

การประเมิน

ระบบทะเบียนราษฎร

และสถิติชีพแบบเร็ว

กรณีศึกษาประเทศไทย



ปกหน้าใน

การประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพแบบเร็ว กรณีศึกษาประเทศไทย 2556

จัดทำโดย

ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (ศมสท.)
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มีนาคม 2556

พิมพ์ครั้งแรก : พฤศจิกายน 2556

การประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพแบบเร็ว กรณีศึกษาประเทศไทย

ที่ปรึกษา: นพ. เทียม อังสาชน
นพ. ดาวฤกษ์ สินธุวณิชย์

ผู้พิมพ์: ดร.นพ. บุญชัย กิจสนาโยธิน
คณะ สัมพุทธานนท์
เพียงหทัย อินกัน

ออกแบบรูปเล่มโดย: ปรัชญา ชุมภู

จัดพิมพ์ที่ประเทศไทย

ISBN: 978-616-11-1914-0

© สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2556

ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (ศมสท)

88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 3 ถนนติวานนท์

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. +66 (2) 832 9290

อีเมล: this@this.or.th

<http://www.this.or.th>

คำนำ

สถิติชีพ (Vital Statistics) เป็นดัชนีชี้วัดสำคัญในการติดตามความสำเร็จของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (MDG-Millennium Development Goal) อันเป็นมติที่สำคัญขององค์การสหประชาชาติ (United Nation) สถิติชีพที่มีความถูกต้อง เชื่อถือได้นอกจากจะช่วยให้ประเทศติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนา ความเป็นอยู่ของประชาชนในประเทศ ตาม MDG แล้วยังเป็นสถิติที่สำคัญในการวางแผนการ พัฒนา และการจัดการของหลายหน่วยงาน แหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดของสถิติชีพคือระบบทะเบียนราษฎร (Civil Registration) ที่มีประสิทธิภาพ กว่าครึ่งของประเทศในโลกไม่มีระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพหรือมีแต่ไม่มีประสิทธิภาพ องค์การสหประชาชาติ และ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization WHO) เห็นความสำคัญในเรื่องนี้และสนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ ดำเนินการประเมิน สถานการณ์และหาทางพัฒนา ระบบทะเบียนราษฎร และสถิติชีพของตนให้มีประสิทธิภาพขึ้น

ในปี 2554 องค์การอนามัยโลก ร่วมกับ มหาวิทยาลัยควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลียได้พัฒนาเครื่องมือมาตรฐานการประเมินและคู่มือ พัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศ (Strengthening practice and systems in civil registration and vital statistics: A Resource Kit) ขึ้น องค์การอนามัยโลกและหลายองค์กรภายใต้โครงการสหประชาชาติ เช่น UNESCAP สนับสนุนให้ประเทศต่าง ๆ นำ เครื่องมือและคู่มือนี้ไปปรับใช้ ประเทศไทยแม้จะมีระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ มานานหลายสิบปี แต่ยังไม่เคยมีการประเมินระบบ ทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศอย่างเป็นระบบ ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (ศมสท.) เครือสถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สวรส.) จึงรับเป็นหน่วยประสานงานหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ เช่น กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ ดำเนิน การประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศไทยโดยใช้เครื่องมือประเมินขององค์การอนามัยโลกดังกล่าวข้างต้น

รายงานฉบับนี้เป็นรายงานการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพแบบเร็ว (Rapid assessment of Civil registration and vital statistics) ที่ได้ดำเนินงานในปี 2555 เนื้อหาในรายงานประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ บทที่ 1 กล่าวถึงที่มาและความสำคัญ บทที่ 2 กล่าวถึงวัตถุประสงค์ เครื่องมือ และกระบวนการประเมินฯ บทสุดท้ายเป็นผลการการประเมินฯ พร้อมข้อเสนอแนะ

ผู้จัดทำรายงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้บริหาร ผู้เกี่ยวข้อง และผู้สนใจการระบบทะเบียนราษฎรและสถิติ ชีพของประเทศไทย เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (ศมสท) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
มีนาคม 2556

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศไทย ได้รับความร่วมมือและข้อเสนอแนะจากนักวิชาการจากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการร่วมประเมินฯ ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งของการประเมินในครั้งนี้ โดยมีตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมทำการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพฉบับรวดเร็ว (Rapid assessment of Civil registration and vital statistics) เพื่อสรุปสถานการณ์ปัจจุบัน โดยมีผู้ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่างๆ ที่ร่วมให้ข้อเสนอแนะและตอบคำถามต่างๆ ประกอบด้วย คุณอภิญา อุ้นเรือน คุณทิพวรรณ จิตรรัตน์ และคุณสุโสฬส พึ่งบุญ จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย คุณอรพิน ทรัพย์ล้น และ คุณจุติร นาชีวะ จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข คุณอรรวรรณ สุทธางกูร และคุณปัทมา อมรสิริสมบุญ จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ จากสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

รายงานเล่มนี้ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณการศึกษาวิจัยจาก Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP) และ นอกจากนั้นยังมีสถาบันและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมให้ข้อเสนอแนะและให้ความเห็น เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น

รายงานฉบับนี้เป็น เอกสารที่ครอบคลุมการประเมิน ระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศไทยแบบเร็ว (Rapid assessment of Civil registration and vital statistics) โดยอาศัยข้อเสนอแนะและให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อเป็นจัดทำรายงานเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดทำนโยบายในการพัฒนาระบบต่อไป

ทางทีมวิจัยขอขอบพระคุณนักวิชาการทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นอย่างสูง

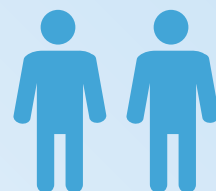
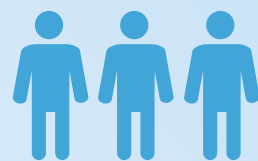
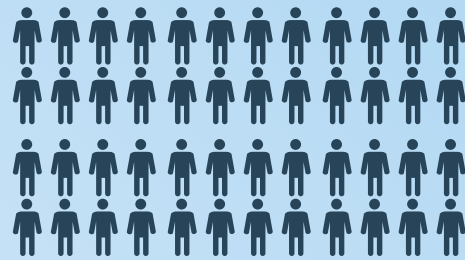
คำย่อ

BORA	Bureau of registration Administration, Ministry of Interior
CRVS	Civil registration and vital statistics
ESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific
ICD-10	International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision
MOI	Ministry of Interior
MOPH	Ministry of Public Health
NHSO	National Health Security Office
WHO	World Health Organization
สนบพ.	สำนักบริหารการทะเบียน
สนย.	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สารบัญ

คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	iii
คำย่อ	iv
บทที่ 1	
บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญ	1
สถานการณ์ระบบการลงทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศไทย	2
บทที่ 2	
การประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ	5
บทที่ 3	
ผลการประเมินและข้อเสนอแนะ	11
สรุปและข้อเสนอแนะ	24
ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับ การพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ	25
เอกสารแนบ 1: แบบประเมิน	28
อ้างอิง	35

REGISTER SYSTEM



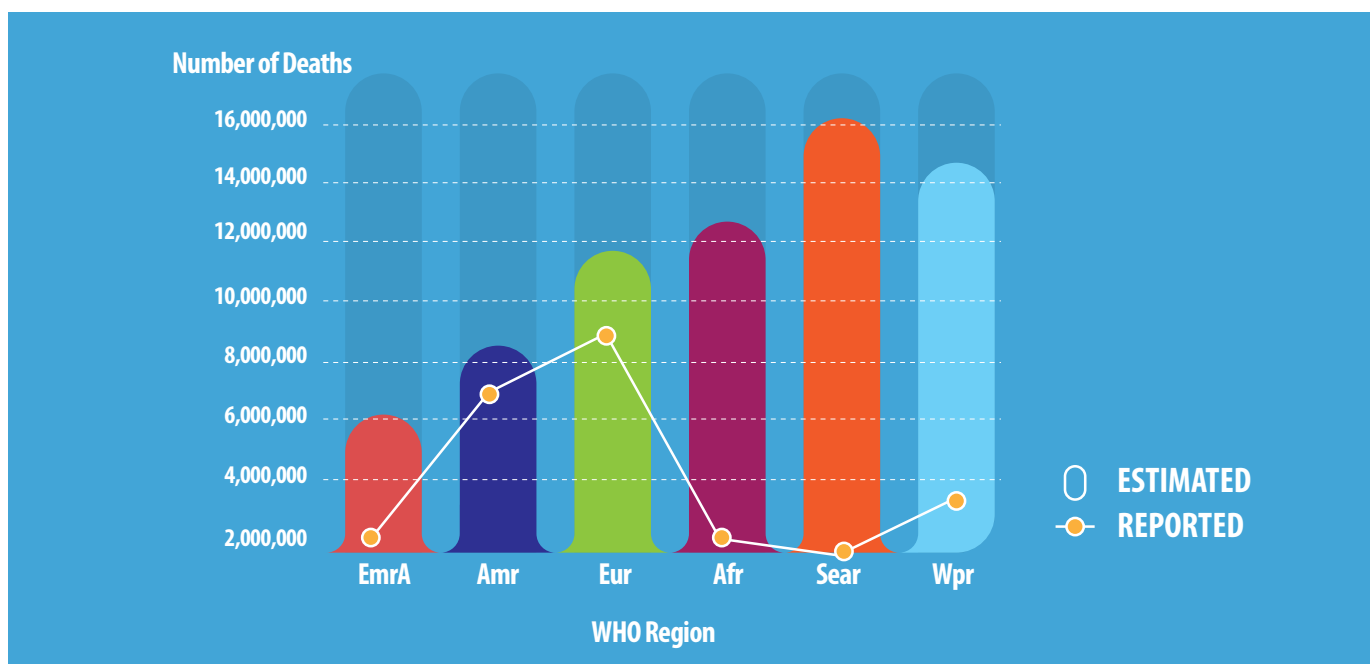
บทนำ

1

ที่มาและความสำคัญ

ระบบทะเบียนราษฎร เป็นระบบที่ใช้สำหรับบันทึกประวัติราษฎร ที่ประกอบด้วย การเกิด การตาย และ สถานภาพการสมรส ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนาระบบสถิติชีพของประเทศ อย่างไรก็ตาม พบว่าในประเทศกำลังพัฒนาหลาย ๆ ประเทศ มักจะยังไม่มีระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ หรือถ้ามีก็มักจะยังไม่ดีพอ ส่งผลให้มีข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับประชากร ภาวะเจริญพันธุ์ และการตาย ที่ไม่สมบูรณ์ ทั้งในแง่ของความต่อเนื่องของการเก็บบันทึกทะเบียน และความครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ระบบสถิติชีพถือว่าเป็นระบบรากฐานที่สำคัญสำหรับระบบสารสนเทศด้านสุขภาพของประเทศ จากรูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่า รายงานจำนวนผู้เสียชีวิตของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR) ยังมีความแตกต่างจากจำนวนที่ได้จากการประมาณการณ อย่างมากมาย (องค์การอนามัยโลก, 2550) หากข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเด็กแรกเกิด และจำนวนผู้เสียชีวิต ที่จำแนกตามอายุ เพศ และ “สาเหตุการตาย” ยังไม่สมบูรณ์และไม่มีความต่อเนื่องแล้ว การที่จะบรรลุสู่เป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีอายุยืนและมีสุขภาพดี ก็

รูปที่ 1: เปรียบเทียบจำนวนผู้เสียชีวิตที่ได้จากการรายงานกับที่ได้จากการประมาณการณ, 2550



เกิดขึ้นได้ยาก ขั้นตอนแรกของการจัดการฉุกเฉินดังกล่าวนี้คือการทบทวนสถานะของระบบปัจจุบันเพื่อระบุส่วนงานที่จำเป็นต้องปรับปรุง รวมทั้งการจัดลำดับความสำคัญแผนปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง WHO และมหาวิทยาลัย ควีนส์แลนด์ (UQ) ได้ร่วมกันพัฒนากรอบแนวคิด เพื่อสร้างความเข้าใจกับประเทศต่าง ๆ เกี่ยวกับการประเมินว่าระบบทะเบียนราษฎรของประเทศนั้นดีเพียงพอจนสามารถผลิตระบบสถิติชีพที่มีประโยชน์ได้อย่างไร (โดยการปรับปรุงคุณภาพและการใช้ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับการเกิด การตาย และสาเหตุการตาย ที่วิเคราะห์ได้จากการลงทะเบียนราษฎร)¹

ระบบทะเบียนราษฎรของประเทศไทยมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การก่อตั้งเมื่อศตวรรษที่ผ่านมา ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ระบบทะเบียนราษฎร ได้พัฒนาจากการเก็บบันทึกลงกระดาษ มาสู่ระบบที่มีการจัดเก็บเข้าระบบคอมพิวเตอร์ ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ ปัจจุบันงานการลงทะเบียนของสำนักงานทะเบียนจังหวัดทุกแห่งและสำนักทะเบียนระดับท้องถิ่นเกือบทั้งหมดมีการติดตั้งระบบที่สามารถเชื่อมต่อกับศูนย์คอมพิวเตอร์ในส่วนกลางของสำนักบริหารการทะเบียน และนับตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา ระบบสถิติชีพของประเทศไทย ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมาก เมื่อมีการเชื่อมโยงระบบทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย เข้าสู่ระบบบริหารงานสถิติชีพของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง นอกจากนี้การเปิดดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา ทำให้มีข้อมูลส่วนใหญ่ของการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย รหัสมาตรฐานการวินิจฉัยโรค การบริการทางการแพทย์และสถานการณ์จำหน่ายของผู้ป่วย ที่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของระบบสถิติชีพได้ และนอกจากนี้ระบบทะเบียนราษฎรก็มีส่วนสำคัญในการพัฒนาบริหารจัดการระบบทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพของกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนหลักของประเทศ²

