



รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
หมวด “การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ”
ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

คณะทำงาน

นางสาวธัญชนก หมิ่นมะโน (Tanyachanok Moenmano)

นางสาวศิริกัลยา กองพันธ์ (Sirikanya Kongpan)

นางสาวชุตินัฐสินี น่วมโต (Chutinatsini Nuamto)

ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล (Assoc.Prof. Dr. Sukhontha Kongsin)

รองศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุชุม เจียมตน (Assoc.Prof. Dr. Sukhum Jiamton)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังสนา บุญธรรม (Asst.Prof. Dr. Angsana Boonthum)

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายทางสุขภาพที่ซับซ้อน ทั้งจากโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และปัจจัยคุกคามจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 จึงได้วางกรอบเป้าหมายสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” โดยเน้นการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหัวใจสำคัญ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดตัวชี้วัดสำหรับติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ครอบคลุมการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรมและรายงานความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีตัวชี้วัดหลัก 1 ตัว และตัวชี้วัดย่อย 10 ตัว ภายใต้ 6 มาตรการ และ 1 เป้าหมายคือ “บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทนต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วน ที่จะร่วมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำและไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม”

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตามตัวชี้วัดพบว่า ประเทศไทยมีสมรรถนะตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) ในระดับสูง ยังคงมีความท้าทายในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) การจัดสรรทรัพยากรที่เป็นธรรมในกลุ่มเปราะบาง และการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง ยังมีข้อจำกัดเชิงระบบ และอุปสรรคสำคัญคือ วัฒนธรรมการทำงานแบบรวมศูนย์ และการบูรณาการข้อมูล จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพ อปท. การปฏิรูประบบฐานข้อมูลสุขภาพดิจิทัล (DDS) การลงทุนในการป้องกันโรคเชิงรุก และการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งและยั่งยืน เพื่อการบรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ยืดหยุ่น และเป็นธรรมสำหรับทุกคน

Abstract

Thailand is facing complex health challenges, including communicable and non-communicable diseases, as well as environmental and behavioral risk factors. The National Health System Charter No. 3, B.E. 2565 (2022), therefore, sets a goal towards "A Just Health System", emphasizing disease prevention and control as a cornerstone. This study aimed to develop a set of indicators to monitor the situation of the Thai health system, in the section on disease prevention and control and health threats and formulate policy recommendations through a process of literature review and stakeholder consultation. There are one main indicator and ten sub-indicators under six key measures and one goal "Individuals and communities have the right to live in a healthy environment and be protected from diseases and health threats in a fair and equitable manner. This includes responding to the needs of people across all age groups and adapting to current situations. It is a shared duty and responsibility for all sectors to collaborate in creating a health-promoting environment for everyone, free from inequality and discrimination. We aim to build a resilient healthcare system with good governance, and to develop the potential of people at every age and level to become enlightened citizens who are actively engaged and responsible members of society"

The situational analysis based on these indicators reveals that while Thailand demonstrates high capacity under the International Health Regulations (IHR), challenges remain in translating national policies into local action. Key areas of concern include the decentralization of authority to local administrative organizations (LAOs), the equitable allocation of resources, particularly for vulnerable populations, and the fostering of genuine public participation. Systemic barriers, such as a centralized administrative culture and data integration challenges, continue to be significant obstacles. Policy recommendations therefore focus on strengthening LAO capacity, reforming the national digital health surveillance system (DDS), investing in proactive disease prevention, and building robust and sustainable mechanisms for public participation to enable Thailand to achieve a sustainable, resilient, and just health system for all.

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย: หมาดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

รายงานนี้เป็นรายงานการสังเคราะห์สถานการณ์ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของประเทศไทย ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งมุ่งสู่ "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" ผ่านการพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่มาจากความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และดำเนินงานภายใต้กรอบยุทธศาสตร์และนโยบายระดับชาติที่สำคัญ ได้แก่ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ นโยบายรัฐบาล และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยสุขภาพและความยั่งยืน เป็นอยู่ที่ดี และกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005) และยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างองค์การอนามัยโลกกับประเทศไทย

รายงานนี้ดำเนินการภายใต้แนวคิด “Theory of Change” เป็นกรอบการวิเคราะห์เชิงระบบ โดยมุ่งวางเป้าหมายสูงสุดไว้ที่สุขภาพของประชาชนไทย และย้อนพิจารณาว่าระบบจำเป็นต้องบรรลุผลลัพธ์เชิงระบบ (outcomes) อะไรบ้างจึงจะสามารถนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างระบบสุขภาพดังกล่าว ได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล พร้อมทั้งวิเคราะห์หลัก ตัวแปรนำเข้า กิจกรรม และเงื่อนไขสนับสนุนอย่างครบถ้วน แนวคิดนี้ยังเอื้อให้เกิดการประเมิน “ระยะห่างจากเป้าหมาย” ได้อย่างมีเหตุผล โดยไม่จำกัดการวิเคราะห์อยู่เพียงผลลัพธ์หรือความสำเร็จเชิงตัวชี้วัด

สำหรับการพัฒนาตัวชี้วัด รายงานฉบับนี้ได้สรุปการพัฒนาตัวชี้วัด และนำเสนอตัวชี้วัดจำนวน 11 ตัวชี้วัด มี ตัวชี้วัดหลัก 1 ตัวของเป้าหมาย “บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม” และ ตัวชี้วัดย่อย 10 ตัว ของ 6 มาตรการตามธรรมนูญฯ ได้แก่ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเป็นธรรม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดตั้งระบบข้อมูลและศูนย์เฝ้าระวังสุขภาพแบบบูรณาการ การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการนำเครื่องมือประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้กำหนดนโยบายสาธารณะในพื้นที่

สถานการณ์สำคัญ: ประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรค โดยมีสมรรถนะตามกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม ความท้าทายหลักอยู่ที่การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นธรรมและทั่วถึงในระดับพื้นที่ โดยมีช่องว่างสำคัญในหลายมิติ

1. **การกระจายอำนาจ (Decentralization):** แม้มีกลไกกองทุนสุขภาพตำบล แต่ อปท. หลายแห่งยังขาดศักยภาพในการบริหารจัดการงบประมาณและจัดทำแผนสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

2. **ความเป็นธรรม (Equity):** การจัดสรรทรัพยากรยังไม่เป็นธรรม โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุและแรงงานข้ามชาติ ที่ยังคงเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างวัคซีน
3. **การมีส่วนร่วม (Participation):** กลไกการมีส่วนร่วม เช่น สมัชชาสุขภาพ ยังเผชิญความท้าทายในการผลักดันให้เกิดเป็นการปฏิบัติจริง เนื่องจากข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบราชการ
4. **ระบบข้อมูล (Information System):** ระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (DDS) ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการขยายผล และการบูรณาการข้อมูลจากทุกภาคส่วนภายใต้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว” (One Health) ยังคงเป็นความท้าทาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: เพื่อให้บรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรม รายงานฉบับนี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ ดังนี้

- **เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกท้องถิ่น:** เพิ่มศักยภาพและสนับสนุนให้ อปท. สามารถวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผน และบริหารงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบลได้อย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส
- **ปฏิรูประบบข้อมูลสู่ดิจิทัลแบบบูรณาการ:** เร่งรัดการขยายความครอบคลุมของระบบ DDS และพัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลสุขภาพดิจิทัลระดับชาติที่เชื่อมโยงข้อมูลจากทุกภาคส่วน เพื่อการเฝ้าระวังและตอบสนองที่รวดเร็ว
- **ลงทุนในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก:** ปรับสมดุลการจัดสรรงบประมาณโดยให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลระยะยาว
- **ทำให้การมีส่วนร่วมเป็นรูปธรรม:** สร้างกลไกที่ชัดเจนในการนำมติจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน (เช่น สมัชชาสุขภาพ) ไปสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพและงบประมาณที่รับผิดชอบ
- **บังคับใช้ HIA ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย:** ผลักดันให้ อปท. นำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจเชิงนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อป้องกันปัจจัยคุกคามสุขภาพตั้งแต่ต้นทาง

อย่างไรก็ดี การดำเนินการจัดทำรายงานสถานการณ์นี้มีข้อจำกัดที่สำคัญด้านงบประมาณสำหรับดำเนินการ ซึ่งเอื้ออำนวยสำหรับการทบทวนเอกสารเป็นหลัก และประเด็นของการกำหนดเป้าหมายของตัวชี้วัด จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลา 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพฉบับนี้ จึงมีใช้เพียงเอกสารรายงานสถานการณ์ทั่วไป หากแต่เป็นเครื่องมือสำคัญในการติดตาม วิเคราะห์ และเสนอแนวทางเชิงระบบต่อผู้กำหนดนโยบาย เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยให้บรรลุเป้าหมายเชิงธรรมาภิบาล ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติของสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

Executive Summary

This report synthesizes the situation of disease prevention and control and health threats in Thailand under the framework of the National Health System Charter No. 3, B.E. 2565 (2022), which aims for "A Just Health System", through the development of a set of indicators derived from stakeholder participation. This report is explicitly aligned with broader national strategic and policy frameworks, including the National Strategy Master Plan, the National Economic and Social Development Plan, the National Reform Plan, and the policies of the Royal Thai Government. It also contributes to the monitoring of international obligations, such as the Sustainable Development Goals (SDGs)—particularly Goal 3: Good Health and Well-being—as well as the International Health Regulations (IHR 2005) and the WHO Country Cooperation Strategy (2022–2026) for Thailand.

To frame the systemic analysis, this report adopts the Theory of Change (ToC) approach. It identifies population health and well-being as the ultimate impact and traces backward to determine the necessary system outcomes, mechanisms, inputs, and enabling conditions required to achieve that goal. This approach also allows for a reasoned assessment of the “distance from the goal,” moving beyond binary success/failure judgment based solely on quantitative indicators.

The indicator development process resulted in eleven key indicators, comprising one core indicator—Thailand’s “Individuals and communities have the right to live in a healthy environment and be protected from diseases and health threats in a fair and equitable manner...” . And ten additional indicators cover six strategic measures outlined in the Charter. The IHR indicator The ten additional indicators address critical components of preventive health systems, including local governance and decentralization, equitable resource management, civic engagement, integrated surveillance and health information systems, strengthened primary care, and application of Health Impact Assessments (HIA) in public policy decision-making at the local level.

Key Situations: Thailand has made progress in developing its disease prevention and control system, demonstrating a high level of capacity under the International Health Regulations (IHR)⁴⁹. However, the main challenge lies in translating policies into equitable and comprehensive implementation at the local level, with significant gaps in several dimensions:

1. **Decentralization:** Despite the existence of local health security funds, many LAOs still lack the capacity to effectively manage budgets and develop health plans that truly address local problems.
2. **Equity:** Resource allocation remains inequitable, particularly for vulnerable groups such as the elderly and migrant workers, who continue to face barriers in accessing essential services like vaccines.
3. **Participation:** Participatory mechanisms like the National Health Assembly face challenges in translating resolutions into concrete actions due to structural limitations of the bureaucratic system.
4. **Information System:** The Digital Disease Surveillance (DDS) system is still in the early stages of expansion, and integrating data from all sectors under the "One Health" approach remains a challenge.

Policy Recommendations: To achieve the goal of a just health system, this report offers the following key policy recommendations:

- Strengthen Local Mechanisms: Enhance the capacity and support for LAOs to enable them to analyze problems, develop plans, and manage local health security funds efficiently and transparently.
- Reform towards an Integrated Digital Information System: Expedite the expansion of the DDS system and develop a national digital health data platform that links data from all sectors for rapid surveillance and response.
- Invest in Proactive Prevention and Health Promotion: Rebalance budget allocation to give greater priority to disease prevention and health promotion to reduce long-term healthcare costs.
- Institutionalize Public Participation: Create clear mechanisms for implementing resolutions from public participation processes (e.g., Health Assemblies) by assigning responsible host agencies and budgets.
- Mandate HIA in Policy Decisions: Promote the use of Health Impact Assessment (HIA) by LAOs as a concrete tool in public policy decision-making to prevent health threats at their source.

This situation report had some limitations from the operational budget that was suitable for review only and the issues on creation of key indicators' target at 1, 3 and 5 years by key stakeholders due to the limitation of time.

This report thus serves not only as a situation analysis of the health system in the areas of disease prevention and health threats, but also as a vital policy instrument to monitor, analyze, and propose system-oriented solutions. By emphasizing governance, equity, public participation, sustainable investment, and health literacy, it aims to support transformative health system development in response to current and future public health challenges—grounded in the holistic principle of One Health, which integrates human, animal, and environmental health perspectives for national and global health security

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	1
Abstract	2
บทสรุปผู้บริหาร.....	3
Executive Summary	5
สารบัญ	8
สารบัญตาราง	9
ส่วนที่ 1 บทนำ	11
ส่วนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....	13
2.1 สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	13
2.2 กรอบแนวคิด ยุทธศาสตร์/แผน นโยบาย และกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง	23
2.3 หน่วยงานที่มีการดำเนินงานเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	31
2.4 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	36
ส่วนที่ 3 กระบวนการดำเนินงาน และกรอบความคิด	134
3.1 กระบวนการพัฒนาและคัดเลือกตัวชี้วัด	134
3.2 กรอบความคิด Theory of Change (ToC).....	134
ส่วนที่ 4 ผลการทบทวนและคัดเลือกตัวชี้วัด.....	139
ส่วนที่ 5 สถานการณ์ปัจจุบันของการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	153
5.1 สถานการณ์ปัจจุบัน: ความท้าทายและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ.....	153
5.2 ตัวชี้วัดของเป้าหมาย จำนวน 1 ตัวชี้วัด	154
5.3 ตัวชี้วัดตามมาตรการ จำนวน 10 ตัวชี้วัด.....	166
5.4 การวิเคราะห์ “ช่องว่าง” และ “จุดเด่น” ของตัวชี้วัด 11 ตัว.....	195
ส่วนที่ 6 อภิปรายผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ	199
6.1 อภิปรายผลสถานการณ์ในภาพรวม.....	199
6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการ	200
6.3 ข้อเสนอต่อตัวชี้วัด.....	202
6.4 ข้อจำกัดในการดำเนินการจัดทำรายงานฯ.....	205
เอกสารอ้างอิง	206
ภาคผนวก	238

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 สถิติสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงในประเทศไทย (พ.ศ. 2562-2570).....	16
ตารางที่ 2 สถิติผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ PM2.5 และสถานการณ์รายภูมิภาค (ต.ค. 2566-พ.ค.2567).....	18
ตารางที่ 3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานแห่งชาติ (วัคซีนสำคัญและช่วงอายุ).....	20
ตารางที่ 4 กลุ่มเป้าหมายและปริมาณวัคซีนสำหรับไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล พ.ศ. 2568.....	21
ตารางที่ 5 นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567-2568.....	29
ตารางที่ 6 พื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญของกรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2568).....	30
ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดสำหรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค อย่างเป็นธรรม.....	38
ตารางที่ 8 ตัวชี้วัดด้านความเสมอภาคทางสุขภาพและการเข้าถึง	39
ตารางที่ 9 ตัวชี้วัดสำหรับระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและความพร้อมรับมือภัยพิบัติ	40
ตารางที่ 10 ตัวชี้วัดด้านธรรมาภิบาลและการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ	42
ตารางที่ 11 ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และการเป็นพลเมืองที่ดี.....	43
ตารางที่ 12 สรุปภารกิจด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	46
ตารางที่ 13 ตัวชี้วัดความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข	49
ตารางที่ 14 ตัวอย่างตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการป้องกันและควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	51
ตารางที่ 15 ตัวชี้วัดการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมภายใต้แนวคิดเมืองสุขภาพดี	54
ตารางที่ 16 สรุปมิติของความเป็นธรรมในบริบทขององค์กร	58
ตารางที่ 17 สเปกตรัมการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ	76
ตารางที่ 18 ตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ.....	83
ตารางที่ 19 ประเภทของปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพที่เฝ้าระวังในประเทศไทย	100
ตารางที่ 20 ตัวอย่างตัวชี้วัดหลักสำหรับศูนย์เฝ้าระวังโรคและภัยคุกคามสุขภาพระดับประเทศ	104
ตารางที่ 21 สรุปตัวชี้วัดหลักที่บ่งชี้คุณภาพและมาตรฐานของบริการปฐมภูมิในประเทศไทย	114
ตารางที่ 22 กลไกสำคัญที่เชื่อมโยงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย	117
ตารางที่ 23 ขั้นตอนกระบวนการ HIA และจุดเน้นการประเมินที่เกี่ยวข้อง	122
ตารางที่ 24 ตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ใน HIA.....	125

ตารางที่ 25	ตัวชี้วัดสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วนใน HIA	128
ตารางที่ 26	ตัวชี้วัดการประเมินสำหรับอิทธิพลของ HIA ต่อการกำหนดนโยบายและผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ.....	131
ตารางที่ 27	ระดับของ Theory of Change รายละเอียดและตัวอย่างในระบบสุขภาพ	135
ตารางที่ 28	ตัวชี้วัดภายใต้กรอบแนวคิด Theory of Change	138
ตารางที่ 29	สรุปผลการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดการป้องกันและ ควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	139
ตารางที่ 30	สรุปการประชุมและสาระสำคัญของการกำหนดตัวชี้วัด	143
ตารางที่ 31	ตัวชี้วัดหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ จากมติในที่ประชุมรับ ฟังความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคาม สุขภาพในวันที่ 23 มิถุนายน 2568 และได้รับการยืนยันชุดตัวชี้วัดวันที่ 27 มิถุนายน 2568	144
ตารางที่ 32	สรุปรายการตัวชี้วัดฉบับสมบูรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	149
ตารางที่ 33	สรุปคะแนนการประเมิน JEE ของประเทศไทย ปี 2565 ใน 19 สมรรถนะทางเทคนิค	159
ตารางที่ 34	คะแนนสมรรถนะตามรายงาน SPAR ของประเทศไทย ปี 2567	161
ตารางที่ 35	สรุปความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 28 เมษายน 2566).....	179
ตารางที่ 36	เปรียบเทียบความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในกลุ่มประชากรหลัก	180
ตารางที่ 37	สรุปอุปสรรคในการเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มเปราะบาง	182
ตารางที่ 38	อุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญของตัวชี้วัดที่ 3.2	190
ตารางที่ 39	สรุปภาพรวม จุดเด่น กับ ช่องว่าง ของ 11 ตัวชี้วัดในกรอบ Theory of Change	195
ตารางที่ 40	ข้อเสนอเพื่อ “ผลักดันจุดแข็ง” และ “อุดช่องว่าง”	196
ตารางที่ 41	สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 1	196
ตารางที่ 42	สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 2	197
ตารางที่ 43	สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 3	197
ตารางที่ 44	สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 4-6	198
ตารางที่ 45	สรุปมาตรการและตัวชี้วัดสำคัญของหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคาม สุขภาพ.....	199

ส่วนที่ 1 บทนำ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยเป็นเอกสารเชิงนโยบายที่มีความสำคัญยิ่ง ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินภาพรวมและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยอ้างอิงจากบทบัญญัติในมาตรา 25(5) และมาตรา 27(3) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพของประเทศ รวมถึงให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่สำรวจ ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนสถานการณ์ระบบสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้นำเสนอภาพของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทยอย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง โดยเน้นการเปลี่ยนผ่านจากระบบที่เน้นการรักษาไปสู่ระบบที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นหลัก ผ่านการบูรณาการทรัพยากรและนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกับบริบทของพื้นที่ ความหลากหลายทางสังคม และความจำเป็นเฉพาะของประชาชน

สำหรับ หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ได้ระบุว่าบุคคลและชุมชนมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นธรรม ทันสถานการณ์ และตอบสนองต่อความจำเป็นตลอดช่วงชีวิต โดยถือเป็นหน้าที่ร่วมของทุกภาคส่วนในการสร้างระบบสุขภาพที่มีธรรมาภิบาล พื้นตัวได้เร็ว และส่งเสริมศักยภาพของมนุษย์และชุมชน

นอกจากนี้ รายงานฉบับนี้ยังได้ บูรณาการแนวคิด “Theory of Change” (ToC) เพื่อแสดงให้เห็นเส้นทางการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาวะของประชาชนไทย จากนั้นจึงพิจารณาถึงผลลัพธ์เชิงระบบ กลไกนำเข้า กิจกรรม และเงื่อนไขสนับสนุนต่าง ๆ ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างเป็นรูปธรรม

ในช่วงปี 2567–2568 คณะอนุกรรมการฯ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ กฎหมายและนโยบายสำคัญของประเทศ บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งในระดับส่วนกลาง และท้องถิ่น เพื่อคัดเลือก ตัวชี้วัด ที่เหมาะสมกับเป้าหมายของธรรมนูญฯ

ตัวชี้วัดที่ได้รับการรับรองประกอบด้วย 1 ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่ สมรรถนะของประเทศในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) และ 10 ตัวชี้วัดเสริม ภายใต้ 6 มาตรการสำคัญ ซึ่งครอบคลุมการกระจายอำนาจ การบริหารจัดการทรัพยากร การมีส่วนร่วมของประชาชน ศูนย์เฝ้าระวังสุขภาพ บริการสุขภาพปฐมภูมิ และการบูรณาการ HIA เข้ากับนโยบายสาธารณะ

การวิเคราะห์ตัวชี้วัดถูกจัดกลุ่มใน 3 มิติหลัก ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ การจัดการโรคไม่ติดต่อและพฤติกรรมเสี่ยง ปัจจัยคุกคามจากสิ่งแวดล้อมและภัยสุขภาพข้ามพรมแดน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน

เคลื่อนที่ครอบคลุม รายงานฉบับนี้ยังใช้แนวคิด “สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health)” เพื่อบูรณาการการวิเคราะห์จาก 3 มิติข้างต้น ได้แก่ มนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ควบคู่กับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและเตือนภัยล่วงหน้า (Early Warning System) เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับความเสี่ยงสุขภาพจากอนาคต รวมทั้งยังเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs) โดยเฉพาะ SDG 3 กรอบกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR 2005) สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า รายงานสถานการณ์ในหมวดนี้มีใช้เพียงการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพ แต่ยังเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายที่มีพลังในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ลดความเหลื่อมล้ำและนำไปสู่ความเป็นธรรม ความยั่งยืน และความสามารถในการฟื้นตัวจากวิกฤตในอนาคต ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง

ท้ายที่สุด รายงานฉบับนี้มีเป้าประสงค์เพื่อเป็น “ฐานข้อมูลเชิงนโยบาย” ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนปฏิรูปประเทศ และนโยบายรัฐบาล ตลอดจนเชื่อมโยงกับแนวทางความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพที่มั่นคง ยั่งยืน และเป็นธรรมสำหรับคนไทยทุกคน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรวบรวมและคัดเลือกตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพภายใต้กรอบธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม
2. เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพโดยวิเคราะห์สถานการณ์ตามตัวชี้วัดที่คัดเลือก
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามที่ธรรมนูญฯ กำหนดไว้

ส่วนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

จากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร งานวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการป้องกัน และควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

2.1 สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ปัจจุบันประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์ด้านสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมถึงปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม ระบบสาธารณสุขถือเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และหน่วยงานเฉพาะทาง โดยเฉพาะกรมควบคุมโรค (คร.) เป็นแกนนำหลัก การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของไทยชี้ให้เห็นถึงความมุ่งมั่นผ่านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ระยะยาว การจัดสรรงบประมาณจำนวนมาก และบุคลากรที่มีความสามารถ

2.1.1 สถานการณ์โรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (Communicable and Emerging/Re-emerging Infectious Disease)

ประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายจากโรคติดต่อมาอย่างต่อเนื่อง โดยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2563 - 2567) สถานการณ์โรคติดต่อในประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจาก สถานการณ์โควิด-19 และการเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุข

โรคโควิด-19: แม้ว่าโควิด-19 จะได้รับการจัดการเป็นโรคประจำถิ่นแล้ว แต่ยังคงเป็นภาระด้านสาธารณสุข ณ ต้นเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 ประเทศไทยรายงานผู้ป่วยรายใหม่ 105,225 ราย และเสียชีวิต 33 รายในหนึ่ง สัปดาห์ (1-7 มิถุนายน 2568) ¹ ผู้ป่วยสะสมตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2568 อยู่ที่ 400,155 ราย และเสียชีวิต 100 ราย 16 พื้นที่ที่มีอุบัติการณ์สูง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (9,575 รายในหนึ่งสัปดาห์ 17; 9,193 ราย ณ ต้นเดือน มิถุนายน ² ชลบุรี ระยอง นนทบุรี และสระแก้ว ³ กลุ่มอายุที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ วัยทำงาน (อายุ 20-39 ปี) เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ สถานการณ์โรคได้รับการติดตามผ่านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา โดยข้อมูลจะถูก รายงานในเบื้องต้นว่าเป็น "ผู้ป่วยสงสัย" และปรับปรุงเมื่อการสอบสวนโรคเสร็จสิ้น ¹

ใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล: ณ สัปดาห์ที่ 20 (11-17 พฤษภาคม 2568) ประเทศไทยรายงานผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ 336,017 ราย โดยมีอัตราป่วย 517.65 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 45 ราย (อัตราป่วยตาย 0.013%) ⁴ อัตราอุบัติการณ์สูงสุดพบในเด็กอายุ 0-4 ปี (3,396.95 ต่อประชากรแสนคนในปี 2567 ⁵) รองลงมาคือกลุ่ม อายุ 5-14 ปี และ 15-24 ปี จังหวัดที่มีอุบัติการณ์สูง ได้แก่ ลำพูน ภูเก็ต ระยอง พะเยา และชลบุรี ⁴ ความ พยายามในการฉีดวัคซีนสำหรับปี พ.ศ. 2568 มุ่งเป้าไปที่กลุ่มเสี่ยง โดยมีผู้ได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว 1.96 ล้าน คน ณ วันที่ 16 มิถุนายน 2568 กรุงเทพฯ ขอนแก่น สงขลา นครราชสีมา และชลบุรี แสดงจำนวนผู้ได้รับการ ฉีดวัคซีนสูงสุด ⁶

ไข้เลือดออก: ในช่วง 6 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยพบผู้ป่วยไข้เลือดออกกว่า 13,000 ราย ⁷ กรมควบคุมโรคคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2568 จะลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2567

โดยมีผู้ป่วย 3,550 ราย ที่รายงานตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 12 กุมภาพันธ์ 2568 ซึ่งน้อยกว่าปีที่ผ่านมาถึง 4.8 เท่า กลุ่มอายุที่มีอุบัติการณ์สูงสุดคือ 5-14 ปี รองลงมาคือ 15-24 ปี และพบผู้ป่วยสูงทางภาคใต้ของไทย ภาวะอ้วนและการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่รุนแรงและการเสียชีวิต⁸

ฝีดาษวานร (Mpox): ประเทศไทยระบุพบผู้ป่วยฝีดาษวานร Clade I กลุ่มแรกในช่วงต้นปี พ.ศ. 2568 โดยมีผู้ป่วยเพิ่มเติม 3 รายที่ได้รับการวินิจฉัยภายในเดือนมกราคม 2568 ซึ่งเชื่อมโยงกับการเดินทางไปยังตะวันออกกลาง ผู้ป่วยรายแรกในเดือนสิงหาคม 2567 เชื่อมโยงกับการเดินทางไปยังทวีปแอฟริกา การเฝ้าระวังทางจีโนม และการถอดรหัสพันธุกรรมอย่างรวดเร็วมีบทบาทสำคัญในการระบุผู้ป่วยเหล่านี้และความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา⁹ ณ วันที่ 26 มีนาคม 2568 กรมควบคุมโรคได้จัดทำรายงานสถานการณ์ฝีดาษวานร¹⁰ ข้อกังวลที่สำคัญคืออัตราการเสียชีวิตที่สูง (100%) ในผู้ป่วยฝีดาษวานรที่ติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย ซึ่งบ่งชี้ถึงภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง¹¹

ประเทศไทยเผชิญกับภัยคุกคามอย่างต่อเนื่องจากโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เนื่องจากปัจจัยต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงของประชากร วิวัฒนาการของเชื้อโรค การดื้อยาปฏิชีวนะ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมของมนุษย์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การรบกวนธรรมชาติและระบบนิเวศวิทยา และการเดินทางที่สะดวกสบาย¹² สภาพภูมิอากาศแบบร้อนชื้นของประเทศและบทบาทในฐานะศูนย์กลางการเดินทางทำให้ประเทศไทยมีความเสี่ยงเป็นพิเศษต่อการแพร่กระจายของโรคที่นำโดยพาหะและโรคสัตว์สู่คน

แผนปฏิบัติการด้านเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2566 – 2570

แผนนี้ มีวิสัยทัศน์ว่า “ประเทศไทยสามารถป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเป็นระบบทันการณ์ ลดผลกระทบทางสังคมเศรษฐกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการบริหารจัดการแบบบูรณาการ ภายใต้การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่สุขภาวะที่ดีของประชาชนอย่างมั่นคง และยั่งยืน”¹³ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พัฒนาระบบเตรียมความพร้อม การบูรณาการกฎหมาย และการบริหารการเงิน การเสริมสร้างระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา ภายใต้แนวคิด "สุขภาพหนึ่งเดียว" (One Health) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการจัดการกับภัยคุกคาม การเสริมสร้างการเฝ้าระวังและความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (สุขภาพมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตรวจจับและตอบสนองอย่างรวดเร็ว เพื่อลดผลกระทบของการระบาดในอนาคต

2.1.2 สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease: NCDs)

โรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งในประเทศไทย คิดเป็น 81% ของการเสียชีวิตทั้งหมด (มากกว่า 400,000 รายต่อปี หรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน) โรคเหล่านี้ก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การเจ็บป่วย และความพิการอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยประมาณ 1.6 ล้านล้านบาท (9.7% ของ GDP) ในปี พ.ศ. 2562 ความชุกของโรคเบาหวาน (9.5%) และความดันโลหิตสูง (25.4%) ในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2551-2552 ถึง พ.ศ. 2562-2563¹⁴ พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน และภาวะไขมันในเลือดสูง แสดงแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปริมาณโซเดียมที่บริโภคเฉลี่ยต่อวัน (3,636 มก.) เป็นสองเท่าของคำแนะนำของ WHO¹⁴

แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570)

แผนนี้มีเป้าหมายเพื่อลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดตอลง 25% ภายในปี พ.ศ. 2570 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2553 โดยมีกลยุทธ์สำคัญ ได้แก่ การบูรณาการเครือข่ายหลายภาคส่วน (Smart NCD Network) การสร้างความรู้ด้านสุขภาพและสร้างความตระหนัก (NCD Health Literacy) และการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Ecosystem) ซึ่งแผนนี้ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) แม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในบางด้าน (เช่น การประเมินความเสี่ยง ยาจำเป็น) แต่การลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดตอยังเป็นไปอย่างช้าๆ (จาก 14.8% ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 14.6% ในปี พ.ศ. 2565 โดยมีเป้าหมาย 11.07% ภายในปี พ.ศ. 2568) ความท้าทายรวมถึงการดำเนินงานที่กระจัดกระจาย การบังคับใช้กฎหมายที่ไม่เพียงพอ และอิทธิพลของรูปแบบการบริโภคที่ไม่ดีต่อสุขภาพ¹⁴ ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งผลักดันร่าง พ.ร.บ. โรคไม่ติดต่อ เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน¹⁵

ตารางที่ 1 สถิติสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงในประเทศไทย (พ.ศ. 2562-2570)

โรค/ปัจจัยเสี่ยง	สถานการณ์ปัจจุบัน พ.ศ. 2562-2570)	ผลกระทบ/แนวโน้ม	มาตรการ/เป้าหมาย
การเสียชีวิตจาก NCDs	> 400,000 ราย/ปี (81% ของการเสียชีวิตทั้งหมด)	สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในไทยและทั่วโลก (74% ทั่วโลก)	ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจาก NCDs ลง 25% ภายในปี 2570
เบาหวาน	ความชุก 9.5% (6.5 ล้านคน) ในประชากร 15+ ปี	เพิ่มขึ้น 37.7% จากปี 2551-2552	-
ความดันโลหิตสูง	ความชุก 25.4% (14 ล้านคน) ในประชากร 15+ ปี	เพิ่มขึ้น 18.7% จากปี 2551-2552	-
ผู้ป่วย NCD ไม่ทราบสถานะโรค	เบาหวาน 30.6%, ความดันโลหิตสูง 48%	สูงสุดในกลุ่มอายุ 15-44 ปี และเพศชาย	-
ต้นทุนทางเศรษฐกิจจาก NCD	1.6 ล้านล้านบาท/ปี (9.7% ของ GDP)	91% เป็นต้นทุนแฝง (ขาดงาน, ลดผลิตภาพ)	-
การบริโภคแอลกอฮอล์	ความชุก 44.6% ของประชากร	มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายภูมิภาค	-
การสูบบุหรี่	ความชุก 18.7% ของประชากร	มีแนวโน้มลดลง แต่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยในบางเขตสุขภาพ	-
การบริโภคโซเดียม	เฉลี่ย 3,636 มก./วัน	สูงเป็น 2 เท่าของคำแนะนำ WHO (2,000 มก./วัน)	-
กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	30.9% ของประชากร	-	-
การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ	มีเพียง 21.2% ที่บริโภคเพียงพอ	-	-
น้ำหนักเกิน/ภาวะอ้วน	น้ำหนักเกิน 30.5%, อ้วน 7.5% (ปี 2558)	เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 5	-

2.1.3 สถานการณ์ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

มลพิษทางอากาศ (โดยเฉพาะ PM2.5) และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

องค์การอนามัยโลกได้ระบุให้มลพิษทางอากาศเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมอันดับหนึ่ง โดยมีประชากร 9 ใน 10 คนทั่วโลกต้องเผชิญกับมลพิษทางอากาศทุกวัน และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตกว่า 7 ล้านคนต่อปีจากโรคทางเดินหายใจ ปอด หัวใจ และสมอง¹⁷ ในประเทศไทย สถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน (PM2.5) พบว่ามีแนวโน้มเกินมาตรฐานในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล และภาคเหนือ¹⁸ ในปี 2566 มีคนไทยกว่า 10.5 ล้านคนป่วยด้วยโรคที่เชื่อมโยงกับมลพิษทางอากาศ ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 116 จากปี 2565¹⁶

ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 ถึงพฤษภาคม 2567 มีผู้ป่วยจากระบบบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ PM2.5 รวม 3,319,720 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 5,100 ต่อแสนประชากร โรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคผิวหนังอักเสบ (1,391,515 ราย) โรคตาอักเสบ (1,157,247 ราย) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (703,087 ราย) ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด (6,270 ต่อแสนประชากร) ซึ่งสอดคล้องกับระดับ PM2.5 ที่สูงสุดในภูมิภาคนี้ กลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว ได้รับผลกระทบเป็นพิเศษ¹⁸ พฤติกรรมส่วนบุคคลและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัส PM2.5 ได้แก่ การเผาขยะ/กระดาศ การจุดธูป การออกกำลังกายนอกบ้านในช่วงที่มีฝุ่นสูง การไม่ตรวจสอบคุณภาพอากาศก่อนออกจากบ้าน และการไม่ปิดประตูหน้าต่าง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการที่เกี่ยวข้องกับ PM2.5 อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ เพศหญิงและผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงสูงกว่าในการเกิดอาการ¹⁸

การบริหารจัดการ PM2.5 ได้ถูกกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานตาม 4 มาตรการหลักและ 11 กิจกรรมสำคัญ¹⁸ มาตรการเหล่านี้ครอบคลุมการส่งเสริมการลดมลพิษ การสื่อสารและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เช่น สายด่วน, การเสริมสร้างชุมชน) การลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ (เช่น การเฝ้าระวัง, การเตือนภัย, การทำงานจากที่บ้าน) การจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (เช่น คลินิกมลพิษ, ห้องปลอดฝุ่น, การดูแลเชิงรุก) และการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (เช่น ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (PHEOCs), การบังคับใช้กฎหมาย) อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทาย เช่น การขาดรูปแบบความรู้ที่เป็นมาตรฐาน การขาดแคลนสื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การสื่อสารออนไลน์ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกคน การขาดบุคลากรเฉพาะทางด้านการวินิจฉัย การขาดงบประมาณในการปรับปรุงห้องปลอดฝุ่น และการบังคับใช้กฎหมายที่ไม่สม่ำเสมอ¹⁷ การฟ้องร้องดำเนินคดีของประชาชนต่อรัฐบาลในกรณีการแก้ไขปัญหา PM2.5 ที่ล่าช้า¹⁶ บ่งชี้ถึงความไม่พอใจของประชาชนและความเร่งด่วนของปัญหานี้

การที่ระดับ PM2.5 และอัตราการเจ็บป่วยในภาคเหนือสูงกว่าภูมิภาคอื่นอย่างเห็นได้ชัด¹⁸ บ่งชี้ถึงปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งประชากรในบางพื้นที่ต้องแบกรับภาระจากภัยคุกคามสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมมากกว่ากลุ่มอื่น ปัญหานี้ไม่ได้เป็นเพียงปัญหามลพิษทั่วไป แต่เป็นความเหลื่อมล้ำเชิงภูมิภาคที่บ่งชี้ว่าแหล่งกำเนิดมลพิษ (เช่น การเผาในที่โล่ง การเผาป่า) มีความเข้มข้นหรือส่งผลกระทบมากกว่าในพื้นที่เหล่านี้ ซึ่งนำไปสู่คำถามเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรด้านการปกป้องสิ่งแวดล้อมและการบังคับใช้กฎหมายอย่างเท่าเทียม การแก้ไขปัญหาจึงต้องอาศัยการแทรกแซงที่ตรงจุดสำหรับภูมิภาคเฉพาะ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดขึ้นในการห้ามเผา การส่งเสริมแนวทางการเกษตรทางเลือก และอาจรวมถึงการแก้ไขปัญหาหมอกควันข้ามแดน ซึ่งเป็นความท้าทายทางการเมืองที่ซับซ้อน

ตารางที่ 2 สถิติผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ PM2.5 และสถานการณ์รายภูมิภาค (ต.ค.2566-พ.ค.2567)

ภูมิภาค	ค่า PM2.5 เฉลี่ย 24 ชม. ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	ค่าสูงสุด PM2.5 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)	จำนวนผู้ป่วยรวม (ราย)	อัตราป่วย (ต่อแสนประชากร)	โรคที่พบบ่อย
ภาพรวมประเทศ	4.8 – 218.6	218.6	3,319,720	5,100	ผิวหนังอักเสบ, ตาอักเสบ, COPD
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	8.2 – 101.7	101.7 (มหาชัยสมุทรสาคร)	-	-	-
ภาคกลางและตะวันตก	11.0 – 118.7	118.7 (บ้านเหนือกาญจนบุรี)	-	-	-
ภาคตะวันออก	4.8 – 86.7	86.7 (อรัญประเทศสระแก้ว)	-	-	-
17 จังหวัดภาคเหนือ	12.1 – 218.6	218.6 (เวียงพางคำ เชียงราย)	-	6,270	ผิวหนังอักเสบ, ตาอักเสบ, COPD
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	5.2 – 127.9	127.9 (ในเมืองอุบลราชธานี)	-	-	-
ภาคใต้	8.0 – 45.3	45.3 (ตลาดใหญ่ภูเก็ต)	-	-	-

หมายเหตุ: ค่า PM2.5 เป็นค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง, อัตราป่วยต่อแสนประชากรสำหรับ 4 กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับ PM2.5 (โรคระบบทางเดินหายใจ, ผิวหนังอักเสบ, ตาอักเสบ, หัวใจและหลอดเลือดสมอง)¹⁸

ปัจจัยทางสังคมและพฤติกรรม

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่คุกคามสุขภาพของคนไทย อัตราการสูบบุหรี่โดยรวมมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในเขตสุขภาพที่ 4 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเกือบทุกเขตสุขภาพระหว่างปี 2554-2558 โดยบางภูมิภาคมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี นอกจากนี้ มีเพียงร้อยละ 36.1 ของประชากรเท่านั้นที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอในปี 2558 ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังคงสูง โดยร้อยละ 30.5 มีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 7.5 เป็นโรคอ้วนในปี 2558 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 5 มีความชุกสูงสุด¹⁹ การบริโภคโซเดียมเฉลี่ยยังคงสูงเป็นสองเท่าของคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก¹⁴

ปัญหาสุขภาพจิตและความรุนแรงในครอบครัวก็เป็นประเด็นที่น่ากังวล ระดับสุขภาพจิตโดยรวมของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเภท มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในเกือบทุกเขตสุขภาพ เช่นเดียวกับโรคอหิวาต์และโรคสมาธิสั้น อัตราการฆ่าตัวตายยังคงที่ แต่เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด¹⁹

ผลกระทบจากเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสารเป็นอีกหนึ่งปัจจัยคุกคามที่ซับซ้อน แม้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจะนำมาซึ่งประโยชน์ แต่ก็ก่อให้เกิดความท้าทาย เช่น การแพร่กระจายของข้อมูลบิดเบือนและข่าวปลอม การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การล่วงละเมิดทางเพศออนไลน์ และการสัมผัสเนื้อหาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน เทคโนโลยีสมัยใหม่ยังนำไปสู่ปัญหาสุขภาพใหม่ ๆ เช่น การติดการพนันออนไลน์ และการติดเกม ซึ่งส่งผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสติปัญญาในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ข้อจำกัดสำคัญคือ การขาดแผนการสื่อสารที่เป็นระบบจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุม ซึ่งนำไปสู่ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ¹³

กลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ คนจนเมือง ผู้พิการ คนไร้บ้าน และแรงงานนอกระบบ ได้รับผลกระทบจากวิกฤตสุขภาพอย่างไม่สมส่วน โดยประสบปัญหาการขาดรายได้ ความไม่มั่นคงทางอาหาร ข้อจำกัดด้านที่พักอาศัย การไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือเยียวยาอย่างทันท่วงที และเพียงพอ รวมถึงการขาดสถานะตามกฎหมาย วิกฤตโควิด-19 ยิ่งตอกย้ำความไม่เป็นธรรมเหล่านี้ โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ขาดการคุ้มครองทางสังคม²⁰ การเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิยังคงเผชิญความท้าทาย เช่น การขาดแคลนบุคลากร (โดยเฉพาะแพทย์) งบประมาณไม่เพียงพอ และความไม่เชื่อมั่นของประชาชนในคุณภาพบริการ ซึ่งนำไปสู่ความแออัดในโรงพยาบาล²¹ นอกจากนี้ ยังมีความเหลื่อมล้ำอย่างมากในอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เช่น กรุงเทพมหานครมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 630 คน ขณะที่จังหวัดบึงกาฬมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 5,021 คน²² ผู้ที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือเอกสารยืนยันตัวตน บางครั้งไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้²³

2.1.4 มาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่สำคัญในการปฏิบัติ

โครงการวัคซีน

ประเทศไทยมีโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติที่ครอบคลุม โดยจัดหาวัคซีนที่จำเป็นตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยเรียน มีวัคซีนสำคัญ ได้แก่ BCG, วัคซีนตับอักเสบบี, DTP-HB, โปлио (ชนิดหยอดและชนิดฉีด), หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน, ไขสันหลังอักเสบเฉียบพลัน และ HPV (สำหรับเด็กหญิง)²⁴

ตารางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานแห่งชาติที่ละเอียดและจำเพาะตามช่วงอายุ²⁴ เป็นรากฐานของยุทธศาสตร์การป้องกันโรคติดต่อของประเทศไทย โดยเฉพาะสำหรับเด็ก โครงการที่ดำเนินมาอย่างยาวนานนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างภูมิคุ้มกันในประเทศ การลดอุบัติการณ์ของโรค และการป้องกันการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ความครอบคลุมของโครงการบ่งชี้ให้เห็นถึงความมุ่งมั่นด้านสาธารณสุขที่แข็งแกร่งในการปกป้องประชากรกลุ่มเปราะบางที่สุด

ตารางที่ 3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานแห่งชาติ (วัคซีนสำคัญและช่วงอายุ)

อายุ	วัคซีนที่ต้องได้รับ (วัคซีนจำเป็น)
แรกเกิด	บีซีจี (BCG), ตับบักเสบบี (HB1)
1 เดือน	ตับบักเสบบี (HB2) (เฉพาะรายที่เกิดจากการติดเชื้อที่เป็นพาหะ)
2 เดือน	คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับบักเสบบี (DTP-HB1), โปлиоชนิดหยอด (OPV1)
4 เดือน	คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับบักเสบบี (DTP-HB2), โปлиоชนิดหยอด (OPV2), โปлиоชนิดฉีด (IPV)
6 เดือน	คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับบักเสบบี (DTP-HB3), โปлиоชนิดหยอด (OPV3)
9-12 เดือน	หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR1)
1 ปี	ไข้มองอักเสบเจอี (LAJE1)
1 ปี 6 เดือน	คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP4), โปлиоชนิดหยอด (OPV4)
2 ปี 6 เดือน	หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR2), ไข้มองอักเสบเจอี (LAJE2)
4 ปี	คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (DTP5), โปлиоชนิดหยอด (OPV5)
11 ปี (นักเรียนหญิง ป.5)	เอชพีวี (HPV1, HPV2) ห่างกันอย่างน้อย 6 เดือน
12 ปี (ป. 6)	คอตีบ-บาดทะยัก (dT)

หมายเหตุ: ตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ในกลางปี 2562 ใช้วัคซีนรวม 5 โรคที่มี คอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับบักเสบบี-อีบี แทนวัคซีนรวมคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน-ตับบักเสบบี

โครงการฉีดวัคซีนใช้หัวใจใหญ่ตามฤดูกาล ปี พ.ศ. 2568

กลุ่มเป้าหมาย: โครงการปี พ.ศ. 2568 มุ่งเป้าไปที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง ประชากรทั่วไปกลุ่มเสี่ยง (หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 6 เดือน-2 ปี ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยอ้วน ผู้ป่วยสมองพิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้) และเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์/ผู้ต้องขัง⁵

ช่วงเวลาการรณรงค์: กำหนดตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 31 สิงหาคม 2568 โดยมีระยะรณรงค์เชิงรุกเข้มข้นในช่วงสามเดือนแรก⁵

แนวทางการดำเนินงาน: แนวทางโดยละเอียดครอบคลุมการจัดสรรวัคซีน (จากกรมควบคุมโรคและ สปสช.) การกระจายวัคซีน (ผ่านองค์การเภสัชกรรม) การเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการ (สำรวจกลุ่มเป้าหมาย การบริหารจัดการวัคซีนผ่าน Krungthai Digital Health Platform/แอปพลิเคชันเป้าตั้ง) การปฏิบัติงานในวันรณรงค์ (อุปกรณ์ ข้อห้าม การให้ข้อมูล การบริหารจัดการวัคซีน การดูแลระบบลูกโซ่ความเย็น) และการติดตามผลหลังการรณรงค์ (การรายงานผ่านระบบ DDC FLU)⁵ มีการตั้งเป้าหมายประสิทธิภาพการฉีดวัคซีนไว้ที่ 80%

แนวทางการดำเนินงานสำหรับโครงการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาลปี พ.ศ. 2568 แสดงให้เห็นถึงระดับการบริหารจัดการแคมเปญระดับชาติที่ซับซ้อน การจัดสรรความรับผิดชอบที่ชัดเจนระหว่างกรมควบคุมโรคและ สปสช. สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน แผนการกระจายวัคซีนแบบหลายเฟส และการบูรณาการ Krungthai Digital Health Platform (แอปพลิเคชันเปาตั้ง) สำหรับการบริหารจัดการวัคซีน⁵ แสดงให้เห็นถึงระบบที่แข็งแกร่งและขับเคลื่อนด้วยดิจิทัล ความละเอียดของข้อมูลนี้บ่งชี้ถึงโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่พร้อมสำหรับการดำเนินงานฉีดวัคซีนขนาดใหญ่และซับซ้อน และความมุ่งมั่นในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเพื่อประสิทธิภาพและการเข้าถึง

ตารางที่ 4 กลุ่มเป้าหมายและปริมาณวัคซีนสำหรับไข้วัดใหญ่ตามฤดูกาล พ.ศ. 2568

กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานสนับสนุนวัคซีน	ปริมาณวัคซีน/แนวทางการฉีด
บุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขกลุ่มเสี่ยง	กรมควบคุมโรค	933,380 โดส (จัดสรร เม.ย. 2568)
หญิงตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ 12-20 สัปดาห์ หรือตลอดการตั้งครรภ์)	สปสช.	320,000 โดส (ให้บริการตลอดทั้งปี)
เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี	สปสช.	รวม 4,490,000 โดสสำหรับกลุ่มเสี่ยง อื่นและผู้ต้องขัง
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค (ปอดอุด กั้นเรื้อรัง, หอบหืด, หัวใจ, หลอดเลือด สมอง, ไตวาย, มะเร็งที่ได้รับเคมี บำบัด, เบาหวาน)	สปสช.	-
ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป	สปสช.	-
ผู้ป่วยธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน บกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี อาการ)	สปสช.	-
ผู้ป่วยอ้วน (>100 กก. หรือ BMI >35 kg/m ²)	สปสช.	-
ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้	สปสช.	-
เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์และผู้ต้องขัง	สปสช. (ผู้ต้องขัง), กรมควบคุมโรค (เจ้าหน้าที่)	-

การขยายการฉีดวัคซีน HPV: โครงการเช่น "โครงการสุขภาพดีสร้างได้ด้วยวัคซีน ปี 2568" มีเป้าหมายเฉพาะในการฉีดวัคซีน HPV ให้ครอบคลุม 80% ในเด็กหญิงอายุ 11-20 ปี เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก²⁵

ระบบเฝ้าระวังและตอบสนอง Health Data Center (HDC) & Communicable and Emerging Diseases Data Center (CEDC)

กระทรวงสาธารณสุขใช้ Health Data Center สำหรับข้อมูลสุขภาพในวงกว้าง ในขณะที่กรมควบคุมโรคดำเนินการ Communicable and Emerging Diseases Data Center (CEDC) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่างๆ ข่าวสาร กรอบกฎหมาย และแหล่งข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ โดยร่วมมือกับพันธมิตรระหว่างประเทศ เช่น WHO และ CDC²⁶

ความสามารถในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการจัดการการระบาด

กองระบาดวิทยาของกรมควบคุมโรคเป็นศูนย์กลางในการติดตามสถานการณ์โรค รวมถึงรายงานรายวันและรายสัปดาห์สำหรับโควิด-19¹ และไข้หวัดใหญ่⁴ ระบบยังติดตามภัยคุกคามอุบัติใหม่ เช่น ฝีดาษวานร²⁷ ระบบ DDC FLU (<http://vflu.ddc.moph.go.th/index.php>) ใช้สำหรับรายงานผลการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่⁵

ความพร้อมและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

ประเทศไทยมีกลไกในการเปิดใช้งานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOCs) ในช่วงที่มีการระบาดของโรค ดังที่เห็นได้จากการระบาดของฝีดาษวานรในปี 2565 แม้จะมีประสิทธิภาพ แต่ความท้าทายในการจัดเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังและระบบการจัดการผู้ป่วย/ผู้สัมผัสใกล้ชิดถูกระบุว่าเป็นบทเรียนที่ได้รับ²⁸ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปี 2568 รวมถึง "การยกระดับความมั่นคงด้านสุขภาพ การเตรียมพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข"²⁹

การมีศูนย์ข้อมูลเฉพาะ เช่น HDC และ CEDC และระบบการรายงานเฉพาะ เช่น DDC FLU เน้นย้ำถึงความมุ่งมั่นของประเทศไทยต่อสาธารณสุขที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล การทำงานร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ (WHO, CDC) แสดงให้เห็นถึงการยึดมั่นในกรอบความมั่นคงด้านสุขภาพโลก อย่างไรก็ตาม การระบุถึงความท้าทายใน "การจัดเก็บข้อมูลการเฝ้าระวัง ระบบการรายงาน และการจัดการผู้ป่วยและผู้สัมผัสใกล้ชิด" ในช่วงการระบาดของฝีดาษวานรปี 2565 แสดงให้เห็นว่าแม้ระบบจะมีอยู่ แต่ยังสามารถปรับปรุงการบูรณาการและประสิทธิภาพได้ ซึ่งบ่งชี้ถึงวงจรการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องภายในระบบสาธารณสุข การแทรกแซงด้านสาธารณสุข

โครงการส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่าน "คลังความรู้สุขภาพ" (healthydee.moph.go.th) ซึ่งนำเสนอข้อมูลและสื่อสุขภาพที่หลากหลาย แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อแห่งชาติ (พ.ศ. 2566-2570) มีกลยุทธ์เฉพาะสำหรับการ "สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนัก และค่านิยมสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ" ¹⁴

การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โครงการริเริ่มเช่น "การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันไข้เลือดออก" และการรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ซึ่งกำลังดำเนินอยู่

การพัฒนาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน กระทรวงสาธารณสุขเน้นการพัฒนาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ และเสริมสร้างบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ²⁹ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ./พชข.) ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

แนวทางแบบบูรณาการในการแก้ไขปัญหาเสพติด นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปี 2567-2568 รวมถึง "การแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างบูรณาการ" ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสถานพยาบาล "มินิธัญญารักษ์" และระบบการบำบัดฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนและการทบทวนกฎหมาย ²⁹

แนวทางของประเทศไทยนอกเหนือจากการรักษาทางคลินิกเพื่อจัดการกับปัจจัยกำหนดสุขภาพที่กว้างขึ้น การเน้นความรู้ด้านสุขภาพและข้อมูลสาธารณะ มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง การมุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อม มุ่งเป้าไปที่พาหะนำโรคโดยตรง นอกจากนี้ การพัฒนาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของ อสม. แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับชุมชน โดยตระหนักว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมในท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวทางแบบบูรณาการในการแก้ไขปัญหาเสพติด บ่งชี้ให้เห็นถึงมุมมองด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการติดยาเสพติด ซึ่งก้าวข้ามมาตรการลงโทษเพียงอย่างเดียว

2.2 กรอบแนวคิด ยุทธศาสตร์/แผน นโยบาย และกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง

ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้รับการชี้นำโดยกรอบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่หลากหลาย ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันในการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะของประชาชน ดำเนินการผ่านธรรมนูญสุขภาพมีรากฐานทางกฎหมายที่ชัดเจนตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ³⁰ (พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) ซึ่งเป็นกฎหมายที่วางกรอบการทำงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะมาตรา 46-48 ได้บัญญัติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่จัดทำ "ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ" เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ การบัญญัติธรรมนูญไว้ในกฎหมายนี้บังคับถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการกำกับดูแลด้านสุขภาพ โดยยกระดับข้อตกลงในระดับชุมชนและสังคมจากความเข้าใจที่ไม่เป็นทางการไปสู่เครื่องมือที่มีผลผูกพันทางกฎหมาย ซึ่งเป็นการสนับสนุนหลักการกระจายอำนาจและการเสริมสร้างศักยภาพอย่างเป็นรูปธรรม เปลี่ยน "การมีส่วนร่วม" จากกิจกรรมทางเลือกให้กลายเป็นกระบวนการที่ได้รับการรับรองและบังคับใช้ตามกฎหมาย

ล่าสุด **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565** ²⁰ ได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566 โดยมีสถานะเป็น "กรอบทิศทางของระบบสุขภาพไทย" ที่มีผล

ผูกพันให้หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาวะที่ครอบคลุมและเป็นธรรมสำหรับทุกคนในสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เชิงลึกที่ชี้นำการดำเนินงานในทุก ระดับ ดังนี้

- 1) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจ มุ่งเน้นการสร้างกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เข้ามามีบทบาทในการกำหนดทิศทางและกติการ่วมกัน ซึ่งการกล่าวถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นบ่งชี้ถึงความพยายามเชิงกลยุทธ์และเจตนาที่จะเสริมสร้างศักยภาพของหน่วยงานท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการและมอบอำนาจการตัดสินใจให้กับชุมชนท้องถิ่นและองค์กรตัวแทนสามารถระบุปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง จัดลำดับ ความสำคัญของความต้องการ และร่วมสร้างสรรค์แนวทางแก้ไขปัญหาได้
- 2) การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ เป้าหมายสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 คือ “การสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ซึ่งหมายถึงระบบสุขภาพที่สามารถแบบรับ ปรับเปลี่ยน พื้นตัว พลิกโฉม ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ยอมรับในความแตกต่าง และเป็นระบบสุขภาพที่ยั่งยืน ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก คนพิการ ผู้สูงอายุ และคนด้อยโอกาสในสังคม เพื่อให้เข้าถึงสวัสดิการของรัฐอย่างทั่วถึง และมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต
- 3) การสร้างสุขภาวะในทุกมิติ ทั้งกาย ใจ ปัญญา สังคมกับประชาชนทุกกลุ่มวัย เช่น โภชนาการที่เหมาะสม คุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง การอยู่ร่วมกันในชุมชน ความปลอดภัย และการจัดการพื้นที่สาธารณะ แสดงให้เห็นว่าขอบเขตของธรรมนูญสุขภาพนั้นกว้างขวางเกินกว่าการดูแลทาง การแพทย์แบบดั้งเดิม ซึ่งมักมุ่งเน้นไปที่การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟู สิ่งนี้บ่งชี้ว่าธรรมนูญสุขภาพได้นำแนวคิด “สุขภาพในทุกนโยบาย” (Health in All Policies - HiAP) มาใช้อย่างแท้จริง ซึ่งได้รับการกล่าวถึงอย่างชัดเจนใน แนวคิดนี้ตระหนักว่าสุขภาพของบุคคลและชุมชนได้รับอิทธิพลอย่าง ลึกซึ้งจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และแม้กระทั่งจิตวิญญาณที่หลากหลาย มุมมอง แบบองค์รวมนี้นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุสุขภาวะที่ยั่งยืน
- 4) การเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และแนวคิดเมืองสุขภาวะ การบูรณาการ นโยบายสุขภาพเข้ากับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นสิ่งสำคัญในการรับมือกับประเด็นท้าทายต่าง ๆ เช่น ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชากร การเกิดโรค ระบาด ภัยพิบัติทางธรรมชาติ และมลพิษต่างๆ

2.2.1 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565²⁰ เป็นกรอบและแนวทางสำคัญในการ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 5 ปีข้างหน้า วัตถุประสงค์หลักและเป้าหมายสูงสุดของธรรมนูญฉบับนี้คือการมุ่งให้เกิด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” เน้นย้ำ

ถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมสำหรับทุกคนในสังคม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ได้นำเสนอแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพว่า สุขภาพเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันระหว่างมนุษย์ สัตว์ ระบบนิเวศ สิ่งแวดล้อม เชื้อโรค รวมถึงปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ แนวคิดนี้สอดคล้องกับหลักการ "สุขภาพหนึ่งเดียว" (One Health) ซึ่งตระหนักถึงความเชื่อมโยงที่ไม่อาจแยกจากกันได้ของสุขภาพ ในมิติต่างๆ และเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและยั่งยืน

ความสำคัญของการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ภายใต้กรอบธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3

หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เป็นหนึ่งใน 12 หมวดหลักของธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ที่จะต้องดำเนินการพัฒนาตัวชี้วัดที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

การป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ได้รับการระบุไว้อย่างชัดเจนว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ในการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ได้ยกระดับมุมมองต่อสุขภาพ โดยไม่ได้มองว่าเป็นเพียงสวัสดิการหรือค่าใช้จ่าย แต่เป็น "ทุนสำคัญ" สำหรับการพัฒนาคนและการพัฒนาประเทศ การเปลี่ยนมุมมองนี้มีความหมายเชิงยุทธศาสตร์อย่างลึกซึ้ง โดยเปลี่ยนจากการเน้นการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรคแล้ว ไปสู่การลงทุนเชิงรุกในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถือเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันและเพิ่มศักยภาพของประเทศในการรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพในระยะยาว ธรรมนูญฯ ฉบับนี้ ได้ระบุถึงปัญหาและปัจจัยคุกคามที่สำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพอย่างชัดเจน ดังนี้

- 1) **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร** ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างลึกซึ้ง รวมถึงอัตราการเกิดที่ลดลง ซึ่งมีนัยยะระยะยาวต่อกำลังแรงงานและระบบสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ ยังระบุถึงปัญหาพัฒนาการล่าช้าในเด็กเล็ก โดยมีข้อมูลว่าเด็กอายุ 0-5 ปี ประมาณ 30% หรือ 1 ใน 3 มีพัฒนาการล่าช้า และค่าเฉลี่ย IQ ของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ของไทยในปี 2561 อยู่ที่ 94.73 ซึ่งลดลงเกือบ 3 จุดจากปี 2559 สังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วก็เป็นอีกหนึ่งความกังวล โดยประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) คิดเป็น 18% ของประชากรทั้งหมดในปี 2563 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 31.28% ภายในปี 2583 แนวโน้มเหล่านี้ตอกย้ำความจำเป็นในการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพตลอดช่วงชีวิต
- 2) **การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรค:** เอกสารเน้นย้ำถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นภาระด้านสุขภาพที่สำคัญ ควบคู่ไปกับความท้าทายที่ยังคงมีอยู่จากโรคติดต่อเดิม และการอุบัติขึ้นหรืออุบัติซ้ำของโรคติดเชื้อใหม่ ซึ่งมักมีนัยยะข้ามพรมแดน
- 3) **ผลกระทบจากการเป็นเมือง:** การขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วถูกระบุว่าเป็นแหล่งของปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึงบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอในชุมชนเมือง ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่รุนแรงขึ้น เช่น ขยะและมลพิษ และการขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการพื้นที่

- 4) **ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี:** แม้จะนำมาซึ่งโอกาส แต่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วก็ก่อให้เกิดภัยคุกคามสุขภาพรูปแบบใหม่ เช่น การแพร่กระจายของข้อมูลเท็จ การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การล่วงละเมิดทางเพศออนไลน์ และปัญหาสุขภาพพฤติกรรมใหม่ๆ เช่น การติดการพนันออนไลน์และการติดเกม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสติปัญญา
- 5) **การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศ:** ผลกระทบที่รุนแรงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศถูกเน้นย้ำ ซึ่งนำไปสู่ภัยพิบัติธรรมชาติที่เพิ่มขึ้น การกลายพันธุ์และการแพร่กระจายของโรคโรคจากการประกอบอาชีพ และโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษ (เช่น PM2.5) โดยผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อกลุ่มเปราะบางอย่างไม่สมสัดส่วน
- 6) **การขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณ:** ธรรมชาติของข้อจำกัดที่เกิดจากนี้สาธารณะที่สูง (เช่น เงินกู้ 1.5 ล้านล้านบาท เพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสาธารณสุขจากสถานการณ์โควิด-19) การขาดแคลนยา วัคซีน และเวชภัณฑ์ และความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง แม้ว่าประชาชนไทยจะมีการเข้าถึงการประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสูงถึง 99.73% ในปี 2563 แต่ยังมีประชากร 458,041 คน ที่ยังขาดสวัสดิการด้านสุขภาพ และ 52% ของประชากรวัยแรงงาน (15 ปีขึ้นไป) เป็นแรงงานนอกระบบที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครองทางสังคมจากการทำงานอย่างเพียงพอ
- 7) **พลวัตทางการเมืองและการค้าระหว่างประเทศ:** อิทธิพลของการแบ่งขั้วทางการเมืองโลกและพลวัตการค้าระหว่างประเทศที่มีต่อระบบสุขภาพของประเทศได้รับการยอมรับ รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากสงครามการค้า ความขัดแย้ง และข้อตกลงระหว่างประเทศต่อการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในราคาที่เอื้อถึง

ในหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อให้บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทันต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัย และทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม ในระยะ 5 ปี โดยมีมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในระยะ 5 ปี ทั้งหมด 6 มาตรการ²⁰ ดังนี้

- 1) มาตรการที่ 1 การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง

- 2) มาตรการที่ 2 การจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน
- 3) มาตรการที่ 3 สร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีอยู่ในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น
- 4) มาตรการที่ 4 จัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ
- 5) มาตรการที่ 5 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ
- 6) มาตรการที่ 6 นำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

2.2.2 ยุทธศาสตร์และแผนระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติที่เกี่ยวข้องฉบับขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพของประเทศ รายละเอียดดังนี้

- 1) **แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)** ³¹ เป็นแผนระยะยาว (พ.ศ. 2561-2580) กำหนดความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และบริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence) โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ "ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน"
- 2) **แผนปฏิบัติการด้านความมั่นคงทางสุขภาพแห่งชาติ (National Action Plan for Health Security: NAPHS) พ.ศ. 2566-2570** ³² เป็นแผน 5 ปี ที่พัฒนาขึ้นตามข้อตกลงขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของประเทศไทยในการป้องกันและควบคุมโรค ภัยคุกคามสุขภาพ และภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข แผนนี้ประกอบด้วยแผนงานเชิงกลยุทธ์หลัก 5 กลยุทธ์ ³¹ คือ
 - กลยุทธ์ 1** การกำหนดนโยบาย กฎหมาย การบริหารจัดการทรัพยากร และระบบสนับสนุน เพื่อพัฒนาศักยภาพระดับชาติให้มีประสิทธิภาพสูงและสอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations – IHR)
 - กลยุทธ์ 2** การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับ IHR เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข
 - กลยุทธ์ 3** การพัฒนาระบบเฝ้าระวังภัยคุกคามสุขภาพเพื่อควบคุมโรคและสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพของประเทศ

กลยุทธ์ 4 การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางสาธารณสุขและความมั่นคงทางชีวภาพที่มีประสิทธิภาพสูงและเป็นไปตามมาตรฐานสากล

กลยุทธ์ 5 การดำเนินการตาม IHR ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ สังคม ความมั่นคง และสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยไปสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว

- 3) **แผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี** ³³ (พ.ศ. 2560-2564 ขยายถึง 2565) จัดทำขึ้นเพื่อตอบสนองต่อ เป้าหมายโลกในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย และเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อ
- 4) **แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564** ¹² ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลักสำหรับการเตรียมความพร้อม การเฝ้าระวัง และการตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำอย่างรวดเร็ว
- 5) **แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ 5 ปี ของกรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2566-2570)** ³⁴ แผนนี้มีเป้าหมายให้ประเทศไทยบรรลุมาตรฐานสากลในการป้องกันและควบคุมโรค โดยมีวิสัยทัศน์ที่จะเป็นผู้นำในเอเชียภายในปี พ.ศ. 2580 แบ่งออกเป็นหลายระยะ โดยระยะ พ.ศ. 2566-2570 มุ่งเน้นไปที่การ "เสริมสร้างความเข้มแข็ง" ของระบบให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

2.2.3 นโยบาย

นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567-2568 อยู่ภายใต้แนวคิด "สุขภาพมั่นคง ชุมชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง" แบ่งออกเป็น 5 นโยบายเร่งรัดการพัฒนา และ 5 นโยบายต่อเนื่อง ²⁹

ตารางที่ 5 นโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2567-2568

ประเภทนโยบาย	นโยบาย	รายละเอียดโดยย่อ
5 นโยบายเร่งรัดการพัฒนา	1. ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว	เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล และพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเชิงพื้นที่
	2. แก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างบูรณาการ	พัฒนาสถานพยาบาลมินิธัญรักษ์ ระบบบำบัดรักษาฟื้นฟู ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	3. พัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิ	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพจากภาคี เครือข่าย จัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล บูรณาการถ่ายโอน รพ.สต. และสนับสนุน อสม.
	4. ยกระดับเศรษฐกิจสุขภาพ	ยกระดับอุตสาหกรรมทางการแพทย์มูลค่าสูง การแพทย์แผนไทย สมุนไพร และผลิตภัณฑ์สุขภาพสู่ตลาดโลก เน้นควบคุมคุณภาพตลอดห่วงโซ่การผลิต
	5. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ	พลิกโฉมโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ เพิ่มศักยภาพบริการสุขภาพตามบริบทพื้นที่ และพัฒนาระบบส่งต่อไร้รอยต่อ
5 นโยบายต่อเนื่อง	1. พัฒนางานสาธารณสุขตามพระราชดำริ	ดำเนินงานต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่ม ทุกพื้นที่ ได้รับบริการสุขภาพอย่างครอบคลุม
	2. สร้างขวัญกำลังใจและสนับสนุนบุคลากร	สร้างความมั่นคงในอาชีพ ค่าตอบแทน ที่อยู่อาศัย และลดภาระหนี้สิน รวมถึงพัฒนาทักษะการสื่อสาร
	3. ส่งเสริมสุขภาพกายและใจ	เพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดโรค NCDs เสริมสร้างสุขภาพจิต และเพิ่มการเข้าถึงจิตแพทย์/นักจิตวิทยาผ่านระบบแพทย์ทางไกล
	4. พัฒนาสถานชีวาภิบาลและอบรมผู้ดูแลที่บ้าน	จัดตั้งระบบการดูแลแบบประคับประคองและเตรียมพร้อมสำหรับสังคมสูงวัย รวมถึงภูมิชีวาภิบาลสำหรับพระสงฆ์
	5. สร้างความปลอดภัยให้กับทุกคน	ยกระดับระบบเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพให้ทันสมัย พัฒนาศักยภาพแพทย์ฉุกเฉิน และจัดตั้งกองทุนคุ้มครองความปลอดภัยนักท่องเที่ยว

นโยบายสำคัญของกรมควบคุมโรคสำหรับปี พ.ศ. 2568 (DDC Strategic Focus Areas 2025) ภายใต้การนำของนายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล อธิบดีกรมควบคุมโรค สรุปได้ในกรอบ “2 เร่ง 2 ผลัก 2 ขยาย 2 ดัน” ³⁵

ตารางที่ 6 พื้นที่ยุทธศาสตร์สำคัญของกรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2568)

หมวดหมู่	พื้นที่มุ่งเน้นเฉพาะ
2 เร่ง	1. เร่งรัดการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี 2. เร่งรัดการค้นหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคแฝง
2 ผลัก	1. ผลักดันแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) 2. ผลักดันมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า
2 ขยาย	1. ขยายการให้วัคซีน HPV เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก 2. ขยายธนาคารคาร์ซีทสำหรับเด็ก
2 ดัน	1. ผลักดันการควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และ พ.ร.บ. โรคไม่ติดต่อ 2. ผลักดันรางวัลเชิดชูเกียรติ "กรมควบคุมโรคเพื่อชีวิต"

2.2.4 กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กฎหมายฉบับนี้เป็นรากฐานทางกฎหมายสำหรับการเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคในประเทศไทย

การแก้ไขเพิ่มเติมและกฎระเบียบใหม่ (พ.ศ. 2567)

- **กฎกระทรวงการยื่นเอกสารต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ พ.ศ. 2567:** กฎระเบียบใหม่นี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2567 ³⁶ กำหนดให้เจ้าของพาหนะหรือผู้ควบคุมพาหนะต้องยื่นเอกสารต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ณ ด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ เมื่อมีเหตุอันควรสงสัยว่าพาหนะนั้นมาจากท้องที่หรือเมืองท่าที่มีการระบาดของโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่กระจายของโรคข้ามพรมแดน ³⁷
- **กฎกระทรวงการขจัดความเสี่ยงจากการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน หรือควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2567:** กฎระเบียบใหม่นี้แก้ไขช่องว่างในอดีตที่ยังไม่มีกลไกที่ชัดเจนในการขจัดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน หรือควบคุมโรค กฎระเบียบนี้มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและสนับสนุนบุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบจากการแทรกแซงด้านสาธารณสุข ³⁶

2.3 หน่วยงานที่มีการดำเนินงานเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีลักษณะที่โดดเด่นด้วยแนวทางแบบพหุภาคีในการจัดการสุขภาพของประชาชน ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพอย่างครอบคลุม ระบบนี้ประกอบด้วยเครือข่ายที่ซับซ้อนของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งแต่ละองค์กรมีบทบาทเฉพาะเจาะจงที่เสริมสร้างความแข็งแกร่งซึ่งกันและกัน ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างภาคส่วนเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับความท้าทายด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่โรคติดต่ออุบัติใหม่ไปจนถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

2.3.1 หน่วยงานภาครัฐระดับชาติ

หน่วยงานภาครัฐหลักที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขในระดับชาติ โดยจะอธิบายถึงอำนาจหน้าที่ หน้าที่หลัก และผลงานสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรค รายละเอียดดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เป็นหน่วยงานสูงสุดที่มีอำนาจหน้าที่ครอบคลุมด้านสาธารณสุขในประเทศไทย อำนาจหน้าที่ที่ครอบคลุมของกระทรวงฯ ตามมาตรา 42 ครอบคลุม "การสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข" ³⁸ ขอบเขตที่กว้างขวางนี้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางในการประสานงานยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติทั้งหมด เพื่อให้มั่นใจว่ามีแนวทางที่ครอบคลุมตั้งแต่มาตรการป้องกันไปจนถึงการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

บทบาทสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดนโยบายและการประสานงานโครงการต่างๆ ปรากฏชัดเจนจากการกำกับดูแลหน่วยงานเฉพาะทางหลายแห่ง ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับเอกสารนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และกรอบการดำเนินงานที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข" ³¹ สิ่งนี้ตอกย้ำถึงความมุ่งมั่นของกระทรวงฯ ในการวางแผนยุทธศาสตร์ระยะยาวและแนวทางที่เป็นหนึ่งเดียวในการจัดการความท้าทายด้านสาธารณสุข ในประเทศที่เผชิญกับภาระสองด้านของโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ควบคู่ไปกับภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ ความสามารถของกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดกลยุทธ์ระยะยาวและประสานงานหน่วยงานต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง สิ่งนี้ช่วยให้มั่นใจได้ถึงการตอบสนองด้านสุขภาพระดับชาติที่เป็นหนึ่งเดียวและมีประสิทธิภาพ ป้องกันการดำเนินงานที่กระจัดกระจายหรือขัดแย้งกัน

กรมควบคุมโรค (คร.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานปฏิบัติการของกระทรวงสาธารณสุขด้านความมั่นคงทางสุขภาพ หน้าที่หลักคือ "กำหนดและพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎหมาย มาตรการ และคุณภาพมาตรฐานการจัดการ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข" ³⁹ ซึ่งรวมถึงภารกิจสำคัญในการถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขไปยังหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ประชาชน กรมควบคุมโรคมีหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจนในการ "ป้องกัน ควบคุม และรักษาโรค" ³⁸ ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อและภัยสุขภาพในวงกว้าง เว็บไซต์ของกรมฯ มีการนำเสนอ "พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ" และเน้นย้ำถึง "ความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินด้านโรคและภัยสุขภาพ กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Disease X)" ซึ่งตอกย้ำถึงการเฝ้าระวังเชิงรุกและความพร้อมสำหรับภัยคุกคามในอนาคต

หน้าที่ของกรมควบคุมโรคมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปกป้องประชากรจากภัยคุกคามด้านสุขภาพทั้ง ที่ทราบและไม่คาดคิด ซึ่งต้องใช้ความสามารถทางวิทยาศาสตร์ โลจิสติกส์ และการสื่อสารที่แข็งแกร่ง ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ช่วยให้มั่นใจว่ามาตรการด้านสาธารณสุขจะถูกนำไปใช้อย่างสอดคล้องกัน ในทุกระดับของสังคม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นรากฐานสำคัญของความมุ่งมั่นของประเทศไทยในการ สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ความรับผิดชอบหลักคือการบริหารจัดการ "กองทุนหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ" และการดำเนินนโยบาย "30 บาทรักษาทุกที่" ซึ่งรวมถึงภารกิจสำคัญในการจัดสรร งบประมาณให้กับเครือข่ายผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่กว้างขวาง รวมถึงโรงพยาบาลและคลินิก สปสช. ยัง อำนวยความสะดวกในการ "ตรวจสอบสิทธิหลักประกันสุขภาพ" และ "ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพ แห่งชาติ" ซึ่งช่วยให้ประชาชนทุกคนที่เข้าเกณฑ์สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างราบรื่น

ประสิทธิภาพการดำเนินงานและการบริหารจัดการทางการเงินของ สปสช. ส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ ด้านสุขภาพของประชาชนหลายล้านคน โดยทำหน้าที่เป็นแกนหลักของการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน ของประเทศไทย บทบาทของ สปสช. มีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้มั่นใจว่าอุปสรรคทางการเงินจะไม่ ขัดขวางการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องของ สปสช. บ่งชี้ให้เห็นถึงระบบสาธารณสุขที่มีพลวัต ซึ่งตอบสนองต่อความท้าทายใหม่ๆ และมุ่งตอบสนองความต้องการ ด้านสุขภาพที่หลากหลายของประชากร รวมถึงกลุ่มเปราะบางและกลุ่มชายขอบ

2.3.2 หน่วยงานระดับท้องถิ่นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญของการบริหารราชการส่วนท้องถิ่นในการให้บริการโดยตรงและการ จัดการสุขภาพในเขตเมือง

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีบทบาทสำคัญในด้านสาธารณสุขในเขตเมือง หน้าที่หลักของสำนักฯ ได้แก่ "การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข" "การสำรวจดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน" และการดูแล "สุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม" เพื่อให้บริการเหล่านี้ กรุงเทพมหานครมีเครือข่ายศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง และศูนย์บริการสาขาสารสาขาสา 77 แห่งทั่วเมือง ซึ่งให้บริการแก่ประชาชนกว่า 5.5 ล้านคน ศูนย์เหล่านี้ให้บริการที่ครอบคลุมหลากหลาย ตั้งแต่คลินิกตรวจรักษาโรคทั่วไป คลินิกทันตกรรม การจัดการโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) คลินิกเฉพาะทาง (เช่น วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สุขภาพจิต การป้องกันและบำบัดยาเสพติด) และคลินิกสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ (เช่น ฝากครรภ์ สุขภาพเด็กดี) ⁴⁰

การที่สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ดำเนินการศูนย์บริการสาธารณสุขและสาขาจำนวนมาก ซึ่งให้บริการที่หลากหลาย รวมถึงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นเชิงยุทธศาสตร์ต่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิแบบกระจายอำนาจ ในมหานครขนาดใหญ่และซับซ้อนอย่างกรุงเทพฯ ระบบรวมศูนย์จะถูกครอบงำได้ง่าย รูปแบบการกระจายอำนาจนี้ช่วยให้สามารถแทรกแซงได้อย่างรวดเร็วและปรับให้เข้ากับชุมชนได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในชีวิตประจำวัน สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการกระจายอำนาจที่กว้างขวางนี้ช่วยให้สำนักอนามัยสามารถดำเนินการแทรกแซงด้านสาธารณสุขที่ปรับให้เหมาะสมกับระดับชุมชน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการสุขภาพในมหานครขนาดใหญ่และหลากหลายอย่างกรุงเทพฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบูรณาการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับบริการท้องถิ่นเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจที่ครอบคลุมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่กว้างขึ้นในเขตเมือง ซึ่งก้าวข้ามไปไกลกว่าเพียงการดูแลทางคลินิก บริการสาธารณสุขแบบกระจายอำนาจที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อการระบาดในท้องถิ่น การจัดการโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชนให้ประสบความสำเร็จ แนวทางนี้ช่วยลดภาระต่อสถานพยาบาลขนาดใหญ่และส่วนกลาง และช่วยปรับปรุงความยืดหยุ่นด้านสุขภาพในเขตเมืองโดยรวมและการตอบสนองต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพในท้องถิ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.3.3 การมีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาชนสังคม

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในประเทศไทย โดยมีพันธกิจหลักในการ "เพิ่มสุขภาวะให้กับประชาชนไทยทุกวัย" และ "ลดการบริโภคสุราและยาสูบ" รวมถึง "ลดปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ทำลายสุขภาพ" สสส. ทำงานอย่างกว้างขวางเพื่อ "พัฒนาขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนหรือองค์กรต่างๆ" และ "ให้มีการศึกษาวิจัยหรือพัฒนาทางวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ" นอกจากนี้ยังมีการ "รณรงค์สร้างความตระหนักและความเชื่อเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน" ⁴¹ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวทางที่ครอบคลุมในการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม บทบาทของ สสส. ในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเป็นสิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนซึ่งมักมีรากฐานมาจากพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคม การมุ่งเน้นที่การลดปัจจัยเสี่ยงและการสร้างความตระหนักช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในระยะยาวในระดับประชากร

สสส. ดำเนินโครงการสำคัญหลายโครงการที่บ่งชี้ถึงความมุ่งมั่นในการสร้างสุขภาวะในระดับชุมชน และจัดการกับปัจจัยคุกคามสุขภาพเฉพาะด้าน โครงการเหล่านี้รวมถึงการร่วมมือกับกรุงเทพมหานครและภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในการขับเคลื่อน "สร้างสุขในไซต์งานสู่เมืองยั่งยืนสำหรับทุกคน" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิด "Healthy City" ⁴² นอกจากนี้ สสส. ยังมุ่งเน้นการ "ขับเคลื่อนสุขภาวะชุมชน" ภายใต้ "โครงการสานสุขไทอีสาน" และการพัฒนา "นครพนมโมเดล" ซึ่งเป็นต้นแบบระบบสุขภาพจากฐานราก ⁴² ในด้านการป้องกันปัจจัยเสี่ยง สสส. ได้ร่วมกับกรุงเทพมหานครในการ "รณรงค์ลด ละ เลิกบุหรี่ยาเสพติด" ผ่านแนวคิด 5H (Head, Heart, Hand, Health, Hero) ⁴² และยังมีการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคอ้วน โครงการเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพในระดับรากหญ้า และการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยตรง การทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีต่างๆ ช่วยให้การแทรกแซงมีประสิทธิภาพและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างแท้จริง

มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการแบ่งปัน (มสป.) หรือ Health and Share Foundation (HSF) มีรากฐานมาจากการสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยเริ่มแรกมุ่งเน้นการรับมือกับโรคท้องร่วง และต่อมาได้ปรับเปลี่ยนเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ลดการรังเกียจตีตราผู้ติดเชื้อ และส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน ปัจจุบัน มสป. ยังคงมุ่งมั่นปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการสร้างเสริมพลังทางสังคมผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน และสร้างเครือข่ายผู้นำชุมชนและองค์กรท้องถิ่นที่เข้มแข็ง โครงการสำคัญของมูลนิธิฯ ได้แก่ "โครงการส่งเสริมสุขภาพและสิทธิ" "โครงการพัฒนารูปแบบชุมชน" และ "โครงการป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์" ⁴³ บทบาทของ มสป. ในการเสริมสร้างพลังชุมชนและการจัดการกับปัญหาสุขภาพเฉพาะกลุ่ม เช่น HIV/AIDS แสดงให้เห็นถึงความสำคัญขององค์กรพัฒนาเอกชนในการเข้าถึงและให้บริการแก่ประชากรที่อาจถูกมองข้ามโดยระบบสาธารณสุขหลัก การทำงานโดยชุมชนเพื่อชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพในระยะยาว

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น กรีนพีซประเทศไทย มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย) มีบทบาทสำคัญในการจัดการกับปัจจัยคุกคามสุขภาพที่มาจากสิ่งแวดล้อม กรีนพีซ ประเทศไทย มุ่งเน้นการ "ปกป้องเพื่อสิทธิของสิ่งแวดล้อม" และ "สำรวจ ตรวจสอบ และหยุดยั้งอาชญากรรมทางสิ่งแวดล้อม" ⁴⁴ โดยมีแคมเปญที่สำคัญ เช่น "การปกป้องป่าชายเลนของประเทศไทย" ซึ่งมีความสำคัญต่อการปกป้องสภาพภูมิอากาศ และการรณรงค์ต่อต้าน "การทำเหมืองใต้ทะเลลึก" นอกจากนี้ยังมีการรณรงค์เพื่อ "ภาษีผู้ก่อมลพิษ" และส่งเสริม "พลังงานหมุนเวียน" ⁴⁵ มูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย (TEI) เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่มุ่งเน้น "ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและการพัฒนาที่ยั่งยืน" ⁴⁶ มีบทบาทในการ "ขับเคลื่อนนโยบายสิ่งแวดล้อมที่ดี" "ช่วยเหลือชุมชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ" "สร้างความตระหนักของสาธารณะ" และ "จัดฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม" โครงการสำคัญของ TEI รวมถึง "ฉลากเขียว" ซึ่งเป็นเครื่องหมายรับรองผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ⁴⁷ องค์กรเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากมลพิษและการเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายและพฤติกรรม

ที่จำเป็นในการปกป้องสุขภาพของประชาชนจากภัยคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม และช่วยเสริมสร้างความยืดหยุ่นของชุมชนต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและมลภาวะ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว

2.3.4 ความร่วมมือระหว่างประเทศและบทบาทขององค์กรระดับโลก

องค์การอนามัยโลก (WHO) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานด้านสุขภาพระดับโลก โดยให้การสนับสนุนทางเทคนิคและคำแนะนำแก่ประเทศไทย WHO ทำงานอย่างใกล้ชิดกับรัฐบาลไทยเพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพของประเทศ ⁴⁸ มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคระบาดระดับโลก โดยได้จัดตั้ง "ศูนย์เฝ้าระวังโรคระบาดระดับโลก" ที่กรุงเบอร์ลิน เพื่อให้สามารถสกัดกั้นโรคระบาดในอนาคตได้รวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG 3.d) ⁴⁹

บทบาทของ WHO ในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานระดับโลกมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างกรอบการทำงานที่สอดคล้องกันสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคทั่วโลก การสนับสนุนทางเทคนิคที่มอบให้แก่ประเทศไทยช่วยเสริมสร้างขีดความสามารถของประเทศในการรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพที่ซับซ้อน การขึ้นและมาตรฐานระดับโลกของ WHO ช่วยให้ประเทศต่างๆ สามารถสร้างระบบสาธารณสุขที่แข็งแกร่งและสอดคล้องกัน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการรับมือกับภัยคุกคามด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นสำหรับทุกคน

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) มุ่งมั่นที่จะให้ "โอกาสที่เท่าเทียมกันสำหรับเด็กทุกคนในประเทศไทยในการเติบโตในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย มีสุขภาพดี และได้รับการคุ้มครอง และบรรลุศักยภาพสูงสุด" UNICEF ทำงานร่วมกับรัฐบาลไทยเพื่อ "พัฒนางานวิจัยที่ให้ข้อมูลนโยบายและบริการด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน" โดยเน้นที่ประเด็นสำคัญ เช่น โภชนาการ โรคอ้วน และการตั้งครภ์ในวัยรุ่น ในด้านการป้องกันโรค UNICEF มีบทบาทสำคัญในการ "กำจัดเชื้อ HIV และซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก" ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศแรกในเอเชียที่ประสบความสำเร็จในปี 2559 นอกจากนี้ UNICEF ยังทำงานเพื่อ "เสริมสร้างการคุ้มครองเด็กและบริการยุติธรรมสำหรับเด็กและเยาวชน" โดยเฉพาะสำหรับเด็กข้ามชาติและไร้สัญชาติ และยังมีมุ่งมั่นที่จะ "ปรับปรุงการเข้าถึงน้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัย (WASH) โดยเฉพาะสำหรับผู้ลี้ภัย" ⁵⁰

บทบาทของ UNICEF ในการมุ่งเน้นสุขภาพเด็กและเยาวชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างรากฐานที่แข็งแกร่งสำหรับสุขภาพของประชากรในระยะยาว การแทรกแซงที่มุ่งเป้าไปที่กลุ่มเปราะบางเหล่านี้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและสร้างอนาคตที่สดใสยิ่งขึ้น

โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV/AIDS ในประเทศไทย โดยมุ่งเน้นที่การป้องกัน การรักษา และการลดการตีตราผู้ติดเชื้อ UNAIDS สนับสนุนการรวม "การตรวจหาเชื้อ HIV ด้วยตนเอง" เข้าในกลไกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ โดยลดราคาชุดตรวจลงอย่างมาก นอกจากนี้ยังส่งเสริม "บริการ PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis)" ซึ่งจำนวนผู้เข้าถึงเพิ่มขึ้น 38% ระหว่างปี 2564-2566 UNAIDS ยังทำงานเพื่อ "ปรับปรุงการวินิจฉัย HIV ตั้งแต่

เนิน ๆ และการเริ่มการรักษาอย่างรวดเร็ว" และแก้ไขปัญห "โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs) ที่เพิ่มขึ้น" ⁵¹ ที่สำคัญคือ UNAIDS มุ่งมั่นที่จะ "แก้ไขปัญหการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ HIV" ⁵² โดยมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่บังคับใช้กฎหมายและเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและอัตลักษณ์ทางเพศ ⁵¹

บทบาทของ UNAIDS ในการจัดการกับ HIV/AIDS ไม่เพียงแต่ครอบคลุมด้านการแพทย์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงมิติทางสังคมและสิทธิมนุษยชนด้วย การลดการตีตราเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการและการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ทำงานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยมานานกว่า 35 ปี โดยมีเป้าหมายเพื่อ "เสริมสร้างขีดความสามารถในท้องถิ่นในการตรวจจับ ป้องกัน และควบคุมโรค" การทำงานของ CDC ในประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มุ่งเน้นที่ประเด็นสำคัญ เช่น "HIV/AIDS โรคติดต่อเชื้ออุบัติใหม่ ไข้หวัดใหญ่ วัณโรค มาลาเรีย โรคไม่ติดต่อ และสุขภาพของผู้ลี้ภัยและแรงงานข้ามชาติ" CDC ยังทำงานเพื่อ "ปรับปรุงทักษะของบุคลากรสาธารณสุข" ในด้านห้องปฏิบัติการ ระบาดวิทยา และวิทยาการจัดการ นอกจากนี้ยังร่วมมือกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร (AFRIMS) เพื่อทำความเข้าใจและป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ⁵³

บทบาทของ CDC ในการเสริมสร้างขีดความสามารถในท้องถิ่นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างระบบสาธารณสุขที่ยืดหยุ่นและสามารถพึ่งพาตนเองได้ การมุ่งเน้นที่การพัฒนาทักษะบุคลากรและการวิจัยช่วยให้ประเทศไทยสามารถรับมือกับภัยคุกคามด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ตามเป้าหมายและมาตรการของหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม มีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 ตัวชี้วัดของเป้าหมาย

ตัวชี้วัดของเป้าหมาย: บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรมตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ท้นต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำและไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม

2.4.1.1 ตัวชี้วัดสำหรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค อย่างเป็นธรรม

ตัวชี้วัดสำหรับสุขภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาวะชุมชน

ธรรมนูญฯ เน้นย้ำถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ⁵⁴ ตัวชี้วัดในด้านนี้บ่งชี้ถึงความพยายามในการจัดการปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน ตัวอย่างตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่

1. **ตัวชี้วัดการจัดการขยะ** ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีระบบเก็บขนมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน และร้อยละของมูลฝอยดังกล่าวที่ได้รับการบำบัดหรือกำจัดอย่างถูกต้อง⁵⁵ การวัดนี้ขยายขอบเขตเกินกว่าขยะทั่วไปไปยังขยะอันตรายเฉพาะประเภท ซึ่งบ่งชี้ถึงแนวทางที่ละเอียดอ่อนยิ่งขึ้นในการปกป้องสิ่งแวดล้อม
2. **ตัวชี้วัดการควบคุมมลพิษ** ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับจำนวนประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการปนเปื้อนโลหะหนัก อุบัติภัยจากสารเคมี หรือการลักลอบทิ้งกากของเสีย⁵⁵ สิ่งเหล่านี้เป็นมาตรการโดยตรงที่วัดผลกระทบของอันตรายจากสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพของประชาชน
3. **ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม** การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการขยะ การกำจัดขยะ และการดูแลต้นไม้⁵⁶ สิ่งนี้เน้นย้ำถึงการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความรับผิดชอบร่วมกันและการเป็นเจ้าของในระดับท้องถิ่น
4. **ตัวชี้วัดโครงการเมือง/ชุมชนสุขภาวะ** การส่งเสริมแนวคิดการสร้างทุนทางสังคมและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคมเพื่อสร้าง "เมืองสุขภาวะ"⁵⁴ สิ่งนี้บ่งชี้ถึงตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ความสามัคคีทางสังคม และการพัฒนาพื้นที่สาธารณะที่สนับสนุนสุขภาพ

ตัวชี้วัดสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเป็นธรรม

ธรรมนูญฯ กำหนดให้มีการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเป็นธรรม โดยตอบสนองต่อความจำเป็นของประชากรทุกช่วงวัย ตัวชี้วัดสำคัญจากกรมควบคุมโรค (คร.) บอกลถึงความมุ่งมั่น⁵⁷ ดังนี้

1. **ตัวชี้วัดการวิจัยและพัฒนา:** ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนางานวิจัยและการวิจัยจากงานประจำ (R2R) สำหรับการป้องกันและควบคุมโรค สิ่งนี้แสดงถึงความมุ่งมั่นต่อนโยบายที่อิงหลักฐานและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
2. **ตัวชี้วัดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค:** ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลในการปกป้องตนเอง
3. **ตัวชี้วัดการควบคุมโรคเฉพาะ:** อัตราความสำเร็จในการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ, การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, และการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชากรเป้าหมาย สิ่งเหล่านี้เป็นมาตรการโดยตรงของประสิทธิภาพโครงการ

4. **ตัวชี้วัดความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่:** ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ภายใต้แนวคิด "สุขภาพหนึ่งเดียว" (One Health)
5. **ตัวชี้วัดภัยสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม:** ความสำเร็จในการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5)
6. **ตัวชี้วัดการป้องกันการบาดเจ็บ:** ความสำเร็จในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในเด็กและเยาวชน

ตารางที่ 7 ตัวชี้วัดสำหรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค อย่างเป็นธรรม

เป้าหมาย	ตัวชี้วัดเฉพาะ	หน่วยวัด/เป้าหมาย	แหล่งที่มา
สุขภาพสิ่งแวดล้อม	ร้อยละของ อปท. ที่มีระบบเก็บขนมูลฝอยพิษ/อันตราย	ระบุเป็นร้อยละ	Ref. 55
	จำนวนประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากการปนเปื้อนโลหะหนัก	จำนวนคน	Ref. 55
	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม (ขยะ, ยุง, ต้นไม้)	ระบุเป็นระดับการมีส่วนร่วม/กิจกรรม	Ref. 56
การป้องกันและควบคุมโรค	ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัยและ R2R ด้านการป้องกันควบคุมโรค	ระบุเป็นร้อยละ	Ref. 57
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรค	ระบุเป็นระดับความสำเร็จ	Ref. 57
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเตรียมพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ (One Health)	ระบุเป็นระดับความสำเร็จ	Ref. 57
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบเตรียมพร้อมรับมือโรคติดต่ออุบัติใหม่ (One Health)	ระบุเป็นระดับความสำเร็จ	Ref. 57

2.4.1.2 ตัวชี้วัดด้านความเสมอภาคและไม่เลือกปฏิบัติ

ธรรมนูญฯ มีเป้าหมายอย่างชัดเจนที่จะสร้างระบบสุขภาพที่ “ไม่มีความเหลื่อมล้ำและไม่เลือกปฏิบัติ” โดยมุ่งเน้น “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ” ซึ่งประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงสิทธิสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม เศรษฐกิจ หรือภูมิศาสตร์⁵⁴ ตัวชี้วัดและข้อมูลสำคัญในด้านนี้²² ได้แก่

1. **ตัวชี้วัดการระบุกลุ่มเปราะบาง** การจำแนกกลุ่มเปราะบางได้แก่ ผู้ยากจน ผู้ที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล และผู้มีรายได้น้อย ซึ่งเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพอย่างไม่สมส่วน
2. **ตัวชี้วัดอุปสรรคในการเข้าถึง** การรับรู้ถึงสถานะทางสังคม (เช่น เพศ ภาษา เชื้อชาติ), ทักษะทางสังคม (เครือข่ายสนับสนุน), และทุนมนุษย์ (การศึกษา อาชีพ) ในฐานะอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
3. **ตัวชี้วัดการกระจายทรัพยากร:** ความไม่เท่าเทียมกันอย่างมีนัยสำคัญในอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร เช่น กรุงเทพมหานคร (1:630) เทียบกับจังหวัดบึงกาฬ (1:5,021) ซึ่งนำไปสู่ความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
4. **ตัวชี้วัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC):** ประเทศไทยมี 3 ระบบหลักที่ครอบคลุมประชากรเกือบทั้งหมด ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง), ระบบสวัสดิการข้าราชการ, และระบบประกันสังคม ระบบเหล่านี้มีกลไกการจัดสรรงบประมาณและชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกัน (เช่น บัตรทองใช้การจ่ายตามรายหัว, ประกันสังคมมีสิทธิประโยชน์เฉพาะสำหรับมารดา ผู้สูงอายุ และการเจ็บป่วย)

ตารางที่ 8 ตัวชี้วัดด้านความเสมอภาคทางสุขภาพและการเข้าถึง

มิติความเสมอภาค	ตัวชี้วัด/เมตริกเฉพาะ	สถานะปัจจุบัน/ข้อมูล	แหล่งที่มา
การเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์	อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร (กทม. vs. บึงกาฬ)	กทม. 1:630, บึงกาฬ 1:5,021	Ref. 22
การครอบคลุมกลุ่มเปราะบาง	การเข้าถึงบริการเฉพาะสำหรับผู้ยากจน/พื้นที่ห่างไกล	มีโครงการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม	Ref. 58
ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ UHC	การเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์หลักในระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ	ค่าห้อง/อาหาร, ค่าคลอดบุตร, การชดเชยกรณีลาป่วยแตกต่างกัน	Ref. 58

2.4.1.3 ตัวชี้วัดสำหรับระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

ธรรมนูญฯ เน้นการสร้างระบบสุขภาพที่สามารถ “ฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว” และ “ปรับตัว” ได้⁵⁴ ตัวชี้วัดและข้อมูลสำคัญในด้านนี้ ได้แก่

1. ตัวชี้วัดความพร้อมรับมือภัยพิบัติและการตอบสนอง:

- การมี "แผนปฏิบัติการสำหรับทุกภัยอันตราย" โดยกรมอนามัย⁵⁹
- เมตริกสำหรับการประเมินความเสี่ยง ระบบเตือนภัยล่วงหน้า และการระดมทรัพยากร⁶⁰
- ความยืดหยุ่นของโรงพยาบาลในด้านโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญ เช่น การจัดหาหน้า โดยมีข้อมูลความเพียงพอในช่วงปกติเทียบกับฤดูแล้ง และแผนการปรับปรุง⁶¹
- ความสำเร็จในการพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมสำหรับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ภายใต้แนวคิด "สุขภาพหนึ่งเดียว"⁵⁷

2. ตัวชี้วัดความสามารถในการปรับตัวและการฟื้นตัวของระบบ:

- การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ให้รวมแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตามเพื่อลดความเปราะบาง⁶²
- การรักษาและเสริมสร้างขีดความสามารถของระบบบริการปฐมภูมิในระดับจังหวัด⁶²
- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการแพทย์ทางไกลอย่างเต็มที่ เพื่อลดการเข้าใช้บริการผู้ป่วยนอกและปรับปรุงการเข้าถึง⁶²
- การพัฒนาเครื่องมือประเมินตนเองสำหรับขีดความสามารถ "สุขภาพหนึ่งเดียว" ในระดับจังหวัด⁶²
- มาตรการสำหรับการฟื้นตัวหลังภัยพิบัติ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ประสบภัยและอาสาสมัคร⁶³

ตารางที่ 9 ตัวชี้วัดสำหรับระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและความพร้อมรับมือภัยพิบัติ

มิติความยืดหยุ่น	ตัวชี้วัดเฉพาะ	สถานะปัจจุบัน/เมตริก	แหล่งที่มา
โครงสร้างพื้นฐาน	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีน้ำประปาเพียงพอ (ปกติ vs. ฤดูแล้ง)	86% เพียงพอในภาวะปกติ, 14% มีปัญหาในฤดูแล้ง, 72% มีแผนปรับปรุง	Ref. 61
การส่งมอบบริการ	อัตราการใช้ telemedicine มาใช้	ส่งเสริมการใช้ telemedicine เพื่อลดผู้ป่วยนอก	Ref. 62
นโยบาย/ความครอบคลุม	ร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่ครอบคลุมโดย UHC	แนะนำให้ขยาย UHC ไปยังแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม	Ref. 62
การเตรียมพร้อม	การมีเครื่องมือประเมินตนเอง One Health Capacity ในระดับจังหวัด	กำลังพัฒนาเครื่องมือ	Ref. 62

2.4.1.4 ตัวชี้วัดด้านธรรมาภิบาลในการดำเนินงานสุขภาพ

ธรรมนูญฯ กำหนดให้ระบบสุขภาพต้องดำเนินงาน "อย่างมีธรรมาภิบาล" ⁵⁴ ธรรมาภิบาลเป็นรากฐานสำคัญในการบรรลุระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดและข้อมูลสำคัญในด้านนี้ ได้แก่

1. **ตัวชี้วัดหลักการธรรมาภิบาล:** การยึดมั่นในหลักการเช่น ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วม หลักนิติธรรม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความเสมอภาค และการไม่แบ่งแยก ⁶⁴
2. **ตัวชี้วัดประสิทธิภาพองค์กร:**
 - การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA) สำหรับหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ⁶⁵
 - ร้อยละของหน่วยงาน สธ. ที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง ⁶⁵
 - การพัฒนาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในฐานะ "ผู้จัดการงบประมาณ" ที่ส่งเสริมความเป็นธรรมและการควบคุมค่าใช้จ่าย ⁶⁶
 - การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานโดย สปสช. ⁶⁶
 - การพัฒนาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ให้เป็น "องค์กรต้นแบบการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม" รวมถึงการสร้างองค์กรที่มีสมรรถนะสูงและธรรมาภิบาลสูง ⁶⁷
3. **ตัวชี้วัดคุณภาพข้อมูล:** ความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความครบถ้วนของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการ ⁶⁸ สิ่งนี้เป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจที่อิงหลักฐานและความรับผิดชอบ
4. **ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำกับดูแล:** การเน้นการมีส่วนร่วมที่แท้จริงและเท่าเทียมกันของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้มั่นใจในการเข้าถึงทรัพยากร ชุมชนที่เข้มแข็ง ความโปร่งใส และความรับผิดชอบ ⁵⁴ ซึ่งรวมถึงการสร้างกลไกและแพลตฟอร์มสำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย ⁶⁴

ตารางที่ 10 ตัวชี้วัดด้านธรรมาภิบาลและการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ

หลักธรรมาภิบาล	ตัวชี้วัดเฉพาะ	เมตริก/เป้าหมาย	แหล่งที่มา
ความโปร่งใสและ รับผิดชอบ	คะแนนการประเมินคุณธรรมและความ โปร่งใส (ITA) ของหน่วยงาน สธ.	ผ่านเกณฑ์	Ref. 65
	ร้อยละของหน่วยงาน สธ. ที่ผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบภายใน/ควบคุมภายใน/ บริหารความเสี่ยง	ผ่านเกณฑ์	Ref. 65
	ความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความ ครบถ้วนของข้อมูลบริการสุขภาพพื้นฐาน	ร้อยละ 80 (ปี 2565) ถึง 95 (ปี 2568)	Ref. 68
การมีส่วนร่วม	ร้อยละของผู้นำหลัก/แกนนำชุมชนที่มี ส่วนร่วมในการสร้างตัวชี้วัดสุขภาวะ ครัวเรือน/ชุมชน	80%	Ref. 69
	จำนวนข้อเสนอนโยบายสาธารณะที่เกิด จากกระบวนการมีส่วนร่วม	ไม่น้อยกว่า 1 ข้อเสนอต่อปี (ระดับตำบล)	Ref. 69
	การพัฒนา สข. สู่องค์กรต้นแบบการ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วน ร่วมและมีธรรมาภิบาล	พัฒนาระบบงาน บุคลากร เทคโนโลยี และวัฒนธรรมองค์กร ให้มีความสมรรถนะและธรรมาภิบาลสูง	Ref. 67

2.4.1.5 ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และการเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้

ธรรมนูญฯ มีเป้าหมายในการ "พัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม" ตัวชี้วัดและข้อมูลสำคัญในด้านนี้ ได้แก่

1. ตัวชี้วัดความรู้ด้านสุขภาพ (HL)

- อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งประเมินจากการเข้าร่วมกิจกรรม "ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ" (HLC) ที่จัดโดย "องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ" (HLO) ⁷⁰
- HL ถูกนิยามว่าคือความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม ⁷⁰
- มิติเฉพาะของ HL ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจข้อมูลการดูแลตนเอง และการประเมินข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ⁷¹
- ความรู้ด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Health Literacy) ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ⁷¹

2. ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของพลเมืองและความรับผิดชอบต่อสังคม:

- ร้อยละของประชากรที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (เช่น การบริโภคอาหารปลอดภัย การออกกำลังกาย การป้องกันการใช้สารเสพติด) ⁶⁹
- ร้อยละของผู้นำชุมชน/แกนนำหลักที่มีส่วนร่วมในการสร้างตัวชี้วัดสุขภาวะครัวเรือนและชุมชน ⁶⁹
- จำนวนชมรมออกกำลังกายที่จัดตั้งขึ้นในแต่ละปี ⁶⁹
- การเพิ่มขึ้นของอาสาสมัครชุมชนสำหรับกลุ่มเปราะบาง (เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง) ⁶⁹
- การบูรณาการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในองค์กรท้องถิ่นหลัก ⁶⁹
- แนวคิด "พลเมืองตื่นรู้" ครอบคลุมความเข้าใจในสิทธิและหน้าที่ การตระหนักรู้ถึงปัญหาสังคม การคิดวิเคราะห์ การสื่อสารข้ามวัฒนธรรม การปฏิบัติตามกฎหมาย ทักษะชีวิต และความรู้ด้านดิจิทัล ⁷²
- จิตสาธารณะและการเป็นอาสาสมัครเป็นสิ่งสำคัญของความรับผิดชอบต่อสังคม ⁶⁹
- องค์กรชุมชนร่วมกันจัดสมัชชาสุขภาพและเสนอข้อเสนอแนะนโยบาย ⁶⁹

ตารางที่ 11 ตัวชี้วัดด้านการพัฒนาศักยภาพมนุษย์และการเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้

มิติการพัฒนา	ตัวชี้วัดเฉพาะ	เมตริก/เป้าหมาย	แหล่งที่มา
ความรู้ด้านสุขภาพ	อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป	ประเมินจากกิจกรรม HLC/HLO	Ref. 70
	ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (ค่าเฉลี่ย)	3.77 ± 0.67 (ระดับสูง)	Ref. 71
การมีส่วนร่วมของชุมชน	ร้อยละของประชากรที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	70%	Ref. 69
	จำนวนชมรมออกกำลังกายที่จัดตั้งขึ้นต่อปี	อย่างน้อย 1 ชมรมต่อปี	Ref. 69
	การเพิ่มขึ้นของอาสาสมัครดูแลกลุ่มเปราะบางต่อปี	เพิ่มขึ้น 5 คนต่อปี (แต่ละกลุ่ม)	Ref. 69
ความรับผิดชอบต่อสังคม	ร้อยละของผู้นำชุมชน/แกนนำหลักที่มีจิตสาธารณะ	70%	Ref. 69
	จำนวนข้อเสนอแนะจากสมัชชาสุขภาพชุมชน	อย่างน้อย 1 ข้อเสนอต่อปี	Ref. 69

2.4.2 ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 1

มาตรการที่ 1 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องการกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพตามที่ปรากฏในแผนการกระจายอำนาจฯ ฉบับแรก (พ.ศ. 2543) ได้ระบุให้การสาธารณสุขเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งในด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยมีภารกิจด้านสาธารณสุขหลายประการที่ต้องมีการถ่ายโอนไปยัง อปท. ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย⁷³ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาและติดตามผลการดำเนินงานภายหลังการประกาศใช้แผนฯ ฉบับแรก พบว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพยังไม่มีความก้าวหน้าที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากนัก การขาดความก้าวหน้าที่ชัดเจนนี้บ่งชี้ว่าการกำหนดนโยบายเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องมีกลไกการกำกับติดตามและปรับปรุงนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทและความท้าทายที่เกิดขึ้นจริง

คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กกถ.) ในฐานะองค์กรนโยบายระดับชาติที่ทำหน้าที่กำกับและติดตามการกระจายอำนาจ ได้ติดตามและทวงถามการดำเนินงานในประเด็นการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมาโดยตลอด⁷³ ผลจากการติดตามนี้ทำให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้มีการปรับแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในปี พ.ศ. 2549 โดยเสนอรูปแบบการถ่ายโอนภารกิจที่หลากหลายเพื่อให้เหมาะสมกับความพร้อมและสถานการณ์ของแต่ละพื้นที่ เช่น การถ่ายโอนแบบแยกส่วน การถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ หรือการจัดตั้งเป็นองค์กรมหาชน การเสนอรูปแบบที่หลากหลายนี้เป็นการตอบสนองต่อความซับซ้อนและความพร้อมที่แตกต่างกันของ อปท. แต่ถึงกระนั้น ความก้าวหน้าในการถ่ายโอนก็ยังคงเป็นไปอย่างล่าช้า

แผนการกระจายอำนาจฯ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ ได้กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁷⁴ อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2551 มีการถ่ายโอนสถานีนอนมัย (ซึ่งต่อมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เพียง 28 แห่ง จากทั้งหมด 9,762 แห่งทั่วประเทศ คิดเป็นเพียงร้อยละ 0.3 ของสถานีนอนมัยทั้งหมด⁷⁵ ความล่าช้าและจำนวนการถ่ายโอนที่น้อยมากนี้บ่งชี้ถึงปัญหาเชิงระบบที่ลึกซึ้งกว่าแค่การออกแบบนโยบายเบื้องต้น ปัญหาเหล่านี้รวมถึงความไม่เต็มใจของบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมากที่จะโอนย้ายไปสังกัด อปท. ซึ่งมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20-50 ขึ้นอยู่กับแต่ละจังหวัด เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับเส้นทางอาชีพและความไม่แน่นอนของนโยบาย สธ. และการจัดสรรงบประมาณของ อปท. ในอนาคต⁷⁵ นอกจากนี้ ยังมีความกังวลของ สธ. เกี่ยวกับการรักษาระบบสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งการถ่ายโอนอำนาจอาจนำไปสู่การแตกแยกของระบบบริการสุขภาพได้ ความตึงเครียดระหว่างการรักษาระบบที่บูรณาการกับการกระจายอำนาจที่อาจนำไปสู่การแตกส่วนนี้เป็นความขัดแย้งเชิงนโยบายที่สำคัญ ซึ่งอธิบายความท้าทายหลายประการที่เกิดขึ้น เช่น การลงทุนที่ไม่สอดคล้องกันและการประสานงานที่บกพร่อง

บทบาทและภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการระบบสุขภาพ

การกระจายอำนาจด้านสุขภาพได้กำหนดบทบาทที่ครอบคลุมและหลากหลายให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสะท้อนถึงความคาดหวังให้ อปท. เป็นผู้จัดการระบบสุขภาพแบบองค์รวมในพื้นที่ของตนเอง

ภารกิจที่ถ่ายโอนและอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ตามแผนยุทธศาสตร์การกระจายอำนาจ อบจ. ที่รับการถ่ายโอนภารกิจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จะมีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในหลายด้าน ⁷⁴ ได้แก่:

1. การป้องกันและรักษาโรค: รวมถึงการควบคุมโรคติดต่อ
2. การส่งเสริมสุขภาพอนามัย: การส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของประชาชน
3. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น: การให้บริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐาน
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์: การดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการรักษา
5. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ: การดูแลความปลอดภัยของสินค้าและบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: การยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพด่านหน้า
7. การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์: การนำภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านมาใช้ในการดูแลสุขภาพ
8. การจัดการและพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อผู้ป่วย: การเตรียมความพร้อมและการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์

ขอบเขตภารกิจที่ถ่ายโอนเหล่านี้ครอบคลุมทั้งมิติของการรักษาพยาบาล (curative care) และการป้องกัน/ส่งเสริมสุขภาพ (preventive/promotive care) รวมถึงอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อปท. ถูกคาดหวังให้เป็นผู้จัดการระบบสุขภาพแบบองค์รวมในพื้นที่ตนเอง ไม่ใช่เพียงผู้ให้บริการทางการแพทย์เท่านั้น การขยายบทบาทนี้จำเป็นต้องอาศัยความสามารถในการบูรณาการนโยบายสุขภาพเข้ากับการพัฒนาเมืองและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

ขอบเขตความรับผิดชอบหลังการถ่ายโอน

นอกเหนือจากภารกิจด้านบริการสุขภาพโดยตรงแล้ว อบจ. ที่รับการถ่ายโอนภารกิจยังมีขอบเขตความรับผิดชอบที่กว้างขวางในด้านการบริหารจัดการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการออกแบบและดำเนินการระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ⁷⁴ ดังนี้

- การบริหารจัดการโครงสร้างองค์กร: การจัดตั้งหน่วยงานและกำหนดผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน
- การบริหารจัดการบุคลากร: การวางแผนอัตรากำลัง การสรรหา และการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

- การบริหารจัดการงบประมาณ การเงิน และบัญชี: การวางแผน การจัดสรร และการควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณด้านสุขภาพ
- การบริหารจัดการภารกิจสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ: การกำกับดูแลการดำเนินงานของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่
- การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผล: การตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานด้านสุขภาพ
- การถ่ายโอนสถานีนอนามัยและ รพ.สต. ต่อไปยัง อปท. อื่นๆ: หาก อปท. นั้นมีความพร้อมและประสงค์จะรับโอน

การมอบอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการโครงสร้างองค์กร บุคลากร และงบประมาณให้แก่ อปท. บ่งชี้ถึงการกระจายอำนาจที่ลึกซึ้งกว่าเพียงการถ่ายโอนงาน แต่เป็นการถ่ายโอน "อำนาจในการบริหารจัดการ" ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการออกแบบและดำเนินการระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของท้องถิ่น. การที่ อปท. มีอำนาจในการบริหารจัดการทรัพยากรเหล่านี้ด้วยตนเอง ทำให้พวกเขาสามารถปรับปรุงและพัฒนา ระบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการเฉพาะของชุมชนได้อย่างแท้จริง

ตารางที่ 12 สรุปภารกิจด้านสาธารณสุขที่ถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมวดภารกิจ	รายละเอียดภารกิจที่ถ่ายโอน/รับผิดชอบ
การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	- การป้องกันและรักษาโรค - การส่งเสริมสุขภาพอนามัย - การรักษาพยาบาลเบื้องต้น - การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ - การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
การพัฒนาสุขภาพ	- การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน - การควบคุมโรคติดต่อ - การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ - การส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - การจัดการและพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อผู้ป่วย
การบริหารจัดการองค์กร	- การบริหารจัดการโครงสร้างองค์กร - การบริหารจัดการบุคลากร - การบริหารจัดการงบประมาณ การเงิน และบัญชี - การบริหารจัดการภารกิจสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ - การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผล - การถ่ายโอนสถานีนอนามัย/รพ.สต. ต่อไปยัง อปท. อื่นๆ

ตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การประเมินความพร้อมและศักยภาพของ อบท. ในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้มั่นใจว่าการกระจายอำนาจจะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดตัวชี้วัดที่หลากหลายเพื่อประเมินในมิติต่างๆ

ตัวชี้วัดความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจ

ก่อนการถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อบท. (อบต. หรือเทศบาล) ได้มีการกำหนดเกณฑ์ความพร้อมที่สำคัญ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและปัจจัยนำเข้าที่บ่งชี้ถึงความสามารถของส่วนกลางในการลดความเสี่ยงจากการถ่ายโอนภารกิจให้แก่ อบท. ที่ไม่มีศักยภาพ⁷⁶ ได้แก่

1. **ตัวชี้วัดรางวัลธรรมาภิบาล:** อบท. ต้องได้รับรางวัลธรรมาภิบาล ซึ่งแสดงถึงความโปร่งใสและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
2. **ตัวชี้วัดการจัดตั้งกองสาธารณสุข:** อบท. ต้องแสดงความสามารถและความมุ่งมั่นด้านสุขภาพโดยการจัดตั้งกองสาธารณสุข
3. **ตัวชี้วัดการสมทบทุนกองทุนสุขภาพชุมชน:** อบท. ต้องมีส่วนร่วมในการสมทบทุนกองทุนสุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นกลไกที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนให้ท้องถิ่นเป็นผู้นำและจัดสรรทรัพยากรสำหรับกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
4. **ตัวชี้วัดการสนับสนุนจากบุคลากรสถานีนอนามัย:** บุคลากรสถานีนอนามัยอย่างน้อยร้อยละ 50 รวมถึงหัวหน้าสถานีนอนามัย ต้องสนับสนุนการถ่ายโอนและยินดีโอนย้ายไปสังกัด อบท.
5. **ตัวชี้วัดการสนับสนุนจากชุมชน:** ชุมชนอย่างน้อยร้อยละ 50 ต้องสนับสนุนการถ่ายโอน

เกณฑ์ความพร้อมเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินเบื้องต้นว่า อบท. มีพื้นฐานที่แข็งแกร่งพอที่จะรับผิดชอบภารกิจด้านสุขภาพหรือไม่. อย่างไรก็ตาม การที่เกณฑ์เหล่านี้ค่อนข้างเข้มงวด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความยินยอมของบุคลากร ซึ่งพบว่ามีบุคลากรจำนวนมากไม่เต็มใจที่จะโอนย้าย⁷⁵ ได้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การถ่ายโอนเป็นไปอย่างล่าช้าและจำกัดจำนวน อบท. ที่พร้อมรับโอน

ตัวชี้วัดด้านโครงสร้างองค์กรและบุคลากร

การประเมินความพร้อมของ อบจ. ในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขมีการให้คะแนนใน 4 ด้านหลัก โดยมีน้ำหนักคะแนนที่แตกต่างกัน ตัวชี้วัดด้านโครงสร้างองค์กรและบุคลากรได้รับน้ำหนักสูงที่สุดซึ่งบ่งชี้ถึงความสำคัญของปัจจัยพื้นฐานด้านการบริหารจัดการเหล่านี้⁷⁴ ดังนี้

1. **ตัวชี้วัด อบจ. มีผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน (น้ำหนัก 2 คะแนนเต็ม 4 คะแนน):** ตัวชี้วัดนี้ประเมินว่า อบจ. มีหน่วยงานระดับกองที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข และ/หรือ มีผู้รับผิดชอบงานคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน การมีหน่วยงานและบุคคลที่รับผิดชอบโดยตรงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีทิศทางที่ชัดเจนและมีผู้รับผิดชอบโดยตรง

2. ตัวชี้วัด อบจ. มีแผนอัตรากำลังด้านสาธารณสุข (น้ำหนัก 2 คะแนนเต็ม 4 คะแนน): ตัวชี้วัดนี้

ประเมินว่า อบจ. มีกรอบตำแหน่ง การสรรหา และการพัฒนาบุคลากรเพื่อบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมีแผนอัตรากำลังที่ชัดเจนเป็นหัวใจสำคัญในการรับประกันว่า อบจ. จะมีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ด้านสาธารณสุขที่ซับซ้อน

ตัวชี้วัดเหล่านี้นับว่ามีความสำคัญของปัจจัยพื้นฐานด้านการบริหารจัดการ (organizational and human resource capacity) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการกระจายอำนาจ หากไม่มีโครงสร้างและบุคลากรที่ชัดเจนและเพียงพอ การออกแบบและดำเนินการระบบสุขภาพในท้องถิ่นย่อมเป็นไปได้ยาก การที่ตัวชี้วัดเหล่านี้มีน้ำหนักสูงและมีเงื่อนไขว่า อบจ. ต้องได้คะแนนอย่างน้อยร้อยละ 50 ในตัวชี้วัดทั้งสองนี้ เพื่อให้ได้รับการพิจารณาว่า "ดีมาก" หรือ "ยอดเยี่ยม" ในการรับถ่ายโอนภารกิจแสดงให้เห็นว่าความสามารถด้านองค์กรและบุคลากรเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้สำหรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ

ตัวชี้วัดด้านการบริหารจัดการงบประมาณและการเงิน

ความสามารถในการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและความมั่นคงทางการเงินเป็นปัจจัยชี้ขาดความสำเร็จของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ⁷⁴ ดังนี้

1. ตัวชี้วัด อบจ. มีแผนบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต (น้ำหนัก 1.5

คะแนนเต็ม 3 คะแนน): ประเมินว่า อบจ. มีแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนา อบจ. ข้อบัญญัติงบประมาณ และแผนการดำเนินงานประจำปี พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผล การมีแผนงบประมาณที่ชัดเจนและมีการติดตามผลเป็นสิ่งสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรให้ตรงกับความต้องการและลำดับความสำคัญของท้องถิ่น

2. ตัวชี้วัด อบจ. มีความมั่นคงทางการเงิน การคลัง และงบประมาณด้านสาธารณสุขและคุณภาพ

ชีวิต (น้ำหนัก 1.5 คะแนนเต็ม 3 คะแนน): ประเมินความมั่นคงของการบริหารจัดการการเงิน รวมถึงการจัดทำแผนงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่สุดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและตอบสนองความต้องการของประชาชน การขาดความชัดเจนหรือความไม่มั่นคงด้านงบประมาณอาจนำไปสู่การระคายจ่ายที่ส่วนกลางไม่ได้จัดสรรให้เพียงพอ (unfunded mandates) หรือการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม (non-rational investment) ซึ่งเป็นความท้าทายที่สำคัญในการกระจายอำนาจ ⁷⁶

ตัวชี้วัดด้านแผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ตัวชี้วัดเหล่านี้บ่งชี้ถึงความสามารถในการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการนำไปปฏิบัติจริงของ อบจ. ⁷⁴ ดังนี้

1. ตัวชี้วัด อบจ. มีแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนา 5 ปี

(น้ำหนัก 1.5 คะแนนเต็ม 4.5 คะแนน): ประเมินคุณภาพของระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของ อบจ. โดยพิจารณาจากแผนงาน/โครงการในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา 5 ปี การมีแผนระยะยาวที่ครอบคลุมแสดงถึงวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการพัฒนาสุขภาพของท้องถิ่น

2. ตัวชี้วัด อบจ. มีการนำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตไปสู่การปฏิบัติ (น้ำหนัก 1 คะแนนเต็ม 3 คะแนน): ประเมินว่า อบจ. ได้นำแผนงาน/โครงการจากแผนพัฒนา 5 ปี ไปบรรจุในแผนการดำเนินงานประจำปีและข้อบัญญัติงบประมาณ และมีการติดตาม ประเมินผล และ รายงานต่อสภา อบจ. การมีแผนที่ดีแต่ไม่มีการนำไปปฏิบัติ หรือไม่มีการติดตามประเมินผล ย่อมไม่นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี

ตารางที่ 13 ตัวชี้วัดความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข

ตัวชี้วัด	วัตถุประสงค์	เกณฑ์การประเมิน (ตัวอย่าง)	คะแนน สูงสุด (จาก 21.5)
1. โครงสร้างองค์กร มีผู้รับผิดชอบงาน สาธารณสุขหรือคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน	ประเมินว่า อบจ. มีความรับผิดชอบงานสาธารณสุขหรือคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน	อบจ. มีหน่วยงานระดับกองที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข และมีผู้รับผิดชอบงานคุณภาพชีวิตที่ชัดเจน	4
2. บุคลากร มีแผนอัตรากำลังด้านสาธารณสุข	ประเมินว่า อบจ. มีกรอบตำแหน่ง การสรรหา และการพัฒนาบุคลากรเพื่อบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ	อบจ. มีทั้งแผนอัตรากำลังด้านสาธารณสุข และได้ระบุตำแหน่งและจำนวนบุคลากรสาธารณสุขในโครงสร้างองค์กรภายใน	4
3. การเงินและทรัพยากร มีแผนบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต	ประเมินว่า อบจ. ได้บรรจุแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนา ข้อบัญญัติงบประมาณ และแผนการดำเนินงานประจำปี และมีการติดตามประเมินผล	อบจ. มีแผนบริหารจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (รวมปีที่ประเมิน)	3
4. การเงินและทรัพยากร มีความมั่นคงทางการเงิน การคลัง และงบประมาณด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต	ประเมินความมั่นคงของการบริหารจัดการการเงินของ อบจ.	อบจ. มีการวิเคราะห์ความมั่นคงทางการเงิน การคลัง และงบประมาณ และมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนด้านวินัยทางการเงิน	3
5. แผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต มีแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนา 5 ปี	ประเมินคุณภาพของระบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของ อบจ.	อบจ. มีแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต 7 โครงการขึ้นไป	4.5

ตัวชี้วัด	วัตถุประสงค์	เกณฑ์การประเมิน (ตัวอย่าง)	คะแนน สูงสุด (จาก 21.5)
6. แผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต มีการนำแผนงานหรือโครงการด้านสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตไปสู่การปฏิบัติ	ประเมินว่า อบจ. ได้นำแผนงานหรือโครงการจากแผนพัฒนา 5 ปี ไปบรรจุในแผนการดำเนินงานประจำปีและข้อบัญญัติงบประมาณ และการติดตาม ประเมินผล และรายงานต่อสภา อบจ.	อบจ. ดำเนินการครบทั้ง 3 ส่วน: บรรจุในแผนการดำเนินงาน, บรรจุในข้อบัญญัติงบประมาณ, และมีการติดตาม ประเมินผล และรายงานผลต่อสภา อบจ.	3

ตัวชี้วัดการออกแบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค

ความสามารถของ อบท. ในการออกแบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเป็นหัวใจสำคัญของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพในท้องถิ่นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดกิจกรรมและผลลัพธ์การป้องกันควบคุมโรค

หนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งชี้ถึงบทบาทของ อบท. ในการป้องกันและควบคุมโรคคือ จำนวนกิจกรรมที่ อบท. ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ รวมถึงการเตรียมความพร้อมการรับมือโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่แก่ประชาชน (ตัวชี้วัดที่ 35)⁷⁷ ตัวชี้วัดนี้เน้นที่ "จำนวนกิจกรรม" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณของความพยายามและการดำเนินการของ อบท. ในการป้องกันและควบคุมโรค แม้จะไม่ใช่ตัวชี้วัดผลลัพธ์โดยตรง แต่บ่งชี้ถึงการมีส่วนร่วมและความตื่นตัวของ อบท. ในภารกิจนี้ การที่ อบท. มีกิจกรรมที่หลากหลายและครอบคลุม แสดงถึงความสามารถในการออกแบบและดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

ตัวชี้วัดความครอบคลุมการฉีดวัคซีน

ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงปริมาณที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของการป้องกันโรคโดยตรงในระดับท้องถิ่น

1. อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน ในกลุ่มอายุต่างๆ เช่น เด็กอายุ 3 ปี (วัคซีน JE, MMR) และเด็กอายุ 5 ปี (วัคซีน DTP, OPV)⁷⁸
2. อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน HPV ในนักเรียนหญิงชั้น ป.5 และ วัคซีน dT ในนักเรียนชั้น ป.6 โดยมีเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 เป็นรายโรงเรียน⁷⁸

การที่ อบท. สามารถบรรลุเป้าหมายความครอบคลุมการฉีดวัคซีนที่สูง (เช่น ร้อยละ 95) บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในพื้นที่ ตั้งแต่การวางแผน การจัดหาวัคซีน การกระจายวัคซีน ไปจนถึงการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและการสร้างความตระหนักรู้ของชุมชน ความสำเร็จในตัวชี้วัดนี้บ่งชี้ถึงความสามารถของ อบท. ในการนำนโยบายสาธารณสุขระดับชาติไปปฏิบัติในระดับท้องถิ่นได้อย่างมี

ประสิทธิผล. อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาจากการจัดหาวัคซีนโควิด-19 แสดงให้เห็นว่าแม้ อปท. จะมีอำนาจในการจัดซื้อ แต่ก็ยังเผชิญกับความท้าทายด้านประสิทธิภาพในการบริหารจัดการวัคซีนที่จัดหา และความไม่แน่นอนของการจัดสรรวัคซีนหลักจากส่วนกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการวางแผนของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด⁷⁹ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าการประสานงานที่ชัดเจนและคาดการณ์ได้ระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่นเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

ตัวชี้วัดปฏิบัติการโรคติดต่อในระดับท้องถิ่น

อัตราปฏิบัติการโรคติดต่อเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญที่สุดของประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมโรคของ อปท. โดยตรง ได้แก่ อัตราปฏิบัติการของโรคติดต่อสำคัญ เช่น ไข้หวัดใหญ่ และไข้เลือดออก ต่อประชากรแสนคน ในระดับตำบล/อำเภอ โดยมีการจำแนกข้อมูลตามกลุ่มอายุ เพศ และอาชีพ⁸⁰

การติดตามข้อมูลอัตราปฏิบัติการโรคอย่างละเอียดในระดับท้องถิ่นช่วยให้ อปท. สามารถระบุกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงเพื่อวางแผนการแทรกแซงที่ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่น การที่ข้อมูลแสดงให้เห็นว่ากลุ่มอายุ 5-9 ปี มีอัตราป่วยไข้หวัดใหญ่สูงสุด⁸⁰ สามารถนำไปสู่การออกแบบโครงการป้องกันที่เน้นกลุ่มเด็กวัยเรียนในพื้นที่นั้นๆ การใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรม 506 (ซึ่งกำลังเปลี่ยนผ่านไปสู่ระบบ Digital Disease Surveillance - DDS)⁸⁰ แสดงถึงความพยายามในการใช้ข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านระบบนี้ก็อาจส่งผลกระทบต่อความครอบคลุมของการรายงานข้อมูลจากสถานีนอมนายได้⁸¹

ตารางที่ 14 ตัวอย่างตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านการป้องกันและควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดเฉพาะ	หน่วยวัด	แหล่งข้อมูล/การประเมิน
กิจกรรม/กระบวนการ	จำนวนกิจกรรมที่ อปท. ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ รวมถึงการเตรียมความพร้อม การรับมือโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่แก่ประชาชน	จำนวนกิจกรรม	การนับกิจกรรมที่ดำเนินการ ⁷⁷
ผลลัพธ์ด้านความครอบคลุม	อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน (เช่น JE, MMR, DTP, OPV, HPV, dT) ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ	ร้อยละ	ข้อมูลการได้รับวัคซีนตามกลุ่มอายุ/โรงเรียน ⁷⁸
ผลลัพธ์ด้านปฏิบัติการโรค	อัตราปฏิบัติการของโรคติดต่อสำคัญ (เช่น ไข้หวัดใหญ่, ไข้เลือดออก)	ต่อประชากรแสนคน	ฐานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคระดับท้องถิ่น (เช่น โปรแกรม 506) ⁸⁰

ตัวชี้วัดการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

นอกจากการป้องกันและควบคุมโรคโดยตรงแล้ว อปท. ยังมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน⁸²

ตัวชี้วัดการจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

การจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะเป็นพื้นฐานสำคัญของการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ร้อยละของ อปท. ที่มีระบบเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ (ตัวชี้วัดที่ 6)⁵⁵
2. ร้อยละของมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่ อปท. ที่มีการบำบัดหรือกำจัดอย่างถูกต้อง (ตัวชี้วัดที่ 7)⁵⁵
3. ร้อยละของ อปท. ที่มีระบบเก็บขนมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน (ตัวชี้วัดที่ 4)⁵⁵
4. ร้อยละของมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนในพื้นที่ อปท. ที่มีการบำบัดหรือกำจัดอย่างถูกต้อง (ตัวชี้วัดที่ 5)⁵⁵
5. การมีต้นแบบหรือนวัตกรรมจัดการมูลฝอยในชุมชนหรือสถานประกอบการ (เช่น โครงการ Zero waste ถึงขยะเปียก ลดโลกร้อน) และการไม่พบปัญหาการร้องเรียนเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยในพื้นที่⁸³

ตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ซึ่งบ่งชี้ถึงความสามารถของ อปท. ในการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมโดยตรง การวัดที่ละเอียดถึงขั้น "ร้อยละของการบำบัด/กำจัดอย่างถูกต้อง" แสดงถึงความมุ่งมั่นในการบรรลุมาตรฐานสุขภาพสิ่งแวดล้อม และการใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการวางแผนงบประมาณ กำลังคน และการแสดงความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ⁵⁵ บ่งชี้ถึงวงจรการบริหารจัดการที่ครบวงจร

ตัวชี้วัดการจัดการคุณภาพน้ำและสุขภาพสิ่งแวดล้อม

การจัดการคุณภาพน้ำและสิ่งปฏิกูลเป็นภารกิจพื้นฐานแต่สำคัญยิ่งต่อสุขภาพของประชาชน

- การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค (ตัวชี้วัดที่ 47)⁷⁷
- การจัดการสิ่งปฏิกูล (มีการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นและจัดให้มีบริการรถสูบขนและกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ)⁸⁴
- การจัดการปัญหาเหตุรำคาญ (ตัวชี้วัดที่ 48)⁷⁷ และการแก้ไขปัญหาจนเป็นที่ยุติหรือมีการจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁸⁴

การมีตัวชี้วัดที่ครอบคลุมถึงการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นและการแก้ไขปัญหา ร้องเรียน แสดงถึงความสามารถของ อปท. ในการสร้างกลไกเชิงกฎหมายและเชิงปฏิบัติเพื่อคุ้มครองสุขภาพของชุมชน การที่ อปท. มีบทบาทในการควบคุมและกำกับดูแลสุขลักษณะและการอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำให้ประชาชนได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี⁸²

ตัวชี้วัดเมืองสุขภาพดี (Healthy City)

แนวคิด "เมืองสุขภาพดี" (Healthy City) เป็นตัวชี้วัดที่ครอบคลุมและบูรณาการที่สุด บ่งชี้ถึงวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มองข้ามการรักษาพยาบาลไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยรวม⁸⁵ แนวคิดนี้ถูกกำหนดโดย 3 องค์ประกอบหลัก และ 22 ตัวชี้วัดย่อย โดยปรับใช้จากกฎบัตรรอตเตอร์ดัมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ⁸⁵ การที่ประเทศไทยมีเป้าหมายยกระดับ 1,000 เมืองให้เป็น "เมืองสุขภาพดี" ภายในปี 2570⁸⁶ แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นระดับชาติที่ต้องอาศัยการดำเนินงานของ อปท. เป็นสำคัญ

องค์ประกอบหลักของเมืองสุขภาพดี

- 1. สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments):** มุ่งเน้นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค การจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการปัญหาเหตุรำคาญ การดำเนินงานรองรับสาธารณสุขภัยและเหตุฉุกเฉิน และการจัดให้มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ (เช่น ทางเดินเท้า)⁸³ นอกจากนี้ยังรวมถึงการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมมลพิษทางอากาศ (PM2.5) และการรักษาระดับ PM2.5 ให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ต่อปี
- 2. สถานประกอบการเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings):** เกี่ยวข้องกับสุขภาพะในสถานประกอบการ และพื้นที่สาธารณะต่างๆ เช่น สถานศึกษา (การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล) และตลาดประเภทที่ 1⁸⁴
- 3. ประชาชนรอบรู้สุขภาพ (Healthy People):** มุ่งเน้นที่ความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพะของประชากร เช่น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) และร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีการคัดแยกมูลฝอย⁸⁴

การประเมินผลสำหรับเมืองสุขภาพดีใช้หลายวิธี ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสำรวจความคิดเห็นประชาชน (ผ่านระบบ Anamai Poll) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ และความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁸⁵ การที่ อปท. สามารถบรรลุเกณฑ์เหล่านี้ได้ แสดงถึงความสามารถในการบูรณาการนโยบายสุขภาพเข้ากับการพัฒนาเมืองและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การวัดผลผ่านการสำรวจความคิดเห็นประชาชนยังบ่งชี้ถึงการให้ความสำคัญกับมุมมองของพลเมือง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความสำเร็จของการกระจายอำนาจ

ตารางที่ 15 ตัวชี้วัดการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมภายใต้แนวคิดเมืองสุขภาพดี

องค์ประกอบเมืองสุขภาพดี	ตัวชี้วัดย่อย (ตัวอย่าง)	รายละเอียดการประเมิน (ตัวอย่าง)
สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments)	- การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค - การจัดการสิ่งปฏิกูล - การจัดการปัญหาเหตุรำคาญ - การดำเนินงานรองรับสาธารณสุขและเหตุฉุกเฉิน - การจัดให้มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ (เช่น ทางเดินเท้า) - การควบคุมมลพิษทางอากาศ (PM2.5)	- คุณภาพน้ำได้มาตรฐาน - มีข้อบัญญัติท้องถิ่นและระบบจัดการสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องเหมาะสม - ปัญหาเหตุรำคาญได้รับการแก้ไขจนเป็นที่ยุติ - มีความพร้อมรับมือสาธารณสุข - มีพื้นที่สาธารณะที่เข้าถึงได้ง่ายอย่างน้อย 2-4 ประเภท - PM2.5 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่า 70% ของวันต่อปี
สถานประกอบการเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings)	- สถานศึกษา (โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ) - ตลาดประเภทที่ 1	- มีการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล - ตลาดมีสุขลักษณะและมาตรฐานตามเกณฑ์
ประชาชนรอบรู้สุขภาพ (Healthy People)	- การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ - ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ - ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) - ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชนที่มีการคัดแยกมูลฝอย	- มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ - ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ - ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี - ร้อยละ 80 ของหมู่บ้าน/ชุมชนมีการคัดแยกมูลฝอย

บทสรุป

การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยเป็นนโยบายที่มีรากฐานทางกฎหมายที่แข็งแกร่งและมีวิวัฒนาการมายาวนาน โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน อปท. ได้รับมอบหมายภารกิจที่ครอบคลุม ตั้งแต่การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การป้องกันและควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ ไปจนถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและปัจจัยคุกคามสุขภาพในวงกว้าง ตัวชี้วัดที่บ่งชี้การดำเนินงานของ อปท. ในภารกิจเหล่านี้สามารถแบ่งออกได้เป็นหลายมิติ ดังนี้

- 1. ตัวชี้วัดความพร้อมและศักยภาพ:** ครอบคลุมถึงเกณฑ์ความพร้อมเบื้องต้นในการรับถ่ายโอนภารกิจ เช่น การได้รับรางวัลธรรมาภิบาล การจัดตั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนจากบุคลากรและชุมชน นอกจากนี้ ยังมีตัวชี้วัดเชิงโครงสร้างองค์กร บุคลากร การบริหารจัดการงบประมาณ และแผนพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำเนินงานของ อปท. การที่ตัวชี้วัดเหล่านี้มีน้ำหนักสูงในการประเมินความพร้อม แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและงบประมาณเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง
- 2. ตัวชี้วัดการออกแบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค:** บ่งชี้ผ่านจำนวนกิจกรรมที่ อปท. ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรค รวมถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างอัตราความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และอัตราอุบัติการณ์ของโรคติดต่อสำคัญในระดับท้องถิ่น ตัวชี้วัดเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของ อปท. ในการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในการลดภาระโรคในชุมชน
- 3. ตัวชี้วัดการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม:** ครอบคลุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยอันตราย การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค การจัดการสิ่งปฏิกูล และการจัดการปัญหาเหตุรำคาญ ตัวชี้วัดเหล่านี้เน้นย้ำถึงบทบาทของ อปท. ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของสุขภาพที่ดี
- 4. ตัวชี้วัดเมืองสุขภาพดี:** เป็นกรอบการประเมินที่ครอบคลุมและบูรณาการที่สุด โดยแบ่งออกเป็นองค์ประกอบสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ สถานประกอบการเอื้อต่อสุขภาพ และประชาชนรอบรู้สุขภาพ แนวคิดนี้บ่งชี้ถึงวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่มองข้ามการรักษาพยาบาลไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยรวม ซึ่งรวมถึงการจัดการมลพิษทางอากาศ การส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

แม้ว่าจะมีตัวชี้วัดและกรอบการประเมินที่ครอบคลุม แต่การดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ความล่าช้าในการถ่ายโอนภารกิจที่แท้จริง ปัญหาความไม่ชัดเจน ด้านงบประมาณและบุคลากร รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับการขาดการประสานงานและการลงทุนที่ไม่สอดคล้อง กันยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงระบบข้อมูลการเฝ้าระวังโรค และความไม่แน่นอนในการจัดสรรทรัพยากรจากส่วนกลาง ก็ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของ อปท.

ดังนั้น การประเมินผลการกระจายอำนาจด้านสุขภาพไปยัง อปท. ต้องพิจารณาจากตัวชี้วัดที่ หลากหลาย ทั้งในมิติของความพร้อมเชิงโครงสร้างและบริหารจัดการ กิจกรรมและผลลัพธ์ด้านการป้องกัน และควบคุมโรค ตลอดจนความสามารถในการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม ของชุมชน การบรรลุเป้าหมายของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพอย่างแท้จริงจึงไม่เพียงแต่ต้องอาศัยความ มุ่งมั่นของ อปท. เท่านั้น แต่ยังต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากส่วนกลาง ทั้งในด้านนโยบายที่ชัดเจน การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอและคาดการณ์ได้ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้ อปท. สามารถ ออกแบบและดำเนินการระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและภัยคุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเองได้ อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

2.4.3 ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 2

มาตรการที่ 2 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การ จัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน

แนวคิดพื้นฐาน: ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมในการจัดสรรทรัพยากร

นิยามของความเป็นธรรมและความเท่าเทียม

การจัดสรรทรัพยากรที่เป็นธรรม (Fair allocation) หมายถึง กลยุทธ์การจัดสรรที่ปริมาณทรัพยากร เฉลี่ยที่บุคคลได้รับขึ้นอยู่กับอัตราการสัมผัสโรคของบุคคลนั้นเท่านั้น และเป็นอิสระจากภูมิหลังทาง ประชากรศาสตร์หรือเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลนั้น ⁸⁷ แนวคิดนี้เน้นย้ำถึงการจัดสรรตามความต้องการที่ แท้จริง ไม่ใช่ตามลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง ในทางกลับกัน ความเท่าเทียม (Equity) เป็นแนวคิดที่ ครอบคลุมหลายมิติ ซึ่งเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับความเป็นธรรมและความยุติธรรม ⁸⁸ ในบริบทของการบริการ สาธารณะ ความเท่าเทียมหมายถึงการปฏิบัติต่อแต่ละบุคคลอย่างมีเอกลักษณ์ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกัน และความต้องการความช่วยเหลือจากรัฐบาล เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันในผลลัพธ์ ⁸⁹ การจัดสรรทรัพยากร อย่างเป็นธรรมไม่ได้หมายถึงการให้ทุกคนได้รับปริมาณเท่ากัน แต่เป็นการให้ทุกคนเข้าถึงสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้มี ชีวิตที่ดีและมีศักดิ์ศรี โดยคำนึงถึงสถานการณ์ที่แตกต่างกัน การนี้บ่งชี้ว่าระบบที่เป็นธรรมอย่างแท้จริงไม่ได้ เพียงแค่แบ่งทรัพยากรให้ทุกคนเท่ากัน แต่ต้องแน่ใจว่าทุกคนมีสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้เจริญรุ่งเรือง ซึ่งอาจหมายถึง การจัดสรรที่แตกต่างกันสำหรับกลุ่มต่างๆ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่เทียบเคียงกันได้ นี่คือการแตกต่างที่สำคัญ สำหรับการออกแบบนโยบายที่มุ่งสร้างความเป็นธรรมอย่างแท้จริง

มิติของความเป็นธรรม

ความเป็นธรรมในการบริหารจัดการองค์กรสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านหลักที่ผู้จัดการต้องให้ความสำคัญเพื่อให้ได้รับการตัดสินว่ามีความเป็นธรรมจากพนักงาน⁹⁰ ดังนี้

1. **ความเป็นธรรมในการจัดสรร (Distributive fairness):** เกี่ยวข้องกับการให้รางวัลแก่พนักงานอย่างเท่าเทียมตามผลงานของพวกเขา ซึ่งหมายถึงการรับประกันว่าผลตอบแทน เช่น ค่าตอบแทน การเลื่อนตำแหน่ง หรือการยอมรับ จะถูกแจกจ่ายอย่างยุติธรรมตามการมีส่วนร่วมของแต่ละบุคคล
2. **ความเป็นธรรมในกระบวนการ (Procedural fairness):** กำหนดให้ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนที่โปร่งใสและชัดเจนในการให้รางวัล รวมถึงการตัดสินใจที่สอดคล้องกันในทุกบุคคลและสถานการณ์ การใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง การระงับอคติในกระบวนการตัดสินใจ และการเปิดโอกาสให้พนักงานแสดงความคิดเห็น การเน้นที่ความยุติธรรมของวิธีการที่ใช้ในการตัดสินใจ ไม่ใช่แค่ผลลัพธ์
3. **ความเป็นธรรมด้านข้อมูล (Informational fairness):** หมายถึงการอธิบายเหตุผลเบื้องหลังการตัดสินใจอย่างทันท่วงทีและชัดเจน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจตรรกะและที่มาของการตัดสินใจ
4. **ความเป็นธรรมระหว่างบุคคล (Interpersonal fairness):** เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อพนักงานด้วยความเคารพและศักดิ์ศรีในทุกปฏิสัมพันธ์

ในบริบทของการวิเคราะห์ธุรกิจที่ขับเคลื่อนด้วยอัลกอริทึม ความเป็นธรรมสามารถวัดได้ด้วยหลายเมตริก ซึ่งแต่ละเมตริกมีนัยที่แตกต่างกันไปตามบริบทและวัตถุประสงค์⁹¹ ดังนี้

1. **ความเท่าเทียมทางสถิติ (Statistical Parity):** ทำให้แน่ใจว่ามีผลลัพธ์เชิงบวกที่เท่าเทียมกันในทุกกลุ่ม มีประโยชน์ในบริบทเช่นการจ้างงานที่การเข้าถึงโอกาสมีความสำคัญ
2. **ความเท่าเทียมของโอกาส (Equalized Odds):** ทำให้แน่ใจว่าผลบวกปลอม (false positives) และผลลบปลอม (false negatives) มีการกระจายอย่างเท่าเทียมกันในทุกกลุ่ม มาตรฐานนี้มีความสำคัญในโดเมนที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การดูแลสุขภาพหรือกระบวนการยุติธรรมทางอาญา
3. **ความเท่าเทียมในการคาดการณ์ (Predictive Parity):** ทำให้แน่ใจว่าการคาดการณ์ของโมเดลมีความแม่นยำเท่าเทียมกันในทุกกลุ่ม สำคัญในการให้คะแนนเครดิตหรือการคาดการณ์ห่วงโซ่อุปทาน

ลักษณะหลายมิติของความเป็นธรรมจำเป็นต้องมีแนวทางที่ครอบคลุมนอกเหนือจากการกระจายผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว การมุ่งเน้นเพียงมิติเดียว (เช่น การจัดสรร) โดยไม่มีมิติอื่น ๆ อาจนำไปสู่การรับรู้ถึงความไม่เป็นธรรม แม้ว่าผลลัพธ์จะดูเท่าเทียมกันก็ตาม ความเป็นธรรมทางอัลกอริทึมนำมาซึ่งความซับซ้อนใหม่ เนื่องจากการปรับปรุงเมตริกหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่ออีกเมตริกหนึ่งได้ ทำให้ต้องมีการเลือกเชิงกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับบริบทและข้อผูกพันทางกฎหมาย ตัวอย่างเช่น ความเท่าเทียมทางสถิติ ความเท่าเทียมของโอกาส และความเท่าเทียมในการคาดการณ์นั้น "เข้ากันไม่ได้ทางคณิตศาสตร์เมื่ออัตราพื้นฐานแตกต่างกัน" ซึ่งหมายความว่านโยบายที่มุ่งเป้าไปที่ผลลัพธ์เชิงบวกที่เท่าเทียมกันอาจนำไปสู่อัตราข้อผิดพลาดที่ไม่เท่ากันสำหรับกลุ่มที่แตกต่างโดยไม่ตั้งใจ การนี้บังคับให้ผู้กำหนดนโยบายต้องตัดสินใจเลือกเชิงกลยุทธ์อย่างชัดเจน โดยอิงตามกรณีการใช้งานเฉพาะ ความทนทานต่อความเสี่ยงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และข้อผูกพันทางกฎหมายที่

เกี่ยวข้อง ซึ่งเน้นว่า "ความเป็นธรรม" ในบริบทของอัลกอริทึมไม่ใช่สถานะเดียวที่สามารถทำได้ในทุกกรณี แต่เป็นปัญหาการปรับปรุงให้เหมาะสมที่ขึ้นอยู่กับบริบท

ตารางที่ 16 สรุปมิติของความเป็นธรรมในบริบทขององค์กร

มิติของความเป็นธรรม	คำอธิบาย/นิยาม
ความเป็นธรรมในการจัดสรร (Distributive Fairness)	การให้รางวัลแก่พนักงานอย่างเท่าเทียมตามผลงานของพวกเขา ⁹⁰

ความเชื่อมโยงระหว่างความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และความยั่งยืน

ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพเป็นคุณค่าหลักของการปฏิรูปในระบบสาธารณสุข และ บังชี้ตรรกะเชิงสถาบันของการจัดหาบริการสาธารณสุขของรัฐบาล ซึ่งสามารถวัดผลการจัดสรรทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ⁹² แม้จะมีการถกเถียงถึงความขัดแย้งระหว่างความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ แต่ก็มีฉันทามติเชิงวิภาษวิธีที่แข็งแกร่งว่ารัฐบาลควรเน้นประสิทธิภาพในขณะที่มุ่งเน้นความเป็นธรรม และเมื่อแสวงหาความเป็นธรรมก็ควรให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพ ⁹² การจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพเป็นปัญหาพื้นฐานในการวิจัยการดำเนินงาน ในขณะที่การจัดสรรแบบสุ่มอาจเป็นไปตามหลักความเป็นธรรมในเชิงสถิติ แต่ก็อาจมีอัลกอริทึมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพดีกว่า ⁹² ระบบที่เป็นธรรมมักจะมีควมมั่นคง แข็งแกร่ง และครอบคลุมมากกว่า ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ผู้บริหารระดับสูงต้องการ ⁹¹

แม้จะถูกมองว่าเป็นการแลกเปลี่ยนกัน แต่ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพสามารถเสริมซึ่งกันและกันเพื่อความมั่นคงของระบบในระยะยาวและการยอมรับของสาธารณะ การวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าการจัดหาบริการสาธารณสุขที่เป็นธรรมที่สุดก็มักจะเป็นการจัดหาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ⁹² การละเลยความเป็นธรรม อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ใช้ที่ออกจากระบบการแบ่งปันเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการแบ่งปัน การฝังความเป็นธรรมจะนำไปสู่ระบบที่แข็งแกร่ง ได้รับการยอมรับ และในที่สุดก็ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาว โดยการส่งเสริมความไว้วางใจและการมีส่วนร่วม ⁹¹ ระบบการจัดการทรัพยากรของสหประชาชาติ (UNRMS) เน้นความโปร่งใส ความเท่าเทียม และความยั่งยืนในทุกขั้นตอนของการจัดการทรัพยากร ตั้งแต่การสกัดไปจนถึงการบริโภค เพื่อให้แน่ใจว่าการใช้ทรัพยากรมีส่วนช่วยในการเติบโตทางเศรษฐกิจ การปกป้องสิ่งแวดล้อม และความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม ⁹³

2.4.3.1 ตัวชี้วัดสำหรับการบริหารจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการ

ตัวชี้วัดด้านธรรมาภิบาล

การประเมินธรรมาภิบาลเป็นสิ่งสำคัญในการทำความเข้าใจคุณภาพของการบริหารจัดการภาครัฐและผลกระทบต่อการจัดสรรทรัพยากร หลายกรอบการทำงานระดับโลกได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์นี้

กรอบการประเมินธรรมาภิบาลระดับโลก

1) World Bank Worldwide Governance Indicators (WGI)⁹⁴

WGI เป็นการรวบรวมข้อมูลทั่วโลกที่บ่งชี้การรับรู้ของครัวเรือน ธุรกิจ และพลเมืองเกี่ยวกับคุณภาพของธรรมาภิบาลในกว่า 200 ประเทศและดินแดนตั้งแต่ปี 1996 ถึงปัจจุบัน ดัชนีเหล่านี้ครอบคลุม 6 มิติหลักของธรรมาภิบาล ดังนี้

1. **Voice and Accountability (เสียงและความรับผิดชอบ):** วัดขอบเขตที่พลเมืองของประเทศสามารถมีส่วนร่วมในการเลือกตั้งรัฐบาลของตน รวมถึงเสรีภาพในการแสดงออก เสรีภาพในการรวมกลุ่ม และสื่อที่เสรี
2. **Political Stability and Absence of Violence/Terrorism (ความมั่นคงทางการเมืองและการปราศจากความรุนแรง/การก่อการร้าย):** วัดความเป็นไปได้ที่รัฐบาลจะถูกโค่นล้มโดยวิธีการที่รุนแรงหรือผิดรัฐธรรมนูญ รวมถึงการก่อการร้าย
3. **Government Effectiveness (ประสิทธิผลของรัฐบาล):** บ่งชี้การรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของบริการสาธารณะ คุณภาพของข้าราชการพลเรือนและความเป็นอิสระจากแรงกดดันทางการเมือง คุณภาพของการกำหนดและนํานโยบายไปปฏิบัติ และความน่าเชื่อถือของความมุ่งมั่นของรัฐบาลต่อนโยบายที่ระบุไว้
4. **Regulatory Quality (คุณภาพกฎระเบียบ):** วัดการรับรู้ถึงความสามารถของรัฐบาลในการกำหนดและนํานโยบายและกฎระเบียบที่ส่งเสริมการพัฒนาภาคเอกชนไปปฏิบัติ
5. **Rule of Law (หลักนิติธรรม):** บ่งชี้การรับรู้ถึงขอบเขตที่ผู้คนเชื่อมั่นและปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพของการบังคับใช้สัญญา สิทธิในทรัพย์สิน ตำรวจและศาล รวมถึงความเป็นไปได้ของอาชญากรรมและการก่อการร้าย
6. **Control of Corruption (การควบคุมการทุจริต):** วัดการรับรู้ถึงขอบเขตที่อำนาจสาธารณะถูกใช้เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว รวมถึงการทุจริตเล็กน้อยและใหญ่ ตลอดจน "การครอบงำ" รัฐโดยชนชั้นนำและผลประโยชน์ส่วนตัว

WGI เป็นตัวชี้วัดแบบรวมที่สร้างขึ้นจากแหล่งข้อมูลพื้นฐานกว่า 30 แหล่ง โดยใช้ระเบียบวิธีทางสถิติที่เรียกว่า Unobserved Components Model (UCM)⁹⁵ ดัชนีเหล่านี้มีประโยชน์สำหรับการเปรียบเทียบข้ามประเทศในวงกว้างและประเมินแนวโน้มในระยะยาว⁹⁶ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดประการหนึ่งคือ WGI มักจะ "หยาบเกินไป" ที่จะใช้ในการกำหนดการปฏิรูปธรรมาภิบาลที่เฉพาะเจาะจงในบริบทของแต่ละประเทศ

2) OECD Public Integrity Indicators (PII)

PII กำหนดเกณฑ์มาตรฐานใหม่สำหรับการฟื้นฟูของรัฐบาลจากความเสียหายการทุจริตและการเสริมสร้างความซื่อสัตย์สุจริตของภาครัฐ ดัชนีเหล่านี้อิงจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและได้รับการรับรองจากประเทศต่างๆ โดยให้ข้อมูลที่นำไปปฏิบัติได้เพื่อเสริมสร้างความพยายามต่อต้านการทุจริตทั่วโลก⁹⁶ ชุดข้อมูลที่มีอยู่ครอบคลุมคุณภาพของกรอบยุทธศาสตร์ (Quality of Strategic Framework) ความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายสาธารณะ (Accountability of Public Policymaking) และประสิทธิผลของการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง (Effectiveness of Internal Control and Risk Management)⁹⁶ PII ช่วยระบุช่องว่างระหว่างกฎระเบียบและการนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการออกแบบการปฏิรูปที่มีประสิทธิภาพ⁹⁵

3) UNDP Multilateral Organization Performance Assessment Network (MOPAN) Assessment Framework

MOPAN เป็นเครือข่ายของ 21 ประเทศที่ประเมินประสิทธิภาพขององค์กรพหุภาคีที่พวกเขาให้ทุนสนับสนุน⁹⁷ รายงานการประเมิน MOPAN พยายามให้การประเมินเชิงวิจักษ์หรือภาพรวมของประสิทธิภาพปัจจุบันขององค์กรภายในขอบเขตอำนาจของตน การประเมินใช้วิธีการที่เข้มงวดและแนวทางความร่วมมือโดยอาศัยหลักฐานหลายสาย (เอกสาร, การสำรวจ, การสัมภาษณ์) เพื่อตรวจสอบและยืนยันผลการค้นพบเทียบกับกรอบตัวชี้วัดมาตรฐานที่พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติสากลที่ดีที่สุด ธรรมชาติเป็น "Signature Solution" หลักของ UNDP และเป็นส่วนสำคัญของการวางแผนโครงการ อย่างไรก็ตาม การขาดคำนิยามที่ชัดเจนของธรรมชาติและการระดมทรัพยากรแบบกระจายอำนาจนำไปสู่โครงการที่กระจายกระจายและไม่ยั่งยืน⁹⁷ แม้ว่าดัชนีธรรมชาติระดับโลก เช่น WGI และ PII จะให้การเปรียบเทียบระดับมหภาคที่มีคุณค่าและชี้ให้เห็นถึงประเด็นเชิงระบบที่ต้องปรับปรุง เช่น การควบคุมการทุจริตและประสิทธิผลของรัฐบาล แต่ลักษณะแบบรวมของดัชนีเหล่านี้จำเป็นต้องมีการประเมินที่ลึกซึ้งและเฉพาะเจาะจงกับบริบท เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการปฏิรูปได้ WGI มีประโยชน์สำหรับการเปรียบเทียบข้ามประเทศในวงกว้าง แต่บ่อยครั้งที่ "หายากเกินไป" ที่จะใช้ในการกำหนดการปฏิรูปธรรมชาติที่เฉพาะเจาะจง PII แม้จะละเอียดกว่าในระบบความซื่อสัตย์สุจริต แต่ก็ยังประเมิน "กฎระเบียบและแนวปฏิบัติ"⁹⁶ ในทางตรงกันข้าม MOPAN ของ UNDP เกี่ยวข้องกับหลักฐานหลายสายและปรับให้เข้ากับขอบเขตอำนาจขององค์กร โดยให้ "การประเมินเชิงวิจักษ์" การนี้บ่งชี้ว่าแม้ตัวชี้วัดระดับสูงจะดีสำหรับการระบุปัญหาอาจอยู่ที่ไหนในระดับโลก แต่การแทรกแซงนโยบายที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้ข้อมูลที่ละเอียดอ่อน เชิงคุณภาพ และข้อมูลที่ได้รับจากท้องถิ่นเพื่อทำความเข้าใจว่าทำไมและอย่างไรจึงจะแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้

นอกจากนี้ การพึ่งพา "ข้อมูลการรับรู้" ใน WGI แม้จะมีคุณค่าในการทำความเข้าใจมุมมองของประชาชนและธุรกิจ แต่ก็เน้นย้ำถึงช่องว่างที่อาจเกิดขึ้นระหว่างคุณภาพธรรมชาติที่รับรู้และคุณภาพที่แท้จริง ซึ่งจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องด้วยข้อมูลเชิงวัตถุเพื่อภาพที่สมบูรณ์⁹⁸ WGI อิงตามข้อมูลการรับรู้เนื่องจากครัวเรือนและธุรกิจตัดสินใจตามมุมมองและการรับรู้ของพวกเขาเกี่ยวกับคุณภาพ

ของธรรมาภิบาล ⁹⁸ อย่างไรก็ตาม การรับรู้ของสาธารณะอาจไม่บ่งชี้ความเป็นจริงของสถาบันที่อยู่เบื้องหลัง หรือประสิทธิผลของการปฏิรูปที่เฉพาะเจาะจงได้อย่างสมบูรณ์ การประเมินที่ครอบคลุมจึงจำเป็นต้องสร้างสมดุลระหว่างคุณภาพที่รับรู้กับมาตรการเชิงวัตถุของนโยบาย กระบวนการ และผลลัพธ์

หลักการและองค์ประกอบของรัฐบาลที่มุ่งเน้นความเท่าเทียม

กรอบการทำงานสำหรับการสร้างรัฐบาลที่มุ่งเน้นความเท่าเทียมประกอบด้วยสองหลักการชั้นนำและหก "องค์ประกอบพื้นฐาน" ที่กำหนดว่าโอกาสและผลประโยชน์จะเข้าถึงประชาชนได้อย่างไร ⁹⁹ รายละเอียดดังนี้

หลักการชั้นนำ:

1. **การยอมรับความไม่เท่าเทียมทางเชื้อชาติของนโยบาย แนวปฏิบัติ และทัศนคติในอดีต:** การนี้จำเป็นต่อการแก้ไขความเสียหายที่เกิดจากนโยบายในอดีตที่กีดกันบุคคลจากกลุ่มเชื้อชาติต่างๆ
2. **ความเท่าเทียมเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับผู้เปราะบาง:** โดยให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการเดินทางสู่ความเท่าเทียม

องค์ประกอบพื้นฐาน: การเปลี่ยนแปลงภายในองค์ประกอบเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของรัฐบาลและบุคคลที่ด้อยโอกาส

1. **วัฒนธรรมภายใน (Internal Culture):** ครอบคลุมค่านิยม การรับรู้ และโครงสร้างที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมภายในหน่วยงานรัฐบาล วัฒนธรรมที่เท่าเทียมส่งเสริมให้พนักงานทุกเชื้อชาติและภูมิหลังรู้สึกสบายใจที่จะเป็นตัวของตัวเองอย่างแท้จริง และมีการแบ่งปันอำนาจ ⁹⁹ การระบุและแก้ไขการเหยียดเชื้อชาติเชิงระบบภายในองค์กรจะให้ข้อมูลเชิงลึกว่าปัญหาเหล่านี้แสดงออกภายนอกในนโยบาย โครงการ และการจัดหาเงินทุนอย่างไร
2. **ข้อมูล (Data):** หมายถึงโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือ และวิธีการที่ช่วยในการรวบรวม วิเคราะห์ และตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล การรวบรวมและใช้ข้อมูลอย่างตั้งใจ โดยมีการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย เป็นสิ่งสำคัญ ¹⁰⁰ ข้อมูลควรช่วยเปิดเผยความไม่เท่าเทียมผ่านการแยกย่อยข้อมูล (disaggregation) และแสดงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการแทรกแซงสำหรับกลุ่มต่างๆ ⁹⁹ การนี้รวมถึงการใช้ "ชีวประวัติข้อมูล" เพื่อป้องกันการบิดเบือนความจริง และการใช้ "ข้อมูลแบบมีส่วนร่วม" ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดว่าจะรวบรวมและใช้ข้อมูลอย่างไร
3. **ความสัมพันธ์ภายนอก (External Relationships):** ครอบคลุมวิธีการโต้ตอบ พลวัตอำนาจ และระดับความไว้วางใจระหว่างหน่วยงานรัฐบาล ผู้ให้บริการ และสมาชิกในชุมชน ความสัมพันธ์ภายนอกเชิงบวกช่วยให้สามารถพัฒนานโยบายและโครงการที่ทำงานได้ดีสำหรับผู้คนจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากนโยบายที่เหยียดเชื้อชาติ
4. **การจัดหาเงินทุน (Funding):** เกี่ยวข้องกับระบบการทำสัญญาที่ใช้เงินทุนสาธารณะในชุมชนให้สอดคล้องกับนโยบาย การตัดสินใจด้านการจัดหาเงินทุนต้องเชื่อมโยงกับการเพิ่มผลลัพธ์ที่เท่าเทียม และลดภาระการบริหารสำหรับหน่วยงานขนาดเล็ก การทบทวนสูตรการจัดสรรเงินทุนอย่างรอบคอบ

การส่งเสริมการจัดซื้อจัดจ้างแบบมีส่วนร่วม และการรับรองว่ากลุ่มบุคคลที่หลากหลายเป็นผู้เลือกผู้รับรางวัล สามารถตลอดคตินในการจัดสรรเงินทุนได้

5. **บริการ การฝึกอบรม และความช่วยเหลือทางเทคนิค (Services, Training & Technical Assistance - TA):** หมายถึงกิจกรรมที่องค์กรจัดส่งเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ชีวิต หรือการฝึกอบรมและ TA เพื่อสนับสนุนการนำบริการไปปฏิบัติ การฝึกฝนสัความเท่าเทียมทางเชื้อชาติเข้ากับการฝึกอบรมและ TA ทั้งหมดจะช่วยปรับปรุงการประยุกต์ใช้หลักการความเท่าเทียมอย่างสอดคล้องกันในระดับท้องถิ่น

6. **นโยบาย (Policy):** คือการตัดสินใจที่กำหนดลำดับความสำคัญของบริการสังคมภาครัฐและการจัดหาเงินทุนผ่านกฎหมาย กฎระเบียบ และแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นทางการ นโยบายที่เท่าเทียมจะผลักดันไปสู่การปฏิบัติต่อบุคคลทุกคนอย่างเป็นธรรม ยุติธรรม และเป็นกลาง โดยให้ความสำคัญและสนับสนุนการพัฒนาของกลุ่มบุคคลที่ถูกกีดกันทางประวัติศาสตร์

การบรรลุธรรมาภิบาลที่เท่าเทียมเป็นความพยายามเชิงระบบที่ต้องแก้ไขความไม่เท่าเทียมในอดีต ให้ความสำคัญกับผู้รับผลประโยชน์ และเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรภายในควบคู่ไปกับนโยบายภายนอกและกลไกการจัดหาเงินทุน การนี้บ่งชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายผิวเผินโดยไม่แก้ไขอคติที่ซ่อนอยู่ แนวปฏิบัติเกี่ยวกับข้อมูล หรือพลวัตอำนาจภายในรัฐบาลเอง มีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุผลลัพธ์ที่เท่าเทียมกันอย่างแท้จริง การมุ่งเน้นที่ "ความเสียหายในอดีต" มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งบ่งชี้ว่าความไม่เท่าเทียมในปัจจุบันมักมีรากฐานมาจากความอยุติธรรมในอดีตที่ต้องได้รับการยอมรับและแก้ไขอย่างชัดเจน ⁹⁹

ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

การวัดผลการปฏิบัติงานเป็นสิ่งสำคัญในการบริหารราชการแผ่นดิน โดยช่วยให้องค์กรสามารถประเมินประสิทธิผล ระบุพื้นที่ที่ต้องปรับปรุง และตัดสินใจอย่างมีข้อมูล ¹⁰¹

ประเภทของตัวชี้วัดประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลัก (KPIs) ในภาครัฐสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภทหลัก ¹⁰² ดังนี้

1. **ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (Input indicators):** วัดทรัพยากรที่ใช้ในการส่งมอบโปรแกรมหรือบริการ เช่น เงินทุน บุคลากร หรืออุปกรณ์
2. **ตัวชี้วัดผลผลิต (Output indicators):** วัดปริมาณสินค้าหรือบริการที่ผลิตได้ เช่น จำนวนลูกค้าที่ให้บริการ หรือจำนวนรายงานที่สร้างขึ้น
3. **ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicators):** วัดผลกระทบหรือผลลัพธ์ของโปรแกรมหรือบริการ เช่น การปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ หรือการลดอัตราการเกิดอาชญากรรม
4. **ตัวชี้วัดประสิทธิภาพ (Efficiency indicators):** วัดอัตราส่วนของผลผลิตต่อปัจจัยนำเข้า เช่น ต้นทุนต่อหน่วยของบริการที่ส่งมอบ

ระบบการวัดผลการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมในการบริหารราชการแผ่นดินต้องก้าวข้ามปัจจัยนำเข้าและผลผลิตที่เรียบง่ายไปสู่การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมถึงประสิทธิผลและการใช้

ทรัพยากร การติดตามกิจกรรมหรือทรัพยากรที่ใช้ไปเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ความรับผิดชอบที่แท้จริงและการปรับปรุงจำเป็นต้องทำความเข้าใจผลกระทบของบริการและต้นทุนต่อหน่วยของการส่งมอบบริการเหล่านั้น¹⁰¹

ตัวอย่างตัวชี้วัดเฉพาะด้าน

ตัวอย่าง KPIs ในภาครัฐ ได้แก่ จำนวนเงินกู้ที่ให้แก่อุมีรายได้น้อยและปานกลางที่ปิดบัญชีได้ต่อปี, จำนวนทารก เด็กเล็ก และเด็กก่อนวัยเรียนที่มีรายได้น้อยที่เข้าร่วมบริการพัฒนาเด็กปฐมวัย (เทียบกับรายชื้อรอ), เปอร์เซนต์ของผู้อยู่อาศัยที่เข้าถึงการดูแลสุขภาพการแพทย์ขั้นปฐมภูมิและเฉพาะทางได้เพิ่มขึ้น, ต้นทุนต่อการบังคับใช้มาตรการความปลอดภัยในสวนสาธารณะ, ชั่วโมงการลาป่วยที่ใช้ต่อ 1,000 ชั่วโมง¹⁰³

ตัวชี้วัดประสิทธิผลของรัฐบาล (Government Effectiveness) จาก WGI วัดคุณภาพของบริการสาธารณะ, คุณภาพของข้าราชการพลเรือนและความเป็นอิสระจากแรงกดดันทางการเมือง, คุณภาพของการกำหนดและนํานโยบายไปปฏิบัติ, และความน่าเชื่อถือของความมุ่งมั่นของรัฐบาลต่อนโยบายที่ระบุไว้ รวมถึงความยืดหยุ่นการเรียนรู้และนวัตกรรมในการเป็นผู้นำทางการเมือง, ความสามารถในการประสานงานเป้าหมายที่ขัดแย้งกันให้เป็นนโยบายที่สอดคล้องกัน, ประสิทธิภาพของการระดมรายได้และการบริหารงบประมาณ, คุณภาพของโครงสร้างพื้นฐานการขนส่ง, โทรคมนาคม, การจัดหาไฟฟ้า, การดูแลสุขภาพสาธารณะ และโรงเรียนของรัฐ¹⁰⁴

การเลือกตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานเฉพาะต้องเป็นไปตามบริบท เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ สามารถวัดปริมาณได้ สามารถดำเนินการได้ และเข้าใจง่าย เพื่อให้มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริงสำหรับการบริหารราชการแผ่นดิน ตัวชี้วัดที่ออกแบบมาอย่างดีควรเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ วัดค่าเป็นตัวเลขได้ ชี้ให้เห็นพื้นที่ที่ต้องปรับปรุง เข้าใจง่ายสำหรับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสามารถติดตามได้อย่างสม่ำเสมอโดยใช้ข้อมูลปัจจุบัน¹⁰³ ตัวชี้วัดที่ดีควรมีความเฉพาะเจาะจง วัดผลได้ บรรลุผลได้ เกี่ยวข้อง และมีกรอบเวลา¹⁰² การนับชี้ว่าการมีข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ คุณภาพและความเหมาะสมของเมตริกที่เลือกมีความสำคัญสูงสุดเพื่อให้ข้อมูลการตัดสินใจอย่างแท้จริงและขับเคลื่อนการปรับปรุงบริการสาธารณะ

ตัวชี้วัดด้านการตัดสินใจที่เป็นธรรม

การสร้างกระบวนการที่เป็นธรรมในการนำ

การสร้างกระบวนการที่เป็นธรรมในการเป็นผู้นำเป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายที่ส่งเสริมการทำงานขององค์กรและเสริมสร้างศักยภาพให้พนักงานทำงานได้ดีที่สุด เมื่อกระบวนการในที่ทำงานมีความเป็นธรรม จะช่วยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องในกระบวนการมีส่วนร่วมและมีเสียงของตนเอง การนี้สร้างความไว้วางใจและความเคารพในหมู่เพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นรากฐานสำหรับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นบวกและสถานที่ทำงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง¹⁰⁴

กระบวนการที่เป็นธรรมเกี่ยวข้องกับการกำหนดขีดจำกัดและความคาดหวัง, การระบุปัญหาหลักหรือคำถาม, การพิจารณาค่านิยมหรือหลักการชี้นำของบริษัท, การระบุพื้นที่ที่ต้องการข้อมูลจากทีมงาน, และการ

กำหนดผู้มีอำนาจตัดสินใจขั้นสุดท้ายและกรอบเวลา ความเป็นธรรมในกระบวนการยังรวมถึงการสื่อสารที่โปร่งใสและเห็นอกเห็นใจเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงการอธิบายว่าสมาชิกในทีมจะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์มากน้อยเพียงใด และส่วนใดของกระบวนการตัดสินใจที่จะเกี่ยวข้องกับการป้อนข้อมูลจากทีมงาน ¹⁰⁴

กระบวนการตัดสินใจที่เป็นธรรมไม่ใช่แค่ข้อบังคับทางจริยธรรม แต่เป็นตัวขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์สำหรับประสิทธิผลขององค์กร การนี้ส่งเสริมความไว้วางใจ ประสิทธิภาพ และการยอมรับโดยการรับรองความโปร่งใส การมีส่วนร่วม และการสื่อสารที่เคารพ การสร้างความไว้วางใจและความเคารพในหมู่เพื่อนร่วมงานนำไปสู่ความคิดสร้างสรรค์และประสิทธิผลที่เพิ่มขึ้น ¹⁰⁴ นอกจากนี้ ความเป็นธรรมในกระบวนการ ข้อมูล และระหว่างบุคคล ที่เน้นความโปร่งใส ความสอดคล้อง การระงับอคติ การมีเสียง และความเคารพ ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและการทำงานขององค์กรที่แข็งแกร่งขึ้น ⁹⁰

การใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ

การเลือกเมตริกที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ เมตริกควรสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์โดยรวมขององค์กร และควรพิจารณาความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมตริกที่ใช้ในการตัดสินใจอาจรวมถึงเมตริกทางการเงิน เช่น ผลตอบแทนจากการลงทุน (ROI) ระยะเวลาคืนทุน มูลค่าปัจจุบันสุทธิ (NPV) เมตริกที่ไม่ใช่ทางการเงิน เช่น ความพึงพอใจของลูกค้า คุณภาพการมีส่วนร่วมของพนักงาน และเมตริกการดำเนินงาน เช่น ประสิทธิภาพ การใช้กำลังการผลิต ¹⁰⁵

การตัดสินใจที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล แม้จะจำเป็นสำหรับประสิทธิภาพ แต่ต้องได้รับการชี้นำอย่างชัดเจนด้วยเมตริกความเป็นธรรมและกลยุทธ์การลดอคติ เพื่อป้องกันการคงอยู่หรือการทำให้ความไม่เท่าเทียมที่มีอยู่รุนแรงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับระบบอัลกอริทึม การนี้หมายความว่า การใช้ข้อมูลเพื่อประสิทธิภาพเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ประเภทของข้อมูล วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ และเมตริกความเป็นธรรมที่ใช้ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรับรองผลลัพธ์ที่เท่าเทียมและป้องกันอคติทางอัลกอริทึมจากการกลายเป็น "การแบ่งเขตโดยการออกแบบ" ⁹¹

2.4.3.2 ตัวชี้วัดสำหรับการจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม

ตัวชี้วัดความเท่าเทียมในการกระจายทรัพยากร

ดัชนีการกระจายทรัพยากรที่เท่าเทียมของ V-Dem ¹⁰⁶

ดัชนีการกระจายทรัพยากรที่เท่าเทียมของ V-Dem วัดขอบเขตที่กลุ่มสังคมทั้งหมดได้รับประโยชน์จากการใช้จ่ายภาครัฐและมีการเข้าถึงการศึกษา การดูแลสุขภาพ และรัฐสวัสดิการอย่างเท่าเทียมกัน การกระจายทรัพยากรที่เท่าเทียมสนับสนุนประชาธิปไตยแบบเสมอภาคใน 2 ทาง คือ 1) อัตราความยากจนที่ต่ำลงและการกระจายสินค้าและบริการที่จำเป็น (เช่น อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย การศึกษา และการดูแลสุขภาพ) ทำให้มั่นใจว่าบุคคลทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในการเมืองและรัฐบาลได้, และ 2) ความไม่เท่าเทียมของทรัพยากรในระดับสูงบ่อนทำลายความสามารถของประชากรที่ยากจนกว่าในการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย

ดัชนีนี้ยังรวมถึงมาตรการการกระจายอำนาจในสังคมในหมู่กลุ่มเศรษฐกิจสังคม เพศ ฯลฯ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ความไม่เท่าเทียมทางสังคมหรือเศรษฐกิจสามารถแปลไปสู่ความไม่เท่าเทียมทางการเมืองได้

ดัชนีการกระจายทรัพยากรที่เท่าเทียมของ V-Dem ให้มุมมองแบบองค์รวมเกี่ยวกับความเท่าเทียมทางสังคม โดยบูรณาการการเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐาน ระดับความยากจน และการกระจายอำนาจ ซึ่งตระหนักว่าความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจและสังคมแปลไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางการเมือง การนี้บ่งชี้ว่าการกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรมไม่ใช่แค่ประเด็นสวัสดิการ แต่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการมีส่วนร่วมในระบอบประชาธิปไตยและความมั่นคงทางสังคม ซึ่งบ่งชี้ถึงความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นว่าความไม่เท่าเทียมในรูปแบบต่างๆ ตัดกันและเสริมซึ่งกันและกันอย่างไร

การจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข

ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพบ่งชี้ถึงตรรกะเชิงสถาบันของการจัดหาบริการดูแลสุขภาพของรัฐบาล ซึ่งสามารถวัดผลการจัดสรรทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินความเป็นธรรมของการจัดสรรทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพต้องพิจารณาความแตกต่างในการพัฒนาเศรษฐกิจ โครงสร้างเมือง-ชนบท ขนาดประชากร และปัจจัยอื่นๆ อย่างครอบคลุม ⁹² ตัวชี้วัดสำหรับการวิเคราะห์ความเป็นธรรมของการจัดสรรทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพสามารถเลือกได้จาก 3 ด้าน ⁹² ดังนี้

1. **ตัวชี้วัดด้านทรัพยากรมนุษย์** เช่น จำนวนบุคลากรด้านเทคนิคสุขภาพ (X1) จำนวนแพทย์ (ผู้ช่วย) ที่ปฏิบัติงาน (X2) และจำนวนพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน (X3)
2. **ตัวชี้วัดด้านทรัพยากรวัสดุ** เช่น จำนวนเตียง (X4)
3. **ตัวชี้วัดด้านทรัพยากรทางการเงิน** เช่น สินทรัพย์รวม (X5)

การประเมินความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพต้องใช้แนวทางหลายมิติที่พิจารณาการกระจายทรัพยากรมนุษย์ วัสดุ และการเงินอย่างเท่าเทียม โดยตระหนักถึงอิทธิพลของการพัฒนาเศรษฐกิจและโครงสร้างเมือง-ชนบท ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับความมุ่งมั่นของรัฐบาลในการจัดหา “บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับทุกคน” ⁹² นอกจากนี้ ระดับการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการจัดสรรทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพทั้งหมด และความแตกต่างในขีดความสามารถทางการคลังของรัฐบาลภูมิภาคก็นำไปสู่ความแตกต่างในการจัดสรร การนี้เน้นว่าการจัดสรรการดูแลสุขภาพที่เป็นธรรมไม่ใช่แค่เรื่องของกลไกการกระจายภายในเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวกับการแก้ไขความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมในวงกว้างและขีดความสามารถทางการคลังของภูมิภาคที่สร้างความไม่เท่าเทียมในทรัพยากรที่มีอยู่โดยธรรมชาติ

การวิเคราะห์การใช้จ่ายภาครัฐ

การวิเคราะห์การใช้จ่ายภาครัฐ (Public Expenditure Reviews - PERs) ของธนาคารโลกเป็นเครื่องมือวินิจฉัยหลักในการประเมินว่าเงินทุนสาธารณะถูกจัดสรรและใช้จ่ายอย่างไร และการใช้จ่ายนั้นสอดคล้องกับลำดับความสำคัญของประเทศหรือไม่¹⁰⁰ PERs ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความเท่าเทียมของการใช้จ่ายด้านการศึกษา และความเพียงพอและความยั่งยืนเมื่อเทียบกับเป้าหมายการศึกษาของประเทศ¹⁰⁷ Health PERs เป็นเครื่องมือวินิจฉัยที่ประเมินว่าเงินทุนสาธารณะถูกจัดสรรและใช้จ่ายอย่างไรในภาคสาธารณสุข และช่วยระบุความไร้ประสิทธิภาพ ความไม่เท่าเทียม และโอกาสในการปรับปรุง¹⁰⁸

การวิเคราะห์การใช้จ่ายภาครัฐ (PERs) เป็นเครื่องมือวินิจฉัยที่สำคัญในการประเมินไม่เพียงแต่ประสิทธิภาพและความยั่งยืนทางการคลังของการใช้จ่ายภาครัฐเท่านั้น แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือความเท่าเทียมและผลกระทบต่อการกระจาย ซึ่งเผยให้เห็นว่าโครงการต่างๆ อาจให้ประโยชน์แก่กลุ่มคนรวยโดยไม่ตั้งใจ ตัวอย่างเช่น การทบทวนการใช้จ่ายสาธารณะในบราซิลพบว่าโครงการของรัฐบาลบางโครงการให้ประโยชน์แก่คนรวยมากกว่าคนจน และสามารถประหยัดงบประมาณได้โดยไม่ลดการเข้าถึงหรือคุณภาพของบริการสาธารณะสำหรับคนยากจน¹⁰⁹ การนี้หมายความว่า PERs ไม่ใช่แค่การรักษาสมดุลของงบประมาณ แต่เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการเปิดเผยและแก้ไขอคติเชิงระบบในการกระจายทรัพยากร เพื่อให้แน่ใจว่าเงินทุนสาธารณะให้บริการแก่ผู้รับผลประโยชน์ที่ตั้งใจไว้จริง โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง¹⁰⁰

การจัดทำงบประมาณที่คำนึงถึงมิติทางเพศ

การจัดทำงบประมาณที่คำนึงถึงมิติทางเพศเป็นความคิดริเริ่มด้านการวางแผนทางการคลังเชิงกลยุทธ์ที่ออกแบบมาเพื่อปรับงบประมาณของรัฐบาลให้สอดคล้องกับเป้าหมายระยะยาว ลำดับความสำคัญ และวัตถุประสงค์เชิงนโยบาย. การนี้ช่วยให้แน่ใจว่าทรัพยากรได้รับการจัดสรรอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างผลกระทบสูงสุดในขณะที่รักษาความรับผิดชอบทางการคลัง¹¹⁰ จากรายงานของ OECD อภิปรายถึงประสบการณ์ของแปดประเทศสมาชิกในการบูรณาการการประเมินผลกระทบการกระจายเข้ากับการตัดสินใจด้านการใช้จ่ายและการจัดทำงบประมาณ โดยรวมถึงมาตรการเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมทางรายได้ การศึกษา เพศ และสุขภาพ/ความเป็นอยู่ที่ดี¹¹¹ ในปี 2022 กว่า 60% ของประเทศ OECD (23 จาก 38 ประเทศ) ใช้การจัดทำงบประมาณที่คำนึงถึงมิติทางเพศ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการยอมรับที่เพิ่มขึ้นของแนวทางนี้¹¹⁰

การจัดทำงบประมาณที่คำนึงถึงมิติทางเพศทำหน้าที่เป็นกรอบเชิงกลยุทธ์ในการฝักใฝ่พิจารณาถึงความเท่าเทียมโดยตรงในการวางแผนทางการคลัง เพื่อให้แน่ใจว่าการจัดสรรทรัพยากรจะแก้ไขความเหลื่อมล้ำทางเพศอย่างแข็งขัน และส่งเสริมเป้าหมายทางสังคมและเศรษฐกิจในวงกว้าง แนวทางนี้แสดงถึงแนวทางเชิงรุกต่อความเป็นธรรม โดยก้าวข้ามมาตรการเชิงรับไปสู่การฝักใฝ่ความเท่าเทียมในขั้นตอนพื้นฐานของการวางแผนทางการเงิน โดยตระหนักว่าการตัดสินใจด้านงบประมาณมีผลกระทบที่แตกต่างกันต่อกลุ่มสังคมต่างๆ โดยเฉพาะผู้หญิง¹¹⁰ นอกจากนี้ยังสร้างแบบอย่างสำหรับความคิดริเริ่มด้านงบประมาณเชิงกลยุทธ์อื่นๆ เช่น การจัดทำงบประมาณสีเขียว

ตัวชี้วัดความโปร่งใสและความรับผิดชอบในการบริหารจัดการทรัพยากร

ความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ

ความโปร่งใสเป็นหลักการสำคัญของการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐที่มีคุณภาพสูง ช่วยปรับปรุงการแข่งขัน เพิ่มประสิทธิภาพ และลดภัยคุกคามจากการไม่เป็นธรรมหรือการทุจริต แนวปฏิบัติรวมถึงการเผยแพร่นโยบาย การจัดซื้อจัดจ้าง การเผยแพร่แผนการจัดซื้อจัดจ้างล่วงหน้า การโฆษณาประกาศประกวดราคา การเปิดเผย เกณฑ์การประเมิน และการเผยแพร่การให้สัญญากับราคาที่ง่าย ¹¹²

กรณีศึกษาในสาธารณรัฐสโลวักแสดงให้เห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลออนไลน์อย่างเปิดเผยสามารถส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อการกำกับดูแลขององค์กรพัฒนาเอกชนและสื่อมวลชน และลดอุปสรรคในการมีส่วนร่วมของประชาชน ¹¹³ การจัดซื้อจัดจ้างอิเล็กทรอนิกส์และการเผยแพร่สัญญาออนไลน์ภาคบังคับช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและการกำกับดูแล อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตที่สำคัญว่าความโปร่งใสเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอในการตรวจสอบการทุจริตหากขาดการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพและการคุกคามจากการลงโทษที่แท้จริง นอกจากนี้ ปัญหาเกี่ยวกับรูปแบบข้อมูลที่ไม่ได้มาตรฐานและไม่สามารถอ่านได้ด้วยเครื่องยังขัดขวางการใช้งานอย่างเต็มที่ การนี้บ่งชี้ว่าความโปร่งใสเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นแต่ไม่เพียงพอ หากไม่มีเสาหลักเสริมของการบังคับใช้และการเข้าถึงข้อมูลที่ใช้งานง่าย ศักยภาพในการรับรองความเป็นธรรมและความรับผิดชอบจะยังคงจำกัดอยู่

ความโปร่งใสทางการคลัง

ความโปร่งใสทางการคลัง ซึ่งหมายถึงการรายงานสาธารณะที่ครอบคลุม โปร่งใส น่าเชื่อถือ และทันเวลาเกี่ยวกับสถานะการเงินของภาครัฐ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการทางการคลังที่มีประสิทธิภาพและความรับผิดชอบ การนี้ช่วยให้รัฐบาลมีภาพที่ถูกต้องของเงินเมื่อตัดสินใจทางเศรษฐกิจ รวมถึงต้นทุนและผลประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงนโยบายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อการเงินภาครัฐ นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ฝ่ายนิติบัญญัติ ตลาด และพลเมือง เพื่อให้สามารถตรวจสอบรัฐบาลได้ ประมวลจริยธรรมความโปร่งใสทางการคลังของ IMF เป็นมาตรฐานสากลสำหรับการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการเงินของภาครัฐ ¹¹⁴ ประมวลจริยธรรมประกอบด้วยหลักการที่สร้างขึ้นจาก 4 เสาหลัก ได้แก่

1. **การรายงานทางการคลัง (Fiscal Reporting):** ควรเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ครบถ้วน ทันเวลา และน่าเชื่อถือเกี่ยวกับฐานะและผลการดำเนินงานทางการเงินของรัฐบาล
2. **การคาดการณ์ทางการคลังและการจัดทำงบประมาณ (Fiscal Forecasting and Budgeting):** ควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์งบประมาณและความตั้งใจเชิงนโยบายของรัฐบาล พร้อมกับการคาดการณ์การเงินภาครัฐที่ครอบคลุม ทันเวลา และน่าเชื่อถือ
3. **การวิเคราะห์และการบริหารความเสี่ยงทางการคลัง (Fiscal Risk Analysis and Management):** ควรรับรองว่าความเสี่ยงต่อการเงินภาครัฐได้รับการเปิดเผย วิเคราะห์ และบริหารจัดการ และการตัดสินใจทางการคลังทั่วทั้งภาครัฐได้รับการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การบริหารรายได้จากทรัพยากร (Resource Revenue Management): ควรจัดให้มีกรอบการ

ทำงานที่โปร่งใสสำหรับการเป็นเจ้าของ การทำสัญญา การเก็บภาษี และการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ ประมวลจริยธรรมความโปร่งใสทางการคลังของ IMF ให้กรอบการทำงานที่มีโครงสร้างสำหรับการเปิดเผย ข้อมูลการเงินภาครัฐที่ครอบคลุม ซึ่งเป็นรากฐานสำหรับการบริหารจัดการทางการคลังที่มีประสิทธิภาพ ความ รับผิดชอบ และความเชื่อมั่นของตลาด โดยการเน้นย้ำความเสี่ยงและรับรองการอภิปรายที่มีข้อมูล การนี้ถือว่า "สำคัญอย่างยิ่งต่อการบริหารจัดการทางการคลังที่มีประสิทธิภาพและความรับผิดชอบ" ช่วยให้รัฐบาล ตัดสินใจอย่างมีข้อมูลและอนุญาตให้ประชาชนและตลาดสามารถตรวจสอบได้ การนี้บ่งชี้ว่าความโปร่งใส ทางการคลังไม่ใช่แค่การป้องกันการทุจริต แต่เป็นองค์ประกอบหลักของการกำกับดูแลเศรษฐกิจที่ดีและเป็น ข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับความไว้วางใจและความมั่นคงของสาธารณะ

ตัวชี้วัดการต่อต้านการทุจริต

ดัชนีการควบคุมการทุจริต (Control of Corruption) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ WGI วัดขอบเขตที่อำนาจ สาธารณะถูกใช้เพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว รวมถึงการทุจริตเล็กน้อยและใหญ่ ตลอดจน "การครอบงำ" รัฐโดย ชนชั้นนำและผลประโยชน์ส่วนตัว ดัชนีนี้ยังวัดความแข็งแกร่งและประสิทธิผลของกรอบนโยบายและสถาบัน ของประเทศในการป้องกันและต่อสู้กับการทุจริต¹¹⁵ ดัชนีความซื่อสัตย์สุจริตของภาครัฐ (Index of Public Integrity - IPI) ประเมินความสามารถของสังคมในการควบคุมการทุจริตและรับรองว่าทรัพยากรสาธารณะถูก ใช้ไปอย่างซื่อสัตย์ IPI ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความโปร่งใสในการบริหาร บริการออนไลน์ ความ โปร่งใสของงบประมาณ ความเป็นอิสระของตุลาการ เสรีภาพสื่อ และ e-Citizenship¹¹⁶ ความพยายามใน การต่อต้านการทุจริตต้องขยายขอบเขตเกินกว่ากรอบกฎหมาย ไปสู่การนำระบบความซื่อสัตย์สุจริตไปปฏิบัติ จริง โดยต้องใช้ตัวชี้วัดเชิงวัตถุที่วัดความโปร่งใสที่แท้จริงและความสามารถของสถาบันในการควบคุมการใช้ อำนาจสาธารณะในทางที่ผิด PII ของ OECD ยังเน้น "ช่องว่างระหว่างกฎระเบียบและการนำไปปฏิบัติจริง"⁹⁵ การนี้บ่งชี้ว่าการมีกฎหมายต่อต้านการทุจริตเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การควบคุมที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องวัดการนำกระบวนการที่โปร่งใส การตรวจสอบ และการบังคับใช้ไปปฏิบัติจริง เพื่อให้แน่ใจว่ามีการ ดำเนินการอย่างแท้จริงเพื่อลดการทุจริตและเสริมสร้างความซื่อสัตย์สุจริตของภาครัฐ¹¹⁵

บทสรุป

การบริหารจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน เป็นรากฐานสำคัญของการกำกับดูแลภาครัฐที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การวิเคราะห์นี้ได้ระบุตัวชี้วัดที่หลากหลายซึ่งบ่งชี้มิติของความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ ความโปร่งใส และความรับผิดชอบในบริบทต่างๆ ตั้งแต่การจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขไปจนถึงการตัดสินใจด้วยอัลกอริทึม และจากธรรมาภิบาลระดับโลกไปจนถึงวัฒนธรรมองค์กรภายใน ข้อค้นพบหลักชี้ให้เห็นว่าความเป็นธรรมเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ ซึ่งต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบด้าน ไม่ใช่เพียงแค่การกระจายผลลัพธ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความยุติธรรมของกระบวนการ การสื่อสารข้อมูล และการปฏิบัติต่อบุคคลด้วยความเคารพ

นอกจากนี้ แม้ว่าประสิทธิภาพและความเป็นธรรมมักถูกมองว่าเป็นการแลกเปลี่ยนกัน แต่ก็สามารถเสริมซึ่งกันและกันเพื่อสร้างระบบที่แข็งแกร่งและยั่งยืนในระยะยาวได้ การพึ่งพาข้อมูลการรับรู้ในตัวชี้วัดธรรมาภิบาลระดับโลกเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการตรวจสอบความถูกต้องด้วยข้อมูลเชิงวัตถุเพื่อภาพที่สมบูรณ์ ในขณะที่การนำเทคโนโลยีมาใช้ เช่น การจัดซื้อจัดจ้างอิเล็กทรอนิกส์และอัลกอริทึม จำเป็นต้องได้รับการชี้้นำอย่างรอบคอบด้วยเมตริกความเป็นธรรมและกลยุทธ์การลดอคติ เพื่อป้องกันการคงอยู่หรือการทำให้ความไม่เท่าเทียมที่มีอยู่รุนแรงขึ้น

2.4.4 ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 3

มาตรการที่ 3 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องสร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น

การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพเป็นแนวคิดที่กว้างขวางและมีพลวัต ซึ่งมักถูกอ้างถึงด้วยคำศัพท์ที่หลากหลาย เช่น การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชน (Patient and Public Involvement: PPI) หรือการมีส่วนร่วมของพลเมือง (Citizen Engagement) ¹¹⁷ โดยแก่นแท้แล้ว คำเหล่านี้หมายถึงการที่บุคคลทั่วไป ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกของชุมชนเข้ามามีบทบาทอย่างแข็งขันในการตัดสินใจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง การจัดการบริการสุขภาพ และการกำหนดนโยบายสุขภาพในวงกว้าง การมีส่วนร่วมนี้ก้าวข้ามขอบเขตของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการแบบดั้งเดิม ไปสู่การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ทั้งในระดับนโยบายท้องถิ่นและระดับประเทศ ¹¹⁸

แนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพได้มีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญนับตั้งแต่ปฏิญญาอัลมา-อาตาขององค์การอนามัยโลกในปี 1978 ซึ่งได้ประกาศอย่างชัดเจนถึง "สิทธิและหน้าที่" ของประชาชนในการมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่มในการวางแผนและการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของตน ในปัจจุบัน การมีส่วนร่วมได้พัฒนาไปสู่การเป็นทั้ง "เครื่องมือ" ในการอำนวยความสะดวกในการสนทนาระหว่างรัฐกับประชาชน และเป็น "เป้าหมาย" ในตัวของมันเอง ¹¹⁷ การเปลี่ยนแปลงทางแนวคิดนี้บ่งชี้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ได้ถูกมองว่าเป็นเพียงสิทธิทางบรรทัดฐานเท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งจำเป็นเชิงกลยุทธ์อีกด้วย การมีส่วนร่วมกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการบรรลุธรรมาภิบาลที่มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ในขณะเดียวกันก็เป็นสถานะปลายทางที่พึงประสงค์ในตัวของมันเองด้วย ลักษณะ

สองประการนี้ (ทั้งเป็นวิธีการและเป็นเป้าหมาย) ทำให้จำเป็นต้องมีแนวทางการวัดผลที่ซับซ้อนยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นไม่เพียงแค่ว่าประชาชนมีส่วนร่วมหรือไม่ แต่ยังรวมถึงวิธีที่การมีส่วนร่วมนั้นส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์อย่างแท้จริง และคุณค่าที่แท้จริงและคุณค่าเชิงเครื่องมือที่เกิดขึ้นสำหรับระบบสุขภาพและประชาชนคืออะไร

ประโยชน์ต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการกำกับดูแลระบบ

การมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างครอบคลุมเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม โดยให้ประโยชน์ที่หลากหลายและเชื่อมโยงกัน ดังนี้

1. **ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นและการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง:** การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และยกระดับประสบการณ์ของผู้ป่วยโดยรวม¹¹⁷ การมีส่วนร่วมนี้ช่วยให้มั่นใจว่าการตัดสินใจในการรักษา การวางแผนการดูแล และการกำหนดเป้าหมายนั้นสอดคล้องกับความชอบ ค่านิยม และเป้าหมายการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย¹¹⁹ การทำงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ป่วยผ่านกระบวนการที่เรียกว่า "การผลิตร่วม" (co-production) จะทำให้บุคคลเป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพอย่างแท้จริง¹²⁰
2. **การตัดสินใจที่ดีขึ้นและการตอบสนองต่อนโยบาย:** การมีส่วนร่วมได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่านำไปสู่ "พลเมืองที่ดีขึ้น การตัดสินใจที่ดีขึ้น และการกำกับดูแลที่ดีขึ้น"¹¹⁷ การมีส่วนร่วมนี้มีบทบาทสำคัญในการดึงความรู้และความเชี่ยวชาญในรูปแบบอื่น ๆ ออกมา ซึ่งสามารถช่วยระบุและนำกลยุทธ์ไปใช้เพื่อแก้ไขต้นตอของความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ เมื่อนโยบายถูกพัฒนาร่วมกับชุมชน นโยบายเหล่านั้นจะบ่งชี้ความต้องการที่แท้จริง ได้รับการสนับสนุนที่แข็งแกร่งขึ้น และมีความยั่งยืนในระยะยาว¹²¹
3. **การกำกับดูแลที่เข้มแข็งและความรับผิดชอบ:** การมีส่วนร่วมของพลเมืองมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความโปร่งใส การทำให้สถาบันของรัฐต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบของตน และการเพิ่มประสิทธิภาพโดยรวม การมีส่วนร่วมนี้สามารถนำไปสู่การกำกับดูแลที่ดีขึ้น การเสริมอำนาจพลเมืองที่มากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างพลเมืองกับรัฐที่สร้างสรรค์ยิ่งขึ้น และการส่งมอบบริการสาธารณะที่ดีขึ้น¹¹⁹ ตัวอย่างที่โดดเด่นคือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ซึ่งกฎหมายได้กำหนดบทบัญญัติสำหรับเสียงของประชาชนและความรับผิดชอบของรัฐ รวมถึงการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นสาธารณะประจำปีและการรายงานผลลัพธ์อย่างโปร่งใสเพื่อสร้างความไว้วางใจ¹²²
4. **การเสริมสร้างศักยภาพและความยืดหยุ่นของชุมชน:** การมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันช่วยเสริมสร้างชุมชน ส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน และนำไปสู่ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นโดยรวม¹²³ สิ่งนี้ปลูกฝังความรู้สึกเป็นเจ้าของและการเสริมอำนาจอย่างลึกซึ้ง ทำให้มั่นใจว่าการแทรกแซงด้านสุขภาพมีความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม เหมาะสมกับบริบท และครอบคลุมทางสังคมอย่างแท้จริง¹²⁴ โดยพื้นฐานแล้ว การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและพลิกโฉมเกิดขึ้นได้ดีที่สุดเมื่อบุคคลและชุมชนได้รับอำนาจในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ซึ่งจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมในระบบสุขภาพไปสู่การผลิตร่วมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน¹²⁵

5. **การลดความเหลื่อมล้ำ:** การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างครอบคลุมมีส่วนโดยตรงในการลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพและปรับปรุงความโปร่งใสของระบบอย่างมีนัยสำคัญ¹²¹ เป้าหมายหลักคือการระบุและนำกลยุทธ์ที่มุ่งเป้าไปที่การแก้ไขต้นตอของความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อส่งเสริมการกระจายผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เป็นธรรมยิ่งขึ้น¹¹⁷ การแทรกแซงด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการแก้ไขความต้องการด้านสุขภาพของประชากรที่ด้อยโอกาส ชายขอบ ขาดโอกาส และกลุ่มเปราะบางอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการตอบย้ำความมุ่งมั่นต่อความเสมอภาคด้านสุขภาพ¹²⁶

ประโยชน์ที่หลากหลายเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว แต่เชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน ตัวอย่างเช่น การตัดสินใจที่ดีขึ้น มีแนวโน้มสูงที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น¹¹⁷ ซึ่งจะส่งเสริมความไว้วางใจ¹²¹ และการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ในทำนองเดียวกัน กลไกความรับผิดชอบที่แข็งแกร่ง¹¹⁹ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสร้างและรักษาความไว้วางใจ ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนนี้ชี้ให้เห็นถึงวงจรการเสริมแรงในเชิงบวก การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีความหมายและประสบความสำเร็จจะสร้างความไว้วางใจและเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมมากขึ้น นโยบายที่ได้รับการปรับปรุงเหล่านี้จะส่งเสริมและอำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมในอนาคต ทำให้เกิดวงจรป้อนกลับในเชิงบวก ดังนั้น กรอบการวัดผลจึงไม่ควรเพียงจับภาพประโยชน์แต่ละส่วนอย่างโดดเดี่ยว แต่ควรรวมถึงการประเมินการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบและการเสริมสร้างทุนทางสังคมและความไว้วางใจที่เป็นรากฐานและค้ำจุนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมที่หลากหลาย: จากการให้ข้อมูลสู่การเสริมอำนาจ

การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ใช่แนวคิดที่เป็นเนื้อเดียวกัน แต่เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและมีพลวัต ซึ่งโดดเด่นด้วยระดับอิทธิพลและการแบ่งปันอำนาจที่แตกต่างกัน¹¹⁷ เพื่ออธิบายระดับที่แตกต่างกันเหล่านี้ ได้มีการพัฒนาแบบจำลองแนวคิดต่างๆ ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง IAP2 Spectrum of Public Participation และ Arnstein's Ladder of Citizen Participation¹²⁷

1. **IAP2 Spectrum of Public Participation:** แบบจำลองที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางนี้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็นห้าหมวดหมู่ โดยเริ่มจากอิทธิพลของประชาชนที่น้อยที่สุดไปจนถึงการแบ่งปันอำนาจในการตัดสินใจอย่างมีนัยสำคัญ

- **การให้ข้อมูล (Inform):** วัตถุประสงค์หลักคือการให้ข้อมูลที่สมดุลและเป็นกลางแก่ประชาชน เพื่อช่วยให้พวกเขาเข้าใจปัญหา ทางเลือก โอกาส และ/หรือแนวทางแก้ไข คำมั่นสัญญาโดยนัยต่อประชาชนคือ: "เราจะแจ้งให้คุณทราบ"¹²⁷ แม้จะเป็นรากฐานของการมีส่วนร่วมใดๆ แต่บางคนแย้งว่าไม่ใช่ "การมีส่วนร่วม" ที่แท้จริง เนื่องจากเป็นการสื่อสารทางเดียวเป็นหลัก¹²⁸
- **การปรึกษาหารือ (Consult):** ระดับนี้มุ่งเน้นการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนเกี่ยวกับการวิเคราะห์ ทางเลือกที่เสนอ และการตัดสินใจที่เป็นไปได้ คำมั่นสัญญาที่สื่อถึงคือ: "เราจะแจ้งให้คุณทราบ รับฟังและยอมรับข้อกังวลและความปรารถนาของคุณ และให้ข้อมูลย้อนกลับว่าข้อมูล

ที่ได้รับจากประชาชนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอย่างไร" เป็นโอกาสพื้นฐานแต่สำคัญสำหรับการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ¹²⁷

- **การให้เข้าร่วมมีบทบาท (Involve):** โหมดนี้เชิญชวนประชาชนเข้าสู่กระบวนการโดยตรง โดยปกติจะเริ่มตั้งแต่แรกเริ่ม และให้โอกาสในการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องเมื่อการตัดสินใจดำเนินไป คำมั่นสัญญาที่เกี่ยวข้องคือ: "เราจะทำงานร่วมกับคุณโดยตรงตลอดกระบวนการเพื่อให้แน่ใจว่าข้อกังวลและความปรารถนาของคุณได้รับการเข้าใจและพิจารณาอย่างสม่ำเสมอ" ¹²⁷
- **การสร้างความร่วมมือ (Collaborate):** ในระดับนี้ ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในการตัดสินใจ โดยมักจะเน้นที่การแสวงหาแนวทางแก้ไขที่เห็นพ้องต้องกัน คำมั่นสัญญาที่ให้ไว้คือ: "เราจะร่วมมือกับคุณในทุกแง่มุมของการตัดสินใจ รวมถึงการพัฒนาทางเลือกและการระบุแนวทางแก้ไขที่ต้องการ" ¹²⁷ ระดับนี้จำเป็นต้องมีพลวัตใหม่ของการผลิตร่วมระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ¹¹⁷
- **การเสริมพลังอำนาจ (Empower):** นี่เป็นระดับสูงสุดของการมีส่วนร่วม ซึ่งหน่วยงานเปิดโอกาสให้ประชาชนตัดสินใจด้วยตนเอง บ่อยครั้งผ่านกลไกต่างๆ เช่น การลงคะแนนเสียงสาธารณะ หรือโครงการที่ควบคุมโดยพลเมือง สิ่งสำคัญคือต้องสังเกตว่าหน่วยงานของรัฐมักจะไม่นำดำเนินการในระดับสูงสุดของสเปกตรัมนี้ ¹²⁷

2. **Arnstein's Ladder of Citizen Participation:** แบบจำลองที่มีอิทธิพลอย่างสูงนี้เสนอโดย Sherry Arnstein ในปี 1969 โดยนำเสนอ "ขั้น" เปรียบเทียบแปดขั้นที่แสดงถึงระดับที่เพิ่มขึ้นของบทบาทของพลเมือง การควบคุม และอำนาจ ขั้นเหล่านี้แบ่งออกเป็น "การไม่เข้าร่วม" (การบงการ, การบำบัด), "ระดับของการเป็นสัญลักษณ์" (การให้ข้อมูล, การปรึกษาหารือ, การเอาอกเอาใจ) และ "ระดับของอำนาจพลเมือง" (การเป็นหุ้นส่วน, การมอบอำนาจ, การควบคุมโดยพลเมือง) ¹²⁹

- หลักการสำคัญของแบบจำลองของ Arnstein คือการมีส่วนร่วมที่แท้จริงต้องมีการกระจายอำนาจขั้นพื้นฐาน ¹²⁹
- ในทางปฏิบัติ ขั้นบันไดนี้สามารถใช้เป็นเครื่องมือวินิจฉัย ช่วยให้องค์กรสามารถทบทวนและทำแผนที่กิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชนในปัจจุบันเทียบกับลำดับขั้นของอำนาจที่ชัดเจน ¹³⁰

แม้ว่าแบบจำลองเช่น IAP2 Spectrum และ Arnstein's Ladder จะนำเสนอกรอบงานทั่วไปที่มีคุณค่าสำหรับการทำความเข้าใจระดับการมีส่วนร่วม ¹²⁷ แต่ก็มีคามตึงเครียดที่สำคัญที่ต้องพิจารณา การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชนมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทอย่างมาก ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างความจำเป็นในการกำหนดหลักการของการมีส่วนร่วมที่สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปในสภาพแวดล้อมระดับชาติและทางการเมืองที่หลากหลาย และวิธีการมีส่วนร่วมที่ต้องปรับให้เข้ากับบริบทเฉพาะ ¹³¹ การมีส่วนร่วมที่เป็นธรรมต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบ โดยพิจารณาข้อจำกัดต่างๆ เช่น งบประมาณและเวลา และตระหนักว่าแต่ละบริบทมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ¹²¹ ความขัดแย้งโดยธรรมชาติหมายความว่า ในขณะที่แบบจำลองแนวคิดเหล่านี้ให้แนวทางที่จำเป็นสำหรับการออกแบบและประเมินการมีส่วนร่วม การนำไปใช้ในทางปฏิบัติจะต้องมีความยืดหยุ่นและปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น วัฒนธรรม การเมือง และทรัพยากรที่เฉพาะเจาะจงอย่าง

เคร่งครัด การยึดติดกับ "ขั้นบันได" หรือ "สเปกตรัม" อย่างเข้มงวดโดยไม่มีการปรับบริบทที่เพียงพอ อาจนำไปสู่การมีส่วนร่วมที่เป็นเพียงสัญลักษณ์ หรือในกรณีที่เลวร้ายที่สุดคือโครงการที่ไม่มีประสิทธิภาพและไม่ยั่งยืน ดังนั้น กรอบการประเมินจะต้องปรับเปลี่ยนได้โดยเนื้อแท้ เพื่อให้สามารถประเมินได้อย่างละเอียดว่ากลยุทธ์การมีส่วนร่วมได้รับการออกแบบและนำไปใช้ได้ดีเพียงใดเพื่อให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เป็นเอกลักษณ์แทนที่จะวัดเพียงแค่การปฏิบัติตามอุดมคติสากล

ระดับการมีส่วนร่วมภายในระบบสุขภาพ (นโยบาย, การวางแผน, การส่งมอบบริการ, การวิจัย)

การมีส่วนร่วมของประชาชนถูกแสวงหาอย่างเป็นระบบในหลากหลายโดเมนของนโยบายและการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ รวมถึงการวางแผนและการส่งมอบบริการสุขภาพ การวิจัยด้านสุขภาพ และกระบวนการสำคัญในการกำหนดลำดับความสำคัญ¹¹⁸

1. **ระดับนโยบาย:** ในระดับมหภาคนี้ พลเมืองมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการกำหนดนโยบายในวงกว้างและการกำกับดูแลระบบ สิ่งนี้เกิดขึ้นผ่านกลไกที่เป็นสถาบัน เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือสภาสุขภาพ ระดับนี้เกี่ยวข้องกับการสนทนาโดยตรงและการอภิปรายเกี่ยวกับนโยบายและการจัดบริการกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ¹¹⁷
2. **ระดับการวางแผน:** การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย การกำหนดความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน และการจัดลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ของการแทรกแซงด้านสุขภาพ สิ่งนี้ขยายไปถึงกระบวนการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับแผนการรักษาและเป้าหมายการดูแลเฉพาะผู้ป่วย¹²⁰
3. **ระดับการส่งมอบบริการ:** ณ จุดดูแล ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในความพยายามที่มุ่งปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย เพิ่มประสบการณ์ของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพผลลัพธ์ด้านสุขภาพ¹³² สิ่งนี้สามารถแสดงออกได้ผ่านกลไกต่างๆ รวมถึงระบบข้อเสนอแนะ การผลิตร่วมของบริการ และโครงการที่นำโดยชุมชนที่ออกแบบมาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในท้องถิ่นที่เฉพาะเจาะจง¹³³
4. **ระดับการวิจัย:** การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชน (PPI) ในการวิจัยทางการแพทย์เป็นพื้นที่ที่แตกต่างและกำลังเติบโต ซึ่งผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกของประชาชนทั่วไปร่วมมือกับนักวิจัยเพื่อมีอิทธิพลต่อทั้ง สิ่งที่ วิจัยและ วิธีการ ออกแบบและดำเนินการโครงการวิจัย การมีส่วนร่วมนี้ช่วยเพิ่มคุณภาพ ความเกี่ยวข้อง และการเข้าถึงของการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ โดยการบูรณาการมุมมองอันล้ำค่าที่ได้จากประสบการณ์จริง

การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นในหลายระดับที่แตกต่างกัน: นโยบาย การวางแผน การส่งมอบ บริการ และการวิจัย อย่างไรก็ตาม ลักษณะของการมีส่วนร่วมนี้ไม่ได้เป็นเพียงทิศทางเดียว การมีส่วนร่วมมี จุดมุ่งหมายเพื่อ "ดึงความรู้และความเชี่ยวชาญในรูปแบบอื่น ๆ ออกมา" ¹¹⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุคคลที่มี ประสบการณ์จริง "สามารถให้มุมมองที่แตกต่างจากผู้เชี่ยวชาญและเสริมความรู้ของพวกเขาได้" ตัวอย่างที่ ชัดเจนจากประเทศไทย ¹³⁴ ระบุว่า "ภาคความรู้ (นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ) ให้หลักฐานเพื่อประกอบการ พิจารณานโยบาย ขณะที่ภาคประชาสังคมส่งเสียงของประชาชนและช่วยเปลี่ยนนโยบายระดับชาติไปสู่การ ปฏิบัติในระดับท้องถิ่น" การทำงานร่วมกันที่ซับซ้อนนี้บ่งชี้ว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีประสิทธิภาพ ไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของพลเมืองที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจจากบนลงล่างเท่านั้น แต่ยังเป็นการแลกเปลี่ยน ความรู้ที่มีพลวัตและสองทิศทางอีกด้วย พลเมืองทั่วไปมีส่วนร่วมด้วยความรู้จากประสบการณ์อันล้ำค่า (" ประสบการณ์จริง") ในขณะที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเชี่ยวชาญทางวิทยาศาสตร์และเทคนิค ความสำเร็จที่แท้จริง ของระบบสุขภาพที่มีส่วนร่วมอยู่ที่ความสามารถในการบูรณาการความรู้ที่หลากหลายเหล่านี้ได้อย่างราบรื่น สิ่งนี้ช่วยให้ข้อมูลเชิงลึกของชุมชนสามารถแจ้งวาระนโยบายและการวิจัยได้อย่างแท้จริง และในทางกลับกัน ผลการวิจัยและนโยบายก็สามารถนำไปแปลและปรับใช้ให้เป็นการแทรกแซงในท้องถิ่นที่นำไปปฏิบัติได้จริง ดังนั้น ตัวชีวิตที่ครอบคลุมควรขยายไปไกลกว่าการเพียงแค่ระบุปริมาณการมีส่วนร่วมในแต่ละระดับ แต่ยังคง มีการบูรณาการ และ การเสริมสร้างซึ่งกันและกัน ของความรู้ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างกันภายใน ระบบสุขภาพด้วย

หลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมที่มีความหมาย (ความครอบคลุม, อิทธิพล, ความไว้วางใจ, ความ โปร่งใส) การมีส่วนร่วมที่มีความหมายในระบบสุขภาพยึดมั่นในหลักการสำคัญหลายประการ ดังนี้

1. **ความครอบคลุม (Inclusivity):** หลักการนี้เรียกร้องให้มีการจัดสถานที่ที่เข้าถึงได้สำหรับการมีส่วนร่วม การคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่หลากหลายซึ่งแสวงหามุมมองที่แตกต่างกันอย่างแข็งขัน และการใช้ ประโยชน์จากสมาชิกชุมชนที่ได้รับความไว้วางใจเพื่อเพิ่มการเข้าถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อแก้ไขความ ไม่สมดุลของอำนาจที่มีอยู่ โดยพื้นฐานแล้ว หมายถึงการรับรู้และแก้ไขความต้องการของประชากรที่ ด้อยโอกาส ชายขอบ และกลุ่มเปราะบางอย่างจริงจัง เพื่อให้แน่ใจว่าเสียงของพวกเขาจะได้รับการรับ ฟัง ¹²¹
2. **ความเข้มข้น (Intensity):** หลักการนี้หมายถึงการส่งเสริมวิธีการมีส่วนร่วมที่กระตือรือร้น และการ ให้ข้อมูลที่มีคุณภาพสูงและชัดเจนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยให้บุคคลสามารถมีส่วนร่วมได้อย่างมี ความหมาย ¹²¹
3. **อิทธิพล (Influence):** หลักการที่สำคัญนี้กำหนดให้มีการสื่อสารผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการมีส่วนร่วม อย่างชัดเจน และการรับรองว่าผู้เข้าร่วมจะได้รับข้อมูลย้อนกลับที่โปร่งใสว่าการมีส่วนร่วมของพวกเขา นำไปสู่การดำเนินการที่มีความหมายหรือการตัดสินใจที่มีข้อมูลอย่างไร ¹²¹ สิ่งนี้มีความสัมพันธ์ โดยตรงกับ "คำมั่นสัญญาต่อสาธารณะ" ที่ระบุไว้ใน IAP2 Spectrum ¹²⁷

4. **ความไว้วางใจ (Trust):** การสร้างและรักษาความไว้วางใจอย่างเคร่งครัดระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพและพลเมืองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ¹³³ ความไว้วางใจถูกสร้างขึ้นอย่างพิถีพิถันบนพื้นฐานของการสื่อสารที่สม่ำเสมอ ความซื่อสัตย์ ความสามารถที่แสดงให้เห็น และการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของพลเมืองอย่างชัดเจน ¹³⁵
5. **ความโปร่งใส (Transparency):** สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลประสิทธิภาพ การจัดสรรงบประมาณ และข้อมูลการดำเนินงานต่อสาธารณะ ซึ่งโดยรวมแล้วจะส่งเสริมความโปร่งใสและเพิ่มความไว้วางใจของพลเมืองในระบบอย่างมีนัยสำคัญ ¹¹⁹ ซึ่งหมายถึงการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เกณฑ์การตัดสินใจ และการพิจารณาหารือกับสาธารณะอย่างครบถ้วน ¹³⁶
6. **การแบ่งปันอำนาจ/การผลิตร่วม (Shared Power/Co-production):** หลักการนี้ก้าวข้ามการปรึกษาหารือเพียงอย่างเดียว โดยสนับสนุนการเป็นผู้นำร่วมกันและการผลิตร่วมกันอย่างแท้จริง ซึ่งอำนาจและความรับผิดชอบถูกกระจายอย่างเท่าเทียมกันในหมู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ¹¹⁷ สิ่งนี้ถูกระบุว่าเป็นสิ่งสำคัญในการบรรลุการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนและพลิกโฉมภายในระบบสุขภาพ ¹³⁷

ความไว้วางใจเป็นประเด็นที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ในหลายแหล่งข้อมูล ¹³³ โดยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีประสิทธิภาพ แหล่งข้อมูลหนึ่ง ¹³⁵ ให้ความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นโดยการแยกย่อยความไว้วางใจออกเป็นมิติต่างๆ ได้แก่ ความซื่อสัตย์ (การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของประชาชน) ความสามารถ (ความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย) ความซื่อสัตย์สุจริต (ความซื่อสัตย์และเป็นธรรม) และความน่าเชื่อถือโดยรวม นอกจากนี้ การรายงานผลลัพธ์และการตอบสนองต่อนโยบายต่อสาธารณะยังเชื่อมโยงกับการ "สร้างความไว้วางใจในกระบวนการและความเป็นเจ้าของโครงการของประชาชน" ¹²² การวิเคราะห์นี้เผยให้เห็นว่าความไว้วางใจไม่ได้เป็นเพียงข้อกำหนดเบื้องต้นหรือปัจจัยที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมที่ประสบความสำเร็จเท่านั้น แต่ยังเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญและสามารถวัดผลได้ของการมีส่วนร่วมที่มีความหมายอีกด้วย เมื่อกระบวนการมีส่วนร่วมมีความโปร่งใส มีความครอบคลุมอย่างแท้จริง และแสดงให้เห็นถึงอิทธิพลอย่างชัดเจน ก็จะปลูกฝังและเสริมสร้างความไว้วางใจของประชาชนโดยธรรมชาติ ความไว้วางใจที่เกิดขึ้นนี้จะทำหน้าที่เป็นตัวเร่งปฏิกิริยาที่มีประสิทธิภาพ อำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมในอนาคต เสริมสร้างความชอบธรรมของระบบสุขภาพ และท้ายที่สุดก็มีส่วนช่วยให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีความยั่งยืนมากขึ้น ดังนั้น ตัวชี้วัดสำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนควรมีมาตรการการเปลี่ยนแปลงในความไว้วางใจของประชาชนอย่างชัดเจน ซึ่งอาจใช้เครื่องมือสำรวจหลายมิติที่จับภาพแง่มุมต่างๆ ของความไว้วางใจ

