



รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

จัดทำโดย
สมรณี โขติช่วงฉัตรชัย

เสนอต่อ
คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบ
สุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
ภายใต้คณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
ปี พ.ศ. 2568

รายงานฉบับนี้ได้รับงบการสนับสนุนงบประมาณจาก
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อทบทวนและพัฒนาชุดตัวชี้วัดสำหรับใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้กรอบของ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ที่มุ่งสู่เป้าหมายสำคัญคือ "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" (Equitable Health System)

กระบวนการศึกษาได้เริ่มต้นจากการรวบรวมตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างๆ นำไปสู่การจัดทำชุดตัวชี้วัดร่างแรกจำนวน 59 ตัวชี้วัด และได้ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นอย่างรอบด้านจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งภาคีเครือข่าย ผู้เชี่ยวชาญ และประชาชน ก่อนจะนำข้อคิดเห็นทั้งหมดมาสังเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญ จนได้มาซึ่ง ชุดตัวชี้วัดฉบับสมบูรณ์จำนวน 18 ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดเป้าหมาย 5 ตัว และตัวชี้วัดมาตรการ 13 ตัว ที่มีความรัดกุม สอดคล้องกับเป้าหมายและมาตรการในธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 และมีความเป็นไปได้ในการวัดผล

ผลการศึกษาพบว่า แม้ประเทศไทยจะมีกลไกการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพที่เข้มแข็งในระดับพื้นที่ อาทิ สมัชชาสุขภาพ, กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แต่ยังคงมีความท้าทายสำคัญในการบูรณาการกลไกเหล่านี้ให้ทำงานเสริมพลังกัน รวมถึงการแปลงข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การวิเคราะห์ยังชี้ให้เห็นถึง "ช่องว่างของการวัดผล" (Measurement Gap) ที่ตัวชี้วัดในปัจจุบันยังคงเน้นมิติเชิงปริมาณเป็นหลัก และยังขาดมิติเชิงคุณภาพและความเป็นธรรม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของเป้าหมาย "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม"

จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงนำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) พิจารณารับรองและประกาศใช้ชุดตัวชี้วัด 18 ตัวนี้ เป็นกรอบการติดตามสถานการณ์หมวดการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ 2) เสนอให้มีการจัดตั้ง "คณะทำงานร่วมเพื่อการบูรณาการข้อมูลสุขภาพะชุมชน" เพื่อเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ร่วมกัน และ 3) ผลักดันให้แนวคิด "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP)" ถูกยกระดับให้เป็นเป้าหมายร่วมระดับชาติ พร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาตัวชี้วัดในอนาคต โดยควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มเติมมิติเชิงคุณภาพและความเป็นธรรม และพัฒนาระบบการรายงานผลสู่ "แดชบอร์ดสุขภาพะชุมชนแห่งชาติ" ที่สาธารณชนสามารถเข้าถึงได้โดยง่ายต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร.....	ก
สารบัญ	ข
บทที่ 1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.1 ความเป็นมา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	7
2.1 การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย.....	7
2.2 การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย.....	8
บทที่ 3 วิธีการศึกษา.....	16
3.1 กระบวนการทำงาน	16
3.2 การทำงานของคณะกรรมการฯ	16
3.3 การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	17
3.4 การรับฟังความคิดเห็นจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญ	17
3.5 แนวทางการคัดเลือกตัวชี้วัด	17
3.6 การทบทวนวรรณกรรม	18
3.7 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล	18
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	19
4.1 ภาพรวมของผลการศึกษา.....	19
4.2 ตัวชี้วัดเป้าหมาย ตัวชี้วัดมาตรการ และ สถานการณ์ตามตัวชี้วัด	20
บทที่ 5 สรุป และข้อเสนอแนะ.....	51
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	51
5.2 อภิปรายผล.....	51
5.3 ข้อเสนอแนะ	52
เอกสารอ้างอิง.....	53
ภาคผนวก	55
1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด การสร้างเสริมสุขภาพ	55
2 ตาราง A1 ชุดตัวชี้วัด รอบที่ 1 (59 ตัวชี้วัด).....	57
3 ตาราง A2 ชุดตัวชี้วัด รอบที่ 2 (16 ตัวชี้วัด) และความคิดเห็นของคณะกรรมการ.....	74

บทที่ 1 ที่มาและความสำคัญ

1.1 ความเป็นมา

1.1.1 การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย เป็นบทบาทและหน้าที่ของ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (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 เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และเมื่อได้รับความเห็นชอบแล้ว ให้ผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่จะต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตน 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 และจัดทำรายงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง 2) ประสานและสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย และข้อเสนอต่อมาตรการต่าง ๆ 3) ประสานและสนับสนุนให้นำตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปใช้ประโยชน์ในการติดตาม 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 หมวดสร้างเสริมสุขภาพ⁽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) ที่เน้นการพัฒนานโยบายการดำเนินงานเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้าง ทั้งระบบ เศรษฐกิจและสังคม โดยคำนึงถึงความต้องการและเงื่อนไขข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ (economic) กายภาพ (physical) และสังคม (social) เป็นสำคัญ และสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากนโยบายสุขภาพอย่างทั่วถึง ครอบคลุม และโปร่งใส

2) **ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ** ชุมชนเขตเมืองและชนบทมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการ (ฟิง) ตนเอง ได้ พร้อมมีกลไกความร่วมมือระหว่างชุมชน องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และหน่วยงานของรัฐ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีทรัพยากรที่เพียงพอ สามารถรับมือกับสถานการณ์ ทั่วไป สถานการณ์วิกฤต ปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่ และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดขึ้น และมีกลไก เพื่อเสริมสร้าง ให้ชุมชนมีความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง และสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการสร้างความรู้สึ ในการเป็นเจ้าของ ชุมชนร่วมกัน ทั้งนี้ ยังหมายรวมถึงมีชุมชนในลักษณะอื่นๆ นอกเหนือจากชุมชนตามสภาพ ภูมิศาสตร์ของการอยู่อาศัย อาทิ ชุมชนตามสถานที่ทำงาน ที่ผู้คนจำนวนมากใช้ชีวิตและสิ่งแวดล้อมร่วมกัน หรือ ชุมชนออนไลน์ที่เป็นพื้นที่ เสมือนสำหรับคนที่มีความสนใจตรงกันใช้ในการหาข้อมูล สอบถาม และ แลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็นระหว่างกัน

3) **ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม** ระบบบริการสุขภาพที่เน้น “การสร้างนำซ่อม” ที่มีศักยภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของประชากรในแต่ละพื้นที่ และมีกลไกการทำงานที่สอดคล้อง ประสาน ระหว่าง ชุมชน หน่วยบริการในระดับท้องถิ่น สถานพยาบาล กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันขับเคลื่อน

ระบบบริการ ให้ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพด้วยการทำงานเชิงรุกเพื่อจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้ง สามารถรองรับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมากขึ้น โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อยกระดับ การทำงานและการให้บริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้

4) คนตื่นรู้ด้านสุขภาพ คนทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยต้องการรับรู้และความเข้าใจ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ผ่านระบบการศึกษาภาคบังคับ การสอดแทรก ความรอบรู้ทางในหลักสูตรการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา ในหน่วยงานของรัฐ/องค์กรเอกชน ในประชากร กลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ตลอดจนมีการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในประเด็นเฉพาะทาง สำหรับบุคคลทั่วไป ที่สนใจ โดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนหรือพื้นที่

1.1.2.2 มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพ ในระยะ 5 ปี

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายทั้ง 4 ของการสร้างเสริมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดมาตรการที่จะสร้าง การเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1) การพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ ภาครัฐต้องมี บทบาทสำคัญในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผล ต่อตัวกำหนดสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพผ่านนโยบาย สาธารณะและนโยบายของรัฐในระดับ ต่าง ๆ ทั้งด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางตรง และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทางอ้อม ที่ครอบคลุมมิติทาง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งต้องมีความโปร่งใส เป็นธรรม และคำนึงถึง สุขภาพของบุคคลเป็น พื้นฐาน โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

1.1) ยกย่องความมุ่งมั่นของรัฐในการดำเนินนโยบายสุขภาพในรูปแบบของทุกนโยบายห่วงใย สุขภาพ (HiAP) และนโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (one health policy) โดยเป็นนโยบายสาธารณะที่ส่งผล กระทบ เชิงบวกต่อสังคมบนพื้นฐานของหลักวิชาการและข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

1.2) ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดการบังคับใช้ กฎหมายอย่างเข้มแข็งและเคร่งครัด

1.3) นำนโยบายทางการเงินมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการลงทุนด้านสุขภาพและระบบ สาธารณสุข

1.4) ขยายขอบเขตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เพิ่มประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการคุ้มครองทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้คนอย่างทั่วถึง และ ตอบสนองต่อความต้องการและต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ

1.5) ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานแก่คนทุกหมู่เหล่า โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบาง รวมถึงการสร้างความปลอดภัยในการดำเนินการของรัฐที่สังคมสามารถ ตรวจสอบได้ และสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน

1.6) พัฒนานโยบายเชิงบวกเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการเพิ่มพฤติกรรมและทักษะการสร้างเสริม สุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน/องค์กร ด้วยมาตรการแทรกแซงราคาของสินค้าให้ผู้บริโภคเข้าถึง สินค้าสุขภาพ และลดการบริโภคหรือเข้าถึงสินค้าที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

1.7) ส่งเสริมความเข้มแข็งด้านธรรมาภิบาลในระดับสากล โดยการมองประเด็นปัญหาทางสุขภาพเป็นประเด็นเดียวกันทั่วโลก เพื่อให้เกิดความร่วมมือข้ามพรมแดนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบบนมาตรฐานเดียวกัน

2) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง เนื่องจากการมีสุขภาพดี สัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่และดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สุขภาพจึงเปรียบเสมือน เครื่องชี้วัดถึงความสำเร็จรูปแบบหนึ่งของชุมชนในการสร้างการพัฒนาอย่างยั่งยืน ครอบคลุม ปลอดภัย และ พร้อมรองรับความเปลี่ยนแปลง หน่วยงานของรัฐในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กร สาธารณประโยชน์ และชุมชนเองจึงต้องร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นการขยายตัวของชุมชนเป็นเมือง เช่น การเคลื่อนย้ายของประชากร ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ที่ล้วนส่งผลต่อสุขภาวะและการเข้าถึง บริการสุขภาพของคนในพื้นที่ โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

2.1) ให้ความสำคัญในการผนวกนโยบายท้องถิ่นและมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชนท้องถิ่น (self-regulation) ที่ส่งเสริมและสนับสนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ เพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีตามบริบทของชุมชน ตลอดจนสร้างการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพในทุกระดับ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2.2) สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนเป็นกลไก ในการส่งเสริมความเท่าเทียมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของคนในชุมชน การไม่ทิ้งใครไว้เบื้องหลังในระดับชุมชน เนื่องจากมีความเข้าใจทุนทางสังคมและสภาพปัญหาตามบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี

2.3) ปรับปรุงบริการทางสังคม บริการทางสุขภาพ และบริการอื่น เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึง อย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพ โดยมีประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (citizen and community centric) ทั้งนี้ การพัฒนาบริการทางสุขภาพควรพิจารณาถึงเทคโนโลยีที่เหมาะสมต่อบริบทของชุมชนเพื่อป้องกันความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล (digital divide) และการพัฒนาบริการทางสุขภาพควรพิจารณาถึงการให้บริการทั้งใน สถานการณ์ทั่วไปและสถานการณ์วิกฤต ตลอดจนการพัฒนาระบบสุขภาพสีเขียว (green healthcare) ที่คำนึงถึง ความยั่งยืนของชุมชนไปพร้อมกัน

2.4) ส่งเสริมแนวคิดการสร้างสุขภาวะชุมชนเมืองเพื่อรับมือต่อสถานการณ์วิกฤต โดยมุ่งสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเมืองและรู้ทันการพัฒนาความเป็นเมือง ทั้งการพัฒนาเมืองสีเขียว (green city) เมืองอัจฉริยะ (smart city) และเมืองนำอยู่ตามทิศทางการเปลี่ยนแปลงของชุมชนและสังคม ควบคู่กับการเสริมสร้างศักยภาพ และขีดความสามารถในการปรับตัว ตั้งรับต่อสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตผ่านการวางระบบรองรับและ กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และมีมาตรการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

2.5) พัฒนาระบบข้อมูลชุมชน เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมต่อชุมชนและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้ชุมชน สามารถจัดเก็บ วิเคราะห์ และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลและเป็นเจ้าของข้อมูลเอง

2.6) พัฒนาชุมชนเสมือน (virtual community) และชุมชนออนไลน์ ให้มีความเข้มแข็ง โดยการพัฒนาให้มีกลไกการจัดการ การติดตาม และการเฝ้าระวัง ให้คนในชุมชนรับรู้ถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และช่วยในการตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามความต้องการของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึง การเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศ ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และสร้างประสิทธิภาพ การบังคับใช้กฎหมายไซเบอร์อย่างเหมาะสม รวมทั้งสร้างความพร้อมของข้อมูลเปิดด้านสุขภาพ และเตรียมความพร้อมให้ภาครัฐสามารถตอบสนองในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว เข้าใจง่าย และอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับคนแต่ละกลุ่ม

3) การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ว่าสิ่งใด หรือพฤติกรรมใดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้แต่ละบุคคลสามารถพิจารณาถึงการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังส่งผล ต่อภาพรวมการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศ เช่น การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพของรัฐ มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น นักลงทุนในภาคเอกชนสามารถ วิเคราะห์ความเป็นไปได้หรือวิเคราะห์ผลกระทบจาก การทำงานด้านสุขภาพขององค์กรที่เกิดขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้ ควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล ทั้งในระบบการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัย ซึ่งจะช่วยเพิ่มปริมาณ ประชากรที่มีความรอบรู้และความเข้าใจ ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (active citizen) โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

3.1) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์

3.2) ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา นโยบาย การดำเนินการ และการกำกับติดตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.3) ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล โดยเฉพาะการสื่อสารข่าวสาร (information) ด้านสุขภาพในทุกมิติแก่คนทุกกลุ่ม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมให้คนสามารถตัดสินใจสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น การตัดสินใจเลือกสินค้าที่ส่งผลดีต่อสุขภาพผ่าน การติดฉลากสินค้าหรืออาหาร ที่มีข้อมูลเพียงพอ เป็นต้น

