

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559
ฉบับสังเคราะห์

สำนักวิชาการและนวัตกรรม
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
กันยายน พ.ศ. 2565



รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559
ฉบับสังเคราะห์

สำนักวิชาการและนวัตกรรม
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
กันยายน พ.ศ. 2565

ที่ปรึกษา

สุทธิพงษ์ วสุโสภภาพล รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

บรรณาธิการ

ทิพิชา โปษยานนท์ และศิริธร อรไชย

คณะผู้จัดทำ

สำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ทิพิชา โปษยานนท์ ผู้อำนวยการสำนักวิชาการและนวัตกรรม

ศิริธร อรไชย ผู้เชี่ยวชาญ

นภินทร ศิริไทย ผู้เชี่ยวชาญ

รัตนา เอิบกึ่ง ผู้อำนวยการ

ชลาลัย จันทวดี นักบริหารจัดการอาวุโส

คณะผู้จัดทำรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัด

พินิจ ทำอำนวยการ ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ:

- สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ
- การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ
- การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
- การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ
- การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
- การเงินการคลังด้านสุขภาพ
- สุขภาพจิต
- สุขภาพทางปัญญา

วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ สรชัย จำเนียรดำรงการ วรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร สถาเภสัชกรรม:

- การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

วิรุฬ ลิ้มสวาท สรชัย จำเนียรดำรงการ จุฑามาศ ปิยะวงษ์ จุฑามณี สารเสวก มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ:

- การอภิบาลระบบสุขภาพ

จกกลณี ศิริรัตน์ มูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี อภิรดี ดอนอ่อนเป้า คณะศึกษาศาสตร์และนวัตกรรม การศึกษา มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ธนาคาร ผินสุ่ และจิตติมาพร พลพงษ์ สมาคมพัฒนาชุมชน ท้องถิ่นและสังคม:

- ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

บทสรุปผู้บริหาร

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม มีสถานะตามบทบัญญัติใน มาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ นอกจากนี้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ระบุหน้าที่และอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ไว้ในมาตรา 27(3) ว่าให้ สช. สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำรายงานเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติฯ โดยที่ผ่านมามีการศึกษาทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามสาระหมวดที่กำหนดในธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ขึ้น โดย มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวม 24 ตัวชี้วัด จาก 12 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ 2) การสร้างเสริมสุขภาพ 3) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 4) การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ 5) การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 6) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ 7) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 8) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 9) การเงินการคลังด้านสุขภาพ 10) สุขภาพจิต 11) สุขภาพทางปัญญา และ 12) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ซึ่งในหมวดที่ 2) การสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพนั้น ได้มีการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ โดย สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และ สช. และนำเข้ารายงานในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2564 เมื่อวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2564 เพื่อทราบเรียบร้อยแล้ว

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพในครั้งนี้ จึงนำเสนอรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพเฉพาะในส่วนของสาระหมวดที่เหลือและเพิ่มหมวดอื่นเข้าไปด้วย จำนวนรวม 12 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ 2) การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ 3) การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 4) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 5) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ 6) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 7) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 8) การเงินการคลังด้านสุขภาพ 9) สุขภาพจิต 10) สุขภาพทางปัญญา 11) การอภิบาลระบบสุขภาพ และ 12) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดย สช. ได้นำข้อมูลตัวชี้วัดและรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่ได้มีการจัดทำขึ้นโดย คณะนักวิชาการ ได้แก่ นายแพทย์พินิจ พ้าอำนวยผล (ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ) นายแพทย์วิรุฬ ลิ้มสวาท และคณะ (สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ) ผศ.ดร. วรธนา ศรีวิริยานุภาพ และคณะ (สภาเภสัชกรรม) นางสาวจงกลณี ศิริรัตน์ (มูลนิธิประชาชนสังคมจังหวัดอุบลราชธานี) อาจารย์อภิรดี ดอนอ่อนบัว (คณะศึกษาศาสตร์และนวัตกรรมการศึกษา มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์) และนายธนาคาร ผินสู (สมาคม

พัฒนาชุมชน ท้องถิ่นและสังคม) และคณะ มาเรียบเรียง โดยใช้ตัวชี้วัดจำนวน 28 ตัว มีรายละเอียดโดยสรุปต่อไปนี

1. หมวดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 5 ตัว ได้แก่ ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ร้อยละของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็นที่มีการระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ และร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพตามวัย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความสามารถในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของบุคคลทุกคนในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม พบว่าตัวชี้วัดทั้ง 5 ยังไม่ได้สะท้อนถึงเรื่องของสิทธิด้านสุขภาพทั้งหมดที่มีการระบุไว้ในภาพพึงประสงค์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เช่น สิทธิเรื่องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอก่อนที่จะให้ความยินยอมว่าจะรับบริการหรือไม่ สิทธิของผู้ที่จะเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ก็นับว่าเป็นตัวชี้วัดที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากในการสะท้อนบางสิ่งบางอย่างในเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการสุขภาพในบางเรื่อง เช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านมและการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่พบว่ายังต่ำมากในภาพรวม รวมถึงการได้รับวัคซีนในเด็กที่มารดามีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา และในเด็กที่หัวหน้าครัวเรือนไม่ได้พูดภาษาไทยที่ยังพบว่าต่ำอยู่

นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการของเด็กปฐมวัยกับฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากโอกาสในการเข้ารับการศึกษาในเด็กที่มีฐานะยากจนนั้น ต่ำกว่าเด็กที่มีฐานะร่ำรวย จัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็กตามมาได้ ซึ่งตัวชี้วัดทั้ง 5 ที่ใช้นี้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งในการสะท้อนข้อมูลด้านสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพให้เห็นในบางเรื่องเท่านั้น โดยแสดงว่าอาจมีกลุ่มคนที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ และกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางอีกจำนวนหนึ่งที่ยังคงเข้าไม่ถึงสิทธิด้านสุขภาพของตนในด้านอื่นๆ ด้วย เหล่านี้ สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรบางกลุ่ม ดังนั้น ควรมีการศึกษาและพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการได้น้อยกว่าประชากรโดยทั่วไป ทั้งจากปัจจัยทางภูมิภาค เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมด้วย โดยนอกจากการมีนโยบายที่เอื้อและความพร้อมของภาครัฐในการสนับสนุนให้เข้าถึงเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพแล้ว ความร่วมมือกับภาคเอกชน รวมถึงการสร้างความตระหนักโดยครอบครัวและชุมชนเองก็มีส่วนสำคัญในการช่วยสนับสนุนได้ด้วย

2. หมวดการบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 2 ตัว ได้แก่ ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพพึงประสงค์ในเรื่องการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เป็นการเฉพาะ โดยใช้เรื่องบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการดูแลแบบประคับประคองมาเป็นข้อมูลในการศึกษา ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลแบบ

ประทับประกอบ แต่ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องของการดูแลดังกล่าวของโรงพยาบาลแต่ละประเภท ขณะที่ในเรื่องของการเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ในภาพรวมยังทำได้ไม่เต็มที่ และมีความแตกต่างกันในรายละเอียดสุขภาพ ซึ่งควรศึกษาและพิจารณาถึงข้อมูลเชิงลึกในเรื่องปัจจัยหรือสาเหตุที่ส่งผลต่อระบบการเชื่อมต่อกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและเรื่องของการดูแลแบบประคับประคองในแต่ละเขตสุขภาพที่พบว่ายังคงมีความแตกต่างกันด้วย อย่างไรก็ตาม พบว่าตัวชี้วัดทั้ง 2 ยังไม่ได้สะท้อนถึงเรื่องของการบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพทั้งหมดที่มีการระบุไว้ในภาพพืงประสงค์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เช่น เรื่องคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยของบริการ การมีหน่วยบริการประจำ การส่งต่อไปยังสถานบริการแต่ละระดับ จึงควรพิจารณาระบุตัวชี้วัดเพิ่มเติมในเรื่องของคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยของการบริการสุขภาพด้วย เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามสถานการณ์ในเรื่องเหล่านี้

3. หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 2 ตัว ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และจำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด ซึ่งตัวชี้วัดทั้ง 2 จัดเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยแสดงให้เห็นถึงการให้บริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้ป่วยนอกในสถานบริการในเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันในรายละเอียดสุขภาพ และไม่ได้รวมข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนและกรุงเทพมหานคร และยังสะท้อนถึงการสนับสนุนงานวิจัยเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและการนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งพบว่ามีความโน้มที่ดี อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดทั้ง 2 นี้ ยังไม่ได้สะท้อนถึงภาพพืงประสงค์ในเรื่องการที่ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและมีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชุมชน รวมถึงสามารถจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนได้ด้วยตนเอง และยังไม่สะท้อนเรื่องการเมืองการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น รวมถึงเรื่องการเมืองระบบและกลไกที่เข้มแข็งและกลไกบูรณาการระดับชาติในการวางแผนยุทธศาสตร์กำกับดูแลทิศทางและขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการพัฒนาธรรมาภิบาลไทยควบคู่ไปกับการพัฒนาแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบเพื่อเพิ่มการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศให้มากขึ้น จึงควรมีการกำหนดให้มีการวัดหรือติดตามในส่วนนี้เพิ่มเติมด้วย

4. หมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 2 ตัว ได้แก่ ตัวชี้วัดเรื่องศักยภาพของสภาองค์กรของผู้บริโภค (วัดจากจำนวนและการกระจายตัวขององค์กรของผู้บริโภคและหน่วยงานของสภาองค์กรของผู้บริโภคประจำจังหวัด (หน่วยงานประจำจังหวัด) โดยคิดเป็นร้อยละ และวัดจากความสามารถในการดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนดไว้ของสภาองค์กรของผู้บริโภค โดยเฉพาะด้านอาหาร ยาและผลิตภัณฑ์

สุขภาพ และด้านบริการสุขภาพ โดยคิดเป็นร้อยละ) และตัวชี้วัดเรื่องอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ อื่นๆ มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งตัวชี้วัดทั้ง 2 ที่เลือกมานั้น มุ่งเน้นไปที่การดูแลสุขภาพของสมาชิกของผู้บริโภคที่เพิ่งตั้งขึ้นในปี 2565 ตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562 เพื่อมาร่วมทำงานเสริมกับองค์กรหน่วยงานภาครัฐในการเฝ้าระวัง ดูแล และคุ้มครองผู้บริโภค โดยเมื่อพิจารณาสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในปัจจุบันตามตัวชี้วัดทั้ง 2 ที่เลือกมา ควบคู่ไปกับการพิจารณาภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 แล้ว พบว่ายังมีช่องว่างที่ท้าทายศักยภาพของสภาองค์กรของผู้บริโภคอยู่อีกมาก เช่น ปัจจุบันยังคงพบว่าสินค้าและบริการด้านสุขภาพที่มีปัญหายังมีปรากฏในกระแสข่าวอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการซื้อขายกันทางออนไลน์ แม้ว่าหลายๆ จังหวัดจะมีองค์กรของผู้บริโภคแล้ว แต่การรวมกลุ่มของผู้บริโภคในบางจังหวัดยังคงไม่มี โดยจากรายงานผลการดำเนินงานตรวจวิเคราะห์ประจำปี 2563 ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่ามีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เข้ามาตรฐานอยู่ร้อยละ 17.4 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลิตภัณฑ์อาหาร

นอกจากบทบาทของสภาองค์กรของผู้บริโภคแล้ว ยังมีความท้าทายในการทำงานของหน่วยงานองค์กรภาครัฐ ที่ปัจจุบันพบว่างานคุ้มครองผู้บริโภคของหน่วยงานหลักยังคงแยกส่วนกันปฏิบัติ ยังไม่สามารถบูรณาการกันได้อีกด้วย และแม้จะมีกลไกสำหรับการร้องเรียนและไกล่เกลี่ยแล้ว แต่ก็ยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายจากการบริโภค ซึ่งในส่วนนี้ แม้ว่าจะไม่ได้นำมาเป็นตัวชี้วัดโดยตรง แต่จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาในเชิงนโยบายว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดการทำงานที่หนุนเสริมกันอย่างเป็นระบบในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพต่อไป

5. หมวดการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 2 ตัว ได้แก่ *ร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP และอัตราส่วนนักวิจัยต่อประชากร 10,000 คน* ซึ่งจัดเป็นตัวชี้วัดที่ช่วยให้สามารถติดตามสถานการณ์ด้านการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพตามภาพพึงประสงค์ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ได้ดี โดยปัจจุบันพบว่านักวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชนและภาคอุดมศึกษา ขณะที่ภาครัฐนั้นมีนักวิจัยน้อยมาก และสำหรับค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนานั้น พบว่าภาคเอกชนลงทุนเป็นส่วนใหญ่ และเน้นไปที่การวิจัยและพัฒนาด้านวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี มากกว่าการวิจัยและพัฒนาด้านสังคม และสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์และสุขภาพอย่างชัดเจน จากข้อมูลจึงสะท้อนให้เห็นว่าควรมีการบริหารจัดการเรื่องการสร้างความรู้และองค์ความรู้ด้านสุขภาพสาขาต่างๆ อย่างเป็นระบบ โดยควรมีการพิจารณาถึงทิศทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศว่าสาขาใดที่มีความสำคัญและจำเป็น แต่ยังคงมีการลงทุนน้อย เพื่อให้เกิดการจัดสรรและกระจายงบประมาณการสร้างความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ในการพัฒนานักวิจัย ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนของภาครัฐบาล ที่มีทั้งจำนวนและอัตราการเติบโตที่ช้ากว่าภาคเอกชน และภาคอุดมศึกษาอย่างเห็นได้ชัด รวมถึงควรมีการพัฒนาหรือบูรณาการความร่วมมือในด้านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกัน

6. หมวดการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 1 ตัว ได้แก่ *จำนวนของข่าวปลอม (fake news) ที่ถูกตรวจจับและถูกระงับ* ซึ่งเป็นข้อมูลจากศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ที่เป็นหน่วยงานหลักในการติดตามและตรวจสอบข่าวปลอมในสื่อต่างๆ โดยเริ่มมี

การติดตามตรวจสอบตั้งแต่ 1 พ.ย. 2562 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงการมีกลไกการคัดกรองความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยมีระบบเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม อยู่ ซึ่งมีความสำคัญ แต่ควรพัฒนาให้เกิดการเชื่อมประสานระหว่างองค์กรภาครัฐอื่น ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคเอกชน ในทุกระดับ เพื่อให้สามารถตรวจสอบและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเท่าทันสถานการณ์และรวดเร็วยิ่งขึ้น รวมถึงเพื่อช่วยสร้างความตระหนักให้กับผู้ผลิตสาร ผู้ส่งสารหรือผู้ทำหน้าที่สื่อกลาง และผู้รับสาร มีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วยจิตสำนึกที่ดีต่อบทบาทหน้าที่การสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องสู่สาธารณะอีกด้วย

7. หมวดการสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 1 ตัว ได้แก่ *ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข* ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงสถานการณ์ด้านกำลังคนด้านสุขภาพของไทยได้ดี โดยแสดงให้เห็นถึงความหนาแน่นของบุคลากรสาธารณสุข ในรูปแบบของอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร โดยพบว่าสถานการณ์โดยรวมมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในช่วงระยะเวลา 9 ปี (พ.ศ. 2554 - 2562) แต่ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดในระดับนานาชาติ นอกจากนี้ พบว่าการกระจายของบุคลากรสาธารณสุขยังมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ยังมีอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นอยู่ แม้ว่าแนวโน้มของความแตกต่างดังกล่าวดีขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมาก็ตาม

จากการกระจายตัวที่ยังคงมีความแตกต่างกันนั้น สะท้อนถึงปัญหาในเรื่องระบบบริหารจัดการเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ความเป็นธรรมในเรื่องการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุข และการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ภายใต้สมมติฐานที่ว่าความต้องการบริการสุขภาพมีความใกล้เคียงกันระหว่างภูมิภาค ดังนั้น จึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ความสามารถของแต่ละวิชาชีพอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ และควรเพิ่มเติมบุคลากรในระบบบริการและกระจายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในบริเวณพื้นที่จังหวัดและเขตที่มีอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่ต่ำกว่าพื้นที่อื่น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการบูรณาการระดับประเทศ ที่ประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลาง ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ หน่วยผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและวางแผนในการผลิต การพัฒนา การธำรงรักษา การติดตามประเมินสถานการณ์ และการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรม ลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละภูมิภาค สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องได้

8. หมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 2 ตัว ได้แก่ *ตัวชี้วัดเรื่องความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ* (พิจารณาจากรายจ่ายด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละบุคคล การเงินการคลังที่พึงประสงค์คือการเงินการคลังที่มีลักษณะก้าวหน้า กล่าวคือ คนรวยจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่าคนจนเมื่อเปรียบเทียบโดยพิจารณาความสามารถในการจ่ายด้วย ในทางตรงกันข้าม การเงินการคลังที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่มีความเป็นธรรม ก็คือ การเงินการคลังที่มีลักษณะถดถอย กล่าวคือ คนรวยจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่ต่ำกว่าคนจนเมื่อเปรียบเทียบโดยพิจารณาความสามารถในการจ่ายด้วย) ซึ่ง

จากข้อมูลที่พบ สะท้อนให้เห็นว่าการคลังด้านสุขภาพของไทยมีลักษณะก้าวหน้า จึงยังอยู่ในลักษณะที่พึงประสงค์ของการคลังสุขภาพ และตัวชี้วัดเรื่องการกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐ ซึ่งจากข้อมูลพบว่าการอุดหนุนของรัฐเน้นไปที่คนจนมากกว่าคนรวย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความแตกต่างของโอกาสในการใช้บริการในสถานบริการระดับสูง เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่พบว่ายังคงอุดหนุนการให้บริการของคนรวยมากกว่า โดยตัวชี้วัดทั้ง 2 ตัว เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพรวมให้เห็นถึงการบริหารจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศเพื่อสร้างให้เกิดความเป็นธรรมในด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันเป็นไปในทิศทางที่ลดความเหลื่อมล้ำ อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งในการสะท้อนข้อมูลด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพให้เห็นในบางเรื่องเท่านั้น ยังไม่ได้แสดงถึงเรื่องการลงทุนด้านสุขภาพในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการจัดการกับปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และไม่ได้สะท้อนเรื่องภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ทั้งหมด นอกจากนี้ จากข้อมูลที่พบ แสดงให้เห็นว่าหากมีการวิเคราะห์และบริหารจัดการด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพให้ดี ประเทศไทยจะยังคงสามารถลดความเหลื่อมล้ำในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อีก เช่น การอุดหนุนของรัฐแก่กลุ่มคนจนในสถานบริการระดับสูง เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ให้มากขึ้น รวมถึงอาจพิจารณาถึงตัวชี้วัดที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นของ สปสช. ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เพิ่มเติมด้วย

9. หมวดสุขภาพจิต ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 2 ตัว ได้แก่ อัตราการฆ่าตัวตาย และระดับสุขภาพจิตของคนไทย ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 5 ปีล่าสุด ขณะที่สัดส่วนของประชากรที่มีสุขภาพจิตดีก็มีแนวโน้มลดลง เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของคนไทยที่มีแนวโน้มไปในทิศทางแย่ลง ซึ่งในทางจัดการนั้น ควรให้ความสำคัญกับมาตรการทั้งในระดับชาติและในระดับพื้นที่ ที่จะช่วยในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย เช่น ระบบบริการสาธารณสุขที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะคนด้อยโอกาสและคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางในสังคม การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และออนไลน์ การติดตามกลุ่มเสี่ยง (เช่น ผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลและป้องกัน การให้คำปรึกษาในสถานศึกษา การเฝ้าระวังในชุมชนและในสถานที่ทำงาน

นอกจากนี้ จากข้อมูลเรื่องระดับสุขภาพจิตของคนไทย พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านต่างๆ ที่รวมถึงปัจจัยในเรื่องระดับการศึกษาและสุขภาพกาย เนื่องจากพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า ประถมศึกษาหรือประถมศึกษาจะมีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี ต่ำสุด ขณะที่ผู้ที่มีสุขภาพกายดี จะมีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี สูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งเหล่านี้สามารถสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างกับระดับสุขภาพจิตได้ส่วนหนึ่งเช่นกัน ดังนั้น ในการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากร โดยรวมควรจะต้องพิจารณาถึงเหตุปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม จึงควรเป็นบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งบทบาทในระดับท้องถิ่น ที่จะดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมไปถึง

ระดับครอบครัว ที่ควรให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีของสมาชิกในครอบครัวได้

10. หมวดสุขภาพทางปัญญา ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 1 ตัว ได้แก่ *ระดับความสุขของประเทศไทย* ซึ่งพบว่า คะแนนความสุขของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2561 และอันดับความสุขของไทยเมื่อเทียบกับประเทศอื่น เพิ่มขึ้นจากอันดับที่ 32 ในปี 2560 เป็นอันดับที่ 54 ในปี 2564 ซึ่งหมายถึงระดับความสุขที่แย่ลงทั้งในเชิงแนวโน้มและการเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ซึ่งตัวชี้วัดในเรื่องระดับความสุขของประเทศไทยนี้อาจเป็นตัวชี้วัดทางอ้อมในการใช้ในการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพทางปัญญา อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการดำเนินงานตามภาพพึงประสงค์ที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เช่น เรื่องการทำให้ทุกภาคส่วนมีความรู้ความเข้าใจในสุขภาพทางปัญญาที่ตรงกัน และการให้ความสำคัญกับการเปิดพื้นที่ให้มีกิจกรรมหรือปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทางปัญญาทั้งในระดับบุคคลระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสังคม หรือเรื่องการบูรณาการทรัพยากรต่างๆ ที่จะทำให้คนไทยมีโอกาสในการเข้าถึงสุขภาพทางปัญญา ดังนั้น ควรมีการศึกษาติดตามและพัฒนาตัวชี้วัดเรื่องสุขภาพทางปัญญาเพิ่มเติม

