

การจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

National Health Indicators

โดย

พิมลพรรณ อิศรภักดี

อุไรวรรณ คະนิงสุขเกษม

รศรินทร์ เกรย์

พอลดา บุญยติธนะ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ภายใต้การสนับสนุน

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สารบัญ

- รายงานฉบับสมบูรณ์
- รายการชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ



โครงการจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ National Health Indicators



รายงานฉบับสมบูรณ์

พิมลพรรณ อิศรภักดี
อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม
รศรินทร์ เกรย์
พอลตา บุญยติระณะ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ร่วมกับ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

หลักการเหตุผล	1
วัตถุประสงค์และกระบวนการดำเนินงาน	2
ขั้นตอนการจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ	12
ผลการดำเนินงาน	14
ภาคผนวก	
รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง	17
รายชื่อคณะทำงานฝ่ายสนับสนุนงานวิชาการ	18
คณะที่ปรึกษาด้านสถานะสุขภาพ	19
คณะที่ปรึกษาด้านปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ	20
คณะที่ปรึกษาด้านระบบบริการสุขภาพ	21
การพัฒนาดัชนีชี้วัดในประเทศและต่างประเทศ	22
กรอบแนวคิดสุขภาพแห่งชาติ	26
จากการประชุมระดมสมองกับผู้บริหารระดับจังหวัด นักวิชาการ และภาคประชาชน (ส่วนภูมิภาค)	

การจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยความสนับสนุนของแผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อพัฒนาชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติที่เป็นมาตรฐานและพัฒนาเครือข่ายเป็นกลไกผลักดันดัชนีสุขภาพแห่งชาติสู่การใช้ระดับนโยบายขององค์กรสุขภาพแห่งชาติ โดยเป็นชุดดัชนีสุขภาพที่ผ่านความเห็นชอบร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งฝ่ายนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ และภาคประชาชน โดยมีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่การทำงานขององค์กร 5 กลุ่ม ได้แก่ คณะกรรมการชี้ทิศทางของโครงการ คณะที่ปรึกษาวิชาการ หลักของชุดโครงการ คณะผู้เชี่ยวชาญ เครือข่ายดัชนีสุขภาพแห่งชาติ และ คณะทำงานการพัฒนาดัชนีสุขภาพแห่งชาติ

การจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติขึ้นนี้ จึงเป็นข้อมูลอีกชิ้นหนึ่งให้กับประชาชนในการวัดความมีสุขภาพดี เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีบทบาทผลักดันโครงการต่าง ๆ ที่จะช่วยส่งเสริมบริการและความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน และผลักดันให้แต่ละชุมชนสามารถใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพนี้วัดความมีสุขภาพดีของคนในชุมชน อันมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงสังคมให้มีวิถีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น

กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ เริ่มมาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2547 ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมกับเครือข่าย หน่วยงาน องค์กร และภาคีพัฒนาที่สนใจ ผ่านเวทีประชุมผู้เชี่ยวชาญในส่วนกลาง และเวทีภาคประชาชน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งได้พิจารณาบททวนดัชนีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อมาพัฒนากรอบแนวคิดดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ให้สามารถสะท้อนการชี้วัดสุขภาพคนไทย และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและในอนาคต

วัตถุประสงค์และกระบวนการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์ของโครงการ

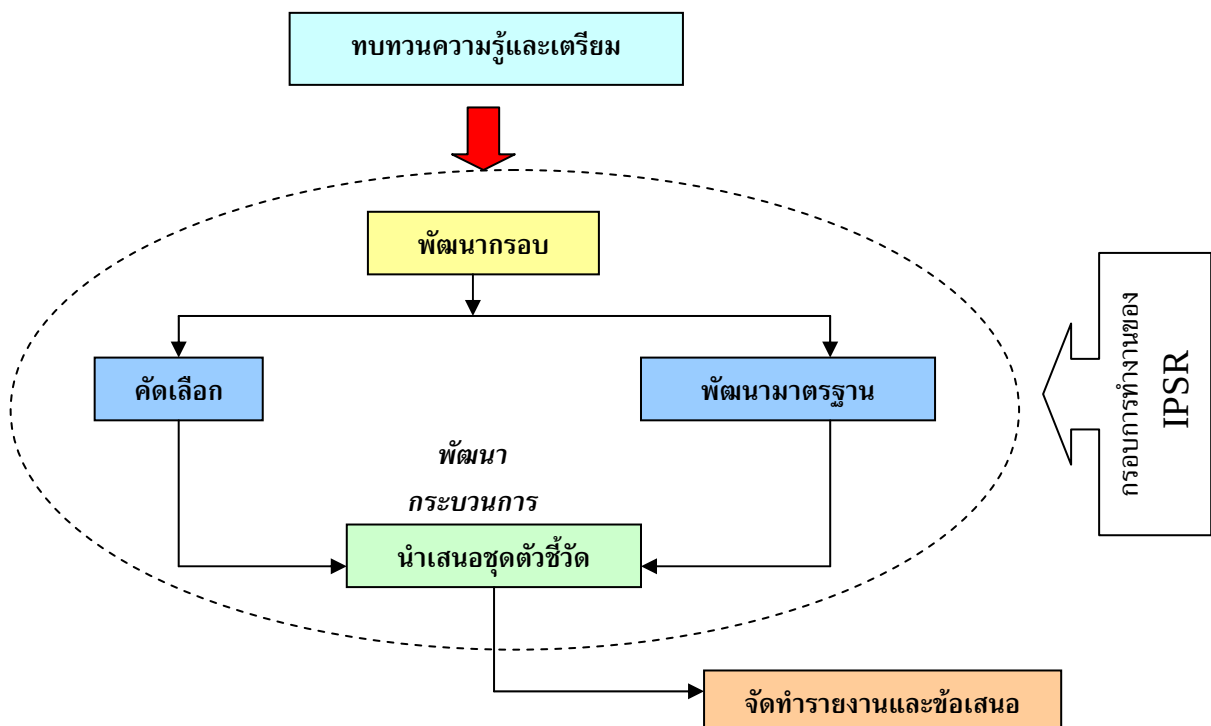
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ได้ดำเนินการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) พัฒนาและคัดเลือกชุดดัชนีสุขภาพแห่งชาติที่ผ่านกระบวนการตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง
- 2) พัฒนามาตรฐานข้อมูลตามดัชนีสุขภาพ เพื่อศึกษาและกำหนดแหล่งข้อมูลและวิธีการที่เป็นมาตรฐานสำหรับดัชนีรวมทั้งแนวทางการพัฒนาแหล่งข้อมูล
- 3) เพื่อบริหารเครือข่ายดัชนีสุขภาพแห่งชาติ ให้เกิดกลไกการทำงานแบบเครือข่ายด้านดัชนีสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง

กระบวนการดำเนินงาน

ในการดำเนินงานโครงการนี้ได้ใช้กระบวนการ ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและความรู้ต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศที่สอดคล้องและเป็นประโยชน์สำหรับเป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการวิจัย
2. ดำเนินการระดมสมองโดยกระบวนการกลุ่ม
3. พัฒนารอบการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ
4. คัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพตามกรอบ และจัดมาตรฐานแหล่งข้อมูล



ระยะเวลาดำเนินการ

ในการดำเนินการที่ผ่านมาของโครงการ ได้แบ่งงานออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1

สังเคราะห์งานจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อกำหนดร่างกรอบดัชนีสุขภาพแห่งชาติและรายการตัวชี้วัดสุขภาพ และจัดทำบัญชีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายดัชนี ดังรายละเอียด ดังนี้

1) การสังเคราะห์งานจากการทบทวนวรรณกรรม

โดยนำเอกสารที่ได้จากทีมทบทวนวรรณกรรม ซึ่งได้ทบทวนกรอบแนวคิดกระบวนการจัดทำชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพ และดัชนีชี้วัดสุขภาพ จากกรณีศึกษาของคณาจารย์นานาชาติ ระดับชาติของต่างประเทศ และระดับชาติ โดยมีการจัดกรอบตัวชี้วัดสุขภาพเพื่อให้ได้กรอบที่มีความสมบูรณ์ที่สุด รวม 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 พิจารณาการคัดเลือกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดด้านสุขภาพของประเทศแคนาดาและประเทศออสเตรเลียเป็นเกณฑ์ในการจัดกรอบ โดยให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดทั้งภายในประเทศและต่างประเทศที่มีอยู่

ครั้งที่ 2 พิจารณาตัวชี้วัดที่มีอยู่ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ เป็นเกณฑ์ในการแบ่งหมวด โดยแบ่งได้เป็น 28 หมวดตัวชี้วัด และในแต่ละหมวดได้แบ่งเป็นหมวดย่อยๆ

ครั้งที่ 3 นำการจัดกรอบตัวชี้วัดที่ได้จากครั้งที่ 1 และ 2 มาพิจารณาในที่ประชุมคณะทำงานปฏิบัติการ เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับเกณฑ์และกรอบตัวชี้วัดสุขภาพ

2) การจัดทีมงาน

เนื่องจากการจัดทำชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ เป็นการทำงานที่ต้องผ่านกระบวนการระดมสมองจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับดัชนีสุขภาพ ทั้งระดับผู้กำหนดนโยบาย ระดับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญ ระดับผู้ทำงานซึ่งเกี่ยวข้องกับดัชนีสุขภาพ และระดับบุคคลและหน่วยงานภาคประชาชน ดังนั้น การทำงานจึงประกอบด้วยผู้รับผิดชอบหลัก และผู้รับผิดชอบในแต่ละส่วนของโครงการฯ รวมทั้งผู้ช่วยนักวิจัย ที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล จัดทำเอกสาร และเตรียมการประชุม โดยทีมงานประกอบด้วย

- หัวหน้าโครงการ ได้แก่ ผศ.ดร.พิมลพรรณ อิศรภักดี ทำหน้าที่ประสานงานระหว่างเครือข่ายสุขภาพ กำหนดกรอบทำงาน และเป็นแกนนำระดมสมองเพื่อจัดทำกรอบดัชนีสุขภาพในระดับส่วนกลาง
- คณะทำงาน ได้แก่ รศ.ดร.อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม และผศ.ดร.รศรินทร์ เกรย์ ทำหน้าที่ประสานงานในระดับภูมิภาค และรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายการตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

- ผู้ช่วยโครงการ ทำหน้าที่ติดต่อประสานงาน เก็บรวบรวมข้อมูลของการจัดทำชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด คัดกรองข้อมูลจากเอกสารที่ได้จากทีมทบทวนวรรณกรรม จัดระบบข้อมูล จัดการประชุม และงานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

นอกจากนี้ คณะทำงานยังได้แต่งตั้งคณะบุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิมีความรู้และประสบการณ์ทำงานด้านตัวชี้วัดสุขภาพ เพื่อให้คำชี้แนะแนวทางการทำงานแก่คณะทำงาน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. คณะกรรมการชี้ทิศทาง

ตั้งขึ้นเพื่อให้ความคิดเห็นแก่คณะทำงานถึงกรอบของชุดดัชนีสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับดัชนีสุขภาพ โดยแบ่งเป็นฝ่ายผู้กำหนดนโยบาย ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายนักการเมือง ฝ่ายองค์กรพัฒนาชุมชน และฝ่ายแกนนำภาคประชาชน

2. เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ / นักวิชาการ

ผู้เกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดสุขภาพระดับต่างๆ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ซึ่งจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลความรู้เฉพาะเรื่อง เช่น ข้อมูลการตาย ข้อมูลสุขภาพจิต ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์ ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม และข้อมูลด้านครอบครัว เป็นต้น

3. คณะทำงานฝ่ายสนับสนุนงานวิชาการ

ตั้งขึ้นเพื่อเข้าร่วมทำงานกับทีมงานของสถาบันฯ ในการระดมสมองเพื่อหากรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ และรูปแบบและกระบวนการในการทำงาน คณะทำงานโครงการฯ ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ จากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับดัชนีสุขภาพ

ระยะที่ 2

การจัดประชุมเครือข่ายดัชนีสุขภาพ (ส่วนกลาง)

1) การจัดประชุมคณะกรรมการฝ่ายสนับสนุนงานวิชาการ

ตลอดโครงการ ได้จัดการประชุมคณะกรรมการฝ่ายสนับสนุนงานวิชาการ จำนวน 5 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 9 มีนาคม 2548 ครั้งที่ 2 วันที่ 29 มีนาคม 2548 ครั้งที่ 3 วันที่ 26 เมษายน 2548 ครั้งที่ 4 วันที่ 5 กรกฎาคม 2548 และครั้งที่ 5 วันที่ 23 สิงหาคม 2548 และจัดประชุมร่วมกับคณะกรรมการชี้ทิศทาง 1 ครั้ง คือ วันที่ 19 ธันวาคม 2548 เพื่อระดมสมองในการวางกรอบตัวชี้วัดและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการทำงานในแต่ละขั้นตอน และหาข้อสรุปการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

2) การจัดประชุมคณะกรรมการชี้ทิศทาง

คณะกรรมการชี้ทิศทางตั้งขึ้นเพื่อให้ความคิดเห็นแก่คณะกรรมการถึงกรอบของชุดดัชนีสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับดัชนีสุขภาพ โดยแบ่งเป็นฝ่ายผู้กำหนดนโยบาย ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายนักการเมือง ฝ่ายองค์กรพัฒนาชุมชน และฝ่ายแกนนำภาคประชาชน ซึ่งตลอดโครงการได้จัดประชุมคณะกรรมการชี้ทิศทางจำนวน 5 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 2 มิถุนายน 2548 ครั้งที่ 2 วันที่ 22 กันยายน 2548 ครั้งที่ 3 วันที่ 19 ธันวาคม 2548 ครั้งที่ 3 วันที่ 16 สิงหาคม 2549 และครั้งที่ 5 วันที่ 12 กันยายน 2549

3) การจัดประชุมคณะที่ปรึกษาโครงการ

คณะที่ปรึกษาโครงการฯ ตั้งขึ้นเพื่อให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นแก่คณะกรรมการเกี่ยวกับเกณฑ์และกรอบการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพ และการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติที่สอดคล้องกับเกณฑ์และกรอบดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับดัชนีสุขภาพ และสามารถมองสุขภาพของครุวม โดยแบ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสถานะสุขภาพ ด้านปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ และด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งได้จัดประชุมคณะที่ปรึกษาโครงการฯ ดังนี้

- **ด้านสถานะสุขภาพ** จัดประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 30 มีนาคม 2549
และครั้งที่ 2 วันที่ 26 เมษายน 2549
- **ด้านปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ** จัดประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 25 เมษายน 2549
และครั้งที่ 2 วันที่ 12 กรกฎาคม 2549
- **ด้านระบบบริการสุขภาพ** จัดประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 25 กรกฎาคม 2549
และครั้งที่ 2 วันที่ 28 กรกฎาคม 2549