ตารางที่ 17 สเปกตรัมการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ

ระดับการมีส่วนร่วม	เป้าหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน	คำมั่นสัญญาต่อสาธารณะ	ตัวอย่างในบริบทการดูแลสุขภาพ
การให้ข้อมูล (Inform) ¹²⁷	เพื่อให้ข้อมูลที่สมดุลและเป็นกลางแก่ประชาชนเพื่อช่วยให้พวกเขาเข้าใจปัญหาทางเลือก โอกาส และ/หรือแนวทางแก้ไข ¹²⁷	เราจะแจ้งให้คุณทราบ ¹²⁷	แคมเปญการให้ความรู้ด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ ¹²⁸
การปรึกษาหารือ (Consult) ¹²⁷	เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนเกี่ยวกับการวิเคราะห์ ทางเลือก และ/หรือการตัดสินใจ ¹²⁷	เราจะแจ้งให้คุณทราบ รับฟังและยอมรับข้อกังวลและความปรารถนาของคุณ และให้ข้อมูลย้อนกลับว่าข้อมูลที่ได้รับจากประชาชนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอย่างไร ¹²⁸	แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นสาธารณะเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพฉบับร่าง ¹²⁹
การให้เข้าร่วมมีบทบาท (Involve) ¹²⁷	เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการ โดยให้โอกาสในการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องเมื่อการตัดสินใจดำเนินไป ¹²⁷	เราจะทำงานร่วมกับคุณโดยตรงตลอดกระบวนการเพื่อให้แน่ใจว่าข้อกังวลและความปรารถนาของคุณได้รับการเข้าใจและพิจารณาอย่างสม่ำเสมอ ¹²⁷	กลุ่มที่ปรึกษาผู้ป่วยและชุมชน (Patient and Community Advisory Groups) การมีส่วนร่วมในคณะกรรมการวางแผนบริการสุขภาพ ¹¹⁷
การสร้างความร่วมมือ (Collaborate) ¹²⁷	เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในการตัดสินใจ โดยมักจะเน้นที่การแสวงหาแนวทางแก้ไขที่เห็นพ้องต้องกัน ¹²⁷	เราจะร่วมมือกับคุณในทุกแง่มุมของการตัดสินใจ รวมถึงการพัฒนาทางเลือกและการระบุแนวทางแก้ไขที่ต้องการ ¹²⁷	คณะกรรมการนโยบายร่วมด้านสุขภาพ การผลิตร่วมบริการสุขภาพกับองค์กรภาคประชาสังคม ¹¹⁷

2.4.4.1 ตัวชี้วัดสำหรับการวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกระดับ

การวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพต้องใช้ชุดตัวชี้วัดที่หลากหลาย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดกระบวนการ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ และตัวชี้วัดผลกระทบ เพื่อให้การประเมินมีความครอบคลุมและบ่งชี้ภาพรวมที่แท้จริง

ตัวชี้วัดกระบวนการ

ตัวชี้วัดเหล่านี้ออกแบบมาเพื่อประเมิน วิธีการ ดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นที่คุณภาพ และความน่าเชื่อถือของการนำไปปฏิบัติ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดที่กำหนดไว้

1. ตัวชี้วัดการเข้าถึงและการเป็นตัวแทนของผู้เข้าร่วม

ตัวชี้วัด: จำนวนผู้เข้าร่วม ในกิจกรรมหรือการประชุม (เช่น ตรวจสอบได้จากใบบันทึกการลงชื่อเข้าใช้ บันทึกการเข้าร่วม) ¹³⁸ และเปอร์เซ็นต์ของประชากรเป้าหมายโดยรวม ที่ได้รับการเข้าถึงอย่างประสบความสำเร็จ ที่สำคัญคือยังรวมถึงการประเมิน ดัชนีความหลากหลาย ของผู้เข้าร่วมในปัจจุบันทางประชากรต่างๆ เช่น อายุ เชื้อชาติ เพศ และภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคม ¹³⁹ นอกจากนี้ ยังวัดสัดส่วนของประชากรชายขอบหรือกลุ่มที่เข้าถึงยากในอดีต ที่ได้รับการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ¹²¹

เหตุผล: ตัวชี้วัดเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้แน่ใจว่าข้อกำหนดที่ว่า "ทุกคน" จะต้องมีส่วนร่วม นั้นได้รับการตอบสนองอย่างแท้จริง โดยก้าวข้ามกลุ่มที่เข้าถึงได้ง่ายหรือกลุ่มที่มีเสียงดัง ¹²¹ การแสดงให้เห็นถึงการเป็นตัวแทนเป็นเกณฑ์พื้นฐานสำหรับการประเมินกระบวนการที่แข็งแกร่ง ¹¹⁸ การนับจำนวนผู้เข้าร่วมหรือการติดตามความหลากหลายทางประชากรเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการประเมินความครอบคลุมอย่างแท้จริง ¹³⁸ แหล่งข้อมูลอื่นๆ ระบุว่า "การมีส่วนร่วมของพลเมืองในการกำหนดนโยบายสุขภาพมักถูกจำกัดและไม่เท่าเทียมกัน โดยไม่สามารถรวมประชากรที่เข้าถึงยากได้" และ "กระบวนการมีส่วนร่วมอาจไม่เป็นไปตามความคาดหวังของพลเมืองเสมอไป และสามารถรักษาสายสัมพันธ์อำนาจที่ไม่เท่าเทียมและการกีดกันได้" ¹²¹ สิ่งนี้บ่งชี้ถึงช่องว่างระหว่างการมีอยู่เพียงอย่างเดียวกับอิทธิพลที่แท้จริง การเป็นตัวแทนที่แท้จริงต้องใช้กลยุทธ์เชิงรุกและมุ่งเป้าเพื่อเข้าถึงและมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ถูกกีดกันในอดีตอย่างมีความหมาย โดยแก้ไขความไม่สมดุลของอำนาจที่มีอยู่ และทำให้แน่ใจว่าเสียงของพวกเขาไม่เพียงแค่มีอยู่ แต่ยังได้รับการรับฟัง มีคุณค่า และมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์แทนที่จะเป็นเพียงสัญลักษณ์ ดังนั้น ตัวชี้วัดกระบวนการควรขยายไปสู่การประเมินคุณภาพ ของความครอบคลุม กลไก ที่ใช้ในการเอาชนะอุปสรรคในการมีส่วนร่วมสำหรับกลุ่มที่หลากหลาย และระดับอิทธิพลที่รับรู้ โดยกลุ่มเหล่านี้

2. ตัวชี้วัดความถี่และลักษณะของกิจกรรมการมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัด: มาตรการเชิงปริมาณรวมถึง จำนวนกิจกรรมและการประชุมระหว่างเมือง-ชุมชน ที่จัดขึ้น ปริมาณและประเภทของเอกสารสาธารณะ/การประชาสัมพันธ์ ที่ผลิต (เช่น แผ่นพับ สิ่งพิมพ์) ควบคู่ไปกับ สถิติการอ่าน (เช่น การเข้าชมเว็บไซต์) ¹³⁸ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการจัดหมวดหมู่ประเภทของพื้นที่การมีส่วนร่วม ที่สร้างขึ้น โดยแยกความแตกต่างระหว่างการปรึกษาหารือแบบครั้งเดียวกับสภาพสุขภาพที่เป็นสถาบันที่ยั่งยืนกว่า ¹¹⁷ นอกจากนี้ความถี่และความสม่ำเสมอของกลไกการให้ข้อเสนอแนะ (เช่น แบบสำรวจ กลุ่มโฟกัส การประชุมชุมชน) ก็เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ¹⁴⁰

เหตุผล: ตัวชี้วัดเหล่านี้ให้การประเมินเชิงปริมาณของความพยายามที่ทุ่มเทให้กับการมีส่วนร่วม และความหลากหลายของช่องทางที่ใช้ในการอำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมของประชาชน

3. ตัวชี้วัดการเข้าถึงข้อมูลและช่องทางการให้ข้อเสนอแนะ

ตัวชี้วัด: มาตรการสำคัญรวมถึง ความพร้อมใช้งานของข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้ และ หลายภาษา ¹³⁶ ความโปร่งใสในการแบ่งปันข้อมูล เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งเห็นได้จากตัวชี้วัดเช่น การเปิดเผยงบประมาณ รายงานประสิทธิภาพ และรายละเอียดการดำเนินงานต่อสาธารณะ ¹²² เวลาตอบสนอง ต่อคำถาม หรือคำขอข้อมูลของประชาชนก็เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการตอบสนอง ¹³⁹

เหตุผล: การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีประสิทธิภาพและมีความหมายขึ้นอยู่กับพลเมืองที่มีข้อมูล และมีช่องทางที่ชัดเจนและเข้าถึงได้สำหรับการให้ข้อมูลและการรับข้อเสนอแนะ ¹²¹

4. ตัวชี้วัดการจัดสรรทรัพยากรสำหรับโครงการมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัด: ซึ่งรวมถึงการมีอยู่และจำนวนของ งบประมาณเฉพาะ ที่จัดสรรให้สำหรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ¹⁴¹ นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงการจัดสรรทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวน เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมซึ่งทุ่มเทให้กับการอำนวยความสะดวกในโครงการมีส่วนร่วม ¹¹⁷

เหตุผล: ทรัพยากรที่เพียงพอและยั่งยืนได้รับการระบุอย่างสม่ำเสมอว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อความสำเร็จและความยั่งยืนในระยะยาวของความพยายามในการมีส่วนร่วมของประชาชน ¹¹⁷

แม้ว่าแหล่งข้อมูลหลายแห่งจะเน้นย้ำถึงความจำเป็นทั่วไปของทรัพยากร ¹¹⁷ แต่แหล่งข้อมูลหนึ่ง ¹⁴¹ ได้เรียกร้องอย่างชัดเจนให้มีการจัดสรร "งบประมาณเฉพาะสำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชน" สิ่งนี้ก้าวข้ามคำกล่าวทั่วไปเกี่ยวกับความต้องการไปสู่การดำเนินการที่เป็นรูปธรรมและวัดผลได้ การจัดสรรทรัพยากรทางการเงินและทรัพยากรบุคคลที่แท้จริงทำหน้าที่เป็นตัวบ่งชี้ที่จับต้องได้และตรวจสอบได้ถึง ความมุ่งมั่นที่แท้จริงขององค์กรหรือรัฐบาลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งเหนือกว่าการสนับสนุนด้วยวาทศิลป์เพียงอย่างเดียว ในทางกลับกัน การขาดทรัพยากรที่เพียงพอถูกระบุอย่างชัดเจนว่าเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ ¹⁴² ดังนั้น การติดตามการจัดสรรทรัพยากรจึงไม่ใช่แค่ตัวชี้วัดกระบวนการที่ตรงไปตรงมาเท่านั้น แต่ยังทำหน้าที่เป็นตัวบ่งชี้ที่ทรงพลังในการประเมินเจตจำนงทางการเมืองและการสนับสนุนจากสถาบันที่เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ตัวชี้วัดผลลัพธ์

ตัวชี้วัดเหล่านี้วัดผลลัพธ์ในระยะสั้นถึงปานกลางของการมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ในความรู้ การรับรู้ ความสัมพันธ์ และผลกระทบเบื้องต้นต่อนโยบายหรือบริการ

1. ตัวชี้วัดอิทธิพลต่อนโยบายและการตัดสินใจ

ตัวชี้วัด: ซึ่งรวมถึง จำนวนหรือเปอร์เซ็นต์ของมุมมองหรือข้อเสนอแนะของประชาชนที่ได้รับการนำไปใช้ ในกระบวนการตัดสินใจอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังประเมินอิทธิพลต่อนโยบาย/การตัดสินใจที่กว้างขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงที่บันทึกไว้ในการจัดบริการ การจัดตั้งบริการสุขภาพใหม่ หรือการปรับเปลี่ยนนโยบายเฉพาะที่สามารถระบุได้โดยตรงว่ามาจากข้อมูลที่ได้รับจากประชาชน¹¹⁸ นอกจากนี้ยังจับภาพการรับรู้ของตนเองของผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับอิทธิพลของพวกเขา ต่อผลลัพธ์

เหตุผล: วัตถุประสงค์หลักและพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนคือการสร้างอิทธิพลที่จับต้องได้ต่อการตัดสินใจและผลลัพธ์นโยบาย¹²⁷ แม้ว่า "อิทธิพลต่อนโยบาย/การตัดสินใจ" จะถูกระบุว่าเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญแต่แหล่งข้อมูลหลายแห่งเน้นย้ำถึงความยากลำบากโดยธรรมชาติในการวัดผลดังกล่าว "หลักฐานเกี่ยวกับผลกระทบของการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อนโยบายการดูแลสุขภาพยังคงยากที่จะยืนยัน"¹¹⁸ ความท้าทายนี้ได้รับการอธิบายเพิ่มเติมโดยแหล่งข้อมูลที่ระบุว่า "การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องยาก – การประเมินผลยิ่งยากกว่า; อำนาจ ความหลากหลายของวาระ และประชาชนที่มองไม่เห็น; ความท้าทายในทางปฏิบัติและระเบียบวิธีวิจัย; และความจริงจังและความแท้จริงเป็นสิ่งสำคัญ"¹⁴² การวัดอิทธิพลโดยตรงและไม่คลุมเครือเป็นเรื่องซับซ้อนโดยเนื้อแท้เนื่องจากลักษณะหลายแง่มุมของการตัดสินใจเชิงนโยบาย การทำงานร่วมกันอย่างละเอียดอ่อนของพลวัตอำนาจ และความยากลำบากในการแยกแยะการมีส่วนร่วมเฉพาะของประชาชนจากปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่นๆ การพึ่งพาความสัมพันธ์ง่าย ๆ มากเกินไปอาจทำให้เข้าใจผิด ดังนั้น การประเมินในโดเมนนี้จำเป็นต้องก้าวข้ามมาตรการเชิงปริมาณพื้นฐานไปสู่การใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่แข็งแกร่งยิ่งขึ้น เช่น การวิเคราะห์เชิงคุณภาพเชิงลึกของกระบวนการตัดสินใจ เรื่องเล่าของผู้เข้าร่วม และการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อติดตามเส้นทางของอิทธิพลและรับรู้ถึงลักษณะที่ละเอียดอ่อนและมักจะทางอ้อมของผลกระทบของประชาชนต่อการกำหนดนโยบาย

2. ตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลงในความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้

ตัวชี้วัด: สามารถประเมินได้จาก ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่รายงานด้วยตนเอง ในหมู่ประชากรทั่วไปหรือกลุ่มผู้เข้าร่วมเฉพาะ ¹⁴³ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะวัดการเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ การวิจัยด้านสุขภาพ การแพทย์ และประเด็นทางสังคมในวงกว้าง ในหมู่บุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังจับภาพความเข้าใจที่ดีขึ้นของผู้เข้าร่วมว่าเหตุใดจึงมีการแสวงหามุมมองของประชาชนทั่วไป และคุณค่าของมุมมองเหล่านั้นในระบบสุขภาพ ¹⁴⁴

เหตุผล: การมีส่วนร่วมทำหน้าที่เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสำหรับการให้ความรู้แก่ประชาชน เพิ่มความเข้าใจของพลเมืองเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและการทำงานของระบบการดูแลสุขภาพ ¹⁴⁵

3. ตัวชี้วัดความไว้วางใจที่รับรู้และความรับผิดชอบของสถาบันสุขภาพ

ตัวชี้วัด: ส่วนใหญ่จะวัดผ่าน แบบสำรวจความไว้วางใจ ที่ประเมินมิติต่างๆ ของความไว้วางใจ รวมถึงความซื่อสัตย์ (การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของประชาชน) ความสามารถ (ความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย) ความซื่อสัตย์สุจริต (ความซื่อสัตย์และเป็นธรรม) และความน่าเชื่อถือโดยรวม ¹³⁵ ตัวชี้วัดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย (ครอบคลุมด้านการสื่อสาร ความเห็นอกเห็นใจ และความเป็นมืออาชีพ) ¹⁴⁵ และ Net Promoter Score (NPS) สำหรับองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งบ่งชี้ถึงความพึงพอใจและความภักดีโดยรวม อัตราการตอบกลับข้อเสนอแนะ ยังสามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อมของการมีส่วนร่วมและความเต็มใจที่จะไว้วางใจกลไกการให้ข้อเสนอแนะ ¹⁴⁶

เหตุผล: ความไว้วางใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและขาดไม่ได้สำหรับการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ระหว่างพลเมืองกับรัฐ และการรับรองความชอบธรรมและประสิทธิภาพในระยะยาวของระบบสุขภาพ ¹³³

4. ตัวชี้วัดความแข็งแกร่งของการเป็นหุ้นส่วนและเครือข่ายความร่วมมือ

ตัวชี้วัด: ซึ่งรวมถึง จำนวนความร่วมมือข้ามภาคส่วนและระหว่างวิชาชีพ ที่เริ่มต้นหรือเสริมสร้างขึ้น ¹⁴⁷ และ จำนวนหุ้นส่วนหรือพันธมิตรใหม่ ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากความพยายามในการมีส่วนร่วม ¹³⁷ ที่สำคัญคือยังรวมถึงหลักฐานเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณของการเป็นผู้นำร่วมกันและการผลิตร่วมกันอย่างแท้จริง ในหมู่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย ¹¹⁷

เหตุผล: การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมักอาศัยการพัฒนาหุ้นส่วนที่แข็งแกร่งและหลากหลายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคประชาสังคม และกลุ่มชุมชน ¹¹⁷

ตัวชี้วัดผลกระทบ

ตัวชี้วัดเหล่านี้ประเมินการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในระยะยาวและผลลัพธ์ด้านสุขภาพขั้นสูงสุดที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงถึงระดับการประเมินสูงสุด

1. การปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเสมอภาค:

ตัวชี้วัด: ซึ่งรวมถึง การเปลี่ยนแปลงที่วัดผลได้ในอัตราการเกิดโรค (เช่น อุบัติการณ์หรือความชุกของภาวะเฉพาะ) ¹⁴⁰ การลดลงของความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ที่บันทึกไว้ในกลุ่มประชากรต่างๆ ¹³³ และการปรับปรุงเฉพาะ เช่น การลดช่องว่างอัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ¹²² นอกจากนี้ยังสามารถติดตามตัวชี้วัดสุขภาพโดยรวมที่กว้างขึ้น ได้อีกด้วย ¹⁴⁰

เหตุผล: เป้าหมายสูงสุดและโดยรวมของการแทรกแซงด้านสุขภาพใดๆ รวมถึงโครงการมีส่วนร่วมของประชาชน คือการบรรลุสุขภาพประชากรที่ดีขึ้นและลดความไม่เท่าเทียมที่มีอยู่ ¹¹⁷ แม้ว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นจะเป็นเป้าหมายสูงสุด แต่แหล่งข้อมูล ¹²⁶ ระบุอย่างตรงไปตรงมาว่า "ประโยชน์ที่ได้รับจากการแทรกแซงด้านสาธารณสุข – การป้องกันโรค – มักมองไม่เห็นและยากที่จะวัดปริมาณ" ความยากลำบากนี้บ่งชี้โดยแหล่งข้อมูลอื่น ¹⁴⁸ ที่แนะนำว่าการวัดผลกระทบนั้น "ไม่ใช่การพิสูจน์ว่าแนวปฏิบัตินั้นเป็น 'สิ่งที่ดี' แต่เป็นการหาวิธีที่จะทำให้ดีขึ้น" นอกจากนี้ แหล่งข้อมูล ¹⁴⁹ ยังเน้นย้ำว่าประโยชน์หลายประการของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชน เช่น ความไว้วางใจที่เพิ่มขึ้น ความเข้าใจระบบสุขภาพที่ดีขึ้น และการจัดการตนเองที่ดีขึ้น "ไม่ได้นำมาซึ่งประโยชน์ทางการเงินที่ระบุได้ชัดเจน" และ "มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต" การสร้างความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุโดยตรงระหว่างโครงการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เฉพาะเจาะจงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับประชากรในระยะยาวเป็นเรื่องที่ท้าทายโดยเนื้อแท้ เนื่องจากความซับซ้อนของการทำงานร่วมกันของปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ รวมถึงความล่าช้าของเวลาที่สำคัญ ความซับซ้อนนี้ทำให้จำเป็นต้องมีแนวทางแบบผสมผสานที่ซับซ้อน โดยการรวมข้อมูลสุขภาพเชิงปริมาณที่เข้มงวดเข้ากับการประเมินเชิงคุณภาพที่เข้มข้นของการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ชีตความสามารถของชุมชนที่เพิ่มขึ้น และการปรับปรุงความเป็นอยู่ที่ดีที่รับรู้ได้ นอกจากนี้ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญอย่างยิ่งของการศึกษาเชิงระยะยาว และการรับรู้และการให้คุณค่าอย่างชัดเจนต่อประโยชน์ "ที่จับต้องไม่ได้" เช่น ทุนทางสังคมและความไว้วางใจที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าจะไม่สามารถวัดปริมาณได้ทันทีในแง่เศรษฐกิจแบบดั้งเดิมก็ตาม

2. ประสบการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น:

ตัวชี้วัด: ซึ่งเกี่ยวข้องกับการติดตาม คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการประสบการณ์โดยรวมกับผู้ให้บริการ คุณภาพการสื่อสาร และการปฏิบัติที่ให้ความเคารพ¹⁴⁵ อัตราการรักษาผู้ป่วย (เช่น ผู้ป่วยยังคงใช้บริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องหรือไม่) เป็นตัวบ่งชี้ที่แข็งแกร่งของความไว้วางใจและความพึงพอใจ¹⁴⁶ นอกจากนี้ การปรับปรุงที่วัดผลได้ เช่น การลดระยะเวลาการรับบริการ สามารถบ่งชี้ถึงระบบที่ตอบสนองมากขึ้นซึ่งขับเคลื่อนโดยข้อเสนอแนะของผู้ป่วย¹¹⁹

เหตุผล: ประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นมิติพื้นฐานของคุณภาพการดูแลโดยรวม¹⁵⁰ และทำหน้าที่เป็นภาพบ่งชี้โดยตรงว่าระบบให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ดีเพียงใด

3. การเสริมสร้างศักยภาพและการสร้างขีดความสามารถของชุมชน:

ตัวชี้วัด: ซึ่งรวมถึงการประเมินการปรับปรุงใน ขีดความสามารถและการเชื่อมโยงของชุมชน เช่น ความสามารถของชุมชนที่เพิ่มขึ้นในการระบุและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของตนเอง และในการระดมทรัพยากรภายในและภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพ¹³¹ ที่สำคัญคือยังวัดการควบคุมการมีส่วนร่วม ซึ่งมักจะผ่านการประเมินที่รายงานด้วยตนเองเกี่ยวกับความสามารถที่รับรู้ของบุคคลในการมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ จำนวนบทบาทผู้นำที่สมาชิกชุมชนรับผิดชอบ ภายในโครงการสุขภาพก็เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญเช่นกัน¹⁵¹ นอกจากนี้ยังติดตามการเกิดขึ้นและการเติบโตของการพึ่งพาตนเองและโครงการดูแลที่ไม่เป็นทางการ ภายในชุมชน¹⁵²

เหตุผล: การเสริมสร้างศักยภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถของชุมชนในการควบคุมสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของตนเองมากขึ้น เป็นเป้าหมายหลักและพลิกโหมของการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีความหมาย¹³³

4. ตัวชี้วัดความยั่งยืนของโครงการสุขภาพ:

ตัวชี้วัด: ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมิน การกระจายแหล่งเงินทุน สำหรับโครงการสุขภาพชุมชน โดยก้าวข้ามการพึ่งพาแหล่งเดียว นอกจากนี้ยังติดตาม การบูรณาการโครงการเข้ากับโครงสร้างชุมชนที่มีอยู่ แทนที่จะดำเนินการเป็นโครงการเดี่ยว สุดท้าย จะวัด การมีส่วนร่วมของผู้อยู่อาศัยในท้องถิ่นในบทบาทผู้นำ ภายในโครงการเหล่านี้ ซึ่งส่งเสริมความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยืดหยุ่นในระยะยาว¹⁴⁰

เหตุผล: เพื่อให้การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดประโยชน์ที่ยั่งยืน โครงการที่สนับสนุนจะต้องมีความยั่งยืน ซึ่งหมายความว่าโครงการเหล่านั้นต้องฝังรากอยู่ในชุมชนและส่งเสริมความเป็นเจ้าของและความสามารถในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง¹²³

ตารางที่ 18 ตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ

หมวดหมู่	มิติ/ องค์ประกอบ	ตัวชี้วัดเฉพาะ	วิธีการวัด/แหล่งข้อมูล		
ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)	การเข้าถึงและการเป็นตัวแทน	จำนวนผู้เข้าร่วมจากกลุ่มเปราะบาง	ดัชนีความหลากหลายของผู้เข้าร่วม (อายุ, เพศ, เชื้อชาติ, ภูมิภาค, แหล่งทางเศรษฐกิจและสังคม)	สัดส่วนของประชากรที่เข้าถึงยากที่ได้รับการมีส่วนร่วม	ไบบันทึกรการลงชื่อเข้าใช้, แบบสำรวจประชากร, บันทึกรการเข้าร่วม, รายงานการเข้าถึง
	ความถี่และลักษณะของกิจกรรม	จำนวนกิจกรรม/การประชุมที่จัดขึ้น	ประเภทของพื้นที่การมีส่วนร่วมที่สร้างขึ้น (เช่น การปรึกษาหารือแบบครั้งเดียว vs. สถานะสุขภาพที่เป็นสถาบัน)	ปริมาณและประเภทของเอกสารประชาสัมพันธ์และสถิติการอ่าน	บันทึกการประชุม, รายงานโครงการ, บันทึกการเผยแพร่, สถิติเว็บไซต์
	การเข้าถึงข้อมูลและช่องทางการให้ข้อเสนอแนะ	ความพร้อมใช้งานของข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้และหลายภาษา	ความโปร่งใสของข้อมูลที่เปิดเผยต่อสาธารณะ (งบประมาณ, ประสิทธิภาพ)	เวลาตอบสนองต่อข้อซักถามของประชาชน	การตรวจสอบเอกสาร, แบบสำรวจการเข้าถึงข้อมูล, บันทึกการสื่อสาร
	การจัดสรรทรัพยากร	งบประมาณเฉพาะที่จัดสรรให้กับการมีส่วนร่วมของชุมชน	จำนวนเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมที่ทุ่มเทให้กับการมีส่วนร่วม	รายงานงบประมาณ, บันทึกการฝึกอบรม, รายชื่อบุคลากร	
ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators)	อิทธิพลต่อนโยบายและการตัดสินใจ	เปอร์เซ็นต์ของข้อเสนอแนะนโยบายที่ได้รับจากประชาชนที่ถูกนำไปใช้	การเปลี่ยนแปลงที่บันทึกไว้ในการจัดบริการหรือนโยบายที่เกิดจากข้อมูลจากประชาชน	การรับรู้ของตนเองของผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับอิทธิพลของพวกเขา	เอกสารนโยบาย, บันทึกการประชุม, แบบสำรวจผู้เข้าร่วม, การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ
	การเปลี่ยนแปลงในความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่รายงานด้วยตนเอง	การเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับวิทยาศาสตร์และการวิจัยด้าน	ความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับคุณค่าของมุมมองของประชาชนทั่วไป	แบบสำรวจความรู้, แบบทดสอบความรู้ด้าน

หมวดหมู่	มิติ/ องค์ประกอบ	ตัวชี้วัดเฉพาะ	วิธีการวัด/แหล่งข้อมูล		
			สุขภาพในหมู่ ผู้เข้าร่วม		สุขภาพ, กลุ่ม โฟกัส, การ สัมภาษณ์
	ความไว้วางใจ และความ รับผิดชอบที่รับรู้	คะแนนจากแบบ สำรวจความ ไว้วางใจ (ความ ซื่อสัตย์, ความสามารถ, ความซื่อสัตย์ สุจริต, ความ น่าเชื่อถือ)	คะแนนความพึง พอใจของผู้ป่วย (การสื่อสาร, ความเห็นอกเห็น ใจ, ความเป็นมือ อาชีพ)	Net Promoter Score (NPS)	แบบสำรวจ ความไว้วางใจ, แบบสำรวจ ความพึงพอใจ ของผู้ป่วย, ข้อมูล NPS
	ความแข็งแกร่ง ของการเป็น หุ้นส่วนและ เครือข่ายความ ร่วมมือ	จำนวนความ ร่วมมือข้ามภาค ส่วนและระหว่าง วิชาชีพที่เริ่มต้น/ เสริมสร้าง	จำนวนหุ้นส่วน หรือพันธมิตรใหม่ ที่เกิดขึ้น	หลักฐานการเป็น ผู้นำร่วมกันและ การผลิตร่วมกัน อย่างแท้จริง	แผนที่เครือข่าย, บันทึกข้อตกลง, การสัมภาษณ์ผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย, การประเมินการ ทำงานร่วมกัน

ภาพรวมของแนวทางการประเมิน (กระบวนการ, ผลลัพธ์, ผลกระทบ)

กรอบการประเมินมักจะให้แนวทางที่มีโครงสร้างเพื่อประเมินประสิทธิภาพของโครงการ นโยบาย หรือการแทรกแซง โดยสรุปองค์ประกอบหลัก ตัวชี้วัด และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการกำหนด ผลกระทบของการแทรกแซง โดยทั่วไปแล้ว กรอบเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับการประเมินปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ระยะสั้น และผลกระทบระยะยาว ¹⁵³

- 1. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation):** แนวทางนี้มุ่งเน้นไปที่ วิธีการ ที่โครงการหรือ การแทรกแซงถูกส่งมอบ โดยประเมินการเข้าถึง (ใครมีส่วนร่วม) คุณภาพ (กิจกรรมดำเนินการได้ดี เพียงใด) และขีดความสามารถของระบบในการดำเนินการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมี ประสิทธิภาพ ¹⁵⁴ เป็นการตอบคำถามสำคัญเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของการนำไปปฏิบัติและ ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน
- 2. การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation):** การประเมินประเภทนี้จะประเมิน การเปลี่ยนแปลง ในระยะสั้นถึงปานกลางที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สามารถแสดงออก ได้ในรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรมในระดับบุคคล หรือใน ความสัมพันธ์และการเปลี่ยนแปลงขององค์กรในระดับชุมชน ¹⁵⁴

3. **การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation):** การประเมินผลกระทบเป็นระดับการประเมินที่สูงที่สุด โดยจะประเมินการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในระยะยาวและผลลัพธ์ด้านสุขภาพขั้นสูงสุดที่เกิดจากการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ การประเมินนี้มุ่งสร้างหลักฐานเชิงสาเหตุของผลกระทบที่เกิดขึ้น¹⁵⁴

กรอบการประเมินที่เป็นที่ยอมรับสำหรับการวัดการมีส่วนร่วม

การประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพได้รับประโยชน์อย่างมากจากการใช้กรอบแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาและทดสอบแล้วหลายกรอบ รายละเอียดดังนี้

1) **กรอบการมีส่วนร่วมของชุมชนขององค์การอนามัยโลกเพื่อบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง และยืดหยุ่น (WHO Community Engagement Framework for Quality, People-Centred and Resilient Health Services - CEQ):** กรอบ CEQ ได้รับการออกแบบมาเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ในสภาพของระบบสุขภาพและชุมชน โดยระบุพื้นที่สำคัญที่กระบวนการ การปฏิบัติ และขั้นตอนการมีส่วนร่วมสามารถฝังตัวเพื่อสนับสนุนการเชื่อมโยง การสื่อสาร และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นระหว่างบุคคล ทีมงาน แผนก สถาบัน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงชุมชน¹⁴ องค์ประกอบสำคัญของกรอบนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 เงื่อนไขที่เอื้ออำนวย (Enabling Conditions) เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ส่งผลต่อปฏิสัมพันธ์ภายในระบบสุขภาพและระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับชุมชน ซึ่งรวมถึงธรรมาภิบาล ความเป็นผู้นำ ค่านิยมและวัตถุประสงค์ร่วมกัน และการจัดสรรทรัพยากร (ทั้งทางการเงิน เวลา พื้นที่ เทคโนโลยี และทักษะการสื่อสาร)¹⁴⁷ ส่วนที่ 2 การพัฒนาขีดความสามารถ (Capacity Development) ระบุ 4 ด้านสำคัญสำหรับบริการและโครงการสุขภาพเพื่อสนับสนุนการนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ขีดความสามารถในการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน การออกแบบแนวทางที่เฉพาะเจาะจงกับบริบท การกำหนดวาระและการวางแผนร่วมกัน และการกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบ¹⁴⁷ และส่วนที่ 3 การนำไปปฏิบัติ (Implementation): มุ่งเน้นที่วิธีการปรับใช้นโยบายระดับชาติ แนวทางปฏิบัติทางคลินิกและเทคนิค และแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดไปใช้ในบริการสุขภาพต่างๆ ในบริบทท้องถิ่น¹⁴⁷

แง่มุมการประเมิน: CEQ เน้นการสร้างกรอบการติดตามและประเมินผล (M&E) ที่แข็งแกร่งพร้อมตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง คำถามสำคัญเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผล ได้แก่ ความสำเร็จจะเป็นอย่างไรจากมุมมองของชุมชนและสุขภาพ หลักฐานคืออะไร และกระบวนการและปัจจัยใดที่เร่งหรือขัดขวางความก้าวหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ จำเป็นต้องสร้างแพลตฟอร์มสำหรับการติดตามและรายงานกิจกรรม การมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนในการติดตามและรายงานข้อมูล การพัฒนากลไกข้อเสนอแนะที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ และการรับรองความโปร่งใสของข้อมูล¹⁴⁷

ผลลัพธ์: กรอบ CEQ มีเป้าหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ทั้งในระบบสุขภาพและชุมชน ซึ่งรวมถึงการตอบสนองของบริการและระบบสุขภาพที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงในพารามิเตอร์ของระบบ และการทำงานร่วมกันข้ามภาคส่วนและระหว่างวิชาชีพที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมุ่งหวังที่จะส่งผลกระทบต่อความไม่

เท่าเทียมด้านสุขภาพโดยการรวมความต้องการของประชากรกลุ่มเปราะบาง และการจัดการกับประเด็นสิทธิและเพศ ในส่วนของชุมชน การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้อาจรวมถึงการดำเนินการเชิงรุกของชุมชนในประเด็นด้านสุขภาพ การเรียนรู้และการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับลำดับความสำคัญด้านสุขภาพเพิ่มเติม และการระดมทรัพยากรของชุมชนเอง¹⁴⁷ กรอบ CEO มีมุมมองแบบองค์รวมและเน้นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์เชิงระบบ ซึ่งช่วยเชื่อมโยง "วิธีการ" เข้ากับ "อะไร" ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

2) เครื่องมือประเมินผลของรายงาน RAND¹¹⁸: รายงาน RAND เสนอเครื่องมือที่มีโครงสร้างสำหรับการออกแบบและประเมินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งนำเสนอในรูปแบบรายการตรวจสอบ โดยมีรายการตรวจสอบครอบคลุมประเด็นสำคัญดังนี้

1. **เหตุผลในการริเริ่ม:** คาดหวังอะไรจากการมีส่วนร่วมของประชาชน
2. **ขอบเขต:** มีวัตถุประสงค์เพื่อแจ้งการวางแผน การกำหนดลำดับความสำคัญ การจัดสรรทรัพยากร การส่งมอบบริการ หรือด้านอื่นๆ ในระดับใดของการตัดสินใจ (จุลภาค, มหภาค, มหภาค) และบทบาทของประชาชนคืออะไร
3. **การเป็นตัวแทนของประชาชน:** ใครเป็นผู้นำ ใครตัดสินใจว่าใครมีส่วนร่วม และมีส่วนร่วมอย่างไร
4. **ความเสมอภาคของนโยบาย:** ประชาชนทุกส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับการเป็นตัวแทนหรือไม่ และนโยบายมีความเสี่ยงที่จะส่งเสริมผลประโยชน์ของบางกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงกลุ่มอื่นหรือไม่
5. **กระบวนการมีส่วนร่วม:** จะใช้กลยุทธ์ใดในการมีส่วนร่วมของประชาชน จะมั่นใจได้อย่างไรว่าประชาชนได้รับข้อมูลที่เหมาะสม และจะมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการตัดสินใจอย่างไร
6. **ความรับผิดชอบ:** นโยบายมีผลผูกพันทางกฎหมายหรือไม่ ใครมีอำนาจในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ และกระบวนการจะเปิดเผยหรือปิดบังอย่างไร
7. **อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น:** ข้อจำกัดที่คาดการณ์ไว้และกลยุทธ์ในการเอาชนะ จะมั่นใจได้อย่างไรว่าประชาชนเข้าใจข้อจำกัด และสิ่งใดที่จำเป็นในการสนับสนุนบทบาทของประชาชน
8. **กรอบการประเมิน:** ผลลัพธ์ที่ต้องการคืออะไร จะทราบได้อย่างไรว่าโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ และใครเป็นผู้ประเมิน

เกณฑ์การประเมินเพิ่มเติม ได้แก่

- **เกณฑ์การประเมินกระบวนการที่เป็นไปได้:** การเป็นตัวแทน, ความครอบคลุม, อัตราการมีส่วนร่วม, การมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น, ความเป็นธรรมของกระบวนการ, ความโปร่งใส, การตัดสินใจที่มีโครงสร้าง, การเข้าถึงทรัพยากร, ปฏิสัมพันธ์, ความต่อเนื่อง, ความพึงพอใจ, การอภิปราย
- **เกณฑ์ผลลัพธ์ที่เป็นไปได้:** อิทธิพลต่อนโยบาย/การตัดสินใจ, การลดความท้าทายทางกฎหมาย, การตอบสนองของหน่วยงานต่อความต้องการของผู้เข้าร่วม, การบูรณาการมุมมองของประชาชน, ผลกระทบทางสังคม, การแก้ไขข้อขัดแย้ง, การฟื้นฟูความไว้วางใจของประชาชน
- **หลักการสำหรับการออกแบบและประเมินกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน:** การเป็นตัวแทน, กฎระเบียบขั้นตอน, ข้อมูล, ผลลัพธ์/การตัดสินใจ
- **กรอบการประเมินผลลัพธ์สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวิจัยด้านสุขภาพ:** ประสิทธิภาพ (ต้นทุน เวลา การสรรหา/การรักษาผู้เข้าร่วม), ประสิทธิภาพ (คุณภาพของกระบวนการ/ผลลัพธ์การวิจัย), ความเสมอภาค (การเป็นตัวแทนของกลุ่มที่ถูกกีดกัน), ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม, การเสริมอำนาจ กรอบที่ครอบคลุมของ RAND มีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการออกแบบและการประเมิน โดยเน้นย้ำถึงลักษณะหลายมิติของความสำเร็จ

3) **ตัวชี้วัดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation Indicators - CPI):** CPI เป็นแบบสอบถามที่รายงานด้วยตนเองจำนวน 48 ข้อ ที่วัด 2 ส่วนที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) ความสำคัญและความหมาย และ 2) การควบคุมการมีส่วนร่วม¹⁵¹ มีการวัดโดยใช้คำถามเฉพาะเจาะจงรวมถึงการรับรู้ถึงการเป็นตัวแทนส่วนบุคคล (ฉันควบคุมชีวิตของฉันได้) การเชื่อมโยงทางสังคม (ฉันมีโอกาสสร้างเพื่อนใหม่) ความปลอดภัย ความเคารพ การเข้าถึงทรัพยากร การมีส่วนร่วมของชุมชน และบทบาทผู้นำ CPI แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือในการทดสอบซ้ำที่ดีเยี่ยมสำหรับมาตรวัดย่อย และมีความสัมพันธ์ที่เพียงพอต่อมาตรการอื่นๆ เช่น Stroke Impact Participation subscale¹⁴¹ โดย CPI มุ่งเน้นไปที่การรับรู้ของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับบทบาทและความหมาย ซึ่งช่วยเสริมตัวชี้วัดในระดับมหภาค

Arnstein's Ladder เป็นกรอบการประเมิน: แบบจำลองนี้สามารถใช้เพื่อประเมิน ระดับอำนาจของพลเมืองในการตัดสินใจ¹³⁰ และมุ่งเน้นการกระจายอำนาจและอิทธิพลที่แท้จริง¹² สามารถเปิดเผย “การเป็นสัญลักษณ์” เทียบกับการมีส่วนร่วมที่แท้จริง¹²⁹ มีการนำ Arnstein's Ladder ไปใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณของงานมีส่วนร่วม¹⁵⁵ เนื่องจาก Arnstein's Ladder มีส่วนสำคัญในการเน้นย้ำพลวัตของอำนาจในการประเมิน

4) **IAP2 Public Participation Spectrum สำหรับการประเมิน:** สเปกตรัมนี้ช่วยในการเลือกระดับการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม สามารถใช้เป็น “การตรวจสอบความเป็นจริง” เพื่อปรับระดับการมีส่วนร่วมที่ระบุไว้ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง มีพื้นฐานมาจากค่านิยมและหลักการหลักที่สามารถนำไปใช้ในการประเมิน

คุณภาพและจริยธรรมของกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน¹²⁸ และ IAP2 Spectrum มีประโยชน์เป็นเครื่องมือวินิจฉัยสำหรับการวางแผนและประเมินความสอดคล้อง

แนวทางแบบผสมผสาน (Mixed-Methods Approaches)

เพื่อจัดการกับความซับซ้อนของการวัดการมีส่วนร่วมของประชาชน การใช้แนวทางแบบผสมผสาน (Mixed-Methods) เป็นสิ่งจำเป็น แนวทางนี้รวมข้อมูลเชิงปริมาณ (เช่น แบบสำรวจ สถิติ) เข้ากับข้อมูลเชิงคุณภาพ (เช่น กลุ่มโฟกัส การสัมภาษณ์ การศึกษาเชิงสังเกต)¹³³ การรวมกันนี้ช่วยให้เข้าใจอย่างรอบด้านมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาถึงพลวัตที่ซับซ้อนของปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์และผลกระทบเชิงระบบ¹⁴⁰ การใช้แนวทางแบบผสมผสานช่วยให้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (triangulation) และจับภาพความแตกต่างเล็กน้อยที่วิธีการเดียวอาจพลาดไปได้

กรณีศึกษาและแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด

กรณีศึกษาทั้งในระดับประเทศและระดับสากลให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณค่าเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด ความท้าทาย และผลกระทบที่วัดผลได้ของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

1. สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (NHA) ของประเทศไทย: แบบจำลองสำหรับการกำกับดูแลแบบมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (NHA) ในประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่โดดเด่นของแพลตฟอร์มการกำกับดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม¹⁵⁶ NHA ถือกำเนิดขึ้นจากความเปลี่ยนแปลงทางรัฐธรรมนูญและวิกฤตการณ์ในระบบสุขภาพของประเทศ¹⁵⁷

บริบทและวัตถุประสงค์: NHA ทำหน้าที่เป็นเวทีสำหรับการหารือข้ามภาคส่วนและการพัฒนานโยบาย โดยรวบรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลาย รวมถึงภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคม¹¹⁷ เป้าหมายคือการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ¹⁵⁷

คุณสมบัติหลัก: NHA จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยมีการผ่านมติที่อิงตามฉันทามติ (แม้ว่าจะไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย)¹¹⁷ กระบวนการนี้เน้นการนำเสนอแนวทางแก้ไขที่อิงหลักฐาน และการสร้างขีดความสามารถสำหรับภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย¹³⁴ การสนทนาที่เกิดขึ้นใน NHA ช่วยส่งเสริมความเข้าใจและความเคารพซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างกัน¹⁵⁸

ผลกระทบ: NHA ได้กลายเป็น "สาธารณประโยชน์ระดับชาติ" ที่ได้รับการยอมรับและชื่นชม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างขีดความสามารถของภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย และนำหลักฐานมาสู่การหารือนโยบายอย่างเข้มแข็งยิ่งขึ้น ภาคประชาสังคมได้เรียนรู้ที่จะจัดระเบียบและประสานงานกัน และเริ่มทำงานร่วมกับภาควิชาการอย่างใกล้ชิดมากขึ้น โดยนำเสนอ "หลักฐานและความรู้" แทนที่จะเป็นเพียงการร้องเรียน¹⁵⁶ NHA ได้ทำหน้าที่เป็นแบบจำลองสำหรับภาคส่วนอื่นๆ ในการนำแนวคิดนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมไปใช้¹⁵⁸

ความท้าทาย: แม้จะประสบความสำเร็จ แต่ NHA ยังคงเผชิญกับความท้าทายในการเชื่อมโยงมติดิของตนเข้ากับการตัดสินใจในระดับสูงสุดของรัฐบาล¹⁴⁷ การขาดอำนาจของตัวแทนบางคนในการอนุมัติมติก็เป็นอุปสรรคเช่นกัน¹⁵⁷

NHA แสดงให้เห็นถึงพลังของกระบวนการอภิปรายที่ได้รับการออกแบบมาอย่างดี โดยการสร้างแพลตฟอร์มที่หลากหลายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถรวมตัวกันเพื่อหารือเกี่ยวกับความท้าทายด้านสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างสม่ำเสมอ สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีช่องทางและเวทีที่เหมาะสม เสียงของพลเมืองสามารถนำเสนอทางเลือกนโยบายที่เป็นรูปธรรมได้อย่างน่าทึ่ง

2. กลุ่มความสนใจด้านการวิจัยและจริยธรรมสุขภาพกรุงเทพฯ (HREIG): การมีส่วนร่วมของพลเมืองในเมืองในการวิจัย

กลุ่มความสนใจด้านการวิจัยและจริยธรรมสุขภาพกรุงเทพฯ (HREIG) ซึ่งตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ เป็นตัวอย่างของคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน (CAB) ในเมืองที่ประกอบด้วยผู้อยู่อาศัยในกรุงเทพฯ ที่มีความสนใจในการวิจัยด้านสุขภาพ แต่ไม่มีพื้นฐานด้านการวิจัยสุขภาพที่เป็นมืออาชีพ¹⁴⁴

บริบทและวิธีการประเมิน: HREIG ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวิจัยทางคลินิกและประเด็นทางสังคมในวงกว้าง การประเมินกลุ่มนี้ใช้แนวทางแบบผสมผสาน รวมถึงการสนทนากลุ่ม (FGDs) กับสมาชิกและผู้ประสานงาน และแบบสำรวจออนไลน์ที่ไม่ระบุชื่อที่แจกจ่ายให้กับสมาชิกและนักวิจัย กรอบมาตรฐาน UK Standards for Public Involvement ถูกนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน

ผลการศึกษาที่สำคัญ: พบว่าสมาชิกเข้าร่วมเพื่อมีส่วนร่วมในการวิจัยและสังคม รวมถึงประโยชน์ส่วนตัว เช่น การเรียนรู้เกี่ยวกับการวิจัยสุขภาพหรือการพบปะผู้คนใหม่ๆ นักวิจัยรายงานว่าความร่วมมือกับกลุ่มช่วยปรับปรุงทักษะการสื่อสารของพวกเขา และพวกเขามองว่ามุมมองของประชาชนทั่วไปมีคุณค่า ผู้ประสานงานก็ได้รับทักษะเพิ่มเติมเช่นกัน

ความท้าทาย: ความท้าทายที่สำคัญคืออุปสรรคทางภาษา (การประชุมเริ่มต้นด้วยภาษาอังกฤษ) ซึ่งทำให้สมาชิกบางคนมีส่วนร่วมได้อย่างเท่าเทียมกันได้ยาก แม้แต่ผู้ที่มีทักษะภาษาอังกฤษในการสนทนาที่ดีก็ยังคงประสบปัญหาเกี่ยวกับศัพท์ทางเทคนิค ข้อเสียของการประชุมออนไลน์และพื้นฐานความรู้ที่หลากหลายของสมาชิกก็เป็นความท้าทายเช่นกัน

ผลกระทบ: HREIG มีส่วนช่วยในการวิจัยหลายด้าน เช่น การปรับปรุงข้อความเกี่ยวกับมาลาเรียสำหรับประชาชนชาวไทย และการทดสอบแบบสำรวจ COVID-19 กลุ่มนี้ช่วยให้การวิจัยเข้าถึงได้ง่ายขึ้น และปรับปรุงทักษะการสื่อสารของนักวิจัย

HREIG แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทของการวิจัยด้านสุขภาพในเมือง โดยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพิจารณาปัจจัยเชิงปฏิบัติและเชิงวัฒนธรรม เช่น อุปสรรคทางภาษาและรูปแบบการประชุม เพื่อให้แน่ใจว่าการมีส่วนร่วมนั้นมีความหมายและครอบคลุมอย่างแท้จริง การประเมินนี้ให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในสภาพแวดล้อมในเมืองที่หลากหลาย

3. ตัวอย่างระหว่างประเทศของการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ

ประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้นำแนวทางที่หลากหลายมาใช้ในการส่งเสริมและทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพเป็นสถาบัน ได้แก่

บราซิล: รัฐธรรมนูญของบราซิลกำหนดให้สุขภาพเป็นสิทธิสากลสำหรับประชากรทั้งหมด และรวมถึงสิทธิของพลเมืองในการมีส่วนร่วมในการวางแผนสุขภาพ สิ่งนี้ได้รับการดำเนินการผ่านการจัดตั้งสภาสุขภาพในระดับต่างๆ ของรัฐบาล ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญสำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดทิศทางของชุมชน¹¹⁷

เนเธอร์แลนด์: บริการดูแลสุขภาพในเนเธอร์แลนด์ได้รับมอบหมายความรับผิดชอบในการสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วมเพื่อดึงดูดผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการวางแผนและประเมินการดูแล¹¹⁷ นอกจากนี้ ยังมี "โครงการริเริ่มของพลเมือง" (Citizen Initiatives) ที่เพิ่มขึ้นในด้านการดูแลสุขภาพและสวัสดิการ ซึ่งพลเมืองเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการออกแบบและส่งมอบบริการ¹⁵²

สหราชอาณาจักร (NHS): การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชน (PPI) เป็นหัวใจสำคัญของนโยบายสุขภาพของสหราชอาณาจักรมานานกว่าสองทศวรรษ กฎหมายได้กำหนดหน้าที่ตามกฎหมายสำหรับองค์กร NHS ในการแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและประชาชนในการประเมิน การพัฒนา และการส่งมอบบริการ¹⁴⁹ สิ่งนี้มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสบการณ์ของผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวม รวมถึงการลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ¹³²

องค์การอนามัยโลก (WHO) และโครงการริเริ่มระดับโลก: นับตั้งแต่ปฏิญญาอัลมา-อาตาในปี 1978 องค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมการสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วมเชิงสถาบันเพื่อส่งเสริมการสนทนาระหว่างรัฐกับประชาชน¹¹⁷ WHO เน้นย้ำว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ การปรับปรุงประสิทธิภาพของการแทรกแซง และการส่งเสริมความโปร่งใส ความไว้วางใจ และความยืดหยุ่น¹²⁸

ตัวอย่างระดับโลกเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงแนวทางที่หลากหลายในการทำให้การมีส่วนร่วมเป็นสถาบัน ตั้งแต่การรับรองตามรัฐธรรมนูญไปจนถึงการกำหนดหน้าที่ตามกฎหมายและโครงการริเริ่มที่นำโดยชุมชน การมีอยู่ของกลไกและนโยบายเหล่านี้ในประเทศต่างๆ ยืนยันถึงความเชื่อที่เพิ่มขึ้นในคุณค่าของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างระบบสุขภาพที่แข็งแกร่งและตอบสนองได้ดี

ความท้าทายและปัจจัยที่เอื้อต่อการวัดการมีส่วนร่วม

การวัดผลการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพเป็นความพยายามที่ซับซ้อน ซึ่งมีทั้งความท้าทายและปัจจัยที่เอื้ออำนวยที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ

ความท้าทายในการวัดผล

1. **การนิยามและสร้างแนวคิดการมีส่วนร่วม:** หนึ่งในความท้าทายพื้นฐานคือการขาดคำจำกัดความและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับร่วมกันของการมีส่วนร่วมของประชาชน คำศัพท์ที่ใช้สลับกันได้บ่อยครั้ง (เช่น การมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของพลเมือง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย) อาจทำให้เกิดความสับสนและขัดขวางการวัดผลที่สอดคล้องกัน ¹¹⁸
2. **การระบุผลกระทบและสาเหตุ:** การสร้างความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุโดยตรงระหว่างการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เฉพาะเจาะจงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวเป็นเรื่องยากโดยเนื้อแท้ ³ ประโยชน์ที่ได้รับจากการแทรกแซงด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันโรค มัก "มองไม่เห็นและยากที่จะวัดปริมาณ" ¹²⁶ นอกจากนี้ ผลประโยชน์หลายประการของการมีส่วนร่วม เช่น ความไว้วางใจที่เพิ่มขึ้นหรือความเข้าใจระบบสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่ได้นำมาซึ่งประโยชน์ทางการเงินที่ระบุได้ชัดเจนและอาจเกิดขึ้นในอนาคต ¹⁵⁶ ความซับซ้อนของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพทำให้การแยกแยะผลกระทบเฉพาะของการมีส่วนร่วมเป็นเรื่องที่ท้าทาย ¹⁵⁹
3. **ความซับซ้อนทางระเบียบวิธีวิจัย:** คุณภาพของการรายงานผลกระทบของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและประชาชนยังคงต่ำ ¹⁶⁰ มีการขาดเครื่องมือวัดผลที่แข็งแกร่ง และมักมีเป้าหมายที่ไม่ชัดเจนในการประเมินข้อเสนอแนะ ¹²¹ การประเมินผลกระทบที่แท้จริงของกิจกรรมการมีส่วนร่วมนั้นยากเนื่องจากต้องมีการจัดการกับพลวัตของอำนาจที่ซับซ้อน ความหลากหลายของวาระ และความท้าทายในทางปฏิบัติ ¹³⁹
4. **พลวัตของอำนาจและความครอบคลุม:** กระบวนการมีส่วนร่วมอาจไม่เป็นไปตามความคาดหวังของพลเมืองเสมอไป และสามารถรักษาสายสัมพันธ์อำนาจที่ไม่เท่าเทียมและการกีดกันได้ ¹²¹ การมีส่วนร่วมอาจเป็นเพียงสัญลักษณ์หรือส่งเสริมผลประโยชน์ของบางกลุ่มโดยไม่คำนึงถึงกลุ่มอื่น ¹⁴⁵ การวัดว่าการมีส่วนร่วมนำไปสู่การกระจายอำนาจที่แท้จริงหรือไม่นั้นเป็นเรื่องซับซ้อน
5. **ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและเจตจำนงทางการเมือง:** การมีส่วนร่วมของประชาชนมักต้องการทรัพยากรที่สำคัญ รวมถึงเวลา เงิน และบุคลากร ¹ การขาดการลงทุนที่เพียงพอและต่อเนื่อง รวมถึงการขาดความมุ่งมั่นและวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนในการมีส่วนร่วมและการประเมินผล เป็นอุปสรรคสำคัญ ¹⁴²
6. **การกระจายตัวของข้อมูลและการแยกส่วน:** ระบบไอทีที่หลากหลายและไม่สามารถสื่อสารกันได้ในระหว่างองค์กรอาจเป็นอุปสรรคต่อการแบ่งปันข้อมูลและการแสดงหลักฐานการปรับปรุง ⁴⁸ การมีข้อมูลที่กระจัดกระจายและไม่สามารถเข้าถึงได้ระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทำให้การทำงานร่วมกันและการสร้างหุ้นส่วนที่มีประสิทธิภาพเป็นเรื่องยาก ¹⁵⁹

การวัดคุณค่าที่แท้จริงของการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องที่ซับซ้อนโดยเนื้อแท้ เนื่องจากธรรมชาติของประโยชน์ที่มักมองไม่เห็น ความท้าทายในการระบุสาเหตุ และพลวัตของอำนาจที่ละเอียดอ่อนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการมีส่วนร่วม ความท้าทายเหล่านี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการมีแนวทางการประเมินที่ซับซ้อนและปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งสามารถจับภาพความหลากหลายของผลกระทบและบริบทที่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่เอื้อต่อการวัดการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

1. **เป้าหมายที่ชัดเจนและวิสัยทัศน์ร่วมกัน:** การกำหนดอย่างชัดเจนว่าการมีส่วนร่วมคาดว่าจะบรรลุผลอะไร และการสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับปัญหาจากมุมมองที่หลากหลายเป็นสิ่งสำคัญ³ สิ่งนี้ช่วยให้มั่นใจว่าการประเมินมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนและมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ที่ต้องการ
2. **การจัดสรรทรัพยากรและการสร้างขีดความสามารถ:** การจัดสรรงบประมาณเฉพาะและทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอสำหรับการมีส่วนร่วมและการประเมินเป็นสิ่งจำเป็น¹¹⁷ การให้การฝึกอบรมและพัฒนาขีดความสามารถสำหรับทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสมาชิกชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีส่วนร่วมที่มีความหมาย¹³³
3. **ระเบียบวิธีวิจัยที่แข็งแกร่งและระบบข้อมูล:** การใช้แนวทางแบบผสมผสานที่รวมมาตรการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ¹²³ การติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และการบูรณาการข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ช่วยเพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของการประเมิน¹⁵⁹
4. **กลไกความโปร่งใสและความรับผิดชอบ:** กระบวนการที่เปิดเผย การให้ข้อเสนอแนะที่ชัดเจน และการรายงานผลลัพธ์ต่อสาธารณะเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างความไว้วางใจและความชอบธรรม¹³³ กฎหมายและนโยบายที่กำหนดให้มีการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบสามารถเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยที่สำคัญ¹²²
5. **การส่งเสริมความไว้วางใจและความสัมพันธ์:** การให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ข้ามขอบเขต การเคารพซึ่งกันและกัน และการสนทนาที่แท้จริงเป็นสิ่งสำคัญ¹³³ การแก้ไขความไม่สมดุลของอำนาจเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง¹²¹
6. **ความครอบคลุมและการเป็นตัวแทนที่หลากหลาย:** การเข้าถึงกลุ่มชายขอบอย่างจริงจัง การจัดสถานที่ที่เข้าถึงได้ และการออกแบบโครงการที่ปรับให้เข้ากับวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าเสียงที่หลากหลายจะได้รับการรับฟังและมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย¹³³
7. **ความมุ่งมั่นทางการเมืองและความเป็นผู้นำ:** การสนับสนุนจากผู้นำระดับสูงและความเชื่อในคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากประชาชนเป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนและรักษาความพยายามในการมีส่วนร่วม¹³⁶ ความเต็มใจที่จะปรับตัวและเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความสำเร็จในระยะยาว

ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต้องอาศัยการทำงานร่วมกันขององค์ประกอบหลายอย่าง เช่น การมีเป้าหมายที่ชัดเจนและทรัพยากรที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการนำระเบียบวิธีวิจัยที่แข็งแกร่งไปใช้ และในทางกลับกัน ความโปร่งใสและการสร้างความไว้วางใจก็เป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความครอบคลุมที่แท้จริง ดังนั้น การประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมีแนวทางที่ครอบคลุมและบูรณาการ ซึ่งพิจารณาถึงพลวัตที่ซับซ้อนของปัจจัยเหล่านี้

บทสรุป

การมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างครอบคลุมในระบบสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้พัฒนาจากสิทธิพื้นฐานไปสู่เครื่องมือเชิงกลยุทธ์และเป้าหมายในตัวของมันเอง ซึ่งนำมาซึ่งประโยชน์มากมาย เช่น การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การตัดสินใจที่ดีขึ้น การกำกับดูแลที่เข้มแข็ง การลดความเหลื่อมล้ำ และการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน การวัดผลการมีส่วนร่วมนี้เป็นเรื่องหลายมิติและซับซ้อน ต้องใช้ตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ รวมถึงกรอบการประเมินที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เช่น WHO CEQ Framework และ RAND Report's Evaluative Assessment Tool นอกจากนี้ การประเมินที่ประสบความสำเร็จยังต้องพิจารณาถึงระดับของอิทธิพลของประชาชนที่แตกต่างกันตามที่ระบุไว้ใน IAP2 Spectrum และ Arnstein's Ladder ซึ่งเผยให้เห็นถึงพลวัตของอำนาจที่ซับซ้อน แม้ว่าจะมีการศึกษาที่ประสบความสำเร็จ เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยและกลุ่ม HREIG ในกรุงเทพฯ รวมถึงตัวอย่างจากบราซิล เนเธอร์แลนด์ และสหราชอาณาจักร แต่การวัดผลการมีส่วนร่วมยังคงเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญ เช่น การนิยามที่ยังไม่ชัดเจน การระบุผลกระทบเชิงสาเหตุที่ยากลำบาก ความซับซ้อนทางระเบียบวิธีวิจัย พลวัตของอำนาจ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และการกระจายตัวของข้อมูล อย่างไรก็ตาม ความท้าทายเหล่านี้สามารถจัดการได้ด้วยปัจจัยที่เอื้ออำนวย เช่น เป้าหมายที่ชัดเจน การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ ระเบียบวิธีวิจัยที่แข็งแกร่ง ความโปร่งใส ความไว้วางใจ ความครอบคลุม และความมุ่งมั่นทางการเมือง

2.4.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 4

มาตรการที่ 4 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องจัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ

ความสำคัญของศูนย์เฝ้าระวังโรคและภัยคุกคามสุขภาพระดับประเทศ

ระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขเป็นรากฐานสำคัญของความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่โลกเผชิญกับโรคอุบัติใหม่และภัยคุกคามสุขภาพที่มีความซับซ้อนและแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว กลไกศูนย์เฝ้าระวังโรคและภัยคุกคามสุขภาพระดับประเทศจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการปกป้องสุขภาพของประชาชน

ความจำเป็นในการบูรณาการข้อมูลและกลไกการทำงานในทุกระดับ

ระบบเฝ้าระวังระดับประเทศจะทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านโปรแกรมออนไลน์ โดยมีข้อมูลนำเข้าจากข่าวและเหตุการณ์ที่ผ่านการกรองและตรวจสอบยืนยันเบื้องต้นจากแต่ละหน่วยงาน¹⁶¹ ในประเทศไทย มีการกำหนดให้มีหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit: CDCU) ในทุกอำเภอหรือทุกเขต อย่างน้อย 1 หน่วย เพื่อทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ¹⁶² จุดเริ่มต้นของข้อมูลการเฝ้าระวังมักมาจากสถานพยาบาลและหน่วยงานระดับล่าง¹⁶¹

การที่ข้อมูลเริ่มต้นจากสถานพยาบาลและหน่วยงานระดับปฏิบัติการในท้องถิ่น และมีการเชื่อมโยงผ่านระบบออนไลน์เพื่อส่งต่อไปยังระดับประเทศ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันของระบบสารสนเทศ (interoperability) และการกระจายอำนาจในการเก็บข้อมูล ความสำเร็จของระบบเฝ้าระวังโดยรวมจึงขึ้นอยู่กับความแข็งแกร่งและประสิทธิภาพของหน่วยงานระดับปฏิบัติการในการส่งข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลา การไหลเวียนของข้อมูลจากระดับท้องถิ่นสู่ระดับประเทศอย่างราบรื่นและมีคุณภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดขีดความสามารถของระบบเฝ้าระวังในการตอบสนองต่อภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดจึงต้องสามารถวัดประสิทธิภาพของการรวบรวมและรายงานข้อมูลจากและระหว่างหน่วยงานในทุกระดับ เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลไม่เพียงแต่ถูกเก็บรวบรวมเท่านั้น แต่ยังถูกส่งต่ออย่างถูกต้องและทันเวลาไปยังศูนย์กลางระดับประเทศ

แนวคิดและองค์ประกอบของระบบเฝ้าระวังสุขภาพแห่งชาติ

ระบบเฝ้าระวังสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกที่ซับซ้อนซึ่งประกอบด้วยแนวคิดและองค์ประกอบหลายประการ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในการติดตาม ประเมิน และตอบสนองต่อสถานการณ์สุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเภทของการเฝ้าระวัง

ระบบเฝ้าระวังสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายประเภทตามวิธีการรวบรวมข้อมูล ซึ่งแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) เป็นรูปแบบที่พบบ่อยที่สุด โดยเป็นการรอให้ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาหรือมีการรายงานอาการเข้ามาในระบบ เช่น ระบบรายงาน 506 ของประเทศไทย ซึ่งเป็นการรายงานปกติประจำตามระยะเวลาที่กำหนด ข้อมูลที่ได้จากระบบเชิงรับมักมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วน และอาจไม่สามารถตรวจจับการระบาดในระยะเริ่มต้นได้ ผู้รับผิดชอบระบบจึงต้องคอยตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ¹⁶³

การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) เป็นการค้นหาผู้ป่วยหรือการเกิดโรคอย่างกระตือรือร้น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะออกไปค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มโอกาสในการรับข้อมูลการเกิดโรคมามากขึ้น หรือค้นหาผู้ป่วยก่อนที่จะเกิดอาการ ¹⁶³ วิธีนี้ช่วยให้สามารถตรวจจับการระบาดได้รวดเร็วขึ้นและได้ข้อมูลที่ครบถ้วนกว่า

การเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่ม/พื้นที่ (Sentinel Surveillance) เป็นการเฝ้าระวังในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาที่สนใจ หรือกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆ ¹⁶³ วิธีนี้มีประสิทธิภาพในการติดตามแนวโน้มของโรคในกลุ่มประชากรเฉพาะโดยใช้ทรัพยากรที่จำกัด

การเฝ้าระวังพิเศษอื่นๆ (Special Surveillance): เป็นการดำเนินการเฝ้าระวังภาวะหรือสถานการณ์พิเศษที่ไม่เข้าข่ายการเฝ้าระวังปกติ เช่น การเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน ¹⁶²

การมีเฝ้าระวังหลายประเภทไม่ใช่แค่ทางเลือก แต่เป็นความจำเป็นเพื่อให้ระบบมีความยืดหยุ่นและครอบคลุมภัยคุกคามสุขภาพที่หลากหลาย การพึ่งพาการเฝ้าระวังเชิงรับเพียงอย่างเดียวอาจทำให้พลาดการระบาดในระยะเริ่มต้น เนื่องจากต้องรอให้ผู้ป่วยมีอาการและมาเข้ารับการรักษาเสียก่อน ¹⁶⁴ ดังนั้น ระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจึงควรมีการใช้กลยุทธ์การเฝ้าระวังที่เหมาะสมกับประเภทของโรคและภัยคุกคาม เพื่อให้เกิดการตรวจจับที่รวดเร็วและแม่นยำที่สุด ตัวชี้วัดจึงควรบ่งชี้ถึงการใช้และประสิทธิภาพของกลยุทธ์การเฝ้าระวังที่หลากหลายนี้

องค์ประกอบสำคัญของระบบเฝ้าระวัง

องค์ประกอบที่สำคัญของระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขครอบคลุมตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลไปจนถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย

1. **การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection):** การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลประชากร ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ¹⁶³
2. **การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis):** การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อระบุแนวโน้ม รูปแบบ และขนาดของปัญหาสุขภาพ ¹⁶³
3. **การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล (Interpretation):** การตีความผลการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และระบุความสำคัญทางสาธารณสุข ¹⁶³
4. **การเผยแพร่ข้อมูล (Dissemination):** การสื่อสารข้อมูลและข้อค้นพบไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องและสาธารณสุขชนอย่างเหมาะสมและทันเวลา ¹⁶⁵
5. **การดำเนินการแก้ไขสถานการณ์ (Action):** การนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรค ¹⁶⁴
6. **การประเมินและปรับปรุงระบบ (Evaluation and Improvement):** การประเมินประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเพื่อระบุจุดที่ต้องปรับปรุง ¹⁶⁵

นอกจากข้อมูลผู้ป่วยแล้ว องค์ประกอบเฝ้าระวังยังขยายไปถึงการเฝ้าระวังที่เสี่ยงคุกคาม (Hazard surveillance) การตรวจติดตามในสิ่งแวดล้อม (Environmental monitoring) การตรวจติดตามในร่างกายคนทำงาน (Biological monitoring) การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ (Health effect surveillance) และการเฝ้าระวังโรคจากการทำงาน (Occupational diseases surveillance) ⁵ การที่ระบบเฝ้าระวังครอบคลุมขอบเขตข้อมูลที่กว้างขวางเช่นนี้ แสดงให้เห็นว่าระบบเฝ้าระวังระดับประเทศต้องมีมุมมองแบบองค์รวมเพื่อให้สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างครบวงจร และสนับสนุนการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์หลักของการเฝ้าระวังทางสาธารณสุข

วัตถุประสงค์หลักของการเฝ้าระวังทางสาธารณสุขคือการให้และตีความข้อมูลเพื่ออำนวยความสะดวกในการป้องกันและควบคุมโรค ¹⁶⁵ ระบบเฝ้าระวังควรมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน รวมถึงการอธิบายว่าข้อมูลที่รวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลจะถูกนำไปใช้เพื่อป้องกันหรือควบคุมโรคได้อย่างไร ¹⁶⁵ นอกจากนี้ยังกระตุ้นให้เกิดการศึกษาด้านระบาดวิทยาทางโรคจากการทำงาน และค้นหาสาเหตุของปัญหา ¹⁶⁴

วัตถุประสงค์ของการเฝ้าระวังจึงไม่ใช่แค่การรวบรวมข้อมูล แต่เป็นการนำข้อมูลไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังจะต้องถูกนำไปใช้ในการตัดสินใจและดำเนินมาตรการต่างๆ รวมถึงการประเมินผลของมาตรการเหล่านั้น ¹⁶⁴ หากข้อมูลไม่ถูกนำไปใช้เพื่อการดำเนินการ ระบบเฝ้าระวังก็จะเป็นบรรทัดฐานสูงสุดในการปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นจึงต้องบ่งชี้ถึงการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์อย่างแท้จริงและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการนั้น

ระบบฐานข้อมูลสุขภาพและกลไกการเชื่อมโยงในประเทศไทย

การเฝ้าระวังโรคและภัยคุกคามสุขภาพระดับประเทศในประเทศไทยพึ่งพาฐานข้อมูลสุขภาพหลายระบบ ซึ่งมีความสำคัญและบทบาทที่แตกต่างกันไป การเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลจากระบบเหล่านี้เป็นกุญแจสำคัญในการสร้างภาพรวมสุขภาพที่สมบูรณ์

ภาพรวมระบบฐานข้อมูลสุขภาพหลัก

ระบบรายงาน 506: เป็นระบบเฝ้าระวังโรคที่ต้องรายงานตามข้อกำหนดของสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹⁶⁶ ระบบนี้ใช้รหัสโรคตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)¹⁶⁷ ข้อมูลที่จัดเก็บในรายงาน 506 รวมถึงรายละเอียดผู้ป่วยจำแนกรายโรค เช่น อายุ เพศ อาชีพ สัญชาติ ประเภทผู้ป่วย วันที่เริ่มป่วย วันที่วินิจฉัย และผลการรักษา ระบบ 506 เป็นรากฐานสำคัญของการเฝ้าระวังโรคติดต่อในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม ระบบนี้ยังคงมีข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะด้านความครบถ้วน ความทันเวลา และความไวในการรายงาน แม้ข้อมูลพื้นฐานบางส่วน เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ วันที่เริ่มป่วย จะมีความถูกต้องสูงถึงร้อยละ 100¹⁶⁸ แต่ความซับซ้อนในการดำเนินงานที่เจ้าหน้าที่ระดับวิทยาต้องดึงข้อมูลจากโปรแกรม Hos-Xp และนำเข้าโปรแกรมรายงาน 506 ทุกวัน อาจส่งผลให้ค่าความไวของการรายงานอยู่ในระดับพอใช้¹⁶⁸ การที่ระบบพึ่งพาการรายงานเชิงรับเป็นหลัก¹⁶³ ทำให้เกิดความท้าทายในการตรวจจับโรคในระยะเริ่มต้น และอาจมีปัญหการรายงานที่ไม่ตรงตามนิยามโรคที่กำหนด¹⁶⁹ ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสอบสวนโรคและการควบคุมการระบาดได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (IPC & AMR Surveillance Program): เป็นศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังเฉพาะทางที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลและปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญระดับโลก¹⁶⁷ การมีระบบเฝ้าระวังเฉพาะทางเช่น IPC & AMR แสดงให้เห็นถึงความละเอียดและความสำคัญที่มอบให้กับประเด็นสุขภาพเฉพาะ อย่างไรก็ตาม หากระบบเหล่านี้ไม่ได้บูรณาการอย่างสมบูรณ์กับระบบเฝ้าระวังหลักระดับประเทศ อาจนำไปสู่การทำงานซ้ำซ้อน ข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกัน หรือการขาดภาพรวมด้านสาธารณสุขที่ครบถ้วน การเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบเฉพาะทางเหล่านี้เข้ากับแพลตฟอร์มกลางจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อภัยคุกคามสุขภาพที่ซับซ้อน

แพลตฟอร์ม Health Link และมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูล (HL7 FHIR): Health Link เป็นแพลตฟอร์มที่พัฒนาขึ้นเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างสถานพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้แพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของคนไข้จากโรงพยาบาลอื่นได้ โดยที่คนไข้สามารถกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูลของตนเอง¹⁷⁰ แพลตฟอร์มนี้ใช้มาตรฐานข้อมูลระดับสากลอย่าง HL7 FHIR ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และกระทรวงสาธารณสุข¹⁷¹ มีเป้าหมายสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของประชาชนเพื่อรองรับนโยบาย “30 บาทรักษาทุกที่”

การพัฒนา Health Link และการนำมาตรฐาน HL7 FHIR มาใช้ แสดงให้เห็นถึงวิสัยทัศน์ที่ก้าวหน้าของประเทศไทยในการสร้าง Digital Health Platform เพื่อแก้ปัญหาการกระจายตัวของข้อมูลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การนำไปใช้จริงยังคงเผชิญกับความท้าทาย โดยผลสำรวจพบว่ามีเพียงประมาณร้อยละ 5 ของโรงพยาบาลที่มีระบบบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) ที่ครอบคลุม และการแบ่งปันข้อมูลภายนอกโรงพยาบาลยังคงมีจำกัด¹⁷² นี่คือช่องว่างสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไข เนื่องจากเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบูรณาการข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังระดับประเทศอย่างแท้จริง หากระบบพื้นฐานของโรงพยาบาลยังไม่พร้อมหรือไม่มีการแบ่งปันข้อมูลอย่างเต็มที่ แพลตฟอร์ม Health Link ก็จะไม่สามารถบรรลุศักยภาพสูงสุดในการสนับสนุนการเฝ้าระวังได้

ความท้าทายและโอกาสในการบูรณาการข้อมูลระดับประเทศ

ความท้าทายในการบูรณาการข้อมูลสุขภาพในประเทศไทยไม่ได้อยู่ที่เทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศในสถานพยาบาล ซึ่งยังมีความแตกต่างกันระหว่างเครื่องมือแพทย์และระบบ Hospital Information System (HIS) ของแต่ละแห่ง¹⁷¹ นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติจริง เช่น การขาดมาตรการในการส่งเสริมสุขภาพและการจัดบริการวัคซีนที่ถูกต้องและเหมาะสม¹⁷³ รวมถึงความท้าทายในการจัดหาบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่ไม่ได้มาตรฐานในบางพื้นที่¹⁷⁴ การบูรณาการข้อมูลจึงต้องพิจารณามิติเหล่านี้ด้วย ซึ่งหมายถึงการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาบุคลากร และการสร้างกระบวนการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐาน ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูล การแก้ไขปัญหเหล่านี้จะสร้างโอกาสในการยกระดับระบบเฝ้าระวังให้สามารถรวบรวม วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อนำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญในบริบทประเทศไทย

ภัยคุกคามสุขภาพในบริบทของประเทศไทยมีความหลากหลายและซับซ้อน ครอบคลุมทั้งโรคภัยไข้เจ็บแบบดั้งเดิมและภัยคุกคามรูปแบบใหม่ที่เกิดขึ้นจากบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไป การเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจึงต้องสามารถระบุและจำแนกปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามเหล่านี้ได้อย่างครบถ้วน

ประเภทของโรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวัง

ระบบเฝ้าระวังสุขภาพในประเทศไทยจำเป็นต้องครอบคลุมภัยคุกคามในหลายมิติ ดังนี้

โรคติดต่อ: เป็นภัยคุกคามที่สำคัญและต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงโรคติดต่ออันตราย โรคระบาด และโรคอุบัติใหม่ อุตุนิคม¹⁶² ตัวอย่างเช่น โรคไข้หวัดนก ไข้เลือดออก¹⁷³ การติดเชื้อ HIV¹⁶³ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial Resistance: AMR) รวมถึงโรคระบาดร้ายแรงอื่นๆ เช่น อีโบล่า และกาฬโรค¹⁷⁴ และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน¹⁷⁵

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs): เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและเสียชีวิตในประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ¹⁷⁴

ภัยสิ่งแวดล้อม: มลพิษทางอากาศและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ¹⁷⁴ โดยเฉพาะปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 รวมถึงอุบัติเหตุภัยสารเคมี และข้อมูลการครอบครองรังสี ปัญหาสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ทวีความรุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น โรคภูมิแพ้ หอบหืด และมะเร็งบางชนิด ¹⁷⁵

อาชีพอนามัย: โรคจากการทำงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น โรคที่เกิดจากแรงโยน การบาดเจ็บจากการทำงาน โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคหูเสื่อมจากเสียงดัง และโรคพิษสารทำลายอินทรีย์ การเฝ้าระวังสุขภาพทางอาชีพเวชศาสตร์ยังครอบคลุมการตรวจสุขภาพก่อนจ้างงานและตามระยะ ¹⁷⁵

พฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาสุขภาพอื่นๆ: รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การติดสุรา และสารเสพติด ¹⁶⁴ การขาดมาตรการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและโภชนาการที่เหมาะสม ¹⁷³ นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิตก็เป็นอีกหนึ่งภัยคุกคามที่สำคัญ เช่น สภาพจิตใจผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พร้อม ¹⁷³ โรคซึมเศร้า และอัตราการฆ่าตัวตาย ¹⁷⁵

ภัยคุกคามทางไซเบอร์: การขโมยข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วย (Patient Data Theft) และภัยจากคนภายในองค์กร (Insider Threat) ในโรงพยาบาลและหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งเป็นภัยคุกคามรูปแบบใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของข้อมูลสุขภาพ

ภัยคุกคามสุขภาพไม่ได้คงที่ แต่มีการเปลี่ยนแปลงและขยายวงกว้างขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุภัยคุกคามสุขภาพ 10 อันดับแรก ¹⁷⁴ และกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุ 9 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไทย การรวมภัยคุกคามทางไซเบอร์เข้ามาในขอบเขตการเฝ้าระวังบ่งชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนและมิติใหม่ของความมั่นคงทางสุขภาพที่ต้องคำนึงถึง ระบบเฝ้าระวังระดับประเทศจึงต้องมีความยืดหยุ่นและปรับตัวได้เพื่อรับมือกับภัยคุกคามทั้งแบบดั้งเดิมและแบบใหม่

การระบุและจำแนกปัจจัยคุกคามสุขภาพในระดับต่างๆ

การเฝ้าระวังไม่ควรเน้นแค่ "โรค" ซึ่งเป็นผลลัพธ์ แต่ควรรวมถึง "ปัจจัยเสี่ยง" และ "สิ่งคุกคาม" ที่นำไปสู่โรคเหล่านั้นด้วย ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในระดับบุคคล ชุมชน หรือระดับประเทศ การเฝ้าระวังต้องครอบคลุมทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม สภาพแวดล้อม และปัจจัยทางชีวภาพ ¹⁶⁴ การเข้าใจและติดตามปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ช่วยให้สามารถดำเนินมาตรการป้องกันระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการป้องกันโรคก่อนที่จะเกิดโรค โดยการลดการสัมผัสสิ่งคุกคามที่ก่อให้เกิดโรค ¹⁶⁴ การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นการเปลี่ยนผ่านจากการเฝ้าระวังเชิงรับต่อโรคไปสู่การเฝ้าระวังเชิงรุกต่อความเสี่ยง ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา

ตารางต่อไปนี้จะแสดงประเภทของปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญซึ่งระบบเฝ้าระวังในประเทศไทยควรให้ความสำคัญ เพื่อให้เห็นภาพรวมที่ชัดเจนและครบถ้วนของขอบเขตภัยคุกคามสุขภาพที่ระบบเฝ้าระวังระดับประเทศของไทยควรให้ความสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ความซับซ้อนและความหลากหลายของปัญหาด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน การจำแนกประเภทจะช่วยในการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับแต่ละกลุ่มภัยคุกคามและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทำให้รายงานมีโครงสร้างที่ชัดเจนและครอบคลุมตามข้อกำหนด

ตารางที่ 19 ประเภทของปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพที่เฝ้าระวังในประเทศไทย

ประเภทภัยคุกคามหลัก	ตัวอย่างภัยคุกคาม	ลักษณะสำคัญ/ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	แหล่งข้อมูลเฝ้าระวังเบื้องต้น
โรคติดต่อ	ไข้หวัดนก, ไข้เลือดออก, HIV, เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ, อีโบลา, กาฬโรค, โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน	การระบาด, การแพร่กระจาย, เชื้อก่อโรค, พาหะนำโรค, การดื้อยา	ระบบรายงาน 506, ระบบเฝ้าระวัง IPC & AMR, รายงานสอบสวนโรค, ห้องปฏิบัติการ ¹⁶²
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูง, เบาหวาน	พฤติกรรมเสี่ยง (อาหาร, ออกกำลังกาย), พันธุกรรม, สิ่งแวดล้อม	เวชระเบียน, ระบบ Health KPI, ข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ ¹⁷⁴
ภัยสิ่งแวดล้อม	มลพิษทางอากาศ (PM2.5), อุบัติภัยสารเคมี, การครอบครองรังสี	แหล่งกำเนิดมลพิษ, การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ, สารพิษในสิ่งแวดล้อม	ข้อมูลตรวจวัดคุณภาพอากาศ, รายงานสิ่งแวดล้อม, ข้อมูลสารเคมีอันตราย ¹⁷⁴
อาชีวอนามัย	โรคจากแร่ใยหิน, การบาดเจ็บจากการทำงาน, โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ, โรคหูเสื่อมจากเสียงดัง	สภาพแวดล้อมการทำงาน, การสัมผัสสารเคมี/กายภาพ, การยศาสตร์	รายงานกองทุนเงินทดแทน, ข้อมูล ICD-10, การตรวจสุขภาพอาชีวอนามัย ¹⁶⁴
พฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาสุขภาพอื่นๆ	การสูบบุหรี่, การติดสุรา, สารเสพติด, สุขภาพจิต (ซึมเศร้า, ฆ่าตัวตาย)	พฤติกรรมส่วนบุคคล, ปัจจัยทางสังคม, การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ข้อมูลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ, เวชระเบียน, รายงานการฆ่าตัวตาย ¹⁶⁴
ภัยคุกคามทางไซเบอร์	การขโมยข้อมูลผู้ป่วย, ภัยจากคนภายในองค์กร	ช่องโหว่ระบบ, การเข้าถึงข้อมูลโดยไม่ได้รับอนุญาต, การโจมตีทางไซเบอร์	รายงานเหตุการณ์ด้านความปลอดภัย, การถอดรหัสข้อมูล, การตรวจสอบระบบสารสนเทศ

2.4.5.1 ตัวชี้วัดหลักเพื่อประเมินประสิทธิภาพของกลไกศูนย์เฝ้าระวัง

การประเมินประสิทธิภาพของกลไกศูนย์เฝ้าระวังโรคและภัยคุกคามสุขภาพระดับประเทศจำเป็นต้องใช้ตัวชี้วัดที่หลากหลาย ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ โดยตัวชี้วัดเหล่านี้จะต้องเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลสุขภาพและสามารถนำไปใช้ได้ในทุกระดับของหน่วยงาน

ตัวชี้วัดด้านโครงสร้างและกระบวนการ (Process Indicators)

ตัวชี้วัดเหล่านี้มุ่งเน้นไปที่ประสิทธิภาพของการดำเนินงานภายในระบบเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูลและขีดความสามารถในการตอบสนอง รายละเอียดดังนี้

- 1. ตัวชี้วัดความครบถ้วนของการรายงานข้อมูล (Completeness):** ร้อยละของกรณีผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่รายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังระดับประเทศ (เช่น ระบบรายงาน 506, Health Link) ที่มีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ¹⁷⁶ ข้อมูลที่ครบถ้วนครอบคลุมถึงรายละเอียดทางคลินิก การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการได้รับวัคซีน วันที่เริ่มป่วย วันที่รายงาน และข้อมูลระบาดวิทยาอื่นๆ การขาดข้อมูลสำคัญ เช่น ประวัติวัคซีน หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้การสอบสวนโรคและการควบคุมทำได้ยากและอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด ดังนั้น การวัดความครบถ้วนของข้อมูลจึงเป็นตัวบ่งชี้พื้นฐานของคุณภาพข้อมูลตั้งต้นที่ป้อนเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง
- 2. ตัวชี้วัดความทันเวลาของการรายงานข้อมูล (Timeliness):** ระยะเวลาเฉลี่ย (เป็นวัน) ระหว่างวันที่เริ่มมีอาการของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ จนถึงวันที่ข้อมูลถูกรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังระดับประเทศ ¹⁷⁶ รวมถึงร้อยละของรายงานที่ถูกส่งภายในกรอบเวลาที่กำหนดสำหรับโรคหรือภัยคุกคามแต่ละประเภท เช่น ภายใน 24-48 ชั่วโมงสำหรับโรคติดต่ออันตราย หรือเหตุการณ์ฉุกเฉิน ¹⁶⁹ ความทันเวลาเป็นหัวใจสำคัญของการเฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค ¹⁶⁷ ข้อมูลที่ล่าช้าจะลดประสิทธิภาพในการตอบสนองต่อการระบาด การสอบสวนโรค และการดำเนินมาตรการควบคุม ¹⁶⁹ ตัวชี้วัดนี้จึงบ่งชี้ความเร็วของกลไกการไหลเวียนข้อมูล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินการด้านสาธารณสุขที่ทันท่วงที
- 3. ร้อยละของหน่วยงานที่เข้าร่วมและรายงานข้อมูลตามมาตรฐาน (Participation & Adherence to Standards):** ร้อยละของสถานพยาบาล (ทั้งโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน) และหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ/ตำบล ที่รายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบหลัก (เช่น รง.506, Health Link) อย่างสม่ำเสมอ และร้อยละของข้อมูลที่รายงานผ่านแพลตฟอร์ม Health Link ที่เป็นไปตามมาตรฐาน HL7 FHIR หรือมาตรฐานข้อมูลอื่นๆ ที่กำหนด ¹⁷¹ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกระดับ และการยึดมั่นในมาตรฐานการรายงานเป็นสิ่งสำคัญต่อความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูลในระบบรวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำ Health Link มาใช้อย่างแพร่หลายเป็นกุญแจสำคัญในการบูรณาการข้อมูลสุขภาพระดับประเทศ ¹⁷⁰ หากหน่วยงานไม่เข้าร่วมหรือรายงานไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ข้อมูลที่ได้จะขาดความน่าเชื่อถือและไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่

4. **ตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล (Analytical Efficiency & Interpretation):** ระยะเวลาเฉลี่ยในการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำรายงานสถานการณ์ประจำสัปดาห์/เดือน ¹⁶⁶ และร้อยละของรายงานการวิเคราะห์ที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหรือมาตรการควบคุมที่ชัดเจน ¹⁷⁷ นอกเหนือจากการรวบรวมข้อมูลแล้ว ความสามารถในการวิเคราะห์แนวโน้มคาดการณ์การระบาด และแปลผลข้อมูลเพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับมาตรการด้านสาธารณสุขเชิงยุทธศาสตร์
5. **ความรวดเร็วและครอบคลุมในการสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลเตือนภัย (Communication & Dissemination):** ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่การตรวจพบเหตุการณ์ผิดปกติจนถึงการสื่อสารเตือนภัยสาธารณะ ¹⁷⁷ และร้อยละของประชากรที่สามารถเข้าถึงข้อมูลเตือนภัยและคำแนะนำด้านสุขภาพที่เผยแพร่โดยศูนย์เฝ้าระวังผ่านช่องทางต่างๆ ¹⁷⁸ การสื่อสารที่รวดเร็วและครอบคลุมเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและประชาชนสามารถดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันตนเองและควบคุมการแพร่ระบาด
6. **ตัวชี้วัดระดับการบูรณาการข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (Data Integration Level):** จำนวนระบบฐานข้อมูลสุขภาพที่แตกต่างกันที่สามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับระบบเฝ้าระวังระดับประเทศได้ ¹⁶¹ และร้อยละของข้อมูลที่ถูกบูรณาการจากแหล่งต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์แบบองค์รวมได้ การเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งที่มาที่หลากหลายอย่างราบรื่นช่วยให้เกิดภาพรวมสุขภาพที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทำให้สามารถวิเคราะห์และตอบสนองต่อภัยคุกคามได้อย่างครอบคลุม
7. **ร้อยละของข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง (Data Verification & Accuracy):** ร้อยละของรายงานโรคหรือเหตุการณ์ที่ผ่านการตรวจสอบยืนยันเบื้องต้นจากหน่วยงานระดับล่าง ¹⁶¹ และร้อยละของข้อมูลที่บันทึกในระบบเฝ้าระวังที่มีความถูกต้องเมื่อเทียบกับเวชระเบียนหรือแหล่งข้อมูลต้นฉบับ ¹⁶⁸ ความถูกต้องของข้อมูลเป็นรากฐานสำคัญของความน่าเชื่อถือในระบบเฝ้าระวัง หากข้อมูลไม่ถูกต้อง การวิเคราะห์และการดำเนินการที่ตามมาทั้งหมดจะถูกบั่นทอนประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

ตัวชี้วัดเหล่านี้บ่งชี้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงจากการดำเนินงานของกลไกศูนย์เฝ้าระวังต่อสุขภาพของประชาชนและการควบคุมโรค รายละเอียดดังนี้

1. **ตัวชี้วัดความไวและความแม่นยำของระบบในการตรวจจับและสอบสวนโรค/ภัยคุกคาม (Sensitivity & Accuracy of Detection):** ค่าความไว (Sensitivity) ของระบบเฝ้าระวังในการตรวจจับผู้ป่วยที่เข้าข่ายนิยามโรค ¹⁶⁸ และค่าพยากรณ์บวก (Positive Predictive Value: PPV) ของการรายงาน ซึ่งหมายถึงร้อยละของรายงานที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นกรณีจริง ¹⁶⁹ ตัวชี้วัดเหล่านี้ประเมินความสามารถของระบบในการระบุและยืนยันกรณีผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการตอบสนองด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ
2. **ตัวชี้วัดระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงการแจ้งเตือนสาธารณะ (Time to Public Notification):** ระยะเวลาเฉลี่ยระหว่างวันที่เริ่มมีอาการจนถึงวันที่ข้อมูลถูกแจ้งเตือนต่อสาธารณะหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย ¹⁷⁶ ระยะเวลาที่สั้นลงบ่งชี้ถึงระบบที่ตอบสนองได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งช่วยให้สามารถดำเนินมาตรการสาธารณสุขและสื่อสารความเสี่ยงได้ทันเวลาที่
3. **ร้อยละของเหตุการณ์ระบาดที่สามารถควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Outbreak Control Effectiveness):** ร้อยละของเหตุการณ์ระบาดที่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด ¹⁶⁶ และอัตราการลดลงของจำนวนผู้ป่วยใหม่ภายหลังการดำเนินมาตรการควบคุม ตัวชี้วัดนี้วัดผลกระทบโดยตรงของการดำเนินการเฝ้าระวังในการบรรเทาวิกฤตสาธารณสุข
4. **ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ (Public Health Literacy):** ร้อยละของประชาชนที่มีระดับความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ อุตุนิยมวิทยา และภัยคุกคามสุขภาพอื่นๆ ¹⁷⁹ รวมถึงร้อยละของประชาชนที่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการป้องกันตนเองและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ประชาชนที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับสุขภาพของตนเองและปฏิบัติตามแนวทางสาธารณสุข
5. **ตัวชี้วัดแนวโน้มและอัตราการเกิดโรค/ภัยคุกคามที่เฝ้าระวัง (Disease/Threat Incidence & Trends):** อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate) และอัตราความชุก (Prevalence Rate) ของโรคหรือภัยคุกคามที่เฝ้าระวัง ¹⁶⁶ รวมถึงอัตราการเสียชีวิตจากโรคหรือภัยคุกคามที่สำคัญ ¹⁶⁸ ตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นมาตรการขั้นสุดท้ายของผลลัพธ์ด้านสาธารณสุข ซึ่งบ่งชี้ถึงความสำเร็จของความพยายามในการป้องกันและควบคุมโรคตลอดช่วงเวลาหนึ่ง
6. **ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญ (Key Health Outcomes):** อัตราส่วนการตายมารดาไทย ¹⁸⁰ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ¹⁸⁰ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ¹⁸¹ และอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ¹⁸⁰ ตัวชี้วัดเหล่านี้บ่งชี้ถึงสถานะสุขภาพโดยรวมของประชากรและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต

7. ตัวชี้วัดระดับการนำข้อมูลเฝ้าระวังไปใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบาย (Data Utilization for Policy & Planning): ร้อยละของแผนยุทธศาสตร์หรือนโยบายด้านสาธารณสุขที่อ้างอิงข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง¹⁷⁷ และจำนวนมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกริเริ่มหรือปรับปรุงโดยอาศัยข้อมูลเชิงระบาดวิทยาจากศูนย์เฝ้าระวัง คุณค่าสูงสุดของข้อมูลเฝ้าระวังคือการนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขและการจัดสรรทรัพยากร เพื่อให้มั่นใจว่าการตัดสินใจทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์

ตารางที่ 20 ตัวอย่างตัวชี้วัดหลักสำหรับศูนย์เฝ้าระวังโรคและภัยคุกคามสุขภาพระดับประเทศ

หมวดหมู่ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำอธิบายโดยย่อ	การเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลสุขภาพและหน่วยงาน
ด้านโครงสร้างและกระบวนการ (Process)			
ความครบถ้วนของข้อมูล	ร้อยละของรายงาน รง.506 ที่มีข้อมูลครบถ้วน (เช่น วันที่เริ่มป่วย, ผลแล็บ, ประวัติวัคซีน)	วัดคุณภาพข้อมูลที่ป้อนเข้าระบบ	ระบบรายงาน 506, เวชระเบียนจากสถานพยาบาลทุกระดับ ¹⁷⁶
ความทันเวลาของการรายงาน	ระยะเวลาเฉลี่ย (วัน) จากวันเริ่มป่วยถึงวันรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังระดับประเทศ	วัดความรวดเร็วของการไหลเวียนข้อมูล	ระบบรายงาน 506, Health Link ¹⁶⁹
การเข้าร่วมและมาตรฐาน	ร้อยละของสถานพยาบาลที่รายงานข้อมูลเข้าสู่ Health Link อย่างสม่ำเสมอ	วัดการนำระบบกลางไปใช้และความครอบคลุม	แพลตฟอร์ม Health Link, ระบบ HIS ของโรงพยาบาล ¹⁷¹
ประสิทธิภาพการวิเคราะห์	ร้อยละของรายงานสถานการณ์ที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย/มาตรการควบคุม	วัดความสามารถในการแปลผลข้อมูลสู่การปฏิบัติ	ฐานข้อมูลระบาดวิทยาของศูนย์เฝ้าระวัง ¹⁶⁶
การสื่อสารเตือนภัย	ระยะเวลาเฉลี่ย (ชม.) จากการตรวจพบเหตุการณ์ผิดปกติถึงการสื่อสารเตือนภัยสาธารณะ	วัดความรวดเร็วในการแจ้งเตือน	ระบบสื่อสารของศูนย์เฝ้าระวัง, สื่อสาธารณะ ¹⁷⁷
การบูรณาการข้อมูล	จำนวนระบบฐานข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงกับศูนย์เฝ้าระวัง	วัดระดับการเชื่อมโยงข้อมูลข้ามระบบ	Health Link, IPC & AMR Surveillance Program, ฐานข้อมูลเฉพาะทางอื่นๆ ¹⁶¹
ความถูกต้องของข้อมูล	ร้อยละของข้อมูลที่บันทึกในระบบเฝ้าระวังที่ถูกต้องเมื่อเทียบกับแหล่งต้นฉบับ	วัดความน่าเชื่อถือของข้อมูล	ระบบรายงาน 506, เวชระเบียน, การสอบสวนโรค ¹⁶⁸

หมวดหมู่ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำอธิบายโดยย่อ	การเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลสุขภาพและหน่วยงาน
ด้านผลลัพธ์ (Outcome)			
ความไวในการตรวจจับ	ค่าความไว (Sensitivity) ของระบบเฝ้าระวังในการตรวจจับผู้ป่วย/เหตุการณ์	วัดความสามารถในการระบุกรณีที่เกิดขึ้นจริง	ข้อมูลการสอบสวนโรค, การยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ¹⁶⁸
การควบคุมการระบาด	ร้อยละของเหตุการณ์ระบาดที่สามารถควบคุมการแพร่กระจายได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด	วัดประสิทธิภาพของการตอบสนอง	รายงานการสอบสวนและควบคุมโรค ¹⁶⁶
ความรอบรู้สุขภาพ	ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้ความเข้าใจด้านโรคและภัยสุขภาพเพิ่มขึ้น	วัดผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลและการสื่อสาร	การสำรวจความรอบรู้สุขภาพ ¹⁷⁹
แนวโน้มการเกิดโรค	อัตราอุบัติการณ์ของโรคติดต่อ/ไม่ติดต่อที่สำคัญในระดับประเทศ/พื้นที่	วัดผลกระทบต่อสุขภาพประชากร	ระบบรายงาน 506, ฐานข้อมูลเวชระเบียน ¹⁶⁶

2.4.6 ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 5

มาตรการที่ 5 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ

ระบบสุขภาพปฐมนิเทศเป็นรากฐานสำคัญของการดูแลสุขภาพในทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทย ซึ่งมุ่งมั่นที่จะบรรลุและรักษาไว้ซึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การทำความเข้าใจคำจำกัดความของระบบบริการปฐมนิเทศที่มีคุณภาพและมาตรฐาน รวมถึงบทบาทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการขับเคลื่อนระบบนี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

คำจำกัดความของระบบบริการปฐมนิเทศที่มีคุณภาพและมาตรฐานในบริบทไทย

ในประเทศไทย "ระบบสุขภาพปฐมนิเทศ" ได้รับการนิยามว่าเป็นกลไกและกระบวนการที่มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมนิเทศ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วน ได้แก่ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน ¹⁸² คำนิยามนี้ยังครอบคลุมถึงการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในระดับปฐมนิเทศ ทดียบภูมิ และตติยภูมิ ซึ่ง บ่งชี้ถึงลักษณะของระบบที่บูรณาการและเชื่อมโยงกัน ¹⁸² การที่คำจำกัดความของระบบบริการปฐมนิเทศในประเทศไทยได้ขยายขอบเขตไปไกลกว่าการเป็นเพียงจุดแรกของการติดต่อ (first contact) โดยได้รวมเอาการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วนและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระดับบริการต่างๆ เข้าไว้ด้วย แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจที่ลึกซึ้งว่าการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพนั้นต้องอาศัยการทำงานที่เป็นระบบและราบรื่นในทุกมิติ การมอง

ระบบปฐมภูมิในลักษณะนี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

คุณภาพและมาตรฐานของบริการสุขภาพปฐมภูมิได้รับการกำหนดผ่านแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน และการจัดการคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย¹⁸² บริการเหล่านี้มีความครอบคลุมในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะประคับประคอง และระยะสุดท้ายของชีวิต โดยดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ ไปจนกระทั่งเสียชีวิต หน่วยบริการปฐมภูมิโดยทั่วไปจะครอบคลุมการดูแลประชากรประมาณ 8,000-12,000 คน หรืออาจปรับเปลี่ยนตามบริบทของพื้นที่¹⁸² การที่บริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ไปจนถึงการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญหากจำเป็น มีส่วนช่วยอย่างมากในการลดความแออัดในโรงพยาบาลและทำให้การดูแลสุขภาพสามารถครอบคลุมในทุกพื้นที่

บทบาทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการขับเคลื่อนและสนับสนุนบริการปฐมภูมิ

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนและการวางแผนเพื่อเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิมาเป็นเวลากว่าสี่ทศวรรษ เพื่อบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹⁸³ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ซึ่งเริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2545 (ค.ศ. 2002) ได้รับการออกแบบมาเพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ ไม่ว่าจะเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล หรือดูแลแบบประคับประคองในทุกช่วงชีวิต ระบบนี้ได้รับการสนับสนุนทางการเงินส่วนใหญ่จากภาษีอากร ซึ่งได้เพิ่มสัดส่วนการใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีบทบาทสำคัญในการจัดสรรงบประมาณผ่านโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นผู้จัดซื้อบริการสุขภาพ¹⁸⁴ การเสริมสร้างระบบบริการปฐมภูมิจึงถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในแผนปฏิรูปที่สำคัญ เพื่อขยายการเข้าถึงบริการปฐมภูมิทั้งในเชิงภูมิศาสตร์และการเงิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับประชากรในพื้นที่ชนบทและผู้มีรายได้น้อย¹⁸³ การที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยถูกริเริ่มขึ้นในช่วงที่ประเทศกำลังฟื้นตัวจากวิกฤตการณ์ทางการเงินในปี พ.ศ. 2540 (ค.ศ. 1997) และมีลักษณะการจัดหาเงินทุนที่เน้นภาษีอากรเพื่อลดอุปสรรคทางการเงินสำหรับผู้ยากไร้ แสดงให้เห็นว่าระบบนี้ไม่ได้เป็นเพียงนโยบายด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางสังคมและความยืดหยุ่นทางเศรษฐกิจของประเทศด้วย การมุ่งเน้นที่กลุ่มประชากรในชนบทและผู้มีรายได้น้อยยังต่อยอดถึงมิติทางสังคมที่กว้างขึ้นของนโยบายนี้

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานในประเทศไทยนั้น อาศัยกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมและหลากหลายมิติ ซึ่งบ่งชี้ทั้งแนวทางปฏิบัติภายในประเทศและหลักการสากล การทำความเข้าใจองค์ประกอบเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม

มาตรฐานคุณภาพและมาตรฐานบริการปฐมภูมิของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามที่ระบุใน "มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิฉบับที่ 1"¹⁸⁵ และ "คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566"¹⁸² ได้จำแนกองค์ประกอบสำคัญออกเป็น 4 ส่วนหลัก รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ด้านระบบบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Management) เน้นที่การกำกับดูแลและการจัดการภายในหน่วยบริการ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการดำเนินงานที่มีคุณภาพและปลอดภัย ประกอบด้วย

1. **การนำของหน่วยบริการปฐมภูมิ:** บทบาทของผู้นำในการชี้นำ บริหารจัดการ และกำกับดูแลการดำเนินงาน เพื่อส่งมอบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมถึงการกำหนดเป้าหมายคุณภาพและความปลอดภัย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับบุคลากร ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันกับเครือข่าย การประสานงานและจัดเตรียมข้อมูลด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนการพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง ¹⁸⁵
2. **กระบวนการรับฟังผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:** การมีกระบวนการที่ชัดเจนในการรับฟังข้อเสนอแนะจากกลุ่มต่างๆ และนำข้อมูลนั้นมาใช้ในการพัฒนาร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง ¹⁸⁵
3. **การวัดและวิเคราะห์ข้อมูล:** การเลือก การเก็บรวบรวม การเชื่อมโยง การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามความสำเร็จของเป้าหมายและส่งเสริมการเรียนรู้ ¹⁸⁵
4. **บุคลากร:** การพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง การบริหารจัดการอัตรากำลังและศักยภาพเพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอและมีคุณสมบัติเหมาะสม การประเมินผลการปฏิบัติงาน การส่งเสริมขวัญกำลังใจ และการจัดการสถานที่ทำงานให้ปลอดภัย ¹⁸²
5. **การพัฒนาอาสาสมัคร:** การสนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของอาสาสมัครให้สอดคล้องกับความต้องการ ¹⁸⁵
6. **การประสานงาน:** การประสานงานกับหน่วยงาน/เครือข่าย ทีมบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และชุมชน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และไร้รอยต่อ ¹⁸²

ส่วนที่ 2 ด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ (Quality of Primary Care Services) เน้นที่กระบวนการให้บริการโดยตรง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพในทุกมิติ

1. **การเข้าถึงบริการ:** การกำหนดช่องทาง รูปแบบ และวิธีการเข้าถึงบริการในสถานการณ์ปกติและฉุกเฉิน เพื่อให้มั่นใจว่าทุกกลุ่มวัย รวมถึงกลุ่มเปราะบาง สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างสะดวก ปลอดภัย และเท่าเทียม ¹⁸²
2. **การประเมิน:** การมีและปฏิบัติตามแนวทางการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ครอบคลุมทั้งการรักษา การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการตรวจวินิจฉัยที่จำเป็น และการสื่อสารผลการประเมินให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ¹⁸⁵
3. **การวางแผนการดูแล:** การให้ข้อมูลบริการและสิทธิผู้ป่วยอย่างเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการบริการหรือวิธีการรักษา การวางแผนการดูแลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการประสานงานระหว่างวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ¹⁸⁴

4. **การดูแลทั่วไป:** การให้การดูแลและคำแนะนำในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันและลดปัญหาสุขภาพ การดูแลที่ครอบคลุม องค์กรวม เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง เหมาะสมกับปัจจัยทางสังคม และมีการจัดการภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างเหมาะสม¹⁸²
5. **การเสริมพลัง:** การกำหนดแผนการดูแลตนเองร่วมกับผู้ป่วย/ผู้รับบริการและครอบครัว การดำเนินการและติดตามเพื่อเสริมปัจจัยเอื้อและลดอุปสรรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้¹⁸⁵
6. **การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care):** การดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดทุกช่วงชีวิตของสภาวะสุขภาพ ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่มีการเจ็บป่วย ระยะเสี่ยง ระยะเจ็บป่วยเรื้อรัง ระยะทุพพลภาพ และระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงแนวทางการประสานการส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยงานที่รับส่งต่อ¹⁸⁵
7. **การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน:** การมีและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่บ้านแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพ การรักษา ยา เวชภัณฑ์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการดูแลต่อเนื่องอื่นๆ อย่างเหมาะสม¹⁸⁵
8. **การดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชน:** การกำหนดชุมชนเป้าหมายร่วมกับอาสาสมัครและเครือข่ายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและบริการปฐมภูมิที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน การคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับองค์กร/ชุมชนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน และการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ

ส่วนที่ 3 ด้านกระบวนการสนับสนุนบริการสำคัญ (Key Service Support Processes) เน้นที่ระบบและกระบวนการสนับสนุนที่จำเป็นเพื่อให้การจัดบริการเป็นไปอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

1. **การบริหารจัดการคุณภาพ ความเสี่ยง และความปลอดภัย:** การจัดการคุณภาพตามหลักการบริหารคุณภาพ การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดที่วัดผลได้ การจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัย¹⁸⁵
2. **สิ่งแวดล้อมในการดูแล:** การดูแลให้พื้นที่บริการและสิ่งแวดล้อมสะอาด สะดวก ปลอดภัย มีการระบายอากาศและแสงสว่างเพียงพอ การจัดการวัสดุอันตรายและของเสีย การบำรุงรักษาเครื่องมือและอุปกรณ์ และการเตรียมความพร้อมสำหรับสถานการณ์เพลิงไหม้¹⁸⁵
3. **การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ:** การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน การฝึกอบรมบุคลากร และการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติ¹⁸⁵
4. **การบริหารจัดการข้อมูลและระบบเวชระเบียน:** การจัดการข้อมูลเพื่อให้เป็นปัจจุบัน เข้าถึงได้ง่าย รักษาความลับ ความปลอดภัย และป้องกันการสูญหาย การจัดเก็บเวชระเบียนทั้งในรูปแบบกระดาษและอิเล็กทรอนิกส์ และการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียน¹⁸²
5. **ระบบบริหารจัดการยา:** การจัดการยาเพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัย ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การจัดเก็บ การใช้ การสั่งจ่าย การเตรียมและการจ่ายยา ไปจนถึงการให้ข้อมูลยาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว¹⁸⁵

6. **การตรวจวินิจฉัย:** การมีและปฏิบัติตามแนวทางการบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นตามศักยภาพและมาตรฐาน¹⁸²

ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ (Results) เน้นที่ผลการดำเนินงานและการพัฒนาหรือปรับปรุงในด้านสำคัญ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ความปลอดภัย การยอมรับ และการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ

1. **ผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ:** รวมถึงความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพหรือความภาคภูมิใจ¹⁸⁵
2. **ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การยอมรับ และความไว้วางใจ:** แสดงระดับและแนวโน้มของตัวชี้วัดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ ประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ การยอมรับ และความไว้วางใจของชุมชนต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ¹⁸²
3. **ผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการสุขภาพที่จำเป็น:** รวมถึงสถานะสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ การเข้าถึงบริการที่จำเป็น การดูแลกลุ่มเปราะบางอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม กระบวนการบริการที่บูรณาการและต่อเนื่อง ความครอบคลุม ความปลอดภัย และการประสานงานการส่งต่อ¹⁸²
4. **ผลลัพธ์ด้านการทำงานร่วมกับชุมชน:** บ่งชี้ความครอบคลุม การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง การพึ่งตนเองของชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น และประสิทธิผลของการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทท้องถิ่น รวมถึงการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

การจำแนกมาตรฐานคุณภาพอย่างละเอียดนี้บ่งชี้ถึงความเข้าใจที่ว่าคุณภาพของบริการปฐมภูมิเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากระบบการจัดการที่ดี การมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการบูรณาการกับชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการส่งมอบบริการที่ครอบคลุมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวคิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมีความสอดคล้องอย่างมากกับหลักการและกรอบแนวคิดสากลที่องค์การอนามัยโลก (WHO) และสถาบันชั้นนำอื่นๆ ได้นำเสนอ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงกระบวนการกำหนดนโยบายที่อิงหลักฐานและมีความตั้งใจที่จะยกระดับมาตรฐานให้ทัดเทียมนานาชาติ

องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำถึงเสาหลักสามประการที่เชื่อมโยงกันของระบบบริการปฐมภูมิ¹⁸⁶ ได้แก่

1. **การเสริมสร้างศักยภาพประชาชนและชุมชนที่มีส่วนร่วม:** การให้ความรู้และเครื่องมือแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพ
2. **การดำเนินการข้ามภาคส่วนเพื่อสุขภาพ:** การประสานงานกับภาคส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ
3. **บริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการส่งมอบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูงและหน้าที่สาธารณสุขที่จำเป็น:** การจัดบริการที่เน้นคุณภาพและครอบคลุมฟังก์ชันสาธารณสุขที่สำคัญ

นอกจากนี้ กรอบแนวคิดของ Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI) ของ WHO ยังได้เน้นย้ำถึงองค์ประกอบสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิที่แข็งแกร่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของไทย ได้แก่ การ