11. หมวดการอภิบาลระบบสุขภาพ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 4 ตัว ได้แก่ *สัดส่วนการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสมาชิกสามภาคส่วนหลัก ความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด และการสนับสนุนงบประมาณเพื่ออุดหนุนภารกิจด้านสุขภาพที่มอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ* ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ของไทย ในมิติของการผนึกกำลังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมขับเคลื่อน ตัดสินใจ รับผิดชอบ โดยมุ่งประโยชน์สาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน รวมถึงการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถปฏิบัติการกิจด้านสุขภาพต่าง ๆ และพึ่งตนเองได้ ซึ่งในภาพรวมถือว่าดี เนื่องจากแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยให้ความสำคัญและมีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม หากมีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของตัวชี้วัด เพื่อให้เกิดการสะท้อนองค์ประกอบด้านการอภิบาลระบบสุขภาพเพิ่มเติม ทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของภาคส่วนต่าง ๆ และ 3) การร่วมกันกำกับติดตามสถานการณ์ของผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงพัฒนารายละเอียดตัวชี้วัดเพิ่มเติมเพื่อติดตามบทบาทและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการอภิบาลระบบสุขภาพ ก็จะทำให้เห็นข้อมูลเชิงคุณภาพและสถานการณ์ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพของไทยในภาพรวมมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

12. หมวดธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ใช้ตัวชี้วัดจำนวน 4 ตัว ได้แก่ *จำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ความเข้าใจและความสามารถของพื้นที่ที่มีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ในการนำสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปปรับใช้ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพของชุมชน การใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นแนวทางในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมีระบบติดตาม ทบทวน และประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ*

และการเชื่อมโยงเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่ เพื่อนำองค์ความรู้ ไปต่อยอดและขยายผลการจัดการระบบสุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมไปยังพื้นที่อื่นๆ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึง การดำเนินงานของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่สอดคล้องกับภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่าเป็นไปในทิศทางที่ดี คือ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่ ดำเนินการส่วนใหญ่มีความสอดคล้องตามภาพพึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม นอกจากการมุ่งเน้นการดำเนินงานที่ สอดคล้องตามภาพพึงประสงค์ดังกล่าวแล้ว ในการจัดเก็บหรือสำรวจข้อมูลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นั้น ในส่วน ของจำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่เกิดขึ้นรายปี ควรมีการรายงานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน สำหรับในการติดตาม ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในเชิงคุณภาพนั้น ควรมีการออกแบบให้เกิดการสำรวจติดตามเป็นระยะๆ และควร แสดงให้เห็นถึงประโยชน์จากการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดผลต่อ การพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่เชิงรูปธรรม รวมถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนา ขับเคลื่อน และประเมิน หรือวัดผลสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ด้วย

คำนำ

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 เป็นการนำเสนอสถานการณ์ระบบสุขภาพตามหน้าที่และอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ระบุไว้ในมาตรา 27 (3) ว่าให้ สช. สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำรายงานเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติฯ โดย สช. และมูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้มีการศึกษาและกำหนดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขึ้นตามสาระหมวดที่กำหนดในธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ไว้จำนวน 14 หมวด ซึ่งที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขให้จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทยในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพขึ้น และมีการรายงานในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ครั้งที่ 2/2564 เมื่อวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2564 ทราบเรียบร้อยแล้ว

เอกสารฉบับนี้ จึงนำเสนอสถานการณ์ระบบสุขภาพตามธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เฉพาะในส่วนของสาระหมวดที่เหลือและเพิ่มหมวดอื่นเข้าไปด้วย จำนวนรวม 12 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิและหน้าที่ 2) การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ 3) การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 4) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 5) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ 6) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 7) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 8) การเงินการคลังด้านสุขภาพ 9) สุขภาพจิต 10) สุขภาพทางปัญญา 11) การอภิบาลระบบสุขภาพ 12) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยสำนักวิชาการและนวัตกรรม สช. ได้รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจและติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัดที่ สช. ได้สนับสนุนให้ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (นายแพทย์พินิจ พ้าอำนวยการผล) รศ.ดร. วรณา ศรีวิริยานุภาพ และคณะ จากสภาเภสัชกรรม นายแพทย์วิรุฬ ลิ้มสวาท และคณะ จากมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ นางจงกลณี ศิริรัตน์ จากมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี และอาจารย์อภิรดี ดอนอ่อนบัว จากคณะศึกษาศาสตร์และนวัตกรรมการศึกษา มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ และคณะจัดทำขึ้น มาสรุปให้กระชับ เพื่อให้หน่วยงานและองค์กรที่ซสนใจนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ต่อไป

สำนักวิชาการและนวัตกรรม
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทสรุปสำหรับผู้บริหาร | ก |
| คำนำ | ฉ |
| สารบัญ | ญ |
| ความเป็นมาของรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 | 1 |
| 1. สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ | 2 |
| 2. การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ | 14 |
| 3. การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก | 19 |
| 4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ | 24 |
| 5. การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ | 29 |
| 6. การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ | 33 |
| 7. การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ | 35 |
| 8. การเงินการคลังด้านสุขภาพ | 39 |
| 9. สุขภาพจิต | 45 |
| 10. สุขภาพทางปัญญา | 51 |
| 11. การอภิบาลระบบสุขภาพ | 53 |
| 12. ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ | 59 |
| เอกสารอ้างอิง | 64 |

ความเป็นมาของรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคม มีสถานะตามบทบัญญัติใน มาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดให้ใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ นอกจากนี้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ระบุหน้าที่และอำนาจของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ไว้ในมาตรา 27(3) ว่าให้ สช. สำรวจ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อจัดทำรายงานเพื่อประโยชน์ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติฯ โดยที่ผ่านมามีการศึกษาทบทวนและกำหนดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ขึ้น ตามสาระหมวดที่กำหนดในธรรมนูญระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ขึ้น รวม 24 ตัวชี้วัด จาก 12 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ 2) การสร้างเสริมสุขภาพ 3) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ 4) การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ 5) การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก 6) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ 7) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 8) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 9) การเงินการคลังด้านสุขภาพ 10) สุขภาพจิต 11) สุขภาพทางปัญญา และ 12) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ซึ่งในหมวดที่ 2) การสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ได้มีการจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ และนำเข้ารายงานในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2/2564 เมื่อวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2564 เพื่อทราบเรียบร้อยแล้ว

การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพในครั้งนี้ จึงนำเสนอรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพเฉพาะในส่วนของสาระหมวดที่เหลือและเพิ่มหมวดอื่นเข้าไปด้วย จำนวนรวม 12 หมวด ได้แก่ 1) สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ 2) การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ 3) การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก 4) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 5) การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ 6) การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 7) การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ 8) การเงินการคลังด้านสุขภาพ 9) สุขภาพจิต 10) สุขภาพทางปัญญา 11) การอภิบาลระบบสุขภาพ และ 12) ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยใช้ตัวชี้วัดจำนวน 28 ตัว มีรายละเอียดโดยสรุปรายหมวดต่อไปนี้

1. สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

1) บุคคลทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ และกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางสามารถเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพที่บัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ พันธกรณีของกฎหมายระหว่างประเทศด้านสุขภาพและด้านสิทธิมนุษยชนที่ไทยเป็นภาคี และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยรัฐมีนโยบาย มาตรการ กลไก และทรัพยากรในการส่งเสริมและสนับสนุนการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวอย่างเหมาะสม

2) บุคคลได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ ที่เป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย กฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ จริยธรรมทางการแพทย์และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น สิทธิในการได้รับสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วย สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอก่อนที่จะให้ความยินยอมว่าจะรับบริการหรือไม่ สิทธิของผู้ที่จะเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขผู้บริหารสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน และสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ จะต้องให้ความสำคัญและถือปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

3) บุคคล ชุมชน และภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานด้านสิทธิด้านสุขภาพ โดยรัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ให้การสนับสนุน

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของไทยรวม 5 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่
- 2) ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น
- 3) ร้อยละของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน
- 4) ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็นที่มีการระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ
- 5) ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพตามวัย

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

| | |
|--------------|--|
| นิยาม | หญิงวัยเจริญพันธุ์หรือหญิงอายุระหว่าง 15-49 ปีที่ไม่ต้องการจะตั้งครรภ์อีกหรือต้องการจะเลื่อนการตั้งครรภ์ออกไปได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่โดยความสมัครใจ <u>วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่</u> ได้แก่ การทำหมันหญิง การทำหมันชาย ห่วงอนามัย ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ถุงยางอนามัยผู้หญิง หมวกยางสอดในช่องคลอด โฟม สารหล่อลื่น แผ่นแปะคุมกำเนิด เป็นต้น <u>วิธีคุมกำเนิดดั้งเดิม</u> ได้แก่ การนบระยะปลอดภัย การหลั่งนอกช่องคลอด เป็นต้น |
| การวัด | ค่านวนหาร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ |
| วิธีการคำนวณ | ใช้จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์หรือคู่ตอนที่ใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่อย่างน้อย 1 วิธีเป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนหญิงทั้งหมดที่ควรได้รับการคุมกำเนิด ทั้งที่สามารถและไม่สามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆได้ และคูณด้วย 100 |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ มีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (SDG target) |

แหล่งข้อมูล

- 1) รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster survey, MICS) ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) โดยล่าสุดเป็นข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจรอบที่ 6 (MICS6) โดยการดำเนินการก่อนหน้านี้ ได้แก่ MICS4 ปี พ.ศ. 2555 และ MICS5 ปี พ.ศ. 2558-59 มีการรายงานในระดับประเทศ และระดับภาค ได้แก่ กรุงเทพฯ กลางเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้ และมีการเปรียบเทียบระหว่างเขตการปกครอง ภาษาพูดของหัวหน้าครัวเรือน (ไทย-ไม่ใช่ไทย) ระดับการศึกษา และดัชนีความมั่นคง เป็นต้น

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สามารถเข้าถึงได้ทาง
nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/แรงงาน/สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย.aspx

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่มีความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่หญิงวัยเจริญพันธุ์มีความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่

พบว่าการคุมกำเนิดของหญิงอายุ 15-49 ปี ที่สมรสหรืออยู่กินกับชาย ในปี 2562 อยู่ที่ร้อยละ 73.0 และหากนับเฉพาะวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ (ไม่รวมวิธีดั้งเดิม) จะอยู่ที่ร้อยละ 71.3 โดยแบ่งเป็นในวัยเย็บมดคุมกำเนิดร้อยละ 29.2 รองลงมาคือ ทำหมันหญิงร้อยละ 25.3 และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 11.9 ตามลำดับ และผู้ที่ไม่ได้คุมกำเนิดอยู่ที่ ร้อยละ 27.1 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.6 ในปี 2558 และร้อยละ 20.7 ในปี 2555 ตามลำดับ

โดยพบว่าหญิงอายุ 15-49 ปี ที่สมรสหรืออยู่กินกับชาย ที่มีความต้องการเว้นระยะห่างการมีบุตร แต่ไม่ได้คุมกำเนิด อยู่ที่ร้อยละ 3.6 และที่ต้องการจำกัดจำนวนบุตร แต่ไม่ได้มีการคุมกำเนิด อยู่ที่ร้อยละ 4.4 ซึ่งกรณีเหล่านี้จัดเป็นสถานการณ์ในเรื่องความต้องการที่ไม่สัมฤทธิ์ในการวางแผนครอบครัว ซึ่งจัดว่าเพิ่มขึ้นจากปี 2558 แต่ก็จัดว่าเป็นขนาดที่ไม่สูง ยังอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

ส่วนเรื่องความพึงพอใจของหญิงวัยเจริญพันธุ์กับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ พบว่าในปี 2562 นั้น ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวโดยวิธีสมัยใหม่อยู่ที่ร้อยละ 88 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย โดยเมื่อนำตัวชี้วัดนี้มาเปรียบเทียบกับระหว่างภาคแล้ว พบว่าร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวโดยวิธีสมัยใหม่ สูงสุดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 91.3) ขณะที่ภาคใต้ มีร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความพึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวโดยวิธีสมัยใหม่ต่ำสุด คือ อยู่ที่ร้อยละ 79.6 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้เล็กน้อย ดังนั้น จึงควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวของกลุ่มดังกล่าว เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวตามที่ต้องการได้มากขึ้น

ตัวชี้วัดที่ 2: ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

นิยาม ความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นตามนโยบาย เช่น บริการอนามัยแม่และเด็ก บริการคัดกรองโรค โรคไม่ติดต่อ บริการคัดกรองด้านสุขภาพและสุขภาพจิต ที่ต้องพิจารณาในด้านขีดความสามารถของการให้บริการและด้านการเข้าถึงของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งของประชากรกลุ่มที่ด้อยโอกาส

การวัด คำนวณหาร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ

วิธีการคำนวณ

- 1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
- 2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์
- 3) ร้อยละหญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
- 4) ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง
- 5) ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน

- 6) ร้อยละหญิงอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข
- 7) ร้อยละหญิงอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 8) ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง ADL (Activities of Daily Living หรือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน)
- 9) ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q)

ค่าเป้าหมาย

- 1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ มีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 75 ขึ้นไป
- 2) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ มีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 75 ขึ้นไป
- 3) ร้อยละหญิงหลังคลอด ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ มีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 75 ขึ้นไป
- 4) ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมาย
- 5) ร้อยละประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมาย
- 6) ร้อยละหญิงอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข มีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (Service plan สาขามะเร็ง)
- 7) ร้อยละหญิงอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ในระยะเวลา 5 ปี (Service plan สาขามะเร็ง)
- 8) ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง ADL (Activities of Daily Living หรือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน) ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมาย
- 9) ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2 Q) ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล

- 1) ฐานข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม ในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center, HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) HDC กระทรวงสาธารณสุข (hdcservice.moph.go.th)
เลือกรายการข้อมูลจากแถบเมนู
เลือกข้อมูลที่ต้องการ
เลือกปีงบประมาณ
เลือกพื้นที่ (ระดับประเทศ/เปรียบเทียบเขต/ระดับเขต/ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ)

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น

พบว่าสถานการณ์เรื่องความครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็กที่เก็บจากข้อมูล 12 เขตสุขภาพ ซึ่งไม่รวมกรุงเทพมหานครนั้น ภาพรวมมีแนวโน้มที่ดีขึ้น โดยพบว่า ร้อยละของการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 83 ในปี 2563 ร้อยละของการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 76 ในปี 2563 ร้อยละของการดูแลมารดาหลังคลอดครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ เพิ่มจากร้อยละ 63 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 76 ในปี 2563 ซึ่งสูงกว่าร้อยละ 75 ที่เป็นค่าเป้าหมายในเรื่องนี้ อย่างไรก็ตาม หาดูรายละเอียดของข้อมูลรายเขตสุขภาพ จะมีบางเขตที่มีข้อมูลความครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็กต่ำกว่าค่าเป้าหมาย โดยเฉพาะในเขต 4 และเขต 6 พบว่าต่ำกว่าเขตอื่น ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่ข้อมูลที่เก็บได้ไม่ครอบคลุมการได้รับบริการจากสถานบริการเอกชน ทำให้ข้อมูลความครอบคลุมอาจต่ำกว่าความเป็นจริงได้

ส่วนสถานการณ์เรื่องความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 89 ในปี 2563 ซึ่งจัดว่าค่อนข้างดี

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่เก็บจาก 12 เขตสุขภาพ (ไม่รวมในเขตกรุงเทพมหานคร) พบว่าสถานการณ์เรื่องความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งเต้านมในปี 2563 อยู่ที่ร้อยละ 76 และข้อมูลในปี 2562 ระบุว่า การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม 5 ปี อยู่ที่เพียงร้อยละ 57 เท่านั้น ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งทั้ง 2 ชนิดนี้มีค่าต่ำกว่าค่าเป้าหมาย คือร้อยละ 80 ค่อนข้างมาก แสดงถึงความครอบคลุมที่ค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเรื่องการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งหากสำรวจกลุ่มเป้าหมายแล้วอาจจะพบข้อจำกัดในเรื่องของการที่ไม่ให้ความร่วมมือในการมาตรวจที่ชัดเจนขึ้น และจำเป็นต้องแก้ไขที่สาเหตุ เพื่อที่จะเอื้อให้การตรวจคัดกรองมีสะดวกและครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยในเรื่องนี้ นอกจากความพร้อมของภาครัฐในการสนับสนุนแล้ว การสร้างความตระหนักโดยครอบครัวและชุมชนอาจมีส่วนสำคัญในการช่วยสนับสนุนได้ด้วย

สำหรับการคัดกรอง ADL (Activities of Daily Living หรือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน) ในผู้สูงอายุ นั้น พบอยู่ที่ร้อยละ 87 ในปี 2563 และการคัดกรองซีแมสตรา (2Q) ในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 81 ซึ่งสูงกว่าร้อยละ 80 สะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ ความครอบคลุมของการคัดกรองสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะในกรณีการคัดกรองเชิงรุก ส่วนหนึ่งจะสัมพันธ์กับกลไกการสนับสนุนทางการเงินที่ช่วยกระตุ้นการให้บริการ หรือเชื่อมโยงกับการประเมินผลงานในรูปแบบต่างๆ เช่น การประเมินผ่านตัวชี้วัดของหน่วยบริการ เป็นต้น ส่วนข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลนั้น ไม่ครอบคลุมการให้บริการของภาคเอกชนและในเขตกรุงเทพมหานคร ทำให้ผลเรื่องความครอบคลุมอาจจะต่ำกว่าความเป็นจริงได้ ซึ่งข้อมูลที่เข้าไม่ถึงเหล่านี้ ถือเป็นส่วนขาดของข้อมูลในระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุข และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

- นิยาม**
- 1) ครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง หรือครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Catastrophic health expenditure) หมายถึง ครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน
 - 2) ครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health impoverishment) หมายถึง ครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจน หลังจากหักด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

- การวัด**
- 1) คำนวณหาร้อยละของครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน
 - 2) คำนวณหาร้อยละของครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจน หลังจากหักด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

วิธีการคำนวณ

- 1) ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
ใช้จำนวนครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือนหารด้วยจำนวนครัวเรือนทั้งหมด และคูณด้วย 100
- 2) ร้อยละครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
ใช้จำนวนครัวเรือนที่ตกอยู่ใต้เส้นความยากจน หลังหักด้วยค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพหารด้วยจำนวนครัวเรือนทั้งหมด และคูณด้วย 100

- ค่าเป้าหมาย**
- 1) ร้อยละครัวเรือนที่เกิดวิกฤติทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2.3
 - 2) ร้อยละครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 0.47 (ที่มา: รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2563)

แหล่งข้อมูล

- 1) รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2563
https://www.nhso.go.th/storage/downloads/operatingresult/47/F_NHSO_Annual_Report_2020.pdf
ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2531-2562 วิเคราะห์โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) เว็บไซต์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (nhso.go.th)
เลือก เกี่ยวกับองค์กร จากแถบเมนู
เลือก ผลการดำเนินงาน
เลือก รายงานประจำปี 2563

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 3: ร้อยละของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน

สถานการณ์ครัวเรือนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือนนั้น พบว่าค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาพยาบาล มีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประชาชนที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายของครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 1.97 ในปี 2562 หรือประมาณ 430,000 ครัวเรือน ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้ว่าไม่เกินร้อยละ 2.3

นอกจากนี้ ข้อมูลครัวเรือนที่กลายเป็นครัวเรือนยากจนหลังจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีเพียงร้อยละ 0.2 หรือ 44,000 ครัวเรือน ซึ่งบรรลุเป้าหมายที่ระบุไว้เช่นกันว่าไม่เกินร้อยละ 0.47 ถือเป็นความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ช่วยลดภาระทางการเงินของประชาชนในด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจน โดยรายงานสุขภาพจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สะท้อนให้เห็นว่าการคลังสุขภาพที่มาจากครัวเรือน ลดลงเหลือร้อยละ 10 ของแหล่งการคลังสุขภาพทั้งหมด ในขณะที่ภาครัฐเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 78 ของแหล่งการคลังสุขภาพในปี 2562 สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของรัฐในการลดภาระทางการเงินของประชาชน

อย่างไรก็ดี จากข้อมูลพบว่ายังคงมีครัวเรือนจำนวนหนึ่งที่ยังประสบปัญหาทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลได้อยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ด้อยโอกาสที่สุดของสังคม หรือผู้ที่เลือกใช้บริการที่ต้องจ่ายเงินเอง และไม่ได้อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยประชาชนที่เลือกใช้บริการดังกล่าวก็อาจจะประสบปัญหาทางการเงินได้ จึงควรพิจารณาเพิ่มทางเลือกของการใช้บริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบหลักประกันสุขภาพอื่นๆ ซึ่งอาจเพิ่มความร่วมมือกับภาคเอกชนเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนในด้านสุขภาพลง

ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็นที่มีการระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ

| | |
|---------------------|--|
| นิยาม | วัคซีนที่จำเป็นหมายถึงวัคซีนที่รัฐบาลมีนโยบายว่า ประชากรเป้าหมายจะต้องได้รับ เช่น วัคซีนป้องกัน วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น |
| การวัด | คำนวณหาร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็น ที่มีการระบุไว้ในโครงการภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ |
| วิธีการคำนวณ | ใช้จำนวนประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็น ที่มีการระบุไว้ในโครงการภูมิคุ้มกันโรคของประเทศเป็นตัวตั้ง หาค่าด้วยจำนวนประชากรเป้าหมายที่ควรได้รับวัคซีนที่จำเป็นที่มีการระบุไว้ในโครงการภูมิคุ้มกันโรคของประเทศทั้งหมด และคูณด้วย 100 |
| ค่าเป้าหมาย | ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนแต่ละชนิด มีเป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 90 ขึ้นไป |
| แหล่งข้อมูล | |