สถานการณ์ระบบการลงทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศไทย

วิวัฒนาการระบบการลงทะเบียนราษฎรของประเทศไทย

ระบบทะเบียนราษฎรของประเทศไทยมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การก่อตั้งเมื่อศตวรรษที่ผ่านมา ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ระบบทะเบียนราษฎร ได้พัฒนาจากการเก็บบันทึกลงกระดาษ มาสู่ระบบที่มีการจัดเก็บเข้าระบบคอมพิวเตอร์ ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ ปัจจุบันงานการลงทะเบียนของสำนักงานทะเบียนจังหวัดทุกแห่งและสำนักทะเบียนระดับท้องถิ่นเกือบทั้งหมดมีการติดตั้งระบบที่สามารถเชื่อมต่อกับศูนย์คอมพิวเตอร์ในส่วนกลางของสำนักบริหารการทะเบียน และนับตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา ระบบสถิติชีพของประเทศไทย ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมาก เมื่อมีการเชื่อมโยงระบบทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย เข้าสู่ระบบบริหารงานสถิติชีพของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง นอกจากนี้การเปิดดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา ทำให้มีข้อมูลส่วนใหญ่ของการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย รหัสมาตรฐานการวินิจฉัยโรค การบริการทางการแพทย์และสถานการณ์จำหน่ายของผู้ป่วย ที่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของระบบสถิติชีพได้ อย่างไรก็ตามประเทศไทยก็ยังประสบปัญหาเรื่องคุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตาย (cause of death, COD) อัตราความครอบคลุมของข้อมูลค่อนข้างสูง ยกเว้นในกลุ่มการเสียชีวิตของเด็กแรกเกิดอายุน้อยกว่าหนึ่งปี นอกจากนี้ยังมีสัดส่วนของการตายจากการเจ็บป่วยกับการระบุสาเหตุไม่ได้ ค่อนข้างสูง เนื่องจากมีประมาณ 60-70% ของการตายทั้งหมดเกิดนอกโรงพยาบาล และถูกระบุสาเหตุการตายโดยธรรมชาติโดยผู้ใหญ่บ้านหรือเจ้าหน้าที่งานทะเบียนซึ่งไม่มีความรู้ทางการแพทย์³

ประเทศไทยได้ผ่านประสบการณ์ในการพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรที่มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการ การบำรุงรักษา อย่างต่อเนื่องและ

ที่ยืนมายาวนาน มีการเก็บบันทึกทะเบียนประวัติประชาชนในศูนย์คอมพิวเตอร์กลาง โดยมีการใช้เลขประจำตัวประชาชนที่เฉพาะบุคคล ไม่ซ้ำกัน โดยข้อมูลทะเบียนราษฎร เกี่ยวกับการเกิด การตาย และสถานภาพการสมรส จากหน่วยงานทะเบียนในพื้นที่ จะถูกส่งมาเก็บรวบรวมในศูนย์คอมพิวเตอร์กลาง ในส่วนกลาง ตารางที่ 1 — 2 เป็นตารางสรุปวิวัฒนาการของระบบทะเบียนราษฎร และ หน้าที่และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ตามลำดับ⁴

ระบบทะเบียนราษฎรของไทย ถือว่าเป็นระบบที่มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ จากการเปรียบเทียบข้อมูลประชากรทั้งหมดในระบบกับการสำมะโนประชากรปี พ.ศ.2543 พบว่าระบบทะเบียนราษฎรมีความครอบคลุมสูงมากถึงร้อยละ 95 ของประชากรทั้งหมด ถึงแม้ว่าการนับจำนวนการเกิด การตายในประเทศ จะมีความครอบคลุมสูง แต่คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายค่อนข้างต่ำ และยังมีสัดส่วนของการตายจากการเจ็บป่วยกับการระบุสาเหตุไม่ได้ ค่อนข้างสูง

มีหลายสาเหตุที่ทำให้ข้อมูลสาเหตุการตายมีคุณภาพต่ำ สาเหตุหนึ่งก็คือการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีทักษะในการระบุสาเหตุการตายจากการเจ็บป่วย ซึ่งทำให้เกิดการผลักดันให้เกิดการอบรมการให้สาเหตุการตายกับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และยังมีการจัดอบรมอยู่ในหลักสูตรการฝึกงานในโรงเรียนแพทย์ด้วย อีกสาเหตุหนึ่งก็คือ ร้อยละ 60-70 ของการตายทั้งหมด เกิดนอกโรงพยาบาล ทำให้รับรองการตายโดยผู้ใหญ่บ้านที่ไม่มีความรู้ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้สาเหตุการตายในระบบทะเบียนราษฎรยังมีความไม่น่าเชื่อถือ

จากการที่ประเทศไทยมีการใช้เลขประจำตัวประชาชนที่ไม่ซ้ำกัน จึงทำให้สามารถใช้ข้อมูลการตายและสาเหตุการตายจากระบบทะเบียนราษฎร ตรวจสอบยืนยันกับ ฐานข้อมูลสุขภาพที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศส่งเพื่อขอเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ตามสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพของภาครัฐได้ ช่วยให้คุณภาพของข้อมูลสาเหตุการตายมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

นอกจากนี้ อัตราการตายของมารดา (Maternal Mortality Rate, MMR) ที่ใช้ประเมินความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ และเป็นดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพตัวหนึ่งที่สำคัญ ที่คำนวณได้จาก จำนวนมารดาที่เสียชีวิต และ จำนวนทารกที่คลอดมีชีพทั้งหมด ที่จำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมเป็นประจำต่อเนื่องทุกปี ในหลายๆ ประเทศ รวมทั้งประเทศไทยต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับ การมีอัตราการตายของมารดาที่ไม่น่าเชื่อถือ วิธีหนึ่งที่ประเทศไทยใช้เพื่อประมาณการณ์ข้อมูลที่น่าเชื่อถือขึ้น คือ การศึกษาอัตราการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (the reproductive age mortality studies, RAMOS) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้เวลาและงบประมาณในการดำเนินการค่อนข้างมาก ด้วยเหตุนี้จึงทำให้หลายๆ ประเทศไม่สามารถดำเนินการโครงการ RAMOS ทุกปีได้ แต่ก็เช่นเดียวกับสาเหตุการตายทั่วไป ด้วยประโยชน์ของการใช้เลขประจำตัวประชาชนที่ไม่ซ้ำกัน ทำให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากระบบทะเบียนราษฎรกับข้อมูลบริการสุขภาพเพื่อการเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ เพื่อตรวจสอบยืนยันสาเหตุการตายได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับวิธี RAMOS.⁵



การประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ

2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานการณ์ระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศไทย โดยใช้เครื่องมือการประเมินทะเบียนราษฎรและสถิติชีพโดยองค์การอนามัยโลก
2. ค้นหาปัญหาและโอกาสของการพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ ของประเทศไทย และจัดทำข้อเสนอการพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศ
3. เพื่อส่งเสริมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการบริหารระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศไทย เพื่อบูรณาการระบบการทำงานร่วมกัน

เครื่องมือการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเบื้องต้น (Rapid Assessment)⁶

เครื่องมือการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเบื้องต้น (Rapid Assessment, RA) นี้เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นพร้อมกับเครื่องมือการประเมินเชิงลึกเรื่อง “การเพิ่มคุณภาพของข้อมูลและการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการเกิด การตาย และสาเหตุการตาย” (Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information) ซึ่งเป็นคู่มือฉบับสมบูรณ์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติเกี่ยวกับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศ

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยควีนแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ในการพัฒนาคู่มือฉบับสมบูรณ์ดังกล่าว สำหรับประเทศที่ต้องการจะปรับปรุงระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ ในช่วงระยะการพัฒนาคู่มือและการทดสอบในระดับพื้นที่ หลายประเทศได้ให้คำแนะนำว่าควรที่จะได้ดำเนินการประเมินเบื้องต้น (RA) เพื่อประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของระบบ ก่อนที่จะดำเนินการประเมินผลโดยละเอียดต่อไป รายงานผลการประเมินเบื้องต้นจะช่วยกำหนดแนวทางในการคัดเลือกการประเมินรายละเอียดต่อไป ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาคู่มือประเมินเบื้องต้น (RA) ขึ้นมาพร้อมกับเครื่องมือการประเมินเชิงลึกโดยคู่มือฉบับสมบูรณ์ (Comprehensive guide) และเพื่อให้การวิเคราะห์ข้อมูลผลการประเมินสะดวกขึ้น จึงได้มีการเตรียมเครื่องมือดังกล่าวทั้งในรูปแบบเอกสารและตาราง นอกจากนี้เครื่องมือทั้งสองชุดดังกล่าวต่างก็ผ่านการทบทวนอย่างเข้มข้นจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง และผ่านการทดสอบประเมินใน 3 ประเทศแล้ว

สำหรับเครื่องมือการทดสอบเบื้องต้น (RA) นี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เกี่ยวกับการทำงานของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้ 11 หมวดหลัก ได้แก่

- หมวดที่ 1 : กฎหมายและระเบียบสำหรับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ (ข้อ 1 - 3)
- หมวดที่ 2 : ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานสำหรับระบบการลงทะเบียน (ข้อ 4 - 6)
- หมวดที่ 3 : องค์กร หน้าที่และการทำงานของระบบสถิติชีพ (ข้อ 7 - 8)
- หมวดที่ 4 : ความครอบคลุมของการลงทะเบียนการเกิดและการตาย (ข้อ 9 - 10)
- หมวดที่ 5 : การเก็บรวบรวมข้อมูลและการถ่ายทอดข้อมูล (ข้อ 11 - 12)
- หมวดที่ 6 : การให้รหัสโรคที่สอดคล้องกับมาตรฐานของรหัส ICD และการออกไปรับรองการตายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (ข้อ 13 - 14)
- หมวดที่ 7 : กระบวนการทำงานที่มีผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ข้อ 15 - 16)
- หมวดที่ 8 : การปฏิบัติในการให้รหัส ICD (ข้อ 17)
- หมวดที่ 9 : การจัดอบรมและคุณสมบัติของผู้ให้รหัสโรครวมทั้งคุณภาพของการให้รหัส (ข้อ 18 - 19)
- หมวดที่ 10 : การตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (ข้อ 20 - 21)
- หมวดที่ 11 : การเข้าถึงข้อมูล การใช้ และการเผยแพร่ข้อมูล (ข้อ 22 - 25)

ในการประเมิน ประเทศสามารถที่จะให้คะแนนสำหรับแต่ละข้อคำถามได้ 4 ระดับ คือ A ถึง D เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันใน และเพื่อให้สามารถใช้คำนวณหาคะแนนรวมและคะแนนเฉลี่ยได้ จึงได้มีการแปลงระดับการประเมินดังกล่าวให้เป็นตัวเลข จาก 3 ถึง 0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5 ซึ่งระดับคะแนนที่เป็นตัวเลขนี้เป็นเพียงการกำหนดระดับของคุณภาพและการทำงานของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเท่านั้น ไม่ได้มีนัยสำคัญหรือความแตกต่างในเชิงคณิตศาสตร์ นอกจากนี้หลายประเทศอาจจะพบว่า สามารถใช้คะแนนที่ได้ ในการตัดสินใจว่า ควรจะดำเนินการประเมินตามแนวทางของคู่มือฉบับสมบูรณ์หรือไม่ ดังนั้น การประเมินเบื้องต้น (RA) จึงไม่สามารถทดแทนการประเมินโดยละเอียดตามคู่มือฉบับสมบูรณ์ แต่ในทางกลับกันนั้น เป็นเพียงการทบทวนคุณภาพและระบบการทำงานของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศอย่างรวดเร็วว่าดีมาน้อยเพียงใด

ดังนั้นความสำคัญจึงอยู่ที่กระบวนการประเมินเพื่อให้ได้คะแนนออกมาสูงกว่าอยู่ที่คะแนนที่ได้ นอกจากนี้การประเมินเบื้องต้น (RA) ก็ไม่ใช่แบบสอบถามที่จะให้คนใดคนหนึ่งพยายามตอบให้ได้ แต่ควรเป็นกระบวนการประเมินร่วมกันของทีมงานที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศ รูปแบบของคำถามก็ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการหารือร่วมกันเพื่อให้ได้แง่มุมต่างๆ จากกลุ่มผู้ที่รับผิดชอบในงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งองค์ประกอบของทีมงานดังกล่าวก็อาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ แต่อย่างไรก็ตาม ควรที่จะประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับประเทศที่เกี่ยวข้องกับ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ออกรายงานสถิติชีพ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานทะเบียน ซึ่งจะเป็นกลุ่มเดียวกันที่จะเป็นผู้นำและผู้กำกับดูแลการประเมินเชิงลึกตามคู่มือฉบับสมบูรณ์ต่อไป

การประเมินเบื้องต้น (RA) นี้สามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ เช่น จัดการประชุมหารือระหว่างทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ได้ข้อสรุปคะแนนของประเทศ หรืออีกทางเลือกหนึ่งก็คือ หลังจากทีร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันแล้วก็ให้ทีมงานแต่ละท่านให้คะแนนแต่ละข้อเองจากนั้นจึงค่อยคำนวณหาคะแนนเฉลี่ยเพื่อให้ได้ตัวแทนคะแนนของประเทศ อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์การนำร่องใช้เครื่องมือการประเมินพบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ และการหารือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ควรจะประมาณ 2 ชั่วโมง

ตารางที่ 1: ระดับคะแนนของการประเมิน

Scenario	A	B	C	D
Score	3	2	1	0

ทั้งนี้การวิเคราะห์สถานการณ์และการหาหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันดังกล่าว ควรจะดำเนินการสำหรับทุกข้อคำถาม ถ้าไม่มีคำตอบที่ตรงกับสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศ ก็ให้เลยข้อมูลใกล้เคียงมากที่สุดแทน โดยสามารถให้ข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับแต่ละข้อคำถาม เพื่อให้ความกระจ่างสำหรับการตอบแต่ละข้อ และสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการประเมินเชิงลึกต่อไป เมื่อได้คะแนนของทุกข้อแล้ว ก็ให้คำนวณร้อยละของคะแนนเฉลี่ย ในกรณีที่ใช้ตารางแบบฟอร์มที่จัดเตรียมไว้ให้จากลิงค์ <http://www.who.int/healthinfo/en/> ก็จะมีการคำนวณร้อยละของคะแนนเฉลี่ยออกมาให้อัตโนมัติ

