

2

Journal of Health Systems Research

Vol. 16 No. 2 April - June 2022



ISSN 2672-9415 (Online)

วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2565

131

สถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ:
สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพและ
หมวดการป้องกันและควบคุมโรคและ
ปัจจัยคุณภาพสุขภาพ

169

ผลกระทบต่อสุขภาพจากสถานการณ์ระบาดของ
โควิด-19 ต่อผู้มีความบกพร่องทางการเห็น
ในเขตกรุงเทพมหานคร

215

การทบทวนข้อแนะนำเชิงนโยบายด้านอาหารและ
โภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและ
การดำเนินงานของประเทศไทย

Network

N

Management

M

Communication

C

K

R

Research

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 1 และอยู่ในฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index, ACI) ด้วยวารสารฯ ราย 3 เดือนนี้ กำหนดเผยแพร่ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย มุลนิธิศุนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

บรรณาธิการรอง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรวยพร ศรีศศลักษณ์
เกสัชกรสรชัย จำเนียรดำรงการ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
นักวิชาการอิสระ

กรรมการประจำกองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ วรธนารัตน์
ดร. นายแพทย์ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
นักวิชาการอิสระ
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

นายแพทย์สุเทพ เพชรமாக

ดร. นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย

ดร. ทันตแพทย์หญิงเพ็ญแข ลากยั้ง

ดร. สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล

นายไพศาล ลิ้มสถิตย์

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เลขานุการ

นางสาววรางคณา ปุณยธร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สำนักงาน

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ถนนสาธารณสุข 6

ภายในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 0 2027 9701

โทรสาร 0 2026 6822

Website: <http://www.hsri.or.th>

Link หน้าวารสาร: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

Journal of Health Systems Research has been classified in the Tier 1 of the Thai-Journal Citation Index Center (TCI) and included in ASEAN Citation Index (ACI), published by Health Systems Research Institute quarterly, distributed in March, June, September, and December

Editorial Board

Advisor

Executive Director, Health Systems Research Institute

Editor

Supasit Pannarunothai Centre for Health Equity Monitoring Foundation

Associate Editors

Jaruayporn Srisasalux Health Systems Research Institute

Sorachai Jamniandamrongkarn Independent Scholar

Members

Suwat Chariyalertsak Dean, Faculty of Public Health, Chiang Mai University

Surasak Buranatreveth Faculty of Medicine, Thammasat University

Thira Woratanarat Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Piya Hanvoravongchai Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Samrit Srithamrongsawat Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Suthep Petchmark Bureau of Inspection and Evaluation, Ministry of Public Health

Phusit Prakongsai Health Technical Office, Ministry of Public Health

Phenkhae Lapying Department of Health, Ministry of Public Health

Sureerat Ngamkiatpaisan Independent Scholar

Paisan Limstit Faculty of Law, Thammasat University

Secretary

Warangkana Punyathorn Health Systems Research Institute

Office

Health Systems Research Institute

4th Floor, National Health Building, Public Health 6 Road,

Ministry of Public Health, Muang District, Nonthaburi 11000

Tel. (66). 0 2027 9701

Fax (66). 0 2026 6822

Website: <http://www.hsri.or.th>

Link to journal: <http://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal>

วิสัยทัศน์

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นวารสารชั้นนำด้านการวิจัยระบบสุขภาพในระดับอาเซียน

เป้าหมายและขอบเขตของวารสาร

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นเครื่องมือเผยแพร่วิชาการเพื่อสนับสนุนและยกขีดความสามารถในการผลิตองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ

การจำกัดสิทธิความรับผิดชอบ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ถือเป็นความเห็นของวารสารวิจัยระบบสาธารณสุขและวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับข้อความและข้อคิดเห็นใดๆ ของผู้เขียน วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม รวมทั้งการตรวจทานแก้ไขหรือขัดเกลาภาษาให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด อนึ่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายลิขสิทธิ์

เงื่อนไขหลักในการส่งต้นฉบับ

วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขยินดีรับพิจารณาต้นฉบับงานวิจัยและต้นฉบับบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขหลักดังต่อไปนี้

- ไม่เคยลงตีพิมพ์ในที่ใดๆ มาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ด้วย (กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ โดยท่านสามารถดาวน์โหลดไฟล์ MS Words ได้ที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิกที่ *For authors (declare form)*)
- ต้องเขียนชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด (ในกรณีมีสองสังกัด กรุณาระบุเพียงที่เดียว) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้นิพนธ์ต้องแปลเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ
- ในกรณีมีผู้นิพนธ์หลายคน กรุณาระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) ในแบบคำรับรองงานต้นฉบับ

หากบทความที่ขอลงตีพิมพ์ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้น กองบรรณาธิการขอใช้สิทธิที่จะปฏิเสธบทความนั้นในทันที ทั้งนี้ ท่านสามารถดาวน์โหลดคำแนะนำในการส่งต้นฉบับงานวิจัยและบทความวิชาการ ได้จาก <http://ejournal.hsri.or.th/> คลิกที่ *For authors*

Vision

The *Journal of Health Systems Research* is aimed at being one of leading health systems research journals in ASEAN.

Aim & Scope

Journal of Health Systems Research is an academic published tool for supporting and enhancing the potential abilities in generating new bodies of knowledge from health systems researches which will be useful for policy makers, researchers, academics and health practitioners in all levels.

Disclaimer

Facts and opinions in articles published in *Journal of Health Systems Research* express solely the personal statements of respective authors and do not necessarily reflect the views or opinions of the editors or its publisher. The editors reserve the right to edit or rewrite, correct, and publish only the articles that meet our standard criteria. The entire contents published in the Journal have been fully protected by copyrights.

Main conditions for submission

The *Journal of Health Systems Research* welcomes research articles and academic articles in both Thai and English that meet the following conditions:

- The articles must be original and must not be published nor submitted for publication elsewhere (*please attach the Declare Form with your submission. Download the form in MS Words format at <http://ejournal.hsri.or.th/> and click For authors (declare form)*)
- The articles must contain proper title, abstract, name of author (s) and affiliation (specify only one) in both Thai and English
- References must be in English (for Thai references, please translate into English and add “(in Thai)” at the end of the item)
- In case of more than 1 author, please provide details of corresponding author in the Declare Form

If the submitted article fails to comply with the above conditions, the editorial staff reserves the right to immediately reject it. Please download *JHSR* Submission Guideline at <http://ejournal.hsri.or.th> and click *For authors*.



วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ใหม่ด้านการวิจัยระบบสุขภาพ ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย นักวิชาการและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ กำหนดเผยแพร่ในรอบ 3 เดือน คือ มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน และ ตุลาคม-ธันวาคม งานที่จะส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิจัยระบบสาธารณสุข จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น บทความที่ส่งเข้ามารับการพิจารณา หากได้มาตรฐานเพียงพอ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อนที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าว

บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. รับรองว่าผลงานที่ส่งมาเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยเผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่ได้ส่งผลงานนั้นไปยังวารสารใดๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน
2. รายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือนข้อมูล หรือให้ข้อมูลอันเป็นเท็จ
3. จะต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น ถ้าหากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้ในผลงานของตน โดยทำรายการอ้างอิงที่ท้ายบทความ
4. เขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในคำแนะนำผู้เขียนของวารสารฯ
5. ผู้เขียนที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน จะต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนั้นๆ อย่างแท้จริง
6. ระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนการทำวิจัย และระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
7. ระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยชุดใดบ้าง และเมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจง
8. แจ้งการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล
9. ส่งมอบข้อมูลดิบในกรณีที่ทางกองบรรณาธิการแจ้งความประสงค์
10. แจ้งกองบรรณาธิการทราบ หากพบข้อผิดพลาดที่มีนัยสำคัญในผลงาน/การศึกษา เพื่อทำการแก้ไขหรือถอดถอนบทความ

บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ส่งความเห็นต่อบทความตามกำหนดเวลาและให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนความเห็นของตน
2. รักษาความลับเกี่ยวกับเอกสารที่เกี่ยวข้องในกระบวนการพิจารณาความเหมาะสมของบทความ ต่อบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้อง
3. เมื่อตระหนักว่าตนอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผลงานหรือผู้เขียน หรือมีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะ/ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ ให้แจ้งกองบรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้นๆ
4. แจ้งกองบรรณาธิการเกี่ยวกับการคัดลอกผลงาน (plagiarism) ที่อาจจะเป็นไปได้ ในกรณีที่ผู้เขียนไม่ได้อ้างอิง



ผลงานของผู้อื่นอย่างถูกต้องหรือลอกเลียนผลงานที่เผยแพร่แล้ว รวมถึงผลงานของผู้เขียนเองและข้อมูลที่ยังไม่ได้เผยแพร่

5. แจ้งกองบรรณาธิการถ้าหากท่านไม่มีความเชี่ยวชาญเพียงพอสำหรับการพิจารณาความเหมาะสมของบทความนั้นๆ
6. ควรระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่ตนประเมินแต่ผู้เขียนไม่ได้อ้างถึงด้วย

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ

1. จัดการให้บทความมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการปรับปรุงคุณภาพ การส่งเสริมสิทธิในการแสดงความคิดเห็น และจัดให้มีผู้ประเมินบทความอย่างน้อย 2 คนต่อบทความ
2. ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. เลือกบทความเพื่อเผยแพร่หลังจากผ่านการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาความสอดคล้องกับนโยบายของวารสาร และไม่เสี่ยงต่อข้อเรียกร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับการหมิ่นประมาท การละเมิดลิขสิทธิ์และการลอกเลียนผลงานของผู้อื่น
4. ไม่เผยแพร่บทความที่เคยเผยแพร่ที่อื่นก่อนแล้ว
5. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน ผู้ประเมิน และคณะผู้บริหาร
6. หากตรวจพบการคัดลอกผลงานผู้อื่นในกระบวนการประเมินบทความ บรรณาธิการจะต้องหยุดกระบวนการประเมิน และติดต่อผู้เขียนเพื่อขอคำชี้แจง เพื่อประกอบการตอบรับหรือปฏิเสธการเผยแพร่บทความนั้นๆ
7. ประเมินความเหมาะสมของทุกบทความที่เนื้อหา โดยไม่ให้ความสำคัญกับเชื้อชาติ เพศ เพศสภาพ ความเชื่อ ศาสนา ชาติพันธุ์ และความเห็นทางการเมืองของผู้เขียน

การติดต่อกับวารสารฯ ขอให้ติดต่อผ่านทางระบบ e-journal โดยที่ท่านสามารถศึกษารายละเอียดขั้นตอนในการส่งต้นฉบับบทความเข้าระบบฯ และการติดต่อผ่านทางระบบฯ ได้ที่ท้ายเอกสารนี้

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

วารสารฯ รับเผยแพร่บทความ 4 ประเภท คือ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) และจดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) ผู้เขียนควรศึกษารายละเอียดของบทความประเภทต่างๆ ซึ่งจะได้ขยายต่อไป และพิจารณาว่าบทความของตนควรจะเป็นประเภทใด จากนั้นจึงระบุประเภทของบทความในบรรทัดแรกของหน้าแรกก่อนขึ้นชื่อของบทความต่อไป รายละเอียดของบทความต่างๆ ดังกล่าวมีดังนี้

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ที่เกี่ยวกับระบบสุขภาพ และ/หรือ การพัฒนาระบบสาธารณสุข ควรประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address
 - 1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
 - 1.5 ภูมิหลังและเหตุผล
 - 1.6 ระเบียบวิธีศึกษา
 - 1.7 การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้างและเมื่อไร ถ้าหากไม่มี โปรดชี้แจงด้วย
 - 1.8 ผลการศึกษา
 - 1.9 วิจารณ์และข้อยุติ
 - 1.10 กิตติกรรมประกาศ
 - 1.11 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย
 - 1.12 กรณียบทความรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในชั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ซึ่งท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>
- ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรณศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)
- กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
- ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

2. unปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ มาวิเคราะห์วิจารณ์เปรียบเทียบกันเพื่อให้เกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นๆ ยิ่งขึ้น ควรประกอบด้วย

- 2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address
- 2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 2.5 บทนำ



2.6 เนื้อหา

2.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

2.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

2.9 กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 15 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรุณาศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย

ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

3. บทความพิเศษ (special article)

เป็นบทความวิชาการที่แสดงข้อคิดเห็นเกี่ยวโยงกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของมวลชนเป็นพิเศษ หรือเป็นบทความที่รวบรวมเนื้อหาและการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ในเรื่องดังกล่าว หรือเป็นกรณีศึกษาที่สะท้อนระบบสาธารณสุขที่โดดเด่นในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคอาเซียน ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำ

3.6 เนื้อหา

3.7 วิจารณ์

3.8 References คือรายการเอกสารอ้างอิง ซึ่งต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย

3.9 กรุณาแนบแบบคำรับรองงานต้นฉบับ (declare form) โดยผู้เขียนทุกท่านต้องลงนามรับรองด้วย ในขั้นตอนนี้ระบบ e-journal ของทางวารสารฯ รับเฉพาะไฟล์ MS Words ดังนั้น จึงต้องทำให้แบบคำรับรองงานต้นฉบับที่ลงนามแล้วเป็นภาพทั้งฉบับ หรือเฉพาะลายมือชื่อของผู้เขียนแต่ละรายเป็นภาพ แล้วจึงวางลงในไฟล์ MS Words ทั้งนี้ท่านสามารถ download ไฟล์แบบคำรับรองงานต้นฉบับในรูปแบบดังกล่าวได้ที่ <https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal/declare-form>

ทั้งนี้ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้า ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16) กรรณศึกษา “การเตรียมบทความต้นฉบับ” ด้านล่าง (ท้ายหัวข้อที่ 4. จดหมายถึงบรรณาธิการ)

กรณีที่ส่งงานเป็นภาษาอังกฤษ ขอให้มีภาษาไทยที่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียนพร้อมสังกัด บทคัดย่อและคำสำคัญด้วย
ข้อเสนอแนะ – ในกรณีที่ส่งงานเป็นภาษาไทย ขอเชิญชวนให้จัดทำภาพและตารางเป็นภาษาอังกฤษ ทั้งนี้เพื่อให้ชาวต่างชาติเข้าใจและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงได้

4. จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to the editor) หรือ จดหมายโต้ตอบ

เป็นการติดต่อหรือตอบโต้ระหว่างนักวิชาการหรือผู้อ่านกับเจ้าของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้อ่านมีข้อคิดเห็นที่แตกต่าง และต้องการชี้ให้เห็นความไม่สมบูรณ์หรือข้อผิดพลาดของรายงาน และบางครั้งบรรณาธิการอาจวิพากษ์สนับสนุนหรือโต้แย้งได้

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ในขั้นตอนการรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment

1. **ชื่อเรื่อง (title)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อย่อ (subtitle) ชื่อเรื่องต้องไม่ใส่วลีที่ไม่จำเป็น เช่น “การศึกษา...” หรือ “การสังเกต...”

2. **ชื่อผู้เขียน (author and co-author)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช่คำย่อ ไม่ต้องระบุตำแหน่ง คำนำหน้าชื่อและวุฒิการศึกษา

3. **ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัด ให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด * † ‡ § # ¶

4. **บทคัดย่อ (abstract)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ภูมิหลังและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์ ไม่ควรเกิน 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคอดีต

5. **คำสำคัญ (keywords)** ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract ไม่ควรเกิน 5 คำ

6. **ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale)** เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหา ที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ และใส่วัตถุประสงค์ของการศึกษาไว้ในตอนท้าย

7. **ระเบียบวิธีศึกษา (methodology)** เขียนชี้แจงจำแนกเป็น 2 หัวข้อใหญ่คือ

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ต้องบอกถึงการได้รับอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา การ



ยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาสิ่งมีชีวิต ตลอดจนอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น randomized double blind, descriptive หรือ quasi-experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุเป็นเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่ ก็ควรอธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ได้ โดยระบุเครื่องมือ/อุปกรณ์และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ/ปริมาณให้ชัดเจนและกระชับ เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้

8. การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethical committee approval) กรณีที่มีการทำวิจัยในมนุษย์ โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการฯ ชุดใดบ้าง เมื่อไร ถ้าหากไม่มี ต้องชี้แจงด้วย

9. ผลการศึกษา (result) แจงผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขซ้ำในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ ที่อาจยกขึ้นมาอธิบายได้บ้าง ทั้งนี้ ขอให้แยกตาราง ภาพ และแผนภูมิออกจากเนื้อหา โดยวางไว้ท้ายบทความ ไม่สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบว่า

ใส่ตารางที่ 1 หรือ ใส่ภาพที่ 1 หรือ ใส่แผนภูมิที่ 1

ตาราง (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

เป็นการจัดระเบียบของคำพูด ตัวเลขและเครื่องหมายต่างๆ บรรจุลงในคอลัมน์เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตารางมีดังนี้

- ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย
- ชื่อคอลัมน์เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ ควรจะสั้นหรือย่อๆ และอธิบายให้ละเอียดในเชิงอรรถ (footnote) ใต้ตาราง (ถ้าจำเป็น)
- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง เสนอให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶
- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3-5 ตาราง และไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก

ภาพ (แนะนำให้ทำเป็นภาษาอังกฤษ)

จะช่วยสื่อความหมายให้ชัดเจนขึ้น โดยเน้นจุดสำคัญ มีแนวทางดังนี้

- ต้องคมชัด อาจเป็นภาพขาว-ดำ หรือภาพสี
- ควรเป็น file ภาพต้นฉบับจากกล้องที่มีขนาดไม่ต่ำกว่า 600 x 800 pixels
- หากภาพมีกล่องข้อความหลายกล่องหรือสัญลักษณ์ต่างๆ จะต้องทำ grouping ไว้ด้วย
- ต้องขออนุญาต หรืออ้างอิงกรณีนำภาพมาจากงานของผู้อื่น

10. **วิจารณ์และข้อยุติ (discussion and conclusion)** เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษา แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้ ว่าตรงหรือแตกต่างไปหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง ควรจะเขียนเปรียบเทียบผลที่ได้จากการวิจัยกับผลที่ถูกรายงานไว้แล้วในงานของคนอื่นที่ทำก่อนหน้านั้น (ซึ่งถ้าเป็นไปได้ไม่ควรเกิน 3-5 ปี) นำมาสนับสนุนผลการทดลองสมมติฐาน หรือข้อสรุป เพื่อเพิ่มน้ำหนักความน่าเชื่อถือ ควรอภิปรายข้อจำกัด/ข้อบกพร่อง ข้อดีเด่น ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ในทางการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

11. **ข้อเสนอแนะ** ผู้เขียนควรระบุข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายต่อประเด็นที่ศึกษา และข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป โดยอ้างอิงข้อค้นพบจากการศึกษา

12. **กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement)** มีย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง หากปรากฏชื่อเป็นผู้เขียนร่วมแล้ว จะไม่ระบุในส่วนนี้อีก

13. **เอกสารอ้างอิง (reference)** ในส่วนนี้ให้ใช้ “References” เป็นชื่อหัวข้อ สำหรับการอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขด้วยก ในวงเล็บ วางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยเริ่มจาก “(1)” และเรียงเลขอื่นๆ ต่อไปตามลำดับ ถ้าอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ไม่ใช่คำย่อในรายการเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นของผู้เขียนและชื่อวารสารที่มีตาม Index Medicus ส่วนวารสารที่ไม่พบใน Index Medicus และวารสารไทยให้ใช้ชื่อวารสารที่เป็นชื่อเต็มในภาษาอังกฤษ

การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดดังส่วนต่อไปในเอกสารนี้)

สำหรับการเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามการอ้างอิงก่อน-หลังในเนื้อหาของบทความ

บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้ว แต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังตีพิมพ์” (in the process of being published) บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” (unpublished) หลีกเลี่ยงการนำ “ติดต่อส่วนตัว” (personal communication) มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงมีหลักเกณฑ์ดังนี้

13.1 วารสารวิชาการ

นามสกุลผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

สำหรับรายการอ้างอิงที่เป็นเอกสารภาษาไทย ต้องแปลทุกส่วนเป็นภาษาอังกฤษ แล้วใส่ “(in Thai)” ไว้ท้ายเอกสารอ้างอิงนั้น

ชื่อผู้เขียนให้ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง (ถ้ามี) และถ้ามีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย “et al.”

ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่เผยแพร่ใน Index Medicus ทุกปี



ชื่อเรื่อง จะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรก และชื่อเฉพาะต่างๆ

ถ้าวารสารเรียงหน้าไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย ดังนี้ “10(3):” หมายความว่าพิมพ์เป็นปีที่ 10 ในวงเล็บฉบับที่ 3 และต่อด้วย : (colon)

ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 123-9 แทนที่จะเป็น 123-129 และใช้ 248-58 แทนที่จะเป็น 248-258

ไม่มีการเว้นวรรคทั้งสองด้านของเครื่องหมาย ; (semicolon) และ : (colon) ในการระบุปีที่พิมพ์ ปีที่ ฉบับที่ เลขหน้า

ตัวอย่างดังนี้

1. Sirichakwal PP, Sranacharoenpong K, Tontisirin K. Food based dietary guidelines (FBDGs) development and promotion in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr* 2011;20(3):477-83.
2. Chaisuntitrakoon A. Evaluation of dental services quality. *Journal of Health Systems Research* 2015;9(2):136-45. (in Thai)
3. Snowdon J. Severe depression in old age. *Medicine Today* 2002;3(12):40-7.
4. Studer HP, Busato A. Comparison of Swiss basic health insurance costs of complementary and conventional medicine. *Forschende Komplementarmedizin* 2011;18(6):315-20.
5. Skalsky K, Yahav D, Bishara J, Pitlik S, Leibovici L, Paul M. Treatment of human brucellosis: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2008 Mar 29;336(7646):701-4.
6. Huang CF, Lee HC, Yeung CY, Chan WT, Jiang CB, Sheu JC, et al. Constipation is a major complication after posterior sagittal anorectoplasty for anorectal malformation in children. *Pediatric Neonatology* 2012;53(4):252-6.

กรณีผู้เขียนเป็นองค์กร

7. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002;40(5):679-86.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

8. 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002;325(73):184.

กรณีเป็นบทความในฉบับเสริม (supplement)

9. Anamnart C, Pongvarin N. Patent foramen ovale and recurrent transient neurological symptoms: a case report and review of literature. *J Med Assoc Thai* 2011;94 Suppl 1:S264-8.

13.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

10. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
11. National Statistical Office. The 2011 survey on conditions of society and culture. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2012.
12. Office of the National Economics and Social Development Board. Philosophy of sufficiency

economy. Bangkok: 21 Century; 2007. (in Thai)

13. Association of Southeast Asian Nations. Association of Southeast Asian Nations: one vision, one identity, one community [Internet]. ASEAN annual report 2007-2008. Jakarta: ASEAN Secretariat; 2011 [cited 2008 July]. Available from: <http://www.aseansec.org/index2008.html>.

หนังสือหรือตำราที่ผู้เขียนเขียนทั้งเล่ม และ ไม่มีบรรณาธิการ

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. จำนวนหน้า.

จะใส่ครั้งที่พิมพ์เฉพาะกรณีที่ไม่ใช่ครั้งแรก

14. Khammanee T. Science of teaching: body of knowledge for the management of effective learning process. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2007. 502 p. (in Thai).

15. Cheers B, Darracott R, Lonne B. Social care practice in rural communities. Sydney: The Federation Press; 2007.

16. Miles DA, Van Dis ML, Williamson GF, Jensen CW. Radiographic imaging for the dental team. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.

17. Murtagh J. John Murtagh's general practice. 4th ed. Sydney: McGraw-Hill Australia; 2007.

หนังสือที่มีบรรณาธิการ และ อ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

18. Mahathanan N, Rodpai S. Counselling for renal replacement therapy. In: Eiam-Ong S, Susantitaphong P, Srisawat N, Tiranathanagul K, Praditpornsilpa K, Tungsanga K, editors. Textbook of hemodialysis. Nakhon Pathom: A I Press; 2007. p. 94-103.

19. Alexander RG. Considerations in creating a beautiful smile. In: Romano R, editor. The art of the smile. London: Quintessence Publishing; 2005. p. 187-210.

20. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynaecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. Chapter 29, Endometriosis; p. 1103-33.

กรณีเป็น e-book

21. Irfan A. Protocols for predictable aesthetic dental restorations [Internet]. Oxford: Blackwell Munksgaard; 2006 [cited 2009 May 21]. Available from Netlibrary: <http://cclsw2.vcc.ca:2048/login?url=http://www.netLibrary.com/urlapi.asp?action=summary&v=1&bookid=181691>.

กรณีเป็นบทหนึ่งใน e-book

22. Darwin C. On the Origin of Species by means of natural selection or the preservation of favoured races in the struggle for life [internet]. London: John Murry; 1859. Chapter 5, Laws of Variation. [cited 2010 Apr 22]. Available from: <http://www.talkorigins.org/faqs/origin/chapter5.html>.

13.3 รายงานการประชุม สัมมนา

เอกสารสรุปผลการประชุม

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ). ชื่อการประชุม; ปี เดือน วันประชุม; สถานที่จัดประชุม.



เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าที่.

23. Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Reinhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

กรณีนำเสนอในการประชุม แต่ไม่มีการตีพิมพ์

24. Bowden FJ, Fairley CK. Endemic STDs in the Northern Territory: estimations of effective rates of partner exchange. Paper presented at: The Scientific Meeting of the Royal Australian College of Physicians; 1996 Jun 24-25; Darwin, Australia.

กรณีตีพิมพ์เป็น proceeding

25. Kimura J. Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

13.4 รายงานทางวิชาการ พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทของรายงาน. เมืองที่พิมพ์: หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

26. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No.: HHSIGOEI69200860.

13.5 วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

27. Khwansuk N. The effect of a home environmental management program for children with asthma on caregivers' management behavior (master's thesis). Bangkok: Mahidol University; 2011. (in Thai)

13.6 สิ่งพิมพ์อื่นๆ

13.6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ ปี เดือน วันที่พิมพ์; ส่วนที่: เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

28. Purdon F. Colder babies at risk of SIDS. The Courier Mail 2010 Mar 8:9.

29. Robertson J. Not married to the art. The Courier Mail (Weekend edition). 2010 Mar 6-7:Sect. ETC:15.

กรณีไม่มีชื่อผู้เขียน

30. Meeting the needs of counsellors. The Courier Mail 2001 May 5:22.

13.6.2 กฎหมาย

31. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

13.6.3 พจนานุกรม

32. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

กรณีเป็น online dictionary

33. Stedman's medical dictionary [Internet]. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20. [cited 2009 Nov 11]. Available from: <http://www.stedmans.com>.

13.7 วีดิทัศน์

ชื่อเรื่อง (วีดิทัศน์). เมืองที่ผลิต: แหล่งผลิต; ปีที่ผลิต.

34. Robinson J (producer). Examination of the term neonate: a family centred approach [DVD]. South Hurstville, NSW: Midwifery Educational Services; 2005. 1 DVD: 37 min., sound, colour, 4 ¾ in.

13.8 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร หรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [ปี เดือน วัน ที่ค้นข้อมูล]; ปีที่ (เล่มที่ ถ้ามี): [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล: URL address.

ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI number

35. Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: ‘gated’ vs. ‘ungated’ approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar [cited 2010 Apr 15];93(3):227-232. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/>. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.

ตัวอย่างไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มี DOI number

36. Lemanek K. Adherence issues in the medical management of asthma. J Pediatr Psychol [Internet]. 1990 [cited 2010 Apr 22];15(4):437-58. Available from: <http://jpsy.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/4/437>.

Podcasts

37. Dirks, P. “Missing Link” fossil discovery in South Africa [podcast on the internet]. Sydney: ABC Radio National; 2010 [updated 2010 Apr 9; cited 2010 Apr 14]. Available from: <http://www.abc.net.au/rn/breakfast/stories/2010/2868072.htm>.

Blog Posts

38. Flower R. How a simple formula for resolving problems and conflict can change your reality. Pick the brain [blog on the Internet]; 2015 Jun 1 [cited 2015 Jun 9]. Available from: <http://www.pickthebrain.com/blog/how-a-simple-formula-for-resolving-problems-and-conflict-can-change-your-reality/>.

การปรับแก้ต้นฉบับ

โดยทั่วไป กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วส่งให้ผู้เขียน สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้เขียน แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น

การตรวจทานต้นฉบับก่อนเผยแพร่ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา

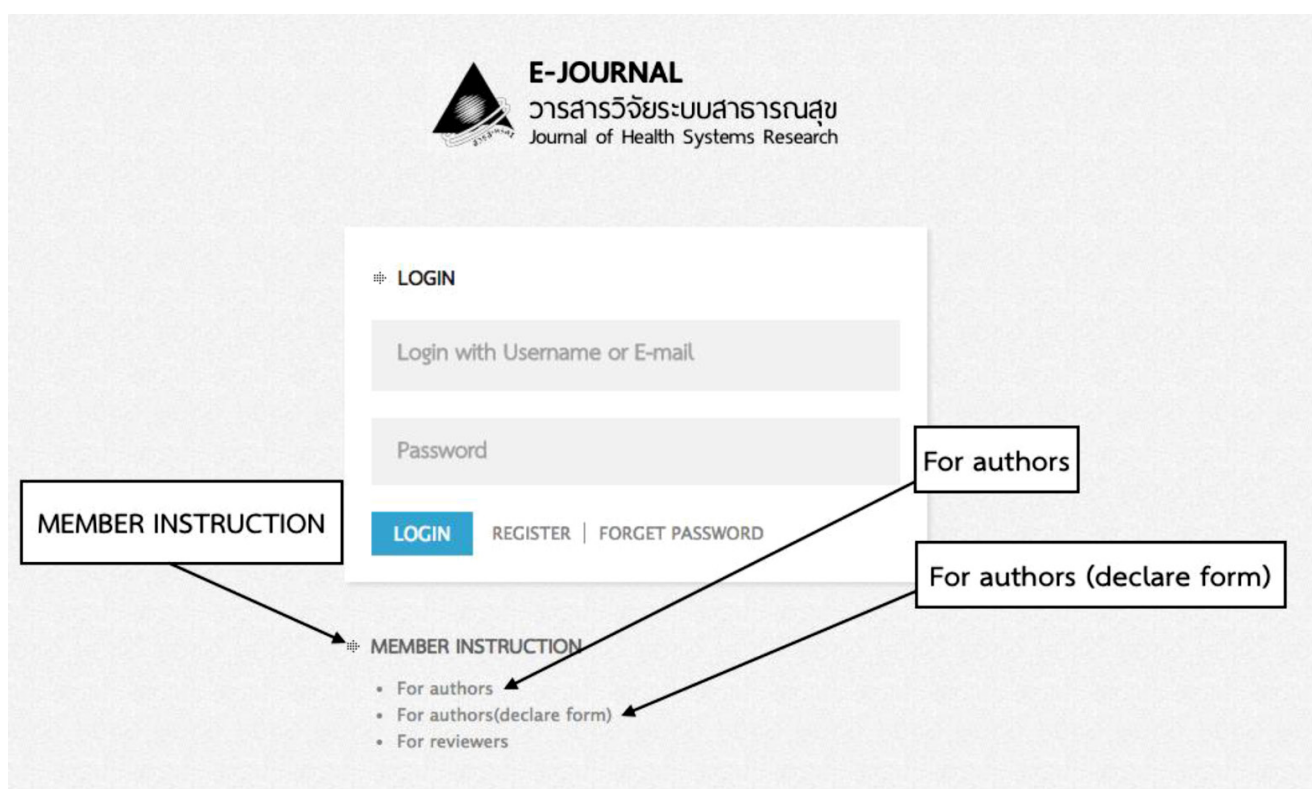


สถานะของบทความในระบบและขั้นตอนการทำงาน วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข

สถานะบทความในระบบ e-journal	ขั้นตอนการทำงาน
1. Information review	เมื่อผู้เขียนส่งบทความเข้าระบบ e-journal สำเร็จแล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบความเรียบร้อยเบื้องต้น
2. Editor first view	ผู้ทรงคุณวุฒิกลั่นกรองเบื้องต้น เช่น ตรวจสอบการเข้าขอบข่ายของวารสารฯ และประโยชน์จากงานวิจัย บทความอาจจะถูกปฏิเสธในขั้นตอนนี้ได้
3. Reviewer	กองบรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาให้ความเห็นในเชิงวิชาการ บรรณาธิการพิจารณาสรุปความเห็น ก่อนแจ้งผู้เขียนปรับแก้บทความ หรือ แจ้งปฏิเสธที่จะเผยแพร่บทความ
4. Revision Revision 1	เมื่อกองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้เขียนปรับแก้ วันที่ 1 ถึงวันที่ 30 นับจากวันที่แจ้งผล โดยนับวันแจ้งผลเป็นวันที่ 0 และ ก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน ซึ่งผู้เขียนสามารถดำเนินการตามที่แจ้งในข้อความนั้น เพื่อขอขยายเวลาได้อีก 30 วัน (เมื่อขอขยายเวลา และเข้าวันที่ 31 บทความจึงจะเปลี่ยนสถานะเป็น Revision 2)
Revision 2	วันที่ 31 ถึงวันที่ 60 นับจากวันที่แจ้งผล โดยก่อนครบกำหนด 7 วัน ระบบจะส่งข้อความเตือน และไม่สามารถขยายเวลาได้อีก
*หากผู้เขียนไม่ส่งบทความภายใน 30 วัน ในกรณีไม่ขอขยายเวลา หรือ ไม่ส่งภายใน 60 วัน ในกรณีที่ขอขยายเวลา ระบบจะ reject บทความโดยอัตโนมัติ	
5. Edit 1	เมื่อผู้เขียนส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว กองบรรณาธิการจะตรวจสอบการปรับแก้ตามที่ได้แจ้งผู้เขียน
6. Edit 2	ชำระนิพนธ์ต้นฉบับ
7. Editor approval of MS words	กองบรรณาธิการพิจารณาบทความในเชิงวิชาการอีกครั้ง และอาจแจ้งให้ผู้เขียนปรับเพิ่มเติมได้
8. Artwork	กองบรรณาธิการส่งบทความเพื่อจัดให้อยู่ในรูปแบบสำหรับการเผยแพร่ online (เป็นไฟล์ pdf)
9. Author check	ผู้เขียนตรวจสอบความถูกต้อง กำหนดแจ้งกลับภายใน 3 วัน
10. Editor approval of artwork	กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง
11. Proofreading	พิสูจน์อักษร
12. Library catalogue	กองบรรณาธิการเตรียมการเผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal
13. Publication	เผยแพร่บทความที่ https://www.hsri.or.th/researcher/media/e-journal ซึ่งจะมีข้อความแจ้งไปยังผู้เขียนหลังการเผยแพร่ด้วย

การส่งต้นฉบับ

จะต้องดำเนินการผ่านทางระบบออนไลน์เท่านั้น โดยไปที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> ซึ่งจะปรากฏหน้าจอ ดังภาพด้านล่างนี้ หากท่านใดส่งบทความเป็นครั้งแรก ต้องสมัครสมาชิกก่อน (คลิกที่ register) ระบบจะส่งลิงค์ไป ให้ที่อีเมลที่ท่านใช้สมัคร ท่านจะต้องใช้ลิงค์นั้นภายใน 24 ชั่วโมงเพื่อไปตั้ง password และหลังจากตั้ง password เรียบร้อยแล้วจึงจะส่งบทความได้ หากลืม password กรุณากรอก username หรือ email address ที่ใช้สมัครไว้ และ click ที่ FORGET PASSWORD จะมีข้อความส่งไปยังอีเมลที่ท่านสมัครเพื่อให้ท่านสามารถเข้าระบบเพื่อตั้ง password ใหม่ได้



เมื่อคลิกที่ “For authors” ระบบจะแสดงหน้าต่างถัดไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำแนะนำการส่งต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เมื่อคลิกที่ “For authors (declare form)” ระบบจะแสดงหน้าต่างถัดไป ซึ่งมีลิงค์สำหรับ “คำรับรองงานต้นฉบับ” ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งวารสารฯ กำหนดให้ผู้เขียนส่งด้วย สำหรับคำแนะนำในการส่งคำรับรองงานต้นฉบับ กรุณาย้อนกลับไปดูคำแนะนำในส่วน “ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่” ด้านบนของเอกสารนี้

ภายหลังการตั้ง password เมื่อคลิก save แล้ว จะปรากฏหน้าข้างล่างนี้บนหน้าจอ



Add new article

✓ The changes have been saved.

INFORMATION

Title (thai) ? *

Title (eng.) ? *

Abstract (thai) ? *

Data

Authors ? *

Full name (thai)

Full name (eng.)

Email

Add co-author

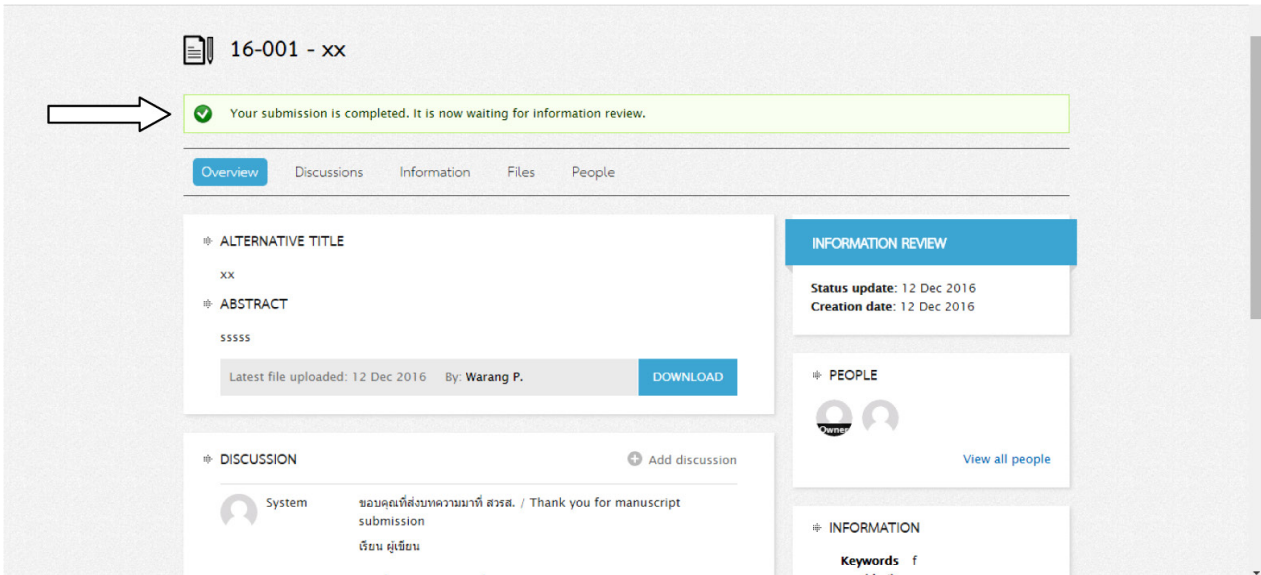
Keywords (thai) ? *

Add co-author

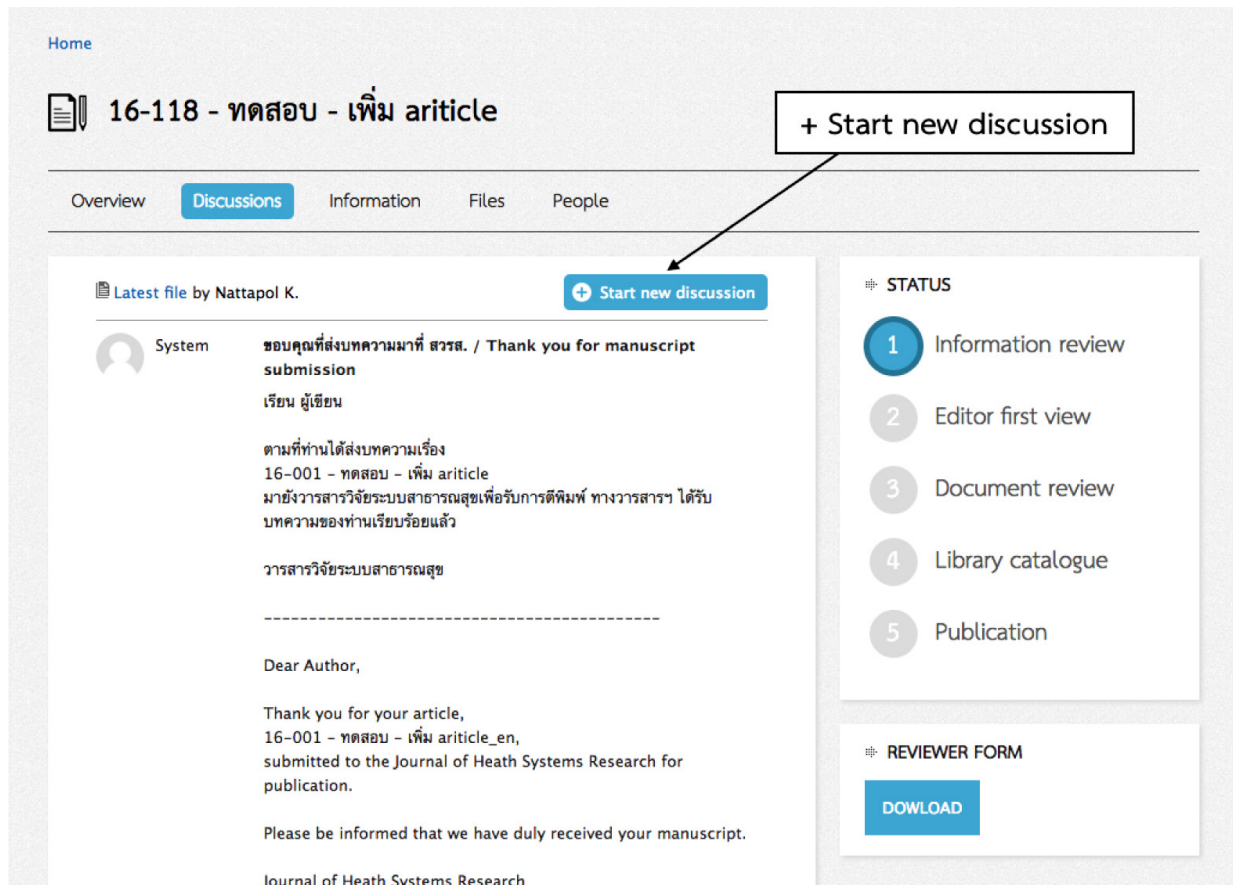
กรุณารอกข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งชื่อและอีเมลของผู้เขียนทุกท่านตามที่ปรากฏในไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับ ซึ่งช่องสำหรับกรอกข้อมูลของผู้เขียนร่วมจะปรากฏเมื่อท่านคลิกที่ปุ่ม Add co-author โดยจะปรากฏช่องให้กรอกข้อมูลผู้เขียนร่วมครั้งละ 1 ท่าน เมื่อท่านกรอกข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงคลิก Choose file เพื่อไปเลือกไฟล์นิพนธ์ต้นฉบับที่ท่านต้องการเสนอเผยแพร่ เมื่อปรากฏชื่อไฟล์ที่ต้องการในกล่องเรียบร้อยแล้วจึงกดปุ่ม UPLOAD เพื่อ upload ไฟล์เข้าระบบ หลังจากระบบ upload ไฟล์เรียบร้อยแล้ว ให้กดปุ่ม SUBMIT

The screenshot shows the 'Full text' section of the submission form. It includes a text area for the abstract, a 'Full text' label, a 'Choose File' button, and an 'UPLOAD' button. Below the text area, there is a checkbox for 'I have read the submission guidelines' and a 'SUBMIT' button. To the right, there are sections for 'Keywords (eng.)', 'Offices', 'Publisher', 'Contributors', 'Date', 'Language', and 'Coverage'. Annotations with arrows point to the 'Choose file' button, the 'SUBMIT' button, and the 'UPLOAD' button.

หากการส่งนิพนธ์ต้นฉบับเสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว หน้าจอจะปรากฏดังนี้

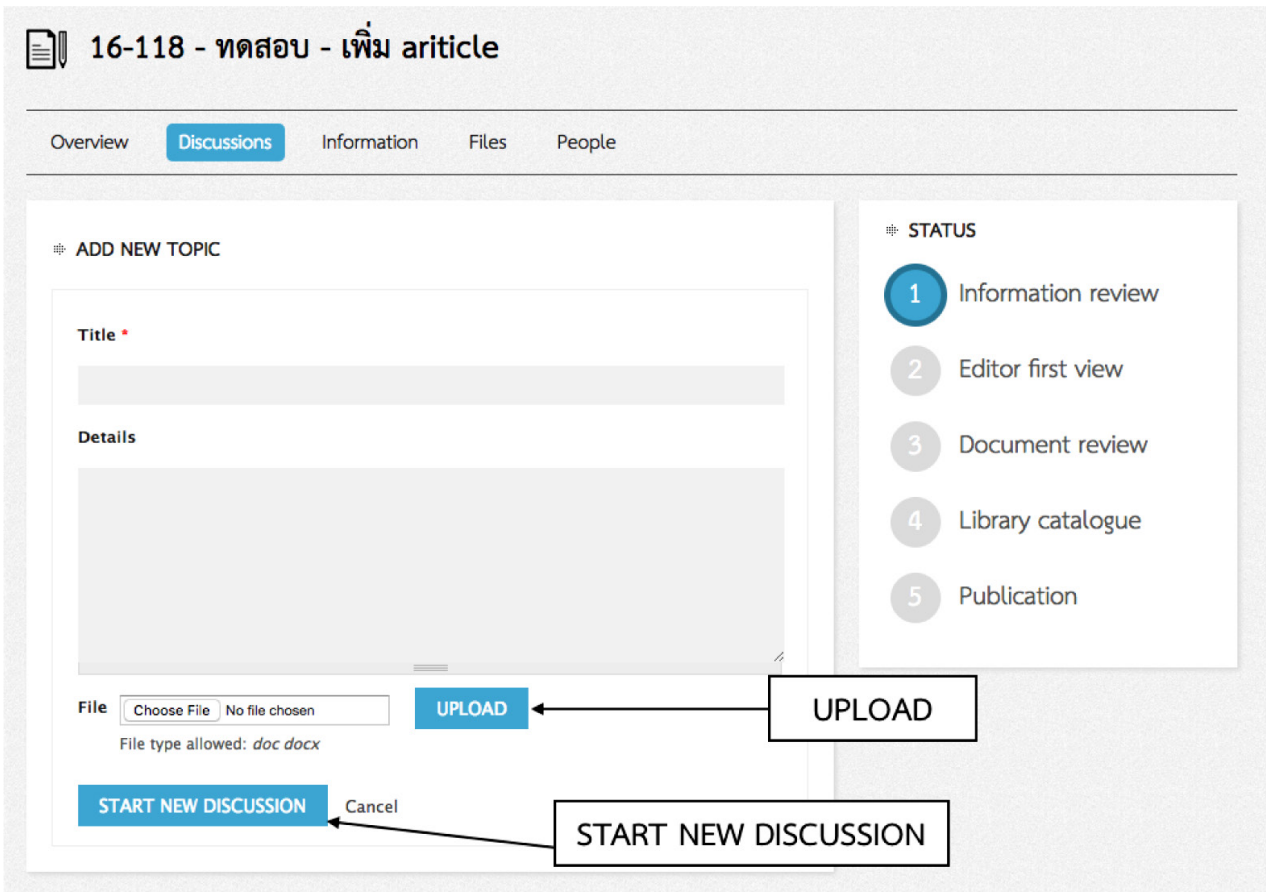


การติดต่อกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายจัดการวารสารนั้น ท่านสามารถกระทำได้ เมื่อท่าน log in เข้าระบบที่ <http://ejournal.hsri.or.th/> แล้วไปที่ tab “Discussions” จากนั้น คลิกที่ “+ Start new discussion” ดังภาพด้านล่าง





จากนั้นจะปรากฏหน้าจอ ดังนี้



กรณารอกหัวข้อที่ช่อง Title ซึ่งมี * (สีแดง) กำกับไว้ แล้วพิมพ์ข้อความที่ต้องการสื่อสารในช่อง Details หากมีไฟล์ที่ต้องการ upload ก็คลิกที่ Choose File แล้วคลิก UPLOAD

จากนั้น คลิกที่ START NEW DISCUSSION ที่อยู่ด้านล่าง ระบบจึงจะส่งข้อความของท่านไปยังเจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการวารสารฯ

หากการ upload ไฟล์สำเร็จ จะมีข้อความแสดงที่หน้าจอให้ทราบ และปรากฏชื่อไฟล์ได้ข้อความของท่าน

เมื่อกองบรรณาธิการส่งข้อความถึงท่านจากระบบ e-journal จะมีข้อความไปยังอีเมลที่ท่านใช้ในการสมัครสมาชิกกับทางวารสารฯ และท่านสามารถคลิกที่ลิงค์ในข้อความดังกล่าว เพื่อเข้าสู่ระบบ e-journal และเขียนข้อความตอบกลับได้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในการใช้ระบบ กรุณาติดต่อเจ้าหน้าที่ ในเวลาทำการ (08.30-16.30 น.) ของวันจันทร์-ศุกร์ (เว้นวันหยุดราชการ) ที่โทร 02-027-9701 ต่อ 9051 หรือ ส่งคำถามของท่านได้ที่ warangkana@hsri.or.th

สารบัญ

Contents

บทบรรณาธิการ

สถานการณ์โควิด-19 ที่ท้าทายระบบสุขภาพ
ปฐมภูมิไทย 129
ศุภลสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

Editorial

COVID-19 Challenges Thailand Primary Care
Systems
Supasit Pannarunothai

นิพนธ์ต้นฉบับ

สถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: สาระ
หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และหมวดการป้องกัน
และควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ 131
ฐิติพร สุแก้ว และคณะ

ORIGINAL ARTICLE

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

การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม
โควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ
ประเทศไทย 151
ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ

The Surveillance, Prevention and Control of
Coronavirus Disease 2019 in Communities by
Village Health Volunteers in North East Thailand
Chaweewan Sridawruang, et al.

ผลกระทบต่อด้านสุขภาพจากสถานการณ์ระบาดของ
โควิด-19 ต่อผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในเขต
กรุงเทพมหานคร 169
ประภัสสรา พงศ์พันธุ์พิศาล และคณะ

The Health Impact of the COVID-19 Pandemic
on Visually Disabled Persons in Bangkok
Prapatsara Pongpunpisand, et al.

การประเมินการดำเนินงานระยะครึ่งแผนตาม
แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ
ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 183
วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร และคณะ

A Mid-Term Evaluation of Thailand National
Strategic Plan on Antimicrobial Resistance 2017-
2021
Vilawan Luankongsomchit, et al.

การประยุกต์ใช้เกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น เพื่อ
การจัดซื้อยาภาครัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาล
นำร่อง 202
นิลวรรณ อยู่รักคีติ และคณะ

The Application of Price Performance Criteria
for Government Procurement of Medicine: A
Case Study in Pilot Hospitals
Nilawan Upakdee, et al.

การทบทวนข้อเสนอแนะนโยบายด้านอาหารและ
โภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศ
และการดำเนินงานของประเทศไทย 215
กมลพัฒน์ มากแจ้ง และคณะ

Policy Recommendations on School Food and
Nutrition from Global Organizations and the Policy
and Practice in Thailand
Kamolphet Markchang, et al.

สารบัญ

Contents

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิ
ของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามมาตรา
40: กรณีการเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนการ
ขาดรายได้เมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

สายชล คล้อยเอี่ยม และคณะ

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกแบบออนไลน์ครั้งแรก
ในประวัติศาสตร์

โอริสา ซื่อสัตย์awang และคณะ

249

**Factors Associated with Contribution Payment
among Insured Workers under Social Security
Act's Article 40: the Case of Sickness Benefit**

Saichon Kloyiam, et al.

266

**The First Online World Health Assembly in
History**

Orisa Sursattayawong, et al.

สถานการณ์โควิด-19 ที่ท้าทายระบบสุขภาพปฐมภูมิไทย COVID-19 Challenges Thailand Primary Care Systems

แล้วการระบาดของโรคโควิด-19- ระดับโลกที่สร้างระเบียบวิธีใหม่ก็เปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะโรคประจำถิ่น การเขย่าโลกอย่างแรงทำให้คนทั่วโลกเกือบ 550 ล้านคนรายงานผู้ป่วย 6.5 ล้านคนตาย และรับวัคซีนเกือบ 12,000 ล้านโดสพร้อมๆ กันในเวลาสองปีครึ่ง⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วย 4.5 ล้านคน เสียชีวิต 30,559 คน⁽²⁾ สถานการณ์นี้ทดสอบโครงสร้างสังคมได้ทุกขงกม ทั้งการเมือง เศรษฐกิจ ศิลปวัฒนธรรม วิทยาศาสตร์ และสุขภาพ และระบบสุขภาพที่เล็กที่สุดหรือใกล้ตัวทุกคนที่สุด คือระบบสุขภาพปฐมภูมิว่าได้ร่วมมือกอบกู้สถานการณ์พร้อมผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ของระบบสุขภาพไทยอย่างไร

ระลอกที่หนึ่ง มีนาคมถึงพฤศจิกายน 2563 “ปฐมภูมิตรวจตราการติดเชื้อสายพันธุ์อู่ฮั่น” มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ 4,237 คน เป็นการติดเชื้อในประเทศ 2,463 คน (ร้อยละ 58) เป็นผู้พำนักนำเชื้อเข้าประเทศ 1,774 คน และติดเชื้อในสถานที่กักตัว 1,243 คน ผู้ป่วยเสียชีวิต 60 คน⁽³⁾ ผู้ป่วยโควิด-19 รายแรกเข้าประเทศไทยสัปดาห์ที่สองของเดือนมกราคม อีกสองสัปดาห์พบผู้ป่วยในกรุงเทพมหานครที่ไม่เคยไปต่างประเทศ จากนั้นเดือนมีนาคมพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนจากสนามมวยและสถานบันเทิงย่านทองหล่อ จึงกระตุ้นให้เกิดระบบเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้ออย่างเข้มข้น ป้องกันไม่ให้มีการติดเชื้อรายใหม่ในชุมชนจนสืบหาต้นตอไม่ได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเครื่องมือสำคัญของการเฝ้าระวังคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงจากการสัมผัสผู้ป่วยโควิด-19 อย่างใกล้ชิด ครอบคลุมพื้นที่ชุมชนทุกแห่งโดยเฉพาะเมื่อมีคนจากเมืองเดินทางเข้ามาหมู่บ้านและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสงกรานต์ที่คนไทยกลับภูมิลำเนา ความสำเร็จของการควบคุมโรคโควิด-19 ระลอกแรกของประเทศไทยมีเสียงชื่นชมจากนานาชาติ โดย อสม.เป็นผู้แสดงหลัก⁽⁴⁾ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชนเป็นกองหนุน⁽⁵⁾

ระลอกที่สอง ธันวาคม 2563 ถึงมีนาคม 2564 “ปฐมภูมิติดกับบพทเดิมสู่สายพันธุ์เดิม” เริ่มการระบาดในกลุ่มแรงงานต่างชาติที่สมุทรสาคร จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มเกือบ 6 เท่า คือ 24,626 คน เป็นผู้ป่วยที่มารักษาในระบบบริการ 7,241 คน เป็นผู้ป่วยค้นหาเชิงรุกในชุมชน 16,062 คน (ร้อยละ 65) และผู้ป่วยนำเชื้อเข้าประเทศ 1,323 คน เสียชีวิต 34 คน⁽⁶⁾

ระลอกสาม เมษายนถึงมิถุนายน 2564 เป็นการระบาดของสายพันธุ์อัลฟาติดเชื้อเพิ่มเกือบ 10 เท่า มีรายงานผู้ติดเชื้อ 230,438 คน เสียชีวิตเพิ่ม 56 เท่า เป็น 1,929 คน⁽⁷⁾ และระลอกสี่ กรกฎาคมถึงธันวาคม 2564 ติดเชื้อเพิ่มอีก 8 เท่า คือ 1,964,134 คน เสียชีวิตเพิ่มอีก 10 เท่า คือ 19,675 คน^(7,8) ช่วงนี้ “ปฐมภูมิใช้ชุมชนและบ้านเป็นเตียงโรงพยาบาลร่วมสู่สายพันธุ์เดลตา” การติดเชื้อในชุมชนแออัดคลองเตยเดือนเมษายนส่งสัญญาณว่าระบบโรงพยาบาลที่แพทย์โรคติดเชื้อ แพทย์โรคปอด อายุรแพทย์และอื่นๆ ที่รับภาระดูแลผู้ป่วยอาการหนักในห้วงความดันลบ กังความดันลบ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit: ICU) หอผู้ป่วยวิกฤตชั่วคราว (cohort ICU) และผู้ป่วยที่ต้องการออกซิเจนความเข้มข้นต่างๆ ในโรงพยาบาล รวมทั้งกักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูงสังเกตอาการในหอผู้ป่วยร่วมรุ่น (cohort ward) ในโรงพยาบาลสนาม (field hospital) ในโรงแรม (hospital) ฯลฯ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีส่วนร่วมน้อย โอกาสนี้ทำให้กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาให้บริการด้านหน้าร่วมกับกลไกชุมชนต่างๆ ในการกักตัวผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในชุมชน (community isolation) และที่บ้าน (home isolation) ปรากฏการณ์นี้คล้ายกับเป็นการไม่ให้พางเส้นสุดท้ายไปลงบนหลังลาที่รับภาระมานานแล้ว การที่ราชวิทยาลัยและ

สมาคมแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยรวบรวมอาสาสมัครรับภาระบริการด้านหน้า องค์กรรวม ผสมผสานบูรณาการ ต่อเนื่อง และดูแลเป็นครอบครัว ทำให้สังคมไทยมั่นใจในบริการที่มีคุณภาพจากระบบสุขภาพปฐมภูมิไปจนถึงทุติยภูมิและตติยภูมิ

ระลอกที่ห้า มกราคมถึงมิถุนายน 2565 ก่อนเข้าสู่โรคประจำถิ่นในเดือนกรกฎาคม รายงานการติดเชื้อแบบเป็นทางการ (ไม่นับรวมผลบวกจากวิธีตรวจเร็ว antigen test kit: ATK) มีผู้ติดเชื้อมากกว่าเดิมเล็กน้อย (1.2 เท่า) 2,290,270 คน แต่เสียชีวิตลดลง 2 เท่า คือประมาณ 8,894 คน⁽⁹⁾ ช่วงนี้ถือเป็นการ “พิสูจน์บทบาทของระบบสุขภาพปฐมภูมิ”

การระบาดของสายพันธุ์โอมิครอนในระลอกที่ห้ามาในช่วงที่ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 รอบด้านมากขึ้น การติดเชื้อที่ง่ายขึ้นแม้รับวัคซีนครบก็อาจป้องกันติดเชื้อแต่สามารถป้องกันอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ประกาศยอมรับให้ประชาชนทั่วไปสามารถใช้ ATK เป็นส่วนหนึ่งของการคัดกรองเป็นการดูแลตนเอง (self care) ร้านยาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตีความระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างกว้าง จึงมีบทบาทกระจายชุดตรวจ ATK โดยประชาชนมีส่วนร่วมจ่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ปรับวิธีการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลที่ดูแลผู้ติดเชื้อจากแบบผู้ป่วยในเป็นแบบผู้ป่วยนอก “เจอ-แจก-จบ” ทำให้การดูแลกรณีโควิด-19 สอดคล้องกับองค์ความรู้เดิม ที่การเจ็บป่วยส่วนใหญ่ใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก (ambulatory care) ที่ระบบปฐมภูมิรองรับได้และมีส่วนน้อยที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล และส่วนน้อยที่สุดที่ต้องการการบริบาลภาวะวิกฤตกล่าวได้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยสามารถยึดโยงระบบสุขภาพระดับต่างๆ กอบกู้วิกฤตสุขภาพโควิด-19 รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิพิสูจน์คุณภาพที่ประชาชนวางใจ น่าติดตามว่าประสบการณ์นี้จะมีบทบาทในการออกแบบระบบสุขภาพปฐมภูมิที่พึงประสงค์ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562⁽¹⁰⁾ หรือไม่

ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย
บรรณาธิการ

References

1. Coronavirus Resource Center, Johns Hopkins University. COVID-19 dashboard [internet]. 2022 Jun 24 [accessed 2022 Jun 24]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. COVID-19 situation: daily update [internet]. 2022 Jun 24 [accessed 2022 Jun 24]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>. (in Thai)
3. Center for COVID-19 Situation Administration, Ministry of Public Health. COVID-19 situation in Thailand: daily report [internet]. 2020 Dec 14 [accessed 2022 Jun 26]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/141263.pdf. (in Thai)
4. Kaweenuttayanon N, Pattanarattanamolee R, Sorncha N, Nakahara S. Community surveillance of COVID-19 by village health volunteers, Thailand. Bull World Health Organ 2021;99:393-7. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.274308>.
5. Sridawruang C, Worawong C, Sriring P, Klungklang R, Howharn C, Jaisue D, et al. The surveillance, prevention and control of coronavirus disease 2019 in communities by village health volunteers in North East Thailand. Journal of Health Systems Research 2022;16(2):151-68. (in Thai)
6. Center for COVID-19 Situation Administration, Ministry of Public Health. COVID-19 situation in Thailand: daily report [internet]. 2021 Mar 31 [accessed 2022 Jun 26]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/310364.pdf. (in Thai)
7. Center for COVID-19 Situation Administration, Ministry of Public Health. COVID-19 situation in Thailand: daily report [internet]. 2021 Jun 30 [accessed 2022 Jun 26]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/300664.pdf. (in Thai)
8. Center for COVID-19 Situation Administration, Ministry of Public Health. COVID-19 situation in Thailand: daily report [internet]. 2021 Dec 31 [accessed 2022 Jun 26]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/311264.pdf. (in Thai)
9. Center for COVID-19 Situation Administration, Ministry of Public Health. COVID-19 situation in Thailand: daily report [internet]. 2022 Jun 26 [accessed 2022 Jun 26]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/260665.pdf. (in Thai)
10. The Primary Health Care Act B.E. 2562 (2019). The Royal Government Gazette Volume 136, Section 56 Kor. (Apr 26, 2019). (in Thai)

สถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญ ว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: สาระหมวดการสร้างเสริม สุขภาพ และหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและ ปัจจัยคุกคามสุขภาพ

ฐิติพร สุแก้ว*
อังคณา เลขะกุล*
กมลพัฒน์ มากแจ้ง*
ทิพิชา โปษยานนท์†
โคกิต นาสืบ*
มธุตรา ไพยามณ†
สทพร จุลชู*
จักร เจริญศิลป์ชัย*‡
ศิริธร อรไชย†
นภินทร ศรีไทย†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ฐิติพร สุแก้ว

บทคัดย่อ

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

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

† สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

‡ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

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

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

ฐิติพร สุแก้ว, อังคณา เลขะกุล, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ทิพิชา โปษยานนท์, โคกิต นาสืบ, มธุตรา ไพยามณ และคณะ. สถานการณ์ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ: สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(2):131-50.