- 1) รายงานผลการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน และวัคซีนในนักเรียน (Coverage survey for basic and school-based immunization) โดยมีการจัดทำทุก 5 ปี ล่าสุดคือปี พ.ศ. 2561 รายงานฉบับก่อนหน้านี้นี้ ได้แก่ ปี พ.ศ. 2546 พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2556 ดำเนินการโดย กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน กรมควบคุมโรค เป็นการสำรวจเฉพาะคนไทย ในระดับประเทศ แต่สามารถรายงานข้อมูลในระดับจังหวัดที่เป็นตัวอย่างได้ โดยในปี พ.ศ. 2561 สำรวจใน 12 จังหวัด โดยเป็นการสำรวจแบบ 30 cluster survey
- 2) รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster survey, MICS) ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสนับสนุนจาก องค์การยูนิเซฟ (UNICEF) โดยล่าสุดเป็นข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจรอบที่ 6 (MICS6) โดยมีการดำเนินการก่อนหน้านี้นี้ ได้แก่ MICS3 ปี พ.ศ. 2548-49 MICS4 ปี พ.ศ. 2555 และ MICS5 ปี พ.ศ. 2558-59 มีการรายงานในระดับประเทศ และระดับภาค ได้แก่ กรุงเทพฯ กลาง เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้ และมีการเปรียบเทียบระหว่างเพศ เขตการปกครอง ภาษาพูดของหัวหน้าครัวเรือน (ไทย-ไม่ใช่ไทย) ระดับการศึกษา และดัชนีความมั่นคง เป็นต้น

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) รายงานผลการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน และวัคซีนในนักเรียน ฉบับล่าสุด ปี พ.ศ. 2561 กองโรคป้องกันด้วยวัคซีน สามารถเข้าถึงได้ทาง ddc.moph.go.th/uploads/publish/1031920200720031326.pdf
- 2) รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สามารถเข้าถึงได้ทาง

nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/แรงงาน/สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย.aspx

หรือเข้าไปยังเว็บไซต์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แล้ว 1) เลือก สำมะโน/สำรวจ 2) เลือก สำรวจ ด้านสังคม 3) เลือก สาขาประชากรศาสตร์ ประชากร และเคหะ 4) เลือก สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย จะได้หน้าเว็บไซต์ ด้านล่าง สามารถดูข้อมูลย้อนหลังได้ถึงครั้งที่ 3 (MICS3) ปี พ.ศ. 2548-49 จนถึงปีล่าสุด (MICS6) ปี พ.ศ. 2562

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 4: ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็นที่มีการระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ

พบว่าสถานการณ์เรื่องความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนนั้น พบว่าวัคซีนส่วนใหญ่ตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ ทั้งวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน มีความครอบคลุมเกินร้อยละ 90 ยกเว้นวัคซีน IPV (Inactivated Poliomyelitis Vaccine) หรือวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด ในเด็กอายุครบ 1 ปี แต่ น้อยกว่า 2 ปี วัคซีน MMR2 (Measles-Mumps-Rubella Vaccine) หรือวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน ครั้งที่ 2 ในเด็กอายุครบ 3 ปี แต่น้อยกว่า 4 ปี และวัคซีน DTP5/OPV5 (Diphtheria-Tetanus-Pertussis Vaccine/ Oral Polio Vaccine) หรือวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไอกรน ครั้งที่ 5 และวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดรับประทาน ครั้งที่ 5 ในเด็กอายุครบ 5 ปี แต่น้อยกว่า 6 ปี ที่พบมีความครอบคลุมต่ำกว่าร้อยละ 90 แต่ก็ยังคงมีความครอบคลุมเกินร้อยละ 80 อยู่

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาเป็นรายพื้นที่ พบว่าบางพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของวัคซีนต่ำกว่าเป้าหมาย เช่น จังหวัดชายแดนภาคใต้ สำหรับวัคซีนหลายชนิด รวมทั้งพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในวัคซีนบางชนิด เช่น IPV, MMR2 และ DTP5/OPV5

นอกจากนี้ จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พบว่าในเด็กที่มารดา มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา และในเด็กที่หัวหน้าครัวเรือนไม่ได้พูดภาษาไทยนั้น มีความครอบคลุมของวัคซีนที่ต่ำกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของโอกาสในการเข้าถึงบริการ สำหรับประชากรบางกลุ่ม ดังนั้น ควรมีการศึกษาและพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการได้น้อยกว่าประชากรโดยทั่วไป ทั้งจากปัจจัยทางภูมิภาคและเศรษฐกิจสังคมด้วย

ตัวชี้วัดที่ 5: ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพตามวัย

นิยาม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพเหมาะสมตามวัย วัดจากเด็กอายุ 36-59 เดือน ที่มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย อย่างน้อย 3 ใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การอ่านออกและการรู้จักตัวเลข ภายนอก สุขภาพ สังคมและอารมณ์ และการเรียนรู้

การวัด คำนวณหาร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และพัฒนาการทางบุคลิกภาพเหมาะสมตามวัย

โดยใช้ชุดคำถาม 10 ข้อ ที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้คำนวณดัชนีพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (Early Child Development Index: ECDI) วัตถุประสงค์หลักของการคำนวณดัชนีฯ คือ เพื่อให้ผู้ที่กำหนดนโยบายรับทราบถึงสถานะของพัฒนาการของเด็กในประเทศไทย ดัชนีนี้มีพื้นฐานมาจากเกณฑ์มาตรฐานที่คาดว่าเด็กจะต้องมีการพัฒนาเมื่ออายุ 3 และ 4 ปี ชุดคำถาม 10 ข้อที่นำมาใช้ประเมินว่าเด็กมีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ มี 4 ด้าน ดังนี้ การอ่านออกและการรู้จักตัวเลข เด็กจะถูกจัดว่ามีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ เมื่อเข้าเงื่อนไขต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ คือ (1) เด็กสามารถบอกหรือเรียกชื่อตัวอักษรได้อย่างน้อย 10 ตัว (2) เด็กสามารถอ่านคำง่าย ๆ หรือคำที่ใช้/ได้ยินบ่อย ๆ ได้อย่างน้อย 4 คำ และ (3) เด็กรู้จักเลขและสามารถบอกตัวเลข 1-10 ได้

กายภาพ หากเด็กสามารถหยิบสิ่งของเล็ก ๆ (เช่น กิ่งไม้ ก้อนหิน เป็นต้น) ขึ้นจากพื้นด้วยนิ้ว 2 นิ้วได้ และ/หรือแม่หรือผู้ดูแลไม่ได้ระบุว่าบางครั้งเด็กป่วยหนักจนไม่สามารถเล่นได้ จะจัดว่าเด็กมีพัฒนาการด้านกายภาพเป็นไปตามเกณฑ์

สังคมและอารมณ์ เด็กจะถูกจัดว่ามีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ เมื่อเข้าเงื่อนไขต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ คือ (1) สามารถเข้ากับเด็กคนอื่นได้ดี (2) เด็กไม่มีการเตะ กัด หรือทุบตีเด็กคนอื่น หรือผู้ใหญ่ และ (3) เด็กไม่ถูกดึงความสนใจได้โดยง่าย

การเรียนรู้ หากเด็กสามารถทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้อย่างถูกต้อง และ/หรือเมื่อให้ทำบางสิ่งบางอย่างแล้วเด็กสามารถทำได้ด้วยตัวเองได้ จะจัดว่าเด็กมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้เป็นไปตามเกณฑ์

ดัชนีพัฒนาการของเด็กปฐมวัย (ECDI) คือ ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ อย่างน้อย 3 ด้าน จากทั้งหมด 4 ด้าน

วิธีการคำนวณ ใช้ตัวเลขจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และพัฒนาการทางบุคลิกภาพเหมาะสมตามวัยเป็นตัวตั้ง หาค่าด้วยตัวเลขจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั้งหมด และคูณด้วย 100

ค่าเป้าหมาย ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และพัฒนาการทางบุคลิกภาพเหมาะสมตามวัย มีเป้าหมายอยู่ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 (KPI กระทรวงสาธารณสุข)

แหล่งข้อมูล

1) รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator Cluster survey, MICS) ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) โดยล่าสุดเป็นข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจรอบที่ 6 (MICS6) โดยการดำเนินการก่อนหน้านี้ ได้แก่ MICS4 ปี พ.ศ. 2555 และ MICS5 ปี พ.ศ. 2558-59 มีการรายงานในระดับประเทศ และระดับภาค ได้แก่ กรุงเทพฯ กลางเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้ และมีการเปรียบเทียบระหว่างเพศ เขตการปกครอง การ

เข้าเรียนในระดับปฐมวัย ภาษาพูดของหัวหน้าครัวเรือน (ไทย-ไม่ใช่ไทย) ระดับการศึกษาของแม่ และดัชนีความมั่นคง เป็นต้น

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ สามารถเข้าถึงได้ทาง nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/แรงงาน/สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย.aspx หรือเข้าไปยังเว็บไซต์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แล้ว 1) เลือก สำมะโน/สำรวจ 2) เลือก สำรวจ ด้านสังคม 3) เลือก สาขาประชากรศาสตร์ ประชากร และเคหะ 4) เลือก สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศ จะได้หน้าเว็บไซต์ ด้านล่าง สามารถดูข้อมูลย้อนหลังได้ถึงครั้งที่ 3 (MICS3) ปี พ.ศ. 2548-49 จนถึงปีล่าสุด (MICS6) ปี พ.ศ. 2562

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 5: ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพตามวัย

พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี ที่มีแนวโน้มดีขึ้น ได้แก่ พัฒนาการด้านกายภาพ และด้านการเรียนรู้ โดยข้อมูลในปี 2562 พบว่าเด็กร้อยละ 99 มีพัฒนาการตามเกณฑ์

ขณะที่ พัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จำตัวเลข มีแนวโน้มที่แย่ลง โดยพบว่าพัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จำตัวเลขลดจากร้อยละ 69 ในปี 2558 เหลือร้อยละ 61 ในปี 2562 ซึ่งเมื่อดูข้อมูลจากความแตกต่างระหว่างเขตการปกครอง พบว่าเด็กที่อยู่นอกเขตเทศบาล มีพัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จำตัวเลขเพียงร้อยละ 57 เทียบกับร้อยละ 68 สำหรับในเขตเทศบาล และมีแนวโน้มที่แย่ลงด้วย โดยลดลงจากร้อยละ 68 ในปี 2558 สำหรับเด็กนอกเขตเทศบาล

นอกจากนี้ ยังพบว่าพัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จำตัวเลขนั้นต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 46 ในปี 2562) และสูงสุดในเขตกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 83.9 ในปี 2562)

โดยพัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จำตัวเลข ยังมีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างระดับทางเศรษฐกิจและสังคม (ดัชนีความมั่นคง) โดยเด็กในครอบครัวที่ยากจนมาก มีพัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จำตัวเลขเพียงร้อยละ 48.5 เทียบกับร้อยละ 76.4 ในเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่ร่ำรวยมาก

ส่วน พัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์ ข้อมูลล่าสุดในปี 2562 อยู่ที่ร้อยละ 85 ซึ่งเท่ากับค่าเป้าหมาย และดีขึ้นกว่าปี 2558 (ร้อยละ 79) อย่างไรก็ตาม หากจำแนกดูรายภาคแล้วพบว่าส่วนใหญ่มีพัฒนาการด้านสังคมและอารมณ์สูงกว่าร้อยละ 80 แต่ยังคงต่ำกว่าร้อยละ 85 อยู่

จากการติดตามสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการด้านการอ่านออกและรู้จำตัวเลขที่จัดว่าต่ำกว่าพัฒนาการด้านอื่นมาก โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนกับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่ชัดเจนมากในด้านการอ่านออกและรู้จำตัวเลข โดยส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจาก

โอกาสในการเข้ารับการศึกษาในเด็กที่มีฐานะยากจน จึงควรเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการศึกษาของเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ไม่ดี

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดทั้ง 5 จัดเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความสามารถในการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของบุคคลทุกคนในประเทศไทย แต่ด้วยข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูลทำให้ข้อมูลที่เก็บได้นั้น พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ที่ได้มาเป็นข้อมูลของคนไทยที่มีรายงานไว้ในรายละเอียดสุขภาพ และยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลของสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนและกรุงเทพมหานครอยู่ อย่างไรก็ตาม พบว่าตัวชี้วัดทั้ง 5 ยังไม่ได้สะท้อนถึงเรื่องของสิทธิด้านสุขภาพทั้งหมดที่มีการระบุไว้ในภาพพึงประสงค์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เช่น สิทธิเรื่องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณสุขอย่างเพียงพอก่อนที่จะให้ความยินยอมว่าจะรับบริการหรือไม่ สิทธิของผู้ที่จะเข้าร่วมการวิจัยในมนุษย์สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ก็นับว่าเป็นตัวชี้วัดที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์มากในการสะท้อนบางสิ่งบางอย่างในเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการสุขภาพในบางเรื่อง เช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านมและการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่พบว่าย่ำต่ำมากในภาพรวม รวมถึงการได้รับวัคซีนในเด็กที่มารดามีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา และในเด็กที่หัวหน้าครัวเรือนไม่ได้พูดภาษาไทยที่ยังพบว่าต่ำอยู่

นอกจากนี้ การที่พบถึงความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการของเด็กปฐมวัยกับฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนนั้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากโอกาสในการเข้ารับการศึกษาในเด็กที่มีฐานะยากจนต่ำกว่าเด็กที่มีฐานะร่ำรวย และในเรื่องนี้ แม้ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดในด้านปัจจัยทางสุขภาพโดยตรง แต่การเข้าถึงการศึกษาของเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดีก็จัดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็กตามมาได้

ทั้งนี้ ตัวชี้วัดทั้ง 5 นี้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งในการสะท้อนข้อมูลด้านสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพให้เห็นในบางเรื่องเท่านั้น โดยแสดงว่าอาจมีกลุ่มคนที่มีความจำเพาะด้านสุขภาพ และกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางอีกจำนวนหนึ่งที่ยังคงเข้าไม่ถึงสิทธิด้านสุขภาพของตนในด้านอื่นๆ ด้วย เหล่านี้ สะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำของโอกาสในการเข้าถึงบริการสำหรับประชากรบางกลุ่ม ดังนั้น ควรมีการศึกษาและพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการได้น้อยกว่าประชากรโดยทั่วไป ทั้งจากปัจจัยทางภูมิภาค เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมด้วย โดยนอกจากการมีนโยบายที่เอื้อและความพร้อมของภาครัฐในการสนับสนุนให้เข้าถึงเรื่องสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพแล้ว ความร่วมมือกับภาคเอกชน รวมถึงการสร้างพันธมิตรโดยครอบครัวและชุมชนเองก็มีส่วนสำคัญในการช่วยสนับสนุนได้ด้วย

2. การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

- 1) ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย โดยมีหน่วยบริการประจำของตน ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิและมีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับอย่างต่อเนื่องรวมถึงได้รับบริการการรับและส่งต่อเพื่อรับบริการในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ อย่างเหมาะสม
- 2) ประชาชนได้รับชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็นด้านสุขภาพด้วยมาตรฐานเดียวกัน โดยมีระบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจที่จะใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทั้งการประเมินด้านความคุ้มค่าและการประเมินความพร้อมในการจัดการก่อนนำมาใช้ในวงกว้าง
- 3) ระบบบริการสาธารณสุขมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับและตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชนได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ มีความสุขและมีความพึงพอใจ
- 4) ระบบบริการสาธารณสุขสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เป็นการเฉพาะ โดยใช้ศักยภาพและความร่วมมือของตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม และเชื่อมโยงกับสถานบริการสาธารณสุข เช่น ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลระยะยาวในคนสูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต
- 5) ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพในการกระจายและการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างคุ้มค่า มีระบบการสร้างหลักประกันคุณภาพ และระบบบริหารความเสี่ยงของการดูแลสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภทและทุกระดับ รวมทั้งมีระบบการประเมินเพื่อการตัดสินใจในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม
- 6) สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีระบบให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ และมีระบบให้คำปรึกษาระหว่างสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ เพื่อสนับสนุนการทำงานที่ประสานงานกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยบริการประจำกับหน่วยบริการที่รับส่งต่อ
- 7) ระบบบริการสาธารณสุขไทยสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมั่นคงยั่งยืน ในมิติต่างๆ ที่รวมถึงการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา ชีววัตถุและสมุนไพรในประเทศ
- 8) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการสาธารณสุขทุกระดับทั้งในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนระบบหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะการเป็นเครือข่ายในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และควรมีการบูรณาการการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ

9) มีระบบและกลไกที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วนทำหน้าที่กำกับดูแลด้านคุณภาพมาตรฐานของการให้บริการควบคู่ไปกับการดูแลค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขให้มีความเหมาะสม

10) มีระบบบริการสาธารณสุขที่คำนึงถึงมนุษยธรรมเป็นหลัก สามารถรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นของผู้รับบริการชาวต่างชาติได้ โดยมีความเป็นธรรมและไม่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุขสำหรับคนไทย

ตัวชี้วัด

จากภาพผังประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านการบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพรวม 2 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

นิยาม ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ หมายถึง บุคคลที่บาดเจ็บหรือป่วยกะทันหันที่อาจเป็นอันตรายถึงกับเสียชีวิตหรือพิการ ซึ่งในที่นี่เรียกว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับบริการโดยชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาล

การวัด คำนวณหาร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการโดยชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

วิธีการคำนวณ ใช้จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) และคูณด้วย 100

ค่าเป้าหมาย ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีเป้าหมายอยู่ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26 (KPI กระทรวงสาธารณสุข)

แหล่งข้อมูล

ระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 และปี 2564

1) จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดใน โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

2) จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

การเข้าถึงข้อมูล

1) เข้าถึงเว็บไซต์ Health KPI ปี 2563 และปี 2564 ได้ทาง

http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/?kpi_year=2563

http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/?kpi_year=2564

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากข้อมูลในระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2563 พบว่า จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉินรวม 13 เขต มีทั้งสิ้น 781,722 ราย โดยเป็นผู้ป่วยที่มาจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 147,336 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.85 ซึ่งถือว่ายังต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 26 โดย เขต 7 มีร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด คือร้อยละ 51.98 รองลงมาคือ เขต 9 (ร้อยละ 33.76) และ เขต 13 และ เขต 4 มีร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่ำสุดที่ร้อยละ 13 และ ร้อยละ 15.94 ตามลำดับ แสดงถึงความสามารถในการเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ค่อนข้างต่ำอยู่

ซึ่งข้อมูลในปี 2563 ข้างต้น เมื่อพิจารณารายเขตพบว่าค่อนข้างสอดคล้องกับข้อมูลในปี 2564 ที่เมื่อเก็บข้อมูลมาถึงไตรมาส 3 พบว่าเขต 7 และ เขต 9 มีร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด คืออยู่ที่ ร้อยละ 45.62 และ ร้อยละ 47.74 ตามลำดับ และ เขต 4 มีร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่ำที่สุด อยู่ที่ ร้อยละ 15.52 (ไม่ได้เก็บข้อมูลของกรุงเทพมหานคร) อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์จากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉินรวม 12 เขต รวบรวมถึงไตรมาส 3 ของปี 2564 พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 226,586 ราย เป็นผู้ป่วยที่มาจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 62,469 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.57 ซึ่งถือว่าสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 26 ทั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวยังไม่ครบปี จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าปี 2564 มีแนวโน้มที่ดีขึ้นจริงหรือไม่

ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

นิยาม การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่องสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (body, mind, psychosocial and spiritual support) และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (symptoms control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (patient and family centered)

การวัด คำนวณหาร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

วิธีการคำนวณ ใช้จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล (แห่ง) หารด้วยจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (ระดับ A,S,M,F) ในเขตสุขภาพ (แห่ง) และคูณด้วย 100

คำเป้าหมาย ร้อยละของโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ดำเนินการผ่านระดับความสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนดในวิธีการประเมินผล มีเป้าหมายอยู่ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 (KPI กระทรวงสาธารณสุข)

แหล่งข้อมูล

ระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 (ตัวชี้วัดระดับเขต)

(ปี 2562-2564 ไม่ได้อยู่ในตัวชี้วัด Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข)

1) หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์เป็นต้น

การเข้าถึงข้อมูล

1) เข้าถึงเว็บไซต์ Health KPI ปี 2561 ได้ทาง

http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/?kpi_year=2561

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

จากการรายงานข้อมูลในระบบ Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2561 จำนวนโรงพยาบาล (ระดับ A,S,M,F) ใน 12 เขต มีทั้งสิ้น 886 แห่ง (จากข้อมูลที่มีการรายงาน) มีการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 798 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.15 โดยมีอยู่ 6 เขต ที่รายงานว่าร้อยละของโรงพยาบาลที่ดูแลแบบประคับประคองได้มีร้อยละ 100 ได้แก่เขต 2, 4, 8, 9, 10, 11 และพบว่าจำนวนโรงพยาบาลในเขต 1 ที่มีการดูแลแบบประคับประคองนั้น มีรายงานค่อนข้างต่ำกว่าเขตอื่น คือมีเพียงร้อยละ 41.67 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลในส่วนของการประเมินโรงพยาบาลตามหลักเกณฑ์ที่พัฒนาขึ้นได้ ซึ่งหากเข้าถึงได้จะสามารถวิเคราะห์ถึงรายละเอียดได้มากขึ้น

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านการบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ

ตัวชี้วัดทั้ง 2 จัดเป็นตัวชี้วัดที่เลือกมาให้สะท้อนถึงภาพพึงประสงค์ในข้อ 4 เป็นหลัก ซึ่งก็คือ “ระบบบริการสาธารณสุขสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เป็นการเฉพาะ โดยใช้ศักยภาพและความร่วมมือของตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม และเชื่อมโยงกับสถานบริการสาธารณสุข เช่น ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลระยะยาวในคนสูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต” เพื่อเน้นติดตามในเรื่องการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เป็นการเฉพาะ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังไม่เห็นข้อมูลในรายละเอียดในเรื่องของการดูแลดังกล่าวของโรงพยาบาลแต่ละประเภท ขณะที่ในเรื่องของการเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ในภาพรวมยังทำได้ไม่ดีนัก และมีความแตกต่างกันในรายเขต ซึ่งควรศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของความแตกต่างที่พบด้วย

อย่างไรก็ตาม พบว่าตัวชี้วัดทั้ง 2 ยังไม่ได้สะท้อนถึงเรื่องของการบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพทั้งหมดที่มีการระบุไว้ในภาพพึงประสงค์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับ

ที่ 2 พ.ศ. 2559 เช่น เรื่องคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยของบริการ การมีหน่วยบริการประจำ การส่งต่อไปยังสถานบริการแต่ละระดับ