ระยะที่ 3

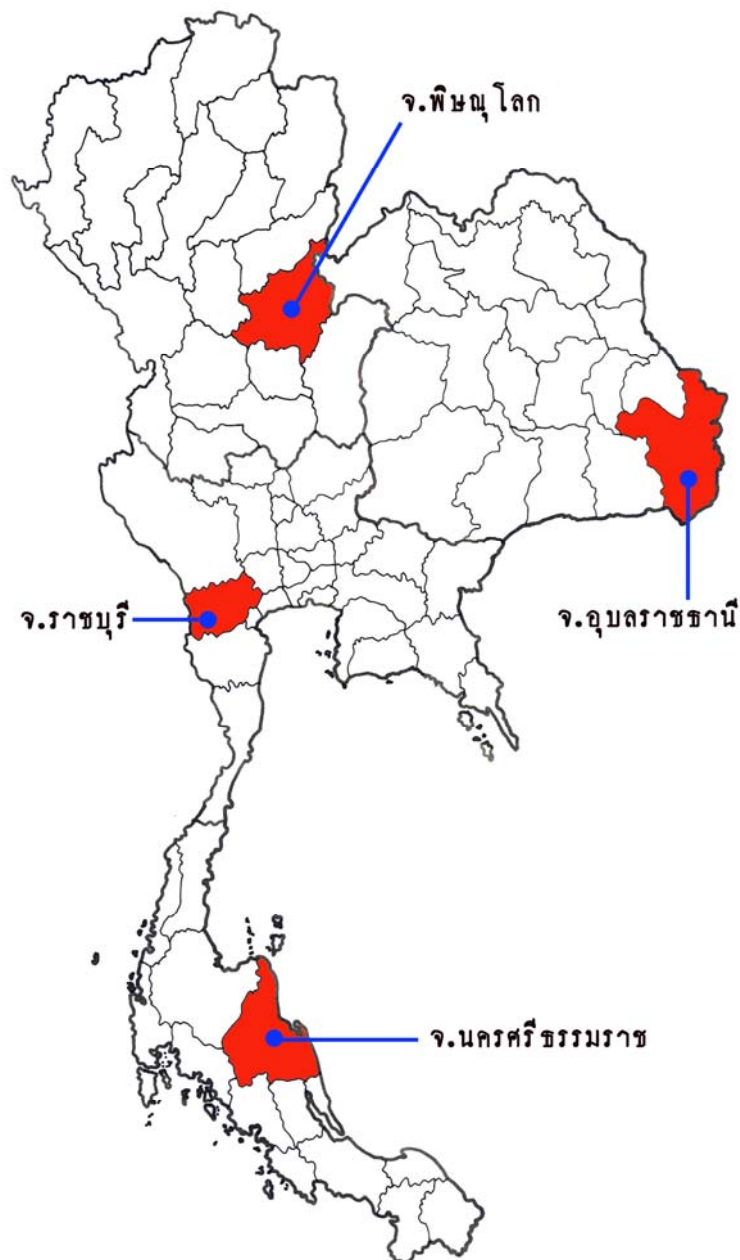
การจัดประชุมเครือข่ายดัชนีสุขภาพ (ส่วนภูมิภาค) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ทราบกรอบแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ และองค์ประกอบด้านสุขภาพ
2. ทราบกระบวนการผลักดันกรอบแนวคิดตัวชี้วัดที่ได้จากการระดมสมองให้เป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง และกว้างขวาง

พื้นที่เป้าหมาย

โครงการได้คัดเลือกพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่

- 1) จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) จังหวัดพิษณุโลก
- 3) จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 4) จังหวัดราชบุรี



กลุ่มเป้าหมาย

ในการประชุมระดมสมองภาคประชาชน เพื่อขอข้อคิดเห็นจากบุคคล ในประเด็นด้านสุขภาพ โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. ผู้บริหารระดับจังหวัด หรือตัวแทนจากหน่วยงานราชการระดับจังหวัด ที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายไปยังภาคส่วนต่างๆ ในระดับจังหวัด ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น
2. นักวิชาการ
 - จากสถาบันการศึกษา
 - ด้านสาธารณสุข ซึ่งทำงานเกี่ยวกับตัวชี้วัดสุขภาพ
3. ภาคประชาชน ประกอบด้วยประชาชนจากกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มแม่บ้านอาสาสมัครในชุมชนที่มีการรวมกลุ่มกันสร้างชุมชนเข้มแข็ง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มนักเรียน กลุ่มนักธุรกิจ กลุ่มผู้นำทางศาสนา
 - ในเขตเมือง
 - นอกเขตเมือง

เป็นการระดมสมองเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ และขอข้อคิดเห็นในประเด็นการเผยแพร่ดัชนีสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยคณะทำงานเลือกพื้นที่ซึ่งเป็นตัวแทนแต่ละภาค จำนวน 4 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี, จังหวัดพิษณุโลก, จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดราชบุรี ทั้งหมด 29 เวที จำนวน 306 คน โดยมีกำหนดการประชุมระดมสมอง ดังนี้

- | | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| 1. จังหวัดอุบลราชธานี | ระหว่างวันที่ 19 – 21 มิถุนายน 2548 |
| 2. จังหวัดพิษณุโลก | ระหว่างวันที่ 17 – 18 กรกฎาคม 2548 |
| 3. จังหวัดนครศรีธรรมราช | ระหว่างวันที่ 29 – 30 สิงหาคม 2548 |
| 4. จังหวัดราชบุรี | ระหว่างวันที่ 19 – 20 กันยายน 2548 |

มีประเด็นคำถามที่ถามในแต่ละพื้นที่ 2 ประเด็น คือ

1. ประชาชนมองสุขภาพในมิติใดบ้าง
2. กระบวนการผลักดันกรอบแนวคิดตัวชี้วัดที่ได้จากการระดมสมองให้เป็นที่ยอมรับและนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4

วิเคราะห์และคัดเลือกชุดดัชนีสุขภาพแห่งชาติ จัดประชุมเครือข่ายดัชนีสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การพัฒนารอบการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ มีกระบวนการดังนี้

การสังเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์ข้อมูล คือ การนำข้อมูลจากการระดมสมองภาคประชาชนทั้ง 4 พื้นที่ มาผ่านกระบวนการย่อยข้อมูล เพื่อสังเคราะห์ข้อมูล และหาข้อสรุปเกี่ยวกับรอบชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ โดยนำข้อมูลจากแต่ละเวทีมาพิจารณาทั้งในส่วนที่เหมือนและที่แตกต่าง รวมทั้งการใช้ภาษาของแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความหมายเหมือนกัน แต่อาจใช้ภาษาในการสื่อสารที่ต่างกันออกไป โดยการจับประเด็นต่าง ๆ มีกระบวนการสังเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้ :-

1. **การกำหนดกลุ่ม** โดยแบ่งเป็น มิติสุขภาพ คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และประเด็นสำคัญ 2 ประเด็น คือ การบริการสุขภาพ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. **การจัดเข้ากลุ่ม** นำข้อมูลจากแต่ละเวทีมาจัดเข้ากลุ่ม โดยตั้งเป็นประเด็นต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับกลุ่มนั้น ๆ เช่น มิติทางกาย มีประเด็นสำคัญ คือ การป่วย การตาย การดูแลสุขภาพ เป็นต้น , มิติทางจิต มีประเด็นสำคัญ เช่น การป่วยทางจิต อารมณ์ เป็นต้น, มิติทางสังคม มีประเด็นสำคัญ เช่น ความมั่นคงของชีวิต สิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นต้น จนครบทุกเวที
3. **การวิเคราะห์** ในแต่ละกลุ่มจะแบ่งเป็น 2 ส่วนสำคัญ คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ และปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยให้นำประเด็นในแต่ละกลุ่มมาวิเคราะห์ เพื่อจัดให้สอดคล้องกับแต่ละส่วน
4. **การกำหนดกรอบ** นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ (จากข้อ 3.) มาสร้างกรอบการคัดเลือกองค์ประกอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ โดยพิจารณาจากเกณฑ์ที่ตั้งขึ้น
5. **สรุป (ร่าง) กรอบการคัดเลือกองค์ประกอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ** เป็นกระบวนการนำกรอบที่ได้จากการระดมสมองภาคประชาชน มาพิจารณาร่วมกับกรอบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งจะมีบางประเด็นที่ซ้ำซ้อนกัน และบางประเด็นที่พบในกรอบที่ได้จากการระดมสมองภาคประชาชน แต่ไม่พบในกรอบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และบางประเด็นที่พบในกรอบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แต่ไม่พบในกรอบที่ได้จากการระดมสมองภาคประชาชน เพื่อให้ได้กรอบการคัดเลือกองค์ประกอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้จากการระดมสมองภาคประชาชน และจากการทบทวนวรรณกรรม

6. ผ่านกระบวนการกลั่นกรอง โดยนำ (ร่าง) กรอบการคัดเลือกองค์ประกอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติดังกล่าว เสนอต่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง และที่ปรึกษาโครงการต่างๆ เพื่อขอข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งได้รับคำแนะนำ ปรับแก้ และเพิ่มเติมจนได้กรอบการคัดเลือกองค์ประกอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติและสถานการณ์ของประเทศ

ขั้นตอนที่ 2 : การคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ มีกระบวนการดังนี้

1) การจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ/นักวิชาการ

- คณะทำงานได้พิจารณาตัวชี้วัดจากรายการตัวชี้วัดของชุดโครงการอื่นๆ ที่ได้ทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีการพัฒนาหรือมีการจัดเก็บข้อมูลมาแล้ว และสร้างตัวชี้วัดบางตัวขึ้นมาใหม่ที่คณะทำงานเล็งเห็นว่าเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่ควรพัฒนา มีความเป็นไปได้ในการจัดเก็บข้อมูล และมีแหล่งข้อมูลที่มีระบบการจัดเก็บข้อมูลเป็นมาตรฐานและเชื่อถือได้ โดยพิจารณาตามเกณฑ์และกรอบที่กำหนดไว้ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 : สถานะสุขภาพ

กลุ่มที่ 2 : ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ

กลุ่มที่ 3 : ระบบบริการสุขภาพ

- นำเสนอ (ร่าง) รายการชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติต่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง และคณะที่ปรึกษาโครงการฯ เพื่อขอข้อคิดเห็นและข้อเสนอ

2) จัดประชุม Consensus Meeting

โดยเชิญผู้เข้าร่วมประชุมจากหลากหลายหน่วยงาน ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับผู้กำหนดนโยบาย ระดับนักวิชาการ และระดับภาคประชาชน เพื่อนำเสนอ และขอความคิดเห็นต่อรายการชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนหากลไกที่จะผลักดันชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาตินี้เป็นที่ยอมรับในวงกว้าง เพื่อทำให้เกิดการผลักดันนโยบายจากภาครัฐทางด้านการพัฒนาสุขภาพะ เพื่อที่แต่ละชุมชน สามารถใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพนี้วัดความมีสุขภาพดีของคนในชุมชน อันมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงสังคมให้มีวิถีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น

คณะทำงานโครงการฯ จะรวบรวมข้อคิดเห็นที่ได้จากการประชุมนี้ มาพิจารณา และปรับปรุงกับรายการชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ให้สอดคล้องกับผลสรุปของที่ประชุมอย่างเหมาะสมที่สุด เพื่อให้เกิดการยอมรับในวงกว้าง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอรายการตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการระดมสมองจากผู้เชี่ยวชาญ
2. เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันในการกำหนด และใช้ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติจากบุคคลหลากหลายหน่วยงาน
3. เพื่อให้เกิดกลไกในการผลักดันตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติให้เป็นที่ยอมรับและใช้ในวงกว้าง

ผู้เข้าร่วมประชุม

ประกอบด้วย บุคคลที่ได้รับเชิญจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาควิชาการ ภาคประชาสังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพ คณะกรรมการและอนุกรรมการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรมควบคุมมลพิษ มหาวิทยาลัย เครือข่ายประชาสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 100 คน

ซึ่งการประชุมครั้งนี้ทางคณะทำงานได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง รวมทั้งได้รายการตัวชี้วัดและแนวทางในการคัดเลือกตัวชี้วัดและสร้างตัวชี้วัดขึ้นมาใหม่ ที่เหมาะสมต่อการเป็นตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

รายการชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านกระบวนการคัดเลือกหลายขั้นตอน โดยคณะกรรมการชี้ทิศทาง นักวิชาการ เป็นผู้พิจารณาและกลั่นกรองตัวชี้วัดที่มีความเหมาะสมที่จะเป็นตัวชี้วัดแห่งชาติ และเป็นตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนสุขภาพของคนไทยได้เด่นชัด

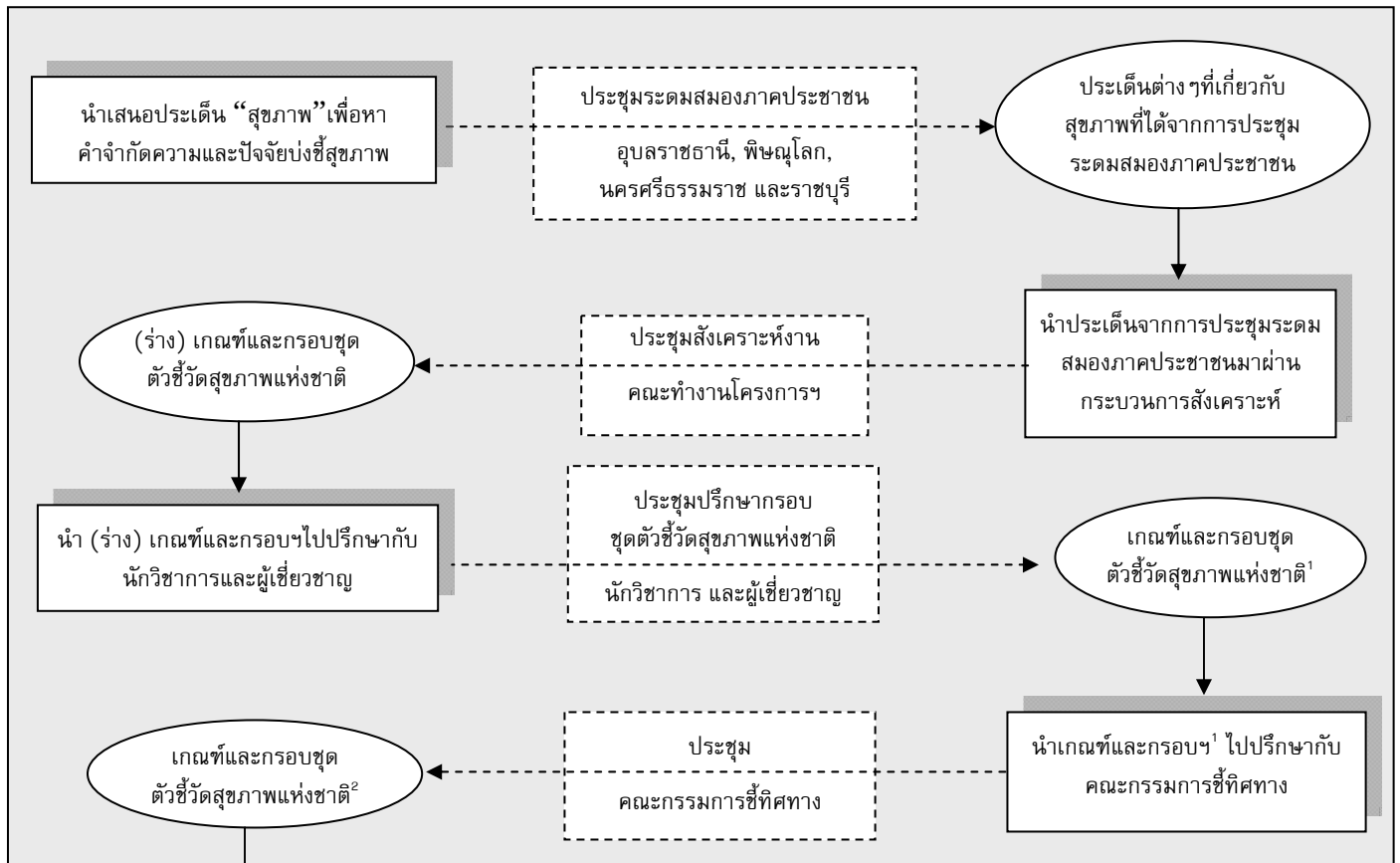
องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	จำนวนตัวชี้วัดที่พิจารณา									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9 (Final)	
ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ											
1. สถานะสุขภาพ		29	19	10	13	13	14	6	6	6	
	สุขภาพกาย	9	8	4	7	7	7	2	2	3	
	สุขภาพจิต	12	7	5	5	5	5	2	2	2	
	สุขภาพปัญญา	8	4	1	1	1	2	2	2	1	
2. ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ		50	34	51	74	43	52	61	33	11	
	พฤติกรรมสุขภาพ	7	3	2	7	7	6	8	8	3	
	คุณภาพสิ่งแวดล้อม	7	6	17	17	11	15	12	6	3	
	ความมั่นคงของชีวิต	13	7	12	12	7	12	9	5	1	
	ครอบครัว	6	4	5	5	1	1	1	1	2	
	ศักยภาพชุมชน	8	5	9	18	8	8	14	6	1	
	ความมั่นคงของสังคม	9	9	6	15	9	10	17	7	1	
3. ระบบบริการสุขภาพ *		17	19	19	19	20	20	20	20	7	
รวม		96	72	80	106	76	86	87	59	24	