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

คำสำคัญ: พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, การสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ, เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

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

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

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

[†] The National Health Commission Office

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

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

Abstract

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

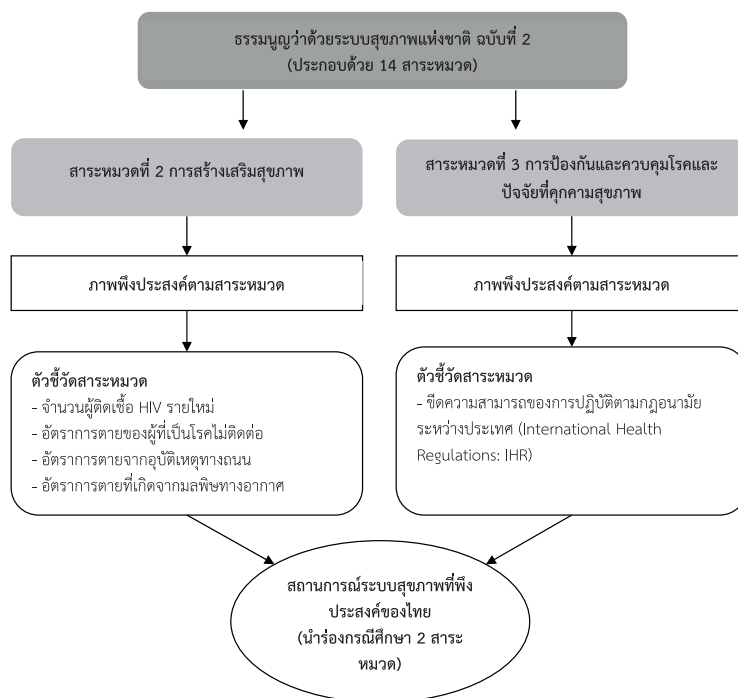
Keywords: national health act, health promotion, disease prevention and health hazards control, Sustainable Development Goals

บทนำและเหตุผล

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

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

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



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษา



ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงเอกสารโดยการสังเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อทบทวนสถานการณ์ตามตัวชี้วัด วิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงาน และรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญ

1) การประเมินแนวโน้มทั้งในปัจจุบันและแนวโน้มระยะยาวของสถานการณ์ตามตัวชี้วัด 5 ตัวชี้วัดที่ใช้เป็นตัวแทนสาระหมวดฯ ที่ทำการศึกษา ได้แก่

สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

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

ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราตายของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน หรือโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (SDG 3.4.1)

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

ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศ ทั้งจากในบ้านเรือนและในบรรยากาศทั่วไป (SDG 3.9.1)

สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

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

2) การวิเคราะห์ช่องว่างในการดำเนินงานเพื่อการบรรลุภาพพึงประสงค์ตามสาระหมวดฯ ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2 ผ่านผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดที่เป็นตัวแทนสาระหมวด โดยใช้กรอบการดำเนินงานในระดับโลกเป็นมาตรฐานการดำเนินงาน โดยมีแนวทางการวิเคราะห์ช่องว่าง 4 ประเด็น ดังนี้

- นโยบาย ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานของ

ประเทศ แผนปฏิบัติการต่างๆ

- องค์กรความรู้ จากการประเมินหลักฐานจากงานวิจัยที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและพื้นที่เพื่อใช้ในการดำเนินงาน

- การดำเนินการครอบคลุมการดำเนินงานโดยภาครัฐบาล ภาคประชาสังคม หรือภาคเอกชน รวมถึง การพิจารณาถึงประสิทธิภาพของการบังคับใช้ตามกฎหมาย

- การติดตามและประเมินผล เช่น การกำหนดตัวชี้วัดของนโยบาย ระบบการติดตามสถานการณ์ รวมถึง กระบวนการที่ใช้ในการกำกับติดตามนโยบาย

ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์แนวโน้มสถานการณ์ตามตัวชี้วัด และช่องว่างและศักยภาพในการดำเนินงานเพื่อบรรลุภาพพึงประสงค์ตามสาระหมวดดังกล่าว

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

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

การพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้เป็นกระบวนการศึกษาโดยการทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ และสังเคราะห์เอกสารบันทึกข้อคิด

เห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จึงจัดอยู่ในเกณฑ์ได้รับการยกเว้นจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

สถานการณ์ตามตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามสาระหมวด

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

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

ตารางที่ 1 สรุปผลการทบทวนสถานการณ์ตัวชี้วัดตามสาระหมวด

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



ตารางที่ 1 สรุปผลการทบทวนสถานการณ์ตัวชี้วัดตามสาระหมวด (ต่อ)

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

หมายเหตุ: * การคำนวณตัวชี้วัดในระดับพื้นที่หมายถึงความสามารถของระบบในการรายงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด

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

ช่องว่างนโยบายตามตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามสาระหมวด

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

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

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

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

เพื่อจัดทำตัวชี้วัดในการประเมินการตายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของประเทศไทย

ช่องว่างการดำเนินงานเพื่อบรรเทาผลกระทบจากมลพิษทางอากาศ

1) สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ภาพพจน์ประสงคที่ 1

“บุคคลได้รับการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนาทักษะสุขภาพส่วนบุคคลและชุมชนอย่างเหมาะสมกับสถานะความจำเป็นทางสุขภาพและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ ผ่านการสร้างและส่งเสริมให้ทุกคนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม”

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



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

ภาพพึงประสงค์ที่ 2

“ชุมชนมีศักยภาพในการเรียนรู้และจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนได้ด้วยตนเองผ่านการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ โดยมีชุมชนเป็นฐานภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคส่วนอื่นๆ และมีนโยบายระดับประเทศที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการตนเองอย่างยั่งยืน”

ในปัจจุบัน การดำเนินงานเพื่อลดการป่วยหรือตายจากทั้ง 4 ประเด็นนั้น พบรูปธรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งในทุกประเด็นสร้างเสริมสุขภาพที่ทำการศึกษาก็จะมีการระบุถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างไรก็ตามนโยบายและรูปแบบการดำเนินการยังไม่มีชัดเจนเท่ากันนโยบายในระดับประเทศ ช่องว่างที่สำคัญคือการกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนของนโยบายที่อยู่ในระดับชุมชน เช่น ปัญหามลภาวะทางอากาศ ซึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ต้องรวมถึงกระบวนการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่น โดยเฉพาะการมีข้อมูลในระดับพื้นที่เพื่อนำไปสู่การจัดการโดยชุมชนเอง

จากการวิเคราะห์ช่องว่างของมาตรการพบว่า ในเชิงนโยบายค่อนข้างมีความครอบคลุมในการพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง อย่างไรก็ตาม การขาดกลไกการวิเคราะห์ช่องว่างและการสะท้อนกลับของข้อมูลเพื่อทราบสถานการณ์ปัญหาและการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และในทางปฏิบัติยังมีข้อจำกัดที่สำคัญโดย

เฉพาะการบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน

ภาพพึงประสงค์ที่ 3

“สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมของชุมชนทุกระดับได้รับการพัฒนาให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยการดำเนินงานของชุมชนได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชน และภาคส่วนอื่นๆ”

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

ภาพพึงประสงค์ที่ 4

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับดำเนินการกิจการสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมถึงการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การดำรงไว้ซึ่งฐานทรัพยากร ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การ

สร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประชาชนกลุ่มต่างๆ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ต่อนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่องานสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพ”

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

ส่วนของการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน พบว่าในบางประเด็น ทาง อปท. ไม่มีตัวชี้วัดในการประเมินผลเฉพาะประเด็น ยกเว้นในเรื่องมลพิษทางอากาศส่วนในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่นั้น เป็นเพียงการประเมินผลในภาพรวมของกองทุนและเป็นการประเมินตามรายโครงการเท่านั้น

ภาพพึงประสงค์ที่ 5

“นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และมีหลักฐานสนับสนุนถึงความเชื่อถือได้นั้น ได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้น โดยสามารถตอบสนองต่อการจัดการกับปัญหาสุขภาพใหม่ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ และความต้องการของภาคส่วนต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการของสังคมรวมถึงตอบสนองต่อความต้องการของทุกกลุ่มวัยตลอดจนกลุ่มคนที่มีความจำเพาะทางสุขภาพ”

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

ภาพพึงประสงค์ที่ 6

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

ถึงแม้ว่าจะมีการระบุประเด็นทุนนโยบายห่วงใย

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

2) สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

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

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

วิเคราะห์ได้

ภาพพึงประสงค์ที่ 1

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

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

ภาพพึงประสงค์ที่ 5

“มีกลไกบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุม

โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน ทำหน้าที่สร้างการมีส่วนร่วมและบูรณาการการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลไกจัดการระบบสุขภาพในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล”

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

ภาพพิงประสงค์ที่ 6

“มีระบบข้อมูลข่าวสารและศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ และมีทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็วที่มีสมรรถนะและทำงานเกื้อ

หนุนเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและประเทศ สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ”

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

ภาพพิงประสงค์ที่ 7

“มีกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่บูรณาการทุกภาคส่วนในการจัดการและพัฒนาระบบการป้องกัน และควบคุมโรค ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพต่างๆ รวมถึงปัจจัยคุกคามที่เกิดจากการเจรจาความตกลงระหว่างประเทศด้วย”

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

ในส่วนของปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านอื่นๆ รวมทั้งมหันตภัย ภัยพิบัติฉุกเฉิน และผลกระทบจากการเจรจาความตกลงระหว่างประเทศนั้น ยังไม่มีกลไกระดับชาติใน

การบูรณาการที่มีความชัดเจนทั้งในด้านนโยบายและการดำเนินงาน

วิจารณ์

การรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพตามเจตจำนงของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 มีความเป็นไปได้ในการใช้กรอบแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในการกำกับติดตามการดำเนินงานสาระหมวดฯ โดยมีระดับความเหมาะสมในการใช้เป็นตัวชี้วัดที่แตกต่างกันไปดังต่อไปนี้

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

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

ตัวชี้วัด SDG ที่ 3.6.1 อัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนนต่อประชากร 100,000 คน ได้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ของประเทศไทยตามตัวชี้วัดนี้มีแนวโน้ม

ที่ดี อย่างไรก็ตาม ตัวชี้วัดนี้ยังเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายขององค์การสหประชาชาติ โดยที่ผ่านมาประเทศไทยมีความพยายามเป็นอย่างยิ่งในดำเนินการทั้งในการออกนโยบาย การวางมาตรการ การวางระบบและกลไกต่างๆ ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

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

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

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

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

เป้าหมายได้หากขาดการมีส่วนร่วมและการประสานงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลในระดับท้องถิ่นและภูมิภาค⁽⁴⁷⁾

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



ลดระดับมลพิษในอากาศที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุน⁽⁴⁹⁾ ซึ่งการขาดองค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินงานเพื่อสร้างองค์ความรู้เพื่อความเท่าทันทางสุขภาพ และต่อการพัฒนาศักยภาพประชากรให้มีศักยภาพในการจัดการเรียนรู้และจัดการสุขภาพทั้งของตนเองและชุมชน

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

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

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

การวิเคราะห์ช่องว่างในการดำเนินการทั้ง 4 มิติในการศึกษานี้ใช้การเปรียบเทียบการดำเนินงานในประเทศเปรียบเทียบกับ Gold Standard ซึ่งหมายถึงกรอบการดำเนินงานในระดับโลก การวิเคราะห์ช่องว่างของนโยบายโดยใช้การเปรียบเทียบระหว่างกรอบการดำเนินงานในระดับโลกและการดำเนินงานในประเทศไทยมีข้อพึงระวังที่สำคัญคือในบางตัวชี้วัดอาจไม่มีกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจน

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

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

ข้อยุติ

ภาพรวมของการวิเคราะห์ข้อมูลชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการเลือกใช้ตัวชี้วัดที่มีความเชื่อมโยงกับพันธสัญญาในระดับโลกในการกำกับติดตามการดำเนินงานของระบบสุขภาพในประเทศไทย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าตัวชี้วัด SDGs ด้านโรคติดต่อ HIV/AIDS ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บทางท้องถนน มีความเหมาะสมในการใช้เป็นตัวแทนสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ ควรมีการพิจารณาเพิ่มเติมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและ

สุขภาพ และพิจารณาหาตัวชี้วัดที่สะท้อนสาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ควรมีการพัฒนาจัดทำตัวชี้วัดในระดับพื้นที่ที่มีการสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน ทั้งในระดับท้องถิ่นและในระดับภูมิภาค รวมถึงองค์กรภาคประชาชนในระดับท้องถิ่นที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน

ข้อเสนอแนะต่อการประเมินภาพพึงประสงค์และตัวชี้วัด มีดังนี้

สาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ใช้เป็นตัวแทนภาพพึงประสงค์ในการศึกษานี้เป็นตัวชี้วัดเชิงปริมาณ จึงควรมีการกำหนดตัวชี้วัดเชิงกระบวนการของสาระหมวดการสร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนภาพพึงประสงค์โดยเฉพาะควบคุมตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และควรร่วมกันกำหนดตัวชี้วัดเสริมพร้อมเป้าหมายที่ต้องการบรรลุร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนในพื้นที่ โดยมีการพัฒนาฐานข้อมูลนอกเหนือจากข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่นอกเหนือจากการพิจารณาถึงความต้องการใช้ทรัพยากรระบบสุขภาพเท่านั้น

สาระหมวดการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

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

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

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการศึกษา และขอขอบคุณ ดร. นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ ดร. ภาณุ วลัยพร พัทธนฤมลที่ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนในการทำการศึกษา

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ. ณรงค์ศักดิ์ อดังคะสุพลา ที่กรุณาเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูล และขอบคุณคณะทำงานจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการกำกับทิศทางของรายงานและช่วยให้คณะวิจัยสามารถประสานความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้อย่างราบรื่น และขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ร่วมให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ซึ่งช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

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

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



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

ภาคผนวก ก ตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2

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



ภาคผนวก ก ตัวชี้วัดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (ต่อ)

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

ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2563)⁽³⁾

การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง*

จิราพร วรวงศ์*

เพ็ญนภา ศรีหรั่ง†

รัตนดาวรรณ คลังกลาง*

จุฬารัตน์ หัวทนาย*

ดิษฐพล ใจชื่อ*

อภิรดี เจริญกุล*

กัทวารณ สมจิตร*

ชลตา กิ่งมาลา*

ปณิตา ครองยุทธ†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง

บทคัดย่อ

เป็นการวิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการถอดบทเรียน 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมพร้อม ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นการตรวจสอบและสังเคราะห์ข้อมูล ขั้นการจัดเก็บข้อมูล ขั้นเผยแพร่การถอดบทเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. จำนวน 207 คน ที่รับผิดชอบดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนจาก 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9, และ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและจากการสนทนากลุ่มจำนวน 16 กลุ่มๆ ละ 12-13 คน เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ 5 ด้าน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าความเที่ยง 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า อสม. มีการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน สูงสุดคือการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 97.6) รองลงมาคือการเคาะประตูเยี่ยมบ้านติดตามสังเกตอาการ (ร้อยละ 89.4) การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. (ร้อยละ 87.0) การบันทึกรายงานผลการดำเนินงาน (ร้อยละ 86.0) และจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ (ร้อยละ 84.5)

* คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

† คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Received 26 July 2021; Revised 19 December 2021; Accepted 11 June 2022

Suggested citation: Sridawruang C, Worawong C, Sriring P, Klungklang R, Howharn C, Jaisue D, et al. The surveillance, prevention and control of coronavirus disease 2019 in communities by village health volunteers in North East Thailand. Journal of Health Systems Research 2022;16(2):151-68.

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญนภา ศรีหรั่ง, รัตนดาวรรณ คลังกลาง, จุฬารัตน์ หัวทนาย, ดิษฐพล ใจชื่อ และคณะ. การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(2):151-68.



ตามลำดับ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า อสม. เป็นจักรกลสำคัญในการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในระดับหมู่บ้าน อสม. ดำเนินการตามข้อสั่งการของศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับตำบลที่สอดคล้องกับนโยบายมาตรการของประเทศ อสม. มีการเตรียมพร้อมป้องกันตนเอง ติดตามเคาะประตูเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลและติดตามการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้และแจกจ่ายอุปกรณ์การป้องกันตนเองแก่ประชาชน รายงานผลการดำเนินงานต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ ผ่านไลน์กลุ่มและแอปพลิเคชันอื่นๆ ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานฯ คือ อสม. มีประสบการณ์ทำงานด้านสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง อสม. มีการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายและได้รับความร่วมมือจากชุมชน มีสิ่งสนับสนุนและมีการกำกับติดตาม อุปสรรคในการดำเนินงานฯ คือ ขาดความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการรายงาน ขาดแนวทางการทำงานที่ชัดเจน อุปกรณ์ป้องกันตนเองไม่เพียงพอ ข้อเสนอเชิงนโยบายทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศคือ ควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านการจัดทำโปรแกรมแนวทางการทำงาน ด้านการบริหารจัดการระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและด้านการบูรณาการการทำงานแบบเครือข่าย

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, โควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

The Surveillance, Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 in Communities by Village Health Volunteers in North East Thailand

Chaweewan Sridawruang^{*}, Chiraporn Worawong^{*}, Pennapa Sriring[†], Ratdawan Klungklang^{*}, Chularat Howharn^{*}, Dittaphol Jaisue^{*}, Apiradee Charoennukul^{*}, Thipawan Somjit^{*}, Chonlada Kingmala^{*}, Panita Krongyuth[†]

^{*} Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[†] Faculty of Public Health and Allied Health, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Chaweewan Sridawruang, csom02@bcnu.ac.th

Abstract

This mixed method research aimed to learn lessons leading to policy suggestions from the implementation of surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic in communities by village health volunteers (VHVs) in the north-east, Thailand. The lessons were extracted through a 5 steps process; project preparation or definition, data collection, verification and synthesis of data, storage of data and dissemination of learning. The sample size consisted of 207 VHVs from 8 provinces of health regions 7, 8, 9, and 10. Data were collected by 16 focus group discussions (12-13 members in a group) and a questionnaire survey based on practice guidelines for VHV on surveillance for COVID-19 as defined by the Department of Health Services Support, Ministry of Public Health. The questionnaire validated by 3 experts and achieved a reliability score of 0.94. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative by content analysis. Quantitative analysis, found 97.6% of VHVs respondents performed searching and screening of high risk groups, 89.4% conducted home visits to follow-up on sign and symptom, 87.0% prepared themselves for protection, 86.0% created performance reports and 84.5% consolidated reports of high-risks groups under observation. The VHVs were under the top-down guidance of the district-level Department of Disease Control's policies. The qualitative analysis revealed that the VHVs were an integral part of village-level prevention strategy. The VHVs took steps to ensure self-precaution while visiting houses similar to disease control officers. The VHV also communicated with villagers regarding risks, disease knowledge including distributing protective equipment. The VHVs continuously reported to the local health professionals via LINE groups and other applications. The success of the project was attributable to the local VHVs and their dedication including their volunteer compassion, in addition, cooperation between networks and the communities, support, and monitoring. However, limitations were the knowledge, skills, technology including lack of clear operation guidelines, insufficient protective equipment, levels of cooperation between networks and citizens. Therefore, policies suggestions were on development of management infrastructure, capacity building of VHVs potential and knowledge, guideline and operation handbook, management of information technology and the network integration.

Keywords: coronavirus 2019, COVID-19, village health volunteer

บทคัดย่อและบทสรุป

ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 มีรายงานการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) ที่ก่อโรคในคนในเมืองอู่ฮั่นประเทศจีน ผู้ติดเชื้อมีอาการปอดอักเสบรุนแรงคล้ายโรคซาร์ส หลังจากนั้นสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ได้แพร่กระจายไปทั่วโลก จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของทุกประเทศ สร้างความวิตกกังวลแก่รัฐบาลและความหวาดกลัวต่อประชาชนรวมทั้งในประเทศไทย⁽¹⁾ ประเทศไทยตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 76/2563 ได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เรียกโดยย่อว่า ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)⁽²⁾ ได้รับมอบอำนาจและทำหน้าที่ในการปฏิบัติการขับเคลื่อน เร่งรัดและติดตามการปฏิบัติงานของส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรับและปฏิบัติตามนโยบาย แนวทางหลักเกณฑ์และมาตรการตามที่รัฐบาลหรือ ศบค. กำหนด มาตรการในระดับพื้นที่ในชุมชนทุกแห่งประกอบด้วยการทำความสะอาดในบริเวณสถานที่ให้บริการประชาชน การสวมหน้ากากอนามัย การจัดให้มีจุดบริการล้างมือ การเว้นระยะห่าง การคัดกรองอาการ การป้องกันโรคสำหรับผู้ให้บริการ การป้องกันชุมชน การลดเวลาการทำกิจกรรม การใช้แอปพลิเคชันติดตามตัวและอื่นๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกย่อว่า อสม. นั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน อสม. เป็นตัวแทนของประชาชนที่ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้วยจิตอาสา มีความเสียสละ เข้มแข็งในการขับเคลื่อนภารกิจสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรคของประชาชนในพื้นที่ จนได้รับการยอมรับจากสังคมตั้งคำขวัญที่กล่าวไว้ว่า “แก้มขำร้าย กระจายข่าวดี ชี้อบริการ ประสานงานสาธารณสุข” ทั้งนี้ อสม. 1 คนจะดูแลประชากรในละแวกใกล้เคียงจำนวน 20

หลังคาเรือน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และ อสม. ก็ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับ จากแหล่งข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่าในปี 2562⁽³⁾ ประเทศไทยมี อสม. มากกว่า 1,040,000 คน และในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในระดับชุมชนนั้น มี อสม. เข้ามาร่วมทำงานเป็นจำนวน 591,058 คน คิดเป็นร้อยละ 56.83 ของ อสม. ทั้งประเทศ ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 76 จังหวัด ในจำนวนนี้ เป็น อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 261,753 คน คิดเป็นร้อยละ 44.29⁽⁴⁾ ถือได้ว่า อสม. เป็นจักรกลสำคัญที่ดำเนินงานตามกรอบ แนวทางและมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) กำหนด เป็นแนวปฏิบัติสำหรับ อสม. 5 ด้านด้วยกัน ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมแก่ อสม. ในด้านการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ด้านการจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง ด้านการติดตามเยี่ยมบ้านให้ครบ 14 วัน และด้านการบันทึกและรายงานผลต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽⁵⁾ และลดความตระหนักให้ประชาชน ร่วมทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ ช่วยแจกยาผู้ป่วยเรื้อรังและติดตามอาการกลุ่มเสี่ยง ผลงานที่เด่นชัดของ อสม. คือสามารถค้นหากลุ่มคนเสี่ยงติดเชื้อ เข้าสู่ระบบการรักษาและป้องกัน ลดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ถือว่าเป็นการทำงานช่วยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ได้ชมเชย อสม. ไทยว่า เป็นกลไกสำคัญในการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ ที่ทำให้อัตราการติดเชื้อโควิดของประเทศไทยสามารถควบคุมได้ในการระบาดระลอกแรกถึงกลางปี 2563 และไทยกลายเป็นประเทศตัวอย่างแก่ประเทศอื่นๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี^(6,7)

ดังนั้นการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม. จะนำมาสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ต่อไป

เนื่องจากมี อสม. ที่ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9, และ 10 จำนวนมากที่สุดในประเทศ จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ โดยการศึกษานี้ในห้วงเวลา การระบาดระลอกสองและสามคือเดือนธันวาคม 2563-มิถุนายน 2564 ซึ่งการแพร่ระบาดเริ่มต้นจากคลัสเตอร์ตลาดกลางกุ้ง จ.สมุทรสาคร และจากบ่อนการพนัน ทำให้มีการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสร้างความตระหนักให้กับประชาชน และในเดือนกุมภาพันธ์ 2564 เป็นช่วงที่วัคซีนชุดแรกส่งถึงประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อถอดบทเรียน การดำเนินงาน เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย รูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระเบียบวิธีศึกษา

เป็นการวิจัยถอดบทเรียนการดำเนินงานฯ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม และใช้กระบวนการถอดบทเรียน 5 ขั้นตอน⁽⁸⁾ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1. ขั้นเตรียมพร้อมในการถอดบทเรียน (define the project) ทีมทำความเข้าใจกับประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่ม มีทักษะด้านการสื่อสารเชิงบวก และการบันทึก มีการแนะนำตัว แนะนำวัตถุประสงค์ โดยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย ขั้นตอนที่ 2. เก็บรวบรวมข้อมูล (collect) ใช้เทคนิคในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย จากเอกสารรายงาน การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่สำคัญเพื่ออธิบายข้อมูลที่ละเอียดและให้ ความเห็นที่ลึกซึ้งรอบด้านอย่างเป็นอิสระ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ถ่ายทอดประสบการณ์การทำงาน

ความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค ขั้นตอนที่ 3. สังเคราะห์ข้อมูล (verify and synthesize) คำนึงถึงคุณภาพของข้อมูล มีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบคลุม และมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกัน ทำความเข้าใจกับข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นของกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ความเชื่อมโยง ความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูล ขั้นตอนที่ 4. การจัดเก็บข้อมูล (store) ข้อมูลจากการวิจัย เก็บไฟล์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ที่มีเฉพาะทีมวิจัยที่เข้าถึงข้อมูลได้ โดยมีรหัสผ่าน และข้อมูลจะใส่เป็นรหัส แทนการระบุชื่อสกุลจริง ของผู้ให้ข้อมูลหรือชื่อพื้นที่ ขั้นตอนที่ 5. เผยแพร่ผลการถอดบทเรียน (disseminate) เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด จัดทำรายงานการถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. นำไปสู่การเผยแพร่ ใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants)

กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามและการสนทนากลุ่มเป็น อสม. ที่มีบทบาทเฝ้าระวังสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ใน 16 ชุมชน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก 2 อันดับแรกของเขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 รวมจำนวนทั้งสิ้น 207 คน การสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 16 กลุ่ม กลุ่มละ 12-13 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมกับการสนทนากลุ่ม⁽⁹⁾ ดำเนินการสนทนากลุ่มที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของแต่ละพื้นที่ โดยทีมนักวิจัยซึ่งมีประสบการณ์การทำงานกลุ่มมาก่อนทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ กระบวนการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-

19 ในชุมชนของ อสม.ดัดแปลงมาจากแนวทางเฝ้าระวัง infection prevention and control (IPC guideline) 5 องค์ประกอบ⁽¹⁰⁾; องค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จ การดำเนินงาน อสม. ในการควบคุมโควิด-19 ในชุมชน 9 องค์ประกอบ⁽¹¹⁾; และการจัดระบบ อสม.และภาคประชาชน สำหรับ local quarantine และ home quarantine 5 ด้าน⁽¹²⁾ เป็นแบบสอบถาม 5 ด้าน โดยใช้กรอบแนวทางของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นกรอบในการสร้างเครื่องมือเนื่องจากเป็นแนวทางการดำเนินงานของ อสม.โดยตรงและสอดคล้องตามบริบทประเทศไทย จึงนำมาเทียบเคียงกับองค์ประกอบการเฝ้าระวังฯ ขององค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นกรอบแนวคิดหลักที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ และนำองค์ประกอบปัจจัยความสำเร็จที่เครือข่ายภาคใต้วิเคราะห์จากความคิดเห็นของ อสม.ทั้งประเทศมาเพิ่มเติม เพื่อให้แบบสอบถามมีความสอดคล้องและครอบคลุม แบบสอบถามนี้มีข้อความ 33 ข้อ ประกอบด้วย (1) การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.จำนวน 9 ข้อ (2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่ายจำนวน 4 ข้อ (3) การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน จำนวน 5 ข้อ (4) การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน จำนวน 10 ข้อ และ (5) การบริหารจัดการ บันทึกลงและรายงานผลการดำเนินงาน จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติบทบาทหน้าที่จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด ให้คะแนน 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับ

แบบสนทนากลุ่ม ตามประเด็นการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม.มีลักษณะเป็นคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured questionnaire) ผู้วิจัยได้เตรียมแนวคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดย

ใช้กระบวนการถอดบทเรียน สัมภาษณ์ตามกรอบการ สัมภาษณ์ เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้ถ่ายทอดประสบการณ์ บทบาท กระบวนการดำเนินงานตามมาตรการ รายละเอียด ขั้นตอนการปฏิบัติงาน การติดตาม กำกับการดำเนินงาน ผลการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชนของ อสม.

การทดสอบความตรงความเที่ยงของเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมโรคจากสำนักงานควบคุมโรคเขตสุขภาพที่ 7, 8, และ 10 รวม 3 คน ค่า index of item-objective congruence (IOC) 0.76 ปรับแบบสอบถามตามข้อชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลกับ อสม.จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.936 โดยมีค่าความเที่ยงด้านที่ 1-5 เท่ากับ 0.782, 0.783, 0.896, 0.776, และ 0.880 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การจัดเตรียมข้อมูล โดยการนำข้อมูล ที่ได้จากเก็บรวบรวมข้อมูลมาจัดการ เช่น การถอดเสียงเป็นอักษรข้อความ การนำเอกสารมาสังเคราะห์ นำเอาเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องมาใช้ประโยชน์ (2) การกำหนดประเด็นวิเคราะห์ โดยการนำคำถามของการวิจัยหรือกรอบการวิเคราะห์ที่กำหนด (3) การเข้ารหัสและจัดหมวดหมู่ เช่น การนำเอกสาร ภาพ และอักษรข้อความมาให้รหัสตามประเด็นวิเคราะห์มาจัดหมวดหมู่ และ จัดหมวดหมู่จำแนก



ประเภท ติความ ตรวจสอบความหมาย และสร้างข้อสรุป จากกระบวนการตีความ หมวดยุทธศาสตร์และความหมายทั้งหมด (4) การวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิจัย พร้อมทั้งใช้กฎสามเส้า (triangulation) เพื่อยืนยันข้อค้นพบจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการขอจริยธรรมจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธนานิ เลขที่ IRB BCNU 300/02/64 และจากวิทยาลัยพยาบาลนพรัตน์วชิระ เลขที่ COA 2/2564 คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ประโยชน์ สิ่งนี้อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์เพิกถอน บอกละเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลส่วนบุคคล ชื่อสกุลกลุ่มตัวอย่าง จะไม่ถูกนำไปเผยแพร่

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

นำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

- 1.1 บทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม.จากการสอบถาม อสม.
- 1.2 การดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม. จากการสนทนากลุ่ม รายละเอียดดังนี้

1.1 บทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ COVID-19 ในชุมชนของ อสม.

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง อสม. 207 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายทั้ง 4 เขตสุขภาพ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 8 พบ กลุ่มตัวอย่าง อสม.เพศหญิงร้อยละ 97.8 และเขตสุขภาพอื่น กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 79.2-87.7 อายุเฉลี่ย 54.18 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.83) อายุุน้อยที่สุด 25 ปี มากที่สุด 82 ปี เขตสุขภาพที่ 7 และ 8 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 45-54 และเขตสุขภาพที่ 9 และ 10 ส่วนใหญ่อายุช่วง 55-64 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยการเป็น อสม 14.12 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.48) น้อยที่สุด คือ 40 วัน นานที่สุด 43 ปี ภาพรวมส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 37.2) รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 31.9) และ มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 17.9) ตามลำดับ มีเขตสุขภาพที่ 8 ที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย รองลงมาคือประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่เป็น เกษตรกร ทำนา ทำสวน ทำไร่ (ร้อยละ 58.9) รองลงมาคือ รับจ้าง และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 12.1) และน้อยที่สุดคือข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 1)

อสม.ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้เรื่อง โควิด-19 จากการศึกษาผ่านทางสื่อโซเชียลออนไลน์ (ร้อยละ 91.3) รองลงมาคือ การศึกษาจากเอกสารความรู้ด้วยตนเอง อบรมความรู้เกี่ยวกับโรค (ร้อยละ 83.1) และเคยผ่านการอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรม อสม. หมอประจำบ้าน 18 ชั่วโมง 3 วัน 6 วิชา (ร้อยละ 70.5) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

แหล่งการหาความรู้เรื่องโควิด-19 ของ อสม. ส่วนใหญ่ติดตามข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 33.8) รองลงมาคือจากทีวีและวิทยุ (ร้อยละ 18.8) ต่ำสุดคือจากหอกระจายข่าว เสียงตามสาย (ร้อยละ 1.9) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม.ที่มีการเพิ่มพูนความรู้เรื่องโควิด-19 (N=207 คน)

การเพิ่มพูนความรู้	จำนวน (ร้อยละ)		
	เคย	ไม่เคย	จำไม่ได้
หลักสูตรการฝึกอบรม อสม. หมอประจำบ้าน 18 ชั่วโมง 3 วัน 6 วิชา	146 (70.5)	16 (7.7)	45 (21.7)
อบรมเกี่ยวกับโรคโควิด	172 (83.1)	3 (1.5)	32 (15.5)
ศึกษาจากสื่อโซเชียลออนไลน์	189 (91.3)	3 (1.5)	15 (7.2)
ศึกษาจากเอกสารความรู้ด้วยตนเอง	181 (87.4)	2 (1.0)	24 (11.6)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละแหล่งการหาความรู้เรื่องโควิด-19 ของ อสม. (N=207 คน)

แหล่งการหาความรู้เรื่องโควิด-19 ของ อสม.	จำนวน	ร้อยละ
อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ (Facebook, YouTube, Google ฯลฯ)	70	33.8
ทีวี วิทยุ	39	18.8
จากบุคคล (บุคลากรที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, เพื่อนบ้าน, ฯลฯ)	19	9.2
สิ่งพิมพ์ (ป้ายประกาศ แผ่นพับ หนังสือเวียน เอกสาร ฯลฯ)	17	8.2
ทางโทรศัพท์แจ้งข่าวสาร	10	4.8
การเข้าอบรม	6	2.9
เสียงตามสาย หอกระจายข่าว	4	1.9

กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษาบทบาทของ อสม.ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า โดยภาพรวม อสม. มีการประเมินตนเอง พบมากที่สุดคือ การเฝ้าระวัง โดยการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 97.6) รองลงมาคือการป้องกันและควบคุมโรคโดยการเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน (ร้อยละ 89.4) การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน (ร้อยละ 86.0) และพบต่ำสุดคือการจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน (ร้อยละ 84.5) ตามลำดับ

รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

1.2 การดำเนินงาน ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.

1.2.1 การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.

จากการสนทนากลุ่ม อสม. 16 กลุ่ม สรุปการดำเนินงานออกเป็น 5 ด้านคือ

1. ด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.

อสม.ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจก่อนการปฏิบัติงานโดยผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่รพ.สต.ให้ความรู้เรื่องโควิด-19 และการป้องกันตนเอง

ตารางที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนตามการประเมินตนเองของ อสม. แยกตามเขตสุขภาพ (N=207 คน)

การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.	เขต 7 n=53	เขต 8 n=46	เขต 9 n=57	เขต 10 n=51	รวม 4 เขต N=207
1. การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม.	50 (94.3)	41 (89.1)	40 (70.2)	49 (96.1)	180 (87.0)
2. การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	50 (94.3)	44 (95.7)	57 (100.0)	51 (100.0)	202 (97.6)
3. การจัดทำบัญชีรายชื่อและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	40 (75.5)	37 (80.4)	48 (84.2)	50 (98.0)	175 (84.5)
4. การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน	42 (79.2)	41 (89.1)	51 (89.5)	51 (100.0)	185 (89.4)
5. การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน	38 (71.7)	38 (82.6)	52 (91.2)	50 (98.0)	178 (86.0)
ค่าเฉลี่ย (SD)	4.04 (1.34)	4.39 (1.16)	4.56 (0.96)	4.90 (0.36)	4.48 (1.06)

และ อสม.หาความรู้เพิ่มเติมจากสื่ออินเทอร์เน็ต การรับฟังข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ทางโทรทัศน์ หรือจากศูนย์ปฏิบัติการโควิด-19 ในชุมชน เพื่อเตรียมพร้อมด้านความรู้และสำรวจสุขภาพตนเองก่อนปฏิบัติงาน

“ผู้ใหญ่บ้านและกำนัน และ รพ.สต. จะให้ข้อมูลและทำความเข้าใจเรื่อง โรคโควิด-19 โดยการอบรมและให้ความรู้ผ่านทางไลน์กลุ่มอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบันตามนโยบายของรัฐ” (อสม. ชาย 51ปี เขตสุขภาพที่ 8)

“ก่อนปฏิบัติงานจะสังเกตตนเองก่อนว่ามีความผิดปกติ เช่น ไข้ ไอ หรือไม่ ก่อนทำงานเสมอ ก่อน ปฏิบัติงานของ อสม. ต้องสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ ให้สะอาดเพื่อป้องกันโรคโควิด” (อสม. หญิง 45 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

2. ด้านการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย

อสม.ดำเนินการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยจัดด้านชุมชนซึ่งเป็นจุดตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ด้านหน้าก่อนเข้าสู่หมู่บ้าน คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้าออกในพื้นที่ ชักประวัติและอาการเบื้องต้น วัด

อุณหภูมิ แนะนำการปฏิบัติตัว คัดกรองทุกรายที่เดินทางมาจากต่างประเทศ ต่างพื้นที่ ดำเนินการเชิงรุกในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการประชาสัมพันธ์ ผ่านเสียงตามสาย ในหมู่บ้าน การส่งข้อมูลผ่านไลน์ ผ่านเฟซบุ๊กของหมู่บ้าน

“เมื่อมีผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ ญาติของผู้เดินทางจะแจ้ง อสม. ประจำคุ้ม อสม. จะประสานผู้นำชุมชนและ รพ.สต. ให้คำแนะนำให้ผู้เดินทางเข้าพื้นที่ไปรายงานตัวและตรวจคัดกรองที่หน่วยบริการ ถ้าผลตรวจเป็นลบจึงจะสามารถเข้ามาในชุมชน” (อสม. ชาย 47 ปี เขตสุขภาพที่ 10)

“อสม. ป้องกันตนเอง แจกเจลล้างมือ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มาจากต่างจังหวัด เฝ้าระวังป้องกันไม่ให้มีการแพร่ระบาดในกรณีที่มีงานบุญ งานบวช งานแต่งงาน งานศพ อสม. ทั้งทีมจะทำงานร่วมกันอย่างแข็งขันในการให้ผู้มาร่วมงานลงทะเบียนทุกคน คัดกรองอุณหภูมิ ใช้เจลล้างมือจัดที่นั่งเว้นระยะห่าง และสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา การรับประทานอาหารในงานแบบนั่งรวมกลุ่ม แยกงานชันษา ให้แขกที่มาร่วมงานแต่ละคนไม่ใช้ของร่วมกัน” (อสม. หญิง 49 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

3. การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน

การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน เริ่มจากหน่วยงานในพื้นที่คือ รพ.สต. องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ได้รับรายชื่อกลุ่มเสี่ยง ที่ทางจังหวัดหรืออำเภอส่งมาให้ จากการลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์หรือจากเอกสารแบบฟอร์มทะเบียนกลุ่มเสี่ยง องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชน อบต. ร่วมกับ รพ.สต. จัดทำฐานข้อมูล จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง อสม. ร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรค ได้เตรียมการรับกลุ่มเสี่ยง อสม. มีช่องทางการรับรู้รายชื่อผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง จากการคัดกรองที่ด่านชุมชน การรับแจ้งจากเจ้าบ้านหรือญาติ จากผู้นำชุมชน จากเพื่อนบ้าน ผู้ใหญ่บ้าน จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง มีรายละเอียดชื่อ สกุลของกลุ่มเสี่ยง ที่อยู่ อายุ วันที่เดินทางเข้าสู่ชุมชน วันที่เริ่มกักตัว วันที่สิ้นสุดการกักตัว มีการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ และติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกรายงานผล

“เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ร่วมกับ อสม. ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงที่แยกกักตัวอยู่นอกหมู่บ้าน หรือสถานที่ที่ อบต. จัดให้ เช่น ศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน ติดตามเยี่ยมทุกวันเพื่อวัดไข้ จนครบ 14 วัน ให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงเรื่องการปฏิบัติตัว การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การใช้ของร่วมกัน การรับประทานอาหารร่วมกัน และการปฏิบัติตัวอื่นๆ บันทึกรายงานประจำวันตามแบบฟอร์มที่ รพ.สต. จัดทำขึ้นพร้อมส่งไลน์ เข้ากลุ่มโควิด-19 ของตำบล” (อสม. หญิง 57 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

“ถ้ามีคนนอกพื้นที่เข้ามาในชุมชน ที่มาจากจังหวัดที่เป็นกลุ่มสีแดง ก็มีการแยกเพื่อสังเกตอาการ รายงานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อเข้ารับทราบ” (อสม. หญิง 50 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์ม แจ้งรายชื่อคนที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ให้ประธาน อสม. รับทราบ และประธาน อสม.

จะรายงานไปที่ รพ.สต. และให้กลุ่มมาจากพื้นที่เสี่ยงกักตัวแยกจากคนอื่น” (อสม. ชาย 47 ปี เขตสุขภาพที่ 7)

4. การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน

อสม.เคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 โดยสอบถามอาการ วัดไข้ ให้ความรู้ และแนะนำในการปฏิบัติตน การสวมหน้ากากอนามัย การปฏิบัติตัวให้กินร้อน ช้อนตัว ล้างมือ ก่อนและหลังทำกิจกรรม หรือรับประทานอาหาร แยกสำรับอาหารของตนเองไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ล้างมือบ่อยๆ และรักษาระยะห่างทางสังคม งดการรวมกลุ่มทำกิจกรรม

“ถ้าพบกลุ่มเสี่ยง ที่ต้องกักตัว อสม. เคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการ แนะนำ ให้สังเกตอาการ และ อสม. รายงานผล แจ้งผู้นำชุมชนและ รพ.สต.” (อสม. หญิง 54 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน อสม.จะไปทุกวันจนครบ 14 วัน ไปตอนเช้า 7 โมงเช้า และ 5 โมงเย็น กิจกรรม คือ วัดไข้ ลงบันทึกอุณหภูมิวันละ 2 ครั้ง ช่วงปีใหม่คนเข้ามาเยอะมาก ทำให้อุปกรณ์ไม่เพียงพอมาคร่าวเรือนละ 2-3 คน” (อสม. หญิง 43 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

5. การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน

การรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม.ในหลากหลายรูปแบบ พื้นที่ที่มีการพัฒนาโปรแกรม แอปพลิเคชัน การลงทะเบียน และติดตามกลุ่มเสี่ยง ส่งรายงานผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. (smart อสม.) หรือแอปพลิเคชันที่แต่ละจังหวัดได้พัฒนาขึ้น ส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารรายงานแบบไม่เป็นทางการร่วมด้วย เช่น การรายงานผ่านทางไลน์ไปให้ รพ.สต. ในพื้นที่ บางพื้นที่ใช้วิธีการรายงานผลโดยใช้แบบบันทึกกับการรายงานผลทางไลน์ บางพื้นที่ใช้แบบบันทึกเพียงอย่างเดียว ระยะเวลารายงาน ส่วนใหญ่รายงานเป็นประจำทุกวัน และมีการแจ้งเจ้าหน้าที่ของรัฐเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

“ส่งข้อมูลการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ในไลน์ศูนย์ปฏิบัติการโควิดหมู่บ้าน บันทึกผลการเยี่ยม แล้วส่งผลไปที่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ” (อสม. หญิง 52 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“รายงานผลการบันทึกการเยี่ยมที่ รพ.สต. ทุกวันก่อนเที่ยง” (อสม. หญิง 42 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“ลงทะเบียนผ่านแอปฯ ‘ฮักอุบล’ ส่งรายงานผ่านแอปฯ” (อสม. ชาย 39 ปี เขตสุขภาพที่ 10)

สอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ เตรียมพร้อมวัสดุอุปกรณ์ หน้ากากอนามัย ปรอทวัดไข้ แอลกอฮอล์หรือเจลแอลกอฮอล์ สื่อแนวทางการปฏิบัติตนสำหรับประชาชน ($\bar{X} = 2.90$, $SD = 0.35$) รองลงมาคือการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของชุมชน การดำเนินงานและประเมินผลร่วมกับผู้นำ แกนนำ เครือข่าย และเจ้าหน้าที่ ($\bar{X} = 2.90$, $SD = 0.35$) อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือบันทึกและรายงานผลการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนแก่หน่วยงานเป็นประจำทุกวัน ($\bar{X} = 2.74$, $SD = 0.54$)

1.2.2 ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.

การดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม. ประสบความสำเร็จมีเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น จากการที่ อสม. เป็นคนในพื้นที่ อสม. มีความสนิทสนม คั่นเคยใกล้ชิด ได้ รับความไว้วางใจ และการยอมรับจากประชาชนในพื้นที่ มีความเป็นจิตอาสา มีทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน ทำให้ การดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนได้รับความร่วมมือจาก ประชาชนเป็นอย่างดี

“อสม. เป็นคนในชุมชน ได้ช่วยดูแล สอดส่องเรื่อง สุขภาพให้ชาวบ้านมาโดยตลอด อสม. รู้จักกันกับชาวบ้าน เป็นอย่างดี รู้ว่าบ้านใครเป็นใคร การทำงานจึงง่ายในการ สื่อสารและให้ความร่วมมือ” (อสม. หญิง 54 ปี เขตสุขภาพ ที่ 8)

“อสม. ก็คือตัวแทนหมออนามัย เป็นคนที่คอยดูแล สอดส่องสุขภาพชาวบ้าน ทุกช่วงวัย และเฝ้าระวังป้องกัน

โรคระบาดต่างๆ” (อสม. หญิง 54 ปี เขตสุขภาพที่ 7)

“อสม. ส่วนใหญ่ เราอาสาทำงาน มาด้วยใจ เรา ทำงานเต็มที่ได้ด้วยความทุ่มเทมาก ทำงานเต็มร้อยทุกคน ได้ มีส่วนช่วยเหลือชาวบ้าน เราก็กภาคภูมิใจ ดีใจมาก” (อสม. หญิง 50 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

ปัจจัยนโยบายและมาตรการที่ชัดเจน ตั้งแต่ระดับ ประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล ที่เชื่อมโยงลงสู่ชุมชน มีการ ใช้มาตรการอย่างเข้มงวด รวมถึงภาวะผู้นำของผู้บริหาร ของทุกระดับในพื้นที่ การจัดระบบและเตรียมความพร้อม แก่ อสม. ในการปฏิบัติงาน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 มุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมโรคใน พื้นที่เสี่ยงทำให้เกิดการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็น รูปธรรม ทำให้การทำงานเฝ้าระวังฯ โควิด-19 ในชุมชน ของ อสม. มีความต่อเนื่อง

“ความเข้มข้นของการคัดกรอง เฝ้าระวังฯ กลุ่มเสี่ยง การสร้างการตระหนักรู้ และการใช้มาตรการที่เข้มงวด เช่น มีการตรวจตราพื้นที่เสี่ยง เช่น ตลาด สถานที่ที่มีคนมา ชุมนุมกันจำนวนมาก หรือมาตรการปิดสถานบันเทิงหรือ กำหนดเวลาเปิด ปิด การรักษาระยะห่างทางสังคม ทำให้ การควบคุมการแพร่ระบาดของโรครามีประสิทธิภาพ” (อสม. หญิง อายุ 52 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

“ในส่วนของการทำงานในระดับตำบล เราก็ดำเนินการ ใช้ แนวทางปฏิบัติ ข้อสั่งการของอำเภอเป็นหลักที่ทางนาย อำเภอแจ้งมายังกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่ทำงานในรูปแบบ คณะทำงานควบคุมโรค โดยแนวทางในการปฏิบัติ จังหวัด จะเป็นคนกำหนดโดยใช้แนวทางปฏิบัติจากส่วนกลาง ซึ่ง รัฐบาลได้มอบหมายให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัดเป็น ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายในแต่ละพื้นที่ในควบคุม ป้องกัน เฝ้าระวังโรคโควิด-19” (ประธาน อสม. หญิง อายุ 54 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

ผู้บริหารจากภาคส่วนต่างๆ และภาคีเครือข่ายทั้งภาค รัฐและเอกชนให้ความร่วมมือ มีการทำงานเป็นทีม มีการ ประสานการทำงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มีการ บูรณาการการทำงานของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงาน

เผ่าระวังฯ ในชุมชน ซึ่ง อสม.ได้ให้ความร่วมมือกับการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ เป็นอย่างดี

“หนักด้วยกัน ลูไปด้วยกัน ตั้งแต่ อำเภอลงมา อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต อสม. แกนนำชุมชน สำคัญเขา ต้องให้เกียรติกัน ทำงานรอบนี้เหนื่อยจริงๆ แต่หันไปดูเอา ผู้นำท่านก็เหนื่อย ทุกคนเหนื่อย เราก็เลยต้องช่วยกัน ไม่กินแรงกัน” (ประธาน อสม. หญิง 47 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

“พวกเราก็ร้องฟังจากผู้ใหญ่บ้าน จาก ผอ. รพ.สต. ว่าให้ อสม. รับผิดชอบ หรือมีหน้าที่ดำเนินการในการควบคุมโควิด-19 ของบ้านเรา เราจะปฏิบัติงานตามที่ทางผู้นำชุมชนแจ้งและมอบหมายมา บางครั้งก็ไม่ว่างจะดำเนินการอย่างไร แต่หน่วยก็บอกมาคนละอย่างกัน ถ้าตัวแทน อสม. เราได้เข้าไปเป็นคณะกรรมการควบคุมโรคของตำบลหรืออำเภอ ก็จะดีสำหรับ อสม. ในการรับข้อมูลโดยตรง นำมาปฏิบัติในหมู่บ้านได้ทันที เข้าใจตรงกัน” (อสม. หญิง 44 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

อสม.มีเกิดขวัญกำลังใจในการทำงาน จากการได้รับสิ่งสนับสนุนในการทำงานและค่าตอบแทน ส่วนราชการให้การสนับสนุนอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เครื่องวัดไข้ สนับสนุนข้อมูลข่าวสารได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน ได้ค่าเสี่ยงภัยเพิ่มขึ้นคนละ 500 บาทต่อเดือนต่อคน ภายหลังจัดสรรเข้ามาในระบบเรียกว่า “เบี้ยเลี้ยงพิเศษ” เพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน

“ปัจจัยสนับสนุนการทำงานหลักๆ ของ อสม. จะจัดสรรโดยระดับพื้นที่ เช่น แมสก์ แอลกอฮอล์ เจล” (อสม. หญิง 50 ปี เขตสุขภาพที่ 10)

การกำกับติดตามการทำงานโดย อสม.มีการรายงานผลการดำเนินงานทั้งในรูปแบบลายลักษณ์อักษรและการรายงานทางออนไลน์ เป็นรายวันและรายสัปดาห์ การรายงานการเดินทางเข้าออกพื้นที่ของกลุ่มเสี่ยง การดำเนินงานเผ่าระวังฯ มีการใช้เทคโนโลยี โปรแกรมการรายงาน เช่น COVID-19 Watch Out ทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันสามารถนำไปใช้ในการทำงาน การติดตามได้ครอบคลุม

รวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์

“การรายงานการเดินทางเข้าออกพื้นที่ของกลุ่มเสี่ยง การดำเนินงานเผ่าระวังฯ จังหวัดเรามีการพัฒนาโปรแกรม Covid Watch Out ทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน สามารถนำไปใช้ในการทำงาน การติดตาม ได้ครอบคลุม รวดเร็วและ real time” (ประธาน อสม. หญิง 42 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

ความร่วมมือของชุมชน ความตื่นตัวของประชาชน ต่อกระแสความรุนแรงของโรค ตระหนักถึงอันตรายของโรค ความเข้มแข็งของชุมชน การมีกฎกติกาชุมชน ส่งผลให้คนในชุมชนให้ความร่วมมือดี ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด เห็นความจำเป็น มีการสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการแพร่ระบาด รวมถึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีสื่อต่างๆ นำเสนอให้เห็นถึงความจำเป็น สำคัญในการเผ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน

“ประชาชนให้ความร่วมมือดี เมื่อมีการใช้มาตรการสั่งปิด หรืองดกิจกรรมต่างๆ ก็ร่วมมือดี ไม่มีการประท้วงอะไร เป็นเพราะเราได้สร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการแพร่ระบาด รวมถึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีสื่อต่างๆ นำเสนอให้เห็นถึงความจำเป็น สำคัญในการเผ่าระวังและควบคุมโรค” (ประธาน อสม. หญิง 49 ปี เขตสุขภาพที่ 7)

1.2.3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเผ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม.

การดำเนินงานเผ่าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง อสม. มีการปฏิบัติหน้าที่ในสิ่งใหม่ที่ไม่คุ้นชินคือ การปรับวิถีชีวิตแบบใหม่ที่ต้องเป็นแบบอย่างในการป้องกันตนเอง ทั้งการให้ความรู้เรื่องการเว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ใส่หน้ากากอนามัย อสม.มีความเหนื่อยล้า จากการที่ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องหลายเดือนทำให้กระทบต่อการทำงานหาเลี้ยงชีพของ อสม. การใช้เวลาในการรณรงค์เดินเท้าเคาะประตูบ้านทุกบ้าน จนบางครั้งเกิดความเหนื่อยท้อ และมีเวลาให้กับครอบครัวน้อยลง

“อสม. ทำงานหนักในการเผ่าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ยาวมาเกือบปี ทั้งการเผ่าระวัง คั้นหา



กลุ่มเสี่ยง การติดตามเยี่ยมบ้านคนที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ไป
เฝ้าตามตลาด ตามงานแต่ง งานบุญ งานศพ ส่งรายงาน
และ อสม.ยังต้องทำงานอื่นๆ ของหน่วยงานอื่นตามที่สั่ง
การมา ยอมรับว่าเหนื่อยมาก บางทีก็ท้อ เพราะก็ไม่รู้ว่า
โรคนี้จะทุเลาเบาบางไปตอนไหน จะต้องเป็นทหาร ออกศึก
คอยป้องกันภัยให้หมู่บ้านแบบนี้อีกนานแค่ไหน แต่ถ้าเรา
ไม่ทำ ก็คงไม่ใช่ บ้านเรา เราก็ต้องรักษา” (ประธาน อสม.
ชาย 54 ปี เขตสุขภาพที่ 7)

การดำเนินงาน แต่ละพื้นที่มีการพัฒนาแอปพลิเคชัน
ต่างๆ เพื่อให้การติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน
ซึ่ง อสม.ต้องมีการปรับตัว เรียนรู้เทคโนโลยีซึ่งเป็นการ
ทำงานที่ไม่ใช่บทบาทโดยตรง ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการ
ใช้เทคโนโลยี ทั้งความสามารถในการเรียนรู้การเสียค่าใช้จ่าย
รวมถึงความเสื่อมตามวัยสูงอายุทำให้เป็นอุปสรรคต่อ
การใช้สมาร์ตโฟน การส่งรายงานผ่านอินเทอร์เน็ต เครื่อง
มือสื่อสารที่ อสม.ใช้ไม่ทันสมัยที่จะรองรับเทคโนโลยีทาง
ออนไลน์ความสามารถในการรองรับโปรแกรมต่างๆ ของ
โทรศัพท์ และ อสม.ต้องแบกภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

“อสม.มีหลายกลุ่มอายุ อินเทอร์เน็ต ง่ายสะดวกสบาย
กับคนบางกลุ่ม แต่ฉันทอายุมาก กับมือถือใช้แต่โทรเข้าโทร
ออก รายงานก็อาศัยให้ อสม. ที่เด็กๆ เป็นคนรายงาน ที่ใช้
อินเทอร์เน็ตเป็น กับการใช้อินเทอร์เน็ต มีค่าใช้จ่าย ก็เป็น
ภาระอยู่ โทรศัพท์เก่าก็จะยากอยู่” (อสม. หญิง 52 ปี เขต
สุขภาพที่ 8)

อสม.ขาดแนวทางหรือขั้นตอนที่ชัดเจนในการทำงาน
เฝ้าระวังโควิด-19 ในชุมชน อสม.ส่วนใหญ่ดำเนินงานตามที่
ผู้นำชุมชนหรือ รพ.สต.สั่งการ ทำตามที่ได้รับมอบหมายใน
การเฝ้าระวังฯ กลุ่มเสี่ยง อสม.ทุกพื้นที่ไม่เคยทราบเกณฑ์
การปฏิบัติงานของ อสม.ตามแนวทางที่ สบส.กำหนด ดั่ง
นั้นถ้ามีแนวทางให้รู้ว่าต้องทำงานตามลำดับขั้นตอน ก็จะเป็น
สิ่งที่ดีทำให้มีเข็มทิศในการทำงาน

“อสม.ทำงานตามที่ท่านผู้นำทางตำบลกำนัน ผู้ใหญ่
บ้าน ได้บอกว่าให้ทำอะไร ส่วนใหญ่ก็จะคุยกัน สื่อสารกัน
ทางไลน์กับ รพ.สต. ไม่มีแนวทางอะไรชัดเจน ทำตามที่ได้

รับมอบหมายจากเทศบาล สงสัยอะไรก็ถามจากผู้ใหญ่บ้าน
เจ้าหน้าที่ รพ.สต.” (อสม. หญิง 44 ปี เขตสุขภาพที่ 9)

อสม.เป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรค
โควิด-19 ระดับพื้นที่ การพัฒนาตามบทบาทหน้าที่ให้
ชัดเจนจึงมีความสำคัญ อสม.ทำหน้าที่หลักในการแจ้ง
ข่าวสารและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากการปฏิบัติงานพบว่า
อสม.ได้รับมอบหมายให้ทำงานเกินความสามารถในด้าน
การใช้เทคโนโลยี ควรให้ อสม.รายงานผลการดำเนินงาน
ตามบริบทพื้นที่และตามศักยภาพของ อสม.

การสั่งการที่มาจากหน่วยงานต่างๆ ลงสู่พื้นที่ ทำให้
อสม.ต้องทำงานร่วมกับทุกฝ่าย ทั้งด้านการเฝ้าระวังฯ
ควบคุมโรค การตรวจร้านค้า การตรวจตลาด การแจก
ถุงยังชีพ การแจกอุปกรณ์ป้องกันตนเอง อุปกรณ์ในการ
ป้องกันตัว อุปกรณ์คัดกรองที่ไม่เพียงพอและไม่มั่นใจใน
ความน่าเชื่อถือของผลการคัดกรอง โดยเฉพาะเครื่องวัดไข้
พบว่าอุณหภูมิที่วัดได้มักต่ำกว่าปกติ อสม.คอยสอดส่องให้
ชาวบ้านปฏิบัติตามมาตรการ การรณรงค์ให้ประชาชน
ไปฉีดวัคซีน การแนะนำชาวบ้านลงทะเบียนพร้อม
และงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

“เครื่องวัดไข้ หรือที่สแกนอุณหภูมิ พบว่าตั้งแต่ตรวจ
มายังไม่เจอชาวบ้านที่มีไข้เลย อุณหภูมิต่ำบางคนเจอ 35-
36 องศา ก็มีชาวบ้านที่มีความรู้ก็บอกว่า อุณหภูมิต่ำกว่า
ปกติ ก็อยากให้เครื่องวัดไข้ได้รับการตรวจสอบว่าเครื่องวัด
ไข้ วัดได้ถูกต้อง” (อสม. หญิง 48 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

การตระหนักรู้และความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่
ในการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อบางคน ไม่สวม
หน้ากากตลอดเวลา เมื่ออยู่ในแหล่งชุมชน เนื่องจากหายใจ
ไม่สะดวกจึงทำให้ไม่อยากสวม หรือไม่มีหน้ากากเนื่องจาก
ยากจน ไม่สามารถซื้อได้ หรือสวมหน้ากากที่ใช้แล้ว อาจ
ทำให้ประสิทธิภาพในการป้องกันไม่ดีพอ การรายงานตัวเมื่อ
มาจากพื้นที่เสี่ยง ความรับผิดชอบของประชาชน บางคน
มาจากพื้นที่เสี่ยงแล้วไม่ยอมกักตัว ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่
กระจายเชื้อให้กับผู้อื่น รวมถึงการลงทะเบียนฉีดวัคซีน
ข่าวสารที่ถูกแชร์ในระบบออนไลน์ ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่น

ในการรับวัคซีน โควิด-19 ของ กลุ่ม อสม. และประชาชน ไม่ให้ความร่วมมือเรื่องการลงทะเบียนฉีดวัคซีน ความร่วมมือในการลงทะเบียนของประชาชนที่ เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง

“การไม่ปฏิบัติตัวของคนในชุมชน เช่น ไม่สวมแมสก์ ไม่เว้นระยะห่าง ทำให้ อสม. ต้องมากระตุ้นเตือนบ่อยครั้ง บางบ้านปิดประตูใส่ ทำให้เสียใจแต่ก็ต้องทำต่อเพราะกลัวติดเชื้อ” (อสม. หญิง 46 ปี เขตสุขภาพที่ 8)

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย รูปแบบการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการศึกษานำสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. ดังนี้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับพื้นที่คือ ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับจังหวัดและอำเภอ ควรพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง ผลจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ อสม. ศึกษาเรื่องโควิด-19 จากโซเชียลมีเดียออนไลน์ ซึ่งอาจจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 ที่คลาดเคลื่อน ขาดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนั้นควรมีการกำหนดเป็นมาตรการที่ชัดเจนถึงรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยใช้วิธีการที่หลากหลาย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร ควรกำหนดหน่วยงานหลักที่เป็นแหล่งให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องแก่ อสม. เพื่อให้ อสม. มีความรู้ ความเข้าใจสามารถนำไปถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ นอกจากนั้นควรประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรการอย่างชัดเจนและปฏิบัติตามอย่างเข้มงวดในการกำหนดให้ อสม. เป็นผู้มีส่วนที่หลักในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในพื้นที่

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อหน่วยงานระดับจังหวัด หรือศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของ อสม. ควร

จัดทำโปรแกรมหรือแนวทางการทำงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน เพื่อให้ อสม. มีแนวทางการดำเนินงานตามลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน ที่เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีเข้มทิศในการทำงานส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อไป จากการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามที่ได้ รับมอบหมาย ตามคำสั่งจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้โดยภาพรวม อสม. จะประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานที่เกิดจาก อสม. ขาดแนวทางหรือขั้นตอนที่ชัดเจนในการทำงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชน อสม. ส่วนใหญ่ดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมาย จาก อปท. ผู้นำชุมชนหรือ รพ.สต. เมื่อมีข้อสงสัยก็จะ สอบถามจากผู้นำชุมชนหรือ รพ.สต. อสม. ทุกพื้นที่ไม่เคย ทราบเกณฑ์การปฏิบัติงานของ อสม. ตามแนวทางที่ สบส. กำหนด

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการพัฒนาทักษะด้าน การใช้เทคโนโลยี เช่น การใช้แอปพลิเคชันในการรายงาน ต่างๆ สำหรับ อสม. รวมถึงการพิจารณาจัดสรรสนับสนุน ค่าใช้จ่ายการใช้ข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (internet package, data package) เป็นประเด็นที่ผู้บริหารควร ได้พิจารณา ทั้งนี้หากสามารถจัดสรรในรูปแบบของกระทรวง หน่วยงานระดับภูมิภาคและระดับจังหวัดอาจจะได้ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล และไม่ต้องให้เป็นภาระส่วนเกินของ อสม. และส่งผลดีต่อการรายงานข้อมูลในปัจจุบันทันที (real-time)

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบูรณาการการทำงาน แบบเครือข่าย จากผลการศึกษาพบว่าในการดำเนินงานเฝ้า ระวังฯ ในชุมชนนั้น มีหน่วยงานหลายภาคส่วนที่ดำเนินงาน ร่วมกัน เช่น ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคจังหวัด (ศปกจ.) ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ (ศปกอ.) ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบล (ศปกต.) ควรมีการบูรณาการทุก ภาคส่วนอย่างจริงจังผ่านการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนส่ง ผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการดำเนินงาน ทั้งนี้



การควบคุมพื้นที่การแพร่ระบาดของโรค การกักกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค และการปฏิบัติตัวตามมาตรการการควบคุมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักระบุว่ายังมีปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงานที่เกิดจากความไม่ชัดเจนของการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติมาจากหลายช่องทาง จากหลายหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อความชัดเจนในการสั่งการ และสื่อสารให้ตรงกัน อสม. จะได้มีความชัดเจนในการทำงาน ควรให้อสม. ร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ ร่วมเป็นทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (surveillance and rapid response team, SRRT) ตำบล ร่วมเป็นทีมอาสาโควิด-19 ในชุมชนและเป็นเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อในชุมชนตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

วิจารณ์และข้อยุติ

จากการศึกษากระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชนของ อสม. ทั้งจากข้อมูลเชิงปริมาณและจากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความสอดคล้องกัน การอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในชุมชนของ อสม. 5 ด้าน ดังนี้

ด้านการเตรียมความพร้อมแก่ อสม. ก่อนการปฏิบัติงาน การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของ อสม. มีคะแนนเฉลี่ย 2.77, SD 0.30 (จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน) อสม. มีการปฏิบัติ 3 ลำดับแรกคือ 1) การป้องกันตนเองโดยการกินร้อน ซอนเรา ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง 2) การสำรวจสุขภาพตนเอง ก่อนเข้าไปปฏิบัติงานการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน และ 3) การทำความเข้าใจและติดตามการทำงานเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ก่อนลงปฏิบัติงาน อสม. ได้รับความรู้จากการอบรมและหาความรู้เพิ่มเติมจากสื่ออินเทอร์เน็ต การรับฟังข่าวสารจากแหล่งข่าวต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมด้านความรู้ อย่างไรก็ตามพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ศึกษาเรื่องโควิด-19 จากสื่อโซเชียลออนไลน์ ซึ่งอาจ

จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 ที่คลาดเคลื่อนเนื่องจากไม่มีผู้ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือในสื่อโซเชียล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำคู่มือ หรือโปรแกรมหรือแนวทางการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน เพื่อการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน หรือมีช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่เชื่อถือได้ ดังการศึกษาของ Barcelos TN และคณะ⁽¹³⁾ ประเทศบราซิล ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 จำนวนมากและต่อเนื่อง ได้วิเคราะห์ลักษณะข่าวลวง ที่ไม่เป็นจริงเกี่ยวกับโควิด-19 ระหว่างเดือนมกราคมถึง มิถุนายน 2563 จาก 2 เว็บไซต์ พบว่ามีข่าวลวงหรือข่าวที่ไม่เป็นจริง 329 ข่าว และข่าวลวงส่วนใหญ่จะถูกนำเสนอทางโซเชียลมีเดียคือ Facebook และ WhatsApp โดยประเด็นข่าวลวงที่พบมากที่สุดคือเรื่องประเด็นการเมือง นโยบายที่เกี่ยวข้องกับโรคพบร้อยละ 20.1 รองลงมาคือ สถิติการแพร่ระบาดและการตาย พบร้อยละ 16.1 และรองลงมาคือรูปแบบวิธีการป้องกันโรคและการรักษา ซึ่งการนำเสนอข่าวลวงมีทั้งเป็นการประกาศข่าว การเสนอภาพถ่าย และวิดีโอ ดังนั้นประเทศไทยควรมีการตรวจสอบ วิเคราะห์การนำเสนอข่าวให้เกิดความชัดเจนและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร อสม. ส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาระดับประถมศึกษา ยังมีความไม่มั่นใจในความรู้ที่มี ประชาชนในพื้นที่ก็มักไม่เชื่อถือ อสม. ดังนั้นการได้รับข้อมูลที่เชื่อถือได้ ถูกต้องชัดเจน จึงเป็นเรื่องสำคัญ กำหนดหน่วยงานหลักที่เป็นแหล่งให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องแก่ อสม. เพื่อให้ อสม. สามารถถ่ายทอดให้กับประชาชนในพื้นที่ได้

จากผลการศึกษาพบข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันว่า อสม. มีการเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย เครื่องวัดไข้ อย่างไรก็ตามพบว่าบางครั้งอุปกรณ์ดังกล่าว ไม่พร้อมต่อการทำงาน มีจำนวนไม่พอ ดังนั้น ควรปรับปรุงระบบการสนับสนุนต่างๆ ทั้งอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน เช่น ค่าเดินทาง นโยบายการสนับสนุนที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมจะส่งเสริมให้มี อสม.

ทำงานในระบบบริการสุขภาพต่อไป

ด้านการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษาพบว่า อสม.ร้อยละ 97.6 คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้าออกในพื้นที่ ร่วมกับภาคีเครือข่าย และให้คำแนะนำ มีส่วนร่วมในการตั้งด่านชุมชนซึ่งเป็นจุดตรวจคัดกรองโรคโควิด-19 ด่านหน้าก่อนเข้าสู่หมู่บ้าน ร่วมกับภาคีเครือข่าย มีการแจ้งและรายงานผู้ที่มีประวัติมาจากพื้นที่เสี่ยงไปยัง รพ.สต. กรณีที่มีการจัดงานในพื้นที่ อสม.จะมีการไปคัดกรองและให้ความรู้ มีการจัดเวรตรวจตรา คอยสอดส่อง ค้นหา เฝ้าระวัง การค้นหาความเสี่ยงร่วมกับภาคีเครือข่าย มีคะแนนเฉลี่ย 2.83, SD 0.35 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการเข้าร่วมกิจกรรมตรวจคัดกรองโควิด-19 ดังการศึกษาของ Kaweenuttayanon N และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวถึงสภาพการณ์ระบาดของโควิด-19 ที่ประชากรวัยแรงงานไทยที่ทำงานเดินทางกลับถิ่นมากขึ้น การพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และส่งเสริมให้ประชาชนกักตัวที่บ้าน 14 วัน รวมถึงการติดตามต่อเนื่อง และรายงานอาการต่อ อสม. ซึ่งถือว่า อสม.เป็นปราการสำคัญในระดับหมู่บ้านที่สามารถช่วยบุคลากรสาธารณสุข ช่วยแก้ปัญหาในเรื่องความขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังฯ ในชุมชน โดย อสม.แต่ละพื้นที่มีวิธีการคัดกรองที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์ โดยไม่มีขั้นตอนการคัดกรองที่ชัดเจน ซึ่งการพัฒนาระบบการคัดกรองในชุมชนเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญดังเช่นการศึกษาของ VandeWeed C และคณะ⁽¹⁵⁾ มหาวิทยาลัยฟลอริดา สหรัฐอเมริกา ร่วมกับทีมสุขภาพหมู่บ้าน พัฒนาโปรแกรมการคัดกรองโควิด-19 สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้เกิดการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และส่งเสริมความรู้ให้กับคนในชุมชนและการสนับสนุนการวางแผนการดูแลในชุมชน โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมาย 4,230 คน ในการคัดกรองเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มมีอาการคือไอ น้ำมูกไหล หายใจถี่ มีไข้ รวมถึงคนที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง และกลุ่มไม่มีอาการ โดยโปรแกรมการคัดกรองทำให้กลุ่มเป้าหมายทราบผลโดยเร็วที่สุดภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งทำให้

กลุ่มคนในชุมชนลดความเสี่ยง หรือเมื่อมีความเสี่ยงได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อโรค ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประเทศไทยโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ขอความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนการรณรงค์ “อสม. เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด-19” สนับสนุน อสม.ในการค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้านหรือชุมชน ติดตาม เฝ้าสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัย (home quarantine) ในกลุ่มผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดของโรคโควิด-19 คือการซักประวัติ สอบถามอาการและวัดไข้

การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงและการแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงนั้น อสม.มีช่องทางการรับรู้รายชื่อผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง ประกอบไปด้วย การคัดกรองที่ด่านชุมชน การแจ้งจากเจ้าบ้านหรือญาติ การแจ้งจากผู้นำ การแจ้งจากเพื่อนบ้าน การแจ้งของผู้ที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ และจากการสำรวจของ อสม. เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.ร่วมกับ อสม. (1 คน: 10-15 หลังคาเรือน) ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัว มีคะแนนเฉลี่ย 2.74, SD 0.51 พบค่าเฉลี่ยสูงสุดคือส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและอาการสำคัญต่อเจ้าหน้าที่ และค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงภายหลังการค้นหา เฝ้าระวัง และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นปัจจุบันทุกวัน กลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน/ชุมชน อสม.จะแยกเป็นกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง สัมผัสเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงที่มีอาการบ่งชี้ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หากพบมีความผิดปกติส่งต่อตามระบบ พร้อมให้คำแนะนำ ติดตาม สังเกตอาการตามประกาศ พรบ.โรคติดต่อจังหวัด ณ เวลานั้นๆ อสม.มีการจัดเวรยามเฝ้าคนที่ต้องกักตัวที่ อบต.หรือศูนย์เลี้ยงเด็กกลางวัน ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaweenuttayanon N และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่รายงานว่า อสม.มากกว่า 1 ล้านคนที่ดูแลคนละ 5-15 หลังคาเรือน โดย อสม.เสียสละเวลาติดตามกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากการที่วัยแรงงานกลับถิ่น



และจำนวนโรงพยาบาลสนามไม่เพียงพอ โดยสิ่งสำคัญ 2 ประการที่ อสม.ต้องดำเนินการคือ การติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมให้ปฏิบัติตน สนับสนุนอุปกรณ์ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด และประการที่ 2 คือ ตัว อสม.เองที่มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงมีโอกาสเสี่ยงสูงในการสัมผัสโรค ดังนั้น อสม.ต้องคำนึงถึงการป้องกันตนเองอย่างเข้มงวด สำหรับการศึกษารายงานพบว่า หลังการดำเนินงาน อสม.รายงานผลการดำเนินงานผ่าน อสม.ออนไลน์ โดยในไลน์กลุ่มมีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อยู่ด้วยและจะทำหน้าที่บันทึกในระบบต่อไป

การเคาะประตูเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามสังเกตอาการโควิด-19 ให้ครบ 14 วัน อสม.มีการซักประวัติ สอบถามอาการและวัดไข้ให้ความรู้การปฏิบัติตนตามมาตรการ เช่น COVID-19 Watch Out ส่วนใหญ่ใช้การสื่อสารรายงานแบบไม่เป็นทางการร่วมด้วย และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนพบค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือจัดบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 เช่น การส่งยาที่บ้าน การเยี่ยมบ้านและกิจกรรมอื่นๆ รวมทั้งมีการสร้างความเข้าใจให้กับชาวบ้าน อสม.ให้ความรู้การปฏิบัติตนให้กับประชาชนโดยเน้นการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ดังจากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽¹⁶⁾ ได้กล่าวถึงประเทศไทยในการรณรงค์รูปแบบวิถี new normal เพื่อควบคุมสถานการณ์แพร่ระบาดให้ดีขึ้น ซึ่งทั้ง 12 เขตสุขภาพนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งโครงการรูปแบบวิถี new normal model นี้ได้รับการสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นในการพัฒนาระบบการดูแล โดยได้เริ่มนำร่องที่จังหวัดปัตตานีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการสร้างการรับรู้การตระหนักถึงความเสี่ยง การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ในระบบสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 3 ประเภทตามสีไฟจราจรคือ เขียว แดง เหลือง ภายใต้พื้นฐานความต้องการเร่งด่วนของการดูแล สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเร่งด่วนมีอาการสงสัยเช่นมีไข้ เจ็บคอ สามารถรับบริการปรึกษาบุคลากรสาธารณสุขผ่านทาง

โทรศัพท์ กรณีผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 เข้าสู่ระบบบริการ โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ตามหลักการเว้นระยะห่าง ปัดตานิโมเดล นำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม อสม.ยังขาดแนวทางการให้ความรู้ที่ชัดเจน และประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ควรมีรูปแบบ คู่มือ หรือแนวทางการให้ความรู้สำหรับ อสม.ที่เข้าใจง่าย ดังการศึกษาของ Kamara FM, Mokuwa EY, และ Richards P⁽¹⁷⁾ ศึกษาในประเทศเซียร์ราลีโอนแถบแอฟริกาตะวันตก ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ กลุ่มตัวอย่าง 107 คน วิทยุใหญ่ที่อาศัยใน 2 หมู่บ้าน นักวิจัยได้พัฒนารูปแบบการถ่ายทอดความรู้เรื่องการระบาดของโควิด-19 โดยใช้รูปแบบที่ทำให้ประชาชนเข้าใจง่ายผ่านการเล่นเกมส์ โดยเปรียบเทียบการระบาดกับโรคติดเชื้อไวรัสที่มีการระบาดในพื้นที่ ที่ประชาชนเคยประสบการระบาดรุนแรงในช่วงปี 2014-2015 และมีความเข้าใจคือ Ebola Virus Disease (EVD) โดยใช้ผลไม้ประจำถิ่นที่ประชาชนคุ้นเคย มีในพื้นที่จำนวนมาก เป็นสัญลักษณ์ของโรค โดยผลมะม่วงแทนโรค EVD ผลส้มแทนโรค COVID-19 ในการอธิบายเปรียบเทียบถึงความรุนแรงของโรค และการเสียชีวิตจากโรคจากเชื้อ EVD และ COVID-19

การบริหารจัดการ บันทึกและรายงานผลการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่าแต่ละพื้นที่ให้ อสม.รายงานผลการดำเนินงานการเฝ้าระวัง การคัดกรองทางออนไลน์ ซึ่ง อสม.บางคนก็จะมีปัญหาในเรื่องของการใช้เทคโนโลยี เนื่องจาก อสม.ที่เป็นผู้สูงอายุขาดความคล่องตัว และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีน้อย และถึงแม้ อสม.ส่วนใหญ่จะมีเครื่องมือในการทำงานคือสมาร์ตโฟน แต่อาจจะไม่รองรับระบบปฏิบัติการ รวมทั้ง อสม.ต้องแบกภาระค่าใช้จ่าย ดังนั้นจึงเป็นประเด็นที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในระดับพื้นที่และระดับนโยบาย ควรพัฒนาความรู้ ความสามารถ ทักษะและบทบาทของ อสม.ในการรายงานผลการดำเนินงานให้เหมาะสมตามบริบทพื้นที่และศักยภาพ

ของ อสม. และควรพิจารณาจัดสรรสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการใช้ข้อมูลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (internet package, data package) ทั้งนี้หากสามารถจัดสรรในรูปแบบของกระทรวง หน่วยงานระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด อาจจะได้ค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล และไม่ต้องให้เป็นภาระส่วนเกินของ อสม. และส่งผลดีต่อการรายงานข้อมูลในปัจจุบันทันที (real-time)

ข้อเสนอแนะ:

1. ด้านการพัฒนา อสม. ควรมีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่ อสม. ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชน
2. ด้านการพัฒนาโปรแกรม ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนสำหรับ อสม. เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานที่มีความชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.
3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนของ อสม.
4. ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการควบคุม ป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในกลุ่ม อสม. (best practice) เพื่อเป็นตัวอย่างให้ อสม. ในภาคอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ทั้ง 16 พื้นที่ ใน 8 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้บริหารในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่กรุณาสับสนุนให้ทีมวิจัยได้ทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดเครือข่ายวิจัย และขอขอบคุณหน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัยครั้งนี้ คือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้โอกาสทีมวิจัยได้ดำเนินงานวิจัยที่นำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

References

1. Mamana S, Iamsirithaworn S, Uttayamakul S. Coronavirus disease-19 (COVID-19). Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 2020;14(2):124-33. (in Thai)
2. Order the prime minister's office 6/2563. Re: Arrangement of the Structure of the Centre for COVID-19 Situation Administration (CCSA) [Internet]. [cited 2021 June 22]. Available from: http://web.krisdika.go.th/data/slideshow/File/43_165158_6_2563_Eng.pdf.
3. Public Health Support Division, Ministry of Public Health. Performance report of VHV in surveillance for Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in the community [Internet]. [cited 2020 Jul 14]. Available from http://www.thaiphc.net/new2020/save_covid_report/. (in Thai)
4. Public Health Support Division, Ministry of Public Health. Village health volunteers (VHVs) manual [Internet]. [cited 2020 Jul 9]. Available from: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/OSM_Doctor.pdf. (in Thai)
5. Ministry of Public Health. Practice guidelines for the village health volunteers (VHVs) on surveillance for Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2020. (in Thai)
6. Department of Health Service Support. Manual for strengthening village health volunteer. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
7. Krassanairawiwong T. Improve potential of VHVs with quality work. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
8. White M, Cohan A. A guide to capturing lesson learned [Internet]. [cited 2020 Sep 17]. Available from www.conservationsgateway.org; 2016.
9. Nyumba TO, Wilson K, Derrick MN. The use of focus group discussion methodology: insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution* 2018;9(1):20-32.
10. World Health Organization. Minimum requirements for infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2019.
11. Nawsuwan K, Singweratham N, Theppakson P. Composition and indicators for successful implementation of novel Coronavirus (COVID-19) in the community of village health volunteers (VHVs) in Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020;7(2):ก-จ. (in Thai)
12. Department of Health Service Support. VHV's guideline knocking on the door of the house against COVID-19. Nonthaburi: Department of Health Service Support; 2020. (in Thai)



13. Barcelos TN, Muniz LN, Dantas DM, Cotrim Junior DF, Cavalcante JR, Faerstein E. Analysis of fake news disseminated during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2021 [cited 2021 Jul 12];1-8. Available from: www.paho.org/journal. doi: <http://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>.
14. Kaweenuttayanon N, Pattanarattanamolee R, Sorncha N, Nakahara S. Community surveillance of COVID-19 by village health volunteers, Thailand. *Bull World Health Organ. Am* 2021 [cited 2021 Jul 10];99:393-97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.274308>.
15. VandeWeed C, Lauzardo M, Lowenkron J, Morris JG, Tyndall JA, Nelson DR, et al. Patient-centered Covid-19 screening in a community of older adults: combining educational and research components. *NEJM Catalyst* [Internet]. [cited 2021 Jun 11]. Available from: <https://events.catalyst.nejm.org>.
16. World Health Organization. Thailand launches “New Normal” system to build back better after COVID-19 [Internet]. [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int>.
17. Kamara FM, Mokuwa EY, Richards P. How villagers in central Sierra Leone understand infection risks under threat of Covid-19. *PLOS ONE* 2020; Jun 24:1-7 [Internet]. [cited 2021 Jun 24]. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235108>.

ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ต่อผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในเขตกรุงเทพมหานคร

ประภัสสรา พงศ์พันธุ์พิศาล*

มนทยา สุนันทิวัฒน์*

สมหญิง พุ่มทอง*

ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช*

ผู้รับผิดชอบบทความ: ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) สร้างผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจากมาตรการทางสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในเขตกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาด้านสุขภาพ และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 การวิจัยนี้เป็นสำรวจแบบภาคตัดขวางใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายนและกรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจงร่วมกับการคัดเลือกแบบลูกโซ่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมาน (ANOVA, t-test, chi-square) ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นได้รับผลกระทบจากการระบาดและมาตรการด้านสาธารณสุขในการควบคุมโรค ต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ เศรษฐกิจและความตึงเครียดทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคในการใช้บริการสาธารณะจากการปรับเปลี่ยนทางสังคมในยุค new normal อย่างไรก็ตาม มาตรการการตอบสนองต่อผลกระทบจากโควิด-19 ของภาครัฐ ยังไม่ครอบคลุมรายละเอียดในการปฏิบัติต่อผู้มีความบกพร่องทางการเห็น เช่น รูปแบบการจัดบริการและการช่วยเหลือเยียวยายังขาดระบบที่รองรับข้อจำกัดของผู้มีความบกพร่องทางการเห็น การสื่อสารข้อมูลทางสาธารณสุขยังขาดรูปแบบและช่องทางที่เหมาะสม ภาครัฐบาลควรมีความเข้าใจ และกำหนดนโยบายการดูแลที่ครอบคลุมกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็น เช่น ปรับปรุงการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณะ ปรับปรุงการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพิ่มการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19

คำสำคัญ: โควิด-19, ผู้มีความบกพร่องทางการเห็น, วัคซีน, ผลกระทบด้านสุขภาพ

* ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Received 4 September 2021; Revised 16 November 2021; Accepted 7 June 2022

Suggested citation: Pongpunpisand P, Sununtiwat M, Pumtong S, Anuratpanich L. The health impact of the COVID-19 pandemic on visually disabled persons in Bangkok. Journal of Health Systems Research 2022;16(2):169-82.

ประภัสสรา พงศ์พันธุ์พิศาล, มนทยา สุนันทิวัฒน์, สมหญิง พุ่มทอง, ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช. ผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ต่อผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(2):169-82.

The Health Impact of the COVID-19 Pandemic on Visually Disabled Persons in Bangkok

Prapatsara Pongpunpisand*, Montaya Sununtiwat*, Somying Pumtong*, Luerat Anuratpanich*

* Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University

Corresponding author: Luerat Anuratpanich, luerat.anu@mahidol.ac.th

Abstract

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic has impacted on health and well-being of the population, particularly vulnerable groups. The purposes of this study were to explore health impact of COVID-19 regarding public health measure on people with visual impairment in Bangkok, to analyze factors affecting the impact, and to make recommendations to support visually impaired people in the situation of COVID-19 outbreak. A cross-sectional survey was conducted. Questionnaires were used to collect data between June and July, 2021. A combination of purposive and snowball technique was applied to select 140 visually impaired people to the study. Data were analyzed using descriptive (percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics (ANOVA, t-test, chi-square). Findings revealed that the outbreak and public health measures affected visually impaired people's daily lives, occupation, and economic and emotional stress. Moreover, they faced difficulty in using public services due to social change in the new normal era. However, the government's measures in response to the impact of COVID-19 on visually impaired group were not inclusive in design. For instance, there was a lack of system to support the constraints of the visually impaired, and health communication was inappropriate in terms of format and channel. The government should show empathy and implement comprehensive policies for visually impaired people with empathy, such as improve access for public services, improve access to health care services, as well as increase access to COVID-19 vaccine.

Keywords: COVID-19, visually disabled person, vaccine, health impact

ภูมิหลังและเหตุผล

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจไปทั่วโลก ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 1,234,487 ราย เสียชีวิต 12,103 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 2 กันยายน 2564)⁽¹⁾ รัฐบาลไทยออกนโยบายและดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาด เช่น ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตั้งแต่ 26 มีนาคม 2563 จนถึง 30 กันยายน 2564⁽²⁾ ร่วมกับมาตรการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล โดยมีการปิดสถานที่บริการ พื้นที่สาธารณะและห้ามออกนอกเคหะสถานโดยไม่จำเป็น (lockdown) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร⁽³⁾ จากสถานการณ์ระบาดนี้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงทั้งด้านเศรษฐกิจ ทำให้รายได้ครัวเรือนลดลง ลดการจ้างงาน ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เช่น

การเข้าถึงสิ่งของจำเป็นต่อการอุปโภคบริโภค การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ และผลกระทบด้านสาธารณสุข ในส่วนของผู้ให้บริการ บุคลากรทางการแพทย์ มีภาระงานเพิ่มขึ้นพร้อมๆ กับการขาดแคลนกำลังคน ในขณะที่ผู้รับบริการก็ได้รับผลกระทบจากรูปแบบและวิธีการให้บริการแบบใหม่ที่ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19⁽⁴⁾ ทุกภาคส่วนต่างพยายามปรับตัวเพื่อรับมือกับวิกฤติครั้งนี้ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตวิถีใหม่ หรือ new normal ที่เน้นการรักษาสุขอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ โดยมีเทคโนโลยีเข้ามาเป็นสื่อกลาง ทั้งการเข้าถึงความช่วยเหลือจากภาครัฐ การรับข้อมูล การเข้าถึงอาหาร ยา และวัคซีน ผลกระทบที่เกิดขึ้นและการจัดการปัญหาจากที่กล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มทั่ว

ประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19

ผู้มีความบกพร่องทางการเห็น หรือผู้พิการทางสายตา เป็นกลุ่มผู้มีความเปราะบางที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ระบาดและมาตรการควบคุมโควิด-19 มีความเสี่ยงในการได้รับเชื้อจากลักษณะการใช้ชีวิตประจำวันที่ใช้การสัมผัสเพื่อการรับรู้สิ่งแวดล้อม⁽⁵⁾ หรือการช่วยเหลือนำทางโดยบุคคลอื่นที่ต้องใช้การสัมผัสข้อศอก⁽⁶⁾ จึงมีโอกาที่จะได้รับเชื้อจากผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมได้ง่าย อีกทั้งมาตรการต่างๆ เช่น lockdown การจำกัดการเดินทาง การปิดกิจการที่รวมถึงการปิดร้านอาหาร ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้มีความบกพร่องทางการเห็นอย่างมากทั้งทางตรงและทางอ้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากสถานการณ์โควิด-19 ในกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในประเทศอินเดีย⁽⁷⁾ พบว่า การดูแลด้านยาแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ไม่ครอบคลุมผู้มีความบกพร่องทางการเห็น ในยังการพบว่า ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นได้รับผลกระทบด้านการเข้าถึงของอุปโภคบริโภคที่จำเป็นจากมาตรการ lockdown รวมทั้งการเรียนและการทำงานที่ต้องใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลาง⁽⁸⁾ และในประเทศกานาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการเห็นที่ต้องอยู่แต่ภายในบ้าน กำลังเผชิญปัญหาความอดอยาก ความเครียดวิตกกังวลและสิ้นหวัง⁽⁹⁾

องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางการดูแลผู้พิการในช่วงการระบาดเชื้อโควิด-19 เพื่อให้มั่นใจว่าผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการด้านการดูแลสุขภาพ การสุขาภิบาล และน้ำ และข้อมูลที่เป็นด้านสาธารณสุข⁽¹⁰⁾ ดังนี้ 1) การปฏิบัติของคนพิการและผู้อาศัยในครัวเรือน เน้นการเข้าถึงความรู้ และการปฏิบัติตัวตามมาตรการของภาครัฐในการป้องกันการติดเชื้อ สืบหาความต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือ การปฏิบัติตัวเมื่อทราบว่าติดโควิด-19 และการดูแลสุขภาพกายใจของผู้ร่วมอาศัยและผู้ดูแล 2) การดำเนินงานของภาครัฐ สนับสนุนให้คนพิการสามารถเข้าถึงข้อมูล

และการสื่อสารด้านสาธารณสุข เน้นการจัดทำรูปแบบสื่อและเทคโนโลยีที่เหมาะสมรองรับการใช้งาน มีมาตรการเฉพาะสำหรับคนพิการ เครื่องช่วยที่ทำหน้าที่ให้การดูแลและหน่วยงานที่ให้บริการแก่คนพิการในชุมชน การจ่ายเงินชดเชย การสนับสนุนอุปกรณ์ สายด่วนเพื่อการสื่อสารกับภาครัฐ 3) การดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุข เน้นการจัดให้การดูแลสุขภาพเข้าถึงได้ ทั้งราคาและความครอบคลุมประเภทความพิการ โครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคผ่านรูปแบบสื่อที่หลากหลาย การให้บริการสาธารณสุขทางไกล บริการปัญหาทางสุขภาพ ประสานการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทั้งด้านกำลังคนสนับสนุนบุคลากรสาธารณสุข การอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจในการดูแลผู้พิการ และการเข้าถึงอุปกรณ์จำเป็น รวมถึงการให้การดูแลผู้พิการที่มีความต้องการเฉพาะ

ประเทศไทยมีแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้พิการ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2560-2564) ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งความเท่าเทียม (EQUAL) ประกอบด้วย เสริมพลังคนพิการและองค์กรด้านคนพิการ (empowerment) พัฒนาคุณภาพการจัดการจัดการ จัดการเลือกปฏิบัติเพื่อให้ผู้พิการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการได้จริง (quality management) เสริมสร้างความเข้าใจและเจตคติเชิงสร้างสรรค์ของสังคมต่อคนพิการและความพิการ (understanding) สร้างสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะที่ทุกคนเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ (accessibility) บูรณาการเครือข่ายสร้างการมีส่วนร่วม (linkage)⁽¹¹⁾ ซึ่งในช่วงการระบาดโควิด-19 มีการดูแลช่วยเหลือประชาชนทั่วไปและผู้พิการในรูปแบบเดียวกัน เช่น ทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และจัดบริการทางการแพทย์ในรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (new normal medical services) ทำให้รูปแบบการบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไป เช่น การพบแพทย์ในวิธีการผ่าน video call⁽¹²⁾ การกระจายและส่งมอบยามีหลายวิธี เช่น ส่งยาทางไปรษณีย์ ผ่าน อสม. ส่งให้ถึงบ้าน หรือรับยาจากร้านยาใกล้บ้าน⁽¹³⁾ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อผู้มีความบกพร่องทางการเห็น โดย

เฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ อันเนื่องมาจากมาตรการควบคุมทางสาธารณสุข และการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพจากสถานการณ์โควิด-19 ในกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อให้เข้าใจปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นที่เป็นผู้รับบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโดยประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การให้บริการสุขภาพของรัฐ การดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ ระบบบริการสุขภาพ การช่วยเหลือทางสังคม ภาวะจิตใจอารมณ์⁽¹⁴⁾ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลกระทบด้านสุขภาพจากมาตรการทางสาธารณสุขในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในเขตกรุงเทพมหานคร 2) ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาด้านสุขภาพในสถานการณ์โควิด-19 และ 3) จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีกรอบแนวคิดทางการศึกษาแสดงในภาพที่ 1

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

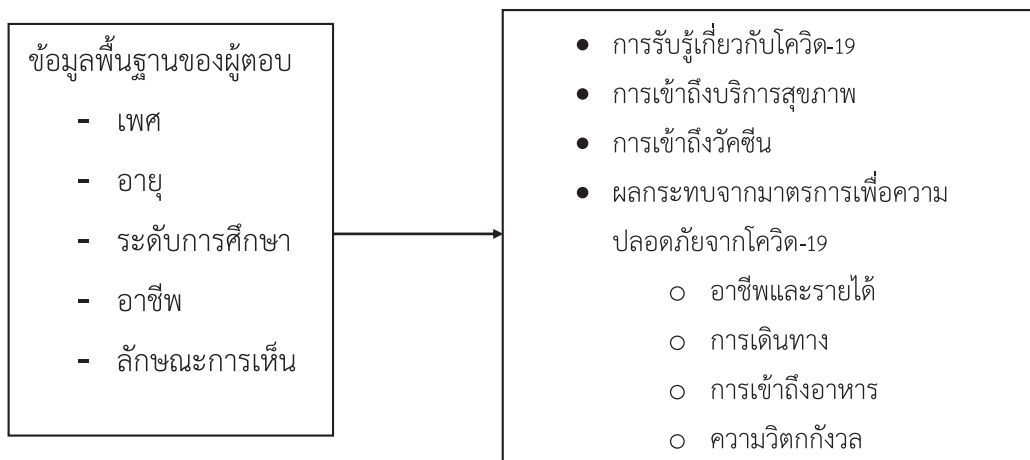
รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross sectional survey) โดยการใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564 (2 เดือน)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีความพิการทางการเห็น ได้แก่ ผู้ที่ตาบอด (เมื่อใช้แว่นสายตารธรรมดาอยู่ในระดับต่ำกว่า 3 ส่วน 60 เมตร หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต ลงมาจนกระทั่งมองไม่เห็นแม้แต่แสงสว่างหรือมีลานสายตาแคบกว่า 10 องศา) และ ผู้ที่มีสายตาเห็นเลือนราง (เมื่อใช้แว่นสายตารธรรมดาแล้วอยู่ในระดับตั้งแต่ 3 ส่วน 60 เมตร หรือ 20 ส่วน 400 ฟุต ไปจนถึงต่ำกว่า 6 ส่วน 18 เมตร หรือ 20 ส่วน 70 ฟุต หรือมีลานสายตาแคบกว่า 30 องศา)⁽¹⁵⁾ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากไม่ทราบจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่แน่นอน⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ จึงคำนวณตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ร่วมกับ



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

การคัดเลือกแบบลูกโซ่ (snowball sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและข้อควรพิจารณาสำหรับคนพิการในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วยคำถามที่มีคำตอบเป็นแบบตัวเลือกและคำถามปลายเปิดเพื่อให้เห็นความคิดเห็น แบ่งเป็น 5 ตอน คือ 1) ข้อมูลสถานภาพและข้อมูลพื้นฐาน 2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 3) ผลกระทบจากมาตรการเพื่อความปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ต่อการดำเนินชีวิต 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ 5) การเข้าถึงข้อมูลวัคซีน แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในด้านความถูกต้องเชิงเนื้อหา (content validity) และความครอบคลุมตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษา ตามวัตถุประสงค์แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (index of item objective congruence: IOC) ข้อคำถามทุกข้อมีค่า 0.67-1.00 แบบสอบถามถูกพัฒนาเป็นรูปแบบ Google form โดยใช้โปรแกรมช่วยอ่านสำหรับผู้มีความบกพร่องทางการเห็น และมีการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นจำนวน 10 คน หลังจากการทดลองใช้ ผู้วิจัยปรับปรุงอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเข้าถึงผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยประสานไปยังสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย ซีแองโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ เพื่อขอความอนุเคราะห์รายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ของสมาชิกสมาคมฯ จากนั้น ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อกลุ่มตัวอย่างซีแองเกี่ยวกับโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยอ่านคำชี้แจงหากยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงขอคำยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถาม จากนั้น จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอให้ผู้ตอบแบบสอบถามแนะนำผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยจึงโทรศัพท์ติดต่อเพื่อเชิญเข้าร่วมงานวิจัย

การตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกคือ ผู้ที่สามารถใช้เทคโนโลยีอ่านเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ได้ ผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามแบบ Google form หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อกลับที่ผู้วิจัย กลุ่มที่สอง คือผู้ที่ไม่สะดวกใช้เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยใช้วิธีอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟังทางโทรศัพท์ ซึ่งใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 15 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และความคิดเห็น เช่น การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผลกระทบจากมาตรการเพื่อความปลอดภัยจากเชื้อโควิด-19 ต่อการดำเนินชีวิต การเข้าถึงบริการและข้อมูลวัคซีน

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) โดยใช้ t-test, ANOVA, chi-square เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงความรู้ด้านโควิด-19 และการเข้าถึงวัคซีน

ส่วนที่ 3 การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ ความรู้ด้านการปฏิบัติตัว ความเหมาะสมของรูปแบบข้อมูล ความพึงพอใจทางอารมณ์ ความรู้สึกต่อวัคซีน การแปลผลใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายความว่า มีความต้องการ/เห็นด้วย อยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายความว่า มีความต้องการ/เห็นด้วย อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายความว่า มีความต้องการ/เห็นด้วย อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายความว่า มีความต้องการ/เห็นด้วย อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายความว่า มีความต้องการ/เห็นด้วย อยู่ในระดับน้อยที่สุด



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะทันตแพทยศาสตร์และเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA.No.MU-DT/PY-IRB 2020/055.1709 การเก็บข้อมูลเริ่มหลังจากที่ได้รับความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถาม กรณีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จะเป็นการให้ความยินยอมโดยวาจา กรณีตอบคำถามอิเล็กทรอนิกส์จะให้ความยินยอมโดยการเลือกตอบในแบบฟอร์ม ส่วนการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามนั้น จะกระทำโดยไม่มีเปิดเผยชื่อและสถานที่ที่มีการอ้างถึง รวมทั้งจำกัดการเข้าถึงเอกสารโดยหัวหน้าโครงการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

1) ข้อมูลสถานภาพและข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 140 คน มีอายุเฉลี่ย 44 ± 13.59 ปี (ต่ำสุด 21 ปี - สูงสุด 85 ปี) เพศชาย ร้อยละ 52.9 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 41.7) รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 19.3) อาชีพที่พบมากที่สุด คือ อาชีพอิสระ ได้แก่ ผู้แสดงความสามารถ ขยายชนม ขยายของ (ร้อยละ 23.6) รองลงมา คือ พนักงานบริษัท (ร้อยละ 23.6) อาชีพอื่นๆ ได้แก่ นวดแผนไทย (ร้อยละ 22.9) ขยายสลากกินแบ่งรัฐบาล (ร้อยละ 7.9) ข้าราชการ (ร้อยละ 5.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากถูกเลิกจ้างและเกษียณอายุ (ร้อยละ 12.1) สำหรับลักษณะการเห็นแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ผู้มีดวงตามีร้อยละ 52.1 และผู้มีสายตาเลือนราง ร้อยละ 47.9

2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการระบาดของเชื้อโควิด-19 และมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และเมื่อสอบถามความเห็นเกี่ยวกับรูปแบบสื่อสำหรับผู้มีความบกพร่องทางการเห็น ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเหมาะสมปาน

กลาง ช่องทางการรับรู้ข้อมูล 3 อันดับแรก คือ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ และ การบอกเล่าในครอบครัว เพื่อน คนใกล้ชิด (ร้อยละ 30, 29 และ 20 ตามลำดับ) โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ส่วนใหญ่รับข่าวสารผ่านทางโทรศัพท์มากที่สุด (ร้อยละ 37) ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีแนวโน้มที่จะหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตมากกว่าผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ พบว่า ระดับการศึกษาและอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01, p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

3) ผลกระทบจากมาตรการเพื่อความปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ต่อการดำเนินชีวิต

ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นได้รับผลกระทบในการดำเนินชีวิต จากมาตรการต่างๆ ทั้งด้านการประกอบอาชีพและรายได้ การเดินทาง การเข้าถึงอาหาร และ ความตึงเครียดทางอารมณ์ดังนี้

การประกอบอาชีพและรายได้

ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 93 ได้รับผลกระทบต่อการประกอบอาชีพจากมาตรการควบคุมต่างๆ ในสถานการณ์โควิด-19 ทำให้รายได้ลดลง เช่น ผู้ที่มีอาชีพนวด ขยายสลากกินแบ่งรัฐบาล อาชีพอิสระ และเจ้าของกิจการ อย่างไรก็ตาม กลุ่มข้าราชการ และพนักงานที่ได้รับเงินเดือนประจำไม่ได้รับผลกระทบเนื่องจากมีรายได้ประจำอยู่แล้ว ประมาณสองในสามกล่าวว่าค่าครองชีพสูงขึ้นเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงในช่วงการระบาดครั้งนี้

การเดินทาง

ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นร้อยละ 76 กล่าวว่า ได้รับผลกระทบในด้านการเดินทางในสถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 เนื่องจากเหตุผลหลายประการ ได้แก่ กลัวการสัมผัสเชื้อระหว่างการเดินทาง (ร้อยละ 56) รถสาธารณะหายากขึ้น (ร้อยละ 26) ต้องใช้เวลารอานและต้องใช้รถรับจ้างแทนรถสาธารณะ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า การได้รับความช่วยเหลือระหว่างการเดินทางลดลงเนื่องจากคนเดินทางน้อย และสังคมห่างเหินมาก

ขึ้น ผู้คนรอบข้างไม่กล้าเข้ามาให้ความช่วยเหลือในระยะใกล้ เนื่องจากกังวลเรื่องการติดเชื้อ การช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นการบอกทางอย่างเดียวแต่ไม่มีใครพาไปเหมือนก่อนหน้านี้ที่จะเกิดการระบาดของโรคโควิด-19

การเข้าถึงอาหาร

ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นเกือบครึ่งหนึ่งได้รับผลกระทบในการหาอาหารในชีวิตประจำวัน เนื่องจากสาเหตุต่างๆ เช่น ไม่กล้าไปซื้ออาหารเพราะกลัวติดเชื้อ ร้านอาหารปิด การเดินทางลำบากจากการปิดกั้นเส้นทางจากการระบาดในชุมชนทำให้หาซื้อยาก นอกจากนี้บางรายต้องสั่งอาหารผ่านออนไลน์ทำให้มีราคาสูงขึ้น

ความวิตกกังวล

ผู้ตอบแบบสอบถามมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์โควิด-19 ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.85 จากคะแนนเต็ม 5) พบว่าผู้มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่าผู้มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรี

ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความวิตกกังวลที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ลดลง (ค่าเฉลี่ย 3.99) ค่าครองชีพที่สูงขึ้น (ค่าเฉลี่ย 4.17) การเข้าถึงอาหารที่หายากขึ้น (ค่าเฉลี่ย 4.64) การเข้าถึงยา (ค่าเฉลี่ย 4.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ANOVA $p < 0.05$)

4) การเข้าถึงบริการสุขภาพ

ประมาณสองในสามของผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่ได้ได้รับผลกระทบในการรับยาที่ใช้ประจำเนื่องจากโรงพยาบาลใช้ระบบส่งยาทางไปรษณีย์ นอกจากนี้ยังได้รับยาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้มียาใช้ได้นานขึ้น อย่างไรก็ตามกลุ่มที่เหลืออีกประมาณหนึ่งในสาม กล่าวว่าได้รับผลกระทบ เช่น ยาขาดเนื่องจากขาดการติดต่อกับทางโรงพยาบาล จึงไม่ทราบว่ามีการส่งยาทางไปรษณีย์และมีอุปสรรคในการเดินทางไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 16.4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้มีความบกพร่อง

ตารางที่ 1 การรับรู้ของผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในมิติที่สนใจ

ข้อมูลพื้นฐาน		N	การรับรู้เกี่ยวกับโควิด-19		การรับรู้ด้านมาตรการป้องกันตัว		ความเหมาะสมของรูปแบบข้อมูล		ความพึงพอใจทางอารมณ์	
			ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value
รวม		140	3.87 (0.81)		3.97 (0.84)		3.36 (0.83)		3.85 (0.85)	
เพศ	ชาย	74	3.81 (0.80)	0.301	3.89 (0.88)	0.241	3.29 (0.73)	0.315	3.82 (0.83)	0.709
	หญิง	66	3.95 (0.83)		4.06 (0.80)		3.43 (0.93)		3.87 (0.86)	
ช่วงอายุ	20-40	58	4.13 (0.71)	0.004*	4.20 (0.83)	0.017*	3.34 (0.93)	0.622	3.72 (0.83)	0.333
	41-60	70	3.65 (0.83)		3.82 (0.81)		3.41 (0.77)		3.92 (0.88)	
	> 60	12	3.91 (0.90)		3.66 (0.88)		3.16 (0.72)		4.00 (0.73)	
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	68	3.55 (0.83)	0.000*	3.61 (0.89)	0.000*	3.37 (0.86)	0.963	4.10 (0.85)	0.001*
	ปริญญาตรีขึ้นไป	72	4.18 (0.67)		4.30 (0.64)		3.36 (0.81)		3.61 (0.80)	

*ANOVA significant p-value < 0.05

ทางการเห็นอย่างมากคือ การเปลี่ยนแปลงด้านสถานที่ตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้มีอุปสรรคในการไปรับบริการ (ร้อยละ 52.1) การรักษาระยะห่างกับผู้อื่น เช่น ไม่ทราบว่าจะห้ามนั่ง หรือการรักษาระยะห่างอาจทำได้ยาก บางครั้งต้องใช้ไม้เท้าขาวแตะเพื่อสำรวจพื้นที่ จึงอาจไปกระทบผู้อื่นโดยไม่ได้ตั้งใจ (ร้อยละ 43.1) การปรับเปลี่ยนสถานที่ตรวจ แต่เจ้าหน้าที่ไม่ได้แจ้งให้ทราบ ทำให้ต้องเดินหา เกิดความสับสน เพิ่มขึ้นตอนการคัดกรองและสิ่งกีดขวางทำให้เสี่ยงต่อการสะดุด (ร้อยละ 37.9) จำนวนเจ้าหน้าที่มีจำกัดไม่พอที่จะช่วยนำทาง และเจ้าหน้าที่จะหลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยตรง โดยมีการใช้รถเข็นให้นั่งมากขึ้นเพื่อลดการสัมผัส (ร้อยละ 12.1) และบริเวณที่รับยาจะมีพลาสติกกั้นระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทำให้การสัมผัสผลิตภัณฑ์ยาทำได้ยาก หยิบยาลำบาก ได้ยินคำอธิบายไม่ชัด หรือเสียงอู้อี้ฟังยาก (ร้อยละ 6.9) นอกจากนี้ ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นบางรายต้องจ้างให้ผู้อื่นพามาโรงพยาบาล ปกติจะมีค่าใช้จ่ายครั้งละประมาณ 500-800 บาท พบว่าในช่วงการระบาดของโควิด-19 การ

หาอาสาหรือผู้รับจ้างลำบากขึ้นหรือมีค่าจ้างที่สูงขึ้นเป็นวันละ 1,000 บาท

5) การเข้าถึงวัคซีน

ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบทั้งหมด ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์และบุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด (ร้อยละ 74.3, 54.3 และ 52.9 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ยังมีช่องทางอื่น เช่น ผ่านมูลนิธิฯ วิทยุและแพทย์ประจำ (ร้อยละ 23.6, 16.4, 12.1 ตามลำดับ) สำหรับการยอมรับวัคซีน พบว่า ร้อยละ 84.3 ต้องการฉีดวัคซีน แต่ที่เหลืออีก ร้อยละ 15.7 ไม่ต้องการฉีดวัคซีน ซึ่งประมาณหนึ่งในสามให้เหตุผลว่า ขาดความเชื่อมั่นในวัคซีน และกลัวผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน (ตารางที่ 3) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การตัดสินใจไม่ฉีดวัคซีนนั้นไม่สัมพันธ์กับตัวแปรเพศ อายุ การศึกษา และระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 เหตุผลที่ไม่ฉีดวัคซีนในผู้มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีเหตุผลจากการขาดความเชื่อมั่นในวัคซีนมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) รองลงมาได้แก่ กังวลเนื่องจากมีโรค

ตารางที่ 2 การเข้าถึงวัคซีนโควิด-19

ข้อมูลพื้นฐาน		N	เข้าถึงข้อมูลวัคซีน		ต้องการฉีดวัคซีน		พบอุปสรรคในการเข้าถึงวัคซีน	
			ใช่ (N, %)	χ^2	ใช่ (N, %)	χ^2	ใช่ (N, %)	χ^2
รวม (% คำนวณในกลุ่มเดียวกัน)		140	138 (98.6)		118 (84.3)		51 (36.4)	
เพศ	ชาย	74	72 (97.3)	0.179	63 (85.1)	0.770	24 (32.4)	0.298
	หญิง	66	66 (100)		55 (83.3)		27 (40.9)	
ช่วงอายุ	20-40	58	57 (98.3)	0.900	49 (84.5)	0.197	14 (24.1)	0.037*
	41-60	70	69 (98.6)		61 (87.1)		31 (44.3)	
	> 60	12	12 (100)		8 (66.7)		6 (50.0)	
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	68	66 (97.1)	0.143	55 (80.9)	0.282	27 (39.7)	0.434
	ปริญญาตรีขึ้นไป	72	72 (100)		63 (87.5)		24 (33.3)	
ระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19	น้อย-ปานกลาง (1-3)	43	41 (95.3)	0.032*	35 (81.4)	0.532	16 (37.2)	0.898
	มาก-มากที่สุด (4-5)	97	97 (100)		83 (85.6)		51 (36.4)	

significant p-value < 0.05

ตารางที่ 3 เหตุผลการปฏิเสธวัคซีนโควิด-19 แยกตามระดับการศึกษา

ตัวแปร	เหตุผลของการปฏิเสธการรับวัคซีน				
	จำนวน (% คำนวณในระดับการศึกษาเดียวกัน)				
ระดับการศึกษา	ขาดความเชื่อมั่น	กลัวฉีดยา	มีโรคเรื้อรัง	กังวลผลข้างเคียง	รวม
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2 (15.4)	2 (15.4)	2 (15.4)	7 (53.8)	13 (100)
ปริญญาตรีขึ้นไป	6 (66.7)	0 (0.0)	3 (33.3)	0 (0.0)	9 (100)
รวม	8 (36.4)	2 (9.1)	5 (22.7)	7 (31.8)	22 (100)

Chi-square = 0.013

ประจำตัว (ร้อยละ 33.3) สำหรับผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีแนวโน้มที่จะไม่ฉีดวัคซีนเนื่องจากกลัวผลข้างเคียงมากที่สุด (ร้อยละ 53.8) ($p < 0.05$) (ตารางที่ 3)

สำหรับผู้ที่ต้องการฉีดวัคซีนนั้น ร้อยละ 36.4 พบอุปสรรคในการเข้ารับการฉีดวัคซีน โดยมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ตอบแบบสอบถาม ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2 กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบอุปสรรคการเข้ารับการฉีดวัคซีนถึงร้อยละ 50 (ตารางที่ 4) สำหรับอุปสรรคที่พบมากที่สุดของทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ ระบบการลงทะเบียน (ร้อยละ 64.7) ไม่ได้ได้รับการจัดสรรวัคซีนจากภาครัฐ

(ร้อยละ 17.6) ตัวอย่างปัญหาการลงทะเบียนที่พบ ได้แก่ ขาดความชำนาญในการใช้เทคโนโลยีในการลงทะเบียนผ่านระบบแอปพลิเคชัน มีการลงทะเบียนผ่านหลายระบบ กำหนดวันที่จะได้รับวัคซีนไม่แน่นอน ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นที่ได้ฉีดวัคซีนนั้น ได้รับความช่วยเหลือจากสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย หรือคนใกล้ชิดในการช่วยลงทะเบียนให้ นอกจากนี้ จะมีบางรายที่ได้รับผ่านการจัดสรรจากโครงการพิเศษขององค์กรต่างๆ ที่ไม่ได้อยู่ในระบบการจัดสรรของภาครัฐ

ตารางที่ 4 อุปสรรคการเข้ารับวัคซีนเปรียบเทียบกับช่วงอายุ

ตัวแปร	อุปสรรคในการเข้าถึงวัคซีน				
	จำนวน (% คำนวณในช่วงอายุเดียวกัน)				
ช่วงอายุ	การลงทะเบียน	สถานที่ฉีดวัคซีน	ข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี	ไม่ได้รับการจัดสรรจากรัฐ	รวม
21-40	12 (85.7)	0 (0.0)	1 (7.1)	1 (7.1)	14 (100)
41-60	18 (58.1)	1 (3.2)	4 (12.9)	8 (25.8)	31 (100)
> 60	3 (50.0)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	6 (100)
รวม	33 (64.7)	3 (5.9)	6 (11.8)	9 (17.6)	51 (100)

Chi-square = 0.032

วิจารณ์และข้อยุติ

การศึกษาครั้งนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1) ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และสุขภาพของผู้มีความบกพร่องทางการเห็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลกระทบด้านการดำเนินชีวิตจากสถานการณ์ระบาดของเชื้อโควิด-19 และมาตรการควบคุมทางสาธารณสุข งานวิจัยนี้พบว่าผู้มีความบกพร่องทางการเห็นได้รับผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจฐานะ จากรายได้ลดลง ไม่สามารถประกอบกิจการในกลุ่มผู้ประกอบการและผู้ประกอบอาชีพอิสระ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น การเข้าถึงอาหารและการเดินทางมีข้อจำกัด ได้รับการช่วยเหลือจากผู้ครอบครัวลดลง เกิดความกังวลต่อการติดเชื้อจากการสัมผัสและได้รับวัคซีนล่าช้า จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นพึ่งพาตนเองได้น้อยลง และต้องพึ่งพามาตรการความช่วยเหลือจากภาครัฐบาล เครือข่ายและภาคเอกชน เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป งานวิจัยนี้พบว่า ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงความช่วยเหลือ จากโครงการของรัฐเนื่องจาก

- 1) การใช้เทคโนโลยีเป็นสื่อกลาง เช่น การลงทะเบียน การรับเงินเยียวยา ทำให้กลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นร้อยละ 72.1 ได้รับมาตรการช่วยเหลือผ่านโครงการจากรัฐบาล แต่ร้อยละ 27.9 ไม่ได้รับ จากอุปสรรคด้านการใช้เทคโนโลยีอาจทำให้ไม่ครอบคลุมผู้มีความบกพร่องทางการเห็นได้ทั้งหมด เช่น ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยี หรือมีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยี ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อาศัยกับครอบครัว หรือไม่มีผู้ช่วยเหลือ
- 2) ขาดมาตรการช่วยเหลือผู้ประกอบการที่ทั่วถึงทันเวลา เช่น ร้านขนาดผู้พิการ ที่ไม่สามารถเปิดกิจการได้ ต้องแบกรับต้นทุนร้านและการดูแลสมาชิกในร้านเพื่อรอการเปิดกิจการในอนาคต และ
- 3) ขาดมาตรการช่วยเหลือปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่เข้าถึงพื้นที่ เนื่องจากการ lockdown และการติดเชื้อในชุมชนทำให้ อาหาร วัตถุดิบหายากและมีราคาสูง การเดินทางมีอุปสรรค

จากการปิดกั้นพื้นที่ที่มีการติดเชื้อในชุมชน ต้องออกไปหาอาหารไกลจากที่พักมากขึ้น ต้องเรียนรู้เส้นทางใหม่ และพึ่งพาระบบออนไลน์ที่มีราคาสูง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการ lockdown ที่ ประเทศฮังการีที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การศึกษา การทำงาน และการซื้อสิ่งของจำเป็นในกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นทำได้ยากและมีข้อจำกัดมากขึ้น⁽⁸⁾

ผลกระทบด้านสุขภาพนั้นเป็นผลจากการปรับรูปแบบการให้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการดำเนินตามนโยบายหรือมาตรการต่างๆ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันโรค งานวิจัยนี้พบว่าในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน ทั้งโครงสร้างทางกายภาพ การให้บริการ และการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะไม่ได้แจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า สำหรับประชาชนทั่วไปสามารถทราบเมื่อมาถึงโรงพยาบาลเนื่องจากเห็นการเปลี่ยนแปลงหรือรับทราบจากป้ายประกาศหรือเอกสารประชาสัมพันธ์ แต่สำหรับผู้มีความบกพร่องทางการเห็นจะมีการรับรู้สภาพแวดล้อมและการเดินทางโดยใช้ผัสสะและความคุ้นเคย⁽⁵⁾ ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่แจ้งให้ทราบย่อมทำให้เกิดอุปสรรคในการใช้บริการ ได้แก่ 1) เกิดความสับสนจากการย้ายสถานที่ สะดุดสิ่งกีดขวาง ป้ายหรือสัญลักษณ์ที่สร้างขึ้นเพื่อเพิ่มระยะห่างทางสังคม รวมถึงไม่ทราบระยะห่างที่เหมาะสมระหว่างการใช้บริการ 2) ขาดการช่วยเหลือนำทาง เนื่องจากอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่มีจำกัดและกลัวสัมผัสเชื้อ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเดินทางมาโรงพยาบาลตามลำพัง ต้องจ้างผู้ดูแลทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น 3) โรงพยาบาลบางแห่งให้ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นนั่งรถเข็นเนื่องจากป้องกันการสัมผัสเชื้อจากโรงพยาบาล และสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ แต่ทำให้พึ่งพาตนเองได้น้อยลง 4) ระบบการสื่อสารโดยใช้เทคโนโลยีทางไกล อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในผู้ที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่ชำนาญ การให้คำแนะนำในระบบทางไกลจะขาดการสัมผัสตัวยาในระหว่างคำแนะนำทำให้เกิดความ

สืบสน เนื่องจากฉลากหรือผลิตภัณฑ์ยาที่ไม่มีอักษรเบรลล์ หรือข้อมูลในรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการเข้าถึงในผู้มีความบกพร่องทางการเห็น 5) รูปแบบแอปพลิเคชันของโรงพยาบาลยังไม่รองรับการใช้งานสำหรับผู้มีความบกพร่องทางการเห็น ทั้งขนาด สี พื้นหลัง และความซับซ้อน รวมถึงไม่มีผู้แนะนำการใช้งาน แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการปรับเปลี่ยนบริการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงในช่วงการควบคุมการระบาด แต่ในทางปฏิบัติยังจะขาดรายละเอียดด้านการให้บริการแก่ผู้มีความบกพร่องทางการเห็น⁽¹²⁾

ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นพบอุปสรรคในการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ตั้งแต่ช่องทางการลงทะเบียน การเข้ารับการฉีดวัคซีน สถานที่ฉีดวัคซีนที่อาจจะต้องเดินทางไกลจากที่พัก รวมทั้งอุปสรรคด้านการเดินทางในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 ดังนั้นการออกแบบบริการที่เข้าถึงกลุ่มเปราะบางในชุมชน เช่น ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นจึงเป็นสิ่งทีภาคีรัฐควรพิจารณา และให้ความสำคัญตามคำแนะนำของ WHO⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบความเหลื่อมล้ำในการจัดสรรวัคซีนจากภาครัฐ ซึ่งผู้มีความบกพร่องทางการเห็นไม่ได้อยู่ในเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงตามที่รัฐบาลกำหนด ทำให้ได้รับการฉีดวัคซีนล่าช้า ในความเป็นจริงแล้วผู้มีความบกพร่องทางการเห็นมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 จากการใช้ชีวิตประจำวันที่ใช้การสัมผัส การเว้นระยะห่างที่ทำได้ยาก ทำให้เกิดความวิตกกังวล สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้พิการหรือกลุ่มผู้มีความเปราะบางมีแนวโน้มที่จะพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงความช่วยเหลือจากภาครัฐ⁽¹⁸⁾

2) ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาด้านสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

งานวิจัยพบว่าผู้มีความบกพร่องทางการเห็นรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 ด้านโรคและความเข้าใจด้านการปฏิบัติตามมาตรการทางสาธารณสุข เฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 1) โดยระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับการรับรู้ข้อมูล โดยผู้ที่มีระดับความรู้ตั้งแต่ระดับปริญญา

ตรีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ข้อมูลด้านโรค (ค่าเฉลี่ย 4.18 ± 0.67 , 3.55 ± 0.83) และข้อมูลการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค (ค่าเฉลี่ย 4.3 ± 0.64 , 3.61 ± 0.89) มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่น้อยกว่า ($p < 0.05$) สอดคล้องกับสำรวจความรู้ด้านสุขภาพในยุโรป ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย หรืออายุมาก เศรษฐฐานะไม่ดี จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ซึ่งจะส่งผลต่อความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคที่ไม่ดี⁽¹⁹⁾ งานวิจัยพบว่าผู้มีความบกพร่องทางการเห็นรับรู้ข้อมูลผ่านทางอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 30 และโทรทัศน์ ร้อยละ 29 และอื่นๆ เช่น การพูดคุย ในเรื่องนี้ประเด็นที่น่าสนใจ คือ ความน่าเชื่อถือข้อมูลข่าวสารที่มีการเผยแพร่ทางช่องทางต่างๆ งานวิจัยนี้พบข้อสังเกตว่าผู้มีความบกพร่องทางการเห็นร้อยละ 15.7 ปฏิเสธการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และความรู้ด้านการปฏิบัติตัว กล่าวคือ ทั้งสองกลุ่มมีความต้องการในการรับวัคซีนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 81.4 ในกลุ่มที่มีความรู้ด้านโควิด-19 น้อย และร้อยละ 85.6 ในกลุ่มที่มีความรู้มากกว่า เมื่อพิจารณาเหตุผลพบว่า ร้อยละ 36.7 ขาดความเชื่อมั่นในวัคซีนและต้องการมีทางเลือกของวัคซีนที่หลากหลาย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนิวซีแลนด์ ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 ไม่สัมพันธ์กับความเต็มใจที่จะฉีดวัคซีน เนื่องจากผู้คนขาดความเชื่อมั่นในข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน⁽²⁰⁾ แสดงให้เห็นว่าความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่มีการเผยแพร่ตามช่องทางต่างๆ มีผลต่อการรับรู้ ความเชื่อมั่นและความเต็มใจฉีดวัคซีนในกลุ่มประชาชน^(20,21) ซึ่งผู้มีความบกพร่องทางการเห็นรับรู้ข้อมูลวัคซีนผ่านทางอินเทอร์เน็ตมากถึงร้อยละ 74.3 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) ได้เผยแพร่เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของข้อมูลที่ถูกบิดเบือน ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เรื่องการติดเชื้อโควิด-19 และวัคซีน ซึ่งทำให้เกิดความ



เข้าใจผิด ตื่นตระหนกและเกิดการปฏิเสธการฉีดวัคซีน ดังนั้น ภาครัฐต้องให้ความสำคัญต่อการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การคัดกรองข้อมูลข่าวสาร และส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเองผ่านรูปแบบที่หลากหลายเหมาะสมกับทักษะการสื่อสารของแต่ละคน เช่น สื่อสำหรับผู้มีสายตาเลือนราง เอกสารเบรลล์ หรือรูปแบบเอกสารทางการที่รองรับการใช้โปรแกรมเสียงอ่าน (voice over) ควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างรัฐและประชาชน จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁽²²⁾

3) ผลการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่ควรเร่งดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้มีความบกพร่องทางการเห็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ จากกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์แห่งความเท่าเทียมของแผนพัฒนาคนพิการฉบับที่ 5 นั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1 ด้านการช่วยเหลือเยียวยาและการยังชีพ ควรจัดสภาพแวดล้อมและบริการสาธารณะที่เข้าถึงได้ เช่น กระจกวางพาณิชย์ควรจัดให้มีจุดกระจายสินค้าในชุมชน วัดฤดูปิดประกอบอาหาร หรืออาหารในราคาประหยัด ร่วมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และสำนักงานเขตในการเปิดรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการช่วยเหลือผู้ประกอบการและผู้ประกอบอาชีพอิสระในกลุ่มผู้ประกอบการ เพื่อให้ความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการ นอกจากนี้ ในการบูรณาการรูปแบบการให้ความช่วยเหลือเยียวยาควรมีทางเลือกที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้มีความบกพร่องทางการเห็น ไม่ควรใช้เทคโนโลยีเพียงรูปแบบเดียวในการเป็นสื่อกลาง เนื่องจากผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีจะไม่สามารถเข้าถึงการเยียวยาได้

3.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูล ในการเสริมพลังการเข้าถึงข้อมูลด้วยตนเอง ภาครัฐควรให้ความสำคัญในการจัดทำสื่อในรูปแบบที่เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านการสื่อสารของประชาชนในกลุ่มต่างๆ เช่น ผู้มีความบกพร่องทางการ