3.4) พัฒนาความสามารถในการจัดการสุขภาพของบุคคล ซึ่งเน้นการ “สร้างนำซ่อม” ผ่านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล โดยการสร้างองค์ความรู้และส่งต่อผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย

3.5) สานเสริมองค์ความรู้และทักษะจากความหลากหลายของคนในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละพื้นที่ ผ่านการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล

3.6) สนับสนุนคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนและพื้นที่และลดการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพ

4) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย เทคโนโลยีดิจิทัล กลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันและมีส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อน ประเทศ สังคม และส่งผลกระทบต่อ

พฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีจึงเป็นปัจจัย สำคัญที่จะช่วยยกระดับการ สร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคคล ทั้งการออกแบบนโยบายสุขภาพและการให้ สิทธิด้านสุขภาพแก่บุคคลอย่าง เหมาะสม แม่นยำ และทั่วถึง ตลอดจนสามารถใช้เป็นช่องทางสื่อสารในวงกว้าง ได้อย่างรวดเร็ว โดยแนวทางที่ สำคัญ ดังนี้

4.1) พัฒนาระบบและการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบบริการสุขภาพ ที่ทันสมัยและเหมาะสมกับความต้องการของประชากร โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนและให้ประชาชน เป็นเจ้าของข้อมูลด้วยการตัดสินใจหรือให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งในกระบวนการ จัดเก็บ วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูล ทั้งนี้ ควรมีวิธีการจัดการข้อมูลที่มีมาตรฐานและสะดวกแก่การ นำไปใช้ต่อยอดเพื่อพัฒนาเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ

4.2) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงและส่งต่อระหว่างชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ ท้องถิ่น และส่วนกลาง รวมถึงกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชนมีความสามารถในการ บริหาร จัดการระบบบริการสุขภาพของตนเองได้

4.3) กระตุ้นให้เกิดการสร้างสรรค่นวัตกรรมทางสุขภาพร่วมกับภาคเอกชนผ่านมาตรการหรือกลไก การเงินในรูปแบบที่เหมาะสม รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดผู้ประกอบการ SMEs และ startup ด้านสุขภาพ

4.4) พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมให้มีกระบวนการมีส่วนร่วม ของ ประชาชนตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบจนกระทั่งการทดลองใช้ เพื่อให้บริการตรงกับความต้องการของ ประชาชน

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1) เพื่อทบทวน และ พัฒนาตัวชี้วัด หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
- 2) เพื่อติดตาม ประเมินตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้น และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ในหมวด การสร้างเสริมสุขภาพ
- 3) เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการต่าง ๆ สำหรับการดำเนินงานด้านการสร้างเสริม สุขภาพให้มุ่งสู่เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม”

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

2.1 การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 ได้ให้นิยาม การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล/ประชาชน เพื่อให้สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้ ทั้งสภาวะทางกาย จิต สังคมและปัญญา ซึ่งไม่ใช่เป็นเพียงความรับผิดชอบของบุคลากรและองค์กรสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องไปถึงภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคมที่จะร่วมกันสร้างวิถีชีวิตและสังคมสิ่งแวดล้อมที่นำไปสู่สภาวะที่ดี ในนิยามที่พัฒนาให้กว้างขึ้นยังรวมถึงการเชื่อมโยงถึงสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย จึงเป็นสาระหมวดที่มีขอบเขตกว้างและส่งผลกระทบต่อสาระหมวดอื่นภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ⁽²⁾

การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย ได้รับอิทธิพลมาจาก การประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพโลก ในปี ค.ศ. 1986 หรือ พ.ศ. 2529 ที่เมือง Ottawa ผลจากการประชุมทำให้เกิด ญัตติบัตรออกชื่อว่า “Ottawa Charters”⁽⁵⁾ ซึ่งระบุถึง ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ และ กลยุทธ์การสร้างสุขภาพ 3 ประการ สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแนวคิดดังกล่าวได้ถูกนำมาประยุกต์เป็นแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁽⁶⁾

ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ประการ ของการสร้างเสริมสุขภาพ^(5, 6) ได้แก่

- 1) สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) การสร้างนโยบายที่สนับสนุนสุขภาพและคำนึงถึงมิติการปกป้องคุณภาพชีวิตของประชาชน
- 2) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี (Create Supportive Environments for Health) การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพมากกว่าที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การกระทำเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพมีหลายมิติ ได้แก่ กายภาพ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และการเมือง ซึ่งเชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก
- 3) เสริมสร้างการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน (Strengthen Community Actions) การสร้างเสริมสุขภาพทำงานผ่านการดำเนินการของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพในการกำหนดลำดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผนกลยุทธ์ และการนำไปใช้เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น หัวใจของกระบวนการนี้คือการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน – การเป็นเจ้าของและการควบคุมความพยายามและชะตากรรมของตนเอง
- 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) การสร้างเสริมสุขภาพสนับสนุนการพัฒนาส่วนบุคคลและสังคมผ่านการให้ข้อมูล การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการเสริมสร้างทักษะชีวิต การกระทำนี้ช่วยเพิ่มทางเลือกให้ผู้คนสามารถควบคุมสุขภาพและสภาพแวดล้อมของตนเองได้มากขึ้น และตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมต่อสุขภาพ

- 5) ปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) การสร้างเปลี่ยนแปลงบทบาทของภาคส่วนสุขภาพให้มุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) มากกว่าการให้บริการทางคลินิกและการรักษาพยาบาล (clinical and curative services) เพียงอย่างเดียว เน้นการบำรุงรักษาและการพัฒนาสุขภาพของประชากรโดยรวม ไม่ใช่แค่การดูแลผู้ป่วยเท่านั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ระบบดูแลสุขภาพมีส่วนร่วมในการแสวงหาสุขภาพที่ดี และมุ่งสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) กลยุทธ์การสร้างสุขภาพ 3 ประการ ของการสร้างเสริมสุขภาพ^(5, 6) ได้แก่
- 1) การเสริมพลัง (Enable): ทำให้ผู้คนมีทางเลือกมากขึ้นในการควบคุมสุขภาพและสภาพแวดล้อมของตนเอง
 - 2) การเจรจาต่อรอง (Mediate): การสร้างเสริมสุขภาพต้องการการดำเนินการที่ประสานงานกันโดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง
 - 3) การให้ข้อเสนอแนะ (Advocate): การส่งเสริมแนวคิดด้านสุขภาพ

2.2 การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

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⁾ ได้ทำการทบทวนสถานการณ์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

- ช่วงก่อน พ.ศ. 2504 (ก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ): ประเทศไทยมีการดำเนินการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคระบาด การกวาดล้างโรคติดต่อร้ายแรง และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- พ.ศ. 2520-2530: มีการเพิ่มงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการฝึกและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศ
- พ.ศ. 2544: มีการจัดตั้ง สสส. ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนขบวนการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย

- พ.ศ. 2545: ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) หรือ "30 บาทรักษาทุกโรค" ครอบคลุมทั่วประเทศ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งกำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พระราชบัญญัตินี้ยังได้สนับสนุนการจัดตั้ง "กองทุนสุขภาพตำบล" ในระดับตำบล เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลปฐมภูมิ สปสช. มีหน้าที่ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน
- พ.ศ. 2550: มีการออก พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไข พัฒนา และสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการ "สมัชชาสุขภาพ"
- พ.ศ. 2552: มีการจัดทำ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในสาระสำคัญ และมีการพัฒนาต่อเนื่องมาจนถึงฉบับที่ 3 ใน พ.ศ. 2565
- พ.ศ. 2553: พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 ได้แก้ไขคำนิยาม "การรักษาพยาบาล" ให้หมายความรวมถึง การตรวจสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคด้วย
- พ.ศ. 2559: กระทรวงสาธารณสุขได้วางแผน ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยตั้งเป้าให้การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ
- พ.ศ. 2567: สำนักงานประกันสังคมได้ยกเลิกบทนิยามเดิมและกำหนดบทนิยามใหม่ เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิการตรวจสุขภาพของ สปสช. ได้ในสถานพยาบาลเดียวกัน

2.3 การพัฒนาตัวชี้วัดและการทบทวนสถานการณ์ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

ในปี 2564 ฐิติพรและคณะได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินสถานการณ์ระบบสุขภาพของไทยหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้กรอบของ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ⁽⁸⁾ ซึ่งได้วางหลักการในการพัฒนาตัวชี้วัดไว้ 3 ประการ คือ ต้องสะท้อนผลลัพธ์ภาพรวม, ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายโลกโดยเฉพาะ SDGs, และต้องเป็นตัวชี้วัดที่มีข้อมูลพร้อมใช้งาน สำหรับ "หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ" นั้น ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 2 ได้กำหนดหลักการสำคัญคือการ ส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนจัดการสุขภาพตนเองได้ ควบคู่ไปกับการพัฒนานโยบายสาธารณะผ่านแนวทาง "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" (Health in All Policies) จากหลักการดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงได้เลือกใช้ตัวชี้วัด SDG จำนวน 4 ตัว มาเป็นตัวแทนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วยประเด็นด้าน HIV/AIDS, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), การบาดเจ็บทางถนน (RTI), และมลพิษทางอากาศ⁽⁸⁾

จากการประเมินสถานการณ์ พบว่าผลลัพธ์ของแต่ละตัวชี้วัดมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยประเทศไทย ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย ด้านการบาดเจ็บทางถนน (RTI) ได้ และยังมีสถานการณ์ที่ด้อยกว่า

ค่าเฉลี่ยทั่วโลก ในทางตรงกันข้าม สถานการณ์ด้าน HIV/AIDS และ NCDs มีแนวโน้มที่ดีขึ้น อย่างต่อเนื่องและดีกว่าภาพรวมของโลก อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่สำคัญที่สุดที่ค้นพบคือ ความเหมาะสมของตัวชี้วัด ที่เลือกใช้ โดยงานวิจัยชี้ว่าตัวชี้วัดด้าน HIV/AIDS, NCDs และ RTI มีความเหมาะสมในการเป็นตัวแทนของบริบทไทย แต่ตัวชี้วัดด้าน มลพิษทางอากาศนั้นยังไม่มี ความเหมาะสม เนื่องจากไม่สอดคล้องกับลักษณะปัญหาของประเทศไทยที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และฤดูกาล นอกจากนี้ยังพบช่องว่างเชิงข้อมูลที่สำคัญ คือ มีเพียงตัวชี้วัดด้าน NCDs และ RTI เท่านั้นที่สามารถรายงานผลในระดับจังหวัดได้ เพื่อปิดช่องว่างที่พบ งานวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะในการ พัฒนาตัวชี้วัด ให้ดีขึ้น โดยเสนอให้มีการพิจารณากำหนด ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ควบคู่ไปกับตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ที่มีอยู่ เพื่อให้เห็นการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น, สำหรับโรค NCDs ควรพัฒนาตัวชี้วัดที่มุ่งเน้น การเกิดโรครายใหม่ แทนการวัดอัตราการตายเพียงอย่างเดียว, และสำหรับมลพิษทางอากาศ ควรใช้ตัวชี้วัดสากลควบคู่กับ ข้อมูลในประเทศ เช่น ระดับมลพิษและจำนวนผู้ป่วย เพื่อให้สะท้อนสถานการณ์ได้จริง (8)

ในมิติเชิงนโยบายเพื่อบรรลุเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพ มีข้อเสนอแนะที่สำคัญคือการ ปรับปรุงโครงสร้างองค์กร โดยสร้างหน่วยงานกลางที่มีอำนาจจัดการปัจจัยเสี่ยงแบบบูรณาการ (เช่น การจัดการมลพิษ) และ เร่งรัดการกระจายอำนาจ ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อย่างแท้จริง นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอให้ พัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็น และเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อลดการพึ่งพาข้อมูลจากต่างประเทศที่ไม่สอดคล้องกัน รวมถึงสนับสนุนให้เกิด หน่วยวิจัยและพัฒนา เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานเชิงนโยบายอย่างเป็นอิสระ ขณะเดียวกัน ควร เพิ่มบทบาทของภาคประชาสังคม ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้น และท้ายที่สุดคือการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล โดยเฉพาะการสร้าง ระบบเฝ้าระวังที่มุ่งเป้าไปยังประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยตรง เพื่อให้การแก้ไขปัญหา มีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพสูงสุด⁽⁸⁾

