



รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

จัดทำโดย
สมรณี โขติช่วงฉัตรชัย

เสนอต่อ
คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบ
สุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
ภายใต้คณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

ตุลาคม 2568

รายงานฉบับนี้ได้รับงบการสนับสนุนงบประมาณจาก
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และ จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้คณะกรรมการจัดทำและ ติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทบทวนและพัฒนาชุดตัวชี้วัดสำหรับ ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้กรอบของ ธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่มุ่งสู่เป้าหมายสำคัญคือ "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" (Equitable Health System)

กระบวนการศึกษาได้เริ่มต้นจากการรวบรวมตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างๆ นำไปสู่การจัดทำ ชุดตัวชี้วัด (ร่างที่ 1) จำนวน 266 ตัวชี้วัด และคัดเลือกไว้เป็นจำนวน (ร่างที่ 2) 59 ตัวชี้วัด ผ่านกระบวนการ รับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาคีเครือข่าย ผู้เชี่ยวชาญ และประชาชน (ร่างที่ 3) จำนวน 39 ตัวชี้วัด ผ่านการรับฟังความคิดเห็นจากคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัดฯ และผู้ทรงคุณวุฒิ (ร่างที่ 4) จำนวน 16 ตัวชี้วัด และการนำข้อคิดเห็นทั้งหมดมาสังเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ จนได้มาซึ่ง ชุดตัวชี้วัดฉบับ สมบูรณ์ (ร่างที่ 5) จำนวน 18 ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดเป้าหมาย 5 ตัว และตัวชี้วัดมาตรการ 13 ตัว อ้างอิงจากเป้าหมายและมาตรการในหมวดสร้างเสริมสุขภาพในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3

ชุดตัวชี้วัด 18 ตัว ครอบคลุมทั้งเป้าหมายด้าน 1) ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) 2) ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ 3) ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม 4) ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และ 5) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เช่น อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี และภาระโรคจากกลุ่มโรคสำคัญ) โดยแต่ละตัวชี้วัดระบุหน่วยงานเจ้าภาพ แหล่งข้อมูล และค่าเป้าหมายที่สอดคล้องกับแผน/ยุทธศาสตร์ที่มีอยู่

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากตัวชี้วัดพบว่า ประเทศไทยมีจุดแข็งสำคัญด้านโครงสร้างและกลไก เช่น การมีธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ การมีกลไกสมัชชาสุขภาพและมติคณะรัฐมนตรีด้านนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ และการพัฒนางานความรอบ รู้ด้านสุขภาพในระดับประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อท้าทายสำคัญ ได้แก่ สัดส่วนรายจ่ายด้านสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคที่ยังต่ำเมื่อเทียบกับรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล การเลือกใช้ทรัพยากรในระดับ พื้นที่ที่ยังไม่สอดคล้องกับภาระโรค การกระจายอำนาจและการถ่ายโอนหน่วยบริการที่กระทบระบบข้อมูล การเพิ่มขึ้นของภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการตายจากอุบัติเหตุทางถนน และความจำเป็นต้องพัฒนาตัวชี้วัด เชิงกระบวนการควบคู่กับตัวชี้วัดผลลัพธ์

รายงานฉบับนี้จึงเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการบรรลุเป้าหมายหมวดการสร้างเสริมสุขภาพและมุ่งสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมใน 5 มิติหลัก ได้แก่

- 1) ปรับปรุงโครงสร้างการลงทุนให้สอดคล้องกับหลัก “สร้างนำซ่อม” โดยทบทวนสัดส่วนงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และปรับแนวทางใช้งบกองทุนสุขภาพพื้นที่บนฐานข้อมูลภาระโรคและตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและการใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่ ตามแนวทางในธรรมนูญฯ ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเป็นเจ้าของข้อมูล เพื่อให้การวางแผนและติดตามสถานการณ์ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพชัดเจนในแต่ละพื้นที่
- 3) เสริมมาตรการเชิงโครงสร้างในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและสภาพแวดล้อม เช่น นโยบายสาธารณสุขด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ตามมาตรการที่ระบุในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพของธรรมนูญฯ
- 4) สร้างความรับผิดชอบร่วมด้านสุขภาพของทุกภาคส่วนผ่านกรอบ HiAP โดยใช้ตัวชี้วัดกลุ่มนโยบายและมติสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือเชื่อมโยงระหว่างข้อเสนอเชิงนโยบายกับการปฏิบัติของหน่วยงานระดับชาติ เขตสุขภาพ และจังหวัด
- 5) ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลจำแนกเพื่อติดตามกลุ่มประชากรและพื้นที่ที่มีภาระโรคสูงหรือเข้าไม่ถึงโอกาสสร้างเสริมสุขภาพ และกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในแผนสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

โดยสรุป การพัฒนาชุดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ 18 ตัวภายใต้กรอบ 5 เป้าหมาย 5 มาตรการ ไม่เพียงช่วยให้การติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยมีทิศทางและความต่อเนื่องมากขึ้น หากยังเป็นเครื่องมือเชิงยุทธศาสตร์สำหรับการพัฒนานโยบายและมาตรการที่มุ่งลดความเหลื่อมล้ำ และผลักดันให้ระบบสุขภาพไทยเข้าใกล้เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ตามเจตนารมณ์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้อย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร.....	ก
สารบัญ.....	ค
สารบัญ รูปภาพ	จ
สารบัญ ตาราง	ฉ
บทที่ 1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
2.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในกฎบัตรอตตาวา.....	7
2.2 การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย.....	7
2.3 การพัฒนาตัวชี้วัดและการทบทวนสถานการณ์ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559	9
2.4 กรอบคิดและโครงสร้างของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	9
2.5 เป้าหมายและมาตรการหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	11
บทที่ 3 วิธีการศึกษา.....	14
3.1 กระบวนการทำงาน.....	14
3.2 การทำงานของคณะอนุกรรมการ.....	14
3.3 การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	15
3.4 แนวทางการคัดเลือกตัวชี้วัด.....	16
3.5 การรับฟังความคิดเห็นจากการประชุมอนุกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ.....	16
3.6 การทบทวนวรรณกรรม.....	16
3.7 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล.....	16

บทที่ 4 ผลการศึกษา	18
4.1 ภาพรวมของผลการศึกษา	18
4.2 ตัวชี้วัดเป้าหมาย ตัวชี้วัดมาตรการ และ สถานการณ์ตามตัวชี้วัด	19
บทที่ 5 สรุป และข้อเสนอแนะ	50
5.1 สรุปผลการศึกษา	50
5.2 อภิปรายผลตามเป้าหมายและมาตรการ	50
5.3 ข้อค้นพบสำคัญเชิงระบบ	52
5.4 ข้อจำกัดของการศึกษา	53
5.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการพัฒนาตัวชี้วัดในอนาคต	53
5.6 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการบรรลุเป้าหมายหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ	54
เอกสารอ้างอิง	58
ภาคผนวก ก. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบ สุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ	60
ภาคผนวก ข. ตัวชี้วัดในแต่ละขั้นตอนการคัดเลือก	62

สารบัญ รูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1 แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดที่มุ่งสู่ ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม.....	10
รูปที่ 2 กระบวนการทำงาน	14
รูปที่ 3 ความเชื่อมโยงระหว่าง เป้าหมายและมาตรการ ในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ.....	18

สารบัญ ตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ (ร่างที่ 5) 18 ตัวชี้วัด.....	19
ตารางที่ 2 ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 3.1	39
ตาราง A1 ภาพรวมตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รอบที่ 1 (266 ตัวชี้วัด)	62
ตาราง A2 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รอบที่ 1 (266 ตัวชี้วัด).....	64
ตาราง A3 ภาพรวมตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ร่างที่ 2 (59 ตัวชี้วัด).....	167
ตาราง A4 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ร่างที่ 2 (59 ตัวชี้วัด).....	168
ตาราง A5 ภาพรวมตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ร่างที่ 3 (39 ตัวชี้วัด).....	186
ตาราง A6 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ร่างที่ 3 (39 ตัวชี้วัด) และความคิดเห็นของ คณะอนุกรรมการฯ	187
ตาราง A7 ภาพรวมตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ร่างที่ 4 (16 ตัวชี้วัด).....	195
ตาราง A8 ชุดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ร่างที่ 4 (16 ตัวชี้วัด) และความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการ ฯ	196

บทที่ 1 ที่มาและความสำคัญ

1.1 ความเป็นมา

1.1.1 การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย เป็นบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมาตรา 25(5) กำหนดให้ คสช. มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ และมาตรา 27(3) กำหนดให้ สช. มีหน้าที่และอำนาจสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพเพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้ นอกจากนี้ในมาตรา 46 มาตรา 47 และมาตรา 48 ได้กำหนดให้ คสช. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และเมื่อได้รับความเห็นชอบแล้ว ให้ผู้กพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ต้องสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กำหนดให้มีการทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยทุก 5 ปี และอย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญ 12 หมวด โดยหนึ่งในนั้นคือ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ⁽¹⁾

คสช. ได้จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับแรก พ.ศ. 2552 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้กำหนดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ในระยะ 5 ปี⁽²⁾ ซึ่งจะเป็กรอบและแนวทางในการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25(5) และ มาตรา 27(3) จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพในแต่ละหมวด ที่ได้รับการยอมรับร่วมกันขึ้นเพื่อให้เกิดการติดตาม ประเมินผล ระบบสุขภาพไทยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ในการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยใน พ.ศ. 2568 คสช. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย⁽³⁾ โดยมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้ 1) กำหนดแนวทางในการจัดทำ สนับสนุน ติดตาม และประเมินผลการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย 2) สนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะในด้านการพัฒนาตัวชี้วัด การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการจัดเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 3) พัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายจากรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย และให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะรัฐมนตรี และกลไกหรือหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง 4) สนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย และข้อเสนอเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องต่อสาธารณะ 5) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสม 6) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย และคณะกรรมการฯ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนา

ตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ⁽⁴⁾ (ภาคผนวก) มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้ 1) ประสานและสนับสนุนการพัฒนาตัวชี้วัด และจัดทำร่างรายงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง 2) ประสานและสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และข้อเสนอต่อมาตรการต่าง ๆ 3) ประสานและสนับสนุนให้ผู้นำตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในการติดตาม ประเมิน และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย 4) แต่งตั้งคณะทำงาน หรือกลไกอื่น ๆ เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสม 5) ประสานเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมให้ข้อมูล 6) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยเพื่อพิจารณา 7) ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยมอบหมาย

1.1.2 เป้าหมายและมาตรการ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ⁽²⁾ ได้กำหนดเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง การอภิบาลที่ดี การเน้นคนเป็นศูนย์กลาง และสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว” โดยได้กำหนดเป้าหมายและมาตรการ ดังนี้

1.1.2.1 เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ 5 ปีที่มุ่งไปสู่ “ความเป็นธรรม ตอบสนอง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

1) **ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ** การสร้างนโยบายของประเทศคำนึงถึงการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ในรูปแบบของทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies-HiAP) และนโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (one health policy) ที่เน้นการพัฒนาโยบายการดำเนินงานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง ทั้งระบบ เศรษฐกิจและสังคม โดยคำนึงถึงความต้องการและเงื่อนไขข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ (economic) ภายภาพ (physical) และสังคม (social) เป็นสำคัญ และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากนโยบายสุขภาพอย่างทั่วถึง ครอบคลุม และโปร่งใส

2) **ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ** ชุมชนเขตเมืองและชนบทที่มีความเข้มแข็ง สามารถจัดการ (ฟิง) ตนเองได้ พร้อมมีกลไกความร่วมมือระหว่างชุมชน องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และหน่วยงานของรัฐ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีทรัพยากรที่เพียงพอ สามารถรับมือกับสถานการณ์ ทั่วไป สถานการณ์วิกฤต ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และมีกลไกเพื่อเสริมสร้างให้ชุมชนมีความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง และสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการสร้างความรู้สึกในการเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ทั้งนี้ยังหมายรวมถึงมีชุมชนในลักษณะอื่นๆ นอกเหนือจากชุมชนตามสภาพภูมิศาสตร์ของการอยู่อาศัย อาทิชุมชนตามสถานที่ทำงานที่ผู้คนจำนวนมากใช้ชีวิตและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน หรือชุมชนออนไลน์ที่เป็นพื้นที่เสมือนสำหรับคนที่มีความสนใจตรงกันใช้ในการหาข้อมูล สอบถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นระหว่างกัน

3) **ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม** ระบบบริการสุขภาพที่เน้น “การสร้างนำซ่อม” ที่มีศักยภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรในแต่ละพื้นที่ และมีกลไกการทำงานที่สอดคล้องประสานระหว่างชุมชน หน่วยบริการในระดับท้องถิ่น สถานพยาบาล กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันขับเคลื่อน

ระบบบริการให้ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพด้วยการทำงานเชิงรุกเพื่อจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถรองรับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมากขึ้นโดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อยกระดับการทำงานและการให้บริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

4) คนตื่นรู้ด้านสุขภาพ คนทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยต้องการรับรู้และความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ผ่านระบบการศึกษาภาคบังคับ การสอดแทรกความรู้ในหลักสูตรการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา ในหน่วยงานของรัฐ/องค์กรเอกชน ในประชากรกลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ตลอดจนมีการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในประเด็นเฉพาะทางสำหรับบุคคลทั่วไปที่สนใจ โดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนหรือพื้นที่

1.1.2.2 มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ 5 ปี

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้ง 4 ของการสร้างเสริมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรการที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1) การพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ ภาครัฐต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพผ่านนโยบายสาธารณะและนโยบายของรัฐในระดับต่าง ๆ ทั้งด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางตรง และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางอ้อม ที่ครอบคลุมมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งต้องมีความโปร่งใส เป็นธรรม และคำนึงถึง สุขภาพของบุคคลเป็นพื้นฐาน โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

1.1) ยกย่องความมุ่งมั่นของรัฐในการดำเนินนโยบายสุขภาพในรูปแบบของทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) และนโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (one health policy) โดยเป็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อสังคมบนพื้นฐานของหลักวิชาการและข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

1.2) ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มแข็งและเคร่งครัด

1.3) นำนโยบายทางการเงินมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการลงทุนด้านสุขภาพและระบบสาธารณสุข

1.4) ขยายขอบเขตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เพิ่มประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้คนอย่างทั่วถึง และตอบสนองต่อความต้องการและต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ

1.5) ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานแก่คนทุกหมู่เหล่า โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบาง รวมถึงการสร้างความปลอดภัยในการดำเนินการของรัฐที่สังคมสามารถตรวจสอบได้ และสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

1.6) พัฒนานโยบายเชิงบวกเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการเพิ่มพฤติกรรมและทักษะการสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน/องค์กร ด้วยมาตรการแทรกแซงราคาของสินค้าให้ผู้บริโภคเข้าถึงสินค้าสุขภาพ และลดการบริโภคหรือเข้าถึงสินค้าที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

1.7) ส่งเสริมความเข้มแข็งด้านธรรมาภิบาลในระดับสากล โดยการมองประเด็นปัญหาทางสุขภาพ เป็นประเด็นเดียวกันทั่วโลก เพื่อให้เกิดความร่วมมือข้ามพรมแดนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบบนมาตรฐานเดียวกัน

2) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง เนื่องจากการมีสุขภาพดี สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่แต่ละบุคคลอาศัย อยู่และดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สุขภาพจึงเปรียบเสมือนเครื่องชี้วัดถึงความสำเร็จรูปแบบหนึ่งของ ชุมชนในการสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืน ครอบคลุม ปลอดภัย และพร้อมรองรับความเปลี่ยนแปลง หน่วยงาน ของรัฐในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และชุมชนเองจึงต้องร่วมมือกัน ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นการขยายตัวของชุมชนเป็นเมือง เช่น การเคลื่อนย้ายของประชากร ปัญหา เศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ที่ล้วนส่งผลต่อสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนในพื้นที่ โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

2.1) ให้ความสำคัญในการผนวกนโยบายท้องถิ่นและมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนท้องถิ่น (self-regulation) ที่ส่งเสริมและสนับสนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีตามบริบทของชุมชน ตลอดจนสร้างการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในทุก ระดับให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.2) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนเป็นกลไกใน การส่งเสริมความเท่าเทียมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของคนในชุมชน การไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลังใน ระดับชุมชน เนื่องจากมีความเข้าใจทุนทางสังคมและสภาพปัญหาตามบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี

2.3) ปรับปรุงบริการทางสังคม บริการทางสุขภาพ และบริการอื่น เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึง อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพ โดยมีประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (citizen and community centric) ทั้งนี้ การพัฒนาบริการทางสุขภาพควรพิจารณาถึงเทคโนโลยีที่เหมาะสมต่อบริบทของชุมชนเพื่อป้องกัน ความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (digital divide) และการพัฒนาบริการทางสุขภาพควรพิจารณาถึงการให้บริการทั้งใน สถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต ตลอดจนการพัฒนาาระบบสุขภาพสีเขียว (green healthcare) ที่ คำนึงถึงความยั่งยืนของชุมชนไปพร้อมกัน

2.4) ส่งเสริมแนวคิดการสร้างสุขภาพะชุมชนเมืองเพื่อรับมือต่อสถานการณ์วิกฤต โดยมุ่งสร้างความ เข้าใจเกี่ยวกับเมืองและรู้ทันการพัฒนาความเป็นเมือง ทั้งการพัฒนาเมืองสีเขียว (green city) เมืองอัจฉริยะ (smart city) และเมืองน่าอยู่ตามทิศทางการเปลี่ยนแปลงของชุมชนและสังคม ควบคู่กับการเสริมสร้าง ศักยภาพ และขีดความสามารถในการปรับตัวตั้งรับต่อสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตผ่านการวางระบบ รองรับและกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีมาตรการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

2.5) พัฒนาระบบข้อมูลชุมชน เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสม ต่อชุมชนและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้ ชุมชนสามารถจัดเก็บ วิเคราะห์ และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและเป็นเจ้าของข้อมูลเอง

2.6) พัฒนาชุมชนเสมือน (virtual community) และชุมชนออนไลน์ ให้มีความเข้มแข็ง โดยการพัฒนาให้มีกลไกการจัดการ การติดตาม และการเฝ้าระวัง ให้คนในชุมชนรับรู้ถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และช่วยในการตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามความต้องการของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และสร้างประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายไซเบอร์อย่างเหมาะสม รวมทั้งสร้างความพร้อมของข้อมูลเปิดด้านสุขภาพ และเตรียมความพร้อมให้ภาครัฐสามารถตอบสนองในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว เข้าใจง่าย และอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคนแต่ละกลุ่ม

3) การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ว่าสิ่งใดหรือพฤติกรรมใดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้แต่ละบุคคลสามารถพิจารณาถึงการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อภาพรวมการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ เช่น การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพของรัฐ มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น นักลงทุนในภาคเอกชนสามารถวิเคราะห์ความเป็นไปได้หรือวิเคราะห์ผลกระทบจากการทำงานด้านสุขภาพขององค์กรที่เกิดขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้ ควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ทั้งในระบบการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัย ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มปริมาณประชากรที่มีความรอบรู้และความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (active citizen) โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

3.1) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์

3.2) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา นโยบาย การดำเนินการ และการกำกับติดตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3) ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล โดยเฉพาะการสื่อสารข่าวสาร (information) ด้านสุขภาพในทุกมิติแก่คนทุกกลุ่ม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้คนสามารถตัดสินใจสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น การตัดสินใจเลือกสินค้าที่ส่งผลดีต่อสุขภาพผ่าน การติดฉลากสินค้าหรืออาหารที่มีข้อมูลเพียงพอ เป็นต้น

3.4) พัฒนาความสามารถในการจัดการสุขภาพของบุคคล ซึ่งเน้นการ “สร้างนำซ่อม” ผ่านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล โดยการสร้างองค์ความรู้และส่งต่อผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย

3.5) สานเสริมองค์ความรู้และทักษะจากความหลากหลายของคนในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละพื้นที่ ผ่านการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล

3.6) สนับสนุนคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนและพื้นที่และลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ

4) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย เทคโนโลยีดิจิทัลกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันและมีส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนประเทศ สังคม และส่งผลกระทบต่อ

พฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคคล ทั้งการออกแบบนโยบายสุขภาพและการให้สิทธิด้านสุขภาพแก่บุคคลอย่างเหมาะสม แม่นยำ และทั่วถึง ตลอดจนสามารถใช้เป็นช่องทางสื่อสารในวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว โดยแนวทางที่สำคัญดังนี้

4.1) พัฒนาระบบและการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยและเหมาะสมกับความต้องการของประชากร โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนและให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูลด้วยการตัดสินใจหรือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งในกระบวนการจัดเก็บ วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูล ทั้งนี้ ควรมีวิธีการจัดการข้อมูลที่มีมาตรฐานและสะดวกแก่การนำไปใช้ต่อยอดเพื่อพัฒนาเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ

4.2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงและส่งต่อระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพท้องถิ่น และส่วนกลาง รวมถึงกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชนมีความสามารถในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของตนเองได้

4.3) กระตุ้นให้เกิดการสร้างสรรค่นวัตกรรมทางสุขภาพร่วมกับภาคเอกชนผ่านมาตรการหรือกลไกการเงินในรูปแบบที่เหมาะสม รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดผู้ประกอบการ SMEs และ startup ด้านสุขภาพ

4.4) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบจนกระทั่งการทดลองใช้ เพื่อให้บริการตรงกับความต้องการของประชาชน

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อทบทวน และพัฒนาตัวชี้วัด หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2) เพื่อติดตาม ประเมินตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการต่าง ๆ สำหรับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้มุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

2.1 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพในกฎบัตรออตตาวา

การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยได้รับอิทธิพลมาจากการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพโลก ในปี ค.ศ. 1986 หรือ พ.ศ. 2529 ที่เมือง Ottawa ผลจากการประชุมทำให้เกิดกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charters)⁽⁵⁾ ซึ่งระบุถึงการสร้างเสริมสุขภาพโดยปฏิบัติการ 5 ประการ และ กลยุทธ์ 3 ประการ แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽⁶⁾ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ^(5, 6) ได้แก่

- 1) สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) สนับสนุนสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน
- 2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี (Create Supportive Environments for Health) ครอบคลุมมิติ กายภาพ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจและการเมือง
- 3) เสริมสร้างการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (Strengthen Community Actions) เสริมสร้างศักยภาพและความเป็นเจ้าของโดยชุมชน ให้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ ในการตัดสินใจ การวางแผน และการนำไปปฏิบัติเพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น
- 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) ด้วยการให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ เสริมสร้างทักษะชีวิต ให้สามารถดูแลและตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีเอื้อต่อสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่ดีของตนเองได้
- 5) ปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) ให้มีความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่าการรักษาพยาบาล เน้นการดูแลและพัฒนาสุขภาพของประชากรโดยรวม ทั้งผู้ป่วยและประชากรที่มีสุขภาพดี สร้างการมีส่วนร่วมในการมีสุขภาพและมุ่งสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า

กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 3 ประการ^(5, 6) ได้แก่

- 1) การเสริมพลัง (Enable) ให้ผู้คนมีทางเลือกในการจัดการกับสุขภาพและสภาพแวดล้อมของตนเอง
- 2) การเจรจาต่อรอง (Mediate) เพื่อประสานงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) การให้ข้อเสนอแนะ (Advocate) การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 ได้ให้นิยามการสร้างเสริมสุขภาพ คือกระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล/ประชาชน เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ทั้งสุขภาพะทางกาย จิต สังคมและปัญญา ซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงความรับผิดชอบต่อของบุคลากรและองค์กรสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องไปถึงภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมที่จะร่วมกันสร้างวิถีชีวิตและสังคมสิ่งแวดล้อมที่

นำไปสู่สุขภาพที่ดี รวมถึงการเชื่อมโยงถึงสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรมทางสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย จึงเป็นสาระหมวดที่มีขอบเขตกว้างและเชื่อมโยงกับหมวดอื่นภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁾

การดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยสามารถจำแนกได้เป็น 2 แนวทางหลัก ประกอบด้วย 1) บริการระดับบุคคล เช่น การคัดกรองโรค และ 2) กิจกรรมระดับประชากร เช่น การส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการลดการบริโภคน้ำตาล โดยมีสี่หน่วยงานหลักที่ให้ทุนสนับสนุนบริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สสส. และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทสำคัญในการจัดการงบประมาณและดูแลการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังมี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เป็นหน่วยงานที่สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วนในสังคมผ่านการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะระดับชาติ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อสร้างองค์ความรู้หรือผลงานวิจัยด้านสุขภาพ⁽⁷⁾

จากการศึกษาของ วิชา และคณะ (2568)⁽⁶⁾ ได้ทำการทบทวนสถานการณ์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย แสดงตามลำดับเวลาได้ดังนี้

- ช่วงก่อน พ.ศ. 2504 (ก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ): ดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคระบาด การกวาดล้างโรคติดต่อร้ายแรง และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- พ.ศ. 2520-2530: เพิ่มงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการฝึกและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศ
- พ.ศ. 2544: จัดตั้ง สสส. ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนขบวนการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศ โดยใช้งบประมาณจากภาษีสุราและยาสูบ
- พ.ศ. 2545: ดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) หรือ "30 บาทรักษาทุกโรค" ครอบคลุมทั่วประเทศ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขรวมถึงบริการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ดำเนินการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นอกจากนี้พระราชบัญญัตินี้ยังได้สนับสนุนการจัดตั้ง "กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่" โดยมีแหล่งที่มาของงบประมาณร่วมกันระหว่าง สปสช.และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลปฐมภูมิ
- พ.ศ. 2550: ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของประชาชน
- พ.ศ. 2552: จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหมวดหนึ่งในสาระสำคัญ และมีการพัฒนาต่อเนื่องมาจนถึงฉบับที่ 3 ใน พ.ศ. 2565

- พ.ศ. 2559: กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยกำหนดเป้าหมายครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

2.3 การพัฒนาตัวชี้วัดและการทบทวนสถานการณ์ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

รัฐพิธีและคณะ (2564) ได้ประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพของไทยหมวดการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้กรอบของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2⁽⁸⁾ และระบุหลักการพัฒนาตัวชี้วัดไว้ 3 ประการ คือ 1) สะท้อนผลลัพธ์ภาพรวม 2) มีความสำคัญกับตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายโลกโดยเฉพาะเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) 3) เป็นตัวชี้วัดที่มีข้อมูลพร้อมใช้งาน ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 2 ส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนจัดการสุขภาพตนเองได้ ควบคู่ไปกับการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านแนวทาง "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" (Health in All Policies) ผลการศึกษาได้เลือกตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับ SDGs สำหรับวิเคราะห์สถานการณ์ 4 ประเด็น ได้แก่ โรคเอดส์ (HIV/AIDS) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การบาดเจ็บทางถนน (RTI) และมลพิษทางอากาศ⁽⁸⁾

ในประเด็นสถานการณ์ของแต่ละตัวชี้วัดพบว่า ประเทศไทยยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายด้านการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ได้โดยมีสถานการณ์ที่ด้อยกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก สถานการณ์ด้าน HIV/AIDS และ NCDs มีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและดีกว่าภาพรวมของโลก ในประเด็นความเหมาะสมของตัวชี้วัดพบว่า ตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS, NCDs และ RTI มีความเหมาะสมสำหรับแสดงภาพรวมของประเทศ ในขณะที่ตัวชี้วัดด้านมลพิษทางอากาศจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อสะท้อนปัจจัยความแตกต่างในแต่ละพื้นที่และช่วงเวลาในแต่ละฤดูกาล นอกจากนี้ในประเด็นความพร้อมของข้อมูล พบว่ามีเพียงตัวชี้วัดด้าน NCDs และ RTI เท่านั้นที่สามารถรายงานผลในระดับจังหวัดได้ งานวิจัยให้ข้อเสนอแนะให้มีการพิจารณากำหนด ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการควบคู่ไปกับตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ที่มีอยู่ เพื่อติดตามการดำเนินงานต่อไป เช่น NCDs ควรพัฒนาตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นการเกิดโรครายใหม่แทนการวัดอัตราการตายเพียงอย่างเดียว มลพิษทางอากาศควรใช้ตัวชี้วัดสากลควบคู่กับข้อมูลตามบริบทในประเทศ เช่น ระดับมลพิษและจำนวนผู้ป่วย⁽⁸⁾

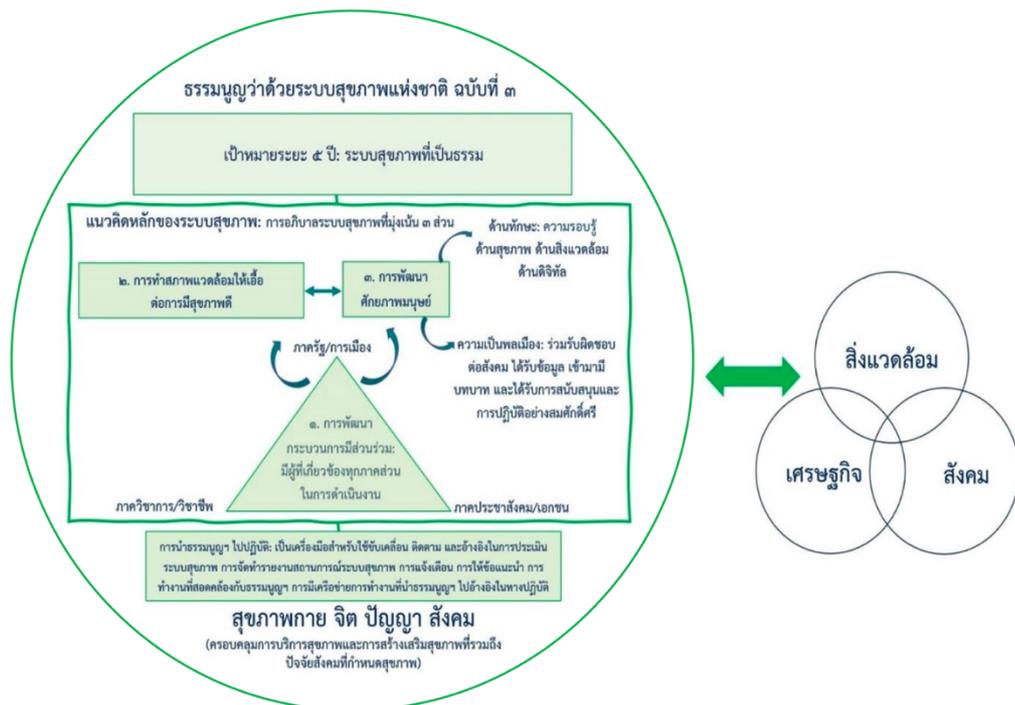
ข้อเสนอเพื่อบรรลุเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ คือการพัฒนาองค์ความรู้เชิงบริบทภายในประเทศ สนับสนุนการวิจัยและพัฒนา ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานเชิงนโยบาย สนับสนุนบทบาทของภาคประชาสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างบูรณาการร่วมกับภาครัฐ เช่น การจัดการมลพิษ) พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล สร้างระบบเฝ้าระวังที่มุ่งเป้าไปยังประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยตรง รวมไปถึงการกระจายอำนาจ ให้กับ อปท.⁽⁸⁾

2.4 กรอบคิดและโครงสร้างของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ถือเป็นพัฒนาการที่สำคัญโดยได้กำหนดเป้าหมายของระบบสุขภาพไทยสู่การสร้าง "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม"⁽²⁾ ซึ่งเป็นเป้าหมายระยะ 5 ปี วิสัยทัศน์

ใหม่นี้เป็นการพัฒนาจากธรรมนูญฯ ฉบับที่ 2 ซึ่งเคยมุ่งสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์⁽⁹⁾ ในลักษณะที่เป็นภาพกว้างในอุดมคติที่ถูกอธิบายผ่านภาพพึงประสงค์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละหมวดทำให้เป้าหมายมีความหลากหลายซึ่งเป็นที่ตั้งงามทั้งสิ้น แต่ยังคงมีลักษณะเป็นเป้าหมายเฉพาะส่วนที่แยกจากกัน นอกจากนี้ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ยังได้ปรับโครงสร้างเนื้อหาในแต่ละหมวดให้มีความชัดเจน แสดงเป้าหมายซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางที่ต้องการบรรลุในระยะ 5 ปี และมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นชุดแนวทางเชิงปฏิบัติเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้

เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” มีการอธิบายครอบคลุมระบบสุขภาพในมิติ กาย จิต ปัญญา และสังคม และได้กำหนดปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพที่มีธรรมาภิบาลโดยให้ความสำคัญกับ 3 ส่วน ได้แก่ 1) การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/เอกชน 2) การทำสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3) การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับ ระบุถึงกระบวนการสำคัญในการมุ่งสู่เป้าหมาย ได้แก่ 1) กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีและมีมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน ด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่คำนึงถึงผลต่อสุขภาพตามหลักทุกนโยบายห่วยใยสุขภาพ 2) การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ด้วยการทำสภาพแวดล้อมสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างสมดุล มีการพัฒนาศักยภาพบุคคลและชุมชน และ 3) การจัดการระบบบริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับกาย จิต ปัญญา และสังคม อย่างสมดุล อย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐานปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ละเอียดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ⁽²⁾ รูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนภาพแสดงกรอบแนวคิดที่มุ่งสู่ ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมที่มา ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565⁽²⁾

2.5 เป้าหมายและมาตรการหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพในระยะ 5 ปี มีทิศทางที่ชัดเจนและมุ่งไปสู่ "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพได้กำหนดเป้าหมายและมาตรการ⁽²⁾ ดังนี้

เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

- 1) ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ การสร้างนโยบายของประเทศคำนึงถึงการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ในรูปแบบของทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies-HiAP) และนโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (one health policy) ที่เน้นการพัฒนานโยบายการดำเนินงานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง ทั้งระบบเศรษฐกิจและสังคม โดยคำนึงถึงความต้องการและเงื่อนไขข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ (economic) กายภาพ (physical) และสังคม (social) เป็นสำคัญ และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากนโยบายสุขภาพอย่างทั่วถึง ครอบคลุม และโปร่งใส
- 2) ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ ชุมชนเขตเมืองและชนบทมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการ (พึง) ตนเองได้ พร้อมมีกลไกความร่วมมือระหว่างชุมชน องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และหน่วยงานของรัฐ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีทรัพยากรที่เพียงพอ สามารถรับมือกับสถานการณ์ทั่วไป สถานการณ์วิกฤต ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และมีกลไกเพื่อเสริมสร้างให้ชุมชนมีความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง และสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการสร้างความรู้สึกร่วมกันในการเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน ทั้งนี้ ยังหมายรวมถึงมีชุมชนในลักษณะอื่นๆ นอกเหนือจากชุมชนตามสภาพภูมิศาสตร์ของการอยู่อาศัย อาทิ ชุมชนตามสถานที่ทำงาน ที่ผู้คนจำนวนมากใช้ชีวิตและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน หรือชุมชนออนไลน์ที่เป็นพื้นที่เสมือนสำหรับคนที่มีความสนใจตรงกันใช้ในการหาข้อมูล สอบถาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นระหว่างกัน
- 3) ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม ระบบบริการสุขภาพที่เน้น “การสร้างนำซ่อม” ที่มีศักยภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรในแต่ละพื้นที่ และมีกลไกการทำงานที่สอดประสานระหว่างชุมชน หน่วยบริการในระดับท้องถิ่น สถานพยาบาล กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบบริการให้ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพด้วยการทำงานเชิงรุก เพื่อจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถรองรับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมากขึ้น โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อยกระดับการทำงานและการให้บริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้
- 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คนทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยต้องการรับรู้และความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ผ่านระบบการศึกษาภาคบังคับ การสอดแทรกความรู้ในหลักสูตรการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา ใน