ทั้งนี้ ตัวชี้วัดทั้ง 2 นี้ เป็นเพียงส่วนหนึ่งในการสะท้อนข้อมูลด้านการบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ ที่ให้ความสำคัญกับการตอบสนองต่อกลุ่มเฉพาะให้เห็นในบางเรื่องเท่านั้น แต่รายละเอียดของข้อมูลทั้งในเรื่องการเชื่อมต่อกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและเรื่องการดูแลแบบประคับประคองนั้น ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอยู่ จึงควรมีการศึกษาและพิจารณาถึงข้อมูลเชิงลึกในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการเชื่อมต่อกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในแต่ละเขตที่พบว่ามีความแตกต่างกันด้วย นอกจากนี้ ควรพิจารณาระบุดัชนีชี้วัดเพิ่มเติมในเรื่องของคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยของการบริการสุขภาพด้วย

3. การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

- 1) ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ และมีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชุมชน รวมถึงสามารถจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนได้ด้วยตนเอง
- 2) รัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น ให้มีคุณภาพและมาตรฐานควบคู่ไปกับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร จัดสรรทรัพยากรและงบประมาณอย่างเพียงพอและเหมาะสม รวมถึงพัฒนาระบบที่เอื้อให้ประชาชนมีความรู้และมีสิทธิตัดสินใจในการเลือกใช้บริการได้
- 3) มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองสมุนไพรไทย ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในทุกระดับ เพื่อพิทักษ์รักษาให้เป็นภูมิปัญญาของชาติต่อไป รวมทั้งสนับสนุนงานวิจัยเพื่อให้สามารถพัฒนาให้เกิดการเผยแพร่และใช้ประโยชน์เพิ่มขึ้นได้
- 4) มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้นและได้รับการส่งเสริมให้ใช้ในระบบบริการสาธารณสุขอย่างกว้างขวางรวมทั้งมีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการพัฒนาระบบยาไทย ควบคู่ไปกับการพัฒนาแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบเพื่อเพิ่มการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศให้มากขึ้น
- 5) มีกลไกบูรณาการระดับชาติที่ประกอบด้วยรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ทำหน้าที่ วางแผนยุทธศาสตร์กำกับดูแลทิศทางนโยบายและสนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ทั้งการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น โดยสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีความเข้มแข็งในการร่วมขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์กับภาคส่วนอื่นๆ และสนับสนุนให้มีกลไกวิชาการที่เข้มแข็ง เป็นอิสระ และมีความเป็นกลาง เพื่อส่งเสริมการวิจัยจัดการความรู้และนำไปพัฒนาการบริการด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกรวม 2 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 2) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

| | |
|---------------------|---|
| นิยาม | <u>ผู้ป่วยนอก</u> หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบ ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน <u>การบริการด้านการแพทย์แผนไทย</u> หมายถึง การบริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และ ฟื้นฟูสภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย <u>การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก</u> หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลที่นอกเหนือจาก การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย |
| การวัด | คำนวณหาร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| วิธีการคำนวณ | ใช้จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นตัวตั้ง หาค่าด้วยจำนวนผู้ป่วยนอก ทั้งหมด คูณด้วย 100 |
| ค่าเป้าหมาย | ร้อยละผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีเป้าหมาย ดังนี้ (KPI กระทรวงสาธารณสุข) ปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 18.5 ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 19.5 ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 20.5 ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 21.5 |

แหล่งข้อมูล

- 1) ฐานข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม ในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center, HDC)
ของกระทรวงสาธารณสุข

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) HDC กระทรวงสาธารณสุข (hdcservice.moph.go.th)
เลือกรายการข้อมูลจากแถบเมนู
เลือกข้อมูลที่ต้องการ
เลือกปีงบประมาณ
เลือกพื้นที่ (ระดับประเทศ/เปรียบเทียบเขต/ระดับเขต/ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ)

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

จากข้อมูล 12 เขตสุขภาพ (ไม่รวมกรุงเทพฯ) พบว่า ร้อยละของบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อยู่ที่ประมาณร้อยละ 21 ทั้งในปี 2562 และ 2563 ซึ่งนับว่าสูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขเล็กน้อย (เป้าหมายปี 2562 ปี 2563 และปี 2564 ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 18.5, 19.5 และ 20.5 ตามลำดับ) โดยส่วนหนึ่งมีการวินิจฉัยโรคด้วยรหัสการวินิจฉัยแบบการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก (ประมาณร้อยละ 37 และ ร้อยละ 39 ของบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในปี 2562 และ 2563 ตามลำดับ) โดยในปี 2563 แยกเป็นเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 24 และเป็นบริการนวดแผนไทย อบสมุนไพร หรือประคบสมุนไพร ร้อยละ 52 ของบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมด โดยมีการจ่ายยาสมุนไพร ร้อยละ 13 ของการจ่ายยาทั้งหมด

เมื่อพิจารณาข้อมูลรายเขตพบว่าในปี 2562 และ 2563 นั้น เขต 4 เขต 5 และเขต 6 มีร้อยละของบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในภาพรวมที่ค่อนข้างต่ำกว่าเขตอื่นและต่ำกว่าค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขเล็กน้อย

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมของทั้ง 12 เขตสุขภาพ พบว่ามีทิศทางที่ดีของการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่เป็นที่ยอมรับและมีการให้บริการในสถานบริการของรัฐในปัจจุบัน ซึ่งส่วนนี้อาจเป็นผลมาจากการสนับสนุนด้วยกลไกการจ่ายเงินที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ที่ช่วยเอื้อให้เกิดทางเลือกสำหรับประชาชนที่ไปรับบริการ รวมทั้งการส่งเสริมด้านการผลิตบุคลากร การฝึกอบรม และการพัฒนาระบบบริการในทุกระดับ เพื่อรองรับการให้บริการในพื้นที่ จึงมีการส่งเสริมระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือ เวชภัณฑ์ และการพัฒนายาสมุนไพร ดังตัวอย่างเช่น การนวดไทย การพัฒนายาฟ้าทลายโจร ในการรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคโควิด-19

ตัวชี้วัดที่ 2: จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด

นิยาม งานวิจัยสมุนไพร การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยด้านสมุนไพร การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การนำไปใช้ในทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปใช้จริงในทางการแพทย์และในระบบบริการสาธารณสุข

การนำไปใช้ในทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้นทะเบียนได้ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจหรือก่อให้เกิดรายได้

| | |
|---------------------|--|
| การวัด | นับจำนวนงานวิจัยสมุนไพโร/ การแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และในทางการตลาด |
| วิธีการคำนวณ | นับจำนวนงานวิจัยสมุนไพโร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์หรือในทางการตลาด |
| ค่าเป้าหมาย | จำนวนงานวิจัยสมุนไพโร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์หรือในทางการตลาด มีเป้าหมายอยู่ที่ไม่ต่ำกว่า 10 เรื่องต่อปี (KPI กระทรวงสาธารณสุข) |

แหล่งข้อมูล

ระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 และปี 2561
 (ปี 2562-2564 ไม่ได้อยู่ในตัวชี้วัด Health KPI ของกระทรวงสาธารณสุข)
 หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การเข้าถึงข้อมูล

เข้าถึงเว็บไซต์ Health KPI ปี 2561 ได้ทาง
http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/?kpi_year=2561
 เข้าถึงเว็บไซต์ Health KPI ปี 2560 ได้ทาง
http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index2/?kpi_year=2560

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: จำนวนงานวิจัยสมุนไพโร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด

พบว่าในปี 2560 มีจำนวนงานวิจัยสมุนไพโร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์หรือในทางการตลาด 11 เรื่อง โดยแบ่งเป็นงานวิจัยที่นำมาใช้จริงทางการตลาด 4 เรื่อง และงานวิจัยที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ 7 เรื่อง

ขณะที่ปี 2561 มีจำนวนงานวิจัยสมุนไพโร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์หรือในทางการตลาดรวม 10 เรื่อง แบ่งเป็นชุดโครงการประสิทธิผลและความปลอดภัยทางคลินิกของตำรับยาในการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก 3 เรื่อง ชุดโครงการศึกษาการใช้ยาเบญจอำมฤตย์ ในผู้ป่วยโรคมะเร็งตับ 3 เรื่อง ชุดโครงการประสิทธิผลของตำรับยาสมุนไพโร ในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2 เรื่อง ชุดโครงการวิจัยการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยาจากสมุนไพโรของผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐเพื่อเสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ 1 เรื่อง และโครงการวิจัยการประเมินทางคลินิกและเศรษฐศาสตร์ของการฝังเข็มเพื่อรักษา ไมเกรน: การศึกษาพหุสถาบัน 1 เรื่อง

ซึ่งพบว่าจำนวนงานวิจัยสมุนไพโร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาดอยู่ในระดับค่าเป้าหมาย และงานวิจัยที่ดำเนินการนั้น เป็นงานวิจัยทางการแพทย์

หรือในเชิงการพัฒนากระบวนการที่สอดคล้องกับปัญหาที่พบบ่อยและสามารถนำมาใช้ได้ทางปฏิบัติ จึงควรมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและมีการวางแผนการศึกษาวิจัยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัดทั้ง 2 จัดเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก โดยแสดงให้เห็นถึงการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้ป่วยนอกในสถานบริการในเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต ซึ่งไม่ได้รวมสถานบริการสุขภาพภาคเอกชนและกรุงเทพมหานคร และสะท้อนถึงการสนับสนุนงานวิจัยเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและการนำไปใช้ประโยชน์ ซึ่งมีแนวโน้มที่ดี เนื่องจากอยู่ในระดับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ของกระทรวงสาธารณสุข แต่หากพิจารณารายละเอียดเป็นรายเขต ก็พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องสัดส่วนของการได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยนอกอยู่ ซึ่งควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการบริการที่แตกต่างกันในรายเขต เพื่อให้ทราบถึงจุดแข็งและข้อจำกัดในรายเขตด้วย

ทั้งนี้ ตัวชี้วัดทั้ง 2 ที่ใช้นี้ ยังไม่ได้สะท้อนถึงภาพพึงประสงค์ในเรื่องการที่ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและมีบทบาทในการสนับสนุนการพัฒนาและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชุมชน รวมถึงสามารถจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นของชุมชนได้ด้วยตนเอง และยังไม่ได้สะท้อนเรื่องการมีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้นรวมถึงเรื่องการมีระบบและกลไกที่เข้มแข็งและกลไกบูรณาการระดับชาติในการวางแผนยุทธศาสตร์กำกับดูแลทิศทางและขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการพัฒนาระบบยาไทยควบคู่ไปกับการพัฒนาแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรอย่างเป็นรูปธรรมและเป็นระบบเพื่อเพิ่มการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศให้มากขึ้น จึงควรมีการกำหนดให้มีการวัดหรือติดตามในส่วนนี้ได้ด้วย

4. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

1) ผู้บริโภคได้รับสินค้าและบริการที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ มีความปลอดภัย อย่างเป็นธรรม เท่าเทียมและทั่วถึงรวมถึงได้รับการปกป้อง และคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายบัญญัติโดยเฉพาะเด็กเยาวชน สตรี คนสูงอายุ คนพิการและคนด้อยโอกาสในสังคมได้รับการคุ้มครองเป็นพิเศษตามสิทธิที่กฎหมายบัญญัติ

2) ผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภคและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีการรวมกลุ่มกัน และได้รับการส่งเสริม และการสนับสนุนจากภาครัฐในการพัฒนาศักยภาพให้สามารถแสวงหาข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง สามารถพิทักษ์ สิทธิของผู้บริโภคได้ในทุกระดับ สามารถเฝ้าระวังและติดตามตรวจสอบสินค้าและบริการ รวมทั้งติดตาม กฎหมายและนโยบายที่อาจมีผลกระทบต่อระบบการคุ้มครองผู้บริโภคได้ ทั้งนี้เด็ก เยาวชน สตรี คนสูงอายุ คนพิการ และคนด้อยโอกาสในสังคม ต้องได้รับโอกาสในการมีส่วนร่วมดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้วย

3) ผู้ประกอบการมีแนวปฏิบัติทางธุรกิจที่ดีให้ความสำคัญกับการส่งเสริมธรรมาภิบาลและการ มีจริยธรรม ประกอบธุรกิจด้วยความรับผิดชอบต่อสังคมและคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค

4) มีการบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคของทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรผู้บริโภค และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีระบบการจัดการข้อมูลข่าวสารและ ความรู้เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่ถูกต้อง เข้าถึงได้ครบถ้วน ทันต่อสถานการณ์ และมีการจัดการสื่อสารเพื่อ การคุ้มครองผู้บริโภคที่เหมาะสม ทั่วถึงโดยสนับสนุนการใช้เครือข่ายสื่อมวลชนในการคุ้มครองผู้บริโภค และมีการ ทบทวนปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องและส่งเสริมซึ่งกันและกัน

5) มีระบบหรือกลไกสำหรับการร้องเรียน โกล่เกลี่ยและชดเชยความเสียหายอย่างเป็นธรรม ที่ เข้าถึงได้ง่าย หลายช่องทาง รวมทั้งมีกองทุนชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือ บริการสุขภาพ

6) มีกลไกดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ที่สำคัญ 2 กลไก ได้แก่ (1) องค์กรคุ้มครอง ผู้บริโภคที่เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีการบริหารจัดการแบบองค์กรอิสระภายใต้การกำกับของรัฐ เป็นหน่วยงาน หลักในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ และมีธรรมาภิบาล และ (2) องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นกลไก ภาคผู้บริโภคซึ่งมีความเป็นอิสระในการทำหน้าที่ให้ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในการจัดทำนโยบาย กฎหมายหรือมาตรการในการคุ้มครองผู้บริโภค และทำหน้าที่สร้างความเข้มแข็งแก่ผู้บริโภค รวมถึงเฝ้าระวัง เพื่อหนุนเสริม ตรวจสอบ หรือถ่วงดุลการทำหน้าที่ของกลไกรัฐอย่างสร้างสรรค์

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพรวม 2 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) ศักยภาพของสภาองค์กรของผู้บริโภค
- 2) อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพอื่นๆ มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: ศักยภาพของสภาองค์กรของผู้บริโภค

นิยาม สภาองค์กรของผู้บริโภค หมายถึง สภาขององค์กรของผู้บริโภคที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562

องค์กรของผู้บริโภค หมายถึง องค์กรที่ผู้บริโภคซึ่งเป็นบุคคลธรรมดาตั้งแต่สิบคนขึ้นไปรวมตัวกันจัดตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองผู้บริโภคและไม่แสวงหากำไร ไม่ว่าจะรวมตัวจัดตั้งนั้นจะจัดตั้งเป็นรูปแบบใด และจะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ตาม และให้หมายความรวมถึงนิติบุคคล ที่มีวัตถุประสงค์ดังกล่าวด้วย

การวัด

วัดจาก 2 เรื่อง ดังนี้

- 1) วัดจากจำนวนและการกระจายตัวขององค์กรของผู้บริโภคและหน่วยงานของสภาองค์กรของผู้บริโภคประจำจังหวัด (หน่วยงานประจำจังหวัด) โดยคิดเป็นร้อยละ
- 2) วัดจากความสามารถในการดำเนินงานได้ตามแผนที่กำหนดไว้ของสภาองค์กรของผู้บริโภค โดยเฉพาะด้านอาหาร ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และด้านบริการสุขภาพ โดยคิดเป็นร้อยละ

วิธีการคำนวณ

- 1) ร้อยละของจังหวัดที่มีองค์กรของผู้บริโภคและหน่วยงานประจำจังหวัด คำนวณโดย
 - 1.1) จำนวนจังหวัดที่มีองค์กรของผู้บริโภค คูณด้วย 100 และหารด้วยจำนวนจังหวัดที่มีในประเทศไทย
 - 1.2) จำนวนจังหวัดที่มีหน่วยงานประจำจังหวัด คูณด้วย 100 และหารด้วยจำนวนจังหวัดที่มีในประเทศไทย
- 2) ร้อยละของการดำเนินงานตามแผน คำนวณโดย พิจารณาความสำเร็จของผลงานของสภาองค์กรของผู้บริโภคเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายของแผนงานที่ตั้งไว้ในรอบปีนั้น โดยคิดค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในรอบปีนั้นเป็นร้อยละ 100

ค่าเป้าหมาย

- 1) มีการกระจายขององค์กรของผู้บริโภคและหน่วยงานประจำจังหวัดครอบคลุมในทุกจังหวัด เพื่อทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภค (ร้อยละ 100)
- 2) ร้อยละของการดำเนินงานตามแผนของสภาองค์กรของผู้บริโภค - ยังไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมายไว้

แหล่งข้อมูล

- 1) เว็บไซต์สภาองค์กรของผู้บริโภค

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) เว็บไซต์สภาองค์กรของผู้บริโภค

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: ศักยภาพของสภาองค์กรของผู้บริโภค

สำนักนายกรัฐมนตรี ได้ประกาศองค์การของผู้บริโภคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562 (ณ วันที่ 24 พฤศจิกายน 2564) มีองค์กรของผู้บริโภคจำนวน 249 องค์กร กระจายและครอบคลุม 35 จังหวัด ใน 77 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 45.46

โดยสภาองค์กรของผู้บริโภค ได้ประกาศองค์การของผู้บริโภคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติการจัดตั้งสภาองค์กรของผู้บริโภค พ.ศ. 2562 และได้รับการคัดเลือกเป็นหน่วยงานประจำจังหวัด รวมจำนวน 12 องค์กร ซึ่งกระจายและครอบคลุมใน 12 จังหวัด ใน 77 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 15.58

สำหรับการดำเนินงานตามแผนนั้น เนื่องจากสภาองค์กรของผู้บริโภคได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลเพื่อเป็นทุนประเดิมเบื้องต้นในวันที่ 22 มิถุนายน 2564 โดยเป็นการจ่ายขาด จำนวน 350 ล้านบาท (สามร้อยห้าสิบล้านบาทถ้วน) การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 จึงมีระยะเวลาดำเนินงานเพียง 3 เดือน (กรกฎาคม-กันยายน 2564) เท่านั้น และเนื่องจากเป็นปีแรก จึงไม่มีแผนงานให้เทียบสัดส่วนผลงานได้ อย่างไรก็ตามพบว่าสภาองค์กรของผู้บริโภคก็สามารถบริหารจัดการโครงสร้างขององค์กรให้เป็นไปตามกฎหมายได้

ตัวชี้วัดที่ 2: อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพอื่นๆ มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

นิยาม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ตามกฎหมายเฉพาะที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ควบคุมและกำกับดูแลอยู่ ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วัตถุอันตราย ยาเสพติด (ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหย) ในการสรุปข้อมูลตามตัวชี้วัดนี้ ไม่ได้รวมข้อมูลยาเสพติด

ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เข้ามาตรฐาน หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดตามกฎหมาย เช่น ยาผิดมาตรฐาน อาหารมีการปนปลอมสารเคมีอื่น เครื่องสำอางมีสารเคมีเกินปริมาณที่กำหนดหรือมีสารห้ามใช้ อาหารปนเปื้อนเชื้อรา หรือสารเคมี หรือมีโลหะหนัก ฯลฯ

การวัด วัดจากอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่เข้ามาตรฐาน โดยคิดเป็นร้อยละ

วิธีการคำนวณ ร้อยละของอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เข้ามาตรฐาน คำนวณโดย จำนวนตัวอย่างของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีผลตรวจวิเคราะห์แล้วพบว่าไม่เข้ามาตรฐานที่กำหนดหารด้วยจำนวนตัวอย่างของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทำการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมดในรอบปีที่ผ่านมา คูณด้วย 100

ค่าเป้าหมาย: ผลสัมฤทธิ์สุขภาพที่ไม่เข้ามาตรฐานลดลงร้อยละ 3 ต่อปี

แหล่งข้อมูล

- 1) รายงานผลการดำเนินงานตรวจวิเคราะห์ประจำปีของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) เว็บไซต์กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: อาหาร ยา และผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพอื่นๆ มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

จากรายงานผลการดำเนินงานตรวจวิเคราะห์ประจำปี 2563 ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่ามีผลสัมฤทธิ์สุขภาพที่ไม่เข้ามาตรฐานอยู่ร้อยละ 17.4 ซึ่งจะเป็นตัวตั้งต้นสำหรับนำไปใช้เปรียบเทียบกับปีถัดไปหลังจากที่มีสถานการณ์ของผู้บริโภคเกิดขึ้น

โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ทำการตรวจวิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์สุขภาพตัวอย่างที่ได้รับมาจากหน่วยงานภาครัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งภาคเอกชนจำนวน 36,812 รายการในปี 2563 พบว่า ไม่เข้ามาตรฐานจำนวน 6,419 รายการ คิดเป็นร้อยละ 17.4 โดยลำดับแรกคือผลตรวจวิเคราะห์อาหารจำนวน 32,405 รายการ พบว่า ไม่เข้ามาตรฐานจำนวน 6,088 รายการ คิดเป็นร้อยละ 18.8 ลำดับรองลงมาคือผลตรวจวิเคราะห์วัตถุอันตรายจำนวน 223 รายการ พบว่า ไม่เข้ามาตรฐานจำนวน 40 รายการ คิดเป็นร้อยละ 17.9 ลำดับต่อมาคือผลตรวจวิเคราะห์ยาแผนโบราณ จำนวน 537 รายการ พบว่า ไม่เข้ามาตรฐาน จำนวน 93 รายการ คิดเป็นร้อยละ 17.3 ผลตรวจวิเคราะห์เครื่องมือแพทย์จำนวน 26 รายการ พบว่า ไม่เข้ามาตรฐานจำนวน 4 รายการ คิดเป็นร้อยละ 15.4 นอกจากนี้ผลตรวจวิเคราะห์เครื่องสำอางจำนวน 1,647 รายการ พบว่า ไม่เข้ามาตรฐานจำนวน 131 รายการ คิดเป็นร้อยละ 8.0 และผลตรวจวิเคราะห์ยาแผนปัจจุบันจำนวน 1,974 รายการ พบว่า ไม่เข้ามาตรฐาน จำนวน 63 รายการ คิดเป็นร้อยละ 3.2

