

การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2566

พงศธร พอกเพิ่มดี*
กฤติยา สุขพัฒนากุล†
ไศรดากรณ์ พิมลา‡
วันวิสา เพ็ญสุริยะ‡
นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข‡
ปุณณิกา คงสืบ†
ศศิกา จันตรา†
ณัฐนรี ชิงจัตุรัส†
อิสริยาภรณ์ คันธา†
อรจิรา หมุของอินทร์†
ณิชาธร กาญจนโยธิน†
บุศิมา อรรถสิทธิ์§

ผู้รับผิดชอบบทความ: กฤติยา สุขพัฒนากุล

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทยปี พ.ศ. 2565–2566 เทียบกับต่างประเทศ ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) และกลุ่มประเทศอาเซียน วิเคราะห์และสังเคราะห์ความเชื่อมโยงค่าใช้จ่ายสุขภาพและตัวชี้วัด และนำมาจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดสุขภาพที่ประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาจากตัวชี้วัดด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 193 ตัวชี้วัด เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ในการขับเคลื่อนและพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ยั่งยืนและมีมาตรฐานในระดับสากล

ระเบียบวิธีศึกษา: เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพของผลลัพธ์ระบบสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของค่าใช้จ่ายสุขภาพกับตัวชี้วัดที่สำคัญ จากข้อมูลตัวชี้วัดของ

* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

† กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

‡ สำนักจัดซื้อสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

§ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Received 20 June 2024; Revised 28 August 2024; Accepted 12 September 2024

Suggested citation: Pokpermddee P, Sukpatthanakul K, Phimla S, Pensuriya W, Charoensuntisuk N, Kongsueb P, et al. Assessment of Thailand's health system performance in 2022-2023. Journal of Health Systems Research 2024;18(3):291-313.

พงศธร พอกเพิ่มดี, กฤติยา สุขพัฒนากุล, ไศรดากรณ์ พิมลา, วันวิสา เพ็ญสุริยะ, นาฏอนงค์ เจริญสันติสุข, ปุณณิกา คงสืบ และคณะ. การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2566. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(3):291-313.

ประเทศไทย เปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD และประเทศในอาเซียน และใช้เทคนิค modified Delphi surveys โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญออนไลน์แบบไม่เปิดเผยตัวตน 2 รอบ เพื่อนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มตัวชี้วัดและการสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการศึกษา: ประเทศไทยมีข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 158 ตัวชี้วัด ไม่มีข้อมูล 35 ตัวชี้วัด โดยสามารถเปรียบเทียบตัวชี้วัดของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD ได้จำนวน 112 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบไม่ได้ 46 ตัวชี้วัด เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่แสดงแนวโน้มสัดส่วน หรือเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ มีข้อค้นพบที่สำคัญ คือ 1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาจำแนกรายมิติ พบว่า ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขของไทย ซึ่งมีสถานการณ์ดำเนินงานที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD มีจำนวน 51 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาเนื่องจากระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมีสถานะที่แย่กว่า เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 61 ตัวชี้วัด โดยจำแนกเป็น 5 มิติ คือ (1) มิติสถานะสุขภาพ ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 17 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา 8 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัด 3 อันดับแรกที่ต้องเร่งพัฒนา ได้แก่ อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา อัตราการเสียชีวิตของทารก และความชุกของโรคเบาหวานประเภทที่ 1 และ 2 ในผู้ใหญ่ (2) มิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 12 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา จำนวน 7 ตัวชี้วัด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ อัตราการคลอดก่อนกำหนด การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 13-15 ปี จำแนกตามเพศ และ อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ (3) มิติการเข้าถึงบริการ ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 2 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา 12 ตัวชี้วัด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตามสาขามิติศาสตร์ สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ และอัตราการรอผ่าตัดต่อระยะเกินกว่า 3 เดือน (4) มิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 11 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา 16 ตัวชี้วัด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ สัดส่วนของการติดต่อทางด้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว และอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช (5) มิติทรัพยากรสุขภาพ ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นท้าทาย 9 ตัวชี้วัด ต้องเร่งพัฒนา 18 ตัวชี้วัด ซึ่ง 3 อันดับแรก ได้แก่ จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต การผลิตบัณฑิตพยาบาล และจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน 2) ผลการจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาทั้ง 61 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสำคัญสูงสุด 5 อันดับแรก คือ จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต รองลงมาคือ การผลิตบัณฑิตพยาบาล ส่วนอันดับ 3 ซึ่งมีความสำคัญในระดับเดียวกัน คือ อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา อัตราการเกิดสิ่งแปลกปลอมตกค้างระหว่างการผ่าตัด และจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน อันดับ 4 คือ ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และอันดับ 5 มี 3 ตัวชี้วัด ได้แก่ สัดส่วนของการติดต่อทางด้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว รายจ่ายรัฐบาลด้านสุขภาพต่อรายจ่ายรัฐบาลทั้งหมด และจำนวนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน 3) ผลการศึกษาความสัมพันธ์ค่าใช้จ่ายสุขภาพและตัวชี้วัด พบว่า ประเทศไทยและกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่กำลังพัฒนาและมีรายได้น้อยจะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพแย่กว่าประเทศของกลุ่ม OECD ซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนในมิติการเข้าถึง และคุณภาพการดูแล ความครอบคลุมของชุดบริการสุขภาพหลัก สามารถทำได้ดีแม้จะมีระดับการใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ค่อนข้างต่ำ โดยไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรอยู่ที่ 25,472 บาท (US\$730.5 ปรับค่า purchasing power parity) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD แต่ประชากรไทยยังได้รับสิทธิบริการสุขภาพหลักอย่างทั่วถึง 4) ผลการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ ในการขับเคลื่อนและพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทยที่ยั่งยืน จำแนกเป็นข้อเสนอในการจัดการพัฒนาผลลัพธ์ระบบสุขภาพ 5 มิติ โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการบริการโดยเฉพาะระบบปฐมภูมิ ปรับปรุงบริการทางการแพทย์สู่ community base และวางแผนบริหารจัดการและกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง และจัดทำแผนการพัฒนาเพื่อบรรลุผลลัพธ์สุขภาพตามเป้าหมาย OECD ในเรื่องของการจัดการเตียงผู้ป่วยวิกฤต และการผลิตพยาบาล

ข้อยุติ: การวิเคราะห์สมรรถนะของระบบสุขภาพและมิติผลลัพธ์สุขภาพ 5 มิติ พบว่า สมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มดีขึ้นและอยู่ในระดับต้นๆ ของอาเซียน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศที่พัฒนาผลลัพธ์สุขภาพยังไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีสำหรับประชาชน

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพ, สมรรถนะ, ผลลัพธ์สุขภาพ, การจัดลำดับความสำคัญ, ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ

Assessment of Thailand's Health System Performance in 2022-2023

Pongsadhorn Pokpermdée*, Krittiya Sukpatthanakul†, Soradakorn Phimla†, Wanwisa Pensuriya†, Nardanong Charoensuntisuk‡, Punnipa Kongsueb†, Sasipa Chantra†, Natnaree Khingchatturat†, Isariyaporn Kanta†, Onjira Nuthong-In†, Nichatorn Karnchanayothin†, Chutima Akaleephan§

* Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

† Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

‡ Digital Health Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

§ Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Corresponding author: Krittiya Sukpatthanakul, Krittiya_03@hotmail.com

Abstract

Background: The assessment of Thailand's health system performance from 2022 to 2023 aims to analyze health outcomes in comparison to the OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) and ASEAN (Association of Southeast Asian Nations) countries. The study aimed to examine and synthesize the relationships between health expenditures and key indicators, and to prioritize the health indicators that Thailand urgently needed to achieve from among the 193 OECD health indicators. The goal was to formulate policy and strategic recommendations that enhance the sustainability and international competitiveness of Thailand's health system.

Methodology: This study used a mixed methods approach to analyze both the quantitative and qualitative aspects of health system outcomes. It explored the relationship between health expenditures and key indicators by comparing Thailand's data with that of OECD and ASEAN countries. The study also incorporated a two-round modified Delphi survey, gathering anonymous expert opinions online to frame top priority indicator groups with final policy recommendations.

Results: Thailand data covered 158 indicators and lacked 35 indicators. Of those available, 112 indicators were comparable with the OECD countries, while 46 non-comparable indicators were those with trends, proportions, or qualitative data. Main findings were: 1) out of 5 dimensions of the comparable indicators, there were 51 indicators that Thailand health system outperformed the OECD average and 61 indicators that lagged behind the OECD average. (1) Within the health status dimension, 17 indicators were identified as challenges, with 8 indicators requiring immediate attention. The top three indicators in need of urgent development were the maternal mortality ratio, infant mortality rate, and the prevalence of type 1 and type 2 diabetes in adults. (2) Under the health risk factor dimension, 12 indicators were challenges while top three were the premature birth rate, the smoking rate among children aged 13-15 by gender, and the smoking rate among the population aged 15 and over by gender. (3) Under the service access dimension, 12 indicators were challenges and top three were the ratio of doctors per 1,000 population by region, the proportion of household expenditure on health, and the proportion of patients waiting for cataract surgery over three months. (4) Under the patient care quality dimension, 11 indicators were challenges, with 16 indicators in need of urgent development, while top three were the percentage of the population aged 65 received influenza vaccine, the proportion of antimicrobial resistance in long-term care, and the suicide rate among inpatients with psychiatric illnesses. (5) Under the health resource dimension, 9 indicators were challenges, 18 required urgent attention, and top three priorities were the number of critical care beds, the number of nursing graduates, and the number of nurses per 1,000 population. 2) From the prioritization of the 61 indicators needed urgent development, the top five indicators deemed most critical by experts were: the number of

critical care beds, the production of nursing graduates, and three indicators tied for the third place were the maternal mortality ratio, the rate of foreign body left after procedure, and the number of nurses per 1,000 population. The fourth priority was the percentage of the population aged 65 and over received influenza vaccine. The fifth priority included the proportion of antimicrobial resistance in long-term care; government expenditure on health as a percentage of total government expenditure; and the number of physicians per 1,000 population. 3) The correlation study between health expenditure and health outcomes showed that Thailand and other ASEAN countries with low per capita health spending—mostly developing nations—had poorer health outcomes compared to more developed OECD countries. Despite relatively low health expenditure, these countries often achieve good accessibility, quality of care, and coverage of essential health services. Thailand’s per capita health expenditure was 25,472 baht (730.5 USD PPP), lower than the OECD average. Nevertheless, Thai population benefited from universal access to core health services. 4) The results of policy and strategic proposals for driving and developing the capacity of Thailand health system sustainably were divided into proposals for managing the development of 5 dimensions of health system outcomes: focusing on creating health literacy; developing health care system for older persons; developing the service system, especially the primary care system, reorienting medical services to the community; by planning the management and distribution of resources comprehensively; and creating a development plan to achieve health outcomes according to the OECD targets in terms of management of critical patient beds and nurse production.

