



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ”

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ปฐมา สตะเวทิน
ผู้อำนวยการหลักสูตรนิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารการตลาดดิจิทัล
คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

บทคัดย่อ

“องค์ความรู้ด้านสุขภาพ/การดูแลสุขภาพเกิดขึ้นจากการก่อรูปทางสังคม และการจัดการความรู้โดยแท้จริงแล้วเป็นกระบวนการเชิงสร้างสรรค์ซึ่งเป็นไปบริบทที่เกิดขึ้น โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะมีปฏิริยาตอบโต้กันและกันทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม-ความรู้ที่เกิดขึ้น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้กระบวนการนี้ประสบความสำเร็จ และ/หรือล้มเหลวมาจากโครงสร้างทางสังคม (Social Structure) ตรรกะขององค์การ (Institutional Logic) และการดำเนินการทางการเมือง (Political Action) การก่อรูปเชิงสังคม-ความรู้ขององค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพถือเป็นพื้นฐานของปรากฏการณ์ ปัญหา และโครงการด้านการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นในวงกว้าง ตั้งแต่การออกแบบเทคโนโลยี บริการดูแลสุขภาพไปจนถึงการปฏิรูปการให้บริการสาธารณสุข”

Zhu (2007)

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินการรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ 1) รวบรวมตัวชี้วัดที่ได้มาจากการนำเสนอขององค์การ และ/หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง พร้อมข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ 2) เพื่อรวบรวมตัวชี้วัดที่อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว และได้มาจากการนำเสนอขององค์การและ/หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง 3) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ 4) เพื่อนำเสนอตัวชี้วัดตามกรอบโมเดลการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ และ 5) เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายได้ กล่าวคือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 SDGs และแนวทาง Health in All Policies โดยมุ่งหวังให้เกิดความยั่งยืนทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมในท้ายที่สุด

ทั้งนี้ การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” เกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ การเก็บแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณ การประชุมรับฟังความคิดเห็นจากคณะกรรมการ ภาคีเครือข่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดเบื้องต้นที่สอดคล้องกับตามเป้าหมายและมาตรการตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การสร้าง “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ให้เกิดขึ้นกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หลังจากนั้น เมื่อได้รับข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 19 ตัวชี้วัด จึงได้นำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์และเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาตัวชี้วัดที่มีความชัดเจน ถูกต้อง เทียบตรง สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และสามารถวัดและประเมินผลทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพ ตลอดจนสอดคล้องกับแนวทางในการดำเนินงานและปฏิบัติงานขององค์การและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องได้ ซึ่งจากรายละเอียดและข้อมูลต่างๆที่ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอาจต้องทบทวนการพัฒนาตัวชี้วัด โดยอาจพิจารณาจากหลากหลายมิติ ตลอดจนความ

เข้าใจถึงปัญหาและความท้าทายใน “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ที่องค์กรและ/หรือหน่วยงานต้องเผชิญ ประกอบด้วย 4 ปัญหาและความท้าทายที่สำคัญ คือ 1) วัฒนธรรมองค์กร (Organisational Culture) 2) ความเป็นปัจเจกบุคคล และความเป็นมนุษย์ (Individuals and Humans) 3) เทคโนโลยีและข้อมูล (Technology and Data) และ 4) ระบบและกระบวนการ (System and Process)

ในการนี้ ผู้จัดทำได้นำเสนอกรอบแนวคิดอีกมุมหนึ่ง โดยนำกรอบแนวคิดการจัดการความรู้ของ Van Aalst (2009 อ้างใน Ni, 2016) ที่ได้กล่าวถึงการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ โดยแบ่งการเรียนรู้โดยตั้งใจ (Intentional Learning) เป็นทั้งหมด 3 ระดับ กล่าวคือ ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) ระดับที่ 2 การสร้างความรู้ (Knowledge Construction) และระดับที่ 3 การสร้างความรู้ที่ก้าวหน้าทางความรู้ (Knowledge Creation) โดยผู้จัดทำได้ทำการเชื่อมโยงกับมาตรการ และเป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และเป้าหมายสูงสุด คือการที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการเป็นสำคัญ โดยมีรายละเอียดคือ ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้เชื่อมโยงกับมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับองค์กร ระดับที่ 2 การสร้างความรู้เชื่อมโยงกับเป้าหมายธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งคือระดับของประชาชน และระดับที่ 3 การสร้างความรู้ที่ก้าวหน้าทางความรู้ โดยเชื่อมโยงกับเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ” ซึ่งถือเป็นระดับพลเมือง ทั้งนี้ ผู้จัดทำได้ทำการทบทวนวรรณกรรมในแต่ละระดับ เพื่อสะท้อนให้เห็นปัจจัย กลไก และมาตรการ ตลอดจนตัวชี้วัดที่อาจนำมาใช้พัฒนาเป็นตัวชี้วัดให้กับหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ต่อไป

ในท้ายที่สุด ผู้จัดทำเล็งเห็นถึงความสำคัญของการทบทวนการกำหนดตัวชี้วัด และทรัพยากรสนับสนุนที่มุ่ง “เน้นผลลัพธ์” (Outcome/Impact-based) โดยควรมีหลักการ SMART (SMART Framework) กล่าวคือ ตัวชี้วัดต้องมีความเฉพาะเจาะจง (S-Specific) ตัวชี้วัดต้องสามารถวัดได้ (M-Measurable) ตัวชี้วัดต้องสามารถทำได้จริง (A-Achievable) ตัวชี้วัดต้องมีความสอดคล้อง (R-Relevant) และตัวชี้วัดต้องมีกรอบเวลา (Time-bound) กล่าวคือ ตัวชี้วัดจะต้องมีการกำหนดกรอบเวลาให้มีความชัดเจน โดยจะต้องมีการวัด ติดตาม และประเมินผลตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ เพื่อให้สามารถเห็นถึงความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำสเปคตัวชี้วัดแบบครบวงจร (Indicator Passport) การจัดทำ Sandbox ตัวชี้วัด (Indicator Sandbox) และการจัดทำข้อมูลที่สามารถร่วมกันทำงานได้ เพื่อให้ข้อมูลสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างราบรื่น และมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด

Abstract

“Healthcare knowledge is social constructs and the management of it is essentially context specific, constructive processes via which concerned actors interact with each other so as to accomplish socio-cognitive changes. Critical factors shaping these processes include social structure, institutional logic, and political action. The socio-cognitive construction of healthcare knowledge underlies broad ranges of healthcare phenomena, issues, and programs, from designing healthcare technology to reforming healthcare service”

Zhu (2007)

The preparation of the report on the Thai health system situation, in the section “Creation and Dissemination of Health Knowledge,” by “Subcommittee on the Development of Indicators, Monitoring, and the Preparation of the Thai Health System Situation Report: Creation and Dissemination of Health Knowledge, has been carried out with the aim of reporting on the situation of the Thai health system in this specific domain. The objectives are as follows: 1) To compile indicators derived from presentations by relevant organizations and/or agencies, along with recommendations from network partners and experts specializing in indicator development and in the creation and dissemination of knowledge; 2) To compile indicators that may be useful for further development of existing indicators, also obtained from presentations by relevant organizations and/or agencies; 3) To analyze problems and challenges in the creation and dissemination of health knowledge; 4) To propose indicators in line with the model/framework for the creation and dissemination of knowledge; and 5) To present policy recommendations that will help achieve the targeted health system situation, namely a “equitable health system,” in accordance with the Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017), the National Strategy B.E. 2561–2580 (2018–2037), the 13th National Economic and Social Development Plan, the SDGs, and the Health in All Policies approach, with the ultimate aim of achieving sustainability in health, the environment, the economy, and society.

The preparation of the health system status report under the category “Knowledge Creation and Dissemination in Health” was based on data collected from the Subcommittee on Indicator Development, Monitoring, and Reporting of the Thai Health System — specifically for the category of knowledge creation and dissemination in health. Data were gathered through questionnaires to obtain quantitative information, stakeholder consultation meetings with committee members and related network partners, and expert input, among other methods. The purpose was to define

preliminary indicators aligned with the goals and measures of the National Health System Charter (3rd edition, B.E. 2565/2022). The main objective is to build an “equitable health system” for stakeholders. After receiving a set of 19 indicators, these were analyzed and additional comments were provided to guide the development of indicators that are clear, accurate, reliable, practically implementable, and measurable both quantitatively and qualitatively, and that align with the operational approaches and work practices of the relevant organizations and agencies. Based on the details and data obtained, it is essential for the Office of the National Health Commission to review indicator development, considering multiple dimensions and a deep understanding of the problems and challenges in “knowledge creation and dissemination in health” that organizations and/or agencies face. These include four major problems and challenges: 1) Organisational culture; 2) Individuals and human factors; 3) Technology and data; and 4) Systems and processes.

In this regard, the author proposes an additional conceptual framework by drawing on Van Aalst’s (2009, cited in Ni, 2016) knowledge management framework, which discusses the creation and dissemination of knowledge and divides intentional learning into three levels: Level 1 – Knowledge Sharing, Level 2 – Knowledge Construction, and Level 3 – Knowledge Creation. The author then links this framework to the measures and goals set out in the 3rd National Health System Charter B.E. 2565 (2022), whose ultimate aim is that “people enjoy good health as a result of well-managed health knowledge.” The linkage can be described as follows: Level 1: Knowledge Sharing** is connected to the measures under the 3rd National Health System Charter and is considered to be at the organizational level; Level 2: Knowledge Construction is linked to the goals of the 3rd National Health System Charter and is considered to be at the people/community level; and Level 3: Knowledge Creation (advancement of knowledge) is linked to the overarching goal that “people enjoy good health as a result of well-managed health knowledge,” which is regarded as the citizen level. The author has reviewed the literature at each level in order to reflect the factors, mechanisms, and measures, as well as the indicators that may be used to develop indicators for the National Health Commission Office under the category of “Creation and Dissemination of Health Knowledge” in the future.

Ultimately, the author recognises the importance of reviewing the formulation of indicators and supporting resources that focus on “outcomes/results” (Outcome/Impact-based), which should be grounded in the SMART principles (SMART Framework). That is, indicators must be Specific (S), Measurable (M), Achievable (A), Relevant (R), and Time-bound (T). In other words, indicators must have a clearly defined timeframe, with measurement, monitoring, and evaluation conducted within the specified periods so that progress and changes can be observed. In addition, there should be the development of a comprehensive indicator specification (Indicator Passport), the creation of an

Indicator Sandbox, and the preparation of interoperable data so that information can be seamlessly linked and used with maximum effectiveness and efficiency.

บทสรุปผู้บริหาร

สุขภาพของประชาชนถือเป็นเป้าหมายสูงสุดหนึ่งของประเทศ กล่าวคือ หากประชาชนมีสุขภาพดี ย่อมสามารถขับเคลื่อนความก้าวหน้า และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศได้ ในขณะที่เดียวกัน ยังเป็นการสะท้อนศักยภาพ และความสามารถในการบริหารจัดการประเทศของผู้มีอำนาจ และองค์กร และ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้

ภายใต้กรอบการสนับสนุนของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และ SDGs Goals ตลอดแนวทาง Health in All Policies (HiAP) โดยภาพรวมมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศจะต้องมี “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” โดยการสร้างระบบที่มี “ความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว ปรับเปลี่ยน คงอยู่ได้ พื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว และเป็นระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล” โดยการขับเคลื่อนกรอบ “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ควรได้รับการขับเคลื่อนโดยหลักการ Setting (S) – Accountability (A) – Monitoring (M) เป็นสำคัญ ในอันที่จะเป็นไปตามเจตนารมณ์และเป้าหมายดังกล่าว ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25(5) และมาตรา 27(3) ซึ่งได้กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่และอำนาจสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการแห่งพระราชบัญญัตินี้ และเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเหตุผลดังกล่าวในอันที่จะนำไปสู่เป้าหมายแห่ง “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ในระยะ 5 ปี ทั้งนี้ องค์ประกอบหนึ่งของการขับเคลื่อนให้เกิดระบบสุขภาพที่เป็นธรรม จำเป็นที่ประชาชนจะต้องมีองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกัน ในการติดตาม และประเมินผลองค์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน จำต้องมีการพัฒนาตัวชี้วัดในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ จึงเกิดเป็นการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ”

ในรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” นี้มีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

- 1) รวบรวมตัวชี้วัดที่ได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้
- 2) เพื่อรวบรวมตัวชี้วัดที่อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว และได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 3) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- 4) เพื่อนำเสนอตัวชี้วัดตามกรอบโมเดลการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้
- 5) เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ทั้งนี้ ผู้จัดทำได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดเรื่องการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ โดยตั้งอยู่บนหลักการของ Van Aalst (2009 อ้างใน Ni, 2016) ประกอบด้วย **ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ (Knowledge**

Sharing) ระดับที่ 2 การสร้างความรู้ (Knowledge Construction) ระดับที่ 3 การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ เป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการพัฒนาและเสนอแนะตัวชี้วัดในรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” นี้ นอกจากนั้น ผู้จัดทำยังได้นำเสนอแนวคิดเรื่องตัวชี้วัด และแนวคิดเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพในประเทศไทย เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงหลักคิดสำคัญในการพัฒนาตัวชี้วัด และสถานการณ์และบริบทด้านองค์ความรู้ของประชาชนในประเทศไทย

ในส่วนของระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน ดำเนินงานภายใต้ 3 วิธีการหลัก ได้แก่ การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) การเก็บแบบสอบถาม (Questionnaire-Based Survey) จากภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดที่องค์กร และ/หรือหน่วยงานนำเสนอ และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ (Expert Input/Advice) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ หลังจากนั้น ผู้จัดทำได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำไปสู่การนำเสนอร่างตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ต่อไป

จากการรวบรวมข้อมูลที่ได้จัดทำได้จากคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ พบข้อมูลดังนี้ การนำเสนอตัวชี้วัดจากองค์กร และ/หรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย และมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยมีตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมาย 8 ตัวชี้วัด และสอดคล้องกับมาตรการ 11 ตัวชี้วัด รวมจำนวน 19 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 จำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดจำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร 2) ตัวชี้วัดจำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ 3) ตัวชี้วัดจำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ โรคติดเชื้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ 4) ตัวชี้วัดขีดความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ การป้องกัน การตรวจจับ การตอบสนองรับมือ ระบบสาธารณสุข ค่านิยมและมาตรฐาน และภาพรวมของความเสี่ยง 5) ตัวชี้วัดสัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ 6) ตัวชี้วัดสัดส่วนของงานวิจัยที่มาจากข้อเสนอของภาคประชาชน 7) ตัวชี้วัดจำนวนงานวิจัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการเองเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ 8) ตัวชี้วัดแนวโน้มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะสามารถสร้างและจัดการความรู้ได้เอง

2. ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับมาตรการตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 จำนวน 11 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดจำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค 2) ตัวชี้วัดจำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบ

ด้วย 3) ตัวชี้วัดจำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ 4) ตัวชี้วัดจำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค 5) ตัวชี้วัดจำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย 6) ตัวชี้วัดที่ 2.6 จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ 7) ตัวชี้วัดการมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ เช่น หมอพร้อม, Health Data Center (HDC), NRIIS 8) ตัวชี้วัดการมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ที่เชื่อมโยงข้อมูลกันได้ และแก้ปัญหาของประชาชนได้ 9) ตัวชี้วัดสัดส่วนงบประมาณด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพต่องบประมาณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ด้านสุขภาพ 10) ตัวชี้วัดจำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) ด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยา ที่อยู่ในส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพ 11) ตัวชี้วัดจำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ในด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยาที่มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของไทย

หลังจากนั้น ทางคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ได้ดำเนินการเก็บแบบสอบถาม โดยพบว่า ภาศิเครือข่ายเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมทั้งหมด 5 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย 1) แนวคิดหลักเรื่อง “ตัวชี้วัด” และการวัดผล/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 2) การคำนึงถึงบริบท พื้นที่ และปัญหาจริงของประชาชน 3) ความพร้อมของบุคลากร ภาระงาน และงบประมาณ 4) การมีส่วนร่วมของประชาชน เครือข่าย และการทำงานร่วมกัน และ 5) ระบบข้อมูล เทคโนโลยี และธรรมาภิบาลความรู้ ในขณะที่ด้วยกันภาศิเครือข่ายยังได้นำเสนอตัวชี้วัดเพิ่มเติม 5 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ใช้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดหลัก 2) เน้นองค์ความรู้เชิงปฏิบัติและการใช้งานจริง 3) ความพร้อมของระบบ ข้อมูล และบุคลากรในพื้นที่ 4) การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนเชิงสุขภาพ และ 5) การบริหารจัดการ ความยั่งยืน และประสิทธิภาพของระบบความรู้/ข้อมูล

ในขณะเดียวกัน ประเด็นที่ได้รับจากการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ พบว่า 1) ควรแยกความแตกต่างของตัวชี้วัดในระดับ Input Process Output Outcome และ Impact ให้มีความชัดเจน และออกแบบให้สะท้อน “ระบบสุขภาพที่ดี” ได้จริง มิใช่เป็นเพียงตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นการวัดทรัพยากรหรือกิจกรรมเท่านั้น 2) กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพควรพิจารณา 2 ระดับ กล่าวคือ ระดับส่วนกลาง และระดับท้องถิ่น และพื้นที่ 3) ระเบียบวิธีวิจัยไม่ควรอ้างอิงจากแบบสอบถาม และ/หรือการรับฟังความคิดเห็นเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องพัฒนากรอบความคิด (Conceptual Design) ให้ชัดเจน และ/หรืออาจมีการนำวิธีการ Delphi โดยดำเนินการกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในด้าน Outcome 4) ควรมีการกำหนดนิยามเชิงคุณภาพ วิธีการวัด และค่าเป้าหมาย Baseline-Endline ให้มีความชัดเจนทั้งในเชิง Outcome และ Process และ 5) ตัวชี้วัดหลายข้อยังไม่สามารถสะท้อนเป้าหมายและมาตรการที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดที่นำมาเสนอเป็นเพียงการวัดทรัพยากร (Resources) และ/หรือ Input มากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ประกอบกับยังต้องพิจารณาและให้ความสำคัญกับปัจจัย 4 ปัจจัยสำคัญซึ่งสร้างความท้าทายในการ

สร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) วัฒนธรรมองค์การ 2) ความปัจเจกบุคคล และความเป็นมนุษย์ 3) เทคโนโลยีและข้อมูล และ 4) ระบบและกระบวนการเป็นสำคัญ

ทั้งนี้ ในการพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ในการติดตามสถานการณ์ ปัจจุบันมีเพียงตัวชี้วัดตามเป้าหมาย 3 ตัวชี้วัด ที่มีแหล่งข้อมูลและมีการติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ ตัวชี้วัดจำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร ตัวชี้วัดจำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570) และตัวชี้วัดจำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ โรคติดเชื้อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ โดยทั้ง 3 ตัวชี้วัดมีสถานการณ์ ความท้าทายและช่องว่าง ดังนี้

เมื่อพิจารณาและวิเคราะห์สถานการณ์ที่ได้ติดตามตัวชี้วัด 4 ข้อ ได้แก่ จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570) จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ พบว่า ได้มีการกำหนดเป้าหมายและหน่วยงานที่รับผิดชอบไว้ได้อย่างชัดเจน และขีดความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ

อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัด 4 ข้อดังกล่าวยังมีปัญหาและช่องว่างหลากหลายมิติ โดยมีรายละเอียดสังเขปดังนี้ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร พบว่า นักระบาดวิทยา 3.96 คน ต่อประชากร 200,000 คน บรรลุเป้าหมาย (นักระบาดวิทยาทั้งหมดจำนวน 1,307 คน ต่อจำนวนประชากรประเทศไทยทั้งหมด 61,951,210 คน) มีจังหวัดที่ไม่ผ่าน คือ ปทุมธานี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรปราการ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากปัจจัยด้านการกระจายบุคลากรที่ไม่เท่าเทียมกันและไม่เป็นอย่างสมดุล ปัจจัยด้านความหนาแน่นของประชากรที่อาจเกิดขึ้นจากการย้ายถิ่นชั่วคราว ปัจจัยด้านจำนวนของบุคลากร ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ปัจจัยด้านงบประมาณ และปัจจัยด้านเทคโนโลยี

ในส่วนของผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570) พบว่า เกิดความล่าช้าในการผลิตนวัตกรรมเทคโนโลยีต้นแบบในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่กำหนดไว้ จำนวนนวัตกรรมเทคโนโลยีต้นแบบที่นำเสนอขึ้นเป็นเพียงการนำเสนอในมิติของจำนวน กล่าวคือ จำนวนชิ้น/ต้นแบบ/รายการเท่านั้น แต่ยังไม่ได้มีการรายการมิติที่สามารถพิสูจน์ได้ว่า นวัตกรรมเทคโนโลยีต้นแบบเป็น “ระบบ” “สมัยใหม่” “มีประสิทธิภาพ” “มีประสิทธิผล” “สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกนำมาใช้” และ “ประชาชนเข้าถึงบริการ” ได้ โดยต้องคำนึงถึงด้วยว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง และยังขาดการพิจารณาในประเด็นเรื่องความยั่งยืน ทั้งทางด้านมนุษย์

(People) ด้านความคุ้มค่าในเม็ดเงินที่ลงทุนไป (Profit) และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น และด้านสิ่งแวดล้อม/โลก (Planet)

เมื่อพิจารณาถึงผลการดำเนินงานตัวชี้วัดจำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ คือ ความเชื่อมโยงกับ 6 Building blocks of Health System ที่กำหนดไว้อย่างไร

ในขณะที่ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดขีดความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ พบว่าขาดมิติด้านความต่อเนื่อง ขาดมิติด้านท้องถิ่น มิติการขาดความสอดคล้องกับทรัพยากรของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และมิติการพึ่งพาตัวชี้วัดจากหน่วยงาน/องค์การภายนอกมากเกินไป

นอกจากนั้น ผู้จัดทำได้ศึกษาและนำเสนอตัวชี้วัดจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และดำเนินการทบทวนเกี่ยวกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ จำนวนทั้งสิ้น 19 บทความ ที่เกี่ยวข้องกันตามกระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ โดยหลักการของ Van Aalsyt (2009 อ้างใน Ni, 2016) ในแต่ละระดับ ประกอบด้วยระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ ซึ่งผู้จัดทำเทียบเคียงกับมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการแบ่งปันความรู้เกิดขึ้นจากปัจจัยในระดับองค์การ ซึ่งถือเป็นกลไกขับเคลื่อนไปสู่ระดับที่ 2 คือการสร้างความรู้ ซึ่งผู้จัดทำเทียบเคียงกับเป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 อันเป็นระดับที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาและต่อยอดไปสู่ระดับที่ 3 การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ กล่าวคือ การบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ” ซึ่งผู้จัดทำมองว่าคือระดับพลเมือง จากการวิเคราะห์บทความ 19 บทความดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำได้นำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์มาพัฒนาเป็นตัวชี้วัด โดยมี AI-assisted Tools เป็นผู้ช่วยในการนำเสนอตัวชี้วัด โดยอยู่ภายใต้การพิจารณาและตัดสินใจของผู้จัดทำตามหลักของ New Economics Foundation (2000, อ้างใน UNAIDS, n.d.) ซึ่งประกอบด้วยสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง (Action focused) มีความสำคัญ (Important) สามารถนำมาใช้ในการวัดได้ตามระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน และสามารถนำมาใช้จริงได้ในทางปฏิบัติ (Measurable) และมีความเรียบง่าย (Simple) ผสมผสานกับหลักการ SMART (SMART Framework) (Luli, n.d.) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดต้องมีความเฉพาะเจาะจง (S-Specific) ตัวชี้วัดต้องสามารถวัดได้ (M-Measurable) ตัวชี้วัดต้องสามารถทำได้จริง (A-Achievable) ตัวชี้วัดต้องมีความสอดคล้อง (R-Relevant) และตัวชี้วัดต้องมีกรอบเวลา (Time-bound)

ทั้งนี้ ขอนำเสนอร่างตัวชี้วัดที่ผู้จัดทำขอเสนอในแต่ละระดับ ดังต่อไปนี้

1. มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ตัวอย่างร่างตัวชี้วัด เช่น มิติด้านวัฒนธรรมองค์การที่เอื้อต่อการแบ่งปันความรู้ กล่าวคือ ร้อยละของบุคลากรที่เห็นด้วยกับข้อความ เช่น “วัฒนธรรมองค์การสามารถช่วยส่งเสริมการแบ่งปันความรู้” มิติด้านความไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัยในการแบ่งปันความรู้ กล่าวคือ ร้อยละของบุคลากรที่รู้สึกปลอดภัยในการแบ่งปันความรู้ โดยไม่ต้องกลัวว่าจะได้รับ

ข้อเสนอแนะในเชิงลบ มิติการสนับสนุนจากผู้นำในการแบ่งปันความรู้ กล่าวคือ ร้อยละของบุคลากรที่เห็นด้วยว่า ผู้นำองค์กรส่งเสริมและเป็นแบบอย่างในการแบ่งปันความรู้ และร้อยละของโครงการหรือกิจกรรมในการแบ่งปันความรู้ที่ริเริ่มโดยผู้บริหาร และ/หรือผู้ปฏิบัติงานในแต่ละปี มิติด้านความเพียงพอของทรัพยากรที่เอื้อต่อการแบ่งปันความรู้ กล่าวคือ ร้อยละของบุคลากรที่รายงานถึงความเพียงพอทางด้านเวลา เครื่องมือ และการสนับสนุนเชิงทรัพยากรในการแบ่งปันและใช้ความรู้ในการทำงานของตนเอง มิติด้านการแลกเปลี่ยนความรู้ข้ามหน่วยงานและ/หรือภาคส่วน กล่าวคือ ร้อยละของกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมมากกว่าหนึ่งหน่วยงาน และ/หรือเกิดการบูรณาการข้ามภาคส่วน มิติด้านการใช้แพลตฟอร์มแบ่งปันความรู้ทั้งออนไลน์และออฟไลน์ กล่าวคือ ร้อยละของแพลตฟอร์มที่ยังใช้งานอยู่ และร้อยละของแพลตฟอร์มแต่ละประเภทที่ใช้งานอยู่ มิติด้านความถี่ของการแบ่งปันความรู้ในองค์กร/หน่วยงาน กล่าวคือ ร้อยละกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ต่อไตรมาส และมิติด้านอัตราการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้ กล่าวคือ ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งปันความรู้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส เป็นต้น

2. เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ตัวอย่างรางวัลชีวิต เช่น มิติด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างความรู้ กล่าวคือ ร้อยละของกิจกรรมการสร้างความรู้ที่มีตัวแทนชุมชน/ภาคประชาชนเข้าร่วมในการออกแบบเนื้อหาและ/หรือกระบวนการ โดยไม่ได้วัดเพียงแค่การเข้าร่วมกิจกรรม และ/หรือโครงการเท่านั้น และร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการต่อปีที่อยู่ในรูปแบบของ “การร่วมออกแบบ/ร่วมตัดสินใจ” (Co-creation or co-design activities/projects) กับชุมชนและ/หรือภาคประชาชน มิติด้านความเข้มข้นของ “การสนทนาแลกเปลี่ยน และการสะท้อนความคิด” ในกระบวนการสร้างความรู้ กล่าวคือ ร้อยละของกิจกรรมการสร้างความรู้ที่มีการสนทนาแลกเปลี่ยน และการสะท้อนความคิด (Reflection session) อย่างเป็นทางการและ/หรือไม่เป็นทางการ และร้อยละของจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อกิจกรรม และ/หรือโครงการที่ให้ชุมชน และ/หรือภาคประชาชนเข้าร่วมการสนทนา อภิปราย และสะท้อนความคิดเห็นร่วมกัน มิติด้านการนำองค์ความรู้ที่ร่วมสร้างไปใช้ในทางปฏิบัติ กล่าวคือ ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการนำองค์ความรู้/แนวทางแก้ปัญหาที่ร่วมสร้างไปใช้ในชีวิตประจำวัน และ/หรือในการทำงานกับชุมชน ภายในระยะเวลา 3-6 เดือนที่ผ่านมา มิติด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ กล่าวคือ ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการรายงานความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 1 พฤติกรรมสุขภาพหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม และ/หรือโครงการสร้างความรู้ มิติด้านการรับรู้ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้กับปัญหาจริง และร้อยละการรับรู้ของสมาชิกชุมชน และ/หรือภาคประชาชนว่าองค์ความรู้ที่ได้รับมาสามารถร่วมกันสร้าง และช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้ มิติด้านความต่อเนื่องและความยั่งยืนในกระบวนการสร้างองค์ความรู้ในชุมชน และ/หรือภาคประชาชน กล่าวคือ ร้อยละกิจกรรม และ/หรือโครงการต่อเนื่องที่มีการริเริ่มโดยสมาชิกชุมชน และ/หรือภาคประชาชนหลังจากการเข้าร่วมในกิจกรรม และ/หรือโครงการสร้างความรู้ และมีมติด้านความเป็นเจ้าของของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการสร้างความรู้ กล่าวคือ ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการในพื้นที่ที่ อสม. ปราชญ์ชาวบ้าน อปท. ได้ทำหน้าที่ในด้านการวางแผน และการดำเนินงาน เป็นต้น

3. ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ ตัวอย่างรางวัลชีวิต เช่น มิติด้านความคิดริเริ่ม และกิจกรรมที่ก่อให้เกิด “แนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่)” กล่าวคือ ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการด้านสุขภาพที่มีรายงานว่าเกิดเป็นแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ร้อยละของแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่)

ที่มาจากข้อเสนอของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ชุมชน และ/หรือภาคประชาชน ไม่ได้เกิดขึ้นจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว ร้อยละของข้อเสนอแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ที่ถูกนำเสนอโดยชุมชน และ/หรือภาคประชาชนต่อปี ร้อยละของแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ที่มีศักยภาพในการสามารถนำมาใช้จริงตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละของเวทีระดมสมอง (Innovation workshop / idea lab) ที่จัดร่วมกับชุมชน และ/หรือภาคประชาชน และผู้ปฏิบัติงานต่อไป และร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการที่เป็นกิจกรรม และ/หรือโครงการนำร่องที่นำไปทดลองใช้ในชุมชนต่อปี เป็นต้น

สารบัญ

บทคัดย่อ	2
Abstract	4
บทสรุปผู้บริหาร	7
สารบัญตาราง	15
สารบัญรูปภาพ	16
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญ	17
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	24
2.1 แนวคิดเรื่องการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้	24
2.2 แนวคิดเรื่องตัวชี้วัด	30
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย	34
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน	35
3.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)	35
3.2 การเก็บแบบสอบถาม (Questionnaire-Based Survey)	35
3.3 การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ (Expert Input/Advice)	36
บทที่ 4 ผลการวิจัย	38
4.1 การรวบรวมตัวชี้วัดที่ได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมวิธีการวัด เป้าหมาย แหล่งข้อมูล และรายละเอียดในการติดตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ ปัญหาและความท้าทาย วิเคราะห์หน่วยงาน/องค์กรในภาคส่วนต่างๆ วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้	38
4.2 การรวบรวมตัวชี้วัดที่อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว และได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง	88
4.3 การวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	156
4.4 การนำเสนอตัวชี้วัดตามกรอบโมเดลการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้	159
4.5 การนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้	171
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล	174
5.1 สรุปผลการวิจัย	174
5.2 การอภิปรายผล	188
5.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต	190
เอกสารอ้างอิง	191
ภาคผนวก	197

สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1	สรุปหลักแห่งศิลปะ (Pedagogical Principles)	29
ตารางที่ 2.2	สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด	32
ตารางที่ 4.1	สรุปตัวชี้วัดตามเป้าหมายตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมาตรการตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	39
ตารางที่ 4.2	ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และผลการสำรวจจากภาคีเครือข่ายต่อตัวชี้วัดที่ได้นำเสนอ	44
ตารางที่ 4.3	ตัวชี้วัดเพิ่มเติมโดยสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) และผลการสำรวจจากภาคีเครือข่ายต่อตัวชี้วัดที่ได้นำเสนอ	47
ตารางที่ 4.4	ตัวชี้วัดที่นำเสนอเพิ่มเติม/นำเสนอใหม่โดยหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง	50
ตารางที่ 4.5	ความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะในการพัฒนาตัวชี้วัด หมวด การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	57
ตารางที่ 4.6	วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	74
ตารางที่ 4.7	ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 35 ตัวชี้วัด	89
ตารางที่ 4.8	ตัวชี้วัดมาตรฐานเมืองสุขภาพดี	95
ตารางที่ 4.9	การวิเคราะห์ตัวชี้วัดของประเทศไทยใน 5 มิติ และตัวชี้วัดที่เร่งด่วนในการดำเนินการพัฒนา	121
ตารางที่ 4.10	ตัวชี้วัดต่างๆ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	124
ตารางที่ 4.11	รายละเอียดการนำเสนอตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ความรู้ โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)	144
ตารางที่ 4.12	วิเคราะห์และสรุปความเหมือนและความแตกต่างรายละเอียดตัวชี้วัด	150
ตารางที่ 4.13	การรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย และต่างประเทศ	160
ตารางที่ 4.14	ร่างตัวชี้วัดที่อาจนำมาใช้ในการพัฒนาและต่อยอดตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ”	168
ตารางที่ 5.1	สรุปผลการวิจัยจากการวิจัยเอกสาร การเก็บแบบสอบถาม และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญต่างๆที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	175
ตารางที่ 5.2	การเปรียบเทียบตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงานตามกรอบกระบวนการเรียนรู้โดย และการทบทวนวรรณกรรม	181
ตารางที่ 5.3	การวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ผู้จัดทำนำเสนอเกี่ยวกับหลักการการพัฒนาตัวชี้วัด	189

สารบัญรูปรูปภาพ

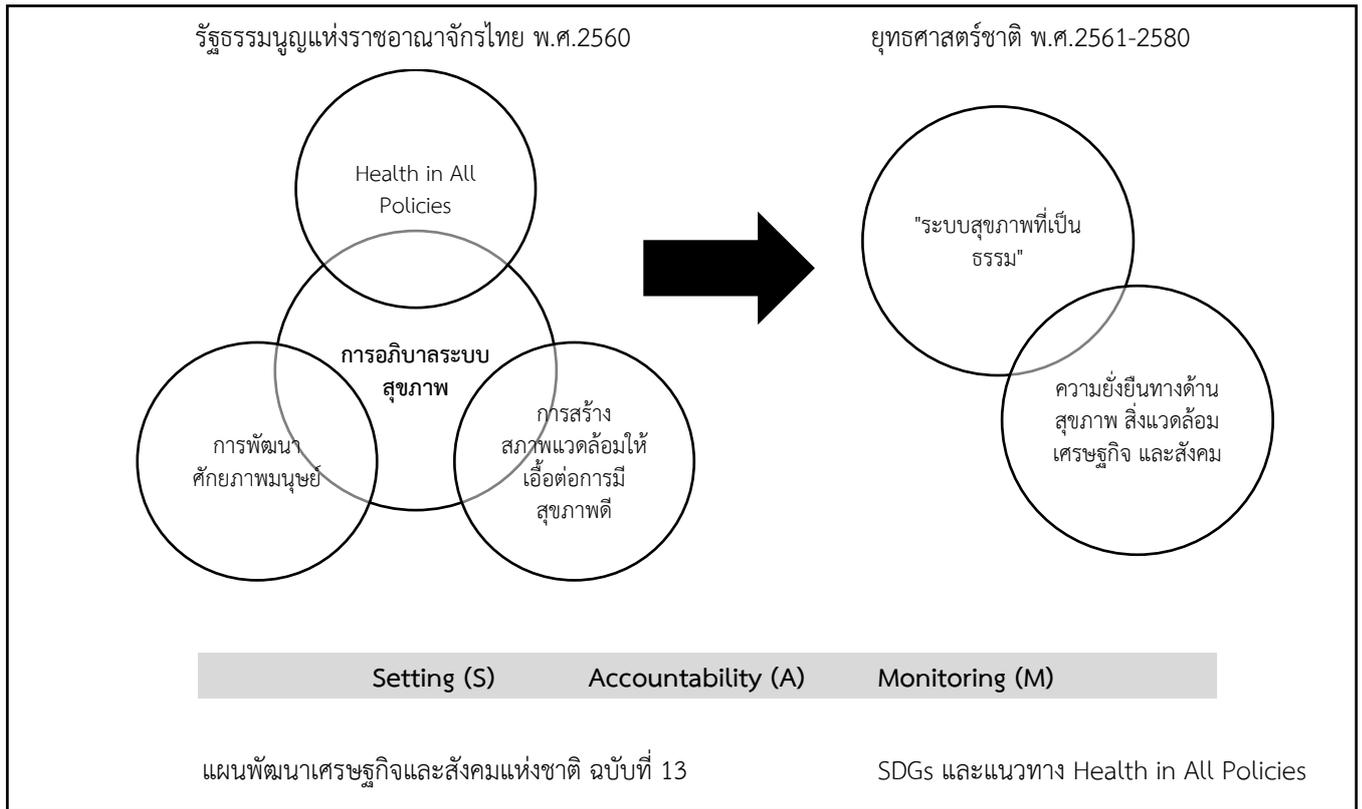
ภาพที่ 1.1 แนวคิดหลักเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพ” เพื่อนำไปสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และความยั่งยืน โดยมีกระบวนการ Setting (S) – Accountability (A) – Monitoring (M) เป็นกลไกการขับเคลื่อน	18
ภาพที่ 2.1 กระบวนการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ 4 รูปแบบ	24
ภาพที่ 2.2 กระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ	26
ภาพที่ 4.1 สรุปตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดของ OECD	120
ภาพที่ 4.2 องค์ประกอบของความปลอดภัยทางสุขภาพ (Health Security)	148
ภาพที่ 4.3 ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	156
ภาพที่ 4.4 กระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ เทียบเท่ากับระดับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ตามสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	159
ภาพที่ 4.5 การนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ	172
ภาพที่ 5.1 กระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ เทียบเท่ากับระดับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ตามสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	180

บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญ

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25(5) และมาตรา 27(3) ซึ่งได้กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีหน้าที่และอำนาจสำรวจ ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำเป็นรายงานหรือเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการแห่งพระราชบัญญัตินี้ และเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเหตุผลดังกล่าวในอันที่จะนำไปสู่เป้าหมายแห่ง “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ในระยะ 5 ปี สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจึงได้มีการพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่ได้รับการยอมรับร่วมกัน ทั้งนี้ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตาม ประเมินผล และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพของประเทศไทยให้เป็นระบบ และมีความต่อเนื่อง สามารถนำไปใช้ในการวางแผน และกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบาย ตลอดจนแผนปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ซึ่งจะช่วยในการปิดช่องว่างที่เกิดขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน ภาคี ภาคส่วน และประชาชนโดยภาพรวมทั้งหมด

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2566 และคูสรุปนพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานกรรมการ สนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนธรรมนูญ ฉบับที่ 3 (2565)) ได้เสนอคำนิยาม และคำจำกัดความของคำว่า “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ว่าหมายถึง “ระบบสุขภาพที่มุ่งให้เกิด “ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ” ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง คือ ภาวะที่ประชาชนกลุ่มต่างๆ ตลอดจนทุกช่วงวัย ไม่มีมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการแบ่งกลุ่มทางสังคม เศรษฐกิจ ลักษณะประชากร เชื้อชาติ ถิ่นที่อยู่อาศัย พื้นที่ หรือการเข้าถึงสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หากความแตกต่างนั้นๆ เป็นความแตกต่างที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้” ในขณะเดียวกัน นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ยังชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ในการก่อให้เกิด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” นั้นจำเป็นต้องใช้หลักการเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ซึ่งมุ่งเน้นการดำเนินงานใน 3 ส่วนหลัก เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มี “ความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว ปรับเปลี่ยน คงอยู่ได้ พื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว และเป็นระบบสุขภาพที่มีการดำเนินงานอย่างมีธรรมาภิบาล” โดยการขับเคลื่อนกรอบ “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ควรได้รับการขับเคลื่อนโดยหลักการ Setting (S) – Accountability (A) – Monitoring (M) เป็นสำคัญ

ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพให้ชัดเจน จึงขอเสนอแนวคิดหลักเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพ” เพื่อมุ่งไปสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ภายในระยะเวลา 5 ปี นำมาซึ่งการตอบโจทยความยั่งยืนทั้งทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมเป็นสำคัญ โดยดำเนินการภายใต้กรอบการสนับสนุนของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และ SDGs Goals และแนวทาง Health in All Policies (HiAP) และมีกระบวนการ Setting (S) – Accountability (A) – Monitoring (M) เป็นกลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญ



ภาพที่ 1.1 แนวคิดหลักเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพ” เพื่อนำไปสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และความยั่งยืน โดยมีกระบวนการ Setting (S) – Accountability (A) – Monitoring (M) เป็นกลไกการขับเคลื่อน

แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2566 และดูสรุปในณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา (2565)

จากภาพที่ 1 ตามแนวคิดและหลักการ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566 และดูสรุปในณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา, 2565) เพื่อให้เป้าหมาย “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และความยั่งยืนทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมจะสามารถเกิดขึ้นได้ในระยะเวลาที่กำหนดคือ ภายในระยะเวลา 5 ปีจำต้องที่จะต้องประยุกต์ใช้หลักการและแนวคิดเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพ” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลักทั้งหมด 3 ส่วน กล่าวคือ 1) การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และแนวทางที่มุ่งเน้นการสร้างนโยบายห่วงใยสุขภาพจากทุกภาคส่วน (Health in All Policies: HiAP) 2) การพัฒนาศักยภาพมนุษย์ และ 3) การให้ความสำคัญกับการสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยดำเนินการภายใต้กระบวนการ 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การที่ทุกภาคส่วนกำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อนำไปสู่เป้าหมายระบบสุขภาพที่เป็นธรรมในระยะเวลา 5 ปี (S-Setting) 2) การให้ความสำคัญกับคำว่า “ร่วมกัน” ได้แก่ การสร้างความเป็นเจ้าของร่วมกัน การดำเนินการและปฏิบัติงานร่วมกัน แม้ว่าแต่ละหน่วยงานอาจมีบทบาทหน้าที่ และภารกิจในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน แต่อาจมองเห็นถึงการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และการรับผิดชอบถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันจากการดำเนินการและปฏิบัติงาน (A-Accountability) และ 3) การติดตามและประเมินผลร่วมกันอย่างกันต่อเนื่อง ทั้งนี้จำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่อย่างชัดเจน (M-Monitoring) ทั้งนี้ เพื่อสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่ง

ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 และ SDGs และแนวทาง Health in All Policies (HiAP)

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การติดตามและประเมินผลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง โดยการกำหนดตัวชี้วัดทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่นอย่างชัดเจนเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญและจำเป็นในการผลักดันให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และนำไปสู่ความยั่งยืนทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมโดยภาพรวม โดย Roberton & Sawadogo-Lewis (2022) ได้ระบุว่า ผู้ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจำเป็นต้องทำอย่างยั่งยืนที่จะต้องทำการติดตามและประเมินผลโครงการต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้โครงการดังกล่าวเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในขณะเดียวกัน เพื่อตอบสนองกับความต้องการของประชาชน นอกจากนั้นแล้ว การติดตามและประเมินผลยังถือเป็นกลไกที่สำคัญที่องค์การทางด้านสุขภาพในต่างประเทศถือว่าเป็นเครื่องมือในการแสดงจุดยืนถึงความน่าเชื่อถือและการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานและการปฏิบัติงาน

ดังที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดไว้ว่า “มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560, หน้า 15)

ในขณะเดียวกัน ตาม “มาตรา 71 รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพและความสามารถสูง

รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำดังกล่าว...” (รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2560, หน้า 18)

ในส่วนของประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) ได้กำหนดความสำคัญของประเด็นสุขภาพไว้ตามตัวอย่างรายละเอียดดังนี้ “4.2.2 อุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ครบวงจร อาศัยความเชี่ยวชาญด้านบริการการแพทย์ของไทยเพื่อสร้างอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศเพื่อรองรับความต้องการใช้บริการการแพทย์ที่จะเพิ่มมากขึ้นทั้งจากสังคมผู้สูงอายุ และความต้องการการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นจากทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อนำไปสู่ศูนย์กลางอุตสาหกรรมและบริการการแพทย์ การผลิตอวัยวะเทียม การผลิตเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์การแพทย์ การผลิตเภสัชภัณฑ์ซึ่งรวมถึงชีวเภสัชภัณฑ์ และการให้บริการการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการส่งเสริมการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนไทย การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในบริการการแพทย์ เพื่อลดต้นทุนการรักษาพยาบาล ยกกระตือรือร้นให้บริการการแพทย์อย่างมีคุณภาพในระดับสากล

และสร้างความมั่นคงให้กับระบบสาธารณสุขของไทย พร้อมทั้งการเชื่อมโยงอุตสาหกรรมทางการแพทย์และบริการท่องเที่ยวเพื่อสุขภาพ เพื่อเป็นศูนย์กลางการส่งเสริมและดูแลสุขภาพและรักษาผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ” (ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580), 2561, หน้า 24-25)

นอกจากนั้นแล้ว รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (2560) ยังได้ระบุประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ โดยมีประเด็นหนึ่งที่ระบุถึงการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี โดยในรัฐธรรมนูญได้กำหนดสาระสำคัญของประเด็นดังกล่าวไว้ดังนี้ “4.5 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ครอบคลุมทั้งด้าน กาย ใจ สติปัญญา และสังคม มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบ ที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม” (หน้า 40) ทั้งนี้ประกอบด้วยรายละเอียดทั้งหมด 5 มิติสำคัญ ดังนี้ “4.5.1 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ โดยพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับความรู้ด้านสุขภาวะที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาวะตนเองของประชาชน อาทิ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสมและการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต 4.5.2 การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ โดยผลักดันการสร้างเสริมสุขภาวะในทุกนโยบายที่ให้หน่วยงานทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อลดภัยคุกคามที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาวะคนไทย 4.5.3 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี โดยส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีกิจกรรมสำหรับยกระดับสุขภาวะของสังคม จัดทำมาตรการทางการเงินการคลังที่สนับสนุนสินค้าที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยในการเสริมการมีสุขภาวะ รวมทั้งกำหนดให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ โดยชุมชนและภาคประชาชนก่อนการดำเนินโครงการที่อาจกระทบต่อระดับสุขภาวะ 4.5.4 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี โดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่มาใช้ในการสร้างความเป็นเลิศทางด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพแบบครบวงจรและทันสมัย ที่รวมไปถึงการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ในการให้คำปรึกษา วินิจฉัย และพยากรณ์การเกิดโรคล่วงหน้า การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกลให้มีความหลากหลาย เข้าถึงง่าย เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในพื้นที่ห่างไกล มีการเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์เข้ากับอินเทอร์เน็ต ทางด้านสุขภาพ และจัดให้มีระบบการเก็บข้อมูลสุขภาพของประชาชนตลอดจนช่วงชีวิตให้มีประสิทธิภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานความยั่งยืนทางการคลัง รวมถึงการปฏิรูประบบการเก็บภาษีและรายจ่ายเพื่อให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพในการสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชนทุกช่วงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ พอเพียง เป็นธรรม และยั่งยืน [และ] 4.5.5 การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ โดยให้ชุมชนเป็นแหล่งบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีของประชาชน ผ่านการจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์และสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างสุขภาวะที่พึงประสงค์ระหว่างกัน โดยรัฐจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกที่สำคัญในการอำนวยความสะดวกให้ชุมชนสามารถสร้างการมีสุขภาพดีของตนเองได้ เพื่อให้ชุมชนเป็นพื้นที่สำคัญในการจัดการสุขภาวะของแต่ละพื้นที่” (ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580), 2561, หน้า 40-41)

สำหรับประกาศ เรื่อง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ได้กำหนดกรอบและหลักคิดในการพัฒนาแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ไว้ทั้งหมด 4

ประการ โดยหนึ่งใน 4 ประการที่สำคัญซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาทางด้านสุขภาพ คือ “3. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ โดยกำหนดทิศทางการพัฒนาที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิด “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” มุ่งเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนทุกกลุ่ม ทั้งในมิติของการมีปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานที่เพียงพอ การมีสภาพแวดล้อมที่ดี การมีปัจจัยสนับสนุนให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ การมีโอกาที่จะใช้ศักยภาพของตนในการสร้างความเป็นอยู่ที่ดี และการมุ่งส่งต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ดีไปยังคนรุ่นต่อไป” (หน้า 3) โดยมุ่งหวังขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่เป้าหมายของ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” (หน้า 2)

ทั้งนี้ อาจพิจารณาจุดหมายที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง เป็นประเด็นสำคัญและเชื่อมโยงกับรายงานสถานการณ์ฉบับนี้ โดยเฉพาะในเป้าหมายของการพัฒนาในมิติที่เป้าหมายที่ 3. การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม และเป้าหมายที่ 5 การเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ และมุ่งเน้นที่เป้าหมาย ตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายของการพัฒนา ระดับจุดหมายในส่วนเป้าหมายที่ 3 คือ ประชาชนไทยได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัดคือ สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดไม่เกินร้อยละ 12 และเป้าหมายที่ 4 ระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพมีความพร้อมรองรับภัยคุกคามสุขภาพ โดยมีตัวชี้วัด คือ การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศทุกตัวชี้วัดค่าไม่ต่ำกว่า 4 (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570), หน้า 56) ตามลำดับ

ในขณะเดียวกัน ในการมุ่งไปสู่เป้าหมายทั้ง 2 เป้าหมาย กล่าวคือ การมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม และการเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ อาศัยการขับเคลื่อนผ่านกลยุทธ์หลัก คือ กลยุทธ์ที่ 5 การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพบนพื้นฐานความสมดุลทางเศรษฐกิจและสุขภาพของคนไทย ซึ่งประกอบด้วย 5.1 บริหารจัดการบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพ 5.2 พัฒนากลไกกำกับดูแลและบริหารจัดการค่าบริการทางการแพทย์ และ 5.3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการทางการแพทย์ สำหรับเป้าหมายของการมุ่งสู่สังคมแห่งโอกาสและความเป็นธรรม (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570), หน้า 57)

นอกจากนั้น ในส่วนของการผลักดันการเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ ควรอาศัยกลยุทธ์การยกระดับศักยภาพระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเพื่อลดผลกระทบต่อบริการทางเศรษฐกิจและสุขภาพ ประกอบด้วย 6.1 ปฏิรูประบบเฝ้าระวังและบริหารจัดการโรคระบาดและภัยคุกคามสุขภาพ และ 6.2 วางระบบการเตรียมความพร้อมด้านความมั่นคงด้านสุขภาพในการจัดการภาวะฉุกเฉิน (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570), หน้า 57) เป็นสำคัญ

ในขณะเดียวกัน เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของ SDGs ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายเพื่อความยั่งยืนไว้ทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปราศจากความยาก (No Poverty) 2) ปราศจากความหิวโหย (Zero Hunger) 3) การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good Health and Well-being) 4) คุณภาพการศึกษา (Quality Education) 5) ความเท่าเทียมทางเพศ (Gender Equality) 6) การมีน้ำสะอาดและการสุขาภิบาลที่ดี (Clean Water and Sanitation) 7) การมีพลังงานที่เหมาะสมและสะอาด (Affordable and Clean

Energy) 8) การจ้างงานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ (Decent Work and Economic Growth) 9) การมีอุตสาหกรรม นวัตกรรม และโครงสร้างพื้นฐาน (Industry, Innovation, and Infrastructure) 10) การลดช่องว่างเรื่องความไม่เท่าเทียม (Reduced Inequalities) 11) การสร้างเมืองและชุมชนที่ยั่งยืน (Sustainable Cities and Communities) 12) การบริโภคและการผลิตอย่างมีความรับผิดชอบ 13) การดำเนินการเพื่อรับมือกับสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป (Climate Action) 14) ชีวิตใต้ทะเล (Life Below Water) 15) ชีวิตบนดิน (Life on Land) 16) ความสงบ ความยุติธรรม และการเป็นสถาบันที่เข้มแข็ง (Peace, Justice and Strong Institutions) และ 17) การมีพันธมิตร และการทำงานร่วมกัน (Partnerships for the Goals) (Department of Economics and Social Affairs, United Nations, n.d.) ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวถือเป็นการตอบเป้าหมายที่ 3) การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่า Health in All Policies (HiAP) หรือ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ถือเป็นนโยบายหนึ่งที่ได้รับการบรรจุอยู่ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยมุ่งหวังให้ “คนทุกกลุ่มได้รับประโยชน์จากนโยบายสุขภาพอย่างทั่วถึง ครอบคลุม และโปร่งใส” โดยองค์การและ/หรือหน่วยงานภาครัฐถือเป็นศูนย์กลางที่จะขับเคลื่อนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพให้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โดยตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้ระบุว่า การพัฒนา Health in All Policies (HiAP) ได้นั้น ประกอบด้วย 5 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ 1) การกำหนดให้ Health in All Policies เป็นนโยบายสาธารณะ 2) การขยายขอบเขตของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3) การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความเป็นธรรมกับประชาชนทุกกลุ่ม และทุกภาคส่วนในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการพื้นฐาน 4) การสร้างกลไกราคาสินค้าสุขภาพในอยู่ในระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ เป็นการสร้างแรงเสริมและแรงจูงใจเชิงบวก และ 5) การส่งเสริมและผลักดันให้ประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพเป็นประเด็นปัญหาาระดับโลก ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (เฮลท์สเตชัน, 2565)

ทั้งนี้ ในปัจจุบัน นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์, Director of the Health Systems Research Institute (HSRI) ได้อ้างอิงถึงรายงานสถานการณ์เกี่ยวกับระบบสุขภาพในประเทศ โดยขณะนี้ประเทศไทยเผชิญหน้ากับความท้าทายหลัก 2 ประเด็น กล่าวคือ ความท้าทายการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย ซึ่งเป็นผลให้ประชากรวัยทำงานจะต้องทำหน้าที่ในการสนับสนุนกลุ่มประชากรสูงอายุและวัยเกษียณดังกล่าว ดังนั้น แนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือ การพัฒนาคุณภาพของประชากรเด็ก ในขณะเดียวกัน ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับความท้าทายในการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีการกำหนดกลยุทธ์ในการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ความท้าทายดังกล่าวยังไม่หมดไป หากแต่กลับมีแนวโน้มในการเพิ่มสูงขึ้น (*Thailand's healthcare system on verge of collapse, health expert warns, 2024*)

ดังจะเห็นได้ว่า จากเอกสาร ประกอบด้วย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 SDGs และแนวทาง Health in All Policies รวมถึงสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่า สุขภาพของประชาชนคือพื้นฐานสำคัญอีกหนึ่งประการที่จะช่วยในการขับเคลื่อนความเป็นอยู่ของทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า และเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนทั้งในระดับเล็ก กล่าวคือ ระดับปัจเจกบุคคล และระดับครัวเรือน ระดับกลาง กล่าวคือ ระดับองค์การ และหน่วยงาน และระดับมหภาค กล่าวคือ ระดับประเทศทั้งในเชิงเศรษฐกิจ และสังคม ดังคำกล่าวที่ว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” หรือ “อาโรคยาปรมา ลาภา” ซึ่งเป้าหมายสูงสุดดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยนโยบาย กล

ยุทธ์ และการดำเนินการของภาครัฐบาล เป็นสำคัญ ซึ่งจะต้องร่วมการขับเคลื่อนด้วยภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุนี้ วัตถุประสงค์ของการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่ องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” มีวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

- 1) รวบรวมตัวชี้วัดที่ได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง พร้อม ข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้าง และเผยแพร่องค์ความรู้
- 2) เพื่อรวบรวมตัวชี้วัดที่อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว และได้มาจากการ นำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- 3) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- 4) เพื่อนำเสนอตัวชี้วัดตามกรอบโมเดลการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้
- 5) เพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ทั้งนี้ งานนี้จะเป็นประโยชน์ต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนาและต่อยอดตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเรื่อง “การอภิบาลระบบสุขภาพ” เพื่อนำไปสู่ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และความยั่งยืน

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมในรายงานจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” นี้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเรื่องการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้
- 2.2 แนวคิดเรื่องตัวชี้วัด
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพในประเทศไทย

2.1 แนวคิดเรื่องการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้

ผู้จัดทำใคร่ขอนำเสนอการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัดหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ในอีกมุมมองหนึ่ง โดยผู้จัดทำเล็งเห็นว่าควรทำความเข้าใจกับคำว่า “ความรู้” (Knowledge) และ “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้” (Knowledge Building and Knowledge Sharing) ก่อนเพื่อเป็นกรอบแนวคิดของการพัฒนาตัวชี้วัดหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ทั้งนี้ Nonaka, Toyama และ Konno (2000) ได้อธิบายคำจำกัดความของคำว่า “ความรู้” ไว้โดยสรุปว่า หากพิจารณาจากคานิยามในอดีต ความรู้ หมายถึง “ความเชื่อที่มีเหตุผลและเป็นความจริง ซึ่งได้รับการยืนยันแล้ว” (Justified True Belief) แต่มักจะคำนึงถึงด้าน “มีเหตุผล/ได้รับการยืนยัน” มากกว่าด้าน “ความเป็นจริง” ในขณะที่เมื่อพิจารณาจากอภิปรายทัศนะวันตกในอดีต ความจริงถือเป็นคุณลักษณะสำคัญของความรู้ โดยถือว่าเป็นมุมมองที่ตายตัว ปราศจากความยืดหยุ่น และไม่ได้เน้นความเชื่อมโยงกับความเป็นมนุษย์ ในขณะที่ปัจจุบัน ความรู้ในปัจจุบันมุ่งเน้นในการพิจารณามิติความสัมพันธ์ของบริบทสภาพแวดล้อม (Relative) เปลี่ยนแปลงได้ (Dynamic) และความเป็นมนุษย์ (Humanistic) ของความรู้ โดยงานวิจัยนี้อาจกล่าวได้ว่า ความรู้เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตของมนุษย์ในการให้เหตุผลสนับสนุนความเชื่อส่วนบุคคลไปสู่ “ความจริง” ในขณะเดียวกัน Nonaka และคณะอธิบายเพิ่มเติมว่า ความรู้มี 2 ประเภท กล่าวคือ ความรู้แฝงเร้น (Tacit Knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge)

ทั้งนี้ ในกระบวนการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ (Knowledge-Creating Process) สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งหมด 4 รูปแบบ (ดังภาพที่ 4)

การเข้าสังคม (Socialisation) จากความรู้แฝงเร้นไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง	การสกัดความรู้ (Externalisation) จากความรู้แฝงเร้นไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง
การผสมผสาน (Combination) จากความรู้ชัดแจ้งไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง	ความรู้ภายใน (Internalisation) จากความรู้ชัดแจ้งไปสู่ความรู้แฝงเร้น

ภาพที่ 2.1 กระบวนการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ 4 รูปแบบ

แหล่งข้อมูล: Nonaka, Toyama และ Konno (2000)

จากภาพที่ 2.1 กระบวนการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ประกอบด้วย 4 รูปแบบ กล่าวคือ การเข้าสังคม การสกัดความรู้ การผสมผสาน และความรู้ภายใน โดยในแต่ละรูปแบบแตกต่างกันในเชิงของการส่งต่อความรู้

เป็นระบบและกระบวนการที่แตกต่างกัน กล่าวคือ การเข้าสังคมเป็นการสร้างความรู้แฝงเร้นไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง จากความรู้แฝงเร้นไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง จากความรู้ชัดแจ้งไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง และจากความรู้ชัดแจ้งไปสู่ความรู้แฝงเร้นตามลำดับ โดย Nonaka และคณะได้อธิบายแต่ละรูปแบบไว้ว่า ในส่วนของการเข้าสังคม เป็นกระบวนการแปลงและแบ่งปันความรู้ผ่านประสบการณ์ร่วมโดยตรง ทั้งนี้ ความรู้แฝงเร้นดังกล่าวถือว่าเป็นเรื่องยากที่จะสร้างความเป็นรูปธรรม และจับต้องได้ โดยมักจะเชื่อมโยงกับเวลาและสถานที่ เช่น การใช้เวลาร่วมกัน และ/หรือการทำงานร่วมกัน นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เป็นทางการ และการมีปฏิสัมพันธ์กับลูกค้า และผู้จัดหาสินค้า (Suppliers) ที่สามารถช่วยในการสร้างมุมมองการมองโลก แบบจำลองทางความคิด และกรอบความไว้วางใจ ในทางตรงกันข้าม ความรู้ภายใน เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้ตรงกันข้ามกับการเข้าสังคม กล่าวคือ การทำให้ความรู้ที่ตกผลึก และมีความสลับซับซ้อน รวมถึงมีความคิดเชิงระบบเพิ่มมากขึ้น และถูกบรรจุอยู่ในเอกสาร และ/หรือรูปแบบอื่นๆ ทั้งนี้ความรู้ดังกล่าวกลายเป็นสินทรัพย์ที่ระดับบุคคลและองค์กร และสามารถกระตุ้นการสร้างความรู้แบบการเข้าสังคม

ในขณะที่การสกัดความรู้ คือการสื่อความหมายที่เป็นนัย และการสกัดความรู้แฝงเร้นไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อื่นสามารถเข้าถึงและนำไปต่อยอดได้ เช่น การพัฒนาและสร้างแนวคิดและกรอบการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และวงจรควบคุมคุณภาพสินค้าและ/หรือบริการที่นำเอาประสบการณ์ที่ได้มาตกผลึก ในส่วนของการผสมผสาน คือกระบวนการเปลี่ยนและสังเคราะห์ความรู้ชัดแจ้งไปสู่ความรู้ชัดแจ้งที่มีความสลับซับซ้อนและมีการคิดเชิงระบบเพิ่มมากขึ้น

โดย Ramirez และคณะ (2011) พบว่า รูปแบบการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ทั้ง 4 รูปแบบมีความเชื่อมโยงกัน

ในส่วนของ การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ (Knowledge Building and Knowledge Sharing) โดย Van Aalst (2009 อ้างใน Ni, 2016) ได้แบ่งการเรียนรู้โดยตั้งใจ (Intentional Learning) เป็น 3 ระดับ (ดังภาพที่ 5)



ภาพที่ 2.2 กระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ

แหล่งที่มา: Van Aalst (2009 อ้างใน Ni, 2016)

ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing)

การแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) หมายถึง กระบวนการในการส่งผ่านข้อมูลไปยังบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น “การเรียนรู้แบบตื้นๆ” (Shallow Learning) โดย Nazim และ Mukherjee (2016) ได้อธิบายการแบ่งปันความรู้ไว้ว่า การแบ่งปันความรู้ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการความรู้ การแบ่งปันความรู้หมายถึงการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของพนักงาน การแบ่งปันความรู้ทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าความรู้มีอยู่ที่องค์กรหนึ่งๆ และเมื่อพนักงานต้องการก็สามารถแสวงหาความรู้เหล่านี้ได้ และผลประโยชน์ที่ได้จากการแบ่งปันความรู้เหล่านี้คือการรักษาไว้ซึ่งทรัพย์สินทางปัญญา และการพัฒนาการสร้างผลลัพธ์ที่มีคุณค่า (Productivity) โดยภายใต้การแบ่งปันความรู้มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ วัฒนธรรมการแบ่งปันความรู้ (Knowledge-Sharing Culture) เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) และแรงจูงใจของพนักงาน (Employee Motivation) (Jones et al., 2006 อ้างใน Nazim & Mukherjee, 2016)

จากข้อความของ Davenport et al. (1998, อ้างใน Nazim & Mukherjee, 2016) กล่าวไว้ว่า “ความรู้ถูกสร้างขึ้นในสมองของมนุษย์โดยไม่สามารถสังเกตเห็นได้ และการสร้างสรรค์ การเปิดเผย การแบ่งปัน และการใช้ความรู้ระหว่างพนักงาน/บุคคลเกิดขึ้นมาจากการที่องค์กรมีสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่ดี” ทั้งนี้ ความสามารถทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศถือเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการแบ่งปันความรู้ จึงอาจกล่าวได้ว่า องค์ประกอบสำคัญของการแบ่งปันความรู้ ประกอบด้วย วัฒนธรรมของการแบ่งปันความรู้ (Knowledge-Sharing Culture) เครื่องมือ

เทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology) และแรงจูงใจของพนักงานและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน (Employee Motivation) (Jones et al., 2006 อ้างใน Nazim & Mukherjee (2016)

Crossan et al. (1999 อ้างใน Bowden, Smits, & Andrews, 2020) ได้อธิบายว่าการแบ่งปันความรู้จากระดับความรู้แฝงเร้น (Tacit Knowledge) ไปสู่ความรู้ชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) สามารถใช้แบบจำลอง 4I ซึ่งประกอบด้วย

- 1) การเรียนรู้โดยสัญชาตญาณ (Intuiting) กล่าวคือ บุคคลแต่ละบุคคลพัฒนาความรู้ใหม่ๆและ/หรือความคิดเชิงลึกใหม่ๆโดยใช้ประสบการณ์
- 2) การตีความ (Interpreting) หมายถึง การอธิบายความรู้ใหม่ๆและ/หรือความคิดเชิงลึกใหม่ๆให้กับตัวเอง และคนอื่นได้รับทราบโดยผ่านการพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กัน
- 3) การบูรณาการ (Integrating) หมายถึง กระบวนการเชิงกลุ่มของการพัฒนาความเข้าใจร่วมกันและการลงมือปฏิบัติ
- 4) การสร้างโครงสร้างและ/หรือสถาบันทางสังคม (Institutionalization) หมายถึง การถ่ายทอดความรู้ที่เกิดขึ้นโดยปัจเจกบุคคล และกลุ่มเข้าสู่องค์กรและ/หรือหน่วยงาน โดยผ่านระบบ โครงสร้าง กระบวนการ และกลยุทธ์ต่างๆ

ระดับที่ 2 การสร้างความรู้ (Knowledge Construction)

การสร้างความรู้ (Knowledge Construction) หมายถึง การทำให้บุคคลที่เกี่ยวข้องเกิดความคิด มุมมอง และสถานการณ์ที่มีความหมายโดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง และ/หรือบุคคลแวดล้อม (Deep Learning)

ระดับที่ 3 การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้

การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ (Knowledge Creation) หมายถึง กระบวนการในการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ และการสร้างสรรค์ปัญญาประดิษฐ์ต่างๆ เช่น ทฤษฎี และ/หรือผลิตภัณฑ์

งานวิจัยของ Yeh, Yeh และ Chen (2012) นำเสนอกระบวนการการเรียนรู้ไว้ 3 กระบวนการเช่นเดียวกับ Van Aalst (2009 อ้างใน Ni, 2016) กล่าวคือ กระบวนการแบ่งปันความรู้ (Knowledge Sharing) กระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้แบบชัดแจ้ง (Explicit Knowledge) เป็นความรู้แบบฝังลึก (Tacit Knowledge) (Knowledge Internationalization) และการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ (Knowledge Creation) โดย Yeh, Yeh และ Chen (2012) ได้กล่าวว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้แบบชัดแจ้งเป็นความรู้แบบฝังลึกถือเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างกระบวนการแบ่งปันความรู้ และการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้

นอกจากนั้น งานวิจัยของ Akhavan, Ghosvandi และ Abdali (2012) พบว่า การแบ่งปันความรู้มีผลกระทบต่อกระบวนการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้

ทั้งนี้ ไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้นๆจะต้องใช้รูปแบบการเรียนรู้ และ/หรือวาทกรรมใดรูปแบบการเรียนรู้หนึ่ง แต่บุคคลนั้นๆจะต้องอาศัยการตรวจสอบความสมดุลงานวาทกรรม ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทและ/หรือสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Van Aalst, 2009)

ด้วยเหตุนี้ในงานนี้ “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้” จะหมายรวมถึงการเรียนรู้ทั้ง 3 ระดับ

ในขณะเดียวกัน Ni (2016) ได้สรุปหลักแห่งศิลปะ (Pedagogical Principles) การแบ่งปันความรู้เพื่อนำไปสู่การสร้างความรู้ และการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ไว้ทั้งหมด 4 ด้านจากข้อเสนอแนะของ Scardamalia (2002) ซึ่งนำเสนอเทคนิควิธีการไว้ทั้งหมด 12 วิธีการ ซึ่งสามารถสรุปได้จากตารางที่ 13 ทั้งนี้ Ni (2016) ไม่ได้ระบุว่าเทคนิควิธีการใดอยู่ในหลักแห่งศิลปะใด ดังนั้น ผู้เขียนจึงทำการจัดกลุ่มหมวดหมู่เทคนิควิธีการทั้งหมด 12 วิธีการตามหมวดหมู่หลักแห่งศิลปะการแบ่งปันความรู้เพื่อนำไปสู่การสร้างความรู้ และการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ด้วยตัวผู้เขียนเอง

ตารางที่ 2.1 สรุปหลักแห่งศิลปะ (Pedagogical Principles)

หลักแห่งศิลปะ (Pedagogical Principles) การแบ่งปันความรู้เพื่อนำไปสู่การสร้างความรู้ และการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้	เทคนิควิธีการแบ่งปันความรู้เพื่อนำไปสู่การสร้างความรู้
1. การเริ่มต้นจากงานที่ตนเองรับผิดชอบ และ/หรือมีประสบการณ์	- การสร้างและพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการสร้างสรรค์ไอเดียที่หลากหลาย
2. การดำเนินงานและการปฏิบัติงานตามกระบวนการที่มุ่งเน้นการพัฒนาและปรับปรุง (Formative Process)	<ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินงานและการปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นว่าผลิตภัณฑ์และ/หรือชิ้นงานดังกล่าวเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาและปรับปรุงได้ - การดำเนินงานและการปฏิบัติงานตามกระบวนการที่มุ่งเน้นการพัฒนาและปรับปรุงจะช่วยให้เกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น - การใช้สิทธิและเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นเพื่อความก้าวหน้าทางความรู้ - การตั้งคำถามส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการสร้างความรู้ที่แพร่หลาย - การตั้งคำถามจำเป็นต้องใช้แหล่งข้อมูลที่สร้างสรรค์และน่าเชื่อถือได้ - การประเมินผลร่วมกัน และการให้ความสำคัญกับการประเมินผลถือเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนให้เกิดความก้าวหน้าทางด้านความรู้
3. การพัฒนาและสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ที่ได้พิจารณาและกลั่นกรองมาแล้ว	*เทคนิควิธีการที่ Ni นำเสนออาจยังไม่สามารถนำมาตอบหลักแห่งศิลปะข้อนี้ได้
4. การมีส่วนร่วมกับชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้ามามีส่วนร่วมกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนและสังคม - การให้ความสำคัญกับการสนับสนุนเป้าหมายร่วมกันของชุมชน - การเคารพการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของทุกคน - กิจกรรมต่างๆมีส่วนช่วยในการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อแผ่ขยายความเชี่ยวชาญต่างๆออกไป - ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างวาทกรรมการสร้างความรู้

แหล่งที่มา: Ni (2016)

2.2 แนวคิดเรื่องตัวชี้วัด

แนวคิดเรื่องตัวชี้วัดถูกนำเสนอในรายงานฉบับนี้ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดที่สำคัญหนึ่งในการพัฒนาตัวชี้วัดหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ที่เป็นระบบ และสอดคล้องกับเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ทั้งนี้ Rempel และคณะ (2004) ได้กำหนดกระบวนการในการบริหารจัดการไว้ทั้งสิ้น 5 กระบวนการ กล่าวคือ 1. การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน 2. การวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ 3. การดำเนินการจัดกิจกรรมการบริหารจัดการที่เหมาะสม 4. การวัดและประเมินผลผลลัพธ์ของการบริหารจัดการดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อประเมินผลทั้งในด้านการพยากรณ์ ประสิทธิภาพ และสมมติฐานต่างๆที่ได้กำหนดไว้ และ 5. การวัดและประเมินผลผลลัพธ์และการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่ง “ตัวชี้วัด” คือวิธีการหนึ่งที่จะใช้ในการทดสอบและประเมินผลว่ากระบวนการในการบริหารจัดการดังกล่าวเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยตัวชี้วัดกำหนดขึ้นคือการวัดค่าในประเด็นและ/หรือข้อกังวลเฉพาะอย่าง โดยหากตัวชี้วัดไม่ได้มีการสะท้อนหรือเป็นตัวแทนของประเด็นหรือข้อกังวลใดๆโดยเฉพาะแล้ว ก็จะหมายถึงเป็นเพียงแค่ “การวัดค่า” เท่านั้น และไม่ควรเป็นสิ่งที่ให้ความสนใจในการพัฒนาตัวชี้วัด เช่น หาก “การเข้าถึง” ได้ถูกกำหนดให้เป็นประเด็นสำคัญในด้านการจัดการ ตัวชี้วัดที่อาจเป็นไปได้อาจเป็น ความหนาแน่นของถนน คุณภาพของถนน และ/หรือจำนวนการปิดถนนและประตูทางเข้าออกต่างๆ หรือหาก “การอนุรักษ์กวางคาริบู” ถือเป็นประเด็นสำคัญและข้อกังวล ตัวชี้วัดที่อาจกำหนดขึ้น คือการวัดปริมาณและคุณภาพถิ่นอาศัยของกวางคาริบูป่า และ/หรือการนับจำนวนฝูงกวางคาริบูโดยตรง (Rempel et al., 2004)

นอกจากนั้นประเด็นว่าตัวชี้วัดจะต้องเป็นการสะท้อนหรือเป็นตัวแทนของประเด็นหรือข้อกังวลใดๆ โดยเฉพาะแล้ว National Academies (2014) ยังได้นำเสนอเพิ่มเติมอันจะยังประโยชน์สำหรับการพัฒนาตัวชี้วัดให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอีกว่า โดยทั่วไปแล้ว ตัวชี้วัดจะเป็นการบ่งชี้หรือบ่งบอกให้เห็นถึงแนวโน้ม รูปแบบของจุดเปลี่ยนต่างๆ ความคาดหวัง และความตั้งใจ และมักเป็นสิ่งที่ “ควรรับรู้” เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้คนหลากหลายกลุ่มให้ความสนใจ ตัวชี้วัดมักมีลักษณะและมีคุณสมบัติเป็นเชิงวิเคราะห์ ไม่ใช่เป็นเพียงข้อมูลดิบโดยทั่วไป และมักทำหน้าที่เป็นตัวแทนเบื้องต้น/คร่าวๆของกิจกรรมและ/หรือปรากฏการณ์ที่สังเกต และ/หรือวัดโดยตรงได้ยาก ในขณะที่ตัวชี้วัดมีความคล้ายคลึงกับสถิติและตัวเลขในการแข่งขันกีฬาเบสบอล โดยค่าสถิติและตัวเลขเพียงค่าเดียวไม่สามารถอธิบายเรื่องราวได้ทั้งหมด ดังนั้น ในการพัฒนาตัวชี้วัดจึงจำเป็นต้องดำเนินการและพิจารณา “ชุด” ของตัวชี้วัดหลากหลายตัวเข้าด้วยกัน นอกจากนี้ ตัวชี้วัดไม่ควรถูกพัฒนาและนำมาใช้โดดๆเพียงตัวเดียว แต่จำเป็นต้องพิจารณาและอาศัยข้อมูลเชิงบริบทและ/หรือสถานการณ์ประกอบด้วยจึงจะมีประโยชน์ ไม่เพียงเท่านั้น ตัวชี้วัดอาจอยู่ในรูปอาจอยู่ในรูปของดัชนีผสมที่ประกอบด้วยสถิติหลากหลายตัว ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อลดความผันผวนของปัจจัยย่อยต่างๆ ตัวชี้วัดยังทำหน้าที่เป็นข้อมูลนำเข้าในการสร้างแบบจำลองเศรษฐกิจเพื่อใช้ประเมินผลปัจจัยสำคัญในระบบ และช่วยกำหนดและเสนอแนะการพัฒนานโยบายต่างๆอีกด้วย

ทั้งนี้ เพื่อความชัดเจนของการพัฒนาตัวชี้วัดในบริบทของสุขภาพ ผู้จัดทำขอแนะนำเสนอรายละเอียดการพัฒนาตัวชี้วัดที่นำเสนอโดย UNAIDS (n.d.) เป็นสำคัญเพื่อใช้เป็นพื้นฐานและหลักคิดในการพัฒนาตัวชี้วัดที่เป็นระบบเหมาะสม และมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างแท้จริง โดยทาง UNAIDS ได้สะท้อนว่าการกำหนดตัวชี้วัดคือองค์ประกอบที่สำคัญในการวัดและประเมินประสิทธิผลในระบบติดตามและประเมินผล ซึ่งถือเป็นกระบวนการสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพ และการนำตัวชี้วัดมาใช้ถือเป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าและยืดหยุ่นเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม

ตาม หากขาดการนำมาใช้อย่างระมัดระวังแล้ว อาจทำให้สูญเสียทรัพยากรไปโดยเปล่าประโยชน์ และอาจไม่ได้ข้อมูลที่มีมูลค่ากลับคืนมา การพัฒนาตัวชี้วัดมีความท้าทายที่สำคัญคือการรักษาคุณภาพ และความถูกต้อง ตลอดจนความน่าเชื่อถือ ตัวชี้วัดที่ดีจะต้องประกอบด้วยข้อมูลที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ ถูกต้องในเชิงเทคนิค มีความเข้าใจง่าย สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง และมีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้งาน รวมถึงยังต้องสามารถแสดงถึงหลักฐานเชิงประสิทธิผลของตัวชี้วัดที่นำมาใช้อีกด้วย

ผู้จัดทำขอสรุปประเด็นสำคัญๆที่ได้จาก UNAIDS (n.d.) อยู่ในตารางด้านล่างนี้ เพื่อความชัดเจน และเข้าใจร่วมกัน

ตารางที่ 2.2 สรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด

คำจำกัดความของตัวชี้วัด	ข้อคำนึงถึงในการพัฒนาตัวชี้วัด	ประโยชน์ของตัวชี้วัด	องค์ประกอบของตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ดี
<p>1. ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (Quantitative Metric) – ข้อมูลที่สามารถวัดเป็นตัวเลขได้</p> <p>2. ผลการดำเนินงาน (Performance) - การดำเนินกิจกรรม และ/หรือโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ และ/หรือประสิทธิผล</p> <p>3. ความสำเร็จ – การบรรลุผลสำเร็จของกิจกรรม และ/หรือโครงการ</p> <p>4. ความรับผิดชอบ (Accountability) - ความรับผิดชอบต่อผลการดำเนินงาน และ/หรือความสำเร็จของกิจกรรม และ/หรือโครงการ</p>	<p>1. ระดับการวัดหรือการทดสอบสามารถวัดสิ่งที่ตั้งใจจะวัดได้อย่างถูกต้อง</p> <p>2. ความแม่นยำเสมอของข้อมูล เมื่อมีการเก็บข้อมูลซ้ำ โดยใช้วิธีการและเงื่อนไขเดียวกัน (Reliability)</p> <p>3. ผลกระทบใดๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บหรือการตีความข้อมูลที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนเชิง</p>	<p>1. ตัวชี้วัดทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ที่จำเป็นเพื่อให้เห็นถึงแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงของการระบาด การติดตามการตอบสนองต่อการระบาด และการประเมินประสิทธิผลโดยภาพรวมของการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้น</p> <p>2. ตัวชี้วัดทำให้ภาพรวมที่เกิดขึ้นของการระบาด และการตอบสนองมากกว่าการลงลึกในรายละเอียดจำนวนมากที่เกี่ยวข้องต่อการบริการจัดการและการดำเนินงาน</p>	<p>1. ชื่อเรื่อง (Title) คือหัวข้อสั้นๆที่สะท้อนประเด็นสำคัญที่ตัวชี้วัดมุ่งในการวัด</p> <p>2. คำนิยาม (Definition) คือ คำอธิบายตัวชี้วัดที่ชัดเจนและกระชับ</p> <p>3. วัตถุประสงค์ (Purpose) คือ การอธิบายถึงเหตุผลที่มีตัวชี้วัดนี้อยู่ หรือเหตุผลของการพัฒนาตัวชี้วัดนี้</p> <p>4. เหตุผลเชิงหลักการ (Rationale) คือ หลักการหรือเหตุผลเบื้องหลังที่ทำให้ต้องพัฒนาและใช้ตัวชี้วัดนี้ ความสำคัญ และประโยชน์ของตัวชี้วัดนี้</p> <p>5. วิธีการวัด (Method of measurement) คือลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนและเป็นระบบในการวัดตัวชี้วัด เช่น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เป็นต้น</p> <p>6. ตัวเศษ (Numerator) คือตัวเลขด้านบนของเศษส่วน แสดงถึงจำนวนส่วนจากทั้งหมดที่ถูกนำมาเป็นค่าในการคำนวณ</p> <p>7. ตัวส่วน (Denominator) คือตัวเลขด้านล่างของเศษส่วน แสดงจำนวนส่วนทั้งหมดของค่าทั้งหมดหรือทั้งหมด</p> <p>8. การคำนวณ (Calculation) คือขั้นตอนเฉพาะที่ใช้ในการหาค่าตัวชี้วัด</p> <p>9. วิธีการเก็บข้อมูล (Data collection method) คือแนวทางทั่วไปที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เช่น แบบสำรวจ เอกสารบันทึก แบบจำลอง เป็นต้น</p>	<p>1. สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง (Action focused)</p> <p>2. มีความสำคัญ (Important)</p> <p>3. สามารถนำมาใช้ในการวัดได้ตามระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน และสามารถนำมาใช้จริงได้ในทางปฏิบัติ (Measurable)</p> <p>4. มีความเรียบง่าย (Simple) (แหล่งที่มา: The New Economics Foundation, 2000, ใน UNAIDS, n.d.)</p>

คำจำกัดความของตัวชี้วัด	ข้อคำนึงถึงในการพัฒนาตัวชี้วัด	ประโยชน์ของตัวชี้วัด	องค์ประกอบของตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ดี
	ระบบไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง (Bias)	3. การกำหนดชุดตัวชี้วัดจะทำให้เห็นถึงการระบาด และการตอบสนองต่อสถานการณ์ได้	<p>10. เครื่องมือเก็บข้อมูล (Data collection tools) คือเครื่องมือเฉพาะที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เช่น การสำรวจตัวชี้วัด การสำรวจประชากรและสุขภาพ การประเมินการให้บริการ ทะเบียนผู้ป่วย การเฝ้าระวังในคลินิกต่างๆ เป็นต้น</p> <p>11. ความถี่ในการเก็บข้อมูล (Data collection frequency) คือ ช่วงเวลาที่มีการเก็บข้อมูล เช่น เป็นรายไตรมาส รายปี หรือปีละ 2 ครั้ง โดยจะต้องมีความสอดคล้องกับระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลเป็นสำคัญ</p> <p>12. การจำแนกข้อมูล (Data disaggregation) คือ การแบ่งข้อมูลที่เก็บมาออกเป็นกลุ่มย่อยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทำความเข้าใจและมีการวิเคราะห์ผลได้แม่นยำ</p> <p>13. แนวทางในการตีความและใช้ข้อมูล (Guidelines to interpret and use data) คือ ข้อเสนอแนะว่าควรประเมินและใช้ผลลัพธ์อย่างไรให้เหมาะสม</p> <p>14. จุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and weaknesses) คือ ข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละตัวชี้วัด</p> <p>15. ความท้าทาย (Challenges) คือ อุปสรรคและปัญหาที่อาจส่งผลต่อการใช้ตัวชี้วัด และ/หรือมีผลกระทบต่อความถูกต้อง/ความเที่ยงตรงของตัวชี้วัด</p> <p>16. แหล่งข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้อง (Relevant sources of additional information) คือ เอกสารหรือแหล่งข้อมูลอ้างอิงที่นำมาใช้เกี่ยวกับการพัฒนาตัวชี้วัด</p>	

แหล่งที่มา: UNAIDS (n.d.)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

ในส่วนนี้จะนำเสนอภาพรวมเกี่ยวกับสถานการณ์องค์ความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย ทั้งนี้ ผู้จัดทำอาจมิได้มีการนำเสนอความแตกต่างระหว่างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health knowledge) และการเท่าทันสุขภาพ (Health literacy) ออกจากกันอย่างชัดเจน เนื่องจาก Zarcadoolas และคณะ (2005 อ้างใน Tanasugarn, 2021) ได้อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสุขภาพไว้อย่างครอบคลุม โดยรวมถึงมุมมองทางด้านสุขภาพสาธารณะที่รวบรวมเอามิติพื้นฐานของการรู้เท่าทันสุขภาพพื้นฐาน เชิงวิทยาศาสตร์ ด้านพลเมือง และด้านวัฒนธรรมเข้าไว้ด้วยกัน รวมถึงการกำหนดถึงที่มาที่ไป การทำความเข้าใจ การประเมิน และการใช้ความรู้หรือข้อมูล เป็นองค์ประกอบที่บูรณาการอยู่ในการรู้เท่าทันสุขภาพ

โดยจากรายงานของกรมอนามัย เปิดเผยว่า ประชากรไทยร้อยละ 65 มีการรู้เท่าทันสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งน้อยกว่าจำนวนที่ตั้งเอาไว้ คือร้อยละ 70 และประมาณร้อยละ 19 หรือเทียบได้กับคนไทย 1 ใน 5 คนที่ไม่สามารถเข้าใจข้อมูลทางด้านสุขภาพมูลฐานได้ ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ระดับการรู้เท่าทันสุขภาพของประชากรไทยอยู่ในระดับต่ำ เกิดขึ้นจากประชากรสูงวัย การขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่ได้มีบทบาทของการเข้าร่วมกับชุมชน การขาดการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ มีปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ปัญหาการได้ยิน และไม่สามารถอ่าน และ/หรือเขียนได้ เป็นต้น ปัญหาเรื่องการรู้เท่าทันสุขภาพของประชากรไทยเห็นได้ชัดเจนเมื่อต้องซื้อสินค้าทางยาและสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ (The Nation, 2022) เฉกเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาการรู้เท่าทันสุขภาพของประชากรไทยในกลุ่มต่างๆ พบโดยภาพรวมว่า ประชากรไทยมีระดับการรู้เท่าทันสุขภาพในระดับปานกลางในทุกช่วงวัย แต่กลุ่มที่มีความน่าเป็นห่วงมากที่สุด คือกลุ่มผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากมีระดับการรู้เท่าทันสุขภาพในระดับต่ำอยู่ที่ร้อยละ 25.00 และ 18.60 ตามลำดับ (Intarakamhang, Khammungkul, & Boochoa, 2022) ในขณะเดียวกัน งานวิจัยของ Nilnate และคณะ (2016) พบว่า ผู้สูงอายุยังขาดการรู้เท่าทันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านร่างกาย

สถานการณ์การรู้เท่าทันสุขภาพทางด้านจิตใจเกิดขึ้นเช่นเดียวกัน โดยจากรายงาน Thai Health 2025 โครงการสุขภาพคนไทย 2568 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2568) เปิดเผยว่า ประชากรไทยยังมีปัญหาในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีผลกระทบต่อความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตอีก โดยประชากรไทยประมาณสัดส่วน 2 ใน 3 ยังมองว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นคนอ่อนแอ อันเป็นการสะท้อนถึงตราบาปทางสังคมแบบโบราณ ในขณะที่ประเด็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับคนไทยเป็นจำนวนมาก พบว่า ประชากรไทยมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า เช่น ความรู้สึกผิด หรือการขาดความมั่นใจโดยไม่มีสาเหตุ แต่ยังคงขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2025)

ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีการสร้างองค์ความรู้ให้เกิดขึ้นกับประชากรไทย เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของการมีสุขภาพ และความเป็นทั้งทางกายและจิตใจที่ดี

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ดำเนินงานภายใต้ 3 วิธีการหลัก ได้แก่ การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) การเก็บแบบสอบถาม (Questionnaire-Based Survey) จากภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดที่องค์การ และ/หรือหน่วยงาน นำเสนอ และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ (Expert Input/Advice) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ ทั้งนี้ ผู้จัดทำขอแนะนำรายละเอียดหลักการของการดำเนินงานแต่ละวิธีการดังต่อไปนี้

3.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

อาจกล่าวได้ว่า แม้ว่าการวิจัยเอกสารอาจไม่ได้รับการยอมรับมากนักในงานวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์ แต่การวิจัยเอกสารอาจเป็นวิธีหนึ่งที่ดีเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการพัฒนารอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดย Ahmed (2010) ได้อ้างอิงถึงงานวิจัยของ Judd et al. (1991, p.289) เกี่ยวกับคุณลักษณะของการวิจัยเอกสารไว้ทั้งหมด 3 ประการ ประกอบด้วย

- 1) การวิจัยเอกสารเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะศึกษาได้มากกว่าการศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคม
- 2) การวิจัยเอกสารมักต้องการความคิดสร้างสรรค์และความถูกต้องในการแปลงบันทึกที่มีอยู่เดิมให้กลายเป็นดัชนีเชิงปริมาณในหลักการและแนวคิดต่างๆ
- 3) การวิจัยเอกสารมักมีความอ่อนไหวต่อการตีความเกี่ยวกับเหตุการณ์และ/หรือบริบท และผลกระทบของเหตุการณ์เหล่านั้น โดยอาจหมายถึงว่า ผู้วิจัยอาจมีความไม่เที่ยงตรง และอคติในการดำเนินการวิจัยเอกสารโดยแปรผันตรง/ตามเหตุการณ์และ/หรือบริบท และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ทั้งนี้ ในรายงานฉบับนี้ได้เก็บรวบรวมเอกสารจากการนำเสนอตัวชี้วัดซึ่งเกิดขึ้นจากนำเสนอขององค์การ และ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพแห่งชาติ หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นตัวชี้วัดร่างที่ 1 รายละเอียดตามภาคผนวก ก และ ตัวชี้วัดร่างที่ 2 จำนวน 60 ตัวชี้วัด รายละเอียดตามภาคผนวก ข โดยตัวชี้วัดที่ได้รับการคัดเลือกจำนวน 19 ตัวชี้วัด รายละเอียดตามตารางที่ 4.1 ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและต่อยอดตัวชี้วัด และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ ตลอดจนการวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

3.2 การเก็บแบบสอบถาม (Questionnaire-Based Survey)

การเก็บแบบสอบถามถือว่าเป็นวิธีการวิจัยที่ง่ายและเป็นที่ยอมรับกันอย่างมาก เนื่องจากแบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่มีความยืดหยุ่นและทรงพลัง มีความคุ้มค่าในการลงทุน การเข้าถึงได้ง่าย และความสามารถในการครอบคลุมกลุ่มประชากรจำนวนมากและหลากหลายได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การทำแบบสอบถามเองก็มีข้อจำกัด เช่น อัตราการตอบกลับที่ต่ำ ความเอนเอียงและ/หรือความอคติที่เกิดขึ้นจากการตอบ/ไม่ตอบแบบสอบถาม และ

ความท้าทายในการทำให้กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามมีความเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายได้อย่างแท้จริง (Kuphanga, 2024) ในขณะเดียวกัน การออกแบบแบบสอบถามก็มีความยากและท้าทายเช่นเดียวกัน โดย “การจัดทำแบบสอบถามถือเป็นการสะท้อนมุมมองของโลกของผู้ออกแบบแบบสอบถาม ไม่ว่านักวิจัยจะพยายามเป็นกลางมากน้อยเพียงก็ตาม สิ่งนี้เกิดขึ้นอย่างแท้จริงทั้งในระดับการออกแบบแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถาม และเป็นบ่อยครั้งมากๆ เมื่อทำการออกแบบแบบสอบถามที่มีข้อคำถามตามหัวข้อการวิจัยที่ทำการเลือกตั้งแต่ต้น นอกจากนั้น สิ่งที่เราตัดสินใจที่จะไม่ถามก็สามารถสะท้อนมุมมองการมองโลกของเราได้ไม่ต่างจากสิ่งที่เราเลือกที่จะถามไว้ในแบบสอบถามด้วยเช่นเดียวกัน” (Gray, 2009, p.339 อ้างอิงใน Rowley, 2014)

ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ฝ่ายเลขานุการ) ได้นำการเก็บแบบสอบถามมาใช้กับภาคีเครือข่ายเพื่อรับฟังความคิดเห็นของภาคีเครือข่ายต่อตัวชี้วัดที่ได้รับการเสนอมา จำนวนทั้งสิ้น 291 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2568 โดยได้มีการแบ่งแบบสอบถามเป็น 2 ส่วน คือ 1. ให้เลือกว่า “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” กับตัวชี้วัดนั้นๆ ถ้า “ไม่เห็นด้วย” เป็นเพราะอะไร และ 2. ให้ข้อเสนอแนะต่อตัวชี้วัดที่ต้องการเพิ่มเติม

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดวิธีการคำนวณไว้ดังนี้

1. การให้คะแนนตัวเลือก ได้แก่ ตัวเลือก “เห็นด้วย” ให้ 2 คะแนน ตัวเลือก “ไม่เห็นด้วย” ให้ 1 คะแนน
2. นำผลการรับฟังความเห็นในแต่ละข้อมาประมวลผล คะแนนเต็ม $291 * 2 = 582$ คะแนน

A = คะแนนจากตัวเลือก “เห็นด้วย” หรือ “ไม่เห็นด้วย” (A1 = ภาคีเครือข่าย, A2 = อนุกรรมการ
หมวดการส่งเสริมสุขภาพ และ A3 = ประชาชนทั่วไป)

สูตรคำนวณ

$$\text{คะแนนรวมของการรับฟังความเห็นในแต่ละข้อ} = \sum A1 + \sum A2 + \sum A3$$

3.3 การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ (Expert Input/Advice)

ในช่วงของการวิจัยเอกสาร และการแจกแบบสอบถามให้กับภาคีเครือข่าย และภายหลังจากการดำเนินการทั้งสองส่วนดังกล่าว ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ครั้ง กล่าวคือ 1) การประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1/2568 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 21 สิงหาคม 2568 เวลา 13.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมสุขชน 3 ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี และการประชุมรับฟังความคิดเห็นเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่อังคารที่ 30 กันยายน 2568 เวลา 13.30 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมอาคารสุขภาพแห่งชาติ ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อ.เมือง จ.นนทบุรี

โดยแนวคิดพื้นฐานของการรับฟังความคิดเห็นคือ ประชาชนในระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยควรจะต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะและการออกกฎหมาย และ/หรือมติต่างๆ ตั้งแต่การระบุปัญหาเลือกแนวทาง จนถึงการตรวจสอบและประเมินผล เพื่อให้นโยบายมีความชอบธรรม คุ่มค่า สร้างความรู้สึกร่วมของการเป็นเจ้าของ และนำไปสู่ความเสมอภาคในสังคมอย่างแท้จริง (ปณญา ทาทราย, 2563)

ทั้งนี้ ในรายงานฉบับนี้ ผู้จัดทำขอนำเสนอรายละเอียดและข้อเสนอแนะจากการประชุมรับฟังความคิดเห็น เพื่อพัฒนาตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2568 เวลา 13.30 – 16.30 น. เป็นสำคัญ

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ในส่วนของผลการวิจัย ผู้จัดทำขอแนะนำเสนอผลการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 การรวบรวมตัวชี้วัดที่ได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมวิธีการวัด เป้าหมาย แหล่งข้อมูล และรายละเอียดในการติดตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ปัญหาและความท้าทาย วิเคราะห์หน่วยงาน/องค์กรในภาคส่วนต่างๆ วิเคราะห์สถานการณ์ว่าสามารถบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดหรือไม่อย่างไร ข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้

4.2 การรวบรวมตัวชี้วัดที่อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว และได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.3 การวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

4.4 การนำเสนอตัวชี้วัดตามกรอบโมเดลการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้

4.5 การนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้

4.1 การรวบรวมตัวชี้วัดที่ได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้

ตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดการประชุมรับฟังความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและการสำรวจความคิดเห็นจากภาคีเครือข่ายแล้วนั้น ขอแบ่งตัวชี้วัดเกี่ยวกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพตามเป้าหมายและมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 สรุปตัวชี้วัดตามเป้าหมาย และมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

หมายเหตุ:

* คือตัวชี้วัดที่นำเสนอเพิ่มเติม/นำเสนอใหม่โดยหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

** คือตัวชี้วัดที่นำเสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

*** คือตัวชี้วัดที่นำเสนอโดย สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)

เป้าหมายตามธรรมนูญ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565	จำนวน ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	มาตรการตามธรรมนูญ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565	จำนวน ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
เป้าหมายที่ 1 ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ ให้พร้อมเผื่อระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการใช้ผลงานวิจัยองค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ	4	*[1] จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร **[2] จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570) **[3] จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัยเทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดต่อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การ	มาตรการที่ 1 มีกลไกอภิบาลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและในระดับพื้นที่	3	*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค *[2] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย *[3] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

เป้าหมายตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565	จำนวน ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	มาตรการตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565	จำนวน ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
		<p>บาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่</p> <p>***[4] ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก 2) การตรวจจับ - ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม 3) การตอบสนองรับมือ - เมื่อพบเหตุฉุกเฉินตอบสนองยับยั้งได้ทันท่วงที 4) ระบบสาธารณสุข - ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ 5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา 6) ภาพรวมของความเสถียร - ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด 			
เป้าหมายที่ 2 ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว	1	<p>***[1] ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security</p>	มาตรการที่ 2 มีกลไกบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์	3	*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการ

เป้าหมายตามรัฐธรรมนูญ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565	จำนวน ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	มาตรการตามรัฐธรรมนูญ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565	จำนวน ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
หรือพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ โครงสร้างของระบบสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงินการคลังและกำลังคนด้านสุขภาพ		Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ 1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก 2) การตรวจจับ – ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม 3) การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบเหตุฉุกเฉินตอบสนองยับยั้งได้ทันทั่วทั้งที่ 4) ระบบสาธารณสุข – ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ 5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา 6) ภาพรวมของความเสถียร - ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด	ความรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่		จัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค *[2] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย *[3] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ
เป้าหมายที่ 3 เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้	2	**[1] สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการ	มาตรการที่ 3 พัฒนาฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่	3	*[1] การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ เช่น หมอพร้อม, Health Data Center (HDC), NRIIS *[2] การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ที่เชื่อมโยงข้อมูลกันได้ และแก้ปัญหาของประชาชนได้

เป้าหมายตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565	จำนวน ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด	มาตรการตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565	จำนวน ตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด
		สร้างเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ * [2] สัดส่วนของงานวิจัยที่มาจากข้อเสนอของภาคประชาชน			* [3] สัดส่วนงบประมาณด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพต่องบประมาณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ด้านสุขภาพ
เป้าหมายที่ 4 มีการกระจายอำนาจการสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานในพื้นที่	2	* [1] จำนวนงานวิจัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการเองเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ * [2] แนวโน้มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะสามารถสร้างและจัดการความรู้ได้เอง	มาตรการที่ 4 ให้ความสำคัญกับสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคที่มีความเชี่ยวชาญเชิงระบบและด้านระบาดวิทยา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่	2	* [1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) ด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยา ที่อยู่ในส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพ * [2] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ในด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยาที่มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของไทยา

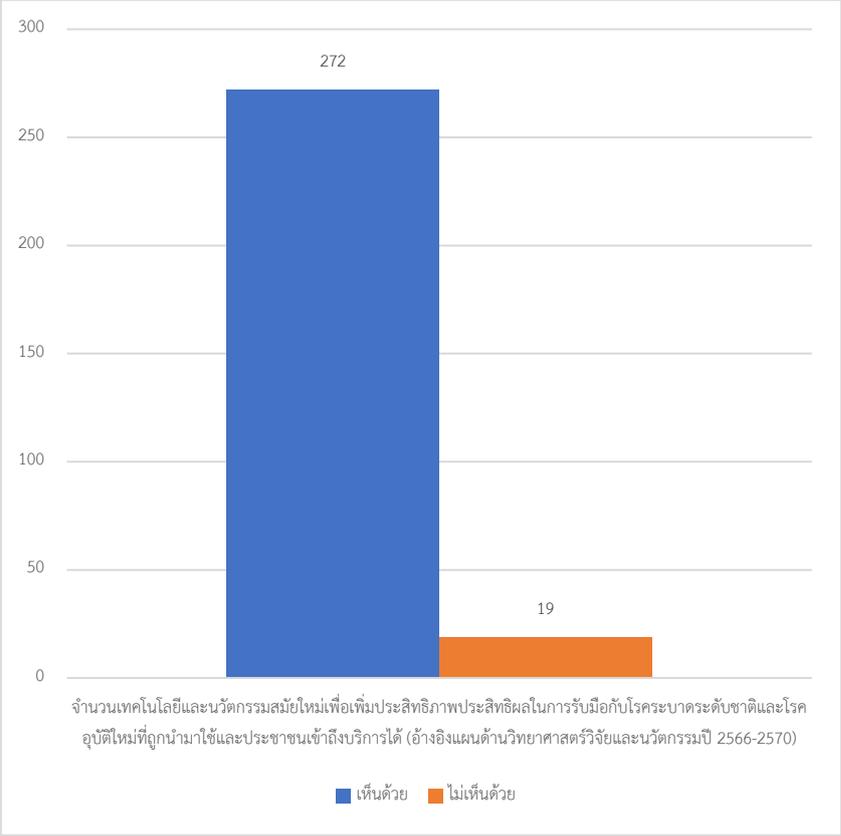
แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2568)

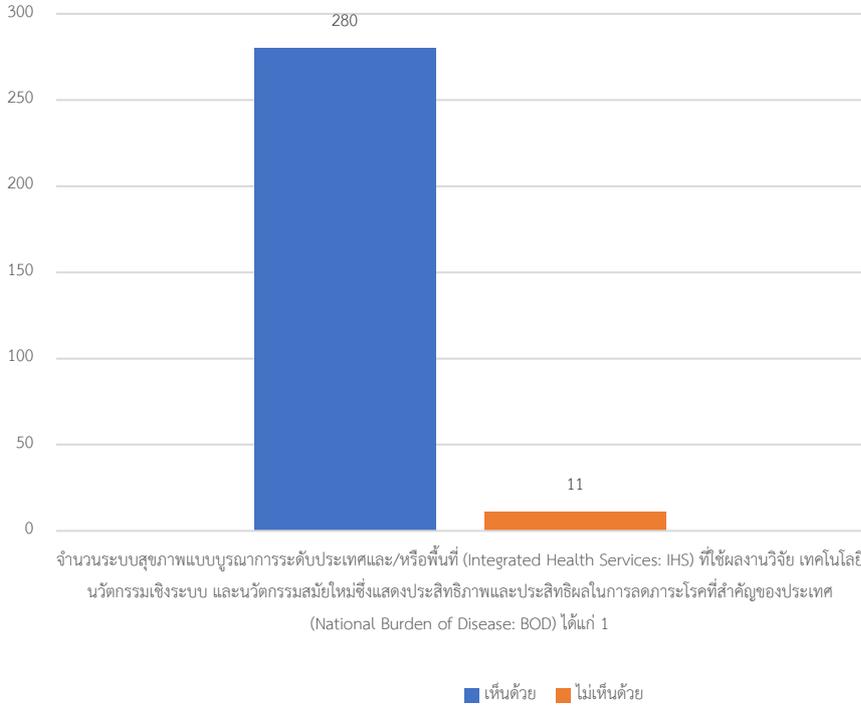
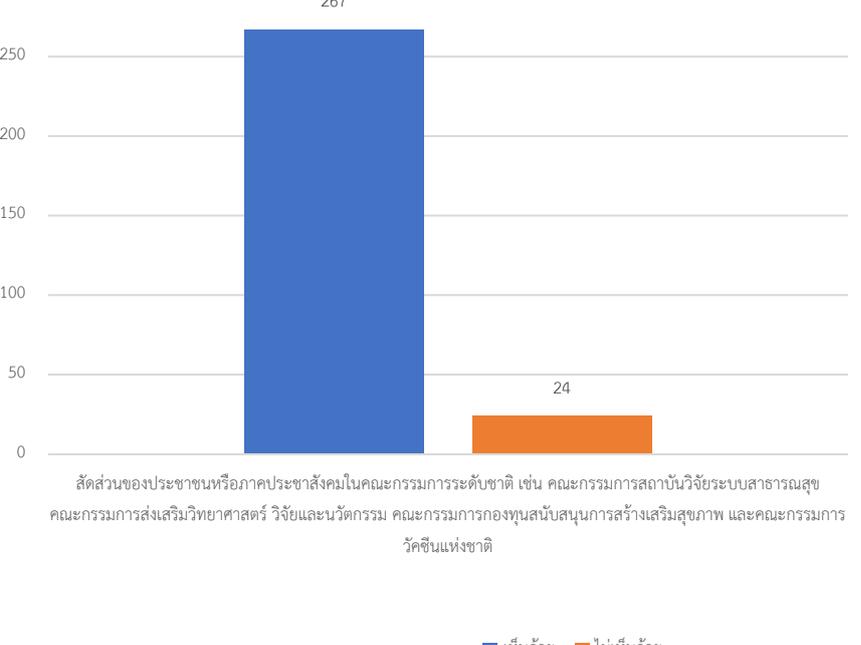
จากตารางที่ 4.1 จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้เก็บรวบรวมและพัฒนาขึ้นมาได้มาจาก 3 ส่วนหลักๆ ประกอบด้วย

- 1) * คือตัวชี้วัดที่นำเสนอเพิ่มเติม/นำเสนอใหม่โดยหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง
- 2) ** คือตัวชี้วัดที่นำเสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)
- 3) *** คือตัวชี้วัดที่นำเสนอโดย สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)

ในการนี้ รายงานฉบับนี้ขอนำเสนอตัวชี้วัดที่นำเสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) และผลการสำรวจจากภาคีเครือข่ายต่อตัวชี้วัดที่ได้นำเสนอ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และผลการสำรวจจากภาคีเครือข่ายต่อตัวชี้วัดที่ได้นำเสนอ

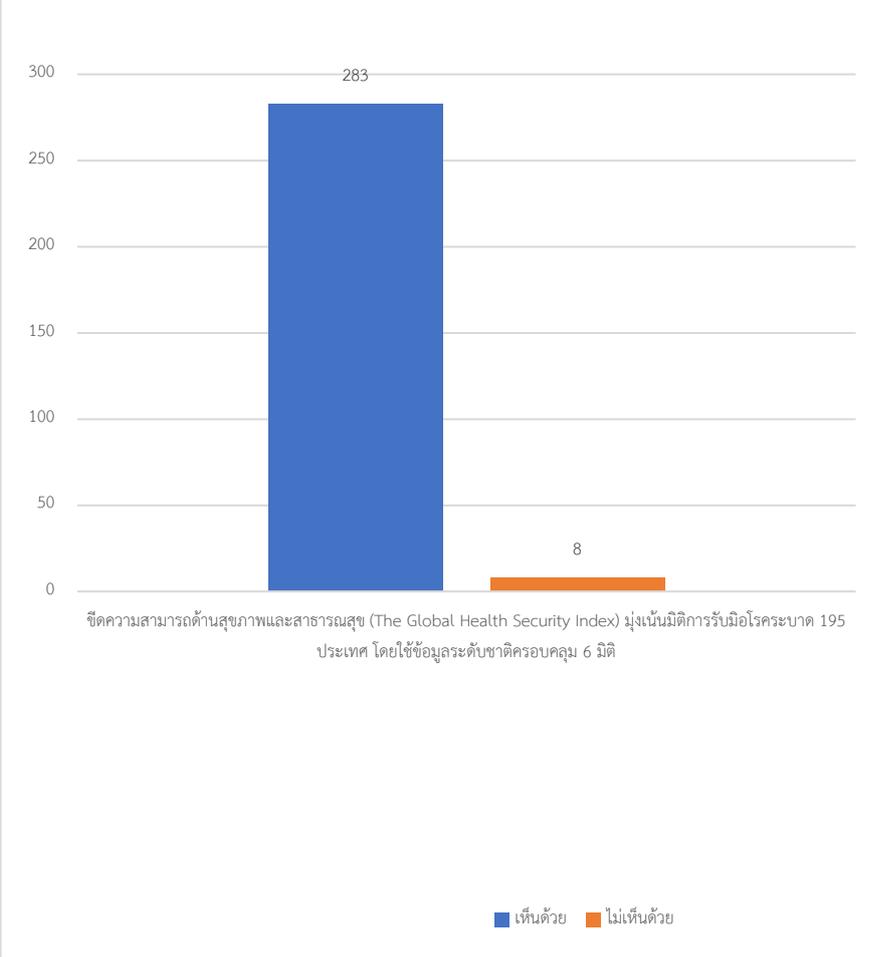
ตัวชี้วัดตามเป้าหมายตาม ธรรมนูญ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอโดย สกสว.	ผลการสำรวจ						
<p>เป้าหมายที่ 1 ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ ด้วยการใช้ผลงานวิจัยองค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ</p>							
<p>**[2] จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)</p> <p>หมายเหตุ: = นับจำนวนเทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ ที่ถูกนำไปใช้ และเกิดผลสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่และภาระโรคที่สำคัญของประเทศ รวมถึง เทคโนโลยีที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกนำไปใช้ และประชาชนเข้าถึงบริการได้ ซึ่งเป็นผลโดยตรงที่เกิดจากโครงการด้าน ววน. ในช่วงปี 2566-2570 โดยใช้ข้อมูลจากผลการรายงานของ PMU ในระบบ NRIS และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ กำหนดค่าเป้าหมาย 15 ขึ้น/ต้นแบบ/รายการ (2567 = 2 ขึ้น/ต้นแบบ/รายการ และ 2568 = 3 ขึ้น/ต้นแบบ/รายการ)</p>	 <p>จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>272</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>19</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	272	ไม่เห็นด้วย	19
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	272						
ไม่เห็นด้วย	19						

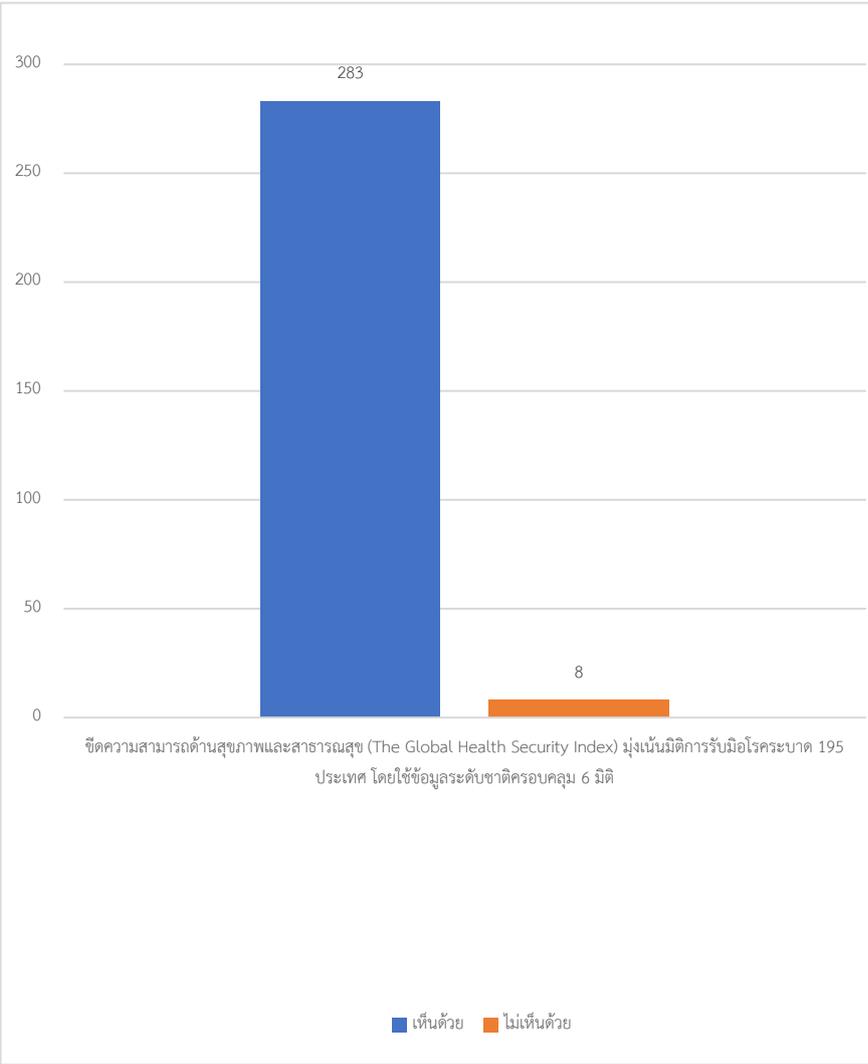
ตัวชี้วัดตามเป้าหมายตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอโดย สกสว.	ผลการสำรวจ						
<p>**[3] จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่</p>	 <p>จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>280</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	280	ไม่เห็นด้วย	11
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	280						
ไม่เห็นด้วย	11						
<p>เป้าหมายที่ 3 เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพ ดูแลตนเอง ครอบครัวย ชุมชนได้</p>							
<p>**[1] สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ</p> <p><u>หมายเหตุ:</u> จำนวนประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการ</p>	 <p>สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>267</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>24</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	267	ไม่เห็นด้วย	24
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	267						
ไม่เห็นด้วย	24						

แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2568)

นอกจากนั้น สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) ได้นำเสนอตัวชี้วัดเพิ่มเติมดังนำเสนอในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ตัวชี้วัดเพิ่มเติมโดยสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) และผลการสำรวจจากภาคีเครือข่ายต่อตัวชี้วัดที่ได้นำเสนอ

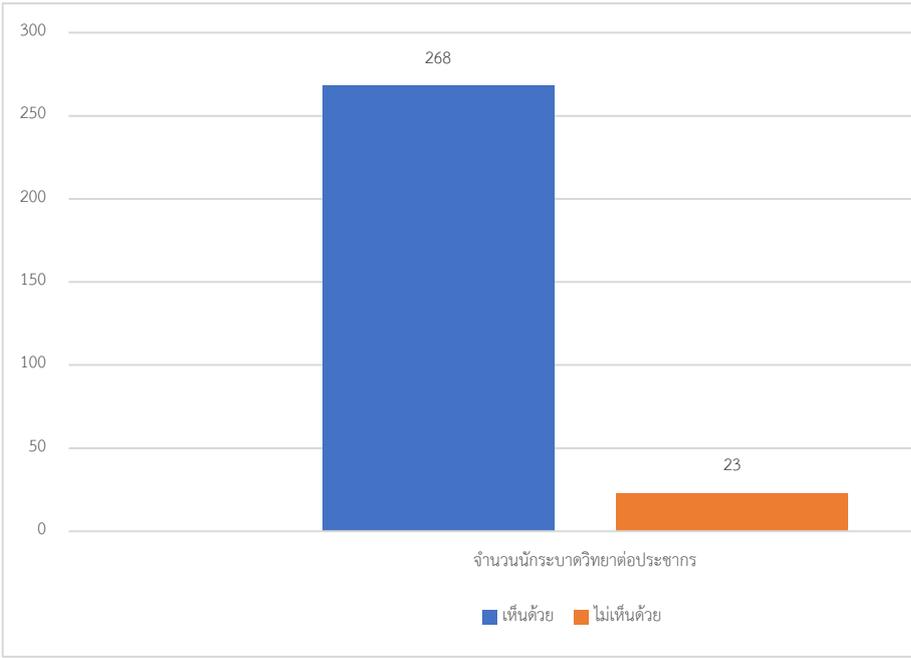
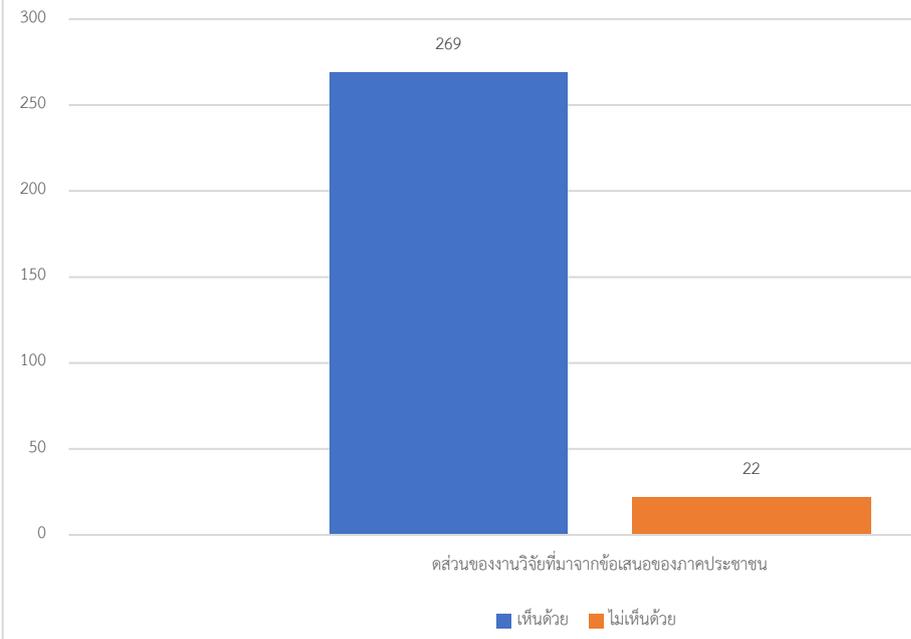
ตัวชี้วัดตามเป้าหมายตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 นำเสนอโดย สอวช.	ผลการสำรวจ						
<p>เป้าหมายที่ 1 ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยใช้ผลงานวิจัยองค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ</p>							
<p>***[4] ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก 2) การตรวจจับ - ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม 3) การตอบสนองรับมือ - เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันทั่วทั้งที่ 4) ระบบสาธารณสุข - ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ 5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา 6) ภาพรวมของความเสี่ยง - ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด 	 <p>ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>283</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	283	ไม่เห็นด้วย	8
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	283						
ไม่เห็นด้วย	8						

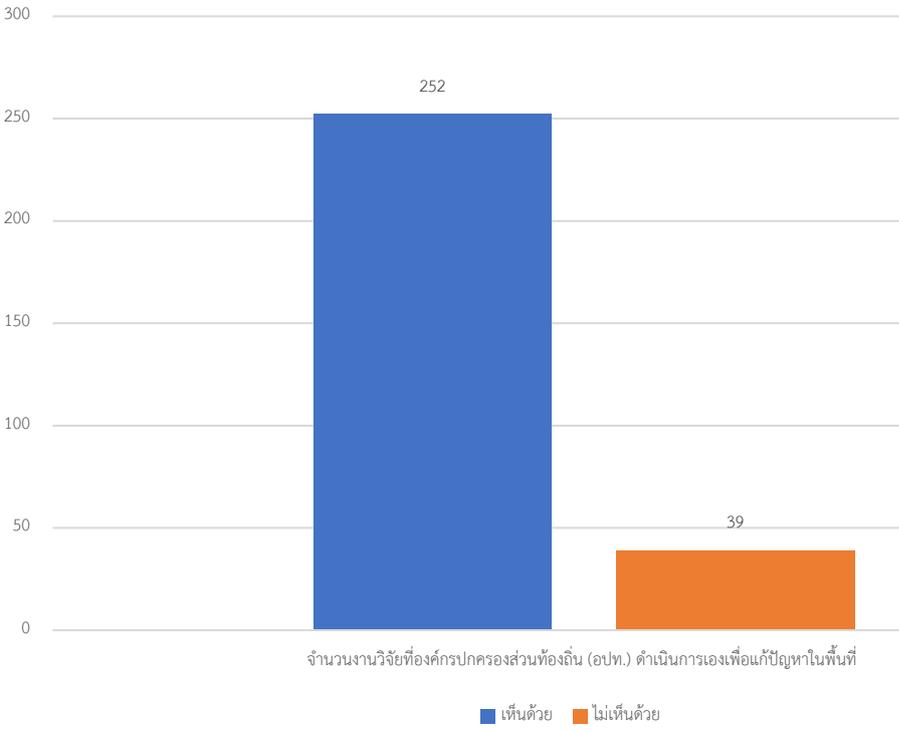
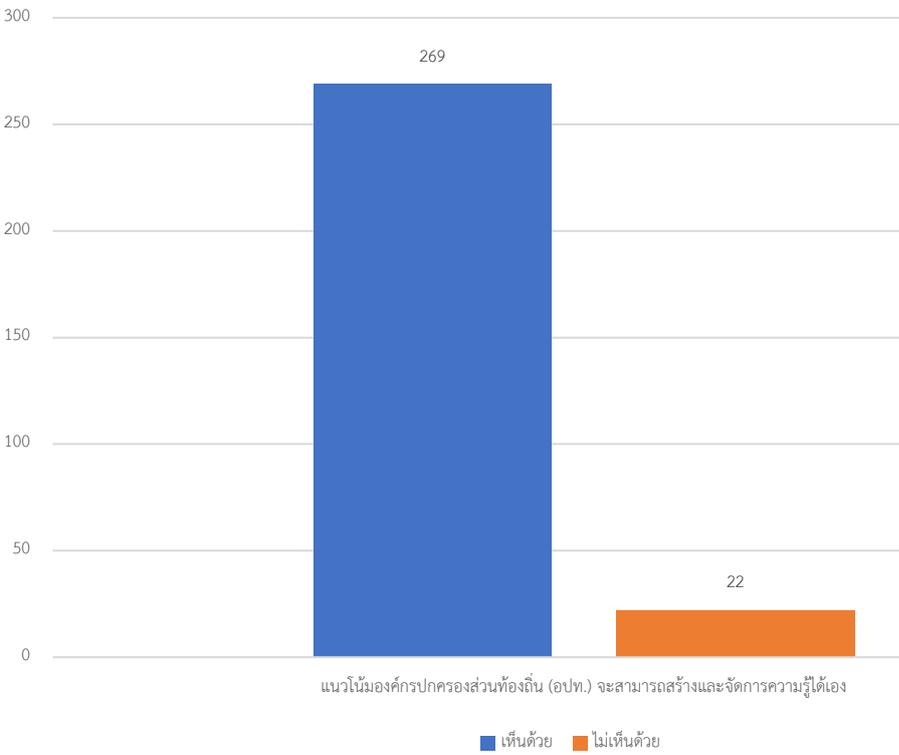
ตัวชี้วัดตามเป้าหมายตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 นำเสนอโดย สอวช.	ผลการสำรวจ						
<p>เป้าหมายที่ 2 ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวหรือฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ โครงสร้างของระบบสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงินการคลังและกำลังคนด้านสุขภาพ</p>							
<p>***[1] ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกัน ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก 2) การตรวจจับ - ตรวจพบรายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม 3) การตอบสนองรับมือ - เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันทั่วทั้งที่ 4) ระบบสาธารณสุข - ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ 5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา 6) ภาพรวมของความเสี่ียง - ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด 	 <table border="1" data-bbox="587 616 1455 1680"> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>283</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> <p>ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ</p> <p>■ เห็นด้วย ■ ไม่เห็นด้วย</p>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	283	ไม่เห็นด้วย	8
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	283						
ไม่เห็นด้วย	8						

แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2568)

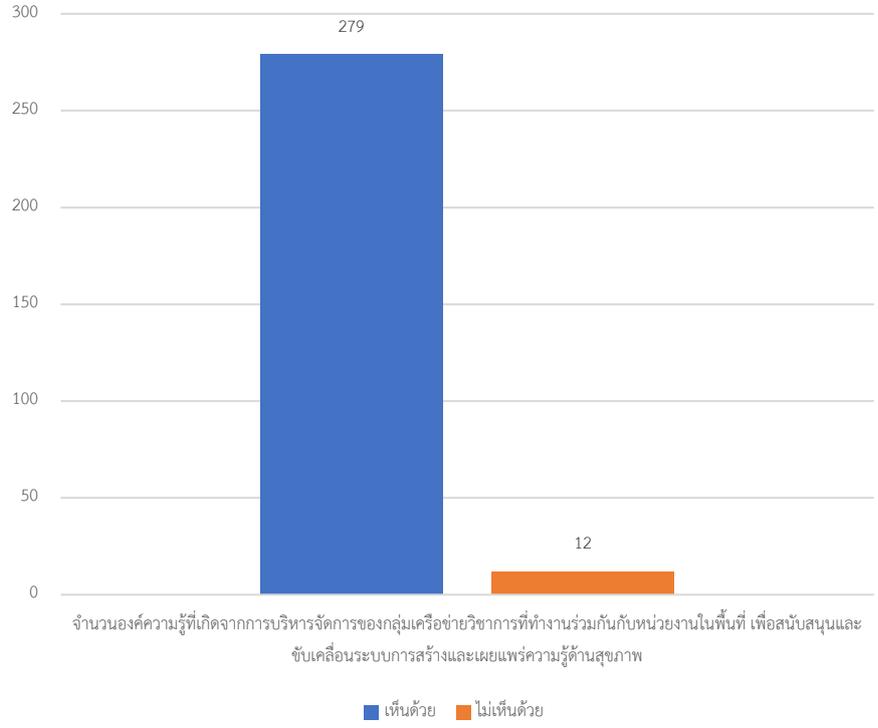
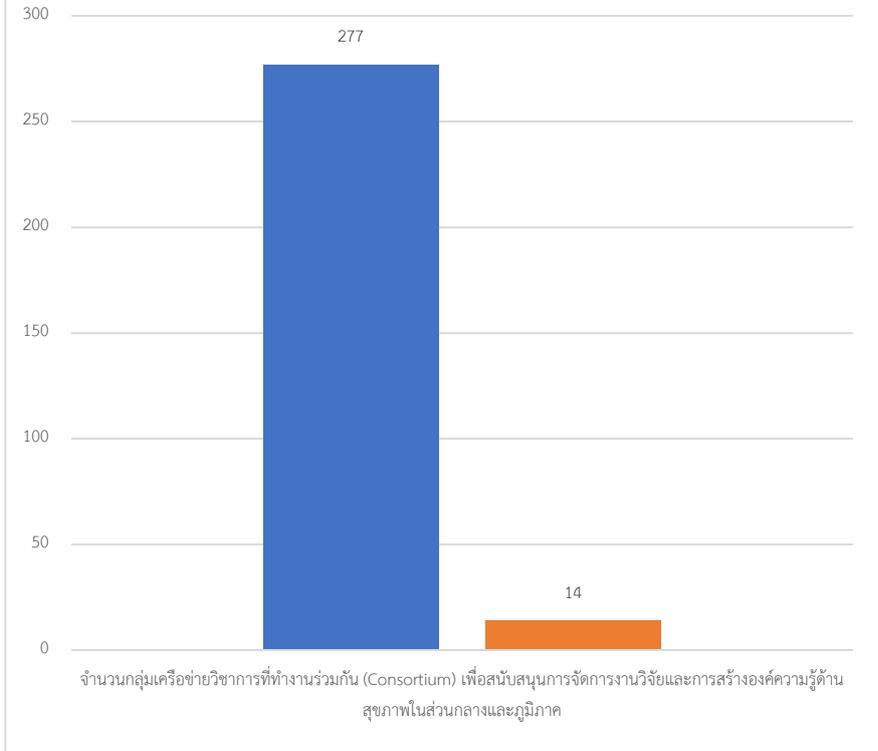
สำหรับตัวชี้วัดที่เหลือเป็นตัวชี้วัดที่นำเสนอเพิ่มเติม/นำเสนอใหม่โดยหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง จึงขอ
นำเสนอและสรุปผลการสำรวจของแต่ละตัวชี้วัด ดังตารางที่ 4.4