จากผลคะแนนที่คำนวณได้ ก็จะสามารถสรุปสถานการณ์การทำงานของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศได้ ดังแสดงช่วงของระดับคะแนน และแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นสำหรับแต่ละช่วงคะแนน ใน ตารางที่ 8 ซึ่งจากรายการช่วงคะแนนในตารางดังกล่าว จะช่วยบอกได้ว่า ประเทศที่มีผลคะแนน ต่ำกว่า 65% จะได้รับประโยชน์อย่างมากหากได้ดำเนินการประเมินเชิงลึกตามคู่มือฉบับสมบูรณ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ต่อ และถึงแม้ว่าประเทศจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 65 - 84% ดำเนินการประเมินเชิงลึกตามคู่มือฉบับสมบูรณ์ดังกล่าว ก็ยังมีประโยชน์ในการช่วยชี้จุดบกพร่องที่ควรพัฒนาต่อเนื่อง

แนวคิดหลักของการประเมินก็คือ ควรดำเนินการประเมินเบื้องต้น (RA) ผ่านกระบวนการประชุมหารือหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับทีมผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกัน ดังนั้นเป้าหมายหลักของการประเมินจึงไม่ใช่แค่ให้ได้ คำตอบออกมา แต่เป็นการร่วมกันวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของระบบ ซึ่งถ้าจำเป็นก็จะได้เป็นแนวทางสำหรับการนำไปศึกษาวิเคราะห์เชิงลึกตามแนวทางในคู่มือฉบับสมบูรณ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ต่อไป

ในบางประเทศ ระบบทะเบียนราษฎรอาจจะไม่ใช่แหล่งข้อมูลหลักสำหรับการวิเคราะห์จัดทำรายงานสถิติชีพ โดยเฉพาะสาเหตุการตาย แต่อาจจะผ่านกลไกอื่นๆ เช่น ระบบการสุ่มจากทะเบียนตัวอย่าง (sample registration systems เช่น ประเทศอินเดีย) จากจุดเฝ้าระวังโรค (disease surveillance points เช่น ประเทศจีน) หรือ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านกระทรวงสาธารณสุข (เช่น ในหลาย ๆ ประเทศในละตินอเมริกา และ แอฟริกาใต้) ในกรณีดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแยกการวิเคราะห์รายงานสถิติชีพจากระบบทะเบียนราษฎร หรือ จากแหล่งอื่นๆ และควรระบุในข้อคิดเห็นของแต่ละหมวดของข้อคำถาม เนื่องจาก การประเมินเบื้องต้นอยู่บนความเชื่อที่ว่าระบบทะเบียนราษฎรเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดสำหรับการวิเคราะห์ระบบรายงานสถิติชีพ

ตารางที่ 2: การจัดระดับคะแนนและแนวทางปฏิบัติที่จำเป็น

คะแนน (%)	การจัดระดับ	แนวทางการปฏิบัติที่จำเป็น
<34	Dysfunctional	มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบอย่างยั่งยืนในทุกหมวด
35 - 64	Weak	หลายๆ ส่วนยังทำงานได้ไม่ดีพอ และยังมีอยู่หลายประเด็นที่ต้องได้รับความสนใจ
65 - 84	Functional but inadequate	มีระบบงานที่ทำงานได้ แต่ยังมีบางส่วนที่อาจจะยังทำงานได้ไม่ดี และต้องได้รับความสนใจ และควรจะมีการประเมินเชิงลึก เพื่อระบุ จุดอ่อนเฉพาะของระบบ
85 - 100	Satisfactory	ระบบสามารถทำได้ดี แต่ก็อาจจะมีส่วนเท่านั้นที่ควรได้รับการปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย

กระบวนการประเมินเบื้องต้น (Rapid assessment)

ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (ศมสท.) เครือสถาบันของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการประเมิน Rapid assessment ของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ ได้มีการระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการจากตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 12 กรกฎาคม 2555 มีการร่วมทำการประเมินเบื้องต้นและร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพร้อมให้ข้อเสนอแนะต่างๆ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักบริหารการทะเบียน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ครั้งที่ 2 ในวันที่ 14 สิงหาคม 2555 จากการประชุมครั้งที่ 1 ได้นำคำตอบของการประเมินเบื้องต้นมาทบทวนอีกครั้งเพื่อให้มีความชัดเจนและที่ประชุมมีข้อเสนอให้มีการศึกษาและทำการประเมิน Comprehensive ต่อไป ซึ่งการประชุมครั้งนี้มีนักวิชาการที่เข้าร่วมประชุมเพิ่มจากครั้งที่ 1 คือสถาบันประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

รูปที่ 2: บรรยากาศจากการประเมินครั้งที่ 1



รูปที่ 3: บรรยากาศจากการประเมินครั้งที่ 2



รูปที่ 4: บรรยายภาพการประชุมระดับประเทศครั้งแรก เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2555





ผลการประเมิน และข้อเสนอแนะ

3

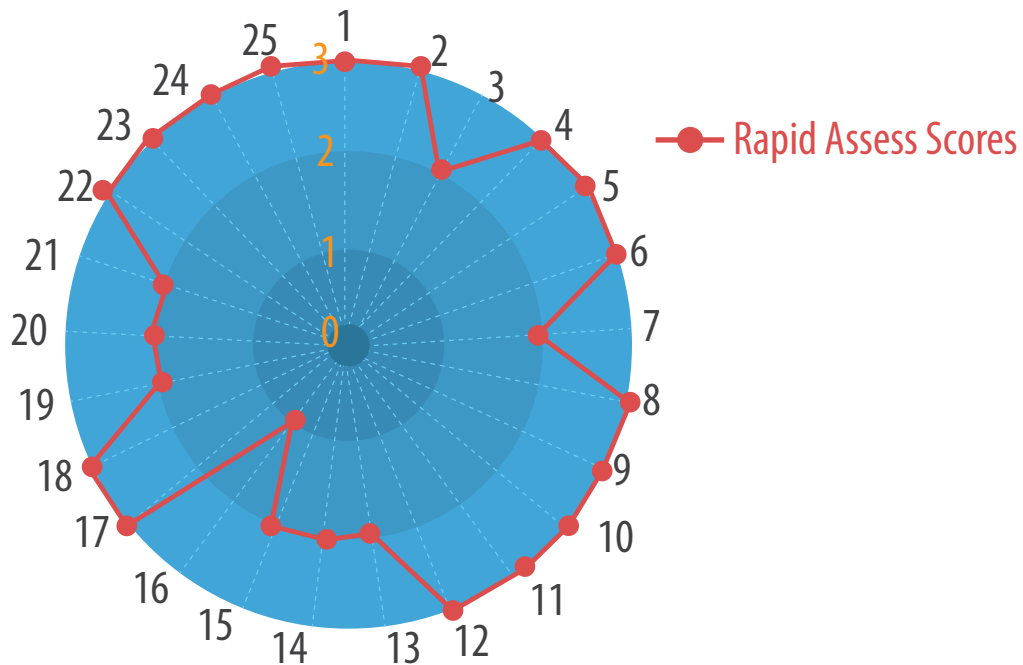
รายงานผลการประเมินเบื้องต้น

จากตารางสรุป คะแนนเฉลี่ยจากการประเมินเบื้องต้น โดยผู้แทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพในประเทศไทย ดังรายละเอียดในตารางที่ 11 นี้ พบว่าจำนวน 5 หมวดจากทั้งหมด 11 หมวด ที่ได้คะแนนเต็มเท่ากับ 3 โดยที่ หมวดที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ 1.50 ได้แก่ “หมวดที่ 7 : กระบวนการทำงานที่มีผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ข้อ 15 - 16)” จำนวน 5 หมวดที่เหลือได้คะแนนไม่เต็ม ยังมีประเด็นที่ต้องการพัฒนาต่อเนื่อง คะแนนของข้อคำถามทั้ง 25 ข้อ แสดงในรูปที่ 12 โดยที่ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 86.67% ซึ่งตกอยู่ในช่วง “Satisfactory” ซึ่งหมายถึง “ระบบสามารถทำได้ดี แต่ก็อาจจะมีบางส่วนเท่านั้นที่ควรได้รับการปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย”

ตารางที่ 3: คะแนนเฉลี่ยจากการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเบื้องต้น ทั้ง 11 หมวด

หมวด	รายการ	คะแนนเฉลี่ย
1	กฎหมายและระเบียบสำหรับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ (ข้อ 1 - 3)	2.67
2	ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานสำหรับระบบการลงทะเบียน (ข้อ 4 - 6)	3
3	องค์กร หน้าที่และการทำงานของระบบสถิติชีพ (ข้อ 7 - 8)	2.5
4	ความครอบคลุมของการลงทะเบียนการเกิดและการตาย (ข้อ 9 - 10)	3
5	การเก็บรวบรวมข้อมูลและการถ่ายทอดข้อมูล (ข้อ 11 - 12)	3
6	การให้รหัสโรคที่สอดคล้องกับมาตรฐานของรหัส ICD และการออกใบรับรองการตายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (ข้อ 13 - 14)	2
7	กระบวนการทำงานที่มีผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ข้อ 15 - 16)	1.5
8	การปฏิบัติในการให้รหัส ICD (ข้อ 17)	3
9	การจัดอบรมและคุณสมบัติของผู้ให้รหัสโรค รวมทั้งคุณภาพของการให้รหัส (ข้อ 18 - 19)	2.5
10	การตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (ข้อ 20 - 21)	2
11	การเข้าถึงข้อมูล การใช้ และการเผยแพร่ข้อมูล	3
ผลรวมคะแนน (เต็ม 75)		65
คะแนนเฉลี่ย		2.56
ร้อยละ		86.67

รูปที่ 5: ระดับคะแนนในแต่ละข้อคำถามในการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเบื้องต้น



รายงานผลการประเมินฉบับสมบูรณ์

หลังจากการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเบื้องต้น เพื่อระบุจุดอ่อนและจุดแข็งของระบบ ผลลัพธ์จากการประเมินสามารถช่วยชี้ประเด็นสำหรับการประเมินรายละเอียดในระยะที่ 3 ต่อไป กรอบการประเมินในระยะที่ 3 ขององค์การอนามัยโรคประกอบด้วย 5 หมวดหลัก (A-E) ของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ ซึ่งแต่ละหมวดมีการแบ่งเป็นหมวดย่อยอีก 16 หมวดย่อย (A1-E3) ซึ่งครอบคลุมการประเมินทั้งปัจจัยนำเข้า (A) กระบวนการ (B, C, D) และผลลัพธ์ (E)

รายละเอียดของคะแนนประเมินของแต่ละหมวดทั้ง 11 หมวดได้อธิบายไว้ในเนื้อหาต่อไปนี้

หมวดที่ 1 กฎหมายและระเบียบสำหรับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติฯ (ข้อ 1 – 3)		2.67
1. มีการบังคับใช้กฎหมายสำหรับการจดทะเบียนการเกิดและการตายในประเทศหรือไม่	A. มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างชัดเจน โดยเริ่มต้นจากการบังคับให้มีการลงทะเบียนเกิด และตาย	3
2. มีกฎข้อบังคับกำหนดให้สถานพยาบาลต้องรายงานข้อมูลการเกิด การตาย ในระยะเวลาที่กำหนดหรือไม่	A. มีกฎข้อบังคับกำหนดให้รายการข้อมูลทางการแพทย์ (จากสถานพยาบาลภาครัฐ/เอกชน หลักประกันสังคม อื่นๆ) รายงานเหตุการณ์เหล่านี้ให้ระบบสถิติฯในเวลาที่กำหนดไว้	3
3. มีกฎหมายที่กำหนดให้ต้องระบุสาเหตุการตายในการรับรองการตายหรือไม่ และการกำหนดผู้ที่สามารถรับรองสาเหตุการตายหรือไม่?	B. ต้องมีการระบุสาเหตุการตายในใบรับรองการตาย แต่กฎหมายไม่ได้ระบุว่าต้องเป็นแพทย์เท่านั้นที่สามารถให้การรับรองสาเหตุการตาย	2

ข้อ 1. เลือกข้อ A มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างชัดเจนซึ่งปัจจุบันระบบทะเบียนราษฎรได้มีกฎหมายบังคับใช้เพื่อการจดทะเบียนการเกิดและตายตาม มาตราที่ 18 – 28 โดยกำหนดบังคับใช้ตาม พ.ร.บ. การทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2534 แก้ไขเพิ่มเติม 2551 ซึ่งมีความครอบคลุมกับเด็กที่เกิดใหม่ทุกรายในประเทศไทย (มีผลบังคับใช้ 23 สิงหาคม 2551)

ข้อ 2. เลือกข้อ A โดยมีข้อกำหนดให้สถานพยาบาลออกใบรับรองการเกิด การตาย ในกรณีเกิดหรือตายที่สถานพยาบาลเพื่อเป็นหลักฐานประกอบสำหรับการจดทะเบียน โดยมีรายละเอียดดังนี้

การเกิดกำหนดจะต้องแจ้งการเกิดภายใน 15 วัน

- กรณีคนเกิดที่โรงพยาบาล โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีหน้าที่ออกใบรับรองการเกิด เพื่อให้บิดา มารดา หรือผู้ได้รับมอบหมายนำหลักฐานดังกล่าวไปแจ้งที่สำนักงานทะเบียนราษฎรในการทำการจดทะเบียนการเกิดและขอรับใบสูติบัตร
- กรณีคนเกิดที่บ้าน ให้เจ้าบ้านหรือมารดา (หรือผู้ได้รับมอบหมาย) แจ้งต่อกำนันและผู้ใหญ่บ้านซึ่งได้รับมอบอำนาจให้เป็นนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่มีคนเกิดในบ้าน

ซึ่งจะออกใบรับแจ้งเกิดให้ เพื่อที่จะนำใบแจ้งเกิดดังกล่าวไปแจ้งที่สำนักงานทะเบียนราษฎรเพื่อทำการลงทะเบียนการเกิดและขอรับใบสูติบัตร