Conclusion: Thailand’s health system performance showed improvement and ranked high in ASEAN, however, the health outcomes fell short when compared to developed countries. Therefore, it is essential for Thailand to further enhance the efficiency of its health system to achieve better quality health outcomes for its population.

Keywords: health systems, competencies, health outcomes, prioritization, health indicators

ภูมิหลังและเหตุผล

การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย เทียบกับต่างประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกลุ่มประเทศสมาชิกขององค์การระดับนานาชาติ ถือเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญของเป้าหมายในการยกระดับสุขภาพของประชาชนไทยรวมถึงพัฒนาต่อยอดไปสู่ความเป็นเลิศในระดับสากล และเป้าหมายในการให้เป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพดี 1 ใน 3 ของเอเชีย เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีทิศทางและได้ผล จำเป็นต้องรู้ว่า “การดำเนินการด้านสุขภาพ หรือ ระบบสุขภาพของประเทศไทยมีสมรรถนะเพียงใดและอยู่ในระดับใดเมื่อเทียบกับนานาชาติ”⁽¹⁾ เครื่องมือที่สามารถบ่งชี้สถานะสุขภาพของประชากรและประเมินความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ได้อย่างชัดเจน และ

เป็นที่ยอมรับขององค์การระดับนานาชาติ (international organization) คือ ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ (health indicator) ณ ปัจจุบัน องค์การระดับนานาชาติต่างมีบทบาทในการจัดทำชุดตัวชี้วัดด้านสุขภาพ การคัดเลือกชุดตัวชี้วัดที่สามารถประเมินสถานะสุขภาพ ผลกระทบต่อสุขภาพ เชื่อมโยงกับระบบสุขภาพของประชาชนทั้งระบบได้อย่างครอบคลุมภายใต้บริบทของประเทศไทยจึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย ในบรรดาชุดตัวชี้วัดจากองค์การระดับนานาชาติต่างๆ ชุดตัวชี้วัดด้านสุขภาพตามแนวทางขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD)⁽²⁻⁵⁾ เป็นองค์การที่มีการรวบรวมตัวชี้วัดไว้มากที่สุดเมื่อเทียบกับตัวชี้วัดที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) หรือองค์การสหประชาชาติ (United

Nations: UN) OECD ให้ความสำคัญเรื่องค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพื่อสร้างความคุ้มค่าของการดูแลสุขภาพประชากร และ GDP (gross domestic product) ของประเทศสมาชิก ทั้งนี้ OECD ทำหน้าที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2503⁽⁶⁾

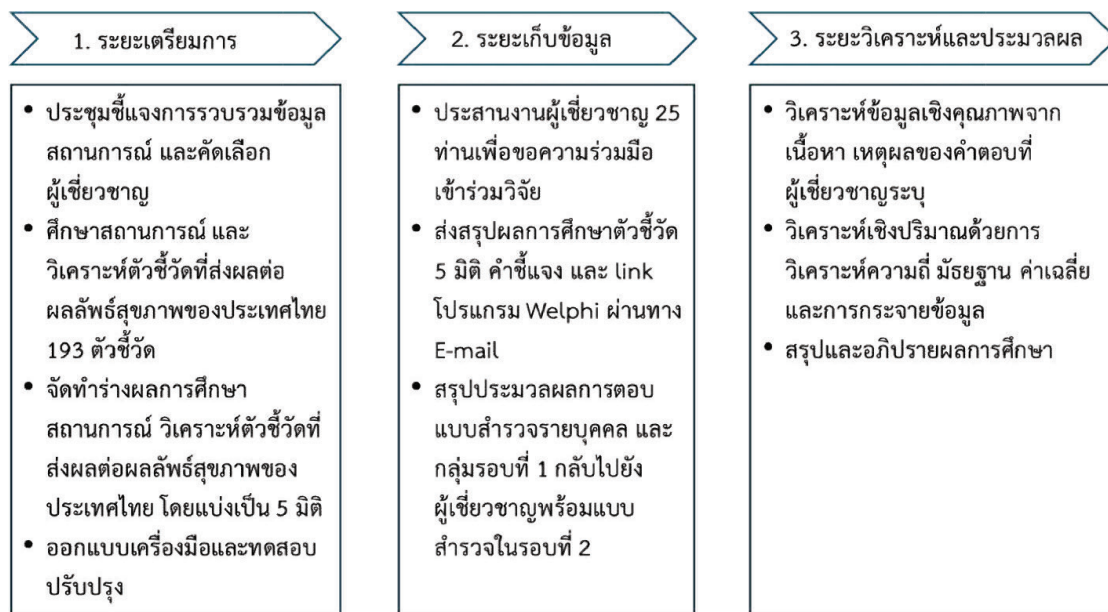
ดังนั้น การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทยจึงมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง การเข้าถึงคุณภาพของการบริการ ทรัพยากรสุขภาพและการเงินการคลังด้านสุขภาพ ควบคู่ไปกับการวิเคราะห์แนวโน้มสถานะสุขภาพที่สำคัญ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระดับบุคคล การเข้าถึงคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในแต่ละด้าน 2. เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประเทศไทยกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD และประเทศสมาชิกในภูมิภาคอาเซียน และนำผลลัพธ์สุขภาพที่ประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสามารถแข่งขันตามแนวทางขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา⁽³⁻⁶⁾ มาวิเคราะห์

และคัดเลือกตัวชี้วัดที่เหมาะสมและมีความสำคัญที่สุดในด้านผลกระทบ ความเร่งด่วน ความพร้อมของข้อมูลและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ 3. เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืนและมีมาตรฐานในระดับสากลต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพเชิงปริมาณใช้วิธีวิเคราะห์คุณภาพและผลลัพธ์ระบบสุขภาพ รวมถึงความสัมพันธ์ จากข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 193 ตัวของประเทศไทย กลุ่มประเทศ OECD และประเทศอาเซียน และ เชิงคุณภาพ ประยุกต์ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้เทคนิค modified Delphi surveys⁽⁷⁾ โดยแบ่งระยะของการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. กำหนดกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และนักวิชาการด้านระบบสุขภาพที่มีชื่อเสียงและมีบทบาทสำคัญด้านสาธารณสุข โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 25 คน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1.1 ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานในระดับนโยบาย โดยเป็นผู้บริหารของหน่วยงานทั้งภาครัฐหรือเอกชนในระดับส่วนกลาง ที่มีหน้าที่หรือบทบาทในการกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

1.2 ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานด้านวิชาการหรือในระดับกำกับติดตาม โดยเป็นนักวิชาการที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ หรือเป็นผู้บริหารของหน่วยงานระดับพื้นที่ เช่น ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศก์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในการขับเคลื่อนภารกิจในพื้นที่

1.3 ผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติงานด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย มาตรการ และตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง

2. ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของประเทศไทย ด้วยตัวชี้วัดด้านสุขภาพของ OECD ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และวิเคราะห์ระบบสุขภาพและสถานะสุขภาพ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระบบสุขภาพของประเทศไทยกับผลลัพธ์ระบบสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังต่อไปนี้ 193 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) สถานะสุขภาพ (health status) จำนวน 31 ตัวชี้วัด (2) ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (risk and determinant factors for health) จำนวน 24 ตัวชี้วัด (3) การเข้าถึงการบริการ (access to care) จำนวน 19 ตัวชี้วัด (4) คุณภาพและผลลัพธ์ของการดูแล (quality and outcomes of care) จำนวน 28 ตัวชี้วัด (5) ใช้จ่ายด้านสุขภาพ (health expenditure) จำนวน 19 ตัวชี้วัด (6) บุคลากรด้านสุขภาพ (health workforce) จำนวน 24 ตัวชี้วัด (7) กิจกรรมการดูแลสุขภาพ (health care activities)

จำนวน 14 ตัวชี้วัด (8) เกสัชกรรม (pharmaceutical sector) จำนวน 11 ตัวชี้วัด (9) ผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว (ageing and long-term care) จำนวน 23 ตัวชี้วัด

3. จัดทำร่างผลการศึกษาศาสนาการณ วิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของประเทศไทย ด้วยตัวชี้วัดด้านสุขภาพของ OECD ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ จากการทบทวน 193 ตัวชี้วัด แบ่งออกเป็น 5 มิติ จำแนกเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ตัวชี้วัดที่เปรียบเทียบไม่ได้และตัวชี้วัดที่เปรียบเทียบได้ จากนั้นจึงสังเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดเชิงปริมาณที่เปรียบเทียบได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD และ 2) ตัวชี้วัดของระบบสาธารณสุขที่ต้องพัฒนาเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญจัดลำดับความสำคัญตัวชี้วัดที่ต้องพัฒนา เพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมายและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของค่าใช้จ่ายสุขภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญ นำผลการวิจัยเข้าสู่กระบวนการจัดลำดับความสำคัญ โดยใช้เทคนิคเดลฟายประยุกต์⁽⁷⁾

4. ออกแบบเครื่องมือเพื่อจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัด และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทย นำไปทดสอบความเข้าใจเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข และสร้างแบบการสำรวจโดยผ่านโปรแกรม Welphi

ระยะที่ 2 ระยะเก็บข้อมูล

ดำเนินการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการคัดเลือกตัวชี้วัดที่เห็นว่ามีสำคัญที่ต้องเร่งรัดพัฒนาในเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ รวมทั้งต้องดำเนินการมาตรการขับเคลื่อนเพื่อบรรลุอย่างเร่งด่วน โดยผู้เชี่ยวชาญจะพิจารณาคัดเลือกตัวชี้วัดตามองค์ประกอบการพิจารณา 4 ด้าน (1) ความพร้อมของข้อมูล (2) ผลกระทบ (3) ความเร่งด่วน และ (4) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ต่อตัวชี้วัดที่ต้องพัฒนาทั้ง 5 มิติ โดยกำหนดคำตอบให้มีลักษณะการให้คะแนนเป็น Likert scale 5 ระดับ มากที่สุดคือระดับ