เข้าถึง (Access) ความพร้อมของบริการที่มีประสิทธิภาพ (Availability of effective services) การดูแลที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered care) ซึ่งรวมถึงการติดต่อครั้งแรก ความต่อเนื่อง ครอบคลุม การประสานงาน และความปลอดภัย และการจัดองค์กรและการบริหารจัดการ (Organization and Management) ซึ่งรวมถึงการดูแลแบบทีม การกำกับดูแลที่สนับสนุน การจัดการสุขภาพประชากร และการใช้ระบบสารสนเทศ¹⁸⁶ สอดคล้องกับกรอบแนวคิดเหล่านี้ สถาบันแพทยศาสตร์ (Institute of Medicine: IOM) ได้นำเสนอเป้าหมายหกประการสำหรับระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้แก่ ปลอดภัย (Safe) มีประสิทธิภาพ (Effective) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered) ทันเวลา (Timely) มีประสิทธิภาพ (Efficient) และเท่าเทียม (Equitable) การที่กรอบการประเมินคุณภาพบริการปฐมภูมิของประเทศไทย มีความสอดคล้องอย่างชัดเจนกับหลักการสากลเหล่านี้ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนานโยบายของไทยมีการศึกษาและนำหลักฐานเชิงประจักษ์จากทั่วโลกมาปรับใช้ การดำเนินการดังกล่าวไม่เพียงแต่เพิ่มความน่าเชื่อถือและประสิทธิผลของความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของไทยเท่านั้น แต่ยังช่วยให้สามารถเปรียบเทียบและเรียนรู้จากประสบการณ์ระหว่างประเทศได้อีกด้วย

การวัดคุณภาพและมาตรฐานของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยอาศัยชุดตัวชี้วัดที่หลากหลาย ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบ่งชี้มิติที่แตกต่างกันของบริการสุขภาพ

คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข และมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิฉบับที่ 1 ได้กำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมหลายด้าน เพื่อประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ¹⁸² ตัวชี้วัดเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการวัดผลที่ลึกซึ้งกว่าเพียงแค่ปริมาณการให้บริการ โดยมุ่งเน้นไปที่กระบวนการและประสบการณ์ในการดูแลรักษา รายละเอียดดังนี้

ด้านการบริหารจัดการและโครงสร้างพื้นฐาน

5. **การมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน:** การมีคณะกรรมการที่รับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย¹⁸²
6. **การจัดบุคลากรและศักยภาพ:** การมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการและมีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิแบบองค์รวมและต่อเนื่อง¹⁸²
7. **สถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม:** ความเหมาะสมและมาตรฐานของสถานที่และสิ่งแวดล้อม¹⁸⁵
8. **ระบบสารสนเทศ:** คุณภาพของระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการดำเนินงาน¹⁸⁵
9. **ระบบห้องปฏิบัติการและเภสัชกรรม:** มาตรฐานของบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงบริการเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ¹⁸²
10. **ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ:** การมีระบบที่ได้มาตรฐานเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ¹⁸⁵

ด้านการจัดบริการ

- **การจัดบริการตามสภาพปัญหาสำคัญของพื้นที่:** การปรับบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่¹⁸⁵
- **การจัดบริการในสถานบริการ:** ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ห้องฉุกเฉิน (ER) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ (ANC) การดูแลเด็กดี (WCC) คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และการให้คำปรึกษา¹⁸⁵
- **การจัดบริการทันตสาธารณสุข/ทันตกรรม:** การเข้าถึงและพัฒนามาตรฐานคลินิกทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- **การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุม:** ทั้งระยะเฉียบพลัน ระยะเรื้อรัง ระยะประคับประคอง และระยะสุดท้ายของชีวิต ตามกลุ่มวัย¹⁸²
- **การดูแลประชากรตามสัดส่วน:** ครอบคลุมประชากร 8,000-12,000 คน หรือปรับตามบริบทของพื้นที่¹⁸²

ด้านผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยและชุมชน:

- **ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ:** การวัดระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ¹⁸²
- **การเข้าถึงบริการ:** การมีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุกและเชิงรับที่สะดวก ทัวถึง เฝ้าเยี่ยม และเป็นธรรม¹⁸²
- **การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care):** การดูแลต่อเนื่องทุกช่วงชีวิตของสภาวะสุขภาพ ตั้งแต่ระยะที่ยังไม่มีสภาวะการเจ็บป่วยจนถึงเสียชีวิต¹⁸⁵
- **ความครอบคลุมของบริการ (Comprehensiveness):** การบริการที่ผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสภาพ¹⁸⁵
- **การประสานงาน (Coordination):** การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและการส่งต่อผู้รับบริการ¹⁸⁵
- **การมุ่งเน้นชุมชน (Community Orientation):** การจัดบริการที่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด¹⁸⁵
- **อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน:** การประเมินความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพ¹⁸⁷
- **การเยี่ยมบ้าน:** การได้รับการเยี่ยมบ้านของผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือผู้ป่วย และการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้มีภาวะเสี่ยงทางจิต¹⁸²

การมีตัวชี้วัดที่ละเอียดและครอบคลุมในหลายมิตินี้แสดงให้เห็นว่าระบบสุขภาพของไทยได้ก้าวข้ามการวัดผลเชิงปริมาณไปสู่การประเมินคุณภาพของกระบวนการและประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างคุณภาพที่แท้จริง ไม่ใช่เพียงแค่ปริมาณการให้บริการ

โครงการบ่งชี้ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework: QOF) ¹⁸⁴ ริเริ่มโดย สปสช. ในปี พ.ศ. 2556-2557 (ค.ศ. 2013-2014) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างคุณภาพบริการปฐมภูมิผ่านกลไกการจูงใจทางการเงิน แนวคิดหลักคือบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะถูกแปลงเป็นรางวัลทางการเงิน เมื่อปฏิบัติตามตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนด ในช่วงเริ่มต้น ตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นสำหรับโครงการ QOF ประสบปัญหาหลายประการ เช่น การขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ การขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก และการไม่นำร่องทดสอบ ด้วยเหตุนี้ สปสช. จึงได้ขอให้ HITAP พัฒนารูปแบบใหม่ในการพัฒนาตัวชี้วัดและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารจัดการ QOF กระบวนการพัฒนาชุดตัวชี้วัดใหม่ได้ใช้แนวทางทางวิทยาศาสตร์ โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญระบบสุขภาพของไทยและผู้เชี่ยวชาญ QOF จากสหราชอาณาจักร ตัวชี้วัดเฉพาะที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ชุดตัวชี้วัดสุดท้ายหลังการนำร่องทดสอบใน 37 หน่วยบริการปฐมภูมิใน 4 จังหวัด ได้แก่

1. **การจัดการโรคความดันโลหิตสูง** การคัดกรองความเสี่ยงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ¹⁸⁸
2. **การจัดการโรคเบาหวาน** การคัดกรองความเสี่ยงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ¹⁸⁸
3. **การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก** รวมถึงการตรวจครรภ์ก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ครบตามเกณฑ์ และการได้รับวัคซีนคัมกันโรคของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ¹⁸⁸
4. **การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล** ¹⁸⁴
5. **การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** ในสตรีอายุ 30-60 ปี ¹⁸⁸
6. **การจัดการโรคหอบหืด** ¹⁸⁸

โครงสร้างของ QOF ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก (core indicators) ที่ใช้ในระดับประเทศ และตัวชี้วัดพื้นที่ (local indicators) ที่พัฒนาโดยคณะกรรมการสุขภาพระดับเขตเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในท้องถิ่น ¹⁸⁸ การที่ตัวชี้วัด QOF ได้มีการพัฒนาและนำร่องทดสอบอย่างเป็นระบบมากขึ้น หลังจากที่ยพบปัญหาในระยะแรก แสดงให้เห็นถึงลักษณะของระบบสุขภาพที่มีการเรียนรู้และปรับตัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้กลไกการจูงใจทางการเงินสามารถขับเคลื่อนผลลัพธ์คุณภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างแท้จริง แทนที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่ตั้งใจ

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P) เป็นองค์ประกอบสำคัญของบริการปฐมภูมิในประเทศไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาระโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชากร ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความยั่งยืนทางการเงินของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะยาว ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ถึง 83 รายการ⁷⁰ บริการเหล่านี้มุ่งเป้าไปที่กลุ่มประชากรหลักห้ากลุ่ม ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ ทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กโตและวัยรุ่นอายุ 6-24 ปี ผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป⁷⁰

ตัวชี้วัดเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญ ได้แก่

1. การได้รับวัคซีนคุ้มกันโรค: สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี¹⁸²
2. การคัดกรองภาวะขาดสารอาหาร:⁷⁰
3. การคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน: ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป¹⁸²
4. การคัดกรองและดูแลสุขภาพช่องปาก:⁷⁰
5. การคัดกรองความเสี่ยงการเข้าสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์:⁷⁰
6. บริการอนามัยการเจริญพันธุ์:⁷⁰

นอกจากนี้ ยังมีการเน้นย้ำถึงการให้บริการ P&P ในรูปแบบที่เน้นชุมชน (community-based P&P services) และเน้นพื้นที่ (area-based P&P services) เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทั่วถึง¹⁸⁹ การที่ชุดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความครอบคลุมและมุ่งเป้าไปที่กลุ่มประชากรตามช่วงวัยต่างๆ แสดงให้เห็นถึงกลยุทธ์เชิงรุกที่มุ่งเน้นสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาระโรคที่สามารถป้องกันได้ และลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในอนาคต ซึ่งจะส่งผลดีต่อความยั่งยืนของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพทั่วไปแล้ว ระบบบริการปฐมภูมิของไทยยังให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มและบริการเชิงรุก เพื่อให้มั่นใจว่าประชากรกลุ่มเปราะบางและผู้ที่มีความต้องการพิเศษจะได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ตัวชี้วัดในกลุ่มนี้ประกอบด้วย:

1. การดูแลกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยง: การให้บริการที่เข้าถึงและตอบสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยง¹⁸⁹
2. การคัดกรองผู้สูงอายุ: การคัดกรองผู้สูงอายุใน 9 มิติ โดยมีเป้าหมาย 5 ล้านคน¹⁸⁷
3. การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต: การบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับกลุ่มเปราะบาง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน¹⁸⁷
4. การเยี่ยมบ้าน: การได้รับการเยี่ยมบ้านของผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือผู้ป่วย และการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้มีภาวะเสี่ยงทางจิตหรือผู้ป่วย¹⁸²

การรวมตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นกลุ่มประชากรเฉพาะและบริการเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน แสดงให้เห็นถึงมิติที่เน้นความเท่าเทียมในคุณภาพบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบรรลุหลักการของหลักประกันสุขภาพ

ถั่วหน้าที่มีง้วนจะไม่ทั้งใครไ้ข้างหลัง การติดตามตัวชี้วัดเหล่านี้ช่วยให้ระบบสามารถประเมินและปรับปรุง การเข้าถึงบริการสำหรับประชากรที่อาจเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพทั่วไป ตารางนี้สรุปตัวชี้วัดหลักที่บ่งชี้คุณภาพและมาตรฐานของบริการปฐมภูมิในประเทศไทย โดยแบ่งตามพื้นที่ สำคัญและแสดงความเชื่อมโยงกับเป้าหมายคุณภาพและหลักประกันสุขภาพถั่วหน้า

ตารางที่ 21 สรุปตัวชี้วัดหลักที่บ่งชี้คุณภาพและมาตรฐานของบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

พื้นที่	ตัวชี้วัดเฉพาะ (ตัวอย่าง)	ความเกี่ยวข้องกับคุณภาพและหลักประกันสุขภาพถั่วหน้า
การบริหารจัดการและโครงสร้างพื้นฐาน	การมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน ¹⁸²	สร้างโครงสร้างสำหรับการปรับปรุงคุณภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
	จำนวนและศักยภาพของบุคลากรต่อประชากร ¹⁸²	รับประกันความพร้อมของกำลังคนที่มีคุณภาพในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ UHC
	คุณภาพของระบบสารสนเทศ ¹⁸⁵	สนับสนุนการจัดการข้อมูลและการติดตามผลเพื่อการวางแผนบริการ UHC ที่มีประสิทธิภาพ
การเข้าถึงบริการ	ร้อยละของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่ใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ¹⁸²	วัดการเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่เป็นจุดแรกของการติดต่อ ลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใต้ UHC
	การมีช่องทางการเข้าถึงบริการเชิงรุก/รับ ¹⁸²	รับประกันการเข้าถึงบริการที่สะดวกและเท่าเทียมสำหรับผู้รับบริการ UHC ทุกกลุ่ม
การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care)	การดูแลต่อเนื่องทุกช่วงชีวิต (เช่น โรคเรื้อรัง, ระยะประคับประคอง) ¹⁸⁵	รับประกันการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมและต่อเนื่องภายใต้ UHC ลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
ความครอบคลุมของบริการ (Comprehensiveness)	การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิครอบคลุมทั้งระยะเฉียบพลัน, เรื้อรัง, ประคับประคอง, ท้ายชีวิต ¹⁸²	บ่งชี้การจัดการที่ตอบสนองทุกความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ UHC
	การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ตามกลุ่มวัย ¹⁸⁵	ส่งเสริมสุขภาพประชากร ลดภาระโรคในระยะยาว และลดค่าใช้จ่าย UHC
การจัดการโรคเรื้อรัง (NCDs)	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวานที่ได้รับการคัดกรองและจัดการ ¹⁸²	วัดประสิทธิภาพในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นภาระโรคสำคัญภายใต้ UHC

พื้นที่	ตัวชี้วัดเฉพาะ (ตัวอย่าง)	ความเกี่ยวข้องกับคุณภาพและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
สุขภาพแม่และเด็ก	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจครรภ์ครบตามเกณฑ์ ¹⁸²	บ่งชี้คุณภาพการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งเป็นบริการพื้นฐานที่สำคัญของ UHC
	ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ได้รับวัคซีนคุ้มกันโรค ¹⁸²	วัดความครอบคลุมของบริการป้องกันโรคในกลุ่มประชากรเปราะบาง
ประสบการณ์ผู้ป่วยและชุมชน	ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ¹⁸²	บ่งชี้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการยอมรับบริการจากประชาชน
	การได้รับการเยี่ยมบ้านของผู้พิการ/ผู้ป่วยติดเตียง/ผู้มีภาวะเสี่ยงทางจิต ¹⁸²	แสดงถึงความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มเปราะบางภายใต้ UHC
การทำงานร่วมกับชุมชน	การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและแก้ปัญหาสุขภาพ	ส่งเสริมการพึ่งตนเองของชุมชน และการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและมาตรฐานในประเทศไทยมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีกลไกสำคัญหลายประการที่ทำหน้าที่บูรณาการการทำงานร่วมกัน การเชื่อมโยงเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงการบริหารจัดการ แต่ยังเป็นการใช้ตัวชี้วัดเพื่อขับเคลื่อนนโยบายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ริเริ่มโครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ หรือ Quality and Outcomes Framework (QOF) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2014) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้กลไกทางการเงินในการจูงใจสถานพยาบาลให้จัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และได้ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด หลักการคือบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับคะแนน ซึ่งจะถูกแปลงเป็นรางวัลทางการเงินเมื่อมีการปฏิบัติตามตัวชี้วัดคุณภาพ ¹⁸⁵ การใช้กลไกการจูงใจทางการเงินผ่าน QOF ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงยุทธศาสตร์จากการจัดสรรงบประมาณตามปัจจัยนำเข้า (input-based funding) ไปสู่การจัดสรรงบประมาณตามผลงาน (performance-based financing) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางนี้มีศักยภาพสูงในการขับเคลื่อนคุณภาพบริการ แต่ประสิทธิภาพของมันขึ้นอยู่กับความแม่นยำของตัวชี้วัดและความโปร่งใสของกลไกทางการเงิน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในช่วงปีแรกๆ ของโครงการ QOF พบความท้าทายหลายประการ ปัญหาที่สำคัญได้แก่ การที่งบประมาณ QOF ถูกจัดสรรจากงบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนและไม่จูงใจเท่าที่ควร ¹⁸⁴ นอกจากนี้ การขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาตัวชี้วัด และความไม่เข้ากันของนโยบายระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ยังสร้างภาระให้กับบุคลากรหน้างาน ¹⁸⁴ ข้อเสนอแนะที่สำคัญเพื่อแก้ไขปัญหานี้คือการจัดสรรงบประมาณสำหรับโครงการ QOF

แยกออกมาต่างหาก และมีการบริหารจัดการจากส่วนกลาง¹⁸⁴ การแก้ไขปัญหานี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากความสำเร็จของกลไกการจูงใจทางการเงินขึ้นอยู่กับความชัดเจนและเสถียรภาพของนโยบาย รวมถึงการสนับสนุนที่เพียงพอสำหรับหน่วยบริการ

ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยไม่ได้เป็นเพียงหน่วยบริการที่แยกตัวออกไป แต่เป็นจุดเริ่มต้นและส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่บูรณาการ โดยมีกลไกการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิอย่างเป็นระบบ¹⁸² ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถใช้บริการสาธารณสุข ณ หน่วยบริการรับส่งต่อได้เมื่อได้รับการส่งต่อ หรือได้รับความเห็นชอบจากหน่วยบริการประจำหรือตามที่ สปสช. กำหนด¹⁹⁰ การที่คำจำกัดความของระบบบริการปฐมภูมิได้รวมเอาการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลเข้าไว้ด้วย แสดงให้เห็นว่าระบบปฐมภูมิถูกมองว่าเป็น "ประตู" สู่อะบบสุขภาพที่ใหญ่กว่า ซึ่งคุณภาพของประตูนี้ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยรวม รวมถึงการลดความแออัดในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่บ่งชี้ประสิทธิภาพของการส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินการทำงานของระบบ ได้แก่

1. **ระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ:** ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อกระบวนการส่งต่อ¹⁸²
2. **การใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ:** การเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเทียบกับผู้ที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยตรง¹⁸² ตัวชี้วัดนี้ช่วยประเมินว่าระบบปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นจุดแรกของการติดต่อได้ดีเพียงใด และลดการไปโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นได้หรือไม่
3. **การประสานงานการส่งต่อ:** การมีแนวทางการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยงานที่รับส่งต่อที่เหมาะสมและปลอดภัย รวมถึงการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นและเวชระเบียนเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลทางคลินิกและสรุปการดูแลครบถ้วน¹⁸⁵
4. **การติดตามข้อมูลหลังการส่งต่อ:** การประสานงานและใช้ข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย ครอบครัว และหน่วยงานที่รับส่งต่อ เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อ¹⁸⁵

อย่างไรก็ตาม มีการระบุว่าประสิทธิภาพในการนำระบบการส่งต่อไปใช้ยังคงเป็นจุดอ่อนสำคัญของโครงการแพทย์ประจำครอบครัว ความไม่สมบูรณ์ของระบบส่งต่ออาจนำไปสู่ความแออัดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโดยรวม

การบริหารจัดการข้อมูลและระบบสารสนเทศเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ระบุไว้ในมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิของไทย¹⁸⁵ กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ได้ร่วมกันพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นศูนย์กลางฐานข้อมูลสำหรับการดูแลรักษา การให้คำปรึกษา และการประสานการส่งต่อที่สะดวกและรวดเร็ว การที่ระบบสารสนเทศได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์ประกอบหลักของมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ และเป็นกลไกสำคัญในการติดตามผลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แสดงให้เห็นถึงความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ของโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพดิจิทัล

ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขถูกนำมาใช้ในการประเมินผลและรายงาน โดยมีการประมวลผลทุก 30 วัน¹⁹¹ อย่างไรก็ตาม การนำระบบสารสนเทศไปใช้ยังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น การมีฐานข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ การขาดการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล และการขาดการสนับสนุนหน่วยบริการที่ไม่สามารถจัดการข้อมูลได้ นอกจากนี้ ยังขาดระบบบ่งชี้ข้อมูลแบบเรียลไทม์กลับไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเรียนรู้และปรับปรุงคุณภาพบริการให้บรรลุเป้าหมาย¹⁹²

ข้อเสนอแนะที่สำคัญคือการลงทุนในการพัฒนาระบบสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ให้มีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง รวมถึงการมีระบบที่รายงานข้อมูลแบบเรียลไทม์ให้กับผู้ให้บริการปฐมภูมิ¹⁸⁷ การแก้ไขปัญหาด้านข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลาเป็นหัวใจของการวัดผลคุณภาพและการติดตามประสิทธิผลของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตารางที่ 22 กลไกสำคัญที่เชื่อมโยงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

	ผู้มีบทบาทหลัก	การเชื่อมโยงคุณภาพบริการปฐมภูมิกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (ตัวอย่าง)
กลไกทางการเงิน (QOF)	สปสช., หน่วยบริการปฐมภูมิ, บุคลากรทางการแพทย์	จูงใจให้หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการที่มีคุณภาพตามตัวชี้วัดที่กำหนด เพื่อให้ผู้รับบริการ UHC ได้รับบริการที่ดีขึ้น ¹⁸⁴	คะแนน QOF, ร้อยละการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด (เช่น การจัดการ DM/HT, MCH) ¹⁸⁴
ระบบการส่งต่อผู้ป่วย	หน่วยบริการปฐมภูมิ, โรงพยาบาลแม่ข่าย/รับส่งต่อ, สปสช.	ทำให้ผู้ป่วย UHC สามารถเข้าถึงบริการในระดับที่เหมาะสมได้อย่างราบรื่น ลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ¹⁸²	ร้อยละการใช้บริการปฐมภูมิเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย, ความพึงพอใจต่อการส่งต่อ ¹⁸²
การแลกเปลี่ยนข้อมูลและระบบสารสนเทศ	กระทรวงสาธารณสุข, สปสช., หน่วยบริการปฐมภูมิ	สนับสนุนการติดตามและประเมินผลคุณภาพบริการ UHC อย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง ¹⁹²	ความสมบูรณ์ของข้อมูลเวชระเบียน ¹⁸⁵ , ความทันเวลาของการรายงานข้อมูล ¹⁹¹ , การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ

การพัฒนาและนำตัวชี้วัดคุณภาพไปใช้ในระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง ซึ่งได้เผชิญกับความท้าทายหลายประการ แต่ก็ได้นำมาซึ่งบทเรียนอันมีค่าที่สามารถนำไปสู่การปรับปรุงในอนาคต ในช่วงเริ่มต้นของการนำโครงการ QOF มาใช้ในประเทศไทย พบว่ามีอุปสรรคสำคัญหลายประการ ประการที่ 1 ตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นในระยะแรกยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ การขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก และไม่ได้มีการนำร่องทดสอบก่อนนำไปใช้จริง¹⁸⁴ การขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการสื่อสารที่ไม่เพียงพอเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความท้าทายด้านธรรมาภิบาลที่สำคัญ การที่นโยบายและตัวชี้วัดถูกกำหนดจากส่วนกลางโดยไม่ได้รับข้อคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานหน้างานอย่างเพียงพอ อาจบั่นทอนการนำไปปฏิบัติและนำไปสู่การต่อต้านหรือไม่เกิดผลลัพธ์ตามที่ตั้งใจไว้ ประการที่ 2 ปัญหาในการนำไปปฏิบัติยังรวมถึงการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ การขาดระบบบ่งชี้ข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการ และการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับคะแนน QOF ที่ทำได้จริง¹⁸⁴ นอกจากนี้ ความไม่ร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ยังส่งผลให้เกิดความไม่เข้ากันของนโยบาย ซึ่งสร้างภาระให้กับบุคลากรในภาคบริการปฐมภูมิ¹⁸⁴ ประการที่ 3 ข้อจำกัดด้านทรัพยากรก็เป็นอีกหนึ่งความท้าทาย หน่วยบริการปฐมภูมิยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ไม่มีแพทย์ประจำ และมิงงบประมาณไม่เพียงพอ ฐานข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือและการสนับสนุนหน่วยบริการในการจัดการข้อมูลก็เป็นอุปสรรคสำคัญ¹⁸⁸ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สูงขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรค ก็เป็นปัจจัยที่สร้างความกดดันให้กับบุคลากร¹⁸⁹ การที่ข้อมูลยังไม่น่าเชื่อถือและขาดแพลตฟอร์มข้อมูลใหม่ๆ ที่จำเป็น ทำให้การวัดผลคุณภาพและการติดตามผลของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นไปได้ยากและขาดความแม่นยำ

จากความท้าทายที่พบ โครงการ QOF ได้นำมาซึ่งบทเรียนสำคัญหลายประการ ซึ่งนำไปสู่แนวทางการปรับปรุงที่ชัดเจน¹⁸⁴ รายละเอียดดังนี้

- **การพัฒนาตัวชี้วัดที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์:** มีการเน้นย้ำอย่างยิ่งว่ากระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดควรเป็นไปอย่างเป็นระบบ อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีความโปร่งใส
- **การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:** การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักอื่นๆ เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อทดสอบความถูกต้องของตัวชี้วัดและสร้างการยอมรับจากผู้ให้บริการ
- **การนำร่องทดสอบ:** ตัวชี้วัดควรได้รับการนำร่องทดสอบก่อนนำไปใช้จริง เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ความน่าเชื่อถือ และความถูกต้อง
- **งบประมาณและการบริหารจัดการ:** การดำเนินโครงการ QOF ควรมิงงบประมาณแยกต่างหาก และบริหารจัดการจากส่วนกลาง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและลดปัญหาความไม่เข้ากันของนโยบาย
- **ความเสถียรของตัวชี้วัด:** ควรคงตัวชี้วัดไว้เป็นระยะเวลาอย่างน้อยสามปี และมีเกณฑ์การจ่ายเงินที่ชัดเจน
- **การสื่อสารและระบบบ่งชี้ข้อมูล:** ควรเพิ่มความพยายามในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหารโครงการ และผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการมีระบบบ่งชี้ข้อมูลแบบทันเวลา

- **ระบบติดตามและประเมินผล:** ควรจัดตั้งระบบติดตามและประเมินผลที่แข็งแกร่ง เพื่อปรับปรุงโครงการ QOF อย่างต่อเนื่องและป้องกันผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้น

บทเรียนเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถของระบบสุขภาพไทยในการเรียนรู้และแก้ไขตนเองจากประสบการณ์ ซึ่งเป็นคุณลักษณะสำคัญของระบบที่มีความยืดหยุ่นและพร้อมรับมือกับความท้าทายต่างๆ ประเทศไทยได้แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการเรียนรู้และปรับใช้แนวปฏิบัติสากลในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ¹⁸⁴ HITAP ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยอิสระภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีการทบทวนแนวทางจากวรรณกรรมนานาชาติและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น NICE และ University of York.¹⁹²

กรอบแนวคิดของ WHO สำหรับการวัดผลระบบบริการปฐมภูมิ (PHC measurement framework) เน้นการติดตามขีดความสามารถและผลการดำเนินงานของ PHC เพื่อบรรลุเป้าหมาย UHC และ SDGs โดยให้ความสำคัญกับโครงสร้าง ปัจจัยนำเข้า กระบวนการจัดบริการ และผลผลิต¹⁹³ นอกจากนี้ กรอบแนวคิด PHCPI ยังเน้นย้ำถึงองค์ประกอบสำคัญ เช่น การเข้าถึง ความพร้อมของบริการที่มีประสิทธิภาพ การดูแลที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (ซึ่งรวมถึงการติดต่อครั้งแรก การประสานงาน ความครอบคลุม ความต่อเนื่องและความปลอดภัย) และการจัดองค์กรและการบริหารจัดการ

การที่ประเทศไทยได้นำบทเรียนจากนานาชาติและกรอบแนวคิดของ WHO มาปรับใช้อย่างกระตือรือร้น¹⁸⁴ ทำให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับว่าเป็น "ประเทศผู้บุกเบิกด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง" (UHC pathfinder among LMIC countries) การมุ่งมั่นที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ทั่วโลกนี้ช่วยเร่งความก้าวหน้าและเสริมสร้างความน่าเชื่อถือของโครงการปรับปรุงคุณภาพบริการปฐมภูมิของประเทศ

2.4.7 ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 6

มาตรการ 6 ตัวชี้วัดที่ตามมาตราการเรื่องการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

คำจำกัดความและหลักการพื้นฐานของ HIA

HIA ถูกนิยามว่าเป็นชุดของขั้นตอน วิธีการ และเครื่องมือที่ใช้ในการตัดสินใจอย่างเป็นระบบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น และบางครั้งอาจเป็นผลกระทบที่ไม่ได้ตั้งใจ จากนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือมาตรการต่างๆ ที่มีต่อสุขภาพของประชากร และการกระจายของผลกระทบเหล่านั้นภายในประชากร¹⁹⁴ โดยหลักแล้ว HIA เป็นเครื่องมือเชิงคาดการณ์ (prospective tool) ที่ให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจก่อนที่จะมีการนำนโยบายหรือโครงการไปปฏิบัติจริง¹⁹⁵ ลักษณะสำคัญของ HIA คือความสามารถในการคาดการณ์ผลลัพธ์ของการดำเนินการ และการให้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์การป้องกันและควบคุม ตลอดจนวงจรของโครงการ¹⁹⁶ HIA ยึดมั่นในค่านิยมที่เชื่อมโยงกัน 4 ประการ ได้แก่

- **ประชาธิปไตย:** ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และรับประกันว่าทุกฝ่ายที่ได้รับผลกระทบจะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ¹⁹⁷
- **ความเท่าเทียม:** พิจารณาผลกระทบต่อประชากรทั้งหมด โดยให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มเปราะบางหรือกลุ่มด้อยโอกาส และระบุการกระจายของผลกระทบภายในประชากร ¹⁹⁷
- **การพัฒนาที่ยั่งยืน:** พิจารณาทั้งผลกระทบระยะสั้นและระยะยาว รวมถึงผลกระทบที่ชัดเจนและไม่ชัดเจน ¹⁹⁸
- **การใช้หลักฐานอย่างมีจริยธรรม:** รับประกันว่าหลักฐานจะถูกนำมาใช้อย่างรับผิดชอบและโปร่งใส⁵ หลักการเหล่านี้เป็นรากฐานสำคัญที่เพิ่มคุณค่าให้กับ HIA ¹⁹⁹

HIA เป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับในการประมาณการและคาดการณ์ผลกระทบของนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือมาตรการต่างๆ เครื่องมือนี้ถือเป็นทรัพยากรสำคัญที่ช่วยให้เกิดการมองการณ์ไกลในการตัดสินใจเชิงสังคม โดยมีการนำไปใช้อย่างเป็นระบบทั่วโลก ¹⁹⁸ บทบาทของ HIA จึงไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเท่านั้น แต่ยังขยายไปถึงการเป็นกลไกเชิงรุกที่ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถคาดการณ์และป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ได้ก่อนที่จะเกิดปัญหขึ้นจริง แทนที่จะเป็นการตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว ความสามารถในการมองการณ์ไกลนี้เป็นมิติสำคัญที่บ่งชี้ถึงคุณค่าที่เพิ่มขึ้นของ HIA ในการนำไปสู่การกำหนดนโยบายเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ HIA ยังมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามแนวคิด "สุขภาพในทุกนโยบาย" (Health in All Policies: HiAP) ¹⁹⁹ แนวทาง HiAP นำเสนอโอกาสที่ดีที่สุดในการสร้างสถานะที่เอื้อต่อสุขภาพและความเท่าเทียมด้านสุขภาพ และการทำงานแบบองค์รวมของรัฐบาลและความร่วมมือข้ามภาคส่วนที่ฝังอยู่ใน HiAP ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ²⁰⁰ HIA จึงไม่ได้เป็นเพียงการประเมินแบบเดี่ยว ๆ แต่เป็นกลไกเชิงปฏิบัติที่ช่วยให้ปรัชญาการบริหารจัดการที่กว้างขึ้น ซึ่งกำหนดความรับผิดชอบต่อสุขภาพในทุกภาคส่วน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การประเมินความสำเร็จของ HIA จึงรวมถึงการประเมินการมีส่วนร่วมในการลดอุปสรรคระหว่างภาคส่วนและการส่งเสริมการบริหารจัดการแบบบูรณาการ

กระบวนการ HIA: ขั้นตอนและความเชื่อมโยง

กระบวนการ HIA โดยทั่วไปประกอบด้วย 6 ขั้นตอนที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ การคัดกรอง (Screening), การกำหนดขอบเขต (Scoping), การประเมิน (Assessment หรือ Appraisal), การเสนอแนะ (Recommendations), การรายงาน (Reporting), และการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ²⁰¹

1. **การคัดกรอง (Screening):** ขั้นตอนนี้เป็นการพิจารณาว่า HIA มีความเป็นไปได้ เหมาะสมกับเวลา และจะเพิ่มคุณค่าให้กับกระบวนการตัดสินใจหรือไม่ โดยประเมินศักยภาพของข้อเสนอที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ หรือผลกระทบที่อาจกระจายตัวอย่างไม่เท่าเทียม รวมถึงการประเมินความพร้อมของทรัพยากร

2. **การกำหนดขอบเขต (Scoping):** เป็นการวางแผน HIA โดยระบุผลกระทบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง คำถามวิจัย แหล่งข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ และการจัดทำแผนงานที่รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย แผนภาพเส้นทาง (Pathway diagrams) เป็นประโยชน์ในการแสดงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น
3. **การประเมิน (Assessment หรือ Appraisal):** เป็นขั้นตอนหลักของ HIA ที่มีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานเพื่อสร้างโปรไฟล์สภาพสุขภาพปัจจุบัน ระบุประชากรกลุ่มเปราะบาง และประเมินทิศทางและขนาดของผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น⁸ ขั้นตอนนี้อาจรวมถึงการคาดการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพด้วย
4. **การเสนอแนะ (Recommendations):** พัฒนากลยุทธ์เพื่อเพิ่มผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพให้สูงสุด และลดหรือหลีกเลี่ยงผลกระทบเชิงลบ โดยข้อเสนอนี้ควรมีความเฉพาะเจาะจง สามารถนำไปปฏิบัติได้ และสามารถติดตามผลได้
5. **การรายงาน (Reporting):** นำเสนอผลลัพธ์ ข้อค้นพบ และข้อเสนอนี้ที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ต่อสาธารณะ แก่ผู้กำหนดนโยบายและชุมชน โดยมีการบันทึกวัตถุประสงค์ ผู้เข้าร่วม กระบวนการ วิธีการ และข้อเสนอนี้
6. **การติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation):** ขั้นตอนสุดท้ายที่ติดตามผลกระทบของ HIA ต่อกระบวนการตัดสินใจ การนำการตัดสินใจไปปฏิบัติ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพเมื่อเวลาผ่านไป ขั้นตอนนี้ยังประเมินว่า HIA บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่

ความสำคัญของ HIA ในการส่งเสริมสาธารณสุขและความเท่าเทียม

HIA มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคเรื้อรังและปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสาธารณสุขโดยรวม ด้วยการระบุความเสี่ยงและโอกาสด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายต่างๆ HIA ช่วยในการพัฒนานโยบายและโครงการที่ส่งเสริมสุขภาพและลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ²⁰² นอกจากนี้ HIA ยังนำเสนอความเข้าใจด้านสุขภาพแบบองค์รวมที่เน้นชุมชนเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ โดยตระหนักว่าสุขภาพเป็นผลลัพธ์สูงสุดของสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง¹⁹⁹ HIA ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถเลือกทางเลือกและการปรับปรุงเพื่อป้องกันโรคหรือการบาดเจ็บ และส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน¹⁹⁸

HIA ได้พัฒนาไปสู่เครื่องมือเฉพาะทางสำหรับการประเมินผลกระทบด้านความเท่าเทียมทางสุขภาพ (Health Equity Impact Assessment: HEIA)²⁰³ HEIA นำเสนอแนวทางที่มีโครงสร้างเพื่อพิจารณาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการ หรือความคิดริเริ่มอื่นๆ ที่มีต่อความเท่าเทียมด้านสุขภาพการพัฒนาที่สำคัญนี้เปลี่ยนความเท่าเทียมจากหลักการทั่วไปให้กลายเป็นมิติหลักที่สามารถวัดผลได้ในการปฏิบัติของ HIA ซึ่งบ่งชี้ถึงความมุ่งมั่นที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

ตารางที่ 23 ขั้นตอนกระบวนการ HIA และจุดเน้นการประเมินที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอน HIA	วัตถุประสงค์หลักของขั้นตอน	จุดเน้นการประเมิน
การคัดกรอง (Screening)	กำหนดว่า HIA มีความเป็นไปได้ เหมาะสมกับเวลา และจะเพิ่ม คุณค่าหรือไม่	ความเหมาะสมและความจำเป็น ของ HIA, ศักยภาพของ ผลกระทบด้านสุขภาพที่มี นัยสำคัญและไม่เท่าเทียม, ความ พร้อมของทรัพยากร ¹⁹⁴
การกำหนดขอบเขต (Scoping)	วางแผน HIA โดยระบุผลกระทบ ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง คำถาม วิจัย แหล่งข้อมูล และวิธีการ วิเคราะห์	ความครอบคลุมของขอบเขต, การระบุปัจจัยกำหนดสุขภาพและ ประชากรกลุ่มเปราะบาง, การมี ส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน การกำหนดขอบเขต ¹⁹⁴
การประเมิน (Assessment/Appraisal)	รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล/ หลักฐานเพื่อสร้างโปรไฟล์สภาพ สุขภาพปัจจุบัน และประเมินผล กระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น	คุณภาพและความน่าเชื่อถือของ ข้อมูลและหลักฐาน, ความถูกต้อง ของการประเมินผลกระทบ (เชิง ปริมาณและคุณภาพ), การ พิจารณาความเท่าเทียมในการ วิเคราะห์ผลกระทบ ²⁰¹
การเสนอแนะ (Recommendations)	พัฒนากลยุทธ์เพื่อเพิ่มผลกระทบ เชิงบวกและลดผลกระทบเชิงลบ ต่อสุขภาพ	ความเฉพาะเจาะจงและการนำไป ปฏิบัติได้ของข้อเสนอแนะ, การ ตอบสนองต่อข้อกังวลของชุมชน, การอิงหลักฐานและความเป็นไป ได้ ¹⁹⁵
การรายงาน (Reporting)	นำเสนอผลลัพธ์ ข้อค้นพบ และ ข้อเสนอแนะที่ชัดเจนต่อผู้กำหนด นโยบายและชุมชน	ความชัดเจนและความเข้าถึงได้ ของรายงาน, ความโปร่งใสของ กระบวนการและข้อค้นพบ, การ สื่อสารที่เหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย ¹⁹⁵

ตัวชี้วัดสำหรับการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ที่รอบด้านใน HIA

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับการใช้ข้อมูลและองค์ความรู้ที่แข็งแกร่งและหลากหลายอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดในส่วนนี้จะมุ่งเน้นไปที่คุณภาพและความแม่นยำของหลักฐานที่นำมาใช้ รวมถึงความสามารถในการบูรณาการแหล่งความรู้ที่หลากหลาย

คุณภาพและความแม่นยำของหลักฐาน

HIA ต้องการการเข้าถึงข้อมูลคุณภาพสูงที่ครอบคลุมสภาพแวดล้อม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคม²⁰¹ กระบวนการ HIA ใช้หลักฐานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ รวมถึงวิธีการวิเคราะห์ที่หลากหลาย ซึ่งล้วนมีคุณค่า¹⁹⁷ แหล่งที่มาของหลักฐานโดยทั่วไปประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่ การค้นหาและทบทวนหลักฐานใหม่ และการสร้างและวิเคราะห์หลักฐานใหม่²⁰⁴

ตัวชี้วัดสำหรับการประเมินคุณภาพ ความเกี่ยวข้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้แก่:

- 1. การประเมินข้อมูลพื้นฐาน:** การสร้างข้อมูลพื้นฐานเป็นสิ่งสำคัญในการพิจารณาว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เครือข่ายการติดตามข้อมูลของ CDC (CDC Tracking Network) เป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในกระบวนการ HIA ซึ่งให้ข้อมูลระดับชาติ รัฐ และท้องถิ่นสำหรับการกำหนดขอบเขต การประเมิน และการติดตามผล²⁰¹
- 2. การคาดการณ์/การประมาณการ:** การประเมินทิศทางและขนาดของผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการสัมผัสหรือการดำเนินการเพื่อปกป้องสุขภาพ²⁰¹ วิธีการเชิงปริมาณ เช่น Population Attributable Fraction (PAF) และ Health Impact Functions (HIF) ใช้ในการประมาณการการเปลี่ยนแปลงของอัตราการป่วยหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร²⁰⁵ เครื่องมืออย่าง EPA's BenMAP สามารถใช้ในการวัดปริมาณการะคายเคืองด้านสุขภาพได้²⁰¹
- 3. การจัดการกับช่องว่าง/ข้อจำกัดของข้อมูล:** การระบุความต้องการ/ช่องว่างของข้อมูลที่ระบุด้วยตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวน HIA¹⁹⁷ รายงาน HIA ควรให้เหตุผลในการเลือกหรือไม่รวมข้อมูลและวิธีการ รวมถึงระบุช่องว่างของข้อมูล ความไม่แน่นอน และข้อจำกัด²⁰⁶
- 4. การประเมินที่เข้มงวด:** การปรับปรุงและเสริมสร้างคุณภาพและความเข้มงวดของการประเมินจะช่วยสร้างความไว้วางใจ²⁰⁷

ในการนำ HIA ไปปฏิบัติจริง ความท้าทายสำคัญประการหนึ่งคือความพร้อมใช้งานของข้อมูลและระดับของข้อมูล¹⁹⁴ แม้ว่าข้อมูลอาจมีอยู่ แต่ระดับความละเอียดของข้อมูล (เช่น ระดับมณฑล เทียบกับระดับรหัสไปรษณีย์) อาจไม่ตรงกับขอบเขตของโครงการ ซึ่งส่งผลต่อความแม่นยำของการประเมิน¹⁹⁴ นอกจากนี้ยังมีความตึงเครียดระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณที่ถือเป็น "วิทยาศาสตร์" กับข้อมูลเชิงคุณภาพจากชุมชนในการตัดสินใจ²⁰⁴ แม้ว่า HIA จะให้คุณค่ากับหลักฐานทุกประเภทอย่างเท่าเทียมกัน แต่ผู้กำหนดนโยบายหรือระบบกฎหมายอาจให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงปริมาณมากกว่า การประเมิน HIA ที่มีประสิทธิภาพจึงต้องพิจารณาว่ามีการจัดการและสื่อสารความสมดุลนี้อย่างไร

ความกว้างและความลึกของการบูรณาการความรู้

ตัวชี้วัดสำหรับการบูรณาการแหล่งความรู้ที่หลากหลาย ได้แก่

1. HIA พิจารณาข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการตัดสินใจ¹⁹⁷
2. ความเชี่ยวชาญของชุมชน (เช่น กลุ่มโป๊กส์ การสำรวจ) มีคุณค่าควบคู่ไปกับข้อมูลทางวิทยาศาสตร์¹⁹⁵
3. ทีม HIA ควรมีความหลากหลาย มีความรู้ข้ามสาขาวิชา วัฒนธรรม และวินัยที่แตกต่างกัน พร้อมด้วยความสามารถ ทักษะ และความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย²⁰⁷

ตัวชี้วัดสำหรับการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (data triangulation) และวิธีการวิเคราะห์ที่ครอบคลุม ได้แก่

1. HIA ส่วนใหญ่ใช้วิธีการวิจัยที่หลากหลาย (mixed-methods approach) เพื่อพัฒนาการประเมินที่รอบด้าน²⁰⁸
2. การใช้วิธีการที่หลากหลายช่วยในการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าและให้การประเมินที่สมบูรณ์และรอบด้านยิ่งขึ้น²⁰⁸
3. ตัวอย่างของวิธีการ ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม การสำรวจ การสัมภาษณ์ (ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มโป๊กส์) และการวิเคราะห์ GIS²⁰⁸
4. การใช้เทคโนโลยีสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการวิเคราะห์ข้อมูล HIA ได้อย่างมาก โดยช่วยในการรวบรวมและบูรณาการชุดข้อมูลขนาดใหญ่จากแหล่งต่างๆ การประยุกต์ใช้แบบจำลองทางสถิติขั้นสูงและอัลกอริทึมการเรียนรู้ของเครื่องเพื่อคาดการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพ และการจัดหาเครื่องมือการแสดงผลข้อมูลเพื่อสื่อสารข้อมูลเชิงลึกที่ซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁰⁹ ตัวอย่างเครื่องมือได้แก่ AirQ+, CLIMAQ-H, และ HEAT สำหรับการเดินและการปั่นจักรยาน¹⁹⁸

หลักการ "การใช้หลักฐานอย่างมีจริยธรรม" ซึ่งเป็นค่านิยมหลักของ HIA¹⁹⁸ บ่งชี้ถึงความรับผิดชอบที่นอกเหนือไปจากการรวบรวมข้อมูลเพียงอย่างเดียว ซึ่งรวมถึงการพิจารณาความโปร่งใส อคติที่อาจเกิดขึ้น การจัดการกับหลักฐานจากประชากรกลุ่มเปราะบาง และการรับรองว่าทุกเสียงจะได้รับการรับฟังและเป็นตัวแทนอย่างยุติธรรม สิ่งนี้ขยายขอบเขตจากความถูกต้องทางเทคนิคไปสู่ความยุติธรรมทางสังคมในการใช้ข้อมูล นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนผ่านไปสู่การสร้างแบบจำลองเชิงคาดการณ์และการบูรณาการข้อมูลเพื่อ "การมองการณ์ไกล"¹⁹⁸ แนวโน้มนี้บ่งชี้ถึงการพัฒนาขีดความสามารถในการวิเคราะห์ขั้นสูงใน HIA ซึ่งเปลี่ยนจากการประเมินเชิงพรรณนาไปสู่การคาดการณ์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเชิงรุก สิ่งนี้ต้องการการบูรณาการข้อมูลที่แข็งแกร่งและวิธีการวิเคราะห์ขั้นสูง ซึ่งเป็นพื้นที่สำคัญสำหรับการประเมินขีดความสามารถทางเทคนิคและนวัตกรรม

ตารางที่ 24 ตัวชี้วัดสำคัญสำหรับการใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ใน HIA

มิติการประเมิน	ตัวชี้วัด	คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล/วิธีการวัด
คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล	1.1 การประเมินข้อมูลพื้นฐาน	ความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการกำหนดสภาพสุขภาพปัจจุบันและปัจจัยกำหนดสุขภาพก่อนการแทรกแซง ¹⁹⁴	- การตรวจสอบรายงาน HIA
	1.2 ความแม่นยำของการคาดการณ์ผลกระทบ	ความถูกต้องของแบบจำลองและวิธีการเชิงปริมาณ (เช่น PAF, HIF) ที่ใช้ในการคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงของอัตราการป่วยหรือการเสียชีวิต ²⁰⁵	- การตรวจสอบวิธีการวิเคราะห์ในรายงาน HIA
	1.3 การระบุและจัดการช่องว่างข้อมูล	การระบุอย่างชัดเจนถึงช่องว่างของข้อมูล ความไม่แน่นอน และข้อจำกัดในการประเมิน รวมถึงแผนการแก้ไข ¹⁹⁷	- การตรวจสอบรายงาน HIA สำหรับส่วนที่กล่าวถึงข้อจำกัดของข้อมูล
	1.4 ความเข้มงวดของกระบวนการประเมิน	การนำแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดมาใช้เพื่อรับรองคุณภาพและความเข้มงวดของการวิเคราะห์ข้อมูล ²⁰⁷	- การตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติ HIA (MEPS) ²¹⁰
ความครอบคลุมของการบูรณาการความรู้	1.5 การบูรณาการแหล่งความรู้ที่หลากหลาย	การรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ (วิทยาศาสตร์, ผู้เชี่ยวชาญ, ชุมชน) และวิธีการ (เชิงปริมาณ, เชิงคุณภาพ) อย่างสมดุล ¹⁹⁷	- การตรวจสอบรายงาน HIA เพื่อการอ้างอิงแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย
	1.6 การใช้ข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)	การใช้วิธีการวิจัยที่หลากหลาย (เช่น การทบทวนวรรณกรรม การสำรวจ การสัมภาษณ์ GIS) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล และให้การประเมินที่รอบด้าน ²⁰⁸	- การตรวจสอบระเบียบวิธีวิจัยในรายงาน HIA
	1.7 การใช้เทคโนโลยีในการวิเคราะห์ข้อมูล	การใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูง (เช่น แบบจำลองเชิงคาดการณ์, เครื่องมือการแสดงผลข้อมูล) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการวิเคราะห์ข้อมูลและการสื่อสารผลลัพธ์ ¹⁹⁸	- การตรวจสอบเครื่องมือที่ระบุในรายงาน HIA
	1.8 การใช้หลักฐานอย่างมีจริยธรรม	การรับรองว่าหลักฐานทั้งหมด รวมถึงข้อมูลจากประชากรกลุ่มเปราะบาง ถูกนำมาใช้อย่างโปร่งใส เป็นกลาง และยุติธรรม ¹⁹⁸	- การตรวจสอบนโยบายการเปิดเผยข้อมูลของ HIA

ตัวชี้วัดสำหรับการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน HIA

การมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นหัวใจสำคัญของ HIA ที่มีประสิทธิภาพ โดยบ่งชี้ถึงค่านิยมด้านประชาธิปไตยและความเท่าเทียมของกระบวนการ ตัวชี้วัดในส่วนนี้จะประเมินคุณภาพและระดับของการมีส่วนร่วม รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพและการเพิ่มอิทธิพลของชุมชนที่ได้รับผลกระทบ

ระดับและคุณภาพของการมีส่วนร่วม

HIA ส่งเสริมประชาธิปไตยโดยการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย¹⁹⁷ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นองค์ประกอบสำคัญของ HIA ในทุกขั้นตอน²¹¹

ตัวชี้วัดสำหรับการประเมินขอบเขตและความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่

1. ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการ HIA: วัดจำนวน HIA ที่ดำเนินการ และขอบเขตที่ HIA ถูกนำมาใช้ในการแจ้งการตัดสินใจ²⁰²
2. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความหมายและครอบคลุม: (เช่น ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ หน่วยงานสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบาย) ในแต่ละขั้นตอนสนับสนุนคุณภาพและประสิทธิผลของ HIA¹⁴
3. การระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีศักยภาพ: ก่อนเริ่ม HIA เพื่ออำนวยความสะดวกในการเป็นตัวแทนที่หลากหลาย²⁰⁷
4. การอำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมของประชากรที่ได้รับผลกระทบ: ในทุกขั้นตอน²⁰⁷
5. เทคนิคการรวบรวมข้อมูล: การประชุมสาธารณะ การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจ แบบสอบถาม กลุ่มโฟกัส การสัมภาษณ์ แพลตฟอร์มออนไลน์²¹²
6. ความกว้างของการมีส่วนร่วม: การใช้วิธีการเข้าถึงที่หลากหลาย²⁰⁶

ตัวชี้วัดสำหรับการส่งเสริมความโปร่งใส การไม่แบ่งแยก และสภาพแวดล้อมการทำงานร่วมกัน ได้แก่

1. การส่งเสริมกระบวนการที่ร่วมมือและโปร่งใส: ที่ตอบสนองต่อความต้องการและข้อกังวลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย²⁰²
2. การเพิ่มความโปร่งใส: เกี่ยวกับการตัดสินใจ ผลประโยชน์ทับซ้อน ความรับผิดชอบ และข้อเสนอแนะ²⁰⁷
3. การสร้างความไว้วางใจและความน่าเชื่อถือ: ระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านความโปร่งใสและการไม่แบ่งแยก²⁰⁹
4. การสร้างช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน: และกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย²⁰⁹
5. การสร้างความสัมพันธ์: กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านการสื่อสารและการเข้าถึงอย่างสม่ำเสมอ²¹²
6. การรับรองว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้²¹²

การวัดความพึงพอใจและการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่

1. การเพิ่มการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ²⁰²
2. การตัดสินใจมักได้รับการยอมรับได้ง่ายขึ้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเนื่องจากความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ²⁰⁴
3. การสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถวัดการยอมรับหรือความเป็นไปได้ของข้อเสนอแนะ ²⁰⁶

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน HIA ไม่ได้เป็นเพียงการเข้าร่วมเท่านั้น แต่ยังมุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วมที่มีความหมายและเท่าเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับชุมชนที่เผชิญกับความไม่เท่าเทียม ²⁰⁶ สิ่งนี้บ่งชี้ถึงมาตรฐานที่สูงขึ้น ซึ่งมุ่งมั่นที่จะให้แน่ใจว่าข้อมูลจากชุมชนมีอิทธิพลต่อกระบวนการและผลลัพธ์อย่างแท้จริง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังทำหน้าที่เป็นกลไกในการสร้างฉันทามติและลดอุปสรรคระหว่างภาคส่วนต่างๆ ¹⁹⁹ การมีส่วนร่วมดังกล่าวไม่เพียงแต่รวบรวมข้อมูลเท่านั้น แต่ยังส่งเสริมความร่วมมือและความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งจำเป็นต่อการนำนโยบายข้ามภาคส่วนไปปฏิบัติ

การเสริมสร้างศักยภาพและอิทธิพลของชุมชนที่ได้รับผลกระทบ

ตัวชี้วัดสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพและเพิ่มพูนความรู้ในหมู่ชุมชนที่เผชิญกับความไม่เท่าเทียม:

1. การเพิ่มความรู้และความตระหนักในกระบวนการตัดสินใจ: ในหมู่ชุมชนที่เผชิญกับความไม่เท่าเทียม
2. การเพิ่มขีดความสามารถในการมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจ: รวมถึงความสามารถในการวางแผน จัดระเบียบ ระดมทุน และดำเนินการภายในบริบทการตัดสินใจ
3. กระบวนการ HIA: สามารถรวมถึงการฝึกอบรมความเป็นผู้นำสำหรับสมาชิกชุมชน

ตัวชี้วัดสำหรับการประเมินการเปลี่ยนแปลงในพลวัตอำนาจและอิทธิพลของชุมชนที่เพิ่มขึ้นต่อการตัดสินใจ:

- การเพิ่มอิทธิพลต่อการตัดสินใจ นโยบาย ความร่วมมือ สถาบัน และระบบ: ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของพวกเขา
- การเปลี่ยนแปลงในวัฒนธรรมภายในสถาบัน: และในหมู่ชุมชนเกี่ยวกับสิ่งที่ถือเป็นหลักฐาน (เช่น ข้อมูล/ความรู้ของชุมชนในฐานะ "ผู้เชี่ยวชาญ" และหลักฐานที่ถูกต้อง)
- รัฐบาลและสถาบันมีความโปร่งใส ครอบคลุม ตอบสนอง และ/หรือร่วมมือกันมากขึ้น: ซึ่งอาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในการออกแบบสถาบัน (เช่น คณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน สำนักงานใหม่ ด้านความเท่าเทียมทางสุขภาพ)
- HIA สามารถ "มีส่วนร่วมและเสริมสร้างศักยภาพชุมชน" ¹⁹⁵

HIA ทำหน้าที่เป็นตัวขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันไปสู่ความเท่าเทียมและความโปร่งใสมากขึ้น ตัวชี้วัดด้านความเท่าเทียมไม่ได้จำกัดอยู่เพียงผลลัพธ์ด้านสุขภาพส่วนบุคคล แต่ยังประเมินการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงในพลวัตอำนาจที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน และการที่รัฐบาลและสถาบันมีความโปร่งใส ครอบคลุม ตอบสนอง และร่วมมือกันมากขึ้น สิ่งนี้บ่งชี้ว่าการนำ HIA ไปปฏิบัติอย่าง

ประสบความสำเร็จนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพื้นฐานในโครงสร้างการกำกับดูแลและวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งเป็นผลกระทบระดับสูง อย่างไรก็ตาม การวัดการเปลี่ยนแปลงเชิงลึกในพลวัตอำนาจและวัฒนธรรมสถาบันในระยะยาวนั้นเป็นความท้าทายที่สำคัญ การประเมินผลกระทบเหล่านี้ต้องอาศัยการติดตามอย่างต่อเนื่องและการรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณอย่างเข้มข้นในระยะเวลานาน

ตารางที่ 25 ตัวชี้วัดสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากหลายภาคส่วนใน HIA

มิติการประเมิน	ตัวชี้วัด	คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล/วิธีการวัด
ระดับและคุณภาพของการมีส่วนร่วม	2.1 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความหมาย	ระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (รวมถึงชุมชนที่ได้รับผลกระทบและผู้กำหนดนโยบาย) ในแต่ละขั้นตอนของ HIA ²⁰²	- การสำรวจ/สัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
	2.2 ความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ขอบเขตที่ HIA ดึงดูดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายจากภาคส่วนต่างๆ (สุขภาพ, การขนส่ง, การใช้ที่ดิน, การจัดการของเสีย, ที่อยู่อาศัย, การศึกษา ฯลฯ) และภูมิหลังทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ¹⁹⁷	- การตรวจสอบบันทึกการประชุมและเอกสารแสดงการมีส่วนร่วม ²⁰⁷
	2.3 ความโปร่งใสและการสื่อสาร	ความชัดเจนและความสม่ำเสมอของช่องทางการสื่อสารและการเข้าถึงข้อมูลตลอดกระบวนการ HIA ²⁰²	- การวิเคราะห์รายชื่อผู้เข้าร่วมและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ระบุไว้ในรายงาน HIA ²⁰⁷
	2.4 การสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ	ระดับความไว้วางใจและความสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันที่พัฒนาขึ้นระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่แตกต่างกัน ²⁰²	- การตรวจสอบเอกสารการสื่อสาร (รายงาน, สรุปสำหรับผู้บริหาร)
การเสริมสร้างศักยภาพและอิทธิพลของชุมชน	2.5 การเพิ่มความรู้และขีดความสามารถของชุมชน	การเพิ่มความรู้และความตระหนักของชุมชนที่เผชิญกับความไม่เท่าเทียมเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจ และความสามารถในการมีส่วนร่วมในอนาคต	- การสำรวจความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ²⁰⁴
	2.6 การเปลี่ยนแปลงในอิทธิพลของชุมชน	การเพิ่มอิทธิพลของชุมชนที่เผชิญกับความไม่เท่าเทียมต่อการตัดสินใจ นโยบาย สถาบัน และระบบที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของพวกเขา	- การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
มิติการประเมิน	2.7 การเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันสู่ความโปร่งใสและครอบคลุม	การที่รัฐบาลและสถาบันมีความโปร่งใส ครอบคลุม ตอบสนอง และ/หรือร่วมมือกันมากขึ้นอันเป็นผลจาก HIA	- การวิเคราะห์กรณีศึกษาของความร่วมมือที่ประสบความสำเร็จ ²¹³

ตัวชี้วัดสำหรับอิทธิพลของ HIA ต่อการกำหนดนโยบายและผลลัพธ์

ส่วนนี้จะสำรวจตัวชี้วัดที่บ่งชี้ถึงอิทธิพลของ HIA ในการกำหนดนโยบายสาธารณะและการบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพและ equity ที่คาดหวัง โดยพิจารณาตั้งแต่การนำ HIA ไปใช้ในวงกว้างไปจนถึงผลกระทบที่จับต้องได้ต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยตรง

การนำ HIA ไปใช้และการยอมรับนโยบาย

การนำ HIA ไปใช้ (HIA uptake): ตัวชี้วัดนี้วัดจำนวน HIA ที่ดำเนินการ และขอบเขตที่ HIA ถูกนำมาใช้ในการแจ้งการตัดสินใจ ²⁰² ข้อมูลแสดงให้เห็นว่ามี HIA มากกว่า 300 รายการที่ดำเนินการแล้วหรืออยู่ระหว่างดำเนินการในสหรัฐอเมริกา ณ กลางปี 2014 ²¹⁴

การบูรณาการเข้ากับนโยบายและการตัดสินใจ: การบูรณาการ HIA เข้ากับกระบวนการกำหนดนโยบายและการตัดสินใจมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคเรื้อรังและส่งเสริมสาธารณสุข ⁹ HIA นำเสนอกระบวนการที่เป็นระบบสำหรับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถตัดสินใจได้อย่างรอบรู้ ²⁰² การฝัง HIA เข้าไปในกระบวนการกำหนดนโยบายเป็นขั้นตอนสำคัญในการผนวกข้อพิจารณาด้านสุขภาพเข้ากับการตัดสินใจในภาคส่วนต่างๆ ²⁰⁹

อัตราการยอมรับนโยบาย/การนำข้อเสนอแนะไปปฏิบัติ

- HIA มีเป้าหมายที่จะมีอิทธิพลต่อผู้กำหนดนโยบายเพื่อเพิ่มผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพและลดผลกระทบเชิงลบ
- มีการจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ¹⁹⁸
- การติดตามการยอมรับข้อเสนอแนะ การอภิปรายข้อค้นพบ และบรรยากาศการตัดสินใจด้านสุขภาพ ¹⁹⁵
- ข้อเสนอแนะควรมีความเฉพาะเจาะจง สามารถนำไปปฏิบัติได้ อิงประสบการณ์ มีประสิทธิภาพ สามารถบังคับใช้ได้ และสามารถติดตามผลได้ ²⁰⁶
- กิจกรรมที่มีอิทธิพลที่สร้างขึ้นในทุกขั้นตอนของ HIA ช่วยให้นั่นใจว่าข้อเสนอแนะได้รับการยอมรับและการตัดสินใจถูกนำไปปฏิบัติ
- การสร้างความสัมพันธ์แบบเหตุและผลระหว่างข้อเสนอแนะของ HIA กับการตัดสินใจที่ตามมาเป็นเรื่องยาก เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายอยู่ภายใต้อิทธิพลที่หลากหลาย

การทำให้ HIA เป็นสถาบัน (Institutionalization of HIA)

- การติดตามการทำให้ HIA เป็นสถาบัน ¹⁹⁵
- แม้ว่าจะมีนโยบายและกิจกรรมที่เพิ่มขึ้น แต่ HIA ส่วนใหญ่ยังคงเป็นไปโดยสมัครใจ นอกเหนือจากข้อกำหนดทางกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับ ²¹⁵
- บางภูมิภาคได้ทำให้ HIA เป็นสถาบันแล้ว (เช่น อันดาลูเซีย ประเทศสเปน ซึ่งมี HIA มากกว่า 700 รายการระหว่างปี 2015-2018) ²¹⁵

- สถาบันบัญญัติของรัฐควรผนวกข้อกำหนด HIA เข้าไปในกฎหมายที่เกี่ยวข้องและจัดหาเงินทุนสำหรับโครงสร้างพื้นฐาน HIA ¹⁹⁹

ช่องว่างระหว่างการดำเนินการ HIA กับ อิทธิพล/การทำให้เป็นสถาบัน ของ HIA เป็นประเด็นสำคัญ ²¹⁴ แม้ว่า HIA จะมีวัตถุประสงค์เพื่อแจ้งการตัดสินใจ แต่การนำไปปฏิบัติและการทำให้เป็นสถาบันยังไม่สมบูรณ์ในหลายประเทศ และ HIA ส่วนใหญ่ยังคงเป็นไปโดยสมัครใจ ²¹⁵ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญ คือการดำเนินการ HIA เป็นเรื่องหนึ่ง แต่การฝัง HIA เข้าไปในกระบวนการกำหนดนโยบายอย่างเป็นระบบและรับรองว่าข้อเสนอแนะได้รับการยอมรับเป็นอีกเป้าหมายที่ยากกว่า การประเมินจึงจำเป็นต้องแยกแยะความแตกต่างระหว่างสองแง่มุมนี้

นอกจากนี้ อิทธิพลของนโยบายยังมีความซับซ้อนและหลากหลายมิติ ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการยอมรับข้อเสนอแนะโดยตรง ผลลัพธ์ที่มีอิทธิพลจาก HIA รวมถึงบทเรียนและจุดดำเนินการที่สามารถมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและกิจกรรมในอนาคตภายในองค์กรพันธมิตรที่เกี่ยวข้องกับ HIA สิ่งนี้บ่งชี้ว่าอิทธิพลของ HIA ขยายไปไกลกว่าการตัดสินใจง่ายๆ ว่า "ใช่/ไม่ใช่" ในข้อเสนอแนะ ไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่กว้างขึ้นในความเข้าใจ ชีตความสามารถ และพฤติกรรมขององค์กร ซึ่งยากต่อการวัดปริมาณแต่มีความสำคัญเท่าเทียมกันสำหรับการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระยะยาว

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเท่าเทียม

ตัวชี้วัดสำหรับผลกระทบด้านสุขภาพที่คาดการณ์ไว้ ได้แก่

- จำนวนผู้ป่วยที่คาดการณ์ไว้: การป่วยหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ²⁰⁵
- ฟังก์ชันผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Function - HIF): เพื่อประมาณการการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเกิดโรค ²⁰⁵
- มาตรฐานเวลา: (เช่น Disability-Adjusted Life Years - DALYs) ²¹⁶
- ผลกระทบที่คิดเป็นต้นทุน ²¹⁶
- มาตรฐานหน่วยการทำงาน: (เช่น ประโยชน์ต่อต้านของการลดการปล่อยมลพิษ) ²¹⁶
- ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจอื่นๆ: (เช่น อัตราส่วนต้นทุน-ผลประโยชน์) ²¹⁶

ตัวชี้วัดสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่วัดผลได้ในปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม:

- HIA พิจารณาปัจจัยที่ส่งผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพของมนุษย์ (ปัจจัยกำหนดสุขภาพ).¹
- การประเมินผลกระทบของการตัดสินใจต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ ¹⁹⁵
- การเปลี่ยนแปลงในปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน: และความแตกต่างที่ลดลงระหว่างชุมชนที่เผชิญกับความไม่เท่าเทียมกับชุมชนอื่นๆ
- ตัวอย่างของปัจจัยกำหนดสุขภาพ: การจัดหาน้ำ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย อาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การเข้าถึงพื้นที่สีเขียว/พื้นที่สีน้ำเงิน ¹⁹⁵

การประเมินการลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพและความเหลื่อมล้ำ ได้แก่

- ความแตกต่างที่ลดลงในผลลัพธ์ด้านสุขภาพ: ระหว่างชุมชน กับความไม่เท่าเทียมกับชุมชนอื่นๆ
- เน้นผลกระทบด้านความเท่าเทียมและประชากรกลุ่มเปราะบาง ¹⁹⁸

ความท้าทายสำคัญในการประเมิน HIA คือการระบุความสัมพันธ์โดยตรงระหว่าง HIA กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว ²⁰² ผลกระทบของ HIA อาจไม่เกิดขึ้นทันที และการประเมินอาจต้องใช้กรอบเวลาที่ยาวนาน ²⁰² การประเมิน HIA จึงควรเน้นที่กระบวนการของ HIA และผลกระทบที่มีต่อกระบวนการตัดสินใจมากกว่าที่จะพยายามประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวโดยตรง การใช้มาตรวัดที่หลากหลายจึงมีความสำคัญต่อการประเมินผลกระทบของ HIA อย่างครอบคลุม ²¹⁶ การเลือกมาตรวัดที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับบริบทของปัญหาและขอบเขต ความรุนแรงของผลกระทบ และค่านิยมของชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพ ²¹⁶ การรวมตัวชี้วัดหลายตัว เช่น จำนวนกรณีที่เกิดได้ DALYs และผลกระทบที่คิดเป็นตัวเงิน จะช่วยให้เห็นภาพรวมของผลกระทบของ HIA ได้อย่างสมบูรณ์

ตารางที่ 26 ตัวชี้วัดการประเมินสำหรับอิทธิพลของ HIA ต่อการกำหนดนโยบายและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

มิติการประเมิน	ตัวชี้วัด	คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล/วิธีการวัด
การนำ HIA ไปใช้และอิทธิพลต่อนโยบาย	3.1 อัตราการนำ HIA ไปใช้ (HIA Uptake)	จำนวน HIA ที่ดำเนินการ และขอบเขตที่ HIA ถูกนำมาใช้ในการแจ้งการตัดสินใจ ²⁰²	- การติดตามจำนวน HIA ที่ดำเนินการในแต่ละปี
	3.2 การบูรณาการ HIA เข้ากับกระบวนการนโยบาย	ระดับที่ข้อพิจารณาด้านสุขภาพจาก HIA ถูกฝังอยู่ในกระบวนการกำหนดนโยบายข้ามภาคส่วน ²⁰²	- การสำรวจผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการใช้ HIA ในการตัดสินใจ ²¹⁴
	3.3 อัตราการยอมรับข้อเสนอแนะ	สัดส่วนข้อเสนอแนะ HIA ที่รับการยอมรับนำไปปฏิบัติโดยผู้กำหนดนโยบาย ¹⁹⁹	- การตรวจสอบเอกสารนโยบาย ดูการอ้างอิง HIA
	3.4 การทำให้ HIA เป็นสถาบัน	ขอบเขตที่ HIA กลายเป็นส่วนหนึ่งของข้อกำหนดทางกฎหมาย นโยบาย หรือแนวปฏิบัติมาตรฐานขององค์กร ¹⁹⁹	- การสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับอิทธิพลของ HIA ²⁰⁹
ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความเท่าเทียม	3.5 ผลกระทบด้านสุขภาพที่คาดการณ์ไว้	การเปลี่ยนแปลงที่คาดการณ์ไว้ในอัตราการป่วย การเสียชีวิต หรือภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย	- การติดตามการดำเนินการตามข้อเสนอแนะที่ระบุในรายงาน HIA ¹⁹⁷
	3.6 การเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันที่กำหนดสุขภาพ	การเปลี่ยนแปลงที่วัดผลได้ในปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (เช่น คุณภาพอากาศ, การเข้าถึงพื้นที่สีเขียว, การขนส่ง) ที่ได้รับอิทธิพลจากนโยบาย ¹⁹⁷	- การตรวจสอบกรอบนโยบายและกฎหมาย
	3.7 การลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ	การลดลงของความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพหรือความแตกต่างในปัจจุบันกำหนดสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง ¹⁹⁸	- การติดตามการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการดำเนินการ HIA อย่างต่อเนื่อง ²¹⁵

แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดและความท้าทายในการประเมิน HIA

การออกแบบและการดำเนินการประเมิน HIA ที่แข็งแกร่งนั้นต้องอาศัยการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดและการจัดการกับความท้าทายที่พบบ่อย

การสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการออกแบบและการดำเนินการประเมิน HIA ที่แข็งแกร่งมาตรฐานขั้นต่ำและแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Minimum Elements and Practice Standards for HIA - MEPS): MEPS เป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการทบทวน HIA ซึ่งระบุเกณฑ์ขั้นต่ำและแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด¹ MEPS เน้นย้ำว่า HIA เป็นกิจกรรมเชิงคาดการณ์ที่มุ่งการตัดสินใจในอนาคต การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การพิจารณาผลกระทบต่อง่ายกำหนดสุขภาพและความเท่าเทียมอย่างเป็นระบบ การจัดทำรายงานที่เข้าถึงได้ต่อสาธารณะ และการประเมินและการติดตามผล²¹⁰

- **การประเมินกระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ:** ประสิทธิภาพของ HIA สามารถประเมินได้โดยใช้การประเมินประเภทเหล่านี้²⁰² การประเมินโดยทั่วไปควรเน้นที่กระบวนการของ HIA และผลกระทบที่มีต่อกระบวนการตัดสินใจ มากกว่าที่จะเน้นเพียงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว
- **การใช้หลักฐานอย่างมีจริยธรรม:** เป็นค่านิยมหลักที่ใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบและเป็นกลาง¹⁹⁸
- **ความสามารถในการปรับตัว:** HIA ควรได้รับการปรับให้เข้ากับบริบทขององค์กรและกฎหมาย²⁰⁷
- **องค์ประกอบของทีม:** มีความสำคัญต่อความสำเร็จ โดยต้องการความเชี่ยวชาญที่หลากหลายและความพยายามในการทำงานร่วมกัน²⁰⁷
- **ข้อเสนอแนะที่ชัดเจนและนำไปปฏิบัติได้:** จำเป็นสำหรับการยอมรับและการนำไปปฏิบัติ²¹⁰
- **แผนการติดตามและประเมินผล:** ควรกำหนดผู้รับผิดชอบ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตัวชี้วัด แหล่งหลักฐาน และวิธีการที่จะใช้

การจัดการกับความท้าทายทั่วไป

- **ความซับซ้อนของ HIA:** HIA เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและปัจจัยหลายอย่าง ทำให้การประเมินเป็นเรื่องที่ท้าทาย²⁰²
- **ข้อมูลที่จำกัด:** ข้อมูลและสารสนเทศที่จำกัดอาจทำให้การประเมินผลกระทบของ HIA ต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความไม่เท่าเทียมเป็นเรื่องยาก²⁰² ความพร้อมใช้งานของข้อมูลในระดับที่เหมาะสมก็อาจเป็นปัญหาได้¹⁹⁴
- **กรอบเวลา:** การประเมินประสิทธิภาพของ HIA อาจต้องใช้กรอบเวลาที่ยาวนาน เนื่องจากผลกระทบของ HIA อาจไม่เกิดขึ้นทันที²⁰² ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวนั้นยากที่จะระบุสาเหตุโดยตรง
- **ข้อจำกัดด้านทรัพยากร:** ทรัพยากรและเงินทุนไม่เพียงพอสำหรับกระบวนการ HIA²⁰⁹
- **ความยากลำบากในการวัดปริมาณผลกระทบด้านสุขภาพ:** และการบูรณาการกับการตัดสินใจ²⁰⁹
- **ความท้าทายในการระบุสาเหตุ:** เป็นเรื่องยากที่จะสร้างความสัมพันธ์แบบเหตุและผลระหว่างข้อเสนอแนะของ HIA กับการตัดสินใจที่ตามมา เนื่องจากมีอิทธิพลหลายอย่างต่อผู้กำหนดนโยบาย

- **ลักษณะที่เป็นไปโดยสมัครใจเทียบกับข้อกำหนดทางกฎหมาย:** HIA ส่วนใหญ่เป็นไปโดยสมัครใจ ซึ่งส่งผลต่อการทำให้เป็นสถาบัน²¹⁵

มีความตึงเครียดโดยธรรมชาติระหว่างลักษณะที่ครอบคลุมของ HIA กับข้อจำกัดเชิงปฏิบัติของการประเมิน²⁰² HIA มุ่งเน้นแนวทางที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ โดยพิจารณาปัจจัยกำหนดที่หลากหลายและผลกระทบในระยะยาว¹⁹⁷ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดด้านข้อมูล ระยะเวลา และทรัพยากรทำให้เกิดความท้าทายในการประเมินผลกระทบที่กว้างขวางและซับซ้อนอย่างเข้มงวด กรอบการประเมินจึงต้องมีความเป็นจริงและจัดลำดับความสำคัญของจุดที่มีอิทธิพลหลัก เพื่อเอาชนะอุปสรรคในการนำไปปฏิบัติ จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพและแนวทางที่ชัดเจน²⁰⁹ การเพิ่มความตระหนักและขีดความสามารถในหมู่ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงการจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอ สามารถแก้ไขได้โดยการฝึกอบรม การให้ความรู้ และการสร้างแนวทางและกรอบการทำงานที่ชัดเจน สิ่งนี้บ่งชี้ว่าการนำ HIA ไปปฏิบัติและการประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดที่ถูกต้องเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการลงทุนในทรัพยากรบุคคลและการสนับสนุนเชิงสถาบันด้วย

บทสรุปและทิศทางในอนาคต

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) เป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการส่งเสริมสุขภาพและความเท่าเทียมผ่านการกำหนดนโยบายที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน การประเมินประสิทธิผลของ HIA อย่างครอบคลุมต้องอาศัยชุดตัวชี้วัดที่หลากหลาย ซึ่งครอบคลุมคุณภาพของหลักฐาน การบูรณาการความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ และอิทธิพลที่แท้จริงต่อการตัดสินใจและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่:

1. **ด้านหลักฐานเชิงประจักษ์:** ความสมบูรณ์ของข้อมูลพื้นฐาน, ความแม่นยำของการคาดการณ์ผลกระทบ, การจัดการกับช่องว่างข้อมูล, ความเข้มงวดของกระบวนการประเมิน, การบูรณาการแหล่งความรู้ที่หลากหลาย, การใช้ข้อมูลแบบสามเส้า, การใช้เทคโนโลยีในการวิเคราะห์ข้อมูล, และ การใช้หลักฐานอย่างมีจริยธรรม
2. **ด้านการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน:** ระดับและคุณภาพของการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, ความหลากหลายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย, ความโปร่งใสและการสื่อสาร, การสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ, การเพิ่มความรู้และขีดความสามารถของชุมชน, การเปลี่ยนแปลงในอิทธิพลของชุมชน, และการเปลี่ยนแปลงเชิงสถาบันสู่ความโปร่งใสและครอบคลุม
3. **ด้านอิทธิพลต่อนโยบายและผลลัพธ์:** อัตราการนำ HIA ไปใช้, การบูรณาการ HIA เข้ากับกระบวนการนโยบาย, อัตราการยอมรับข้อเสนอแนะ, การทำให้ HIA เป็นสถาบัน, ผลกระทบด้านสุขภาพที่คาดการณ์ไว้, การเปลี่ยนแปลงในปัจจัยกำหนดสุขภาพ, การลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ, และความพึงพอใจของผู้กำหนดนโยบาย

ส่วนที่ 3 กระบวนการดำเนินงาน และกรอบความคิด

3.1 กระบวนการพัฒนาและคัดเลือกตัวชี้วัด

กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ครอบคลุมการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตั้งอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. **รวบรวมข้อมูล** โดยทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศเพื่อรวบรวมสถานการณ์ นโยบาย และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570
2. **ประมวลและคัดกรองตัวชี้วัด** โดยคณะทำงานสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ประมวลและจัดกลุ่มตัวชี้วัดที่รวบรวมได้ทั้งหมดเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการฯ
3. **ประชุมและรับฟังความคิดเห็น** โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการฯ หลายครั้งและจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ทรงคุณวุฒิจากทุกภาคส่วนเพื่อร่วมกันกลั่นกรองและคัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและบ่งชี้เป้าหมายตามธรรมนูญฯ ได้ดีที่สุด
4. **ยืนยันชุดตัวชี้วัดสุดท้าย** โดยคณะทำงานสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ยืนยันชุดตัวชี้วัดสุดท้ายจำนวน 11 ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการติดตามและจัดทำรายงานสถานการณ์ฯ ต่อไป

3.2 กรอบความคิด Theory of Change (ToC)

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change - ToC) กับ ระบบสุขภาพ และเฉพาะเจาะจงในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ภายใต้กรอบของ ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ (health equity)

ข้อเสนอกรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

1. นิยามหลัก

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change) คือ กระบวนการที่ช่วยอธิบายความเชื่อมโยงเชิงเหตุและผลระหว่างเงื่อนไขเบื้องต้น ผลลัพธ์ระยะกลาง และผลลัพธ์ระยะยาวของการดำเนินงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และตั้งอยู่บนข้อมูลเชิงประจักษ์ที่รอบด้าน โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือการสร้างสุขภาวะที่เป็นธรรมและครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร

2. การประยุกต์ใช้ ToC กับระบบสุขภาพ (โดยเฉพาะด้านการป้องกันควบคุมโรค)

ตารางที่ 27 ระดับของ Theory of Change รายละเอียดและตัวอย่างในระบบสุขภาพ

ระดับของ ToC*	รายละเอียด	ตัวอย่างในระบบสุขภาพ
Inputs (ปัจจัยนำเข้า)	ทรัพยากร บุคลากร ข้อมูล ระบบสนับสนุน	งบประมาณสำหรับการสื่อสารความเสี่ยง บุคลากรสาธารณสุข ฐานข้อมูลสุขภาพ
Activities (กิจกรรม)	สิ่งที่ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง	รณรงค์ฉีดวัคซีน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การอบรม อสม.
Outputs (ผลผลิต)	สิ่งที่ได้จากกิจกรรมในระยะ สั้น	จำนวนผู้ได้รับวัคซีน กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ การตรวจ คู่มือสุขภาพที่ถูกแจกจ่าย
Outcomes (ผลลัพธ์ระยะกลาง)	การเปลี่ยนแปลงเชิง พฤติกรรมหรือระบบ	การเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น พฤติกรรม สุขภาพดีขึ้น ลดการแพร่เชื้อในชุมชน
Impact (ผลกระทบระยะยาว)	ผลลัพธ์ในระดับสังคม/ระบบ	ลดภาระโรคในระดับประเทศ, สุขภาพดีขึ้น อย่างทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

*ToC Theory of Change

3. การเชื่อมโยงกับความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ (Health Equity)

3.1 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงต้องตั้งคำถามตั้งแต่ต้นว่า “ใครเข้าถึงผลประโยชน์จากกิจกรรมและนโยบายนี้?”

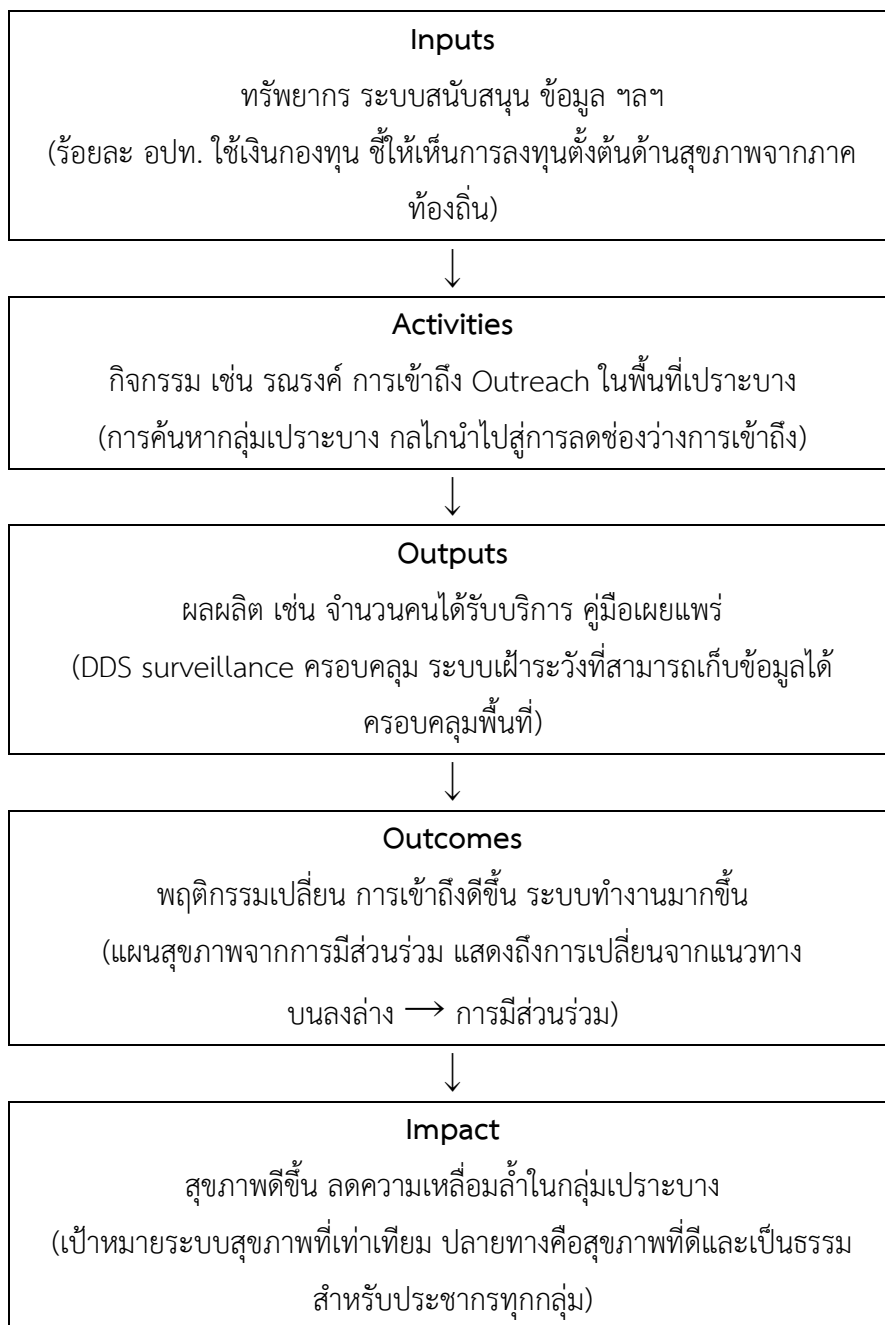
3.2 ต้องวิเคราะห์ให้ครอบคลุมถึงกลุ่มเปราะบาง (vulnerable groups) ที่อาจถูกกันออกจากระบบ เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ แรงงานนอกระบบ

3.3 ในแต่ละระดับของ ToC (inputs → outcomes) ต้องวางตัวชี้วัดที่บ่งชี้ ความเป็นธรรม เช่น

- อัตราการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มชายขอบ
- ความแตกต่างด้านข้อมูลสุขภาพระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท
- สัดส่วนงบประมาณที่กระจายไปยังพื้นที่ยากจน

“ToC ไม่เพียงแต่ตอบคำถามว่า “ทำอะไร” และ “สำเร็จหรือไม่” แต่ยังเปิดพื้นที่ให้วิเคราะห์ว่า ‘สำเร็จอย่างเป็นธรรมหรือไม่’ และ ‘ใครได้ ใครเสีย’ จากระบบสุขภาพที่กำลังดำเนินการ”

ข้อเสนอกรอบแนวคิด (Conceptual Framework)



ทั้งนี้ ประเด็น “ความเป็นธรรม” (Equity Lens) สามารถแทรกในทุกระดับ

- โดยการตั้งคำถามว่า “ใครได้” หรือ “ใครยังเข้าไม่ถึง” ในแต่ละชั้น และ
- วางตัวชี้วัดเชิง equity เช่น ร้อยละของการเข้าถึงบริการของกลุ่มชายขอบ ความพึงพอใจของประชากรในพื้นที่ห่างไกล

ดังนั้น “ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of Change: ToC)” เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้เพื่อทำความเข้าใจ เส้นทางของการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ โดยเฉพาะในบริบทของระบบสุขภาพไทย ซึ่งมีเป้าหมายสูงสุด (Impact) คือการสร้างสุขภาวะที่ดีและเท่าเทียมสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม

1) ToC มุ่งอธิบายความเชื่อมโยงเชิงเหตุและผลตั้งแต่ระดับ ปัจจัยนำเข้า (Inputs) กิจกรรม (Activities) ผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์ (Outcomes) ไปจนถึง ผลกระทบ (Impact) โดยการย้อนกลับจาก เป้าหมายปลายทางเพื่อพิจารณาว่าในแต่ละช่วงของการดำเนินงานนั้น จำเป็นต้องมี “อะไร” เกิดขึ้นบ้าง เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายได้อย่างเป็นระบบ

2) ในโครงการนี้ มีการออกแบบ ตัวชี้วัดจำนวน 11 ตัว ^๑ เพื่อวัดความก้าวหน้าในแต่ละระดับของ ToC ตั้งแต่ระดับกิจกรรม ไปจนถึงผลลัพธ์ระดับระบบ ซึ่งช่วยให้สามารถวิเคราะห์ “ระยะห่างจากเป้าหมาย” ได้อย่างมีเหตุผลมากขึ้น แทนการพิจารณาความสำเร็จหรือล้มเหลวจากผลลัพธ์สุดท้ายเพียงอย่างเดียว

3) ประเด็นสำคัญที่ ToC เสนอเพิ่มเติมในบริบทของระบบสุขภาพ คือการตั้งคำถามว่า “กลุ่มเปราะบางได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลงนี้หรือไม่?” และ/หรือ “นโยบายหรือกิจกรรมใดช่วยลด หรือ กลับเพิ่มช่องว่างความเหลื่อมล้ำในสุขภาพ?”

กล่าวคือ การใช้ ToC ในรายงานฉบับนี้ จึงไม่เพียงเป็นเครื่องมือสำหรับวางแผนและประเมินผล เท่านั้น แต่ยังเป็น เครื่องมือวิเคราะห์เชิงความเป็นธรรม (Equity Analysis Tool) ที่สามารถระบุจุดอ่อนในระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งมักไม่ส่งผลต่อประชากรทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม

^๑ ตัวชี้วัดของเป้าหมายคือ สมรรถนะการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) ตัวชี้วัดของ **มาตรการที่ 1:** 1.1 ร้อยละของจำนวน อพท. ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย 1.2 ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมีการกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น **มาตรการที่ 2:** 2.1 ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มสูงอายุกลุ่มแรงงานข้ามชาติ 2.2 ระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหากลุ่ม เปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข **มาตรการที่ 3:** 3.1 ร้อยละความสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดและท้องถิ่น ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม 3.2 จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ได้มีการดำเนินงานสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรค **มาตรการที่ 4:** 4.1 ความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพ ที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance] **มาตรการที่ 5:** 5.1 ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐาน ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 **มาตรการที่ 6:** 6.1 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) 6.2 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อพท.

การพัฒนาและใช้ตัวชี้วัดในกรอบ ToC จึงถูกออกแบบให้ไม่เพียงแต่บ่งชี้ประสิทธิภาพของระบบ แต่ยังสามารถ บ่งชี้ถึงความเท่าเทียมในการเข้าถึง การมีส่วนร่วม และการได้รับประโยชน์จากระบบสุขภาพอย่างแท้จริง

ตารางที่ 28 ตัวชี้วัดภายใต้กรอบแนวคิด Theory of Change

ระดับ ToC*	มาตรการ / ตัวชี้วัด	รายละเอียดเพิ่มเติม
Inputs	- การมีงบประมาณจาก อปท. สำหรับโรค/ปัจจัยสุขภาพ (1.1) - การพัฒนาแผนสุขภาพโดยใช้ข้อมูลและการมีส่วนร่วม (1.2)	ระบบต้องมี เช่น ทรัพยากร งบประมาณ โครงสร้าง ข้อมูล หรือการมีส่วนร่วมที่เพียงพอสนับสนุน และโครงสร้างระบบที่ช่วยวางฐานการดำเนินการ
Activities	- การค้นหา/เข้าถึงกลุ่มเปราะบาง (2.2) - การสร้างความร่วมมือภาคียุทธศาสตร์ (2.2) - การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิให้ผ่านมาตรฐาน (5.1) - กระบวนการ HIA โดย อปท. (6.1)	สิ่งที่ระบบ “ลงมือทำ” เช่น จัดกิจกรรม ลงพื้นที่ ประสานงาน จัดอบรม สื่อสาร กิจกรรมหลักที่ขับเคลื่อนกระบวนการ
Outputs	- ความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย (2.1) - DDS surveillance ครอบคลุมหน่วยบริการ (4.1) - รายงานผล HIA และการนำไปใช้ (6.2)	สิ่งที่ “ได้ทันที” จากกิจกรรม เช่น จำนวนวัคซีนที่ฉีด รายงาน HIA ระบบเฝ้าระวังที่ทำงานแล้ว
Outcomes	- ความสำเร็จของแผนพัฒนาสุขภาพจากการมีส่วนร่วม (3.1) - มติสมัชชาสุขภาพที่นำไปใช้ได้จริง (3.2)	สิ่งที่เริ่มเห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงาน เช่น การเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม ความครอบคลุมบริการ
Impact	- การมีระบบสุขภาพที่ตอบสนองได้เร็ว มีธรรมาภิบาล - ประชาชนอยู่ในสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ - ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงที่เป็นธรรม	ผลกระทบปลายทางต่อระบบ/ประชาชน เช่น สุขภาพดีขึ้น ระบบตอบสนองเร็วขึ้น ลดความเหลื่อมล้ำ

*ToC Theory of Change

แม้ตัวชี้วัดทั้ง 11 ตัวจะครอบคลุมหลายมิติของการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะการกระจายอำนาจ การมีส่วนร่วม และการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง แต่ยังมีข้อจำกัดในด้านการประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ประสบการณ์ของประชาชน และศักยภาพของระบบสุขภาพในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤต ซึ่งควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้ระบบมีความยืดหยุ่น และเป็นธรรมอย่างแท้จริง

ส่วนที่ 4 ผลการทบทวนและคัดเลือกตัวชี้วัด

กระบวนการรวบรวมเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ได้มาจากการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและได้มีการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ทั้งในระดับส่วนกลาง และท้องถิ่นร่วมกับ สช. สรุปการประชุมและสาระสำคัญของการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนี้

ตารางที่ 29 สรุปผลการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

วันที่ประชุม	สาระสำคัญ	ผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไป
7 มิถุนายน 2567	การประชุมหารือเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดฯ - ประชุมเพื่อหารือและระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจของกลไก (คณะอนุกรรมการฯ) ในการดำเนินงาน - มีการเสนอร่างองค์ประกอบผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐ (เช่น กรมควบคุมโรค, สช., กรมอนามัย), ภาคเอกชน (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน), และภาคประชาสังคม (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, อสม.) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมที่หลากหลาย	ฝ่ายเลขานุการ (สช.) - ประสานงานกับประธานและฝ่ายเลขานุการที่เสนอชื่อ เพื่อสรุปองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการฯ และเสนอต่อประธานกรรมการจัดทำและติดตามรายงานฯ เพื่อพิจารณาแต่งตั้ง
4 มีนาคม 2568	การประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ 1/2568 - ที่ประชุมพิจารณาข้อมูลตัวชี้วัดและแนวทางการคัดเลือก โดยมีข้อเสนอแนะให้พิจารณาตัวชี้วัดจากภาคส่วนอื่นๆ นอกเหนือจากภาคสาธารณสุข เช่น กระทรวงพาณิชย์, กระทรวงการคลัง, กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง	คณะอนุกรรมการแต่ละหน่วยงาน - รับผิดชอบการเพิ่มข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงานตนเอง เพื่อนำไปพิจารณาคัดเลือกในการประชุมครั้งต่อไป
2 เมษายน 2568	การประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ 2/2568 - ที่ประชุมพิจารณาการออกแบบกระบวนการรับฟังความคิดเห็นต่อตัวชี้วัด ซึ่งจำเป็นต้องกำหนดกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ชัดเจน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม: 1. คณะอนุกรรมการ 2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ (เช่น เครือข่ายของอนุกรรมการ, หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) 3. ผู้เชี่ยวชาญ	คณะอนุกรรมการ และ ฝ่ายเลขานุการ (สช.) - อนุกรรมการเสนอรายชื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มเติม - ฝ่ายเลขานุการ (สช.) ทำความชัดเจนเรื่องรายชื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะเชิญมารับฟังความคิดเห็น

วันที่ประชุม	สาระสำคัญ	ผู้รับผิดชอบดำเนินการต่อไป
23 มิถุนายน 2568	การประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ - จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญต่อ (ร่าง) ชุดตัวชี้วัดที่รวบรวมมา เพื่อให้ชุดตัวชี้วัดได้รับการยอมรับร่วมกันจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่หลากหลายก่อนนำไปใช้จริง	คณะทำงาน และ ฝ่ายเลขานุการ (สช.) - รวบรวมความคิดเห็นเพื่อนำไปปรับปรุงและสรุปชุดตัวชี้วัดฉบับสมบูรณ์สำหรับจัดทำรายงานสถานการณ์ฯ ต่อไป

หมายเหตุ: จากการวิเคราะห์เอกสาร จะเห็นได้ว่ากระบวนการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การออกแบบองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการฯ การขยายขอบเขตผู้เกี่ยวข้องในการพิจารณาตัวชี้วัด ไปจนถึงการจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้การดำเนินงานมีความครอบคลุมและได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วน

จากการรวบรวมข้อมูลตามเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการประชุมกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพและการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย สามารถระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยแบ่งตามภาคส่วนต่างๆ รายละเอียดดังนี้

หน่วยงานภาครัฐ

หน่วยงานภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย กำกับดูแล และดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการในพื้นที่

หน่วยงานภาครัฐระดับผู้กำหนดนโยบาย

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจในการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ

คณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ได้รับการแต่งตั้งโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่กำหนดแนวทาง สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์

กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และหน่วยงานในสังกัด

กรมควบคุมโรค (คร.) เป็นหน่วยงานหลักและรับบทบาทประธานคณะอนุกรรมการฯ หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง

กรมอนามัย มีบทบาทสำคัญในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) และการส่งเสริมสุขภาพในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยคุกคามสุขภาพ

กรมสุขภาพจิต มีส่วนร่วมในคณะกรรมการฯ เพื่อให้ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพจิตที่อาจเป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) เกี่ยวข้องกับการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่อาจเป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการด้านหน้าในการป้องกันโรค

หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการหลายชุด มีบทบาทในการประสานงานและขับเคลื่อนกระบวนการจัดทำรายงานสถานการณ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพ

สถาบันวัคซีนแห่งชาติ มีบทบาทในการพัฒนาและบริหารจัดการวัคซีนของประเทศ

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยมี กรมวิชาการเกษตร และ กรมปศุสัตว์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในแนวคิด "สุขภาพหนึ่งเดียว" (One Health) ที่เชื่อมโยงสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

กระทรวงอุตสาหกรรม โดยมี กรมโรงงานอุตสาหกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพจากภาคอุตสาหกรรม

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม โดยมี สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สนผ.) ที่มีบทบาทด้านปัจจัยคุกคามจากสิ่งแวดล้อม

หน่วยงานระดับท้องถิ่น

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.) มีบทบาทในการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ให้จัดการระบบสุขภาพในพื้นที่

สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบการให้บริการด้านสาธารณสุข การสำรวจภาวะสุขภาพ และการสุขภาพเฝ้าระวังในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ภาควิชาการ

ภาควิชาการมีบทบาทสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ การวิจัย และการประเมินผล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทำหน้าที่นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดในที่ประชุมรับฟังความคิดเห็น และเป็นคณะทำงานในรายงานฉบับร่าง

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เป็นผู้ร่วมในคณะอนุกรรมการฯ และมีบทบาทในการพัฒนาตัวชี้วัดด้านสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการ เช่น รองศาสตราจารย์นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการในคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ฯ

ภาคประชาสังคมและองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร

ภาคส่วนนี้มีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ สร้างการมีส่วนร่วม และเป็นตัวแทนของประชาชนกลุ่มต่างๆ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นแหล่งทุนและผู้ขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นตัวแทนภาคประชาสังคมที่ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคเกี่ยวกับสุขภาพ

สภาองค์กรของผู้บริโภค ทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้บริโภคในการคุ้มครองสิทธิ

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแห่งประเทศไทย (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการทำงานด้านสาธารณสุขในระดับชุมชน

มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการแบ่งปัน (มสป.) ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและสิทธิในระดับชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสิ่งแวดล้อม: เช่น กรีนพีซ ประเทศไทย และสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย (TEI) มีบทบาทในการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพที่มาจากสิ่งแวดล้อม

ภาคเอกชน

สมาคมโรงพยาบาลเอกชน เป็นตัวแทนของสถานพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในระบบบริการสุขภาพ

องค์กรระหว่างประเทศ

องค์กรระหว่างประเทศมีบทบาทในการให้การสนับสนุนทางวิชาการ กำหนดมาตรฐานสากล และทำงานร่วมกับภาครัฐไทย

องค์การอนามัยโลก (WHO) มีส่วนร่วมในคณะกรรมการจัดทำรายงานสถานการณ์ฯ และให้การสนับสนุนทางเทคนิคและคำแนะนำด้านสาธารณสุขแก่ประเทศไทย

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (CDC) ทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขไทยเพื่อเสริมสร้างขีดความสามารถในการตรวจจับ ป้องกัน และควบคุมโรค

องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV/AIDS ในประเทศไทย

ตารางที่ 30 สรุปการประชุมและสาระสำคัญของการกำหนดตัวชี้วัด

วันที่ประชุม	สาระสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ / การดำเนินการต่อไป
7 มิถุนายน 2567	การประชุมหารือเบื้องต้น: ระดมความคิดเห็นเพื่อวางแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ฯ	- ที่ประชุมร่วมกัน โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นประธาน
6 กุมภาพันธ์ 2568	การประชุมหารือ (ร่าง) กรอบตัวชี้วัด (กรมควบคุมโรค): กรมควบคุมโรคเสนอ (ร่าง) กรอบตัวชี้วัดเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตัวชี้วัด เช่น ต้องบ่งชี้ผลลัพธ์ระยะยาว, สอดคล้องกับมาตรฐานสากล (SDGs), สามารถเก็บข้อมูลได้จริง และบ่งชี้ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ	- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยพ.) กรมควบคุมโรค รับผิดชอบยกร่างตัวชี้วัดตามข้อเสนอของระบาดวิทยาและ สช. รับเรื่องเพื่อดำเนินการในขั้นต่อไป
4 มีนาคม 2568	การประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 1/2568:พิจารณาข้อมูลตัวชี้วัดที่รวบรวมจากหน่วยงานต่างๆ (เช่น กรมควบคุมโรค, กรมปศุสัตว์, สปสช., สสส.) เห็นชอบแนวทางการคัดเลือกและจัดเก็บตัวชี้วัด 3 ด้านหลัก: 1) Health Indicators 2) Health Service System Indicators 3) Other Indicators	- คณะอนุกรรมการฯ เพิ่มเติมตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานและรวบรวมเพื่อพิจารณาคัดเลือกในการประชุมครั้งถัดไป
2 เมษายน 2568	การประชุมคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 2/2568:พิจารณา (ร่าง) ตัวชี้วัดที่รวบรวมมาทั้งหมด และออกแบบกระบวนการรับฟังความคิดเห็นวางแผนจัดเวทีรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ	- ฝ่ายเลขานุการ (สช.) จัดทำแบบสอบถาม (Google Form) และเตรียมจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน
23 มิถุนายน 2568	การประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ:นำเสนอชุดตัวชี้วัดที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ	- คณะอนุกรรมการฯ และผู้ทรงคุณวุฒิ: ร่วมกันให้ข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงและสรุปชุดตัวชี้วัด
27 มิถุนายน 2568	การยืนยันชุดตัวชี้วัดสุดท้าย สช. ยืนยันชุดตัวชี้วัดสุดท้ายจำนวน 11 ตัวชี้วัด ที่ผ่านการรับฟังความคิดเห็นเพื่อใช้ในการจัดทำรายงานสถานการณ์ฯ	- คณะทำงาน (มหาวิทยาลัยมหิดล) และ สช. นำตัวชี้วัดที่สรุปแล้วไปใช้ในการติดตาม วิเคราะห์ และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยฉบับสมบูรณ์ต่อไป

จากการดำเนินงานตามกระบวนการมีส่วนร่วม คณะอนุกรรมการฯ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีมติเห็นชอบและคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์หวนการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 11 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็นตัวชี้วัดของเป้าหมายหลัก 1 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดตามมาตรการ 10 ตัวชี้วัด

ตารางที่ 31 ตัวชี้วัดหวนการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ จากมติในที่ประชุมรับฟังความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในวันที่ 23 มิถุนายน 2568 และได้รับการยืนยันชุดตัวชี้วัดวันที่ 27 มิถุนายน 2568

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด (KPIs)	แหล่งข้อมูล
เป้าหมาย 1.1: บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรมตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทนต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม		
1	สมรรถนะการดำเนินการตามกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR)	กรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา) กระทรวงสาธารณสุข <u>แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม</u> - รายงานผลการประเมินสมรรถนะหลักตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR-JEE) ของประเทศไทย: กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการประสานงานและดำเนินการประเมินสมรรถนะตาม IHR ซึ่งประเทศไทยได้รับการประเมิน JEE หลายครั้ง (เช่น ปี 2560 และมีการปรับปรุงตัวชี้วัดใหม่ในปี 2565) และมีรายงานผลการประเมินเผยแพร่ - แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการด้านการเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขและการฟื้นฟู: กระทรวงสาธารณสุขและกรมควบคุมโรคมีการจัดทำแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ การป้องกัน, การเตรียมความพร้อม, การตอบโต้ - ตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงาน กรมควบคุมโรค: บางตัวชี้วัดอาจเกี่ยวข้องกับการพัฒนา สมรรถนะ IHR และความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ เช่น การรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาสมรรถนะ ของช่องทางเข้าออกประเทศ - เอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง: มีการศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานด้าน IHR และการเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินในบริบทของ ประเทศไทย ซึ่งเผยแพร่ในวารสารวิชาการต่างๆ ของกรมควบคุมโรคหรือสถาบันวิจัยอื่นๆ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด (KPIs)	แหล่งข้อมูล
มาตรการ 2.1 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องการกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง		
1	ร้อยละของจำนวน อปท. ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุน ในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย	สปสข. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม - สำนักงานคณะกรรมการ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สกก.)
2	ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมีการกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น	กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม 1. ระดับกระทรวง/กรม: กระทรวงสาธารณสุข สปสข. สข. สวรส. กรมอนามัย กรมควบคุมโรค (สปสข. จัดสรรงบประมาณ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (อปท.) รู้จักกันในชื่อ “กองทุนสุขภาพตำบล” ซึ่งเป็นกลไกในการสนับสนุน อปท. ให้จัดทำแผนและดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย) (สข. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนกลไกทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ ในระดับพื้นที่ รวมถึงการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)) - ติดต่อกองยุทธศาสตร์และแผนงาน - ติดต่อสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2. ระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล: - สสจ. : แผนยุทธศาสตร์จังหวัดด้านสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่จังหวัดใช้ในการประเมินผล และแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง - รพ.สต.: แผนปฏิบัติการประจำปี และตัวชี้วัดที่ใช้ในระดับตำบล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่บ่งชี้ปัญหาและความต้องการในพื้นที่ได้ดี - อปท. (อปท. (เทศบาลและอบต.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำ “แผนพัฒนาท้องถิ่น รวมถึงแผนพัฒนาด้านสุขภาพ”) : แผนพัฒนาท้องถิ่น และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับโครงการด้านสุขภาพที่ อปท. ดำเนินการ
มาตรการ 2.2 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน		

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด (KPIs)	แหล่งข้อมูล
1	ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มสูงอายุกลุ่มแรงงานข้ามชาติ	กรมควบคุมโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป) กระทรวงสาธารณสุข <u>แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม</u> 1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: ติดต่อศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข กรมควบคุมโรค/ สำนักโรคติดต่อทั่วไป สำนักระบาดวิทยา หรือกลุ่มงานวัคซีน 2. สปสช. : ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าวัคซีน / ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการวัคซีนผ่านหน่วยบริการในเครือข่ายของ สปสช. 3. สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) : รายงานการวิจัยและบทความวิชาการที่วิเคราะห์ความครอบคลุมวัคซีนในมิติต่างๆ รวมถึงมิติทางสังคม เศรษฐกิจและกลุ่มเปราะบาง 4. WHO Thai: รายงานสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยที่จัดทำโดย WHO ซึ่งอาจมีข้อมูลเกี่ยวกับความครอบคลุมวัคซีน 5. รพ. / สสจ. / สสอ. / อปท. (อปท. สนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดหาวัคซีนที่ป้องกันโรคให้กับกลุ่มเสี่ยง) : ติดต่อประสานงานกับกลุ่มงานระบาดวิทยา หรือกลุ่มงานเวชกรรมป้องกัน - ข้อมูลการได้รับวัคซีนของประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเอง - ข้อมูลแยกตามกลุ่มอายุ เพศ ที่อยู่ หรือกลุ่มเปราะบางในพื้นที่
2.	ระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหา กลุ่ม เปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
มาตรการ 2.3 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องสร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น		
1	ร้อยละความสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับ	กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) <u>แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม</u> 1. สสจ. : ติดต่อแผนงานที่รับผิดชอบด้านระบาดวิทยาหรือแผนงานยุทธศาสตร์ของ สสจ. เพื่อสอบถามข้อมูลเฉพาะ 2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข : ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค (รง.506)

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด (KPIs)	แหล่งข้อมูล
	จังหวัดและท้องถิ่น ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม	3. สปสช. 4. กรมอนามัย 5. อปท. : ติดต่อสำนักงานปลัดหรือกองสาสุข
2	จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ได้มีการดำเนินงานสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรค	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ <u>แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม</u> 1. สช. 2. สสจ. : นำมติสมัชชาสุขภาพจังหวัดไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ 3. กรมควบคุมโรค 4. หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็นโรค: มูลนิธิ สสส./ สมาคมที่ทำงานด้านสุขภาพโดยเฉพาะ (เช่น มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพที่สำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรคจะอยู่ที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ และหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานในพื้นที่
มาตรการ 2.4 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องจัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ		
1	ร้อยละความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) [ทั้ง indicator based surveillance และ event based surveillance]	กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคและกรมปศุสัตว์ <u>แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม</u> ข้อมูลจากระบบ DDS กรมควบคุมโรค: - สำนักระบาดวิทยา - หน่วยงานที่รับผิดชอบ DDS โดยตรง เช่น ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กองแผนงานและวิชาการ สสจ. : รับผิดชอบการดำเนินงาน DDS ระดับจังหวัด กรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข : ข้อมูลทะเบียนสถานพยาบาล ข้อมูล One Health กรมปศุสัตว์: ติดต่อสำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัดโรคสัตว์ เพื่อขอข้อมูลโรคสัตว์ที่เฝ้าระวัง กรมควบคุมมลพิษ/กรมอนามัย: ติดต่อหน่วยงานที่รับผิดชอบข้อมูลคุณภาพสิ่งแวดล้อม กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช: ติดต่อกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับโรคสัตว์ป่า

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด (KPIs)	แหล่งข้อมูล
มาตรการ 2.5 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ		
1	ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐาน ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม 1. Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข: - เป็นระบบวัดผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข สามารถค้นหาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งและคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิได้ที่เว็บไซต์ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) 3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (The Healthcare Accreditation Institute: HAI)
มาตรการ 2.6 ตัวชี้วัดตามมาตรการเรื่องการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม		
1	จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)	กรมอนามัย (กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ) แหล่งข้อมูลเพิ่มเติม 1. กรมอนามัย (โดยเฉพาะกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ): กรมอนามัยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ HIA ในระดับท้องถิ่น และมีการจัดทำคู่มือ ฝึกอบรม และติดตามการดำเนินงานของ อปท.
2	จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อปท.	2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.): สช. มีบทบาทตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในการส่งเสริมการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ 3. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น(สอ.): สอ. เป็นหน่วยงานที่กำกับดูแล อปท. โดยตรง ถึงแม้จะไม่ได้มีหน้าที่หลักด้าน HIA แต่ก็หน่วยงานที่ อปท. ต้องรายงานผลการดำเนินงานตามภารกิจต่างๆ เอกสารภายใน/การติดต่อโดยตรง: - ติดต่อกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย : รายงานสรุปภาพรวมหรือฐานข้อมูลการใช้ HIA ใน อปท. - ติดต่อ สสจ. หรือศูนย์อนามัย: หน่วยงานเหล่านี้ทำงานร่วมกับ อปท. ในพื้นที่ และอาจมีข้อมูลเกี่ยวกับ HIA ที่ อปท. ในเขตรับผิดชอบดำเนินการ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ดำเนินการติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลตั้งเอกสารแนบในภาคผนวก ตัวชี้วัดในหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ จำนวน 11 ตัวชี้วัด มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 32 สรุปรายการตัวชี้วัดฉบับสมบูรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เป้าหมาย/มาตรการ	คำนิยามตัวชี้วัด	วิธีการวัด	เป้าหมาย ปี 2565-2568	แหล่งข้อมูล
เป้าหมาย: บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ท้นต่อสถานการณ์โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม				
1. สมรรถนะการดำเนินการตามกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR)	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
มาตรการที่ 1: การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง				
1.1 ร้อยละของจำนวน อปท. ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
1.2 ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของ	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

