0	20.4	17.5	22.7	22.1	23.4	23.7	25.2	22.3	20.9	16.7	16.9	17.8	N.A.

ตัวชี้วัดภาวะสังคม (รายปี) ต่อ

องค์ประกอบหลัก	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566	2567	2568
การคุ้มครองผู้บริโภค^{7/}														
จำนวนเรื่องร้องเรียน (ราย)	9,489	7,093	6,638	7,118	7,409	8,870	7,441	15,565	15,964	14,377	16,671	32,164	25,408	35,705
- กรณีสัญญา	3,547	2,729	2,571	2,875	2,637	3,707	3,191	4,017	3,188	3,638	2,815	1,924	2,172	2,542
- กรณีฉลาก	3,876	2,631	2,352	2,552	2,010	2,026	1,871	2,105	2,138	2,368	4,368	2,421	2,860	3,288
- กรณีโฆษณา	2,013	1,033	1,515	1,119	1,628	2,425	1,439	7,191	6,810	4,752	4,709	3,634	2,594	2,748
- กรณีขายตรงและตลาดแบบตรง	15	76	131	566	1,097	712	940	2,252	3,828	3,619	4,779	2,378	2,793	4,293
- กรณีอื่น ๆ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21,807	14,989	22,834
การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1166 (ราย)	60,982	41,773	38,701	49,708	47,329	45,311	52,504	47,996	51,185	38,736	38,484	42,551	47,771	51,271
3. ความเป็นอยู่และพฤติกรรมของคน														
พฤติกรรมในการบริโภค														
ค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค (ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม) ^{22/}	88.3	88.1	87.9	87.2	87.1	86.97	86.6	86.5	87.0	87.0	87.3	N.A.	N.A.	N.A.
ค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการอุปโภคบริโภค (ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม) ^{22/}	11.7	11.9	12.1	12.9	12.9	13.0	13.4	13.5	13.0	13.0	13.0	N.A.	N.A.	N.A.
อัตราการบริโภคสุรของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ) ^{23/}	-	32.22	32.29	34	-	28.4	-	-	-	-	28	N.A.	N.A.	N.A.
อัตราการบริโภคบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (ร้อยละ) ^{23/}	-	19.94	20.72	19.9	-	19.1	-	-	-	-	17.4	N.A.	N.A.	N.A.
4. สิ่งแวดล้อม														
สารอันตราย^{24/}														
ปริมาณการใช้สารเคมี (ล้านตัน)	68.13	62.38	21.42	20.36	N.A.									
ขยะ^{24/}														
การผลิตขยะที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ (ล้านตัน)	24.73	26.77	26.19	26.85	27.06	27.37	27.93	28.71	25.37	24.98	25.70	26.95	27.20	N.A.
การผลิตขยะที่เกิดขึ้นใน กทม. (ล้านตัน)	4.01	4.13	3.94	4.19	4.21	4.88	4.85	4.96	4.48	4.46	4.70	4.65	4.69	N.A.
ความสามารถในการกำจัดขยะแบบถูกสุขลักษณะใน กทม. (ล้านตัน)	4.01	4.13	3.94	3.7	3.73	3.88	3.93	3.85	3.14	3.16	3.30	3.21	3.25	N.A.
ปริมาณของเสียอันตรายทั่วประเทศ (ล้านตัน)	3.57	3.3	2.69	3.45	3.51	2.63	1.89	2.04	1.99	2.26	3.50	1.89	N.A.	N.A.
มลพิษทางอากาศ^{24/}														
ค่าเฉลี่ยฝุ่นขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน มคก./ลบ.ม. (บริเวณพื้นที่ทั่วไปใน กทม.)	38.20	41.00	41.30	38.20	38.38	35.43	46.29	43.14	37.57	38.43	38.14	48.67	32.00	N.A.

