



รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการพัฒนาดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ

โดย



โครงการปรัชญาคุณภิวัตน์
สาขาวิชาการพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

มีนาคม 2553

สารบัญ

	<u>หน้า</u>
บทสรุปผู้บริหาร	(1)
บทที่ 1	นิยามระบบสุขภาพและสมรรถนะที่พึงประสงค์ 1-1
บทที่ 2	ปัญหาและอุปสรรคระบบสุขภาพในปัจจุบัน
• ปัญหาของระบบการสร้างเสริมสุขภาพ	2-1
• ปัญหาของระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	2-4
• ปัญหาของระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ	2-7
• ปัญหาของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	2-10
บทที่ 3	กรอบธรรมาภิบาล 3-1
บทที่ 4	การทบทวนดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
• ดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไทย	4-1
• ดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของต่างประเทศ	4-7
บทที่ 5	แนวทางการคัดเลือกดัชนีต่างๆ และเกณฑ์การคัดกรองประเด็นตัวชี้วัด
• แนวทางการคัดเลือกดัชนีต่างๆ	5-1
• เกณฑ์การคัดกรองประเด็นตัวชี้วัด	5-3
บทที่ 6	การพัฒนาดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นระบบสุขภาพเบื้องต้น
• การสอบถามดัชนีชี้วัดเบื้องต้นจากประชาชน	6-1
• การขอความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ	6-15
• การขอความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่น	6-23
• การสัมภาษณ์เชิงลึกจากประชาชน	6-25
• การรับฟังความคิดเห็นจากภาคประชาชน	6-71
• การทดสอบค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม	6-90

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 7	ร่างระเบียบวิธีวิจัยการทำดัชนี	7-1
บทที่ 8	การทดสอบดัชนีภาพรวมเบื้องต้น	8-1

ภาคผนวก

บทสรุปผู้บริหาร

บทสรุปผู้บริหาร

ตามที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) มีทิศทางการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีการพัฒนาแบบองค์รวมที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาที่เชื่อมทุกมิติอย่างบูรณาการ และมีการกำหนด “ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ” เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการดำเนินงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้นำมากำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพไทย ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) เช่นกัน อาทิ (1) การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน (2) ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจ และผู้ให้บริการมีความสุข และ (3) การมีหลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ เป็นต้น เพื่อมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง ซึ่งต้องการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพมาร่วมบูรณาการ โดยเฉพาะการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ส่งผลให้กลไกการบริหารจัดการของรัฐด้านสุขภาพ จะต้องมีการปรับตัวให้เกิดความโปร่งใส และตรวจสอบได้ของระบบสุขภาพมากขึ้น

แม้ว่าระบบสุขภาพไทย จะมีพัฒนาการอย่างรวดเร็วในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมาจนทำให้ประเทศไทยเป็นที่ยอมรับในด้านการบริการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ทันสมัย และมีมาตรฐาน ไม่ว่าจะเป็นมาตรการด้านการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมใช้หวัดนก หรือการสร้างเสริมสุขภาพ และถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 แต่ก็ยังคงพบปัญหาเรื่องความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่จำเป็น จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีประชากรประมาณร้อยละ 3.5 หรือประมาณ 2.2 ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มชายขอบ คนไร้รัฐไร้สัญชาติที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย การกระจายตัวที่ไม่เหมาะสมของระบบบริการสาธารณสุข ทั้งในด้าน สถานบริการ บุคลากร และคุณภาพบริการ ที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น ในปี พ.ศ. 2548 อัตราส่วนแพทย์และทันตแพทย์ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพฯ และภาคอีสาน ต่างกันประมาณ 8 และ 16 เท่าตามลำดับ และจากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า สถานีอนามัยร้อยละ 70 มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กล่าวคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ดูแลประชากร 1,250 คน นอกจากนี้ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหาสาธารณสุขจากปัญหาโรคติดต่อและโรคติดต่อ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และวิถีชีวิตของประชาชนเพิ่มมากขึ้น รวมถึงความไม่เสมอภาคจากระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในคุณภาพของบริการสาธารณสุขที่ประชาชนได้รับ รวมถึงปัญหาและการขาดการประสานที่ดีระหว่างสถานพยาบาลรัฐและเอกชน เป็นต้น

ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานบริการของรัฐ ก็ได้พยายามปรับปรุงมาตรฐานคุณภาพ การให้บริการสุขภาพภายใต้เกณฑ์ การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล Hospital Accreditation : HA และมาตรฐาน ISO 9001 : 2000 ทั้งระบบ แต่ถึงอย่างนั้นก็ยังคงมีเรื่อง การฟ้องร้องแพทย์และบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้น

จากสถานการณ์ที่กล่าวมา อาจกล่าวได้ว่าระบบสุขภาพในปัจจุบัน ยังไม่มีความครอบคลุม และ สอดคล้องกับเป้าหมายที่สำคัญในการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน ซึ่งประกอบด้วย (1) การเข้าถึงบริการ (Access) (2) คุณภาพ (Quality) (3) ความเสมอภาค (Equity) (4) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และ (5) รับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) แม้จะมีความพยายามจากหน่วยงาน วิชาการของรัฐหลายแห่งในการจัดทำดัชนีชี้วัด ทั้งในด้านความสุขในระดับภาพรวม ดัชนีความอยู่ดีมีสุข ดัชนีระบบบริการสุขภาพ เพื่อการติดตามและประเมินประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นดัชนีสำหรับส่วนราชการแทบทั้งสิ้น ยังไม่มีดัชนีใดที่ใช้ในการสอบถามและสะท้อนความเชื่อมั่นของ ประชาชน ซึ่งเป็นผู้รับบริการด้านสุขภาพโดยตรง เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายและยุทธศาสตร์การ พัฒนาระบบสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงเห็นสมควรที่จะได้มีการศึกษาสำรวจถึงความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพของไทย โดยการ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ประเด็นที่สามารถใช้เป็นดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ ภาครัฐได้นำผลจากดัชนีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประชาชนต่อไป โดยมี วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ
2. เพื่อให้มีกระบวนการวัดความเชื่อมั่นด้านสุขภาพของประชาชนที่เป็นมาตรฐานและมีความ ต่อเนื่อง

ระเบียบวิธีศึกษา

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการเก็บข้อมูลที่ได้จากเอกสาร จากการทบทวนวรรณกรรมของทั้งในประเทศ ไทยและต่างประเทศ และจากข้อมูลต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก(WHO) องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา(OECD) สหภาพยุโรป(EU) เป็นต้น
2. ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลจากการสำรวจภาคสนาม โดยการสอบถามตัวชี้วัดเบื้องต้นจาก ประชาชน จัดให้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกและรับฟังความคิดเห็น 2 ครั้ง คือที่กรุงเทพมหานครและ ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เมื่อมีประเด็นตัวชี้วัดของความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพเบื้องต้นได้ นำประเด็นต่างๆ ดังกล่าวมาขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญและ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของไทย พร้อมทั้งขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่

ดำเนินการด้านการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นต่างๆ และได้จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของภาคประชาชน ใน 5 ภูมิภาค คือ กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือที่จังหวัดเชียงใหม่ ภาคใต้ที่จังหวัดระนอง ภาคกลางและตะวันออกที่จังหวัดระยอง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่จังหวัดขอนแก่น

โดยกลุ่มประชาชนที่ทำการศึกษา มีดังนี้

- (1) ข้าราชการ
- (2) ครู อาจารย์
- (3) นักศึกษา
- (4) ผู้ประกอบอาชีพอิสระ
- (5) นักธุรกิจ เจ้าของกิจการ
- (6) ชาวบ้าน เกษตรกร

● วิธีการศึกษา

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นการสำรวจความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพของไทย ซึ่งจะได้มีการสร้างดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นที่ยึดกรอบแนวคิดสมรรถนะของระบบสุขภาพและกรอบหลักธรรมาภิบาลหรือการบริหารจัดการที่ดี อย่างน้อย 5 ประการ คือ หลักความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล หลักการมีส่วนร่วม หลักนิติธรรม หลักความโปร่งใส และหลักความรับผิดชอบ โดยได้แบ่งระยะการดำเนินการศึกษาออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

(1) ทบทวนนิยาม แนวคิดและดัชนีที่เกี่ยวข้อง

เป็นการทบทวนความหมายของระบบสุขภาพให้มีความเข้าใจสอดคล้องตรงกับความต้องการที่จากระบบสุขภาพหรือระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันของระบบสุขภาพที่จะนำไปสู่ดัชนีชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่แนวทางที่จะร่วมกันผลักดันการพัฒนาระบบสุขภาพ ทบทวนรายละเอียดดัชนีชี้วัดต่างๆ ของหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่จัดทำขึ้น ที่สะท้อนผลของระบบสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการคัดเลือกเป็นตัวชี้วัดประกอบในการจัดทำดัชนีภาพรวม (Composite Index) ของระบบสุขภาพ

(2) ออกแบบตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง

เป็นการศึกษาเพื่อกำหนดตัวชี้วัดที่จำเป็นในการจัดทำดัชนีภาพรวมระบบสุขภาพ ในการดำเนินการมีขั้นตอน ดังนี้

- (2.1) จัดทำร่างตัวชี้วัดที่มีอยู่ในปัจจุบันและดัชนีชี้วัดที่มีการศึกษาเป็นข้อเสนอ เพื่อสำรวจและสอบถามความคิดเห็นและความเข้าใจของประชาชนเบื้องต้นที่แสดงผลของการดำเนินกิจกรรมของระบบสุขภาพ ทั้งที่เป็นผลผลิตและผลลัพธ์จากการดำเนินการ
- (2.2) ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของไทยในเชิงลึก (In-dept Interview) ถึงความคิดเห็นในการวัดผลการดำเนินกิจกรรมในระบบ

สุขภาพว่าต้องใช้ตัวชี้วัดอะไรบ้าง มีเหตุผลอย่างไร และตัวชี้วัดต่างๆ มีความเป็นไปได้ในการจัดเก็บและประมวลผลเพื่อเป็นดัชนีภาพรวมของระบบสุขภาพ โดยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพระดับต่างๆ จำนวน 9 ท่าน

- (2.3) จัดทำสัมมนากลุ่มย่อย (Focus Group Interview) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อจัดทำดัชนีภาพรวมของระบบสุขภาพ รวมทั้งให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญและน้ำหนักของดัชนีชี้วัดแต่ละตัว เพื่อนำไปจัดทำดัชนีภาพรวม โดยได้จัดสัมมนากลุ่มย่อยทั้งหมด 5 ครั้ง กระจายไปในทุกภูมิภาค มีผู้เข้าร่วมรวม 70 คน
- (2.4) นำข้อมูลข้อคิดเห็นจากการจัดทำสัมมนากลุ่มย่อยทั้งหมดมาจัดทำสรุปตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องทั้งหมด น้ำหนักความสำคัญของแต่ละตัวชี้วัด และวิธีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการหาสถิติในการจัดทำดัชนีภาพรวม
- (2.5) ทำการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการด้านการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นต่างๆ ในเชิงลึก (In-dept Interview) เพื่อให้ทราบถึงเทคนิคในการจัดทำดัชนีจำนวน 3 ท่าน

ผลผลิตที่ได้จากการดำเนินการในระยะนี้ จะได้ร่างดัชนีชี้วัดประกอบด้วยตัวชี้วัดต่างๆ ที่ชัดเจนมากขึ้น ประกอบด้วย น้ำหนักความสำคัญ แหล่งข้อมูล ระเบียบวิธีวิจัย วิธีการจัดเก็บ และวิธีการทางสถิติที่ใช้ในการคำนวณดัชนีภาพรวม

(3) การระดมความคิดเห็นผู้เกี่ยวข้อง

เพื่อให้กระบวนการจัดทำดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ สะท้อนผลของระบบอย่างแท้จริง และผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการจัดทำดัชนีและเพื่อความโปร่งใสในการดำเนินการ จึงได้จัดให้มีการระดมความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ข้อคิดเห็นทั้งตัวชี้วัดที่คัดเลือกมา ความสำคัญและน้ำหนัก รวมถึงวิธีการในการจัดเก็บ หลังจากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้มาปรับแต่งดัชนีชี้วัดให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

(4) การทดสอบดัชนีภาพรวมเบื้องต้น

เป็นการจัดทำดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ โดยกระบวนการพิจารณาทบทวนที่ได้ออกแบบ เพื่อให้ได้ผลที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

- (4.1) ทดสอบค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในแบบสอบถามคณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามจำนวน 45 แบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยวิธีของ Cronbach's Alpha ซึ่งมีผลสรุปได้ว่า

เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.968 ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่มีระดับสูง และมากพอที่จะทำให้เชื่อมั่นได้ว่าแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือที่ใช้ทดสอบในกรณีนี้มีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) และมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันระหว่างข้อคำถาม จำนวน และบริบท ที่จะวัดอยู่ในระดับสูง

- (4.2) การทดสอบการจัดทำดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพและพิจารณาบททวนกระบวนการที่ได้ออกแบบไว้ เพื่อให้ได้ผลที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อเนืองได้จริงอย่างสมบูรณ์ โดยการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากแบบสอบถามจากตัวอย่างที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 434 ตัวอย่าง ตามระเบียบวิธีวิจัยที่ออกแบบไว้นามาวิเคราะห์และประมวลผล

ผลการศึกษา

ได้ระเบียบวิธีวิจัยและรูปแบบดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ ซึ่งสามารถสะท้อนการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน สะท้อนพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน สะท้อนสมรรถนะระบบสุขภาพและธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ รวมถึงตัวชี้วัดที่จำเป็นในการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นนี้ ผู้นำนักความสำคัญ ขั้นตอนวิธีการจัดเก็บหรือสำรวจข้อมูล แบบสอบถามที่ใช้สำรวจวิธีการประมวลผลข้อมูล ดังนี้

- (1) ประเภทของการสำรวจวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)
- (2) กลุ่มประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนทั่วไปทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค
- (3) แผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบการเลือกตัวอย่างแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม โดยแบ่งตามพื้นที่คือกรุงเทพฯ ภาคเหนือ ภาคกลางและตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และกำหนดขนาดของตัวอย่างในการสำรวจวิจัยนี้คือ 2,000 คน ในแต่ละพื้นที่เท่าๆกัน คือ 400 ตัวอย่าง เพื่อให้ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (Margin of error) +/- ร้อยละ 2.76 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95
- (4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม การสอบถามจะใช้แบบสอบถามที่ทำให้ประชาชนสามารถตอบได้ง่าย ไม่ว่าการสอบถามจะเป็นการถามทางโทรศัพท์หรือการเขียนตอบ
- (5) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยใช้การเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) ตามบัญชีรายชื่อในสมุดโทรศัพท์ของแต่ละพื้นที่ จำนวนร้อยละ 50 และอีกร้อยละ 50 เป็นการตอบแบบสอบถามที่ส่งผ่านการสอบถามทั่วไป เช่น สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลของเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ชุมชนในชนบท ให้ครอบคลุมทั้งประชาชนในและนอกตัวเมือง
- (6) การสอบถามในครั้งต่อไปจะใช้ตัวอย่างที่เป็นผู้ที่เคยตอบแบบสอบถามครั้งที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 40 และเป็นผู้ตอบสอบถามใหม่ประมาณร้อยละ 60 (ยึดตาม Michigan Survey of Consumer)

วิธีการคำนวณดัชนี จะพิจารณาจากแบบสอบถาม โดยมีวิธีการ ดังนี้

1. การกำหนดค่าร้อยละ

ได้แบ่งความคิดเห็นของประชาชนที่เป็นตัวอย่างในการสำรวจเป็น 3 ระดับ คือ เพิ่มขึ้น ลดหรือ
แย่ลง เหมือนเดิมหรือคงเดิม และจากคำตอบของตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จะถูกนับเป็นหนึ่ง
แล้วจึงนำผลทั้งหมดมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนที่นับได้ทั้งหมดของแต่ละข้อ จะได้เป็นค่าร้อยละ
ของแต่ละข้อ โดยที่

S = ค่าคะแนนของแต่ละข้อ

I = จำนวนตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามข้อที่ i

N = จำนวนตัวอย่าง

2. การให้คะแนนและการคำนวณหาดัชนีความเชื่อมั่นในแต่ละข้อคำถาม

การคำนวณหาดัชนีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพในแต่ละข้อ ทำได้โดยการกำหนดคะแนนจาก
คำตอบของตัวอย่าง ดังนี้

คำตอบ	ค่าคะแนน
ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชน “เพิ่มขึ้น”	200
ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชน “เท่าเดิม”	100
ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชน “ลดลง”	0

เพื่อแปลงข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ และคำนวณค่าดัชนีได้จาก โดยที่

$S_{i,n}$ = คะแนนที่ตัวอย่างคนที่ n ตอบคำถามข้อที่ i

คะแนนของแต่ละมิติเท่ากับ $CI = (\text{ผลรวมของ } S_{i,n}) / n$

3. การคำนวณแบบถ่วงน้ำหนัก

ดัชนีได้แบ่งกลุ่มตามมิติของระบบสุขภาพ 4 มิติ ซึ่งแต่ละมิติจะมีน้ำหนักเฉพาะคือ

- มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ น้ำหนัก 0.2
- มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ น้ำหนัก 0.3
- มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ น้ำหนัก 0.3
- มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค น้ำหนัก 0.2

4. การคำนวณค่าดัชนีโดยรวม

ใช้สูตรต่อไปนี้ โดยนำผลคะแนนรวมในแต่ละมิติจากแบบสอบถาม มาคำนวณแบบถ่วงน้ำหนักดังนี้

$HSCI$ = ค่าดัชนีรวม (Health System Confidence Index)

$= [(C1 \times 0.2) + (C2 \times 0.3) + (C3 \times 0.3) + (C4 \times 0.2)]$

5. การตีความหมายผลลัพธ์ที่ได้ ค่าดัชนีที่ได้จะมีค่า ระหว่าง 0 - 200 และใช้เกณฑ์ในการตีความดังนี้

ถ้า (Health System Confidence Index : HSCI)	ความหมาย
มีค่าน้อยกว่า 100	ตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าคุณภาพของระบบสุขภาพลดลงหรือแย่ลง
มีค่าเท่ากับ 100	ตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าคุณภาพของระบบสุขภาพเหมือนเดิมหรือทรงตัว
มีค่ามากกว่า 100	ตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าคุณภาพของระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นหรือดีขึ้น

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

- (1) การตอบแบบสอบถามของประชาชนในระดับรากหญ้าจะมีปัญหาความเข้าใจในการตอบแบบสอบถามบ้าง ดังนั้นเมื่อจะดำเนินงานจริง ควรใช้วิธีการสอบถามโดยมีผู้สอบถามจะได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากกว่า และความถี่ในการจัดทำดัชนีไม่ได้ทำประจำทุกเดือนจะไม่กระทบกับงบประมาณดำเนินงานมากนัก
- (2) จำนวนคำถามในแบบสอบถามมีจำนวนมาก ต้องใช้เวลาตอบนาน อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามการจัดทำดัชนีดังกล่าวจะต้องดำเนินงานต่อเนื่องและมีการพัฒนาให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เช่นเดียวกับการจัดทำดัชนีวัดความเชื่อมั่นอื่นๆ
- (3) ผู้ตอบแบบสอบถามในกรุงเทพมหานครและในหัวเมืองบางรายไม่เข้าใจ คำว่า อสม. ดังนั้นในแบบสอบถามควรที่จะมีหมายเหตุให้ความหมายและอธิบายบทบาทหน้าที่เบื้องต้นไว้ด้วย

รูปแบบดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพดังกล่าวในปัจจุบันอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมขึ้นในอนาคตซึ่งควรดำเนินการจัดทำทุก 6 เดือน หรือรายไตรมาสคณะผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถสะท้อนการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน สะท้อนพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน สะท้อนสมรรถนะระบบสุขภาพและธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ และเมื่อมีการเผยแพร่ดัชนีความเชื่อมั่นดังกล่าวแล้ว คาดว่าจะเกิดประสิทธิผล ดังนี้

- (1) ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับระบบสุขภาพ อาทิ หน่วยงานด้านสุขภาพ นักวิชาการ ผู้บริหารโครงการรัฐ มีส่วนร่วมในการแสดงออกถึงมาตรฐานระบบสุขภาพของไทย
- (2) ประเทศไทยมีดัชนีที่สะท้อนสมรรถนะระบบสุขภาพจากผู้รับบริการ
- (3) เกิดความตื่นตัวในการรับรู้ถึงความสำคัญด้านระบบสุขภาพ
- (4) เกิดประโยชน์ทางวิชาการโดยการใช้ตัวเลขดัชนีระบบสุขภาพไปอ้างอิง
- (5) ก่อให้เกิดการกระตุ้นการพัฒนาบริหารระบบสุขภาพของไทย

บทที่ 1

นิยามระบบสุขภาพ และสมรรถนะที่พึงประสงค์

บทที่ 1

นิยามระบบสุขภาพและสมรรถนะที่พึงประสงค์

ระบบสุขภาพ (Health System)

ระบบสุขภาพ (Health System) เป็นคำที่มีความหมายกว้างและครอบคลุมถึงองค์ประกอบต่างๆ จำนวนมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization WHO) ให้คำนิยามว่า หมายถึง “กิจกรรมทั้งหมดที่มีจุดประสงค์หลักในการส่งเสริม เกื้อหนุน หรือคงไว้ซึ่งสุขภาพ” (WHO, 2000) สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 ว่า “ระบบสุขภาพเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จะต้องส่งเสริมคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และต้องให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม คำนึงถึงการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล ให้ความสำคัญสูงกับการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืนและการพึ่งตนเองได้ของประชาชน” (<http://www.nationalhealth.or.th>)

จากแนวโน้มของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งเริ่มต้นอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ทำให้มีความชัดเจนว่า ระบบสุขภาพในอนาคตเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของคนไทยจะเน้นที่ การสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ ในเป้าหมายนี้มิติของสุขภาพจะต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เน้นแต่การรักษาพยาบาล และการวัดผลความสำเร็จที่อัตราตายและอัตราป่วยเท่านั้น เป้าหมายต่อไปของระบบสุขภาพหลังการปฏิรูปจะมุ่งไปที่การมีสุขภาพดี หรือ “สภาวะ” รวมทั้งชีวิตที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น (ระบบสุขภาพและการประเมินผลการดำเนินการ, 2546 : 14)

ได้มีความพยายามในการพัฒนาภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย ในอนาคต มาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) จนกระทั่งถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) ที่ได้เน้นนำเอาแนวคิดหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นแนวทางปฏิบัติ โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาสังคมไทยไว้ว่า มุ่งพัฒนาสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ภายใต้แนวปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เชื่อมโยงทุกมิติของการพัฒนาและยึดหลักภูมิสังคม ตามความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตามสภาพแวดล้อมของพื้นที่และวิถีชีวิตชุมชนและสังคมนั้นๆ ตลอดจนยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยพัฒนาอย่างเป็นไปตามลำดับขั้นตอน เริ่มต้นจากการพึ่งตนเองได้ก่อนและสร้างเครือข่ายการพัฒนาเชื่อมโยงสู่ภายนอก เพื่อความอยู่ดีมีสุข และความเจริญก้าวหน้าในลำดับต่อไป (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง, 2550)

ขอบเขตของระบบสุขภาพแห่งชาติ

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ระบบสุขภาพแห่งชาติ หมายถึง ระบบต่างๆ ที่ครอบคลุมการดำเนินงานด้านสุขภาพในทุกมิติ ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รัฐและทุกภาคส่วนในสังคมพึงให้ความสำคัญอย่างสูงแก่การพัฒนาระบบสุขภาพ ซึ่งสามารถแบ่งขอบเขตของระบบสุขภาพได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

ภาพที่ 1 ขอบเขตการจำกัดความของคำว่าระบบสุขภาพ



ที่มา : การสาธารณสุขไทย 2548- 2550

- **ระดับที่ 1** เป็นระดับที่แคบที่สุด คือ ระบบบริการที่มุ่งการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล ทั้งด้านการรักษาพยาบาล สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ
- **ระดับที่ 2** เป็นระดับที่รวมบริการนอกตัวบุคคล เช่น การควบคุมโรคในชุมชน การอนามัยครอบครัวและชุมชน แต่ยังไม่รวมกิจกรรมในสาขาอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพด้วย เช่น เรื่องน้ำสะอาด สุขาภิบาล การออกกฎหมายลดสารตะกั่วในน้ำมัน เป็นต้น
- **ระดับที่ 3** เป็นระดับที่รวมกิจกรรมในสาขาอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพเข้าไปด้วย เช่น การกำจัดขยะ น้ำสะอาด ความปลอดภัยบนท้องถนน เป็นต้น
- **ระดับที่ 4** เป็นระดับที่กว้างที่สุด ที่รวมเอากิจกรรมทั้งหมดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพหรือไม่ก็ตาม เช่น การศึกษา การท่องเที่ยว การเกษตร การผังเมือง การยุติธรรม การเศรษฐกิจ เป็นต้น

ระบบสุขภาพ (Total Health System) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จึงมีความหมายครอบคลุมไปถึงคำจำกัดความในระดับที่ 4 ส่วนระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ มีความหมายครอบคลุมคำจำกัดความในระดับที่ 1, 2 และ 3 ส่วนระบบบริการสาธารณสุข (Health Care / Service Systems) ครอบคลุมระดับที่ 1 และเลยไปถึงบางส่วนของระดับที่ 2 เช่น งานบริการอนามัยครอบครัวและชุมชน (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 336)

องค์ประกอบของระบบสุขภาพ

องค์ประกอบของระบบสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสุขภาพ สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ส่วน สำคัญ คือ ระบบที่เป็นทางการ (Formal Health System) และระบบที่ไม่เป็นทางการ (Informal Health System) ซึ่งระบบที่เป็นทางการจะเป็นระบบของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยรัฐ หน่วยงานของรัฐ และองค์กรต่างๆ มีความเชื่อมโยง และกระบวนการจัดการที่ชัดเจน ทำให้สามารถประเมินระบบและผลการดำเนินงานได้ สำหรับระบบที่ไม่เป็นทางการ ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ที่มีเพื่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเชื่อมโยงและกระบวนการจัดการที่ยังไม่ชัดเจนนัก แต่มีขนาดความต้องการที่ใหญ่กว่าระบบที่เป็นทางการ (ระบบสุขภาพและการประเมินผลการดำเนินการ, 2546 : 14)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้พยายามจัดวางองค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพที่เป็นระบบที่เป็นทางการให้ครบถ้วนและสอดคล้องกัน เพื่อให้ได้ระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์ ระบบสุขภาพเป็นระบบใหญ่ที่มีองค์ประกอบย่อย 10 ระบบ ได้แก่

- (1) ระบบนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
- (2) ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ
- (3) ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (4) ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- (5) ระบบการส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ
- (6) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
- (7) ระบบการสร้างและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ
- (8) ระบบข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารด้านสุขภาพ
- (9) ระบบการผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข
- (10) ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

ภาพที่ 2 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ



ที่มา : ประยุกต์จาก พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

ซึ่งในระบบย่อยแต่ละระบบจะสัมพันธ์กันและส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นเฉพาะ 4 ระบบย่อยของระบบสุขภาพทั้งหมด สาเหตุจากประชาชนสามารถเข้าถึงและสัมผัสได้ใกล้ชิด พร้อมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเหล่านี้ได้ คือ

- (1) ระบบการเสริมสุขภาพ
- (2) ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
- (3) ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ
- (4) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

(1) ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่จะนำไปสู่การมีร่างกาย ที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี (พระราชบัญญัติสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2544) เป็นกระบวนการส่งเสริมความสามารถของบุคคล และชุมชนในการดำเนินวิถีชีวิตที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาพกายได้สภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น กล่าวคือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นไปเพื่อให้เกิดสภาวะอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคม มุ่งไปสู่การลดการเจ็บป่วย การพิการ และการตายที่ไม่สมควร และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามแนวทาง “การสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ” โดยมีการดำเนินงานในทุกระดับอย่างครบวงจร ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตด้วยยุทธศาสตร์อย่างน้อย 5 ประการ คือ

- (1.1) การพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ
- (1.2) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
- (1.3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยเน้นกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม
- (1.4) การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- (1.5) การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

เป้าหมายของระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

- มีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและเป็นรูปธรรม
- มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลายและเป็นรูปธรรม
- มีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างสมดุลและเชื่อมโยงกัน ตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ
- มีชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุม ร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ

มาตรการในการดำเนินการ

- ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับและภาคส่วนต่างๆ ในสังคม พัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมที่ใช้องค์ความรู้เป็นฐานอย่างเพียงพอ และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการเพื่อให้ได้นโยบายสาธารณะที่ดี
- ให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีนโยบายและแผนรองรับการพัฒนาโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง
- ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐทุกระดับและภาคส่วนต่างๆ ในสังคม ร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เศรษฐกิจและสังคม

ได้แก่ การจัดการสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ ลานกีฬา ลานชุมชน สถานที่ทำงานสุขภาวะ ชุมชนเมืองสุขภาวะ ระบบผังเมืองสุขภาวะ ระบบการคมนาคมปลอดภัย ระบบการจัดการน้ำที่ดี ระบบการเกษตร อุตสาหกรรม ที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น

- ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมสร้างความรู้ และพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิต และการสร้างเสริมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนขีดความสามารถในการดูแลตนเอง และการพึ่งตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเปิดพื้นที่สาธารณะ พัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรม ภายใต้บริบททางสังคม ภูมินิเวศวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเท่าทันการเปลี่ยนแปลง
- ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย ตลอดจนส่งเสริมการกระจายยา เวชภัณฑ์ ความรู้และเทคโนโลยี ที่จำเป็นอย่างเพียงพอและทั่วถึง เพื่อการดูแลตนเอง และการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชนและบุคคล ในการดูแลและปกป้องทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อม เพื่อให้เอื้อต่อสุขภาพ
- ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ พัฒนามาตรการทางการเงินการคลัง เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเน้นการจัดการในระดับชุมชนเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาระบบสวัสดิการชุมชน กองทุนชุมชน และกิจกรรมชุมชนต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม
- ให้รัฐและภาคส่วนต่างๆ สนับสนุนการสร้างและการจัดการความรู้ การวิจัย เทคโนโลยีทุน และการตลาด เพื่อการพัฒนาการเกษตร การอุตสาหกรรม ธุรกิจและการบริการที่เอื้อต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม และให้มีความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น ส่งเสริมการเกษตรธรรมชาติที่ไร้สารเคมี ป้องกันกำจัดศัตรูพืช ส่งเสริมอุตสาหกรรมที่เป็นมิตรต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมธุรกิจและบริการที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เป็นต้น
- ให้รัฐจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนให้เป็นรูปธรรม
- ให้รัฐสนับสนุนให้มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย (<http://www.nationalhealth.or.th>)

(2) ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ระบบนี้มีความมุ่งหมายเพื่อลดการป่วย การตาย ความพิการและขจัดปัจจัยที่คุกคามสุขภาพให้ได้ผลทันต่อสถานการณ์และอย่างรู้เท่าทัน บนหลักการตามรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ที่ว่า บุคคลมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทันต่อเหตุการณ์ โดยให้ถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน ทุกระดับ โดยการใช้อนุมัติการเชิงรุกที่มีธรรมาภิบาลบนพื้นฐานแห่งดุลยภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้แนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นการทำงานเชิงระบบ ทั้งด้านวิชาการและการจัดการควบคู่กันไป ระบบนี้จึงไม่ได้หมายถึงระบบควบคุมป้องกันโรคในความหมายเดิม แต่เป็นระบบที่มุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ หรือก่อให้เกิดปัญหาอื่นๆ ในอดีตมักเน้นที่การป้องกันและควบคุมโรค อีกทั้งการบริหารจัดการเป็นรูปแบบโครงการในแนวดิ่ง ผ่านกลไกของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก โดยจัดแบ่งจำแนกความรับผิดชอบตามธรรมชาติของโรค เช่น โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากสิ่งแวดล้อม โรคจากการประกอบอาชีพ โรคจิต เป็นต้น แต่ปัจจุบันระบบนี้ได้ขยายความไปถึงการควบคุมและป้องกันปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินการเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี รวมทั้งระบบต่างๆ ในสังคมด้วย กรณีตัวอย่างที่สำคัญ คือ กรณีไข้หวัดนก ที่ส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศจากการกีดกันทางการค้า โดยการระงับการนำเข้าไก่สดจากประเทศไทย และส่งผลทำให้มีประชาชนเสียชีวิต การป้องกันและการควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ จึงต้องเป็นการทำงานแบบประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Intersectoral) โดยให้องค์กรส่วนกลางทั้งกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สภาการวิจัยแห่งชาติ องค์กรธุรกิจ มหาวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ รับภาระหน้าที่ทางด้านวิชาการเพื่อติดตามความรู้ สถานการณ์ของโรคทั้งในประเทศและต่างประเทศ พัฒนาและสร้างเสริมความรู้ใหม่ให้ทันกับการแก้ปัญหาไข้หวัดนก รวมทั้งการเฝ้าระวังการกลายพันธุ์ของเชื้อหวัดนก ตลอดจนหามาตรการที่เหมาะสมในการติดตามและประเมินผลการทำงานขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในขณะเดียวกันองค์กรในส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชน ก็ต้องมีการปรับบทบาทให้สามารถทำงานประสานกัน เพื่อระดมสรรพกำลังเข้ามาดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยสาเหตุไปพร้อมๆ กัน ทั้งด้านการกำหนดนโยบายสาธารณะ ด้านการสุขภาพ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการเฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์ เป็นต้น (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 339)

เป้าหมายของระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

- รัฐมีเอกภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ
- ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่

มาตรการในการดำเนินการ

- ให้อำนาจรัฐจัดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกัน ทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น โดยการจัดตั้งกลไกที่ประกอบด้วยหน่วยงานของรัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรทางวิชาการและภาคประชาสังคมในสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงการประสานเชื่อมโยงกับสากล และโดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านด้วย
- ให้อำนาจรัฐสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจ พร้อมทั้งการเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งทางด้านโครงสร้าง กำลังคน และงบประมาณให้มีความพร้อมที่จะรองรับภารกิจตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่กำหนดขึ้น
- ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ จัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนรองรับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในระดับชาติ และจังหวัด
- ให้อำนาจรัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ให้อำนาจรัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพ ในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย จัดทำหรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ
- ให้อำนาจรัฐส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมตัวกันและมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อปกป้องสิทธิของชุมชนจากการดำเนินนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่จะดำเนินการในชุมชน และจัดให้มีกลไกการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที
- ให้อำนาจรัฐเร่งส่งเสริมและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังของรัฐและภาคส่วนต่างๆ เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกันทุกระดับ
- ให้อำนาจรัฐนำมาตรการทางภาษีมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น ภาษีสิ่งแวดล้อม ภาษีการนำเข้าวัตถุหรือของเสียอันตราย
- ให้อำนาจรัฐพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองสิทธิ และกฎหมายวิธีพิจารณาความดี หรือข้อพิพาทด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพแวดล้อม รวมทั้งสร้างกลไกการไกล่เกลี่ยและเยียวยาชดเชยแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และหาข้อยุติในกรณีข้อพิพาท
- ให้อำนาจรัฐส่งเสริมให้มีการรณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสารและสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้มีภูมิคุ้มกัน และสนับสนุนให้ชุมชนมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัยจากโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน (<http://www.nationalhealth.or.th>)

(3) ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

คำว่า ระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข ระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ฯลฯ มีการใช้ค่อนข้างมากแต่ก็เป็นการใช้คำต่างๆ เหล่านี้ภายใต้ความหมายที่หลากหลายแตกต่างกัน ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของระบบสุขภาพไว้ว่า “ระบบสุขภาพ หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ส่วนคำว่า ระบบสาธารณสุข มีความหมายเกี่ยวกับการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สารานุกรมสาธารณสุข, 2531) และระบบบริการสาธารณสุข มีความหมายว่า การบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ 2543)

ระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพของประเทศไทย มีพัฒนาการจากแนวคิดที่รัฐจัดบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงในรูปแบบของสังคมสงเคราะห์ มาเป็นแนวคิดที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบต่อการจัดให้มีสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยถ้วนหน้า หรือแนวคิดประกันสุขภาพแบบเฉลี่ยความเสี่ยง หรือแนวคิดในการพึ่งพาตนเองโดยส่งเสริมการออมของประชาชน เพื่อให้เป็นเครื่องมือนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ว่าประชาชนต้องสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นแก่ชีวิตได้อย่างเท่าเทียมกัน (Universal Coverage) โดยแยกบทบาทชัดเจนระหว่างผู้จัดบริการ และผู้ซื้อบริการ เพื่อให้มีบริการได้ครอบคลุมทั่วถึงอย่างเป็นธรรม ทำให้การจัดการมีประสิทธิภาพ ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และสามารถควบคุมคุณภาพได้มาตรฐาน (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 339)

ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จึงกำหนดหลักการสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ไว้ว่า ต้องเป็นระบบที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และราคาไม่แพง มุ่งเน้นสนับสนุนและลงทุนในบริการและเทคโนโลยีที่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพสูง การบริการสาธารณสุขต้องเป็นไปอย่างสอดคล้องกับระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ และรัฐควรสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ที่มุ่งเน้นประโยชน์สาธารณะเป็นหลัก โดยไม่สนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ การจัดระบบบริการสาธารณสุขต้องเอื้อต่อการมีสุขภาพดีอย่างถ้วนหน้า โดยเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง และมีการเชื่อมโยงการจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งนี้ให้มุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีส่วนร่วม และมีบทบาทในการจัดบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปด้วย

เป้าหมายของระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

- ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่ยึดหลักจากประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นระบบบริการที่มุ่งสนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่นมีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น
- มีระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรมในทุกระดับ ซึ่งหมายถึงการบริการสาธารณสุขที่มีความเอื้ออาทร ความสมานฉันท์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน โดยมุ่งประโยชน์สุขของประชาชน ครอบครัว ชุมชนและสังคม ตามจรรยาบรรณวิชาชีพโดยสุจริต ปราศจากการครอบงำของผลประโยชน์ทางธุรกิจ