* องค์ประกอบที่ 3 ระบบบริการสุขภาพ มีการแบ่งองค์ประกอบย่อยในแต่ละรอบแตกต่างกัน จึงมีขอนำมาเปรียบเทียบ

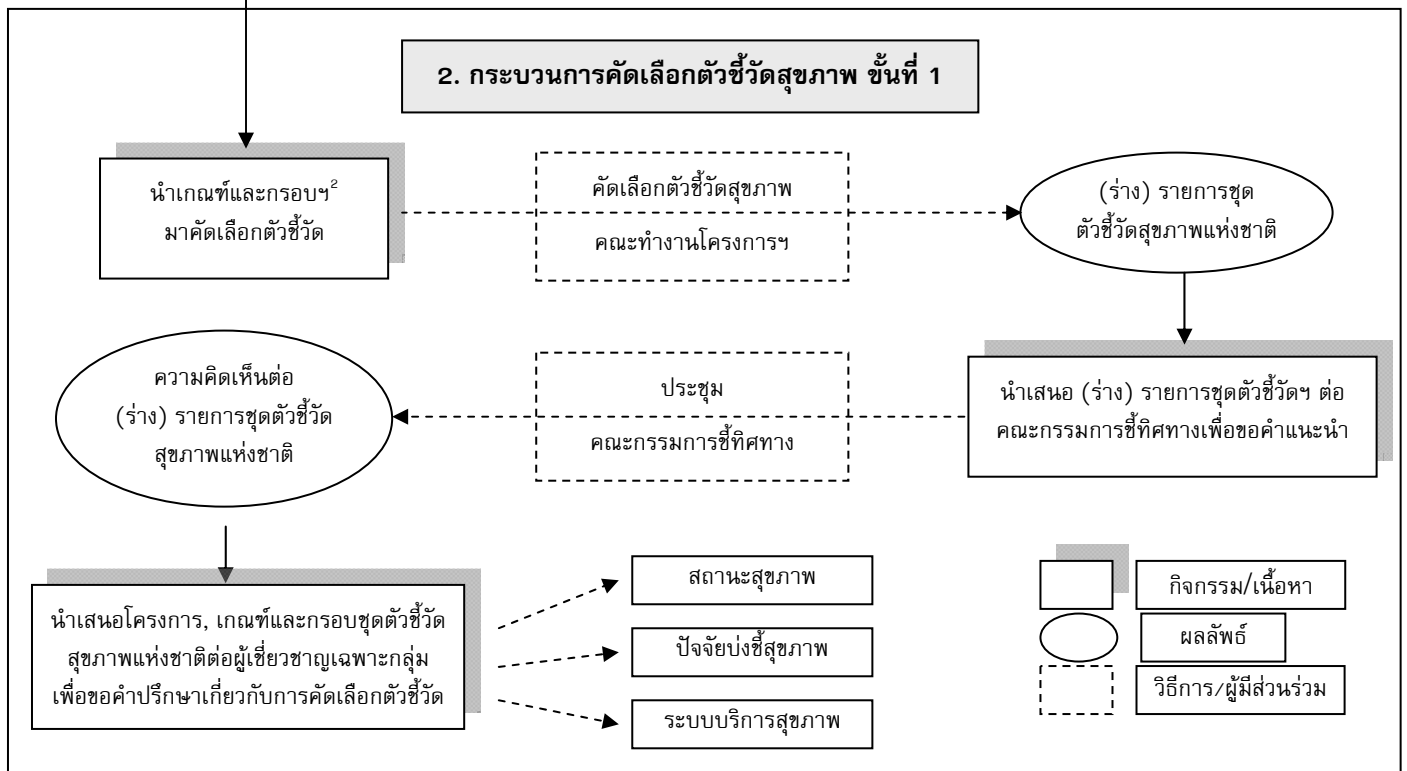
โดยในรอบแรกและรอบสอง แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ นโยบายสาธารณสุข กระบวนการให้บริการ และคุณภาพบริการ เมื่อได้รับข้อเสนอแนะจากคณะที่ปรึกษาด้านระบบบริการสุขภาพ จึงเปลี่ยนเป็น 3 องค์ประกอบย่อย คือ ระบบบริหารจัดการ ระบบจัดการทรัพยากร และระบบการจัดการบริการ จนรอบที่เก้าจึงมีการปรับองค์ประกอบย่อยโดยพิจารณาแบบองค์รวม ได้เป็น ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ และคุณภาพ/ประสิทธิผล

ขั้นตอนการจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

1. กระบวนการพัฒนารอบชุดตัวชี้วัดสุขภาพ

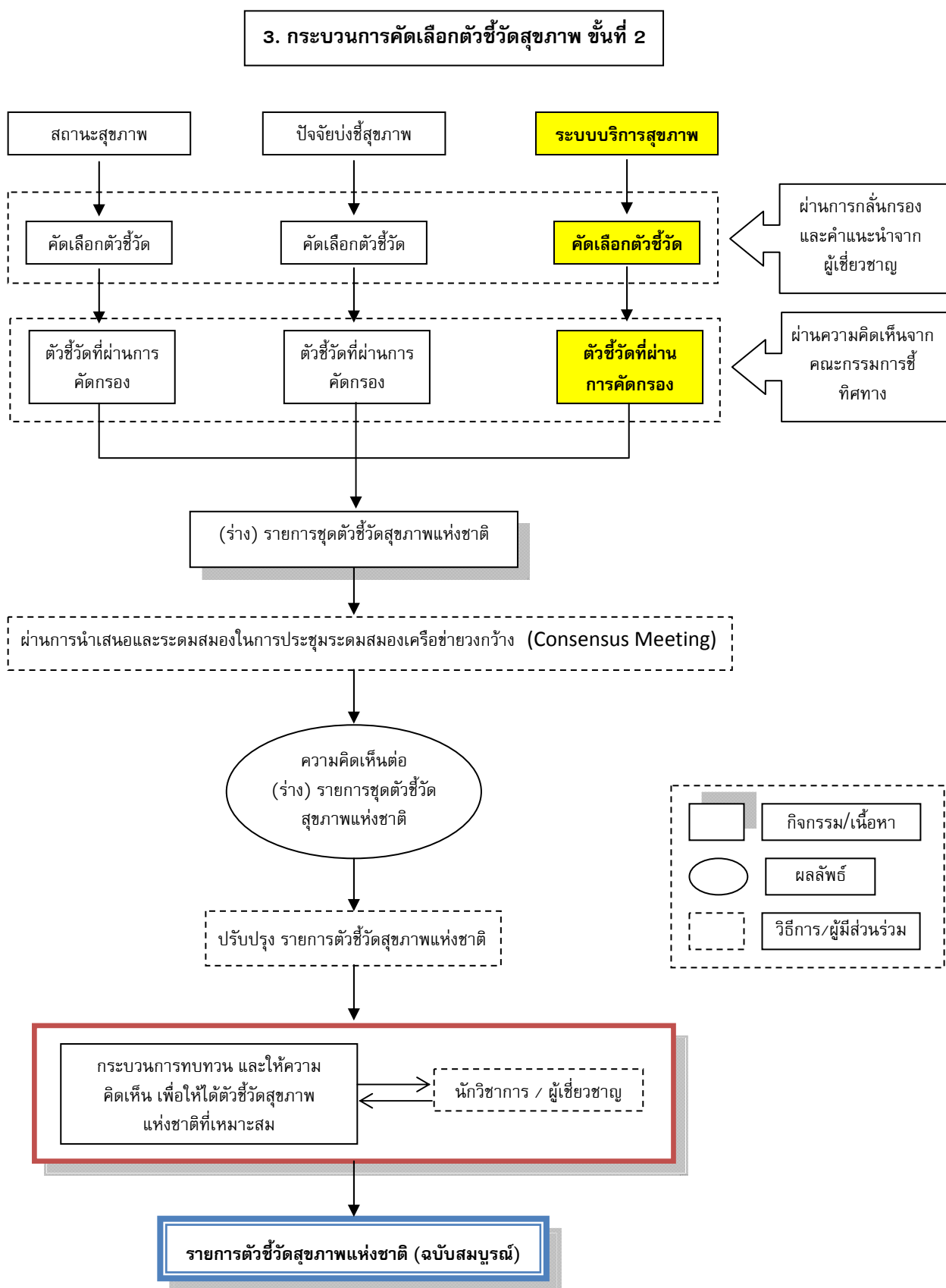


2. กระบวนการคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพ ขั้นที่ 1



¹ เกณฑ์และกรอบชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการประชุมปรึกษากรอบชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 27 ตุลาคม 2548

² เกณฑ์และกรอบชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ที่ผ่านการประชุมคณะกรรมการชี้ทิศทาง วันที่ 19 ธันวาคม 2548



สรุปสาระสำคัญการพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

ความหมายของ “ดัชนีสุขภาพแห่งชาติ” จากเกณฑ์ดังกล่าว จึงได้กำหนด

ความหมายของ “สุขภาพแห่งชาติ” หมายถึง

“ดัชนีชี้วัดสุขภาพต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ในระดับโครงสร้าง ในระดับพฤติกรรมเฉพาะคน ชุมชน ประเทศ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคม”

องค์ประกอบดัชนีสุขภาพแห่งชาติ

ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ โดยได้กำหนดขอบเขตและความหมาย และแจกแจงองค์ประกอบย่อยเพื่อนำไปสู่การคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบที่ 1 สถานะสุขภาพ แยกเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสุขภาพปัญญา

องค์ประกอบที่ 2 ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพสิ่งแวดล้อม ความมั่นคงของชีวิต
ครอบครัว ศักยภาพชุมชน และความมั่นคงของสังคม

องค์ประกอบที่ 3 ระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่

ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพ และคุณภาพ/
ประสิทธิผล

เกณฑ์การคัดเลือกชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

ได้กำหนดไว้ 9 ประการ คือ

- 1) ครบทุกมิติขององค์ประกอบสุขภาพ
- 2) สะท้อนการชี้วัดสุขภาพที่มีรูปแบบเฉพาะของคนไทย ร่วมกับการพิจารณา
คัดเลือกตามมาตรฐานสากลที่เหมาะสมกับสังคมไทย
- 3) สะท้อนให้เห็นผลในระยะยาวหรือปานกลางมากกว่าผลระยะสั้น
- 4) ได้รับการยอมรับในวงกว้าง ที่สามารถสะท้อนความหลากหลายทุกกลุ่มคนได้
- 5) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงปรับปรุงให้เกิดสุขภาวะที่ดีขึ้น
- 6) ตัวชี้วัดที่นำไปสู่การพัฒนาทางด้านนโยบายของรัฐที่เหมาะสม
- 7) ตัวชี้วัดบางตัวสามารถเปรียบเทียบในระดับนานาชาติที่ใกล้เคียงกันได้

- 8) ควรมี Sensitivity ต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นตัวหลักหรือตัวเด่นที่จะแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงหรือเป็นตัวแทนของการเปลี่ยนแปลงในเรื่องนั้นๆ
- 9) เป็นตัวชี้วัดที่เข้าใจง่าย ประชาชนทุกระดับสามารถนำมาใช้เพื่อประเมินสุขภาวะได้ด้วยตนเอง

การคัดเลือกตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

โดยการพิจารณาจากตัวชี้วัดที่องค์กรต่างๆ พัฒนาขึ้น และสร้างตัวชี้วัดขึ้นมาใหม่ที่สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดเลือกข้างต้น จนได้ตัวชี้วัดที่สามารถใช้เป็นตัวแทนอธิบายตามประเด็นตัวชี้วัดและองค์ประกอบดัชนีสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 24 ตัวชี้วัด แบ่งเป็น

1) สถานะสุขภาพ จำนวน 6 ตัวชี้วัด

สุขภาพกาย (Physical Health)

1. อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy)
2. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy)
3. อัตราตายวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) (Mortality rate at age 15-59 years)

สุขภาพจิต (Mental Health)

4. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Suicidal rate)
5. ร้อยละของประชาชนที่มีความสุขในการดำรงชีวิต (Proportion of population with happiness)

สุขภาพจิตวิญญาณหรือปัญญา (Spiritual or Wisdom Health)

6. ดัชนีสุขภาวะทางปัญญา (Population Spiritual Well-being index)

2) ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ จำนวน 11 ตัวชี้วัด

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

1. ร้อยละของผู้ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายในรอบปีที่ผ่านมา (Proportion of non-hazardous alcohol drinker)
2. ร้อยละของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ในรอบปีที่ผ่านมา (Proportion of non-smoker)
3. ร้อยละการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น (Proportion of teenage pregnancy)

คุณภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental quality)

4. ดัชนีคุณภาพอากาศ (Air quality index)
5. ดัชนีคุณภาพน้ำของแหล่งน้ำ (Water quality index)
6. ปริมาณการใช้สารทำลายโอโซน (Use of ozone depleting substances per person)

ความมั่นคงของชีวิต (Health Security)

7. ร้อยละของจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (Proportion of people below the poverty line)

ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relationship)

8. ดัชนีครอบครัวอบอุ่น (Warm family index)
9. ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว (Proportion of single parent family)

ศักยภาพชุมชน (Community Capacity)

10. ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง (Strong community index)

ความมั่นคงของสังคม (Social Security)

11. ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% แรก ต่อคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย (Income difference 1st : 5th Quintile)

3) ระบบบริการสุขภาพ จำนวน 7 ตัวชี้วัด

ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ (Equity / Accessibility)

1. ผลประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณรัฐเปรียบเทียบระหว่าง 1st quintile กับ 5th quintile (Benefit incidence analysis)
2. ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข (Poverty impact of health care payments)
3. อัตราผู้ป่วยในรายครั้งที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Infusion of Thrombolytic agent in hospitalized acute myocardial infarction event rate)

ประสิทธิภาพ (Efficiency)

4. ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพ ต่อ GDP (Health expenditure as a percentage of GDP)
5. ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาบัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยา (Proportion of essential drug expenditure)

คุณภาพ / ประสิทธิภาพ (Quality / Effectiveness)

6. อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก (Admission rate of ambulatory care sensitive conditions)
7. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน (In-hospital mortality rate/ 30-day mortality rate)

ภาคผนวก ก.