เห็น ผู้มีความบกพร่องทางการได้ยิน เช่น เอกสารเสียง แอปพลิเคชันที่รองรับระบบอ่านด้วยเสียง (voice over) และรองรับการใช้งานสำหรับผู้มีสายตาเลือนราง ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถใช้ได้ (universal design) กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมควรคัดกรองข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่สู่ประชาชน และร่วมมือกับศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติในการพัฒนารูปแบบแอปพลิเคชันที่เหมาะสม สร้างการมีส่วนร่วมโดยรับฟังความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้มีความบกพร่องทางการเห็น เช่น สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย สมาคมคนสายตาเลือนรางแห่งประเทศไทย เพื่อร่วมกันพัฒนา รวมทั้งจัดทำช่องทางการติดต่อสอบถามที่ได้รับการรับรองจากภาครัฐ ร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เช่น จิตอาสา สมาคมฯ หรือหน่วยงานภาครัฐในระดับปทุมภูมิ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบอย่างทั่วถึง และมีเจ้าหน้าที่ของรัฐลงเยี่ยมพื้นที่เป็นระยะเพื่อติดตามและประเมินสถานการณ์

3.3 ด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และยา โรงพยาบาลควรจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยและจำแนกผู้ป่วยในกลุ่มเปราะบาง โดยมีผู้รับผิดชอบในการส่งข่าว ติดตามและสอบถาม โดยใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม การพัฒนาระบบแอปพลิเคชันควรรองรับการใช้งานสำหรับผู้มีความบกพร่องทางการเห็น ผู้มีสายตาเลือนราง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่เริ่มมีปัญหาทางสายตาได้ประโยชน์ร่วมด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีนโยบายพัฒนาบริการ โดยเฉพาะการสร้างความเข้าใจให้เกิดแก่เจ้าหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้มีความบกพร่องทางการเห็นที่ต้องการรายละเอียดของข้อมูลที่มากกว่าคนทั่วไป ควรให้คำอธิบายและเสนอทางเลือกในการบริการโดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นเพื่อการมีส่วนร่วมและสร้างการยอมรับ แจ้งให้ทราบถึงการปรับเปลี่ยนบริการ ระบบการส่งยาทางไปรษณีย์ควรมีการอธิบายผ่านระบบเทคโนโลยีทางไกล ร่วมกับเอกสารหรือฉลากยาสำหรับผู้มีความบกพร่องทางการเห็นให้สามารถเข้าถึงได้ รูปแบบยาควรจำแนกได้ง่ายเพื่อป้องกันความสับสน มีระบบติดต่อสอบถามเมื่อมีข้อสงสัย เพื่อเสริมพลัง

ให้ผู้พิการสามารถพึ่งพาตนเองในการใช้ยาได้

3.4 ด้านบริการวัคซีนโควิด-19 ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาจัดสรรวัคซีนโดยจัดลำดับความสำคัญให้กลุ่มผู้มีความเปราะบาง ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงจากการใช้ชีวิตตามปกติ ควรจัดบริการในพื้นที่สำหรับกลุ่มเปราะบาง โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขควรจัดทำฐานข้อมูลคนในชุมชนกับศูนย์บริการสาธารณสุขในการให้บริการในพื้นที่ ทั้งการคัดกรองโรคและการบริการฉีดวัคซีน สถานที่ให้บริการควรอยู่ใกล้ที่พักของคนส่วนใหญ่ เพื่อลดการเดินทางออกจากพื้นที่และการได้รับเชื้อจากการสัมผัสระหว่างเดินทาง

ข้อจำกัดประการหนึ่งของงานวิจัยนี้ คือการเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นการเลือกแบบเจาะจงและอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย ดังนั้นจึงอาจไม่เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นทั้งหมดได้ การนำผลการศึกษาไปใช้จึงควรระมัดระวัง นอกจากนี้ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้เห็นมุมมองที่ลึกและชัดเจน และขยายไปสู่ผู้มีความเปราะบางกลุ่มอื่นเพื่อทราบถึงประเด็นปัญหาและความช่วยเหลือที่ต้องการจะได้รับอย่างแท้จริง

สรุป

สถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 สร้างผลกระทบทุกภาคส่วนของประเทศ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และสาธารณสุข โดยเฉพาะเกิดผลกระทบด้านลบแก่กลุ่มผู้มีความบกพร่องทางการเห็นในทุกๆ ด้าน อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากสถานการณ์นี้เป็นภาพสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการทบทวนเพื่อพัฒนาแนวทางในการกำหนดนโยบาย โครงสร้างการทำงาน ระบบและสังคมที่จะบูรณาการแนวคิดและความร่วมมือผ่านการจัดสภาพแวดล้อม การเดินทาง บริการสาธารณะ และการพัฒนาเทคโนโลยีที่คนพิการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ ควบคู่ไปกับการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการตอบคำถาม หรือประสานงาน เน้นการดูแลที่เข้าถึงพื้นที่ และการมีส่วนร่วม

รับฟังความคิดเห็นของผู้มีความเปราะบางในระดับต่างๆ เพื่อให้มีความเข้าใจประเด็นข้อจำกัด ความต้องการ เพื่อให้ความช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม บนพื้นฐานของการดำรงชีวิตอิสระ พึ่งพาตนเองได้และมีความเท่าเทียม โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังได้อย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีความบกพร่องทางการเห็นทุกท่านที่สละเวลาร่วมตอบแบบสอบถามและอนุเคราะห์ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ รวมทั้งสมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย สมาคมคนสายตาเลือนรางแห่งประเทศไทย ปรึกษาที่ให้การสนับสนุนการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง

References

1. Department of Disease Control. Coronaviruses disease (COVID-19) dashboard. Ministry of Public Health [Internet]. [cited 2021 Sep 2]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard>. (in Thai)
2. Office of the Council or State. Extension of Duration of the Declaration of an Emergency Situation in all areas of the Kingdom of Thailand (13th Extension). Office of the Prime Minister [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 1]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/168/T_0031.PDF. (in Thai)
3. Office of the Council or State. Regulation Issued under Section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situations B.E. 2548 (2005). Office of the Prime Minister [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 10]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/E/140/T_0001.PDF. (in Thai)
4. United Nations Thailand. Socio-economic impact assessment of COVID-19 in Thailand [internet]. Oct 2020 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://thailand.un.org/sites/default/files/2021-02/UN%20Thailand%20Socio-Economic%20Impact%20Assessment%20of%20Covid-19%20in%20Thailand-EN-low%20res.pdf>.
5. Tarat S. Senses and sensory experience in the world of the blind. J. Mekong Soc. 2018;14 (2):141-64.
6. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. Manual on management of visual impairment persons [Internet]. Department of Medical Services. Chapter 3, How to navigate



- visual impairment persons. [cited 2021 Jul 3]. Available from: <http://www.snmri.go.th/snmri-e-library>. (in Thai)
7. Senjam SS. Impact of COVID-19 pandemic on people living with visual disability. *Indian J Ophthalmol*. 2020;68(7):1367-70.
 8. Gombas J, Csakvari J. Experiences of individuals with blindness or visual impairment during the COVID-19 pandemic lockdown in Hungary. *Br J Vis Impair* [Internet]. 2021;40(2):378-88. [cited 2021 Aug 1]. Available from: <https://journals.sagepub.com/>. doi: 10.1177/0264619621990695.
 9. Kwegyir Tsiboe A. Describing the experiences of older persons with visual impairments during COVID-19 in rural Ghana. *J Adult Prot*. 2020;22(6):371-83.
 10. World Health Organization. Disability considerations during the COVID-19 outbreak [internet]. Geneva: World Health Organization. 2020. [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332015>.
 11. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. National plan for developing the quality of life of disable persons 5th edition B.E. 2560-2564 (2017-2021) [Internet]. Ministry of Social Development and Human Security. 2017 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <http://web1.dep.go.th/sites/default/files/files/law.pdf>. (in Thai)
 12. Taimkao S, Tiamkao S. Tele-neurology during the COVID-19 pandemic as a solution for bridging the healthcare gap. *J Med Assoc Thai*. 2021;104:94-6.
 13. Department of Medical Services. Thailand's new normal solutions for building resilience for emerging infectious diseases (EID) in healthcare facilities (White paper) [internet]. 2020 [cited 2021 May 20]. Available from: http://www.adpc.net/NNM/Mebook/EID_EN_31Mar_2206pm.pdf.
 14. Wilkinson RG, Marmot M, World Health Organization. Regional Office for Europe, WHO Centre for Urban Health (Europe) & International Centre for Health and Society (1998). Social determinants of health: the solid facts/ edited by Wilkinson RG, Marmot M [internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. [cited June 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108082>.
 15. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Empowerment of Persons With Disabilities Act, B.E. 2550 (2007) (Sep 18, 2007) [Internet]. Ministry of Social Development and Human Security. 2007. [cited 2021 May 1]. Available form: <http://law.m-society.go.th/law2016/uploads/lawfile/593114244ee36.pdf>.
 16. Department of Empowerment of Persons with Disabilities. Registry database of visual disability persons in Thailand [Internet]. Ministry of Social Development and Human Security. 1994-2005 [cited 2021 May 1]. Available form: https://data.go.th/dataset/item_b5966a54-0b48-4128-b180-a22d2baed159.
 17. Office of National Statistical. The 2017 disability survey [internet]. 2020. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/SocialSecurity/Disabilitysurvey/2017/Full_Report.pdf. (in Thai)
 18. Peters MA, Besley TAC. Social exclusion/inclusion: Foucault's analytics of exclusion, the political ecology of social inclusion and the legitimization of inclusive education. *Open Review of Educational Research*. 2014;1(1):99-115.
 19. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
 20. Thaker J. The persistence of vaccine hesitancy: COVID-19 vaccination intention in New Zealand. *J Health Commun*. 2021;26(2):104-11.
 21. Kerr JR, Schneider CR, Recchia G, Dryhurst S, Sahlin U, Dufouil C, et al. Correlates of intended COVID-19 vaccine acceptance across time and countries: results from a series of cross-sectional surveys. *BMJ open*. 2021;11(8):e048025.
 22. Posetti J, Bontcheva K. Disinfodemic: Deciphering Covid-19 disinformation. Policy brief 1 [Internet]. Paris: UNESCO; 2021. [cited 2021 Aug 2]. Available from: https://en.unesco.org/sites/default/files/disinfodemic_deciphering_covid19_disinformation.pdf.

การประเมินการดำเนินงานระยะครึ่งแผนตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564

วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร*

ธนพร บุชบาโล*

ทรงยศ พิลาสันต์*

ศรีเพ็ญ ตันติเวส*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร

บทคัดย่อ

ในปี พ.ศ. 2559 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบต่อ “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564” ซึ่งถือเป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกของประเทศไทยที่มีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพเป็นการเฉพาะ และต่อมาในปี พ.ศ. 2562 หน่วยงานที่รับผิดชอบเห็นสมควรให้มีการประเมินระยะครึ่งแผน (mid-term evaluation) ขึ้น เพื่อประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และพัฒนาข้อเสนอเพื่อปรับปรุงการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ ในระยะต่อไป การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนเอกสารในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2562 และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในช่วงเดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 การประเมินพบว่า แผนยุทธศาสตร์ฯ มีความครอบคลุมเรื่องสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) และทำให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาเชื้อดื้อยามากขึ้น การมีกลไกคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน และแกนประสานในแต่ละยุทธศาสตร์ทำให้เกิดการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาเรื่องการขาดการมีส่วนร่วมของบางหน่วยงาน ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงาน ได้แก่ งบประมาณ ผู้บริหารในระดับกระทรวงและหน่วยงาน บุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นแกนประสาน การมีองค์ความรู้สนับสนุนอย่างเพียงพอ และกรอบการทำงานที่ชัดเจน แผนยุทธศาสตร์มีกลไกการติดตามประเมินผลที่ค่อนข้างชัดเจน แต่มีข้อจำกัดเรื่องระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูล และมีหลายกิจกรรมที่ต้องการการปรับปรุง โดยเฉพาะกิจกรรมของหน่วยงานซึ่งไม่เคยมีภารกิจเกี่ยวกับเรื่องเชื้อดื้อยามาก่อน ที่ต้องการการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ข้อมูลทางด้านวิชาการ รวมถึงการสนับสนุนจากผู้บริหาร

คำสำคัญ: การดื้อยาต้านจุลชีพ, แผนยุทธศาสตร์, ประเมินระยะครึ่งแผน, ประเทศไทย

* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Received 7 April 2021; Revised 16 December 2021; Accepted 7 June 2022

Suggested citation: Luankongsomchit V, Bussabawalai T, Pilasant S, Tantivess S. A mid-term evaluation of Thailand national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021. Journal of Health Systems Research 2022;16(2):183-201.

วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร, ธนพร บุชบาโล, ทรงยศ พิลาสันต์, ศรีเพ็ญ ตันติเวส. การประเมินการดำเนินงานระยะครึ่งแผนตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(2):183-201



A Mid-Term Evaluation of Thailand National Strategic Plan on Antimicrobial Resistance 2017-2021

Vilawan Luankongsomchit*, Thanaporn Bussabawalai*, Songyot Pilasant*, Sripen Tantivess*

* Health Intervention and Technology Assessment Program

Corresponding author: Vilawan Luankongsomchit, vilawan.l@hitap.net

Abstract

The National Strategic Plan on Antimicrobial Resistance 2017-2021, which is Thailand's first strategic plan addressing AMR issue, was endorsed by the cabinet in 2016. After halfway through the strategic plan's implementation in 2019, a mid-term evaluation was conducted to assess the progression and develop recommendations for the next step. In this evaluation qualitative approach, including document review and in-depth interview were conducted during July to October 2019 and September to November 2019, respectively. It is suggested that the strategic plan conformed to the One Health principles and provided clearer guidance for management of AMR problems. The governance structure from the national committee, subcommittees, working groups, and coordinating team for each strategy, had a high contribution to the work progression through strong collaboration between respective organizations. Most of the activities were operated as planned. However, the evaluation showed lacks of participation efforts from some government institutes. The important factors that affected the implementation of the national AMR strategy included budget availability, executives at ministry and organizational level, coordinating personnel for each strategy, sufficient supporting knowledge, and clear framework for operation. It also found that despite well-defined monitoring and evaluation mechanisms, ineffective surveillance systems and databases were identified as crucial limitations. Moreover, many of the activities under the strategic plan needed to be improved especially those responsible by the organizations relatively new to the AMR management measures. For these organizations, persistent supports in terms of budget, capacity building, academic, and executives' cooperation were recommended.

Keywords: antimicrobial resistance, strategic plan, mid-term evaluation, Thailand

บทคัดย่อและเหตุผล

การดื้อยาต้านจุลชีพ (antimicrobial resistance: AMR) เป็นปัญหาสำคัญในระดับนานาชาติ และเป็นภัยคุกคามต่อการรักษาโรคติดเชื้อ เนื่องจากยาต้านจุลชีพที่มีอยู่จะลดประสิทธิภาพลง ทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเพิ่มต้นทุนและค่าใช้จ่ายจากความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนไปใช้ยาราคาแพงและผู้ป่วยต้องรับการรักษาในสถานพยาบาลเป็นเวลายาวนานกว่าเดิม หรือในบางกรณีอาจทำให้การรักษาโรคติดเชื้อเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) องค์การ

อาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (World Organization for Animal Health) ได้ผลักดันให้รัฐบาลของประเทศทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบของการดื้อยาต้านจุลชีพ มติสมัชชาอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2558 ได้แนะนำให้ประเทศสมาชิกจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อจัดการกับปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ (national action plan on antimicrobial resistance: AMR-NAP) ขึ้นภายใน พ.ศ. 2560⁽²⁾

เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2559 คณะรัฐมนตรีได้ให้

ความเห็นชอบต่อ “แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564” ซึ่งประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ คือ *ยุทธศาสตร์ที่ 1* การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว* *ยุทธศาสตร์ที่ 2* การควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ *ยุทธศาสตร์ที่ 3* การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม *ยุทธศาสตร์ที่ 4* การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง *ยุทธศาสตร์ที่ 5* การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน และ *ยุทธศาสตร์ที่ 6* การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน⁽³⁾

ถึงปี พ.ศ. 2562 แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ดำเนินงานตามแผนมาแล้วเป็นเวลากว่า 2 ปี สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติเห็นสมควรให้มีการประเมินการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ โดยให้ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ อย่างรอบด้าน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนานโยบายและปรับปรุงการดำเนินงานในระยะต่อไป จึงมอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นผู้ประเมิน การประเมินนโยบายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังต่อไปนี้

1) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อเนื้อหาของนโยบายที่อาจส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2) เพื่อศึกษาระบบอภิบาล โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ซึ่งรวมการวางแผนปฏิบัติการ (การกำหนดกิจกรรม เป้าหมาย และตัวชี้วัด) การจัดหา

* สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) คือ ความร่วมมือในการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก เพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพและทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ทั้งในคน สัตว์ และสิ่งแวดล้อม

ทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร การกำหนดแนวปฏิบัติการติดตามและประเมินผล

3) เพื่อประเมินความก้าวหน้าในปัจจุบันของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในมุมมองของหน่วยงานที่รับผิดชอบ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ

4) เพื่อประเมินปัจจัยและเงื่อนไขเชิงบริบทต่างๆ ที่มีผลต่อความสำเร็จหรือไม่สำเร็จตามเป้าหมายของยุทธศาสตร์แต่ละด้าน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) โดยเก็บข้อมูลด้วยวิธีการทบทวนเอกสาร (document review) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ซึ่งมีรายละเอียดการเก็บข้อมูล ดังนี้

การทบทวนเอกสาร ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงตุลาคม พ.ศ. 2562 ทีมวิจัยทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 รายงานการประชุมคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน เอกสารที่จัดทำโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบการปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และบทความตีพิมพ์ในวารสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อเก็บข้อมูลในประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวมถึงได้นำข้อมูลจากการทบทวนเอกสารมาใช้ในการระบุหน่วยงาน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์เชิงลึก ทีมวิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกตั้งแต่เดือนกันยายนถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในระดับนโยบายและระดับหน่วยงานส่วนกลางด้วยวิธีเจาะจง (purposive selection) จากการพิจารณาลักษณะของบุคคลและหน่วยงาน เช่น ตำแหน่งหน้าที่ ความเชี่ยวชาญ ความเกี่ยวข้องกับพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฯ และกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมทั้งคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ให้ข้อมูลรายอื่น (snowball technique) ผู้ให้ข้อมูล



ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยคณะกรรมการ และคณะกรรมการ (กรรมการ อนุกรรมการ และฝ่ายเลขานุการ) ผู้บริหาร/บุคลากรของหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ รวมทั้งสิ้น 30 คน ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ทีมวิจัยจะอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและขอความยินยอมแก่ผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในภายหลัง

จากนั้น ทีมวิจัยแปลงเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) และวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ตามประเด็น (thematic analysis) นอกจากนี้ ทีมวิจัยได้สอบทานข้อมูลแต่ละประเด็นที่รวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ (triangulation) หากพบความแตกต่างหรือไม่สอดคล้องซึ่งกันและกัน ทีมวิจัยจะหาสาเหตุของข้อมูลในประเด็นนั้นๆ และหาข้อยุติ หากไม่สามารถหาข้อยุติได้ จะนำเสนอความแตกต่างที่พบในการอภิปรายผล

ตารางที่ 1 หน่วยงานและจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามองค์ประกอบของแผนยุทธศาสตร์ฯ

ยุทธศาสตร์	หน่วยงาน (จำนวนคน)	รหัส
ยุทธศาสตร์ 1	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์* (2) สำนักระบาดวิทยา* (2) สถาบันบำราศนราดูร (1)	แกนประสาน 1-12 อนุกรรมการ 1-14
ยุทธศาสตร์ 2	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา* (1)	
ยุทธศาสตร์ 3	กองบริหารการสาธารณสุข* (1) กรมการแพทย์* (1) สถาบันบำราศนราดูร* (1) สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (1) แพทย์ในโรงพยาบาล (1)	
ยุทธศาสตร์ 4	กรมปศุสัตว์* (1) กรมประมง* (1) กรมวิชาการเกษตร (1) สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (1) กรมควบคุมมลพิษ (1) มหาวิทยาลัยมหิดล (1) สมาคมภาคเอกชน (4)	
ยุทธศาสตร์ 5	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ* (1) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ* (1) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ* (1) กรมประชาสัมพันธ์ (1)	
ยุทธศาสตร์ 6	สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา* (1)	
อื่นๆ	ผู้ทรงคุณวุฒิในคณะกรรมการนโยบายการต่อต้านจุลชีพแห่งชาติ (3) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (1)	กรรมการ 1-4

หมายเหตุ 1) * แกนประสาน

2) การกระจายตัวของกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ในแต่ละยุทธศาสตร์ไม่เท่ากันเนื่องจากหน่วยงานที่เป็นแกนประสาน/รับผิดชอบในแต่ละยุทธศาสตร์แตกต่างกัน รวมถึงทีมวิจัยคัดเลือกและสัมภาษณ์หน่วยงานเพิ่มเติมหากข้อมูลที่ได้ยังไม่ครบถ้วนหรือเพื่อสอบทานข้อมูล

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ตามหนังสืออนุมัติดำเนินโครงการวิจัย เลขที่ สคม. 547/2562

ผลการศึกษา

1. ความคิดเห็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้เชี่ยวชาญต่อเนื้อหาของแผนยุทธศาสตร์ฯ

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการต่อต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ถูกจัดทำขึ้นจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานหลายภาคส่วน ทั้งจากภาครัฐ ภาค

เอกชน ภาคการศึกษา สมาคมวิชาชีพ และภาคประชาสังคม โดยมีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานหลักในการประสานความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าเนื้อหาของแผนยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวมมีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ทำให้เห็นเรื่องของสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้การมีแผนยุทธศาสตร์ฯ ทำให้หน่วยงานต่างๆ เห็นความสำคัญของปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ เกิดการประสานงาน แบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงาน รวมถึงการร่วมมือกับภาคเอกชน และทำให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

“รู้สึกว้าวๆ หน่วยงานเนี้ยค่อนข้างมาไฟกัสแล้วก็มาช่วยกันสนับสนุนในการทำเรื่องเชื้อดื้อยาเนี้ยเยอะขึ้นทำให้เราทำงานได้ง่ายขึ้นแล้วก็มีติดต่อกับคนที่เขาจะมาเสริมกำลังเราได้ง่ายขึ้น ได้ดีขึ้นกว่าแต่ก่อนที่เรายังไม่เห็นใครเลย แต่ก่อน identify [หา] ตัวไม่ค่อยถูกเป็นใคร” (แกนประสาน 4)

เนื่องด้วยข้อจำกัดเรื่องความพร้อมของข้อมูลและเครื่องมือที่จะใช้วัดผลในช่วงที่มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฯ (เช่น การป่วยจากเชื้อดื้อยา) ผู้ให้ข้อมูลบางท่านมองว่าเป้าประสงค์ที่ถูกกำหนดไว้ไม่สะท้อนความเป็นจริงเท่าที่ควร ยากต่อการปฏิบัติ และอาจทำให้เกิดความกดดันแก่ผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้น ควรมีการยืดหยุ่นในเรื่องเป้าประสงค์และเวลาให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน หรือปรับเป้าประสงค์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น

“เป้าหมายแทนที่จะทำไปด้วยกัน มันก็กลายเป็น pressure [กดดัน] เกินไป มันก็เป็น pressure ก็ต่างคนต่างก็ไม่ยอมกันเถียงกันไปว่า ตัวเลขนั้นมันผิดตัวเลขนี้มันถูก มันต้องลดลงต้องอะไร นึกภาพออกไหม” (อนุกรรมการ 9)

“เขา (โรงพยาบาล) ตกใจอยู่ ใจที่บอกว่าเชื้อดื้อยาลดลง 50 เปอร์เซ็นต์ คนก็ซ้อคซินีมีกับแผนอันนี้... จะทำได้ยังไง มันทำหายสุดซัวเกินไปไหม เพราะว่า ณ ปัจจุบันมัน

growth [เพิ่ม] ทุกปีทุกปี แล้วจู่ๆ บอกว่าให้มันลดลง 50 เปอร์เซ็นต์ มันจะด้วยกระบวนการไหนด้วยเวลาแค่ 5 ปี” (แกนประสาน 7)

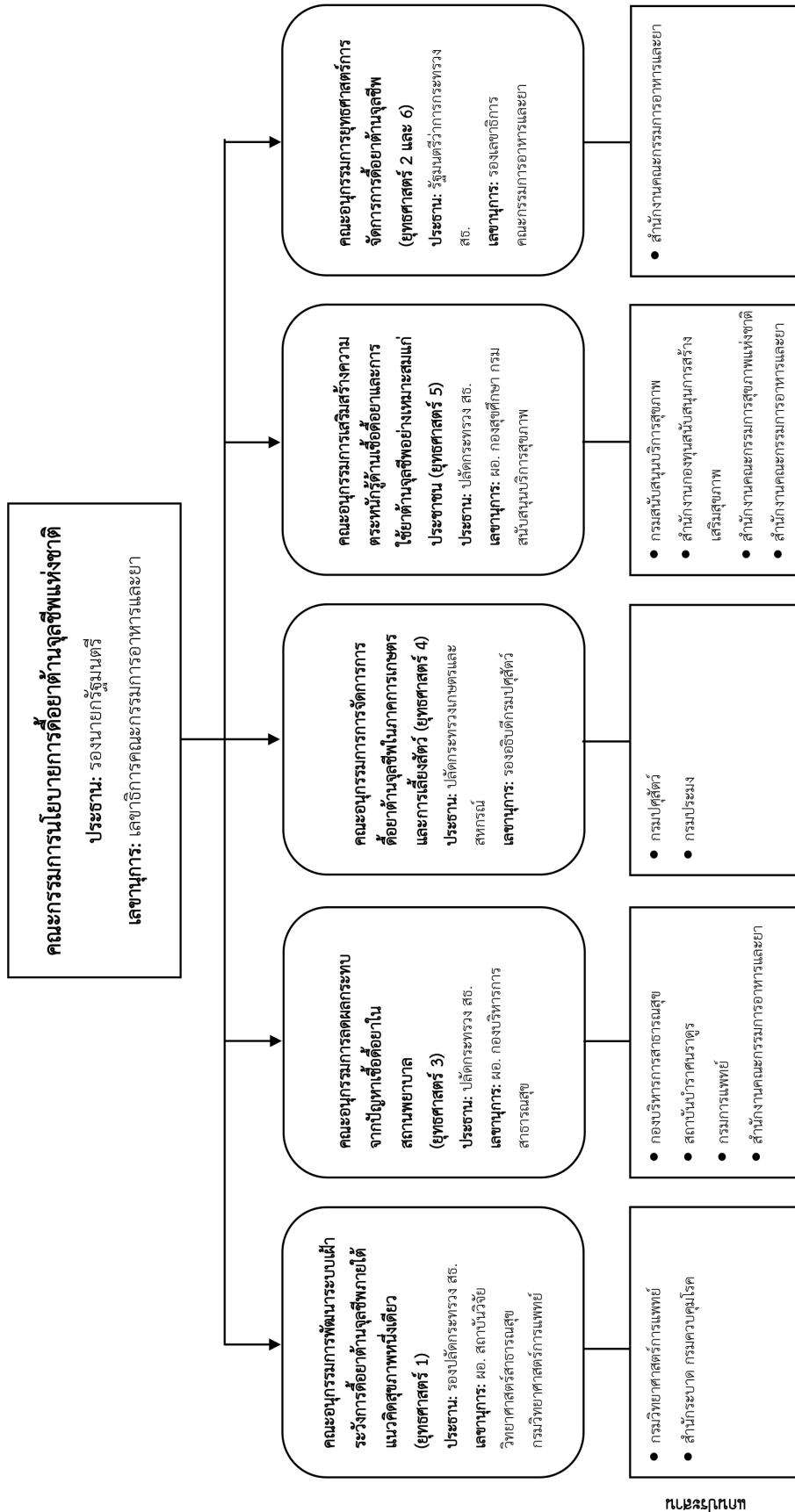
2. ระบบอภิบาล

• โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ฯ

โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ฯ ประกอบด้วยคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ที่มีรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นเลขานุการ มีกรรมการเป็นรัฐมนตรี ปลัดกระทรวง อธิบดีกรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นายกสภาวิชาชีพ/สมาคม และผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศ กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ รวมถึงสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ⁽³⁾ นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ยังได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการจำนวน 5 คณะ^(4,5) เพื่ออำนวยความสะดวกและบริหารการขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละยุทธศาสตร์ให้เป็นไปตามเป้าหมาย หน่วยงานที่ทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการของคณะอนุกรรมการแต่ละคณะได้รับมอบหมายให้เป็น “แกนประสาน” ของแต่ละยุทธศาสตร์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ (ดังแสดงในภาพที่ 1)

• แผนปฏิบัติการและการดำเนินงานขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ

เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติได้มีมติมอบหมายให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แล้วเสร็จพร้อมระบุดำเนินงานที่ต้องใช้ด้วย ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะ



ภาพที่ 1 โครงสร้างและกลไกการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ฯ⁽⁶⁾

ทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการดี้อย่างด้านจุลชีพประเทศไทยขึ้น ซึ่งแผนปฏิบัติการดังกล่าวประกอบด้วยกลยุทธ์ มาตรการ/กิจกรรมหลักที่จะดำเนินการเป็นรายปี และหน่วยงานรับผิดชอบ/หน่วยงานสนับสนุน พร้อมทั้งกรอบวงเงินงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานจะต้องใช้ในการดำเนินงานตามมาตรการ/กิจกรรมหลักในแผนปฏิบัติการ (รวมทั้งสิ้นประมาณ 534 ล้านบาทในระยะเวลา 5 ปี)⁽⁷⁾ การสัมภาษณ์คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการ และฝ่ายเลขานุการพบว่า ถึงแม้คณะกรรมการฯ ได้มีมติเห็นชอบแผนปฏิบัติการฉบับนี้แล้ว แต่เนื้อหาของแผนปฏิบัติการยังคงสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป แกนประสานยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพสัตว์มีภารกิจ หรือการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาการดี้อย่างด้านจุลชีพมาตั้งแต่ก่อนมีแผนยุทธศาสตร์ฯ การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ จึงเป็นการเสริมจากงานประจำที่ทำอยู่โดยไม่ต้องพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนระบบ/กลไกในการทำงานเดิมมากนัก ตัวอย่างเช่น ภารกิจการควบคุมการกระจายยาต้านจุลชีพของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่เดิมมีระบบสารสนเทศ (FDA reporter) รองรับในการรายงานเพื่อติดตามการกระจายยาอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่ไม่เคยมีภารกิจเกี่ยวข้องกับเรื่องเชื้อดี้อยาก่อน เช่น หน่วยงานด้านการเกษตรและสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องพัฒนาระบบ/กลไกใหม่เพื่อรองรับการดำเนินงาน เช่น การแต่งตั้งฝ่าย/เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเรื่องเชื้อดี้อยาก การสร้างระบบการเฝ้าระวัง การปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อติดตามประเมินผล ระบบการนิเทศงาน

หน่วยงานที่เป็นแกนประสานยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่รับทราบเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์ฯ เนื่องจากมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ฯ ตั้งแต่ต้นและ/หรือได้รับแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการในคณะอนุกรรมการต่างๆ สำหรับการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการไปสู่การดำเนินงานในระดับพื้นที่นั้น ส่วนใหญ่เป็นการประชุมเพื่อชี้แจง

นโยบาย ได้แก่ การสื่อสารให้ข้อมูลพร้อมทั้งงานประจำซึ่งเป็นภารกิจของหน่วยงานอยู่แล้ว เช่น ในการประชุมแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกองบริหารการสาธารณสุข การลงพื้นที่เพื่อนิเทศงานให้แก่เครือข่ายการปฏิบัติงานของกรมปศุสัตว์ บางหน่วยงานจัดประชุมเพื่อชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นการเฉพาะ เช่น กรมการแพทย์จัดประชุมชี้แจงนโยบายดังกล่าวแก่โรงพยาบาลภายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากการจัดประชุมแล้วยังมีการเผยแพร่ข้อมูลในรูปแบบอื่นๆ เช่น การพูดคุยโดยตรงของฝ่ายเลขานุการหรือแกนประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การใช้สื่อต่างๆ ทั้งเอกสารประชาสัมพันธ์ วิดีโอ และเว็บไซต์ของหน่วยงาน ทั้งนี้ บางหน่วยงานในส่วนกลางมีการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานระดับพื้นที่ดำเนินการตามนโยบาย เช่น การให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการอบรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การออกไปรับรองมาตรฐานสินค้าเพื่อเพิ่มมูลค่าสินค้าและขยายตลาด หรือการใช้มาตรการบังคับในลักษณะของการบังคับใช้กฎหมาย (ประกาศกระทรวง/กรม) อย่างไรก็ตาม การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการไปยังผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ยังคงมีปัญหา เช่น ผู้แทนของบางหน่วยงานที่รับทราบนโยบาย แต่ไม่ได้ถ่ายทอดต่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบโดยทั่วถึง อีกทั้งการถ่ายทอดนโยบายไปยังหน่วยงานนอกสังกัดมักเป็นการขอความร่วมมือในการดำเนินงานเนื่องจากขาดอำนาจสั่งการ รวมทั้งไม่มีแรงจูงใจ/ผลประโยชน์ตอบแทนในการดำเนินงาน ดังนั้นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ จึงขึ้นกับความสนใจของแต่ละหน่วยงาน

• การกำหนดแนวปฏิบัติ

แนวทางการปฏิบัติหรือคู่มือที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาการดี้อย่างด้านจุลชีพถูกจัดทำขึ้นจากหลายหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯ เพื่อสร้างความรับรู้ ความเข้าใจและใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้แก่บุคลากรภายในหน่วยงาน และผู้เกี่ยวข้องภายนอกหน่วยงาน ทั้งนี้ ในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติหรือคู่มือ

หน่วยงานผู้รับผิดชอบได้เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวทางการปฏิบัติหรือคู่มืออื่นๆ เข้าร่วมพัฒนาและให้ข้อคิดเห็น ตัวอย่างเช่น การจัดทำคู่มือการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลซึ่งมีกรมการแพทย์เป็นเจ้าภาพ และมีนายกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทยเป็นประธานคณะทำงาน การจัดทำคู่มือดังกล่าวได้มีการพัฒนาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากหน่วยงานอื่นที่นอกเหนือจากหน่วยงานเจ้าภาพและแพทย์ด้านโรคติดเชื้อ เช่น ผู้แทนจากราชวิทยาลัยสัตวแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ

• ทรัพยากรในการดำเนินงาน

เนื่องจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ไม่ได้ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐบาล หน่วยงานต่างๆ ต้องจัดสรรงบประมาณประจำปีของตนให้หน่วยงานในสังกัด หากผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญต่อเรื่องการจัดทำคู่มือหรือภารกิจที่ต้องดำเนินการนั้นอยู่นอกเหนือจากภารกิจหลักของหน่วยงาน ก็อาจไม่มีการสนับสนุนหรือจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าที่จำเป็น ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ถึงแม้บางกิจกรรมจะได้รับงบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งจากหน่วยงานภายนอก เช่น องค์การอนามัยโลก แผนงาน CCS-AMR** แต่ก็ไม่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานตามแผน ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านจึงเสนอให้หน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักในเรื่องการจัดการเชื้อดื้อยา จัดหางบประมาณสำหรับการดำเนินกิจกรรมให้หน่วยงานต่างๆ

“ด้วยความที่เราแจกให้แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปขับเคลื่อน แล้วเราออกแบบว่าให้หน่วยงานแต่ละหน่วยไปเขียนของงบประมาณของตัวเอง คือถ้าแบบนี้มันจะเกิด

** CCS-AMR (Country Cooperation Strategy Program on AMR) คือ แผนยุทธศาสตร์ที่องค์การอนามัยโลกจัดทำขึ้นเพื่อทำงานร่วมกับรัฐบาลไทยในการแก้ปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพ มีระยะเวลา 5 ปี สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564

ปัญหาทันที ...คือ priority [ลำดับความสำคัญ] ของหน่วยงานเรามีเยอะมาก เขาอาจจะไม่ได้ set priority งาน AMR เป็นงานหลักก็ได้ เพราะฉะนั้นเวลาเสนองบประมาณไป ก็ถูกตัดทอนหรืออาจจะไม่มีงบประมาณเลยก็ได้” (อนุกรรมการ 1)

หลายหน่วยงานได้จัดทำแนวทางการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาการดื้อยาด้านจุลชีพเพื่อสร้างความรับรู้แก่บุคลากรทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รวมถึงประชาชนทั่วไปด้วย ในการจัดทำแนวทางดังกล่าวมีการเชิญหน่วยงานต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็น รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อรองรับการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ อย่างไรก็ตาม การอบรมบางหลักสูตร มีงบประมาณรวมถึงขีดความสามารถในการรองรับผู้เข้าร่วมอบรมที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถอบรมกลุ่มเป้าหมายได้ครบตามจำนวน นอกจากนี้การจัดการกับเชื้อดื้อยาถือเป็นเรื่องใหม่สำหรับบางหน่วยงาน ทำให้จำเป็นต้องมีการส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานภาคสาธารณสุข เช่น จัดการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรถึงเรื่องที่มาและความสำคัญ สถานการณ์ในปัจจุบัน ความเกี่ยวข้องของหน่วยงานนั้นๆ กับปัญหาเชื้อดื้อยา และวิธีการตรวจวิเคราะห์

• การติดตามและประเมินผล

ในแผนยุทธศาสตร์ฯ มีกรอบในการติดตามประเมินผลตามเป้าประสงค์ โดยแกนประสานยุทธศาสตร์ที่ 6 มีหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาตัวชี้วัดการป่วยจากเชื้อดื้อยา (เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 3) การพัฒนาตัวชี้วัดการใช้ยาด้านจุลชีพในมนุษย์และสัตว์ (เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 4) และการพัฒนาตัวชี้วัดความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในประชาชน (เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ที่ 5) รวมถึงการประเมินระบบการจัดการการดื้อยาด้านจุลชีพของประเทศ ภายใต้กลไก Joint External Evaluation (JEE) ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก และ

การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวม (ปีงบประมาณ 2562 และ 2564)⁽⁸⁾

นอกจากการติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ฯ แล้ว หน่วยงานที่เป็นแกนประสานยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่ก็มีแผนติดตามประเมินผลกิจกรรมที่ตนรับผิดชอบด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ฯ ในระดับพื้นที่เพิ่งเริ่มต้นได้ไม่นาน ทำให้หลายหน่วยงานยังไม่มีแนวทางการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน หรือยังอยู่ในขั้นตอนของการพัฒนา/ปรับปรุงตัวชี้วัด เช่น การประเมินผลตามกิจกรรมของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (เกี่ยวเนื่องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 3) ซึ่งมีการปรับเกณฑ์การประเมินในแต่ละปี และมีปัญหาเรื่องตัวชี้วัดที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันของโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติ รวมถึงตัวชี้วัดที่ยังครอบคลุมเพียงการประเมินระดับกระบวนการ (process) ยังไม่ครอบคลุมถึงผลลัพธ์ (outcome) ในการดำเนินงาน ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางท่านได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมว่า หากมีการติดตามประเมินผลแล้ว แกนประสานยุทธศาสตร์ต้องมองไปถึงมาตรการในการแก้ปัญหาหรือการสนับสนุนกรณีหน่วยงานระดับพื้นที่ไม่ผ่านการประเมินด้วย

“ทีนี้ว่าถ้ามันไม่ผ่านแล้วเนี่ย จะมีผลอย่างไร ตรงนี้ก็สำคัญ เพราะว่าถ้าเราไม่มีเรื่องบุคลากร เราไม่มีเรื่อง เรื่องงบประมาณอย่างนี้ค่ะ แล้วเราทำไม่ได้เนี่ยแล้วจะมาลงโทษเรายังไง อย่างเนี่ย พี่ยังมองว่าที่ทาง IAM [Integrated AMR Management การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแบบบูรณาการ] มองเอาไว้ว่า governance [กลไกจัดการ] สำคัญนะ โอเคเลย เพียงแต่ว่าจะทำยังไงให้ governance เนี่ยฟังก์ชัน” (แกนประสาน 8)

3. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน

จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ มี

หลักฐานที่ชี้ให้เห็นได้ว่า การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ มีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนในบางส่วน ในขณะที่เดียวกันก็มีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินงานดังกล่าว ได้แก่ 1) งบประมาณทั้งสำหรับหน่วยงานส่วนกลางและระดับพื้นที่ 2) การให้ความสำคัญของผู้บริหารระดับกระทรวงและผู้บริหารหน่วยงาน ซึ่งเชื่อมโยงกับการจัดสรรงบประมาณและการมอบหมายงานลงมายังผู้ปฏิบัติ ในทางตรงข้าม การเปลี่ยนผู้บริหารบ่อยทำให้ขาดความต่อเนื่องของนโยบายและส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน 3) บุคลากรที่ได้รับมอบหมายให้เป็นแกนประสานในแต่ละยุทธศาสตร์ หากมีความเข้มแข็ง ตั้งใจจริง มีความรับผิดชอบ มีกลยุทธ์ที่ดีในการติดตามและประสานงาน ก็จะสามารถทำให้การดำเนินงานเป็นไปได้ดี 4) การมีองค์ความรู้หรืองานวิชาการสนับสนุนที่เพียงพอ มีการติดตามประเมินผล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แสดงถึงปัญหาและความสำคัญของงาน และ 5) การที่หน่วยงานต่างๆ มีกรอบการทำงานที่ชัดเจน เนื่องมาจากการกำหนดกลยุทธ์ มาตรการ และกิจกรรมหลักตามแผนยุทธศาสตร์ฯ

“ต้องขึ้นอยู่กับผู้บริหารด้วยว่าผู้บริหารบอกว่าต้องทำอะไร ถ้าผู้บริหารบอกว่าต้องทำอะไร ก็ยังต้องขยับ แต่ถ้าผู้บริหารบอกว่ามีตัวชี้วัดแต่ไม่ต้องทำ คือผู้บริหารไม่ได้ลงมาจี้ มันก็ขยับยาก มันจะต้องใช้ เขาเรียกว่าความ ความตั้งใจที่จะทำของคนปฏิบัติเนาะ” (แกนประสาน 8)

“... แล้วขณะนี้ผมเชื่อว่ามันก็ดีขึ้นพอสมควรนะเท่าที่เราดูนะครับ งานหลายอย่างไปได้ไกล ... ซึ่งผมเชื่อว่ามันเป็นเรื่องที่มีมาจาก 2 ปัจจัย ก็คือการมีแผนนะ ก็คือทุกคนมีกรอบในการทำงานที่ชัดมากขึ้นกว่าเมื่อก่อน อย่างที่สองคือมีทีมงานที่ช่วยกันทำ” (กรรมการ 1)



ตารางที่ 2 สรุปความก้าวหน้าและปัญหาในการดำเนินงานระยะครึ่งแผนตามมาตรการ/กิจกรรมหลักของยุทธศาสตร์ซึ่งระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ

กลยุทธ์ภายใต้แผนปฏิบัติการ	ความก้าวหน้าตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนปฏิบัติการ (จนถึงตุลาคม พ.ศ. 2562)	ปัญหาในการดำเนินงาน
ยุทธศาสตร์ 1 การเฝ้าระวังการติดยาด้านจุลชีพภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว⁽⁹⁾		
1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังเชื้อติดยาแบบบูรณาการ	<ul style="list-style-type: none"> X ศูนย์ประสานงานการเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงเชื้อติดยาระดับประเทศภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ✓ ระบบเฝ้าระวังเชื้อติดยาทางห้องปฏิบัติการ ✓ ระบบเฝ้าระวังและตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อติดยาด้านจุลชีพ ✓ ระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนการติดยาด้านจุลชีพและยาด้านจุลชีพตกค้างในปัสสาวะ ประมง อาหาร 	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบฐานข้อมูลด้านการเฝ้าระวังขาดความเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน โดยระบบการเฝ้าระวังในคนถูกพัฒนาและใช้ในระยะหนึ่ง ทำให้ค่อนข้างมีความหลากหลาย ระบบการเฝ้าระวังในสัตว์เพิ่งเริ่มดำเนินการ และยังไม่มียาระบบเฝ้าระวังในสิ่งแวดล้อม - หน่วยงานระดับปฏิบัติการในบางพื้นที่ขาดความพร้อมด้านทรัพยากรและบุคลากร
2) พัฒนาศักยภาพและเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา	<ul style="list-style-type: none"> ✓ พัฒนาศักยภาพและมาตรฐานห้องปฏิบัติการทั้งในทางการแพทย์และสาธารณสุข ปัสสาวะ การเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำเศรษฐกิจ และการเฝ้าระวังยาด้านจุลชีพตกค้างและเชื้อติดยาในอาหาร 	ไม่พบ
3) พัฒนาศักยภาพและเครือข่ายด้านระบาดวิทยา	<ul style="list-style-type: none"> ✓ กำหนดแนวปฏิบัติของการสอบสวนโรค รายงานการระบาดและการเสียชีวิตจากเชื้อติดยา ✓ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านระบาดวิทยาของเชื้อติดยา ✓ ประเมินระบบเฝ้าระวังเชื้อติดยาด้านจุลชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การขาดแนวทางในการดำเนินงานระบบการเฝ้าระวังเชื้อติดยาในชุมชน - การขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงานในระดับปฏิบัติการ
ยุทธศาสตร์ 2 การควบคุมการกระจายยาด้านจุลชีพในภาพรวมของประเทศ^(8,10,11)		
1) เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการควบคุมการกระจายยาด้านจุลชีพทั้งยาสำหรับมนุษย์และสัตว์	<ul style="list-style-type: none"> X ควบคุมการกระจายของเภสัชเคมีภัณฑ์และยาสำเร็จรูปประเภทยาด้านจุลชีพที่ขายเข้าฟาร์ม/ร้านค้าปลีกสะดวกซื้อ/การขายผ่านออนไลน์ ✓ ปรับปรุงกฎระเบียบ ทบทวนการจัดประเภทยาปฏิชีวนะ และเงื่อนไขพิเศษที่กำหนดช่องทางการกระจายยา (ปรับประเภทยาด้านจุลชีพเพื่อควบคุมการใช้ยาด้านจุลชีพสำหรับมนุษย์ พ.ศ. 2561-2563 ระยะที่ 1 คือ การยกระดับกลุ่มยาด้านจุลชีพที่มีผลกระทบทำให้เกิดเชื้อติดยาสูงแต่แนวโน้มการคัดค้านจากผู้มีส่วนได้เสียต่ำ ได้แก่ ยาด้านวัณโรค และยาด้านจุลชีพชนิดฉีดให้เป็นยาควบคุมพิเศษและควบคุมช่องทางการกระจายยา และอยู่ระหว่างการดำเนินงานระยะที่ 2 กลุ่มยาด้านจุลชีพที่มีผลกระทบทำให้เกิดเชื้อติดยาสูงแต่แนวโน้มการคัดค้านจากผู้มีส่วนได้เสียสูง) 	อาจเกิดการต่อต้านจากภาคเอกชน

ตารางที่ 2 สรุปความก้าวหน้าและปัญหาในการดำเนินงานระยะครึ่งแผนตามมาตรการ/กิจกรรมหลักของยุทธศาสตร์ซึ่งระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ (ต่อ)

กลยุทธ์ภายใต้แผนปฏิบัติการ	ความก้าวหน้าตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนปฏิบัติการ (จนถึงตุลาคม พ.ศ. 2562)	ปัญหาในการดำเนินงาน
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ พัฒนาระบบสารสนเทศการกระจายเภสัชเคมีภัณฑ์ และยาสำเร็จรูปประเภทยาต้านจุลชีพ (Thailand surveillance of antimicrobial consumption: Thailand-SAC) 	
2) เพิ่มประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายร่วมกับมาตรการทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาการกระจายยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> X เผื่อระวังเชิงรุกและบังคับใช้กฎหมายควบคุมช่องทางการนำเข้า 	<ul style="list-style-type: none"> - กฎหมายที่ยังไม่ครอบคลุมกล่าวคือ ยาที่ใช้ในมนุษย์และสัตว์มี อย. และกองควบคุมอาหารและยาสัตว์ (อยส.) กรมปศุสัตว์ที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการใช้ยา ในขณะที่การเข้ายาปฏิชีวนะในพืชไม่มีกฎหมาย/หน่วยงานกำกับดูแล
ยุทธศาสตร์ 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานพยาบาลและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม⁽¹²⁻¹⁴⁾		
1) จัดการปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพภายในสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนอย่างเป็นระบบและบูรณาการ	<ul style="list-style-type: none"> X มีโรงพยาบาลผ่านการรับรองตามมาตรฐานตามกรอบแนวทางจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแบบบูรณาการ (Integrated AMR management in hospitals: IAM) ✓ ประกาศนโยบายระดับชาติ IAM ✓ กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานภายใต้โครงการ IAM 	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
2) พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรด้านโรคติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ เพิ่มการผลิตและพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ ✓ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศ ● ส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - การขาดแคลนทรัพยากรในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ด้านโรคติดเชื้อ เภสัชกรคลินิก รวมถึงพยาบาล - การควบคุมการกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะของแพทย์เป็นประเด็นใหม่และยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน
3) กำกับ ติดตาม ประเมินผลการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> X พัฒนาระบบข้อมูลเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (ระบบข้อมูลระดับประเทศ) ✓ พัฒนาเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ● จัดทำรายงานสถานการณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามประเมินผลยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา/ตัวชี้วัดยังไม่ชัดเจน - ระบบข้อมูลในโรงพยาบาลที่ไม่เชื่อมโยงกัน ทั้งระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล ระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และระบบการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
4) ควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในคลินิก	<ul style="list-style-type: none"> X กำหนดแนวทางการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ✓ พัฒนาระบบรายงานการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้าง 	ไม่พบ



ตารางที่ 2 สรุปความก้าวหน้าและปัญหาในการดำเนินงานระยะครึ่งแผนตามมาตรการ/กิจกรรมหลักของยุทธศาสตร์ซึ่งระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ (ต่อ)

กลยุทธ์ภายใต้แผนปฏิบัติการ	ความก้าวหน้าตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนปฏิบัติการ (จนถึงตุลาคม พ.ศ. 2562)	ปัญหาในการดำเนินงาน
5) ควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในร้านยา	<ul style="list-style-type: none"> • รมรณรงค์ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในร้านยา และกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพตามการจัดประเภทยาและเงื่อนไขการจำหน่ายในร้านยา (ไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นการดำเนินการที่มีอยู่แล้ว ซึ่งอาจไม่ได้เป็นผลมาจากการมีแผนยุทธศาสตร์ฯ) 	ไม่พบ
ยุทธศาสตร์ 4 การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาและควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในภาคการเกษตรและสัตว์เลี้ยง⁽¹⁵⁻²³⁾		
1) ลดการใช้ยาต้านจุลชีพในภาคการเลี้ยงสัตว์และประมง	<ul style="list-style-type: none"> ✓ จัดตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ✓ พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพในสัตว์เพื่อการบริโภค ✓ การเฝ้าระวังคุณภาพยาและการตกค้างของยาต้านจุลชีพในผลิตภัณฑ์ปศุสัตว์และประมง ✓ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางเลือกเพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพในปศุสัตว์และประมง 	<ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผลตามตัวชี้วัดขาดความชัดเจน เช่น การหาปริมาณการบริโภคยาต้านจุลชีพ การกำหนดรายละเอียดการประเมินและผู้ที่ประเมินโครงการ rational drug use in small animal teaching hospital เป็นต้น - การสื่อสารข้อมูลแก่ภาคเอกชนที่ไม่ทั่วถึง
2) ลดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในห่วงโซ่การผลิตอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> ✓ พัฒนามาตรการทางกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ✓ ส่งเสริมและพัฒนาระบบโรงฆ่าสัตว์และโรงงานแปรรูปผลิตภัณฑ์สัตว์ภายใต้กฎหมายและตามมาตรฐานสากล 	ไม่พบ
3) ควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในสถานพยาบาลสำหรับสัตว์เลี้ยง	<ul style="list-style-type: none"> ✓ พัฒนาแนวปฏิบัติการใช้ยาต้านจุลชีพในสัตว์เลี้ยง ✓ พัฒนาระบบสถานพยาบาลสำหรับสัตว์เลี้ยงในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในระดับประเทศที่เพิ่งเริ่มดำเนินการและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ทำให้สัตวแพทย์ขาดข้อมูลประกอบการตัดสินใจและอาจส่งผลให้เกิดการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล
4) เฝ้าระวังการใช้ยาต้านจุลชีพในพืช	<ul style="list-style-type: none"> ✗ พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการใช้ยาต้านจุลชีพในสวนส้ม ✓ โครงการการใช้ยาต้านจุลชีพในส้มเขียวหวาน: การใช้และทางเลือกอื่นสำหรับการควบคุมโรครินนึ่งในสองจังหวัดที่มีการปลูกส้มเขียวหวาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการเชื้อดื้อยาเป็นเรื่องใหม่และไม่ใช่งานหลักของหน่วยงาน
5) พัฒนาการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมกับผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคการเกษตร ทั้งพืชและสัตว์	<ul style="list-style-type: none"> ✓ พัฒนาการให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพกับผู้ที่เกี่ยวข้องในภาคการเกษตร ผ่านโครงการต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาในการสื่อสารและสร้างความเข้าใจกับเกษตรกร - แรงจูงใจสำหรับเกษตรกรที่ไม่เพียงพอ

ตารางที่ 2 สรุปความก้าวหน้าและปัญหาในการดำเนินงานระยะครึ่งแผนตามมาตรการ/กิจกรรมหลักของยุทธศาสตร์ซึ่งระบุไว้ในแผนปฏิบัติการ (ต่อ)

กลยุทธ์ภายใต้แผนปฏิบัติการ	ความก้าวหน้าตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนปฏิบัติการ (จนถึงตุลาคม พ.ศ. 2562)	ปัญหาในการดำเนินงาน
ยุทธศาสตร์ 5 การส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน⁽²⁴⁻²⁸⁾		
1) ส่งเสริมบทบาทขององค์กรหรือเครือข่ายภาคประชาสังคมในการสร้างความเข้าใจและการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม	เนื่องจากมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่รับผิดชอบในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 การดำเนินงานที่ผ่านมาจึงเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินงานอยู่แล้วของหน่วยงานต่างๆ เช่น การจัดสัปดาห์ความตระหนักรู้เรื่องยาต้านจุลชีพโลกของประเทศไทย (antibiotic awareness week) ของศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา และการรณรงค์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในสื่อต่างๆ	- ขาดเครือข่ายที่เป็นนัก - ประชาสัมพันธ์หรือสื่อมวลชนประเภทหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ - ระยะเวลาในการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรมเหลือเพียง 2 ปี จึงเป็นไปได้ยากที่จะบรรลุเป้าประสงค์เรื่องการเพิ่มร้อยละของประชาชนให้มีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและตระหนักในการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเมื่อสิ้นปี 2564
2) สร้างความตระหนักรู้ด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็ก เยาวชน และกลุ่มวัยทำงาน		
3) เสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย		
ยุทธศาสตร์ 6 การบริหารและพัฒนากลไกระดับนโยบายเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างยั่งยืน		
1) การพัฒนาโครงสร้างและกลไกระดับประเทศเพื่อขับเคลื่อนงานด้านการดื้อยาต้านจุลชีพ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ประชุมคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ และคณะกรรมการทบทวนและปรับปรุงการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ 	หนึ่งในเป้าหมายเร่งด่วนของคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ คือการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับประเทศอย่างละเอียดในการกำกับควบคุมและดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ที่ครอบคลุมการใช้ยาในคน การปศุสัตว์ การประมง และสัตว์น้ำ สัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อนการเพาะปลูก และการรักษาสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน (ตุลาคม พ.ศ. 2562) ยังไม่พบว่ามีแผนปฏิบัติการดังกล่าว
2) บริหารงานเพื่ออำนวยความสะดวกในส่วนงานต่างๆ ขับเคลื่อนการจัดการเชื้อดื้อยาได้สัมฤทธิ์ผล และมีการติดตามประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ✓ การออกนโยบายที่สำคัญของคณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ ✓ สื่อสารนโยบาย ข้อมูลวิชาการ และความคืบหน้าของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ✓ พัฒนาระบบติดตามประเมินผล ✓ ประเมินระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศ ภายใต้กลไก joint external evaluation (JEE) ✓ ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในภาพรวม 	
3) สนับสนุนงานวิจัยและ พัฒนาเป็นแนวทางในการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างมีประสิทธิภาพในประเทศไทย	<ul style="list-style-type: none"> ✓ จัดประชุมวิชาการประจำปีในหัวข้อเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ✓ การวิจัยนวัตกรรมเพื่อจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ 	
4) อารงบทบาทเชิงรุกของประเทศไทยรวมทั้งบทบาทของประเทศไทยในเวทีโลกในการร่วมมือกับนานาประเทศเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ อารงบทบาทเชิงรุกของประเทศไทยในเวทีโลก 	

หมายเหตุ :

- ✓ หมายถึง พบการดำเนินงานตามมาตรการ/กิจกรรม
- x หมายถึง ไม่พบการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม
- หมายถึง มาตรการ/กิจกรรมดังกล่าวไม่ได้มีการระบุเป้าหมายหรือคำอธิบายเพิ่มเติมที่ชัดเจนในแผนปฏิบัติการ ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่ามีการดำเนินงานดังกล่าวหรือไม่ หรือไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นการดำเนินงานที่เกิดขึ้นภายใต้แผนยุทธศาสตร์จริง

วิจารณ์และข้อยุติ

แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดี้อยาด้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ถือเป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับแรกของประเทศไทยที่มีขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการดี้อยาด้านจุลชีพเป็นการเฉพาะ และเป็นนโยบายที่ทำให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนมากกว่าที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน อีกทั้งครอบคลุมกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ประเทศสมาชิกนำมาใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดี้อยาด้านจุลชีพระดับประเทศ⁽²⁹⁾

คณะกรรมการนโยบายการดี้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการทั้ง 5 คณะ ที่เป็นโครงสร้างหลักของระบบอภិบาลของแผนยุทธศาสตร์ฯ มีองค์ประกอบที่ค่อนข้างครอบคลุมหน่วยงานในหลายภาคส่วน และเป็นหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักหรือควรเข้ามามีบทบาทในยุทธศาสตร์นั้นๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลในการประเมินนี้แสดงความคิดเห็นว่า คณะอนุกรรมการเสริมสร้างความตระหนักรู้ด้านเชื้อดี้อยาและการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน (ยุทธศาสตร์ที่ 5) ยังขาดภาคีเครือข่ายนักประชาสัมพันธ์หรือสื่อมวลชน รวมถึงผู้แทนจากภาคการเกษตร ปศุสัตว์ และสิ่งแวดล้อม เพื่อเพิ่มการสื่อสารนโยบายไปยังเกษตรกร หรือผู้ประกอบการในภาคการเกษตรและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ในมุมมองของผู้ประเมิน การได้รับแต่งตั้งให้เป็นอนุกรรมการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับแต่ละยุทธศาสตร์ เป็นหนึ่งในปัจจัยขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นั้นๆ แต่คณะอนุกรรมการที่มีขนาดใหญ่ มีองค์ประกอบจากหลายหน่วยงาน ก็อาจทำให้การปฏิบัติหน้าที่ไม่คล่องตัว อนึ่ง การมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายอาจเกิดขึ้นในรูปแบบอื่นๆ⁽³⁰⁾ เช่น การสร้างความร่วมมือหรือสร้างเครือข่ายกับหน่วยงานภายนอกเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการเป็นครั้งคราว การเปิด

รับฟังความคิดเห็นในประเด็นที่เป็นมติที่สำคัญของคณะอนุกรรมการ

การมีกลไกคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน และแกนประสานในแต่ละยุทธศาสตร์ทำให้เกิดการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ฯ และสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ถึงแม้ว่าแกนประสานยุทธศาสตร์ซึ่งรับผิดชอบในการนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปดำเนินงานต่อส่วนใหญ่รับทราบเกี่ยวกับแผน ประกอบกับการมีภารกิจหรือการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาการดี้อยาด้านจุลชีพตั้งแต่ก่อนมีแผนยุทธศาสตร์ฯ ทำให้ไม่ต้องพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนระบบ/กลไกในการทำงานเดิมมากนัก การพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อจัดการปัญหาเชื้อดี้อยาในอนาคต จึงควรเน้นที่หน่วยงานที่เพิ่งเริ่มรับผิดชอบโครงการและกิจกรรมภายใต้แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้แก่ บางหน่วยงานในภาคการเกษตรและสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องการการปรับปรุงและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านงบประมาณ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ข้อมูลทางด้านวิชาการ และสิ่งสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่ให้ข้อมูลในการประเมินนี้ได้แก่ ความต่อเนื่องของนโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงาน แม้จะมีการโยกย้ายหรือเปลี่ยนแปลงผู้ดำรงตำแหน่งก็ตาม

การติดตามประเมินผลตามเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์ฯ มีกลไกการดำเนินงานที่ค่อนข้างชัดเจน แต่มีข้อจำกัดที่สำคัญคือ ระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถรองรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ เช่น มีปัญหาเรื่องความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการนำข้อมูล/ผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการปฏิบัติงาน ดังนั้น แกนประสานยุทธศาสตร์ควรเร่งพัฒนาแนวทางหรือเครื่องมือในการติดตามประเมินผลกิจกรรมในส่วนที่ตนเองรับผิดชอบ ให้มีความชัดเจน และควรมีการเผยแพร่ผลการประเมินต่างๆ อย่างเหมาะสมเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลประกอบในการดำเนินงาน รวมถึงเพื่อนำมาใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ และการวางเป้าประสงค์ให้สอดคล้องกับ

สถานการณ์ ทั้งนี้ คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกเรื่องการติดตาม ประเมินผล และทบทวนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านสุขภาพ (national health strategy)⁽³¹⁾ และกรอบการติดตามและประเมินผลยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ⁽³²⁾ อาจเป็นประโยชน์ในการวางแผนปรับปรุงกลไกดังกล่าวสำหรับแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพของประเทศไทยในระยะต่อไป แม้จะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ ในช่วง 2-3 ปีแรกดังที่กล่าวข้างต้น แต่การประเมินนี้พบว่า การถ่ายโอนนโยบายไปยังหน่วยงานต่างสังกัดยังคงเป็นปัญหา เนื่องจากอยู่นอกเหนืออำนาจการสั่งการ ขาดแรงจูงใจหรือบทลงโทษ และขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ ทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติต่อในระดับพื้นที่ไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ลักษณะเช่นนี้สะท้อนปัญหาในระบบอภิบาล กล่าวคือ การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ มีปัญหาในแง่ของการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในขณะที่ความสำเร็จตามหลักการแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียวต้องการความเป็นเอกภาพ ทั้งในระดับนโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในทุกภาคส่วน

การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นข้อค้นพบจากการศึกษานี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาประเมินแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ^(33,34) เช่น การวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศอินเดีย โดย Ranjalkar และ Chandy⁽³⁵⁾ แสดงให้เห็นว่า การขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานถือเป็นความท้าทายหลักในการขับเคลื่อนนโยบาย นอกจากนี้ความร่วมมือระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง การติดตามประเมินผล การมีระบบอภิบาลที่ดี และการเพิ่มศักยภาพ/ความตระหนักในบุคลากร ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาแห่งชาติประสบความสำเร็จ ในประเทศอินโดนีเซีย มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ค.ศ. 2015-2019 การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานที่เผยแพร่ใน