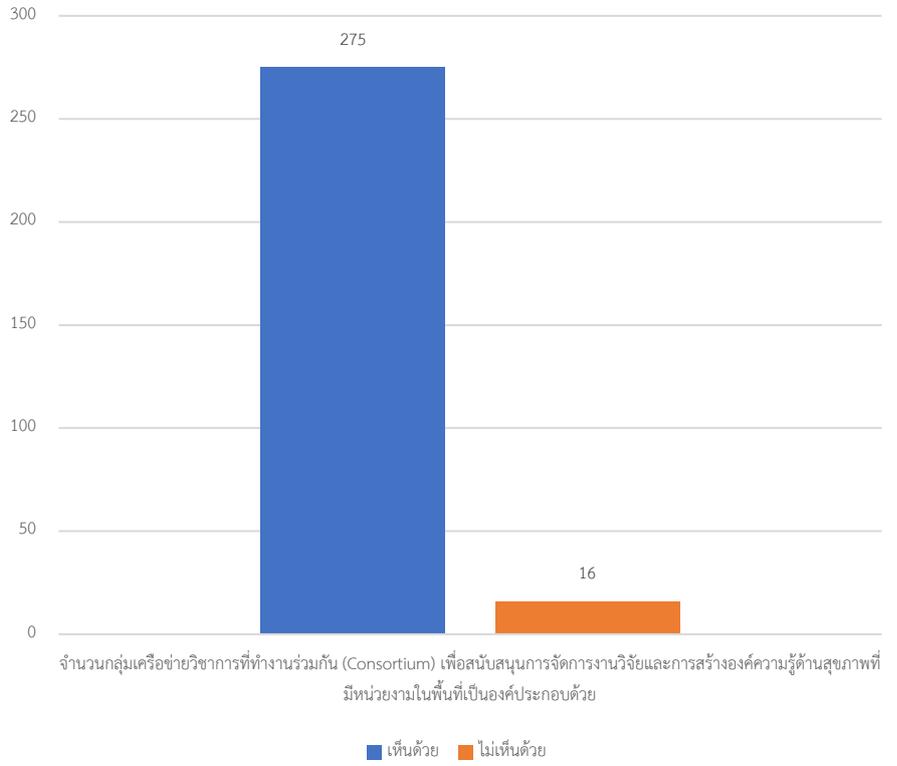
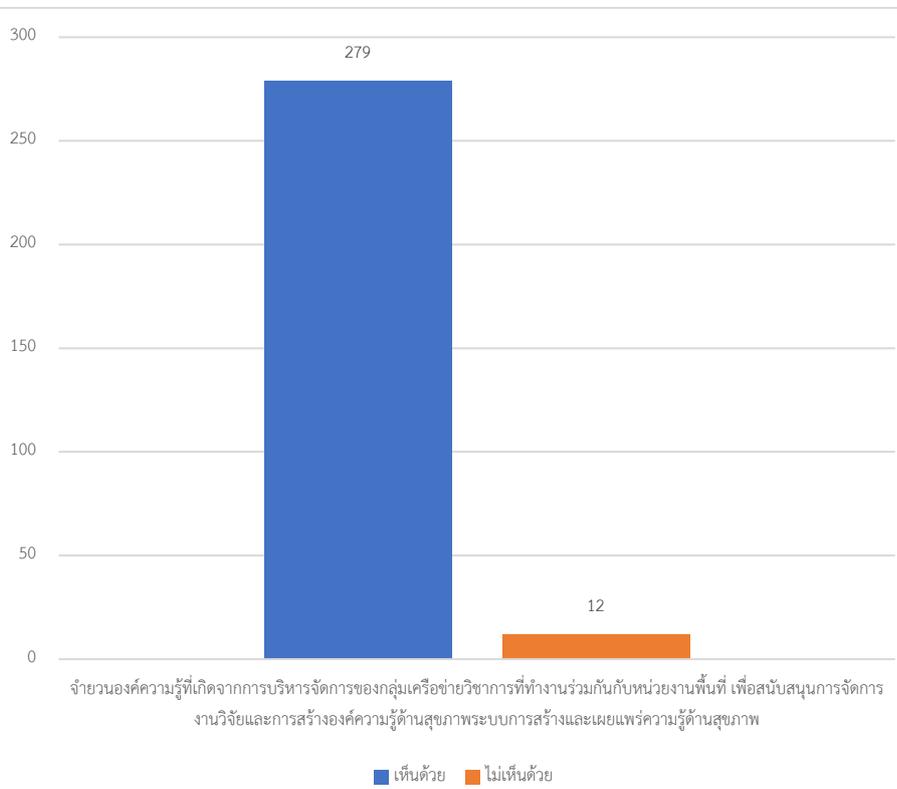
ตารางที่ 4.4 ตัวชี้วัดที่นำเสนอเพิ่มเติม/นำเสนอใหม่โดยหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

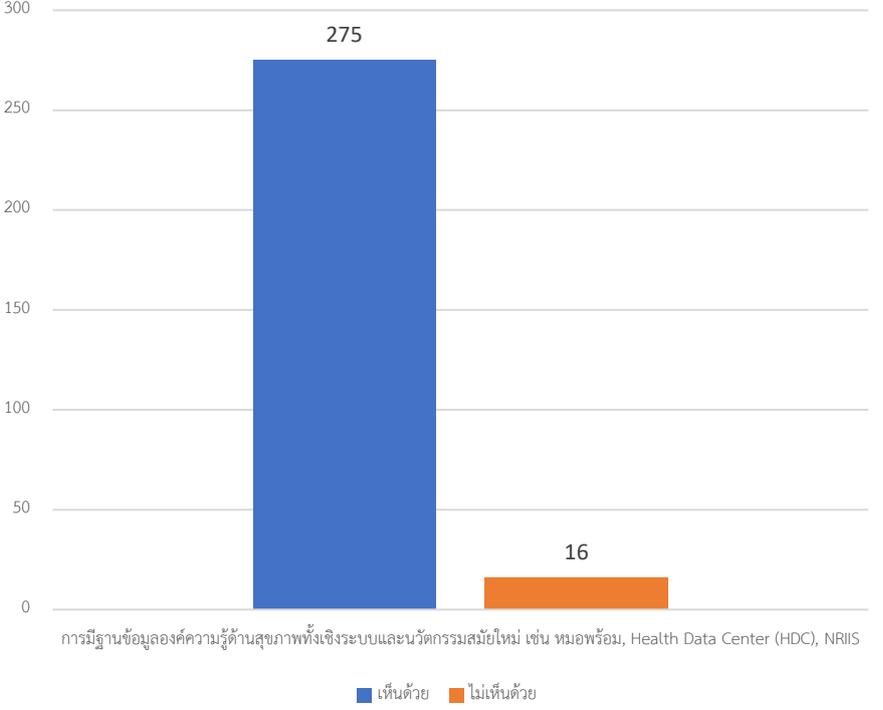
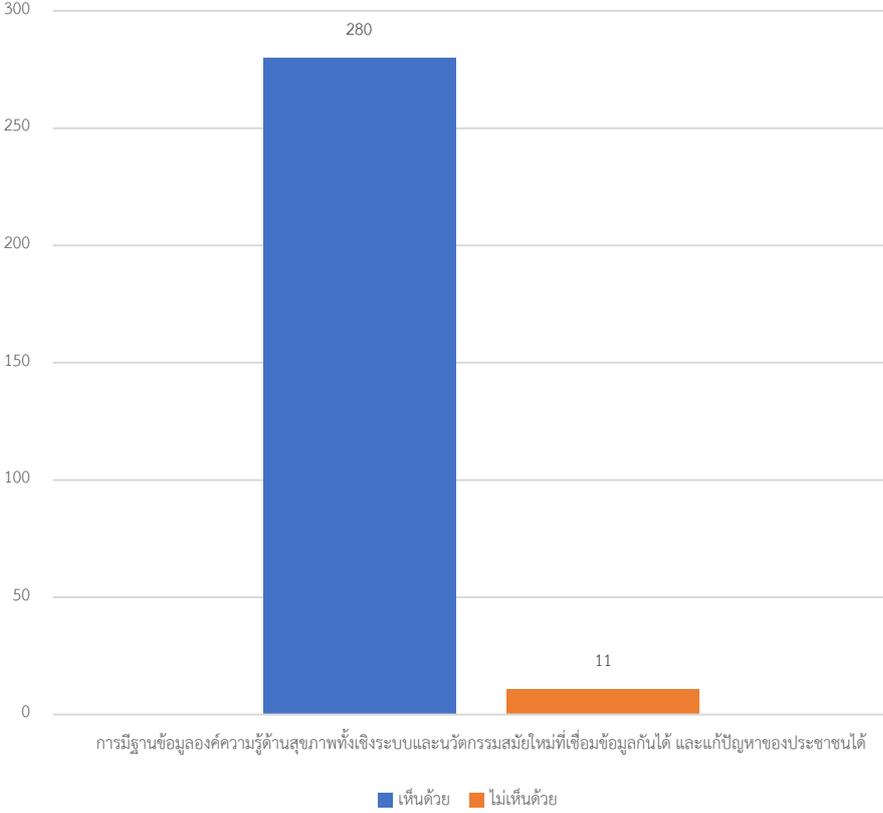
ตัวชี้วัดตามเป้าหมายตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอเพิ่มเติม/ใหม่	ผลการสำรวจ						
<p>เป้าหมายที่ 1 ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยใช้ผลงานวิจัยองค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ</p>							
<p>*[1] จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร หมายเหตุ: กำหนดที่ 1: 200,000 คน มีจังหวัดที่ไม่ผ่านคือ ปทุมธานี สมุทรสาคร สมุทรปราการ</p>	 <table border="1"> <caption>จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>268</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	268	ไม่เห็นด้วย	23
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	268						
ไม่เห็นด้วย	23						
<p>เป้าหมายที่ 3 เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพ ดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้</p>							
<p>*[2] สัดส่วนของงานวิจัยที่มาจากข้อเสนอของภาคประชาชน</p>	 <table border="1"> <caption>สัดส่วนของงานวิจัยที่มาจากข้อเสนอของภาคประชาชน</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>269</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>22</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	269	ไม่เห็นด้วย	22
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	269						
ไม่เห็นด้วย	22						

ตัวชี้วัดตามเป้าหมายตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอเพิ่มเติม/ใหม่	ผลการสำรวจ						
เป้าหมายที่ 4 มีการกระจายอำนาจการสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานในพื้นที่							
<p>*[1] จำนวนงานวิจัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการเองเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่</p>	 <table border="1"> <caption>จำนวนงานวิจัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการเองเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>252</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>39</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	252	ไม่เห็นด้วย	39
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	252						
ไม่เห็นด้วย	39						
<p>*[2] แนวโน้มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะสามารถสร้างและจัดการความรู้ได้เอง</p>	 <table border="1"> <caption>แนวโน้มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะสามารถสร้างและจัดการความรู้ได้เอง</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>269</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>22</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	269	ไม่เห็นด้วย	22
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	269						
ไม่เห็นด้วย	22						

ตัวชี้วัดตามมาตรการตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอเพิ่มเติม/ใหม่	ผลการสำรวจ						
มาตรการที่ 1 มีกลไกอภิบาลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและในระดับพื้นที่							
<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและภูมิภาค</p>	<table border="1"> <caption>จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>277</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	277	ไม่เห็นด้วย	14
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	277						
ไม่เห็นด้วย	14						
<p>*[2] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย</p>	<table border="1"> <caption>จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>276</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	276	ไม่เห็นด้วย	15
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	276						
ไม่เห็นด้วย	15						

ตัวชี้วัดตามมาตรการตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอเพิ่มเติม/ใหม่	ผลการสำรวจ						
<p>*[3] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ</p>	 <p>จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>สถานะ</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>279</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	สถานะ	จำนวน	เห็นด้วย	279	ไม่เห็นด้วย	12
สถานะ	จำนวน						
เห็นด้วย	279						
ไม่เห็นด้วย	12						
<p>มาตรการที่ 2 มีกลไกบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่</p>							
<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพใน ส่วนกลางและภูมิภาค</p>	 <p>จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>สถานะ</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>277</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>	สถานะ	จำนวน	เห็นด้วย	277	ไม่เห็นด้วย	14
สถานะ	จำนวน						
เห็นด้วย	277						
ไม่เห็นด้วย	14						

ตัวชี้วัดตามมาตรการตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอเพิ่มเติม/ใหม่	ผลการสำรวจ						
<p>*[2] จำนวนกลุ่มเครือข่าย วิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุน การจัดการงานวิจัยและการ สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มี หน่วยงานในพื้นที่เป็น องค์ประกอบด้วย</p>	 <p>จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>สถานะ</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>275</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>16</td> </tr> </tbody> </table>	สถานะ	จำนวน	เห็นด้วย	275	ไม่เห็นด้วย	16
สถานะ	จำนวน						
เห็นด้วย	275						
ไม่เห็นด้วย	16						
<p>*[3] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิด จากการบริหารจัดการของกลุ่ม เครือข่ายวิชาการที่ทำงาน ร่วมกันกับหน่วยงานพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนการจัดการงานวิจัย และการสร้างองค์ความรู้ด้าน สุขภาพระบบการสร้างและ เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ</p>	 <p>จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>สถานะ</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>279</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>	สถานะ	จำนวน	เห็นด้วย	279	ไม่เห็นด้วย	12
สถานะ	จำนวน						
เห็นด้วย	279						
ไม่เห็นด้วย	12						

ตัวชี้วัดตามมาตรการตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอเพิ่มเติม/ใหม่	ผลการสำรวจ						
มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่							
<p>*[1] การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ เช่น หมอพร้อม, Health Data Center (HDC), NRIIS</p>	 <table border="1"> <caption>ผลการสำรวจ: การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>275</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>16</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	275	ไม่เห็นด้วย	16
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	275						
ไม่เห็นด้วย	16						
<p>[2] การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ที่เชื่อมข้อมูลกันได้ และแก้ปัญหาของประชาชนได้</p>	 <table border="1"> <caption>ผลการสำรวจ: การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ที่เชื่อมข้อมูลกันได้ และแก้ปัญหาของประชาชนได้</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>280</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	280	ไม่เห็นด้วย	11
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	280						
ไม่เห็นด้วย	11						

ตัวชี้วัดตามมาตรการตาม ธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 นำเสนอเพิ่มเติม/ใหม่	ผลการสำรวจ						
มาตรการที่ 4 ให้ความสำคัญกับสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่กระจายอยู่ใน ทุกภูมิภาคที่มีความเชี่ยวชาญเชิงระบบและด้านระบาดวิทยา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหา สุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่							
<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่าย วิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) ด้านระบบ สุขภาพและด้านระบาดวิทยา ที่ อยู่ในส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ใน การตอบสนองและรับมือกับ ปัญหาสุขภาพ</p>	<table border="1"> <caption>จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) ด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยา ที่อยู่ในส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพ</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>274</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>17</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	274	ไม่เห็นด้วย	17
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	274						
ไม่เห็นด้วย	17						
<p>*[2] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิด จากการบริหารจัดการของกลุ่ม เครือข่ายวิชาการที่ทำงาน ร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ใน ด้านระบบสุขภาพและด้าน ระบาดวิทยาที่มีข้อเสนอเชิง นโยบายเพื่อเสริมสร้างความ มั่นคงทางสุขภาพของไทย</p>	<table border="1"> <caption>จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ในด้านระบบสุขภาพและนโยบายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของไทย</caption> <thead> <tr> <th>ความเห็น</th> <th>จำนวน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เห็นด้วย</td> <td>278</td> </tr> <tr> <td>ไม่เห็นด้วย</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>	ความเห็น	จำนวน	เห็นด้วย	278	ไม่เห็นด้วย	13
ความเห็น	จำนวน						
เห็นด้วย	278						
ไม่เห็นด้วย	13						

แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2568)

นอกจากนั้น ทางภาคีเครือข่ายได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะในการพัฒนาตัวชี้วัด หมวด การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ดังสรุปได้ในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะในการพัฒนาตัวชี้วัด หมวด การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ ด้านสุขภาพ

เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ข้อเสนอแนะ หมายเหตุ: ใช้ AI ช่วยสรุปข้อเสนอแนะให้
*[1] จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร	1) การมุ่งวัดคุณภาพของผลงานวิจัยเป็นตัวชี้วัดหลัก 2) ความเหมาะสมของการกำหนดตำแหน่งและจำนวนบุคลากร 3) ข้อกังวลด้านความเพียงพอและการยอมรับในภาคการแพทย์
**[2] จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)	1) การวัดคุณภาพและผลลัพธ์มากกว่าจำนวน 2) การพิจารณาบริบทและความจำเป็นตามพื้นที่ 3) การลดภาระของผู้ปฏิบัติและเน้นการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่มีอยู่
**[3] จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่	1) ให้ความสำคัญกับการวัดผลลัพธ์เชิงคุณภาพและผลลัพธ์มากกว่าการนับจำนวน 2) การคำนึงถึงบริบทการแก้ปัญหาและความเป็นกลางของหลักฐาน 3) ความพร้อมด้านบุคลากรและความชัดเจนของคำจำกัดความเป็นปัจจัยในการพิจารณาสำคัญ
***[4] ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ 1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก 2) การตรวจจับ - ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม	1) การเน้นความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติ หรือเน้นการทำได้จริง 2) การสะท้อนความมั่นคงทางสุขภาพและการใช้ผลงานเชิงประจักษ์ 3) การพิจารณาความพร้อมระบบและความชัดเจนเชิงนามธรรมของตัวชี้วัด

<p>เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565</p>	<p>ข้อเสนอแนะ หมายเหตุ: ใช้ AI ช่วยสรุปข้อเสนอแนะให้</p>
<p>3) การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันทั่วทั้งที่</p> <p>4) ระบบสาธารณสุข – ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ</p> <p>5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา</p> <p>6) ภาพรวมของความเสี่ยง – ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด</p>	
<p>ตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p> <p>1) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดหลัก - วัตถุประสงค์ อัตราราย อัตราราย แนวโน้มการลดลง และผลกระทบจากวัคซีน รวมถึงอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองและป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ</p> <p>2) การพัฒนาและการเผยแพร่องค์ความรู้เชิงปฏิบัติ (คุณภาพและการเข้าถึง) - ร้อยละความสำเร็จในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพสู่ภาคีและประชาชนทุกวัย (โมเดล/บทความ/วารสาร/สื่อ) โดยมีการบูรณาการ อปท.-กระทรวงสาธารณสุข-สสส. และใช้ตัวชี้วัดสากลเป็นเกณฑ์เปรียบเทียบ</p> <p>3) ความพร้อมระบบและบุคลากรระดับพื้นที่ (ความสามารถในการตอบสนอง) - ระบบข้อมูลพยากรณ์/เฝ้าระวังที่สะท้อนสถานการณ์จริง, ความพร้อมของชุมชน, จำนวนและสวัสดิการเจ้าหน้าที่ (การเพิ่มคน/ค่าตอบแทน) และกำหนดให้ผู้รับผิดชอบไม่ใช่อสม./อพม. เมื่อภารกิจต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะ (ข้อเสนอ: จำกัดจำนวนตัวชี้วัดให้ไม่มากเกินไปและเน้นตัวชี้วัดที่วัดผลได้จริง)</p>	
<p>เป้าหมายที่ 2 ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวหรือฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ โครงสร้างของระบบสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงินการคลังและกำลังคนด้านสุขภาพ</p>	
<p>***[1] ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ</p> <p>1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกัน ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก</p> <p>2) การตรวจจับ - ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม</p> <p>3) การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบเหตุฉุกเฉินตอบสนองยับยั้งได้ทันทั่วทั้งที่</p>	<p>1) มีความแตกต่างอย่างไรกับการกำหนดตัวชี้วัดในข้อ 1.4</p> <p>2) ขอให้สอดคล้อง 2P2R</p> <p>3) ตัวชี้วัดค่อนข้างเป็นนามธรรม</p> <p>4) ตัวชี้วัดทำให้การทำงานไม่ครอบคลุม</p>

เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ข้อเสนอแนะ หมายเหตุ: ใช้ AI ช่วยสรุปข้อเสนอแนะให้
<p>4) ระบบสาธารณสุข – ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ</p> <p>5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา</p> <p>6) ภาพรวมของความเสี่ง - ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด</p>	
<p>ตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p> <p>1) การฟื้นฟู - การบริหารจัดการภายหลังการเกิดโรคระบาด/ปัญหา</p> <p>2) เพิ่มการประเมินระบบเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ / ความมีตัวชี้วัดเกี่ยวกับมุ่งเน้นด้านโรคไม่ติดต่อด้วย 1 ตัวชี้วัด หรือการส่งเสริมสุขภาพ เช่น UHC Service Coverage Index (SDG 3.8)</p> <p>3) ระบบบริการสุขภาพมีแผนประคองกิจการและฟื้นฟูจากภาวะวิกฤตภายใน 7 วัน</p> <p>4) สัดส่วนงบประมาณสำรองด้านสุขภาพฉุกเฉินต่อวงเงินงบประมาณด้านสาธารณสุขรวม</p> <p>5) สัดส่วนบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน</p> <p>6) ประสิทธิภาพในการเผชิญเหตุ</p>	
<p>เป้าหมายที่ 3 เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพ ดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้</p>	
<p>**[1] สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ</p>	<p>1) เน้นการวัดผลที่แสดงว่างานวิจัยถูกนำไปใช้จริง มีผลต่อการบริการ/สุขภาพประชาชน และสามารถต่อยอดนโยบายได้</p> <p>2) เปิดช่องให้ประชาชน/ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมเชิงนโยบายแต่ต้องชัดเจนและมีประสิทธิภาพ</p> <p>3) ตัวชี้วัดต้องชัดเจน มีประโยชน์ตอบสนองประชาชนและคงความเชี่ยวชาญวิชาชีพ</p>
<p>*[2] สัดส่วนของงานวิจัยที่มาจากข้อเสนอของภาคประชาชน</p>	<p>1) ให้ความสำคัญกับสัดส่วนงานวิจัยที่มุ่งแก้ปัญหาประชาชนจริง และไม่ควรถือว่าสำคัญกับผลงานที่มีผลประโยชน์เชิงพาณิชย์หรือการสนับสนุนทางการเมือง</p> <p>2) ความเป็นไปได้เชิงงบประมาณและข้อมูลการวัด</p> <p>3) เปิดกลไกรับฟังข้อเสนอจากประชาชนแต่ต้องชัดเจนในส่วนองวิธีการวัดและประเมินผล</p>
<p>ตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p> <p>1) เพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนเชิงคุณภาพ</p> <p>2) ตัวชี้วัดควรสามารถวัดผลการเข้าถึง การใช้ และการเผยแพร่องค์ความรู้เชิงปฏิบัติได้</p>	

<p>เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565</p>	<p>ข้อเสนอแนะ หมายเหตุ: ใช้ AI ช่วยสรุปข้อเสนอแนะให้</p>
<p>3) มุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงสังคมและความยั่งยืนของงานวิจัย</p>	
<p>เป้าหมายที่ 4 มีการกระจายอำนาจการสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานในพื้นที่</p>	
<p>*[1] จำนวนงานวิจัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการเองเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่</p>	<p>1) พิจารณาภาระงาน บุคลากร งบประมาณ และความต่อเนื่องของข้อมูลก่อนบังคับให้ อปท. ทำวิจัย – บางพื้นที่ต้องเสริมศักยภาพหรือมีผู้เชี่ยวชาญร่วมสนับสนุนก่อน</p> <p>2) มุ่งผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ไม่ใช่แค่จำนวน</p> <p>3) ต้องมีการรอบการสนับสนุนและการกำกับชัดเจน</p>
<p>*[2] แนวโน้มมององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะสามารถสร้างและจัดการความรู้ได้เอง</p>	<p>1) ความพร้อมและศักยภาพของ อปท.เป็นข้อจำกัดสำคัญ</p> <p>2) ตัวชี้วัดต้องเป็นรูปธรรม วัดผลลัพธ์เชิงปฏิบัติ ไม่ใช่เชิงคาดการณ์</p> <p>3) ต้องมีการรอบอ้างอิง การกำกับดูแล และเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน</p>
<p>ตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p> <p>1) เน้นผลงานวิจัยเชิงปฏิบัติของ อปท. และการใช้ความรู้</p> <p>2) เสริมศักยภาพและการจัดการความรู้ท้องถิ่นก่อนขยายตัวชี้วัด</p> <p>3) ให้ประชาชนและกลุ่มเปราะบางมีส่วนร่วมเชิงคุณภาพในการสร้างความรู้</p>	
<p>มาตรการที่ 1 มีกลไกอภิบาลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและในระดับพื้นที่</p>	
<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค</p>	<p>1) วัดการทำงานเป็นเครือข่ายเชิงคุณภาพ ไม่ใช่แค่จำนวน</p> <p>2) เน้นผลลัพธ์และรูปธรรมของการสร้างและเผยแพร่ความรู้</p> <p>3) ต้องคำนึงถึงความพร้อมและภาระงานระดับพื้นที่</p>
<p>*[2] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย</p>	<p>1) ควรรวมตัวชี้วัดกับ 5.1 และเน้นผลลัพธ์เชิงรูปธรรม</p> <p>2) วัดทั้งคุณภาพขององค์ความรู้และการทำงานร่วมกัน</p> <p>3) คำนึงถึงความพร้อมของพื้นที่และไม่เพิ่มภาระงาน</p>
<p>*[3] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p>1) เน้นวัดผลลัพธ์เชิงรูปธรรมขององค์ความรู้</p> <p>2) วัดทั้งคุณภาพและการใช้งาน ไม่ใช่แค่จำนวน</p> <p>3) พิจารณาความพร้อมและภาระงานพื้นที่ก่อนดำเนินการ</p>

เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ข้อเสนอแนะ หมายเหตุ: ใช้ AI ช่วยสรุปข้อเสนอแนะให้
<p>ตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p> <p>1) เน้นการนำเอาองค์ความรู้ไปใช้ได้จริงและวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น</p> <p>2) การมีส่วนร่วมของประชาชนและความเป็นธรรมในการอธิบายระบบความรู้</p> <p>3) กรอบการอภิบาลที่ชัดเจน ต้องมีตัวชี้วัดด้านการจัดการทุน คุณภาพ และการพัฒนาบุคลากร</p>	
<p>มาตรการที่ 2 มีกลไกบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่</p>	
<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้</p>	<p>1) ทบทวนและคัดกรององค์ความรู้ทั้งหมดก่อนวัด</p> <p>2) กำหนดเกณฑ์และขอบเขตการวัดให้ชัดเจน</p> <p>3) วัดเฉพาะองค์ความรู้ที่ผ่านการคัดเลือกและใช้ได้จริง</p>
<p>*[2] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย</p>	<p>1) ประเมินผลงานเชิงคุณภาพของเครือข่าย ไม่ใช่เพียงจำนวน</p> <p>2) เริ่มทดลองในพื้นที่ก่อนขยายผล</p> <p>3) ต้องคำนึงถึงความพร้อมของทรัพยากรบุคคลในพื้นที่</p>
<p>*[3] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p>1) เน้นการสร้างกระบวนการให้ความรู้ที่มีการเคลื่อนไหวและมีพลังมากขึ้น</p> <p>2) คำนึงถึงภาระงานและทรัพยากรในพื้นที่ก่อนดำเนินงาน</p> <p>3) ปรับเป้าหมายการวัดผลเป็นการวัดผลลัพธ์เชิงนโยบาย/แผน</p>
<p>ตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p> <p>1) เน้นวัดผลด้านการบริหารจัดการและประสิทธิภาพ</p> <p>2) เน้นความบูรณาการและการถ่ายทอดความรู้</p> <p>3) พิจารณาระบบข้อมูล ความยั่งยืน และการมีส่วนร่วมของชุมชน</p>	
<p>มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่</p>	
<p>*[1] การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ เช่น หมอพร้อม, Health Data Center (HDC), NRIIS</p>	<p>1) ควรรวมฐานข้อมูลเป็นฐานเดียวที่ใช้งานง่ายและปลอดภัย</p> <p>2) เครื่องมือและแพลตฟอร์มต่างๆควรเชื่อมต่อและใช้ระบบเดียวกัน</p> <p>3) ควรแยกกลุ่มเป้าหมายและข้อมูลตามความเหมาะสม แต่ยังคงใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน</p>
<p>*[2] การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ที่เชื่อมข้อมูลกันได้ และแก้ปัญหาของประชาชนได้</p>	<p>1) การไม่คงอยู่ของฐานข้อมูล เช่น หมอพร้อม</p> <p>2) ฐานข้อมูลบางฐานข้อมูลเข้าถึงยาก</p>

<p>เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบ สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565</p>	<p>ข้อเสนอแนะ หมายเหตุ: ใช้ AI ช่วยสรุปข้อเสนอแนะให้</p>
<p>*[3] สัดส่วนงบประมาณด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพต่องบประมาณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ด้านสุขภาพ</p>	<p>1) งบประมาณและตัวชี้วัดไม่สอดคล้องกัน 2) งบประมาณที่ลงไปยังผู้ปฏิบัติงานจริงมีจำกัด 3) งบประมาณน้อยไม่ได้สะท้อนประสิทธิภาพของเทคโนโลยี</p>
<p>ตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p> <p>1) เน้นการวัดผลประโยชน์และประสิทธิภาพของฐานข้อมูล 2) พิจารณาความเชื่อมโยงและความสอดคล้องของข้อมูล 3) พัฒนาระบบเชิงคุณภาพและการสื่อสารในชุมชน</p>	
<p>มาตรการที่ 4 ให้ความสำคัญกับสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคที่มีความเชี่ยวชาญเชิงระบบและด้านระบาดวิทยา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่</p>	
<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) ด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยาที่อยู่ในส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ในกา</p>	<p>1) เน้นคุณภาพผลลัพธ์และความเชื่อมโยงของกลุ่มเครือข่าย 2) ปรับปรุงการดำเนินงานให้ทันทั่วถึงและเพิ่มภาคประชาชนในพื้นที่ 3) ความท้าทายด้านภาระงานและนิยามกลุ่มเครือข่าย</p>
<p>*[2] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ในด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยาที่มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของไทย</p>	<p>1) เน้นคุณภาพและความต่อเนื่องขององค์ความรู้ 2) การทบทวนผลลัพธ์และประสิทธิภาพที่ผ่านมา 3) ความพร้อมด้านบุคลากรและภาระงานในพื้นที่</p>
<p>ตัวชี้วัดเพิ่มเติม</p> <p>1) ควรเน้นวัดผลเชิงคุณภาพและผลลัพธ์การใช้งานจริง 2) ต้องมีการวัดในหลายมิติและการสะท้อนข้อมูลจากชุมชน 3) แบบสอบถามและเครื่องมือประเมินควรเปิดกว้างและครอบคลุม</p>	

แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2568)

สถานการณ์ปัจจุบันและผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่คัดเลือก

1. เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565

เป้าหมายที่ 1 ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ด้วยการใช้ผลงานวิจัยองค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

ตัวชี้วัดที่ 1.1 จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร

นิยาม: นักระบาดวิทยา คือ นักระบาดวิทยาภาคสนามที่ผ่านการฝึกอบรม ตาม One trained field epidemiologist per 200,000 population is the target set by the World Health Organization (WHO) for meeting the International Health Regulations (IHR)”

ค่าเป้าหมาย: นักระบาดวิทยา 1 คน ต่อประชาชน 200,000 คน

วิธีการคำนวณ: (จำนวนนักระบาดวิทยาทั้งหมด / จำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทย) x 200,000

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มพัฒนานักระบาดวิทยาภาคสนาม, กลุ่มพัฒนาระบบสอบสวนทางระบาดวิทยาและเครือข่าย กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

แหล่งข้อมูล: 1) ทะเบียนนักระบาดวิทยาภาคสนาม ประเทศไทย, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 2) ข้อมูลประชากรประเทศไทยปลายปี ข้อมูล ณ ธันวาคม 2567

ผลการดำเนินงาน: นักระบาดวิทยา 3.96 คน ต่อประชากร 200,000 คน บรรลุเป้าหมาย (นักระบาดวิทยาทั้งหมดจำนวน 1,307 คน ต่อจำนวนประชากรประเทศไทยทั้งหมด 61,951,210 คน) มีจังหวัดที่ไม่ผ่านคือ ปทุมธานี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรปราการ

วิเคราะห์สถานการณ์: หากพิจารณาพบว่าตัวชี้วัดจำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร “บรรลุเป้าหมายระดับชาติ” ที่ได้กำหนดไว้ โดยมีเพียง 4 จังหวัดเท่านั้นที่ไม่ผ่านตัวชี้วัด กล่าวคือ ปทุมธานี กาญจนบุรี สมุทรสาคร สมุทรปราการ

ปัจจัยสนับสนุน/ปัญหา/ช่องว่าง: ในส่วนปัจจัยสนับสนุน มีการจัดเก็บข้อมูลทะเบียนนักระบาดวิทยาภาคสนามและข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวที่สามารถนำมาใช้ในการอ้างอิงเชิงตัวเลขได้อย่างชัดเจนภายใต้กรอบมาตรฐานที่มีการกำหนดไว้ชัดเจน และมีการกำหนดกลุ่ม/หน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจนสะท้อนให้เห็นถึงการสร้างเครือข่าย และบูรณาการเครือข่ายการทำงานเพื่อส่งเสริมให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้

ในขณะที่ปัญหาและช่องว่าง อาจพิจารณาได้จากปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านการกระจายบุคลากรที่ไม่เท่าเทียมกันและไม่เป็นอย่างสมดุล เพราะยังมี 4 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี กาญจนบุรี สมุทรสาคร และสมุทรปราการที่ยังไม่สามารถบรรลุตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ได้

2. ปัจจัยด้านความหนาแน่นของประชากรที่อาจเกิดขึ้นจากการย้ายถิ่นชั่วคราว จึงมีผลกระทบต่อปริมาณความหนาแน่นของประชากรในพื้นที่และมีผลกระทบต่อจำนวนนักระบาดวิทยา

3. ปัจจัยด้านจำนวนของบุคลากร กล่าวคือ บุคลากรอาจมีการลาออก การเกษียณ และ/หรือด้วยเหตุผลอื่นๆที่อาจทำให้ไม่สามารถจัดหาบุคลากรมาทดแทนได้ทัน และอาจไม่ได้มีการวางแผนในการจัดเตรียมกำลังทรัพยากรไว้ได้อย่างทันถ่วงที

4. ปัจจัยด้านแรงจูงใจ กล่าวคือ บุคลากรอาจขาดแรงจูงใจที่สนับสนุนให้อยากปฏิบัติงาน และเหนื่อย และ/หรือภาระงานที่บุคลากรหนึ่งๆจะต้องรับผิดชอบ และสอดคล้องกับค่าตอบแทนที่ได้

5. ปัจจัยด้านงบประมาณ กล่าวคือ การมีงบประมาณที่จำกัดในการบริหารจัดการสัดส่วนของบุคลากร

6. ปัจจัยด้านเทคโนโลยี กล่าวคือ อาจมีข้อจำกัดในการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อความสะดวกในการทำงานในแต่ละพื้นที่ และ/หรือข้ามพื้นที่

ข้อเสนอแนะ/ แนวทางแก้ไข: ขอนำเสนอข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ดังนี้

ระยะสั้น (0 - 4 เดือน)	ระยะกลาง (5 - 8 เดือน)	ระยะยาว (9 - 12 เดือน)
1. การอัปเดตระบบนักกระบาดวิทยาให้ครบถ้วนทั้งในเชิงของจำนวนความสามารถและทักษะ การจัดระดับนักกระบาดวิทยาเป็น Tier ตามความสามารถและทักษะ เป็นต้น	1. การจัดทำระบบ Predictive Analytics โดยพิจารณาข้อมูลและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การเคลื่อนย้าย และการเคลื่อนตัวตลอดจนความหนาแน่นของประชากร จำนวนเฉลี่ยของนักกระบาดวิทยาในแต่ละพื้นที่ เป็นต้น เพื่อสามารถพยากรณ์อันจะเป็นการเตรียมแผนในการรองรับกับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต	1. การส่งเสริมความร่วมมือกับภาคส่วนทั้งหมดมหาวิทยาลัย และหน่วยงานเอกชนในการทำวิจัย และการปรับปรุงระบบ Predictive Analytics อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมและเติมเต็มช่องว่างที่อาจเกิดขึ้นได้ อยู่ตลอดเวลา จากการเปลี่ยนแปลงบริบททางเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม
2. การจัดทำแผนเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน โดยสามารถตรวจสอบได้อย่าง real-time เพื่อให้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของความหนาแน่นของประชากรในแต่ละพื้นที่ การเปลี่ยนแปลงบุคลากรนักกระบาดวิทยาในแต่ละพื้นที่อย่างฉับพลัน เป็นต้น	2. การกำหนดบทบาทหน้าที่ และภาระหน้าที่ให้ครบถ้วน และชัดเจน ครอบคลุมถึงบทบาทหน้าที่ และภาระหน้าที่ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต จากการเปลี่ยนแปลงบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม	2. การมีแผนงานเพื่อวางแผนจำนวน ศักยภาพและทักษะของบุคลากรล่วงหน้าอย่างน้อย 5 ปี
3. การประสานงานและความร่วมมือกับหน่วยงานจัดหาบุคลากร (Head Hunter) เพื่อการสำรองบุคลากร ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรฉุกเฉิน เช่น การลาออก การเจ็บป่วย เป็นต้น		3. การสร้างระบบและกลไกในการให้แรงจูงใจ สิทธิประโยชน์ และผลตอบแทน โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม

4. การทำงานเชิงบูรณาการระหว่างจังหวัด เพื่อจัดเตรียม และโยกย้ายนักระบาดวิทยาให้สามารถรองรับในพื้นที่อื่นๆที่ใกล้เคียงกัน และสามารถรองรับกับจำนวนประชากรของแต่ละจังหวัดได้อย่างทันถ่วงที		
5. การสร้างแรงจูงใจโดยการให้สิทธิประโยชน์ระยะสั้น		4. ควรพิจารณาปรับปรุงตัวชี้วัดในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากการพิจารณาในด้านจำนวน เช่น คุณภาพและศักยภาพในการทำงาน ความถูกต้องในการดำเนินงาน เป็นต้น

ตัวชี้วัดที่ 1.2 จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)

ค่าเป้าหมาย: 15 ชิ้น ในช่วงปี 2566-2570

วิธีคำนวณ: นับจำนวนเทคโนโลยีนวัตกรรมเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ ที่ถูกนำไปใช้ และเกิดผลสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ และภาวะโรคที่สำคัญของประเทศ รวมถึงเทคโนโลยีที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ ซึ่งเป็นผลโดยตรงที่เกิดจากโครงการด้าน ววน.

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (กองทุน ววน.)

แหล่งข้อมูล: ในช่วงปี 2566-2570 โดยใช้ข้อมูลจากผลการรายงานของ PMU (Program Management Unit; หน่วยงานบริหารและจัดการทุนวิจัยและนวัตกรรม) ในระบบ NRIS และแหล่งข้อมูลอื่นๆ

ผลการดำเนินงาน:

ปี 2567: 2 ชิ้น/ต้นแบบ/รายการ (1. ThaiRDU-Analytics เครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ยาอย่างสมเหตุผล) 2. แพลตฟอร์มกลาง AMED Care)

ปี 2568: 3 ชิ้น/ต้นแบบ/รายการ (1. การสนับสนุนแพลตฟอร์มสำหรับการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทางการแพทย์และการสาธารณสุขด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ (1) แพลตฟอร์มกลางด้านการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในรูปแบบดิจิทัล (EMS-Portal) สำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุและรายงานฉุกเฉินการแพทย์ทั่วประเทศ (ระบบ IDEMS (Intelligence Digital Emergency Service 1669) และ (2) แพลตฟอร์มในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทยที่มีเครื่องมือหรือกระบวนการที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลซึ่งจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจสำหรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่ใช้งานร่วมกันทุกระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยงานร่วมกันทุกระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย 2. การสนับสนุนแพลตฟอร์มเพื่อติดตามและดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย

ระบบทางไกล เช่น แพลตฟอร์มการสาธารณสุขทางไกลสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่เด็กและระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเด็กในจังหวัดสงขลา เป็นต้น)

วิเคราะห์สถานการณ์: หากไม่พิจารณาประเด็นอื่นๆ อาจกล่าวได้ว่าได้มีการกำหนดเป้าหมายและหน่วยงานที่รับผิดชอบไว้ได้อย่างชัดเจน แต่ไม่น่าจะและ/หรือใกล้เคียงความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ว่าต้องมีนวัตกรรมเทคโนโลยีต้นแบบจำนวน 15 ชิ้น/ต้นแบบ/รายการ ระหว่างปี 2566 – 2570 ได้ หากปี 2567 สามารถผลิตได้ 2 ชิ้น/ต้นแบบ/รายการ ปี 2568 ผลิตได้ 3 ชิ้น/ต้นแบบ/รายการ และคาดการณ์ว่าปี 2569 ผลิตได้ 4 ชิ้น/ต้นแบบ/รายการ และปี 2570 ผลิตได้ 5 ชิ้น/ต้นแบบ/รายการ จะรวมเป็นทั้งสิ้น 14 ชิ้น ในขณะที่เดียวกัน อาจยังเกิดคำถามอยู่ในประเด็นดังต่อไปนี้

1. เทคโนโลยีนวัตกรรมดังกล่าว ถือเป็น “เทคโนโลยีนวัตกรรมเชิงระบบ” และเป็น “เทคโนโลยีนวัตกรรมสมัยใหม่” ตามที่ได้กำหนดไว้ในวิธีคำนวณจริงหรือไม่
2. เทคโนโลยีนวัตกรรมดังกล่าวที่ได้พัฒนาขึ้นมาและนำมานำเสนอสามารถเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ และภาระโรคที่สำคัญของประเทศตามที่ได้กำหนดไว้ในวิธีคำนวณจริงหรือไม่
3. เทคโนโลยีนวัตกรรมดังกล่าว สามารถสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกนำมาไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ตามที่ได้กำหนดไว้ในวิธีคำนวณจริงหรือไม่

ปัจจัยสนับสนุน/ปัญหา/ช่องว่าง: ในส่วนปัจจัยสนับสนุน มีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนเทคโนโลยีนวัตกรรมไว้อย่างชัดเจนที่สามารถนำมาใช้ในการอ้างอิงเชิงตัวเลขภายใต้กรอบมาตรฐานที่มีการกำหนดไว้ และมีการกำหนดกลุ่ม/หน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจนสะท้อนให้เห็นถึงการสร้างเครือข่าย และบูรณาการเครือข่ายการทำงานเพื่อส่งเสริมให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาและช่องว่างที่อาจสังเกตได้ ประกอบด้วย

1. ความล่าช้าในการผลิตนวัตกรรมเทคโนโลยีต้นแบบในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่กำหนดไว้
2. จำนวนนวัตกรรมเทคโนโลยีต้นแบบที่นำเสนอขึ้นเป็นเพียงการนำเสนอในมิติของจำนวน กล่าวคือ จำนวนชิ้น/ต้นแบบ/รายการเท่านั้น แต่ยังไม่ได้มีการรายการมิติที่สามารถพิสูจน์ได้ว่านวัตกรรมเทคโนโลยีต้นแบบเป็น “ระบบ” “สมัยใหม่” “มีประสิทธิภาพ” “มีประสิทธิผล” “สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกนำมาไปใช้” และ “ประชาชนเข้าถึงบริการ” ได้ โดยต้องคำนึงถึงด้วยว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง
3. ยังขาดการพิจารณาในประเด็นเรื่องความยั่งยืน ทั้งทางด้านมนุษย์ (People) ด้านความคุ้มค่าในเม็ดเงินที่ลงทุนไป (Profit) และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น และด้านสิ่งแวดล้อม/โลก (Planet)

ข้อเสนอแนะ/ แนวทางแก้ไข:

ขอนำเสนอข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ดังนี้

ระยะสั้น (0 - 4 เดือน)	ระยะกลาง (5 - 8 เดือน)	ระยะยาว (9 - 12 เดือน)
1. ควรมีการกำหนดรายละเอียดและคำจำกัดความตัวชี้วัดที่ชัดเจน	1. การกำหนด roadmap และการ mapping เทคโนโลยีนวัตกรรมแต่	1. การจัดทำและบูรณาการระบบนวัตกรรมเทคโนโลยีทั้งหมดให้เป็น One-Stop Service ที่ทุกภาคส่วน

กว้าง (ปริมาณ) และเชิงลึก (คุณภาพ)	ละชั้นที่สามารถ cross over กันได้ในแต่ละต้นแบบ	ที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามบทบาท และอำนาจหน้าที่ของตนเองที่พึงมี
2. ควรทำการสำรวจและเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อให้เข้าใจ pain points และ challenges ของประชากรให้ชัดเจน และลึกซึ้ง และให้ประชากรมีส่วนร่วม (Co-design) เพื่อให้เกิดการยอมรับ และนำไปใช้ในความเป็นจริงได้	2. การกำหนดตัวชี้วัดและการประเมินและติดตามตัวชี้วัดด้านความยั่งยืน	2. ควรมีการกำหนดแผนการดำเนินงานที่มีการกำหนดรายละเอียด หน่วยงาน ระยะเวลา งบประมาณ และปัจจัยอื่นๆ ที่ชัดเจน พร้อมทั้งมีระบบติดตามที่เข้มแข็ง และเข้มงวดเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

ตัวชี้วัดที่ 1.3 จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่

ค่าเป้าหมาย: 8 ระบบ ในช่วงปี 2566-2570

วิธีคำนวณ: 1.นับจำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Service: HIS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) และการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ จากการนำไปใช้จริงหรือทดลองใช้จริงในระดับประเทศ และ/หรือพื้นที่ ซึ่งเป็นผลโดยตรงที่เกิดจากโครงการด้าน ววน. ในช่วงปี 2566-2570 โดยใช้ข้อมูลจากผลการรายงานของ PMU ในระบบ NRIS และแหล่งข้อมูลอื่น 2.การนับจำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ ค่าเป้าหมาย 8 ระบบ ทั้งนี้ 1 ระบบๆ ประกอบด้วย 6 ระบบย่อย ตามหลักการ 6 Building blocks of Health System ได้แก่ 1.ระบบบริการ 2.กำลังคนด้านสุขภาพ 3.ระบบข้อมูล 4.เทคโนโลยีทางการแพทย์ (ยาและเวชภัณฑ์) 5.การเงินการคลังและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ 6.ผู้นำและธรรมาภิบาลกรณีทีระบบสุขภาพ ของโรคเป้าหมายเดิมมีการขยายผลในพื้นที่อื่นจะนับเป็น 1 ระบบ เช่น มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ A รักษาโรคมะเร็งและให้บริการในเขต

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (กองทุน ววน.)

แหล่งข้อมูล: กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (กองทุน ววน.)

ผลการดำเนินงาน:

ปี 2567: 2 ระบบ (1.ระบบประเทศการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลระดับประเทศ 2.ระบบบริการสุขภาพ เครือข่ายร้านยาดูแลเจ็บป่วยเล็ก บริการส่งเสริมป้องกันโรค และรับยาของผู้ป่วย NCD จากโรงพยาบาล

ปี 2568: 3 ระบบ (การสนับสนุนเชื่อมโยงระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในประเทศ เพื่อให้สะดวกต่อการเข้ารับบริการของประชาชน รวมถึงการเชื่อมโยงกับสิทธิการเบิกจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ (1) แพลตฟอร์มเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทั่วประเทศ (Health Link) (2) แพลตฟอร์มการเชื่อมโยงข้อมูลบริการ

สาธารณสุขการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเชื่อมต่อกับระบบการเบิกจ่าย สปสช. (Home Health Care, Long Term Care) และ (3) แพลตฟอร์มกลาง A-MED Care สำหรับให้บริการระบบบริการปฐมภูมิ (ส่วนของร้านยา คลินิกพยาบาล คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม และคลินิกกายภาพบำบัด)

วิเคราะห์สถานการณ์: หากไม่พิจารณาประเด็นอื่นๆ อาจกล่าวได้ว่าได้มีการกำหนดเป้าหมายและหน่วยงานที่รับผิดชอบไว้ได้อย่างชัดเจน และน่าจะใกล้เคียงความสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ว่าจะต้องมีนวัตกรรมเทคโนโลยีต้นแบบจำนวน 8 ระบบบูรณาการ ระหว่างปี 2566 – 2570 ได้ หากปี 2567 สามารถผลิตได้ 2 ระบบบูรณาการ ปี 2568 ผลิตได้ 3 ระบบ และคาดการณ์ว่าปี 2569 ผลิตได้ 4 ระบบบูรณาการ และปี 2570 ผลิตได้ 5 ระบบบูรณาการ จะรวมเป็นทั้งสิ้น 14 ชิ้น ในขณะที่เดียวกัน อาจยังเกิดคำถามอยู่ในประเด็นที่ว่า 5 ระบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นแล้วสามารถตอบโจทย์และเชื่อมโยงกับ 6 Building blocks of Health System ที่ได้กำหนดไว้ได้อย่างไร

ปัจจัยสนับสนุน/ปัญหา/ช่องว่าง: ในส่วนปัจจัยสนับสนุน มีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ไว้อย่างชัดเจนที่สามารถนำมาใช้ในการอ้างอิงเชิงตัวเลขภายใต้กรอบมาตรฐานที่มีการกำหนดไว้ และมีการกำหนดกลุ่ม/หน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจนสะท้อนให้เห็นถึงการสร้างเครือข่ายและบูรณาการเครือข่ายการทำงานเพื่อส่งเสริมให้เป็นไปตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาและช่องว่างที่อาจสังเกตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 5 ระบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นแล้วสามารถตอบโจทย์และเชื่อมโยงกับ 6 Building blocks of Health System ที่กำหนดไว้ได้อย่างไร

ข้อเสนอแนะ/ แนวทางแก้ไข:

ขอนำเสนอข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ดังนี้

ระยะสั้น (0 - 4 เดือน)	ระยะกลาง (5 - 8 เดือน)	ระยะยาว (9 - 12 เดือน)
1. ควรมีการกำหนดรายละเอียดและคำจำกัดความตัวชี้วัดทั้งเชิงกว้าง (ปริมาณ) และเชิงลึก (คุณภาพ) ไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้สามารถตอบโจทย์ในประเด็นต่างๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อมโยงตามหลักการ 6 Building blocks of Health System ที่ได้กำหนดไว้	1. การกำหนด roadmap และการ mapping ระบบสุขภาพแต่ละชั้นที่สามารถ cross over กันได้ในแต่ละระบบสุขภาพ	1. การจัดทำและบูรณาการระบบสุขภาพทั้งหมดให้เป็น One-Stop Service ที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ตามบทบาทและอำนาจหน้าที่ของตนเองที่พึงมี
2. ควรมีการกำหนด ติดตาม และ ประเมินผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์ (Outcomes) ที่เกิดขึ้นจากการสร้างระบบสุขภาพแต่ละชั้นด้วย เพราะหากมีการสร้างระบบสุขภาพดังกล่าวขึ้นแล้ว แต่ไม่สามารถสร้าง	2. การกำหนดตัวชี้วัดและการประเมินและติดตามตัวชี้วัดด้านความยั่งยืน	2. ควรมีการกำหนดแผนการดำเนินงานที่มีการกำหนดรายละเอียด หน่วยงาน ระยะเวลางบประมาณ และปัจจัยอื่นๆที่ชัดเจน พร้อมทั้งมีระบบติดตามที่

ผลผลิต และผลลัพธ์ให้เกิดขึ้นได้ ก็ จะเป็นเสียทรัพยากรในด้านต่างๆ อย่างไม่จำเป็น		เข้มแข็ง และเข้มงวดเพื่อให้เป็นไป ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้
---	--	--

ตัวชี้วัดที่ 1.4 ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้น
มิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ

- 1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก
- 2) การตรวจจับ - ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม
- 3) การตอบสนองรับมือ - เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันท่วงที
- 4) ระบบสาธารณสุข - ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ
- 5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา
- 6) ภาพรวมของความเสี่ยง - ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด

ค่าเป้าหมาย: ประเทศไทยยังไม่มีค่าเป้าหมาย

วิธีการคำนวณ: ข้อมูลทั้งจากข้อมูลทางการที่มีอยู่ในแต่ละประเทศ ร่วมกับการสืบค้นข้อมูล
เพิ่มเติม และผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งมิติเชิงปริมาณและคุณภาพ

“The 2021 GHS Index includes research for the same 195 countries included in the inaugural edition. Country research was conducted from August 2020 through June 2021. Economist Impact conducted the research for this Index through a combination of qualitative assessments of publicly available country information and examinations of existing quantitative data sets.”

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: Economist Impact

แหล่งข้อมูล: website: <https://ghsindex.org/> และ https://ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/11/2021_GHSIndex_Methodology_FINAL.pdf

ผลการดำเนินงาน: Global Health Security Index ได้หยุดการจับและจัดอันดับไปเมื่อปี
2021 ทำให้มิได้มีเกณฑ์ชี้วัดอ้างอิงกับประเทศในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้รับอันดับที่ 5 ของโลก ใน
การจัดอันดับเมื่อปี 2021 ซึ่งเป็นครั้งล่าสุด

วิเคราะห์สถานการณ์: จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นตัวชี้วัด Global Health Security (GHS) Index ที่มีการ
วัดและประเมินผลครอบคลุม 6 มิติ ประกอบด้วย 1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการ
ระบาดตั้งแต่ขั้นแรก 2) การตรวจจับ - ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม 3) การ
ตอบสนองรับมือ - เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันท่วงที 4) ระบบสาธารณสุข - ความเข้มแข็งพื้นฐานของ
ระบบสาธารณสุขในประเทศ 5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา และ 6)
ภาพรวมของความเสี่ยง - ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด โดยนำมาใช้ครอบคลุมทั้งหมด 195
ประเทศ ซึ่งพิจารณาว่าเป็นกรอบการชี้วัดที่ดี และน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดดังกล่าวได้มีการยุติการใช้ไปแล้ว
ตั้งแต่ปี 2021 ซึ่งผ่านมาแล้ว 5 ปี โดยในช่วงปีดังกล่าวก่อนที่จะมีการยุติการใช้ตัวชี้วัดนี้ ไทยได้รับการจัดอันดับอยู่ใน

อันดับที่ 5 ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าว และตัวชี้วัดดังกล่าวไม่ควรนำมาใช้เป็นการอ้างอิงเพื่อระบุและกำหนดประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และ/หรือความสำเร็จได้ อาจนำมาใช้ในการเป็นกรอบและแนวคิดในการประยุกต์ตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับ บริบทของประเทศไทยต่อไปในอนาคตได้

ปัจจัยสนับสนุน/ปัญหา/ช่องว่าง: หากพิจารณาในส่วนปัจจัยสนับสนุน อาจใช้ข้อมูลจากตัวชี้วัด Global Health Security Index ดังกล่าวเป็นฐานข้อมูล และ/หรือเป็น Baseline ในการพัฒนาตัวชี้วัด และการ ติดตามและประเมินผล แต่ไม่ควรนำมาใช้เป็น “หลักฐาน/ข้ออ้างของการพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และ/หรือความสำเร็จ” ได้ เนื่องจากในช่วงระยะเวลาหลังจากปี 2021 โลกได้เผชิญกับประเด็นปัญหาและการคุกคาม ด้านสุขภาพ และโรคภัยไข้เจ็บทั้งที่อุบัติใหม่ และกลายพันธุ์เพิ่มเติมขึ้น ตลอดจนบริบทการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและ วัฒนธรรมอื่นๆที่อาจเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีผลกระทบทางตรงและทางอ้อม ในขณะเดียวกัน ตัวชี้วัดดังกล่าวยังมี ช่องว่างที่ควรคำนึงถึง เช่น ตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นการวัดและประเมินผลโดยภาพรวมของประเทศ ดังนั้น จึงยังขาดมิติ ด้านท้องถิ่น มิติการขาดความสอดคล้องกับทรัพยากรของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และมิติการพึ่งพาตัวชี้วัดจากหน่วยงาน/องค์การภายนอกมากเกินไป ทำให้เมื่อเกิดการยกเลิก การใช้ตัวชี้วัดอย่างในกรณีนี้ ทำให้ประเทศขาดตัวชี้วัด และขาดการวัด ติดตาม และประเมินผลที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ/ แนวทางแก้ไข:

ขอนำเสนอข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ดังนี้

ระยะสั้น (0 - 4 เดือน)	ระยะกลาง (5 - 8 เดือน)	ระยะยาว (9 - 12 เดือน)
1. ควรมีการกำหนดรายละเอียด และคำจำกัดความตัวชี้วัดทั้งเชิง กว้าง (ปริมาณ) และเชิงลึก (คุณภาพ) ไว้อย่างชัดเจน ละเอียด ครอบคลุมทุกมิติ และสอดคล้องกับ บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปทางด้าน การเมือง เศรษฐกิจ สังคมและ วัฒนธรรมของประเทศไทยเป็นที่ตั้ง	1. การกำหนด roadmap ไว้ให้ ชัดเจน เป็นระบบ และเป็นขั้นตอน ไว้อย่างน้อย 5 ปี และมี คณะกรรมการ/กลุ่มบุคลากรทำ หน้าที่ในการติดตามและตรวจสอบ ข้อมูล/ตัวชี้วัด ความครอบคลุม ความทันสมัย ความชัดเจน เป็นต้น อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ	1. การกำหนดเป็นนโยบายหลักของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติในการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อ ติดตามและประเมินผลขีด ความสามารถด้านสุขภาพและ สาธารณสุข และมีคลังเก็บข้อมูล (Inventory) เชิงประจักษ์เพื่อเป็น การพิสูจน์และยืนยันขีด ความสามารถด้านสุขภาพและ สาธารณสุขของประเทศไทย โดย ดำเนินงานเป็นลำดับขั้นจากระดับ ท้องถิ่น
2. ควรมีการกำหนด ติดตาม และ ประเมินผลผลิต (Outputs) ผลลัพธ์ (Outcomes) อย่างต่อเนื่อง	2. การกำหนดตัวชี้วัดและการ ประเมินและติดตามตัวชี้วัดด้าน ความยั่งยืน	2. การจัดตั้งคณะกรรมการที่ รวบรวมผู้เชี่ยวชาญและ/หรือ ตัวแทนของแต่ละประเทศทั้งใน ระดับเอเชีย และระดับโลก เพื่อร่วม พัฒนาตัวชี้วัดในระดับต่อไป

เป้าหมายที่ 2 ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวหรือฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ โครงสร้างของระบบสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงินการคลังและกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 1.4 ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ

- 1) การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก
- 2) การตรวจจับ - ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม
- 3) การตอบสนองรับมือ - เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันที่
- 4) ระบบสาธารณสุข - ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ
- 5) ค่านิยมและมาตรฐาน - การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา
- 6) ภาพรวมของความเสี่ยง - ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด

เป้าหมายที่ 3 เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพ ดูแลตนเอง ครอบครัวยุ ชุมชนได้

ตัวชี้วัดที่ 1.5 สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 1.6 สัดส่วนของงานวิจัยที่มาจากข้อเสนอของภาคประชาชน (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

เป้าหมายที่ 4 มีการกระจายอำนาจการสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานในพื้นที่

ตัวชี้วัดที่ 1.7 จำนวนงานวิจัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการเองเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 1.8 แนวโน้มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะสามารถสร้างและจัดการความรู้ได้เอง (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

2. มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565

มาตรการที่ 1 มีกลไกอภิบาลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและในระดับพื้นที่

ตัวชี้วัดที่ 2.1 จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 2.2 จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 2.3 จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

มาตรการที่ 2 มีกลไกบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่

ตัวชี้วัดที่ 2.4 จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 2.5 จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 2.6 จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

มาตรการที่ 3 พัฒนาฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่

ตัวชี้วัดที่ 2.7 การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ เช่น หมอพร้อม, Health Data Center (HDC), NRIIS (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 2.8 การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ที่เชื่อมข้อมูลกันได้และแก้ปัญหาของประชาชนได้ (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 2.9 สัดส่วนงบประมาณด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพต่องบประมาณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ด้านสุขภาพ (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

มาตรการที่ 4 ให้ความสำคัญกับสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคที่มีความเชี่ยวชาญเชิงระบบและด้านระบาดวิทยา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะอนุกรรมการหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 2.10 จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) ด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยา ที่อยู่ในส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพ (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะกรรมการทบทวนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)

ตัวชี้วัดที่ 2.11 จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ในด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยาที่มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของไทย (ตัวชี้วัดใหม่ที่เสนอจากคณะกรรมการทบทวนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ยังไม่มีข้อมูล)ฯ

รายละเอียดข้อมูลตัวชี้วัดที่ 1.1 จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร ตัวชี้วัดที่ 1.2 จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ และ ตัวชี้วัดที่ 1.3 จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ตามตารางที่ 4.6

ทั้งนี้ สำหรับตัวชี้วัดขีดความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้ และชี้ให้เห็นว่าตัวชี้วัดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติและระดับสากลทั้งในด้าน SDGs ยุทธศาสตร์ชาติ และประเด็นอื่นๆ

ตารางที่ 4.6 วิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
ตัวชี้วัดจำนวนนักระบาด วิทยาต่อประชากร	นักระบาดวิทยา 1 คน ต่อประชากร 200,000 คน	นักระบาดวิทยา 3.96 คน ต่อประชากร 200,000 คน บรรลุ เป้าหมาย (นักระบาด วิทยาทั้งหมดจำนวน 1,307 คน ต่อจำนวน ประชากรประเทศไทย ทั้งหมด 61,951,210 คน)	(จำนวนนักระบาดวิทยา ทั้งหมด / จำนวน ประชากรทั้งหมดของ ประเทศไทย) × 200,000	ปีละ 1 ครั้ง	กลุ่มพัฒนานัก ระบาดวิทยา ภาคสนาม กลุ่มพัฒนา ระบบสอบสวน ทางระบาด วิทยาและ เครือข่าย กองระบาด วิทยา กรมควบคุมโรค	-	✓	IHR 2005

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
ตัวชี้วัดจำนวนเทคโนโลยี และนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการรับมือกับ โรคระบาดระดับชาติและ โรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้ และประชาชนเข้าถึง บริการได้ (อ้างอิงแผนด้าน วิทยาศาสตร์วิจัยและ นวัตกรรมปี 2566-2570)	15 ชิ้น ในช่วงปี 2566-2570	2567: 2 ชิ้น/ต้นแบบ/ รายการ (1. ThaiRDU- Analytics เครื่องมือใน การวิเคราะห์ข้อมูลการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล) 2. แพลตฟอร์มกลาง AMED Care) 2568: 3 ชิ้น/ต้นแบบ/ รายการ (1. การ สนับสนุนแพลตฟอร์ม สำหรับการป้องกันและ บรรเทาสาธารณภัยทาง การแพทย์และการ สาธารณสุขด้าน	นับจำนวนเทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ ที่ถูกนำไปใช้ และเกิดผล สำเร็จในการเพิ่ม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการรับมือ กับโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ และ ภาระโรคที่สำคัญของ ประเทศ รวมถึง เทคโนโลยีที่สนับสนุน การเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่ถูกนำไปใช้และ ประชาชนเข้าถึงบริการ	รายงานทุก 6 เดือน	กองทุนส่งเสริม วิทยาศาสตร์ วิจัย และ นวัตกรรม (กองทุน ววน.)	SDG3	ยุทธศ าสตร์ที่ 5: การ สร้าง เติบโต บน คุณภ าพชี วิต ที่เป็น มิตรต่อ สิ่งแวดล้อม	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		การแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ (1) แพลตฟอร์มกลาง ด้านการให้บริการด้าน การแพทย์ฉุกเฉินใน รูปแบบดิจิทัล (EMS- Portal) สำหรับศูนย์รับ แจ้งเหตุและจ่ายงาน ฉุกเฉินการแพทย์ทั่ว ประเทศ (ระบบ IDEMS (Intelligence Digital Emergency Service 1669) และ (2) แพลตฟอร์มในการเฝ้า ระวังโรคและภัยสุขภาพ ของประเทศไทยที่มี	ได้ ซึ่งเป็นผลโดยตรงที่ เกิดจากโครงการด้าน ววน.					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		เครื่องมือหรือ กระบวนการที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูลซึ่งจะ ช่วยสนับสนุนการ ตัดสินใจสำหรับศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่ ใช้งานร่วมกันทุกระดับ และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในประเทศไทย งานร่วมกันทุกระดับและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ประเทศไทย 2. การ สนับสนุนแพลตฟอร์ม เพื่อติดตามและดูแล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		ด้วยระบบทางไกล เช่น แพลตฟอร์มการสาธารณสุขทางไกล สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่เด็กและระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเด็กในจังหวัดสงขลา เป็นต้น)						
ตัวชี้วัดจำนวนระบบ สุขภาพแบบบูรณาการ ระดับประเทศและ/หรือ พื้นที่ (Integrated	8 ระบบ ในช่วงปี 2566-2570	2567: 2 ระบบ (1.ระบบประเทศการใช้ ยาอย่างสมเหตุผล ระดับประเทศ 2.ระบบ	1.นับจำนวนระบบ สุขภาพแบบบูรณาการ ระดับประเทศและ/หรือ พื้นที่ (Integrated	รายงานทุก 6 เดือน	กองทุนส่งเสริม วิทยาศาสตร์ วิจัย และ	SDG3	ยุทธศา าสตร์ที่ 5: การ สร้าง	-

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
Health Services: IHS) ที่ ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และ นวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดง ประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลในการลดภาระ โรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดต่อ 2) โรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง 3) การบาดเจ็บและ การรับมือกับโรคระบาด ระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่		บริการสุขภาพเครือข่าย ร้านยาดูแลเจ็บป่วยเล็ก บริการส่งเสริมป้องกัน โรค และรับยาของผู้ป่วย NCD จากโรงพยาบาล 2568: 3 ระบบ (การ สนับสนุนเชื่อมโยงระบบ ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ในประเทศ เพื่อให้ สะดวกต่อการเข้ารับ บริการของประชาชน รวมถึงการเชื่อมโยงกับ สิทธิการเบิกจ่ายของ ระบบหลักประกัน	Health Service: HIS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยีนวัตกรรมเชิง ระบบ และนวัตกรรม สมัยใหม่ ซึ่งแสดง ประสิทธิภาพและ ประสิทธิผลในการลด ภาระโรคที่สำคัญของ ประเทศ (National Burden of Disease: BOD) และการรับมือกับ โรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่ จากการ นำไปใช้จริงหรือทดลอง ใช้จริงในระดับประเทศ		นวัตกรรม (กองทุน ววน.)		การ เติบโต บน คุณภาพ ชีวิต ที่เป็น มิตรต่อ สิ่งแวดล้อม	

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		สุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ (1) แพลตฟอร์ม เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทั่วประเทศ (Health Link) (2) แพลตฟอร์ม การเชื่อมโยงข้อมูล บริการสาธารณสุขการ ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเชื่อมต่อกับระบบการ เบิกจ่าย สปสช. (Home Health Care, Long Term Care) และ (3) แพลตฟอร์มกลาง A-MED Care สำหรับ	และ/หรือพื้นที่ ซึ่งเป็น ผลโดยตรงที่เกิดจาก โครงการด้าน ววน. ในช่วงปี 2566-2570 โดยใช้ข้อมูลจากผลการ รายงานของ PMU ใน ระบบ NRIIS และ แหล่งข้อมูลอื่น 2.การ นับจำนวนระบบสุขภาพ แบบบูรณาการ ระดับประเทศและ/หรือ พื้นที่ ค่าเป้าหมาย 8 ระบบ ทั้งนี้ 1 ระบบๆ ประกอบด้วย 6 ระบบย่อย ตามหลักการ 6					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
		ให้บริการระบบบริการ ปฐมภูมิ (ส่วนของร้านยา คลินิกพยาบาล คลินิก เวชกรรม คลินิกทันตก กรรม และคลินิก กายภาพบำบัด)	Building blocks of Health System ได้แก่ 1.ระบบบริการ 2. กำลังคนด้านสุขภาพ 3. ระบบข้อมูล 4. เทคโนโลยีทาง การแพทย์ (ยาและ เวชภัณฑ์) 5.การเงินการ คลังและค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพ 6.ผู้นำและธรร มาภิบาลกรณีทีระบบ สุขภาพ ของโรค เป้าหมายเดิมมีการขยาย ผลในพื้นที่อื่นๆจะ นับเป็น 1 ระบบ เช่น มี					

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
			การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ A รักษา โรคมะเร็งและให้บริการ ในเขต					
ตัวชี้วัดขีดความสามารถ ด้านสุขภาพและ สาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรค ระบาด 195 ประเทศ โดย ใช้ข้อมูลระดับชาติ ครอบคลุม ๖ มิติ	ประเทศไทยยังไม่ได้มี การตั้งเป้าหมายโดย ยึดโยงกับคะแนน/การ จัดอันดับของ Global Health Security Index อย่างเป็นทางการ โดยมากเป็น เพียงความสนใจในทาง วิชาการเกี่ยวกับหัวข้อ การชี้วัดเท่านั้น	ดังที่ Global Health Security Index ได้หยุด การจัดเก็บและจัดอันดับ ไปเมื่อปี 2021 ทำให้ มิได้มีเกณฑ์ชี้วัดอ้างอิง กับประเทศในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ประเทศ ไทยได้รับอันดับที่ 5 ของ โลก ในการจัดอันดับเมื่อ	“The 2021 GHS Index includes research for the same 195 countries included in the inaugural edition. Country research was conducted from August 2020 through June 2021.	Global Health Security Index ได้หยุด การจัดเก็บและจัดอันดับ ไปเมื่อปี 2021 - ด้วย เหตุนี้ ความสนใจ โดยมาก จึงเป็นการมุ่ง พิจารณาประเด็นสำคัญ และกรอบแนวคิดของ GHS เพื่อปรับใช้กับ ประเทศไทย มากกว่า	https://ghsindex.org/	✓	✓	✓

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล																																														
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ																																												
<p>1) การป้องกัน – ป้องกัน สกัดกัน ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก</p> <p>2) การตรวจจับ – ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม</p> <p>3) การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบเหตุฉุกเฉินตอบสนองยับยั้งได้ทันที่</p> <p>4) ระบบสาธารณสุข – ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ</p> <p>5) ค่านิยมและมาตรฐาน – การปฏิบัติตาม</p>	<p>*แม้ สอวช. จะมีได้มีการจัดเก็บข้อมูลเหล่านี้โดยตรง แต่ สอวช. เห็นว่า การชี้วัดในลักษณะที่คล้ายคลึงกับ GHS นี้ จะเกิดประโยชน์ต่อประเทศไทยและระบบสาธารณสุข จึงเสนอแนะความเป็นไปได้ที่จะจัดเก็บในอนาคต โดยประยุกต์จากแนวทางดังกล่าว</p>	<p>ปี 2021 ซึ่งเป็นครั้งล่าสุด</p> <p>https://ghsindex.org/</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rank</th> <th>Country</th> <th>Score</th> <th>Change</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>United States of America</td> <td>75.9</td> <td>-0.3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Australia</td> <td>71.1</td> <td>-2.1</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Finland</td> <td>70.9</td> <td>-1.1</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Canada</td> <td>69.8</td> <td>+2.2</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Thailand</td> <td>68.2</td> <td>-0.7</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Slovenia</td> <td>67.8</td> <td>-0.8</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>United Kingdom</td> <td>67.2</td> <td>-1.1</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Germany</td> <td>65.5</td> <td>-0.2</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>South Korea</td> <td>65.4</td> <td>-0.5</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Sweden</td> <td>64.9</td> <td>-1.5</td> </tr> </tbody> </table>	Rank	Country	Score	Change	1	United States of America	75.9	-0.3	2	Australia	71.1	-2.1	3	Finland	70.9	-1.1	4	Canada	69.8	+2.2	5	Thailand	68.2	-0.7	6	Slovenia	67.8	-0.8	7	United Kingdom	67.2	-1.1	8	Germany	65.5	-0.2	9	South Korea	65.4	-0.5	10	Sweden	64.9	-1.5	<p>Economist Impact conducted the research for this Index through a combination of qualitative assessments of publicly available country information and examinations of existing quantitative data sets.”</p> <p>ผู้จัดทำอธิบายว่า เป็นการผสมผสานการเก็บ</p>	<p>เป็นการมุ่งติดตามผลการจัดอันดับของ GHS โดยตรง</p>				
Rank	Country	Score	Change																																																	
1	United States of America	75.9	-0.3																																																	
2	Australia	71.1	-2.1																																																	
3	Finland	70.9	-1.1																																																	
4	Canada	69.8	+2.2																																																	
5	Thailand	68.2	-0.7																																																	
6	Slovenia	67.8	-0.8																																																	
7	United Kingdom	67.2	-1.1																																																	
8	Germany	65.5	-0.2																																																	
9	South Korea	65.4	-0.5																																																	
10	Sweden	64.9	-1.5																																																	

ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย ประเทศไทย ปี 2565-2568	ข้อมูลการดำเนินงาน ปี 2565-2568 (บรรลุเป้าหมาย/ไม่ บรรลุเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร)	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	ความสอดคล้องกับ เป้าหมายระดับชาติและ สากล		
						SDGs	ยุทธศ าสตร์ ชาติ	อื่นๆ
มาตรฐานสากล และการ พัฒนา 6) ภาพรวมของความเสี่ยง – ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิด เหตุร้ายด้านโรคระบาด			ข้อมูลทั้งจากข้อมูล ทางการที่มีอยู่ในแต่ละ ประเทศ ร่วมกับการ สืบค้นข้อมูลเพิ่มเติม และผ่านการพิจารณา จากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งมิติ เชิงปริมาณและคุณภาพ https://ghsindex.org/ wp- content/uploads/20 21/11/2021_GHSinde x_Methodology_FINA L.pdf					

แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2568)

หลังจากนั้น ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจากแขนงวิชาต่างๆ เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2568 โดยสามารถสรุปเป็นสาระสังเขปได้ดังต่อไปนี้ ทั้งนี้ ข้อเสนอแนะดังกล่าวสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง และแก้ไขการพัฒนาตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ให้ได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

- ความเข้าใจเรื่องตัวชี้วัดควรต้องแยกให้ออกระหว่าง input output outcome และ impact ดังนั้น ต้องเข้าใจเรื่อง concept ของแต่ละตัว หากต้องการวัดที่ “ระบบสุขภาพที่ดี” คือประชาชนมีสุขภาพที่ดี ตัวชี้วัดทั้งหมดนี้ยังไม่สามารถไปถึงเป้าหมายได้

- “กลไกกลไกการระบบ” ควรต้องพิจารณาใน 2 ระดับ กล่าวคือ ระดับส่วนกลาง กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุข และในระดับท้องถิ่น/พื้นที่

- ระเบียบวิธีการวิจัยไม่ควรรับฟังความคิดเห็นอย่างเดียว การทำงานเรื่องตัวชี้วัดมันมีการเปลี่ยนแปลงจากซ้ายไปขวา ณ ปัจจุบันนี้ควรจะต้องวัดถึง outcome ไม่ใช่เป็นเพียงแค่ input และ/หรือ process ซึ่งสะท้อนระบบที่ไม่เป็นมืออาชีพ (Maturity) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำ Conceptual Design ก่อน หากจะวัด Outcome ควรทำ Delphi กับผู้เชี่ยวชาญทางด้านอภิบาลระบบจากระดับส่วนกลาง และระดับท้องถิ่น/พื้นที่ โดยมองจากปัญหาและความท้าทายที่เผชิญ การทำเพียงแบบสอบถาม/จำนวนไม่ค่อยมีความหมายเท่าใดนัก เหมือนเป็นเพียงเสียงโหวตเท่านั้น อันนี้คือตัวชี้วัดสะท้อนเป้าหมาย ส่วนตัวชี้วัดที่สะท้อนมาตรการ ไม่ควรดำเนินการทั้งหมดเนื่องจากมาตรการจะเป็นตัวชี้วัด input ทั้งนี้

- ปัจจัยอะไรที่ทำให้ระบบสุขภาพได้อันดับ 1 นำจาก “แนวทางปฏิบัติที่สามารถทำได้ดี” มาเป็นตัวชี้วัดเพื่อสะท้อนขีดความสามารถ และการพัฒนาขีดความสามารถ

- อาจมีความชัดเจนในการวัดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ในขณะที่การวัดและประเมินผลเชิงคุณภาพ จำเป็นต้องกำหนดนิยามให้ชัดเจน และการกำหนดวิธีวัดค่าเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น การกำหนด baseline และ End line เพื่อสามารถเปรียบเทียบกันได้อย่างชัดเจน เพื่อตอบโจทย์คำว่า “การยกระดับ” และการวัดกระบวนการ (Process) จะต้องมีความชัดเจนเช่นเดียวกัน “กลไกการอภิบาล” กำหนดตัวชี้วัดเรื่อง การสนับสนุน มีข้อสงสัยว่าการสนับสนุนสามารถดำเนินการในรูปแบบใดได้บ้าง เช่น ในเชิงของเงิน เป็นต้น การพัฒนาฐานข้อมูล วัดจากใคร กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการไปถึง (Users) คือใคร เป็นต้น

- ประเด็นความท้าทายในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายคนที่ตอบแบบสอบถาม/รับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มที่มีความเข้าใจ ซึ่งเรียกว่า Technical Hearing ควรต้องมีกรอบแนวคิด Conceptual Framework ที่ชัดเจน

- ความไม่สะท้อนระหว่างตัวชี้วัดกับหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ และ/หรือไม่สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละเป้าหมาย เช่น ในเป้าหมายที่ 1 ไปวัดที่ตัวชี้วัดเรื่อง resources หรือเรื่อง inputs มากกว่า หรือมีการวัดที่ output ด้วยเล็กน้อยเกี่ยวกับการควบคุมโรค แต่ไปสะท้อนที่เป้าหมายที่ 2 มากกว่า เป็นต้น ดังนั้น หากเมื่อพิจารณาหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ ต้องทำความเข้าใจคำจำกัดความก่อน เพราะ ณ ตอนนีตัวชี้วัดมุ่งเน้นที่การสร้างมากกว่าการเผยแพร่องค์ความรู้ ในขณะที่กตัวชี้วัดการสร้างองค์ความรู้ไม่ได้สะท้อนอย่างชัดเจน กลับไปสะท้อนที่หมวดอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันและควบคุมโรค

- ควรลดการซ้ำซ้อนการกำหนดตัวชี้วัดในหมวดอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันและควบคุมโรค และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (มุ่งเน้นการสื่อสารที่มาจากกาปฏิบัติและการดำเนินงาน) รวมถึงหมวดการรู้เท่าทันสุขภาพ (Health Literacy) โดยหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้มุ่งเน้นในส่วนของการวิจัย

- กำหนดความแตกต่างระหว่างเป้าหมายกับมาตรการให้ชัดเจน ตัวชี้วัดต้องแสดงเป้าหมายของความสำเร็จ กล่าวคือ จะวัดความสำเร็จจากตรงไหน อย่างไร และจำนวนของความสำเร็จ ต้องกำหนดค่าเป้าหมาย (เนื่องจากเป้าหมายและมาตรการ ตลอดจนตัวชี้วัดถูกกำหนดไว้แล้ว และไม่สามารถแก้ไขได้) อาจกล่าวได้ว่า

1. “ตัวชี้วัดจะต้องคมชัดและวัดได้” และวัดแคบดีกว่าวัดกว้าง

2. ต้อง “สามารถวัดทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ”

3. การกำหนดระดับตัวชี้วัด กล่าวคือถ้าวัดระดับเป้าหมาย ควรได้ตัวชี้วัดระดับผลลัพธ์ และระดับผลกระทบ และถ้าวัดระดับมาตรการ ควรได้ตัวชี้วัดระดับผลผลิต และระดับผลลัพธ์ แต่ในบางกรณี อาจเป็นตัวชี้วัดระดับผลผลิต และระดับผลลัพธ์สำหรับวัดทั้งระดับเป้าหมาย และระดับมาตรการควบคู่กันไป จะได้เห็นว่าจะทำอะไรให้สำเร็จก่อน ก่อนนำไปสู่ประโยชน์ปลายทาง คือผลลัพธ์

ยกตัวอย่างเช่น เป้าหมายที่ 1 อาจกำหนดตัวชี้วัด คือ ระดับความสำเร็จของประเทศไทยตามตัวชี้วัดนี้ ตาม index นี้ตาม 6 มิติ Global Health Security Index และต้องกำหนดตัวชี้วัดสำหรับโรคไม่ติดต่อด้วยเช่นกัน ในขณะเดียวกัน จำนวนนักระบาดวิทยา ไม่ใช่ตัวชี้วัดความสำเร็จของเป้าหมายที่ 1 จำนวนเทคโนโลยีที่ถูกนำมาใช้ จำนวนประชาชนเข้าถึงบริการ ตัวชี้วัดนี้ไม่สามารถวัดได้โดยตรง ค่อนข้างอ้อมมาก ควรปรับวิธีการเขียนตัวชี้วัด เพื่อให้ตอบโจทย์จริงๆ เพื่อให้สะท้อนเป้าหมายที่ 1 ที่กำหนดไว้ ในส่วนของเป้าหมายที่ 3 คือ จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการที่ใช้ผลงานวิจัย ในนี้ซ่อนอยู่ทั้งหมด 3 ตัวชี้วัด กล่าวคือ จะต้องเป็นระบบแบบบูรณาการระดับพื้นที่หรือประเทศ ระบบนี้ต้องใช้งานวิจัย และนวัตกรรม และต้องลดภาระโรคสำคัญอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เป็นตัวชี้วัดที่ไม่เหมาะสม เพราะมีความซับซ้อน

- ควรกำหนดภาระโรคให้ครอบคลุมถึง “โรคที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมและการทำงาน”

- เป้าหมายที่ 3 การมีส่วนร่วมของประชาชน ตัวชี้วัดที่นำเสนอมาไม่ค่อยละเอียดเท่าใดนัก ยังขาดความเข้าใจในภาคประชาชน โดยยกระดับฐานะของประชาชนในฐานะผู้ป่วยมาเป็นผู้ดำเนินการและปฏิบัติการในมิติต่างๆ เช่น การผลักดันให้เป็นหน่วยร่วมของการจัดบริการ เป็นต้น และในฐานะประชาชนควรหมายรวมถึง อสม.ด้วย เช่นเดียวกัน

- การเทียบเคียงตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นไปกับแผนพัฒนาต่างๆที่เกี่ยวข้องและ/หรือมีหน่วยงาน/องค์การใดที่มีการกำหนดและเก็บตัวชี้วัด ต้องมีข้อมูลมาสนับสนุน

- การกำหนดค่านิยามให้ชัดเจน ซึ่งหมายถึง การใช้องค์ความรู้

- การวัดความรู้ด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสุขภาพ ในฐานะผู้รับสาร

- จำเป็นต้องทำทั้งกระบวนการ

- การทำตัวชี้วัดที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายใหม่ๆ

- เพิ่มเติมองค์ความรู้ที่เกิดจากภูมิปัญญาชาวบ้านด้วย

จากข้อมูลดังกล่าว อาจสรุปเป็นสาระสำคัญสังเขปได้ดังนี้

1. ควรแยกความแตกต่างของตัวชี้วัดในระดับ Input, Process, Output, Outcome, และ Impact ให้มีความชัดเจน และออกแบบให้สะท้อน “ระบบสุขภาพที่ดี” ได้จริง มิใช่เป็นเพียงตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นการวัดทรัพยากรหรือกิจกรรมเท่านั้น
2. กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพควรพิจารณา 2 ระดับ กล่าวคือ ระดับส่วนกลาง และระดับท้องถิ่น และพื้นที่
3. ระเบียบวิธีวิจัยไม่ควรอ้างอิงจากแบบสอบถาม และ/หรือการรับฟังความคิดเห็นเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องพัฒนารอบความคิด (Conceptual Design) ให้ชัดเจน และ/หรืออาจมีการนำวิธีการ Delphi โดยดำเนินการกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในด้าน Outcome
4. ควรมีการกำหนดนิยามเชิงคุณภาพ วิธีการจัด และค่าเป้าหมาย Baseline-Endline ให้มีความชัดเจนทั้งในเชิง Outcome และ Process
5. ตัวชี้วัดหลายข้อยังไม่สามารถสะท้อนเป้าหมายและมาตรการที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดที่นำมาเสนอเป็นเพียงการวัดทรัพยากร (Resources) และ/หรือ Input มากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4.2 การรวบรวมตัวชี้วัดที่อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว และได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

การรวบรวมตัวชี้วัดที่อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว และได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อการวิเคราะห์หน่วยงาน/องค์กรในภาคส่วนต่างๆทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่นในเชิงของนโยบาย/แผน/กลไก/มาตรการ/การดำเนินการที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยผู้จัดทำขอแนะนำรายละเอียดโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นเรื่องตัวชี้วัดด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทั้งนี้ จากการค้นหาข้อมูลเบื้องต้นตัวชี้วัดที่นำเสนอมุ่งเน้นการวัดประเมินผล และติดตามสถานะสุขภาพของประชาชน และบริบทแวดล้อม เช่น ระบบสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ เป็นต้น เป็นสำคัญ ประกอบด้วย

- รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข 2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รายละเอียด นิยาม และเกณฑ์การวัดมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ 2568 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- บทความเรื่อง “การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัดโครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัดเฝ้าระวังฯ
- ตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของรายละเอียดและการวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้จัดทำจะนำเสนอรายละเอียดในส่วนต่อไป

รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ขึ้นเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” เพื่อให้ครอบคลุมความเป็นเลิศที่ได้กำหนดไว้ 4+1 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) และ 5) ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health-Related Economy Excellence) ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดทั้งสิ้น 35 ตัวชี้วัด โดยทั้ง 35 ตัวชี้วัดนี้มุ่งเน้นสถานะสุขภาพ

องค์การและ/หรือหน่วยงานสุขภาพและชุมชน สิทธิการประกันสุขภาพ และการขยายตัวของธุรกิจและอุตสาหกรรมสุขภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวน 35 ตัวชี้วัด

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย
ตัวชี้วัดที่ 1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	-
ตัวชี้วัดที่ 2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาสมวัย	-
ตัวชี้วัดที่ 3	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป	
ตัวชี้วัดที่ 4	ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น (ร้อยละต่อปี) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5	-
ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย 1-18 ปี)	-
ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) 2. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับท้าทาย)
ตัวชี้วัดที่ 8	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	-

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย
ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	-
ตัวชี้วัดที่ 10	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; 160-169)	-
ตัวชี้วัดที่ 11	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	1. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 2. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
ตัวชี้วัดที่ 12	อัตราการทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเทียบเท่ากับ 28 วัน	-
ตัวชี้วัดที่ 13	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	-
ตัวชี้วัดที่ 14	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร	-
ตัวชี้วัดที่ 15	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัดที่ 16	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	-
ตัวชี้วัดที่ 17	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	-
ตัวชี้วัดที่ 18	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	-
ตัวชี้วัดที่ 19	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	-
ตัวชี้วัดที่ 20	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	-
ตัวชี้วัดที่ 21	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย
		<p>2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy</p> <p>3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p> <p>4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy</p>
ตัวชี้วัดที่ 22	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	-
ตัวชี้วัดที่ 23	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	-
ตัวชี้วัดที่ 24	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	-
ตัวชี้วัดที่ 25	ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	<p>1. การบริหารจัดการตำแหน่งว่าง</p> <p>2. ร้อยละการปรับปรุงตำแหน่งให้สอดคล้องรับกับการยกระดับบริการสุขภาพ</p>
ตัวชี้วัดที่ 26	ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	-
ตัวชี้วัดที่ 27	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	-
ตัวชี้วัดที่ 28	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน	<p>1. ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน</p> <p>2. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงาน</p>

ลำดับ ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก	ตัวชี้วัดย่อย
		<p>ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน</p> <p>3. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต และกรมอนามัย มีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน</p>
ตัวชี้วัดที่ 29	ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	<p>1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน</p> <p>2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>3. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
ตัวชี้วัดที่ 30	ความแตกต่างการใช้สิทธิเมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	-
ตัวชี้วัดที่ 31	ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)	-
ตัวชี้วัดที่ 32	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	-
ตัวชี้วัดที่ 33	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่กำหนด	-
ตัวชี้วัดที่ 34	อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมทางการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Proxy : ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์)	-
ตัวชี้วัดที่ 35	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	-

แหล่งที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2568)

หมายเหตุ: ผู้จัดทำขอนำเสนอรายละเอียดทั้งหมดเพื่อเป็นข้อมูลให้กับทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนา และต่อยอดตัวชี้วัดในหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ต่อไปเท่านั้น

รายละเอียด นิยาม และเกณฑ์การวัดมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี “เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้เป็นแนวทาง ในการพัฒนาสู่ความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง และเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยการบูรณาการแบบองค์รวม” (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568, หน้า 3) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดสำหรับ 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments) จำนวน 9 ตัวชี้วัด 2) สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings) จำนวน 7 ตัวชี้วัด และ 3) ประชาชนรอบรู้และสุขภาพดีทุกกลุ่มวัย จำนวน 6 ตัวชี้วัด รวมเป็นทั้งสิ้น 22 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดตามตารางที่

4.8

ตารางที่ 4.8 ตัวชี้วัดมาตรฐานเมืองสุขภาพดี

หมายเหตุ: ผู้จัดทำขอแนะนำสนธิสัญญาและคำจำกัดความทั้งหมดจากรายงานรายละเอียด นิยาม และเกณฑ์การวัดมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ 2568 นี้ทั้งหมด เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการกำหนดตัวชี้วัด และคำนิยาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดตัวชี้วัดในหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ให้มีความชัดเจน สอดคล้อง และสามารถนำไปใช้ได้จริงเท่านั้น

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Environments)	ตัวชี้วัด 1: มีนโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อมโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน	<p>“นโยบายหรือแผนพัฒนาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมี แผนพัฒนาท้องถิ่นที่มีเป้าหมาย กลยุทธ์ หรือกิจกรรมโครงการด้านสิ่งแวดล้อม หรือมีการ ประกาศนโยบายด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การป้องกันควบคุมมลพิษ การจัดการขยะ สุขาภิบาล อาหาร การรักษาความสะอาดของเมือง ฯลฯ</p> <p>การประกาศทิศทางพัฒนาเมืองและชุมชนให้เป็นไปตามผังเมืองรวม หมายถึง องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นมีการตราเทศบัญญัติการใช้ประโยชน์ที่ดิน หรือประกาศผังเทศบาล/ อบต. หรือผังชุมชน และดำเนินการควบคุมการใช้ประโยชน์ที่ดิน ให้เป็นไปตามผังหรือแผนที่ ได้ประกาศใช้</p> <p>การประเมินความพึงพอใจหรือสำรวจความคิดเห็นของประชาชน หมายถึง องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นมีการสอบถามประชาชนเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมหรือ ด้านการใช้ประโยชน์ที่ดินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้วิธีการ เช่น ประชุม ประชาคมการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น การสนทนากลุ่มย่อย การสัมภาษณ์ รายบุคคล เป็นต้น”</p>	<p>เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดไว้ทั้งหมด 3 ระดับ กล่าวคือ</p> <p>1. ระดับพื้นฐาน อาจกล่าวโดยสรุปคือ อยู่ในระดับการเตรียมข้อมูล และการเตรียมในการดำเนินงาน</p> <p>2. ระดับดี อาจกล่าว</p>
	ตัวชี้วัดที่ 2: จัดให้มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ	<p>“จัดให้มีพื้นที่สาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้มีพื้นที่เปิด ในเมืองที่ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมกัน เช่น</p> <p>1) ทางเดิน หมายถึง</p> <p>1.1 ทางเดินเท้าที่เป็นส่วนหนึ่งของถนน ที่ทำไว้ให้คนเดินอยู่ข้างหนึ่งของทางหรือทั้งสองข้าง ของทาง และส่วนที่อยู่ติดขอบทาง ซึ่งใช้เป็นที่สำหรับคนเดิน</p>	<p>โดยสรุปคือ อยู่ผ่านระดับพื้นฐาน และนำข้อมูลและการเตรียมการมาปฏิบัติจริง</p>

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>1.2 ทางเดินเท้าที่เป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่พักผ่อน/พื้นที่สีเขียวซึ่งใช้เป็นที่สำหรับคนเดิน ที่มา : https://dict.longdo.com</p> <p>2) ทางจักรยาน หมายถึง ช่องทาง เส้นทาง ทางหรือเส้นทาง ซึ่งได้รับการออกแบบและ/หรือ กำหนดไว้สำหรับการเดินทางด้วยจักรยานโดยเฉพาะ ที่มา : คู่มือส่งเสริมความปลอดภัยในการใช้จักรยาน สำนักสวัสดิภาพการขนส่งทางบก กรมการขนส่งทางบก</p> <p>3) สนามเด็กเล่น หมายถึง พื้นที่ที่จัดให้เด็กได้เล่นผ่านกระบวนการต่าง ๆ ทั้งการทดลอง การเล่นแบบสำรวจ ซึ่งสนามเด็กเล่นอาจประกอบด้วยเครื่องเล่นสนาม พื้นที่ในการเล่นอิสระ หรือทำกิจกรรม และอุปกรณ์การเล่นต่าง ๆ ที่มา : พัชรินทร์ ลิ้มสุปรีyaratน์,สภาพและปัญหาการจัดสนามเด็กเล่นในโรงเรียนอนุบาล กรุงเทพมหานคร,ครุศาสตร์มหาบัณฑิต (การสอนและเทคโนโลยีการศึกษา),จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2549</p> <p>4) พื้นที่พักผ่อน หมายถึง สถานที่ที่สร้างขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นที่พักผ่อน หย่อนใจสำหรับประชาชนทั่วไป และเป็นประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การเดินเล่น การพักผ่อน และการออกกำลังกาย โดยมีการจัดแต่งบริเวณไว้อย่างสวยงาม พร้อมกับสิ่งอำนวยความสะดวกบริการแก่ประชาชน ที่มา : มาตรฐานสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น</p> <p>5) พื้นที่สีเขียว หมายถึง พื้นที่ธรรมชาติ หรือพื้นที่ที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือกำหนดขึ้นในเมือง หรือชุมชนปกคลุมด้วยพืชพรรณเป็นองค์ประกอบหลัก มีประโยชน์เพื่อสิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยพื้นที่สีเขียว แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ตามคุณลักษณะและการใช้ประโยชน์ ได้แก่</p> <p>5.1) พื้นที่สีเขียวสาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ สวนพฤกษศาสตร์ สนามเด็กเล่น</p> <p>5.2) พื้นที่สีเขียวอรรถประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <p>5.2.1) พื้นที่สีเขียวส่วนบุคคล เช่น สวนในโครงการพัฒนาของเอกชน สวนในบ้านและอาคาร พักอาศัย</p> <p>5.2.2) พื้นที่สีเขียวในสถาบัน เช่น แหล่งประวัติศาสตร์ สถาบันการศึกษา สถาบันราชการ</p>	<p>3. ระดับดีมาก อาจกล่าวโดยสรุป คือผ่านระดับดี และได้รับการรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานในระดับชาติและนานาชาติ มีเอกสารหลักฐานรับรองการดำเนินการ และพฤติกรรมจริงที่เกิดขึ้น</p>

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>5.2.3) พื้นที่สีเขียวในพื้นที่สาธารณูปการ เช่น พื้นที่ฝังกลบขยะ พื้นที่รอบบ่อบำบัดน้ำเสีย เขตท่าอากาศยาน</p> <p>5.3) พื้นที่สีเขียวที่เป็นริ้วสวนตามแนวสาธารณูปการ เช่น พื้นที่ริมทางสัญจรทางบก บริเวณริมทาง เกาะกลางถนน เขตทางรถไฟ และพื้นที่ริมทางสัญจรทางน้ำ บริเวณริมแม่น้ำ คลองชลประทาน</p> <p>5.4) พื้นที่สีเขียวเพื่อเศรษฐกิจของชุมชน เช่น พื้นที่สีเขียวที่เป็นแหล่งผลิตอาหารแก่ชุมชน ประเภท ไร่นา สวนผลไม้ พื้นที่เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ</p> <p>5.5) พื้นที่สีเขียวธรรมชาติ เช่น พื้นที่สีเขียวบนเนินเขา พรุ แหล่งน้ำ พื้นที่ชุ่มน้ำ 5.6) พื้นที่สีเขียวที่ยังไม่มีการใช้ประโยชน์ หรือรอการพัฒนา เช่น พื้นที่สีเขียวที่ปล่อยรกร้าง</p> <p>• วิธีการคำนวณขนาดของพื้นที่สีเขียวในเขตเมืองและชุมชนต่อพื้นที่เมือง พื้นที่สีเขียวในเขตเมืองและชุมชน = $A/B \times 100$</p> <p>A หมายถึง จำนวนพื้นที่สีเขียวทั้ง 6 ประเภท (ตารางกิโลเมตร)</p> <p>B หมายถึง จำนวนพื้นที่ทั้งหมดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตารางกิโลเมตร)”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 3: การ จัด สภาพแวดล้อมที่ เป็นมิตรกับทุก คน (Universal Design)</p>	<p>“การจัดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับทุกคน หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการออกแบบและบริหารจัดการสภาพแวดล้อมเมืองให้มีความปลอดภัยและเอื้อต่อทุกคน (Universal Design) โดยคำนึงถึงกลุ่มเด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ และผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการ พัฒนานวัตกรรม รูปแบบการจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในชุมชน</p> <p>Universal Design หมายถึง การออกแบบสภาพแวดล้อม และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงสิ่งของเครื่องใช้ทั่วไป โดยมีหลักการออกแบบเพื่อการใช้งานที่สะดวกสบาย ปลอดภัย ครอบคลุมสำหรับทุกคน โดยคำนึงถึงกลุ่มบุคคล ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วย หญิงตั้งครรภ์ เด็กเล็ก และผู้พิการ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้สามารถอยู่ในสังคมร่วมกับบุคคลทั่วไปได้อย่างปกติสุข</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>สวนสาธารณะหรือสถานที่พักผ่อน หมายถึง สถานที่หรือบริเวณที่เปิดให้ประชาชนเข้าไปใช้ ประโยชน์ร่วมกัน สำหรับการพักผ่อนหย่อนใจ ออกกำลังกาย หรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เสริมสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเช่น สวนสาธารณะ ศาลาพักผ่อน สนามเด็กเล่น</p> <p>สถานที่ราชการ หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้บริการ แก่ประชาชนและ ดำเนินงานตามนโยบายของรัฐ</p> <p>สถานบริการสาธารณะ หมายถึง สถานที่หรืออาคารที่ใช้เพื่อประโยชน์ในการชุมนุมคนได้ โดยทั่วไป เพื่อกิจกรรมทาง ราชการ การเมือง การศึกษา การศาสนา การสังคม การนันทนาการ หรือการพาณิชย์กรรม เช่น หอประชุม โรงพยาบาล สถานศึกษา หอสมุด สนามกีฬากลางแจ้ง สนามกีฬาในร่ม ตลาด ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า สถาน บริการ ท่าอากาศยาน อุโมงค์ สะพาน อาคารจอดรถ สถานีรถ ท่าจอดเรือ เป็นต้น</p> <p>อุปกรณ์ช่วยชีวิตพื้นฐาน หมายถึง อุปกรณ์ในการช่วยเหลือประชาชนในชุมชน เมื่อเกิด อุบัติเหตุ หรือเหตุการณ์ ฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์เครื่องสัญญาณเตือนภัย เครื่องกระตุกหัวใจ (AED) อุปกรณ์ป้องกันการจมน้ำ เช่น ห่วงยางชูชีพ เสื้อชูชีพ เชือกช่วยชีวิตทางน้ำ (กรณีมีบ่อน้ำ หรือสระน้ำ) เป็นต้น</p> <p>นวัตกรรมหรือรูปแบบการจัดการ หมายถึง แนวความคิด เทคโนโลยี สิ่งประดิษฐ์ กระบวนการที่สร้างขึ้น หรือ รูปแบบการจัดการ สภาพแวดล้อม เพื่ออำนวยความสะดวกของ ประชาชนในชุมชน เช่น นวัตกรรมการใช้พลังงาน ทดแทน นวัตกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ แอปพลิเคชันบริการรถรับ-ส่งผู้สูงอายุ ระบบแจ้งเตือนกรณีฉุกเฉินออนไลน์ รูปแบบการ จัดการความเสี่ยงภายในชุมชน รูปแบบการการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน เป็นต้น”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 4: มี การจัดการมูล ฝอยครบทุก ประเภท</p>	<p>“มูลฝอย หมายถึง มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน และมูลฝอยติดเชื้อ (มาตรา 4 ใน พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535)</p>	

องค์กรประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>มูลฝอยทั่วไป หมายถึง มูลฝอยทั่วไปตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560 มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน หมายถึง มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน ตามกฎหมายกระทรวงการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563</p> <p>มูลฝอยติดเชื้อ หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้</p> <p>การจัดการมูลฝอย หมายถึง กระบวนการดำเนินการตั้งแต่การลดปริมาณ/การคัดแยก การเก็บขน การบำบัดหรือการกำจัดมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามข้อกำหนด หลักเกณฑ์ มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง และกฎหมายที่กำหนด กระบวนการจัดการมูลฝอย ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน และมูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>มีการจัดการมูลฝอย หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเก็บ ขน กำจัด มูลฝอย 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมมือกับหน่วยงานหรือราชการส่วนท้องถิ่นในการดำเนินการ เก็บ ขน กำจัด มูลฝอย 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอนุญาตให้บุคคลรับทำการเก็บ ขน กำจัด มูลฝอย 4) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบให้บุคคลดำเนินการเก็บ ขน กำจัด มูลฝอย หรือมอบให้ สถานประกอบการจัดการ มูลฝอย หรือจ้างให้บุคคลหรือเอกชนดำเนินการ <p>EHA 4001 หมายถึง การประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation) กระบวนการจัดการ มูลฝอยทั่วไป</p> <p>EHA 4002 หมายถึง การประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation) กระบวนการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ</p> <p>EHA 4003 หมายถึง การประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation) กระบวนการจัดการ มูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน”</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
	ตัวชี้วัดที่ 5: มี การจัดการสิ่ง ปฏิกูล	<p>“สิ่งปฏิกูล หมายถึง อุจจาระหรือปัสสาวะของคน หรือสิ่งอื่นใดที่ปนเปื้อนอุจจาระหรือปัสสาวะ</p> <p>การกำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ หมายถึง การกำจัดหรือบำบัดสิ่งปฏิกูลในระบบ กำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลัก สุขาภิบาล เช่น ระบบบ่อหมักไร้อากาศหรือระบบหมักแก๊สชีวภาพ ระบบบ่อทรายกรอง หรือระบบอื่นใดที่เหมาะสมกับ การกำจัดสิ่งปฏิกูล ทั้งนี้ น้ำทิ้งและกาก ตะกอนที่ผ่านระบบกำจัดสิ่งปฏิกูลต้องได้มาตรฐานตามประกาศกระทรวง สาธารณสุข เรื่อง กำหนดปริมาณไนโตรเจนพวยและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia Coli) และวิธีการเก็บ ตัวอย่าง และการตรวจหาไนโตรเจนพวยและแบคทีเรียอีโคไล (Escherichia Coli) ในน้ำทิ้ง และกากตะกอนที่ผ่านระบบกำจัด สิ่งปฏิกูลแล้ว พ.ศ. 2561</p> <p>การจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง กระบวนการดำเนินการตั้งแต่ระบบการรองรับ การเก็บ การขน และการกำจัดสิ่ง ปฏิกูล โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องมีข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูล และมีบริการเก็บ ขน และ กำจัดสิ่งปฏิกูล ด้วยรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลด้วยตนเอง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ดำเนินการเก็บ ขน หรือ กำจัดสิ่งปฏิกูลภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน 3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบให้บุคคล ดำเนินการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูล ภายใต้การควบคุมดูแลของ ราชการส่วนท้องถิ่น 4) ผู้ซึ่งได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น ดำเนินกิจการรับทำการเก็บ ขน หรือกำจัด สิ่งปฏิกูล โดยทำเป็นธุรกิจ หรือโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ <p>EHA 3002 หมายถึง การประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation) กระบวนการจัดการสิ่งปฏิกูล”</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
	ตัวชี้วัดที่ 6: มี การจัดการ คุณภาพน้ำ บริโภคอย่าง ถูกต้อง	<p>“น้ำบริโภค” หมายถึง น้ำประปาที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลิตเองรวมทั้งประปาหมู่บ้าน หรือใช้บริการน้ำประปาจากหน่วยงานอื่น ได้แก่ การประปานครหลวง การประปาส่วนภูมิภาค น้ำตู้หยอดเหรียญอัตโนมัติ และน้ำบริโภคอื่นๆ ในพื้นที่</p> <p>น้ำประปาเขตเมือง หมายถึง น้ำประปาที่ผลิตจากระบบการผลิตขนาดใหญ่ ให้บริการ ประชากรจำนวนมากในเขตเมืองครอบคลุมการจ่ายน้ำพื้นที่กว้าง ได้แก่ การประปานครหลวง การประปาส่วนภูมิภาค ประปาเทศบาลขนาดใหญ่ เป็นต้น</p> <p>ระบบประปาหมู่บ้าน หมายถึง ระบบประปาที่มีขนาดเล็ก ให้บริการในพื้นที่ไม่กว้างมากนักอาจจะ 1-2 หมู่บ้าน ประชาชนหรือผู้ใช้น้ำในพื้นที่ไม่เกิน 5,000 คน ซึ่งอาจจะมีการบริหารจัดการ โดยเทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการบริหารกิจการประปาหมู่บ้าน หรืออยู่ภายใต้การบริหารของวัด โดยมีระบบการจัดการตั้งแต่แหล่งน้ำดิบ ระบบผลิต ระบบฆ่าเชื้อ และระบบจ่ายน้ำสู่ประชาชน</p> <p>การจัดการคุณภาพน้ำบริโภคอย่างถูกต้อง หมายถึง กระบวนการทำงานขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนาคุณภาพน้ำบริโภคในพื้นที่รับผิดชอบตาม เกณฑ์มาตรฐาน เช่น เกณฑ์ LPA ด้านโครงสร้างพื้นฐาน (น้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค) EHA 2001-EHA 2003 (ทั้ง 3 ระบบ) เกณฑ์รับรองน้ำประปาหมู่บ้านสะอาด (3C) และเกณฑ์ รับรองน้ำประปาดื่มได้</p> <p>LPA ด้านโครงสร้างพื้นฐาน (น้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค) หมายถึง เกณฑ์ประเมิน ประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Performance Assessment: LPA) ด้านโครงสร้างพื้นฐาน (น้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค) ตัวชี้วัด 48 การตรวจสอบคุณภาพน้ำ อุปโภคบริโภคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครบทุกระบบประปา</p> <p>1) การตรวจสอบคุณภาพน้ำตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย ให้ตรวจครบ ทุกระบบประปา ณ แหล่งผลิต/แหล่งจ่ายน้ำในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง และ/หรือ สุ่มตรวจที่ปลายทาง กรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ได้ดำเนินกิจการประปาเอง แต่เป็นการดำเนินการของการประปาส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วน</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>ท้องถิ่นสามารถใช้ผล การตรวจสอบของการประปาส่วนภูมิภาคได้หน่วยงานที่ตรวจสอบคุณภาพน้ำส่วนภูมิภาค เช่น สำนักทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ภาค 1-16 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ สถาบันการศึกษาที่มีห้องปฏิบัติการตรวจสอบคุณภาพน้ำ การประปาส่วนภูมิภาค ส่วนกลาง เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์บริการ การประปาส่วนภูมิภาค บริษัทปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด</p> <p>2) การตรวจสอบคุณภาพน้ำประปาโดยเครื่องมือภาคสนามอย่างง่าย เช่น ชุดตรวจ โคลิฟอร์มในน้ำและน้ำแข็ง (อ. 11) ชุดทดสอบคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ (อ.31) ให้ตรวจสอบ ระบบประปา โดยสุ่มตรวจที่ปลายทาง(บ้านผู้ใช้น้ำ) อย่างสม่ำเสมอทุกระบบประปา เช่น ทุกเดือนหรือทุก 3 เดือน</p> <p>3) มีผลการดำเนินงานสืบเนื่องจากการตรวจสอบคุณภาพน้ำประปา เช่น การพัฒนา ศักยภาพบุคลากร การปรับปรุงระบบผลิต การเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาระบบประปาดื่มได้ ประปาหมู่บ้านสะอาด หรือ EHA 2000 การประชาสัมพันธ์ผลการตรวจสอบคุณภาพน้ำ ให้ประชาชนทราบหรือดำเนินการแก้ไขน้ำให้มีคุณภาพ เป็นต้น</p> <p>EHA 2001 หมายถึง เกณฑ์ประเมินมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation: EHA) กระบวนการ การจัดการคุณภาพน้ำประปา (ผลิตโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)</p> <p>EHA 2002 หมายถึง เกณฑ์ประเมินมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation: EHA) กระบวนการ การจัดการคุณภาพน้ำประปา (ผลิตโดยหน่วยงานอื่น)</p> <p>EHA 2003 หมายถึง เกณฑ์ประเมินมาตรฐานคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation: EHA) กระบวนการ การจัดการคุณภาพน้ำดื่มหยอดเหรียญ น้ำดื่มบรรจุขวด</p> <p>น้ำประปาหมู่บ้านสะอาด (3C) หมายถึง การพัฒนาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านให้เหมาะสม ต่อการบริโภคในครัวเรือน เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs โดยมีเกณฑ์ 3C ได้แก่ Clear Clean Chlorine</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>น้ำประปาดื่มได้ หมายถึง การดำเนินงานเพื่อรองรับรองคุณภาพน้ำประปาตามเกณฑ์ มาตรฐานคุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 7: ประชาชนได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากปัญหาเหตุรำคาญ</p>	<p>“เหตุรำคาญ หมายถึง เหตุรำคาญตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 มาตรา 25</p> <p>ประชาชนได้รับการคุ้มครองสุขภาพจากปัญหาเหตุรำคาญ หมายถึง องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินงาน ตรวจสอบ ควบคุม และจัดการปัญหาเหตุรำคาญ ตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เพื่อคุ้มครองสุขภาพหรือสภาวะที่เหมาะสม ต่อการดำรงชีพโดยปกติสุขของประชาชน</p> <p>EHA 6000 หมายถึง การประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation) กระบวนการ การจัดการเหตุรำคาญ</p> <p>แนวทางการประเมิน</p> $D = ((A+B) / C) \times 100$ <p>A = จำนวนเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญ ได้รับการแก้ไขจนเป็นที่ยุติ</p> <p>B = จำนวนเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญที่มีการเปรียบเทียบปรับหรือดำเนินคดีตามกฎหมาย</p> <p>C = จำนวนเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญทั้งหมด</p> <p>D = ร้อยละของเรื่องร้องเรียนเหตุรำคาญได้รับการจัดการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 8: การจัดการอากาศที่ดี</p>	<p>“คุณภาพอากาศ หมายถึง อากาศสะอาดที่ไม่มีมลพิษปนเปื้อน ซึ่งในที่นี้ให้ความสำคัญ กับมลพิษทางอากาศที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญ คือ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอนในบรรยากาศ (PM2.5) โดยมีความเข้มข้นของปริมาณ PM2.5 เฉลี่ย 24 ชั่วโมง อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน PM2.5 ในบรรยากาศโดยทั่วไปเฉลี่ย 24 ชั่วโมง ของประเทศไทย</p> <p>การจัดการอากาศที่ดี หมายถึง มีการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ แหล่งกำเนิด ฝุ่นละออง มีการเฝ้าระวัง แจ้งเตือน ให้คำแนะนำในการป้องกันสุขภาพจาก PM2.5 และมีแผนการจัดการ ควบคุม กำกับแหล่งกำเนิด PM2.5 ในพื้นที่ เพื่อให้ชุมชนมีคุณภาพอากาศที่ดี และความปลอดภัยต่อสุขภาพของประชาชน”</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
	ตัวชี้วัดที่ 9: การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาวะฉุกเฉิน	<p>“การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดการด้านสุขาภิบาล การดูแลสุขอนามัย และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี ในพื้นที่ประสบภัยพิบัติหรือภัยสุขภาพ พื้นที่ประสบภัยซ้ำซากในพื้นที่ หรือพื้นที่ประสบภาวะฉุกเฉินในศูนย์อพยพ/ศูนย์พักพิง ชั่วคราว ชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง หญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ และเด็กเล็ก เป็นต้น</p> <p>ภาวะฉุกเฉิน หมายถึง เหตุการณ์ หรือสาธารณภัยที่ก่อให้เกิดโรค ภัยสุขภาพ ซึ่งเกิด จากสิ่งคุกคามประเภทต่าง ๆ ทั้งเกิดโดยธรรมชาติ และมนุษย์เป็นผู้กระทำ โดยกลไก การจัดการภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย คือการเตรียมความพร้อมรับมือการเกิดภัย พิบัติ หรือภัยสุขภาพ เพื่อปกป้องคุ้มครองสุขภาพของประชาชนที่ประสบภัยได้ อย่างรวดเร็ว โดยเน้นกลไกการสร้างกระบวนการจัดการสุขาภิบาล สุขอนามัย และ อนามัยสิ่งแวดล้อม และการส่งเสริมสุขภาพ ลดความเสี่ยงและผลกระทบของประชาชน โดยกลไกการดำเนินงานต้องได้รับความร่วมมือและบูรณาการร่วมกันในภาพรวมของ ทุกหน่วยงานภาคีเครือข่าย</p> <p>EHA5000 หมายถึง การประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation) กระบวนการ รongรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ”</p>	
สถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy Settings)	ตัวชี้วัดที่ 10: ที่พักอาศัย/ชุมชน/หมู่บ้านสะอาด สุขอนามัยดี	<p>“ที่พักอาศัย/ชุมชน/หมู่บ้านสะอาด สุขอนามัยดี หมายถึง หมายถึง องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นส่งเสริมให้มีการจัดการและควบคุมดูแลที่พักอาศัยหรือชุมชนให้ถูก สุขลักษณะ สะอาด สุขอนามัยดี เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพดี ป้องกันโรค รวมทั้งก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้อยู่อาศัย</p> <p>ที่พักอาศัย/ชุมชน/หมู่บ้าน สะอาด ถูกสุขลักษณะ หมายถึง องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นส่งเสริมมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนเกิดความตระหนักถึง ความสำคัญของการจัดการควบคุมดูแลที่พักอาศัย/บ้านเรือน/ชุมชนสะอาด สุขอนามัยดี เช่น กิจกรรม 5 ส. การสำรวจและกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย กิจกรรมจัดการขยะในครัวเรือน (zero waste) กิจกรรมพัฒนาหน้าบ้านน่ามอง กิจกรรมการดำเนินการ ภายใต้เมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นต้น</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>ชุมชนสะอาด สุขอนามัยดี หมายถึง ชุมชนหรือหมู่บ้านที่มีการจัดโครงการเกี่ยวกับการ จัดการที่พักอาศัย/บ้านเรือน/ชุมชนสะอาด สุขอนามัยดี หรือผ่านการประเมินตาม “เกณฑ์บ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุรณ์” หรือเกณฑ์อื่นที่มีวัตถุประสงค์ด้านความ สะอาด สุขอนามัยในครัวเรือน”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 11: ตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร (SAN/SAN Plus)</p>	<p>“ตลาด หมายถึง สถานที่ซึ่งปกติจัดไว้ให้ผู้ค้าใช้เป็นที่พักผ่อนเพื่อจำหน่ายสินค้าประเภท สัตว์เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ หรืออาหารอันมีสภาพเป็นของสด ประกอบหรือปรุงแล้วหรือ ของเสีง่าย ทั้งนี้ ไม่ว่าจะมีการจำหน่ายสินค้าประเภทอื่นด้วยหรือไม่ก็ตาม และ หมายความว่ารวมถึงบริเวณซึ่งจัดไว้สำหรับผู้ค้าใช้เป็นที่พักผ่อนเพื่อจำหน่ายสินค้า ประเภทดังกล่าวเป็นประจำ หรือเป็นครั้งคราว หรือตามวันที่กำหนด</p> <p>ตลาดประเภทที่ 1 หมายถึง ตลาดที่มีส่วนประกอบของสถานที่และสิ่งปลูกสร้าง ได้แก่ อาคารสิ่งปลูกสร้างสำหรับผู้ขายของ ที่ขนถ่ายสินค้า ห้องส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ ที่เก็บรวบรวมหรือที่รองรับมูลฝอย และที่จอดยานพาหนะต้องมีและเป็นไปตาม หลักเกณฑ์และสุขลักษณะ</p> <p>มาตรฐาน SAN “ตลาดประเภทที่ 1” หมายถึง การรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ของตลาดประเภทที่ 1 ประกอบด้วยเกณฑ์ 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 5 หมวด ได้แก่ หมวด สถานที่ อาหาร ภาชนะ/อุปกรณ์/เครื่องใช้อื่น ๆ บุคคล (ผู้ขาย/ผู้ช่วยขาย) และสัตว์/ แมลงนำโรค</p> <p>มาตรฐาน SAN Plus “ตลาดประเภทที่ 1” หมายถึง การรับรองมาตรฐานสุขาภิบาล อาหารของตลาดประเภทที่ 1 ที่ผ่านมาตรฐาน SAN ผ่านการตรวจการปนเปื้อนเชื้อโคลิ โฟอร์มแบคทีเรีย ผ่านการตรวจสอบการปนเปื้อน และผ่านการรับรองด้านการคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>EHA 1002 หมายถึง การประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation) กระบวนการ การจัดการสุขาภิบาลอาหารในตลาด</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>ระบบ Foodhandler หมายถึง แพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับการดำเนินการบันทึกข้อมูล การประเมินตามมาตรฐาน SAN และ SAN Plus ของสถานประกอบกิจการด้านอาหาร ทั้งข้อมูลการประเมินตนเองเบื้องต้น และการประเมินรับรองของเจ้าหน้าที่”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 12: สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร (SAN/SAN Plus)</p>	<p>“สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหารตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีไซท์หรือทางสาธารณะ และมีใช้การขายของในตลาด 2) ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ 3) มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มี บริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น <p>มาตรฐาน SAN “สถานที่จำหน่ายอาหาร” หมายถึง การรับรองมาตรฐานสุขาภิบาล อาหารของสถานที่จำหน่ายอาหาร ประกอบด้วยเกณฑ์ 20 ข้อซึ่งครอบคลุม 5 หมวด ได้แก่ หมวดสถานที่ อาหาร ภาชนะ/อุปกรณ์/เครื่องใช้อื่น ๆ บุคคล (ผู้ประกอบกิจการและ ผู้สัมผัสอาหาร) และสัตว์/แมลงนำโรค</p> <p>มาตรฐาน SAN Plus “สถานที่จำหน่ายอาหาร” หมายถึง การรับรองมาตรฐานสุขาภิบาล อาหารของสถานที่จำหน่ายอาหาร ที่ผ่านมาตรฐาน SAN ผ่านการตรวจการปนเปื้อนเชื้อ โคลิฟอร์มแบคทีเรีย และผ่านเกณฑ์ 9 ข้อ Plus EHA 1001 หมายถึง การประเมินคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation) กระบวนการจัดการ สุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายและสะสมอาหาร</p> <p>ระบบ Foodhandler หมายถึง แพลตฟอร์มดิจิทัลสำหรับการดำเนินการบันทึกข้อมูล การประเมินตามมาตรฐาน SAN และ SAN Plus ของสถานประกอบกิจการด้านอาหาร ทั้งข้อมูลการประเมินตนเองเบื้องต้น และการประเมินรับรองของเจ้าหน้าที่”</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
	ตัวชี้วัดที่ 13: มีส่วนร่วมได้ มาตรฐาน สัม สาธาณไทย (HAS)	<p>“มีส่วนร่วมได้มาตรฐานมีส่วนร่วมไทย (HAS) หมายถึง สัมภาษณ์ที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS เน้นพัฒนาสัมมนาให้บรรลุ 3 เรื่อง คือ สะอาด เพียงพอปลอดภัย ให้ได้มาตรฐาน</p> <p>มีส่วนร่วมที่อยู่ในความรับผิดชอบของ อปท. หมายถึง สัมมนาในสถานที่สาธารณะ เป้าหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่ราชการ ได้แก่ สำนักงานเทศบาล ศูนย์เด็กเล็ก ฯลฯ 2. แหล่งท่องเที่ยว ได้แก่ แหล่งท่องเที่ยวที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างขึ้นเพื่อ ให้ประชาชนและนักท่องเที่ยว 3. ตลาดสด ได้แก่ ตลาดสดในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4. สถานีขนส่งทางบก ได้แก่ สถานีขนส่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5. สถานศึกษา ได้แก่ โรงเรียนในสังกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6. สวนสาธารณะ ได้แก่ สวนสาธารณะในความรับผิดชอบของ อปท. 7. สัมมนาริมทาง ได้แก่ สัมมนาริมทางอื่น ๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” 	
	ตัวชี้วัดที่ 14: ศาสนสถาน ส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์วัด ส่งเสริมสุขภาพ หรือศาสนสถาน ส่งเสริมสุขภาพ	<p>“ศาสนสถาน หมายถึง สิ่งก่อสร้างหรือพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ที่ออกแบบมาเป็นพิเศษให้ปัจเจก หรือกลุ่มคนเข้ามาประกอบพิธีกรรมหรือกิจกรรมการเคารพ, อุทิศตน หรือศึกษาทางศาสนา ศาสนสถาน เช่น โบสถ์คริสต์วัด และ มัสยิด เป็นตัวอย่างของสิ่งก่อสร้างศาสนสถาน ที่สร้างขึ้นเพื่อให้ศาสนิกชนใช้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อ ศาสนสถาน</p> <p>ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ศาสนสถานที่มีการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการ ส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน และชุมชน</p> <p>ศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ เมืองประกอบ 5 ด้าน ได้แก่</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>1) ร่วมพัฒนา คือ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ทั้งฝ่ายผู้นำทางศาสนาและประชาชน ส่งเสริมความเป็นกัลยาณมิตรต่อกัน</p> <p>2) ร่มรื่น คือ ศาสนสถานมีความสะอาด ทั้งอาคารสถานที่ และสภาพแวดล้อมที่ถูกหลักสุขภาพอนามัย</p> <p>3) ร่มเย็น คือ มีความสงบด้วยการเทศนา แสดงธรรม ปฏิบัติธรรมเผยแพร่ ธรรม ประสานใจทั้งผู้นำทางศาสนาและประชาชน</p> <p>4) ร่วมสร้างสุขภาพ คือ การดูแลสุขภาพของผู้นำทางศาสนา บุคลากรในศาสนสถาน และประชาชน ด้วยกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ</p> <p>5) ร่วมจิตวิญญาณ คือ การดำรงรักษา สืบสานศิลปะ วัฒนธรรม และภูมิปัญญา ท้องถิ่น รวมทั้งการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม</p> <p>วัดส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง วัดที่มีการบริหารจัดการวัดให้เอื้อต่อการส่งเสริม สุขภาพ และพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน และชุมชน</p> <p>วัดส่งเสริมสุขภาพ มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่</p> <p>1) ร่วมพัฒนา คือ การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ ทั้งฝ่ายบรรพชิตและฝ่ายฆราวาส ส่งเสริมความเป็นกัลยาณมิตรต่อกัน</p> <p>2) ร่มรื่น คือ วัดมีความสะอาด ทั้งอาคารสถานที่ บริเวณลานวัด ลานใจ และ สภาพแวดล้อมในวัดที่ถูกหลักสุขภาพอนามัย</p> <p>3) ร่มเย็น คือ มีความสงบด้วยการเทศนา แสดงธรรม ปฏิบัติธรรมเผยแพร่ ธรรม ประสานใจทั้งพระสงฆ์ และฆราวาส</p> <p>4) ร่วมสร้างสุขภาพ คือ การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ สามเณร บุคลากรในวัด และประชาชน ด้วยกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>5) ร่วมจิตวิญญาณ คือ การดำรงรักษา สืบสานศิลปะ วัฒนธรรม และภูมิปัญญา ท้องถิ่น รวมทั้งการอนุรักษ์ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม</p> <p>เกณฑ์การประเมินศาสนสถานส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>1) ระดับพื้นฐาน คือ มีผลรวมคะแนนการประเมิน ระหว่าง 70 - 79 คะแนน</p> <p>2) ระดับก้าวหน้า คือ มีผลรวมคะแนนการประเมิน ระหว่าง 80 - 89 คะแนน</p> <p>3) ระดับยั่งยืน คือ มีผลรวมคะแนนการประเมิน ตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 15: ระดับ ความสำเร็จของ สถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยที่เข้าร่วม การประเมิน ตนเองตาม มาตรฐานสถาน พัฒนาเด็ก ปฐมวัยแห่งชาติ</p>	<p>“สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยได้มาตรฐาน หมายถึง สถานที่ที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์ เรียนรู้และการศึกษา สำหรับเด็กปฐมวัยตั้งแต่แรกเกิด ถึง 6 ปี หรือก่อนชั้นประถมศึกษา ทุกสังกัดในพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นที่เข้าร่วมการประเมินตนเอง ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ผ่านระบบฐานข้อมูล สารสนเทศการ พัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ 32</p> <p>มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ หมายถึง มาตรฐานขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับ การพัฒนาเด็ก เป็นเครื่องมือ ในการประเมินคุณภาพของการดำเนินงานสถานพัฒนาเด็ก ปฐมวัยทุกสังกัดที่ดูแลเด็กในเวลากลางวัน ช่วงอายุตั้งแต่ แรกเกิดถึงอายุ 1 ปีบริบูรณ์ หรือ ก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการ บริหารจัดการ จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ (26 ข้อ) ด้านกระบวนการดูแลจัด ประสบการณ์ เรียนรู้ และเล่น จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ (20 ข้อ) และด้านคุณภาพเด็กปฐมวัย แบ่งเป็น 3 ก แรกเกิด ถึง 2 ปี (2 ปี 11 เดือน 29 วัน) จำนวน 2 ตัวบ่งชี้ (7 ข้อ) และ 3 ข 3 ปี ถึง 3 ปี (ก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1) จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ (22 ข้อ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● สรุปผลการประเมินตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ● A ดีมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป ไม่มีข้อที่ต้องปรับปรุง ● B ดี ร้อยละ 60-79.99 1-7 ข้อที่ต้องปรับปรุง ● C ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ร้อยละ 40-59.99 8-15 ข้อที่ต้องปรับปรุง 	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
	ตัวชี้วัดที่ 16: สถานศึกษา พัฒนาเป็น โรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับ มาตรฐานสากล	<ul style="list-style-type: none"> ● D ต้องปรับปรุง ต่ำกว่าร้อยละ 40 16 ข้อขึ้นไปที่ต้องปรับปรุง” <p>“สถานศึกษาพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล คือ สถานศึกษา เปิดทำการสอนในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในสังกัดองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น พัฒนาเป็นโรงเรียนในระบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (GSHPs) โดยมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และยกระดับการดูแลสุขภาพเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการศึกษา ภายใต้การมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย มาตรฐานด้านกระบวนการ 10 องค์ประกอบ และมาตรฐาน ด้านผลลัพธ์สุขภาพ 6 ตัวชี้วัด</p> <p>องค์ประกอบมาตรฐานด้านกระบวนการ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - องค์ประกอบที่ 1 นโยบายและทรัพยากร - องค์ประกอบที่ 2 การขับเคลื่อนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 - องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนชุมชน และภาคประชาสังคม - องค์ประกอบที่ 4 โรงเรียนคือองค์กรแห่งความสุข - องค์ประกอบที่ 5 สิ่งแวดล้อมปลอดภัย โรงเรียนปลอดภัย - องค์ประกอบที่ 6 อนามัยโรงเรียนสู่นักเรียนสุขภาพดี - องค์ประกอบที่ 7 กระบวนการเรียนรู้สู่เด็กไทยรอบรู้ด้านสุขภาพ - องค์ประกอบที่ 8 โภชนาการดี อาหารปลอดภัย เด็กไทยสุขภาพดี - องค์ประกอบที่ 9 กิจกรรมทางกายเพียงพอและนอนหลับดี - องค์ประกอบที่ 10 บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพในโรงเรียน <p>มาตรฐานด้านผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน 6 ตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตัวชี้วัดที่ 1 ภาวะโภชนาการ - ตัวชี้วัดที่ 2 สุขภาพช่องปากและฟัน 	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>- ตัวชี้วัดที่ 3 สมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health-related physical fitness)</p> <p>- ตัวชี้วัดที่ 4 นักเรียนที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ สังคม ได้รับการดูแล ช่วยเหลือจนดีขึ้น</p> <p>- ตัวชี้วัดที่ 5 นักเรียนที่เจ็บป่วย บาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุจากสิ่งแวดล้อม ในโรงเรียนที่ทำให้ต้องพักรักษาตัว</p> <p>- ตัวชี้วัดที่ 6 นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>• ระดับการรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล แบ่งเป็น 4 ระดับ</p> <p>1) ระดับ Gold Award: ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการ ชั้นดีมาก อย่างน้อย 4 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่เหลือผ่านเกณฑ์ขั้นดี และผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้าน ผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน อย่างน้อย 3 ตัวชี้วัด</p> <p>2) ระดับ Platinum Award: ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการ ชั้นดีมาก อย่าง น้อย 6 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่เหลือผ่านเกณฑ์ขั้นดี และผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้าน ผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน อย่างน้อย 4 ตัวชี้วัด</p> <p>3) ระดับ Millennium Award: ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการ ชั้นดีมาก อย่างน้อย 8 องค์ประกอบ องค์ประกอบที่เหลือผ่านเกณฑ์ขั้นดี และผ่านเกณฑ์ มาตรฐานด้านผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน อย่างน้อย 5 ตัวชี้วัด (โดยที่ 1 ใน 5 ตัวชี้วัดนั้น ต้องเป็นตัวชี้วัดที่ 6 นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์)</p> <p>4) ระดับ Excellence Award: ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านกระบวนการ ชั้นดีมาก 10 องค์ประกอบ และผ่านเกณฑ์ มาตรฐานด้านผลลัพธ์สุขภาพนักเรียน 6 ตัวชี้วัด</p> <p>สถานศึกษาสมัครเข้าร่วมดำเนินโครงการในระบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับ มาตรฐานสากล (GSHPS) คือ สถานศึกษาที่แจ้งความประสงค์สมัครเข้าร่วมการ ดำเนินงานฯ ในระบบโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (GSHPS) โดยความสมัครใจ”</p>	
ประชาชน รอบรู้และ สุขภาพดี	ตัวชี้วัดที่ 17: มี กิจกรรมส่งเสริม สุขภาพกลุ่มวัย	“ มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพตามกลุ่มวัย ติดต่อกัน อย่างน้อย 3 ปีซ้อนหลัง ในประเด็นดังต่อไปนี้	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>1) การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย หมายถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 0-5 ปี เช่น การส่งเสริมการฝากครรภ์ กิจกรรม 1000 วันแรก การเยี่ยมหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ ส่งเสริมการตึมนม การ ส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การเล่น ฯลฯ เป็นต้น</p> <p>2) การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็ก อายุ 6-19 ปี โดยการจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อ การมีสุขภาพที่ดี เช่น การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริม สุขภาพระดับมาตรฐานสากล (GSHPs) ปี พ.ศ. 2565 การดำเนินงานอนามัยโรงเรียน การสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ การส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพ ช่องปาก การดำเนินงาน อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในโรงเรียน เป็นต้น</p> <p>3) การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน หมายถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่ม อายุ 15 – 59 ปี เช่น กลุ่มเกษตรกร กลุ่มคนทำงานในสถาน ประกอบการ ประเภทโรงงาน โดยดำเนินการตามหลัก 3อ 2ส 1พ 1น ได้แก่ การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมด้านอารมณ์ การลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราการดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน หรือสถานประกอบกิจการที่ไม่ใช่โรงงาน เช่น ห้างสรรพสินค้า หน่วยงานและองค์กร เป็นต้น ที่ร่วมเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม สุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>4) การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพใน กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เช่น การ ส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมกิจกรรม ทางกาย การส่งเสริมโภชนาการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การ บริการทันตกรรมฟื้นฟู Long Term Care ฯลฯ เป็นต้น</p> <p>การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย หมายถึง การส่งเสริมให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดการใช้และเผาผลาญ พลังงานโดยกล้ามเนื้อ ทั้งการทำงาน การเดินทาง โดยการเดินหรือขี่จักรยาน การขนส่งสาธารณะ และกิจกรรม นันทนาการ ได้แก่ การออกกำลังกาย การท่องเที่ยว</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>ส่งเสริมโภชนาการ หมายถึง การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมการ บริโภคที่ดีได้แก่ โรงเรียน/สถานศึกษา มีการจัดบริการอาหารและเครื่องดื่ม หรือ จัดอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม เช่น ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 38 ในชุมชน/สถานประกอบการ มีร้านจำหน่ายสินค้าเพื่อสุขภาพ Healthy Canteen เมนูสุขภาพ หวานน้อยสั่งได้ ลด หวาน มัน เค็ม</p> <p>ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก หมายถึง การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น 1) การพัฒนาศักยภาพประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก 2) การจัด สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การจัดสถานที่ แปรงฟัน การสนับสนุนอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปากที่ได้มาตรฐาน 3) การสนับสนุนให้ ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมที่จำเป็น เช่น การจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ประจำปี การจัดบริการทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับกลุ่มเปราะบาง</p> <p>การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปีย้อนหลัง หมายถึง การดำเนินงานตามแผน/กิจกรรมตามกลุ่มวัยต่อเนื่องกัน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นแผน/ กิจกรรมเดิมจากปีที่ผ่านมา”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 18: มีการรวมกลุ่มทางสังคมและมีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม</p>	<p>“มีการรวมกลุ่มทางสังคมและมีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม หมายถึง องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น มีการสนับสนุนส่งเสริมให้มีกิจกรรมการรวมกลุ่มทางสังคมที่มี ความหลากหลาย และมีการเสริมสร้างให้ใช้ศักยภาพของกลุ่มหรือใช้ทุนทางปัญญา ในการสร้างสรรค์กิจกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมร้องเพลง ชมรมกีฬาเปตอง ชมรมคนรักขัณฑ์ต้นไม้ ชมรมจักสาน กลุ่มส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ เป็นต้น โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้</p> <p>1) มีสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มทางสังคมที่อยู่ใน ทำเลที่ไปมาได้สะดวกเข้าถึงได้ง่าย มีแสงสว่างเพียงพอ มีความปลอดภัยในการ จัดกิจกรรม</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>2) มีช่วงการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มพลังทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มวัย กิจกรรมมี ความหลากหลายและจูงใจให้กลุ่มวัยต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรม เช่น กลุ่มส่งเสริมการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่ กลุ่มสมาชิกโรงเรียนพ่อแม่ กลุ่มกิจกรรมกีฬาออกกำลังกาย เช่น กลุ่มกีฬาฟุตบอล ฟุตบอล กิจกรรมลีลาศ ร้องเพลง เดินแอโรบิค</p> <p>3) มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลแก่กลุ่มวัยอย่างชัดเจนเพียงพอเกี่ยวกับการ จัดกิจกรรม</p> <p>4) มีการจัดกิจกรรมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ตามลำพังหรือ มีผู้ช่วยดูแลมาด้วย เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรม กีฬา สันทนาการ กิจกรรมกลุ่มจักสาน หรือกิจกรรมการรวมกลุ่มอื่น ๆ ตามบริบทของ พื้นที่ หรือชุมชน</p> <p>5) มีการจัดกิจกรรมที่สามารถดึงดูดกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยวจากสังคม ให้เข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง มีกิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน หรือ การเยี่ยมดูแลผ่านระบบไลน์กลุ่ม กิจกรรมจิตอาสาเยี่ยมดูแลกลุ่มเปราะบางในชุมชน</p> <p>หมายเหตุ : ประยุกต์จากเกณฑ์การมีส่วนร่วมทางสังคม หน้า 108 การดำเนินงานเมือง ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ</p> <p>ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ (Age Friendly Communities) หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชนหรือเมือง และโครงสร้าง พื้นฐานเดิมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้พิการ มีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และบริการทางสุขภาพอย่างทั่วถึงครอบคลุมผู้สูงอายุและผู้พิการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินงานตาม 8 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building) 2. ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) 3. ที่อยู่อาศัย (Housing) 4. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation) 	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		5. การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) 6. การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) 7. การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information) 8. การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services)”	
	ตัวชี้วัดที่ 19: ร่วมกิจกรรม ส่งเสริมความ รอบรู้ด้าน สุขภาพ	<p>“ร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานในพื้นที่ เข้าร่วมกิจกรรมสาสุข อุ้มใจ เพื่อส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือดำเนินโครงการหรือกิจกรรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน มีการติดตามประเมินผล ความพึงพอใจต่อการจัดโครงการหรือกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน และมีเครือข่ายอาสาสมัครสร้างความรอบรู้ หรือ กลุ่มอาสาสมัครชุมชนในการสร้างความเปลี่ยนแปลงหรือสร้างการมีส่วนร่วม ด้านสุขภาพในชุมชน</p> <p>หน่วยงานในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง สำนักงานองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น หน่วยงานภาคสาธารณสุข (รพ.,รพ.สต.,ศูนย์บริการสาธารณสุข) ภาคการศึกษา (ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก,โรงเรียน) และภาคสังคม (หมู่บ้าน,ชมรม,สมาคม,วัด,ศาสนสถาน ,สถานโรงงาน) ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ</p> <p>สาสุข อุ้มใจ หมายถึง ระบบแพลตฟอร์มเว็บไซต์เพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยงาน และกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงาน เพื่อส่งเสริมและบริหาร จัดการข้อมูลและทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ ระบบสาสุข อุ้มใจ เป็นเครื่องมือหนึ่งในการช่วยเหลือให้หน่วยบริการสามารถ จัดกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพได้</p> <p>ขั้นตอนการประเมินความรอบรู้ ด้วยระบบปฏิบัติการ สาสุข อุ้มใจ ดังนี้</p> <p>1) เข้าสู่เว็บไซต์สาสุข อุ้มใจ URL: https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/index.php</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>2) เข้าสู่ระบบด้วยรหัสหน่วยงานและรหัสผ่านที่ท่านกำหนดไว้ (กรณียังไม่ได้ลงทะเบียน คลิกลงทะเบียนเข้าร่วม HLO/HLC)</p> <p>3) คลิกเข้าสู่ระบบด้วยรหัสผ่านที่กำหนดไว้</p> <p>4) คลิกประเมินสถานะองค์กร (ขั้นตอนที่ 2) เพื่อประเมินระดับองค์กรรอบรู้ด้าน สุขภาพของหน่วยงานตนเอง โดยคัดลอกลิงค์ให้กับประชาชนผู้มาใช้บริการหรือที่ได้รับ บริการจากช่องทางต่าง ๆ ซึ่งหน่วยงานที่จะขึ้นสถานะเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ จะต้องมีการประเมินจากผู้ให้บริการร้อยละ 80</p> <p>5) พิจารณาเลือกดำเนินการต่อไป ดังตารางข้างล่าง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว คลิกประเภทชุมชน (ขั้นตอนที่ 4) แล้วกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน จากนั้นคลิกบันทึก กรณีต้องการเข้าร่วมกิจกรรมของกรมอนามัย (สาสุข อุ๋นใจ ชาเลนจ์) คลิกเข้าร่วม สาสุข อุ๋นใจ ชาเลนจ์ ● กรณีมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว คลิกเพิ่มกิจกรรม/บริการ (ขั้นตอนที่ 8) แล้วกรอกข้อมูลให้ครบถ้วนตาม ข้อมูลทั่วไป รูปแบบการดำเนินงาน และ การประเมินผล จากนั้น คลิกบันทึก กรณีต้องการเข้าร่วมกิจกรรมของกรมอนามัย (สาสุข อุ๋นใจ ชาเลนจ์) คลิกเลือกภารกิจที่ต้องการเข้าร่วม เพื่อดูรายละเอียด ● กรณีมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว คลิกชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (ขั้นตอนที่ 9) เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยคัดลอกลิงค์ประเมินให้ผู้เข้าร่วม กิจกรรมกดตอบ ข้อมูลคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ฯ ของคนในชุมชนนี้ จะปรากฏ ในหน้าจออัตโนมัติ กรณีต้องการเข้าร่วมกิจกรรมของกรมอนามัย (สาสุข อุ๋นใจ ชาเลนจ์) กดลงทะเบียนตามภารกิจที่สนใจ และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ● กรณีมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว คลิกชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อ ต้องการประเมินผล หลังดำเนินการกิจกรรม ไปแล้ว ให้ปฏิบัติซ้ำเหมือนข้อ กรณีต้องการเข้าร่วมกิจกรรมของกรมอนามัย (สาสุข อุ๋นใจ ชาเลนจ์) ดำเนินการตามขั้นตอนของแต่ละ ภารกิจให้ครบถ้วน 	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		<p>6) คลินิกกระดานข้อมูล เพื่อดูส่วนสัดส่วนประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ให้เลือกเขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอที่เกี่ยวข้อง</p> <p>7) คลินิกดูสถานะองค์กร/ชุมชน เพื่อดูผลการประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของ หน่วยงานตนเอง ให้เลือกเขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอที่เกี่ยวข้อง</p> <p>การขึ้นสถานะเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดำเนินการลงทะเบียนในระบบแพลตฟอร์มเว็บไซต์ สาสุขอุ่มใจ และมีผลการประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ”</p>	
	<p>ตัวชี้วัดที่ 20: ร้อยละของเด็กมีพัฒนาการสมวัย</p>	<p>“พัฒนาการสมวัย หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนส่งเสริมให้เด็กทุกคน ได้รับความตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน</p> <p>ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย สามารถใช้ข้อมูลในการรายงานผล ดังนี้</p> <p>1) ข้อมูลร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี (รวม 5 ช่วงอายุคัดกรอง) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีพัฒนาการสมวัย จากระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2) กรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องการใช้ฐานข้อมูลของตนเอง ต้องมีหลักฐาน และใช้สูตรการคำนวณดังต่อไปนี้</p> <p>• การคำนวณร้อยละสมวัย</p> $\frac{(A_9 + a_9) + (A_{18} + a_{18}) + (A_{30} + a_{30}) + (A_{42} + a_{42}) + (A_{60} + a_{60})}{B} \times 100$ <p>B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, และ 60 เดือน ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ ในช่วง เวลาที่กำหนด (ประสานขอข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่) A = จำนวน</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
		เด็ก 9, 18, 30, 42, และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM แล้วผ่านครบ 5 ด้าน a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42, และ 60 เดือน ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM แล้วพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ โดยประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน”	
	ตัวชี้วัดที่ 21: ร้อยละของ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มี ความรู้ด้าน สุขภาพ	<p>“ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจ เพื่อการนำข้อมูล ไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตผลลัพธ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบที่มีการดำเนินงาน หมู่บ้าน/ชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และผ่านการ ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการสุ่ม ประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายตามวิธีการหรือข้อแนะนำ ของกรมอนามัย โดยดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนอย่างน้อย 150 คน</p> <p>วิธีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง หน่วยงานที่ลงทะเบียน หลังจากคลิก ประเมินองค์รรอบรู้ด้านสุขภาพ จะให้คลิกเลือกชุมชนและสร้างเครือข่ายชุมชนรอบรู้ ด้านสุขภาพ กรอกรายละเอียดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในชุมชน จากนั้นคลิก ประเมินผล เพื่อประเมินชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนดำเนินการ โดยส่งลิงค์การ ประเมินระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้ประชาชนในชุมชนช่วยกันตอบแบบประเมิน เมื่อดำเนินกิจกรรมเสร็จแล้ว ให้คลิกประเมินชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพอีกครั้ง (หลังดำเนินการ) ส่งลิงค์ให้กับประชาชน ในชุมชนช่วยกันตอบแบบ ประเมิน พร้อมทั้งรายงานการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชน ในช่องผลลัพธ์ ผลการประเมินจะถูกประมวลอัตโนมัติ เป็นร้อยละของประชาชนมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (วัดผลโดยพิจารณาจากร้อยละของประชาชนที่ประเมินมีความ รอบรู้ ด้านสุขภาพ โดยมีคะแนนการประเมินตั้งแต่ 67 จาก 100 คะแนน ขึ้นไป)”</p>	

องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric Scores)
	ตัวชี้วัดที่ 22: ร้อยละของ ผู้สูงอายุที่มีแผน ส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	<p>“แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและ จัดทำ แผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคนทุกกลุ่มวัย เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนา ทักษะ กาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูล สุขภาพ กลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจ เพื่อการนำข้อมูล ไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์ สุขภาพได้อย่างเหมาะสม</p> <p>ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</p> <p style="text-align: center;">สามารถคำนวณโดยใช้สูตร $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างน้อย 1 ประเด็น ได้ทำแผน ส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพ อย่างน้อย 1 ประเด็น”</p>	

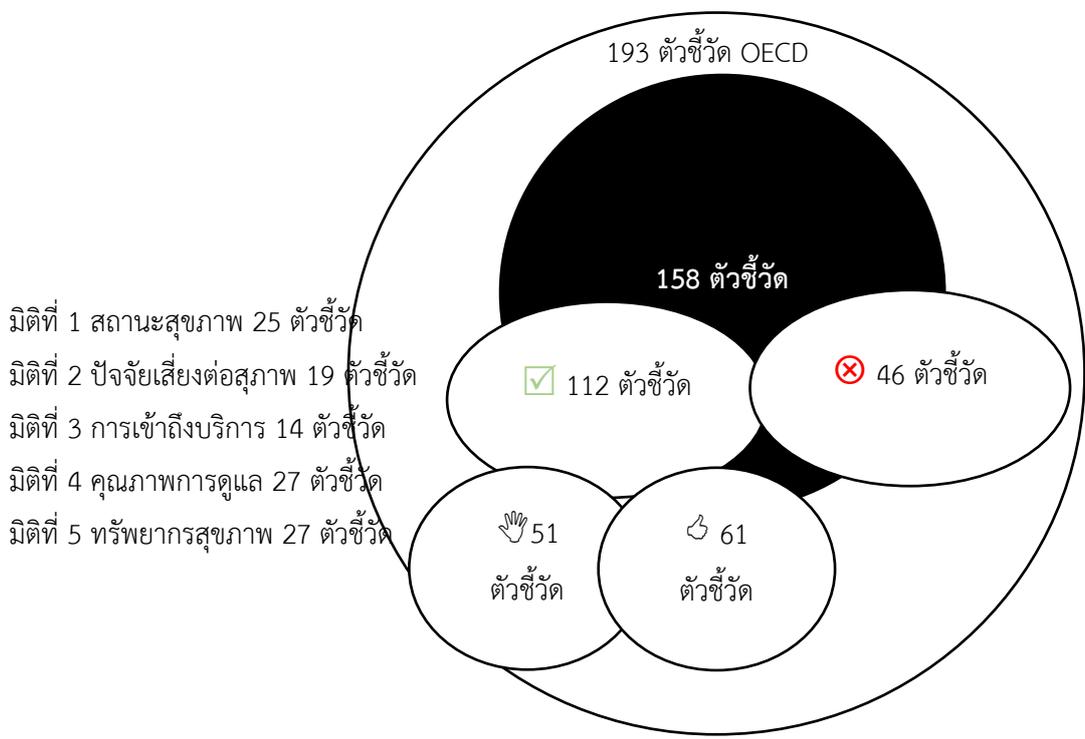
แหล่งที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2568, หน้า 3-48)

หมายเหตุ: ผู้จัดทำขอแนะนำเสนอนิยามและคำจำกัดความทั้งหมดจากรายงานรายละเอียด นิยาม และเกณฑ์การวัดมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ 2568 นี้ทั้งหมด เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการกำหนดตัวชี้วัด และค่านิยาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดตัวชี้วัดในหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ให้มีความชัดเจน สอดคล้อง และสามารถนำไปใช้ได้จริงเท่านั้น

บทความเรื่อง “การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในประเด็นเรื่อง “การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ที่ได้เผยแพร่ไว้โดยมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนไทยโดยเปรียบเทียบในกลุ่มพลเมืองในกลุ่มประเทศ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) และพลเมืองในกลุ่มประเทศอาเซียน อีกทั้งยังทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ความเกี่ยวข้องระหว่างค่าใช้จ่ายที่ประชาชนใช้ในการดูแลและรักษาสุขภาพ กับตัวชี้วัด หลังจากนั้นได้นำตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยกลุ่มประเทศ OECD จำนวนทั้งสิ้น 193 ตัวชี้วัด มาจัดลำดับเพื่อระบุตัวชี้วัดที่สำคัญและเร่งด่วนที่จะต้องใช้ในการพัฒนา และเมื่อได้ตัวชี้วัดสำคัญและเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ ทางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะได้นำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยให้เกิดความยั่งยืน และได้รับการยอมรับถึงเป็นไปตามมาตรฐานในระดับโลก (พงศธร พอกเพิ่มดี, กฤติยา สุขพัฒนากุล, โศรดากรณ์ พิมสา, วันวิสา เพ็ญสุริยะ, นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, ปุณณิกา คงสืบ, ศศิกา จันทรา, ณัฐนรี ชิงจัตุรัส, อสิริยาภรณ์ คันธา, อรจิรา หนูทองอินทร์, ณิชกร กาญจนโยธิน และชุตติมา อรรถสิทธิ์, 2567)

ผู้จัดทำเล็งเห็นว่าการเปรียบเทียบตัวชี้วัดกับต่างประเทศ และ/หรือกับเกณฑ์มาตรฐานสากล จะช่วยทำให้การพัฒนาตัวชี้วัดมีความชัดเจน โปร่งใส และได้รับการยอมรับเพิ่มมากขึ้น



ภาพที่ 4.1 สรุปตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดของ OECD

จากภาพที่ 4.1 จะเห็นได้ว่าตัวชี้วัดของ OECD มีจำนวนทั้งสิ้น 193 ตัวชี้วัด ในขณะที่ตัวชี้วัดในประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น 158 ตัวชี้วัด ในขณะที่ตัวชี้วัดที่เหลือคือจำนวน 35 ตัวชี้วัดไม่มีข้อมูลรองรับ อย่างไรก็ตามเมื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างตัวชี้วัดของประเทศไทย และประเทศ OECD กลับพบว่ามีเพียง 112 ตัวชี้วัดของประเทศไทยที่สามารถเปรียบเทียบกับประเทศ OECD ได้ ในขณะที่อีก 46 ตัวชี้วัดไม่สามารถนำมาใช้ในการเปรียบเทียบตัวชี้วัดของประเทศไทยได้ ทั้งนี้ภายใต้ตัวชี้วัดของประเทศไทยที่สามารถเปรียบเทียบกับประเทศ OECD ได้นั้น แบ่งเป็นตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นความท้าทายของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 51 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 51 ตัวชี้วัด เช่นเดียวกัน ภายใต้ตัวชี้วัดของประเทศไทยสามารถแบ่งได้เป็นทั้งหมด 6 มิติ ได้แก่ มิติสถานะสุขภาพ จำนวน 25 ตัวชี้วัด มิติปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จำนวน 19 ตัวชี้วัด มิติการเข้าถึงบริการ จำนวน 14 ตัวชี้วัด มิติคุณภาพการดูแล จำนวน 27 ตัวชี้วัด และมิติทรัพยากรสุขภาพ จำนวน 27 ตัวชี้วัด (พงศธร พอกเพิ่มดี, กฤติยา สุขพัฒนากุล, โศรดา กรณ์ พิมสา, วันวิสา เพ็ญสุริยะ, นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, ปุณณิกา คงสืบ, ศศिका จันทรา, ญัฐนรี ชิงจตุรัส, อสิริยาภรณ์ คันธา, อรจิรา หนูทองอินทร์, นิชากร กาญจนโยธิน และชุตินา อรรถสิทธิ์, 2567)

นอกจากนั้นแล้ว พงศธร พอกเพิ่มดี และคณะ (2567) ยังได้วิเคราะห์ตัวชี้วัดของประเทศไทยในมิติต่างๆ และได้สะท้อนตัวชี้วัดในแต่ละมิติที่จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาอย่างเร่งด่วน ดังสรุปได้ในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 การวิเคราะห์ตัวชี้วัดของประเทศไทยใน 5 มิติ และตัวชี้วัดที่เร่งด่วนในการดำเนินการพัฒนา

มิติด้านสุขภาพ	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ตัวชี้วัดเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการพัฒนา
มิติสถานะสุขภาพ	25 ตัวชี้วัด	จำนวน 8 ตัวชี้วัด 1. อัตราการเสียชีวิตมารดาโดยประมาณกับทารกเกิด 2. อัตราการเสียชีวิตของทารก 3. ความชุกของโรคเบาหวาน ประเภทที่ 1 และ 2 ในผู้ใหญ่ 4. อัตราการเสียชีวิตที่รักษาได้ 5. ประสิทธิภาพการอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ 6. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 7. อายุค่าเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจำแนกตามเพศ 8. ประสิทธิภาพการภาวะโรคที่เกิดจากวัณโรค
มิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ	19 ตัวชี้วัด	จำนวน 7 ตัวชี้วัด 1. การคลอดก่อนกำหนด 2. การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 13-15 ปี จำแนกตามเพศ 3. อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเพศ 4. การบริโภคผักโดยประมาณในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป 5. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่มต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

มิติด้านสุขภาพ	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	ตัวชี้วัดเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการพัฒนา
		6. ความชุกของโรคอ้วนในประชากรอายุ 10-19 ปี จำแนกตามเพศ 7. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันเป็นผลมาจากมลภาวะของฝุ่นละอองในบรรยากาศ
มิติ การเข้าถึง บริการ	14 ตัวชี้วัด	จำนวน 12 ตัวชี้วัด 1. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตามสภาพภูมิศาสตร์ 2. สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ 3. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 4. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 5. อัตราการจ่ายยาทางจิตเวชในกลุ่มผู้สูงอายุ 6. สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน 7. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 8. อัตราส่วนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (CT scanners, MRI units, PET scanners) ต่อประชากร 1,000,000 คน 9. อัตราการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (CT scan, PET scan and MRI exams) 10. จำนวนการปรึกษาแพทย์โดยประมาณ 11. จำนวนการปรึกษาแพทย์ต่อคน 12. จำนวนร้านเภสัชกรชุมชนต่อประชากร 100,000 คน
คุณภาพการดูแล ผู้ป่วย	27 ตัวชี้วัด	จำนวน 16 ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ 2. สัดส่วนของการติดต่อยาต้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว 3. อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช 4. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 5. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure: CHF) ในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 6. อัตราความเสี่ยงการตัดแขนขาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

มิติด้านสุขภาพ	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	ตัวชี้วัดเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการพัฒนา
		7. การผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในเวลา 2 วันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป 8. อัตราการเกิดสิ่งแปลกปลอมตกค้างในระหว่างการผ่าตัด (ข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน) 9. อัตราตายภายใน 30 วัน หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI) (สำหรับข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน) 10. การผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก (Hip replacement surgery) 11. สัดส่วนของการผ่าตัดต้อกระจก (Cataract surgery) 12. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 13. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 14. อัตราการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 15. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Knee replacement surgery) 16. สัดส่วนของการผ่าตัดต่อมทอนซิล (Tonsillectomies) ที่เป็นผู้ป่วยนอก
ทรัพยากรสุขภาพ	27 ตัวชี้วัด	จำนวน 18 ตัวชี้วัด 1. จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต 2. บัณฑิตพยาบาล 3. จำนวนพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน 4. จำนวนแพทย์ต่อประชากร 5. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล 6. บัณฑิตแพทย์ 7. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร 8. รายจ่ายจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับต่อรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด 9. จำนวนเตียงในโรงพยาบาล 10. สัดส่วนแพทย์อายุ 55 ปีขึ้นไป 11. กำลังคนในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน 12. บุคลากรผู้ให้การดูแลระยะยาวต่อประชากรผู้สูงอายุ 100 คน 13. ร้อยละค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว

มิติด้านสุขภาพ	จำนวนตัวชี้วัดทั้งหมด	ตัวชี้วัดเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการพัฒนา
		14. จำนวนเภสัชกรต่อประชากร 15. การจ้างงานด้านสุขภาพและงานสังคมสงเคราะห์เมื่อเทียบกับการจ้างงานทั้งหมด 16. สัดส่วนแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมจากต่างประเทศ 17. สัดส่วนแพทย์หญิง 18. สัดส่วนพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจากต่างประเทศ

แหล่งที่มา: พงศธร พอกเพิ่มดี, กฤติยา สุขพัฒนามกุล, โศรดากรรม พิมสา, วันวิสา เพ็ญสุริยะ, นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, ปุณณิกา คงสืบ, ศศิกา จันทร์ธา, ณัฐนรี ชิงจตุรัส, อิศริยาภรณ์ คันธา, อรจิรา หนูทองอินทร์, ณิชากร กาญจนโยธิน และชุตติมา อรรถสิทธิ์ (2567)

รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัดโครงการพระราชดำริฯ ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัดเฝ้าระวังฯ

ผู้จัดทำขอยกตัวอย่างรายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัดโครงการพระราชดำริฯ ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัดเฝ้าระวังฯ ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นทิศทาง กลยุทธ์ และมาตรการ ตลอดจนการดำเนินการงานตามตัวชี้วัดที่จัดทำขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4.10 ตัวชี้วัดต่างๆของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
ตัวชี้วัดโครงการพระราชดำริฯ	โครงการพระราชดำริ 1. ร้อยละเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำผ่านการอบรมด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0 2. เรือนจำมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหารและน้ำและส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตสำหรับผู้ต้องขังระดับดีขึ้นไป กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0 3. ผู้ต้องขัง เข้าถึงบริการส่งเสริม ป้องกันหรือบริการด้านทันตกรรมตามความจำเป็น กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0 4. เรือนจำ ทัดถสถาน สถานกักขัง มีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 รูปแบบ กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0 5. เด็กและเยาวชนเข้าถึงบริการส่งเสริม ป้องกันหรือบริการด้านทันตกรรมตามความจำเป็น กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>6. สถานพินิจฯ และศูนย์ฝึกฯ มีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 รูปแบบ กำหนดค่าเป้าหมาย 50.0</p> <p>7. จำนวนเรือนจำต้นแบบการจัดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในเรือนจำแบบครบวงจร กำหนดค่าเป้าหมาย 4.0</p> <p>8. ร้อยละเด็กและเยาวชนเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ มีทักษะการจัดการสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>9. จำนวนโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.)/หน่วยบริการสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบช่วยเหลือเด็กและเยาวชนให้เข้าถึงสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 600.0</p> <p>10. ร้อยละของโรงเรียน กพด. เข้าถึงน้ำบริโภคสะอาดได้ตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>11. ชุมชนหมู่บ้านเป็นชุมชนหมู่บ้านไอโอดีน (สะสม) กำหนดค่าเป้าหมาย 58,079.0</p> <p>12. ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ (Coverage) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>13. ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนในภาพรวมของประเทศ กำหนดค่าเป้าหมาย 150.0</p> <p>14. ครั้วเรือน มีการใช้เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน ที่มีคุณภาพ (20 - 40 ppm) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p>
	<p>โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ</p> <p>1. จำนวนสถานประกอบการสาวไทยแก้มแดงต้นแบบ กำหนดค่าเป้าหมาย 250.0</p> <p>2. ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 49 ปี ที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจางในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และพบภาวะโลหิตจาง (Coverage) กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>3. จำนวนหญิงเจริญพันธุ์ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (HL) กำหนดค่าเป้าหมาย 970,000.0</p>
	<p>โครงการตามพระราชปณิธาน</p> <p>1. ร้อยละสตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (BSE) กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>2. ร้อยละสตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ (CBE) กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p>
ตัวชี้วัดระดับกระทรวง	<p>1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน กำหนดค่าเป้าหมาย 16.0</p> <p>2. ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย กำหนดค่าเป้าหมาย 87.0</p> <p>3. อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กำหนดค่าเป้าหมาย 82.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>4. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>5. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Challenge (ระดับท้าทาย) กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0</p>
ตัวชี้วัดตรวจราชการ	ตัวชี้วัดสนับสนุนการตรวจราชการ <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน กำหนดค่าเป้าหมาย 16.0 2. ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย กำหนดค่าเป้าหมาย 87.0 3. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กำหนดค่าเป้าหมาย 82.0 4. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0 5. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Challenge (ระดับท้าทาย) กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0 6. เรือนจำมีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขาภิบาลอาหารและน้ำและส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตสำหรับผู้ต้องขังระดับดีขึ้น กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0 7. ผู้ต้องขัง เข้าถึงบริการส่งเสริม ป้องกันหรือบริการด้านทันตกรรมตามความจำเป็น กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0 8. เรือนจำ ทักษสถาน สถานกักขัง มีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 รูปแบบ กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0 9. ประชาชนในชุมชน (HLC) ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพป้องกันโรค หรือ โลว์คาร์บไมโซโลว์แคล กำหนดค่าเป้าหมาย 112,175.0 10. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0 11. มีบริการสถานชีวาภิบาล/กุฏิชีวาภิบาลตามแนวทาง/มาตรฐาน อย่างน้อยจังหวัดละ 2 แห่ง กำหนดค่าเป้าหมาย 95.0 12. Caregiver รายใหม่ผ่านการอบรม กำหนดค่าเป้าหมาย 10,000.0
ตัวชี้วัด PA อธิปไตย อนามัย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย กำหนดค่าเป้าหมาย 87.0 2. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0 3. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Challenge (ระดับท้าทาย) กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0 4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน กำหนดค่าเป้าหมาย 19.0

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	5. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง กำหนดค่าเป้าหมาย 97.0 6. อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กำหนดค่าเป้าหมาย 82.0
ตัวชี้วัดระดับกรม	<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> 1. ร้อยละความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบาย/แผนงาน/ยุทธศาสตร์ระดับชาติและข้อตกลง/พันธสัญญาาระหว่างประเทศ กำหนดค่าเป้าหมาย 95.0 2. จำนวนจังหวัดคุ้มครองสิทธิของประชาชนตามกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 62.0 3. จำนวนหน่วยงานภายนอกที่เชื่อมโยงข้อมูลกับกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 6.0.0 4. ร้อยละของข้อมูลที่อยู่ในระบบบัญชีข้อมูลของกรมอนามัยที่มีการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะตามที่สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัลกำหนด กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0 5. ร้อยละข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีการขับเคลื่อนและนำไปสู่การปฏิบัติ กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0 6. ร้อยละความผูกพันของภาคีเครือข่ายต่อการนำสินค้าและบริการของกรมไปใช้ประโยชน์ กำหนดค่าเป้าหมาย 84.0 <p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี</p> 1. อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประเทศ (TFR) (ระยะเวลาการประมวลผล 1.5 ปี) กำหนดค่าเป้าหมาย 1.0 2. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน กำหนดค่าเป้าหมาย 16.0 3. ร้อยละของเด็ก อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย กำหนดค่าเป้าหมาย 87.0 4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0 5. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน กำหนดค่าเป้าหมาย 61.0 6. ส่วนสูงเฉลี่ยของคนไทยที่อายุ 19 ปี (ชาย) กำหนดค่าเป้าหมาย 173.0 7. ส่วนสูงเฉลี่ยของคนไทยที่อายุ 19 ปี (หญิง) กำหนดค่าเป้าหมาย 163.0 8. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) กำหนดค่าเป้าหมาย 75.0 9. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free) กำหนดค่าเป้าหมาย 72.0 10. อัตราการคลออดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน กำหนดค่าเป้าหมาย 19.0 11. ร้อยละของประชากรอายุ 19-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 54.0

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>12. ร้อยละของประชากรอายุ 25-59 ปี มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 50.0</p> <p>13. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง กำหนดค่าเป้าหมาย 97.0</p> <p>14. ร้อยละของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดตามกฎหมายได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>15. ร้อยละของประชากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับบริการน้ำประปาที่สะอาดปลอดภัย กำหนดค่าเป้าหมาย 50.0</p> <p>16. ร้อยละของตลาดประเภท 1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมาย กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>17. ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด กำหนดค่าเป้าหมาย 40.0</p> <p>18. ร้อยละของสิ่งแวดล้อมที่สะอาดเพียงพอและปลอดภัย (HAS) กำหนดค่าเป้าหมาย 77.0</p> <p>19. ร้อยละของ รพ.ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>20. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) กำหนดค่าเป้าหมาย 30.0</p> <p>21. ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) มีการจัดการสิ่งปฏิกูลตามกฎหมาย กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>22. ร้อยละของจังหวัดจัดที่มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศหรือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>23. ร้อยละความสำเร็จของหน่วยงานภาคการสาธารณสุขดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณสุข กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>24. ร้อยละของพื้นที่เขตเมือง (เทศบาลนคร/เทศบาลเมือง) และเขตเศรษฐกิจพิเศษขับเคลื่อนเป็นเมืองสุขภาพดี กำหนดค่าเป้าหมาย 40.0</p> <p>25. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม และแรงงานข้ามชาติ เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>26. ร้อยละของโรงเรียน กพด. เข้าถึงน้ำบริโภคสะอาดได้ตามเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กำหนดค่าเป้าหมาย 82.0 2. ร้อยละของเด็กไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0 3. ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวกำหนดค่าเป้าหมาย 65.0 4. ร้อยละของนักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0 5. ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0 6. ร้อยละของประชากรอายุ 15-59 ปีมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กำหนดค่าเป้าหมาย 50.0 7. ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กำหนดค่าเป้าหมาย 56.0 8. จำนวนสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 6,000.0 9. จำนวนสถานศึกษากระดับเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 4,000.0 10. ร้อยละของการตอบโต้ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ทันต่อสถานการณ์ (RRHL) กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0 11. จำนวนอำเภอรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 115.0 12. จำนวนสถานประกอบการรอบรู้ด้านสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 300.0 <p>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยกย่ององค์กรสู่ความเป็นเลิศ และมีธรรมาภิบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนประเด็นการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นที่ยอมรับ 1 ใน 10 ของเอเชีย กำหนดค่าเป้าหมาย 2.0 2. จำนวนศูนย์ความเชี่ยวชาญในการบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง กำหนดค่าเป้าหมาย 8.0 3. จำนวนองค์ความรู้ งานวิจัย หรือผลงานวิชาการหรือนวัตกรรมได้ถูกขับเคลื่อนหรือยกระดับเป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์หรือกฎหมาย กำหนดค่าเป้าหมาย 6.0 4. การผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA 4.0 (1 = Level Basic/ 2 = Level Advance/ 3 = Level Significance) กำหนดค่าเป้าหมาย 2.0 5. ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0 6. ร้อยละบุคลากรมีความสามารถเชิงสมรรถนะหลักของกรมอนามัย ตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0 7. ร้อยละของความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>8. คะแนนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมอนามัย (Integrity and Transparency Assessment: ITA) กำหนดค่าเป้าหมาย 95.0</p> <p>9. จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 15.0</p>
ตัวชี้วัดเฝ้าระวังฯ	<p>กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย</p> <p>1. ร้อยละของเด็กอายุครบ 5 ปี ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง (Coverage) กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>2. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน กำหนดค่าเป้าหมาย 16.0</p> <p>3. อัตราทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth rate) (≥ 24 สัปดาห์) กำหนดค่าเป้าหมาย 10.0</p> <p>4. อัตราตายทารกระยะต้น (Early Neonatal Mortality Rate : ENMR) กำหนดค่าเป้าหมาย 4.0</p> <p>5. อัตราการตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate : NMR) กำหนดค่าเป้าหมาย 3.6</p> <p>6 อัตราตายทารกอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (Infant Mortality Rate) กำหนดค่าเป้าหมาย 7.6</p> <p>7. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>8. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>9. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>10. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ผ่านหน้าท้องหรือช่องคลอด</p> <p>11. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์</p> <p>12. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวาน (ด้วยวิธี Lab GCT หรือ Lab OGTT หรือ Lab FBS หรือ Lab DTX)</p> <p>13. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>14. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>15. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (แหล่งข้อมูลจาก HDC) กำหนดค่าเป้าหมาย 7.0</p> <p>16. ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว กำหนดค่าเป้าหมาย 65.0</p> <p>17. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>18. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>19. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>20. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>21. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการติดตามและกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัย(สมวัยครั้งที่สอง) กำหนดค่าเป้าหมาย 98.0</p> <p>22. ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42 และ 60 เดือน มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก+สมวัยครั้งที่สอง) กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>23. ร้อยละของเด็กกลุ่มขาดออกซิเจนแรกเกิด อายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>24. ร้อยละของเด็กกลุ่มขาดออกซิเจนแรกเกิด อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>25. ร้อยละของเด็กกลุ่มขาดออกซิเจนแรกเกิด อายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>26. ร้อยละของเด็กกลุ่มขาดออกซิเจนแรกเกิด อายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการติดตาม กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>27. ร้อยละของเด็กกลุ่มขาดออกซิเจนแรกเกิด อายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการติดตามและการกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งที่สอง) กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>28. ร้อยละของเด็กกลุ่มแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>29. ร้อยละของเด็กกลุ่มแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>30. ร้อยละของเด็กกลุ่มแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>31. ร้อยละของเด็กกลุ่มแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการติดตาม กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>32. ร้อยละของเด็กกลุ่มแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการติดตามและกระตุ้นภายใน 30 วัน มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งที่สอง) กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>33. ร้อยละของเด็กกลุ่มที่เกิดจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>34. ร้อยละของเด็กกลุ่มที่เกิดจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>35. ร้อยละของเด็กกลุ่มที่เกิดจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>36. ร้อยละของเด็กกลุ่มที่เกิดจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการติดตาม กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>37. ร้อยละของเด็กกลุ่มที่เกิดจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี อายุ 0-5 ปี ได้รับการติดตามและกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งที่สอง) กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>38. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มารดาเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>39. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มารดาเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด มีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งแรก) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>40. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มารดาเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>41. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มารดาเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดที่ได้รับการติดตาม กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>42. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีที่มารดาเข้าร่วมโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดที่ได้รับการติดตามและกระตุ้นภายใน 30 วันมีพัฒนาการสมวัย (สมวัยครั้งที่สอง) กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>43. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>44. ร้อยละของเด็กอายุ 18 เดือนปราศจากฟันผุ กำหนดค่าเป้าหมาย 95.0</p> <p>45. ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก กำหนดค่าเป้าหมาย 65.0</p> <p>46. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free) กำหนดค่าเป้าหมาย 75.0</p> <p>47. ร้อยละของเด็กอายุ 3-5 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก กำหนดค่าเป้าหมาย 55.0</p> <p>48. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยบริการ ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน (Workload) กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>49. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>50. ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (Coverage) กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>51. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง กำหนดค่าเป้าหมาย 14.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>52. ร้อยละของหญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ (Coverage) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>53. ร้อยละของเด็กอายุครบ 12 เดือน ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจาง (Coverage) กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>54. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>55. ร้อยละความครอบคลุมเด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/ ส่วนสูง กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>56. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย กำหนดค่าเป้าหมาย 9.0</p> <p>57. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>58. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 8.0</p> <p>59. ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก กำหนดค่าเป้าหมาย 84.0</p> <p>กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น</p> <p>1. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจกรองสายตา (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>2. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ตรวจพบสายตาผิดปกติ (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>3. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 พบสายตาผิดปกติได้รับการรักษา (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>4. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>5. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 มีภาวะโลหิตจาง (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>6. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ที่มีภาวะโลหิตจาง และได้รับการติดตามและส่งต่อ (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>7. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยิน (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>8. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ตรวจพบการได้ยินผิดปกติ (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>9. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 พบการได้ยินผิดปกติ และได้รับการส่งต่อเพื่อแก้ไข/ช่วยเหลือ (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>10. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-6 ได้รับการตรวจหา และได้รับการแก้ไข (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>11. ร้อยละเด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ กำหนดค่าเป้าหมาย 50.0</p> <p>12. ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ กำหนดค่าเป้าหมาย 30.0</p> <p>13. ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free) กำหนดค่าเป้าหมาย 72.0</p> <p>14. ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>15. ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมแปรงฟันคุณภาพ (2 2 2) กำหนดค่าเป้าหมาย 55.0</p> <p>16. ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี มีพฤติกรรมบริโภคขนม/เครื่องดื่มรสหวาน/ลูกอม มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>17. ร้อยละของเด็ก ป.1-ป.6 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 50.0</p> <p>18. ร้อยละของโรงเรียนมีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกระดับชั้น กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>19. ร้อยละของโรงเรียนปลอดอาหารเสี่ยงต่อโรคฟันผุ กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>20. ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี รับประทานเม็ดเสริมธาตุเหล็ก กำหนดค่าเป้าหมาย 50.0</p> <p>21. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน กำหนดค่าเป้าหมาย 61.0</p> <p>22. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย กำหนดค่าเป้าหมาย 9.0</p> <p>23. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>24. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 11.0</p> <p>25. ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี (เพศชาย) กำหนดค่าเป้าหมาย 150.0</p> <p>26. ส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ 12 ปี (เพศหญิง) กำหนดค่าเป้าหมาย 151.0</p> <p>27. ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี สูงดีสมส่วน กำหนดค่าเป้าหมาย 61.0</p> <p>28. ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีภาวะเตี้ย กำหนดค่าเป้าหมาย 9.0</p> <p>29. ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>30. ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 11.0</p> <p>31. ส่วนสูงเฉลี่ยของคนไทยที่อายุ 19 ปี (ชาย) กำหนดค่าเป้าหมาย 173.0</p> <p>32. ส่วนสูงเฉลี่ยของคนไทยที่อายุ 19 ปี (หญิง) กำหนดค่าเป้าหมาย 163.0</p> <p>33. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 สูงดีสมส่วน (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 61.0</p> <p>34. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 มีภาวะเตี้ย (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 9.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>35. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 มีภาวะผอม (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>36. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ป.6 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 11.0</p> <p>37. ร้อยละของนักเรียน ชั้น ป.1-ป.6 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยง (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>38. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 สูงดีสมส่วน (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 61.0</p> <p>39. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเตี้ย (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 9.0</p> <p>40. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะผอม (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>41. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1-ม.3 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 11.0</p> <p>42. ร้อยละของนักเรียน ชั้น ป.1-ม.3 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยง (HDC) (ข้อมูลนำเข้ารายงานผลล่าสุดปี 2566) กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>43. ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.1-ม.3 สูงดีสมส่วน กำหนดค่าเป้าหมาย 61.0</p> <p>44. ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.1-ม.3 มีภาวะเตี้ย กำหนดค่าเป้าหมาย 9.0</p> <p>45. ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.1-ม.3 มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>46. ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.1-ม.3 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 11.0</p> <p>47. ร้อยละของนักเรียน ชั้น ม.1-ม.3 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยง กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>48. ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.4-ม.6 สูงดีสมส่วน กำหนดค่าเป้าหมาย 61.0</p> <p>49. ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.4-ม.6 มีภาวะเตี้ย กำหนดค่าเป้าหมาย 9.0</p> <p>50. ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.4-ม.6 มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>51. ร้อยละของนักเรียนชั้น ม.4-ม.6 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 11.0</p> <p>52. ร้อยละของนักเรียน ชั้น ม.4-ม.6 ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนได้รับการคัดกรองความเสี่ยง กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>53. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน กำหนดค่าเป้าหมาย 0.6.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>54. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน กำหนดค่าเป้าหมาย 19.0</p> <p>55. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี กำหนดค่าเป้าหมาย 12.5</p> <p>56. ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>57. ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>58. ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) กำหนดค่าเป้าหมาย 30.0</p> <p>59. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ฉบับ พ.ศ. 2563 กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>60. ร้อยละของอำเภอที่ผ่านการประเมินรับรองตามมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>61. ร้อยละวัยรุ่นที่เคยมีเพศสัมพันธ์</p> <p>62. ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ตามแนวทางการจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ระดับที่ 1 ของกรมอนามัย</p> <p>63. อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประเทศ (TFR) (ระยะเวลาการประมวลผล 1.5 ปี) กำหนดค่าเป้าหมาย 1.0</p> <p>64. ร้อยละประชาชน อายุ 5 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมที่เพียงพอต่อสุขภาพ</p> <p>65. ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวันของประชาชน อายุ 5 ปี ขึ้นไป</p> <p>66. ร้อยละประชาชน อายุ 5-17 ปี มีกิจกรรมที่เพียงพอต่อสุขภาพ</p> <p>67. ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวันของประชาชนอายุ 5-17 ปี</p> <p>กลุ่มวัยทำงาน</p> <p>1. ร้อยละของประชากรอายุ 25-59 ปี มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 50.0</p> <p>2. ร้อยละของประชาชนอายุ 15-59 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>3. ร้อยละของประชาชนอายุ 15-59 ปี มีพฤติกรรมดูแลช่องปากที่พึงประสงค์ (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 32.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>4. ร้อยละวัยทำงานอายุ 15-59 ปีที่มีพฤติกรรมการแปร่งฟันก่อนนอนทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นานอย่างน้อย 2 นาที กำหนดค่าเป้าหมาย 75.0</p> <p>5. ร้อยละของประชากรอายุ 25-59 ปี กินผัก 5 ทัพพี ทุกวัน กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>6. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 15 - 18 ปี สูงดีสมส่วน (นอกสถานศึกษา) กำหนดค่าเป้าหมาย 59.0</p> <p>7. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 15 - 18 ปี มีภาวะเตี้ย (นอกสถานศึกษา) กำหนดค่าเป้าหมาย 9.5</p> <p>8. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 15 - 18 ปี มีภาวะผอม (นอกสถานศึกษา) กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>9. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 15 - 18 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (นอกสถานศึกษา) กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>10. ส่วนสูงเฉลี่ยวัยรุ่นอายุ 18 ปี (นอกสถานศึกษา) (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>11. ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 49 ปี ที่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง ในขณะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และพบภาวะโลหิตจาง (Coverage) กำหนดค่าเป้าหมาย 20.0</p> <p>12. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19- 29 ปี มีภาวะโภชนาการปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 58.0</p> <p>13. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19- 29 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 11.0</p> <p>14. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19- 29 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน กำหนดค่าเป้าหมาย 11.0</p> <p>15. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19 - 59 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 3.7</p> <p>16. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-29 ปี มีภาวะอ้วน ระดับ 1 กำหนดค่าเป้าหมาย 10.7</p> <p>17. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-29 ปี มีภาวะอ้วน ระดับ 2 กำหนดค่าเป้าหมาย 6.2</p> <p>18. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-29 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 35.1</p> <p>19. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19- 29 ปี มีรอบเอวปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 73.0</p> <p>20. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19- 29 ปี มีรอบเอวเกิน (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 27.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>21. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะโภชนาการปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 48.5</p> <p>22. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน กำหนดค่าเป้าหมาย 19.6</p> <p>23. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะอ้วน ระดับ 1 กำหนดค่าเป้าหมาย 19.6</p> <p>24. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะอ้วน ระดับ 2 กำหนดค่าเป้าหมาย 5.5</p> <p>25. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 48,3</p> <p>26. ร้อยละของประชากรอายุ 19-59 ปี มีเส้นรอบเอวปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>27. ร้อยละของประชากรอายุ 19-59 ปี มีเส้นรอบเอวเกิน (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 44.0</p> <p>28. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีภาวะโภชนาการปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 51.2</p> <p>29. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 3.8</p> <p>30. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีภาวะอ้วน ระดับ 1 กำหนดค่าเป้าหมาย 17.4</p> <p>31. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีภาวะอ้วน ระดับ 2 กำหนดค่าเป้าหมาย 5.9</p> <p>32. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 50.8</p> <p>33. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีรอบเอวปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>34. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีรอบเอวเกิน กำหนดค่าเป้าหมาย 40.0</p> <p>35. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีภาวะโภชนาการปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 46.3</p> <p>36. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 3.3</p> <p>37. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีภาวะน้ำหนักเกิน กำหนดค่าเป้าหมาย 20.8</p> <p>38. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีภาวะอ้วน ระดับ 1 กำหนดค่าเป้าหมาย 21.3</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>39. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีภาวะอ้วน ระดับ 2 กำหนดค่าเป้าหมาย 5.3</p> <p>40. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีรอบเอวปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 53.0</p> <p>41. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มีรอบเอวเกิน (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 4.7</p> <p>42. ร้อยละประชาชนอายุ 18-59 ปี มีกิจกรรมที่เพียงพอต่อสุขภาพ กำหนดค่าเป้าหมาย 73.0</p> <p>43. ระยะเวลาเฉลี่ยการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวันของประชาชนอายุ 18-59 ปี</p> <p>กลุ่มวัยสูงอายุ</p> <p>1. ร้อยละของผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ กำหนดค่าเป้าหมาย 65.0</p> <p>2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 28.0</p> <p>3. ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการแปรงฟันก่อนนอน กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>4. ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพที่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (NEW) กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>5. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมกินผักผลไม้เพียงพอ กำหนดค่าเป้าหมาย 88.0</p> <p>6. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ภาวะโภชนาการปกติ) กำหนดค่าเป้าหมาย 47.0</p> <p>7. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 9.5</p> <p>8. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 43.0</p> <p>9. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีรอบเอวปกติ กำหนดค่าเป้าหมาย 51.0</p> <p>10. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ภาวะโภชนาการปกติ) กำหนดค่าเป้าหมาย 47.0</p> <p>11. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 9.5</p> <p>12. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 60-69 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 43.0</p> <p>13. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ภาวะโภชนาการปกติ) กำหนดค่าเป้าหมาย 47.0</p> <p>14. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 9.5</p> <p>15. ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กำหนดค่าเป้าหมาย 56.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>16. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 43.0</p> <p>17. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง กำหนดค่าเป้าหมาย 97.0</p> <p>18. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ภาวะโภชนาการปกติ) กำหนดค่าเป้าหมาย 47.0</p> <p>19. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะผอม กำหนดค่าเป้าหมาย 9.5</p> <p>20. ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน กำหนดค่าเป้าหมาย 43.0</p> <p>21. ร้อยละประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมที่เพียงพอต่อสุขภาพ</p> <p>กลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>1. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารดำเนินการตามมาตรฐาน SAN กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>2. ร้อยละตลาดประเภทที่ 1 ดำเนินการตามมาตรฐาน SAN กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>3. ร้อยละตลาดประเภทที่ 2 ดำเนินการตามมาตรฐาน SAN กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>4. ร้อยละอาหารริมบาทวิถีดำเนินการตามมาตรฐาน SAN กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>5. ร้อยละของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิดตามกฎหมายได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>6. ร้อยละของโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>7. ร้อยละของโรงพยาบาลภาครัฐ ที่มีได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>8. ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนมีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ กำหนดค่าเป้าหมาย 100.0</p> <p>9. ร้อยละของโรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้งานระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (E-manifest) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>10. ร้อยละของโรงพยาบาลภาครัฐ ที่มีได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้งานระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (E-manifest) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>11. ร้อยละของโรงพยาบาลเอกชนที่ใช้งานระบบบริหารจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (E-manifest) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0</p> <p>12. ร้อยละมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง กำหนดค่าเป้าหมาย 30.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>13. ร้อยละของน้ำบริโภคครัวเรือนผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภค กรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 45.0</p> <p>14. ร้อยละของน้ำประปาการประปานครหลวง (กปน.) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>15. ร้อยละน้ำประปาการประปาส่วนภูมิภาค (กปภ.) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>16. ร้อยละของน้ำประปาเทศบาลได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 30.0</p> <p>17. ร้อยละของน้ำประปาหมู่บ้านได้มาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0</p> <p>18. ร้อยละน้ำดื่มน้ำใช้ในครัวเรือนไทย กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>19. ร้อยละของการประปาส่วนภูมิภาคสาขาที่ผ่านการรับรองคุณภาพน้ำประปา มาตรฐานสากล (Water is Life) กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>20. ร้อยละของครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปีอย่างน้อย คนละ 5 ลิตรต่อวัน กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>21. ร้อยละของครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 45 ลิตรต่อคน กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>22. ร้อยละของครัวเรือนมีที่เก็บน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภคสภาพดี มีฝาปิด (ข้อย่อย ใน ตัวชี้วัด ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และถูก สุขลักษณะ) กำหนดค่าเป้าหมาย 85.0</p> <p>23. ร้อยละของน้ำบริโภคที่ใช้ในโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) ได้มาตรฐานตาม เกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 40.0</p> <p>24. ร้อยละของโรงเรียน กพด. มีน้ำบริโภคที่มีคุณภาพผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 13.0</p> <p>25. ร้อยละมูลฝอยทั่วไปได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง กำหนดค่าเป้าหมาย 72.0</p> <p>26. ร้อยละของโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนมีน้ำบริโภคมีคุณภาพผ่านเกณฑ์ คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0</p> <p>27. ร้อยละของโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา มีน้ำบริโภคมีคุณภาพผ่าน เกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0</p> <p>28. ร้อยละของโรงเรียนและห้องเรียนสาขา ในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษา ขั้นพื้นฐานมีน้ำบริโภคมีคุณภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่า เป้าหมาย 25.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	<p>29. ร้อยละของโรงเรียนและศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาเด็กวัยเตาะแตะในสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นมีน้ำบริโภคมีคุณภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0</p> <p>30. ร้อยละของ รร. เอกชนสอนศาสนาอิสลาม สถาบันปอเนาะ และ รร. การกุศลของวัดในพระพุทธศาสนา ในสังกัด สช. มีน้ำบริโภคมีคุณภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0</p> <p>31. ร้อยละของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานครมีน้ำอุปโภคบริโภคมีคุณภาพผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 60.0</p> <p>32. ร้อยละของศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยภูเขา “แม่ฟ้าหลวง” และศูนย์การเรียนรู้ชุมชนชาวไทยมอแกน อุทยานแห่งชาติห้วยเกาส์สุรินทร์ มีน้ำบริโภคมีคุณภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย กำหนดค่าเป้าหมาย 5.0</p> <p>33. ร้อยละของเทศบาลสมัครเข้ารับการพัฒนาคูณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0</p> <p>34. ร้อยละของเทศบาลมีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหาร กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>35. ร้อยละของเทศบาลมีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารในตลาด กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>36. ร้อยละของเทศบาลมีการจัดการด้านสุขาภิบาลอาหารในที่หรือทางสาธารณะ กำหนดค่าเป้าหมาย 70.0</p> <p>37. ร้อยละของร้านอาหารผ่านมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>38. ร้อยละของตลาดผ่านมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>39. ร้อยละของอาหารริมบาทวิถีผ่านมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) กำหนดค่าเป้าหมาย 90.0</p> <p>40. ร้อยละของการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียในกลุ่มตัวอย่างอาหาร กำหนดค่าเป้าหมาย 25.0</p> <p>41. ร้อยละของการปลอมปนสารเคมีในกลุ่มตัวอย่างอาหาร กำหนดค่าเป้าหมาย 10.0</p> <p>42. อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศต่อแสนประชากร กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>43. อัตราการป่วยด้วยโรคหอบหืดในเด็ก 0-4 ปี กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p> <p>44. จำนวนวันที่ PM 2.5 เกินค่ามาตรฐานรายจังหวัด กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0</p>

ประเภทตัวชี้วัด	รายละเอียดตัวชี้วัด (*ข้อมูลปี พ.ศ.2568)
	45. ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0 46. ระดับค่าดัชนีความร้อน (Heat Index) สูงสุดของประเทศไทยเพื่อเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0 47. อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อนต่อแสนประชากร กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0 48. ร้อยละของอาการที่เกี่ยวข้องกับความร้อน กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0 49. ร้อยละของพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน กำหนดค่าเป้าหมาย 0.0 50. ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการสวมหน้ากากที่เหมาะสม กำหนดค่าเป้าหมาย 95.0 51. ร้อยละประชาชนมีพฤติกรรมการล้างมือที่เหมาะสม (ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วม) กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0 52. ร้อยละของประชาชนที่แยกขยะถูกต้อง กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0 53. ร้อยละของประชาชนที่ทำความสะอาดบริเวณจุดสัมผัสร่วมในที่พักอาศัย กำหนดค่าเป้าหมาย 80.0

แหล่งที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2568)

หมายเหตุ: ผู้จัดทำขอแนะนำเสนอรายละเอียดทั้งหมดเพื่อเป็นข้อมูลให้กับทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนา และต่อยอดตัวชี้วัดในหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ต่อไปเท่านั้น

ตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)

ในขณะเดียวกัน จากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินำเสนอตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) ดังรายละเอียดที่ปรากฏอยู่ในตารางที่ 4.11

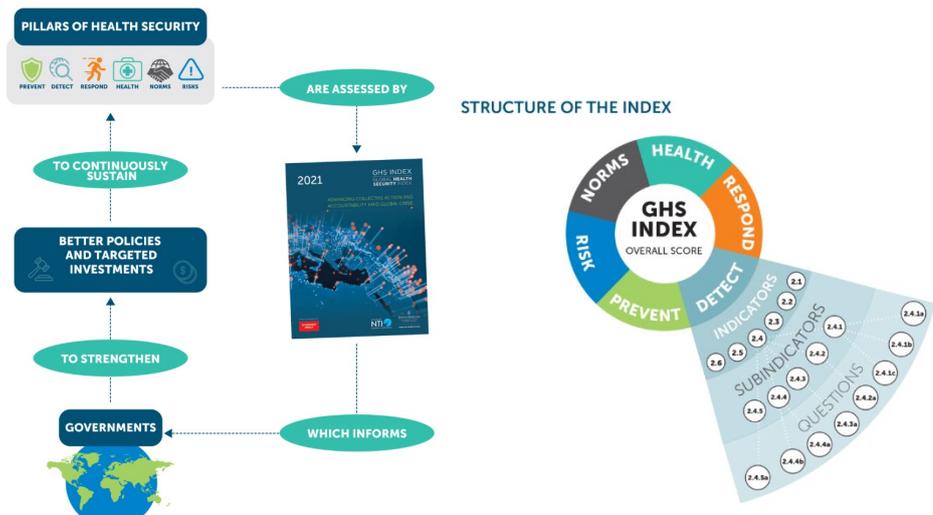
ตารางที่ 4.11 รายละเอียดการนำเสนอตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ความรู้ โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	วิธีการคำนวณ
รายละเอียดตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ความรู้ โดยสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)		
<p>1) จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศ และ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัยเทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคมะเร็ง 3) การบาดเจ็บ และการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่</p>	<p>เอกสารคำอธิบาย เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญของแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ พ.ศ. 2566-2570 ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ.2568</p>	<p>2. นับจำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศ และ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัยเทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ ซึ่งแสดง ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) และการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ / โรคอุบัติใหม่ จากการนำไปใช้จริง หรือทดลองใช้จริงในระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ ซึ่งเป็นผลโดยตรง ที่เกิดจากโครงการด้าน ววน. ในช่วงปี 2566-2570 โดยใช้ข้อมูลจากผลการรายงานของ PMU ในระบบ NRIS และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ</p> <p>3. การนับจำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศ และ/หรือพื้นที่ ค่าเป้าหมาย 8 ระบบ จะต้องครอบคลุม 4 กลุ่มโรคเป้าหมาย โดยแต่ละกลุ่มโรคเป้าหมายจะต้องมีอย่างน้อย 1 ระบบ เช่น ผลจากการวิจัยและพัฒนาได้</p>

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	วิธีการคำนวณ
		<p>ระบบสุขภาพแบบบูรณาการ 1 ระบบฯ สำหรับโรค ก และ 1 ระบบฯ สำหรับโรค ข ในกลุ่มภาระโรคเป้าหมายโรคไม่ติดต่อ จะนับเป็น 2 ระบบในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้ 1 ระบบฯ ประกอบด้วย 6 ระบบย่อย ตามหลักการ 6 Building Blocks of Health System ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบบริการ - กำลังคนด้านสุขภาพ - ระบบข้อมูล - เทคโนโลยีทางการแพทย์ (ยาและเวชภัณฑ์) - การเงินการคลัง และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ - ผู้นำและธรรมาภิบาล <p>กรณีที่ระบบสุขภาพของโรคเป้าหมายเดิม มีการขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ จะนับเป็น 1 ระบบ เช่น มีการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ A รักษาโรคมะเร็ง และให้บริการในเขตสุขภาพที่ 1 ต่อมา มีการให้บริการในเขตสุขภาพที่ 2 เพิ่มเติม (หรือในระดับจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 2) จะนับว่ามี 1 ระบบ เท่านั้น</p> <p>หมายเหตุ หากพัฒนาต่อยอดระบบสำหรับโรคเป้าหมายเดียวกันในพื้นที่อื่นในปีงบประมาณถัดไป จะไม่สามารถ</p>

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	วิธีการคำนวณ
		นับได้ เพราะถือว่าเป็นการนับซ้ำ “ระบบ” และควรจะนำไปนับเป็นงานด้าน RU หรือนับเป็นผลงาน KR3 P10 แทน
2) สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	https://www.tsri.or.th/about/committee/board-of-directors	จำนวนประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการ
3) จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)	เอกสารคำอธิบาย เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ที่สำคัญของแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ พ.ศ. 2566-2570 ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	นับจำนวนเทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ ที่ถูกนำไปใช้ และเกิดผลสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ และภาระโรคที่สำคัญของประเทศ รวมถึงเทคโนโลยีที่สนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ ซึ่งเป็นผลโดยตรงที่เกิดจากโครงการด้าน ววน. ในช่วงปี2566–2570 โดยใช้ข้อมูลจากผลการรายงานของ PMU ในระบบ NRIS และแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล	วิธีการคำนวณ
รายละเอียดตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ความรู้ โดยสำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)		
<p>1) ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ</p> <p>โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ</p> <p>1.การป้องกัน – ป้องกัน สกัดกั้น ดัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก</p> <p>2.การตรวจจับ – ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม</p> <p>3.การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันท่วงที</p> <p>4.ระบบสาธารณสุข – ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ</p> <p>5.ค่านิยมและมาตรฐาน – การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา</p> <p>6.ภาพรวมของความเสี่ยง – ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด</p> <p>ที่มา : https://ghsindex.org/country/thailand/</p>	<p>Global Health Security Index จัดทำโดยสถาบัน NTI (The Nuclear Threat Initiative) โดยความร่วมมือกับ Johns Hopkins Center for Health Security, Economist Impact, และ Brown University Pandemic Center, โดยแหล่งข้อมูล ทำการจัดเก็บดัชนีจาก 195 ประเทศ</p> <p>ข้อจำกัด: ปัจจุบันมีการจัดเก็บดัชนี GHS ถึงเพียงแค่ปี 2021 เท่านั้น</p>	<p>การจัดทำดัชนีชี้วัดของ GHS ประเมินขีดความสามารถของประเทศทั้ง 195 ประเทศใน 6 มิติ ได้แก่:</p> <p>i.) ความสามารถในการยับยั้งป้องกัน (Prevent)</p> <p>ii.) ความสามารถในการตรวจจับโรคระบาด (Detect)</p> <p>iii.) การตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติทางสุขภาพ (Respond)</p> <p>iv.) ศักยภาพของระบบสาธารณสุขโดยทั่วไป (Health)</p> <p>v.) ค่านิยม (Norms) และ</p> <p>vi.) ความเสี่ยงต่างๆ (Risks)</p> <p>คณะผู้วิจัยราว 80 ราย จะศึกษาดัชนีตัวชี้วัดในแต่ละมิติรายประเด็นโดยละเอียดของแต่ละประเทศ และจัดทำค่าตัวชี้วัดของ GHS ขึ้น โดยข้อมูลที่จัดทำจากเลขสถิติของประเทศต่างๆ นั้น จะถูกพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญต่อไป โดยพัฒนาขึ้นเป็น Composite Index สามารถดูตัวชี้วัดย่อยของมิติต่างๆ</p>



Thailand

68.2 Index Score 5/195



	2019 SCORE	2021 SCORE	2021 GLOBAL AVERAGE
PREVENTION	63.9	59.7	28.4
Antimicrobial resistance (AMR)	66.7	66.7	45.3
Zoonotic disease	64.1	64.1	19.8
Biosecurity	69.3	69.3	18.7
Biosafety	50	50	20.9
Dual-use research and culture of responsible science	33.3	33.3	2.6
Immunization	100	75	63.3
DETECTION AND REPORTING	83.2	91.5	32.3
Laboratory systems strength and quality	87.5	87.5	44.9
Laboratory supply chains	100	100	15.9
Real-time surveillance and reporting	75	100	34.6
Surveillance data accessibility and transparency	86.7	86.7	34.7
Case-based investigation	50	75	16.9
Epidemiology workforce	100	100	46.5
RAPID RESPONSE	78.6	67.3	37.6
Emergency preparedness and response planning	100	100	30.4
Exercising response plans	25	25	21.1
Emergency response operation	66.7	66.7	27
Linking public health and security authorities	100	100	22.1
Risk communication	100	100	57.9
Access to communications infrastructure	83.5	79.7	65.7
Trade and travel restrictions	75	0	39

Scores are normalized (0-100, where 100 = most favorable)

	2019 SCORE	2021 SCORE	2021 GLOBAL AVERAGE
HEALTH SYSTEM	62.3	64.7	31.5
Health capacity in clinics, hospitals, and community care centers	39.6	56.2	30
Supply chain for health system and healthcare workers	50	50	28.5
Medical countermeasures and personnel deployment	0	0	10.3
Healthcare access	96.8	96.8	55.2
Communications with healthcare workers during a public health emergency	50	50	10.8
Infection control practices	100	100	40.5
Capacity to test and approve new medical countermeasures	100	100	45.1
COMPLIANCE WITH INTERNATIONAL NORMS	66.5	68.9	47.8
IHR reporting compliance and disaster risk reduction	100	100	58.5
Cross-border agreements on public and health emergency response	50	50	50
International commitments	90.6	96.9	56.1
JEE and PVS	25	25	18.7
Financing	66.7	75	35.2
Commitment to sharing of genetic and biological data and specimens	66.7	66.7	68.4
RISK ENVIRONMENT	58.9	57.2	55.8
Political and security risk	35.1	41.6	58.1
Socio-economic resilience	62.8	63.1	60.9
Infrastructure adequacy	50	50	50.2
Environmental risks	75.9	60.4	54.7
Public health vulnerabilities	70.6	70.7	55.3

ภาพที่ 4.2 องค์ประกอบของความปลอดภัยทางสุขภาพ (Health Security)

แหล่งที่มา: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2568)

จากข้อมูลตัวชี้วัดดังกล่าว ประกอบด้วย รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข 2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียด นโยบาย และเกณฑ์การวัดมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ 2568 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข บทความเรื่อง “การประเมินสมรรถนะ ระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดตัวชี้วัด ต่างๆของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัดโครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัดเฝ้าระวังฯ และตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ความรู้ ซึ่ง ได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และ สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.) สามารถวิเคราะห์และสรุป ความเหมือนและความแตกต่างในประเด็นต่างๆได้ดังนี้

ตารางที่ 4.12 วิเคราะห์และสรุปความเหมือนและความแตกต่างรายละเอียดตัวชี้วัด

หมายเหตุ: ประเด็นทั้ง 4 ประเด็นที่ปรากฏในตารางที่ 4.12 ได้สรุปมาจากการที่ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้จัดรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจากแขนงวิชาต่างๆ เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2568 (AI-assisted ช่วยในการสรุปประเด็น)

ตัวชี้วัด/ ประเด็น	รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข 2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รายละเอียด นิยาม และ เกณฑ์การวัดมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี ประจำปี งบประมาณ 2568 กรม อนามัย กระทรวง สาธารณสุข	บทความเรื่อง “การ ประเมินสมรรถนะระบบ สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัด โครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ ตัวชี้วัด PA อธิปไตย ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัด เฝ้าระวังฯ	ตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สทว.) และ สำนักงานสภานโยบายการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)
จำนวนตัวชี้วัด ทั้งหมด	35	22	112	338	4
เป้าหมาย	“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข และ ระบบสุขภาพยั่งยืน”	“เพื่อให้องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นใช้เป็น แนวทาง ในการพัฒนาสู่ ความเท่าเทียมด้าน สุขภาพของประชาชนใน เขตเมือง และเพื่อเป็น	เปรียบเทียบตัวชี้วัดของ ประเทศ OECD ได้	N/A	N/A

<p>ตัวชี้วัด/ ประเด็น</p>	<p>รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข 2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>รายละเอียด นิยาม และ เกณฑ์การวัดมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี ประจำปี งบประมาณ 2568 กรม อนามัย กระทรวง สาธารณสุข</p>	<p>บทความเรื่อง “การ ประเมินสมรรถนะระบบ สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p>	<p>รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัด โครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัด เฝ้าระวังฯ</p>	<p>ตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สกว.) และ สำนักงานสภานโยบายการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)</p>
		<p>แนวทางในการสร้าง นโยบายและแผนงานด้าน สุขภาพขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งเพื่อให้เกิด สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ สุขภาพ ด้วยการบูรณา การแบบองค์รวม”</p>			
<p>ประเด็นที่ 1 ควรมีการ พัฒนาตัวชี้วัดที่ ครอบคลุม</p>	<p>✓/x</p>	<p>✓/x</p>	<p>✓/x</p>	<p>✓/x</p>	<p>x</p>

<p>ตัวชี้วัด/ ประเด็น</p>	<p>รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข 2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>รายละเอียด นิยาม และ เกณฑ์การวัดมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี ประจำปี งบประมาณ 2568 กรม อนามัย กระทรวง สาธารณสุข</p>	<p>บทความเรื่อง “การ ประเมินสมรรถนะระบบ สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p>	<p>รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัด โครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัด เฝ้าระวังฯ</p>	<p>ตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สกว.) และ สำนักงานสภานโยบายการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)</p>
<p>กระบวนการ input- process- output- outcome- impact โดย หากต้องการ สะท้อนระบบ สุขภาพที่ดี ควร มุ่งเน้นการวัด outcome และ impact</p>					

ตัวชี้วัด/ ประเด็น	รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข 2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รายละเอียด นิยาม และ เกณฑ์การวัดมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี ประจำปี งบประมาณ 2568 กรม อนามัย กระทรวง สาธารณสุข	บทความเรื่อง “การ ประเมินสมรรถนะระบบ สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัด โครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัด เฝ้าระวังฯ	ตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สทว.) และ สำนักงานสภานโยบายการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)
มากกว่าตัวเลข ทรัพยากร					
ประเด็นที่ 2 การออกแบบ กลไกการ อภิบาล โดย ครอบคลุมทั้ง ระดับส่วนกลาง และส่วนพื้นที่ และควรมีการ กำหนด Conceptual	X เป็นส่วนกลางเป็นหลัก	X เป็นส่วนพื้นที่เป็นหลัก	X เป็นส่วนพื้นที่เป็นหลัก	✓ รวมทุกระดับ	X เป็นส่วนพื้นที่เป็นหลัก

ตัวชี้วัด/ ประเด็น	รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข 2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข	รายละเอียด นิยาม และ เกณฑ์การวัดมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี ประจำปี งบประมาณ 2568 กรม อนามัย กระทรวง สาธารณสุข	บทความเรื่อง “การ ประเมินสมรรถนะระบบ สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัด โครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัด เฝ้าระวังฯ	ตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สกว.) และ สำนักงานสภานโยบายการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)
Framework ให้ชัดเจน					
ประเด็นที่ 3 ควรมีการ กำหนด Baseline- Endline ให้ ชัดเจน	X ระบุตัวชี้วัดเท่านั้น	X ระบุตัวชี้วัดเท่านั้น แต่มี การระบุนิยามคำจำกัด ความที่ชัดเจน	X	✓ มีการกำหนดค่าเป้าหมายไว้ อย่างชัดเจน	X ระบุตัวชี้วัดเท่านั้น
ประเด็นที่ 4 ควรหลีกเลี่ยง ตัวชี้วัดที่เป็น เพียงตัวแทน	✓/X	✓/X	✓/X	✓/X	X

<p>ตัวชี้วัด/ ประเด็น</p>	<p>รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข 2568 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 กองยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	<p>รายละเอียด นิยาม และ เกณฑ์การวัดมาตรฐาน เมืองสุขภาพดี ประจำปี งบประมาณ 2568 กรม อนามัย กระทรวง สาธารณสุข</p>	<p>บทความเรื่อง “การ ประเมินสมรรถนะระบบ สุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566” ของสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p>	<p>รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัด โครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัด ระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัด เฝ้าระวังฯ</p>	<p>ตัวชี้วัด หมวดการเผยแพร่องค์ ความรู้ ซึ่งได้มาจาก 2 หน่วยงานสำคัญ กล่าวคือ สำนักงานคณะกรรมการ ส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (สกว.) และ สำนักงานสภานโยบายการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรมแห่งชาติ (สอวช.)</p>
<p>ทางอ้อม เช่น จำนวนบุคลากร และ/เทคโนโลยี โดยควรสะท้อน ผลลัพธ์จริงของ ระบบและ ความสามารถ ในการนำไปได้ จริง</p>					

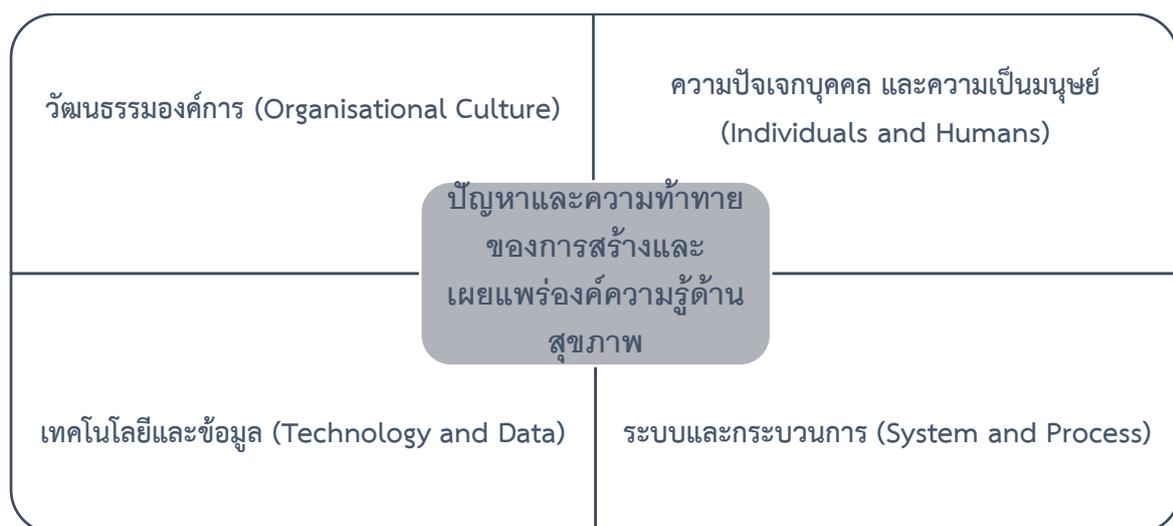
แหล่งที่มา: การวิเคราะห์ของผู้จัดทำ

หากพิจารณาจากตารางที่ 4.12 พบว่าเมื่อพิจารณาประเด็นทั้ง 4 ประเด็นที่ได้สรุปมาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาตัวชี้วัดเมื่อวันอังคารที่ 30 กันยายน 2568 มา นั้น โดยประกอบด้วยประเด็นที่ 1 ควรมีการพัฒนาตัวชี้วัดที่ครอบคลุมกระบวนการ input-process-output-outcome-impact โดยหากต้องการสะท้อนระบบสุขภาพที่ดี ควรมุ่งเน้นการวัด outcome และ impact มากกว่าตัวเลขทรัพยากร ประเด็นที่ 2 การออกแบบกลไกการอภิบาล โดยครอบคลุมทั้งระดับส่วนกลาง และส่วนพื้นที่ และควรมีการกำหนด Conceptual Framework ประเด็นที่ 3 ควรมีการกำหนด Baseline-Endline ให้ชัดเจน และประเด็นที่ 4 ควรหลีกเลี่ยงตัวชี้วัดที่เป็นเพียงตัวแทนทางอ้อม เช่น จำนวนบุคลากรและ/หรือเทคโนโลยี โดยควรสะท้อนผลลัพธ์จริงของระบบและความสามารถในการนำไปใช้จริง โดยภาพรวมอาจกล่าวได้ว่า ยังไม่ได้มีตัวชี้วัดของเอกสารต่างๆใดตอบสนองต่อประเด็นที่กำหนดทั้ง 4 ประเด็นดังกล่าว แต่หากมองในมุมมองของผู้จัดทำ อาจกล่าวว่า รายละเอียดตัวชี้วัดต่างๆของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ตัวชี้วัดโครงการพระราชดำริ ตัวชี้วัดระดับกระทรวง ตัวชี้วัดตรวจราชการ ตัวชี้วัด PA อธิบดี ตัวชี้วัดระดับกรม และตัวชี้วัดเฝ้าระวังฯ น่าจะมีความครบถ้วน และน่าจะใช้เป็นตัวอย่างของการพัฒนาตัวชี้วัดที่ดีได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับและประยุกต์การนำเสนอ นิยามและคำจำกัดความอย่างละเอียดและชัดเจนของตัวชี้วัดแต่ละตัวอย่างละเอียดและชัดเจนดังที่ปรากฏในรายละเอียด นิยาม และเกณฑ์การวัดมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ 2568 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีแนวโน้มในการช่วยขับเคลื่อนตัวชี้วัดหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ให้สามารถถึงเป้าหมายที่กำหนด “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” ได้

ทั้งนี้ ในการพัฒนาตัวชี้วัดยังจำเป็นในการที่จะต้องพิจารณาองค์ประกอบแวดล้อม/กลไก/มาตรการต่างๆที่แต่ละองค์การ/หน่วยงานเล็งเห็นถึงความสำคัญด้วยเช่นเดียวกัน

4.3 การวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

จากการเก็บรวบรวมเอกสาร (Documentary Research) ผู้จัดทำขอเสนอการวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ดังภาพที่ 6 ต่อไปนี้



ภาพที่ 4.3 ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

แหล่งที่มา: รวบรวมจากผู้จัดทำ โดยมี AI-Assisted ในส่วนของการสรุปประเด็น

ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพสามารถพิจารณาได้ใน 4 ประเด็น กล่าวคือ 1) วัฒนธรรมองค์กร 2) ความเป็นปัจเจกบุคคล และความเป็นมนุษย์ 3) เทคโนโลยีและข้อมูล และ 4) ระบบและกระบวนการ ซึ่งความท้าทายทั้ง 4 ด้านที่กล่าวถึงนี้สะท้อนให้เห็นถึงระดับของการแบ่งปันความรู้ ซึ่งในรายงานฉบับนี้ถือว่าเป็นกระบวนการพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพในระดับประชาชน และพลเมืองต่อไป

ความท้าทายในส่วนของวัฒนธรรมองค์กร (Organisational Culture) อาจถือว่าเป็นความท้าทายที่สำคัญที่สุดที่อาจทำให้การขับเคลื่อนในส่วนของสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพเป็นไปด้วยความล่าช้า ทั้งนี้ความท้าทายในส่วนของวัฒนธรรมองค์กร สามารถหมายถึงความท้าทายที่หลากหลาย เช่น ความน่าเชื่อถือ (Trust) (Saini, Arif, & Kulonda, 2017) โดยความน่าเชื่อถือนี้อาจเกิดขึ้นทั้งในระดับเล็ก กล่าวคือ ระดับระหว่างบุคคลกับบุคคล และระดับใหญ่ กล่าวคือ ระหว่างองค์กรและองค์กร ทั้งในระดับกลางและระดับท้องถิ่น นอกจากนี้แล้ว ยังมีความท้าทายทางด้านแรงจูงใจ (Motivation) ความสามารถของผู้นำองค์กร (Leadership Capabilities) กลยุทธ์ของธุรกิจ (Business Strategies) ความสามารถขององค์กร (Organisational Capabilities) (Saini & Kulonda, 2017) นอกจากนี้ Khatiri, Endalamaw, Mengistu, Erku, Wolka, Nigatu et al. (2025) ได้ระบุถึงความท้าทายซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ โดยความท้าทายดังกล่าว ประกอบด้วย การขาดการดำเนินการแบบบูรณาการ (Inadequate institutionalization of integrated approaches) โครงสร้างและลำดับชั้นขององค์กร (Organisational Hierarchies) และการขาดความเชื่อมโยงและประสานงานกันในการพยายามถ่ายทอดความรู้

ในขณะที่ งานวิจัยของ Penmasta, Nandamuri, Sheikh, Chittila, และ Vemulapally (2020) ได้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการแบ่งปันและถ่ายทอดความรู้ โดยครอบคลุมทั้งหมด 2 ความท้าทายดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความท้าทายทางด้านวัฒนธรรมองค์กร โดยในส่วนของความท้าทายวัฒนธรรมองค์กร ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงระหว่างบุคลากรภายในองค์กร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การอบรมและแหล่งทรัพยากรต่างๆ การสร้างความน่าเชื่อถือและแรงจูงใจ และวัฒนธรรม และความท้าทายทางด้านเทคโนโลยีและข้อมูล ซึ่งจริงๆแล้ว Zhu (2007) ได้แสดงให้เห็นว่าเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อการสร้างความรู้ด้านการดูแลสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการแพร่หลายของอินเทอร์เน็ต จึงทำให้แพทย์ไม่ได้อาศัยเพียงแหล่งความรู้เดียวเท่านั้นที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูล และขอคำปรึกษาได้ แต่ผู้ป่วยยังสามารถเข้าถึงข้อมูลเกิดการมีส่วนร่วม และเกิดองค์ความรู้เพื่อช่วยในการตัดสินใจด้านการรักษาได้จากการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ยกตัวอย่างเช่น WebMD ที่สามารถเชื่อมต่อและดึงดูความสนใจของผู้เข้าชมและค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพได้ เป็นต้น ดังนั้น ข้อมูลที่ปรากฏในเว็บไซต์ และในฐานข้อมูลดังกล่าวจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถอภิปราย ทบทวน และออกแบบแนวทางการดูแลได้อย่างเหมาะสมได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยขับเคลื่อนองค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยภายใต้ความสัมพันธ์แบบแบ่งปันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมากขึ้น กระบวนการในการสร้างองค์ความรู้จึงเป็นรูปธรรม และมีความชัดเจน ตลอดจนแพร่หลายมากยิ่งขึ้นในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีใหม่ที่เกิดขึ้นจำนวนมากมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการให้บริการทางด้านสุขภาพ และประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการทบทวน ปรับปรุง และ

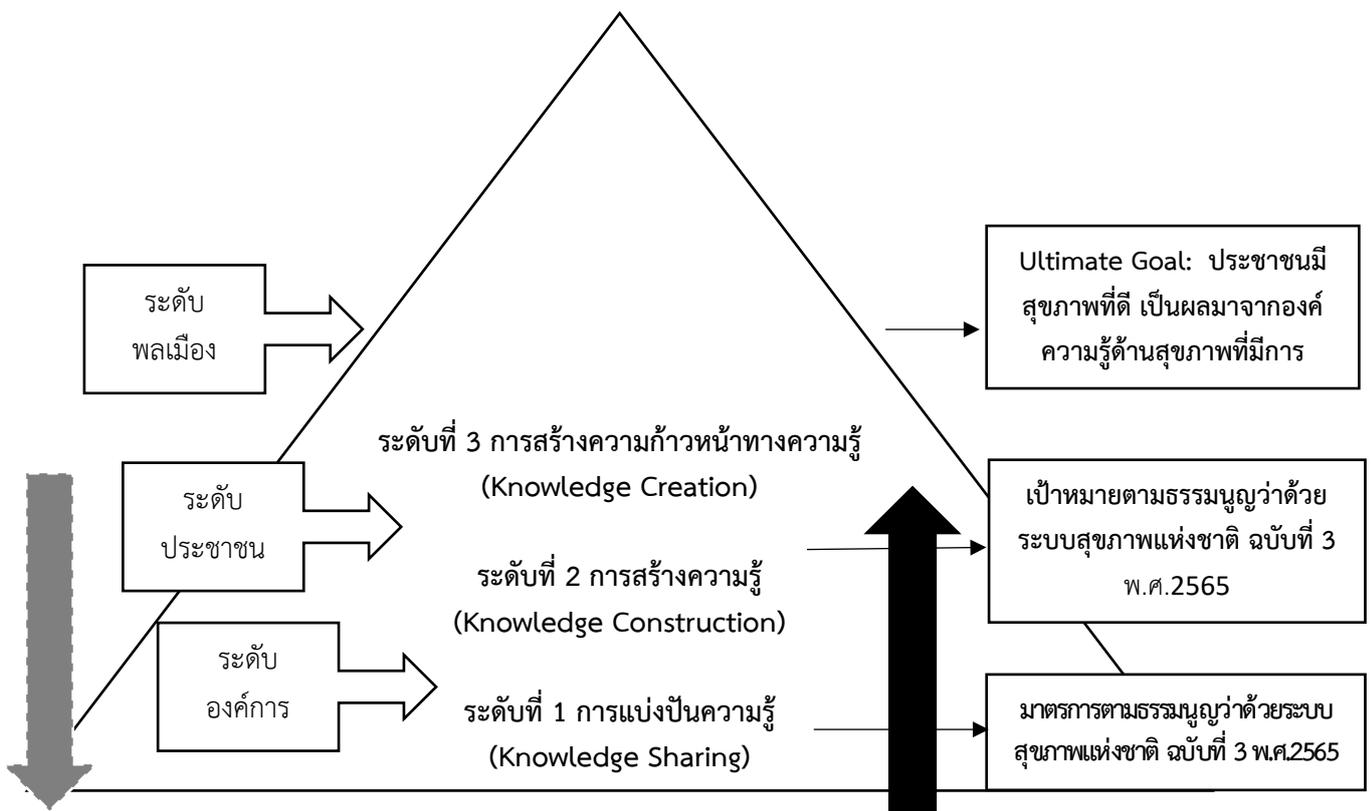
เผยแพร่มাত্রฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าการเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของเทคโนโลยีใหม่ๆ เหล่านั้นถือเป็นความท้าทายต่อหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพที่เปิดการเรียนการสอน แหล่งทุน ผู้บริหารในองค์กรและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนองค์กรและหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เนื้อหาและคอนเทนต์ต่างทันต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ในขณะเดียวกัน กระบวนการในการจัดเก็บ วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ความรู้ไปในเชิงปฏิบัติการมักจะเริ่มจากความรู้ที่ฝังราก (Tacit Knowledge) (Bowden, Smits, & Andres, 2020) นอกจากนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามีปัจจัยที่ได้รับการพยากรณ์ว่าจะมีผลต่อการต่อต้านการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย กลยุทธ์ขององค์กร ความท้าทายทางเทคนิค ความพร้อมของ big data และ internet of things (IoT) และทิศทาง และ/หรือแนวคิด โดยพบว่าความพร้อมของ big data และ internet of things (IoT) คือปัจจัยสำคัญสุดที่ทำให้ประชากรของสหรัฐอเมริกาปฏิบัติพฤติกรรมการยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศทางด้านสุขภาพ (Alrahbi, Khan, Gupta, Modgi, & Jabbour, 2022)

ภายใต้ความท้าทายทางด้านเทคโนโลยีและข้อมูล พบเช่นเดียวกันว่า ปริมาณข้อมูลด้านสุขภาพมีจำนวนมาก และถูกจัดเก็บในหลากหลายรูปแบบ ซึ่งทำให้เป็นความท้าทายและยากต่อผู้ปฏิบัติงานในการวิเคราะห์ การนำเสนอกราฟความรู้ (Knowledge Graphs) อาจจัดได้ว่าเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาที่ดีที่จะช่วยทำให้เกิดความเข้าใจ ความหมาย และช่วยลดช่องว่างเชิงความหมายที่อาจเกิดขึ้นในการทำงานระหว่างมนุษย์กับระบบ อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีการวิเคราะห์และจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวยังมีจุดบกพร่องและข้อจำกัดที่เข้ามาขัดขวางประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานเพื่อให้เกิดคุณค่าในการทำงานได้อย่างเต็มที่ (Abu-Salih, AL-Qurishi, Alweshah, AL-Smadi, Alfayez, & Saadeh, 2023)

ด้วยเหตุนี้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่องค์กรและ/หรือหน่วยงานจะต้องศึกษา วิเคราะห์ และหาแนวทางในการเอาชนะปัญหาและอุปสรรคทั้ง 4 ประเด็นดังกล่าว เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพต่อไป

4.4 การนำเสนอตัวชี้วัดตามกรอบโมเดลการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้

แม้ว่าเป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 และมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 จะไม่สามารถปรับเปลี่ยนและ/หรือเปลี่ยนแปลงได้ แต่กระบวนการคิด และ/หรือเกณฑ์ในการพัฒนาตัวชี้วัดก็ควรเป็นไปตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้นำเสนอเป็นแนวทางตามหลักวิชาการ **อย่างไรก็ตาม** ผู้จัดทำขอนำเสนอภาพกระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ เทียบเท่ากับระดับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ตามสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ภาพที่ 4.4 กระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ เทียบเท่ากับระดับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ตามสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งที่มา: Van Aalst (2009 อ้างใน Ni, 2016)

ผู้จัดทำขอเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมการเรียนรู้ทั้ง 3 ระดับดังกล่าว ได้แก่ การแบ่งปันความรู้ การสร้างความรู้ และการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้

ตารางที่ 4.13 การรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย และต่างประเทศ

ลำดับ	ผู้แต่ง	ระดับความรู้			รายละเอียด
		การแบ่งปันความรู้	การสร้างความรู้	การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้	
1	Bunchum et al., 2015	✓			<p>- Facebook เป็นแพลตฟอร์มสำคัญในการสร้างการขับเคลื่อนการแลกเปลี่ยนข้อมูล</p> <p>- แพลตฟอร์มออนไลน์ยังถือเป็นแพลตฟอร์มสำคัญและมีประโยชน์ในการขับเคลื่อนการแบ่งปันความรู้ ได้แก่ ที่ปรึกษา และนักสื่อสารสุขภาพที่มีประสบการณ์ที่หลากหลาย การจัดการประชุม การจัดทริปเดินทางท่องเที่ยว ในขณะเดียวกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบรรยาย และการประชุมเชิงปฏิบัติการ อันเป็นกระบวนการสำคัญในการทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถเลือกประเด็นและหัวข้อที่จะพูดคุยกันได้ และการแบ่งปันความรู้ให้เกิดขึ้น</p>
2.	Mohajan (2019)	✓			<p>อุปสรรคต่อการแบ่งปันความรู้ ประกอบด้วย ขาดความเชื่อถือ วัฒนธรรมองค์การ ขาดทักษะความเป็นผู้นำที่เหมาะสม และขาดการให้รางวัลที่เหมาะสม ขาดการสื่อสาร ความไม่เท่าเทียมกันเชิงสถานะ ขาดทักษะความเป็นผู้นำและแนวทางการบริหารจัดการ ขาดแหล่งข้อมูลที่จะนำมาแบ่งปันกันในองค์การ ขาดกลไกที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ขาดพื้นที่ในการพัฒนากิจกรรมที่นำมาสู่การแบ่งปัน ขาดโครงการนำร่องที่จะนำไปสู่การแบ่งปันความรู้ กลุ่มพนักงานที่มีทักษะและประสบการณ์สูงไม่อยากจะแบ่งปันความรู้ และขาด และ/หรือมีข้อจำกัดของการเชื่อมต่อระหว่างภาคส่วนต่างๆ นอกจากนั้น ยังมีขาดในส่วนของบุคลากรที่มีทักษะ การเงิน และข้อมูล รวมถึงเทคโนโลยีการสื่อสาร ข้อจำกัดด้านเวลา กลัวว่าการแบ่งปันความรู้จะทำให้เกิดความไม่มั่นคงในหน้าที่การทำงาน อาจได้รับผิดแบ็คไม่ดีหลังจากการแบ่งปันความรู้ ความแตกต่างในระดับการศึกษา เป็นต้น</p> <p>ประโยชน์จากการแบ่งปันความรู้ ประกอบด้วย การสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และสิ่งใหม่ๆจากการแบ่งปันความรู้ และประสบการณ์ การตอบสนองต่อปัญหาและความท้าทายที่เกิดขึ้นได้เร็วมากยิ่งขึ้น เข้าใจถึงความต้องการของผู้บริโภค ช่วยเพิ่มศักยภาพในการทำงาน</p>

ลำดับ	ผู้แต่ง	ระดับความรู้			รายละเอียด
		การแบ่งปันความรู้	การสร้างความรู้	การสร้าง ความก้าวหน้าทางความรู้	
					เพิ่มทุนทางปัญญา การเปลี่ยนแปลงการแข่งขันของพนักงานรายบุคคล และองค์การโดยภาพรวม และเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นขององค์การ
3.	Yeboah (2023)				จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากทั้งหมด 110 บทความ ประเด็นเรื่องการแบ่งปันความรู้สามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น คือ ปัจจัยสนับสนุนการแบ่งปันความรู้ กระบวนการแบ่งปันความรู้ และผลลัพธ์ที่ได้จากการแบ่งปันความรู้ ในขณะที่ยังขาดในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับประเภทของความรู้ที่จะนำไปสู่การพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา นอกจากนั้นแล้วปัจจัยสนับสนุนการแบ่งปัน ความรู้ได้รับการศึกษาและวิเคราะห์เป็นอย่างมากและมากกว่าปัจจัยที่ทำให้ไม่เกิดการแบ่งปันความรู้ กระบวนการการแบ่งปันความรู้ที่ เกิดขึ้นกลับไม่ได้เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์และกลยุทธ์โดยภาพรวมของบริษัท และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผลลัพธ์เชิงเม็ดเงิน กับ ผลลัพธ์ที่ไม่ได้เป็นเม็ดเงิน ผลลัพธ์เชิงเม็ดเงินจากการแบ่งปันความรู้ได้รับการศึกษามากกว่า
4.	Iqbal et al. (2025)	✓			การแบ่งปันความรู้นำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการทำงาน ทั้งนี้ทั้งนั้น ขึ้นอยู่กับความน่าเชื่อถือ
5.	Danko & Crhová (2024)	✓			การแบ่งปันความรู้ช่วยขับเคลื่อนผลการดำเนินงานขององค์การ ช่วยทำให้เกิดการไหลเวียนของข้อมูล และนำไปสู่การมีนวัตกรรมและ/ หรือการสร้างนวัตกรรม
6.	Sijbom et al. (2025)	✓			การแบ่งปันความรู้ในองค์การเกิดจากความคาดหวังในการแบ่งปันความรู้ในแต่ละคน และความแตกต่างของปัจเจกบุคคล

ลำดับ	ผู้แต่ง	ระดับความรู้			รายละเอียด
		การแบ่งปันความรู้	การสร้างความรู้	การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้	
7.	Mthemba & Mtshali (2013)		✓		งานวิจัยนี้ตอกย้ำให้เห็นว่าสถาบันอุดมศึกษามักให้ความสำคัญกับการยืนยันความรู้ (Knowledge confirmation) มากกว่าการสร้างความรู้ (knowledge construction) ซึ่งอาจเป็นผลกระทบเชิงลบต่อการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาในการเข้าสู่ตลาดแรงงานและโลกของความเป็นจริง ดังนั้น การเรียนรู้ผ่านการบริการชุมชน (Community Service Learning: CSL) ถือเป็นกลยุทธ์การเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้นักศึกษาสร้างความรู้เชิงรุกผ่านการมีส่วนร่วม/การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และการยอมรับกับมุมมองที่หลากหลาย จากการสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอนนักศึกษาพยาบาลพบว่าปัจจัยสำคัญในการสร้างความรู้ในการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย การหยิบยกประเด็นด้านสุขภาพที่แท้จริงขึ้นมาพูด การประกอบสร้าง การพูดคุย/การสนทนาร่วมกัน การมีส่วนร่วมเชิงรุก การสะท้อนความคิด และการค้นคว้าร่วมกัน
8.	Ghazali et al., (2017)		✓		งานวิจัยศึกษานี้ศึกษากระบวนการสร้างความรู้ในกลุ่มสนับสนุนด้านสุขภาพออนไลน์ที่มีผลต่อคุณภาพของข้อมูลและความถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ โดยกลุ่มสนับสนุนดังกล่าวเป็นกลุ่มสนับสนุนด้านการบริหารน้ำหนักร ซึ่งจะวิเคราะห์ระบุสาเหตุเพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมสนทนาที่มีผลต่อมุมมองด้านความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้อย่างไร ผลการวิจัยเสนอแนะว่า การพยายามผลักดันให้ผู้เข้าร่วมสนทนาอธิบายและชี้แจงรายละเอียดให้ชัดเจนและละเอียดในช่วงของการสนทนาจะช่วยทำให้คุณภาพของข้อมูลที่ได้รับมีมากขึ้น นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจะทำให้มั่นใจได้ถึงคำแนะนำที่มีหลักฐานน่าเชื่อถือ ลดการแพร่กระจายของคำแนะนำที่ไม่แน่นอนหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายได้ และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอีกด้วย ดังนั้น โดยภาพรวมคือ ความสำคัญของการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งเสริมความน่าเชื่อถือและคุณภาพของข้อมูลด้านสุขภาพในโลกออนไลน์ได้
9.	Nikolaidou &		✓		งานวิจัยนี้พิจารณาว่าความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ถือเป็นการสร้างความรู้ โดยความรอบรู้ทางสุขภาพเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในระบบกิจกรรมเครือข่าย โดยมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้รักที่กำลังตั้งครรภ์และผู้ปกครองของเด็กที่มีปัญหาเรื่องหัวใจผิดปกติ

ลำดับ	ผู้แต่ง	ระดับความรู้			รายละเอียด
		การแบ่งปันความรู้	การสร้างความรู้	การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้	
	Bellander (2020)				งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองได้เข้าร่วมกิจกรรมหลากหลายกิจกรรม เช่น การขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและการค้นหา/การแบ่งปันข้อมูลในออนไลน์ ทั้งนี้เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพของลูกหลานของตนเอง ซึ่งงานวิจัยพบว่าแม้ว่ากิจกรรมดังกล่าวจะช่วยในการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจของผู้ปกครอง แต่ผู้ปกครองทั้งหลายยังต้องเผชิญกับเครื่องมือและกฎเกณฑ์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกัน ประเด็นเรื่องของความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องหัวใจผิดปกตียังไม่ค่อยชัดเจนและมีอะไรเกิดขึ้นใหม่อยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ปกครองต้องก้าวข้ามปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ทั้งในมิติด้านตัวกิจกรรม เครื่องมือ กฎเกณฑ์ และชุมชน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ต้องทำความเข้าใจบริบทใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในการหาความรู้และทำความเข้าใจความรู้ทางด้านการแพทย์และประสบการณ์ และการเรียนรู้ที่มีความหมายเกิดขึ้นจากความรู้ทางด้านการแพทย์และประสบการณ์
10.	Tokode & Dennick (2023)		✓		งานวิจัยนี้มุ่งเน้นในการสำรวจกระบวนการของนักศึกษาแพทย์ระดับบัณฑิตศึกษาในการสร้างความรู้ในช่วงการเรียนรู้แบบแก้ปัญหา (Problem-based learning) ของมหาวิทยาลัยทางการแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน งานวิจัยนี้ใช้คลังข้อมูลการถอดเสียงของนักศึกษาจำนวน 56 คน และผู้ช่วยสอนจากทั้งหมด 7 กลุ่ม โดยงานวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ตัวชี้วัดทางด้านภาษาในการสร้างความรู้ผ่านโปรแกรม Wmatrix 3 ตัวชี้วัดที่สำคัญคือ คำต่างๆที่นักศึกษาแพทย์ได้ทำการสื่อสารด้วยวาจาออกมา การเขียน การแสดงด้วยภาพ และการพูดคุย ซึ่งช่วยให้นักศึกษาแพทย์เหล่านี้สามารถดึงเอาความรู้เดิมมาใช้ รวมถึงกิจกรรมการรายงานผล การควบคุมความเคลื่อนไหวของกลุ่ม และการสร้างความเข้าใจ
11.	Mitchell & Boyle (2010)			✓	การวัดและประเมินผลการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ วัดและประเมินผลโดยพิจารณาจาก 3 ส่วนหลัก กล่าวคือ 1) ความคิดริเริ่มและกิจกรรมที่ดำเนินการและนำมาปฏิบัติเพื่อสร้างแนวคิดหรือวัตถุประสงค์ใหม่ๆ 2) ความคิดใหม่ๆที่สะท้อนถึงการเพิ่มเติม และ/หรือ

ลำดับ	ผู้แต่ง	ระดับความรู้			รายละเอียด
		การแบ่งปันความรู้	การสร้างความรู้	การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้	
					เสริมความรู้ที่มีอยู่ให้เห็นอย่างมีนัยสำคัญ และ 3) ความรู้ที่ได้รับการเผยแพร่ นำไปประยุกต์ใช้ และตราตรึงเปรียบเสมือนสินค้าบริการ และระบบใหม่ๆ
12.	Ramírez et al. (2011)			✓	การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้ผ่านกระบวนการ SECI ทั้ง 4 รูปแบบ ประกอบด้วย การเข้าสังคม การสกัดความรู้ การผสมผสาน และความรู้ภายใน มีความสัมพันธ์กันทั้งหมด การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้ยังมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ในองค์กร ในขณะเดียวกัน การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้ และการเรียนรู้ในองค์กรสามารถสร้างแนวทางใหม่ๆในการพัฒนาการเรียนรู้ในองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาและเพิ่มผลการดำเนินงานขององค์กรให้สูงขึ้น
13.	Hapenciu & Bejinaru (2022)			✓	พลวัตของความรู้ และการเรียนรู้ขององค์กรสามารถนำไปสู่การขับเคลื่อนความสามารถเชิงกลยุทธ์ขององค์กร และหากมีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพก็จะนำไปสู่ความสำเร็จขององค์กรต่อไป ในขณะเดียวกัน ในการพัฒนากระบวนการความรู้ในองค์กรมีปัจจัยสำคัญดังต่อไปนี้ การส่งเสริมการสร้างความรู้ นโยบายขององค์กรในการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม และวิธีการและแหล่งที่มาในการรวมความรู้
14.	Puga & Trefler (2014)			✓	นวัตกรรมเชิงเพิ่มพูน (Incremental Innovations) ถือว่าเป็นพื้นฐานของการเติบโตทางเศรษฐกิจสมัยใหม่ ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนหนึ่งองค์ประกอบหรือหลากหลายองค์ประกอบของผลิตภัณฑ์ซึ่งมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น อันนำมาซึ่งความขัดแย้ง โดยในทางหนึ่งเจ้าของต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการสร้างองค์ประกอบที่เป็นนวัตกรรม หากแต่ในทางกลับกัน การแก้ไขความไม่เข้ากันระหว่างองค์ประกอบที่มีความพึ่งพาอาศัยกันอาจทำให้เจ้าของต้องใช้แรงและทรัพยากรจำนวนมาก เจ้าของสามารถประหยัดทรัพยากรได้โดยการควบคุมกระบวนการนวัตกรรมอย่างเข้มงวด แต่นั่นก็นำไปสู่การทำให้แรงจูงใจของตัวแทนในการสร้างนวัตกรรมน้อยลง

ลำดับ	ผู้แต่ง	ระดับความรู้			รายละเอียด
		การแบ่งปันความรู้	การสร้างความรู้	การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้	
15.	Mustapha & Seman (2023)			✓	การศึกษานี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการสร้างความรู้และนวัตกรรมทางสังคมขององค์กร โดยผลการวิจัยนี้สามารถขยายและพัฒนามุมมองเชิงความรู้ ซึ่งจะช่วยในเชิงของความได้เปรียบเชิงแข่งขันของบริษัท
16.	Ghasemi farid et al. (2023)			✓	การวิจัยการสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้ทางการศึกษาด้านพยาบาลทหาร ซึ่งใช้การวิจัยแบบ meta-analysis พบรูปแบบที่การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้ทั้งหมด 8 ด้าน ได้แก่ แนวทางที่เกี่ยวข้องกับทีม ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการบริหารจัดการ ปัจจัยทางด้านเทคโนโลยี ปัจจัยทางการสื่อสาร ปัจจัยด้านนโยบายองค์กร กระบวนการดำเนินงานและปฏิบัติงาน และวัฒนธรรมองค์กร ซึ่งงานวิจัยนี้ยืนยันว่าการสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้ช่วยขับเคลื่อนการศึกษาพยาบาลทหาร และช่วยพัฒนาศักยภาพของพยาบาลอีกด้วย ในขณะเดียวกัน ปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้ ได้แก่ การสร้างวัฒนธรรม การใช้ความรู้จากพยาบาลที่มีประสบการณ์และประสบความสำเร็จในอดีต และการพัฒนาระบบให้มีความก้าวหน้าและทันสมัยมากขึ้นโดยการใช้เครื่องมือทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่
17.	Disch et al., (2023)			✓	การสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้สามารถดำเนินการได้โดยผ่านการออกแบบเชิงสื่อสารเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น การแสดงแผนผังแนวคิดที่ปรากฏขึ้นควบคู่กับการแสดงข้อความ จะช่วยทำให้ผู้อ่านโดยทั่วไปสามารถเข้าใจเนื้อหาคอนเทนต์ทางด้านวิทยาศาสตร์ในระดับพื้นฐานได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้สอน หรือการใช้เทคโนโลยีที่สลับซับซ้อน ในขณะเดียวกัน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำความเข้าใจถึงทฤษฎีการสร้างความรู้ความก้าวหน้าทางความรู้ (Knowledge Construction Theory) เพื่อใช้เป็นกรอบในการวัดและประเมินเพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางการออกแบบ และระดับการเรียนรู้ ซึ่งจะเป็นการช่วยเสริมการประเมินผลแบบดั้งเดิม ได้แก่ การใช้ใช้งาน (Usability) ประสบการณ์ของผู้ใช้งาน (User Experience) และผลลัพธ์การเรียนรู้ (Performance)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ระดับความรู้			รายละเอียด
		การแบ่งปันความรู้	การสร้างความรู้	การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้	
18.	Berliant & Fujita (2025)			✓	ในช่วงของการระบาดของโควิด 19 สร้างความท้าทายให้เกิดขึ้นกับการสื่อสารโดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารแบบเห็นหน้าค่าตา (Face-to-Face Communication) ซึ่งนำไปสู่การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ ทั้งนี้ การสร้างความรู้สามารถสร้างด้วยตนเองได้ และ/หรือร่วมกับคนอื่น โดยใช้การสื่อสารแบบเห็นหน้าค่าตา และ/หรือการสื่อสารผ่านทางอินเทอร์เน็ต โดยพนักงานสามารถเลือกรูปแบบการสื่อสารของตนเองได้ นอกจากนี้ การหาความรู้ที่เป็นทางการ และกาใช้ความรู้แฝง (Tacit Knowledge) ยังมีบทบาทสำคัญในกระบวนการผลิตความรู้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม เปรียบเทียบกันระหว่างการสื่อสารแบบเห็นหน้าค่าตา กับการสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ต ดูเหมือนว่าระยะเวลาในการสื่อสารแบบเห็นหน้าค่าตามีบทบาทสำคัญในการเลือกรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมที่สุด
19.	Dedunu et al. (2025)	✓		✓	งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การสร้างความรู้เชื่อมโยงและสัมพันธ์กับนวัตกรรมขององค์กรในรูปแบบโค้งหัวกลับ (Inverted U-Shape) (หมายถึง สามารถก่อให้เกิดประโยชน์จนถึง ณ จุดหนึ่ง หลังจากนั้นอาจส่งผลเสียให้กับองค์กร) ในขณะที่การประยุกต์ใช้ความรู้จะเป็นไปในรูปแบบโค้งปกติ (U-shape) (หมายถึง ผลลัพธ์และผลกระทบที่ได้จะเพิ่มขึ้นจนถึง ณ จุดจำกัด การแบ่งปันความรู้ การประยุกต์ใช้ความรู้ และการปกป้องและคุ้มครองความรู้แสดงความสัมพันธ์เชิงเส้น โดยการแบ่งปันความรู้มีผลกระทบเชิงบวกมากที่สุดต่อนวัตกรรมในธุรกิจประเภทธนาคาร

แหล่งที่มา: รวบรวมโดยผู้จัดทำ

จากบทความจำนวน 19 บทความ สามารถสรุปสาระสังเขปของระดับของการจัดการองค์ความรู้ ได้ดังนี้

- การแบ่งปันความรู้ มีจำนวนตัวอย่างบทความจำนวน 6 บทความ โดยสามารถสรุปสาระสังเขปได้ว่า การแบ่งปันความรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในองค์กร และ/หรือหน่วยงานเป็นหลัก ทั้งนี้ ความสำเร็จ และ/หรือความล้มเหลวของการแบ่งปันความรู้ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการจัดการองค์ความรู้เกิดขึ้นจากปัจจัยที่หลากหลาย เช่น การขาดความน่าเชื่อถือ วัฒนธรรมองค์กรไม่เอื้อ ผู้นำ/การบริหารจัดการของผู้บริหารอ่อนแอ และขาดประสิทธิภาพ จำนวนทรัพยากรมีจำกัด เช่น บุคลากร เงิน ข้อมูล เทคโนโลยี และเวลา กลไกการทำงานไม่เป็นทางการ/ขาดความเป็นทางการ ความเหลื่อมล้ำเชิงสถานะ ไม่ปรารถนาที่จะแบ่งปันองค์ความรู้ เสียความมั่นใจ เนื่องจากกลัวได้รับพีดแบ็คในเชิงลบ การขาดความเชื่อมต่อและเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วน นอกจากนั้นแล้ว ควรต้องพิจารณาแพลตฟอร์มในการสื่อสารทั้งทางออนไลน์ และออฟไลน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพลตฟอร์มออฟไลน์ที่มักไม่ได้รับความสนใจมากนักในปัจจุบัน แต่แพลตฟอร์มออฟไลน์ ได้แก่ ที่ปรึกษา นักสื่อสารสุขภาพ การประชุม เวิร์กช็อป ทริป เป็นต้น ยังมีส่วนช่วยและเอื้อต่อการแบ่งปันความรู้ได้อย่างแท้จริง ซึ่งคำว่า องค์กร และ/หรือหน่วยงานสามารถเป็นได้ทั้งระดับส่วนกลาง และระดับพื้นที่ เช่น ปรมาจารย์ชาวบ้าน อสม. เป็นต้น

- การสร้างความรู้ มีจำนวนตัวอย่างบทความจำนวน 4 บทความ โดยสามารถสรุปสาระสังเขปได้ว่า การสร้างความรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้เกิดขึ้นกับประชาชนควรดำเนินการผ่านการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยควรมุ่งเน้นการสร้างบทสนทนา การมีส่วนร่วมเชิงรุก การสะท้อนความคิด และการร่วมค้นคว้า เพื่อให้พื้นที่การมีส่วนร่วมดังกล่าวเป็น “การสร้างความรู้ [ร่วมกัน]” มากกว่า “การยืนยันความรู้” ในขณะเดียวกัน การที่ประชาชนและชุมชนมี “ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ถือเป็นกระบวนการในการสร้างความรู้ที่สำคัญ

- การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ มีจำนวนตัวอย่างบทความจำนวน 9 บทความ (ขอรวมบทความที่ 19 ไว้ในส่วนของการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ไว้ในประเด็นนี้ด้วย แม้ว่าบทความดังกล่าวสามารถมองได้ทั้งมิติการแบ่งปันความรู้ และการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้) โดยสามารถสรุปสาระสังเขปได้ว่า การวัดและประเมินความก้าวหน้าทางความรู้สามารถทำได้ใน 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ความคิดริเริ่ม/กิจกรรมที่ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ มิติที่ 2 ความรู้ใหม่ที่เสริมองค์ความรู้เดิมอย่างมีนัยสำคัญ และมิติที่ 3 การเผยแพร่และประยุกต์ใช้จนเกิดสินค้า/บริการ/ระบบใหม่ ซึ่งหากพิจารณาในบริบทของรายงานฉบับนี้ พลเมืองไทยสามารถดำเนินการได้ทั้ง 3 ระดับเพื่อสะท้อนว่าประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านการจัดการ และถือว่ามีความสำคัญในเชิงเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับ “การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ” กับ “การควบคุมอย่างเข้มงวด” ซึ่งอาจลดทอนและทำให้ประชาชน/ชุมชนขาดแรงจูงใจ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องกำหนดนโยบายการส่งเสริมการสร้างความรู้ และกลไกการบูรณาการความรู้ที่มีความเป็นพลวัต ทั้งนี้ อาจนำกระบวนการ SECI (Socialization-Externalization-Combination-Internationalization) มาช่วยในการพัฒนาการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ได้เช่นกัน

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้จัดทำขอเสนอร่างตัวชี้วัดที่อาจนำมาใช้ในการพัฒนาและต่อยอดตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ดังที่สรุปในตารางต่อไปนี้ (โดยมี AI-assisted Tools ช่วยเสนอแนะ แต่ผ่านการพิจารณาและการตัดสินใจของผู้จัดทำ) หลักของ New Economics Foundation (2000, อ้างใน UNAIDS, n.d.) ผสมผสานกับหลักการ SMART (SMART Framework) (Luli, n.d.) ดังจะได้นำเสนอรายละเอียดในการวิเคราะห์ต่อไป

ตารางที่ 4.14 ร่างตัวชี้วัดที่อาจนำมาใช้ในการพัฒนาและต่อยอดตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ”

<p>ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ = มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565</p>	<p>ระดับที่ 2 การสร้างความรู้ = เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565</p>	<p>ระดับที่ 3 การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ = Ultimate Goal: ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ</p>
<p>มิติด้านวัฒนธรรมองค์การที่เอื้อต่อการแบ่งปันความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของบุคลากรที่เห็นด้วยกับข้อความ เช่น “วัฒนธรรมองค์การสามารถช่วยส่งเสริมการแบ่งปันความรู้” <p>มิติด้านความไว้วางใจและความรู้สึกลดตงภัยในการแบ่งปันความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของบุคลากรที่รู้สึกปลอดภัยในการแบ่งปันความรู้โดยไม่ต้องกลัวว่าจะได้รับข้อเสนอแนะในเชิงลบ <p>มิติการสนับสนุนจากผู้นำในการแบ่งปันความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของบุคลากรที่เห็นด้วยว่าผู้นำองค์การส่งเสริมและเป็นแบบอย่างในการแบ่งปันความรู้ - ร้อยละของโครงการหรือกิจกรรมในการแบ่งปันความรู้ที่ริเริ่มโดยผู้บริหาร และ/หรือผู้ปฏิบัติงานในแต่ละปี <p>มิติด้านความเพียงพอของทรัพยากรที่เอื้อต่อการแบ่งปันความรู้</p>	<p>มิติด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของกิจกรรมการสร้างความรู้ที่มีตัวแทนชุมชน/ภาคประชาชนเข้าร่วมในการออกแบบเนื้อหาและ/หรือกระบวนการ โดยไม่ได้วัดเพียงแค่การเข้าร่วมกิจกรรมและ/หรือโครงการเท่านั้น - ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการต่อปีที่อยู่ในรูปแบบของ “การร่วมออกแบบ/ร่วมตัดสินใจ” (Co-creation or co-design activities/projects) กับชุมชนและ/หรือภาคประชาชน <p>มิติด้านความเข้มข้นของ “การสนทนาแลกเปลี่ยน และการสะท้อนความคิด” ในกระบวนการสร้างความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของกิจกรรมการสร้างความรู้ที่มีการสนทนาแลกเปลี่ยน และการสะท้อนความคิด (Reflection session) อย่างเป็นทางการและ/หรือไม่เป็นทางการ - ร้อยละของจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อกิจกรรม และ/หรือโครงการที่ให้ชุมชน และ/หรือภาคประชาชนเข้า 	<p>มิติด้านความคิดริเริ่ม และกิจกรรมที่ก่อให้เกิด “แนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่)”</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการด้านสุขภาพที่มีรายงานว่าเกิดเป็นแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) - ร้อยละของแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ที่มาจากข้อเสนอของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ชุมชน และ/หรือภาคประชาชน ไม่ได้เกิดขึ้นจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว - ร้อยละของข้อเสนอแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ที่ถูกนำเสนอโดยชุมชน และ/หรือภาคประชาชนต่อปี - ร้อยละของแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ที่มีศักยภาพในการสามารถนำมาใช้จริงตามเกณฑ์ที่กำหนด - ร้อยละของเวทีระดมสมอง (Innovation workshop / idea lab) ที่จัดร่วมกับชุมชน และ/หรือภาคประชาชน และผู้ปฏิบัติงานต่อไป

<p>ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ = มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565</p>	<p>ระดับที่ 2 การสร้างความรู้ = เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565</p>	<p>ระดับที่ 3 การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ = Ultimate Goal: ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ</p>
<p>- ร้อยละของบุคลากรที่รายงานถึงความเพียงพอทางด้านเวลา เครื่องมือ และการสนับสนุนเชิงทรัพยากรในการแบ่งปันและใช้ความรู้ในการทำงานของตนเอง</p> <p>มิติด้านการแลกเปลี่ยนความรู้ข้ามหน่วยงานและ/หรือภาคส่วน</p> <p>- ร้อยละของกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมมากกว่าหนึ่งหน่วยงาน และ/หรือเกิดการบูรณาการข้ามภาคส่วน เป็นต้น</p> <p>มิติด้านการใช้แพลตฟอร์มแบ่งปันความรู้ทั้งออนไลน์และออฟไลน์</p> <p>- ร้อยละของแพลตฟอร์มที่ยังใช้งานอยู่</p> <p>- ร้อยละของแพลตฟอร์มแต่ละประเภทที่ใช้งานอยู่</p> <p>มิติด้านความถี่ของการแบ่งปันความรู้ในองค์กร/หน่วยงาน</p> <p>- ร้อยละกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ต่อไตรมาส</p> <p>มิติด้านอัตราการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้</p> <p>- ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งปันความรู้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส</p>	<p>ร่วมการสนทนา อภิปราย และสะท้อนความคิดเห็นร่วมกัน</p> <p>มิติด้านการนำองค์ความรู้ที่ร่วมสร้างไปใช้ในทางปฏิบัติ</p> <p>- ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการนำองค์ความรู้/แนวทางแก้ปัญหาที่ร่วมสร้างไปใช้ในชีวิตประจำวัน และ/หรือในการทำงานกับชุมชน ภายในระยะเวลา 3-6 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>มิติด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ</p> <p>- ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการรายงานความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 1 พฤติกรรมสุขภาพภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม และ/หรือโครงการสร้างความรู้</p> <p>มิติด้านการรับรู้ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้กับปัญหาจริง</p> <p>- ร้อยละการรับรู้ของสมาชิกชุมชน และ/หรือภาคประชาชนว่าองค์ความรู้ที่ได้รับมาสามารถร่วมกันสร้าง และช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้</p> <p>มิติด้านความต่อเนื่องและความยั่งยืนในกระบวนการสร้างองค์ความรู้ในชุมชน และ/หรือภาคประชาชน</p>	<p>- ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการที่เป็นกิจกรรม และ/หรือโครงการนำร่องที่นำไปทดลองใช้ในชุมชนต่อไป เป็นต้น</p>

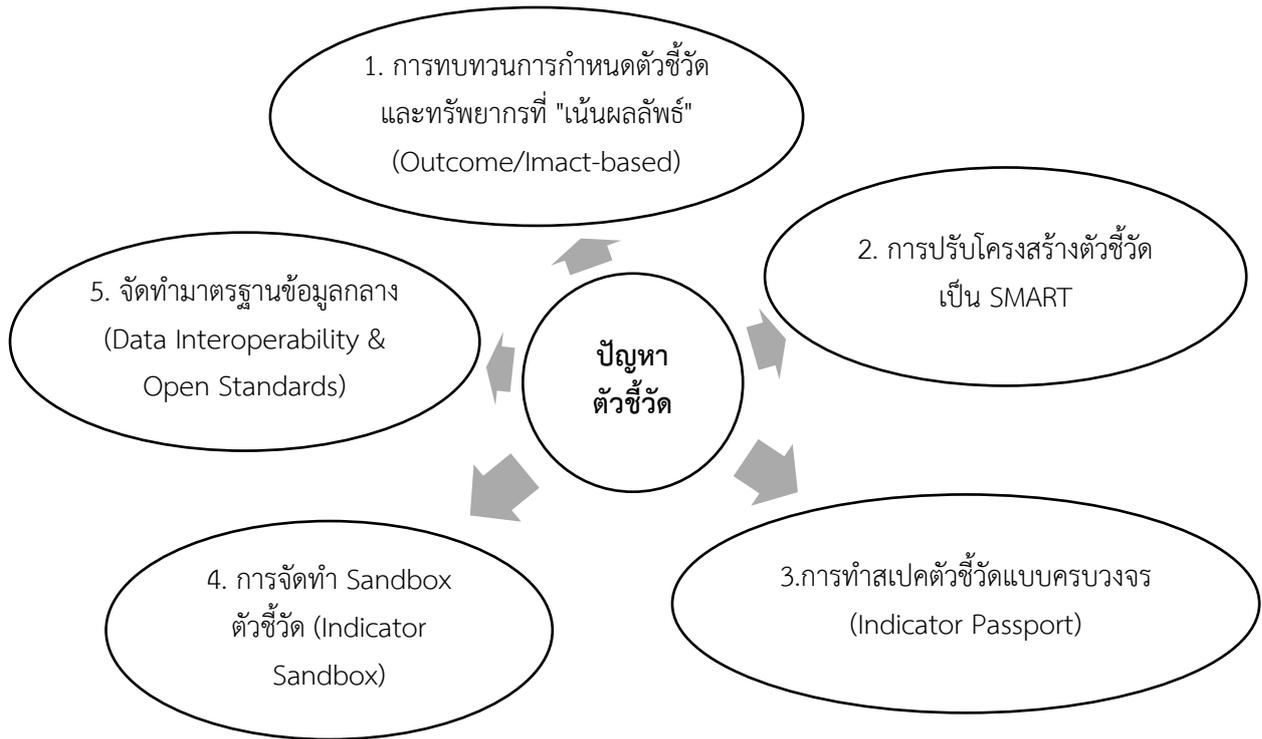
<p>ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ = มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565</p>	<p>ระดับที่ 2 การสร้างความรู้ = เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565</p>	<p>ระดับที่ 3 การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ = Ultimate Goal: ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ</p>
	<p>- ร้อยละกิจกรรม และ/หรือ โครงการต่อเนื่องที่มีการริเริ่มโดยสมาชิกชุมชน และ/หรือภาคประชาชนหลังจากการเข้าร่วมในกิจกรรม และ/หรือโครงการสร้างความรู้</p> <p>มิติด้านความเป็นเจ้าของของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการสร้างความรู้</p> <p>- ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการในพื้นที่ที่ อสม. ประชาชน ชุมชน อบต. ได้ทำหน้าที่ในด้านการวางแผน และการดำเนินงานเป็นต้น</p>	

ทั้งนี้ ผู้จัดทำขอเสนอการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอกับมาตรการและเป้าหมายตลอดจนเป้าหมายสูงสุด “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ” ในบทที่ 5 ต่อไป

4.5 การนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้

การพัฒนาตัวชี้วัดถือว่าเป็นเรื่องยาก และมีความท้าทาย ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนาและปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยหากพิจารณาในด้านของการสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า ดังที่ Marilyn Suttle, Success Coach ได้กล่าวไว้ว่า “Thank you customer for complaining and mean it. Most will never bother to complain. They’ll just walk away” หรือแปลเป็นภาษาไทยได้ว่า “ขอบคุณลูกค้า (ผู้มีส่วนส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง) สำหรับคำติและฟีดแบคที่ให้มาด้วยความตั้งใจจริง [เพราะมันจะช่วยให้การพัฒนาตัวชี้วัดก้าวไปข้างหน้าและดีมากยิ่งขึ้น] เพราะลูกค้าส่วนใหญ่แล้วมักจะไม่นับ แต่สิ่งที่ทำคือการเดินหนีไปเลย” (Help Scout, 2024) อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปถึงสาเหตุสำคัญได้ถึงเหตุผลของความจำเป็นในการพัฒนาและปรับปรุงตัวชี้วัดให้ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย การขาดความเข้าใจในประเด็นเรื่องนิยาม และคำจำกัดความของคำว่า “ตัวชี้วัด” และประเด็นเรื่องที่ต้องการนำมาใช้ในการพัฒนาตัวชี้วัด การขาดความเชื่อมต่อและความสอดคล้องในการประสานงานและการปฏิบัติงานจากองค์กร/หน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การมองผ่านเลนส์แห่งความรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป ภาระหน้าที่และความรับผิดชอบขององค์กรและหน่วยงานที่ตนเองพึงมีอยู่แล้ว การขาดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความเชี่ยวชาญในกระบวนการและเทคโนโลยีในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น และเมื่อพิจารณาถึงปัญหาและความท้าทายของ “ตัวชี้วัด” ในหมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” พบปัญหาที่สำคัญดังต่อไปนี้ 1) ตัวชี้วัดยังไม่ได้สะท้อนการวัดเชิงผลลัพธ์ 2) ตัวชี้วัดยังขาดความชัดเจน การนำไปใช้ได้จริง และความเฉพาะเจาะจง ตลอดจนไม่ได้สอดคล้องกับตามเป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 และมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 และ 3) ตัวชี้วัดมุ่งเน้นการประเมินผลเชิงปริมาณ และยังขาดการให้ความสำคัญกับการประเมินผลเชิงคุณภาพ

ด้วยเหตุนี้ ผู้จัดทำจึงขอนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆที่ควรมีการดำเนินงานเพื่อให้สามารถบรรลุสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ตั้งเป้าหมายไว้ กล่าวคือ “ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม” และความยั่งยืนทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคม ดังที่จะแสดงให้ภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 4.5 การนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการต่างๆ

แหล่งที่มา: รวบรวมและจัดลำดับจากผู้จัดทำ โดยมี AI-Assisted ในส่วนของการสรุปประเด็น

จากภาพที่ 4.5 ผู้จัดทำขอเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายผ่านกระบวนการ และ/หรือแนวทาง (อาจไม่จำเป็นต้องเชื่อมต่อกันเป็นกระบวนการก็ได้) ดังนี้

1. การทบทวนการกำหนดตัวชี้วัด และทรัพยากรสนับสนุนที่มุ่ง “เน้นผลลัพธ์” (Outcome/Impact-based)

2. การทบทวนการกำหนดตัวชี้วัด และทรัพยากรสนับสนุนที่มุ่ง “เน้นผลลัพธ์” ดังกล่าว ผู้จัดทำเสนอแนะให้ดำเนินการปรับโครงสร้างตัวชี้วัด โดยใช้หลักการ SMART (SMART Framework) โดย Luli (n.d.) ได้อธิบายและให้รายละเอียดไว้ดังนี้

- ตัวชี้วัดต้องมีความเฉพาะเจาะจง (S-Specific) กล่าวคือ ตัวชี้วัดต้องมีการระบุชัดเจน มีความหมาย และมีการกำหนดขอบเขตให้ชัดเจน โดยมุ่งเน้นในการวัดและประเมินผลประเด็นเฉพาะของโครงการ และ/หรือในบริบทนั้นๆ โดยไม่ต้องไม่กว้าง แต่เน้นที่ความลึก และจะต้องมีความชัดเจน ไม่คลุมเครือ
- ตัวชี้วัดต้องสามารถวัดได้ (M-Measurable) กล่าวคือ ตัวชี้วัดต้องสามารถวัดได้ในเชิงปริมาณ [และเชิงคุณภาพ] เพื่อให้หน่วยงานและ/หรือองค์การสามารถติดตามและประเมินผลความคืบหน้า และความก้าวหน้าได้อย่างชัดเจน โดยมีหน่วยวัดที่ชัดเจน เช่น ร้อยละ จำนวน และ/หรืออัตรา

- ตัวชี้วัดต้องสามารถทำได้จริง (A-Achievable) กล่าวคือ ตัวชี้วัดที่กำหนดนั้นจะต้องนำมาใช้และปฏิบัติได้ สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัลจริง ในขณะเดียวกันมีความเหมาะสมกับทรัพยากรและข้อมูลที่มี ไม่เกินจริง
- ตัวชี้วัดต้องมีความสอดคล้อง (R-Relevant) กล่าวคือ ตัวชี้วัดจะต้องมีความสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโครงการ และ/หรือบริษัท หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ตัวชี้วัดจะต้องมีความหมาย และเชื่อมโยง อีกทั้งสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับผลลัพธ์ที่โครงการมุ่งหวัง
- ตัวชี้วัดต้องมีกรอบเวลา (Time-bound) กล่าวคือ ตัวชี้วัดจะต้องมีการกำหนดกรอบเวลาให้มีความชัดเจน โดยจะต้องมีการวัด ติดตาม และประเมินผลตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ เพื่อให้สามารถเห็นถึงความก้าวหน้าและความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การจัดทำสเปคตัวชี้วัดแบบครบวงจร (Indicator Passport) โดย Barbazza, Tello, Kruse, Yelgezekova, Klazinga, Kringos et al. (2019) ได้อธิบายและให้รายละเอียดว่า การจัดทำสเปคตัวชี้วัดแบบครบวงจร หรือ “พาสพอร์ตตัวชี้วัด” ควรมีการระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้ การกำหนดกรอบแนวคิด ความสอดคล้องของตัวชี้วัดกับกรอบแนวคิด (เช่น โดเมน/ซับโดเมน และ/คุณลักษณะ) ชื่อตัวชี้วัด คำจำกัดความของตัวชี้วัด ตัวตั้ง/ตัวหาร และ/หรือตัวเลือกคำตอบ หน่วยการวัด หลักการและเหตุผล คำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง การจำแนกย่อยของตัวชี้วัด (Disaggregation) ข้อจำกัดและความท้าทายที่ทราบ และแหล่งข้อมูลที่เป็นไปได้

4. การจัดทำ Sandbox ตัวชี้วัด (Indicator Sandbox) กล่าวคือ การจัดทำ Sandbox เพื่อทดสอบตัวชี้วัดในบริบทเสมือนจริง ยกตัวอย่างเช่น กรอบแนวคิดและ/หรือเครื่องมือ Asia Pacific Leaders Malaria Alliance (APLMA)’s Sandbox คือเครื่องมือที่แสดงข้อมูลเป็นภาพโดยรวบรวมชุดข้อมูลจากช่วงเวลา (Aggregated Time Series) ของความหลากหลายของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับโรคมalariaเรียในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และตัวชี้วัดเหล่านั้นได้รวบรวมมาจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย โดยจากข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในการนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับโรคมalariaเรียในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกต่อไป (Asia Pacific Leaders Malaria Alliance, n.d.) เป็นต้น

5. การจัดทำข้อมูลที่สามารถร่วมกันทำงานได้ เพื่อให้ข้อมูลสามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ตลอดจนเกิดความแม่นยำ (Data Interoperability & Open Standards) โดยทางสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy Promotion Agency) (2568) ได้อ้างอิงถึงโมเดล Data Interoperability Maturity Model (DIMM) โดย Australian Government โดยโมเดลดังกล่าวดำเนินการภายใต้ 4 ส่วนสำคัญ ประกอบด้วย ด้านเทคนิค (Technical) ทำหน้าที่ในการเชื่อมต่อระบบต่างๆได้ง่าย ด้านไวยากรณ์ (Syntactic) ทำหน้าที่ให้ข้อมูลถูกต้องความแบบเดียวกัน ด้านความหมาย (Semantic) ทำหน้าที่จัดความหมายของข้อมูลให้สอดคล้องกันแม้ว่าจะมีโครงสร้างและระบบที่อาจมีความแตกต่างกัน และด้านองค์กร (Organisational) ทำหน้าที่ในการเสริมการประสานงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างองค์กรและ/หน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นในระดับองค์กร

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมตัวชี้วัดที่ได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง พร้อมข้อเสนอแนะจากภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาตัวชี้วัด และการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ เพื่อรวบรวมตัวชี้วัดที่อาจเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อยอดตัวชี้วัดที่มีอยู่แล้ว และได้มาจากการนำเสนอขององค์กรและ/หรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำเสนอตัวชี้วัดตามกรอบโมเดลการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ และเพื่อนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้จัดทำขอเสนอสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยเอกสาร การเก็บแบบสอบถาม และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญต่างๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 5.1 ดังนี้

ตารางที่ 5.1 สรุปผลการวิจัยจากการวิจัยเอกสาร การเก็บแบบสอบถาม และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญต่างๆที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทายของการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

การวิจัยเอกสาร	การเก็บแบบสอบถาม	การรับฟังความคิดเห็น	การวิเคราะห์ปัญหาและความท้าทาย
<p>การนำเสนอตัวชี้วัดจากองค์การ และ/หรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย และมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565</p> <p>เป้าหมายตามธรรมนูญ จำนวน 4 เป้าหมาย รวมทั้งสิ้น 9 ตัวชี้วัด</p>	<p>ภาคีเครือข่ายเห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่ แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมทั้งหมด 5 ประเด็นสำคัญ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนวคิดหลักเรื่อง “ตัวชี้วัด” และการวัดผล/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น 2. การคำนึงถึงบริบท พื้นที่ และปัญหาจริงของประชาชน 3. ความพร้อมของบุคลากร ภาระงาน และงบประมาณ 4. การมีส่วนร่วมของประชาชน เครือข่าย และการทำงานร่วมกัน 5. ระบบข้อมูล เทคโนโลยี และธรรมาภิบาลความรู้ <p>ในขณะเดียวกัน ได้นำเสนอตัวชี้วัดเพิ่มเติม 5 ประเด็นหลักดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดหลัก 2. เน้นองค์ความรู้เชิงปฏิบัติและการใช้งานจริง 3. ความพร้อมของระบบ ข้อมูล และบุคลากรในพื้นที่ 4. การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนเชิงสุขภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ควรแยกความแตกต่างของตัวชี้วัดในระดับ Input, Process, Output, Outcome, และ Impact ให้มีความชัดเจน และออกแบบให้สะท้อน “ระบบสุขภาพที่ดี” ได้จริง มิใช่เป็นเพียงตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นการวัดทรัพยากรหรือกิจกรรมเท่านั้น 2. กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพควรพิจารณา 2 ระดับ กล่าวคือ ระดับส่วนกลาง และระดับท้องถิ่น และพื้นที่ 3. ระเบียบวิธีวิจัยไม่ควรอ้างอิงจากแบบสอบถาม และ/หรือการรับฟังความคิดเห็นเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องพัฒนารอบความคิด (Conceptual Design) ให้ชัดเจน และ/หรืออาจมีการนำวิธีการ Delphi โดยดำเนินการกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในด้าน Outcome 4. ควรมีการกำหนดนิยามเชิงคุณภาพ วิธีการจัด และค่าเป้าหมาย Baseline-Endline ให้มีความชัดเจนทั้งในเชิง Outcome และ Process 5. ตัวชี้วัดหลายข้อยังไม่สามารถสะท้อนเป้าหมายและมาตรการที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดที่นำมาเสนอเป็นเพียงการวัด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. วัฒนธรรมองค์การ 2. ความปัจเจกบุคคล และความเป็นมนุษย์ 3. เทคโนโลยีและข้อมูล 4. ระบบและกระบวนการ

การวิจัยเอกสาร	การเก็บแบบสอบถาม	การรับฟังความคิดเห็น	การวิเคราะห์ปัญหาและความ ท้าทาย
<p>มาตรการตาม ธรรมนูญ จำนวน 4 มาตรการ รวมทั้งสิ้น 11 ตัวชี้วัด</p> <p>ตัวชี้วัดจาก หน่วยงานอื่นๆที่ เกี่ยวข้อง</p> <p>การทบทวน วรรณกรรมเกี่ยวกับ การสร้างและ เผยแพร่องค์ความรู้</p>	<p>5. การบริหารจัดการ ความยั่งยืน และประสิทธิภาพของ ระบบความรู้/ข้อมูล</p>	<p>ทรัพยากร (Resources) และ/หรือ Input มากกว่าผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น</p>	

ดังตารางที่ 5.1 จากการวิจัยเอกสารโดยผ่านการนำเสนอตัวชี้วัดจากองค์การ และ/หรือหน่วยงานต่างๆ หมด การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย และมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1. เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 ประกอบด้วยเป้าหมาย และรายละเอียดตัวชี้วัดดังนี้

1.1 เป้าหมายที่ 1 ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเผื่อระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ด้วยการใช้องค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ จำนวน 4 ตัวชี้วัด

1.2 เป้าหมายที่ 2 ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวหรือฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ โครงสร้างของระบบสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงินการคลังและกำลังคนด้านสุขภาพ จำนวน 1 ตัวชี้วัด

1.3 เป้าหมายที่ 3 เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพ ดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้ จำนวน 2 ตัวชี้วัด

1.4 เป้าหมายที่ 4 มีการกระจายอำนาจการสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ จำนวน 2 ตัวชี้วัด

2. มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 ประกอบด้วยมาตรการ และรายละเอียดตัวชี้วัดดังนี้

2.1 มาตรการที่ 1 มีกลไกอภิบาลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ จำนวน 3 ตัวชี้วัด

2.2 มาตรการที่ 2 มีกลไกบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ จำนวน 3 ตัวชี้วัด

2.3 มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ จำนวน 3 ตัวชี้วัด

2.4 มาตรการที่ 4 ให้ความสำคัญกับสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคที่มีความเชี่ยวชาญเชิงระบบและด้านระบาดวิทยา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จำนวน 2 ตัวชี้วัด

ทั้งนี้ เพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงแนวทางในการพัฒนาและต่อยอดตัวชี้วัด ทางสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ฝ่ายเลขานุการ) ได้ดำเนินการแจกแบบสอบถามให้กับภาคีเครือข่าย เพื่อวัดและประเมินผล โดยผลที่ได้นั้น ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่เห็นด้วยกับตัวชี้วัดที่นำเสนอ อย่างไรก็ตามภาคีเครือข่ายยังมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ จำนวน 5 ประเด็น ดังนี้

1. แนวคิดหลักเรื่อง “ตัวชี้วัด” และการวัดผล/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น กล่าวคือ ควรเน้น “คุณภาพและผลลัพธ์” มากกว่า “จำนวน” (ของงานวิจัย/องค์ความรู้/เครือข่าย) ตัวชี้วัดควรมีความเป็นรูปธรรม สามารถวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้จริงกับการบริการ สุขภาพของประชาชน และการเปลี่ยนแปลงนโยบายและแผน ควรหลีกเลี่ยงตัวชี้วัดที่เป็นนามธรรมจนเกินไป เพราะขาดความชัดเจน และทำให้งานไม่ครอบคลุม และตัวชี้วัดบางส่วนควรถูกรวม/จัดกลุ่มใหม่ ให้มีความสอดคล้องกัน และสอดคล้องกับกรอบ 2P2R

2. การคำนึงถึงบริบท พื้นที่ และปัญหาจริงของประชาชน กล่าวคือ ควรต้องพิจารณาบริบทพื้นที่ ปัญหาจริงของประชาชน ความเป็นจำเป็นเฉพาะพื้นที่ ก่อนกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการกำหนดตัวชี้วัดหรือเป้าหมาย การให้น้ำหนักกับงานวิจัย/องค์ความรู้ที่แก้ปัญหามาจริงของประชาชนมากกว่างานที่เน้นผลลัพธ์และ/หรือผลประโยชน์เชิงพาณิชย์หรือการเมือง และต้องไม่เป็นการเพิ่มภาระงานโดยไม่จำเป็น และต้องสอดคล้องกับศักยภาพในพื้นที่

3. ความพร้อมของบุคลากร ภาระงาน และงบประมาณ กล่าวคือ ควรคำนึงถึงความพร้อมและศักยภาพของบุคลากร (โดยเฉพาะ อปท.) ถือเป็นข้อจำกัดสำคัญ ต้องพิจารณาก่อนกำหนดตัวชี้วัด และ/หรือการกำหนดภารกิจใหม่ ควรต้องคำนึงถึงภาระงาน เวลา และทรัพยากรในพื้นที่ ไม่เป็นเพิ่มงานโดยไม่มีระบบหนุนเข้ามาเสริม ควรมีการกำหนดงบประมาณที่สอดคล้องกับตัวชี้วัด และลงถึงผู้ปฏิบัติงานจริงอย่างเพียงพอ ไม่ใช่การตีความหมายว่า การมีงบประมาณที่จำกัดแล้วทำให้ตีความถึงความไม่มีประสิทธิภาพของเทคโนโลยี

4. การมีส่วนร่วมของประชาชน เครือข่าย และการทำงานร่วมกัน กล่าวคือ ควรมีการเปิดโอกาสให้ประชาชน/ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมเชิงนโยบายและข้อเสนอด้านงานวิจัย/องค์ความรู้ โดยต้องกำหนดวิธีการวัดและประเมินที่ชัดเจน การวัดการทำงานเครือข่ายเชิงคุณภาพ ไม่ใช่เพียงแค่วัดเชิงจำนวนเท่านั้น เช่น ความร่วมมือ ความเชื่อมโยง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง การเน้นผลลัพธ์เชิงรูปธรรมของการสร้าง-ใช้-เผยแพร่ความรู้ และความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายต่างๆ และต้องคำนึงถึงภาระงานและทรัพยากรของเครือข่าย/พื้นที่ ไม่ออกแบบตัวชี้วัดที่เพิ่มภาระเกินไป

5. ระบบข้อมูล เทคโนโลยี และธรรมาภิบาลความรู้ กล่าวคือ ควรมีการพัฒนา “ฐานข้อมูลกลาง” ฐานเดียวที่ใช้งานง่าย ปลอดภัย และให้ทุกหน่วยงาน/แพลตฟอร์มเชื่อมต่อและใช้ระบบเดียวกัน สามารถแยกและกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนจุดข้อมูลตามความเหมาะสมได้ ทั้งนี้ยังคงอิงกับฐานข้อมูลที่ใช้ร่วมกัน ก่อนการวัดผลต้องมี “การทบทวนและคัดกรอง” องค์ความรู้ทั้งหมด กำหนดเกณฑ์และขอบเขตการวัดให้ชัดเจน และวัดเฉพาะองค์ความรู้ที่ผ่านการคัดเลือกและใช้ได้จริง และต้องมีกรอบธรรมาภิบาล (Governance) ที่ชัดเจน ทั้งด้านการจัดการ เป็นต้น

นอกจากนั้น ภาคีเครือข่ายได้มีการนำเสนอตัวชี้วัดเพิ่มเติมอีก 5 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย

1. ใช้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัดหลัก กล่าวคือ การวัดอัตราการป่วย อัตราการตาย แนวโน้มลดลง ผลกระทบจากการฉีดวัคซีน การเข้าถึงบริการคัดกรอง/ป้องกันโรค รวมถึงมีตัวชี้วัดด้านโรคไม่ติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพ และความพร้อมรับ-ฟื้นฟูจากภาวะฉุกเฉิน

2. เน้นองค์ความรู้เชิงปฏิบัติและการใช้งานจริง กล่าวคือ การวัดการพัฒนา เผยแพร่ การเข้าถึง และการนำองค์ความรู้ไปใช้จริง เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ งานวิจัยเชิงปฏิบัติของ อปท.

3. ความพร้อมของระบบ ข้อมูล และบุคลากรในพื้นที่ กล่าวคือ การวัดความพร้อมของระบบข้อมูล พยากรณ์/เฝ้าระวัง แผนการรับมือ-ฟื้นฟูภาวะวิกฤต งบประมาณสำรองฉุกเฉิน และบุคลากรที่มีทักษะตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมถึงภาระงานและสวัสดิการ

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนเชิงสุขภาพ กล่าวคือ การวัดการมีส่วนร่วมของประชาชน กลุ่มเปราะบาง และชุมชนในเชิงคุณภาพ ทั้งในการสร้าง ใช้ และการวิพากษ์องค์ความรู้ ตลอดจนการสะท้อนข้อมูลและผลลัพธ์จากชุมชนอย่างแท้จริง

5. การบริหารจัดการ ความยั่งยืน และประสิทธิภาพของระบบความรู้/ข้อมูล กล่าวคือ การเน้นตัวชี้วัดด้านการบริหารจัดการ ประสิทธิภาพ การบูรณาการและถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อมโยงของฐานข้อมูล ความยั่งยืนของระบบ และคุณภาพของการสื่อสารในชุมชน โดยวัดทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

นอกจากนั้น ภายหลังจากการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญ 5 ประเด็นหลักแฉกเช่นเดียวกัน กล่าวคือ

1. ควรแยกความแตกต่างของตัวชี้วัดในระดับ Input, Process, Output, Outcome, และ Impact ให้มีความชัดเจน และออกแบบให้สะท้อน “ระบบสุขภาพที่ดี” ได้จริง มิใช่เป็นเพียงตัวชี้วัดที่มุ่งเน้นการวัดทรัพยากรหรือกิจกรรมเท่านั้น

2. กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพควรพิจารณา 2 ระดับ กล่าวคือ ระดับส่วนกลาง และระดับท้องถิ่น และพื้นที่

3. ระเบียบวิธีวิจัยไม่ควรอ้างอิงจากแบบสอบถาม และ/หรือการรับฟังความคิดเห็นเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องพัฒนารอบความคิด (Conceptual Design) ให้ชัดเจน และ/หรืออาจมีการนำวิธีการ Delphi โดยดำเนินการกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดในด้าน Outcome

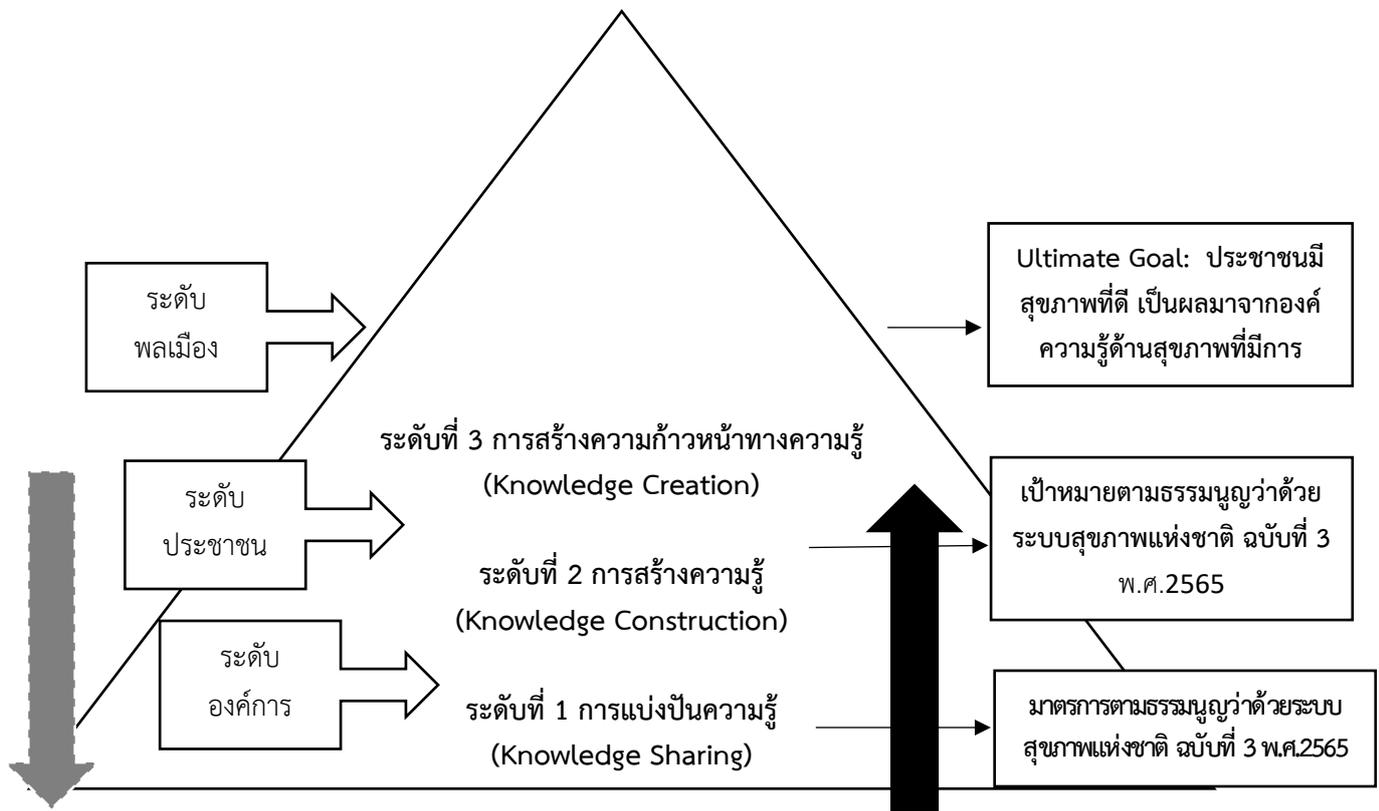
4. ควรมีการกำหนดนิยามเชิงคุณภาพ วิธีการจัด และค่าเป้าหมาย Baseline-Endline ให้มีความชัดเจนทั้งในเชิง Outcome และ Process

5. ตัวชี้วัดหลายข้อยังไม่สามารถสะท้อนเป้าหมายและมาตรการที่กำหนดไว้ ตัวชี้วัดที่นำมาเสนอเป็นเพียงการวัดทรัพยากร (Resources) และ/หรือ Input มากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ดังนั้น เมื่อสรุปสาระสำคัญดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การพัฒนาตัวชี้วัดในหมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ มีปัญหาและความท้าทายโดยภาพรวมที่เกิดขึ้น และจำเป็นต้องนำมาใช้ในการพิจารณาตัวชี้วัด กล่าวคือ

1. วัฒนธรรมองค์กร 2. ความปัจเจกบุคคล และความเป็นมนุษย์ 3. เทคโนโลยีและข้อมูล และ 4. ระบบและกระบวนการ

ด้วยเหตุนี้ ผู้จัดทำจึงได้นำเสนอตัวชี้วัดโดยประยุกต์การใช้กรอบ Van Aalst (2009 อ้างใน Ni, 2016) และนำมาเทียบเคียงกับระดับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ตามสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดังภาพด้านล่างที่ผู้จัดทำขอเสนออีกครั้งเพื่อความชัดเจน



ภาพที่ 5.1 กระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ เทียบเท่ากับระดับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ตามสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

แหล่งที่มา: Van Aalst (2009 อ้างใน Ni, 2016)

หลังจากนั้น ผู้จัดทำได้ทำการทบทวนวรรณกรรมจำนวนทั้งสิ้น 19 บทความที่เกี่ยวข้องกันในแต่ละระดับ ประกอบด้วยระดับที่ 1 การแบ่งปันความรู้ ซึ่งผู้จัดทำเทียบเคียงกับมาตรการตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 โดยเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการแบ่งปันความรู้เกิดขึ้นจากปัจจัยในระดับองค์การ ซึ่งถือเป็นกลไกขับเคลื่อนไปสู่ระดับที่ 2 คือการสร้างความรู้ ซึ่งผู้จัดทำเทียบเคียงกับเป้าหมายตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 อันเป็นระดับที่เน้นการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาและต่อยอดไปสู่ระดับที่ 3 การสร้างความก้าวหน้าทางความรู้ กล่าวคือ การบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ” ซึ่งผู้จัดทำมองว่าเป็นระดับพลเมือง

โดยจากการทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมทั้ง 19 บทความตามกระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ โดย Van Aalsyt (2009 อ้างใน Ni, 2016) ดังกล่าวแล้ว ผู้จัดทำขอเสนอร่างตัวชี้วัดโดยเปรียบเทียบกับตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยองค์การและ/หรือหน่วยงานที่ได้นำเสนอตัวชี้วัดให้กับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อความชัดเจน และพิจารณาโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และองค์การและ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

ตารางที่ 5.2 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงานตามกรอบกระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ (Van Aalst, 2009 อ้างใน Ni, 2016) และการทบทวนวรรณกรรม

มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565		
มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงาน
มาตรการที่ 1 มีกลไกอภิบาลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ จำนวน 3 ตัวชี้วัด	<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค</p> <p>*[2] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย</p> <p>*[3] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p>มิติด้านวัฒนธรรมองค์การที่เอื้อต่อการแบ่งปันความรู้</p> <p>- ร้อยละของบุคลากรที่เห็นด้วยกับข้อความ เช่น “วัฒนธรรมองค์การสามารถช่วยส่งเสริมการแบ่งปันความรู้”</p> <p>มิติด้านความไว้วางใจและความรู้สึกปลอดภัยในการแบ่งปันความรู้</p> <p>- ร้อยละของบุคลากรที่รู้สึกปลอดภัยในการแบ่งปันความรู้ โดยไม่ต้องกลัวว่าจะได้รับข้อเสนอแนะในเชิงลบ</p> <p>มิติการสนับสนุนจากผู้นำในการแบ่งปันความรู้</p> <p>- ร้อยละของบุคลากรที่เห็นด้วยว่า ผู้นำองค์การส่งเสริมและเป็นแบบอย่างในการแบ่งปันความรู้</p>
มาตรการที่ 2 มีกลไกบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ จำนวน 3 ตัวชี้วัด	<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพในส่วนกลางและภูมิภาค</p> <p>*[2] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีหน่วยงานในพื้นที่เป็นองค์ประกอบด้วย</p>	<p>- ร้อยละของโครงการหรือกิจกรรมในการแบ่งปันความรู้ที่ริเริ่มโดยผู้บริหาร และ/หรือผู้ปฏิบัติงานในแต่ละปี</p> <p>มิติด้านความเพียงพอของทรัพยากรที่เอื้อต่อการแบ่งปันความรู้</p>

มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565		
มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงาน
	<p>*[3] จำยวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการจัดการงานวิจัยและการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ</p>	<p>- ร้อยละของบุคลากรที่รายงานถึงความเพียงพอทางด้านเวลา เครื่องมือ และการสนับสนุนเชิงทรัพยากรในการแบ่งปันและใช้ความรู้ในการทำงานของตนเอง</p> <p>มิติด้านการแลกเปลี่ยนความรู้ข้ามหน่วยงานและ/หรือภาคส่วน</p> <p>- ร้อยละของกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมมากกว่าหนึ่งหน่วยงาน และ/หรือเกิดการบูรณาการข้ามภาคส่วน เป็นต้น</p> <p>มิติด้านการใช้แพลตฟอร์มแบ่งปันความรู้ทั้งออนไลน์และออฟไลน์</p> <p>- ร้อยละของแพลตฟอร์มที่ยังใช้งานอยู่</p> <p>- ร้อยละของแพลตฟอร์มแต่ละประเภทที่ใช้งานอยู่</p> <p>มิติด้านความถี่ของการแบ่งปันความรู้ในองค์กร/หน่วยงาน</p> <p>- ร้อยละกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ต่อไตรมาส</p> <p>มิติด้านอัตราการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้</p> <p>- ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งปันความรู้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส</p> <p>เป็นต้น</p>

มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565		
มาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงาน
มาตรการที่ 3 พัฒนาฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ จำนวน 3 ตัวชี้วัด	<p>*[1] การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ เช่น หมอพร้อม, Health Data Center (HDC), NRIIS</p> <p>*[2] การมีฐานข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ที่เชื่อมโยงข้อมูลกันได้ และแก้ปัญหาของประชาชนได้</p> <p>*[3] สัดส่วนงบประมาณด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพต่องบประมาณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ด้านสุขภาพ</p>	<p>มิติด้านการใช้แพลตฟอร์มแบ่งปันความรู้ทั้งออนไลน์และออฟไลน์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของแพลตฟอร์มที่ยังใช้งานอยู่ - ร้อยละของแพลตฟอร์มแต่ละประเภทที่ใช้งานอยู่ <p>มิติด้านอัตราการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งปันความรู้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส <p>เป็นต้น</p>
มาตรการที่ 4 ให้ความสำคัญกับสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคที่มีความเชี่ยวชาญเชิงระบบและด้านระบาดวิทยา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จำนวน 2 ตัวชี้วัด	<p>*[1] จำนวนกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกัน (Consortium) ด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยา ที่อยู่ในส่วนกลางและภูมิภาค เพื่อทำหน้าที่สร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพ</p> <p>*[2] จำนวนองค์ความรู้ที่เกิดจากการบริหารจัดการของกลุ่มเครือข่ายวิชาการที่ทำงานร่วมกันกับหน่วยงานในพื้นที่ในด้านระบบสุขภาพและด้านระบาดวิทยาที่มีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของไทย</p>	<p>มิติด้านการแลกเปลี่ยนความรู้ข้ามหน่วยงานและ/หรือภาคส่วน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมมากกว่าหนึ่งหน่วยงาน และ/หรือเกิดการบูรณาการข้ามภาคส่วน <p>เป็นต้น</p> <p>มิติด้านความถี่ของการแบ่งปันความรู้ในองค์กร/หน่วยงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละกิจกรรมการแบ่งปันความรู้ต่อไตรมาส <p>มิติด้านอัตราการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งปันความรู้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส <p>เป็นต้น</p>

เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565		
เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงาน
เป้าหมายที่ 1 ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเผื่อระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ด้วยการใช้องค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ จำนวน 4 ตัวชี้วัด	<p>[1] จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร</p> <p>[2] จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำมาใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)</p> <p>[3] จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่</p> <p>[4] ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ</p>	<p>มิติด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ</p> <p>- ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการรายงานความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 1 พฤติกรรมสุขภาพภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม และ/หรือโครงการสร้างความรู้เป็นต้น</p> <p>มิติด้านการนำองค์ความรู้ที่ร่วมสร้างไปใช้ในทางปฏิบัติ</p> <p>- ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการนำองค์ความรู้/แนวทางแก้ปัญหาที่ร่วมสร้างไปใช้ในชีวิตประจำวัน และ/หรือในการทำงานกับชุมชน ภายในระยะเวลา 3-6 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>มิติด้านการรับรู้ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้กับปัญหาจริง</p> <p>- ร้อยละการรับรู้ของสมาชิกชุมชน และ/หรือภาคประชาชนว่าองค์ความรู้ที่ได้รับมาสามารถร่วมกันสร้าง และช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้เป็นต้น</p>
เป้าหมายที่ 2 ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวหรือฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับ	[1] ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ	มิติด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างความรู้ - ร้อยละของกิจกรรมการสร้างความรู้ที่มีตัวแทนชุมชน/ภาคประชาชนเข้าร่วมในการออกแบบเนื้อหาและ/หรือกระบวนการ

เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565		
เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงาน
กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ โครงสร้างของระบบสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงินการคลังและกำลังคนด้านสุขภาพ จำนวน 1 ตัวชี้วัด		<p>โดยไม่ได้วัดเพียงแค่การเข้าร่วมกิจกรรม และ/หรือโครงการเท่านั้น</p> <p>- ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการต่อปีที่อยู่ในรูปแบบของ “การร่วมออกแบบ/ร่วมตัดสินใจ” (Co-creation or co-design activities/projects) กับชุมชนและ/หรือภาคประชาชน</p>
เป้าหมายที่ 3 เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้ จำนวน 2 ตัวชี้วัด	<p>[1] สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ</p> <p>[2] สัดส่วนของงานวิจัยที่มาจากข้อเสนอของภาคประชาชน</p>	<p>มิติด้านความเข้มข้นของ “การสนทนาแลกเปลี่ยน และการสะท้อนความคิด” ในกระบวนการสร้างความรู้</p> <p>- ร้อยละของกิจกรรมการสร้างความรู้ที่มีการสนทนาแลกเปลี่ยน และการสะท้อนความคิด (Reflection session) อย่างเป็นทางการและ/หรือไม่เป็นทางการ</p> <p>- ร้อยละของจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อกิจกรรม และ/หรือโครงการที่ให้ชุมชน และ/หรือภาคประชาชนเข้าร่วมการสนทนา อภิปราย และสะท้อนความคิดเห็นร่วมกัน</p> <p>มิติด้านการนำองค์ความรู้ที่ร่วมสร้างไปใช้ในทางปฏิบัติ</p> <p>- ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการนำองค์ความรู้/แนวทางแก้ปัญหาที่ร่วมสร้างไปใช้ในชีวิตประจำวัน และ/หรือในการทำงานกับชุมชน ภายในระยะเวลา 3-6 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>มิติด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ</p>

เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565		
เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565	ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงาน
		<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการรายงานความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 1 พหุติกรรมสุขภาพภายหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม และ/หรือโครงการสร้างความรู้ มิติด้านการรับรู้ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ความรู้กับปัญหาจริง - ร้อยละการรับรู้ของสมาชิกชุมชน และ/หรือภาคประชาชนว่าองค์ความรู้ที่ได้รับมาสามารถร่วมกันสร้าง และช่วยแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองได้ <p>เป็นต้น</p>
เป้าหมายที่ 4 มีการกระจายอำนาจการสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานในพื้นที่ จำนวน 2 ตัวชี้วัด	<p>[1] จำนวนงานวิจัยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำเนินการเองเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่</p> <p>[2] แนวโน้มองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จะสามารถสร้างและจัดการความรู้ได้เอง</p>	<p>มิติด้านความต่อเนื่องและความยั่งยืนในกระบวนการสร้างองค์ความรู้ในชุมชน และ/หรือภาคประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละกิจกรรม และ/หรือโครงการต่อเนื่องที่มีการริเริ่มโดยสมาชิกชุมชน และ/หรือภาคประชาชนหลังจากการเข้าร่วมในกิจกรรม และ/หรือโครงการสร้างความรู้ มิติด้านความเป็นเจ้าของของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการสร้างความรู้ - ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการในพื้นที่ที่ อสม. ประชาญ์ชาวบ้าน อปท. ได้ทำหน้าที่ในด้านการวางแผน และการดำเนินงาน <p>เป็นต้น</p>

เป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ”		
เป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ”	ตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ร่างตัวชี้วัดที่นำเสนอโดยผู้จัดทำรายงาน
		<p>มิติด้านความคิดริเริ่ม และกิจกรรมที่ก่อให้เกิด “แนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่)”</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการด้านสุขภาพที่มีรายงานว่าเกิดเป็นแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) - ร้อยละของแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ที่มาจากข้อเสนอของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ชุมชน และ/หรือภาคประชาชน ไม่ได้เกิดขึ้นจากส่วนกลางเพียงอย่างเดียว - ร้อยละของข้อเสนอแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ที่ถูกนำเสนอโดยชุมชน และ/หรือภาคประชาชนต่อปี - ร้อยละของแนวคิดทางด้านสุขภาพ (ใหม่) ที่มีศักยภาพในการสามารถนำมาใช้จริงตามเกณฑ์ที่กำหนด - ร้อยละของเวทีระดมสมอง (Innovation workshop / idea lab) ที่จัดร่วมกับชุมชน และ/หรือภาคประชาชน และผู้ปฏิบัติงานต่อไป - ร้อยละของกิจกรรม และ/หรือโครงการที่เป็นกิจกรรม และ/หรือโครงการนำร่องที่นำไปทดลองใช้ในชุมชนต่อปี <p>เป็นต้น</p>

แหล่งที่มา: รวบรวมและวิเคราะห์โดยผู้จัดทำ

5.2 การอภิปรายผล

จากกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการสร้างและพัฒนาตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” อย่างไรก็ตาม จากการรับฟังความคิดเห็นจากภาคีเครือข่าย และผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญยังมีหลากหลายมิติที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติควรนำไปปรับปรุงและด้วยเหตุนี้ ทางผู้จัดทำขอเสนอแนะมุมมองความคิดโดยพัฒนาจากรากฐานของข้อมูลที่ได้รับโดยภาพรวมจากการดำเนินงานตามกระบวนการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนา และต่อยอดตัวชี้วัด หมวด “การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ” ต่อไป โดยผู้จัดทำเล็งเห็นถึงความสำคัญของการกำหนดกรอบแนวคิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการองค์ความรู้ โดย Johnson (2024) ระบุว่า การกำหนดกรอบแนวคิดที่ชัดเจนช่วยทำให้เกิดความชัดเจน และทำให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการค้นหา และศึกษา ตลอดจนคาดการณ์กับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ในขณะที่เดียวกัน ช่วยทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีความน่าเชื่อถือ ตลอดจนช่วยให้การนำเสนอมีความต่อเนื่อง และเฉพาะเจาะจงเพิ่มมากขึ้น

ภายใต้กรอบแนวคิดกระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจ (Van Aalst, 2009 อ้างใน Ni, 2016) นั้น ทำให้ผู้จัดทำสามารถวางกรอบการเลือกบทความเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ในแต่ละกระบวนการการเรียนรู้โดยตั้งใจได้อย่างมีมิติชัดเจน และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ตลอดจนการเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้โดยตั้งใจในแต่ละระดับ กับมาตรการและเป้าหมาย ตลอดจนเป้าหมายสูงสุดของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 คือ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ” ซึ่งผู้จัดทำพยายามนำเสนอการคิดเชิงระบบ โดยหากมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 สามารถเกิดขึ้นได้ และเป็นไปตามเป้าหมายร้อยละจำนวนที่ได้กำหนดเอาไว้ ก็สามารถสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพให้เป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 เกิดขึ้นได้และอาจเป็นไปตามเป้าหมายร้อยละจำนวนที่กำหนดไว้ และนั่นหมายถึงว่า ความสำเร็จในการไปสู่เป้าหมายสูงสุด คือ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ” ก็ย่อมเกิดขึ้นได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ในรายงานฉบับนี้ ผู้จัดทำได้นำเสนอตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินผลเป้าหมายสูงสุดด้วยเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาตัวชี้วัดตามหลักของ New Economics Foundation (2000, อ้างใน UNAIDS, n.d.) ซึ่งประกอบด้วยสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติได้จริง (Action focused) มีความสำคัญ (Important) สามารถนำมาใช้ในการวัดได้ตามระเบียบวิธีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน และสามารถนำมาใช้จริงได้ในทางปฏิบัติ (Measurable) และมีความเรียบง่าย (Simple) ผสมผสานกับหลักการ SMART (SMART Framework) (Luli, n.d.) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดต้องมีความเฉพาะเจาะจง (S-Specific) ตัวชี้วัดต้องสามารถวัดได้ (M-Measurable) ตัวชี้วัดต้องสามารถทำได้จริง (A-Achievable) ตัวชี้วัดต้องมีความสอดคล้อง (R-Relevant) และตัวชี้วัดต้องมีกรอบเวลา (Time-bound) แล้วนั้น ผู้จัดทำขอเสนอแนะและนำเสนอแนะต่อการตอบคุณลักษณะของตัวชี้วัด โดยยกตัวอย่างตัวชี้วัดที่นำเสนอ ดังนี้

ตารางที่ 5.3 การวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ผู้จัดทำนำเสนอเกี่ยวกับหลักการการพัฒนาตัวชี้วัด

<p style="text-align: center;">ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรมแบ่งปันความรู้อย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส</p> <p>Action focused: อัตราการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้ของบุคลากร ซึ่งโดยปกติแล้วองค์กร และ/หรือหน่วยงานย่อมต้องมีการจัดกิจกรรม และ/หรือโครงการทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ อันเป็นพื้นที่ของการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันความรู้ร่วมกัน</p> <p>Important: การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันความรู้ของบุคลากรสะท้อนปัจจัยนำเข้าด้านต่างๆที่สำคัญ เช่น วัฒนธรรมองค์กร และ/หรือหน่วยงาน ภาวะความเป็นผู้นำ เป็นต้น และนำไปสู่การสร้างความรู้ และการสร้างความก้าวหน้าทางความรู้กับชุมชน และ/หรือภาคประชาชนและพลเมืองต่อไป</p> <p>Measurable: สามารถวัดได้จากจำนวนของบุคลากรในการร่วมแบ่งปันความรู้ในพื้นที่ต่างๆทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ</p> <p>Simple/Achievable: เล็งเห็นว่าตัวชี้วัดนี้ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดจัดตั้งแต่อย่างใด เป็นเรื่องปกติและธรรมดาอยู่แล้วในการสื่อสารและพูดคุยในระดับต่างๆ ผ่านช่องทาง และพื้นที่ที่หลากหลาย</p> <p>Specific: เป็นตัวชี้วัดที่ต้องการใช้ในการวัดและประเมินผลมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 เป็นสำคัญ</p> <p>Relevant: เป็นตัวชี้วัดที่ต้องการใช้ในการวัดและประเมินผลมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 เป็นสำคัญ</p> <p>Time-bound: จากตัวอย่างจะเห็นได้ว่าจะมีการกำหนดจำนวนในช่วงเวลาของการวัดและประเมินที่ชัดเจน คือ “อย่างน้อย 1 ครั้งต่อไตรมาส”</p>
<p style="text-align: center;">ร้อยละของชุมชน และ/หรือภาคประชาชนในการนำองค์ความรู้/แนวทางแก้ปัญหาที่ร่วมสร้างไปใช้ใน ชีวิตประจำวัน และ/หรือในการทำงานกับชุมชน ภายในระยะเวลา 3-6 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>Action focused: ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชน และหลักคิดเรื่องการเมืองประชาชนเป็นศูนย์กลาง</p> <p>Important: หากปราศจากตัวชี้วัดดังกล่าว ในฐานะที่เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของเป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 แล้ว อาจไม่สามารถสะท้อนความสำเร็จ และ/หรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นใน ส่วนของมาตรการตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 และเป้าหมายสูงสุดคือ “ประชาชนมีสุขภาพที่ดี เป็นผลมาจากองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่มีการจัดการ” ได้</p> <p>Measurable: องค์กรและ/หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้นำชุมชน และ/หรือตัวแทนชุมชนน่าจะมีข้อมูล ในด้านดังกล่าวอยู่แล้ว</p> <p>Simple/Achievable: เล็งเห็นว่าตัวชี้วัดนี้ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดจัดตั้งแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะเป็นเรื่องปกติทั่วไปอยู่แล้วในการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรมควรเกิดขึ้นจากการมีชุมชน และ/หรือภาคประชาชนเป็นศูนย์กลาง</p> <p>Specific: เป็นตัวชี้วัดที่ต้องการใช้ในการวัดและประเมินผลเป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 เป็นสำคัญ</p> <p>Relevant: เป็นตัวชี้วัดที่ต้องการใช้ในการวัดและประเมินผลเป้าหมายตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 เป็นสำคัญ</p>

Time-bound: จากตัวอย่างจะเห็นได้ว่าการกำหนดช่วงเวลาของการวัดและประเมินที่ชัดเจน คือ “ภายในระยะเวลา 3-6 เดือนที่ผ่านมา”

5.3 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

จากรายงานฉบับนี้ ผู้จัดทำขอเสนอข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต ดังต่อไปนี้

1. งานวิจัยในอนาคตควรมีการนำเอาร่างตัวชี้วัดไปตรวจสอบความถูกต้อง (Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติได้จริง

2. งานวิจัยในอนาคตควรดำเนินการวิจัย และพัฒนา (Research and development) อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และอนาคต

เอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงภาษาไทย

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *สรุปรายการตัวชี้วัด DoH Dashboard*. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *รายละเอียด นโยบาย และเกณฑ์การวัดมาตรฐานเมืองสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ 2568*. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 จาก https://hia.anamai.moph.go.th/web-upload/12xb1c83353535e43f224a05e184d8fd75a/filecenter/kpi/2568/5.1/02_Dec/3.43/KPI3.43_Manual.pdf
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2568). *รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568*. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 จาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/03/KPI_template_2568_revise.pdf
- ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา. (2565). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3: ทิศทางและความคาดหวังสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม*. สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2568 จาก https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/281065-PPT-Narongsak_1.pdf
- ปณยา ท่าทราย. (2563). ปัญหาเกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นและการวิเคราะห์ผลกระทบในการจัดทำกฎหมายของประเทศไทย. *วารสารกระบวนการยุติธรรม*, 13(1), 1-19.
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570). *ประกาศ เรื่อง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570)*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2568 จาก https://www.nesdc.go.th/wordpress/wp-content/uploads/2025/02/article_file_20230307173518.pdf
- พงศธร พอกเพิ่มดี, กฤติยา สุขพัฒนากุล, โศรดากรณ์ พิมสา, วันวิสา เพ็ญสุริยะ, นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, ปุณณิกา คงสืบ, ศศิกา จันทรา, ณัฐนรี ชิงจัตุรัส, อีสริยาภรณ์ คันธธา, อรจิรา หนูทองอินทร์, นิชากร กาญจนโยธิน และชุตินา อรรถลีพันธ์. (2567). การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ.2565-2566. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 18(3), 291-313.
- ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561 - 2580). *ราชกิจจานุเบกษา ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561-2580)*. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2568 จาก https://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2560). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก 6 เมษายน 2560*. สืบค้นเมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2568 จาก <https://www.rachakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2568). *องค์ประกอบของความปลอดภัยทางสุขภาพ (Health Security)*. ได้รับเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2568

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566). ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2569 จาก [https://www.nationalhealth.or.th/storage/ebooks_attach/ChaterT3_final_0%20\(1\).pdf](https://www.nationalhealth.or.th/storage/ebooks_attach/ChaterT3_final_0%20(1).pdf)
- สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล. (2568). *กฎแต่สำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลในยุคดิจิทัล Data Interoperability*. สืบค้นเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 จาก <https://www.depa.or.th/en/article-view/data-interoperability>
- เฮลท์สเตชัน. (2565). *ทูลนโยบายห่วงใยสุขภาพ 'Health in All Policies'*. สืบค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2568 จาก <https://healthstation.in.th/news/show/153>

เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ

- Abu-Salih, B., AL-Qurishi, M., Alweshah, M., AL-Smadi, M., Alfayez, R., & Saadeh, H. (2023). Healthcare knowledge graph construction: State-of-the-art, open issues, and opportunities. *Journal of Big Data*, 10(1), 1-32. doi: <https://doi.org/10.1186/s40537-023-00774-9>
- Ahmed, J.U. (2010). Documentary research method: New dimensions. *Indus Journal of Management & Social Sciences*, 491), 1-14.
- Akhavan, P., Ghojavand, S., & Abdali, R. (2012). Knowledge sharing and its impact on knowledge creation. *Journal of Information & Knowledge Management*, 11(02), 1250012. doi: <https://doi.org/10.1142/S0219649212500128>
- Alrahbi, D.A., Khan, M., Gupta, S., Modgi, S., & Jabbour, C.J.C. (2022). Challenges for developing health-care knowledge in the digital age. *Journal of Knowledge Management*, 26(4), 824-853. doi: <https://doi.org/10.1108/JKM-03-2020-0224>
- Asia Pacific Leaders Malaria Alliance. (n.d.). *Sandbox*. Retrieved November 14, 2025, from <https://www.aplma.org/ourwork/sandbox>
- Barbazza, E., Tello, J., Kruse, I., Yelgezekova, Z., Klazinga, N.S., Kringos, D.S., & Martins, P. (2019). Indicator passport: WHO European Primary Health Care, impact, performance and capacity tool (PHC-IMPACT). WHO Regional Office for Europe
- Berliant, M. & Fujita, M. (2025). Knowledge creation through multimodal communication. Retrieved September 21, 2025, from https://mpr.aub.uni-muenchen.de/123982/1/MPPA_paper_123982.pdf
- Bowden, D.E., Smits, S.J., Andrews, M.A. (2020). The challenge of knowledge management in healthcare. *13th Annual Conference of the EuroMed Academy of Business*, 219-230.
- Bunchum, A., Na Taguatung, O., Sukonthasab, S., & Boonchutima, S. (2015). Survey results of knowledge sharing preferences and practices in public health communication professionals

- in Thailand's department of disease control: A descriptive study. *Journal of Health Research*, 29(5), 395-401.
- Danko, L. & Crhová, Z (2024). Rethinking the role of knowledge sharing on organizational performance in knowledge-intensive business services. *Journal of Knowledge Economy*. 1-21. doi: <https://doi.org/10.1007/s13132-024-02354-5>
- Dedunu. H., Weerasinghe, S., & Wickramasinghe, A. (2025). Reality is different from what we see: Knowledge management and firm innovation. *Journal of Innovation & Knowledge*, 10(3), 1-13. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jik.2025.100693>
- Department of Economics and Social Affairs, United Nations. (n.d.). *The 17 goals*. Retrieved November 7, 2025, from <https://sdgs.un.org/goals>
- Disch, L., Fessi, A., Franza, S., Kimmerle, J., & Pammer-Schindler, V. (2023). Using knowledge construction theory to evaluate learning process: A randomized controlled trial on showing gradually built-up concept maps alongside a scientific text. *International Journal of Human Computer Interaction*, 40(24), 8764-8780. doi: <https://doi.org/10.1080/10447318.2023.2289296>
- Ghasemifarid, Z. Hamidifar, F., Shariatmadari, M., Khorshidi, A. (2023). Presenting the organizational knowledge creation pattern in military nursing education in Iran. *Quarterly Scientific Journal of Rescue and Relief*, 15(4), 300-309.
- Ghazali, A., Tretiakov, A., Pringgabayu, D., & Ramdlany, D.M.A. (2017). Analyzing knowledge construction in online health group discussion. *Journal of International & Knowledge Management*, 16(1), 1-19. doi: <https://doi.org/10.1142/S0219649217500095>
- Hapenciuc, C.V. & Bejinaru, R. (2022). Stimulating strategic organizational processes: Knowledge creation and organizational learning. Retrieved September 19, 2025, from <https://strategica-conference.ro/wp-content/uploads/2022/05/Art.-23-1.pdf>
- Help Scout. (2024). *101 inspirational customer service quotes*. Retrieved November 9, 2025, from <https://www.helpscout.com/customer-service-quotes/inspirational/>
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University (2025). *Thai health 2025*. Retrieved December 10, 2025, from https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2025/07/608-ThaiHealth2025-ENG_Indicators.pdf
- Intrakamhang, U., Khammongkul, J., & Boochoa, P. (2022). General health literacy scale for Thais and comparison between age groups. *Heliyon*, 18(5), e09462. doi: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09462>

- Iqbal, S., Bashir, M., Bureš, V., Zanker, M., Ullah, S., & Rizwan, A. (2025). Impact of knowledge sharing and innovation on performance of organization: Evidence from the pharmaceutical industry of Pakistan. *Cogent Business & Management*, 12(1), 1-21.
doi: <https://doi.org/10.1080/23311975.2025.2471536>
- Johnson, K. (2024). *Understanding conceptual and theoretical framework in research*. Retrieved December 10, 2025, from <https://www.phoenix.edu/research/news/2024/understanding-conceptual-and-theoretical-frameworks-in-research.html#:~:text=Using%20conceptual%20and%20theoretical%20frameworks,a%20context%20for%20interpreting%20results>.
- Khatri, R.B., Endalamaw, A., Mengistu, T., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2025). A scoping review of knowledge translation in strengthening health policy and practice: Sources, platforms, tools, opportunities, and challenges. *Achieves of Public Health*, 83(78), 1-14. doi: <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01567-7>
- Kuphanga, D. (2024). *Questionnaires in research: Their role, advantage, and main aspects*. Retrieved December 10, 2025, from https://www.researchgate.net/publication/378868278_Questionnaires_in_Research_Their_Role_Advantages_and_Main_Aspects
- Lul, F.i (n.d.). *SMART indicators in monitoring and evaluation (M&E)*. Retrieved November 13, 2025, from <https://www.evalcommunity.com/career-center/smart-indicators/>
- Mohajan, H. (2019). Knowledge sharing among employees in organizations. Retrieved September 15m 2025, from https://mpira.ub.uni-muenchen.de/92934/1/MPRA_paper_92934.pdf
- Mitchell, R. & Boyle, B. (2010). Knowledge creation measurement methods. *Journal of Knowledge Management*, 14(1), 67-82. doi: <https://doi.org/10.1108/13673271011015570>
- Mthembu, S.Z. & Mtshali, F.G. (2013). Conceptualisation of knowledge construction in community service-learning programmes in nursing education. *Curationis*, 36(1), 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v36i1.69>
- Mustapha, N.D.B. & Seman, S.B.A. (2023). Knowledge creation as influence the achievement of organizational social innovation. *European Public & Social Innovation Review*, 8(2), 55-64. doi: <https://doi.org/10.31637/epsir.23-2.5>
- National Academies (2014). *Concepts and uses of indicators*. Retrieved December 10, 2025, from <https://www.nationalacademies.org/read/18606/chapter/4>
- Nazim, M. & Mukherjee, B. (2016). Factors critical to the success of knowledge management. *Knowledge Management in Libraries*. Retrieved August 17, 2025, from <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/knowledge-sharing>

- Ni, X. (2016). *From knowledge sharing to knowledge building*. Retrieved August 6, 2025, from <https://www.franklin.edu/institute/blog/knowledge-sharing-knowledge-building>
- Nikolaidou, Z. & Bellander, T. (2020). Health literacy as knowledge construction: Learning about health by expanding objects and crossing boundaries in networked activities. *Learning, Culture and Social Interaction*, 24(2020), 1-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2018.11.003>
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 30(5), 315-321.
- Nonaka, I., Toyama, R., & Konno, N. (2000). SECI, *Ba* and leadership: A unified model of dynamic knowledge creation. *Long Range Planning*, 33(2000), 5-34.
- Penmasta, A., Nandamuri, G., Sheikh, M., Chittila, S.R., & Vemulapally, T. (2020). Challenges and practices for effective knowledge transfer for new members in ad hoc virtual teams. *Engineering and Technology Management Student Project*, 2299, 1-17. doi: https://pdxscholar.library.pdx.edu/etm_studentprojects/2299
- Puga, D. & Tefler, D. (2014). Knowledge creation and control in organizations. Retrieved September 19, 2025, from <https://diegopuga.org/papers/know.pdf>
- Ramírez, A.M., García-Morales, V.J., Morales, G., & Martín-Rojas, R. (2011). Knowledge creation, organizational learning and their effects on organizational performance. *Engineering Economics*, 22(3), 309-318. doi: <https://doi.org/10.5755/j01.ee.22.3.521>
- Rempel, R.S., Andison, D.W., & Hannon, S.J. (2004). Guiding principles for developing an indicator and monitoring framework. *The Forestry Chronicle*, 80(82), 82-90. doi: <https://doi.org/10.5558/tfc80082-1>
- Roberton, T. & Sawadogo-Lewis, T. (2022). Building coherent monitoring and evaluation plans with the evaluation planning tool for global health. *Global Health Action*, 15(2067396), 1-6. doi: <https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2067396>
- Rowley, J. (2014). Designing and using research questionnaires. *Management Research Review*, 37. ISSN 2040-83269. Retrieved December 10, 2025, from <https://e-space.mmu.ac.uk/579515/1/Designing%20and%20using%20Research%20QuestionnairesREV18042013.pdf>
- Saini, M., Arif, M., & Kulonda, D.J. (2017). Critical factors for transferring and sharing tacit knowledge within lean and agile construction processes. *Construction Innovation*, 18(7), 1-26.
- Sijbom, R.B., Emanuel, E.S., Koen, J., Baas, M., & De Schutter, L. (2025). Daily knowledge sharing at work: The role of daily knowledge sharing expectations, learning goal orientation and task interdependence. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 34(2), 298-314. doi: <https://doi.org/10.1080/1359432X.2025.2458343>

- Tanasugarn, C. (2021). Knowledge and health literacy. *Thai Journal of Public Health*, 51(1), 1-6.
- Thailand's healthcare system on verge of collapse, health expert warns* (2024). Retrieved November 7, 2025, from <https://www.nationthailand.com/news/general/40042645>
- The Nation (20220). *One in 5 Thais unable to understand basic health issues: Survey*. Retrieved December 10, 2025, from <https://www.nationthailand.com/in-focus/40015426>
- Tokode, O.M. & Dennick, R. (2023). Interactive knowledge construction in medical problem-based learning: A corpus-based study. *Archives of Clinical and Biomedical*, 7(2023), 246-255. doi: <https://doi.org/10.26502/acbr.50170339>
- UNAIDS (n.d.). *An introduction to indicators*. Retrieved December 10, 2025, from https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/8_2-Intro-to-IndicatorsFMEF.pdf
- Van Aalst, J. (2009). Distinguishing knowledge-sharing, knowledge-construction, and knowledge-creation discourses. *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning*, 4(3), 259-287. doi: <https://doi.org/10.1007/s11412-009-9069-5>
- Yeboah, A. (2023). Knowledge sharing in organization: A systematic review. *Cogent Business & Management*, 10(1), 1-38. doi: <https://doi.org/10.1080/23311975.2023.2195027>
- Yeh, Y., Yeh, Y., & Chen, Y. (2012). From knowledge sharing to knowledge creation: A blended knowledge-management model for improving university students' creativity. *Thinking Skills and Creativity*, 7(2012), 245-257. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2012.05.004>
- Zhu, Z. (2007). Constructing health knowledge. In R.K. Bali & A.N. Dwivedi (eds). *Healthcare knowledge management*, New York, Springer-Verlag, pp.112-129.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก: ตัวชี้วัดที่รวบรวมจากคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ รอบที่ 1

ภาคผนวก ข: ตัวชี้วัดที่รวบรวมจากคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ รอบที่ 2

ภาคผนวก ก: ตัวชี้วัดที่รวบรวมจากคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ รอบที่ 1
(อ้างอิงจากการประชุมคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1/2567 วันที่
6 ธันวาคม 2567)

ข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่รวบรวมได้จากองค์กรภาคี
(อ้างอิงธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๕)

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล	
1. ประเทศไทยมีความพร้อมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและประสิทธิภาพ	1.1 ไม่มี	- ต้นทุนเฉลี่ยในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรค - จำนวนศูนย์เฝ้าระวังป้องกันโรคที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง - จำนวนนักกระบวนวิทยาดูแลประชาชน	SDG 3.3: จำนวนโรคติดต่อที่กำหนด ลดลง	-	HITAP	
	1.2 เกิดเครื่องมือและระบบการติดตามการเปลี่ยนแปลงในการเสริมสร้างสุขภาพตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ สสส. และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเฉพาะจำนวน 1 ชุด (แผน 5)	-	-	-	-	สสส.
	1.3 จำนวนนวัตกรรมทางการแพทย์และสุขภาพที่ประกาศใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)	-	-	-	- จำนวนทรัพย์สินทางปัญญาจากงานวิจัยและเทคโนโลยีที่ได้รับการนำไปใช้ประโยชน์หรือสร้างผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (อ้างอิงแผนปฏิบัติการระยะยาว ปี 2566-2570) ของ บพค.ภายใต้	สปสช.

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๑๘/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
				<p>ยุทธศาสตร์ของแผนด้าน วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ของประเทศ)</p> <p>- จำนวนนวัตกรรมที่พัฒนาจน นำไปสู่การส่งออกหรือทดแทน การนำเข้า (อ้างอิงแผนปฏิบัติการขับเคลื่อน วิทยาศาสตร์ค้ำการแพทย์และ สุขภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศด้าน ชีววิทยาศาสตร์ ปี 2562-2566)</p> <p>- จำนวนสถาบัน /ศูนย์วิจัยใน สถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงาน ภาครัฐและเอกชน ที่มีความ เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านระบาด ระดบชาติและโรคอุบัติใหม่มี จำนวนเพิ่มขึ้นและกระจายในทุก ภูมิภาคเพิ่มขึ้น (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรมปี 2566-2570)</p> <p>- จำนวนเทคโนโลยีและ นวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลในการ รับมือกับโรคระบาดระดับชาติและ</p>	

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๑๗/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
				โรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)	
	<p>1.4 จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บ และการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่</p> <p>1.5 จำนวน “กลุ่มเครือข่ายความร่วมมือ” (Consortium) ที่ประกอบด้วยเครือข่ายสถาบัน/ ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ซึ่งกระจายในทุกภูมิภาค และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคระบาด</p>	-	<p>- SDG3 (3.3) ยุติการแพร่กระจายของเอชไอวี โรคมาลาเรีย และโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย และต่อสู้กับโรคติดต่อ อักเสบ โรคติดต่อทางน้ำและโรคติดต่ออื่นๆ ภายในปี พ.ศ. 2573</p> <p>- ตัวชี้วัด 3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน จำแนกตามเพศ อายุ และประชากรหลัก</p> <p>- ตัวชี้วัด 3.3.2 อัตราการเกิดโรคไวรัสต่อประชากร 100,000 คน</p> <p>- ตัวชี้วัด 3.3.3 อัตราการเกิดโรคมมาลาเรียต่อประชากร 1,000 คน</p>	<p>- ต้นทุนในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรค (กรมควบคุมโรค)</p> <p>- จำนวนศูนย์เฝ้าระวังป้องกันโรคที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค)</p> <p>- จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร (กระทรวงสาธารณสุข)</p>	สกสว.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทหผดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๐/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	<p>ระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ที่แสดงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการช่วยเหลือ/สนับสนุนประเทศและ/หรือพื้นที่ที่สามารถรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ โดยใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่เพิ่มขึ้น</p> <p>1.6 จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้</p> <p>1.7 จำนวนนโยบายและมาตรการที่ได้ประกาศใช้ ในระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ ซึ่งพัฒนาโดยใช้การวิจัย และแสดงผลสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของ</p>		<p>- ตัวชี้วัด 3.3.4 อัตราการเกิดโรคไวรัสตับอักเสบบี ต่อประชากร 100,000 คน</p> <p>- ตัวชี้วัด 3.3.5 จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลรักษาโรคเขตร้อนที่ถูกละเลย (Neglected tropical diseases)</p> <p>- SDG3 (3.8) บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้</p> <p>- ตัวชี้วัด 3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น</p> <p>- ตัวชี้วัด 3.8.2 สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือน</p>		

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๑/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	ประเทศ (National Burden of Disease: BOD) เพิ่มขึ้น (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)		ด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่าย ครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมด อยู่ใน ในระดับสูง		
	1.8 ไม่มี	-	-	ขีดความสามารถด้านสุขภาพและ สาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้น มิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติ ครอบคลุม 6 มิติ 1. การป้องกัน – ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาด ตั้งแต่ขั้นแรก 2. การตรวจจับ – ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดใน ระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม 3. การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบ เหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ ทันท่วงที 4. ระบบสาธารณสุข – ความ เข้มแข็งพื้นฐานของระบบ สาธารณสุขในประเทศ	สอวช.

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๒/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
				5. ค่านิยมและมาตรฐาน – การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา 6. ภาพรวมของความเสี่ยง – ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด ที่มา : https://ghsindex.org/country/thailand/	
2. ระบบสุขภาพไทยมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว หรือฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว	2.1 ไม่มี	- สัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย (ทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ) และมีระบบประกันสุขภาพคุ้มครองเวลาเจ็บป่วย - ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบสนองในสถานการณ์วิกฤติ	SDG 3.8: ความเข้าถึงบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	-	HITAP
	2.2 นวัตกรรม เครื่องมือ ระบบสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร ไม่น้อยกว่า 2 นวัตกรรม (แผน 12)	-	-	-	สสส.
	2.3 ไม่มี	-	- SDG3 (3.c) เพิ่มการใช้เงินสนับสนุนด้านสุขภาพ และการ	-	สกสว.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทหวนการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๗/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
			<p>สรรหา การพัฒนา การฝึกฝน และการเก็บรักษากำลังคนด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศพัฒนาน้อยที่สุดและรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะขนาดเล็ก</p> <p>- ตัวชี้วัด 3.c.1 ความหนาแน่น และการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข</p> <p>- SDG3 (3.d) เสริมขีดความสามารถของทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนา ในด้านการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับโลก</p> <p>- ตัวชี้วัด 3.d.1 ศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ</p>		

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๐๔/๕๐๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
			<ul style="list-style-type: none"> - ตัวชี้วัด 3.d.2 ร้อยละของการติดเชื่อในกระแสเลือดจากเชื้อตื้อยาที่เลือกพิจารณา - SDG3 (3.8) บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ - ตัวชี้วัด 3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น - ตัวชี้วัด 3.8.2 สัดส่วนของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายครัวเรือนหรือรายได้ทั้งหมด อยู่ในระดับสูง 		
	2.4 ไม่มี	-	-	ข้อมูลจาก The Global Health Security Index หัวข้อที่ 3 การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบเหตุ	สอวช.

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๕/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
				ฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันที https://ghsindex.org/country/thailand/	
3. หน่วยงานมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	3.1 ไม่มี	สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ ฯลฯ	SDG 16.7: การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางด้านนโยบายสุขภาพ	-	HITAP
	3.2 เครือข่ายชุมชนท้องถิ่น 77 ไม่น้อยกว่า 600 แห่ง ร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพะชุมชนในระดับพื้นที่ (แผน 6)	-	-	-	สสส.
	3.3 ไม่มี	-	- SDG16 (16.7) สร้างหลักประกันว่าจะมีกระบวนการตัดสินใจที่มีความรับผิดชอบ ครอบคลุม มีส่วนร่วม และมี	-	สกสว.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๖/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
			<p>ความเป็นตัวแทนที่ดี ในทุกระดับการตัดสินใจ</p> <p>- ตัวชี้วัด 16.7.1 สัดส่วนตำแหน่งในสถาบันของรัฐ ระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ซึ่งรวมถึง (ก) สถานนิติบัญญัติ (ข) บริการสาธารณะ และ (ค) คณะตุลาการ เปรียบเทียบกับการกระจายตัวในระดับชาติ โดยจำแนกตามเพศ อายุ ผู้พิการ และกลุ่มประชากร</p> <p>- ตัวชี้วัด 16.7.2 สัดส่วนของประชากรที่เชื่อว่ามีกระบวนการตัดสินใจที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการ จำแนกตามเพศ อายุ ความพิการ และกลุ่มประชากร</p>		
4. หน่วยงานในพื้นที่ที่สามารถสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อใช้	4.1 ไม่มี	สัดส่วนของงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทียบกับงบประมาณในภาครัฐทั้งหมด	SDG 4.7: การศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ	-	HITAP
	4.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับประเด็น	-	-	-	สสส.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๗/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
แก้ไขปัญหาในพื้นที่	<p>ปัจจัยเสี่ยงทาง สุขภาวะที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ (แผน 11)</p> <p>4.3 หน่วยจัดการที่มีบทบาทในการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สามารถขยายบทบาทให้เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง (แผน 11)</p> <p>4.4 หน่วยบริการสุขภาพ ที่สามารถสนับสนุนการสร้างพื้นที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยบูรณาการประเด็นสร้างเสริมสุขภาพทำให้ชุมชนหรือประชาชนมีสุขภาพดี สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากรร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 120 หน่วยบริการ (แผน 12)</p>				

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๘๘/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	4.5 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีรูปธรรมการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายเน้นหนัก (สปสช.)	-	-	-	สปสช.
	4.6 ไม่มี	-	- SDG4 (4.5) ขจัดความเหลื่อมล้ำทางเพศด้านการศึกษา และสร้างหลักประกันว่ากลุ่มที่เปราะบาง ซึ่งรวมถึงผู้พิการ ชนพื้นเมือง และเด็ก เข้าถึงการศึกษาและการฝึกอาชีพทุกระดับอย่างเท่าเทียม ภายในปี พ.ศ. 2573 - ตัวชี้วัด 4.5.1 ดัชนีความเท่าเทียมกัน (ผู้หญิง-ผู้ชาย/ ในเขต-นอกเขตเมือง/ความมั่งคั่งสูง-ต่ำ และอื่น ๆ เช่น สถานะความพิการ คนพื้นเมือง และคนที่ได้รับผลกระทบจากความขัดแย้งหากมีข้อมูล) สำหรับตัวชี้วัดด้านการศึกษาทั้งหมดในรายชื่อนี้ที่สามารถจำแนกข้อมูลได้	-	สกสว.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑๗/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๒๙/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
5. หน่วยงานมีการลงทุนและมีบทบาทในการสร้างและการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ	5.1 ไม่มี	สัดส่วนของประชาชนที่เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านช่องทางที่เป็นทางการไม่ว่าจะเป็นของภาครัฐและเอกชน จำนวนงบลงทุนวิจัยด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับงบประมาณวิจัยทั้งประเทศและเปรียบเทียบกับผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ	SDG 17.8: การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน	จำนวนผลงานวิจัยด้านสุขภาพที่ได้รับการเผยแพร่ในปีที่ผ่านมา	HITAP
	5.2 ชุดสื่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างให้เด็กเล็ก มีทักษะในการปกป้องตนเองจากพิษภัยของบุหรี่ จำนวน 1 ชุด (แผน 1) - เกิดชุดคู่มือสื่อสารเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในทุกกลุ่มวัย และประชากรกลุ่มเปราะบาง (แผน 9) - ชุดข้อมูล กระบวนการเรียนรู้ สื่อสร้างเสริมสุขภาวะ จำนวนไม่น้อยกว่า 10 ชุด (แผน 15)	-	-	-	สสส.
	5.3 ไม่มี	จำนวนหรือร้อยละผลงานวิจัยและผลงานวิชาการทางการแพทย์และสุขภาพที่ดีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารระดับชาติหรือนานาชาติ	-	-	สปสช.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๐/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	5.4 ไม่มี	-	- SDG17 (17.8) ให้ธนาคารเทคโนโลยีและกลไกการเสริมสร้างขีดความสามารถด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม สำหรับประเทศพัฒนาน้อยที่สุด ทำงานได้อย่างเต็มที่ภายในปี พ.ศ. 2560 และเพิ่มพูนการใช้เทคโนโลยีสนับสนุนที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร - ตัวชี้วัด 17.8.1 สัดส่วนประชากรที่ใช้อินเทอร์เน็ต	- สัดส่วนงบลงทุนวิจัยด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับงบประมาณวิจัยทั้งประเทศ (TDRI/ Thailand Policy lab)	สกว.
6. หน่วยงานมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ภาคประชาชนมีความสามารถสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ	6.1 จำนวนการอบรมหรือกิจกรรมให้ความรู้ที่จัดขึ้นสำหรับประชาชน	จำนวนและขนาดของงบประมาณโดยรวมขององค์กรภาคประชาสังคมด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับงบประมาณด้านสุขภาพในประเทศทั้งหมด	SDG 4.1: การเข้าถึงการศึกษาและความรู้ด้านสุขภาพ	-	HITAP
	6.2 บูรณาการร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ และแผนสุขภาพประชาชนกลุ่มเฉพาะ เพื่อพัฒนาคู่มือมาตรฐานมีสียึดปลอดภัยที่ว่าจะเป็นแนวทางใน	-	-	-	สสส.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๑/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	<p>การดำเนินงานขับเคลื่อนมัสยิดปลอดบุหรี่ (แผน 1) (แผน 2) (แผน 5)</p> <p>6.3 กระบวนการเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่ายระดับส่วนกลาง/ภูมิภาค/ท้องถิ่น/ท้องถิ่นในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่น้อยกว่า 1 กระบวนการ (แผน 2)</p> <p>6.4 พื้นที่บูรณาการเชิงประเด็น ไม่น้อยกว่า 3 เครือข่าย รวมแล้วไม่น้อยกว่า 60 แห่ง ใช้พื้นที่เป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น (แผน 6)</p> <p>6.5 เครือข่ายผู้นำชุมชนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 1,000 คน สามารถนำชุดความรู้ไปขยายผลต้นแบบและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และ/หรือประเด็นตามบริบท</p>				

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทหตการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๒/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	<p>ของชุมชนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 1 ประเด็น (แผน 6)</p> <p>6.6 เครื่องช่วยบ่มเพาะกิจการส่งเสริมพื้นที่เรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่ช่วยสร้างความยั่งยืนและสามารถระดมการร่วมทุนจากภาคธุรกิจ 1 เครื่องช่วย โดยมีสมาชิกเครื่องช่วยไม่น้อยกว่า 5 พื้นที่บ่มเพาะ (แผน 7)</p>				
	6.7 ไม่มี	-	-	<p>วัดจากจำนวนผลงานวิชาการด้านสุขภาพจาก 2 ฐาน</p> <p>1.ฐานข้อมูลวารสารวิชาการภายในประเทศ https://tci-thailand.org/</p> <p>2.ฐานข้อมูลบทความวิชาการของคนไทยด้านสุขภาพ ระหว่างประเทศ ฐาน SCOPUS</p>	สอวช.
7. กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) จัดให้มีกลไกระดับชาติใน	7.1 ไม่มี	<p>สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในสถานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ และคณะกรรมการลูกที่เกี่ยวข้อง</p>	SDG 17.14: การเพิ่มประสิทธิภาพการสร้างและดำเนินนโยบายพัฒนาที่ยั่งยืน	-	HITAP

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๓/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
การกำหนดทิศทางและนโยบายการสร้าและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ	7.2 คณะทำงานบูรณาการประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ด้านการสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ - จำนวนกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือ (Consortium) ที่ประกอบด้วย เครือข่ายสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และภาระโรคที่สำคัญของประเทศ ที่มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และนำไปใช้ขับเคลื่อนเพื่อรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ - จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการจากระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศ และ/หรือ พื้นที่ ที่เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of	- สัดส่วนงบประมาณการลงทุน ววน. เพื่อสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (สกว.) - จำนวนงบประมาณของโครงการที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้านสุขภาพ ต่อ งบประมาณ ววน. ด้านสุขภาพทั้งหมด - สัดส่วนงบประมาณด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ต่อ งบประมาณ ววน. ด้านสุขภาพ	- SDG17 (17.9) เพิ่มพูนการสนับสนุนระหว่างประเทศ สำหรับการดำเนินการด้านการเสริมสร้างขีดความสามารถที่มีประสิทธิผลและมีการตั้งเป้าในประเทศกำลังพัฒนาเพื่อสนับสนุนแผนระดับชาติที่จะดำเนินงานในทุกเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงผ่านทางความร่วมมือแบบเหนือ-ใต้ ได้-ได้ และไตรภาคี - ตัวชี้วัด 17.9.1 มูลค่าเงินดอลลาร์ ของการให้ความช่วยเหลือทางการเงินและทางวิชาการแก่ประเทศกำลังพัฒนา (รวมถึงผ่านความร่วมมือ เหนือ-ใต้ ได้-ได้ และไตรภาคี) ที่ได้ให้คำมั่นไว้	- จำนวนบุคลากรวิจัยด้านสุขภาพ (สวรส./กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)	สกว.

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทหวนการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๑/๕๖๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	Disease: BOD) โดยใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และ นวัตกรรมสมัยใหม่ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรมปี 2566-2570)				
	7.3 ข้อมูลจำนวนผลงานวิจัยที่เกิดจากการให้ทุนจากกองทุนส่งเสริม วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ได้จาก: 7.3.1 ข้อมูลงานวิจัยที่เสร็จสิ้นแล้ว ด้านสุขภาพและสาธารณสุข หน่วยงาน วช. https://trr.nriis.go.th/#/ 7.3.2 ข้อมูลงานวิจัยที่ได้รับจาก กองทุน ววน. ข้อมูลจาก วช. และ สกสว. (ยังอยู่ระหว่างการให้ทุน) https://nriis.go.th/www/Default.aspx	-	-	-	สอวช.
8. หน่วยงานทำหน้าทีในการบริหารนโยบาย	8.1 จำนวนโครงการวิจัยด้านสุขภาพที่ หน่วยงานสนับสนุนให้ดำเนินงานใน แต่ละปี	สัดส่วนของทุนวิจัยด้านสุขภาพที่ ให้กับโครงการวิจัยที่ได้รับโจทย์ จากผู้มีส่วนได้เสียในสังคม	SDG 3.b: การสนับสนุนการวิจัยและ พัฒนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	-	HITAP

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทหวนการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๕/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
การวิจัยด้านสุขภาพ และสนับสนุนการวิจัยสุขภาพ	<p>8.2 พัฒนาศักยภาพความรู้เชิงวิชาการทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol control Literacy) ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง (แผน 2)</p> <p>8.3 พัฒนาศักยภาพความรู้เชิงวิชาการทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันสารเสพติด Drug Protection Literacy) ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง (แผน 2)</p> <p>8.4 การพัฒนาข้อมูล องค์ความรู้ คู่มือ และเครื่องมือทางวิชาการ หรือการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน สำหรับเสริมความรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Literacy) หรือสนับสนุนให้ผู้กำหนดนโยบายหรือ</p>	เปรียบเทียบกับทุนวิจัยของโครงการวิจัยด้านสุขภาพทั้งหมด	-	-	สสส.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๖/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	<p>ผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนน อาทิ การคาดการณ์อุบัติเหตุสำหรับเด็กและเยาวชน อย่างน้อย 6 เรื่อง (แผน 3)</p> <p>8.5 การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการ ทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการลดปัญหาจากการพนัน (gambling literacy) อย่างน้อย 4 เรื่อง อาทิ ผลกระทบการพนันในประเทศไทย (แผน 3)</p> <p>8.6 พัฒนาและขยายผลองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม เครื่องมือ เทคโนโลยีดิจิทัล สร้างเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยแรงงาน เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ หรือ ประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตอย่างน้อย 3 เรื่อง ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (แผน 4)</p> <p>8.7 เกิดองค์ความรู้ งานวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ การจัดการความรู้ หรือ รางมาตรฐาน รางแผนงาน ราง</p>				

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๗/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
	แผนการทำงาน ในการจัดการที่จำเป็น สำหรับการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ประเด็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) หรือสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOC) ของประเทศ จำนวนไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง (แผน 4)				
	8.8 ไม่มี	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโครงการวิจัยด้านสุขภาพที่หน่วยงานสนับสนุนให้ดำเนินงานในแต่ละปี - สัดส่วนของทุนวิจัยด้านสุขภาพที่ให้กับโครงการวิจัยที่ได้รับโจทย์จากผู้มีส่วนได้เสียในสังคม เปรียบเทียบกับทุนวิจัยของโครงการวิจัยด้านสุขภาพทั้งหมด 	<ul style="list-style-type: none"> - ตัวชี้วัด 3.c.1 ความหนาแน่น และการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข SDG3 (3.d) เสริมขีดความสามารถของทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนา ในด้านการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในระดับประเทศ และระดับโลก - ตัวชี้วัด 3.d.1 ศักยภาพในการดำเนินการตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR) และการเตรียมความพร้อมสำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ 	-	สกว.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๔/๕๐๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
			- ตัวชี้วัด 3.d.2 ร้อยละของการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้อดื้อยาที่เลือกพิจารณา		
9. อื่นๆ	-	-	<p>การดำเนินงานของ สสส. ปี 2567 มีความสอดคล้องกับ SDGs ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมายย่อย 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสาม ผ่านทางการป้องกันและการรักษาโรค และสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ภายในปี พ.ศ. 2573 - เป้าหมายย่อย 3.5 เสริมสร้างการป้องกันและการรักษาการใช้สารในทางที่ผิด ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย - เป้าหมายย่อย 3.6 ลดจำนวนการตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน 	-	สสส.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

๓๓๔/๕๗

ประเด็น	ข้อมูลตัวชี้วัดของหน่วยงาน	ข้อมูลตัวชี้วัดที่เสนอเพิ่มเติม	ข้อมูลตัวชี้วัดที่จัดเก็บตาม SDGs	ข้อมูลตัวชี้วัดอื่นๆ ที่ทราบ	หน่วยงานที่ให้ข้อมูล
			<p>ทั่วโลกครึ่งหนึ่ง ภายในปี พ.ศ. 2563</p> <p>- เป้าหมายย่อยที่ 3.a เพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามกรอบอนุสัญญาขององค์การอนามัยโลกว่าด้วยการควบคุมยาสูบในทุกประเทศตามความเหมาะสม</p>		

ข้อสังเกตเพิ่มเติม

- ข้อมูลจาก สกสว.: ควบบูรณาการระหว่างหน่วยการให้ทุนเพื่อสนับสนุนวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศ นอกจากกองทุน ววน. และบูรณาการทำงานร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงานวิจัย และลดความซ้ำซ้อนของการสนับสนุนทุนวิจัย

ภาคผนวก ข: ตัวชี้วัดที่รวบรวมจากคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ รอบที่ 2
(อ้างอิงจากการประชุมคณะกรรมการคณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงาน
สถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1/2568 วันที่
21 สิงหาคม 2568)

ข้อมูลตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่รวบรวมได้ จำนวน 60 ตัวชี้วัด

1. เป้าหมายตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 จำนวน 26 ตัวชี้วัด:
 - 1.1 ยกกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเผื่อระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยใช้ผลงานวิจัย องค์ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย จำนวน 17 ตัวชี้วัด
 - 1) ดัชนีเฉลี่ยในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรค
 - 2) จำนวนศูนย์เฝ้าระวังป้องกันโรคที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
 - 3) จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร (กระทรวงสาธารณสุข)
 - 4) เกิดเครื่องมือและระบบการติดตามการเปลี่ยนแปลงในการเสริมสร้างสุขภาพตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ในภาพรวมของ สสส. และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพของ
 - 5) จำนวนนวัตกรรมทางการแพทย์และสุขภาพที่ประกาศใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพ (สปสช.)
 - 6) จำนวนทรัพย์สินทางปัญญาจากงานวิจัยและเทคโนโลยีที่ได้รับการนำไปใช้ประโยชน์หรือสร้างผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (อ้างอิงแผนปฏิบัติการระยะยาว ปี 2566-2570) ของ บพค.ภายใต้ยุทธศาสตร์ของแผนด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมของประเทศ)
 - 7) จำนวนนวัตกรรมที่พัฒนาจนนำไปสู่การส่งออกหรือทดแทนการนำเข้า (อ้างอิงแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวิทยาศาสตร์ด้านการแพทย์และสุขภาพ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ ปี 2562-2566)
 - 8) จำนวนสถาบัน /ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษาและหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและกระจายในทุกภูมิภาคเพิ่มขึ้น (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)
 - 9) จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)
 - 10) จำนวนระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ ซึ่งแสดงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดต่อเชื้อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บ และการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่
 - 11) จำนวน “กลุ่มเครือข่ายความร่วมมือ” (Consortium) ที่ประกอบด้วยเครือข่ายสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ซึ่งกระจายในทุกภูมิภาค และมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ที่แสดงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการช่วยเหลือ/สนับสนุนประเทศและ/หรือพื้นที่ให้สามารถรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ โดยใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ เพิ่มขึ้น
 - 13) จำนวนนโยบายและมาตรการที่ได้ประกาศใช้ ในระดับประเทศและ/หรือพื้นที่ ซึ่งพัฒนาโดยใช้การวิจัย และแสดงผลสำเร็จในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) เพิ่มขึ้น (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570)
 - 14) ดัชนีในการดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันโรค (กรมควบคุมโรค)
 - 15) จำนวนศูนย์เฝ้าระวังป้องกันโรคที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค)
 - 16) จำนวนนักระบาดวิทยาต่อประชากร (กระทรวงสาธารณสุข)

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทหตการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๖๔/๒๓๓

17) ชีตความสามารถด้านสุขภาพและสาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้นมิติการรับมือโรคระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติครอบคลุม 6 มิติ

- 1.การป้องกัน – ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลมการเกิดการระบาดตั้งแต่ขั้นแรก
- 2.การตรวจจับ – ตรวจพบ รายงาน และรับมือการระบาดในระยะแรกเริ่มก่อนลุกลาม
- 3.การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันที่
- 4.ระบบสาธารณสุข – ความเข้มแข็งพื้นฐานของระบบสาธารณสุขในประเทศ
- 5.ค่านิยมและมาตรฐาน – การปฏิบัติตามมาตรฐานสากล และการพัฒนา
- 6.ภาพรวมของความเสี่ยง – ปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดเหตุร้ายด้านโรคระบาด

ที่มา : <https://ghsindex.org/country/thailand/>

1.2 ระบบสุขภาพมีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัว หรือฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว โดยให้ความสำคัญกับกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ โครงสร้างของระบบสุขภาพ การจัดการระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การเงินการคลังและกำลังคนด้านสุขภาพ จำนวน 4 ตัวชี้วัด

- 1) สัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย(ทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ)และมีระบบประกันสุขภาพคุ้มครองเวลาเจ็บป่วย
- 2) ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบสนองในสถานการณ์วิกฤติ
- 3) นวัตกรรม เครื่องมือ ระบบสารสนเทศเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ของระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และกลุ่มประชากร ไม่น้อยกว่า 2 นวัตกรรม (แผน 12)
- 4) ข้อมูลจาก The Global Health Security Index หัวข้อที่ 3 การตอบสนองรับมือ – เมื่อพบเหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้งได้ทันที่

<https://ghsindex.org/country/thailand/>

1.3 เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งต้องร่วมออกแบบและผลิตองค์ความรู้สุขภาพ ดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชนได้ จำนวน 5 ตัวชี้วัด

1) สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในคณะกรรมการระดับชาติ เช่น คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบ ฯลฯ

- 2) เครือข่ายชุมชนท้องถิ่น 77 ไม่น้อยกว่า 600 แห่ง ร่วมกันขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชนในระดับพื้นที่ (แผน 11)

1.4 มีการกระจายอำนาจการสร้างความรู้ให้กับหน่วยงานในพื้นที่

1) สัดส่วนของงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทียบกับงบประมาณในภาครัฐทั้งหมด

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนสอดคล้องกับประเด็นปัจจัยเสี่ยงทาง สุขภาวะที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ (แผน 11)

3) หน่วยงานที่มีบทบาทในการกระจายโอกาสการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ สามารถขยายบทบาทให้เกิดการเชื่อมประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง (แผน 11)

4) หน่วยบริการสุขภาพ ที่สามารถสนับสนุนการสร้างพื้นที่ที่เข้มแข็งและจัดการตนเองด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยบูรณาการประเด็นสร้างเสริมสุขภาพทำให้ชุมชนหรือประชาชนมีสุขภาพดี สอดคล้องกับพลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่มประชากร ร่วมกับหน่วยงานองค์กรในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 120 หน่วยบริการ (แผน 12)

- 5) กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่มีรูปธรรมการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายเน้นหนัก (สปสช.)

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๓/๒๕๖๔ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๔

๑๗๐/๒๓๓

2. มาตรการตามธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 จำนวน 34 ตัวชี้วัด:

2.1 มีกลไกอภิบาลระบบการสร้างและเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ในส่วนกลางและในระดับพื้นที่ จำนวน 8 ตัวชี้วัด

- 1) สัดส่วนของประชาชนที่เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านช่องทางที่เป็นทางการไม่ว่าจะเป็นของภาครัฐและเอกชน
- 2) จำนวนงบลงทุนวิจัยด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับงบประมาณวิจัยทั้งประเทศและเปรียบเทียบกับผลผลิตมวลรวมภายในประเทศ
- 3) จำนวนผลงานวิจัยด้านสุขภาพที่ได้รับการเผยแพร่ในปีที่ผ่านมา
- 4) ชุดสื่อกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างให้เด็กเล็ก มีทักษะในการปกป้องตนเองจากพิษภัยของบุหรี่ยี่ จำนวน 1 ชุด (แผน 1)
- 5) เกิดชุดคู่มือสื่อสารเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายในทุกกลุ่มวัย และประชากรกลุ่มเปราะบาง (แผน 9)
- 6) ชุดข้อมูล กระบวนการเรียนรู้ สื่อสร้างเสริมสุขภาพะ จำนวนไม่น้อยกว่า 10 ชุด (แผน 15)
- 7) จำนวนหรือร้อยละผลงานวิจัยและผลงานวิชาการทางการแพทย์และสุขภาพที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารระดับชาติหรือนานาชาติ
- 8) สัดส่วนงบลงทุนวิจัยด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับงบประมาณวิจัยทั้งประเทศ (TDR/ Thailand policy lab)

2.2 มีกลไกบริหารจัดการงานวิจัย/สร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ จำนวน 8 ตัวชี้วัด

- 1) จำนวนการอบรมหรือกิจกรรมให้ความรู้ที่จัดขึ้นสำหรับประชาชน
- 2) จำนวนและขนาดของงบประมาณโดยรวมขององค์กรภาคประชาสังคมด้านสุขภาพเปรียบเทียบกับงบประมาณด้านสุขภาพในประเทศทั้งหมด
- 3) บูรณาการร่วมกับแผนควบคุมยาสูบ และแผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ เพื่อพัฒนาคู่มือมาตรฐานมัสยิดปลอดบุหรี่ที่จะเป็นแนวทางในการดำเนินงานขับเคลื่อนมัสยิดปลอดบุหรี่ (แผน 1) (แผน 2) (แผน 5)
- 4) กระบวนการเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่ายระดับส่วนกลาง/ภูมิภาค/ท้องถิ่น/ท้องถิ่นในการจัดการป้องกันแก้ไขปัญหาคีรติกรรมแอลกอฮอล์ ไม่น้อยกว่า 1 กระบวนการ (แผน 2)
- 5) พื้นที่บูรณาการเชิงประเด็น ไม่น้อยกว่า 3 เครือข่าย รวมแล้วไม่น้อยกว่า 60 แห่ง ใช้พื้นที่เป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพะชุมชนตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและ/หรือสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น (แผน 6)
- 6) เครือข่ายผู้นำชุมชนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 1,000 คน สามารถนำชุดความรู้ไปขยายผลต้นแบบและนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และ/หรือประเด็นตามบริบทของชุมชนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า 1 ประเด็น (แผน 6)
- 7) เครือข่ายบ่มเพาะกิจการส่งเสริมพื้นที่เรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ที่ช่วยสร้างความยั่งยืนและสามารถระดมการร่วมทุนจากภาคีภาคธุรกิจ 1 เครือข่าย โดยมี สมาชิกเครือข่ายไม่น้อยกว่า 5 พื้นที่บ่มเพาะ (แผน 7)
- 8) วัดจากจำนวนผลงานวิชาการด้านสุขภาพจาก 2 ฐาน 1.ฐานข้อมูลวารสารวิชาการภายในประเทศ <https://tci-thailand.org/> 2.ฐานข้อมูลบทความวิชาการของคนไทยด้านสุขภาพ ระหว่างประเทศ ฐาน SCOPUS

2.3 พัฒนาระบบข้อมูลองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งเชิงระบบและนวัตกรรมสมัยใหม่ จำนวน 9 ตัวชี้วัด

- 1) สัดส่วนของประชาชนหรือภาคประชาสังคมในสถานนโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ และคณะกรรมการลูกที่เกี่ยวข้อง
- 2) คณะทำงานบูรณาการประเด็นยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพะของระบบสุขภาพ
- 3) จำนวนกลุ่มเครือข่ายความร่วมมือ (Consortium) ที่ประกอบด้วยเครือข่ายสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านโรคระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และภาวะโรคที่สำคัญของประเทศ ที่มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และนำไปใช้ขับเคลื่อนเพื่อรับมือกับโรคระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทมวการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๗๑/๒๓๓

4) จำนวนประชาชนที่ได้รับบริการจากระบบสุขภาพแบบบูรณาการระดับประเทศ และ/หรือ พื้นที่ ที่เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/ โรคอุบัติใหม่ และลดภาระโรคที่สำคัญของประเทศ (National Burden of Disease: BOD) โดยใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิงระบบ และนวัตกรรมสมัยใหม่ (อ้างอิงแผนด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรมปี 2566-2570

- 5) สัดส่วนงบประมาณการลงทุน ววน. เพื่อสนับสนุนการวิจัยด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (สกสว.)
- 6) จำนวนงบประมาณของโครงการที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้านสุขภาพ ต่อ งบประมาณ ววน. ด้านสุขภาพทั้งหมด
- 7) สัดส่วนงบประมาณด้านการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ต่อ งบประมาณ ววน. ด้านสุขภาพ
- 8) จำนวนบุคลากรวิจัยด้านสุขภาพ (สวรส./กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
- 9) ข้อมูลจำนวนผลงานวิจัยที่เกิดจากการให้ทุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ได้จาก
 1. ข้อมูลงานวิจัยที่เสร็จสิ้นแล้วด้านสุขภาพและสาธารณสุข หน่วยงาน วช. <https://tnrr.nriis.go.th/#/>
 2. ข้อมูลงานวิจัยที่ได้รับจากกองทุน ววน. ข้อมูลจาก วช. และ สกสว. (ยังอยู่ระหว่างการให้ทุน) <https://nriis.go.th/www/Default.aspx>

2.4 ให้ความสำคัญกับสถาบัน/ศูนย์วิจัยในสถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่กระจายอยู่ในทุกภูมิภาคที่มีความเชี่ยวชาญเชิงระบบและด้านระบาดวิทยา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการตอบสนองและรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อให้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มาตรการ และการบริหารจัดการของระบบเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศ จำนวน 9 ตัวชี้วัด

- 1) จำนวนโครงการวิจัยด้านสุขภาพที่หน่วยงานสนับสนุนให้ดำเนินงานในแต่ละปี
- 2) สัดส่วนของทุนวิจัยด้านสุขภาพที่ให้กับโครงการวิจัยที่ได้รับโจทย์จากผู้มีส่วนได้เสียในสังคม เปรียบเทียบกับทุนวิจัยของโครงการวิจัยด้านสุขภาพทั้งหมด
- 3) พัฒนาการความรู้เชิงวิชาการทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol control Literacy) ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง (แผน 2)
- 4) การพัฒนาข้อมูล องค์ความรู้ คู่มือและเครื่องมือทางวิชาการ หรือการจัดการความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน สำหรับเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนน (Road Safety Literacy) หรือสนับสนุนให้ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนน อาทิ การคาดการณ์อุบัติเหตุสำหรับเด็กและเยาวชน อย่างน้อย 6 เรื่อง (แผน 3)
- 5) การพัฒนาองค์ความรู้เชิงวิชาการ ทั้งจากการวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ หรือการจัดการความรู้สำหรับการเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการลดปัญหาจากการพนัน (gambling literacy) อย่างน้อย 4 เรื่อง อาทิ ผลกระทบการพนันในประเทศไทย (แผน 3)
- 6) พัฒนาและขยายผลองค์ความรู้ทางวิชาการ นวัตกรรม เครื่องมือ เทคโนโลยีดิจิทัล สร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยแรงงาน เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ หรือประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตอย่างน้อย 3 เรื่อง ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (แผน 4)
- 7) เกิดองค์ความรู้ งานวิจัย เอกสารเชิงวิชาการ การจัดการความรู้ หรือร่างมาตรการ ร่างแผนงาน ร่างแผนการทำงาน ในการจัดการที่จำเป็นสำหรับการแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ประเด็นฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) หรือสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOC) ของประเทศ จำนวนไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง (แผน 4)
- 8) จำนวนโครงการวิจัยด้านสุขภาพที่หน่วยงานสนับสนุนให้ดำเนินงานในแต่ละปี
- 9) สัดส่วนของทุนวิจัยด้านสุขภาพที่ให้กับโครงการวิจัยที่ได้รับโจทย์จากผู้มีส่วนได้เสียในสังคม เปรียบเทียบกับทุนวิจัยของโครงการวิจัยด้านสุขภาพทั้งหมด

Template ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพที่รวบรวมได้

ข้อมูลตัวชี้วัด 3 ด้าน

- 1) Health Indicators
- 2) Health Service System Indicators
- 3) Other Indicators

เกณฑ์ในการคัดเลือกตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

- 1) ตัวชี้วัดมีความสอดคล้องกับ SDGs, ยุทธศาสตร์ชาติ และธรรมนูญฯ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565
- 2) มีหน่วยงานรับผิดชอบในเรื่องการติดตามตัวชี้วัด
- 3) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ติดตามในระยะยาวได้
- 4) เป็นตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนความเป็นธรรม/ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ

เป้าหมาย/มาตรการตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่าเป้าหมายประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ในการจัดเก็บ	แหล่งข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธศาสตร์ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
1. เป้าหมายตามธรรมนูญฯ ฉ. 3															
1.1 ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพของประเทศให้พร้อมเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลและ															

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๗๑/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนุญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
ประสิทธิภาพ ด้วการ ใช้ผลงานวิจัย องค์ ความรู้เชิงประจักษ์ เทคโนโลยีและ นวัตกรรมที่เหมาะสม กับบริบทของประเท ศไทย															
			1) ดัชนีทุนเฉลี่ย ในการ ดำเนินการเฝ้า ระวังและป้องกัน โรค					- SDG 3.3 (3.3.1 ถึง 3.3.5) - SDG 3.8 (3.8.1 ,3.8.2) (HITA P แล							(HITAP เสนอ)

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๗๙/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
								สกสว. เสนอ)								
			2) จำนวนศูนย์ เฝ้าระวังป้องกัน โรคที่มีการ ดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง													(HITAP เสนอ)
			3) จำนวนนัก ระบาดวิทยาต่อ ประชากร													(HITAP เสนอ)
			4) เกิดเครื่องมือ และระบบการ ติดตามการ เปลี่ยนแปลงใน การเสริมสร้าง สุขภาพะตาม เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ใน				สสส.									

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๗๕/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			ภาพรวมของ สสส. และลด ความเหลื่อมล้ำ ทางสุขภาพของ ประชากรกลุ่ม เฉพาะจำนวน 1 ชุด (แผน 5) (สสส)													
			5) จำนวน นวัตกรรมทาง การแพทย์และ สุขภาพที่ ประกาศใช้ใน ระบบ หลักประกัน สุขภาพ (สปสช.)				สปสช.									
			6) จำนวน ทรัพย์สินทาง ปัญญาจาก													(สปสช. เสนอ)

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๗๖/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			งานวิจัยและ เทคโนโลยีที่ ได้รับการ นำไปใช้ ประโยชน์หรือ สร้างผลกระทบ ให้เกิดการ เปลี่ยนแปลง (อ้างอิง แผนปฏิบัติการ ระยะยาว ปี 2566-2570) ของ บพค. ภายใต้ ยุทธศาสตร์ของ แผนด้าน วิทยาศาสตร์ วิจัยและ												

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๗๗/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศาสตร์ ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			นวัตกรรมของ ประเทศ)												
			7) จำนวน นวัตกรรมที่ พัฒนาจนนำไปสู่ การส่งออกหรือ ทดแทนการ นำเข้า (อ้างอิง แผนปฏิบัติการ ขับเคลื่อน วิทยาศาสตร์ ค้ำจุนการแพทย์ และสุขภาพ ศูนย์ความเป็น เลิศด้านชีววิทยา ศาสตร์ ปี 2562- 2566)												สปสช. เสนอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๗๘/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนุญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			8) จำนวน สถาบัน / ศูนย์วิจัยใน สถาบันอุดมศึกษา และหน่วยงาน ภาครัฐและ เอกชน ที่มีความ เชี่ยวชาญเฉพาะ ทางด้านระบาด ระดบชาติและ โรคอุบัติใหม่มี จำนวนเพิ่มขึ้น และกระจายใน ทุกภูมิภาค เพิ่มขึ้น (อ้างอิงแผนด้าน วิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรมปี 2566-2570)												สปสช. เสนอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๗๙/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			9) จำนวน เทคโนโลยีและ นวัตกรรม สมัยใหม่เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลใน การรับมือกับโรค ระบาด ระดับชาติและ โรคอุบัติใหม่ที่ ถูกนำไปใช้และ ประชาชนเข้าถึง บริการได้ (อ้างอิงแผนด้าน วิทยาศาสตร์วิจัย และนวัตกรรมปี 2566-2570)												สปสช. เสนอ
			10) จำนวน ระบบสุขภาพ												สกสว.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๐/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			แบบบูรณาการ ระดับประเทศ และ/หรือพื้นที่ (Integrated Health Services: IHS) ที่ใช้ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิง ระบบ และ นวัตกรรม สมัยใหม่ ซึ่ง แสดง ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการลดภาระ โรคที่สำคัญของ ประเทศ (National												

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๑/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			Burden of Disease: BOD) ได้แก่ 1) โรคติดต่อ 2) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) การบาดเจ็บและการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติ/โรคอุบัติใหม่												
			11) จำนวน “กลุ่มเครือข่ายความร่วมมือ” (Consortium) ที่ประกอบด้วย เครือข่าย สถาบัน/ ศูนย์วิจัยใน สถาบันอุดมศึกษา												สกสว.

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๒/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			า หน่วยงาน ภาครัฐ และ ภาคเอกชน ซึ่ง กระจายในทุก ภูมิภาค และมี ความเชี่ยวชาญ เฉพาะทางด้าน โรคระบาด ระดับชาติ/โรค อุบัติใหม่ และ ภาระโรคที่ สำคัญของ ประเทศ (National Burden of Disease: BOD) ที่แสดง ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล													

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๗/๒๓๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			ในการ ช่วยเหลือ/ สนับสนุน ประเทศและ/ หรือพื้นที่ให้ สามารถรับมือ กับโรคระบาด ระดับชาติ/โรค อุบัติใหม่ และ ลดภาระโรคที่ สำคัญของ ประเทศ โดยใช้ ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิง ระบบ และ นวัตกรรม สมัยใหม่ เพิ่มขึ้น												

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทหุดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๔/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			12) จำนวนเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลในการรับมือกับโรคระบาดระดับชาติและโรคอุบัติใหม่ที่ถูกนำไปใช้และประชาชนเข้าถึงบริการได้													สกสว.
			13) จำนวนนโยบายและมาตรการที่ได้ประกาศใช้ในระดับประเทศและ/หรือพื้นที่													สกสว.

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๕/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น า	1	2	3	4	
			ซึ่งพัฒนาโดยใช้ การวิจัย และ แสดงผลสำเร็จ ในการเพิ่ม ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการรับมือกับ โรคระบาด ระดับชาติ/ โรค อุบัติใหม่ และ ลดภาระโรคที่ สำคัญของ ประเทศ (National Burden of Disease: BOD) เพิ่มขึ้น (อ้างอิงแผนด้าน วิทยาศาสตร์วิจัย												

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดยุทธศาสตร์และแผนแม่ข่ายความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๖/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			และนวัตกรรมปี 2566-2570)												
			14) ต้นทุนใน การดำเนินการ เฝ้าระวังและ ป้องกันโรค (กรม ควบคุมโรค)												สกสว. เสนอ
			15) จำนวนศูนย์ เฝ้าระวังป้องกัน โรคที่มีการ ดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง (กรม ควบคุมโรค)												สกสว. เสนอ
			16) จำนวนนัก ระบาดวิทยาต่อ ประชากร (กระทรวง สาธารณสุข)												สกสว. เสนอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๘๗/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			17) ชีต ความสามารถ ด้านสุขภาพและ สาธารณสุข (The Global Health Security Index) มุ่งเน้น มิติการรับมือโรค ระบาด 195 ประเทศ โดยใช้ ข้อมูลระดับชาติ ครอบคลุม 6 มิติ 1.การป้องกัน - ป้องกัน สกัดกั้น ตัดไฟแต่ต้นลม การเกิดการ ระบาดตั้งแต่ขั้น แรก												สอวช. เสนอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๘๘/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			2.การตรวจจับ – ตรวจพบ รายงาน และ รับมือการ ระบาดในระยะ แรกเริ่มก่อน ลุกลาม 3.การตอบสนอง รับมือ – เมื่อพบ เหตุฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้ง ได้ทันท่วงที 4.ระบบ สาธารณสุข – ความเข้มแข็ง พื้นฐานของ ระบบ สาธารณสุขใน ประเทศ													

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๘๘๙/๒๓๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			5.ค่านิยมและ มาตรฐาน – การ ปฏิบัติตาม มาตรฐานสากล และการพัฒนา 6.ภาพรวมของ ความเสี่ยง – ปัจจัยเสี่ยงที่จะ ก่อให้เกิด เหตุร้ายด้านโรค ระบาด ที่มา : https://ghsindex.org/country/thailand/													
1.2 ระบบสุขภาพมี ความยืดหยุ่น สามารถ ปรับตัว หรือฟื้นตัวได้ อย่างรวดเร็ว โดยให้																

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๙๐/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
ความสำคัญกับกลไก การอภิบาลระบบ สุขภาพ โครงสร้างของ ระบบสุขภาพ การ จัดการระบบข้อมูลด้าน สุขภาพ การเงินการคลัง และกำลังคนด้าน สุขภาพ															
			1) สัดส่วน ประชากรที่ อาศัยอยู่ใน ประเทศไทย(ทั้ง คนไทยและ ชาวต่างชาติ) และมีระบบ ประกันสุขภาพ คุ้มครองเวลา เจ็บป่วย					-SDG 3.8 (3.8.1 และ 3.8.2) -- SDG3 (3.c.1 (3.d.1 , 3.d.2)							HITAP เสนอ

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๙๑/๒๖๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
								(HITA P และ สภสว. เสนอ)								
			2) ระยะเวลาที่ ใช้ในการ ตอบสนองใน สถานการณ์ วิกฤติ													
			3) นวัตกรรม เครื่องมือ ระบบ สารสนเทศเพื่อ การสร้างเสริม สุขภาพ ของ ระบบบริการ สุขภาพที่ สอดคล้องกับ บริบทพื้นที่ และ กลุ่มประชากร				สสส.									

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๔๒/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			ไม่น้อยกว่า 2 นวัตกรรม (แผน 12)												
			4) ข้อมูลจาก The Global Health Security Index หัวข้อที่ 3 การ ตอบสนองรับมือ - เมื่อพบเหตุ ฉุกเฉิน ตอบสนองยับยั้ง ได้ทันทั้งที่ https://ghsindex.org/country/thailand/												สอวช. เสนอ
1.3 เกิดการมีส่วนร่วม ของประชาชนในการ สร้างและเผยแพร่องค์															

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๔๓/๒๓๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่ง ต้องร่วมออกแบบและ ผลิตองค์ความรู้สุขภาพ ดูแลตนเอง ครอบครั ชุมชนได้															
			1) สัดส่วนของ ประชาชนหรือ ภาคประชา สังคมใน คณะกรรมการ ระดับชาติ เช่น คณะกรรมการ พัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม แห่งชาติ คณะกรรมการ หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการ					SDG 16.7 (16.7. 1 และ 16.7. 2) (HITA P แล สกว. เสนอ)							HITAP เสนอ ตัวชี้วัด, สกว. เสนอ SDG

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๙๔/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			ควบคุม โรคติดต่อ แห่งชาติ คณะกรรมการ ควบคุมการ บริโภคยาสูบ ฯลฯ													
			2) เครือข่าย ชุมชนท้องถิ่น77 ไม่น้อยกว่า 600 แห่ง ร่วมกัน ขับเคลื่อนงาน สร้างเสริมสุข ภาวะชุมชนใน ระดับพื้นที่ (แผน 6)				สสส.									
1.4 มีการกระจาย อำนาจการสร้างความรู้																

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๙๕/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
ให้กับหน่วยงานใน พื้นที่															
			1) สัดส่วนของ งบประมาณของ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เทียบกับ งบประมาณใน ภาครัฐทั้งหมด					- SDG 4.5 (4.5.1 -SDG 4.7) (HITA P และ สกว เสนอ)							HITAP เสนอ
			2) การ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพของ ประชาชน สอดคล้องกับ ประเด็นปัจจัย				สสส.								

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๔๖/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			เสี่ยงทาง สุข ภาวะที่เป็น ปัญหาของพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 ของ จำนวน กลุ่มเป้าหมายที่ เข้าร่วมโครงการ (แผน 11)												
			3) หน่วยจัดการ ที่มีบทบาทใน การกระจาย โอกาสการ ดำเนินงานสร้าง เสริมสุขภาพ สามารถขยาย บทบาทให้เกิด การเชื่อม ประสานความ				สสส.								

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๔๗/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			ร่วมมือกับ หน่วยงานใน พื้นที่ เพื่อ สนับสนุนการดา เนินงานสร้าง เสริมสุขภาพที่ ตอบสนองต่อ ความต้องการ และปัญหาสุข ภาวะของพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 3 แห่ง (แผน 11)													
			4) หน่วยบริการ สุขภาพ ที่ สามารถ สนับสนุนการ สร้างพื้นที่ เข้มแข็งและ จัดการตนเอง				สสส.									

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๙๘๘/๒๓๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนุญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			ด้านสุขภาพ (ระดับชุมชน ตำบล อำเภอ) โดยบูรณาการ ประเด็นสร้าง เสริมสุขภาพทา ให้ชุมชนหรือ ประชาชนมี สุขภาพดี สอดคล้องกับ พลวัตเชิงพื้นที่ และกลุ่ม ประชากร ร่วมกับ หน่วยงาน องค์กรในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 120 หน่วยบริการ (แผน 12)												

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๑๙๙๙/๒๓๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนุญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			5) กองทุน หลักประกัน สุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีรูปธรรมการ ดำเนินงานตาม กลุ่มเป้าหมาย เน้นหนัก (สปสช.)				สปสช.									
2. มาตรการตามธรรมนุญา ฉ. 3																
2.1 มีกลไกอภิบาล ระบบการสร้างและ เผยแพร่ความรู้ด้าน สุขภาพ ในส่วนกลาง และในระดับพื้นที่																
			1) สัดส่วนของ ประชาชนที่เข้าถึง ข้อมูลด้านสุขภาพ ผ่านช่องทางที่เป็น					SDG 17.8 (17.8. 1)								HITAP เสนอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๐/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			ทางการไม่ว่าจะ เป็นของภาครัฐ และเอกชน					(HITA P และ สกว. เสนอ)								
			2) จำนวนงบ ลงทุนวิจัยด้าน สุขภาพ เปรียบเทียบกับ งบประมาณวิจัย ทั้งประเทศและ เปรียบเทียบกับ ผลผลิตมวลรวม ภายในประเทศ													HITAP เสนอ
			3) จำนวน ผลงานวิจัยด้าน สุขภาพที่ได้รับ การเผยแพร่ในปีที่ ผ่านมา													HITAP

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๑/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			4) ชุดสื่อกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างให้ เด็กเล็ก มีทักษะ ในการปกป้อง ตนเองจากพิษภัย ของบุหรี่ จำนวน 1 ชุด (แผน 1)				สสส.									
			5) เกิดชุดคู่มือ สื่อสารเพื่อ ส่งเสริมกิจกรรม ทางกายในทุก กลุ่มวัย และ ประชากรกลุ่ม เปราะบาง (แผน 9)				สสส.									
			6) ชุดข้อมูล กระบวนการ เรียนรู้ สื่อสร้าง เสริมสุขภาวะ				สสส.									

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๒/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			จำนวนไม่น้อยกว่า 10 ชุด (แผน 15)												
			7) จำนวนหรือ ร้อยละผลงานวิจัย และผลงาน วิชาการทาง การแพทย์และ สุขภาพที่ตีพิมพ์ เผยแพร่ใน วารสารระดับชาติ หรือนานาชาติ												สปสช. เสนอ
			8) สัดส่วนงบ ลงทุนวิจัยด้าน สุขภาพ เปรียบเทียบกับ งบประมาณวิจัย ทั้งประเทศ (TDR/ Thailand policylab)												สกสว. เสนอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๓/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			จำนวนไม่น้อยกว่า 10 ชุด (แผน 15)												
			7) จำนวนหรือ ร้อยละผลงานวิจัย และผลงาน วิชาการทาง การแพทย์และ สุขภาพที่ตีพิมพ์ เผยแพร่ใน วารสารระดับชาติ หรือนานาชาติ												สปสช. เสนอ
			8) สัดส่วนงบ ลงทุนวิจัยด้าน สุขภาพ เปรียบเทียบกับ งบประมาณวิจัย ทั้งประเทศ (TDR/ Thailand policylab)												สกสว. เสนอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๓/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
2.2 มีกลไกบริหาร จัดการงานวิจัย/สร้าง องค์ความรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการกับหน่วยงาน ในพื้นที่																
			1) จำนวนการ อบรมหรือ กิจกรรมให้ ความรู้ที่จัดขึ้น สำหรับ ประชาชน				HITAP	SDG 4.1 (HITA P เสนอ)								
			2) จำนวนและ ขนาดของ งบประมาณ โดยรวมของ องค์กรภาค ประชาสังคม ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกับ													HITAP เสนอ

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๔/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			งบประมาณด้าน สุขภาพใน ประเทศทั้งหมด												
			3) บูรณาการ ร่วมกับแผน ควบคุมยาสูบ และแผนสุข ภาวะประชากร กลุ่มเฉพาะ เพื่อ พัฒนาคู่มือ มาตรฐานมีสียิต ปลอดภัยที่จะ เป็นแนวทางใน การดำเนินงาน ขับเคลื่อนมีสียิต ปลอดภัย (แผน 1) (แผน 2) (แผน 5)				สสส.								

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๕/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			4) กระบวนการ เสริมศักยภาพ ของภาคี เครือข่ายระดับ ส่วนกลาง/ ภูมิภาค/ท้องที่/ ท้องถิ่นในการ จัดการป้องกัน แก้ไขปัญหา เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ไม่ น้อยกว่า 1 กระบวนการ (แผน 2)				สสส.								
			5) พื้นที่บูรณา การเชิงประเด็น ไม่น้อยกว่า 3 เครือข่าย รวม แล้วไม่น้อยกว่า				สสส.								

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๖/๒๓๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			60 แห่ง ใช้พื้นที่ เป็นฐานในการ สร้างเสริมสุข ภาวะชุมชนตาม ทิศทางและ เป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. อันจะนำไปสู่การ เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและ/ หรือสุขภาพใน ทิศทางที่ดีขึ้น (แผน 6)													
			6) เครือข่ายผู้นำ ชุมชนท้องถิ่น ไม่ น้อยกว่า 1,000 คน สามารถนำ ชุดความรู้ไป ขยายผลต้นแบบ				สสส.									

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๘/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			และนวัตกรรม การสร้างเสริม สุขภาพตาม ทิศทางและ เป้าหมายระยะ 10 ปี ของ สสส. และ/หรือ ประเด็นตาม บริบทของชุมชน ท้องถิ่น ไม่น้อย กว่า 1 ประเด็น (แผน 6)													
			7) เครือข่ายบ่ม เพาะกิจการ ส่งเสริมพื้นที่ เรียนรู้ของเด็ก เยาวชน และ ครอบครัว ที่ช่วย สร้างความยั่งยืน				สสส.									

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หนวตการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๘/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น า	1	2	3	4	
			และสามารถ ระดมการร่วม ทุนจากภาคีภาค ธุรกิจ 1 เครือข่าย โดยมี สมาชิกเครือข่าย ไม่น้อยกว่า 5 พื้นที่บ่มเพาะ (แผน 7)												
			8) วัดจาก จำนวนผลงาน วิชาการด้าน สุขภาพจาก 2 ฐาน 1.ฐานข้อมูล วารสารวิชาการ ภายในประเทศ https://tci- thailand.org/												สอวช. เสนอ

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๐๙/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			2.ฐานข้อมูล บทความวิชาการ ของคนไทยด้าน สุขภาพ ระหว่าง ประเทศ ฐาน SCOPUS													
2.3 พัฒนารูปร่างข้อมูล องค์ความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งเชิงระบบและ นวัตกรรมสมัยใหม่																
			1) สัดส่วนของ ประชาชนหรือ ภาคประชา สังคมในสภา นโยบายการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม					-SDG 17.9. 1 (สกสว) -SDG 17.14 (HITA								HITAP เสนอ

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๐/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			แห่งชาติ และ คณะกรรมการ ลูกที่เกี่ยวข้อง					P (เสนอ)								
			2) คณะทำงาน บูรณาการ ประเด็น ยุทธศาสตร์ เพื่อ พัฒนา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (ววน.) ด้านการ สร้าง สร้าง ความ เข้มแข็งของ ระบบสุขภาพ													สกว.
			3) จำนวนกลุ่ม เครือข่ายความ ร่วมมือ (Consortium)													สกว.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๑/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			ที่ประกอบด้วย เครือข่าย สถาบัน/ ศูนย์วิจัยใน สถาบันอุดมศึกษา ฯ หน่วยงาน ภาครัฐ และ ภาคเอกชน มี ความเชี่ยวชาญ เฉพาะทางด้าน โรคระบาด ระดับชาติ/โรค อุบัติใหม่ และ ภาวะโรคที่ สำคัญของ ประเทศ ที่มีการ แลกเปลี่ยนองค์ ความรู้และ นำไปใช้												

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๓/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๒/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			ขับเคลื่อนเพื่อ รับมือกับโรค ระบาด ระดับชาติ/โรค อุบัติใหม่ และ ลดภาระโรคที่ สำคัญของ ประเทศ													
			4) จำนวน ประชาชนที่ ได้รับบริการจาก ระบบสุขภาพ แบบบูรณาการ ระดับประเทศ และ/หรือ พื้นที่ ที่เพิ่ม ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการรับมือกับ													สภสว.

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ทหวงการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๓/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			โรคระบาด ระดับชาติ/ โรค อุบัติใหม่ และ ลดภาระโรคที่ สำคัญของ ประเทศ (National Burden of Disease: BOD) โดยใช้ ผลงานวิจัย เทคโนโลยี นวัตกรรมเชิง ระบบ และ นวัตกรรม สมัยใหม่ (อ้างอิงแผนด้าน วิทยาศาสตร์วิจัย												

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดยกร่างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๔/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			และนวัตกรรมปี 2566-2570													
			5) สัดส่วน งบประมาณการ ลงทุน ววน. เพื่อ สนับสนุนการ วิจัยด้านสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง (สกสว.)													สกสว.
			6) จำนวน งบประมาณของ โครงการที่นำ ผลงานวิจัยไปใช้ ประโยชน์ด้าน สุขภาพ ต่อ งบประมาณ ววน. ด้าน สุขภาพทั้งหมด													สกสว.

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๕/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			7) สัดส่วน งบประมาณด้าน การเผยแพร่ ความรู้ด้าน สุขภาพ ต่อ งบประมาณ รวม. ด้าน สุขภาพ												สกว.
			8) จำนวน บุคลากรวิจัย ด้านสุขภาพ (สวรส./กอง ยุทธศาสตร์และ แผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข)												สกว. เสนอ
			9) ข้อมูลจำนวน ผลงานวิจัยที่เกิด												สอวช.

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๖/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			จากการให้ทุน จากกองทุน ส่งเสริม วิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม (ววน.) ได้จาก 1.ข้อมูลงานวิจัย ที่เสร็จสิ้นแล้ว ด้านสุขภาพและ สาธารณสุข หน่วยงาน วช. https://tnrr.nriis.go.th/#/ 2.ข้อมูลงานวิจัย ที่ได้รับจาก กองทุน ววน.												

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๗/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			ข้อมูลจาก วช. และ สกสว. (ยัง อยู่ระหว่างการ ให้ทุน) https://nriis.go.th/www/Default.aspx													
2.4 ให้ความสำคัญกับ สถาบัน/ศูนย์วิจัยใน สถาบันอุดมศึกษา หน่วยงานภาครัฐและ ภาคเอกชนที่กระจาย อยู่ในทุกภูมิภาคที่มี ความเชี่ยวชาญเชิง ระบบและด้านระบาด วิทยา เพื่อสร้างองค์ ความรู้ในการตอบสนอง และรับมือกับปัญหา สุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่																

คณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๘/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
เพื่อให้มีข้อเสนอแนะเชิง นโยบาย มาตรการ และ การบริหารจัดการของ ระบบเสริมสร้างความ มั่นคงทางสุขภาพของ ประเทศ																
			1) จำนวน โครงการวิจัย ด้านสุขภาพที่ หน่วยงาน สนับสนุนให้ ดำเนินงานในแต่ ละปี				HITAP	SDG 3b (HITA P เสนอ) - SDG3. c.1, SDG3. d.1 และ SDG3. d.2								

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๑๙/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
								(สกว - เสนอ)								
			2) สัดส่วนของ ทุนวิจัยด้าน สุขภาพที่ให้กับ โครงการวิจัยที่ ได้รับโจทย์จากผู้ มีส่วนได้เสียใน สังคม เปรียบเทียบกับ ทุนวิจัยของ โครงการวิจัย ด้านสุขภาพ ทั้งหมด													HITAP เสนอ
			3) พัฒนาองค์ ความรู้เชิง วิชาการทั้งจาก การวิจัย เอกสาร				สสส.									

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๐/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			เชิงวิชาการ หรือ การจัดการ ความรู้สำหรับ การเสริมความ รอบรู้ทาง สุขภาพด้านการ ควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ (Alcohol control Literacy) ไม่น้อยกว่า 10 เรื่อง (แผน 2)													
			4) พัฒนาองค์ ความรู้เชิง วิชาการทั้งจาก การวิจัย เอกสาร เชิงวิชาการ หรือ การจัดการ				สสส.									

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๑/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			ความรู้สำหรับ การเสริมความ รอบรู้ทาง สุขภาพด้านการ ป้องกันสารเสพติด Drug Protection Literacy) ไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง (แผน 2)													
			5) การพัฒนา ข้อมูล องค์ ความรู้ คู่มือและ เครื่องมือทาง วิชาการ หรือ การจัดการ ความรู้ด้านความ ปลอดภัยทาง ถนน สำหรับ				สสส.									

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๒/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			เสริมความรู้ ทางสุขภาพด้าน ความปลอดภัย ทางถนน (Road Safety Literacy) หรือ สนับสนุนให้ผู้ กำหนดนโยบาย หรือผู้ปฏิบัติงาน ด้านความ ปลอดภัยทาง ถนน อาทิ การ คาดการณ์ อุบัติเหตุสำหรับ เด็กและเยาวชน อย่างน้อย 6 เรื่อง (แผน 3)													
			6) การพัฒนา องค์ความรู้เชิง				สสส.									

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๓/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			วิชาการ ทั้งจาก การวิจัย เอกสาร เชิงวิชาการ หรือ การจัดการ ความรู้สำหรับ การเสริมความ รอบรู้ทาง สุขภาพด้านการ ลดปัญหาจาก การพนัน (gambling literacy) อย่าง น้อย 4 เรื่อง อาทิ ผลกระทบ การพนันใน ประเทศไทย (แผน 3)													
			7) พัฒนาและ ขยายผลองค์กร				สสส.									

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๔/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ	
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4		
			ความรู้ทาง วิชาการ นวัตกรรม เครื่องมือ เทคโนโลยีดิจิทัล สร้างเสริม สุขภาพจิตและ ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตใน กลุ่มวัยแรงงาน เด็กเยาวชน ผู้สูงอายุ หรือ ประเด็นปัจจัย กำหนด สุขภาพจิตอย่าง น้อย 3 เรื่อง ที่ สามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้ (แผน 4)													

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๕/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			8) เกิดองค์ ความรู้ งานวิจัย เอกสารเชิง วิชาการ การ จัดการความรู้ หรือร่าง มาตรการ ร่าง แผนงาน ร่าง แผนการทำงาน ในการจัดการที่ จำเป็นสำหรับ การแก้ไขปัญหา มลพิษทาง อากาศ ประเด็น ฝุ่นละอองขนาด เล็ก (PM2.5) หรือสารอินทรีย์ ระเหยง่าย (VOC) ของ				สสส.								

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๖/๒๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ ศา ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			ประเทศ จำนวน ไม่น้อยกว่า 2 เรื่อง (แผน 4)												
			- จำนวน โครงการวิจัย ด้านสุขภาพที่ หน่วยงาน สนับสนุนให้ ดำเนินงานในแต่ ละปี				สกว.								
			9) สัดส่วนของ ทุนวิจัยด้าน สุขภาพที่ให้กับ โครงการวิจัยที่ ได้รับโจทย์จากผู้ มีส่วนได้เสียใน สังคม เปรียบเทียบกับ ทุนวิจัยของ				สกว.								

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๖๗/๒๓๓๓

เป้าหมาย/มาตรการ ตามธรรมนูญสุขภาพ ฉ. 3	ข้อมูลตัวชี้วัด			ค่า เป้าหมาย ประเทศ ไทย ปี 2568	สูตรคำนวณ	ความถี่ ในการ จัดเก็บ	แหล่ง ข้อมูล	เป้าหมายระดับสากล			เกณฑ์การคัดเลือก				หมายเหตุ
	Health Indicators	Health Service System Indicators	Other Indicators					SDGs	ยุทธ า ชาติ	อื่น ๆ	1	2	3	4	
			โครงการวิจัย ด้านสุขภาพ ทั้งหมด												

คณะกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ
ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๘

๒๒๘/๒๓๓