หน่วยงานของรัฐ/องค์กรเอกชน ในประชากรกลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ตลอดจนมีการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในประเด็นเฉพาะทางสำหรับบุคคลทั่วไปที่สนใจ โดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนหรือพื้นที่

มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพ

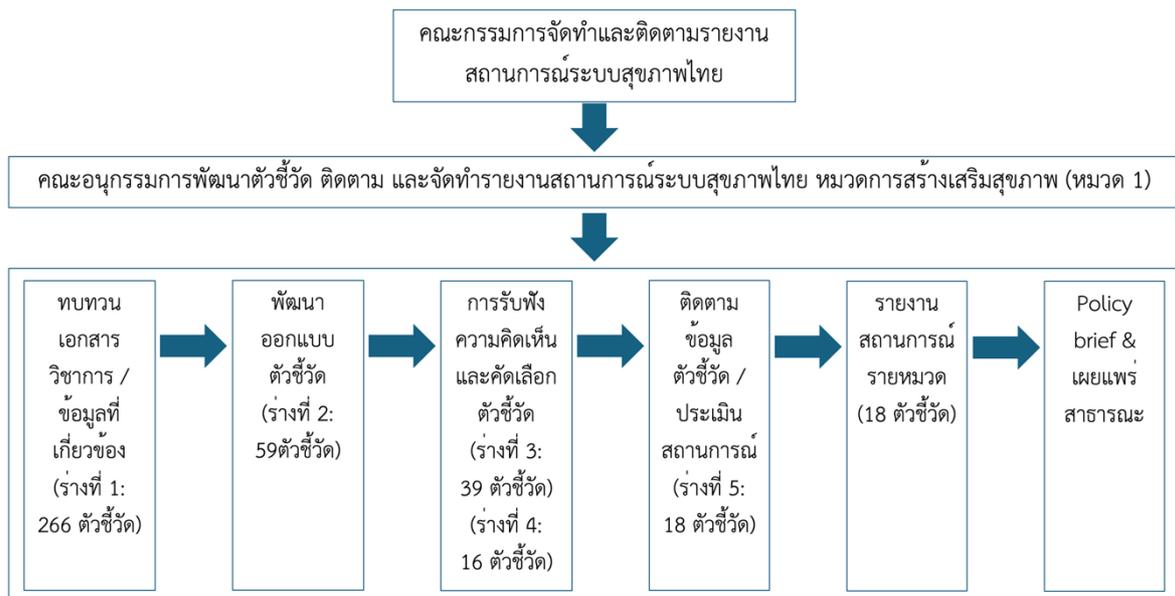
- 1) การพัฒนาทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ ภาครัฐต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพผ่านนโยบายสาธารณะและนโยบายของรัฐในระดับต่าง ๆ โดยมีแนวทางที่สำคัญดังนี้:
 - ยกกระดับความมุ่งมั่นของรัฐในการดำเนินนโยบายสุขภาพในรูปแบบของ HiAP และนโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (one health policy)
 - ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดการบังคับใช้อย่างเข้มแข็ง
 - นำนโยบายทางการเงินมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการลงทุนด้านสุขภาพ
 - ขยายขอบเขตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานแก่คนทุกหมู่เหล่า โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง
 - พัฒนานโยบายเชิงบวกเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการเพิ่มพฤติกรรมและทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ส่งเสริมความเข้มแข็งด้านธรรมาภิบาลในระดับสากล เพื่อให้เกิดความร่วมมือข้ามพรมแดน
- 2) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง หน่วยงานของรัฐในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์และชุมชนเองต้องร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการขยายตัวของชุมชนเป็นเมือง โดยมีแนวทางที่สำคัญดังนี้:
 - ให้ความสำคัญในการผนวกรวมนโยบายท้องถิ่นและมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชน
 - สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกในการส่งเสริมความเท่าเทียมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ
 - ปรับปรุงบริการทางสังคมและสุขภาพให้ทุกคนเข้าถึงอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพ โดยมีประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง
 - ส่งเสริมแนวคิดการสร้างสุขภาวะชุมชนเมืองเพื่อรับมือต่อสถานการณ์วิกฤต เช่น เมืองสีเขียว (green city) และเมืองอัจฉริยะ (smart city)
 - พัฒนาระบบข้อมูลชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดเก็บ วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูล และเป็นเจ้าของข้อมูลเอง

- พัฒนาชุมชนเสมือน (virtual community) และชุมชนออนไลน์ ให้มีความเข้มแข็งและเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง
- 3) การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลทั้งในระบบการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัย โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้:
- ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
 - ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา นโยบาย การดำเนินการ และการกำกับติดตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล เช่น การสื่อสารข้อมูลผ่านการติดฉลากสินค้าหรืออาหาร
 - พัฒนาศามารถในการจัดการสุขภาพของบุคคล ซึ่งเน้นการ “สร้างนำซ่อม” ผ่านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล
 - สานเสริมองค์ความรู้และทักษะจากความหลากหลายของคนในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละพื้นที่
 - สนับสนุนคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชน
- 4) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคคล ทั้งการออกแบบนโยบายสุขภาพและการให้สิทธิด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม แม่นยำ และทั่วถึง โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้:
- พัฒนาระบบและการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนและให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูล
 - พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงและส่งต่อระหว่างชุมชน ท้องถิ่นและส่วนกลาง รวมถึงกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน
 - กระตุ้นให้เกิดการสร้างสรรคนวัตกรรมทางสุขภาพร่วมกับภาคเอกชนผ่านมาตรการหรือกลไกการเงินที่เหมาะสม
 - พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบ

บทที่ 3 วิธีการศึกษา

3.1 กระบวนการทำงาน

การศึกษาในโครงการนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยได้รับทิศทางการดำเนินงานจากคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการจัดทำและติดตาม รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยฯ โดยคณะอนุกรรมการฯ ได้รวบรวมตัวชี้วัดด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ร่างที่ 1) จำนวน 266 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่รวบรวมได้นำไปคัดเลือกเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ร่างที่ 2) จำนวน 59 ตัวชี้วัด ผลการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ร่างที่ 3) จำนวน 39 ตัวชี้วัด ผลการรับฟังความคิดเห็นจากคณะอนุกรรมการฯ และผู้ทรงคุณวุฒิ (ร่างที่ 4) จำนวน 16 ตัวชี้วัด ความคิดเห็นที่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สังเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (ร่างที่ 5) จำนวน 18 ตัวชี้วัด และจัดทำรายงานสถานการณ์รายหมวดและข้อเสนอแนะ แสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 กระบวนการทำงาน

3.2 การทำงานของคณะอนุกรรมการฯ

คณะอนุกรรมการฯ ได้เริ่มต้นการทำงานด้วยการรวบรวมและคัดเลือกตัวชี้วัด ที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมาย และมาตรการ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สสส. สปสช. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สอ.) เป็นตัวชี้วัดร่างที่ 1 จำนวน 266 ตัวชี้วัด แสดงในภาคผนวก ข. ตาราง A1 และ A2

ตัวชี้วัดที่รวบรวมในร่างที่ 1 ได้รับการคัดเลือกเหลือ 59 ตัวชี้วัด (ร่างที่ 2) แสดงในภาคผนวก ข. ตาราง A3 และ A4 เพื่อใช้ในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ข้อมูลการรับฟังความคิดเห็นได้รับการวิเคราะห์และคัดเลือกเหลือ 39 ตัวชี้วัด (ร่างที่ 3) แสดงในภาคผนวก ข. ตาราง A5 และ A6 ข้อมูลจากการรับฟังความคิดเห็นได้นำเข้าที่ประชุมคณะอนุกรรมการและได้รับความเห็นเพิ่มเติมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาปรับจำนวนตัวชี้วัดเหลือ 16 ตัวชี้วัด (ร่างที่ 4) แสดงในภาคผนวก ข. ตาราง A7 และ A8 จากการทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สังเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ได้มีการปรับตัวชี้วัดเป็น 18 ตัวชี้วัด (ร่างที่ 5) แสดงในบทที่ 4 รูปที่ 3 และตารางที่ 1

3.3 การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

- ผู้ให้ข้อมูล: ภาคีเครือข่าย 602 คน คณะอนุกรรมการฯ 3 คน และประชาชน 6 คน
- แบบสอบถาม เก็บข้อมูลผ่าน google form
 - ใช้ชุดตัวชี้วัดร่างที่ 2 มีจำนวน 59 ตัวชี้วัด ภาคผนวก ข. ตาราง A3 และ A4
 - ให้เลือกว่า “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” เพราะอะไร
 - ให้ลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้แต่ละหัวข้อเป้าหมายและมาตรการตามหมวดการสร้างเสริมสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565
 - ให้ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติม
- การลำดับความสำคัญ
 - ให้คะแนนตัวเลือก ได้แก่ ตัวเลือก “เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน ตัวเลือก “ไม่เห็นด้วย” ให้ 2 คะแนน และเมื่อเลือก “อื่นๆ” และ ระบุข้อความไม่ออกความเห็น ให้ 0 คะแนน
 - ให้คะแนนลำดับความสำคัญจะเรียงลำดับความสำคัญจากข้อที่ 1 จนถึงข้อสุดท้าย ตัวอย่างในเป้าหมายที่ 1.1 ตัวชี้วัดที่สะท้อนการตอบเป้าหมายเรื่องทศวรรษนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) มีจำนวนตัวชี้วัดที่เวียนรับฟังความเห็น 6 ข้อ การให้คะแนนลำดับความสำคัญ โดยใส่หมายเลข 1 ในข้อตัวชี้วัดที่คิดว่าสำคัญมากที่สุด และ 6 ในข้อตัวชี้วัดที่ท่านคิดว่าสำคัญน้อยสุด
 - นำผลการรับฟังความเห็นในแต่ละข้อมาประมวลผล
 - A = คะแนนจากตัวเลือก “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย (A1 = ภาคีเครือข่าย A2 = อนุกรรมการฯ และ A3 = ประชาชนทั่วไป)
 - B = คะแนนจากการลำดับความสำคัญ (B1 = ภาคีเครือข่าย B2 = อนุกรรมการฯ และ B3 = ประชาชนทั่วไป)
 - สูตรคำนวณ คะแนนรวมของการรับฟังความเห็นในแต่ละข้อ = $\sum A1B1 + \sum A2B2 + \sum A3B3$
- แสดงผลเป็นชุดตัวชี้วัดร่างที่ 3 มีจำนวน 39 ตัวชี้วัด ภาคผนวก ข. ตาราง A5 และ A6

3.4 แนวทางการคัดเลือกตัวชี้วัด

- ระบุระดับของตัวชี้วัดให้ชัดเจน
 - ควรระบุให้ชัดเจนว่าตัวชี้วัดในการศึกษาครั้งนี้ ควรสะท้อนภาพรวมระดับประเทศ เท่าที่จะมีความเป็นไปได้ในการติดตามประเมินผล ซึ่งอาจมาจากหน่วยงานที่มีหน้าที่รายงานข้อมูล หรือมาจากการติดตามตัวชี้วัดภายในของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง
 - หากมีข้อจำกัดในความพร้อมของข้อมูลที่สะท้อนภาพรวมระดับประเทศอาจเลือกใช้ ตัวชี้วัดที่เป็น proxy อาจเลือกข้อมูลเฉพาะประเด็น เลือกข้อมูลจากเฉพาะหน่วยงาน หรือ เลือกข้อมูลเฉพาะพื้นที่ โดยระบุข้อจำกัด เช่น แหล่งที่มาของข้อมูลหรือมาตราส่วนที่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมดในระดับประเทศ
- พิจารณาความเชื่อมโยงและความเกี่ยวข้อง (Relevance)
 - การที่ตัวชี้วัดควรมีความสอดคล้องกันระหว่าง เป้าหมาย และมาตรการ
 - หากมีการระบุประเด็นเฉพาะ ควรมีที่มาและความสำคัญในการเลือกประเด็นเหล่านั้น เช่น สิ่งแวดล้อม อุบัติเหตุทางท้องถนน อาหารปลอดภัย
 - ตัวชี้วัดควรมุ่งเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเป้าหมายนั้น ๆ เช่น หากมีตัวชี้วัดผลลัพธ์ ด้านมลพิษ ควรมีตัวชี้วัดมาตรการที่เกี่ยวข้องกับมลพิษด้วย

3.5 การรับฟังความคิดเห็นจากการประชุมอนุกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อมูลตัวชี้วัด ร่างที่ 3 ที่ได้รับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้นำเสนอในการประชุมคณะอนุกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิ ความเห็นที่ได้นำมาปรับแนวทางการคัดเลือกตัวชี้วัดร่างที่ 4 มีจำนวน 16 ตัวชี้วัด ภาคผนวก ข. ตาราง A7 และ A8

3.6 การทบทวนวรรณกรรม

ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมในรูปแบบการเล่าเรื่อง (narrative literature review) รวบรวมข้อมูลจากเอกสารงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ นโยบายสำคัญของประเทศ กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหน่วยงานที่มีการดำเนินงานเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้นำไปสู่การปรับปรุงชุดตัวชี้วัดเป็นร่างที่ 5 มี 18 ตัวชี้วัด แสดงในบทที่ 4 รูปที่ 3 และตารางที่ 1

3.7 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัด ของหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
- วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอในการดำเนินมาตรการ และบรรลุเป้าหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ

- พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 ภาพรวมของผลการศึกษา

ตัวชี้วัดที่รวบรวมได้ระหว่างกระบวนการพัฒนาโดยคณะอนุกรรมการฯ ร่างที่ 1 266 ตัวชี้วัด ร่างที่ 2 59 ตัวชี้วัด ร่างที่ 3 39 ตัวชี้วัด และร่างที่ 4 16 ตัวชี้วัด แสดงในภาคผนวก ข. ตาราง A1-A8 และนำเสนอในการประชุมคณะอนุกรรมการ นำไปสู่การปรับปรุงเป็น ร่างที่ 5 ที่มีตัวชี้วัดจำนวน 18 ตัวชี้วัด แสดงเป็นเนื้อหาในบทนี้ ซึ่งแบ่งตามกรอบ 5 เป้าหมาย 5 มาตรการ ที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ฉบับที่ 3 โดยทั้งเป้าหมายและมาตรการมีความสอดคล้องกัน โดยเดิมมี 4 เป้าหมายและ 4 มาตรการ โดยคณะอนุกรรมการมีมติ ได้เสนอให้เพิ่ม เป้าหมายและ มาตรการที่สอดคล้องกัน ที่เพิ่มเข้ามาระหว่างกระบวนการ เพื่อแสดงถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ที่เป็นเหมือนภาพรวมทั้งหมด (รูปที่ 3)

ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เป้าหมายและมาตรการ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ (18 ตัวชี้วัด)

- | • เป้าหมายในระยะ 5 ปี (5 ตัวชี้วัด) | • มาตรการ (13 ตัวชี้วัด) |
|--|---|
| 1. ทுகนโยบายห่วงใยสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด) | 1. การพัฒนาทูกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (2 ตัวชี้วัด) |
| 2. ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด) | 2. การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (2 ตัวชี้วัด) |
| 3. ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม (1 ตัวชี้วัด) | 3. การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (2 ตัวชี้วัด) |
| 4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด) | 4. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย ให้มีความสำคัญกับประชาชนเป็นศูนย์กลาง (3 ตัวชี้วัด) |
| 5. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ* (1 ตัวชี้วัด) | 5. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ* (4 ตัวชี้วัด) |

รูปที่ 3 ความเชื่อมโยงระหว่าง เป้าหมายและมาตรการ ในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2 ตัวชี้วัดเป้าหมาย ตัวชี้วัดมาตรการ และ สถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดในการนำเสนอเนื้อหาในบพนี้ จำแนกตามเป้าหมายทั้ง 5 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อจะรวม มาตรการ ที่สอดคล้องกัน ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องและ สถานการณ์ของ ตัวชี้วัดนั้นเอาไว้ด้วยกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ (ร่างที่ 5) 18 ตัวชี้วัด

เป้าหมาย/ มาตรการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	หน่วยงาน	วิธีวัด/แหล่งที่มาข้อมูล/หมายเหตุ
1) ทุกนโยบาย ห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)	1) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 1.1: จำนวนหน่วยงาน เป้าหมายมีการนำมติ ครม. ที่เกี่ยวกับข้อเสนอ นโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม	ไม่น้อยกว่าปีละ 10 หน่วยงาน	สช.	หน่วยงานเป้าหมาย คือ หน่วยงานระดับชาติ กระทรวง กรม เขตสุขภาพ หรือจังหวัด มติ ครม. ที่เกี่ยวกับข้อเสนอ นโยบายสาธารณะจากกระบวนการสมัชชา สุขภาพ
	2) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 1.1: จำนวนนโยบาย สาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ	ไม่น้อยกว่าปีละ 10 นโยบาย	สช.	นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไก ระดับชาติ คือ นโยบายจากกระบวนการมีส่วน ร่วมของประชาชน กลไกระดับชาติ คือ การเป็นมติ หรือกลุ่มมติใน สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
	3) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 1.2: จำนวนพื้นที่ที่นำ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ไป พัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ	ไม่น้อยกว่าปีละ 10 พื้นที่	สช.	พื้นที่ คือ การดำเนินการที่มีการระบุพื้นที่ ใน ระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ (เขต) หรือระดับตำบล

เป้าหมาย/ มาตรการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	หน่วยงาน	วิธีวัด/แหล่งที่มาข้อมูล/หมายเหตุ
2) ชุมชนสร้างเสริม สุขภาพ	4) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 2.1: จำนวนพื้นที่ที่มีการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/จังหวัด	ไม่น้อยกว่าปีละ 10 พื้นที่	สช.	พื้นที่ คือ การดำเนินการที่มีการระบุพื้นที่ ในระดับจังหวัด
	5) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 2.1: ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	ร้อยละ 80	กองสุขศึกษา กรม สนับสนุนบริการ สุขภาพ	ตัวตั้ง จำนวนตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ทหารด้วยจำนวนตำบลเป้าหมาย 4,000 ตำบล (แห่ง) นิยามของ การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลนั้นๆ ต้องมี "หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมดในตำบล และมีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขั้นดีแห่งชาติระดับดีขึ้นไปอย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล" แหล่งที่มาของข้อมูล: ฐานข้อมูลชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ https://healthgate.hss.moph.go.th/report/community/years

เป้าหมาย/ มาตรการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	หน่วยงาน	วิธีวัด/แหล่งที่มาข้อมูล/หมายเหตุ
	6) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 2.2: รอยละการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	-	สปสช.	ตัวตั้งคือ งบประมาณที่มีการเบิกจ่ายแล้วในปีงบประมาณ ตัวหารคือ งบประมาณรวม แหล่งที่มาของข้อมูล: รายงานประจำปี สปสช.
3) ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม ((มาตรการ)... ที่ทันสมัยในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพให้มีความสำคัญกับประชาชนเป็นศูนย์กลาง)	7) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 3.1: รอยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)	-	HDC สธ.	HDC
	8) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.1: หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการขึ้นทะเบียนตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	-	กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วยบริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียน
	9) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.2: สัดส่วนงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เทียบกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	-	สปสช.	รายงานประจำปี สปสช.
	10) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.3: อัตราการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพดิจิทัล	-	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส.	รายงานสุขภาพไทย 2567

เป้าหมาย/ มาตรการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	หน่วยงาน	วิธีวัด/แหล่งที่มาข้อมูล/หมายเหตุ
4) ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ	11) ตัวชี้วัดเป้าหมาย 4.1 : รอยละของประชาชน ไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-	กรมอนามัย สธ.	รายงานประจำปี กรมอนามัย
	12) ตัวชี้วัดมาตรการ 4.1 : รอยละของหน่วยบริการ ที่รอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัยและอนามัย สิ่งแวดล้อม	-	กรมอนามัย สธ.	รายงานประจำปี กรมอนามัย
	13) ตัวชี้วัดมาตรการ 4.2 : การพัฒนาช่องทาง สื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม เพื่อสร้างการมีส่วน ร่วมและพัฒนาศักยภาพประชาชนให้มีทักษะเท่าทัน สื่อ (MIDL) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุข ภาวะทางปัญญา	-	สสส.	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด สสส.
5) ผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ	14) ตัวชี้วัดเป้าหมาย 5.1 : อายุคาดเฉลี่ยของการมี สุขภาพดี (HALE) หรือ ปีสุขภาพที่สูญเสียไป (DALYs) / ปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL)	-	BOD IHPP	รายงาน BOD
	15) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.1: อัตราป่วย/อัตรตายด้วย กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)	-	HDC	HDC

เป้าหมาย/ มาตรการ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	หน่วยงาน	วิธีวัด/แหล่งที่มาข้อมูล/หมายเหตุ
	16) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.2: อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	-	ศูนย์ข้อมูล อุบัติเหตุ	ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ
	17) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.3: อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ	-	กรมควบคุมโรค สปสช. กรมมลพิษ	สปสช. และ กรมมลพิษ
	18) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.4: อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งที่สำคัญและป้องกันได้	-	ศูนย์มะเร็งแห่งชาติ	ศูนย์มะเร็งแห่งชาติ

4.2.1 เป้าหมายและมาตรการกลุ่มที่ 1: ทுகนโยบายห้วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้กำหนดเป้าหมาย "ทูกนโยบายห้วงใยสุขภาพ" (Health in All Policies: HiAP) ไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้การตัดสินใจเชิงนโยบายของประเทศคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพเป็นสำคัญ⁽²⁾ เป้าหมายนี้มุ่งเน้นการสร้างนโยบายที่เปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างทั้งในระบบเศรษฐกิจและสังคม โดยมีหลักการสำคัญคือการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนทุกกลุ่มได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ธรรมนูญฯ ได้กำหนด "มาตรการการพัฒนาทูกนโยบายห้วงใยสุขภาพ" ควบคู่กันไป โดยเน้นให้ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ผ่านนโยบายสาธารณะ ครอบคลุมมิติทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีแนวทางสำคัญ 7 ประการเป็นกลไกขับเคลื่อน⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าเป้าหมายและมาตรการนี้มีความสอดคล้องกันอย่างยิ่ง โดยมีมาตรการเป็นชุดเครื่องมือเชิงปฏิบัติเพื่อให้เป้าหมายการสร้างนโยบายที่ห้วงใยสุขภาพเกิดขึ้นได้จริงในทุกมิติ

กลไกการขับเคลื่อน HiAP และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

แนวคิด HiAP ได้ปรากฏเป็นรูปธรรมในประเทศไทยผ่านการประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งวางกรอบการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การศึกษาของธีรพัฒน์ อังศุวาล และคณะ (2567) พบว่า HiAP ถูกขับเคลื่อนผ่านกลไกสำคัญ 3 ลักษณะ พร้อมกับความท้าทายที่น่าสนใจ⁽¹⁰⁾ ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนนิยามสุขภาพ (Redefined Health): จุดเริ่มต้นสำคัญคือการขยายนิยามของ "สุขภาพ" ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ ให้ครอบคลุมภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา (มิติที่ไทยเพิ่มจากนิยามของ WHO) การปรับเปลี่ยนนี้ทำให้สังคมตระหนักถึง "ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ" (SDH) ที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างแยกไม่ออก
 - ความท้าทาย: การสื่อสารนิยามสุขภาพใหม่นี้ให้เป็นที่เข้าใจในวงกว้าง โดยเฉพาะกับภาคส่วนนอกสาธารณสุขที่ยังคุ้นชินกับมุมมองสุขภาพเชิงกายภาพเป็นหลัก
2. การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (Public Engagement): พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติฯ ได้สร้างกลไกการมีส่วนร่วมที่เป็นรูปธรรมคือ "สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ" เพื่อทำหน้าที่เป็นเวทีสร้างเครือข่ายและการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม
 - ความท้าทาย: ปัญหา "ความไม่เป็นตัวแทนที่แท้จริง" ของผู้เข้าร่วม และ "การขาดการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนมติ" เนื่องจากหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบอาจไม่ได้รู้สึกผูกพันและขาดการเชื่อมโยงกับผู้ปฏิบัติในพื้นที่
3. ความร่วมมือหลายภาคส่วน (Multi-sectoral Collaboration): สะท้อนแนวคิด "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" ที่ผสานพลังจากภาควิชาการ สังคม และรัฐ โดยมี "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)" ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานเป็นกลไกเชิงสถาบันในระดับสูง

- ความท้าทาย: ผู้แทนจากภาครัฐที่เข้าร่วมประชุมมักเป็นตัวแทนที่ "ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ" ทำให้ขาดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพ ขณะที่ผู้แทนภาคสังคมบางส่วนไม่ได้ทำงานในพื้นที่จริง ทำให้ขาดข้อมูลในการกำหนดนโยบาย

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนและมีปัจจัยกำหนดที่อยู่นอกภาคสาธารณสุขด้วยเหตุนี้ เป้าหมาย "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" จึงถูกกำหนดขึ้นเพื่อจัดการกับ "ต้นเหตุของปัญหา" โดยการฝังมิติสุขภาพเข้าไปในทุกกระบวนการตัดสินใจของภาครัฐ การจะไปให้ถึงเป้าหมายนี้ได้ จำเป็นต้องมีตัวชี้วัดที่สะท้อนความก้าวหน้าเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม คณะอนุกรรมการฯ จึงได้คัดเลือกตัวชี้วัดที่มุ่งติดตาม "กระบวนการ" (ต้นน้ำ) และ "ผลลัพธ์เชิงนโยบาย" (ปลายน้ำ) ซึ่งประกอบด้วย ตัวชี้วัดมาตรการ (การผลักดันข้อเสนอและการนำธรรมาณูญาฯ ไปใช้ในพื้นที่) และ ตัวชี้วัดเป้าหมาย (การที่หน่วยงานภาครัฐนำข้อเสนอไปปฏิบัติจริง)

รายละเอียดตัวชี้วัดกลุ่มที่ 1 ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)

1) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 1.1: จำนวนหน่วยงานเป้าหมายมีการนำมติ ครม. ที่เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

- แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนงานหลักของสช. ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สช.
- วิธีวัดผล นับหน่วยงานเป้าหมาย คือ หน่วยงานระดับชาติ กระทรวง กรม เขตสุขภาพ หรือจังหวัด และนับมติ ครม. ที่เกี่ยวกับข้อเสนอ นโยบาย จากนโยบายสาธารณะจากกระบวนการสมัชชาสุขภาพ

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 1.1

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอ นโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จำนวน 12 หน่วยงาน ได้แก่ กรมอนามัย มหาเถรสมาคม สปสช. สสส. สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สภาความมั่นคงแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ สวรส.
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 หน่วยงานเป้าหมายมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอ นโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จำนวน 11 หน่วยงาน ได้แก่ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย หันตแพทย์สภา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) ฝ่ายสาธารณะสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช กรมอนามัย กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.)

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 หน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จำนวน 21 หน่วยงาน ดังนี้ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยา (องค์การมหาชน) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (กศค.) สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ (องค์การมหาชน) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (ส.อ.ท.) สำนักงานสภาพัฒนาการแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กรมศุลกากร สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

2) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 1.1: จำนวนนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ

- แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนงานหลักของสช. ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สช.
- วิธีวัดผล นับนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ จากนโยบายที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น กลไกสมัชชาสุขภาพ และนิยามกลไกระดับชาติ คือการเป็นมติหรือกลุ่มมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 1.1

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ จำนวน 15 เรื่อง ได้แก่
 - 1) มติ 2.8 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
 - 2) มติ 3.3 การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
 - 3) มติ 5.7 พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ
 - 4) มติ 6.5 ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน
 - 5) มติ 7.3 การกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน
 - 6) มติ 10.1 การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น
 - 7) มติ 11.1 การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาพสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน
 - 8) มติ 11.4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทันตกรรม
 - 9) มติ 12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยอย่างสมเหตุสมผลโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

- 10) มติ 14.1 การสร้างเสริมสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-19
- 11) กลุ่มมติ NCDs ได้แก่
 - 1) มติ 6.2 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
 - 2) มติ 8.4 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
 - 3) มติ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ
- 12) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติ
- 13) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ จำนวน 18 เรื่อง ได้แก่
 - 1) มติ 5.7 พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ
 - 2) มติ 7.3 การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน
 - 3) มติ 8.4 การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
 - 4) มติ 11.4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทันตกรรม
 - 5) มติ 12.1 ทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยเหิน
 - 6) มติ 15.1 การขจัดความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน
 - 7) มติ 15.2 การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
 - 8) มติ 16.1 ระบบสุขภาพทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง
 - 9) กลุ่มมติเกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร ได้แก่
 - 1) มติ 1.5 เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
 - 2) มติ 5.5 ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
 - 3) มติ 5.8 การพัฒนาโลกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร
 - 4) มติ 6.5 ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน
 - 5) มติ 8.1 สุขภาวะชาวนา : การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชาวนา
 - 6) มติ 9.1 น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน
 - 7) มติ 13.1 ความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต
 - 10) กลุ่มมติ NCDs ได้แก่
 - 1) มติ 6.2 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย
 - 2) มติ 8.4 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

- 3) มติ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ จำนวน 19 เรื่อง ดังนี้
 - 1) มติ 4.3 การจัดการภัยพิบัติธรรมชาติโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นศูนย์กลาง
 - 2) มติ 7.3 การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน
 - 3) มติ 8.2 การจัดการปัญหาหมอกควันที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 1 หน่วยงาน ได้แก่ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
 - 4) มติ 15.3 หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
 - 5) มติ 16.1 การส่งเสริมความเข้มแข็งกลไกการบริหารจัดการน้ำเชิงพื้นที่
 - 6) กลุ่มมติ NCDs ได้แก่
 - 1) มติ 2.8 การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
 - 2) มติ 3.3 การควบคุมกลยุทธ์การตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
 - 3) มติ 6.2 เป้าหมายในการป้องกันและควบคุม NCDs
 - 4) มติ 8.4 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลด NCDs
 - 5) มติ 10.1 การส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น
 - 6) มติ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs
 - 7) กลุ่มมติเกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร ได้แก่
 - 1) มติ 1.5 เกษตรและอาหารในยุควิกฤต
 - 2) มติ 5.5 ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
 - 3) มติ 5.8 การพัฒนาผลไม้และกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบต่อด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน โดยเฉพาะอาหารและสินค้าเกษตรที่เป็นอาหาร
 - 4) มติ 6.5 ระบบการจัดการอาหารในโรงเรียน
 - 5) มติ 8.1 สุขภาวะชาวนา : การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชาวนา
 - 6) มติ 9.1 น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน
 - 7) มติ 13.1 ความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต
 - 8) มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น การปกป้องเด็กและเยาวชนจากบุหรี่ไฟฟ้า

3) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 1.2: จำนวนพื้นที่ที่นำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ

- แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนงานหลักของสช. ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สช.

- วิธีวัดผล นับจำนวนพื้นที่ จากการดำเนินการที่มีการระบุพื้นที่ ในระดับเขตสุขภาพ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ (เขต) หรือระดับตำบล

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 1.2

- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้ถูกนำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด จำนวน 12 พื้นที่ ได้แก่ การจัดทำธรรมนูญแม่บทโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา และธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา ระดับเขต จำนวน 12 เขต (ประกาศใช้พร้อมกัน เมื่อวันที่ 20 มี.ค. 2566) ทั้งนี้ ธรรมนูญสุขภาพโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา เป็นการดำเนินการตามกรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ด้านกระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน มาตรการ (4) และด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ มาตรการ (9)
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัด จำนวน 16 พื้นที่ ได้แก่ ชลบุรี ปทุมธานี ภูเก็ต ขอนแก่น เชียงใหม่ อุดรธานี และกรุงเทพมหานคร จำนวน 10 เขต ได้แก่ เขตมีนบุรี เขตหลักสี่ เขตคลองเตย เขตหนองแขม เขตยานนาวา เขตจตุจักร เขตพระโขนง เขตตลิ่งชัน เขตดุสิต เขตคลองสามวา
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขตหรือจังหวัดหรือพื้นที่ จำนวน 34 พื้นที่ ดังนี้
 - 1) ระดับเขต ได้แก่ กขป. จำนวน 8 เขตพื้นที่ ประกอบด้วย เขตพื้นที่ 1 4 5 6 7 8 10 และ 11
 - 2) เขตพื้นที่การศึกษาประถม ศึกษาอำเภอบาง เขต 1
 - 3) ระดับจังหวัด ได้แก่ อุดรดิตถ์ นครศรีธรรมราช นครสวรรค์ พิจิตร นครปฐม
 - 4) ระดับตำบล จำนวน 10 ตำบล ได้แก่ ต.เขาพัง อ.บ้านตาขุน จ.สุราษฎร์ธานี 9 ตำบล ในจังหวัดกำแพงเพชร ประกอบด้วย 1) ต.มหาชัย 2) ต.หินดาด 3) ต.ท่ามะเขือ 4) เทศบาลเมืองกำแพงเพชร 5) ต.คลองแม่ลาย 6) ต.ลานกระบือ 7) ต.จันทิมา 8) ต.บ่อถ้ำ 9) ต.บึงสามัคคี
 - 5) เขตพื้นที่ กทม. จำนวน 10 เขต ได้แก่ บางซื่อ บางเขน ภาษีเจริญ บางนา บางแค ราชเทวี ดินแดง บางกะปิ บางพลัด ป้อมปราบศัตรูพ่าย

สถานการณ์ปัจจุบันต่อประเด็นที่ 1 ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)

จากการรวบรวมข้อมูลโดย สช. พบว่าสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดในช่วงปี พ.ศ. 2566-2568 มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทั้ง 3 ตัวชี้วัด

- จำนวนหน่วยงานเป้าหมายมีการนำมติ ครม. ที่เกี่ยวกับข้อเสนอแนะนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม มีจำนวนมากกว่าค่าเป้าหมาย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเพิ่มขึ้นมากในปีงบประมาณ พ.ศ.