มาตรการในการดำเนินการ

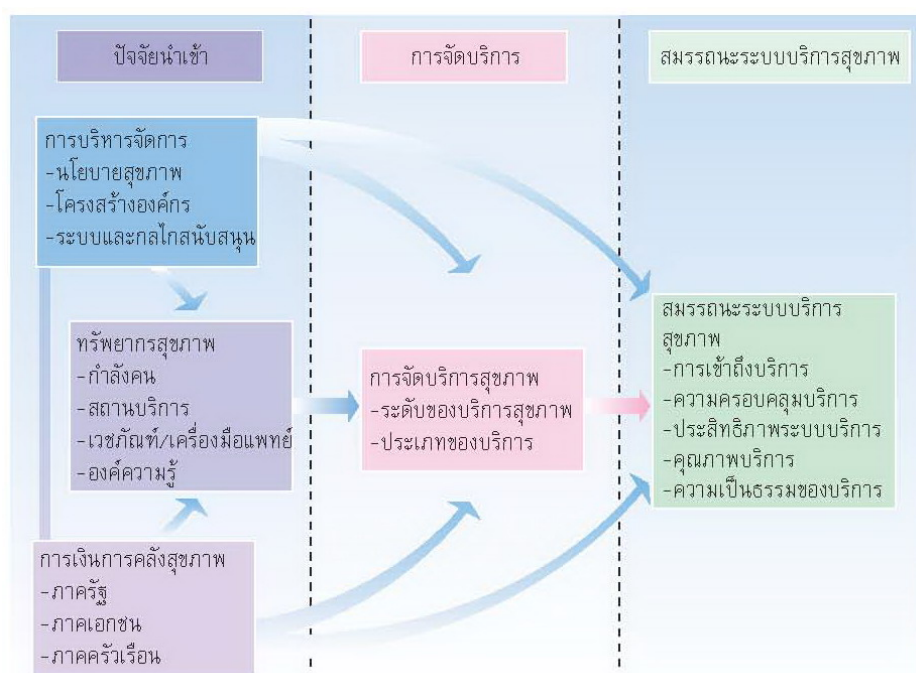
- ให้อำนาจส่งเสริมการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่จัดโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัว เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกับท้องถิ่น ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- ให้อำนาจส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งให้ถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการเตรียมการและมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน ด้วยความสมัครใจและความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรด้านสาธารณสุขชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน ทั้งนี้ให้มุ่งเน้นประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก
- ให้อำนาจส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และมีความจำกัดในเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ได้แก่ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมอย่างเป็นระบบครบวงจรและมีประสิทธิภาพ
- ให้อำนาจและทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาให้เกิดระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบของอาสาสมัครและอื่นๆ และมุ่งเน้นบริการสาธารณสุขที่มุ่งประโยชน์สาธารณะ
- ให้อำนาจส่งเสริมให้มีการรณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแก่ประชาชนและบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีบนพื้นฐานความเข้าใจถึงข้อจำกัดต่างๆ ของการบริการสาธารณสุข และความเป็นไปได้ อันอาจเป็นเหตุให้เกิดเหตุไม่พึงประสงค์ รวมถึงความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อลดเหตุไม่พึงประสงค์และการเฝ้าระวังปัญหาาร่วมกันอย่างสมานฉันท์

- รัฐไม่พึงให้การสนับสนุนหรือสิทธิพิเศษทางภาษีและการลงทุนกับบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงธุรกิจ
- ให้รัฐจัดให้มีกลไกระดับชาติ ทำหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข กลไกที่ทำหน้าที่ควบคุม กำกับและพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข และกลไกที่ทำหน้าที่ควบคุม กำกับและพัฒนาการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เหมาะสม รวมทั้งกลไกอื่นที่มีความจำเป็นด้วย (<http://www.nationalhealth.or.th>)

องค์ประกอบของการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขหรือระบบบริการสุขภาพ

แบ่งออกได้เป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ 2) การจัดบริการสุขภาพ และ 3) สมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย กลไกการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพและการเงินการคลังสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการจัดบริการสุขภาพและสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ

ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า การจัดบริการ และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ



ที่มา การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 249

ในส่วนของการควบคุมคุณภาพของการบริการสาธารณสุข ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ละระดับ เพื่อสร้างความมั่นใจในคุณภาพบริการให้แก่ผู้รับบริการ ดังนี้

- การพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในสถานบริการทั้งของรัฐและเอกชนก็ได้พยายามปรับปรุงมาตรฐานคุณภาพการให้บริการสุขภาพ ภายใต้เกณฑ์การพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) และมาตรฐาน ISO 9001 : 2000 ทั้งระบบ
- การส่งเสริมคุณภาพและมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ได้มีการจัดทำร่างมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Primary Care Accreditation : PCA) ใช้ในพื้นที่จังหวัดน่าน ร้อยเอ็ด 23 เครือข่าย โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่ทีมพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิตามเครือข่ายและจังหวัด โดยใช้กรอบแนวคิด Malcolm Balbridge การบูรณาการมาตรฐานต่างๆ การประเมินตนเอง
- การดูแลมาตรฐานบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติบริการสาธารณสุข (Clinical Practice Guideline: CPG) ในกลุ่มโรคที่กำหนด ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด และกลุ่มสภาวะโรคหัวใจ มะเร็ง และอุบัติเหตุฉุกเฉิน อย่างน้อย 1 โรค ในหน่วยบริการและเครือข่าย เพื่อให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (รายงานประจำปี 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : 61, 63, 67)

ฉะนั้น ระบบบริการสาธารณสุขที่ดี จึงหมายถึง การบริการสาธารณสุขที่มีอย่างพอเพียง เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และไม่เป็นการค้ำกำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุผล ผลเป็นระบบที่มีบริการตั้งแต่การดูแลรักษาตนเอง การดูแลในระดับครอบครัว การดูแลในระดับชุมชน บริการฉุกเฉิน บริการระดับปฐมภูมิ บริการระดับทุติยภูมิ บริการระดับตติยภูมิ การบริการเฉพาะสาขาหรือเฉพาะทาง และการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นหลักประกันมาตรฐานและคุณภาพบริการ รวมทั้งมีระบบการประเมินการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 339)

(4) ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองในฐานะผู้บริโภคด้านสุขภาพอย่างปลอดภัยและเป็นธรรม ตามหลักการธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 “ผู้บริโภค” หมายความว่า ผู้ซื้อ หรือ ผู้ได้รับบริการ หรือผู้ซึ่งได้รับการเสนอ หรือการชักชวน เพื่อให้ซื้อสินค้า หรือรับบริการจากผู้จัดให้มีซึ่งสินค้าหรือบริการหรือข้อมูลข่าวสาร อันนำไปสู่การบริโภค และหมายความรวมถึงผู้ใช้สินค้า หรือผู้ได้รับบริการโดยชอบ แม้มิได้เป็นผู้เสียค่าตอบแทนก็ตาม และระบบคุ้มครองผู้บริโภคต้องเป็นไปเพื่อให้ผู้บริโภคได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิของผู้บริโภคโดยมุ่งเน้น

- การสร้างกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค
- การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วน เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน
- การจัดให้มีกลไกในการเฝ้าระวัง ติดตาม และตรวจสอบสินค้าและบริการในแต่ละระดับ

- การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภค และเครือข่าย เพื่อให้ได้รับสินค้าและบริการที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ปลอดภัย เป็นธรรม อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ตลอดจนมีระบบการชดเชยเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม เมื่อได้รับความเสียหาย ทั้งนี้ต้องเป็นไปโดยปลอดจากการแทรกแซงจากอำนาจทางการเมือง ราชการ ธุรกิจ หรือการแทรกแซงอื่นใด

เป้าหมายของระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

- ผู้บริโภคต้องได้รับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายบัญญัติ ตลอดจนได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถปกป้องคุ้มครองตนเองและสังคม รวมถึงได้รับความรู้ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วน สมประโยชน์ และทราบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภค ตลอดจนสามารถนำความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมาใช้ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและเท่าทัน ผู้บริโภคที่ได้รับความเสียหายจากการบริโภคสินค้าหรือการบริการต้องได้รับการชดเชยและเยียวยาอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม และรวดเร็ว
- เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมต้องได้รับความคุ้มครองเป็นพิเศษตามสิทธิที่กฎหมายบัญญัติ และต้องได้รับโอกาสในการพัฒนาทักษะชีวิต รู้เท่าทันสื่อมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งนี้การสื่อสารให้ข้อมูล ต้องมีความเหมาะสมตามวัย และสภาพของบุคคล เข้าถึงได้ง่าย เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

มาตรการในการดำเนินการ

- ในการคุ้มครองผู้บริโภค ให้รัฐดำเนินการดังต่อไปนี้
 - เร่งรัดการจัดตั้งองค์การเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคที่เป็นอิสระตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และออกกฎหมายที่เกี่ยวกับการชดเชยเยียวยาผู้เสียหายจากสินค้าและบริการกฎหมายที่ทันต่อสถานการณ์ และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านสินค้าและบริการ ตลอดจนบังคับใช้กฎหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ และให้มีกองทุนที่เป็นอิสระในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐอย่างเพียงพอ
 - ส่งเสริมและสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในรูปแบบของกลุ่ม ชมรม สมาคม มูลนิธิ เครือข่าย และอื่นๆ ในการดำเนินงานเพื่อผู้บริโภค และเสริมสร้างความเข้มแข็ง และกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ผู้บริโภค ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกลไกการคุ้มครองบริโภคภาคประชาชนในทุกจังหวัด และต้องสนับสนุนให้ผู้ประกอบธุรกิจ และสื่อมวลชนมีความรับผิดชอบต่อสังคมและร่วมดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค
 - ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย วางแผน ติดตามและตรวจสอบการดำเนินงานเพื่อผู้บริโภคทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น
 - ควบคุมการจัดบริการสาธารณะให้เด็ก เยาวชน ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุได้เข้าถึง และใช้ประโยชน์ในการดำรงชีวิตและติดต่อสัมพันธ์กับสังคมภายนอกอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

- สนับสนุนให้มีระบบการทดสอบมาตรฐานสินค้าและบริการที่ประชาชนมีส่วนร่วม เพื่อประเมินประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ความปลอดภัยและผลกระทบ รวมทั้งเผยแพร่สู่สาธารณชนอย่างทั่วถึง
- ส่งเสริมนโยบายและบูรณาการแนวคิดการบริโภคที่ยั่งยืนเข้าไปในนโยบายสาธารณะอื่น ตลอดจนมีมาตรการที่ส่งเสริมการบริโภคที่ยั่งยืน “การบริโภคที่ยั่งยืน” หมายความว่า การสนองตอบต่อความจำเป็นของการบริโภคสินค้าและบริการทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ในวิถีทางที่ทำให้เกิดความยั่งยืนทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
- สนับสนุนและส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลสินค้าและการให้บริการ “การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ” หมายความว่า การสร้างความรู้จากการปฏิบัติ การจัดการความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสังสมความรู้ และประสบการณ์การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์ความรู้ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบสุขภาพ
- สนับสนุนให้มีการตรวจสอบการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่อสาธารณะ เพื่อให้มีความถูกต้อง เทียบตรง และจัดให้มีสัดส่วนของพื้นที่ในการให้ความรู้แก่ผู้บริโภคอย่างเหมาะสม รวมทั้งเน้นการปลูกฝังจริยธรรมของการเป็นสื่อมวลชนที่ดี และมีความรับผิดชอบต่อการโฆษณาและการส่งเสริมการขายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ “การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ” หมายความว่า การนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่หน่วยงานของรัฐและภาคส่วนต่างๆ จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่และสื่อสารกับประชาชนด้วยรูปแบบและช่องทางต่างๆ
- ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดนโยบาย และจัดให้มีแผนงบประมาณข้อบัญญัติท้องถิ่น และกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค โดยบูรณาการงานคุ้มครองผู้บริโภคเข้าไปเป็นภารกิจหลักของแผน โดยการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค
- ให้สถาบันวิชาการ สมาชิวิชาชีพ และคณะกรรมการวิชาชีพด้านสาธารณสุข ร่วมกันสร้างและพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งและเป็นธรรม ร่วมตรวจสอบ ประเมินและพัฒนากลไกการคุ้มครองผู้บริโภค โดยส่งเสริมให้มีตัวแทนผู้บริโภคจำนวนพอเพียงร่วมเป็นกรรมการในองค์กร
- ให้ผู้ประกอบการธุรกิจและสื่อมวลชนต่างๆ ดำเนินงานโดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค และมีความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นสำคัญ มุ่งสนับสนุนการบริโภคที่ยั่งยืนโดยร่วมกันกำหนดและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ดีในการผลิตสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ หลักเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการประกอบธุรกิจและการส่งเสริมการขาย และควบคุมกันเองให้เป็นไปตามข้อกำหนด รวมทั้งป้องกันและเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการประกอบธุรกิจโดยเร็ว
- ในการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องพินมาจากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังต่อไปนี้

- พิจารณาผลกระทบต่อผู้บริโภคด้านสุขภาพ และสุขภาพจะอย่างไรรอบคอบและถี่ถ้วนตามกระบวนการที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ทั้งนี้ต้องดำเนินการขอความเห็นจากองค์กรผู้บริโภคและภาคประชาสังคมอย่างกว้างขวาง
- สร้างหลักประกันเพื่อปกป้องผลเสียที่จะเกิดขึ้นจากการทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ ตลอดจนพัฒนาและปรับปรุงกลไกรองรับผลกระทบที่เอื้ออำนวยและไม่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการพัฒนาด้านสุขภาพและการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ
- เปิดโอกาสให้มีการพิจารณาผลกระทบต่อผู้บริโภค โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากหนังสือสัญญาระหว่างประเทศภายหลังที่มีการบังคับใช้ เพื่อหาแนวทางและกลไกในการชดเชยความเสียหายจากข้อตกลง ตลอดจนมีการพิจารณาเปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกข้อตกลงในกรณีที่มีผลกระทบอย่างกว้างขวาง

ฉะนั้น ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค จึงจำเป็นต้องมีระบบต่างๆ ขึ้นมารองรับการดำเนินงานที่ครบถ้วน โดยการออกแบบระบบต่างๆ เหล่านี้ ต้องอยู่บนฐานคิดที่คำนึงถึงเรื่อง “สิทธิของประชาชน” ในขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงสถานะการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างสมานฉันท์ อันเป็นจุดเด่นของสังคมไทย นอกจากระบบต่างๆ แล้ว การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของภาคประชาชนก็เป็นสิ่งจำเป็น โดยต้องเสริมสร้างความเข้มแข็ง (Empowerment) ให้แก่เครือข่ายองค์กรภาคประชาชนที่ทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพควบคู่ไปกับระบบการดำเนินงานของรัฐ เพื่อทำงานเสริมซึ่งกันและกัน และถ่วงดุลซึ่งกันและกันด้วย (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 340)

จากคำนิยามความหมาย เป้าหมาย รวมถึงมาตรการในการดำเนินงานของระบบสุขภาพ ในระบบสุขภาพย่อยทั้ง 4 ระบบ ตามหลักการธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 จะเห็นได้ว่าการกำหนดภารกิจงานไว้อย่างชัดเจน ที่หน่วยงานภาครัฐทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบตามกฎหมาย ต้องดำเนินการโดยการประสานความร่วมมือกับทั้งภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้ได้ผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบรรลุเป้าหมายตามเจตนารมณ์ ทำให้ประชาชนได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง ซึ่งจะส่งผลต่อความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพไทยต่อไป

สมรรถนะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้จัดทำขึ้นโดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหา และแนวโน้มของระบบสุขภาพไทยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมที่เป็นทุนด้าน เศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในบริบทภายใน ประเทศและภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรอบด้าน การพัฒนาระบบสุขภาพไทยได้ น้อมนำ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ” และยึดหลักการที่ว่า “สุขภาพดี เป็นผลจากสังคมดี” โดยมีภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ดังนี้

- มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
- มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุก ระดับ
- มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
- มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครอง ผู้บริโภค
- มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ
- มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

กรอบในการศึกษาเพื่อพัฒนาดัชนีความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพในครั้งนี้ จะ พิจารณาประเด็นสมรรถนะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพร่วมเป็นกรอบในการวิจัย เพื่อที่จะนำมาใช้ ใน การวัดสมรรถนะของระบบสุขภาพโดยจะยึดภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพ ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 เป็นหลัก ซึ่งครอบคลุมทั้งแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแนวคิดสุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี แปลงไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บังเกิดผลที่ดีต่อประชาชน

บทที่ 2

ปัญหาและอุปสรรคระบบสุขภาพ ในปัจจุบัน

บทที่ 2

ปัญหาและอุปสรรคระบบสุขภาพในปัจจุบัน

ปัญหาและอุปสรรคของระบบสุขภาพในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้ศึกษาในเฉพาะ 4 ระบบย่อยที่เป็นขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

1. ปัญหาของระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพที่ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการตระหนักถึงภัยคุกคามจากโรคร้ายที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ ในหมู่ชนชั้นกลางที่ต้องเผชิญกับภาวะบีบคั้นของวิถีชีวิตสมัยใหม่ รวมทั้งความเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคมะเร็งทางออกหนึ่ง คือ การใส่ใจเรื่องสุขภาพและการแพทย์ทางเลือก ในขณะที่กระแสสุขภาพก่อตัวท่ามกลางชาวบ้านที่ต้องการหาทางออกจากปัญหาสุขภาพที่เป็นผลลัพธ์ของเศรษฐกิจ และระบบการผลิตแบบอุตสาหกรรมเกษตร ทำให้เกิดกระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ สมุนไพร การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย สปา ตลอดจนการเกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ ที่แพร่หลายขึ้น สะท้อนการเกิดจิตสำนึกใหม่ในเรื่องสุขภาพของสังคมไทย ที่ถือว่าสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาด หรือหีบหยั้นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจและแสวงหา การก่อตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขึ้นด้วยรายได้ส่วนหนึ่งจากภาษีรัฐที่ได้จากสุราและบุหรี่ นับเป็นนวัตกรรมสำคัญที่มีไม่กี่ประเทศในโลกเท่านั้น ที่สามารถดำเนินการให้เกิดขึ้นได้งบประมาณจากกองทุน และการดำเนินการของ สสส. ร่วมกับองค์กรภาคีและเครือข่ายที่กว้างขวางทั้งในภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคสังคมและชุมชน ทำให้งานด้านการสร้างเสริมสุขภาพขยายตัวและเข้มแข็งขึ้น เกิดกลุ่มและชมรมสุขภาพต่างๆ มีการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ชุมชน สถานที่ทำงาน ตลอดจนการรณรงค์ให้เกิดกระแสสังคมด้านสุขภาพ เช่น เรื่องอุบัติเหตุ สุรา บุหรี่ การออกกำลังกาย และนำไปสู่มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งหากมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะสามารถสร้างจิตสำนึกสุขภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวไทยได้ (ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง : ทิศทางในช่วงแผนฯ 10, 2549 : 2-3)

ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามจากทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ธุรกิจ เอกชน และภาคสังคมและชุมชน ในการร่วมมือกันสร้างกระแสสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพ แต่ก็ยังคงพบปัญหาในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเอง และปัญหาของระบบการสร้างเสริมสุขภาพอยู่เสมอๆ อันเป็นผลมาจากวิถีการดำรงชีวิตและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มีผลกระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตของประชาชน และเป็นปัญหาระดับชาติที่มีผลต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ

สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ได้ทำการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของคนไทย พ.ศ.2542 และ พ.ศ.2547 โดยคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ก่อให้เกิดโรคหลายชนิดมาศึกษา รวม 15 ปัจจัย ผลการศึกษา เมื่อจำแนกภาระโรคของเพศชายกับเพศหญิงพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศชาย ขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและดัชนีมวลกายสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคมากที่สุดในเพศหญิง และปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาระโรคส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยง เมื่อพิจารณาในแต่ละพฤติกรรม พบดังนี้

1.1 การบริโภคอาหาร

แบบแผนการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง และมีความแตกต่างระหว่างประชากรในเขตเมืองและชนบท โดยประชาชนในเขตเมืองมีการบริโภคเนื้อสัตว์และไขมันเพิ่มขึ้น แต่บริโภคผัก ผลไม้ลดลง เด็กวัยรุ่นนิยมบริโภคอาหารแนวตะวันตกประเภทจานด่วนมากกว่าอาหารท้องถิ่นหรืออาหารไทย รวมถึงวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้น จึงมีการย้ายไปพึ่งอาหารพร้อมปรุง อาหารกึ่งสำเร็จรูปมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มพบทั้งในเขตเมืองและชนบท เมื่อพิจารณาการใช้จ่ายเรื่องอาหาร พบว่า คนกรุงเทพฯ ใช้จ่ายสำหรับอาหารสำเร็จรูปหรือปรุงสำเร็จ ประมาณร้อยละ 50 ของการใช้จ่ายด้านอาหาร ขณะที่ชนบทพบเพียงร้อยละ 20 (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ , รายงานประจำปี 2551 : 6)

1.2 การสูบบุหรี่

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ รวมทั้งกฎหมายคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่แล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงมีผู้ที่สูบบุหรี่อยู่เป็นจำนวนมาก ใน พ.ศ. 2549 พบว่า คนไทยบริโภคบุหรี่ทั้งสิ้น 36,367 ล้านมวน โดยมีการบริโภคบุหรี่เฉลี่ยคนละประมาณ 87.6 ซอง/ปี โดยผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งชายและหญิงมีอัตราเพิ่มขึ้น กลุ่มที่สูบเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ ประชากรอายุ 41 – 59 ปี รองลงมา คือ 25 – 40 ปี แต่เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของอัตราการสูบบุหรี่ ในช่วงปี พ.ศ. 2549 – 2550 พบว่ากลุ่มเยาวชน อายุ 15 – 24 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง แสดงให้เห็นว่า บุหรี่ได้แพร่หลายไปยังกลุ่มเยาวชนเพิ่มมากขึ้น ประชากรกลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มเสี่ยงและเป็นกลุ่มนักสูบหน้าใหม่ที่ต้องเฝ้าระวังมากที่สุดในด้านฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มผู้มีฐานะยากจนสูบบุหรี่มากกว่าผู้มีฐานะร่ำรวย (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, รายงานประจำปี 2551 : 4)

ในแต่ละปีคนไทยเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ปีละประมาณ 42,000 คน หรือวันละ 115 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคร้าย โดยพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่ป่วยเป็นมะเร็งปอด ร้อยละ 82 ของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ล้วนมีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ทั้งสิ้น (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 118)

1.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พบว่า มีภาระโรคจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นอันดับ 1 ในเพศชาย และอันดับ 2 ในเพศหญิง โดยในทศวรรษที่ผ่านมา คนไทยมีแนวโน้มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น จนกระทั่งวิกฤตเศรษฐกิจปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จึงมีแนวโน้มลดลงจาก 1,689.8 ล้านลิตร ในปี พ.ศ.2541 เป็น 1,340.9 ล้านลิตร ในปี พ.ศ.2542 อย่างไรก็ตามเมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวในปี พ.ศ.2549 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลับเพิ่มสูงขึ้น เป็น 2,479.70 ล้านลิตร เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศทั่วโลกจากข้อมูลขององค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้คำนวณการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวต่อปีของประชากร พบว่า ในปี พ.ศ.2543 คนไทยบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงเป็นอันดับที่ 5 ของโลก เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศฝรั่งเศส สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น และฟิลิปปินส์ (การสาธารณสุขไทย 2548 - 2550 : 124-125)

1.4 อุบัติเหตุจากการขับขี่ยานพาหนะ

ผลจากการสำรวจการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ทุกประเภท พบว่า แม้จะมีกฎหมายบังคับให้ผู้ขับหรือผู้โดยสารรถยนต์ต้องคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง แต่กลับพบว่า มีผู้ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถลดลงจากร้อยละ 35.8 ใน พ.ศ. 2539 เหลือเพียงร้อยละ 31.3 ใน พ.ศ. 2549 สำหรับการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งของประชาชนขณะขับขี่รถจักรยานยนต์มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง เช่นเดียวกับการคาดเข็มขัดนิรภัย กล่าวคือ มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่ลดลงจากร้อยละ 29.0 ใน พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นปีที่มีการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาหมวกนิรภัยในประเทศไทยเป็นครั้งแรกเป็นร้อยละ 18.6 ใน พ.ศ. 2549 การขับรถยนต์หลังการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดอุบัติเหตุทางจราจร แม้ว่าประเทศไทยได้มีการรณรงค์ รวมทั้งมีกฎหมายควบคุมห้ามมิให้ผู้ดื่มสุรา จนมีปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่าที่กำหนดขับรถแล้วก็ตาม แต่ก็ยังคงพบ สัดส่วนของประชากรที่ขับรถยนต์หลังดื่มสุรา เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 30 หรือเพิ่มจากร้อยละ 40.5 ใน พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 41.1 ใน พ.ศ. 2549 โดยเป็นชายในสัดส่วนที่สูงกว่าหญิงกว่า 2 เท่า (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 145, 147)

1.5 การออกกำลังกาย

ผลสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในระยะ เวลา 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2547 – 2550 จำนวนประชากรไทยวัย 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.2 เป็นร้อยละ 29.6 อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามช่วงวัย พบว่า คนไทยในแต่ละช่วงวัย ยังมีอัตราส่วนของผู้ที่ออกกำลังกายมาน้อยแตกต่างกัน โดยเยาวชนอายุ 11-14 ปี มีอัตราการออกกำลังกายสูงสุดคือ ร้อยละ 73.1 ของกลุ่มประชากรในช่วงวัยนี้ทั้งหมด ขณะที่ประชากรวัย 15-24 ปี ออกกำลังกายมาเป็นอันดับที่สองคือ ร้อยละ 45.4 อันดับที่สาม คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัย 60 ปีขึ้นไป

ไป ออกกำลังกายร้อยละ 28 ขณะที่ประชากรวัยทำงานอายุ 25 – 59 ปี มีอัตราการออกกำลังกายน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 19.7 เท่านั้น (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, รายงานประจำปี 2551 : 5)

ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการออกกำลังกาย พบว่า มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจุบันมีสนามกีฬาที่มีความพร้อมและมีมาตรฐานอยู่ในระดับที่สามารถจัดการแข่งขันกีฬานานาชาติได้ครบทั้ง 76 จังหวัด นอกจากนี้ยังมีสถานที่ในละแวกชุมชนที่พร้อมสำหรับออกกำลังกายกระจายทั่วประเทศอีกหลายรูปแบบ ได้แก่ สนามกีฬา 50,768 แห่ง สถานที่พักผ่อนและสวนสาธารณะ 12,880 แห่ง อีกทั้งปัจจุบัน สถานศึกษาและหน่วยราชการทุกแห่งยังมีนโยบายเปิดให้ชุมชนเข้าใช้สนามกีฬาเพื่อออกกำลังกายได้ (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ , รายงานประจำปี 2551 : 5)

1.6 พฤติกรรมทางเพศ

ผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวี และจากการรณรงค์ที่ผ่านมาทำให้ประชาชนระมัดระวังตนเองในการเที่ยวหยาบบริการมากขึ้น จึงทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหยาบบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 25 ใน พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 97.9 ใน พ.ศ. 2549 แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า ประชาชนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นที่มีใช้หยาบบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่เร็วขึ้น และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (การสาธารณสุขไทย 2548-2550: 148 - 149) และมีข้อมูลบ่งชี้ว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ในกลุ่มเยาวชนมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ , รายงานประจำปี 2551 : 6)

2. ปัญหาของระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

2.1 สถานการณ์ปัญหาและการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition)

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ หากพิจารณาสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญในสังคมไทยจะเห็นได้อย่างชัดเจนถึงระบาดวิทยาสามแบบที่ปรากฏซ้อนทับกัน ได้แก่ การดำรงอยู่ของโรคในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับความยากจน เช่น ภาวะโภชนาการพร่อง โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร อาหารเป็นพิษ รวมทั้งโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ที่ยังเป็นความเจ็บป่วยที่พบบ่อยแม้ไม่ได้ทำให้เสียชีวิตก็ตาม โรคกลุ่มนี้ถือเป็นระบาดวิทยาช่วงที่หนึ่งในวิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ที่เกิดจากการหยุดการอพยพย้ายถิ่น มาเป็นการตั้งรกรากเป็นชุมชนอยู่เป็นหลักแหล่ง ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพได้ทำให้เกิดอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคติดเชื้อ

ในสังคมก่อนสมัยใหม่ กลุ่มโรคดังกล่าวยังปรากฏในสังคมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่ และกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส เช่น คนยากจน ชนกลุ่มน้อย แรงงานต่างด้าว หรือแรงงานอพยพ

ในขณะเดียวกัน ในสังคมไทยก็มีกลุ่มโรคที่เกิดเป็นการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological Transition) ช่วงที่สอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่ความทันสมัยที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการบริโภค ได้ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง รวมทั้งอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับต้นๆ ในปัจจุบัน (ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง : ทิศทางในช่วงแผน ๓ 10 , 2549 : 30) เมื่อพิจารณาสาเหตุการป่วย ผลจากการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน ระหว่าง พ.ศ. 2534 – 2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ เป็นอันดับแรก รองลงมาคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูก และข้อ และโรคระบบทางเดินอาหาร ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่า ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคภูมิแพ้และโรคระบบประสาทจิตเวช มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 164)

2.2 โรคไร้พรมแดน โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

นอกจากนี้ สังคมไทยยังเผชิญกับกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับระบาดวิทยาช่วงที่ 3 ซึ่งเป็นโรคที่เกิดและแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีการเคลื่อนย้ายของคน แรงงาน สินค้าและบริการทุน และข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็ว โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ไม่ว่าจะเป็น โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส (SARS) โรคทางเดินหายใจและปอดอักเสบรุนแรงเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคภัยชนิดใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็น โรควัวบ้า ไวรัสอีโบลา ไวรัสที่ทำให้เกิดไข้และเลือดไหลไม่หยุด โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส H1N1

2.3 วิฤตสิ่งแวดล้อมและความเสื่อมโทรมทางธรรมชาติ

ปัจจัยที่สำคัญที่คุกคามต่อสุขภาพที่ต้องคำนึงถึงอีกประการหนึ่ง คือ สภาวะวิฤตสิ่งแวดล้อมและความเสื่อมโทรมทางธรรมชาติ ซึ่งการเสื่อมโทรมอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติที่ถูกทำลาย เกิดจากการพัฒนาที่มุ่งการเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้มีการใช้ทรัพยากรที่สิ้นเปลือง โดยละเลยผลกระทบต่อระบบนิเวศ ทำลายความหลากหลายทางชีวภาพ ทำให้อัตราการสูญพันธุ์ของสัตว์และพันธุ์พืชเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็น การตัดไม้ทำลายป่า การเสื่อมโทรมของป่าชายเลนจากการทำนาเกลือ การทำประมงด้วยเรือปั่นไฟและอวนรุนที่ทำลายพันธุ์ปลาและระบบนิเวศชายฝั่ง การให้สัมปทานหินและหินแร่ หรือการตัดถนนเข้าไปในเขตป่าที่อุดมสมบูรณ์ การเสียสมดุลของระบบนิเวศได้ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นภัยธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหว ฝนแล้ง น้ำท่วม ดินโคลนถล่ม พายุต่างๆ ที่นับวันยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น

ในขณะเดียวกัน การเกษตรและอุตสาหกรรมก็ได้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมอย่างใหญ่หลวง การสูญเสียหน้าดินจากการทำการเกษตรสมัยใหม่ การใช้สารเคมีทางการเกษตร เช่น ปุ๋ยเคมี ยาฆ่าแมลง สารพิษสำหรับฆ่าวัชพืช ตลอดจนสารเคมีเพื่อเร่งผลผลิต และรักษาสภาพผลผลิตทางการเกษตรให้ดูสดนาน ทำให้พื้นดินเต็มไปด้วยสารพิษส่งผลกระทบต่อชีวิตและระบบนิเวศ ในด้านอุตสาหกรรมได้ก่อให้เกิดมลภาวะทั้งด้านน้ำ อากาศ เสียง กลิ่น และขยะที่เป็นพิษ ขยะอิเล็กทรอนิกส์ และสารพิษที่กำจัดยากถูกส่งมาทั้งในประเทศไทย อีกทั้งขยะและสิ่งปฏิกูลจากการขยายตัวของเมืองที่ไม่สามารถหาที่ฝังกลบทำลายได้ กลายเป็นปัญหาเรื้อรังที่ยากแก่การแก้ไข

2.4 โรคจากการประกอบอาชีพ

ผลกระทบจากภาคเกษตรและอุตสาหกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โรคซิลิโคสิส (โรคปอดจากฝุ่นหิน) โรคบิสซิโนสิส (ฝุ่นฝ้าย) ในคนงานโรงงานสิ่งทอ โรคพิษตะกั่ว จากการดำเนินการของสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษตะกั่วสูงมาก เช่น โรงงานแบตเตอรี่ โรงถลุงแร่ เหมืองตะกั่ว และโรงหลอมตะกั่ว ความเสี่ยงจากสารทำลายอินทรีย์ ซึ่งสารเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพ 3 ประการ คือ 1) ก่อให้เกิดอุบัติเหตุ 2) ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย 3) ก่อให้เกิดเหตุ (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 222 - 224)

2.5 ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนทั่วไป

นอกจากผลกระทบต่อคนทำงานในสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องแล้ว ยังมีการตกค้างและสะสมของสารเคมี และการปล่อยสารพิษ ก๊าซพิษต่างๆ สู่แหล่งน้ำ อากาศ และปนเปื้อนในดิน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วไป เช่น การปนเปื้อนแร่ตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี การปนเปื้อนสารแคดเมียมในพื้นที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก มลภาวะทางอากาศ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง อากาศเป็นพิษบริเวณโดยรอบนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด

3. ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ระบบบริการสาธารณสุขของไทย แม้จะมีพัฒนาการเรื่อยมาในด้านการเพิ่มศักยภาพของการให้บริการ แต่ก็ยังคงมีปัญหาส่งผลต่อระบบการให้บริการในหลายๆ ด้านซึ่งกระทบต่อประสิทธิภาพ คุณภาพและความเป็นธรรมในการได้รับบริการ ซึ่งมีประเด็นปัญหาที่ควรนำมาพิจารณา ดังนี้

3.1 กำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพนับว่าเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพ ที่ผ่านมามีการผลิตบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีจำนวนเพิ่มขึ้นและกระจายไปยังสถานบริการระดับต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ดีก็ยังคงประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะการลาออกจากราชการของแพทย์ไปสู่ภาคเอกชน หรือเปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่น พบว่า ในปี พ.ศ. 2549 สัดส่วนการสูญเสียสิทธิเมื่อเทียบกับแพทย์จบใหม่ บรรจุเข้ารับราชการ มีอัตราการสูญเสียสุทธิร้อยละ 56.1 (สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ในด้านการกระจายตัวของบุคลากรสุขภาพ พบว่า ทุกประเภทส่วนใหญ่ยังกระจุกตัวอยู่ในเขตภาคกลางและกรุงเทพฯ ร่องลงมา คือ ภาคใต้และภาคเหนือ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรสุขภาพทุกประเภทสูงที่สุด โดยอัตราส่วนแพทย์ และทันตแพทย์ ต่อประชากรระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอีสาน ต่างกันประมาณ 8 และ 16 เท่าตามลำดับ ปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรดังกล่าวนี้ ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ แม้ว่ารัฐมีพันธกิจที่ต้องจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพให้ประชาชนทุกคนอย่างเป็นธรรม แต่การสนับสนุนงบประมาณของรัฐหรือจากส่วนงานต่าง ๆ ยังไม่ให้ความสำคัญกับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเท่าที่ควร สำหรับเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด พบว่า ปี พ.ศ. 2549 สถานื่อนามัยร้อยละ 70 มีจำนวนบุคลากรต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึงและขาดคุณภาพ (รายงานการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์)

3.2 สถานบริการสุขภาพ

สถานบริการสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในระบบบริการสุขภาพของไทย เนื่องจากเป็นผู้จัดบริการให้ประชาชนในท้องถิ่นต่างๆ สามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล การใช้บริการของประชาชนส่วนใหญ่ยังเป็นการใช้บริการที่ระดับสถานื่อนามัยและโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของการใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ ในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ ยังคงมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะการตั้งโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนเป็น 2 ใน 3 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ทำให้เกิดความแตกต่างของการกระจายสถานบริการสาธารณสุขระหว่างภูมิภาค ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการ (รายงานสุขภาพคนไทย 2552 : 10)

3.3 เทคโนโลยีทางสุขภาพ

ประเทศไทยนำเข้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2548 ถึง 15,799 ล้านบาท เพื่อช่วยในการป้องกันและวินิจฉัยโรค แต่โอกาสในการเข้าถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ยังคงกระจุกตัวในเมืองหลวงและพื้นที่ที่มีความเจริญ เทคโนโลยีทางสุขภาพที่สำคัญได้แก่ ยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยโรค และเครื่องมือในการรักษาโรค ซึ่งมีความเจริญก้าวหน้าและเติบโตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากพัฒนาการของตัวเทคโนโลยีเองและความต้องการของผู้บริโภค ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ต้องการให้บริการและได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และได้ผล จึงทำให้ระบบบริการมีการพัฒนาและนำเข้าเทคโนโลยีมาใช้ในระบบบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3.4 รายจ่ายด้านสุขภาพ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประเทศไทย (health expenditure) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หากคิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรเพิ่มขึ้นจาก 545 บาทใน พ.ศ.2543 เป็น 6,994 บาท ใน พ.ศ. 2548 หรือเพิ่ม 12.8 เท่าในมูลค่าปัจจุบัน หากคิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP) จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.8 ของผลผลิตมวลรวมภายในประเทศใน พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ.2548 และพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมีอัตราเพิ่มสูงกว่าอัตราเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ โดยเฉลี่ยร้อยละ 7.7 ต่อปี ขณะที่ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 5.7 ต่อปี รายจ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายได้ประชาชาติของไทย พ.ศ. 2494 – พ.ศ. 2548)

3.5 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

การดำเนินตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึงมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาล โดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริง ทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ ทำให้สถานพยาบาลจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สินแบกรับภาระทางการเงินและขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งจะเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลต่อไปในอนาคต และจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือนทั่วประเทศในปี 2550 พบว่า มีประชากรประมาณร้อยละ 3.5 หรือประมาณ 2.2 ล้านคน ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพ การขาดโอกาสในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของประชากรกลุ่มนี้ได้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยบางประเภท ตัวอย่างเช่น โรคมาลาเรีย หรือโรคฉี่หนู โรคชนิดที่มีการดื้อยา โรคอุบัติใหม่ อุตุนิคม ซึ่งหากละเลยหรือเพิกเฉย อาจส่งผลกระทบต่อ

ลบต่อสุขภาพของประชากรในประเทศจากการแพร่กระจายโรคและความเจ็บป่วยเหล่านั้นไปสู่ผู้อื่นได้ (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง, 2550)