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. นพ.ลือชา วรรัตน์ | ผู้อำนวยการสำนักวิชาการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการ |
| 2. นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ | สมาชิกวุฒิสภา จังหวัดอุบลราชธานี |
| 3. นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว | เลขาธิการรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.สุวัช เชียศิริวัฒนา | ผู้อำนวยการ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. นพ.อุกฤษฏ์ มลินทรางกูร | รองผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข |
| 6. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข |
| 7. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข |
| 8. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 9. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล | ผู้อำนวยการ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ |
| 10. คุณจิรารรณ บุญเพิ่ม | ผู้อำนวยการ สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ |
| 11. รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม | รองผู้อำนวยการโครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค |
| 12. รศ.พญ.พรพันธุ์ บุญรัตน์พันธุ์ | รองผู้อำนวยการโครงการศึกษาทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาวะโรค |
| 13. อาจารย์ พิภพ ธงไชย | กรรมการเลขานุการ มูลนิธิเด็ก |
| 14. คุณปาริชาติ ศิระรักษ์ | นักวิจัยอิสระ |
| 15. ดร.วณิ ปิ่นประทีป | มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ |
| 16. ผศ.ดร.วิลาสินี พิพิธกุล | ผู้อำนวยการ สำนักบรรณกิจ และสื่อสารสาธารณะเพื่อสังคม ของ สสส. |
| 17. คุณมนัส วณิชชานนท์ | สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |

ภาคผนวก ข.

รายชื่อคณะทำงานฝ่ายสนับสนุนงานวิชาการ

1. นพ.เกษม เวชสุทธานนท์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2. นพ. พินิจ ฟ้าอำนวยผล	สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
3. ผศ.อังสนา บุญธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. พญ.นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
5. ทพญ.ดร.กนิษฐา บุญธรรม เจริญ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
6. คุณพรณาภา ผึ้งผดุง	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
7. คุณทัพบทิม ทองวิจิตร	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
8. คุณสุทธิสารณ์ วัฒนมะโน	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
9. คุณปณบดี เอกะจัมปะกะ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
10. คุณรุจิรา ทวีรัตน์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
11. คุณสุกัลยา คงสวัสดิ์	สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข
12. ดร.ศรัณญา เบญจกุล	สำนักตรวจและประเมินผล กระทรวงสาธารณสุข
13. คุณปัทมา อมรสิริสมบุรณ์	สำนักสถิติเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ
14. คุณกุลลักษณ์ เลิศภัทรพงศ์	สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
15. คุณกรรณิการ์ บรรเทงจิตร	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
16. คุณสุรณี พิพัฒน์โรจนกมล	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
17. คุณนิรชรา อัครวีระกุล	สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
18. รศ.ดร.วาสนา อิมเอม	UNFPA

คณะที่ปรึกษา
ด้านสถานะสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ : รศ.ดร.อุไรวรรณ คิ่งสุขเกษม

มีคณะที่ปรึกษาดังต่อไปนี้

1. รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม
ผู้อำนวยการโครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค
2. รศ.พญ.พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์
รองผู้อำนวยการโครงการทางเลือกเชิงนโยบายต่อภาระโรค
3. ศ.ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
5. นพ.ชูฤทธิ์ เตังไตรสรณ์
กองการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
6. นพ. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

คณะที่ปรึกษา
ด้านปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ

ความมั่นคงของชีวิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว
คุณภาพสิ่งแวดล้อม ศักยภาพชุมชน และความมั่นคงของสังคม

ผู้รับผิดชอบ : ผศ.ดร.รศรินทร์ เกรย์

มีคณะที่ปรึกษาดังต่อไปนี้

1. ศาสตราจารย์ ดร. อมรา พงศาพิชญ์
คณบดี คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์วิชัย รูปขำดี
คณบดี คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
3. รศ.ดร.ฉันทนา หวันแก้ว
ผู้อำนวยการหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รศ.ดร.นิตยา คชภักดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รศ.ดร.อรทัย อาจอ่ำ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
6. คุณภาณี วัฒนา
รักษาการผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
7. คุณมนัส วนิชขานนท์
สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
8. นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์
สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
9. คุณปาริชาติ ศิวะรักษ์
นักวิจัยอิสระ
10. คุณปัทมา อมรสิริสมบุญ
สำนักเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ
11. คุณกุลลักษณ์ เลิศภัทรพงศ์
สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

คณะที่ปรึกษา
ด้านระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริหารจัดการ ระบบจัดการทรัพยากร และระบบการจัดบริการ

ผู้รับผิดชอบ : ผศ.ดร.พิมลพรรณ อิศรภักดี

มีคณะที่ปรึกษาดังต่อไปนี้

1. นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล
ผู้อำนวยการ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
2. นพ.ลัมฤทธิ ศรีธำรงค์สวัสดิ์
ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ภาคผนวก จ.

การพัฒนดัชนชีวัดในประเทศและต่างประเทศ

1. การพัฒนดัชนชีวัดในประเทศ

1.1 ตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย

พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ยงยุทธ ชจรธรรม นายแพทย์อภิสิทธิ์ อารังวรังกูร และคณะ ปี 2540 โดยความร่วมมือระหว่างนักวิจัยร่วมกับปราชญ์ชาวบ้าน และกลุ่มเกษตรกรใน 4 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ จังหวัดบุรีรัมย์ นครราชสีมา ขอนแก่น และสุรินทร์ เพื่อสร้างแนวคิดเรื่องความสุข อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาชนบท โดยเฉพาะสำหรับเกษตรกรในภาคนี้ โดยมีกรอบแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนเชิงจิตวิสัย การพึ่งพาตนเอง ที่เน้นความสุขเป็นเป้าหมายในการครองตน โดยปรัชญาเบื้องหลังของการวิจัย “ตัวชี้วัดความสุข” มีต้นเค้ามาจากคำสั่งสอนขององค์สัมมาสัมพุทธเจ้า ในการพึ่งพาตนเอง ที่เน้นความสุขของชีวิตเป็นเป้าหมายในการครองตน และข้อชี้แนะของสมเด็จพระองค์ดาไล ลามะ ที่ว่าความสุขในเชิง Happiness เป็นความสุขที่สัมพันธ์กับความรู้สึกทางจิต (Mind) และใจ (Heart) มีลักษณะสงบและดำรงอยู่ที่ยาวนาน

1.2 ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน

พัฒนาโดย กรมการพัฒนาชุมชน ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็น ของคนในครัวเรือนด้านต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ว่า คนควรมีคุณภาพชีวิตในเรื่องนั้นๆ อย่างไร โดยได้กำหนดรูปแบบลักษณะของสังคมไทยและคนไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต การพัฒนาเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มีการพัฒนาทุก 5 ปี ตามแผนพัฒนาฯ แต่ละฉบับ

1.3 เกณฑ์พื้นฐานในการดำรงชีพของคนไทย 10 ประการ

พัฒนาโดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเป้าหมายขั้นต่ำที่คนไทยควรบรรลุตามเกณฑ์ภายใน 6 ปี (พ.ศ. 2547-2552) เพื่อนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย และเป็นการแก้ปัญหาความยากจนอย่างยั่งยืน โดยมีแนวคิด 3 ประการ ได้แก่ ความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ ความจำเป็นพื้นฐาน และความมั่นคงในชีวิต

1.4 ดัชนีความอยู่ดีมีสุข

พัฒนาโดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อใช้ประเมินผลกระทบจากการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8-9 โดยมีกรอบแนวคิด “ความอยู่ดีมีสุข หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานที่ทั่วถึง มีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีพ มีครอบครัวอบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และอยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่ดีของรัฐ”

ซึ่งสามารถจำแนกองค์ประกอบได้เป็น 7 ด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย ความรู้ ชีวิตการทำงาน รายได้และการกระจายรายได้ ชีวิตครอบครัว สภาพแวดล้อม และการบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐ ซึ่งทุกองค์ประกอบจะต้องดำเนินการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้เกิดผลต่อความอยู่ดีมีสุขของคนได้อย่างแท้จริง

1.5 เมืองไทยแข็งแรง

พัฒนาโดย กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคม และปัญญา สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว

1.6 ดัชนีชีวิตครอบครัวอยู่ดีมีสุขสำหรับประเทศไทย

พัฒนาโดย สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้กรอบแนวคิด “ครอบครัวอยู่ดีมีสุข” หมายถึง สภาพครอบครัวที่พึงประสงค์อันเกิดจากการรวมตัว ในรูปแบบที่หลากหลายของบุคคลที่มาดำเนินชีวิตร่วมกันอย่างมีจุดหมาย สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม และรักษาสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พึ่งพาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สามารถปรับตัวได้อย่างสร้างสรรค์ ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเป็นส่วนหนึ่งที่เกื้อกูลสังคมอย่างมีคุณธรรม ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) ด้านรูปแบบของครอบครัว 2) บทบาทหน้าที่ของครอบครัว 3) สัมพันธภาพในครอบครัว 4) การพึ่งพาตนเอง และ 5) การเกื้อกูลสังคมอย่างมีคุณธรรม

1.7 ดัชนีเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs)

ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ ผู้นำประเทศทางๆ ทั่วโลก 189 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ได้ตกลงร่วมกันที่จะลดช่องว่างของการพัฒนา และมุ่งส่งเสริมการพัฒนาคนให้เด็กทุกคน ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและส่งเสริม

บทบาทสตรี ลดอัตราการตายของเด็ก พัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์ ต่อสู้กับโรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่นๆ รักษาและจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนและส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาในประชาคมโลก

1.8 ตัวชี้วัดผลการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

เป็นการสร้างตัวชี้วัดเพื่อสะท้อนให้เห็นการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าที่ผ่านมาของประเทศไทย บนแนวคิดพื้นฐานของการใช้ตัวชี้วัด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 บรรลุตามเกณฑ์ จปฐ. กลุ่มที่ 2 คือ การพึ่งตนเองทางด้านสาธารณสุขมูลฐานของชุมชน และกลุ่มที่ 3 คือ การมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งมองว่า การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า หมายถึง การที่ประชาชนทุกคนมีความเท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพตามระดับมาตรฐานขั้นต่ำที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิต โดยให้ประชาชนเป็นผู้พึ่งตนเอง และเมื่อมีความจำเป็นที่ต้องได้รับบริการจากรัฐ ก็ต้องมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ

1.9 ดัชนีวัดระบบสุขภาพ

งานวิจัย “ระบบสุขภาพและการประเมินผลการดำเนินการ” โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีดา ทัศนประดิษฐ์ และคณะ มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดตัวชี้วัดของการดำเนินการของระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยเป็นกระบวนการค้นหาข้อมูลนำเข้าจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ในและต่างประเทศ และเพื่อทราบถึงสมรรถภาพของการดำเนินการระบบสุขภาพ ซึ่งรวมถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความชอบธรรม เพื่อนำไปใช้ในการติดตามและพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมีกรอบของการประเมินระบบสุขภาพครอบคลุมมิติที่สำคัญคือ ผลลัพธ์ (Outcome) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และความเป็นธรรม (Equity) ประกอบด้วย 7 หมวดย่อย ดังนี้ 1) สถานะสุขภาพ 2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพ 3) การดูแลทางสุขภาพ 4) การคลังทางสุขภาพ 5) การนำในระดับพื้นที่ 6) การวิจัย 7) การผลิตและพัฒนาบุคลากร และ 8) ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ

2. การพัฒนาดัชนีชี้วัดต่างประเทศ

2.1 ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต (ความมั่นคงของมนุษย์)

พัฒนาโดย UNESCAP เป็นการมองคุณภาพชีวิตในฐานะที่เป็นภาพรวมขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีระดับที่แตกต่างกันออกไป โดยเป็นระดับของการมีชีวิตที่เป็นผลรวมจากองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 7 ด้าน คือ สุขภาพ ระดับการศึกษา การทำงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สภาพครอบครัวความเป็นอยู่ สภาพความเป็นอยู่ในชุมชน และวัฒนธรรม จิตวิญญาณ/ความเชื่อและงานอดิเรก/สันทนาการ

2.2 ดัชนีชี้วัดระดับการพัฒนาที่ยั่งยืน

พัฒนาโดย United Nations Commission on Sustainable Development ปี 2538 ได้ทำการคัดเลือกดัชนีชี้วัดระดับการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นกรอบในการวัดความก้าวหน้าการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศ โดยยึดหลัก Pressure - State - Response Framework (PSR) จัดแบ่งตามประเภทของการพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาที่ยั่งยืน ออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ 1) หมวดสังคม 2) หมวดเศรษฐกิจ 3) หมวดสิ่งแวดล้อม 4) หมวดสถาบัน/องค์กร

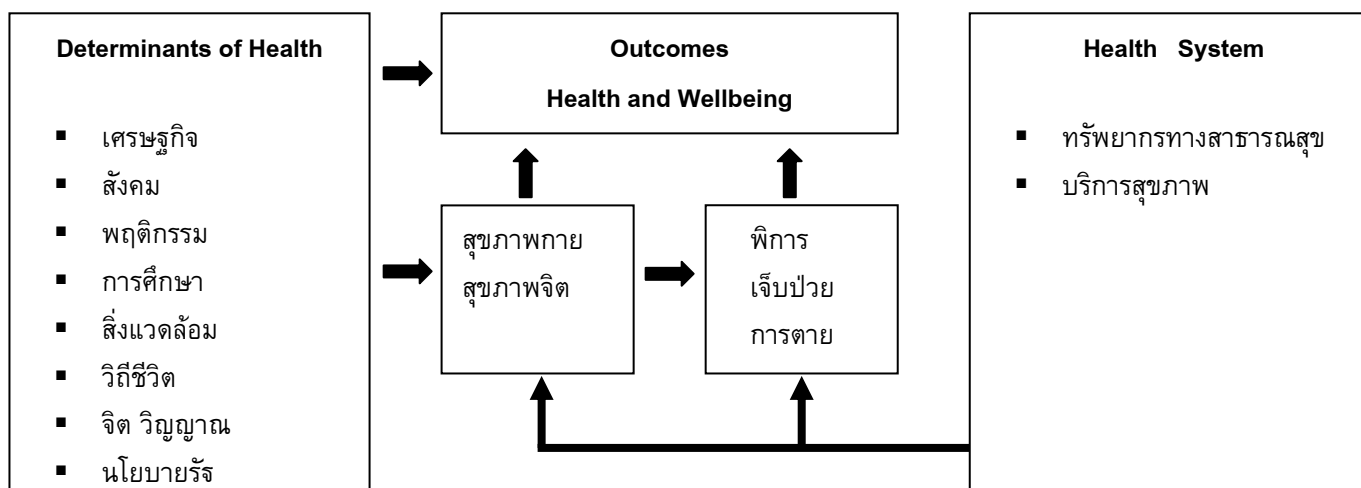
2.3 ดัชนีความก้าวหน้าของคน 8 ประการ

พัฒนาโดย สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ โดยกรอบแนวคิดดัชนีความก้าวหน้าของคน (Human Achievement Index - HAI) UNDP ได้พัฒนาและปรับปรุงมาจากดัชนีความขัดสน (Human Deprivation Index - HDI) ที่เป็นดัชนีรวมเพื่อประเมินสถานภาพของการพัฒนาคนอย่างเป็นระบบ แสดงถึงความก้าวหน้าและความเหลื่อมล้ำในพื้นที่ต่าง ๆ ในสังคมไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงความก้าวหน้าของการพัฒนาคนใน 76 จังหวัด มากกว่าจะเน้นที่ความขัดสนดั้งเดิม มีโครงสร้างดัชนีความก้าวหน้าของคน 8 หมวด ดังนี้ 1) ดัชนีสุขภาพ 2) ดัชนีการศึกษา 3) ดัชนีการทำงาน 4) ดัชนีรายได้ 5) ดัชนีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 6) ดัชนีครอบครัวและชุมชน 7) ดัชนีคมนาคมและการสื่อสาร 8) ดัชนีการมีส่วนร่วม