2568 โดย ปิงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 12 หน่วยงาน ปิงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 11 หน่วยงาน และ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 21 หน่วยงาน

- จำนวนนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ มีจำนวนมากกว่าค่าเป้าหมาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยในปิงบประมาณ พ.ศ. 2566 มี 15 เรื่อง ปิงบประมาณ พ.ศ. 2567 มี 18 เรื่อง และ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2568 มี 19 เรื่อง
- จำนวนพื้นที่ที่นำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเพิ่มขึ้นมากในปิงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยปิงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 12 หน่วยงาน ปิงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 11 หน่วยงาน และ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 21 หน่วยงาน

เพื่อให้เห็นภาพการขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นรูปธรรม สามารถยกตัวอย่างกรณีศึกษาของมิติสุขภาพ สุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการตอบรับจากคณะรัฐมนตรีและนำไปสู่การดำเนินงานโดยหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข ดังนี้:

- การจัดการปัญหาขยะอาหาร (มติ สช. ครั้งที่ 15 / มติ ครม. 25 ก.ค. 66): นำไปสู่การขับเคลื่อนโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางอาหารและสิ่งแวดล้อม
- การส่งเสริมเกษตรกรรมที่ไม่เผา (แก้ปัญหา PM2.5) (มติ สช. ครั้งที่ 14 / มติ ครม. 29 พ.ย. 65): นำไปสู่มาตรการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระทรวงอุตสาหกรรม (มาตรการอ้อยสด) และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (โครงการหยุดเผา)
- การคุ้มครองสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (มติ สช. ครั้งที่ 15 / มติ ครม. 25 ก.ค. 66): เน้นย้ำภารกิจต่อเนื่องของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (กรมวิชาการเกษตร) ในการควบคุมวัตถุอันตราย และส่งเสริมสารชีวภัณฑ์
- ระบบสุขภาพเพื่อรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (มติ สช. ครั้งที่ 16 / มติ ครม. 23 ก.ค. 67): มีหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องคือ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) ผู้รับผิดชอบแผนการปรับตัวฯ แห่งชาติ (NAP)
- การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) (มติ สช. ครั้งที่ 16 / มติ ครม. 23 ก.ค. 67): สะท้อนแนวคิด "สุขภาพหนึ่งเดียว" (One Health) และเร่งรัดการดำเนินงานของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

จากสถานการณ์และกรณีศึกษาดังกล่าว พบว่าการขับเคลื่อนนโยบายในภาพรวมสามารถบรรลุเป้าหมายเชิงปริมาณที่ตั้งไว้ได้ และกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสามารถผลักดันวาระที่ซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนได้สำเร็จ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเด็นท้าทายในเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะการกระจายตัวของนโยบายและการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในทุกพื้นที่ ซึ่งต้องมีการติดตามและประเมินผลในรายละเอียดต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อประเด็นที่ 1 ทுகนโยบายห้วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)

- ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัด:

1. ควรพิจารณาค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด ในการเพิ่มมิติเชิงคุณภาพ: สำหรับตัวชี้วัด "10 เรื่อง" และ "10 พื้นที่" ควรเพิ่มเกณฑ์ "การกระจายตัว" เพื่อให้แน่ใจว่านโยบายไม่กระจุกตัวอยู่เพียงบางประเด็นหรือบางพื้นที่
 2. พัฒนานิยาม "ความเป็นรูปธรรม": ควรพัฒนานิยามและเกณฑ์การวัดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น อาจแบ่งเป็น ระดับขั้นของความสำเร็จ (เช่น รับทราบ วางแผน ปฏิบัติ เกิดผลลัพธ์) เพื่อให้การติดตามผลมีความหมายมากขึ้น
- ข้อเสนอแนะต่อการบรรลุเป้าหมาย:
1. ยกระดับ HiAP ให้เป็น "เป้าหมายร่วมระดับชาติ": ควรผลักดันให้ HiAP ถูกกำหนดเป็นเป้าหมายร่วมในแผนยุทธศาสตร์ชาติ จากที่มักถูกมองเป็นเพียง "เครื่องมือ" (means) ของสข. ให้กลายเป็น "เป้าหมาย" (ends) ของทุกภาคส่วน⁽¹⁰⁾
 2. ทำให้การมีส่วนร่วมมีความหมายมากขึ้น: ควรมีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ (เช่น Power/Interest Grid) และออกแบบกระบวนการมีส่วนร่วมที่หลากหลาย เพื่อแก้ปัญหาความไม่เป็นตัวแทนที่แท้จริง⁽¹⁰⁾
 3. เสริมสร้างบทบาท สข. สู่อำนาจการอภิบาล (Metagovernor): สข. ควรแสดงบทบาทเป็นองค์กรอิสระที่วางกรอบและอำนวยความสะดวกให้เกิดกลไกการอภิบาลสุขภาพในทุกระดับ แทนที่จะลงมือทำเองทั้งหมด เพื่อให้การขับเคลื่อน HiAP มีความยั่งยืนและขยายผลได้กว้างขวางขึ้น⁽¹⁰⁾

4.2.2 เป้าหมายและมาตรการกลุ่มที่ 2: ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดเป้าหมาย "ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ" เพื่อมุ่งสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนทั้งในเขตเมืองและชนบท ให้สามารถจัดการตนเองและมีกลไกความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพในการรับมือกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้⁽²⁾ เป้าหมายนี้สอดคล้องกับหลักการของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่เน้น "การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชน" (Strengthening Community Actions) โดยมีหัวใจสำคัญคือการเพิ่มขีดความสามารถ (Empowerment) ให้ชุมชนเป็นเจ้าของและผู้ควบคุมทิศทางการพัฒนาสุขภาวะของตนเอง⁽⁵⁾

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ธรรมนูญฯ ได้กำหนด "มาตรการการสร้างชุมชนเข้มแข็ง" ควบคู่กันไป โดยมีแนวทางที่สำคัญคือ การผนวกรนโยบายท้องถิ่นเข้ากับมาตรการทางสังคม การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการลดความเหลื่อมล้ำ การพัฒนาระบบข้อมูลชุมชนเพื่อให้ชุมชนใช้ประโยชน์และเป็นเจ้าของข้อมูลเอง และการพัฒนาระบบบริการทางสังคมและสุขภาพที่ยึดประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen and Community Centric)⁽²⁾ เป้าหมายและมาตรการนี้มีความสอดคล้องกัน โดยมีมาตรการเป็นชุดเครื่องมือเชิงปฏิบัติเพื่อให้เป้าหมายการสร้างชุมชนที่เข้มแข็งเกิดขึ้นได้จริงจากระดับฐานราก

กลไกการขับเคลื่อนชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

ในทางปฏิบัติ การขับเคลื่อนเป้าหมายชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะในประเทศไทยอาศัยกลไกสำคัญหลายประการที่ทำงานประสานกัน ดังนี้:

- กลไกทางการเงิน - กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่: เป็นกลไกหลักทางการเงินในระดับฐานราก ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 บริหารในรูปแบบคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน โดยเป็นการร่วมลงทุน (Matching Fund) ระหว่างสปสช. และอปท. ลักษณะเด่นของกลไกนี้คือ การกระจายอำนาจตัดสินใจสู่ชุมชน ทำให้สามารถจัดสรรงบประมาณไปใช้ในโครงการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของพื้นที่ได้โดยตรง
 - ความท้าทาย: ปี พ.ศ. 2567 พบว่ากองทุนฯ เพียงร้อยละ 55.8 ที่เลือกปัญหาสุขภาพสอดคล้องกับภาระโรคจริง โครงการส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้มากกว่ามาตรการที่คาดหวังผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม และยังขาดกลไกการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวที่เป็นระบบ⁽⁶⁾
- กลไกทางสังคมและนโยบาย - ระบบนิเวศของสข.และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.): กลไกนี้ขับเคลื่อนผ่านเครื่องมือและโครงสร้างหลายระดับ ตั้งแต่การใช้สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ของสข.เพื่อสร้างพื้นที่กลางให้เกิดข้อตกลงร่วม ไปจนถึงการใช้พชอ.เป็นกลไกกลางในการบูรณาการภาคส่วนต่างๆ ในระดับปฏิบัติการ
 - ความท้าทาย: ความท้าทายสำคัญคือการแปลงข้อตกลงหรือธรรมนูญที่ร่างขึ้น ให้กลายเป็นการปฏิบัติจริงในวิถีชีวิตประจำวันของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการทำให้ พชอ. เป็นกลไกขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สามารถเชื่อมโยงกับแผนงบประมาณหลักของอำเภอได้
- กลไกการสร้างต้นแบบและเรียนรู้ - พื้นที่ต้นแบบของ สสส.: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณและองค์ความรู้เพื่อสร้าง "พื้นที่ต้นแบบ" ทั่วประเทศ ซึ่งทำหน้าที่เสมือน "ห้องปฏิบัติการทางสังคม" ที่ทดลองนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทจริง และกลั่นกรองบทเรียนเพื่อการขยายผล
 - ความท้าทาย: ความท้าทายหลักคือการขยายผล (Scale-up) ความสำเร็จจากพื้นที่ต้นแบบไปยังชุมชนอื่นๆ และการสร้าง "สะพานเชื่อมเชิงนโยบาย" เพื่อนำบทเรียนไปบรรจุในแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืน

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

ปัญหาสุขภาพในระดับชุมชนมีความหลากหลายและซับซ้อนตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งนโยบายจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขได้อย่างตรงจุด เป้าหมาย "ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ" จึงถูกตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมศักยภาพของชุมชนให้สามารถร่วมจัดการปัญหาของตนเองได้ คณะอนุกรรมการฯ จึงได้คัดเลือกชุดตัวชี้วัดที่สะท้อนปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมความเข้มแข็งนี้ในหลายมิติ โดยมีตัวชี้วัดเป้าหมายเพื่อวัดผลลัพธ์เชิงนโยบายที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วม และมีตัวชี้วัดมาตรการเพื่อติดตามปัจจัยนำเข้า

และกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ ศักยภาพของภาคีเครือข่าย การใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพฯ และการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ

รายละเอียดตัวชี้วัดกลุ่มที่ 2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ

4) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 2.1: จำนวนพื้นที่ที่มีการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/จังหวัด

- แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนงานหลักของสช. ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สช.
- วิธีวัดผล กำหนดพื้นที่ จากขอบเขตการดำเนินการ เช่น ในระดับจังหวัด

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 2.1

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวนพื้นที่ที่มีการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/จังหวัดจำนวน 38 จังหวัด ได้แก่ พะเยา แพร่ ลำปาง ตาก เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ พิจิตร ชัยนาท ลพบุรี นครนายก สระบุรี กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี สมุทรสงคราม ตราด ระยอง สระแก้ว ชลบุรี ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ขอนแก่น สกลนคร เลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย นครราชสีมา อุบลราชธานี ยโสธร สุราษฎร์ธานี พังงา กระบี่ ภูเก็ต พัทลุง ตรัง สงขลา และ กรุงเทพมหานคร
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวนพื้นที่ที่มีการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/จังหวัดจำนวน 29 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ สุโขทัย นครสวรรค์ พิจิตร สระบุรี ลพบุรี ปทุมธานี กาญจนบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม ตราด ระยอง ขอนแก่น อุดรธานี เลย นครราชสีมา สุรินทร์ อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี กระบี่ สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต ระนอง สงขลา ชัยนาท ฉะเชิงเทรา หนองบัวลำภู และ ยะลา
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวนพื้นที่ที่มีการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/จังหวัดจำนวน 20 จังหวัด ได้แก่ พะเยา ตาก น่าน สุโขทัย อุดรดิตถ์ ชัยนาท สระบุรี กาญจนบุรี สมุทรสงคราม หนองบัวลำภู ขอนแก่น อำนาจเจริญ กระบี่ สงขลา ยะลา ตรัง พัทลุง สุราษฎร์ธานี พังงา และ นครศรีธรรมราช

5) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 2.1: ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน

- แหล่งที่มาของข้อมูล ฐานข้อมูลชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HEALTHGATE)
 - <https://healthgate.hss.moph.go.th/report/community/years>
 - <https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index?id=2137>
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

- วิธีวัดผล

- ตัวตั้ง คือจำนวนตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ตัวหารคือจำนวนตำบลเป้าหมาย 4,000 ตำบล (แห่ง)
- นิยามของ การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลนั้นๆ ต้องมี "หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมดในตำบล และมีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขั้นสูงแห่งชาติดีระดับดีขึ้นไปอย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล"
- หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ **ระดับดี** คือหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพัฒนาแล้ว และมีคุณสมบัติเพิ่มเติมอีก 4 ข้อ ดังนี้ มีแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการจัดปัจจัยเอื้อในหมู่บ้าน (ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี) มีมาตรการหรือข้อตกลงร่วมกันของชุมชน โดยหมู่บ้านจะต้องผ่านเกณฑ์ **ระดับพัฒนา** มาก่อน ซึ่งประกอบด้วยกรณีทีมงาน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีม มีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง และมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย⁽¹¹⁾

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 2.1

จากการดำเนินงานในตัวชี้วัด "ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน" พบว่ามีการพัฒนาและขยายผลอย่างมีนัยสำคัญในช่วงปีงบประมาณ 2566 ถึง 2567 โดยในปี 2566 การดำเนินงานมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ร้อยละ 75 และมีเป้าหมายเชิงปริมาณที่สำคัญคือการพัฒนา "ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต" ให้ได้อย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล หรือรวมทั้งสิ้น 878 ตำบล ซึ่งผลการดำเนินงานในปีนั้นประสบความสำเร็จ สามารถพัฒนาตำบลได้ถึง 1,438 ตำบล ถือว่าสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้⁽¹²⁾

ความสำเร็จดังกล่าวได้กลายเป็นฐานสำคัญในการยกระดับเป้าหมายในปี 2567 โดยตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณไว้ที่ 4,000 ตำบล ซึ่งเป็นการเพิ่มเป้าหมายมากกว่าสี่เท่าตัวเพื่อขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศมากขึ้น จากรายงานความก้าวหน้าล่าสุด ณ เดือนพฤษภาคม 2567 พบว่าสามารถดำเนินงานไปได้แล้ว 2,961 ตำบล หรือคิดเป็นเกือบร้อยละ 75 ของเป้าหมายประจำปี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานยังคงอยู่ในทิศทางที่ดีและมีแนวโน้มที่จะบรรลุเป้าหมายที่ท้าทายนี้ได้สำเร็จ⁽¹²⁾

6) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 2.2: ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

- แหล่งที่มาของข้อมูล รายงานประจำปี สปสช.
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สปสช.
- วิธีวัดผล ตัวตั้งคืองบประมาณที่มีการเบิกจ่ายแล้วในปีงบประมาณ ตัวหารคืองบประมาณรวม

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 2.2

ในปีงบประมาณ 2565 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีงบประมาณรวมจากทั้งยอดยกมาปีก่อนและงบที่ได้รับในปีจำนวนกว่า 7,273 ล้านบาท แต่ยังคงเหลือเงินสะสม ณ สิ้นปีถึง 2,770

ล้านบาท ส่งผลให้มีการเบิกจ่ายจริงประมาณ 4,502 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 61.9 ของงบประมาณรวมทั้งหมด ตัวเลขนี้สะท้อนว่ามีเงินเหลือยกมาสูง และการเบิกจ่ายยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น แม้ว่าจะมีการใช้จ่ายในกิจกรรมสุขภาพจำนวนมาก แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการดำเนินงานในพื้นที่

ต่อมาในปีงบประมาณ 2566 ภาพรวมการเบิกจ่ายมีแนวโน้มดีขึ้น ยอดรวมงบประมาณ (รวมยอดยกมาและรายรับใหม่) อยู่ที่ 6,137 ล้านบาท มีเงินคงเหลือสิ้นปีประมาณ 1,936 ล้านบาท ทำให้มีการเบิกจ่ายจริง 4,202 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 68.5 ของงบประมาณรวม ถือเป็น การปรับตัวดีขึ้นจากปีก่อน โดยมีความพยายามของ สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการผลักดันให้เกิดการใช้เงินไปกับกิจกรรมสุขภาพเชิงรุกและการป้องกันโรคมากขึ้น

ในปีงบประมาณ 2567 การเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนสุขภาพท้องถิ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยอดงบรวมอยู่ที่ 6,057 ล้านบาท และมีเงินคงเหลือสิ้นปีลดลงเหลือ 1,530 ล้านบาท ทำให้เบิกจ่ายจริงได้ถึง 4,527 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 74.7 ของงบประมาณรวม การขยับขึ้นมาสู่ระดับเกือบสามในสี่ของงบทั้งหมด แสดงถึงการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่าง อปท. หน่วยบริการ และภาคประชาชน

สถานการณ์ปัจจุบันต่อประเด็นที่ 2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ

เพื่อให้เห็นภาพการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม สามารถยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่สะท้อนการทำงานของชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกลไกต่างๆ ได้ดังนี้:

- การจัดการความปลอดภัยทางถนน โดย พชอ. เมืองเลย จ.เลย: เป็นตัวอย่างของกลไก พชอ. ที่มีศักยภาพตามเกณฑ์ 5 ด้านของ สปส. ตั้งแต่การมีคณะกรรมการที่เข้มแข็ง การใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ การวางแผนยุทธศาสตร์ และการปฏิบัติการจนเกิดเป็น "เมืองเลยโมเดล" ในการดูแลวัยรุ่น
- การสร้างนโยบายสาธารณะ โดย สมัชชาสุขภาพ จ.พะเยา: เกิดเป็น "ธรรมนูญคนกว๊านพะเยา" ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันของคนในพื้นที่ในการจัดการปัญหาขยะ และผูกพันต่อผู้บริหารจังหวัดเพื่อพิจารณาบรรจุเป็นนโยบายและแผนงานของจังหวัดต่อไป
- การใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล โดย ทต.ปริก จ.สงขลา: เกิด "โครงการกายภาพบำบัดถึงบ้าน" เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ ซึ่งเป็นตัวอย่างของการใช้งบประมาณที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน
- การสร้างต้นแบบเกษตรอินทรีย์ โดย สสส. ที่ จ.ยโสธร: เกิด "ยโสธรโมเดล" ที่เชื่อมโยงการทำงาน ตั้งแต่ต้นน้ำ (เกษตรกร) กลางน้ำ (ตลาด) และปลายน้ำ (โรงเรียน/โรงพยาบาล) จนนำไปสู่การเป็นนโยบาย "เมืองเกษตรอินทรีย์" ของจังหวัด

ในประเด็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2566 มีกองทุนสุขภาพตำบลกว่า 7,753 แห่งทั่วประเทศ มีงบประมาณรวม 5,333 ล้านบาท และเกิดโครงการสุขภาพถึง 155,617

โครงการ การวิเคราะห์โครงการพบว่าประเด็นที่กองทุนฯ ให้ความสำคัญมากที่สุดคือการจัดการอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (ร้อยละ 44 ของกองทุนฯ) รองลงมาคือประเด็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 24) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 23)⁽⁶⁾

ในด้านของข้อมูล มีการดำเนินการจัดทำข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่ (social Health Resources Empowerment Project: SHARE) โดยความร่วมมือของ สช. สปสช. สสส. และสถาบันองค์กรพัฒนาชุมชน ที่รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องหลายด้าน เช่น การบูรณาการข้อมูลโครงการ การบูรณาการข้อมูลภาคีเครือข่าย ข้อมูลประชากร ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะ รวมไปถึงการติดตามประเมินผลต่อไปในอนาคต

จากสถานการณ์และกรณีศึกษาดังกล่าว พบว่ากลไกต่างๆ ได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายและสามารถสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมได้ในหลายพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเด็นท้าทายในเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกลไกต่างๆ ให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และการยกระดับผลลัพธ์ระดับโครงการไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะต่อประเด็นที่ 2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ

- ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัดและการติดตามผล:

1. ยกระดับคลังข้อมูลสู่แดชบอร์ดสุขภาวะชุมชน: ควรพิจารณาแนวทางการยกระดับ "ข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่" โดย สช. สปสช. สสส. และสถาบันองค์กรพัฒนาชุมชน ซึ่งปัจจุบันทำหน้าที่เป็นคลังข้อมูลเชิงคุณภาพให้สามารถบูรณาการและเชื่อมโยงข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณจากหน่วยงานอื่น เช่น ข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพจาก HDC ของ สธ. และข้อมูลการใช้งบประมาณการเบิกจ่ายจาก สปสช. เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาวะในระดับพื้นที่และการติดตามประเมินผลในระดับประเทศต่อไป
2. พัฒนาการรอบตัวชี้วัดแบบบูรณาการ 3 ระดับ: แดชบอร์ดดังกล่าวควรนำเสนอข้อมูลใน 3 ระดับคือ "ตัวชี้วัดกระบวนการ" (Process) "ตัวชี้วัดผลลัพธ์" (Outcome) ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ (เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลง) และ "ตัวชี้วัดผลกระทบ" (Impact) ในภาพใหญ่
3. จัดตั้งกลไกกำกับดูแลร่วม: ควรมีการจัดตั้งคณะทำงานร่วมเพื่อการติดตามและประเมินผลชุมชนสุขภาวะในระดับชาติซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจาก สปสช. สธ. สช. สสส. สถาบันองค์กรพัฒนาชุมชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นๆ เพื่อออกแบบและกำกับดูแลการบูรณาการข้อมูลและการรายงานผล

- ข้อเสนอแนะต่อการบรรลุเป้าหมาย:

1. พัฒนาหลักเกณฑ์และระบบสนับสนุนกองทุนสุขภาพตำบล: ควรพัฒนาหลักเกณฑ์การคัดเลือกปัญหาสุขภาพที่อิงข้อมูลภาระโรค จัดทำคลังมาตรการที่มีประสิทธิผล และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานของกองทุนฯ⁽⁶⁾

2. เสริมสร้างเครือข่ายการทำงานและระบบพี่เลี้ยง: ควบบูรณาการการทำงานในพื้นที่โดยใช้กลไก พขอ. เป็นตัวเชื่อม เพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานและขยายผลลัพธ์การดำเนินงาน⁽⁶⁾
3. พัฒนายุทธศาสตร์การขยายผลและสร้างความยั่งยืน: สำหรับพื้นที่ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ ควรมี "สะพานเชื่อมเชิงนโยบาย" ที่ชัดเจน เพื่อนำบทเรียนไปบรรจุในแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.2.3 เป้าหมายและมาตรการกลุ่มที่ 3: ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดเป้าหมายที่ 3 "ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม" ซึ่งมุ่งเน้นระบบบริการที่เน้น "การสร้างนำซ่อม" มีศักยภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรในแต่ละพื้นที่ และมีกลไกการทำงานที่สอดคล้องกัน⁽²⁾

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ธรรมนูญฯ ได้กำหนดมาตรการที่ 4 "การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย (Developing digital health and services)" ควบคู่กันไป โดยเน้นการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อยกระดับการทำงานและการให้บริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ จะเห็นได้ว่าเป้าหมายและมาตรการนี้มีความสอดคล้องกันอย่างยิ่ง โดยมี "ความทันสมัยและเทคโนโลยีดิจิทัล" เป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อทุกคนได้อย่างแท้จริงในยุคปัจจุบัน

กลไกการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

การขับเคลื่อนเป้าหมายนี้อาศัยกลไกสำคัญหลายประการที่ทำงานประสานกัน แต่ละกลไกกำลังเผชิญกับความท้าทายครั้งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

1. กลไกระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PHC) คือกลไกหลักในการจัดบริการให้ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ" อย่างไรก็ตาม กลไกนี้กำลังสั่นคลอนอย่างรุนแรง

- ความท้าทาย: การถ่ายโอน รพ.สต. ได้ก่อให้เกิดภาวะ "ระบบสุขภาพปฐมภูมิสองสังกัด" และสร้าง "ภาวะสูญญากาศเชิงกลไกอภิบาล" ที่เกิดความไม่ชัดเจนในบทบาทการกำกับดูแลร่วมกันระหว่าง อบจ. (ผู้จัดบริการรายใหม่) (สสจ.) (ผู้กำกับมาตรฐานเดิม) และ สปสช. (ผู้ซื้อบริการ) โดยเฉพาะในบริบทของกรุงเทพมหานครซึ่งไม่มีโครงสร้าง รพ.สต. ยิ่งประสบปัญหาวิกฤตศรัทธาต่อ "คลินิกชุมชนอบอุ่น" และทำให้กลุ่มเปราะบางในเมืองเข้าถึงบริการได้ยาก

2. กลไกด้านกำลังคน "คน" คือหัวใจของระบบบริการ แต่ปัจจุบันกำลังเผชิญปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

- ความท้าทาย: ระบบกำลังเผชิญภาวะขาดแคลนบุคลากรอย่างรุนแรง โดยเฉพาะใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ซึ่งเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านงบประมาณของ อบจ. ที่ติดเพดานค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรไม่เกินร้อยละ 40 นอกจากนี้ ยังเกิดความเหลื่อมล้ำด้านเส้นทางความก้าวหน้าและสิทธิประโยชน์ระหว่างบุคลากรสองสังกัด ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อขวัญและกำลังใจ

3. กลไกด้านการเงินการคลัง "เงิน" คือปัจจัยที่กำหนดทิศทางของระบบบริการ แต่การจัดสรรในปัจจุบันยังไม่สะท้อนนโยบาย "สร้างนำซ่อม" อย่างแท้จริง

- ความท้าทาย: งบประมาณสำหรับบริการ P&P ยังมีสัดส่วนที่น้อยมาก โดยคิดเป็นเพียง ร้อยละ 8.8 ของรายจ่ายสุขภาพรวม และที่น่ากังวลคือรายจ่ายสำหรับ "การป้องกันโรคไม่ติดต่อ (NCDs)" โดยเฉพาะ มีสัดส่วนเพียง ร้อยละ 1.2 เท่านั้น นอกจากนี้ รูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณหลังการถ่ายโอนยังมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทำให้เกิดความท้าทายในการบริหารจัดการ

4. กลไกระบบข้อมูลและเทคโนโลยี "ข้อมูล" คือรากฐานของบริการที่ทันสมัย แต่ปัจจุบันกำลังอยู่ในภาวะวิกฤต

- ความท้าทาย: การถ่ายโอน รพ.สต. ได้ส่งผลกระทบต่อระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ การส่งข้อมูลบริการที่สำคัญจาก รพ.สต. ที่ถ่ายโอนเข้าสู่คลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งกระทบต่อความสามารถในการวางแผนและติดตามสถานการณ์สุขภาพของประเทศอย่างรุนแรง

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนและมีปัจจัยกำหนดที่อยู่นอกภาคสาธารณสุข หรือที่เรียกว่า ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health - SDH) การจะไปให้ถึงเป้าหมาย "ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม" จึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบบริการแต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยนโยบายสาธารณะอื่นๆ ที่จัดการกับต้นเหตุของปัญหา เช่น มาตรการที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูง (Best Buys) อย่างมาตรการทางภาษีต่อสินค้าทำลายสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในหัวข้อนี้จะมุ่งเน้นการประเมินความพร้อมของ "ระบบบริการ" ซึ่งเป็นกลไกปลายทางที่สำคัญ คณะอนุกรรมการฯ จึงได้คัดเลือกตัวชี้วัดที่สะท้อนปัจจัยพื้นฐานของระบบบริการปฐมภูมิ คือ "คน" (บุคลากร) และ "เงิน" (งบประมาณ) เป็นตัวชี้วัดมาตรการ และใช้ "การเข้าถึงบริการ P&P" เป็นตัวชี้วัดเป้าหมาย

รายละเอียดตัวชี้วัดกลุ่มที่ 3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม

7) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 3.1: ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P)

- แหล่งที่มาของข้อมูล ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) <https://hdc.moph.go.th/>
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุข
- วิธีวัดผล อ้างอิงวิธีวัดผลจาก HDC เลือกรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) แต่ละช่วงวัย ได้แก่
 - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
 - อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย อายุ 30-60 ปี
 - ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวาน

- ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 3.1

ข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 3.1

บริการ	กลุ่มเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน 2566	ผลงาน 2567	ผลงาน 2568
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	หญิงตั้งครรภ์	≥ 75%	74.83%	72.77%	72.14%
อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย อายุ 30-60 ปี	สตรีอายุ 30-60ปี (เป้าหมายคือ 70% ของกลุ่มประชากร และแบ่งการให้บริการเป็น 5 ปี)	-	46.71%	57.98%	-
ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวาน	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป	-	78.07%	71.61%	72.89%
ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป	-	78.32%	73.01%	73.95%

แหล่งที่มาของข้อมูล <https://hdc.moph.go.th/>

เข้าถึงข้อมูลวันที่ 3 ต.ค. 2568

8) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.1: หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการขึ้นทะเบียน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

- แหล่งที่มาของข้อมูล ประกาศผลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - เขต 1-12 <https://phc.moph.go.th/register-2/>
 - เขต 13 กรุงเทพมหานคร <https://phc.moph.go.th/register-1/>
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- วิธีวัดผล นับจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้ผ่านการพิจารณา

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.1

ในปี 2568 เขต 1-12 มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้ว 4,298 แห่ง จากหน่วยบริการทั้งหมด 9,753 แห่ง คิดเป็น 44.07% และในเขต 13 กทม. มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้ว 336 แห่ง

9) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.2: สัดส่วนงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เทียบกับเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- แหล่งที่มาของข้อมูล รายงานประจำปี สปสช.
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สปสช.
- วิธีวัดผล ตัวตั้งคืองบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ตัวหารคืองบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.2

ในภาพรวมด้านการคลัง ปี 2564 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวม (CHE) = 715,325 ล้านบาท (4.4% ของ GDP) ในจำนวนนี้ ใช้จ่ายด้าน P&P มีสัดส่วน “ต่ำกว่างบด้านรักษาพยาบาลมาก” โดยเฉลี่ยไม่เกิน 15% ของรายจ่ายสุขภาพรวม⁽⁶⁾

จากรายงานประจำปี สปสช. ระหว่างปี 2565–2567 พบว่า งบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองทุน UC) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยปี 2565 กองทุน UC มีวงเงินรวมประมาณ 198,892 ล้านบาท จัดสรรเป็นงบ P&P 19,265 ล้านบาท หรือคิดเป็น 9.7% ของกองทุนทั้งหมด ปี 2566 วงเงิน UC เพิ่มขึ้นเป็น 207,980 ล้านบาท โดยงบ P&P อยู่ที่ 21,294 ล้านบาท หรือ 10.2% และปี 2567 วงเงิน UC เพิ่มขึ้นเป็น 220,382 ล้านบาท จัดสรรงบ P&P 22,947 ล้านบาท คิดเป็น 10.4% ของกองทุน UC ทั้งหมด แม้ว่าสัดส่วนงบ P&P จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 9.7% เป็น 10.4% ในช่วงสามปี แต่ยังคงเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับงบรักษาพยาบาลที่ครองสัดส่วนกว่า 89–90% ของกองทุน สะท้อนให้เห็นว่าการลงทุนด้านป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพยังไม่สมดุลกับการลงทุนด้านการรักษา และเป็นประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพเพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบในระยะยาว

10) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.3: อัตราการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพดิจิทัล

- แหล่งที่มาของข้อมูล รายงานสุขภาพ 2567
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส.