นอกจากนี้ยังมีความไม่เสมอภาคระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐ ในส่วนของประชาชนที่มีหลักประกันสุขภาพที่จัดโดยรัฐโครงการต่างๆ พบว่า รัฐจัดงบประมาณสนับสนุนให้โครงการประกันสุขภาพแต่ละโครงการแตกต่างกันอย่างมาก ทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่จะให้บริการประชาชนแต่ละโครงการแตกต่างกัน ประชาชนที่อยู่ในโครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐน้อย มีโอกาสที่จะได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพ หรือถูกปฏิเสธการให้บริการในบางครั้ง

3.6 ประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์จากอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก หากพิจารณาในมุมของประสิทธิภาพแล้ว หากผู้ป่วยมีความจำเป็นทางสุขภาพที่เท่ากัน การรับไว้เป็นผู้ป่วยในที่มากกว่าจะสะท้อนประสิทธิภาพที่ต่ำ เนื่องจากการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในจะใช้ทรัพยากรและเกิดค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงกว่า (แต่ก็ต้องคำนึงถึงความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยนอกด้วย) จากข้อมูลการสำรวจทรัพยากรสุขภาพ พบว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีอัตราการรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอกที่สูงที่สุด โดยสูงสุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในก็ช่วยสะท้อนประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง หากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคเท่ากัน ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลเอกชน มีวันนอนเฉลี่ยต่ำสุด คือ 3 วัน ในขณะที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม มีวันนอนเฉลี่ยสูงสุดประมาณ 6-7 วัน ใน พ.ศ. 2548 (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 321-322)

3.7 ความเป็นธรรมของการบริการสุขภาพ

ความเป็นธรรมของการให้บริการสุขภาพ โอกาสในการเลือกใช้บริการระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมมีความแตกต่างกัน จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2548 – 2549 พบว่า กลุ่มที่ยากจนที่สุด มีการเลือกใช้บริการสถานอนามัยสูงที่สุด (ประมาณร้อยละ 35 – 40) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดใช้โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด ถึงร้อยละ 56.2 ในปี พ.ศ. 2549 ลักษณะความแตกต่างของการเลือกใช้บริการ อาจส่งผลต่อคุณภาพบริการที่ได้รับตามศักยภาพของสถานพยาบาล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อมาตรการเจ็บป่วยนั้นต้องรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง การใช้บริการที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มที่ยากจนที่สุดนอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (การสาธารณสุขไทย 2548-2550 : 325-326, 328)

4. ปัญหาของระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นงานที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้นอย่างมากในปัจจุบันเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างปลอดภัยและเป็นธรรม และมีระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องรองรับการดำเนินงาน ที่ตั้งอยู่บนฐานคิดที่คำนึงถึงเรื่องสิทธิของประชาชน การสนับสนุนให้เกิดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพภาคประชาชนก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยทำงานควบคู่ไปกับภาครัฐว่าจะเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์

4.1 ด้านความปลอดภัย

คนไทยยังให้ความสำคัญน้อยกับความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร แม้จะมีการกำหนดให้มีการควบคุมคุณภาพ ความสะอาด ปลอดภัยโดยการใช้อยุทธศาสตร์ ๖ ด้านของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ๑. ยุทธศาสตร์ “อาหารปลอดภัย Food Safety” ๒. ยุทธศาสตร์ “อาหารสะอาด รสชาติอร่อย Clean Food Good Taste” และ ๓. ยุทธศาสตร์ “เครื่องมือหาย ออ.” จากการสำรวจพฤติกรรม การบริโภคอาหารของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ พบว่าเมื่อพิจารณาถึงการดูตราสัญลักษณ์แห่งความปลอดภัยก่อนตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร ประชาชนร้อยละ ๒๖.๘ ดูก่อนการตัดสินใจซื้อทุกครั้ง ร้อยละ ๓๗.๑ ดูก่อนการตัดสินใจซื้อบางครั้ง และร้อยละ ๒๑.๗ ซื้อโดยไม่เคยดูตราสัญลักษณ์เลย (สถานการณ์สุขภาพไทย, มีนาคม ๒๕๕๒ : ๑๘)

4.2 ด้านการตรวจสอบคุณภาพ

จากการตรวจพบสารเมลามีนปลอมปนในนมซึ่งมีต้นทางการผลิตอยู่ที่ประเทศจีน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กทารกจีนจำนวนมากล้มป่วยด้วยโรคนี้ในไต้หวัน สาเหตุจากผู้ผลิตน้ำนมดิบในประเทศจีนเพิ่มปริมาณน้ำนมดิบด้วยการเติมน้ำ แล้วเติมสารเมลามีนซึ่งมีไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบสำคัญลงไป เพื่อให้ได้ผลวิเคราะห์ว่าเป็นน้ำนมดิบที่มีโปรตีนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและผ่านการตรวจสอบคุณภาพ

4.3 ด้านการโฆษณา เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

การปฏิวัติของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ได้ทำให้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเป็นไปอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แต่ในขณะเดียวกันก็มีขยะข้อมูลที่ไม่มีความหมายหรือเป็นการอวดอ้างความรู้ต่างๆ รวมทั้งการแสวงหาผลประโยชน์ด้วยกลวิธีการหลอกลวงที่ซับซ้อน มีการจำหน่ายยาควบคุมพิเศษและผลิตภัณฑ์อันตรายต่างๆ ผ่านทางสื่อขายทางอินเทอร์เน็ต มีการโฆษณาชวนเชื่อที่เกินจริง นอกจากนี้ยังพบว่าการโฆษณาที่นำเสนอความจริงเพียงบางส่วน เพื่อให้ผู้บริโภคเข้าใจผิดเกี่ยวกับคุณภาพ มาตรฐานของสินค้า

4.4 ด้านการบังคับใช้กฎหมาย

เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคม ที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพอนามัย จึงเกิดความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่ช่วยกันสนับสนุน ผลักดันให้มีการประกาศใช้กฎหมายใหม่ ปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเดิมเป็นจำนวนมาก ซึ่งบางเรื่องก็ไม่ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มทุนที่เสียผลประโยชน์ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐที่ควรจะได้ดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่อง

จากปัญหาของระบบสุขภาพย่อยทั้ง 4 ระบบ ที่กล่าวมาทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่พบจากในส่วนของภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและควบคุมปัจจัยคุกคาม การบริการสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเป็นปัญหาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กร มูลนิธิต่างๆ พยายามที่จะดำเนินการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของประชาชนทุกระดับได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ประเด็นปัญหาต่างๆ เหล่านี้มีความเชื่อมโยงกัน ฉะนั้นการปรับปรุงแก้ไขต้องดำเนินการในทุกๆ ด้านไปพร้อมๆ กัน ไม่มุ่งเพียงประเด็นใดประเด็นหนึ่งเท่านั้น แต่ถึงอย่างนั้นก็ตาม การที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของระบบสุขภาพพอเพียงตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ให้ได้นั้น การได้ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของประชาชนก็เป็นอีกวิธีการหนึ่ง ที่ช่วยให้การดำเนินการดังกล่าว เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ประชาชนต้องมีความรู้ ความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีความพึงพอใจ มีการยอมรับในรูปแบบ วิธีการดำเนินงานที่ได้รับคำแนะนำ จนสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไปได้ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพของไทย ต่อไป

บทที่ 3

กรอบธรรมาภิบาล

บทที่ 3

กรอบธรรมาภิบาล

ประเด็นที่จะกล่าวจากนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนิยามและความหมายของการจัดการบริหารที่ดีหรือธรรมาภิบาล ซึ่งมีผู้ใช้คำที่แตกต่างกันอย่างหลากหลายแต่ความหมายสอดคล้องกัน รวมทั้งมีการกำหนดประเด็นที่แตกต่างกันเช่นกัน

ความสำคัญของธรรมาภิบาล

ประเทศไทยมีความตื่นตัวสนใจเรื่องธรรมาภิบาลอย่างมากตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 มีผลบังคับใช้ นอกจากนี้วิกฤติเศรษฐกิจก็มีส่วนทำให้ความสนใจเกี่ยวกับธรรมาภิบาลมีมากยิ่งขึ้น เป็นที่เชื่อกันว่าหากประเทศไทยมีการนำหลักธรรมาภิบาลไปปรับใช้กับการปฏิบัติงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนแล้ว จะทำให้ประเทศมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดี เกิดความเป็นธรรมในด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยในปัจจุบันยังมีความท้าทายที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาไปสู่การมีธรรมาภิบาลอย่างแท้จริง เช่น วัฒนธรรมระบบอุปถัมภ์ กลุ่มอิทธิพล และกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ที่ต้องการรักษาสถานภาพดั้งเดิมไว้ นอกจากนี้ความพยายามของนักวิชาการผู้รู้และผู้สนใจที่เกี่ยวข้องแล้ว องค์การระหว่างประเทศจัดว่ามีบทบาทในการผลักดันให้เกิดธรรมาภิบาล และการปฏิรูปองค์กรของรัฐได้ดังเช่น ธนาคารโลกมีบทบาทในการจัดการบริหารการใช้จ่ายของภาครัฐและการปฏิรูประบบราชการ กล่าวคือ นอกจากจะให้ความสำคัญและช่วยเหลือประเทศไทยในเรื่องเกี่ยวกับธรรมาภิบาลแล้ว ยังรวมถึงการปรับปรุงกฎเกณฑ์ในด้านความช่วยเหลือทางการเงิน การแก้ไขกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องให้ทันสมัยขึ้น ในขณะที่องค์กรการเงินระหว่างประเทศหรือ International Monetary Fund (IMF) กระตุ้นให้มีการปรับโครงสร้างของสถาบันการเงิน และการปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน ส่วนโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติหรือ United Nations Development Programme (UNDP) สนับสนุนให้มีการจัดทำโครงการนำร่องเพื่อกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น รวมทั้งส่งเสริมเรื่องการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย Asian Development Bank (ADB) เป็นองค์กรสำคัญอีกองค์กรหนึ่งที่ให้ทุนสนับสนุนประเทศไทยค่อนข้างมาก ดังเห็นได้จากช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2511 - 2540 ประเทศไทยได้รับทุนความ ช่วยเหลือจาก ADB ในรูปของเงินกู้ประมาณ 4.25 พัน ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา และอีก 37.4 พันล้านเหรียญ ในรูปของความช่วยเหลือพิเศษ (Asian Development Bank , 1999) ความช่วยเหลือหลักๆ ที่ ADB ให้มีดังนี้

- 1) การกระจายอำนาจและการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 2) การส่งเสริมให้มีการตรวจสอบการปฏิบัติงานขององค์กรของรัฐ
- 3) การเร่งให้มีการปรับโครงสร้างเพื่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น
- 4) การลดบทบาทการแทรกแซงของรัฐและการปฏิรูปรัฐวิสาหกิจไทย
- 5) การส่งเสริมให้มีการประสานงานในขั้นตอนของการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติ
- 6) การสนับสนุนให้มีการปฏิรูปกฎหมายและระบบตุลาการ

นอกจากนี้ยังมีองค์การความช่วยเหลือระหว่างประเทศจากประเทศญี่ปุ่น แคนาดา นิวซีแลนด์และออสเตรเลีย ที่ต่างก็มีบทบาทสนับสนุนโครงการพัฒนาเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับหลักธรรมาภิบาลในประเทศไทย

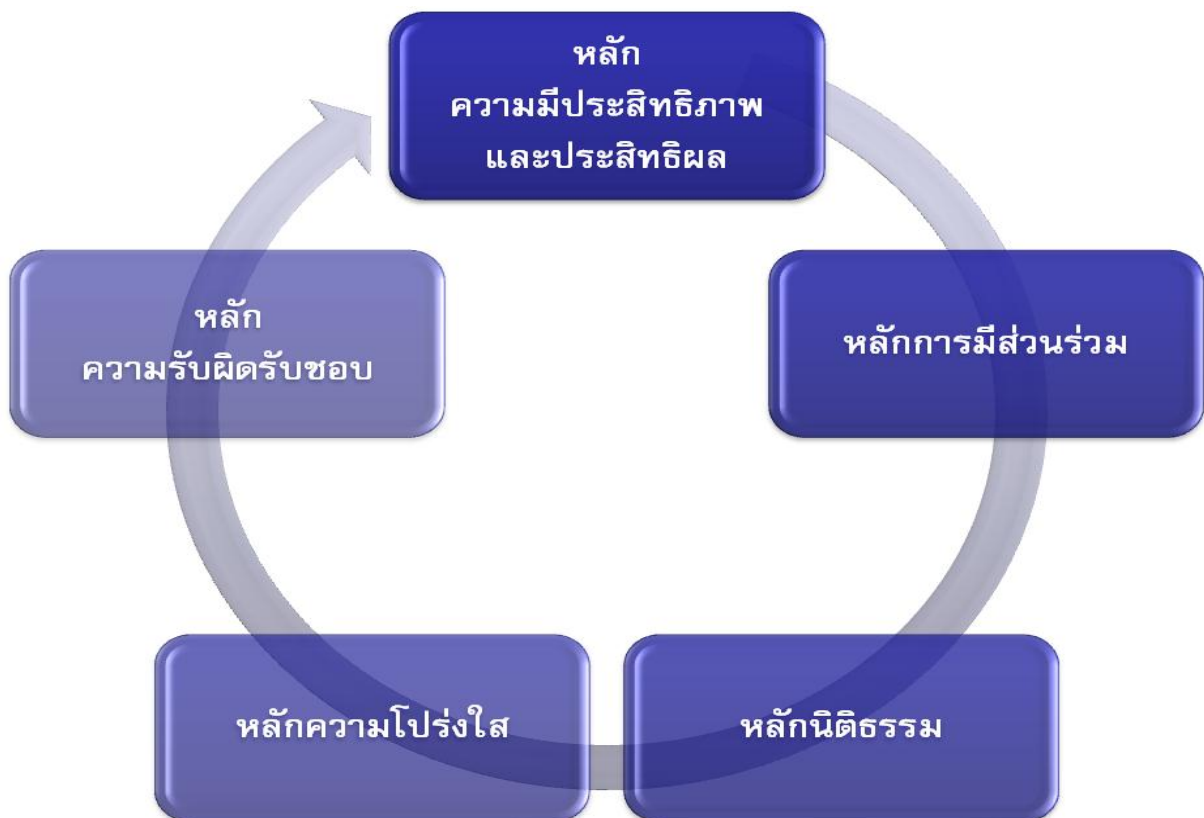
ธรรมาภิบาลได้กลายเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นหลักการที่เกื้อหนุนสังคมประชาธิปไตย ได้มีการเสนอและกล่าวถึงแนวคิดนี้อย่างกว้างขวาง ตัวอย่างที่เห็นอย่างเป็นรูปธรรม คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติมาตราต่างๆ ที่สัมพันธ์กับหลักธรรมาภิบาล ถ้าหากมีการนำแนวคิดธรรมาภิบาลไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการตรวจสอบการทำงานของรัฐบาลโดยประชาชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง และระบบบริหารของรัฐบาลมีความยุติธรรม และเป็นที่ยอมรับทั้งในและต่างประเทศ อีกทั้งนำไปสู่การลดการทุจริตซึ่งเป็นปัญหาเรื้อรังของบ้านเมืองได้ นอกจากนี้ยังมีพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ที่ออกมาเพื่อการนี้โดยเฉพาะ เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐนำหลักธรรมาภิบาลไปประยุกต์ปฏิบัติ ในภาคธุรกิจเองก็มีการส่งเสริมให้นำหลักธรรมาภิบาลไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการที่ดี นำไปสู่ความยั่งยืนของธุรกิจ ดังจะเห็นได้จากบริษัทที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ได้นำหลักธรรมาภิบาลไปประยุกต์ใช้ในภาคธุรกิจ และบริษัทหรือกิจการขนาดใหญ่ก็ตอบสนองแนวทางดังกล่าว ในปัจจุบันภาคธุรกิจทั้งขนาดกลางและขนาดเล็กได้เล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงมีการนำไปประยุกต์ใช้กันมากขึ้นอย่างกว้างขวาง

ดังนั้นไม่ว่าองค์กรจะเป็นลักษณะใด ภาครัฐ ภาคเอกชน ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก รวมทั้งองค์กรด้านต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ปฏิบัติ เพื่อกำกับการดำเนินงานที่ดีขององค์กร ทำให้กิจการเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผล นำมาสู่ความยั่งยืนขององค์กรนั้นๆ

จากการศึกษาความหมายและกรอบของหลักธรรมาภิบาลหรือการจัดการบริหารที่ดีของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เช่น สมาคมผู้ตรวจสอบภายในแห่งสหรัฐอเมริกา (IIA) ธนาคารโลก (WORLD BANK) สหประชาชาติ (United Nation : UN) องค์กรเพื่อความร่วมมือและพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development : OECD) ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสร้างระบบบริหารกิจการบ้านเมืองและสังคมที่ดี พ.ศ.2542

จากนิยามและกรอบธรรมาภิบาลที่ดีแต่ละหน่วยงาน/องค์กรนั้น มีทั้งส่วนที่เหมือนและแตกต่างกัน ซึ่งแต่ละกรอบแนวคิดนั้นเหมาะสำหรับนำไปใช้ในจุดประสงค์และองค์กรที่มีวัตถุประสงค์ วิสัยทัศน์และพันธกิจที่ต่างกัน เช่น กรอบธรรมาภิบาลของสหประชาชาติ มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจดำเนินกิจกรรมของภาครัฐ กรอบธรรมาภิบาลของ OECD ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) การแบ่งแยกหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กรอบธรรมาภิบาลตามแนวคิดตลาดหลักทรัพย์ เน้นสำหรับบริษัทเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์และเป็นบริษัทมหาชน โดยมุ่งเน้นที่ซื่อสัตย์ รับผิดชอบต่อผู้ถือหุ้นและให้ความสำคัญกับการแข่งขันด้วย กรอบธรรมาภิบาลตามระเบียบสำนักนายกฯ เหมาะสำหรับไปใช้กับองค์กรภาครัฐของไทยที่เน้นนิติธรรม คุณธรรม การมีส่วนร่วมสำหรับสมาคมผู้ตรวจสอบภายในแห่งสหรัฐอเมริกาและสำหรับบริษัทเอกชนต่างๆ ไปที่ที่ต้องการความรัดกุมในการบริหารจัดการมีคณะกรรมการและส่วนงานตรวจสอบภายใน ดังนั้นกรอบธรรมาภิบาลจะมุ่งเน้นไปที่การกำกับการดำเนินงานใดๆ ให้มีการคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย ความเที่ยงธรรมเสมอภาค ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ มีการรับผิดชอบต่อ เพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลจากการดำเนินงาน โดยหลักปฏิบัติของการพิจารณาการสร้างความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชน จะมีกรอบหลักธรรมาภิบาลที่ใช้ในการพิจารณา ดังนี้

กรอบแนวคิดธรรมาภิบาล



(1) หลักการมีส่วนร่วม (Participation)

หมายถึง การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมรับรู้ และร่วมแสดงความคิดเห็นแสดงทัศนะและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการตัดสินใจไม่ว่าด้วยการแจ้งความเห็น การวิจารณ์ การลงมติ หรืออื่นๆ

(2) หลักนิติธรรม (Rule of Law)

หมายถึง การมีกฎ ระเบียบ ที่เป็นธรรมกับทุกฝ่าย มีการบังคับใช้อย่างเสมอภาคและไม่มีการเลือกปฏิบัติ ไม่มีมาตรฐานเชิงซ้อน (Double Standard) มีการดูแลการปฏิบัติให้เป็นไปตามกรอบของกฎ ระเบียบ ไม่ให้มีการใช้ไปแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ มีการปรับปรุงกฎระเบียบให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ มีการรอบการปฏิบัติที่เคารพสิทธิและเสรีภาพของสมาชิก ประชาชน รวมทั้งกำหนดกรอบเวลาการปฏิบัติที่ชัดเจนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบ การดำเนินงานหรือการกำหนดกฎเกณฑ์ กติกาและเงื่อนไข ที่มีความเสมอภาคและเป็นธรรม โดยเป็นที่ยอมรับและมีความเท่าเทียมกันในการยึดถือปฏิบัติ รวมทั้งมีความรัดกุมและรวดเร็ว

(3) หลักความโปร่งใส (Transparency)

หมายถึงการมีความโปร่งใสเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่สามารถตรวจสอบได้ในทุกๆ ด้าน อาทิ เช่น การมีระบบงานที่ชัดเจน มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างตรงไปตรงมาสู่สาธารณะอย่างถูกต้อง โปร่งใส สอดคล้องกับเวลาและสถานการณ์ และมีกระบวนการให้ประชาชนสามารถตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนได้

(4) หลักความสำนึกรับผิดชอบ (Accountability)

หมายถึง การตระหนักในสิทธิหน้าที่ ความสำนึกในความรับผิดชอบ การใส่ใจ การกระตือรือร้น ในการแก้ไขปัญหา และการเปิดโอกาสพร้อมที่จะถูกตรวจสอบและประเมินผลให้มีการสะท้อนถึง ความรับผิดชอบต่อสาธารณะและต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติหน้าที่และจากการดำเนินงาน

(5) หลักความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Effectiveness and Efficiency)

หมายถึงการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แก่ส่วนรวม ใช้ของอย่างคุ้มค่า สร้างสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ สามารถแข่งขันได้ และรักษา ทรัพยากรธรรมชาติให้สมบูรณ์ยั่งยืน ทั้งนี้ต้องมีการกำหนดตัวชี้วัด ผลการปฏิบัติงาน และมีการ หน่วยงาน หรือบุคคลที่เป็นอิสระหรือเป็นที่ยอมรับของสังคมทำหน้าที่เป็นผู้ประเมิน

ประโยชน์ของการจัดการบริหารที่ดี

เมื่อมีแนวทางในการจัดการบริหารที่ดี พร้อมทั้งมีการกำกับดูแลที่ดี จะก่อประโยชน์โดยตรงต่อประชาชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย ดังต่อไปนี้

- 1) สร้างความโปร่งใสและมีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ดี ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความมั่นใจแก่ประชาชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย รวมทั้งทำให้เป็นที่ยอมรับในสังคม
- 2) การกำหนดหลักปฏิบัติของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ เพื่อประโยชน์ของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้เสียและสังคมโดยรวม และเพื่อป้องกันการแสวงหาประโยชน์จากการใช้อำนาจหน้าที่อันมิชอบ
- 3) ทำให้ประเทศมีการพัฒนาและส่งเสริมการจัดการบริหารที่ดี
- 4) กระตุ้นให้ทุกภาคส่วน หันมาให้ความสำคัญเรื่องการจัดการบริหารที่ดีและตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการผลักดันให้เกิดการจัดการบริหารที่ดีในประเทศ
- 5) ช่วยให้เป็นแนวทางการตรวจสอบและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงาน
- 6) สร้างให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 4
การทบทวนดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้อง
กับสุขภาพ

บทที่ 4

การทบทวนดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไทย

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพไทย ดังนี้

1. ดัชนีความอยู่ดีมีสุข

หน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

กรอบแนวคิด การพิจารณาการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยใช้การเปลี่ยนแปลงในระดับรายได้ต่อหัว (per capita real GDP) เป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญด้านเศรษฐกิจ ไม่เพียงพอที่จะชี้วัดการเปลี่ยนแปลงใน “ความอยู่ดีมีสุข” ของคนในสังคม เพราะมีจุดอ่อนหลายประการถึงแม้การเติบโตทางเศรษฐกิจจะมีความสำคัญต่อ “ความอยู่ดีมีสุข” แต่ก็ไม่ใช่อะไรสิ่งเดียวกัน

รายได้เป็นที่มาของอำนาจซื้อสินค้าและบริการซึ่งนำไปสู่การมีชีวิตที่ดีขึ้น แต่รายได้เป็นเพียงเครื่องมือ (means) ของการบรรลุเป้าหมาย (ends) เท่านั้น จากข้อเท็จจริงนี้เป็นที่มาของการพัฒนาแนวคิดความหมาย “ความอยู่ดีมีสุข” ให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมขึ้น ในกรอบของการพิจารณา “ภารกิจ” (functioning) สมรรถภาพ (capabilities)

กรอบความหมาย “ความอยู่ดีมีสุข” ภายใต้องค์ประกอบทั้ง 2 ดังกล่าว เป็นการย้ำเน้นโอกาสทางเลือกและอิสรภาพที่จะใช้ความสามารถของบุคคลไปสู่ความสำเร็จ ประเด็นอยู่ที่ความสำเร็จ มิใช่เพียงแต่การเป็นเจ้าของสินค้าและบริการเท่านั้น

ความอยู่ดีมีสุขสามารถจำแนกองค์ประกอบได้เป็น 7 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ความรู้ ชีวิตการทำงาน รายได้และการกระจายรายได้ ชีวิตครอบครัว สภาพแวดล้อมและการบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐ

2. การพัฒนาดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย

หน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

องค์ประกอบของความอยู่เย็นเป็นสุข เกิดจากการพัฒนาใน 2 ระดับได้แก่

- การพัฒนาความอยู่เย็นเป็นสุขของคนและครอบครัว ครอบครัวทุกมิติของการดำรงชีวิตของคนในสังคมไทยซึ่งเป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนา

- การพัฒนาปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้เกิดความสุข ที่มาจากการพัฒนาในองค์ประกอบแวดล้อมตัวคน คือ ปัจจัยทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยการบริหารจัดการประเทศและธรรมาภิบาล ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และ ปัจจัยด้านสังคม

3. ดัชนีเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs)

หน่วยงาน : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

เกิดจากการตกลงร่วมกันของผู้นำ 189 ประเทศในการประชุมผู้นำขององค์กรสหประชาชาติ ที่นครนิวยอร์ก เมื่อ กันยายน 2543 (ค.ศ. 2000) โดยกำหนดวาระการพัฒนาคอนและลดช่องว่างการพัฒนาให้เป็นจุดเริ่มต้นศตวรรษใหม่ ได้มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาและเวลาบรรลุสัมฤทธิ์ผลในปี 2558 ประกอบด้วยเป้าหมายหลัก 8 ข้อ และเป้าหมายย่อย 18 ข้อ เป็นกรอบการติดตามผลการพัฒนาคนที่ตกลงร่วมกันตามกำหนดเวลา ใช้ติดตามผลการพัฒนาที่เอื้อประโยชน์แก่คนยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส สนับสนุนแนวทางการพัฒนาคอน โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพ การศึกษา ความเท่าเทียมทางเพศ และสิ่งแวดล้อม สภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้เป็นองค์กรหลักในการประสานความร่วมมือกับกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตามเป้าหมายต่างๆ ร่วมกันเพื่อประเมินผลตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

4. ดัชนีคุณภาพชีวิต

หน่วยงาน : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จากผลกระทบในเชิงลบของการพัฒนาที่มุ่งเน้นความทันสมัยและการเป็นอุตสาหกรรมที่มีต่อประเทศที่กำลังพัฒนาในช่วงทศวรรษ 1970 ทำให้องค์กรระหว่างประเทศที่เป็นแกนนำในการผลักดันความคิดการพัฒนาอย่างเช่น องค์กรสหประชาชาติ (UN) ธนาคารโลก (World Bank) และองค์กรความร่วมมือด้านเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) เป็นต้น ต้องทบทวนแนวคิดการพัฒนาแบบเดิม และได้สร้างแนวคิดการพัฒนาแบบใหม่ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตขึ้นมา พร้อมกับสร้างเครื่องมือในการชี้วัดทางสังคมเพื่อใช้ในการวัดระดับปัญหาและการพัฒนาของประเทศต่างๆ จากนั้นแนวคิดคุณภาพชีวิตได้รับการนำไปศึกษาวิจัยกันอย่างกว้างขวางในประเทศต่างๆ และมีการพัฒนาสืบเนื่องกันมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จึงร่วมกับคณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ดำเนินการกำหนดดัชนีคุณภาพชีวิต โดยนำองค์ความรู้และฐานข้อมูลที่มีอยู่มาพัฒนาจัดทำเป็นดัชนีคุณภาพชีวิตในภาพรวมขึ้นมา ซึ่งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พิจารณาเห็นว่า ดัชนีคุณภาพชีวิตจะเป็นกรอบในการจัดเก็บข้อมูลและระบบสารสนเทศที่สามารถคัดกรองกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยง รวมทั้งบ่งชี้สถานการณ์

ทางสังคมได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จตามภารกิจความรับผิดชอบของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จากการพิจารณาและคัดเลือกดัชนีคุณภาพชีวิตได้กำหนดกรอบมิติต่างๆ ของดัชนีคุณภาพชีวิตได้ 12 มิติ 69 ดัชนี เพื่อจะได้นำดัชนีเหล่านี้ไปรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิตามหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว

5. ดัชนีชี้วัดเมืองไทยแข็งแรง

หน่วยงาน : กระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิด รัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอดีพอประมาณ มีเหตุผล ภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มีครอบครัวอบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว ต่อมารัฐบาลประกาศให้ “เมืองไทยแข็งแรง” เป็นวาระแห่งชาติ โดยมียุทธศาสตร์สร้างเมืองไทยแข็งแรง แบ่งออกเป็น 4 มิติ คือทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและเศรษฐกิจพอเพียง และทางปัญญาจิตวิญญาณ

6. ดัชนีงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

หน่วยงาน : กระทรวงสาธารณสุข

เพื่อที่จะคุ้มครองประชาชนผู้บริโภคให้ได้บริโภคข้อมูลข่าวสาร สินค้าและบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัย ราคาพอเหมาะ ตลอดจนได้รับความยุติธรรมอันเกิดจากการบริโภคสินค้าและบริการนั้น ประกอบด้วย

- สิทธิที่จะได้รับข่าวสารรวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้อง และเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าและบริการ
- สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกสินค้าหรือบริการ
- สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ
- สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

7. ดัชนีความจำเป็นขั้นพื้นฐาน

หน่วยงาน : กรมการพัฒนาชุมชน

ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นของคนในครัวเรือนในด้านต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ว่าคนควรมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้นๆ อย่างไรในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้มีชีวิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานกำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการชี้วัดว่า คนในแต่ละครัวเรือนควรมีคุณภาพชีวิตขั้นต่ำในเรื่องนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะถือว่ามีความคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เครื่องชี้วัด จปฐ. ในช่วงปี พ.ศ.2545 - 2549 มีตัวชี้วัดจำนวน 6 หมวด คือ สุขภาพดี มีบ้านอาศัย ฝึกฝนการศึกษา รายได้ก้าวหน้า ปลูกฝังค่านิยมไทย และร่วมใจพัฒนา

8. ดัชนีรายงานการพัฒนาคอนของประเทศไทย 2546 (UNDP)

หน่วยงาน : สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)

วัตถุประสงค์ของ UNDP ในการพัฒนาดัชนี HDI (Human Deprivation Index) เพื่อใช้แสดงความก้าวหน้าของการพัฒนาคอนมากกว่าที่จะพิจารณาในเรื่องความขัดสนนั้นคือในการมองภาพของผลการพัฒนาในเชิงบวกมากกว่าจะมุ่งเน้นที่ความขาดแคลนขัดสนโดย HDI มีลักษณะเป็นพหุมิติและมีนัยเชิงนโยบายมิติของ HDI มีจำนวน 8 มิติคือด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านการทำงาน ด้านรายได้ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ด้านชีวิตครอบครัวและชุมชน ด้านคมนาคมและการสื่อสาร และด้านการมีส่วนร่วม

9. ดัชนีชี้วัดระบบสุขภาพของคนไทย

หน่วยงาน : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันได้วางเป้าหมายและแยกออกเป็นมิติต่างๆ ได้ 7 มิติ คือ การเข้าถึงการบริการ ประสิทธิภาพการบริการ คุณภาพการบริการ การยอมรับการบริการ การมีส่วนร่วม ความปลอดภัยของการได้รับบริการ และความเป็นธรรมของการบริการ

จากการทบทวนดัชนีชี้วัดของหน่วยงานต่างๆ คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าแนวคิดในการพัฒนา ดัชนีชี้วัด มีความแตกต่างกันไปตามบทบาท หน้าที่ หรือภารกิจ ในการดำเนินงาน และเพื่อให้ เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งกรอบแนวคิดของหน่วยงานส่วนใหญ่มีการพัฒนาตัวชี้วัดค่อนข้าง ครอบคลุมในทุกมิติ ได้แก่ มิติด้านการศึกษา มิติด้านสุขภาพ มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติทางด้าน สังคม สำหรับมิติด้านวัฒนธรรมมีตัวชี้วัดน้อยมาก ทั้งนี้เป็นเพราะวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีการ วิเคราะห์ข้อมูล ค่อนข้างยาก และดัชนีชี้วัดมีจุดเน้นและรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามยุทธศาสตร์ พันธกิจ ในการปฏิบัติงาน

สำหรับวิธีการได้มาซึ่งดัชนีชี้วัด นั้นไม่ต่างกันมากนัก เริ่มแรกจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงาน มีการประมวลวิเคราะห์จากเอกสาร การประชุมสัมมนาเชิงปฏิบัติการเพื่อวิพากษ์ดัชนี ชี้วัด การนำดัชนีชี้วัดไปทดสอบ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและประมวลผล ถึงแม้ว่ากระบวนการ ดำเนินงานจะมีการทดสอบดัชนีชี้วัดก่อน (Pretest) การนำไปใช้จริง แต่จากการให้ข้อเสนอแนะของ หลายๆ หน่วยงานพบว่ายังมีจุดอ่อนในหลายๆ ประเด็น ได้แก่

- (1) คุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งได้แก่ วิธีการจัดเก็บ และการตรวจสอบข้อมูล ถ้าเป็นข้อมูลในระดับชาตินั้นค่อนข้างน่าเชื่อถือ แต่ถ้าเป็นข้อมูลที่ระดับต่ำกว่ายังมี ปัญหา หรือข้อมูลไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากร หรือข้อมูลจากแหล่งต่างๆ มีความ ขัดแย้งกันและมีความสับสนเกี่ยวกับคำนิยาม
- (2) ความต่อเนื่องของข้อมูล ไม่มีข้อมูลต่อเนื่องเพียงพอที่จะแสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูล วิธีการจัดเก็บ หรือการคำนวณที่แตกต่างกัน ทำให้ ยากต่อการวิเคราะห์แนวโน้มการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาดัชนีชี้วัดส่วนใหญ่เป็นการ นำข้อมูลในระดับทุติยภูมิมาใช้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่างๆ จะต้องใช้เวลาและ ค่าใช้จ่ายสูง
- (3) การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบการตัดสินใจนโยบาย การวิเคราะห์ข้อมูลยังไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีการนำเสนอเพื่อประกอบการตัดสินใจ หรือไม่สามารถนำเสนอสถานการณ์ แนวโน้ม และทางเลือกได้

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีความเห็นเบื้องต้นว่าตัวชี้วัดจากดัชนีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ระบบสุขภาพของไทยตามที่ได้กล่าวมา ที่จะนำไปปรับใช้ในการวัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อ ระบบสุขภาพไทย ซึ่งจะครอบคลุมใน 4 มิติคือ มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ มิติที่ 2 ระบบ การป้องกัน และควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ มิติที่ 3 ระบบบริการสาธารณสุขและการ ควบคุมคุณภาพ และมิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ดังนี้

(1) ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

- (1.1) ร้อยละของประชากรที่ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา
- (1.2) ร้อยละของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
- (1.3) ร้อยละของประชาชนที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- (1.4) ร้อยละของเวลาหรืองบประมาณที่หน่วยบริการดำเนินการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชน
- (1.5) สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพ
- (1.6) สัดส่วนการเข้าถึงข้อมูลของประชาชน

(2) ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

- (2.1) สัดส่วนประชากรที่ไม่เจ็บป่วยในแต่ละปี
- (2.2) สัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในระดับควบคุมได้
- (2.3) จำนวน/อัตราการป่วย โรคเครียดจิตประสาท
- (2.4) ร้อยละของประชากรอายุ > 40 ปี ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิต
- (2.5) มีอัตราการบาดเจ็บ และตายด้วยอุบัติเหตุลดลงไม่เกิน 20%
- (2.6) ประชากรมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
- (2.7) ร้อยละคนพิการได้รับการฟื้นฟูสภาพ
- (2.8) ร้อยละรายจ่ายด้านสุขภาพที่ประชาชนจ่ายเอง
- (2.9) อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย
- (2.10) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนและหลังคลอดตามเกณฑ์

(3) ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

- (3.1) ร้อยละของผู้มีบัตรประกันสุขภาพได้มาตรฐาน
- (3.2) ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการได้มาตรฐาน
- (3.3) ร้อยละของประชาชนที่มีความพึงพอใจในบริการสาธารณสุข
- (3.4) ร้อยละของคนพิการที่ได้รับการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่าง ๆ
- (3.5) ความเสี่ยงต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
- (3.6) ความเสี่ยงต่อชุมชน/สังคม
- (3.7) การวางระบบงานเพื่อประกันคุณภาพ
- (3.8) การพัฒนาอย่างต่อเนื่องการรักษามาตรฐานวิชาชีพ
- (3.9) อัตราการใช้บริการของผู้ป่วย (OPD, IPD)
- (3.10) สัดส่วนการใช้บริการตามสถานพยาบาล
- (3.11) ความครอบคลุมการคัดกรองปัญหาสุขภาพและความเสี่ยง

(3.12) อัตราส่วนบุคลากรด้านสาธารณสุขต่อประชาชน (แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลจำแนกตามสถานบริการ 3 ระดับ)

(4) ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

- (4.1) ปริมาณของผู้บริโภคที่มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภคโดยรวมและแยกตามผลิตภัณฑ์
- (4.2) ปริมาณของผู้บริโภคที่สามารถนำความรู้และข้อมูลข่าวสารที่ได้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคได้อย่างเหมาะสม
- (4.3) ปริมาณกรณีของร้องทุกข์อันเนื่องมาจากการบริโภคที่สามารถแก้ไขได้
- (4.4) ปริมาณของสถานประกอบการที่ถูกต้อง
- (4.5) ปริมาณของผู้ประกอบการที่มีความรู้
- (4.6) ข่าวสารที่ได้ไปปรับใช้ในการดำเนินกิจการให้ถูกต้องเหมาะสม
- (4.7) การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
- (4.8) มีระบบการรวบรวม/ตรวจสอบการโฆษณา
- (4.9) มีการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา
- (4.10) ระบบฐานข้อมูล
- (4.11) ความครอบคลุมของฐานข้อมูล
- (4.12) ความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของข้อมูล

ดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของต่างประเทศ

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของต่างประเทศ ดังนี้

1. กลุ่มดัชนีชี้วัดขั้นต่ำที่ใช้ร่วมกัน 21 ดัชนี CMIS 21 (Common Minimum Indicator Set 21)