เป้าหมาย/มาตรการ	คำนิยามตัวชี้วัด	วิธีการวัด	เป้าหมาย ปี 2565-2568	แหล่งข้อมูล
พื้นที่ และความเป็น ธรรม ตลอดจนมีการ กระจายงบประมาณสู่ ท้องถิ่น				
มาตรการที่ 2: การจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับ ทุกคน				
2.1 ร้อยละความ ครอบคลุมวัคซีนใน กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่ม เปราะบาง เช่น กลุ่ม สูงอายุกลุ่มแรงงาน ข้ามชาติ	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	- กำหนดค่าเป้าหมาย การให้บริการไม่น้อย กว่าร้อยละ 80 ของ วัคซีนที่ได้รับการ จัดสรร (เชิง Performance หรือ การปฏิบัติงาน) หมายเหตุ: ไม่สามารถ คิดเป็นความครอบคลุม กลุ่มวัคซีนใน กลุ่มเป้าหมายได้ - กำหนดค่าเป้าหมาย การให้บริการวัคซีน ป้องกัน หัด-คางทูม- หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุ ต่ำกว่า 3 ปี ภาพรวม ทั้งประเทศไม่น้อย กว่า ร้อยละ 95	กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2.2 ระดับความสำเร็จ ของการสร้างความ ร่วมมือกับภาคี ยุทธศาสตร์ในการ จัดทำแผนและ ดำเนินการในการ ค้นหากลุ่ม เปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการสาธารณสุข	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	สำนักหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ

เป้าหมาย/มาตรการ	คำนิยามตัวชี้วัด	วิธีการวัด	เป้าหมาย ปี 2565-2568	แหล่งข้อมูล
มาตรการที่ 3: สร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมือในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น				
3.1 ร้อยละ ความสำเร็จในด้าน การป้องกันและ ควบคุมโรคที่เกิดจาก การดำเนินงานตาม แผนพัฒนาสุขภาพ ระดับจังหวัดและ ท้องถิ่น ที่เกิดจากการ มีส่วนร่วม	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
3.2 จำนวนมติสมัชชา สุขภาพที่ได้มีการ ดำเนินงานสำเร็จใน ด้านการป้องกันและ ควบคุมโรค	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ปี 2569: มติที่อยู่ ระหว่างการ ดำเนินงานมี ความสำเร็จเพิ่มขึ้น จากปีก่อนหน้า ปี 2568: มติที่อยู่ ระหว่างการ ดำเนินงานมี ความสำเร็จเพิ่มขึ้น	สำนักงาน คณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ
มาตรการที่ 4: จัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ				
4.1 ความครอบคลุม ของหน่วยบริการ สุขภาพ ที่รายงานใน ระบบเฝ้าระวังโรค แบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance]	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจาก แบบฟอร์มการเก็บ ข้อมูลของ สช.	ปี 2568: ร้อยละ 97 (รพ. +รพ.สต.) ปี 2567: ร้อยละ 60 แผน (รพ.)	- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและ สหกรณ์

เป้าหมาย/มาตรการ	คำนิยามตัวชี้วัด	วิธีการวัด	เป้าหมาย ปี 2565-2568	แหล่งข้อมูล
มาตรการที่ 5: พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ				
5.1 ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐาน ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	3,100 หน่วย	ข้อมูลจากระบบลงทะเบียน ของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
มาตรการที่ 6: นำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม				
6.1 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข
6.2 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของอปท.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	ไม่มีข้อมูลจากแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของ สช.	กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 สถานการณ์ปัจจุบันของการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

เป้าหมายสูงสุดของหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ คือ การสร้าง “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ที่ประชาชนและชุมชนสามารถดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้รับการป้องกันและควบคุมโรคอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยไม่เลือกปฏิบัติ ระบบสุขภาพต้องฟื้นตัวจากวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว (Resilience) มีการบริหารจัดการอย่างธรรมาภิบาลและมุ่งพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้เป็นพลเมืองที่ตื่นรู้และมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของสังคมโดยรวม

5.1 สถานการณ์ปัจจุบัน: ความท้าทายและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและหลากหลาย ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยคุกคามจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม

โรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ได้แก่

1. **โควิด-19:** แม้จะถูกปรับเป็นโรคประจำถิ่น แต่ยังคงเป็นภาระด้านสาธารณสุข โดยพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง
2. **ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล:** ยังคงมีการระบาดตามฤดูกาล โดยกลุ่มเด็กเป็นกลุ่มที่มีอัตราป่วยสูงสุด
3. **ไข้เลือดออก:** คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยจะลดลงในปี 2568 แต่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะในภาคใต้
4. **ฝีดาษวานร (Mpox):** พบผู้ป่วยในประเทศ ซึ่งเชื่อมโยงกับการเดินทางระหว่างประเทศ และมีความเสี่ยงสูงในกลุ่มผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง

โรคไม่ติดต่อ (NCDs)

เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ คิดเป็น 81% ของการเสียชีวิตทั้งหมด (กว่า 400,000 รายต่อปี) และสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาล (ประมาณ 1.6 ล้านล้านบาท หรือ 9.7% ของ GDP ในปี 2562) พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขาดกิจกรรมทางกาย การบริโภคโซเดียมเกินขนาด และภาวะอ้วน ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม ได้แก่

1. **มลพิษทางอากาศ (PM2.5)** เป็นภัยคุกคามอันดับหนึ่งจากสิ่งแวดล้อม ในปี 2566 มีผู้ป่วยจากโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศถึง 10.5 ล้านคน โดยเฉพาะภาคเหนือที่ได้รับผลกระทบหนักที่สุด สะท้อนถึงปัญหาความไม่เป็นธรรมด้านสิ่งแวดล้อม
2. **พฤติกรรมเสี่ยง** เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ
3. **ผลกระทบจากเทคโนโลยี** การเสพติดสื่อออนไลน์ ขาดพลอม และการกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ กลายเป็นภัยคุกคามสุขภาพจิตและสติปัญญาที่สำคัญ

กลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนจนเมือง ผู้พิการ และแรงงานนอกระบบ เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตสุขภาพอย่างไม่สมส่วน

5.2 ตัวชี้วัดของเป้าหมาย จำนวน 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1 สมรรถนะการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR)

ตัวชี้วัดนี้ได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวชี้วัดหลักของเป้าหมายของหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งมุ่งให้ “บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล”

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า **ไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด “สมรรถนะการดำเนินงานตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR)” ที่ได้รับการคัดเลือก**

มีเพียงข้อมูลผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด “ศักยภาพในการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ” (ตัวชี้วัดนี้ไม่ได้ใช้ในการคัดเลือก)

ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568: เพื่อการพัฒนาขีดความสามารถของสมรรถนะการดำเนินงานตามกฎหมายระหว่างประเทศผ่านระดับ 4 ขึ้นไป

ผลการดำเนินงานปี 2565-2568: พบว่าบรรลุเป้าหมาย ผ่านระดับ 4

แหล่งข้อมูล: รายงานผลการประเมินสมรรถนะตนเองตามการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ ประจำปี (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool: SPAR)

อย่างไรก็ตาม จากการประเมินโดยคณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทยมีสมรรถนะในการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR) ในระดับสูงและมีความก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัด

คะแนนสมรรถนะ: ประเทศไทยได้รับคะแนนเฉลี่ย 4.25 จากคะแนนเต็ม 5 จากการประเมินสมรรถนะหลักตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR JEE) โดยใช้ตัวชี้วัด 56 ตัวใน 19 ด้านเทคนิค

การพัฒนาที่ต่อเนื่อง: คะแนนดังกล่าวแสดงถึงการพัฒนาที่สำคัญเมื่อเทียบกับการประเมินครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งในขณะนั้นประเทศไทยได้คะแนนเฉลี่ย 3.75 จาก 5 คะแนน โดยใช้ตัวชี้วัด 48 ตัว

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ: ความสำเร็จนี้เป็นผลมาจากการบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งในภาครัฐและภาคสังคม (Whole-of-government and whole-of-society response) ในทุกระดับ

กลไกและแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้บรรลุและรักษาสมรรถนะในระดับสูง ประเทศไทยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์และกลไกการดำเนินงานที่สำคัญ คือ แผนปฏิบัติการด้านความมั่นคงทางสุขภาพแห่งชาติ (NAPHS) พ.ศ. 2566-2570 แผนฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประเทศในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพให้สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) โดยประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่ 1) การพัฒนานโยบาย กฎหมาย และการบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ 2) การเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับ IHR 3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังภัยคุกคามสุขภาพ 4) การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางสาธารณสุขและความมั่นคงทางชีวภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล 5) การบูรณาการการดำเนินงานตาม IHR เข้ากับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยมี กรมควบคุมโรค (กองระบาด) เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) สนับสนุนตัวชี้วัด IHR ในส่วนที่ได้รับมอบหมาย

ประเทศไทยมีสถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านสมรรถนะตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) ที่น่าพอใจและมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนและการวางกรอบยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ชัดเจน เพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพและความพร้อมในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขอย่างยั่งยืน

การประเมินสมรรถนะตามกฎอนามัยระหว่างประเทศภายใต้กรอบธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ฉบับที่ 3: การทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงาน

จุดบรรจบระหว่างวิสัยทัศน์ชาติและความมั่นคงด้านสุขภาพโลก

พันธกิจแห่งธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

ธรรมณูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ทำหน้าที่เสมือน "แผนที่และเข็มทิศ" สำหรับนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีผลผูกพันทางกฎหมายต่อหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง²¹⁷ เป้าหมายสูงสุดของธรรมณูญฉบับนี้คือการสร้าง "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" (A Just Health System) ที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง⁵⁴ โดยตั้งอยู่บนหลักการสำคัญหลายประการ

1. **ความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติ:** ธรรมณูญฯ ยืนยันสิทธิของบุคคลและชุมชนในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม โดยไม่คำนึงถึงภูมิหลัง ตอบสนองต่อความจำเป็นของประชากรทุกช่วงวัย
2. **ความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วน:** สุขภาพถูกมองว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกภาคส่วนในสังคม ซึ่งถูกนำไปปฏิบัติผ่านแนวคิด "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" (Health in All Policies: HiAP)²¹⁸ หลักการนี้ปรากฏเป็นรูปธรรมผ่านความร่วมมืออย่างเป็นทางการ เช่น บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างกระทรวงมหาดไทยและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่เป็นธรรม²¹⁹

3. **ความสามารถในการฟื้นตัวและธรรมาภิบาล:** มุ่งสร้างระบบสุขภาพที่สามารถปรับตัวและฟื้นคืนจากภาวะวิกฤตได้อย่างรวดเร็ว (Resilience) ดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล โปร่งใส และตั้งอยู่บนหลักนิติธรรม⁵⁴

4. **การดำรงชีวิตที่ยั่งยืน:** ธรรมนูญฯ วางตำแหน่งให้ "สุขภาพ" เป็นทั้งเงื่อนไขที่จำเป็นและเป็นผลลัพธ์ของการพัฒนาที่ยั่งยืนในมิติเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม⁵⁴

ธรรมนูญฉบับนี้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งในระดับชาติและระดับโลก ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความท้าทายทางระบาดวิทยาใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทเรียนจากการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ซึ่งทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น⁵⁴

กฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR 2005): พิมพ์เขียวสู่สมรรถนะระดับโลก

กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR 2005) เป็นตราสารทางกฎหมายระหว่างประเทศที่มีผลผูกพัน ซึ่งออกแบบมาเพื่อ “ป้องกัน ควบคุม ควบคุม และตอบโต้ทางด้านสาธารณสุขต่อการแพร่กระจายของโรคระหว่างประเทศ” โดยหลีกเลี่ยงการแทรกแซงที่ไม่จำเป็นต่อการเดินทางและการค้าระหว่างประเทศ²²⁰ กฎอนามัยฯ กำหนดพันธกรณีพื้นฐานสำหรับรัฐภาคี ดังนี้

1. **สมรรถนะหลักด้านสาธารณสุข:** รัฐภาคีมีหน้าที่ในการพัฒนา เสริมสร้างความเข้มแข็ง และธำรงรักษาสมรรถนะหลักขั้นต่ำด้านสาธารณสุข สำหรับการเฝ้าระวังและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน²²¹
2. **จุดประสานงานกลางแห่งชาติ (National IHR Focal Point):** แต่ละประเทศต้องจัดตั้งจุดประสานงานกลางแห่งชาติ (NFP) เพื่อทำหน้าที่สื่อสารกับองค์การอนามัยโลก (WHO) ตลอด 24 ชั่วโมง²²²
3. **การตรวจจับ ประเมิน และรายงาน:** รัฐภาคีต้องมีความสามารถในการตรวจจับ ประเมินความเสี่ยง และรายงานเหตุการณ์ที่อาจเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) ต่อองค์การอนามัยโลกภายในระยะเวลาที่กำหนด²²¹ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจนว่าเหตุการณ์ใดเข้าข่ายเป็น PHEIC²²²

กฎอนามัยฯ ฉบับปี 2548 ได้ขยายขอบเขตอย่างมีนัยสำคัญจากกฎระเบียบฉบับก่อนๆ โดยเปลี่ยนจากแนวทางที่มุ่งเน้นเฉพาะบางโรค ไปสู่แนวทาง “ทุกภัยคุกคาม” (All-Hazards Approach) ซึ่งครอบคลุม "สภาพการเจ็บป่วยหรืออาการป่วยไม่ว่าจะมีแหล่งกำเนิดจากที่ใดหรือจากสาเหตุใดก็ตามที่อาจเป็นอันตรายต่อมนุษยชาติ"²²⁰

การสังเคราะห์เป้าหมายชาติและพันธกรณีระหว่างประเทศ

การเชื่อมโยงระหว่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติและกฎอนามัยระหว่างประเทศเผยให้เห็นความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้ง กล่าวคือ กฎอนามัยระหว่างประเทศเปรียบเสมือน “พื้นฐานทางเทคนิค” (Technical Floor) ที่กำหนดสมรรถนะขั้นต่ำที่วัดผลได้ซึ่งทุกประเทศต้องมีเพื่อรับประกันความมั่นคงด้านสุขภาพโลก ในขณะที่ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็น “เพดานแห่งแรงบันดาลใจ” (Aspirational Ceiling) ซึ่งสะท้อนวิสัยทัศน์ของชาติในการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรม เสมอภาค และสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วเพื่อประชาชนทุกคน

ความสัมพันธ์นี้ชี้ให้เห็นว่า การมีสมรรถนะทางเทคนิคตามข้อกำหนดของ IHR เป็นเงื่อนไขที่จำเป็นแต่ยังไม่เพียงพอที่จะบรรลุวิสัยทัศน์ของธรรมนูญฯ ได้อย่างสมบูรณ์ ประเทศไทยอาจมีระบบเฝ้าระวังโรคระดับชาติที่ได้คะแนนประเมินสูง แต่หากระบบนั้นไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น แรงงานข้ามชาติ หรือชุมชนในพื้นที่ห่างไกล ก็จะไม่บรรลุเป้าหมายเรื่อง “ความเป็นธรรม” ตามที่ธรรมนูญฯ กำหนดไว้ ตัวอย่างที่ชัดเจนปรากฏในรายงานการประเมินสมรรถนะร่วมโดยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Joint External Evaluation: JEE) ปี 2565 ซึ่งระบุถึงความท้าทายในการจัดทำข้อมูลสื่อสารความเสี่ยงในภาษาของแรงงานข้ามชาติและประเด็นความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม²²³ สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นช่องว่างระหว่างการมีสมรรถนะทางเทคนิค (ระบบสื่อสารความเสี่ยง) กับการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

ดังนั้น การบรรลุเป้าหมายตามธรรมนูญฯ จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับ “การมี” สมรรถนะตามกฎอนามัยระหว่างประเทศเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับ “กระบวนการ” สร้างและนำสมรรถนะเหล่านั้นไปใช้ ซึ่งต้องขึ้นาโดยหลักการแห่งความเสมอภาค การมีส่วนร่วม และความเป็นธรรม ทำให้ความร่วมมือหลายภาคส่วนไม่ใช่เป็นเพียงเครื่องมือเพื่อให้ได้คะแนน IHR ที่ดีขึ้น แต่เป็นกลไกที่จำเป็นอย่างยิ่งในการเปลี่ยนสมรรถนะทางเทคนิคให้กลายเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เป็นธรรมสำหรับทุกคนในประเทศไทย²¹⁹

การประเมินสมรรถนะตามกฎหมายระหว่างประเทศของไทยในหลากหลายมิติ

กรอบการติดตามและประเมินผลกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR-MEF)

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนากรอบการติดตามและประเมินผล (IHR Monitoring and Evaluation Framework: IHR-MEF) ขึ้นเพื่อเป็นวงจรต่อเนื่องของการประเมินและปรับปรุงสมรรถนะของประเทศต่างๆ

²²⁴ กรอบนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ทำงานเสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่

1. **การรายงานผลการประเมินตนเองประจำปีโดยรัฐภาคี (State Party Self-Assessment Annual Reporting: SPAR):** เป็นกระบวนการภาคบังคับที่แต่ละประเทศต้องรายงานผลการประเมินขีดความสามารถของตนเองเป็นประจำทุกปี เพื่อสะท้อนมุมมองภายในประเทศ ²²⁵
2. **การประเมินสมรรถนะร่วมโดยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Joint External Evaluation: JEE):** เป็นกระบวนการที่รัฐภาคีสมัครใจเข้ารับการประเมินอย่างโปร่งใสและมีส่วนร่วม โดยทีมผู้เชี่ยวชาญทั้งจากภายนอกและภายในประเทศ เพื่อให้ได้มุมมองที่เป็นกลางและรอบด้าน ²²⁴
3. **การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (After Action Reviews: AAR) และการฝึกซ้อมแผน (Simulation Exercises: SimEx):** เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินผลการปฏิบัติงานจริงในสถานการณ์ฉุกเฉิน (AAR) และทดสอบขีดความสามารถในสถานการณ์จำลอง (SimEx) ²²⁵

เป็นที่น่าสังเกตว่า ประเทศไทยแสดงบทบาทเชิงรุกอย่างยิ่งในกระบวนการนี้ โดยเป็นประเทศแรกของโลกที่ดำเนินการประเมิน JEE ครั้งที่ 2 (ในปี 2565) และเป็นประเทศแรกที่ใช้เครื่องมือประเมิน JEE ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับปรับปรุงใหม่ที่เข้มงวดขึ้นจากบทเรียนการระบาดของโควิด-19 ²²³ การดำเนินการดังกล่าวสะท้อนถึงความมุ่งมั่นทางการเมืองในระดับสูง แต่ในขณะเดียวกันก็หมายความว่าผลคะแนนที่ได้จะต้องได้รับการตีความอย่างรอบคอบ เนื่องจากเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้ในการประเมินนั้นสูงขึ้นกว่าเดิม ²²³

การประเมินสมรรถนะร่วมโดยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (JEE) ปี 2565: การตรวจสอบที่ครอบคลุมจากภายนอก

รายงานผลการประเมิน JEE ปี 2565 ถือเป็นหัวใจของหลักฐานเชิงประจักษ์ในรายงานฉบับนี้ เนื่องจากเป็นการประเมินที่ละเอียดและเป็นกลางที่สุดที่มีอยู่

ตารางที่ 33 สรุปคะแนนการประเมิน JEE ของประเทศไทย ปี 2565 ใน 19 สมรรถนะทางเทคนิค

หมวดหมู่	รหัส	สมรรถนะทางเทคนิค	คะแนน (เต็ม 5)
ป้องกัน (Prevent)	P1	เครื่องมือทางกฎหมาย และ การดำเนินงานตาม IHR	4.5 (เฉลี่ย)
	P2	การเงิน	4.0
	P3	การประสานงาน IHR, จุด ประสานงานกลางๆ และ การสนับสนุน	4.7 (เฉลี่ย)
	P4	การต่อต้านจุลชีพ (AMR)	4.2 (เฉลี่ย)
	P5	โรคสัตว์สู่คน	4.3 (เฉลี่ย)
	P6	ความปลอดภัยด้านอาหาร	4.0
	P7	ความปลอดภัยทางชีวภาพ และความมั่นคงทางชีวภาพ	4.0
	P8	การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	4.3 (เฉลี่ย)
ตรวจจับ (Detect)	D1	ระบบห้องปฏิบัติการ แห่งชาติ	4.3 (เฉลี่ย)
	D2	การเฝ้าระวัง	4.7 (เฉลี่ย)
	D3	ทรัพยากรบุคคล	4.3 (เฉลี่ย)
ตอบโต้ (Respond)	R1	การจัดการภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุข	4.0
	R2	การเชื่อมโยงหน่วยงาน สาธารณสุขและความมั่นคง	4.0
	R3	การจัดบริการสุขภาพ	4.3 (เฉลี่ย)
	R4	การป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อ (IPC)	4.0
	R5	การสื่อสารความเสี่ยงและ การมีส่วนร่วมของชุมชน (RCCE)	4.7 (เฉลี่ย)
ภัยคุกคามที่เกี่ยวข้องกับ IHR และช่องทางเข้าออก ประเทศ	PoE	ช่องทางเข้าออกประเทศ และอนามัยชายแดน	3.7 (เฉลี่ย)
	CE	เหตุการณ์ด้านสารเคมี	4.5 (เฉลี่ย)
	RE	ภาวะฉุกเฉินทางรังสี	4.5 (เฉลี่ย)

1. **ด้านการป้องกัน (Prevent):** ประเทศไทยมีจุดแข็งที่ชัดเจนในด้านกลไกการประสานงานหลายภาคส่วน (P3.2: คะแนน 5) และการวางแผนเชิงกลยุทธ์ (P3.3: คะแนน 5) อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายสำคัญในการปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกันในทุกภาคส่วน (P1.1) การขาดแคลนงบประมาณร่วมสำหรับกิจกรรมภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) (P2.1) ฐานข้อมูลการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ที่กระจุกตัวกระจาย (P4.2) และอัตราความครอบคลุมของการให้วัคซีนตามกำหนดที่ลดลงหลังการระบาดของโควิด-19 (P8.1: คะแนน 3)
2. **ด้านการตรวจจับ (Detect):** จุดแข็งคือการมีเครือข่ายการวินิจฉัยระดับชาติที่มีประสิทธิภาพ (D1.4: คะแนน 5) และกลไกการยืนยันและสอบสวนเหตุการณ์ที่เข้มแข็ง (D2.2: คะแนน 5) แต่ยังคงมีปัญหาเชิงโครงสร้างที่ต้องแก้ไข เช่น ความจำเป็นในการเชื่อมโยงระบบข้อมูลห้องปฏิบัติการเข้ากับข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโดยอัตโนมัติ (D2.1) ชัดความสามารถในการเฝ้าระวังที่จำกัดในระดับหน่วยงาน (D2.1) และปัญหาใหญ่ด้านทรัพยากรบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพที่ไม่ชัดเจน แรงจูงใจต่ำ และอัตราการลาออกสูง ซึ่งบั่นทอนการรักษามูลค่าที่มีคุณภาพไว้ในระบบ (D3.1, D3.2, D3.3)
3. **ด้านการตอบโต้ (Respond):** ประเทศไทยแสดงความเป็นเลิศในการจัดการรายกรณี (Case Management) (R3.1: คะแนน 5) และมีระบบการสื่อสารความเสี่ยงที่จัดตั้งไว้อย่างดี (R5.1, R5.2: คะแนน 5) อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนา เช่น ความต้องการระบบโลจิสติกส์สำหรับภาวะฉุกเฉินที่เข้มแข็งขึ้นในระดับปฐมภูมิ (R1.5) กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างที่ล่าช้าในช่วงภาวะฉุกเฉิน (R1.5) ภาวะหมดไฟและการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากร (R3.3) และความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) รวมถึงงบประมาณที่ยังไม่เพียงพอในสถานพยาบาลหลายแห่ง (R4.1) ²²³
4. **ภัยคุกคามที่เกี่ยวข้องกับ IHR และช่องทางเข้าออกประเทศ (PoE):** จุดแข็งคือการมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการเหตุการณ์ด้านสารเคมีและรังสี (CE2, RE2: คะแนน 5) แต่ยังคงมีความท้าทายในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของช่องทางเข้าออกประเทศแต่ละแห่ง (PoE1) คะแนนที่ค่อนข้างต่ำในด้านมาตรการการเดินทางที่อิงตามความเสี่ยง (PoE3: คะแนน 3) และขีดความสามารถที่จำกัดในการตอบโต้เหตุการณ์ด้านสารเคมีในระดับปฐมภูมิ (CE1)

รายงานผลการประเมินตนเองประจำปี (SPAR) ปี 2567: มุมมองจากภายในประเทศ

รายงาน SPAR เป็นข้อมูลล่าสุด บ่งชี้การรับรู้ขีดความสามารถของประเทศจากมุมมองภายใน

ตารางที่ 34 คะแนนสมรรถนะตามรายงาน SPAR ของประเทศไทย ปี 2567

รหัส	สมรรถนะหลัก (Capacity)	คะแนนเฉลี่ย (%)
C1	กฎหมายและการเงิน	90
C2	การประสานงาน IHR และ NFP	87
C3	เหตุการณ์โรคสัตว์สู่คน	80
C4	ความปลอดภัยด้านอาหาร	84
C5	ห้องปฏิบัติการ	100
C6	การเฝ้าระวัง	80
C7	ทรัพยากรบุคคล	100
C8	กรอบการจัดการภาวะฉุกเฉินทาง	93
C9	สาธารณสุขแห่งชาติ	80
C10	การจัดบริการสุขภาพ	93
C11	การสื่อสารความเสี่ยง	87
C12	ช่องทางเข้าออกประเทศ (PoE)	80
C13	เหตุการณ์ด้านสารเคมี	80
คะแนนสมรรถนะรวมของประเทศ	ภาวะฉุกเฉินทางรังสี	89
ข้อมูลจาก WHO Strategic Partnership for Health Security and Emergency Preparedness (SPH) Portal ²³⁴⁼²²⁶		

การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมิน SPAR และ JEE

ภาพรวมคะแนน SPAR ของประเทศไทยในปี 2567 อยู่ในระดับสูงมากที่ 89% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภูมิภาค (67%) และค่าเฉลี่ยทั่วโลก (64%) อย่างมีนัยสำคัญ ²²⁶ สิ่งนี้สอดคล้องกับการจัดอันดับในดัชนีความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (GHS Index) ที่ประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 5 ของโลก และอันดับที่ 1 ของเอเชีย ²²⁷ อย่างไรก็ตาม เมื่อนำคะแนน SPAR มาเปรียบเทียบกับผลการประเมิน JEE จะเห็นช่องว่างที่น่าสนใจระหว่าง “ความเชื่อมั่นในระดับนโยบาย” กับ “ความเป็นจริงในระดับปฏิบัติการ” ตัวอย่างเช่น รายงาน SPAR ให้คะแนนสมรรถนะด้าน “ทรัพยากรบุคคล” (C7) และ “ห้องปฏิบัติการ” (C5) ไว้ที่ 100% เต็ม ²²⁶ แต่ในทางกลับกัน รายงาน JEE ปี 2565 แม้จะให้คะแนนในด้านเหล่านี้ค่อนข้างดี (ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 4 และ 5) แต่ได้ลงรายละเอียดถึงความท้าทายเชิงลึกที่ซ่อนอยู่ สำหรับด้านทรัพยากรบุคคล (D3) JEE ชี้ให้เห็นถึงปัญหาอัตราการลาออกสูง เส้นทางความก้าวหน้าที่ไม่ชัดเจน แรงจูงใจต่ำ และภาวะหมดไฟของบุคลากร สำหรับด้านห้องปฏิบัติการ (D1) JEE ระบุถึงความจำเป็นในการปรับปรุงการแบ่งปันข้อมูลระหว่างเครือข่ายห้องปฏิบัติการของคนและสัตว์ และการกระจายขีดความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการลงสู่ระดับพื้นที่ ²²³ ความแตกต่างนี้ไม่ได้หมายความว่าผลการประเมินตนเองไม่ถูกต้อง แต่บ่งชี้ถึงธรรมชาติของเครื่องมือที่แตกต่างกัน SPAR เป็นการประเมินตนเองในระดับสูง ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการมีแผนงาน ยุทธศาสตร์ และนโยบายระดับชาติที่ยอดเยี่ยม “บนกระดาษ” ในขณะที่ JEE เป็นการประเมินเชิงลึกจากหลายภาคส่วนที่สามารถเปิดเผยให้เห็นถึงอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และปัญหาความยั่งยืนในระดับพื้นที่ ซึ่งการประเมิน

ตนเองจากบนลงล่างอาจมองไม่เห็น ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยทางวิชาการที่พบว่าคะแนน JEE มักจะต่ำกว่าคะแนน SPAR โดยเฉลี่ย ²²⁸

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าคะแนน SPAR ที่สูงบ่งชี้ถึงเชื่อมั่นอันมีเหตุผลในกรอบยุทธศาสตร์ระดับชาติของไทย อย่างไรก็ตาม ผลการประเมิน JEE ทำหน้าที่เป็น “การตรวจสอบความเป็นจริง” (Reality Check) ที่สำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทิศทางการพัฒนาในระยะต่อไปจะต้องมุ่งเน้นไปที่การแปลงกรอบนโยบายที่ยอดเยี่ยมเหล่านี้ให้กลายเป็นขีดความสามารถเชิงปฏิบัติการที่ยั่งยืนและพื้นตัวได้ในทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับหน่วยงาน

จากการประเมินสู่การปฏิบัติ: การขับเคลื่อนความมั่นคงด้านสุขภาพ

การตอบสนองเชิงยุทธศาสตร์ต่อผลการประเมิน: แผนปฏิบัติการด้านความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ (NAPHS)

ประเทศไทยใช้ผลการประเมินเป็นตัวขับเคลื่อนนโยบายอย่างชัดเจน โดย แผนปฏิบัติการด้านการพัฒนาสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (National Action Plan for Health Security: NAPHS) พ.ศ. 2566 – 2570 ถูกออกแบบมาโดยตรงเพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะจากการประเมิน JEE ปี 2565 แผนดังกล่าวตั้งเป้าหมายที่จะยกระดับคะแนนเฉลี่ย JEE ของประเทศจาก 4.25 ในปี 2565 เป็น 4.75 โดยมุ่งเน้นการพัฒนาในประเด็นสำคัญที่ JEE ได้ชี้ไว้ ²²⁹ เช่น

1. การปรับปรุงเครื่องมือทางกฎหมายและการทำงานให้สอดคล้องกันระหว่างภาคส่วน
2. การยกระดับการจัดการช่องทางเข้าออกประเทศให้ได้มาตรฐานสากล
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบจัดการเหตุการณ์ด้านสารเคมีและรังสี
4. การพัฒนาระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพและการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ แผน NAPHS ยังมีการบูรณาการเข้ากับยุทธศาสตร์ชาติอื่นๆ เช่น "แผนปฏิบัติการด้านการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2566 – 2570" ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องเชิงนโยบาย ¹³

ความร่วมมือหลายภาคส่วนในทางปฏิบัติ: การทำให้วิสัยทัศน์ของธรรมนูญฯ เป็นจริง

หลักฐานที่เป็นรูปธรรมของหลักการ "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ มีดังนี้

1. **กระทรวงมหาดไทย (มท.):** บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง มท. และ สช. เป็นตัวอย่างที่โดดเด่น²¹⁹ มท. ให้คำมั่นที่จะใช้ธรรมนูญฯ เป็นกรอบในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวง ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพในระดับชุมชนผ่านเครือข่ายการบริหารที่กว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น²³⁰
2. **กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.):** ศธ. ได้นำหลักการของธรรมนูญฯ มาปรับใช้เพื่อส่งเสริมแนวคิด "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" ในระบบการศึกษา โดยสนับสนุนให้สถานศึกษาจัดทำ "ธรรมนูญสุขภาพสถานศึกษา" เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะของนักเรียนและบุคลากร²¹⁸
3. **ชุมชนและภาคประชาสังคม:** จุดแข็งดั้งเดิมของระบบสุขภาพไทยคือการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญ บทบาทของ อสม. ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการตอบโต้การระบาดของโควิด-19 และยังคงเป็นสินทรัพย์ที่สำคัญสำหรับการดำเนินงานตามกฎหมายระหว่างประเทศ²³¹

ความท้าทายเชิงระบบต่อการสร้างระบบที่ฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์

แม้จะมีความสำเร็จในระดับสูง แต่ยังคงมีความท้าทายเชิงระบบที่ฝังลึกและหลายมิติ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างระบบที่ฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์ตามวิสัยทัศน์ของธรรมนูญฯ งานวิจัยที่วิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในประเทศไทยภายใต้กรอบของธรรมนูญฯ ได้ชี้ให้เห็นถึง “แม่แบบของระบบ” (System Archetypes) ที่เป็นรากฐานของปัญหาเหล่านี้ เช่น “ความสำเร็จตกแก่ผู้ประสบความสำเร็จ” (Success to the Successful) และ “การโยกภาระ” (Shifting the Burden)²³² แม่แบบเหล่านี้ช่วยอธิบายรูปแบบที่ปรากฏในข้อมูล JEE และ SPAR ได้เป็นอย่างดี ช่องว่างของขีดความสามารถระหว่าง “ระดับชาติ” และ “ระดับท้องถิ่น” เป็นตัวอย่างคลาสสิกของ “ความสำเร็จตกแก่ผู้ประสบความสำเร็จ” กล่าวคือ ศูนย์กลางระดับชาติที่มีทรัพยากรเพียบพร้อมสามารถทำงานได้อย่างยอดเยี่ยม ในขณะที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีทรัพยากรจำกัดยังคงประสบปัญหา ในขณะเดียวกัน การพึ่งพาบุคลากรสนับสนุนชั่วคราวหรือคณะทำงานเฉพาะกิจในช่วงวิกฤตโควิด-19 โดยไม่มีการสร้างตำแหน่งงานที่มั่นคงพร้อมเส้นทางความก้าวหน้าและแรงจูงใจที่เหมาะสม เป็นตัวอย่างของ “การโยกภาระ” ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าแต่กลับบั่นทอนความมั่นคงของกำลังคนในระยะยาว (ซึ่งเป็นความท้าทายหลักที่ระบุใน JEE²²³)

ดังนั้น เพื่อให้บรรลุความสามารถในการฟื้นตัวอย่างแท้จริงตามที่ธรรมนูญฯ มุ่งหวัง ประเทศไทยจำเป็นต้องทลายวงจรเชิงระบบเหล่านี้ ซึ่งหมายถึงการก้าวข้ามการแก้ไขปัญหเฉพาะจุดไปสู่การปฏิรูปเชิงโครงสร้างในด้านการเงินการคลังสุขภาพ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ และธรรมาภิบาลข้อมูล เพื่อแก้ไขรากเหง้าของช่องว่างที่ยังคงอยู่ โดยความท้าทายที่สำคัญ²²³ ได้แก่

1. **การเงินที่ยั่งยืน:** ช่องว่างในการจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ IHR การขาดงบประมาณร่วมสำหรับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว และความไม่แน่นอนของงบประมาณหลังสิ้นสุดการระบาดของโควิด-19
2. **ความมั่นคงของกำลังคนด้านสุขภาพ:** ปัญหาสำคัญเรื่องอัตราการลาออกที่สูง เส้นทางความก้าวหน้าที่ไม่ชัดเจน และการขาดแรงจูงใจสำหรับบุคลากรในตำแหน่งที่สำคัญแต่ถูกมองข้าม เช่น พยาบาล ควบคุมการติดเชื้อ และนักระบาดวิทยาภาคสนาม
3. **การบูรณาการข้อมูลและระบบ:** ฐานข้อมูลที่จะจัดกระจาย เช่น ข้อมูลการดื้อยาต้านจุลชีพ การขาดการเชื่อมโยงข้อมูลอัตโนมัติระหว่างห้องปฏิบัติการและการเฝ้าระวัง และความท้าทายในการแบ่งปันข้อมูลระหว่างภาคส่วนสุขภาพคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม
4. **การสร้างกลไกความร่วมมือทางกฎหมายและการปฏิบัติที่เป็นทางการ:** ความจำเป็นในการเปลี่ยนผ่านจากความร่วมมือที่ไม่เป็นทางการหรือที่เกิดขึ้นเฉพาะในภาวะวิกฤต (ซึ่งทำงานได้ดีในหลายกรณี) ไปสู่กลไกที่มีกฎหมายรองรับและมีความยั่งยืนทางการเงิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและความมั่นคง

ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์เพื่อบรรลุพันธสัญญาแห่งธรรมนูญฯ

การเสริมสร้างธรรมาภิบาลและความสอดคล้องทางกฎหมาย

1. **ทบทวนและปรับปรุงกรอบกฎหมายให้สอดคล้องกัน:** มอบหมายให้มีการทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (เช่น พ.ร.บ. โรคติดต่อ, พ.ร.บ. สถานพยาบาล) ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของ IHR (2005) อย่างสมบูรณ์ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกันในทุกภาคส่วน ซึ่งจะช่วยแก้ไขความท้าทายที่ระบุไว้ในรายงาน JEE (P1.1)²²³
2. **จัดตั้งกลไกประสานงานหลายภาคส่วนที่เป็นทางการ:** เปลี่ยนผ่านจากการประสานงานที่ประสบความสำเร็จแต่ไม่เป็นทางการ ไปสู่การจัดตั้งคณะกรรมการ "สุขภาพหนึ่งเดียว" และความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัดที่มีกฎหมายรองรับ มีงบประมาณที่ยั่งยืน และมีขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและความมั่นคง (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน R2.1)²²³
3. **ยกระดับจุดประสานงานกลางแห่งชาติ (NFP) ให้เป็นสถาบัน:** เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ NFP โดยการจัดให้มีบุคลากรประจำที่ทุ่มเท มีงบประมาณที่ได้รับการคุ้มครอง และมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อรับประกันความยั่งยืนของภารกิจการสื่อสารและประสานงานที่สำคัญยิ่ง (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน P3.1)²²³

การลงทุนในระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและคล่องตัว

1. **พัฒนายุทธศาสตร์การเงินเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพแห่งชาติ:** ก้าวข้ามการจัดสรรงบประมาณรายปีไปสู่การสร้างยุทธศาสตร์การเงินระยะยาวที่ได้รับการคุ้มครองสำหรับการธำรงรักษาสรรถตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ สรรพกลไกใหม่ๆ เช่น กองทุนความมั่นคงด้านสุขภาพ และจัดทำระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจนและยืดหยุ่นสำหรับการเบิกจ่ายงบประมาณอย่างรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน P2.1, P2.2 และ R1.3) ²²³
2. **ดำเนินแผนการรักษาและพัฒนาบุคลากรสุขภาพอย่างครบวงจร:** แก้ไขรากเหง้าของปัญหาการลาออกของบุคลากร โดยการสร้างเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพที่ชัดเจนและได้รับการรับรอง จัดทำค่าตอบแทนที่สามารถแข่งขันได้ (รวมถึงค่าเสี่ยงภัย) และสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพสำหรับตำแหน่งงานที่สำคัญแต่ ถูกละเลย เช่น นักระบาดวิทยาภาคสนาม ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ และนักเทคนิคการแพทย์ในทุกกระดับ (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน D3 และ P4.3) ²²³
3. **สร้างระบบโลจิสติกส์และโซ่อุปทานด้านสุขภาพแห่งชาติที่ฟื้นตัวได้:** จัดตั้งระบบบริหารจัดการโลจิสติกส์แบบรวมศูนย์ และสร้างข้อตกลงล่วงหน้ากับผู้ผลิต เพื่อรับประกันการจัดหาและกระจายเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยบทเรียนจากภาวะขาดแคลนที่ประสบในช่วงการระบาดของโควิด-19 (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน R1.5 และ R4.3) ²²³

การสร้างระบบนิเวศข้อมูลและการเฝ้าระวังแบบ "สุขภาพหนึ่งเดียว" ที่เป็นเอกภาพ

1. **มอบหมายและสนับสนุนงบประมาณสำหรับแพลตฟอร์มข้อมูลแบบบูรณาการแห่งชาติ:** ลงทุนในการสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลที่เป็นเอกภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันและการแบ่งปันข้อมูลแบบเรียลไทม์ระหว่างภาคส่วนสุขภาพคน (ระบาดวิทยา, ห้องปฏิบัติการ), สุขภาพสัตว์ (ปศุสัตว์, สัตว์ป่า) และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเตือนภัยล่วงหน้าสำหรับภัยคุกคามจากโรคสัตว์สู่คน และการดื้อยาต้านจุลชีพ (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน P4.2, P5.1 และ D2.1) ²²³
2. **เสริมสร้างขีดความสามารถด้านการวิเคราะห์ข้อมูลและการประเมินความเสี่ยง:** ลงทุนในการฝึกอบรมและเครื่องมือสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง การสร้างแบบจำลอง และการพยากรณ์ ทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด พร้อมทั้งรับประกันว่าการประเมินความเสี่ยงจะถูกดำเนินการอย่างเป็นระบบ แบ่งปันไปยังผู้กำหนดนโยบาย และนำไปใช้ขับเคลื่อนการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน D2.2) ²²³

การเสริมสร้างศักยภาพระดับหน่วยงานและชุมชน

1. ริเริ่ม "โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งระดับปฐมภูมิ": พัฒนาโครงการเป้าหมายเพื่อสร้างสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับ IHR (เช่น การเฝ้าระวัง, การสื่อสารความเสี่ยง, การตอบโต้เหตุการณ์ด้านเคมี/รังสี) ในระดับบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับอำเภอ และ ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ โครงการนี้ต้องรวมถึงการฝึกอบรม อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อลดช่องว่างขีดความสามารถระหว่าง "ส่วนกลาง" และ "ส่วนท้องถิ่น" (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน CE1, PoE1 และ D2.1) ²²³
2. บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน: กำหนดบทบาทของโครงสร้างชุมชน (เช่น อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ให้เป็นส่วนหนึ่งของกรอบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินแห่งชาติอย่างเป็นทางการ พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงแบบสองทางและการรับฟังความคิดเห็นจากชุมชน เพื่อให้แน่ใจว่ายุทธศาสตร์ต่างๆ จะถูกปรับให้เข้ากับบริบท วัฒนธรรม และภาษาท้องถิ่น โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มประชากรเปราะบางและแรงงานข้ามชาติ (เพื่อตอบสนองต่อข้อเสนอแนะใน R5.3 และ P1.2) การดำเนินการนี้จะทำให้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชนตามธรรมนูญฯ เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติ ²³¹

5.3 ตัวชี้วัดตามมาตรการ จำนวน 10 ตัวชี้วัด

มาตรการที่ 1 การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มาตรการการกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีตัวชี้วัดที่ได้รับคัดเลือก จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1.1 ร้อยละของจำนวน อปท. มีการใช้จ่ายเงินกองทุนในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมีการกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น

จากการรวบรวมข้อมูลตามเอกสารประกอบการประชุมของคณะอนุกรรมการฯ และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลไกการดำเนินงานผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนมาตรการนี้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้กำหนดทิศทางสำคัญในการสร้าง “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” โดยมี มาตรการที่ 1 การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหนึ่งในมาตรการหลักเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยมีหลักการสำคัญ ดังนี้

1. **การมีส่วนร่วม** เพื่อเปิดโอกาสให้ อปท. และชุมชนสามารถออกแบบระบบ และดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง

2. **ความเป็นเจ้าของ** เพื่อสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่น ทำให้การแก้ไขปัญหามีความยั่งยืน
3. **การตอบสนองที่รวดเร็ว** เพื่อให้การรับมือกับสถานการณ์ด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤต มีความรวดเร็วและตรงจุดมากขึ้น

กลไกทางการเงินที่สำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการนี้คือกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) หรือที่รู้จักในชื่อ "กองทุนสุขภาพตำบล" ซึ่งเป็นเครื่องมือให้ อบต. สามารถบริหารจัดการงบประมาณเพื่อดำเนินโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ของตนเองได้

ตัวชี้วัดที่ 1.1 ร้อยละของจำนวน อบต. มีการใช้จ่ายเงินกองทุนในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ 1.1

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พบว่า **ไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละของจำนวน อบต. มีการใช้จ่ายเงินกองทุนในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามด้านสุขภาพ” ที่ได้รับการคัดเลือก**

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความท้าทายหลักยังคงเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ อบต. ในการบริหารจัดการกองทุนให้มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการติดตามที่แม่นยำ

นิยาม: เป็นการวัดความสามารถของ อบต. ในการบริหารจัดการและเบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยเน้นที่กิจกรรมด้านการป้องกันและควบคุมโรค

ค่าเป้าหมายปี 2568: ร้อยละ 75

สูตรการคำนวณ: (จำนวน อบต. ที่มีการเบิกจ่ายเงินกองทุนฯ ได้ตามเป้าหมาย $\times 100$) / จำนวน อบต. ทั้งหมดที่เข้าร่วมดำเนินงาน กปท.

แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สอ.) และโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนฯ (<https://obt.nhso.go.th>)

กลไกการขับเคลื่อน: การดำเนินงานกระจายอำนาจอาศัยกลไกของกองทุน กปท. เป็นหลัก ซึ่ง สปสช. ได้พัฒนาระบบโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนฯ เพื่อให้ อบต. ใช้ในการบริหารและรายงานข้อมูลการเงิน ซึ่งจะเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับตัวชี้วัดนี้

การบูรณาการ: มีความพยายามในการบูรณาการการทำงานร่วมกับกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ./พชช.) เพื่อให้การใช้จ่ายงบประมาณของ อบต. สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพในระดับอำเภอและจังหวัด

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายของตัวชี้วัดที่ 1.1

1. **ขีดความสามารถของ อปท.** อปท. บางแห่งยังขาดความพร้อมและศักยภาพในการวิเคราะห์ปัญหา จัดทำแผนงาน/โครงการ และบริหารจัดการงบประมาณกองทุนให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. **ระบบข้อมูลและการรายงาน** แม้จะมีโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนฯ แต่การรายงานข้อมูลของ อปท. บางส่วนยังขาดความสม่ำเสมอและความสมบูรณ์ ทำให้การติดตามภาพรวมระดับประเทศมีความท้าทาย
3. **การมีส่วนร่วมของประชาชน** การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการเสนอโครงการและตรวจสอบ การใช้งบประมาณยังไม่เข้มแข็งในทุกพื้นที่ ทำให้โครงการที่เกิดขึ้นอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริง
4. **ความซับซ้อนของระเบียบ** ระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณอาจมีความซับซ้อน ทำให้ อปท. บางแห่งไม่กล้าตัดสินใจอนุมัติโครงการที่สร้างสรรค์หรือจำเป็นเร่งด่วน

ตัวชี้วัดที่ 1.2 ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมีการกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ 1.2

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น พบว่า ไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมีการกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น” ที่ได้รับการคัดเลือก ซึ่งตัวชี้วัดนี้ถูกออกแบบมาเพื่อวัดผลลัพธ์เชิงกระบวนการของการกระจายอำนาจ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ

1. **กระบวนการมีส่วนร่วม** โดยแผนฯ ต้องเกิดจากการรับฟังความคิดเห็นและความต้องการของประชาชนและภาคีเครือข่ายในพื้นที่
2. **การวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่** โดยแผนฯ ต้องตั้งอยู่บนฐานข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงของชุมชน
3. **ความเป็นธรรม** โดยแผนฯ ต้องคำนึงถึงการเข้าถึงบริการของทุกกลุ่มคน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ
4. **การกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น** โดยต้องมีการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจนและเพียงพอสำหรับให้อปท. นำแผนไปปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมจาก

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายของตัวชี้วัดที่ 1.2

1. **ความใหม่ของตัวชี้วัด** ความท้าทายหลักคือการที่ตัวชี้วัดเพิ่งได้รับการกำหนด ทำให้ต้องใช้เวลาในการพัฒนาระบบและกลไกการรวบรวมข้อมูลจาก อปท. ทั่วประเทศ
2. **ความซับซ้อนในการวัดผล** การประเมิน “กระบวนการมีส่วนร่วม” และ “ความเป็นธรรม” เป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความซับซ้อนในการกำหนดเกณฑ์การวัดที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

3. การบูรณาการข้อมูล จำเป็นต้องมีการประสานงานระหว่าง กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและไม่ซ้ำซ้อน

โดยสรุป การกำหนดตัวชี้วัดที่ 1.1 และ 1.2 ที่สามารถบ่งชี้เป้าหมายของธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ตามมาตรการการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นถือเป็นก้าวสำคัญในการติดตามประเมินผลเชิงกระบวนการ แม้ว่า ณ ปัจจุบันยังไม่มีผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดทั้ง 2 ตัว ที่เป็นรูปธรรมเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ ภารกิจเร่งด่วนต่อไปคือการพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและสนับสนุนให้ อบต. สามารถจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง

มาตรการที่ 2 การจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน

มาตรการที่ 2 การจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน มีตัวชี้วัดที่ได้รับคัดเลือกจำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 2.1 ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มสูงอายุ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหากลุ่ม เปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

โดยตัวชี้วัดดังกล่าว จะช่วยบ่งชี้เป้าหมายตามธรรมนูญฯ มุ่งเน้นการจัดหาและกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างเป็นธรรม โปร่งใส และเกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

ตัวชี้วัดที่ 2.1 ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มสูงอายุ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ 2.1

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกรมควบคุมโรค กองโรคติดต่อทั่วไป พบว่า ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มสูงอายุ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ” ที่ได้รับการคัดเลือกนั้น เป็นผลการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2568 ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) และผลการให้บริการวัคซีนป้องกัน หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี

การให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2568 ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป)

ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568: การให้บริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของวัคซีนที่ได้รับการจัดสรร (เชิง Performance หรือการปฏิบัติงาน) ไม่สามารถคิดเป็นความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายได้

ผลการดำเนินงานปี 2565-2568:

ปี 2568: อยู่ระหว่างดำเนินการให้บริการวัคซีน

ปี 2567: ร้อยละ 53.37

ปี 2566: ร้อยละ 42.78

ปี 2565: ร้อยละ 34.01

สูตรคำนวณ:

ผลการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) ตามยอดจัดสรร = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป)

B = จำนวนวัคซีนที่ได้รับจัดสรรทั้งหมดในประชากรกลุ่มเสี่ยง

แหล่งข้อมูล: ผลงานบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้วัดใหญ่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากรายงานระบบ Krungthai Digital Health Platform ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การให้บริการวัคซีนป้องกัน หัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี

ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568: ภาพรวมทั้งประเทศไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95

ผลการดำเนินงานปี 2565-2568:

ปี 2568: ร้อยละ 88.9

ปี 2567: ร้อยละ 86.5

ปี 2566: ร้อยละ 85.4

ปี 2565: ร้อยละ 82.7

การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายในบางจังหวัด โดยมีจังหวัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือ จังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากการปฏิเสธวัคซีนในกลุ่มเสี่ยง และการถ่ายโอนภารกิจไปยัง อปท.

สูตรคำนวณ:

ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) = $(A/B) \times 100$

A = ประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR2)

B = ประชากรเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

แหล่งข้อมูล: ระบบคลังข้อมูลก้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (HDC)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนี้ บ่งชี้ความพยายามในการบรรลุเป้าหมาย มีดังนี้

1. **การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน** ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 มาตราที่ 20 ได้ระบุถึงการออกแบบระบบบริการและการเงินการคลังเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น แรงงานข้ามชาติ ให้เข้าถึงบริการป้องกันโรคที่จำเป็น โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนที่จำเป็น
2. **การดำเนินงานโครงการวัคซีน** ประเทศไทยมีโครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแห่งชาติที่ครอบคลุมวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก และมีการรณรงค์ฉีดวัคซีนเฉพาะกิจอย่างต่อเนื่อง เช่น โครงการฉีดวัคซีน

ใช้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2568 ซึ่งกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่รวมถึง ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. **การพัฒนากลไกความร่วมมือ** มีการเสนอตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตาม "ระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหากลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข" โดยมี สปสช. เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงความพยายามในการทำงานเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายของตัวชี้วัดที่ 2.1

1. **การขาดข้อมูลที่จำแนกกลุ่มเปราะบาง** ระบบการเก็บข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีนในปัจจุบัน อาจยังไม่มี การจำแนกข้อมูลของกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อย่างเป็นระบบและครอบคลุม ทำให้การประเมินสถานการณ์ตามตัวชี้วัดนี้ยังมีความท้าทาย
2. **อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ** กลุ่มแรงงานข้ามชาติอาจเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งจากข้อจำกัดด้านภาษา สถานะทางกฎหมาย และความไม่ต่อเนื่องของหลักประกันสุขภาพ
3. **ความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด** ในกระบวนการพัฒนา มีการพิจารณาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์) ซึ่งอาจมีความซ้ำซ้อนกับหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ จึงต้องมีการบูรณาการเพื่อให้การวัดผลมีความชัดเจน

ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหากลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ 2.2

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่า **ไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงาน** ตามตัวชี้วัด “ระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหากลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข” ที่ได้รับคัดเลือก

แม้ว่า สปสช. จะไม่มีตัวชี้วัดตามที่ได้รับคัดเลือก แต่มีตัวชี้วัดที่คาดว่าจะสามารถบ่งชี้เป้าหมายตามมาตรการการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรม คือ ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของภาคยุทธศาสตร์ในการค้นหากลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

จากการรวบรวมข้อมูลตามเอกสารประกอบการประชุมของคณะอนุกรรมการฯ และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ตัวชี้วัดที่ 2.2 ได้ถูกกำหนดขึ้นเพื่อประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานเชิงรุก ที่เน้นการ "ค้นหา" และเข้าถึงประชากรกลุ่มเปราะบาง ซึ่งมักเป็นกลุ่มที่ตกหล่นหรือเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก โดยหัวใจสำคัญของตัวชี้วัดนี้คือ "การสร้างความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์" ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานต้องอาศัยการทำงานแบบบูรณาการ ไม่สามารถพึ่งพิงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งได้ มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการเก็บข้อมูล

การกำหนดตัวชี้วัดและกลไก ที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ ได้มีการพิจารณาและเห็นชอบให้ใช้ "ระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ฯ" เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดหลักในการติดตามความก้าวหน้าของมาตรการที่ 2 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ในฐานะหน่วยงานหลัก สปสช. ได้เสนอตัวชี้วัดที่สอดคล้องกันในที่ประชุม เช่น การเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และ การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งล้วนเป็นกลไกที่ส่งเสริมการค้นหาและดูแลกลุ่มเปราะบางในระดับพื้นที่ และมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด 2.2 ดังนี้

1. **การบูรณาการกับกองทุนสุขภาพตำบล** โดยพยายามผลักดันให้มีการใช้จ่ายเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) หรือที่รู้จักในชื่อ "กองทุนสุขภาพตำบล" เพื่อสนับสนุนให้ อปท. และชุมชนสามารถจัดทำแผนและดำเนินโครงการ/กิจกรรมในการค้นหาและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ของตนเองได้ ซึ่งถือเป็นการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในระดับท้องถิ่น
2. **การขยายความครอบคลุมในกลุ่มเปราะบางเฉพาะ** โดยให้ความสำคัญกับการขยายหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติและผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์ประจำตัว 13 หลัก ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงในการเข้าถึงบริการ
3. **การสร้างความร่วมมือกับภาคประชาสังคม** โดย สปสช. และ สช. มีแนวทางการดำเนินงานที่เน้นย้ำถึงการทำงานร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมและเครือข่ายภาคประชาชนในการเป็นกลไกสำคัญเพื่อเชื่อมโยงกลุ่มเปราะบางเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ

จุดเด่นของตัวชี้วัด 2.2

1. การกำหนดตัวชี้วัดนี้บ่งชี้การเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการตั้งรับ (รอให้ผู้ป่วยเข้ามา) ไปสู่การทำงานเชิงรุก (การค้นหาในชุมชน) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”
2. การระบุให้ สปสช. และการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเป็นกลไกหลัก ซึ่งเป็นการวางโครงสร้างที่เอื้อต่อการบูรณาการทรัพยากรและองค์ความรู้จากหลายภาคส่วน

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายของตัวชี้วัดที่ 2.2

1. **ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย:** ความสำเร็จของตัวชี้วัดนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน
2. **การบูรณาการฐานข้อมูล:** การค้นหากลุ่มเปราะบางให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงและบูรณาการฐานข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ (เช่น มหาตไทย พม. สาธารณสุข) ซึ่งยังคงเป็นประเด็นท้าทาย
3. **ความต่อเนื่องของงบประมาณและนโยบาย:** การสร้างความร่วมมือที่ยั่งยืนต้องการความต่อเนื่องของนโยบายและการสนับสนุนด้านงบประมาณที่ชัดเจนจากภาครัฐ

ดังนั้น ตัวชี้วัดที่ 2.2 เป็นตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์ที่มุ่งวัดผลลัพธ์ของการสร้าง "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" ผ่านกลไกความร่วมมือในการค้นหากลุ่มเปราะบาง แม้ว่าผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในปี 2565-2568 จะยังอยู่ในระหว่างการรวบรวมและประเมินผล แต่กรอบการดำเนินงานและทิศทางที่กำหนดขึ้นมีความชัดเจนและสอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฯ ความสำเร็จในระยะต่อไปจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพในการประสานงานระหว่าง สปสช. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนบนพื้นแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างแท้จริง

การประเมินผลการกระจายวัคซีนโควิด-19 ของประเทศไทยและผลกระทบต่อประชากรกลุ่มเปราะบาง (จากการทบทวนเอกสาร)

ส่วนที่ 1: สถาปัตยกรรมของการบริหารจัดการภาวะวิกฤต

การประเมินความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรในช่วงวิกฤตการณ์โควิด-19 จำเป็นต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการที่รัฐบาลไทยได้สถาปนาขึ้นเพื่อรับมือกับการระบาดใหญ่ การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะชี้ให้เห็นว่า โครงสร้างการบังคับบัญชาที่เน้นความมั่นคงเป็นศูนย์กลาง แม้จะมีประสิทธิภาพในการบังคับใช้มาตรการจำกัดการเดินทาง แต่กลับมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างในการตอบสนองต่อภารกิจที่ซับซ้อนและต้องอาศัยความไว้วางใจจากประชาชนอย่างสูง เช่น การรณรงค์ฉีดวัคซีนขนานใหญ่

โครงสร้างการบังคับบัญชาสำหรับภาวะฉุกเฉินแห่งชาติ

หัวใจของกลไกการตอบสนองของรัฐบาลไทยคือการใช้โครงสร้างอำนาจแบบรวมศูนย์ ซึ่งถูกสร้างขึ้นภายใต้กฎหมายความมั่นคง และมอบอำนาจการตัดสินใจไว้ที่ส่วนกลางอย่างเบ็ดเสร็จ โครงสร้างนี้ได้กำหนดทิศทางและข้อจำกัดของการดำเนินนโยบายทั้งหมดที่ตามมา

อำนาจแบบรวมศูนย์: การวิเคราะห์บทบาทและอำนาจของ ศบค.

การตอบสนองต่อวิกฤตของรัฐบาลมีจุดเริ่มต้นจากการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักรตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548²³³ กฎหมายฉบับนี้เป็นเครื่องมือสำคัญที่ให้อำนาจแก่นายกรัฐมนตรีในการจัดตั้ง **ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.)** ซึ่งเป็นองค์กรเฉพาะกิจที่มีอำนาจอย่างกว้างขวาง ศบค. ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการ ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบัญชาการแบบเบ็ดเสร็จ สามารถบูรณาการการทำงานของทุกส่วนราชการและสั่งการในลักษณะบนลงล่าง (top-down) ได้อย่างเป็นเอกภาพ²³⁴ โครงสร้างและอำนาจของ ศบค. ได้รับการรับรองผ่านคำสั่งนายกรัฐมนตรีหลายฉบับที่กำหนดองค์ประกอบและขอบเขตอำนาจไว้อย่างชัดเจน หน่วยงานปฏิบัติการหลักของ ศบค. คือ ศูนย์ปฏิบัติการ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) ซึ่งมีสำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) ทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขานุการ²³³ การจัดวางโครงสร้างในลักษณะนี้บ่งชี้ให้เห็นถึงการมองวิกฤตสาธารณสุขผ่านมุมมองด้านความมั่นคงเป็นหลัก ซึ่งโครงสร้างดังกล่าวพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงในการบังคับใช้มาตรการที่ต้องการการควบคุมอย่างเข้มงวด เช่น การประกาศเคอร์ฟิว และการจำกัดการเดินทางข้ามจังหวัด²³⁵ อย่างไรก็ตาม ความแข็งตัวของโครงสร้างนี้ได้กลายเป็น

ข้อจำกัดสำคัญในระยะต่อมา เมื่อภารกิจเปลี่ยนไปสู่การบริหารจัดการวัคซีนที่ต้องการความยืดหยุ่นและการตอบสนองที่รวดเร็ว

สายธารการสั่งการ: จากนโยบายระดับชาติสู่การปฏิบัติในพื้นที่

คำสั่งและนโยบายจาก ศบค. ระดับชาติจะถูกส่งต่อไปยัง ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) ซึ่งทำหน้าที่เป็นกลไกกลางในการประสานงานและสั่งการไปยังหน่วยงานฝ่ายปกครองในระดับพื้นที่²³⁴ ทำให้เกิดสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจนตามลำดับชั้นการปกครอง ตั้งแต่ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปก.จ.) ที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้บัญชาการ, ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปก.อ.) ที่มีนายอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบ ไปจนถึง ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปก.ต.)²³⁴

การใช้กลไกของกระทรวงมหาดไทยที่มีอยู่เดิมในการขับเคลื่อนนโยบาย แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการระดมสรรพกำลังของภาครัฐอย่างเต็มรูปแบบ (whole-of-government approach) แต่ในขณะเดียวกันก็หมายความว่านโยบายด้านสาธารณสุขถูกนำไปปฏิบัติผ่านสายการบังคับบัญชาของฝ่ายปกครอง ซึ่งอาจขาดความเชี่ยวชาญและความเข้าใจในมิติทางสาธารณสุขที่ซับซ้อน

ระบบนิเวศที่ปรึกษา: คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติและการเมืองของความเชี่ยวชาญ

นอกเหนือจากโครงสร้างการบังคับบัญชาของ ศบค. แล้ว ยังมีกลไกที่ปรึกษาด้านเทคนิคที่สำคัญอีกส่วนหนึ่ง นั่นคือ คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ และ คณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเกี่ยวกับการเลือกชนิดวัคซีน การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย และแนวทางการให้บริการฉีดวัคซีน²³⁶ นอกจากนี้ นายกรัฐมนตรียังได้แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาด้านการสาธารณสุข เพื่อให้คำปรึกษาโดยตรงต่อ ศบค. อีกด้วย²³³

การมีอยู่ของสองโครงสร้างนี้ โครงสร้างการบังคับบัญชาทางการเมืองและความมั่นคง (ศบค.) และโครงสร้างที่ปรึกษาทางเทคนิค (คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ) ได้สร้างสภาวะการทำงานแบบคู่ขนานปฏิสัมพันธ์และแรงเสียดทานที่อาจเกิดขึ้นระหว่างสองกลไกนี้มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายที่สำคัญยิ่ง เช่น การตัดสินใจว่าจะจัดซื้อวัคซีนชนิดใด และใครควรเป็นผู้ได้รับวัคซีนก่อน

การวางกรอบการบริหารจัดการวิกฤตโดยอิงกับกฎหมายความมั่นคงและกลไกฝ่ายปกครองเป็นหลักนั้น แม้จะช่วยให้รัฐสามารถควบคุมสถานการณ์ในช่วงแรกได้อย่างรวดเร็ว แต่กลับเป็นการสร้าง "ความไม่ลงรอยเชิงโครงสร้าง" (structural mismatch) ขึ้นมาโดยไม่ตั้งใจ กรอบการทำงานที่ออกแบบมาเพื่อรับมือกับภัยความมั่นคง ซึ่งเน้นการควบคุมและสั่งการแบบบนลงล่าง²³³ ขาดคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับภารกิจการรณรงค์ฉีดวัคซีนขนานใหญ่ ซึ่งต้องการความยืดหยุ่นด้านโลจิสติกส์ การสร้างความไว้วางใจในระดับชุมชน และการสื่อสารที่ละเอียดอ่อนและปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ ความแข็งตัวของโครงสร้างนี้จึงกลายเป็นอุปสรรคในการตอบสนองต่อความท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาของการกระจายวัคซีนนำไปสู่ปัญหาด้านการสื่อสารและความเชื่อมั่นที่จะกล่าวถึงในส่วนต่อไป ยิ่งไปกว่านั้น การรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจไว้ที่ ศบค. ส่วนกลางอย่างเบ็ดเสร็จ²³⁷ แม้จะตั้งอยู่บนเจตนาที่ดีในการสร้างเอกภาพในการสั่งการ

แต่ในทางปฏิบัติกลับส่งผลกระทบข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ นั่นคือการลดทอนบทบาทและความเชี่ยวชาญของหน่วยงานระดับท้องถิ่น และสร้างปัญหาคอขวดในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หน่วยงานระดับจังหวัดและอำเภอ (ศปก.จ., ศปก.อ.) ถูกวางบทบาทให้เป็นเพียงผู้รับคำสั่งจากส่วนกลางไปปฏิบัติ มากกว่าที่จะเป็นผู้ปรับใช้นโยบายให้เข้ากับบริบทเฉพาะของตนเอง ²³⁴ ทว่าในความเป็นจริง การกระจายวัคซีนต้องเผชิญกับความท้าทายที่แตกต่างกันอย่างมากระหว่างพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการชุมชนแรงงานข้ามชาติที่มีลักษณะเฉพาะในจังหวัดสมุทรสาคร ปัญหาความลังเลในการฉีดวัคซีนในพื้นที่ห่างไกลของจังหวัดตาก ²³⁸ หรือการบริหารจัดการประชากรในจังหวัดท่องเที่ยวอย่างภูเก็ต ²³⁹

ระบบที่รวมศูนย์อำนาจขาดความสามารถในการตอบสนองต่อเงื่อนไขที่หลากหลายเหล่านี้ได้อย่างทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการใช้นโยบายแบบ “เสื้อโหล” (one-size-fits-all) ที่มักจะไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โครงสร้างที่ออกแบบมาเพื่อ “ควบคุม” จึงกลายเป็นบ่อเกิดของ “ความไร้ความยืดหยุ่น” ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปรับแนวทางการฉีดวัคซีนให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนในแต่ละพื้นที่

ยุทธศาสตร์วัคซีนแห่งชาติ: การจัดหาและกระจาย

กลไกการจัดหาและกระจายวัคซีนถือเป็นหัวใจสำคัญของยุทธศาสตร์ชาติในการต่อสู้กับโรคระบาด การตัดสินใจเชิงนโยบายในช่วงเริ่มต้น ซึ่งขับเคลื่อนด้วยแนวคิดชาตินิยมทางวัคซีนและการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ได้สร้างจุดเปราะบางเชิงระบบที่นำไปสู่ปัญหาการขาดแคลนวัคซีน ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึง และท้ายที่สุดคือการสูญเสียความเชื่อมั่นจากสาธารณชน

การเติมพื้นที่ใหญ่: ถอดรหัสการจัดหาวัคซีน AstraZeneca และ Sinovac

ยุทธศาสตร์การจัดหาวัคซีนของประเทศไทยในช่วงเริ่มต้นตั้งอยู่บนสองเสาหลัก คือ การสนับสนุนการผลิตวัคซีน AstraZeneca ภายในประเทศโดยบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ จำกัด และการนำเข้าวัคซีน Sinovac จากประเทศจีน ²⁴⁰ รัฐบาลตั้งเป้าหมายในการจัดหาวัคซีนจาก AstraZeneca จำนวน 61 ล้านโดส และจาก Sinovac ในระยะแรก 2 ล้านโดส โดยจะมีการนำเข้าเพิ่มเติมในภายหลัง ²⁴¹ การพึ่งพาการผลิตในประเทศถูกนำเสนอในฐานะอย่างก้าวสำคัญสู่ความมั่นคงด้านวัคซีนของชาติ ²⁴² อย่างไรก็ตาม ยุทธศาสตร์นี้ได้จุดประกายให้เกิดข้อถกเถียงในวงกว้าง มีการตั้งคำถามถึงการตัดสินใจของรัฐบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ COVAX ซึ่งเป็นกลไกจัดหาวัคซีนร่วมระดับโลกที่หลายประเทศเพื่อนบ้านใช้เป็นเครื่องมือบริหารความเสี่ยง ²⁴³ ขณะเดียวกัน สังคมได้เรียกร้องให้มีการเปิดเผยสัญญาที่รัฐบาลทำกับบริษัท สยามไบโอไซเอนซ์ ซึ่งเป็นบริษัทในเครือของสำนักงานทรัพย์สินพระมหากษัตริย์ ทำให้เกิดข้อกังขาเกี่ยวกับความโปร่งใสและประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อน

²⁴³

ในช่วงแรกของการฉีดวัคซีน วัคซีน Sinovac กลายเป็นวัคซีนหลักที่ถูกนำมาใช้ โดยคิดเป็นสัดส่วนถึง 94.8% ของวัคซีน 2 ล้านโดสแรก ในขณะที่วัคซีน AstraZeneca เริ่มทยอยส่งมอบในเวลาต่อมา²⁴⁰ การพึ่งพิงวัคซีนเพียงไม่กี่ชนิดและมีแหล่งผลิตที่จำกัดเช่นนี้ ทำให้โครงการวัคซีนของทั้งประเทศตกอยู่ในภาวะสุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการผลิตที่ล่าช้า และต้องเผชิญกับคำถามถึงประสิทธิภาพของวัคซีนต่อเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่เกิดขึ้น

การตัดสินใจเชิงนโยบายที่พึ่งพิงการผลิตวัคซีนหลัก (AstraZeneca) จากแหล่งผลิตในประเทศเพียงแหล่งเดียว ควบคู่ไปกับการไม่เข้าร่วมกลไกกระจายความเสี่ยงระดับโลกอย่าง COVAX²⁴³ ได้สร้างสถานะที่เรียกว่า "กับดักชาตินิยมทางวัคซีน" (Vaccine Nationalism Trap) ขึ้นมาโดยไม่รู้ตัว แม้ว่าแนวคิดการพึ่งพาตนเองจะเป็นสิ่งที่น่าชื่นชมในหลักการ แต่การวางเดิมพันทั้งหมดไว้กับแหล่งผลิตเดียวโดยไม่มีแผนสำรองที่แข็งแกร่งพอ ได้สร้างจุดเปราะบางที่เป็นอันตรายอย่างยิ่ง (single point of failure) เมื่อการผลิตหรือการส่งมอบวัคซีนจากแหล่งผลิตหลักนี้ประสบปัญหาล่าช้า แผนการผลิตวัคซีนของทั้งประเทศก็ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง นำไปสู่ภาวะขาดแคลนวัคซีนในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อ และบีบให้รัฐบาลต้องพึ่งพิงวัคซีนทางเลือกอย่าง Sinovac มากเกินความจำเป็น²⁴⁰ ซึ่งในขณะนั้นกำลังเผชิญกับความกังขาของสาธารณชนในด้านประสิทธิภาพ ดังนั้น การมุ่งมั่นที่จะพึ่งพาตนเองโดยปราศจากการกระจายความเสี่ยงที่เพียงพอ จึงกลายเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเปราะบางของประเทศต่อภาวะอุทกภัยทางสุขภาพ และบั่นทอนความมั่นคงด้านวัคซีนในระยะเริ่มต้นอย่างน่าเสียดาย

พิมพ์เขียวการกระจายวัคซีน: การดำเนินการตามระยะและลำดับความสำคัญที่เปลี่ยนแปลง

กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนการกระจายวัคซีนออกเป็นระยะ โดยอิงตามปริมาณวัคซีนที่มีอยู่และระดับความเสี่ยงของประชากรแต่ละกลุ่ม²³⁶

- ระยะที่ 1 (เมื่อวัคซีนมีปริมาณจำกัด): มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดการป่วยรุนแรงและเสียชีวิต และเพื่อรักษาระบบสาธารณสุขของประเทศ กลุ่มเป้าหมายหลักในระยะนี้ประกอบด้วย:
 - บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้า
 - บุคคลที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค
 - ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
 - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคซึ่งมีความเสี่ยงสูง
- ระยะที่ 2 (เมื่อมีวัคซีนมากขึ้น): มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคม และสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ในระดับประชากร โดยขยายการฉีดวัคซีนไปยังประชาชนทั่วไป ผู้ประกอบอาชีพในภาคการท่องเที่ยวและชาวต่างชาติที่พำนักในประเทศ
- แผนการกระจายวัคซีนนี้มีความยืดหยุ่นในทางทฤษฎี โดยมีการปรับเปลี่ยนลำดับความสำคัญตามสถานการณ์การระบาดในแต่ละพื้นที่ ดังจะเห็นได้จากการมุ่งเน้นการฉีดวัคซีนใน 13 จังหวัดแรกที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูงในช่วงการระบาดระลอกใหม่²⁴¹

ประตูดิจิทัลและช่องว่าง: ระบบ "หมอพร้อม" กับความเป็นจริงของการเข้าถึง

กลไกหลักที่รัฐบาลกำหนดให้ประชาชนใช้ในการลงทะเบียนรับวัคซีนคือแอปพลิเคชันและบัญชีไลน์ "หมอพร้อม" ²³⁶ ระบบนี้ถูกวางตัวให้เป็นช่องทางศูนย์กลางในการนัดหมายและบริหารจัดการคิวการฉีดวัคซีนของทั้งประเทศ ทว่าในทางปฏิบัติ ระบบ "หมอพร้อม" กลับประสบปัญหาอย่างหนักและมีช่องโหว่ที่สำคัญประการแรกและสำคัญที่สุดคือ การออกแบบระบบที่กำหนดให้ผู้ลงทะเบียนต้องกรอกเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งเป็นการกีดกันแรงงานข้ามชาติและชาวต่างชาติส่วนใหญ่ออกจากระบบโดยอัตโนมัติ ²⁴⁴ ประการที่สอง แนวทางที่เน้นดิจิทัลเป็นหลัก (digital-first) ได้สร้างอุปสรรคใหญ่หลวงต่อผู้ที่ขาดสมาร์ทโฟนหรือขาดทักษะทางดิจิทัล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบท ²⁴⁵

ความล้มเหลวของระบบ "หมอพร้อม" ประกอบกับภาวะวัคซีนขาดแคลน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างกะทันหัน และเกิดช่องทางการลงทะเบียนที่กระจัดกระจายขึ้นมามากมาย ไม่ว่าจะเป็นการลงทะเบียนผ่านหน่วยงานระดับจังหวัด โควตาขององค์กรเอกชน หรือการเปิดให้ประชาชนเข้าไปรับบริการได้โดยไม่ต้องนัดหมายล่วงหน้า (walk-in) ภาวะไร้ระเบียบนี้สร้างความสับสนและความไม่พอใจให้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง จนมีเสียงวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็น "ความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง" ²⁴⁴ การแตกกระจายของช่องทางลงทะเบียนนี้ได้ทำลายแนวคิดของระบบการกระจายวัคซีนแบบรวมศูนย์ที่มีแบบแผน และเปิดช่องให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง ²⁴⁵ แม้ว่าระบบ "หมอพร้อม" จะถูกนำเสนอในฐานะระบบรวมศูนย์ระดับชาติ แต่ในความเป็นจริงแล้ว การออกแบบและการล่มสลายของระบบได้สร้าง "ภาพลวงตาของระบบที่เป็นหนึ่งเดียว" ขึ้นมา ขณะที่ในทางปฏิบัติกลับกลายเป็นระบบหลายรางที่ขาดความเสมอภาค การกำหนดให้ต้องใช้เลขบัตรประชาชน 13 หลักในการลงทะเบียน ²³⁶ ไม่ใช่ข้อผิดพลาดทางเทคนิค แต่เป็นคุณสมบัติหลักในการออกแบบที่กีดกันประชากรกลุ่มเปราะบางจำนวนมาก เช่น แรงงานข้ามชาติ ออกจากระบบอย่างเป็นทางการตั้งแต่ต้น เมื่อระบบไม่สามารถรองรับความต้องการและเผชิญกับปัญหาอุปทานวัคซีน "หมอพร้อม" ก็ถูกละทิ้งในทางปฏิบัติ นำไปสู่การผุดขึ้นของช่องทางเฉพาะกิจที่ไม่มีการควบคุม ²⁴⁴ ภาวะไร้ระเบียบนี้ได้สร้างสถานะที่ผู้มีเส้นสาย มีข้อมูลที่ดีกว่า หรือมีทรัพยากรมากกว่า สามารถเข้าถึงวัคซีนได้ก่อน ในขณะที่กลุ่มชายขอบถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ดังนั้น นโยบายจึงได้สร้างระบบ de jure (ตามกฎหมาย) ที่เป็นหนึ่งเดียว แต่กลับก่อให้เกิดระบบ de facto (ในความเป็นจริง) ที่แบ่งชนชั้น ซึ่งการเข้าถึงวัคซีนถูกกำหนดโดยสถานะทางสังคม ทักษะทางดิจิทัล และสัญชาติ ซึ่งขัดแย้งโดยตรงกับเป้าหมายที่ประกาศไว้ว่าจะมีการกระจายอย่างเป็นธรรม

ส่วนที่ 2: การประเมินความเป็นธรรมและผลลัพธ์

ภาพรวมเชิงสถิติของความครอบคลุมวัคซีน

ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นรากฐานสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของโครงการฉีดวัคซีน โดยเผยให้เห็นภาพรวมของผลสำเร็จ ตลอดจนความเหลื่อมล้ำที่ซ่อนอยู่ในระดับต่างๆ

การฉีดวัคซีนระดับชาติ: ภาพรวมเชิงปริมาณ

ข้อมูลสรุป ณ วันที่ 28 เมษายน 2566 ระบุว่า ประเทศไทยได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 ไปแล้วทั้งสิ้น 146.9 ล้านโดส ทั่วประเทศ ²³⁹ ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนเข็มแรกอยู่ที่ 82.9% ของประชากร (จำนวน 57.6 ล้านคน) และเข็มที่สองอยู่ที่ 77.9% (จำนวน 54.1 ล้านคน) ²³⁹ อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมของวัคซีนเข็มกระตุ้นกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเข็มที่สามมีความครอบคลุมเพียง 39.4% และเข็มที่สี่ลดลงเหลือเพียง 9.5% ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2566 ยืนยันแนวโน้มนี้ โดยระบุว่ามิได้มีผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่สามจำนวน 33.9 ล้านคน ²⁴⁶ ในด้านความเร็วของการฉีดวัคซีน ช่วงแรกเป็นไปอย่างเชื่องช้า โดยใช้เวลาราว 54 วันในการฉีดวัคซีนครบ 1 ล้านโดสแรก แต่หลังจากนั้นอัตราเร็วก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยใช้เวลาเพียง 20 วันสำหรับล้านโดสที่สอง ²⁴⁰ และภายในเดือนพฤศจิกายน 2564 รัฐบาลสามารถฉีดวัคซีนไปได้แล้วกว่า 84 ล้านโดส และตั้งเป้าหมายที่ 100 ล้านโดส ²⁴⁷

ความเหลื่อมล้ำในระดับจังหวัดและภูมิภาค: ถอดรหัสความไม่เป็นธรรมทางภูมิศาสตร์

ข้อมูลการฉีดวัคซีนเมื่อจำแนกรายจังหวัดได้เผยให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางภูมิศาสตร์ที่เด่นชัดอย่างยิ่ง

- **พื้นที่ที่มีความครอบคลุมสูง:** กรุงเทพมหานครและจังหวัดปริมณฑล (สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี) รวมถึงจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญ (ภูเก็ต ชลบุรี) เป็นกลุ่มที่มีอัตราความครอบคลุมของวัคซีนสูงที่สุดอย่างต่อเนื่อง โดยในบางจังหวัดอัตราการฉีดเข็มแรกสูงเกิน 100% ซึ่งบ่งชี้ว่ามีการฉีดวัคซีนให้กับประชากรแฝงหรือผู้ที่ไม่ได้ลงทะเบียนในพื้นที่นั้นๆ ด้วย ตัวอย่างเช่น จังหวัดภูเก็ตมีความครอบคลุมเข็มแรก 95.8% และกรุงเทพมหานครสูงถึง 119.6% ²³⁹
- **พื้นที่ที่มีความครอบคลุมต่ำ:** ในทางตรงกันข้าม จังหวัดในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เช่น ปัตตานี (ความครอบคลุมเข็มสอง 48.4%) และ นราธิวาส (ความครอบคลุมเข็มสอง 46.3%) กลับมีอัตราความครอบคลุมต่ำที่สุดในประเทศ นอกจากนี้ พื้นที่อื่นๆ ที่มีความครอบคลุมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมักเป็นจังหวัดชายแดนที่มีประชากรข้ามชาติจำนวนมาก หรือพื้นที่ห่างไกล เช่น ตาก และแม่ฮ่องสอน ²³⁹

รูปแบบการกระจายวัคซีนดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การจัดสรรทรัพยากรมีน้ำหนักเอนเอียงไปทางศูนย์กลางทางเศรษฐกิจและพื้นที่ที่มีความสำคัญในเชิงยุทธศาสตร์การท่องเที่ยว มากกว่าที่จะยึดหลักความเสี่ยงทางสาธารณสุขหรือความหนาแน่นของประชากรเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 35 สรุปความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 28 เมษายน 2566)

การฉีดวัคซีน	จำนวนผู้ได้รับ (ราย)	ร้อยละความครอบคลุมของประชากร
เข็มที่ 1	57,628,237	82.9%
เข็มที่ 2	54,162,023	77.9%
เข็มที่ 3	27,387,819	39.4%
เข็มที่ 4	6,603,686	9.5%
เข็มที่ 5	1,079,951	1.6%
เข็มที่ 6	99,998	0.1%
รวมทุกเข็ม	146,961,714 (โดส)	-

ที่มา: ฐานข้อมูล MOPH Immunization Center, กระทรวงสาธารณสุข ²³⁹

ข้อมูลเผยให้เห็น "ช่องว่างของวัคซีนเข็มกระตุ้น" (Booster Gap) ที่ชัดเจน การดิ่งลงอย่างฮวบฮาบของอัตราการฉีดวัคซีนจากเข็มที่สองมาสู่เข็มที่สามและเข็มถัดๆ มา บ่งชี้ถึงความล้มเหลวที่สำคัญในการสื่อสารสาธารณสุขระยะยาว แม้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะยังคงเน้นย้ำถึงความจำเป็นของเข็มกระตุ้นเพื่อต่อสู้กับไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ²⁴⁸ แต่อัตราการฉีดกลับลดลงอย่างมาก แสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจเริ่มต้นของประชาชน ซึ่งขับเคลื่อนด้วยความกลัวและมาตรการที่เข้มงวด ได้จางหายไปเมื่อสถานการณ์วิกฤตเริ่มคลี่คลาย กลยุทธ์การสื่อสารของรัฐบาลไม่สามารถปรับเปลี่ยนจาก "การสื่อสารในภาวะวิกฤต" ไปสู่ "การสื่อสารเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน" ได้สำเร็จ ช่องว่างนี้จึงไม่ใช่แค่ตัวเลขทางสถิติ แต่เป็นดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนที่ลดลง ความเหนื่อยล้าจากการรับข้อมูลข่าวสาร และความสามารถในการรักษาแรงส่งของภาครัฐในโครงการสาธารณสุขระยะยาว

ขณะเดียวกัน ข้อมูลรายจังหวัดได้เปิดเผยรูปแบบที่ชัดเจนว่า "ลำดับความสำคัญทางเศรษฐกิจอยู่เหนือการกระจายอย่างเท่าเทียม" การจัดสรรวัคซีนให้น้ำหนักอย่างมากกับพื้นที่ที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ ดังเห็นได้จากกรุงเทพมหานครและภูเก็ต ซึ่งเป็นพื้นที่นำร่อง "แซนด์บ็อกซ์" เพื่อการท่องเที่ยว ได้รับวัคซีนในสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ในทางกลับกัน จังหวัดชายแดนที่ห่างไกลและพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นที่อยู่ของประชากรกลุ่มเปราะบางจำนวนมากและมีปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านสาธารณสุขมายาวนาน กลับมีอัตราการเข้าถึงวัคซีนที่ต่ำกว่ามาก ²³⁹ แม้ว่าเป้าหมายที่ประกาศไว้คือการ "เปิดประเทศ" และ "ฟื้นฟูเศรษฐกิจ" ²³⁶ แต่รูปแบบการกระจายทรัพยากรที่เกิดขึ้นจริงบ่งชี้ว่านโยบาย "การกระจายอย่างเป็นธรรม" ในทางปฏิบัติแล้ว คือนโยบายการจัดลำดับความสำคัญทางยุทธศาสตร์เศรษฐกิจ ซึ่งสร้างให้เกิด "ผู้ชนะ" และ "ผู้แพ้" ที่ชัดเจนในการเข้าถึงเกราะป้องกันไวรัส

บทพิสูจน์ความเป็นธรรม: การเข้าถึงวัคซีนของประชากรกลุ่มเปราะบาง

ส่วนนี้ถือเป็นหัวใจของการวิเคราะห์ โดยจะเปรียบเทียบนโยบายการเข้าถึงอย่างเท่าเทียมที่ประกาศไว้ กับความเป็นจริงที่เต็มไปด้วยอุปสรรคเชิงระบบและผลลัพธ์ที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ และแรงงานข้ามชาติ

ตารางที่ 36 เปรียบเทียบความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนในกลุ่มประชากรหลัก

กลุ่มประชากร	ความครอบคลุม เข็มที่ 1 (%)	ความครอบคลุม เข็มที่ 2 (%)	หมายเหตุ
ประชากรทั่วไป	82.9%	77.9%	ข้อมูล ณ เม.ย. 2566 ²³⁹
ผู้สูงอายุ/กลุ่ม 608	~68.4%*	ไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบ	*คำนวณจากจำนวน ผู้สูงอายุ 60+ ที่ได้รับเข็ม แรก 8.65 ล้านคน ²⁴⁹ เทียบ กับประชากรสูงอายุทั้งหมด ประมาณ 12.65 ล้านคน (ปี 2564)
แรงงานข้ามชาติ	ต่ำมาก (ประมาณ <25%)**	ต่ำมาก	**เป็นการประมาณการจาก ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ณ ปลายปี 2564 ²⁵⁰ เทียบกับ ประชากรข้ามชาติประมาณ 3-4 ล้านคน

หมายเหตุ: การรวบรวมข้อมูลสำหรับตารางนี้เผยให้เห็นถึงปัญหาเชิงนโยบายที่สำคัญ นั่นคือการขาดฐานข้อมูลกลางที่เชื่อถือได้สำหรับการติดตามการฉีดวัคซีนในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ²⁵¹ ทำให้ตัวเลขที่แสดงเป็นเพียงภาพบ่งชี้จากข้อมูลที่กระจัดกระจายและไม่สมบูรณ์ ซึ่งการไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนนี้ก็ถือเป็นผลลัพธ์เชิงนโยบายที่บ่งชี้ถึงการถูกละเลยของประชากรกลุ่มนี้

ผู้สูงอายุ (กลุ่ม 608): กลุ่มเป้าหมายสำคัญในกระดาษ ความท้าทายในทางปฏิบัติ

ตามนโยบายที่ประกาศไว้ กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) และผู้มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค หรือที่เรียกรวมกันว่า "กลุ่ม 608" ²⁵² ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญสูงสุดในระยะที่ 1 ของการฉีดวัคซีน ²³⁶ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตหากติดเชื้อ ²⁵³ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติกลับพบความท้าทายหลายประการ แม้ข้อมูล ณ กลางปี 2565 จะระบุว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับวัคซีนเข็มแรกแล้วถึง 8.65 ล้านคน ²⁴⁹ แต่ผลการศึกษากลับชี้ไปในทิศทางตรงกันข้ามว่า กลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับ การฉีดวัคซีนมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า โดยงานวิจัยชิ้นหนึ่งพบว่าคนกลุ่มนี้มีโอกาสไม่ฉีดวัคซีนสูงกว่าถึง 1.7 เท่า ²⁵⁴ ข้อมูลในช่วงแรก ณ เดือนกรกฎาคม 2564 ก็ยืนยันแนวโน้มนี้ โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปไม่มีความครอบคลุมของวัคซีนต่ำกว่ากลุ่ม "ประชาชนทั่วไป" ซึ่งขัดแย้งโดยตรงกับลำดับความสำคัญที่รัฐประกาศไว้ ²⁴⁴

อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงวัคซีนได้ยากประกอบด้วย:

1. **ช่องว่างทางดิจิทัล (Digital Divide):** ความไม่คุ้นเคยหรือความยากลำบากในการใช้งานแอปพลิเคชัน "หมอพร้อม" และช่องทางลงทะเบียนออนไลน์อื่นๆ ²⁴⁵
2. **ข้อจำกัดด้านการเดินทาง:** ความไม่สะดวกในการเดินทางไปยังจุดฉีดวัคซีน โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรงหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ²⁵⁴

3. **ความกลัวและข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง:** กลุ่มผู้สูงอายุมีความกังวลและกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนในระดับที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ²⁵⁴ ซึ่งมักถูกซ้ำเติมด้วยข้อมูลที่เท็จที่แพร่กระจายในสังคม
4. **การขาดกลไกเชิงรุก:** ระบบการให้บริการในช่วงแรกมีลักษณะเป็น "การตั้งรับ" ที่รอให้ประชาชนลงทะเบียนและเดินทางมาเอง แทนที่จะเป็นการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เชิงรุกเพื่อเข้าไปฉีดวัคซีนให้ถึงบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่เดินทางลำบาก

แรงงานข้ามชาติ: การฝ่าฟันอุปสรรคด้านสถานะทางกฎหมาย ภาษา และการกีดกันเชิงระบบ

แม้รัฐบาลและกรมควบคุมโรคจะยืนยันนโยบายไม่เลือกปฏิบัติ และให้คำมั่นว่าจะฉีดวัคซีนให้ "ทุกคนบนแผ่นดินไทย" ²⁴⁴ แต่ในความเป็นจริง แรงงานข้ามชาติต้องเผชิญกับกำแพงอุปสรรคซ้อนกันหลายชั้นที่ทำให้การเข้าถึงวัคซีนเป็นเรื่องยากลำบากอย่างยิ่ง

1. **อุปสรรคด้านกฎหมายและทะเบียนราษฎร:** กำแพงด่านแรกคือการที่ระบบ "หมอพรีม" กำหนดให้ต้องใช้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ²⁴⁴ สำหรับแรงงานที่มีเอกสารถูกต้อง ก็ยังต้องเผชิญกับความยุ่งยากทางราชการและความร่วมมือจากนายจ้าง ขณะที่แรงงานที่ไม่มีเอกสารแทบจะถูกตัดขาดจากระบบโดยสิ้นเชิงและมีความหวาดกลัวที่จะติดต่อกับเจ้าหน้าที่รัฐ ²⁵⁵ แม้จะมีความพยายามเสนอให้สร้างระบบรหัสประจำตัวสำหรับแรงงานข้ามชาติ แต่การนำไปใช้ก็ไม่ทั่วถึงและขาดความต่อเนื่อง ²⁵¹
2. **อุปสรรคด้านการเงิน:** แม้ตัววัคซีนจะไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ค่าใช้จ่ายแฝงอื่นๆ เช่น ค่าตรวจสุขภาพเพื่อต่อใบอนุญาตทำงาน ค่าธรรมเนียมต่างๆ และรายได้ที่ต้องสูญเสียไปในวันที่ไปฉีดวัคซีน ถือเป็นภาระหนักและเป็นอุปสรรคสำคัญ ²⁵¹
3. **อุปสรรคด้านภาษาและการสื่อสาร:** การขาดข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในภาษาของแรงงานข้ามชาติอย่างสิ้นเชิง ทำให้พวกเขาต้องพึ่งพาข้อมูลจากโซเชียลมีเดียและข่าวลือ ซึ่งเต็มไปด้วยข้อมูลที่เท็จที่สร้างความกลัวและความลังเล ²³⁸ การให้บริการเชิงรุกในหลายครั้งจำเป็นต้องอาศัยล่ามอาสาสมัครจากองค์กรภาคประชาสังคม (NGOs) ²⁵⁵
4. **อุปสรรคด้านภูมิศาสตร์และสังคม:** แรงงานข้ามชาติจำนวนมากอาศัยอยู่ในแคมป์คนงานก่อสร้างที่แออัด หรือในพื้นที่เกษตรกรรมที่ห่างไกล ซึ่งยากต่อการเข้าถึง การจะให้บริการคนกลุ่มนี้ได้จำเป็นต้องอาศัยหน่วยฉีดวัคซีนเคลื่อนที่เชิงรุก ซึ่งมีไม่เพียงพอ ²⁵⁵

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มแรงงานข้ามชาติอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ข้อมูลที่มีอยู่ก็กระจัดกระจายและไม่สมบูรณ์ ณ เดือนสิงหาคม 2564 มีชาวต่างชาติได้รับวัคซีนเพียงประมาณ 356,000 คน ²⁵⁰ และเมื่อถึงเดือนตุลาคม 2564 ตัวเลขสะสมของแรงงานจากเมียนมา ลาว และกัมพูชาที่ได้รับวัคซีนมีเพียงประมาณ 726,000 คน ²⁵⁶ ซึ่งเป็นเพียงเศษเสี้ยวของประชากรแรงงานข้ามชาติทั้งหมดที่คาดว่าจะมีอยู่ราว 3-4 ล้านคนในประเทศไทย การดำเนินงานส่วนใหญ่มักเป็นการผลักดันขององค์กรภาคประชาสังคมและหน่วยงานระหว่างประเทศที่ร่วมมือกับภาครัฐเป็นกรณีๆ ไป มากกว่าที่จะเป็นโครงการที่รัฐเป็นผู้นำอย่างเป็นระบบ ²⁵⁵

สังเคราะห์ความไม่เป็นธรรม: การชี้ชัดข้อบกพร่องเชิงระบบในนโยบาย "การกระจายอย่างเป็นธรรม"

ความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและแรงงานข้ามชาติไม่ใช่ผลจากเจตนาร้าย แต่เป็นผลลัพธ์ที่คาดเดาได้จากระบบที่ถูกออกแบบขึ้นโดยไม่ได้คำนึงถึงความเป็นจริงของประชากรกลุ่มที่เปราะบางที่สุด ระบบการกระจายวัคซีนของไทยให้ความสำคัญกับผู้ที่มีทักษะทางดิจิทัล ผู้อาศัยในเขตเมือง ผู้ที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ และผู้ที่มีสถานะทางกฎหมายชัดเจน ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วเป็นการผลักให้ผู้สูงอายุ คนจนในชนบท และแรงงานข้ามชาติตกไปอยู่ชายขอบ ความล้มเหลวนี้นี้ไม่ได้อยู่ที่การปฏิบัติงานเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่การออกแบบสถาปัตยกรรมของโครงสร้างการบริหารจัดการและเทคโนโลยีดิจิทัลที่ใช้ในการกระจายวัคซีนตั้งแต่แรก

ตารางที่ 37 สรุปอุปสรรคในการเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มเปราะบาง

ประเภทของอุปสรรค	ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ (กลุ่ม 608)	ผลกระทบต่อแรงงานข้ามชาติ	อุปสรรคด้านบุคคล	อุปสรรคจากระบบ
ด้านการบริหารจัดการ/กฎหมาย	- ความยุ่งยากในการลงทะเบียนผ่านระบบดิจิทัล	- การไม่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ทำให้ใช้ "หมอพร้อม" ไม่ได้ ²⁴⁴	- ความกลัวเจ้าหน้าที่รัฐ (โดยเฉพาะกลุ่มไม่มีเอกสาร) ²⁵⁵	- ความไม่แน่นอนของสถานะทางกฎหมาย
ด้านการเงิน	- ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	- ค่าใช้จ่ายแฝงในการตรวจสุขภาพและทำเอกสาร ²⁵¹	- การสูญเสียรายได้ในวันที่ไปฉีดวัคซีน	
ด้านข้อมูลข่าวสาร	- ความสับสนจากข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อย - ได้รับข้อมูลเท็จเกี่ยวกับผลข้างเคียง ²⁵⁴	- การขาดข้อมูลที่ถูกต้องในภาษาของตนเองอย่างสิ้นเชิง ²³⁸	- การสูญเสียรายได้ในวันที่ไปฉีดวัคซีน	
ด้านกายภาพ/ภูมิศาสตร์	- ข้อจำกัดในการเดินทางสำหรับผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง - การอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ²⁵⁴	- การอาศัยอยู่ในแคมป์หรือพื้นที่ที่เข้าถึงยาก - การขาดหน่วยบริการเคลื่อนที่เชิงรุกที่เพียงพอ ²⁵⁵		

สถาปัตยกรรมของระบบการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะการพึ่งพาระบบดิจิทัลที่ต้องใช้บัตรประชาชนไทยเป็นหลักนั้น ถือเป็น "ความเหลื่อมล้ำโดยการออกแบบ" (Inequity by Design) ความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นจึงไม่ใช่เรื่องบังเอิญ แต่เป็นผลลัพธ์ที่คาดการณ์ได้จากการออกแบบระบบที่ผิดพลาด การเลือกใช้เครื่องมือที่กัดกันคนกลุ่มใหญ่ออกไปตั้งแต่ต้น ²⁴⁴ ทำให้คำประกาศของรัฐบาลที่ว่า จะ "ไม่เลือกปฏิบัติ" ²⁴⁴ กลายเป็นเพียงวาทกรรมที่ว่างเปล่า เพราะมันขัดแย้งกับการออกแบบเครื่องมือหลักที่ใช้ในการดำเนินนโยบายอย่างสิ้นเชิง ระบบนี้ถูกสร้างขึ้นเพื่อ "พลเมืองในอุดมคติ" และด้วยเหตุนี้จึงเป็นการเลือกปฏิบัติต่อทุกคนที่อยู่นอกนิยามดังกล่าวโดยโครงสร้าง นอกจากนี้ วิกฤตโควิด-19 ไม่ได้สร้างความเปราะบางให้แก่แรงงานข้ามชาติ แต่เป็นการ "ขยาย" ความเปราะบางที่มีอยู่แล้วให้รุนแรงยิ่งขึ้น ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ สถานะทางกฎหมายที่ไม่มั่นคง และการถูกเอารัดเอาเปรียบ เป็นสิ่งที่แรงงานข้ามชาติต้องเผชิญอยู่ก่อนแล้ว วิกฤตครั้งนี้เพียงแค่เพิ่มแรงกดดันใหม่ๆ เข้าไปซ้อนทับบนปัญหาเดิม ไม่ว่าจะเป็นความจำเป็นต้องมีบัตรประชาชนเพื่อเข้าถึงวัคซีน ความกลัวเจ้าหน้าที่รัฐเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ²⁵⁵ หรือความเปราะบางทางเศรษฐกิจที่เลวร้ายลงจากมาตรการล็อกดาวน์ ²⁵⁷ การตอบสนองของรัฐในบางช่วง เช่น การยกเลิกโครงการช่วยเหลือด้านสาธารณสุขสำหรับแรงงานข้ามชาติ ²⁴⁴ ยิ่งตอกย้ำว่าในยามวิกฤต คนกลุ่มนี้คือกลุ่มแรกที่ถูกลดความสำคัญลง ความล้มเหลวในการฉีดวัคซีนให้แรงงานข้ามชาติอย่างทั่วถึงจึงบ่งชี้ถึงความล้มเหลวในการมองว่าสุขภาพของพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของความมั่นคงทางสาธารณสุขของชาติ และเผยให้เห็นข้อบกพร่องที่ยังรากลึกในกระบวนการตัดสินใจด้านความมั่นคงทางสาธารณสุขของประเทศ ที่ยังคงมองข้ามความจริงที่ว่าเชื้อโรคไม่ได้เลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของสัญชาติหรือสถานะทางกฎหมาย

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์และข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์

สมรภูมิแห่งความเชื่อมั่น: การสื่อสาร ความลังเล และ "โรคระบาดทางข้อมูล"

การประเมินความสำเร็จของโครงการฉีดวัคซีนไม่สามารถมองข้ามมิติของการสื่อสารได้ กลยุทธ์การสื่อสารของรัฐบาลและการแพร่ระบาดของข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง (infodemic) มีผลโดยตรงต่อการตัดสินใจรับวัคซีนของประชาชน และเป็นปัจจัยสำคัญที่ซ้ำเติมความท้าทายในการสร้างความครอบคลุมที่เท่าเทียม

วิเคราะห์กลยุทธ์การสื่อสารของรัฐบาลและผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชน

การสื่อสารของภาครัฐในช่วงวิกฤตมักถูกมองว่าขาดความสม่ำเสมอ เป็นการสื่อสารทางเดียวจากบนลงล่าง และขาดความโปร่งใส ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้กัดกร่อนความเชื่อมั่นของประชาชนลงอย่างต่อเนื่อง ²⁵⁸ การเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างกะทันหัน เช่น การระงับใช้ระบบ "หมอพร้อม" หรือการเลื่อนกำหนดการส่งมอบวัคซีนโดยไม่มีคำอธิบายที่ชัดเจน ได้สร้างความสับสนและความไม่พอใจในวงกว้าง ²⁴⁴ นอกจากนี้ ผู้สื่อสารหลักมักเป็นบุคคลในฝ่ายการเมืองหรือฝ่ายความมั่นคง เช่น นายกรัฐมนตรี หรือโฆษก ศบค. แทนที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ได้รับความไว้วางใจ ซึ่งอาจทำให้ประเด็นสาธารณสุขถูกมองเป็นการเมือง ²³⁷ และที่สำคัญคือ การสื่อสารมักเป็นไปในลักษณะ "สารเดียวสำหรับทุกคน" (one-size-fits-all) โดยขาดการปรับเนื้อหาและช่องทางให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการเข้าถึงและโน้มน้าวใจคนในแต่ละกลุ่ม ²⁵⁸

บทบาทของข้อมูลเท็จในการกำหนดพฤติกรรมและการแสวงหาสุขภาพ

สัญญาณทางข้อมูลและความเชื่อมั่นที่ลดลงได้เปิดทางให้ข้อมูลเท็จและข่าวปลอมแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโซเชียลมีเดีย "โรคระบาดทางข้อมูล" หรือ "infodemic" นี้กลายเป็นปัจจัยหลักที่ขับเคลื่อนความลังเลในการฉีดวัคซีน โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง แรงงานข้ามชาติในพื้นที่ห่างไกลและผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ตกเป็นเหยื่อของข่าวลือได้ง่าย โดยเฉพาะข่าวที่เกี่ยวข้องกับผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น การเป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต²³⁸

ผลสำรวจชิ้นหนึ่งพบว่า ประชาชนถึง 64% ขาดความเชื่อมั่นในคุณภาพของวัคซีนที่รัฐจัดหาให้ และมีความกังวลอย่างมากเกี่ยวกับผลข้างเคียง²⁵⁹ ในสถานการณ์เช่นนี้ องค์การภาคประชาสังคมและองค์กรระหว่างประเทศอย่างยูนิเซฟได้เข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการต่อสู้กับข้อมูลเท็จในระดับชุมชน โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องในภาษาท้องถิ่นและสร้างความไว้วางใจ²³⁸ ประสบการณ์ของประเทศไทยได้แสดงให้เห็นว่า "การสื่อสารคือโครงสร้างพื้นฐานหลักด้านสาธารณสุข" ไม่ใช่เพียงส่วนเสริมที่ไม่สำคัญ การล่มสลายของระบบการสื่อสารสามารถสร้างความเสียหายได้ไม่แพ้ความล้มเหลวทางด้านโลจิสติกส์ แม้รัฐบาลจะมีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ เช่น โรงพยาบาลและคลินิก²³⁶ แต่โครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารกลับอ่อนแอ ขาดความสม่ำเสมอ และไม่ได้รับความไว้วางใจ²⁵⁸ ความอ่อนแอนี้ได้สร้างปัญหาจากฝั่งอุปสงค์ (demand-side) กล่าวคือ แม้วัคซีนจะมีพร้อม แต่ความลังเลที่เกิดจากการสื่อสารที่ล้มเหลวและข้อมูลเท็จได้กีดกันให้ประชาชนจำนวนมากไม่ยอมมาฉีดวัคซีน การที่องค์กรภาคประชาสังคมต้องเข้ามาทำหน้าที่พื้นฐานในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความไว้วางใจ²³⁸ คือเครื่องยืนยันถึงความล้มเหลวของภาครัฐในมิตินี้ ดังนั้น การตอบสนองต่อโรคระบาดที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมีการลงทุนควบคู่กันไปทั้งในโครงสร้างพื้นฐานทางกายภาพ/โลจิสติกส์ และโครงสร้างพื้นฐานด้านการสื่อสารที่แข็งแกร่งและได้รับความไว้วางใจ

สรุปข้อค้นพบ: ความสำเร็จ ความล้มเหลว และต้นทุนที่แท้จริงของความเหลื่อมล้ำ

1. **ความสำเร็จ:** แม้จะเผชิญอุปสรรคในช่วงแรก แต่ความสามารถในการระดมกลไกของรัฐเพื่อบรรลุเป้าหมายการฉีดวัคซีนเข็มพื้นฐานได้ในระดับที่ค่อนข้างสูง (ประมาณ 80%) ถือเป็นความสำเร็จด้านโลจิสติกส์ที่น่าบันทึกไว้ นอกจากนี้ การปรับตัวโดยเพิ่มช่องทาง walk-in และแนวทางที่ยืดหยุ่นขึ้นในระยะหลัง แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนของระบบในระดับหนึ่ง
2. **ความล้มเหลว:** ความล้มเหลวที่สำคัญอยู่ในมิติของความเป็นธรรมและยุทธศาสตร์ ตั้งแต่ยุทธศาสตร์การจัดหาวัคซีนที่มีความเสี่ยงสูงในช่วงแรก, การออกแบบระบบลงทะเบียนที่กีดกันคนกลุ่มใหญ่, ความเหลื่อมล้ำอย่างสุดขั้วในการเข้าถึงวัคซีนระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากร การผลักไสแรงงานข้ามชาติให้กลายเป็นคนขายขบเซิงระบบ ไปจนถึงยุทธศาสตร์การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ทั้งหมดนี้คือข้อบกพร่องเชิงนโยบายที่ร้ายแรง
3. **ต้นทุนของความเหลื่อมล้ำ:** รายงานฉบับนี้ชี้ให้เห็นว่าความล้มเหลวในการให้ความคุ้มครองแก่ประชากรทุกคนอย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะแรงงานข้ามชาติ ได้สร้าง "แหล่งรังโรค" ที่อาจเป็นเชื้อปะทุให้เกิดการระบาดระลอกใหม่ได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการบ่อนทำลายความมั่นคงทางสาธารณสุขของคน

ทั้งชาติ ต้นทุนของความเหลื่อมล้ำจึงไม่ใช่แค่เรื่องศีลธรรม แต่เป็นต้นทุนทางระบาดวิทยาและเศรษฐกิจที่ประเทศต้องแบกรับ

พิมพ์เขียวสู่ความเข้มแข็ง: ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์เพื่อรอบการตอบสนองที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ

ด้านโครงสร้างและการบริหารจัดการ:

- จัดตั้งองค์กรรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่นำโดยพลเรือนเป็นการถาวร: ควรจัดตั้งหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระจากกลไกความมั่นคงแบบ ศบค. โดยมีภารกิจหลักด้านโลจิสติกส์ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการประสานงานกับทุกภาคส่วน เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดของโครงสร้างแบบรวมศูนย์ที่เน้นการสั่งการ
- กระจายอำนาจการตัดสินใจสู่ท้องถิ่น: แผนรับมือโรคระบาดในอนาคตต้องออกแบบให้มีความยืดหยุ่น โดยให้อำนาจแก่หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและท้องถิ่นในการปรับยุทธศาสตร์ชาติให้เข้ากับบริบททางประชากรและระบาดวิทยาของตนเอง

ด้านการจัดหาและบริหารจัดการทรัพยากร:

- ใช้ยุทธศาสตร์การจัดหาแบบกระจายความเสี่ยง (Diversified Portfolio): สำหรับโรคระบาดในอนาคต ประเทศไทยต้องเข้าร่วมในช่องทางการจัดหาที่หลากหลาย รวมถึงกลไกระดับโลกอย่าง COVAX เพื่อลดความเสี่ยงด้านอุปทานและหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงแหล่งผลิตเพียงแหล่งเดียว
- รับประกันความโปร่งใสอย่างเต็มรูปแบบ: สัญญาการจัดซื้อยาและวัคซีนที่จำเป็นในภาวะวิกฤตทั้งหมดจะต้องถูกเปิดเผยต่อสาธารณะ เพื่อสร้างความไว้วางใจและรับประกันความรับผิดชอบ

ด้านความเป็นธรรมและการเข้าถึงของกลุ่มเปราะบาง:

- พัฒนาระบบรหัสสุขภาพดิจิทัลสากล (Universal Digital Health ID): ต้องสร้างระบบรหัสระบุตัวตนด้านสุขภาพที่เป็นสากลสำหรับผู้พำนักอาศัยในประเทศทุกคน รวมถึงแรงงานข้ามชาติและผู้ที่ไม่มีสัญชาติ เพื่อขจัดอุปสรรคด้านทะเบียนราษฎรที่เป็นกำแพงสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพในยามวิกฤต โดยอาจต่อยอดจากระบบพิสูจน์อัตลักษณ์บุคคลด้วยชีวมิติที่สภากาชาดไทยได้ทดลองใช้
- กำหนดให้การบริการเชิงรุกเป็นภารกิจบังคับ: แผนการฉีดวัคซีนในอนาคตต้องบรรจุข้อกำหนดที่ชัดเจนและจัดสรรงบประมาณสำหรับ "หน่วยบริการเคลื่อนที่" ที่มีภารกิจเฉพาะในการเข้าถึงชุมชนที่อยู่ห่างไกลทางภูมิศาสตร์ ผู้ป่วยติดบ้าน และกลุ่มประชากรชายขอบ เช่น แคมป์คนงาน และหมู่บ้านในพื้นที่ห่างไกล

ด้านการสื่อสารและความไว้วางใจ:

- ลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานการสื่อสารด้านสุขภาพที่รองรับหลายภาษาอย่างถาวร: กรมควบคุมโรคควรมีหน่วยงานด้านการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ที่มีบุคลากรเพียงพอและสามารถขยายขนาดได้อย่างรวดเร็วในภาวะวิกฤต โดยต้องมีความสามารถในการผลิตและเผยแพร่ข้อมูลในภาษาหลักของกลุ่มประชากรข้ามชาติในประเทศไทย
- ให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เป็นผู้สื่อสารหลัก: ในภาวะวิกฤตทางสาธารณสุข ผู้ที่ควรทำหน้าที่สื่อสารกับประชาชนเป็นหลักคือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ใช่พนักงานการเมือง เพื่อสร้างและรักษาความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจจากสาธารณสุขชน

มาตรการที่ 3 สร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมือในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น

มาตรการที่ 3 ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปสู่ "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดฯ ได้กำหนดตัวชี้วัดจำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 3.1 ร้อยละความสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดและท้องถิ่นที่เกิดจากการมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัดที่ 3.2 จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ได้มีการดำเนินงานสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรค โดยมีเป้าหมายหลักดังนี้

1. **สร้างความเป็นเจ้าของร่วม** ส่งเสริมให้ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย วางแผน และติดตามประเมินผลด้านสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง
2. **กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น** สนับสนุนให้ อปท. สามารถออกแบบและดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของคนในพื้นที่
3. **พัฒนาศักยภาพพลเมือง** สร้างพลเมืองที่ตื่นรู้ (Active Citizen) ที่เข้าใจสิทธิและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน พร้อมทั้งมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม

มาตรการที่ 3 ถือเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการดำเนินงานแบบบนลงล่าง (Top-down) ไปสู่การทำงานแบบมีส่วนร่วมจากล่างขึ้นบน (Bottom-up) ซึ่งเชื่อว่าจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ยั่งยืนและตรงจุดมากยิ่งขึ้น

**ตัวชี้วัดที่ 3.1 ร้อยละความสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการดำเนินงานตาม
แผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดและท้องถิ่นที่เกิดจากการมีส่วนร่วม**

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ 3.1

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า **ไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดและท้องถิ่นที่เกิดจากการมีส่วนร่วม”** ที่ได้รับคัดเลือก

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลผลการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของตัวชี้วัดที่คาดว่าจะสามารถ บ่งชี้เป้าหมายตามมาตรการที่ 3 ได้นั้น พบว่า มีข้อมูลตัวชี้วัด “ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่” และตัวชี้วัด “ร้อยละความสำเร็จในด้านการป้องกันควบคุมโรคฯ” จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท

ตัวชี้วัด ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ฯ จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท

ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2566-2570:

1. ลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย จากโรคและภัยสุขภาพ
2. เครือข่ายด้านสุขภาพทุกระดับมีความเข้มแข็งภายใต้การมีส่วนร่วมภาคประชาชน
3. ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึง และได้รับบริการสุขภาพได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ
4. หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
5. มีระบบฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่ครอบคลุม

ผลการดำเนินงานปี 2566-2570:

1. อัตราการป่วยและอัตราตายไม่เกิน ค่ามัธยฐาน
2. รพ.สต. ถ่ายโอน มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่
3. รพ.สต. ถ่ายโอนสามารถจัดบริการที่มีมาตรฐานและคุณภาพ
4. รพ.สต. ถ่ายโอนได้มาตรฐานบริการสาธารณสุข ทุกแห่ง
5. รพ.สต. ถ่ายโอน มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพครอบคลุมการดำเนินงานและใช้ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

สูตรคำนวณ: ร้อยละ 100 (9x100x9)

แหล่งข้อมูล: รายงานผลการดำเนินงาน การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท

ตัวชี้วัด ร้อยละความสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรคฯ จากองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท

ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2566-2570:

1. ลดอัตราการป่วยและอัตราการตาย จากโรคและภัยสุขภาพ
2. เครือข่ายด้านสุขภาพทุกระดับมีความเข้มแข็งภายใต้การมีส่วนร่วมภาคประชาชน

ผลการดำเนินงานปี 2566-2570:

1. อัตราการป่วยและอัตราตายไม่เกิน ค่ามัธยฐาน
2. ภาควิชาหรือฝ่าย หน่วยงานท้องถิ่น องค์การในระดับพื้นที่ และประชาชนมีส่วนร่วมดำเนินงาน

ปี 2568: ดำเนินงานตามแผน ร้อยละ 66.66

ปี 2567: อบจ.รับถ่ายโอน รพ.สต. ปีแรก ดำเนินงานตามแผน ร้อยละ 66.66

ปี 2566: ยังไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. แต่ดำเนินงานโดย อบจ. คิดเป็นร้อยละ 100

แหล่งข้อมูล: รายงานผลการดำเนินงาน การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท

แม้จะยังไม่มีผลลัพธ์เชิงปริมาณ แต่การดำเนินงานเชิงกระบวนการมีความคืบหน้าอย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้

1. การจัดตั้งกลไกขับเคลื่อน โดยมีการแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ (กรมควบคุมโรค, กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, สปสช.) ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ เพื่อร่วมกันพัฒนาตัวชี้วัดและกรอบการทำงาน
2. การพัฒนาและรับฟังความเห็นต่อตัวชี้วัด โดยมีการจัดประชุมหารือและรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายครั้ง เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่เป็นที่ยอมรับและสามารถวัดผลได้จริงในทางปฏิบัติ ซึ่ง บังชี้ถึงการนำหลักการมีส่วนร่วมมาใช้ตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบ
3. การเชื่อมโยงกับกลไกในพื้นที่ โดยการดำเนินงานมุ่งหวังให้เกิดผลผ่านกลไกที่มีอยู่แล้วในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนสุขภาพตำบล) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการแปลงนโยบายการมีส่วนร่วมให้เกิดเป็นโครงการที่เป็นรูปธรรม

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายของตัวชี้วัดที่ 3.1

การขับเคลื่อนมาตรการที่ 3 ยังคงเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญ ได้แก่:

1. **วัฒนธรรมการทำงานแบบรวมศูนย์** หน่วยงานราชการจำนวนมากยังคุ้นชินกับระบบสั่งการจากบนลงล่าง ทำให้การทำงานร่วมกับภาคประชาสังคมที่ริเริ่มจากระดับพื้นที่ยังไม่ราบรื่น
2. **การเชื่อมโยงแผนสู่การปฏิบัติ** แผนพัฒนาสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ยังขาดกลไกที่ชัดเจนในการเชื่อมโยงไปสู่การจัดสรรงบประมาณ ทำให้หลายแผนไม่สามารถดำเนินงานได้จริง
3. **ขีดความสามารถของภาควิชาหรือฝ่าย** องค์การภาคประชาสังคมและชุมชนในบางพื้นที่ยังขาดศักยภาพ ในการจัดทำแผนงาน โครงการ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้น การสร้างพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 แม้ว่าผลลัพธ์สุดท้ายที่วัดจากตัวชี้วัดด้านสุขภาพจะยังไม่ปรากฏ แต่ความก้าวหน้าในการ

สร้างกลไกและกระบวนการถือเป็นสัญญาณที่ดี การเอาชนะความท้าทายเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรจะเป็นก้าวต่อไปที่สำคัญในการทำให้ "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" เกิดขึ้นได้จริง

ตัวชี้วัดที่ 3.2 จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ได้มีการดำเนินงานสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรค

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่ 3.2

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีข้อมูลผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด “จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ได้มีการดำเนินงานสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรค” ที่ได้รับคัดเลือก

คำเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568:

ปี 2568: มติที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานมีความสำเร็จเพิ่มขึ้น

ปี 2569: มติที่อยู่ระหว่างการดำเนินงานมีความสำเร็จเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า

ผลการดำเนินงานปี 2551-2567:

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ข้อมูล ณ ปี 2567 ที่ประสบความสำเร็จจำนวน 28 มติ จากทั้งหมด 31 มติ และอยู่ระหว่างการดำเนินงานอีก 3 มติ

สูตรคำนวณ: จำนวนนับโดยนับจำนวนมติที่ประสบความสำเร็จแบบสะสมตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา

แหล่งข้อมูล: รายงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารที่เกี่ยวข้องได้ระบุถึงความท้าทายและอุปสรรคในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อผลสำเร็จของตัวชี้วัดนี้ แม้จะมีการจัดสมัชชาสุขภาพและเกิดมติในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง แต่กระบวนการนำมติไปสู่การปฏิบัติจริงยังคงเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ประเด็นสำคัญที่พบ ได้แก่

1. **การขาดกลไกเชื่อมโยง:** ยังขาดกลไกที่ชัดเจนในการผลักดันมติสมัชชาสุขภาพที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีแล้ว ให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ
2. **ความคุ้นชินของระบบราชการ:** หน่วยงานภาครัฐมักคุ้นเคยกับระบบการสั่งการจากบนลงล่าง (Top-Down) ทำให้การเข้าร่วมขับเคลื่อนนโยบายที่มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมแบบล่างขึ้นบน (Bottom-Up) ของภาคประชาสังคมเป็นไปได้ยาก หากไม่มีคำสั่งที่ชัดเจนจากผู้บริหาร
3. **ข้อจำกัดด้านทรัพยากร:** ภาควิชาการที่ร่วมขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพบางส่วนยังขาดขีดความสามารถและทรัพยากรในการจัดทำเอกสารทางวิชาการและการเงินที่จำเป็น ทำให้โครงการล่าช้า

ความท้าทายและอุปสรรคในการขับเคลื่อนมิติสุขภาพ

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่ 3.2 เปรียบกับอุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญ

ตารางที่ 38 อุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญของตัวชี้วัดที่ 3.2

ประเภทอุปสรรค	รายละเอียด
ด้านโครงสร้างและการเมือง	สถานการณ์ทางการเมืองและอำนาจรัฐส่วนกลาง: ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการดำเนินงานของ สช. และเครือข่าย ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายขาดความต่อเนื่อง
	ความไม่เข้าใจของฝ่ายนโยบาย: รัฐบาลและหน่วยงานรัฐอาจยังไม่เข้าใจแนวคิดการสร้างนโยบายแบบมีส่วนร่วมที่มาจากภาคประชาสังคมอย่างถ่องแท้
ด้านกระบวนการ	การเกิดมติใหม่ทุกปี: อาจทำให้การขับเคลื่อนมติเก่าที่ยังไม่บรรลุผลขาดความต่อเนื่อง
	ความซับซ้อนของกระบวนการ: กระบวนการสมัชชาแห่งชาติมีขั้นตอนและเอกสารจำนวนมาก ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงของบางกลุ่ม
ด้านความร่วมมือ	การขาดกลไกเชื่อมโยงความร่วมมือ: หน่วยงานต่างๆ มักให้ความสำคัญกับภารกิจของตนเอง ทำให้ขาดการบูรณาการความร่วมมือ แม้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
	การหมุนเวียนของบุคลากร: การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงในพื้นที่ เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด ส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนนโยบาย

การสร้างพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเป็นหัวใจสำคัญของมาตรการที่ 3 อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในการนำมติสมัชชาด้านการป้องกันและควบคุมโรคไปสู่การปฏิบัติยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ

มาตรการที่ 4 จัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มาตรการที่ 4 มีเป้าหมายเพื่อจัดตั้งกลไกศูนย์เฝ้าระวังระดับชาติ สำหรับการป้องกัน ควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามสุขภาพ โดยเน้นการเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยคุกคามจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การรับมือสถานการณ์ด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทันทั่วถึง และให้การติดตามความก้าวหน้าของมาตรการที่ 4 เป็นรูปธรรม คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดฯ จำนวน 1 ตัวได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 4.1 ร้อยละความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพ ที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance]
สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินการของตัวชี้วัดที่ 4.1

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา พบว่า มีข้อมูลผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด “ร้อยละความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพ ที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance]” ที่ได้รับคัดเลือก

ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568:

ปี 2568: ร้อยละ 97 (รพ. +รพ.สต.)