5 และน้อยที่สุดคือระดับ 1 โดยส่งหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญร่วมตอบแบบสำรวจพร้อมทั้งส่ง Link แบบสำรวจรอบที่ 1 โดยขอให้ผู้เชี่ยวชาญตอบภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นดำเนินการวิเคราะห์ประมวลผลภาพรวมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ความเห็น เพื่อส่งให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนพิจารณาข้อมูลและตัดสินใจยืนยันความเห็นที่เคยให้ไว้ใน การตอบรอบที่ 2 โดยให้เวลาในการตอบ 2 สัปดาห์

ระยะที่ 3 วิเคราะห์และประมวลผล

วิเคราะห์ข้อมูลความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเชิงปริมาณเกี่ยวกับความพร้อมของข้อมูล ผลกระทบ ความเร่งด่วน และความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ที่มีต่อตัวชี้วัดที่ต้องพัฒนาภายใต้ภาพรวม 5 มิติสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ใช้ค่ามัธยฐาน (median) ค่ามากที่สุด (maximum) ค่าน้อยที่สุด (minimum) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IQR) และวิเคราะห์ความสำคัญของปัญหาโดยการประยุกต์ใช้วิธีการของภาคบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล⁽⁸⁾ ที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนในระดับ 1–5 ตามเกณฑ์การพิจารณา 4 ด้าน คือ (1) ความพร้อมของข้อมูล (2) ผลกระทบ (3) ความเร่งด่วน และ (4) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ จากนั้นจึงนำค่ามัธยฐาน จากความเห็นทั้ง 4 ด้าน มาจัดลำดับโดยใช้วิธีการคุณค่ามัธยฐานของแต่ละองค์ประกอบ วิเคราะห์ภาพรวม 5 มิติ และวิเคราะห์รายตัวชี้วัด 61 ตัวชี้วัด

คำนิยาม

1. ตัวชี้วัดของระบบสาธารณสุขที่ต้องเร่งพัฒนาในการศึกษานี้หมายถึง ตัวชี้วัดระบบสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีสถานะแย่กว่าเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD เช่น ตัวชี้วัดเชิงบวก เช่น ไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (77.3 ปี) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (81.0 ปี) ตัวชี้วัดเชิงลบ เช่น ไทยมีอัตราการเสียชีวิตของทารก (7.4 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม OECD (4.2 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน)

2. นิยามขององค์ประกอบการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ 4 ด้าน

2.1 ความพร้อม คือ ความพร้อมของข้อมูลสุขภาพ การมีระบบรายงานข้อมูลรายปี และมีรายละเอียดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และมีคุณภาพในการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพไทย

2.2 ผลกระทบ คือ ผลกระทบต่อการพัฒนาสมรรถนะของระบบสุขภาพไทย

2.3 ความเร่งด่วน คือ ความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการ

2.4 ความเป็นไปได้ คือ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติและทำให้สมรรถนะระบบสุขภาพไทยดีเทียบเท่ากับกลุ่มประเทศ OECD

3. การแปลความหมายจากค่ามัธยฐานซึ่งวิเคราะห์จากองค์ประกอบ 4 ด้าน

ค่ามัธยฐาน = 5 หมายถึง มากที่สุด

ค่ามัธยฐาน = 4 หมายถึง มาก

ค่ามัธยฐาน = 3 หมายถึง ปานกลาง

ค่ามัธยฐาน = 2 หมายถึง น้อย

ค่ามัธยฐาน = 1 หมายถึง น้อยที่สุด

4. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (interquartile range: IQR) ค่าการกระจายของข้อมูลโดยคำนวณจากผลต่างของควอไทล์ที่ 3 และควอไทล์ที่ 1 ซึ่ง

IQR = 0 หมายถึง มีความเห็นสอดคล้องกันมากที่สุด

IQR ≤ 1 หมายถึง มีความเห็นสอดคล้องกันมาก

IQR > 1 หมายถึง มีความเห็นไม่สอดคล้องกัน

5. ค่าคะแนนความสำคัญ คำนวณจากผลคูณของค่ามัธยฐานตามองค์ประกอบ 4 ด้าน

การพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาการวิจัยในคน กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ รหัสโครงการวิจัยที่ 5/2566

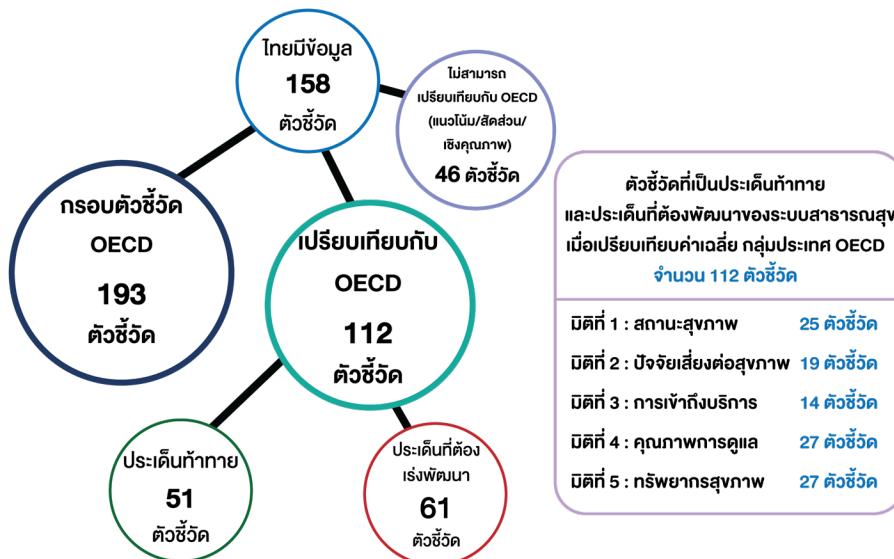
เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

ตัวชี้วัดด้านสุขภาพในภาพรวมจะแสดงให้เห็นว่าประชาชนมีสุขภาพดีเพียงใดและสมรรถนะของระบบสุขภาพเป็นอย่างไร ใน 5 มิติ ซึ่งครอบคลุมประเด็นหลักของสุขภาพประชากรและประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 1) สถานะสุขภาพ 2) ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ 3) การเข้าถึงบริการ 4) คุณภาพการดูแล และ 5) ทรัพยากรด้านสุขภาพ ทั้งนี้ สามารถสรุปผลภาพรวมของตัวชี้วัดด้านสุขภาพของไทยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD โดยใช้กรอบตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประเทศ OECD ทั้ง 5 มิติ จำนวน 193 ตัวชี้วัด ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ และการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัด

ประเทศไทยมีข้อมูลตัวชี้วัดจำนวน 158 ตัวชี้วัด และไม่มีข้อมูลจำนวน 35 ตัวชี้วัด โดยสามารถเปรียบเทียบตัวชี้วัดของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD ได้จำนวน 112 ตัวชี้วัด ทั้งนี้ อีก 46 ตัวชี้วัดไม่สามารถเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD ได้ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่แสดงแนวโน้ม สัดส่วน หรือเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD พบว่า ตัวชี้วัดที่เป็นประเด็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขของไทยมีจำนวน 51 ตัวชี้วัด และที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 61 ตัวชี้วัด รายละเอียดดังภาพที่ 2

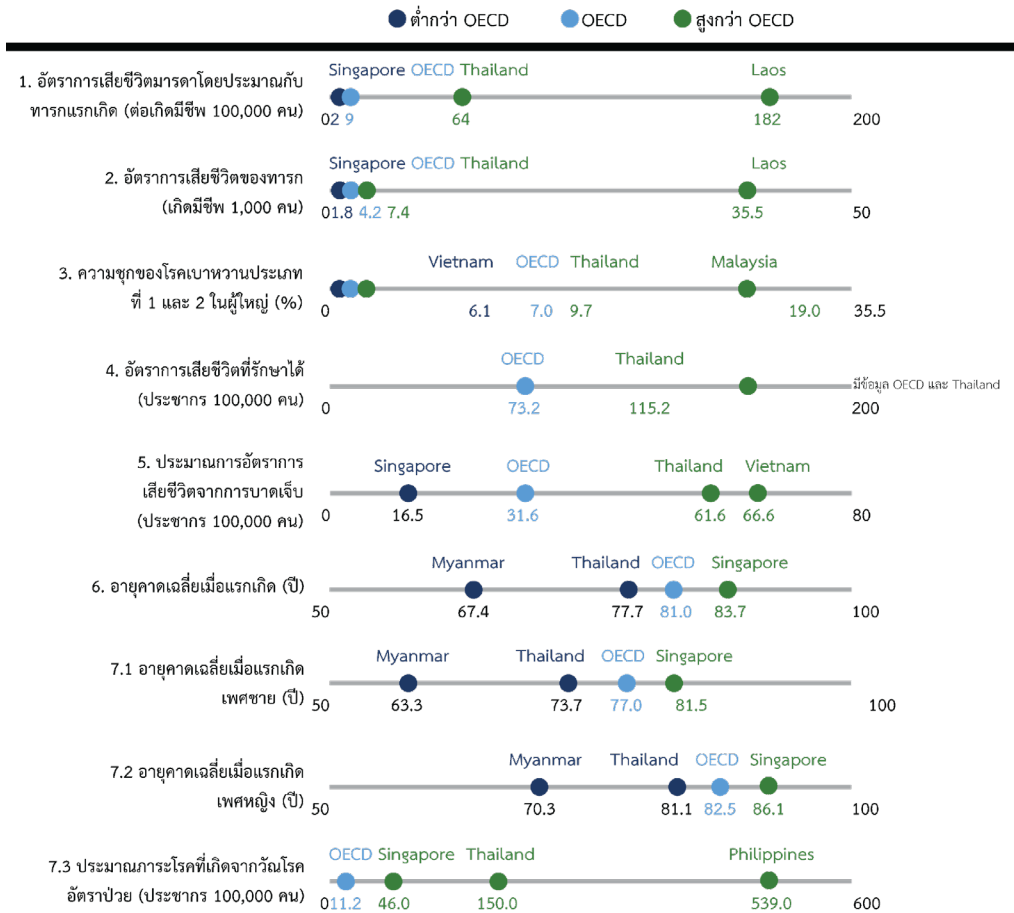


OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 2 ภาพรวมตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศ OECD

1.1 มิติสถานะสุขภาพ (health status) เปรียบเทียบ ตัวบ่งชี้สถานะสุขภาพระหว่างประเทศไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 25 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ที่ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนา จำนวน 8 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. อัตราการเสียชีวิตมารดาโดยประมาณกับทารกเกิด 2. อัตราการเสียชีวิตของทารก 3. ความชุกของโรคเบาหวาน

ประเภทที่ 1 และ 2 ในผู้ใหญ่ 4. อัตราการเสียชีวิตที่รักษาได้ 5. ประมาณการอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ 6. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 7. อายุค่าเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจำแนกตามเพศ และ 8. ประมาณการการาระโรคที่เกิดจากวัณโรค รายละเอียดดังภาพที่ 3

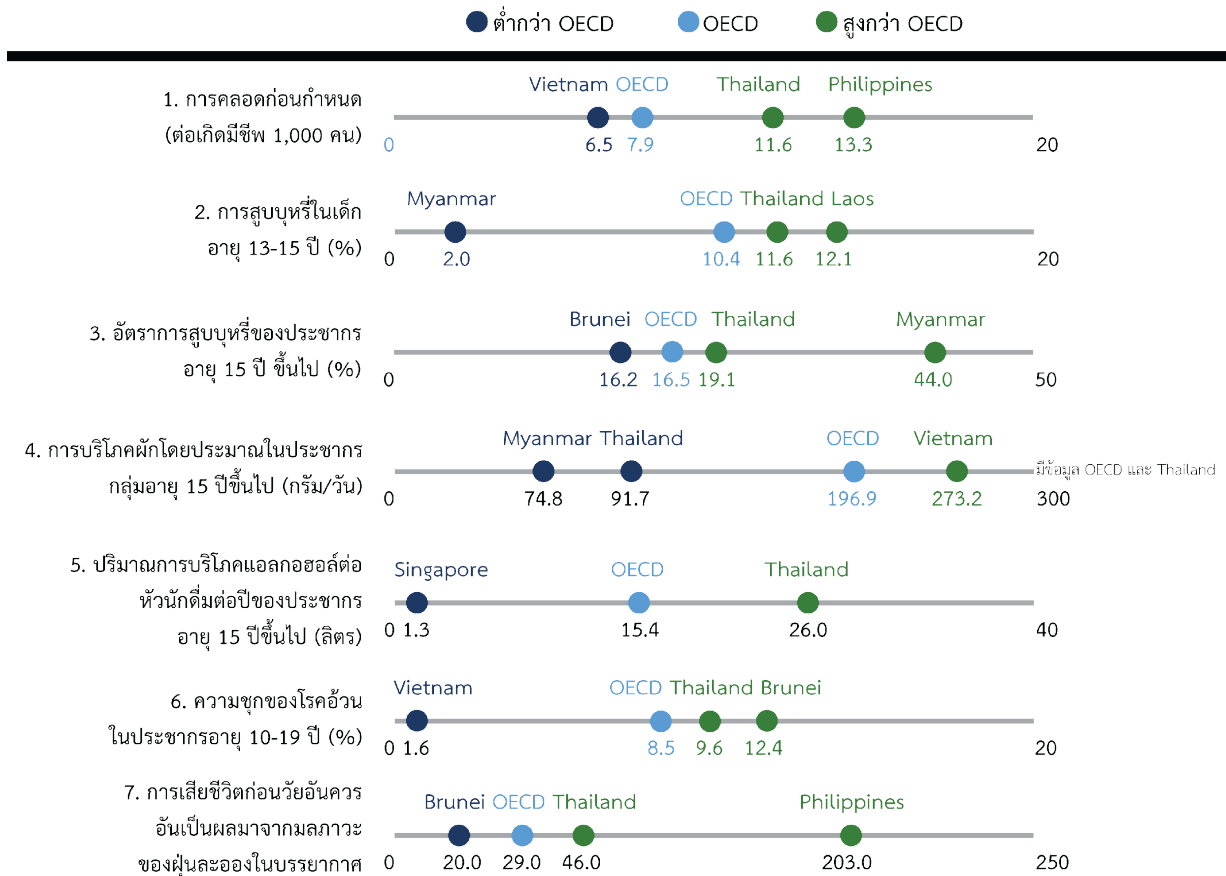


หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่าผลลัพธ์ที่ดีกว่า
 OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 3 ตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนามิติสถานสุขภาพ (health status)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (risk factors for health)
 เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 19 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ที่ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 7 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. การคลอดก่อนกำหนด 2. การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 13-15 ปี จำแนกตามเพศ 3. อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามเพศ 4. การบริโภคผักโดยประมาณ

ในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป 5. ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวนักดื่มต่อปีของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 6. ความชุกของโรคอ้วนในประชากรอายุ 10-19 ปี จำแนกตามเพศ และ 7. การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันเป็นผลมาจากมลภาวะของฝุ่นละอองในบรรยากาศ รายละเอียดดังภาพที่ 4



หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่าผลลัพธ์ที่ดีกว่า

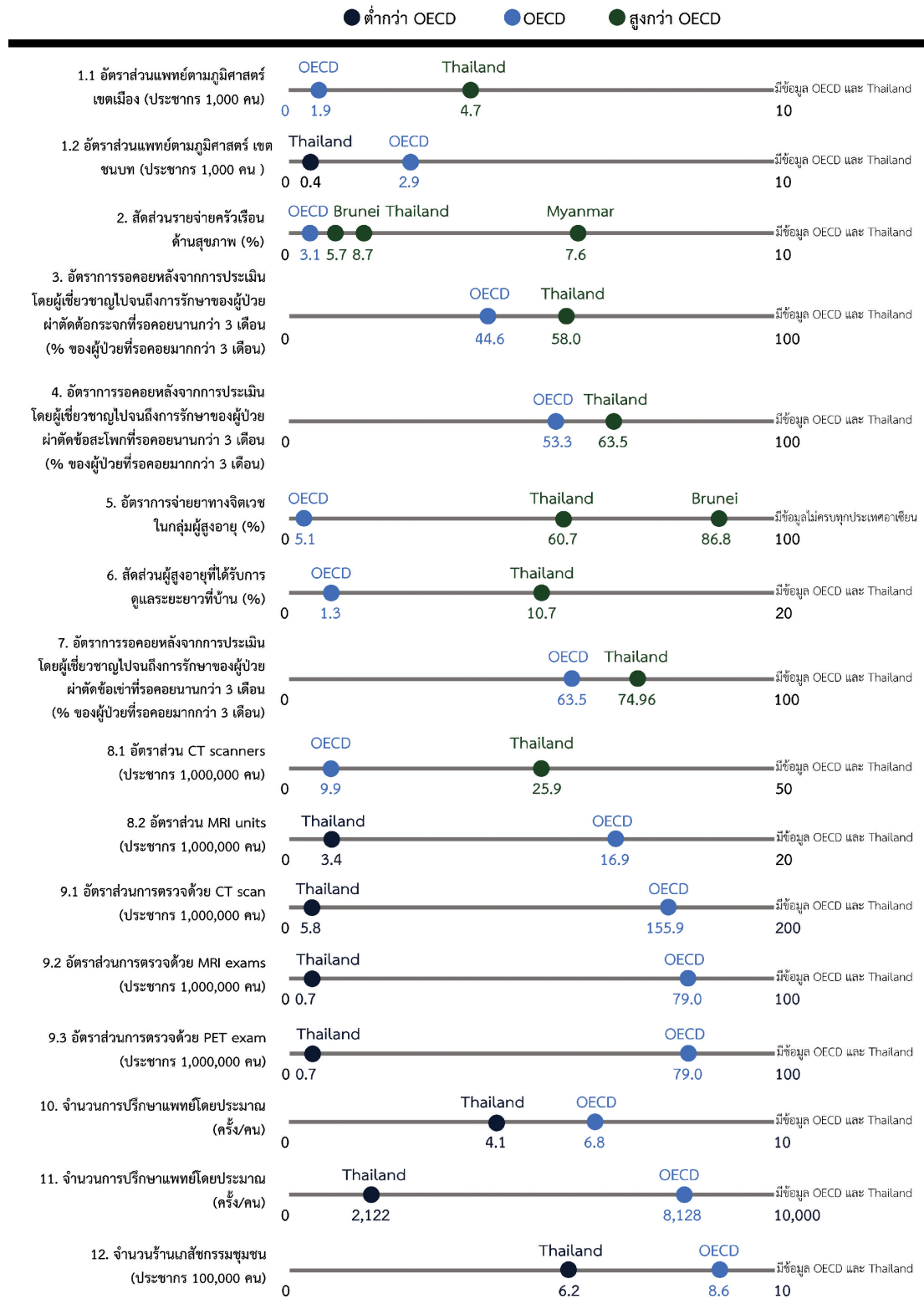
OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 4 ตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนามิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ (risk factors for health)

1.3 การเข้าถึงบริการ (access to care) เปรียบเทียบ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 14 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 12 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คน จำแนกตามสภาพภูมิศาสตร์ 2. สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ 3. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 4. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 5. อัตราการจ่ายยาทางจิตเวชในกลุ่มผู้สูงอายุ 6. สัดส่วนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลระยะ

ยาวที่บ้าน 7. อัตราการรอคอยหลังจากการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดข้อเข่าที่รอคอยนานกว่า 3 เดือน 8. อัตราส่วนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (CT scanners, MRI units, PET scanners) ต่อประชากร 1,000,000 คน 9. อัตราการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (CT scan, PET scan and MRI exams) 10. จำนวนการปรึกษาแพทย์โดยประมาณ 11. จำนวนการปรึกษาแพทย์ต่อคน และ 12. จำนวนร้านเภสัชกรรมชุมชนต่อประชากร 100,000 คน รายละเอียดดังภาพที่ 5



หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่ามีความว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกว่า

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 5 ตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนามิติการเข้าถึงบริการ (access to care)



1.4 คุณภาพการดูแลผู้ป่วย (quality of care)

เปรียบเทียบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของประเทศไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 27 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 16 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ 2. สัดส่วนของการติดต่อยาต้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว 3. อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช 4. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 5. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure: CHF) ในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 6. อัตราความเสี่ยงการตัดแขนขาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 7. การผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในเวลา 2 วันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป 8. อัตราการเกิดสิ่งแปลกปลอมตกค้างในระหว่างการผ่าตัด (ข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน) 9. อัตราตายภายใน 30 วัน หลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีสาเหตุจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction: AMI) (สำหรับข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน) 10. การผ่าตัดเปลี่ยนสะโพก (hip replacement surgery) 11. สัดส่วนของการผ่าตัดต้อกระจก (cataract surgery) 12. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 13. อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 14. อัตราการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 15. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (knee replacement surgery) 16. สัดส่วนของการผ่าตัดต่อมทอนซิล (tonsillectomies) ที่เป็นผู้ป่วยนอก รายละเอียดดังภาพที่ 6

1.5 ทรัพยากรสุขภาพ (health care resources)

เปรียบเทียบทรัพยากรสุขภาพของไทยกับกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 27 ตัวชี้วัด วิเคราะห์ตัวชี้วัดออกมาเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาจำนวน 18 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1. จำนวน

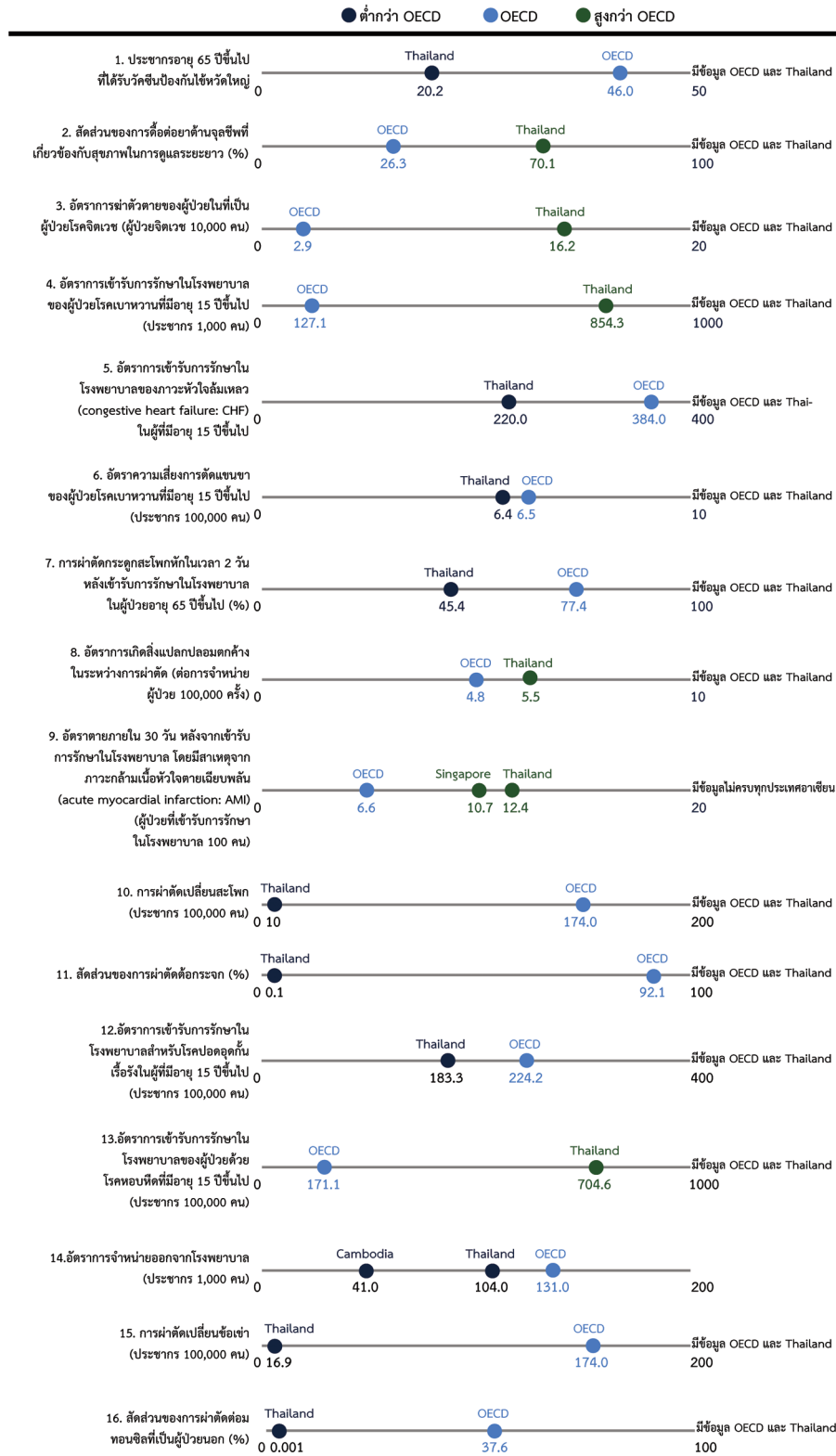
เตียงผู้ป่วยวิกฤต 2. บัณฑิตพยาบาล 3. จำนวนพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน 4. จำนวนแพทย์ต่อประชากร 5. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล 6. บัณฑิตแพทย์ 7. รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร 8. รายจ่ายจากระบบประกันสุขภาพภาคบังคับต่อรายจ่ายดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด 9. จำนวนเตียงในโรงพยาบาล 10. สัดส่วนแพทย์อายุ 55 ปีขึ้นไป 11. กำลังคนในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน 12. บุคลากรผู้ให้การดูแลระยะยาวต่อประชากรผู้สูงอายุ 100 คน 13. ร้อยละค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว 14. จำนวนเภสัชกรต่อประชากร 15. การจ้างงานด้านสุขภาพและงานสังคมสงเคราะห์เมื่อเทียบกับการจ้างงานทั้งหมด 16. สัดส่วนแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมจากต่างประเทศ 17. สัดส่วนแพทย์หญิง 18. สัดส่วนพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจากต่างประเทศ รายละเอียดดังภาพที่ 7

2. การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการดำเนินการระบบสุขภาพ

แผนภูมิ quadrant แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพอื่นที่น่าสนใจใน 4 มิติ คือ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คุณภาพการดูแลผู้ป่วย การเข้าถึงบริการและบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นเพียงตัวชี้วัดบางส่วนใน 4 มิติ ที่เปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่านั้น โดยจุดกึ่งกลางของแผนภูมิ quadrant แสดงถึงค่าเฉลี่ยกลุ่มของประเทศ OECD และจุดตำแหน่งอื่นๆ ในแผนภูมิ quadrant จะเป็นของประเทศต่างๆ ในด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและตัวชี้วัดสุขภาพในแต่ละตัวที่นำมาวิเคราะห์เทียบกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD

2.1 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

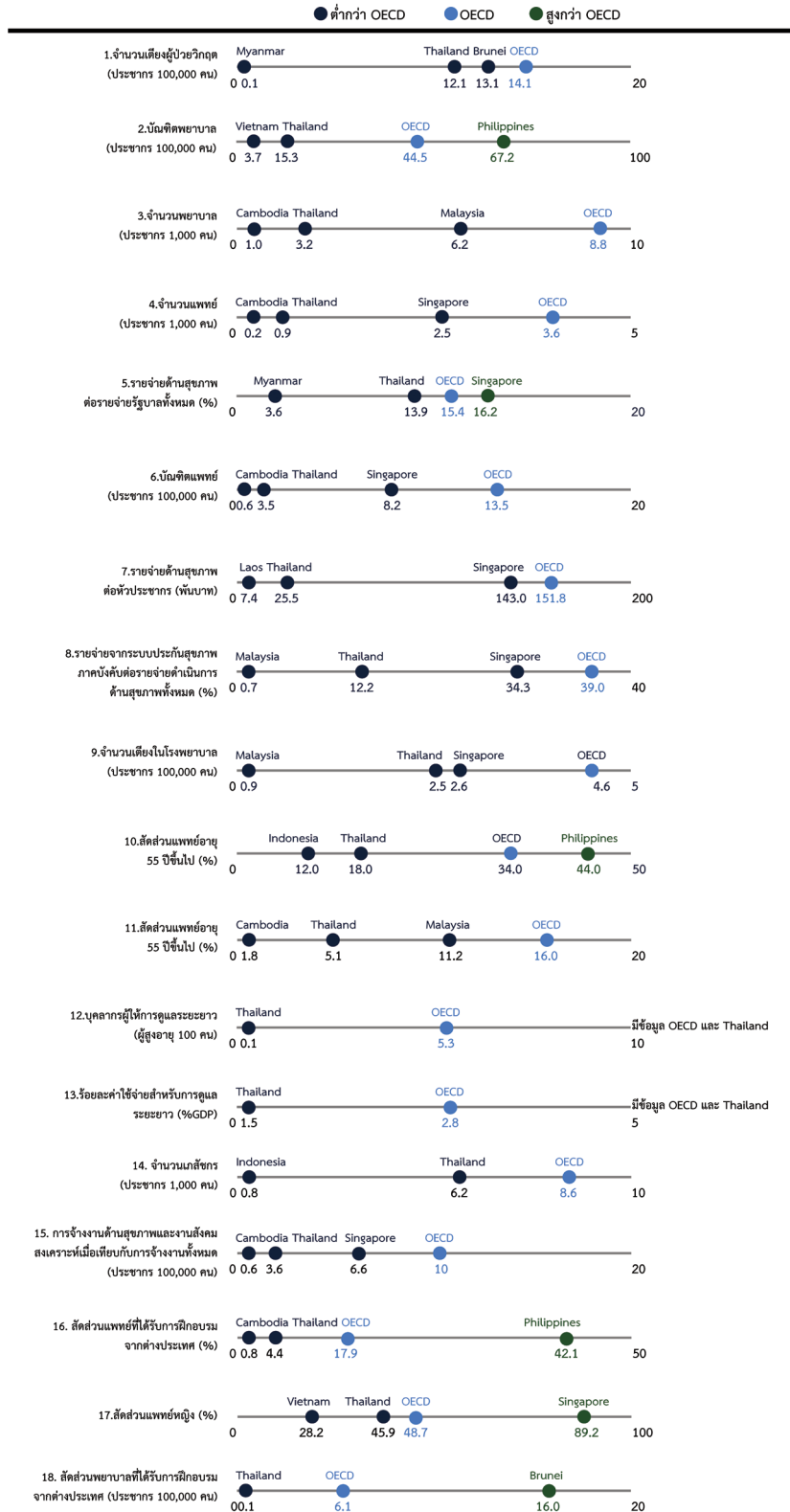
จากภาพที่ 8 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรและอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประเทศในอาเซียน พบว่า เกือบทุกประเทศใน



หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่าผลลัพธ์ที่ดีกว่า

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 6 ตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนามิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (quality of care)

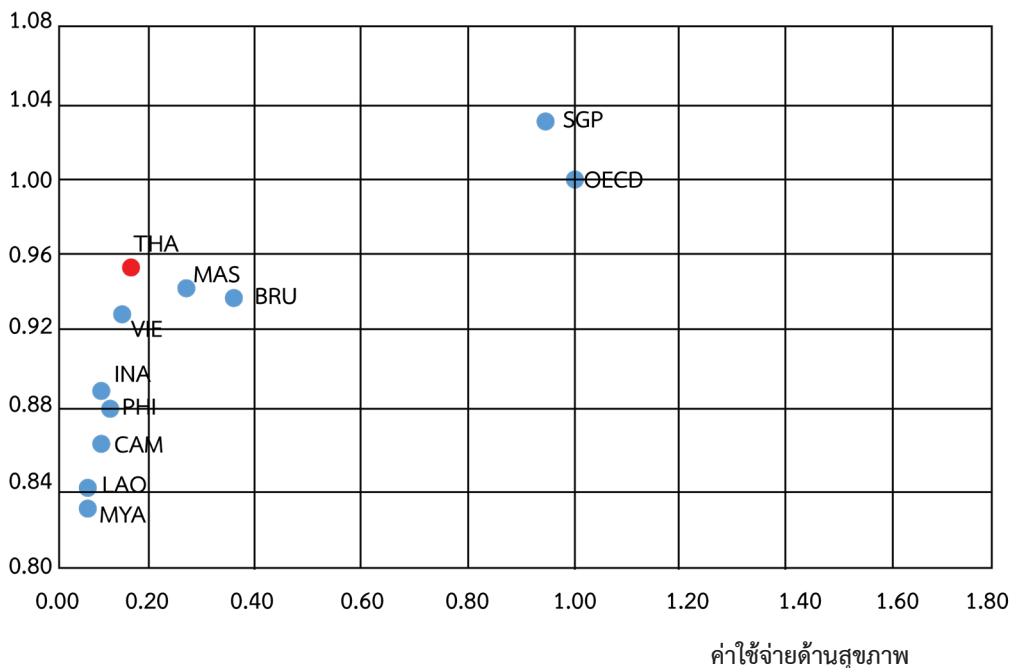


หมายเหตุ : ค่าที่สูงกว่าไม่ได้หมายความว่ามีความว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกว่า

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

ภาพที่ 7 ตัวชี้วัดต้องเร่งพัฒนามิติทรัพยากรสุขภาพ (health care resources)

อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด



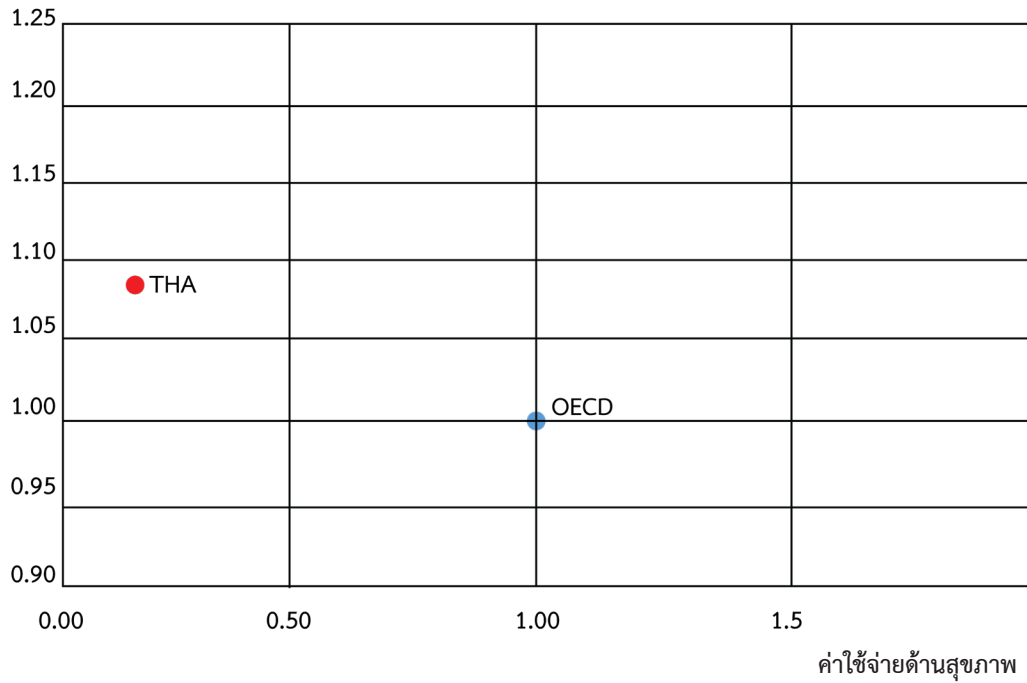
BRU = Brunei Darussalam, CAM = Cambodia, INA = Indonesia, LAO = Laos, MAS = Malaysia, MYA = Myanmar, OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development, PHI = Philippines, SGP = Singapore, THA = Thailand, VIE = Vietnam

ภาพที่ 8 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

อาเซียนรวมทั้งไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพและอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (ด้านซ้ายล่าง) ยกเว้นสิงคโปร์ที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD และมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (ด้านซ้ายบน) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบการเสียชีวิตจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยกับค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD พบ

ว่า คนไทยเสียชีวิตจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้สูงกว่าและมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (ภาพที่ 9) สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศที่กำลังพัฒนาและมีรายได้ต่ำจะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพแย่กว่าประเทศของกลุ่ม OECD ซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว

การเสียชีวิตที่สามารถหลีกเลี่ยงได้



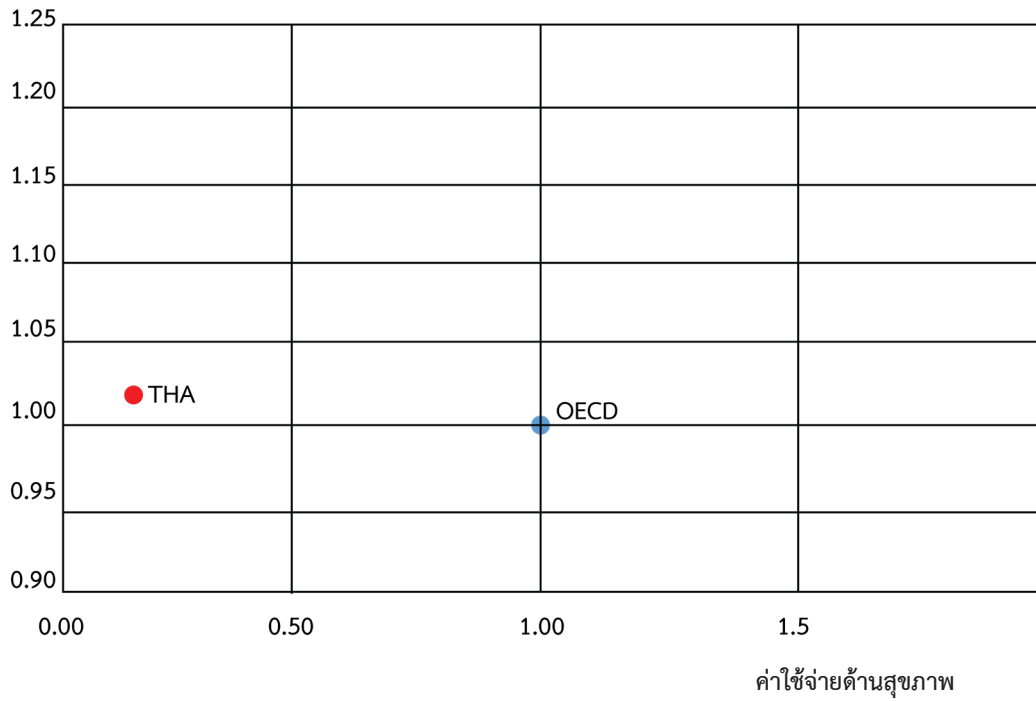
OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development, THA = Thailand

ภาพที่ 9 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับการเสียชีวิตที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2.2 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การเข้าถึง และคุณภาพ การดูแล ความครอบคลุมของชุดบริการสุขภาพหลัก สามารถทำได้แม้จะมีระดับการใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ค่อนข้างต่ำ โดยไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรอยู่ที่ 25,472 บาท (US\$730.5 PPP) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD แต่ประชากรไทยได้รับสิทธิบริการสุขภาพหลักอย่างทั่วถึง (ภาพที่ 10) ในส่วนของคุณภาพ

การดูแล พบว่า อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของไทยต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ OECD ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตภายใน 30 วัน ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป หลังจากเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของไทยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มประเทศ OECD (ภาพที่ 11)

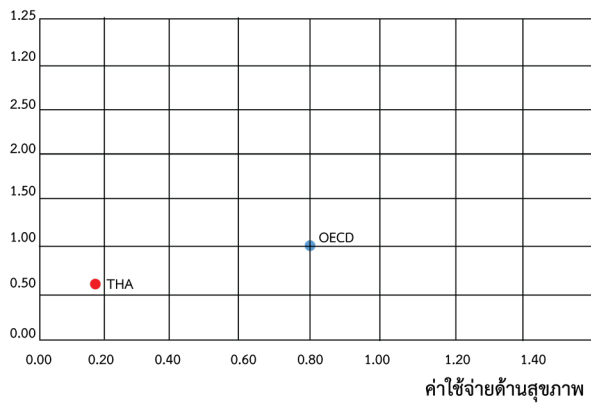
ความครอบคลุมบริการสุขภาพ



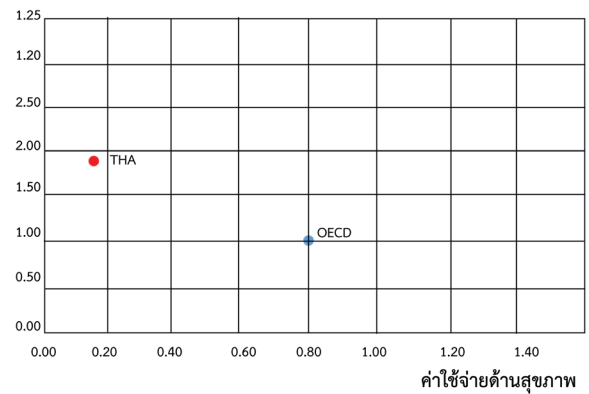
OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development, THA = Thailand

ภาพที่ 10 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

อัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง



อัตราเสียชีวิตจาก AMI



AMI = acute myocardial infarction, OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development, THA = Thailand

ภาพที่ 11 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกับคุณภาพการบริการสุขภาพ

3. ผลการจัดลำดับความสำคัญ

การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มตัวชี้วัด ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบ modified Delphi surveys โดยเก็บแบบสอบถามผ่านโปรแกรม Welphi จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 25 ท่าน ดังแสดงขั้นตอนในภาพที่ 1

ผลการจัดอันดับความสำคัญจากการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อมิติสุขภาพทั้ง 5 มิตินั้น มิติที่มีความสำคัญและควรเร่งพัฒนามากที่สุดในภาพรวม คือ มิติทรัพยากรสุขภาพ รองลงมาคือมิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย อันดับที่ 3 คือมิติสถานะสุขภาพ อันดับ 4 คือมิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และอันดับสุดท้ายคือมิติการเข้าถึงบริการ โดยให้เหตุผลว่า ทรัพยากรสุขภาพ โดยเฉพาะด้านกำลังคนเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานด้าน

สุขภาพ เป็นทั้งผู้สร้างและนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้บริหารจัดการระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพในมิติต่างๆ ของการพัฒนาระบบสุขภาพให้ดีขึ้นต่อไป เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การให้ความสำคัญ 4 ประเด็น พบว่าในมิติที่มีความพร้อมของข้อมูลในระดับมาก คือ มิติสถานะสุขภาพ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยและทรัพยากรสุขภาพ ในขณะที่มิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและการเข้าถึงบริการมีความพร้อมของข้อมูลในระดับปานกลาง ส่วนด้านผลกระทบต่อผู้เชี่ยวชาญ เห็นว่ามีผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระดับมากทุกมิติ และมีความเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาระดับมาก ในมิติสถานะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ และยังเห็นว่าเป็นไปได้ในทางปฏิบัติระดับมากในมิติสถานะสุขภาพ ในขณะที่มิติอื่นๆ มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติในระดับปานกลาง สรุปภาพรวมรายมิติแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การจัดอันดับความสำคัญของตัวชี้วัดที่ต้องเร่งพัฒนาในภาพรวมของทั้ง 5 มิติสุขภาพ

มิติสุขภาพ	คะแนนการจัดลำดับความสำคัญ (ภาพรวมรายมิติ)	ความพร้อมของข้อมูล		ผลกระทบ		ความเร่งด่วน		ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	
		มัธยฐาน	IQR	มัธยฐาน	IQR	มัธยฐาน	IQR	มัธยฐาน	IQR
สถานะสุขภาพ	170	4	1	4	2	4	1	4	1
ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ	145	3	1	4	0	4	0	3	1
การเข้าถึงบริการ	127	3	1	3	0	3	1	3	1
คุณภาพการดูแลผู้ป่วย	174	4	1	4	1	3	1	3	1
ทรัพยากรสุขภาพ	188	4	1	4	1	3	1	3	1

IQR = interquartile range

มิติสถานะสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ควรเร่งพัฒนามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อัตราส่วนการเสียชีวิตมารดา อัตราการเสียชีวิตของทารก และ อัตราการเสียชีวิตที่รักษาได้

มิติปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ควรเร่งพัฒนามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อัตราการคลอดก่อนกำหนด การสูบบุหรี่ในเด็กอายุ 13-15 ปีจำแนกตามเพศ และ อัตรา

การสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามเพศ

มิติการเข้าถึงบริการ ตัวชี้วัดที่ควรเร่งพัฒนามากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1,000 คนจำแนกตามสภาพภูมิศาสตร์ สัดส่วนรายจ่ายครัวเรือนด้านสุขภาพ และอัตราส่วนเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (CT scanners, MRI units, PET

scanners)

มิติคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ตัวชี้วัดที่ควรเร่งพัฒนา มากที่สุด 3 อันดับแรก ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ สัดส่วนของการติดต่อ ยาต้านจุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว และอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช

มิติทรัพยากรสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ควรพัฒนา มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เตียงผู้ป่วยวิกฤต บัณฑิตพยาบาล และ จำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน

เมื่อพิจารณารายตัวชี้วัดทั้ง 61 ตัวชี้วัดใน 5 มิติ สุขภาพ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่ามี ความพร้อมของ ข้อมูล ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ความเร่งด่วน และความ เป็นไปได้ในทางปฏิบัติระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์ ผลการจัดลำดับความสำคัญของตัวชี้วัด 61 ตัวชี้วัดสุขภาพ พบว่า ตัวชี้วัดที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความสำคัญสูงสุดเป็น 5 อันดับแรก คือ จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต (320 คะแนน) รองลงมาคือ การผลิตบัณฑิตพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใน มิติทรัพยากรสุขภาพ อันดับ 3 คืออัตราส่วนการเสียชีวิต มารดา ซึ่งมีคะแนน 256 คะแนนเท่ากับอัตราการเกิดสิ่ง แผลกปลอมตมค้ำระหว่างการทำคลอด และ จำนวนพยาบาล ต่อประชากร 1,000 คน อันดับ 4 ร้อยละของประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (253 คะแนน) และอันดับ 5 มี 3 ตัวชี้วัดคือ สัดส่วนของการติดต่อยาต้าน จุลชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในการดูแลระยะยาว รายจ่าย ด้านสุขภาพต่อรายจ่ายทั้งหมดของรัฐบาล และ จำนวน แพทย์ต่อประชากร 1,000 คน

4. ผลการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

4.1 ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบสุขภาพ

- ปรับรูปแบบการบริหารองค์กร และสร้าง เครื่องมือช่วยการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ปรับรูปแบบการบริการแบบ outsourcing สร้างเครื่องมือการบริหารทรัพยากรร่วม ใช้ unit cost

ที่แท้จริงในการวางแผนด้านการเงินการคลังสุขภาพและ การบริหารทรัพยากรในการให้บริการ

- ศึกษาและพัฒนารูปแบบการสร้างขวัญกำลังใจ สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรด้านสุขภาพและสาธารณสุขให้คง อยู่ในระบบ โดย upskill และ reskill พัฒนาระบบกำลังคน ด้านสุขภาพให้เพียงพอและมีคุณภาพ พัฒนา nonprofes- sional เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สร้างแรงจูงใจ และวาง career path

- มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่มี สุขภาพดี เช่น การออกกำลังกาย กินอาหารที่มีประโยชน์ งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฯลฯ สร้างระบบการ ดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจัดการ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

- พัฒนาระบบการศึกษาและการสื่อสารเพื่อ สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมถึงให้หน่วยงานของรัฐสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อนำไปสู่การสร้าง health literacy

- สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบ gatekeeper โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระบบบริการปฐมภูมิ (primary care) ในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และจัดระบบบริการที่ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การควบคุมและป้องกัน (health prevention) รวมทั้งการดูแลสถานะแวดล้อมที่เอื้อต่อการ ส่งเสริมสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ภายใต้ความร่วมมืออย่างบูรณาการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน พร้อมปรับ รูปแบบการให้บริการจาก hospital base เป็น commu- nity base

- เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพของ ประชาชน ซึ่งหากสามารถตรวจจับโรคได้เร็วโดยเฉพาะ อย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง จะช่วยให้สามารถควบคุมการกระจาย ของโรค และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่มีคุณภาพและ ประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต



ที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ในทุกมิติทำให้การรักษามีคุณภาพ และประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและระบบสุขภาพในระยะยาว

- เตรียมความพร้อมเชิงรุกในการจัดระบบ การดูแลระยะยาว หรือ long term care ให้ครอบคลุม ตั้งแต่บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เชื่อมโยงจนถึงการรับบริการที่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการและทำงานเชื่อมโยงประสานงานการดูแลทางด้านสาธารณสุขกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคชุมชน และองค์กรต่างๆ ช่วยสนับสนุนการบริการ โดยเฉพาะบริการทางด้านสังคมที่ต้องทำควบคู่ไปกับการบริการทางสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- พัฒนาเทคโนโลยีการรักษาแบบมุ่งเป้าหมาย แม่นยำ หรือการรักษาแบบปัจเจกบุคคล ส่งเสริม startup healthcare และพัฒนาระบบการศึกษาด้าน medical with health technology หมอเฉพาะทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้เกิด startup healthcare หรือการใช้ AI (artificial intelligence)

- เพิ่มการกระจายเครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพงในพื้นที่ต่างจังหวัด เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการรักษาระหว่างกรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่นๆ

- ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ (digital transformation) ซึ่งรวมถึงการพัฒนาระบบการเงินการคลังสุขภาพ ระบบบริหารงานบุคคล และการจัดการทรัพยากรอื่นๆ ด้วยระบบดิจิทัล

4.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ

- ปฏิรูประบบสารสนเทศ (information system) พัฒนาคุณภาพ และความถูกต้องของข้อมูลที่ใช้

ในการวิเคราะห์/กำหนดนโยบาย/การขับเคลื่อนระบบสุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบททั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค หากข้อมูลบางตัวชี้วัดเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ ควรวางแผนการสำรวจอย่างต่อเนื่อง และศึกษาวิจัยเพื่อพิจารณาตัวชี้วัดที่ยังขาดองค์ความรู้เฉพาะโรค หรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค

- พัฒนาระบบบันทึกสุขภาพดิจิทัล digital health record (DHR) และการสนับสนุน digital transformation ของระบบบริการสุขภาพ ที่มีความปลอดภัย ตามมาตรฐาน cyber security

- พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลบริการสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งบูรณาการและเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพระดับประเทศ ทั้งสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชนให้เป็นระบบเดียว และสนับสนุนให้เกิดการประยุกต์ใช้ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพในทุกระดับ

- พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (personal health record: PHR) ให้ประชาชนเข้าใจข้อมูลและสถานะสุขภาพของตนเอง เพื่อส่งเสริม self-management

- พัฒนาระบบข้อมูลด้านคุณภาพการรักษาที่สำคัญ ซึ่งอาจไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลการบริการ เช่น ข้อมูลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และวางระบบการติดตามและประเมินผลด้วยข้อมูลที่มีคุณภาพ

วิจารณ์และข้อยุติ

การประเมินสมรรถนะระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565-2566 ในครั้งนี้ใช้เทคนิค modified Delphi surveys⁽⁷⁾ ในการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ประเทศไทยต้องเร่งพัฒนาเมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์สุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD จำนวน 61 ตัวชี้วัด และผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า มีตัวชี้วัดที่ต้องเร่งดำเนินการ 5 อันดับแรก คือ จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต (320 คะแนน) รองลงมาคือ การผลิตบัณฑิตพยาบาล

(300 คะแนน) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดในมิติทรัพยากรสุขภาพ อันดับ 3 คืออัตราส่วนการเสียชีวิตของมารดา อัตราการเกิดสิ่งแปลกปลอมตกค้างระหว่างการผ่าตัด และจำนวนพยาบาลต่อประชากร 1,000 คน (256 คะแนน) เพื่อนำมาจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแผนการพัฒนาเพื่อบรรลุผลลัพธ์สุขภาพตามเป้าหมาย OECD ในลำดับต่อไป ซึ่งเป็นการศึกษาในภาพรวมทั้งระบบสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาระบบสุขภาพและการประเมินผลการดำเนินงานของปริดาและคณะ⁽⁹⁾ คือมีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดตัวชี้วัดของการดำเนินงานของระบบสุขภาพของประเทศ จากกระบวนการค้นหาข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการ ซึ่งได้กำหนดกรอบการกำหนดตัวชี้วัดเป็น 8 หมวด รวม 60 ตัวชี้วัด และรายงานการทบทวนระบบสุขภาพของประเทศไทย⁽¹⁰⁾ ซึ่งประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบสุขภาพโดยใช้เกณฑ์การเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก ในขณะที่ รายงาน Health at a Glance Thailand 2017 รายงานการสาธารณสุขไทย: Thailand Health Profile 2559–2560 และรายงานผลการประเมินแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ รวมถึงสรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2566 เป็นการประเมินการขับเคลื่อนตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก⁽¹¹⁻¹⁴⁾ การพัฒนาตัวชี้วัดการประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: การวิเคราะห์เชิงปริมาณ เป็นการศึกษาและประเมินสมรรถนะรายด้านยังไม่ครอบคลุมระบบสุขภาพในภาพรวม และไม่ได้เปรียบเทียบกับองค์การระดับนานาชาติ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ งานวิจัยฉบับนี้ใช้เทคนิค modified Delphi surveys ที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นฐาน (computer-based Delphi) โดยใช้โปรแกรม Welphi และนำเสนอข้อมูลคำตอบด้วยสถิติจากค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่าง

ควอร์ไทล์ วิธีนี้จะเก็บข้อมูลได้รวดเร็วและประหยัด ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟายของวรสิทธิ์ ซึ่งการใช้เทคนิคเดลฟายเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการอภิปรายและหาข้อยุติจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ปราศจากการแสดงอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล จึงเป็นเทคนิคที่เหมาะสมกับการใช้คาดการณ์ในมิติที่ไม่ซับซ้อน⁽¹⁷⁾ งานวิจัยฉบับนี้ยังขาดการใช้กระบวนการกลุ่ม แต่มีการใช้เกณฑ์การให้คะแนนจากความสำคัญและความพร้อม ที่ใกล้เคียงกับรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการประสานงานการวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน (Research Coordination for Sustainable Development Goals) ซึ่งจัดลำดับความสำคัญของเป้าประสงค์ โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้คะแนนแต่ละเป้าประสงค์ตามเกณฑ์ความสำคัญ (ความเร่งด่วนและผลกระทบ) และความพร้อมของแต่ละเป้าประสงค์ (ความรู้ ข้อมูล กฎหมาย ทรัพยากร และสังคม)⁽¹⁸⁾

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มุ่งเน้นการประเมินระบบสุขภาพและคัดเลือกประเด็นสุขภาพจากตัวชี้วัดที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน ใช้การรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ ซึ่งพบว่า มีข้อจำกัดหรืออุปสรรคในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลในบางประเด็น ทั้งในแง่ของความแตกต่างของฐานข้อมูล วิธีการเก็บ การวิเคราะห์ และการคำนวณ รวมถึงความเป็นปัจจุบันของข้อมูลแต่ละประเทศที่ค่อนข้างมีความแตกต่าง ทำให้การเปรียบเทียบข้อมูลของไทยกลุ่มประเทศอาเซียนและกลุ่มประเทศ OECD ไม่สามารถทำได้ในบางประเด็น จึงเป็นข้อจำกัดของการวิเคราะห์และการนำไปใช้ ในส่วนของหลักการและวิธีการคำนวณที่แสดงผลในทางสถิติในบางมิติและบางมุมมองอาจต้องพึงระวังข้อจำกัดและเงื่อนไขของฐานคิด ประกอบกับนิยามในการบันทึกข้อมูลโรคและการจัดบริการด้านสุขภาพในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในบางประเด็นย่อย อาจส่งผลต่อการตีความ การแปลผลและคุณภาพของข้อมูลที่น่ามาใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปประกอบการจัดทำนโยบาย และกำหนดเป้าหมายที่สามารถผลักดันระบบสุขภาพของประเทศไทยให้ทัดเทียมกับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว รวมถึงสามารถใช้เป็นข้อมูลจัดทำกรอบแนวทางการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ที่มีภารกิจในการกำหนดกรอบทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เช่น ใช้ทบทวนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สามารถนำผลการศึกษารังนี้ไปเป็นข้อมูลสำคัญประกอบการสัมมนาในการพัฒนาและจัดทำแผนในระดับดังกล่าวต่อไปได้

- งานวิจัยฉบับนี้ สามารถเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาให้ประเทศไทยเข้าสู่กระบวนการการหารือเพื่อเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มประเทศ OECD (accession discussions) และให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกระทรวงการต่างประเทศ ใช้เป็นข้อมูลประกอบการเข้าร่วมจัดทำแผนการเข้าเป็นสมาชิก (accession roadmap) กำหนดเป้าหมาย เงื่อนไข และกรอบเวลาในการดำเนินการให้สอดคล้องกับพิธีสารของ OECD ซึ่งการเข้าเป็นสมาชิกก่อให้เกิดประโยชน์ในการช่วยดึงดูดการลงทุนจากต่างประเทศ เพิ่มรายได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ตลอดจนช่วยเพิ่มบทบาทของประเทศไทยในการกำหนดนโยบายด้านเศรษฐกิจระหว่างประเทศในระยะยาว ทั้งนี้ รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะดำเนินการกระบวนการเพื่อเข้าเป็นสมาชิก OECD ให้ประสบความสำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

- เนื่องจากฐานข้อมูลแต่ละประเทศค่อนข้างแตกต่างกัน รวมถึงการวิเคราะห์และการนำเสนอ ทำให้ยากต่อการเปรียบเทียบ ดังนั้นจึงควรเลือกทำการศึกษาในประเด็น

ที่มีความใกล้เคียงกับบริบทของประเทศไทย หรือหากต้องเปรียบเทียบควรระบุปีของข้อมูลให้ชัดเจน เพื่อเป็นทางเลือกให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบถึงข้อจำกัดที่เกิดขึ้น จึงควรกำหนดหลักเกณฑ์ในการคำนวณ และระบุนิยามในการบันทึกข้อมูลให้ชัดเจนและสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกลุ่มประเทศ OECD และกลุ่มประเทศอาเซียน รวมทั้งมีการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นตัวชี้วัดด้านสุขภาพที่กลุ่มประเทศ OECD ให้ความสำคัญ เพื่อนำมาพิจารณาผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดของประเทศไทย โดยบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลและขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น

- เพื่อให้การประเมินสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศไทย เป็นตัวกระตุ้นการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามมิติสุขภาพอย่างยั่งยืน จึงควรมีการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ หรือฐานข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัดทั้ง 5 มิติอย่างต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ผู้สนับสนุนทุนดำเนินการวิจัย

References

1. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Twenty-year national strategic plan for public health (2017-2036) [internet]. 2018 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/Ebookmoph20.pdf>. (in Thai)
2. OECD. Health at a glance. OECD indicators [internet]. 2021 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
3. OECD. Health at a glance. OECD indicators [internet].

- 2023 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
4. OECD. Health at a glance: Asia/Pacific 2020. Measuring progress towards universal health coverage [internet]. 2020 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://doi.org/10.1787/c7467f62-en>.
 5. OECD. Health at a glance: Asia/Pacific 2022. Measuring progress towards universal health coverage [internet]. 2022 [cited 2023 Nov 1]. Available from: <https://doi.org/10.1787/26b-007cd-en>.
 6. Benjakul S. Brief report on the conceptual framework review, the process of developing a set of health indicators and health measurement indexes: a case study of an international organization [internet]. (n.d.) [cited 2023 Mar 3]. Available from: [https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro1-sum\(1\).pdf](https://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/pro1-sum(1).pdf). (in Thai)
 7. Keeney E, Thom H, Turner E, Martin RM, Sanghera S. Using a modified Delphi approach to gain consensus on relevant comparators in a cost-effectiveness model: application to prostate cancer screening [internet]. 2021. [cited 2023 May 1]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33797744/>. doi: 10.1007/s40273-021-01009-6.
 8. Tamdee D, Tuanrat W. Community diagnosis and problem priority setting. In: Aungwattana S, Subpiboonkit P. editors. Community health nursing. Chiang Mai: Krong Chang Print. A I Press; 2012. p. 89–104. (in Thai)
 9. Tasanapradit P, Wongboonsin K, Jitapunkul S, Surasiengsunk S, Intarat G, Heath system and evaluation [internet]. 2003 [cited 2023 Mar 3]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2057/hs0971.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. (in Thai)
 10. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. 5(5), WHO Regional Office for the Western Pacific [internet]. 2015 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/208216>.
 11. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Health at a glance Thailand 2017. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017 (in Thai)
 12. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Thailand health profile 2016-2017. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
 13. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Report on the evaluation results of the Ministry of Public Health's operational plan towards excellence for fiscal year 2022 [internet]. 2022 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/01/fullreport2565.pdf>. (in Thai)
 14. Strategy and Planning Division, The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2023 [internet]. 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/08/สรุป-สถิติที่สำคัญ-2566.pdf>. (in Thai)
 15. Yeamsakul N, Keiwkarnka B, Nimitarbun N. The development of efficiency indicators for primary care units under the Office of the Permanent Secretary for the Ministry of Public Health, Thailand. *Journal of Public Health and Development* 2011;9(2):154-67. (in Thai)
 16. Chuenklin T, Rungnoi N, Kaeowichian N, Suthamchai B, Khotthong K, Girdwichai W, et al. An assessment on the Ministry of Public Health's intermediate care policy: a quantitative analysis. *Journal of Health Systems Research* 2021;15(2):183-99. (in Thai)
 17. Rathachatranon W. Future research using Delphi technique [internet]. 2019 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JIRGS/article/view/243620>. (in Thai)
 18. Bunnag C, Jariyatammanukul A, Phanthuwongpakdee N, Kongsri N, Reuangdat P, Sukmee T. Research coordination for SDGs: the Thailand Research Fund. 2018. Report No.: SRC59X0001 [internet]. 2018 [cited 2024 Jan 12]. Available from: https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:138802. (in Thai)