ดัชนีชี้วัดพื้นฐานขององค์การอนามัยโลก WHO Basic Indicator ซึ่งส่วนใหญ่จัดทำโดยสำนักงานส่วนภูมิภาค (WHO regional offices) ภายใต้วัตถุประสงค์ร่วมกันคือการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในบริบทที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าของ WHO Basic Indicator ที่ได้รับการทบทวนทั้งสิ้น 3 ชุด ได้แก่ Common Minimum Indicator set (CMIS) กลุ่มดัชนีชี้วัดขั้นต่ำร่วมกันของคณะกรรมการเครือข่ายสุขภาพของ WHO ภูมิภาคยุโรป (The regional for health network of the WHO regional office for Europe: RHN) และ Basic indicator ของ WHO ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO/SEARO) และ WHO ภูมิภาคแอฟริกา (WHO/AFRO)

2. กลุ่มดัชนีชี้วัดสุขภาพของชุมชนยุโรป ECHI (European Community Health Indicators)

EC (European Community) ชุมชนยุโรป เริ่มต้นจากการรวมตัวกันของ 6 ประเทศใน ค.ศ. 1958 และจำนวนสมาชิกเพิ่มมากขึ้น EC เป็นองค์การที่ทำงานใกล้ชิดกับ WHO ภูมิภาคยุโรป (WHO/Euro) และ OECD มีส่วนร่วมสำคัญในการจัดทำดัชนีชี้วัดสุขภาพนี้เรียกว่า European Community Health Indicators (ECHI) ดัชนีชี้วัดสุขภาพของชุมชนยุโรป ได้ประเมินและกำหนดเป้าหมายสุขภาพที่ดีของการประชากรในกลุ่มประเทศสมาชิก อาทิ อายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นโดยปราศจากภาวะทุพพลภาพ การลดลงของความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ (Health outcomes) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ กับ (Health Status) สถานะทางสุขภาพ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ชุดดัชนี ECHI ประกอบด้วย 2 ชุดดัชนีได้แก่ ดัชนีชี้วัดสุขภาพของชุมชนยุโรป - สารบัญแบบยาว (ECHI-long list) และ ดัชนีชี้วัดสุขภาพของชุมชนยุโรป - สารบัญแบบสั้น (ECHI-short list)

3. ดัชนีชี้วัดสุขภาพของผู้บริโภคชาวยุโรป ค.ศ. 2008 (Euro Health Consumer Index 2008)

EHCI 2008 ประกอบด้วย 6 กลุ่ม ดังนี้

- 1) สิทธิของผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูล (Patient rights and information)
- 2) การดูแลสุขภาพด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-health)
- 3) การเฝ้ารอเพื่อการรักษา (Waiting time for treatment)
- 4) ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพ (Outcomes)
- 5) ขอบเขตและการเข้าถึงการให้บริการ (Range and reach of services provided)
- 6) เกสัชกรรม (Pharmaceuticals)

4. องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD)

OECD เป็นองค์การระดับนานาชาติที่จัดตั้งขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในปี ค.ศ.1961 โดยพัฒนามาจาก OEEC (Organization for European Economic Co-operation) ซึ่งเป็นองค์การที่จัดตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการเงินช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ภายใต้แผนการมาร์แชล (Marshall Plan) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณะฟื้นฟูสภาพเศรษฐกิจและสังคมของยุโรปซึ่งกำลังประสบความเสียหายอย่างหนักภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนกระทั่งถึงปัจจุบันนี้ OECD ยังคงมุ่งมั่นเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางเศรษฐกิจ รวมถึงชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นทางสังคมของประชาชนในกลุ่มประเทศสมาชิก ชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพของ OECD (OECD health data) จำแนกออกเป็น 10 กลุ่มดัชนี ได้แก่

- 1) สถานะทางสุขภาพ (health status)
- 2) เครื่องมือในการสร้างเสริมสุขภาพ (health care resources)
- 3) ประโยชน์ที่ได้จากการสร้างเสริมสุขภาพ (health care utilization)

- 4) ค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ (expenditure on health)
- 5) การเงินและการตอบแทน (financial and remunerate)
- 6) การป้องกันทางสังคม (Social protection)
- 7) ตลาดทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical market)
- 8) การดูแลสุขภาพที่ไม่ใช่การแพทย์ (non-medical of health)
- 9) สถิติประชากรโดยอ้างอิง (demographic reference)
- 10) เศรษฐกิจโดยอ้างอิง (economic reference)

โดย 10 กลุ่มดัชนีนี้ มีลักษณะร่วมของการจัดกลุ่มที่คล้ายกับชุดดัชนี HFA ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ระบบสุขภาพ (Health systems) และปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants)

5. WHO Health 21

WHO Health 21 ถูกจัดแบ่งออกเป็นกลุ่ม 5 ดัชนีหลักได้แก่

- 1) อัตราการเสียชีวิตและอัตราการป่วยตายด้วยโรค (Mortality and Morbidity)
- 2) ดัชนีชี้วัดการดำเนินชีวิต (Lifestyle Indicators)
- 3) ดัชนีชี้วัดวิธีการเสริมสร้างสุขภาพ (Health care resources indicators)
- 4) ดัชนีชี้วัดค่าใช้จ่ายและเงินทุนทางด้านสุขภาพ (Health financing and expenditure indicators)
- 5) ที่มาของสถิติเกี่ยวกับประชากรและดัชนีชี้วัดสังคมเศรษฐกิจ (Background demographic and socio- economic indicators) ซึ่งคล้ายกับ ECHI (European Community Health Indicators)

6. สถิติด้านสุขภาพของประชากรโลก 2008 (World Health Statistic 2008)

World Health Statistic 2008 สถิติด้านสุขภาพของประชากรโลก ค.ศ. 2008 นำเสนอข้อมูลด้านสถิติล่าสุดสำหรับ 193 ประเทศสมาชิกของ WHO ประกอบด้วยดัชนีชี้วัดย่อยกว่า 70 ดัชนี สามารถแบ่งกลุ่มดัชนีชี้วัดหลักๆ ออกเป็น 6 กลุ่ม คือ

- 1) การเสียชีวิตและภาระของโรค (Mortality and burden of disease)
- 2) ความครอบคลุมการบริการด้านสุขภาพ (Health service coverage)
- 3) ปัจจัยของความเสี่ยง (Risk factors)
- 4) ระบบวิธีการด้านสุขภาพ (Health systems resources)
- 5) ความไม่เสมอภาคในการเสริมสร้างสุขภาพและผลลัพธ์ในการรักษา (Inequities in health case and health outcome)
- 6) สถิติเกี่ยวกับประชากรและสถิติทางสังคมเศรษฐกิจ (Demographic and socioeconomic statistics)

จากการทบทวนกลุ่มดัชนีของทั้ง 6 องค์ระหว่างประเทศ ตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการจัดทำดัชนีวัดความเชื่อมั่นระบบสุขภาพของไทย ที่เกี่ยวข้องในขอบเขตของระบบสุขภาพที่คำนึงถึงในการศึกษารุ่นนี้ซึ่งจะพิจารณาเฉพาะมิติ 4 มิติ ที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น อาจจะพิจารณาตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในแต่ละมิติเบื้องต้น ดังนี้

(1) มิติ 1 การสร้างเสริมสุขภาพ

- (1.1) ร้อยละประชาชนที่มีน้ำประปาใช้ในบ้าน
- (1.2) ร้อยละการเข้าถึงแหล่งน้ำ
- (1.3) ร้อยละการเข้าถึงสุขอนามัย

(2) มิติ 2 การป้องกันและควบคุมโรค

- (2.1) โอกาสเสียชีวิต
- (2.2) การเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจต่อประชากร 100,000 คน
- (2.3) การเสียชีวิตจากการเป็นอัมพาตต่อประชากร 100,000 คน
- (2.4) การเสียชีวิตจากมะเร็งปอดต่อประชากร 100,000 คน
- (2.5) การเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมต่อประชากร 100,000 คน
- (2.6) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากร 100,000 คน
- (2.7) ผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อประชากร 100,000 คน
- (2.8) ผู้ป่วยเป็นวัณโรคต่อประชากร 100,000 คน
- (2.9) การฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน
- (2.10) การเสียชีวิตจากความรุนแรงต่อประชากร 100,000 คน
- (2.11) ร้อยละการว่างงานของกำลังคนทำงาน
- (2.12) การเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ SDR ประชากร 100,000 คน
- (2.13) การเสียชีวิตโดยเหตุภายนอก (อุบัติเหตุหรือยาพิษ) SDR ต่อประชากร 100,000 คน
- (2.14) โรคโดยมีเพศสัมพันธ์ SDR ต่อประชากร 100,000 คน
- (2.15) ร้อยละผิดปกติทางสมอง
- (2.16) ร้อยละประชากรที่พิการระยะยาว
- (2.17) อายุ (เฉลี่ย)
- (2.18) ผู้ติดเชื้อเอดส์
- (2.19) กรณีโรคมะเร็ง
- (2.20) มะเร็งจากเพศสัมพันธ์
- (2.21) โรคความจำเสื่อม
- (2.22) อุบัติเหตุทางถนน
- (2.23) สุขภาพโดยทั่วไป

- (2.24) อุบัติเหตุจากการทำงาน
- (2.25) การตรวจมะเร็งเต้านม
- (2.26) การตรวจมะเร็งมดลูก
- (2.27) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- (2.28) อายุขัย (เฉลี่ย)
- (2.29) โรคเอดส์ที่มีอยู่ทั่วไปของผู้ใหญ่อายุ ≥ 15 ปี/ประชากร 100000 คน

(3) มิติ 3 บริการสาธารณสุข

- (3.1) การถ่ายโอนข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์
- (3.2) แพทย์ประจำบ้านที่สามารถเข้าถึงภายในวันเดียว
- (3.3) สามารถเข้าถึงแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง
- (3.4) การผ่าตัดต่อกระดูกต่อประชากร 100000 คน อายุ > 65 ปี
- (3.5) การบริการทางทันตกรรมที่สามารถเข้าถึงได้
- (3.6) ยาตามใบสั่งแพทย์
- (3.7) การเขียนรายละเอียดเรื่องยาโดยทั่วไป
- (3.8) การเข้าถึงยาชนิดใหม่
- (3.9) ยอดรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นคิดเป็นร้อยละของ GDP
- (3.10) ร้อยละของประชากรว่างงาน
- (3.11) ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัย
- (3.12) ร้อยละสตรีที่ได้รับเอ็กซ์เรย์เต้านม

(4) มิติ 4 การคุ้มครองผู้บริโภค

- (4.1) กฎหมายว่าด้วยการรักษาสุขภาพบนพื้นฐานสิทธิของผู้ป่วย
- (4.2) สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเอง
- (4.3) การจดทะเบียนแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย
- (4.4) เครือข่ายคอมพิวเตอร์ หรือบริการทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชม. 7 วัน/อาทิตย์
สามารถติดต่อบุคลากรได้
- (4.5) จำนวนประชากรว่างงาน
- (4.6) ประชากรที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้ขั้นต่ำ
- (4.7) อายุ (เฉลี่ย) ของประชากร

บทที่ 5

**แนวคิดการคัดเลือกดัชนีต่าง ๆ
และเกณฑ์การคัดกรองประเด็นตัวชี้วัด**

บทที่ 5

แนวคิดการคัดเลือกดัชนีต่าง ๆ และเกณฑ์การคัดกรองประเด็นตัวชี้วัด

แนวคิดการคัดเลือกดัชนีต่าง ๆ

การคัดกรองร่างดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นระบบสุขภาพของไทย จำเป็นต้องมีกระบวนการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดัชนีชี้วัดที่เหมาะสม ซึ่งเมื่อนำตัวชี้วัดที่ผ่านการคัดเลือกไปใช้ดำเนินงานแล้ว จะต้องได้ผลตามกรอบและเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นจึงได้แบ่งกระบวนการออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนกรอบของการพัฒนาดัชนีและเกณฑ์คัดเลือกดัชนีชี้วัดขององค์กรระหว่างประเทศ

การทบทวนกรอบของการพัฒนาดัชนีและเกณฑ์คัดเลือกตัวชี้วัดขององค์กรระหว่างประเทศที่ใช้ในการพัฒนาดัชนีที่คล้ายกับวัตถุประสงค์ของโครงการ คือในเรื่องของระบบสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 หมวด ดังนี้

1.1 ทบทวนกรอบที่ใช้สำหรับการพัฒนาตัวชี้วัดของ SUSa

การพัฒนาตัวชี้วัดที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามและวัดความก้าวหน้าของสุขภาพและการรักษาสุขภาพในสหรัฐอเมริกามีการดำเนินงานมายาวนาน ซึ่งกรอบและแนวคิดก็ได้รับการพัฒนามาตามลำดับ State of the USA (SUSA) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาจุดประสงค์เพื่อศึกษาและจัดทำตัวชี้วัด 20 ตัว สำหรับใช้ในการติดตามและวัดผลด้านสุขภาพและการรักษาสุขภาพ

ในการพัฒนาตัวชี้วัดดังกล่าวคณะกรรมการ ได้ถูกมอบหมายให้พิจารณาในประเด็นสำคัญ ดังนี้

- 1) การให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีคุณภาพ (Availability of high-quality) ในระดับชาติ เพื่อสะท้อนถึงโครงสร้างตัวชี้วัดได้อย่างถูกต้องแม่นยำ รวมถึงข้อมูลที่สำคัญ (Important population subgroups) เช่น อายุ เพศ สถานะทางสังคม เชื้อชาติ เป็นต้น
- 2) ความน่าเชื่อถือและคุณภาพข้อมูลและแหล่งข้อมูล
- 3) ประเด็นที่สำคัญที่ผู้ใช้และผู้ต้องการใช้ใน SUSa
- 4) ตัวชี้วัดต้องมีความอ่อนไหว (Sensitive) ต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวกำหนดทางสังคมอื่น เช่น Socioeconomic หรือ สภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental conditions) หรือ นโยบายสาธารณะ (Public policies)
- 5) ตัวชี้วัดที่สามารถใช้เปรียบเทียบได้ทั้งประเทศ (Cross-country comparisons)

1.2 ทบทวนเกณฑ์คัดเลือกดัชนีชี้วัดขององค์กรระหว่างประเทศ ประกอบด้วย

- 1) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)
- 2) องค์การสหประชาชาติ (United Nation: UN)
- 3) องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD)
- 4) กลุ่มประชาคมยุโรป (European Community: EC)

โดยให้ความสำคัญสูงสุดกับเงื่อนไข 3 ประการ ได้แก่

- ความสอดคล้อง (Relevance) : ดัชนีที่ได้รับเลือกควรมีความสอดคล้องกับนโยบาย HFA เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจและสามารถติดตามความก้าวหน้าของนโยบายได้
- ความเป็นไปได้ (Feasibility) : ดัชนีที่ได้รับเลือกควรมีความเป็นไปได้ในการจัดเก็บ ซึ่งครอบคลุมทั้งเชิงเทคนิคการจัดเก็บ ต้นทุนในการจัดเก็บ และการจัดการเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล (Technical, financial and managerial feasibility)
- คัดเลือก (Selectivity) : ดัชนีใดๆ แม้มีคุณลักษณะตามเงื่อนไข 1 และ 2 อาจได้รับการคัดออก ถ้าไม่สามารถทำการจัดเก็บข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรวบรวมข้อมูลระดับชุมชน (Community level) ของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่สถานบริการสุขภาพมีไม่เพียงพอจนเป็นเหตุให้ข้อมูลอุบัติการณ์หรือความชุกที่ได้รับการเก็บรวบรวมมีน้อยจนไม่น่าเชื่อถือ

และเงื่อนไขรอง 4 ประการคือ ความตรง/ถูกต้อง (Validity) ความเที่ยง (Reliability) ความไว (Sensitivity) และความเฉพาะเจาะจง (Specificity)

2. ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการของการคัดเลือกตัวชี้วัด

จากการทบทวนเกณฑ์คัดเลือกดัชนีชี้วัดขององค์กรระดับนานาชาติทั้ง 4 องค์กร ตามข้อ 1.2 เพื่อเป็นแนวทางการคัดเลือกดัชนีชี้วัดที่เหมาะสมมาใช้ประกอบในการสร้างเกณฑ์การคัดเลือกดัชนีที่จะใช้ติดตามและประเมินความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ ซึ่งเมื่อนำดัชนีที่ผ่านการคัดเลือกไปใช้ประเมินการปฏิบัติงานแล้ว จะต้องได้ผลตามกรอบและเป้าหมายที่วางไว้ ได้แก่

- 1) การสะท้อนความเห็นของประชาชนเกี่ยวกับระบบสุขภาพ ซึ่งต้องไม่จำกัดเฉพาะความพึงพอใจคุณภาพบริการของระบบบริการสุขภาพ ปัญหาการใช้ความพึงพอใจเป็นตัวชี้วัดสถานะระบบบริการสุขภาพมีข้อจำกัด เนื่องจากความคาดหวังที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจ
- 2) สามารถนำผลที่ได้มาคาดการณ์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนและการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เช่น

- 2.1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้แก่ การกินอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ปลอดภัย
- 2.2) พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพทั้งกรณีไม่เจ็บป่วย (บริการสร้างเสริมสุขภาพ) และกรณีเจ็บป่วย (บริการรักษาพยาบาล) ทั้งการเลือกที่จะใช้หรือไม่ใช้บริการ และการเลือกสถานพยาบาล (รัฐ/เอกชน/คลินิก/โรงพยาบาล)
- 2.3) พฤติกรรมการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวม (เทียบกับรายได้) และค่าใช้จ่ายด้านสร้างเสริมสุขภาพ เทียบกับค่ารักษาพยาบาล
- 3) สามารถสะท้อนความเสี่ยง (และแนวโน้ม) ด้านสุขภาพของประชาชน โดยใช้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ
- 4) สามารถสะท้อนพฤติกรรม (และแนวโน้ม) การใช้บริการของประชาชนโดยเฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพสำคัญ ใช้ข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ เช่น ข้อมูลรายได้และการใช้จ่ายด้านสุขภาพ การรับรู้สถานะและความเสี่ยงด้านสุขภาพ และการรับรู้คุณภาพบริการของสถานพยาบาลต่างๆ
- 5) สามารถสะท้อนสมรรถนะระบบสุขภาพ (หรือระบบบริการสุขภาพ) โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องประสิทธิภาพ ความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และการตอบสนองความต้องการของประชาชน ใช้ข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ
- 6) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ

เกณฑ์การคัดกรองประเด็นตัวชี้วัด

จากการทบทวนกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ขององค์ความรู้ดังที่กล่าวมา รวมถึงกรอบธรรมาภิบาลที่เหมาะสม เมื่อนำมาพิจารณาถึงความสอดคล้องของกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของโครงการ คณะผู้วิจัยจึงได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดกรองประเด็นของตัวชี้วัด ที่จะนำมาดำเนินงานต่อไป ดังนี้

1. ประเด็นตัวชี้วัดที่หน่วยงานต่างๆ ใช้ในการวัดที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ โดยพิจารณาจากประเด็นที่มีการนำมาใช้ในการวัดกันจำนวนมาก
2. การเก็บข้อมูลจะต้องมีความเป็นไปได้ และสามารถเก็บข้อมูลได้ด้วยเวลาและงบประมาณที่เหมาะสม
3. ประเด็นตัวชี้วัดที่ไม่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของโครงการ จะถูกคัดออก เช่น ประเด็นตัวชี้วัดของการเข้าถึงและคุณภาพการศึกษา ประเด็นตัวชี้วัดทางครอบครัวบางประเด็น เช่น ความอบอุ่นภายในครอบครัว ประเด็นทางสังคม เช่น การพัฒนาชุมชน อาชญากรรม ศาสนา เป็นต้น
4. ประเด็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกรอบธรรมาภิบาล จะพิจารณาจากประเด็นที่มีผลต่อความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะผลของการจัดการของรัฐที่ส่งผลต่อประชาชน ความโปร่งใสของการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของสังคม

5. ในส่วนของดัชนีของต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์ในระดับนานาชาติ จะมีการปรับปรุงในรายละเอียดบ้างเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของไทย เช่น ประเด็น วิถีชีวิต ชนิดของโรคร้ายแรง สิทธิของผู้ป่วย ความเสี่ยง เป็นต้น

พร้อมทั้งนำประเด็นตัวชี้วัดต่างๆ ที่ผ่านการคัดกรองแล้ว มาจัดหมวดหมู่แยกตามกรอบของมิติทั้ง 4 มิติของระบบสุขภาพที่ทำการศึกษา ภายใต้บริบทของไทย ที่สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพของไทย ดังนี้

มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

1. การให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายของประชากร เช่น เข้าร่วมกิจกรรมหรือออกกำลังกายทั้งที่ปฏิบัติเองและที่จัดโดยหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ
2. การส่งเสริม สนับสนุนจากภาครัฐ เช่น พิจารณาจากสัดส่วนค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพ หรือร้อยละของเวลาหรืองบประมาณที่หน่วยบริการดำเนินการเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เป็นต้น
3. การประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแยกพิจารณาได้ในด้านต่างๆ เช่น งบประมาณรวม งบประมาณต่อสื่อแต่ละประเภท การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์โดยเจ้าหน้าที่ เป็นต้น
4. พิจารณาจากจำนวน อสม. ความรู้ของ อสม. ความต่อเนื่องของการทำงาน เป็นต้น
5. ประชากรที่มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ โดยพิจารณาจากประเด็น ค่าใช้จ่ายหรืออัตราประชากรที่บริโภค เป็นต้น
6. ความจำเป็นพื้นฐานที่ส่งผลสำคัญต่อสุขภาพ และโรคภัยโดยตรง เช่น การเข้าถึงและเพียงพอของน้ำสะอาด น้ำประปา และการบริหารจัดการขยะ เป็นต้น

มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

1. ความยืนยาวของชีวิต (LENGTH OF LIFE) เป็นประเด็นที่สามารถพิจารณาแยกเป็นตัวชี้วัดย่อยๆ ได้อีกมาก เช่น อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ปีเฉลี่ยที่หลังจากอายุ 60 หรือ อัตราส่วนประชากร อายุ 65 ปี ต่อประชากรทั้งหมด เป็นต้น
2. อัตราการเสียชีวิต (Mortality rate) ของเด็กแรกเกิด และเด็กช่วงอายุ 1-4 ปี (1-4 year mortality rate)
3. อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการมีบุตรในทุกสาเหตุ
4. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อที่สำคัญ ในที่นี้จะรวมถึงโรคเรื้อรังด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค AID วัณโรค เป็นต้น
5. อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญๆ (Morbidity rate) เช่น โรคเอดส์ โรคติดเชื้อ โรคปอดบวม เป็นต้น
6. สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากประเด็นใหญ่ๆ เช่น จำนวนผู้ป่วยจากสารพิษของการทำเกษตรกรรม หรือการวัดค่าสารพิษในอากาศบริเวณอุตสาหกรรม เป็นต้น

7. ความแข็งแรง ความสมบูรณ์ของร่างกายที่เหมาะสม โดยพิจารณาจากการวัดสภาพร่างกายตามหลักวิทยาศาสตร์ (Anthropometry) เช่น ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ การขาดสารอาหารของเด็ก เป็นต้น
8. ความรู้เบื้องต้นในการตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย เช่น ร้อยละของผู้หญิงที่รู้จักวิธีตรวจเช็คมะเร็งทรวงอกด้วยตนเองและได้ตรวจเช็คเอง เป็นต้น
9. ร้อยละของประชากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี หรือได้รับการคัดกรองโรคที่เหมาะสมตามวัย เช่น การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตของผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เป็นต้น
10. ระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การควบคุมการปนเปื้อนของสารเคมีในสินค้าอุปโภคบริโภค หรือการควบคุมมลพิษของสิ่งแวดล้อม โดยอาจจะพิจารณาจากงบประมาณด้านประชาสัมพันธ์ ช่องทางประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
11. การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ โดยพิจารณาจากจำนวนคนที่ติดเชื้อ

มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

1. อัตราโดยเฉลี่ยของประชากรที่เข้าโรงพยาบาล โดยอาจจะจำแนกเป็นหมวดย่อย เช่น จำแนกตามอายุ รายได้ ประเภทและความรุนแรงของโรค เป็นต้น
2. ด้านรายได้ต่อหัว หรือต่อครอบครัวซึ่งจะสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้อีกทางหนึ่ง
3. ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐใช้เพื่อการบริการในด้านสุขภาพ เช่น การควบคุมโรคทั้งที่ติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริมการโภชนาการที่ดี การดูแลสุขภาพขั้นต้น เป็นต้น โดยอาจจะพิจารณาในมุมต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายต่อคน หรือ % ของ GDP เป็นต้น
4. ความเพียงพอของทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข เช่น อัตราแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต่อประชากร เป็นต้น โดยต้องพิจารณาทรัพยากรบุคคลดังกล่าวให้ครบในทั้ง 3 ระดับด้วย
5. การกระจายของทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ โดยควรพิจารณาทั้งในระดับประเทศและระดับภูมิภาค เช่น ความหนาแน่นของบุคลากรในกรุงเทพฯ หรือเฉพาะหัวเมืองใหญ่ๆ เป็นต้น
6. การตัดสินใจที่จะซื้อยาเองจากร้านขายยาหรือไปสถานอนามัย โรงพยาบาล เมื่อเจ็บป่วย
7. ความเป็นธรรมในระบบสาธารณสุข ได้แก่ การที่ประชากรมีหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐาน
8. การบริการทางสาธารณสุขด้านโรงพยาบาล สถานอนามัย โดยพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น จำนวนเตียงต่อประชากร หรือต่อผู้ป่วย ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ เป็นต้น
9. การให้บริการเพื่อให้เกิดความมีสุขภาพดี ที่ถือเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน สำหรับประชากรในวัยต่างๆ เช่น หญิงมีครรภ์ควรได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานก่อนและหลังคลอด และฉีดวัคซีนครบถ้วน เด็กได้รับการฉีดวัคซีนต่างๆ ตามอายุ ผู้ใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น
10. การเข้าถึงบริการของประชาชน โดยพิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น สัดส่วนการใช้บริการตามระดับสถานบริการทั้ง 3 ระดับ อัตราส่วนหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับต่อประชากร รวมถึงต้องพิจารณาการกระจายตัวของหน่วยบริการด้วย เป็นต้น

11. ประสิทธิภาพการให้บริการ พิจารณาจากประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐต่อรายจ่ายทั้งหมดและแยกตามระดับสถานบริการ เป็นต้น โดยรายจ่ายภาครัฐ รวมถึงสวัสดิการข้าราชการรัฐวิสาหกิจ กองทุนทดแทนแรงงาน และประกันสังคมด้วย
12. ความคิดเห็นหรือการยอมรับจากการรับบริการ พิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น ร้อยละของประชาชนที่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง ระดับความพึงพอใจหลังการเข้ารับบริการ เป็นต้น
13. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภายในและภายนอกต่อคน โดยควรจะพิจารณารวมถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยชื้อยาทานเองจากร้านขายยา หรือใช้บริการตามคลินิกเอกชนด้วย
14. ระบบการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในทุกๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการของรัฐมีอะไรบ้าง ขั้นตอนการเข้ารับบริการเป็นอย่างไร บุคลากรด้านสาธารณสุขมีจำนวนเท่าไร ด้านใดบ้าง โดยอาจจะพิจารณาจากงบประมาณด้านประชาสัมพันธ์ ช่องทางประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
15. ประสิทธิภาพ ความรวดเร็วเมื่อประชาชนเข้ารับบริการ ซึ่งสามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ หรือสามารถพิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน เป็นต้น
16. ความน่าเชื่อถือของแพทย์และการเข้าถึงได้ เช่นเดียวกันกับประเด็นประสิทธิภาพ สามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ หรือสามารถพิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน เป็นต้น
17. งบประมาณด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์
18. การครอบคลุม การกระจายตัวของตัวยา ตัวอย่างเช่น ประชาชนที่ถูกกัก เมื่อไปถึงสถานเฝ้าระวังแล้ว แต่ไม่มีเซรัม เป็นต้น

มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

1. การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ โดยพิจารณาจากประเด็นต่างๆ เช่น ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นด้านความปลอดภัยที่จำเป็นบนฉลากของผลิตภัณฑ์ เช่น เครื่องหมาย อย. วันที่ผลิต วันหมดอายุของสินค้า หรือข้อควรระวังของผลิตภัณฑ์ เป็นต้น
2. จัดให้มีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและศูนย์รับเรื่องร้องทุกข์สำหรับประชาชน ประชาชนทราบหรือไม่ว่ามีศูนย์ดังกล่าว นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาจากจำนวนเรื่องที่ประชาชนร้องเรียน และจำนวนหรือสัดส่วนเรื่องที่ได้รับการแก้ไข เป็นต้น
3. ระบบฐานข้อมูล มีความครอบคลุม ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน
4. การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยพิจารณาจากสัดส่วนงบประมาณขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพ องค์กรส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์กรบริหารส่วนจังหวัดและตำบล ที่มีส่วนร่วมในการวางแผนนโยบาย และแผนเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุข มีความสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ

5. ปริมาณของผู้บริโภคที่มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภคโดยรวมและแยกตามผลิตภัณฑ์
6. สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูล (Patient right and information) โดยพิจารณาจากองค์ประกอบย่อย ดังตัวอย่างเช่น
 - กฎหมายว่าด้วยการรักษาสุขภาพ มีการบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน
 - สิทธิที่จะได้รับความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่นๆ
 - สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเอง
7. สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับการรักษาและยาที่เท่าเทียมกัน เช่น ยาที่ต่างกันระหว่างการให้สิทธิประกันสังคม บัตรทอง และคนไข้ที่ชำระเงินเอง เป็นต้น

บทที่ 6

การพัฒนาดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่น ระบบสุขภาพเบื้องต้น

บทที่ 6

การพัฒนาดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นระบบสุขภาพเบื้องต้น

ภายหลังจากการทบทวนดัชนีชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพจากข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ แล้ว คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาดัชนี ดังนี้

1. การสอบทานดัชนีชี้วัดเบื้องต้นจากประชาชน

ก่อนที่จะนำไปขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ คณะผู้วิจัยได้จัดให้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกและรับฟังความคิดเห็นประชาชน โดยจัดทำขึ้น 2 ครั้ง คือที่กรุงเทพมหานคร มีผู้เข้าร่วมประชุม 21 ราย และที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผู้เข้าร่วมประชุม 15 ราย โดยมีวัตถุประสงค์ของการดำเนินการ คือ

- (1) เพื่อสอบถามความเข้าใจและการรับรู้ของประชาชนต่อระบบสุขภาพ
- (2) เพื่อทราบมุมมองของประชาชนต่อระบบสุขภาพ
- (3) เพื่อหาแนวทางการวัดและประเมินความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพเบื้องต้นจากประชาชนเพิ่มเติม

โดยมีผลสรุปของการสัมภาษณ์เชิงลึกและความคิดเห็นของประชาชนดังนี้

1.1 ความเข้าใจและความเห็นทั่วไป

- (1) ความเชื่อมั่นโดยทั่วไป จะมีความเชื่อมโยงต่อเรื่องของการสื่อสาร กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมสัมมนาสวนมากให้ความเห็นตรงกันว่า เชื่อ/ไม่เชื่อ ดูได้จากสื่อ และดูจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขที่สื่อสารติดต่อกับประชาชน เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย
- (2) ความเข้าใจในเรื่องของระบบสุขภาพ กลุ่มประชาชนไม่เข้าใจทั้งหมดว่าหมายถึงอะไร และไม่รู้ว่ามีอำนาจดำเนินการอย่างไร เพราะไม่ได้สัมผัสโดยตรง และไม่มีอำนาจในการบริหารแต่เป็นเพียงผู้รับบริการ ซึ่งเชื่อว่าตรงนี้เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข
- (3) เวลาเจ็บป่วย หากเจ็บป่วยเล็กน้อยจะเข้าไปรับบริการที่อนามัย หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งแล้วแต่ความรุนแรงของโรค หรือความหนักเบาของโรคที่เป็นแต่ละครั้ง อย่างไรก็ตาม ทุกคนมีความเห็นร่วมกันว่า ถ้าเจ็บป่วยกะทันหันและความรุนแรง จะไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดก่อน และหากเลือกได้จะไปโรงพยาบาลเอกชนก่อน เพราะให้การบริการที่รวดเร็วกว่า
- (4) ส่วนในด้านของการให้บริการทางบุคลากรการแพทย์ ความเชื่อมั่นดูจากประสบการณ์ของแพทย์ เช่น ต้องการรักษากับแพทย์ที่มีชื่อเสียงเป็นที่รู้จัก ต้องการรักษากับแพทย์ใหญ่มากกว่าแพทย์เด็กหรือแพทย์เวร (แพทย์เล็ก) อย่างไรก็ตาม เชื่อมั่นว่าแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐมีความสามารถเท่ากับโรงพยาบาลของเอกชนและคลินิก เพราะแพทย์เป็นคนเดียวกัน ซึ่งประเด็นนี้ให้เหตุผลว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องของการให้บริการ เช่น ความสะดวกรวดเร็ว การพุดจา และสถานที่ เป็นต้น

1.2 ประเด็นระบบสุขภาพตามความเข้าใจประชาชน

- (1) ประชาชนทั่วไปไม่เข้าใจว่าคืออะไรบ้างในรายละเอียดของคำว่าระบบ แต่เข้าใจว่าน่าจะหมายถึง ความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่ดี เช่นเกี่ยวกับด้านการออกกำลังกาย
- (2) สุขภาพร่างกายแข็งแรง ทำอะไรได้ เท่ากับระบบสุขภาพในความหมายของชาวบ้าน ซึ่งสำหรับชาวบ้านแล้ว การทำงานแล้วแข็งแรงดี ก็เป็นการออกกำลังกายแล้ว
- (3) น่าจะหมายถึง 4 อ. คือ อาหาร อากาศ ออกกำลังกาย และอารมณ์

สรุปได้ว่า ถ้าใช้คำว่า “ระบบ” สุขภาพ ประชาชนจะไม่เข้าใจว่าคืออะไร เพราะเป็นคำใหญ่ที่มีองค์ประกอบมาก (ตามความหมายของนักวิชาการซึ่งชาวบ้านไม่รู้) ชาวบ้านหรือประชาชนจึงไม่สามารถตอบได้ว่าระบบสุขภาพในความหมายนี้คืออะไร ซึ่งนำไปสู่ปัญหาที่ว่า จะให้ระบุว่าความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชนคืออะไรนั้นทำไมได้ครอบคลุม เพราะไม่รู้วาระบบสุขภาพคืออะไรบ้าง ใครรับผิดชอบบ้าง (สรุปก็คือ ประชาชนจะให้ความเชื่อมั่นจากสิ่งที่สัมผัสกับตัวเขาเหล่านั้นเป็นสำคัญ ดังนั้นสิ่งที่สัมผัสกับเขาเหล่านั้นจึงน่าจะเป็นตัวสะท้อนถึงระบบสุขภาพที่สะท้อนถึงการจัดการตามหน้าที่ขององค์กรต่างๆ ที่สะท้อนถึงความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ)

1.3 ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ ตัดสินได้จากเหตุผลใด

- (1) ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสร้างเสริมสุขภาพ พิจารณาจาก
 - ประชาชนได้รับความช่วยเหลือในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย และการให้เจ้าหน้าที่ของรัฐลงมาดูแลสุขภาพประชาชนมากขึ้นเท่าใด
 - การให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ อสม. กับประชาชน
 - การทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ว่ามีความต่อเนื่องเพียงใด เช่น การออกมาแนะนำการออกกำลังกาย มีเจ้าหน้าที่ออกมาแนะนำเพียงครั้งเดียวแล้วไม่มีมาอีกเลย
 - การรณรงค์ด้านสุขภาพ
 - การประชาสัมพันธ์ และการให้ความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ของหน่วยงานรัฐระดับต่างๆ จนถึง อสม.
- (2) ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบป้องกันและควบคุมโรค พิจารณาจาก
 - การสื่อสารและการให้ความรู้ต่อประชาชน ผ่าน อสม. หรือสื่อประชาสัมพันธ์อื่นๆ
 - กระบวนการควบคุมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การปนเปื้อนสารเคมีในสินค้า อาหาร หรือสิ่งแวดล้อม
 - การให้ข่าวสารในเรื่องสุขภาพ จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์
 - การปฏิบัติที่เป็นประจักษ์ คือ ต้องทำให้เห็น ให้รู้ว่ามี การดำเนินการอย่างไร
 - ขั้นตอนและมาตรการของการปฏิบัติที่แท้จริงที่วัดผลได้

- แผนหรือมาตรการสำรอง ตลอดจนแผนล่วงหน้าในการจัดการปัญหาแม้ว่ายังไม่เกิดปัญหาในประเทศ เช่น ไข้หวัด 2009
- การเป็นโรคต้องไม่เพิ่มขึ้น

(3) ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบบริการสาธารณสุข พิจารณาจาก

- การดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้าไปใช้บริการการรักษาในสถานพยาบาล
- บุคลากรที่พอเพียงต่อการให้บริการ ทั้งแพทย์ พยาบาล ฯลฯ
- ความชำนาญเฉพาะทางของแพทย์
- เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ มองว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่จะดีกว่า
- ระยะเวลาในการให้บริการของโรงพยาบาลรัฐเปรียบเทียบกับเอกชน
- ไม่ได้ดูที่ HA หรือ ISO
- ผู้ป่วยเมื่อใดสามารถหาแพทย์ได้ทันที
- จำนวนสถานที่ที่ให้บริการประชาชน และผู้ปฏิบัติงานประจำการตลอดเวลา
- มาตรฐานการให้บริการที่ไม่เท่ากัน และการบริการทางยาไม่เท่ากัน เช่น เซรุ่ม ไม่มีทุกสถานีนอyman
- ความสะอาดของสถานที่ในการให้บริการ และการให้บริการของพนักงาน

(4) ความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพ พิจารณาจาก

- การไม่มีปัญหาเรื่องเงินเมื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ
- ผลงานของหน่วยงานรัฐในด้านการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของสินค้าที่มีผลกระทบต่อผู้บริโภค เช่น อย.
- การได้รับยาที่แตกต่างกันของบัตรทอง ประกันสังคม และคนไข้แบบปกติ
- ระบบประกันสังคมแบ่งเกรดคนไข้ (ตัวอย่างในโรงพยาบาลเอกชน)
- ไม่เชื่อมั่นในระบบคุ้มครอง เมื่อมีการแยกการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่เข้าไปรับการรักษา เช่น บัตรทอง ประกันสังคม การประกันสุขภาพจาก AIA (สะท้อนถึงความสัมพันธ์ของการให้ผลประโยชน์/การบริหารจัดการของรัฐกับโรงพยาบาลเอกชน)
- การปฏิบัติการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นระบบในการคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพ
- ความรู้ความสามารถของ อสม.