ปี 2567: ร้อยละ 60 แผน (รพ.)

ผลการดำเนินงานปี 2565-2568:

ปี 2568: ขยายผลไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ. + รพ.สต.) ที่รายงานจำนวน 1,383 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.88 (บรรลุเป้าหมาย)

ปี 2567: ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 80 (ดำเนินการเชื่อมข้อมูลในระดับ รพ.)

แหล่งข้อมูล: <https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/>

นอกจากนี้ยังมีตัวชี้วัดที่เริ่มดำเนินการในปี 2568 “ร้อยละความครอบคลุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS)” ที่มีการกำหนดค่าเป้าหมายประเทศไทย ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานพบว่า ปี 2568 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (DDS) จำนวน 9,803 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 89.19

จากข้อมูลผลการดำเนินงานทำให้เห็นว่า ประเทศไทยมีความพยายามในการยกระดับและพัฒนา ระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Platform) ให้มีความเข้มแข็ง เช่น การตั้งเป้าหมายให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถรายงานข้อมูลในระบบ DDS ได้ ซึ่งบ่งชี้ว่าระบบกำลังอยู่ในช่วงของการพัฒนาและขยายการใช้งานไปยังหน่วยบริการสุขภาพต่างๆ ทั่วประเทศ

มาตรการที่ 5 พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ

เป้าหมายหลักของมาตรการนี้คือการสร้างระบบบริการสาธารณสุขด้านแรกที่เข้มแข็ง มีคุณภาพและมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน เพื่อติดตามความก้าวหน้าของมาตรการดังกล่าว ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ จำนวน 1 ตัว ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 5.1 ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินการของตัวชี้วัดที่ 5.1

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีข้อมูลผลการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด “ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐาน ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562” ที่ได้รับคัดเลือก

ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568: 3,100 หน่วย

ผลการดำเนินงานปี 2565-2568: 3,180 หน่วย (ข้อมูล ณ 30 มิ.ย. 2568)

ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายโดยมีปัจจัยดังนี้

1. ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มีการทำงานแบบบูรณาการมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ MOU ร่วมกับ อบจ. อปท. หน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน
2. การสนับสนุนงบประมาณให้กับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน
3. การจัดทำแผนการดำเนินงานของพื้นที่ เช่น แผนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

สูตรคำนวณ: $C = (A \times 100) / B$

C = ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน จาก ค.ป.ค.ม.

A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ยอดสะสม) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ของ ค.ป.ค.ม.

B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัดเต็มพื้นที่ของแผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิฯ ของจังหวัด

แหล่งข้อมูล: ข้อมูลจากระบบลงทะเบียน ของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

(PCUstandard.moph.go.th)

มาตรการที่ 5 และตัวชี้วัดที่ 5.1 บ่งชี้ให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการยกระดับระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทยให้มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจน คือการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่มาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 ให้ 3,100 หน่วย ของเป้าหมายทั้งหมด เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" ตามเจตนารมณ์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

มาตรการที่ 6 นำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม

มาตรการที่ 6 เป็นส่วนหนึ่งของหมวด “การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีตัวชี้วัดที่บ่งชี้เป้าหมายตามมาตรการนี้ จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 6.1 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)

ตัวชี้วัดที่ 6.2 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อปท.

โดยตัวชี้วัดทั้ง 2 ตัวนี้ มีเป้าหมายหลัก เพื่อนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มาตรการนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้าง “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” โดยเน้นการตัดสินใจเชิงนโยบายที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ

ตัวชี้วัดที่ 6.1 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินการของตัวชี้วัดที่ 6.1

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกรมอนามัย กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่า **ไม่มีข้อมูลผลการดำเนินงาน** ตามตัวชี้วัด “จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)” ที่ได้รับคัดเลือก

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายของตัวชี้วัดที่ 6.1

1. **ความใหม่ของตัวชี้วัด** เนื่องจากตัวชี้วัดเพิ่งได้รับการสรุปและเห็นชอบ ทำให้กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก อปท. ทั่วประเทศยังต้องใช้เวลาในการดำเนินงาน
2. **การบูรณาการข้อมูล** การรวบรวมข้อมูลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน เช่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง

ตัวชี้วัดที่ 6.2 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อบท.

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินการของตัวชี้วัดที่ 6.1

ข้อมูลผลการดำเนินงานจากกรมอนามัย กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ พบว่า **มีข้อมูลผลการดำเนินงานแต่ไม่มีค่าเป้าหมาย** ตามตัวชี้วัด “จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อบท.” ที่ได้รับคัดเลือก

ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568: ไม่มีข้อมูล

ผลการดำเนินงานปี 2565-2568:

ปี 2567: มี อบท. จำนวน 5 แห่ง ที่นำผล HIA มาใช้ในกระบวนการตัดสินใจนโยบาย ได้แก่ เทศบาลตำบลปลักแรก เทศบาลเมืองชัยนาท เทศบาลเมืองกระทุ่มแบน เทศบาลตำบลศรีบัวบาน และเทศบาลตำบลจอหอ

ปี 2566: มี อบท. จำนวน 2 แห่ง ที่นำผล HIA มาใช้ในกระบวนการตัดสินใจนโยบาย ได้แก่ เทศบาลตำบลวัดสิงห์ และเทศบาลตำบลจอหอ

ปี 2565: มี อบท. จำนวน 4 แห่ง ที่นำผล HIA มาใช้ในกระบวนการตัดสินใจนโยบาย ได้แก่ เทศบาลนครเกาะสมุย เทศบาลตำบลทับมา เทศบาลนครขอนแก่น และ เทศบาลเมืองเทพางศ

สูตรคำนวณ: จำนวน อบท. ที่มีการนำผลฯ มาใช้ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อบท.

แหล่งข้อมูล: กรมอนามัย <https://ehasmart.anamai.moph.go.th/>

นอกเหนือจากตัวชี้วัดที่ได้รับคัดเลือกทั้ง 2 ตัวนี้ หน่วยงานท้องถิ่นยังมีการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง คือ “จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation) และผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ” ซึ่งเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยในปีงบประมาณ 2568 ได้ตั้งเป้าหมายไว้ที่ ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง/ปี การดำเนินงานตามตัวชี้วัด EHA นี้บ่งชี้ให้เห็นถึงความพยายามในการผลักดันให้ อบท. นำเครื่องมือประเมินผลกระทบไปปรับใช้ในทางปฏิบัติ

จุดเด่นของตัวชี้วัด 6.2

1. มีการกำหนดมาตรการและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกรอบการทำงานระดับประเทศ
2. มีกลไกคณะอนุกรรมการฯ ที่ประกอบด้วยผู้แทนจากหลากหลายภาคส่วนในการร่วมกันพัฒนาและติดตามตัวชี้วัด
3. มีการระบุหน่วยงานรับผิดชอบหลัก (กรมอนามัย) ทำให้มีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน

ปัญหา อุปสรรค และความท้าทายของตัวชี้วัด 6.2

1. การขาดข้อมูลที่เป็นระบบ: การรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ 6.2 ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ทำให้ยังไม่สามารถประเมินผลสัมฤทธิ์ในภาพรวมของประเทศได้
2. ความท้าทายในการนำไปปฏิบัติ: อปท. หลายแห่งอาจยังขาดความรู้ความเข้าใจ ขาดบุคลากรที่มีทักษะ และขาดงบประมาณในการจัดทำและนำผล HIA ไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ

5.4 การวิเคราะห์ “ช่องว่าง” และ “จุดเด่น” ของตัวชี้วัด 11 ตัว

การวิเคราะห์ "ช่องว่าง (gaps)" และ "จุดเด่น (strengths)" จาก 11 ตัวชี้วัดที่นำเสนอไว้ข้างต้น จะช่วยชี้ทิศทางว่า อะไรคือจุดที่ระบบควรเร่งปรับปรุง และ อะไรควรขยายผล/ยกระดับ เพื่อให้เป้าหมาย “สุขภาวะที่ดีอย่างเป็นธรรม” บรรลุได้จริง

ตารางที่ 39 สรุปภาพรวม จุดเด่น กับ ช่องว่าง ของ 11 ตัวชี้วัดในกรอบ Theory of Change

ด้าน	ประเด็น	วิเคราะห์
จุดเด่น	การวางกรอบครบทุกระดับ ToC	ตัวชี้วัดครอบคลุมตั้งแต่ระดับ <i>input</i> → <i>activity</i> → <i>output</i> → <i>outcome</i> → <i>impact</i> ซึ่งแสดงความเข้าใจในโครงสร้างระบบ
จุดเด่น	เชื่อมโยงกับความเป็นธรรม	หลายตัวชี้วัดชี้ไปยัง "กลุ่มเปราะบาง" เช่น แรงงานข้ามชาติ ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม อปท. ฯลฯ
จุดเด่น	มีการอ้างอิงกลไกที่มีอยู่จริงในพื้นที่	เช่น การใช้กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น (1.1), สมัชชาสุขภาพ (3.2), HIA โดย อปท. (6.1–6.2) สะท้อนศักยภาพในโครงสร้างที่มีอยู่
ช่องว่าง	ไม่เน้นประเมิน “คุณภาพ” ของการมีส่วนร่วม	เช่น 1.2 วัดว่า “มีแผนจากการมีส่วนร่วม” แต่ไม่วัดว่า “คุณภาพของการมีส่วนร่วมนั้นดีหรือไม่ ใครร่วม ใครตกหล่น?”
ช่องว่าง	ขาดตัวชี้วัดที่แสดง “ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม” หรือ “ประสบการณ์ของประชาชน”	เช่น ไม่วัดว่าความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบางต่อระบบเพิ่มขึ้นหรือไม่ หรือพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนจริงหรือไม่
ช่องว่าง	ขาดการมองระบบในภาวะวิกฤต/ความสามารถในการฟื้นตัว (resilience)	แม้จะพูดถึง “ระบบสุขภาพที่ฟื้นตัวได้เร็ว” แต่ไม่มีตัวชี้วัดที่จับการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน (เช่น speed, flexibility, redundancy)
จุดที่ควรระวัง	เน้นเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพในบางตัวชี้วัด	เช่น 2.1 วัดแค่ความครอบคลุมวัคซีน แต่อาจมองไม่เห็นความล้มเหลว ความไม่เชื่อมั่น หรืออุปสรรคในการเข้าถึง

ตารางที่ 40 ข้อเสนอเพื่อ “ผลักดันจุดแข็ง” และ “อุดช่องว่าง”

ประเด็น	ข้อเสนอ
ขยายผลจุดเด่น	สนับสนุนให้มีการใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้ในระดับนโยบายท้องถิ่น โดยเฉพาะ อบท. ที่มีบทบาทสำคัญมากในทุกมาตรการ
เพิ่มการประเมินเชิงคุณภาพ	เพิ่มตัวชี้วัดเสริม เช่น ระดับการมีส่วนร่วมที่มีความหมาย (meaningful participation) หรือเสียงของกลุ่มเปราะบาง
บูรณาการ “ระบบเตือนภัย” หรือ “ระบบตอบสนองฉุกเฉิน” เข้าสู่ ToC	เพื่อเสริมมิติของ resilience ให้ครอบคลุมเป้าหมายที่แท้จริงของระบบสุขภาพในโลกที่เปลี่ยนแปลงเร็ว
ปรับตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมและประสบการณ์	เช่น ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบ, ระดับการยอมรับ/เข้าร่วมของกลุ่มเปราะบาง, หรือการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

เป้าหมาย คือ บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม

มาตรการ 1 คือ การใช้จ่ายเงินกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น และแผนสุขภาพจากการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 41 สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 1

ตัวชี้วัด	สถานการณ์ปัจจุบัน
1.1 ร้อยละของ อบท. ที่ใช้จ่ายกองทุนเพื่อควบคุมโรคตามเป้าหมาย	บางพื้นที่สามารถเบิกจ่ายได้ดี โดยเฉพาะที่มีความร่วมมือกับ รพ.สต. และมีบุคลากรที่เข้าใจระบบ แต่หลายพื้นที่ยังใช้ไม่เต็มศักยภาพ เนื่องจากขาดข้อมูล ความรู้ หรือแรงจูงใจในการออกแบบแผนสุขภาพ
1.2 ร้อยละของแผนสุขภาพที่วางจากกระบวนการมีส่วนร่วม	มีแนวโน้มดีขึ้นในบางจังหวัดที่มีกลไกสุขภาพตำบลเข้มแข็ง แต่ยังพบว่าหลายแผนเป็นแบบ “ทำเพื่อให้มีแผน” ขาดการวิเคราะห์เชิงระบบ ความเป็นธรรม หรือเสียงจากกลุ่มเปราะบาง

เชื่อมโยงกับความเป็นธรรม

- ความสามารถของ อบท. ในการใช้กองทุนสะท้อน "อำนาจการตัดสินใจในพื้นที่"
- การมีส่วนร่วม = กลไกที่ทำให้เสียงของผู้เปราะบางถูกรับฟัง → ยังไม่เท่ากันในทุกพื้นที่

ข้อจำกัด/ช่องว่าง

- ขาดข้อมูลสนับสนุนเชิง evidence base ในระดับพื้นที่
- คุณภาพของการมีส่วนร่วมยังต่ำ ขาดการเอื้อต่อกลุ่มชายขอบ

จุดเด่นที่ควรผลักดัน

- พื้นที่ที่ประสบความสำเร็จสามารถใช้เป็นต้นแบบ (best practice)
- ควรมีการสร้างกลไกเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ และระบบติดตามผลแบบเปิดเผย

มาตรการ 2 คือ การเข้าถึงวัคซีนและการค้นหากลุ่มเปราะบาง

ตารางที่ 42 สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 2

ตัวชี้วัด	สถานการณ์ปัจจุบัน
2.1 ครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย	มีความก้าวหน้าในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ แต่ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ หรือ ประชากรนอกระบบ ยังมีความครอบคลุมต่ำ
2.2 ระดับความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ เพื่อเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง	มีบางจังหวัดที่ใช้ระบบ “ค้นหาเชิงรุก” ร่วมกับ NGO หรือ รพ.สต. แต่ยังไม่เป็นระบบทั่วประเทศ

เชื่อมโยงกับความเป็นธรรม

- การครอบคลุมวัคซีนสะท้อนถึง “การเข้าถึงที่เท่าเทียม”
- การมีกลยุทธ์เข้าถึงกลุ่มเปราะบาง คือเครื่องมือลดความเหลื่อมล้ำ

ข้อจำกัด/ช่องว่าง

- ข้อมูลประชากรกลุ่มเปราะบางไม่ครบถ้วน
- ระบบไม่สามารถ “ติดตาม” การเข้าถึงของกลุ่มชายขอบอย่างต่อเนื่อง

จุดเด่นที่ควรผลักดัน

- พัฒนา data linkage สำหรับประชากรนอกระบบ
- สนับสนุนบทบาทองค์กรนอกภาครัฐในการค้นหาเชิงรุก

มาตรการ 3 ความสำเร็จของแผนและนโยบายจากการมีส่วนร่วม

ตารางที่ 43 สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 3

ตัวชี้วัด	สถานการณ์ปัจจุบัน
3.1 ร้อยละของแผนที่ดำเนินงานตามเป้าหมาย	มีความก้าวหน้าในพื้นที่ที่มีกลไกสมัชชาสุขภาพ/พขอ.เข้มแข็ง แต่ขาดระบบ ประเมินผลการดำเนินการจริง
3.2 มติสมัชชาสุขภาพที่นำไปใช้จริง	มีการนำไปใช้จริงบางประเด็น เช่น PM 2.5 หรือภัยพิบัติ แต่หลายมติดังกล่าว ยังไม่ ขับเคลื่อนจริงจังในระดับพื้นที่

เชื่อมโยงกับความเป็นธรรม

- การสร้างนโยบายร่วมกันช่วยลด "นโยบายจากบนลงล่าง" ที่อาจไม่สะท้อนความจำเป็นของพื้นที่

ข้อจำกัด/ช่องว่าง

- ขาดกลไกติดตามผลของมติหรือแผน
- ขาดระบบประเมิน “ผลกระทบเชิงความเป็นธรรม” ของแผนหรือนโยบาย

จุดเด่นที่ควรผลักดัน

- ใช้พื้นที่นำร่องในการทดลอง "policy tracking" + "equity impact assessment"

มาตรการ 4-6: ระบบเฝ้าระวัง, หน่วยบริการปฐมภูมิ, และ HIA โดยท้องถิ่น

ตารางที่ 44 สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดตามมาตรการที่ 4-6

ตัวชี้วัด	สถานการณ์ปัจจุบัน
4.1 ความครอบคลุมระบบเฝ้าระวังแบบดิจิทัล (DDS)	ขยายตัวดี แต่ยังมีช่องว่างด้านคุณภาพของข้อมูล และความเข้าใจของหน่วยบริการในระบบ event-based
5.1 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์ พ.ร.บ.	ขยายครอบคลุมดีในเชิงปริมาณ แต่บางแห่งยังขาดบุคลากรและโครงสร้างสนับสนุน
6.1-6.2 จำนวน อปท. ที่ดำเนินการและใช้ HIA	เป็นจุดเริ่มต้นที่ดี แต่หลายแห่งทำเพียงในระดับเอกสาร ไม่ได้นำมาใช้ในการตัดสินใจนโยบายจริง

เชื่อมโยงกับความเป็นธรรม

- ระบบปฐมภูมิและ HIA เป็นเครื่องมือสำคัญในการสะท้อนความต้องการของกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่
- หากทำอย่างมีคุณภาพ → จะเป็นกลไกลดช่องว่างสุขภาพได้

ข้อจำกัด/ช่องว่าง

- ยังเน้นเชิงปริมาณ ไม่เน้นเชิงคุณภาพ
- HIA ยังไม่เป็นกลไกที่ขับเคลื่อนจริงในกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

จุดเด่นที่ควรผลักดัน

- พัฒนาระบบ mentorship เพื่อยกระดับการใช้ HIA จริง
- เชื่อม DDS กับระบบวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อิงข้อมูลจากพื้นที่

ส่วนที่ 6 อภิปรายผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะ

6.1 อภิปรายผลสถานการณ์ในภาพรวม

สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคของประเทศไทยบ่งชี้ภาพความสำเร็จในระดับนโยบายและโครงสร้างมหภาค แต่ยังคงมีความท้าทายอย่างยิ่งในการส่งผ่านความสำเร็จนั้นไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นธรรมในระดับปฏิบัติการและระดับชุมชน ช่องว่างระหว่าง "นโยบายบนหิ้ง" กับ "ความเป็นจริงบนดิน" คือความท้าทายหลักที่ขัดขวางการบรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรม

ความสำเร็จเชิงโครงสร้าง ปะทะ ความล้มเหลวเชิงความเป็นธรรม: แม้ไทยจะมีสมรรถนะ IHR สูง แต่บทเรียนจากวิกฤตโควิด-19 ได้เผยให้เห็นความเปราะบางในการดูแลกลุ่มที่ถูกทิ้งไว้ข้างหลัง แสดงให้เห็นว่าการมี "ระบบ" ที่ดี ไม่ได้หมายความว่า "ทุกคน" จะเข้าถึงระบบนั้นได้อย่างเท่าเทียม

การรวมศูนย์อำนาจเป็นอุปสรรคต่อความยืดหยุ่น: การบริหารจัดการที่ยังคงยึดติดกับวัฒนธรรมแบบบนลงล่าง ทำให้การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็นไปอย่างเชื่องช้า และลดทอนความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่

ข้อมูลคือหัวใจที่ยังเดินไม่เต็มจังหวะ: ความพยายามในการสร้างระบบเฝ้าระวังดิจิทัล (DDS) เป็นทิศทางที่ถูกต้อง แต่ความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสามารถบูรณาการข้อมูลจากทุกภาคส่วนได้อย่างแท้จริง และที่สำคัญคือต้องมีระบบบ่งชี้ข้อมูลกลับไปยังหน่วยบริการหน่วยงานเพื่อการเรียนรู้และปรับปรุง

มาตรการและตัวชี้วัดสำคัญ

เพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ธรรมนูญฯ ได้กำหนด 6 มาตรการหลัก พร้อมตัวชี้วัดสำคัญที่ผ่านการรับฟังความคิดเห็น (ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 23 มิถุนายน 2568) เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล

ตารางที่ 45 สรุปมาตรการและตัวชี้วัดสำคัญของหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

มาตรการหลัก	ตัวชี้วัดสำคัญที่คัดเลือก	แหล่งข้อมูลหลัก
ภาพรวมเป้าหมาย	1. สมรรถนะการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ	กรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา)
1. การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น	1.1 ร้อยละของ อปท. ที่ใช้จ่ายเงินกองทุนสุขภาพตำบลในการป้องกันควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย 1.2 ร้อยละของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและวิเคราะห์ปัญหาอย่างแท้จริง	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, สปสช.
2. การจัดการทรัพยากรอย่างเป็นธรรม	2.1 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย (โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ, แรงงานข้ามชาติ) 2.2 ระดับความสำเร็จในการสร้างความร่วมมือเพื่อค้นหากลุ่มเปราะบางและเพิ่มการเข้าถึงบริการ	กรมควบคุมโรค, สปสช.

มาตรการหลัก	ตัวชี้วัดสำคัญที่คัดเลือก	แหล่งข้อมูลหลัก
3. การสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วม	3.1 ร้อยละความสำเร็จด้านการป้องกันควบคุมโรคที่เกิดจากแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด/ท้องถิ่นที่มีส่วนร่วม 3.2 จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ดำเนินการสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรค	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, สช.
4. กลไกเฝ้าระวังระดับชาติ	4.1 ความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (DDS) ทั้งในคนและสัตว์ (One Health)	กรมควบคุมโรค, กรมปศุสัตว์
5. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	5.1 ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สป.สร.)
6. การใช้ HIA ในการกำหนดนโยบาย	6.1 จำนวน อปท. ที่มีการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) 6.2 จำนวน อปท. ที่นำผล HIA ไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย	กรมอนามัย (กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ)

6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการ

เพื่อให้ระบบสุขภาพสามารถตอบสนองต่อเป้าหมาย “การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม” ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จำเป็นต้องมีข้อเสนอเชิงนโยบายที่ครอบคลุม 4 มิติหลัก ได้แก่ การกระจายอำนาจ ความเป็นธรรม การมีส่วนร่วม และระบบข้อมูลสุขภาพ ดังนี้

1. มิติการกระจายอำนาจ

- 1.1 พัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่างเป็นระบบ โดยจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมและระบบพี่เลี้ยง เพื่อเสริมทักษะด้านการวางแผนโครงการ การจัดการงบประมาณ และการบริหารงานด้านสุขภาพแก่บุคลากรของ อปท.
- 1.2 ปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายให้คล่องตัว โดยทบทวนกฎระเบียบที่ซับซ้อนเกี่ยวกับการใช้กองทุนสุขภาพตำบล เพื่อเพิ่มความชัดเจนและความมั่นใจในการตัดสินใจของท้องถิ่น ช่วยให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาเร่งด่วนในพื้นที่ได้อย่างทันการ

2. มิติความเป็นธรรม

- 2.1 พัฒนาระบบข้อมูลที่แยกแยะกลุ่มเปราะบางได้ชัดเจน โดยให้กรมควบคุมโรคและ สปสช. ร่วมกันออกแบบระบบข้อมูลที่สามารถติดตามการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ แรงงานข้ามชาติ หรือผู้ไร้สถานะได้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2.2 ออกแบบบริการและเทคโนโลยีอย่างทั่วถึง (Universal Design) โดยส่งเสริมนโยบายและระบบดิจิทัลที่ออกแบบโดยคำนึงถึงความหลากหลายของผู้ใช้งานตั้งแต่ต้นทาง เพื่อลดการกีดกันเชิงโครงสร้างที่เกิดจากข้อจำกัดด้านภาษา ความพิการ หรือสถานะทางสังคม

3. มิติการมีส่วนร่วม

3.1 สร้างกลไกขับเคลื่อนมิติสุขภาพให้เป็นรูปธรรม โดยจัดตั้งหน่วยงานเจ้าภาพในการติดตามความคืบหน้า และเชื่อมโยงมิติที่ผ่านความเห็นชอบของ ครม. เข้ากับการดำเนินงานในระดับพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลเชิงหลักฐานและการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

4. มิติระบบข้อมูลและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)

- 4.1 พัฒนาและเร่งรัดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพดิจิทัล โดยลงทุนพัฒนาแพลตฟอร์มระดับชาติ เช่น Digital Disease Surveillance (DDS) และ Health Link เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับสามารถเชื่อมโยงข้อมูลร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.2 สร้างแรงจูงใจให้กับ อปท. ในการใช้ HIA โดยใช้กลไกจูงใจ เช่น การให้รางวัล สนับสนุนงบประมาณ หรือจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม ให้กับ อปท. ที่สามารถประยุกต์ใช้ผลการประเมิน HIA ในการตัดสินใจเชิงนโยบายได้จริง

อุปสรรคและความท้าทายต่อการขับเคลื่อนนโยบาย

1. **อุปสรรคเชิงระบบ** การบริหารงานของรัฐยังยึดการสั่งการจากส่วนกลาง ขาดความต่อเนื่องจากการเปลี่ยนผู้บริหาร และขาดกลไกที่ชัดเจนในการผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
2. **อุปสรรคด้านทรัพยากร** การขาดแคลนงบประมาณและบุคลากร โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น รวมถึงภาระหนี้สาธารณะ เป็นข้อจำกัดสำคัญในการดำเนินงาน
3. **อุปสรรคด้านข้อมูล** แม้จะมีระบบข้อมูลหลายแพลตฟอร์ม แต่ยังขาดการบูรณาการอย่างแท้จริงระหว่างหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลไม่ทันต่อสถานการณ์
4. **อุปสรรคด้านการมีส่วนร่วม** แนวคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างนโยบายแบบ “จากล่างขึ้นบน” ยังไม่ถูกฝังรากในระบบราชการหรือภาคส่วนอื่นอย่างเพียงพอ

ข้อเสนอเร่งด่วนเพิ่มเติมเพื่อบรรลุเป้าหมาย

1. **เสริมสร้างกลไกท้องถิ่นให้เข้มแข็ง** เพิ่มขีดความสามารถทางการเงินและบุคลากรให้ อปท. เพื่อให้สามารถวางแผนและรับผิดชอบการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ได้อย่างแท้จริง
2. **ปฏิรูประบบข้อมูลสุขภาพ** พัฒนาระบบข้อมูลแบบ real-time ที่เชื่อมโยงข้อมูลจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่แม่นยำ
3. **ลงทุนในมาตรการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ** ปรับสัดส่วนงบประมาณจากการรักษาไปสู่การป้องกันอย่างมีเป้าหมาย เพื่อสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพระยะยาว

4. บังคับใช้นโยบายควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างจริงจัง โดยเฉพาะในประเด็นสำคัญ เช่น การควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า การบริโภคแอลกอฮอล์ และมลพิษทางอากาศ
5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในระดับนโยบาย จัดให้มีพื้นที่กลางที่เปิดโอกาสให้ประชาชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการมีส่วนร่วมในการกำหนด ทบทวน และติดตามนโยบายสุขภาพในทุกระดับ

6.3 ข้อเสนอต่อตัวชี้วัด

- **ตัวชี้วัดด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy):** ควรมีการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในประเด็นการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเป็นระยะ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
- **ตัวชี้วัดความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ:** ควรมีการวัดระดับความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสาธารณสุขและการสื่อสารของภาครัฐ เพื่อเป็นดัชนีชี้วัดความสัมพันธ์และความพร้อมในการให้ความร่วมมือในภาวะวิกฤต
- **ตัวชี้วัดผลกระทบจาก HIA:** ควรพัฒนากลไกติดตาม "ผลลัพธ์" ที่เกิดขึ้นจริงจากการนำ HIA ไปใช้ เช่น จำนวนนโยบายที่ถูกปรับแก้ หรือการลดลงของปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับตัวชี้วัด 1.1 ร้อยละของ อปท. ที่ใช้จ่ายเงินกองทุนสุขภาพตำบลในการป้องกันควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย

1. **การพัฒนาศักยภาพ** โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ สปสช. ควรร่วมกันจัดทำหลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรของ อปท. ด้านการวางแผน การบริหารโครงการ และการจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
2. **ปรับปรุงระบบข้อมูล** โดยพัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการกองทุนฯ ให้ใช้งานง่าย ลดขั้นตอนการรายงาน และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหาสุขภาพและการใช้งบประมาณที่สอดคล้องกัน
3. **ส่งเสริมการมีส่วนร่วม** โดยสร้างกลไก ช่องทางที่ส่งเสริมให้ภาคประชาสังคมและประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและติดตามการใช้งบประมาณของกองทุน กปท. อย่างเป็นรูปธรรม
4. **สร้างความชัดเจนทางนโยบาย** โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความชัดเจนและลดความซับซ้อนของระเบียบการใช้จ่ายเงิน เพื่อให้ อปท. มีความมั่นใจในการบริหารจัดการกองทุนได้อย่างคล่องตัว และตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้ทันท่วงที

ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานต่อไปสำหรับตัวชี้วัดที่ 1.2 ร้อยละของแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและวิเคราะห์ปัญหาอย่างแท้จริง

1. **เร่งพัฒนากลไกการเก็บข้อมูล** กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (สถ.) ในฐานะเจ้าภาพหลัก ควรเร่งพัฒนาระเบียบและแนวทางการรายงานผลตามตัวชี้วัดนี้จาก อปท. ให้มีความชัดเจน
2. **สร้างความเข้าใจและศักยภาพให้** อปท. ควรมีการสื่อสารและจัดอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่บุคลากรของ อปท. เกี่ยวกับความสำคัญและวิธีการดำเนินงานเพื่อให้แผนพัฒนาสุขภาพมีองค์ประกอบครบถ้วนตามเกณฑ์ตัวชี้วัด
3. **ติดตามและรายงานผลในรอบถัดไป** นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากตัวชี้วัดนี้มาวิเคราะห์และนำเสนอในรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยฉบับต่อไป เพื่อให้เห็นภาพความก้าวหน้าของการกระจายอำนาจที่ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานต่อไปสำหรับตัวชี้วัดที่ 2.1 ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย (โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ, แรงงานข้ามชาติ)

1. **พัฒนาระบบข้อมูล** โดยให้กรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาระบบการเก็บและรายงานข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีน ให้สามารถจำแนกตามกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าตามตัวชี้วัดนี้ได้
2. **ส่งเสริมการเข้าถึงในกลุ่มเปราะบาง** โดยจัดทำแผนและมาตรการเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุและแรงงานข้ามชาติ โดยอาจอาศัยความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคประชาสังคม
3. **บูรณาการการทำงาน** โดยสร้างความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่างกรมควบคุมโรค สปสช. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น และกระทรวงแรงงาน เพื่อให้การจัดหาและกระจายวัคซีนไปยังกลุ่มเป้าหมายเป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
4. **ติดตามและประเมินผล** โดยนำตัวชี้วัดที่ผ่านการคัดเลือกนี้ไปใช้ในการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม และจัดทำรายงานสถานการณ์เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและคณะรัฐมนตรีตามลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับตัวชี้วัดที่ 3.1 ร้อยละความสำเร็จด้านการป้องกันควบคุมโรคที่เกิดจากแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด/ท้องถิ่นที่มีส่วนร่วม

1. **ภาครัฐ** ควรปรับบทบาทจาก "ผู้สั่งการ" เป็น "ผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวก" (Facilitator) เพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม
2. **สำนักงานประมาณและ อปท.** ควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนแผนงานที่มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน
3. **สช. และหน่วยงานภาคี** ควรเร่งพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายภาคประชาสังคมและ อสม. ในด้านการวางแผน การจัดการโครงการ และการติดตามประเมินผล

ข้อเสนอแนะและแนวทางการดำเนินงานต่อไปสำหรับตัวชี้วัดที่ 3.2 จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ดำเนินการสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรค

1. **พัฒนากลไกติดตามหลังมีมติ:** ควรมีกลไกที่ชัดเจนในการติดตามและสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับมติสมัชชาสุขภาพ พร้อมกำหนดหน่วยงานเจ้าภาพและงบประมาณที่ชัดเจน
2. **สร้างความเข้าใจร่วมกัน:** สช. ควรทำงานเชิงรุกเพื่อสร้างความเข้าใจกับฝ่ายนโยบายและหน่วยงานรัฐเกี่ยวกับความสำคัญและกระบวนการของนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม
3. **เสริมสร้างศักยภาพเครือข่าย:** สนับสนุนและพัฒนาขีดความสามารถของภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและบริหารจัดการโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
4. **การรายงานผลเชิงปริมาณ:** ในการรายงานสถานการณ์ครั้งต่อไป ควรมีการติดตามและรายงาน "จำนวน" มติสมัชชาที่ดำเนินการสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้สามารถประเมินความก้าวหน้าของตัวชี้วัดได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับมาตรการที่ 6 การนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานหรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

1. **เร่งรัดการพัฒนาระบบฐานข้อมูล:** กรมอนามัยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันพัฒนาระบบการรวบรวมและรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดที่ 6.1 และ 6.2 ให้เป็นระบบและมีความต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. **สร้างศักยภาพให้แก่ อปท.** ควรมีการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม คู่มือ และจัดหาทีมที่ปรึกษา เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร อปท. ให้มีความรู้ความสามารถในการทำและใช้ประโยชน์จาก HIA
3. **ส่งเสริมการมีส่วนร่วม:** ผลักดันให้เกิดกระบวนการ HIA ที่มีส่วนร่วมจากภาคประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ เพื่อให้นโยบายที่ออกมาสามารถตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของชุมชนได้อย่างแท้จริง
4. **สร้างแรงจูงใจ:** พิจารณาสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้รางวัล หรือการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมแก่ อปท. ที่มีการนำ HIA ไปใช้อย่างเกิดผลเป็นรูปธรรม

6.4 ข้อจำกัดในการดำเนินการจัดทำรายงานฯ

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 แม้ว่าการจัดทำรายงานครั้งนี้จะอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดที่ชัดเจนและมีทิศทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังคงมีข้อจำกัดบางประการที่ส่งผลกระทบต่อขอบเขตและความครอบคลุมของการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากร

รายงานฉบับนี้จัดทำภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณที่มีอยู่ในระดับจำกัด จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทบทวนเอกสารและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเป็นหลัก ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามหรือจัดประชุมเชิงลึก (focus group) อย่างครอบคลุมทั่วประเทศตามที่ควรจะเป็นในรายงานระดับชาติ

2. ข้อจำกัดด้านข้อมูลตัวชี้วัด

นิยามและวิธีการวัดของตัวชี้วัดที่กำหนดยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนาและบูรณาการเข้ากับระบบข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ในการจัดทำรายงานครั้งนี้ ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลผลลัพธ์จากการดำเนินงานตามตัวชี้วัดดังกล่าวได้อย่างครบถ้วน

ทั้งนี้ เนื่องจากระยะเวลาระหว่างการประกาศใช้ชุดตัวชี้วัดจนถึงกำหนดเวลาการจัดทำรายงานมีความกระชั้นชิด และจากการสอบถามหน่วยงานเจ้าภาพพบว่า ข้อมูลเชิงผลลัพธ์บางส่วนยังอยู่ระหว่างการรวบรวมหรือยังไม่ได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นระบบ

3. ข้อจำกัดด้านเป้าหมายเชิงเวลาและระดับความคาดหวัง

ในรายงานฉบับนี้ ยังไม่สามารถระบุ “ค่าเป้าหมาย” (targets) รายตัวชี้วัดได้ในกรอบระยะเวลา 1 ปี, 3 ปี และ 5 ปี เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ได้กำหนดหรือรายงานข้อมูลดังกล่าวอย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการประเมิน “ระยะห่างจากเป้าหมาย” (gap analysis) ได้อย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. PPTV Online. โควิด-19 รอบสัปดาห์ (1-7 มิถุนายน 68) ผู้ป่วยเพิ่ม 105,225 ราย เสียชีวิต 33 ราย. PPTV HD 36 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: PPTV; 9 มิ.ย. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pptvhd36.com/health/news/7055>
2. มติชนออนไลน์. กรมควบคุมโรค เผยครึ่งปี ติดโควิดแล้ว 3.7 แสนราย 5 จ.ยอดสูง. มติชนออนไลน์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มติชน; 6 มิ.ย. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_5217515
3. PPTV Online. โควิด-19 รอบสัปดาห์ ติดเชื้อเพิ่ม 5.3 หมื่นราย เสียชีวิตเพิ่ม 5 ราย. PPTV HD 36 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: PPTV; 26 พ.ค. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pptvhd36.com/health/news/6982>
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2568 ประจำปีสัปดาห์ที่ 20 (11 พฤษภาคม - 17 พฤษภาคม 2568). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DOE_flu_20.2568.pdf
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2568. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/dcd/files/1_%20Influenza%20Manual%20%20yr%202568_V4.pdf
6. สำนักข่าวอิสรา. สปสช. ห่วงใย 7 กลุ่มเสี่ยง เตือนฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เผยรับบริการแล้ว 1.96 ล้านคน. สำนักข่าวอิสรา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักข่าวอิสรา; 16 มิ.ย. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.isranews.org/article/isranews-pr-news/138853-nhso-293.html>
7. Thai PBS. 6 เดือนแรกของปี 2568 ไทยพบผู้ป่วยไข้เลือดออกแล้วกว่า 13,000 คน | วันใหม่ ไทยพีบีเอส | 10 มิ.ย. 68 [วิดีโอ]. [นนทบุรี]: Thai PBS; 10 มิ.ย. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.youtube.com/watch?v=3aLekrrPm_g
8. Hfocus.org. 5 จังหวัดป่วยไข้เลือดออกสูงสุดในรอบ 1 เดือน กรมควบคุมโรคคาดปี 68 แนวโน้มลดลง. Hfocus.org [อินเทอร์เน็ต]. Hfocus.org; 20 ก.พ. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2025/02/33188>
9. Thailand Reports Its First Clade I Mpox Cluster: How Public Health Partnerships Worked to Identify the Cases. APHL Blog [Internet]. 2025 Mar 20 [cited 2025 Jun 19]. Available from: <https://www.aphlblog.org/thailand-reports-its-first-clade-i-mpox-cluster-how-public-health-partnerships-worked-to-identify-the-cases/>

10. ชัยศิริ ศรีเจริญวิจิตร. Mpox update: สถานการณ์โรคฝีดาษวานร. CIMjournal [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://cimjournal.com/interest-article/mpox-orthopoxvirus-update/>
11. KBKJ. ฝีดาษลิง Mpox โรคระบาดใหม่ที่ต้องระวัง สถานการณ์ทั่วโลก. KBKJ [อินเทอร์เน็ต]. 26 ส.ค. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://kbkjclinic.com/monkeypox/>
12. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2564) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; ธ.ค. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/eidnationplan60_64.pdf
13. กองโรคติดต่อทั่วไป, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการ ด้านเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ พ.ศ. 2566 – 2570 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กองโรคติดต่อทั่วไป, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข; 17 พ.ค. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1573220240517100947.pdf>
14. สำนักงานเลขานุการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อแห่งชาติ, กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 – 2570). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf>
15. Hfocus.org. “สมศักดิ์” ประชุมบอร์ดแผนป้องกันโรค NCDsหลังพบเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ1000 คน. [อินเทอร์เน็ต]. Hfocus; มิ.ย. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2025/06/34429> (แก้)
16. BBC News ไทย. ฝุ่น PM2.5: คนไทยป่วยจาก "มลพิษทางอากาศ" กว่า 10 ล้านคนในปี 2566. BBC News ไทย [อินเทอร์เน็ต]. 6 มี.ค. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bbc.com/thai/articles/c723508nx22o>
17. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). องค์การอนามัยโลกเปิด 10 ภัยคุกคามสุขภาพ ในปี 2562. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [อินเทอร์เน็ต]. 20 ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/content/206-content-องค์การอนามัยโลกเปิด%2010%20ภัยคุกคามสุขภาพในปี%202562>

18. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) รายงานสรุปสถานการณ์และผลการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; ส.ค. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hia.anamai.moph.go.th/web-upload/12xb1c83353535e43f224a05e184d8fd75a/filecenter/kpi/2567/5/09_Aug/3.30/3.30_kpi67_Aug_Report.pdf
19. ปาณบตี เอกะจัมปะกะ, พูลสิน ศรีประยูร, ศุภราภรณ์ ธรรมชาติ. รายงานสุขภาพคนไทย 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข; 2566. ISBN: 978-616-11-3780-9.
20. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2565.
21. อนุสรณ์ คัมจรรย์, วัชรินทร์ โสภภาพ และไศรดา ปัตถวัลย์. การวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการสุขภาพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; พ.ย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/SituationAnalysisofHealthServices.pdf>
22. The Coverage. ‘ความเหลื่อมล้ำ’ ในระบบสาธารณสุข ตัวการซ้ำเติม ‘กลุ่มเปราะบาง’ งานวิจัยแนะรวม ‘บัตรทอง-ชรก.-สปสช.’ เพื่อทุกคนเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม. The Coverage [อินเทอร์เน็ต]. 3 มิ.ย. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thecoverage.info/news/content/3571>
23. อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์. SDG Insights คนจนในกรุงเทพฯ และโอกาสทางสุขภาพ: การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. SDG MOVE [อินเทอร์เน็ต]. 21 พ.ค. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmovement.com/2022/05/21/sdg-insights-primary-care-accessibility-in-bangkok/>
24. สุกัญญ์ อิศราดิศัยกุล, ขนเมธ เตชะแสนศิริ. ความรู้สำหรับประชาชน วัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็ก. สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [ไม่ระบุสถานที่พิมพ์]: สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.pidst.or.th/A746.html>
25. กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น. โครงการสุขภาพดีสร้างได้ด้วยวัคซีน ปี 2568 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://localfund.happynetwork.org/project/200161>
26. Communicable and Emerging Diseases Data Center [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://cedc.ddc.moph.go.th/>
27. สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานเหตุการณ์ที่สำคัญทางระบาดวิทยา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข; ก.พ. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1684420250228030944.pdf>

28. ชรัฐพร จิตรพิระ, อรพิจูพงศ์ ยุธชัย , ภาวินี ด้วงเงิน , จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ , โสภณ เอี่ยมศิริถาวร. การรับมือของประเทศไทยต่อการระบาดของโรคไข้ดำขาวในหลายประเทศ ปีพ.ศ. 2565. Weekly Epidemiological Surveillance Report [อินเทอร์เน็ต]. 20 ม.ค. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568];54(2):22-32. เข้าถึงได้จาก: <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/WESR/article/download/616/554/591>
29. กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 - 2568. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/นโยบายกระทรวงสาธารณสุข-พ.ศ.-2567-2568.pdf>
30. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
31. พงศธร พอกเพิ่มดี. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2561-2580. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(1):173-86.
32. Ministry of Public Health. THAILAND National Action Plan for Health Security (NAPHS) 2019-2023 [Internet]. Ministry of Public Health; 2019 [cited 2025 Jul 15]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-security-preparedness/cap/naphs/naphs-reports/thailand--national-action-plan-for-health-security-naphs.pdf?sfvrsn=760af59c_3&download=true
33. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564). [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560. เข้าถึงได้จาก: <https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Thailand%20National%20NCD%20plan%202017-2021.pdf>
34. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/แผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์%20ด้านการป้_compressed.pdf
35. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. แผนปฏิบัติราชการเชิงยุทธศาสตร์ ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2568 - 2570). [อินเทอร์เน็ต]. สระบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1667120250115084617.pdf>

36. ประเทศไทย. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชกิจจานุเบกษา; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/พระราชบัญญัติโรคติดต่อ%20พ.ศ.%202558.pdf>
37. กระทรวงมหาดไทย. หนังสือ ที่ มท ๐๒๑๗.๓/๓๕๕๒ เรื่อง ร่างกฎกระทรวงการยื่นเอกสารต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อประจำด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ พ.ศ. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย; 2567.
38. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. บทบาท ภารกิจและโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.phoubon.in.th/ket13/html/structure.htm>
39. กรมควบคุมโรค. บทบาทของควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 26 มิ.ย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/ddce/news.php?news=35113&deptcode=>
40. The Active Thai PBS. ชีวิตดี ๆ ที่ (ยังไม่) ลงตัว: สุขภาพคนกรุงใครดูแล? [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: The Active Thai PBS; 19 พ.ค. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://theactive.thaipbs.or.th/data/bkk-public-health>
41. มูลนิธิสยามกัมมาจล. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสยามกัมมาจล; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/fw9nd>
42. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2544 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/>
43. มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการแบ่งปัน (มสป.). Who We Are [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการแบ่งปัน (มสป.); [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://healthandshare.org/th/about-us/who-we-are/>
44. Giving Back Association. องค์กรการกุศลเพื่อสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. Giving Back Association; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/hP018>
45. Industry Intelligence Inc. Greenpeace LinkedIn highlights global conservation efforts and climate advocacy; organization launches Thailand mangrove campaign, exposes deep-sea mining risks, and promotes renewable energy transition, June 2025 [Internet]. Industry Intelligence Inc.; 2025 Jun 25 [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://shorturl.asia/fbCdc>

46. CHEEWID. มัธยม 9 องค์กรอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เพื่อการขับเคลื่อนอนาคตที่ยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. CHEEWID; 18 ก.ย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://blog.cheewid.com/social-empowerment/foundation-for-environment/>
47. Global Ecolabelling Network. Green Label Thailand [Internet]. Global Ecolabelling Network; [n.d.] [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://globalecolabelling.net/organisation/green-label-thailand/>
48. World Health Organization. Thailand [Internet]. Geneva: World Health Organization; [n.d.] [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/countries/tha>
49. Singlor T. WHO จัดตั้ง 'ศูนย์เฝ้าระวังโรคระบาดระดับโลก' ณ กรุงเบอร์ลิน หวังสกัดโรคระบาดในอนาคตได้รวดเร็วมากขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: SDG Move (Centre for SDG Research and Support); 11 พ.ค. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmovement.com/2021/05/11/who-hub-for-pandemic-epidemic-intelligence-strengthening-world-early-warning-system/>
50. UNICEF USA. Where UNICEF Works: Thailand [Internet]. New York: UNICEF USA; [n.d.] [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://www.unicefusa.org/where-unicef-works/asia/thailand>
51. UNAIDS. Joint Programme Results [Internet]. Geneva: UNAIDS; [n.d.] [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://open.unaids.org/countries/thailand>
52. UNAIDS. Thailand continues to lead the way in ending AIDS as a public health threat [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2025 Mar 24 [cited 2025 Jul 8]. Available from: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2025/march/20250324_t_hailand
53. U.S. Embassy & Consulate in Thailand. Centers for Disease Control (CDC) [Internet]. bangkok: U.S. Embassy & Consulate in Thailand; [n.d.] [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://th.usembassy.gov/embassy-consulate/bangkok/us-agencies/centers-disease-control-cdc/>
54. Hfocus.org. ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 ผ่านความเห็นชอบกรมเตรียมเสนอรัฐสภาเพื่อประกาศใช้ [อินเทอร์เน็ต]. 22 ธ.ค. 2022 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/12/26668>
55. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือตัวชี้วัดเพื่อการจัดทำรายงานสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/zOQYv>

56. มณี อาภานันท์กุล, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, อาภา ยังประดิษฐ์, รุจา ภูไพบูลย์. การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพพอเพียงระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ภายใต้แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารพยาบาล. 2554;60(3):35-43.
57. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดคำรับรองการปฏิบัติราชการ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. กรมควบคุมโรค; [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก: <http://ddc.moph.go.th/psdg/pagecontent.php?page=1076&dept=psdg>
58. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI). รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ด้วยการเพิ่มการเข้าถึงเครื่องมือแพทย์ และแพลตฟอร์มดิจิทัลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI); 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/XTJ3A>
59. กองอนามัยฉุกเฉิน กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการ สำหรับทุกภัยอันตราย (All-Hazards Plan) [อินเทอร์เน็ต]. กองอนามัยฉุกเฉิน กรมอนามัย; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก: https://dhem.anamai.moph.go.th/web-upload/78x031ad331bc1fd90f589bc49eb43741fd/m_magazine/37738/5069/file_download/2b077ec8e7f08f121b05fc3a89c6608a.pdf
60. สุพรรณา ครองแถว, นพวรรณ เปียชื่อ. แนวคิดและบทบาทพยาบาลในการเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ. Rama Nurs J [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658];21(2). เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramanursej/sites/default/files/Public/journal-files/RNJ-V21-N02-MAY-AUG-2015-01.pdf>
61. Ziegler AD, Wangsan K, Supinit P, Potapohn M. Hospital Resilience in a Multi-Hazard Era: Water Security Planning in Northern Thailand. Urban Science. 2025;9(7):240. doi:10.3390/urbansci9070240
62. Tangcharoensathien V, Vandelaer J, Brown R, Suphanchaimat R, Boonsuk P, Patcharanarumol W. Learning from pandemic responses: Informing a resilient and equitable health system recovery in Thailand. Front Public Health. 2023;11:1065883. doi:10.3389/fpubh.2023.1065883
63. สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์, อนุสร การะเกษ, เกตุรินทร์ บุญคล้าย, วรณชาติ ตาเลิศ, พิศมัย ประสมศรี, ธนพงศ์ เขตอริยกุล. การจัดการระบบบริการสุขภาพในสภาวะการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกรณีภัยพิบัติอุทกภัย บริบทโรงพยาบาลชุมชนเขตที่ราบลุ่มแม่น้ำมูล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2566;46(3).

64. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ฉบับผ่านคณะรัฐมนตรีเมื่อ 20 ธันวาคม 2565) [อินเทอร์เน็ต]. คลังสารสนเทศนโยบายสาธารณะ; 20 ธ.ค. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก:
<https://infocenter.nationalhealth.or.th/sites/default/files/Thamanoon20Dec2022.pdf>
65. กระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.ssotansum.com/ita/ita_document/EB2/EB2.1/EB2.1.10/MOPH.Ebook%202021.pdf
66. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. Governance English Book [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.nhso.go.th/images/nhsoEn/Document/UTC/Books/66-1_Governance%20Eng%20Book-%20Final16Sep.pdf
67. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). แผนงานหลักของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ฉบับที่ ๓ (ฉบับปรับปรุง) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก:
https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/O4_65_Master_Plan_No3_6735.pdf
68. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. หมวด 4. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก: https://mis.ppho.go.th/resources/views/kpi/template/2565/2565_4.12.34.167.pdf
69. เมธา บุญยประวีตร, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, สมพงศ์ เพชรจำรัส, วินัย อินทานุกุล, ประเสริฐ พุทธทอง, ผลบุญฤทธิ์, และคณะ. ตัวชี้วัดสุขภาพตามธรรมนูญสุขภาพชุมชน ตำบลชะแล อำเภอสว่างนคร จังหวัดสงขลา ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๕๖ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก:
https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/dmdocs/Health_indicators_Chalae.pdf
70. กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข (สำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘) [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2658]. เข้าถึงได้จาก:
https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/KPI_template_2568.pdf

71. Raksanam B, Sornkaew W, Thirarattanasunthon P, Ruangrattanatrai W, Mudchiew T, Sriwisit S, et al. Electronic Health Literacy, Health Literacy, and Predictors of Self-Care Behavior Among Risk Groups of Hypertension and Diabetes Mellitus in Chang Klang Community, Nakhon Si Thammarat, Southern Thailand. Preprints. 2024; doi:10.20944/preprints202411.2302.v1
72. พิธีธี สิริธีรธราดล, อังศิณันท์อินทรกำแหง, สุดารัตน์ ต้นติวิวัฒน์. การให้ความหมายเกี่ยวกับคุณลักษณะและแนวทางการพัฒนาความเป็นพลเมืองต้นรู้โลกตามแนวคิดการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของนักศึกษาปริญญาตรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565 มิ.ย.;7(6):99-114.
73. สงครามชัย ลีทองดี. การประเมินความก้าวหน้าและวิเคราะห์ผลกระทบในการดำเนินงานตามแผนกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2554. [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. แหล่งที่มา: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3103?locale-attribute=th>
74. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนกิจการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. ราชกิจจานุเบกษา. 1 ต.ค. 2549;124(ตอนพิเศษ 164 ง):1. [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. แหล่งที่มา: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2021/10/2321_6208.pdf
75. Jongudomsuk P, Srisasalux J. A decade of health-care decentralization in Thailand: what lessons can be drawn? WHO South-East Asia Journal of Public Health. 2012;1(3):347-56. [cited 13 Jul 2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329849/seajphv1i3p347.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
76. Hawkins L, Srisasalux J, Osornprasop S. Devolution of Health Centers and Hospital Autonomy in Thailand: A Rapid Assessment [Internet]. HSRI and World Bank; 2009. [cited 13 ก.ค. 2568]. Available from: https://www.dla.go.th/upload/document/type4/2553/12/8621_1.pdf
77. องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก. ตัวชี้วัดที่ 35จำนวนกิจกรรมที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆรวมถึงการเตรียมความพร้อมการรับมือโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่แก่ประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. ร้อยเอ็ด: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพอก; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. แหล่งที่มา: <https://www.nongphok101.go.th/news-26.html>
78. สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. เกณฑ์การประเมินอัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: GURU VACCINE; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. แหล่งที่มา: <https://shorturl.asia/M7fG3>

79. สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน. บทสรุปผู้บริหาร: การตรวจสอบโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาและการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. แหล่งที่มา: <https://shorturl.asia/gJmdb>
80. ศูนย์ระบาดวิทยา อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 กรกฎาคม 2566 [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสมบูรณ์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. แหล่งที่มา: https://www.nonsombun.go.th/index/add_file/4tHWifBFri71707.pdf
81. Thawillarp S. Comparison of Data and Performance Indicators: Before and After the Transition of Thailand's National Disease Surveillance System, 2023–2024. OSIR [internet]. 2025 Jun. 28 [cited 2025 Jul. 13];18(2):70-7. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/OSIR/article/view/272949>
82. หทัยชนก สุมาลี, ศิริวรรณ พัทธ์รักษ์สกุล, จิรบูรณ์ โตสงวน. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2564;15(ก.ค.-ก.ย.).
83. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือละเอียด นโยบาย และเกณฑ์การวัด มาตรฐานเมืองสุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. แหล่งที่มา: https://hia.anamai.moph.go.th/web-upload/12xb1c83353535e43f224a05e184d8fd75a/filecenter/kpi/2568/5.1/02_Dec/3.43/KPI_3.43_Manual.pdf
84. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐาน เมืองสุขภาพดี ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. แหล่งที่มา: https://hia.anamai.moph.go.th/th/healthycity-criterion/download?id=102936&mid=38070&mkey=m_document&lang=th&did=31557
85. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดที่ 3.43 ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาเป็นเมืองสุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 27 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://hia.anamai.moph.go.th/web-upload/12xb1c83353535e43f224a05e184d8fd75a/filecenter/kpi/2568/5.1/01_Nov/3.43/Sum_Report%203.43_68.pdf
86. WHO. Thailand Recognizes Local Governments for Achieving Healthy Cities Goals [Internet]. Geneva: WHO; 2023 Aug 28 [cited 2025 Aug 13]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/28-08-2023-thailand-recognizes-local-governments-for-achieving-healthy-cities-goals>

87. Anahideh H, Kang L, Nezami N. Fair and diverse allocation of scarce resources. *Socioecon Plann Sci*. 2022 Mar;80:101193. doi: 10.1016/j.seps.2021.101193. Epub 2021 Nov 13. PMID: 34812203; PMCID: PMC8597936.
88. 30x30 Global Alliance. Equitably governed [Internet]. 30x30 Global Alliance; [n.d.] [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.30x30.solutions/equitably-governed/>
89. Institute for Citizen-Centred Service. Equity In Service Delivery [Internet]. Institute for Citizen-Centred Service; 2022 Sep [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://iccs-isac.org/assets/uploads/research-repository/JC-Research-Report-Equity-in-Service-Delivery-Sept-2022.pdf>
90. Hogan L. Fairness and management [Internet]. Lara Hogan; 2018 Sep 11 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://larahogan.me/blog/manager-fairness/>
91. Suhair F. Why Fairness Is a Core KPI for Business Analytics [Internet]. Adaptive US; 2025 Jul 1 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.adaptiveus.com/blog/algorithmic-fairness-business-analytics/>
92. Xu A, Wei H. Does the fairness of healthcare resource allocation affect utilization efficiency?-an empirical study based on China's provincial panel data. *Front Health Serv*. 2025 May 27;5:1409421. doi: 10.3389/frhs.2025.1409421. PMID: 40496832; PMCID: PMC12149101.
93. UNECE (United Nations Economic Commission for Europe). United Nations Resource Management System (UNRMS) [Internet]. Geneva: UNECE; 2023 Jul 26 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://unece.org/sustainable-energy/unfc-and-sustainable-resource-management/unrms>
94. World Bank. Worldwide Governance Indicators (WGI) [Internet]. Washington, D.C.: World Bank; 2023 [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://data360.worldbank.org/en/dataset/WB_WGI
95. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Public integrity indicators [Internet]. Paris: OECD; [n.d.] [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.oecd.org/en/topics/public-integrity.html>
96. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). OECD Public Integrity Indicators [Internet]. Paris: OECD; 2024 Mar 20 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://oecd-public-integrity-indicators.org/>

97. MOPAN (Multilateral Organisation Performance Assessment Network). MOPAN Assessment of United Nations Development Programme (UNDP) 2021 [Internet]. Paris: MOPAN; 2021 Nov [cited 2025 Jul 13]. Available from:
<https://www.mopan.org/content/dam/mopan/en/publications/our-work/evidence/undp/undp-2021/mopan-undp-assessment-report-2021.pdf>
98. Kaufmann D, Kraay A. The Worldwide Governance Indicators: Methodology and 2024 Update [Internet]. Washington, D.C.: The World Bank; 2024 Sep [cited 2025 Jul 13]. Available from:
<https://www.worldbank.org/content/dam/sites/govindicators/doc/wgimethodologypaper.pdf>
99. Posey M. Building an Equitable Government: The What, the Why, and the How [Internet]. Third Sector Capital Partners; 2021 Mar 1 [cited 2025 Jul 13]. Available from:
<https://www.thirdsectorcap.org/blog/building-an-equitable-government-the-what-the-why-and-the-how/>
100. IEG (Independent Evaluation Group). The World Bank and the Management of Public Finance. In: Public Financial and Debt Management [Internet]. Washington, D.C.: World Bank Group; 2011 May 10 [cited 2025 Jul 13]. Available from:
<https://ieg.worldbankgroup.org/evaluations/public-financial-and-debt-management/chapter-1-world-bank-and-management-public-0>
101. Lee S. Measuring Public Admin Performance [Internet]. Number Analytics; 2025 May 24 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.numberanalytics.com/blog/ultimate-guide-performance-measurement-public-administration>
102. Lee S. Mastering Performance Indicators in Public Admin [Internet]. Number Analytics; 2025 May 27 [cited 2025 Jul 13]. Available from:
<https://www.numberanalytics.com/blog/mastering-performance-indicators-in-public-admin>
103. Spider Strategies. Public Administration KPI Examples | Government KPIs [Internet]. Arlington, VA: Spider Strategies; [n.d.] [cited 2025 Jul 13]. Available from:
<https://www.spiderstrategies.com/kpi/industry/government-public-administration/>
104. Stanislaw D. Creating Fair Process in Leadership [Internet]. Stanislaw Collaborative Transformations; 2024 Fer 14 [cited 2025 Jul 13]. Available from:
<https://stanislawconsulting.com/creating-fair-process-in-leadership/>

105. Lee S. Decision Making Metrics [Internet]. Number Analytics; 2025 May 27 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.numberanalytics.com/blog/decision-making-metrics>
106. V-Dem. Equal resource distribution index [Internet]. Oxford, UK: Our World in Data; 2024 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/equal-resource-distribution-index>
107. World Bank. Education public expenditure review guidelines [Internet]. Washington, D.C.: World Bank; 2017 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/155861497609568842/education-public-expenditure-review-guidelines>
108. World Bank. 2025. Health Public Expenditure Reviews: A How-To Guide. World Bank. <http://hdl.handle.net/10986/43188> License: CC BY-NC 3.0 IGO.”
109. World Bank Group. A Fair Adjustment: Efficiency and Equity of Public Spending in Brazil [Internet]. Washington, D.C.: World Bank Group; 2017 Nov 21 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>
110. OECD. Gender budgeting [Internet]. Paris, France: OECD; [n.d.] [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.oecd.org/en/topics/gender-budgeting.html>
111. OECD. Addressing Inequality in Budgeting: Lessons from Recent Country Experience [Internet]. Paris, France: OECD; 2024 Feb 19 [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/addressing-inequality-in-budgeting_ea80d61d-en.html
112. UNOPS (United Nations Office for Project Services). Transparency and public procurement [Internet]. Copenhagen, Denmark: UNOPS; 2013 Sep 3 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.unops.org/news-and-stories/publications/transparency-and-public-procurement>
113. Furnas A. Transparency Case Study: Public Procurement in the Slovak Republic [Internet]. Washington, D.C.: Sunlight Foundation; 2013 Aug 12 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://sunlightfoundation.com/2013/08/12/case-study-public-procurement-in-the-slovak-republic/>

114. International Monetary Fund. How Does the IMF Encourage Greater Fiscal Transparency? [Internet]. Washington, D.C.: International Monetary Fund; 2023 Mar 24 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.imf.org/en/About/Factsheets/Sheets/2023/how-does-the-imf-encourage-greater-fiscal-transparency>
115. Millennium Challenge Corporation. Control of Corruption Indicator [Internet]. Washington, D.C.: Millennium Challenge Corporation; [n.d.] [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.mcc.gov/who-we-select/indicator/control-of-corruption-indicator/>
116. CorruptionRisk.org. Corruption Risk Forecast [Internet]. CorruptionRisk.org; [n.d.] [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://corruptionrisk.org/>
117. de Freitas C. Public and patient participation in health policy, care and research. Porto Biomed J. 2017 Mar-Apr;2(2):31-2. doi: 10.1016/j.pbj.2017.01.001. Epub 2017 Mar 1. PMID: 32258582; PMCID: PMC6806976.
118. Conklin A, Morris ZS, Nolte E. Involving the public in healthcare policy: An update of the research evidence and proposed evaluation framework [Internet]. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2010 [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/technical_reports/2010/RAND_TR850.pdf
119. World Bank Group. Civic and Citizen Engagement [Internet]. Washington, D.C.: World Bank Group; 2025 Jan 7 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/citizen-engagement>
120. IdeaScale. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในระบบดูแลสุขภาพคืออะไร คำจำกัดความ ความสำคัญ ประโยชน์ ตัวอย่าง และการปรับปรุง [อินเทอร์เน็ต]. IdeaScale; 29 มี.ค. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ideascale.com/th/%E0%B8%9A%E0%B8%A5%E0%B9%87%E0%B8%AD%E0%B8%81/kaarmiiswnrwmkhngphuupwyainkaarduaelsukhphaaphkhuue-aair/>
121. EuroHealthNet. Promoting health equity through social participation and citizen engagement [Internet]. EuroHealthNet; 2024 Oct 30 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://eurohealthnet.eu/publication/promoting-health-equity-through-social-participation-and-citizen-engagement/>

122. Kantamaturapoj K, Kulthanmanusorn A, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Patcharanarumol W, Kanchanachitra C, Wibulpolprasert S, Tangcharoensathien V. Legislating for public accountability in universal health coverage, Thailand. *Bull World Health Organ*. 2020 Feb 1;98(2):117-25. doi: 10.2471/BLT.19.239335. Epub 2019 Dec 4. PMID: 32015582; PMCID: PMC6986221.
123. จีระศักดิ์ ทัฒนา, นฤวดี ยืนยง, ปณิธาน กระสังข์. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน. *PTU Journal of Science and Technology*. 2021;2(2). เข้าถึงได้จาก: <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/PTUJST/article/download/246577/168181/877446>
124. Narasimhan M, Gutiérrez PM, Osborne Z, Habanyama M, Worster K, Martin C, Kaida A. Community engagement in WHO guideline development. *Bull World Health Organ*. 2024 Oct 1;102(10):760-4. doi: 10.2471/BLT.24.291579. Epub 2024 Sep 10. PMID: 39318886; PMCID: PMC11418848.
125. World Health Organization. Community engagement for quality health services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 May 12 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-of-care/community-engagement>
126. KFF. Public Health Communication Challenges in an Era of Declining Trust [Internet]. San Francisco (CA): KFF; 2024 Feb 16 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.kff.org/health-policy-101-u-s-public-health/?entry=table-of-contents-public-health-communication-challenges-in-an-era-of-declining-trust>
127. U.S. Environmental Protection Agency. Public Participation Guide: Selecting the Right Level of Public Participation [Internet]. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency; [cited 2025 Jul 14]. Available from: <https://www.epa.gov/international-cooperation/public-participation-guide-selecting-right-level-public-participation>
128. Stuart G. What is the Spectrum of Public Participation? [Internet]. Sustaining Community; 2017 Feb 14 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://sustainingcommunity.wordpress.com/2017/02/14/spectrum-of-public-participation/>
129. Organizing Engagement. Ladder of Citizen Participation [Internet]. Organizing Engagement; 2025 Jan 29 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://organizingengagement.org/models/ladder-of-citizen-participation/>

130. Crowe S. Who inspired my thinking? – Sherry Arnstein. *Research for All*. 2017;1(1):143-6. doi: 10.18546/RFA.01.01.11. Available from: <https://journals.uclpress.co.uk/r4a/article/2238/galley/15175/download/>
131. Draper AK, Hewitt G, Rifkin SB. Chasing the dragon: Developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Soc Sci Med*. 2010 Sep;71(6):1102-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.05.016. Available from: https://www.researchgate.net/publication/45150469_Chasing_the_dragon_Developing_indicators_for_the_assessment_of_community_participation_in_health_programmes
132. NHS England. Patient and Public Participation Policy [Internet]. NHS England; 2017 Apr [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/04/ppp-policy-edit.pdf>
133. Lee S. Co-Production in Public Health: A Guide [Internet]. Number Analytics; 2025 Jun 27 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.numberanalytics.com/blog/co-production-in-public-health-a-guide>
134. Mathurapote N, Posayanonda T, Pitakkamonporn S, Saengtim W, Sae-iew K, Putthasri W. Thailand's National Health Assembly – a means to Health in All Policies [Internet]. National Health Commission Office, Thailand; 2017 Nov [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://actionsdg.ctb.ku.edu/wp-content/uploads/2017/11/Thailand-HiAP-Case-Study.pdf>
135. Platt JE, Jacobson PD, Kardia SLR. Public Trust in Health Information Sharing: A Measure of System Trust. *Health Serv Res*. 2018 Apr;53(2):824-45. doi: 10.1111/1475-6773.12654. Epub 2017 Jan 18. PMID: 28097657; PMCID: PMC5867170.
136. U.S. Environmental Protection Agency. Public Participation Guide: Introduction to Public Participation [Internet]. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency; [cited 2025 Jul. 14]. Available from: <https://www.epa.gov/international-cooperation/public-participation-guide-introduction-public-participation>

137. Organizing Committee for Assessing Meaningful Community Engagement in Health & Health Care Programs & Policies. Assessing Meaningful Community Engagement: A Conceptual Model to Advance Health Equity through Transformed Systems for Health [Internet]. Washington, D.C.: National Academy of Medicine; 2022 Feb [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://nam.edu/perspectives/assessing-meaningful-community-engagement-a-conceptual-model-to-advance-health-equity-through-transformed-systems-for-health/>
138. ATSDR. Community Involvement Indicators [Internet]. Atlanta (GA): Agency for Toxic Substances and Disease Registry; 2024 Aug 22 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.atsdr.cdc.gov/land-reuse-health-program/php/healthfields-tools-resources/community-involvement-indicators.html>
139. FasterCapital. Community quality: Measuring Community Health: A Guide to Quality Metrics [Internet]. FasterCapital; 2025 Apr 7 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://fastercapital.com/content/Community-quality--Measuring-Community-Health--A-Guide-to-Quality-Metrics.html>
140. Bardon A. Community Health Initiatives: Engaging With Local Populations to Improve Health Outcomes [Internet]. Lindenwood University Online; 2025 Jul 1 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://online.lindenwood.edu/blog/community-health-initiatives-engaging-with-local-populations-to-improve-health-outcomes/>
141. World Health Organization. 16B. Community Engagement [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://ihrbenchmark.who.int/document/16b-community-engagement>
142. Lloyd N, Hyett N, Kenny A. Barriers and Enablers to Evaluating Outcomes From Public Involvement in Health Service Design: An Interpretive Description. Qual Health Res. 2023 Sep;33(11):983-94. doi: 10.1177/10497323231191048. Epub 2023 Aug 7. PMID: 37548221; PMCID: PMC10494479.
143. Bawornthip P, McDonall J, Tamdee D, Driscoll A, Hutchinson A. Health literacy and uptake of healthy diet and exercise amongst individuals with prehypertension in Thailand. Health Promot Int. 2025 May 13;40(3):daaf089. doi: 10.1093/heapro/daaf089. PMID: 40531173; PMCID: PMC12203909.

144. Osterrieder A, Ruangkajorn S, Naemirat B, Poomchaichote T, Asarath S, Boonthaworn K, et al. Evaluation of the Bangkok Health Research and Ethics Interest Group: reflecting on the experiences of group members, researchers and facilitators participating in an urban community advisory board in Thailand [Internet]. medRxiv; 2025 Jun 24 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.06.24.25330175v1.full-text>
145. Baumann L, Reinhold AK, Brütt AL. Public and patient involvement in health policy decision-making on the health system level – A scoping review. Health Policy [Internet]. 2022 Jul [cited 2025 Jul 13];126(2). Available from: https://www.researchgate.net/publication/362130180_Public_and_patient_involvement_in_health_policy_decision-making_on_the_health_system_level_-_a_scoping_review
146. Relias. Step-by-Step Guide to Measuring Patient Engagement [Internet]. Relias; 2025 May 2 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.relias.com/blog/measuring-patient-engagement>
147. World Health Organization. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259280/WHO-HIS-SDS-2017.15-eng.pdf>
148. NIHR. Evaluating the impact of patient and public involvement in health research [Internet]. NIHR; [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.learningforinvolvement.org.uk/content/resource/evaluating-the-impact-of-patient-and-public-involvement-in-health-research/>
149. Tritter JQ, Koivusalo M. Undermining patient and public engagement and limiting its impact: the consequences of the Health and Social Care Act 2012 on collective patient and public involvement. Health Expect. 2013 Jun;16(2):115-8. doi: 10.1111/hex.12069. PMID: 23650917; PMCID: PMC5060649.
150. GOV.UK. Review of patient safety across the health and care landscape [Internet]. Department of Health & Social Care; 2025 Jul 7 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/review-of-patient-safety-across-the-health-and-care-landscape/review-of-patient-safety-across-the-health-and-care-landscape>

151. Shirley Ryan AbilityLab. Community Participation Indicators [Internet]. Shirley Ryan AbilityLab; [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/community-participation-indicators>
152. Bouwmeester J, Dees M, Bevelander K, Grol S, Brandsen T, van den Muijsenbergh M. Citizens' initiative for connected healthcare in the Netherlands: a case study using semi-structured interviews. *Discover Public Health* [Internet]. 2025 May [cited 2025 Jul 13];22(1). Available from: https://www.researchgate.net/publication/391574814_Citizens'_initiative_for_connected_healthcare_in_the_Netherlands_a_case_study_using_semi-structured_interviews
153. Number Analytics. Evaluating Public Health Interventions: A Comprehensive Guide to Evaluation Frameworks and Methodologies [Internet]. Number Analytics; 2025 Jun 13 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://www.numberanalytics.com/blog/evaluation-frameworks-public-health>
154. NCWWI. Evaluating Community Engagement: An Evaluation Guide and Toolkit for Practical Use [Internet]. NCWWI; [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://ncwwi-dms.org/resourcemenu/resource-library/community-engagement/1464-evaluating-community-engagement-an-evaluation-guide-and-toolkit-for-practical-use/file>
155. Contreras S. Using Arnstein's Ladder as an Evaluative Framework for the Assessment of Participatory Work in Postdisaster Haiti. *J Am Plan Assoc* [Internet]. 2019 Jul [cited 2025 Jul 13];85(2):1-17. Available from: https://www.researchgate.net/publication/334159238_Using_Arnstein's_Ladder_as_an_Evaluative_Framework_for_the_Assessment_of_Participatory_Work_in_Postdisaster_Haiti
156. Rajan D, Mathurapote N, Putthasri W, Posayanonda T, Pinprateep P, de Courcelles S, et al. Institutionalising participatory health governance: lessons from nine years of the National Health Assembly model in Thailand. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e001769.
157. World Health Organization. HiAP: Thailand: A case study on the importance of engagement mechanisms and evidence in facilitating HiAP [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2025 Jul 13]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/case-study--thailand.pdf?sfvrsn=289b670b_1

158. World Health Organization. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly (2008-2016) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Jul 13]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260464/WHO-UHC-HGF-HGS-2017.1-eng.pdf?sequence=1>
159. Mark McClellan, Karen B. DeSalvo, Georges C. Benjamin, Frederick P. Cerise, Bechara Choucair, Carlos del Rio, Marc Harrison, et al. Updating US Public Health For Healthier Communities. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2025 Jan 22 [cited 2025 Jul 13];44(2). Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2024.01010>
160. Mockford C, Staniszewska S, Griffiths F, Herron-Marx S. The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2012;24(1):28–38. doi: 10.1093/intqhc/mzr066.
161. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 27 ม.ค. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2277120220127085658.pdf>
162. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การทบทวนสถานะปัจจุบันและข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 15 พ.ค. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://ihp.pthaigov.net/sa22/publication/download/fl_1715739354671.pdf
163. เทศบาลเมืองลำพูน. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบล [อินเทอร์เน็ต]. ลำพูน: เทศบาลเมืองลำพูน; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/MKV4z>
164. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. เอกสารจากระบบคลังบทเรียน [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 1 ส.ค. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: http://courseware.npru.ac.th/admin/files/20240801110557_359d5ab36d1e9eb0e65baf60a9175e64.pdf
165. อภิเดช ชีวะประเสริฐ, ธีระศิษฐ์ เนินบำรุง. Disease surveillance & Medical Surveillance [อินเทอร์เน็ต]. สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย; 9 ก.ค. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.aoed.org/articles/2020/july/surveillance/>

166. Centers for Disease Control and Prevention. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition - Lesson 5: Public Health Surveillance, Section 2: Purpose and Characteristics of Public Health Surveillance [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012 May 18 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/csels/dsepd/ss1978/lesson5/section2.html
167. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/>
168. ทศนีย์กร ภูษา. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2564 [วิทยานิพนธ์/รายงาน]. โรงพยาบาลชุมแพ; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://cphos.go.th/new-cphos/view_document.php?document_code=Vkd0U1ZtVkJQVDA9&doc=active
169. สุรเชษฐ์ ดวงตาผา. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เต็งที่จังหวัดอุดรธานี ปี 2561. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. ม.ค.-เม.ย. 2563;5(1):67-74 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/download/744/378>
170. สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล. Health Link: แพลตฟอร์มเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.depa.or.th/th/article-view/health-link>
171. Medcury Health. มาตรฐาน HA JCI คืออะไร ? คำที่คุณต้องรู้ถ้าอยากเข้าใจระบบ HIS ให้มากขึ้น [EP.2] [อินเทอร์เน็ต]. Medcury Health; 20 ก.ค. 2022 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.medcury.health/post/hospital-system-standards>
172. Theera-Ampornpunt N. Thai hospitals' adoption of information technology: a theory development and nationwide survey [Thesis]. Minneapolis: University of Minnesota Twin Cities; 2011 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://conservancy.umn.edu/items/e0deb05a-e2a9-4ae1-9ea3-994c0336b355>
173. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กรมสุขภาพจิต. แนวทางการประเมินและจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพแบบองค์รวม [อินเทอร์เน็ต]. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1108720210217073758.pdf>
174. องค์การอนามัยโลก. องค์การอนามัยโลกเปิด 10 ภัยคุกคามสุขภาพในปี 2562 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 20 ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/UsRkD>

175. พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์,ดุสิต สุจิรัตน์,กุลยา นาคสวัสดิ์, อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม. สถานะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย และแนวโน้มในอนาคต. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539;4(4):236-48. [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/1056/jv4n4-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
176. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการปี 2566 - 2570 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/tpPld>
177. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. หน่วยบริการปฐมภูมิ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://w2.med.cmu.ac.th/icc/structure/icn/358/>
178. กฤษฎา หาญบรรเจิด. ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับกรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<https://shorturl.asia/1F2hM>
179. Centers for Disease Control and Prevention, Office of Workforce and Career Development. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition, Chapter 18: Surveillance Indicators [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2012 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-18-surveillance-indicators.html>
180. กรมประชาสัมพันธ์. รายละเอียดตัวชี้วัดภายใต้เป้าหมายการปฏิบัติการ กรมประชาสัมพันธ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<https://plan.prd.go.th/th/file/get/file/202111053e16c3fa736235fdc1513f243c1a18ad143045.pdf>
181. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย งานแผนยุทธศาสตร์. กลุ่มตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2561 [อินเทอร์เน็ต]. พิษณุโลก: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย งานแผนยุทธศาสตร์; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nktcph.go.th/plan/index.php/homepage/kpi-2560>
182. สิริชัย นามทรงศณีย์, ฌภัทร สิทธิศักดิ์, ภัทรนนท์ บุญยอุดมศาสตร์, วิวรรณ วงศ์ตาข, วราภรณ์ ริมชัยสิทธิ์, จิรายุ ผาผ่อง, และคณะ. คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2566.[เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.dndpho.org/attachments/view/?attach_id=381474

183. Khampang R, Tantivess S, Teerawattananon Y, Chootipongchaivat S, Pattanapesaj J, Butchon R, et al. Pay-for-performance in resource-constrained settings: Lessons learned from Thailand's Quality and Outcomes Framework [version 1; peer review: 1 approved, 1 approved with reservations]. F1000Research [Internet]. 2016 [cited 2025 Jul 12]. Available from:
<https://pdfs.semanticscholar.org/41b2/68cab3f6d7f021dcc55b4c0ecbc46b28a580.pdf>
184. HITAP (Health Intervention and Technology Assessment Program). The Quality and Outcomes Framework (QOF) in Thailand [Internet]. HITAP (Health Intervention and Technology Assessment Program); 2016 Jun 21 [cited 2025 Jul 12]. Available from:
<https://www.hitap.net/en/176574>
185. Khampang R. Indicators for Primary Care Services: Importance, issues, and approach towards development [Internet]. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP); 2016 Jun.(Policy Brief; vol. 4, no. 36). [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2016/06/PB_36-QOF-2-Eng-Final-for-web.pdf
186. Primary Health Care Performance Initiative. Thailand: Access [Internet]. Primary Health Care Performance Initiative; 2022 [cited 2025 Jul 12]. Available from:
<https://www.improvingphc.org/thailand-access-0>
187. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); พ.ย. 2565. 54 หน้า. เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ: 978-616-8024-48-5.[เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00151/07ea6c42-cbc9-43c7-94d0-cae995367804.pdf>
188. พูลลาภ ฉันทวิจิตรวงศ์. ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นที่ 2 “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” [อินเทอร์เน็ต]. ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1; 23 ธ.ค. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/iJWb5>
189. Prida T. Seven Attributes of Primary Care in Thailand [Internet]. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005 ; 36(2):511–6 [cited 2025 Jul 12]. Available from:https://www.researchgate.net/publication/24428932_Seven_Attributes_of_Primary_Care_in_Thailand

190. World Health Organization. Quality: High-quality primary health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf>
191. World Health Organization. Primary Health Care (PHC) Measurement Framework and Indicators [Internet]. Geneva: World Health Organization; 14 Dec 2023 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/health-services-performance-assessment/phc-measurement-framework-and-indicators>
192. Roongnapa Khampang, Sarayuth Khuntha, Phorntida Hadnorntun, Suthasinee Kumluang, Thunyarat Anothaisintawee, Sonvanee Tanuchit, et al. Selecting topic areas for developing quality standards in a resource-limited setting. BMJ Open Quality [Internet]. 2019 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/8/1/e000491>
193. คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์. การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ ตามพ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 [อินเทอร์เน็ต]. [กรุงเทพฯ]: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/01RrD>
194. National Environmental Health Association. Health Impact Assessment Toolkit [Internet]. [Denver (CO)]: National Environmental Health Association; [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.neha.org/health-impact-assessment-toolkit>
195. Hernández-Cordero LJ. Intro to Health Impact Assessments [Internet]. [Bronx, NY]: Bronx Borough President's Office; 2012 Jan 11 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://bronxboropres.nyc.gov/wp-content/uploads/2018/10/2012-01-11-hia.pdf>
196. International Finance Corporation. Introduction to Health Impact Assessment [Internet]. Washington, D.C.: International Finance Corporation; 2008 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.ifc.org/content/dam/ifc/doc/mgrt/healthimpact.pdf>
197. U.S. Environmental Protection Agency. Health Impact Assessments [Internet]. Washington, D.C.: U.S. Environmental Protection Agency; 2025 Jan 6 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.epa.gov/healthresearch/health-impact-assessments>
198. World Health Organization. Health impact assessment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 Jun 23 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-impact-assessment#tab=tab_1

199. American Public Health Association. Promoting Health Impact Assessment to Achieve Health in All Policies [Internet]. Washington, D.C.: American Public Health Association; 2014 Jul 11 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.apha.org/policy-and-advocacy/public-health-policy-briefs/policy-database/2014/07/11/16/51/promoting-health-impact-assessment-to-achieve-health-in-all-policies>
200. Pyper R, Cave B, Purdy J, McAvoy H. Health Impact Assessment Guidance: A Manual. Standalone Health Impact Assessment and health in environmental assessment [Internet]. Dublin and Belfast: Institute of Public Health in Ireland; 2021 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.publichealth.ie/sites/default/files/resources/guidance_2.pdf
201. Centers for Disease Control and Prevention. Health Impact Assessment Resources | Tracking Program [Internet]. [Atlanta (GA)]: Centers for Disease Control and Prevention; 2025 Feb 25 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.cdc.gov/environmental-health-tracking/php/communications-resources/hia-resources.html>
202. Lee S. Effective HIA for Chronic Disease Prevention [Internet]. [Place of publication unknown]: Number Analytics; 2025 Jun 14 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.numberanalytics.com/blog/effective-hia-chronic-disease-prevention-strategies>
203. Society of Practitioners of Health Impact Assessment. Equity Metrics for Health Impact Assessment Practice [Internet]. [Washington, D.C.]: NACCHO (National Association of County and City Health Officials); 2014 Aug 14 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.naccho.org/resource-hub-articles/equity-metrics-for-health-impact-assessment-practice>
204. World Health Organization. Health impact assessments [Internet]. Geneva: World Health Organization; [approximately 2024] [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/tools/health-impact-assessments>
205. Health impact metrics for air pollution management strategies [Internet]. Environ Int. 2015 Sep 14 [cited 2025 Jul 12];85:84–95. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4648637/>

206. Human Impact Partners. Steps to Creating an HIA [Internet]. Oakland (CA): Human Impact Partners; 2010 Jan [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://19january2021snapshot.epa.gov/sites/static/files/documents/Steps2CreatingAnHIA.pdf>
207. Kenny T, Harris-Roxas B, McHugh S, Douglas M, Green L, Haigh F, et al. Routemap for health impact assessment implementation: scoping review using the consolidated framework for implementation research [Internet]. Health Promot Int. 2025 Jun 30 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12208066/>
208. Community Commons. Elements of an HIA [Internet]. Community Commons; [n.d.] [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://hia.communitycommons.org/elements-of-an-hia/>
209. Lee S. Advancing Global Health through HIA - Strategies for Effective Health Impact Assessment in Epidemiology [Internet]. Number Analytics; 2025 Jun 13 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.numberanalytics.com/blog/advancing-global-health-through-hia>
210. Bhatia R, Farhang L, Heller J, Lee M, Orenstein M, Richardson M, Wernham A. Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment, Version 3 [Internet]. 2014 Sep [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.tn.gov/content/dam/tn/health/documents/learningopportunities/HIA_Best_Practice_Standards_2014.pdf
211. Massachusetts Department of Public Health, Massachusetts Environmental Public Health Tracking. Health Impact Assessment [Internet]. [Boston (MA)]: Massachusetts Department of Public Health; 2016 Oct [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://matracking.ehs.state.ma.us/planning_and_tools/hia/index.html
212. Lee S. Effective Health Impact Assessment [Internet]. Number Analytics; 2025 Jun 14 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.numberanalytics.com/blog/effective-health-impact-assessment-practices>
213. Adetoro O, Akinduko O, Ojo T, Olusola I, Adewumi O, Oladipupo O, et al. Multisectoral contributions to health security and formal policy availability at the community level in Nigeria [Internet]. Front Public Health. 2025 Jan 13 [cited 2025 Jul 12]. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1505383/full>

214. Bourcier E, Charbonneau D, Cahill C, Dannenberg AL. An Evaluation of Health Impact Assessments in the United States, 2011 – 2014 [Internet]. Prev Chronic Dis. 2015 Feb 19 [cited 2025 Jul 12]. Available from: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2015/14_0376.htm
215. Lessa F, Huong L, Miranda J. Institutionalization of health impact assessment [Internet]. Glob Public Health. 2020 [cited 2025 Jul 12];34(2):212–3. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/gps/2020.v34n2/212-213/en>
216. Martenies SE, Wilkins D, Batterman SA. Health impact metrics for air pollution management strategies [Internet]. Environ Int. 2015 Sep 14 [cited 2025 Jul 12];85:84–95. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38031>
217. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๔. ราชกิจจานุเบกษา. 10 เม.ย. 2566;140(ตอนพิเศษ 85 ง): 13.[เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://main.healthstation.in.th/news/show/634>
218. กระทรวงศึกษาธิการ. ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. หน้า 96. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/CPUiZ>
219. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. อธิปติ สด. ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือขับเคลื่อนสังคมและระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ระหว่างกระทรวงมหาดไทย ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น; 3 พ.ย. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dla.go.th/servlet/ActivityServlet?_mode=detail&id=2995
220. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. ภูอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) (จัดพิมพ์ครั้งที่ 5) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค; ก.ย. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/thai.pdf?sfvrsn=9bb97cfd_0
221. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. ภูอนามัยระหว่างประเทศ ค.ศ. 2005 (International Health Regulations 2005: IHR) [อินเทอร์เน็ต]. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน; 2548 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nno.moph.go.th/epidnan/downloads/laws/IHR2005.pdf>
222. กรมสุขภาพจิต. ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ที่ WHO เพิ่งประกาศ คืออะไร สำคัญอย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 3 ก.พ. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30178>

223. World Health Organization. Joint external evaluation of the International Health Regulations (2005) core capacities of Thailand - Mission report: 31 October-4 November 2022 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 Oct 16 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080270>
224. World Health Organization. Joint External Evaluation (JEE) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 Oct 24 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/joint-external-evaluations>
225. Disaster.shiksha. How the IHR Monitoring and Evaluation Framework Strengthens Health Security [Internet]. Disaster.shiksha; 2025 Mar 5 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://disaster.shiksha/pandemic-preparedness-response/ihr-monitoring-evaluation-health-security/>
226. World Health Organization. SPAR - Thailand Submitted (2024) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://extranet.who.int/sph/spar-thailand-submitted2024>
227. ดาริกา มุสิกกุล, จารุวรรณ ปิ่นมณี, ชาญคณินท์ ชีระสูตร. การวิเคราะห์ผลการประเมิน Global Health Security Index 2021 (พ.ศ. 2564) ประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาและบริหารยุทธศาสตร์ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมโรค; 7 ก.พ. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1382520230207055525.pdf>
228. Nguni R, Kandel N, Bell C, Choupe LBT, Gribble R, Huda Q, de la Rocque S, Sreedharan R, Suryantoro L, Vedrasco L, Mancero T, Chamla D, Nguyen PN, Perehinets I, Samhoury D, Samuel R, Stephen M, Talisuna A, Xing J, Chungong S. Mapping the international health regulations monitoring and evaluation framework: an expert consultation, triangulation crosswalk and quantitative analysis. *BMJ Glob Health*. 2024 Jun 5;9(6):e013675. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013675. PMID: 38843899; PMCID: PMC11163593.
229. กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการ การพัฒนาสมรรถนะหลัก ในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (National Action Plan for Health Security: NAPHS) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 15 พ.ค. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1571920240515025246.pdf>

230. TheCoverage.info. 'มท.-สช.' สร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ขับเคลื่อน 'ธรรมนูญระบบสุขภาพฯ ฉบับ 3' [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: TheCoverage.info; 28 พ.ย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thecoverage.info/news/content/5827>
231. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 7 มิ.ย. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ppb.moi.go.th/midev05/upload/8%20ADDITION%20%20REPORT.pdf>
232. ญัตติ เจริญรัตน์, ภรณ์ยู โอสธนากร, พิรสิษฐ์ สิทธิรัตน์. การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพเพื่อติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่อง ระบบสุขภาพชุมชนเมือง [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); มิ.ค. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6247?locale-attribute=th>
233. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ. ประกาศ / คำสั่ง ศูนย์โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nsc.go.th/ประกาศ-คำสั่ง-ศูนย์โควิด/>
234. เทพสร ผึ้งผาย. การบริหารจัดการโรคระบาดโควิด 19 (COVID-19) ของอำเภอบางบัวทอง จังหวัด นนทบุรี ภายใต้แนวทางการบริหารงานแบบบูรณาการระหว่างปี 2563 – 2564 [อินเทอร์เน็ต]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2563_1629858876_6214832066.pdf
235. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปมติที่ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๔ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 17 ก.ย. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/สรุปมติประชุม%20คกก.ชาติ%2010.64%20\(ผวจ.\).pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/สรุปมติประชุม%20คกก.ชาติ%2010.64%20(ผวจ.).pdf)
236. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 64 ของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ก.พ. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/1729520210301021023.pdf>
237. วลัยพร รัตนเศรษฐ, สมศักดิ์ วานิชยาภรณ์. บทบาทของภาครัฐในการบริหารจัดการกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. วารสารการบริหารและสังคมศาสตร์ปริทรรศน์. ก.ค.-ส.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568];4(2):72-87.

238. สิริภพ รักทองสุข. จากความกังวลใจสู่ความเชื่อมั่นในวัคซีน การสร้างความไว้วางใจต่อวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในชุมชนที่อยู่ห่างไกล [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: UNICEF Thailand; 7 ก.ค. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/th/stories/จากความกังวลใจสู่ความเชื่อมั่นในวัคซีน>
239. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประจำสัปดาห์ที่ 17 ของปี 2566 วันที่ 24 - 28 เมษายน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 28 เม.ย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Report%20wk%2017%20\(24-28%20Apr%2066\).pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Report%20wk%2017%20(24-28%20Apr%2066).pdf)
240. กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. "อว. เผยไทยฉีดวัคซีนครบ 2 ล้านโดสแล้ว พร้อมเปิด 9 สถิติสำคัญหลังฉีดวัคซีน" [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม; 13 พ.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mhesi.go.th/index.php/en/content_page/item/3620-135644-2.html
241. Hfocus. วัคซีนโควิดล็อตแรก ชิโนแวค ถึงไทยแล้ว!!! [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Hfocus; 24 ก.พ. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2021/02/21115>
242. TDRI. ประเมินผลงานกลางเทอมรัฐบาลประยุทธ์ 2: การควบคุมการระบาดของโควิด-19 และการบริหารจัดการวัคซีน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: TDRI; 11 ก.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2021/07/report-2years-prayut-cabinet2/>
243. นิวัตร สุวรรณพัฒนา. โคแวกซ์กับการบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 ของรัฐบาลไทย [อินเทอร์เน็ต]. คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอตส์; [ม.ป.] [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://tncathai.org/images/NCAB/ncab-article99.pdf>
244. SDG MOVE. SDG Updates | โควิด-19 แพร์ระบาดไม่เลือกหน้า แต่ไทยให้ความช่วยเหลือครอบคลุมทุกคนในประเทศแล้ว หรือยัง? [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: SDG MOVE; 31 ก.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmovement.com/2021/07/31/policies-discrimination-during-pandemic-in-thailand/>
245. วิโรจน์ ณ ระนอง, สมชัย จิตสุชน, สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์, ต่อพงศ์ อัครวิญญู. ข้อเสนอแนะการจัดการและการกระจายวัคซีนโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: TDRI: Thailand Development Research Institute; 19 ก.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2021/07/procurement-and-distribution-of-covid-19-vaccines/>

246. World Health Organization in Thailand. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประเทศไทย ฉบับที่ 265 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: World Health Organization in Thailand; 13 มิ.ย. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2023_06_13_tha-sitreps-265-covid-19_th.pdf?sfvrsn
247. Hfocus. สธ. คาดมี 10 ล้านคนยังไม่ฉีดวัคซีนโควิด ประสานท้องถิ่น-เอกชนติดตามมาฉีดให้ครบ100 ล้านโดส ใน พ.ย.นี้ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: Hfocus; 13 พ.ย. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2021/11/23677>
248. พิษณุวัฒน์ วรรณโก, อรุณรัตน์ สู้หนองบัว. ความสัมพันธ์ของวัคซีนโควิด-19 และความรุนแรงของการเจ็บป่วยโรคโควิด-19 โรงพยาบาลชัยภูมิ ปี 2564-2565. RHPC9J. 2022;16(3):1057-69.
249. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประจำสัปดาห์ที่ 25 ของปี 2565 วันที่ 20 - 26 มิถุนายน 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 26 มิ.ย. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/9/1656317936171.pdf>
250. Hfocus. เปิดข้อมูลชาวต่างชาติอาศัยในไทยรับวัคซีนโควิดแล้วกว่า 3.5 แสนราย เมียนมาสูงสุด [อินเทอร์เน็ต].: Hfocus; 17 ส.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2021/08/22728>
251. The Active. เปราะบาง ล่องหน: ความไร้ตัวตนของแรงงานข้ามชาติในโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: The Active; 18 มิ.ย. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://theactive.thaipbs.or.th/data/invisible-lives-migrant-workers-during-the-covid19>
252. กรมอนามัย. กลุ่ม 608 คือกลุ่มคนที่ต้องได้รับการวัคซีนป้องกันโควิด-19 มากที่สุด [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: อนามัยมีเดีย; 7 ก.ค. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/anamai-toons/covid-vaccine-4/>
253. เกตุรินทร์ บุญคล้าย, วรรณชาติ ตาเลิศ, อนุสร การเกษ, พิษณุณัฐ แก้วอำไพ, นนทรัตน์ จำเริญวงศ์. การรับรู้ ทัศนคติ และความรอบรู้ด้านวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ . 2022;31(2):294-307.
254. จิราพร เกตุเขียว, เลิศชัย เจริญธัญรักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มเสี่ยง 608 ในเขตเทศบาลเมืองชุมแพ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2024;32(3):417-27.

255. PHE. นักวิชาการ สธ. รับผิดชอบฉีดวัคซีนโควิดในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก ได้แสดงมุมมองที่เห็นข้อจำกัด การเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มเปราะบาง และมุมมองของทีมเจ้าหน้าที่ที่แม้จะไม่มีองค์ความรู้แต่ก็มี ความพยายามและร่วมทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. PHE; 27 มิ.ย. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้ จาก: <https://phethai.org/th/article/detail/130>
256. MWG. รายงานสถานการณ์โควิดในแรงงานข้ามชาติ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 15 ตุลาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. MWG; 2 พ.ย. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://mwgthailand.org/th/press/1635847467>
257. World Health Organization. แรงงานข้ามชาติได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. Geneva: World Health Organization; 9 ม.ค. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/09-01-2565-Migrants-struggle-to-earn-a-living-during-lockdown-TH>
258. TDRI. สื่อสารอย่างไรให้คนไทยเชื่อมั่นและฉีดวัคซีน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: TDRI; 18 มิ.ย. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://tdri.or.th/2021/06/vaccine-communication/>
259. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด – 19 จังหวัด กาญจนบุรี พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230505162658_89194.pdf

ภาคผนวก

(ร่าง) กำหนดการประชุมรับฟังความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ
การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ในวันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๓๐-๑๓.๐๐ น.
ณ ห้องประชุม Zodiac Bar ชั้น ๓๔ ไอ้ควูด สวีท ดิوانนท์ กรุงเทพฯ

- ๑๓.๐๐ - ๑๓.๐๕ น. กล่าวต้อนรับ
โดย นพ.กฤษฎา หารบรรเจิด ประธานคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และ
จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด
การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- ๑๓.๐๕ - ๑๓.๑๐ น. ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม
โดย นางสาวทิพิชา โพษยานนท์ กรรมการและเลขานุการอนุกรรมการฯ
- ๑๓.๑๐ - ๑๓.๓๐ น. นำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคาม
สุขภาพ ที่รวบรวมจากหน่วยงานต่างๆ และรับฟังความคิดเห็นจากภาคีเครือข่าย
โดย รศ. สุนธรา คงศีล ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล
ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหิดล
- ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น. รับฟังความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ
โดย ผู้เข้าประชุม
- ๑๖.๐๐ - ๑๖.๓๐ น. สรุปและปิดการประชุม
โดย นพ.กฤษฎา หารบรรเจิด ประธานอนุกรรมการฯ
-

หมายเหตุ กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

ข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

อ้างอิงตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

ที่ได้จากการประชุมรับฟังความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ

การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ในวันที่ 23 มิถุนายน 2568

1. ตัวชี้วัดที่สะท้อนเป้าหมาย เรื่อง “บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ท้นต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม” จำนวน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 สมรรถนะการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา))

2. ตัวชี้วัดที่สะท้อนเป้าหมายตามมาตรการจำนวน 6 มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ 1: มาตรการ เรื่อง “การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง” จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1

- ร้อยละของจำนวน อปท. ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนในด้านการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย (แหล่งข้อมูล กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)

ตัวชี้วัดที่ 2 - ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมีการกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น (แหล่งข้อมูล กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)

หมายเหตุ ตัวชี้วัดเดิมที่จะขอเพิ่ม ร้อยละของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนได้ตามเป้าหมาย (แหล่งข้อมูล สปสช.)