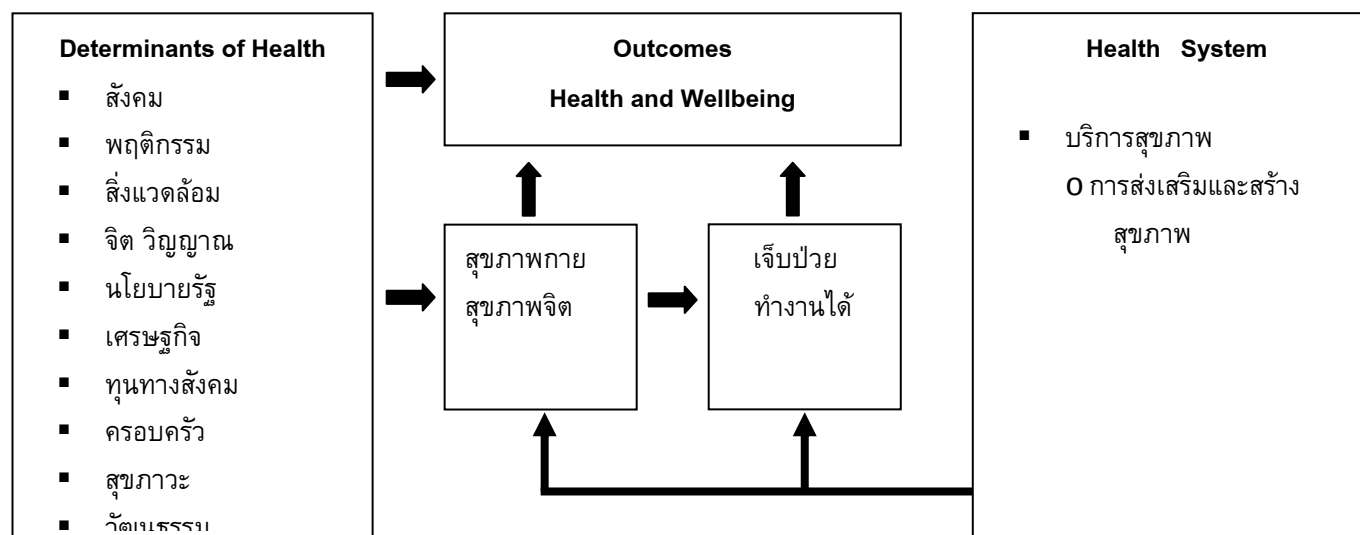
2.4 ความสุขมวลรวมประชาชาติ (GNH) ของประเทศภูฏาน

เป็นการวัดการพัฒนาประเทศที่ไม่ได้เน้นการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่เน้น “ความสุข” ที่แท้จริงของคนในสังคม โดยการพัฒนาสังคมมนุษย์ที่แท้จริงเกิดจากการพัฒนาด้านวัตถุและจิตใจควบคู่กันไป ภายใต้หลักการสำคัญ 4 ประการ คือ การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน การอนุรักษ์ และส่งเสริมคุณค่าทางวัฒนธรรม การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และการมีธรรมาภิบาล ประเทศภูฏานได้ใช้ตัวดัชนีความสุขมวลรวมประชาชาติเป็นเครื่องมือกำกับการพัฒนาประเทศ

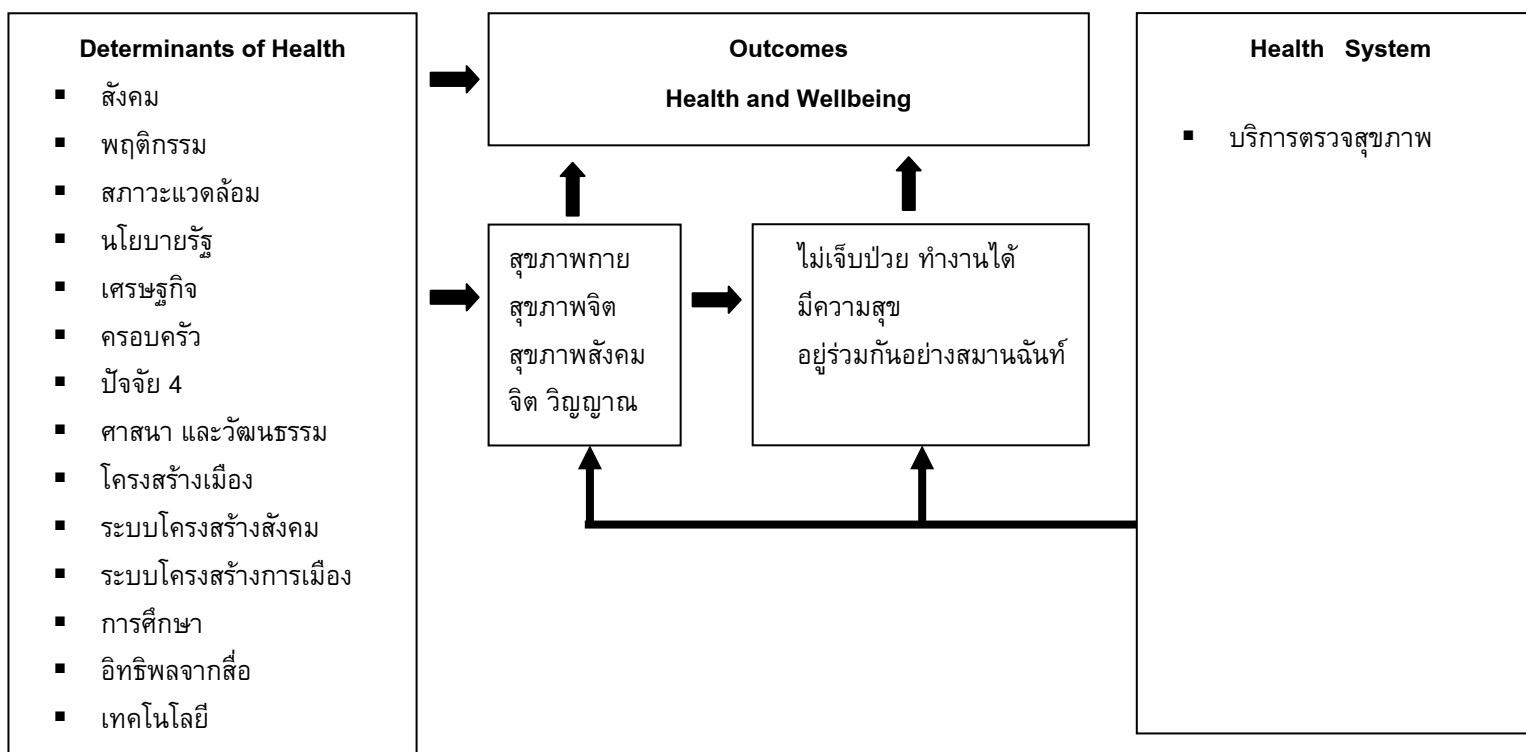
กรอบแนวคิดสุขภาพแห่งชาติ
จากการประชุมระดมสมองกับผู้บริหารระดับจังหวัด นักวิชาการ และภาคประชาชน
วันที่ 19 - 21 มิถุนายน 2548 จังหวัดอุบลราชธานี



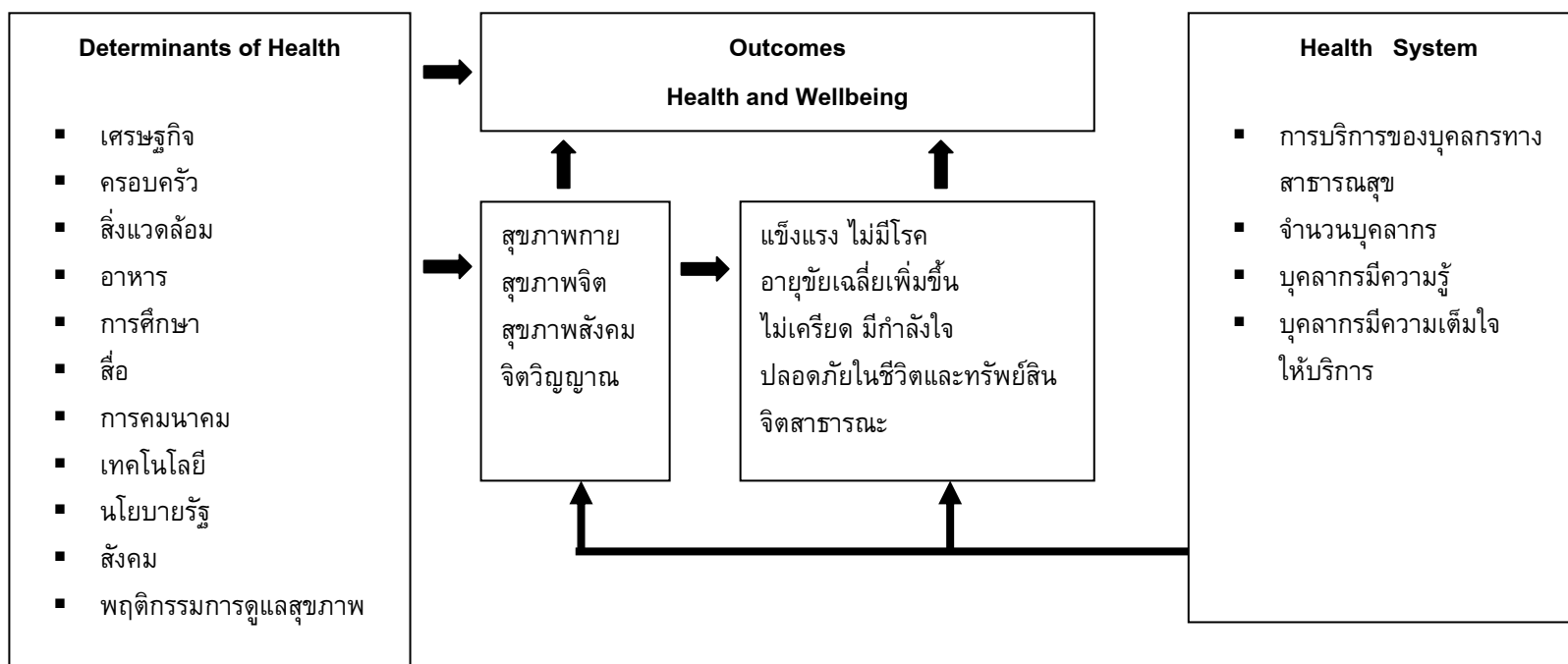
กรอบแนวคิดสุขภาพแห่งชาติ
จากการประชุมระดมสมองกับผู้บริหารระดับจังหวัด นักวิชาการ และภาคประชาชน
วันที่ 17 -18 กรกฎาคม 2548 จังหวัดพิษณุโลก



กรอบแนวคิดสุขภาพแห่งชาติ
จากการประชุมระดมสมองกับผู้บริหารระดับจังหวัด นักวิชาการ และภาคประชาชน
วันที่ 29-30 สิงหาคม 2548 จังหวัดนครศรีธรรมราช



กรอบแนวคิดสุขภาพแห่งชาติ
จากการประชุมระดมสมองกับผู้บริหารระดับจังหวัด นักวิชาการ และภาคประชาชน
วันที่ 19-20 กันยายน 2548 จังหวัดราชบุรี





โครงการจัดทำชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ National Health Indicators



รายการชุดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

พิมลพรรณ อิศรภักดี
อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม
รศรินทร์ เกรย์
พอลตา บุญยติระณะ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ภายใต้แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
ร่วมกับ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

1. สุขภาพกาย (Physical Health)

1.1 และ 1.2) อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy)

คำนิยาม	LE หรือ Life Expectancy หมายถึงการคาดประมาณจำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร HALE หรือ Health-Adjusted Life Expectancy หมายถึงการคาดประมาณจำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร โดยปรับกับผลรวมของสถานะสุขภาพระดับต่าง ๆ ในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งมีการให้น้ำหนักของสถานะสุขภาพตั้งแต่ 0 ซึ่งหมายถึงการตายไปจนถึง 1 ซึ่งหมายถึง สุขภาพสมบูรณ์ที่สุด (Optimum health) ซึ่งจำนวนปีเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ จะถูกปรับค่าให้ลดลง หากประชากรทุกคนไม่ได้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด และจำนวนปีจะลดลงมาก หากประชากรที่มีชีวิตอยู่นั้น มีสุขภาพที่ไม่ดี
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดความยืนยาวของชีวิตที่คาดหวังว่าจะมีชีวิตอยู่ และความยืนยาวของชีวิตที่คาดหวังว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดี
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทั่วไป
วิธีการคำนวณ	สูตรคำนวณ อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ณ อายุใดอายุหนึ่ง $LE_x = \frac{\sum_{i=x}^w (L_x)}{I_x}$ L_x = จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ของประชากรของ life table ในกลุ่มอายุ x ถึง $x+5$ w = อายุสูงสุดของกลุ่มประชากรใน life table สูตรคำนวณ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy) ณ อายุใดอายุหนึ่ง 1. ใช้ Sullivan's Method หรือ Prevalence-based measure $HALE_a = \frac{\sum_{x=a}^l (L_x \sum_{i=0}^n W_i P_{ix})}{I_a}$ Dix = prevalence of health state i ระหว่างอายุ x ถึง $x+5$ W_i = health state weights L_x = จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่ของประชากรของ life table ในกลุ่มอายุ x ถึง $x+5$ I = อายุสูงสุดของกลุ่มประชากรใน life table 2. ใช้ Prevalence of Disability ที่ปรับสถานะ Comorbidity $HALE_x = \frac{\sum_{i=x}^w YWD_i}{I_x}$ Dx = severity-weighted disability prevalence at age x to $x+5$ $YDx = LxDx$ = Years of life lost due to disability $YWDx = Lx(1-Dx)$ = Years live without disability w = อายุในกลุ่มสุดท้ายของประชากร 3. ใช้ Health State Score :- HUI3 ของแคนาดา $HALE_x = \frac{\sum_{i=x}^w L_x (HUI)_i}{I_x}$ $(HUI)_x$ = ค่าเฉลี่ยของสถานะสุขภาพของประชากรใน life table ที่อายุ $x+5$ $Lx(HUI)$ = Health-adjusted Life years ที่อายุ x

ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 2-5 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	Life expectancy -สะท้อนภาพรวมของสุขภาพ -มีข้อมูลที่สามารถคำนวณได้ทุกปี -มีความไวในกรณีมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการตายในช่วงอายุน้อย -สามารถอธิบายให้เข้าใจได้ไม่ยาก HALE -สะท้อนภาพรวมของสุขภาพ (การตายและสถานะสุขภาพในแต่ละช่วงอายุ) -มีความไวในกรณีมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการตายในช่วงอายุน้อย
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	Life expectancy -การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป -เชื่อมโยงกับประเด็นทางนโยบายที่เฉพาะเจาะจงได้ยาก -ข้อมูลการตายของทารกมีปัญหาด้านความครบถ้วน (จากมรณบัตร) ซึ่งต้องมีการปรับค่า HALE -อธิบายได้แต่ไม่ถนัดนัก แต่หากอธิบายด้วยสูตรจะเข้าใจได้ยาก -ข้อมูลสถานะสุขภาพต้องมีการสำรวจ อาจจะไม่มีการสำรวจทุกปี
การใช้ประโยชน์	-วัดการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพ -วัดความเสมอภาพ (equity) ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากร -ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการควบคุมและป้องกันโรคโดยรวม -ทดสอบประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของรูปแบบการแก้ปัญหาสุขภาพ โดยเป็นการประเมินผลลัพธ์ของสุขภาพ
ข้อเสนอในการพัฒนา	-พัฒนาระเบียบวิธีประมาณค่า การตายในทารกและผู้สูงอายุ -ทำการสำรวจ health state ทุก 2 ปี
แหล่งข้อมูล	-ตารางชีพ -อัตราการตายเฉพาะอายุ เพื่อสร้างตารางชีพ จากข้อมูลมรณบัตร และปรับค่าโดยใช้ข้อมูลสำมะโน หรือการสำรวจ -Prevalence ของสถานะสุขภาพ (health state) หรือ ระดับความพิการ (disabilities) ที่ได้จากการสำรวจหรือจากการศึกษาทางระบาดวิทยา -การให้น้ำหนักของสถานะสุขภาพหรือความรุนแรงของ disabilities ซึ่งจะได้จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประชาชนทั่วไป หรือผู้เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลการตาย และสถานะสุขภาพ

1.3) อัตราตายวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) (Mortality rate at age 15-59 years)

คำนิยาม	อัตราตายวัยแรงงานหมายถึง ประชากรอายุ 15-59 ปี ที่เสียชีวิต ต่อจำนวนประชากรอายุ 15-59 ปีทั้งหมดในปีเดียวกัน คิดเป็นอัตราต่อประชากรพันคน
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดสถานะสุขภาพของประชากร วัยแรงงาน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี)
วิธีการคำนวณ	$\text{อัตราตายวัยแรงงาน} = \frac{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 - 59 ปีที่เสียชีวิต}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 - 59 ปี}} \times 1,000$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	- สะท้อนภาพรวมของสุขภาพของผู้ใหญ่ - มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตายของผู้ใหญ่ ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคเอดส์ โรคไม่ติดต่อ การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการตายก่อนวัยอันควร - เชื่อมโยงกับนโยบายสุขภาพเฉพาะที่สำคัญ - อธิบายได้ง่าย - มีข้อมูลที่สามารถคำนวณได้ทุกปี และข้อมูลการตายในมรณบัตร ในช่วงอายุดังกล่าวมีความครบถ้วนสูง
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- ช่วงของอายุที่กว้างอาจจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อให้ทราบว่า ประชากรวัยแรงงานซึ่งมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศสูญเสียจากการตาย หรือการตายก่อนวัยอันควรเท่าไร สำหรับเป็นแนวทางการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสาเหตุการตายที่มักเกิดในกลุ่มวัยแรงงาน
ข้อเสนอในการพัฒนา	- อาจจะต้องระบุช่วงอายุที่มีความไวต่อความเปลี่ยนแปลงมากที่สุด หรือจำแนกอัตราตายออกเป็นช่วงๆ เช่น ช่วงละ 15 ปี
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลมรณบัตร สำนักบริหารการทะเบียน
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

2. สุขภาพจิต (Mental Health)

2.1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Suicidal rate)

คำนิยาม	การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลง หรือหลุดพ้นจากการบีบคั้น ความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิต โดยมีพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมา หรือกระทำทางอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึงจำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ต่อจำนวนประชากรในปีเดียวกัน คิดเป็นอัตราต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดภาวะสุขภาพจิต ที่มีปัญหารุนแรง หรือสะท้อนภาวะความเข้มแข็งทางจิตใจ ในการรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 10 ปี ขึ้นไป
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 10 ปีขึ้นไป}} \times 100,000$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	-สะท้อนปัญหาสุขภาพที่ทำให้เกิดการสูญเสีย (การตาย) ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ -มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม (เศรษฐกิจ ครอบครัวยุคใหม่ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น) และศักยภาพในการแก้ไขปัญหา -เชื่อมโยงกับนโยบายการให้คำปรึกษา การลดความเครียด -อธิบายได้ง่าย -มีข้อมูลที่สามารถคำนวณได้ทุกปี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จอาจจะเข้าเงื่อนไขในการป้องกันความเสี่ยง -คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายในมรณบัตร
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อสะท้อนภาวะบีบคั้นทางสังคม ภาวะครอบครัวที่ไม่อบอุ่น ขาดที่ยึดเหนี่ยว การมีภูมิคุ้มกันและการปรับตัวให้ทันต่อสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
ข้อเสนอในการพัฒนา	-พัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายในมรณบัตร แต่อาจจะมีปัญหาไม่มากนัก เนื่องจากเป็นการตายผิดธรรมชาติ ซึ่งต้องมีการชันสูตรพลิกศพ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลมรณบัตร สำนักบริหารการทะเบียน
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

2.2) ร้อยละของประชาชนที่มีความสุขในการดำรงชีวิต (Proportion of population with happiness)

คำนิยาม	ความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความพึงพอใจในจิตใจ ภายใต้อาสาสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดภาวะสุขภาพจิต การยอมรับ และการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมของประชาชน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความสุขในการดำรงชีวิตเท่ากับหรือมากกว่าคนทั่วไปจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป}}{15 \text{ ปีขึ้นไป}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ
จุดเด่น	-สะท้อนสุขภาวะทางจิตใจโดยรวม เป็นผลรวมของปัจจัยต่าง ๆ -มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่กระทบต่อความสุข -อธิบายได้ แต่ขึ้นอยู่กับระเบียบวิธีและรายละเอียดของตัวชี้วัด
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-ความสุขอาจจะแปรเปลี่ยนอย่างรวดเร็วตามเหตุการณ์ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งอาจจะไม่สะท้อนภาพรวมของสุขภาวะที่แท้จริง -ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึก ขึ้นกับความเที่ยงตรงของเครื่องมือ ซึ่งยังขาดมาตรฐานของเครื่องมือและวิธีการวัด -ข้อมูลความสุข ต้องได้จากการสำรวจ ซึ่งอาจจะไม่ได้ข้อมูลทุกปี
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อประเมินภาวะความสุขของคนไทยในประชาชนทั่วไป และใช้เป็นข้อมูลในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น
ข้อเสนอในการพัฒนา	- พัฒนารายละเอียดของดัชนีชี้วัด ระเบียบวิธีในการวัด เครื่องมือ และการสำรวจ
แหล่งข้อมูล	การสำรวจโดยใช้แบบประเมิน ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนน 0 – 3 คะแนน แล้วใช้คะแนนรวมเปรียบเทียบกับเกณฑ์กำหนดดังนี้ คะแนนรวม 33–45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คะแนนรวม 27–32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป
หน่วยงานรับผิดชอบ	กรมสุขภาพจิต

3. สุขภาพจิตวิญญาณหรือปัญญา (Spiritual or Wisdom Health)

3.1) ดัชนีสุขภาวะทางปัญญา (Population Spiritual Well-being index)

คำนิยาม	สุขภาพปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดระดับสุขภาพทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ ซึ่งจะส่งผลต่อระดับของจิตใจ คุณธรรม และการใช้ชีวิตอย่างมีสติและเหมาะสม เกื้อกูลผู้อื่นและมีความสุขในชีวิต
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไป
วิธีการคำนวณ	ดัชนีสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญา จะประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ซึ่งอาจจะเกี่ยวกับความสงบทางจิตใจ ความมั่นคงทางจิตใจ การลดความเห็นแก่ตัว ความไม่ประมาท ความรู้และเข้าใจในความเป็นไปของชีวิตและโลก การใช้ความคิดไตร่ตรองตามเหตุผล ฯลฯ ทั้งหมดจะถูกวัดเป็นคะแนนและคะแนนรวม โดยอาจจะมีการตัดเกณฑ์ เช่น ไม่น้อยกว่า 50 คะแนน ดี ดีมาก แล้วคำนวณเป็นสัดส่วน เช่น สัดส่วนของการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญาในระดับดี ถึงดีมาก
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 3 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	- สะท้อนการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญาของประชาชน ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาวะทางสังคมที่ดี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- ดัชนีและเครื่องมือในการวัดยังต้องมีการพัฒนา - ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่ต่อเนื่อง มีเพียงการศึกษา
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อปรับนโยบายในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญาในสังคม ลดปัญหาทางสังคม และยกระดับจิตใจในการใช้ชีวิตของคนในสังคม
แนวทางการพัฒนา	- พัฒนาค่าประกอบของดัชนีสุขภาวะจิตวิญญาณหรือปัญญา - พัฒนาระเบียบวิธีและเครื่องมือในการวัดระดับสุขภาวะจิตวิญญาณหรือปัญญา - พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ต่อเนื่อง ได้แก่ การสำรวจระดับประชากร
แหล่งข้อมูล	ยังไม่มีแหล่งข้อมูลที่เก็บเป็นการประจำ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คำนิยามของสุขภาพปัญญาในพรบ.สุขภาพแห่งชาติ)

4.พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

4.1) ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายในรอบปีที่ผ่านมา (Proportion of hazardous alcohol drinker)

คำนิยาม	เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ได้แก่ วิสกี้ เบียร์ เหล้าโรง ไวน์ แชมเปญ น้ำตาลเมา สาโทเหล้ารสผลไม้ เหล้าขาวหรือสุรากลั่นพื้นบ้าน บรั่นดี คอนยัค ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย คือ ปริมาณแอลกอฮอล์มากกว่า 20 กรัมต่อวันในเพศหญิง และมากกว่า 40 กรัมต่อวันในเพศชาย
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตราย ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และอุบัติเหตุ
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 2 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับภาค
จุดเด่น	- สะท้อนพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสูญเสียในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ - มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม - เชื่อมโยงกับนโยบายการลดการดื่มสุรา - อธิบายได้ง่าย (ยกเว้นเกณฑ์ปริมาณของระดับอันตราย)
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม อาจจะไม่ทุกปี - การประเมินระดับของการดื่มสุรา (ปริมาณการดื่ม) ของการสำรวจต่างๆ อาจจะไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อแสดงถึงพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บที่ป้องกันได้ และปรับนโยบายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ข้อเสนอในการพัฒนา	- พัฒนามาตรฐานการประเมินการดื่มสุราในระดับอันตรายในการสำรวจ
แหล่งข้อมูล	- การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย - การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ - การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
หน่วยงานรับผิดชอบ	- สำนักงานสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย - สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.2) ร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ในรอบปีที่ผ่านมา (Proportion of smoker)

คำนิยาม	บุหรื หรือยาสูบ ทุกประเภท ทั้งที่ผลิตต่างประเทศ ผลิตในประเทศ และที่ประชาชนมวนเอง
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 2 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับภาค
จุดเด่น	-สะท้อนพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสูญเสียในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ -มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม -เชื่อมโยงกับนโยบายการลดการสูบบุหรี่ -อธิบายได้ง่าย
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรม อาจจะไม่ทุกปี -ค่าจำกัดความของการสูบบุหรี่เป็นประจำ ของการสำรวจต่าง ๆ อาจจะยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อแสดงถึงพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บที่ป้องกันได้ และปรับนโยบายควบคุมยาสูบ
ข้อเสนอในการพัฒนา	-พัฒนามาตรฐานของข้อคำถามในแต่ละการสำรวจ
แหล่งข้อมูล	-การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย -การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ -การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของประชากร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
หน่วยงานรับผิดชอบ	-สำนักงานสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย -สำนักงานสถิติแห่งชาติ

4.3) ร้อยละการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น (Proportion of teenage pregnancy)

คำนิยาม	หมายถึง จำนวนประชากรหญิงอายุ 13-18 ปี ที่ตั้งครรภ์ ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 13-18 ปี 100 คน ในปีเดียวกัน
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดพฤติกรรมสุขภาพของประชากร และอนามัยเจริญพันธุ์
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรหญิงวัยรุ่น
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนประชากรหญิงอายุ 13 - 18 ปี ที่ตั้งครรภ์}}{\text{จำนวนประชากรหญิงอายุ 13 - 18 ปี}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	สะท้อนพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น รวมทั้งสภาพสังคม และครอบครัว
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-ทะเบียนเกิด ไม่ครอบคลุมในกรณีการแท้ง และการทำแท้ง -การสำรวจ อาจไม่ได้รับข้อมูลที่แท้จริง
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการป้องกันและดูแลแม่วัยรุ่น
ข้อเสนอในการพัฒนา	-พัฒนาการเก็บข้อมูลการสำรวจ ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่แท้จริง -เชื่อมโยงข้อมูลการแท้ง ที่มารักษาในโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	-ทะเบียนเกิด -การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์
หน่วยงานรับผิดชอบ	-สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข -สำนักงานสถิติแห่งชาติ

5.คุณภาพสิ่งแวดล้อม (Environmental quality)

5.1) ดัชนีคุณภาพอากาศ (Air quality index)