และจากผลของการสัมภาษณ์เชิงลึกนี้ คณะผู้วิจัยได้นำประเด็นตัวชี้วัดที่ประชาชนมีความคิดเห็นว่าจะพิจารณาเมื่อกล่าวถึงความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพมาเพิ่มเติมจากการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิเพิ่มขึ้นในแบบสอบถามสำหรับขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อขอความคิดเห็นต่อไป

ประเด็นคำถามที่ใช้ในการจัดทำดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชน
ต่อระบบสุขภาพของไทย

ประเด็นคำถามที่ใช้ในการจัดทำดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพของไทย ซึ่งทางโครงการใคร่ขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยจำแนกออกเป็น 3 หัวข้อหลัก ได้ดังนี้

1. ความเห็นและมุมมองของท่านในการวัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ

(น่าจะวัดด้วยประตืนใดและอย่างไรบ้าง ถึงจะสะท้อนถึงความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ
ได้)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

2. ความคิดเห็นของท่านในแต่ละมิติของระบบสุขภาพตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ท่านคิดว่า ควรให้น้ำหนักในแต่ละมิติอย่างไร โดยกำหนดจากมากที่สุดเท่ากับ 4 น้อยที่สุดเท่ากับ 1 (ให้น้ำหนักเท่ากันได้)

มิติ		4	3	2	1
1	ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ				
2	ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ				
3	ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ				
4	ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค				

3. ประเด็นเบื้องต้นที่สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพของไทยที่จะขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

ประเด็นดังกล่าวนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของทั้งในประเทศและจากต่างประเทศในด้านความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ รวมถึงจากการสัมมนาเชิงลึกจากภาคประชาชน โดยแบ่งออกเป็น 4 มิติ ทั้งนี้ท่านมีความคิดเห็นว่ามีเหมาะสมเพียงพอหรือไม่ อย่างไร พร้อมทั้งกรุณานำน้ำหนักความสำคัญของแต่ละประเด็น (กำหนดมากที่สุดเท่ากับ 5 และน้อยที่สุดเท่ากับ 1) รวมถึงข้อเสนอแนะในแต่ละมิติ

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ						
1.1	คุณภาพของ อสม. พิจารณาจาก - จำนวน อสม. ความรู้ของ อสม. ความต่อเนื่องของการทำงาน - การพัฒนาศักยภาพชุมชน					
1.2	การให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายของประชากร เช่น - การเข้าร่วมกิจกรรมหรือออกกำลังกายที่จัดโดยหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ - ค่าใช้จ่ายของประชาชนด้านการส่งเสริมออกกำลังกายและสร้างเสริมสุขภาพ - ชุมชนได้รับงบประมาณสนับสนุน					
1.3	การประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแยกพิจารณาได้ในด้านต่างๆ เช่น - งบประมาณและการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ระยะยาวโดยเจ้าหน้าที่ เป็นต้น - ความถี่และความต่อเนื่องของการประชาสัมพันธ์ การติดตามผลงาน และการประเมินผลงาน					
1.4	การส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐ เช่น - สัดส่วนค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพ - ร้อยละของเวลาหรืองบประมาณที่หน่วยบริการดำเนินการเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เป็นต้น - การเข้าถึงและเพียงพอในบริการส่งเสริมสุขภาพ - การสนับสนุนกิจกรรมโดยภาครัฐ					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ						
2.1	การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ - พิจารณาจากจำนวนคนที่ติดเชื้อ					
2.2	ระบบการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น - การควบคุมการปนเปื้อนของสารเคมีในสินค้าอุปโภคบริโภค - การควบคุมมลพิษของสิ่งแวดล้อม - การพัฒนาระบบป้องกันความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยอาจจะพิจารณาจากงบประมาณด้านประชาสัมพันธ์ ช่องทางประชาสัมพันธ์ เป็นต้น					
2.3	สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากประเด็นใหญ่ๆ เช่น - จำนวนผู้ป่วยจากสารพิษของการทำเกษตรกรรม - ค่าสารพิษในอากาศบริเวณอุตสาหกรรม - อุบัติเหตุทางการจราจร - ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ - ระบบการป้องกันของรัฐ - การสนับสนุนการจัดการของภาครัฐ เป็นต้น					
2.4	ความรู้เบื้องต้นในการตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย เช่น - ร้อยละของผู้หญิงที่รู้จักวิธีตรวจเช็คมะเร็งทรวงอกด้วยตนเอง เป็นต้น - ร้อยละของประชากรที่รู้ว่าตนเองแพ้ยา ติดเชื้อ หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงในการคลอด เป็นต้น					
2.5	ร้อยละของประชากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี					
2.6	อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อที่สำคัญ ในที่นี้จะรวมถึงโรคเรื้อรังด้วย เช่น - โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค AID วัณโรค เป็นต้น					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ						
3.1	อัตราประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐาน					
3.2	ความคิดเห็นหรือการยอมรับจากการรับบริการ พิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - ร้อยละของประชาชนที่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง - ระดับความพึงพอใจหลังการเข้ารับบริการ - เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจเรื่องมาตรฐานบริการ หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นสามารถร้องเรียนได้ ระบบตรวจสอบคุณภาพมีประสิทธิภาพ เป็นต้น					
3.3	ความเพียงพอและการกระจายของทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข เช่น - อัตราแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต่อประชากร เป็นต้น โดยต้องพิจารณาทรัพยากรบุคคลดังกล่าวให้ครบในทั้ง 3 ระดับด้วย					
3.4	ประสิทธิภาพ ความรวดเร็วเมื่อประชาชนเข้ารับบริการ ซึ่งสามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ หรือสามารถพิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน เป็นต้น					
3.5	ความพอเพียงการบริการทางสาธารณสุขด้านโรงพยาบาล สถานอนามัย โดยพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น - จำนวนเตียงต่อประชากร หรือต่อผู้ป่วย - ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอในสภาวะฉุกเฉิน					
3.6	ความน่าเชื่อถือของแพทย์และการเข้าถึงได้ - พิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน - พิจารณาได้โดยตรงจากความเห็นของผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาจากจำนวนคนไข้ประจำ เป็นต้น					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
3.7	อัตราการตัดสินใจที่จะซื้อยาเองจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ไปสถานอนามัย โรงพยาบาล					
3.8	การให้บริการเพื่อให้เกิดความมีสุขภาพดีที่ถือเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น - หญิงมีครรภ์ควรได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังคลอด และฉีดวัคซีนครบถ้วน - เด็กได้รับการฉีดวัคซีนต่างๆ ตามอายุ - ผู้ใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น					
3.9	การเข้าถึงบริการของประชาชน โดยพิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - สัดส่วนการให้บริการตามระดับสถานบริการทั้ง 3 ระดับ - อัตราส่วนหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับต่อประชากร รวมถึงต้องพิจารณาการกระจายตัวของหน่วยบริการด้วย - ความพอเพียง - ความเป็นธรรม เป็นต้น					
3.10	ระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการของรัฐมีอะไรบ้าง ขั้นตอนการเข้ารับบริการเป็นอย่างไร บุคลากรด้านสาธารณสุขมีจำนวนเท่าไร ด้านใดบ้าง โดยอาจจะพิจารณาจากงบประมาณด้านประชาสัมพันธ์ ช่องทางประชาสัมพันธ์ เป็นต้น					
3.11	ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐใช้เพื่อการบริการในด้านสุขภาพ เช่น - การควบคุมโรคทั้งที่ติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริมการโภชนาการที่ดี การดูแลสุขภาพ - การยกระดับมาตรฐานการรักษา					
3.12	ด้านรายได้ต่อหัวหรือต่อครัวเรือนซึ่งจะสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้อีกทางหนึ่ง					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค						
4.1	การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ โดยพิจารณาจากประเด็นต่างๆ เช่น - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นด้านความปลอดภัยที่จำเป็นบนหลากหลายของผลิตภัณฑ์ เช่น เครื่องหมาย อย. วันที่ผลิต วันหมดอายุของสินค้า หรือข้อควรระวังของผลิตภัณฑ์ - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นของระบบป้องกันความเสียหาย - การให้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นต้น					
4.2	การมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและศูนย์รับเรื่องทุกข์สำหรับประชาชน - ประชาชนทราบหรือไม่ว่ามีศูนย์ดังกล่าว - สิทธิในการร้องเรียน - เรื่องที่ประชาชนร้องเรียน และจำนวนหรือสัดส่วนเรื่องที่ได้รับการแก้ไข - ระบบฐานข้อมูล มีความครอบคลุม ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - ประสิทธิภาพของศูนย์และระบบรองรับ					
4.3	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การรักษาและตัวยาที่เท่าเทียมกัน - ตัวยาที่ต่างกันระหว่างการให้สิทธิประกันสังคม บัตรทอง และคนไข้ที่ชำระเงินเอง - สิทธิที่จะได้รับบริการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน เป็นต้น					
4.4	สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูล โดยพิจารณาจากองค์ประกอบย่อย ดังตัวอย่างเช่น - กฎหมายว่าด้วยการรักษาสุขภาพ มีการบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน - สิทธิที่จะได้รับความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นๆ - สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างทันท่วงทีเมื่อได้รับความเสียหาย					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
	- ผลบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง					
4.5	อัตราส่วนของผู้บริโภคที่มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภคโดยรวมและแยกตามผลิตภัณฑ์					
4.6	การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยพิจารณาจาก - สัดส่วนงบประมาณขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพ - เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดและตำบล ที่มีส่วนร่วมในวงนโยบาย และแผนเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุข - ความสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรักษา พยาบาล การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ - องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมได้เสียอย่างแท้จริงของประชาชนที่เข้าไปมีส่วนร่วม					
4.7	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับการคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหาย - สิทธิที่จะได้ค่าชดเชยความเสียหาย - สิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาว					
4.8	กฎในการตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพ - บุคลากรทางการสาธารณสุข - เครื่องมือ - เวชภัณฑ์					
ข้อเสนอแนะ						

2 การขอความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

เมื่อมีประเด็นตัวชี้วัดของความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น คณะผู้วิจัยได้นำประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าว มาขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของไทย ที่มีประสบการณ์หลากหลาย เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมที่จะส่งผลต่อความเชื่อมั่นของประชาชน โดยมีรายชื่อนามผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

- | | | |
|----------------------|---------------|---|
| (1) นายแพทย์พินิจ | ผู้อำนวยการ | ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ |
| (2) นายแพทย์พลเดช | ปิ่นประทีป | เลขาธิการสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา |
| (3) นางปริญญ์ | ลือเสริมวัฒนา | ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ |
| (4) นางไสว | เกียรติกมล | ประธาน อสม. อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี |
| (5) นายแพทย์เฉลิมชัย | ชูเมือง | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) |
| (6) แพทย์หญิงสมนึก | ศิริสุวรรณ์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) |
| (7) รศ.ดร.ปัทมา | ว่าพัฒนางศ์ | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| (8) นางสาวสาลี | อ่องสมหวัง | เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| (9) แพทย์หญิงประนอม | คำเที่ยง | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี |

ซึ่งจากการให้คำปรึกษามีการเพิ่มและลดประเด็นที่จะใช้ในการวัดความเชื่อมั่นระบบสุขภาพ และสามารถจัดกลุ่มเพื่อให้ประชาชนเกิดมุมมองกับความเชื่อมั่นดังกล่าวเป็นระบบมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงระบบสุขภาพได้สะดวกมากขึ้น โดยได้แบ่งออกเป็น 3 มุมมองหลัก ในแต่ละมิติของระบบ คือ

- (1) ความเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ
- (2) ความเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพของรัฐ
- (3) ความเชื่อมั่นต่อผลของระบบสุขภาพที่ประชาชนจะได้รับจากรัฐ

โดยสามารถสรุปได้ตามมิติของ 4 ระบบสุขภาพ ดังนี้

มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ		
1.1	นโยบายรัฐ	
1.1.1	การประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแยกการพิจารณาได้ในด้านต่างๆ เช่น - งบประมาณและการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ระยะยาวโดยเจ้าหน้าที่ เป็นต้น - ความถี่และความต่อเนื่องของการประชาสัมพันธ์ การติดตามผลงาน และการประเมินผลงาน	
1.1.2	นโยบายด้านการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์	
1.1.3	การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการ	
1.1.4	การส่งเสริมการออกกำลังกาย	
1.1.5	การให้ความสำคัญต่อการรณรงค์	
1.1.6	การสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชน	
1.1.7	สัดส่วนค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพ	
1.1.8	การสนับสนุนกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพโดยภาครัฐ	
1.2	การบริหารจัดการ	
1.2.1	เวลาหรืองบประมาณที่หน่วยบริการของรัฐดำเนินการเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน	
1.2.2	อัตราการใช้สารเคมีในภาคการเกษตร	
1.2.3	การพิจารณาคุณภาพของ อสม. - จำนวน อสม. ความรู้ของ อสม. ความต่อเนื่องของการทำงาน - การพัฒนาศักยภาพชุมชน	
1.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ	
1.3.1	การเข้าถึงและเพียงพอในบริการส่งเสริมสุขภาพ	
1.3.2	การเข้าร่วมกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ที่จัดโดยหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ	
1.3.3	ค่าใช้จ่ายของประชาชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ	
1.3.4	การเข้าถึงและเพียงพอของน้ำสะอาด น้ำประปา และการจัดการขยะมูลฝอย	
1.3.5	การบริโภคอาหารที่มีสารเคมีปนเปื้อน ไม่ออกกำลังกาย	
1.3.6	ค่าใช้จ่ายหรืออัตราประชากรที่บริโภค เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น	

มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ		
2.1	นโยบายรัฐ	
2.1.1	ระบบการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น - การควบคุมการปนเปื้อนของสารเคมีในสินค้าอุปโภคบริโภค - การควบคุมมลพิษของสิ่งแวดล้อม - การพัฒนาระบบป้องกันความเสียหายจากการรับบริการของประชาชน	
2.2	การบริหารจัดการ	
2.2.1	ความรู้เบื้องต้นในการตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย เช่น - ร้อยละของผู้หญิงที่รู้จักวิธีตรวจเช็คมะเร็งทรวงอกด้วยตนเอง เป็นต้น - ร้อยละของประชากรที่รู้ว่าตนเองแพ้ยา ติดเชื้อ หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น	
2.2.2	ร้อยละของประชากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	
2.2.3	การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ - พิจารณาจากจำนวนคนติดเชื้อ	
2.2.4	สภาพความแข็งแรง ความสมบูรณ์ของเด็ก เช่น - ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม - ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ - การขาดสารอาหารของเด็ก - ร้อยละของเด็กที่บาดเจ็บหลังคลอด - ร้อยละของเด็กที่พิการถาวร-ชั่วคราวหลังคลอด - อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิด และอัตราการเสียชีวิตเด็กช่วงอายุ 1-4 ปี	
2.2.5	อัตราการป่วยด้วยโรคสุขภาพจิต	
2.2.6	อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการมีบุตร	
2.2.7	ความปลอดภัยจากโรคระบาด	
2.2.8	อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อที่สำคัญ ในที่นี้จะรวมถึงโรคเรื้อรังด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค AID วัณโรค เป็นต้น	
2.2.9	อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญๆ (Morbidity rate) เช่น โรคเอดส์ โรคติดเชื้อ โรคปอดบวม เป็นต้น	
2.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ	
2.3.1	ความยืนยาวของชีวิต เช่น - อายุขัยเฉลี่ย - อัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ต่อประชากรทั้งหมด	

มติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ (ต่อ)		
	2.3.2	สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากประเด็นใหญ่ๆ เช่น - จำนวนผู้ป่วยจากสารพิษของการทำเกษตรกรรม - ค่าสารพิษในอากาศบริเวณอุตสาหกรรม - อุบัติเหตุทางการจราจร
	2.3.3	ความเพียงพอต่อการตรวจป้องกันโรคของประชาชน

มติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ		
3.1	นโยบายรัฐ	
	3.1.1	นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐาน
	3.1.2	ระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการของรัฐ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นต้น
	3.1.3	นโยบายด้านงบประมาณด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์
3.2	การบริหารจัดการ	
	3.2.1	ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐใช้เพื่อการบริหารในด้านสุขภาพ เช่น - การควบคุมโรคทั้งที่ติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริมการโภชนาการที่ดี การดูแลสุขภาพ - การยกระดับมาตรฐานการรักษา
	3.2.2	ประสิทธิภาพ ความรวดเร็วเมื่อประชาชนเข้ารับบริการ ซึ่งสามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ
	3.2.3	ความเพียงพอการบริการทางสาธารณสุขด้านโรงพยาบาล สถานอนามัย โดยพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น - จำนวนเตียงต่อประชากร หรือต่อผู้ป่วย - ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอในสถานะฉุกเฉิน
	3.2.4	ความเพียงพอและการกระจายของทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข เช่น อัตราแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต่อประชากร เป็นต้น โดยต้องพิจารณาทรัพยากรบุคคลดังกล่าวให้ครบในทั้ง 3 ระดับด้วย
	3.2.5	การให้บริการเพื่อให้เกิดความมีสุขภาพดีที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น - หญิงมีครรภ์ควรได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานก่อนและหลังคลอด และฉีดวัคซีนครบถ้วน - เด็กได้รับการฉีดวัคซีนต่างๆ ตามอายุ - ผู้ใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น
	3.2.6	ประสิทธิภาพการให้บริการ พิจารณาจากประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องต่างๆ - สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐต่อรายจ่ายทั้งหมดและแยกตามระดับสถานบริการ - การติดตามภายหลังการรักษา - ความทั่วถึง - เครื่องมือและยามีคุณภาพ โดยรายจ่ายภาครัฐ รวมถึงสวัสดิการข้าราชการรัฐวิสาหกิจ กองทุนทดแทนแรงงานและประกันสังคม
	3.2.7	การครอบคลุม การกระจายตัวของยา

มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ (ต่อ)	
3.2.8	อัตราโดยเฉลี่ยของประชากรที่เข้าโรงพยาบาล โดยอาจจะจำแนกเป็นหมวดย่อย เช่น - จำแนกตามอายุ รายได้ - ประเภทและความรุนแรงของโรค - จำแนกตามสิทธิประโยชน์ - จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น
3.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ
3.3.1	ประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพและสามารถใช้บริการได้ตามสิทธิ (บัตรทอง 30 บาท บัตรประกันสังคมสวัสดิการข้าราชการ)
3.3.2	อัตราการตัดสินใจที่จะซื้อยาเองจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ไปสถานีนานามัย โรงพยาบาล
3.3.3	ความคิดเห็นหรือการยอมรับจากการรับบริการ พิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - ร้อยละของประชาชนที่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง - ระดับความพึงพอใจหลังการเข้ารับบริการ - เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจเรื่องมาตรฐานบริการ หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นสามารถร้องเรียนได้ ระบบตรวจสอบคุณภาพมีประสิทธิภาพ เป็นต้น
3.3.4	ความน่าเชื่อถือของแพทย์และการเข้าถึงได้ - พิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน - พิจารณาได้โดยตรงจากความเห็นของผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาจากจำนวนคนไข้ประจำ เป็นต้น
3.3.5	การเข้าถึงบริการของประชาชน โดยพิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - สัดส่วนการใช้บริการตามระดับสถานบริการทั้ง 3 ระดับ - อัตราส่วนหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับต่อประชากร รวมถึงต้องพิจารณาการกระจายตัวของหน่วยบริการด้วย - ความพอเพียง และความเป็นธรรม เป็นต้น
3.3.6	รายได้ต่อหัวหรือต่อครัวเรือนซึ่งทำให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้
3.3.7	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยซื้อยาทานเองจากร้านขายยา หรือใช้บริการตามคลินิกเอกชน
3.3.8	ความเท่าเทียมกันและการเข้าถึงระบบ โดยสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่กังวลคุณภาพและค่าใช้จ่าย

มติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค		
4.1	นโยบายรัฐ	
4.1.1	การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ โดยพิจารณาจากประเด็นต่างๆ เช่น	- ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นด้านความปลอดภัยที่จำเป็นบนฉลากของผลิตภัณฑ์ เช่น เครื่องหมาย ออ. วันที่ผลิต วันหมดอายุของสินค้า หรือข้อควรระวังของผลิตภัณฑ์ - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นของระบบป้องกันความเสียหาย - การให้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นต้น
4.1.2	นโยบายด้านควบคุมคุณภาพอาหารและยา และการตรวจสอบ	- สถานบริการสาธารณสุข - บุคลากรทางการแพทย์ - เครื่องมือ - เวชภัณฑ์
4.1.3	การมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น	- สัดส่วนงบประมาณขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพ - เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดและตำบล ที่มีส่วนร่วมในวางแผน เกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุข - ความสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรักษา พยาบาล การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ - องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมได้เสียอย่างแท้จริงของประชาชนที่เข้าไปมีส่วนร่วม
4.2	การบริหารจัดการ	
4.2.1	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การรักษาและยาที่เท่าเทียมกัน	- ยาที่ต่างกันระหว่างการให้สิทธิประกันสังคม บัตรทอง และคนไข้ที่ชำระเงินเอง - สิทธิที่จะได้รับบริการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน เป็นต้น
4.2.2	สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูล เช่น	- กฎหมายว่าด้วยการรักษาสุขภาพ มีการบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน - สิทธิที่จะได้รับความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่นๆ - สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างทันท่วงทีเมื่อได้รับความเสียหาย - ผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
4.2.3	อัตราส่วนของผู้บริโภคที่มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภค	

มติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค (ต่อ)		
4.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ	
	4.3.1	การมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและศูนย์รับเรื่องทุกข์สำหรับประชาชน - ประชาชนทราบหรือไม่ว่ามีศูนย์ดังกล่าว - สิทธิในการร้องเรียน - เรื่องที่ประชาชนร้องเรียน และจำนวนหรือสัดส่วนเรื่องที่ได้รับการแก้ไข - ระบบฐานข้อมูล มีความครอบคลุม ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - ประสิทธิภาพของศูนย์และระบบรองรับ
	4.3.2	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับจากการคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหาย - สิทธิที่จะได้ค่าชดเชยความเสียหาย - สิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาว

3 การขอความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่น

นอกจากการขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านระบบสุขภาพแล้ว คณะผู้วิจัยได้ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญและทีมงานที่ดำเนินการด้านการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงแนวทางในการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นของประชาชน พร้อมทั้งได้ทบทวนวิธีการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นของสถาบันต่างๆ เพิ่มเติม ดังนี้

- (1) ดัชนีความเชื่อมั่นภาคอุตสาหกรรม : สมาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
- (2) ดัชนีความเชื่อมั่นของผู้ประกอบการธุรกิจพัฒนาที่อยู่อาศัย : ศูนย์ข้อมูลอสังหาริมทรัพย์ ธนาคารอาคารสงเคราะห์
- (3) ดัชนีความเชื่อมั่นผู้บริโภค : ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

โดยได้ปรึกษาแนวทางในการจัดทำดัชนีและข้อเสนอแนะ ในประเด็นดังนี้

3.1 หลักการการตั้งประเด็นคำถามในการจัดทำดัชนี มีหลักการและข้อเสนอแนะคือ

- (1) จำนวนคำถามไม่ควรมีจำนวนมากเกินไป เพราะจะทำให้ขาดความสนใจในการตอบและไม่ควรมากกว่า 20 คำถาม
- (2) ควรเป็นคำถามที่ง่ายต่อการพิจารณาของผู้ตอบคำถาม
- (3) ประเด็นในรายละเอียดหรือทางเทคนิค ควรจะนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนผลของดัชนีมากกว่านำมาถาม

3.2 หลักการในการกำหนดคำตอบด้านความเชื่อมั่น มีหลักการและข้อเสนอแนะคือ

- (1) คำตอบด้านความเชื่อมั่น จะเป็นความรู้สึกกับสิ่งที่ได้รับในปัจจุบันและความคาดหวังในอนาคต เพราะจะสัมผัสได้ใกล้เคียงกว่า
- (2) คำตอบของความเชื่อมั่นควรถามในเชิงเพิ่มขึ้น ลดลง หรือเท่าเดิม มากกว่าแบ่งเป็นคะแนน เพราะการให้คะแนนแต่ละบุคคลจะมีมาตรฐานที่แตกต่างกัน

3.3 หลักการในการกำหนดตัวแทนกลุ่มประชากรในการวัดความเชื่อมั่น มีหลักการและข้อเสนอแนะคือ

- (1) ควรจัดแบ่งกลุ่มข้อมูลตามความต้องการคำตอบและวัตถุประสงค์ไว้ล่วงหน้า เพื่อจะแสดงผลตามกลุ่มนั้นๆ ได้
- (2) ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นกลุ่มเดิมในการสอบถามในแต่ละครั้ง เพราะข้อมูลที่ได้รับจะเสถียรมากขึ้น
- (3) ขนาดของตัวอย่างไม่ควรต่ำกว่า 400 ตัวอย่าง
- (4) ถ้าไม่สามารถกำหนดให้ผู้ตอบเป็นกลุ่มเดิมได้ ก็ให้ใช้ช่องทางในการส่งแบบสอบถามเดิมเพื่อให้ใกล้เคียงกับกลุ่มเดิมมากที่สุด

3.4 หลักการในการกำหนดการคำนวณดัชนี มีหลักการและข้อเสนอแนะคือ

การให้คะแนนของคำตอบเพื่อกำหนดค่าดัชนี ควรกำหนดให้ง่ายเพื่อสรุปผลค่าดัชนีได้ง่าย เช่น 200, 100, 0 หรือ 1, 0.5, 0 ของการตอบเพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดลง

3.5 หลักการในการกำหนดการส่งแบบสอบถามและรับแบบสอบถาม มีหลักการและข้อเสนอแนะคือ

- (1) ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ควรส่งแบบสอบถามให้ผู้ตอบได้รับในเวลาใกล้เคียงกัน และใช้เวลาในการเก็บแบบสอบถามให้รวดเร็ว เพราะอาจจะมีปัจจัยที่กระทบต่อความเชื่อมั่นอาจเปลี่ยนแปลงไป
- (2) ควรกำหนดเครือข่าย สถานที่ ให้ช่วยรับผิดชอบในการตอบแบบสอบถามให้ชัดเจน จะได้ช่วยดำเนินการได้ถูกต้องและรวดเร็ว
- (3) แบบสอบถามควรใช้หลายช่องทางช่วย เช่น สถานพยาบาล เครือข่าย อสม. Website หรือ โทรศัพท์สอบถาม

3.6 การวิเคราะห์ผลดัชนี มีหลักการและข้อเสนอแนะคือ

- (1) ควรให้ผลดัชนีออกมาเพิ่มขึ้นหรือลดลงเป็นร้อยละ เพราะจะทำให้เข้าใจง่าย
- (2) มีการวิเคราะห์และแสดงผลตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
- (3) มีการถ่วงน้ำหนักตามความสำคัญของมิติต่างๆ
- (4) การเปรียบเทียบดัชนีในแต่ละครั้ง เป็นการเปรียบเทียบระหว่างร้อยละของการเพิ่มขึ้นหรือลดลง ไม่ใช่เป็นการเปรียบเทียบดัชนีของแต่ละช่วงเวลา

3.7 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- (1) การแบ่งกลุ่มตัวอย่างควรแยกตามพื้นที่ เช่น ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น เพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการปรับปรุงแก้ไขได้
- (2) ควรแยกกลุ่มประชากรย่อยออกตามมาตรฐานที่ได้รับการบริการ เช่น อยู่ในประกันสังคม หรือนอกประกันสังคม เป็นต้น
- (3) ช่องทางของการตอบแบบสอบถาม ควรจะแยกเป็นสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัย เป็นต้น

4 การสัมภาษณ์เชิงลึกจากภาคประชาชน

จากการได้รับคำแนะนำและได้รับคำปรึกษาในการวัดความเชื่อมั่นระบบสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ และสามารถจัดกลุ่มเพื่อให้ประชาชนเกิดมุมมองกับความเชื่อมั่นดังกล่าวเป็นระบบมากยิ่งขึ้นแล้ว คณะผู้วิจัยได้ทำการไปสอบถามประชาชนให้พิจารณาเกณฑ์และประเด็นชี้วัดความเชื่อมั่นระบบสุขภาพในมุมมองและความรู้สึกของประชาชน โดยวิธีการจัดสัมมนาเชิงลึก (Focus Group) ใน 4 ภูมิภาค ดังนี้

- ภาคเหนือ ที่จังหวัดเชียงใหม่
- ภาคใต้ ที่จังหวัดระนอง
- ภาคกลางและภาคตะวันออก ที่จังหวัดระยอง
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่จังหวัดขอนแก่น

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแทนภาคประชาชนจากกลุ่มต่างๆ ในแต่ละภูมิภาค มีดังนี้

- ข้าราชการ
- ครู อาจารย์
- นักศึกษา
- ผู้ประกอบอาชีพอิสระ
- นักธุรกิจ เจ้าของกิจการ
- ชาวบ้าน เกษตรกร

ซึ่งสามารถสรุปมุมมองของภาคประชาชนต่อความเชื่อมั่นระบบสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็นประเด็น
มุมมองหลักได้ 3 ประเด็นดังนี้คือ

- (1) ความเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ
- (2) ความเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพของรัฐ
- (3) ความเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ

ซึ่งในแต่ละมุมมองนี้จะอยู่ในทุกมิติของระบบสุขภาพทั้ง 4 มิติ ที่ทำการศึกษา โดยสามารถสรุปดังนี้

4.1 มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ

ประชาชนจะให้ความสำคัญของความเชื่อมั่นในระบบการสร้างเสริมสุขภาพในประเด็นมุมมองหลักคือ

- ความเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุดคือ

- การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องหลัก
 - การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย
 - การสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐ
- ความเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพของรัฐ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการของรัฐ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุดคือ
 - คุณภาพและการยอมรับต่อผู้ทำหน้าที่ อสม.
 - การติดตามประเมินผลโครงการกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุง
 - ความเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุด คือ
 - การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมของภาครัฐ
 - การเข้าถึงและเพียงพอในบริการของรัฐทางด้านน้ำสะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย เป็นต้น
 - ประชาชนมีสำนึกและให้ความสำคัญต่อสุขภาพ

4.2 มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ประชาชนจะให้ความสำคัญของความเชื่อมั่นในระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในประเด็นมุมมองหลักคือ

- ความเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุดคือ
 - การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ในการป้องกันและควบคุมโรค
- ความเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพของรัฐ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการของรัฐ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุดคือ
 - วิธีการ มาตรการ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค
 - วิธีการ มาตรการ ในการควบคุมมลพิษ สารปนเปื้อน
 - ความปลอดภัยจากโรคระบาด
 - การติดตาม ประเมินผลโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุง

- ความเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุด คือ
 - สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ
 - ความเพียงพอต่อการตรวจป้องกันโรคของประชาชน

4.3 มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

ประชาชนจะให้ความสำคัญของความเชื่อมั่นในระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพในประเด็นมุมมองหลัก คือ

- ความเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุดคือ
 - นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐาน
- ความเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพของรัฐ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการของรัฐ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุดคือ
 - ความรวดเร็วและประสิทธิภาพของการบริการ
 - ความเพียงพอและการกระจายของสถานบริการทางการแพทย์ในทุกระดับ
 - ความเพียงพอและการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์
 - การครอบคลุมและการกระจายตัวของยาอย่างทั่วถึง

ทั้งนี้ประชาชนได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในมุมมองที่น่าจะเป็นการไม่เชื่อมั่นต่อระบบการบริหารจัดการของรัฐ น่าจะพิจารณาจากอัตราการตัดสินใจซื้อยาจากร้านขายยาแทนที่จะไปสถานพยาบาล

- ความเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุด คือ
 - ประชาชนได้มีหลักประกันสุขภาพและสามารถใช้ได้ตามสิทธิ
 - การเข้าถึงและความน่าเชื่อถือของแพทย์
 - การยอมรับความพึงพอใจและได้รับการบริการที่ดี
 - การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน
 - การสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่ต้องกังวลเรื่องคุณภาพและค่าใช้จ่าย

ทั้งนี้ประชาชนได้ให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในมุมมองที่น่าจะเป็นการไม่เชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ น่าจะพิจารณาจากการเพิ่ม-ลดของการซื้อประกันสุขภาพของภาคเอกชน หรือถ้าเลือกได้เมื่อเจ็บป่วยประชาชนจะเลือกใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน

4.4 มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค

ประชาชนจะให้ความสำคัญของความเชื่อมั่นในระบบการคุ้มครองผู้บริโภค ในประเด็นมุมมองหลัก คือ

- ความเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อนโยบายของรัฐ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุดคือ
 - นโยบายด้านการควบคุมคุณภาพอาหารและยา และการตรวจสอบ
 - การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้แก่ประชาชน
- ความเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพของรัฐ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อการบริหารจัดการของรัฐ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุดคือ
 - ประชาชนหรือผู้ป่วยได้รับการรักษาและตัวยาที่เท่าเทียมกัน
 - มีการบังคับใช้กฎหมายให้เกิดผลอย่างเท่าเทียมกัน เช่น ผู้ประกอบการ ผู้ผลิต และแพทย์ผู้รักษา เป็นต้น
- ความเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ
ประชาชนจะเชื่อมั่นต่อผลที่ประชาชนจะได้รับ โดยพิจารณาจากลำดับความสำคัญที่เห็นร่วมกันมากที่สุด คือ
 - ประชาชนสามารถได้รับข้อมูล ข่าวสาร และร้องทุกข์ได้
 - ประชาชนได้รับการคุ้มครองและชดเชยเมื่อได้รับเสียหายจากสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบการ และแพทย์ผู้รักษา เป็นต้น

ซึ่งการที่ประชาชนให้ลำดับความสำคัญในความเชื่อมั่นนี้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน รวมถึงจากการที่ได้สอบถามจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มเติม และจากการสอบถามในการให้น้ำหนักความสำคัญในแต่ละมิติของระบบสุขภาพทั้ง 4 มิติ ที่ทำการศึกษา ประชาชนผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จะให้น้ำหนักความสำคัญในแต่ละมิติไม่เท่ากัน ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ถ่วงน้ำหนักของแต่ละมิติในการจัดทำดัชนี ได้ดังนี้

- มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ น้ำหนัก 20 %
- มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ น้ำหนัก 30 %
- มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ น้ำหนัก 30 %
- มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค น้ำหนัก 20 %

ซึ่งจากการสอบถามในการให้น้ำหนักความสำคัญในแต่ละมิติของระบบสุขภาพทั้ง 4 มิติ ที่ทำการศึกษาประชาชน ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ จะให้น้ำหนักความสำคัญแตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดคือ

มิติที่		เฉลี่ย	ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ									สัมมนาเชิงลึกภาคประชาชน			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
1	ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ	3.62	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3
2	ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	4.00	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ	4.00	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4	ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	3.77	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์ถ่วงน้ำหนักของแต่ละมิติในการจัดทำดัชนี ได้ดังนี้

- มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ น้ำหนัก 20 %
- มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ น้ำหนัก 30 %
- มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ น้ำหนัก 30 %
- มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค น้ำหนัก 20 %

ทั้งนี้มีรายละเอียดของการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกในแต่ละภูมิภาค ทั้ง 4 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ภาคใต้ จังหวัดระนอง
- ครั้งที่ 2 ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่
- ครั้งที่ 3 ภาคกลางและภาคตะวันออก จังหวัดระยอง
- ครั้งที่ 4 ภาคตะวันออกเฉิยงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ครั้งที่ 1 ภาคใต้ : จังหวัดระนอง

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ						
1.1	นโยบายรัฐ					
1.1.1	การประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแยก การพิจารณาได้ในด้านต่างๆ เช่น - งบประมาณและการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ระยะ ยาวโดยเจ้าหน้าที่ เป็นต้น - ความถี่และความต่อเนื่องของการประชาสัมพันธ์ การ ติดตามผลงาน และการประเมินผลงาน		✓			
1.1.2	นโยบายด้านการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์			✓		
1.1.3	การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการ	✓				
1.1.4	การส่งเสริมการออกกำลังกาย	✓				
1.1.5	การให้ความสำคัญต่อการรณรงค์		✓			
1.1.6	การสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชน		✓			
1.1.7	สัดส่วนค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพ			✓		
1.1.8	การสนับสนุนกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพโดยภาครัฐ		✓			
1.2	การบริหารจัดการ					
1.2.1	เวลาหรืองบประมาณที่หน่วยบริการของรัฐดำเนินการ เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน		✓			
1.2.2	อัตราการใช้สารเคมีในภาคการเกษตร			✓		
1.2.3	การพิจารณาคุณภาพของ อสม. - จำนวน อสม. ความรู้ของ อสม. ความต่อเนื่องของการ ทำงาน - การพัฒนาศักยภาพชุมชน		✓			
1.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ					
1.3.1	การเข้าถึงและเพียงพอในบริการส่งเสริมสุขภาพ		✓			
1.3.2	การเข้าร่วมกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ที่จัดโดย หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ	✓				
1.3.3	ค่าใช้จ่ายของประชาชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		✓			
1.3.4	การเข้าถึงและเพียงพอของน้ำสะอาด น้ำประปา และการ จัดการขยะมูลฝอย	✓				
1.3.5	การบริโภคอาหารที่มีสารเคมีปนเปื้อน ไม่ออกกำลังกาย			✓		
1.3.6	ค่าใช้จ่ายหรืออัตราประชากรที่บริโภค เช่น ต้มสุรา สูบ บุหรี่ เป็นต้น			✓		