มาตรการที่ 2: มาตรการ เรื่อง “การจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน” จำนวน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่ม สูงอายุกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป)) (Proxy KPI)

ตัวชี้วัดที่ 2 ระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการจัดทำแผน และดำเนินการในการค้นหากลุ่ม เปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (แหล่งข้อมูล - สปสช.)

หมายเหตุ ตัวชี้วัดเดิมที่จะขอเพิ่มเติม – ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนใน กลุ่มเป้าหมาย (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป))

มาตรการที่ 3: มาตรการ เรื่อง “สร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ ในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น” จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 – ร้อยละความสำเร็จในด้านการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการดำเนินงาน ตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดและท้องถิ่น ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม (แหล่งข้อมูล กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)

ตัวชี้วัดที่ 2 – จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ได้มีการดำเนินงานสำเร็จในด้านการป้องกันและ ควบคุมโรค (แหล่งข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)

มาตรการที่ 4: มาตรการ เรื่อง “จัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุม โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ” จำนวน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 – ความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพ ที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบ ดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance] (แหล่งข้อมูล กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคและ กรมปศุสัตว์)

มาตรการที่ 5: มาตรการ เรื่อง “พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ” จำนวน 1 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 - ตัวชี้วัดร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐาน ตาม พ.ร.บ. ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ 2562 (แหล่งข้อมูล กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

มาตรการที่ 6: มาตรการ เรื่อง “นำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้อย่างรอบด้าน มาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม” จำนวน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ 1 – ตัวชี้วัดจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) (แหล่งข้อมูล กรมอนามัย-กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่ 2 – ตัวชี้วัดจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อปท. (แหล่งข้อมูล กรมอนามัย-กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ)

ตัวชี้วัดเดิมที่จะขอเพิ่มเติม จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation: EHA 8000) และผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ (แหล่งข้อมูล กรมอนามัย-กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ)

ตารางตัวชี้วัด หมวดยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรค: อนุกรรมการ ณ วันที่ 06/05/68

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
เป้าหมาย 1.1 บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทันท่วงทีสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม			
1	1.1 วัดศักยภาพในการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) (ถ้าไม่ทราบกรุณาดูรายละเอียดที่ Link: https://shorturl.asia/Pz6tu) และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ	6	ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื่องจากตัวชี้วัดเพียง 1 ตัว อาจไม่เพียงพอและอาจไม่เหมาะสมโดยตรงสำหรับการติดตามในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมถึงการวัดศักยภาพในการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุม
	1.2 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		ตัวชี้วัดในการสื่อสารความเสี่ยงและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Risk Communication and Health Literacy) เนื่องจากการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน หากประชาชนมีความเข้าใจและเชื่อมั่นในข้อมูล จะช่วยให้สามารถปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ลดความตื่นตระหนก และสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ
2.มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ			
มาตรการ 2.1 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง			

ลำดับ	ตัวชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
1	2.2 วัดร้อยละของอำเภอ/เขต ที่มีผลลัพธ์จากการจัดบริการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีการบูรณาการด้วยกลไก พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่และระบบสุขภาพปฐมภูมิ	9	
2	2.1 วัดความครอบคลุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) (ถ้าไม่ทราบกรุณาดูรายละเอียดตาม Link: https://shorturl.asia/Pz6tu)	10	
3	2.3 วัดร้อยละของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนได้ตามเป้าหมาย	15	
4	2.4 วัดผู้นำชุมชนท้องถิ่น มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนเครือข่าย สร้างเสริมสุขภาพชุมชนและแก้ปัญหาพื้นที่จากปัญหาสุขภาพ อุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น	16	
	2.6 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
มาตรการ 2.2 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน			
1	3.1 วัดร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย	7	
2	3.2 วัดร้อยละของสุนัขและแมวที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	11	

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
3	3.3 วัดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (inclusive policy) ในหลายกลุ่มประชากรที่เชื่อมระหว่างโครงสร้างที่มาจากพื้นที่และต้นแบบ (model) กับปัญหาของกลุ่มประชากรจากฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่	12	
	3.5 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้นโปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
มาตรการ 2.3 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องสร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น			
1	4.3 วัดระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหากลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	8	
2	4.1 วัดจำนวนชุมชนที่ผ่านการพัฒนาเป็นชุมชนรอบรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	9	
3	4.2 วัดร้อยละของอำเภอที่ประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข	13	

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	4.5 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
มาตรการ 2.4 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไก ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ			
1	5.1 วัดจำนวนหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่มีแผนและใช้แผนใน การรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (All Hazard Plan) ได้ จริง	7	
2	5.2 วัดจำนวนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ สามารถยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Activate EOC; Emergency Operations Center: EOC) ให้เป็นไปตามแผน รับมือ (Emergency Response Plan:ERP) ได้ภายใน 120 นาที	8	
3	5.4 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
มาตรการ 2.5 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเฝ้าระวังเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ			
1	6.3 วัดระดับความสำเร็จในการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบาย คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	8	
2	6.1 วัดร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	15	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
3	6.4 วัดร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	15	
4	6.2 วัดสถานีสุภาพ (Health Station) ที่ได้ยกระดับคุณภาพตามเป้าหมายตามที่เขตสุขภาพกำหนด	17	
5	6.5 วัดร้อยละการเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์/สุขภาพ (Health and Technology Innovation) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	22	
	6.7 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
มาตรการ 2.6 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม			
1	7.1 วัดจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation : EHA 8000) และผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ	5	
	7.2 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		

ตารางตัวชี้วัด หมวดการป้องกันและควบคุมโรค: ภาศึเครือข่าย 443 คน ณ วันที่ 23/05/68

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
เป้าหมาย 1.1 บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ท้นต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม			
1	1.1 วัดศักยภาพในการดำเนินการตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) (ถ้าไม่ทราบกรุณาดูรายละเอียดที่ Link: https://shorturl.asia/Pz6tu) และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ	448	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป้าหมายของแผน คือ วัดในเชิงของสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นประเด็นที่กว้างมากไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน แต่ตัวชี้วัด IHR เป็นการวัดศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงาน/องค์กรภายในและภายนอกประเทศ อาจจะคนละประเด็นกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), กฎอนามัยโลกเน้นไปที่สุขภาพในหลายมิติก็จริง แต่เป็นการเน้นไปที่สุขภาพในเชิงของสาธารณสุขเป็นหลัก กล่าวคือสาธารณสุขต้องเป็นหลักในการดำเนินงาน ซึ่งถ้าพิจารณาจากข้อความข้างต้นพบว่า ตชว.ต้องสะท้อนเรื่องสิ่งแวดล้อม ความเหลื่อมล้ำ ระบบในสังคม ฯลฯ ซึ่งเป็นคนละกรอบคิดกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื่องจากจะมีการวัดศักยภาพอย่างไร พิจารณาที่ค่าคะแนนที่ได้สูงสุดที่ 5 คะแนนใช่หรือไม่ ถ้าไม่ใช่ควรวัดเป็นร้อยละของการดำเนินงานตาม IHR ทั้ง 19 ด้านว่าสามารถดำเนินการได้กี่ด้าน และแต่ด้านละได้กี่คะแนน ควรได้ 4 คะแนนขึ้นไปในแต่ละด้าน -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, ควรเน้นบทบาทของโรงพยาบาลในระบบเฝ้าระวัง การจัดทำ All Hazard Plan และการ activate EOC ที่ควรถูกรวมไว้ในระบบประเมินคุณภาพ เช่น HA เพื่อให้เกิดมาตรฐานร่วมกัน และสร้างความเชื่อมั่นทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม
	1.2 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่า		-1. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ครอบคลุมถึง การลดมลภาวะทางอากาศ (เช่น PM2.5), ทางดิน (เช่น การปลดปล่อยสารตกค้าง อาทิ สารกำจัดศัตรูพืช), และทางน้ำ (เช่น ความสะอาดของแหล่งน้ำ และน้ำที่ใช้ในการบริโภค/อุปโภคในครัวเรือน)

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	ตัวชี้วัดข้างต้น โปรตระกูล พร้อมเหตุผลประกอบ		เหตุผล เพราะเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน และบางส่วนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น ลดการเผาพื้นที่เกษตร เผาป่า ลดการปล่อยน้ำเสียในแหล่งน้ำที่ใช้ร่วมกัน 2. ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ (Non communicable diseases) โดยเฉพาะ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ มะเร็ง โรคไตเรื้อรัง สุขภาพจิต และการใช้สารเสพติด เหตุผล เพราะเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต -ควรมีการกำหนดรายละเอียดการวัด 19 ด้าน Technical area เพิ่มเติม และมีลำดับความสำคัญเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตามลำดับ -การสื่อสารถึงประชาชนและบุคลากรอย่างทั่วถึง -วัดในเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชน หรือ ใช้ตัวชี้วัดในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 11 และ 13 จะสอดคล้องมากกว่าและช่วยลดจำนวนตัวชี้วัดที่ไม่จำเป็นด้วย -ไม่มีตัวชี้วัดเพิ่มเติม -1.อัตราการตอบกลับของ ปัญหาที่ได้รับแจ้งจากชุมชน และแก้ไขอย่างไร คล้ายกราฟฟิฟรอนด์ -ควรวัดใน 2 มิติใหญ่คือ 1.ชุมชน/สังคมมีระบบที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก 4 ประเด็นย่อยดังนี้ 1.1 ทูทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น social support, social network, social cohesion 1.2 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย พื้นที่สีเขียว พื้นที่ที่คนสามารถทำกิจกรรมร่วมกัน 1.3 ลักษณะทางสังคมประชากรที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ ฐานะ สภาพครอบครัว ลักษณะวัฒนธรรม วิถีชุมชน 1.4 ระบบบริการสุขภาพที่มีในชุมชน ได้แก่ ความง่ายของการเข้าถึงคุณภาพของการบริการ และในมิติที่ 2 คือการวัดที่ระดับของสุขภาพกาย สุขภาพจิตของประชาชน -ไม่มีเพิ่มเติม -อยากให้วัดหน่วยงานระดับเขตด้วย -อาหารลดหวาน มัน เค็ม -ตัวชี้วัด ตาม อบจ ระบุ ในกรอบตารางงาน ของ มหาไทย

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-สิทธิการเข้าถึงข้อมูลสถิติย้อนหลังทางระบบดาตา -การเข้าถึงระบบควรง่าย กับทุกภาคส่วน
2.มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ			
มาตรการ 2.1 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง			
1	2.1 วัดความครอบคลุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) (ถ้าไม่ทราบกรุณาดูรายละเอียดตาม Link: https://shorturl.asia/Pz6tu)	1021	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), โรคที่ รพ.สต.สามารถรายงานได้เอง ในระบบ DDS ปัจจุบัน แทบไม่มีแล้ว ไม่ควรนำมาเป็นตัวชี้วัด แต่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาพัฒนาปรับปรุงต่อไป -ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เห็นด้วยกับการทำเป็นดิจิทัล แต่ด้วยระบบเฝ้าระวังที่ระบบนี้ ไม่ได้ครอบคลุมการมีบริการที่ครอบคลุมการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนเท่าที่ควร กระทรวงหรือองค์กรที่มีอำนาจควรกำหนดเกณฑ์ที่ครอบคลุมสุขภาพกาย จิต สังคม ในนี้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เห็นควรปรับจากความครอบคลุมเป็นร้อยละ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, ควรมีการพิจารณาคุณภาพของข้อมูลและความต่อเนื่องในการรายงานควบคู่ด้วย ไม่ใช่เพียงปริมาณการรายงาน เพื่อให้ระบบเฝ้าระวังสามารถใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและป้องกันโรคได้อย่างแท้จริง -เห็นด้วย, และสามารถดูข้อมูลในภาพรพ.สต. ตำบล อำเภอ รวมทั้งจังหวัดได้ จะดีมาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัดยากเนื่องจากบางรพ.ขาดบุคลากรในการลงข้อมูล -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เทคโนโลยี ต้องประกอบด้วยอินเทอร์เน็ตและ ไม่นิ่ง ไม่เสถียร งานไม่ราบรื่น ต้อง พะวง กับ มีเน็ตใหม่ เน็ตแรงใหม่ เอาเงิน ส่วนตัว ใช้เน็ต นอกเวลา ราชการ -เห็นด้วย, อยากให้มีการวัดความครอบคลุมแยกสังกัด ในส่วนของ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไปแล้ว กับ รพ.สต. ที่ยังอยู่ในระบบ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การทำงานควบคุมโรค สามารถทำได้ทันทีเมื่อรับแจ้ง และลงปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่การรายงานโรคใน DDS ค่อนข้างยากลำบาก ในผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคที่มีประสบการณ์การทำงานมานานแล้ว (อายุเริ่มเยอะ) ส่งผลต่อการเรียนรู้ที่จะใช้โปรแกรม และด้วยภาระหน้าที่ของ รพ.สต. แต่เห็นด้วยเรื่องการทำรายงานสอบสวนโรค และรายงานผลการลงดำเนินการเข้ามา -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื่องจาก รพ.สต.มีบุคลากรที่จำกัด พร้อมมีหน้าหน้ารับผิดชอบที่เยอะมาก ไม่ควรเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ตัดปัญหาการเข้ารหัส...ใช้ลายนิ้วมือหรือสแกนดวงตา...ผู้ที่ปฏิบัติงานมีรายชื่อโดยตรง... -คำถามไม่ชัดเจน ทำไมต้องแนบล้าง อาจไม่ปลอดภัย
2	2.2 วัดร้อยละของอำเภอ/เขต ที่มีผลลัพธ์จากการจัดบริการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีการบูรณาการด้วยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่และระบบสุขภาพปฐมภูมิ	1068	-เห็นด้วย, เพิ่มข้อมูลบ่งชี้ทางคุณภาพ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ขัดแย้งกับหลายตัวชี้วัดเป็นการเพิ่มภาระงาน ให้จนท. ทุกระดับ ควรดึงเอาตัวชี้วัดอื่นที่มีอยู่แล้วมาใช้งานดีกว่า -ไม่ทราบรายละเอียดตัวชี้วัด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ผลลัพธ์คืออะไร ตัวชี้วัดคืออะไร คำว่าบูรณาการคือการเขียนให้ทำอย่างไรก็ผ่านตัวชี้วัด ควรเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจนและมีประโยชน์อย่างแท้จริง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), กลไก พขอ.ในปฐมภูมิตีดีมาก แต่ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและป้องกันมากยิ่งขึ้น เน้นไปที่การสร้างสภาพแวดล้อมในอำเภอที่เพิ่มการมีสุขภาพที่ดี มากกว่าแค่การจัดบริการป้องกันควบคุมโรคฯ ไม่อย่างนั้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆจะหายไป เหลือแต่สาธารณสุขที่ต้องทำเพียงลำพัง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละของอำเภอ/เขตที่มีการขับเคลื่อนการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีการบูรณาการด้วยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/พื้นที่ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, เนื่องจากตัวชี้วัดนี้สะท้อนการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพปฐมภูมิและกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ที่เน้นระบบบริการเชิงรุกและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างไรก็ตาม ควรมีการกำหนด “ผลลัพธ์” ที่ชัดเจน เช่น การลดการเกิดโรคหรือเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง และควรใช้ข้อมูลจากการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลและหน่วยบริการร่วมด้วย เพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงต่อสุขภาพประชาชน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่เข้มแข็งจริง/งานโง่ -เห็นด้วย, จริงๆ สามารถรายงานเป็นรายตำบลได้เลย เพราะ ท้องถิ่นกำกับดูแล รพ.สต. ด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), พื้นที่แต่ละจุดมีภัยสุขภาพแยกย่อยที่แตกต่าง -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), อำเภอไม่มีการจัดหน่วยที่มีคนปฏิบัติเฉพาะและขาดการตั้งงบประมาณรองรับ -คำถามคืออะไร...ทำไมไม่สรุปมา
	2.3 วัตร้อยละของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนได้ตามเป้าหมาย	1359	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การใช้จ่ายเงินกองทุน ไม่เป็นภาพสะท้อนที่สำคัญ อาจนำไปใช้ที่ไม่เกี่ยวกับป้องกัน ควบคุมโรค เช่น -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), กองทุน อปท. ควรใช้จ่ายตามความสำคัญ ไม่ควรกำหนดสัดส่วน เช่น อาจใช้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ฯลฯ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ให้อปท.มีอิสระในการบริหารจัดการงบประมาณ -เห็นด้วย, ต้องมีเหตุผลชัดเจนว่าทำไมเกินหรือขาด -เห็นด้วย, แต่เวลาประเมินผล ต้องไปประเมินโดยตรงที่ อปท. ไม่ใช่ให้ฝ่ายสาธารณสุขไปขอข้อมูลมารายงาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการกระจายอำนาจ -เห็นด้วย, แต่เวลาประเมินผล ต้องไปประเมินโดยตรงที่ อปท. ไม่ใช่ให้ฝ่ายสาธารณสุขไปขอข้อมูลมารายงาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการกระจายอำนาจ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่เห็นด้วยที่สุด หลายครั้งที่มีคนคิดว่า ไม่ใช่เงินเท่ากับไม่ทำงาน ถ้าเอาออกได้จะดีมาก เพราะถ้าทำงาน ใช้เงินแต่ไม่เกิดประโยชน์มันเหมือนการเอาเงินละลายน้ำ ผมคิดว่าบางทีเป้าหมายโครงการทำให้จำกัดอิสระทางความคิดในการ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			เอาเงินไปใช้ประโยชน์ ถ้ามีเป้าหมาย ควรผ่านการกลั่นกรองและกำหนดมาเลยจะให้ทำอะไร เพราะเป็นเรื่องปกติของพื้นที่ ได้เงินมา ทำตามเป้าหมายโครงการเผื่อจะได้ตอบโจทย์ตัวชี้วัดต่างๆ เช่นประชุม ลงพื้นที่ ให้ความรู้ เก็บเงินไว้ทำโครงการใหญ่ดีกว่า พัฒนาแอปพลิเคชัน เอื่อง่ายๆให้ชาวบ้านใช้ได้ หรือโครงการตอบคำถามสุขภาพเบื้องต้นออนไลน์ มีเจ้าหน้าที่หมูนมารับผิดชอบและได้คำตอบแทน ถ้าได้อ่านข้อความนี้ เรียนพิจารณาครับ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ท้องถิ่นสำคัญมากในเรื่องการกระจายอำนาจ แต่ควรวัดมากกว่าการใช้เงิน แต่ดูถึงการที่ท้องถิ่นมีแผน3-5ปีในการสร้างเสริมการมีสุขภาพกาย จิตที่ดีร่วมด้วย -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย โดยควรมุ่งเน้นการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการใช้จ่ายงบประมาณของ อปท. แทน -ไม่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด -ควรพิจารณาควบคู่กับ คุณภาพของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการใช้จ่าย ไม่ใช่เพียงการใช้จ่ายครบหรือทันเวลา เช่น ควรมีตัวชี้วัดร่วมที่สะท้อนผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค หรือการลดปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ด้วย เพื่อไม่ให้ตัวชี้วัดนี้กลายเป็นเพียงการวัดเชิงปริมาณ -เห็นด้วย, เห็นด้วย แต่ปัญหาคือ สสจ.ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล การใช้เงินกองทุนจาก อปท.และ สปสช.ได้ เป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อน และกระตุ้นหน่วยบริการให้มีการขอใช้เงินกองทุน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรมีตัวชี้วัดมาเรื่องเงินกองทุนที่ใช้นั้นเป็นการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ตัวชี้วัดไม่ได้เป็นการสะท้อนประสิทธิภาพในการทำงานได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดที่ผลลัพธ์การดำเนินงานมากกว่าตัวเงิน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่มีผลต่อสุขภาพดีหรือไม่ดีโดยตรง -ควรมีการเพิ่มเรื่องการจัดซื้อ จัดจ้างวัสดุ อุปกรณ์ เช่น Smart เครื่องวัด Salt meter เพื่อให้ประชาชนได้รับเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ แล้วจึงสุ่มสำรวจผลการดำเนินงานจากผลลัพธ์สุขภาพ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การป้องกันควบคุมโรคส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), บางพื้นที่ได้รับเงินสนับสนุนน้อย ไม่เพียงพอต่อการจัดทำโครงการควบคุมโรค -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดที่จัดการเฝ้าระวังป้องกันได้จริง -คำถามคืออะไร...ใครออกแบบสอบถามเนีย..เฮ้อ
	2.4 วัดผู้นำชุมชนท้องถิ่น มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชนและแก้ปัญหาพื้นที่จากปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น	1289	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ผู้นำชุมชน ไม่ได้กำหนดให้มีคุณสมบัติ ว่าต้องเป็นผู้นำด้านสุขภาพ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สร้างความกดดันให้ผู้นำชุมชน ด้วยให้ผู้นำชุมชนมีการบริหารจัดการสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สร้างความกดดันให้ผู้นำชุมชน ด้วยให้ผู้นำชุมชนมีการบริหารจัดการสอดคล้องกับบริบทพื้นที่- -นิยามให้ชัดว่า การมีสมรรถนะ เพื่อไปขับเคลื่อนงาน วัดอย่างไร -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ตัวชี้วัดไม่ชัดเจน และเป็การเพิ่มความเครียดให้ทั้งผู้รับประเมิน และผู้ประเมิน และ จนท.ในระดับพื้นที่ ที่เกี่ยวข้อง - -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัดสมรรถนะวัดยาก ควรวัดเครือข่าย/ภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหรือเข้ามาดำเนินงาน หรือ หากจะวัดจะต้องกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ให้ชัดเจน มีแผนการพัฒนาสมรรถนะและงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดผลลัพธ์หรือผลกระทบจากการแก้ไขปัญหามากกว่า -เห็นด้วย, เห็นด้วยครับ แต่วัดอย่างไรครับ ควรวัดอย่างเป็นระบบการทำงาน ระบบออนไลน์ เห็นการดำเนินงาน ตรวจสอบย้อนหลังได้ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, ควรมีการอบการประเมินสมรรถนะที่ชัดเจน และไม่เน้นเฉพาะด้านความรู้ แต่ควรครอบคลุมทักษะเชิงระบบ ความสามารถในการเชื่อมโยงภาคี และการส่งต่อประเด็นสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายท้องถิ่น เพื่อให้การประเมินสะท้อนศักยภาพจริง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), อาจจะมิข้อจำกัดตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกผู้นำ -เห็นด้วย, ควรวัดท้องถิ่น -เห็นด้วย, มีการมอบรางวัลให้แก่ชุมชนที่มีผู้นำสุขภาพต้นแบบ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), คนละหน่วยงานขอความร่วมมือยาก -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -คำถามคืออะไร...

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	2.6 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุพร้อมเหตุผลประกอบ		-ความชุกของโรคที่เกี่ยวข้อง (ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ) มีการลดลง เหตุผล เป็นการวัด ผลลัพธ์ ที่ตรงตามเป้าประสงค์ -ตัวชี้วัดเรื่องสุขภาพผู้ชรา และเด็ก -การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน -"ชุมชนมีหรือใช้นวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีในท้องถิ่น เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ" ไม่ใช่ตัวชี้วัด แต่อยากให้เพิ่มเป็นการส่งเสริมและเชิดชูแก่ผู้ทำงาน และไม่บังคับให้ทุกชุมชนต้องมี -ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ -ไม่มีตัวชี้วัดเพิ่มเติม -ไม่เพิ่มตัวชี้วัดมากเกินไปจนเจ้าหน้าที่(อัตรากำลังที่มีปัจจุบัน)- -ความรวดเร็วในการกระจาย ข่าวสารเมื่อเกิดโรคระบาดในพื้นที่ให้ชาวบ้านในพื้นที่รับทราบ มีระบบอย่างไร -ชุมชนมีระบบที่สนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน -เพิ่มเติมตัวชี้วัด : ร้อยละของ อบท. ที่จัดทำแผนและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ -มีความร่วม มีกลไกในชุมชน ผ่านนายอำเภอ(พขอ)ให้มีบทบาทมากขึ้น -การทำงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างสมานฉัน -ไม่มีเพิ่มเติม -ดูที่การจัดการเชิงคุณภาพ และความตระหนัก จิตสำนึกของ ประชาชน ผู้นำชุมชน อสม อบท.ผู้ใหญ่บ้านกำนัน ต่อการร่วมมือ และการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายให้มีประสิทธิภาพ ในชุมชน หรือ ในเมื่อพบการเกิดหรือระบาดของโรค -ควรเพิ่มบุคลากร งบประมาณ และจัดสรรลง ทรัพยากรโดยตรงเพื่อการบริหารจัดการที่รวดเร็ว และตรงจุด เนื่องด้วยการควบคุมโรคต้องมีทั้งงบประมาณ และเวลาที่รวดเร็ว เพื่อยับยั้งการระบาดของโรค

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
มาตรการ 2.2 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน			
1	3.1 วัดร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย	681	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การใช้บางโรคมาเป็นตัววัดไม่สะท้อนถึงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ -ไม่เห็นด้วยกับการฉีดวัคซีนมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายอายุ 0-5 ปี -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อน ทั้งความพร้อมของระบบสาธารณสุข การบริหารจัดการทรัพยากร และความเชื่อมั่นของประชาชนต่อบริการสุขภาพ โดยสามารถใช้ติดตามความเสมอภาคในการเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มประชากรต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาควบคู่กับข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น สาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีน และมีการแยกข้อมูลตามกลุ่มประชากรบาง เพื่อใช้ในการออกแบบมาตรการที่ตอบโจทย์ช่องว่างของระบบได้ตรงจุด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรหาวิธีวัดที่ง่ายต่อการปฏิบัติต่อผู้ปฏิบัติ การมีตัวชี้วัดแต่เพิ่มภาระงาน จะทำให้ทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื่องด้วยประชาชนบางกลุ่มยังไม่มีความตระหนัก ทำให้ทำงานล่าช้า -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), จัดสรรวัคซีนยังขาด
2	3.2 วัดร้อยละของสุนัขและแมวที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	1015	-ในการติดตามสุนัขและแมวจรจัดไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน และมีค่าใช้จ่ายขาดหน่วยงานรับผิดชอบ -เห็นด้วย, พื้นที่กระจายได้ครอบคลุมควรต้องมีรายงาน -วัดร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -เห็นด้วย, ควรลดตัวชี้วัดอื่น ด้านนี้ลงด้วย -การใช้บางโรคมาเป็นตัววัดไม่สะท้อนถึงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, แล้วหมา แมวจรจัดต้องทำอะไร ทำหมันด้วยไหม ต้องใส่ปลอกคอสัญลักษณ์ใหม่ว่าทำหมันแล้ว จะได้ทำตัวต่อไปง่ายขึ้น หากมีโครงการ เพราะถ้าลดประชากรหมา แมว จรจัดไม่ได้ ปีต่อไปยิ่งต้องฉีดมากขึ้น -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), จำนวนหมาแมวจรจัด ไม่ถูกนับ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละของสุนัขและแมวที่ได้รับการสำรวจและฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในตัวชี้วัดนี้เก็บข้อมูลทั้งสุนัขและแมวจรจัดและมีเจ้าของหรือไม่ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ข้อมูล เป็นของ อบต.ที่จัดซื้อวัคซีนและการบริหารจัดการ ทางรพ.สต.ทำได้เพียงขอข้อมูล ไม่ควรนำมาเป็นตัวชี้วัด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่เห็นด้วย โดยควรครอบคลุมสัตว์ทุกประเภท ทั้งสัตว์เลี้ยง และปศุสัตว์ รวมทั้งสัตว์จรจัดหรือสัตว์ที่ถูกทอดทิ้ง -ไม่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ****ไม่ใช่ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ควรใช้วัดหน่วยงานในกระทรวงหลักที่รับผิดชอบโดยตรง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัดอย่างไร อะไรคือ N ของสุนัขและแมว / เสนอให้ควรมีการออกพรบ.การควบคุมการเลี้ยงสุนัข แมว ขึ้นทะเบียนผู้เลี้ยง สุนัข แมว จำนวนที่เลี้ยง การฉีดวัคซีน/ พรบ.การควบคุมโรคสัตว์เลี้ยงจร การกำจัด ควบคุมอย่างถูกกฎหมาย ไม่ให้เกิดสัตว์เลี้ยงจร -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), จะวัดด้วยวิธีการใด? จะทราบข้อมูลที่เป็นจริงได้ร้อยละเท่าใด? -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรจัดให้ มีระบบขึ้นทะเบียนสุนัขและแมว ให้ครบถ้วนก่อนใช้ตัวชี้วัดนี้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรมีการบริหารที่ครอบคลุมแต่ไม่ต้องนำมาเป็นตัวชี้วัด -เห็นด้วย, และควรวัดว่ามีผู้ป่วย ตายจากโรคพิษสุนัขบ้าไหม -แยกส่วนระหว่างสัตว์ที่มีเจ้าของ กับสัตว์จรจัด -วัดเป็นร้อยละ - ข้อมูลตัวหารน่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างยาก ควรวัดเป็นจำนวนหรือไม่

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), และแมวมหาจรใช้เป็นฐานคำนวณด้วยรีเปลา -เห็นด้วย, รวมถึง สุนัขและแมว จรจัดด้วยหรือไม่ ถ้าหมายรวม จะทราบ Total ที่แท้จริงได้อย่างไร -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มีการปรับจำนวนสุนัขและแมวตลอด หากจำนวนทั้งหมดได้ไม่แท้จริง วัดผลได้ค่าไม่แท้จริง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สามารถนับผลงานจากสุนัขจรจัดได้ ซึ่งเป็นแหล่งของปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ติดตามได้ยาก เจ้าของสุนัขอาจไม่ให้ความร่วมมือ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ยังไม่สามารถจัดได้ครอบคลุมเกิน85% และมีสัตว์ที่ไร้เจ้าของที่ขาดการดูแล -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ประชาชนนำสุนัขแมว มารับบริการวัคซีนค่อนข้างน้อย
3	3.3 วัดข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (inclusive policy) ในหลายกลุ่มประชากรที่เชื่อมระหว่างโครงสร้างที่มาจากพื้นที่และต้นแบบ (model) กับปัญหาของกลุ่มประชากรจากฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่	1018	-เห็นด้วย, ข้อตั้งชี้วัดค่อนข้างยาวเกินไป อาจตัดข้อความให้กระชับขึ้นและได้ใจความสำคัญ สำหรับรายละเอียดอาจนำไปอธิบายในคู่มือหรือkpi template -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), โครงสร้างสิทธิของประเทศยังไม่รองรับ ไปเป็นตัวชี้วัดก็จะมีแต่ปัญหาและสรุปไปคนละทิศละทาง ซึ่งส่งผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับการถูกตั้งให้เป็นตัวชี้วัด ให้ไปปรับแก้โครงสร้างสิทธิประเทศ(รูปธรรมใช้จริงหรือลดความเหลื่อมล้ำให้น้อยลงกว่านี้)ก่อน -เห็นด้วย, ข้อเสนอแนะควรทำให้เกิดเป็นรูปธรรม ไม่ใช่เป็นเพียงข้อเสนอในงานวิจัย -เห็นด้วย, ไม่เข้าใจขอเห็นด้วยไปก่อนครับ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), น่าจะวัดร้อยละการดำเนินการตามตัวชี้วัดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เนื่องจากบางตัวชี้วัดยังไม่สามารถดำเนินการได้ หรือ ดำเนินการได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งผู้บริหารได้ผลักดันให้เป็นกรอบในการดำเนินงาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่แน่ใจว่าเป็นข้อมูลที่แท้จริงหรือไม่ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่เห็นด้วย เนื่องจากแม้มีข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่ก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่า จะมีการถ่ายทอดข้อเสนอแนะดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและคงไว้ซึ่งเจตนารมณ์ของข้อเสนอแนะดังกล่าว -ไม่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด -เห็นด้วย, เห็นด้วยในหลักการ แต่ควรพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ควรมีการออกแบบทางชัดเจนว่า “ข้อเสนอเชิงนโยบาย” ที่วัดได้ควรมีลักษณะและเกณฑ์อย่างไรจึงจะถือว่าเป็นรูปธรรม และไม่ควรถูกกลายเป็นเพียงการผลิตเอกสารเชิงนโยบายโดยไม่มีผลต่อการนำไปใช้จริง -เห็นด้วย, (ควรปรับข้อความให้กระชับเข้าใจง่าย) -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ
	3.5 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุพร้อมเหตุผลประกอบ		-ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน ควรเพิ่มเติมในประเด็นการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ -"ร้อยละของโรคที่เกี่ยวข้อง (ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ) มีการลดลงเหตุผล เป็นการวัด ผลลัพธ์ ที่ตรงตามเป้าประสงค์" -ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ เช่น สิ่งที่จะสะท้อนว่าเป็นธรรมคือการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของทุกคน คนเดือดร้อน กลุ่มเปราะบาง คนแก่ พระภิกษุ ผู้ป่วยติดเตียง ฯลฯ ควรมีช่องทางในการเข้าถึงบริการหรือต้องได้รับบริการเชิงรุกจากหน่วยงานภาครัฐ การใช้เทคโนโลยีต่างๆเข้ามาสนับสนุนการเข้าถึงที่เป็นธรรม ลดความแออัด ลดการรอคอย ลดเวลาของประชาชนที่ต้องเสียไปจากการนั่งรอบริการ ประชาชนมีเวลาไปทำมาหากินมากขึ้น กลไกการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ควรวัดทำนองนั้นมากกว่าหยาบบางโรคมานี้เนื่องจากปัญหาในแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน -ขอเพิ่มตัวชี้วัด จำนวนผู้ติดเชื้อหรือผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ได้รับการดูแลและเยียวยา ตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด เพื่อกลไกในการติดตามในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ -ร้อยละการควบคุมประชากรสัตว์จรจัดและคนจรจัดในพื้นที่ -น่าจะเพิ่มตัวชี้วัดการทำหมันสุนัข และแมว เพื่อควบคุมการเพิ่มจำนวนของสุนัข และแมวจรจัด ในที่สาธารณะและชุมชน

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ตัวชี้วัดการทำหมันสุนัขแมว ที่มีเจ้าของและจรจัด ฟรี โดยให้ประชาชนสัมพันธ์ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ที่ผ่านมาเข้าถึงยาก และใช้ระยะเวลานานที่พื้นที่จะมีการดำเนินการเป็นรอบ ทำให้การขยายพื้นที่รวดเร็วเกินขอบเขตการควบคุมสำหรับผู้ดูแลหรือผู้ประกอบการ และเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไร้มนุษยธรรมในอนาคต -ความครอบคลุมการทำหมันสุนัขฟรีเพื่อลดจำนวนสุนัข และลดปัญหาสุนัขจร แล้วดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครอบคลุมต่อไป -ไม่มี ลดงานลดขั้นตอนที่กว่าใหม่ ฝึกให้ท้องถิ่นและประชาชน จัดการด้วยตัวเองให้มาก อย่าสร้างตัวชี้วัดจากส่วนกลางหรือ ข้างบนลงมา วัด ประชาชน ชุมชน -คำถามกับตัวเลือกคำตอบไม่สัมพันธ์กัน งง..กับผู้ออกแบบจริงๆ
มาตรการ 2.3 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องสร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น			
1	4.1 วัดจำนวนชุมชนที่ผ่านการพัฒนาเป็นชุมชนรอบรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	877	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป็นรายละเอียดทางวิชาการเชิงลึกไม่เหมาะกับผู้นำชุมชน ถ้าเอามากำกับผู้นำชุมชนจะล้นมือส่งผลให้ถ่วงกำลังทำงานอื่นๆไปด้วย ให้เป็นเรื่องเจ้าหน้าที่ของรัฐพอ -จะออกแบบการวัดอย่างไร ถ้าปัญหาชุมชนนั้นๆ ไม่มี ปัญหามลพิษ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรกำหนดเป้าหมายของมาตรการให้ชัดเจนก่อน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การวัดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เป็นอะไรที่ยากในการควบคุม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ในแต่ละเขตพื้นที่มีองค์กรภาคเอกชน โรงงานอุตสาหกรรม มากน้อยไม่เท่ากัน -เห็นด้วย, แต่ต้องอ้างอิงจากปีที่แล้ว เช่น อำเภอ A มี pm 100 ในเดือน peak ลดลงปีละ 20 แปลว่า 5 ปี จะได้สามารถทำให้เมืองปลอด pm เพราะว่าไม่มีทางที่จะปลอด PM ได้ทันที ถ้าทำได้แปลว่า เมคเอา 100 เปอร์เซ็นต์ อาจไปวัดวันที่ฝนตกหรือพริกแพลงอย่างไรก็ได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เพิ่มภาระงาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), จริงๆค่อนข้างเห็นด้วยกับการพัฒนาชุมชนรอบรู้ แต่ติดที่การโฟกัสแต่เรื่องมลพิษทางอากาศที่เป็นเพียงบางพื้นที่ และเป็นแค่บางช่วงเวลา ไม่ได้สะท้อนการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน อย่างไรก็ตามการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นหนึ่งในปัจจัยการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ความตระหนักแต่ละชุมชนไม่เท่ากัน -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ปัจจุบันมีการจัดทำคู่มือหรือการวัดการพัฒนาชุมชนสุขภาวะจำนวนมาก ควรต้องพิจารณาความครอบคลุมและความเหมาะสมว่าจะใช้หลักเกณฑ์ใดของการเป็นชุมชนสุขภาวะที่แท้จริง อาทิ กรมอนามัยมีการจัดทำหลักเกณฑ์เมืองสุขภาพดี รวมถึงหลักเกณฑ์เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อีกทั้ง มลพิษทางอากาศเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งเท่านั้นในการสร้างให้เกิดชุมชนสุขภาวะ -เห็นด้วย, ตัวชี้วัดนี้ควรใช้ควบคู่กับเกณฑ์ที่วัด “คุณภาพของกระบวนการเรียนรู้” ไม่ใช่เพียงจำนวนชุมชน และควรเชื่อมโยงกับระบบแจ้งเตือน/การตัดสินใจของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม -เห็นด้วย, ไม่จำกัดเรื่องมลพิษทางอากาศ เรื่องสุขภาพพอารักได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ทำได้ค่อนข้างยาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ในบางพื้นที่มลพิษอากาศไม่ใช่ปัญหาของทางพื้นที่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรจัดการที่ต้นเหตุ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การจัดการควรเป็นหน้าที่ของ อปท. -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรประเมินเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงก่อน -เห็นด้วย, อาจจะต้องเทียบกับอัตราการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ด้วยไหมนะ -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ต้องมองอาชีพในชุมชน...เป็นปัจจัยจำยอม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ประชาชนยังขาดความสนใจในประเด็นดังกล่าว

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
2	4.2 วัตถุประสงค์ของอำเภอที่ประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข	955	-เห็นด้วย, ดูค่า CV การผ่านเกณฑ์ แต่ละอำเภอ -เห็นด้วย, ควรแบ่งการประเมินออกเป็นด้านๆ ดีมาก สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ ง่ายและเป็นไปได้จริงๆ มากกว่า รอประเมิน ครบทั้ง 3 ด้าน ตามแผนงานสร้างพื้นที่ปลอดโรค -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรกำหนดเป้าหมายของมาตรการให้ชัดเจนก่อน และบางพื้นที่ไม่ได้มีปัญหาในเรื่องนั้นๆ อาจจะมียุทธศาสตร์อื่น -เห็นด้วย, บางอำเภอมีจำนวนประชากรสุนัขแมวมาน้อยไม่เท่ากัน และพื้นที่บริบทแต่ละภูมิภาคแตกต่างกัน -เห็นด้วย, อยากให้แนบเกณฑ์ให้อ่านด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข ไม่ได้แสดงถึงการมีสุขภาพที่ดี -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรชี้วัดจากความสามารถในการจัดการโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะที่ผ่านมา พบการแพร่ระบาดของโรคแอนแทรกซ์ รวมทั้งการป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลง เช่น โรคไข้เลือดออก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แม้เป้าหมาย “พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า” จะเป็นสิ่งที่ดีในเชิงสาธารณสุข แต่การใช้ตัวชี้วัดนี้ในระดับ “ร้อยละของอำเภอ” ที่ผ่านเกณฑ์ อาจก่อให้เกิดแรงจูงใจในการ รายงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์มากกว่าการจัดการเชิงระบบที่ยั่งยืนจริง และควรมีความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง ไม่ลดความตระหนักในการป้องกัน เพราะมองว่า “ปลอดภัยแล้ว” ควรปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดไปสู่การวัด ความสามารถในการเฝ้าระวังและตอบสนองของพื้นที่ มากกว่าผลสถานะ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่ใช่ภารกิจ กระทรวงสาธารณสุข ควรวัดหน่วยงานสังกัดกระทรวงหลักที่รับผิดชอบงานสุขภาพสัตว์ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพอย่างชัดเจน -เห็นด้วย, แต่ควรมีการปรับ หลักเกณฑ์หรือข้อบังคับให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมดำเนินการ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เหนือการควบคุมสุนัขไม่มีเจ้าของ -เห็นด้วย, ควรจะปลอดจาก สุนัขจรจัดด้วยหรือไม่ -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -เห็นด้วย, ควรทำต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนตัวชี้วัดบ่อย
	4.3 วัดระดับความสำเร็จของการสร้างร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหากลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	917	-เห็นด้วย, วัดโดยตรงกับหน่วยงานอื่น ถ้าเอามาวัดกับ สสจ.หรือ สสอ. ไม่เหมาะสม เพราะเราไปบังคับภาคีอื่นๆให้มาร่วมมือกับเราไม่ได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ประเด็นนี้ควรอยู่ในมาตรการสร้างความเป็นธรรม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เพิ่มตัวชี้วัด 2 ตัว 1) ร้อยละของภาคีเครือข่าย/ประชาชนในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ 2) ร้อยละของกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดที่การเข้าถึงและสถานะสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง มากกว่าเพียงการวัดว่ามีการสร้างความร่วมมือมากน้อยเพียงใด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ต้องระมัดระวังวิธีการประเมินและการสื่อสาร เนื่องจากวัตถุประสงค์ของข้อเสนอคือเพื่อ “เพิ่มการเข้าถึงบริการ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การ “ค้นหากลุ่มเปราะบาง” หากขาดหลักการทางจริยธรรมและความเข้าใจบริบท อาจนำไปสู่การ ตีตรา (stigmatization) หรือทำให้ผู้คนที่รู้สึกว่าตนเองถูกจำแนก แยกแยะ หรือด้อยคุณค่า  ข้อเสนอแนะ: เปลี่ยนแนวคิดจาก “การค้นหา” เป็น “การเข้าถึงกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ” เพื่อหลีกเลี่ยงมุมมองเชิงลบ การสร้างร่วมมือควรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง และไม่กำหนดกลุ่มเป้าหมายโดยใช้เกณฑ์ที่ตีตรา เช่น รายได้ เพศ สถานภาพ แต่ควรใช้เกณฑ์ที่อิงบริบทสุขภาพและสิทธิในการเข้าถึง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), กสธ.ไม่ใช่เจ้าภาพหลัก -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ)

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	4.5 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุพร้อมเหตุผลประกอบ		- ร้อยละของตำบล(ในจังหวัด) ที่มีน้ำอุปโภคบริโภคสะอาดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เหตุผล บางพื้นที่ในชนบท ใช้น้ำประปาหมู่บ้าน ซึ่งคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์" - ควรมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการจัดการขยะ 4 ประเภท - พื้นที่มีปัญหาจากระบบงานในส่วนใด หรือล้มเหลวในส่วนใด - ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ ไม่ควรเลือกประเด็นโรคที่เฉพาะเนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีปัญหาที่แตกต่างกัน หากจะวัดการมีส่วนร่วมควรวัดในเรื่องของการมีช่องทาง/เวที/สมัชชา/สภา กาแพในการแลกเปลี่ยนความรู้ รับฟังปัญหาสุขภาพ/การติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชน/ภาคีเครือข่ายให้เข้าถึงกันได้ง่ายและเร็ว การ แจ้งข่าวโรคและภัยสุขภาพ - ควรมี open source ให้ทุกคนสามารถเข้าดู และใช้ข้อมูลได้ด้วย การเผาหญ้า เผาป่า ที่ทำให้เกิด PM2.5 - จำนวนชุมชนที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ให้ประชาชนมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว
มาตรการ 2.4 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องจัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ			
1	5.1 วัดจำนวนหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่มีแผนและใช้แผนในการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (All Hazard Plan) ได้จริง	611	- ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), อปท.มีหลายส่วนราชการที่รับ All Hazard ควรประเมินเป็นภาพรวม อปท. ไม่ใช่เฉพาะหน่วยงานสาธารณสุข เช่น การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ หรือ ภัยสุขภาพที่มาจากธรรมชาติ หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบคือ สำนักปลัดฯ - เห็นด้วย, ควรมีแนวทาง/เกณฑ์ที่แสดงให้เห็นว่านำ AHP มาใช้ได้จริง ไม่ใช่แค่มีเอกสาร AHP แสดงเพียงอย่างเดียว - เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) - ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดในประเด็นการซ้อมแผน ดีกว่ามีแผน เพราะ จนท.ส่วนใหญ่ จะจำและใช้ได้จริงจากการลงมือปฏิบัติหรือจากการซ้อมจริงเท่านั้น มีแผนอยู่ในกระดาษ จนท.ส่วนใหญ่ ไม่เข้าใจ - เห็นด้วย, นอกจากใช้ต้องมีการซ้อมแผนด้วย - แผนดังกล่าวควรครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, อาจต้องระวังไม่ให้ประชาชนตื่นตระแตกในเหตุการณ์ที่เกิดโรค -เห็นด้วย, ไม่ต้องมีมากก็ได้แต่ขอให้จริงจัง -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรเพิ่มเติมถึงการวัดผลจากการฝึกซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากยังไม่สามารถจินตนาการได้ว่าการวัดว่าแผนสามารถใช้ได้จริง จะมีการวัดอย่างไร -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แม้การมีแผน All Hazard Plan จะเป็นพื้นฐานสำคัญของการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข แต่การวัดเพียง “จำนวนหน่วยงานที่มีแผนและใช้แผนได้จริง” อาจขาดความชัดเจนเชิงคุณภาพ เพราะ คำว่า “ใช้แผนได้จริง” ไม่มีเกณฑ์วัดที่ชัดเจนและอาจประเมินได้ยากในเชิงปฏิบัติ นอกจากนี้ การมีแผนไม่ได้สะท้อน ประสิทธิภาพการตอบสนองจริงในภาวะวิกฤต หากไม่มีระบบฝึกซ้อม การประเมินซ้ำ และการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ จึงควรปรับตัวชี้วัดนี้ให้เน้น “สมรรถนะของระบบ” มากกว่าจำนวนเอกสาร เช่น ระยะเวลาการ activate EOC, ความต่อเนื่องในการอัปเดตแผน, หรือผลลัพธ์จากการฝึกซ้อมเชิงสถานการณ์ (simulation-based testing) -เห็นด้วย, ให้ รพ. เป็นต้นแบบ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), นอกจากวัดจำนวนหน่วยงาน ควรปรับให้ใช้ได้จริงจะเหมาะสมกว่า -เห็นด้วย, ควรวัดเป็น ร้อยละ เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เสนอให้มีหน่วยเฉพาะ..ดูแลรับผิดชอบต่อเนื่อง
2	5.2 วัดจำนวนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Activate EOC; Emergency Operations Center: EOC)	727	-เห็นด้วย, ควรพิจารณาจากการซ้อมแผนการยกระดับศูนย์ EOC -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรมีการพัฒนาศักยภาพภาพเจ้าหน้าที่และเตรียมความพร้อมก่อน -เห็นด้วย, ต้องดูศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกับจุดที่เกิดอุบัติเหตุด้วย และระยะทางที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แม้ว่าการสามารถ Activate EOC ภายใน 120 นาทีจะเป็นเป้าหมายที่ดีในเชิงประสิทธิภาพ แต่ตัวชี้วัดนี้เน้นเชิงเวลา (time-based) อาจไม่สะท้อนคุณภาพของการตอบสนองจริง และยังขาดเกณฑ์มาตรฐานร่วมในการประเมินว่า

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	ให้เป็นไปตามแผนรับมือ (Emergency Response Plan:ERP) ได้ภายใน 120 นาที		“การยกระดับ EOC” ที่กล่าวถึงนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบครบถ้วนตามมาตรฐานหรือไม่ นอกจากนี้ ในบริบทของประเทศไทย หน่วยงานสาธารณสุขหลายระดับยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน และการฝึกซ้อม ทำให้ตัวชี้วัดนี้อาจก่อแรงกดดันเชิงระบบโดยไม่สร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน จึงควรปรับไปวัด สมรรถนะการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างรอบด้าน เช่น ความสามารถในการบูรณาการข้อมูล ความชัดเจนของโครงสร้างสั่งการ หรือผลลัพธ์จากการฝึกซ้อมร่วมระหว่างหน่วยงาน มากกว่าจับเวลาเพียงอย่างเดียว -ไม่เห็นด้วย (โปรตรอบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่จำเป็นต้องมีทุกที่ที่สิ้นเปลืองงบประมาณ -เห็นด้วย, ควรวัดเป็น ร้อยละ เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ
3	5.4 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุพร้อมเหตุผลประกอบ		-“จำนวนศูนย์ที่ติดตามมลภาวะทางอากาศ ดินและน้ำ ที่ครอบคลุมพื้นที่ของประเทศและประเทศใกล้เคียง เช่น ติดตาม จำนวนจุดร้อน (hot spots) ที่เกิดจากการเผาและเป็นแหล่งของ PM 2.5 ระหว่างประเทศ (เช่น พม่า ไทย ลาว กัมพูชา) และติดตามคุณภาพของแหล่งน้ำ (เช่น กลุ่มแม่น้ำโขง) ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน ตลอดปี และติดตามจำนวนโรงงานโดยรอบแหล่งน้ำมีการบำบัดน้ำเสีย " -แนะนำไว้แล้วในข้อ 1 แล้วแต่จะพิจารณา -ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ -จำนวนหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน EOC Essessment tool -ร้อยละ100 ของ จนท ที่ผ่านการฟื้นฟูความรู้phem100 online (จนท ที่เกี่ยวข้องตามคำสั่งEOC)
มาตรการ 2.5 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการพัฒนากระบวนการปฐมนิเทศที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ			
1	6.1 วัดร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมนิเทศและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมนิเทศตาม	1027	-เห็นด้วย, บาง รพสต ครอบครัวยังไม่รู้เลยว่าใครเป็นแพทย์ประจำครอบครัว สหสาขาวิชาชีพเป็นใครบ้าง -เห็นด้วย, มาตรฐานต่างๆควรเป็นไปตามบริบทพื้นที่ -เห็นด้วย, ควรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอต่อการขึ้นทะเบียน

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	พระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562		-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดการจัดตั้งที่ผ่านมาตรฐาน มาตรฐานที่เกณฑ์ไม่ต้องมากแต่ชัดเจนในเรื่องของระบบป้องกันและควบคุมโรค -เห็นด้วย, แต่ควรเพิ่มมาตรฐานการดำเนินงานใน PCU ให้ครอบคลุมกายและจิต -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, เห็นด้วยในหลักการ แต่ยังมีข้อกังวลด้านการใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ “ร้อยละของการจัดตั้ง” เป็นเพียง ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง (structural indicator) ที่อาจไม่สะท้อนคุณภาพของการดำเนินงานจริง เช่น ความพร้อมของบุคลากร ความสามารถในการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบาง หรือการบูรณาการกับระบบป้องกันโรคในพื้นที่ จึงควรมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome) และกระบวนการ (process) ร่วมด้วย เพื่อสะท้อนคุณค่าของการจัดตั้งอย่างแท้จริง -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แพทย์จบใหม่ไม่ให้ความร่วมมือ ควรัดเกณฑ์มีแพทย์ออกไป
2	6.2 วัดสถานีสภาพ (Health Station) ที่ได้ยกระดับคุณภาพตามเป้าหมายตามที่เขตสุขภาพกำหนด	1465	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่รู้ว่าhealth station ต่าง ศสมช. อย่างไร และเรื่องนี้เป็นแค่นโยบายผ่านมาผ่านไปหรือไม่ เดียวจะมีศูนย์คนไทยไกล ncd มากอีก และอื่นๆ มาปักป้ายเต็มไปหมด ดังนั้น ต้องดูให้ดูว่าจะวัดอะไร -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรปรับมาตรฐาน ของ health stations ให้เป็นไปตามบริบท ไม่ควรยึดกับ อุปกรณ์ที่ต้องมีเป็นหลัก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), TV -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มีความซ้ำซ้อนในการให้บริการ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ขาดบุคลากร เครื่องมือ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการพัฒนากระบวนการ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่ตรงกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป็นการปฏิบัติงานที่ทับซ้อนไม่ยั่งยืนอาจเหมือนศสมช.เมื่อก่อน -เห็นด้วย, การดำเนินการจัดตั้ง ต้องใช้งบประมาณ ส่วนกลางควรจัดสรรงบประมาณให้พื้นที่ให้เพียงพอในการจัดตั้งก่อน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดการจัดตั้งที่ผ่านมาตรฐาน มาตรฐานที่เกณฑ์ไม่ต้องมากแต่ชัดเจนในเรื่องของระบบป้องกันและควบคุมโรค เช่นมีแล้วทำอะไรได้ หน้าที่คืออะไรแบบเจาะจง ไม่เอาคำกว้างๆแบบ ส่งเสริม ควบคุมป้องกัน บูรณาการ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, แต่ควรเพิ่มคุณภาพการดำเนินงานให้ครอบคลุมกายและจิต -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไร้สาระ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละสถานีสภาพ (Health Station) ที่ได้ยกระดับคุณภาพตามเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ศักยภาพแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การมีสถานีสภาพ ต้องดูความพร้อมของพื้นที่ และชุมชน น่าจะให้มีการสมัคร ไม่ใช่กำหนดเป้าหมายมาเลยว่าแต่ละจังหวัดต้องมีจำนวนเท่าไร -เห็นด้วย, ควรกำหนดเกณฑ์หรือแนวทางกลางด้านคุณภาพที่มีโครงสร้างชัดเจน เช่น ครอบคลุมบริการที่จำเป็น, ความพร้อมของบุคลากร, การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อวางแผนบริการ และเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้การประเมินสามารถสะท้อนศักยภาพในการตอบสนองต่อภัยสุขภาพได้จริง และสามารถเปรียบเทียบกันได้เพื่อการพัฒนาต่อ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เกิดขึ้นแล้ว ปชช. ได้อะไร ปชช.ยังไม่ทราบอะไรเลย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรมีการกำหนดกรอบการ สนับสนุนงบประมาณ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องตามปัญหา สาธารณสุข ของพื้นที่ -นโยบาย จะอยู่นานหรือไม่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ให้ชุมชน ประชาชน รู้ปัญหาและเลือกปัญหา จากการจัดลำดับปัญหาของเขาเอง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การดำเนินงานซ้ำซ้อนกับการกิจปฐมภูมิ เพิ่มภาระ เพิ่มขึ้นตอน วนวาย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่อยากให้ซ้ำซ้อนการบริการของ รพ.สต. ที่มีอยู่แล้ว -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), รพ.สต.เป็นhealth station อยู่แล้ว -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ข้อเท็จจริงไม่สามารถดำเนินการได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ รพ.สต.สังกัด อบจ.

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เพิ่มภาระให้หน่วยบริการ
3	6.3 วัดระดับความสำเร็จในการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	1254	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการพัฒนาระบบบริการ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่ตรงกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ในเรื่องของระบบการขับเคลื่อนที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง -เห็นด้วย, เชื่อมโยงการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิกับทุติยภูมิ -เห็นด้วย, ดินะครับ แต่วิธีการดำเนินงานมาเอนานับคาร์บมาใส่มันอาจดูแปลกๆไหมครับ เป็นเรื่องthatพูดตรงมากไม่ได้ ลองดูสิครับทำไมคนเวียดนามถึงมีคนอ้วนน้อยกว่า -เห็นด้วย, NCDs สำคัญมากและเชื่อมโยงไปกับปัญหาสุขภาพอื่นๆได้มาก แต่ควรเอาการนับคาร์บมาเป็นเกณฑ์ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื้อหามันกว้างมากเกินไป -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละของประชาชนไทยได้รับการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ (NCDs) -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ถ้าทำได้จริง ลดโรคจริง คือดี แต่นิสัยคนไทย ทำได้จริงหรือ -เห็นด้วย แต่ควรปรับเป้าหมายให้สอดคล้องต่อพฤติกรรมที่ต้องการวัด/ข้อคำถามการวัดที่แตกต่างกัน -เห็นด้วย, ควรมีการเพิ่มเรื่องการจัดซื้อ จัดจ้างวัสดุ อุปกรณ์ เช่น Smart เครื่องวัด Salt meter เพื่อให้ประชาชนได้รับเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ แล้วจึงสุ่มสำรวจผลการดำเนินงานจากผลลัพธ์สุขภาพ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ศึกษาความเป็นไปได้ เชิงคุณภาพ ในแต่ละบริบท ในแต่ละกลุ่มคน กลุ่มวัยก่อนตีห้า เพื่อค้นหาคนที่ตระหนักและพร้อมที่จะมีสุขภาพดี -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัดประเมินยาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), รัฐต้องลดปัจจัยที่ส่งผล และสื่อสารสุขภาพ
4	6.4 วัดร้อยละประชาชน กลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิที่ได้รับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1351	-เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มีวัคซีนแล้ว ควรทำเรื่องอื่น -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรแยกเป็นตัวชี้วัดคัดกรองมะเร็งที่พบบ่อยในชาย และ หญิง -เห็นด้วย, ควรมีแนวทางจัดการผู้ที่ได้รับการคัดกรองและให้ผล positive ว่ามีการรักษาอย่างไร โดยที่จะไม่กระทบเป็นคอขวด หากมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการพัฒนาระบบบริการ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่ตรงกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มันเป็นความตระหนักส่วนบุคคล -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เชิงผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น อัตราการพบรอยโรคระยะเริ่มต้น หรือการเข้าถึงการรักษา เพื่อเสริมให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่แท้จริง -เห็นด้วย, ทำไป ทำต่อเนื่อง -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ทำยาก ประชาชนไม่ตระหนัก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัด ร้อยละของการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพราะการตรวจเป็นสิทธิที่ผู้ให้บริการไม่สามารถบังคับได้ -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ)
5	6.5 วัดร้อยละการเข้าถึง นวัตกรรมทางการแพทย์/ สุขภาพ (Health and Technology Innovation) ใน	1637	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรเป็นการเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ ที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เช่น telemedicine หรือระบบการตรวจสุขภาพ/follow up ที่ประชาชนเข้าถึงได้ที่หน่วยปฐมภูมิ โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), นวัตกรรมมีหลากหลายและจากแหล่งที่มา ยังไม่ต้องถึงเอาเข้ามาในระบบหลักประกันฯ ถ้าจะเอาเข้าต้องมีการตรวจสอบมาตรฐานและแหล่งที่มาขององค์กรในระดับกรมขึ้นไปเพื่อรองรับ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		-เห็นด้วย, หลายหน่วยงานอาจยังเข้าไม่ถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ใช้งาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัตถุประสงค์ ตัวผมเองยังเข้าไม่ถึงนวัตกรรมแพทย์สุขภาพอะไรเลยครับ อย่าบอกว่า telemed อะไรทำนองนั้นนะครับ เพิ่ม work load เจ้าหน้าที่ แคมไม่เหมาะกับคนไข้ชุมชนมากมายครับ ถ้าอยากทำ telemed ต้องจากคนเพิ่มเป็นหน่วย telemed เลยครับ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แคมเข้าถึงบริการเฉพาะทางทั่วไปยังไม่ครอบคลุมเลย -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ต้องดูความพร้อมแต่ละพื้นที่ด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ตัวชี้วัด “ร้อยละการเข้าถึงนวัตกรรม” ยังขาดความชัดเจนในนิยามว่า “นวัตกรรม” หมายถึงอะไร (เช่น เทคโนโลยีระดับสูง, digital health, AI หรือแนวทางใหม่ด้านระบบบริการ) และไม่มีกรอบวัดคุณภาพหรือประสิทธิผลของนวัตกรรมเหล่านั้นในบริบทระบบหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ หากใช้ตัวชี้วัดนี้โดยไม่มีการควบคุมบริบท อาจนำไปสู่ การส่งเสริม นวัตกรรมราคาแพงแต่ไม่จำเป็น หรือสร้างความเหลื่อมล้ำในระบบบริการ จึงควรปรับเปลี่ยนไปสู่การวัด "ความเหมาะสมในการใช้และประสิทธิผลของนวัตกรรม" มากกว่าปริมาณการเข้าถึงเพียงอย่างเดียว วัดยาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป็นทางเล็กเพื่อสุขภาพ ไม่ควรเอามาวัด ถ้าต้องการทำ ทำแบบพอกรูปริบ สวยงามไป -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), อยากให้นวัตกรรมจับต้องได้ ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ปฏิบัติยาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เพิ่มภาระให้หน่วยบริการ
	6.7 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่า		-"ความชุกของ NCDs ลดลง ความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับมลภาวะลดลงเพราะเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต" -แยกเป็นตัวชี้วัดคัดกรองมะเร็งที่พบบ่อยในชาย และ หญิง

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	ตัวชี้วัดข้างต้น โปรตรอบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		-ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ และตัวชี้วัดไม่สะท้อนถึงการพัฒนาระบบบริการ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่ตรงกัน กำหนดให้ชัดเจนว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง จึงนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัด -อย่าให้มีการเพิ่มวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่มีความประสงค์รับวัคซีนทุกกลุ่มอายุ ไม่อยากให้ใช้เหตุการณ์ฉีดวัคซีนในกลุ่มเด็กกลุ่มเดียวเนื่องจากคนโสดที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีในทุกกลุ่มอายุ อยากให้เพิ่มตามความประสงค์ของแต่ละบุคคลด้วย -ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัส HPV
มาตรการ 2.6 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม			
1	7.1 วัดจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation : EHA 8000) และผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ	466	-ไม่เห็นด้วย (โปรตรอบุเหตุผลอื่นๆ), มีความยากในมาตรฐานEHA8000 และอปท.มีภาระงานอื่นมากอยู่แล้ว ให้มีการสมัครใจเข้าร่วมแบบสมัครใจได้ แต่อย่าให้ถึงกับเป็นตัวชี้วัด ด้วยตัวชี้วัดการวัดTemplateที่เป็นระบบแน่นอนชัดเจนมีตกมีผ่านส่งผลให้คุณให้โทษโดยตรง -ไม่เห็นด้วย (โปรตรอบุเหตุผลอื่นๆ), ต้องเข้า100% -ไม่แน่ใจ -เห็นด้วย, ควรมีการพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน ชี้แจงเกณฑ์ให้กับหน่วยงานที่สมัคร ลดหลักเกณฑ์ที่ยุ่งยากและประเมินโดยใช้เอกสารเท่าที่จำเป็น -เห็นด้วย, ปรับจากและมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ เป็น และนำมาตรการป้องกันแก้ไขผลกระทบกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรตรอบุเหตุผลอื่นๆ), มีข้อควรระวังในการใช้เป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วม EHA 8000 และสามารถพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะได้ สะท้อนเจตจำนงในการยกระดับสุขภาพสิ่งแวดล้อมและใช้กระบวนการ HIA อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรคเชิงโครงสร้าง อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัด “จำนวนที่สมัครและผ่านเกณฑ์” อาจยังไม่เพียงพอในการวัดผลกระทบเชิงคุณภาพ เช่น ความต่อเนื่องของการดำเนินการ, การนำไปใช้จริงในพื้นที่, หรือ การบูร

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			ผลการกั้นนโยบายอื่น จึงควรเสริมด้วยการวัดคุณภาพของการประเมิน HIA และความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ/สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป็นส่วนรับผิดชอบของท้องถิ่นจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น -เห็นด้วย, วิทยากร -เห็นด้วย, อำนาจในการควบคุมกำกับ อปท. ไม่ได้อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), องค์กรใหญ่จะทำยาก/ความสนใจของท้องถิ่น
	7.2 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุพร้อมเหตุผลประกอบ		-กำหนดให้แต่ละองค์กร มีการรายงานผลสัมฤทธิ์ ตามนัยข้างต้น และเผยแพร่สู่สาธารณะ -ควรมี นายกอบจ. ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น ที่เกี่ยวกับ HIA เพื่อเก็บไว้พัฒนาในโอกาสต่อไป -การกำหนดมาตรการควมมีที่มาที่ไปว่ามีปัญหาอย่างไร และได้มาตรการเหล่านี้ด้วยเครื่องมือใด จึงออกมาเป็นมาตรการนี้ ตอนนี้ยังไม่เข้าใจว่ามีวิธีการเครื่องมือในการกำหนดมาตรการอย่างไร และควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ -หากท่านต้องการความเห็นจริงๆควรออกแบบสอบถามใหม่ให้กระชับกว่านี้

ตารางตัวชี้วัด หมวดยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรค: ประชาชน 2 คน ณ วันที่ 05/05/68

ลำดับ	ตัวชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
เป้าหมาย 1.1 บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทันท่วงทีสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม			
1	1.1 วัดศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) (ถ้าไม่ทราบกรุณาดูรายละเอียดที่ Link: https://shorturl.asia/Pz6tu) และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ	2	
	1.2 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้นโปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
2.มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ			
มาตรการ 2.1 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง			
1	2.1 วัดความครอบคลุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบ	3	

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	ดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) (ถ้าไม่ทราบ กรุณาดูรายละเอียดตาม Link: https://shorturl.asia/Pz6tu)		
2	2.2 วัดร้อยละของอำเภอ/เขต ที่มี ผลลัพธ์จากการจัดบริการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มี การบูรณาการด้วยกลไกพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่และระบบ สุขภาพปฐมภูมิ	4	
	2.3 วัดร้อยละของจำนวนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีการ ใช้จ่ายเงินกองทุนได้ตามเป้าหมาย	9	
	2.4 วัดผู้นำชุมชนท้องถิ่น มี สมรรถนะในการขับเคลื่อนเครือข่าย สร้างเสริมสุขภาวะชุมชนและ แก้ปัญหาพื้นที่จากปัญหาสุขภาพ อุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น	13	
	2.6 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการ เพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		-ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพในการประสานงานแกนนำและประธานเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ในการสร้างและส่งเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาของตนเองโดยใช้วัดเป็นแกนนำ (ไม่เกี่ยวกับพระสงฆ์ งดให้พระสงฆ์เป็นแกน นำเพราะไม่ใช่กิจของสงฆ์ ผิดพระธรรมวินัย)

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
มาตรการ 2.2 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน			
1	3.3 วัดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (inclusive policy) ในหลายกลุ่มประชากรที่เชื่อมระหว่างโครงสร้างที่มาจากพื้นที่และต้นแบบ (model) กับปัญหาของกลุ่มประชากรจากฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่	3	
2	3.1 วัดร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย	5	
3	3.2 วัดร้อยละของสุนัขและแมวที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	6	
	3.5 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้นโปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
มาตรการ 2.3 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องสร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีอยู่ในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น			

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
1	4.1 วัดจำนวนชุมชนที่ผ่านการพัฒนาเป็นชุมชนรอบรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	3	
2	4.3 วัดระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหากลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	4	
3	4.2 วัดร้อยละของอำเภอที่ประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข	6	
	4.5 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้นโปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
มาตรการ 2.4 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเฝ้าระวังให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ			
1	5.2 วัดจำนวนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน	3	

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	(Activate EOC; Emergency Operations Center: EOC) ให้เป็นไปตามแผนรับมือ (Emergency Response Plan:ERP) ได้ภายใน 120 นาที		
2	5.1 วัดจำนวนหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่มีแผนและใช้แผนในการรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (All Hazard Plan) ได้จริง	4	
3	5.4 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		
มาตรการ 2.5 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ			
1	6.2 วัดสถานีสภาพ (Health Station) ที่ได้ยกระดับคุณภาพตามเป้าหมายตามที่เขตสุขภาพกำหนด	3	
2	6.1 วัดร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	5	

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
3	6.3 วัดระดับความสำเร็จในการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	6	
4	6.4 วัดร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	9	
5	6.5 วัดร้อยละการเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์/สุขภาพ (Health and Technology Innovation) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	10	
	6.7 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้นโปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิมีโครงสร้างตามกรอบอัตรากำลังและศักยภาพครบองค์ประกอบ เพราะเป็นการวัดโดยตรง ตรงที่โครงสร้างจำนวนคนและอุปกรณ์เครื่องมือและเทคโนโลยีในการให้บริการรวมถึงแผนยุทธศาสตร์ของปฐมภูมิด้วย จะสามารถวัดได้เป็นจริงไม่ยกเมฆเหมือนในอดีต
มาตรการ 2.6 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม			
1	7.1 วัดจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation : EHA 8000) และผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ	2	

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	7.2 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการ เพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		

ตารางตัวชี้วัด หมวดการป้องกันและควบคุมโรค: อนุกรรมการ 6 คน ภาศึเครือข่าย 443 คน และประชาชน 2 คน ณ วันที่ 23/05/68

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
เป้าหมาย 1.1 บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรมตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ท้นต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม			
1	1.1 วัดศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) (ถ้าไม่ทราบกรุณาดูรายละเอียดที่ Link: https://shorturl.asia/Pz6tu) และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ	456	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป้าหมายของแผน คือ วัดในเชิงของสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นประเด็นที่กว้างมากไม่มีเป้าหมายที่ชัดเจน แต่ตัวชี้วัด IHR เป็นการวัดศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงาน/องค์กรภายในและภายนอกประเทศ อาจจะคนละประเด็นกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), กฎอนามัยโลกเน้นไปที่สุขภาพในหลายมิติก็จริง แต่เป็นการเน้นไปที่สุขภาพในเชิงของสาธารณสุขเป็นหลัก กล่าวคือสาธารณสุขต้องเป็นหลักในการดำเนินงาน ซึ่งถ้าพิจารณาจากข้อความข้างต้นพบว่า ดชว.ต้องสะท้อนเรื่องสิ่งแวดล้อม ความเหลื่อมล้ำ ระบบในสังคม ฯลฯ ซึ่งเป็นคนละกรอบคิดกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื่องจากจะมีการวัดศักยภาพอย่างไร พิจารณาที่ค่าคะแนนที่ได้สูงสุดที่ 5 คะแนนใช่หรือไม่ ถ้าไม่ใช่ควรวัดเป็นร้อยละของการดำเนินงานตาม IHR ทั้ง 19 ด้านว่าสามารถดำเนินการได้กี่ด้าน และแต่ด้านละได้กี่คะแนน ควรได้ 4 คะแนนขึ้นไปในแต่ละด้าน -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, ควรเน้นบทบาทของโรงพยาบาลในระบบเฝ้าระวัง การจัดทำ All Hazard Plan และการ activate EOC ที่ควรถูกรวมไว้ในระบบประเมินคุณภาพ เช่น HA เพื่อให้เกิดมาตรฐานร่วมกัน และสร้างความเชื่อมั่นทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื่องจากตัวชี้วัดเพียง 1 ตัว อาจไม่เพียงพอและอาจไม่เหมาะสมโดยตรงสำหรับการติดตามในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมถึงการวัดศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	1.2 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		-1. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ ครอบคลุมถึง การลดมลภาวะทางอากาศ (เช่น PM2.5), ทางดิน (เช่น การปลดปล่อยสารตกค้าง อาทิ สารกำจัดศัตรูพืช), และทางน้ำ (เช่น ความสะอาดของแหล่งน้ำ และน้ำที่ใช้ในการบริโภค/อุปโภคในครัวเรือน) เหตุผล เพราะเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน และบางส่วนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น ลดการเผาในที่เกษตร เผาป่า ลดการปล่อยน้ำเสียในแหล่งน้ำที่ใช้ร่วมกัน 2. ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ (Non communicable diseases) โดยเฉพาะ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ มะเร็ง โรคไตเรื้อรัง สุขภาพจิต และการใช้สารเสพติด เหตุผล เพราะเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต -ควรมีการกำหนดรายละเอียดการวัด 19 ด้าน Technical area เพิ่มเติม และมีลำดับความสำคัญเพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาตามลำดับ -การสื่อสารถึงประชาชนและบุคลากรอย่างทั่วถึง -วัดในเรื่องคุณภาพชีวิตของประชาชน หรือ ใช้ตัวชี้วัดในแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 11 และ 13 จะสอดคล้องมากกว่า และช่วยลดจำนวนตัวชี้วัดที่ไม่จำเป็นด้วย -ไม่มีตัวชี้วัดเพิ่มเติม -1.อัตราการตอบกลับของ ปัญหาที่ได้รับแจ้งจากชุมชน และแก้ไขยังง่ คล้ายทราบที่ฟ่รรองดู -ควรวัดใน 2 มิติใหญ่คือ 1.ชุมชน/สังคมมีระบบที่ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ โดยพิจารณาจาก 4 ประเด็นย่อยดังนี้ 1.1 ทู่นทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น social support, social network, social cohesion 1.2 สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย พื้นที่สีเขียว พื้นที่ที่คนสามารถทำกิจกรรมร่วมกัน 1.3 ลักษณะทางสังคมประชากรที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ ฐานะ สภาพครอบครัว ลักษณะวัฒนธรรม วิถีชุมชน 1.4 ระบบบริการสุขภาพที่มีในชุมชน ได้แก่ ความง่ายของการเข้าถึง คุณภาพของการบริการ และในมิติที่ 2 คือการวัดที่ระดับของสุขภาพกาย สุขภาพจิตของประชาชน

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่มีเพิ่มเติม -อยากให้วัดหน่วยงานระดับเขตด้วย -อาหารลดหวาน มัน เค็ม -ตัวชี้วัด ตาม อบจ ระบุ ในกรอบการทำงาน ของ มหาดไทย -สิทธิการเข้าถึงข้อมูลสถิติย้อนหลังทางระบาดวิทยา -การเข้าถึงระบบควรง่าย กับทุกภาคส่วน -ตัวชี้วัดในด้านการสื่อสารความเสี่ยงและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Risk Communication and Health Literacy) เนื่องจากการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน หากประชาชนมีความเข้าใจและเชื่อมั่นในข้อมูล จะช่วยให้สามารถปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ลดความตื่นตระหนก และสนับสนุนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ
2.มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ			
มาตรการ 2.1 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง			
1	2.1 วัดความครอบคลุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) (ถ้าไม่ทราบกรุณาดูรายละเอียดตาม Link: https://shorturl.asia/Pz6tu)	1034	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), โรคที่ รพ.สต.สามารถรายงานได้เอง ในระบบ DDS ปัจจุบัน แทบไม่มีแล้ว ไม่ควรนำมาเป็นตัวชี้วัด แต่สามารถนำมาประกอบการพิจารณาพัฒนาปรับปรุงต่อไป -ขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเฝ้าระวังปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เห็นด้วยกับการทำเป็นดิจิทัล แต่ด้วยระบบเฝ้าระวังที่ระบุนานี้ ไม่ได้ครอบคลุมการมีบริการที่ครอบคลุมการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนเท่าที่ควร กระทรวงหรือองค์กรที่มีอำนาจควรกำหนดเกณฑ์ที่ครอบคลุมสุขภาพกาย จิต สังคมในนี้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เห็นควรปรับจากความครอบคลุมเป็นร้อยละ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, ควรมีการพิจารณาคุณภาพของข้อมูลและความต่อเนื่องในการรายงานควบคู่ด้วย ไม่ใช่เพียงปริมาณการรายงาน เพื่อให้ระบบเฝ้าระวังสามารถใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและป้องกันโรคได้อย่างแท้จริง -เห็นด้วย, และสามารถดูข้อมูลในภาพรพ.สต. ตำบล อำเภอ รวมทั้งจังหวัดได้ จะดีมาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วิทยากรเนื่องจากบางรพ.ขาดบุคลากรในการลงข้อมูล -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เทคโนโลยี ต้องประกอบด้วยอินเทอร์เน็ตและ ไม่นิ่ง ไม่เสถียร งานไม่ราบรื่น ต้อง พะวง กับ มีเน็ตใหม่ เนตแรงใหม่ เอาเงิน ส่วนตัว ใช้เน็ต นอกเวลา ราชการ -เห็นด้วย, อยากให้มีการวัดความครอบคลุมแยกสังกัด ในส่วนของ รพ.สต. ที่มีการถ่ายโอนไปแล้ว กับ รพ.สต. ที่ยังอยู่ในระบบ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การทำงานควบคุมโรค สามารถทำได้ทันทีเมื่อรับแจ้ง และลงปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่การรายงานโรคใน DDS ค่อนข้างยากลำบาก ในผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคที่มีประสบการณ์การทำงานมานานแล้ว (อายุเริ่มเยอะ) ส่งผลต่อการเรียนรู้ที่จะใช้โปรแกรม และด้วยภาระหน้าที่ของ รพ.สต. แต่เห็นด้วยเรื่องการทำรายงานสอบสวนโรค และรายงานผลการลงดำเนินการเข้ามา -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื่องจาก รพ.สต.มีบุคลากรที่จำกัด พร้อมมีหน้าหน้ารับผิดชอบที่เยอะมาก ไม่ควรเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ตัดปัญหาการเข้ารหัส...ใช้ลายนิ้วมือหรือสแกนดวงตา..ผู้ที่ปฏิบัติงานมีรายชื่อโดยตรง... -คำถามไม่ชัดเจน ทำไมต้องแนบล้าง อาจไม่ปลอดภัย
2	2.2 วัดร้อยละของอำเภอ/เขต ที่มี ผลลัพธ์จากการจัดบริการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีการบูรณาการด้วยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่และระบบสุขภาพปฐมภูมิ	1081	-เห็นด้วย, เพิ่มข้อมูลบ่งชี้ทางคุณภาพ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ข้างซ้อนกับหลายตัวชี้วัดเป็นการเพิ่มภาระงาน ให้จนท. ทุกระดับ ควรดึงเอาตัวชี้วัดอื่นที่มีอยู่แล้ว มาใช้งานดีกว่า -ไม่ทราบรายละเอียดตัวชี้วัด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ผลลัพธ์คืออะไร ตัวชี้วัดคืออะไร คำว่าบูรณาการคือการเขียนให้ทำยังไงก็ผ่านตัวชี้วัด ควรมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนและมีประโยชน์อย่างแท้จริง

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), กลไก พชอ.ในปฐมภูมิดีมาก แต่ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและป้องกันมากยิ่งขึ้น เน้นไปที่การสร้างสภาพแวดล้อมในอำเภอที่เพิ่มการมีสุขภาพที่ดี มากกว่าแค่การจัดบริการป้องกันควบคุมโรคฯ ไม่อย่างนั้นการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆจะหายไป เหลือแต่สาธารณสุขที่ต้องทำเพียงลำพัง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละของอำเภอ/เขตที่มีการขับเคลื่อนการจัดบริการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีการบูรณาการด้วยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/พื้นที่ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, เนื่องจากตัวชี้วัดนี้สะท้อนการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพปฐมภูมิและกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ที่เน้นระบบบริการเชิงรุกและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน อย่างไรก็ตาม ควรมีการกำหนด “ผลลัพธ์” ที่ชัดเจน เช่น การลดการเกิดโรคหรือเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยง และควรใช้ข้อมูลจากการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลและหน่วยบริการร่วมด้วย เพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริงต่อสุขภาพประชาชน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่เข้มแข็งจริง/งานโหล -เห็นด้วย, จริงๆ สามารถรายงานเป็นรายตำบลได้เลย เพราะ ท้องถิ่นกำกับดูแล รพ.สต. ด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), พื้นที่แต่ละจุดมีภัยสุขภาพแยกย่อยที่แตกต่างกัน -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), อำเภอไม่มีการจัดหน่วยที่มีคนปฏิบัติเฉพาะและขาดการตั้งงบประมาณรองรับ -คำถามคืออะไร...ทำไมไม่สรุปมา
3	2.3 วัตถุประสงค์ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนได้ตามเป้าหมาย	1383	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การใช้จ่ายเงินกองทุน ไม่เป็นภาพสะท้อนที่สำคัญ อาจนำไปใช้ที่ไม่เกี่ยวกับป้องกัน ควบคุมโรค เช่น -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), กองทุน อปท. ควรใช้จ่ายตามความสำคัญ ไม่ควรกำหนดสัดส่วน เช่น อาจใช้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ฯลฯ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ให้อปท.มีอิสระในการบริหารจัดการงบประมาณ -เห็นด้วย, ต้องมีเหตุผลชัดเจนว่าทำไมเกินหรือขาด

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, แต่เวลาประเมินผล ต้องไปประเมินโดยตรงที่ อปท. ไม่ใช่ให้ฝ่ายสาธารณสุขไปขอข้อมูลมารายงาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการกระจายอำนาจ -เห็นด้วย, แต่เวลาประเมินผล ต้องไปประเมินโดยตรงที่ อปท. ไม่ใช่ให้ฝ่ายสาธารณสุขไปขอข้อมูลมารายงาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการกระจายอำนาจ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่เห็นด้วยที่สุด หลายครั้งที่มีความคิดว่า ไม่ใช่เงินเท่ากับไม่ทำงาน ถ้าเอาออกได้จะดีมาก เพราะถ้าทำงาน ใช้เงินแต่ไม่เกิดประโยชน์มันเหมือนการเอาเงินละลายน้ำ ผมคิดว่าบางที่เป้าหมายโครงการทำให้จำกัดอิสระทางความคิดในการเอาเงินไปใช้ประโยชน์ ถ้ามีเป้าหมาย ควรผ่านการกลั่นกรองและกำหนดมาเลยจะให้ทำอะไร เพราะเป็นเรื่องปกติของพื้นที่ ได้เงินมา ทำตามเป้าหมายโครงการเพื่อจะได้อะไรตอบแทนบ้างง่ายๆ เช่นประชุม ลงพื้นที่ ให้ความรู้ เก็บเงินไว้ทำโครงการใหญ่ดีกว่า พัฒนาแอปพลิเคชัน เอะอย่างๆให้ชาวบ้านใช้ได้ หรือโครงการตอบคำถามสุขภาพเบื้องต้นออนไลน์ มีเจ้าหน้าที่หมุนมารับผิดชอบและได้ค่าตอบแทน ถ้าได้อ่านข้อความนี้ เรียนพิจารณาครับ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ท้องถิ่นสำคัญมากในเรื่องการกระจายอำนาจ แต่ควรวัดมากกว่าการใช้เงิน แต่ดูถึงการที่ท้องถิ่นมีแผน3-5ปีในการสร้างเสริมการมีสุขภาพกาย จิตที่ดีร่วมด้วย -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย โดยควรมุ่งเน้นการวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการใช้จ่ายงบประมาณของ อปท. แทน -ไม่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด -ควรพิจารณาควบคู่กับ คุณภาพของผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการใช้จ่าย ไม่ใช่เพียงการใช้จ่ายครบหรือทันเวลา เช่น ควรมีตัวชี้วัดร่วมที่สะท้อนผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค หรือการลดปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ด้วย เพื่อไม่ให้ตัวชี้วัดนี้กลายเป็นเพียงการวัดเชิงปริมาณ -เห็นด้วย, เห็นด้วย แต่ปัญหาคือ สสจ.ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล การใช้จ่ายกองทุนจาก อปท.และ สปสช.ได้ เป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนและกระตุ้นหน่วยบริการให้มีการขอใช้เงินกองทุน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรมีตัวชี้วัดมาเรื่องเงินกองทุนที่ใช้นั้นเป็นการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ตัวชี้วัดไม่ได้เป็นการสะท้อนประสิทธิภาพในการทำงานได้

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดที่ผลลัพธ์การดำเนินงานมากกว่าตัวเงิน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่มีผลต่อสุขภาพดีหรือไม่ดีโดยตรง -ควรมีการเพิ่มเรื่องการจัดซื้อ จัดจ้างวัสดุ อุปกรณ์ เช่น Smart เครื่องวัด Salt meter เพื่อให้ประชาชนได้รับเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ แล้วจึงสุ่มสำรวจผลการดำเนินงานจากผลลัพธ์สุขภาพ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การป้องกันควบคุมโรคส่วนใหญ่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), บางพื้นที่ได้รับเงินสนับสนุนน้อย ไม่เพียงพอต่อการจัดทำโครงการควบคุมโรค -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดที่จัดการเฝ้าระวังป้องกันได้จริง -คำถามคืออะไร...ใครออกแบบสอบถามนี้..แฮ้ย
4	2.4 วัดผู้นำชุมชนท้องถิ่น มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนและแก้ปัญหาพื้นที่จากปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น	1318	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ผู้นำชุมชน ไม่ได้กำหนดให้มีคุณสมบัติ ว่าต้องเป็นผู้นำด้านสุขภาพ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สร้างความกดดันให้ผู้นำชุมชน ด้วยให้ผู้นำชุมชนมีการบริหารจัดการสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สร้างความกดดันให้ผู้นำชุมชน ด้วยให้ผู้นำชุมชนมีการบริหารจัดการสอดคล้องกับบริบทพื้นที่- -นิยามให้ชัดว่า การมีสมรรถนะ เพื่อไปขับเคลื่อนงาน วัดอย่างไร -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ตัวชี้วัดไม่ชัดเจน และเป็การเพิ่มความเครียดให้ทั้งผู้รับประเมิน และผู้ประเมิน และ จนท.ในระดับพื้นที่ ที่เกี่ยวข้อง - -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัดสมรรถนะวัดยาก ควรวัดเครือข่าย/ภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหรือเข้ามาดำเนินงาน หรือ หากจะวัดจะต้องกำหนดสมรรถนะที่พึงประสงค์ให้ชัดเจน มีแผนการพัฒนาสมรรถนะและงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดผลลัพธ์หรือผลกระทบจากการแก้ไขปัญหา มากกว่า

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, เห็นด้วยครับ แต่ด้วยอย่างไรครับ ควรวัดอย่างเป็นระบบการทำงาน ระบบออนไลน์ เห็นการดำเนินงาน ตรวจสอบย้อนหลังได้ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, ควรมีการประกอบการประเมินสมรรถนะที่ชัดเจน และไม่เน้นเฉพาะด้านความรู้ แต่ควรครอบคลุมทักษะเชิงระบบ ความสามารถในการเชื่อมโยงภาคี และการส่งต่อประเด็นสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายท้องถิ่น เพื่อให้การประเมินสะท้อนศักยภาพจริง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), อาจจะมีข้อจำกัดตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกผู้นำ -เห็นด้วย, ควรวัดท้องถิ่น -เห็นด้วย, มีการมอบรางวัลให้แก่ชุมชนที่มีผู้นำสุขภาพต้นแบบ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), คนละหน่วยงานขอความร่วมมือยาก -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -คำถามคืออะไร...
	2.6 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		-ความซุกของโรคที่เกี่ยวข้อง (ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ) มีการลดลง เหตุผล เป็นการวัด ผลลัพธ์ ที่ตรงตามเป้าประสงค์ -ตัวชี้วัดเรื่องสุขภาพผู้ชรา และเด็ก -การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน -"ชุมชนมีหรือใช้นวัตกรรม หรือ เทคโนโลยีในท้องถิ่น เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ" ไม่ใช่ตัวชี้วัด แต่อยากให้เพิ่มเป็นการส่งเสริมและเชิดชูแก่ผู้ทำงาน และไม่บังคับให้ทุกชุมชนต้องมี -ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ -ไม่มีตัวชี้วัดเพิ่มเติม -ไม่เพิ่มตัวชี้วัดมากเกินไปจนเจ้าหน้าที่(อัตรากำลังที่มีปัจจุบัน)-

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ความรวดเร็วในการกระจาย ข่าวสารเมื่อเกิดโรคระบาดในพื้นที่ให้ชาวบ้านในพื้นที่รับทราบ มีระบบอย่างไร -ชุมชนมีระบบที่สนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน -เพิ่มเติมตัวชี้วัด : ร้อยละของ อปท. ที่จัดทำแผนและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ -มีความร่วม มีกลไกในชุมชน ผ่านนายอำเภอ(พขอ)ให้มีบทบาทมากขึ้น -การทำงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายทุกภาคส่วนอย่างสมานฉัน -ไม่มีเพิ่มเติม -คู่มือการจัดการเชิงคุณภาพ และความตระหนัก จิตสำนึกของ ประชาชน ผู้นำชุมชน อสม อปท.ผู้ใหญ่บ้านกำนัน ต่อการร่วมมือ และการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมายให้มีประสิทธิภาพ ในชุมชน หรือ ในเมื่อพบการเกิดหรือระบาดของโรค -ควรเพิ่มบุคลากร งบประมาณ และจัดสรรลง ผลิตโดยตรงเพื่อการบริหารจัดการที่รวดเร็ว และตรงจุด เนื่องด้วยการควบคุมโรค ต้องมีทั้งงบประมาณ และเวลาที่รวดเร็ว เพื่อยับยั้งการระบาดของโรค -ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพในการประสานงานแกนนำและประธานเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ในการสร้างและส่งเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาของตนเองโดยใช้วัดเป็นแกนนำ (ไม่เกี่ยวกับพระสงฆ์ งดให้พระสงฆ์เป็นแกนนำ เพราะไม่ใช่กิจของสงฆ์ ผิดพระธรรมวินัย)
มาตรการ 2.2 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน			
1	3.1 วัดร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย	693	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การใช้บางโรคมาเป็นตัววัดไม่สะท้อนถึงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ -ไม่เห็นด้วยกับการฉีดวัคซีนมากเกินไปจนความจำเป็น -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายอายุ 0-5 ปี -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -เห็นด้วย, ร้อยละความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อน ทั้งความพร้อมของระบบสาธารณสุข การบริหารจัดการทรัพยากร และความเชื่อมั่นของประชาชนต่อบริการสุขภาพ โดยสามารถใช้ติดตามความเสมอภาคใน

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			การเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มประชากรต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาควบคู่กับข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น สาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีน และมีการแยกข้อมูลตามกลุ่มเปราะบาง เพื่อใช้ในการออกแบบมาตรการที่ตอบโจทย์ช่องว่างของระบบได้ตรงจุด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรหาวิธีวัดที่ง่ายต่อการปฏิบัติต่อผู้ปฏิบัติ การมีตัวชี้วัดแต่เพิ่มภาระงาน จะทำให้ทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื่องด้วยประชาชนบางกลุ่มยังไม่มีความตระหนัก ทำให้ทำงานล่าช้า -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), จัดสรรวัคซีนยังขาด
2	3.2 วัคซีนของสุนัขและแมวที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า	1032	-ในการติดตามสุนัขและแมวจรจัดไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน และมีค่าใช้จ่ายขาดหน่วยงานรับผิดชอบ -เห็นด้วย, พื้นที่กระจายได้ครอบคลุมควรต้องมีรายงาน -วัคซีนของสุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -เห็นด้วย, ควรลดตัวชี้วัดอื่น ด้านนี้ลงด้วย -การใช้บางโรคมาเป็นตัววัดไม่สะท้อนถึงโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ -เห็นด้วย, แล้วหมา แมวจรจัดต้องทำอะไร ทำหมันด้วยไหม ต้องใส่ปลอกคอสัญลักษณ์ใหม่ว่าทำหมันแล้ว จะได้ทำตัวต่อไปง่ายขึ้น หากมีโครงการ เพราะถ้าลดประชากรหมา แมว จรจัดไม่ได้ ปีต่อไปยิ่งต้องฉีดมากขึ้น -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), จำนวนหมาแมวจรจัด ไม่ถูกลบ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัคซีนของสุนัขและแมวที่ได้รับการสำรวจและฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม ในตัวชี้วัดนี้เก็บข้อมูลทั้งสุนัขและแมวจรจัดและมีเจ้าของหรือไม่ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ข้อมูล เป็นของ อบต.ที่จัดซื้อวัคซีนและการบริหารจัดการ ทางรพ.สต.ทำได้เพียงขอข้อมูล ไม่ควรนำมาเป็นตัวชี้วัด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่เห็นด้วย โดยควรครอบคลุมสัตว์ทุกประเภท ทั้งสัตว์เลี้ยง และปศุสัตว์ รวมทั้งสัตว์จรจัด หรือสัตว์ที่ถูกทอดทิ้ง -ไม่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ***ไม่ใช่ภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ควรใช้วัดหน่วยงานในกระทรวงหลักที่รับผิดชอบโดยตรง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัดอย่างไร อะไรคือ N ของสุนัขและแมว / เสนอให้ควรมีการออกพรบ.การควบคุมการเลี้ยงสุนัข แมว ขึ้นทะเบียนผู้เลี้ยง สุนัข แมว จำนวนที่เลี้ยง การฉีดวัคซีน/ พรบ.การควบคุมโรคสัตว์เลี้ยงจร การกำจัด ควบคุมอย่างถูกกฎหมาย ไม่ให้เกิดสัตว์เลี้ยงจร -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), จะวัดด้วยวิธีการใด? จะทราบข้อมูลที่เป็นจริงได้ร้อยละเท่าใด? -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรจัดให้ มีระบบขึ้นทะเบียนสุนัขและแมว ให้ครบถ้วนก่อนใช้ตัวชี้วัดนี้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรมีการบริหารที่ครอบคลุมแต่ไม่ต้องนำมาเป็นตัวชี้วัด -เห็นด้วย, และควรวัดว่ามีผู้ป่วย ตายจากโรคพิษสุนัขบ้าไหม -แยกส่วนระหว่างสัตว์ที่มีเจ้าของ กับสัตว์จรจัด -วัดเป็นร้อยละ - ข้อมูลตัวหารน่าจะเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างยาก ควรวัดเป็นจำนวนหรือไม่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), และแมวหมาจรใช้เป็นฐานคำนวณด้วยรีเปล่า -เห็นด้วย, รวมถึง สุนัขและแมว จรจัดด้วยหรือไม่ ถ้าหมายรวม จะทราบ Total ที่แท้จริงได้อย่างไร -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มีการปรับจำนวนสุนัขและแมวตลอด หากจำนวนทั้งหมดได้ไม่แท้จริง วัดผลได้ค่าไม่แท้จริง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สามารถนับผลงานจากสุนัขจรจัดได้ ซึ่งเป็นแหล่งของปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ติดตามได้ยาก เจ้าของสุนัขอาจไม่ให้ความร่วมมือ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ยังไม่สามารถจัดได้ครอบคลุมเกิน85% และมีสัตว์ที่ไร้เจ้าของที่ขาดการดูแล -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ประชาชนนำสุนัขแมว มารับบริการวัคซีนค่อนข้างน้อย
3	3.3 วัดข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (inclusive policy) ในหลายกลุ่มประชากรที่เชื่อมระหว่างโครงสร้างที่มาจากพื้นที่และต้นแบบ (model) กับปัญหาของกลุ่มประชากรจากฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่	1033	-เห็นด้วย, ข้อดัชี้วัดค่อนข้างยาวเกินไป อาจตัดข้อความให้กระชับขึ้นและได้ใจความสำคัญ สำหรับรายละเอียดอาจนำไปอธิบายในคู่มือหรือkpi template -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), โครงสร้างสิทธิ์ของประเทศยังไม่รองรับ ไปเป็นตัวชี้วัดก็จะมีแต่ปัญหาและสรุปไปคนละทิศละทาง ซึ่งส่งผลเสียมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับการถูกตั้งให้เป็นตัวชี้วัด ให้ไปปรับแก้โครงสร้างสิทธิ์ประเทศ(รูปธรรมใช้จริงหรือลดความเหลื่อมล้ำให้น้อยลงกว่านี้)ก่อน -เห็นด้วย, ข้อเสนอแนะควรทำให้เกิดเป็นรูปธรรม ไม่ใช่เป็นเพียงข้อเสนอในงานวิจัย -เห็นด้วย, ไม่เข้าใจขอเห็นด้วยไปก่อนครับ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), น่าจะวัดร้อยละการดำเนินการตามตัวชี้วัดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เนื่องจากบางตัวชี้วัดยังไม่สามารถดำเนินการได้ หรือ ดำเนินการได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งผู้บริหารได้ผลักดันให้เป็นกรอบในการดำเนินงาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่แน่ใจว่าเป็นข้อมูลที่แท้จริงหรือไม่ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่เห็นด้วย เนื่องจากแม้มีข้อเสนอเชิงนโยบาย แต่ก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่า จะมีการถ่ายทอดข้อเสนอแนะดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมและคงไว้ซึ่งเจตนารมณ์ของข้อเสนอแนะดังกล่าว -ไม่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัด -เห็นด้วย, เห็นด้วยในหลักการ แต่ควรพิจารณาความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ควรมีการรอบแนวทางชัดเจนว่า “ข้อเสนอเชิงนโยบาย” ที่วัดได้ควรมีลักษณะและเกณฑ์อย่างไรจึงจะถือว่า เป็นรูปธรรม และไม่ควรถูกกลายเป็นเพียงการผลิตเอกสารเชิงนโยบายโดยไม่มีผลต่อการนำไปใช้จริง -เห็นด้วย, (ควรปรับข้อความให้กระชับเข้าใจง่าย)

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ
	3.5 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		-ตัวชี้วัดส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดการและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน ควรเพิ่มเติมในประเด็นการจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ -"ร้อยละของโรคที่เกี่ยวข้อง (ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ) มีการลดลงเหตุผล เป็นการวัด ผลลัพธ์ ที่ตรงตามเป้าประสงค์" -ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ เช่น สิ่งสะท้อนว่าเป็นธรรมคือการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของทุกคน คนเดือดร้อน กลุ่มเปราะบาง คนแก่ พระภิกษุ ผู้ป่วยติดเตียง ฯลฯ ควรมีช่องทางในการเข้าถึงบริการหรือต้องได้รับบริการเชิงรุกจากหน่วยงานภาครัฐ การใช้เทคโนโลยีต่างๆเข้ามาสนับสนุนการเข้าถึงที่เป็นธรรม ลดความแออัด ลดการรอคอย ลดเวลาของประชาชนที่ต้องเสียไปจากการนั่งรอบริการ ประชาชนมีเวลาไปทำมาหากินมากขึ้น กลไกการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ควรวัดทำนองนั้นมากกว่าหยิบบางโรคมานี้เนื่องจากปัญหาในแต่ละพื้นที่ไม่เหมือนกัน -ขอเพิ่มตัวชี้วัด จำนวนผู้ติดหรือผู้ได้รับผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ได้รับการดูแลและเยียวยา ตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด เพื่อกลไกในการติดตามในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ -ร้อยละการควบคุมประชากรสัตว์จรจัดและคนจรจัดในพื้นที่ -น่าจะเพิ่มตัวชี้วัดการทำหมันสุนัข และแมว เพื่อควบคุมการเพิ่มจำนวนของสุนัข และแมวจรจัด ในที่สาธารณะและชุมชน -ตัวชี้วัดการทำหมันสุนัขแมว ที่มีเจ้าของและจรจัด ฟรี โดยให้ประชาสัมพันธ์ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ที่ผ่านมาเข้าถึงยาก และใช้ระยะเวลานานที่พื้นที่จะมีการดำเนินการเป็นรอบ ทำให้การขยายพันธ์ที่รวดเร็วเกินขอบเขตการควบคุมสำหรับผู้ดูแลหรือผู้อุปการะ และเพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่ไร้มนุษยธรรมในอนาคต -ความครอบคลุมการทำหมันสุนัขฟรีเพื่อลดจำนวนสุนัข และลดปัญหาสุนัขจร แล้วดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครอบคลุมต่อไป

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่มี ลดงานลดขั้นตอนที่กว่าใหม่ ฝึกให้ท้องถิ่นและประชาชน จัดการด้วยตัวเองให้มาก อย่าสร้างตัวชี้วัดจากส่วนกลางหรือ ข้างบน ลงมาวัด ประชาชน ชุมชน -คำถามกับตัวเลือกคำตอบไม่สัมพันธ์กัน งง..กับผู้ออกแบบจริงๆ
มาตรการ 2.3 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องสร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น			
1	4.1 วัดจำนวนชุมชนที่ผ่านการพัฒนาเป็นชุมชนรอบรู้ในการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ	889	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป็นรายละเอียดทางวิชาการเชิงลึกไม่เหมาะกับผู้นำชุมชน ถ้าเอามากำกับผู้นำชุมชนจะล้นมือส่งผลให้ท้องถิ่นทำงานอื่นๆไปด้วย ให้เป็นเรื่องเจ้าหน้าที่ของรัฐพอ -จะออกแบบการวัดอย่างไร ถ้าปัญหาชุมชนนั้นๆ ไม่มี ปัญหามลพิษ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรกำหนดเป้าหมายของมาตรการให้ชัดเจนเสียก่อน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การวัดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เป็นอะไรที่ยากในการควบคุม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ในแต่ละเขตพื้นที่มีองค์กรภาคเอกชน โรงงานอุตสาหกรรม มากน้อยไม่เท่ากัน -เห็นด้วย, แต่ต้องอ้างอิงจากปีที่แล้ว เช่น อำเภอ A มี pm 100 ในเดือน peak ลดลงปีละ 20 แปลว่า 5 ปี จะได้สามารถทำให้เมืองปลอด pm เพราะว่าไม่มีทางที่จะปลอด PM ได้ทันที ถ้าทำได้แปลว่า เมคเอา 100 เปอร์เซนต์ อาจไปวัดวันที่ฝนตกหรือพริกพลั่งอย่างไรก็ได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เพิ่มภาระงาน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), จริงๆค่อนข้างเห็นด้วยกับการพัฒนาชุมชนรอบรู้ แต่ติดที่การโฟกัสแต่เรื่องมลพิษทางอากาศที่เป็นเพียงบางพื้นที่ และเป็นแค่บางช่วงเวลา ไม่ได้สะท้อนการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน อย่างไรก็ตามการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นหนึ่งในปัจจัยการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ความตระหนักแต่ละชุมชนไม่เท่ากัน -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ปัจจุบันมีการจัดทำคู่มือหรือการวัดการพัฒนาชุมชนสุขภาวะจำนวนมาก ควรต้องพิจารณาความครอบคลุมและความเหมาะสมว่าจะใช้หลักเกณฑ์ใดของการเป็นชุมชนสุขภาวะที่แท้จริง อาทิ กรมอนามัยมีการจัดทำ

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			หลักเกณฑ์เมืองสุขภาพดี รวมถึงหลักเกณฑ์เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อีกทั้ง มลพิษทางอากาศเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งเท่านั้นในการสร้างให้เกิดชุมชนสุขภาพดี -เห็นด้วย, ตัวชี้วัดนี้ควรใช้ควบคู่กับเกณฑ์ที่วัด “คุณภาพของกระบวนการเรียนรู้” ไม่ใช่เพียงจำนวนชุมชน และควรเชื่อมโยงกับระบบแจ้งเตือน/การตัดสินใจของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม -เห็นด้วย, ไม่จำกัดเรื่องมลพิษทางอากาศ เรื่องสุขภาพอาหารก็ได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ทำได้ค่อนข้างยาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ในบางพื้นที่มลพิษอากาศไม่ใช่ปัญหาของทางพื้นที่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรจัดการที่ต้นเหตุ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การจัดการควรเป็นหน้าที่ของ อปท. -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรประเมินเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงก่อน -เห็นด้วย, อาจจะต้องเทียบกับอัตราการป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ด้วยไหมนะ -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ต้องมองอาชีพในชุมชน...เป็นปัจจัยย่อย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ประชาชนยังขาดความสนใจในประเด็นดังกล่าว
2	4.2 วัดร้อยละของอำเภอที่ประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข	974	-เห็นด้วย, ดูค่า CV การผ่านเกณฑ์ แต่ละอำเภอ -เห็นด้วย, ควรแบ่งการประเมินออกเป็นด้านๆ ดีมาก สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ ง่ายและเป็นไปได้จริงๆ มากกว่ารอประเมิน ครบทั้ง 3 ด้าน ตามแผนงานสร้างพื้นที่ปลอดโรค -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรกำหนดเป้าหมายของมาตรการให้ชัดเจนก่อน และบางพื้นที่ไม่ได้มีปัญหาในเรื่องนั้นๆ อาจจะมีปัญหาโรคอื่น -เห็นด้วย, บางอำเภอมีจำนวนประชากรสุนัขแมวน้อยไม่เท่ากัน และพื้นที่บริบทแต่ละภูมิภาคแตกต่างกัน

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, อยากให้แนบเกณฑ์ให้อ่านด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข ไม่ได้แสดงถึงการมีสุขภาพที่ดี -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรชี้วัดจากความสามารถในการจัดการโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน โดยเฉพาะที่ผ่านมา พบการแพร่ระบาดของโรคแอนแทรกซ์ รวมทั้งการป้องกันโรคติดต่อนำโดยแมลง เช่น โรคไข้เลือดออก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แม้เป้าหมาย “พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า” จะเป็นสิ่งที่ดีในเชิงสาธารณสุข แต่การใช้ตัวชี้วัดนี้ในระดับ “ร้อยละของอำเภอ” ที่ผ่านเกณฑ์ อาจก่อให้เกิดแรงจูงใจในการ รายงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์มากกว่าการจัดการเชิงระบบที่ยั่งยืนจริง และควรมีความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง ไม่ลดความตระหนักในการป้องกัน เพราะมองว่า “ปลอดภัยแล้ว” ควรปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดไปสู่การวัด ความสามารถในการเฝ้าระวังและตอบสนองของพื้นที่ มากกว่าผลสถานะ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่ใช่ภาระกิจ กระทรวงสาธารณสุข ควรวัดหน่วยงานสังกัดกระทรวงหลักที่รับผิดชอบงานสุขภาพสัตว์ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบสุขภาพอย่างชัดเจน -เห็นด้วย, แต่ควรมีการปรับ หลักเกณฑ์หรือข้อบังคับให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมดำเนินการ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เหนือการควบคุมสุนัขไม่มีเจ้าของ -เห็นด้วย, ควรจะปลอดจาก สุนัขจรจัดด้วยหรือไม่ -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -เห็นด้วย, ควรทำต่อเนื่อง ไม่เปลี่ยนตัวชี้วัดบ่อย
3	4.3 วัดระดับความสำเร็จของการสร้างความร่วมมือกับภาคียุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนและดำเนินการในการค้นหา	929	-เห็นด้วย, วัดโดยตรงกับหน่วยงานอื่น ถ้าเอามาวัดกับ สสจ.หรือ สสอ. ไม่เหมาะสม เพราะเราไปบังคับภาคีอื่นๆให้มาร่วมมือกับเราไม่ได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ประเด็นนี้ควรอยู่ในมาตรการสร้างความเป็นธรรม

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
	กลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุข		-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เพิ่มตัวชี้วัด 2 ตัว 1) ร้อยละของภาคีเครือข่าย/ประชาชนในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ 2) ร้อยละของกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดที่การเข้าถึงและสถานะสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง มากกว่าเพียงการวัดว่ามีการสร้างความร่วมมือมากน้อยเพียงใด -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ต้องระมัดระวังวิธีการประเมินและการสื่อสาร เนื่องจากวัตถุประสงค์ของข้อเสนอแนะคือเพื่อ “เพิ่มการเข้าถึงบริการ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การ “ค้นหากลุ่มเปราะบาง” หากขาดหลักการทางจริยธรรมและความเข้าใจบริบท อาจนำไปสู่การ ตีตรา (stigmatization) หรือทำให้ผู้คนรู้สึกว่าตนเองถูกจำแนก แบ่งแยก หรือด้อยคุณค่า  ข้อเสนอแนะ: เปลี่ยนแนวคิดจาก “การค้นหา” เป็น “การเข้าถึงกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ” เพื่อหลีกเลี่ยงมุมมองเชิงลบ การสร้างความร่วมมือควรเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง และไม่กำหนดกลุ่มเป้าหมายโดยใช้เกณฑ์ที่ตีตรา เช่น รายได้ เพศ สถานภาพ แต่ควรใช้เกณฑ์ที่อิงบริบทสุขภาพและสิทธิในการเข้าถึง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), กสธ.ไม่ใช่เจ้าภาพหลัก -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ)
	4.5 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		-“ร้อยละของตำบล(ในจังหวัด) ที่มีน้ำอุปโภคบริโภคสะอาดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เหตุผล บางพื้นที่ในชนบท ใช้น้ำประปาหมู่บ้าน ซึ่งคุณภาพไม่ผ่านเกณฑ์” -ควรมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการจัดการขยะ 4 ประเภท -พื้นที่มีปัญหาจากระบบงานในส่วนใด หรือล้มเหลวในส่วนใด -ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ ไม่ควรเลือกประเด็นโรคที่เฉพาะเนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีปัญหาที่แตกต่างกัน หากจะวัดการมีส่วนร่วมควรวัดในเรื่องของการมีช่องทาง/เวที/

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			สมัชชา/สภาภาพในการแลกเปลี่ยนความรู้ รับฟังปัญหาสุขภาพ/การติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชน/ภาคีเครือข่ายให้เข้าถึงกันได้ ง่ายและเร็ว การแจ้งข่าวโรคและภัยสุขภาพ -ควรมี open source ให้ทุกคนสามารถเข้าดู และใช้ข้อมูลได้ด้วย การเผาหญ้า เผาป่า ที่ทำให้เกิด PM2.5 -จำนวนชุมชนที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ให้ประชาชนมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และสมาชิกใน ครอบครัว
มาตรการ 2.4 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องจัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูล สุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ			
1	5.1 วัดจำนวนหน่วยงานด้าน สาธารณสุขที่มีแผนและใช้แผนในการ รับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (All Harzard Plan) ได้จริง	622	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), อปท.มีหลายส่วนราชการที่รับ All Hazard ควรประเมินเป็นภาพรวม อปท. ไม่ใช่เฉพาะ หน่วยงานสาธารณสุข เช่น การบาดเจ็บและอุบัติเหตุ หรือ ภัยสุขภาพที่มาจากธรรมชาติ หน่วยงานราชการที่รับผิดชอบคือ สำนัก ปลัดฯ -เห็นด้วย, ควรมีแนวทาง/เกณฑ์ที่แสดงให้เห็นว่านำ AHP มาใช้ได้จริง ไม่ใช่แค่มีเอกสาร AHP แสดงเพียงอย่างเดียว -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดในประเด็นการซ้อมแผน ดีกว่ามีแผน เพราะ จนท.ส่วนใหญ่ จะจำและใช้ได้จริงจาก การลงมือปฏิบัติหรือจากการซ้อมจริงเท่านั้น มีแผนอยู่ในกระดาษ จนท.ส่วนใหญ่ ไม่เข้าใจ -เห็นด้วย, นอกจากใช้ต้องมีการซ้อมแผนด้วย -แผนดังกล่าวควรครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ -เห็นด้วย, อาจต้องระวังไม่ให้ประชาชนตื่นตระแตกในเหตุการณ์ที่เกิดโรค -เห็นด้วย, ไม่ต้องมีมากก็ได้แต่ขอให้จริงจัง -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรเพิ่มเติมถึงการวัดผลจากการฝึกซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากยังไม่สามารถ จินตนาการได้ว่า การวัดว่าแผนสามารถใช้ได้จริง จะมีการวัดอย่างไร