ปี 2017⁽³⁶⁾ พบว่า มีความท้าทายอยู่หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดตั้งระบบอภิบาลสำหรับการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วน เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถกำกับดูแลปัญหาได้อย่างเหมาะสม และช่วยในการดำเนินมาตรการได้อย่างยั่งยืน ในส่วนของโครงการลดการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จำเป็นต้องจัดการกับปัญหาสำคัญรวมสามประเด็นอย่างเร่งด่วน ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาและการใช้ยาต้านจุลชีพทั้งในคนและปศุสัตว์ มาตรการที่ช่วยสร้างความตระหนักต่อเชื้อดื้อยาและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการแปลงนโยบายระดับประเทศไปสู่การปฏิบัติในชุมชนทั่วประเทศ

การประเมินยุทธศาสตร์ของประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหราชอาณาจักร⁽³⁷⁾ พบว่า การจัดการแก้ไขปัญหการดื้อยาต้านจุลชีพก็ยังคงมีอุปสรรคอยู่หลายด้าน ส่วนที่คล้ายคลึงกับประเทศไทย ได้แก่ การขาดความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับสถานการณ์และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ติดตามเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาในมนุษย์และสัตว์ การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผล รวมทั้งความแตกต่างของระบบข้อมูลในพื้นที่ แต่เนื่องจากสภาพปัญหา ระบบอภิบาล มาตรการ และบทบาทของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการนโยบายด้านการดื้อยาในสหราชอาณาจักรและประเทศไทยนั้นแตกต่างกันในหลายประเด็น เช่น กลไกการติดตามตรวจสอบการทำงานของรัฐบาล ประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย จุดยืนและขีดความสามารถของภาคอุตสาหกรรมการวิจัยและพัฒนา และบทบาทของผู้ผลิตยาต้านจุลชีพภายในประเทศ การถอดบทเรียนหรือศึกษาประสบการณ์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในสหราชอาณาจักรและประเทศอื่นๆ ก็อาจจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงยุทธศาสตร์ฯ ของประเทศไทยในอนาคต

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกส่วนใหญ่เป็นการสัมภาษณ์บุคลากรของหน่วยงานที่เป็นแกนประสาน ไม่ครอบคลุมการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงาน ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจากมุมมองของผู้



ปฏิบัติมากกว่ามุมมองในเชิงยุทธศาสตร์หรือนโยบาย รวมถึงไม่ครอบคลุมการสัมภาษณ์หน่วยงานระดับพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถสอบถามความถูกต้องของข้อมูล (triangulation) ที่ได้จากผู้ให้สัมภาษณ์ในส่วนกลางได้ในบางประเด็น นอกจากนี้ ยังขาดความคิดเห็นต่อแผนยุทธศาสตร์ฯ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของมนุษย์และสัตว์ ผู้ประกอบธุรกิจเกี่ยวกับยาและอุตสาหกรรมยา ผู้ประกอบอาชีพด้านการเกษตร ปศุสัตว์ และประมง 2) การประเมินนี้มีระยะเวลาการประเมินที่จำกัด (5 เดือน) รวมถึงการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ในระยะที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบพื้นฐาน/กลไก/เครื่องมือที่จำเป็นในการติดตามประเมินผล/โครงการ รวมทั้งการดำเนินงานในบางยุทธศาสตร์เริ่มต้นได้ไม่นาน

จากข้อจำกัดของการศึกษาที่กล่าวข้างต้นและวัตถุประสงค์ของการประเมินในระยะครึ่งแผนที่มีขึ้นเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปใช้ในการพัฒนานโยบายและปรับปรุงการดำเนินงานในระยะท้ายของแผนยุทธศาสตร์ (พ.ศ. 2563-2564) การประเมินครั้งนี้จึงเน้นไปที่กระบวนการ (process evaluation) และนำเสนอผลผลิตของบางกิจกรรม โดยไม่ได้ประเมินผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์ของนโยบาย และการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในเชิงลึก ดังนั้น การประเมินแผนยุทธศาสตร์ฯ ครั้งต่อไป ควรเน้นที่การรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่จะสะท้อนให้เห็นความก้าวหน้า ประสิทธิภาพ และผลกระทบ (impact) จากกิจกรรมภายใต้แผนยุทธศาสตร์ฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรให้ความสำคัญกับข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย ฉบับที่ 2 เช่น การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหา และปัจจัยบริบทของการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ทั้งระดับประเทศ และระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบข้างต้น ทีมวิจัยมีข้อเสนอเพื่อพัฒนาการ

ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1-4

1) ควรส่งเสริมความรู้ด้านเชื้อดื้อยาและความตระหนักด้านการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมแก่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขในวิชาชีพอื่นๆ เช่น เกษัชกร พยาบาล สัตวแพทย์ ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน ฯลฯ โดยบรรจุอยู่ในหลักสูตร (curriculum) การฝึกอบรมขั้นพื้นฐานและการศึกษาต่อเนื่อง รวมถึงควรมีกลไกการกำกับติดตามผลการปฏิบัติในบุคลากรอย่างเหมาะสม

2) ควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป บุคลากรทางการแพทย์ ภาคธุรกิจ และภาคส่วนอื่นๆ ที่จะได้รับผลกระทบ เพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

3) ควรเร่งรัดการดำเนินงานที่ยังไม่เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ เช่น การดำเนินงานด้านการบังคับใช้กฎหมายเพื่อแก้ปัญหาการกระจายยาต้านจุลชีพที่ไม่เหมาะสม การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพในคลินิกและร้านยา การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการใช้ยาต้านจุลชีพในพืช

ยุทธศาสตร์ที่ 5

4) ควรพิจารณาเพิ่มภาคีเครือข่ายที่เป็นนักประชาสัมพันธ์หรือสื่อมวลชนประเภทหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ รวมถึงผู้แทนจากหน่วยงานภาคการเกษตร/ปศุสัตว์/สิ่งแวดล้อม (หรือพิจารณาเพิ่มภาคีเครือข่ายสื่อในคณะกรรมการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในภาคการเกษตรและการเลี้ยงสัตว์) เพื่อให้มีการสื่อสารไปยังเกษตรกรด้วย

5) ควรเร่งรัดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ที่ 5 ที่ยังไม่เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการ

ยุทธศาสตร์ที่ 6

6) ควรให้มีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์นี้ โดยใช้ระบบกลไกในปัจจุบันต่อไป ทั้งนี้ ควรปรับปรุงและสร้างความเข้มแข็งในบางประเด็น เช่น การแก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการให้

เหมาะสม การสร้างการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสร้างความเป็นเอกภาพในนโยบายและการปฏิบัติ ระหว่างองค์กรและภาคส่วน

7) ควรปรับปรุงการสื่อสารและการถ่ายทอดนโยบาย ในทุกระดับ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานที่สอดคล้องกัน

8) ควรเร่งพัฒนาเครื่องมือ/ระบบติดตาม และ ประเมินสถานการณ์และผลลัพธ์การดำเนินการตาม ยุทธศาสตร์ที่ยังไม่ชัดเจน รวมถึงผลักดันให้เกิดการนำผล การประเมินไปใช้ และควรมีแนวทางในการดำเนินงานหรือ การสนับสนุนเพิ่มเติมหากผลการประเมินไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

9) ควรผลักดันให้เกิดการจัดสรรงบประมาณสำหรับ แผนยุทธศาสตร์อย่างเพียงพอ

10) ควรสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติ/แนวทางใน การดำเนินงาน และการพัฒนาศักยภาพสำหรับบุคลากร ในบางหน่วยงานที่ไม่มีภารกิจด้านการจัดการเชื้อดื้อยามา ก่อน รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินการดำเนินงานระยะครึ่งแผนตามแผน ยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนยุทธศาสตร์ ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลกว่า ด้วยการดื้อยาต้านจุลชีพ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลและ แสดงความคิดเห็น ทั้งในการประชุมเพื่อพิจารณาโครง ร้างการประเมิน การสัมภาษณ์ และการประชุมนำเสนอ ผลการประเมินเบื้องต้น นอกจากนี้ ขอขอบคุณบรรดา ข้าราชการในกองยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและ ยา ที่สนับสนุนเอกสารที่จำเป็นสำหรับการประเมิน รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทั้งหมดนี้ ช่วยให้การประเมินครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี อย่างไรก็ตาม ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงาน

การประเมินเป็นความรับผิดชอบของทีมวิจัย หน่วยงาน ที่ให้การสนับสนุนอาจไม่เห็นด้วยกับเนื้อหาบางส่วนหรือ ทั้งหมดที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้

References

1. Prestinaci F, Pezzotti P, Pantosti A. Antimicrobial resistance: a global multifaceted phenomenon. *Pathog Glob Health*. 2015;109(7):309-18.
2. Smith RD, Coast J. Antimicrobial resistance: a global response. *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health*. 2002;80(2):126-33.
3. Order of the Prime Minister's Office no. 86/2560 on appointment of Coordinating and Integrating Committee on AMR. (Mar 10, 2017). (in Thai)
4. Order of Coordinating and Integrating Committee on AMR no. 1/2561 on appointment of subcommittee under the Coordinating and Integrating Committee on AMR. (May 3, 2018). (in Thai)
5. Order of Coordinating and Integrating Committee on AMR no. 3/2561 on appointment of Strengthening Public Knowledge on AMR and Awareness of Appropriate Use of Antimicrobials Subcommittee (Nov 29, 2018). (in Thai)
6. Bussabawalai T, Pilasant S, Luankongsomchit V, Tantivess S. The evaluation report of Thailand national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2019. (in Thai)
7. National strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021, Thailand (unpublished work). (in Thai)
8. Progress report of Thailand's national strategic plan on antimicrobial resistance 2017-2021. Coordinating and Integrating Committee on AMR meeting no 1/2561; 2018 Dec 14; Government house, Bangkok, Thailand. (in Thai)
9. Draft of Developing AMR Surveillance System Using a One-Health Approach Subcommittee meeting minutes no. 1/2561. Developing AMR Surveillance System Using a One-Health Approach Subcommittee meeting no 1/2561; 2018 Jun 26; Department of Medical Sciences, Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
10. Announcement of the Food and Drug Administration on tuberculosis drug distribution channel. *The Royal Thai Government Gazette Volume 136, Special Section 189 D*. (Jul 26, 2018). (in Thai)



11. Announcement of the Food and Drug Administration Re: Prescribing antimicrobial drugs as listed must be reported to Food and Drug Administration. The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 249 D. (Oct 8, 2018). (in Thai)
12. Somjetanakul N, Sumpradit N, Benchapalanon R, editors. AMR Impact Reduction in Hospital Subcommittee meeting minutes no. 2/2561. AMR Impact Reduction in Hospital Subcommittee meeting no 2/2561; 2018 Dec 4; Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
13. Sumpradit N, Benchapalanon R, editors. AMR Impact Reduction in Hospital Subcommittee meeting minutes no. 1/2561; 2018 Jul 16; Food and Drug Administration, Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
14. Food and Drug Administration. Integrated AMR management (IAM) in hospital.. 1st ed. Nonthaburi: Food and Drug Administration; 2019.
15. Sookglud S, Srinha J, editors. Antimicrobial Resistance Management in Agriculture and Animal Husbandry Subcommittee meeting minutes no. 1/2561; 2018 Jul 17; Ministry of Agriculture and Cooperatives, Bangkok, Thailand. (in Thai)
16. Notification of the Department of Livestock Development Re: List of drugs that are prohibited to be mixed in animal feed for the purpose of prophylaxis B.E. 2562 (2019). The Royal Thai Government Gazette Volume 136, Special Section 182 D. (Jul 19, 2019). (in Thai)
17. Notification of the Ministry of Agriculture and Cooperatives Re: Characteristics and conditions of drug-compounded animal feed prohibited from manufacture, sold and used, B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 73 D. (Mar 28, 2018). (in Thai)
18. Notification of the Department of Livestock Re: Development on qualifications and duties of veterinarians supervisor of pharmaceutical mixed feed production B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 251 D. (Oct 9, 2018). (in Thai)
19. Notification of the Department of Livestock Development Re: Regulations for transport and equipment used in the production of drug-infused animal feed B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 251 D. (Oct 9, 2018). (in Thai)
20. Notification of the Department of Livestock Development Re: Requirement for displaying text on labels or documents specifying details for drug compound feed B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 251 D. (Oct 9, 2018). (in Thai)
21. Notification of the Department of Livestock Re: Development on prescribing details of prescription drugs B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 251 D. (Oct 9, 2018). (in Thai)
22. Notification of the Department of Livestock Re: Development on the preparation of summary report of the use of antimicrobial drugs used in animal feed and report on the sale of animal feed containing antimicrobial drugs and without drugs B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 251 D. (Oct 9, 2018). (in Thai)
23. Notification of the Department of Livestock Development Re: Registration as a producer of drug-infused animal feed B.E. 2561 (2018). The Royal Thai Government Gazette Volume 135, Special Section 251 D. (Oct 9, 2018). (in Thai)
24. Meeting minutes of communication plan for strengthening knowledge on AMR and awareness of appropriate use of antimicrobials. Communication plan for strengthening knowledge on AMR and awareness of appropriate use of antimicrobials workshop; 2019 Jul 10-12; Richmond Stylish Convention Hotel, Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
25. Meeting minutes of 3 years plan developing for strategy 5 workshop: strengthening public knowledge on AMR and awareness of appropriate use of antimicrobials. 3 years plan developing for strategy 5 workshop 2019 Jun 20-21; Richmond Stylish Convention Hotel, Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
26. Chaiyasit B, editor. Strengthening Public Knowledge on AMR and Awareness of Appropriate Use of Antimicrobials Subcommittee meeting minutes; 2019 Jun 5; Department of Health Service Support, Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
27. Sumpradit N, Prasongporn A, Narachotika Y, Chaiyasit B, editors. Meeting minutes of 3 years plan developing for strategy 5 workshop : strengthening public knowledge on AMR and awareness of appropriate use of antimicrobials; 2019 Jun 13; Richmond Stylish Conventio Hotel, Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
28. Witsanupongporn S, editor. Strengthening Public Knowledge on AMR and Awareness of Appropriate Use of Antimicrobials Subcommittee meeting minutes no. 1/2562; 2019 Jan 29; Department of Health Service Support, Nonthaburi, Thailand. (in Thai)
29. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of United Nations, World Organization for Animal Health. Antimicrobial resistance: a manual for developing national action plans. Geneva: World Health Organization; 2016.

30. Akhmouch A, Clavreul D. Stakeholder engagement for inclusive water governance: “Practicing What We Preach” with the OECD Water Governance Initiative. *Water*. 2016;8(5):204.
31. World Health Organization. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Geneva: WHO Document Production Services; 2011.
32. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Organisation for Animal Health. Monitoring and evaluation of the global action plan on antimicrobial resistance: framework and recommended indicators. Geneva: World Health Organization; 2019.
33. Xiao Y. A national action plan to contain antimicrobial resistance in China: contents, actions and expectations [Internet] Suffolk, UK: AMR Control, Global Health Dynamics; [cited 2021 Mar 11]. Available from: <http://resistancecontrol.info/2017/a-national-action-plan-to-contain-antimicrobial-resistance-in-china-contents-actions-and-expectations/>.
34. Pokharel S, Raut S, Adhikari B. Tackling antimicrobial resistance in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*. 2019;4:e002104.
35. Ranjalkar J, Chandy SJ. India’s national action plan for antimicrobial resistance-an overview of the context, status, and way ahead. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(6):1828-34.
36. Parathon H, Kuntaman K, Widiastoety TH, Muliawan BT, Karuniawati A, Qibtiyah M, et al. Progress towards antimicrobial resistance containment and control in Indonesia. *BMJ*. 2017;358:j3808.
37. Eastmure E, Al-Haboudi M, Barlow J, Bennani H, Black N, Blake L, et al. Evaluation of the implementation of the UK antimicrobial resistance (AMR) strategy, 2013-2018: overview report. London: Policy Innovation and Evaluation Research Unit; 2019.

การประยุกต์ใช้เกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น เพื่อการจัดซื้อยาภาครัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนำร่อง

นิลวรรณ อยู่ภักดี*
อนันต์ชัย อัครเมฆิน†
วิภา พร้อมประเสริฐ‡
วราวัลย์ จิ่งทิวะพรพงษ์§
จตุพร สุमितสวรรค์#
ไพรัช ไลทอง¶
ชัยวัฒน์ บุรณะชนอกา+
มนตรี พันธุ์ธรรม&
สุมาลี สงวนศักดิ์◇

ผู้รับผิดชอบบทความ: นิลวรรณ อยู่ภักดี

บทคัดย่อ

พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้กับหน่วยงานของรัฐตั้งแต่วันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2560 ทำให้การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์นอกจากจะพิจารณาเกณฑ์ราคายังสามารถพิจารณาเกณฑ์อื่นประกอบเกณฑ์ราคาเพื่อเลือกผู้เสนอราคา โดยประยุกต์ใช้ multi-criteria decision analysis (MCDA) หรือเกณฑ์ price performance-MCDA การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคในการนำเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น หรือเกณฑ์ price performance-MCDA ตามกระบวนการปฏิบัติจริงในการทำงาน การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลนำร่อง จำนวน 8 แห่ง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์) กระทรวงกลาโหม และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม โดยดำเนินการจัด

* คณะเภสัชศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร

† คณะเภสัชศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล

‡ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

§ โรงพยาบาลทหารผ่านศึก กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลศรีสังวรอุทัย จังหวัดอุทัย

¶ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท

+ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

& โรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี

◇ โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่

Received 24 May 2021; Revised 29 November 2021; Accepted 8 June 2022

Suggested citation: Upakdee N, Assawamakin A, Promprasert W, Chungshivapornpong W, Sumitsawan J, Laitong P, et al. The application of price performance criteria for government procurement of medicine: a case study in pilot hospitals. *Journal of Health Systems Research* 2022;16(2):202-14.

นิลวรรณ อยู่ภักดี, อนันต์ชัย อัครเมฆิน, วิภา พร้อมประเสริฐ, วราวัลย์ จิ่งทิวะพรพงษ์, จตุพร สุमितสวรรค์, ไพรัช ไลทอง และคณะ. การประยุกต์ใช้เกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่นเพื่อการจัดซื้อยาภาครัฐ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนำร่อง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(2):202-14.

ประชุมชี้แจงให้ผู้ร่วมวิจัยเข้าใจหลักเกณฑ์ price performance-MCDA และเลือกประเมินยาตัวอย่าง 3 รายการ จากกลุ่มยาที่กำหนดให้ ผลการศึกษาพบว่า ในการนำเกณฑ์ price performance-MCDA ไปใช้นั้น โรงพยาบาล 1 แห่ง ยังไม่พร้อมนำเกณฑ์ไปใช้ และอีก 7 แห่ง นำไปทดลองใช้ประเมินการจัดซื้อยาโดยไม่ได้จัดซื้อจริง มีทั้งปรับและไม่ปรับสัดส่วนเกณฑ์ราคาต่อเกณฑ์อื่น เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินโดยเกณฑ์ price performance-MCDA และเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่นที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในโรงพยาบาล 4 แห่ง พบความสอดคล้องกันร้อยละ 66.7 (2 รายการจาก 3 รายการ) และเมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์ price performance-MCDA กับเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่นที่โรงพยาบาลใช้ในปัจจุบัน ประเด็นส่วนใหญ่ที่มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ คุณภาพการผลิตและคุณภาพผลิตภัณฑ์ แต่มีประเด็นที่แตกต่างไปบ้าง ได้แก่ ประสิทธิภาพในการใช้ยาของแพทย์และเป็นยาเข้าบัญชียาในโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, ลักษณะของผลิตภัณฑ์บรรจุภัณฑ์, ฉลากที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยา, ข้อมูลสนับสนุนการวิจัยคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษา และการอบรมจริยธรรมในการส่งเสริมการขายยา โดยเภสัชกรที่ทดลองใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในเกณฑ์ดังกล่าว โดยเฉพาะการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการผลิตยา แต่ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติ ได้แก่ ความเข้าใจในรายละเอียดปลีกย่อย อย่างไรก็ตามโดยสรุปแล้ว ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำเกณฑ์ price performance-MCDA ไปใช้ แต่อาจต้องมีการปรับเกณฑ์บางประเด็นเพื่อให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

คำสำคัญ: หลักเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น, การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์, การตัดสินใจแบบหลายเกณฑ์

The Application of Price Performance Criteria for Government Procurement of Medicine: A Case Study in Pilot Hospitals

Nilawan Upakdee^{*}, Anunchai Assawamakin[†], Weena Promprasert[‡], Warawan Chungsvapornpong[§], Jatuporn Sumitsawan[#], Pairat Laitong[¶], Chaiwat Booranachonarpa⁺, Montri Phantham[&], Sumalee Sanguansak[◇]

^{*} Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University, Phitsanulok

[†] Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Bangkok

[‡] Rajavithi Hospital, Bangkok

[§] Veterans General Hospital, Bangkok

[#] Srisangworn Sukhothai Hospital, Sukhothai

[¶] Jainad Narendra Hospital, Chai Nat

⁺ Naresuan University Hospital, Phitsanulok

[&] Uthai Thani Hospital, Uthai Thani

[◇] Phrae Hospital, Phrae

Corresponding author: Nilawan Upakdee, nilawanu@nu.ac.th

Abstract

The Government Procurement and Supplies Management Act B.E. 2560 (2017) was published in the Royal Thai Government Gazette and has become active with government organizations since August 2017. The act allows the purchase of drugs and medical supplies to consider the price and other attributes of performance in decision-making. There has been a development of other price performance by applying multi-criteria decision analysis (MCDA) or price performance-MCDA criteria. The objective of this study was to assess the practical feasibility, problems and constraints in introducing the price performance-MCDA criteria in the practical work process. This study was a research and development. The sample group was eight pilot hospitals. Purposive sampling was performed by selecting the hospitals under the Ministry of Public Health (Office of the Permanent Secretary and Department of Medical Services), the Ministry of Defense, and the Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. Researchers then organized a meeting to inform the participants about the price

performance-MCDA criteria. The participants selected three sample drugs from the list of study drug groups. The results showed that 1 hospital was excluded because non-readiness to apply the criteria, and 7 hospitals exercised price performance-MCDA to evaluate drugs but not used in the purchasing process. Some hospitals adjusted the price and performance ratio for scoring and some did not adjust. Comparing the evaluation results by the price performance-MCDA criteria to current hospital criteria in 4 hospitals, 66.7% showed consistent results (2 out of 3 items). Furthermore, the comparison between price performance-MCDA criteria and current hospital criteria found that most of the similar issues were as follows: quality of manufacturing and quality of products. However, there were different concerned criteria such as experiences in using the drugs and drug availability on the list in a teaching hospital; drug specification including packaging and labelling for reducing medication errors; research data in supporting quality and efficacy of drugs; and the ethical training on drug promotion. The results found that most pharmacists who participated in the present research using price performance-MCDA were satisfied with these criteria, particularly in terms of driving the improvement of drug quality. Problems and constraints encountered in this study included understanding the details of each criterion. In summary, the results indicated the possibility of applying the price performance-MCDA criteria, but the criteria may need to be adjusted when implemented.

Keywords: price performance, procurement, multi-criteria decision analysis

บทคัดย่อและเหตุผล

การคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาลนอกจากจะต้องคำนึงถึงความต้องการใช้ยาของแพทย์และงบประมาณแล้ว นโยบายยังต้องสอดคล้องกับหลักกฎหมายในปัจจุบันคือ พระราชบัญญัติว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ที่กำหนดขึ้นมาเพื่อให้มีกรอบการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน⁽¹⁾ รวมถึงการจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) และเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น (price performance) ซึ่งต้องเปิดเผยข้อมูลและต้องดำเนินการอย่างโปร่งใส มีการแข่งขันอย่างเป็นธรรม ตลอดจนคำนึงถึงความคุ้มค่าและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อให้การจัดซื้อจัดจ้างมีประสิทธิภาพ การจัดซื้อยาจึงเป็นการเปิดโอกาสให้จัดหายาที่มีคุณภาพ ราคาเหมาะสมที่มีความเท่าเทียมกันของประสิทธิผลในการรักษา^(2,3)

สืบเนื่องจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2561 ที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาหลักเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น (price performance) ที่ประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจแบบพิจารณาหลายเกณฑ์ (multi-criteria decision analysis: MCDA) ตามหลักวิชาการร่วมกัน

ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม และตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ⁽⁴⁾ ซึ่งนอกจากเกณฑ์ราคายังมีเกณฑ์คุณลักษณะด้านคุณภาพยา ได้แก่ ความเท่าเทียมกับยาต้นแบบ ความคงตัว ข้อกำหนดคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปและผลการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป มาตรฐานการผลิตผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ข้อกำหนดคุณภาพของวัตถุดิบและมาตรฐานการผลิตวัตถุดิบ และประเด็นอื่นๆ เช่น คุณค่าเพิ่มในการให้บริการ ความน่าเชื่อถือในศักยภาพการจัดหายา และผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวม โดยที่ผู้ทำหน้าที่จัดซื้อยาสามารถพิจารณานำไปประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม และเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและความเข้าใจอย่างชัดเจนขึ้น รวมถึงขยายขอบเขตไปใช้ได้จริงในสถานพยาบาลภาครัฐ ทางเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (ภสท.) ในฐานะที่เป็นองค์กรกลางแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม เห็นควรให้มีการทำการวิจัยในการนำหลักเกณฑ์ดังกล่าวไปประยุกต์ใช้โดยผ่านโครงการนำร่องในสถานพยาบาลภาครัฐ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรคในการใช้หลักเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น (price performance) ที่นำมาประยุกต์

ใช้วิธีการตัดสินใจแบบพิจารณาหลายเกณฑ์ (MCDA) ตามกระบวนการปฏิบัติจริงในการทำงาน โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อยาภาครัฐ และผู้ที่สนใจต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) นำเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น (price performance) มาประยุกต์ใช้วิธีการตัดสินใจแบบพิจารณาหลายเกณฑ์ (MCDA) หรือเรียกว่า price performance-MCDA เปรียบเทียบกับเกณฑ์ของโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลนำร่องผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้จำนวน 8 แห่ง โดยเกณฑ์ของโรงพยาบาล หมายถึง เกณฑ์ราคาอย่างเดียว (price only) หรือเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น (price performance) ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งใช้อยู่ในปัจจุบัน

กลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลนำร่องผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้จำนวน 8 แห่งที่เข้าร่วมวิจัยด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สังกัดกรมการแพทย์ สังกัดกระทรวงกลาโหม และสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, ยินดีนำหลักเกณฑ์ price performance-MCDA ไปประเมินหรือใช้ในการปฏิบัติงานจริง ควบคู่ไปกับเกณฑ์ที่โรงพยาบาลใช้อยู่แต่เดิม และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ โรงพยาบาลที่ไม่สามารถนำหลักเกณฑ์ price performance-MCDA ไปประเมินหรือปฏิบัติได้จนสิ้นสุดการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น (price performance) คือเกณฑ์ประยุกต์ใช้สำหรับการตัดสินใจแบบพิจารณาหลายเกณฑ์ (MCDA) หรือเรียกว่า price performance-MCDA ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การประยุกต์ใช้ multi-criteria decision analysis (MCDA) เพื่อการจัดซื้อยาภาครัฐที่ดี⁽⁴⁾ โดยมีรายละเอียดเกณฑ์ ดังนี้ เกณฑ์ราคา (ร้อยละ 40) เกณฑ์อื่น (ร้อยละ 60) ได้แก่ ความเท่าเทียมกับยาต้นแบบ (ร้อยละ 12.2) คุณภาพผลิตภัณฑ์: ผลการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป (ร้อยละ 8.7) คุณภาพการผลิต: มาตรฐานการผลิตผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป (ร้อยละ 8.7) ความคงตัว (ร้อยละ 7.3) คุณภาพผลิตภัณฑ์: ข้อกำหนดคุณภาพของผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป (ร้อยละ 5.8) คุณภาพผลิตภัณฑ์: ข้อกำหนดคุณภาพของวัตถุดิบ (ร้อยละ 4.9) คุณภาพการผลิต: มาตรฐานการผลิตวัตถุดิบ (ร้อยละ 4.0) คุณค่าเพิ่มในการให้บริการ (ร้อยละ 3.1) ความน่าเชื่อถือในศักยภาพการจัดการยา (ร้อยละ 2.8) และผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวม (ร้อยละ 2.5) หรือในกรณีปรับสัดส่วนเป็นเกณฑ์ราคา (ร้อยละ 30) และเกณฑ์อื่น (ร้อยละ 70) โดยรายละเอียดเกณฑ์ย่อยจะปรับเพิ่มตามสัดส่วนของเกณฑ์อื่น

วิธีดำเนินการวิจัย มีขั้นตอน ดังนี้

1. ดำเนินการจัดประชุมเพื่อชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์ price performance-MCDA เพื่อเตรียมความพร้อมในการนำหลักเกณฑ์คุณลักษณะด้านคุณภาพยาไปใช้
2. เกสัชกรแต่ละโรงพยาบาลดำเนินการประเมินยาที่จัดซื้อโดยใช้หลักเกณฑ์ price performance-MCDA ตามกระบวนการปฏิบัติจริงในการทำงาน ควบคู่ไปกับเกณฑ์ที่โรงพยาบาลใช้อยู่แต่เดิม โดยเลือกมา 3 รายการ จากกลุ่มยาที่กำหนด 4 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มยาระบบประสาท ได้แก่ donepezil (A1), levetiracetam (A2), topiramate (A3)



กลุ่มที่ 2 กลุ่มยาโรคเรื้อรัง ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม angiotensin II receptor antagonists เช่น losartan (B1), ยาป้องกันการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด คือ clopidogrel (B2), ยาลดไขมันกลุ่ม statin คือ atorvastatin (B3), กลุ่ม calcium antagonist คือ manidipine (B4)

กลุ่มที่ 3 กลุ่ม cox-II inhibitors คือ etoricoxib (C1), celecoxib (C2)

กลุ่มที่ 4 กลุ่มยาฆ่าเชื้อ ได้แก่ clindamycin (D1) แนวทางการประเมินมี 3 รูปแบบ คือ 1) ทดลองประเมิน โดยไม่ได้เข้ากระบวนการจัดซื้อจริง (theoretical assessment) 2) ทดลองนำเกณฑ์ price performance-MCDA ไปใช้ในกระบวนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์จริง (real purchase) และ 3) ผสมทั้ง 2 วิธี (mixed method)

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลผลที่ได้จากการเกณฑ์ที่ใช้ในปัจจุบัน และจากการนำเกณฑ์ price performance-MCDA ไปทดลองใช้

4. ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย คือ เดือนมีนาคม – กันยายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลหลักเกณฑ์ราคาประกอบคุณลักษณะด้านคุณภาพยาหรือเกณฑ์

price performance-MCDA จะนำเสนอในรูปแบบร้อยละของคะแนนที่ได้จากการประเมิน การนำเสนอผลจะแสดงบริษัทเป็น A, B, C, D ของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจะไม่สื่อถึงการเป็นบริษัทเดียวกัน เป็นเพียงการระบุบริษัทที่เข้าร่วมการเสนอของของแต่ละโรงพยาบาล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 8 แห่ง มีโรงพยาบาล 1 แห่ง ขอดอนตัวออกจากการศึกษาเนื่องจากยังไม่มีความพร้อมในการนำเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่นที่ประยุกต์ใช้ MCDA (เกณฑ์ price performance-MCDA) ไปประเมิน เหลือโรงพยาบาล 7 แห่งที่นำเกณฑ์ price performance-MCDA ไปทดลองประเมินในการศึกษานี้พบว่า โรงพยาบาลทุกแห่งทดลองประเมินเทียบกับเกณฑ์เดิมของโรงพยาบาล โดยไม่ได้ใช้จัดซื้อจริง (theoretical assessment) สำหรับรูปแบบการจัดซื้อยาในปัจจุบัน มีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่มีการจัดซื้อในปัจจุบันใช้หลักเกณฑ์ราคาเพียงอย่างเดียว (price only) คือ โรงพยาบาล 1 และ 2 ขณะที่โรงพยาบาล 5 แห่ง มีการจัดซื้อยาในปัจจุบันใช้หลักเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่น (price performance)

1. ผลการประเมินด้วยหลักเกณฑ์ price performance-MCDA

ตารางที่ 1 รายการยาที่แต่ละโรงพยาบาลประเมินด้วยเกณฑ์ price performance-MCDA

รายการยา	รพ. 1	รพ. 2	รพ. 3	รพ. 4	รพ. 5	รพ. 6	รพ. 7
Donepezil hydrochloride/ODT 10 mg	✓			✓	✓		
Levetiracetam 500 mg		✓					
Topiramate 50 mg		✓					
Clopidogrel 75 mg			✓				
Atorvastatin 40 mg			✓		✓	✓	
Manidipine 10 mg, 20 mg	✓	✓		✓		✓	✓
Etoricoxib 60 mg, 90 mg	✓		✓				✓
Celecoxib 200 mg				✓	✓	✓	✓

ผลการประเมินยา donepezil hydrochloride 10 mg พบว่าการใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน 40:60 และ 30:70 พบว่ายากจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุด คือ รายการที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็ม หรือมีราคาต่อหน่วยต่ำสุด โดยส่วนของคุณลักษณะจะมี

ประเด็นที่แตกต่างกัน คือ ความเท่าเทียมกับยาดั้งเดิม ข้อกำหนดคุณภาพของวัตถุดิบ ข้อกำหนดคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป มาตรฐานการผลิตวัตถุดิบ และความคงตัว แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินยา Donepezil hydrochloride 10 mg ด้วยเกณฑ์ price performance-MCDA

โรงพยาบาล	บริษัท	ราคา	% ราคา	% คุณลักษณะ	รวม
รพ. 1	4 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	24.99	8.60	54.99	63.59
	B	17.19	30.89	56.19	87.08
	C	18.00	28.57	51.93	80.50
	D	14.00	40.00	50.37	90.37
รพ. 4	3 บริษัท	บาท/เม็ด	30%	70%	100%
	A	64.24	0.00	70.00	70.00
	B	44.00	18.07	43.00	61.07
	C	31.48	30.00	54.53	84.53
รพ. 5	2 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	64.24	0.00	54.05	54.05
	B	19.64	40.00	35.20	75.20

หมายเหตุ: รพ. 1 donepezil HCl 10 mg รูปแบบยาเม็ดชนิด film-coated tablet

รพ. 4 และ รพ. 5 donepezil HCl 10 mg รูปแบบยาเม็ดชนิด orodispersible tablet

ผลการประเมินยา manidipine ความแรง 10 และ 20 mg พบว่าการใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน 40 : 60 ยากจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุด คือ รายการที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็มหรือมีราคาต่อหน่วยต่ำสุด แต่ในยา manidipine ความแรง 20 mg การใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน 30:70 ยากจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุด ไม่ใช่รายการที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็มหรือมีราคาต่อหน่วยต่ำสุด ยกเว้นในโรงพยาบาลที่ 6 ที่ยากจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุดเป็นยาที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็ม โดยส่วนของคุณลักษณะจะมีประเด็นที่แตกต่างกัน คือ ความเท่าเทียมกับยาดั้งเดิม ความคงตัว และมาตรฐานการผลิต

วัตถุดิบ แสดงดังตารางที่ 3

ผลการประเมินยา atorvastatin 40 mg พบว่าการใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน 40:60 ยากจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุด คือ รายการที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็มหรือมีราคาต่อหน่วยต่ำสุด แต่การใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน 30:70 ยากจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงที่สุด ไม่ใช่รายการที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็มหรือมีราคาต่อหน่วยต่ำสุด โดยส่วนของคุณลักษณะจะมีประเด็นที่แตกต่างกัน คือ ความเท่าเทียมกับยาดั้งเดิม ความคงตัวของยา ข้อกำหนดคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ข้อกำหนดคุณภาพของวัตถุดิบ และมาตรฐานการผลิตวัตถุดิบ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการประเมินยา Manidipine 10 mg และ 20 mg ด้วยเกณฑ์ price performance-MCDA

โรงพยาบาล	บริษัท	ราคา	% ราคา	% คุณลักษณะ	รวม
รพ. 1	3 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	2.98	9.76	59.19	68.95
	B	1.80	37.65	50.48	88.13
	C	1.70	40.00	54.94	94.94
รพ. 2	1 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	1.50	40.00	43.02	83.02
รพ. 4	2 บริษัท	บาท/เม็ด	30%	70%	100%
	A	2.41	17.81	68.74	86.55
	B	1.71	30.00	54.79	84.79
รพ. 6	3 บริษัท	บาท/เม็ด	30%	70%	100%
	A	1.97	17.58	46.04	63.62
	B	1.40	30.00	49.81	79.81
	C	2.67	2.68	66.91	69.59
รพ. 7	4 บริษัท	บาท/เม็ด	30%	70%	100%
	A	2.99	7.24	69.97	77.24
	B	1.75	29.12	57.88	87.00
	C	1.71	29.82	51.43	81.25
	D	1.70	30.00	54.21	84.21

หมายเหตุ: Manidipine 10 mg คือ รพ. 2 และ 4 สำหรับ manidipine 20 mg คือ รพ. 1, 6 และ 7

ตารางที่ 4 ผลการประเมินยา Atorvastatin 40 mg ด้วยเกณฑ์ price performance-MCDA

โรงพยาบาล	บริษัท	ราคา	% ราคา	% คุณลักษณะ	รวม
รพ. 3	1 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	24.54	40.00	57.55	97.55
รพ. 5	2 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	3.10	40.00	35.99	75.99
	B	3.33	37.03	38.30	75.33
รพ. 6	3 บริษัท	บาท/เม็ด	30%	70%	100%
	A	2.83	27.94	51.35	79.29
	B	4.00	15.00	56.33	71.33
	C	2.67	30.00	45.38	75.38

ผลการประเมินยา etoricoxib 60 mg และ 90 mg พบว่ามีการใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน 40:60 แบบเดียวกันในโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง และยาจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงสุด คือ รายการที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็มหรือมีราคาต่อหน่วยต่ำสุด

โดยส่วนของคุณลักษณะจะมีประเด็นที่แตกต่างกัน คือ ความเท่าเทียมกับยาต้นแบบ ความคงตัวของยา ข้อกำหนดคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ข้อกำหนดคุณภาพของวัตถุดิบ และมาตรฐานการผลิตวัตถุดิบ แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการประเมินยา Etoricoxib 60 mg และ 90 mg ด้วยเกณฑ์ price performance-MCDA

โรงพยาบาล	บริษัท	ราคา	% ราคา	% คุณลักษณะ	รวม
รพ. 1	4 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	27.18	0.00	53.30	53.30
	B	19.62	5.27	46.00	51.27
	C	12.00	34.29	44.64	78.93
	D	10.50	40.00	43.82	83.82
รพ. 3	4 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	27.82	0.00	53.91	53.91
	B	12.48	8.68	40.03	48.71
	C	7.00	40.00	44.10	84.10
	D	19.26	0.00	53.91	53.91
รพ. 7	4 บริษัท	บาท/เม็ด	40%	60%	100%
	A	8.56	8.67	41.27	49.94
	B	4.80	40.00	51.38	91.38
	C	8.77	6.88	51.38	58.26
	D	5.95	30.42	41.27	71.69

หมายเหตุ: รพ. 1 และ รพ. 3 ประเมินยา etoricoxib ความแรง 90 mg

รพ. 7 ประเมินยา etoricoxib ความแรง 60 mg

ผลการประเมินยา celecoxib 200 mg พบว่ามี การใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน 40:60 ในโรงพยาบาล 2 แห่งและพบว่ายาจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงสุด คือ รายการที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็มหรือมีราคาต่อหน่วยต่ำสุด แต่ในเกณฑ์ price performance-MCDA สัดส่วน 30:70 พบว่าในโรงพยาบาล 1 แห่ง ยาจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงสุด คือ รายการที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็มหรือมีราคาต่อ

หน่วยต่ำสุด และในโรงพยาบาลอีก 1 แห่ง ยาจากบริษัทที่มีคะแนนประเมินสูงสุดไม่ใช่ยาที่มีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็มที่มีราคาต่อหน่วยต่ำสุด โดยส่วนของคุณลักษณะจะมีประเด็นที่แตกต่างกัน คือ ความเท่าเทียมกับยาต้นแบบ ข้อกำหนดคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ความคงตัวของยา ผลการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป ข้อกำหนดคุณภาพของวัตถุดิบ และมาตรฐานการผลิตวัตถุดิบ แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการประเมินยา Celecoxib 200 mg ด้วยเกณฑ์ price performance-MCDA

โรงพยาบาล	บริษัท	ราคา	% ราคา	% คุณลักษณะ	รวม
รพ. 4	4 บริษัท	บาท/แคปซูล	30%	70%	100%
	A	8.56	18.65	47.44	66.09
	B	15.63	0.00	70.00	70.00
	C	6.21	30.00	48.18	78.82
	D	7.97	21.50	53.65	75.15
รพ. 5	2 บริษัท	บาท/แคปซูล	40%	60%	100%
	A	9.00	28.57	38.17	66.74
	B	7.00	40.00	34.63	74.63
รพ. 6	5 บริษัท	บาท/แคปซูล	30%	70%	100%
	A	5.50	30.00	39.42	69.42
	B	10.70	1.64	47.26	48.90
	C	12.84	0.00	61.64	61.64
	D	6.00	27.27	46.41	73.68
	E	10.00	5.45	38.92	44.37
รพ. 7	4 บริษัท	บาท/แคปซูล	40%	60%	100%
	A	4.78	19.30	47.31	66.61
	B	4.22	26.41	35.02	61.43
	C	3.15	40.00	43.15	83.15
	D	4.50	22.85	51.38	74.23

สำหรับผลการประเมินยา clopidogrel 75 mg ในโรงพยาบาล 1 แห่ง โดยใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน คือ 40 : 60 พบว่ามีเพียง 2 บริษัทที่ได้รับการประเมิน โดยบริษัท A ได้คะแนนประเมินรวมร้อยละ 71.18 และบริษัท B มีคะแนนประเมินสูงสุด คือ ร้อยละ 91.01 ซึ่งมีสัดส่วนราคาได้คะแนนเต็ม ในขณะที่บริษัท A สัดส่วนราคาได้คะแนนร้อยละ 17.27 โดยทั้งสองบริษัทมีคะแนนประเมินส่วนคุณลักษณะเหมือนกันหมด ยกเว้นประเด็นความคงตัวที่แม้ว่าบริษัท B จะมีคะแนนร้อยละ 0.73 ในขณะที่บริษัท A ได้ร้อยละ 3.63

นอกจากนี้ ผลการประเมินยา levetiracetam 500

mg ในโรงพยาบาล 1 แห่ง โดยใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน คือ 40 : 60 พบว่ามีเพียง 1 บริษัท โดยมีคะแนนประเมินสูงสุดจากสัดส่วนของราคาที่ได้คะแนนเต็ม หรือมีราคาต่อหน่วยต่ำสุด และผลการประเมินยา topiramate 50 mg ในโรงพยาบาล 1 แห่ง โดยใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ในสัดส่วน คือ 40 : 60 พบว่ามี 2 บริษัท แต่การประเมินในส่วนเกณฑ์อื่นของบริษัททั้งสองแห่งในด้านคุณภาพการผลิตที่เป็นมาตรฐานการผลิตวัตถุดิบไม่มีเอกสารรับรอง ทำให้ยาทั้งสองบริษัทถูกคัดออกจากการประเมิน

ตารางที่ 7 แสดงความสอดคล้องจากการประเมินด้วยเกณฑ์ price performance-MCDA กับเกณฑ์ที่โรงพยาบาลใช้ ในภาพรวมมีความสอดคล้องกันระหว่างเกณฑ์ price performance-MCDA และเกณฑ์โรงพยาบาล ในรายการยานี้คือ ยา clopidogrel 75 mg, atorvastatin 40 mg และ manidipine 10 mg ในแต่ละโรงพยาบาลจะได้บริษัทที่มีคะแนนสูงสุดเป็นบริษัทเดียวกัน ซึ่งมาจากสัดส่วนคะแนนราคาสูงสุด แต่พบว่า ให้ผลที่ไม่สอดคล้องกันในการประเมินยา celecoxib 200 mg ของแต่ละบริษัท

ใน รพ. 4 และยา manidipine 20 mg ของบริษัทใน รพ. 6 และ 7 โดยการใช้เกณฑ์ price performance-MCDA และเกณฑ์โรงพยาบาลซึ่งบริษัทที่ชนะของ รพ. 6 เป็นผลมาจากคะแนนในหัวข้อการศึกษาและวิจัยทางคลินิก ส่วน รพ. 7 ยาจากบริษัท B, C และ D มี bioequivalence ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ European Medicines Agency (EMA) สรุปได้ว่าเมื่อใช้เกณฑ์ price-performance กับเกณฑ์โรงพยาบาลประเมินเทียบกัน ผลได้ยาที่ชนะเหมือนกัน 2 ใน 3 รายการ

ตารางที่ 7 ความสอดคล้องจากการประเมินด้วยเกณฑ์ price performance-MCDA กับเกณฑ์ที่โรงพยาบาลใช้

รายการยา	บริษัท	MCDA	เกณฑ์ รพ.	ผลการประเมิน/ประกวดราคา
รพ. 3				
Clopidogrel 75 mg	2 บริษัท	B = 91.01	B = 94.00	ผู้ชนะประกวดราคา คือ บริษัท B
Atorvastatin 40 mg	1 บริษัท	A = 97.55	A = 100.00	ผู้ชนะประกวดราคา คือ บริษัท A
Etoricoxib 90 mg	4 บริษัท	C = 84.10	-	ไม่ได้ทำ e-bidding
รพ. 4				
Donepezil ODT 10 mg	3 บริษัท	C = 84.53	C = 78.30	ผู้ชนะประเมินโดยเกณฑ์ รพ. คือ บริษัท C
Manidipine 10 mg	2 บริษัท	A = 86.55	A = 82.21	ผู้ชนะประเมินโดยเกณฑ์ รพ. คือ บริษัท A
Celecoxib 200 mg	3 บริษัท	C = 78.82	B = 66.50	ผู้ชนะประเมินโดยเกณฑ์ รพ. คือ บริษัท B
รพ. 6				
Atorvastatin 40 mg	3 บริษัท	A = 79.29	A = 92.29	ผู้ชนะประกวดราคา คือ บริษัท A
Manidipine 20 mg	3 บริษัท	B = 79.81	C = 65.96	ผู้ชนะประกวดราคา คือ บริษัท C
Celecoxib 200 mg	5 บริษัท	D = 73.68	-	ไม่ได้ทำ e-bidding
รพ. 7				
Celecoxib 200 mg	4 บริษัท	C = 83.15	Price only	ผู้ชนะประเมินโดยเกณฑ์ราคา คือ บริษัท C
Etoricoxib 60 mg	4 บริษัท	B = 91.38	Price only	ผู้ชนะประเมินโดยเกณฑ์ราคา คือ บริษัท B
Manidipine 20 mg	4 บริษัท	B = 87.00	A = 75.14	ผู้ชนะประเมินโดยเกณฑ์ รพ. คือ บริษัท A

2. เปรียบเทียบเกณฑ์ price performance-MCDA และเกณฑ์ที่โรงพยาบาลใช้ในปัจจุบัน

เมื่อเปรียบเทียบเกณฑ์ price performance-MCDA กับเกณฑ์ price performance ที่โรงพยาบาลใช้ในปัจจุบัน ในที่นี้จะนำเสนอผลจากโรงพยาบาล 5 แห่ง เนื่องจากมีข้อจำกัดของรายการยาที่ประเมินและการจัดซื้อจริง รวมถึง

บริบทเดิมที่โรงพยาบาลใช้เกณฑ์ราคาในการจัดซื้อยา ผลการศึกษาพบว่าเกณฑ์ price performance ที่โรงพยาบาลใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่มีประเด็นที่เหมือนกับเกณฑ์ price performance-MCDA ในหัวข้อเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของยา มาตรฐานการผลิต ประสิทธิภาพทางคลินิก แต่อาจมีความแตกต่างในรายละเอียดปลีกย่อย

สำหรับปัจจัยด้านคุณค่าเพิ่มในการให้บริการมีโรงพยาบาล 2 แห่ง ที่พิจารณาเป็นปัจจัยนี้ที่เป็นการให้บริการหลังการขาย ปัจจัยความน่าเชื่อถือในศักยภาพการของการจัดหาที่มีโรงพยาบาล 1 แห่ง ที่ใช้ในการประเมิน และปัจจัยด้านผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมหรือการลงทุนในประเทศยังไม่มีโรงพยาบาลใดนำมาใช้ในการประเมิน

ในส่วนของความแตกต่างกันในประเด็นอื่นๆ ที่พบ นอกเหนือไปจากเกณฑ์ price performance-MCDA ได้แก่ การพิจารณาจากประสบการณ์ในการใช้ยาของแพทย์และในโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

(university hospital network: UHOSNET) ลักษณะของผลิตภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์ หรือฉลากที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาเนื่องจากโรงพยาบาลมีระบบการจัดยาเป็นแบบ one-day dose จึงควรต้องมีรายละเอียด เช่น ชื่อยา ความแรง วันหมดอายุบนแต่ละหน่วยย่อยบนแผงยา ข้อมูลการวิจัยคุณภาพและประสิทธิผลในการรักษา และการอบรมจริยธรรมในการส่งเสริมการขายยา รายละเอียดการเปรียบเทียบเกณฑ์ price performance-MCDA กับเกณฑ์ที่โรงพยาบาลใช้ในปัจจุบัน แสดงดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบเกณฑ์ price performance-MCDA กับเกณฑ์ที่โรงพยาบาลใช้ในปัจจุบัน

หัวข้อ	MCDA	รพ. 3	รพ. 4	รพ. 5	รพ. 6	รพ. 7
1. ความเท่าเทียมกับยาต้นแบบ	✓	✓	✓	✓	-	✓
2. ผลการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. มาตรฐานการผลิตผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. ความคงตัว	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. ข้อกำหนดคุณภาพผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. ข้อกำหนดคุณภาพของวัตถุดิบ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. มาตรฐานการผลิตวัตถุดิบ	✓	✓	✓	✓	-	✓
8. คุณค่าเพิ่มในการให้บริการ	✓	✓	-	✓	-	✓
9. ความน่าเชื่อถือในศักยภาพการจัดหา	✓	✓	-	-	-	-
10. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวม	✓	-	-	-	-	-
11. อื่นๆ	-	บรรจุภัณฑ์ ฉลาก, ข้อมูลสนับสนุนคุณภาพผลิตภัณฑ์, จริยธรรมการขาย	ประสบการณ์การใช้, คำสั่งซื้อใน รร.แพทย์	-	-	ประสบการณ์การใช้, คำสั่งซื้อใน รร.แพทย์

วิจารณ์และข้อยุติ

การใช้เกณฑ์ price performance-MCDA โดยโรงพยาบาลนำร่องที่เข้าร่วมการวิจัย พบว่ายังมีข้อจำกัดในประเด็นต่างๆ ของข้อกำหนดในเกณฑ์ดังกล่าว ได้แก่ คุณค่าเพิ่มในการให้บริการและผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวม ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลมีการตีความและให้คะแนน

ตามบริบทโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เช่น คุณค่าเพิ่มในการให้บริการไม่มีหรือมีระดับใด หรือการประเมินผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมจากการที่บริษัทไม่มีหรือมีลงทุนในประเทศระดับใด ในขณะที่บางโรงพยาบาลนั้น การประเมินผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมจะพิจารณาจากโรงงานผลิตในประเทศไทยที่เป็นอุตสาหกรรมสีเขียว (green industry)

หรือมีการจัดตั้งโรงงาน/บริษัทที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านรักษาสิ่งแวดล้อม มีการลงทุนที่สนับสนุนด้านงานวิจัยและพัฒนาเพื่อส่วนรวมในประเทศไทย (ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี นับย้อนหลังไปจากวันประกาศประกวดราคา) และมีการลงทุนที่สนับสนุนช่วยเหลือมูลนิธิหรือองค์กรเพื่อส่วนรวมในประเทศไทย

ข้อดีของเกณฑ์ price performance-MCDA คือ มีการกำหนดหัวข้อเกณฑ์ย่อยของการประเมินในส่วนเกณฑ์อื่นที่ชัดเจน และกำหนดการให้คะแนนที่มีการให้น้ำหนักและเรียงลำดับเกณฑ์ที่สำคัญจากมากไปน้อย โดยผู้ทดลองใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ระบุว่าเกณฑ์ดังกล่าวน่าจะช่วยกระตุ้นให้บริษัทฯ เกิดการพัฒนาทั้งในคุณภาพการผลิตยาและการให้บริการ

ความแตกต่างระหว่างเกณฑ์ price performance-MCDA และเกณฑ์โรงพยาบาล ได้แก่ การกำหนดมาตรฐานเพิ่มเติมของผลิตภัณฑ์ยาในเกณฑ์โรงพยาบาล เพื่อให้ประสิทธิผลในการรักษาเท่าเทียมยาต้นแบบ ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและลดความคลาดเคลื่อนด้านยา เช่น หัวข้อ การวิจัยทางคลินิก ลักษณะผลิตภัณฑ์ บรรจุภัณฑ์ และฉลากยา และหัวข้อเกณฑ์จริยธรรม บริการหลังการขายเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาด้านยาเสื่อมสภาพหรือการบริหารจัดการยาใกล้หมดอายุ

สำหรับเกณฑ์ MCDA อาจมีสัดส่วนระหว่างราคาต่อคุณลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นกับกลุ่มยา หรือลักษณะของยาที่อาจมีความแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น กลุ่มยากำพร้า (orphan drugs) ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากยาทั่วไป พบว่าเกณฑ์ที่ได้รับการพัฒนาจากมุมมองบริษัทฯ 9 ประเด็น ดังนี้ rarity (11.1%), level of research undertaken (11.1%), level of effectiveness uncertainty/robustness of endpoints (11.1%), manufacturing complexity (11.1%), follow up measures or monitoring (11.1%), disease severity (11.1%), available alternatives/unmet medical need (11.1%), level of impact on disease/disease modification

(11.1%) และ unique indication or not (11.1%)⁽⁵⁾ ในขณะที่เกณฑ์ MCDA สำหรับยาสามัญ (generic drug) อาจพิจารณาจาก product quality, bioequivalence with other off-patent products, value in use (i.e. persistence, adherence), clinical outcomes และ nondrug health care costs⁽⁶⁾ จากผลการศึกษาจะพบสัดส่วนเกณฑ์ราคาต่อเกณฑ์อื่นเป็น 40:60 และ 30:70 ขึ้นกับแต่ละโรงพยาบาลว่าให้ความสำคัญกับสัดส่วนเกณฑ์ราคาต่อเกณฑ์อื่นเป็นเท่าใด ถ้าโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับเกณฑ์อื่นมากกว่าราคาจะเลือกใช้สัดส่วน 30:70 จะเห็นได้จากยอดความดันโลหิตที่ใช้เป็นตัวอย่งในการศึกษานี้เป็นยาที่มีโครงสร้างยาซับซ้อนและมีผลต่อประสิทธิผลของยาและอาการอื่นไม่พึงประสงค์ โดยผลการศึกษาพบว่ากรณีเลือกใช้สัดส่วน 40:60 รายการยาที่มีคะแนนสูงสุดจะมาจากบริษัทที่ให้ราคาต่ำสุด ในขณะที่เมื่อปรับสัดส่วนเป็น 30:70 จะเริ่มพบว่ารายการยาที่มีคะแนนสูงสุดอาจไม่ใช่บริษัทที่ให้ราคาต่ำสุด

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ คือ เอกสารที่บริษัทส่งมาให้ประเมินไม่ครบถ้วนเนื่องจากไม่ได้จัดซื้อจริง และกลุ่มยาที่กำหนดมาเป็นยาตัวอย่างเพื่อให้ประเมินโดยเกณฑ์ price performance-MCDA ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มยาที่มีความละเอียดหรือซับซ้อน เช่น ยาชีววัตถุ วัคซีน โดยในการศึกษานี้ใช้ตัวอย่างยาเป็นยาเคมีทั่วไปในเบื้องต้น

สรุป

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยทุกแห่งสามารถนำเกณฑ์ราคาประกอบเกณฑ์อื่นที่ประยุกต์ใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ไปทดลองใช้และเปรียบเทียบกับผลการจัดซื้อที่ใช้เกณฑ์ของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลจะสามารถนำเกณฑ์อื่นที่ประยุกต์ใช้เกณฑ์ price performance-MCDA ไปปรับใช้ในการคัดเลือกยาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากมีคำอธิบายในแต่ละประเด็นของเกณฑ์ price performance-MCDA ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (ภสท.) และการสนับสนุนทุนจากบริษัทแอ็บบอต ลาบอแรตอรีส์ จำกัด อย่างไม่มีเงื่อนไข ทางคณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ และขอขอบคุณ ภก. ภาณุพงศ์ ธีระภาคภูมิอนันต์ ที่ช่วยประสานงานการวิจัย

References

1. Public Procurement and Supplies Administration Act, B.E. 2560 (2017). The Royal Thai Government Gazette Volume 134, Section 24. Pages 13-54. (Feb 24, 2017). (in Thai)
2. Regulation of the Ministry of Finance on Public Procurement and Supplies Administration. The Royal Thai Government Gazette Volume 134, Special Section 210. Pages 1-71. (Aug 23, 2017). (in Thai)
3. Ministerial Regulation on Designating Other Agencies as Government Agencies Under the Government Procurement and Supplies Management Act B.E. 2560 (2017). The Royal Thai Government Gazette Volume 134, Section 86 A. Pages 1-2. (Aug 23, 2017). (in Thai)
4. Assawamakin A, Holtorf AK, Maniadakis N. Weighing price and performance for decisions for multisource pharmaceutical bidding in public hospitals in Thailand. IntechOpen. 2019 Feb 7. doi: 10.5772/intechopen.83823.
5. Schey C, Krabbe PFM, Postma MJ, Connolly MP. Multi-criteria decision analysis (MCDA): testing a proposed MCDA framework for orphan drugs. Orphanet Journal of Rare Diseases 2017;12:10.
6. Kaló Z, Holtorf AP, Alfonso-Cristancho R, Shen J, Ágh T, Inotai A, Brixner D. Need for multicriteria evaluation of generic drug policies. Value in Health 2015;18:346-51.

การทบทวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย

กมลพัฒน์ มากแจ้ง*

อรทัย วลีวงศ์*

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์*,†

พเยาว์ ผ่อนสุข*

ณัฐธินิชา แปกการिया*

สรศักดิ์ เจริญสิทธิ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: กมลพัฒน์ มากแจ้ง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย ศึกษาโดยใช้วิธีการทบทวนเอกสารเครื่องมือนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ รวมถึงนโยบายและมาตรการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และวิเคราะห์โดยใช้กรอบการทำงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน 4 มิติ ประกอบด้วย 1) ด้านอาหารในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางอาหารที่ดีต่อสุขภาพ 2) ด้านอาหารและโภชนาการ 3) ด้านห่วงโซ่อุปทานและคุณค่าแบบองค์รวม และ 4) ด้านสภาพแวดล้อมทางนโยบาย กฎหมาย และกลไกสนับสนุน ผลการศึกษา พบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ ตัวอย่างเช่น การพัฒนายุทธศาสตร์แห่งชาติด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน การกำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาดอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ การสนับสนุนการใช้วัตถุดิบการเกษตรในพื้นที่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพื้นที่และชุมชน การส่งเสริมให้ครูและบุคลากรในโรงเรียนมีความรู้และภาวะโภชนาการที่ดี มาตรการจัดการผลประโยชน์ทับซ้อนที่เข้มแข็ง ในส่วนของผลการทบทวนมาตรการ

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

† กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Received 19 May 2021; Revised 17 December 2021; Accepted 11 June 2022

Suggested citation: Markchang K, Waleewong O, Pitayarangsarit S, Phonsuk P, Pangkariya N, Charoensit S. Policy recommendations on school food and nutrition from global organizations and the policy and practice in Thailand. *Journal of Health Systems Research* 2022;16(2):215-48.

กมลพัฒน์ มากแจ้ง, อรทัย วลีวงศ์, ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, พเยาว์ ผ่อนสุข, ณัฐธินิชา แปกการिया, สรศักดิ์ เจริญสิทธิ์. การทบทวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(2):215-48.

ของประเทศไทย พบว่า ค่อนข้างมีความสอดคล้องตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบายข้างต้น (34 จาก 42 ข้อเสนอแนะ) ตัวอย่างเช่น การจัดบริการมื้ออาหารกลางวันแก่นักเรียน การกำหนดมาตรฐานโภชนาการอาหารสำหรับเด็ก การส่งเสริมให้โรงเรียนมีการวางแผนการจัดซื้ออาหารในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพและคาดการณ์ได้ (Thai School Lunch) และโครงการส่งเสริมอาหารและโภชนาการในโรงเรียนต่างๆ อย่างไรก็ตาม มาตรการที่รัฐควรพัฒนาในอนาคต ได้แก่ การกำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในและรอบโรงเรียน การส่งเสริมความรู้เท่าทันสื่อและการตลาดของกลุ่มอาหารแก่เด็กนักเรียนและบุคลากร การกำหนดมาตรการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการของบุคลากรในโรงเรียน นอกจากนี้ รัฐควรปรับปรุงมาตรการในปัจจุบัน ได้แก่ การดำเนินโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนให้ครอบคลุมเด็กนักเรียนอย่างทั่วถึง การพัฒนาแนวปฏิบัติในการควบคุมการจำหน่ายและการตลาดของอาหารในและรอบโรงเรียนและกลไกการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม อีกทั้ง รัฐควรมั่นนโยบายที่ให้ความสำคัญในการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนที่ครอบคลุมทุกมิติ โดยสามารถนำชุดข้อเสนอแนะในการศึกษานี้มาเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายต่อไปได้

คำสำคัญ: อาหารและโภชนาการ, โรงเรียน, ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

Policy Recommendations on School Food and Nutrition from Global Organizations and the Policy and Practice in Thailand

Kamolpat Markchang^{*}, Orratai Waleewong^{*}, Siriwan Pitayarangsarit^{*†}, Payao Phonsuk^{*}

Nattanicha Pangkariya^{*}, Sorasak Charoensit^{*}

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

[†] Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Corresponding author: Kamolpat Markchang, kamolpat@ihpp.thai.gov.net

Abstract

This study aimed to review the school food and nutrition (SFN) policy recommendations from international organizations and the SFN policy and practice in Thailand. Policy documents were collected from the Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), the Food and Agriculture Organization (FAO), World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), and related organizations in Thailand such as ministries of education, public health, agriculture and cooperatives, and Thai Health Promotion Foundation. Documents were analyzed based on the SFN framework, consisting of four key components; 1) healthy food environment and school food, 2) food and nutrition education, 3) inclusive procurement and value chain, 4) enabling policy, legal and institutional environment. Forty-two policy recommendations have been suggested, such as the development of a national strategy for food and nutrition in school, control of unhealthy food marketing, supporting use of local food produce for school meals, encouraging community engagement, promoting food and nutrition role models among teachers, and management of conflict of interest among involved stakeholders. Thailand has followed 34 out of 42 recommendations, such as, free school lunch, child nutritional standard, Thai School Lunch program for sustainable provision of school food, and other food and nutritional promotion programs in school. However, future SFN policies should be developed on the food/nutritional literacy among school children, teachers, and parents, conflict of interest management among involved stakeholders, and the health promotion in particular food and nutrition for all personnel in schools. Furthermore, existing SFN policies need to be strengthened, for instance, the inclusive school lunch, law and regulation to control unhealthy food marketing in school, and SFN policy monitoring and evaluation. The present study of international recommendations should be further used to guide the future SFN policy and practice in Thailand.