มิติ	น้ำหนักความสำคัญ				
	5	4	3	2	1
ข้อเสนอแนะ : - ควรมีการติดตามและประเมินผลโครงการ - ประชาชนควรให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง - ควรมีการจัดพื้นที่เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ สันทนาการ เช่น สวนสุขภาพ สวนสาธารณะ สวนหย่อม ฯลฯ					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ						
2.1	นโยบายรัฐ					
2.1.1	ระบบการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น - การควบคุมการปนเปื้อนของสารเคมีในสินค้าอุปโภคบริโภค - การควบคุมมลพิษของสิ่งแวดล้อม - การพัฒนาระบบป้องกันความเสียหายจากการรับบริการของประชาชน		✓			
2.2	การบริหารจัดการ					
2.2.1	ความรู้เบื้องต้นในการตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย เช่น - ร้อยละของผู้หญิงที่รู้จักวิธีตรวจเช็คมะเร็งทรวงอกด้วยตนเอง เป็นต้น - ร้อยละของประชากรที่รู้ว่าตนเองแพ้ยา ติดเชื้อ หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น		✓			
2.2.2	ร้อยละของประชากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	✓				
2.2.3	การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ - พิจารณาจากจำนวนคนติดเชื้อ		✓			
2.2.4	สภาพความแข็งแรง ความสมบูรณ์ของเด็ก เช่น - ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม - ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ - การขาดสารอาหารของเด็ก - ร้อยละของเด็กที่ขาดแคลนพลังงาน - ร้อยละของเด็กที่พิการถาวร-ชั่วคราวหลังคลอด - อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิด และอัตราการเสียชีวิตเด็กช่วงอายุ 1-4 ปี				✓	
2.2.5	อัตราการป่วยด้วยโรคสุขภาพจิต					✓
2.2.6	อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการมีบุตร					✓
2.2.7	ความปลอดภัยจากโรคระบาด					✓
2.2.8	อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อที่สำคัญในที่จะรวมถึงโรคเรื้อรังด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค AID วัณโรค เป็นต้น			✓		
2.2.9	อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญๆ (Morbidity rate) เช่น โรคเอดส์ โรคติดเชื้อ โรคปอดบวม เป็นต้น			✓		

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
2.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ					
2.3.1	ความยืนยาวของชีวิต เช่น - อายุขัยเฉลี่ย - อัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ต่อประชากรทั้งหมด				✓	
2.3.2	สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากประเด็นใหญ่ๆ เช่น - จำนวนผู้ป่วยจากสารพิษของการทำเกษตรกรรม - ค่าสารพิษในอากาศบริเวณอุตสาหกรรม - อุบัติเหตุทางการจราจร			✓		
2.3.3	ความเพียงพอต่อการตรวจป้องกันโรคของประชาชน		✓			

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ						
3.1	นโยบายรัฐ					
3.1.1	นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐาน	✓				
3.1.2	ระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการของรัฐ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นต้น		✓			
3.1.3	นโยบายด้านงบประมาณด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์		✓			
3.2	การบริหารจัดการ					
3.2.1	ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐใช้เพื่อการบริการในด้านสุขภาพ เช่น - การควบคุมโรคทั้งที่ติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริม การโภชนาการที่ดี การดูแลสุขภาพ - การยกระดับมาตรฐานการรักษา		✓			
3.2.2	ประสิทธิภาพ ความรวดเร็วเมื่อประชาชนเข้ารับบริการ ซึ่งสามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ		✓			
3.2.3	ความเพียงพอการบริการทางสาธารณสุขด้านโรงพยาบาล สถานอนามัย โดยพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น - จำนวนเตียงต่อประชากร หรือต่อผู้ป่วย - ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอในสภาวะฉุกเฉิน		✓			
3.2.4	ความเพียงพอและการกระจายของทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข เช่น อัตราแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต่อประชากร เป็นต้น โดยต้องพิจารณาทรัพยากรบุคคลดังกล่าวให้ครบในทั้ง 3 ระดับด้วย		✓			
3.2.5	การให้บริการเพื่อให้เกิดความมีสุขภาพดีที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น - หญิงมีครรภ์ควรได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังคลอด และฉีดวัคซีนครบถ้วน - เด็กได้รับการฉีดวัคซีนต่างๆ ตามอายุ - ผู้ใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น			✓		

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	3.2.6	ประสิทธิภาพการให้บริการ พิจารณาจากประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องต่างๆ - สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐต่อรายจ่ายทั้งหมดและแยกตามระดับสถานบริการ - การติดตามภายหลังการรักษา - ความทั่วถึง - เครื่องมือและยาที่มีคุณภาพ โดยรายจ่ายภาครัฐ รวมถึงสวัสดิการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ กองทุนทดแทนแรงงานและประกันสังคม		✓			
	3.2.7	การครอบคลุม การกระจายตัวของยา		✓			
	3.2.8	อัตราโดยเฉลี่ยของประชากรที่เข้าโรงพยาบาล โดยอาจจำแนกเป็นหมวดย่อย เช่น - จำแนกตามอายุ รายได้ - ประเภทและความรุนแรงของโรค - จำแนกตามสิทธิประโยชน์ - จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น					✓
3.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ						
	3.3.1	ประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพและสามารถใช้บริการได้ตามสิทธิ (บัตรทอง 30 บาท บัตรประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ)	✓				
	3.3.2	อัตราการตัดสินใจที่จะซื้อยาเองจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ไปสถานื่อนามัย โรงพยาบาล		✓			
	3.3.3	ความคิดเห็นหรือการยอมรับจากการรับบริการ พิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - ร้อยละของประชาชนที่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง - ระดับความพึงพอใจหลังการเข้ารับบริการ - เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจเรื่องมาตรฐานบริการ หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นสามารถร้องเรียนได้ ระบบตรวจสอบคุณภาพมีประสิทธิภาพ เป็นต้น	✓				
	3.3.4	ความน่าเชื่อถือของแพทย์และการเข้าถึงได้ - พิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน - พิจารณาได้โดยตรงจากความเห็นของผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาจากจำนวนคนไข้ประจำ เป็นต้น	✓				

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	3.3.5	การเข้าถึงบริการของประชาชน โดยพิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - สัดส่วนการใช้บริการตามระดับสถานบริการทั้ง 3 ระดับ - อัตราส่วนหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับต่อประชากร รวมถึงต้องพิจารณาการกระจายตัวของหน่วยบริการด้วย - ความพอเพียง และความเป็นธรรม เป็นต้น		✓			
	3.3.6	รายได้ต่อหัวหรือต่อครัวเรือนซึ่งทำให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้			✓		
	3.3.7	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยซื้อยามาทานเองจากร้านขายยา หรือใช้บริการตามคลินิกเอกชน			✓		
	3.3.8	ความเท่าเทียมกันและการเข้าถึงระบบ โดยสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่กังวลคุณภาพและค่าใช้จ่าย		✓			

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค							
4.1	นโยบายรัฐ						
4.1.1	การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ โดยพิจารณาจากประเด็นต่างๆ เช่น - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นด้านความปลอดภัยที่จำเป็นบนฉลากของผลิตภัณฑ์ เช่น เครื่องหมาย ออย. วันที่ผลิต วันหมดอายุของสินค้า หรือข้อควรระวังของผลิตภัณฑ์ - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นของระบบป้องกันความเสียหาย - การให้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นต้น		✓				
4.1.2	นโยบายด้านควบคุมคุณภาพอาหารและยา และการตรวจสอบ - สถานบริการสาธารณสุข - บุคลากรทางการแพทย์ - เครื่องมือ - เวชภัณฑ์			✓			
4.1.3	การมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น - สัดส่วนงบประมาณขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพ - เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดและตำบล ที่มีส่วนร่วมในวางแผนนโยบาย และแผนเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุข - ความสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรักษา พยาบาล การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ - องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมได้เสียอย่างแท้จริงของประชาชนที่เข้าไปมีส่วนร่วม			✓			
4.2	การบริหารจัดการ						
4.2.1	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การรักษาและตัวยาที่เท่าเทียมกัน - ตัวยาที่ต่างกันระหว่างการให้สิทธิประกันสังคม บัตรทอง และคนไข้ที่ชำระเงินเอง - สิทธิที่จะได้รับการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน เป็นต้น		✓				

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	4.2.2	สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูล เช่น - กฎหมายว่าด้วยการรักษาสุขภาพ มีการบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน - สิทธิที่จะได้รับความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่นๆ - สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างทันท่วงทีเมื่อได้รับความเสียหาย - ผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	✓				
	4.2.3	อัตราส่วนของผู้บริโภคที่มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภค			✓		
4.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ						
	4.3.1	การมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและศูนย์รับเรื่องทุกข์สำหรับประชาชน - ประชาชนทราบหรือไม่ว่ามีศูนย์ดังกล่าว - สิทธิในการร้องเรียน - เรื่องที่ประชาชนร้องเรียน และจำนวนหรือสัดส่วนเรื่องที่ได้รับการแก้ไข - ระบบฐานข้อมูล มีความครอบคลุม ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - ประสิทธิภาพของศูนย์และระบบรองรับ		✓			
	4.3.2	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับจากการคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหาย - สิทธิที่จะได้ค่าชดเชยความเสียหาย - สิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาว		✓			

● ครั้งที่ 2 ภาคเหนือ : จังหวัดเชียงใหม่

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ						
1.1	นโยบายรัฐ					
1.1.1	การประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแยกการพิจารณาได้ในด้านต่างๆ เช่น - งบประมาณและการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ระยะยาวโดยเจ้าหน้าที่ เป็นต้น - ความถี่และความต่อเนื่องของการประชาสัมพันธ์ การติดตามผลงาน และการประเมินผลงาน		✓			
1.1.2	นโยบายด้านการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์		✓			
1.1.3	การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการ		✓			
1.1.4	การส่งเสริมการออกกำลังกาย		✓			
1.1.5	การให้ความสำคัญต่อการรณรงค์			✓		
1.1.6	การสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชน		✓			
1.1.7	สัดส่วนค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพ			✓		
1.1.8	การสนับสนุนกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพโดยภาครัฐ		✓			
1.2	การบริหารจัดการ					
1.2.1	เวลาหรืองบประมาณที่หน่วยบริการของรัฐดำเนินการเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน		✓			
1.2.2	อัตราการใช้สารเคมีในภาคการเกษตร			✓		
1.2.3	การพิจารณาคุณภาพของ อสม. - จำนวน อสม. ความรู้ของ อสม. ความต่อเนื่องของการทำงาน - การพัฒนาศักยภาพชุมชน	✓				
1.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ					
1.3.1	การเข้าถึงและเพียงพอในบริการส่งเสริมสุขภาพ			✓		
1.3.2	การเข้าร่วมกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ที่จัดโดยหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ		✓			
1.3.3	ค่าใช้จ่ายของประชาชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ					✓
1.3.4	การเข้าถึงและเพียงพอของน้ำสะอาด น้ำประปา และการจัดการขยะมูลฝอย	✓				
1.3.5	การบริโภคอาหารที่มีสารเคมีปนเปื้อน ไม่ออกกำลังกาย			✓		
1.3.6	ค่าใช้จ่ายหรืออัตราประชากรที่บริโภค เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น				✓	

มิติ	น้ำหนักความสำคัญ				
	5	4	3	2	1
ข้อเสนอแนะ : - ควรมีการติดตามและประเมินผลโครงการ - ประชาชนควรมีสำนึกและให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ						
2.1	นโยบายรัฐ					
2.1.1	ระบบการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น - การควบคุมการปนเปื้อนของสารเคมีในสินค้าอุปโภคบริโภค - การควบคุมมลพิษของสิ่งแวดล้อม - การพัฒนาระบบป้องกันความเสียหายจากการรับบริการของประชาชน		✓			
2.2	การบริหารจัดการ					
2.2.1	ความรู้เบื้องต้นในการตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย เช่น - ร้อยละของผู้หญิงที่รู้จักวิธีตรวจเช็คมะเร็งทรวงอกด้วยตนเอง เป็นต้น - ร้อยละของประชากรที่รู้ว่าตนเองแพ้ยา ติดเชื้อ หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น		✓			
2.2.2	ร้อยละของประชากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	✓				
2.2.3	การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ - พิจารณาจากจำนวนคนติดเชื้อ	✓				
2.2.4	สภาพความแข็งแรง ความสมบูรณ์ของเด็ก เช่น - ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม - ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ - การขาดสารอาหารของเด็ก - ร้อยละของเด็กที่ขาดแคลนพลังงาน - ร้อยละของเด็กที่พิการถาวร-ชั่วคราวหลังคลอด - อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิด และอัตราการเสียชีวิตเด็กช่วงอายุ 1-4 ปี					✓
2.2.5	อัตราการป่วยด้วยโรคสุขภาพจิต				✓	
2.2.6	อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการมีบุตร			✓		
2.2.7	ความปลอดภัยจากโรคระบาด	✓				
2.2.8	อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อที่สำคัญในที่นี่จะรวมถึงโรคเรื้อรังด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค AID วัณโรค เป็นต้น		✓			
2.2.9	อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญๆ (Morbidity rate) เช่น โรคเอดส์ โรคติดเชื้อ โรคปอดบวม เป็นต้น		✓			

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
2.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ					
2.3.1	ความยั่งยืนของชีวิต เช่น - อายุขัยเฉลี่ย - อัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ต่อประชากรทั้งหมด		✓			
2.3.2	สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากประเด็นใหญ่ๆ เช่น - จำนวนผู้ป่วยจากสารพิษของการทำเกษตรกรรม - ค่าสารพิษในอากาศบริเวณอุตสาหกรรม - อุบัติเหตุทางการจราจร			✓		
2.3.3	ความเพียงพอต่อการตรวจป้องกันโรคของประชาชน		✓			

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ						
3.1	นโยบายรัฐ					
3.1.1	นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐาน	✓				
3.1.2	ระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการของรัฐ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นต้น		✓			
3.1.3	นโยบายด้านงบประมาณด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	✓				
3.2	การบริหารจัดการ					
3.2.1	ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐใช้เพื่อการบริการในด้านสุขภาพ เช่น - การควบคุมโรคทั้งที่ติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริม การโภชนาการที่ดี การดูแลสุขภาพ - การยกระดับมาตรฐานการรักษา		✓			
3.2.2	ประสิทธิภาพ ความรวดเร็วเมื่อประชาชนเข้ารับบริการ ซึ่งสามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ	✓				
3.2.3	ความเพียงพอการบริการทางสาธารณสุขด้านโรงพยาบาล สถานอนามัย โดยพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น - จำนวนเตียงต่อประชากร หรือต่อผู้ป่วย - ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอในสภาวะฉุกเฉิน	✓				
3.2.4	ความเพียงพอและการกระจายของทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข เช่น อัตราแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต่อประชากร เป็นต้น โดยต้องพิจารณาทรัพยากรบุคคลดังกล่าวให้ครบในทั้ง 3 ระดับด้วย	✓				
3.2.5	การให้บริการเพื่อให้เกิดความมีสุขภาพดีที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น - หญิงมีครรภ์ควรได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังคลอด และฉีดวัคซีนครบถ้วน - เด็กได้รับการฉีดวัคซีนต่างๆ ตามอายุ - ผู้ใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น	✓				

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	3.2.6	ประสิทธิภาพการให้บริการ พิจารณาจากประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องต่างๆ - สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐต่อรายจ่ายทั้งหมดและแยกตามระดับสถานบริการ - การติดตามภายหลังการรักษา - ความทั่วถึง - เครื่องมือและยามีคุณภาพ โดยรายจ่ายภาครัฐ รวมถึงสวัสดิการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ กองทุนทดแทนแรงงานและประกันสังคม	✓				
	3.2.7	การครอบคลุม การกระจายตัวของยา	✓				
	3.2.8	อัตราโดยเฉลี่ยของประชากรที่เข้าโรงพยาบาล โดยอาจจะจำแนกเป็นหมวดย่อย เช่น - จำแนกตามอายุ รายได้ - ประเภทและความรุนแรงของโรค - จำแนกตามสิทธิประโยชน์ - จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น		✓			
3.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ						
	3.3.1	ประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพและสามารถใช้บริการได้ตามสิทธิ์ (บัตรทอง 30 บาท บัตรประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ)	✓				
	3.3.2	อัตราการตัดสินใจที่จะซื้อยาเองจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ไปสถานอนามัย โรงพยาบาล		✓			
	3.3.3	ความคิดเห็นหรือการยอมรับจากการรับบริการ พิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - ร้อยละของประชาชนที่ได้รับบริการตามที่คาดหวัง - ระดับความพึงพอใจหลังการเข้ารับบริการ - เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจเรื่องมาตรฐานบริการ หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นสามารถร้องเรียนได้ ระบบตรวจสอบคุณภาพมีประสิทธิภาพ เป็นต้น	✓				
	3.3.4	ความน่าเชื่อถือของแพทย์และการเข้าถึงได้ - พิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน - พิจารณาได้โดยตรงจากความเห็นของผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาจากจำนวนคนไข้ประจำ เป็นต้น	✓				

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	3.3.5	การเข้าถึงบริการของประชาชน โดยพิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - สัดส่วนการใช้บริการตามระดับสถานบริการทั้ง 3 ระดับ - อัตราส่วนหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับต่อประชากร รวมถึงต้องพิจารณาการกระจายตัวของหน่วยบริการด้วย - ความพอเพียง และความเป็นธรรม เป็นต้น	✓				
	3.3.6	รายได้ต่อหัวหรือต่อครัวเรือนซึ่งทำให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้				✓	
	3.3.7	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยชื่อยาทานเองจากร้านขายยา หรือใช้บริการตามคลินิกเอกชน		✓			
	3.3.8	ความเท่าเทียมกันและการเข้าถึงระบบ โดยสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่กังวลคุณภาพและค่าใช้จ่าย	✓				

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค						
4.1	นโยบายรัฐ					
4.1.1	การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ โดยพิจารณาจากประเด็นต่าง ๆ เช่น - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นด้านความปลอดภัยที่จำเป็นบนฉลากของผลิตภัณฑ์ เช่น เครื่องหมาย อย. วันที่ผลิต วันหมดอายุของสินค้า หรือข้อควรระวังของผลิตภัณฑ์ - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นของระบบป้องกันความเสียหาย - การให้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นต้น	✓				
4.1.2	นโยบายด้านควบคุมคุณภาพอาหารและยา และการตรวจสอบ - สถานบริการสาธารณสุข - บุคลากรทางการแพทย์ - เครื่องมือ - เวชภัณฑ์	✓				
4.1.3	การมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น - สัดส่วนงบประมาณขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพ - เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดและตำบล ที่มีส่วนร่วมในวงนโยบาย และแผนเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุข - ความสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรักษา พยาบาล การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ - องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมได้เสียอย่างแท้จริงของประชาชนที่เข้าไปมีส่วนร่วม	✓				
4.2	การบริหารจัดการ					
4.2.1	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับการรักษาและยาที่เท่าเทียมกัน - ยาที่ต่างกันระหว่างการให้สิทธิประกันสังคม บัตรทอง และคนไข้ที่ชำระเงินเอง - สิทธิที่จะได้รับการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน เป็นต้น	✓				

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	4.2.2	สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูล เช่น - กฎหมายว่าด้วยการรักษาสุขภาพ มีการบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน - สิทธิที่จะได้รับความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่นๆ - สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างทันทั่วถึงเมื่อได้รับความเสียหาย - ผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	✓				
	4.2.3	อัตราส่วนของผู้บริโภคที่มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภค		✓			
4.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ						
	4.3.1	การมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและศูนย์รับเรื่องทุกข์สำหรับประชาชน - ประชาชนทราบหรือไม่ว่ามีศูนย์ดังกล่าว - สิทธิในการร้องเรียน - เรื่องที่ประชาชนร้องเรียน และจำนวนหรือสัดส่วนเรื่องที่ได้รับการแก้ไข - ระบบฐานข้อมูล มีความครอบคลุม ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - ประสิทธิภาพของศูนย์และระบบรองรับ		✓			
	4.3.2	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหาย - สิทธิที่จะได้ค่าชดเชยความเสียหาย - สิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาว	✓				

● ครั้งที่ 3 ภาคกลางและภาคตะวันออก : จังหวัดระยอง

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ						
1.1	นโยบายรัฐ					
1.1.1	การประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแยก การพิจารณาได้ในด้านต่างๆ เช่น - งบประมาณและการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ระยะ ยาวโดยเจ้าหน้าที่ เป็นต้น - ความถี่และความต่อเนื่องของการประชาสัมพันธ์ การ ติดตามผลงาน และการประเมินผลงาน		✓			
1.1.2	นโยบายด้านการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์				✓	
1.1.3	การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการ			✓		
1.1.4	การส่งเสริมการออกกำลังกาย		✓			
1.1.5	การให้ความสำคัญต่อการรณรงค์		✓			
1.1.6	การสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชน			✓		
1.1.7	สัดส่วนค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพ		✓			
1.1.8	การสนับสนุนกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพโดยภาครัฐ		✓			
1.2	การบริหารจัดการ					
1.2.1	เวลาหรืองบประมาณที่หน่วยบริการของรัฐดำเนินการ เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน			✓		
1.2.2	อัตราการใช้สารเคมีในภาคการเกษตร			✓		
1.2.3	การพิจารณาคุณภาพของ อสม. - จำนวน อสม. ความรู้ของ อสม. ความต่อเนื่องของการ ทำงาน - การพัฒนาศักยภาพชุมชน	✓				
1.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ					
1.3.1	การเข้าถึงและเพียงพอในบริการส่งเสริมสุขภาพ			✓		
1.3.2	การเข้าร่วมกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ที่จัดโดย หน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ		✓			
1.3.3	ค่าใช้จ่ายของประชาชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ			✓		
1.3.4	การเข้าถึงและเพียงพอของน้ำสะอาด น้ำประปา และการ จัดการขยะมูลฝอย	✓				
1.3.5	การบริโภคอาหารที่มีสารเคมีปนเปื้อน ไม่ออกกำลังกาย		✓			
1.3.6	ค่าใช้จ่ายหรืออัตราประชากรที่บริโภค เช่น ดื่มสุรา สูบ บุหรี่ เป็นต้น			✓		

มิติ	น้ำหนักความสำคัญ				
	5	4	3	2	1
ข้อเสนอแนะ : - ควรมีการติดตามและประเมินผลโครงการ - ประชาชนควรมีสำนึกและให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง - ควรมีการจัดพื้นที่เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ สันทนาการ เช่น สวนสุขภาพ สวนสาธารณะ สวนหย่อม ฯลฯ					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ						
2.1	นโยบายรัฐ					
2.1.1	ระบบการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น - การควบคุมการปนเปื้อนของสารเคมีในสินค้าอุปโภคบริโภค - การควบคุมมลพิษของสิ่งแวดล้อม - การพัฒนาระบบป้องกันความเสียหายจากการให้บริการของประชาชน	✓				
2.2	การบริหารจัดการ					
2.2.1	ความรู้เบื้องต้นในการตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย เช่น - ร้อยละของผู้หญิงที่รู้จักวิธีตรวจเช็คมะเร็งทรวงอกด้วยตนเอง เป็นต้น - ร้อยละของประชากรที่รู้ว่าตนเองแพ้ยา ติดเชื้อ หรือ อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น		✓			
2.2.2	ร้อยละของประชากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี		✓			
2.2.3	การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ - พิจารณาจากจำนวนคนติดเชื้อ		✓			
2.2.4	สภาพความแข็งแรง ความสมบูรณ์ของเด็ก เช่น - ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม - ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ - การขาดสารอาหารของเด็ก - ร้อยละของเด็กที่ขาดแคลนพลังงาน - ร้อยละของเด็กที่พิการถาวร-ชั่วคราวหลังคลอด - อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิด และอัตราการเสียชีวิตเด็กช่วงอายุ 1-4 ปี					✓
2.2.5	อัตราการป่วยด้วยโรคสุขภาพจิต					✓
2.2.6	อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการมีบุตร					✓
2.2.7	ความปลอดภัยจากโรคระบาด					✓
2.2.8	อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อที่สำคัญในที่จะรวมถึงโรคเรื้อรังด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค AID วัณโรค เป็นต้น					✓
2.2.9	อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญๆ (Morbidity rate) เช่น โรคเอดส์ โรคติดเชื้อ โรคปอดบวม เป็นต้น					✓

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
2.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ					
	2.3.1	ความยืนยาวของชีวิต เช่น - อายุขัยเฉลี่ย - อัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ต่อประชากรทั้งหมด				✓
	2.3.2	สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากประเด็นใหญ่ๆ เช่น - จำนวนผู้ป่วยจากสารพิษของการทำเกษตรกรรม - ค่าสารพิษในอากาศบริเวณอุตสาหกรรม - อุบัติเหตุทางการจราจร		✓		
	2.3.3	ความเพียงพอต่อการตรวจป้องกันโรคของประชาชน		✓		

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ						
3.1	นโยบายรัฐ					
3.1.1	นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐาน	✓				
3.1.2	ระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการของรัฐ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นต้น	✓				
3.1.3	นโยบายด้านงบประมาณด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์		✓			
3.2	การบริหารจัดการ					
3.2.1	ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐใช้เพื่อการบริการในด้านสุขภาพ เช่น - การควบคุมโรคทั้งที่ติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริม การโภชนาการที่ดี การดูแลสุขภาพ - การยกระดับมาตรฐานการรักษา			✓		
3.2.2	ประสิทธิภาพ ความรวดเร็วเมื่อประชาชนเข้ารับบริการ ซึ่งสามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ	✓				
3.2.3	ความเพียงพอการบริการทางสาธารณสุขด้านโรงพยาบาล สถานอนามัย โดยพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น - จำนวนเตียงต่อประชากร หรือต่อผู้ป่วย - ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอในสภาวะฉุกเฉิน	✓				
3.2.4	ความเพียงพอและการกระจายของทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข เช่น อัตราแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต่อประชากร เป็นต้น โดยต้องพิจารณาทรัพยากรบุคคลดังกล่าวให้ครบในทั้ง 3 ระดับด้วย		✓			
3.2.5	การให้บริการเพื่อให้เกิดความมีสุขภาพดีที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น - หญิงมีครรภ์ควรได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังคลอด และฉีดวัคซีนครบถ้วน - เด็กได้รับการฉีดวัคซีนต่างๆ ตามอายุ - ผู้ใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น			✓		

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	3.2.6	ประสิทธิภาพการให้บริการ พิจารณาจากประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องต่างๆ - สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐต่อรายจ่ายทั้งหมดและแยกตามระดับสถานบริการ - การติดตามภายหลังการรักษา - ความทั่วถึง - เครื่องมือและยาที่มีคุณภาพ โดยรายจ่ายภาครัฐ รวมถึงสวัสดิการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ กองทุนทดแทนแรงงานและประกันสังคม			✓		
	3.2.7	การครอบคลุม การกระจายตัวของยา		✓			
	3.2.8	อัตราโดยเฉลี่ยของประชากรที่เข้าโรงพยาบาล โดยอาจจะจำแนกเป็นหมวดย่อย เช่น - จำแนกตามอายุ รายได้ - ประเภทและความรุนแรงของโรค - จำแนกตามสิทธิประโยชน์ - จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น					✓
3.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ						
	3.3.1	ประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพและสามารถใช้บริการได้ตามสิทธิ (บัตรทอง 30 บาท บัตรประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ)	✓				
	3.3.2	อัตราการตัดสินใจที่จะซื้อยาเองจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ไปสถานื่อนามัย โรงพยาบาล		✓			
	3.3.3	ความคิดเห็นหรือการยอมรับจากการรับบริการ พิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการตามที่คาดหวัง - ระดับความพึงพอใจหลังการเข้ารับบริการ - เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจเรื่องมาตรฐานบริการ หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นสามารถร้องเรียนได้ ระบบตรวจสอบคุณภาพมีประสิทธิภาพ เป็นต้น	✓				
	3.3.4	ความน่าเชื่อถือของแพทย์และการเข้าถึงได้ - พิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน - พิจารณาได้โดยตรงจากความเห็นของผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาจากจำนวนคนไข้ประจำ เป็นต้น		✓			

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	3.3.5	การเข้าถึงบริการของประชาชน โดยพิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - สัดส่วนการให้บริการตามระดับสถานบริการทั้ง 3 ระดับ - อัตราส่วนหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับต่อประชากร รวมถึงต้องพิจารณาการกระจายตัวของหน่วยบริการด้วย - ความพอเพียง และความเป็นธรรม เป็นต้น		✓			
	3.3.6	รายได้ต่อหัวหรือต่อครัวเรือนซึ่งทำให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้					✓
	3.3.7	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยซื้อยาทานเองจากร้านขายยา หรือใช้บริการตามคลินิกเอกชน			✓		
	3.3.8	ความเท่าเทียมกันและการเข้าถึงระบบ โดยสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่กังวลคุณภาพและค่าใช้จ่าย		✓			

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค						
4.1	นโยบายรัฐ					
4.1.1	การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ โดยพิจารณาจากประเด็นต่างๆ เช่น - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นด้านความปลอดภัยที่จำเป็นบนฉลากของผลิตภัณฑ์ เช่น เครื่องหมาย อย. วันที่ผลิต วันหมดอายุของสินค้า หรือข้อควรระวังของผลิตภัณฑ์ - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นของระบบป้องกันความเสียหาย - การให้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นต้น	✓				
4.1.2	นโยบายด้านควบคุมคุณภาพอาหารและยา และการตรวจสอบ - สถานบริการสาธารณสุข - บุคลากรทางการแพทย์ - เครื่องมือ - เวชภัณฑ์		✓			
4.1.3	การมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น - สัดส่วนงบประมาณขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพ - เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดและตำบล ที่มีส่วนร่วมในวางแผนนโยบาย และแผนเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุข - ความสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ - องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมได้เสียอย่างแท้จริงของประชาชนที่เข้าไปมีส่วนร่วม		✓			
4.2	การบริหารจัดการ					
4.2.1	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับการรักษาและยาที่เท่าเทียมกัน - ตัวยาที่ต่างกันระหว่างการให้สิทธิ์ประกันสังคม บัตรทอง และคนไข้ที่ชำระเงินเอง - สิทธิที่จะได้รับบริการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน เป็นต้น		✓			

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	4.2.2	สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูล เช่น - กฎหมายว่าด้วยการรักษาสุขภาพ มีการบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน - สิทธิที่จะได้รับความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่นๆ - สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างทันท่วงทีเมื่อได้รับความเสียหาย - ผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง		✓			
	4.2.3	อัตราส่วนของผู้บริโภคที่มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภค					✓
4.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ						
	4.3.1	การมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและศูนย์รับเรื่องทุกข์สำหรับประชาชน - ประชาชนทราบหรือไม่ว่ามีศูนย์ดังกล่าว - สิทธิในการร้องเรียน - เรื่องที่ประชาชนร้องเรียน และจำนวนหรือสัดส่วนเรื่องที่ได้รับการแก้ไข - ระบบฐานข้อมูล มีความครอบคลุม ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - ประสิทธิภาพของศูนย์และระบบรองรับ	✓				
	4.3.2	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับการคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหาย - สิทธิที่จะได้ค่าชดเชยความเสียหาย - สิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาว		✓			

● ครั้งที่ 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : จังหวัดขอนแก่น

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ						
1.1	นโยบายรัฐ					
1.1.1	การประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ โดยแยกการพิจารณาได้ในด้านต่างๆ เช่น - งบประมาณและการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ระยะยาวโดยเจ้าหน้าที่ เป็นต้น - ความถี่และความต่อเนื่องของการประชาสัมพันธ์ การติดตามผลงาน และการประเมินผลงาน		✓			
1.1.2	นโยบายด้านการส่งเสริมเกษตรอินทรีย์		✓			
1.1.3	การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการ	✓				
1.1.4	การส่งเสริมการออกกำลังกาย		✓			
1.1.5	การให้ความสำคัญต่อการรณรงค์		✓			
1.1.6	การสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชน			✓		
1.1.7	สัดส่วนค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้านสร้างเสริมสุขภาพ			✓		
1.1.8	การสนับสนุนกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพโดยภาครัฐ		✓			
1.2	การบริหารจัดการ					
1.2.1	เวลาหรืองบประมาณที่หน่วยบริการของรัฐดำเนินการเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพประชาชน			✓		
1.2.2	อัตราการใช้สารเคมีในภาคการเกษตร		✓			
1.2.3	การพิจารณาคุณภาพของ อสม. - จำนวน อสม. ความรู้ของ อสม. ความต่อเนื่องของการทำงาน - การพัฒนาศักยภาพชุมชน		✓			
1.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ					
1.3.1	การเข้าถึงและเพียงพอในบริการส่งเสริมสุขภาพ			✓		
1.3.2	การเข้าร่วมกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ที่จัดโดยหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ		✓			
1.3.3	ค่าใช้จ่ายของประชาชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ			✓		
1.3.4	การเข้าถึงและเพียงพอของน้ำสะอาด น้ำประปา และการจัดการขยะมูลฝอย		✓			
1.3.5	การบริโภคอาหารที่มีสารเคมีปนเปื้อน ไม่ออกกำลังกาย		✓			
1.3.6	ค่าใช้จ่ายหรืออัตราประชากรที่บริโภค เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น			✓		

มิติ	น้ำหนักความสำคัญ				
	5	4	3	2	1
ข้อเสนอแนะ : - ควรมีการติดตามและประเมินผลโครงการ - ประชาชนควรมีสำนึกและให้ความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง					

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ						
2.1	นโยบายรัฐ					
2.1.1	ระบบการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค เช่น - การควบคุมการปนเปื้อนของสารเคมีในสินค้าอุปโภคบริโภค - การควบคุมมลพิษของสิ่งแวดล้อม - การพัฒนาระบบป้องกันความเสียหายจากการให้บริการของประชาชน		✓			
2.2	การบริหารจัดการ					
2.2.1	ความรู้เบื้องต้นในการตรวจเช็คความผิดปกติของร่างกาย เช่น - ร้อยละของผู้หญิงที่รู้จักวิธีตรวจเช็คมะเร็งทรวงอกด้วยตนเอง เป็นต้น - ร้อยละของประชากรที่รู้ว่าตนเองแพ้ยา ติดเชื้อ หรือ อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น	✓				
2.2.2	ร้อยละของประชากรที่ได้รับการตรวจร่างกายประจำปี	✓				
2.2.3	การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ - พิจารณาจากจำนวนคนติดเชื้อ	✓				
2.2.4	สภาพความแข็งแรง ความสมบูรณ์ของเด็ก เช่น - ร้อยละของเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม - ร้อยละของเด็กวัยเรียนที่มีดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ - การขาดสารอาหารของเด็ก - ร้อยละของเด็กที่ขาดวิตามินซี - ร้อยละของเด็กที่พิการถาวร-ชั่วคราวหลังคลอด - อัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิด และอัตราการเสียชีวิตเด็กช่วงอายุ 1-4 ปี			✓		
2.2.5	อัตราการป่วยด้วยโรคสุขภาพจิต			✓		
2.2.6	อัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการมีบุตร				✓	
2.2.7	ความปลอดภัยจากโรคระบาด	✓				
2.2.8	อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคที่ติดต่อและไม่ติดต่อที่สำคัญในที่จะรวมถึงโรคเรื้อรังด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรค AID วัณโรค เป็นต้น			✓		
2.2.9	อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญๆ (Morbidity rate) เช่น โรคเอดส์ โรคติดเชื้อ โรคปอดบวม เป็นต้น			✓		

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
2.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ					
	2.3.1	ความยั่งยืนของชีวิต เช่น - อายุขัยเฉลี่ย - อัตราส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ต่อประชากรทั้งหมด		✓		
	2.3.2	สภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากประเด็นใหญ่ๆ เช่น - จำนวนผู้ป่วยจากสารพิษของการทำเกษตรกรรม - ค่าสารพิษในอากาศบริเวณอุตสาหกรรม - อุบัติเหตุทางการจราจร		✓		
	2.3.3	ความเพียงพอต่อการตรวจป้องกันโรคของประชาชน		✓		

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ						
3.1	นโยบายรัฐ					
3.1.1	นโยบายด้านหลักประกันสุขภาพและได้มาตรฐาน	✓				
3.1.2	ระบบการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น การบริการของรัฐ ขั้นตอนการเข้ารับบริการ บุคลากรด้านสาธารณสุข เป็นต้น	✓				
3.1.3	นโยบายด้านงบประมาณด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	✓				
3.2	การบริหารจัดการ					
3.2.1	ค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐใช้เพื่อการบริการในด้านสุขภาพ เช่น - การควบคุมโรคทั้งที่ติดต่อและไม่ติดต่อ การส่งเสริม การโภชนาการที่ดี การดูแลสุขภาพ - การยกระดับมาตรฐานการรักษา	✓				
3.2.2	ประสิทธิภาพ ความรวดเร็วเมื่อประชาชนเข้ารับบริการ ซึ่งสามารถพิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ	✓				
3.2.3	ความเพียงพอการบริการทางสาธารณสุขด้านโรงพยาบาล สถานอนามัย โดยพิจารณาในประเด็นต่างๆ เช่น - จำนวนเตียงต่อประชากร หรือต่อผู้ป่วย - ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ - อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอในสภาวะฉุกเฉิน	✓				
3.2.4	ความเพียงพอและการกระจายของทรัพยากรบุคคลด้าน สาธารณสุข เช่น อัตราแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต่อประชากร เป็นต้น โดยต้องพิจารณา ทรัพยากรบุคคลดังกล่าวให้ครบในทั้ง 3 ระดับด้วย	✓				
3.2.5	การให้บริการเพื่อให้เกิดความมีสุขภาพดีที่เป็นความ จำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น - หญิงมีครรภ์ควรได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ก่อนและหลังคลอด และฉีดวัคซีนครบถ้วน - เด็กได้รับการฉีดวัคซีนต่างๆ ตามอายุ - ผู้ใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น		✓			

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	3.2.6	ประสิทธิภาพการให้บริการ พิจารณาจากประเด็นหลักที่เกี่ยวข้องต่างๆ - สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐต่อรายจ่ายทั้งหมดและแยกตามระดับสถานบริการ - การติดตามภายหลังการรักษา - ความทั่วถึง - เครื่องมือและยาที่มีคุณภาพ โดยรายจ่ายภาครัฐ รวมถึงสวัสดิการข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ กองทุนทดแทนแรงงานและประกันสังคม	✓				
	3.2.7	การครอบคลุม การกระจายตัวของยา	✓				
	3.2.8	อัตราโดยเฉลี่ยของประชากรที่เข้าโรงพยาบาล โดยอาจจำแนกเป็นหมวดย่อย เช่น - จำแนกตามอายุ รายได้ - ประเภทและความรุนแรงของโรค - จำแนกตามสิทธิประโยชน์ - จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น		✓			
3.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ						
	3.3.1	ประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพและสามารถใช้บริการได้ตามสิทธิ (บัตรทอง 30 บาท บัตรประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ)		✓			
	3.3.2	อัตราการตัดสินใจที่จะซื้อยาเองจากร้านขายยาเมื่อเจ็บป่วยโดยไม่ไปสถานื่อนามัย โรงพยาบาล		✓			
	3.3.3	ความคิดเห็นหรือการยอมรับจากการรับบริการ พิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการตามที่คาดหวัง - ระดับความพึงพอใจหลังการเข้ารับบริการ - เมื่อไม่ได้รับความพึงพอใจเรื่องมาตรฐานบริการ หรือมีความเสียหายเกิดขึ้นสามารถร้องเรียนได้ ระบบตรวจสอบคุณภาพมีประสิทธิภาพ เป็นต้น	✓				
	3.3.4	ความน่าเชื่อถือของแพทย์และการเข้าถึงได้ - พิจารณาได้โดยตรงจากผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาโดยอ้อมได้จากความคิดเห็นหรือค่าใช้จ่ายของประชาชนที่ใช้บริการตามคลินิกเอกชน - พิจารณาได้โดยตรงจากความเห็นของผู้เข้ารับบริการ - พิจารณาจากจำนวนคนไข้ประจำ เป็นต้น	✓				

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	3.3.5	การเข้าถึงบริการของประชาชน โดยพิจารณาจากประเด็นที่เกี่ยวข้องต่างๆ เช่น - สัดส่วนการให้บริการตามระดับสถานบริการทั้ง 3 ระดับ - อัตราส่วนหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละระดับต่อประชากร รวมถึงต้องพิจารณาการกระจายตัวของหน่วยบริการด้วย - ความพอเพียง และความเป็นธรรม เป็นต้น	✓				
	3.3.6	รายได้ต่อหัวหรือต่อครัวเรือนซึ่งทำให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขได้			✓		
	3.3.7	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยซื้อยาทานเองจากร้านขายยา หรือใช้บริการตามคลินิกเอกชน	✓				
	3.3.8	ความเท่าเทียมกันและการเข้าถึงระบบ โดยสามารถเข้าถึงบริการโดยไม่กังวลคุณภาพและค่าใช้จ่าย	✓				

มิติ		น้ำหนักความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค						
4.1	นโยบายรัฐ					
4.1.1	การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ความรู้ โดยพิจารณาจากประเด็นต่างๆ เช่น - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นด้านความปลอดภัยที่จำเป็นบนฉลากของผลิตภัณฑ์ เช่น เครื่องหมาย อย. วันที่ผลิต วันหมดอายุของสินค้า หรือข้อควรระวังของผลิตภัณฑ์ - ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นของระบบป้องกันความเสียหาย - การให้ข้อมูลที่เพียงพอ เป็นต้น	✓				
4.1.2	นโยบายด้านควบคุมคุณภาพอาหารและยา และการตรวจสอบ - สถานบริการสาธารณสุข - บุคลากรทางการแพทย์ - เครื่องมือ - เวชภัณฑ์	✓				
4.1.3	การมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น - สัดส่วนงบประมาณขององค์กรส่วนท้องถิ่นที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพ - เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัดและตำบล ที่มีส่วนร่วมในวางแผนนโยบาย และแผนเกี่ยวกับการจัดการด้านสาธารณสุข - ความสามารถจัดบริการให้แก่ประชาชนได้รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการรักษาพยาบาล การส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ - องค์ความรู้และการมีส่วนร่วมได้เสียอย่างแท้จริงของประชาชนที่เข้าไปมีส่วนร่วม		✓			
4.2	การบริหารจัดการ					
4.2.1	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับการรักษาและยาที่เท่าเทียมกัน - ยาที่ต่างกันระหว่างการให้สิทธิประกันสังคม บัตรทอง และคนไข้ที่ชำระเงินเอง - สิทธิที่จะได้รับบริการที่มีมาตรฐานเท่าเทียมกัน เป็นต้น	✓				

มิติ			น้ำหนักความสำคัญ				
			5	4	3	2	1
	4.2.2	สิทธิผู้ป่วยและการเข้าถึงข้อมูล เช่น - กฎหมายว่าด้วยการรักษาสุขภาพ มีการบัญญัติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน - สิทธิที่จะได้รับความคิดเห็นจากแพทย์ท่านอื่นๆ - สามารถเข้าถึงข้อมูลการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างทันท่วงทีเมื่อได้รับความเสียหาย - ผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	✓				
	4.2.3	อัตราส่วนของผู้บริโภคที่มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการบริโภค		✓			
4.3	การเข้าถึงและผลที่ประชาชนได้รับจากภาครัฐ						
	4.3.1	การมีศูนย์ข้อมูลข่าวสารและศูนย์รับเรื่องทุกข์สำหรับประชาชน - ประชาชนทราบหรือไม่ว่ามีศูนย์ดังกล่าว - สิทธิในการร้องเรียน - เรื่องที่ประชาชนร้องเรียน และจำนวนหรือสัดส่วนเรื่องที่ได้รับการแก้ไข - ระบบฐานข้อมูล มีความครอบคลุม ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน - ประสิทธิภาพของศูนย์และระบบรองรับ	✓				
	4.3.2	สิทธิผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การคุ้มครองเมื่อได้รับความเสียหาย - สิทธิที่จะได้ค่าชดเชยความเสียหาย - สิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องระยะยาว	✓				

ซึ่งจากข้อมูลที่ได้กล่าวมาทั้งหมด คณะผู้วิจัยได้นำมาจัดทำเป็นแบบสอบถามความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพของรัฐ เป็นดังนี้

แบบสอบถามความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ โดยข้อมูลของท่านจะนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงระบบสุขภาพของไทย ทั้งนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย และท่านสามารถติดตามผลการสำรวจดัชนีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพได้จากเว็บไซต์ www.hsri.or.th

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ชื่อผู้ตอบ :	โทรศัพท์	
เพศ :	☐ 1) ชาย	☐ 2) หญิง
อายุ :	ปี	
อาชีพ :	☐ 1) นักศึกษา ☐ 2) เจ้าของกิจการ ☐ 3) ประกอบวิชาชีพอิสระ ☐ 4) พนักงานเอกชน ☐ 5) รับราชการ / พนักงานของรัฐ ☐ 6) อื่นๆ ระบุ	
วุฒิการศึกษา :	☐ 1) ประถมศึกษา-มัธยมต้น ☐ 2) มัธยมปลาย-ปวช.-ปวส. ☐ 3) ปริญญาตรี ☐ 4) สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 5) อื่นๆ.....	
รายได้ต่อเดือน	☐ 1) ต่ำกว่า 10,000 บาท ☐ 2) 10,000 – 15,000 บาท ☐ 3) 15,001 – 30,000 บาท ☐ 4) 30,001 – 50,000 บาท ☐ 5) สูงกว่า 50,001 บาท ☐ 6) ไม่มีรายได้	
หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ :	☐ 1) บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ☐ 2) บัตรประกันสังคม ☐ 3)สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ 4) ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ	
โดยปกติเมื่อเจ็บป่วยท่านจะเลือกใช้ สถานพยาบาลใดเป็นแห่งแรก :	☐ 1) สถานพยาบาลของรัฐ ☐ 2) สถานพยาบาลเอกชน/คลินิก ☐ 3) ซื้อยารับประทานจากร้านขายยา ☐ 4) อื่น ๆ (ระบุ)	

2. กรุณาใส่เครื่องหมาย ☒ ในช่องที่เลือก

- พิจารณาจากประสบการณ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความเห็นในประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ อย่างไร

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
ระบบการเสริมสร้างสุขภาพ				
1	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐
2	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐
3	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐
4	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดให้มีสถานที่สำหรับใช้ในการออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจอย่างเพียงพอ	☐	☐	☐
5	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐
6	ท่านเห็นว่า อสม. มีความรู้ ความสามารถเพียงพอสำหรับการช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน	☐	☐	☐
7	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดบริการพื้นฐานในการดูแลด้านความเป็นอยู่อย่างถูกสุขลักษณะ เช่น น้ำสะอาดเพื่อการบริโภค การกำจัดขยะมูลฝอย อย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐
8	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการติดตามประเมินผลกิจกรรมและโครงการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อการปรับปรุงและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐
9	ภายใต้นโยบายและผลจากการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐ ทำให้ท่านให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	☐	☐	☐
ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ				
10	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร ในการป้องกันและควบคุมโรคที่ทันต่อสถานการณ์	☐	☐	☐
11	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต อย่างมีประสิทธิภาพ	☐	☐	☐
12	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดบริการที่จำเป็นต่อการตรวจวินิจฉัย และรักษาอย่างทันเวลาที่ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค	☐	☐	☐

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
13	ท่านเห็นว่า ท่านมีความปลอดภัยจากโรคระบาด และโรคติดต่อที่สำคัญๆ	☐	☐	☐
14	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดการสภาพแวดล้อม ทำให้ไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน	☐	☐	☐
15	ท่านเห็นว่า ท่านได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ครบถ้วนเพื่อให้ปลอดภัยจากโรคระบาดและโรคติดต่อ	☐	☐	☐
ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ				
16	ท่านเห็นว่า หลักประกันสุขภาพที่ท่านใช้อยู่สามารถครอบคลุมการรักษาพยาบาลและบริการต่างๆ ที่จำเป็นได้อย่างดี	☐	☐	☐
17	ท่านเห็นว่า สถานพยาบาลของรัฐมีการให้บริการด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์อย่างเพียงพอ เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	☐	☐	☐
18	ท่านเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐมีจำนวนที่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชน	☐	☐	☐
19	ท่านเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐมีความรู้ ความสามารถในการให้บริการแก่ประชาชน	☐	☐	☐
20	ท่านเห็นว่าเมื่อเจ็บป่วย ท่านได้รับการบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐได้อย่างสะดวกทันทั่วทั้งที่	☐	☐	☐
21	ท่านเห็นว่า ได้รับการบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นอย่างไม่ถูกเลือกปฏิบัติ	☐	☐	☐
22	ท่านเห็นว่า ท่านสามารถไปเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลรักษาโรคเฉพาะทางของรัฐ โดยไม่มีปัญหาและอุปสรรค	☐	☐	☐
23	ท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ	☐	☐	☐
24	ท่านเห็นว่า สถานพยาบาลของรัฐมีความสามารถในการให้การรักษาพยาบาลเมื่อเทียบกับจากสถานพยาบาลเอกชน	☐	☐	☐

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ				
25	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร กับผู้บริโภคในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐
26	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพ อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังจำหน่ายในท้องตลาดอย่างมีประสิทธิภาพ	☐	☐	☐
27	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนอย่างเหมาะสม	☐	☐	☐
28	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคกับผู้กระทำผิดอย่างมีประสิทธิภาพ	☐	☐	☐
29	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีช่องทางการรับเรื่องร้องทุกข์ของประชาชนที่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	☐	☐	☐
30	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตอบสนองการร้องเรียนเมื่อท่านมีปัญหาด้านสาธารณสุข	☐	☐	☐
31	ท่านได้รับความรู้เรื่องสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน	☐	☐	☐
32	ท่านสามารถได้รับการคุ้มครองหรือชดเชย เมื่อได้รับความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	☐	☐	☐

● ใน 6 เดือนข้างหน้า ท่านมีความเห็นในประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้อย่างไร

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
1	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ	☐	☐	☐
2	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ	☐	☐	☐
3	ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐ	☐	☐	☐
4	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	☐	☐	☐
5	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	☐	☐	☐
6	ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของรัฐ	☐	☐	☐
7	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีสำหรับการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ	☐	☐	☐
8	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ	☐	☐	☐
9	ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการของรัฐ	☐	☐	☐
10	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	☐	☐	☐
11	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	☐	☐	☐
12	ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของรัฐ	☐	☐	☐
13	ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยเจ้าหน้าที่ของรัฐมีความรับผิดชอบ โปร่งใส ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและตรวจสอบได้	☐	☐	☐
14	ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นได้	☐	☐	☐
15	ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยประชาชนได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน	☐	☐	☐
16	ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและบังเกิดผลที่ดีต่อประชาชน	☐	☐	☐

5 การรับฟังความคิดเห็นจากภาคประชาชน

ภายหลังที่ได้แบบสอบถามความเชื่อมั่นเบื้องต้นดังกล่าวแล้ว คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมารับฟังความคิดเห็นจากภาคประชาชนอีกครั้งโดยผู้เข้าร่วมทั้งหมดจำนวน 100 ราย เพื่อเป็นกลุ่มทดลองทดสอบเครื่องมือของการจัดทำดัชนี และมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแทนภาคประชาชนจากกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- ข้าราชการ
- ครู อาจารย์
- นักศึกษา
- ผู้ประกอบอาชีพอิสระ
- นักธุรกิจ เจ้าของกิจการ
- ชาวบ้าน เกษตรกร

โดยได้ตั้งประเด็นในการรับฟังความคิดเห็น คือ

- มีความคิดเห็นอย่างไรกับประเด็นตัวชี้วัดที่นำมาสอบถาม (สะท้อนความเชื่อมั่นหรือไม่)
- ประชาชนสามารถตอบคำถามในประเด็นตัวชี้วัดที่สอบถามได้หรือไม่
- การตอบคำถามความเชื่อมั่นใช้เกณฑ์การพิจารณาจากพื้นฐานใด
- เกณฑ์การให้น้ำหนัก (เพิ่ม ลด คงที่) พิจารณาอย่างไร

ทั้งนี้ได้แบ่งคำถามความเชื่อมั่นของของประชาชนออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. ประเด็นสอบถามความเห็นจากประสบการณ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
2. ประเด็นสอบถามความเชื่อมั่นในอนาคต หรือ 6 เดือนข้างหน้า

ซึ่งผลการรับฟังความคิดเห็นความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพสามารถสรุปได้ ดังนี้

- พิจารณาจากประสบการณ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

1. ระบบเสริมสร้างสุขภาพ

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
1. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ อย่างต่อเนื่อง	✓		✓		- เห็นการรณรงค์จากสื่อมากขึ้น - เห็นว่าภาครัฐให้ความสนใจในการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ - เห็นการรณรงค์เรื่องการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร - คนให้ความสนใจด้านสุขภาพมากขึ้น
2. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง	✓		✓		- พิจารณาจากสิ่งที่เห็น เช่น ในสวนสาธารณะ มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น - มีการส่งเสริมสนับสนุนในปัจจุบันแต่ไม่ทั่วถึง
3. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง	✓		✓		- สามารถจำการรณรงค์ผ่านสื่อ เช่น “กินของร้อน ใช้ช้อนกลาง ล้างมือ” - มีการรณรงค์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลต่างๆ - ดูจากความถี่ (ทราบจากสื่อที่เห็น เช่น ริมถนน เรื่อง การบริโภคอาหารที่สะอาด การตรวจระบบน้ำประปาดื่มได้ การจัดนิทรรศการที่เมืองทองธานีในเรื่องการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ
4. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดให้มีสถานที่สำหรับใช้ในการออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจอย่างเพียงพอ	✓		✓		- พิจารณาจากจำนวนสถานที่ออกกำลังกายมีจำกัด
5. ท่านเห็นว่าภาครัฐมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง	✓		✓		- พิจารณาจากการอบรมให้ความรู้กับ อสม. - คนที่ไม่รู้จัก อสม. ตอบ : มีการจัดอบรมคงที่
6. ท่านเห็นว่า อสม. มีความรู้ความสามารถเพียงพอสำหรับการช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน	✓		✓		- ภาครัฐมาอบรม ทำให้มีความรู้ ส่งผลให้ประชาชนมีผลตอบรับที่ดีขึ้น - คนที่ไม่รู้จัก อสม. ตอบ : คงที่

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
7. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัด บริการ พื้นฐานในการดูแลด้านความเป็นอยู่ อย่างถูกสุขลักษณะ เช่น น้ำสะอาด เพื่อการบริโภค การจำกัดขยะมูลฝอย อย่างต่อเนื่อง	✓		✓		- เห็นว่ามีการตรวจน้ำประปา มีใบรับรองคุณภาพ, มีการเก็บขยะ ไม่วางเกะกะริมถนนในเมือง - จากการเห็นและสัมผัสคุณภาพน้ำ
8. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการติดตาม ประเมินผลกิจกรรมและโครงการ เสริมสร้างสุขภาพเพื่อการปรับปรุง และแก้ไขอย่างต่อเนื่อง	✓		✓		- มีการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องการดูแลสุขภาพ เต้นแอโรบิค มีการปรับเปลี่ยนท่าแอโรบิค ให้คนพอใจมากขึ้น - มีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมไปจากเดิม - มองจากการเปลี่ยนแปลง (ประชาชนมาออกกำลังกายกันมากขึ้น) - มองจากมีนักศึกษาเข้ามาทำแบบ สอบถามเรื่อง การออกกำลังกาย - มองว่าส่วนมากเอกชนทำ รัฐไม่ค่อยทำ
9. ภายใต้นโยบายและผลจากการสร้าง เสริมสุขภาพของรัฐ ทำให้ท่านให้ ความสำคัญต่อการสร้างเสริม สุขภาพ	✓		✓		- ดูจากภาพรวมจากสื่อ - ดูจากกิจกรรมกลุ่ม มีจำนวนคนมากขึ้น เช่นการเต้นแอโรบิค - มีลานแอโรบิคเพิ่ม เอกชนก็มีการจัดกิจกรรมเพิ่มขึ้น - คนสุขภาพดีขึ้น

2. ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
10. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการ ประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร ในการป้องกันและ ควบคุมโรคที่ทันต่อสถานการณ์	✓		✓		- พิจารณาจากข้อมูลข่าวสารจริง ทั้งจาก เจ้าหน้าที่อนามัย อสม. วิทยุ โทรทัศน์ เช่น การใช้หน้ากากอนามัยปิดปากปิด จมูก การล้างมือบ่อยๆ การกำจัดไก่ที่ ตาย - คนที่อยู่ในชนบทไกลๆ จะไม่รู้ และเข้า ไม่ถึงข่าวสาร - รัฐประชาสัมพันธ์จริงแต่ชาวบ้านไม่สนใจ
11. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีมาตรการใน การควบคุมการแพร่ระบาดของ โรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต อย่างมี ประสิทธิภาพ	✓		✓		- พิจารณาจากจำนวนคนที่ป่วยเป็นโรค ระบาด และการปฏิบัติตัวของคนทั่วไป - สถิติคนป่วยที่ยังไม่ดีขึ้น - การควบคุมดีขึ้น แต่ยังไม่มีประสิทธิภาพ พอทันกับโรคที่เกิดขึ้น
12. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดบริการ ที่จำเป็นต่อการตรวจวินิจฉัยและ รักษาอย่างทันทั่วถึง เพื่อป้องกัน การแพร่ระบาดของโรค	✓		✓		- เห็นจากการตรวจจริงของแพทย์ เช่น การกักตัวไว้ที่ รพ. การตรวจเลือด
13. ท่านเห็นว่า ท่านมีความปลอดภัย จากโรคระบาด และโรคติดต่อที่ สำคัญๆ	✓		✓		- ความรู้สึกของตนเอง - จากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับทราบ และการ ดูแลตัวเองได้ตามคำแนะนำ
14. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดการ สภาพแวดล้อม ทำให้ไม่เกิด อันตรายต่อสุขภาพของประชาชน	✓		✓		- พิจารณาจากสิ่งที่มีการดำเนินการจริง เช่น การกำจัดขยะ
15. ท่านเห็นว่า ท่านได้รับความรู้ใน การดูแลตนเอง ครอบคลุมเพื่อให้ ปลอดภัยจากโรคระบาดและ โรคติดต่อ	✓		✓		- ความรู้สึกของตนเอง ที่ได้รับความรู้จาก ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับทราบ - มี อสม. มาช่วยให้คำแนะนำ ดูแลใน ชุมชน

3. ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
16. ท่านเห็นว่า หลักประกันสุขภาพที่ท่านใช้อยู่สามารถครอบคลุมการรักษาพยาบาลและบริการต่างๆ ที่จำเป็นได้อย่างดี	✓		✓		- พิจารณาบัตรที่มีรักษาโรคต่างๆ ได้ครอบคลุมหรือไม่ - การขอยาที่ต้องการได้หรือไม่ และ Admit ได้หรือเปล่า - บัตรแต่ละประเภทจะให้บริการแตกต่างกัน โดยเฉพาะที่ให้แบ่ง แยกเกรดยาแพง ถูกตามชนิดของบัตร - บัตรบางชนิดไม่ครอบคลุมการรักษา เช่น บางบัตรจำกัดอาการเจ็บป่วย ไม่ให้ Admit เป็นต้น
17. ท่านเห็นว่า สถานพยาบาลของรัฐ มีการให้บริการด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์อย่างเพียงพอ เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	✓		✓		- พิจารณาจากมีเตียง แต่ให้ใช้เวลาจำเป็นที่ต้อง Admit - เครื่องตรวจรักษาที่จำเป็นมีหรือไม่ - ให้ความเห็นว่าเครื่องมือจะกระจุกตัวอยู่ที่ รพ.ใหญ่ โดยเฉพาะที่กรุงเทพฯ โรงพยาบาลขนาดเล็กจะไม่มีอุปกรณ์รักษาที่เพียงพอ - โรงพยาบาลบางแห่ง (ขนาดเล็ก) 1 เตียง คนไข้ แบ่งกันนอน 2 คน
18. ท่านเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ มีจำนวนที่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชน	✓		✓		- พิจารณาจากการรอตรวจ ถ้ามีหมอเยอะ ไม่ต้องรอนาน - การรอรับยาต้องรอนานมาก - ดูจากต้องรอหมอ (เช่น หมอมาช้า, หมอน้อย, คนไข้เยอะ) - พยาบาลที่จะดูแลอาการเบื้องต้น
19. ท่านเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการแก่ประชาชน	✓		✓		- พิจารณาว่าหมอเก่งมีหรือเปล่าหมายถึงความรู้ของแพทย์ต้องมีมาตรฐานในการรักษาโรค ซึ่งส่วนใหญ่ก็ให้การยอมรับ เพราะการสอบและเรียนหมอยากคนที่ผ่านแสดงว่าเก่ง
20. ท่านเห็นว่าเมื่อเจ็บป่วย ท่านได้รับการบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐได้อย่าง	✓		✓		- ถ้าเจ็บหนักต้องมาช่วยดูแลทันทีไม่ต้องรอคิว หมายถึงการอาการเจ็บหนัก เข้ามาแล้วต้องรีบปฐมพยาบาลทันทีไม่ต้อง

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
สะดวกทันทั่วทั้งที่					รอคิว เช่น เด็กตัวร้อนจัด แต่พยาบาล บอกว่าให้ไปดำเนินการตามขั้นตอน ซึ่งก็ ทำให้มีปากเสียงกับเจ้าหน้าที่อยู่บ้าง เป็นต้น
21. ท่านเห็นว่า ได้รับการบริการด้าน สุขภาพที่จำเป็นอย่างไม่ถูกเลือก ปฏิบัติ	✓		✓		- เห็นจากการใช้เส้นลัดคิว หมายถึงการใช้ เส้นสายในการลัดคิว และสิทธิพิเศษที่จะ ได้เตียงคนไข้ เป็นต้น ซึ่งมีอยู่เสมอและ พบเห็นได้ทั่วไป - พิจารณาจากกิริยาของพยาบาลไม่ดีต่อ คนไข้ เช่น พุดจาไม่ดี เป็นต้น
22. ท่านเห็นว่า ท่านสามารถไปเข้า รับบริการรักษาพยาบาลจาก สถานพยาบาลรักษาโรคเฉพาะ ทางของรัฐ โดยไม่มีปัญหาและ อุปสรรค	✓		✓		- มีหมอเฉพาะทางเพียงพอหรือไม่คือการ ที่โรงพยาบาลมีหมอที่เชี่ยวชาญเฉพาะ ครบทุกโรค ส่วนใหญ่จะมีเฉพาะ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ถ้าติดต่อรับการ รักษาที่โรงพยาบาลขนาดเล็กจะถูกส่งให้ ไปรับการรักษาในเมือง ซึ่งเป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า
23. ท่านมีความพึงพอใจต่อการ บริการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ	✓		✓		- ต้องรอหมอ และรอรับยานานหรือไม่ - ผลการรักษาที่หายดีเป็นปกติ
24. ท่านเห็นว่า สถานพยาบาลของรัฐ มีความสามารถในการให้การ รักษาพยาบาลเมื่อเทียบกับจาก สถานพยาบาลเอกชน	✓		✓		- โรงพยาบาลเอกชน สะดวก รวดเร็ว และ พยาบาลบริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส ซึ่งในปัจจุบันไม่มีโรงพยาบาลรัฐเทียบได้

4. ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
25. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร กับผู้บริโภค ในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง	✓		✓		- พิจารณาจากสื่อ และช่องทางที่นำเสนอผ่านสื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ และ อสม. ที่ให้แก่ประชาชนว่ามีอย่างน้อยเท่าใด
26. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังจำหน่ายในท้องตลาด อย่างมีประสิทธิภาพ	✓		✓		- พิจารณาจากกิจกรรมของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ผ่านสื่อ
27. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชนอย่างเหมาะสม	✓		✓		- พิจารณาจากกรณีที่เกิดปัญหา เช่น กรณีตาบอด แล้วมีการดำเนินการอย่างไร
28. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคกับผู้กระทำผิดอย่างมีประสิทธิภาพ	✓		✓		- พิจารณาจากการดำเนินการของรัฐต่อผู้ทำผิด หรือหลอกลวง อย่างจริงจังหรือไม่
29. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีช่องทางการรับเรื่องร้องทุกข์ของประชาชนที่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	✓		✓		- พิจารณาจากกล่อง และช่องทางร้องเรียนตามที่ต่างๆ
30. ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตอบสนองการร้องเรียนเมื่อท่านมีปัญหาด้านสาธารณสุข	✓		✓		- พิจารณาจากการดำเนินการหลังร้องเรียน
31. ท่านได้รับความรู้เรื่องสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน	✓		✓		- รับรู้ได้จาก อสม. หรือ สื่อตามโรงพยาบาล ประเด็นสำคัญคือ ได้รู้หรือไม่ สนใจหรือไม่ ปัจจุบันคนจำนวนมากไม่รู้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นของการสื่อสาร
32. ท่านสามารถได้รับการคุ้มครองหรือชดเชย เมื่อได้รับความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	✓		✓		- พิจารณาว่ารัฐจ่ายค่าชดเชยจริงหรือไม่ ซึ่ง กรณีเช่น ตาบอด จากการรักษาที่ผ่านมา ตามข่าว

● ความเชื่อมั่นใน 6 เดือนข้างหน้า

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
1. ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ	✓		✓		- พิจารณาจากนโยบาย เช่น ภาครัฐน่าจะออกนโยบายที่ดี - ภาครัฐเห็นสุขภาพของประชาชนดีขึ้น ก็คิดว่าน่าจะทำต่อเนื่อง - ประชาชนสนใจมากขึ้น ทำให้ภาครัฐต้องทำต่อเนื่อง เพื่อได้เสียงจากประชาชน - รัฐบาลกระจายอำนาจไปสู่แต่ละกระทรวง ถ้านโยบายดี ก็น่าจะทำอย่างต่อเนื่อง - นโยบายสาธารณสุข ไม่ใช่ชนโยบายสำคัญเร่งด่วน
2. ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ	✓		✓		- เห็นจากการสร้างเสริมสุขภาพไม่ทั่วถึง - พิจารณาจากประสบการณ์จากการทำงานกับภาครัฐ ไม่มีความมั่นใจในประสิทธิภาพ
3. ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการสร้างเสริมสุขภาพ	✓		✓		- เปรียบเทียบกับกรณีการจ่ายเงินให้ผู้สูงอายุรายเดือน - เห็นจากแผนการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐ
4. ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	✓		✓		- ความรู้สึกของตนเอง ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ผ่านมา หลายเรื่องที่ผ่านมาดีขึ้น ต่อไปข้างหน้าก็คิดว่าน่าจะดีขึ้นเหมือนกัน
5. ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	✓		✓		- ความรู้สึกของตนเอง จากการได้รับการดูแลที่ผ่านมา ทั้งของตนเอง และคนในบ้าน คนรู้จัก - มีการบริการที่ดีขึ้น
6. ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของรัฐ	✓		✓		- ความรู้สึกของตนเอง

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
7. ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีสำหรับการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ	✓		✓		- ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากหนังสือพิมพ์และจากการพูดคุยกับเพื่อนๆ - นโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวกับสาธารณสุขสิทธิประโยชน์จากบัตรต่างๆ
8. ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ	✓		✓		- มีหมอ พยาบาลเพียงพอไม่ต้องรอตรวจและรอนาน
9. ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการของรัฐ	✓		✓		- ผลการรักษาที่ดีขึ้น
10. ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีสำหรับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	✓		✓		- รับรู้จากนโยบายของรัฐบาล ผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ
11. ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	✓		✓		- พิจารณาจากวิธีการจัดการปัญหาของกระทรวงหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ
12. ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของรัฐ	✓		✓		- พิจารณาจากผลงานของรัฐที่ทำ เช่น กรณีผ้าตา ใช้หัวด2009
13. ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทย เจ้าหน้าที่ของรัฐมีความรับผิดชอบต่อโปร่งใส ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและตรวจสอบได้	✓		✓		- เห็นถึงความโปร่งใส โดยการให้ประชาชนเปิดบัญชี เพื่อรับเงินของอสม. - ความโปร่งใส ตรวจสอบได้เป็นไปได้นยาก เพราะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ประชาชนกับเจ้าหน้าที่รัฐไม่มีความใกล้ชิดกัน - กระทรวงสาธารณสุขให้ความรู้กับประชาชนน้อย

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
					- จากความเป็นจริงและประสบการณ์ที่ผ่านมา และคำบอกเล่าของคนรู้จัก - ไม่แน่ใจว่าถามข้อมูลเจ้าหน้าที่แล้ว เขาจะบอกจริง ๆ หรือเปล่า - พยาบาลไม่รับทราบหน้าที่และปฏิบัติหน้าที่ให้รวดเร็วระหว่างเวลางาน - พิจารณาการให้บริการ การประชาสัมพันธ์ และข้อมูลจาก อสม.
14. ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นได้	✓		✓		- ประชาชนมีข้อเสนอต่อภาครัฐ และเกิดผลสัมฤทธิ์ เช่น การขอพื้นที่ออกกำลังกาย - การที่ภาครัฐเข้ามาสอบถาม จึงเห็นว่าประชาชนน่าจะมีส่วนร่วมมากขึ้นต่อไป - ไม่มีช่องทางในการแสดงความคิดเห็น - จากความเป็นจริงที่ได้ทำงานร่วมกับภาครัฐ โดยเฉพาะ อสม. - ประสบการณ์ที่ผ่านมาในการเข้าร่วมกิจกรรม สมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด - ยังไม่ทราบว่าจะมีช่องทางไหนที่จะสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมเสนอความคิดเห็นได้ - มีกล่องรับฟังความเห็น และสามารถร้องต่อสำนักคุ้มครองผู้บริโภค ทางโทรศัพท์ได้
15. ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยประชาชนได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน	✓		✓		- ภาครัฐ ไม่มีการพัฒนาการบริการ - พิจารณาจากความแตกต่างของยาที่ได้รับ - ความแตกต่างระหว่างเจ้าหน้าที่รัฐและประชาชน - กรณี 30 บาท โรงพยาบาลรัฐไม่ให้ความสนใจคนไข้เลย - การใช้สิทธิประกันสังคม ในโรงพยาบาลเอกชน มีความไม่เท่าเทียมกันในแต่ละพื้นที่

ประเด็นคำถาม	ความเข้าใจ ในคำถาม (สามารถตอบได้)		สะท้อน ความเชื่อมั่น		เกณฑ์ในการพิจารณาตอบ
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	
					- จากความเป็นจริงและประสบการณ์ที่ผ่านมา และจากคำบอกเล่าของคนรู้จัก - ถ้าใช้บัตรทอง ได้ยาไม่ดี แต่ถ้าจ่ายเงินเองจะได้ยาดีกว่า - มีคนของคลินิกไปทำการเปลี่ยน - แปลงสิทธิ์ จาก รพ. มาเป็นคลินิก โดยที่เจ้าตัวไม่รู้เรื่อง - การมีการใช้เส้นสายในการขอรับบริการ - การรับรู้ถึงสิทธิ ผ่านการประชาสัมพันธ์ของสาธารณสุขชุมชน หรือ อสม. - รับรู้ว่ามีสิทธิของบัตรทอง ประกันสังคม หรือจ่ายตรงของข้าราชการ เป็นอย่างไร
16. ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและบังเกิดผลดีต่อประชาชน	✓		✓		- ปัญหาที่มีอยู่ได้รับการแก้ไขจากภาครัฐ - มองเห็นความพยายามของภาครัฐในการทำให้ระบบสุขภาพ - โรงพยาบาลรัฐ มี ISO 2000 เชื่อว่าระบบน่าจะทำให้วิธีการทำงานเปลี่ยน - มองเปรียบเทียบกับบริการที่ได้รับการบริการว่ายังไม่มีความเท่าเทียมกัน และ ไม่น่าจะปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ - ความรู้สึกของตนเอง จากความเป็นจริงและประสบการณ์ที่ผ่านมา - คำบอกเล่าของคนรู้จัก - รับรู้ผลการดำเนินงานในกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนจากหน่วยงานรัฐ - จากการจัดการปัญหาเรื่องโรคระบาดโรคติดต่อ และกิจกรรมของ อสม.

พร้อมทั้งมีความคิดเห็นอื่นๆ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 การลงชื่อในแบบสอบถาม บางรายขอสงวนสิทธิ เพราะในแบบสอบถามมีข้อมูลที่สัมพันธ์กันในเรื่องราวได้ ไม่ต้องการเปิดเผย และเห็นว่าไม่เป็นประเด็นสำคัญ
- 1.2 เรื่องการลำดับการเลือกใช้สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ลำดับการเลือกขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วย เจ็บป่วยมากหรือน้อย
- 1.3 อาชีพ เจ้าของกิจการนำให้ระบุว่าเป็นประเภทไหน และไม่มีช่องเกี่ยรราชการ หรือถ้าเป็นแม่บ้าน หรือรับจ้างก็ไม่มีช่องในตอบ
- 1.4 รายได้ที่กำหนดไว้สูงไป ควรเพิ่มช่วงต่ำกว่า 5,000 และ 5,001-10,000 บาท

2. ภาษาที่ใช้ในคำถาม

- 2.1 ในบางข้อยังไม่ชัดเจน ยังใช้คำที่เป็นวิชาการอยู่มาก เช่น คำว่า “รณรงค์” “ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” “มาตรการ” “ตรวจวินิจฉัย” “บริการที่จำเป็น” ที่ความหมายยาก
- 2.2 คำถามที่ใช้ควรถามตรงๆ เช่น ระหว่างคำว่าส่งเสริมกับสนับสนุน
- 2.3 บางคำถามซ้ำซ้อนกันทำให้ตอบยาก ไม่ควรจะมีคำว่าเพียงพอ ทำให้คำถามซ้ำซ้อนกัน
- 2.4 ควรเรียงประโยคคำถามใหม่ให้เข้าใจง่ายขึ้น เช่น “ระบบสุขภาพของไทยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นได้” “ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการดำเนินการของภาครัฐในด้านการป้องกันและควบคุมโรค” เป็นต้น

3. เรื่องของการใช้คำว่า “ภาครัฐ” จากการตีความคำ “ภาครัฐ” และ “การคุ้มครองผู้บริโภค” ซึ่งไม่ชัด เพราะเห็นกว้างไป เห็นว่าน่าจะระบุเป็นกิจกรรม จะเข้าใจง่ายขึ้น และคำว่าภาครัฐ อาจถูกเข้าใจว่าเป็นรัฐบาล ไม่ใช่หน่วยงานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ ซึ่งคนมีความรู้จะเข้าใจ แต่ถ้าเป็นชาวบ้านหรือประชาชน ไม่แน่ใจและอาจเข้าใจผิดเข้าใจว่าเป็นรัฐบาลสมัยนั้นๆ ซึ่งหากจะมีนัยวัดประสิทธิภาพของรัฐบาลช่วงนั้นๆ ก็ใช้ได้

4. คำถามควรเป็นผลที่ประชาชนสัมผัส (outcome) มากกว่าเรื่องนโยบายของรัฐ เพราะประชาชนสัมผัสได้ยาก และควรยกตัวอย่างประกอบคำถามด้วย เพื่อเข้าใจได้มากขึ้น และควรกำหนดเป็นข้อย่อย เช่น ฟังพอใจต่อการตรวจจากหมอ ฟังพอใจต่อการรับยา และฟังพอใจต่อการรักษา เป็นต้น

5. ลักษณะการตอบ (กลุ่มประชากรที่ผ่านมา 6 เดือน) ควรเป็นคำถามลักษณะ ดีมาก ดี ปานกลาง น้อย เพราะการตอบเพิ่มขึ้น ลดลง จากเดิมอาจดีหรือแย่เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ คำถามในกลุ่มความเชื่อมั่น 6 เดือนข้างหน้าควรตอบเป็นแบบ เพิ่มขึ้น คงที่ และลดลง ตามที่ออกแบบมา และคำถามกลุ่มความเชื่อมั่น 6 เดือนข้างหน้า ควรสอดคล้องกับคำถามประชากรที่ผ่านมา 6 เดือน

6. เรื่องคำตอบที่มีให้เลือก คิดว่าน่าจะมี 2 คำตอบ คือ เพิ่มขึ้น และ ลดลง เพราะคำว่าเท่าเดิม อาจหมายถึงเพิ่มหรือลดเล็กน้อยได้
7. คำถามโดยรวมค่อนข้างมาก การตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ระบบ ควรใช้เวลา ประมาณ 10 นาที และ จำนวนคำถามไม่ควรเกิน 20 ข้อ แต่ทั้งนี้ระยะเวลาขึ้นอยู่กับลักษณะการตอบแบบสอบถามด้วยว่า ตอบด้วยตนเอง หรือตอบโดยมีคนมาสอบถาม
8. ในบางประเด็นคำถาม เช่นในการตรวจสอบ และการรู้เรื่องสิทธิ ประเด็นอยู่ที่ว่าประชาชนรู้หรือไม่รู้ ว่า มีการดำเนินการตรวจสอบ หรือ รับรู้เรื่องสิทธิอย่างเท่ากันหรือต่างกันอย่างไร เสนอน่าจะมีข้อคำถามว่ารู้หรือไม่รู้ หรือทราบหรือไม่ทราบ เพราะถ้าไม่รู้ก็อาจตอบแบบไปแบบไม่มีหลักเกณฑ์ อาจไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ผลจากการรับฟังความคิดเห็นดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้ร่วมปรึกษากับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และได้นำมาซึ่งปรับปรุงแบบสอบถามความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพใหม่อีกครั้ง โดยได้จัดหมวดหมู่คำถามใหม่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งได้รูปแบบสอบถามที่จะใช้ในการคำนวณดัชนี ดังนี้

แบบสอบถามความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพ ซึ่งจะช่วยสะท้อนสถานะและสนับสนุนการปรับปรุงระบบสุขภาพของไทย ทั้งนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จะรักษาความเห็นของท่านไว้เป็นความลับ โดยจะวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย และท่านสามารถติดตามผลการสำรวจดัชนีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพได้จากเว็บไซต์ www.hsri.or.th

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ชื่อผู้ตอบ :	โทรศัพท์	
เพศ :	☐ 1) ชาย	☐ 2) หญิง
อายุ :	ปี	
อาชีพ :	☐ 1) นักศึกษา ☐ 2) เจ้าของกิจการ ☐ 3) ประกอบวิชาชีพอิสระ ☐ 4) พนักงานเอกชน ☐ 5) รับราชการ / พนักงานของรัฐ ☐ 6) อื่นๆ ระบุ	
วุฒิการศึกษา :	☐ 1) ประถมศึกษา-มัธยมต้น ☐ 2) มัธยมปลาย-ปวช.-ปวส. ☐ 3) ปริญญาตรี ☐ 4) สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 5) อื่นๆ.....	
รายได้ต่อเดือน	☐ 1) ต่ำกว่า 5,000 บาท ☐ 2) 5,000 – 10,000 บาท ☐ 3) 10,001 – 15,000 บาท ☐ 4) 15,001 – 30,000 บาท ☐ 5) 30,001 – 50,000 บาท ☐ 6) สูงกว่า 50,001 บาท ☐ 7) ไม่มีรายได้	
หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่ :	☐ 1) บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ☐ 2) บัตรประกันสังคม ☐ 3)สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ☐ 4) ประกันสุขภาพเอกชน ☐ 5) ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ	

2. กรุณาใส่เครื่องหมาย ☒ ในช่องที่เลือก

- พิจารณาจากประสบการณ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความเห็นในประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ อย่างไร

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
ระบบการเสริมสร้างสุขภาพ				
1	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพผ่านสื่อรูปแบบต่างๆ	☐	☐	☐
2	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกาย	☐	☐	☐
3	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัยและมีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกาย	☐	☐	☐
4	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดให้มีสถานที่สำหรับการออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจ	☐	☐	☐
5	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง	☐	☐	☐
6	ท่านเห็นว่า อสม. มีความรู้ ความสามารถสำหรับการช่วยดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน	☐	☐	☐
7	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดบริการพื้นฐานในการดูแลด้านความเป็นอยู่อย่างถูกสุขลักษณะ เช่น น้ำสะอาดเพื่อการบริโภค การกำจัดขยะมูลฝอย	☐	☐	☐
8	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการติดตามประเมินผลกิจกรรมโครงการเสริมสร้างสุขภาพ และมีการปรับปรุงและแก้ไข	☐	☐	☐
9	ภายใต้นโยบายและผลจากการสร้างเสริมสุขภาพของรัฐ ทำให้ท่านให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพ	☐	☐	☐

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ				
10	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร ในการป้องกันและควบคุมโรคที่ทันต่อสถานการณ์	☐	☐	☐
11	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีวิธีการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต	☐	☐	☐
12	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดบริการในการตรวจและรักษาอย่างทัน่วงที เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค	☐	☐	☐
13	ท่านเห็นว่า ท่านมีความปลอดภัยจากโรคระบาด และโรคติดต่อที่สำคัญๆ	☐	☐	☐
14	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการจัดการสภาพแวดล้อม ทำให้ไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน	☐	☐	☐
15	ท่านเห็นว่า ท่านได้รับความรู้ในการดูแลตนเอง ครบถ้วนเพื่อให้ปลอดภัยจากโรคระบาดและโรคติดต่อ	☐	☐	☐

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ				
16	ท่านเห็นว่า หลักประกันสุขภาพที่ท่านใช้อยู่สามารถครอบคลุมการรักษาพยาบาลและบริการต่างๆ ที่จำเป็นได้	☐	☐	☐
17	ท่านเห็นว่า สถานพยาบาลของรัฐมีการให้บริการด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์อย่างเพียงพอ เหมาะสมกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่	☐	☐	☐
18	ท่านเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐมีจำนวนที่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชน	☐	☐	☐
19	ท่านเห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐมีความรู้ ความสามารถในการให้บริการแก่ประชาชน	☐	☐	☐
20	ท่านเห็นว่าเมื่อเจ็บป่วย ท่านได้รับหรือจะได้รับการบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐได้อย่างสะดวก	☐	☐	☐
21	ท่านเห็นว่า ท่านได้รับหรือจะได้รับการบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นอย่างไม่ถูกเลือกปฏิบัติ	☐	☐	☐
22	ท่านเห็นว่า ท่านสามารถไปเข้ารับบริการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลรักษาโรคเฉพาะทางของรัฐ โดยไม่มีอุปสรรค	☐	☐	☐
23	ท่านมีความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาลจากภาครัฐ	☐	☐	☐
24	ท่านเห็นว่า สถานพยาบาลของรัฐมีความสามารถในการให้การรักษาพยาบาลเมื่อเทียบกับจากสถานพยาบาลเอกชน	☐	☐	☐

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
ระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ				
25	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร กับผู้บริโภคในเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค	☐	☐	☐
26	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพ อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังจำหน่ายในท้องตลาดอย่างมีประสิทธิภาพ	☐	☐	☐
27	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชน	☐	☐	☐
28	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคกับผู้กระทำผิดอย่างมีประสิทธิภาพ	☐	☐	☐
29	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีบริการช่องทางการรับเรื่องร้องทุกข์ของประชาชน	☐	☐	☐
30	ท่านเห็นว่า ภาครัฐมีการตอบสนองการร้องเรียนเมื่อท่านมีปัญหาด้านสาธารณสุข	☐	☐	☐
31	ท่านได้รับความรู้เรื่องสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้มาตรฐานและเท่าเทียมกัน	☐	☐	☐
32	ท่านสามารถได้รับการคุ้มครองหรือชดเชย เมื่อได้รับความเสียหายจากการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	☐	☐	☐

- ใน 6 เดือนข้างหน้า ท่านมีความเห็นในประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้อย่างไร

ประเด็นคำถาม		เพิ่มขึ้น/ ดีขึ้น	คงที่/ เท่าเดิม	ลดลง/ แย่ลง
1	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีนโยบายที่ดีและเป็นไปได้สำหรับ			
	1.1 การสร้างเสริมสุขภาพ	☐	☐	☐
	1.2 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	☐	☐	☐
	1.3 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ	☐	☐	☐
	1.4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	☐	☐	☐
2	ท่านเชื่อมั่นว่า ภาครัฐจะมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในด้าน			
	2.1 การสร้างเสริมสุขภาพ	☐	☐	☐
	2.2 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	☐	☐	☐
	2.3 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ	☐	☐	☐
	2.4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	☐	☐	☐
3	ท่านเชื่อมั่นว่า ท่านจะได้รับผลที่ดีจากการดำเนินงานภาครัฐในด้าน			
	3.1 การสร้างเสริมสุขภาพ	☐	☐	☐
	3.2 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	☐	☐	☐
	3.3 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ	☐	☐	☐
	3.4 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	☐	☐	☐
4	ท่านเชื่อมั่นว่า เจ้าหน้าที่ของรัฐในระบบสุขภาพมีความรับผิดชอบตรงไปตรงมา	☐	☐	☐
5	ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและทำการตรวจสอบได้	☐	☐	☐
6	ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยจะเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นได้	☐	☐	☐
7	ท่านเชื่อมั่นว่า ระบบสุขภาพของไทยประชาชนจะได้รับสิทธิเท่าเทียมกัน	☐	☐	☐

6 การทดสอบค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

เพื่อให้เกิดความมั่นใจในแบบสอบถามคณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามจำนวน 45 แบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยวิธีของ Cronbach's Alpha สรุปได้ว่า เครื่องมือที่ใช้มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.968 ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่มีระดับสูง และมากพอที่จะทำให้เชื่อมั่นได้ว่าแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือที่ใช้ทดสอบในกรณีนี้มีความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) และมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันระหว่างข้อคำถาม จำนวน และบริบทที่กำลังวัดอยู่ในระดับสูง ซึ่งปรากฏผลของการทดสอบเครื่องมือโดยรวม และผลการทดสอบโดยแยกพิจารณาแบบจำแนกเป็นด้านๆ รวม 4 ด้าน (ตัวแปร Code A..การสร้างเสริมสุขภาพ B..การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ C..การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพการบริการ D..การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ) ตลอดจนการแยกทดสอบข้อคำถามที่เป็นภาพรวมใน 6 เดือนข้างหน้า

บทที่ 7

ร่างระเบียบวิธีวิจัยการทำดัชนี

บทที่ 7

ร่างระเบียบวิธีวิจัยการทำดัชนี

จากการศึกษาที่ได้ข้อมูลในประเด็นตัวชี้วัดที่ใช้วัดความเชื่อมั่นระบบสุขภาพดังที่กล่าวมาแล้วนั้น คณะผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัยของการทำดัชนีไว้ ดังนี้

- (1) ประเภทของการสำรวจวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)
- (2) กลุ่มประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนทั่วไปทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค
- (3) แผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบการเลือกตัวอย่างแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม โดยแบ่งตามพื้นที่ คือ กรุงเทพฯ ภาคเหนือ ภาคกลางและตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และกำหนดขนาดของตัวอย่างในการสำรวจวิจัยนี้คือ 2,000 คน ในแต่ละพื้นที่เท่าๆกัน คือ 400 ตัวอย่าง เพื่อให้ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง (Margin of error) +/- ร้อยละ 2.76 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95
- (4) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม การสอบถามจะใช้แบบสอบถามที่ทำให้ประชาชนสามารถตอบได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นการสอบถามจะเป็นการถามทางโทรศัพท์หรือการเขียนตอบ
- (5) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยใช้การเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) ตามบัญชีรายชื่อในสมุดโทรศัพท์ของแต่ละพื้นที่ จำนวนร้อยละ 50 และอีกร้อยละ 50 เป็นการตอบแบบสอบถามที่ส่งผ่านการสอบถามทั่วไป เช่น สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลของเอกชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ชุมชนในชนบท ให้ครอบคลุมทั้งประชาชนในและนอกตัวเมือง
- (6) การสอบถามในครั้งต่อไปจะใช้ตัวอย่างที่เป็นผู้ที่เคยตอบแบบสอบถามครั้งที่ผ่านมามีประมาณร้อยละ 40 และเป็นผู้ตอบแบบสอบถามใหม่ประมาณร้อยละ 60 (ยึดตาม Michigan Survey of Consumer)

วิธีการคำนวณดัชนี

1. การกำหนดค่าร้อยละ

ได้แบ่งความคิดเห็นของประชาชนที่เป็นตัวอย่างในการตอบแบบสำรวจในครั้งนี้เป็น 3 ระดับ คือ เพิ่มขึ้นหรือดีขึ้น ลดหรือแย่ลง เหมือนเดิมหรือคงเดิม และจากคำตอบของตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจะถูกนับเป็นหนึ่ง แล้วจึงนำผลทั้งหมดมารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนที่นับได้ทั้งหมดของแต่ละข้อ จะได้เป็นค่าร้อยละของแต่ละข้อ โดยที่

S = ค่าคะแนนของแต่ละข้อ

I = จำนวนตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามข้อที่ i

N = จำนวนตัวอย่าง

2. การให้คะแนนและการคำนวณหาดัชนีความเชื่อมั่นในแต่ละข้อคำถาม
- การคำนวณหาดัชนีความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพในแต่ละข้อ ทำได้โดยการกำหนดคะแนนจากคำตอบของตัวอย่าง ดังนี้

คำตอบ	ค่าคะแนน
ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชน “เพิ่มขึ้น”	200
ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชน “เท่าเดิม”	100
ความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชน “ลดลง”	0

เพื่อแปลงข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นเชิงปริมาณ และคำนวณค่าดัชนีได้จาก โดยที่

$S_{i,n}$ = คะแนนที่ตัวอย่างคนที่ n ตอบคำถามข้อที่ i

คะแนนของแต่ละมิติเท่ากับ $CI = (\text{ผลรวมของ } S_{i,n}) / n$

3. การคำนวณแบบถ่วงน้ำหนัก

ดัชนีได้แบ่งกลุ่มตามมิติของระบบสุขภาพ 4 มิติ ซึ่งแต่ละมิติจะมีน้ำหนักเฉพาะคือ

- มิติที่ 1 ระบบการสร้างเสริมสุขภาพ น้ำหนัก 0.2
- มิติที่ 2 ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ น้ำหนัก 0.3
- มิติที่ 3 ระบบการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ น้ำหนัก 0.3
- มิติที่ 4 ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค น้ำหนัก 0.2

4. การคำนวณค่าดัชนีโดยรวม

ใช้สูตรต่อไปนี้ โดยนำผลคะแนนรวมในแต่ละมิติจากแบบสอบถาม มาคำนวณแบบถ่วงน้ำหนักดังนี้

HSCI = ค่าดัชนีรวม (Health System Confidence Index)

= $[(C1 \times 0.2) + (C2 \times 0.3) + (C3 \times 0.3) + (C4 \times 0.2)]$

5. การตีความหมายผลลัพธ์ที่ได้ ค่าดัชนีที่ได้จะมีค่า ระหว่าง 0 - 200.0 และใช้เกณฑ์ในการตีความดังนี้

ถ้า (Health System Confidence Index : HSCI)	ความหมาย
มีค่าน้อยกว่า 100	ตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าคุณภาพลดลงหรือแย่ลง
มีค่าเท่ากับ 100	ตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าคุณภาพเหมือนเดิมหรือทรงตัว
มีค่ามากกว่า 100	ตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าคุณภาพเพิ่มขึ้นหรือดีขึ้น

บทที่ 8

การทดสอบดัชนีภาพรวมเบื้องต้น

บทที่ 8

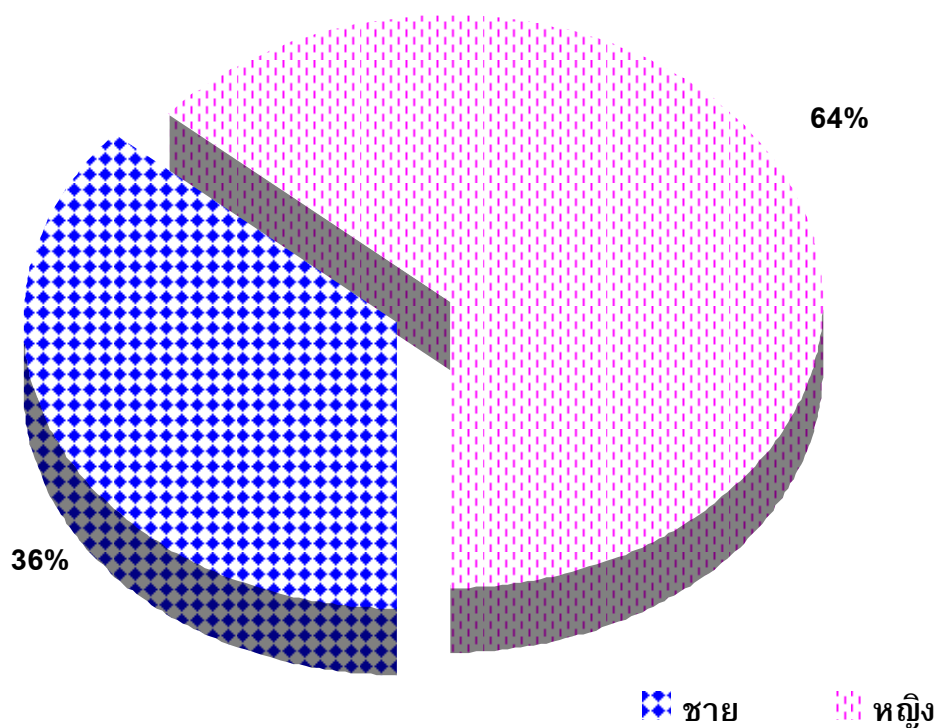
การทดสอบดัชนีภาพรวมเบื้องต้น

เป็นการทดสอบการจัดทำดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพและพิจารณา ทบทวนกระบวนการที่ได้ออกแบบไว้ เพื่อให้ได้ผลที่สามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่องได้จริงอย่างสมบูรณ์ โดยการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิจากแบบสอบถามจากตัวอย่างที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 434 ตัวอย่าง ซึ่งมีข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้

1. จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

เพศ		จำนวนผู้ตอบ
1	ชาย	158
2	หญิง	276
รวม		434

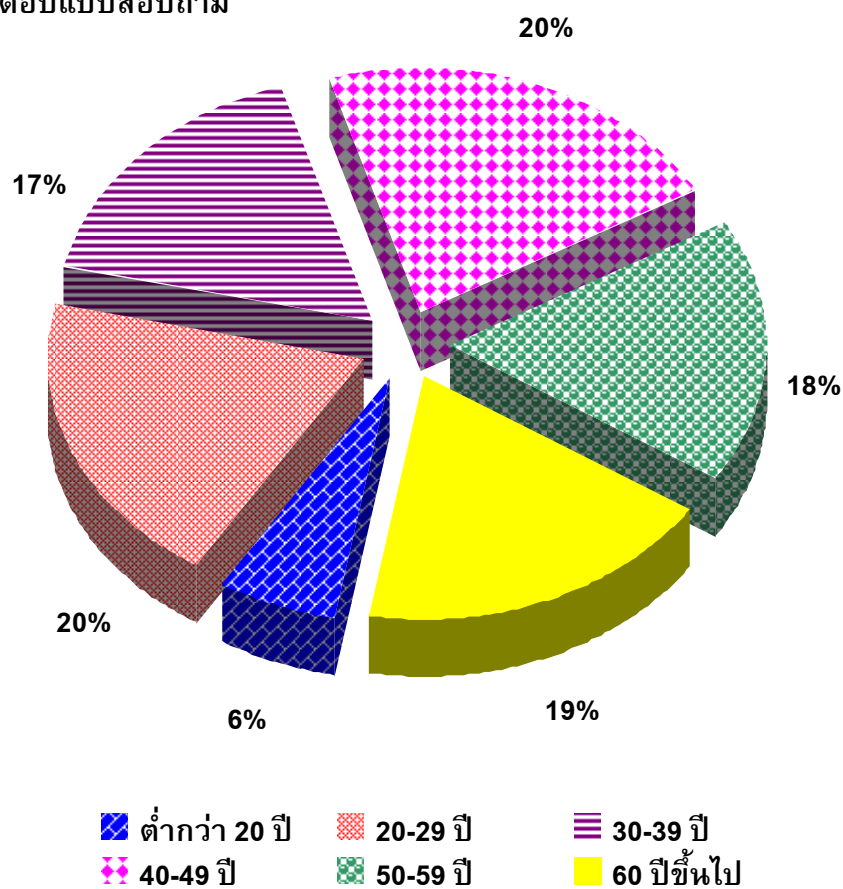
ร้อยละของเพศผู้ตอบแบบสอบถาม



2. อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม

อายุ		จำนวนผู้ตอบ
1	ต่ำกว่า 20 ปี	26
2	20-29 ปี	86
3	30-39 ปี	72
4	40-49 ปี	93
5	50-59 ปี	76
6	60 ปีขึ้นไป	81
รวม		434

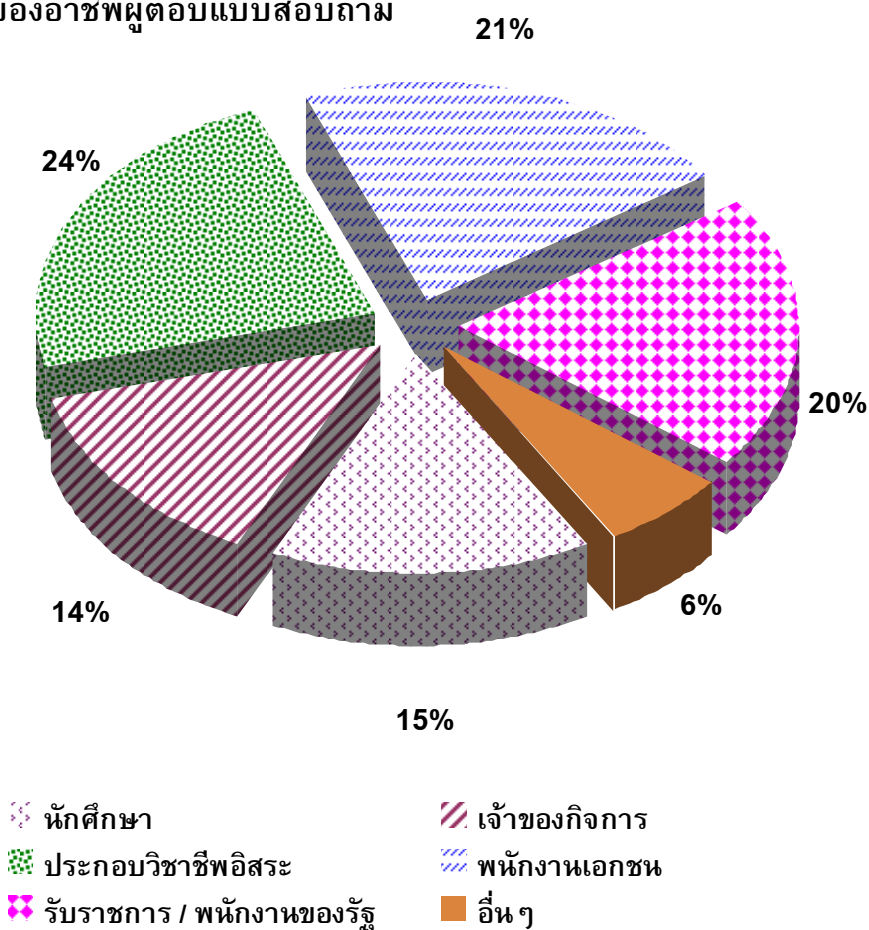
ร้อยละของอายุผู้ตอบแบบสอบถาม



3. อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

อาชีพ		จำนวนผู้ตอบ
1	นักศึกษา	66
2	เจ้าของกิจการ	62
3	ประกอบวิชาชีพอิสระ	100
4	พนักงานเอกชน	92
5	รับราชการ / พนักงานของรัฐ	88
6	อื่นๆ	26
รวม		434

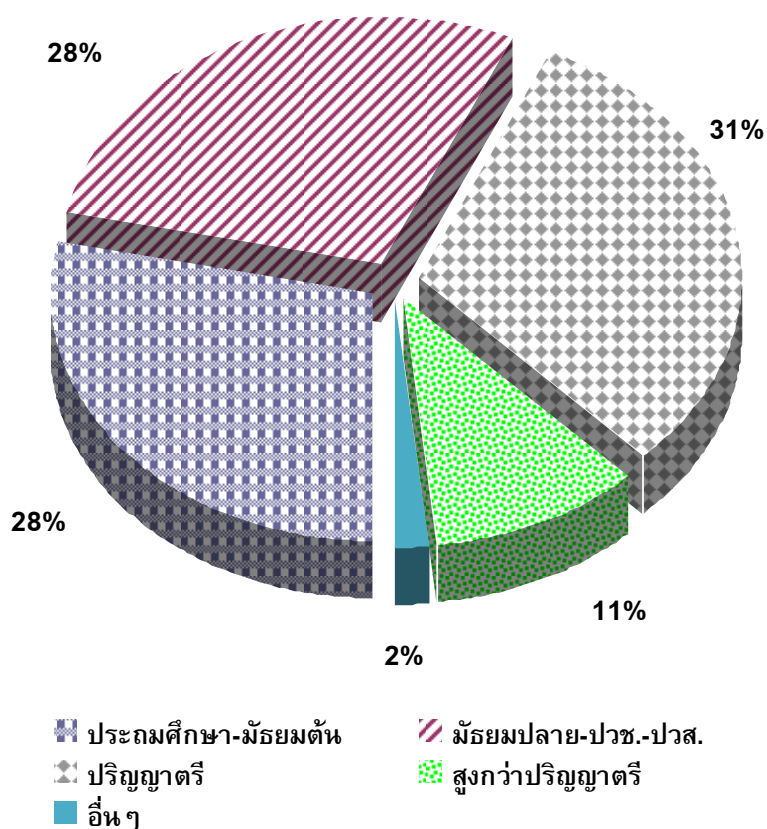
ร้อยละของอาชีพผู้ตอบแบบสอบถาม



4. วุฒิการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม

วุฒิการศึกษา		จำนวนผู้ตอบ
1	ประถมศึกษา-มัธยมต้น	123
2	มัธยมปลาย-ปวช.-ปวส.	123
3	ปริญญาตรี	135
4	สูงกว่าปริญญาตรี	46
5	อื่นๆ	7
รวม		434

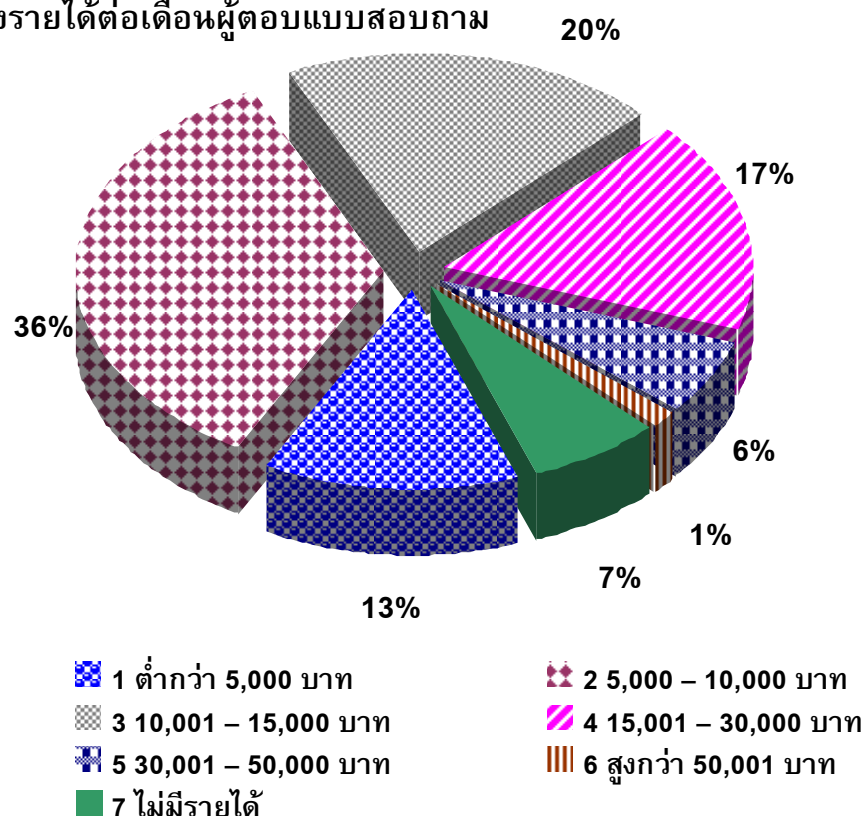
ร้อยละของวุฒิการศึกษาผู้ตอบแบบสอบถาม



5. รายได้ต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม

รายได้ต่อเดือน		จำนวนผู้ตอบ
1	ต่ำกว่า 5,000 บาท	58
2	5,000 – 10,000 บาท	153
3	10,001 – 15,000 บาท	85
4	15,001 – 30,000 บาท	75
5	30,001 – 50,000 บาท	27
6	สูงกว่า 50,001 บาท	6
7	ไม่มีรายได้	30
รวม		434

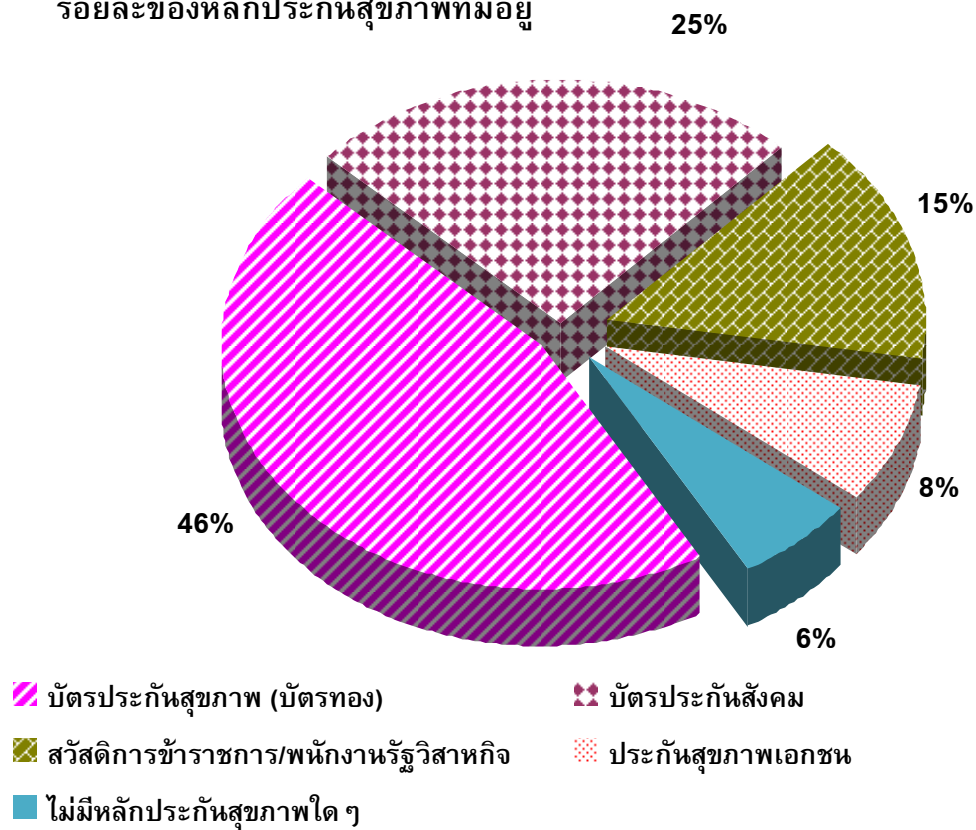
ร้อยละของรายได้ต่อเดือนผู้ตอบแบบสอบถาม



6. หลักประกันสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม

หลักประกันสุขภาพที่มีอยู่		จำนวนผู้ตอบ
1	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	196
2	บัตรประกันสังคม	110
3	สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	66
4	ประกันสุขภาพเอกชน	36
5	ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ	26
รวม		434

ร้อยละของหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่



7. ผลการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ

7.1 ดัชนีความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถสรุปผลได้ดังนี้

ประสบการณ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา					ความเชื่อมั่นใน 6 เดือนข้างหน้า					ความเชื่อมั่นต่อ หลักธรรมาภิบาล
มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	
138.38	142.28	122.02	121.34	131.23	142.63	136.18	136.33	137.10	137.70	121.72

7.2 ดัชนีความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพ สามารถแยกวิเคราะห์ได้ตามรายละเอียดของข้อมูลที่จัดเก็บได้ดังนี้

เพศ	ประสบการณ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา					ความเชื่อมั่นใน 6 เดือนข้างหน้า					ความเชื่อมั่นต่อ หลักธรรมาภิบาล
	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	
ชาย	138.26	144.09	124.54	123.73	132.99	142.41	134.39	135.65	135.02	136.50	122.94
หญิง	138.45	141.24	120.57	119.97	130.23	142.75	137.20	136.71	138.29	138.38	121.01

อายุ	ประสบการณ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา					ความเชื่อมั่นใน 6 เดือนข้างหน้า					ความเชื่อมั่นต่อ หลักธรรมาภิบาล
	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	
ต่ำกว่า 20 ปี	147.44	148.72	135.04	132.21	141.06	153.85	157.69	152.56	155.13	154.87	124.04
20 - 29 ปี	124.42	134.11	108.66	112.50	120.22	144.19	139.92	134.88	139.53	139.19	110.17
30 - 39 ปี	143.67	137.50	113.58	113.89	126.84	139.81	129.63	131.48	130.09	132.31	118.75
40 - 49 ปี	132.97	142.65	124.01	121.10	130.82	141.58	132.62	136.20	136.92	136.34	121.77
50 - 59 ปี	134.65	132.89	122.08	121.71	127.76	135.09	128.51	131.58	130.26	131.10	125.66
60 ปีขึ้นไป	155.28	161.52	137.17	133.80	147.42	148.15	142.39	141.56	141.56	143.13	132.10

อาชีพ	ประสบการณ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา					ความเชื่อมั่นใน 6 เดือนข้างหน้า					ความเชื่อมั่นต่อ หลักธรรมาภิบาล
	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	
นักศึกษา	135.69	140.66	123.24	120.45	130.40	144.95	143.94	143.43	147.98	144.80	115.91
เจ้าของกิจการ	145.34	145.16	132.26	132.26	138.75	151.61	137.10	139.25	137.63	140.75	130.65
ประกอบวิชาชีพอิสระ	145.22	142.67	123.44	121.50	133.18	143.33	135.33	136.00	136.67	137.40	126.75
พนักงานเอกชน	129.35	138.95	108.45	111.01	122.29	136.59	131.52	131.16	128.99	131.92	116.58
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	137.75	145.45	121.72	122.02	132.11	145.08	137.88	136.36	138.26	138.94	121.02
อื่นๆ	136.32	139.10	138.03	131.25	136.66	125.64	128.21	130.77	134.62	129.74	116.35

วุฒิการศึกษา	ประสบการณ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา					ความเชื่อมั่นใน 6 เดือนข้างหน้า					ความเชื่อมั่นต่อ หลักธรรมาภิบาล
	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	
ประถมศึกษา-มัธยมต้น	147.24	147.15	135.05	133.74	140.86	148.78	139.30	144.17	144.17	143.63	134.35
มัธยมปลาย-ปวช.-ปวส.	150.05	151.08	129.09	122.66	138.59	147.43	143.36	142.28	144.44	144.07	132.52
ปริญญาตรี	125.10	130.00	110.46	109.72	119.10	133.09	127.65	126.17	126.17	128.00	106.48
สูงกว่าปริญญาตรี	125.36	139.49	104.83	116.58	121.68	136.96	127.54	124.64	127.54	128.55	103.80
อื่นๆ	119.05	157.14	104.76	135.71	129.52	171.43	176.19	166.67	157.14	168.57	121.43

รายได้ต่อเดือน	ประสบการณ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา					ความเชื่อมั่นใน 6 เดือนข้างหน้า					ความเชื่อมั่นต่อ หลักธรรมาภิบาล
	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	
ต่ำกว่า 5,000 บาท	146.55	141.67	132.39	126.51	136.83	141.38	141.38	141.95	144.83	142.24	124.57
5,000 - 10,000 บาท	144.44	149.35	131.95	129.66	139.21	150.33	145.32	145.32	145.97	146.45	130.72
10,001 - 15,000 บาท	135.42	139.22	112.16	116.18	125.73	148.24	133.33	134.51	134.12	136.82	119.71
15,001 - 30,000 บาท	123.41	130.00	105.78	100.67	115.55	119.11	115.56	112.89	111.56	114.67	101.67
30,001 - 50,000 บาท	131.28	148.15	120.16	128.24	132.40	153.09	141.98	138.27	145.68	143.83	120.37
สูงกว่า 50,001 บาท	124.07	91.67	105.56	118.75	107.73	138.89	105.56	127.78	122.22	122.22	112.50
ไม่มีรายได้	146.67	151.67	124.81	129.58	138.19	140.00	140.00	143.33	144.44	141.89	129.17

หลักประกันสุขภาพ ที่มีอยู่	ประสบการณ์ใน 6 เดือนที่ผ่านมา					ความเชื่อมั่นใน 6 เดือนข้างหน้า					ความเชื่อมั่นต่อ หลักธรรมาภิบาล
	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	มิติที่ 1	มิติที่ 2	มิติที่ 3	มิติที่ 4	รวม	
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	147.17	145.15	129.59	127.49	137.35	147.96	140.14	145.24	145.41	144.29	131.38
บัตรประกันสังคม	133.74	138.03	116.06	118.41	126.66	142.12	137.88	133.33	134.85	136.76	122.50
สวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	133.33	143.69	119.19	117.80	129.09	137.88	133.33	125.25	130.30	131.21	113.26
ประกันสุขภาพเอกชน	114.20	132.41	106.17	105.21	115.46	129.63	122.22	123.15	120.37	123.61	93.75
ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ	138.03	148.72	119.23	118.75	131.74	134.62	125.64	128.21	124.36	127.95	105.77

จากการทดสอบการจัดทำดัชนีความเชื่อมั่นของประชาชนต่อระบบสุขภาพดังกล่าว คณะผู้วิจัยได้พบอุปสรรคของการจัดทำดัชนีบ้าง และได้เสนอแนวทางในการแก้ไขไว้ ดังนี้

- (1) การออกแบบสอบถามของประชาชนในระดับรากหญ้าจะมีปัญหาความเข้าใจในการตอบแบบสอบถามบ้าง ดังนั้นเมื่อจะดำเนินงานจริง ควรใช้วิธีการสอบถามโดยมีผู้สอบถามจะได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากกว่า และความถี่ในการจัดทำดัชนีไม่ได้ทำประจำทุกเดือนจะไม่กระทบกับงบประมาณดำเนินงานมากนัก
- (2) จำนวนคำถามในแบบสอบถามมีจำนวนมาก ต้องใช้เวลาตอบนาน อาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามการจัดทำดัชนีดังกล่าวจะต้องดำเนินงานต่อเนื่องและมีการพัฒนาให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เช่นเดียวกับการจัดทำดัชนีวัดความเชื่อมั่นอื่นๆ
- (3) ผู้ตอบแบบสอบถามในกรุงเทพมหานครและในตัวเมืองบางรายไม่เข้าใจ คำว่า อสม. ดังนั้นในแบบสอบถามควรที่จะมีหมายเหตุให้ความหมายและอธิบายบทบาทหน้าที่เบื้องต้นไว้ด้วย

รูปแบบดัชนีชี้วัดความเชื่อมั่นต่อระบบสุขภาพของประชาชนดังกล่าวในปัจจุบันอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมขึ้นในอนาคต คณะผู้วิจัยคาดหวังว่าจะสามารถสะท้อนการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน สะท้อนพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน สะท้อนสมรรถนะระบบสุขภาพและ ธรรมาภิบาลของระบบสุขภาพ และเมื่อมีการเผยแพร่ดัชนีความเชื่อมั่นดังกล่าวแล้ว คาดว่าจะเกิดประสิทธิผล ดังนี้

- (1) ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับระบบสุขภาพ อาทิ หน่วยงานด้านสุขภาพ นักวิชาการ ผู้บริหารโครงการรัฐ มีส่วนร่วมในการแสดงออกถึงมาตรฐานระบบสุขภาพของไทย
- (2) ประเทศไทยมีดัชนีที่สะท้อนสมรรถนะระบบสุขภาพจากผู้รับบริการ
- (3) เกิดความตื่นตัวในการรับรู้ถึงความสำคัญด้านระบบสุขภาพ
- (4) เกิดประโยชน์ทางวิชาการโดยใช้ตัวเลขดัชนีระบบสุขภาพไปอ้างอิง
- (5) ก่อให้เกิดการกระตุ้นการพัฒนาบริหารระบบสุขภาพของไทย