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แม้การมีแผน All Hazard Plan จะเป็นพื้นฐานสำคัญของการเตรียมพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข แต่การวัดเพียง “จำนวนหน่วยงานที่มีแผนและใช้แผนได้จริง” อาจขาดความชัดเจนเชิงคุณภาพ เพราะ คำว่า “ใช้แผนได้จริง” ไม่มีเกณฑ์วัดที่ชัดเจนและอาจประเมินได้ยากในเชิงปฏิบัติ นอกจากนี้ การมีแผนไม่ได้สะท้อน ประสิทธิภาพการตอบสนองจริงในภาวะวิกฤต หากไม่มีระบบฝึกซ้อม การประเมินซ้ำ และการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบ จึงควรปรับตัวชี้วัดนี้ให้เน้น “สมรรถนะของระบบ” มากกว่าจำนวนเอกสาร เช่น ระยะเวลาการ activate EOC, ความต่อเนื่องในการอัปเดตแผน, หรือผลลัพธ์จากการฝึกซ้อมเชิงสถานการณ์ (simulation-based testing) -เห็นด้วย, ให้ รพ. เป็นต้นแบบ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), นอกจากวัดจำนวนหน่วยงาน ควรปรับให้ใช้ได้จริงจะเหมาะสมกว่า -เห็นด้วย, ควรวัดเป็น ร้อยละ เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เสนอให้มีหน่วยเฉพาะ..ดูแลรับผิดชอบต่อเนื่อง
2	5.2 วัดจำนวนศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่สามารถยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Activate EOC; Emergency Operations Center: EOC) ให้เป็นไปตามแผนรับมือ (Emergency Response Plan:ERP) ได้ภายใน 120 นาที	738	-เห็นด้วย, ควรพิจารณาจากการซ้อมแผนการยกระดับศูนย์ EOC -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรมีการพัฒนาศักยภาพภาพเจ้าหน้าที่และเตรียมความพร้อมก่อน -เห็นด้วย, ต้องดูศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกับจุดที่เกิดอุบัติเหตุด้วย และระยะทางที่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แม้ว่าการสามารถ Activate EOC ภายใน 120 นาทีจะเป็นเป้าหมายที่ดีในเชิงประสิทธิภาพ แต่ตัวชี้วัดนี้เน้นเชิงเวลา (time-based) อาจไม่สะท้อนคุณภาพของการตอบสนองจริง และยังขาดเกณฑ์มาตรฐานร่วมในการประเมินว่า “การยกระดับ EOC” ที่กล่าวถึงนั้นมีองค์ประกอบครบถ้วนตามมาตรฐานหรือไม่ นอกจากนี้ ในบริบทของประเทศไทย หน่วยงานสาธารณสุขหลายระดับยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน และการฝึกซ้อม ทำให้ตัวชี้วัดนี้อาจก่อแรงกดดันเชิงระบบโดยไม่สร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน จึงควรปรับไปวัด สมรรถนะการจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างรอบด้าน เช่น ความสามารถในการบูรณาการข้อมูล ความชัดเจนของโครงสร้างสั่งการ หรือผลลัพธ์จากการฝึกซ้อมร่วมระหว่างหน่วยงาน มากกว่าจับเวลาเพียงอย่างเดียว

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่จำเป็นต้องมีทุกที่สิ้นเปลืองงบประมาณ -เห็นด้วย, ควรวัดเป็น ร้อยละ เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงาน -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ
3	5.4 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		"-จำนวนศูนย์ที่ติดตามมลภาวะทางอากาศ ดินและน้ำ ที่ครอบคลุมพื้นที่ของประเทศและประเทศใกล้เคียง เช่น ติดตาม จำนวนจุดร้อน (hot spots) ที่เกิดจากการเผาและเป็นแหล่งของ PM 2.5 ระหว่างประเทศ (เช่น พม่า ไทย ลาว กัมพูชา) และติดตามคุณภาพของแหล่งน้ำ (เช่น ลุ่มแม่น้ำโขง) ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน ตลอดปี และติดตามจำนวนโรงงานโดยรอบแหล่งน้ำมีการบำบัดน้ำเสีย " -แนะนำไว้แล้วในข้อ 1 แล้วแต่จะพิจารณา -ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ -จำนวนหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน EOC Essessment tool -ร้อยละ100 ของ จนท ที่ผ่านการฟื้นฟูความรู้phem100 online (จนท ที่เกี่ยวข้องตามคำสั่งEOC)
มาตรการ 2.5 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ			
1	6.1 วัดร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	1047	-เห็นด้วย, บาง รพสต ครอบครัวยังไม่รู้เลยว่าใครเป็นแพทย์ประจำครอบครัว สหสาขาวิชาชีพเป็นใครบ้าง -เห็นด้วย, มาตรฐานต่างๆควรเป็นไปตามบริบทพื้นที่ -เห็นด้วย, ควรมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอต่อการขึ้นทะเบียน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดการจัดตั้งที่ผ่านมาตรฐาน มาตรฐานที่เกณฑ์ไม่ต้องมากแต่ชัดเจนในเรื่องของระบบป้องกันและควบคุมโรค -เห็นด้วย, แต่ควรเพิ่มมาตรฐานการดำเนินงานใน PCU ให้ครอบคลุมกายและจิต -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, เห็นด้วยในหลักการ แต่ยังมีข้อกังวลด้านการใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ “ร้อยละของการจัดตั้ง” เป็นเพียง ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง (structural indicator) ที่อาจไม่สะท้อนคุณภาพของการดำเนินงานจริง เช่น ความพร้อมของบุคลากร ความสามารถในการดูแลประชากรกลุ่มเปราะบาง หรือการบูรณาการกับระบบป้องกันโรคในพื้นที่ จึงควรมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome) และกระบวนการ (process) ร่วมด้วย เพื่อสะท้อนคุณค่าของการจัดตั้งอย่างแท้จริง -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แพทย์จบใหม่ไม่ให้ความร่วมมือ ควรตัดเกณฑ์มีแพทย์ออกไป
2	6.3 วัดระดับความสำเร็จในการสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	1268	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการพัฒนาระบบบริการ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่ตรงกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ในเรื่องของระบบการขับเคลื่อนที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง -เห็นด้วย, เชื่อมโยงการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิกับทุติยภูมิ -เห็นด้วย, ดินะครับ แต่วิธีการดำเนินงานมาเอานับคาร์บมาใส่มันอาจดูแปลกๆไหมครับ เป็นเรื่องที่พูดตรงมากไม่ได้ ลองดูสิครับทำไมคนเวียดนามถึงมีคนอ้วนน้อยกว่า -เห็นด้วย, NCDs สำคัญมากและเชื่อมโยงไปกับปัญหาสุขภาพอื่นๆได้มาก แต่ควรเอาการนับคาร์บมาเป็นเกณฑ์ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เนื้อหามันกว้างมากเกินไป -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละของประชาชนไทยได้รับการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ (NCDs) -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ถ้าทำได้จริง ลดโรคจริง คือดี แต่นิสัยคนไทย ทำได้จริงหรือ -เห็นด้วย แต่ควรปรับเป้าหมายให้สอดคล้องต่อพฤติกรรมที่ต้องการวัด/ข้อคำถามการวัดที่แตกต่างกัน -เห็นด้วย, ควรมีการเพิ่มเรื่องการจัดซื้อ จัดจ้างวัสดุ อุปกรณ์ เช่น Smart เครื่องวัด Salt meter เพื่อให้ประชาชนได้รับเครื่องมือในการดูแลสุขภาพ แล้วจึงสุ่มสำรวจผลการดำเนินงานจากผลลัพธ์สุขภาพ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ศึกษาความเป็นไปได้ เชิงคุณภาพ ในแต่ละบริบท ในแต่ละกลุ่มคน กลุ่มวัยก่อนตีใหม่ เพื่อค้นหาคนที่ตระหนักและพร้อมที่จะมีสุขภาพดี

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัดประเมิณยาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), รัฐต้องลดปัจจัยที่ส่งผล และสื่อสารสุขภาพ
3	6.4 วัดร้อยละประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกสิทธิที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1375	-เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มีวัคซีนแล้ว ควรทำเรื่องอื่น -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรแยกเป็นตัวชี้วัดคัดกรองมะเร็งที่พบบ่อยในชาย และ หญิง -เห็นด้วย, ควรมีแนวทางจัดการผู้ที่ได้รับการคัดกรองและให้ผล positive ว่ามีการรักษาอย่างไร โดยที่จะไม่กระทบเป็นคอขวด หากมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการพัฒนากระบวนการ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่ตรงกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มันเป็นความตระหนักส่วนบุคคล -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์เชิงผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น อัตราการพบรอยโรคระยะเริ่มต้น หรือ การเข้าถึงการรักษา เพื่อเสริมให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่แท้จริง -เห็นด้วย, ทำไป ทำต่อเนื่อง -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ทำยาก ประชาชนไม่ตระหนัก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัด ร้อยละของการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพราะการตรวจเป็นสิทธิที่ผู้ให้บริการไม่สามารถบังคับได้ -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ)

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
4	6.2 วัดสถานีสுகภาพ (Health Station) ที่ได้ยกระดับคุณภาพตามเป้าหมายตามที่เขตสุขภาพกำหนด	1485	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่รู้ว่าhealth station ต่าง ศสมช. อย่างไร และเรื่องนี้เป็นแผนนโยบายผ่านมานานไปหรือไม่ เดี๋ยวมียุทธศาสตร์คนไทยไกล ncd มาอีก และอื่นๆ มาปักป้ายเต็มไปหมด ดังนั้น ต้องดูให้ดีกว่าจะวัดอะไร -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรปรับมาตรฐาน ของ health stations ให้เป็นไปตามบริบท ไม่ควรยึดกับ อุปกรณ์ที่ต้องมีเป็นหลัก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), TV -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มีความซ้ำซ้อนในการให้บริการ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ขาดบุคลากร เครื่องมือ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่สะท้อนถึงการพัฒนากระบวนการ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่ตรงกัน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป็นการปฏิบัติงานที่ทับซ้อนไม่ยั่งยืนอาจเหมือนศสมช.เมื่อก่อน -เห็นด้วย, การดำเนินการจัดตั้ง ต้องใช้งบประมาณ ส่วนกลางควรจัดสรรงบประมาณให้พื้นที่ให้เพียงพอในการจัดตั้งก่อน -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรวัดการจัดตั้งที่ผ่านมาตรฐาน มาตรฐานที่เกณฑ์ไม่ต้องมากแต่ชัดเจนในเรื่องของระบบป้องกันและควบคุมโรค เช่นมีแล้วทำอะไรได้ หน้าที่คืออะไรแบบเจาะจง ไม่เอาคำกว้างๆแบบ ส่งเสริม ควบคุมป้องกัน บูรณาการ -เห็นด้วย, แต่ควรเพิ่มคุณภาพการดำเนินงานให้ครอบคลุมกายและจิต -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไร้สาระ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ร้อยละสถานีสுகภาพ (Health Station) ที่ได้ยกระดับคุณภาพตามเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด -เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ) -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ศักยภาพแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การมีสถานีสுகภาพ ต้องดูความพร้อมของพื้นที่ และชุมชน น่าจะให้มีการสมัคร ไม่ใช่กำหนดเป้าหมายมาเลยว่าแต่ละจังหวัดต้องมีจำนวนเท่าไร

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-เห็นด้วย, ควรกำหนดเกณฑ์หรือแนวทางกลางด้านคุณภาพที่มีโครงสร้างชัดเจน เช่น ครอบคลุมบริการที่จำเป็น, ความพร้อมของบุคลากร, การใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อวางแผนบริการ และเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้การประเมินสามารถสะท้อนศักยภาพในการตอบสนองต่อภัยสุขภาพได้จริง และสามารถเปรียบเทียบกันได้เพื่อการพัฒนาต่อ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เกิดขึ้นแล้ว ปชช. ได้อะไร ปชช.ยังไม่ทราบอะไรเลย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรมีการกำหนดกรอบการ สนับสนุนงบประมาณ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องตามปัญหา สาธารณสุข ของพื้นที่ -นโยบาย จะอยู่นานหรือไม่ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ให้ชุมชน ประชาชน รู้ปัญหาและเลือกปัญหา จากการจัดลำดับปัญหาของเขาเอง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), การดำเนินงานเข้าซ้อนกับการกิจปฐมภูมิ เพิ่มภาระ เพิ่มขึ้นตอน รุนวาย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ไม่อยากให้เข้าซ้อนการบริการของ รพ.สต. ที่มีอยู่แล้ว -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), รพ.สต.เป็นhealth station อยู่แล้ว -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ข้อเท็จจริงไม่สามารถดำเนินการได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ รพ.สต.สังกัด อบจ. -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เพิ่มภาระให้หน่วยบริการ
5	6.5 วัดร้อยละการเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์/สุขภาพ (Health and Technology Innovation) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	1669	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ควรเป็นการเข้าถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ ที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เช่น telemedicine หรือระบบการตรวจสุขภาพ/follow up ที่ประชาชนเข้าถึงได้ที่หน่วยปฐมภูมิ โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), นวัตกรรมมีหลากหลายและจากแหล่งที่มา ยังไม่ต้องถึงเอาเข้ามาในระบบหลักประกันฯ ถ้าจะเอาเข้าต้องมีการตรวจสอบมาตรฐานและแหล่งที่มาขององค์กรในระดับกรมขึ้นไปเพื่อรองรับ -เห็นด้วย, หลายหน่วยงานอาจยังเข้าไม่ถึงนวัตกรรมทางการแพทย์ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ใช้งาน

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), วัตถุประสงค์ ตัวผมเองยังเข้าไม่ถึงนวัตกรรมแพทย์สุขภาพอะไรเลยครับ อย่าบอกว่า telemed อะไรทำนองนั้นนะครับ เพิ่ม work load เจ้าหน้าที่ แก่ไม่เหมาะกับคนใช้ชุมชนมากครับ ถ้าอยากทำ telemed ต้องจากคนเพิ่มเป็นหน่วย telemed เลยครับ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), แค่เข้าถึงบริการเฉพาะทางทั่วไปยังไม่ครอบคลุมเลย -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ต้องดูความพร้อมแต่ละพื้นที่ด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ตัวชี้วัด “ร้อยละการเข้าถึงนวัตกรรม” ยังขาดความชัดเจนในนิยามว่า “นวัตกรรม” หมายถึงอะไร (เช่น เทคโนโลยีระดับสูง, digital health, AI หรือแนวทางใหม่ด้านระบบบริการ) และไม่มีกรอบวัดคุณภาพหรือประสิทธิผลของนวัตกรรมเหล่านั้นในบริบทระบบหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ หากใช้ตัวชี้วัดนี้โดยไม่มีการควบคุมบริบท อาจนำไปสู่ การส่งเสริมนวัตกรรมราคาแพงแต่ไม่จำเป็น หรือสร้างความเหลื่อมล้ำในระบบบริการ จึงควรปรับเปลี่ยนไปสู่การวัด "ความเหมาะสมในการใช้และประสิทธิผลของนวัตกรรม" มากกว่าปริมาณการเข้าถึงเพียงอย่างเดียว วัดยาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป็นทางเลือกเพื่อสุขภาพ ไม่ควรเอามาวัด ถ้าต้องการทำ ทำแบบพอกรูบกริบ สวยงามไป -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), อยากให้นวัตกรรมจับต้องได้ ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ปฏิบัติยาก -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เพิ่มภาระให้หน่วยบริการ
	6.7 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		-"ความชุกของ NCDs ลดลง ความชุกของโรคที่เกี่ยวข้องกับมลภาวะลดลงเพราะเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต" -แยกเป็นตัวชี้วัดคัดกรองมะเร็งที่พบบ่อยในชาย และ หญิง

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			-ควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ และตัวชี้วัดไม่สะท้อนถึงการพัฒนากระบวนการ เนื่องจากปัญหาแต่ละพื้นที่ไม่ตรงกัน กำหนดให้ชัดเจนว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง จึงนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัด -อยากให้มีการเพิ่มวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่มีความประสงค์รับวัคซีนทุกกลุ่มอายุ ไม่อยากให้ใช้เหตุผลการฉีดวัคซีนในกลุ่มเด็กกลุ่มเดียวเนื่องจากคนโสดที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ มีในทุกกลุ่มอายุ อยากให้เพิ่มตามความประสงค์ของแต่ละบุคคลด้วย -ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัส HPV -ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิมีโครงสร้างตามกรอบอัตรากำลังและศักยภาพครบองค์ประกอบ เพราะเป็นการวัดโดยตรง ตรงที่โครงสร้างจำนวนคนและอุปกรณ์เครื่องมือและเทคโนโลยีในการให้บริการรวมถึงแผนยุทธศาสตร์ของปฐมภูมิด้วย จะสามารถวัดได้ เป็นจริงไม่ยกเมฆเหมือนในอดีต
มาตรการ 2.6 ตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการเรื่องการนำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม			
1	7.1 วัดจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation : EHA 8000) และผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ	473	-ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มีความยากในมาตรฐานEHA8000 และอปท.มีภาระงานอื่นมากอยู่แล้ว ให้มีการสมัครใจเข้าร่วมแบบสมัครใจได้ แต่อย่าให้ถึงกับเป็นตัวชี้วัด ด้วยตัวชี้วัดมีการวัดTemplateที่เป็นระบบแน่นอนชัดเจนมีตัวชี้วัดผ่านส่งผลให้คุณให้โทษโดยตรง -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), ต้องเข้า100% -ไม่แน่ใจ -เห็นด้วย, ควรมีการพัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมก่อนการประเมิน ชี้แจงเกณฑ์ให้กับหน่วยงานที่สมัคร ลดหลักเกณฑ์ที่ยุงยาก และประเมินโดยใช้เอกสารเท่าที่จำเป็น -เห็นด้วย, ปรับจากและมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ เป็น และนำมาตรการป้องกันแก้ไขผลกระทบกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ -ไม่ออกความเห็น เนื่องจากไม่มีรายละเอียดให้ตัดสินใจได้ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), มีข้อควรระวังในการใช้เป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ การที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมัครเข้าร่วม EHA 8000 และสามารถพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะได้ สะท้อนเจตจำนงในการยกระดับสุขภาพสิ่งแวดล้อมและใช้

ลำดับ	ดัชนีชี้วัด	คะแนน	ความเห็น/ข้อเสนอแนะ
			กระบวนการ HIA อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและควบคุมโรคเชิงโครงสร้าง อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัด “จำนวนที่สมัครและผ่านเกณฑ์” อาจยังไม่เพียงพอในการวัดผลกระทบเชิงคุณภาพ เช่น ความต่อเนื่องของการดำเนินการ, การนำไปใช้จริงในพื้นที่, หรือ การบูรณาการกับนโยบายอื่น จึงควรเสริมด้วยการวัดคุณภาพของการประเมิน HIA และความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ/สิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ด้วย -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), เป็นส่วนรับผิดชอบของท้องถิ่นจังหวัด/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น -เห็นด้วย, วัดยาก -เห็นด้วย, อำนาจในการควบคุมกำกับ อปท. ไม่ได้อยู่กับกระทรวงสาธารณสุข -ขอศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม -ไม่ทราบ เนื่องจากไม่มีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เพียงพอ -ไม่เห็นด้วย (โปรดระบุเหตุผลในอื่นๆ), องค์กรใหญ่จะท้าทาย/ความสนใจของท้องถิ่น
	7.2 หากท่านมีตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติมมากกว่าตัวชี้วัดข้างต้น โปรดระบุ พร้อมเหตุผลประกอบ		-กำหนดให้แต่ละองค์กร มีการรายงานผลสัมฤทธิ์ ตามนัยข้างต้น และเผยแพร่สู่สาธารณะ -ควรมี นายกอบจ. ผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น ที่เกี่ยวกับ HIA เพื่อเก็บไว้พัฒนาในโอกาสต่อไป -การกำหนดมาตรการควรมีที่มาที่ไปว่ามีปัญหาอย่างไร และได้มาตรการเหล่านี้ด้วยเครื่องมือใด จึงออกมาเป็นมาตรการนี้ ตอนนี้อย่างไร ไม่เข้าใจว่ามีวิธีการเครื่องมือในการกำหนดมาตรการอย่างไร และควรกำหนดเป้าหมายของแต่ละมาตรการให้ชัดเจนก่อนว่าอยากเห็นผลสัมฤทธิ์เป็นอย่างไรจึงจะกำหนดตัวชี้วัดได้ -หากท่านต้องการความเห็นจริงๆควรออกแบบสอบถามใหม่ให้กระชับกว่านี้

ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ที่ติดตามและรวบรวมโดยสำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ระหว่างวันที่ 7 - 27 สิงหาคม 2568

Template ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตร คำนวณ	ความถี่ใน การจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
1. ศักยภาพในการ ดำเนินการ ตามกฎ อนามัยระหว่าง ประเทศ (International Health Regulation: IHR) และมี การเตรียมความพร้อม สำหรับภาวะฉุกเฉินด้าน สุขภาพ	การพัฒนาขีด ความสามารถ ของสมรรถนะ การดำเนินงาน ตามกฎหมาย ระหว่างประเทศ ผ่านระดับ 4 ขึ้น ไป	บรรลุเป้าหมาย ผ่านระดับ 4	ไม่มี	1 ครั้ง / ปี (ไตรมาส 4)	ผลการประเมินสมรรถนะตนเอง ตามการ ปฏิบัติตามกฎหมาย ระหว่างประเทศ ประจำปี (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool: SPAR)	/		
2. ความครอบคลุมของ หน่วย บริการสุขภาพ ที่ รายงานใน ระบบเฝ้าระวังโรคแบบ ดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS)	ร้อยละ 97	บรรลุเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2568 มีหน่วยบริการ สุขภาพที่รายงานจำนวน 1,383 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.88	ไม่มี	ทุกวัน	https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/			/ ตัวชี้วัดคำ รับรองปฏิบัติ ราชการ กรม ควบคุมโรค

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตร คำนวณ	ความถี่ใน การจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
3. ความครอบคลุมของ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ที่รายงาน ในระบบเฝ้าระวังโรค แบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS)	ร้อยละ 70	บรรลุเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2568 มีโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ รายงานจำนวน 9,803 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 89.19	ไม่มี	ทุกวัน	https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/			/ ตัวชี้วัดคำ รับรองปฏิบัติ ราชการ กรม ควบคุมโรค

Template ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ของกรมควบคุมโรค

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละความ ครอบคลุมวัคซีนใน กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่ม เปราะบาง เช่น กลุ่มสูงอายุ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ								
- ผลการให้บริการวัคซีน ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตาม ฤดูกาล ปี 2568 ในกลุ่ม ประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป)	- กำหนดค่าเป้าหมาย การให้บริการ ไม่น้อย กว่าร้อยละ 80 ของ วัคซีนที่ได้รับการจัดสรร (เชิง Performance หรือการปฏิบัติงาน หมายเหตุ : ไม่สามารถ คิดเป็นความครอบคลุม วัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย ได้	- ปี 2568 อยู่ระหว่าง ดำเนินการให้บริการวัคซีน - ปี 2567 ร้อยละ 53.37 - ปี 2566 ร้อยละ 42.78 - ปี 2565 ร้อยละ 34.01	ผลการให้บริการวัคซีน ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ตามฤดูกาล (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) ตามยอดจัดสรร = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนการให้บริการ วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัด ใหญ่ (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) B = จำนวนวัคซีนที่ได้รับ จัดสรรทั้งหมดใน ประชากรกลุ่มเสี่ยง	- ปีละ 1 ครั้ง (สิ้นปีงบประมาณ)	- ข้อมูลผลงานบริการฉีด วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัด ใหญ่ในประชาชนกลุ่ม เสี่ยงจากรายงานระบบ Krungthai Digital Health Platform ของ สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ		/	/

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละความ ครอบคลุมการได้รับวัคซีนใน กลุ่มเป้าหมาย								
- ร้อยละความครอบคลุมของ วัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัด เยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) ใน เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับ จังหวัด เป็นไปตามเป้าหมาย	- ภาพรวมทั้งประเทศ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95	<i>ประมวลผลข้อมูลจากระบบ HDC ณ 27 มิ.ย. 68</i> - ปี 2568 ร้อยละ 88.9 - ปี 2567 ร้อยละ 86.5 - ปี 2566 ร้อยละ 85.4 - ปี 2565 ร้อยละ 82.7 1. การดำเนินงานเป็นไป ตามเป้าหมายในบาง จังหวัด 2. จังหวัดที่ยังไม่บรรลุ เป้าหมาย คือ จังหวัด ชายแดนภาคใต้ เนื่องจาก 2.1 การปฏิเสธวัคซีน ใน กลุ่มเสี่ยง	ร้อยละความครอบคลุม ของวัคซีนป้องกันหัด-คาง ทูม-หัดเยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) = $(A/B) \times 100$ A = ประชากรเป้าหมายที่ ได้รับวัคซีนรวมป้องกัน โรคหัด - คางทูม - หัด เยอรมัน (MMR2) B = ประชากรเป้าหมายที่ อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ รับผิดชอบทั้งหมด	-ทุกไตรมาส (1-4)	ระบบคลังข้อมูลด้าน การแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)	/	/	/

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศาส ตรชาติ	อื่นๆ
		2.2 การถ่ายโอนภารกิจไป ยังองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น						

Template ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลผลการ ดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุเป้าหมาย/ ไม่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ใน การจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
ร้อยละการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐม ภูมิที่ผ่าน มาตรฐาน ตาม พ.ร.บ. ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ 2562 ชื่อตัวชี้วัดของ กระทรวง สาธารณสุข: จำนวนการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐม ภูมิ ตาม	3,100 หน่วย	3,180 หน่วย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568 ไตรมาสปีงบประมาณ 2568) ผลการดำเนินงานบรรลุ เป้าหมายโดยมีปัจจัย ดังนี้ 1. ความร่วมมือจากทุก ภาคส่วน มีการทำงาน แบบบูรณาการมากขึ้น โดย กระทรวง สาธารณสุขได้จัดทำ MOU ร่วมกับ อบจ. อปท. หน่วยงานอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง ในการกำหนด	C = $(A \times 100) / B$ คำนิยาม : C = ร้อยละการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด ตามประกาศสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และ ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน จาก ค.ป.ค.ม. A = จำนวนหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิทุกสังกัด ตามประกาศสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ยอด	ทุกไตรมาส	1. ข้อมูลจากระบบลงทะเบียน ของกองสนับสนุนระบบ สุขภาพปฐมภูมิ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ระบบข้อมูลและมาตรฐาน หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)	เป้าหมายที่ 3 : สร้าง หลักประก นการมีสุข ภาวะที่ดี และ ส่งเสริม ความ เป็นอยู่ที่ดี สำหรับทุก คนในทุก ช่วงวัย	ด้านการ พัฒนาและ เสริมสร้าง ศักยภาพ มนุษย์	แผน แม่บท : การ เสริมสร้าง ให้คนไทยมี สุขภาวะที่ดี

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลผลการ ดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุเป้าหมาย/ ไม่บรรลุเป้าหมาย/ หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ใน การจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
พระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐม ภูมิ พ.ศ. 2562		ทิศทางการดำเนินงาน ร่วมกัน 2. การสนับสนุน งบประมาณให้กับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน 3. การจัดทำแผนการ ดำเนินงานของพื้นที่ เช่น แผนการผลิตแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว	สะสม) ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐาน ของ ค.ป.ค.ม. B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิทุกสังกัดเต็มพื้นที่ของแผน จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิฯ ของจังหวัด					

Template ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ของกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565 - 2568	ข้อมูลผลการดำเนินงาน ปี 2565 – 2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติและ		
						สากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่น ๆ
1. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA)	ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดนี้							
2. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อปท.	-	ปี 2565 จำนวน 4 แห่ง 1) เทศบาลนครเกาะสมุย 2) เทศบาลตำบลทับมา 3) เทศบาลนครขอนแก่น 4) เทศบาลเมืองเทพวงศา ปี 2566 จำนวน 2 แห่ง 1) เทศบาลตำบลวัดสิงห์ 2) เทศบาลตำบลจอหอ ปี 2567 จำนวน 5 แห่ง 1) เทศบาลตำบลปลักแรด 2) เทศบาลเมืองชัยนาท 3) เทศบาลเมืองกระทุ่มแบน 4) เทศบาลตำบลศรีบัวบาน	จำนวน อปท.ที่มีการนำผลฯ มาใช้ ในกระบวนการตัดสินใจนโยบาย ของ อปท.	1 ครั้ง / ปี	กรมอนามัย https://ehasmart.anamai.moph.go.th/	/	/	การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565 - 2568	ข้อมูลผลการดำเนินงาน ปี 2565 – 2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่น ๆ
		5) เทศบาลตำบลจอหอ						
3. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation: EHA 8000) และผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ	ปี 2565 – 2567 : ไม่มีค่าเป้าหมาย ปี 2568 : ค่าเป้าหมาย 3 แห่ง/ปี	ปี <u>2565</u> จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย - ระดับดี 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครเกาะสมุย - ระดับดีมาก 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลทับมา, เทศบาลนครขอนแก่น และเทศบาลเมืองเทพวงศา ปี <u>2566</u> จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย - ระดับดี 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลวัดสิงห์ - ระดับดีมาก 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลจอหอ ปี <u>2567</u> จำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย - ระดับดี 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลปลักแรด, เทศบาลเมือง	จำนวน อปท. ที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 และผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมีกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ	1 ครั้ง / ปี	กรมอนามัย https://ehasmart.anamai.moph.go.th/	/	/	การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565 - 2568	ข้อมูลผลการดำเนินงาน ปี 2565 – 2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่น ๆ
		ชัยนาท และเทศบาลเมือง กระทุ่มแบน - ระดับดีมาก 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลศรีบัวบาน และ เทศบาลตำบลจอหอ ปี 2568 อยู่ระหว่างดำเนินการ ประเมิน EHA ของ อปท.						

หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค
และปัจจัยคุกคามสุขภาพ ของกรมปศุสัตว์



สารบรรณกลาง สช.
เลขรับ: 3249
วันที่รับ: 21/8/2568
เวลารับ: 13:51

ที่ กษ ๐๖๑๐.๐๖/ ๖๕๖๕๗

กรมปศุสัตว์
ถนนพญาไท กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

สิงหาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและ
ปัจจัยคุกคามสุขภาพ

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ สช.สย.กย.ว.๐๘๓๗/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘
สิ่งที่ส่งมาด้วย (ร่าง) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ จำนวน ๓ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูล
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคฯ ที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายและมาตรการ
ป้องกันและควบคุมโรคฯ ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ ได้แก่ ตัวชี้วัด
ความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance:
DDS) ทั้ง Indicator-based และ event-based surveillance ความละเอียดแล้ว นั้น

กรมปศุสัตว์พิจารณาแล้ว เห็นว่าภายใต้ข้อกำหนดตามตัวชี้วัดดังกล่าว เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ มีหลาย
หน่วยงานในสังกัดกรมปศุสัตว์ที่มีหน้าที่และอำนาจในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ได้ผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ
ตรงตามเป้าประสงค์ของตัวชี้วัดดังกล่าว ซึ่งอยู่ระหว่างการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อกำหนดกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน
และเป็นรูปธรรม รวมถึงมีการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบต่อไป ทั้งนี้ ได้ยก (ร่าง) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน
และควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายบุญฤกษ์ ปิ่นประสงค์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมปศุสัตว์

สำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัดโรคสัตว์
โทรศัพท์ ๐ ๒๖๕๓ ๔๔๔๔ ต่อ ๔๑๘๑
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ dcontrol6@dld.go.th

หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค
และปัจจัยคุกคามสุขภาพ ของกรมปศุสัตว์

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัดโรคสัตว์ (กลุ่มควบคุมป้องกันโรคสัตว์เลี้ยง โทร. ๔๑๘๑)
ที่ กษ.๐๖๑๐.๐๖/ วันที่ สิงหาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ

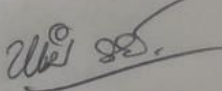
เรียน อธิบดีกรมปศุสัตว์

ตามหนังสือที่ สช.สย.กย.ว.๐๘๓๗/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคฯ ที่มีความสอดคล้องกับเป้าหมายและมาตรการป้องกันและควบคุมโรคฯ ที่กำหนดไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๕ ได้แก่ ตัวชี้วัดความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (digital Disease Surveillance: DDS) ทั้ง Indicator-based และ event-based surveillance ความละเอียดทราบแล้วนั้น

สำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัดโรคสัตว์พิจารณาแล้ว เห็นว่า ภายใต้อำนาจหน้าที่ตามตัวชี้วัดดังกล่าว เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ มีหลายหน่วยงานในสังกัดกรมปศุสัตว์ที่มีหน้าที่และอำนาจในการขับเคลื่อนงานเพื่อให้ได้ผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพตรงตามเป้าประสงค์ของตัวชี้วัดดังกล่าว จึงขอเสนอให้ มีการแต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมาเพื่อกำหนดกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม รวมถึงมีการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบต่อไป ทั้งนี้ กลุ่มควบคุม ป้องกันโรคสัตว์เลี้ยง สคป. ได้ยก (ร่าง) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ดังปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนามในหนังสือถึงเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่แนบมาพร้อมนี้

นางสาวโพลิน
(นางสาวพลอยโพลิน ครองบุญ)
นักวิชาการสัตวบาล


(นายพรพูน ชินสอน)
ผู้อำนวยการกลุ่มควบคุมป้องกันโรคสัตว์เลี้ยง

Template ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ขอความอนุเคราะห์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พิจารณาข้อมูลตัวชี้วัดที่หน่วยงานของท่านใช้หรือมีข้อมูลอยู่ ภายใต้เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญสุขภาพ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕ หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตามที่ระบุในตาราง โดยขอให้ท่านพิจารณาว่าตัวชี้วัดนั้น จัดเป็นตัวชี้วัดประเภทใด ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (health indicators), ตัวชี้วัดตัวชี้วัดด้านระบบบริการสุขภาพที่สัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (health service system indicators) หรือตัวชี้วัดอื่นๆ (other indicators) โดยขอให้ท่านกรณำให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดนั้นๆ รวมถึงให้ข้อมูลเรื่องความสอดคล้องของตัวชี้วัดกับเป้าหมายระดับสากล และมีความสอดคล้องกับเกณฑ์ในการคัดเลือกที่กำหนดไว้เกณฑ์ใดบ้างทั้ง ๔ เกณฑ์ ดังรายละเอียดตามตารางข้างล่าง

ทั้งนี้ ขอความกรุณาให้หน่วยงานส่งข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกลับมายังฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ มาที่ผู้ประสานงาน: นางสาวพรสิริ จิตรเวช และนางสาวศิริธร อธิไชย Email: ponsiree@nationalhealth.or.th, sirithorn@nationalhealth.or.th ภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เพื่อรวบรวมและนำเสนอข้อมูลตัวชี้วัดในการประชุม คณะอนุกรรมการฯ ต่อไป

ข้อมูลตัวชี้วัด ๓ ด้าน

- ๑) Health Indicators
- ๒) Health Service System Indicators
- ๓) Other Indicators

เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ได้แก่

- ๑) ตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับ SDGs, ยุทธศาสตร์ชาติ และธรรมนูญฯ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕
- ๒) มีหน่วยงานรับผิดชอบในเรื่องการติดตามตัวชี้วัด
- ๓) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามในระยะยาวได้
- ๔) เป็นตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนความเป็นธรรม/ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. ๓	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี ๒๕๖๕	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธศาสตร์ชาติ	อื่นๆ	๑	๒	๓	๔	
๑. เป้าหมายตามธรรมนูญฯ ฉ. ๓															
บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัยทันต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความ			ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้องภายใต้หลักเกณฑ์การสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (ข้อ ๖ ความยั่งยืนของการปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละของประชาชนที่สำรวจมีความรู้มากกว่าร้อยละ ๘๐	(A/B) * ๑๐๐ A = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการสำรวจมีความรู้ (คน) B = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ทำการสำรวจ (คน)		แบบประเมินความรู้ประชาชนของรพ.สต/เทศบาล/อบต.		✓		✓	✓	✓		

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. ๓	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี ๒๕๖๘	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDG s	ยุทธ า ชาติ	อื่นๆ	๑	๒	๓	๔	
รับผิดชอบร่วมกันของภาคี ทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้าง สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มี ความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือก ปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่ สามารถฟื้นตัวได้อย่าง รวดเร็ว มีการดำเนินงาน อย่างมีธรรมาภิบาล มีการ พัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุก ช่วงวัยและทุกระดับสู่ความ เป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วน ร่วมรับผิดชอบต่อสังคม															

หมายเหตุ: ดำเนินการภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ซึ่งเป็นการบูรณาการของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานกฤษฎีกา และมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

หนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค
และปัจจัยคุกคามสุขภาพ ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

ที่ มท ๐๘๒๑.๕/๒๒๖



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

สารบรรณกลาง สข.
เลขรับ: 3006
วันที่รับ: 29/7/2568
เวลารับ: 13:41

๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค
และปัจจัยคุกคามสุขภาพ

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

อ้างถึง หนังสือสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ สข.สย.กย.ว. ๐๘๓๗/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘

ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน ๓ ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของจำนวน อบท. ที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนในการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมโดยมีการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมีการกระจายงบประมาณสู่ท้องถิ่น และตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัดและท้องถิ่น ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม และจัดส่งข้อมูลให้ฝ่ายเลขานุการฯ ทราบ รายละเอียดตามอ้างถึง นั้น

ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้ว ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการใช้จ่ายเงินกองทุนในการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย หน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดสรรงบประมาณและการใช้จ่ายงบประมาณจากกองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น) เห็นว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเห็นควรประสานขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานดังกล่าว ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรง สำหรับข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ ๒ และ ๓ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะได้ประสานขอความอนุเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานดังกล่าวจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนาวมินทรราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ จำนวน ๖๓ จังหวัด เนื่องจากเป็นหน่วยงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจล่วงเลยระยะเวลาที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ หากผลการดำเนินการเป็นประการใด จะได้ส่งให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริพันธ์ ศรีกงพลี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น

กลุ่มงานป้องกันโรค

โทร. ๐-๒๒๕๑-๕๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๖

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

Template ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยนาท จังหวัดชัยนาท

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ชาติ	อื่น ๆ
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละ แผนพัฒนา ด้านสุขภาพใน ระดับ พื้นที่ฯ	แผนพัฒนาสุขภาพ ระดับพื้นที่ขององค์การ บริหารส่วนจังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2566-2570 1) ลดอัตราการป่วยและ อัตราการตาย จากโรคและ ภัยสุขภาพ 2) เครือข่ายด้านสุขภาพ ทุกระดับมีความเข้มแข็ง ภายใต้การมีส่วนร่วมภาค ประชาชน 3) ประชาชนทุกกลุ่มวัย เข้าถึง และได้รับบริการ สุขภาพได้มาตรฐาน และมี คุณภาพ 4) หน่วยบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิได้มาตรฐานตามที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	แผนพัฒนาสุขภาพ ระดับพื้นที่ขององค์การ บริหารส่วนจังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2566-2570 1) อัตราการป่วยและอัตรา ตายไม่เกิน ค่ามัธยฐาน 2) รพ.สต.ถ่ายโอน มีการ ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และประชาชนในพื้นที่ 3) รพ.สต.ถ่ายโอนสามารถ จัดบริการที่มีมาตรฐานและ คุณภาพ 4) รพ.สต.ถ่ายโอนได้มาตรฐาน บริการสาธารณสุข ทุกแห่ง 5) รพ.สต.ถ่ายโอน มี ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ครอบคลุมการดำเนินงานและ	ร้อยละ 100 (9x100/9)	รายปี	รายงานผล การ ดำเนินงาน” การถ่ายโอน ภารกิจ โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล(รพ. สต.)ให้แก่ องค์การ บริหารส่วน จังหวัด ชัยนาท	เป้าหมายที่ 3 : สร้างหลักประกัน ว่าทุกคนมีชีวิต ที่มีสุขภาพดีและ ส่งเสริมสวัสดิภาพ สำหรับทุกคน ในทุกวัย	ยุทธศาสตร์ชาติ ที่ 3 ด้านการ พัฒนาและ เสริมสร้าง ศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์ ประเด็นที่ 2 การพัฒนา ศักยภาพคน ตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการ พัฒนาคนเชิง คุณภาพในทุก ช่วงวัย	ยุทธศาสตร์ อบจ.ชัยนาท ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนา คุณภาพชีวิต

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ชาติ	อื่น ๆ
	5) มีระบบฐานข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพที่ ครอบคลุม	ใช้ร่วมกับกระทรวง สาธารณสุข						
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละ ความสำเร็จ ในด้านการ ป้องกัน และควบคุมโรค ฯ	แผนพัฒนาสุขภาพ ระดับพื้นที่ขององค์การ บริหารส่วนจังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2566-2570 1) ลดอัตราการป่วยและ อัตราการตาย จากโรคและ ภัยสุขภาพ 2) เครือข่ายด้านสุขภาพทุก ระดับมีความเข้มแข็งภายใต้ การมีส่วนร่วมภาคประชาชน	แผนพัฒนาสุขภาพ ระดับพื้นที่ขององค์การ บริหารส่วนจังหวัดชัยนาท พ.ศ. 2566-2570 1) อัตราการป่วยและอัตรา ตายไม่เกิน ค่ามัธยฐาน 2) ภาครัฐเครือข่าย หน่วยงาน ท้องถิ่น องค์กรในระดับพื้นที่ และประชาชนมีส่วนร่วม ดำเนินงาน	แผนปี2566-70 ปี 2566 ยังไม่มีถ่าย โอน รพ.สต. แต่ ดำเนินงานโดย อบจ. คิดเป็นร้อยละ 100 ปี 2567 อบจ.รับถ่ายโอน รพ.สต. ปีแรก ดำเนินงานตาม แผน ร้อยละ 66.66 ปี 2568 ดำเนินงานตาม แผน ร้อยละ 66.66	รายปี	รายงานผล การ ดำเนินงาน” การถ่ายโอน ภารกิจ โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล(รพ. สต.)ให้แก่ องค์การ บริหารส่วน จังหวัด ชัยนาท	เป้าหมายที่ 3 : สร้างหลักประกัน ว่าทุกคนมีชีวิต ที่มีสุขภาพดีและ ส่งเสริมสวัสดิภาพ สำหรับทุกคน ในทุกวัย	ยุทธศาสตร์ชาติ ที่ 3 ด้านการ พัฒนาและ เสริมสร้าง ศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์ ประเด็นที่ 2 การพัฒนา ศักยภาพคน ตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการ พัฒนาคนเชิง คุณภาพในทุก ช่วงวัย	ยุทธศาสตร์ อบจ.ชัยนาท ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนา คุณภาพชีวิต

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

องค์การบริหารส่วนจังหวัด มหาสารคาม จังหวัด มหาสารคาม

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ชาติ	อื่นๆ
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละ แผนพัฒนา ด้านสุขภาพใน ระดับ พื้นที่ฯ	ยุทธศาสตร์ การควบคุม โรคติดต่อ 1.กลยุทธ์การรณรงค์ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดต่อในชุมชน และ โรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข 1. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่ให้เกินค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี 2. อัตราป่วยตายด้วยไข้เลือดออก ลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี 3. ร้อยละ 70 ของตำบลที่สามารถ ควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 2 เท่าของระยะพักตัว (28 วัน) 4. พื้นที่เป้าหมายมีการคัดกรอง พยาธิใบไม้ดับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	เทียบเคียงข้อมูลใน ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละความสำเร็จใน ด้านการป้องกัน และควบคุมโรคฯ	-	-	จากข้อมูล แผน กสพ.	/	/	

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
	5. ร้อยละ 100 ของตำบล (เป้าหมาย) จัดการสุขภาพ ในการ เฝ้าระวังป้องกันแก้ไข ปัญหาโรค พยาธิใบไม้ดับ และมะเร็งท่อน้ำดี 6. ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีความรู้ ทางเพศศึกษา 2.กลยุทธ์การส่งเสริมสนับสนุน การควบคุม โรคอุบัติใหม่ อุบัติ ช้ำ 1. จำนวนผู้ป่วยของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ เกิน 5 คน ต่อประชากร 1 ล้านคน ต่อวัน 2. ร้อยละ 70 ของประชากรที่อยู่ในพื้นที่ ได้รับวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3. ระดับความสำเร็จของการเตรียม ความ พร้อมและตอบ ได้การระบาด โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ ใน ระดับดีมาก ร้อย ละ 100 4. สามารถสอบสวนโรคและ ปฏิบัติการ เฝ้าระวังโรค อุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80							

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
	5. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่ม เสี่ยง 7 กลุ่ม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 95 3.การพัฒนากระบวนการ ประสานงาน วัสดุ อุปกรณ์ข้อมูล การระบาคัด กับหน่วยงานอื่น ที่ เกี่ยวข้อง และ บุคลากรที่ เกี่ยวข้องกับ การควบคุมโรค 1. ระดับความสำเร็จในการจัดการ ภาวะ อุทกภัยทางด้านสาธารณสุข ร้อยละ 100 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง 1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานราย ใหม่จากกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.75 2. อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดัน โลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการ วัดความดันโลหิต ที่บ้าน มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 80							

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไม่ว่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
	4. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดัน โลหิตสูง มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 80 5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ สามารถ ควบคุมได้มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 40 6. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิต สูงที่ สามารถควบคุมได้ มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 60 7. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตรา การ ลดลงของ eGFR 8. ร้อยละ 50 ชุมชนผ่านเกณฑ์ การ ดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” 9. ร้อยละ 100 ของเจ้าหน้าที่ รพ. สต. ได้รับ การพัฒนาศักยภาพในการ ป้องกันและ ควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 10. ร้อยละ 100 ของเจ้าหน้าที่ ที่ไปศึกษา ดู งานมีความรู้และทักษะ ในการดูแลป้องกัน และควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง 2.กลยุทธ์ พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการ ป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง							

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างใด)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
	1. ร้อยละ 100 ของ อสม. ได้รับ การพัฒนา ศักยภาพในการป้องกัน และควบคุม โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง 2.ร้อยละ 100 ของ อสม. ที่ไป ศึกษาดูงานมี ความรู้และทักษะใน การดูแลป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง 3.กลยุทธ์ การส่งเสริม และ สนับสนุนกลุ่ม ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ให้สามารถดูแล สุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง 1. ร้อยละ 90 ของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้น ไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ได้รับการคัดกรอง โรคเรื้อรัง 2. ร้อยละ 50 ของกลุ่มเสี่ยง มี ความรู้ความ เข้าใจสามารถรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลด อัตราป่วยรายใหม่ 3. ร้อยละ 60 ของกลุ่มผู้ป่วยโรค เรื้อรัง มี ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ 4. ร้อยละ 50 ของกลุ่มเสี่ยงหรือ กลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรัง มีการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน โรงเรียน เบาหวาน							

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไม่ว่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
	5.ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยโรค เรื้อรัง ได้รับ การตรวจคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน 4. การควบคุมและป้องกัน โรคมาเร็งท่อน้ำดี 1. ร้อยละ 60 ของกลุ่มเป้าหมาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคมาเร็งท่อน้ำดี 2. ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการ คัดกรองโรคมาเร็งท่อน้ำดี							
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละ ความสำเร็จ ในการ ป้องกัน และควบคุม โรคฯ	1.จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพ เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ครบทุกคนภายใน 5 ปี	ระดับ 0-1 คะแนน 8 แห่ง ระดับ >1-2 คะแนน 2 แห่ง ระดับ >2-3 คะแนน 5 แห่ง ระดับ >3-4 คะแนน 10 แห่ง ระดับ >4-5 คะแนน 150 แห่ง	จำนวน อสม.ที่มีศักยภาพ เป็น อสม.หมอประจำบ้าน x 100 จำนวน อสม.ที่มีสิทธิ์รับ ค่าป่วยการทั้งหมด	1 ครั้งต่อ ปี	ข้อมูลจาก สสจ. และ อบจ.	/	/	
	2.ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการ ดูแลจาก อสม. หมอ ประจำบ้าน มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี	ร้อยละ 75	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอ ประจำ บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ ดี x 100 จำนวนผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด (อส					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างใด)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			ม.ที่มีสิทธิรับค่า บำบัดการ x 3 คน)					
	3.ร้อยละของอาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (66 เนื้อหา) และเป็นแกนนำ ในการดูแล สุขภาพครอบครัว	ร้อยละ 70	จำนวน อสค. ที่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ x 100 จำนวน อสค.ที่ได้รับ การ ประเมินทั้งหมด (จำนวน หมู่บ้าน x 40 คน)					
	4.ร้อยละของหมู่บ้านที่สามารถ ควบคุมโรค ไข้เลือดออกได้ภายใน 2 เท่าของระยะพักตัว (28 วัน)	ร้อยละ 70	A = หมู่บ้านที่สามารถ ควบคุม โรคไข้เลือดออกได้ ภายใน 2 เท่าของระยะพัก ตัว (28 วัน) B = จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนที่ มี ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (A/B) x 100					
	5.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับ การฝาก ครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ	ร้อยละ 80	A = จำนวนหญิงไทยในเขต รับผิดชอบ (ที่สิ้นสุดการ ตั้งครรภ์) ที่ฝากครรภ์ คุณภาพ ครบ 5 ครั้ง ตาม เกณฑ์					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างใด)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			B = จำนวนหญิงไทยในเขต รับผิดชอบที่สิ้นสุดการ ตั้งครรภ์ทั้งหมด (A/B) x 100					
	6.ร้อยละของทารกแรกเกิดมี น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 6	A = จำนวนทารกแรกเกิดมี ชีพ มีน้ำหนักน้อยกว่า2,500 กรัม B = จำนวนทารกแรกเกิดมี ชีพ ทั้งหมดในช่วงเวลา เดียวกัน (A/B) x 100					
	7.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับ วิตามินเสริม ไอโอดีนธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ 100	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ได้รับ วิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ในช่วง เวลา ที่กำหนด B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน (A/B) x 100					
	8.ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับ ฮอร์โมน กระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) มากกว่า 12 μ U/mL (ไม่เกินร้อยละ 0.22)	ไม่เกินร้อยละ 0.00	A = จำนวนทารกแรกเกิด อายุ 2 วันขึ้นไปมีค่า TSH >					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			12 μ U/mL ในช่วงเวลา ที่ กำหนด B = จำนวนเด็กแรกเกิดอายุ 2 ขึ้นไปทั้งหมดในช่วงเวลาที่ กำหนด $(A/B) \times 100$					
	9.ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี ได้รับการคัด กรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 96	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเซตรับผิดชอบ ที่ ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่ กำหนด B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในเซตรับผิดชอบ ในช่วงเวลาที่กำหนด $(A/B) \times 100$					
	10.ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี ที่ มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการ ติดตาม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 97	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ พัฒนาการสงสัยล่าช้า ครั้ง แรก ได้รับการติดตามกระตุ้น					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			พัฒนาการภายใน 30 วัน ในช่วงเวลาที่กำหนด B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ ได้รับการตรวจ พัฒนาการ และพบส่งสัยล่าช้าครั้งแรก (ที่ต้องได้รับการติดตาม กระตุ้น) ในช่วง เวลาที่ กำหนด $(A/B) \times 100$					
	11.ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี มี พัฒนาการ สมวัย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 97	A = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้า ระวัง และส่งเสริมพัฒนาการ เด็ก ปฐมวัย (DSPM) แล้วผล การ ตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรอง พัฒนาการครั้งแรก ในช่วง เวลาที่กำหนด					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการพบพัฒนาการ สงสัยล่าช้าและได้รับการ ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการ ประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน (1B260) ในช่วงเวลาที่กำหนด C = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด $((A+B) \times 100/C)$					
	12.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูง ดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 66	A = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน B = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง ทั้งหมด $(A/B) \times 100$					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างใด)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
	13.ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	1. เด็กนักเรียน (6-14 ปี) สูง ดีสมส่วน จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน X 100 จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่ง น้ำหนักและวัด ส่วนสูง ทั้งหมด 2. ความครอบคลุม จำนวน เด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดใน โรงเรียน X 100 จำนวนเด็ก อายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและ วัด ส่วนสูงทั้งหมด					
	14.ร้อยละของวัยทำงานอายุ 19 59 ปี มีค่า ดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ 57	A = จำนวนประชากรวัย ทำงานอายุ 19-59 ปี มีดัชนี มวลกายปกติ B = จำนวนประชากรวัย ทำงานอายุ 19-59 ปี ที่ชั่ง น้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด (A/B) x 100					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างใด)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
	15.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังและผู้ที่ มีภาวะฟังฟัง ได้รับ การดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ 90	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังและผู้ที่ มีภาวะฟังฟัง ได้รับการดูแลตาม Care Plan และ Care Plan ได้รับ อนุมัติ จากคณะอนุกรรมการ กองทุน LTC B = จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟังและผู้ที่ มีภาวะฟังฟัง ทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC $A/B \times 100$					
	16.ตำบลมีกองทุน Long Term Care ผ่าน เกณฑ์	ร้อยละ 100	-					
	17.ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกตามเกณฑ์	ระดับ 0-1 คะแนน 110 แห่ง ระดับ >1-2 คะแนน 7 แห่ง ระดับ >2-3 คะแนน 10 แห่ง ระดับ >3-4 คะแนน 5 แห่ง ระดับ >4-5 คะแนน 43 แห่ง	จำนวนสตรีที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกสะสม (ปี 2563-2567) $\times 100$ จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ปี 2563					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
	18.ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ใน ประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ 18	1. ร้อยละการคัดกรองผู้ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของ ประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65) จำนวนประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป ปี 2567 ที่ได้รับการ คัดกรอง x 100 จำนวน ประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี 2567 ในหน่วย บริการ นั้นๆ 2. ร้อยละความชุกผู้ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน ประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่เกินร้อยละ 12) จำนวนผู้ ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป x 100 จำนวนประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี 2567 ใน หน่วย บริการนั้นๆ					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
	19.ความชุกของผู้สูบบุหรี่ใน ประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ 18	1. ร้อยละการคัดกรองผู้สูบ ยาสูบของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65) จำนวนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป ปี 2567 ที่ได้รับ การคัดกรอง x 100 จำนวน ประชากร อายุ 15 ปี ขึ้นไป ในปี 2567 ในหน่วย บริการ นั้น ๆ 2. ร้อยละประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป สูบยาสูบไม่ เกินร้อย ละ 12 จำนวน ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป สูบยาสูบ x 100 จำนวน ประชากร อายุ 15 ปีขึ้น ไป ในปี 2567 ในหน่วยบริการ นั้นๆ					
	20.สอน./รพ.สต.มีการจัดบริการ สุขภาพช่อง ปาก ใน 15 กิจกรรม หลัก 7 กลุ่มเป้าหมาย	ระดับ 0-1 คะแนน 16 แห่ง ระดับ >1-2 คะแนน 42 แห่ง ระดับ >2-3 คะแนน 34 แห่ง	-					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
		ระดับ >3-4 คะแนน 53 แห่ง ระดับ >4-5 คะแนน 30 แห่ง						
	21.ร้อยละของประชาชนที่มารับ บริการใน ระดับปฐมภูมิได้รับการ รักษาด้วยการแพทย์ แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 50	-					
	22.ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย เบาหวาน	ระดับ 0-1 คะแนน 36 แห่ง ระดับ >1-2 คะแนน 10 แห่ง ระดับ >2-3 คะแนน 6 แห่ง ระดับ >3-4 คะแนน 11 แห่ง ระดับ >4-5 คะแนน 112 แห่ง	$(A/B) \times 100$ 1. ร้อยละของ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัด กรองเพื่อ วินิจฉัยเบาหวาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 = $(A/B) \times 100$ A : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัณฐานไทย สถานะบุคคล Type area=1 (มีชื่ออยู่ตาม ทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ รับผิดชอบและอยู่จริง) และ Type area=3 (มาอาศัยใน เขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียน บ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อน					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			ปีงบประมาณ และตัดคนป่วย โรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรอง โดยการ เจาะน้ำตาลในเลือด จากแฟ้ม NCDSCREEN. BSLEVEL ≥ 50 mg/dl B : จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัณฐานไทย สถานะบุคคล Type area=1 (มีชื่ออยู่ ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) และ Type area=3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARG=9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อน ปีงบประมาณ และตัดคน					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			ป่วย โรคเบาหวานที่ขึ้น ทะเบียน 2. ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วย โรคเบาหวาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ $72 = (C/D) \times 100$ C : จำนวนประชากรเสี่ยง ป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับ การตรวจยืนยันวินิจฉัยโดย การตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหาร มากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทาง ห้องปฏิบัติการ ในสถาน บริการสาธารณสุข โดย สามารถตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและ เป็น ผู้เสี่ยงป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตาม					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างใด)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			แนวทางเวช ปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน ประมวลผล จากแฟ้ม LABFU ที่รหัส ABTEST=0531002 (การ ตรวจหาน้ำตาลกลูโคสใน ซีรัม/พลาสมา) D : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วย เบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผล จาก BSTEST เป็น 1 (ตรวจ น้ำตาลในเลือด จากหลอด เลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จาก เส้น เลือดฝอยหลังอด อาหาร) โดย ที่ BSLEVEL $\geq$ 126 mg/dl					
	23.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ระดับ 0-1 คะแนน 61 แห่ง ระดับ >1-2 คะแนน 14 แห่ง ระดับ >2-3 คะแนน 22 แห่ง	-					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างใด)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
		ระดับ >3-4 คะแนน 10 แห่ง ระดับ >4-5 คะแนน 68 แห่ง						
	24.ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ ได้รับการคัดกรองเพื่อ วินิจฉัยความดันโลหิต สูง	ระดับ 0-1 คะแนน 34 แห่ง ระดับ >1-2 คะแนน 9 แห่ง ระดับ >2-3 คะแนน 5 แห่ง ระดับ >3-4 คะแนน 6 แห่ง ระดับ >4-5 คะแนน 121 แห่ง	-					
	25.ร้อยละของกลุ่มสงสัยป่วยโรค ความดัน โลหิตสูง ได้รับการวัดความ ดันโลหิตด้วย ตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต่อ ได้รับการติดตามวัดความดัน โลหิต ด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน	ระดับ 0-1 คะแนน 13 แห่ง ระดับ >1-2 คะแนน 2 แห่ง ระดับ >2-3 คะแนน 2 แห่ง ระดับ >3-4 คะแนน 1 แห่ง ระดับ >4-5 คะแนน 157 แห่ง	(A/B) × 100 1. ร้อยละของ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ ได้รับการคัด กรองเพื่อ วินิจฉัยความดัน โลหิตสูง ไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 90 = (A/B) × 100 A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สััญชาติไทย สถานะบุคคล Type area=1 (มีชื่ออยู่ตาม ทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ รับผิดชอบและอยู่จริง) และ Type area=3 (มาอาศัยใน					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			เขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียน บ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อน ปีงบประมาณ และตัดคน ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ ขึ้น ทะเบียน ได้รับการคัด กรอง โดยการวัดระดับความ ดัน โลหิต จากแฟ้ม NCDScreen.SBP_1>50 mmHg, NCDScreen.DBP_1>50 mmHg B = จำนวน ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปใน เขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล Type area=1 (มีชื่ออยู่ตาม ทะเบียนบ้านใน เขตพื้นที่ รับผิดชอบและอยู่ จริง) 2. ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงป่วย โรคความดันโลหิตสูง ได้รับ					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			การวัดความดันโลหิตด้วย ตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดย จะต้องได้รับการติดตาม วัด ความดันโลหิตด้วยตนเอง ที่ บ้านภายใน 90 วัน ไม่ น้อย กว่า ร้อยละ 80= $(C/D) \times 100$ C : จำนวน ประชากรสงสัย ป่วย โรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้น ไป ในเขตรับผิดชอบวัด ความดันโลหิตด้วยตนเองที่ บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการ ติดตามวัดความดันโลหิตด้วย ตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความ ดัน โลหิตซ้ำในสถานบริการ					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมาย หรือไมอย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติ และ		
						สากล	SDGs	ยุทธศา สตร์ ชาติ
			สาธารณสุขเดิม (ภายใน 90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดัน โลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรค ความดันโลหิตสูงในเวช ปฏิบัติ ทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจาก ได้รับการคัดกรอง ความดัน โลหิตสูงที่สถาน บริการ สาธารณสุข หรือใน ชุมชนแล้ว เพื่อรับการ วินิจฉัยโรคความ ดันโลหิตสูง D : จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ ได้รับการคัดกรองความดัน โลหิตสูงในปีงบประมาณและ เป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดัน โลหิตสูง					

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมายประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2551-2567 (บรรลุ เป้าหมาย/ไม่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ชาติ	อื่น ๆ
ตัวชี้วัดที่ จำนวนมติสมัชชา สุขภาพที่ได้มีการ ดำเนินงานสำเร็จใน ด้านการป้องกันและ ควบคุมโรค	ปี 2568 มติที่อยู่ระหว่างการ ดำเนินงานมีความสำเร็จ เพิ่มขึ้น ปี 2569 มติที่อยู่ระหว่างการ ดำเนินงานมีความสำเร็จ เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า	- มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและ ควบคุมโรคและปัจจัยที่ คุกคามสุขภาพ ข้อมูล ณ ปี 2567 ที่ประสบความสำเร็จ จำนวน 28 มติ จากทั้งหมด 31 มติ และอยู่ระหว่างการดำเนินงาน อีก 3 มติ	จำนวนนับ โดยนับ จำนวนมติที่ ประสบ ความสำเร็จ แบบสะสม ตั้งแต่ปี 2551 เป็น ต้นมา	รายปี	รายงาน สมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ	เป้าหมายที่ 3 : สร้างหลักประกัน ว่าทุกคนมีชีวิต ที่มีสุขภาพดีและ ส่งเสริมสวัสดิภาพ สำหรับทุกคน ในทุกวัย	ยุทธศาสตร์ชาติ ที่ 3 ด้านการ พัฒนาและ เสริมสร้าง ศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์ ประเด็นที่ 2 การพัฒนา ศักยภาพคน ตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการ พัฒนาคนเชิง คุณภาพในทุก ช่วงวัย	-

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
1. ตัวชี้วัดที่สะท้อนเป้าหมาย เรื่อง “บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ทันทต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม								
1. สมรรถนะการดำเนินการตามกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา))	-	-	-	-	-	-	-	-
2. ศักยภาพในการดำเนินการตามกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา))	การพัฒนาขีดความสามารถของสมรรถนะการดำเนินงานตามกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศผ่านระดับ 4 ขึ้นไป	บรรลุเป้าหมายผ่านระดับ 4	ไม่มี	1 ครั้ง / ปี (ไตรมาส 4)	ผลการประเมินสมรรถนะตนเองตามการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ประจำปี (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool: SPAR)	/		
2. ตัวชี้วัดที่สะท้อนเป้าหมายตามมาตรการ								

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
มาตรการที่ 1: มาตรการ เรื่อง “การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง”								
1. ร้อยละของจำนวน อปท. ที่มีการ ใช้จ่ายเงินกองทุนในด้านการป้องกัน และควบคุมโรค และปัจจัยคุกคาม ด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย (แหล่งข้อมูล กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น) หมายเหตุ หน่วยงานที่รับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณและการใช้ จ่ายงบประมาณจากกองทุน (กองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ หรือท้องถิ่น) เห็นว่า หน่วยงานที่ รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงเห็น ควรประสานขอความอนุเคราะห์จาก หน่วยงานดังกล่าว	-	-	-	-	-	-	-	-
2. ร้อยละแผนพัฒนาด้านสุขภาพใน ระดับพื้นที่ ที่เกิดจากกระบวนการมี ส่วนร่วม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหา ของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมีการกระจายงบประมาณสู่	-	-	-	-	-	-	-	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
ท้องถิ่น (แหล่งข้อมูล กรมส่งเสริม การปกครองท้องถิ่น) หมายเหตุ กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่นจะได้ประสานขอความ อนุเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานดัง กล่าวจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่รับถ่ายโอนสถานีนอนมัยเฉลิมพระ เกียรติ 60 พรรชนาวินทรราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน พื้นที่ จำนวน 63 จังหวัด เนื่องจาก เป็นหน่วยงานจัดทำแผนพัฒนา สุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจล่วงเลย ระยะเวลาที่สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้หากผล การดำเนินการเป็นประการใด จะได้ ส่งให้ทราบต่อไป								
ร้อยละของจำนวนองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีการใช้จ่าย เงินกองทุนได้ตามเป้าหมาย (แหล่งข้อมูล สปสช.)								
มาตรการที่ 2: มาตรการ เรื่อง “การจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน”								

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
1. ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มสูงอายุกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป)) (Proxy KPI) หมายเหตุ- ผลการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี 2568 ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป)	- กำหนดค่าเป้าหมายการให้บริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของวัคซีนที่ได้รับการจัดสรร (เชิง Performance หรือการปฏิบัติงาน หมายเหตุ : ไม่สามารถคิดเป็นความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายได้	- ปี 2568 อยู่ระหว่างดำเนินการให้บริการวัคซีน - ปี 2567 ร้อยละ 53.37 - ปี 2566 ร้อยละ 42.78 - ปี 2565 ร้อยละ 34.01	ผลการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) ตามยอดจัดสรร $= (A/B) \times 100$ A = จำนวนการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) B = จำนวนวัคซีนที่ได้รับจัดสรร	- ปีละ 1 ครั้ง (สิ้นปีงบประมาณ)	- ข้อมูลผลงานบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากรายงานระบบ Krungthai Digital Health Platform ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		/	/

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
			ทั้งหมดใน ประชากร กลุ่มเสี่ยง					
2. ระดับความสำเร็จของการสร้าง ความร่วมมือกับภาคยุทธศาสตร์ใน การจัดทำแผนและดำเนินการในการ ค้นหากลุ่ม เปราะบาง เพื่อเพิ่มการ เข้าถึงบริการสาธารณสุข (แหล่งข้อมูล - สปสช.)								
ร้อยละความครอบคลุมการได้รับ วัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองโรคติดต่อ ทั่วไป)) หมายเหตุ ร้อยละความครอบคลุม ของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัด เยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุ ต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไป ตามเป้าหมาย	- ภาพรวมทั้งประเทศ ไม่ น้อยกว่า ร้อยละ 95	ประมวลผลข้อมูลจาก ระบบ HDC ณ 27 มิ.ย.68 - ปี 2568 ร้อยละ 88.9 - ปี 2567 ร้อยละ 86.5 - ปี 2566 ร้อยละ 85.4 - ปี 2565 ร้อยละ 82.7 1. การดำเนินงานเป็นไป ตามเป้าหมายในบาง จังหวัด 2. จังหวัดที่ยังไม่บรรลุ เป้าหมาย คือ จังหวัด ชายแดนภาคใต้ เนื่องจาก	ร้อยละความ ครอบคลุม ของวัคซีน ป้องกันหัด- คางทูม-หัด เยอรมันเข็ม ที่ 2 (MMR2) = $(A/B) \times 100$ A = ประชากร เป้าหมายที่ ได้รับวัคซีน	-ทุกไตรมาส (1-4)	ระบบคลังข้อมูล ด้านการแพทย์และ สุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข (HDC)	/	/	/

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		2.1 การปฏิเสธรักษาใน กลุ่มเสี่ยง 2.2 การถ่ายโอนภารกิจไป ยังองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น	รวมป้องกัน โรคหัด – คางทูม - หัด เยอรมัน (MMR2) B = ประชากร เป้าหมายที่ อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่ รับผิดชอบ ทั้งหมด					
มาตรการที่ 3: มาตรการ เรื่อง “สร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีอยู่ในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น”								
1. ร้อยละความสำเร็จในด้านการ ป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการ ดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพ ระดับจังหวัดและท้องถิ่น ที่เกิดจาก การมีส่วนร่วม (แหล่งข้อมูล กรม ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) หมายเหตุ กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่นจะได้ประสานขอความ อนุเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานดัง	-	-	-	-	-	-	-	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
กล่าวจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่รับถ่ายโอนสถานีนอนามัยเฉลิมพระ เกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน พื้นที่ จำนวน 63 จังหวัด เนื่องจาก เป็นหน่วยงานจัดทำแผนพัฒนา สุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจล่วงเลย ระยะเวลาที่สำนักงานคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้หากผล การดำเนินการเป็นประการใด จะได้ ส่งให้ทราบต่อไป								
2. จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ได้มี การดำเนินงานสำเร็จในด้านการ ป้องกันและควบคุมโรค (แหล่งข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ)	ปี 2568 มติที่อยู่ระหว่าง การดำเนินงานมี ความสำเร็จเพิ่มขึ้น ปี 2569 มติที่อยู่ระหว่าง การดำเนินงานมี ความสำเร็จเพิ่มขึ้นจากปี ก่อนหน้า	- มติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับ การป้องกันและควบคุม โรคและปัจจัยที่คุกคาม สุขภาพ ข้อมูล ณ ปี 2567 ที่ประสบความสำเร็จ จำนวน 28 มติ จาก ทั้งหมด 31 มติ และอยู่ระหว่างการ ดำเนินงานอีก 3 มติ	จำนวนนับ โดยนับ จำนวนมติที่ ประสบ ความสำเร็จ แบบสะสม ตั้งแต่ปี 2551 เป็น ต้นมา	รายปี	รายงานสมัชชา สุขภาพแห่งชาติ	เป้าหมาย ที่ 3 : สร้าง หลักประ กันว่าทุก คนมีชีวิต ที่มี สุขภาพดี และ ส่งเสริม สวัสดิ	ยุทธศาสตร์ ชาติ ที่ 3 ด้านการ พัฒนาและ เสริมสร้าง ศักยภาพ ทรัพยากร มนุษย์ ประเด็นที่ 2 การ พัฒนา	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
						ภาพ สำหรับ ทุกคน ในทุกวัย	ศักยภาพ คนตลอด ช่วงชีวิต มุ่งเน้นการ พัฒนาคน เชิงคุณภาพ ในทุกช่วง วัย	
มาตรการที่ 4: มาตรการ เรื่อง “จัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูล สุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ”								
1. ความครอบคลุมของหน่วยบริการ สุขภาพ ที่รายงานในระบบเฝ้าระวัง โรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance] (แหล่งข้อมูล กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค)	ร้อยละ 97	บรรลุเป้าหมาย ปี พ.ศ.2568 มีหน่วย บริการสุขภาพที่รายงาน จำนวน 1,383 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 97.88	ไม่มี	ทุกวัน	https://ddsdoe. ddc.moph.go.th /ddss/			/ ตัวชี้วัด คำ รับ รอง ปฏิบัติ ติ ราชก าร กรม ควบคุม

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
								คุม โรค
ความครอบคลุมของหน่วยบริการ สุขภาพ ที่รายงานในระบบเฝ้าระวัง โรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance] (แหล่งข้อมูล กรมปศุสัตว์) หมายเหตุ สำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัดโรคสัตว์พิจารณาแล้ว เห็น ว่าภายใต้ข้อกำหนดตามตัวชี้วัด ดังกล่าว เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ มีหลาย หน่วยงานในสังกัดกรมปศุสัตว์ที่มี หน้าที่และอำนาจในการขับเคลื่อน งานเพื่อให้ได้ผลการดำเนินงานที่มี ประสิทธิภาพตรงตามเป้าประสงค์ ของตัวชี้วัดดังกล่าว จึงขอเสนอให้ มี การตั้งคณะทำงานขึ้นมาเพื่อกำหนด กรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนและ เป็นรูปธรรม รวมถึงมีการกำกับ ติดตามอย่างเป็นระบบต่อไป ทั้งนี้	-	-	-	-	-	-	-	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
กลุ่มควบคุม ป้องกันโรคสัตว์เลี้ยง สคบ. ไตยง (ร้าง) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง กับการป้องกันและควบคุมและปัจจัย ที่คุกคามสุขภาพ								
ความครอบคลุมของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รายงานใน ระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) (แหล่งข้อมูล กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค)	ร้อยละ 70 บรรลุเป้าหมาย	พ.ศ.2568 มีโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ รายงานจำนวน 9,803 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 89.19	ไม่มี	ทุกวัน	https://ddsdoe. ddc.moph.go.th /ddss/			/ ตัวชี้วัด คำ รับ ร อง ปฏิบัติ ติ ราชก าร กรม ควบคุม โรค
มาตรการที่ 5: มาตรการ เรื่อง “พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ”								
1 ตัวชี้วัดร้อยละการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐาน ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2562 (แหล่งข้อมูล กองสนับสนุนระบบ	3,100 หน่วย	3,180 หน่วย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568 ไตรมาสปีงบประมาณ 2568)	C = (A*100) / B คำนิยาม :	ทุกไตรมาส	1. ข้อมูลจากระบบ ลงทะเบียน ของ กองสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐม	เป้าหมาย ที่ 3 : สร้าง หลักประ	ด้านการ พัฒนาและ เสริมสร้าง	แผน แม่บ ท : การ

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
สุขภาพปฐมภูมิ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ชื่อตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข: จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562		ผลการดำเนินงานบรรลุ เป้าหมายโดยมีปัจจัยดังนี้ 1. ความร่วมมือจากทุก ภาคส่วน มีการทำงานแบบ บูรณาการมากขึ้น โดย กระทรวงสาธารณสุขได้ จัดทำ MOU ร่วมกับ อบจ. อปท. หน่วยงานอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง ในการกำหนด ทิศทางการดำเนินงาน ร่วมกัน 2. การสนับสนุน งบประมาณให้กับพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการ ดำเนินงาน 3. การจัดทำแผนการ ดำเนินงานของพื้นที่ เช่น แผนการผลิตแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว	C = ร้อยละ การจัดตั้ง หน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่าย หน่วยบริการ ปฐมภูมิทุก สังกัด ตาม ประกาศ สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข และผ่าน เกณฑ์ คุณภาพ มาตรฐาน จาก ค.ป.ค. ม. A = จำนวน หน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่าย		ภูมิ สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข 2. ระบบข้อมูลและ มาตรฐานหน่วย บริการปฐมภูมิ (PCUstandard.m oph.go.th)	กันการมี สุขภาวะ ที่ดี และ ส่งเสริม ความ เป็นอยู่ที่ ดีสำหรับ ทุกคนใน ทุกช่วง วัย	ศักยภาพ มนุษย์	เสริม สร้าง ให้ คน ไทย มีสุข ภาวะ ที่ดี

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
			หน่วยบริการ ปฐมภูมิทุก สังกัด ตามประกาศ สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข (ยอดสะสม) ที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพ มาตรฐาน ของ ค.ป.ค. ม. B = จำนวน หน่วยบริการ ปฐมภูมิและ เครือข่าย หน่วยบริการ ปฐมภูมิทุก สังกัดเต็ม พื้นที่ของ แผนจัดตั้ง					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
			หน่วยบริการ ปทุมธานี ของจังหวัด					
มาตรการที่ 6: มาตรการ เรื่อง “นำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้ที่รอบด้านมาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม”								
1. ตัวชี้วัดจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการจัดทำรายงานการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) (แหล่งข้อมูล กรมอนามัย-กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ) หมายเหตุ ไม่มีการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดนี้	-	-	-	-	-	-	-	-
2. ตัวชี้วัดจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำผลการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (HIA) มาใช้ ในกระบวนการตัดสินใจนโยบายของ อปท. (แหล่งข้อมูล กรมอนามัย-กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ)	-	ปี 2565 จำนวน 4 แห่ง 5) เทศบาลนครเกาะสมุย 6) เทศบาลตำบลทับมา 7) เทศบาลนครขอนแก่น 8) เทศบาลเมืองเทพางศ ปี 2566 จำนวน 2 แห่ง 3) เทศบาลตำบลวัดสิงห์ 4) เทศบาลตำบลจ้อหอ	จำนวน อปท.ที่มีการ นำผลฯ มา ใช้ ใน กระบวนการ ตัดสินใจ นโยบายของ อปท.	1 ครั้ง / ปี	กรมอนามัย https://ehasmart.anamai.moph.go.th/	/	/	การ พัฒนา คุณภาพ การ บริหาร จัดกา ร

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		ปี <u>2567</u> จำนวน 5 แห่ง 6) เทศบาลตำบลปลักแรด 7) เทศบาลเมืองชัยนาท 8) เทศบาลเมืองกระทุ่ม แบน 9) เทศบาลตำบลศรีบัว บาน 10) เทศบาลตำบล จอหอ						ภาค รัฐ (PM QA)
จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation: EHA 8000) และ ผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป และมี กำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ (แหล่งข้อมูล กรมอนามัย-กอง ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ)	ปี 2565 – 2567 : ไม่มีค่า เป้าหมาย ปี 2568 : ค่าเป้าหมาย 3 แห่ง/ปี	ปี <u>2565</u> จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย - ระดับดี 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครเกาะสมุย - ระดับดีมาก 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลทับ มา, เทศบาลนคร ขอนแก่น และเทศบาล เมืองเทพสงคาม ปี <u>2566</u> จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย	จำนวน อปท. ที่ สมัครเข้า ร่วม EHA 8000 และ ผ่าน ระดับพื้นฐา นขึ้นไป และ มีกำหนดเป็น นโยบาย สาธารณะ	1 ครั้ง / ปี	กรมอนามัย https:// ehasmart. anamai. moph.go.th/	/	/	การ พัฒนา คุณภาพ การ บริหาร การ จัดก าร ภาค รัฐ

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		- ระดับดี 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลวัดสิงห์ - ระดับดีมาก 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลจอหอ ปี <u>2567</u> จำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย - ระดับดี 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลปลักแรด, เทศบาลเมืองชัยนาท และเทศบาลเมืองกระทุ่มแบน - ระดับดีมาก 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลศรีบัวบาน และเทศบาลตำบลจอหอ ปี <u>2568</u> อยู่ระหว่างดำเนินการประเมิน EHA ของ อปท.						(PM QA)

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
1.ตัวชี้วัดที่สะท้อนเป้าหมาย เรื่อง “บุคคลและชุมชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างเป็นธรรม ตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย ท้นต่อสถานการณ์ โดยถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันของภาคีทุกภาคส่วนที่จะร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพให้กับทุกคน โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำ และไม่เลือกปฏิบัติ สร้างระบบสุขภาพที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล มีการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกช่วงวัยและทุกระดับสู่ความเป็นพลเมืองที่ตื่นรู้ มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม								
1. สมรรถนะการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา))	-	-	-	-	-	-	-	-
2. ศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) และมีการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองระบาดวิทยา))	การพัฒนาขีดความสามารถของสมรรถนะการดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศผ่านระดับ 4 ขึ้นไป	บรรลุเป้าหมายผ่านระดับ 4	ไม่มี	1 ครั้ง / ปี (ไตรมาส 4)	ผลการประเมินสมรรถนะตนเองตามการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ประจำปี (State Party Self-Assessment Annual Reporting Tool: SPAR)	/	/	เป้าหมายการให้บริการกรมควบคุมโรค

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
จำนวนตัวชี้วัดการดำเนินงาน ตามกฎหมายระหว่างประเทศผ่าน การประเมินสมรรถนะในระดับ ที่ 4 ขึ้นไป	ปี 65 แผน 56 ตัวชี้วัด ปี 66 แผน 56 ตัวชี้วัด ปี 67 แผน 56 ตัวชี้วัด	ปี 65 ผล 35 ตัวชี้วัด (ระดับ 5=12/ระดับ 4 =12) ปี 66 ผล 35 ตัวชี้วัด (ระดับ 5=13/ระดับ 4 =22) ปี 67 ผล 35 ตัวชี้วัด (ระดับ 5=15/ระดับ 4 =20)			ข้อมูล ปี 65 เป็นผลการ ประเมิน Joint External Evaluation (JEE) ข้อมูล ปี 66-67 เป็นผลการประเมินตนเอง ข้อมูลจากกองระบาด วิทยา กรมควบคุมโรค			
2. ตัวชี้วัดที่สะท้อนเป้าหมายตามมาตรการ								
มาตรการที่ 1: มาตรการ เรื่อง “การกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถออกแบบระบบและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคและ ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของท้องถิ่นตนเอง”								
1. ร้อยละของจำนวน อปท. ที่มี การใช้จ่ายเงินกองทุนในด้าน การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพ ได้ตามเป้าหมาย (แหล่งข้อมูล	ปี 65 แผน ปี 66 แผน ปี 67 แผน	ปี 65 ผล ปี 66 ผล ปี 67 ผล	-	-	-	-	-	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่น) หมายเหตุ หน่วยงานที่ รับผิดชอบการจัดสรร งบประมาณและการใช้จ่าย งบประมาณจากกองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพใน ระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น) เห็นว่า หน่วยงานที่รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ จึงเห็นควรประสานขอ ความอนุเคราะห์จากหน่วยงาน ดังกล่าว								
2. ร้อยละแผนพัฒนาด้าน สุขภาพในระดับพื้นที่ ที่เกิดจาก กระบวนการมีส่วนร่วม โดยมี การวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ และความเป็นธรรม ตลอดจนมี การกระจายงบประมาณสู่ ท้องถิ่น (แหล่งข้อมูล กรม ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น)	ปี 65 แผน ปี 66 แผน ปี 67 แผน	ปี 65 ผล ปี 66 ผล ปี 67 ผล	-	-	-	-	-	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
หมายเหตุ กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่นจะได้ประสาน ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลการ ดำเนินงานดังกล่าวจากองค์การ บริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอน สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนนี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในพื้นที่ จำนวน 63 จังหวัด เนื่องจากเป็นหน่วยงาน จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพใน ระดับพื้นที่ ซึ่งอาจล่วงเลย ระยะเวลาที่สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้หากผลการ ดำเนินการเป็นประการใด จะได้ ส่งให้ทราบต่อไป								
ร้อยละของจำนวนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ มีการใช้จ่ายเงินกองทุนได้ตาม เป้าหมาย (แหล่งข้อมูล สปสช.)	ปี 65 แผน ปี 66 แผน ปี 67 แผน	ปี 65 ผล ปี 66 ผล ปี 67 ผล						

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
มาตรการที่ 2: มาตรการ เรื่อง “การจัดการโครงสร้าง กลไก และกระบวนการบริหารจัดการ การจัดหาและกระจายทรัพยากรที่เป็นธรรมกับทุกคน”								
1. ร้อยละความครอบคลุม วัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น กลุ่มสูงอายุกลุ่มแรงงานข้าม ชาติ (แหล่งข้อมูล - กรม ควบคุมโรค (กองโรคติดต่อ ทั่วไป)) (Proxy KPI) หมายเหตุ- ผลการให้บริการ วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ ตามฤดูกาล ปี 2568 ในกลุ่ม ประชากรกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป)	- กำหนดค่า เป้าหมายการ ให้บริการ ไม่น้อย กว่าร้อยละ 80 ของวัคซีนที่ได้รับ การจัดสรร (เชิง Performance หรือการ ปฏิบัติงาน หมายเหตุ : ไม่ สามารถคิดเป็น ความครอบคลุม วัคซีนใน กลุ่มเป้าหมายได้	- ปี 2568 อยู่ระหว่าง ดำเนินการให้บริการ วัคซีน - ปี 2567 ร้อยละ 53.37 - ปี 2566 ร้อยละ 42.78 - ปี 2565 ร้อยละ 34.01	ผลการให้บริการ วัคซีนป้องกันโรค ไขหวัดใหญ่ตาม ฤดูกาล (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) ตาม ยอดจัดสรร = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนการ ให้บริการวัคซีน ป้องกันโรคไขหวัด ใหญ่ (ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) B = จำนวนวัคซีน ที่ได้รับจัดสรร ทั้งหมดใน ประชากรกลุ่ม เสี่ยง	- ปีละ 1 ครั้ง (สิ้น ปีงบประมาณ)	- ข้อมูลผลงานบริการฉีด วัคซีนป้องกันโรคไขหวัด ใหญ่ในประชาชนกลุ่ม เสี่ยงจากรายงานระบบ Krungthai Digital Health Platform ของ สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ		/	/
2. ระดับความสำเร็จของการ สร้างความร่วมมือกับภาคี ยุทธศาสตร์ในการจัดทำแผน								

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
และดำเนินการในการค้นหา กลุ่ม เปราะบาง เพื่อเพิ่มการ เข้าถึงบริการสาธารณสุข (แหล่งข้อมูล - สปสช.)								
ร้อยละความครอบคลุมการ ได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย (แหล่งข้อมูล - กรมควบคุมโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป)) หมายเหตุ ร้อยละความ ครอบคลุมของวัคซีนป้องกัน หัด-คางทูม-หัดเยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ระดับจังหวัด เป็นไปตาม เป้าหมาย	- ภาพรวมทั้ง ประเทศ ไม่น้อย กว่า ร้อยละ 95	ประมวลผลข้อมูลจาก ระบบ HDC ณ 27 มิ.ย.68 - ปี 2568 ร้อยละ 88.9 - ปี 2567 ร้อยละ 86.5 - ปี 2566 ร้อยละ 85.4 - ปี 2565 ร้อยละ 82.7 1. การดำเนินงาน เป็นไปตามเป้าหมาย ในบางจังหวัด 2. จังหวัดที่ยังไม่ บรรลุเป้าหมาย คือ	ร้อยละความ ครอบคลุมของ วัคซีนป้องกันหัด- คางทูม-หัด เยอรมันเข็มที่ 2 (MMR2) = (A/B) × 100 A = ประชากร เป้าหมายที่ได้รับ วัคซีนรวมป้องกัน โรคหัด – คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR2) B = ประชากร เป้าหมายที่อาศัย อยู่จริงในพื้นที่ รับผิดชอบทั้งหมด	-ทุกไตรมาส (1-4)	ระบบคลังข้อมูลด้าน การแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC)	/	/	/

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		จังหวัดชายแดน ภาคใต้ เนื่องจาก 2.1 การปฏิเสธรั้วขึ้น ในกลุ่มเสี่ยง 2.2 การถ่ายโอน ภารกิจไปยังองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น						
มาตรการที่ 3: มาตรการ เรื่อง “สร้างพื้นที่ให้คนทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมมีอยู่ในระบบสุขภาพในทุกระดับอย่างกว้างขวางมากขึ้น”								
1. ร้อยละความสำเร็จในด้าน การป้องกันและควบคุมโรคที่ เกิดจากการดำเนินงานตาม แผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด และท้องถิ่น ที่เกิดจากการมี ส่วนร่วม (แหล่งข้อมูล กรม ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น) หมายเหตุ กรมส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่นจะได้ประสาน ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลการ ดำเนินงานดังกล่าวจากองค์การ บริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอน สถานีนอนาภัยเฉลิมพระเกียรติ	-	-	-	-	-	-	-	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
60 พรรชานวมินทรราชินี และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลในพื้นที่ จำนวน 63 จังหวัด เนื่องจากเป็นหน่วยงาน จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพใน ระดับพื้นที่ ซึ่งอาจล่วงเลย ระยะเวลาที่สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้หากผลการ ดำเนินการเป็นประการใด จะได้ ส่งให้ทราบต่อไป								
2. จำนวนมติสมัชชาสุขภาพที่ ได้มีการดำเนินงานสำเร็จใน ด้านการป้องกันและควบคุมโรค (แหล่งข้อมูล สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ)	ปี 2568 มติที่อยู่ ระหว่างการ ดำเนินงานมี ความสำเร็จ เพิ่มขึ้น ปี 2569 มติที่อยู่ ระหว่างการ ดำเนินงานมี ความสำเร็จ	- มติสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ ที่เกี่ยวข้อง กับการป้องกันและ ควบคุมโรคและปัจจัย ที่คุกคามสุขภาพ ข้อมูล ณ ปี 2567 ที่ ประสบความสำเร็จ จำนวน 28 มติ จาก ทั้งหมด 31 มติ	จำนวนนับ โดยนับจำนวนมติ ที่ประสบ ความสำเร็จแบบ สะสมตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา	รายปี	รายงานสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติ	เป้าหมายที่ 3 : สร้าง หลักประกัน ว่าทุกคนมี ชีวิต ที่มีสุขภาพ ดีและ ส่งเสริม สวัสดิภาพ	ยุทธศาสตร์ ชาติ ที่ 3 ด้านการ พัฒนาและ เสริมสร้าง ศักยภาพ ทรัพยากร มนุษย์ ประเด็นที่ 2 การ	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
	เพิ่มขึ้นจากปีก่อน หน้า	และอยู่ระหว่างการ ดำเนินงานอีก 3 มติ				สำหรับทุก คน ในทุกวัย	พัฒนา ศักยภาพ คนตลอด ช่วงชีวิต มุ่งเน้นการ พัฒนาคน เชิงคุณภาพ ในทุกช่วง วัย	
มาตรการที่ 4: มาตรการ เรื่อง “จัดการให้เกิดกลไกศูนย์เฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับประเทศ ที่เชื่อมโยงกับกลไกระบบฐานข้อมูล สุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคามสุขภาพของหน่วยงานทุกระดับ”								
1. ร้อยละความครอบคลุมของ หน่วยบริการสุขภาพ ที่รายงาน ในระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance : DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance] (แหล่งข้อมูล กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) (เริ่มดำเนินการปี 67)	ปี 67 แผน (รพ.) ร้อยละ 60 ปี 68 (รพ.+ รพ. สต) ร้อยละ 97	ปี 67 ผล ร้อยละ 80 (ดำเนินการเชื่อม ข้อมูลในระดับ รพ.) ปี พ.ศ.2568 ขยาย ผลไปยังหน่วยบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ (รพ.+ รพ.สต) ที่ รายงานจำนวน 1,383 แห่ง	ไม่มี	ทุกวัน	https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/			/ ตัวชี้วัดคำ รับรอง ปฏิบัติ ราชการ กรม ควบคุม โรค

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		คิดเป็นร้อยละ 97.88 (บรรลุเป้าหมาย)						
ความครอบคลุมของหน่วย บริการสุขภาพ ที่รายงานใน ระบบเฝ้าระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital-Disease Surveillance : DDS) [ทั้ง indicator based และ event based surveillance] (แหล่งข้อมูล กรมปศุสัตว์) หมายเหตุ สำนักควบคุม ป้องกัน และบำบัดโรคสัตว์ พิจารณาแล้ว เห็นว่าภายใต้ ข้อกำหนดตามตัวชี้วัดดังกล่าว เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ มีหลาย หน่วยงานในสังกัดกรมปศุสัตว์ที่ มีหน้าที่และอำนาจในการ ขับเคลื่อนงานเพื่อให้ผลการ ดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพตรง ตามเป้าประสงค์ของตัวชี้วัด ดังกล่าว จึงขอเสนอให้ มีการตั้ง	-	-	-	-	-	-	-	-
ตัวชี้วัดผิดหรือไม่ เนื่องจากซ้ำซ้อนกับตัวชี้วัด DDS ก่อนหน้านี้								

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
คณะทำงานขึ้นมาเพื่อกำหนด กรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน และเป็นรูปธรรม รวมถึงมีการ กำกับติดตามอย่างเป็นระบบ ต่อไป ทั้งนี้ กลุ่มควบคุม ป้องกันโรคสัตว์เลี้ยง สคบ. ได้ ยก (ร่าง) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ การป้องกันและควบคุมและ ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ								
ร้อยละความครอบคลุมของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่รายงานในระบบเฝ้า ระวังโรคแบบดิจิทัล (Digital Disease Surveillance: DDS) (แหล่งข้อมูล กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค)	ร้อยละ 70 บรรลุเป้าหมาย	พ.ศ.2568 มี โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่ รายงานจำนวน 9,803 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 89.19 (เป็นตัวชี้วัดที่เริ่ม ดำเนินการในปี 2568)	ไม่มี	ทุกวัน	https://ddsdoe.ddc.moph.go.th/ddss/			/ ตัวชี้วัดคำ รับรอง ปฏิบัติ ราชการ กรม ควบคุม โรค
มาตรการที่ 5: มาตรการ เรื่อง “พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เชื่อมโยงกับระบบหลักประกันสุขภาพ”								

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
1 ตัวชี้วัดร้อยละการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่าน มาตรฐาน ตาม พ.ร.บ. ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ 2562 (แหล่งข้อมูล กองสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข) ชื่อตัวชี้วัดของกระทรวง สาธารณสุข: จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ ตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	3,100 หน่วย	3,180 หน่วย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2568 ไตรมาส ปีงบประมาณ 2568) ผลการดำเนินงาน บรรลุเป้าหมายโดยมี ปัจจัยดังนี้ 1. ความร่วมมือจาก ทุกภาคส่วน มีการ ทำงานแบบบูรณาการ มากขึ้น โดย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำ MOU ร่วมกับ อบจ. อบต. หน่วยงานอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง ในการ กำหนดทิศทางการ ดำเนินงานร่วมกัน 2. การสนับสนุน งบประมาณให้กับ	C = (A*100) / B คำนิยาม : C = ร้อยละการ จัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิ และเครือข่าย หน่วยบริการปฐม ภูมิทุกสังกัด ตาม ประกาศ สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข และ ผ่านเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐาน จาก ค.ป.ค.ม. A = จำนวนหน่วย บริการปฐมภูมิ และเครือข่าย หน่วยบริการปฐม ภูมิทุกสังกัด	ทุกไตรมาส	1. ข้อมูลจากระบบ ลงทะเบียน ของกอง สนับสนุนระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ระบบข้อมูลและ มาตรฐานหน่วยบริการ ปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.g o.th)	เป้าหมายที่ 3 : สร้าง หลักประก นการมีสุข ภาวะที่ดี และส่งเสริม ความ เป็นอยู่ที่ดี สำหรับทุก คนในทุก ช่วงวัย	ด้านการ พัฒนาและ เสริมสร้าง ศักยภาพ มนุษย์	แผน แม่บท : การ เสริมสร้าง ให้คนไทย มีสุขภาวะ ที่ดี

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		พื้นที่ เพื่อขับเคลื่อน การดำเนินงาน 3. การจัดทำแผนการ ดำเนินงานของพื้นที่ เช่น แผนการผลิต แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว	ตามประกาศ สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข (ยอด สะสม) ที่ผ่าน เกณฑ์คุณภาพ มาตรฐาน ของ ค. ป.ค.ม. B = จำนวนหน่วย บริการปฐมภูมิ และเครือข่าย หน่วยบริการปฐม ภูมิทุกสังกัดเต็ม พื้นที่ของแผน จัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิ ของจังหวัด					
มาตรการที่ 6: มาตรการ เรื่อง “นำกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA) ที่ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์หรือองค์ความรู้รอบด้าน มาใช้ในการกำหนดนโยบายสาธารณะ โดยมีทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม”								
1. ตัวชี้วัดจำนวนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการ	-	-	-	-	-	-	-	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
จัดทำรายงานการประเมินผล กระทบด้านสุขภาพ (HIA) (แหล่งข้อมูล กรมอนามัย-กอง ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ) หมายเหตุ ไม่มีการจัดเก็บข้อมูล ตัวชี้วัดนี้								
2. ตัวชี้วัดจำนวนองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการนำ ผลการประเมินผลกระทบด้าน สุขภาพ (HIA) มาใช้ ใน กระบวนการตัดสินใจนโยบาย ของ อบต. (แหล่งข้อมูล กรม อนามัย-กองประเมินผลกระทบ ต่อสุขภาพ)	-	ปี 2565 จำนวน 4 แห่ง 1) เทศบาลนคร เกาะสมุย 2) เทศบาลตำบลทับ มา 3) เทศบาลนคร ขอนแก่น 4) เทศบาลเมืองเทพ วงศ์ ปี 2566 จำนวน 2 แห่ง 1) เทศบาลตำบลวัด สิงห์	จำนวน อบต.ที่มี การนำผลฯ มาใช้ ในกระบวนการ ตัดสินใจนโยบาย ของ อบต.	1 ครั้ง / ปี	กรมอนามัย https:// ehasmart. .anamai. moph.go.th/	/	/	การ พัฒนา คุณภาพ การ บริหาร จัดการ ภาครัฐ (PMQA)

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		2) เทศบาลตำบลจอ หอ ปี <u>2567</u> จำนวน 5 แห่ง 1) เทศบาลตำบลปลัก แรด 2) เทศบาลเมือง ชัยนาท 3) เทศบาลเมือง กระทุ่มแบน 4) เทศบาลตำบลศรี บัวบาน 5) เทศบาลตำบลจอ หอ						
จำนวนองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นที่สมัครเข้าร่วม EHA 8000 (Environmental Health Accreditation: EHA 8000) และผ่านระดับพื้นฐาน ขึ้นไป และมีกำหนดเป็น นโยบายสาธารณะ (แหล่งข้อมูล	ปี 2565 – 2567 : ไม่มีค่า เป้าหมาย ปี 2568 : ค่า เป้าหมาย 3 แห่ง/ ปี	ปี <u>2565</u> จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย - ระดับดี 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนคร เกาะสมุย - ระดับดีมาก 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาล	จำนวน อปท. ที่ สมัครเข้าร่วม EHA 8000 และ ผ่านระดับพื้นฐาน ขึ้นไป และมี กำหนดเป็น	1 ครั้ง / ปี	กรมอนามัย https:// ehasmart .anamai. moph.go.th/	/	/	การ พัฒนา คุณภาพ การ บริหาร จัดการ

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
กรมอนามัย-กองประเมินผล กระทบต่อสุขภาพ)		ตำบลทับมา, เทศบาลนคร ขอนแก่น และ เทศบาลเมืองเทพ วงศ์ ปี <u>2566</u> จำนวน 2 แห่ง ประกอบด้วย - ระดับดี 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาล ตำบลวัดสิงห์ - ระดับดีมาก 1 แห่ง ได้แก่ เทศบาล ตำบลจอหอ ปี <u>2567</u> จำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย - ระดับดี 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาล ตำบลปลักแรด, เทศบาลเมือง ชัยนาท และ	นโยบาย สาธารณะ					ภาครัฐ (PMQA)

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2567	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมาย หรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการ จัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติ และสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		เทศบาลเมือง กระทุ่มแบน - ระดับดีมาก 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาล ตำบลดอนยายหอม และเทศบาลตำบลดอน จอน ปี 2568 อยู่ระหว่าง ดำเนินการประเมิน EHA ของ อปท.						

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 25565- 2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565- 2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่บรรลุ เป้าหมายหรือไม่อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ใน การจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับเป้าหมาย ระดับชาติและสากล		
						SDGs	ยุทธศาสตร์ ชาติ	อื่นๆ
ตัวชี้วัด สปสช. ตอบสนองตัวชี้วัดที่ 2 ของ สช.								
ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วม ของภาคียุทธศาสตร์ในการค้นหา กลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการสาธารณสุข  รายละเอียดตัวชี้วัด 26_ กลุ่มเปราะบาง.xlsx		ปีงบประมาณ 2567  KPI26_พม_ผลงานไตร มาส 4_67.pdf		วัดผลสิ้น ปีงบประมาณ และรายงาน ความก้าวหน้า ทุกไตรมาส	รายงานผลการ ดำเนินงานของ กลุ่มภารกิจ			ยุทธศาสตร์ สปสช.
ระดับความสำเร็จของการมีส่วนร่วม ของภาคียุทธศาสตร์ในการค้นหา กลุ่มเปราะบาง เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการสาธารณสุข  ตชว.องค์กร ปี 2568_C3_KPI26.pdf		ปีงบประมาณ 2568 ผลงาน ณ ไตรมาส 3  ผลKPI 26_ปี 68_Q3_C3.pdf		วัดผลสิ้น ปีงบประมาณ และรายงาน ความก้าวหน้า ทุกไตรมาส	รายงานผลการ ดำเนินงานของ กลุ่มภารกิจ			ยุทธศาสตร์ สปสช.

รายงานโดย ฝ่ายขยาย ขั้วเคลื่อนเครือข่ายและคุ้มครองสิทธิ
กลุ่มภารกิจสนับสนุนการมีส่วนร่วม และคุ้มครองสิทธิ

ขอบเขตของงาน

จ้างจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ”

1

ขอบเขตของงาน

จ้างจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ”

1. ความเป็นมา

ตามมาตรา 25(5) และ มาตรา 27(3) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผล เกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่และอำนาจสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานตามมาตรา 25(5) และ มาตรา 27(3) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการนำ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มาใช้ประโยชน์โดยการใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงระบบ สุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ในระยะ 5 ปี จึงจำเป็นต้องมี การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงาน สถานการณ์ระบบสุขภาพไทยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง นำไปใช้ประโยชน์ในการรายงานต่อสาธารณะ หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงให้คำแนะนำเชิงนโยบายต่อคณะรัฐมนตรีและหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ต่อไปนั้น ซึ่งเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งที่กำหนดไว้ใน ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 จึงเห็นควรให้มีการจัดจ้างเพื่อจัดทำรายงาน สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพขึ้น

2. วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคาม สุขภาพ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ สำหรับการดำเนินงานของการป้องกันและควบคุม โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรมตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

พรส

(นางสาวพรสิรี จิตรถเวช)

ผู้จัดทำร่างขอบเขตของงาน

3. คุณสมบัติของผู้เสนอราคา

- 3.1 มีความสามารถตามกฎหมาย
- 3.2 ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
- 3.3 ไม่อยู่ระหว่างเลิกกิจการ
- 3.4 ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ระหว่างถูกระงับการยื่นข้อเสนอ หรือ ทำสัญญากับหน่วยงานของรัฐ ไว้ชั่วคราว เนื่องจากเป็นผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการตามระเบียบที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังกำหนดตามที่ประกาศเผยแพร่ในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลาง
- 3.5 ไม่เป็นบุคคลซึ่งถูกระบุชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อผู้ทำงานและได้แจ้งเวียนชื่อให้เป็นผู้ทำงานของหน่วยงานของรัฐในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลาง ซึ่งรวมถึงนิติบุคคลที่ผู้ทำงานเป็นหุ้นส่วนผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหาร ผู้มีอำนาจในการดำเนินงานในกิจการของนิติบุคคลนั้นด้วย
- 3.6 มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่คณะกรรมการนโยบายการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
- 3.7 เป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคลผู้มีอาชีพรับจ้างดังกล่าว
- 3.8 ไม่เป็นผู้ได้รับเอกสิทธิ์หรือความคุ้มกัน ซึ่งอาจปฏิเสธไม่ยอมขึ้นศาลไทย เว้นแต่รัฐบาลของผู้ยื่นข้อเสนอได้มีคำสั่งให้สละเอกสิทธิ์และความคุ้มกันเช่นนั้น
- 3.9 ไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้ยื่นข้อเสนอรายอื่นที่เข้ายื่นข้อเสนอให้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ณ วันเสนอราคา หรือไม่เป็นผู้กระทำการอันเป็นการขัดขวางการแข่งขันราคาอย่างเป็นธรรมในการเสนอราคาครั้งนี้

4. ขอบเขตการดำเนินงาน

- 4.1 รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร งานวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ อาทิ สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ นโยบายสำคัญของประเทศ กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่มีการดำเนินงานเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

พ.ร.ว.

(นางสาวพรลีย์ จิตรถเวช)

ผู้จัดทำร่างขอบเขตของงาน

4.2 รวบรวมตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพเพื่อใช้ในการนำเสนอในที่ประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และการรับฟังความคิดเห็นเพื่อคัดเลือกตัวชี้วัด

4.3 กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ทั้งในระดับส่วนกลาง และท้องถิ่นร่วมกับ สช. เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนร่วมคัดเลือกและให้ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

4.4 นำชุดตัวชี้วัดที่คัดเลือกแล้วไปติดตาม วิเคราะห์ และประเมินผล

4.5 จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย

4.5.1 ความเป็นมาและความสำคัญ: โดยกล่าวถึงความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ นโยบายรัฐบาล/คณะรัฐมนตรี เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) และแนวทางของระดับสากล (ถ้ามี)

4.5.2 ตัวชี้วัดที่ใช้ มีรายละเอียด ดังนี้ คำนิยามตัวชี้วัด วิธีการวัด เป้าหมายในระยะต่างๆ เช่น ระยะ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี (โดยอ้างอิงตามเป้าหมายและมาตรการในธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และ/หรือตามกรอบแนวคิดอื่นๆ ที่สอดคล้องกัน) แหล่งข้อมูล และรายละเอียดในการติดตามข้อมูลตามตัวชี้วัดที่ใช้

4.5.3 สถานการณ์ปัจจุบัน: โดยมีการระบุข้อมูลต่อไปนี้

4.5.3.1 วิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

4.5.3.2 วิเคราะห์หน่วยงาน/องค์กรในภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่น ว่าปัจจุบันมีนโยบาย/แผน/กลไก/มาตรการอะไร ดำเนินการเรื่องอะไร ดำเนินการอย่างไร ผลดีและข้อจำกัดที่พบคืออะไร

4.5.3.3 วิเคราะห์สถานการณ์ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่ใช้หรือไม่ อย่างไร มีการเชื่อมโยงกับเรื่องความเป็นธรรมในระบบสุขภาพอย่างไร อะไรคือช่องว่างหรือข้อจำกัดที่ทำให้ยังไม่บรรลุเป้าหมาย และอะไรคือจุดเด่นที่ควรสนับสนุน/ผลักดันให้ดำเนินการต่อ

พรวิ

(นางสาวพรสิริ จิตรถเวช)

ผู้จัดทำร่างขอบเขตของงาน

4.5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้

5. หลักเกณฑ์การพิจารณา

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จะพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอราคาจากเกณฑ์ราคารวมที่เสนอ

6. งบประมาณ

จำนวนเงิน 50,000 บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)

7. กำหนดวันยื่นราคา

ไม่น้อยกว่า 30 วัน นับตั้งแต่วันเสนอราคา

8. ระยะเวลาการส่งมอบงาน

ภายใน 31 กรกฎาคม 2568

9. งานที่ต้องส่งมอบ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ฉบับสมบูรณ์ พร้อมบันทึกไฟล์งานลงใน USB Flash Drive จำนวน 1 ชุด

10. เงื่อนไขการชำระเงิน

เมื่อผู้รับจ้างได้ส่งมอบงานทั้งหมดครบถ้วนถูกต้องและผู้ตรวจรับได้ตรวจรับเรียบร้อยแล้วโดยจ่ายเงินงวดเดียว



(นางสาวพรสิริ จิตรถเวช)

ผู้จัดทำร่างขอบเขตของงาน

11. อัตราค่าปรับ

หากผู้รับจ้างไม่สามารถทำงานให้แล้วเสร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ในสัญญา ผู้รับจ้างจะต้องชำระค่าปรับเป็นรายวันอัตราร้อยละ 0.10 (ศูนย์จุดหนึ่งศูนย์) ของมูลค่าจ้างตามสัญญา แต่ไม่ต่ำกว่าวันละ 100 บาท

12. การส่งเสริมผลผลิตภายในประเทศ

เพื่อเป็นการส่งเสริมผลผลิตภายในประเทศ กฎกระทรวงกำหนดพัสดุและวิธีการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่รัฐต้องการส่งเสริมหรือสนับสนุน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563 ประกอบหนังสือคณะกรรมการวินิจฉัยปัญหาการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ ด่วนที่สุด ที่ กค (กวจ) 0405.2/ว 78 ลงวันที่ 31 มกราคม 2565 เรื่อง อนุมัติยกเว้นและกำหนดแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวงกำหนดพัสดุและวิธีการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่รัฐต้องการส่งเสริมหรือสนับสนุน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563 คู่สัญญาต้องใช้พัสดุที่ผลิตภายในประเทศไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของมูลค่าพัสดุที่จะใช้ในงานจ้างทั้งหมดตามสัญญา

13. การดำเนินการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

เพื่อให้ไปเป็นไปตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 นโยบายของรัฐบาลและนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สช. จึงขอให้คู่สัญญาโปรดอ่านและทำความเข้าใจข้อความดังต่อไปนี้

คู่สัญญายินยอมให้ สช. ในฐานะผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลทำการเก็บ รวบรวม ใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของคู่สัญญาได้ในเงื่อนไขดังต่อไปนี้

13.1 ข้อมูลที่คู่สัญญาได้กรอกลงในเอกสารนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กฎหมายเฉพาะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมติคณะรัฐมนตรีที่ สช. จะต้องปฏิบัติตาม

13.2 สช. จะใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของคู่สัญญาเฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ที่จะ ซื้อ/จ้าง/เช่า ในครั้งนี้เท่านั้น และจะไม่ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์อื่นโดยไม่ได้รับความยินยอมจากคู่สัญญา



(นางสาวพรสิรี จิตรถเวช)

ผู้จัดทำร่างขอบเขตของงาน

13.3 สช. จะใช้มาตรการรักษาความปลอดภัย รวมถึงมาตรการทางเทคนิคที่เหมาะสมเพื่อปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของคู่สัญญาจากการเข้าถึง การใช้ หรือการเปิดเผยโดยไม่ได้รับอนุญาต

13.4 คู่สัญญาจะปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 อย่างเคร่งครัดในการเก็บ รวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของ สช. ที่อาจจะอยู่ในความครอบครองของคู่สัญญา

13.5 คู่สัญญาตกลงจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของ สช. ไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่นใด นอกเหนือจากการปฏิบัติตามสัญญาในครั้งนี้

13.6 คู่สัญญาที่เป็นเจ้าของข้อมูลมีสิทธิตามกฎหมายดังต่อไปนี้

13.6.1 สิทธิในการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองให้ถูกต้องสมบูรณ์เป็นปัจจุบันภายใต้ประกาศของ สช. เรื่อง นโยบายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

13.6.2 สิทธิในการเข้าถึงหรือขอรับรองสำเนาถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองหรือขอให้เปิดเผยถึงการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่ตนไม่ได้ให้ความยินยอม

13.6.3 สิทธิในการขอรับข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองจาก สช.

13.6.4 สิทธิในการให้ สช. เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับตนเองในขณะที่ตนเองไม่ได้ให้ความยินยอมในการ เก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย

13.6.5 เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่มีสิทธิร้องเรียนในกรณีที่ถูกบุคคลหรือนิติบุคคลที่ สช. มอบหมายให้ดำเนินการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล พนักงาน ลูกจ้างของ สช. ผ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยติดต่อได้ที่เบอร์ 02 832 9128 ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

14. หน่วยงานผู้รับผิดชอบดำเนินการ

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สย.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 หมู่ที่ 4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี นนทบุรี 11000 โทร. 0 2832 9025 หรือ www.nationalhealth.or.th

พรวิ

(นางสาวพรสิริ จิตรถเวช)

ผู้จัดทำร่างขอบเขตของงาน