3. กรณีคนเกิดนอกบ้าน ให้บิดาหรือมารดา (หรือผู้ได้รับมอบหมาย) แจ้งต่อนายทะเบียนผู้รับแจ้งแห่งท้องที่ที่มีคนเกิดนอกบ้าน หรือแห่งท้องที่ที่จะพึงแจ้งได้ แจ้งการเกิดภายใน 15 วันนับแต่วันเกิด ในกรณีจำเป็นไม่อาจแจ้งได้ ตามกำหนดให้แจ้งภายหลังได้ แต่ต้องไม่เกิน 30 วันนับแต่วันเกิด ถ้าไม่แจ้งภายในกำหนดมีโทษปรับไม่เกิน 1,000 บาท

การตาย กำหนดจะต้องแจ้งการตายภายใน 24 ชั่วโมง

1. กรณีตายที่สถานพยาบาล โรงพยาบาล/สถานพยาบาลมีหน้าที่ออกใบรับรองการตาย เพื่อให้ญาตินำหลักฐานดังกล่าวไปแจ้งที่สำนักงานทะเบียนราษฎรในการทำการลงจดทะเบียนการตายเพื่อขอใบมรณบัตร
2. กรณีตายนอกสถานพยาบาลให้เจ้าบ้านหรือผู้ได้รับมอบหมายจากเจ้าบ้านแจ้งต่อนายทะเบียนท้อง (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) ที่ที่มีคนตาย ภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้นายทะเบียนออกใบรับแจ้งการตายแล้วนำไปจดทะเบียนการตาย ถ้าไม่มีเจ้าบ้านให้ผู้พบศพแจ้ง

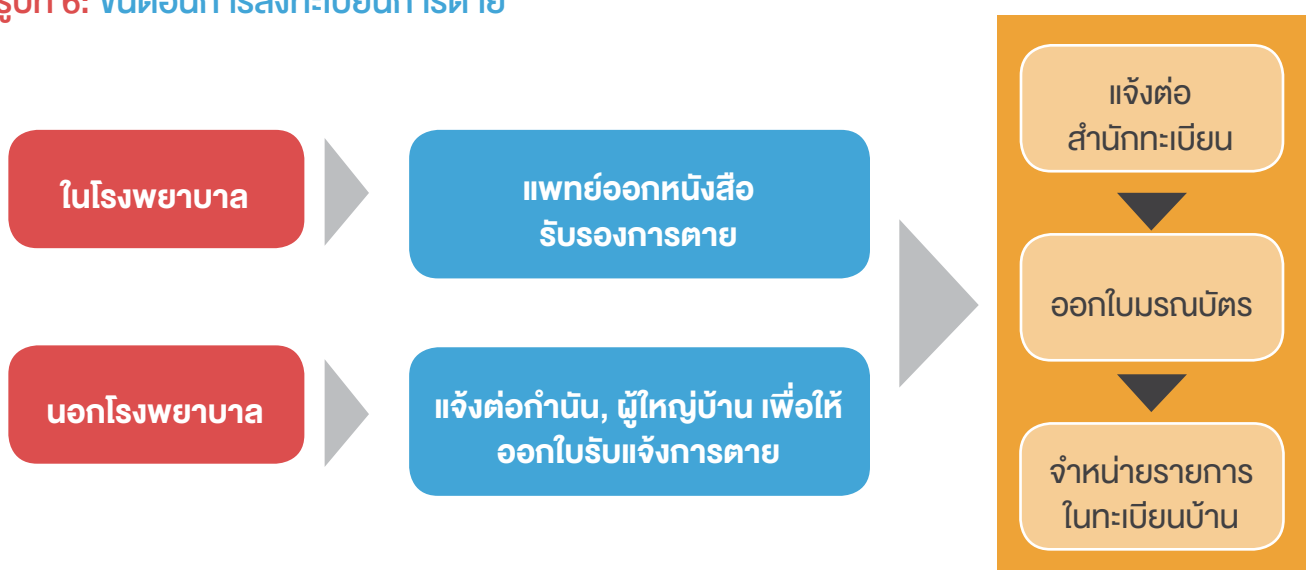
ข้อ 3. เลือกข้อ B กฎหมายไม่ได้ระบุว่าภาระบ่งสาเหตุการตายต้องผ่านการรับรองการตายจากแพทย์เท่านั้น เนื่องจากการรับรองรับสาเหตุการตายของประเทศไทยจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะคือตายในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาล

- การตายในสถานพยาบาลแพทย์จะมีหน้าที่ออกใบรับรองสาเหตุการตาย
- การตายนอกสถานพยาบาลนายทะเบียนผู้รับแจ้ง (กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน) จะมีหน้าที่ออกใบรับแจ้งการตายเพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการแจ้งจดทะเบียนการตายต่อสำนักทะเบียน

เอกสารสำหรับการจดทะเบียนการตายประกอบด้วย

1. ใบคำร้องการจดทะเบียนการตาย
2. ใบรับรองสาเหตุการตายจากโรงพยาบาล หรือใบแจ้งการตายจากกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน
3. บัตรประจำตัวผู้แจ้ง
4. ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านที่มีชื่อผู้เสียชีวิต

รูปที่ 6: ขั้นตอนการลงทะเบียนการตาย



หมวดที่ 2 กรณียาการและโครงสร้างพื้นฐานระบบการลงทะเบียน (ข้อ 4-6)		3.00
4. ประเทศมีจุดที่ให้บริการงานทะเบียนราษฎรและมีจำนวนเจ้าหน้าที่ทะเบียนที่เพียงพอและครอบคลุมทั่วประเทศหรือไม่?	A. มีเพียงพอสำหรับการจดทะเบียนการเกิดและตาย	3
5. สำนักงานทะเบียนราษฎรมีจำนวน อุปกรณ์สำนักงาน (เช่น แบบฟอร์ม, โทรศัพท์, เครื่องถ่ายเอกสาร, คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ด้าน IT อื่นๆ) ที่เพียงพอสำหรับการทำงานหรือไม่?	A. มีความครบถ้วนทั้งวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นทุกอย่าง และมีอย่างเพียงพอ	3
6. นายทะเบียนได้รับการฝึกอบรมตามหน้าที่เพื่อปฏิบัติหน้าที่หรือไม่?	B. ต้องมีการระบุสาเหตุการตายในใบรับรองการตาย แต่กฎหมายไม่ได้ระบุว่าต้องเป็นแพทย์เท่านั้นที่สามารถให้การรับรองสาเหตุการตาย	3

ข้อ 4 เลือกข้อ A หน่วยบริการในการจดทะเบียนมีความเพียงพอและครอบคลุมทั่วประเทศโดยมีความครอบคลุมในทุกจังหวัด และมีหน่วยบริการระดับย่อยภายในจังหวัดตามระดับการปกครอง โดยกำหนดให้มีทุกจังหวัด ▷ ทุกอำเภอ ▷ ทุกเทศบาล โดยสามารถสรุปจำนวนหน่วยที่ให้บริการ รวม 2,481 แห่ง

ข้อ 5 เลือกข้อ A วัสดุและอุปกรณ์มีความครบถ้วนและสมบูรณ์ เนื่องจากระบบทะเบียนราษฎรของประเทศไทยเป็นระบบออนไลน์ ทำให้ทุกหน่วยบริการมีอุปกรณ์ด้าน IT ที่ครบถ้วนเพื่อรองรับระบบการทำงานดังกล่าว ในส่วนของวัสดุมีการกำหนดแบบฟอร์มสำหรับการจดทะเบียนในประเภทต่างๆ อย่างครบถ้วน โดยที่ผู้มาติดต่อราชการมีหน้าที่เพียงเตรียมเอกสารประกอบการยื่นการธุรกรรมเท่านั้น

สำหรับปัญหาที่พบเป็นเพียงปัญหาด้านทรัพยากรด้านบุคลากร เช่น จำนวนนายทะเบียนหรือเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งมีข้อเสนอแนะดังนี้

- ในระดับอำเภอมีปัญหาด้านบุคลากร โดยพบว่าค่อนข้างขาดแคลนบุคลากรเนื่องจากการบริหารงานตามระเบียบราชการในการแต่งตั้งและบรรจุเจ้าหน้าที่ตามตำแหน่งหรืออัตรา ที่มีข้อกำหนดให้เป็นตามกรอบที่หน่วยราชการกำหนดไว้ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับภาระงานหรือมีความล่าช้าในการแต่งตั้งหรือบรรจุเพราะต้องเป็นไปตามระเบียบราชการ

ในระดับท้องถิ่น เช่น ในระดับเทศบาลมีบุคลากรที่ครบถ้วนและการจ้างเจ้าหน้าที่ที่มีความรวดเร็วและยืดหยุ่นสูงเนื่องจากแต่ละเทศบาลมีการบริหารที่สามารถจัดการได้เอง ไม่ได้อิงตามระบบราชการในการบรรจุหรือแต่งตั้ง เพียงแต่อิงตามระเบียบในการปฏิบัติเท่านั้น

ข้อ 6 เลือกข้อ A นายทะเบียนได้มีการฝึกอบรมเพื่อใช้ในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเพียงพอ โดยหน่วยงานภายในของสำนักบริหารการทะเบียนส่วนกลางมีหน้าที่ในการจัดอบรมซึ่งมีการอบรมชี้แจงเป็นประจำทุกปี โดยแบ่งจัดประชุมตามภาคต่าง ๆ ซึ่งมีจำนวน 7 ครั้งต่อปี โดยระยะเวลาที่ใช้ในการประชุมแต่ละครั้งประมาณ 1 สัปดาห์

ข้อค้นพบในที่เกี่ยวข้องกับฝึกอบรมคือการปรับเปลี่ยนตำแหน่งบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระหว่างปี ก็อาจจะทำให้จำเป็นต้องมีการอบรมเพิ่มเติมซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินงานที่จะต้องเรียนรู้งานใหม่อาจจะทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่อง

หมวดที่ 3 : องค์กร หน้าทีและการทำงานของระบบสถิติชีพ (ข้อ 7 - 8)		2.50
7. หน่วยงานของรัฐ (เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการทะเบียน สำนักงานสถิติแห่งชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ที่มีส่วนในระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ มีการประสานการทำงานร่วมกันได้ดีเพียงใด?	B. ไม่มีคณะกรรมการที่เป็นทางการ แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน	2
8. ระบบสถิติชีพสามารถผลิตรายงานเป็นรายปีทั้งรายงานภาพรวมในระดับประเทศและจำแนกรายพื้นที่ได้หรือไม่?	A. มีการรายงานสถิติการเกิด ตาย และสาเหตุการตาย แยกตามเพศและอายุทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นเป็นประจำทุกปี	3

ข้อ 7 เลือกข้อ B มีการประชุมระหว่างหน่วยงานเพื่อวางแผนทางในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน อย่างสม่ำเสมอ ข้อเสนอแนะให้มีคณะกรรมการที่เป็นทางการเพื่อสร้างยุทธศาสตร์การทำงานร่วมกัน การติดตามและประเมินผล เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาระบบให้มีความต่อเนื่องและทันสมัย ตอบสนองกับความต้องการที่เกิดขึ้นในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 8 เลือกข้อ A หน่วยงานที่รายงานสถิติชีพการเกิด ตาย และสาเหตุการตายในระดับประเทศและท้องถิ่นอย่างเป็นประจำ โดยมีการแบ่งแยกข้อมูลที่น่าเสนอหรือเผยแพร่ตามหน้าที่รับผิดชอบในข้อมูลชุดนั้นๆ เช่น- สำนักบริหารการทะเบียน มีการรายงานจำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักรที่มีการลงทะเบียนการเกิดแยกเป็นกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่างๆ ในราชกิจจานุเบกษา

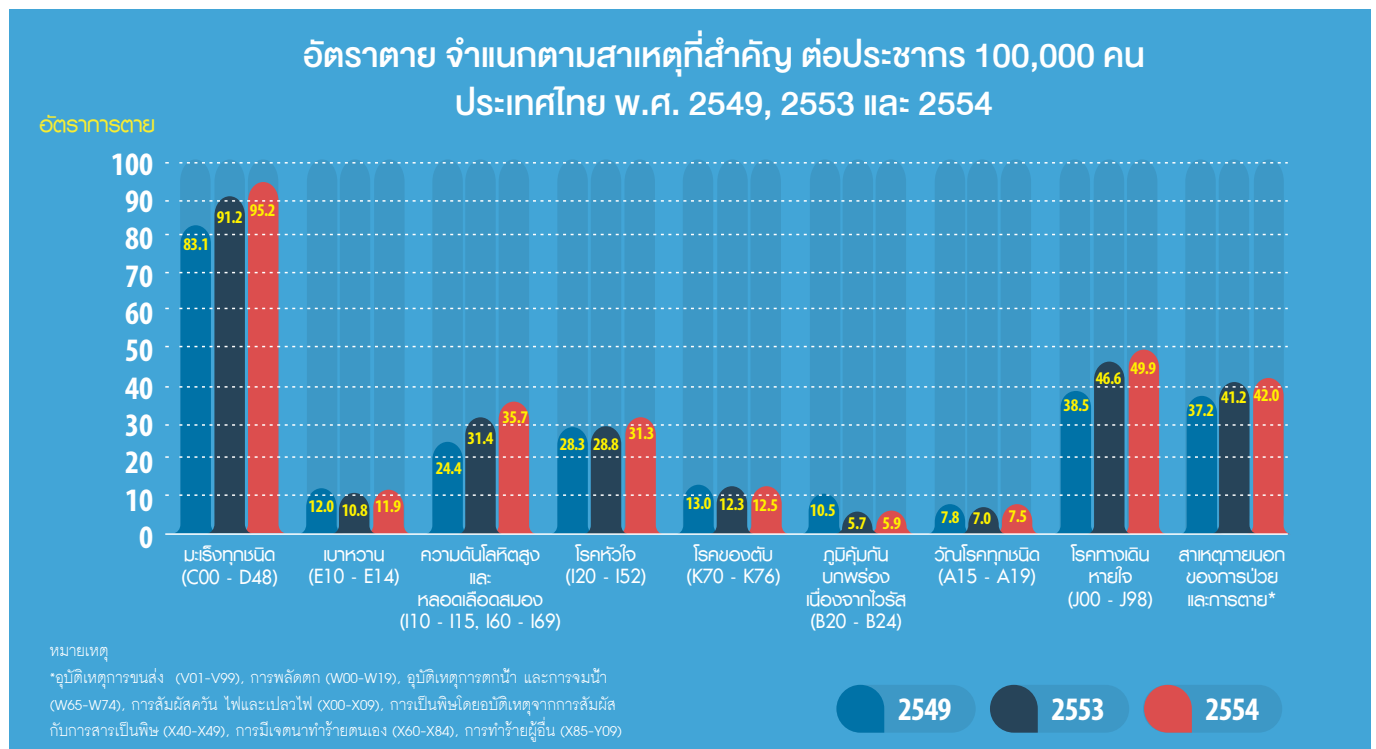
กระทรวงสาธารณสุข มีการรายงานสถิติชีพ ซึ่งจัดทำรายงานสถิติสาธารณสุขในทุกปี โดยเนื้อหาภายในจะมีข้อมูลสถิติชีพ ประกอบด้วย การเกิดมีชีพ, การตาย, สาเหตุการตาย และสาเหตุการป่วย จำแนกตามเพศและอายุในระดับประเทศ ระดับภาคและจังหวัด โดยที่ข้อมูลการเกิดและการตายของกระทรวงสาธารณสุขที่น่าเสนอเป็นข้อมูลจากฐานทะเบียนราษฎร (ตารางที่ 11 และรูปที่ 9)