2.4 กรอบคิดและโครงสร้างของธรรมนูญ ฉบับที่ 3 ที่พัฒนาจากธรรมนูญ ฉบับที่ 2

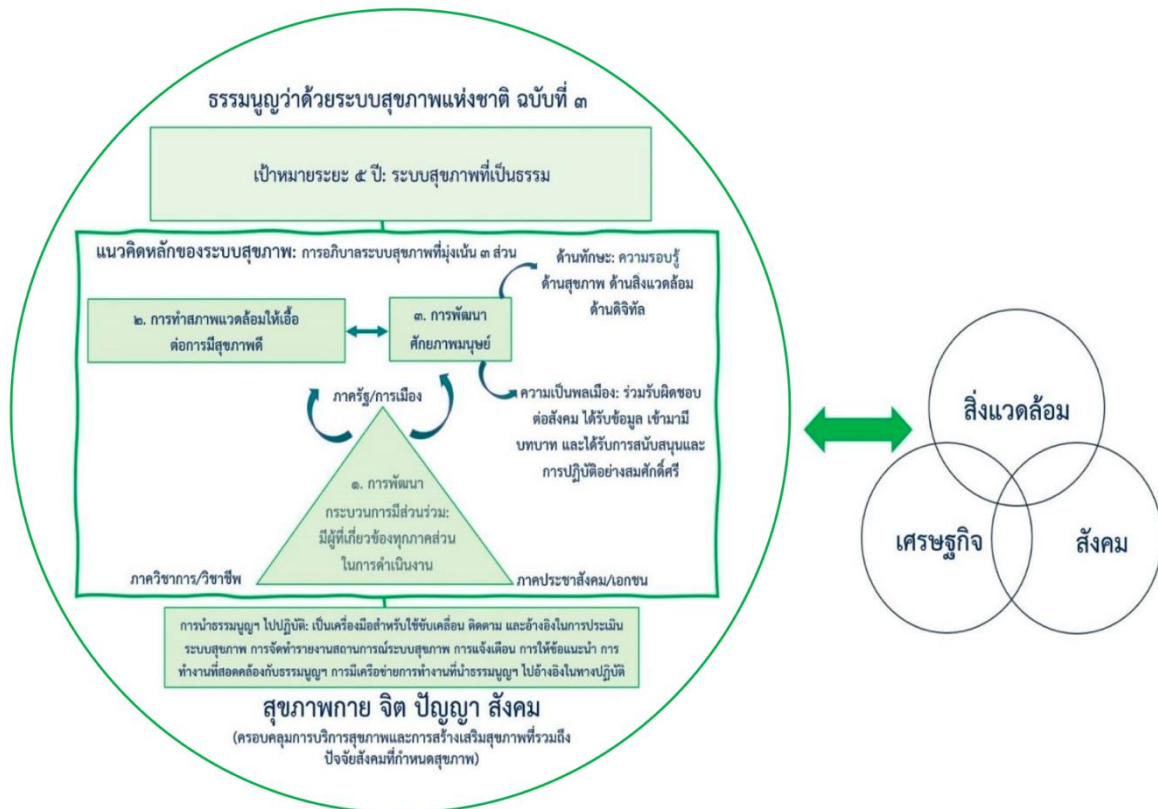
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ถือเป็นพัฒนาการที่สำคัญ โดยได้ยกระดับเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพไทยสู่การสร้าง "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" (Equitable Health System) ซึ่งเป็นเป้าหมายระยะ 5 ปีที่ชัดเจนและท้าทายยิ่งขึ้น วิสัยทัศน์ใหม่นี้เป็นการวิวัฒนาการทางความคิดจากธรรมนูญ ฉบับที่ 2 ซึ่งเคยมุ่งสู่ "ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์"⁽⁹⁾ ในลักษณะที่เป็นภาพกว้างในอุดมคติ โดยไม่ได้มีแกนกลางที่เป็นเป้าหมายร่วมเพียงหนึ่งเดียว แต่จะถูกอธิบายผ่าน "ภาพพึงประสงค์" ที่แตกต่างกันไปในแต่ละหมวด ทำให้ภาพรวมเป็นการรวมตัวกันของเป้าหมายที่หลากหลายและหาจุดร่วมที่ชัดเจนได้ยาก ตัวอย่างเช่น ในหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้จะเน้นเรื่อง "การมีองค์ความรู้ที่เพียงพอ" ในหมวดการเงินการคลังจะมุ่งไปที่ "ระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน" และในหมวดภูมิปัญญาท้องถิ่นจะเน้น "การส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น" ซึ่งแม้จะเป็นสิ่งที่ดีงามทั้งสิ้น แต่ยังคงมีลักษณะเป็นเป้าหมายเฉพาะส่วนที่แยกจากกัน

ด้วยเหตุนี้ ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 จึงได้เข้ามาทำหน้าที่สำคัญในการ "สังเคราะห์และกลั่นกรองเป้าหมายให้คมชัดขึ้น" โดยระบุลงไปเลยว่า "ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์" ที่จะมุ่งไปถึงในระยะเวลา 5 ปีนี้ คือการสร้าง "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" เป็นการนำคุณลักษณะที่ดั่งมาหลากหลายด้านมาสังเคราะห์จนเหลือแก่นที่เป็นหัวใจสำคัญที่สุดสำหรับสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศ นั่นคือ "ความเป็นธรรม" การมีเป้าหมายร่วมที่เป็นหนึ่งเดียวนี้ ทำให้หลักการสำคัญต่างๆ เช่น การลดความเหลื่อมล้ำ, การไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง, และการตอบสนองต่อทุกกลุ่มประชากรอย่างเท่าเทียม กลายเป็นทิศทางหลักที่ทุกหมวดต้องมุ่งไปสู่ร่วมกัน นอกจากนี้ เพื่อนำเป้าหมายดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 ได้ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสาระสำคัญในแต่ละหมวด จากเดิมที่เป็นการกำหนด "ภาพพึงประสงค์" มาสู่กรอบการทำงานใหม่ที่มีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น โดยในแต่ละหมวดจะประกอบด้วย 2 ส่วนหลักที่เชื่อมโยงกัน คือ "เป้าหมาย (Goals)" ซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางที่ต้องการบรรลุในระยะเวลา 5 ปี และ "มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Measures)" ซึ่งเป็นชุดแนวทางเชิงปฏิบัติเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้ การปรับเปลี่ยนนี้สะท้อนถึงพัฒนาการจากการกำหนดสถานะในอดีตมาสู่ "แผนกลยุทธ์" ที่มีวัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงานที่จับต้องได้ ซึ่งสำหรับหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ จะมีการลงรายละเอียดของเป้าหมายและมาตรการที่สอดคล้องกันดังจะกล่าวในหัวข้อถัดไป

ธรรมนูญฯ ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565⁽²⁾ ได้กำหนดเป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” โดยมองระบบสุขภาพในมิติ กาย จิต ปัญญา และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วยการบริการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ในระยะเวลา 5 ปี และได้กำหนดปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ คือ ระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล โดยให้ความสำคัญกับ 3 ส่วน ได้แก่ 1) การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาสังคม/เอกชน 2) การทำสภาพแวดล้อมและระบบนิเวศให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 3) การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในทุกกลุ่มวัยและทุกระดับ

นอกจากนี้ธรรมนูญฯ ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3⁽²⁾ ได้ระบุถึงกระบวนการสำคัญในการมุ่งสู่เป้าหมาย ได้แก่ 1) กระบวนการนโยบายสาธารณะที่ดีและมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน ด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะทางเศรษฐกิจและสังคมที่คำนึงถึงผลต่อสุขภาพตามหลักทฤษฎีนโยบายห่วงใยสุขภาพ 2) การสร้างเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ ด้วยการทำให้สภาพแวดล้อมสนับสนุนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีอย่างสมดุล มีการพัฒนาศักยภาพบุคคลและชุมชน และ 3) การจัดการระบบบริการสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับกาย จิต ปัญญา และสังคม อย่างสมดุล อย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ

กระบวนการสำคัญในการมุ่งสู่เป้าหมาย ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ของธรรมนูญฯ ด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3⁽²⁾ เป็นกรอบสำคัญและสอดคล้องไปกับเป้าหมายของหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้ง 4 ข้อ ได้แก่ 1) ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ 2) ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ 3) ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม และ 4) คนตื่นรู้ด้านสุขภาพ



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

2.5 เป้าหมายและมาตรการ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพในระยะ 5 ปี มีทิศทางที่ชัดเจนและมุ่งไปสู่ "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 จึงได้กำหนดเป้าหมายและมาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพไว้้อย่างเป็นรูปธรรม⁽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) ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพะ ชุมชนเขตเมืองและชนบทมีความเข้มแข็ง สามารถจัดการ (พึง) ตนเอง ได้ 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 และมีกลไกการทำงานที่สอดคล้องประสานระหว่างชุมชน หน่วยบริการในระดับท้องถิ่น สถานพยาบาล กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบบริการให้ครอบคลุมทั้งด้านสังคมและสุขภาพด้วยการทำงานเชิงรุกเพื่อจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถรองรับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมากขึ้น โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อยกระดับการทำงานและการให้บริการที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้
- 4) คนตื่นรู้ด้านสุขภาพ คนทุกคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยต้องการรับรู้และความเข้าใจต่อการสร้างเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงวัย ผ่านระบบการศึกษาภาคบังคับ การสอดแทรกความรู้ทางในหลักสูตรการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา ในหน่วยงานของรัฐ/องค์กรเอกชน ในประชากรกลุ่มเฉพาะหรือกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ตลอดจนมีการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในประเด็นเฉพาะทางสำหรับบุคคลทั่วไปที่สนใจ โดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชนหรือพื้นที่

มาตรการเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเสริมสุขภาพ

- 1) การพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Advocating health in all policies) ภาครัฐต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวกำหนดสุขภาพและปัจจัยด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพผ่านนโยบายสาธารณะและนโยบายของรัฐในระดับต่าง ๆ โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้:
 - ยกกระดับความมุ่งมั่นของรัฐในการดำเนินนโยบายสุขภาพในรูปแบบของ HiAP และนโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (one health policy)
 - ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและส่งเสริมให้เกิดการบังคับใช้อย่างเข้มแข็ง
 - นำนโยบายทางการเงินมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อกระตุ้นให้เกิดการลงทุนด้านสุขภาพ

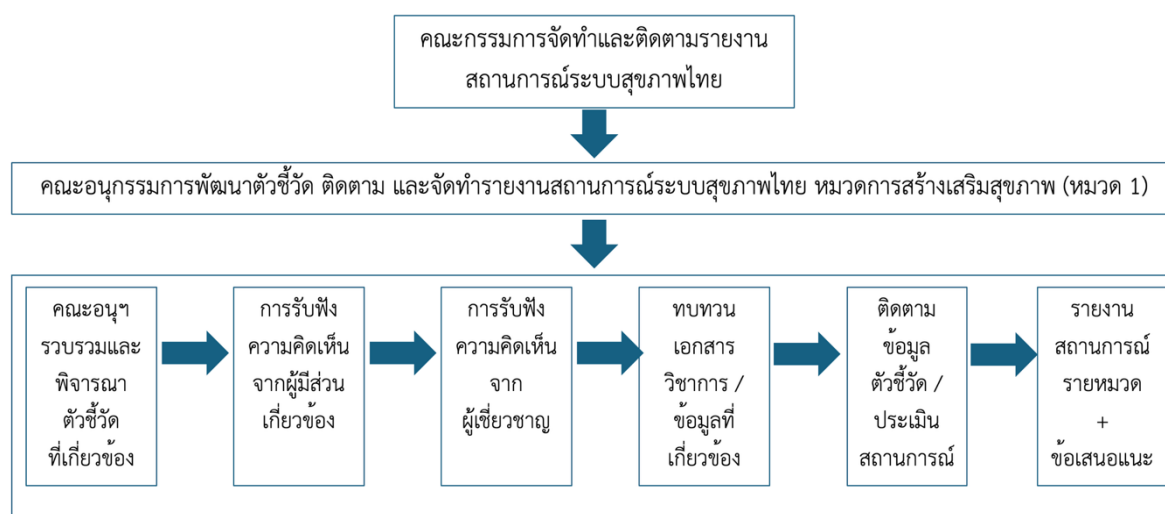
- ขยายขอบเขตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เพิ่มประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - ส่งเสริมให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐานแก่คนทุกหมู่เหล่า โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง
 - พัฒนานโยบายเชิงบวกเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจในการเพิ่มพฤติกรรมและทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ส่งเสริมความเข้มแข็งด้านธรรมาภิบาลในระดับสากล เพื่อให้เกิดความร่วมมือข้ามพรมแดน
- 2) การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (Strengthening healthy community) หน่วยงานของรัฐในส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ และชุมชนเองต้องร่วมมือกันในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการขยายตัวของชุมชนเป็นเมือง โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้:
- ให้ความสำคัญในการผนวกนโยบายท้องถิ่นและมาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยชุมชน (self-regulation)
 - สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกในการส่งเสริมความเท่าเทียมเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ
 - ปรับปรุงบริการทางสังคมและสุขภาพให้ทุกคนเข้าถึงอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีคุณภาพ โดยมีประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (citizen and community centric)
 - ส่งเสริมแนวคิดการสร้างสุขภาวะชุมชนเมืองเพื่อรับมือต่อสถานการณ์วิกฤต เช่น เมืองสีเขียว (green city) และเมืองอัจฉริยะ (smart city)
 - พัฒนาระบบข้อมูลชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดเก็บ วิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูล และเป็นเจ้าของข้อมูลเอง
 - พัฒนาชุมชนเสมือน (virtual community) และชุมชนออนไลน์ ให้มีความเข้มแข็งและเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง
- 3) การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล (Enhancing individual health capability) ควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลทั้งในระบบการศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัย โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้:
- ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
 - ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนานโยบาย การดำเนินการ และการกำกับติดตามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ส่งเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล เช่น การสื่อสารข้อมูลผ่านการติดฉลากสินค้าหรืออาหาร
 - พัฒนาความสามารถในการจัดการสุขภาพของบุคคล ซึ่งเน้นการ “สร้างนำซ่อม” ผ่านการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล

- สานเสริมองค์ความรู้และทักษะจากความหลากหลายของคนในแต่ละกลุ่มหรือแต่ละพื้นที่
 - สนับสนุนคุณค่าของการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งมีส่วนช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชน
- 4) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย (Developing digital health and services) การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่บุคคล ทั้งการออกแบบนโยบายสุขภาพและการให้สิทธิด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม แม่นยำ และทั่วถึง โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้:
- พัฒนาระบบและการจัดการข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการออกแบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย โดยสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนและให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูล
 - พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงและส่งต่อระหว่างชุมชน ท้องถิ่น และส่วนกลาง รวมถึงกระจายอำนาจให้หน่วยงานระดับท้องถิ่นและชุมชน
 - กระตุ้นให้เกิดการสร้างสรรคนวัตกรรมทางสุขภาพร่วมกับภาคเอกชนผ่านมาตรการหรือกลไกการเงินที่เหมาะสม
 - พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง โดยส่งเสริมให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่ขั้นตอนการออกแบบ

บทที่ 3 วิธีการศึกษา

3.1 กระบวนการทำงาน

การศึกษาในโครงการนี้ เป็นการศึกษาโดยใช้ทั้ง ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ภายใต้การ ทำของของคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด การสร้างเสริมสุขภาพ กระบวนการทำงาน คณะอนุกรรมการ คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และ จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ได้รวบรวมตัวชี้วัดด้านการสร้างเสริม สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตัวชี้วัดที่รวบรวมได้นำไป รับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รับฟังความคิดเห็นจาก ผู้เชี่ยวชาญ ความคิดเห็นที่ได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สังเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และจัดทำรายงานสถานการณ์รายหมวดและข้อเสนอแนะ



รูปที่ 2 กระบวนการทำงาน

3.2 การทำงานของคณะอนุกรรมการฯ

คณะอนุกรรมการฯ ได้เริ่มต้นการทำงานด้วยการรวบรวมและคัดเลือกตัวชี้วัด ที่เกี่ยวข้องกับ เป้าหมาย และมาตรการ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข สสส. สปสช. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (สถ.) เป็นตัวชี้วัด

เมื่อชุดตัวชี้วัดที่คัดเลือกในรอบที่ 1 ได้ผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และ จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลที่ได้ นำกลับมาพิจารณาแนวทางในการปรับปรุงชุดตัวชี้วัด ได้ชุดตัวชี้วัดใน รอบที่ 2 และ หลังจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวชี้วัด การจัดทำข้อมูลสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ได้ชุด ตัวชี้วัดในรอบที่ 3

3.3 การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

- ผู้ให้ข้อมูล: ภาควิชาครีเอทีฟ 602 คน คณะอนุกรรมการฯ 3 คน และประชาชน 6 คน
- แบบสอบถาม เก็บข้อมูลผ่าน google form
 - ให้เลือกว่า “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” เพราะอะไร
 - ให้ลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้แต่ละหัวข้อเป้าหมายและมาตรการตามหมวดการสร้างเสริมสุขภาพของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565
 - ให้ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัดตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติม
- 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 ตัวชี้วัดที่สะท้อนการตอบเป้าหมายเรื่องทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) มีจำนวนตัวชี้วัดที่เวียนรับฟังความเห็น 6 ข้อ การให้คะแนนลำดับความสำคัญ โดยใส่หมายเลข 1 ในข้อตัวชี้วัดที่คิดว่าสำคัญมากที่สุด และ 6 ในข้อตัวชี้วัดที่ท้านคิดว่าสำคัญน้อยสุด
 - นำผลการรับฟังความเห็นในแต่ละข้อมาประมวลผล
 - A = คะแนนจากตัวเลือก “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” ($A1$ = ภาควิชาครีเอทีฟ, $A2$ = อนุกรรมการฯ และ $A3$ = ประชาชนทั่วไป)
 - B = คะแนนจากการลำดับความสำคัญ ($B1$ = ภาควิชาครีเอทีฟ, $B2$ = อนุกรรมการฯ และ $B3$ = ประชาชนทั่วไป)
 - สูตรคำนวณ คะแนนรวมของการรับฟังความเห็นในแต่ละข้อ = $\sum A1B1 + \sum A2B2 + \sum A3B3$

3.4 การรับฟังความคิดเห็นจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญ

ข้อมูลตัวชี้วัดที่ได้รับการเสนอจากคณะอนุกรรมการฯ และผลการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้นำเสนอในการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ความเห็นที่ได้นำมาปรับแนวทางการคัดเลือกตัวชี้วัดต่อไป

3.5 แนวทางการคัดเลือกตัวชี้วัด

- ระบุระดับของตัวชี้วัดให้ชัดเจน

- ควรระบุให้ชัดเจนว่าตัวชี้วัดในการศึกษารั้งนี้ 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

3.6 การทบทวนวรรณกรรม

ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมในรูปแบบการเล่าเรื่อง (narrative literature review) รวบรวมข้อมูลจากเอกสารงานวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพ ยุทธศาสตร์/แผนระดับชาติ นโยบายสำคัญของประเทศ กฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหน่วยงานที่มีการดำเนินงานเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

- กรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง
- รวบรวมตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง
- สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

3.7 การวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอในการพัฒนาตัวชี้วัด ของหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
- วิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอในการดำเนินมาตรการ และบรรลุเป้าหมาย การสร้างเสริมสุขภาพ
- พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้ได้

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 ภาพรวมของผลการศึกษา

ตัวชี้วัดที่รวบรวมได้จากคณะอนุกรรมการฯ รอบแรก 59 ตัวชี้วัด แสดงในภาคผนวก และนำไปรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก) ผลการรับฟังความคิดเห็นจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ได้รับคำแนะนำในการพัฒนาชุดตัวชี้วัด โดยมีการเสนอตัวชี้วัด รอบที่สอง 16 ตัวชี้วัด ความคิดเห็นจากการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ได้มีการปรับปรุง เป็น ชุดตัวชี้วัดในรอบที่ 3 จำนวน 18 ตัวชี้วัด แสดงเป็นเนื้อหาในบทนี้ ซึ่งแบ่งตามกรอบ 5 เป้าหมาย 4 มาตรการ ที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฯ ฉบับที่ 3 โดยทั้งเป้าหมายและมาตรการมีความสอดคล้องกัน โดยเดิมมี 4 เป้าหมายและ 4 มาตรการ โดยคณะอนุกรรมการมีมติ ได้เสนอให้เพิ่ม เป้าหมายและ มาตรการที่สอดคล้องกันรองรับอยู่ จะมีเพียงเป้าหมายที่ 5 ที่เพิ่มเข้ามาระหว่างกระบวนการเพื่อแสดงถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ที่เป็นเหมือนภาพรวมทั้งหมด ของ มาตรการและเป้าหมาย (รูปที่ 3)

ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

เป้าหมายและมาตรการ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ (18 ตัวชี้วัด)

• เป้าหมายในระยะ 5 ปี (5 ตัวชี้วัด)

1. ทุณโยบายห่วงใยสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด)
2. ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด)
3. ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม (1 ตัวชี้วัด)
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (1 ตัวชี้วัด)
5. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ* (1 ตัวชี้วัด)

• มาตรการ (13 ตัวชี้วัด)

1. การพัฒนาทุณโยบายห่วงใยสุขภาพ (2 ตัวชี้วัด)
2. การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (2 ตัวชี้วัด)
3. การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาทักษะ และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (2 ตัวชี้วัด)
4. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ทันสมัย ให้ความสำคัญกับประชาชนเป็นศูนย์กลาง (3 ตัวชี้วัด)
5. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ* (4 ตัวชี้วัด)

รูปที่ 3 ความเชื่อมโยงระหว่าง เป้าหมายและมาตรการ ในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

4.2 ตัวชี้วัดเป้าหมาย ตัวชี้วัดมาตรการ และ สถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดในการนำเสนอเนื้อหาในบทนี้ จำแนกตามเป้าหมายทั้ง 5 ข้อ ซึ่งในแต่ละข้อจะรวม มาตรการ ที่สอดคล้องกัน ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องและ สถานการณ์ของ ตัวชี้วัดนั้นเอาไว้ด้วยกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

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 นโยบาย คือ นโยบายสาธารณะจากกระบวนการสมัชชา สุขภาพ
	2) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 1.1: จำนวนนโยบาย สาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ	ไม่น้อยกว่าปีละ 10 นโยบาย	สช.	นโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไก ระดับชาติ คือ นโยบายจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน 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) ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ	4) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 2.1: จำนวนพื้นที่ที่มีการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/จังหวัด	ไม่น้อยกว่าปีละ 10 พื้นที่	สช.	พื้นที่ คือ การดำเนินการที่มีการระบุพื้นที่ ในระดับจังหวัด
	5) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 2.1: ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	ร้อยละ 80	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	ตัวตั้ง จำนวนตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ทหารด้วยจำนวนตำบลเป้าหมาย 4,000 ตำบล (แห่ง) นิยามของ การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลนั้นๆ ต้องมี "หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมดในตำบล และมีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขั้นดีแห่งชาติดีขึ้นไปอย่างน้อย 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: ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่	-	สปสช.	ตั้งตั้งคือ งบประมาณที่มีการเบิกจ่ายแล้วในปีงบประมาณ ตัวหารคือ งบประมาณรวม แหล่งที่มาของข้อมูล: รายงานประจำปี สปสช.
3) ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม ((มาตรการ)... ที่ทันสมัยในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความสำคัญกับประชาชนเป็นศูนย์กลาง)	7) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 3.1: ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (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 : ร้อยละของประชาชน ไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-	กรมอนามัย สธ.	รายงานประจำปี กรมอนามัย
	12) ตัวชี้วัดมาตรการ 4.1 : ร้อยละของหน่วยบริการ 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 ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป (DALYs) / ปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL)	-	BOD, IHPP	รายงาน BOD
	15) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.1: อัตราป่วย/อัตราตายด้วย 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 สปสข กรมมลพิษ	สปสข กรมมลพิษ
	18) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.4: อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งที่สำคัญและป้องกันได้	-	ศูนย์มะเร็งแห่งชาติ	ศูนย์มะเร็งแห่งชาติ

4.2.1 เป้าหมายและมาตรการ: ทูกันโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้กำหนดเป้าหมาย "ทูกันนโยบายห่วงใยสุขภาพ" (Health in All Policies: HiAP) ไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้การตัดสินใจเชิงนโยบายของประเทศคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพเป็นสำคัญ (ราชกิจจานุเบกษา, 2566) เป้าหมายนี้มุ่งเน้นการสร้างนโยบายที่เปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างทั้งในระบบเศรษฐกิจและสังคม โดยมีหลักการสำคัญคือการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ เพื่อให้คนทุกกลุ่มได้รับประโยชน์อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ธรรมนูญฯ ได้กำหนด "มาตรการการพัฒนาทูกันนโยบายห่วงใยสุขภาพ" ควบคู่กันไป โดยเน้นให้ภาครัฐมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ผ่านนโยบายสาธารณะ ครอบคลุมมิติทั้งเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีแนวทางสำคัญ 7 ประการเป็นกลไกขับเคลื่อน (ราชกิจจานุเบกษา, 2566) จะเห็นได้ว่าเป้าหมายและมาตรการนี้มีความสอดคล้องกันอย่างยิ่ง โดยมีมาตรการเป็นชุดเครื่องมือเชิงปฏิบัติเพื่อให้เป้าหมายการสร้างนโยบายที่ห่วงใยสุขภาพเกิดขึ้นได้จริงในทุกมิติ

กลไกการขับเคลื่อน HiAP และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

แนวคิด HiAP ได้ปรากฏเป็นรูปธรรมในประเทศไทยผ่านการประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งวางกรอบการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การศึกษาของธีรพัฒน์ อังศุวาล และคณะ (2567) พบว่า HiAP ถูกขับเคลื่อนผ่านกลไกสำคัญ 3 ลักษณะ พร้อมกับความท้าทายที่น่าสนใจ 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" ที่ผสมผสานจากภาควิชาการ สังคม และรัฐ โดยมี "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)" ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานเป็นกลไกเชิงสถาบันในระดับสูง

- ความท้าทาย: ผู้แทนจากภาครัฐที่เข้าร่วมประชุมมักเป็นตัวแทนที่ "ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ" ทำให้ขาดความต่อเนื่องและประสิทธิภาพ ขณะที่ผู้แทนภาคสังคมบางส่วนไม่ได้ทำงานในพื้นที่จริง ทำให้ขาดข้อมูลในการกำหนดนโยบาย

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

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

รายละเอียดตัวชี้วัด

1) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 1.1: จำนวนหน่วยงานเป้าหมายมีการนำมติ ครม. ที่เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

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

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 1.1

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

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 หน่วยงานระดับชาติมีการนำมติ ครม. เกี่ยวกับข้อเสนอแนะนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จำนวน 21 หน่วยงาน ดังนี้ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยา (องค์การมหาชน) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ (กสศ.) สำนักงานทรัพยากรน้ำแห่งชาติ สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำ (องค์การมหาชน) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย (ส.อ.ท.) สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.)

2) ตัวชี้วัดมาตรการที่ 1.1: จำนวนนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ

- แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนงานหลัก สช. ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สช.
- วิธีวัดผล นับนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ จาก นโยบายจากกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น กลไกสมัชชาสุขภาพ และ นิยามกลไกระดับชาติ คือ การเป็นมติ หรือกลุ่มมติในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

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 ระวังภัยกับการพัฒนาสุขภาพ
 - 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 การสร้างเสริมสุขภาวะสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนในวิกฤตโควิด-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 พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ
 - 2) มติ 7.3 การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน
 - 3) มติ 8.4 การลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)
 - 4) มติ 11.4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทันตกรรม
 - 5) มติ 12.1 ทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มาตรการทำให้สังคมไทยไร้รอยโรค
 - 6) มติ 15.1 การจัดการความยากจนตามแนวคิดเศรษฐกิจ BCG: การยกระดับเศรษฐกิจครัวเรือน
 - 7) มติ 15.2 การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกาย และการเล่นกีฬาของประชาชน (Calories Credit Challenge: CCC) ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน
 - 8) มติ 16.1 ระบบสุขภาวะทางจิตเพื่อสังคมไทยไร้ความรุนแรง
 - 9) กลุ่มมติเกษตร อาหารปลอดภัย และความมั่นคงทางอาหาร ได้แก่
 - 1) มติ 1.5 เกษตรและอาหารในยุควิกฤต,
 - 2) มติ 5.5 ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช,
 - 3) มติ 5.8 การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 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 ได้แก่
 - 1) มติ 1.5 เกษตรและอาหารในยุควิกฤต,
 - 2) มติ 5.5 ความปลอดภัยทางอาหาร : การแก้ไขปัญหาจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช,
 - 3) มติ 5.8 การพัฒนากลไกและกระบวนการที่สามารถรับมือผลกระทบด้านสุขภาพจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 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 แผนงานหลักฯ สช. 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 เขตคลองสาน 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, 11
 - 2) เขตพื้นที่การศึกษาประถม ศึกษาอำเภอ 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

สถานการณ์ปัจจุบัน เกี่ยวกับทศนโยบายห่วงใยสุขภาพ (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 12 หน่วยงาน ปิงบประมาณ พ.ศ. 2567 11 หน่วยงาน และ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2568 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 โดย ปิงบประมาณ พ.ศ. 2566 12 หน่วยงาน ปิงบประมาณ พ.ศ. 2567 11 หน่วยงาน และ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2568 21 หน่วยงาน

เพื่อให้เห็นภาพการขับเคลื่อนนโยบายที่เป็นรูปธรรม สามารถยกตัวอย่างกรณีศึกษาของมิติสุขภาพสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการตอบรับจากคณะรัฐมนตรีและนำไปสู่การดำเนินงานโดยหน่วยงานนอกภาคสาธารณสุข 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) ในการควบคุมวัตถุอันตรายและส่งเสริมสารชีวภัณฑ์
- 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

ข้อเสนอแนะ

- 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. สู่การเป็น "ผู้อำนวยการอภิบาล (Metagovernor)": สข. ควรแสดงบทบาทเป็นองค์กรอิสระที่วางกรอบและอำนวยความสะดวกให้เกิดกลไกการอภิบาลสุขภาพในทุกระดับ แทนที่จะลงมือทำเองทั้งหมด เพื่อให้การขับเคลื่อน HiAP มีความยั่งยืนและขยายผลได้กว้างขวางขึ้น⁽¹⁰⁾

4.2.2 เป้าหมายและมาตรการ: ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดเป้าหมาย "ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ" เพื่อมุ่งสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนทั้งในเขตเมืองและชนบท ให้สามารถจัดการตนเองและมีกลไกความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพในการรับมือกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้⁽²⁾ เป้าหมายนี้สอดคล้องกับหลักการของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่เน้น "การสร้างเสริมความเข้มแข็งให้ชุมชน" (Strengthening Community Actions) โดยมีหัวใจสำคัญคือการเพิ่มขีดความสามารถ (Empowerment) ให้ชุมชนเป็นเจ้าของและผู้ควบคุมทิศทางการพัฒนาสุขภาวะของตนเอง (World Health Organization, 2009)

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ธรรมนูญฯ ได้กำหนด "มาตรการการสร้างชุมชนเข้มแข็ง" ควบคู่กันไป โดยมีแนวทางที่สำคัญคือ การผนวกนโยบายท้องถิ่นเข้ากับมาตรการทางสังคม, การสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการลดความเหลื่อมล้ำ, การพัฒนาระบบข้อมูลชุมชนเพื่อให้ชุมชนใช้ประโยชน์และเป็นเจ้าของข้อมูลเอง, และการพัฒนาระบบบริการทางสังคมและสุขภาพที่ยึดประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen and Community Centric) (ราชกิจจานุเบกษา, 2566) เป้าหมายและ

มาตรการนี้มีความสอดคล้องกัน โดยมีมาตรการเป็นชุดเครื่องมือเชิงปฏิบัติเพื่อให้เป้าหมายการสร้างชุมชนที่เข้มแข็งเกิดขึ้นได้จริงจากระดับฐานราก

กลไกการขับเคลื่อนชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

ในทางปฏิบัติ การขับเคลื่อนเป้าหมายชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะในประเทศไทยอาศัยกลไกสำคัญหลายประการที่ทำงานประสานกัน ดังนี้:

- กลไกทางการเงิน (Financial Mechanism) - กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่: เป็นกลไกหลักทางการเงินในระดับฐานราก ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 บริหารในรูปแบบคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน โดยเป็นการร่วมลงทุน (Matching Fund) ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ลักษณะเด่นของกลไกนี้คือ การกระจายอำนาจการตัดสินใจสู่ชุมชน ทำให้สามารถจัดสรรงบประมาณไปใช้ในโครงการที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของพื้นที่ได้โดยตรง
 - ความท้าทาย: จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี พ.ศ. 2567 พบช่องว่างเชิงโครงสร้าง ได้แก่ กองทุนฯ เพียงร้อยละ 55.8 ที่เลือกปัญหาสุขภาพสอดคล้องกับภาระโรคจริง, โครงการส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้มากกว่ามาตรการที่คาดหวังผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม, และยังขาดกลไกการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวที่เป็นระบบ (มูลนิธิเพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2568)
- กลไกทางสังคมและนโยบาย (Social & Policy Mechanism) - ระบบนิเวศของ สช. และ พชอ.: กลไกนี้ขับเคลื่อนผ่านเครื่องมือและโครงสร้างหลายระดับ ตั้งแต่การใช้ สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และ ธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เพื่อสร้างพื้นที่กลางให้เกิดข้อตกลงร่วม ไปจนถึงการใช้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกกลางในการบูรณาการภาคส่วนต่างๆ ในระดับปฏิบัติการ
 - ความท้าทาย: ความท้าทายสำคัญคือการแปลงข้อตกลงหรือธรรมนูญที่ร่างขึ้น ให้กลายเป็นการปฏิบัติจริงในวิถีชีวิตประจำวันของคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการทำให้ พชอ. เป็นกลไกขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สามารถเชื่อมโยงกับแผนงบประมาณหลักของอำเภอได้
- กลไกการสร้างต้นแบบและเรียนรู้ (Model-Building & Learning Mechanism) - 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 และมีตัวชี้วัดมาตรการเพื่อติดตามปัจจัยนำเข้าและกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ ศักยภาพของภาคีเครือข่าย, การใช้งบประมาณกองทุนสุขภาพฯ, และการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ

รายละเอียดตัวชี้วัด

4) ตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 2.1: จำนวนพื้นที่ที่มีการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/จังหวัด

- แหล่งที่มาของข้อมูล ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด แผนงานหลักฯ สช. ฉบับที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2570
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: สช.
- วิธีวัดผล กำหนดพื้นที่ จากขอบเขตการดำเนินการเช่น ในระดับจังหวัด

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 2.1

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวนพื้นที่ที่มีการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่/จังหวัด จำนวน 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/จังหวัด จำนวน 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/จังหวัด จำนวน 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 จำนวนตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ตัวหารคือจำนวนตำบลเป้าหมาย 4,000 ตำบล (แห่ง)
 - นิยามของ การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง ตำบลนั้นๆ ต้องมี "หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับดีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมดในตำบล และมีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานแห่งชาติระดับดีขึ้นไปอย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล"
 - หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ **ระดับดี** คือหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพัฒนาแล้ว และมีคุณสมบัติเพิ่มเติมอีก 4 ข้อ ดังนี้ มีแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการจัดปัจจัยเอื้อในหมู่บ้าน (ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี) มีมาตรการหรือข้อตกลงร่วมกันของชุมชน โดยหมู่บ้านจะต้องผ่านเกณฑ์ **ระดับพัฒนา** มาก่อน ซึ่งประกอบด้วยการมีทีมงาน, มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีม, มีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่เสียง, 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 ตั้งงบประมาณที่มีการเบิกจ่ายแล้วในปีงบประมาณ ตัวหารคือ งบประมาณรวม

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 2.2

ในปีงบประมาณ 2565 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีงบประมาณรวมจากทั้งยอดยกมาปีก่อนและงบที่ได้รับในปีจำนวนกว่า 7,273 ล้านบาท แต่ยังคงเหลือเงินสะสม ณ สิ้นปีถึง 2,770 ล้านบาท ส่งผลให้มีการเบิกจ่ายจริงประมาณ 4,502 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 61.9 ของงบประมาณรวมทั้งหมด ตัวเลขนี้สะท้อนว่ามีเงินเหลืยกมาสูง และการเบิกจ่ายยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น แม้ว่าจะมีการใช้จ่ายในกิจกรรมสุขภาพจำนวนมาก แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการดำเนินงานในพื้นที่

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

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

สถานการณ์ปัจจุบัน

เพื่อให้เห็นภาพการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม สามารถยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่สะท้อนการทำงานของชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ 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 และถูกยื่นต่อผู้บริหารจังหวัดเพื่อพิจารณาบรรจุเป็นนโยบายและแผนงานของจังหวัดต่อไป
- 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) จนนำไปสู่การเป็น นโยบาย "เมืองเกษตรอินทรีย์" ของจังหวัด

ในประเด็นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในปี พ.ศ. 2566 มีกองทุนสุขภาพ ตำบลกว่า 7,753 แห่งทั่วประเทศ มีงบประมาณรวม 5,333 ล้านบาท และเกิดโครงการสุขภาพถึง 155,617 โครงการ การวิเคราะห์โครงการพบว่าประเด็นที่กองทุนฯ ให้ความสำคัญมากที่สุดคือการจัดการอาหารที่ไม่ดี ต่อสุขภาพ (ร้อยละ 44 ของกองทุนฯ) รองลงมาคือประเด็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 24) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 23)⁽⁶⁾

ในด้านของข้อมูล มีการดำเนินการจัดทำ ข้อมูลทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพ พื้นที่ (social Health Resources Empowerment Project: SHARE) โดยความร่วมมือ ของ สช. สปสช. สสส. และ สถาบันองค์กรพัฒนาชุมชน ที่รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องหลายด้าน เช่น การบูรณาการข้อมูล โครงการ การบูรณาการข้อมูลภาคีเครือข่าย ข้อมูลประชากร ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย ข้อมูลด้านสุขภาพ และ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการขับเคลื่อน ชุมชนสุขภาวะ รวมไปถึงการติดตาม ประเมินผล ต่อไปในอนาคต

จากสถานการณ์และกรณีศึกษาดังกล่าว พบว่ากลไกต่างๆ ได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายและสามารถ สร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมได้ในหลายพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีประเด็นท้าทายในเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะการ เชื่อมโยงกลไกต่างๆ ให้ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ และการยกระดับผลลัพธ์ระดับ โครงการไปสู่การ เปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัดและการติดตามผล:
 1. ยกระดับคลังข้อมูลสู่แดชบอร์ดสุขภาวะชุมชน: ควรพิจารณาแนวทางการยกระดับ "ข้อมูล ทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพเพื่อเสริมศักยภาพพื้นที่" โดย สช. สปสช. สสส. และ สถาบัน องค์กรพัฒนาชุมชน ซึ่งปัจจุบันทำหน้าที่เป็นคลังข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้สามารถบูรณาการ และเชื่อมโยงข้อมูลผลลัพธ์เชิงปริมาณจากหน่วยงานอื่น เช่น ข้อมูลผลลัพธ์สุขภาพจาก HDC ของ สธ. และข้อมูลการใช้งบประมาณการเบิกจ่ายจาก สปสช. เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือใน การขับเคลื่อน ชุมชนสุขภาวะในระดับพื้นที่ และ การติดตาม ประเมินผล ในระดับประเทศ ต่อไป
 2. พัฒนารอบตัวชี้วัดแบบบูรณาการ 3 ระดับ: แดชบอร์ดดังกล่าวควรนำเสนอข้อมูลใน 3 ระดับ คือ "ตัวชี้วัดกระบวนการ" (Process), "ตัวชี้วัดผลลัพธ์" (Outcome) ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ (เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลง), และ "ตัวชี้วัดผลกระทบ" (Impact) ในภาพใหญ่
 3. จัดตั้งกลไกกำกับดูแลร่วม: ควรมีการจัดตั้ง คณะทำงานร่วมเพื่อการติดตามและประเมินผล ชุมชนสุขภาวะในระดับชาติ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจาก สปสช., สธ., สช., สสส., สถาบัน

องค์กรพัฒนาชุมชน, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นๆ เพื่อออกแบบและ
กำกับดูแลการบูรณาการข้อมูลและการรายงานผล

- ข้อเสนอแนะต่อการบรรลุเป้าหมาย:
 1. พัฒนาหลักเกณฑ์และระบบสนับสนุนกองทุนสุขภาพตำบล: ควรพัฒนาหลักเกณฑ์การคัดเลือกปัญหาสุขภาพที่อิงข้อมูลภาระโรค, จัดทำคลังมาตรการที่มีประสิทธิภาพ, และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานของกองทุนฯ⁽⁶⁾
 2. เสริมสร้างเครือข่ายการทำงานและระบบพี่เลี้ยง: ควรบูรณาการการทำงานในพื้นที่โดยใช้กลไก พชอ. เป็นตัวเชื่อม เพื่อสร้างเครือข่ายการทำงานและขยายผลลัพธ์การดำเนินงาน⁽⁶⁾
 3. พัฒนายุทธศาสตร์การขยายผลและสร้างความยั่งยืน: สำหรับพื้นที่ต้นแบบที่ประสบความสำเร็จ ควรมี "สะพานเชื่อมเชิงนโยบาย" ที่ชัดเจน เพื่อนำบทเรียนไปบรรจุในแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณหลักขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4.2.3 เป้าหมายและมาตรการ: ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม

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

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

กลไกการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

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

1. กลไกระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care Service Mechanism) ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PHC) คือกลไกหลักในการจัดบริการให้ "ใกล้บ้าน ใกล้ใจ" อย่างไรก็ตาม กลไกนี้กำลังสั่นคลอนอย่างรุนแรง

- ความท้าทาย: การถ่ายโอน รพ.สต. ได้ก่อให้เกิดภาวะ "ระบบสุขภาพปฐมภูมิสองสังกัด" และสร้าง "ภาวะสุญญากาศเชิงกลไกอภิบาล" ที่เกิดความไม่ชัดเจนในบทบาทการกำกับดูแลร่วมกันระหว่าง อบจ. (ผู้จัดบริการรายใหม่), สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) (ผู้กำกับมาตรฐานเดิม), และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (ผู้ซื้อบริการ) โดยเฉพาะในบริบทของ

กรุงเทพมหานครซึ่งไม่มีโครงสร้าง รพ.สต. ยิ่งประสบปัญหาวิกฤตศรัทธาต่อ "คลินิกชุมชนอบอุ่น" และทำให้กลุ่มเปราะบางในเมืองเข้าถึงบริการได้ยาก

2. กลไกด้านกำลังคน (Workforce Mechanism) "คน" คือหัวใจของระบบบริการ แต่ปัจจุบันกำลังเผชิญปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

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

3. กลไกด้านการเงินการคลัง (Financing Mechanism) "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 (Information & Technology Mechanism) "ข้อมูล" คือรากฐานของบริการที่ทันสมัย แต่ปัจจุบันกำลังอยู่ในภาวะวิกฤต

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

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันมีความซับซ้อนและมีปัจจัยกำหนดที่อยู่นอกภาคสาธารณสุข หรือที่เรียกว่าปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (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) เป็นตัวชี้วัดมาตรการและใช้ "การเข้าถึงบริการ P&P" เป็นตัวชี้วัดเป้าหมาย

รายละเอียดตัวชี้วัด

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
 - ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
 - อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย อายุ 30-60 ปี
 - ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวาน
 - ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดเป้าหมายที่ 3.1

บริการ	กลุ่มเป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน 2566	ผลงาน 2567	ผลงาน 2568
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	หญิงตั้งครรภ์	≥ 75%	74.83%	72.77%	72.14%
อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย อายุ 30-60 ปี	สตรีอายุ 30-60 ปี (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 ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
- แหล่งที่มาของข้อมูล ประกาศผลขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
 - 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 จาก หน่วยบริการทั้งหมด 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 ตัวตั้งคือ งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (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 สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส. รายงานใน สุขภาพคนไทย 2567 พบว่าบริการสุขภาพทางไกล หรือ Telemedicine เริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยประมาณ 1 ใน 3 ของคนไทย หรือคิดเป็นร้อยละ 33.1 เคยใช้บริการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทางไกล

เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่าคนกรุงเทพมหานครมีส่วนการใช้งานสูงที่สุดถึงร้อยละ 41.5 โดยเหตุผลหลักที่ประชาชนเลือกใช้บริการคือ ความสะดวกและประหยัดเวลา (ร้อยละ 69.1) ตามมาด้วยการ ต้องการลดความเสี่ยงจากการเดินทางไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.1) และเพื่อปรึกษาอาการเบื้องต้น (ร้อยละ 37.8)

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

ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัด:

1. เร่งปฏิรูปและพัฒนากระบวนการข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ: 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: สำหรับพื้นที่พิเศษเช่นกรุงเทพมหานคร ควรมีการปฏิรูปโครงสร้าง 3 เสาหลักไปพร้อมกัน คือ 1) ด้านการเงินการคลัง โดยปรับสูตรจัดสรรตาม

ดัชนีต้นทุนพื้นที่ (Area Cost Index) 2) ด้านบริการและเครือข่าย โดยยกระดับศูนย์บริการ สาธารณสุขให้เป็นแกนหลัก และ 3) ด้านการอภิบาลระบบ โดยผลักดันให้ กทม. เข้ามามี บทบาทเป็นเจ้าภาพหลักที่ชัดเจน

2.2.4 เป้าหมายและมาตรการ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดเป้าหมาย "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" เพื่อมุ่งส่งเสริมและเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2566)

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ธรรมนูญฯ ได้กำหนดมาตรการที่เกี่ยวข้องควบคู่กันไป โดยเน้นการ สนับสนุนให้เกิดองค์กรที่รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization - HLO) เพื่อลดอุปสรรคในการ เข้าถึงบริการ และการพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัยเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน (ราชกิจจานุเบกษา, 2566) จะเห็นได้ว่าเป้าหมายและมาตรการนี้มีความสอดคล้องกันอย่างยิ่ง โดยมีมาตรการเป็นเครื่องมือในการ สร้างสภาพแวดล้อมและช่องทางที่เอื้อให้ประชาชนสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นเป้าหมาย หลักได้

กลไกการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความท้าทายในบริบทประเทศไทย

ในทางปฏิบัติ การขับเคลื่อนเป้าหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยอาศัยกลไกสำคัญ 3 ประการที่ทำงานประสานกัน ดังนี้:

1. การสำรวจและติดตามสถานการณ์ (National Survey & Monitoring): กลไกนี้ดำเนินการโดยกรม อนามัย ผ่านการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในระดับชาติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้วางแผนและประเมินผลนโยบาย
 - ความท้าทาย: ผลสำรวจเป็นเพียงการประเมินความรู้ความเข้าใจจากการตอบแบบสอบถาม (Self-report) ซึ่งอาจไม่ได้สะท้อนถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงเสมอไป
2. การสร้างองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Developing HLOs): เป็นกลไกที่มุ่งเปลี่ยนแปลงฝั่ง "ผู้ให้บริการ" โดยกรมอนามัยได้ส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน การสื่อสาร และ สภาพแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการได้ง่ายขึ้น ลดภาระในการทำความเข้าใจ ข้อมูลที่ซับซ้อน
 - ความท้าทาย: การขับเคลื่อนในปัจจุบันยังเน้นที่ "จำนวน" ของหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ แต่ยังขาดกลไกการประเมิน "คุณภาพ" ของการเป็น HLO ที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์จริง ของผู้รับบริการ

3. การสื่อสารสุขภาพผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Health Communication): กลไกนี้ขับเคลื่อนโดย สสส. ซึ่งทำหน้าที่สร้าง "ระบบนิเวศสื่อสุขภาพ" ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัลที่หลากหลาย เพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างปฏิสัมพันธ์กับประชาชนในวงกว้าง
 - o ความท้าทาย: การวัดผลความสำเร็จยังคงเน้นที่ตัวชี้วัดระดับการเข้าถึง (Reach) และการมีส่วนร่วม (Engagement) ซึ่งยังเป็นความท้าทายในการเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

สถานการณ์ในประเทศไทยเผยให้เห็นถึงความย้อนแย้งระหว่าง "ความรู้" และ "พฤติกรรม" กล่าวคือ ผลสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอาจอยู่ในเกณฑ์ดี แต่พฤติกรรมเสี่ยงยังคงสูง เป้าหมาย "คนตื่นรู้ด้านสุขภาพ" จึงไม่ได้หมายถึงแค่ "คนที่มีข้อมูล" แต่คือ "คนที่มีข้อมูลและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง" ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยอย่างยิ่ง คณะอนุกรรมการฯ จึงได้เลือกตัวชี้วัดที่สะท้อนทั้งสองมิติ โดยมี ตัวชี้วัดเป้าหมาย ("อัตราความรู้ด้านสุขภาพ") เพื่อติดตามระดับความรู้ความเข้าใจ และมี ตัวชี้วัดมาตรการ ("จำนวน HLO" และ "ช่องทางสื่อสารดิจิทัล") เพื่อติดตามความพยายามในการสร้าง "สภาพแวดล้อมที่รอบรู้ด้านสุขภาพ" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ

รายละเอียดตัวชี้วัด

11) ตัวชี้วัดเป้าหมาย 4.1 : ร้อยละของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- แหล่งที่มาของข้อมูล รายงานประจำปีกรมอนามัย
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรมอนามัย

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 4.1

พ.ศ. 2568 (รายงานผล): ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 85.3 (ที่มา: กรมอนามัย) อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมี "วิกฤตการณ์โควิด-19" เป็นตัวเร่งที่สำคัญที่สุด ซึ่งบังคับให้ประชาชนทั้งประเทศต้องเรียนรู้และประเมินข้อมูลสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างรวดเร็ว นัยยะสำคัญคือปัจจุบันประชาชนมี "ต้นทุน" ด้านความรู้ที่สูงขึ้นกว่าในอดีต โจทย์ท้าทายต่อไปคือการต่อยอดความตื่นตัวนี้จากโรคติดต่อ ไปสู่การจัดการ "โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)" ซึ่งต้องอาศัยความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ซับซ้อนกว่า

12) ตัวชี้วัดมาตรการ 4.1 : จำนวนหน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

- แหล่งที่มาของข้อมูล รายงานประจำปีกรมอนามัย

- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรมอนามัย

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 4.1

ในปี พ.ศ. 2563-2564: อยู่ในช่วงเริ่มต้น มีหน่วยบริการนำร่องใน หลักสิบถึงหลักร้อยแห่ง 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 นโยบายสำคัญคือประเทศไทยประสบความสำเร็จในการขยายผลเชิง "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, จัดตั้งศูนย์ข้อมูลสื่อสร้างสรรค์สุขภาวะ, แพลตฟอร์ม "ธนาคารจิตอาสา" และจัดงาน Soul Connect Fest

ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัด:
 1. ยกระดับตัวชี้วัด 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 "อัตราการจัดการตนเองของผู้ป่วย"

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง" ซึ่งจะบังคับให้ทุกหน่วยงาน (กรมอนามัย, สสส., สปสช., สช.) 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 เป้าหมายและมาตรการ: 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 ตั้งแต่ต้นนโยบายระดับมหภาคไปจนถึงการทำงานของระบบบริการสุขภาพ โดยสามารถแบ่งกลไกสำคัญได้ 3 ลักษณะ ดังนี้:

1. การขับเคลื่อนเชิงนโยบายและสังคม (Policy and Social Drivers): กลไกนี้คือการทำงานในระดับ "ต้นน้ำ" ซึ่งรวมถึงการผลักดันให้ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP), การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน, และการสร้างคนให้ตื่นรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (SDH)

- ความท้าทาย: การสร้างและคงไว้ซึ่งเจตจำนงทางการเมือง (Political Will) ที่เข้มแข็งในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่อาจส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ แต่เอื้อต่อสุขภาพในระยะยาว
- 2. การทำงานของระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Performance): กลไกนี้คือการทำงานในระดับ "กลางน้ำ" ซึ่งวัดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบบริการ ทั้งการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (P&P), การรักษาพยาบาล, และการฟื้นฟูสภาพ ที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่มได้อย่างมีคุณภาพ
 - ความท้าทาย: การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัด ทั้งกำลังคนและงบประมาณ เพื่อจัดบริการที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ท่ามกลางภาระโรค NCDs ที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- 3. การติดตามและประเมินผลมหภาค (Macro-level Monitoring & Evaluation): กลไกนี้คือการใช้เครื่องมือประเมินผลในภาพใหญ่ เช่น การศึกษาภาระโรค (Burden of Disease) เพื่อสร้างข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์ HALE และ DALYs/YLL เพื่อใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับเชิงยุทธศาสตร์ให้กับผู้กำหนดนโยบาย
 - ความท้าทาย: "ความเชื่อมโยงที่ขาดหายไป" (Missing Link) ระหว่างการดำเนินการมาตรการต่างๆ กับผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น เนื่องจากผลลัพธ์ระดับมหภาคมักเปลี่ยนแปลงช้าและมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ซับซ้อน ทำให้ยากต่อการชี้ชัดถึงผลกระทบของนโยบายใดนโยบายหนึ่งโดยตรง

การเชื่อมโยงปัญหา เป้าหมาย และตัวชี้วัด

แนวคิดในการเลือกชุดตัวชี้วัดนี้ ตั้งอยู่บนตรรกะ "ต้นน้ำ-กลางน้ำ-ปลายน้ำ" (Upstream-Midstream-Downstream) 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 ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายที่สะท้อนสุขภาวะโดยรวมของประชากร อันเป็นผลพวงมาจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของมาตรการในระดับต้นน้ำและกลางน้ำ

รายละเอียดตัวชี้วัด

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

- แหล่งที่มาของข้อมูล
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง งานภาระโรค (BOD), มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (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 100,000 ประชากร

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 5.1

ปี 2561 อัตราตาย 112.76 รายต่อแสนประชากร, ปี 2563 อัตราตาย 116.44 รายต่อแสนประชากร, ปี 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 สปสช กรมควบคุมมลพิษ

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 ส่วนใหญ่เป็น

การรักษาโรคที่สัมพันธ์กับมลพิษ เช่น ไข้หวัด ฝุ่นละออง และตาอักเสบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการจัดสรรงบประมาณและการเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ได้รับผลกระทบซึ่งสูงถึงหลายล้านคน จะเห็นได้ว่ายังมีช่องว่างสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรและมาตรการเชิงระบบเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากมลพิษทางอากาศต่อสุขภาพประชาชน

18) ตัวชี้วัดมาตรการ 5.4: อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งที่สำคัญและป้องกันได้

- แหล่งที่มาของข้อมูล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผลการดำเนินการตัวชี้วัดมาตรการที่ 5.4

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

สถานการณ์ปัจจุบัน

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: ข้อมูลปีที่สูงสูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) ล่าสุด (พ.ศ. 2562) ชีวสาเหตุ 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

ข้อเสนอแนะ

- 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": ทุกนโยบายและมาตรการด้านสุขภาพต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการ "ลดช่องว่าง 9.8 ปี" ของสุขภาวะคนไทย โดยต้องให้ความสำคัญสูงสุดกับการลงทุนในมาตรการที่สามารถป้องกัน 5 สาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
 2. ลงทุนในมาตรการที่จัดการ "ต้นเหตุร่วม" (Common Risk Factors): การจะลดภาระโรคจาก NCDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมุ่งจัดการที่ "ต้นเหตุร่วม" ได้แก่ การสูบบุหรี่, การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ, การดื่มแอลกอฮอล์, และมลพิษทางอากาศ การลงทุนในมาตรการ "Best Buys" ที่จัดการกับปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จึงเป็นทางออกที่คุ้มค่าที่สุด

บทที่ 5 สรุป และข้อเสนอแนะ

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวน พัฒนา และจัดทำข้อเสนอชุดตัวชี้วัดสำหรับติดตามสถานการณ์ใน "หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ" ภายใต้กรอบของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรม การรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างรอบด้าน และการสังเคราะห์โดยคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งได้กลั่นกรองชุดตัวชี้วัดจากร่างแรกที่มี 59 ตัวชี้วัด มาสู่ชุดตัวชี้วัดฉบับสุดท้ายจำนวน 18 ตัวชี้วัด ที่มีความรัดกุมและสอดคล้องกับทิศทางใหม่ของระบบสุขภาพไทย

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้สะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย นั่นคือการเปลี่ยนผ่านกรอบคิดจากธรรมนูญ ฉบับที่ 2 ที่มุ่งสู่ "ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์" ซึ่งเป็นภาพอุดมคติที่ประกอบด้วยเป้าหมายหลากหลาย มาสู่ธรรมนูญ ฉบับที่ 3 ที่มีเป้าหมายหลักร่วมกันเพียงหนึ่งเดียวคือ **"ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม" (Equitable Health System)** การเปลี่ยนแปลงนี้ได้สร้างแกนกลางที่ชัดเจนให้กับการพัฒนาสุขภาพของประเทศ โดยมุ่งเน้นการลดความเหลื่อมล้ำและไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

ผลลัพธ์สำคัญของการศึกษาคือการได้มาซึ่ง **ชุดตัวชี้วัดหมวดการสร้างเสริมสุขภาพฉบับสมบูรณ์จำนวน 18 ตัวชี้วัด** ซึ่งแบ่งเป็น **ตัวชี้วัดเป้าหมาย 5 ตัว** และ **ตัวชี้วัดมาตรการ 13 ตัว** ครอบคลุมเป้าหมายหลัก 4 ด้านตามธรรมนูญ ฉบับที่ 3 และมีการเพิ่มเป้าหมายที่ 5 คือ "ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ" (HALE/DALYs) เข้ามาเพื่อเป็นตัวชี้วัดผลกระทบสุดท้ายในภาพรวม นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในเป้าหมายสำคัญ เช่น "ทุกคนวัยผู้ใหญ่สุขภาพดี" และ "ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ" พบว่า แม้ประเทศไทยจะมีกลไกการขับเคลื่อนที่เข้มแข็ง เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นฯ และ พชอ. แต่ยังคงมีความท้าทายในการบูรณาการกลไกเหล่านี้ให้ทำงานเสริมพลังกัน และการแปลข้อเสนอเชิงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในระดับพื้นที่

5.2 อภิปรายผล

กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดจาก 59 ตัว เหลือ 18 ตัว สะท้อนถึงการเรียนรู้และการจัดลำดับความสำคัญของระบบสุขภาพ ที่เปลี่ยนจาก "รายการที่อยากได้" (wish list) ที่ครอบคลุมทุกมิติ ไปสู่ "ชุดตัวชี้วัดเชิงกลยุทธ์" (strategic indicators) ที่มุ่งเน้นประเด็นคานงัดที่สำคัญและสามารถวัดผลได้จริง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ได้ตอกย้ำถึง **"ช่องว่างของการวัดผล" (Measurement Gap)** ที่สำคัญ กล่าวคือ ตัวชี้วัดในปัจจุบันยังคงเน้นการวัดผลเชิงปริมาณ (เช่น จำนวนนโยบาย, จำนวนพื้นที่) แต่ยังขาดมิติเชิงคุณภาพ (เช่น นโยบายถูกนำไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเพียงใด) และมิติเชิงความเป็นธรรม (เช่น นโยบายกระจายตัวอย่างทั่วถึงหรือไม่) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของเป้าหมาย "ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม"

นอกจากนี้ การวิเคราะห์กลไกการขับเคลื่อนต่างๆ ชี้ให้เห็นว่า ความท้าทายหลักของการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันไม่ใช่การขาดกลไก แต่เป็น **"การขาดการเชื่อมต่อและการบูรณาการ" (Lack of Connection and Integration)** ระหว่างกลไกเหล่านั้น เพื่อให้เกิดพลังร่วม (Synergy) ในการผลักดันวาระ

สุขภาพให้ไปไกลกว่าการเป็นเพียงโครงการหรือกิจกรรม แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและนโยบายที่ยั่งยืน

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาและอภิปรายผลข้างต้น คณะผู้จัดทำข้อเสนอแนะใน 2 ระดับ ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงระบบและการนำไปใช้

1. **เสนอให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) พิจารณาให้การรับรอง และประกาศใช้ชุดตัวชี้วัด 18 ตัวนี้** เป็นกรอบการติดตามและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับรอบการประเมินปี 2568 เป็นต้นไป
2. **เสนอให้จัดตั้ง "คณะทำงานร่วมเพื่อการบูรณาการข้อมูลสุขภาวะชุมชน"** โดยมีตัวแทนจากหน่วยงานเจ้าของข้อมูลหลัก เช่น สช., สปสช., กองสุกศึกษา (สบส.), และ สสส. เพื่อออกแบบกลไกการเชื่อมโยงและใช้ข้อมูลจากตัวชี้วัดต่างๆ ร่วมกัน เช่น การนำข้อมูลการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนสุขภาพตำบล มาใช้วิเคราะห์ความก้าวหน้าของตัวชี้วัดชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ
3. **ผลักดันให้ "ทุณโยบายห่วงใยสุขภาพ (HiAP)" เป็นเป้าหมายร่วมระดับชาติ** โดยเสนอให้มีการบรรจุตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับ HiAP เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ นอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับ HiAP จากการเป็นเพียง "เครื่องมือ" ของภาคสุขภาพ ไปสู่การเป็น "เป้าหมาย" ร่วมกันของทุกภาคส่วน

5.3.2 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาตัวชี้วัดในอนาคต

1. **พัฒนาดัชนีชี้วัดมิติคุณภาพและความเป็นธรรม:** เสนอให้มีการศึกษาวิจัยในระยะต่อไปเพื่อพัฒนา "เกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพ" สำหรับตัวชี้วัดต่างๆ เช่น การพัฒนานิยามและระดับขั้นของ "ความเป็นรูปธรรม" ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หรือการประเมิน "การกระจายตัวอย่างเป็นธรรม" ของพื้นที่ที่นำธรรมนูญสุขภาพไปใช้ เพื่อตอบโจทย์เป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. **ยกระดับการรายงานผลสู่ "แดชบอร์ดสุขภาวะชุมชนแห่งชาติ":** เสนอให้มีการพัฒนาแพลตฟอร์มกลางที่สามารถบูรณาการและนำเสนอข้อมูลจากระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น Health Gate, HDC, รายงานของ สช. และ สปสช.) ในรูปแบบแดชบอร์ดที่สาธารณชนเข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและกระตุ้นให้เกิดการใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่
3. **ศึกษาวิจัยเพื่อหาความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุ:** เสนอให้มีการสนับสนุนงานวิจัยเพื่อสร้างแบบจำลองที่อธิบายความเชื่อมโยงระหว่าง "ตัวชี้วัดมาตรการ" (เช่น การใช้งบประมาณกองทุนฯ) กับ "ตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ" (เช่น HALE/DALYs) เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิผลของมาตรการต่างๆ และนำไปสู่การตัดสินใจลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่คุ้มค่าและเกิดผลกระทบสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 2550.
[\[https://infocenter.nationalhealth.or.th/?lsvr_kba=พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ\]](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 หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย. 2567.
5. World Health Organization. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. 2009.
[\[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1\]](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1).
6. วริศา พาณิกเกรียงไกร, ชาอีดา วิริยาพร, อรทัย วลีวงศ์, จอมขวัญ โยธาสุมุท, จินณพัต สุวรรณเกตกะ, วริษฐา หวังศิริบรรจง. การสร้างและจัดการองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: ทบทวนผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ มุ่งสู่ทางข้างหน้า. 2568.
[\[https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6284\]](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, ไชยสิทธิ์ นาสิบ, มธุราภา ไพยารมณ, สดพร จุลชู, จักร เจริญศิลป์ชัย. สถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
9. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
10. ธ. ร. ฒ. อังศุวาล, จ. ญ. โยธาสุมุท, ค. คันธมธูรพจน์, 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. กองสุกศีกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทาง การดำเนินงานสุกศีกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
ปีงบประมาณ 2568. 2567. [[https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/แนว
ทางการดำเนินงานสุกศีกษาและพฤติกรรมสุขภาพ-ประจำปีงบประมาณ-2568.pdf](https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/แนวทางการดำเนินงานสุกศีกษาและพฤติกรรมสุขภาพ-ประจำปีงบประมาณ-2568.pdf)].
12. กองสุกศีกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ผลการดำเนินงานกองสุกศีกษา. 2568.
[<https://hed.hss.moph.go.th/performance-hed/>].

ภาคผนวก

1 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ



คำสั่งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย

ที่ ๑ / ๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

อนุสนธิคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๙/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๖
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ได้กำหนดหน้าที่และอำนาจ
ให้แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อดำเนินงานที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็นและเหมาะสมได้

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย
หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ บรรลุเป้าหมาย มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และ
เป็นไปตามมติคณะกรรมการจัดทำและติดตามรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗
เมื่อวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นายกิตติพงษ์ แซ่เจ็ง

ประธานอนุกรรมการ

๑.๒ นางสาวรวงคณา 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...

2 ตาราง A1 ชุดตัวชี้วัด รอบที่ 1 (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) สัดส่วนของงานบุญประเพณีระดับจังหวัดเป็นการจัดงานตามนโยบายปลอดเครื่องยนต์แอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (หมายเหตุ: งานบุญประเพณีระดับจังหวัด ได้แก่ งานแข่งเรือ งานสงกรานต์ งานบั้งไฟ และงานกาชาด)	ควบคุมการจำหน่ายและการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)	งานบุญประเพณีปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส. จากมูลนิธิเครือข่ายพลังสังคม สำนักงานเครือข่ายองค์กรงดเหล้า (สคล.)	SDGs: 3.5, ยุทธศาสตร์: ด้าน 3
2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ 80	อปท. มีการดำเนินการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ *100/จำนวนอปท. ทั้งหมด	1 ปี	ระบบการประเมินประสิทธิภาพของ อปท., กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น	เป้าหมายที่ 3
3) องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับการถ่ายโอนภารกิจ สอน./รพ.สต. มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่	ร้อยละ 100	อบจ. ที่รับการถ่ายโอน สอน./รพ.สต. มีการจัดทำแผน* 100/จำนวน อปท. ทั้งหมด	1 ปี	ระบบการประเมินประสิทธิภาพของ อปท., กสพ.	เป้าหมายที่ 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
4) องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่มีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับ	ร้อยละ 80	อปท. ที่ดำเนินการจัดทำแผนฯ*100/จำนวน อปท. ทั้งหมด	1 ปี	ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการเพื่อการวางแผนและการประเมินการใช้จ่ายงบประมาณของ อปท. , กสพ.	เป้าหมายที่ 3
5) นโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาพ และพื้นที่สุขภาพรูปธรรมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายที่ประชาชนเข้าถึงและขยายผลได้	-	นับจำนวนนโยบายสาธารณะด้านพื้นที่สุขภาพ	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 3.4, ยุทธศาสตร์: ด้าน 5, อื่นๆ: แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
6) จำนวนเด็กและเยาวชนที่ประสบปัญหาทางสังคม ได้รับการคุ้มครองและสวัสดิการตามมาตรฐานการคุ้มครอง	เด็กและเยาวชน ครอบครัวและผู้ประสบปัญหาทางสังคม ที่มาขอรับบริการจากบ้านพักเด็กและครอบครัว ได้รับการดูแลและคุ้มครองอย่างเต็มที่	(จำนวนผู้ใช้บริการที่มาขอรับบริการจากบ้านพักเด็กและครอบครัวทุกครอบครัวที่ได้รับการบันทึกข้อมูลครบถ้วน ร้อยละ 100) *100	ทุก 6 เดือน	ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองเด็ก CPIS, กระทรวงพม.	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
		/(ค่าเฉลี่ยร้อยละการบันทึกข้อมูลครบถ้วนในระบบสารสนเทศเพื่อการคุ้มครองเด็ก (CPIS))			
7) อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศต่อแสนประชากร	-	-	-	กรมอนามัย	-
8) ร้อยละของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดตามกฎหมายได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง	-	-	-	กรมอนามัย	-
9) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง	ลดอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 5 คนต่อแสนประชากร ในปี 2580	จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	1 ครั้ง/ปี	ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ข้อมูลจาก 3 หน่วยงาน สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ), สสส.	SDGs: 3.6, ยุทธศาสตร์: ด้าน 1
10) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ลดลง	จำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ 6,463 คน, จำนวนผู้บาดเจ็บสาหัสที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์	จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์	1 ครั้ง/ปี	ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (ข้อมูลจาก 3 หน่วยงาน สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ), สสส.	SDGs: 3.6, ยุทธศาสตร์: ด้าน 1

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
	89,121 คน (เป้าหมายในปี 2570 แผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5)				
1.2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาวะ: (5 ตัวชี้วัด)					
1) จำนวนเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น ใช้ความเข้มแข็งของพื้นที่เป็นฐานในการลดการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า หรือส่งเสริมการลดรายจ่ายและเพิ่มรายได้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	-	นับจำนวนเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.a, 1.2 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 4
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 : สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
3) จำนวนพื้นที่ต้นแบบ ที่มีศักยภาพในการจัดการปัญหาประเด็นที่มีความจำเป็นในการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่น	-	นับจำนวนพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 11.a , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 4
4) ร้อยละของเทศบาลมีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหารตามมาตรฐานการรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA 1001)	-	-	-	กรมอนามัย	-
5) จำนวนองค์กรสุขภาวะ (Happy workplace) ในการสร้างสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับบุคลากรในองค์กร	-	นับจำนวนองค์กรที่มีการดำเนินงานองค์กรสุขภาวะตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลองค์กรสุขภาวะของ สสส.	SDGs: 3.4 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
1.3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม: (18 ตัวชี้วัด)					
1) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
2) ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ : 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการ	ขึ้นกับงบประมาณที่ได้รับต่อปี	จำนวนประชากรที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่าย	รายเดือน	Metadata_NHSO , สปสช.	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
ตรวจหลังคลอด 3) วัคซีนไขหวัดใหญ่ (กลุ่มแม่และเด็ก (0-5 ปี))		ตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/จำนวนประชากรเป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ			
3) ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ: 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไขหวัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว (กลุ่มเด็กวัยเรียน-วัยรุ่น 6-21 ปี)	ขึ้นกับงบปม.ที่ได้รับต่อปี	จำนวนประชากรที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/จำนวนประชากรเป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับบริการสร้างเสริม	รายเดือน	Metadata_NHSO , สปสช.	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
		สุขภาพที่จ่ายตาม รายการบริการ			
4) ร้อยละการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ: 1) บริการฝากครรภ์ 2) บริการตรวจหลังคลอด 3) ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก 4) วัคซีนไขหวัดใหญ่ 5) วางแผนครอบครัว 6) วัคซีนคอตีบ-บาดทะยักในผู้ใหญ่ 7) เคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มประชากรวัยทำงาน 15-59 ปี)	ขึ้นกับงบประมาณที่ได้รับต่อปี	จำนวนประชากรที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ (P&P Fee Shedule)*100/จำนวนประชากรเป้าหมายตามงบประมาณที่ได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพที่จ่ายตามรายการบริการ	รายเดือน	Medata_NHSO , สปสช.	-
5) การเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาทางเลือกและทางด้านสวัสดิการสังคม กรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผ่านระบบบริการศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข	-	-	-	กบรส.	SDG3.7
6) อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
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 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
12) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
13) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการติดตาม (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)	-	-	-	กรมอนามัย	-
14) ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการติดตามและกระตุ้นภายใน 30 วันมี	-	-	-	กรมอนามัย	-

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
พัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งที่สอง) (กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี)					
15) เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูและพัฒนาให้มีสุขภาพและมีพัฒนาการสมวัย	-	-	-	กรมอนามัย	-
16) ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (กลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 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.	-
17) จำนวนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพ สหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนํ้า ฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่	-	นับจำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิของ สสส.	SDGs: 3.c , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
18) แรงงานต่างด้าวได้รับสิทธิประโยชน์และความครอบคลุมการประกันสุขภาพ...	-	-	-	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ	-
1.4 คนต้นรู้ด้านสุขภาพ: (10 ตัวชี้วัด)					

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
1) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบของเยาวชน	-	คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมยาสูบของเยาวชน	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.a , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
2) ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน	-	คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.5 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
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	ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่บริโภคยาสูบทุกความถี่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา / จำนวนประชากร	1 ครั้ง/3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) , สสส.	SDGs: 3.a , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
		อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด			
5) อัตราการได้รับวันบุหรืมือสองของประชาชนลดลง	อัตราการได้รับวันบุหรืมือสองของประชาชนนี้พักอาศัยลดลงร้อยละ 30 จากปี พ.ศ. 2560	ประชาชนที่ได้รับวันบุหรืในที่พักอาศัย ทารด้วยจำนวนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด	1 ครั้ง/3 ปี	สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) , สสส.	SDGs: 3.a , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
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 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
7) การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น	สัดส่วนของผู้เสียชีวิตและผู้บาดเจ็บสาหัส ที่เป็นผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ซึ่งไม่สวมหมวกนิรภัยลดลงโดยเฉลี่ย	ปริมาณการสวมหมวกนิรภัย	1 ครั้ง/ปี	ระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน, รายงานการสำรวจอัตราการสวมหมวก	SDGs: 3.6 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 1

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
	ร้อยละ 10 ต่อปี จนถึงปี 2570 (แผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 5)			นิรภัย ของมูลนิธิไทยโรดส์ , สสส.	
8) ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น	ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่พึงประสงค์ ร้อยละ 54 ภายในปี 2570 (แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง...ที่มีคะแนนดัชนีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ ... / จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละช่วงวัยที่เข้าร่วมการสำรวจทั้งหมด	1 ครั้ง/3 ปี	สสส. และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	SDGs: 3.4 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 6
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)					

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
2.1 การพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ: 4 ตัวชี้วัด					
1) จำนวนเรื่องในการสนับสนุนหรือพัฒนานโยบายสาธารณะใหม่ มาตรการ หรือแนวปฏิบัติ ที่ส่งผลต่อการลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนน	-	นับจำนวนนโยบาย มาตรการ หรือแนวปฏิบัติที่ได้รับการพัฒนา	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3.6 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 1
2) ขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายในด้านสวัสดิการ การเข้าถึงสิทธิและบริการ ที่นำไปสู่การขับเคลื่อน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ	-	นับจำนวนข้อเสนอเชิงนโยบายที่ได้รับการขับเคลื่อน	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 10.2 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 4
3) จำนวนเรื่องในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ/ปกป้องระบบอาหารยั่งยืน	-	นับจำนวนนโยบาย มาตรการที่ได้รับการพัฒนา	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 2.1 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3 , อื่นๆ: แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
4) ข้อเสนอแนะนโยบายที่เอื้อให้เกิดระบบ กลไก และ มาตรการที่สนับสนุนทรัพยากรให้ครอบครัวมีขีดความสามารถในการเลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก...	-	จำนวนข้อเสนอเชิงนโยบาย	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 4.2 , อื่นๆ: มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมใน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
					กระบวนการนโยบายของประชาชน (ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 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	-	นับจำนวนผู้นำชุมชนและผู้นำรุ่นใหม่ที่ผ่านมา	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 11.a , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
		พัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์			
3) จำนวนกลไกขับเคลื่อนท้องถิ่นเข้มแข็งและเครือข่าย นำไปหรือประยุกต์นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่การปฏิบัติ	-	นับจำนวนกลไกขับเคลื่อนท้องถิ่นเข้มแข็งและเครือข่ายที่นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 6
4) จำนวนพื้นที่ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการ บุคลากรกรุงเทพมหานคร และประชาชน (ระดับเขต)	-	นับจำนวนพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลภายใน สสส.	SDGs: 11.3 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
2.3 การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล: 3 ตัวชี้วัด					
1) จำนวนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ (บุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพ บุคลากรท้องถิ่น แกนนานฯลฯ) ที่มีขีดความสามารถในการสร้างการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่	-	นับจำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิของ สสส.	SDGs: 3.c , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
2) จำนวนนวัตกรรม/เครื่องมือ/ระบบสารสนเทศ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร	-	นับจำนวนนวัตกรรม/เครื่องมือ/ระบบ	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลนวัตกรรมของ สสส.	SDGs: 3.8 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 2

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

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	วิธีวัดผล	ความถี่	แหล่งข้อมูล/ผู้รับผิดชอบ	ความสอดคล้อง
3) จำนวนชุดข้อมูลสื่อสารการสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการเผยแพร่จากสื่อสารมวลชน	-	จำนวนชิ้นงานที่ ได้รับการเผยแพร่	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลแผนงานโครงการของ สสส.	SDGs: 3 , ยุทธฯ ชาติ: ด้าน 3
4) จำนวนองค์ความรู้เชิงวิชาการในการเสริมความ รอบรู้ทางสุขภาพด้านสถานการณ์ปัญหา การ ควบคุม การป้องกัน การแก้ไขปัญหา และ ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-	นับจำนวนองค์ ความรู้เชิงวิชาการ ที่พัฒนาขึ้น	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลวิชาการของ สสส.	SDGs: 3.5 , ยุทธ ฯ ชาติ: ด้าน 3
5) จำนวนองค์ความรู้เชิงวิชาการในด้านสถานการณ์ ปัญหา การควบคุม การป้องกัน การแก้ไขปัญหา การสนับสนุนการบำบัดรักษา และผลกระทบจาก ยาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่	-	นับจำนวนองค์ ความรู้เชิงวิชาการ ที่พัฒนาขึ้น	1 ครั้ง/ปี	ฐานข้อมูลวิชาการของ สสส.	SDGs: 3.a , ยุทธ ฯ ชาติ: ด้าน 3

3 ตาราง A2 ชุดตัวชี้วัด รอบที่ 2 (16 ตัวชี้วัด) และความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
เป้าหมาย 1 ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ			
1	หน่วยงานเป้าหมายมีการนำมติ ครม. ที่เกี่ยวกับข้อเสนอนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ไม่น้อยกว่าปีละ 10 หน่วยงาน	สช.	เป็นการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เสนอให้ใช้ SDG มาเป็นกรอบในการพิจารณาว่า นโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติครบถ้วนหรือไม่
มาตรการ 1 การพัฒนาทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 1)			
1	มีนโยบายสาธารณะที่มีการผลักดันผ่านกลไกระดับชาติ ไม่น้อยกว่าปีละ 10 เรื่อง	สช. ตัวชี้วัดภายในองค์กร	มีเงื่อนไขในการนับนโยบาย 10 เรื่องหรือไม่ ควรเพิ่มความชัดเจนโดยคำนึงถึงความครอบคลุม เช่น ในแง่ของกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุมช่วงอายุต่างๆ ในแง่ของพื้นที่ เช่น ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ หรือในแง่ของประเด็น เช่น ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ
2	ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับเขต หรือจังหวัด หรือพื้นที่ ไม่น้อยกว่าปีละ 10 พื้นที่	สช.	ไม่มีความคิดเห็น
เป้าหมาย 2 ชุมชนสร้างเสริมสุขภาพ			
1	สมัชชาสุขภาพจังหวัดหรือกรุงเทพฯ หรืออื่นๆ มีมติหรือนโยบายสาธารณะที่บูรณาการขับเคลื่อนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ เครือข่ายกลไกต่างๆ ในพื้นที่ไม่น้อยกว่าปีละ 20 พื้นที่	สช.	ควรนิยามด้วยว่า สมัชชาสุขภาพ นำไปสู่ชุมชนเข้มแข็งอย่างไร ในมิติไหนบ้าง

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
2	ความก้าวหน้าของพื้นที่ต้นแบบ	สสส.	เสนอให้เป็นตัวชี้วัดมาตรการ
มาตรการ 2 การสร้างชุมชนเข้มแข็ง (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 2)			
1	ร้อยละภาคีเครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินการจัดการชุมชน	สธ. ระบบรายงาน ผลการประเมิน ภาคีเครือข่าย	แหล่งที่มาของข้อมูลคือ กรมสนับสนุนบริการ
2	ร้อยละการใช้งบประมาณ กองทุนตำบล ทั่วประเทศ หรือแยกราย จังหวัด (สปสช+อปท.)	สปสช.	ใช้ค่านิยามชื่อกองทุน กองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นที่
เป้าหมาย 3 ระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อคนทุกกลุ่ม			
1	ร้อยละการเข้าถึงบริการ P&P รายจังหวัด เปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า	สปสช หรือ HSIU	แนะนำว่าหากจะติดตามสถานการณ์ ในระดับประเทศ ควรใช้ข้อมูลระดับประเทศ และระบุข้อมูลบริการที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนว่าหมายถึงบริการอะไร เป้าหมายนี้ กลไกที่ทำให้เกิดบริการ PP ในระบบสุขภาพ จาก บุคคลในชุมชน และปฐมภูมิหรือ ว่า เป็น เป้าหมาย เป็นผลลัพธ์การให้บริการไปแล้ว หรือ หมายถึงกลไก การส่งต่อ การทำงานร่วมกับ อสม.

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
			ถ้าสามารถดูจำนวน อสม. ได้ อาจใช้เป็นตัวชี้วัด เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ และคัดกรองโรค ในชุมชนที่สำคัญเลย
มาตรการ 4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีความสำคัญกับประชาชนเป็นศูนย์กลาง (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 3)			
1	จำนวนบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ	ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ สธ. + ข้อเสนอให้มีการรวบรวมข้อมูลบุคลากรของ รพ. สต.ถ่ายโอน)	ตัวชี้วัดเรื่องจำนวน จะนำไปสู่การขับเคลื่อนอย่างไร จำนวนบุคลากรสุขภาพ หมายถึงใครบ้าง เป็นวิชาชีพ หรือ ไม่ใช่ วิชาชีพ หรือ มองถึง 3 หมอ และความครบถ้วนอาจจะทำให้เห็นภาพได้ มีคำสำคัญว่า ทันสมัย และ PP จะหมายถึงอะไรยากให้นิยามให้ชัดเจน เช่น การเชื่อมต่อข้อมูล ส่งต่อคนไข้ได้ หรือระบบในพื้นที่เป็น device บางอย่างแล้วกระตุ้นการสร้างเสริมสุขภาพได้เช่น app ก้าวทำใจ อาจสอบถามกับ สธ. ว่ามีระบบข้อมูล หรือตัวชี้วัดในลักษณะนี้หรือไม่ เราจะรายงานข้อมูลได้อย่างไร และ จะตั้งเป้าอย่างไรถึงจะเรียกว่าทำได้ดีแล้ว หรือ ต้องพัฒนาต่ออีก ตัวชี้วัดเดิม ที่มาจาก สสส. จากตัวชี้วัดชุดที่ 1 มาจากพื้นที่ที่เป็นเครือข่าย กับสสส. เท่านั้น หากจะใช้ตัวชี้วัดของสสส. อาจเอามาเป็นตัวชี้วัดประกอบ แต่ไม่เหมาะจะใช้เพียงตัวเดียว

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
2	งบประมาณ P&P ของสปสช.	สปสช.	ไม่มีความคิดเห็น
เป้าหมาย 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
1	อัตราความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ของประชาชน	กรมอนามัย	การเลือกใช้ตัวชี้วัด จากกรมอนามัย จะย้อนแย้งกับ คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ที่อยากให้เห็นภาพรวมระดับประเทศหรือไม่ วัดโดยประชาชนอายุมากกว่า 15 ปี ประเทศไทยอาจจะมองข้อมูลว่าดี แต่ความเสี่ยงด้านสุขภาพ มันดีอย่างที่คะแนน HL หรือไม่ ตัววัดหนึ่งที่ต้องนำมาวัดคือ เรื่องพฤติกรรมเปลี่ยนหรือไม่ protective factor สูงขึ้นหรือไม่ สสส. มี working model ที่ไม่ได้โยง HL กับ การเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากคนที่รู้จริงแต่ไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม แต่ปัจจัยสิ่งแวดล้อม น่าจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่า เสนอให้มีการพัฒนาตัวชี้วัดที่สะท้อนกลไก ที่ทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
มาตรการ 3 การสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคล การพัฒนาทักษะ และองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (เชื่อมโยงกับเป้าหมายที่ 4)			
1	จำนวนหน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ที่จัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม	กรมอนามัย	ถ้ายังคงไว้ ตัวชี้วัด ของ สปส. มีตัวชี้วัดระดับหน่วยงานหรือไม่ ถ้าเป็นของ กรมอนามัย จะมี setting สถานพยาบาล วัด

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
			พิจารณา หน่วยงานที่พัฒนาทักษะ เป็นตัวชี้วัดอื่นด้านมาตรการเพิ่มเติม เสนอตัวชี้วัดที่เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ บริโภคแอลกอฮอล์ ซึ่งมีการเก็บข้อมูลอยู่แล้ว และวัดได้
2	ช่องทางสื่อสารบนดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้สื่อเพื่อสุขภาวะรวมทั้งเฝ้าระวังสื่อและข้อมูลสุขภาพ	สสส.	ถ้าเป็น application Persona health เพื่อส่งกลับให้กับประชาชน เป็น ช่องทางส่งต่อ ส่วนที่เก็บมาได้ น่าจะเป็นผู้เข้าใจของกรมอนามัยก็จะมี platform ของก้าวทำใจ ควรเชื่อมโยงกับ เป้าหมายและมาตรการ เฉพาะประเด็นตั้งแต่ต้น เช่น เป็นนโยบายด้านใด แล้วมันจะนำไปสื่อสารกับประชาชนหรือไม่ในข้อนี้ ปัญหาคือจะนับรวมกันอย่างไร อาจนับจากประเด็นที่เป็นหลังอิงใหญ่ๆ และตรงกับนโยบายของสส.
เป้าหมาย 5 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เพิ่มเติมจากที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2567)			
1	อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศต่อแสนประชากร	กรมอนามัย	ตัวชี้วัดนี้ไม่เคยถูกกล่าวก่อนหน้านี้มาก่อน ยังคงติดกับรายประเด็นอยู่ โดยหากจะยกประเด็นเด่น เสนอประเด็น ปัญหาอุบัติเหตุ, การ early detection มะเร็ง ซึ่งจะ ช่วยชีวิตคนได้มากเลย หากเลือก ประเด็นเฉพาะ จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับ เป้าหมาย และ มาตรการ ด้านหน้าด้วย

	ตัวชี้วัด	ที่มาของข้อมูล	ความคิดเห็น
			เสนอให้ เลือกใช้ life expectancy และ YLL เป็นตัวชี้วัดระดับเป้าหมาย และเอาตัวชี้วัดเชิงประเด็น เป็นตัวชี้วัด ระดับมาตรการ
2	อัตราป่วยด้วยโรค NCD เบาหวาน ความดัน		NCD ควรยุบเป็นตัวเดียว ไม่ต้องแยกประเด็น และนิยามว่ารวมอะไรบ้าง
3	อัตราตายด้วยโรค NCD เบาหวาน ความดัน		NCD ควรยุบเป็นตัวเดียว ไม่ต้องแยกประเด็น และนิยามว่ารวมอะไรบ้าง