Keywords: food and nutrition, school, policy recommendations

ภูมิหลังและเหตุผล

การส่งเสริมอาหารและโภชนาการที่ดีแก่เด็กในโรงเรียนเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขและสังคมที่ได้รับความสนใจในระดับนานาชาติ โดยองค์การระหว่างประเทศ ได้จัดทำกรอบนโยบายด้านอาหารและโภชนาการที่ดีแก่เด็กในโรงเรียนมากมาย เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พัฒนา กรอบนโยบายสำหรับโรงเรียน (school policy framework)⁽¹⁾ ปี ค.ศ. 2008 องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) พัฒนา กรอบการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน (FAO School Food and Nutrition Framework) ปี ค.ศ. 2019 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และร่วมมือกับประเทศสมาชิกที่ต้องการส่งเสริมอาหารและโภชนาการในโรงเรียน⁽²⁾ นอกจากนี้ ยังมีตัวอย่างนโยบายสำคัญของกลุ่มประเทศต่างๆ เช่น รัฐสภาแห่งชาวลตินอเมริกาและแคริบเบียน (Latin American and Caribbean Parliament) ที่จัดทำกรอบกฎหมายว่าด้วยอาหารในโรงเรียน (Framework Law on School Feeding) เพื่อให้รัฐสมาชิกใช้เป็นมาตรฐานสำหรับส่งเสริมอาหารและโภชนาการแก่เด็กในโรงเรียน⁽³⁾

สำหรับประเทศไทยนั้น มีนโยบายและมาตรการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนมาอย่างยาวนาน นับตั้งแต่การริเริ่มนโยบายการจัดอาหารกลางวันในโรงเรียนในปี พ.ศ. 2495 โดยกระทรวงศึกษาธิการได้ทดลองทำโครงการอาหารกลางวันแก่นักเรียนในสังกัด⁽⁴⁾ ซึ่งต่อมาได้มีนโยบายขยายให้ครอบคลุมโรงเรียนสังกัดอื่นๆ เพิ่มขึ้น และขยายอัตราค่าอาหารกลางวันเป็น 20 บาทต่อคนต่อวันในปัจจุบัน⁽⁵⁾ จนในที่สุดได้มีการพัฒนาเป็นกฎหมายพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 ที่ออกมาเพื่อเป็นบสนับสนุนส่งเสริมอาหารกลางวันในโรงเรียน⁽⁶⁾ นอกจากนี้ หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องยังมีนโยบายและโครงการที่จัดการอาหาร

และโภชนาการในโรงเรียนอีกมากมายและหลากหลายรูปแบบตามบทบาทของแต่ละหน่วยงาน เช่น โครงการอาหารเสริม (หรือโครงการนมโรงเรียน) ซึ่งครอบคลุมนักเรียนตั้งแต่ระดับก่อนอนุบาลถึงประถมศึกษาปีที่ 6^(4,7) หรือโครงการเด็กไทยแก้มใสของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีมาตรการในการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนออกมามากมาย แต่สถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กไทยกลับยังไม่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น จากข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) พ.ศ. 2562 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าเด็กสูงตีสัดส่วนมีแนวโน้มลดลง (จากร้อยละ 64.3 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 62.2 ในปี พ.ศ. 2563) ในขณะที่ภาวะเตี้ยเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 5.1 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 9.9 ในปี พ.ศ. 2563)^(8,9) นอกจากนี้ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. 2557 ได้รายงานว่า เด็กอายุ 1-14 ปี มีภาวะผอมเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ. 2557) และมีภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วนเพิ่มขึ้นเช่นกัน (จากร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 13.9 (ในปี พ.ศ. 2557)^(10,11) อีกทั้ง พฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กไทยยังคงมีรูปแบบที่ไม่เหมาะสมตามหลักโภชนาการ โดยการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า เด็กอายุ 6-14 ปีบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือน้ำอัดลม 3-4 วันต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 22.8 และบริโภคขนมกรุบกรอบทุกวันถึงร้อยละ 17 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับช่วงวัยอื่นๆ⁽¹²⁾

นอกจากนี้ สถานการณ์ปัจจัยแวดล้อมด้านอาหารภายในและรอบโรงเรียน (เช่น ร้านค้า ร้านอาหาร โรงอาหาร สื่อโฆษณา) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของเด็กนักเรียนยังมีความน่าเป็นห่วง โดยการสำรวจโรงเรียนจำนวน 1,245 แห่ง ของแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพพบโรงเรียนที่มีการจำหน่ายอาหารแปรรูป (ลูกชิ้น ไส้กรอก

ทอด) มากถึงร้อยละ 25 จำหน่ายน้ำหวานกว่าร้อยละ 22 จำหน่ายขนมกรุบกรอบที่มีแป้งสูงกว่าร้อยละ 20 ทั้งยังพบอีกว่าบริเวณรอบรั้วโรงเรียนมีการจำหน่ายน้ำอัดลมสูงกว่าภายในโรงเรียนถึง 3.5 เท่า และโรงเรียนกว่าร้อยละ 60 รายงานว่ามีบริษัทผลิตภัณฑอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเข้ามาทำการตลาดในโรงเรียน⁽¹³⁾

การศึกษาข้อเสนอแนะนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทยจะทำให้เห็นช่องว่างทางนโยบายและมาตรการ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการพัฒนานโยบายและมาตรการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนของประเทศไทยที่ครบถ้วนและสามารถจัดการกับปัญหาทางโภชนาการและสิ่งแวดล้อมทางอาหารของโรงเรียนได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนและการดำเนินงานของประเทศไทย

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนจากข้อมูลทุติยภูมิ (literature review) และเสนอผลแบบพรรณนา

การสืบค้นข้อมูล

1) เครื่องมือนโยบายระหว่างประเทศ (international policy instrument) ได้แก่ อนุสัญญาและข้อตกลงระหว่างประเทศ (conventions and agreements) กฎหมายระหว่างประเทศ (regulations) ข้อเสนอแนะระหว่างประเทศ (recommendations) เช่น ยุทธศาสตร์ระหว่างประเทศ แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศ แนวปฏิบัติระหว่างประเทศ การสร้างศัพท์เฉพาะ (nomenclatures) และการทำมาตรฐาน (standards)⁽¹⁴⁾ โดยรวมถึงเครื่องมือทางวิชาการต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะหรือแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านอาหาร

และโภชนาการในโรงเรียน ซึ่งมีการเผยแพร่ต่อสาธารณะในช่วงปี พ.ศ. 2544-2563 ในเว็บไซต์ของหน่วยงานระหว่างประเทศ จำนวน 4 หน่วยงาน ได้แก่ คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (United Nations Human Rights Council: UNHRC) องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization: FAO) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund: UNICEF) โดยเอกสารที่ใช้ในการศึกษานี้ต้องมีเป้าหมายที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพเด็กหรือสุขภาพภายในโรงเรียนอย่างใดอย่างหนึ่ง และต้องมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมประเด็นด้านอาหารหรือด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง

2) นโยบายและมาตรการของรัฐที่เกี่ยวข้องด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน ซึ่งประกอบด้วย แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ แผนแม่บทระดับชาติ มติคณะรัฐมนตรี กฎหมาย กฎระเบียบ โครงสร้างของรัฐ มาตรฐานหลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติต่างๆ รวมถึงกลไกและระบบสนับสนุนที่เกี่ยวข้องต่างๆ ที่เกิดขึ้นจนถึงปี พ.ศ. 2563 โดยค้นคว้าจากเว็บไซต์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยให้รวมถึงหน่วยงานใต้บังคับด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การศึกษาข้อเสนอแนะนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศจะใช้ขอบเขตการทำงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนของ FAO เป็นกรอบ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบทของการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนโดยตรง ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านอาหารในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (healthy food environment and school food) 2) ด้านอาหารและโภชนศึกษา (food and nutrition education) 3) ด้าน

ห่วงโซ่การจัดซื้อและคุณค่าแบบองค์รวม (inclusive procurement and value chain) และ 4) ด้านสภาพแวดล้อมทางนโยบาย กฎหมาย และกลไกสนับสนุน (enabling policy, legal and institutional environment)⁽²⁾ (ภาพที่ 1) และใช้นักวิจัย 2 คน พิจารณาร่วมกันอย่างมีฉันทมติในการวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อจัดกลุ่มตามกรอบที่กำหนด หากพิจารณาต่างกันให้นักวิจัยคนที่ 3 เป็นผู้พิจารณาตัดสิน

2) การเปรียบเทียบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศกับการดำเนินงานของประเทศไทยจะวิเคราะห์โดยใช้สัญลักษณ์ “✓” หากพบมาตรการที่มีลักษณะใกล้เคียงตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศ และใช้สัญลักษณ์ “✗” หากไม่พบมาตรการใดๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศ



ภาพที่ 1 ขอบเขตการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนของ FAO
ที่มา: FAO School Food and Nutrition Framework (FAO, 2019)⁽²⁾

ตารางที่ 1 เครื่องมือนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศ

เครื่องมือนโยบาย	หน่วยงาน	วัตถุประสงค์			เป้าหมาย		หมายเหตุ
		สิทธิมนุษยชน/ความเสมอภาค	อาหารเพียงพอ/ปลอดภัย/มั่นคง	การส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพ	สร้างเสริมสุขภาพเด็ก	โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ	
1. อนุสัญญาและข้อตกลง							
1) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966)	UNHRC	✓	✓	✓	✓		หลักการสิทธิทั่วไปของประชาชน
2) Convention on the Rights of the	UNHRC	✓	✓	✓	✓		หลักการทั่วไปสิทธิของเด็ก
2. ข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติ							
2.1 ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ							
1) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health (DPAH) (2004)	WHO		✓	✓	✓	✓	เน้นสร้างเสริมโภชนาการในอาหาร
2) Global Action Plan on Child Wasting (2020)	WHO	✓	✓		✓	✓	
2.2 เครื่องมือทางวิชาการ							
1) Voluntary Guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security (2005)	FAO	✓	✓		✓	✓	มีการเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น มาตรการอาหารเสริม

ตารางที่ 1 เครื่องมือนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศ (ต่อ)

เครื่องมือนโยบาย	หน่วยงาน	วัตถุประสงค์			เป้าหมาย		หมายเหตุ
		สิทธิมนุษยชน/ ความเสมอภาค	อาหาร เพียงพอ/ ปลอดภัย/ ปลอดภัย	การส่งเสริม โภชนาการ และสุขภาพ มั่นคง	สร้างเสริม สุขภาพเด็ก	โรงเรียน สร้างเสริม สุขภาพ	
2) Guide on Legislating for the right to food (2009)	FAO	✓	✓	✓	✓	✓	แนะนำมาตรการทางกฎหมาย
3) Legislating for adequate food and nutrition in schools (2019)	FAO	✓	✓	✓	✓	✓	แนะนำเนื้อหาของกฎหมายสำหรับแอฟริกา
4) Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: A framework to monitor and evaluate implementation (2006)	WHO		✓	✓	✓	✓	ตัวชี้วัดและแนวปฏิบัติเพื่อบรรลุผลตามยุทธศาสตร์ DPAH*
5) Nutrition-Friendly Schools Initiative: NFSI (2006)	WHO		✓	✓	✓	✓	
6) School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health (2008)	WHO		✓	✓	✓	✓	
7) Schools as a System to Improve Nutrition, A new statement for school-based food and nutrition interventions (2017)	UNSCN	✓	✓	✓	✓	✓	
8) Protecting Children's Right to a Healthy Food Environment (2019)	UNICEF	✓	✓	✓	✓	✓	พัฒนาขึ้นเมื่อครบรอบ 30 ปี CRC**
9) Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children	WHO			✓	✓	✓	

หมายเหตุ: *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2004, **Convention on the Rights of the Child 1989, FAO = Food and Agriculture Organization, UNHRC = United Nations Human Rights Council, UNICEF = United Nations Children's Fund, UNSCN = United Nations Standing Committee on Nutrition, WHO = World Health Organization

ผลการศึกษา

การทบทวนข้อแนะนำเชิงนโยบายระหว่างประเทศ

ผลการสืบค้นเครื่องมือนโยบายระหว่างประเทศ

จากการค้นคว้าพบเอกสารเครื่องมือนโยบายระหว่างประเทศตามเงื่อนไขจำนวน 13 ฉบับ ประกอบด้วย อนุสัญญาและข้อตกลงระหว่างประเทศ 2 ฉบับ ข้อแนะนำระหว่างประเทศ 11 ฉบับ โดยแบ่งเป็นยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ 2 ฉบับ และข้อแนะนำและแนวทางปฏิบัติ 9 ฉบับ (ตารางที่ 1)

หลักการสำคัญของการจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน

ผลการทบทวนพบหลักการสำคัญ 4 ประการที่ใช้อยู่

ปฏิบัติในการจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน ดังนี้ 1) หลักการด้านสิทธิมนุษยชนของเด็กในการเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ และรัฐรวมถึงบุคลากรในโรงเรียนต้องเคารพในสิทธินั้น 2) หลักความเสมอภาคและไม่เลือกปฏิบัติต่อเด็กในการเข้าถึงบริการและความเสมอภาคทางสังคมภายในโรงเรียน 3) หลักการว่าโรงเรียนเป็นพื้นที่สำคัญในการส่งเสริมอาหารและโภชนาการของเด็กที่ทุกภาคส่วนต้องตระหนัก และ 4) หลักการด้านการมีส่วนร่วมที่ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน ครู บุคลากรในโรงเรียน รวมถึงผู้ปกครองและชุมชนต้องให้ความสำคัญและเข้ามามีบทบาทในการจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 หลักการสำคัญของการจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน

หลักการ	เนื้อหา	หน่วยงาน
1) สิทธิมนุษยชนของเด็ก	เด็กทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่สามารถเข้าถึงบริการอาหารในโรงเรียน ทั้งมื้อเช้า มื้อกลางวัน และอาหารว่างที่มีราคาถูก โดยให้รวมถึงปริมาณอาหาร ความถี่ในการรับอาหาร เพื่อให้แน่ใจว่านักเรียนจะได้รับอาหารที่เพียงพอ ^{a,b,c}	UNHRC, WHO, FAO, UNICEF
	สร้างความมั่นใจว่ารัฐ ครู และบุคลากรในโรงเรียนต้องเคารพสิทธิของเด็กในการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงเคารพอาหารจากชุมชนท้องถิ่น ^d	UNSCN
	เด็กนักเรียนที่ยากต่อการเข้าถึงอาหารมีสิทธิที่จะได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการอย่างเพียงพอ ^d	UNSCN
2) ความเสมอภาค ความเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติในโรงเรียน	สร้างความมั่นใจว่าไม่มีการแบ่งแยกระหว่างกลุ่มเด็กนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการอาหารฟรีหรือกลุ่มลดราคากับกลุ่มนักเรียนปกติ หรือแบ่งแยกระหว่างเพศ ^c	WHO
	สร้างความมั่นใจว่าเด็กที่มีความเปราะบาง (เช่น เด็กหญิง เด็กจากชุมชนพื้นเมือง และกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ) จะไม่ถูกเลือกปฏิบัติในด้านอาหารและโภชนาการ ^d	UNSCN
	สร้างความมั่นใจว่าเด็กไม่ถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกตีตราในสถานะทางโภชนาการของเด็ก ^b	UNICEF
3) บทบาทของโรงเรียนต่อสุขภาพ	โรงเรียนเป็นพื้นที่ที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการดำรงชีวิตและเป็นระบบสำคัญในการปรับปรุงโภชนาการของเด็ก ^{a,d}	WHO, UNSCN
4) การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน	การดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนเป็นความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชนท้องถิ่น ครูและบุคลากรในโรงเรียน และผู้ปกครอง ^c	FAO

ที่มา: ^a School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health, ^b Protecting Children's Right to a Healthy Food Environment, ^c Legislating for adequate food and nutrition in schools, ^d Schools as a System to Improve Nutrition, A new statement for school-based food and nutrition interventions

หมายเหตุ: FAO = Food and Agriculture Organization, UNHRC = United Nations Human Rights Council, UNICEF = United Nations Children's Fund, UNSCN = United Nations Standing Committee on Nutrition, WHO = World Health Organization

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการ ในโรงเรียน

ผลการทบทวนพบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน ตามขอบเขตการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน 4 มิติ⁽²⁾ พบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ ดังนี้ (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

1) มิติอาหารในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางอาหาร ที่ดีต่อสุขภาพ

มิติด้านอาหารในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางอาหารที่ดีต่อสุขภาพถือเป็นมิติที่ได้รับมีความสำคัญมากที่สุดเนื่องจากมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพื้นที่ โครงสร้างพื้นฐานและเงื่อนไขทั้งภายในและนอกอาคารของโรงเรียนที่มีผลต่อการได้รับหรือการซื้ออาหาร เช่น มีอาหารในโรงเรียน โรงอาหาร ร้านจำหน่ายอาหาร เครื่องจำหน่ายอัตโนมัติ นอกจากนี้ ยังรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ การกำหนดราคา และการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์อาหาร (การโฆษณา แบนด์ ฉลากอาหาร บรรจุภัณฑ์ โปรโมชัน) อีกด้วย⁽²⁾ โดยผู้วิจัยจำแนกข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังนี้

- ด้านการจัดมีอาหารที่ปลอดภัย เพียงพอและมี โภชนาการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนให้มีการจัดมีอาหารที่มีโภชนาการฟรีแก่เด็กนักเรียน^(1,15,16) การกำหนดมาตรฐานโภชนาการสำหรับเด็ก^(1,16-18) การป้องกันอาหารที่ไม่ปลอดภัยในโรงเรียน^(16,18) การกำหนดมาตรฐานน้ำสะอาด^(15,18) การสนับสนุนการประกอบอาหารที่ถูกต้องอนามัยและคงสารอาหารที่ดีเอาไว้⁽¹⁾ นอกจากนี้ ยังแนะนำให้มีการสนับสนุนมีอาหารที่มีโภชนาการแก่บุคลากรในโรงเรียนอีกด้วย⁽¹⁾

- ด้านการจัดสถานที่ประกอบอาหารและรับ ประทานอาหาร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการที่สำคัญ ได้แก่

การควบคุมความสะอาดและถูกสุขอนามัย⁽¹⁾ การสนับสนุนให้มีจุดบริการที่เพียงพอต่อความต้องการของปริมาณนักเรียนและบุคลากร⁽¹⁾ รวมถึงการกำหนดระยะเวลารับประทานอาหารที่เพียงพอต่อการเลือกและรับประทานอาหารของเด็กนักเรียน⁽¹⁾

- ด้านการควบคุมร้านจำหน่ายอาหาร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดให้ร้านจำหน่ายอาหารทั้งภายในและรอบรั้วโรงเรียนจำหน่ายอาหารที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และมีสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม^(1,15) การกำหนดให้ร้านจำหน่ายอาหารภายในโรงเรียนอยู่ในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่าย (รวมถึงเครื่องจำหน่ายอาหารอัตโนมัติ)⁽¹⁾

- ด้านการควบคุมการตลาดและโฆษณาสินค้า อาหาร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การกำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาดกลุ่มอาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันอิ่มตัว โซเดียม และน้ำตาลในปริมาณสูงทั้งภายในพื้นที่โรงเรียน^(1,15,17-19) และรอบรั้วโรงเรียน^(15,17) และควรมีการกำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาแฝง (สื่อการสอน อุปกรณ์การเรียน อุปกรณ์กีฬา สนามกีฬา หรือกิจกรรมของโรงเรียนต่างๆ หรือกิจกรรมการแข่งขันระหว่างโรงเรียน)⁽¹⁾ ด้วย

2) มิติอาหารและโภชนศึกษา

ด้วยเป้าหมายที่สำคัญของอาหารและโภชนศึกษาคือการมุ่งหวังที่จะส่งเสริมมุมมอง ทักษะ แนวทางปฏิบัติ และลักษณะนิสัยด้านการบริโภคอาหารของเด็กในระยะยาวเพื่อเอื้อต่อสุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กนักเรียนและครอบครัว⁽²⁾ ดังนั้น ในการจัดการด้านอาหารและโภชนศึกษาจึงมุ่งเน้นให้โรงเรียนเป็นสิ่งแวดล้อมทางความรู้ด้านโภชนาการอาหารของเด็กนักเรียนและชุมชนรอบโรงเรียนเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการ ได้แก่ การกำหนดหลักสูตรการศึกษาที่บูรณาการองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ^(1,15,16,18) และการรู้เท่าทันสื่อและ

การตลาดของผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ⁽¹⁾ การสนับสนุนการพัฒนาครูและบุคลากรในโรงเรียนให้มีความรู้และทักษะด้านอาหารและโภชนาการเพื่อเป็นแบบอย่างการมีสุขภาพที่ดีและสามารถถ่ายทอดความรู้แก่เด็กนักเรียนและชุมชนได้^(1,18,20)

3) มิติห่วงโซ่การจัดซื้อและคุณค่าแบบองค์รวม

การเชื่อมโยงความต้องการอาหารที่ปลอดภัย หลากหลาย และมีคุณค่าทางโภชนาการของโรงเรียนกับผลผลิตในท้องถิ่นจะช่วยเพิ่มและกระจายผลประโยชน์จากการจัดการอาหารในโรงเรียนไปสู่ผู้ผลิตอาหารในพื้นที่ (เกษตรกรรายย่อยและชุมชนท้องถิ่น) และเป็นการเสริมสร้างความเชื่อมโยงระหว่างโภชนาการ การเกษตรและสังคมให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น⁽²⁾

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการ ได้แก่ การส่งเสริมการทำเกษตรและผลิตอาหาร ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน⁽²¹⁾ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้เกษตรกรรายย่อยและกลุ่มเกษตรกรผลิตอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยเพื่อสนับสนุนแก่โรงเรียน และการสนับสนุนให้โรงเรียนมีการวางแผนการจัดซื้ออาหารในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพ เป็นระบบและคาดการณ์ได้⁽¹⁸⁾

4) มิติสภาพแวดล้อมทางนโยบายและกลไกสนับสนุน

การออกแบบและการดำเนินการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนแบบองค์รวมอย่างยั่งยืนมีความจำเป็นต้องมีความมุ่งมั่นทางนโยบาย ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ผู้รับผิดชอบและการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ⁽²⁾ สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการผู้วิจัยจำแนกเป็น 3 กลุ่มย่อย ดังนี้

- ด้านการสนับสนุนเชิงนโยบายในระดับประเทศ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการ ได้แก่ กำหนดยุทธศาสตร์หรือบูรณาการประเด็นด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์แห่งชาติ^(18,20) การส่งเสริมให้โรงเรียนพัฒนานโยบายหรือโครงการเพื่อสนับสนุนการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ

ในโรงเรียน^(20,22) รวมถึง มาตรการสร้างการยอมรับแก่โรงเรียน (school recognition) ในการจัดการอาหารและโภชนาการ (เช่น การให้รางวัล หรือกำหนดสถานะพิเศษแก่โรงเรียน)⁽¹⁾ และควรมีการจัดตั้งกองทุนหรือจัดสรรงบประมาณของประเทศในด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน โดยเฉพาะมีอาหารหลักและอาหารเสริมในโรงเรียน^(18,22)

- ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของพื้นที่และชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการ ได้แก่ การสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนไปยังหน่วยงานระดับท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾ ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียน เช่น การกำหนดเมนูอาหารหลักอาหารว่าง การจัดสรรหรือจัดหาวัตถุดิบ⁽¹⁵⁾ การสนับสนุนเงินทุน⁽¹⁾ หรือเป็นกลไกการตรวจสอบการดำเนินงาน⁽¹⁵⁾

- ด้านการติดตามและประเมินผล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและมาตรการ ได้แก่ การส่งเสริมให้โรงเรียนมีผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย ติดตาม และประเมินผลภาวะโภชนาการ⁽¹⁾ การส่งเสริมให้โรงเรียนมีระบบการคัดกรองภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนเป็นประจำ เช่น การวัดน้ำหนักตัวและความสูง และควรมีการรายงานผลแก่ผู้ปกครองและแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น หน่วยงานบริการสุขภาพชุมชน⁽¹⁾ การสร้างกลไกการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งในระดับส่วนกลางและพื้นที่อย่างมีส่วนร่วมและโปร่งใส⁽¹⁵⁾ และการกำหนดมาตรการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest: COI) ที่เข้มแข็ง⁽¹⁸⁾

การทบทวนนโยบายและมาตรการของประเทศไทย

นโยบายของรัฐด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน

นโยบายครั้งสำคัญเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2542 คณะรัฐมนตรีมีมติให้การส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันอัมทุกวันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล



ส่งผลให้โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนได้รับการสนับสนุนงบประมาณประจำปีโดยตรง จากแต่เดิมใช้ดอกผลของกองทุนเพื่ออาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษาซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของเด็กนักเรียนทั่วประเทศ ดังนั้น หลังจากประกาศนโยบายของรัฐบาลจึงมีการปรับขยายขนาดของเด็กนักเรียนภายใต้โครงการอาหารกลางวันเพิ่มมากขึ้น ทั้งในเชิงจำนวนของเด็กนักเรียนและงบประมาณรายหัว

นอกจากนี้ ในยุทธศาสตร์แห่งชาติหลายฉบับยังได้สอดแทรกประเด็นด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนเข้าไปเป็นส่วนสำคัญที่จะต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยที่แนะนำให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้การทำเกษตร และผลิตอาหารในโรงเรียนและชุมชนผ่านระบบเกษตรกรประณีต (smart farmer) รวมทั้งสนับสนุนให้เกษตรกรรายย่อย และกลุ่มเกษตรกรผลิตอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยในระบบพันธสัญญากับโรงเรียน^(23, 24) หรือยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. 2553-2562 ซึ่งแนะนำให้มีการป้องกันการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและป้องกันการส่งเสริมการตลาดอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในโรงเรียน⁽²⁵⁾ หรือยุทธศาสตร์การพัฒนาเกษตรอินทรีย์แห่งชาติที่ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดหาอาหารหรือวัตถุดิบที่ผลิตจากเกษตรอินทรีย์ในการทำอาหารให้แก่เด็กนักเรียน^(26, 27) และในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ยังได้มีวาระการพิจารณาการพัฒนาการจัดการอาหารในโรงเรียนอีกด้วย⁽²⁸⁾

มาตรการของรัฐด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน

มาตรการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนของประเทศไทยมีการดำเนินงานหลักในลักษณะของโครงการของรัฐบาล ซึ่งประกอบด้วย 2 โครงการสำคัญ ได้แก่

1) โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน (พ.ศ. 2542) โดยอาหารกลางวันในโรงเรียนมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ พ.ศ. 2495 โดยกระทรวงศึกษาธิการได้ทดลองจัดอาหาร

กลางวันแก่นักเรียนในสังกัด แต่ยังคงเกิดปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ ในปี พ.ศ. 2530 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (ปัจจุบันคือสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) มีนโยบายให้ทุกโรงเรียนดำเนินโครงการอาหารกลางวัน ภายใต้คำขวัญ “60 พรรษา มหาราชา เด็กประถมศึกษาไม่หิวโหย”⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านการขาดแคลนงบประมาณยังคงเป็นปัญหาหลักของโครงการดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยได้ตรากฎหมายพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 ขึ้น เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนและใช้จ่ายสำหรับการสนับสนุนและช่วยเหลือภาวะโภชนาการของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา โดยมีกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารกองทุน⁽⁶⁾ ถึงกระนั้นแล้ว งบประมาณจากกองทุนฯ ก็ยังไม่สามารถที่จะจัดหาอาหารกลางวันได้ครบคณมนักเรียนประถมศึกษาได้ทั้งหมด ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2542 โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนจึงกลายเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล⁽⁴⁾ และจำเป็นต้องร่วมมือกันระหว่างกระทรวงศึกษาธิการกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และเห็นชอบให้กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และทุกกระทรวง ทบวง กรม ให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว⁽²⁹⁾ ในปี พ.ศ. 2543 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติในหลักการให้จัดสรร “งบประมาณรายจ่ายประจำปีทุกปี” เพื่อสนับสนุนโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษาและโครงการอาหารกลางวันเด็กก่อนประถมศึกษา โดยต้องสนับสนุนนักเรียนไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนนักเรียน และให้มีการพิจารณาจัดสรรดอกผลจากกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษาเต็มจำนวนตามวงเงินดอกผลที่ได้รับในแต่ละปีมาสนับสนุน รวมทั้งการปรับวิธีการบริหารจัดการกองทุนและงบประมาณเพิ่มเติมตามโครงการฯ เพื่อให้มีเงินทุนหมุนเวียนและมีดอกผลที่จะนำมาเสริมได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน⁽³⁰⁾ ในปี พ.ศ. 2544 กระทรวงศึกษาธิการได้ถ่ายโอนงบประมาณค่าอาหารกลางวันไปให้กระทรวง

มหาดไทยตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ส่งผลให้โรงเรียนทุกสังกัดที่มีสิทธิได้รับงบประมาณอาหารกลางวันต้องดำเนินการของงบประมาณผ่านไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

การดำเนินโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนมีการขยายความครอบคลุมและปรับเปลี่ยนงบประมาณจากรัฐบาลมาอย่างต่อเนื่อง จนปัจจุบันได้สนับสนุนงบประมาณอาหารกลางวันจำนวน 200 วันต่อปีแก่เด็กนักเรียนทุกคน ตั้งแต่เด็กเล็กถึงเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6⁽³¹⁾ โดยใช้อัตราค่าอาหารกลางวันคนละ 20 บาทต่อวัน⁽⁵⁾

2) โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน (พ.ศ. 2535) ถูกจัดทำขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการขาดสารอาหารและภาวะทุพโภชนาการในเด็ก ด้วยเห็นว่าเด็กควรจะได้ดื่มนมซึ่งเป็นอาหารธรรมชาติที่มีความสมบูรณ์ และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง อันจะส่งผลให้พัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กเป็นไปอย่างเต็มศักยภาพ และยังสามารถจัดการปัญหามนมในประเทศล้มตลาดอีกด้วย ในแง่ของความก้าวหน้าของโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียนมีการพัฒนาและขยายความครอบคลุมเด็กนักเรียนมาอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะแรกได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนเฉพาะเด็กก่อนประถมศึกษา (อนุบาล 1-3) จนกระทั่งปี พ.ศ. 2538 ได้ขยายเป้าหมายสู่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ต่อมาในปี พ.ศ. 2542 ขยายเป้าหมายถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในปี พ.ศ. 2552 ได้ขยายเป้าหมายนักเรียนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 และในปี พ.ศ. 2559 ได้ขยายให้นักเรียนได้ดื่มนมเป็นระยะเวลา 260 วันต่อปี⁽³²⁻³⁴⁾ และเช่นเดียวกับโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน (พ.ศ. 2542) ในปี พ.ศ. 2544 กระทรวงศึกษาธิการได้ถ่ายโอนงบประมาณไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อและจัดส่งให้กับสถานศึกษาตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542

นอกเหนือจากโครงการหลักของรัฐบาลแล้ว หน่วย

งานต่างๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ยังได้จัดทำโครงการระดับหน่วยงานขึ้นมากมายเพื่อสนับสนุนอาหารและโภชนาการแก่เด็กนักเรียนในโรงเรียน ได้แก่

1) โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน (พ.ศ. 2523) โดยพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่มีพระราชประสงค์จะพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นจากการขาดแคลนอาหารกลางวันและให้นักเรียนได้รับความรู้ด้านโภชนาการและด้านการเกษตรเพื่อใช้ประกอบอาชีพในอนาคต ในระยะเริ่มต้นได้การดำเนินงานในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนและมีการขยายผลต่อไปยังโรงเรียนในสังกัดอื่นๆ โดยกิจกรรมหลักจะมุ่งเน้นให้โรงเรียนการทำเกษตรในพื้นที่โรงเรียน การอบรมครู นักเรียนและผู้ปกครองเกี่ยวกับการผลิตและการจัดการผลผลิตทางการเกษตรให้ได้มาตรฐาน รวมการขยายพันธุ์พืช การดูแลรักษาไม้ผลต้นเดิม และการแปรรูปถนอมอาหาร นอกจากนี้ ยังมีการส่งเสริมเศรษฐกิจพอเพียงในหมู่บ้านที่โรงเรียนตั้งอยู่^(35,36)

2) โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (พ.ศ. 2545) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนด้านสุขภาพเพื่อให้ความรู้ไปกับการพัฒนาทางการศึกษา โดยการพัฒนาศักยภาพโรงเรียนให้เป็นจุดเริ่มต้นและศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และเพื่อให้โรงเรียนมีแนวทางการดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2545 กรมอนามัยจึงจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 10 องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพขึ้น โดยแบ่งระดับการรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับทอง เงิน และทองแดง และจัดทำเกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรขึ้นในปี พ.ศ. 2552 ทั้งนี้



ในปี พ.ศ. 2561 มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 3,349 โรงเรียน โดยเป็นโรงเรียนระดับเพชร 30 โรงเรียน

3) โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย (พ.ศ. 2552) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก บ้านรับเลี้ยงและชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายในการพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์เพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการสมวัยของทารก เด็กวัยก่อนเรียนและเด็กวัยเรียน โดยมีกิจกรรมหลัก ได้แก่

- 1) พัฒนาเครื่องมือวัดกรรมด้านอาหารและโภชนาการสำหรับการเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก บ้านรับเลี้ยงและชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่าย
- 2) พัฒนาบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาหารและโภชนาการให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพ/ทักษะเพื่อเสริมความรู้ด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ
- 3) พัฒนาโรงเรียนต้นแบบ
- 4) ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขับเคลื่อนนโยบายหรือกำหนดแผนงานด้านอาหารและโภชนาการตามแนวทางของโครงการ
- 5) ผลักดันให้เกิดแผนชุมชน
- 6) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังทางโภชนาการ
- 7) สนับสนุนและพัฒนาให้เกิดองค์กรที่พึงประสงค์ และ
- 8) สื่อสารเพื่อการขับเคลื่อนงานโภชนาการสมวัยและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ⁽³⁷⁾ ภายใต้โครงการดังกล่าวนี้ได้พัฒนาเครื่องมือในการสื่อสารองค์ความรู้ด้านโภชนาการสมวัยออกมาหลาย เช่น คู่มือ “ท้องถิ่นทำได้เด็กไทยมีโภชนาการสมวัย, คู่มืออาหารตามวัยสำหรับทารกและเด็กเล็ก, คู่มือประเมินตนเองของชุมชน/หมู่บ้านโภชนาการสมวัย, คู่มือและโปรแกรมสำเร็จรูปการเฝ้าระวังทางโภชนาการ, คู่มือปฏิบัติการมาตรฐาน อาหาร ขนม และเครื่องดื่มในโรงเรียนประถมศึกษา⁽³⁷⁾

4) โครงการโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี

(พ.ศ. 2555) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานแห่งกระทรวงศึกษาธิการได้จัดทำโครงการโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดีขึ้นเพื่อคัดเลือกโรงเรียนต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพของเด็กนักเรียน โดยเกณฑ์การประเมินประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการ ด้านโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย ด้านการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ ด้านทันตสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วมและเครือข่าย ในปี พ.ศ. 2561 มีโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี จำนวน 5 รุ่น รวมทั้งสิ้น 273 โรงเรียน ในด้านโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัยนั้น โครงการมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ค่อนข้างครอบคลุมตามกรอบการจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน โดยมีตัวชี้วัดเชิงผลลัพธ์ทางภาวะโภชนาการของเด็ก เช่น นักเรียนที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ นักเรียนที่มีภาวะอ้วน ผอมหรือเตี้ย นอกจากนี้ยังมีตัวชี้วัดเชิงกระบวนการที่สำคัญ เช่น การใช้เกลือไอโอดีนในการปรุงอาหาร การบูรณาการเรื่องอาหารและโภชนาการศึกษาในหลักสูตรของโรงเรียน การควบคุมการจำหน่ายอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ การมีมาตรฐานสุขาภิบาล และการมีระบบการติดตามประเมินผล⁽³⁸⁾

5) โครงการเด็กไทยแก้มใส (พ.ศ. 2558) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายได้จัดทำ “โครงการเด็กไทยแก้มใส” เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีเจริญพระชนมายุครบ 60 พรรษาในปี พ.ศ. 2558 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงเรียนในสังกัดต่างๆ ที่ร่วมโครงการมีความสามารถในการบริหารจัดการด้านอาหาร โภชนาการและสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นำไปสู่การพัฒนาแบบการจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนที่ดีและยั่งยืน (best practice model) และก่อให้เกิดการขยายผลทั่วประเทศ ภายใต้โครงการเด็กไทยแก้มใสจะประกอบด้วยฐานการเรียนรู้ 8 ด้าน ประกอบด้วย

- 1) การเกษตรในโรงเรียน
- 2) สหกรณ์นักเรียน
- 3) การจัดการ

บริการอาหารของโรงเรียน 4) การติดตามภาวะโภชนาการ 5) การพัฒนาสุขนิสัยของนักเรียน 6) การจัดบริการสุขภาพ 7) การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ และ 8) การจัดการเรียนรู้เกษตรกร โภชนาการ และสุขภาพอนามัย โดยในปี พ.ศ. 2558 มีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการ 556 โรงเรียน⁽³⁹⁾ และในปี พ.ศ. 2562 มีโรงเรียนต้นแบบเด็กไทยแก้มใสแล้วจำนวนทั้งสิ้น 50 โรงเรียน

นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีการกำหนดหลักเกณฑ์มาตรฐานและแนวปฏิบัติในการจัดการอาหารและโภชนาการสำหรับเด็กนักเรียนในโรงเรียนอีกมากมาย ได้แก่ 1) เอกสาร “ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย” ซึ่งกำหนดปริมาณสารอาหารที่เด็กควรได้รับในแต่ละวัน⁽⁴⁰⁾ 2) มาตรฐานโรงเรียนคุ้มครองเด็ก (พ.ศ. 2546) เพื่อกำหนดมาตรฐานด้านสุขภาพและสถานที่สำหรับประกอบอาหารในโรงเรียน⁽⁴¹⁾ 3) คู่มือการจำแนกอาหาร ขนมนมและเครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการ สำหรับเด็กอายุ 3-18 ปี (พ.ศ. 2557) เพื่อเป็นเกณฑ์การจำแนกอาหาร ขนมนมและเครื่องดื่มที่ได้มาตรฐานสำหรับบริการหรือจำหน่ายในโรงเรียน⁽⁴²⁾ 4) คู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการ สุขภาพอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา (พ.ศ. 2558) เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพอาหารกลางวันนักเรียนให้ได้มาตรฐานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล⁽³⁹⁾ 5) แนวทางการจัดอาหารกลางวัน “เด็กวัยเรียน” เมนูอาหารจานเดียวทางเลือก เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของการจัดทำอาหารกลางวันในโรงเรียนเพื่อให้เด็กมีภาวะการเจริญเติบโตที่เหมาะสม⁽⁴³⁾ 6) คู่มือการควบคุมและเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียน พ.ศ. 2561⁽⁴⁴⁾ และ 7) แนวทางปฏิบัติในการจัดซื้อวัตถุดิบเพื่อในการประกอบอาหาร การจ้างบุคคลเพื่อประกอบอาหาร หรือการจ้างเหมาประกอบอาหาร (ปรุงสำเร็จ) (พ.ศ. 2562) เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.

2560 ในการบริหารจัดการงบประมาณโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน⁽⁴⁵⁾

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนหลายระบบ ได้แก่ 1) ระบบการจัดเก็บข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน ได้แก่ ระบบ Data Management Center: DMC) ของกระทรวงศึกษาธิการ⁽⁴⁶⁾ ระบบ School Information System: SIS ของกรมการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น⁽⁴⁷⁾ และระบบสารสนเทศสถานศึกษาเอกชนและการบริหารจัดการเงินอุดหนุน (Private School Information and Support System: PSIS) ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน 2) ระบบแนะนำสำหรับอาหารกลางวันในโรงเรียนแบบอัตโนมัติ (Thai School Lunch) โดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (National Electronics and Computer Technology Center: NECTEC) เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยให้โรงเรียนสามารถจัดอาหารกลางวันได้ตรงตามหลักโภชนาการที่เด็กควรได้รับ⁽⁴⁸⁾ 3) นักโภชนาการประจำท้องถิ่น โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อทำหน้าที่ดูแลคุณค่าด้านโภชนาการของเด็ก เยาวชนและประชาชนในท้องถิ่น รวมถึงบุคคลที่ต้องดูแลด้านโภชนาการเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน และให้ทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ทางโภชนาการให้แก่ชุมชนในท้องถิ่นด้วย⁽⁴⁹⁾ และ 4) แบบติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวัน โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวัน โดยมีสำนักงานผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้กลั่นกรองและรวบรวม⁽⁵⁰⁾

นอกจากนี้ ประเทศไทยได้กำหนดมาตรการทางกฎหมายหลายฉบับเพื่อควบคุมการจำหน่ายอาหารซึ่งครอบคลุมพื้นที่ของโรงเรียน ได้แก่ การห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่ายอาหารที่ไม่ปลอดภัย (อาหารไม่บริสุทธิ์) อาหารปลอม อาหารผิดมาตรฐาน⁽⁵¹⁾ การกำหนดมาตรฐานปริมาณไอโอดีนในเกลือบริโภค⁽⁵²⁾ การห้ามผลิต นำเข้า

หรือจำหน่ายอาหารที่มีไขมันทรานส์⁽⁵³⁾ การกำหนดเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาสำหรับการบริโภค⁽⁵⁴⁾ อีกทั้ง กระทรวงศึกษาธิการยังประกาศให้โรงเรียนในสังกัดมีมาตรการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลมและงดจำหน่ายขนมกรุบกรอบและอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมาก⁽⁵⁵⁾ รวมถึง ห้ามโรงเรียนในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการมีกิจกรรมส่งเสริมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในโรงเรียน⁽⁵⁶⁾ (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศและมาตรการของประเทศไทย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศและมาตรการของประเทศไทย พบว่า ในภาพรวมประเทศไทยมีนโยบายและมาตรการที่สนับสนุนการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนที่ค่อนข้างสอดคล้องตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศ (พบ 34 จาก 42 ข้อเสนอแนะ) เช่น การจัดบริการมื้ออาหารกลางวันแก่นักเรียน การกำหนดมาตรฐานโภชนาการอาหารสำหรับเด็ก การบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันอาหารที่ไม่ปลอดภัย หรือการสนับสนุนให้โรงเรียนเตรียมอาหารในวิธีที่ปลอดภัยถูกสุขอนามัย การใช้กระบวนการประกอบอาหารที่ลดไขมันในอาหาร หรือการส่งเสริมให้โรงเรียนมีการวางแผนการจัดซื้ออาหารในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพและคาดการณ์ได้ สำหรับข้อเสนอแนะที่รัฐควรพิจารณาพัฒนามาตรการให้เกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่ กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด (รวมถึงการโฆษณาแฝง) อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพบริเวณในและรอบโรงเรียน การส่งเสริมความรู้เท่าทันสื่อและการตลาดของกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่นักเรียน การกำหนดมาตรการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อน (COI) และการส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการของบุคลากรในโรงเรียน (ตารางที่ 3) (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าประเทศไทยจะมีการดำเนิน

มาตรการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนที่ค่อนข้างครอบคลุมตามข้อเสนอแนะขององค์การระหว่างประเทศ แต่ในทางปฏิบัติยังพบช่องว่างที่สำคัญ ได้แก่

1) โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนซึ่งถือเป็นมาตรการหลักยังขาดความครอบคลุมเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยเฉพาะโรงเรียนเอกชนที่ไม่มีการถ่ายโอนงบประมาณอาหารกลางวันไปยังหน่วยงานท้องถิ่น ตามกฎหมายว่าด้วยการกระจายอำนาจ ทำให้ได้รับการสนับสนุนเฉพาะเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการเท่านั้น รวมถึงโรงเรียนการศึกษาทางไกล (กศน.) ซึ่งควรมีสิทธิได้รับการสนับสนุนงบประมาณอาหารกลางวันตามนโยบายของรัฐบาลเช่นกัน⁽⁵⁷⁾

2) มาตรการทางกฎหมายยังขาดความชัดเจน โดยเฉพาะกฎหมายควบคุมการจำหน่ายและการตลาดของอุตสาหกรรมอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่ยังขาดแนวปฏิบัติในการนำไปใช้ในโรงเรียนและขาดกลไกการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ กฎหมายยังขาดสภาพบังคับและขาดความครอบคลุมโรงเรียนนอกสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ

3) การจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนมีความเกี่ยวข้องในหลายมิติ ทั้งด้านการจัดการมื้ออาหารในโรงเรียน หลักสูตรการศึกษาและการเชื่อมโยงภาคการเกษตร ซึ่งต้องดำเนินงานควบคู่ไปด้วยกัน โดยในปัจจุบันการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนให้ความสำคัญเฉพาะมิติมื้ออาหารกลางวันเป็นหลัก ในส่วนขององค์ประกอบด้านอื่นๆ เช่น ด้านการเชื่อมโยงการเกษตรชุมชน การพัฒนาบุคลากรในโรงเรียน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนยังถูกแยกส่วนไปตามยุทธศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจส่งผลให้ในทางปฏิบัติเกิดการทำงานแยกส่วนกัน และไม่เกิดการสร้างผลลัพธ์ร่วม (collective impact) ต่อภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียน นอกจากนี้ ในมิติด้านหลักสูตรอาหารและโภชนาการศึกษาในโรงเรียนยังถูกกละเลยในระดับนโยบาย ซึ่งมีการดำเนินงานในระดับโครงการของรัฐเท่านั้น

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสอดคล้องของมาตรการประเทศไทยกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศ

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	มาตรการของประเทศไทย
1. มิติด้านอาหารในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางอาหารที่ดีต่อสุขภาพ			
1.1 การจัดมื้ออาหารที่ปลอดภัย เพียงพอ และมีโภชนาการ	1	สนับสนุนให้มีมื้ออาหารฟรีในโรงเรียนสำหรับเด็กทุกคน ทั้งมื้อเช้า มื้อกลางวัน และอาหารว่าง โดยให้รวมถึงปริมาณอาหาร ความถี่ในการรับอาหาร เพื่อให้แน่ใจว่านักเรียนจะได้รับอาหารที่เพียงพอ ^(1,15,16)	✓
	2	กำหนดมาตรการเพื่อป้องกันอาหารที่ไม่ปลอดภัยและควบคุมคุณภาพของอาหารในโรงเรียน ^(16,18)	✓
	3	กำหนดมาตรการเพื่อควบคุมคุณภาพน้ำสะอาด ^(15,18)	✓
	4	กำหนดมาตรฐานโภชนาการในอาหารสำหรับเด็กในโรงเรียน ทั้งสารอาหารด้านโปรตีน ไฟเบอร์/ผักผลไม้ ไขมัน น้ำตาล เกลือหรือโซเดียม และสารอาหารรอง (micronutrients) วิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ ^(1,16-18)	✓
	5	ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดบริการมื้ออาหารและอาหารว่างเพื่อสุขภาพแก่บุคลากรในโรงเรียน ⁽¹⁾	✗
	6	สนับสนุนให้โรงเรียนเตรียมอาหารในวิธีที่ปลอดภัยถูกสุขอนามัย ⁽¹⁾	
	7	สนับสนุนให้โรงเรียนประกอบอาหารด้วยการนึ่ง การอบ การต้ม หรือการอบไมโครเวฟ เพื่อลดปริมาณไขมันที่เพิ่มขึ้นระหว่างปรุง ⁽¹⁾	✓
1.2 การจัดสถานที่ประกอบอาหารและรับประทานอาหาร	8	สนับสนุนให้โรงเรียนจัดสถานที่ประกอบอาหารที่สะอาด ถูกสุขอนามัย ⁽¹⁾	✓
	9	ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนมีสถานที่รับประทานอาหารที่สะอาด ถูก สุขอนามัย ⁽¹⁾	✓
	10	ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนมีจุดบริการมื้ออาหารหลักที่เพียงพอในโรงอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงการรอคิวที่ยาวนาน ⁽¹⁾	✗
	11	ส่งเสริมให้โรงเรียนกำหนดเวลาที่เพียงพอในการเลือกอาหารและรับประทานอาหารของเด็กนักเรียน ⁽¹⁾	✗
	12	ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดหาสถานที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการรับประทานอาหารสำหรับบุคลากรในโรงเรียน ⁽¹⁾	✓
1.3 การจัดการร้านจำหน่ายอาหาร	13	กำหนดให้มีร้านจำหน่ายอาหาร (รวมถึงเครื่องจำหน่ายอาหารอัตโนมัติ) ในบริเวณโรงเรียนที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ⁽¹⁾	✗
	14	กำหนดมาตรการควบคุมร้านจำหน่ายอาหาร (รวมถึงเครื่องจำหน่ายอาหารอัตโนมัติ) ในบริเวณโรงเรียนให้จำหน่ายอาหารที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และมีสารอาหารที่เพียงพอ เช่น ผลิตภัณฑ์อาหารที่ให้พลังงานทดแทนการกินนม โยเกิร์ตที่ไม่เติมน้ำตาล น้ำผลไม้ที่ไม่มีน้ำตาล ^(1,15)	✓
	15	กำหนดมาตรการควบคุมร้านจำหน่ายอาหาร (รวมถึงเครื่องจำหน่ายอาหารอัตโนมัติ) รอบโรงเรียนให้จำหน่ายอาหารปลอดภัย มีคุณภาพ และมีสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม ^(1,15)	✓
1.4 การควบคุมการตลาดและโฆษณาสินค้าอาหาร	16	กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด โดยเฉพาะจากกลุ่มอาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันอิ่มตัว โซเดียม และน้ำตาลในปริมาณสูงในพื้นที่โรงเรียน ^(1,15,17-19)	✓



ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสอดคล้องของมาตรการประเทศไทยกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศ (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	มาตรการของประเทศไทย
1.4 การควบคุมการ ตลาดและโฆษณา สินค้าอาหาร	17	กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาแฝงในสื่อต่างๆ ของโรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นสื่อการสอน อุปกรณ์การเรียน การโฆษณาในหนังสือเรียนประจำปีและหนังสือพิมพ์ ไปสเตอร์ในโรงเรียน อุปกรณ์กีฬา สนามกีฬา หรือกิจกรรมต่างๆ ของโรงเรียน การแลกเปลี่ยนนักเรียน หรือ กิจกรรมการแข่งขันระหว่างโรงเรียน ⁽¹⁾	✓
	18	กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด โดยเฉพาะกลุ่มอาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันอิ่มตัว โซเดียม และน้ำตาลในปริมาณสูงในพื้นที่รอบโรงเรียน ^(15,17)	✗
	19	กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาแฝงบริเวณรอบโรงเรียน ⁽¹⁾	✗
2. มิติด้านอาหารและโภชนาการ			
	20	กำหนดหลักสูตรการศึกษาเรื่องหลักสิทธิมนุษยชนของเด็กและองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ^(1,15,16,18)	✓
	21	กำหนดหลักสูตรการศึกษาเพื่อส่งเสริมความรู้เท่าทันสื่อและการตลาดของกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่เด็กนักเรียน ⁽¹⁾	✗
	22	ส่งเสริมให้โรงเรียนเป็นฐานกระจายองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการแก่ชุมชนและคนในสังคม ⁽¹⁶⁾	✓
	23	ส่งเสริมสนับสนุนให้ครูมีความรู้และทักษะที่จำเป็นด้านอาหารและโภชนาการเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่นักเรียน ⁽¹⁾	✓
	24	ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะด้านอาหารและโภชนาการเพื่อดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ^(1,20)	✓
	25	ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนพัฒนาบุคลากรให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ⁽¹⁸⁾	✓
3. มิติห่วงโซ่การจัดซื้อและคุณค่าแบบองค์รวม			
	26	ส่งเสริม สนับสนุนการทำเกษตรและผลิตอาหาร ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียนเพื่อเสริมโภชนาการเด็กนักเรียน ⁽²¹⁾	✓
	27	กำหนดมาตรการหรือส่งเสริมให้โรงเรียนจัดซื้ออาหารหรือวัตถุดิบในท้องถิ่นและสร้างการมีส่วนร่วมกับเกษตรกรรายย่อยในพื้นที่ ⁽¹⁸⁾	✓
	28	ส่งเสริมหรือสร้างแรงจูงใจให้เกษตรกรรายย่อย และกลุ่มเกษตรกรผลิตอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยเพื่อสนับสนุนอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าโภชนาการแก่โรงเรียน ⁽¹⁸⁾	✓
	29	ส่งเสริมให้โรงเรียนมีการวางแผนการจัดซื้ออาหารในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพและคาดการณ์ได้ เพื่อส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม กลุ่มเกษตรกร เกษตรกรรายย่อย ⁽¹⁸⁾	✓

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสอดคล้องของมาตรการประเทศไทยกับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระหว่างประเทศ (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	มาตรการของประเทศไทย
4. มิติด้านสภาพแวดล้อมทางนโยบาย กฎหมาย และกลไกสนับสนุน			
4.1 ด้านการสนับสนุนเชิงนโยบายในระดับประเทศ	30	กำหนดยุทธศาสตร์หรือบูรณาการประเด็นด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนเข้ากับยุทธศาสตร์แห่งชาติ ^(18,20)	✓
	31	จัดตั้งกองทุนหรือจัดสรรงบประมาณของประเทศในด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน โดยเฉพาะมื้ออาหารหลักและอาหารเสริมในโรงเรียน ^(18,22)	✓
	32	สนับสนุนให้โรงเรียนมีนโยบายหรือโครงการเพื่อสนับสนุนการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพในโรงเรียน ^(20,22)	✓
	33	สนับสนุนมาตรการสร้างการยอมรับแก่โรงเรียน (school recognition) โดยการกำหนดสถานะพิเศษหรือรางวัลแก่โรงเรียนที่ส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ⁽¹⁾	✓
4.2 ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของพื้นที่และชุมชน	34	กำหนดมาตรการกระจายอำนาจไปยังหน่วยงานระดับท้องถิ่นให้สามารถจัดการมื้ออาหารในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องกำหนดบทบาทของรัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ⁽¹⁵⁾	✓
	35	ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมจากชุมชน (อย่างไม่เลือกปฏิบัติ) ในการจัดมื้ออาหารหรืออาหารว่างในโรงเรียน เช่น การกำหนดเมนูอาหาร การเลือกสรรหรือจัดหาวัตถุดิบ ⁽¹⁵⁾	✓
	36	ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการสนับสนุนกองทุนหรืองบประมาณสำหรับมื้ออาหารหรืออาหารว่างในโรงเรียน ⁽¹⁾	✓
	37	กำหนดให้ผู้ปกครองนักเรียน ครูผู้สอน คนในชุมชน หรือคนในพื้นที่มีส่วนร่วมเป็นกลไกการตรวจสอบการดำเนินงาน ⁽¹⁵⁾	✓
4.3 ด้านการติดตามและประเมินผล	38	ส่งเสริมให้โรงเรียนมีการคัดกรองภาวะโภชนาการ เช่น การวัดน้ำหนักตัวและความสูงของนักเรียนเป็นประจำ และเป็นไปตามมาตรฐาน และมีระบบการนำเสนอต่อผู้ปกครอง ⁽¹⁾	✓
	39	ส่งเสริมให้โรงเรียนมีผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย ติดตาม และประเมินผลภาวะโภชนาการ ⁽¹⁾	✓
	40	สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนผลลัพธ์ของภาวะโภชนาการนักเรียนในโรงเรียนไปยังบริการสุขภาพของโรงเรียนอื่นๆ และบริการสุขภาพของชุมชน ⁽¹⁾	✓
	41	กำหนดมาตรการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อนในการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนอย่างเข้มแข็ง ⁽¹⁸⁾	✗
	42	กำหนดกฎระเบียบเพื่อสร้างกลไกการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งในระดับส่วนกลาง รวมถึงหน่วยงานในระดับพื้นที่ โดยกำหนดให้มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและต้องดำเนินการอย่างโปร่งใส ⁽¹⁵⁾	✓

หมายเหตุ: ✓ หมายถึง พบมาตรการ, ✗ หมายถึง ไม่พบมาตรการ

วิจารณ์

ชุดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศมีความเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและมาตรการของประเทศไทยที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งมิติด้านอาหารในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มิติด้านอาหารและโภชนาการศึกษา มิติด้านห่วงโซ่การจัดซื้อและคุณค่าแบบองค์รวม และด้านสภาพแวดล้อมทางนโยบาย กฎหมายและกลไกสนับสนุน โดยมีข้อเสนอสนับสนุน 4 ประการ ดังนี้

1) มีความสอดคล้องกับการดำเนินมาตรการของประเทศไทยในปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น ข้อเสนอแนะด้านการจัดซื้ออาหารที่ปลอดภัย เพียงพอและมีโภชนาการ ซึ่งประเทศไทยมีการดำเนินโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495⁽⁴⁾ จนในปัจจุบันโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนได้ขยายความครอบคลุมและปรับเปลี่ยนปริมาณจากรัฐบาลมาอย่างต่อเนื่องเป็นอัตราเด็กนักเรียนคนละ 20 บาทต่อวัน⁽⁵⁾ การดำเนินโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535⁽³²⁻³⁴⁾ การพัฒนามาตรฐานและคู่มือโภชนาการสำหรับวัยเด็ก ได้แก่ เอกสาร “ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย” ซึ่งกำหนดปริมาณสารอาหารที่เด็กไทยช่วงอายุต่างๆ ควรได้รับในแต่ละวัน⁽⁴⁰⁾ ระบบแนะนำสำหรับอาหารกลางวันในโรงเรียนแบบอัตโนมัติ (Thai School Lunch) ที่ช่วยในการจัดซื้ออาหารที่ได้มาตรฐานคุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอและคุ้มค่าต่องบประมาณที่มีจำกัด การพัฒนาโปรแกรม INMU-Thai-Growth (Institute of Nutrition Mahidol University) ที่ใช้ในการคำนวณภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนอย่างแม่นยำ การกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันอาหารที่ไม่ปลอดภัย⁽⁵¹⁾ การพัฒนาคู่มือและแนวปฏิบัติสำหรับการเตรียมอาหารในวิธีที่ปลอดภัย ถูกสุขอนามัย และคงสภาพโภชนาการอีกมากมาย เช่น คู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการ สุขาภิบาลอาหารและ

อาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา

2) มีความสอดคล้องกับบริบทการเกษตรกรรมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติด้านห่วงโซ่การจัดซื้อและคุณค่าแบบองค์รวมที่แนะนำให้รัฐสนับสนุนให้โรงเรียนใช้ประโยชน์จากวัตถุดิบการเกษตรจากเกษตรกรในพื้นที่ที่มีความปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทประเทศไทยที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก และมีแหล่งวัตถุดิบทางการเกษตรสนับสนุน ในปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน เช่น โครงการการทำเกษตรเพื่ออาหารกลางวันในโรงเรียน โครงการเด็กไทยแก้แม่ไส้ที่ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดทำรายการอาหารที่สอดคล้องกับผลผลิตทางการเกษตรของชุมชน

3) มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อเสนอแนะด้านการควบคุมการตลาดและโฆษณาสินค้าอาหาร เนื่องจากสถานการณ์ส่งเสริมการตลาดของบริษัทอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพในและรอบโรงเรียนของประเทศไทยมีความน่าเป็นห่วงอย่างมาก โดยการศึกษาพบว่า โรงเรียนกว่าร้อยละ 60 มีบริษัทอาหารที่มีโซเดียมและน้ำตาลสูง (ไอศกรีม ขนมกรุบกรอบ ขนมรสหวาน) เข้ามาทำการตลาดในโรงเรียน และมีการจำหน่ายน้ำอัดลมบริเวณรอบโรงเรียนมากกว่าในโรงเรียนถึง 3.5 เท่า⁽¹³⁾ ซึ่งสภาพแวดล้อมด้านอาหารที่ไม่เอื้อต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กแสดงถึงการขาดมาตรการที่ครอบคลุมในการควบคุมสินค้าที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ชุดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนดังกล่าวนี้ยังมีความท้าทายที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม ทั้งในด้านของความเหมาะสมกับบริบทของโรงเรียนที่มีหลายลักษณะ เช่น การส่งเสริมการจัดทำอาหารกลางวันในโรงเรียนกับวัตถุดิบจากเกษตรกรในพื้นที่อาจมีข้อจำกัดกับบริบทโรงเรียนในเขตเมือง และในด้านของการปรับฐานความคิดของผู้กำหนดนโยบาย เนื่องจากการส่งเสริมอาหารและโภชนาการใน

โรงเรียนมิได้หมายถึงสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กนักเรียนเท่านั้น แต่รวมถึงสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของเด็กนักเรียน เช่น สุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของครูและบุคลากรอื่นๆ ในโรงเรียน การรुकึบการทำการตลาดของอุตสาหกรรมอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศชุดนี้จะมีประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและมาตรการของประเทศไทยอย่างครอบคลุมในอนาคต อันจะส่งผลให้เด็กนักเรียนสามารถเข้าถึงอาหารในโรงเรียนที่ปลอดภัยและมีสารอาหารเพียงพอได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น มีสภาพแวดล้อมทางอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เด็กนักเรียนมีเกราะป้องกันตนเองจากการมีองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ และมีความรอบรู้เท่าทันกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้ บุคลากรในโรงเรียนต่างๆ จะสามารถเป็นแบบอย่างทางสุขภาพที่ดี รวมถึงชุมชนโดยรอบจะมีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของลูกหลานของชุมชนไปพร้อมกับการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อยุติ

ชุดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศจำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ มีความครอบคลุมตามกรอบการทำงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ มิติด้านอาหารและสิ่งแวดล้อมทางอาหาร มิติด้านอาหารและโภชนศึกษา มิติด้านห่วงโซ่การจัดการซื้อและคุณค่าแบบองค์รวม และมิติด้านสภาพแวดล้อมทางนโยบาย กฎหมายและกลไกสนับสนุน และจากการทบทวนการดำเนินงานของประเทศไทยพบว่ามาตรการของประเทศไทยค่อนข้างมีความสอดคล้องตามกรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังกล่าว (34 จาก 42 ข้อแนะ) ตัวอย่างมาตรการที่โดดเด่น ได้แก่ การจัดบริการมื้ออาหารกลางวันแก่นักเรียน การกำหนดมาตรฐาน