ตารางที่ 4: จำนวนการเกิดมีชีพและการตาย

ปี	เกิดมีชีพ			อัตราเกิด อย่างหยาบ	ตาย			อัตราตาย อย่างหยาบ
	รวม	ชาย	หญิง		รวม	ชาย	หญิง	
2539 (1996)	994,118	486,202	457,916	15.8	342,643	208,950	133,693	5.7
2540 (1997)	897,604	461,916	435,688	14.8	300,323	181,884	118,439	5.0
2541 (1998)	897,201	461,837	435,364	14.7	310,534	181,592	128,942	5.1
2542 (1999)	754,685	389,285	365,400	12.3	362,607	213,432	149,175	5.9
2543 (2000)	773,009	397,523	375,486	12.5	365,741	213,907	151,834	5.9
2544 (2001)	790,425	407,400	383,025	12.7	369,493	213,298	156,195	6.0
2545 (2002)	782,911	403,397	379,514	12.5	380,364	219,480	160,884	6.1
2546 (2003)	742,183	382,621	359,562	11.8	384,131	221,962	162,169	6.1
2547 (2004)	813,069	418,361	394,708	13.0	393,592	225,027	168,565	6.3
2548 (2005)	809,485	416,474	393,011	13.0	395,374	225,622	169,752	6.4
2549 (2006)	793,623	409,231	384,392	12.7	391,126	222,811	168,315	6.2
2550 (2007)	797,588	410,921	386,667	12.7	393,255	222,170	171,085	6.3
2551 (2008)	784,256	404,043	380,213	12.4	397,327	224,090	173,237	6.3
2552 (2009)	765,047	394,555	370,492	12.1	393,916	222,815	171,101	6.2
2553 (2010)	761,689	392,098	369,591	12.0	411,331	232,791	178,540	6.5
2554 (2011)	795,031	409,699	385,332	12.4	414,670	235,189	179,481	6.5

ที่มา: สถิติสาธารณสุข 2554 , สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 7: อัตราการตายจำแนกตามสาเหตุการตายที่สำคัญ



ที่มา: สถิติสาธารณสุข 2554, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมวดที่ 4 : ความครอบคลุมของการลงทะเบียนการเกิดและการตาย (ข้อ 9 - 10)		3.00
9. จากการประเมินครั้งสุดท้าย การลงทะเบียนการเกิดของประเทศมีความสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด?	A. ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมิน และผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการเกิดสูงกว่าหรือเท่ากับ 90% (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)	3
10. จากการประเมินครั้งสุดท้าย การลงทะเบียนการตายของประเทศมีความสมบูรณ์มากน้อยเพียงใด?	A. ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมิน และผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการตายสูงกว่าหรือเท่ากับ 90% (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)	3

ข้อ 9 เลือกข้อ A มีการประเมินการลงทะเบียนการเกิดโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมินการลงทะเบียนและผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการเกิดคิดเป็นร้อยละ 96.7% จากการข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร (Survey of Population Change: SPC) โดยการประเมินครั้งสุดท้าย ปี พ.ศ. 2548 — 2549 โดยมีช่วงเวลาของการประเมินกึ่งกลางของปีที่อยู่ระหว่างสามะโนประชากรและวิธีการประเมินโดยใช้การสำรวจเทียบกับข้อมูลการลงทะเบียน

ข้อ 10. เลือกข้อ A มีการประเมินการลงทะเบียนการเกิดโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมินการลงทะเบียนและผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการตายคิดเป็นร้อยละ 95.2% จากการข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร (Survey of Population Change: SPC) โดยการประเมินครั้งสุดท้าย ปี พ.ศ. 2548 — 2549 โดยมีช่วงเวลาของการประเมินกึ่งกลางของปีที่อยู่ระหว่างสามะโนประชากรและวิธีการประเมินโดยใช้การสำรวจเทียบกับข้อมูลการลงทะเบียน

หมวดที่ 5 : การเก็บรวบรวมข้อมูลและการถ่ายทอดข้อมูล (ข้อ 11 - 12)		3.00
11. มีการส่งข้อมูลการเกิดและการตายจากหน่วยทะเบียนในพื้นที่ส่วนภูมิภาคไปยังสำนักงานส่วนกลางอย่างไร	A. ข้อมูลทั้งหมดแลกเปลี่ยนทางอิเล็กทรอนิกส์จากสำนักงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคไปยังสำนักงานส่วนกลาง	3
12. กระบวนการอะไรที่ทำให้มั่นใจว่าหน่วยงานทะเบียนในพื้นที่ส่วนภูมิภาคมีการส่งข้อมูลไปยังสำนักงานส่วนกลางภายในเวลาที่กำหนด	A. มีข้อตกลงเป็นตารางเวลาในการรายงานข้อมูลไปยังสำนักงานส่วนกลางและโดยกำหนดช่วงเวลาที่ชัดเจนและมีการติดตามความทันเวลาการส่งข้อมูลอย่างเข้มงวดและอย่างใกล้ชิด (มีน้อยครั้งมากที่ส่วนกลางต้องเตือนให้ส่งข้อมูลให้ทันเวลา)	3

ข้อ 11. เลือกข้อ A ประเทศไทยใช้ระบบออนไลน์โดยจัดเก็บในลักษณะข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เริ่มมีตั้งแต่ปีพ.ศ. 2525 ทำให้การส่งข้อมูลระหว่างจากสำนักงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคไปยังสำนักงานส่วนกลางเป็นในลักษณะ real time มีหน่วยเก็บรวบรวมข้อมูลสำรวจสำนักบริหารการทะเบียน ลำลูกกาคลอง 9 ปทุมธานีและ หน่วยบริการข้อมูล สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง วังไซยา นางเลิ้ง เขตดุสิต กรุงเทพฯ

ข้อ 12. เลือกข้อ A ประเทศไทยใช้ระบบออนไลน์ทำให้การส่งข้อมูลระหว่างจากสำนักงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคไปยังสำนักงานส่วนกลาง มีความถูกต้องและตรงเวลา

หมวดที่ 6 : การให้รหัสโรคที่สอดคล้องกับมาตรฐานของรหัส ICD และการออกใบรับรองการตายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (ข้อ 13 - 14)		2.00
13. ประเทศมีการใช้แบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานสากลในการรายงานสาเหตุการตายทางการแพทย์หรือไม่	B. มีการใช้แบบฟอร์มนี้เมื่อเกิดการตายภายในโรงพยาบาล แต่ไม่ได้ใช้สำหรับการตายนอกโรงพยาบาล	2
14. กรณีที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายทางการแพทย์ได้ มีการใช้เครื่องมือในการสอบสวนสาเหตุการตายด้วยการสัมภาษณ์ (Verbal autopsy) เพื่อบอกสาเหตุการตายเป็นประจำหรือไม่?	B. เริ่มมีการใช้เครื่องมือ (ข้อคำถาม,) Verbal autopsy ที่ได้มาตรฐานสากล แต่ยังไม่ได้อาศัยอย่างแพร่หลาย	2

ข้อ 13 เลือกข้อ B เนื่องจากประเทศไทยมีการจำแนกประเภทการตายใน 2 ลักษณะ คือตายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ซึ่งทำให้แบบฟอร์มในการระบุสาเหตุการตายทางการแพทย์จึงแตกต่างกัน

การตายในโรงพยาบาลใช้แบบฟอร์มสำหรับใบรับรองสาเหตุการตายที่อ้างอิงจาก WHO

การตายนอกโรงพยาบาลใช้แบบฟอร์มเป็นใบรับแจ้งการตายของกระทรวงมหาดไทยเป็นผู้กำหนด (ทร.4 ตอนหน้า)

รูปที่ 8: แบบฟอร์มมาตรฐานสากล ที่ใช้สำหรับการระบุสาเหตุการตาย กรณีตายในโรงพยาบาล

Cause of death	Approximate interval between onset and death
I	
Disease or condition directly (a)	
Leading to death* due to (or as a consequence of) Antecedent causes (b)	
Morbid conditions, if any, due to (or as a consequence of) Giving rise to the above cause.	
Stating the underlying Condition last(c) due to (or as a consequence of) (d)	
II	
Other significant conditions	
Contributing to the death, but Not related to the disease or Condition causing it	
*this does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, respiratory failure. It means the disease, injury, or complication that caused death.	

ข้อ 14 เลือกข้อ B มีการใช้เครื่องมือ (ข้อคำถาม) Verbal autopsy ที่ได้มาตรฐานตามแบบของ WHO แต่มีการปรับเป็น Modify autopsy เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและโรคของประเทศไทย ซึ่งมีการเป็นโครงการนำร่องในการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนายทะเบียนของกระทรวงมหาดไทยเป็นผู้ใช้เครื่องมือดังนี้

ในปี 2554 เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน 15 จังหวัด คือ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มหาสารคาม พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน กำแพงเพชร นครสวรรค์ ราชบุรี สุราษฎร์ธานี สมุทรปราการ ระยอง พัทลุง ร้อยเอ็ด พิษณุโลก

ในปี 2555 เจ้าหน้าที่ของกระทรวงมหาดไทย ใน 5 จังหวัด คือ ศรีสะเกษ ยโสธร ระนอง ชุมพร สระแก้ว

หมวดที่ 7 : กระบวนการทำงานที่มีผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ข้อ 15 - 16)		1.50
15. มีการฝึกอบรมการระบุสาเหตุการตายสำหรับแพทย์หรือไม่อย่างไร	B. ไม่มีวิชาเกี่ยวกับ ICD และวิธีการระบุสาเหตุการตายที่ถูกต้องในหลักสูตรโรงเรียนแพทย์ แต่ นักเรียนแพทย์ทั้งหมดได้เรียนรู้เกี่ยวกับ ICD และวิธีการระบุสาเหตุการตายที่ถูกต้อง ในช่วงฝึกงาน(internship)	2
16. สัดส่วนของการสาเหตุของการตายที่ระบุว่า “ไม่ทราบสาเหตุของการตาย ตามที่ระบุไว้ในคู่มือบทที่ 18 ของ ICD-101” (Ill-defined and unknown causes of mortality as defined in Chapter XVIII of ICD-101) คิดเป็นร้อยละเท่าใดในประเทศของท่าน?	C. 20–39%	1

ข้อ 15 เลือกข้อ B ไม่มีรายวิชาที่บรรจุในหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ แต่ในบางโรงเรียนแพทย์มีการจัดคอร์สอบรมระยะสั้นสำหรับนักศึกษาแพทย์และ นักศึกษาแพทย์มีการเรียนรู้จากการฝึกงานช่วง intern ซึ่งปัจจุบันมีสถานศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นหลักสูตรการให้สาเหตุการตายที่วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษกเท่านั้น

ข้อ 16. เลือกข้อ C การระบุสาเหตุการตายด้วยไม่ทราบสาเหตุการตาย (กลุ่ม ICD10 R00 - R99) คิดเป็นร้อยละ 34.5% (สถิติสาธารณสุข ปี 2554) นอกจากนี้อาจพบว่าเป็นการระบุสาเหตุตามอาการ/กลุ่มอาการที่พบ

สัดส่วนสาเหตุการตายด้วยไม่ทราบสาเหตุการตาย	2550	2551	2552	2553	2554
สัดส่วนของ R00 – R99 กับการตายทั้งหมด	38.23%	37.90%	38.00%	37.61%	34.50%

แหล่งข้อมูล: จากสถิติสาธารณสุขปี 2554

หมวดที่ 8 : การปฏิบัติในการให้รหัส ICD (ข้อ 17)		3.00
17. มีคู่มือการให้สาเหตุของการตายตามรหัส ICD ที่พัฒนาเป็นภาษาของท่าน (ภาษาไทย) หรือไม่	A. การให้รหัส ICD ใช้หนังสือคู่มือ ICD ที่เป็นภาษาประจำชาติ (ไทย) หรือหนังสือคู่มือ ICD ฉบับสากลขององค์การอนามัยโลก	3

ข้อ 17. เลือกข้อ A สำหรับการให้รหัส ICD ในประเทศไทยมีหนังสือคู่มือ ICD มีฉบับภาษาไทยที่แปลจากฉบับสากลขององค์การอนามัยโลก และปัจจุบันใช้รหัส ICD10 version 2010 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Version for 2010 ในการให้รหัสการวินิจฉัย

หมวดที่ 9 : การจัดอบรมและคุณสมบัติของผู้ให้รหัสโรครวมถึงคุณภาพของการให้รหัส (ข้อ 18 - 19)		2.50
18. คุณสมบัติของผู้ให้รหัสสาเหตุการตาย ที่สอดคล้องกับหลักการตามมาตรฐานรหัส ICD มีอะไรบ้าง?	A. ผู้ให้รหัสจะต้องผ่านการทดสอบอย่างเป็นทางการภายหลังจากการอบรมการให้รหัสภาคบังคับที่เข้มงวด และอาจได้รับการอบรมรหัส ICD ในหลักสูตรเพิ่มเติมอื่นๆ	3
19. มีระบบประกันคุณภาพ สำหรับตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสสาเหตุการตายหรือไม่?	B. มีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสในระดับประเทศ โดยการสุ่มตัวอย่างการรับรองการตายมาตรวจสอบ	2