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 3.3

จากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของคนไทย ปี 2566 โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. รายงานใน สุขภาพคนไทย 2567 พบว่าบริการสุขภาพทางไกล หรือ Telemedicine เริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยประมาณ 1 ใน 3 ของคนไทย หรือคิดเป็นร้อยละ 33.1 เคยใช้บริการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทางไกล

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า คนกรุงเทพมหานครมีส่วนการใช้งานสูงที่สุดถึงร้อยละ 41.5 โดยเหตุผลหลักที่ประชาชนเลือกใช้บริการคือ ความสะดวกและประหยัดเวลา (ร้อยละ 69.1) ตามมาด้วยการต้องการลดความเสี่ยงจากการเดินทางไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.1) และเพื่อปรึกษาอาการเบื้องต้น (ร้อยละ 37.8)

ในทางกลับกัน กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่ยังไม่เคยใช้บริการให้เหตุผลสำคัญว่า ต้องการได้รับการตรวจร่างกายกับแพทย์โดยตรง (ร้อยละ 51.2) ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อมั่นในการตรวจรักษาแบบดั้งเดิม นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการเพราะยังไม่รู้จักบริการนี้ (ร้อยละ 23.3) หรือมองว่าอาการป่วยของตนไม่รุนแรงพอที่จะต้องใช้บริการ (ร้อยละ 20.9) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงโอกาสในการสร้างการรับรู้และขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัลให้กว้างขวางขึ้นในอนาคต

ข้อเสนอแนะต่อประเด็นที่ 3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม

- ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัด:

1. เร่งปฏิรูปและพัฒนาาระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ: เร่งรัดการพัฒนากลไกสนับสนุนด้านระบบข้อมูลตามข้อเสนอของคณะทำงานฯ โดยต้องมี "Data Center ส่วนกลาง" กำหนดมาตรฐานข้อมูลและตัวชี้วัดร่วมกันระหว่าง สธ. และ อบจ. และพัฒนาระบบให้สามารถคืนข้อมูลสู่พื้นที่เพื่อใช้ในการบริหารจัดการได้จริง
2. พัฒนาตัวชี้วัด "กำลังคน" ให้รอบด้าน: นอกจากการนับจำนวนแล้ว ควรพัฒนาตัวชี้วัดที่สะท้อน "การกระจายตัวที่เป็นธรรม" และ "ความร่วมมือในการทำงาน" ระหว่างบุคลากรสองสังกัด

- ข้อเสนอแนะต่อการบรรลุเป้าหมาย:

1. เร่งรัดการออกแบบ "ระบบอภิบาลสุขภาพ" หลังการถ่ายโอน รพ.สต.: สนับสนุนข้อเสนอของ สวรส. ในการจัดตั้ง "คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)" ให้เป็นกลไกกลางที่มีอำนาจหน้าที่ชัดเจนในการประสานงานระหว่าง อบจ. สสจ. และ สปสช.
2. ออกแบบ "ระบบบริการแบบเครือข่าย" ที่ชัดเจน: จัดลำดับความสำคัญในการออกแบบ "Service Network Model" ให้ชัดเจนก่อนการออกแบบระบบการเงินการคลัง เนื่องจากบริการปฐมภูมิต้องมีการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเป็นระบบ
3. ปฏิรูปโครงสร้างสำหรับบริบทเมืองใหญ่: สำหรับพื้นที่พิเศษ เช่น กรุงเทพมหานคร ควรมีการปฏิรูปโครงสร้าง 3 เสาหลักไปพร้อมกัน คือ 1) ด้านการเงินการคลัง โดยปรับสูตรจัดสรรตามดัชนีต้นทุนพื้นที่ (Area Cost Index) 2) ด้านบริการและเครือข่าย โดยยกระดับศูนย์บริการสาธารณสุขให้เป็นแกนหลัก และ 3) ด้านการอภิบาลระบบ โดยผลักดันให้ กทม. เข้ามามีบทบาทเป็นเจ้าของภาพหลักที่ชัดเจน

2.2.4 เป้าหมายและมาตรการกลุ่มที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดเป้าหมาย "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" เพื่อมุ่งส่งเสริมและเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้⁽²⁾

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ธรรมนูญฯ ได้กำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้องควบคู่กันไป โดยเน้นการสนับสนุนให้เกิดองค์กรที่รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization - HLO) เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และการพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าเป้าหมายและมาตรการนี้มีความสอดคล้องกันอย่างยิ่ง โดยมีมาตรการเป็นเครื่องมือในการสร้างสภาพแวดล้อมและช่องทางที่เอื้อให้ประชาชนสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมายหลักได้

กลไกการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

ในทางปฏิบัติ การขับเคลื่อนเป้าหมายความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยอาศัยกลไกสำคัญ 3 ประการที่ทำงานประสานกัน ดังนี้:

1. การสำรวจและติดตามสถานการณ์ (National Survey & Monitoring): กลไกนี้ดำเนินการโดยกรมอนามัย ผ่านการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในระดับชาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้วางแผนและประเมินผลนโยบาย
 - ความท้าทาย: ผลสำรวจเป็นเพียงการประเมินความรู้ความเข้าใจจากการตอบแบบสอบถาม (Self-report) ซึ่งอาจไม่ได้สะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงเสมอไป
2. การสร้างองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Developing HLOs): เป็นกลไกที่มุ่งเปลี่ยนแปลงฝั่ง "ผู้ให้บริการ" โดยกรมอนามัยได้ส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน การสื่อสาร และสภาพแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้ง่ายขึ้น ลดภาระในการทำความเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อน
 - ความท้าทาย: การขับเคลื่อนในปัจจุบันยังเน้นที่ "จำนวน" ของหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ แต่ยังขาดกลไกการประเมิน "คุณภาพ" ของการเป็น HLO ที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงของผู้รับบริการ
3. การสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Health Communication): กลไกนี้ขับเคลื่อนโดย สสส. ซึ่งทำหน้าที่สร้าง "ระบบนิเวศสื่อสุขภาพ" ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลที่หลากหลาย เพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างปฏิสัมพันธ์กับประชาชนในวงกว้าง
 - ความท้าทาย: การวัดผลความสำเร็จยังคงเน้นที่ตัวชี้วัดระดับการเข้าถึง (Reach) และการมีส่วนร่วม (Engagement) ซึ่งยังเป็นความท้าทายในการเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

สถานการณ์ในประเทศไทยเผยให้เห็นถึงความอ่อนแอระหว่าง "ความรู้" และ "พฤติกรรม" กล่าวคือ ผลสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอาจอยู่ในเกณฑ์ดี แต่พฤติกรรมเสี่ยงยังคงสูง เป้าหมาย "ความรู้ด้านสุขภาพ" จึงไม่ได้หมายถึงแค่ "คนที่มีข้อมูล" แต่คือ "คนที่มีข้อมูลและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง" ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยอย่างยิ่ง คณะอนุกรรมการฯ จึงได้เลือกตัวชี้วัดที่สะท้อนทั้งสองมิติ โดยมี ตัวชี้วัดเป้าหมาย ("อัตราความรู้ด้านสุขภาพ") เพื่อติดตามระดับความรู้

ความเข้าใจ และมีตัวชี้วัดมาตรการ ("จำนวน HLO" และ "ช่องทางสื่อสารดิจิทัล") เพื่อติดตามความพยายามในการสร้าง "สภาพแวดล้อมที่รอบรู้ด้านสุขภาพ" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ

รายละเอียดตัวชี้วัดกลุ่มที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

11) ตัวชี้วัดเป้าหมาย 4.1 : ร้อยละของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- แหล่งที่มาของข้อมูล รายงานประจำปีกรมอนามัย
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรมอนามัย

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 4.1

พ.ศ. 2568 (รายงานผล): ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 85.3 (ที่มา: กรมอนามัย) อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมี "วิกฤตการณ์โควิด-19" เป็นตัวเร่งที่สำคัญที่สุด ซึ่งบังคับให้ประชาชนทั้งประเทศต้องเรียนรู้และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างรวดเร็ว นัยยะสำคัญคือปัจจุบันประชาชนมี "ต้นทุน" ด้านความรอบรู้ที่สูงขึ้นกว่าในอดีต โจทย์ท้าทายต่อไปคือการต่อยอดความตื่นตัวนี้จากโรคติดต่อ ไปสู่การจัดการ "โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)" ซึ่งต้องอาศัยความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ซับซ้อนกว่า

12) ตัวชี้วัดมาตรการ 4.1 : จำนวนหน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

- แหล่งที่มาของข้อมูล รายงานประจำปีกรมอนามัย
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรมอนามัย

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 4.1

ในปี พ.ศ. 2563-2564: อยู่ในช่วงเริ่มต้น มีหน่วยบริการนำร่องใน หลักสี่ถึงหลักร้อยแห่ง ต่อมา พ.ศ. 2566: มีองค์กร/สถานบริการ/ชุมชนเข้าร่วมในภาพรวม กว่า 6,000 แห่ง ในปี พ.ศ. 2568: มีหน่วยบริการในสังกัด สธ. ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับสูง จำนวน 876 แห่ง (ที่มา: กรมอนามัย)

การขับเคลื่อนนโยบาย HLO มีแนวโน้มการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากการถูกกำหนดให้เป็น "นโยบายและตัวชี้วัดหลัก" ของกระทรวงสาธารณสุข นัยยะสำคัญคือประเทศไทยประสบความสำเร็จในการขยายผลเชิง "ปริมาณ" แล้ว โจทย์ต่อไปที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การยกระดับสู่มิติ "คุณภาพ" เพื่อให้การเป็น HLO สามารถสร้างประสบการณ์ที่ดีให้แก่ผู้รับบริการได้จริง และกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กร

13) ตัวชี้วัดมาตรการ 4.2 : การพัฒนาช่องทางสื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพประชาชนให้มีทักษะเท่าทันสื่อ (MIDL) และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา

- แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด สสส.
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สสส.
- วิธีวัดผล สรุปเนื้อหาจากผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 4.2

สรุปได้ 6 โครงการ ได้แก่ ส่งเสริมการตรวจสอบข้อมูล (Cofact) การคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ สร้างเสริมทักษะเท่าทันสื่อในผู้สูงอายุ จัดตั้งศูนย์ข้อมูลสื่อสร้างสรรค์สุขภาพ แพลตฟอร์ม "ธนาคารจิตอาสา" และจัดงาน Soul Connect Fest

ข้อเสนอแนะประเด็นที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

- ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัด:
 1. ยกกระดับตัวชี้วัด HL: ควรพิจารณาพัฒนาตัวชี้วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกับ "พฤติกรรมสุขภาพ" ที่สำคัญ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการโรค NCDs
 2. เพิ่มมิติคุณภาพของ HLO: ควรพัฒนาตัวชี้วัด HLO เชิงคุณภาพ โดยอาจเชื่อมโยงกับ "คะแนนประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient Experience Score)"
 3. พัฒนาตัวชี้วัดดิจิทัลเชิงผลลัพธ์: สำหรับช่องทางสื่อสารดิจิทัล ควรมีเป้าหมายในการพัฒนาตัวชี้วัดที่ลึกกว่าแค่การเข้าถึง เช่น การสำรวจว่าผู้ที่ได้รับสื่อมีการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจหรือพฤติกรรมจริงหรือไม่
 4. พิจารณาตัวชี้วัดร่วมเชิงบูรณาการ: ทิศทางในอนาคตควรเป็นการพัฒนา "ตัวชี้วัดเป้าหมายร่วมระดับชาติ" ที่สะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยตรง เช่น "อัตราการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง" ซึ่งจะบังคับให้ทุกหน่วยงาน (กรมอนามัย สสส. สปสช. สข.) ต้องทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน
- ข้อเสนอแนะต่อการบรรลุเป้าหมาย:
 1. บูรณาการ HL เข้ากับนโยบายสร้างเสริมสภาพแวดล้อม: ต้องผลักดันให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างจริงจังระหว่างมาตรการให้ความรู้ (HL) กับมาตรการเชิงโครงสร้าง (Supportive Environment)
 2. สร้าง "สิ่งแวดล้อมที่รอบรู้ด้านสุขภาพ": ขยายแนวคิด HLO จากแค่ในโรงพยาบาลไปสู่องค์กรอื่นๆ ในสังคม เช่น โรงเรียน สถานที่ทำงาน โดยเน้นการปรับระบบให้ "ง่าย" สำหรับประชาชน
 3. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสร้าง HL เชิงรุก: พัฒนาแพลตฟอร์มที่สามารถให้ข้อมูลสุขภาพที่ "จำเพาะเจาะจงกับบุคคล (Personalized)" ได้ เช่น การแจ้งเตือนเมื่อถึงเวลาตรวจคัดกรองที่เหมาะสมกับปัจจัยเสี่ยงของคนๆ นั้น

4.2.5 เป้าหมายและมาตรการกลุ่มที่ 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes)

แม้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 จะไม่ได้กำหนดเป้าหมายเรื่อง "ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ" ไว้โดยตรง แต่เป้าหมายทั้ง 4 ประการที่ผ่านมามีปลายทางสุดท้ายอยู่ที่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชน การประเมิน "ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ" จึงเปรียบเสมือนการประเมินภาพรวมสุดท้าย (Ultimate Outcome) ที่สะท้อนความสำเร็จหรือความท้าทายของระบบสุขภาพทั้งระบบ

เพื่อให้การประเมินนี้สะท้อนภาพใหญ่เชิงยุทธศาสตร์ คณะอนุกรรมการฯ จึงมีมติให้ยกระดับจากการใช้ตัวชี้วัดรายโรค มาเป็นการใช้ตัวชี้วัดระดับมหภาคที่สะท้อนสุขภาพของประชากรในภาพรวม ได้แก่ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) หรือ ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) เป็นตัวชี้วัดเป้าหมายสูงสุด และใช้ตัวชี้วัดรายประเด็นเป็นตัวชี้วัดระดับมาตรการ เพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงเชิงตรรกะที่ชัดเจน

กลไกการขับเคลื่อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

การจะบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนนั้น เป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดจากการทำงานประสานกันของกลไกในระดับต่างๆ ตั้งแต่นโยบายระดับมหภาคไปจนถึงการทำงานของระบบบริการสุขภาพ โดยสามารถแบ่งกลไกสำคัญได้ 3 ลักษณะ ดังนี้:

1. การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและสังคม: กลไกนี้คือการทำงานในระดับ "ต้นน้ำ" ซึ่งรวมถึงการผลักดันให้ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และการสร้างคนให้ตื่นรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH)
 - ความท้าทาย: การสร้างและคงไว้ซึ่งเจตจำนงทางการเมือง (Political Will) ที่เข้มแข็งในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ แต่เอื้อต่อสุขภาพในระยะยาว
2. การทำงานของระบบบริการสุขภาพ: กลไกนี้คือการทำงานในระดับ "กลางน้ำ" ซึ่งวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการ ทั้งการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (P&P) การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่มได้อย่างมีคุณภาพ
 - ความท้าทาย: การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัด ทั้งกำลังคนและงบประมาณ เพื่อจัดบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ท่ามกลางภาระโรค NCDs ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
3. การติดตามและประเมินผลมหภาค: กลไกนี้คือการใช้เครื่องมือประเมินผลในภาพใหญ่ เช่น การศึกษาภาระโรค (Burden of Disease) เพื่อสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์ HALE และ DALYs/YLL เพื่อใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับเชิงยุทธศาสตร์ให้กับผู้กำหนดนโยบาย
 - ความท้าทาย: "ความเชื่อมโยงที่ขาดหายไป" (Missing Link) ระหว่างการดำเนินมาตรการต่างๆ กับผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น เนื่องจากผลลัพธ์ระดับมหภาคมักเปลี่ยนแปลงช้าและมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ซับซ้อน ทำให้ยากต่อการชี้ชัดถึงผลกระทบของนโยบายใดนโยบายหนึ่งโดยตรง

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

แนวคิดในการเลือกชุดตัวชี้วัดนี้ ตั้งอยู่บนตรรกะ "ต้นน้ำ-กลางน้ำ-ปลายน้ำ" เพื่อให้เห็นเส้นทางเชิงสาเหตุและผลลัพธ์ของระบบสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยมี "ต้นน้ำ" คือเป้าหมายและมาตรการในเชิงนโยบายและสังคม (4.2.1-4.2.4) มี "กลางน้ำ" คือ "ตัวชี้วัดมาตรการ" ในหัวข้อนี้ ซึ่งได้แก่ อัตราป่วย/ตายจากโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ และมี "ปลายน้ำ" คือ "ตัวชี้วัดเป้าหมาย" ได้แก่ HALE หรือ DALYs/YLL ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่สะท้อนสุขภาพโดยรวมของประชากร อันเป็นผลพวงมาจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของมาตรการในระดับต้นน้ำและกลางน้ำ

รายละเอียดตัวชี้วัดกลุ่มที่ 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes)

14) ตัวชี้วัดเป้าหมาย 5.1 : อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) หรือ ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) / ปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL)

- แหล่งที่มาของข้อมูล
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง งานภาระโรค (BOD) มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP foundation)

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 5.1

พ.ศ. 2562 (BOD 2019) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ของคนไทยอยู่ที่ 68.9 ปี (ชาย 67.2 ปี หญิง 70.6 ปี) และโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และอุบัติเหตุทางถนน

15) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.1: อัตราป่วย/ตาย ด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

- แหล่งที่มาของข้อมูล HDC
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กองโรคไม่ติดต่อ
- วิธีวัดผล จำนวนผู้เสียชีวิตจาก โรคหัวใจหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน ระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง หารด้วย 100000 ประชากร

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 5.1

ปี 2561 อัตราตาย 112.76 รายต่อแสนประชากรปี 2563 อัตราตาย 116.44 รายต่อแสนประชากร และปี 2565 อัตราตาย 135.77 รายต่อแสนประชากร

16) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.2: อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

- แหล่งที่มาของข้อมูล ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ (Thai RSC)
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ (Thai RSC)

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 5.2

ปี 2566 มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 25.1 ต่อประชากรแสนคน (เสียชีวิต 17,654 ราย) ในปี 2567 อัตราการเสียชีวิตลดลงเล็กน้อยอยู่ที่ 24.5 ต่อประชากรแสนคน (เสียชีวิต 17,210 ราย) และปี 2568 (ณ วันที่ 16 ก.ย. 2568): มีผู้เสียชีวิตสะสม 11,985 ราย (ข้อมูลยังไม่สิ้นสุดปีงบประมาณ)

17) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.3: อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรมควบคุมโรค กรมควบคุมมลพิษ สปสช ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 5.3

โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ครอบคลุมหลายกลุ่มโรค ทั้งโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหืด โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งโรคผิวหนัง โรคตาอักเสบ และภาวะสัมผัสมลพิษโดยตรง โดยในปี 2567 มีการประเมินว่ามีประชาชนที่ได้รับผลกระทบจาก PM2.5 มากกว่า 10.5 ล้านคนทั่วประเทศ ขณะที่งบประมาณที่จัดสรรเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยโรคที่เกี่ยวข้องยังคงค่อนข้างจำกัด โดยปี 2568 ใช้งบประมาณราว 51 ล้านบาทสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหืด และเพิ่มเป็น 73 ล้านบาทในปี 2569 นอกจากนี้ สปสช. ยังขยายบริการผ่านระบบ Telemedicine เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยในปีที่ผ่านมา (ถึงกุมภาพันธ์ 2568) มีผู้ใช้บริการกว่า 130,000 คน รวมกว่า 430,000 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการรักษาโรคที่สัมพันธ์กับมลพิษ เช่น ไซหัด ผื่นลมพิษ และตาอักเสบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการจัดสรรงบประมาณและการเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ได้รับผลกระทบซึ่งสูงถึงหลายล้านคน จะเห็นได้ว่ายังมีช่องว่างสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรและมาตรการเชิงระบบเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากมลพิษทางอากาศต่อสุขภาพประชาชน

18) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.4: อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งที่สำคัญและป้องกันได้

- แหล่งที่มาของข้อมูล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 5.4

ในปี 2566 มะเร็งปากมดลูกมีผลงานคัดกรอง 22.54% มะเร็งเต้านม (คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่) 35% มะเร็งลำไส้ใหญ่ (ตรวจคัดกรอง Fecal Immunochemical Test - FIT) 30%

สถานการณ์ปัจจุบันประเด็นที่ 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes)

1. สถานการณ์ผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพ (ปลายน้ำ)

- คนไทยอายุยืนขึ้น แต่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วยนานขึ้น: อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของคนไทยอยู่ที่ประมาณ 76.3 ปี แต่ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) อยู่ที่เพียง 66.5 ปี นั่นหมายความว่า คนไทยมี "ช่องว่างของสุขภาพ" (Gap) อยู่ประมาณ 9.8 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ต้องอยู่กับภาวะเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ

- NCDs และอุบัติเหตุ ยังคงเป็นสาเหตุหลักของการตายก่อนวัย: ข้อมูลปีที่สูญหายไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) ล่าสุด (พ.ศ. 2562) ชี้ว่าสาเหตุ 5 อันดับแรกคือ 1) โรคมะเร็ง 2) อุบัติเหตุทางถนน 3) โรคหลอดเลือดสมอง 4) โรคหัวใจขาดเลือด และ 5) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้

2. สถานการณ์มาตรการจัดการรายประเด็น (กลางน้ำ)

- อัตราป่วยด้วยโรค NCDs: สถานการณ์ยังคงน่ากังวลและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยมีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงลงทะเบียนในระบบรวมกันกว่า 10 ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งเป็นภาระต่อระบบสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น
 - อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน: ลดลงอย่างมากในช่วงโควิด-19 แต่ได้กลับมาเพิ่มสูงขึ้นในปี 2566 อยู่ที่ 17,696 ราย และคาดว่าจะกลับสู่ระดับใกล้เคียงก่อนการระบาด (เกือบ 20,000 รายต่อปี) ซึ่งยังห่างไกลจากเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ, 2567)
 - อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ: เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตฝุ่น PM2.5 ซึ่งสะท้อนว่ามลพิษได้กลายเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของประเทศ
 - อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งที่สำคัญ: ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากโควิด-19 โดยอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงจากระดับ 60-70% เหลือเพียง 29% ในปี 2564 และแม้จะฟื้นตัวขึ้นมาอยู่ที่ประมาณ 55% ในปี 2566 แต่ยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่ 80% (สปสช., 2567)
- จากสถานการณ์ดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าแม้ระบบสุขภาพไทยจะมีความพยายามในการขับเคลื่อนนโยบายในระดับต้นน้ำ แต่ผลลัพธ์ในระดับกลางน้ำและปลายน้ำยังคงเผชิญกับความท้าทายที่รุนแรง โดยเฉพาะภาระโรคจาก NCDs และการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นตัวบั่นทอนสุขภาวะของคนไทยมากที่สุด

ข้อเสนอแนะประเด็นที่ 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Health Outcomes)

- ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัด:
 1. ยกระดับ HALE และ DALYs/YLL ให้เป็น "ตัวชี้วัดร่วมระดับชาติ": ควรผลักดันให้หน่วยงานกลาง เช่น สภาพัฒนาฯ นำตัวชี้วัด HALE และ DALYs/YLL มาใช้เป็นตัวชี้วัดหลักในการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพของแผนยุทธศาสตร์ชาติในทุกมิติ
 2. พัฒนาระบบการรายงานภาระโรคให้เป็นปัจจุบัน: สนับสนุนให้ IHPP และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดทำ "รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บฯ" ได้อย่างต่อเนื่องและทันต่อสถานการณ์ (เช่น ทุก 2-3 ปี)
- ข้อเสนอแนะต่อการบรรลุเป้าหมาย:
 1. เปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการ "รักษา" สู่การ "ลดช่องว่างของสุขภาวะ": ทุมนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการ "ลดช่องว่าง 9.8 ปี" ของสุขภาวะคนไทย โดยต้องให้ความสำคัญสูงสุดกับการลงทุนในมาตรการที่สามารถป้องกัน 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

2. ลงทุนในมาตรการที่จัดการ "ต้นเหตุร่วม": การจะลดภาระโรคจาก NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมุ่งจัดการที่ "ต้นเหตุร่วม" ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มแอลกอฮอล์และมลพิษทางอากาศ การลงทุนในมาตรการ "Best Buys" ที่จัดการกับปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นทางออกที่คุ้มค่าที่สุด

บทที่ 5 สรุป และข้อเสนอแนะ

บทนี้อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้าพัฒนาชุดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี ได้แก่ วัฏจักรชีวิตตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และ 3 รวมถึงหลักการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” และเป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” การอภิปรายผลจะจัดตาม 5 เป้าหมายและมาตรการที่สอดคล้องกัน เชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดและสถานการณ์ พร้อมสะท้อนข้อจำกัดและทิศทางการพัฒนาต่อไปรวมถึงข้อค้นพบเชิงระบบและข้อจำกัดของการศึกษา

5.1 สรุปผลการศึกษา

การติดตามสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรม การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งได้คัดเลือกตัวชี้วัดจากร่างแรกที่มี 266 ตัวชี้วัด มาสู่ชุดตัวชี้วัดฉบับสุดท้าย (ร่างที่ 5) จำนวน 18 ตัวชี้วัด ภายใต้กรอบ 5 เป้าหมายและ 5 มาตรการ เพื่อเสนอระบบติดตามและประเมินผล ที่สอดคล้องกับเป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรมภายใต้ข้อจำกัดเรื่องเวลาและความพร้อมของข้อมูลที่มีในปัจจุบัน ชุดตัวชี้วัดนี้ครอบคลุมทั้งมิติด้านนโยบาย ชุมชน ระบบบริการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดวัฏจักรชีวิตและแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในประเด็นสุขภาพ

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาควบคู่กับสถานการณ์ตามตัวชี้วัด พบว่าประเทศไทยมีความสำเร็จเชิงโครงสร้างและกระบวนการ เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ และ พชอ. แต่ยังคงมีความท้าทายในการบูรณาการกลไกเหล่านี้ให้ทำงานเสริมพลังกัน และการแปลข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่ ทำให้กระบวนการยังไม่นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามที่คาดหวัง โดยเฉพาะประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความปลอดภัยทางถนน และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งยังเป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพ

5.2 อภิปรายผลตามเป้าหมายและมาตรการ

5.2.1 ประเด็นที่ 1 ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลไกของคสช. สช. และกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สามารถทำหน้าที่เป็นเวทีในการพัฒนานโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพในลักษณะ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ได้อย่างเป็นรูปธรรมในระดับหนึ่ง การมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับการนำมติคณะรัฐมนตรีที่มาจากข้อเสนอเชิง

นโยบายไปสู่การปฏิบัติ สะท้อนความพยายามติดตามความก้าวหน้าจาก “ข้อเสนอ” ไปสู่ “มาตรการ” ในหน่วยงานภาครัฐ

อย่างไรก็ดีตัวชี้วัดที่นำเสนอในการศึกษานี้ยังมุ่งวัด “จำนวนหน่วยงาน” หรือ “จำนวนมิติ” มากกว่าการสะท้อนคุณภาพการดำเนินการและผลเชิงโครงสร้าง เช่น การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพหรือการลดความเหลื่อมล้ำในระดับพื้นที่ นอกจากนี้การติดตามผลลัพธ์จริงจากนโยบายข้ามกระทรวงยังเผชิญข้อจำกัดด้านระบบข้อมูลและกลไกการประเมินร่วม จึงทำให้การสรุปผลกระทบเชิงสุขภาพโดยตรงจากนโยบายเหล่านี้ต้องใช้ความระมัดระวัง

5.2.2 ประเด็นที่ 2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ

เป้าหมายนี้มุ่งให้ชุมชนทั้งในเขตเมืองและชนบทมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ โดยใช้ตัวชี้วัดที่สะท้อนความสามารถของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การมีระบบจัดการสุขภาพในชุมชน และการใช้ประโยชน์จากกองทุนด้านสุขภาพในพื้นที่ การมีเครื่องมือทางการคลังระดับพื้นที่และกลไกชุมชนจัดการสุขภาพ ถือเป็นจุดแข็งสำคัญของระบบสุขภาพไทยในการสนับสนุน “การพึ่งตนเองของชุมชน”

ข้อมูลในทางปฏิบัติพบว่า ระดับศักยภาพของชุมชนและอปท. มีความแตกต่างกันสูง ทั้งในด้านทรัพยากร บุคลากร และทุนทางสังคม ทำให้ผลลัพธ์ของการใช้กลไกเดียวกันในแต่ละพื้นที่ไม่เท่าเทียมกัน กิจกรรมจำนวนหนึ่งยังเน้นการให้ความรู้เชิงกิจกรรม มากกว่าการปรับโครงสร้างสภาพแวดล้อมหรือมาตรการทางสังคมที่สร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาตัวชี้วัดเพิ่มเติมที่สะท้อน “คุณภาพและความยั่งยืน” ของการจัดการสุขภาพชุมชนมากกว่าเพียงปริมาณโครงการหรือการใช้จ่ายงบประมาณ

5.2.3 ประเด็นที่ 3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม

ในมุมของระบบบริการ ภายใต้หลักการ “สร้างนำซ่อม” ตัวชี้วัดได้ติดตามทั้งการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (เช่น การฝากครรภ์ การคัดกรองโรค) การจัดบริการปฐมภูมิ และทรัพยากรที่สนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ ข้อมูลสะท้อนว่าประเทศไทยมีโครงสร้างสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน และมีความพยายามผลักดันให้บริการเหล่านี้ครอบคลุมประชากรกลุ่มสำคัญ

อย่างไรก็ตาม สัดส่วนงบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเมื่อเทียบกับงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลยังมีแนวโน้มจำกัด และระบบบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้แรงกดดันจากข้อจำกัดด้านกำลังคน การถ่ายโอนหน่วยบริการไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาระงานที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการและความครบถ้วนของข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง ทำให้การใช้ตัวชี้วัดเพื่อประเมิน “ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ” จำเป็นต้องพิจารณาควบคู่กับข้อมูลเชิงบริบทและข้อจำกัดเชิงระบบ

5.2.4 ประเด็นที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การผลักดันประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) และการพัฒนาองค์กรบริการสุขภาพที่ส่งเสริมความรอบรู้ (health-literate organization) เป็นอีกมิติสำคัญในการขับเคลื่อนให้ประชาชนมี

ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ตัวชี้วัดในเป้าหมายนี้จึงไม่ได้วัดเพียงระดับความรู้ของประชาชน แต่ยังมองไปที่บทบาทของหน่วยบริการและระบบสื่อสารสุขภาพด้วย

อย่างไรก็ดีแม้การสำรวจจะสะท้อนระดับความรู้ในภาพรวมที่ค่อนข้างดี แต่สถานการณ์ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นความท้าทายสำคัญ ทำให้ไม่สามารถสรุปตรงไปตรงมาว่าความรู้ที่เพิ่มขึ้นได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับประชากรอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ความเหลื่อมล้ำด้านความรู้และความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ยังไม่ถูกสะท้อนอย่างชัดเจนในตัวชี้วัดปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาการจำแนกข้อมูลตามกลุ่มเป้าหมายและบริบทพื้นที่ รวมถึงเชื่อมโยงกับตัวชี้วัดด้านการรู้เท่าทันสื่อและข้อมูลสุขภาพในระยะต่อไป

5.2.5 ประเด็นที่ 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

เป้าหมายที่ 5 ถูกเพิ่มเข้ามาในกระบวนการพัฒนาชุดตัวชี้วัดเพื่อสะท้อนผลลัพธ์ด้านสุขภาพในเชิงภาพรวม เช่น อายุคาดเฉลี่ยเมื่อปรับด้วยสุขภาพ ภาวะโรค และตัวชี้วัดผลลัพธ์ของโรคสำคัญ ถือเป็นพัฒนาการที่ช่วยเชื่อมโยงมาตรการต้นน้ำและกลางน้ำเข้ากับผลลัพธ์ปลายน้ำ ตัวชี้วัดกลุ่มนี้ทำให้เห็นภาพ “ช่องว่างระหว่างจำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับจำนวนปีที่อยู่ดีมีสุข” ซึ่งสะท้อนคุณภาพของระบบสุขภาพและสภาพแวดล้อมของสังคมในระยะยาว

อย่างไรก็ดี ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมจำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถโยงเหตุผลแบบเส้นตรงจากมาตรการใดมาตรการหนึ่งได้ อีกทั้งการใช้ตัวชี้วัดในระดับประเทศเพียงอย่างเดียวอาจลบความแตกต่างเชิงพื้นที่และในกลุ่มประชากรที่เปราะบาง จึงควรใช้ตัวชี้วัดเหล่านี้ร่วมกับข้อมูลเชิงพื้นที่และข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อช่วยให้การตีความและการวางนโยบายมีความแม่นยำมากขึ้น

5.3 ข้อค้นพบสำคัญเชิงระบบ

จากการสังเคราะห์ทั้ง 5 เป้าหมาย พบว่าระบบสุขภาพไทยมีจุดแข็งสำคัญ ได้แก่ การมีกรอบธรรมาภิบาลว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของภาคีหลายภาคส่วนผ่านคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมทั้งการเชื่อมโยงตัวชี้วัดบางส่วนกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนและฐานข้อมูลที่มีอยู่ในหน่วยงานหลัก สิ่งเหล่านี้ช่วยวางรากฐานให้การติดตามหมวดการสร้างเสริมสุขภาพมีความเป็นระบบมากขึ้น เมื่อเทียบกับช่วงก่อนหน้าธรรมาภิบาลฉบับที่ 3

ในอีกด้านหนึ่งยังพบข้อจำกัดเชิงระบบ ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรที่ยังเอียงไปสู่การรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ ความไม่สม่ำเสมอและช่องว่างของระบบข้อมูล โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ และการที่กิจกรรมในระดับชุมชนและหน่วยบริการบางส่วนยังเน้นรูปแบบเชิงกิจกรรมมากกว่าการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่เป็นรากเหง้าของปัญหา ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนว่าการบรรลุเป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ยังต้องอาศัยการปรับทั้งเชิงนโยบาย กลไก และตัวชี้วัดควบคู่กัน

5.4 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรคำนึงถึงในการตีความและการใช้ประโยชน์ ดังนี้

1) ด้านข้อมูล

- อาศัยข้อมูลทุติยภูมิจากหลายหน่วยงาน ซึ่งมีความแตกต่างในนิยาม วิธีการ และความครบถ้วน อาจส่งผลต่อความสามารถในการเปรียบเทียบตัวชี้วัดระหว่างพื้นที่หรือระหว่างช่วงเวลา
- ข้อมูลของตัวชี้วัดบางรายการ เช่น ประเด็นสิ่งแวดล้อมและมลพิษ หรือข้อมูลระดับชุมชน ยังมีข้อจำกัดด้านความครอบคลุมและความต่อเนื่อง ทำให้การสะท้อนสถานการณ์เชิงพื้นที่ต้องใช้ความระมัดระวัง

2) ด้านการออกแบบตัวชี้วัด

- การเน้นตัวชี้วัดระดับประเทศและการใช้ค่าเฉลี่ย ทำให้มองไม่เห็นความเหลื่อมล้ำภายในกลุ่มประชากรหรือระหว่างพื้นที่อย่างละเอียด
- การใช้ตัวชี้วัดทดแทนในบางกรณี เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูล อาจทำให้การสะท้อนสถานการณ์จริงยังไม่สมบูรณ์ และจำเป็นต้องมีการพัฒนาตัวชี้วัดโดยตรงเพิ่มขึ้นในอนาคต

3) ด้านกระบวนการมีส่วนร่วม

- แม้จะมีการรับฟังความคิดเห็นจากภาคีจำนวนมาก แต่กลุ่มประชากรบางกลุ่ม เช่น ประชากรเปราะบางหรือกลุ่มนอกระบบเครือข่าย อาจมีส่วนร่วมจำกัด ทำให้บางมิติอาจถูกสะท้อนน้อยกว่าความสำคัญเชิงนโยบาย

4) ด้านเวลาและพลวัตของระบบสุขภาพ

- การศึกษานี้อ้างอิงข้อมูลในช่วงเวลาหนึ่ง ขณะที่ระบบสุขภาพ เศรษฐกิจสังคม และภัยสุขภาพใหม่ ๆ มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนตัวชี้วัดและข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์
- ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้การตีความผลลัพธ์จากชุดตัวชี้วัดต้องใช้ควบคู่กับข้อมูลจากแหล่งอื่น และควรเปิดพื้นที่ให้มีการปรับปรุงตัวชี้วัดเมื่อฐานข้อมูลและบริบทเปลี่ยนแปลง

5.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการพัฒนาตัวชี้วัดในอนาคต

จากผลการศึกษาและข้อจำกัด สามารถเสนอทิศทางการพัฒนาอย่างน้อยสามด้าน ดังนี้

1) การพัฒนาตัวชี้วัด

- เพิ่มตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและเชิงคุณภาพ เช่น ตัวชี้วัดคุณภาพการบังคับใช้นโยบาย การมีส่วนร่วมของชุมชน และความยั่งยืนของกิจกรรม ควบคู่กับตัวชี้วัดเชิงปริมาณ
- พัฒนาการจำแนกข้อมูลตามเพศ อายุ สถานะเศรษฐกิจ และพื้นที่ เพื่อให้สามารถตรวจจับความเหลื่อมล้ำและกลุ่มเปราะบางได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

- ปรับตัวชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมให้สะท้อนลักษณะตามฤดูกาลและความแตกต่างเชิงภูมิศาสตร์
 - แทนการใช้ค่าเฉลี่ยระดับประเทศเพียงอย่างเดียว
- 2) การใช้ประโยชน์จากชุดตัวชีวิตในวงจรรนโยบาย
- เชื่อมชุดตัวชีวิตหมวดการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและระดับพื้นที่ เพื่อใช้ในการจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ใช้กลไกการรายงานระบบสุขภาพไทยในการร่วมกันติดตามและทบทวนตัวชีวิตเป็นระยะ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และภัยสุขภาพใหม่ ๆ
- 3) การพัฒนาระบบข้อมูลและการมีส่วนร่วม
- เสริมสร้างความร่วมมือด้านข้อมูลระหว่างหน่วยงานกลาง หน่วยงานด้านสุขภาพ และอปท. เพื่อให้ข้อมูลของตัวชีวิตมีความครบถ้วน และลดความซ้ำซ้อน
 - ขยายการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและกลุ่มเปราะบางในการออกแบบและทบทวนตัวชีวิต เพื่อให้ชุดตัวชีวิตสะท้อนมิติ “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” ได้ชัดเจนขึ้น

5.6 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการบรรลุเป้าหมายหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ระบบสุขภาพไทยมีกรอบธรรมาภิบาลและกลไกต่าง ๆ ค่อนข้างชัดเจน แต่ผลลัพธ์สุขภาพและความเหลื่อมล้ำยังเป็นโจทย์สำคัญ ข้อเสนอเชิงนโยบายจึงมุ่งทั้ง “ปรับโครงสร้าง” และ “แก้ปัญหาเฉพาะหน้า” ใน 5 มิติ ดังนี้

1) ปรับการจัดสรรการลงทุนจากการรักษาสุขภาพไปสู่การสร้างและป้องกันรวมทั้งระบบ

งบประมาณด้านสุขภาพยังมุ่งเน้นไปกับการรักษาพยาบาล ขณะที่งบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียังมีสัดส่วนจำกัด เมื่อเทียบกับภาระโรคที่ส่วนใหญ่ป้องกันได้ โดยเฉพาะ NCDs และการบาดเจ็บ ระบบสุขภาพจึงอยู่ในภาวะตั้งรับและงบประมาณจำนวนมากถูกใช้ในระยะเวลาปลายของปัญหา จึงเสนอให้มีการปรับโครงสร้างการลงทุนเพื่อลดการเกิดโรคใหม่ ลดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นบนฐานของความเป็นธรรม โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

- สปสช. ร่วมกับสำนักงานงบประมาณ กำหนดเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนงบประมาณด้าน P&P ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และออกแบบกลไกจัดสรรงบที่ให้ความสำคัญกับโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภาระโรคหลักของประเทศ
- กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ปรับการใช้กองทุนสุขภาพในระดับพื้นที่จากการสนับสนุน “กิจกรรม” ไปสู่การสนับสนุน “ผลลัพธ์” โดยกำหนดเกณฑ์พิจารณาและตัวชี้วัดที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดสถานสุขภาพของประชาชน

2) ปิดช่องว่างข้อมูลและใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่เป็นตัวนำ

การถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิและความหลากหลายของผู้ให้บริการทำให้เกิดความเสี่ยงของ “ช่องว่างข้อมูล” ในบางพื้นที่ ข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงไม่เชื่อมโยงกันอย่างเต็มที่ ส่งผลให้การวางแผนและ

มาตรการสร้างเสริมสุขภาพไม่สามารถพุ่งเป้ากลุ่มที่มีภาวะโรคสูงได้อย่างทันทั่วถึง การทำให้ข้อมูลสุขภาพมีความครบถ้วน เชื่อมโยง และถูกใช้จริงในระดับพื้นที่ จะช่วยให้มาตรการสร้างเสริมสุขภาพสามารถลดภาระโรคและความเหลื่อมล้ำได้ตรงจุดมากขึ้น โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

- กระทรวงสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์ ข้อมูล HDC) ร่วมกับ อบจ. และ อบต. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพร่วมที่เชื่อมฐานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุกสังกัดและอบต. ให้ข้อมูลผู้ป่วย NCDs กลุ่มเสี่ยง และตัวชี้วัดสำคัญไหลเวียนได้อย่างต่อเนื่อง
- สปสช. พัฒนา dashboard ข้อมูลสุขภาพระดับจังหวัด/อำเภอ โดยแสดง HALE ภาวะโรค และตัวชี้วัดสำคัญแบบจำแนกตามพื้นที่และกลุ่มประชากร เพื่อใช้ประกอบการจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรทรัพยากร
- สช. จัดตั้ง คณะทำงานร่วมเพื่อการบูรณาการข้อมูลสุขภาพชุมชน (SHARE) โดยมีตัวแทนจากหน่วยงานเจ้าของข้อมูลหลัก เช่น สช. สปสช. สปส. และ สสส. เพื่อออกแบบกลไกการเชื่อมโยงและใช้ข้อมูลจากตัวชี้วัดต่างๆ ร่วมกัน เช่น การนำข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล มาใช้วิเคราะห์ความก้าวหน้าของตัวชี้วัดชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ
- ผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่ดังกล่าวเป็นฐานในการกำหนด “โจทย์สุขภาพของจังหวัด” และออกแบบมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่พุ่งเป้าไปยังพื้นที่และกลุ่มที่มีภาวะโรคสูงหรือเข้าไม่ถึงบริการ

3) จัดการโครงสร้างและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

แม้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนจะดีขึ้น แต่พฤติกรรมเสี่ยงและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อ เช่น การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และอาหารไม่เหมาะสมได้ง่าย รวมถึงการสัมผัสมลพิษทางอากาศ และความไม่ปลอดภัยบนท้องถนน ยังคงเป็นตัวผลึกสำคัญให้เกิดภาวะโรค โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้น้อยและพื้นที่เปราะบาง การจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมจะเป็นการลด “แรงผลักให้ป่วย” โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีทรัพยากรเลือกสภาพแวดล้อมที่ดี ลดโอกาสการเกิดโรคและการตายก่อนวัยอันควรอย่างเป็นธรรมชาติมากขึ้น โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

- กระทรวงการคลัง กระทรวงพาณิชย์ และหน่วยงานด้านการคลังและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ใช้มาตรการภาษีและการควบคุมการตลาดกับสินค้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างจริงจัง เช่น อาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ
- กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงคมนาคม บังคับใช้กฎหมายด้านสิ่งแวดล้อมและมาตรการควบคุมมลพิษ (เช่น ฝุ่นละอองขนาดเล็ก) และพัฒนาระบบขนส่งและโครงสร้างพื้นฐานที่ลดความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน
- อบต. และหน่วยงานวางผังเมือง ลงทุนและจัดการพื้นที่เมืองและชุมชนให้เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย และการใช้ชีวิตที่ปลอดภัย เช่น พื้นที่สาธารณะ ทางเดินและทางจักรยาน ระบบไฟส่องสว่างและมาตรการจำกัดแอลกอฮอล์ในชุมชน

4) สร้างความรับผิดชอบร่วมกันด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากนโยบายและโครงสร้างนอกระบบสาธารณสุข แต่ภาระในการจัดการมักตกอยู่ที่หน่วยงานด้านสุขภาพเป็นหลัก ทำให้ศักยภาพในการลดภาระโรคและความเหลื่อมล้ำถูกจำกัด การผลักดันให้ "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP)" เป็นเป้าหมายร่วมระดับชาติ โดยเสนอให้มีการบรรจุตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ HiAP เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับ HiAP จากการเป็นเพียงเครื่องมือของภาคีสุขภาพ ไปสู่การเป็นเป้าหมายร่วมกันของทุกภาคส่วน จะทำให้สุขภาพเป็น "ตัวชี้วัดความสำเร็จร่วม" ของหลายภาคส่วน จะช่วยให้เกิดความรับผิดชอบร่วมต่อการลดภาระโรคและความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ไม่ใช่ภาระของระบบบริการสุขภาพเพียงลำพัง โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

- สภาพัฒนา (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) และคณะรัฐมนตรี บรรจุตัวชี้วัดผลลัพธ์สุขภาพสำคัญ เช่น อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี และภาระโรคจากสาเหตุหลัก เป็นต้นชี้สำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- กระทรวงคมนาคม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย และ อปท. กำหนดตัวชี้วัดร่วม (joint KPIs) ที่เชื่อมโยงผลงานของกระทรวงและหน่วยงานเหล่านี้กับการลดอุบัติเหตุทางถนน ลดมลพิษ ลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน และเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ สช. ทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างตัวชี้วัดด้านสุขภาพกับกระบวนการกำหนดนโยบายข้ามภาคส่วน และสนับสนุนให้มีเวทีทบทวนผลลัพธ์สุขภาพร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

5) มุ่งลดความเหลื่อมล้ำในกลุ่มเปราะบาง เพื่อยกระดับผลลัพธ์สุขภาพโดยรวมอย่างเป็นธรรม

แม้ตัวเลขระดับชาติในหลายตัวชี้วัดจะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังมีกลุ่มประชากรและพื้นที่ที่มีภาระโรคสูงกว่าและเข้าถึงโอกาสสร้างเสริมสุขภาพและบริการพื้นฐานได้น้อยกว่า เช่น ชุมชนเมืองแออัด พื้นที่ห่างไกล แรงงานนอกระบบ หรือประชากรกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ เมื่อกลุ่มที่มีภาระโรคสูงสุดได้รับการดูแลและสนับสนุนอย่างเป็นระบบ จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และในเชิงภาพรวมยังช่วยยกระดับผลลัพธ์สุขภาพของประเทศบนฐานของความเป็นธรรม โดยมีข้อเสนอ ดังนี้

- กระทรวงสาธารณสุข สปสช. ใช้ข้อมูลจำแนกตามเพศ อายุ สถานะเศรษฐกิจ พื้นที่ และกลุ่มเปราะบาง ในการระบุ "กลุ่มรั้งท้าย" และจัดลำดับความสำคัญในการแทรกแซงด้านสร้างเสริมสุขภาพและบริการป้องกันโรคแบบเชิงรุกในกลุ่มเหล่านี้
- อปท. ร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมและเครือข่ายชุมชน ออกแบบและดำเนินโครงการที่ตอบโจทย์เงื่อนไขเฉพาะของกลุ่มเปราะบาง เช่น รูปแบบบริการแบบเคลื่อนที่ บริการเชิงชุมชน หรือโครงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มที่เข้าถึงข้อมูลได้น้อย

- สถาบันวิจัยและหน่วยงานด้านวิชาการ ศึกษาและติดตามผลกระทบของมาตรการต่าง ๆ ต่อกลุ่มเปราะบาง เพื่อสะท้อนให้เห็นว่าการแทรกแซงสามารถลดช่องว่างด้านสุขภาพได้จริงเพียงใด

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 2550. [https://infocenter.nationalhealth.or.th/?lsvr_kba=พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ].
2. ราชกิจจานุเบกษา. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. 2566. [11 Sep 2024]. <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/4261>].
3. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย. 2566.
4. คณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย. หมดการสร้างเสริมสุขภาพ. แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย. 2567.
5. World Health Organization. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. 2009. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1].
6. วริศา พาณิชเกรียงไกร, ชาฮีดดา วิริยาทร, อรทัย วลีวงศ์, จอมขวัญ โยธาสมุทร, จิณณพัต สุวรรณเกตกะ, วริษฐา หวังศิริบรรจง. การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: ทบทวนผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มุ่งสู่ทางข้างหน้า. 2568. [<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6284>].
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. P&P health promotion & disease prevention การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. 2564. [[https://media.nhso.go.th/assets/portals/1/files/64-2_P&P_Book\(Thai\).pdf](https://media.nhso.go.th/assets/portals/1/files/64-2_P&P_Book(Thai).pdf)].
8. ฐิติพร สุแก้ว, อังคณา เลขะกุล, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, โศภิต นาสืบ, มธุดารา ไพয়ারมณ, สดพร จุลชู, จักร เจริญศิลป์ชัย. สถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: สาระหมดการสร้างเสริมสุขภาพ และหมดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
9. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
10. ธ. ร. ฒ. อังศุขवाल, จ. ญ. โยธาสมุทร, ค. คันธมธรรพจน์, ศ. ย. อวนศรี, อ. ญาณพิบูลย์. “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) และการทำให้เป็นรูปธรรมผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. *Journal of Health Science and Human Behavior* 2567;1(1):64-121.

11. กองสุกษาศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทาง การดำเนินงานสุกษาศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ปีงบประมาณ 2568. 2567. [<https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/แนวทางการดำเนินงานสุกษาศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ-ประจำปีงบประมาณ-2568.pdf>].
12. กองสุกษาศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ผลการดำเนินงานกองสุกษาศึกษา. 2568. [<https://hed.hss.moph.go.th/performance-hed/>].

ภาคผนวก ก. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และ จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ



คำสั่งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

ที่ ๑ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

อนุสนธิคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๙/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖ เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ได้กำหนดหน้าที่และอำนาจให้แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสมได้

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และเป็นไปตามมติคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

- | | |
|--|---------------------|
| ๑.๑ นายกิตติพงษ์ แซ่เจ็ง | ประธานอนุกรรมการ |
| ๑.๒ นางสาววรางคณา เวชวิธี | รองประธานอนุกรรมการ |
| กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข | |
| ๑.๓ ผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| ๑.๔ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน | อนุกรรมการ |
| กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือผู้แทน | |
| ๑.๕ อธิบดีกรมสุขภาพจิต หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| ๑.๖ อธิบดีกรมควบคุมโรค หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| ๑.๗ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| ๑.๘ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| ๑.๙ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| ๑.๑๐ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือผู้แทน | อนุกรรมการ |
| ๑.๑๑ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม | อนุกรรมการ |
| มหาวิทยาลัยมหิดล หรือผู้แทน | |

/๑.๑๒ ผู้อำนวยการ...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) : อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น ๓ ๘๘/๓๙ หมู่ ๔ ต.ติวานนท์ ๑๔ อ.ติวานนท์ ต.ต.สอ.ว.ย. อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
National Health Commission Office : National Health building, Floor 3, 88/39 Moo 4, Soi Tiwanon 14, Tiwanon Rd., Mueang District, Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66-2832-9000, 9013 Fax. +66-2832-9001-2 www.nationalhealth.or.th Email : nhco@sarabanmail.go.th

"สหพลังปัญญา สัมผัสศรัทธา สืบสานความดี"

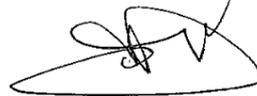
- ๑.๑๒ ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ หรือผู้แทน อนุกรรมการ
๑.๑๓ นายปรีชาพล ชูศรี อนุกรรมการและเลขานุการ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
๑.๑๔ นางสาวทิพิชา โปษยานนท์ อนุกรรมการและเลขานุการ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ ประสานและสนับสนุนการพัฒนาตัวชี้วัด และจัดทำร่างรายงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง
๒.๒ ประสานและสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และ
ข้อเสนอต่อมาตรการต่างๆ
๒.๓ ประสานและสนับสนุนให้นำตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในการติดตาม ประเมิน และ
จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
๒.๔ แต่งตั้งคณะทำงานหรือกลไกอื่นๆ เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสม
๒.๕ ประสานเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมให้ข้อมูล
๒.๖ รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบ
สุขภาพไทยเพื่อพิจารณา
๒.๗ ปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
มอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๑ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายวิชัย โขควิวัฒน์)

ประธานกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

ภาคผนวก ข. ตัวชี้วัดในแต่ละขั้นตอนการคัดเลือก

ตาราง A1 ภาพรวมตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รอบที่ 1 (266 ตัวชี้วัด)

กลุ่มตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัด
1 ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่เกิดจากการสร้างเสริมสุขภาพ (health indicators) – สะท้อน health outcome/health impact (สอดคล้องตามเป้าหมายในธรรมนูญฯ ข้อ 3)	
1.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน (SDG3.4.1)	1
1.2 ภาวะเตี้ย ผอม น้ำหนักเกิน (SDG2.2)	21
1.3 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (SDG3.6.1)	6
1.4 สุขภาพจิต	6
1.5 อัตราการตายของมารดา (SDG3.1.1 SDG3.7.2)	3
1.6 อัตราการตายของทารกแรกเกิด (SDG3.2.2)	2
1.7 ตัวชี้วัดสุขภาพด้านอื่นๆ (SDG1.3)	14
รวมตัวชี้วัดกลุ่มที่ 1	53
2. ตัวชี้วัดด้านระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ (health service system indicators) – สะท้อน availability และ accessibility ของบริการสุขภาพที่มีอยู่ (สอดคล้องตามเป้าหมายในธรรมนูญฯ ข้อ 3)	
2.1 การให้บริการหญิงมีครรภ์ (SDG3.7)	6
2.2 ตัวชี้วัดด้านระบบบริการสุขภาพ อื่นๆ	42
รวมตัวชี้วัดกลุ่มที่ 2	48

กลุ่มตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัด
3. ตัวชี้วัดด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ – สะท้อน health promotion/ health protection ที่สัมพันธ์กับ SDH (สอดคล้องตามเป้าหมายในธรรมนูญฯ ข้อ 4)	
3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/โภชนาการ (SDG3 SDG3.4.1)	12
3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย (SDG3.4.1)	11
3.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (SDG3.a.1 SDG3.4.1)	14
3.4 พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (SDG3.5.2 SDG3.4.1)	11
3.5 พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต	1
3.6 พฤติกรรมด้านสุขภาพอื่นๆ (SDG3.6)	6
3.7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (SDG3.4)	42
รวมตัวชี้วัดกลุ่มที่ 3	97
4. ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ – สะท้อน risk factors และ SDH	
4.1 น้ำและอาหารปนเปื้อน (SDG3.9.2)	6
4.2 มลพิษจากสิ่งแวดล้อมและสภาพภูมิอากาศ (SDG3.9.1)	6
4.3 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อื่นๆ	1
รวมตัวชี้วัดกลุ่มที่ 4	13
5. ตัวชี้วัดด้านมาตรการหรือนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ – สะท้อนมาตรการด้าน health promotion/health protection (SDG2.1 SDG3 SDG3.4 SDG3.5 SDG3.d SDG4.2 SDG10.3) (สอดคล้องตามเป้าหมายในธรรมนูญฯ ข้อ 1 และ 2)	
5.1 การควบคุม โขเดียม ยาสูบ HIV	4
5.2 การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	7

กลุ่มตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัด
5.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบาย	44
รวมตัวชี้วัดกลุ่มที่ 5	55
รวมตัวชี้วัดทั้งหมด 5 กลุ่ม	266

ตาราง A2 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รอบที่ 1 (266 ตัวชี้วัด)

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
1. ตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่เกิดจากการสร้างเสริมสุขภาพ (health indicators) – สะท้อน health outcome/health impact (53 ตัวชี้วัด)					
1.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน (1 ตัวชี้วัด)	อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง – (ไม่ได้ระบุกลุ่มประชากร)			กรมอนามัย	SDG3.4.1
1.2 ภาวะเตี้ย ผอม น้ำหนักเกิน (21 ตัวชี้วัด)	ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี (ชาย) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี) ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี (หญิง) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			กรมอนามัย	SDG2.2

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี สูงดีสมส่วน (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยคนไทยที่อายุ 19 ปี (ชาย) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ยคนไทยที่อายุ 19 ปี (หญิง) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 สูงดีสมส่วน (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 สูงดีสมส่วน (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.4-ม.6 สูงดีสมส่วน (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีภาวะผอม (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีภาวะผอม (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะผอม (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ /ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ภาวะโภชนาการปกติ) (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ภาวะโภชนาการปกติ) (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ภาวะโภชนาการปกติ) (ภาวะ</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>โภชนาการปกติ) (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะโภชนาการปกติ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)</p> <p>ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีภาวะโภชนาการปกติ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)</p> <p>ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีภาวะโภชนาการปกติ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)</p>				
1.3 การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ (6 ตัวชี้วัด)	การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนครั้งหนึ่งภายในปี 2564 -2573 (เป้าหมาย ปี 2573 = 15.3)	(จำนวนผู้เสียชีวิต x 100,000) / จำนวนประชากรกลางปีก่อนหน้า ความถี่ของการวัด: ทุก 3 เดือน	- จำนวนผู้เสียชีวิตจากข้อมูลบูรณาการผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน กองป้องกันการบาดเจ็บ (กปบจ.) กรมควบคุมโรค (คร.)	SDG3.6. 1

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
				- จำนวนประชากร กลางปี จากข้อมูล สถานะสุขภาพ กอง ยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	
	การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ลดอัตราการเสียชีวิตจาก อุบัติเหตุทางถนนลดลง เหลือ 5 คนต่อแสน ประชากร ในปี 2580 (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี)	จำนวนการเสียชีวิต ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/ปี	ระบบบูรณาการข้อมูล การตายจากอุบัติเหตุ ทางถนน (ข้อมูลจาก 3 หน่วยงาน สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัท กลางฯ)	SDG3.6 และ แผน โลก ทศวรรษ แห่งความ ปลอดภัย ทางถนน (2021- 2030)
	การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้ รถจักรยานยนต์ลดลง (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือ ประชาชนทั่วไป)	จำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้ใช้ รถจักรยานยนต์ 6,463 คน จำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสที่ เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ 89,121 คน			

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
		(เป้าหมายในปี 2570 แผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5)			
	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1-18 ปี) ลดลงร้อยละ 5 (เป้าหมาย ปี 2570 = 28 จังหวัด)	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 13 -18 ปี) ลดลง กบจ.คร.	จำนวนผู้เสียชีวิตรวมบาดเจ็บ (1-18 ปี) ปีปัจจุบัน – จำนวนผู้เสียชีวิตรวมบาดเจ็บ (1-18 ปี) ค่ามัธยฐาน 3 ปี * 100 / จำนวนผู้เสียชีวิตรวมบาดเจ็บ (1-18 ปี) ค่ามัธยฐาน 3 ปี (คำนวณรายจังหวัด) ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/ปี	- ฐานข้อมูลศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด - ฐานข้อมูลศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค	
	ร้อยละผู้ขับขี่ที่บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ร้อยละผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				
1.4 สุขภาพจิต (6 ตัวชี้วัด)	ร้อยละคนไทยมีสุขภาพจิตดี (ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป)	ร้อยละ 85	ตัวตั้ง = คนไทยที่มีผลการประเมินสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป $\times 100$ ตัวหาร = คนไทยที่ได้รับการประเมินสุขภาพจิต ความถี่ของการวัด: 5 ปี/ครั้ง (ปี2570)	รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต (2570)	SDGs OECD
	เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (IQ) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	เฉลี่ยมาต่ำกว่า 103	ตัวตั้ง = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กกลุ่มตัวอย่าง $\times 100$ ตัวหาร = จำนวนเด็กไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจในปี 2569	ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2569 ของกรมสุขภาพจิต	SDGs OECD

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			ความถี่ของการวัด: 5 ปี/ครั้ง (ปี2570)		
	ร้อยละเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	ร้อยละ 85	ตัวตั้ง = จำนวนเด็กไทยที่มี ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ใน เกณฑ์ปกติขึ้นไป $\times 100$ ตัวหาร = จำนวนเด็กไทยที่ เป็นกลุ่มตัวอย่างของการ สำรวจในปี 2569 ความถี่ของการวัด: 5 ปี/ครั้ง (ปี2570)	รายงานผลการสำรวจ ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กนักเรียนไทย ปี 2569 ของกรม สุขภาพจิต	SDGs OECD
	ร้อยละประชาชนวัยทำงานสุขภาพจิตดี (กลุ่ม ประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	ร้อยละ 87	ตัวตั้ง = ประชากรอายุ 15- 59 ปีที่มีผลการประเมิน สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ เท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป $\times 100$ ตัวหาร = ประชากรอายุ 15-59 ปีที่ได้รับการ ประเมินสุขภาพจิตข	รายงานประจำปีกรม สุขภาพจิต	SDGs OECD

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/ปี		
	ร้อยละชุมชนที่มีระบบสนับสนุนให้ประชาชนมี สุขภาพจิตดี	ร้อยละ 80	ตัวตั้ง = ชุมชนที่เข้าร่วม ดำเนินการที่มีการประเมิน ด้วยเครื่องมือดัชนี สุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น และมีผลการประเมินระดับ ปานกลางขึ้นไป $\times 100$ ตัวหาร = ชุมชนที่เข้าร่วม ดำเนินการที่มีการประเมิน ด้วยเครื่องมือดัชนี สุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น ทั้งหมด ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/ปี	รายงานประจำปีกรม สุขภาพจิต	SDGs OECD
	ร้อยละประชากรที่เครียดสูง/ เสี่ยงซึมเศร้า/เสี่ยง ฆ่าตัวตาย (Mental Health Check-In ทั้งใน กลุ่มประชาชนทั่วไป และประชากรอายุต่ำกว่า				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	18 ปี) (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				
1.5 อัตราการตายของมารดา (3 ตัวชี้วัด)	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี) การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี (adjusted) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี) การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (adjusted) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			กรมอนามัย	SDG3.1. 1, SDG3.7. 2
1.6 อัตราการตายของทารกแรกเกิด (2 ตัวชี้วัด)	อัตราตายทารกอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี) อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)			กรมอนามัย	SDG3.2. 2
1.7 ตัวชี้วัดสุขภาพด้านอื่นๆ (14 ตัวชี้วัด)	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือนมีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก) (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)			กรมอนามัย	(SDG1.3)

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก+สมวัยครั้งที่สอง) (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ 18 เดือนปราศจากฟันผุ (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p> <p>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละของโรงเรียนปลอดอาหารเสี่ยงต่อโรคฟันผุ (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาให้มีสุขภาพและมีพัฒนาการสมวัย				
	จำนวนเด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาทางสังคมได้รับการคุ้มครองและสวัสดิการตามมาตรฐานการคุ้มครองทางสังคม (กระทรวง พม.)	เด็กและเยาวชน ครอบครัว และผู้ประสบปัญหาทางสังคม ที่มาขอรับบริการจากบ้านพักเด็กและครอบครัว ได้รับการดูแลและคุ้มครองอย่างเต็มที่	(จำนวนผู้ใช้บริการที่มาขอรับบริการจากบ้านพักเด็กและครอบครัวทุกครอบครัวที่ได้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน ร้อยละ $100 = \frac{100}{\text{ค่าเฉลี่ยร้อยละการบันทึกข้อมูลครบถ้วนในระบบสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองเด็ก (CPIS)}}$ ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/6 เดือน	ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองเด็ก CPIS เด็กและเยาวชน อายุแรกเกิด - 18 ปี ที่ได้รับการอุปการะเลี้ยงดูและคุ้มครองสวัสดิภาพในสถานรองรับในสังกัดกรมกิจการเด็กและเยาวชน เด็กและเยาวชน ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ที่ได้รับการอุปการะเลี้ยงดูและคุ้มครองสวัสดิภาพใน	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
				สถานรองรับในสังกัด กรมกิจการเด็กและ เยาวชน เด็กและเยาวชนที่ ประสบปัญหาทาง สังคม ที่ต้องได้รับการ ช่วยเหลือ สงเคราะห์ คุ้มครอง และจัด สวัสดิการอย่างเร่งด่วน ในบ้านพักเด็กและ ครอบครัว	
	จำนวนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการขั้นพื้นฐานและหลักประกันทางสังคม (กระทรวง พม.)		ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/ปี	แบบรายงานผลการ ดำเนินงานโครงการ การจัดสวัสดิการสังคม สำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ การ สนับสนุนการจัดการ	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
				ศพผู้สูงอายุตาม ประเพณี การ สนับสนุนศูนย์ พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ และการ สนับสนุนครอบครัว อุปถัมภ์ผู้สูงอายุ	
	จำนวนคนพิการที่ได้รับการคุ้มครองสวัสดิภาพ และเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ (กระทรวง พม.)	ขึ้นกับงบประมาณที่ได้รับต่อปี	ผลรวมข้อมูลจาก แหล่งข้อมูลทุกแหล่งที่เก็บ ในแต่ละปีตามงบประมาณที่ ได้รับ ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/ปี	ข้อมูลคนพิการที่จด ทะเบียนใหม่จาก ฐานข้อมูลทะเบียน กลางคนพิการ กรม ส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ ข้อมูลของคนพิการที่มี บัตรประจำตัวคน พิการที่ได้รับเงิน อุดหนุนสนับสนุน	SDG 1.3 1.3.1

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
				ช่วยเหลือด้านต่างๆ (กายอุปกรณ์, ล่าม ผู้ช่วยครอบครัว อุปการะ) ข้อมูลคนพิการที่เข้ารับ บริการที่ศูนย์บริการ คนพิการทั่วประเทศ	
	ร้อยละประชาชนมีความเข้มแข็งทางใจ (ไม่มีระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ร้อยละ 75			
2. ตัวชี้วัดด้านระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ (health service system indicators) – สะท้อน availability และ accessibility ของบริการสุขภาพที่มีอยู่ (48 ตัวชี้วัด)					
2.1 การให้บริการหญิงมี ครรภ์ (SDG3.7) (6 ตัวชี้วัด)	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)			กรมอนามัย	
	ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ :	ขึ้นกับงบประมาณ ที่ได้รับ ต่อปี	จำนวนประชากรที่ได้รับ บริการสร้างเสริมสุขภาพที่	Metadata_NHSO	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) วัคซีนไข้วัดใหญ่ (กลุ่มแม่และเด็ก (0-5 ปี) สปสช		จ่ายตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/ จำนวนประชากรเป้าหมาย ตามงบประมาณที่ได้รับ บริการสร้างเสริมสุขภาพที่ จ่ายตามรายการบริการ ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/เดือน		
	ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่าย ตามรายการบริการ: 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไข้วัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี) สปสช	ขึ้นกับงบประมาณที่ได้รับ ต่อปี	จำนวนประชากรที่ได้รับ บริการสร้างเสริมสุขภาพที่ จ่ายตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/ จำนวนประชากรเป้าหมาย ตามงบประมาณที่ได้รับ บริการสร้างเสริมสุขภาพที่ จ่ายตามรายการบริการ ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/เดือน	Metadata_NHSO	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ: 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไขหวัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว 6) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ 7) เคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สปสช	ขึ้นกับงบประมาณที่ได้รับต่อปี	จำนวนประชากรที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/จำนวนประชากรเป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ ความถี่ของการวัด: 1 ครั้ง/เดือน	Medata_NHSO	
	หญิงคลอดก่อนกำหนดในพื้นที่เป้าหมาย มีจำนวนไม่สูงกว่าปีก่อนหน้า หรือลดลงต่ำกว่าเดิม ร้อยละ 50 ในปีก่อนหน้า (เป่ารวมทั้งประเทศต่ำกว่า ร้อยละ 8 ในปี พ.ศ.2570 (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)			กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	
	การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาทางเลือกและทางด้านสวัสดิการสังคม กรณีตั้งครรถไม่พร้อม			กบรส.	SDG3.7

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ผ่านระบบบริการศูนย์พึ่งได้ กระทรวง สาธารณสุข				
2.2 ตัวชี้วัดด้านระบบ บริการสุขภาพอื่นๆ (42 ตัวชี้วัด)	การคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (กลุ่มแม่และเด็ก 0- 5 ปี) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการติดตาม (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการติดตามและกระตุ้นภายใน 30 วันมี พัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งที่สอง) (กลุ่มแม่และ เด็ก 0-5 ปี)				
	จังหวัดเป้าหมายมีการจัดระบบการประสานส่ง ต่อระหว่างเครือข่ายภาคประชาสังคม เอกชน และสถานพยาบาล (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-	ค่าเป้าหมาย ปี 2570 ร้อยละ 85	$A = (B \times 100) / C$ $A =$ ร้อยละของกลุ่ม ประชากรเป้าหมายที่เข้าถึง	แผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนและ สนับสนุนการ	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	21 ปี) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี) กอ พ.คร.		บริการป้องกันแบบ ผสมผสาน B = จำนวนประชากร เป้าหมายที่เข้าถึงบริการ ป้องกันแบบผสมผสาน C = จำนวนประชากร เป้าหมายในแต่ละกลุ่ม ประชากรจากการคาด ประมาณ (AEM) ความถี่ในการวัด: ไตรมาสที่ 2 และ 4 ของ ปีงบประมาณ	ดำเนินงานฯ ระดับประเทศ จาก กลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง รายงานผลการ ดำเนินงานตาม แผนงาน/โครงการ รายงานผลการ ดำเนินงานจากศูนย์ รวมข้อมูลสารสนเทศ ด้านเอชไอวีประเทศ ไทย (HIV INFO HUB) 4. รายงานผลการ ดำเนินงานจาก ฐานข้อมูลบริการ ข้อมูลสารสนเทศ การ ให้บริการผู้ติดเชื้อเอช ไอวี (NAP WEB REPORT) ของ สปสช.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ร้อยละความสำเร็จในการคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ (ประชากรกลุ่มเฉพาะ) กอพ.คร.	เป้าหมาย ปี 2569 ร้อยละ 60 ของผู้ต้องขังแรก รับ ได้รับการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี เป้าหมาย ปี 2570 ร้อยละ 75 ของผู้ต้องขังแรก รับ ได้รับการคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี	สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ร้อยละความสำเร็จ = $A_1 + \left(\frac{100}{90}A_2\right) + \frac{100}{65}(B+C+D) + \left(\frac{100}{80}E\right)$ $A_1 = \left(\frac{\text{ผู้ต้องขังแรกรับที่}}{\text{ได้รับ X-ray/จำนวน}}\right) \times 100$ $A_2 = \left(\frac{\text{ผู้ต้องขังรายเก่าที่}}{\text{ได้รับการ X-ray/จำนวน}}\right) \times 100$ $B = \left(\frac{\text{ผู้ต้องขังรายใหม่ที่}}{\text{ได้รับการคัดกรองเอชไอวี/จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด}}\right) \times 100$ $C = \left(\frac{\text{ผู้ต้องขังรายใหม่ที่}}{\text{ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส/}}$	สำนักงานเลขานุการ คณะกรรมการ โครงการพระราชดำริฯ กรมควบคุมโรค รวบรวมข้อมูลจำนวน กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับ การบริการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้โครงการ ราชทัณฑ์ปันสุขทำ ความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จาก หน่วยงานต่างๆ ที่ เกี่ยวข้อง	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด) X 100</p> <p>D = (ผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด) X 100</p> <p>E = (ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่/จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด) X 100</p> <p>ความถี่ในการวัด: ไตรมาสที่ 2 และ 4 ของปีงบประมาณ</p>		
	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักเข้าถึงบริการ PrEP (ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึงผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้หญิงข้ามเพศ (Transgender women) คู่ของ	ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (เป้าหมายปี 2570: ร้อย	$A = (B \times 100) / C$ A = ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี	1. รายงานผลการดำเนินงานจากฐานข้อมูลบริการข้อมูลสารสนเทศ การ	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดลบและไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ผู้รับบริการที่มักมาขอรับบริการ Post- Exposure Prophylaxis : (PEP) ชายหรือหญิงที่ทำงานบริการ ผู้ที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด) (ประชากรกลุ่มเฉพาะ) กอพ.คร.	ละ 30 (จำนวน 43,200 ราย)	B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ในปี 2568 (คน) C = จำนวนคาดประมาณประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการรับบริการยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ในปี 2568 (คน) ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง ที่ไตรมาสที่ 2 และ 4 ของปีงบประมาณ	ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (NAP WEB REPORT) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2. รายงานผลการดำเนินงานจาก IHRI PIMAN และ TRC	
	จำนวนของถุงยางอนามัยที่ได้กระจายให้กับกลุ่มเป้าหมาย กอพ.คร.	- จำนวนของถุงยางอนามัยที่ได้กระจายให้กับกลุ่มเป้าหมาย (เป้าหมายปี 70: ร้อยละ 60)	ผลรวมจำนวนของถุงยางอนามัยที่ได้กระจายให้กับกลุ่มเป้าหมายโดยหน่วยงานที่สนับสนุนถุงยางอนามัย ได้แก่ กรมควบคุมโรค	- สปสช. NAP WEB REPORT http://condoms.ddc.moph.go.th/login.php	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			สปสช. สำนักงานมาย กทม. และมูลนิธิรักษ์ไทย ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ไตรมาสที่ 4 ของ ปีงบประมาณ	- สำนักงานมาย กทม. - มูลนิธิรักษ์ไทย	
	ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับยาต้านไวรัส ใน กลุ่มประชากรผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ในช่วงเวลา รายงาน กอพ.คร.	ผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับยา ต้านไวรัส ในกลุ่ม ประชากรผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ในช่วงเวลารายงาน (เป้าหมายปี 70: >ร้อยละ 95)	A / B x 100 A = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้าน เอชไอวีทั้งหมด ใน ปีงบประมาณ 2568 หรือ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน B = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดเอช ไอวี และมีผลเลือดบวก) ที่ ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมดใน ปีงบประมาณ 2568 หรือ ณ ช่วงเวลาที่รายงาน ความถี่ในการวัด:	NAP WEB REPORT สปสช.HIV INFO HUB กองโรคเอดส์ฯ กรม คร.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			1 ครั้ง / ไตรมาสของ ปีงบประมาณ		
	จำนวนเครือข่ายเป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาและ สนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อลด พฤติกรรมเสี่ยง กอพ.คร.	ค่าเป้าหมาย ปี 2570 3276 หน่วยงาน	ผลรวมของจำนวนเครือข่าย เป้าหมายที่ได้รับการพัฒนา และสนับสนุนการ ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและพัฒนา ทักษะชีวิตเพื่อลดพฤติกรรม เสี่ยง ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ไตรมาสที่ 4 ของ ปีงบประมาณ	1. โปรแกรมบันทึกผล การตรวจคัดกรองเอช ไอวีและซิฟิลิสใน เยาวชน (กอพ.คร.) วั็บ ไซต์ https://buddysquare.ddc.moph.go.th/ 2. สำนักงาน คณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กองงานคณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ร้อยละความสำเร็จในการคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ กอพ.คร.</p>	<p>(เป้าหมาย ปี 69: ร้อยละ 60 ของผู้ต้องขังแรกได้รับ การคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี)</p> <p>ค่าเป้าหมาย ปี 2570 ร้อยละ 75 ของผู้ต้องขังแรกได้รับ การคัดกรองเอชไอวี ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบี</p>	<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ร้อยละความสำเร็จ =</p> $A_1 + \left(\frac{100}{90}A_2\right) + \frac{100}{65}(B+C+D) + \left(\frac{100}{80}E\right)$ <p>$A_1 =$ (ผู้ต้องขังแรกที่ได้รับ X-ray/จำนวนผู้ต้องขังแรกทั้งหมด) X 100</p> <p>$A_2 =$ (ผู้ต้องขังรายเก่าที่ได้รับการ X-ray/จำนวนผู้ต้องขังรายเก่าทั้งหมด) X 100</p> <p>$B =$ (ผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองเอชไอวี/จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด) X 100</p> <p>$C =$ (ผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองซิฟิลิส/</p>	<p>สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการโครงการพระราชดำริฯ กรมควบคุมโรค รวบรวมข้อมูลจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการบริการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุขทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</p>	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด) X 100</p> <p>D = (ผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี/จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด) X 100</p> <p>E = (ผู้ต้องขังระหว่างต้องโทษได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่/จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด) X 100</p> <p>ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง ที่ไตรมาสที่ 2 และ 4 ของปีงบประมาณ</p>		
	การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง				
	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) กรม.คร.	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวานและความดันโลหิตสูง	<p>1. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน</p> <p>= (A/B) x 100</p>	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
		(เป้าหมายปี 70 ≥ ร้อยละ 90)	<p>A = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานในปีงบประมาณ</p> <p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>2. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการคัดกรองโรคความ</p>		