คำนิยาม	ดัชนีคุณภาพอากาศของประเทศไทยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 ถึง มากกว่า 300 ซึ่งแต่ละระดับจะใช้สีเป็นสัญลักษณ์เปรียบเทียบระดับของผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย โดยดัชนีคุณภาพอากาศ 100 จะมีค่าเทียบเท่ามาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไป หากดัชนีคุณภาพอากาศมีค่าสูงเกินกว่า 100 แสดงว่าค่าความเข้มข้นของมลพิษทางอากาศมีค่าเกินมาตรฐานและคุณภาพอากาศในวันนั้นจะเริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดคุณภาพอากาศตามมาตรฐาน แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัย / อันตรายทางด้านมลพิษทางอากาศที่มีต่อประชาชนในละแวกนั้น
กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่เสี่ยงทั้งหมดที่คาดว่าดัชนีคุณภาพอากาศเกินค่ามาตรฐาน
วิธีการคำนวณ	ใช้อุปกรณ์วัดคุณภาพอากาศ และเทียบค่ามาตรฐานคุณภาพอากาศ ตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และประกาศกรมควบคุมมลพิษ $\frac{\text{จำนวนครั้งที่ค่าเฉลี่ย เกินมาตรฐาน} \times 100}{\text{จำนวนครั้งที่ตรวจวัดทั้งหมด}}$
ความถี่การจัดเก็บ	แบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ สารมลพิษหลัก 5 ประเภท คือ PM10 SO2 NOx CO O3 ตรวจวัดอัตโนมัติตลอด 24 ชม. ทั้งปี TSP และ Pb ตรวจวัดเฉพาะใน กทม. ทุก 6 วัน ข้อมูลที่ได้จะนำไปเป็นข้อมูลในการประเมินสถานการณ์และวางแผนแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ
ระดับ	พื้นที่/จังหวัดที่คาดว่าจะมีปัญหามลพิษทางอากาศ
จุดเด่น	- สะท้อนแนวโน้มมลภาวะทางอากาศ - เชื่อมโยงกับนโยบายการแก้ไขมลภาวะทางอากาศ - สามารถคำนวณได้ทุกปี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- คุณภาพอากาศขึ้นกับ พื้นที่ที่ทำการตรวจวัด และช่วงเวลา - การตรวจวัดสามารถทำได้เพียงบางส่วน เช่น PM10
การใช้ประโยชน์	เพื่อติดตามและรักษาระดับคุณภาพอากาศในพื้นที่ที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานไม่ให้เสื่อมโทรมลง และเฝ้าระวังความรุนแรงของปัญหามลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะปัญหาฝุ่นละออง นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลเพื่อใช้ประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์และวางแผนแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ
ข้อเสนอในการพัฒนา	- กำหนดจุดตรวจวัดคุณภาพอากาศที่ครอบคลุมพื้นที่เสี่ยง
แหล่งข้อมูล	รายงานการวัดระดับคุณภาพอากาศ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ

5.2) ดัชนีคุณภาพน้ำของแหล่งน้ำ (Water quality index)

คำนิยาม	คุณภาพน้ำ หมายถึง ความเหมาะสมของน้ำในแง่ของการอุปโภคบริโภค มีคุณสมบัติเหมาะสมซึ่งขึ้นอยู่กับชนิด และ ปริมาณของสารต่าง ๆ ที่ละลายในน้ำนั้น ปัจจุบันได้มีการกำหนดมาตรฐานแหล่งน้ำผิวดินออกเป็น 5 ประเภท แหล่งน้ำผิวดิน (Source of Surface water) หมายถึง แม่น้ำ ลำคลอง หนอง บึง ทะเลสาบ อ่างเก็บน้ำ และแหล่งน้ำ สาธารณะอื่น ๆ ที่อยู่ภายในผืนแผ่นดิน
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดคุณภาพน้ำของแหล่งน้ำต่าง ๆ ว่าปลอดภัย/อันตรายต่อการนำมาใช้อุปโภคบริโภค
กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่เสี่ยงทั้งหมดที่คาดว่าดัชนีคุณภาพแหล่งน้ำเกินค่ามาตรฐาน
วิธีการคำนวณ	ใช้อุปกรณ์วัดคุณภาพน้ำ และเทียบค่ามาตรฐานคุณภาพน้ำ ตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ และประกาศ กรมควบคุมมลพิษ โดยแบ่งเป็นระดับ ดี พอใช้ เลื่อมโทรม เลื่อมโทรมมาก $\frac{\text{จำนวนครั้งที่วัดได้คุณภาพเลื่อมโทรมถึงเลื่อมโทรมมาก} \times 100}{\text{จำนวนครั้งที่ตรวจวัดทั้งหมด}}$
ความถี่การจัดเก็บ	ปีละ 4 ครั้ง สำหรับแม่น้ำสายหลัก นอกนั้น ปีละ 2 ครั้ง
ระดับ	เป็นข้อมูลรายแม่น้ำ มีทั้งระดับประเทศ จังหวัดและอำเภอ
จุดเด่น	- สะท้อนแนวโน้มมลภาวะทางน้ำ - เชื่อมโยงกับนโยบายการแก้ไขมลภาวะทางน้ำ - สามารถคำนวณได้ทุกปี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- คุณภาพน้ำขึ้นกับ พื้นที่ที่ทำการตรวจวัด และช่วงเวลา - การตรวจวัดสามารถทำได้เพียงบางส่วน เช่น DO, BOD
การใช้ประโยชน์	ใช้ในการประเมินและควบคุมคุณภาพน้ำ เพื่อการอุปโภคบริโภค ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิเช่น โรคติดต่อระบบทางเดินอาหาร โรคติดต่อที่ผิวหนัง ฯลฯ
แหล่งข้อมูล	รายงานการวัดคุณภาพแหล่งน้ำ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักจัดการคุณภาพน้ำ กรมควบคุมมลพิษ

5.3) ปริมาณการใช้สารทำลายโอโซน (Use of ozone depleting substances per person)

คำนิยาม	การใช้สารทำลายโอโซน ประเภท CFCs (Chlorofluorocarbon) ซึ่งเป็นสารที่กำเนิดมาจากโรงงานอุตสาหกรรม และอุปกรณ์เครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น ตู้เย็น เครื่องปรับอากาศ โดยการทำลายชั้นโอโซน จะเป็นการทำลายเกราะป้องกันรังสีอุตราไวโอเล็ต
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดปริมาณการใช้สารทำลายโอโซน ซึ่งจะมีผลต่อการป้องกันรังสีอุตราไวโอเล็ต ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทั้งหมด
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{ปริมาณการใช้สารทำลายโอโซนประเภท CFCs}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ
จุดเด่น	- สะท้อนแนวโน้มสภาวะโลกร้อน - เชื่อมโยงกับนโยบายการลดภาวะโลกร้อน - สามารถคำนวณได้ทุกปี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- สาร CFCs เป็นเพียงสารประเภทหนึ่งของก๊าซเรือนกระจกทั้งหมด
การใช้ประโยชน์	เพื่อกำหนดนโยบายและประเมินผลของนโยบายลดภาวะโลกร้อน
ข้อเสนอในการพัฒนา	
แหล่งข้อมูล	รายงานปริมาณการใช้สาร CFCs
หน่วยงานรับผิดชอบ	กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

6.ความมั่นคงของชีวิต (Health Security)

6.1) ร้อยละของจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (Proportion of people below the poverty line)

คำนิยาม	เส้นความยากจน เป็นเกณฑ์มูลค่าความต้องการพื้นฐานขั้นต่ำทั้งด้านอาหาร และสินค้าที่ไม่ใช่อาหาร หรือปัจจัยสี่ เพื่อใช้แบ่งว่าบุคคลใดเป็นคนจน ดังนั้น เส้นความยากจน จึงเป็นผลรวมของเส้นความยากจนด้านอาหาร (food poverty line) และเส้นความยากจนด้านสินค้าที่ไม่ใช่อาหาร (non-food poverty line) เส้นความยากจนจากการคำนวณตามมาตรฐานสากล ทำให้เปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ได้ ครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยต่อหัวน้อยกว่าเส้นความยากจน ครัวเรือนนั้นก็ถือเป็นครัวเรือนยากจน
วัตถุประสงค์	เพื่อแสดงถึงประชากรกลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงในชีวิต แม้แต่ความต้องการพื้นฐาน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทั้งหมด
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	- สะท้อนแนวโน้มสภาพเศรษฐกิจของครัวเรือน - เชื่อมโยงกับนโยบายเศรษฐกิจ - อธิบายได้ง่าย - สามารถคำนวณได้ทุกปี (การสำรวจภาวะเศรษฐกิจ)
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- การประเมินรายได้ อาจจะไม่ได้รวมปัจจัยสี่ที่สามารถหามาได้เอง โดยไม่ได้ใช้เงินซื้อ
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อสะท้อนถึงรายได้ที่พอเพียงต่อรายจ่าย สถานะทางเศรษฐกิจของบุคคล ซึ่งเชื่อมโยงไปยังฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
ข้อเสนอในการพัฒนา	- พัฒนาการประเมินความยากจนโดยรวมปัจจัยสี่ที่ไม่ได้มาจากรายได้ แต่สามารถหามาได้เอง เช่น อาหารที่ปลูกเอง
แหล่งข้อมูล	การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)

7.ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family Relationship)

7.1) ดัชนีครอบครัวอบอุ่น (Warm family index)

คำนิยาม	ครอบครัวอยู่ดีมีสุข ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1.โครงสร้างครอบครัว หมายถึง ลักษณะโครงสร้างที่มีความหลากหลายของการรวมตัวของสมาชิกที่มีจุดหมายในการสร้างครอบครัวร่วมกัน 2.บทบาทของครอบครัว 3.สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกถึงความรัก เคารพนับถือ และเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ทางกาย วาจา ใจ เช่น ให้อภัย ให้อภัย ลูก หลาน หลาน หลาน กอด สัมผัสอย่างอ่อนโยน ถามทุกข์สุข 4.องค์ประกอบด้านการพึ่งตนเอง หมายถึง กลุ่มที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก คนพิการ ได้รับการดูแลเอาใจใส่และตอบสนองทั้งทางเศรษฐกิจ ร่างกาย และจิตใจ 5.เกื้อกูลสังคมอย่างมีคุณธรรม หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกได้รับการยกย่อง ชมเชย เมื่อทำความดี / เมื่อทำความผิดแล้วได้รับการตักเตือนหรือทำโทษ / ปลุกฝังเรื่องสิทธิ หน้าที่ และเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
วัตถุประสงค์	เนื่องจากในสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการหย่าร้างสูงขึ้น และการย้ายถิ่นของ พ่อ หรือแม่ไปทำงานที่อื่น ส่งผลกระทบต่อบุตร ดังนั้นจึงควรติดตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครัวเรือนดังกล่าว -เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการสร้างระบบภูมิคุ้มกันในตัว ตั้งแต่ระดับครอบครัว เพื่อสามารถเผชิญ และอยู่รอดจากผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายนอกและภายใน เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวอบอุ่นและทำให้สมาชิกของครัวเรือนที่สุขภาพดี -เพื่อสร้างเสริมให้สมาชิกรู้จักเอื้อเฟื้อช่วยเหลือแผ่ต่อคนอื่น โดยการเริ่มจากบุคคลในครอบครัวก่อน ทำให้เกิดสังคมเอื้ออาทร -เพื่อสร้างรากฐานให้สมาชิกในครัวเรือนรู้จักแบ่งปัน และช่วยเหลือผู้อื่นตามความเหมาะสม และกำลังความสามารถของตน
กลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวทั้งหมดในพื้นที่ศึกษา
วิธีการคำนวณ	เป็นดัชนีรวม (Composite Index) จากองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้ง 5 องค์ประกอบ $\text{ร้อยละครอบครัวอบอุ่น} = \frac{\text{จำนวนครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์ครอบครัวอบอุ่น}}{\text{จำนวนครอบครัวทั้งหมด}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ
จุดเด่น	-สะท้อนแนวโน้มความสัมพันธ์ในครอบครัว -เชื่อมโยงกับนโยบายด้านครอบครัว
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-ข้อมูลต้องได้จากการสำรวจ ซึ่งอาจจะไม่ได้มีข้อมูลทุกปี -ครอบครัวอบอุ่นมีหลายมิติ ดัชนีรวมอาจจะไม่ได้สะท้อนสภาพปัญหาในแต่ละมิติ
การใช้ประโยชน์	ใช้ติดตามสถานการณ์ของครอบครัวไทยที่มีลักษณะเป็นพลวัต และใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับจังหวัด ภาค และประเทศ
ข้อเสนอในการพัฒนา	
แหล่งข้อมูล	
หน่วยงานรับผิดชอบ	กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

7.2) ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว (Proportion of single parent family)

คำนิยาม	พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว หมายถึง ชาย หรือ หญิง ที่มีบุตร และต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรเพียงลำพัง
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดความสัมพันธ์ในครอบครัวของสังคมไทย โดยเฉพาะชีวิตคู่ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดูแลเด็ก
กลุ่มเป้าหมาย	คู่สมรสที่มีบุตร
วิธีการคำนวณ	$\text{ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว} = \frac{\text{จำนวนครอบครัวที่มีพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว}}{\text{จำนวนครอบครัวที่มีบุตรทั้งหมด}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 3 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ
จุดเด่น	-สะท้อนปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่มีผลต่อการดูแลเด็ก -อธิบายได้ง่าย -สะท้อนการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว และลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-การเลี้ยงเด็กโดยพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว อาจจะไม่สะท้อนถึงคุณภาพในการดูแลเด็ก -ความถี่ในการจัดเก็บ
การใช้ประโยชน์	ใช้สะท้อนการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัวได้ระดับหนึ่ง นำไปสู่การพัฒนานโยบายด้านครอบครัว และส่งเสริมชีวิตคู่ที่มีคุณภาพ
ข้อเสนอในการพัฒนา	
แหล่งข้อมูล	การสำรวจภาวะการทำงาน
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานสถิติแห่งชาติ

8. ศักยภาพชุมชน (Community Capacity)

8.1) ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง (Strong community index)

คำนิยาม	ความเข้มแข็งของชุมชน หมายถึงชุมชนที่มีการรวมตัวกันเป็นปึกแผ่น มีศักยภาพใน การพึ่งตนเองและการเรียนรู้ในระดับสูง มีองค์กรในชุมชน กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาคีเครือข่ายการพัฒนาที่เข้มแข็งของชุมชน รวมทั้งมีความสามัคคี เอื้ออาทร อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข และธำรงไว้ซึ่งคุณค่าของประเพณี วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน /ท้องถิ่นหรือเอกลักษณ์ความเป็นไทยได้อย่างต่อเนื่อง
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชน ในการพัฒนาและเฝ้าต่อการดูแลคนในชุมชน
กลุ่มเป้าหมาย	ชุมชน
วิธีการคำนวณ	เป็นดัชนีรวม (Composite index) $\text{ร้อยละชุมชนเข้มแข็ง} = \frac{\text{จำนวนชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ชุมชนเข้มแข็ง}}{\text{จำนวนชุมชนทั้งหมด}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 3 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	- สะท้อนภาพรวมความเข้มแข็งของชุมชน ที่ประกอบด้วยมิติต่างๆ
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- มีการวัดที่ซับซ้อน มาจากหลายองค์ประกอบ - เป็น Composite index ไม่สามารถระบุได้ว่าชุมชนเข้มแข็งในด้านใด - ยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลครบในทุกองค์ประกอบของตัวชี้วัด
การใช้ประโยชน์	ใช้สะท้อนความอยู่เย็นเป็นสุขที่เกิดขึ้นในสังคมไทย และวางแผนพัฒนาศักยภาพชุมชน
ข้อเสนอในการพัฒนา	ควรเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนและต่อเนื่อง
แหล่งข้อมูล	
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

9.ความมั่นคงของสังคม (Social Security)

9.1) ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% แรก ต่อกับคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย (Income difference 1st : 5th Quintile)