- ที่มา: 1/ รายงานการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
 2/ ธนาคารแห่งประเทศไทย และบริษัท ข้อมูลเครดิตบูโรแห่งชาติ จำกัด
 3/ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 4/ กองบัญชาตำรวจชาติ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 5/ ข้อมูลสถิติคืออาญา อาชญากรรม จากระบบสารสนเทศสถานีตำรวจ (CRIMES) สำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ข้อมูลอุบัติเหตุจราจรทางบก จากศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน (THAI RSC) และข้อมูลประชากรจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543 - 2573 และ พ.ศ. 2553 - 2583 ประมวลผลโดยกองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 6/ ผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานกฤษฎีกา (การให้คำปรึกษาทางสายด่วน 1166 สคบ. ให้บริษัทเอกชนดำเนินการตั้งแต่ไตรมาส 4 ปี พ.ศ. 2552)
 7/ รายงานผลการดำเนินงานเรื่องร้องเรียนตามกรรมวิธีข้อมูล สำนักบริหารร้องเรียนและคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (สำนักงาน กสทช.)
 8/ ข้อมูล GDP chain volume measures [reference year = 2002] (original) จากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และข้อมูลการมีงานทำจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม หมายเหตุ ตั้งแต่ปี 2556 ข้อมูลการมีงานทำมีการปรับค่าวงน้าหนักโดยใช้ชุดข้อมูลค่าคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2553-2583
 9/ สรุปรายงานการป่วย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ได้เปลี่ยนแปลงวิธีการเก็บข้อมูลจาก 75 กลุ่มโรค เป็น 298 กลุ่มโรค
 10/ รายงานการศึกษาข้อสมมติเพื่อใช้ในการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง) (สศช., 2562x) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2553 การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 11/ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ประมวลผลโดยกองพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สศช.
 12/ สถิติการศึกษาฉบับย่อ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
 13/14/ ข้อมูลปี 2545-2546 จากรายงานผลการประเมินโอกาสและคุณภาพการศึกษาของคนไทย สำนักประเมินผลการจัดการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ข้อมูลตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นไป จากปีการศึกษาเฉลี่ยของประชากรไทย กลุ่มพัฒนาเครือข่ายสารสนเทศ สำนักวิจัยและพัฒนาการศึกษา สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
 15/ รายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย
 16/ จัดทำข้อมูลปี 2559 เป็นปีสุดท้าย โดยกองประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
 17/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข
 18/ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน และสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
 19/ ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน https://dip.ddc.moph.go.th/new/บริการ/3base_status_new และประชากรกลางปี กระทรวงสาธารณสุข
 20/ กลุ่มงานข้อมูลและสารสนเทศ สำนักพัฒนากระบวนการยุติธรรมเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ตั้งแต่ปี 2558 เป็นต้นมา เป็นร้อยละของเด็กที่กระทำผิดซ้ำจากการติดตามในรอบ 1 ปี ต่อจำนวนการปล่อยตัวทั้งหมด
 21/ รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
 22/ การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
 การสำรวจพฤติกรรมทางสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2547, 2550, 2554, 2557 และ 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
 การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552, 2556 และ 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ปี 2544-2548 เป็นการสำรวจของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป) ทำการสำรวจทุก 2 ปี
 23/ รายงานการสำรวจการใช้เวลาของประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ทำการสำรวจทุก 5 ปี
 24/ การสำรวจการมีกรใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
 25/ รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

- Atipunumphai, U. (2564, 7 กรกฎาคม). Agnos ไขข้อสงสัย ทำไมรอคิวหมอไทยที่โรงพยาบาลนาน? <https://www.agnoshealth.com/articles/why-hospital-queues-are-so-long>
- Money Lab. (2569, 12 มกราคม). สัญญาณอวาสนาประกันสุขภาพเหมาะสม เมื่อการประกันอาจกำลังก้าวเข้าสู่ยุคการร่วมจ่ายอย่างเต็มตัว. <https://www.moneylabstory.com/14833>
- UNESCO. (2562). แนวปฏิบัติสากลทางวิชาการ เรื่องเทคโนโลยีศึกษา โดยใช้แนวทางที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน (ฉบับปรับปรุง). https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260840_the
- UNESCO. (2564). การประเมินผลสถานการณ์เทคโนโลยีศึกษาบนพื้นที่ดิจิทัลและโอกาสสำหรับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทย. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378327_the
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ ปี 2568. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1668020250117052323.pdf>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568, 1 ธันวาคม). เยาวชนไทยรอบรู้ ป้องกัน HIV. <https://www.facebook.com/share/p/1CowlxJ7g/>
- กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.). (2568, 17 สิงหาคม). TCAS69 มาใหม่! อว.-ทอ. เปิดตัวระบบ TCASFolio เพิ่มประสิทธิภาพมาตรฐานให้ใช้ฟรี จัดรับมอบสำหรับเหตุผลวิจัย พร้อมอุดหนุนค่าสมัครสอบ ลดภาระนักเรียน-ผู้ปกครอง. <https://www.mhesi.go.th/index.php/news-and-announce-all/news-all/121-minister-sudawan/11736-tcas69.html>
- กรีนพีซ ประเทศไทย. (2568, ธันวาคม). จากโรงงานผู้สูดดม: ความเสี่ยงของสารเคมีในอุตสาหกรรมพลาสติกเพิ่มขึ้น. <https://shorturl.asia/RvBlw>
- ไทยรัฐออนไลน์. (2568, 1 ธันวาคม). 5 ปี คนไทยตายผอมลง ฟิชช์ pm 2.5 “โคราช” ป่วยมากที่สุด. <https://www.thairath.co.th/scoop/infographic/2899219>
- The Coverage. (2568, 30 มิถุนายน). ภัยเงียบที่เริ่มส่งเสียงดัง กางสถิติ ‘มะเร็งปอด’ ปี 68 ตายวันละ 41 คน ผู้ป่วยใหม่ครึ่งร้อย/วัน <https://www.thecoverage.info/news/content/9165>
- คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระเพื่อศึกษานโยบายการขยายเวลา. (2567). การประเมินผลกระทบของนโยบายการขยายเวลาเปิดสถานบริการจากที่ตั้งเป็นพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัดของประเทศไทย 2567. วารสารการรังสรรค์สุขภาพไทย, 3(2) 171-176. <https://pissquare.sgp1.digitaloceanspaces.com/thai-health/files/235e7d035bd461e6805e0c9fa0b98910>
- จันทิมา ชัยยะศิริสุวรรณ, สิริดา โคตรคำ, และ สุพิชญา สนธิ. (2568). การจัดการความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา. วารสารปัญญาภาวนา, 2(2), 1-14. <https://shorturl.asia/ScBjQ>
- ชุดินันท์ สงวนประสิทธิ์. (2568, 5 มีนาคม). ประกันสุขภาพในไทย ‘เคลมสูง’ แคนไหน จะต้องเริ่มใช้เกณฑ์ใหม่ Copay ให้ร่วมจ่ายค่ารักษา ในใกล้ไป. <https://shorturl.asia/mtUAb>
- อนกร วรวิทย์กานนท์. (2564). ผลกระทบของความเหลื่อมล้ำต่อการเข้าศึกษาต่อระดับอุดมศึกษาของนักเรียนไทย [วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD). <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/5315>
- ปภัสรา เพ็ชรณรงค์. (2568, 6 ตุลาคม). ทำไมยาเวชภัณฑ์โรงพยาบาลเอกชนแพง ก.พาณิชย์จะคุมราคาได้จริงหรือ? <https://thestandard.co/private-hospital-drug-price/>
- ปัญญาภาพ ต้นตอปัญหา. (2568, 5 พฤศจิกายน). Private hospital: Industry analysis and outlook 2025 แนวโน้มธุรกิจโรงพยาบาลเอกชน. <https://shorturl.asia/Th864>
- ผู้จัดการออนไลน์. (2568, 15 พฤศจิกายน). ทุ่นทุ่นหลักแสนปีบร้อนไม่ติดแพทย์ ม.ดัง คัดแพทย์ใช้บริษัทยาพร้อมเน้นกิจกรรม “ผิดทาง” คณะต้องการ “แก่น” ของความเป็นหมอ. <https://shorturl.asia/qAnKO>
- ภักพล ต้นตอวิทย์, นนท์ พงษ์ศิริ, และ ปุณยวีร์ ศรีสิงห์. (2568). BNPL (Buy Now Pay Later) or Be NPL: ความเสี่ยงการเงินที่เพิ่มความเสี่ยงต่อความเสียหายในการเข้าถึงสินเชื่อที่ง่ายขึ้น. <https://shorturl.asia/DXcq>
- รวมพร คงกำเนิด, กฤษณ์ วิวัฒน์ชิวิน, ศิริธร สินธุ, ทัดขวัญ มธุรงค์, สายฝน เถวกรวงรุ, และ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพทางเพศของเยาวชนไทย. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 23(3), 1-15. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpj/article/view/258308/174734>
- เจริญดี ปธานวนิช. (2568). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2567-2568. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. <https://shorturl.asia/Aazo4>
- วรธร เลิศรัตน์ และ สรัช สินธุประมา. (2566). เด็กและครอบครัวไทยในสองทศวรรษ: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2023. <https://shorturl.asia/uL7V0>
- วิจัย โขควิวัฒน์. (2558, 27 พฤษภาคม). รพ.เอกชนค่ารักษาแพง ปัญหาและทางออก ตอนที่ 1. <https://www.hfocus.org/content/2015/05/10053>
- วุฒินันท์ เปรมาสวัสดิ์. (2568, 11 ธันวาคม). “พอร์ทัลปลอม-สอบติดจริง” เปิดคลัง TCAS รอบอินเตอร์ พบทุจริตขโมยผลงานคนอื่นจนสอบติด. <https://www.tnnthailand.com/tnnexclusive/219802/>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.). (2568, 31 มีนาคม). Accredited Hospital Statistics. <https://shorturl.asia/Lx3W>
- สภาองค์กรของผู้บริโภค. (2568, 3 ตุลาคม). เขียร์รัฐ คุมค่า กำหนดเพดานค่ารักษา. <https://www.tcc.or.th/control-treatment-costs/>
- สภาองค์กรของผู้บริโภค. (2568). เปิดราคาค่าบริการทางการแพทย์ บริการเดียวกันแต่จ่ายไม่เท่ากัน! https://www.tcc.or.th/tcc_media/medical-services/
- สภาองค์กรของผู้บริโภค. (2568). แพงสุดในบิล รพ. ไม่ใช่ยา แต่คือ “ค่ารักษา-บริการ” แสนอึด “ราคากลางต่อโรค”. <https://www.tcc.or.th/medical-treatment-costs/>
- สมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.). (2568). คู่มือ TCAS69 สำหรับผู้สมัคร. <https://tseedcdn.com/media/2025/1/TCAS69-user-manual.pdf>
- สมาคมที่ประชุมอธิการบดีแห่งประเทศไทย (ทปอ.). (ม.ป.ป.). สถิติการสอบ: สถิติการสมัคร สถิติการสอบ และคะแนนสูงสุด-ต่ำสุดในปีที่ผ่านมา. <https://www.mycas.com/stat/>
- สาวิตรี พยานิสิต. (2564, 27 มิถุนายน). สถานการณ์เด็กกับโรคขาดสารอาหาร: เด็กกับสังคมสูงวัยในสภาวะเปลี่ยนแปลง. <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-18/>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส). (2568, 6 มีนาคม). โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พุ่ง ซิฟิลิส – HIV ใกล้ตัวกว่าที่คิด! <https://shorturl.asia/AD1Um>
- สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.). (2568, 31 มกราคม). สำนักงาน คปภ. ขึ้นแจ้งเงินโอน Copayment เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชน. <https://shorturl.asia/t8JQ5>
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.). (2569, 6 มกราคม). อย. เตือนภัย “ปากกาคัดค้าน้ำหนัก” ใช้ผิดเสี่ยงโยโย่-อันตรายต่อสุขภาพ อย่าหลงเชื่อตามโซเชียล. <https://www.fda.moph.go.th/news/news802569>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานการสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. 2565. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230628104717_82127.pdf
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). (2562). รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). (2568). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2567. <https://shorturl.asia/CHRFJ>
- สิริภานุ ศรีสุนทร. (2568, 9 ตุลาคม). “คุมค่ายาแพง” ทำได้แค่ไหน หรือแค่เพียงเจือในอ่าง? <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-198>
- อุมากรณ์ พิทักษ์. (2569, 12 มกราคม). หรือยุคแห่งจ่าย 100% กำลังจบ? เมื่อ “ยักษ์ใหญ่” AIA – กรุงเทพ แยกขา ปิดตำนานแผนประกันสุขภาพดัง. <https://shorturl.asia/Klcp3>
- Australian Communications and Media Authority (ACMA). (2025, August 12). Disconnected numbers: Reclaim your phone number from a telco. <https://shorturl.asia/VUscL>
- Bastedo, M. N. (2026). Holistic admissions as a global phenomenon: Improving higher education practices and policies. <https://doi.org/10.4324/9781003563310>
- Boonmongkol, P., Shrestha, M., Samoh, N., Kanchawee, K., Peerawarunon, P., Promnart, P., Ojanen, T., & Guadamuz, T. E. (2019). Comprehensive sexuality education in Thailand? A nationwide assessment of sexuality education implementation in Thai public secondary schools. *Sexual Health, 16*(3), 263-273. <https://doi.org/10.1071/SH18121>
- Cadena, X., & Schoar, A. (2011). Remembering to pay? Reminders vs. financial incentives for loan payments (NBER Working Paper No. 17020). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w17020>
- Chiencharoenhanakij, R., Yothamart, K., Chantathamma, N., Sukhumdech, W., Charoensri, S., Thanyakulsajja, B., & Anuroj, K. (2025). Short-form video media use is associated with greater inattentive symptoms in Thai school-age children: Insights from a cross-sectional survey. *Brain and Behavior, 15*(7), e70656. <https://doi.org/10.1002/brb3.70656>
- Children and Families Agency (CFA), Government of Japan. (2018). The fourth basic plan on measures for providing safe and secure internet use for young people. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/04628de7-d704-4ed2-ae11-7dfab859ded0e/207659d9/20230401_policies_youth_kankyou_internet_torikumi_guideline_p4_detail_en.pdf
- Department for Education, UK. (2024, February 19). Government launches crackdown on mobile phones in schools. <https://shorturl.asia/xL3zH>
- Desai, R. (2025). AI in healthcare: Reducing processing costs and enhancing efficiency. *World Journal of Advanced Engineering Technology and Sciences, 14*(2), 11-017. <https://shorturl.asia/mqtwc>
- FairTest. (2023, 26 July). ACT/SAT-optional, test-free admissions movement expands again: Record 1,900+ schools do not require scores for fall 2024 entrance. <https://fairtest.org/act-sat-optional-test-free-admissions-movement-expands-again-record-1900-schools-do-not-require-scores-for-fall-2024-entrance/>
- Government of the Republic of Korea. (2021, 30 December). Measures to strengthen fairness in the college admissions system. <https://shorturl.asia/hUihW>
- Heffler, K. F., Frome, L. R., & Gullo, D. F. (2022). Changes in autism symptoms associated with screen exposure: Case report of two young children. *Psychiatry Research Case Reports, 1*(2). <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2022.100059>
- Institute of Health Visiting (IHV). (2025, 6 January). BBC TINY Happy People – supporting HV teams working with families. <https://shorturl.asia/mOxR>
- Lindner, L., & Lorenzoni, L. (2023). Innovative providers’ payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up (OECD Health Working Papers No. 154). <https://doi.org/10.1787/627fe490-en>
- Loughborough University. (2024, 1 November). Procedure for UCAS applications flagged by the similarity detection service. <https://www.lboro.ac.uk/study/apply/support/ucas-similarity-detection/>
- Mahavongtrakul, M. (2019, February 11). Bad education? <https://www.bangkokpost.com/thailand/special-reports/1627262/bad-education->
- Ministry of Health, Singapore. (2025, January). Guidance on screen use in children. <https://shorturl.asia/WWdu1>
- Oh, S. (2023, March 28). “You have dialed the wrong number” responses will decrease... Phone numbers recycled only after 90 days of cancellation. *The Asia Business Daily*. <https://cm.asiae.co.kr/en/article/2023032813010257414>
- Open Government Licence (OGL). (2023). Online Safety Act 2023 (c. 50). https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2023/50/pdfs/ukpga_20230050_en.pdf
- Schofield, H. (2025, 25 June). Deadly airbag fault sees 2.5m cars recalled in France. <https://www.bbc.com/news/articles/cly24w3z6p7o>
- UCAS. (2026). What is a similarity report? <https://www.ucas.com/faqs/what-similarity-report/>
- Wannapaschaiyong, P., Wattanakijthamrong, S., Kallawicha, K., & Sutthitongsa, S. (2023). Associations between Media Use and Executive Dysfunction among Preschool Children in Bangkok, Thailand. *Journal of Child Science, 13*(1), e85-e95. <https://doi.org/10.12989/46433/34>
- Willis Towers Watson (WTW). (2025). 2026 Global medical trends: Insurer perspective survey report. <https://www.monney-assurances.com/doc/TW-2026.pdf>
- Wwatkamonchai, A., Mesukko, J., Klunklin, P., & Fongkaew, W. (2023). Youths’ perceptions regarding access to sexual and reproductive health services. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 27*(1), 121-137. <https://doi.org/10.60099/prinjrn.2023.260337>

กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม (กขส.)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

962 ถนนกรุงเกษม เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100

ผู้ประสานงาน / Contact persons

หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติม กรุณาสอบถามได้ที่

E-mail : Boontawee.t@nesdc.go.th

โทร. 0-2280-4085 ต่อ 3615

ตารางการเผยแพร่

2569

กุมภาพันธ์

- รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสสี่และภาพรวม ปี 2568

2569

มีนาคม

2569

เมษายน

2569

พฤษภาคม

- รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสหนึ่ง ปี 2569

2569

มีนาคม

2569

เมษายน

2569

พฤษภาคม

- รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสสอง ปี 2569

2569

มิถุนายน

2569

กรกฎาคม

2569

สิงหาคม

- รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสสาม ปี 2569

2569

กันยายน

2569

ตุลาคม