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>ดันโลหิตสูง ใน ปีงบประมาณ B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบทั้งหมดที่ยังไม่ได้ รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ความดันโลหิตสูงมาก่อน ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี</p>		
	ร้อยละของประชากรอายุ 35-59 ปีที่ได้รับการ คัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวานและความดันโลหิต สูง (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) กรม.คร.	ประชากรอายุ 35-59 ปีที่ ได้รับการคัดกรองเพื่อ วินิจฉัยเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง (เป้าหมายปี 70 ≥ ร้อยละ 90)	<p>1. ร้อยละประชากรอายุ 35-59 ปี ที่ ได้รับการคัด กรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน $= (A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปีที่ได้รับการคัด กรองเบาหวานใน ปีงบประมาณ</p>	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>B = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปีในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน</p> <p>2. ร้อยละของประชากรอายุ 35-59 ปีที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปีในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมดที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงใน ปีงบประมาณ</p>		

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			B = จำนวนประชากรอายุ 35-59 ปีในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมดที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี		
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) กรม.คร.	การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (เป้าหมายปี 70 - DM \geq ร้อยละ 70 - HT \geq ร้อยละ 87	1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>โดยสามารถตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วัน ถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน (ภายใน 1 - 180 วัน ก่อนสิ้น ปีงบประมาณ) ตามแนวทาง เวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน 2566 B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการ วินิจฉัยและขึ้นทะเบียน โรคเบาหวาน ได้รับการคัด กรองโรคเบาหวาน และเป็น กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>2. ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย</p>		

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>โรคความดันโลหิตสูง (A/B) x100</p> <p>A = จำนวนประชากรใน (B) ได้รับการติดตามวัดความ ดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกัน อย่างน้อย 7 วัน ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้น ปีงบประมาณ หรือ ได้รับ การติดตามวัดความดัน โลหิตซ้ำในสถานบริการ สาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน 1 - 90 วัน ก่อนสิ้น ปีงบประมาณ ด้วยวิธีการ วัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง ตามมาตรฐาน ตามแนวทาง การรักษาโรคความดันโลหิต สูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.</p>		

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>2567 หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ: กรณีได้วัดความดันโลหิตซ้ำทั้ง 2 วิธี คือ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) การประมวลผลจะใช้ผลการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก</p> <p>B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขต</p>		

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>รับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>* หมายเหตุ : ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>สะสม ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม - 30 มิถุนายน</p> <p>ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี</p>		

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อายุ 30 – 69 ปี จากโรค NCDs ลดลง ในปี พ.ศ. 2568 (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง) กรม.คร.	การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อายุ 30 - 69 ปี จากโรค NCDs (โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง) (เป้าหมายปี 70 ลดลงร้อยละ 25	ความน่าจะเป็นของการตาย (probability of dying: q_x) คือ โอกาสที่คนคนหนึ่งสามารถมีชีวิตอยู่ได้ตั้งแต่เกิดจนตาย โดยคิดจากการประมาณอัตราการเสียชีวิต (death rate) ด้วยการหาค่าเฉลี่ยความเสี่ยงเฉพาะอายุ (age-specific ${}^5q_x = \frac{n \cdot {}^nM_x}{1 + (1 - n a_x) \cdot n \cdot {}^nM_x}$ ----- (1) ${}^{40}q_{30} = 1 - \prod_{x=30}^{65} (1 - {}^5q_x)$ - ---- (2)	รายงานสถานการณ์โอกาสของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรกลุ่มโรคไม่ติดต่อ 4 กลุ่มโรค จาก Burden of Disease Research Program Thailand (BOD Thailand) International Health Policy Program Ministry of Public Health.	SDG, ตัวชี้วัดดัชนีความมั่งคั่งของมนุษย์ประเทศไทย

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>โดยที่ *q_x คือ ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตที่อายุ x ถึงอายุ $x+5$</p> <p>n คือ อันตรภาคชั้นในแต่ละช่วงอายุ</p> <p>${}_nM_x$ คือ อัตราตายช่วงอายุ x ถึง $x+n$</p> <p>${}_na_x$ คือ สัดส่วนของช่วงเวลาที่มีชีวิตอยู่ของผู้ที่เสียชีวิตในช่วงอายุ x ถึง $x+n$</p> <p>ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 2ปี</p>		
	ความชุกความดันโลหิตสูงในประชากร ที่มี อายุ 18 ปี ขึ้นไปลดลง กรม.คร.	ความชุกความดันโลหิตสูงในประชากรที่มี อายุ 18 ปี ขึ้นไป (เป้าหมาย ปี 70 ลดลงร้อยละ 25)	ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 5ปี	รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการสำรวจร่างกาย	9 Global Target

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ความชุกเบาหวานในประชากรที่มี อายุ 18 ปี ขึ้นไป กรม.คร.	ความชุกเบาหวานในประชากรที่มี อายุ 18 ปี ขึ้นไป (เป้าหมาย ปี 70 ไม่เพิ่มขึ้น)	ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 5ปี	รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชน โดยการสำรวจร่างกาย	9 Global Target
	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี กรม.คร.	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (เป้าหมายปี 70 ร้อยละ ≥ 40)	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ = $(A1/B1) \times 100$ A1 คือ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B1 คือ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี กรม.คร.	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมายปี 70 ร้อยละ ≥ 60)	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี = $(A1/B1) \times 100$ A1 คือ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B1 คือ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข	
	บริการสร้างเสริมสุขภาพ				
	จำนวนผู้ประกันตนได้รับการตรวจสุขภาพตามรายการที่สำนักงานประกันสังคม	จำนวน 770,000 คน ต่อปี		สำนักงานประกันสังคม (สปส)	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	จำนวนผู้ประกันตนอายุ 50 ปีขึ้นไปได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ต่อปี	จำนวน 300,000 คน ต่อปี		สำนักงานประกันสังคม (สปส)	
	ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไขหวัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			สปสช	
	ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไขหวัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว 6) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ 7) เคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)			สปสช	
	ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการวัคซีนไขหวัดใหญ่ (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)			สปสช.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>จำนวนการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้ประกันตน: 1) จำนวนผู้ประกันตนได้รับการตรวจสุขภาพตามรายการที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดต่อปี 2) จำนวนผู้ประกันตนอายุ 50 ปีขึ้นไปได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ต่อปี</p>			สำนักงานประกันสังคม (สปส)	
	<p>ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพยกระดับการจัดบริการอาชีวเวชกรรม เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยงโรคจากการประกอบอาชีพสำคัญ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) กปส.คร.</p>	<p>หน่วยบริการสุขภาพยกระดับการจัดบริการอาชีวเวชกรรม เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยงโรคจากการประกอบอาชีพสำคัญ (เป้าหมาย ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการสุขภาพระดับ รพศ. / รพท. ที่ดำเนินการตามแพคเกจ)</p>	<p>- หน่วยบริการสุขภาพที่ดำเนินงานตามแพคเกจจัดการโรคจากการประกอบอาชีพ (รพศ./รพท)/จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ (รพศ. และรพท.) X 100 - จำนวนสถานประกอบการที่มีโอกาสเสี่ยงสัมผัสปัจจัยก่อโรคจากการประกอบอาชีพ 3 กลุ่มโรคสำคัญ และมีลูกจ้าง 200 คนขึ้นไป ดำเนินการตาม</p>	<p>จากการรายงานจากสคร.1-12 และสปคม. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค หมายเหตุ: ในปี 2568 ดำเนินการเฉพาะในสถานประกอบการกิจการเท่านั้น</p>	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			แพคเกจจัดการโรคจากการประกอบอาชีพ / จำนวนสถานประกอบกิจการที่มีโอกาสเสี่ยงสัมผัสปัจจัยก่อโรคจากการประกอบอาชีพ 3 กลุ่มโรคสำคัญ และมีลูกจ้าง 200 คนขึ้นไป X 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง ที่ไตรมาสที่ 2 3 และ 4 ของปีงบประมาณ		
	ร้อยละเด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)				
	ร้อยละของเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)				
	การคัดกรองการสูบบุหรี่				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (กลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี) กคส.คร. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ (เป้าหมาย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 ต่อปี)	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ / จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด x 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข Health Data Center (HDC)	
	ผู้เสพยาสูบที่ต้องการเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบได้ร้อยละ 50 (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป) กคส.คร.	ผู้เสพยาสูบที่ต้องการเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบได้ (เป้าหมาย ร้อยละ 50)	จำนวนผู้เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดเลิกยาสูบ / จำนวนผู้เสพยาสูบที่ต้องการเลิกเสพยาสูบทั้งหมด x 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข Health Data Center (HDC)	
	ผู้เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จอย่างต่อเนื่องใน 6 เดือน (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป) กคส.คร.	ผู้เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จอย่างต่อเนื่องใน 6 เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ 30)	จำนวนของผู้เสพยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัดเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จอย่างต่อเนื่อง ใน 6 เดือน / จำนวนของผู้เสพยาสูบ	ระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข Health Data Center (HDC)	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			ยาสูบที่เข้าสู่ระบบบำบัด ทั้งหมด x 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี		
	มีระบบการให้บริการเลิกยาสูบที่มีคุณภาพ กค ส.คร.	เป้าหมาย - คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร้อยละ 100 - คลินิกโรคเรื้อรังอื่น ร้อย ละ 80	- คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร้อยละ 100 = ผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังได้รับการประเมิน ภาวะติดยาโคติน ได้รับ คำแนะนำให้เลิกทุกราย - คลินิกโรคเรื้อรังอื่น ร้อย ละ 80 (ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ได้รับการประเมินภาวะติด ยาโคตินได้รับคำแนะนำให้ เลิก) = จำนวนผู้ป่วยด้วย โรคเรื้อรังอื่นที่ได้รับการ ประเมินภาวะติดยาโคตินและให้	ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง และ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นที่ เข้ารับบริการใน สถานพยาบาล	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ / จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งหมด x 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี		
	อื่นๆ				
	<p>หน่วยบริการสุขภาพที่เป็นกลไกหลักในการสร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยบูรณาการประเด็นสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร ร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 500 หน่วยบริการ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และ</p>			สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>กลุ่มประชากรอย่างน้อย 10 นวัตกรรม (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>ทีมสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ) เพื่อนำไปสู่การเกิดชุมชนเข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายระยะ 10 ปีของ สสส. และพลวัตเชิงพื้นที่ โดยขับเคลื่อนร่วมกับระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 2,000 คน (แกนนำสุขภาพ)</p> <p>การขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นผ่านระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 300 พื้นที่ (ชุมชน)</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	- ร้อยละของเด็กวัยเรียน วัยรุ่น ได้รับการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือปัญหาพฤติกรรมอารมณ์ และทักษะสังคม (ร้อยละ 76) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			กรมสุขภาพจิต	
	กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) หรือกลุ่มประชากรหลักเข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			กรมควบคุมโรค	
	การเข้าถึงบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีในภาวะวิกฤติจากความรุนแรงอย่างครบวงจร ครอบคลุมทั้งทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านกฎหมาย และด้านสวัสดิการสังคม และประสานการให้ความช่วยเหลือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			กบรส.	
	แรงงานต่างด้าวได้รับสิทธิประโยชน์และความครอบคลุมการประกันสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการให้บริการและสิทธิประโยชน์สำหรับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ติดเชื้อเอช			กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ไอวี (ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563)				
	ร้อยละของเด็กวัยเรียน วัยรุ่น กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลช่วยเหลือปัญหาพฤติกรรมอารมณ์และทักษะสังคมจนดีขึ้น (กลุ่มเป้าหมาย : นักเรียนระดับประถมศึกษา-มัธยมศึกษาที่เสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม(เกเร-ความรุนแรง) ปัญหาอารมณ์ (ซึมเศร้า-วิตกกังวล) ปัญหาสังคม(การกลั่นแกล้งรังแก) (ข้อมูลเพิ่มเติมจากกรมสุขภาพจิต)	ร้อยละ 75 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง (36,000 คน ประมาณ การถึงปี 2570 ภายใต้โครงการ) (*ประชากรเป้าหมายทั้งประเทศ 850,000 คน*)	กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้นด้วยระบบ School Health x 100 หารด้วย กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือด้วยระบบ School Health HERO ทั้งหมด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต	
	การให้บริการผ่าน telemedicine				
3. ตัวชี้วัดด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ – สะท้อน health promotion/ health protection ที่สัมพันธ์กับ SDH (92 ตัวชี้วัด)					
3.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/โภชนาการ (SDG3 SDG3.4.1)	ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมบริโภคขนม/เครื่องดื่มรสหวาน/ลูกอม มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น (6-21 ปี))	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		กรมอนามัย	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
(12 ตัวชี้วัด)	ร้อยละของประชากรอายุ 15-59 ปี กินผัก 5 ทัพพี ทุกวัน (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกินผักผลไม้ เพียงพอ (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)				
	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เพิ่มขึ้น สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือ ประชาชนทั่วไป)	ประชาชนมีพฤติกรรมการ บริโภคที่พึง ประสงค์ ร้อยละ 54 ภายในปี 2570 (แผนปฏิบัติการด้าน โภชนาการแห่งชาติ ระยะ ที่ 1)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (จำแนกตามช่วงวัย 6-14 ปี 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป) ที่มีคะแนนดัชนีการบริโภค อาหารเพื่อสุขภาพผ่าน เกณฑ์ (The Healthy Eating Index ; USDA) ระดับดี ที่คะแนนมากกว่า 70 คะแนนขึ้นไป จาก คะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยแบ่งกลุ่มอาหารและการ ให้คะแนน ประกอบด้วย 1. กลุ่มอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ตามสัดส่วนการบริโภค	สสส. และสถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	SDG3.4. 1 ลดอัตรา การตาย ก่อนวัย อันควร จากโรค NCDs ลดลง 1 ใน 3

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			<p>อาหารตามธงโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)</p> <p>2. กลุ่มอาหารที่ไม่ดีต่อ สุขภาพ ตามสัดส่วนความถี่ การบริโภคต่อสัปดาห์ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)</p> <p>ตัวหาร: จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างแต่ละช่วงวัยที่เข้า ร่วมการสำรวจทั้งหมด</p> <p>ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี</p>		
	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ (ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 60) สพส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ไม่มี	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ การส่งเสริมมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ ระดับ ดีขึ้นไป (ผ่านทุกประเด็น สุขภาพ)/จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริม	http://sites.google.com/view/hbevaluate/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B9%81	SDG 3

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งหมด*100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	%E0%B8%A3%E0% B8%81	
	ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่มีการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง (กลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 6 ปี) สสช. ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่มีการบริโภคอาหารที่สำเร็จรูป (กลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 6 ปี) สสช. ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่มีการบริโภคเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวด (กลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 6 ปี) ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่มีการบริโภคผักดิบและสุก (กลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 6 ปี) สสช.	จัดทำข้อมูลเพื่อสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ - กรมอนามัย - สำนักโภชนาการ - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ (IHPP) - สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.)	ตัวอย่าง ตัวตั้ง :จำนวนประชากรที่มี การบริโภคอาหารประเภท ต่าง ๆ ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ตัวหาร :จำนวนประชากรที่ มีอายุ 6 ปีขึ้นไป คูณ 100 (หมายเหตุ: วิเคราะห์ในผู้ที่บริโภค อาหารประเภทต่าง ๆ ที่มี ความถี่ในการบริโภคต่อ สัปดาห์ และ สสช. จะใช้ ประชากรที่มีกลุ่มอายุ เดียวกัน เป็นตัวหาร)	สสช.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่มีการบริโภคผลไม้สด (กลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 6 ปี) สสช.		ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี		
	ร้อยละของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)			กรมอนามัย	
	ร้อยละประชากรที่มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (ประเมินที่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (1) ตามหลักโภชนาการ (2) มีคุณภาพปลอดภัย และ (3) มีความมั่นคงทางอาหาร – สสช. – (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				
3.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย (SDG3.4.1) (11 ตัวชี้วัด)	ร้อยละของประชาชนไทย อายุ 18-59 ปี มีกิจกรรมที่เพียงพอต่อสุขภาพ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)			กรมอนามัย	
	ร้อยละของประชาชนไทย อายุ 18-59 ปี มีกิจกรรมที่เพียงพอต่อสุขภาพ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) – เสนอเพิ่มเติมให้พิจารณา				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	กลุ่มเด็กอายุ 5-17 ปี ด้วย) (สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				
	ร้อยละประชาชนไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป มี กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)			กรมอนามัย	
	ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวัน ของประชาชนไทย อายุ 18-59 ปี (กลุ่ม ประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)			กรมอนามัย	
	ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวัน ของประชาชนไทย อายุ 18-59 ปี (กลุ่ม ประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) – เสนอเพิ่มเติม ให้พิจารณากลุ่มเด็กอายุ 5-17 ปี ด้วย) (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				
	ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวัน ของประชาชนไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป (กลุ่ม ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป)			กรมอนามัย	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มเป้าหมายลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับปีฐาน (ปีฐาน 2564 = 14.27 ชั่วโมง) สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ไม่เกิน 13 ชั่วโมงต่อวัน (กรมอนามัย)	อ้างอิง WHO Recommendation ลดช่วงเวลาเนือยนิ่งให้น้อยลง โดยแทนที่ด้วยการมีกิจกรรมทางกายในทุกระดับกิจกรรม (เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจ)ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK)	
	ความชุกการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอในกลุ่มเป้าหมายที่รวมกิจกรรมกับ สสส. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 ในปี 2570 (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)			สสส	
	ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (กลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี) สสส.	จัดทำข้อมูลเพื่อสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ - กรมอนามัย	ตัวอย่าง ตัวตั้ง :จำนวนประชากรที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป	สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
		<ul style="list-style-type: none"> - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - กรมพลศึกษา - สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 	<p>ตัวหาร :จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>คูณ 100</p> <p>(หมายเหตุ: วิเคราะห์ในผู้ที่มีการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายระดับหนักอย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ แลสสช. จะใช้ประชากรที่มีกลุ่มอายุเดียวกันเป็นตัวหาร)</p> <p>ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี</p>		
	<p>ความชุกการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอในกลุ่มเป้าหมายที่ร่วมกิจกรรมกับ สสส. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 ในปี 2570 (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p>			<p>สสส.</p>	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	จำนวนชั่วโมงการใช้หน้าจอเฉลี่ยต่อวันของประชากร (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				
3.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (SDG3.a.1 SDG3.4.1) (14 ตัวชี้วัด)	อัตราการบริโภคยาสูบของเยาวชน อายุ 15-19 ปีลดลง สสส. (กลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น 6-21 ปี)	ความชุกการสูบบุหรี่ของเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี ไม่เกินร้อยละ 8 ในปี 2570	ประชาชนอายุตั้งแต่ 15-19 ปีขึ้นไป ที่บริโภคยาสูบทุกความถี่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ทารด้วยจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 15-19 ปี ทั้งหมด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)	
	อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปลดลง สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ความชุกการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นปี 2570 ไม่เกินร้อยละ 14	ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่บริโภคยาสูบทุกความถี่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ทารด้วยจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด ความถี่ในการวัด:	สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			1 ครั้ง / 3 ปี		
	อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ลดลง สสช. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชน ทั่วไป)	อัตราการได้รับควันบุหรี่ ของประชาชนนี้พักอาศัย ลดลงร้อยละ 30 จากปี พ.ศ. 2560	ประชาชนที่ได้รับควันบุหรี่ ในที่พักอาศัย ทารด้วย จำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้าน สุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ)	
	ร้อยละการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (กลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 15 ปี) สสช. ร้อยละการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 – 19 ปี (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สสช. ร้อยละการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 20 – 24 ปี (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สสช. ร้อยละการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 25 – 44 ปี (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สสช. ร้อยละการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 45 – 59 ปี (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สสช.	จัดทำข้อมูลเพื่อสนับสนุน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ - กรมอนามัย - กรมควบคุมโรค - กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ - กองงานคณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ตัวอย่าง ตัวตั้ง : จำนวนประชากรที่ สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ตัวหาร : จำนวนประชากรที่ มีอายุ 15 ปีขึ้นไป คูณ 100 (หมายเหตุ: วิเคราะห์ในผู้ที่สูบบุหรี่ ปัจจุบัน ซึ่งมีการสูบเป็น ประจำ หรือ การสูบเป็น ครั้งคราว และ สสช. จะใช้	สสช.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ร้อยละการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) สสช.	- ศูนย์วิจัยและจัดการ ความรู้เพื่อการควบคุม ยาสูบ - สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ (IHPP) - สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.)	ประชากรที่มีกลุ่มอายุ เดียวกัน เป็นตัวหาร) ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี		
	ความชุกการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กคส.คร.	- ความชุกการบริโภค ยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป (เมื่อสิ้นปี 2570 ไม่เกินร้อยละ 14)	การประมวลผลข้อมูลเป็น การสำรวจด้วยตัวอย่างกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อให้สามารถ ประมาณค่าหรืออ้างอิง ประชากรได้ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 4 ปี	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	
	ความชุกการสูบบุหรี่ของเยาวชน อายุ 15 - 19 ปี กคส.คร.	ความชุกการสูบบุหรี่ของ เยาวชน อายุ 15 - 19 ปี	การประมวลผลข้อมูลเป็น การสำรวจด้วยตัวอย่างกลุ่ม	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
		(ไม่เกินร้อยละ 8 ในปี 2570)	ตัวอย่างเพื่อให้สามารถประมาณค่าหรืออ้างอิงประชากรได้ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 4 ปี		
	ประชาชนพบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ (ตลาด ร้านอาหาร สถานีขนส่ง ศาสนสถาน สถานที่ราชการ) กคส.คร.	- ประชาชนพบเห็นการสูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบ (ตลาด ร้านอาหาร สถานีขนส่ง ศาสนสถาน สถานที่ราชการ) ลดลง ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปี 2560	การประมวลผลข้อมูลเป็นการสำรวจด้วยตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถประมาณค่าหรืออ้างอิงประชากรได้ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 4 ปี	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	
	เด็กและเยาวชนเข้าถึงบุหรี่จากร้านค้าปลีกลดลง (ในปี 2570) กคส.คร. (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	Baseline ร้อยละ 78.6	การประมวลผลข้อมูลเป็นการสำรวจด้วยตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถประมาณค่าหรืออ้างอิงประชากรได้ ความถี่ในการวัด:	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			1 ครั้ง / 4 ปี		
	(ยังไม่มีข้อเสนอเพิ่มเติมที่ชัดเจน แต่อยากให้ ตัวชี้วัดเพิ่มเติมเกี่ยวกับ “บุหรีไฟฟ้า”) (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				
3.4 พฤติกรรมการดื่ม แอลกอฮอล์ (SDG3.5.2 SDG3.4.1) (11 ตัวชี้วัด)	-ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ลิตร ของเอทานอลบริสุทธิ์) ต่อหัวประชากรลดลง (ไม่ ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป) สคอ.คร.	ปริมาณการบริโภคต่อ ประชากรผู้ใหญ่ 5.3 ลิตร ของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อ คนต่อปี ในปี 2570	ตัวตั้ง ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ต่อคนต่อปี $= 0.4 \times (\text{สุราขาว} + \text{สุราผสม} + \text{สุราปรุงพิเศษ} + \text{สุราพิเศษ} + \text{สุราพื้นเมือง} + \text{สุรานำเข้า}) + 0.05(\text{เบียร์} + \text{เบียร์นำเข้า}) + 0.15 \times \text{ไวน์}$ ตัวหาร จำนวนประชากรกลางปีของ ปีเดียวกัน ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	กรมสรรพสามิต กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน กระทรวง สาธารณสุข คำนวณโดยศูนย์วิจัย ปัญหาสุรา ร่วมกับ สำนักงาน คณะกรรมการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป (กลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี) สสช.</p> <p>ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 - 19 ปี (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สสช.</p> <p>ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 20 - 24 ปี (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สสช.</p> <p>ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 25 - 44 ปี (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สสช.</p> <p>ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 45 - 59 ปี (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) สสช.</p> <p>ร้อยละการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) สสช.</p>	<p>จัดทำข้อมูลเพื่อสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - กรมอนามัย - กรมควบคุมโรค - กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา - สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) - สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 	<p>ตัวอย่าง</p> <p><u>ตัวตั้ง</u> : จำนวนประชากรที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p><u>ตัวหาร</u> : จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>คูณ 100 (หมายเหตุ: วิเคราะห์ในผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ใน 12 เดือนที่แล้วอย่างสม่ำเสมอหรือนาน ๆ ครั้ง และ สสช. จะใช้ประชากรที่มีกลุ่มอายุเดียวกัน เป็นตัวหาร)</p> <p>ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี</p>	<p>สสช.</p>	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ เยาวชน อายุ 15-24 ปี ลดลง สสส. (กลุ่ม ประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	ลดลง 10 % ต่อปี (แผนปฏิบัติการด้านการ ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564- 2570)	ประชาชนอายุตั้งแต่ 15-24 ปี ที่เคยดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ ทุกความถี่ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา หาดด้วยจำนวน ประชากรอายุตั้งแต่ 15-24 ปี ทั้งหมด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้าน สุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ)	
	อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง สสส. (ไม่ ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ปี 2570 ลดลง 23.1% (แผนปฏิบัติการด้านการ ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564- 2570)	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เคยดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของทุกความถี่ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หาดด้วยจำนวนประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งหมด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้าน สุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ)	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ลิตรของเอทานอลบริสุทธิ์) ต่อหัวประชากรลดลง สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ปี 2570 ลดลง 5.3% (แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570)	ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกผลิตเพื่อจำหน่ายภายในประเทศรวมกับปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำเข้าที่มีข้อมูลตลอดทั้งปีและนำมาหารด้วยจำนวนประชากรกลางปีที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยข้อมูลปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดังกล่าวเป็นปริมาณที่อยู่ในระบบภาษี (recorded APC) เท่านั้น ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ขอเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564 และ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)	
	ร้อยละประชากรที่เป็นนักดื่มแบบอันตราย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				
3.5 พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต	ร้อยละของประชาชนที่มีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ (ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน)	ร้อยละ 80	ตัวตั้ง คือ จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจพฤติกรรม	รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
(1 ตัวชี้วัด)	และวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร) กรมสุขภาพจิต (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)		สุขภาพจิตที่พึงประสงค์และมีคะแนนมากขึ้น X 100 ตัวหาร คือ จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจ พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ตามประเด็นในพื้นที่ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี		
3.6 พฤติกรรมด้านสุขภาพอื่นๆ (SDG3.6) (6 ตัวชี้วัด)	พฤติกรรมลดอุบัติเหตุ การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น สสส. (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	สัดส่วนของผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บสาหัส ที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ซึ่งไม่สวมหมวกนิรภัยลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี จนถึงปี 2570 (แผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5)	ปริมาณการสวมหมวกนิรภัย ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ระบบบูรณาการข้อมูล การตายจากอุบัติเหตุทางถนน รายงานการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย ของมูลนิธิไทยโรดส์	SDG3.6