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดทั้ง 2 ที่เลือกมานั้น มุ่งเน้นไปที่การคุ้มครองสุขภาพของสภาองค์กรของผู้บริโภคที่เพิ่งตั้งขึ้นในปีนี้อเพื่อมาร่วมทำงานเสริมกับองค์กรหน่วยงานภาครัฐในการเฝ้าระวัง ดูแล และคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเมื่อพิจารณาสถานการณ์การคุ้มครองผู้บริโภคในปัจจุบันตามตัวชี้วัดทั้ง 2 ที่เลือกมา ควบคู่ไปกับการพิจารณาภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 แล้ว พบว่ายังมีช่องว่างที่ทำให้ทนายสุขภาพของสภาองค์กรของผู้บริโภคอยู่อีกมาก เช่น สินค้าและบริการด้านสุขภาพที่มีปัญหายังปรากฏในกระแสข่าวอยู่เรื่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการซื้อขายกันทางออนไลน์ แม้ว่าหลายๆ จังหวัดจะมีองค์กรของผู้บริโภคแล้ว แต่การรวมกลุ่มของผู้บริโภคในบางจังหวัดยังคงไม่มี

ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่า ตัวชี้วัดที่ได้กำหนดขึ้นสองตัวชี้วัดนั้น ตัวชี้วัดที่หนึ่งใช้วัดกระบวนการที่เกิดขึ้นที่ต้นน้ำ โดยดูว่าสภาองค์กรของผู้บริโภคได้ดำเนินการหรือประสานงานให้เกิดกลไกที่สำคัญต่างๆ แล้วหรือไม่

ส่วนตัวชี้วัดที่สองใช้วัดที่ปลายน้ำ คือ ใช้วัดผลลัพธ์ว่า สุดท้ายแล้ว ผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพได้มาตรฐานหรือไม่

นอกจากบทบาทของสภาองค์กรของผู้บริโภคแล้ว ยังมีความท้าทายในการทำงานของหน่วยงานองค์กรภาครัฐ ที่ปัจจุบันพบว่างานคุ้มครองผู้บริโภคของหน่วยงานหลักยังคงแยกส่วนกันปฏิบัติ ยังไม่สามารถบูรณาการกันได้อีกด้วย และแม้จะมีกลไกสำหรับการร้องเรียนและไกล่เกลี่ยแล้ว แต่ก็ยังไม่มีกองทุนชดเชยความเสียหายจากการบริโภค ซึ่งในส่วนนี้ แม้ว่าจะไม่ได้นำมาเป็นตัวชี้วัดโดยตรง แต่จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาในเชิงนโยบายว่าจะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดการทำงานที่หนุนเสริมกันอย่างเป็นระบบในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพต่อไป

5. การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

1) มีการบริหารจัดการการสร้างความรู้และองค์ความรู้ด้านสุขภาพสาขาต่างๆ อย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญกับการคุ้มครององค์ความรู้ พร้อมทั้งมีนโยบาย ยุทธศาสตร์และทิศทางที่ชัดเจน มุ่งตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของสังคม ทันต่อสถานการณ์และรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม ในอนาคตได้โดยมีการจัดสรรและกระจายงบประมาณการสร้างความรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอและเหมาะสม รวมทั้งมีการบูรณาการกับหน่วยงานในพื้นที่ด้วย

2) มีการจัดการเพื่อให้มีองค์ความรู้แหล่งให้ความรู้และช่องทางการให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีเนื้อหาการใช้ภาษาและการใช้สื่อที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในทุกกลุ่มวัย ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากความรู้ดังกล่าวได้มากที่สุด

3) มีกลไกที่มีประสิทธิภาพในการติดตามประเมินเทคโนโลยีการประเมินระบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งการประเมินการดำเนินการตามนโยบายการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรวิชาชีพ สหวิชาชีพ สามารถนำผลการติดตามและประเมินไปใช้ในการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง

4) มีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่บูรณาการ ดูแลการวิจัยองค์ความรู้ในระบบสุขภาพ และองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้มีเครือข่ายนักวิชาการเพื่อสร้างและจัดการองค์ความรู้และสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับนำไปใช้ประโยชน์ในระบบสุขภาพ

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพรวม 2 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) ร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP
- 2) อัตราส่วนนักวิจัยต่อประชากร 10,000 คน

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP

นิยาม ค่าใช้จ่ายทางการวิจัยและพัฒนา (R&D) ที่เหมาะสม พิจารณาโดยการเปรียบเทียบกับมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)

การวัด คำนวณหาร้อยละของค่าใช้จ่ายทางการวิจัยและพัฒนา ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)

วิธีการคำนวณ ใช้ค่าใช้จ่ายทางการวิจัยและพัฒนาทั้งหมดเป็นตัวตั้ง หารด้วยมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ในประเทศ และคูณด้วย 100

ค่าเป้าหมาย ร้อยละของค่าใช้จ่ายทางการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP มีเป้าหมายอยู่ที่ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 1.5 (SDG target)

แหล่งข้อมูล

รายงานการสำรวจค่าใช้จ่ายและบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทย ประจำปี 2562 สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

การเข้าถึงข้อมูล

เข้าถึงเว็บไซต์ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ เพื่อดูรายงานผลการสำรวจสำรวจค่าใช้จ่ายและบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทย ได้ทาง

<https://www.nrct.go.th/RandDIndex>

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: ร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP

จากข้อมูลรายงานการสำรวจค่าใช้จ่ายและบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทย ประจำปี 2562 สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) พบว่าค่าใช้จ่ายทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศ เพิ่มขึ้น จาก 57,038 ล้านบาท ในปี 2556 เป็น 182,357 ล้านบาทในปี 2561 และหากเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) พบว่าร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนา ต่อ GDP นั้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.44 ในปี 2556 เป็นร้อยละ 1.11 ในปี 2561 ซึ่งยังคงต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ร้อยละ 1.5 ซึ่งเป็นเป้าหมายตาม SDG

หากเปรียบเทียบสัดส่วนการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนา ระหว่างภาครัฐ (งบประมาณแผ่นดิน) กับ ภาคเอกชน ข้อมูลในปี 2556 พบว่าสัดส่วนการลงทุนในส่วนของภาครัฐและภาคเอกชนอยู่ที่ร้อยละ 43.5 และ 56.5 ตามลำดับ และข้อมูลในปี 2561 พบว่าสัดส่วนการลงทุนของภาครัฐลดลงเหลือร้อยละ 18.2 ในขณะที่ภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.8 แสดงให้เห็นว่าการลงทุนในส่วนของภาคเอกชนนั้น เติบโตเร็วกว่ามาก โดยค่าใช้จ่ายในการลงทุนด้านวิจัยและพัฒนาของภาคเอกชนเพิ่มขึ้นจาก 22,874 ล้านบาทในปี 2556 เป็น 141,906 ล้านบาทในปี 2561

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนาของประเทศทั้งหมด พบว่าค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาส่วนใหญ่ในปี 2561 อยู่ในส่วนของพัฒนาเชิงทดลอง รองลงมาคือการวิจัยประยุกต์ และการวิจัยพื้นฐาน ตามลำดับ และเมื่อจำแนกค่าใช้จ่ายตามสาขาการวิจัย พบว่าสาขาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี มีค่าใช้จ่ายสูงสุด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 24,999 ล้านบาทในปี 2556 เป็น 85,696 ล้านบาทในปี 2561 รองลงมาคือสาขาวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ เพิ่มขึ้นจาก 11,278 ล้านบาทในปี 2556 เป็น 58,327 ล้านบาทในปี 2561 ในขณะที่สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์และสุขภาพ สาขาเกษตรศาสตร์ และสาขาสังคมศาสตร์ มีค่าใช้จ่ายทางการวิจัยและพัฒนาที่ใกล้เคียงกัน คือเพิ่มจาก 4,000-6,500 ล้านบาทในปี 2556 เป็น 10,000-13,000 ล้านบาทในปี 2561 โดยทั้งภาครัฐบาล ภาคอุดมศึกษา ภาครัฐวิสาหกิจ และภาคเอกชนนั้น ส่วนใหญ่เน้นไปที่การวิจัยและพัฒนาในสาขาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี จะมีเพียงภาคเอกชนไม่คำกำไรเท่านั้นที่เน้นไปที่การวิจัยและพัฒนาในสาขาสังคมศาสตร์ และสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์และสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 2: อัตราส่วนนักวิจัยต่อประชากร 10,000 คน

| | |
|------------------|--|
| นิยาม | นักวิจัย หมายถึงผู้ที่ทำงานวิจัยและพัฒนา ทั้งในลักษณะเต็มเวลา และไม่เต็มเวลา โดยคิดจาก จำนวนนักวิจัยที่นับเป็นจำนวนคน (รายหัว) และจำนวนนักวิจัยที่เทียบเป็นการทำงานเต็มเวลา (Full time equivalent, FTE) |
| การวัด | คำนวณหาอัตราส่วนจำนวนนักวิจัยที่นับเป็นจำนวนคน (รายหัว) (คน) ต่อประชากร 10,000 คน และอัตราส่วนจำนวนการทำงานเต็มเวลา (FTE) ของนักวิจัย (คน-ปี) ต่อประชากร 10,000 คน |
| วิธีการคำนวณ | ใช้จำนวนนักวิจัยที่นับเป็นจำนวนคน (รายหัว) เป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดคูณด้วย 10,000 ใช้จำนวนนักวิจัยที่นับเป็นจำนวนคน (รายหัว) เป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนประชากรแรงงานคูณด้วย 10,000 ใช้จำนวนการทำงานเต็มเวลา (FTE) รวมของนักวิจัยทั้งหมด เป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดคูณด้วย 10,000 ใช้จำนวนการทำงานเต็มเวลา (FTE) รวมของนักวิจัยทั้งหมด เป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนประชากรแรงงานคูณด้วย 10,000 |
| ค่าเป้าหมาย | อัตราส่วนจำนวนนักวิจัยที่นับเป็นจำนวนคน (รายหัว) (คน) ต่อประชากรแรงงาน มีเป้าหมายอยู่ที่ ≥ 8 ต่อแรงงาน 1,000 คน หรือ ≥ 80 ต่อแรงงาน 10,000 คน (SDG target) |
| แหล่งข้อมูล | รายงานการสำรวจค่าใช้จ่ายและบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทย ประจำปี 2562 สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) |
| การเข้าถึงข้อมูล | เข้าถึงเว็บไซต์ของสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ เพื่อดูรายงานผลการสำรวจค่าใช้จ่ายและบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทย ได้ทาง https://www.nrct.go.th/RandDIndex |

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: อัตราส่วนนักวิจัยต่อประชากร 10,000 คน

จากข้อมูลรายงานการสำรวจค่าใช้จ่ายและบุคลากรทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศไทย ประจำปี 2562 สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) พบว่าจำนวนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนา และจำนวนนักวิจัย มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของภาคเอกชน ที่ในปี 2561 มีจำนวนบุคลากรด้านการวิจัยและพัฒนาประมาณ 110,000 คน และมีนักวิจัยกว่า 86,000 คน รองลงมาคือภาคอุดมศึกษา (มีนักวิจัย 74,000 คน ในปี 2561) ในขณะที่ภาครัฐบาล มีนักวิจัยเพียง 15,000 ในปี 2561 รวมถึงอัตราการเพิ่มขึ้นของนักวิจัยในภาครัฐนั้นยังคงต่ำมากเมื่อเทียบกับภาคเอกชนและภาคอุดมศึกษา

เมื่อคิดเป็นอัตราส่วนนักวิจัยต่อประชากร พบว่า ในปี 2561 ประเทศไทยมีอัตราส่วนนักวิจัยต่อประชากร อยู่ที่ 27 คนต่อประชากร 10,000 คน หรือเทียบได้กับ 47 คนต่อแรงงาน 10,000 คน ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายของ SDG ที่ตั้งไว้ที่นักวิจัยมากกว่าหรือเท่ากับ 80 คนต่อแรงงาน 10,000 คน และหากนับนักวิจัยโดยใช้การทำงานเต็มเวลา (FTE) จะอยู่ที่เพียง 18 คน-ปี (FTE) ต่อประชากร 10,000 คน โดยจำนวนนักวิจัยส่วนใหญ่ อยู่ในสาขาสังคมศาสตร์ รองลงมาคือสาขาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี โดยในภาครัฐบาล และภาคอุดมศึกษา จะมีนักวิจัยกระจายอยู่ในสาขาต่างๆ ในขณะที่ภาครัฐวิสาหกิจ จะเน้นไปที่สาขาวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี และสาขาสังคมศาสตร์ และภาคเอกชนไม่ค้ำกำไร เน้นไปที่สาขาสังคมศาสตร์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์และสุขภาพ

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดทั้ง 2 จัดเป็นตัวชี้วัดที่ช่วยให้สามารถติดตามสถานการณ์ด้านการสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพตามภาพพึงประสงค์ได้ดี โดยใช้ข้อมูลจาก วช. ซึ่งปัจจุบันพบว่านักวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชนและภาคอุดมศึกษา ขณะที่ภาครัฐนั้นมีนักวิจัยน้อยมาก และสำหรับค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนานั้น พบว่าภาคเอกชนลงทุนเป็นส่วนใหญ่ และเน้นไปที่การวิจัยและพัฒนาด้านวิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยี มากกว่าการวิจัยและพัฒนาด้านสังคม และสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์และสุขภาพอย่างชัดเจน

จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า ควรมีการบริหารจัดการเรื่องการสร้างความรู้และองค์ความรู้ด้านสุขภาพสาขาต่างๆ อย่างเป็นระบบ โดยควรมีการพิจารณาถึงทิศทางการวิจัยและพัฒนาของประเทศว่าสาขาใดที่มีความสำคัญและจำเป็น แต่ยังมีการลงทุนน้อยกว่าภาคส่วนอื่นด้วย เพื่อให้เกิดการจัดสรรและกระจายงบประมาณการสร้างความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเพียงพอและเหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ในการพัฒนานักวิจัย ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนของภาครัฐบาล ที่มีทั้งจำนวนและอัตราการเติบโตที่ช้ากว่าภาคเอกชน และภาคอุดมศึกษาอย่างเห็นได้ชัด รวมถึงควรมีการพัฒนาหรือบูรณาการความร่วมมือในด้านการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกัน

6. การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

- 1) มีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่ดีมีเครือข่ายครอบคลุมทั้งประเทศ มีการเชื่อมประสานระหว่างองค์กรภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคเอกชน ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่นจนถึงระดับนานาชาติ ตามความเหมาะสม และมีช่องทางหลากหลายที่ประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมายจะสามารถเข้าถึงความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้
- 2) มีระบบสื่อสารที่สามารถคุ้มครองประชาชนให้ได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเพียงพอ โดยมีกลไกการคัดกรองความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีระบบเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายผู้บริโภค และมีระบบคุ้มครองการเผยแพร่ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสุขภาพซึ่งมีกฎหมายรองรับ
- 3) ผู้ผลิตสาร ผู้ส่งสารหรือผู้ทำหน้าที่สื่อกลาง และผู้รับสาร มีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วยจิตสำนึกที่ดีต่อบทบาทหน้าที่การสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องสู่สาธารณะ

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวม 1 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) จำนวนของข่าวปลอม (fake news) ที่ถูกตรวจจับและถูกระงับ

นิยาม ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย ได้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาข่าวปลอมที่มีผลกระทบต่อสังคมในวงกว้างไว้ คือ (1) ข่าวปลอมที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนโดยตรง เช่น โโรครระบาด ภัยพิบัติ เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม (2) ข่าวปลอมที่สร้างความแตกแยกในสังคม (3) ข่าวปลอมที่สร้างความเชื่อผิดๆต่อสังคม และ (4) ข่าวปลอมที่ทำลายภาพลักษณ์ต่อประเทศ

การวัด นับจำนวนข่าวปลอมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและถูกระงับ

วิธีการคำนวณ จำนวนและสัดส่วนข่าวปลอมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฯลฯ ที่ตรวจจับได้และถูกระงับ

ค่าเป้าหมาย จำนวนและสัดส่วนข่าวปลอมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฯลฯ ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล

- 1) เว็บไซต์ และ Facebook Anti Fake News Centre
- 2) การแถลงข่าวของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) เข้าถึงเว็บไซต์ ของ Anti Fake News Centre ทาง

<https://www.antifakenewscenter.com/>

2) เข้าถึง Facebook Anti Fake News Centre ทาง

<https://www.facebook.com/AntiFakeNewsCenter/>

3) เข้าถึงการแถลงข่าวของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม จากเว็บไซต์ของสำนักข่าวต่างๆ

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: จำนวนของข่าวปลอม (fake news) ที่ถูกตรวจจับและถูกระงับ

ข้อมูลจากศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม เป็นหน่วยงานหลักในการติดตามและตรวจสอบข่าวปลอมในสื่อต่างๆ ที่เริ่มมีการติดตามตรวจสอบตั้งแต่ 1 พ.ย. 2562 เป็นต้นมา พบว่าตั้งแต่ 1 พ.ย. 2562 ถึง 31 มี.ค. 2564 มีข่าวที่เข้าเกณฑ์ดำเนินการตรวจสอบกว่า 28,000 เรื่อง หรือเฉลี่ยประมาณ 1,700 เรื่องต่อเดือน เป็นเรื่องที่ต้องตรวจสอบกว่า 9,700 เรื่อง หรือเฉลี่ยประมาณ 570 เรื่องต่อเดือน ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นหมวดสุขภาพ ร้อยละ 54 หมวดนโยบายรัฐ ร้อยละ 41 ที่เหลือเป็นหมวดเศรษฐกิจและภัยพิบัติ

ผลการตรวจสอบข่าวที่เข้าเกณฑ์ดำเนินการตรวจสอบแล้ว 5,207 เรื่อง พบเป็นข่าวปลอมกว่า 2,400 เรื่อง เป็นข่าวบิดเบือนกว่า 370 เรื่อง ที่เหลือเป็นข่าวจริงอีก 1,946 เรื่อง ผลของการตรวจสอบนำไปสู่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับข่าวปลอมกับประชาชน และดำเนินการกับผู้กระทำความผิดตามกฎหมาย โดยเฉพาะการเผยแพร่ข่าวปลอมในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดข้างต้นในเรื่องจำนวนของข่าวปลอม (fake news) ที่ถูกตรวจจับและถูกระงับนั้น แสดงให้เห็นถึงการมีกลไกการคัดกรองความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยมีระบบเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมีความสำคัญ และควรพัฒนาให้เกิดการเชื่อมประสานระหว่างองค์กรภาครัฐอื่น ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคเอกชน ในทุกระดับ เพื่อให้สามารถตรวจสอบและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเท่าทันสถานการณ์และรวดเร็วยิ่งขึ้น รวมถึงเพื่อช่วยสร้างความตระหนักให้กับผู้ผลิตสาร ผู้ส่งสารหรือผู้ทำหน้าที่สื่อกลาง และผู้รับสาร มีส่วนร่วมรับผิดชอบด้วยจิตสำนึกที่ดีต่อบทบาทหน้าที่การสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องสู่สาธารณะอีกด้วย

7. การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

- 1) กำลังคนด้านสุขภาพมีความหลากหลาย มีคุณภาพและปริมาณเพียงพอ และมีการกระจายอย่างเหมาะสม
- 2) กำลังคนด้านสุขภาพมีความรู้ความสามารถเพียงพอในการตอบสนองต่อความจำเป็นของระบบสุขภาพของประเทศ มีทักษะในการทำงานเป็นทีมสุขภาพ มีคุณธรรมและจริยธรรม เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีคุณภาพชีวิตและมีความสุขในการทำงาน รวมทั้งใส่ใจในการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต
- 3) ระบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศตั้งอยู่บนฐานของความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตและหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบสุขภาพของประเทศ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ภายใต้การจัดหลักสูตรให้สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสาธารณสุขและความต้องการด้านสุขภาพของประเทศรวมถึง ให้ความสำคัญกับกระบวนการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างลึกซึ้งเพื่อให้สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและสามารถสร้างทีมสุขภาพเพื่อสังคมสุขภาวะ
- 4) มีกลไกบูรณาการระดับประเทศ ที่ประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลาง ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ หน่วยผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ทำหน้าที่ กำหนดนโยบายและวางแผนในการผลิต การพัฒนา การธำรงรักษา การติดตามประเมินสถานการณ์ และการบริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรม รองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องได้
- 5) รัฐสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทร่วมในการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ร่วมกับชุมชนและสถานบริการสาธารณสุข
- 6) สภาวิชาชีพด้านสุขภาพมีกลไกดูแลการผลิตและการประกอบวิชาชีพให้ได้มาตรฐาน มีคุณธรรมจริยธรรม และมีการปรับปรุงหลักเกณฑ์การประเมินสมรรถนะเพื่อให้มีความทันสมัย

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ในการติดตามสถานการณ์ด้านการสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ รวม 1 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข
- | | |
|--------------|---|
| นิยาม | ความหนาแน่นของบุคลากรสาธารณสุข หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุขแต่ละประเภทที่ปฏิบัติงานในประเทศต่อประชากร 10,000 คน หรือต่อประชากร 1,000 คน |
| การวัด | วัดหาความหนาแน่น (อัตราส่วนต่อประชากร) และการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขแต่ละประเภทที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ |
| วิธีการคำนวณ | สำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร (อัตราส่วนต่อประชากร 10,000 คน) |

สำหรับ พยาบาลวิชาชีพ (อัตราส่วนต่อประชากร 1,000 คน)

คำเป้าหมาย

ความหนาแน่นของกำลังคนสุขภาพ (health workforce density) หรืออัตราส่วนต่อประชากร ที่ถูกกำหนดเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำ โดยองค์การอนามัยโลก (SDG index threshold) สำหรับแพทย์ร่วมกับ พยาบาลและพยาบาลผดุงครรภ์ คือ 4.45 คน ต่อประชากร 1,000 คน หรือ 44.5 คน ต่อประชากร 10,000 คน

แหล่งข้อมูล

- 1) จำนวนบุคลากร (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ) โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในรายงานทรัพยากรสาธารณสุข ข้อมูลล่าสุด ปี พ.ศ. 2562 เป็นข้อมูลบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน (ไม่รวมคลินิก ร้านขายยา)
- 2) จำนวนบุคลากร (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ) ในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (gishealth.moph.go.th) โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงในสถานพยาบาลรัฐและเอกชน (ไม่รวมคลินิก ร้านขายยา) โดยเป็นข้อมูลต้นทางในการจัดทำรายงานทรัพยากรสาธารณสุข
- 3) จำนวนประชากรกลางปี โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายจังหวัด

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) รายงานทรัพยากรสาธารณสุข จัดทำเป็นรายปีทุกปี โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับล่าสุดปี พ.ศ. 2562 (www.bps.moph.go.th/new_bps/healthdata) แสดงผลข้อมูลจำนวนและอัตราส่วน (ประชากรต่อบุคลากร) จำแนกตามจังหวัดและเขตสุขภาพ
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยตรงจากฐานข้อมูล ในระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ (gishealth.moph.go.th) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนและอัตราส่วนต่อประชากร จำแนกตามจังหวัดและเขตสุขภาพ ล่าสุด และคำนวณเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 10,000 คน (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร) และอัตราส่วนต่อประชากร 1,000 คน (พยาบาลวิชาชีพ)
- 3) ระบบแสดงผลข้อมูลทรัพยากรสุขภาพต่อประชากร โดยแสดงผลข้อมูลแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ แพทย์เฉพาะทาง และทรัพยากรอื่นๆ ต่อประชากรล่าสุด จำแนกตามเขตสุขภาพ และจังหวัด (gishealth.moph.go.th/healthmap/resource2.php)

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข

พบว่าความหนาแน่นของบุคลากรสาธารณสุข ในรูปแบบของอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร โดยรวมมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในช่วงระยะเวลา 9 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2562 โดยในปี พ.ศ. 2562 อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 51 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2554 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 38 อัตราส่วนเภสัชกรต่อประชากร 10,000 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 47 อัตราส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1,000 คน เพิ่มขึ้นร้อยละ 32 ทั้งนี้ หากเปรียบเทียบกับเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ที่กำหนดให้แพทย์ รวมกับพยาบาล และพยาบาลผดุงครรภ์ มีอัตราส่วนขั้นต่ำ 4.45 ต่อประชากร 1,000 คน จะพบว่าหากรวมแพทย์และพยาบาลวิชาชีพเข้าด้วยกัน จะมีอัตราส่วนรวมกันประมาณ 3.3 ต่อประชากร 1,000 คน หากรวมพยาบาลเทคนิค (ในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 4,449 คน หรือ 0.07 ต่อประชากร 1,000 คน) จะเพิ่มเป็น 3.37 ต่อประชากร 1,000 คน (นับเฉพาะที่ทำงานในสถานพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ที่บันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศศุภศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ ไม่รวมคลินิกเอกชน หรือร้านขายยา รวมทั้งไม่รวมผู้ที่ทำงานในภาคส่วนอื่น ไม่รวมบุคลากรที่เกษียณอายุแล้ว และไม่รวมบุคลากรที่กำลังศึกษาสาขาเฉพาะทาง) ซึ่งถือว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดในระดับนานาชาติ จึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มเติมบุคลากรในระบบบริการและกระจายอย่างทั่วถึง

สำหรับการกระจายนั้น พบว่ายังมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ยังมีอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นอยู่ โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าความแตกต่างของอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ระหว่างภาคอื่นๆ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความแตกต่างกันอยู่ 1.4-1.6 เท่า

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านการสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดข้างต้นในเรื่องความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุขนั้น ได้สะท้อนถึงสถานการณ์ด้านกำลังคนด้านสุขภาพของไทยได้ดี โดยแสดงให้เห็นว่าความหนาแน่นของบุคลากรสาธารณสุข ในรูปแบบของอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากร นั้น โดยรวมมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ในช่วงระยะเวลา 9 ปี (พ.ศ. 2554 - 2562) แต่ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดในระดับนานาชาติ นอกจากนี้ พบว่าการกระจายของบุคลากรสาธารณสุขยังมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ยังมีอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นอยู่ แม้ว่าแนวโน้มของความแตกต่างดังกล่าวดีขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมา

จากการกระจายตัวที่ยังคงมีความแตกต่างกันนั้น สะท้อนถึงปัญหาในเรื่องระบบบริหารจัดการเรื่องกำลังคนด้านสุขภาพ ความเป็นธรรมในเรื่องการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุข และการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ภายใต้สมมติฐานที่ว่าความต้องการบริการสุขภาพมีความใกล้เคียงกันระหว่างภูมิภาค ดังนั้น จึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ความสามารถของแต่ละวิชาชีพอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีมสุขภาพ และควรเพิ่มเติมบุคลากรในระบบบริการและกระจายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในบริเวณพื้นที่จังหวัดและเขตที่มี

อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่ต่ำกว่าพื้นที่อื่น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการบูรณาการระดับประเทศ ที่ประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลาง ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ หน่วยผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคม ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและวางแผนในการผลิต การพัฒนา การธำรงรักษา การติดตามประเมินสถานการณ์ และการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรม ลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละภูมิภาค สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องได้

8. การเงินการคลังด้านสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

- 1) มีกลไกการบริหารจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินงานอย่างโปร่งใสตรวจสอบได้โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเสมอภาคบนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และมีระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ทันเวลา ทั้งนี้เพื่อสร้างให้เกิดความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ
- 2) มีการลงทุนด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอในการตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่ม เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศและความสามารถด้านการเงินการคลังของประเทศ โดยเฉพาะในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการจัดการกับปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการระดมเงินจากแหล่งต่างๆ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- 3) มีการลงทุนด้านสุขภาพเป็นพิเศษเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นของกลุ่มคนต่างๆ ที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพ กลุ่มคนด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง
- 4) มีมาตรการและหลักเกณฑ์ในการพิจารณาการสนับสนุนการลงทุนด้านสุขภาพในรูปแบบต่างๆ โดยนำการประเมินผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่มีข้อมูลทางวิชาการรองรับมาใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาประกอบการสนับสนุนหรือระงับการลงทุนด้วย
- 5) มีการเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากสินค้าที่ทำลายสุขภาพเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการจัดการกับปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- 6) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนร่วมกันดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการจัดการกับปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในพื้นที่โดยใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรืองบประมาณจากกองทุนสุขภาพพื้นที่
- 7) กองทุนเพื่อการบริการสาธารณสุขทุกกองทุนมีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานเหมือนกัน โดยมีรูปแบบการจ่ายที่สะท้อนต้นทุนอย่างแท้จริง และเป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีกลไกสร้างความกลมกลืนในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
- 8) มีการร่วมจ่ายที่ไม่มีผลกระทบด้านลบต่อประชาชน โดยไม่เป็นหรือสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น หรือก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมระหว่างระดับฐานะทางเศรษฐกิจ โดยคำนึงถึงการสร้างความเป็นธรรมในการร่วมจ่ายตามฐานะทางเศรษฐกิจเป็นหลัก

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ รวม 2 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ
- 2) การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐ

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ

นิยาม ความเป็นธรรมในทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ พิจารณาจากรายจ่ายด้านสุขภาพ เปรียบเทียบกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละบุคคล การเงินการคลังที่พึงประสงค์คือ การเงินการคลังที่มีลักษณะก้าวหน้า กล่าวคือ คนรวยจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่า คนจนเมื่อเปรียบเทียบโดยพิจารณาความสามารถในการจ่ายด้วย ในทางตรงกันข้าม การเงินการคลังที่ไม่พึงประสงค์หรือไม่มีความเป็นธรรม ก็คือ การเงินการคลังที่มีลักษณะถดถอย กล่าวคือ คนรวยจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในสัดส่วนที่ต่ำกว่าคนจนเมื่อเปรียบเทียบโดยพิจารณาความสามารถในการจ่ายด้วย

การวัด วิเคราะห์ความเป็นธรรมในทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ (Financial incidence analysis: FIA)

วิธีการคำนวณ ใช้ดัชนีคักวานี (Kakwani index) ในการวิเคราะห์ความเป็นธรรมในทางการเงินการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +1 ถ้าค่าดัชนีคักวานีเป็นบวก หมายถึง การเงินการคลังด้านสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้า (progressive) (คนรวยจ่ายมากกว่าคนจนเมื่อเปรียบเทียบโดยพิจารณาความสามารถในการจ่ายด้วย) แต่ถ้าค่าเป็นลบ หมายถึง การคลังสุขภาพมีลักษณะถดถอย (regressive) (คนจนจ่ายมากกว่าคนรวยเมื่อเปรียบเทียบโดยพิจารณาความสามารถในการจ่ายด้วย)

$$\text{Kakwani index} = \text{Concentration index} - \text{Gini coefficient}$$

โดย Concentration index หมายถึง ดัชนีการกระจายของการจ่ายเงินด้านสุขภาพ

Gini coefficient หมายถึง สัมประสิทธิ์การกระจายรายได้ (คิดตามรายได้ หรือ รายจ่าย)

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ

1) วิเคราะห์ความก้าวหน้าของแหล่งการคลัง โดยใช้ ดัชนีคักวานีซึ่งประกอบด้วย 3

ขั้นตอนดังนี้

- 1.1) จำแนกประชากรเป็นกลุ่มตามเศรษฐกิจฐานะ โดยใช้ รายได้ หรือ รายจ่าย
 - 1.2) คำนวณรายจ่ายที่กลุ่มประชากรจ่ายตามประเภทของแหล่งการคลังสุขภาพ อันได้แก่ ภาษีทางตรง ภาษีทางอ้อม (ภาษีมูลค่าเพิ่ม และภาษีสรรพสามิต) จ่ายตรงโดยครัวเรือน ประกันสังคม และประกันเอกชน
 - 1.3) วิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านแหล่งการคลังสุขภาพโดยใช้ดัชนีคักวานี ซึ่งคำนวณมาจากการเปรียบเทียบ Concentration index (CI) ของแต่ละแหล่งการคลังกับการกระจายของรายได้หรือรายจ่าย (Gini coefficient)
- 2) วิเคราะห์ความก้าวหน้าของแหล่งการคลังเพื่อสุขภาพในภาพรวม โดยใช้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ได้จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพมาเป็นค่าถ่วงน้ำหนัก

คำเป้าหมาย ค่าของดัชนีคักวานี (Kakwani index) ในการวิเคราะห์ความเป็นธรรมในทางการเงินการคลัง ด้านสุขภาพ ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล

- 1) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และความเป็นธรรมทางการคลังสุขภาพ จัดทำโดย สุพล ลิมาพัฒนานนท์ และคณะ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) เข้าถึงรายงานฉบับสมบูรณ์ ได้ทาง <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/424/chapter1.pdf>

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ

ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพนั้น พิจารณาจากการจ่ายเงินที่เป็นอัตราก้าวหน้า หมายถึงคนรวยจ่ายในอัตราที่สูงกว่าคนจน โดยใช้ “ดัชนีคักวานี” (Kakwani index) ที่มีค่าอยู่ระหว่าง -2 ถึง +1 ซึ่งถ้าค่าดัชนีคักวานีเป็นบวก หมายถึง การคลังสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้า แต่ถ้าค่าเป็นลบ หมายถึง การคลังสุขภาพมีลักษณะถดถอย โดยการแยกแหล่งการคลังออกเป็น 4 แหล่ง คือ ภาษีทางตรง ภาษีทางอ้อม การจ่ายตรงจากรัฐเรือน และการจ่ายเงินสมทบประกันสังคมหรือเบี้ยประกันเอกชน พบว่าการจ่ายภาษีทางตรงมีลักษณะก้าวหน้า แต่มีแนวโน้มลดลง การจ่ายภาษีทางอ้อมมีลักษณะก้าวหน้าเล็กน้อย หากคิดจากรายจ่าย แต่มีลักษณะถดถอยเล็กน้อย หากคิดจากรายได้ โดยมีแนวโน้มที่เป็นลักษณะก้าวหน้ามากขึ้น (ดัชนีคักวานีเพิ่มขึ้น) เช่นเดียวกับการจ่ายตรงจากรัฐเรือน และการจ่ายเงินสมทบประกันสังคมหรือเบี้ยประกันเอกชน โดยดัชนีคักวานีรวม (รวมจากดัชนีคักวานีของ 4 แหล่งการคลังสุขภาพ) พบว่าการคลังสุขภาพมีลักษณะก้าวหน้าเล็กน้อย (0.167 เมื่อคิดจากรายจ่าย และ 0.052 เมื่อคิดจากรายได้ ในปี 2560) จึงยังอยู่ในลักษณะที่พึงประสงค์ของการคลังสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาแนวทางในการเพิ่มความเป็นธรรมของการคลังสุขภาพให้สูงขึ้นต่อไป โดยเฉพาะในกรณีภาษีทางอ้อม การจ่ายตรงจากรัฐเรือน และการจ่ายเงินสมทบประกันสังคมและเบี้ยประกันเอกชน ที่ยังมีลักษณะถดถอยเล็กน้อย หากคิดจากรายได้

ตัวชี้วัดที่ 2: การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐ

นิยาม การวัดการได้รับประโยชน์หรือการอุดหนุนจากรัฐ (Benefit incidence analysis) เป็นวิธีการวัดว่าคนจนหรือคนรวยเป็นคนที่ได้ประโยชน์จากบริการทางด้านสุขภาพของรัฐมากกว่ากัน ในบริบทของหลายๆประเทศรวมทั้งประเทศไทย สถานพยาบาลของรัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการจึงอาจถือได้ว่าค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพเหล่านั้นเป็นผลประโยชน์ที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐ

การวัด วัดการได้รับประโยชน์หรือการอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากรัฐ

วิธีการคำนวณ การวิเคราะห์การได้รับประโยชน์จากเงินอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากรัฐ หรือ Benefit incidence analysis มีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

- 1) จำแนกประชากรเป็นกลุ่มตามเศรษฐกิจ โดยใช้ ดัชนีทรัพย์สิน (asset index) ของแต่ละครัวเรือนเป็น 5 กลุ่ม (quintile groups) คือ กลุ่มยากจนที่สุด กลุ่มยากจน กลุ่มเศรษฐกิจปานกลาง กลุ่มเศรษฐกิจดี และกลุ่มเศรษฐกิจดีที่สุด
- 2) แจกแจงการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพของประชากรทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลระดับต่างๆ (utilization)
- 3) นำข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย ที่ภาครัฐสนับสนุนในการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลต่างๆมาใช้ในการคำนวณ
- 4) เปรียบเทียบปริมาณ และสัดส่วนของทรัพยากรสุขภาพที่ประชากรได้รับจากรัฐ ตามเศรษฐกิจ โดยใช้ concentration curve ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการอุดหนุนค่าบริการสุขภาพกับสัดส่วนครัวเรือนที่เรียงตามลำดับจากยากจนที่สุดถึงร่ำรวยที่สุด ความสัมพันธ์ดังกล่าวจะอยู่บนเส้นแห่งความเป็นธรรม (equity line) ซึ่งเป็นเส้นทแยงมุม 45 องศา ระหว่างแกนอนที่แทนจำนวนสะสมของครัวเรือนที่เรียงลำดับตามเศรษฐกิจ และแกนตั้งที่แทนปริมาณสะสมของการอุดหนุนจากรัฐ และดัชนี concentration index (CI) ซึ่งมีค่าเป็นสองเท่าของพื้นที่ระหว่างเส้นความเป็นธรรมกับ concentration curve โดยมีค่าระหว่าง -1 ถึง +1

ดัชนีทรัพย์สิน

การจำแนกประชากรตามเศรษฐกิจ (Socio-Economic) หรือ มาตรฐานการครองชีพ (Living standard) โดยทั่วไปนิยมใช้ รายได้ ค่าใช้จ่าย และการบริโภคของครัวเรือนเป็นตัวกำหนด ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถวัดได้โดยตรง อย่างไรก็ตามการกำหนดระดับเศรษฐกิจยังสามารถใช้วิธีทางอ้อมเช่น ดัชนีทรัพย์สิน เป็นตัวจำแนก การวัดดัชนีทรัพย์สินครัวเรือน (household asset index) จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง โดยการคำนวณจะพิจารณาจาก

ทรัพย์สินของสมาชิกที่อยู่ในครัวเรือน การคำนวณค่าดัชนีจะเริ่มจากการสร้างตัวแปรที่เป็นสิ่งบ่งชี้ระดับเศรษฐฐานะ เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัย การครอบครองสินทรัพย์ที่มีมูลค่า อันได้แก่เครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ ยานพาหนะ หลังจากนั้นจึงนำเอาตัวแปรเหล่านี้มาคำนวณ ด้วยวิธี principal component analysis

คำเป้าหมาย การได้รับประโยชน์จากเงินอุดหนุนงบประมาณด้านสุขภาพจากภาครัฐ ไม่ได้กำหนดค่าเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล

- 1) รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการประเมินความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และความเป็นธรรมทางด้านการคลังสุขภาพ จัดทำโดย สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะมูลนิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 2) ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของประชากรไทย จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2550-2560 โดยใช้ข้อมูลลักษณะทั่วไปของสมาชิกครัวเรือน หลักประกันสุขภาพ การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข และลักษณะของครัวเรือน เพื่อประมาณการการใช้บริการสุขภาพ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามระดับเศรษฐฐานะที่แบ่งกลุ่มตามดัชนีทรัพย์สิน
- 3) ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาลภาครัฐในแต่ละระดับ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทั้งประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ในการประมาณการอัตราเหมาจ่ายรายหัว ในแต่ละปีที่เกี่ยวข้อง

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) เข้าถึงรายงานฉบับสมบูรณ์ ได้ทาง <http://ihp-phai.gov.net/DB/publication/attachresearch/424/chapter1.pdf>

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐ

การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐในการใช้บริการสุขภาพนั้น ข้อมูลในปี 2560 นั้น โน้มเอียงไปที่กลุ่มที่มีความยากจนมากกว่ากลุ่มคนที่ร่ำรวย ซึ่งเป็นแนวทางที่ควรจะเป็น โดยในภาพรวมของการใช้บริการพบว่า ภาครัฐอุดหนุนคนที่จนที่สุด 20% แรก ในสัดส่วนร้อยละ 22 ในขณะที่อุดหนุนคนที่รวยที่สุด 20% สุดท้าย ที่ประมาณร้อยละ 18 ในปี 2560 สำหรับทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่การอุดหนุนการให้บริการสำหรับคนจน จะเป็นการให้บริการที่สถานบริการระดับสถานีอนามัย (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน เป็นหลัก ในขณะที่การอุดหนุนการให้บริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ยังโน้มเอียงไปที่กลุ่มคนรวยมากกว่า โดยการใช้บริการที่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ โน้มเอียงไปทางคนจนมากกว่า

คนรวยเล็กน้อย สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นการอุดหนุนของรัฐที่เน้นไปที่คนจนมากกว่าคนรวย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ดี แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความแตกต่างของโอกาสในการใช้บริการในสถานบริการระดับสูง เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่อุดหนุนการใช้บริการของคนรวยมากกว่า จึงควรวิเคราะห์ว่าความแตกต่างดังกล่าวมีส่วนที่จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของบริการที่จำเป็นสำหรับคนจนหรือไม่ โดยเฉพาะบริการที่ต้องใช้เทคโนโลยีการรักษาราคาแพง ที่มีเฉพาะในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดทั้ง 2 จัดเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนภาพรวมให้เห็นถึงการบริหารจัดการการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศเพื่อสร้างให้เกิดความเป็นธรรมในด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่ลดความเหลื่อมล้ำ โดยเป็นเพียงส่วนหนึ่งในการสะท้อนข้อมูลด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพให้เห็นในบางเรื่องเท่านั้น ยังไม่ได้แสดงถึงการลงทุนด้านสุขภาพในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และการจัดการกับปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และไม่ได้สะท้อนเรื่องภาพพึงประสงค์ทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่พบ แสดงให้เห็นว่าหากมีการวิเคราะห์และบริหารจัดการด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพให้ดี ประเทศไทยจะยังคงสามารถลดความเหลื่อมล้ำในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อีกผ่านช่องทางต่างๆ เช่น ภาษีทางอ้อม การจ่ายตรงจากครัวเรือน และการจ่ายเงินสมทบประกันสังคม และเบี้ยประกันเอกชน การอุดหนุนของรัฐแก่กลุ่มคนจนในสถานบริการระดับสูง เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ อาจพิจารณาถึงตัวชี้วัดที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการมีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นของ สปสช. ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เพิ่มเติมด้วย

9. สุขภาพจิต

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

- 1) ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับการเพิ่มปัจจัยปกป้องและการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม
- 2) ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ตระหนักว่าสังคมแห่งการเกื้อกูล มีการไว้วางใจกัน และการมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีและต่างก็เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนากลไกการดูแลกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง
- 3) รัฐและภาคส่วนต่างๆ ร่วมกันสนับสนุนการพัฒนาจิตใจของคนในสังคม ทั้งในด้านทักษะทางอารมณ์ทักษะการจัดการชีวิตตนเองให้สามารถมีชีวิตที่ดีและมีความสุข รวมถึงการมีจิตอาสาและจิตสำนึกต่อสังคม
- 4) ระบบบริการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งในสถานบริการและชุมชน โดยสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน โดยเฉพาะคนด้อยโอกาสและคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางในสังคม

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต รวม 2 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) อัตราการฆ่าตัวตาย
- 2) ระดับสุขภาพจิตของคนไทย

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราการฆ่าตัวตาย

นิยาม การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

การวัด วัดจากอัตราการฆ่าตัวตาย (จำนวนฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนต่อปี)

วิธีการคำนวณ ใช้จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จใน 1 ปี เป็นตัวตั้งหารด้วยจำนวนประชากรกลางปี และคูณด้วย 100,000

ค่าเป้าหมาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2560-2563)

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8.0 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2564) (KPI กระทรวงสาธารณสุข)

แหล่งข้อมูล

- 1) จำนวนการตาย จากฐานข้อมูลทะเบียนการตาย (มรณบัตร) สำนักบริหารการทะเบียน กระทรวงมหาดไทย และให้รหัสสาเหตุการตาย (ICD-10) โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลล่าสุด ปี พ.ศ. 2562
หมายเหตุ : รหัส ICD-10 สำหรับ การฆ่าตัวตาย = X60 – X84
- 2) จำนวนประชากรกลางปี โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามเพศและอายุ รายจังหวัด

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) รายงานสถิติสาธารณสุข จัดทำเป็นรายปีทุกปี โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ล่าสุดปี พ.ศ. 2562 (bps.moph.go.th/new_bps/healthdata)
แสดงผลข้อมูลจำนวนและอัตราการตายรายสาเหตุ 103 กลุ่มสาเหตุ จำแนกตามเพศ จำแนกตามกลุ่มอายุ (5 กลุ่มอายุ) และจำแนกตามภาค (5 ภาค) ตามสถานที่ตาย
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลโดยตรงจากฐานข้อมูลทะเบียนการตาย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ตัวแปร เพศ อายุ รหัสสาเหตุการตาย (ICD-10) ที่อยู่ของผู้ตาย (รหัสท้องที่ จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน) วันเดือนปีที่ตาย
- 3) ระบบแสดงผลข้อมูลสถิติสุขภาพคนไทย (www.hiso.or.th/thaihealthstat) แสดงข้อมูลสถิติสุขภาพเชิงประเด็น สถิติสุขภาพระดับพื้นที่ สถิติสุขภาพตามระบบข้อมูล และการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ โดยมีการแสดงผลข้อมูลการฆ่าตัวตาย ดังภาพด้านล่าง

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: อัตราการฆ่าตัวตาย

จากรายงานสถิติสาธารณสุข ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2562) โดยเพิ่มจาก 4,205 คน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 5,870 คน ในปี พ.ศ. 2562 และเพศชายมีจำนวนการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 4 เท่า โดยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจาก 6.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 9 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 และเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 14.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งทั้งหมดนี้ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคนในปี 2560-2563

ในปีพ.ศ. 2562 มีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 15-59 ปี อยู่ที่ 10.7 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่อายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ที่ 11.1 ต่อประชากรแสนคน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงใกล้เคียงกับกลุ่มวัยทำงาน โดยหากเปรียบเทียบเป็นรายกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุ 35-39 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด (13.49 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 30-34 ปี (13.03 ต่อประชากรแสนคน) และ

40-44 ปี (12.56 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ และหากเปรียบเทียบรายภาคพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในภาคเหนือ (13.5 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (ไม่รวม กรุงเทพมหานคร) 9.1 ต่อประชากรแสนคน ภาคใต้ 8.2 ต่อประชากรแสนคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8.1 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยกรุงเทพมหานคร มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุด 3.9 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2562

ตัวชี้วัดที่ 2: ระดับสุขภาพจิตของคนไทย

นิยาม

กรมสุขภาพจิตนิยาม “สุขภาพจิต” ว่าหมายถึง “สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป” โดยพิจารณาจากองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ดังนี้

1) สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึงสภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ในการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง รวมถึงความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ กระทั่งอาจเป็นความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งสามารถจำแนกย่อยลงได้อีกเป็น 2 องค์ประกอบย่อยคือ

1.1) ความรู้สึกที่ดี ประกอบด้วย ความรู้สึกพึงพอใจ สบายใจ ภูมิใจ

1.2) การไม่มีความรู้สึกที่ไม่ดี ประกอบด้วย ความรู้สึกผิดหวัง มีทุกข์ เบื่อหน่าย

2) สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึง ความสามารถของจิตใจในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และในการจัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

3) คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึง คุณลักษณะที่ดีงามของจิตใจในการดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม แม้บางครั้งจะต้องเสียดุลความสุขสบายหรือทรัพย์สินส่วนตัวบ้างก็ตาม

4) ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึง ปัจจัยต่างๆที่สนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน การทำงาน รายได้ ศาสนา ความเชื่อของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำงาน ตลอดจนสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกมั่นคง และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

การวัด

เครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย โดยกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตทั้ง 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น

1) ด้านสภาพจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 18 คะแนน แบ่งเป็น ความรู้สึกที่ดี 3 ข้อ 9 คะแนน และการไม่มีความรู้สึกที่ไม่ดี 3 ข้อ 9 คะแนน

2) ด้านสมรรถภาพของจิตใจ จำนวน 3 ข้อ 9 คะแนน

3) ด้านคุณภาพของจิตใจ จำนวน 3 ข้อ 9 คะแนน

4) ด้านปัจจัยสนับสนุน จำนวน 3 ข้อ 9 คะแนน

รวมเป็น 15 ข้อ 45 คะแนน

โดยในการประเมินระดับสุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คะแนน 0.00-27.00
- 2) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คะแนน 27.01-34.00
- 3) สุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป คะแนน 34.01-45.00

วิธีการคำนวณ ในการคำนวณสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตในระดับประชากร มีการคำนวณ 2 วิธี ได้แก่

- 1) สัดส่วน (ร้อยละ) ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ตามระดับของสุขภาพจิต ที่แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป ดังนี้
- 2) คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยนำคะแนนสุขภาพจิตที่ประเมินได้ในแต่ละคน (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) มารวมกัน แล้วหารด้วยจำนวนคน

ค่าเป้าหมาย สัดส่วนของประชากรมีสุขภาพจิตที่ดี (สุขภาพจิตเท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป) ร้อยละ 85 (ที่มา: แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561-2565 กรมสุขภาพจิต)

แหล่งข้อมูล

- 1) พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, อธิป ต้นอารีย์, บังอร สุปรีดา. แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(2):121-135.
- 2) รายงานการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- 3) รายงานการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเข้าถึงข้อมูล

- 1) แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561 สามารถเข้าถึงได้ทาง เว็บไซต์ของวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/240327>
- 2) รายงานการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2561 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สามารถเข้าถึงได้ทาง เว็บไซต์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/การศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม/ภาวะทางสังคม-และวัฒนธรรม.aspx หรือเข้าไปยังเว็บไซต์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แล้ว 1) เลือก สำมะโน/สำรวจ 2) เลือก สำรวจ ด้านสังคม 3) เลือก สาขาศาสนา ศิลปะ วัฒนธรรม 4) เลือก สภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต จะได้หน้าเว็บไซต์ ด้านล่าง สามารถดูข้อมูลย้อนหลังได้ถึงปี

พ.ศ. 2551 โดยมีข้อมูล 4 ครั้ง ได้แก่ พ.ศ. 2551 พ.ศ. 2554 พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2561

- 3) รายงานการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สามารถเข้าถึงได้ทาง เว็บไซต์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/ด้านสังคม/สุขภาพ/สำรวจสุขภาพจิตของคนไทย.aspx

หรือเข้าไปยังเว็บไซต์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แล้ว 1) เลือก สำมะโน/สำรวจ 2) เลือก สำรวจ ด้านสังคม 3) เลือก สาขาสุขภาพ 4) เลือก สุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย จะได้น้ำเว็บไซต์ ด้านล่าง สามารถดูข้อมูลย้อนหลังได้ถึงปี พ.ศ. 2551 โดยมีข้อมูล 6 ครั้ง ได้แก่ พ.ศ. 2551 พ.ศ. 2552 พ.ศ. 2553 พ.ศ. 2555 พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2558

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: ระดับสุขภาพจิตของคนไทย

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตจากการสำรวจสุขภาพจิต สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าสัดส่วนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพจิตดี (เท่ากับหรือสูงกว่าคนทั่วไป) ในปี พ.ศ. 2557-2561 ลดลงจากปี พ.ศ. 2556 โดยในปี พ.ศ. 2556 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพจิตดี อยู่ที่ร้อยละ 88.8 แต่ลดลงเหลือร้อยละ 84.2 ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป้าหมายของประชากรที่มีสุขภาพจิตดี อยู่ที่ร้อยละ 85 นอกจากนี้ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป ในปี พ.ศ. 2561 มีเพียงร้อยละ 21.1 ซึ่งลดลงจากร้อยละ 38 ในปี พ.ศ. 2556

จากข้อมูลพบว่า ภาคตะวันออกเฉยงเหนือและภาคใต้ มีสุขภาพจิตดีกว่าภาคอื่น ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ได้แก่ 1) สถานภาพสมรส โดยสถานภาพ คู่ มีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี สูงสุด และสถานภาพ แยกกันอยู่หรือหย่า มีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี ต่ำสุด 2) ระดับการศึกษา โดย การศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา มีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี สูงสุด และการศึกษาระดับต่ำกว่า ประถมศึกษาหรือประถมศึกษา มีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี ต่ำสุด 3) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน โดยคนที่อยู่คนเดียว มีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี ต่ำกว่า คนที่อยู่กับครอบครัว 4) สุขภาพกาย โดยระดับสุขภาพจิต จะแปรผันตามสุขภาพกาย คนที่มีสุขภาพกายดี จะมีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี สูงขึ้นตามไปด้วย 5) การทำกิจกรรมทางศาสนา โดยคนที่ทำกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ มีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดี สูงกว่าคนที่ไม่ทำกิจกรรมทางศาสนา 2.75 เท่า และ 6) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว โดยครอบครัวที่มีการแสดงออกถึงความรัก หรือมีการทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในบ้านและนอกบ้าน หรือมีการพูดคุยปรึกษากันในครอบครัว เป็นประจำ มีโอกาสที่จะมีสุขภาพจิตที่ดี สูงกว่าครอบครัวที่ไม่ทำกิจกรรมในครอบครัวเลย ถึง 4-5 เท่า

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านสุขภาพจิต

จากตัวชี้วัดทั้ง 2 ตัว ที่ใช้ในการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตนั้น แสดงให้เห็นถึงอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 5 ปีล่าสุด ขณะที่สัดส่วนของประชากรที่มีสุขภาพจิตดีก็มีแนวโน้มลดลง เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของคนไทยที่มีแนวโน้มไปในทิศทางแย่ลง ซึ่งในทางจัดการนั้น ควรให้ความสำคัญกับมาตรการทั้งในระดับชาติและในระดับพื้นที่ ที่จะช่วยในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย เช่น ระบบบริการสาธารณสุขที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะคนด้อยโอกาสและคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบางในสังคม การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และออนไลน์ การติดตามกลุ่มเสี่ยง (เช่น ผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลและป้องกัน การให้คำปรึกษาในสถานศึกษา การเฝ้าระวังในชุมชนและในสถานที่ทำงาน

จากข้อมูลเรื่องระดับสุขภาพจิตของคนไทยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านต่างๆ ที่รวมถึงปัจจัยในเรื่องระดับการศึกษาและสุขภาพกาย ที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษาหรือประถมศึกษาจะมีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี ต่ำสุด ขณะที่ผู้ที่มีสุขภาพกายดี จะมีร้อยละของคนที่มีสุขภาพจิตดี สูงขึ้นตามไปด้วยนั้น สามารถสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างกับระดับสุขภาพจิตได้ส่วนหนึ่งเช่นกัน ซึ่งในการพัฒนาสุขภาพจิตของประชากร โดยรวมควรจะต้องพิจารณาถึงเหตุปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม จึงควรเป็นบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งบทบาทในระดับท้องถิ่น ที่จะดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน รวมไปถึงระดับครอบครัว ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีของสมาชิกในครอบครัวได้

10. สุขภาพทางปัญญา

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

1) ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีความรู้ความเข้าใจในสุขภาพทางปัญญาที่ตรงกันและให้ความสำคัญกับการเปิดพื้นที่ให้มีกิจกรรมหรือปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทางปัญญาทั้งในระดับบุคคลระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสังคมวงกว้างอย่างสอดคล้องกับวัยเพศและสถานะ ของบุคคลรวมถึงสอดคล้องกับบริบทแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม จารีต ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา และประวัติศาสตร์ของแต่ละกลุ่มบุคคลหรือชุมชน

2) รัฐสนับสนุนให้มีนโยบายและกลไกที่ทำให้ทุกภาคส่วนของสังคม สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายที่จะเอื้อให้บุคคลพัฒนาศักยภาพของตนเพื่อเข้าถึงสุขภาพทางปัญญา

3) รัฐสนับสนุนให้มีนโยบายส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนเกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพทางปัญญาโดยการสนับสนุนให้มีระบบข้อมูลองค์ความรู้และกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็น รวมทั้งบูรณาการทรัพยากรต่างๆ ที่จะทำให้คนไทยมีโอกาสในการเข้าถึงสุขภาพทางปัญญา

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ในการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพทางปัญญา รวม 1 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) ระดับความสุขของประเทศไทย

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: ระดับความสุขของประเทศไทย

นิยาม ระดับความสุขของประเทศไทย หมายถึงระดับความสุขของประชาชนไทย เมื่อเปรียบเทียบกับในระดับระหว่างประเทศ หรือในระดับโลก

การวัด คำนวณหาระดับความสุขของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศต่างๆ

วิธีการคำนวณ ข้อมูลการรายงานผลคะแนนความสุขของประเทศไทย ในรายงาน World Happiness Report ใช้วิธีการคำนวณหาค่าเฉลี่ยของความสุข โดยได้มาจากการสำรวจของ Gallup World Poll ซึ่งใช้คำถามที่เรียกว่า บันไดแคนทริล (Cantril ladder) ซึ่งถามว่า “โปรดนึกถึงภาพบันไดที่มี 10 ขั้น มีเลขเขียนไว้ที่บันไดแต่ละขั้น ที่พื้นเขียนเลข 0 ที่บันไดขั้นบนสุดเขียนเลข 10 ให้บันไดขั้นบนสุดแทนชีวิตที่ดีที่สุดของท่าน และที่พื้นแทนชีวิตที่แย่ที่สุดของท่าน ท่านคิดว่าทุกวันนี้ท่านยืนอยู่ที่บันไดขั้นที่เท่าไร?” วิธีการดังกล่าวคล้ายกับวิธี Visual analogue scale ที่ใช้ภาพแสดงความสุขแต่ละระดับจาก 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความสุขเลย และ 10 หมายถึงมีความสุขมากที่สุด

ค่าเป้าหมาย คะแนนความสุข (Happiness) หรือ average ladder score มีเป้าหมายอยู่ที่ ≥ 6 (SDG target)

แหล่งข้อมูล

World Happiness Report 2013 (ข้อมูลปี 2010-2012)

World Happiness Report 2015 (ข้อมูลปี 2012-2014)

World Happiness Report 2016 (ข้อมูลปี 2013-2015)

World Happiness Report 2017 (ข้อมูลปี 2014-2016)

World Happiness Report 2018 (ข้อมูลปี 2015-2017)

World Happiness Report 2019 (ข้อมูลปี 2016-2018)

World Happiness Report 2020 (ข้อมูลปี 2017-2019)

World Happiness Report 2021 (ข้อมูลปี 2018-2020)

การเข้าถึงข้อมูล

เข้าถึงเว็บไซต์ของ World Happiness Report ได้ที่

<https://worldhappiness.report/>

สามารถ Download เล่มรายงาน และตารางข้อมูลในแต่ละปีได้

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: ระดับความสุขของประเทศไทย

จากรายงาน World Happiness Report ปี 2556-2564 จะพบว่าคะแนนความสุขของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงตั้งปี 2561 (ข้อมูลของปี 2558-2560) โดยลดจาก 6.424 คะแนน ในปี 2560 (ข้อมูลของปี 2557-2559) เหลือ 5.985 ในปี 2564 (ข้อมูลของปี 2561-2563) และอันดับเพิ่มขึ้นจากอันดับที่ 32 ในปี 2560 เป็นอันดับที่ 54 ในปี 2564 ซึ่งหมายถึงระดับความสุขที่แย่ลงทั้งในเชิงแนวโน้มและการเปรียบเทียบกับประเทศอื่น

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านสุขภาพทางปัญญา

ตัวชี้วัดในเรื่องระดับความสุขของประเทศไทย อาจเป็นตัวชี้วัดทางอ้อมในการใช้ในการติดตามสถานการณ์ด้านสุขภาพทางปัญญา อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการดำเนินงานตามภาพพึงประสงค์ที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เช่น เรื่องการทำให้ทุกภาคส่วนมีความรู้ความเข้าใจในสุขภาพทางปัญญาที่ตรงกัน และให้ความสำคัญกับการเปิดพื้นที่ให้มีกิจกรรมหรือปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพทางปัญญาทั้งในระดับบุคคลระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับสังคม หรือเรื่องการบูรณาการทรัพยากรต่างๆ ที่จะทำให้คนไทยมีโอกาสในการเข้าถึงสุขภาพทางปัญญา ดังนั้น ควรมีการพัฒนาตัวชี้วัดเพิ่มเติม

11. การอภิบาลระบบสุขภาพ

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

1) มีกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติที่ใช้การอภิบาลหลากหลายรูปแบบ เพื่อผนึกกำลังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมขับเคลื่อน ตัดสินใจ รับผิดชอบ โดยมุ่งประโยชน์สาธารณะร่วมกัน ทั้งนี้ มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามที่กฎหมายกำหนดร่วมกับส่วนราชการ หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2) ส่งเสริมและสนับสนุนกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เน้นพื้นที่เป็นฐาน มีประชาชนเป็นศูนย์กลางในระดับต่างๆ อย่างเหมาะสม

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมทั้งด้านจำนวนบุคลากร ความสามารถในการบริหารจัดการ และศักยภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็น จนสามารถปฏิบัติการรองรับภารกิจด้านสุขภาพได้

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพ รวม 4 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) สัดส่วนการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสมาชิกสามภาคส่วนหลัก
- 2) ความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- 3) จำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด
- 4) การสนับสนุนงบประมาณเพื่ออุดหนุนภารกิจด้านสุขภาพที่มอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: สัดส่วนการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสมาชิกสามภาคส่วนหลัก

นิยาม สัดส่วนการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสมาชิกสามภาคส่วนหลัก หมายถึง สัดส่วนของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่เข้าร่วมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 3 ภาคส่วนหลักคือ ภาคประชาชน (Members from Social Sector: MS) ภาควิชาการ/วิชาชีพ (Members from Knowledge Sector: MK) และภาครัฐ/การเมือง (Members from Political Sector: MP) ในแต่ละปี แสดงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติซึ่งเชื่อมโยงกับภาคส่วนตามคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

การวัด คำนวณสัดส่วนเป็นร้อยละของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ MS, MK, MP ที่เข้าร่วมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนั้น

วิธีการคำนวณ วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ เพื่อประเมินสัดส่วนของ 3 กลุ่มคือ MS, MK, MP คำนวณโดยนำจำนวนสมาชิกจาก MS, MK, MP ผู้ที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี มารวมกันคิดเป็นร้อยละ 100 แล้วคำนวณสัดส่วนของแต่ละกลุ่มคิดเป็นร้อยละเมื่อเทียบกับจำนวนผู้เข้าร่วมที่มาจาก MS, MK, MP ทั้งหมด

ค่าเป้าหมาย ยังไม่ได้ตั้งไว้

แหล่งข้อมูล รายงานผลการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ที่ สช. เก็บข้อมูลในการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปีละ 1 ครั้ง

การเข้าถึงข้อมูล เว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หรือติดต่อขอข้อมูลจาก สช. โดยตรง

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: สัดส่วนการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสมาชิกสามภาคส่วนหลัก

จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พบว่าสัดส่วนการเข้าร่วมของสมาชิกในกลุ่ม MP, MK, MS ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 13 ที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปีนั้น (ขาดข้อมูลของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในครั้งที่ 4 และ 5) สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติจากภาครัฐ/การเมือง (MP) มีสัดส่วนการเข้าร่วมมากกว่าภาคส่วนอื่น (คิดเป็นร้อยละ 38.7) แต่ก็เป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับภาคประชาชน (MS) (ร้อยละ 36.2) ในขณะที่ภาควิชาการ/วิชาชีพ (MK) มีสัดส่วนการเข้าร่วมที่น้อยที่สุดในเกือบทุกปี (ร้อยละ 24.6) (จริงๆ แล้วในการเข้าร่วมในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติทุกปีนั้นมีสมาชิกที่สำคัญอีกกลุ่ม คือ สมาชิกจากพื้นที่ หรือ *Members from Areas: MA* แต่ถือว่าเป็นกลุ่มผู้เข้าร่วมที่มีสัดส่วนของผู้แทนจากภาคประชาชน ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาครัฐ/การเมือง ในสัดส่วนที่เหมาะสมแล้ว จึงไม่ได้นำมาใช้ในการคำนวณเป็นตัวชี้วัด)

ซึ่งตัวชี้วัดสัดส่วนการเข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติของสมาชิกสามภาคส่วนหลักนี้ได้สะท้อนถึงการอภิบาลระบบสุขภาพที่ใช้กรอบแนวคิดจากภาพพึงประสงค์ของการอภิบาลระบบสุขภาพที่ระบุไว้ในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 ที่ระบุไว้ว่า กลไกการอภิบาลระบบสุขภาพระดับชาติจะต้องเป็นกลไกการอภิบาลที่หลากหลายรูปแบบและมีทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมขับเคลื่อน ตัดสินใจ รับผิดชอบ โดยมุ่งประโยชน์สาธารณะร่วมกัน

ดังนั้น “สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ซึ่งเป็นเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคมและเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันจากการปฏิบัติผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ในการร่วมกำหนดทิศทางแนวนโยบาย ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม ร่วมปรับปรุงแก้ไขและร่วมพัฒนาขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความเป็นเจ้าของนโยบายสาธารณะร่วมกันโดยการทำงานอย่างเป็นระบบและมีความยืดหยุ่น จึงถือเป็นกลไกการอภิบาลระดับชาติที่เป็นรูปธรรมของไทย ซึ่งการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ ทั้ง MS, MK, MP ในกลไกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ จึงถือเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการสะท้อนการอภิบาลระดับชาติ

| | |
|-------------------------|--|
| ตัวชี้วัดที่ 2: | ความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ |
| นิยาม | ความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินการขับเคลื่อน |
| การวัด | จำนวนและสัดส่วนเป็นร้อยละของมติสมัชชาที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการขับเคลื่อนโดยกระบวนการและกลไกนโยบายที่มีอยู่สำเร็จแล้ว (Achieved) กลุ่มที่ 2 คือ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่กำลังขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง (On-going) กลุ่มที่ 3 คือ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการนำเข้าไปทบทวนมติ (To be revisited) และกลุ่มที่ 4 คือ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ควรยุติการรายงานการขับเคลื่อน เนื่องจากไม่จำเป็นต้องขับเคลื่อนต่อแล้วแต่ยังไม่ถือว่าดำเนินการขับเคลื่อนจนเป็นผลสำเร็จ เนื่องจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป |
| วิธีการคำนวณ | วิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ โดยดูสัดส่วนของมติทั้ง 4 กลุ่ม เปรียบเทียบกันในแต่ละปี เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนมติในแต่ละกลุ่ม |
| ค่าเป้าหมาย | ยังไม่ได้ตั้งไว้ |
| แหล่งข้อมูล | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) |
| การเข้าถึงข้อมูล | เว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยดูที่เอกสารรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปี หรือติดต่อขอข้อมูลจาก สช. โดยตรง |