โภชนาการอาหารสำหรับเด็ก การบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันอาหารที่ไม่ปลอดภัย หรือการส่งเสริมให้โรงเรียนมีการวางแผนการจัดซื้ออาหารในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพและคาดการณ์ได้ (Thai School Lunch) รวมถึงโครงการส่งเสริมอาหารและโภชนาการในโรงเรียนต่างๆ สำหรับมาตรการสำคัญที่รัฐควรพิจารณาพัฒนาให้เกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่ การกำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด (รวมถึงการโฆษณาแฝง) อาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในและรอบโรงเรียน การส่งเสริมความรู้เท่าทันสื่อและการตลาดของกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่นักเรียนและบุคลากร การกำหนดมาตรการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อน ในการจัดการมื้ออาหารในโรงเรียน และการส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการของบุคลากรในโรงเรียน นอกจากนี้ รัฐควรปรับปรุงมาตรการในปัจจุบัน ได้แก่ การดำเนินโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนให้ครอบคลุมเด็กนักเรียนโรงเรียนเอกชนและโรงเรียนการศึกษาทางไกล (กศน.) การพัฒนาแนวปฏิบัติในการควบคุมการจำหน่ายและการตลาดของอุตสาหกรรมอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพทั้งในและรอบโรงเรียนและกลไกการติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรม อีกทั้ง รัฐควรมีนโยบายที่ให้ความสำคัญในการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการจัดการมื้ออาหารในโรงเรียน หลักสูตรอาหารศึกษา และการเชื่อมโยงภาคการเกษตร ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินงานควบคู่ไปด้วยกัน โดยสามารถนำชุดข้อเสนอแนะด้านการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนในการศึกษานี้มาแนวทางในการพัฒนานโยบายต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับการสนับสนุนงบประมาณการทำวิจัยในครั้งนี้



References

1. World Health Organization (WHO). School policy framework: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
2. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). FAO school food and nutrition framework. Rome: FAO; 2019.
3. Latin American and Caribbean Parliament. Framework law on school feeding. Panama City: Latin American and Caribbean Parliament; 2018.
4. Addech S. The budget for the lunch program and supplementary food school milk) according to the economic situation including quality control, safety and nutrition standards Education Commission House of Representatives, no. 24. Wraaphm Sukhpraesrith, ed. Bangkok: Secretariat of the House of Representatives; 2013. (in Thai)
5. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet resolution on the budgeting of the student lunch program according to the economy. Bangkok: Government House; 2013. (in Thai)
6. Primary School Lunch Program Fund Act B.E. 2535. (1992). (in Thai)
7. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet resolution on school milk. Bangkok: Government House; 2009. (in Thai)
8. Bureau of Nutrition. Annual report B.E. 2562, Bureau of Nutrition. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
9. Bureau of Nutrition. Situation of nutritional status of children aged 6-14 years (first 6 months) fiscal year 2020. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
10. Mo-suwan L, Aekphakorn W. Nutrition status of Thai children. Report of the Thai people's health survey by physical examination No 5, children's health issue 2014. Health Systems Research Institute. 2014. (in Thai)
11. Mo-suwan L. Child nutrition. Report of the Thai people's health survey by physical examination, the 4th time, 2008-2009. Health Systems Research Institute. (in Thai)
12. National Statistical Office. Survey of food consumption behavior of the population B.E. 2560. Bangkok: National Statistical Office; 2018. (in Thai)
13. Food and Nutrition Policy for Health Promotion (FHP). School food environment survey around the school fence and to study food consumption behavior of school-age children and related factors, phase 1 (B.E. 2556-2557). Nonthaburi: International Health Policy Program; 2014. (in Thai)
14. World Health Organization (WHO). Public health policy and legislation instruments and tools: an updated review and proposal for further research. Copenhagen Ø, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2012.
15. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Legislating for adequate food and nutrition in schools. Africa: FAO; 2019.
16. United Nations Special Rapporteur on the Right to Food and United Nations Children's Fund (UNICEF). Protecting children's right to a healthy food environment. Geneva, Switzerland: UNICEF and United Nations Human Rights Council; 2019.
17. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Guide on legislating for the right to food. Rome, Italy: FAO; 2009.
18. United Nations System Standing Committee on Nutrition (UNSCN). Schools as a system to improve nutrition, a new statement for school-based food and nutrition interventions. Rome, Italy: UNSCN; 2017.
19. World Health Organization (WHO). Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
20. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2004.
21. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Voluntary guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Rome, Italy: FAO; 2005.
22. World Health Organization (WHO). Global action plan on child wasting, a framework for action to accelerate progress in preventing and managing child wasting and the achievement of the Sustainable Development Goals. Geneva, Switzerland: WHO; 2020
23. Office of the Secretary of the National Food Board. Strategic framework for food management in Thailand, no. 2 (B.E. 2561-2580). Bangkok: Food and Drug Administration (FDA); 2018. (in Thai)
24. Office of the Secretary of the National Food Board. Strategic framework for food management in Thailand, no. 1 (B.E. 2555-2559). Bangkok: Thai Health Promotion Foundation Office; 2012. (in Thai)
25. National Health Assembly. Strategies for managing overweight and obesity B.E. 2553-2562. Bangkok: National Health Commission Office; 2009. (in Thai)
26. National Organic Agriculture Development Board. National

- organic agriculture development strategy B.E. 2560-2564. Bangkok: Ministry of Agriculture and Cooperatives; 2017. (in Thai)
27. National Organic Agriculture Development Board. National organic agriculture development strategy B.E. 2551-2554. Bangkok: Ministry of Agriculture and Cooperatives; 2007. (in Thai)
28. National Health Assembly. Health Assembly Resolution no. 6.5 food management system in schools. Bangkok: National Health Commission Office; 2014. (in Thai)
29. The Secretariat of the Cabinet. The project encourages all students to have a full lunch every day. B.E. 2542 (1999). Available from: http://www.soc.go.th/pol42_10.htm. (in Thai)
30. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet resolution on supporting the lunch project budget. Bangkok: Government House; 2000. (in Thai)
31. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet resolution on asking for a subsidy budget for supporting all students to have lunch. Bangkok: Government House; 13 May 2009. (in Thai)
32. The Elementary School Lunch Program Fund. Supplementary food project (milk). B.E. 2563. Available from: http://schoolunch.obec.go.th/data/info_supplementary.html. (in Thai)
33. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet resolution on supplementary food (milk) school project, B.E. 2538. Bangkok: Government House; 25 October 1994. (in Thai)
34. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet resolution on school milk. Bangkok: Government House; 20 January 2009. (in Thai)
35. Division of Royal Initiative Project Promotion for Land Management and Agricultural Engineering. Agricultural extension project manual fiscal year B.E. 2562, agriculture for lunch project. Bangkok: Department of Agricultural Extension; 2019. (in Thai)
36. Taengsub N. Agriculture for lunch project. Bangkok: Department of Agricultural Extension; 2017. (in Thai)
37. Department of Health. Developing system and mechanism for Thai children to have proper nutrition. Nonthaburi: Department of Health; 2013. (in Thai)
38. Office of the Basic Education Commission. Guide to strengthening the factory study model for healthy Thai students. Bangkok: Ministry of Education; 2013. (in Thai)
39. Bureau of Nutrition. Guide to managing student lunches based on nutritional standards Food Sanitation and Food Safety for Elementary Schools. Nonthaburi: Department of Health; 2015. (in Thai)
40. The Committee and Working Group Improve the Daily Dietary Requirements for Thais. Dietary reference intake for Thais B.E. 2563. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
41. Office of the Basic Education Commission, The Center for the Protection of Children's Rights Foundation (CPCR). Child protection in school standards. Bangkok: Ministry of Education; 2008. (in Thai)
42. Bureau of Nutrition. Guide to food classification, snacks, milk and beverages according to nutritional standards (2nd trial version). Nonthaburi: Department of Health; 2014. (in Thai)
43. Department of Health. Guidelines for organizing lunch "School-age children" alternative one-dish menu. Nonthaburi: Department of Health; 2019. (in Thai)
44. Bureau of Food and Water Sanitation. Handbook of control and surveillance of drinking water quality in schools, 2018. Nonthaburi: Department of Health; 2018. (in Thai)
45. The Comptroller General's Department. Guidelines for purchasing raw materials for cooking hiring someone to cook or hiring a contractor to cook (pre-cooked). Bangkok: The Comptroller General's Department; 12 March 2019. (in Thai)
46. Office of the Basic Education Commission, The Center for the Protection of Children's Rights Foundation (CPCR). Individual student data collection program manual, academic year B.E. 2555 (Data Management Center: DMC). Bangkok: Ministry of Education; 2012. (in Thai)
47. Department of Local Administration. Information system for local education. In: Interior Mo, editor. 2019. (in Thai)
48. National Electronics and Computer Technology Center (NECTEC). Automatic school lunch recommendation system (Thai School Lunch). 2012. Available from: <https://www.thaischoollunch.in.th/>. (in Thai)
49. Department of Local Administration. Guidelines for determining the position of "nutritionist" to address nutritional problems of children, youth and local people. In: Department of Local Administration, editor. 4 September 2018. (in Thai)
50. Department of Local Administration. Monitoring, reviewing and evaluating the performance of the lunch program. In: Department of Local Administration, editor. 5 November 2018. (in Thai)
51. Food Act B.E. 2522, 96 (1979). (in Thai)
52. Notification of the Ministry of Public Health on edible salt B.E. 2554, 128 (7 April B.E. 2554). (in Thai)
53. Notification of Ministry of Public Health no. 388 B.E. 2561 (2018) on prescribing food prohibited to produce, import or sell, 135 (13 July B.E. 2561). (in Thai)



54. Announcement of the Department of Health on Criteria for Recommending Drinking Water Quality for Surveillance B.E. 2553, (13 October B.E. 2553). (in Thai)
55. Office of the Basic Education Commission. Official letter of Ministry of Education no. 04188/481 on soft drinks free in school. In: Education Mo, editor. 2008. (in Thai)
56. Ministry of Education. Notification of the Ministry of Education on measures and guidelines for enhancement of knowledge and skills in oral health care and selection of dental services, B.E. 2563. Bangkok: Ministry of Education; 2020. (in Thai)
57. Markchang K, Waleewong O, Pitayarangarit S, Charoensit S. Gap of policy instrument for school food and nutrition in Thailand. Nonthaburi: Food and Nutrition Policy for Health Promotion (FHP); 2020. (in Thai)
58. Bureau of Nutrition. The flag guide to nutrition, healthy eating. Nonthaburi: Department of Health; 2008. (in Thai)
59. Bureau of Nutrition. Health promotion school operations manual (update B.E. 2558). Nonthaburi: Department of Health; 2015. (in Thai)

ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
1. มิติด้านอาหารในโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมทางอาหารที่ดีต่อสุขภาพ			
1.1 การจัดมื้ออาหารที่ปลอดภัย เพียงพอ และมีโภชนาการ	1	สนับสนุนให้มีมื้ออาหารฟรีในโรงเรียนสำหรับเด็กทุกคน ทั้งมื้อเช้า มื้อกลางวัน และอาหารว่าง โดยให้รวมถึงปริมาณอาหาร ความถี่ในการรับอาหาร เพื่อให้แน่ใจว่านักเรียนจะได้รับอาหารที่เพียงพอ ^(1,15,16)	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา (2542) ให้เด็กนักเรียนทุกคน ตั้งแต่เด็กเล็ก เด็กนักเรียนชั้นอนุบาล-ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณอาหารกลางวันเต็ม 100% จำนวน 200 วัน/ปี ในอัตราค่าอาหารกลางวัน 20 บาทต่อคนต่อวัน^(5,31) - โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน (2535) ให้นักเรียนทุกคนตั้งแต่เด็กเล็กถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ได้ดื่มนมอย่างน้อย 200 มิลลิลิตร (ซีซี.) /คน/วัน เป็นระยะเวลา 260 วัน/ปีโดยจัดสรรงบประมาณในอัตราคนละ 5 บาท/คน/วัน⁽³²⁾ - พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนและใช้จ่ายสำหรับการสนับสนุนและช่วยเหลือภาวะโภชนาการของนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา
	2	กำหนดมาตรการเพื่อป้องกันอาหารที่ไม่ปลอดภัยและควบคุมคุณภาพของอาหารในโรงเรียน ^(16,18)	<ul style="list-style-type: none"> - พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่าย ซึ่งอาหารไม่บริสุทธิ์ อาหารปลอม อาหารผิดมาตรฐาน และอาหารอื่นที่รัฐมนตรีกำหนด⁽⁵¹⁾ - ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 388 พ.ศ. 2561 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย น้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนและอาหารที่มีน้ำมันที่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วนเป็นส่วนประกอบเป็นอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย
	3	กำหนดมาตรการเพื่อควบคุมคุณภาพน้ำสะอาด ^(15,18)	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศกรมอนามัย เรื่อง เกณฑ์เสนอแนะคุณภาพน้ำบริโภคเพื่อการเฝ้าระวัง พ.ศ. 2553 - คู่มือการควบคุมและเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียน พ.ศ. 2561⁽⁴⁴⁾
	4	กำหนดมาตรฐานโภชนาการในอาหารสำหรับเด็กในโรงเรียน ทั้งสารอาหารด้านโปรตีน ไฟเบอร์/ผักผลไม้ ไขมัน น้ำตาล เกลือหรือโซเดียม และสารอาหารรอง (micronutrients) วิตามินและแร่ธาตุต่างๆ ^(1,16-18)	<ul style="list-style-type: none"> - ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 โดยแบ่งแยกตามกลุ่มอายุตั้งแต่เด็กถึงผู้สูงอายุ⁽⁴⁰⁾ - คู่มือธงโภชนาการ กินพอดี สุขีทั่วไป แนะนำว่าอาหารกลุ่มน้ำมัน น้ำตาล และเกลือควรรับประทานน้อยๆ เท่าที่จำเป็น⁽⁵⁸⁾ - โครงการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ (2545) นักเรียนชั้น ป.1 ขึ้นไป ต้องได้รับยาเม็ดเสริม (ธาตุเหล็ก 1 เม็ด (60 มิลลิกรัม)/ยาน้ำ 1 ช้อนชา (12.5 มิลลิกรัม) ต่อสัปดาห์ ทุกคน และนักเรียนชั้นป.1-ป.6 ต้องได้ดื่มนมรสจืดทุกวันทุกคน⁽⁵⁹⁾ - คู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการ สุขาภิบาลอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา (2558) เด็กนักเรียนควรรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และรับสารอาหารครบทุกตัว ได้รับเนื้อสัตว์ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ เป็นเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่ายสลับหมุนเวียนกันไป ควรมีผักเป็นส่วนประกอบในอาหารเป็นประจำทุกมื้อ เลือกใช้ชนิดของอาหารที่มีความเข้มข้นของสารอาหารมาปรุงประกอบเป็นอาหารสำหรับเด็ก เช่น ตับ เลือด เต้าหู้ แนะนำให้จัดนมเป็นอาหารว่าง อย่างน้อยวันละ 1-2 แก้ว (200 มิลลิลิตรต่อแก้ว) โรงเรียนควรใช้เกลือหรือน้ำปลาผสมไอโอดีนในการปรุงประกอบอาหาร เพื่อเพิ่มธาตุไอโอดีน⁽³⁹⁾



ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
			<ul style="list-style-type: none"> - แนวทางการจัดอาหารกลางวัน “เด็กวัยเรียน” เมนูอาหารจานเดียวทางเลือก หลักการจัดอาหาร เมนูสุขภาพ โดยอาหารต้องมีส่วนประกอบอย่างน้อย 4 หมู่ ได้แก่ อาหารหมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ ถั่วและผลิตภัณฑ์อาหารหมู่ที่ 2 ข้าว-แป้ง ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมจีน ข้าวเหนียว อาหารหมู่ที่ 3 ผักต่างๆ ควรจัดให้หลากหลายชนิด อาหารหมู่ที่ 4 ไขมันจากพืช และอาหารสำหรับเด็กวัยเรียนควรเป็นอาหารที่มีรสไม่หวานจัด เค็มจัด และมันจัด เป็นอาหารจานเดียวหรือข้าวและกับข้าวที่ใช้เครื่องปรุงรสปริมาณน้อย ไม่มันจัด เค็มจัด มีรสหวานพอดี โรงเรียนควรจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าและเหมาะสมให้เด็กไม่เกินวันละ 2 มื้อ และเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี มีอละไม่เกิน 100 กิโลแคลอรี⁽⁴³⁾ - ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เกลือบริโภค พ.ศ. 2554 เกลือบริโภค ต้องมีปริมาณไอโอดีนไม่น้อยกว่า 20 มิลลิกรัม และไม่เกิน 40 มิลลิกรัม ต่อเกลือบริโภค 1 กิโลกรัม - คู่มือการดำเนินงาน “ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” พ.ศ. 2558 โรงเรียนทุกแห่งในชุมชน/หมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการควรใช้เกลือเสริมไอโอดีน และหรือผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีนที่ได้คุณภาพปรุงและประกอบอาหารให้เด็กบริโภค - คู่มือการจำแนก อาหาร ขนม นม และเครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการสำหรับเด็กอายุ 3-18 ปี (2557) เกณฑ์มาตรฐานสำหรับการจำแนกอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมสำหรับจำหน่ายในโรงเรียน⁽⁴²⁾
	5	ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดบริการมื้ออาหารและอาหารว่างเพื่อสุขภาพแก่บุคลากรในโรงเรียน ⁽¹⁾	(ไม่พบมาตรการ)
	6	สนับสนุนให้โรงเรียนเตรียมอาหารในวิธีที่ปลอดภัยถูกสุขอนามัย ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการสุขภาพอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา (2558) ผู้ที่ให้บริการอาหารในโรงเรียนควรดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และต้องมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี⁽³⁹⁾
	7	สนับสนุนให้โรงเรียนประกอบอาหารด้วยการนึ่ง การอบ การต้ม หรือการอบไมโครเวฟ เพื่อลดปริมาณไขมันที่เพิ่มขึ้นระหว่างปรุง ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการสุขภาพอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา (2558) กำหนดเทคนิคการปรุงประกอบอาหารที่เหมาะสมและถูกวิธี ทั้งวิธีการทอด การลวก การผัด การต้ม การหุงข้าว รวมถึงวิธีการล้างวัตถุดิบการประกอบอาหารต่างๆ ทั้งเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้⁽³⁹⁾ - แนวทางการจัดอาหารกลางวัน “เด็กวัยเรียน” เมนูอาหารจานเดียวทางเลือก การประกอบอาหารควรเลือกใช้ไขมันให้เหมาะสมในการประกอบอาหาร ไม่ควรใช้น้ำมันทอดซ้ำ ควรประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง อบ ปิ้งย่าง (ไม่ไหม้เกรียม)⁽⁴³⁾

ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
1.2 การจัดสถานที่ประกอบอาหารและรับประทานอาหาร	8	สนับสนุนให้โรงเรียนจัดสถานที่ประกอบอาหารที่สะอาด ถูกสุขอนามัย ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อปฏิบัติตามมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารสำหรับโรงอาหาร พ.ศ. 2552 มาตรฐานสถานที่เตรียม ประกอบ และปรุงอาหาร มีดังนี้ (1) ต้องมีความสะอาด เป็นระเบียบ พื้นทำด้วยวัสดุถาวร (2) มีการระบายอากาศ รวมทั้งกลิ่นและควันจากการทำอาหารได้ดี (3) ไม่เตรียมและปรุงอาหารบนพื้น และ (4) โต๊ะเตรียม-ปรุงอาหาร และผนังบริเวณเตาไฟต้องทำจากวัสดุทำความสะอาดง่าย - มาตรฐานโรงเรียนคุ้มครองเด็ก (2551) บริเวณหุงต้มอาหารกับสถานที่รับประทานอาหารของนักเรียนมีการแยกสัดส่วนชัดเจน ปลอดภัย มีความสะอาด เช่น มีการป้องกันไม่ให้แมลงหรือสัตว์นำโรคเข้าไปในบริเวณโรงอาหาร และมีสุขลักษณะที่ดีของผู้ประกอบอาหาร⁽⁴¹⁾
	9	ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนมีสถานที่รับประทานอาหารที่สะอาด ถูกสุขอนามัย ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อปฏิบัติตามมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารสำหรับโรงอาหาร พ.ศ. 2552 มาตรฐานสถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป มีดังนี้ (1) สะอาดและเป็นระเบียบ (2) โต๊ะ เก้าอี้ สะอาด แข็งแรง เป็นระเบียบ (3) มีการระบายอากาศที่ดี และ (4) มีการป้องกันสัตว์ต่างๆ มาอาศัย - มาตรฐานโรงเรียนคุ้มครองเด็ก (2551) บริเวณหุงต้มอาหารกับสถานที่รับประทานอาหารของนักเรียนมีการแยกสัดส่วนชัดเจน ปลอดภัย มีความสะอาด เช่น มีการป้องกันไม่ให้แมลงหรือสัตว์นำโรคเข้าไปในบริเวณโรงอาหาร และมีสุขลักษณะที่ดีของผู้ประกอบอาหาร⁽⁴¹⁾
	10	ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนมีจุดบริการมื้ออาหารหลักที่เพียงพอในโรงอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงการรอคิวยาวนาน ⁽¹⁾	(ไม่พบมาตรการ)
	11	ส่งเสริมให้โรงเรียนกำหนดเวลาที่เพียงพอในการเลือกอาหารและรับประทานอาหารของเด็กนักเรียน ⁽¹⁾	(ไม่พบมาตรการ)
	12	ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดหาสถานที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่ดีต่อการรับประทานอาหารสำหรับบุคลากรในโรงเรียน ⁽¹⁾	ข้อปฏิบัติตามมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารสำหรับโรงอาหาร พ.ศ. 2552 มาตรฐานสถานที่รับประทานอาหารและบริเวณทั่วไป มีดังนี้ (1) สะอาดและเป็นระเบียบ (2) โต๊ะ เก้าอี้ สะอาด แข็งแรง เป็นระเบียบ (3) มีการระบายอากาศที่ดี และ (4) มีการป้องกันสัตว์ต่างๆ มาอาศัย
1.3 การจัดการร้านจำหน่ายอาหาร	13	กำหนดให้มีร้านจำหน่ายอาหาร (รวมถึงเครื่องจำหน่ายอาหารอัตโนมัติ) ในบริเวณโรงเรียนที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย ⁽¹⁾	(ไม่พบมาตรการ)

ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
	14	กำหนดมาตรการควบคุมร้านค้าจำหน่ายอาหาร (รวมถึงเครื่องจำหน่ายอาหารอัตโนมัติ) ในบริเวณโรงเรียนให้จำหน่ายอาหารที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และมีสารอาหารที่เพียงพอ เช่น ผลิตภัณฑ์อาหารที่ให้พลังงานทดแทนการกินนม โยเกิร์ตที่ไม่เติมน้ำตาล น้ำผลไม้ที่ไม่มีน้ำตาล ^(1,15)	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรการและแนวทางการสร้างเสริมความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกใช้บริการทางทันตกรรม พ.ศ. 2563 สถานศึกษาควรหลีกเลี่ยงการจำหน่ายและการจัดให้บริโภค เครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลสูง (น้ำตาลเกินกว่าร้อยละ 5) ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบในสถานศึกษา - หนังสือที่ ศธ 04188/481 เรื่อง โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม วันที่ 29 พฤษภาคม 2551 สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานแจ้งต่อสถานศึกษาในสังกัดให้ปฏิบัติตามนโยบายโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม และงดจำหน่ายขนมกรุบกรอบและอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมาก⁽⁵⁵⁾ - คู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการ สุขาภิบาลอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา (2558) ร้านค้าหรือสหกรณ์ของโรงเรียนไม่ควรจำหน่ายหรือบริการเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม นมเปรี้ยว โยเกิร์ตปรุงแต่งรสต่าง ๆ นมปรุงแต่งรส ไมโล โอวัลติน เพราะมีน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคอ้วนและฟันผุ⁽³⁹⁾ - โครงการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ (2545) โรงเรียนที่ร่วมโครงการไม่ควรมีการจัด จำหน่าย หรือบริการอาหาร/ อาหารว่าง/ ขนม ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ และมีรสหวานจัด เค็มจัด และมันจัด (เช่น ขนมถุง ท็อปปี้ ขนมกรุบกรอบ อาหารทอดน้ำมันซ้ำ น้ำอัดลม)⁽⁵⁹⁾
	15	กำหนดมาตรการควบคุมร้านค้าจำหน่ายอาหาร (รวมถึงเครื่องจำหน่ายอาหารอัตโนมัติ) รอบโรงเรียนให้จำหน่ายอาหารที่มีความปลอดภัย มีคุณภาพ และมีสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสม ^(1,15)	<ul style="list-style-type: none"> - ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรการและแนวทางการสร้างเสริมความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกใช้บริการทางทันตกรรม พ.ศ. 2563 สถานศึกษาควรสร้างความรู้ความเข้าใจกับร้านค้าบริเวณรอบโรงเรียน เพื่อขอความร่วมมือในการหลีกเลี่ยงการจำหน่ายและการจัดให้บริโภค เครื่องดื่มรสหวานที่มีน้ำตาลสูง (น้ำตาลเกินกว่าร้อยละ 5) ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ
1.4 การควบคุมการตลาดและโฆษณาสินค้าอาหาร	16	กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด โดยเฉพาะจากกลุ่มอาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันอิ่มตัว โซเดียม และน้ำตาลในปริมาณสูงในพื้นที่โรงเรียน ^(1,15,17-19)	ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรการและแนวทางการสร้างเสริมความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกใช้บริการทางทันตกรรม พ.ศ. 2563 สถานศึกษาควรห้ามกิจกรรมส่งเสริมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มทุกประเภทในพื้นที่โรงเรียน
	17	กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาแฝงในสื่อของโรงเรียนต่างๆ ไม่ว่าจะบนสื่อการสอน อุปกรณ์การเรียน การโฆษณาในหนังสือเรียนประจำปี และหนังสือพิมพ์ ไปสเตอร์ในโรงเรียน อุปกรณ์กีฬา สนามกีฬา หรือกิจกรรมของโรงเรียนต่างๆ การแลกเปลี่ยนนักเรียน หรือกิจกรรมการแข่งขันระหว่างโรงเรียน เป็นต้น ⁽¹⁾	ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรการและแนวทางการสร้างเสริมความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากและการเลือกใช้บริการทางทันตกรรม พ.ศ. 2563 สถานศึกษาควรห้ามกิจกรรมส่งเสริมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มทุกประเภทในพื้นที่โรงเรียน

ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
	18	กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาและการตลาด โดยเฉพาะกลุ่มอาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันอิ่มตัว โซเดียม และน้ำตาลในปริมาณสูงในพื้นที่รอบโรงเรียน ^(15,17)	(ไม่พบมาตรการ)
	19	กำหนดมาตรการควบคุมการโฆษณาแฝงในบริเวณรอบโรงเรียน ⁽¹⁾	(ไม่พบมาตรการ)

2. มิติด้านอาหารและโภชนาการ

	20	กำหนดหลักสูตรการศึกษาเรื่องหลักสิทธิมนุษยชนของเด็กและองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ ^(1,15,16,18)	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการจัดการอาหารกลางวันนักเรียนตามมาตรฐานโภชนาการ สุขาภิบาลอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา (2558) แนะนำแนวทางการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการด้านอาหารและโภชนาการกับ 8 สาระการเรียนรู้ ได้แก่ (1) ภาษาไทย (สามารถอ่าน สะกด หรือออกเสียง) (2) สุขศึกษาและพลศึกษา (แสดงออกท่าทางและ exercises ออกกำลังกาย) (3) การงานอาชีพ (พัฒนาทักษะพื้นฐานทางอาชีพ) (4) สังคมและวัฒนธรรม (ความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงเชิงสังคม) (5) วิทยาศาสตร์ (การคิดจำแนก แยกแยะหมู่อาหาร) (6) คณิตศาสตร์ (การคำนวณ) (7) ภาษาต่างประเทศ (การเรียนรู้เบื้องต้น ภาษาถิ่น หรือ ภาษาอื่น) (8) ศิลปะการแสดง (การสร้างสรรค์และฝึกแสดงออก)⁽³⁹⁾ - โครงการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ (2545) โรงเรียนที่ร่วมโครงการควรสนับสนุนให้นักเรียนได้รับการฝึกทักษะ ได้แก่ การเลือกอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การไม่รับประทานอาหารที่มีสารอันตราย การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด และบุหรี่⁽⁵⁹⁾
	21	กำหนดหลักสูตรการศึกษาเพื่อส่งเสริมความรู้เท่าทันสื่อและการตลาดของกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพแก่เด็กนักเรียน ⁽¹⁾	(ไม่พบมาตรการ)
	22	ส่งเสริมให้โรงเรียนเป็นฐานกระจายองค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการแก่ชุมชนและคนในสังคม ⁽¹⁶⁾	โครงการเด็กไทยแก้มใส (2557) สนับสนุนให้จัดอบรมเรื่องการบริหารจัดการอาหาร โภชนาการ และสุขภาพ ที่ครอบคลุมบุคลากรในโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ ได้แก่ ผู้บริหาร ครู แม่ครัว ผู้ประกอบอาหาร แกนนำนักเรียน ผู้ปกครอง รวมถึงแกนนำชุมชน
	23	ส่งเสริมสนับสนุนให้ครูมีความรู้และทักษะที่จำเป็นด้านอาหารและโภชนาการเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่นักเรียน ⁽¹⁾	- โครงการเด็กไทยแก้มใส (2557) กำหนดแนวทางในการจัดอบรมครูและบุคลากรในโรงเรียนที่ร่วมโครงการครอบคลุม 8 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การเกษตรในโรงเรียน, สหกรณ์นักเรียน, การจัดบริการอาหารของโรงเรียน การติดตามภาวะโภชนาการ, การพัฒนาสุขนิสัยของนักเรียน, การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ, การจัดการบริการสุขภาพในโรงเรียน, การจัดการเรียนรู้เกษตร โภชนาการ และสุขภาพอนามัย



ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์กรประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
			<ul style="list-style-type: none"> - โครงการพัฒนาระบบและกลไก เพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย (2552) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะของ อปท. โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก บ้านรับเลี้ยงและชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายในการพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการสมวัยของทารก เด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียน⁽³⁷⁾
	24	ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะด้านอาหารและโภชนาการเพื่อดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ^(1,20)	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการเด็กไทยแก้มใส (2557) กำหนดแนวทางในการจัดอบรมครูและบุคลากรในโรงเรียนที่ร่วมโครงการครอบคลุม 8 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การเกษตรในโรงเรียน, สหกรณ์นักเรียน, การจัดบริการอาหารของโรงเรียน การติดตามภาวะโภชนาการ, การพัฒนาสุขนิสัยของนักเรียน, การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ, การจัดการสุขภาพในโรงเรียน, การจัดการเรียนรู้เกษตร โภชนาการ และสุขภาพอนามัย - โครงการพัฒนาระบบและกลไก เพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย (2552) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะของ อปท. โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก บ้านรับเลี้ยงและชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายในการพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการสมวัยของทารก เด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียน⁽³⁷⁾ - โครงการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ (2545) โรงเรียนที่ร่วมโครงการควรจัดให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย การส่งเสริมโภชนาการ นันทนาการ⁽⁵⁹⁾
	25	ส่งเสริมสนับสนุนให้โรงเรียนพัฒนาบุคลากรให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ⁽¹⁸⁾	โครงการพัฒนาระบบและกลไก เพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย (2552) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพและสมรรถนะของ อปท. โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก บ้านรับเลี้ยงและชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายในการพัฒนาพฤติกรรมโภชนาการที่พึงประสงค์ เพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการสมวัยของทารก เด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียน ⁽³⁷⁾

3. มิติห่วงโซ่การจัดซื้อและคุณค่าแบบองค์รวม

	26	ส่งเสริม สนับสนุนการทำเกษตรและผลิตอาหาร ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน เพื่อเสริมโภชนาการเด็กนักเรียน ⁽²¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการเงินทุนหมุนเวียนส่งเสริมผลผลิตเพื่อโครงการอาหารกลางวัน ภายใต้พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 สนับสนุนงบประมาณเงินดอกผลจากกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา สำหรับดำเนินการส่งเสริมผลผลิตการเกษตรเพื่อโครงการอาหารกลางวัน คุณสมบัติโรงเรียน เช่น ตั้งอยู่ในถิ่นทุรกันดาร, นักเรียนมีภาวะทุพโภชนาการ (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์) เกินร้อยละ 10, โรงเรียนไม่สามารถจัดอาหารกลางวันที่มีคุณภาพและปริมาณที่เพียงพอให้นักเรียนได้ทุกคน
--	----	--	---

ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
			<ul style="list-style-type: none"> - โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน (2523) สนับสนุนงบประมาณเพื่อให้โรงเรียน 1) ส่งเสริมการผลิตอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในโรงเรียน 2) ส่งเสริมการถนอมอาหารที่มีเหลือใช้ เพื่อเก็บไว้ใช้ในฤดูขาดแคลน 3) ประกอบอาหารกลางวันและอาหารเสริมที่มีคุณค่า และถูกสุขลักษณะ รวมทั้งการตรวจสุขภาพ และปรับปรุงภาวะโภชนาการ 4) จัดการเรียนการสอนเรื่องการเกษตรและโภชนาการในโรงเรียนให้สอดคล้องกับกิจกรรมของโครงการ และ 5) ขยายผลสู่ชุมชน ซึ่งมีโรงเรียนเป็นต้นแบบ โดยเด็กนักเรียนและผู้ปกครอง นำองค์ความรู้จากโรงเรียนไปปฏิบัติที่บ้าน^(35,36) - โครงการเด็กไทยแก้มใส (2557) วางแนวปฏิบัติในการทำการเกษตรในโรงเรียนสำหรับโรงเรียนที่ร่วมโครงการ เช่น การทำเกษตรทฤษฎีใหม่ แนวทางการจัดการพืชผักและไม้ผล การจัดการการผลิตพืชผักอายุสั้น
	27	กำหนดมาตรการหรือส่งเสริมให้โรงเรียนจัดซื้ออาหารหรือวัตถุดิบในท้องถิ่นและสร้างการมีส่วนร่วมกับเกษตรกรรายย่อยในพื้นที่ ⁽¹⁸⁾	โครงการเด็กไทยแก้มใส (2557) ส่งเสริมให้โรงเรียนที่ร่วมโครงการมีการจัดทำรายการอาหารหมุนเวียนอย่างน้อย 1 เดือนตามมาตรฐานโภชนาการที่สอดคล้องกับผลผลิตทางการเกษตร/ปศุสัตว์/ประมงของโรงเรียนและหรือชุมชน
	28	ส่งเสริมหรือสร้างแรงจูงใจให้เกษตรกรรายย่อย และกลุ่มเกษตรกรผลิตอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยเพื่อสนับสนุนอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าโภชนาการแก่โรงเรียน ⁽¹⁸⁾	โครงการส่งเสริมการใช้สารอินทรีย์ทดแทนสารเคมีทางการเกษตร โดยส่งเสริมเกษตรกรให้ใช้สารอินทรีย์ในการเกษตรโดยจัดตั้งกลุ่มและจัดการบรรยายวิธีการใช้สารอินทรีย์ทดแทนสารเคมีทางการเกษตร การฝึกปฏิบัติในพื้นที่ อบรมถ่ายทอดความรู้การใช้ปุ๋ยเคมีให้เหมาะสมตามชนิดของดินและพืชในแต่ละพื้นที่
	29	ส่งเสริมให้โรงเรียนมีการวางแผนการจัดซื้ออาหารในโรงเรียนที่มีประสิทธิภาพและคาดการณ์ได้ เพื่อส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม กลุ่มเกษตรกร เกษตรกรรายย่อย ⁽¹⁸⁾	ระบบแนะนำสำหรับอาหารกลางวันในโรงเรียนแบบอัตโนมัติ (Thai School Lunch) (2555) เครื่องมือที่ช่วยให้โรงเรียนสามารถคำนวณปริมาณสารอาหารของวัตถุดิบการเกษตรในพื้นที่เพื่อวางแผนการจัดซื้อวัตถุดิบทางการเกษตรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ⁽⁴⁸⁾

4. มิติด้านสภาพแวดล้อมทางนโยบาย กฎหมาย และกลไกสนับสนุน

4.1 ด้านการสนับสนุนเชิงนโยบายในระดับประเทศ	30	กำหนดยุทธศาสตร์หรือบูรณาการประเด็นด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนเข้ากับยุทธศาสตร์แห่งชาติ ^(18,20)	<ul style="list-style-type: none"> - มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง โครงการส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันอิมทุกวัน วันที่ 19 ตุลาคม 2542 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้ “การส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันอิมทุกวัน” เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล ส่งผลให้มีการอุดหนุนงบประมาณอาหารกลางวันประจำทุกปี - ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. 2553-2562 การควบคุมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและสินค้าอาหารประเภทไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูงในสถานศึกษา
--	----	--	--



ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์กรประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
			<ul style="list-style-type: none"> - แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ตัวชี้วัดกรมอนามัย 1) ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) ฟันไม่ผุ (caries free) และเด็กอายุ 12 ปีมีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ 2) ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ 3) เด็กวัยเรียนกินผักต่อมื้อตามเกณฑ์ - ยุทธศาสตร์การพัฒนาเกษตรอินทรีย์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 มีเป้าหมายเพื่อให้มีการกำหนดมาตรการ/นโยบาย ให้โรงเรียน โรงเรียนพยาบาลหรือหน่วยงานของรัฐ จัดหาอาหาร/วัตถุดิบที่ผลิตจากเกษตรอินทรีย์ให้นักเรียน - กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561-2580) บูรณาการประเด็นด้านการเชื่อมโยงเกษตรกรชุมชนกับอาหารในโรงเรียน โดย 1) ส่งเสริม และสนับสนุนการเรียนรู้การทำเกษตร และผลิตอาหารในโรงเรียนและชุมชนผ่านระบบเกษตรกรประณีต (Smart Farmer) และ 2) สนับสนุนให้เกษตรกรรายย่อย และกลุ่มเกษตรกรผลิตอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยในระบบพันธสัญญากับผู้ซื้อ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล โรงเรียน
	31	จัดตั้งกองทุนหรือจัดสรรงบประมาณของประเทศในด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน โดยเฉพาะมื้ออาหารหลักและอาหารเสริมในโรงเรียน ^(18,22)	<ul style="list-style-type: none"> - มติคณะรัฐมนตรีอนุมัติโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน (25 เมษายน 2543, 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2551, 13 พฤษภาคม 2552, 2556) คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติให้จัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีทุกปีเพื่อสนับสนุนโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา เด็กก่อนประถมศึกษา และเด็กเล็กให้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณอาหารกลางวันเต็ม 100% เป็นระยะเวลา 200 วัน/ปี ในอัตรา 20 บาท/คน/วัน - มติคณะรัฐมนตรีอนุมัติโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน (25 ตุลาคม 2537 เรื่อง โครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน, 20 มกราคม 2552 เรื่อง นมโรงเรียน, 31 พฤษภาคม 2559 เรื่อง การบริหารจัดการโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน) อนุมัติโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน ปัจจุบันให้นักเรียนได้ดื่มนมตั้งแต่ระดับก่อนประถมศึกษาจนถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เป็นเวลา 260 วัน/ปี ในอัตรา 5 บาท/คน/วัน - พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 กองทุนฯ ได้สนับสนุนงบประมาณบางส่วนจากดอกผลของกองทุนฯ แก่โครงการอาหารกลางวันและโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน และยังสนับสนุนโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียนต่าง ๆ เช่น โครงการพัฒนาระบบน้ำดื่มสะอาดในโรงเรียน โครงการบ้านไกลพักนอน

ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
	32	สนับสนุนให้โรงเรียนมีนโยบายหรือโครงการเพื่อสนับสนุนการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพในโรงเรียน ^(20,22)	โครงการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ (2545) (ศธ.) กำหนดเกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 10 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบ 1 ให้ความสำคัญกับนโยบายของโรงเรียนในด้านสุขภาพ โดยกำหนดให้ 1) โรงเรียนควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน และ 2) โรงเรียนควรมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมตามสุขบัญญัติแห่งชาติ คือ การกินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตรายและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสูดฉาด
	33	สนับสนุนมาตรการสร้างการยอมรับแก่โรงเรียน (school recognition) โดยการกำหนดสถานะพิเศษหรือรางวัลแก่โรงเรียนที่ส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ⁽¹⁾	- โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (2545) (ศธ.) โครงการเปิดให้โรงเรียนทุกสังกัด ทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถเข้าร่วมโครงการได้ โดยมีการกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดของโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) นโยบายของโรงเรียน 2) การบริหารจัดการในโรงเรียน 3) โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน 4) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ดีต่อสุขภาพ 5) บริการอนามัยโรงเรียน 6) สุขศึกษาในโรงเรียน 7) โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย 8) การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ 9) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม และ 10) การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน โดยจะมีระดับในการรับรอง 4 ระดับ ได้แก่ ระดับทองแดง ระดับเงิน ระดับทอง และสูงที่สุดคือระดับเพชร ⁽⁵⁹⁾ - โครงการโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดี (2556) (ศธ.) กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน 5 ข้อ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านโภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย 3) ด้านการออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ 4) ด้านทันตสุขภาพ และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมและเครือข่าย โดยมีการมอบรางวัลโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์ และจัดสรรงบประมาณสนับสนุน และผลักดันโรงเรียนต้นแบบนักเรียนไทยสุขภาพดีให้เข้าสู่รางวัล OBEC AWARD ⁽³⁸⁾
4.2 ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของพื้นที่และชุมชน	34	กำหนดมาตรการกระจายอำนาจไปยังหน่วยงานระดับท้องถิ่นให้สามารถจัดการมื้ออาหารในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องกำหนดบทบาทของรัฐส่วนกลาง ส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ⁽¹⁵⁾	- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการงบประมาณโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน และโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียนจากกระทรวงศึกษาธิการไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - ข้อตกลงความร่วมมือในการส่งเสริมและสนับสนุนให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันอิ่มทุกวัน (ภายใต้มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง โครงการส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันอิ่มทุกวัน วันที่ 19 ตุลาคม 2542) เป็นข้อตกลงความร่วมมือในการส่งเสริมและสนับสนุนให้นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันอิ่มทุกวันระหว่างกระทรวงศึกษาธิการกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยให้กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และทุกกระทรวง ทบวงให้การสนับสนุนโดยสั่งการให้หน่วยงานในสังกัดและองค์กรในกำกับดูแลให้ความช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนแก่โรงเรียนและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงเกษตรฯ ในการดำเนินงาน



ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
	35	ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมจากชุมชน (อย่างไม่เลือกปฏิบัติ) ในการจัดมื้ออาหารหรืออาหารว่างในโรงเรียน เช่น การกำหนดเมนูอาหาร การเลือกสรรหรือจัดหาวัตถุดิบ ⁽¹⁵⁾	โครงการโรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ (2545) โรงเรียนที่ร่วมโครงการควรสนับสนุนให้โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชนอย่างเป็นระบบ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ร่วมวิเคราะห์สภาพและสาเหตุของปัญหา 2) ร่วมวางแผน 3) ร่วมดำเนินการ 4) ร่วมตรวจสอบ ทบทวน และ 5) ร่วมแก้ไขพัฒนาปรับปรุง
	36	ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการสนับสนุนกองทุนหรืองบประมาณสำหรับมื้ออาหารหรืออาหารว่างในโรงเรียน ⁽¹⁾	
	37	กำหนดให้ผู้ปกครองนักเรียน ครูผู้สอน คนในชุมชน หรือคนในพื้นที่มีส่วนร่วมเป็นกลไกการตรวจสอบการดำเนินงาน ⁽¹⁵⁾	
4.3 ด้านการติดตามและประเมินผล	38	ส่งเสริมให้โรงเรียนมีการคัดกรองภาวะโภชนาการ เช่น การวัดน้ำหนักตัวและความสูงของนักเรียนเป็นประจำ และเป็นไปตามมาตรฐาน และมีระบบการนำเสนอต่อผู้ปกครอง ⁽¹⁾	<p>ระบบจัดเก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคล (Data Management Center: DMC) (2546) ของ สพฐ. ระบบจะรวบรวมข้อมูลนักเรียนรายบุคคล ข้อมูลสถานศึกษาและข้อมูลเขตพื้นที่ โดยข้อมูลนักเรียนรายบุคคลโรงเรียนมีหน้าที่จะต้องใส่ข้อมูลส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กนักเรียนด้วย⁽⁴⁶⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระบบข้อมูลสารสนเทศทางการศึกษาท้องถิ่น (School Information System: SIS) (2554) ของ รร.อปท. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีโรงเรียนในสังกัดกรอกข้อมูลเด็กนักเรียนทุกระดับชั้นของโรงเรียนในสังกัด โดยโรงเรียนมีหน้าที่จะต้องใส่ข้อมูลส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กนักเรียน⁽⁴⁷⁾ - ระบบสารสนเทศสถานศึกษาเอกชนและการบริหารจัดการเงินอุดหนุน (PSIS) (2555) ของ รร.เอกชน โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนมีหน้าที่กรอกข้อมูลส่วนสูงและน้ำหนักของเด็กนักเรียนในระบบ PSIS - โปรแกรม INMU-ThaiGrowth โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการคำนวณภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนได้อย่างแม่นยำ
	39	ส่งเสริมให้โรงเรียนมีผู้เชี่ยวชาญในการวิจัย ติดตาม และประเมินผลภาวะโภชนาการ ⁽¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - หนังสือที่ มท 0816.2/ว2747 ลงวันที่ 4 กันยายน 2561 เรื่อง แนวทางการกำหนดให้มีตำแหน่ง “นักโภชนาการ” เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการของเด็ก เยาวชน และประชาชนในท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้วางแนวทางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดจ้าง “นักโภชนาการ” ประจำท้องถิ่นเพื่อทำหน้าที่ดูแลคุณค่าด้านโภชนาการของเด็ก เยาวชน และประชาชนในท้องถิ่น รวมถึงบุคคลที่ต้องดูแลด้านโภชนาการเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน และให้ทำหน้าที่เผยแพร่ความรู้ทางโภชนาการให้แก่ชุมชนท้องถิ่น⁽⁴⁹⁾

ภาคผนวก ก ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนจากองค์การระหว่างประเทศและการดำเนินงานของประเทศไทย (ต่อ)

องค์ประกอบ*	ที่	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากองค์การระหว่างประเทศ	นโยบายและมาตรการของประเทศไทย
	40	สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนผลลัพธ์ของภาวะโภชนาการนักเรียนในโรงเรียนไปยังบริการสุขภาพของโรงเรียนอื่น ๆ และบริการสุขภาพของชุมชน ⁽¹⁾	KidDiary application โดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ (เนคเทค) ร่วมกับกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่อมไร้ท่อ พัฒนาการ และโภชนาการ เป็นแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์ที่จัดทำขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองสามารถติดตาม เฝ้าระวัง กำหนดการฉีดวัคซีนตามเกณฑ์พร้อมทั้งคัดกรองการเจริญเติบโต และพัฒนาการของลูกตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 18 ปี โดยโปรแกรมสามารถแจ้งเตือนเมื่อพบเด็กที่มีความเสี่ยงเพื่อให้เด็กได้มีโอกาสพบแพทย์ และรับการประเมินพร้อมรับทราบแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมรอบด้านตามวัย ซึ่งข้อมูลที่บันทึกและแสดงในโปรแกรมนี้อาจช่วยให้ แพทย์สามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว และแม่นยำยิ่งขึ้น ปัจจุบันมีการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลโปรแกรม Thai school lunch และโรงพยาบาล
	41	กำหนดมาตรการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อน (COI) ในการจัดการอาหารและโภชนาการในโรงเรียนอย่างเข้มแข็ง ⁽¹⁸⁾	(ไม่พบมาตรการ)
	42	กำหนดกฎระเบียบเพื่อสร้างกลไกการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งในระดับส่วนกลาง รวมถึงหน่วยงานในระดับพื้นที่ โดยกำหนดให้มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและต้องดำเนินการอย่างโปร่งใส ⁽¹⁵⁾	<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ที่ 2/2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนมีการแต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สสส. นักวิชาการ และภาคประชาสังคมต่าง ๆ - หนังสือที่ มท 0816.2/ว3545 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2561 เรื่อง การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวัน กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดทำแบบติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานโครงการอาหารกลางวันและสั่งการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานติดตามประเมินการดำเนินงานด้านอาหารกลางวันในโรงเรียนทั้งในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและนอกสังกัด โดยมีสำนักงานผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นผู้กลั่นกรองและรวบรวม⁽⁵⁰⁾

หมายเหตุ: *FAO School Food and Nutrition Framework (FAO, 2019)⁽²⁾

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามมาตรา 40: กรณีการเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้เมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

สายชล คล้อยเอี่ยม*[†]

พิสิฐ ศรีรัตนวงศ์[†]

ณภูมิ สุวรรณภูมิ[†]

ผู้รับผิดชอบบทความ: สายชล คล้อยเอี่ยม

บทคัดย่อ

การศึกษาโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม 3-5 เดือน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของสำนักงานประกันสังคม ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2562 จำนวน 53,556 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) การศึกษาพบว่า เพศ รายได้ และทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน ไม่สัมพันธ์กับการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย แต่อายุ อาชีพ และช่องทางการขึ้นทะเบียน สัมพันธ์กับการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม 3-5 เดือน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ประกันตนในช่วงอายุ 25-34 ปี ผู้ประกันตนที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริการ และผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร และผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนผ่านแกนนำ มีโอกาสไม่เกิดสิทธิ มากกว่าผู้ประกันตนกลุ่มอื่นๆ ผลการศึกษานี้ช่วยชี้กลุ่มเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่เน้นถึงผลดีและผลเสียของการส่งเงินสมทบต่อเนื่องต่อการรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย และเพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการพัฒนาศักยภาพและสร้างแรงจูงใจให้กับเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 ในการกำกับ ติดตาม และให้ความช่วยเหลือผู้ประกันตนตามมาตรา 40 อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้ประกันตนตามมาตรา 40, แรงงานนอกระบบ, ประกันสังคม, การเกิดสิทธิ, กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

* สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

[†] กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

Received 8 April 2021; Revised 1 November 2021; Accepted 7 June 2022

Suggested citation: Kloyiam S, Srirattanawong P, Suwannapoom N. Factors associated with contribution payment among insured workers under Social Security Act's Article 40: the case of sickness benefit. Journal of Health Systems Research 2022;16(2):249-65.

สายชล คล้อยเอี่ยม, พิสิฐ ศรีรัตนวงศ์, ณภูมิ สุวรรณภูมิ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามมาตรา 40: กรณีการเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้เมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2565;16(2):249-65.



Factors Associated with Contribution Payment among Insured Workers under Social Security Act's Article 40: the Case of Sickness Benefit

Saichon Kloyiam^{*,†}, Phisit Srirattanawong[†], Napoom Suwannapoom[†]

^{*} Office of Expert Committee, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand

[†] Social Security Office, Ministry of Labour, Thailand

Corresponding author: Saichon Kloyiam, saichon.k@anamai.mail.go.th

Abstract

This analytical observational study aimed to investigate relationships between factors and contribution payments for the sickness benefit among insured workers under the Social Security Act's Article 40 who had been registered for 3–5 months on December 31, 2019. The data used for the analysis came from 53,556 insured workers who registered with Article 40 between August – September 2019. Descriptive statistics and binary logistic regression were used to describe the overall data and investigate the relationships among the studied factors.

The analysis showed that age, occupation and registration channels were significantly associated with the contribution payments to fulfill the sickness benefit, while sex, income, contribution amount and benefit options were not. Those aged 25–34 years, in service works, working in machinery factories, and registration channel through a community based - social security agent had an increased chance of losing the sickness benefit compared to their counterparts. These results suggest strategic targeting the insured workers under Article 40 to ensure access to continuous sickness benefit of the social security system.

Keywords: insured workers under Article 40, informal employment, social security, benefit eligibility, sickness benefit

ภูมิหลังและเหตุผล

แรงงานนอกระบบหมายถึงผู้ที่ไม่ได้เป็นลูกจ้างที่รับค่าจ้างจากนายจ้าง แต่ไม่รวมถึงลูกจ้าง ซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย หรือสิ้นสุดการเป็นลูกจ้างมาแล้วเกิน 6 เดือน แต่ต้องการได้รับความคุ้มครองจากภาครัฐ สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้⁽¹⁾ จากฐานข้อมูลสำนักงานประกันสังคม ณ เดือนสิงหาคม 2564 พบว่า มีแรงงานนอกระบบที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนจำนวน 3.6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 22 ของจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมทั้งหมด (16.6 ล้านคน) ส่วนแนวโน้มของจำนวนแรงงานนอกระบบที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ระหว่างปี พ.ศ. 2561–2563 พบว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 รายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 675,010

คน หรือคิดเป็นร้อยละ 23.82 ของจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในปี พ.ศ. 2561⁽²⁾

ทั้งนี้ การส่งเงินสมทบต่อเนื่องตามเงื่อนไขเวลาที่กำหนดเป็นเงื่อนไขสำคัญในการได้รับความคุ้มครองและประโยชน์ทดแทนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533⁽¹⁾ จากข้อมูลจำนวนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ส่งเงินสมทบในแต่ละเดือนระหว่างปี พ.ศ. 2561–2563 พบผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จำนวนประมาณ 3 ใน 10 คน เท่านั้นที่ส่งเงินสมทบในแต่ละเดือน⁽²⁾

ด้วยความตระหนักและเห็นความสำคัญของการขยายความคุ้มครองไปสู่แรงงานนอกระบบ ดังนั้น ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 สำนักงานประกันสังคมจึงได้ใช้กลยุทธ์เครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 ในการค้นหาและเชิญชวนแรงงานนอกระบบเข้าสู่ระบบโดยขึ้นทะเบียน

เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ผ่านเครือข่ายประกันสังคม หรืออาศัยแกนนำในการค้นหา โดยมีค่าตอบแทนให้แก่แกนนำผู้ที่เชิญชวนให้แรงงานนอกระบบขึ้นทะเบียนจำนวน 13 บาทต่อราย ซึ่งเป็นการเสริมกำลังให้กับเจ้าหน้าที่ประกันสังคมในสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ เนื่องจากแรงงานนอกระบบจำนวนหนึ่งมองว่าจำนวนเจ้าหน้าที่ประกันสังคมที่ลงพื้นที่มาให้ข้อมูลและรับขึ้นทะเบียนมีไม่เพียงพอที่จะให้บริการ⁽³⁾

การส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่องหรือไม่ตรงตามเงื่อนไขเวลาของแต่ละประโยชน์ทดแทน จะส่งผลให้ไม่เกิดสิทธิตามกฎหมาย ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ไม่สามารถรับประโยชน์ทดแทนเมื่อถึงเวลาจำเป็นได้ การศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพค้าขายข้างถนนในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ)⁽⁴⁾ พบว่า ในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 96 ร้านค้า ร้อยละ 89 ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าอาชีพของตนเองมีความเสี่ยง ทั้งความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ และความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และร้อยละ 20 มีโรคประจำตัว ทำให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ประกอบอาชีพค้าขายอาจมีโอกาสได้รับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยมากที่สุด เมื่อเทียบกับประโยชน์ทดแทนกรณีอื่นๆ ทั้งนี้ จากการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2563 แรงงานนอกระบบอาชีพต่างๆ มีความเปราะบางต่อการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานมากกว่าแรงงานในระบบ⁽⁵⁾

การที่แรงงานไม่ส่งเงินสมทบตามเงื่อนไขเพื่อให้เกิดสิทธิตามกฎหมาย นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ประกันตนตามมาตรา 40 โดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของกองทุนประกันสังคมและคุณภาพของบริการและสวัสดิการที่ผู้ประกันตนจะได้รับอีกด้วย⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มความถี่ของการส่งเงินสมทบในผู้ประกันตนที่เป็นแรงงานนอกระบบยังคงเป็นปัญหาที่ยากต่อการแก้ไข อันเนื่องมาจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ความไม่แน่นอน

ทางรายได้ที่แรงงานนอกระบบส่วนหนึ่งมีรายได้ตามฤดูกาล การโยกย้ายหรือเปลี่ยนอาชีพ และข้อจำกัดในการตรวจสอบและควบคุมการขึ้นทะเบียนแรงงานนอกระบบ⁽⁶⁾

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสมัครเป็นผู้ประกันตนและต่ออายุสมาชิกในระบบประกันสังคม ประกอบด้วยเพศ ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ รายได้ สถานะสุขภาพ สิทธิประโยชน์และคุณภาพในการบริการ ความรู้และความเข้าใจต่อสิทธิประโยชน์และระบบหลักประกัน ความเชื่อมั่นในระบบหลักประกันสุขภาพและความสามัคคีของคนในชุมชน ปัจจัยข้างต้นช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้พัฒนาสิทธิประโยชน์กำหนดระบบหลักประกันสุขภาพ รูปแบบสวัสดิการ และการอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อให้แรงงานนอกระบบเข้ามาขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนในระบบหลักประกันสุขภาพหรือประกันสังคมอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับข้อจำกัดของแรงงานนอกระบบ⁽⁷⁻¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาที่จำกัดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนที่เข้ามาในระบบแล้ว การทราบปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จะช่วยให้การออกแบบกลยุทธ์เพื่อสร้างแรงจูงใจหรือพัฒนาช่องทางการให้ความช่วยเหลือมีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น และช่วยเพิ่มอัตราการส่งเงินสมทบและโอกาสการเกิดสิทธิอันพึงได้รับมากขึ้นด้วย

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ซึ่งผลการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบถึงปัจจัยที่มีนัยสำคัญต่อการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิ เพื่อนำไปใช้พัฒนารูปแบบการอำนวยความสะดวก การสื่อสาร และปรับสวัสดิการที่มีแรงจูงใจมากพอที่จะกระตุ้นให้ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ส่งเงินสมทบต่อเนื่องจนเกิดสิทธิและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิตามเงื่อนไขของประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมตามมาตรา 40

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยการสังเกตเชิงวิเคราะห์ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคมปี พ.ศ. 2562

ข้อมูล

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในการศึกษานี้มาจากฐานข้อมูลผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2562 เป็นกลุ่มที่มีอายุการเป็นผู้ประกันตน 3-5 เดือน ณ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 53,556 คน เหตุผลที่คัดเลือกเฉพาะกลุ่มผู้ประกันตนกลุ่มนี้เพราะต้องการลดผลกระทบของอคติที่เกิดจากการคัดเลือกตัวอย่าง (selection bias) โดยทำให้ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนเข้ามาในระบบมีความเท่าเทียมกัน ในทางเลือกช่องทางการขึ้นทะเบียน ทางเลือกจำนวนเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน ทางเลือกช่องทางการส่งเงินสมทบ และโอกาสการเกิดสิทธิประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ผู้ที่ขึ้นทะเบียนไม่ถึง 3 เดือนมีโอกาสเกิดสิทธิน้อยกว่าคนที่ขึ้นทะเบียนแล้ว 3-5 เดือน ส่วนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนเกิน 5 เดือนมีโอกาสขึ้นทะเบียนผ่านช่องทางที่จำกัดกว่า เนื่องจากการขึ้นทะเบียนผ่านอินเทอร์เน็ตเปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2562 (ทางเลือก 1 ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ 70 บาท/เดือน) การขึ้นทะเบียนผ่านเครือข่ายประกันสังคมตามมาตรา 40 ได้ประชาสัมพันธ์ในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อีกทั้ง มีการปรับอัตราเงินบำนาญชราภาพ ประจำปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 2.8

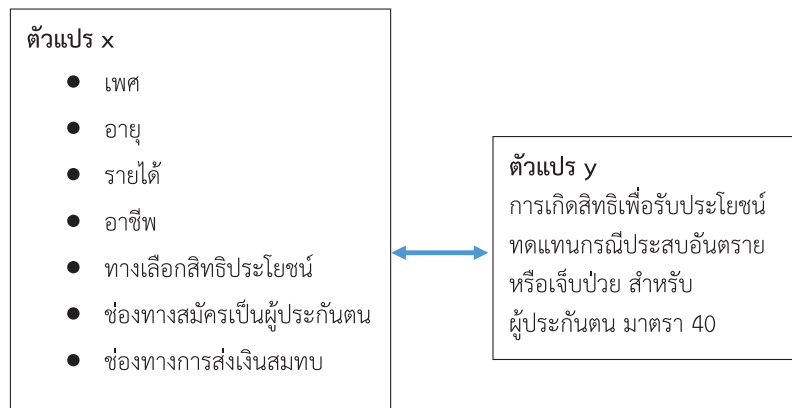
สำหรับผู้ประกันตนทางเลือก 2 (ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ 100 บาท/เดือน) และ 3 (ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ 300 บาท/เดือน) เมื่อวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 นอกจากนี้ ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ยังสามารถเปลี่ยนทางเลือกจำนวนเงินสมทบและประโยชน์ทดแทนได้ปีละ 1 ครั้ง

ในช่วงเวลาหลังเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 สำนักงานประกันสังคมไม่ได้เปลี่ยนแปลงช่องทางการขึ้นทะเบียนทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน และช่องทางการส่งเงินสมทบ จนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2562 และในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

ด้วยเหตุดังกล่าว ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2562 จึงเหมาะสมที่สุดเมื่อพิจารณาโอกาสการรับรู้ช่องทางการขึ้นทะเบียนที่เพิ่มเข้ามา ทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน และโอกาสการเกิดสิทธิ ดังนั้น การศึกษานี้จึงจำกัดขอบเขตเพียงการเกิดสิทธิเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของผู้ประกันตนที่มีอายุการเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ระหว่าง 3-5 เดือน ที่ขึ้นทะเบียนในช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน ในปี พ.ศ. 2562

กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษานี้คัดเลือกตัวแปรที่ส่งผลต่อการตัดสินใจขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมภาคสมัครใจจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ สายชล และคณะ (2564)⁽¹⁷⁾ และมีข้อมูลอยู่ในทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของสำนักงานประกันสังคม ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2562 ตัวแปรที่น่ามาศึกษาประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ อาชีพ ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยเพิ่มทางเลือกสิทธิประโยชน์ ช่องทางสมัครเป็นผู้ประกันตน และช่องทางการส่งเงินสมทบ ซึ่งเป็นข้อมูลที่อยู่ในทะเบียนผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของสำนักงานประกันสังคม เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับการเกิดสิทธิเพื่อขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ตารางที่ 1 สรุปลักษณะตัวแปรและการวัดที่ใช้ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	คำนิยาม	การวัด
ผลลัพธ์ที่ศึกษา (ตัวแปร y)		
การเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยสำหรับผู้ประกันตนตามมาตรา 40	จำนวนเดือนที่ส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ตามเงื่อนไขการเกิดสิทธิ โดยต้องส่งเงินสมทบ 3 ใน 4 เดือนก่อนประสบเหตุระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2562	ส่งเงินสมทบน้อยกว่า 3 เดือน = 1 ส่งเงินสมทบ 3 เดือนขึ้นไป = 0
ปัจจัยที่นำมาอธิบาย (ตัวแปร x)		
1. เพศ	เพศของผู้ประกันตน	ชาย, หญิง
2. อายุ	อายุของผู้ประกันตน โดยคำนวณจาก 2562 - พ.ศ. ที่เกิด	กลุ่มอายุ 15-24 ปี, 25-34 ปี, 35-44 ปี, 45-54 ปี, 55 ปี ขึ้นไป
3. รายได้	รายได้ต่อเดือนของผู้ประกันตน ณ ช่วงเวลาขึ้นทะเบียน	<1,000 บาท, 1,000-3,000 บาท, 3,001-6,000 บาท, >6,000 บาท
4. อาชีพ	อาชีพที่ผู้ประกันตนแจ้ง ณ ช่วงเวลาขึ้นทะเบียน	ผู้บัญญัติกฎหมายและผู้จัดการ, วิชาชีพด้านเทคนิคและมีมือ, ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร, พนักงานบริการ, ด้านการเกษตรและประมง, อาชีพพื้นฐานต่าง ๆ
5. ช่องทางขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน	ช่องทางที่ผู้ประกันตนสมัครเป็นผู้ประกันตน	สำนักงานประกันสังคมในพื้นที่, อินเทอร์เน็ต, เครือข่ายประกันสังคม ตามมาตรา 40 (แกนนำ), แคนเตอร์เซอร์วิส
6. ทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน	จำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนต้องส่งในแต่ละเดือนและสิทธิประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนต้องการได้รับความคุ้มครอง	ทางเลือก 1, ทางเลือก 2, ทางเลือก 3
7. ช่องทางการส่งเงินสมทบ	ช่องทางการส่งเงินสมทบของผู้ประกันตนประกันสังคมในพื้นที่	แคนเตอร์เซอร์วิส, ไปรษณีย์, สำนักงาน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