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	พฤติกรรมแปร่งฟัน (อนามัยช่องปาก)				
	ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมแปร่งฟัน คุณภาพ (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี) ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมแปร่งฟัน ก่อนนอน (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีกิจกรรม แปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน (กลุ่มแม่และเด็ก 0- 5 ปี)			กรมอนามัย	
	รายงานการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของ ประชากร (เป้าหมาย รายงานการสำรวจ พฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2569 จำนวน 1 เล่ม) (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)			สสส.	
	ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีขีดความสามารถ ในการเลี้ยงดูเด็ก และสามารถเข้าถึงความ ช่วยเหลือที่จำเป็น(กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
3.7 ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (SDG3.4) (42 ตัวชี้วัด)	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5		สสส.	
	เด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป มีทักษะการว่ายน้ำ เพื่อเอา ชีวิตรอด (ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ ทักษะการเอาชีวิตรอด ทักษะการช่วยเหลือ) (กลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี) กบปจ.คร. (กลุ่มเด็กวัย เรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	เด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป มีทักษะการว่ายน้ำ เพื่อ เอาชีวิตรอด จำนวน 20,000 คน (เป้าหมาย ปี 2570)	ผลรวมของเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ไปที่มีทักษะการว่ายน้ำ เพื่อ เอาชีวิตรอด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	กรมควบคุมโรค	
	- อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำ กว่า 15 ปี กบปจ.คร. (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6- 21 ปี)	อัตราการเสียชีวิต จากการจมน้ำของเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี (น้อยกว่า หรือเท่ากับ 3.5 ภายในปี 2570)	(จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ X 100,000) / จำนวนเด็กที่ มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข และกรม ควบคุมโรค	
	เด็กอายุ 12 ปีขึ้นไป ทำ CPR ได้ (กลุ่ม ประชาชนที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป) กบปจ.คร.	เด็กที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ทำ CPR ได้ จำนวน 10,000 คน (เป้าหมาย ปี 2570)	ผลรวมของเด็กที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไปที่ทำ CPR ได้ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	กรมควบคุมโรค	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	เด็ก เยาวชน และประชาชนมีความรู้ ความ ตระหนักในโทษและพิษภัยยาสูบ กคส.คร.	- เด็ก เยาวชน และ ประชาชนมีความรู้ ความ ตระหนักในโทษและพิษ ภัยยาสูบ (ได้ร้อยละ 95 (ในปี 2570))	จำนวนเยาวชนอายุ 15 - 19 ปีที่มีความรู้และความ ตระหนักในโทษและพิษภัย ของผลิตภัณฑ์ยาสูบ / จำนวนเยาวชนอายุ 15 - 19 ปีทั้งหมด x 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 2 ปี	การสำรวจการสูบบุหรี่ ในเยาวชน (Global Youth Tobacco Survey: WHO)	
	- เด็ก เยาวชน และประชาชน รู้เท่าทันกลยุทธ์ ของธุรกิจยาสูบและสื่อต่าง ๆ กคส.คร.	- เด็ก เยาวชน และ ประชาชน รู้เท่าทันกล ยุทธ์ของธุรกิจยาสูบและ สื่อต่างๆ ได้ร้อยละ 75 (ในปี 2570)	จำนวนเยาวชนอายุ 15 - 19 ปี ที่รู้และเท่าทัน กลยุทธ์ของธุรกิจยาสูบและ สื่อต่างๆ / จำนวนเยาวชน อายุ 15 - 19 ปีทั้งหมด x 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 2 ปี	การสำรวจการสูบบุหรี่ ในเยาวชน (Global Youth Tobacco Survey: WHO)	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบ (tobacco control literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			สสส.	
	ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol control literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			สสส.	
	ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี มีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูเด็ก และสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือที่จำเป็น (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			สสส.	
	ประชาชนมีความรอบรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)			สสส.	
	ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สสส. เกิดความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 ในปี 2570 (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)			สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Literacy) ของเยาวชนเพิ่มขึ้น (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)			สสส.	
	เด็กวัยเรียน วัยรุ่นและเยาวชน มีความสุข มี ความรู้ด้านสุขภาพ มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับโลกยุคพลิกผัน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)			สสส.	
	ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (ปฐมวัย วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1-12 และกทม.) กรมสุขภาพจิต (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ร้อยละ 85	ตัวตั้ง คือ จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพจิต และมีคะแนนมากขึ้น X 100 ตัวหาร คือ จำนวนประชาชนที่ได้รับการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพจิต ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 2 ปี	-ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	เด็ก เยาวชน และประชาชนมีความรู้ ความ ตระหนักในโทษและพิษภัยยาสูบ (กลุ่มเด็กวัย เรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	ร้อยละ 95 (ในปี 2570)		กรมควบคุมโรค	
	เด็ก เยาวชน และประชาชน รู้เท่าทันกลยุทธ์ของ ธุรกิจยาสูบและสื่อต่างๆ (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	ร้อยละ 75 (ในปี 2570)		กรมควบคุมโรค	
	ประชาชนกลุ่มวัยทำงานระยะปลาย (อายุ 50 - 59 ปี) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันการ บาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม กปบจ.คร.(กลุ่ม ประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	- ร้อยละ 80 ของกลุ่มวัย ทำงานระยะปลาย (อายุ 50 - 59 ปี) มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพป้องกันการ บาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม - ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้รับความรู้ คำแนะนำ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีความรู้ที่ถูกต้อง ร้อย ละ 80 และมีพฤติกรรม การออกกำลังกาย ไม่น้อย กว่า 150 นาที/สัปดาห์	ร้อยละความรอบรู้การ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของวัยทำงานระยะปลาย (อายุ 50 - 59 ปี) = (จำนวนวัยทำงานระยะ ปลาย (อายุ 50 - 59 ปี) ที่มีคะแนนความรอบรู้ \geq 80 % X 100) / จำนวนวัย ทำงานระยะปลาย (อายุ 50 - 59 ปี) ที่ตอบแบบ สัมภาษณ์ทั้งหมด ความถี่ในการวัด:	ข้อมูลจากรายงานการ สำรวจความรอบรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความ เสี่ยงต่อการพลัดตก หก ล้ม โดยกองป้องกัน การบาดเจ็บ	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			1 ครั้ง / ปี		
	อัตราผู้ป่วยในจากพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน) ลดลงจากปีที่ผ่านมา กปปจ.คร. (กรมควบคุมโรคเพิ่ม)	- อัตราผู้ป่วยใน (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จากการพลัดตกหกล้ม(ลดลงร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา)	= จำนวนผู้ป่วยในจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ช่วง 1 ปี x 100,000 / ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเวลาเดียวกัน ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข	
	- ผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม (กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) กปปจ.คร.	- ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม (ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสัมภาษณ์ที่วัดความรู้ถูกต้อง ร้อยละ 80)	ร้อยละความรอบรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ \geq 60 ปี ขึ้นไป) = (จำนวนผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรอบรู้ \geq 80 % X 100)/จำนวนผู้สูงอายุที่ตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ความถี่ในการวัด:	ข้อมูลจากรายงานการสำรวจความรอบรู้ ความเข้าใจปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยกองป้องกันการบาดเจ็บ	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			1 ครั้ง / ปี		
	- ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ (ร้อยละต่อปี) สสพ.คร. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	- ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ (ร้อยละต่อปี) ในปี 2570 ไม่น้อยกว่า 5	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน HL ระดับพอเพียงขึ้นไป B = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดที่ทำการสำรวจ ระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ดังนี้ ระดับดีเยี่ยม คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 90.00 - 100.00 ระดับพอเพียง คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 75.00 - 89.99	กรมควบคุมโรค	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			ระดับมีปัญหา คะแนนอยู่ ระหว่างร้อยละ 60.00 - 74.99 ระดับไม่เพียงพอ คะแนนอยู่ ระหว่างร้อยละ 00.00 - 59.99 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี		
	ประชาชนรับรู้/รับทราบสถานที่สาธารณะเป็น เขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ร้อยละ 80 (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)				
	ประชาชนรับรู้/รับทราบสถานที่สาธารณะเป็น เขตปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป) กคส.คร.	ประชาชนรับรู้/รับทราบ สถานที่สาธารณะเป็นเขต ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย (เป้าหมาย ร้อยละ 80)	จำนวนประชาชนที่มีการ รับรู้ รับทราบสถานที่ สาธารณะเป็นเขตปลอด บุหรี่ / ประชากรทั้งหมด × 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	กองงานคณะกรรมการ ควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ กรมควบคุมโรค	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ร้อยละของจังหวัดที่มีการดำเนินการพัฒนาแกนนำเด็กและเยาวชน ให้รู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ กคส.คร. (กลุ่มเด็กวัยเรียน - วัยรุ่น 6-21 ปี) (แกนนำสุขภาพ)	- ร้อยละของจังหวัดที่มีการดำเนินการพัฒนาแกนนำเด็กและเยาวชน ให้รู้เท่าทันกลยุทธ์อุตสาหกรรมยาสูบ (เป้าหมาย ร้อยละ 85)	จำนวนจังหวัดที่มีการพัฒนาแกนนำเด็กและเยาวชนในพื้นที่ให้เป็น Gen Z Gen strong ไม่สูบบุหรี่ / จำนวนจังหวัดทั้งหมด x 100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค	
	ร้อยละของประชาชนในจังหวัดที่มีการดำเนินการลดบริโภคน้ำเค็มและโซเดียมมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคน้ำเค็มและโซเดียม (เป้าหมายปี 2570 ร้อยละ 75) (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) การสร้างโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ ประสบการณ์ตรงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์จากการดำเนินงานที่สะท้อนภาพลักษณ์องค์กร สู่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการรับรู้ ความเข้าใจ และมีความรอบรู้ด้าน			กรมควบคุมโรค	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>สุขภาพเฉพาะบุคคล (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>ประชาชน กลุ่มวัยทำงานระยะปลาย (อายุ 50 – 59 ปี) มีพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม</p> <p>ประชาชน กลุ่มผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม</p> <p>อัตราผู้ป่วยใน (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จากการพลัดตกหกล้มลดลงร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา</p> <p>- ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ (ร้อยละต่อปี) ในปี 2570 ไม่น้อยกว่า 5</p>				
	<p>การเพิ่มทักษะ และขีดความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ด้วยสื่อและกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมตามบริบทและพลวัตของพื้นที่และกลุ่มประชากร (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p>			สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>การสื่อสารสาธารณะเพื่อการสร้างความรู้ทางสุขภาพ ผ่านการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ความเข้าใจ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อเสริมสร้างให้กลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ มีทัศนคติเชิงบวก สามารถนำความรู้และทักษะที่จำเป็นไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตประจำวันของตนเองและสื่อสารไปยังคนรอบข้างได้ (ไม่ได้อยู่ในกลุ่มประชากร)</p> <p>การขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม (ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>ระบบเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพและผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพสู่สังคมในวงกว้างจากการเชื่อมโยงฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งดิจิทัลแพลตฟอร์มและพื้นที่ปฏิบัติการ เพื่อร่วมขับเคลื่อนนโยบาย</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>หรือกลไกเชิงนโยบายอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>การพัฒนาช่องทางสื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะรวมทั้งเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ เพื่อต่อยอดและขยายผลกระบวนการสื่อสารและปฏิบัติการทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้เป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาวะทางปัญญา (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>การขยายกลไกสื่อสารและเฝ้าระวังตรวจสอบสื่อและข้อมูลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานในและข้ามพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>การพัฒนาช่องทางสื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของ</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ประชาชนในการใช้สื่อเพื่อสุขภาพรวมทั้งเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ เพื่อต่อยอดและขยายผลกระบวนการสื่อสารและปฏิบัติการทางสังคมในการพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้เป็นผู้ใช้และสร้างสรรค์สื่อที่มีทักษะเท่าทันสื่อสารสนเทศและดิจิทัล (MIDL) ความรอบรู้ทางสุขภาพและสุขภาพทางปัญญา (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>ระบบเครือข่ายนักสื่อสารสุขภาพและผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพสู่สังคมในวงกว้างจากการเชื่อมโยงฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบทั้งดิจิทัลแพลตฟอร์มและพื้นที่ปฏิบัติการ เพื่อร่วมขับเคลื่อนนโยบายหรือกลไกเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม (ภาคีเครือข่าย)</p> <p>เด็กวัยเรียน วัยรุ่นและเยาวชน มีความสุข มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีสมรรถนะที่สอดคล้อง</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	กับโลกยุคพลิกผัน และ มีส่วนร่วม ในการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)				
	ร้อยละของพ่อแม่ ผู้ปกครอง / ผู้ดูแล มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน (กลุ่มเป้าหมาย : พ่อแม่/ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ) กรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายดำเนินการ (4,680 ของปี 2568)	ตัวตั้ง = จำนวนพ่อแม่/ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ที่มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน X 100 ตัวหาร = จำนวนพ่อแม่/ ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ที่มีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกในการในการส่งเสริมทักษะชีวิตและความฉลาดรอบด้าน ครบตามโปรแกรม ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต	
	ความรอบรู้ด้านผลกระทบทางสุขภาพจากมลพิษ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม เสนอเพิ่มเติม)				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
4. ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (risk factors และ SDH) (13 ตัวชี้วัด)					
4.1 น้ำและอาหาร ปนเปื้อน (SDG3.9.2) (6 ตัวชี้วัด)	<p>ร้อยละของเทศบาลที่มีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA 1001)</p> <p>ร้อยละของน้ำบริโภคครัวเรือนผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภค</p> <p>ร้อยละของน้ำประปาเทศบาลได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้</p> <p>ร้อยละของน้ำประปาหมู่บ้านได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้</p> <p>ร้อยละของการประปาส่วนภูมิภาคสาขาที่ผ่านการรับรองคุณภาพน้ำประปามาตรฐานสากล (Water is Life)</p> <p>ร้อยละของโรงเรียน กพด. มีน้ำบริโภคที่มีคุณภาพผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภค</p>			กรมอนามัย	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
4.2 มลพิษจากสิ่งแวดล้อม และสภาพภูมิอากาศ (SDG3.9.1) (6 ตัวชี้วัด)	ความชุกการได้รับควันบุหรี่ในที่พิกาศัยลดลง จากปี 2560 (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือ ประชาชนทั่วไป) กคส.คร.	- ความชุกการได้รับควัน บุหรี่ในที่พิกาศัย (ลดลง ร้อยละ 30 จากปี 2560 (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือ ประชาชนทั่วไป))	การประมวลผลข้อมูลเป็น การสำรวจด้วยตัวอย่างกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อให้สามารถ ประมาณค่าหรืออ้างอิง ประชากรได้ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / 4 ปี	สำนักงานสถิติแห่งชาติ	
	อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ลดลง (ไม่ได้ระบุกลุ่มประชากร)			สสส.	
	ร้อยละของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจาก แหล่งกำเนิดตามกฎหมายได้รับการจัดการอย่าง ถูกต้อง			กรมอนามัย	
	ระดับค่าดัชนีความร้อน (Heat Index) สูงสุดของ ประเทศไทยเพื่อการเฝ้าระวังผลกระทบต่อ สุขภาพจากความร้อน			กรมอนามัย	
	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศต่อ แสนประชากร (ไม่ได้ระบุกลุ่มประชากร)			กรมอนามัย	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนต่อแสนประชากร (ไม่ได้ระบุกลุ่มประชากร)			กรมอนามัย	
4.3 อื่นๆ (รายงานสุขภาพคนไทย ตัวชี้วัดปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ) (1 ตัวชี้วัด)	ครอบครัว: สัดส่วนเยาวชนที่มีความคิดขัดแย้งกับคนในครอบครัวค่อนข้างมากถึงมากที่สุด				
5. ตัวชี้วัดด้านมาตรการ หรือนโยบายเชิงบวกต่อสุขภาพ – สะท้อนมาตรการด้าน health promotion/health protection (55 ตัวชี้วัด)					
5.1 การควบคุม เกลือและโซเดียม ยาสูบ HIV (4 ตัวชี้วัด)	จำนวนจังหวัดดำเนินการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป) กรม.คร.	- จำนวนจังหวัดดำเนินการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม (เป้าหมายปี 2570 จำนวน 77 จังหวัด)	ผลรวมของจำนวนจังหวัดที่ดำเนินการลดการบริโภคเกลือและโซเดียม ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	ทุกจังหวัดมีจุดจัดการและมีผู้รับผิดชอบการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดที่ชัดเจน (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป) กคส.คร.	- จุดจัดการการควบคุมยาสูบระดับจังหวัด (ร้อยละ 100 ในปี 2570) - ทำเนียบเครือข่ายผู้รับผิดชอบการควบคุมยาสูบระดับจังหวัดทั่วประเทศและมีการอัปเดตข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ 1 ทำเนียบ/ปี	ผลรวมของจำนวนจังหวัดที่มีจุดจัดการ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค	
	ร้อยละของจังหวัดมีการดำเนินงานควบคุมยาสูบในพื้นที่ครบ 5 กิจกรรมหลักในปี 2570 (ภาคีเครือข่าย) กคส.คร.	- ร้อยละ 85 ของจังหวัดมีการดำเนินงานควบคุมยาสูบในพื้นที่ครบ 5 กิจกรรมหลักในปี 2570 (ภาคีเครือข่าย)	จำนวนจังหวัดในพื้นที่ที่รับผิดชอบที่มีผลดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบระดับจังหวัดสอดคล้องตามแผนปฏิบัติการฯ / จำนวนจังหวัดทั้งหมดในเขตที่รับผิดชอบของ สคร. และ สปคม. X 100 ความถี่ในการวัด:	กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			1 ครั้ง / ปี		
	จำนวนจังหวัด ที่มีกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ด้านเอชไอวี (ประชากรกลุ่มเฉพาะ) กอพ.คร. (ประชากรกลุ่มเฉพาะ)	- จำนวนจังหวัดที่มีกลไก คุ้มครองสิทธิมนุษยชน ด้านเอชไอวี (เป้าหมาย ปี 2570: จำนวน 60 จังหวัด)	ผลรวมของจำนวนจังหวัดที่ มีกลไกส่งเสริมคุ้มครองสิทธิ ด้านเอชไอวี ระดับจังหวัด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง ที่ไตรมาสที่ 2 และ 4 ในแต่ละปีงบประมาณ	1. รายงานผลการ ดำเนินงาน ตาม แผนงาน/โครงการ รายไตรมาส 2. รวบรวมข้อมูลและ รายงานตาม แบบฟอร์ม SAR ใน ระบบบริหารจัดการ เชิงยุทธศาสตร์ (ESMS) กรมควบคุม โรค	
5.2 การควบคุมเครื่องดัด แอลกอฮอล์ (7 ตัวชี้วัด)	สัดส่วนของงานบุญประเพณีระดับจังหวัดเป็น การจัดงานตามนโยบายปลอดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ เพิ่มขึ้น (หมายเหตุ: งานบุญ ประเพณีระดับจังหวัด ได้แก่ งานแข่งเรือ งาน สงกรานต์ งานบั้งไฟ และ งานกาชาด) สสส. (ไม่ ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป	ควบคุมการจำหน่ายและ การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ (พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์)	งานบุญประเพณีปลอด เครื่องดื่มต่องานบุญทั้งหมด ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส. จากมูลนิธิ เครือข่ายพลังสังคม สำนักงานเครือข่าย องค์กรงดเหล้า (สคล.)	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	นโยบาย มาตรการ กลไกเชิงนโยบาย หรือแนวปฏิบัติ ในระดับองค์กร ท้องถิ่น หรือระดับชาติ ที่สนับสนุนการพัฒนาสุขภาวะทางปัญญา การพัฒนาทักษะเท่าทันสื่อ การคุ้มครองเด็กจากภัยออนไลน์ หรือลดปัจจัยเสี่ยงด้านสื่อที่มีผลกระทบต่อสุขภาวะอย่างเท่าทันสถานการณ์ สสส. (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	บูรณาการนโยบายด้านสุขภาพ ผลักดันผลกระทบด้านสุขภาพในทุกนโยบาย (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ)	จำนวนนโยบาย มาตรการ หรือแนวปฏิบัติ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	
	ข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ และแนวปฏิบัติ ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพจิต และ การบริหารจัดการควบคุมมลพิษสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ได้รับการตอบรับหรือนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของหน่วยงานหรือองค์กรที่มีอำนาจออกนโยบาย หรือกฎหมายนั้น สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมาย หรือประชาชนทั่วไป)	บูรณาการนโยบายด้านสุขภาพ ผลักดันผลกระทบด้านสุขภาพในทุกนโยบาย (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ)	จำนวนนโยบาย มาตรการ หรือแนวปฏิบัติ จำนวนข้อเสนอเชิงนโยบาย ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	
	ข้อเสนอเชิงนโยบาย มาตรการ หรือแนวทางการดำเนินงานที่สนับสนุนให้เกิดการขยายผลงาน	บูรณาการนโยบายด้านสุขภาพ	จำนวนนโยบาย มาตรการ หรือแนวปฏิบัติ	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	องค์กรสุขภาวะระดับชาติ เพื่อสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ประเด็น สสส. (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	ผลักดันผลกระทบด้านสุขภาพในทุกนโยบาย (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ)	จำนวนข้อเสนอเชิงนโยบาย ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี		
	เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาวะ/ปกป้องระบบอาหารยั่งยืน ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	บูรณาการนโยบายด้านสุขภาพ ผลักดันผลกระทบด้านสุขภาพในทุกนโยบาย (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติธรรมนุญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ)	จำนวนนโยบาย มาตรการ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	
	นโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาวะ และพื้นที่สุขภาวะรูปธรรมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่ประชาชนเข้าถึงและขยายผลได้ สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	บูรณาการนโยบายด้านสุขภาพ ผลักดันผลกระทบด้านสุขภาพในทุกนโยบาย	จำนวนนโยบาย มาตรการ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
		(ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติธรรมนุญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ)			
	ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม (Inclusive Policy) ในหลายกลุ่มประชากรที่เชื่อมระหว่างโครงสร้างที่มาจากพื้นที่และต้นแบบ (model) กับปัญหาของกลุ่มประชากรจากฐานข้อมูลที่ถูกจัดเก็บอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถเชื่อมโยงหรืออ้างอิงกับมาตรฐานระดับประเทศและระดับสากลที่เป็นรูปธรรม และวัดค่าได้ ตามตัวชี้วัดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ไม่น้อยกว่า 5 ประเด็น สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	บูรณาการนโยบายด้านสุขภาพ ผลักดันผลกระทบด้านสุขภาพในทุกนโยบาย (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติธรรมนุญว่าด้วย ระบบสุขภาพแห่งชาติ)	จำนวนข้อเสนอเชิงนโยบาย ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
5.3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบาย (44 ตัวชี้วัด)	ข้อเสนอนโยบายที่เอื้อให้เกิดระบบ กลไก และมาตรการที่สนับสนุนทรัพยากรให้ครอบครัวมีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก สนับสนุนโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงพื้นที่เรียนรู้ใกล้บ้าน และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนได้เข้าสู่กระบวนการพิจารณาเชิงนโยบายในระดับประเทศ สสส. (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายของประชาชน (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13)	- จำนวนข้อเสนอเชิงนโยบาย ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	
	กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ที่ได้รับการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีความเข้มแข็งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ด้วยการคิดและดำเนินการด้วยตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของกองทุนฯ หรือประเด็นสุขภาพอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ไม่น้อยกว่า 10,000 โครงการ		สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	เกิดการขยายผลต้นแบบงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงประเด็นผ่านระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสังคม และสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ไม่น้อยกว่า 300 พื้นที่		สสส.	
	ความร่วมมือการขับเคลื่อนนโยบายและกระบวนการติดตามประเมินผลนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573 (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป) การพัฒนาระบบข้อมูลและเครื่องมือทางวิชาการร่วมกับภาคยุทธศาสตร์และ/หรือสถาบันวิชาการเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป) กลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่ที่ได้รับการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ มีความเข้มแข็งสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่			สสส.	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ด้วยการคิดและดำเนินการด้วยตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ตามประเด็นเป้าหมายยุทธศาสตร์ ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565 - 2574) ของกองทุนฯ หรือประเด็นสุขภาวะอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p>				
	<p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ</p> <p>องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)</p> <p>จำนวนโครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี) C-(กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) D-(กลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)</p>			<p>กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	จำนวนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)				
	ขยายผลองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ในเครือข่าย (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	ไม่น้อยกว่า 5,000 องค์กร ในทุกเครือข่าย (เครือข่ายภาคเอกชนและเครือข่ายภาคสาธารณะ)			
	กลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เพื่อทำหน้าที่ประสานและบริหารภาคีเครือข่าย (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	จำนวนไม่น้อยกว่า 2 กลไก อาทิ กลไกศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน (Wellness Center) กลไกศูนย์ประสานงานสาธารณสุขสงเคราะห์ หรือ กลไกศูนย์สนับสนุนการเรียนรู้องค์กรสุขภาวะ			
	ระบบงาน หรือกลไกสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการ บุคลากร	อย่างน้อย 3 พื้นที่ (ระดับเขต)			

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	กรุงเทพมหานคร และประชาชนในพื้นที่ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)				
	กลไกชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง และเครือข่ายนำใช้หรือประยุกต์นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่การปฏิบัติ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง โดยคำนึงถึงความเหลื่อมล้ำตามบริบทของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ในการดำเนินงาน			
	ผู้นำชุมชนท้องถิ่น มีสมรรถนะในการขับเคลื่อนเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพชุมชนและแก้ปัญหาพื้นที่จากปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงอื่น (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	ไม่น้อยกว่า 5 ประเด็น			
	การพัฒนาเครือข่ายทางเลือกเชิงพื้นที่ โดยการยกระดับหรือขยายผลกลไกเดิมหรือเครือข่ายเดิมจากแผนสุขภาพชุมชนของ สสส. หรือพัฒนากลไกใหม่ เพื่อใช้เป็นฐานในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เป็นต้น (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	จำนวนไม่น้อยกว่า 2 กลไก			

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	การบูรณาการตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. ในพื้นที่เขตชนบท เขตเมือง จังหวัด กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ที่มีลักษณะพิเศษอื่น (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)				
	หน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการสนับสนุน และหนุนเสริมให้ชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมาย สามารถสร้างสุขภาวะที่ดี เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ให้มีส่วนร่วม ตัดสินใจพิจารณาโครงการ เชื่อมทรัพยากร และ/ หรือเชื่อมทุนในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	จำนวนไม่น้อยกว่า 15 แห่ง			
	หน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทภารกิจการทำงานด้านสุขภาพ ร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการ และปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ในลักษณะร่วมทุน (Co-Investment) (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือ ประชาชนทั่วไป)	จำนวนไม่น้อยกว่า 20 แห่ง			

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ทีมสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำ ฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ (ชุมชน ตำบล อำเภอ) เพื่อนำไปสู่การเกิดชุมชนเข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายระยะ 10 ปีของ สสส. และพลวัตเชิงพื้นที่ โดยขับเคลื่อนร่วมกับระบบบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p>	ไม่น้อยกว่า 2,000 คน			
	<p>ผู้นำการเปลี่ยนแปลง แกนนำ และผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในด้านที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ มีศักยภาพไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทที่เหมาะสม และสามารถสนับสนุนการขยายเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่อื่นได้ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	กระบวนการขับเคลื่อนงานที่สนับสนุนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาผ่านประสบการณ์ตรงที่สอดคล้องกับคนแต่ละกลุ่มและช่วงวัย เพื่อนำไปสู่สังคมที่ส่งเสริมการให้ การทำงานจิตอาสา การเปิดพื้นที่รับฟัง และมีศักยภาพในการฟื้นคืน (resilient society) จากผลกระทบของวิกฤติโควิด-19 ที่สามารถต่อยอดและขยายผลร่วมกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อสื่อสารสู่สาธารณะ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)				
	ขยายผลองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ในเครือข่ายไม่น้อยกว่า 5,000 องค์กร ในทุกเครือข่าย (เครือข่ายภาคเอกชนและเครือข่ายภาคสาธารณะ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	ไม่น้อยกว่า 5,000 องค์กร			
	ระบบงานหรือกลไกสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการ บุคลากร	อย่างน้อย 3 พื้นที่			

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	กรุงเทพมหานคร และประชาชนในพื้นที่ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)				
	การพัฒนาเครือข่ายทางเลือกเชิงพื้นที่ โดยการยกระดับหรือขยายผลกลไกเดิมหรือเครือข่ายเดิม จากแผนสุขภาวะชุมชนของ สสส. หรือพัฒนา กลไกใหม่ เพื่อใช้เป็นฐานในการขับเคลื่อนงาน สร้างเสริมสุขภาวะชุมชน เช่น เครือข่ายระดับ หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เป็นต้น (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	จำนวนไม่น้อยกว่า 2 กลไก			
	กลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาวะในองค์กร เพื่อทำหน้าที่ประสานและบริหารภาคีเครือข่าย (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	จำนวนไม่น้อยกว่า 2 กลไก อาทิ กลไกศูนย์ สุขภาพดีวัยทำงาน (Wellness Center) กลไกศูนย์ประสานงานสาธารณสุขสงเคราะห์ หรือ กลไกศูนย์สนับสนุนการ เรียนรู้องค์กรสุขภาวะ			

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	หน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทภารกิจการทำงานด้านสุขภาพ ร่วมสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ในลักษณะร่วมทุน (Co-Investment) (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	จำนวนไม่น้อยกว่า 20 แห่ง			
	ผู้นำการเปลี่ยนแปลง แกนนำ และผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพในด้านที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ มีศักยภาพไปปฏิบัติได้จริงตามบริบทที่เหมาะสม และสามารถสนับสนุนการขยายเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนการทำงานในพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่อื่นได้ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)				
	หน่วยจัดการมีขีดความสามารถในการสนับสนุนและหนุนเสริมให้ชุมชนหรือกลุ่มเป้าหมายสามารถสร้างสุขภาพที่ดี เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ให้มีส่วนร่วม	จำนวนไม่น้อยกว่า 15 แห่ง			

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ตัดสินใจพิจารณาโครงการ เชื่อมทรัพยากร และ/หรือเชื่อมทุนในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ (ไม่ระบุ กลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p>				
	<p>ฐานข้อมูลหรือระบบจัดเก็บข้อมูล (Digital Database) ที่มีการจัดเก็บในรูปแบบดิจิทัลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของทุกแผนและทุกกลุ่มประชากรเฉพาะ เพื่อบรรลุเป้าหมายของกองทุนฯ และกรอบแนวคิดเรื่องเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ที่มีองค์ประกอบของข้อมูลอย่างน้อย 20 ชุดข้อมูล ใน 7 กลุ่มประชากร และเผยแพร่ข้อมูล บทวิเคราะห์ องค์ความรู้ กระบวนการพื้นที่/สังคม เรียนรู้แบบออนไลน์ที่มีการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้มีการนำชุดความรู้ นวัตกรรม หรือเทคโนโลยี</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>ในการสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้งานองค์กรสุขภาวะ (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี) องค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม เครื่องมือ และเทคโนโลยีดิจิทัล ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานในบริบทที่จำเป็นต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)</p> <p>ทำงาน และจริยธรรมในการทำงานในทุกกลุ่มประชากร (ประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้บ้าน แรงงานนอกระบบ ประชากรข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ LGBTQN+ ผู้ต้องขัง และมุสลิม)</p> <p>การพัฒนาระบบข้อมูลและเครื่องมือทางวิชาการ ร่วมกับภาคยุทธศาสตร์และ/หรือสถาบันวิชาการ เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสภาพแวดล้อมของชุมชนท้องถิ่นตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส.</p>				

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ/ปกป้องระบบอาหารยั่งยืน (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	อย่างน้อย 3 เรื่อง			
	ความร่วมมือการขับเคลื่อนนโยบายและกระบวนการติดตามประเมินผลนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-257 (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)				
	มีนโยบายที่สอดคล้อง ชัดเจนและมีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องเพื่อควบคุมยาสูบในทุกระดับ (ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)	(ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชนทั่วไป)			
	ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย	ร้อยละ 95 ในปี 2570 (ภาคีเครือข่าย)			
	การมีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อค้นพบ/บทเรียน/ข้อสรุปของการทำงาน หรือข้อเสนอ	ไม่น้อยกว่า 10 ต้นแบบ	(ประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้		

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	<p>เชิงนโยบายที่มาจากกรอบการออกแบบหรือการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคีของสำนักอื่น หน่วยงานอื่น คนรุ่นใหม่ และผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ (Cross-group Collaboration) เพื่อสร้างหรือพัฒนาพื้นที่หรือต้นแบบ (model) ข้ามกลุ่มประชากร หรือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมเพื่อบรรลุเป้าหมายการเสริมพลังให้กับประชากรกลุ่มเฉพาะ (Empowerment) โดยมุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ/พัฒนาระบบสวัสดิการพื้นฐานที่ตอบสนองต่อโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต</p>		<p>บ้าน แรงงานนอกระบบ ประชากรข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ LGBTQN+ ผู้ต้องขัง และมุสลิม)</p>		
	<p>ความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของภาคีกลุ่มใหม่ ทั้งคนรุ่นใหม่ ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ และคนทั่วไปที่สนใจ (New Participation) ที่มาจากการสร้าง พัฒนา หรือขยายผลการดำเนินงานของแผนประชากรกลุ่มเฉพาะให้เกิดการมีส่วนร่วมรายกลุ่ม หรือในภาพรวม เพื่อขยายความครอบคลุม และความเชี่ยวชาญในการทำงานของ</p>	<p>จำนวนอย่างน้อย 20 กลุ่ม/เครือข่าย ไม่น้อยกว่า 5 ประเด็น</p>	<p>(ประชากรกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ คนไร้บ้าน แรงงานนอกระบบ ประชากรข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ LGBTQN+ ผู้ต้องขัง และมุสลิม)</p>		

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
	แผนกลุ่มประชากรเฉพาะให้บรรลุเป้าหมายของ กองทุนฯ				
	แนวทางการปฏิบัติต่อโรคอุบัติใหม่ในเรือนจำ (ประชากรกลุ่มเฉพาะ)			กบรส. (สข.ประสานขอข้อมูล ตัวชี้วัดกับกรมควบคุม โรค กระทรวง สาธารณสุข)	
	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพ ที่เหมาะสมให้กับประชาชน (ค่าเป้าหมายร้อยละ 80, ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยน ฯ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติฯ สบส.	ซึ่งกำหนดเป้าหมายการ ดำเนินงานใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จำนวน 4,000 ตำบล) (ชุมชน)	=จำนวนตำบลที่มีการ ดำเนินงานจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด/จำนวน ตำบลเป้าหมายx100 ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / เดือน (รายงาน อส ม. 1)	- dashboard รายงาน ผลการดำเนินงาน https://healthgate. hss.moph.go.th/rep ort/community/yea rs	
	ร้อยละภาคีเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินการ จัดการชุมชน สบส.	(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 55 (4,000 ตำบล)) (ภาคี เครือข่าย)	=จำนวนตำบลที่มีการ ดำเนินงานจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด/จำนวน ตำบลทั้งหมดx100	- dashboard รายงาน ผลการดำเนินงาน https://healthgate. hss.moph.go.th/rep	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / เดือน (รายงาน อสม. 1)	hss.moph.go.th/report/partners/years	
	ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน คัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ 9 ด้าน สบส.	(ค่าเป้าหมาย: ร้อยละ 65) (แกนนำสุขภาพ)	$= (A1 \times B1) + (A2 \times B2) + (A3 \times B3)$ A1=ผลงาน อสม. ประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด A2=ผลงาน อสม. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน A3=ผลงาน อสม. คัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ 9 ด้าน B1=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. ที่ประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (40%)	- dashboard รายงานผลการดำเนินงาน https://3doctor.hss.moph.go.th/main/report-kpi-health	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			B2=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ ให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (30%) B3=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. คัดกรองภาวะถดถอย ผู้สูงอายุ 9 ด้าน (30%) ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / เดือน (รายงาน อสม. ม. 1)		
	จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการช่วยเหลือ ส่งเสริมสนับสนุนจากภาคประชาสังคม อาสาสมัคร และเครือข่าย (กระทรวง พม.)	ขึ้นกับ งบประมาณ ที่ได้รับต่อปี	-ผลการช่วยเหลือ ผู้ประสบปัญหาทางสังคมที่ ได้รับการช่วยเหลือจาก อาสาสมัครพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ - ผลการสนับสนุนการ ดำเนินงานขององค์กร พัฒนาเอกชน องค์กร	- รายงานผลการ ช่วยเหลือผู้ประสบ ปัญหาทางสังคมที่ ได้รับการช่วยเหลือ จาก อพม. - รายงานผลการ ช่วยเหลือและให้การ ส่งเคราะห์ผู้ประสบภัย	

ประเภทตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	สูตรคำนวณ / ความถี่	แหล่งข้อมูล/ ผู้รับผิดชอบ	เป้าสากล
			สวัสดิการสังคมภาคเอกชน (มูลนิธิราชประชานุเคราะห์) ในช่วยเหลือและให้การ สงเคราะห์ผู้ประสบภัยทั่ว ประเทศ ความถี่ในการวัด: 1 ครั้ง / ปี	ทั่วประเทศขององค์กร พัฒนาเอกชน องค์กร สวัสดิการสังคม ภาคเอกชน(มูลนิธิราช ประชานุเคราะห์)	

ตาราง A3 ภาพรวมตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รางที่ 2 (59 ตัวชี้วัด)

กลุ่มตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัด
ส่วนที่ 1 เป้าหมายตามธรรมนูญ ฯ ฉ. 3 (4 เป้าหมาย)	
1.1 ทุ่กนโยบายห้วงใยสุขภาพ: (10 ตัวชี้วัด)	10
1.2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพะ	5
1.3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม	18
1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	10
รวมตัวชี้วัดส่วนที่ 1 เป้าหมาย	43
ส่วนที่ 2: มาตรการตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 (4 มาตรการ)	
2.1 การพัฒนาทุ่กนโยบายห้วงใยสุขภาพ	4

กลุ่มตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัด
2.2 การสร้างชุมชนเข้มแข็ง	4
2.3 การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล	3
2.4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย	5
รวมตัวชี้วัดส่วนที่ 2 มาตรการ	16
รวมตัวชี้วัด ทั้ง 2 ส่วน	59

ตาราง A4 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ร่างที่ 2 (59 ตัวชี้วัด)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
1. เป้าหมายตามธรรมนูญ ฯ ฉ. 3 (4 เป้าหมาย รวมข้อเสนอ 43 ตัวชี้วัด)					
1.1 ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ: (10 ตัวชี้วัด)					
1) สัดส่วนของงานบุญประเพณีระดับจังหวัดเป็นการจัดงานตามนโยบายปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (หมายเหตุ: งานบุญประเพณีระดับจังหวัด ได้แก่ งานแข่งเรือ งานสงกรานต์ งานบั้งไฟ และงานกาชาด)	ควบคุมการจำหน่ายและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)	งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มต่องานบุญทั้งหมด	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส. จากมูลนิธิเครือข่ายพลังสังคม สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.)	SDGs: 3.5 ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
2) องค์กรปกครองท้องถิ่นมีการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ 80	อปท. มีการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	1 ปี	ระบบการประเมินประสิทธิภาพของ อปท. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	เป้าหมายที่ 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
		*100/จำนวน อปท. ทั้งหมด			
3) องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับการถ่ายโอน ภารกิจ สอน./รพ.สต. มีการจัดทำแผนพัฒนา สุขภาพระดับพื้นที่	ร้อยละ 100	อบจ. ที่รับการถ่าย โอน สอน./รพ.สต. มีการจัดทำแผน* 100/จำนวน อปท. ทั้งหมด	1 ปี	ระบบการประเมินประสิทธิภาพ ของ อปท. กสพ.	เป้าหมายที่ 3
4) องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีการจัดทำ แผนพัฒนาสุขภาพระดับ	ร้อยละ 80	อปท. ที่ดำเนินการ จัดทำแผน*100/ จำนวน อปท. ทั้งหมด	1 ปี	ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการ เพื่อการวางแผนและการประเมิน การใช้จ่ายงบประมาณของ อปท. กสพ.	เป้าหมายที่ 3
5) นโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาวะ และพื้นที่ สุขภาวะรูปธรรมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่ ประชาชนเข้าถึงและขยายผลได้	-	นับจำนวนนโยบาย สาธารณะด้านพื้นที่ สุขภาวะ	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 3.4 ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 5 อื่นๆ: แผนพัฒนา สุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วย ระบบสุขภาพ แห่งชาติ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
6) จำนวนเด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาทางสังคม ได้รับการคุ้มครองและสวัสดิการตามมาตรฐานการคุ้มครอง	เด็กและเยาวชน ครอบครัว และผู้ประสบปัญหาทางสังคม ที่มาขอรับบริการจาก บ้านพักเด็กและครอบครัว ได้รับการดูแลและคุ้มครอง อย่างเต็มที่	(จำนวนผู้ใช้บริการ ที่มาขอรับบริการ จากบ้านพักเด็ก และครอบครัวทุก ครอบครัวที่ได้รับการบันทึกข้อมูล ครบถ้วน ร้อยละ 100) *100 / (ค่าเฉลี่ยร้อยละ การบันทึกข้อมูล ครบถ้วนในระบบ สารสนเทศเพื่อการ คุ้มครองเด็ก (CPIS))	ทุก 6 เดือน	ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อ การคุ้มครองเด็ก CPIS กระทรวง พม.	-
7) อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศต่อ แส่นประชากร	-	-	-	กรมอนามัย	-
8) ร้อยละของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจาก แหล่งกำเนิดตามกฎหมายได้รับการจัดการอย่าง ถูกต้อง	-	-	-	กรมอนามัย	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
9) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง	ลดอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 5 คนต่อแสนประชากร ในปี 2580	จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	1 ครั้ง/ปี	ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ข้อมูลจาก 3 หน่วยงาน สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) สสส.	SDGs: 3.6 ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 1
10) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ลดลง	จำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ 6463 คน จำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ 89,121 คน (เป้าหมายในปี 2570 แผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5)	จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์	1 ครั้ง/ปี	ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ข้อมูลจาก 3 หน่วยงาน สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) สสส.	SDGs: 3.6 ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 1
1.2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ: (5 ตัวชี้วัด)					
1) จำนวนเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น ให้ความสำคัญเข้มแข็งของพื้นที่เป็นฐานในการลดการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า หรือส่งเสริมการลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	-	นับจำนวนเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.a 1.2 ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 4