คำนิยาม	ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% แรก ต่อกับคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย หมายถึงการนำค่าเฉลี่ยของรายได้ของคนที่รวยที่สุด 20% แรก หาค่าเฉลี่ยของรายได้ของคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย เมื่อนำรายได้ของประชากรทั้งหมดมาเรียงลำดับกัน
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนความเสมอภาคของรายได้ในประชากร ซึ่งในสังคมที่มีประชากรมีรายได้ที่ต่างกันมาก หรือมีช่องว่างของรายได้ที่กว้าง มักจะเกิดปัญหาความไม่เสมอภาคทางสังคม อาทิเช่น ความไม่เสมอภาคด้านการเข้าถึงบริการสาธารณะ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และโอกาสทางสังคม
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทั้งหมด
วิธีการคำนวณ	$\text{ความแตกต่างของรายได้} = \frac{\text{รายได้เฉลี่ยของประชากรที่รวยที่สุด 20% แรก} - \text{รายได้เฉลี่ยของประชากรที่จนที่สุด 20% สุดท้าย}}{\text{รายได้เฉลี่ยของประชากรที่รวยที่สุด 20% แรก}}$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	-สะท้อนความไม่เสมอภาคของรายได้ และโอกาสทางสังคม รวมทั้งโอกาสในการมีสุขภาพดี -อธิบายได้ไม่ยากนัก
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-รายได้ที่แตกต่างกัน อาจจะไม่สะท้อนความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หากประเทศมีระบบสวัสดิการที่เป็นธรรม
การใช้ประโยชน์	ใช้ประเมินความเสมอภาคของการกระจายได้ เพื่อลดช่องว่างระหว่างคนจนและคนรวย โดยการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมรายได้ และจัดระบบสวัสดิการที่เป็นธรรม
ข้อเสนอในการพัฒนา	
แหล่งข้อมูล	การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน
หน่วยงานรับผิดชอบ	สำนักงานสถิติแห่งชาติ

10.ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ (Equity / Accessibility)

10.1) ผลประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณรัฐเปรียบเทียบระหว่าง 1st quintile กับ 5th quintile (Benefit incidence analysis)

คำนิยาม	ผลประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณรัฐหรือระบบหลักประกันสุขภาพ หมายถึง การใช้บริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ เมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายบริการที่เกิดขึ้น ซึ่งประชาชนได้รับประโยชน์เนื่องจากรัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย โดยเปรียบเทียบระหว่าง 1 st quintile กับ 5 th quintile เพื่อดูว่าผู้มีรายได้น้อยได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับผู้มีรายได้มาก
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนความเป็นธรรมของระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เอื้อให้คนมีรายได้น้อยได้รับประโยชน์มากกว่าผู้มีรายได้มาก
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในครัวเรือน
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{ผลประโยชน์ที่ได้รับของผู้มีรายได้น้อยที่สุด 20\% แรก}}{\text{ผลประโยชน์ที่ได้รับของผู้มีรายได้มากที่สุด 20\% สุดท้าย}} \times 100$ ผลประโยชน์ที่ได้รับ คำนวณจากอัตราการใช้บริการที่เกิดจากการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ คูณด้วยค่าใช้จ่ายต่อครั้งบริการ ของสถานบริการทุกระดับ
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับของข้อมูล	ระดับประเทศ
จุดเด่น	-สะท้อนความเป็นธรรมของระบบหลักประกันสุขภาพ และช่วยประเมินนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพ -อธิบายได้ไม่ยากนัก
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-ข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อครั้งของบริการมีข้อจำกัดในการได้ข้อมูลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม ซึ่งต้องจำแนกตามประเภทหลักประกันและตามระดับของสถานบริการ
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อประเมินความเป็นธรรมของระบบหลักประกันสุขภาพที่เอื้อต่อคนจน
ข้อเสนอในการพัฒนา	พัฒนาระบบข้อมูลค่าใช้จ่ายต่อครั้งของบริการในสถานพยาบาลทุกระดับ จำแนกตามสิทธิ
แหล่งข้อมูล	-การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ -การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการ
หน่วยงานรับผิดชอบ	-สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

10.2) ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข (Poverty impact of health care payments)

คำนิยาม	ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุข หมายถึง จำนวนการเปลี่ยนแปลงของครัวเรือนที่ตกลงไปได้เส้นความยากจน เปรียบเทียบระหว่างการรวมค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนใช้จ่ายโดยตรงเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพ กับการไม่รวมค่าใช้จ่ายที่ครัวเรือนใช้จ่ายโดยตรงเพื่อให้ได้รับบริการสุขภาพ
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนความเป็นธรรมของระบบการเงินการคลังสุขภาพ ที่ช่วยปกป้องคนจนไม่ให้ตกลงไปอยู่ใต้เส้นความยากจน อันเนื่องมาจากภาระรายจ่ายด้านบริการสุขภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในครัวเรือน
วิธีการคำนวณ	จำนวนครัวเรือนจนที่คำนวณโดยคิดรวมค่าใช้จ่ายโดยตรงสำหรับบริการสุขภาพ — จำนวนครัวเรือนจนที่คำนวณโดยไม่คิดรวมค่าใช้จ่ายโดยตรงสำหรับบริการสุขภาพ
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับของข้อมูล	ระดับประเทศ
จุดเด่น	- สะท้อนความเป็นธรรมของระบบหลักประกันสุขภาพ และช่วยประเมินนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพ - อธิบายได้ไม่ยากนัก
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- ข้อมูลการสำรวจอาจจะไม่มีทุกปี
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อประเมินความเป็นธรรมของระบบหลักประกันสุขภาพที่ปกป้องคนจน
ข้อเสนอในการพัฒนา	
แหล่งข้อมูล	- การสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคม
หน่วยงานรับผิดชอบ	- สำนักงานสถิติแห่งชาติ - สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพ

10.3) อัตราผู้ป่วยในรายครั้งที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Infusion of Thrombolytic agent in hospitalized acute myocardial infarction event rate)

คำนิยาม	หมายถึง ความครอบคลุมของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลครั้งแรก และการนอนโรงพยาบาลอีกครั้งหลังจากกลับบ้านเกิน 28 วัน
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนการเข้าถึงบริการในกรณีบริการฉุกเฉินที่มีผลต่อชีวิต
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับของข้อมูล	ระดับประเทศ จังหวัด
จุดเด่น	-สะท้อนการเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ -อธิบายได้ไม่ยากนัก -มีข้อมูลการเบิกจ่ายที่สามารถคำนวณได้ทุกปี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-ข้อมูลยังไม่ครอบคลุมสถานพยาบาลที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพ
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อประเมินความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์และความพร้อมของระบบบริการ
ข้อเสนอในการพัฒนา	
แหล่งข้อมูล	-ข้อมูลการเบิกจ่าย
หน่วยงานรับผิดชอบ	-กรมบัญชีกลาง -สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ -สำนักงานประกันสังคม

11.ประสิทธิภาพ (Efficiency)

11.1) ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพ ต่อ GDP (Health expenditure as a percentage of GDP)

คำนิยาม	รายจ่ายด้านสุขภาพครอบคลุมรายจ่ายในการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค GDP (Gross Domestic Product) <u>ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ</u> หมายถึง มูลค่าของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตขึ้นภายในประเทศในระยะเวลาหนึ่งโดยไม่คำนึงถึงว่า ทรัพยากรที่ใช้ในการผลิตสินค้า และบริการจะเป็นทรัพยากรของพลเมืองในประเทศหรือเป็นของชาวต่างประเทศ ในทางตรงข้าม ทรัพยากรของพลเมืองในประเทศแต่ไปทำการผลิตในต่างประเทศก็ไม่นับรวมไว้ในผลิตภัณฑ์ใน ประเทศ
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนรายจ่ายสุขภาพเมื่อเทียบกับศักยภาพทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยการลงทุนด้านสุขภาพที่เหมาะสม ไม่ ควรจะมีสัดส่วนต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมที่ต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป
กลุ่มเป้าหมาย	ประเทศ
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ}}{\text{GDP}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับของข้อมูล	ระดับประเทศ
จุดเด่น	- สามารถเปรียบเทียบกับนานาชาติได้ - สะท้อนภาพรวมของการลงทุนของภาครัฐ เอกชน และครัวเรือนในด้านสุขภาพ - อธิบายได้ไม่ยากนัก - มีข้อมูลที่สามารถคำนวณได้ทุกปี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- ข้อมูลรายจ่ายสุขภาพมีความหลากหลาย และมีระเบียบวิธีการที่ต่างกัน ตามแหล่งข้อมูลที่ใช้
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อวางแผนการลงทุนของภาครัฐในด้านการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อ ประสิทธิภาพของการบริหารการคลังสุขภาพ
ข้อเสนอในการพัฒนา	พัฒนาระเบียบวิธีที่เป็นมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของทุกหน่วยงาน เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงของประเทศ
แหล่งข้อมูล	- รายงานข้อมูลรายได้ประชาชาติของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ - รายงานงบประมาณประจำปี สำนักงานงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี - บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานรับผิดชอบ	- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ - สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ - สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

11.2) ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาบัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยา (Proportion of essential drug expenditure)

คำนิยาม	ยาบัญชียาหลัก หมายถึง ยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ที่มีการประกาศโดยคณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ
วัตถุประสงค์	เพื่อสะท้อนประสิทธิภาพของการให้บริการ เนื่องจากยาบัญชียาหลักมักจะเป็นยาที่มีความจำเป็นและมีราคาถูก โดยยานอกบัญชียาหลักควรจะสงวนไว้ใช้ในกรณีจำเป็น เนื่องจากมักจะมีราคาแพง
กลุ่มเป้าหมาย	ประเทศ
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{มูลค่าการใช้ยาบัญชียาหลัก}}{\text{รายจ่ายด้านยา}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับของข้อมูล	ระดับประเทศ
จุดเด่น	- เชื่อมโยงกับนโยบายด้านยา - อธิบายได้ไม่ยากนัก
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- ข้อมูลการจ่ายยาของสถานพยาบาลยังไม่มีระบบข้อมูลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อวางแผนติดตามกำกับการใช้ยาของสถานพยาบาล เพื่อควบคุมรายจ่ายด้านยาให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม
ข้อเสนอในการพัฒนา	พัฒนาระบบข้อมูลที่ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับและทุกสังกัด
แหล่งข้อมูล	รายงานยาที่โรงพยาบาลส่งให้กองทุน
หน่วยงานรับผิดชอบ	- สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ - สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

12.คุณภาพ / ประสิทธิภาพ (Quality / Effectiveness)

12.1) อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก (Admission rate of ambulatory care sensitive conditions)

คำนิยาม	โรคที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก หมายถึง โรคที่ปกติจะได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอก แต่หากการดูแลแบบผู้ป่วยนอกไม่ดี อาทิเช่น การให้การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง หรือคุณภาพในการรักษาที่ไม่ดี ก็จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือโรคเกิดอาการกำเริบ หรือมีภาวะรุนแรง ที่จำเป็นต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก เป็นบริการที่มีต้นทุนต่ำกว่าแบบผู้ป่วยใน ดังนั้นหากการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกไม่มีคุณภาพ ก็จะทำให้มีการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึงการมีประสิทธิภาพลดลง โดยโรคที่มีลักษณะดังกล่าว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด เป็นต้น
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดประสิทธิภาพของระบบบริการ ซึ่งเป็นผลมาจากคุณภาพในการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ในกรณีโรคเรื้อรัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย ด้วยโรคหรือภาวะที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยใน ด้วยโรคหรือภาวะที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอกในรอบปี}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด
จุดเด่น	- สะท้อนประสิทธิภาพของระบบบริการและคุณภาพของบริการแบบผู้ป่วยนอก - อธิบายได้ไม่ยากนัก - มีข้อมูลที่สามารถคำนวณได้ทุกปี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	- อัตราการนอนโรงพยาบาล ได้รับผลจากอัตราป่วยในประชากรด้วย หากอัตราป่วยเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้อัตราการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วย ถึงแม้คุณภาพบริการผู้ป่วยนอกจะไม่ลดลง
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อวางแผนเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ โดยการเน้นคุณภาพบริการผู้ป่วยนอกในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้
ข้อเสนอในการพัฒนา	เลือกโรคหรือภาวะที่ต้องการประเมิน รวมทั้งวิธีการปรับค่ากับอัตราป่วยของประชากร หรือคิดเป็นอัตราส่วนผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก โดยต้องพัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกให้ครอบคลุม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน เพื่อการเบิกจ่าย ในระบบหลักประกันสุขภาพ
หน่วยงานรับผิดชอบ	- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - สำนักงานประกันสังคม - กรมบัญชีกลาง

12.2) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 30 วัน (In-hospital mortality rate/ 30-day mortality rate)

คำนิยาม	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน หมายถึง จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิต ต่อจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ซึ่งเป็นการเสียชีวิตในโรงพยาบาล หรืออาจจะคิดรวมการเสียชีวิตหลังจากที่กลับบ้านแล้วภายใน 30 วัน เนื่องจากในบางกรณี ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต แต่ญาติขอให้ผู้ป่วยกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน และผลของการรักษาไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังจากกลับจากโรงพยาบาล ซึ่งยังถือว่าสะท้อนคุณภาพบริการ
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดคุณภาพและความปลอดภัยของการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษา โดยการเสียชีวิตนับเป็นผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยในโรงพยาบาล
วิธีการคำนวณ	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด}} \times 100$ $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยในที่เสียชีวิตขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลและที่เสียชีวิตภายใน 30 วันหลังกลับจากโรงพยาบาล}}{\text{จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด}} \times 100$
ความถี่การจัดเก็บ	ทุก 1 ปี
ระดับ	ระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับสถานพยาบาล
จุดเด่น	-สะท้อนคุณภาพของการรักษา โดยเฉพาะโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ หรือสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ -อธิบายได้ง่าย -มีข้อมูลที่สามารถคำนวณได้ทุกปี
จุดอ่อน/ข้อจำกัด	-การเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความรุนแรงของโรค ซึ่งการรักษาอาจจะไม่สามารถลดการเสียชีวิตได้ทั้งหมด -การเสียชีวิตหลังกลับจากโรงพยาบาล 30 วัน อาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล
การใช้ประโยชน์	ใช้เพื่อวางแผนเพิ่มคุณภาพการรักษา เพื่อลดโอกาสเสียชีวิตในผู้ป่วยที่สามารถรักษาได้
ข้อเสนอในการพัฒนา	-เลือกโรคหรือภาวะที่ต้องการประเมิน เนื่องจากการวัดอัตราตายรวมทั้งหมด อาจจะไม่สะท้อนคุณภาพการรักษา เนื่องจากสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงชนิดของโรคของผู้ป่วย ซึ่งแต่ละโรคมีโอกาเสียชีวิตที่ต่างกัน -เชื่อมโยงฐานข้อมูลผู้ป่วยในกับฐานข้อมูลการตาย เพื่อประเมินอัตราตายภายใน 30 วันหลังกลับจากโรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	-ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน เพื่อการเบิกจ่าย ในระบบหลักประกันสุขภาพ -ฐานข้อมูลการตาย (มรณบัตร)
หน่วยงานรับผิดชอบ	-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ -สำนักงานประกันสังคม -กรมบัญชีกลาง -สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล