

สถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ

ฐิติพร สุแก้ว*
อังคณา เลขะกุล*
กมลพัฒน์ มากแจ้ง*
ทิพชา โปษยานนท์†
โคกิต นาสืบ*
มธุรา ไพยามณั*
สทพร จุลชู*
จักร เจริญศิลป์*‡
ศิริธร อรไชย†
นภินทร ศรีไทย†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ฐิติพร สุแก้ว

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 27(3) บัญญัติให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการศึกษาวเคราะห์ข้อมูลต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ของระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของไทยตามชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทยและวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานตามภาพพึงประสงค์ โดยใช้การวิจัยเชิงเอกสารและสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานตามสาระหมวด รวมทั้งรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญ การศึกษานี้ดำเนินการในหมวดสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการ

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

† สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

‡ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Received 19 May 2021; Revised 17 December 2021; Accepted 9 June 2022

Suggested citation: Sukaew T, Lekagul A, Markchang K, Posayanonda T, Nasueb S, Phaiyaron M, et al. Situation of desirable Thailand health systems according to the National Health System Constitution: health promotion, disease prevention and health hazards control. Journal of Health Systems Research 2022;16(2):131-50.

ฐิติพร สุแก้ว, อังคณา เลขะกุล, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ทิพชา โปษยานนท์, โคกิต นาสืบ, มธุรา ไพยามณั และคณะ. สถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(2):131-50.

ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีรายใหม่ อัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ 4 โรค อัตราตายจากการบาดเจ็บทางท้องถนน และอัตราตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ และในหมวดการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ใช้ข้อมูลการประเมินขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกันระหว่างพันธสัญญาในระดับโลกกับการกำกับติดตามการดำเนินงานของระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยมีความเหมาะสมในการเป็นตัวแทนสาระหมวดที่แตกต่างกันตามองค์ความรู้และศักยภาพการติดตามการดำเนินงานตามนโยบายในระดับพื้นที่ ผลการศึกษานับสนับสนุนการพัฒนาจัดทำตัวชี้วัดในระดับพื้นที่ที่มีการสอดแทรกกรอบแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งในระดับท้องถิ่นและในระดับภูมิภาค

คำสำคัญ: พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ, เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

Situation of Desirable Thailand Health Systems According to the National Health System Constitution: Health Promotion, Disease Prevention and Health Hazards Control

Thitiporn Sukaew^{*}, Angkana Lekagul^{*}, Kamolphat Markchang^{*}, Tipicha Posayanonda[†], Sopit Nasueb^{*}, Mathudara Phaiyarom^{*}, Sataporn Julchoo^{*}, Chak Charoensilchai^{*‡}, Sirithorn Orachai[†], Napintorn Sirithai[†]

^{*} International Health Policy Program, Ministry of Public Health

[†] The National Health Commission Office

[‡] Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health

Corresponding author: Thitiporn Sukaew, thitiporn@ihpp.thaigov.net

Abstract

Article 27(3) of the National Health Act 2007 mandates the Office of the National Health Commission to conduct surveys, studies, and analyses of various data related to health systems of the nation. To assist the implementation of the National Health Act 2007, this study was conducted to assess the state of desirable Thailand health systems using a set of desirable health system indicators and to identify gaps in health system requirements. This study analyzed secondary data and conducted interviews with key informants and experts in the field to assess the status of each indicator and identify gaps in meeting the targets. This study focused on the articles of health promotion activities represented by the incidence of HIV infection, premature mortality from four major noncommunicable diseases. The articles on disease prevention included road traffic mortality and air pollution-attributable mortality. The articles on health hazards control included health systems capacity and emergency preparedness according to the International Health Regulations. The findings demonstrated the relationship between global commitments and the governance of Thailand health systems. The appropriateness of various indicators was determined by local knowledge as well as the ability to track the performance of local policies. The study findings suggested the creation of indicators should incorporate the Sustainable Development Goals both locally and regionally.

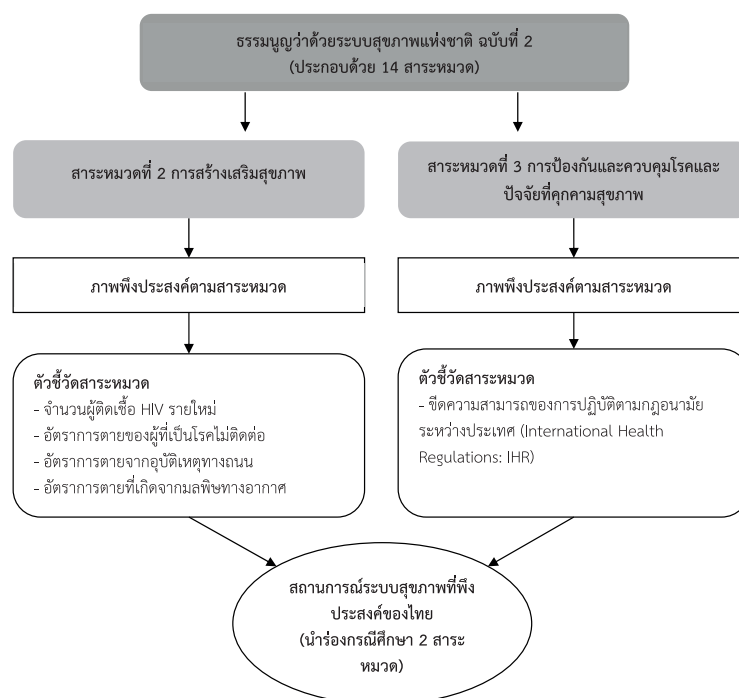
Keywords: national health act, health promotion, disease prevention and health hazards control, Sustainable Development Goals

ภูมิหลังและเหตุผล

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ระบุให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคมที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม⁽¹⁾ โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายและเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนทั้งในระยะสั้นและยาว⁽²⁾ ในปี พ.ศ. 2559 ได้ประกาศธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2 เป็นฉบับล่าสุด โดยมีการกำหนดเจตนารมณ์และภาพพึงประสงค์ของ 14 สาระหมวด รวมถึง สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2562 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) กับมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ร่วมกันพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทยเพื่อเป็นเครื่องมือในการรายงาน

สถานการณ์ระบบสุขภาพตามเจตจำนงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม⁽³⁾ ประกอบด้วยจำนวน 12 ชุดตัวชี้วัดรวมทั้งสิ้น 24 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัดส่วนใหญ่พิจารณาจากพันธสัญญาาระดับโลก โดยเฉพาะเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ซึ่งมีจำนวน 14 ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดที่ไม่ใช่ SDGs จำนวน 10 ตัวชี้วัด (ภาคผนวก ก) เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 25⁽⁵⁾ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ ร่วมกับ สช. จึงได้จัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพตามชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทยและวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานตามภาพพึงประสงค์โดยมีกรณีศึกษาเป็นสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพและสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (ภาพที่ 1) เนื่องจากมีฐานข้อมูลตัวชี้วัดที่มีความพร้อมมากที่สุด ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการนำร่องการจัดทำรายงานสถานการณ์ในสาระหมวดอื่นๆ ต่อไป



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงเอกสารโดยการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อทบทวนสถานการณ์ตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงาน และรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญ

1) การประเมินแนวโน้มทั้งในปัจจุบันและแนวโน้มระยะยาวของสถานการณ์ตามตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัดที่ใช้เป็นตัวแทนสาระหมวดฯ ที่ทำการศึกษา ได้แก่

สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 1 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน จำแนกตามเพศอายุ และประชากรหลัก (SDG 3.3.1)

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (SDG 3.4.1)

ตัวชี้วัดที่ 3 การลดอัตราตายจากการบาดเจ็บทางท้องถนนต่อประชากร 100,000 คนให้เหลือเพียงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2573 (SDG 3.6.1)

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป (SDG 3.9.1)

สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 1 ชีตความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) (SDG 3.d.1)

2) การวิเคราะห์ช่องว่างในการดำเนินงานเพื่อบรรลุภาพพึงประสงค์ตามสาระหมวดฯ ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2 ผ่านผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่เป็นตัวแทนสาระหมวดฯ โดยใช้กรอบการดำเนินงานในระดับโลกเป็นมาตรฐานการดำเนินงาน โดยมีแนวทางการวิเคราะห์ช่องว่าง 4 ประเด็น ดังนี้

- นโยบาย ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ

ประเทศ แผนปฏิบัติการต่างๆ

- องค์ความรู้ จากการประเมินหลักฐานจากงานวิจัยที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและพื้นที่เพื่อใช้ในการดำเนินงาน

- การดำเนินการครอบคลุมการดำเนินงานโดยภาครัฐบาล ภาคประชาสังคม หรือภาคเอกชน รวมถึง การพิจารณาถึงประสิทธิภาพของการบังคับใช้ตามกฎหมาย

- การติดตามและประเมินผล เช่น การกำหนดตัวชี้วัดของนโยบาย ระบบการติดตามสถานการณ์ รวมถึงกระบวนการที่ใช้ในการกำกับติดตามนโยบาย

ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ตามตัวชี้วัด และช่องว่างและศักยภาพในการดำเนินงานเพื่อบรรลุภาพพึงประสงค์ตามสาระหมวดดังกล่าว

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 รวมถึงการประเมินสถานะของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพ หลักการสำคัญ นิยามศัพท์ของคำสำคัญ และเจตนารมณ์ของภาพพึงประสงค์ตามสาระหมวดฯ และทำการสกัดประเด็นสำคัญจากแต่ละภาพพึงประสงค์ที่อยู่ในสองสาระหมวด และใช้ข้อมูลจากหัวข้อที่ 1-2 เพื่อวิเคราะห์ช่องว่างในการดำเนินงานตามสาระหมวดฯ

3) ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญทั้งจากภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาภาคเอกชน องค์กรมหาชน องค์กรระหว่างประเทศ มหาวิทยาลัย ภาคประชาสังคม และเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานในอนาคต

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้เป็นกระบวนการศึกษาโดยการทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ และสังเคราะห์เอกสารบันทึกข้อคิด

เห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงจัดอยู่ในเกณฑ์ได้รับการยกเว้นจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

สถานการณ์ตามตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามสาระหมวด

หลายหน่วยงานรายงานข้อมูลตัวชี้วัดของ SDGs เช่น The Open Working Group on SDGs⁽⁴⁾ ซึ่งรายงานทาง SDG Index and Dashboard Report 2017⁽⁵⁾ การรายงานข้อมูลโดยหน่วยงานนานาชาติในระดับภูมิภาค เช่น United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific^(6,7) WHO South-East Asia Regional Office⁽⁸⁾ ใช้ข้อมูลจาก World Health Statistics Report⁽⁹⁾ หรือมีการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล Global Burden of

Disease (GBD)⁽¹⁰⁾ เพื่อเปรียบเทียบการดำเนินงานของแต่ละประเทศ เช่น Our World in Data dashboard⁽¹¹⁾ ซึ่งวิธีการจัดทำตัวชี้วัด รูปแบบการรายงาน และความถี่ในการออกข้อมูลจะมีความแตกต่างกันออกไป ดังนั้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยมากที่สุด การศึกษานี้เลือกข้อมูลที่รายงานโดยองค์การอนามัยโลกเป็นหลักในการรายงานสถานะปัจจุบันของข้อมูลตามตัวชี้วัดสำหรับประเทศไทย และอีกส่วนหนึ่งได้ติดตามข้อมูลจากหน่วยงานของประเทศไทยที่รับผิดชอบในการจัดทำข้อมูลตัวชี้วัดดังกล่าวเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นสถานการณ์ปัจจุบันมากที่สุด รายละเอียดการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสมในการเป็นตัวแทนภาพพึงประสงค์รายงานในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการทบทวนสถานการณ์ตัวชี้วัดตามสาระหมวด

ตัวชี้วัด	เป้าหมายและสถานการณ์ทั่วโลก	สถานการณ์ของไทย	ความสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ใช้ในประเทศไทย	การคำนวณตัวชี้วัดในระดับพื้นที่*
สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ				
จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ และประชากรหลัก	เป้าหมาย: ไม่มีผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ในปี 2573 สถานการณ์ทั่วโลก: 0.22 คนต่อผู้ไม่ติดเชื้อ 1 พันคน (ปี 2562) ⁽¹²⁾	- 0.08 คนต่อผู้ไม่ติดเชื้อ 1 พันคน (ปี 2562) ^(12,13) - แนวโน้มลดลง ปี 2553: 0.24 ปี 2558: 0.14 ปี 2562: 0.08 ⁽¹²⁾	สอดคล้องกับการรายงานโดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	ไม่สามารถนำเสนอผลรายจังหวัดเนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้จากการคาดประมาณด้วย Spectrum-AEM
อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	เป้าหมาย: ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลงภายในปี 2573 (ความน่าจะเป็น (%) ของการเสียชีวิตระหว่างอายุ 30 ถึงอายุ 70 ปีจากโรค NCDs) สถานการณ์ทั่วโลก: ร้อยละ 17.8 (ปี 2562) ⁽¹⁴⁾	- ร้อยละ 13.4 (ปี 2561) - แนวโน้มลดลง ปี 2558: 13.8 ปี 2559: 14.4 ปี 2560: 13.7 ปี 2561: 13.4 ⁽¹⁵⁾	สอดคล้องกับการรายงานโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	สามารถนำเสนอผลรายจังหวัด ⁽¹⁵⁾
การลดอัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากร 100,000 คน ให้เหลือครึ่งหนึ่งภายใน พ.ศ. 2563	เป้าหมาย: ลดอัตราการตายลง 50% ภายในปี 2563 (เป้าหมายไทยคือ 18 ต่อ 1 แสนคน) สถานการณ์ทั่วโลก: 18.2 ต่อ 1 แสนคน (ปี 2559) ⁽¹⁶⁾	- 27.2 ต่อ 1 แสนคน (ปี 2563) - แนวโน้มลดลง ปี 2556: 36.2 ปี 2559: 32.7 ปี 2563: 27.2 ⁽¹⁷⁾	สอดคล้องกับการรายงานโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข	สามารถนำเสนอผลรายจังหวัด โดยกรมควบคุมโรค

ตารางที่ 1 สรุปผลการทบทวนสถานการณ์ตัวชี้วัดตามสาระหมวด (ต่อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายและสถานการณ์ทั่วโลก	สถานการณ์ของไทย	ความสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ใช้ในประเทศไทย	การคำนวณตัวชี้วัดในระดับพื้นที่*
สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ				
อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป	เป้าหมาย: ลดอัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศอย่างมากในปี 2573 สถานการณ์ทั่วโลก: 94.8 ต่อ 1 แสนคน (ปี 2559) ⁽¹⁸⁾	- 61 ต่อ 1 แสนคน (ปี 2559) ⁽¹⁹⁾ - แนวโน้ม (ไม่สามารถประเมินได้)	ไม่สอดคล้องกับแนวทางการรายงานในประเทศไทยโดยกรมควบคุมโรค และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	ไม่สามารถนำเสนอผลรายจังหวัด
สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ				
ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR)	เป้าหมาย: เสริมสร้างขีดความสามารถของทุกประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนาในการเตือนภัยล่วงหน้าการลดความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับชาติและระดับโลก สถานการณ์ทั่วโลก: - คะแนน IHR ทั่วโลก ร้อยละ 64 (ปี 2562) ⁽²⁰⁾ - คะแนน IHR SEARO ร้อยละ 61 (ปี 2562) ⁽²⁰⁾	- ร้อยละ 85 (ปี 2562) - แนวโน้ม ปี 2560: 97 ปี 2561: 79 ปี 2562: 85 ⁽²⁰⁾	สอดคล้องกับการรายงานโดยกรมควบคุมโรค	ไม่สามารถนำเสนอผลรายจังหวัด

หมายเหตุ: * การคำนวณตัวชี้วัดในระดับพื้นที่หมายถึงความสามารถของระบบในการรายงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด

AEM = AIDS epidemic model, HIV = human immunodeficiency virus, IHR = International Health Regulations, NCDs = non-communicable diseases, SEARO = South-East Asia Region

ช่องว่างนโยบายตามตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามสาระหมวด

การดำเนินงานเพื่อลดการป่วยและตายจากโรคและปัจจัยเสี่ยงในประเทศไทยมีความสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานในระดับโลก เช่น การดำเนินงานเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิด HIV/AIDS มีกรอบการดำเนินงานในระดับโลก “Global Health Sector Strategy on HIV 2016-2021 Towards Ending AIDS”⁽¹³⁾ ที่สอดคล้องกับนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 ซึ่งมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ประเทศไทย 20 ปี (พ.ศ. 2560-

2579)⁽²¹⁾ การลดอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการวางกรอบการดำเนินงานในระดับโลกได้แก่ แผนปฏิบัติการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับโลก พ.ศ. 2556-2563⁽²²⁾ ซึ่งแผนการดำเนินงานในระดับโลกดังกล่าวสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของประเทศไทยที่สำคัญ คือ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563⁽²³⁾ และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)⁽²⁴⁾ การลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน โดยการกำหนดเป้าหมายที่กำหนดตามกรอบปฏิญญาโมสโกที่กำหนดให้ปี พ.ศ. 2554-2563 “เป็นวาระแห่งชาติ” เพื่อนำประเทศเข้าสู่ “ทศวรรษแห่ง

การสร้างความปลอดภัยทางถนน” และเป็นไปตามเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงการกำหนดยุทธศาสตร์ในการสร้างความปลอดภัยทางถนนของสหประชาชาติ ประกาศปณิญาบราซิเลียด้านความปลอดภัยทางถนน⁽²⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานโดยประเทศไทย ซึ่งได้ดำเนินมาตรการและนโยบายด้านอุบัติเหตุและความปลอดภัยบนท้องถนน^(25,26) สำหรับสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ มีการดำเนินงานตามกฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งประกาศใช้ครั้งแรกใน พ.ศ. 2512 เป็นข้อตกลงและพันธสัญญา ระหว่างประเทศที่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ทุกประเทศต้องปฏิบัติตาม⁽²⁷⁾ และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ประเทศไทย กรมควบคุมโรค โดยกองระบาดวิทยา ในฐานะจุดประสานงาน กฎอนามัยระหว่างประเทศ ได้จัดทำรายงานไปยังองค์การอนามัยโลกทุกปี

สำหรับการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายจากมลภาวะทางอากาศ ในปัจจุบันยังไม่มีกรอบการดำเนินงานในระดับโลกที่เป็นกรอบการดำเนินงานกลางที่เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศเช่นเดียวกับปัจจัยเสี่ยงอื่น แนวทางการศึกษาที่เป็นข้อมูลนำเข้าในการศึกษานี้ได้จากแนวทางการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จในต่างประเทศร่วมกับการพิจารณารายงานมาตรการเพื่อแก้ปัญหามลพิษทางอากาศที่ได้มีการพิจารณาแล้วว่ามีประสิทธิภาพในพื้นที่เอเชียแปซิฟิก⁽²⁸⁾ ได้แก่ A Geneva Action Agenda to Combat Air Pollution⁽²⁹⁾, UN Economic Commission for Europe (UNECE), Convention on Long range Transboundary Air Pollution (CLRTAP) หรือ Air Convention⁽³⁰⁾ ซึ่งในการดำเนินงานที่ผ่านมา ประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับแนวปฏิบัติเพื่อลดระดับมลพิษทางอากาศเมื่อเปรียบเทียบกับภาระการสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ยังขาดการบูรณาการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในระยะยาว ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ และข้อมูล

เพื่อจัดทำตัวชี้วัดในการประเมินการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของประเทศไทย

ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรลุภาพพึงประสงค์ตามสาระหมวด

1) สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพภาพพึงประสงค์ที่ 1

“บุคคลได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาทักษะสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชนอย่างเหมาะสมกับสถานะความจำเป็นทางสุขภาพและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ผ่านการสร้างและส่งเสริมให้ทุกคนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม”

ในปัจจุบันมีนโยบายสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพและสร้างทักษะด้านสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งความรู้ในการป้องกันโรค HIV/AIDS การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ หรือการขับชีพาทนอย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวมักมีการกระทำขึ้นตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพในระดับประชากร เช่น การให้การศึกษา การรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ ที่มีเป้าหมายในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ การให้คำแนะนำในระดับบุคคลจะเกิดขึ้นในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้น ซึ่งไม่ใช่แนวทางเพื่อสนับสนุนการเกิดทักษะ health literacy โดยตรง^(31,32) เนื่องจากนิยามของความรู้เท่าทันด้านสุขภาพจะหมายถึงความแตกฉานด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการค้นหา เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข่าวสารด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง⁽³³⁾ ช่องว่างที่สำคัญอีกประเด็น ได้แก่ การขาดข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ จึงเป็นช่องว่างด้านการนำนโยบายไปใช้เพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล รวมถึงการกรองข้อมูลที่ถูกต้องที่สำคัญเพื่อระบุประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด HIV/AIDS ตามมาตราที่ 6 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁽³⁴⁾ รวมถึงยังขาดการ

จัดการกับปัจจัยในระดับสังคมที่ส่งผลต่อความสามารถในการสร้าง health literacy ของประชากร ซึ่งสังเกตได้ชัดเจนจากประเด็นของ air pollution เนื่องจากประเด็นดังกล่าวจะมีการดำเนินงานเฉพาะในช่วงวิกฤติมลพิษทางอากาศเท่านั้น⁽³⁵⁻³⁷⁾

ภาพพึงประสงค์ที่ 2

“ชุมชนมีศักยภาพในการเรียนรู้และจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนได้ด้วยตนเองผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ โดยมีชุมชนเป็นฐานภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคส่วนอื่นๆ และมีนโยบายระดับประเทศที่สนับสนุนการสร้างเสริมความเข้มแข็งและการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน”

ในปัจจุบัน การดำเนินงานเพื่อลดการป่วยหรือตายจากทั้ง 4 ประเด็นนั้น พบรูปธรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งในทุกประเด็นสร้างเสริมสุขภาพที่ทำการศึกษามีการระบุถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตามนโยบายและรูปแบบการดำเนินการยังไม่มี ความชัดเจนเท่านโยบายในระดับประเทศ ช่องว่างที่สำคัญคือการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนของนโยบายที่อยู่ในระดับชุมชน เช่น ปัญหามลภาวะทางอากาศ ซึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ต้องรวมถึงกระบวนการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่น โดยเฉพาะการมีข้อมูลในระดับพื้นที่เพื่อนำไปสู่การจัดการโดยชุมชนเอง

จากการวิเคราะห์ช่องว่างของมาตรการพบว่า ในเชิงนโยบายค่อนข้างมีความครอบคลุมในการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง อย่างไรก็ตาม การขาดกลไกการวิเคราะห์ช่องว่างและการสะท้อนกลับของข้อมูลเพื่อทราบสถานการณ์ปัญหาและการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดที่สำคัญโดย

เฉพาะการบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน

ภาพพึงประสงค์ที่ 3

“สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมของชุมชนทุกระดับได้รับการพัฒนาให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยการดำเนินงานของชุมชนได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคส่วนอื่นๆ”

อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมต่อการสร้างเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและด้านการจัดการมลพิษทางอากาศ ซึ่งการดำเนินงานในระดับพื้นที่จำเป็นต้องมีการสนับสนุนทรัพยากร ทั้งทางด้านกำลังคน การถ่ายทอดองค์ความรู้ และแหล่งทุน ซึ่งในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในทุกๆ ด้าน นอกจากนี้ยังพบช่องว่างที่สำคัญในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมโดยชุมชนเองจากการขาดระบบการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและสุขภาพในระดับชุมชน และที่สำคัญคือในแต่ละแผนยังไม่มีภาระบ่งตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ชัดเจน รวมถึงแผนการพัฒนาศักยภาพและงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ อปท. เช่น ด้าน HIV/AIDS มีการดำเนินการโครงการที่เกี่ยวข้องการป้องกันโรคเอดส์ในกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ แต่ยังมีช่องว่าง เช่น นำรายได้ตามขนาด อปท. มาเป็นเกณฑ์กำหนดอัตราสมทบและการดำเนินงานให้การสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามแผน⁽³⁸⁾ แผนปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับ อปท. จะใช้งบประมาณร่วมกับงบอื่นๆ โดยไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณให้โดยเฉพาะ

ภาพพึงประสงค์ที่ 4

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับดำเนินการกิจ การสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการพัฒนาลี้ งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การดำรง ไว้ซึ่งฐานทรัพยากร ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การ

สร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประชาชนกลุ่มต่างๆ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่องานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ”

เจตนารมณ์ของภาพพึงประสงค์นี้หมายถึง การดำเนินการตามกรอบที่เน้นการบริหารจัดการในพื้นที่ โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่ง อบท. ต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติการรองรับภารกิจ 5 ประการ ตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวาทั้ง 5 ประเด็น เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนมีความเข้มแข็ง สามารถจัดระบบสร้างเสริมสุขภาพโดยตนเองได้ ขณะที่หน่วยงานกลางมีบทบาททางนโยบาย มาตรการและการจัดระบบงบประมาณสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของระบบ⁽³³⁾ ถึงแม้ว่าจะมีการระบุแผนยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชน/พื้นที่ และมีการสนับสนุนงบประมาณผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ช่องว่างสำคัญที่พบในการบรรลุภาพพึงประสงค์ ได้แก่ การขาดระบบและกลไกการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับชุมชน บริบทของการดูแลสุขภาพในการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีความหลากหลาย ตั้งแต่การป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อซึ่งเป็นการดูแลด้านสุขภาพโดยตรง จนถึงการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และคนพิการซึ่งจัดเป็นการดำเนินงานที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ ในการดำเนินการ มีการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ชาติและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เนื่องจากหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้ อบท. มีส่วนร่วมในเรื่องของการสมทบกองทุน เช่น นำรายได้ตามขนาด อบท. มาเป็นเกณฑ์กำหนดอัตราสมทบ และการดำเนินงานให้การสนับสนุนให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชน หรือหน่วยงานอื่นในพื้นที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมตามแผน ซึ่งทาง อบท. อาจจะมีบุคลากรไม่เพียงพอ และขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน⁽³⁹⁾ ใน

ส่วนของการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน พบว่าในบางประเด็น ทาง อบท. ไม่มีตัวชี้วัดในการประเมินผลเฉพาะประเด็น ยกเว้นในเรื่องมลพิษทางอากาศส่วนในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น เป็นเพียงการประเมินผลในภาพรวมของกองทุนและเป็นการประเมินตามรายการโครงการเท่านั้น

ภาพพึงประสงค์ที่ 5

“นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และมีหลักฐานสนับสนุนถึงความเชื่อถือนั้น ได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้น โดยสามารถตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาสุขภาพใหม่ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และความต้องการของภาคส่วนต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของสังคมรวมถึงตอบสนองต่อความต้องการของทุกกลุ่มวัยตลอดจนกลุ่มคนที่มีความจำเพาะทางสุขภาพ”

ในปัจจุบันประเทศไทยมีกลไกสนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในระดับพื้นที่⁽⁴⁰⁾ อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้และการติดตามประเมินผลในระดับพื้นที่หรือชุมชนยังคงเป็นช่องว่างสำคัญ รวมถึงการขาดการประเมินประสิทธิภาพของมาตรการที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของพื้นที่หรือประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการจัดการกับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ความครอบคลุมของประชากรเฉพาะของมาตรการควบคุมโรคเอดส์⁽⁴¹⁾ หรือการดำเนินงานด้านโรค NCDs ที่ยังลงไปไม่ถึงระดับชุมชน ซึ่งการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของต้นแบบการดำเนินงาน

ภาพพึงประสงค์ที่ 6

“กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะทุกระดับนำแนวทาง “ทุนนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ไปบูรณาการสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม โดยทุกภาคส่วนมีความเข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” ในมิติที่กว้างขึ้นและตระหนักถึงความรับผิดชอบร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ”

ถึงแม้ว่าจะมีการระบุประเด็นทุนนโยบายห่วงใย

สุขภาพในแผนยุทธศาสตร์ 20 ปีด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์⁽⁴²⁾ ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อผลักดันการสร้างเสริมสุขภาวะในทุกนโยบายที่ให้หน่วยงานทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชนแล้ว แต่ในปัจจุบันยังพบช่องว่างในการบรรลุภาพพึงประสงค์ดังกล่าว โดยเฉพาะในประเด็นความร่วมมือระหว่างองค์กรโดยเฉพาะองค์กรที่นอกเหนือภาคสุขภาพ ซึ่งพบว่ามีอยู่อย่างจำกัดในทุกประเด็นที่ทำการศึกษา โดยเฉพาะปัญหามลพิษทางอากาศ การขาดหน่วยงานกลางที่มีอำนาจในการออกกฎหมายและกำกับติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่เชื่อมโยงทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เช่น United States Environmental Protection Agency (US EPA) ส่งผลให้การดำเนินการตามกฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงมลพิษทางอากาศมีความกระจัดกระจาย และการบริหารงานยังเป็นแบบแยกส่วนตามภารกิจหน้าที่⁽⁴³⁾

2) สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

กฎอนามัยระหว่างประเทศ ประกาศใช้ครั้งแรกใน พ.ศ. 2512 เป็นข้อตกลงและพันธสัญญาระหว่างประเทศที่ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกทุกประเทศต้องปฏิบัติตาม ต่อมาองค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกได้ทบทวนปรับปรุงแก้ไข⁽²⁷⁾ และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ใน พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้ปรับปรุงการรายงานประจำปีโดยใช้เครื่องมือ State Party Self-assessment Annual Reporting Tool และเริ่มให้รัฐภาคีส่งรายงานทางออนไลน์ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค โดยกองระบาดวิทยา ในฐานะจุดประสานงานกฎอนามัยระหว่างประเทศ ได้จัดทำรายงานไปยังองค์การอนามัยโลกทุกปี

การวิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานตามภาพพึงประสงค์ตามสาระหมวดนี้ จะนำเสนอเฉพาะภาพพึงประสงค์ที่ 1, 5-7 เท่านั้น เนื่องจากภาพพึงประสงค์ที่ 2-4 ไม่สามารถใช้ตัวชี้วัดกฎอนามัยระหว่างประเทศในการ

วิเคราะห์ได้

ภาพพึงประสงค์ที่ 1

“ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความรู้ ความเข้าใจ จิตสำนึก ความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรค ป้องกันภัยด้านสุขภาพ และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่ ผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

ที่ผ่านมาได้มีการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัจจัยคุกคามสุขภาพ ผ่านกลไกที่ระบุในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อจัดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งหัตถ์ภัย ภัยพิบัติฉุกเฉิน และผลกระทบจากการเจรจาความตกลงระหว่างประเทศของประเทศไทย การจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่ของไทยมีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (2560-2564) ที่มีการนำกฎอนามัยระหว่างประเทศมาใช้ และได้จัดทำขึ้นผ่านการมีส่วนร่วมจากหลากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด มีการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องเป็นตัวกำกับติดตาม เช่น ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบการเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ระบบติดตามอาจอยู่ในระดับจังหวัดและไม่มีการรวบรวมข้อมูลในระดับประเทศ ในขณะที่การประเมินตนเองของรัฐภาคีตามกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 เป็นการประเมินการทำงานในระดับประเทศ ทั้งนี้ ยังขาดข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมากน้อยเพียงใด จึงทำให้เกิดช่องว่างในการติดตามนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้อง

ภาพพึงประสงค์ที่ 5

“มีกลไกบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุม

โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน ทำหน้าที่สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกจัดการระบบสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล”

ประเทศไทยมีกลไกบริหารจัดการที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน ทำหน้าที่สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกจัดการระบบสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ แต่ยังไม่ชัดเจนในส่วนปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ใน พ.ศ. 2560 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (emergency operation center) ในส่วนกลาง และทุกจังหวัด กรณีตัวอย่างจากการป้องกันควบคุม และรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ละจังหวัดสามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี โดยได้มีการสร้างกลไกการมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด^(44,45) และได้มีการรวบรวมความรู้ในการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จัดทำโดยศูนย์ปฏิบัติการร่วมพลังพลเมืองต้นรู้ ช่วยชาติสู้ภัยโควิด 19 อย่างไรก็ดีตาม ยังขาดข้อมูลการติดตามประเมินผลการทำงานผ่านกลไกบริหารจัดการในแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ยังขาดแหล่งข้อมูลที่รวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับกลไกบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูลพร้อมใช้ (digitalization) ในระดับพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีสนับสนุน (การวางระบบฐานข้อมูลพร้อมใช้ในระดับชุมชนโดยใช้เทคโนโลยีขับเคลื่อน)

ภาพพิงประสงค์ที่ 6

“มีระบบข้อมูลข่าวสารและศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ และมีทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็วที่มีสมรรถนะและทำงานเกื้อ

หนุนเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและประเทศ สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ”

มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ (กรณีตัวอย่างโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) ภายใต้การดำเนินการผ่านศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น) ในระดับจังหวัดได้มีการแบ่งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response team: SRRT) ออกเป็นทีมตระหนักรู้สถานการณ์และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค และมีการทำงานในระดับอำเภอและตำบล แต่ยังขาดการประเมินสมรรถนะของ SRRT ในระดับพื้นที่ และขาดการวิเคราะห์เชิงระบบ เช่น จำนวนและความเพียงพอของ SRRT การกระจายตัว และการกำหนดสมรรถนะพื้นฐานเพื่อประเมินและพัฒนาต่อไป

ภาพพิงประสงค์ที่ 7

“มีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่บูรณาการทุกภาคส่วนในการจัดการและพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพต่างๆ รวมถึงปัจจัยคุกคามที่เกิดจากการเจรจาความตกลงระหว่างประเทศด้วย”

ในการจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีการทำงานภายใต้คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงแรกนั้น กรมควบคุมโรคได้มีการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเพื่อรับมือการระบาดตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2563 ต่อมาได้ยกระดับเป็น “ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19” (ศบค.) โดยมี นายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในส่วนของปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านอื่นๆ รวมทั้งมหันตภัย ภัยพิบัติฉุกเฉิน และผลกระทบจากการเจรจาความตกลงระหว่างประเทศนั้น ยังไม่มีกลไกระดับชาติใน

การบูรณาการที่มีความชัดเจนทั้งในด้านนโยบายและการดำเนินงาน

วิจารณ์

การรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพตามเจตจำนงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 มีความเป็นไปได้ในการใช้กรอบแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการกำกับติดตามการดำเนินงานสาระหมวดฯ โดยมีระดับความเหมาะสมในการใช้เป็นตัวชี้วัดที่แตกต่างกันไปดังต่อไปนี้

ตัวชี้วัด SDG ที่ 3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่ติดเชื้อ 1,000 คน จำแนกตาม เพศ อายุ และประชากรหลัก ได้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ของประเทศไทยตามตัวชี้วัดนี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม หากเป็นการติดตามสถานการณ์ในระดับพื้นที่ อาจจะต้องมีตัวชี้วัดเพิ่มเติม เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่เป็นค่าประมาณการ จึงควรมีเกณฑ์ตัวชี้วัดใหม่เพื่อประเมินกระบวนการทำงานอย่างครบวงจร

ตัวชี้วัด SDG 3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานหรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ได้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ของประเทศไทยตามตัวชี้วัดนี้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ซึ่งตัวชี้วัดนี้มีความเหมาะสมในการใช้เป็นตัวแทนสถานะของระบบการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ การดำเนินงานด้านโรค NCDs ยังมีระบบในการจัดการข้อมูลที่สามารถนำเสนอข้อมูลได้อย่างต่อเนื่องเป็นรายปีและมีศักยภาพเพียงพอในการรายงานผลได้ในระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยมีข้อสังเกตต่อตัวชี้วัดว่าในมิติของการตายจากโรค NCDs มีปัจจัยด้านการบำบัดรักษาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้น ตัวชี้วัดที่เหมาะสมมากที่สุดจึงควรให้ความสำคัญในมิติของการเกิดโรค NCDs รายใหม่

ตัวชี้วัด SDG ที่ 3.6.1 อัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากร 100,000 คน ได้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ของประเทศไทยตามตัวชี้วัดนี้มีแนวโน้ม

ที่ดี อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดนี้ยังเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายขององค์การสหประชาชาติ โดยที่ผ่านมาประเทศไทยมีความพยายามเป็นอย่างยิ่งในดำเนินการทั้งในการออกนโยบาย การวางมาตรการ การวางระบบและกลไกต่างๆ ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ตัวชี้วัด SDG 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป ได้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ของประเทศไทยตามตัวชี้วัดนี้ มีอัตราการตายของประชากรในประเทศไทยที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป เมื่อเทียบกับสถานการณ์ทั่วโลกแล้ว พบว่า มีค่าต่ำกว่าอัตราการตายฯ ในระดับโลก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่สอดคล้องกับลักษณะการกระจายตัวของปัจจัยเสี่ยงด้านมลพิษทางอากาศในประเทศ ซึ่งมีลักษณะเด่นชัดคือมีความแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงฤดูกาล และแต่ละพื้นที่ และเนื่องจากบริบทการจัดการปัญหามลพิษทางอากาศในประเทศไทย เน้นการดำเนินการเฝ้าระวังโดยจำนวนวันที่ระดับมลพิษสูงกว่าค่ามาตรฐาน การใช้จุดความร้อนแสดงแหล่งเผาไหม้ และการใช้จำนวนผู้ป่วยในโรคที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสมลพิษทางอากาศเป็นตัวแทน ดังนั้นการใช้จำนวนการตายตามที่กำหนดโดยตัวชี้วัด SDGs 3.9.1 จึงไม่สอดคล้องกับการเฝ้าระวังในประเทศไทยโดยตรง

ตัวชี้วัด 3.d.1 ชีตความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพ ได้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ของประเทศไทยตามตัวชี้วัดนี้ มีขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศและการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพที่สูงกว่าสถานการณ์ทั่วโลก อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดนี้ไม่เหมาะสม เนื่องจากรายงานประจำปีการประเมินตนเองของรัฐบาลฯ มุ่งเน้นไปที่เหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และครอบคลุมปัจจัยคุกคามสุขภาพจาก

อาหาร สารเคมี และกัมมันตรังสีและนิวเคลียร์ และการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศ แต่ยังคงมีโรคและภัยสุขภาพอื่นๆ ที่อาจไม่ได้นำไปสู่ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ รวมทั้งขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศไม่สามารถนำมาใช้ทำการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (health impact assessment: HIA)

ภาพรวมของการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการเลือกใช้ตัวชี้วัดที่มีความเชื่อมโยงกับพันธสัญญาในระดับโลกในการกำกับติดตามการดำเนินงานของระบบสุขภาพในประเทศไทย ยกเว้นแต่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับมลพิษทางอากาศ หน่วยงานรัฐบาลผู้มีหน้าที่รับผิดชอบหลักต่อการจัดการประเด็นสุขภาพที่ทำการศึกษได้วางกรอบการดำเนินงานที่อ้างอิงกรอบการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในระดับโลก โดยเฉพาะในระดับการวางแผนยุทธศาสตร์ของแต่ละกระทรวงมีพันธกิจในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี⁽⁴⁶⁾ ซึ่งจากการสังเคราะห์ข้อมูลพบความเชื่อมโยงระหว่างแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระยะยาวของทุกประเด็นตัวชี้วัดที่มีการใช้ตัวชี้วัด SDGs ในการวางแผนการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 เป็นการให้ความสำคัญกับการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นความเข้มแข็งของชุมชน ผลการสังเคราะห์ข้อมูลพบว่าการจัดทำตัวชี้วัดในระดับพื้นที่จะยังไม่มีมีการพิจารณาถึงประเด็นการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งประเด็นดังกล่าวจำเป็นต้องมีการพิจารณาในการจัดทำตัวชี้วัดธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในระยะถัดไป เนื่องจากการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับประเทศจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานรัฐบาลในทุกระดับ ผลการศึกษาในต่างประเทศรายงานว่า ร้อยละ 65 จาก 169 ตัวชี้วัดของ SDGs จะไม่สามารถบรรลุถึง

เป้าหมายได้หากขาดการมีส่วนร่วมและการประสานงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลในระดับท้องถิ่นและภูมิภาค⁽⁴⁷⁾

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินศักยภาพด้านองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตามประเด็นตัวชี้วัดนั้นพบว่า โดยทั่วไปภาครัฐมีนโยบายสร้างองค์ความรู้ให้แก่ประชาชน ยังไม่พบช่องว่างขององค์ความรู้หรือทฤษฎีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งเพื่อลดอุบัติการณ์ของประเด็นโรค HIV/AIDS และการลดการตายจากจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุทางถนน อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ที่สำคัญมีอยู่อย่างจำกัด ได้แก่องค์ความรู้ในมิติด้านมิติสังคม วัฒนธรรมที่เป็นบริบทของพื้นที่ รวมถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรการที่มีประสิทธิภาพที่เคยมีการใช้ในพื้นที่ และข้อมูลอื่นที่มีความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งทางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคม ความสูญเสียทางเศรษฐกิจสังคม และความมั่นคงมนุษย์ ช่องว่างด้านความรู้ยังรวมถึงการขาดการผลักดันต้นแบบมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพในระดับพื้นที่เข้าสู่โครงสร้างกลไกหลักและขยายผลให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เช่น การพัฒนาตัวแบบต่างๆ ของ สสส. เช่น เทคนิค 5A/5R (เทคนิคการสอบถาม การประเมินการตัดสินใจ เพื่อแนะนำช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ ควบคู่กับการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบที่เฉพาะกับอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ของแต่ละบุคคล) และขาดการดำเนินงานให้เกิดการขยายผลให้ครอบคลุมในพื้นที่ต่างๆ⁽²⁴⁾ สำหรับประเด็นมลพิษทางอากาศ หลักฐานจากต่างประเทศเน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีหลักฐานวิจัยที่แสดงถึงมาตรการที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่⁽⁴⁸⁾ ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวจัดว่ามีอยู่อย่างจำกัดในประเทศ โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาถึงองค์ความรู้ที่เป็นข้อมูลสำคัญเพื่อใช้ในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพทางอากาศที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เช่น องค์ความรู้ประเด็นมลพิษทางอากาศภายในครัวเรือนซึ่งเป็นมลพิษหลักที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศ การศึกษาเพื่อเชื่อมโยงระดับมลพิษสู่ผลกระทบทางสุขภาพ (exposure science) และการศึกษาด้านมาตรการเพื่อ

ลดระดับมลพิษในอากาศที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุน⁽⁴⁹⁾ ซึ่งการขาดองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินงานเพื่อสร้างองค์ความรู้เพื่อความเท่าทันทางสุขภาพ และต่อการพัฒนาศักยภาพประชากรให้มีศักยภาพในการจัดการเรียนรู้และจัดการสุขภาพทั้งของตนเองและชุมชน

การขาดการบูรณาการการทำงานและการกำหนดเป้าหมายร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นช่องว่างในการดำเนินการหลักในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในทุกประเด็น และเนื่องจากงบประมาณหลักที่ใช้ส่วนใหญ่มาจากส่วนราชการ ซึ่งองค์กรที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินงานหลายพันธกิจ ส่งผลให้เกิดการถ่ายโอนงบประมาณไปดำเนินกิจกรรมอื่นขององค์กร ประเด็นดังกล่าวครอบคลุมถึงกำลังคนที่ทำหน้าที่ดำเนินการตามแผนลดปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะเมื่อถ่ายโอนบทบาทการดำเนินงานมาสู่ระดับพื้นที่ การขาดทรัพยากรสนับสนุนทั้งทางด้านกำลังคนและงบประมาณจึงเป็นช่องว่างการดำเนินงานที่สำคัญในการจัดการลดการเสียชีวิตจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังขาดการจัดการปัญหาอย่างเป็นวงจร PDCA (plan, do, check, act) เช่น การขาดการประเมินนโยบาย “หมวก 100%” ทั้งในส่วนที่เป็นกลไกหลัก คือศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการขาดการนำข้อมูลในเชิงปฏิบัติการไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหในระดับพื้นที่ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพการดำเนินงานของฝั่งปฏิบัติการในพื้นที่ยังรวมถึงการขาดกลไกสนับสนุน เช่น เครื่องมือ-คู่มือ-ระบบฝึกอบรม-ให้คำปรึกษา รวมทั้งงบประมาณเพื่อการดำเนินงาน อีกทั้งในระดับปฏิบัติการก็พบว่ามีบุคลากรไม่เพียงพอและขาดความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ตัวอย่างช่องว่างในการดำเนินงานที่สำคัญ คือการลดการตายจากปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษทางอากาศนั้น ยังรวมถึงการขาดศักยภาพในการใช้กฎหมายของภาครัฐ ตัวอย่างเช่น การขาดกำลังคนในการบังคับใช้กฎหมายทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และพบการยกเว้นการใช้กิจกรรมทางกฎหมายกับแหล่งกำเนิดมลพิษ

ทางอากาศบางประเภท เช่น การออกกฎหมายยกเว้นให้โรงไฟฟ้าขยะทุกขนาดไม่ต้องจัดทำรายงานวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment: EIA) โดยให้ปฏิบัติตาม (code of practice: CoP)⁽⁵⁰⁾ เท่านั้น การบูรณาการดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงเกิดวิกฤตมลพิษทางอากาศทั้งในการจัดการระดับประเทศและในระดับส่วนกลาง ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแบบยั่งยืน

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลไกการดำเนินการของรัฐและการจัดสรรงบประมาณยังคงเน้นการบริการสุขภาพมากกว่าการจัดการปัจจัยเสี่ยงและการสร้างความตื่นตัวของประชาชน⁽²⁴⁾ ส่งผลให้ขาดการพัฒนาวัฒนธรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะที่มีบริบทเฉพาะเจาะจงกับพื้นที่ ช่องว่างในการดำเนินการยังรวมถึง การพิจารณาถึงประสิทธิภาพของการบังคับใช้ตามกฎหมาย ช่องว่างในการดำเนินงานของประเด็นทั้ง 4 มิติทั้งความคล้ายคลึงและแตกต่างกันอย่างเฉพาะเจาะจง การดำเนินงานเพื่อลดอุบัติการณ์ของผู้ป่วย HIV/AIDs ได้ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง (ตามอัตราในรายงานดังตารางที่ 1) จนกระทั่งในปัจจุบัน การลดอัตราผู้ป่วยใหม่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเฉพาะ ทั้งจากรูปแบบการใช้บริการทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป และแนวโน้มการใช้บริการดูแลทางเพศโดยภาครัฐ ซึ่งรูปแบบการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาคประชาสังคมและองค์กรไม่แสวงหากำไร ซึ่งการขาดงบประมาณสนับสนุนสำหรับหน่วยงานดังกล่าวยังเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง

การวิเคราะห์ช่องว่างในการดำเนินการทั้ง 4 มิติในการศึกษานี้ใช้การเปรียบเทียบการดำเนินงานในประเทศเปรียบเทียบกับ Gold Standard ซึ่งหมายถึงกรอบการดำเนินงานในระดับโลก การวิเคราะห์ช่องว่างของนโยบายโดยใช้การเปรียบเทียบระหว่างกรอบการดำเนินงานในระดับโลกและการดำเนินงานในประเทศไทยมีข้อพึงระวังที่สำคัญคือในบางตัวชี้วัดอาจไม่มีกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน

ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือการดำเนินงานด้านการลดการตายจากมลพิษทางอากาศเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เริ่มมีการให้ความสนใจ (แม้แต่ในระดับโลก) ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา จึงยังไม่มีกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนนัก นอกจากนี้การวิเคราะห์ศักยภาพและช่องว่างการบรรลุภาพพึงประสงค์ของสาระหมวดผ่านการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยเฉพาะสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ตัวชี้วัดเฉพาะประเด็น 4 ตัวชี้วัด เป็นวิธีที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการสังเคราะห์เพื่อให้เห็นภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้การสังเคราะห์ศักยภาพและช่องว่างการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทั้ง 4 ด้าน อาจไม่สามารถสะท้อนช่องว่างภาพพึงประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพได้ดีเท่าที่ควรนัก

ช่องว่างด้านการดำเนินงานในทุกประเด็นชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับมุมมองของ อปท. ให้มีการดำเนินการเชิงรุกมากขึ้นและดำเนินการให้นอกเหนือจากขอบเขตการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคและการควบคุมโรคติดต่อ การบรรลุถึง “มีนโยบายระดับประเทศที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน” หมายถึง การให้อำนาจและทรัพยากรสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานของชุมชนอย่างแท้จริง จึงควรต้องพิจารณาการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. มากกว่าที่ระบุไว้ใน พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542⁽⁵¹⁾

ข้อยุติ

ภาพรวมของการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการเลือกใช้ตัวชี้วัดที่มีความเชื่อมโยงกับพันธสัญญาในระดับโลกในการกำกับติดตามการดำเนินงานของระบบสุขภาพในประเทศไทย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าตัวชี้วัด SDGs ด้านโรคติดต่อ HIV/AIDS ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บทางท้องถนน มีความเหมาะสมในการใช้เป็นตัวแทนสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีการพิจารณาเพิ่มเติมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและ

สุขภาพ และพิจารณาหาตัวชี้วัดที่สะท้อนสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนาจัดทำตัวชี้วัดในระดับพื้นที่ที่มีการสอดคล้องและในระดับภูมิภาค รวมถึงองค์กรภาคประชาชนในระดับท้องถิ่นที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน

ข้อเสนอแนะต่อการประเมินภาพพึงประสงค์และตัวชี้วัด มีดังนี้

สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ใช้เป็นตัวแทนภาพพึงประสงค์ในการศึกษานี้เป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ จึงควรมีการกำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการของสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนภาพพึงประสงค์โดยเฉพาะควบคุมตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และควรร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดเสริมพร้อมเป้าหมายที่ต้องการบรรลุร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนในพื้นที่ โดยมีการพัฒนาฐานข้อมูลนอกเหนือจากข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่นอกเหนือจากการพิจารณาถึงความต้องการใช้ทรัพยากรระบบสุขภาพเท่านั้น

สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

1) ในภาพรวมของสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ควรกำหนดขอบเขต/จุดเน้นว่าจะประเมินการดำเนินงานด้านใด เช่น โรคติดต่ออุบัติใหม่ มหันตภัย ภัยพิบัติฉุกเฉิน รวมทั้งคำว่า “การป้องกันโรค” “การควบคุมโรค” และ “ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” มีความหมายกว้าง จึงควรแยกการประเมินในแต่ละประเด็นให้มีความชัดเจน

2) ในเอกสารรายงานผลการประเมิน Joint External Evaluation (JEE) เพื่อประเมินขีดความสามารถในการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ ในปี พ.ศ. 2560 มีองค์ประกอบเพิ่มเติมจากกฎอนามัยระหว่างประเทศ เช่น เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ความปลอดภัยทางชีวภาพ ควรมีการพิจารณานำมาใช้วิเคราะห์เพิ่มเติมในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณ ดร. นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ ดร. ญวณพัชร พัทธมนกุลที่ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนในการทำการศึกษา

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ. ณรงค์ศักดิ์ อดังคะสุพลลา ที่กรุณาเป็นผู้อำนวยการประชุมในการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูล และขอบคุณคณะทำงานจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการกำกับทิศทางของรายงานและช่วยให้คณะผู้วิจัยสามารถประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้อย่างราบรื่น และขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ร่วมให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ซึ่งช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Limstitt P. The National Health System Constitution: a tool for health system reform from the legal perspective. *Journal of Health Systems Research* 2008;2(1):32-9. (in Thai)
2. Supaporn A, Molee J, Netnoy P, Nilpak K, Manotatsanan S, Yotsapatpaisarn K. The national health commission's main program supports the implementation of National Health Act B.E. 2550 No. 3 Fiscal Year 2017-2021. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2017. (in Thai)
3. International Health Policy Program. Project for the development of desirable health system indicators. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2020. Contract No: 62-038 (in Thai)
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Open working group on sustainable development goals [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/owg.html>.
5. Sachs J, Schmidt-Traub G, Kroll C, Durand-Delacre D, Teksoz K. *SDG index and dashboards report 2017*. New York: Bertelsmann Stiftung and Sustainable Development Solutions Network (SDSN); 2017.
6. United Nations ESCAP. The sustainable development goals – tracking progress and engaging stakeholders in review [Internet]. [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://www.unescap.org/2030-agenda/sustainable-development-goals>.
7. United Nations ESCAP. *SDG gateway data explorer* [Internet]. [cited 2021 Feb 05]. Available from: <https://dataexplorer.unescap.org/>.
8. WHO South-East Asia. Monitoring health in the sustainable development goals [Internet]. [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://apps.searo.who.int/sdg/>.
9. World Health Organization. *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals* [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324835>.
10. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global burden of disease (GBD)* [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 05]. Available from: <http://www.healthdata.org/gbd/2019>.
11. Ritchie H, Roser M. Introducing the our world in data 'sustainable development goal (SDG) tracker' [Internet]. 2018 Feb 28 [cited 2021 Feb 05]. Available from: <https://ourworldindata.org/sdg-tracker>.
12. World Health Organization. Number of new HIV infection [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-new-hiv-infections>.
13. World Health Organization. *Global health sector strategy on HIV 2016-2021, towards ending AIDS*. Geneva: World Health Organization; 2016.
14. World Health Organization. Probability of dying between age 30 and exact age 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://bit.ly/33dZAXa>.
15. Burden of Disease Research Program Thailand (BOD Thailand). Premature death due to four noncommunicable diseases, age range 30-70 years. In: Department of Disease Control, editor. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2020. (in Thai)
16. World Health Organization. *Global status report on road safety 2018* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 Jun 17 [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://bit.ly/3enu8ml>.
17. Department of Disease Control, Division of Injury Prevention. Thailand's road accident mortality situation [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://bit.ly/3ua7LG5>. (in Thai)
18. World Health Organization. *SDG Target 3.9 Mortality from environmental pollution* [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/view.sdg.3-9-data-reg?lang=en>.

19. World Health Organization. Indicator 3.9.1: Mortality rate attributed to household and ambient air pollution (per 100,000 population) [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://bit.ly/3edY3NS>.
20. World Health Organization. IHR States Parties annual reporting global submission status per year [Internet]. 2021 [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://extranet.who.int/e-spar/#submission-details>.
21. Announcement of the Prime Minister on the national strategy (B.E. 2561-2580), 135 (2018). (in Thai)
22. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Nonthaburi: Thai NCD Network and International Health Policy Program; 2016. (in Thai)
23. Office of Permanent Secretary, Bureau of Policy and Strategy. Thailand healthy life style strategic plan, 2011-2020. Bangkok: Printing Office of National Buddhism; 2011. (in Thai)
24. Division of Non-Communicable Diseases. 5-year national strategic plan for NCD prevention and control (2017-2021). In: Ministry of Public Health, editor. 2560. (in Thai)
25. Road Safety Policy Foundation, National Health Foundation. Five pillars” for safer roads. Bangkok: Road Safety Policy Foundation; 2011. (in Thai)
26. United Nations Road Safety Trust Fund, United Nations. Global framework plan of action for road safety. Geneva: United Nations; 2018.
27. World Health Organization. International health regulations (IHR). France: WHO; 2016.
28. United Nations Environment. Air pollution measures for Asia and the Pacific [Internet]. [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://bit.ly/3eTm9N2>.
29. World Health Organization. Clean air for health: Geneva action agenda first WHO global conference on air pollution and health – summary report [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2021 Feb 06]. Available from: <https://bit.ly/3pTMeAR>.
30. United Nations Economic Commission for Europe. Air pollution and health [Internet]. [cited 2021 Feb 05]. Available from: <https://unece.org/air-pollution-and-health>.
31. Ontario Health Promotion E-Bulletin. Health literacy and health promotion [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 05]. Available from: <http://www.ohpe.ca/node/175>.
32. Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Health literacy assessment and promotion [Internet]. [cited 2021 Feb 04]. Available from: <http://www.hed.go.th>. (in Thai)
33. National Health Commission. Statute on the national health system No. 2, B.E. 2559. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2017. (in Thai)
34. National Health Act, B.E. 2550 (2007). (Mar 3, 2007). (in Thai)
35. Nanthapong N. Handbook for medical and public health operations with PM2.5 particles, 2020. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
36. Pollution Control Department. National action plan for “mitigation of particulate matter”. Bangkok: Ministry of Natural Resources and Environment; 2019. (in Thai)
37. Office of Natural Resources and Environmental Policy and Planning Strategic. Environmental assessment: SEA. Bangkok: Ministry of Natural Resources and Environment; 2011. (in Thai)
38. Hfocus. The NHSO announces the establishment of a new sub-district health fund. Assist local and regional governments in their efforts to safeguard the public’s health [Internet]. 2019 Oct 23 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/10/16472>. (in Thai)
39. National Health Security Office (NHSO). Local level health insurance funds [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://bit.ly/3nghQze>. (in Thai)
40. Program Management Unit. Objectives for establishing a management unit and managing capital for local development. In: Office of National Higher Education Science Research and Innovation Policy Council, editor. 2019. (in Thai)
41. Leelahavarong P, Kulpokin D. Budget impact analysis of key population-based AIDS prevention measures. Nonthaburi: The Health Intervention and Technology Assessment Program; 2020. (in Thai)
42. Office of the National Economics and Social Development Council. National strategy for the development and enhancement of human resources [Internet]. 2021 [updated 2021; cited 2021 Feb 12]. Available from: <https://bit.ly/33gLpXS>. (in Thai)
43. Pollution Control Department, Ministry of Natural Resources and Environment. The findings of the issue analysis and recommendations for improving the strategic plan and the four-year government action plan 2016-2019 [Internet]. Pollution Control Department; 2020 [cited 2021 Feb 04]. Available from: http://pcd.go.th/info_serv/plan.html. (in Thai)
44. Songkla Health Emergency Operations Centre. Emergency Operation Center; EOC B.E. 2563 [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://www.skho.moph.go.th/eoc/>. (in Thai)
45. Phra Nakhon Si Ayutthaya Health Emergency Operations



- Centre. A Public Health Emergency Operations Centre (PH EOC) [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://ww2.ayutthaya.go.th/news/detail/7639>. (in Thai)
46. Announcement of the Prime Minister's Office on the national reform plan (Revised Edition), B.E. 2564 (2021). (in Thai)
47. Sustainable Development Solutions Network. Getting started with the SDGs in Cities [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 02]. Available from: <https://bit.ly/3uj7qRQ>.
48. United States Environmental Protection Agency. Pollution prevention law and policies [Internet]. [cited 2021 Feb 05]. Available from: <https://www.epa.gov/p2/pollution-prevention-law-and-policies>.
49. United States Environmental Protection Agency. Cost analysis models/tools for air pollution regulations [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 05]. Available from: <https://bit.ly/3aZrfGL>.
50. Energy Regulatory Commission. Code Of Practice: COP [Internet]. 2011 [cited 2021 Feb 04]. Available from: <https://bit.ly/3vC9GUA>. (in Thai)
51. Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, B.E. 2542 (1999). (Nov 11, 1999) (in Thai)

ภาคผนวก ก ตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ชุดตัวชี้วัด
4.1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ	1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC)	1	SDG 3.7.1 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ (15-49 ปี) ที่พึงพอใจกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีสมัยใหม่ SDG 3.7.1 Proportion of women of reproductive age (aged 15–49 years) who have their need for family planning satisfied with modern methods
		2	SDG 3.8.1 ความครอบคลุมของบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น (นิยามความครอบคลุมของบริการที่จำเป็นเฉลี่ยโดยยึดการติดตามการรักษา ซึ่งประกอบด้วย อนามัยเจริญพันธุ์ มารดา เด็กเกิดใหม่และสุขภาพเด็ก โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และความสามารถในการเข้าถึงบริการระหว่างคนทั่วไปและผู้ด้อยโอกาส) SDG 3.8.1 Coverage of essential health services (defined as the average coverage of essential services based on tracer interventions that include reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, non-communicable diseases and service capacity and access, among the general and the most disadvantaged population)
		3	SDG 3.8.2 ร้อยละของประชากรที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครัวเรือน SDG 3.8.2 Proportion of population with large household expenditures on health as a share of total household expenditure or income
		4	SDG 3.b.1 ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็นที่มีการระบุในแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ SDG 3.b.1 Proportion of the target population covered by all vaccines included in their national programme
	2. สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ของประชากร (health and well-being)	5	SDG 4.2.1 ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีพัฒนาการทางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ และพัฒนาการทางบุคลิกภาพตามวัย จำแนกตามเพศ SDG 4.2.1 Proportion of children under 5 years of age who are developmentally on track in health, learning and psychosocial well-being, by sex
4.2 การสร้างเสริมสุขภาพ	3. สถานะสุขภาพของคนไทย	6	SDG 3.3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อ HIV รายใหม่ต่อประชากรที่ไม่มีการติดเชื้อ 1,000 คน (จำแนกตาม เพศ อายุ และประชากรหลัก) SDG 3.3.1 Number of new HIV infections per 1,000 uninfected population, by sex, age and key populations
		7	SDG 3.4.1 อัตราการตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง SDG 3.4.1 Mortality rate attributed to cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease
		8	SDG 3.6.1 อัตราการตายจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน SDG 3.6.1 Death rate due to road traffic injuries
		9	SDG 3.9.1 อัตราการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป



ภาคผนวก ก ตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (ต่อ)

สาระหมวด	ชุดตัวชี้วัด	ลำดับ	ชุดตัวชี้วัด
			SDG 3.9.1 Mortality rate attributed to household and ambient air pollution
4.3 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	4. ศักยภาพในการจัดการปัจจัยคุกคามและส่งเสริมความมั่นคงทางสุขภาพของคนไทย	10	SDG 3.d.1 ขีดความสามารถของการปฏิบัติตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulations: IHR) และการเตรียมความพร้อมฉุกเฉินด้านสุขภาพ SDG 3.d.1 International Health Regulations (IHR) capacity and health emergency preparedness
4.4 การบริการสาธารณสุขและการสร้างหลักประกันคุณภาพ	5. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	11	ร้อยละของประชากรเป้าหมาย ที่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
	6. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end-of-life care)	12	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)
4.5 การส่งเสริม สนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่น	7. ระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	13	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
		14	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด
4.7 การสร้างองค์ความรู้ด้านสุขภาพ	8. การพัฒนาและการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	15	SDG 9.5.1 ร้อยละของค่าใช้จ่ายการวิจัยและพัฒนาต่อ GDP SDG 9.5.1 Research and development expenditure as a proportion of GDP
		16	SDG 9.5.2 สัดส่วนนักวิจัย (เทียบเป็นการทำงานเต็มเวลา) ต่อประชากร 1 ล้านคน SDG 9.5.2 Researchers (in full-time equivalent) per million inhabitants
4.8 การเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	9. ระบบต่อต้านข่าวปลอม (anti-fake news system)	17	จำนวนข่าวปลอม (fake news) ที่ถูกระงับและตรวจจับ
4.9 การสร้างและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	10. การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	18	SDG 3.c.1 ความหนาแน่นและการกระจายตัวของบุคลากรด้านสาธารณสุข SDG 3.c.1 Health worker density and distribution
4.10 การเงินการคลังด้านสุขภาพ	11. ระบบติดตามการเงินการคลังด้านสุขภาพ	19	วิเคราะห์ความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ (financial incidence analysis: FIA)
		20	วิเคราะห์การกระจายของเงินอุดหนุนด้านสุขภาพของภาครัฐ (benefit incidence analysis: BIA)
4.11 สุขภาพจิต	12. การพัฒนาสุขภาพจิต	21	SDG 3.4.2 อัตราการฆ่าตัวตาย SDG 3.4.2 Suicide mortality rate
		22	ระดับสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทย
4.12 สุขภาพทางปัญญา	13. สุขภาพทางปัญญาของคนไทย	23	ระดับความสุขของประเทศไทย
4.14 ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่	14. ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่	24	จำนวนตำบลที่มีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่และประเด็น

ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2563)⁽³⁾