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: ความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

การติดตามข้อมูลการรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการรายงานต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแต่ละปีตั้งแต่ปี 2560 ถึง 2563 พบว่ามีจำนวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มขึ้นจากจำนวน 77 มติ ในปี 2560 เป็น 90 มติ ในปี 2563 และเมื่อพิจารณาสัดส่วนของมติทั้ง 4 กลุ่มพบว่าในปี 2560 มีรายงานมติที่อยู่ในกลุ่มที่ 1 (มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการขับเคลื่อนโดยกระบวนการและกลไกนโยบายที่มีอยู่สำเร็จแล้ว) อยู่ร้อยละ 30 มีมติที่อยู่ในกลุ่มที่ 2 (มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่กำลังขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง) อยู่ร้อยละ 57 มีมติที่อยู่ในกลุ่มที่ 3 (มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่มีการนำเข้าไปทบทวนมติ) อยู่ร้อยละ 5 และมีมติที่อยู่ในกลุ่มที่ 4 (มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ควรยุติการรายงานการขับเคลื่อน) อยู่ร้อยละ 8 และหลังจากการดำเนินงานไปในช่วงระยะเวลา 4 ปี พบว่าในปี 2563 มีรายงานมติที่อยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวนเพิ่มขึ้นอีกถึง 13 มติ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 40 ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่น่าพอใจ

ซึ่งตัวชี้วัดความก้าวหน้าของการดำเนินการตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาตินี้ ได้สะท้อนถึงความโปร่งใสของการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับชาติว่า ประเด็นสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญไว้ ได้มีการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบ (accountability) ต่อเรื่องนั้นๆ อย่างไร และมีการติดตามผลลัพธ์ในแต่ละเรื่องร่วมกันหรือไม่อย่างไร

ตัวชี้วัดที่ 3: จำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด

| | |
|------------------|---|
| นิยาม | จำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด หมายถึง จำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในระดับจังหวัดในแต่ละปี เป็นสิ่งที่สะท้อนการเปิดพื้นที่สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรงในกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม |
| การวัด | การกระจายและการเพิ่มขึ้นของจำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ระดับจังหวัดในแต่ละปี |
| วิธีการคำนวณ | สช. เก็บข้อมูลในการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด สรุปรายปี วิเคราะห์ข้อมูลเป็นจำนวนและแนวโน้มเปรียบเทียบกับปีอื่น ๆ |
| ค่าเป้าหมาย | ยังไม่ได้ตั้งไว้ |
| แหล่งข้อมูล | สำนักขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| การเข้าถึงข้อมูล | เว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หรือติดต่อขอข้อมูลจาก สช. โดยตรง |

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 3: จำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด

การติดตามความครอบคลุมของการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด เป็นการสะท้อนถึงการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่จังหวัดได้มีส่วนร่วมโดยตรงในการอภิบาลระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยจากข้อมูลที่รวบรวมได้จาก สช. พบว่า ภายหลังจากบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้น ในช่วง 9 ปีแรกการกระจายของสมัชชาสุขภาพจังหวัดยังครอบคลุมได้เพียงครึ่งหนึ่งของพื้นที่จังหวัดทั่วประเทศ (จำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดเฉลี่ยต่อปี คิดเป็น 39 จังหวัด) ต่อมาในช่วงปีที่ 10 จนถึงปีที่ 13 มีการขยายไปจนเกือบครบทุกจังหวัด (จำนวนจังหวัดที่มีการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดเฉลี่ยต่อปี คิดเป็น 74 จังหวัด) โดยในปี 2563 หรือปีที่ 13 หลังเกิด พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้เกิดสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานครขึ้นเป็นครั้งแรกอีกด้วย อย่างไรก็ตาม สำหรับปีที่ 14 ที่มีจำนวนจังหวัดที่จัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดน้อยลง น่าจะเป็นผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ตัวชี้วัดนี้ได้แสดงถึงการอภิบาลระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ที่กระจายครอบคลุมไปยังจังหวัดต่างๆ ถือเป็นการแสดงให้เห็นถึงการส่งเสริมและสนับสนุนกลไกอภิบาลระบบสุขภาพที่เน้นพื้นที่เป็นฐาน อย่างไรก็ตาม ยังไม่ได้แสดงถึงคุณภาพของกระบวนการสมัชชาสุขภาพจังหวัดในด้านการอภิบาลระบบสุขภาพที่สามารถวิเคราะห์ได้จาก 1) การจัดลำดับความสำคัญหรือการกำหนดระเบียบวาระของสมัชชาสุขภาพจังหวัด (Setting Priority) 2) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ (Accountability) และ 3) การกำกับติดตามผล (Performance Monitoring) เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอ ดังนั้น ต้องมีการออกแบบการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบมากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ต่อไป

ตัวชี้วัดที่ 4: การสนับสนุนงบประมาณเพื่ออุดหนุนภารกิจด้านสุขภาพที่มอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ

| | |
|-------------------------|---|
| นิยาม | 1) งบประมาณเพื่ออุดหนุนภารกิจด้านสุขภาพที่มอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง “งบประมาณเงินอุดหนุน” ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินอุดหนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2559 ที่สนับสนุนภารกิจด้านสุขภาพที่ส่วนกลางมอบให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ซึ่ง “เงินอุดหนุน” คือ เงินที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งงบประมาณอุดหนุน ให้แก่หน่วยงานที่ขอรับเงินอุดหนุน เพื่อให้ดำเนินการตามภารกิจที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมาย 2) ภารกิจด้านสุขภาพ หมายถึง ภารกิจที่เชื่อมโยงกับสาธารณสุขและภารกิจด้านอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพประชาชน (ไม่ใช่แค่ด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว) เช่น การบริหารสนามกีฬา เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เบี้ยยังชีพคนพิการ การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สถานีนอนามัย ถ่ายไอออน |
| การวัด | จำนวนเงินและสัดส่วนงบประมาณเพื่อสนับสนุนภารกิจด้านสุขภาพที่ส่วนกลางถ่ายโอนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น |
| วิธีการคำนวณ | วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารสรุปรายละเอียดเงินอุดหนุนรายปี ที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเผยแพร่ |
| ค่าเป้าหมาย | ยังไม่ได้ตั้งไว้ |
| แหล่งข้อมูล | กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย |
| การเข้าถึงข้อมูล | เว็บไซต์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย |

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 4: การสนับสนุนงบประมาณเพื่ออุดหนุนภารกิจด้านสุขภาพที่มอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ

ตัวชี้วัดนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่สามารถสะท้อนถึงภาพพึงประสงค์ที่ระบุว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมทั้งด้านจำนวนบุคลากร ความสามารถในการบริหารจัดการ และศักยภาพด้านอื่นๆ ที่จำเป็น จนสามารถปฏิบัติการรองรับภารกิจด้านสุขภาพได้” ซึ่งการสนับสนุนงบประมาณเพื่ออุดหนุนภารกิจด้านสุขภาพที่มอบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการนี้ จะมีส่วนช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถปฏิบัติการด้านสุขภาพต่าง ๆ และพึ่งตนเองได้

ข้อมูลรายละเอียดเงินอุดหนุนรายปีจากเว็บไซต์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย พบว่า จำนวนเงินอุดหนุนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางเพิ่มขึ้นจาก 85,695 ล้านบาทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 เป็น 226,034 ล้านบาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 โดยการให้อุดหนุนภารกิจด้านสุขภาพมีจำนวนรายการและจำนวนงบประมาณเพิ่มมากขึ้นซึ่งสะท้อนทิศทางการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจในด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ ยังพบว่า การให้เงินอุดหนุนภารกิจด้านสุขภาพมีจำนวนรายการและจำนวนงบประมาณที่

เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (ร้อยละ 1.7 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 43.6 ในปี 2562) ข้อมูลนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงทิศทางการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจในด้านสุขภาพจากส่วนกลางไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้มีความพร้อมในการรองรับภารกิจด้านสุขภาพได้มากขึ้น โดยภารกิจด้านสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น เป็นภารกิจที่ครอบคลุมด้านอื่นนอกจากเรื่องสาธารณสุขด้วย เช่น การบริหารสนามกีฬา เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์ เบี้ยยังชีพคนพิการ การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สถานีนอนามัยถ่ายโอน ซึ่งสะท้อนภารกิจในด้านสุขภาพของ อปท. ที่สอดคล้องกับแนวทางของ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies) ได้ด้วย

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านอภิบาลระบบสุขภาพ

ตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัว ที่ใช้ในการติดตามสถานการณ์ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพนั้น สะท้อนถึงกลไกการอภิบาลระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ ในมิติของการผนึกกำลังทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมขับเคลื่อน ตัดสินใจ รับผิดชอบ โดยมุ่งประโยชน์สาธารณะเพื่อสุขภาพร่วมกัน รวมถึงการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถปฏิบัติภารกิจด้านสุขภาพต่าง ๆ และพึ่งตนเองได้ อย่างไรก็ตาม หากมีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของตัวชี้วัด เพื่อสะท้อนองค์ประกอบด้านการอภิบาลระบบสุขภาพเพิ่มเติม ทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพ 2) การมีส่วนร่วมรับผิดชอบของภาคส่วนต่าง ๆ และ 3) การร่วมกันกำกับติดตามสถานการณ์ของผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงพัฒนารายละเอียดตัวชี้วัดเพิ่มเติมเพื่อติดตามบทบาทและความพร้อมของ อปท. ในการอภิบาลระบบสุขภาพ จะทำให้เห็นข้อมูลเชิงคุณภาพและสถานการณ์ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพของไทยในภาพรวมมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

12. ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559

1) ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าใจและสามารถนำสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปปรับใช้ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพของชุมชน

2) ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมกันใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นแนวทางในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมีระบบติดตาม ทบทวน และประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

3) เกิดการเชื่อมโยงเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่ เพื่อนำองค์ความรู้ไปต่อยอดและขยายผลการจัดการระบบสุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมไปยังพื้นที่อื่นๆ

ตัวชี้วัด

จากภาพพึงประสงค์ข้างต้น ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อมาใช้ติดตามสถานการณ์ด้านการอภิบาลระบบสุขภาพ รวม 4 ตัวชี้วัด ดังนี้:

- 1) จำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่
- 2) ความเข้าใจและความสามารถของพื้นที่ที่มีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ในการนำสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปปรับใช้ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพของชุมชน
- 3) การใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นแนวทางในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมีระบบติดตาม ทบทวน และประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ
- 4) การเชื่อมโยงเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่ เพื่อนำองค์ความรู้ไปต่อยอดและขยายผลการจัดการระบบสุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมไปยังพื้นที่อื่นๆ

ผลการติดตามสถานการณ์ตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 1: จำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

นิยาม ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ หมายถึง กรอบทิศทาง หรือข้อตกลงร่วม หรือกรอบกติการ่วมที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นประเด็นทางสุขภาพ เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะหรือเป็นประเด็นทางสุขภาพในภาพรวมของแต่ละพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน

| | |
|------------------|---|
| การวัด | ค้นหาจำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในแต่ละปีว่ามีจำนวนเท่าไร |
| วิธีการคำนวณ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติสำรวจและรวบรวมข้อมูลจำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ทั้งหมดในแต่ละปี |
| ค่าเป้าหมาย | ยังไม่ได้ตั้งไว้ |
| แหล่งข้อมูล | รายงานจำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่ สช. เก็บข้อมูลในแต่ละปี |
| การเข้าถึงข้อมูล | ข้อมูลจากเว็บไซต์ สช. |

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 1: จำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี 2564 ซึ่งได้มีการสำรวจธรรมนูญสุขภาพพื้นที่จำนวน 753 แห่ง และได้ข้อมูลกลับมาจำนวน 559 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 74.24 นั้น พบว่ามีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่มากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 57.6) รองลงมาคือภาคใต้ (ร้อยละ 18.4) โดยเป็นประเภทธรรมนูญพื้นที่ตำบลมากที่สุด (ร้อยละ 80) ซึ่งในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นั้น พบว่าร้อยละ 61.2 ส่วนใหญ่มีฐานคิดมาจากสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ขณะที่มียังร้อยละ 20.9 มีฐานคิดมาจากธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ส่วนใหญ่มีการจัดทำในหมวดส่งเสริมสุขภาพ หมวดสิ่งแวดล้อม และหมวดสุขภาพ ตามลำดับ

ในส่วนของจำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นั้น จากข้อมูลในเว็บไซต์ของ สช. พบว่าในปี 2556 มีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เกิดขึ้นจำนวน 28 แห่ง และในปี 2557 นั้น เพิ่มขึ้นเป็น 109 แห่ง และอยู่ในระดับค่าเฉลี่ยที่ 95 แห่ง ในระหว่างปี 2558 – 2561 ซึ่งแสดงถึงการให้ความสำคัญของชุมชนในการร่วมออกแบบระบบสุขภาพของพื้นที่ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัตินั้นอาจมีจำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เกิดขึ้นในแต่ละปีจำนวนมากกว่าที่พบข้อมูลรายงานในเว็บไซต์ของ สช. ดังนั้น ควรมีการพัฒนาเรื่องการสำรวจและจัดเก็บข้อมูลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น

ตัวชี้วัดที่ 2: ความเข้าใจและความสามารถของพื้นที่ที่มีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ในการนำสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปปรับใช้ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพของชุมชน

| | |
|--------|--|
| นิยาม | ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ หมายถึง กรอบทิศทาง หรือข้อตกลงร่วม หรือกรอบกติการ่วมที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นประเด็นทางสุขภาพ เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะหรือเป็นประเด็นทางสุขภาพในภาพรวมของแต่ละพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน |
| การวัด | ใช้แบบสำรวจที่มีการพัฒนาขึ้นแล้วในการเก็บข้อมูล |

วิธีการคำนวณ คำนวณเป็นร้อยละของพื้นที่ที่ตอบแบบสำรวจว่าได้มีการดำเนินงานสอดคล้องกับตัวชี้วัด
 มากน้อยเพียงใด

ค่าเป้าหมาย ยังไม่ได้ตั้งไว้

แหล่งข้อมูล รายงานจากการสำรวจธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ของ สช. ซึ่งอาจมีการจัดเก็บเป็นระยะ (ไม่ได้
 จัดเก็บรายปี)

การเข้าถึงข้อมูล ติดต่อขอข้อมูลจาก สช. โดยตรง

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 2: ความเข้าใจและความสามารถของพื้นที่ที่มีธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ในการนำ
 สาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปปรับใช้ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึง
 ความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพของชุมชน

จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสำรวจธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่มีการตอบกลับมา จำนวน 559 แห่ง
 นั้น พบว่า ร้อยละ 75.5 ได้มีการศึกษาสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติก่อนจัดทำธรรมนูญ
 สุขภาพพื้นที่ และประมาณร้อยละ 65 ได้นำสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติมาปรับใช้หรือ
 อ้างอิงในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยพบถึงร้อยละ 90.1 ที่ได้นำสาระในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ
 ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มาใช้อ้างอิงในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ส่วนหลักคิดอื่นๆ ที่
 นำมาใช้ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ นั้น พบว่ากว่าร้อยละ 60 มีการนำแนวคิดเรื่อง ประชาธิปไตยแบบ
 มีส่วนร่วมมาใช้ในกระบวนการของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ตัวชี้วัดที่ 3: การใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นแนวทางในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ
 เพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมีระบบ
 ติดตาม ทบทวน และประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

นิยาม ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ หมายถึง กรอบทิศทาง หรือข้อตกลงร่วม หรือกรอบกติการ่วมที่คน
 ในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นประเด็นทางสุขภาพ
 เรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะหรือเป็นประเด็นทางสุขภาพในภาพรวมของแต่ละพื้นที่ โดย
 หัวใจสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวน
 ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน

การวัด ใช้แบบสำรวจที่มีการพัฒนาขึ้นแล้วในการเก็บข้อมูล

วิธีการคำนวณ คำนวณเป็นร้อยละของพื้นที่ที่ตอบแบบสำรวจว่าได้มีการดำเนินงานสอดคล้องกับตัวชี้วัด
 มากน้อยเพียงใด

ค่าเป้าหมาย ยังไม่ได้ตั้งไว้

แหล่งข้อมูล รายงานจากการสำรวจธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ของ สช. ซึ่งอาจมีการจัดเก็บเป็นระยะ (ไม่ได้
 จัดเก็บรายปี)

การเข้าถึงข้อมูล ติดต่อขอข้อมูลจาก สช. โดยตรง

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 3: การใช้ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นแนวทางในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ผ่านกลไกและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมีระบบติดตาม ทบทวน และประเมินผลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ

จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสำรวจธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่มีการตอบกลับมา จำนวน 559 แห่ง นั้น พบว่า ในการนำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม นั้น ส่วนใหญ่นำไปใช้เป็นกฎ กติกา มาตรการ หรือข้อตกลงร่วมของชุมชน (ร้อยละ 44) รองลงมาคือใช้เป็นกรอบในการจัดทำกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ เพื่อขอรับทุนสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ (ร้อยละ 36.5)

ตัวชี้วัดที่ 4: การเชื่อมโยงเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่เพื่อนำองค์ความรู้ไปต่อยอดและขยายผลการจัดการระบบสุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมไปยังพื้นที่อื่นๆ

นิยาม ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ หมายถึง กรอบทิศทาง หรือข้อตกลงร่วม หรือกรอบกติการ่วมที่คนในชุมชนใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งอาจเป็นประเด็นทางสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะหรือเป็นประเด็นทางสุขภาพในภาพรวมของแต่ละพื้นที่ โดยหัวใจสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกแบบ พัฒนา ขับเคลื่อน และทบทวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ร่วมกัน

การวัด ใช้แบบสำรวจที่มีการพัฒนาขึ้นแล้วในการเก็บข้อมูล

วิธีการคำนวณ คำนวณเป็นร้อยละของพื้นที่ที่ตอบแบบสำรวจว่าได้มีการดำเนินงานสอดคล้องกับตัวชี้วัดมากน้อยเพียงใด

ค่าเป้าหมาย ยังไม่ได้ตั้งไว้

แหล่งข้อมูล รายงานจากการสำรวจธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ของ สช. ซึ่งอาจมีการจัดเก็บเป็นระยะ (ไม่ได้จัดเก็บรายปี)

การเข้าถึงข้อมูล ติดต่อขอข้อมูลจาก สช. โดยตรง

สรุปสถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 4: การเชื่อมโยงเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพพื้นที่เป็นเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่ เพื่อนำองค์ความรู้ไปต่อยอดและขยายผลการจัดการระบบสุขภาพชุมชนให้ครอบคลุมไปยังพื้นที่อื่นๆ

จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสำรวจธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่มีการตอบกลับมา จำนวน 559 แห่ง นั้น พบว่า ร้อยละ 56 มีการจัดทำข้อมูลภาคีเครือข่ายธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ซึ่งมีทั้งเครือข่ายภายในและภายนอกชุมชน สำหรับวิธีการสร้างเครือข่ายนั้น ส่วนใหญ่ใช้เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (ร้อยละ 55.6) รองลงมาเป็นการศึกษาดูงาน (ร้อยละ 26.1) ส่วนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่นั้นมีเพียงร้อยละ 34.2 เท่านั้น

สรุปสถานการณ์ภาพรวมด้านธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

ตัวชี้วัดทั้ง 4 ตัว ที่ใช้ในการติดตามสถานการณ์ด้านธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นั้น เป็นตัวชี้วัดที่เน้นถึงการดำเนินงานของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่สอดคล้องกับภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่าเป็นไปในทิศทางที่ดี คือ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ส่วนใหญ่ที่ดำเนินการมีความสอดคล้องตามภาพพึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม นอกจากการมุ่งเน้นการดำเนินงานที่สอดคล้องตามภาพพึงประสงค์ดังกล่าวแล้ว ในการจัดเก็บหรือสำรวจข้อมูลธรรมนูญสุขภาพพื้นที่นั้น ในส่วนของจำนวนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่เกิดขึ้นรายปี ควรมีการรายงานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน สำหรับการติดตามธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ในเชิงคุณภาพนั้น ควรมีการออกแบบให้เกิดการสำรวจติดตามเป็นระยะๆ และควรแสดงให้เห็นถึงประโยชน์จากการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพพื้นที่เชิงรูปธรรม รวมถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาขับเคลื่อน และประเมินหรือวัดผลสำเร็จของธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ตามตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับสมบูรณ์: ตัวชี้วัดในหมวดที่ 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12 จำนวน 18 ตัวชี้วัด จัดทำโดย นายแพทย์พินิจ ฟ้าอำนวยผล ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. นนทบุรี. 2564.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินฉบับสมบูรณ์ การรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ และภาพพึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559. จัดทำโดย นางสาวจงกลณี ศิริรัตน์ และคณะ จากมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี. นนทบุรี. 2564.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการจัดทำตัวชี้วัดที่พึงประสงค์ของไทย ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สาระหมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. จัดทำโดย รศ.ภญ.ดร.วรรณมา ศรีวิริยานุภาพ ภก.สรชัย จำเนียรดำรงการ และ ภก.วรวิทย์ กิตติวงศ์สุนทร จากสภาเภสัชกรรม. นนทบุรี. 2565.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการพัฒนาตัวชี้วัดที่พึงประสงค์ของไทย ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สาระหมวดการอภิบาลระบบสุขภาพ. จัดทำโดย ดร.นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท ภก. สรชัย จำเนียรดำรงการ นางสาวจุฑามาศ ปิยะวงษ์ และนางสาวจุฑามณี สารเสวก จากแผนงานพัฒนาสถาบันวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. นนทบุรี. 2565.



สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39 หมู่ 4 ซ.ติวานนท์ 14
ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2832 9000 โทรสาร 0 2832 9001