ข้อ 18. เลือกข้อ A ผู้ให้รหัสสาเหตุการตายของประเทศจะต้องผ่านการเรียนจากโรงเรียนเวชสถิติเท่านั้น ซึ่งระหว่างการเรียนนั้นได้มีการทดสอบอย่างเป็นทางการในการให้สาเหตุและรหัสการตาย

ข้อ 19. เลือกข้อ D ไม่มีขั้นตอนและการดำเนินการประเมินผลคุณภาพการให้รหัส เนื่องจากระบบการให้รหัสสาเหตุการตายของประเทศไทยเป็นการให้รหัสจากส่วนกลาง คือกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

หมวดที่ 10 : การตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (ข้อ 20 - 21)		2.00
20. มีการตรวจสอบความสอดคล้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลภาวะการเจริญพันธุ์และข้อมูลการตายก่อนการเผยแพร่ข้อมูลอย่างไร?	B. มีการตรวจสอบความสอดคล้องภาวะเจริญพันธุ์และการตายในสถิติชีพเป็นประจำ โดยการเปรียบเทียบอัตราภาวะเจริญพันธุ์และการตายในช่วงเวลาต่างๆ	2
21. มีการตรวจสอบความสอดคล้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลการตาย และสาเหตุการตายอย่างไร?	B. มีการตรวจสอบรูปแบบแนวโน้มสาเหตุการตายเป็นประจำต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่า กลุ่มโรค และ รูปแบบแนวโน้มการตายของแต่ละปี ไม่ได้ผันผวนจากปีที่ผ่านมา และถ้าข้อมูลแสดงถึงความเบี่ยงเบนก็สามารถอธิบายความผันแปรนั้นได้	2

ข้อ 20. เลือกข้อ B สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข มีการนำข้อมูลการตายมาตรวจสอบคุณภาพโดยมีการสุ่มตัวอย่างจากรายการที่น่าสงสัยในการให้รหัส และมีการตรวจสอบความสอดคล้องภาวะเจริญพันธุ์และการตายในสถิติชีพเป็นประจำ โดยการเปรียบเทียบอัตราภาวะเจริญพันธุ์และการตายในช่วงเวลาต่างๆ แต่ยังไม่มีการนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลสถิติกับแหล่งอื่นๆ

ข้อ 21. เลือกข้อ B มีการตรวจสอบแนวโน้มสาเหตุการตายเป็นประจำต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่า กลุ่มโรค และ รูปแบบแนวโน้มการตายของแต่ละปีที่ผ่านมา และถ้าข้อมูลแสดงถึงความเบี่ยงเบนก็สามารถอธิบายความผันแปรนั้นได้ โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการตรวจสอบจากการสุ่มในบางจังหวัดและเปรียบกับข้อมูลของปีที่ผ่าน ซึ่งถ้ามีความผิดปกติจะมีการตรวจสอบในการให้รหัสอีกครั้ง

หมวดที่ 11 : การเข้าถึงข้อมูล การใช้ และการเผยแพร่ข้อมูล (ข้อ 22 - 25)		3.00
22. ประเทศมีรายงานประจำปี ที่เผยแพร่ข้อมูลการเกิด ที่มีการนำเสนอรายละเอียด จำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง หรือไม่?	A. มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปีการเกิดเป็นประจำ โดยจำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง (โปรดระบุชื่อรายงาน พร้อมทั้ง เว็บไซต์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและรายงานนี้ได้)	3
23. ประเทศมีรายงานประจำปี ที่เผยแพร่ข้อมูลการตาย ที่มีการนำเสนอรายละเอียด จำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง หรือไม่?	A. มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปีการตายเป็นประจำ โดยจำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง (โปรดระบุชื่อรายงาน พร้อมทั้ง เว็บไซต์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและรายงานนี้ได้)	3
24. มีความล่าช้าของการออกรายงานสถิติชีพของประเทศ เกี่ยวกับสาเหตุการตาย ที่จำแนกตามเพศและอายุ เพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณชน เมื่อเปรียบเทียบกับปีปัจจุบัน?	A. น้อยกว่า 2 ปี	3
25. ข้อมูลสถิติถูกนำไปใช้ในประกอบการกำหนดนโยบายและการกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงานต่างๆ อย่างไร?	A. ข้อมูล การเกิด การตาย และสาเหตุการตาย ได้ถูกนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมและติดตามสถานะสุขภาพของประชากรอย่างกว้างขวาง รวมถึงมีการใช้ข้อมูลสาเหตุการตายสำหรับการวางแผนงานด้านสาธารณสุข	3

ข้อ 22. เลือกข้อ A มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปีการเกิดอย่างเป็นประจำ โดยจำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง คือ รายงานสถิติสาธารณสุข (Public Health Statistic) และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 23. เลือกข้อ A มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปีการตายอย่างเป็นประจำ โดยจำแนกตามเพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง คือ รายงานสถิติสาธารณสุข (Public Health Statistic) และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อ 24. เลือกข้อ A ความล่าช้าในการรายงานน้อยกว่า 2 ปี

ข้อ 25. เลือกข้อ A ข้อมูลการเกิด การตาย และสาเหตุการตาย ได้ถูกนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมและติดตามสถานะสุขภาพของประชากรอย่างกว้างขวาง รวมถึงมีการใช้ข้อมูลสาเหตุการตายสำหรับการวางแผนงานด้านสาธารณสุข เช่น การรณรงค์การป้องกันโรคที่มีอัตราการตายสูง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การใช้เครื่องมือการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเบื้องต้น (Rapid Assessment) ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยควินแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ในการประเมินสถานการณ์ของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ (CRVS) ในประเทศไทยพบว่า ถึงแม้ว่าระบบ CRVS ของประเทศไทยเป็นระบบทันสมัยที่บันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์แล้ว รวมทั้งยังมีระดับความครอบคลุมค่อนข้างสูงก็ตาม แต่ก็ยังมีส่วนที่ยังต้องปรับปรุงและพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะเกี่ยวกับ สาเหตุการตาย โดยภาพรวมของระบบ CRVS ของประเทศไทย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 86.67% ซึ่งตกอยู่ในช่วง “Satisfactory” หรือ มีระบบที่ทำงานได้ เป็นที่น่าพอใจ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ระบุแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นคือ “ระบบสามารถทำได้ดี แต่ก็อาจจะมีส่วนเท่านั้นที่ควรได้รับการปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย”

นอกจากนี้ ผลการประเมินยังพบว่า มีจำนวน 5 หมวดหลักที่สถานการณ์ในประเทศไทยอยู่ในระดับ 3 ในขณะที่ “หมวดที่ 7 : กระบวนการทำงานที่มีผลกระทบต่อคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ข้อ 15 - 16)” ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเพียง 1.5 เท่านั้น ส่วนอีก 5 หมวดที่เหลือที่ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3 ได้แก่

- หมวดที่ 1 : กฎหมายและระเบียบสำหรับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ (ข้อ 1 - 3)
- หมวดที่ 3 : องค์กร หน้าที่และการทำงานของระบบสถิติชีพ (ข้อ 7 - 8)
- หมวดที่ 6 : การให้รหัสโรคที่สอดคล้องกับมาตรฐานของรหัส ICD และการออกใบรับรองการตายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (ข้อ 13 - 14)
- หมวดที่ 9 : การจัดอบรมและคุณสมบัติของผู้ให้รหัสโรครวมทั้งคุณภาพของการให้รหัส (ข้อ 18 - 19)
- หมวดที่ 10 : การตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (ข้อ 20 - 21)

เมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละข้อคำถามก็พบว่า ข้อ 16 ซึ่งมีคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 1 หรือ ระดับ C เนื่องจากมีอัตราส่วนของการไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้สูงถึง 20-39% และมีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อที่ได้คะแนน 2 หรือระดับ B ได้แก่ ข้อ 3, 7, 13-15, และ 19-21 ที่น่าจะต้องให้ความสนใจในการพัฒนาเช่นกัน

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ

สถิติชีพ (Vital Statistics) เป็นดัชนีชี้วัดสำคัญในการติดตามความสำเร็จของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (MDG-Millennium Development Goal) อันเป็นมติสำคัญของการสหประชาชาติ (United Nation) สถิติชีพที่มีความถูกต้อง เชื่อถือได้ ช่วยให้ประเทศติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาด้านสุขภาพ โดยระบบทะเบียนราษฎร (Civil Registration) ที่มีประสิทธิภาพจะเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับจัดทำสถิติชีพของประเทศสำหรับการลดปัญหาสุขภาพและรองรับการวางรากฐานระบบสาธารณสุขให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมในระยะยาว จากข้อจำกัดของบทบาทการรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถิติชีพและทะเบียนราษฎรทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา ดังนั้นคำตอบที่ดีที่สุดของการพัฒนาระบบคือการจัดให้มีกลไกการประสานงานที่เป็นระบบให้เกิดการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย

ระบบทะเบียนราษฎรของประเทศไทยมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การก่อตั้งเมื่อศตวรรษที่ผ่านมา ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา ระบบทะเบียนราษฎร ได้พัฒนาจากการเก็บบันทึกลงกระดาษ มาสู่ระบบการจัดเก็บเข้าระบบคอมพิวเตอร์ ผ่านอินเทอร์เน็ต ปัจจุบันงานการลงทะเบียนของสำนักงานทะเบียนจังหวัดทุกแห่งและสำนักทะเบียนระดับท้องถิ่นเกือบทั้งหมดมีการติดตั้งระบบที่สามารถเชื่อมต่อกับศูนย์คอมพิวเตอร์ในส่วนกลางของสำนักบริหารการทะเบียน และนับตั้งแต่ปี 2539 เป็นต้นมา ระบบสถิติชีพของประเทศไทยได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมาก เมื่อมีการเชื่อมโยงระบบทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย เข้าสู่ระบบบริหารงานสถิติชีพของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง นอกจากนี้การเปิดดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา ทำให้มีข้อมูลส่วนใหญ่ของการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยรหัสมาตรฐานการวินิจฉัยโรค การบริการทางการแพทย์และสถานการณ์จำหน่ายของผู้ป่วย ที่สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพของระบบสถิติชีพได้ และนอกจากนี้ระบบทะเบียนราษฎรก็มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบบริหารจัดการระบบทะเบียนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพของกองทุนประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนหลักของประเทศ ประเทศไทยได้ผ่านประสบการณ์ในการพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรที่มีการรวมศูนย์การบริหารจัดการ การบำรุงรักษา อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนมายาวนาน มีการเก็บบันทึกทะเบียนประวัติประชาชนในศูนย์คอมพิวเตอร์กลาง โดยมีการใช้เลขประจำตัวประชาชนที่เฉพาะบุคคลไม่ซ้ำกัน

การประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเพื่อหาแนวทางหรือข้อเสนอสำหรับการพัฒนาของประเทศไทย ได้มีการศึกษาตามแนวทางการประเมินขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยการใช้เครื่องมือการประเมินระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพเบื้องต้น (Rapid Assessment) ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกร่วมกับมหาวิทยาลัย ควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เกี่ยวกับการทำงานของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพของประเทศ ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้ 11 หมวดหลัก ในการประเมินสถานการณ์ของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ (CRVS) ในประเทศไทย พบว่า ถึงแม้ว่าระบบ CRVS ของประเทศไทยเป็นระบบทันสมัยที่บันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์แล้ว รวมทั้งยังมีระดับความครอบคลุมค่อนข้างสูง ก็ตาม แต่ก็ยังมีส่วนที่ยังต้องปรับปรุงและพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะเกี่ยวกับการให้ “สาเหตุการตาย” โดยภาพรวมของระบบ CRVS ของประเทศไทย มีคะแนนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 86.67 ซึ่งตกอยู่ในช่วง “Satisfactory” หรือ มีระบบที่ทำงานได้ เป็นที่น่าพอใจ ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้ระบุแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นคือ “ระบบสามารถทำได้ดี แต่ก็อาจจะมีส่วนเท่านั้นที่ควรได้รับการปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย”

กำแพงปัญหาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ

1. คุณภาพข้อมูลการให้สาเหตุของการตายที่ไม่สามารถระบุให้แน่ชัด โดยสัดส่วนของการตายที่ไม่ทราบสาเหตุเทียบกับการตายทั้งหมดมีสัดส่วนสูงถึง ร้อยละ 38 ในปี 2550 และลดลงเล็กน้อยเป็น ร้อยละ 35 ในปี 2554 ขณะที่ตามแนวทางองค์การอนามัยโลก สาเหตุของการตายที่ระบุว่า “ไม่ทราบสาเหตุของการตาย” (Ill-defined and unknown causes of mortality) สำหรับประเทศที่มีระบบดีควรมีสัดส่วนน้อยกว่า 10%
2. เนื่องจากร้อยละ 60 - 70 ของการตายทั้งหมดเกิดนอกโรงพยาบาล การให้สาเหตุการตายนอกโรงพยาบาลถูกระบุสาเหตุการตายโดยธรรมชาติจากผู้ใหญ่บ้านหรือเจ้าหน้าที่งานทะเบียนซึ่งไม่มีความรู้ทางการแพทย์ อาจจะมีข้อจำกัดในการให้โรคหลักที่เป็นสาเหตุการตายที่แท้จริงประเทศไทย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ระยะเร่งด่วน (1-2 ปี)	หน่วยงานรับผิดชอบ
1. ตั้งคณะกรรมการประสานงานการดำเนินงานด้านทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพอย่างเป็นเอกภาพ และสอดคล้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งกำหนดนโยบายเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทยในอนาคต อีกทั้งดำเนินการให้มีการกำหนดนโยบายและสร้างภาคีเครือข่ายในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	ทุกหน่วยงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ที่รับผิดชอบการให้สาเหตุการตายในกลุ่มที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล	กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงสาธารณสุข
3. ส่งเสริมการตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูล และกำหนดให้มีการทบทวนหรือประเมินคุณภาพการให้รหัสการตายอย่างเป็นระบบ และมีกระบวนการส่งข้อเสนอแนะให้กับผู้ให้รหัสการตายเพื่อการปรับปรุงการให้รหัสให้มีคุณภาพ	กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงสาธารณสุข

ระยะปานกลาง (3 ปีขึ้นไป)	หน่วยงานรับผิดชอบ
1. กำหนดให้มีการบำรุงรักษาระบบให้มั่นคง และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการระบบการเชื่อมโยงข้อมูลและสำรองเพื่อป้องกันปัญหาการระบบเกิดความขัดข้องการให้บริการ แก่หน่วยงานต่างๆ (down time)	ทุกหน่วยงาน
2. กำหนดให้มีหลักสูตรการให้ความรู้การให้สาเหตุการตายสำหรับบุคลากรที่รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงาน	กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงสาธารณสุข
3. นำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาช่วยเพิ่มคุณภาพสาเหตุการตาย ได้แก่ การใช้ Verbal Autopsy, การใช้ข้อมูลการป่วยในเวชระเบียนมาเสริมคุณภาพการระบุสาเหตุการตาย	กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงสาธารณสุข
4. เพิ่มช่องทางการให้ข้อมูลสำหรับการให้สาเหตุการตายในหลายรูปแบบ เช่น S-BU tele-medicine เป็นต้น	ทุกหน่วยงาน
5. การกระตุ้นความสำคัญของระบบ โดยใช้กระบวนการ “การใช้ประโยชน์จากข้อมูล”	ทุกหน่วยงาน

เอกสารแนบ 1 : แบบประเมิน

1. มีการบังคับใช้กฎหมายสำหรับการจดทะเบียนการเกิดและการตายในประเทศหรือไม่	
A	มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างชัดเจน
B	มีการบังคับใช้กฎหมาย แต่จำเป็นต้องมีการแก้ไขหรือเพิ่มเติม
C	มีกฎหมายแต่ไม่ได้บังคับใช้
D	ไม่มีกฎหมายที่บังคับให้มีการจดทะเบียนการเกิดและการตาย
2. มีกฎข้อบังคับกำหนดให้สถานพยาบาลต้องรายงานข้อมูลการเกิด การตาย ในระยะเวลาที่กำหนดหรือไม่	
A	มีกฎข้อบังคับกำหนดให้รายการข้อมูลทางการแพทย์(จากสถานพยาบาลภาครัฐ/เอกชน หลักประกันสังคม อื่นๆ) รายงานเหตุการณ์เหล่านี้ให้ระบบสถิติชีพในเวลาที่กำหนดไว้
B	มีกฎข้อบังคับ แต่ข้อมูลการแพทย์ทั้งหมดยังไม่ถูกรายงาน
C	มีกฎข้อบังคับครอบคลุมเฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐ
D	ไม่มีกฎข้อบังคับ
3. มีกฎหมายที่กำหนดให้ต้องระบุสาเหตุการตายในการรับรองการตายหรือไม่ และใครเป็นผู้ให้การรับรองสาเหตุการตาย	
A	ต้องมีการระบุสาเหตุการตาย และต้องระบุตามเกณฑ์/แนวทางของ ICD โดยแพทย์ต้องเป็นผู้ให้การรับรองเท่านั้น
B	ต้องมีการระบุสาเหตุการตายในใบรับรองการตาย แต่กฎหมายไม่ได้ระบุว่าต้องเป็นแพทย์เท่านั้นที่สามารถให้การรับรองสาเหตุการตาย
C	ต้องมีการระบุสาเหตุการตายแต่เป็นการระบุแบบกว้างๆของสาเหตุการตาย และผู้ให้การรับรองการตายเป็นนายทะเบียน หรือเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น ที่ไม่จำเป็นต้องมีความรู้ด้านการแพทย์
D	ไม่มีความจำเป็นในการระบุสาเหตุการตายในใบรับรองการตาย หรือในขั้นตอนต่างๆ ในการจดทะเบียนการตาย
4. สำนักงาน/หน่วยบริการหรือจุดให้บริการทะเบียนราษฎรมีจำนวนเพียงพอและความครอบคลุมทั่วประเทศหรือไม่	
A	มีเพียงพอสำหรับการจดทะเบียนการเกิดและตาย
B	มีครอบคลุมในพื้นที่เขตเมือง ส่วนในชนบทจะมีครอบคลุมเฉพาะบางพื้นที่
C	ครอบคลุมเฉพาะพื้นที่เขตเมือง เท่านั้น
D	ครอบคลุมเฉพาะเมืองหลวงเท่านั้น

5. สำนักงานจดทะเบียนมีอุปกรณ์และทรัพยากรเพียงพอ (เช่น ฟอรัมเอกสาร, โทรศัพท์, เครื่องถ่ายเอกสาร, คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ด้าน IT อื่นๆ) ในการทำงาน หรือไม่	
A	มีความครบถ้วนทั้งวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็นทุกอย่าง และมีอย่างเพียงพอ
B	มีวัสดุสำนักงาน เช่น ฟอรัมเอกสาร, กระดาษและปากกา มีอยู่ทั่วไปและพอเพียงทุกสำนักงาน แต่สำนักงานจำนวนมากขาดอุปกรณ์ โทรศัพท์, เครื่องถ่ายเอกสารและคอมพิวเตอร์
C	มีเพียงสำนักงานส่วนกลางที่มีอุปกรณ์ โทรศัพท์, เครื่องถ่ายเอกสารและคอมพิวเตอร์ครบถ้วนเพียงพอ สำนักงานที่อยู่ห่างไกลออกไปมักจะขาดแคลนอุปกรณ์และทรัพยากร
D	ไม่ทั้งวัสดุและอุปกรณ์ในสำนักงานจดทะเบียนทุกระดับ
6. นายทะเบียนได้รับการฝึกอบรมตามหน้าที่เพื่อปฏิบัติหน้าที่หรือไม่	
A	นายทะเบียนได้รับการฝึกอบรมที่เพียงพอ
B	นายทะเบียนได้รับการฝึกอบรม แต่ไม่เพียงพอ ความรู้ความชำนาญได้จากการปฏิบัติงานจริง
C	นายทะเบียนส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรม (โดยเฉพาะในสำนักงานขนาดเล็ก) เรียนรู้จากการทำงาน
D	ไม่มีการฝึกอบรมให้ผู้ที่ต้องทำงานลงทะเบียนฯ ส่งผลให้เกิดปัญหาการทำหน้าที่เป็นนายทะเบียน
7. หน่วยงานของรัฐ (เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักบริหารการทะเบียน(ราษฎร) สำนักงานสถิติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ที่มีส่วนในระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ มีการประสานการทำงานกันอย่างไร	
A	มีความร่วมมือและประสานงานการทำงานกันระหว่างหน่วยงานเป็นอย่างดีและมีคณะกรรมการทำหน้าที่ประสานการทำงานระบบทะเบียนราษฎรและสถิติชีพให้สอดคล้องกัน
B	ไม่มีคณะกรรมการที่เป็นทางการ แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน
C	ไม่มีคณะกรรมการประสานการทำงาน ทำให้แก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการแก้ไข หรือแก้ไขด้วยความล่าช้า
D	มีการประสานงานและความร่วมมือกันเพียงเล็กน้อย ต่างฝ่ายต่างทำ ยังผลให้เกิดปัญหาคอนflikข้อมูลและสถิติ เช่น การทำงานที่ซ้ำซ้อน การประมาณการค่าสถิติต่างๆไม่สอดคล้องกัน
8. ในแต่ละปีการผลิตรายงานสถิติชีพทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น มีการดำเนินการอย่างไร	
A	มีการรายงานสถิติการเกิด ตาย และสาเหตุการตาย แยกตามเพศและอายุทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นเป็นประจำทุกปี
B	มีการรายงานประจำปีสถิติการเกิด ตาย จำแนกตามเพศและอายุในระดับประเทศและระดับท้องถิ่น ส่วนรายงานสาเหตุการตายจำแนกตามเพศและอายุมีเฉพาะในระดับชาติเท่านั้น
C	มีการรายงานประจำปีสถิติการเกิด ตาย จำแนกตามเพศและอายุเฉพาะระดับภาคแต่อาจไม่ครบทั้งประเทศ และสาเหตุการตายรายงานเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น
D	การเก็บข้อมูลในระบบทะเบียนราษฎร ไม่ได้นำมาใช้ทำรายงานสถิติชีพ

9. การประเมินการลงทะเบียนการเกิด

A	ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมิน และผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียน การเกิดสูงกว่าหรือเท่ากับ 90% (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)
B	ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมิน และผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการเกิดอยู่ระหว่าง 70-89 % (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)
C	ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมิน และผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการเกิดอยู่ระหว่าง 50-69 % (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)
D	ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ไม่มีการประเมินความสมบูรณ์ของทะเบียนการเกิด หรือมีการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการเกิด แต่ผลการประเมินพบว่าความสมบูรณ์น้อยกว่า 50% (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)

10. การประเมินการลงทะเบียนการตาย

A	ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมิน และผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการตายสูงกว่าหรือเท่ากับ 90% (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)
B	ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมิน และผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการตายอยู่ระหว่าง 70-89 % (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)
C	ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีการประเมิน และผลการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการตายอยู่ระหว่าง 50-69 % (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)
D	ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ไม่มีการประเมินความสมบูรณ์ของทะเบียนการตาย หรือมีการประเมินความสมบูรณ์ในการลงทะเบียนการตาย แต่ผลการประเมินพบว่าความสมบูรณ์น้อยกว่า 50% (ระบุช่วงเวลา วิธีการประเมิน และหน่วยงานที่ทำการประเมิน)

11. มีการส่งข้อมูลการเกิดและการตายจากสำนักงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคไปยังสำนักงานส่วนกลางอย่างไร

A	ข้อมูลทั้งหมดแลกเปลี่ยนทางอิเล็กทรอนิกส์จากสำนักงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคไปยังสำนักงานส่วนกลาง
B	สำเนากระดาษจากส่วนสำนักงานท้องถิ่นไปสู่สำนักงานส่วนภูมิภาคและนำเข้าเป็นอิเล็กทรอนิกส์จากนั้นส่งไปยังส่วนกลาง
C	ระบบส่วนใหญ่ใช้กระดาษในการบันทึกข้อมูลและทำสำเนาเพื่อส่งข้อมูลจากสำนักงานส่วนท้องถิ่นไปสู่สำนักงานส่วนภูมิภาคจากนั้นส่งไปยังสำนักงานส่วนกลาง
D	ใช้กระดาษในการบันทึกข้อมูลทั้งระบบแล้วส่งข้อมูลการเกิดและการตายไปเก็บรักษาไว้ที่สำนักงานส่วนกลาง

12 . กระบวนการอะไรที่ทำให้มั่นใจว่าสำนักงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคมีการรายงานข้อมูลไปยังสำนักงานส่วนกลางภายในเวลาที่กำหนด

A	มีข้อตกลงเป็นตารางเวลาในการรายงานข้อมูลไปยังสำนักงานส่วนกลางและโดยกำหนดช่วงเวลาชัดเจนและมีการติดตามความทันเวลาการส่งข้อมูลอย่างเข้มงวดและอย่างใกล้ชิด (มีน้อยครั้งมากที่ส่วนกลางต้องเตือนให้ส่งข้อมูลให้ทันเวลา)
B	มีข้อตกลงเป็นตารางเวลาในการรายงานไปยังสำนักงานส่วนกลางและหน่วยงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคดำเนินการตามเวลาหากเกิดความล่าช้าสำนักงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคมักแจ้งให้หน่วยงานส่วนกลางทราบความล่าช้า
C	มีข้อตกลงเป็นตารางเวลาในการรายงานข้อมูลไปยังสำนักงานส่วนกลางแต่ไม่เข้มงวด และสำนักงานส่วนกลางไม่มีมาตรการที่จะมั่นใจได้ว่าจะได้รับรายงานตรงเวลาที่กำหนดเวลา
D	ตารางเวลาในการส่งรายงานจากสำนักงานส่วนท้องถิ่นและส่วนภูมิภาคไปยังสำนักงานส่วนกลางไม่ได้กำหนดแน่นอน และสำนักงานส่วนกลางใช้ความพยายามเพียงเล็กน้อยที่จะกระตุ้นให้มีการส่งรายงานข้อมูลตรงเวลา

13. ประเภที่ใช้แบบฟอร์มการระบุสาเหตุการตายทางการแพทย์ที่เป็นสากลสำหรับการรายงานหรือไม่

A	มีการใช้แบบฟอร์มและแพทย์ใช้ฟอร์มนี้เพื่อระบุสาเหตุการตายเป็นประจำ
B	มีการใช้แบบฟอร์มนี้เมื่อเกิดการตายภายในโรงพยาบาล แต่ไม่ได้ใช้โดยทั่วไปสำหรับการตายนอกโรงพยาบาล
C	มีการใช้แบบฟอร์มนี้เฉพาะในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่เท่านั้น
D	ไม่มีการใช้แบบฟอร์มที่เป็นสากลในการระบุสาเหตุการตาย

14. มีการใช้เครื่องมือในการสอบสวนสาเหตุการตายด้วยการสัมภาษณ์ (Verbal autopsy) เพื่อบอกสาเหตุการตายบ่อยมากน้อยเพียงใด

A	ใช้เครื่องมือ(ข้อคำถาม,) Verbal autopsy ที่ได้มาตรฐานสากล หรือ ที่อิงจากมาตรฐานสากลเป็นประจำในการระบุสาเหตุการตาย
B	เริ่มมีการใช้เครื่องมือ(ข้อคำถาม,) Verbal autopsy ที่ได้มาตรฐานสากล แต่ยังไม่ได้อาศัยอย่างแพร่หลาย
C	ใช้เครื่องมือ(ข้อคำถาม,) Verbal autopsy แต่ไม่ได้เป็นมาตรฐานสากล
D	ไม่มีการใช้เครื่องมือ(ข้อคำถาม,) Verbal autopsy ในการระบุสาเหตุการตาย (ในการตายที่แพทย์ไม่ได้เป็นผู้ระบุสาเหตุการตาย)