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
2) ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (ค่าเป้าหมายร้อยละ 80)	ไม่มี	จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด/จำนวนตำบลเป้าหมายx100	รายงานผลทุกเดือน (รายงาน อสม. 1)	dashboard รายงานผลการดำเนินงาน https://healthgate.hss.moph.go.th/report/community/years สบส.	เป้าหมายที่ 3 : สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย
3) จำนวนพื้นที่ต้นแบบ ที่มีศักยภาพในการจัดการปัญหาประเด็นที่มีความจำเป็นในการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่น	-	นับจำนวนพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 11.a ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 4
4) ร้อยละของเทศบาลมีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA 1001)	-	-	-	กรมอนามัย	-
5) จำนวนองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ในการสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับบุคลากรในองค์กร	-	นับจำนวนองค์กรที่มีการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลองค์กรสุขภาวะของ สสส.	SDGs: 3.4 ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
1.3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม: (18 ตัวชี้วัด)					
1) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
2) ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ : 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) วัคซีนไข้วัดใหญ่ (กลุ่มแม่และเด็ก (0-5 ปี))	ขึ้นกับงบประมาณที่ได้รับต่อปี	จำนวนประชากรที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/จำนวนประชากรเป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ	รายเดือน	Medata_NHSO สปสช.	-
3) ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ: 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีน	ขึ้นกับงบประมาณที่ได้รับต่อปี	จำนวนประชากรที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่าย	รายเดือน	Medata_NHSO สปสช.	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
<p>ไข้วัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)</p>		<p>ตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/จำนวนประชากร เป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับ บริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ</p>			
<p>4) ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ: 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไข้วัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว 6) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ 7) เคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)</p>	<p>ขึ้นกับงบประมาณที่ได้รับต่อปี</p>	<p>จำนวนประชากรที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/จำนวนประชากร เป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับ บริการสร้างเสริม</p>	<p>รายเดือน</p>	<p>Medata_NHSO สปสช.</p>	<p>-</p>

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
		สุขภาพที่จ่ายตาม รายการบริการ			
5) การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาทางเลือกและ ทางด้านสวัสดิการสังคม กรณีตั้งครรถไม่พร้อม ผ่าน ระบบบริการศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข	-	-	-	กบรส.	SDG3.7
6) อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสน คน (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
7) การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10- 14 ปี (adjusted) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
8) การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15- 19 ปี (adjusted) (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
9) อัตราตายทารกอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
10) อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	-	-	-	กรมอนามัย	-
11) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
12) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือนที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
13) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือนที่ได้รับการติดตาม (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
14) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือนที่ได้รับการติดตามและกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งที่สอง) (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
15) เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาให้มีสุขภาพและมีการพัฒนาการสมวัย	-	-	-	กรมอนามัย	-
16) ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (กลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปี)	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ (เป้าหมาย เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ต่อปี)	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ / จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด x 100	1 ปีครั้ง	ระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข Health Data Center (HDC) , กคส.คร.	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
17) จำนวนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนํ้าฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่	-	นับจำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิของ สสส.	SDGs: 3.c , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
18) แรงงานต่างด้าวได้รับสิทธิประโยชน์และความครอบคลุมการประกันสุขภาพ...	-	-	-	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	-
1.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: (10 ตัวชี้วัด)					
1) ระดับความรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบของเยาวชน	-	คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบของเยาวชน	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.a , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
2) ระดับความรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน	-	คะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.5 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
3) ระดับความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกาย	-	คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านกิจกรรมทางกาย	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.4 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
4) อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปลดลง	ความชุกการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เมื่อสิ้นปี 2570 ไม่เกินร้อยละ 14	ประชาชนอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่บริโภคยาสูบทุก ความถี่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา / จำนวนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด	1 ครั้ง/3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของ ประชากร (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ) สสส.	SDGs: 3.a ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
5) อัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองของประชาชน ลดลง	อัตราการได้รับควันบุหรี่ของ ประชาชนนี้พักอาศัยลดลง ร้อยละ 30 จากปี พ.ศ. 2560	ประชาชนที่ได้รับ ควันบุหรี่ในที่พัก อาศัย หากรด้วย จำนวนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด	1 ครั้ง/3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของ ประชากร (สำนักงานสถิติ แห่งชาติ) สสส.	SDGs: 3.a ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
6) อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง	ลดลง 10 % ต่อปี (แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติ ระยะที่ 2 พ.ศ. 2564-2570)	จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์/จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด × 100	1 ครั้ง/3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) สสส.	SDGs: 3.5 ยุทธศาสตร์: ด้าน 3
7) การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น	สัดส่วนของผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บสาหัส ที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ซึ่งไม่สวมหมวกนิรภัยลดลงโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี จนถึงปี 2570 (แผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5)	ปริมาณการสวมหมวกนิรภัย	1 ครั้ง/ปี	ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน รายงานการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย ของมูลนิธิไทยโรดส์ สสส.	SDGs: 3.6 ยุทธศาสตร์: ด้าน 1
8) ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่พึงประสงค์ ร้อยละ 54 ภายในปี 2570 (แผนปฏิบัติการด้าน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง...ที่มีคะแนนดัชนีการบริโภคอาหารเพื่อ	1 ครั้ง/3 ปี	สสส. และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	SDGs: 3.4 ยุทธศาสตร์: ด้าน 6

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
	โภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1)	สุขภาพผ่านเกณฑ์ ... / จำนวนกลุ่ม ตัวอย่างแต่ละช่วงวัยที่เข้าร่วมการสำรวจทั้งหมด			
9) ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะโภชนาการปกติ	-	-	-	กรมอนามัย	-
10) ระยะเวลาเฉลี่ยของการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งของประชากรกลุ่มเป้าหมายลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับปีฐาน (ปีฐาน 2564 = 14.27 ชั่วโมง)	ไม่เกิน 13 ชั่วโมงต่อวัน (กรมอนามัย)	อ้างอิง WHO Recommendation	-	สสส.	-
ส่วนที่ 2: มาตรการตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 (4 มาตรการ รวมข้อเสนอ 16 ตัวชี้วัด)					
2.1 การพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ: 4 ตัวชี้วัด					
1) จำนวนเรื่องในการสนับสนุนหรือพัฒนานโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ หรือแนวปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	-	นับจำนวนนโยบาย มาตรการ หรือแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนา	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.6 ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 1

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
2) ขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายในด้านสวัสดิการ การเข้าถึงสิทธิและบริการ ที่นำไปสู่การขับเคลื่อน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ	-	นับจำนวนข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้รับการขับเคลื่อน	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 10.2 ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 4
3) จำนวนเรื่องในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ/ปกป้องระบบอาหารยั่งยืน	-	นับจำนวนนโยบายมาตรการที่ได้รับการพัฒนา	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 2.1 ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 3 อื่นๆ: แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
4) ข้อเสนอแนะนโยบายที่เอื้อให้เกิดระบบ กลไก และ มาตรการที่สนับสนุนทรัพยากรให้ครอบครัวมีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก...	-	จำนวนข้อเสนอเชิงนโยบาย	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 4.2 อื่นๆ: มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายของประชาชน (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนา

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
					เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13)
2.2 การสร้างชุมชนเข้มแข็ง: 4 ตัวชี้วัด					
1) ร้อยละภาคีเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินการจัดการชุมชน	ไม่มี	จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด/จำนวนตำบลทั้งหมดx100	รายงานผลทุกเดือน (รายงาน อสม. 1)	dashboard รายงานผลการดำเนินงาน https://healthgate.hss.moph.go.th/report/partners/years สบส.	เป้าหมายที่ 3 : สร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย
2) จำนวนผู้นำชุมชนท้องถิ่นและผู้นำรุ่นใหม่ มีทักษะหรือความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น	-	นับจำนวนผู้นำชุมชนและผู้นำรุ่นใหม่ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 11.a ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 3
3) จำนวนกลไกขับเคลื่อนท้องถิ่นเข้มแข็งและเครือข่าย นำไปหรือประยุกต์นโยบายด้านการสร้าง	-	นับจำนวนกลไกขับเคลื่อนท้องถิ่น	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3 ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 6

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
เสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่การปฏิบัติ		เข้มแข็งและเครือข่ายที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ			
4) จำนวนพื้นที่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการ บุคลากรกรุงเทพมหานคร และประชาชน (ระดับเขต)	-	นับจำนวนพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 11.3 ยุทธศาสตร์: ด้าน 3
2.3 การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล: 3 ตัวชี้วัด					
1) จำนวนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่	-	นับจำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิของ สสส.	SDGs: 3.c ยุทธศาสตร์: ด้าน 3
2) จำนวนนวัตกรรม/เครื่องมือ/ระบบสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร	-	นับจำนวนนวัตกรรม/เครื่องมือ/ระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้น	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลนวัตกรรมของ สสส.	SDGs: 3.8 ยุทธศาสตร์: ด้าน 2

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
3) ช่องทางสื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะรวมทั้งเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ	-	นับจำนวนช่องทางสื่อสารที่พัฒนาขึ้น	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลวิชาการของ สสส.	SDGs: 3.8 ยุทธศาสตร์: ด้าน 6
2.4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย: 5 ตัวชี้วัด					
1) จำนวนสถานศึกษาที่นำกิจกรรมหรือหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนนไปใช้สำหรับเด็กและเยาวชน	-	นับจำนวนสถานศึกษาที่มีการนำกิจกรรมหรือหลักสูตรไปใช้ตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส. และกระทรวงศึกษาธิการ	SDGs: 3.6 ยุทธศาสตร์: ด้าน 1 อื่นๆ: แผนโลก ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (2021-2030)
2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการดำเนินการแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ ให้ความรู้แก่ประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ร้อยละ 80	อปท. ที่ดำเนินการจัดทำแผน*100/จำนวน อปท. ทั้งหมด	1 ปี	ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการเพื่อการวางแผนและการประเมินการใช้จ่ายงบประมาณของ อปท. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	เป้าหมายที่ 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
3) จำนวนชุดข้อมูลสื่อสารการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพที่ได้รับการเผยแพร่จากสื่อสารมวลชน	-	จำนวนชิ้นงานที่ได้รับการเผยแพร่	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3 ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 3
4) จำนวนองค์ความรู้เชิงวิชาการในการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านสถานการณ์ปัญหา การควบคุม การป้องกัน การแก้ไขปัญหา และผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-	นับจำนวนองค์ความรู้เชิงวิชาการที่พัฒนาขึ้น	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลวิชาการของ สสส.	SDGs: 3.5 ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 3
5) จำนวนองค์ความรู้เชิงวิชาการในด้านสถานการณ์ปัญหา การควบคุม การป้องกัน การแก้ไขปัญหา การสนับสนุนการบำบัดรักษา และผลกระทบจากยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่	-	นับจำนวนองค์ความรู้เชิงวิชาการที่พัฒนาขึ้น	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลวิชาการของ สสส.	SDGs: 3.a ยุทธศาสตร์ชาติ: ด้าน 3

ตาราง A5 ภาพรวมตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รางที่ 3 (39 ตัวชี้วัด)

กลุ่มตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัด
เป้าหมาย 1 ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ:	6
มาตรการ 1 การพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ	2
เป้าหมาย 2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพะ	4
มาตรการ 2 การสร้างชุมชนเข้มแข็ง	3
เป้าหมาย 3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม	6
มาตรการ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย	2
เป้าหมาย 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	5
มาตรการ 3 การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล	6
เป้าหมาย 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	5
รวมตัวชี้วัด ทั้ง 2 ส่วน (เป้าหมาย + มาตรการ)	39 (26+13)

ตาราง A6 รายละเอียดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รางที่ 3 (39 ตัวชี้วัด) และความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการฯ

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
เป้าหมาย 1 ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) (6 ตัวชี้วัด)				
1	จำนวนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ/ปกป้องระบบอาหารยั่งยืน ที่ได้รับการพัฒนา	1,802	สสส. ตัวชี้วัดภายในองค์กร	เห็นด้วย ดูประเด็นที่สำคัญตามบริบทพื้นที่ และความยากง่ายในการนำไปปฏิบัติ
2	จำนวนนโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ หรือแนวปฏิบัติ ที่ได้รับการพัฒนา ที่ส่งผลต่อการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	1,993	สสส. ตัวชี้วัดภายในองค์กร	ไม่เห็นด้วย ควรวัดที่การนำไปปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมาย ผลลัพธ์ หรือผลกระทบ
3	จำนวนนโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาพ และพื้นที่สุขภาพชุมชนที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่ประชาชนเข้าถึงและขยายผลได้	2,150	สสส. ตัวชี้วัดภายในองค์กร	มีปัจจัยอื่นที่จะเปิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น แม่ว่าประชาชนจน ไม่สามารถเลือก อาหารวิธีเดินทาง เวลาสำหรับกิจกรรมทางกาย
4	จำนวนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาเข้าถึงสิทธิสวัสดิการขั้นพื้นฐานและหลักประกันทางสังคม	2,071	กระทรวง พม.	เห็นด้วย และพิจารณาการช่วยเหลือที่ไม่ซ้ำซ้อน ไม่เห็นด้วย ผู้สูงอายุ ผู้พิการเข้าถึงสิทธิอยู่แล้ว ควร
5	จำนวนคนพิการที่ได้รับการคุ้มครองสวัสดิภาพและเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ	2,280	กระทรวง พม.	ขยายเป็นกลุ่มเปราะบาง เป็นตัวชี้วัดเรื่องระบบบริการมากกว่า ควรวัดคุณภาพ
6	ร้อยละขององค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่	1,925	กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.) (เป้า 80%)	เห็นด้วย ควรวัดที่ อบท.ทั้งหมด ไม่เห็นด้วย อบจ.มีแผนอยู่แล้ว และวัดคุณภาพไม่ได้

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
มาตรการ 1 การพัฒนาแนวทางทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 1) (2 ตัวชี้วัด)				
1	การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบาย	869	สสส. ตัวชี้วัดภายในองค์กร	เห็นด้วยในการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการนโยบาย ไม่เห็นด้วย ที่ผ่านมาเป็นนโยบายจากบนลงล่าง และจากล่างขึ้นบนก็เพียงแค่ข้าราชการทำขึ้นมา ปชช. ไม่ได้แสดงความเห็น แม้จะให้โอกาสก็ไม่รู้จะ ออกความเห็นอย่างไร
2	ขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายในด้านสวัสดิการ การเข้าถึงสิทธิและบริการ ที่นำไปสู่การขับเคลื่อนเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาวะในประชากรกลุ่มเฉพาะ	955	สสส. ตัวชี้วัดภายในองค์กร	เห็นด้วย ควรขยายเป็นกลุ่มประชากรทุกกลุ่มอายุ ต้องกำหนด KPI TEMPLATE ให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถวัดผลลัพธ์ได้ ไม่เห็นด้วย อยากให้อธิบายรายละเอียดใหม่ เพื่อให้ เห็นเป็นรูปธรรมเนื่องจากที่เขียนมาเป็นลักษณะ ของกิจกรรม ไม่ใช่ตัวชี้วัด
เป้าหมาย 2 การตอบเป้าหมายเรื่องชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ (4 ตัวชี้วัด)				
1	ร้อยละของน้ำประปาหมู่บ้านได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้	1,457	กรมอนามัย (เป้า 25%) วัดจากจำนวนตัวอย่างน้ำประปาหมู่บ้าน	ไม่เห็นด้วย เป็นไปได้ยากในพื้นที่ชนบท เป็นภารกิจของอปท.

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
2	ร้อยละของปริมาณมูลฝอยติดเชื่อจากแหล่งกำเนิดตามกฎหมายได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง	1,426	กรมอนามัย (เป้า 100%) วัดจากสถานบริการสาธารณสุข	เห็นด้วย พิจารณาการปนเปื้อนในแหล่งน้ำ และดิน ไม่เห็นด้วย ควรรวมขยะทุกประเภท ควรวัดที่ชุมชน วัดโดยอปท.
3	ร้อยละของเทศบาลมีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA 1001)	1,681	กรมอนามัย (เป้า 70%) วัดจากเทศบาล	เห็นด้วย แต่ควรวัดที่ร้อยละของสถานที่จำหน่าย อาหารในเทศบาลที่ดำเนินการได้ตามมาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร ไม่เห็นด้วย เป็นภารกิจของ อปท.
4	องค์กรปกครองท้องถิ่นมีการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	2,211	กรมอนามัย (เป้า 80%)	เห็นด้วย ควรเพิ่มบุหรี่ไฟฟ้าด้วย ไม่เห็นด้วย น่าจะอยู่ในเป้าหมายที่ 1 เป็นนโยบาย
มาตรการ 2 การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 2) (3 ตัวชี้วัด)				
1	ร้อยละภาคีเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินการจัดการชุมชน	1,091	สธ. ระบบรายงานผลการประเมิน ภาคี เครือข่าย	เห็นด้วย ควรปรับเป็นร้อยละภาคีเครือข่ายที่มี ศักยภาพในการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ไม่เห็นด้วย วัดอย่างไร ควรวัดความร่วมมือของ ชุมชนในการจัดการปัญหาชุมชน
2	จำนวนผู้นำชุมชนท้องถิ่นและผู้นำรุ่นใหม่ มีทักษะหรือความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น	1,178	สสส. ตัวชี้วัดภายใน องค์กร	เห็นด้วย แต่จะวัดอย่างไร ต้องให้คำจำกัดความผู้นำ รุ่นใหม่ ว่าหมายถึงกลุ่มใด และทักษะหรือ

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
				ความสามารถในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ค่อนข้างวัดได้ยาก ไม่เห็นด้วย น่าจะวัดที่ชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ผู้นำที่มีความสามารถอาจไม่สามารถสร้างหรือพัฒนาชุมชนเข้มแข็งได้
3	จำนวนกลไกขับเคลื่อนท้องถิ่นเข้มแข็งและเครือข่าย นำไปหรือประยุกต์นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่การปฏิบัติ	1,307	สสส. ตัวชี้วัดภายในองค์กร	เห็นด้วย วัดแผนที่สุดคล้องกับบริบทชุมชน ไม่เห็นด้วย น่าจะวัดที่ชุมชนหรือเครือข่าย แทนการวัดกลไกขับเคลื่อน(วัดผลที่เกิดขึ้น)
เป้าหมาย 3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม (6 ตัวชี้วัด)				
1	ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ: 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไข้วัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	1,818	Metadata_NHSO	เห็นด้วย ควรเลือกเพียงตัวชี้วัดเดียว ใกล้เคียงกัน ควรเพิ่มกลุ่ม NCD ไม่เห็นด้วย
2	ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ: 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไข้วัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว 6) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ 7)	1,283	Metadata_NHSO	ควรแยกเป็นชื่อตัวชี้วัดย่อย

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
	เคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)			
3	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	1,551	กรมอนามัย (เป้า 80%)	เห็นด้วย เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งรัฐเอกชน
4	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	1,990	กรมอนามัย (เป้า 90%)	เห็นด้วย ควรเลือกตัวชี้วัดเดียว เพราะใกล้เคียงกัน
5	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	2,394	กรมอนามัย (เป้า 20%)	ไม่เห็นด้วย ควรจัดการวัดระบบบริการทุกกลุ่มวัย ไม่ใช่วัดที่
6	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการติดตามและกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งที่สอง)	2,721	กรมอนามัย (เป้า 98%)	บริการที่ตามจ่าย
มาตรการ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับประชาชนเป็นศูนย์กลาง (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 3) (2 ตัวชี้วัด)				
1	จำนวนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนำฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่	787	สสส. ฐานข้อมูลบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ	เห็นด้วย วัดอย่างไร ให้ได้ข้อมูลจริง วัดแล้วแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างไร ควรมีผู้รับผิดชอบช่วยสนับสนุน ส่งเสริม อย่าวัดเฉยๆ ไม่เห็นด้วย น่าจะวัดผลที่สถานบริการสาธารณสุข แทนการวัดที่ความสามารถของบุคลากร

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
2	จำนวนนวัตกรรม/เครื่องมือ/ระบบสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร	1,040	สสส. ฐานขอมูลนวัตกรรม	เห็นด้วย ให้ตัดคำว่านวัตกรรมออก เปลี่ยนคำว่า “เพื่อ” เป็น “ที่นำไปสู่” ไม่เห็นด้วย วัตถุประสงค์ของนวัตกรรมและการขยายผลจะดีกว่า น่าจะวัดผลที่สถานบริการสาธารณสุขที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร
เป้าหมาย 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (5 ตัวชี้วัด)				
1	อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง	1,616	สนง.สถิติ	เห็นด้วย ควรวัดที่อายุตั้งแต่ 10 ปี ไม่เห็นด้วย ไม่สะท้อนความรอบรู้
2	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบของเยาวชน	1,658	สสส. ภายในองค์กร	ไม่เห็นด้วย เพราะต้องการผลในเชิงปฏิบัติ ช้าชอนกับข้อแรก
3	อัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดลง	1,795	สนง.สถิติ (เป้า ลดลง 10% ต่อปี)	เห็นด้วย ควรวัดที่อายุตั้งแต่ 10 ปี ไม่เห็นด้วย ไม่สะท้อนเรื่องความรอบรู้
4	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน	1,927	สสส. ภายในองค์กร	เห็นด้วยควรระบุอายุเฉพาะ เช่น 13-25 ปี ไม่เห็นด้วย ต้องการผลในเชิงปฏิบัติมากกว่า
5	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพะเพิ่มขึ้น (ตามหลักโภชนาการ มีคุณภาพและปลอดภัย และมีความมั่นคงทางอาหาร)	1,992	สสส. สถาบันวิจัยประชากรฯ มหิดล	เห็นด้วย ควรนิยามอาหารสุขภาพให้ชัดเจน ไม่เห็นด้วย พฤติกรรมบริโภคขึ้นกับหลายปัจจัย

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
มาตรการ 3 การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาทักษะ และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 4) (6 ตัวชี้วัด)				
1	จำนวนสถานศึกษาที่นำกิจกรรมหรือหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนนไปใช้สำหรับเด็กและเยาวชน	1,411	สสส. และกระทรวงศึกษาฯ	เห็นด้วย แต่ควรปรับเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพกายและจิต ไม่เห็นด้วย ทุกสถาบันจะมีการเรียนการสอนด้านความปลอดภัยทางถนนอยู่แล้ว
2	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการดำเนินการแผนงาน/กิจกรรม/โครงการ ให้ความรู้แก่ประชาชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	1,488	สส.	เห็นด้วย, ควรเพิ่มประเด็นการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่ชัดเจนว่าเป็นการให้ความรู้ในลักษณะใด สามารถนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้หรือไม่
3	ช่องทางสื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้สื่อเพื่อสุขภาพรวมทั้งเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ	2,127	สสส. ฐานข้อมูลวิชาการ	เห็นด้วย วัตถุประสงค์? ไม่เห็นด้วย แพลตฟอร์มเยอะมาก เป็นภาระต่อผู้ปฏิบัติงาน และ ประชาชน
4	จำนวนชุดข้อมูลสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการเผยแพร่จากสื่อสารมวลชน	2,137	สสส. ฐานข้อมูลแผนงาน	เห็นด้วย วัตถุประสงค์? ควรวัดจำนวนชุด หรือ จำนวนประเด็นสื่อสาร ไม่เห็นด้วย เผยแพร่เยอะ ไม่ได้แปลว่าจะเข้าใจเยอะ ยิ่งจำนวนข้อมูลมาก อาจยิ่งเข้าใจน้อย จึงไม่ควรวัดจำนวน วัดที่ผลลัพธ์การใช้ชุดข้อมูลสื่อสาร

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
				น่าจะดีกว่า เพราะบ่งบอกผลสำเร็จของสื่อไม่ใช่วัดแค่จำนวนสื่อ
5	จำนวนองค์ความรู้เชิงวิชาการในการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านสถานการณ์ปัญหา การควบคุม การป้องกัน การแก้ไขปัญหา และผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2,367	สสส. ฐานข้อมูลวิชาการ	เห็นด้วย, ไม่แน่ใจทำไมต้องเจาะจงเฉพาะ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ ไม่เห็นด้วย ยังไม่เห็นการเชื่อมโยงจำนวนองค์
6	จำนวนองค์ความรู้เชิงวิชาการในด้านสถานการณ์ ปัญหา การควบคุม การป้องกัน การแก้ไขปัญหา การสนับสนุน การบำบัดรักษา และผลกระทบจากยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่	2,628	สสส. ฐานข้อมูลวิชาการ	ความรู้เชิงวิชาการ ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ รายบุคคล การพัฒนาทักษะ ควรวัดการนำไปใช้ มากกว่า
เป้าหมาย 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2567) (5 ตัวชี้วัด)				
1	อัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1,410	กรมอนามัย (เป้า <17/การเกิดมีชีพแสนคน)	ไม่เห็นด้วย ไม่น่าจะสะท้อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพแต่สะท้อนเรื่องสิทธิประโยชน์มากกว่า
2	อัตราตายของทารกแรกเกิด (ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)	1,442	กรมอนามัย (เป้า <3.6/การเกิดมีชีพ 1,000 คน)	

	ตัวชี้วัด	คะแนน	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
3	การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี	1,767	กรมอนามัย (เป้า <0.6/การเกิดมีชีพ 1,000 คน)	ไม่เห็นด้วย จะกลายเป็นการส่งเสริมให้มีการท้องไม่พร้อมเพิ่มขึ้นหรือไม่
4	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศต่อแสนประชากร	1,985	กรมอนามัย (ไม่มีเป้า อัตราป่วยลดลง)	ไม่เห็นด้วย มีปัจจัยที่ทำให้ป่วยได้หลายปัจจัย
5	อัตราการตายทารกอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	2,106	กรมอนามัย (เป้า <7.6/การเกิดมีชีพ 1,000 คน)	เห็นด้วย ไม่น่าจะสะท้อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ แต่สะท้อนเรื่องสิทธิประโยชน์มากกว่า

ตาราง A7 ภาพรวมตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รางที่ 4 (16 ตัวชี้วัด)

กลุ่มตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัด
เป้าหมาย 1 ทุณนโยบายห่วงใยสุขภาพ:	1
มาตรการ 1 การพัฒนาทุณนโยบายห่วงใยสุขภาพ	2
เป้าหมาย 2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพะ	2
มาตรการ 2 การสร้างชุมชนเข้มแข็ง	2
เป้าหมาย 3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม	1
มาตรการ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย	2

กลุ่มตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัด
เป้าหมาย 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1
มาตรการ 3 การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล	2
เป้าหมาย 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	3
รวมตัวชี้วัด ทั้ง 2 ส่วน (เป้าหมาย + มาตรการ)	16 (8+8)

ตาราง A8 ชุดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ รางที่ 4 (16 ตัวชี้วัด) และความคิดเห็นของคณะอนุกรรมการฯ

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
เป้าหมาย 1 ทุ่กนโยบายห้วงเวยสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด)			
1	หน่วยงานเป้าหมายมีการนำมติ ครม. ที่เกี่ยวกับข้อเสนอโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นทางการ ไม่น้อยกว่าปีละ 10 หน่วยงาน	สช.	เป็นการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เสนอให้ใช้ SDG มาเป็นกรอบในการพิจารณาว่า นโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติครบถ้วนหรือไม่
มาตรการ 1 การพัฒนาทุกนโยบายห้วงเวยสุขภาพ (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 1) (2ตัวชี้วัด)			
1	มีนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ ไม่น้อยกว่าปีละ 10 เรื่อง	สช. ตัวชี้วัดภายในองค์กร	มีเงื่อนไขในการนับนโยบาย 10 เรื่องหรือไม่ ควรเพิ่มความชัดเจนโดยคำนึงถึงความครอบคลุม เช่น ในแง่ของกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมช่วงอายุต่างๆ ในแง่ของพื้นที่ เช่น ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ หรือในแง่ของประเด็น เช่น ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
2	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขต หรือจังหวัด หรือพื้นที่ ไม่น้อยกว่าปีละ 10 พื้นที่	สช.	ไม่มีความคิดเห็น
เป้าหมาย 2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ (2 ตัวชี้วัด)			
1	สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ หรืออื่นๆ มีมติหรือนโยบายสาธารณะที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่างๆ ในพื้นที่ ไม่น้อยกว่าปีละ 20 พื้นที่	สช.	ควรนิยามด้วยว่า สมัชชาสุขภาพ นำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งอย่างไร ในมิติไหนบ้าง
2	ความก้าวหน้าของพื้นที่ต้นแบบ	สสส.	เสนอให้เป็นตัวชี้วัดมาตรการ
มาตรการ 2 การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 2) (2 ตัวชี้วัด)			
1	ร้อยละภาคีเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินการจัดการชุมชน	สธ. ระบบรายงาน ผลการประเมิน ภาคีเครือข่าย	แหล่งที่มาของข้อมูลคือ กรมสนับสนุนบริการ
2	ร้อยละการใช้งบประมาณ กองทุนตำบล ทั่วประเทศ หรือแยกรายจังหวัด (สปสช+อปท.)	สปสช.	ใช้ค่านิยามชื่อกองทุน กองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่
เป้าหมาย 3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม (1 ตัวชี้วัด)			
1	ร้อยละการเข้าถึงบริการ P&P รายจังหวัด เปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า	สปสช หรือ HSIU	แนะนำว่าหากจะติดตามสถานการณ์ ในระดับประเทศ ควรใช้ข้อมูลระดับประเทศ และระบุข้อมูลบริการที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนว่า หมายถึงบริการอะไร

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
			<p>เป้าหมายนี้ กลไกที่ทำให้เกิดบริการ PP ในระบบสุขภาพ จาก บุคคล ในชุมชน และปฐมภูมิหรือ ว่า เป็น เป้าหมาย เป็นผลลัพธ์การ ให้บริการไปเลย หรือ หมายถึงกลไก การส่งต่อ การทำงานร่วมกับ อสม.</p> <p>ถ้าสามารถดูจำนวน อสม. ได้ อาจใช้เป็นตัวชี้วัด เนื่องจากมีบทบาท สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ และคัดกรองโรค ในชุมชนที่สำคัญ เลย</p>
<p>มาตรการ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับประชาชนเป็นศูนย์กลาง (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 3) (2 ตัวชี้วัด)</p>			
1	จำนวนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ	<p>ข้อมูลทรัพยากร สุขภาพ สธ. + ข้อเสนอให้มีการ รวบรวมข้อมูล บุคลากรของ รพ. สต. ภายโอน)</p>	<p>ตัวชี้วัดเรื่องจำนวน จะนำไปสู่การขับเคลื่อนอย่างไร</p> <p>จำนวนบุคลากรสุขภาพ หมายถึงใครบ้าง เป็นวิชาชีพ หรือ ไม่ใช่ วิชาชีพ หรือ มองถึง 3 หมอ และความครบถ้วนอาจจะทำให้เห็น ภาพได้</p> <p>มีค่าสำคัญว่า ทันสมัย และ PP จะหมายถึงอะไรยากให้นิยามให้ ชัดเจน เช่น การเชื่อมต่อข้อมูล ส่งต่อคนไข้ได้ หรือระบบในพื้นที่ เป็น device บางอย่างแล้วกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพได้เช่น app ก้าวทำใจ อาจสอบถามกับ สธ. ว่ามีระบบข้อมูล หรือตัวชี้วัด ในลักษณะนี้หรือไม่</p> <p>เราจะรายงานข้อมูลได้อย่างไร และ จะตั้งเป้าอย่างไรถึงจะเรียกว่า ทำได้ดีแล้ว หรือ ต้องพัฒนาต่ออีก</p>

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
			ตัวชี้วัดเดิม ที่มาจาก สสส. จากตัวชี้วัดชุดที่ 1 มาจากพื้นที่ที่เป็นเครือข่าย กับสสส. เท่านั้น หากจะใช้ตัวชี้วัดของสสส. อาจเอามาเป็นตัวชี้วัดประกอบ แต่ไม่เหมาะจะใช้เพียงตัวเดียว
2	งบประมาณ P&P ของสปสช.	สปสช.	ไม่มีความคิดเห็น
เป้าหมาย 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด)			
1	อัตราความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ของประชาชน	กรมอนามัย	<p>การเลือกใช้ตัวชี้วัด จากกรมอนามัย จะย้อนแย้งกับ คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ที่อยากให้เห็นภาพรวมระดับประเทศหรือไม่</p> <p>วัดโดยประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี</p> <p>ประเทศไทยอาจจะมองข้อมูลว่าดี แต่ความเสี่ยงด้านสุขภาพ มันดีอย่างที่คะแนน HL หรือไม่ ตัววัดหนึ่งที่ต้องนำมาวัดคือ เรื่องพฤติกรรมเปลี่ยนหรือไม่ protective factor สูงขึ้นหรือไม่</p> <p>สสส. มี working model ที่ไม่ได้โยง HL กับ การเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากคนที่มีอายุรู้แต่ไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม แต่ปัจจัยสิ่งแวดล้อม น่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่า</p> <p>เสนอให้มีการพัฒนาตัวชี้วัดที่สะท้อนกลไก ที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ</p>
มาตรการ 3 การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาทักษะ และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 4) (2ตัวชี้วัด)			

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
1	จำนวนหน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรมอนามัย	ถ้ายังคงไว้ ตัวชี้วัด ของ สปส. มีตัวชี้วัดระดับหน่วยงานหรือไม่ ถ้าเป็นของ กรมอนามัย จะมี setting สถานพยาบาล วัดพิจารณา หน่วยงานที่พัฒนาทักษะ เป็นตัวชี้วัดอื่นด้านมาตรการเพิ่มเติม เสนอตัวชี้วัดที่เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ บริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลอยู่แล้ว และวัดได้
2	ช่องทางสื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้สื่อเพื่อสุขภาพรวมทั้งเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ	สสส.	ถ้าเป็น application Persona health เพื่อส่งกลับให้กับประชาชน เป็น ช่องทางส่งต่อ ส่วนที่เก็บมาได้ น่าจะเป็นผู้เข้าใจของกรมอนามัยก็จะมี platform ของก้าวทำใจ ควรเชื่อมโยงกับ เป้าหมายและมาตรการ เฉพาะประเด็นตั้งแต่ต้น เช่น เป็นนโยบายด้านใด แล้วมันจะนำไปสื่อสารกับประชาชนหรือไม่ในข้อนี้ ปัญหาคือจะนับรวมกันอย่างไร อาจนับจากประเด็นที่เป็นหลังอิงใหญ่ๆ และตรงกับนโยบายของสสส.
เป้าหมาย 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2567) (3 ตัวชี้วัด)			
1	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศต่อแสนประชากร	กรมอนามัย	ตัวชี้วัดนี้ไม่เคยถูกกล่าวก่อนหน้านี้มาก่อน ยังคงติดกับรายประเด็นอยู่ โดยหากจะยกประเด็นเด่น เสนอประเด็น ปัญหาอุบัติเหตุ, การ early detection มะเร็ง ซึ่งจะช่วยชีวิตคนได้มากเลย

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
			หากเลือก ประเด็นเฉพาะ จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับ เป้าหมาย และ มาตรการ ด้านหน้าด้วย เสนอให้ เลือกใช้ life expectancy และ YLL เป็นตัวชี้วัดระดับ เป้าหมาย และเอาตัวชี้วัดเชิงประเด็น เป็นตัวชี้วัด ระดับมาตรการ
2	อัตราป่วยด้วยโรค NCD เบาหวาน ความดัน		NCD ควรยุบเป็นตัวเดียว ไม่ต้องแยกประเด็น และนิยามว่ารวม อะไรบ้าง
3	อัตราตายด้วยโรค NCD เบาหวาน ความดัน		NCD ควรยุบเป็นตัวเดียว ไม่ต้องแยกประเด็น และนิยามว่ารวม อะไรบ้าง