15 . มีการฝึกอบรมการระบุสาเหตุการตายสำหรับแพทย์หรือไม่อย่างไร

A	นักเรียนแพทย์ทุกคนได้รับการสอนความรู้เกี่ยวกับ ICD และการระบุสาเหตุการตายที่ถูกต้อง และครบถ้วนในรูปแบบฟอร์มการรับรองการตายที่เป็นสากล
B	ไม่มีวิชาเกี่ยวกับ ICD และวิธีการระบุสาเหตุการตายที่ถูกต้องในหลักสูตรโรงเรียนแพทย์ แต่นักเรียนแพทย์ทั้งหมดได้เรียนรู้เกี่ยวกับ ICD และวิธีการระบุสาเหตุการตายที่ถูกต้อง ในช่วงฝึกงาน(internship)
C	ไม่มีวิชาเกี่ยวกับ ICD และวิธีการระบุสาเหตุการตายที่ถูกต้องในหลักสูตรโรงเรียนแพทย์ และในช่วงฝึกงานมีโอกาสดำเนินการในการเรียนรู้เกี่ยวกับ ICD และวิธีการระบุสาเหตุการตายที่ถูกต้อง
D	ไม่มีทั้งการเรียนและคำแนะนำในระหว่างปฏิบัติงานเกี่ยวกับ ICD และวิธีการระบุสาเหตุการตายที่ถูกต้องให้กับแพทย์

16. สาเหตุของการตายที่ระบุว่า “ไม่ทราบสาเหตุของการตาย”(Ill-defined and unknown causes of mortality) คิดเป็นร้อยละเท่าใดในประเทศของท่าน

A	< 10%
B	10-19%
C	20-39%
D	40% หรือ มากกว่า

17. การให้รหัสสาเหตุของการตายในประเทศของท่านใช้คู่มือการให้รหัส ICD ที่เป็นภาษาของท่าน (ภาษาไทย)หรือไม่

A	การให้รหัส ICD ใช้หนังสือคู่มือ ICD ที่เป็นภาษาประจำชาติ(ไทย) หรือหนังสือคู่มือ ICD ฉบับสากลขององค์การอนามัยโลก
B	การให้รหัส ICD ใช้หนังสือคู่มือ ICD ฉบับสากลขององค์การอนามัยโลก ไม่มีหนังสือคู่มือ ICD ที่เป็นภาษาประจำชาติ(ไทย) ใช้ หรือ
C	การให้รหัส ICD ไม่ได้ใช้หนังสือคู่มือ ICD แต่มีใช้รายการโรคหรือสาเหตุการตายที่เลือกไว้(shortlist) โดยใช้ภาษาประจำชาติ
D	ไม่ได้ใช้ ICD

18. ผู้ให้รหัส ICD ที่สอดคล้องกับหลักการและกฎการให้สาเหตุการตายของ ICD ต้องมีคุณสมบัติอย่างไร?

A	ผู้ให้รหัสจะต้องผ่านการทดสอบอย่างเป็นทางการหลักจากการอบรมการให้รหัสภาคบังคับที่เข้มงวด และอาจได้รับการอบรมรหัส ICD ในหลักสูตรเพิ่มเติมอื่นๆด้วย
B	ผู้ให้รหัสได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรรหัส ICD ระยะสั้น และผ่านการทดสอบขั้นพื้นฐาน การให้รหัสในกรณีซับซ้อนได้จากการเรียนรู้ระหว่างการทำงานจากผู้ให้รหัสที่เชี่ยวชาญ
C	ผู้ให้รหัสรายใหม่ได้รับคำแนะนำจากผู้ให้รหัสที่มีความเชี่ยวชาญ และได้รับหนังสือคู่มือรหัส ICD โดยคาดหวังว่าจะเรียนรู้การให้รหัสจากการทำงาน
D	ผู้ให้รหัสรายใหม่ได้รับคำแนะนำเพียงเล็กน้อยจากผู้ให้รหัสที่ปฏิบัติงานมาก่อน และมีเอกสารหนังสือคู่มือเกี่ยวกับ ICD ใช้บ้างแต่ไม่ครบถ้วน

19. มีขั้นตอนกระบวนการอย่างไรในการประกันคุณภาพให้รหัส

A	ประเทศมีกฎหรือข้อกำหนดให้มีการทบทวนคุณภาพการระบุและการให้รหัสการตายในใบรับรองการตายและมีกระบวนการการส่งข้อเสนอนี้กลับให้กับผู้ให้รหัสทราบ เพื่อให้ปรับปรุงการให้รหัสให้มีคุณภาพ
B	มีกระบวนการการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสในระดับประเทศ โดยการสุ่มตัวอย่างการรับรองการตายมาตรวจสอบ
C	มีการตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสฯโดยผู้บังคับบัญชาในพื้นที่เป็นครั้งคราว
D	ไม่มีขั้นตอนและการดำเนินการประเมินผลคุณภาพของการให้รหัส

20. มีการตรวจสอบความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลภาวะเจริญพันธุ์และข้อมูลการตายก่อนการเผยแพร่ข้อมูลอย่างไร

A	มีการตรวจสอบความสอดคล้องภาวะเจริญพันธุ์และการตายในสถิติชีพเป็นประจำ โดยการเปรียบเทียบอัตราภาวะเจริญพันธุ์และการตายในช่วงเวลาต่างๆ นอกจากนี้ยังทำการเปรียบเทียบข้อมูลสถิติกับแหล่งข้อมูลอื่นๆ เช่น จากการสำมะโนประชากร จากการสำรวจ
B	มีการตรวจสอบความสอดคล้องภาวะเจริญพันธุ์และการตายในสถิติชีพเป็นประจำ โดยการเปรียบเทียบอัตราภาวะเจริญพันธุ์และการตายในช่วงเวลาต่างๆ
C	การตรวจสอบดำเนินการเพียงให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตรวจสอบความผิดพลาดของข้อมูลก่อนการเผยแพร่
D	ไม่มีกระบวนการตรวจสอบความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลภาวะเจริญพันธุ์และข้อมูลการตายที่ดำเนินการเป็นประจำ ก่อนการเผยแพร่ข้อมูล

21. มีการตรวจสอบความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลการตายและสาเหตุการตายอย่างไร

A	มีการตรวจสอบรูปแบบแนวโน้มสาเหตุการตาย และสัดส่วนของสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุอย่างเป็นประจำ รวมถึงตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและแนวโน้มการตายตามเพศและช่วงอายุ
B	มีการตรวจสอบรูปแบบแนวโน้มสาเหตุการตายเป็นประจำต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่า กลุ่มโรค และรูปแบบแนวโน้มการตายของแต่ละปีไม่ได้ผันผวนจากปีที่ผ่านๆ มา และถ้าข้อมูลแสดงถึงความเบี่ยงเบนก็สามารถอธิบายความผันแปรนั้นได้
C	มีการตรวจสอบเฉพาะความสอดคล้องและความเป็นไปได้ของข้อมูล
D	ไม่มีการตรวจสอบความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

22 . ประเทศมีการเผยแพร่ข้อมูล และรายงานของการเกิด ที่นำเสนอรายละเอียด จำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง เป็นประจำอย่างต่อเนื่องหรือไม่

A	มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปีการเกิดเป็นประจำ โดยจำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง (โปรดระบุชื่อรายงาน พร้อมทั้ง เว็บไซต์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและรายงานนี้ได้)
B	มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปี โดยสามารถจำแนกตามอายุและเพศเท่านั้น
C	มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปี โดยสามารถตามเพศได้ เท่านั้น
D	ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานสถิติการเกิด

23. ประเทศมีการเผยแพร่ข้อมูลและรายงานการตายที่นำเสนอรายละเอียด จำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง เป็นประจำอย่างต่อเนื่องหรือไม่

A	มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปีการตายเป็นประจำ โดยจำแนกตาม เพศ อายุ พื้นที่หรือเขตการปกครอง (โปรดระบุชื่อรายงาน พร้อมทั้ง เว็บไซต์ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและรายงานนี้ได้)
B	มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปี โดยสามารถจำแนกตามอายุและเพศเท่านั้น
C	มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานประจำปี โดยสามารถตามเพศได้ เท่านั้น
D	ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลรายงานสถิติการตาย

24. ข้อมูลรายงานสถิติชีพ สาเหตุการตายจำแนกเพศและอายุในระดับประเทศของปีที่มีอยู่รายงานล่าสุดกว่าปีปัจจุบันเท่าไร

A	น้อยกว่า 2 ปี
B	มากกว่า 2 ปี น้อยกว่า 3 ปี
C	มากกว่า 3 ปี น้อยกว่า 5 ปี
D	มากกว่า 5 ปี

25. ข้อมูลสถิติถูกนำไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบาย และการกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ ต่างๆ อย่างไร

A	ข้อมูล การเกิด การตาย และสาเหตุการตาย ได้ถูกนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมและติดตามสภาวะสุขภาพของประชากร อย่างกว้างขวาง รวมถึงมีการใช้ข้อมูลสาเหตุการตายสำหรับการวางแผนงานด้านสาธารณสุข
B	ข้อมูลการเกิดและการตายถูกใช้สำหรับเป็นตัวชี้วัดใน นโยบาย แผนงาน โครงการที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และ เป้าหมายสุขภาพระดับชาติ แต่ข้อมูลสาเหตุการตายไม่ถูกใช้เพื่อวางแผนการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข หรือใช้น้อยมาก
C	เฉพาะข้อมูลรายงานการเกิดที่ถูกนำไปใช้ในการวางแผน และกำหนดนโยบาย เช่น ภาวะเจริญพันธุ์
D	ข้อมูลทะเบียนราษฎรและสถิติชีพ ไม่ได้ถูกนำไปใช้อย่างสม่ำเสมอในกระบวนการกำหนดนโยบาย และวางแผนงาน

- ¹ SEARO-WHO, Health Situation and Trends Assessment: Civil Registration and Vital Statistics Systems, http://www.searo.who.int/en/Section1243/Section1382/Section2722_16502.htm
- ^{2,3} Kijisanayotin B., Using health care service administrative data to improve national vital statistics: Thailand experiences, United Nations Expert Group Meeting on International Standards for Civil Registration and Vital Statistics Systems, New York, June 2011
- ⁴ Ruangarreeerat K., Strengthening of Thailand Birth and Mortality Information System, Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health, Thailand; 1999.
- ⁵ Kamolrat T, (Thailand). Never ending stories of the development of an effective HIS in Thailand. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2010.
- ⁶ Chandoevrit W, Kasitipradith N, Soranastaporn S, Vacharanukulkieti K, Wibulpolprasert S. Using Multiple Data for Calculating the Maternal Mortality Ratio in Thailand. Thai Development Research Institute Quarterly Review. 2007 Sep;22(3):13-19.
- ⁷ WHO, Rapid assessment of national civil registration and vital statistics system, 2010 (WHO/IER/HSI/STM/2010.1)
- ⁸ WHO, Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices, 2010
- ⁹ Health Metrics Network (HMN). Framework and standards for country health information systems. Geneva, World Health Organization, 2008. http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf
- ¹⁰ Health Metrics Network (HMN). Guidance for the health information systems (HIS) strategic planning process Geneva, World Health Organization, 2009.
- ¹¹ Health Metrics Network (HMN). Framework and standards for country health information systems. Geneva, World Health Organization, 2008. http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf
- ¹² Health Metrics Network (HMN). Assessing the national health information system. an assessment tool – Version 4. Geneva, World Health Organization, 2008.
- ¹³ Bureau of policy and strategy, Ministry of public health. Public Health Statistics A.D. 2011, 2011.

รายชื่อนักวิชาการผู้ให้ความคิดเห็นและผู้เข้าร่วมประชุม

คุณพิทยา วงศ์ไกรศรีทอง

คุณอภิญา อุ๋นเรือน

คุณสุโสฬส พึ่งบุญ

คุณทิพวรรณ จิตรัตน์

Ms. Rikke Munk Hansen

Ms. Harumi Shibata

คุณอรพิน ทรัพย์ล้น

คุณชูจิตรา นาข้าวะ

ดร.วราวรรณ ขาญด้วยวิทย์

ดร.รพีสุภา หวังเจริญรุ่ง

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ

รศ.ดร.อัศนีย์ ก่อตระกูล

ดร.จุฬารัตน์ ตันประเสริฐ

นพ.บุญชัย กิจสนาโยธิน

นพ.ดาวฤกษ์ สิ้นธุณิชย์

นพ.เทียม อังสาชน

คุณคณศ สัมพุทธานนท์

รศ.ดร.ปัทมา ว่าพัฒนางค์

ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์

คุณภาณวี วัฒนา

คุณกุลธิดา เลิศพงศ์วัฒนา

คุณปัทมา อมรสิริสมบุญรัตน์

คุณอรวรรณ สุทรางกูร

คุณสุริรัตน์ สันติภากรณ์

ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช

คุณเพียงททัย อินกัน

คุณกาญจนา ศิริโกมล

ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ

นพ.ภูษิต ประคองสาย

คุณสุดธิดา แก้วไพฑูรย์

คุณลลนา ไรจนไพฑูรย์

คุณจิราลักษณ์ นนทารักษ์

คุณจิราภรณ์ พวงเขียว

ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร

พญ.ดารินทร์ อารีย์โชคชัย

คุณกอบกาญจน์ มัทธโน

พญ.นฤมล สรรค์ปัญญาเลิศ

คุณบัณฑิต พิระพันธ์

"กระทรวงมหาดไทย"

"กระทรวงมหาดไทย"

"กระทรวงมหาดไทย"

"กระทรวงมหาดไทย"

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific

กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

มูลนิธิสถาบันเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDR)

มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC)

ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (NECTEC)

ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย

ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย

ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย

ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

องค์การแพลนประเทศไทย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ปกหลังใน



ศูนย์พัฒนามาตรฐานระบบข้อมูลสุขภาพไทย (ศมสท)
88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 3 ถนนติวานนท์
ตลาดวโฑ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. +66 (2) 832 9290
อีเมล: this@this.or.th

<http://www.this.or.th>