อ้างอิงสูตรการคำนวณจาก Bujang et al. (2018)⁽¹⁸⁾ ที่ใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x หลายตัวและตัวแปร y จำนวน 1 ตัวในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก โดยคำนึงถึงจำนวนตัวแปร x ที่นำเข้ามาศึกษา มีสูตรการคำนวณดังนี้

$$n = 100 + 50i$$

โดย n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

i = จำนวนตัวแปรที่นำมาศึกษา

ซึ่งการศึกษานี้มี 7 ตัวแปร ทำให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอในการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y อยู่ที่

$$\begin{aligned} \text{จำนวนตัวอย่าง} &= 100 + (50 \times 7) \\ &= 100 + 350 \\ &= 450 \text{ คน} \end{aligned}$$

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x และตัวแปร y ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression) โดยเริ่มจากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร (univariate analysis) ด้วยสถิติไคสแควร์ ตัวแปร x ที่สัมพันธ์กับการเกิดสัทธิที่ระดับนัยสำคัญ $p = 0.25$ ⁽¹⁹⁾ ถูกนำเข้าวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปร x อื่น ๆ (multivariate analysis) ด้วยวิธีนำตัวแปรเข้าวิเคราะห์พร้อมกันทั้งหมด (enter regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.05$ ทั้งนี้ ก่อนนำเข้าวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ ได้ทดสอบสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x (collinearity) โดยพิจารณาค่า Cramer's V ⁽²⁰⁾ ตัวแปร x ทุกตัวที่นำเข้าวิเคราะห์มีความสัมพันธ์ระหว่างกันระดับปานกลางถึงน้อย (Cramer's $V < 0.15$)⁽²¹⁾ เมื่อมีตัวแปร x ที่สัมพันธ์กันระดับสูง ผู้วิจัยจะเลือกตัวแปร x ที่มีระดับความสัมพันธ์ที่สูงกว่าในการ

เกิดสัทธิเข้าวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรอื่น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน พ.ศ. 2562 ผู้ประกันตนส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 52.62) มีอายุอยู่ในช่วง 45–54 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.28) เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักรมากที่สุด (ร้อยละ 39.09) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,001–6,000 บาท (ร้อยละ 50.56) ส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนผ่านสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ (ร้อยละ 86.89) เลือกส่งเงินสมทบและประโยชน์ทดแทนทางเลือก 2 (ร้อยละ 62.37) และส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ (ร้อยละ 99.86)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปร

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการเกิดสัทธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพ ช่องทางการขึ้นทะเบียน และทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน ส่วนช่องทางการส่งเงินสมทบนั้น ไม่ได้นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เนื่องจากผู้ประกันตนในกลุ่มตัวอย่างส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมในพื้นที่เกือบทุกคน

ทั้งนี้ การทดสอบสหสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรของอายุ อาชีพ ช่องทางการขึ้นทะเบียน และทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน พบว่า มีเพียงอาชีพที่สัมพันธ์กับทางเลือกฯ ในระดับสูง (Cramer's $V = 0.152$) จึงได้ตัดทางเลือกฯ ออกจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลายตัวแปรและคงตัวแปรอาชีพไว้ เนื่องจากทางเลือกฯ มีระดับความสัมพันธ์กับการเกิดสัทธิ น้อยกว่าอาชีพ (Cramer's $V = 0.025$ กับ 0.042 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ประกันตนที่ศึกษา (N = 53,556)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	28,206	52.67
ชาย	25,350	47.33
กลุ่มอายุ		
15-24 ปี	4,453	8.31
25-34 ปี	6,936	12.95
35-44 ปี	9,925	18.53
45-54 ปี	16,751	31.28
55 ปี ขึ้นไป	15,491	28.92
อาชีพ		
ผู้บัญญัติกฎหมายและผู้จัดการ	12,669	23.66
วิชาชีพด้านเทคนิคและฝีมือ	757	1.41
ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร	20,933	39.09
พนักงานบริการ	4,229	7.90
ด้านการเกษตรและประมง	7,990	14.92
อาชีพพื้นฐานต่าง ๆ	6,978	13.03
ระดับรายได้		
ไม่ระบุรายได้	9,460	17.66
น้อยกว่า 1,000 บาท	1,172	2.19
1,000-3,000 บาท	11,366	21.22
3,001-6,000 บาท	27,076	50.56
มากกว่า 6,000 บาท	4,482	8.37
ช่องทางการขึ้นทะเบียน		
แกนนำ	2,120	3.96
เคาน์เตอร์เซอร์วิส	1,659	3.10
อินเทอร์เน็ต	3,243	6.06
สำนักงานประกันสังคม	46,534	86.89
ทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน		
ทางเลือก 1	2,677	5.00
ทางเลือก 2	33,401	62.37
ทางเลือก 3	17,478	32.63
ช่องทางการส่งเงินสมทบ		
เคาน์เตอร์เซอร์วิส	1	0.00
ไปรษณีย์	75	0.14
สำนักงานประกันสังคม	53,480	99.86

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสองตัวแปรด้วยการทดสอบสถิติไคสแควร์

ลักษณะ	เกิดสถิติ		ไม่เกิดสถิติ		Cramer's V	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.001	0.780
หญิง	24,654	87.41	3,552	12.59		
ชาย	22,178	87.49	3,172	12.51		
กลุ่มอายุ					0.012	0.115
15-24 ปี	3,877	87.06	576	12.94		
25-34 ปี	6,019	86.78	917	13.22		
35-44 ปี	8,684	87.50	1,241	12.50		
45-54 ปี	14,626	87.31	2,125	12.69		
55 ปี ขึ้นไป	13,626	87.96	1,865	12.04		
อาชีพ					0.042	0.000
ผู้บัญญัติกฎหมายและผู้จัดการ	11,192	88.34	1,477	11.66		
วิชาชีพด้านเทคนิคและฝีมือ	656	86.66	101	13.34		
ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร	18,083	86.39	2,850	13.61		
พนักงานบริการ	3,598	85.08	631	14.92		
ด้านการเกษตรและประมง	7,172	89.76	818	10.24		
อาชีพพื้นฐานต่าง ๆ	6,131	87.86	847	12.14		
ระดับรายได้					0.010	0.252
น้อยกว่า 1,000 บาท	1,038	88.57	134	11.43		
1,000-3,000 บาท	9,885	86.97	1,481	13.03		
3,001-6,000 บาท	23,691	87.50	3,385	12.50		
มากกว่า 6,000 บาท	3,933	87.75	549	12.25		
ช่องทางการขึ้นทะเบียน					0.356	0.000
แกนนำ	651	30.71	1,469	69.29		
เคาน์เตอร์เซอร์วิส	1,334	80.41	325	19.59		
อินเทอร์เน็ต	2,670	82.33	573	17.67		
สำนักงานประกันสังคม	42,177	90.64	4,357	9.36		
ทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทน					0.025	0.000
ทางเลือก 1	2,357	88.05	320	11.95		
ทางเลือก 2	29,403	88.03	3,998	11.97		
ทางเลือก 3	15,072	86.23	2,406	13.77		

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลายตัวแปร

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดสิทธิโดยนำอายุ อาชีพ และช่องทางการขึ้นทะเบียนเข้าวิเคราะห์พร้อมกันด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression)

เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ พบว่า อายุ อาชีพ และช่องทางการขึ้นทะเบียนมีความสัมพันธ์กับการเกิดสิทธิในกลุ่มผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนได้ 3-5 เดือน

ผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 ในช่วงอายุ 24-34 ปี มีโอกาสไม่เกิดสิทธิมากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 55 ปี ขึ้นไป (aOR = 1.105, 95%CI = 1.009-1.210) ขณะที่ผู้ประกันตนที่อยู่ในช่วงอายุอื่นๆ มีโอกาสไม่เกิดสิทธิใกล้เคียงกัน

ในส่วนของอาชีพของผู้ประกันตน พบว่า เมื่อเทียบกับผู้ประกันตนที่ประกอบอาชีพพื้นฐานต่างๆ ผู้ประกันตนที่เป็นพนักงานบริการมีแนวโน้มไม่เกิดสิทธิมากที่สุด

โดยมีโอกาสน่าเกิดสิทธิ 1.27 เท่า (aOR = 1.27, 95%CI = 1.128-1.431) รองลงมาคือผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร โดยมีโอกาสน่าเกิดสิทธิ 1.154 เท่า (aOR = 1.154, 95%CI = 1.057-1.260) ส่วนผู้ประกันตนที่ประกอบอาชีพในภาคการเกษตรและประมง พบว่ามีโอกาสไม่เกิดสิทธิ น้อยกว่าผู้ประกันตนที่ประกอบอาชีพพื้นฐานต่างๆ (aOR = 0.836, 95%CI = 0.750-0.932)

ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขึ้นทะเบียนผ่านแกนนำมีโอกาสไม่เกิดสิทธิ มากกว่าผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนผ่านสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ถึง 21.82 เท่า (aOR = 21.817, 95%CI = 19.788-24.054) ส่วนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิสและอินเทอร์เน็ตมีโอกาสไม่เกิดสิทธิมากกว่าผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนผ่านสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ 2.35 เท่า (aOR = 2.353, 95%CI = 2.075-2.667) และ 2.08 เท่า (aOR = 2.078, 95%CI = 1.889-2.287) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลายตัวแปรกับการไม่เกิดสิทธิประโยชน์

ตัวแปร	Adjusted Odds Ratio (aOR)	95 % Confidence interval	
		Lower	Upper
กลุ่มอายุ: เทียบกับ 55 ปี ขึ้นไป			
15-24 ปี	1.048	0.941	1.167
25-34 ปี	1.105	1.009	1.210
35-44 ปี	1.042	0.960	1.131
45-54 ปี	1.056	0.983	1.134
กลุ่มอาชีพ: เทียบกับอาชีพพื้นฐาน			
ผู้บัญญัติกฎหมายและผู้จัดการ	0.966	0.877	1.064
วิชาชีพด้านเทคนิคและฝีมือ	1.068	0.841	1.356
ผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร	1.154	1.057	1.260
พนักงานบริการ	1.270	1.128	1.431
ด้านการเกษตรและประมง	0.836	0.750	0.932
ช่องทางการขึ้นทะเบียน: เทียบกับสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่			
แกนนำ	21.817	19.788	24.054
เคาน์เตอร์เซอร์วิส	2.353	2.075	2.667
อินเทอร์เน็ต	2.078	1.889	2.287

วิจารณ์

การขยายความคุ้มครองหลักประกันทางสังคมสู่แรงงานนอกระบบ หมายถึง การทำให้แรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายประกันสังคมได้รับการคุ้มครองและมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้และบรรเทาผลกระทบทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากความไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพ แรงงานที่ไม่เข้าเงื่อนไขตามมาตรา 33 เช่น กลุ่มพ่อค้าแม่ค้าและอาชีพอิสระ สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพ แรงงานที่ไม่เข้าเงื่อนไขตามมาตรา 33 เช่น กลุ่มพ่อค้าแม่ค้าและอาชีพอิสระ สามารถเลือกขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ได้ การได้รับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายประกันสังคมตามมาตรา 40 มีเงื่อนไขสำคัญคือ การส่งเงินสมทบอย่างต่อเนื่องจนเกิดสิทธิเพื่อรับประโยชน์ทดแทนตามเงื่อนไขเวลาของประโยชน์ทดแทนของแต่ละกรณี

ในส่วนประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ผู้ประกันตนมีโอกาสได้ใช้บ่อยครั้งที่สุด เมื่อเทียบกับกรณีทุพพลภาพ การเสียชีวิต สงเคราะห์บุตรและชราภาพ ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 จำเป็นต้องส่งเงินสมทบ 3 ใน 4 เดือนก่อนเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย การส่งเงินสมทบไม่ครบตามเงื่อนไขดังกล่าวนอกจากจะทำให้ผู้ประกันตนไม่ได้รับการคุ้มครองแล้วยังส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของกองทุนประกันสังคมในระยะยาวด้วย ดังนั้น การขยายความคุ้มครองของหลักประกันทางสังคมสู่แรงงานนอกระบบจึงต้องคำนึงถึงการกระตุ้นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ให้ส่งเงินสมทบอย่างต่อเนื่องจนเกิดสิทธิที่พึงได้รับด้วย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหลายตัวแปรกับการเกิดสิทธิฯ ในกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขึ้นทะเบียนได้ 3-5 เดือน ณ 31 ธันวาคม 2562 พบว่า อายุอาชีพ และช่องทางการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนมีความสัมพันธ์กับการเกิดสิทธิฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ 25-34 ปี เทียบกับ 55 ปีขึ้นไปและการส่งเงินสมทบอาจอธิบายได้ด้วยความตระหนักของผู้ประกันตนว่าตนเองมีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้นและโอกาสใช้สิทธิประโยชน์ที่มีมากขึ้นตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาที่ผ่านมา^(14-16,22,23)

ทางด้านอาชีพ พบว่า ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เป็นพนักงานบริการมีแนวโน้มไม่เกิดสิทธิมากที่สุด เมื่อเทียบกับอาชีพพื้นฐานต่างๆ รองลงมาคือผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร คำอธิบายที่เป็นไปได้จนถึงผลการศึกษาของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ)⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่า แรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพบริการหรือรับจ้างจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับงานหรือลูกค้า จึงมีเวลาในการทำงานที่ยืดหยุ่นน้อยกว่าอาชีพรับจ้างทั่วไป และผู้ที่ทำงานในภาคการเกษตร แรงงานนอกระบบกลุ่มนี้อาจหลงลืมหรือไม่สะดวกมาส่งเงินสมทบ ณ สำนักงานประกันสังคมในพื้นที่ในช่วงเวลาทำงาน เช่นเดียวกับ การใช้ช่องทางส่งเงินสมทบอื่นๆ เช่น ทางไปรษณีย์และเคาน์เตอร์เซอร์วิส ซึ่งต้องเดินทางออกจากจุดที่ทำงานในช่วงเวลาทำงาน การศึกษาจากทีดีอาร์ไอยังพบด้วยว่า ร้อยละ 89 ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าอาชีพของตนเองมีความเสี่ยง ทั้งความเสี่ยงจากอุบัติเหตุและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และร้อยละ 20 มีโรคประจำตัว แต่ด้วยเหตุผลของลักษณะการทำงานที่ต้องอยู่ในสถานที่ทำงานตลอดเวลา ต้องทำงานเกือบทุกวัน และทำงานเฉลี่ยกว่า 10 ชั่วโมงต่อวันที่ยาวกว่าเวลาที่กฎหมายคุ้มครองแรงงานกำหนด (มีเพียงร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างที่หยุดทำงาน 1-2 วันเพื่อไปหาหมอด้วยโรคประจำตัวหรือมีธุระที่จำเป็นต้องทำด้วยตัวเองเท่านั้น) ทำให้ไม่มีเวลาแม้แต่จะกินข้าวให้ตรงเวลาหรือไปหาหมอเมื่อมีอาการเจ็บไข้ได้ป่วย เพราะกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งมองว่าการหยุดงานหรือการปิดร้านเพื่อไปหาหมอไม่คุ้มและมีผลต่อการหารายได้ที่ต้องเสียไปทั้งวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 55 ที่มีอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บเลือกซื้อยามาทานเอง และกว่าร้อยละ 86 ประเมินว่าตนเองมีอาการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้น การที่ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในกลุ่มอาชีพบริการและผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักรไม่ส่งเงินสมทบอย่างต่อเนื่องอาจเกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงที่ต่ำกว่าความเป็นจริงที่ตนเองจะเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายขั้นรุนแรง

จนไม่สามารถทำงานได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Van Dalen (1999)⁽²³⁾ และลักษณะการทำงานที่รายได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการทำงานหรือปริมาณงานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทีดีอาร์ไอ⁽⁴⁾

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนผ่านสำนักงานประกันสังคม เคาน์เตอร์เซอร์วิส และอินเทอร์เน็ต อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนผ่านแกนนำอาจมีความตั้งใจที่จะเข้าสู่ระบบประกันสังคมน้อยกว่าแต่ที่ตัดสินใจเข้าสู่ระบบประกันสังคมเกิดจากการชักชวนจากแกนนำหรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนอาจเกิดจากความเกรงใจและความไว้เนื้อเชื่อใจกันมากกว่าความจำเป็นและเข้าใจในการมีหลักประกันทางสังคมสำหรับตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปัญญากร (2559)⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาการรับรู้และการตัดสินใจเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของผู้ประกอบการอิสระในจังหวัดแพร่ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า แรงงานนอกระบบสมัครเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เพราะมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้สมัครให้มากที่สุดคือร้อยละ 36.6 ขณะที่ผู้มีเพียงร้อยละ 4.1 ของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 เท่านั้น ที่สมัครเพราะมีปัญหาด้านสุขภาพและความเสี่ยงสูง การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แกนนำอาจมีบทบาทสำคัญต่อการชักจูงแรงงานนอกระบบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน

จะเห็นได้ว่า แกนนำหรือคนใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน ซึ่งเป็นกลยุทธ์การขยายความครอบคลุมไปสู่แรงงานนอกระบบที่มีประสิทธิผลในประเทศไทยยกกันดา⁽²⁵⁾ ที่การเชิญชวนและชักจูงของแกนนำในชุมชนส่งผลต่อการเข้าร่วมเป็นสมาชิกในระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ อย่างไรก็ตาม การเกิดสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพภาคสมัครใจในประเทศไทยยกกันดาเป็นการขึ้นทะเบียนสมาชิกและส่งเงินสมทบเพียงหนึ่งครั้งต่อปีและต้องต่ออายุทุกปี อีกทั้งมีเงื่อนไขว่าต้องสมัครเป็นกลุ่มสมาชิกในครอบครัวและจ่ายเบี้ยประกันเป็นกลุ่ม แต่การรับประโยชน์ทดแทนกรณีต่างๆ นั้น รับในนามของบุคคล⁽²⁶⁾

ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยที่เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกส่งเงินสมทบได้รายเดือนหรือล่วงหน้าได้ไม่เกิน 12 เดือน หากไม่ส่งเงินสมทบก็ยังมีสถานะเป็นผู้ประกันตนอยู่และมีจำนวนครั้งของการส่งเงินสมทบเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่า เนื่องจากไม่มีแรงจูงใจให้กับแกนนำไปติดตามและเก็บเงินสมทบจากผู้ประกันตนหลังจากที่ขึ้นทะเบียนแล้ว อาจทำให้ผู้ประกันตนส่งเงินสมทบเพียงไม่กี่ครั้งและไม่เกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับปัญหาการขาดส่งเบี้ยประกันในประกันชีวิตภาคเอกชนในอดีตที่มีผลต่อความยั่งยืนของกองทุนประกันชีวิต⁽²⁷⁾ ต่อมาจึงเกิดการพัฒนาระบบตัวแทนประกันชีวิตและนายหน้าประกันชีวิตให้เป็นอาชีพที่มีกฎหมายรับรอง⁽²⁸⁾ มีรายได้ และรางวัลเกียรติคุณเป็นแรงจูงใจให้กับตัวแทนประกันชีวิตหรือนายหน้าประกันชีวิตในการเข้าหา ติดตาม และคอยช่วยเหลือผู้ทำประกันชีวิตอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่ขึ้นทะเบียนระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2562 หรือผู้ประกันตนที่เข้ามาในระบบ 3-5 เดือน ณ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่พบกับการเกิดสิทธิฯ ไม่สามารถบ่งบอกความเป็นเหตุและผลได้ อีกทั้ง การวิเคราะห์ที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลสำนักงานประกันสังคมทำให้ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อส่งเงินสมทบ เช่น ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์เป็นเพียงการวิเคราะห์เชิงพรรณนาที่ไม่ได้ระบุเหตุผลที่แท้จริงของการไม่ส่งเงินสมทบจนเกิดสิทธิของผู้ประกันตนตามมาตรา 40 แต่เป็นเพียงการระบุปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ส่งเงินสมทบเพื่อใช้ระบุกลุ่มเป้าหมาย

และปัจจัยที่สำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการปรับปรุงระบบประกันสังคมสำหรับแรงงานนอกระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้

ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ในกลุ่มตัวอย่างนี้นิยมส่งเงินสมทบผ่านสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่มากกว่าที่จะส่งเงินสมทบผ่านช่องทางอื่นๆ สำนักงานประกันสังคมและภาคีเครือข่ายควรสื่อสารเพื่อสร้างความมั่นใจในช่องทางการส่งเงินสมทบช่องทางอื่นๆ และสื่อสารถึงผลดีของการส่งเงินสมทบอย่างต่อเนื่องและผลเสียหากส่งเงินสมทบไม่ต่อเนื่อง

สำนักงานประกันสังคมควรเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติม ณ ช่วงเวลาขึ้นทะเบียน ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่ามีอิทธิพลต่อการส่งเงินสมทบ เช่น ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัวทั้งของตนเองและคนในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้ ไม่ใช่เพื่อจำกัดสิทธิการเข้าถึงของแรงงานนอกระบบที่อาจเข้ามาใช้สิทธิประโยชน์มากกว่าที่กองทุนประกันสังคมจะรับมือไหว แต่เพื่อนำมาปรับทางเลือกเงินสมทบและประโยชน์ทดแทนให้เหมาะสมกับโอกาสที่จะใช้สิทธิของผู้ประกันตนในแต่ละช่วงชีวิตมากขึ้น และมีหลักประกันทางสังคมที่จะสามารถคุ้มครองตลอดทุกช่วงชีวิต

สำนักงานประกันสังคมควรพัฒนาระบบการบริหารจัดการ พัฒนาศักยภาพ และสร้างแรงจูงใจให้กับเครือข่ายประกันสังคมมาตรา 40 ในการกำกับ ติดตาม และให้ความช่วยเหลือผู้ประกันตนตามมาตรา 40 อย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่เชิญชวนให้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการไม่ส่งเงินสมทบและวิถีการดำรงชีวิตในกลุ่มผู้ประกันตนอายุระหว่าง 25-34 ปี ที่ประกอบอาชีพพนักงานบริการและผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการปรับการบริหาร สิทธิประโยชน์

และรูปแบบการส่งเงินสมทบที่สอดคล้องกับข้อจำกัดของผู้ประกันตนมากขึ้น

ควรศึกษารูปแบบการดำเนินการของแกนนำเพื่อค้นหาจุดอ่อนจุดแข็งของการปฏิบัติงาน เพื่อขยายความคุ้มครองสู่แรงงานนอกระบบและการกระตุ้นการส่งเงินสมทบอย่างต่อเนื่อง

ควรศึกษาเชิงต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ของการดำเนินการส่งเสริมการเข้าถึงหลักประกันทางสังคมผ่านเครือข่ายประกันสังคมมาตรา 40 (แกนนำ) เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการทำงานและแรงจูงใจต่อเครือข่ายประกันสังคมมาตรา 40

ข้อยุติ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดสิทธิประโยชน์ทดแทนการขาดรายได้กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ที่เข้าสู่ระบบได้ 3-5 เดือน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 ประกอบด้วย อายุ อาชีพ และช่องทางการขึ้นทะเบียน โดยผู้ประกันตนในช่วงอายุ 25-34 ปี ผู้ประกันตนที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริการและผู้ปฏิบัติงานในโรงงานเครื่องจักร และผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนผ่านแกนนำ มีโอกาสไม่เกิดสิทธิฯ มากกว่าผู้ประกันตนกลุ่มอื่นๆ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความตระหนักต่อปัจจัยเสี่ยง ช่วงเวลาทำงาน และการขาดการติดตามการส่งเงินสมทบจากแกนนำ ฉะนั้น จึงควรสื่อสารถึงผลดีของการส่งเงินสมทบอย่างต่อเนื่องและผลเสียในทางตรงกันข้าม และพัฒนาระบบการบริหารจัดการ พัฒนาศักยภาพ และสร้างแรงจูงใจให้กับเครือข่ายประกันสังคมมาตรา 40 ในการกำกับ ติดตาม และให้ความช่วยเหลือผู้ประกันตนตามมาตรา 40 อย่างต่อเนื่อง

References

1. Social Security Act B.E. 2533 (1990). (Aug. 11, 1990) (in Thai)
2. Statistics and Actuary Unit. Number of monthly contribution payments among insured workers under Article 40. October 2020. Research and Development Division, Social Security

- Office. (in Thai)
3. Kloyiam S. Why insured persons under Social Security Act's Article 40 miss contribution payment: a qualitative study [Manuscript submitted for publication]. Development and Research Division, Social Security Office, Ministry of Labour, Thailand. 2021. (in Thai)
 4. Chanduaywit W, Chonpitakwong B. Informal workers: a case study of roadside shops. Thailand Development Research Institute (TDRI). 2020. [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://tdri.or.th/2020/03/informal-labor-hawker-high-way/>. (in Thai)
 5. National Statistical Office. The informal employment survey 2020. Bangkok: Ministry of Digital Economy and Society; 2020. (in Thai)
 6. Louis D. Enoff, Roddy McKinnon. Social security contribution collection and compliance: Improving governance to extend social protection. *International Social Security Review*. 2011;64(4).
 7. Atnafu DD, Tilahun H, Alemu YM. Community-based health insurance and healthcare service utilisation, North-West, Ethiopia: a comparative, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018 Aug 8;8(8):e019613. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019613.
 8. Ghimire P, Sapkota VP, Poudyal AK. Factors Associated with Enrolment of Households in Nepal's National Health Insurance Program. *Int J Health Policy Manag*. 2019 Nov 1;8(11):636-45. doi: 10.15171/ijhpm.2019.54.
 9. Iqbal M, Chowdhury AH, Mahmood SS, Mia MN, Hanifi SMA, Bhuiya A. Socioeconomic and programmatic determinants of renewal of membership in a voluntary micro health insurance scheme: evidence from Chakaria, Bangladesh. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1287398. doi: 10.1080/16549716.2017.1287398.
 10. Mahmood SS, Hanifi SMA, Mia MN, Chowdhury AH, Rahman M, Iqbal M, et al. Who enrolls in voluntary micro health insurance schemes in low-resource settings? Experience from a rural area in Bangladesh. *Glob Health Action*. 2018;11(1):1525039. doi: 10.1080/16549716.2018.1525039.
 11. Mirach TH, Demissie GD, Bikis GA. Determinants of community-based health insurance implementation in west Gojjam zone, Northwest Ethiopia: a community based cross sectional study design. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):544. doi: 10.1186/s12913-019-4363-z.
 12. Oraro T, Wyss K. How does membership in local savings groups influence the determinants of national health insurance demand? A cross-sectional study in Kisumu, Kenya. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):170. doi: 10.1186/s12939-018-0889-7.
 13. Otiemo PO, Wambiya EOA, Mohamed SF, Donfouet HPP, Mutua MK. Prevalence and factors associated with health insurance coverage in resource-poor urban settings in Nairobi, Kenya: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(12):e031543. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031543.
 14. Preecha R, Lakkanawanit P. Decision – making of informal workers in Muang District, Nakhon Si Thammarat province to save money in the National Savings Fund. *Veridian E-Journal*, Silpakorn University. 2018;11(2): 3261-79. (in Thai)
 15. Seddoh A, Sataru F. Mundane. Demographic characteristics as predictors of enrolment onto the National Health Insurance Scheme in two districts of Ghana. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):330. doi: 10.1186/s12913-018-3155-1.
 16. Thamviriyavong P. The attitude towards the persistence of the voluntary insured persons (Article 40) of Social Security Office, Pathumthani province. *Dusit Thani College Journal*. 2018;12(1):296-314. (in Thai)
 17. Kloyiam S, Suwannapoom N, Srirattana Wong P. Conceptual framework of empirical factors related to voluntary health and social insurance enrolment: an implication for Thai Social Security Act, Article 40. *Journal of Health Systems Research*. 2021;15(2):250-71.
 18. Bujang MA, Sa'at N, Sidik TMITAB, Joo LC. Sample size. Guidelines for logistic regression from observational studies with large population: emphasis on the accuracy between statistics and parameters based on real life clinical data. *Malays J Med Sci*. 2018;25(4):122-30. doi:10.21315/mjms2018.25.4.12.
 19. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 2000. [Internet]. [cited 2021 Jan 11]. Available from: http://resource.heartonline.cn/20150528/1_3kOQSTg.pdf.
 20. Midi H, Sarkar SK, Rana S. Collinearity diagnostics of binary logistic regression model. *Journal of Interdisciplinary Mathematics*. 2010;13(3):253–67. doi:10.1080/09720502.2010.10700699.
 21. Akoglu, H. User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2018;18(3):91–3. doi: 10.1016/j.tjem.2018.08.001.
 22. Plantenga, J. The life course and the system of social security: rethinking incentives, solidarity and risks. *European Journal of Social Security*. 2005;7(4):301–12. doi:10.1177/138826270500700402.
 23. Hendrik P. Van Dalen. *Work, savings, and social security in a life course perspective. Population issues: an interdisciplinary focus*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers;



1999. p. 123-57. doi: 10.1007/978-94-011-4389-9_5.
24. Wongchaya P. Acknowledgment and decision making of self-employed beneficiaries under Section 40 of the Social Security Act, Social Security Office of Phrae province. (master's thesis). Bangkok: Faculty of Social Administration, Thammasat University; 2015. (in Thai)
25. Nshakira-Rukundo E, Mussa EC, Nshakira N, Gerber N, von Braun J. Determinants of enrolment and renewing of community-based health insurance in households with under-5 children in rural South-Western Uganda. *Int J Health Policy Manag.* 2019;8(10):593-606. doi:10.15171/ijhpm.2019.49.
26. Kisiizi Hospital. Kisiizi Health Insurance Scheme [Internet]. [cited 2021 Mar 25]. Available from: <http://www.kisiizihospital.org.ug/wp-content/uploads/files/2019/06/KISIIZI-HOSPITAL-HEALTH-INSURANCE-SCHEME-article-08-2018.pdf>.
27. Office of Insurance Commission. Handbook for insurance agencies: insurance agency certification course. Bangkok: Office of Insurance Commission; 2013. (in Thai)
28. Life Insurance Act B.E. 2535 (1992). (Apr 4, 1992). (in Thai)

ภาคผนวก

ประกันสังคม ตามมาตรา 40

ประกันสังคม ตามมาตรา 40 มีวัตถุประสงค์เพื่อขยายหลักประกันทางสังคมให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบ เช่น ผู้ประกอบอาชีพอิสระ กลุ่มพ่อค้าแม่ค้า เกษตรกร และพนักงานอิสระต่าง ๆ ส่วนข้าราชการพยาบาลใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ที่ลงทะเบียนเป็นผู้ประกันสังคม ตามมาตรา 40 มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- มีสัญชาติไทย
- เป็นชนกลุ่มน้อยซึ่งอพยพเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีมติ ครม. ผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราวเป็นกรณีพิเศษ ที่มีบัตรประจำตัวสำหรับผู้ที่ไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขบัตรประจำตัวหลักแรกเป็นเลข 6 หรือ 7
- เป็นบุคคลซึ่งไม่มีสัญชาติไทยที่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้เป็นการชั่วคราว เพื่อรอการส่งกลับที่มีบัตรประจำตัวผู้ซึ่งไม่มีสัญชาติไทย โดยเลขประจำตัวหลักแรกเป็น 0 ทั้งนี้ ไม่รวมถึงกรณีที่มีบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (ยกเว้นผู้ที่มีเลขประจำตัวหลักแรกและหลักที่สองเป็น 0)
- มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 65 ปีบริบูรณ์
- เป็นบุคคลที่ไม่ได้เป็นลูกจ้างตามประกันสังคม ตามมาตรา 33 และไม่เคยสมัครเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 39 (บุคคลที่เคยทำงานอยู่ในบริษัทเอกชนใน ตามมาตรา 33 มาก่อนแล้วลาออก แต่ต้องการรักษาสิทธิประกันสังคมไว้)
- ไม่เป็นสมาชิกกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการต่าง ๆ หรือไม่เป็นสมาชิกกองทุนของรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐที่มีลักษณะเดียวกับกองทุนบำเหน็จบำนาญของส่วนราชการ
- หากเป็นคนพิการให้ระบุนามพิการโดยละเอียด (ยกเว้นคนพิการทางสติปัญญาและผู้พิการที่ไม่อาจรับรู้

สิทธิที่พึงจะได้รับจากการเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 ไม่สามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 ได้)

ทางเลือกเงินสมทบและสิทธิประโยชน์ทดแทน

ทางเลือกที่ 1 : ผู้ประกันตนจ่ายสมทบ 70 บาท รัฐจ่ายสมทบ 30 บาท รวมเป็นจ่ายสมทบ 100 บาท ซึ่งรับสิทธิประโยชน์พื้นฐานคุ้มครอง 3 กรณี คือ

- เงินทดแทนการขาดรายได้ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
 - นอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ 300 บาทต่อวัน ไม่เกิน 30 วันต่อปีปฏิทิน
 - ไม่ได้นอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก) แต่มีใบรับรองแพทย์สั่งให้หยุดงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จะได้รับเงินทดแทนวันละ 200 บาท ไม่เกิน 30 วันต่อปีปฏิทิน
 - กรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกทั้ง 2 ข้อข้างต้นสามารถใช้สิทธิร่วมกันได้ ไม่เกิน 30 วันต่อปีปฏิทิน
 - กรณีไม่ได้นอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก) และมีใบรับรองแพทย์ให้หยุดพักไม่เกิน 2 วัน จะได้รับเงินทดแทนครั้งละ 50 บาท ไม่เกิน 3 ครั้งต่อปี
- เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อทุพพลภาพ ได้รับเงินทดแทน 500-1,000 บาท/เดือน เป็นเวลานาน 15 ปี โดยมีเงื่อนไข คือ
 - จ่ายเงินสมทบครบ 6 เดือน ภายใน 10 เดือน ก่อนเป็นผู้ทุพพลภาพ จะได้รับเงินทดแทน 500 บาท/เดือน
 - จ่ายเงินสมทบครบ 12 เดือน ภายใน 20 เดือน ก่อนเป็นผู้ทุพพลภาพ จะได้รับเงินทดแทน 650 บาท/เดือน
 - จ่ายเงินสมทบครบ 24 เดือน ภายใน 40 เดือน ก่อนเป็นผู้ทุพพลภาพ จะได้รับเงินทดแทน 800 บาท/เดือน
 - จ่ายเงินสมทบครบ 36 เดือน ภายใน 60 เดือน ก่อนเป็นผู้ทุพพลภาพ จะได้รับเงินทดแทน 1,000 บาท/เดือน



กรณีเสียชีวิตระหว่างทุพพลภาพ ได้รับเงินค่าทำศพ จำนวน 25,000 บาท (เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 6 เดือน ภายใน 12 เดือน ก่อนเดือนที่เสียชีวิต ยกเว้นกรณีเสียชีวิต เพราะอุบัติเหตุ ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 เดือน ภายใน 6 เดือนก่อนเดือนที่เสียชีวิต) และได้เงินสงเคราะห์ 8,000 บาท เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 60 เดือน

ทางเลือกที่ 2 : ผู้ประกันตนจ่ายสมทบ 100 บาท รัฐจ่ายสมทบ 50 บาท รวมเป็นเงินสมทบ 150 บาท ได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานคุ้มครอง 4 กรณี คือ

เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อทุพพลภาพ และเงินค่าทำศพ จะได้รับเช่นเดียวกับผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 ทางเลือกที่ 1

เงินบำเหน็จชราภาพ จะได้รับเมื่ออายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ และลาออกจากการเป็นผู้ประกันตน โดยต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 180 เดือน ซึ่งเงินบำเหน็จจะคำนวณจากเงินที่รัฐบาลอุดหนุนเดือนละ 50 บาท นำมาคูณด้วยระยะเวลาที่ผู้ประกันตนส่งเงินสมทบเพื่อกรณีชราภาพ และบวกด้วยเงินผลกำไรที่สำนักงานประกันสังคมนำเงินส่วนนี้ไปลงทุน

นอกจากนี้ ผู้ประกันตนสามารถจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติมในรูปแบบการออมเงิน ไม่เกินเดือนละ 1,000 บาท หากผู้ประกันตนเสียชีวิตก่อนอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินบำเหน็จชราภาพแก่สามี ภรรยา บิดา มารดา หรือบุตรของผู้ประกันตน หรือบุคคลที่ผู้ประกันตนทำหนังสือระบุไว้ว่าให้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ ในจำนวนเท่า ๆ กัน

ทางเลือกที่ 3 : เป็นตัวเลือกที่เพิ่มเข้ามาใหม่ เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้แรงงานนอกระบบ ใกล้เคียงกับแรงงานในระบบมากขึ้น โดยให้ผู้ประกันตนจ่าย 300 บาท รัฐจ่ายสมทบ 150 บาท รวมเป็นเงินสมทบ 450 บาท ได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานคุ้มครอง 5 กรณี คือ

เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อเจ็บป่วย กรณีเจ็บป่วย และนอนโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ให้อยู่ที่ 300 บาท/วัน (ไม่เกิน 90 วัน) ส่วนกรณีไม่นอนโรงพยาบาล แต่แพทย์สั่งให้

หยุดงานตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป จะได้รับเงินชดเชยวันละ 200 บาท (ไม่เกิน 90 วัน) ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกรวมกัน ไม่เกิน 90 วันต่อปีปฏิทิน

เงินทดแทนการขาดรายได้เมื่อทุพพลภาพ ได้รับเงินทดแทน 500-1,000 บาท/เดือน ตลอดชีวิต โดยมีเงื่อนไขคือ

- จ่ายเงินสมทบครบ 6 เดือน ภายใน 10 เดือน ก่อนเป็นผู้ทุพพลภาพ จะได้รับเงินทดแทน 500 บาท/เดือน
- จ่ายเงินสมทบครบ 12 เดือน ภายใน 20 เดือน ก่อนเป็นผู้ทุพพลภาพ จะได้รับเงินทดแทน 650 บาท/เดือน
- จ่ายเงินสมทบครบ 24 เดือน ภายใน 40 เดือน ก่อนเป็นผู้ทุพพลภาพ จะได้รับเงินทดแทน 800 บาท/เดือน
- จ่ายเงินสมทบครบ 36 เดือน ภายใน 60 เดือน ก่อนเป็นผู้ทุพพลภาพ จะได้รับเงินทดแทน 1,000 บาท/เดือน

กรณีเสียชีวิตระหว่างทุพพลภาพ ได้รับเงินค่าทำศพ จำนวน 50,000 บาท (เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 6 เดือน ภายใน 12 เดือน ก่อนเดือนที่เสียชีวิต ยกเว้นกรณีเสียชีวิต เพราะอุบัติเหตุ ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 1 เดือน ภายใน 6 เดือน ก่อนเดือนที่เสียชีวิต)

ผู้ประกันตนทางเลือก 3 ยังได้รับเงินบำเหน็จชราภาพ ซึ่งจะได้รับเมื่ออายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ และลาออกจากการเป็นผู้ประกันตน โดยคำนวณจากเงินที่ผู้ประกันตนและรัฐบาลจ่ายสมทบเพื่อกรณีชราภาพ เดือนละ 150 บาท คูณจำนวนเดือนที่ส่งเงินสมทบ พร้อมดอกผลจากการนำเงินไปลงทุน

กรณีจ่ายเงินสมทบครบ 180 เดือน รับเงินก้อนเพิ่มอีก 10,000 บาท

ผู้ประกันตนสามารถจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติมในรูปแบบการออมเงิน ไม่เกินเดือนละ 1,000 บาท หากผู้ประกันตนเสียชีวิตก่อนอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพแก่สามี ภรรยา บิดา มารดา หรือบุตรของผู้ประกันตน หรือบุคคลที่ผู้ประกันตนทำหนังสือระบุไว้ว่าให้มีสิทธิรับเงินบำเหน็จชราภาพ ในจำนวนเท่า ๆ กัน

การได้รับเงินสงเคราะห์บุตรต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว

ไม่น้อยกว่า 24 เดือน ภายใน 36 เดือน โดยได้เงินสงเคราะห์ 200 บาท/เดือน ต่อบุตร 1 คน ตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ สามารถใช้สิทธิ์ได้คราวละไม่เกิน 2 คน เช่น หากบุตรคนแรกอายุครบ 6 ปีบริบูรณ์แล้ว สามารถนำบุตรคนที่ 3 รับเงินสงเคราะห์บุตรแทนได้จนครบอายุ 6 ปีบริบูรณ์ ในระหว่างรับเงินสงเคราะห์บุตร หากเดือนใดไม่ได้ส่งเงินสมทบ จะไม่มีสิทธิ์ได้รับเงินสงเคราะห์บุตรในเดือนนั้น ๆ

ช่องทางการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน

แรงงานนอกระบบที่ต้องการความคุ้มครองมีทางเลือกในการขึ้นทะเบียนดังนี้

- ยื่นใบสมัครตามแบบคำขอเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 (แบบ สปส. 1-40 ซึ่งขอได้จากสำนักงานประกันสังคมในพื้นที่และดาวน์โหลดทางเว็บไซต์) สถานที่ยื่นใบสมัคร ได้แก่ สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่ (ยกเว้นสำนักงานใหญ่ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข) สำนักงานประกันสังคมจังหวัดและสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสาขา และหน่วยบริการเคลื่อนที่ของสำนักงานประกันสังคม

- สมัครผ่านเว็บไซต์สำนักงานประกันสังคม

- สมัครผ่านหน่วยบริการรับสมัครผู้ประกันตน ตามมาตรา 40 เช่น ร้านเซเว่นอีเลฟเว่น เคาน์เตอร์ห้างบิ๊กซี เคาน์เตอร์ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส)

- สมัครผ่านเครือข่ายประกันสังคม มาตรา 40 ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562 สำนักงานประกันสังคมเปิดช่องทาง การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนผ่านเครือข่ายประกันสังคม ตามมาตรา 40 ซึ่งเป็นผู้มีสัญชาติไทย อายุไม่ต่ำ

กว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ มีความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือ การดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมในภารกิจด้าน การประกันสังคม ตามมาตรา 40 และไม่เป็นผูปฏิบัติงานใน สังกัดสำนักงานประกันสังคม ซึ่งจะได้รับค่าตอบแทนตาม ผลงานในแต่ละเดือน โดยได้รับค่าตอบแทนต่อผู้ประกัน ตนที่ตนเองเชิญชวนให้ขึ้นทะเบียนรายละ 13 บาท

ช่องทางการส่งเงินสมทบ

ผู้ประกันตนส่งเงินสมทบเป็นรายเดือนวันที่เท่าไรของ เดือนก็ได้ สามารถส่งเงินสมทบงวดปัจจุบันและล่วงหน้าได้ 12 งวดเดือน หากเดือนใดไม่ได้ส่งเงินสมทบจะไม่สามารถ ส่งย้อนหลังได้ แต่ยังคงเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 40

ผู้ประกันตนทางเลือกที่ 2 หรือ 3 สามารถขอส่งเงิน สมทบเพิ่มเติมในส่วนของเงินออมกรณีชราภาพเพิ่มเติม ได้ ตั้งแต่ 1 บาท แต่สูงสุดไม่เกินเดือนละ 1,000 บาท และสามารถส่งล่วงหน้าได้ไม่เกิน 12 เดือน

ช่องทางการส่งเงินสมทบ คือ

- สำนักงานประกันสังคมกรุงเทพมหานครพื้นที่/ จังหวัด/สาขา และหน่วยบริการเคลื่อนที่ของสำนักงานประกันสังคม

- เคาน์เตอร์เซอร์วิส ได้แก่ เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงศรีอยุธยา เคาน์เตอร์ ธ.ก.ส. ร้าน เซเว่นอีเลฟเว่น ห้างเทสโก้ โลตัส บิ๊กซี ตู้บุญเติม หรือหัก ผ่านบัญชีธนาคารต่าง ๆ ได้แก่ ธ.ก.ส. ธนาคารออมสิน ธนาคารกสิกรไทย ธนาคารไทยพาณิชย์ ธนาคารกรุงไทย ธนาคารกรุงศรีอยุธยา ธนาคารกรุงเทพ ธนาคารทหารไทย ธนาคารธนชาติ โดยจะหักเงินทุกวันที่ 20 ของเดือน หาก ตรงกับวันหยุดจะเลื่อนไปหักบัญชีในวันทำการถัดไป

- จ่ายเป็นธนาณัติผ่านทางไปรษณีย์

การประชุมสมัชชาอนามัยโลกแบบออนไลน์ครั้งแรกในประวัติศาสตร์

โอรีสา ชื่อสัตยวงค์*

บรรลุ ศุภอักษร*

วริศา พานิชเกรียงไกร†

ชะเอม พັນนี*

วลัยพร พันธ์นฤมล*

ผู้รับผิดชอบบทความ: โอรีสา ชื่อสัตยวงค์, orisa@health.moph.go.th

บทคัดย่อ

เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงจัดการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 แบบออนไลน์เป็นครั้งแรก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาทบทวนการจัดประชุมแบบออนไลน์และการเข้าร่วมประชุมของคณะผู้แทนไทย (2) วิเคราะห์ข้อดีและความท้าทายของการประชุมแบบออนไลน์ และ (3) วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้คณะผู้แทนไทยเข้าร่วมประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวิธีการศึกษาประกอบด้วย การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสอบถามและรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า การประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 แบบออนไลน์ ประกอบด้วย 3 ช่วง คือ ช่วงที่หนึ่ง การประชุมเสมือนจริงแบบย่อ (virtual de minimis) ช่วงที่ 2 การพิจารณาเอกสารระหว่างช่วงที่หนึ่งและสาม (intersessional session) และช่วงที่ 3 การประชุมสืบเนื่องการประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 (resumed World Health Assembly 73) คณะผู้แทนไทยมีส่วนร่วมทั้ง 3 ช่วง ซึ่งการประชุมแบบออนไลน์นั้น คณะผู้แทนไทยมีความสะดวกสามารถเข้าร่วมประชุมจากที่ไหนก็ได้ แต่ต้องมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ดีและมีความท้าทายในเรื่องเขตเวลา (time zone) ที่ต้องเข้าประชุมในช่วงดึกและต้องทำงานประจำในตอนเช้า ส่วนปัจจัยที่ทำให้คณะผู้แทนไทยเข้าร่วมประชุมอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การทำงานเป็นทีม การเตรียมการอย่างเป็นระบบ และความสามารถในการปรับตัวของคณะผู้แทนไทย

คำสำคัญ: การประชุม, สมัชชาอนามัยโลก, ประชุมแบบออนไลน์, คณะผู้แทนไทย, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* กองการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

† สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

Received 24 June 2021; Revised 23 November 2021; Accepted 8 June 2022

Suggested citation: Sursattayawong O, Supaaksorn B, Panichkriangkrai W, Pachanee C, Patcharanarumol W. The first online World Health Assembly in history. *Journal of Health Systems Research* 2022;16(2):266-79.

โอรีสา ชื่อสัตยวงค์, บรรลุ ศุภอักษร, วริศา พานิชเกรียงไกร, ชะเอม พันนี, วลัยพร พันธ์นฤมล. การประชุมสมัชชาอนามัยโลกแบบออนไลน์ครั้งแรกในประวัติศาสตร์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(2):266-79.

The First Online World Health Assembly in History

Orisa Sursattayawong*, Banlu Supaaksorn*, Warisa Panichkriangkrai†, Cha-aim Pachanee*,
Walaiporn Patcharanarumol*

* Global Health Division, Ministry of Public Health

† International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Corresponding author: Orisa Sursattayawong, orisa@health.moph.go.th

Abstract

Due to the global pandemic of coronavirus disease (COVID-19), the World Health Organization (WHO) decided to hold the 73rd World Health Assembly the first online meeting. The objectives of this study were (1) to review the online assembly and Thailand delegation's online participation, (2) to analyze the advantages and challenges of online meeting and (3) to analyze the factors contributing to the success of the Thai delegates. The methods of this qualitative study included reviews of relevant documents, participant observations of the Thai delegates throughout the assembly meetings and opinions collection from the Thai delegates. The results showed that the 73rd World Health Assembly consisted of 3 sessions: (1) virtual de minimis – the concise virtual meeting, (2) intersessional session and (3) resumed 73rd World Health Assembly; all these sessions were participated by the Thai delegates. The online meeting was convenient as the delegates were able to connect to the meeting from anywhere with a good quality internet network. However, there was a challenge in terms of time zone difference that Thai delegates needed to attend the meeting at night and to continue their normal office hours. The factors contributing to the success of the Thai delegation were teamwork, systematic working process and adaptability of Thai delegates.

Keywords: meeting, World Health Assembly, online meeting, Thai delegation, coronavirus disease 2019

ภูมิหลังและเหตุผล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เป็นองค์การชำนาญพิเศษเฉพาะเรื่อง (specialized agency) ด้านสาธารณสุขของสหประชาชาติ⁽¹⁾ ก่อตั้งเมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2491 (ค.ศ. 1948) มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส และมีสำนักงานภูมิภาค 6 แห่ง ทั่วโลก ได้แก่ ภูมิภาคแอฟริกา มีสำนักงานตั้งอยู่ ณ กรุงบราซซาวิล สาธารณรัฐคองโก, ภูมิภาคอเมริกามีสำนักงานตั้งอยู่ ณ กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. สหรัฐอเมริกา, ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก มีสำนักงานตั้งอยู่ ณ กรุงไคโร สาธารณรัฐอาหรับอียิปต์, ภูมิภาคยุโรปมีสำนักงานตั้งอยู่ ณ กรุงโคเปนเฮเกน ราชอาณาจักรเดนมาร์ก, ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกมีสำนักงาน

ตั้งอยู่ ณ กรุงมะนิลา สาธารณรัฐฟิลิปปินส์ และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีสำนักงานตั้งอยู่ ณ กรุงนิวเดลี สาธารณรัฐอินเดีย⁽²⁾ ทั้งนี้ ประเทศไทยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

องค์การอนามัยโลกมีเวทีการประชุมสูงสุด คือ สมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly: WHA) ซึ่งเป็นเวทีนโยบายด้านสุขภาพระดับโลก กำหนดให้มีการจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี⁽³⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดนโยบาย แลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็นในหัวข้อต่างๆ รวมทั้งอนุมัติงบประมาณแผนงานราย 2 ปี ขององค์การอนามัยโลก โดยมีผู้แทนของประเทศสมาชิกระดับรัฐมนตรี และ/หรือผู้บริหารระดับสูง จำนวน 194 ประเทศ เข้าร่วมการประชุมดังกล่าว รวมทั้งยังมีผู้แทนจากองค์การสหประชาชาติและองค์กรที่



ไม่แสวงหากำไร (non-governmental organizations: NGOs) ที่ได้รับเชิญจากองค์การอนามัยโลกเข้าร่วมการประชุมด้วย

ธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (Constitution of the World Health Organization) ระบุให้คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (executive board) พิจารณาวินและสถานที่จัดสมัชชาอนามัยโลก⁽³⁾ ซึ่งที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 146 เมื่อวันที่ 3-8 กุมภาพันธ์ 2563 มีการตัดสินใจให้จัดสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 (WHA73) ระหว่างวันที่ 17-21 พฤษภาคม 2563 ณ สำนักงานสหประชาชาติ (Palais des Nations) และ International Conference Centre นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส⁽⁴⁾ แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งได้รายงานให้องค์การอนามัยโลกทราบในวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ว่าพบผู้ป่วยอาการปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุเป็นกลุ่มก้อนจำนวน 27 ราย มีประวัติเกี่ยวข้องกับตลาดอาหารทะเลที่อู่ฮั่น ต่อมาเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับนานาชาติ (public health emergency of international concern: PHEIC)⁽⁵⁾ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขยายวงกว้างและมีความรุนแรงมากขึ้น มีการระบาดในหลายประเทศทั่วโลก ประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยได้มีการกำหนดมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งมาตรการด้านสาธารณสุขและมาตรการทางสังคม เช่น การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน (state of emergency) การห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) มาตรการปิดเมือง ปิดรัฐรวมถึงปิดประเทศ (lockdown) การเว้นระยะห่างทางสังคม และการสวมใส่หน้ากากอนามัย⁽⁶⁾ ดังนั้น ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก จึงหารือกับคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก และประกาศให้จัด WHA73 แบบออนไลน์⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์นับตั้งแต่การก่อตั้งองค์การอนามัยโลก

มาได้ 73 ปี และมีการจัดสมัชชาอนามัยโลกมาแล้ว 72 ครั้ง ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้เข้าร่วมการประชุมดังกล่าวด้วย โดยต้องมีการปรับตัวอย่างมาก ทั้งการจัดทีมคณะผู้แทนไทย การเตรียมการประชุม และการเข้าร่วมประชุมแบบออนไลน์

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อ (1) ศึกษาบทวนการจัด WHA73 แบบออนไลน์ และการเข้าร่วม WHA73 ของคณะผู้แทนไทย (2) วิเคราะห์ข้อดีและความท้าทายของ WHA73 แบบออนไลน์ และ (3) วิเคราะห์ปัจจัยที่ทำให้คณะผู้แทนไทยเข้าร่วม WHA73 อย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) ประกอบด้วย

1) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เอกสารขององค์การอนามัยโลก บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากวารสารวิชาการด้านสาธารณสุข เอกสารประกอบการเตรียมการและระหว่างการทำงานของทีมนักวิชาการไทย สื่อทางอินเทอร์เน็ต และเอกสารที่เกี่ยวข้องที่ไม่ปรากฏในวารสารวิชาการ เช่น รายงานสรุปการประชุม

2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการการจัดทีมและการปฏิบัติงานของนักวิชาการไทยทุกขั้นตอน ตั้งแต่กระบวนการก่อนการเข้าร่วมประชุม ระหว่างการประชุม และหลังการเข้าร่วมประชุม เช่น การจัดเตรียมคณะผู้แทนไทย การเข้าร่วมประชุมเตรียมการ การเข้าร่วมสมัชชาอนามัยโลก และการเข้าร่วมการประชุมทบทวนบทเรียนจากสมัชชาอนามัยโลก

3) การสอบถามและรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องแบบไม่มีโครงสร้าง (non-structured interview) โดยทำการรวบรวมข้อคิดเห็นจากที่ประชุมทบทวนบทเรียนจากการเข้าร่วมการประชุมสืบเนื่องของสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 (re-summed WHA73) ซึ่งจัดเมื่อวันที่ 13-14 พฤศจิกายน

2563 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 46 คน ทั้งจากหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ถึงพฤษภาคม 2564 ครอบคลุมขั้นตอนการศึกษาดังนี้ (1) การเตรียมการศึกษา (2) การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการดังกล่าว และ (3) การประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานของกองการต่างประเทศ จึงไม่ได้ขออนุมัติในด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

1. WHA73 จัดอย่างไร

สมัชชาอนามัยโลกก่อนหน้านี้นี้เป็นการจัดประชุมแบบพบหน้า (face-to-face) ที่นครเจนีวา โดยมีการจัดเพียงปีละหนึ่งครั้งเท่านั้น แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 องค์การอนามัยโลกจึงปรับรูปแบบและวิธีการของ WHA73 เป็นแบบออนไลน์ ประกอบด้วยการประชุม 3 ช่วง (ตารางที่ 1) คือ

ช่วงที่หนึ่ง การประชุมเสมือนจริงแบบย่อ (virtual de minimis) วันที่ 18 - 19 พฤษภาคม 2563 เวลา 12.00 - 24.00 น. ตามเวลาท้องถิ่นในนครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส (17.00 - 05.00 น. เวลาในประเทศไทย) ซึ่งเป็นครั้งแรกขององค์การอนามัยโลกที่จัดสมัชชาอนามัยโลกแบบออนไลน์ โดยจัดเสมือนจริงเฉพาะวาระที่จำเป็นเท่านั้น โดยเน้นวาระการตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นหลัก ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกจัดทำแนวทางการประชุมฉบับพิเศษ (special procedure)⁽⁸⁾ เพื่อใช้กำกับ WHA73 ซึ่งมีความแตกต่างจากการประชุมครั้งก่อนๆ ยกตัวอย่างความแตกต่างสองประการ ได้แก่

- พิธีเปิดการประชุมมีการเปิดวิดีโอถ่ายทอดของ

ผู้นำระดับสูงของประเทศต่างๆ เช่น เกาหลีใต้ จีน เยอรมนี ฝรั่งเศส เลขาธิการสหประชาชาติ และผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการรับมือกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้นำประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสนับสนุนการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก

- การจัดให้มีเฉพาะการประชุมแบบเต็มคณะ (plenary) เท่านั้น โดยไม่มีการประชุมห้องย่อย ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขหรือหัวหน้าคณะผู้แทนสามารถกล่าวถ้อยแถลงสด หรือส่งถ้อยแถลงเป็นลายลักษณ์อักษรหรือวิดีโอที่ที่มีความยาวไม่เกิน 2 นาที

ถึงแม้จะเป็น virtual de minimis ที่เน้นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่านั้น แต่ก็ยังมีประเด็นทางการเมือง เช่นทุกปีที่ผ่านมา โดยได้หวั่นขอเข้าร่วม WHA73 ในฐานะผู้สังเกตการณ์ โดยอ้างถึงความตั้งใจและความร่วมมือกับประเทศอื่นๆ ในการตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ เนื่องจากคณะกรรมการทั่วไป (general committee) ซึ่งเป็นผู้พิจารณาวาระการประชุมสมัชชาอนามัยโลก อ้างถึงข้อมติสมัชชาสหประชาชาติ (United Nations General Assembly) UNGA2758 ค.ศ. 1971⁽⁹⁾ และข้อมติสมัชชาอนามัยโลก WHA25.1 ค.ศ. 1972⁽¹⁰⁾ เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจยอมรับผู้แทนจากสาธารณรัฐประชาชนจีนเท่านั้น ตามหลักนโยบายจีนเดียว (One China Policy)

ช่วงที่สอง การพิจารณาเอกสารระหว่างช่วงที่หนึ่งและสาม (intersessional session) องค์การอนามัยโลกจัดให้มีกระบวนการหารือ intersessional session โดยใช้วิธี written silence procedure “no-objection-deemed-as-adoption” ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ในสหประชาชาติ โดยองค์การอนามัยโลกเขียนร่างข้อมติ (resolution) และร่างข้อตัดสินใจ (decision) ให้ประเทศสมาชิกพิจารณา หากไม่มีประเทศสมาชิกใดโต้แย้งภายใน 14 วัน ให้ถือว่าร่างข้อมติหรือข้อตัดสินใจดังกล่าวได้รับการเห็นชอบจากสมัชชาอนามัยโลก หากประเทศสมาชิกส่ง



ข้อโต้แย้งไปยังเลขานุการองค์การอนามัยโลกทางอีเมลภายใน 14 วัน ก่อนสิ้นสุดเวลาที่กำหนด เรียกว่า เป็นการ “break the silence” ต้องเปิดการเจรจาอีกครั้ง ผลการพิจารณาดังกล่าวจะถูกนำเข้าสู่ที่ประชุมสืบเนื่องสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 (resumed WHA73) วันที่ 9 – 14 พฤศจิกายน 2563 เป็นวาระเพื่อทราบสำหรับข้อมติหรือข้อตัดสินใจที่ผ่านการรับรองแล้ว และเป็นวาระเพื่อพิจารณาสำหรับข้อมติหรือข้อตัดสินใจที่ยังตกลงกันไม่ได้ มีการส่งเอกสารข้อมติ 5 ฉบับ และข้อตัดสินใจ 8 ฉบับ ให้ประเทศสมาชิกพิจารณา ซึ่งประเทศสมาชิกพิจารณาด้วย written silence procedure แล้วให้การรับรองเกือบทั้งหมด ยกเว้นร่างข้อมติเรื่อง Strengthening Preparedness for Health Emergencies: Implementation of the International Health Regulations (2005) ที่ต้องนำเข้าสู่พิจารณาอีกครั้งในการประชุม resumed WHA73

ช่วงที่สาม การประชุมสืบเนื่องสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 73 (resumed WHA73) เมื่อวันที่ 9 – 14

พฤศจิกายน 2563 เวลา 10.00 – 17.00 น. ตามเวลาท้องถิ่น ไนนครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส (16.00 – 23.00 น. เวลาในประเทศไทย) เพื่อหาหรือวาระที่ยังไม่ได้ถูกนำเข้าสู่ หรือยังไม่แล้วเสร็จจากที่ประชุมทั้งสองช่วงข้างต้น เดิมที่มีการวางแผนจะจัด resumed WHA73 แบบผสม (hybrid) คือ ทั้งแบบ face-to-face และแบบออนไลน์ แต่เนื่องด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่ดีขึ้น จึงเปลี่ยน resumed WHA73 เป็นแบบออนไลน์ทั้งหมด องค์การอนามัยโลกจัดทำแนวทางการประชุม (modalities)⁽¹¹⁾ เพื่อใช้กำกับ resumed WHA73 โดยมีทั้งหมด 37 วาระ จัดแบ่งเป็น 11 กลุ่ม ภายใต้ 4 เสาหลัก (4 pillars) คือ (1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2) การเตรียมความพร้อมป้องกันและตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ (3) การสร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และ (4) การดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งกำหนดให้มีการแสดงถ้อยแถลงด้วยวาจา (verbal statement) ทั้งหมด 11 กลุ่มวาระ

ตารางที่ 1 การประชุม WHA73 แบบออนไลน์

	ช่วงที่หนึ่ง virtual de minimis	ช่วงที่สอง intersessional session	ช่วงที่สาม resumed WHA73
วันประชุม	18 – 19 พฤษภาคม 2563 จำนวน 2 วัน	20 พฤษภาคม – 8 พฤศจิกายน 2563 จำนวน 173 วัน	9 – 14 พฤศจิกายน 2563 จำนวน 6 วัน
เนื้อหาสาระสำคัญของการประชุม	พิจารณาเพียงเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรองให้มีการจัดช่วงที่สองและสาม	พิจารณา 5 ร่างข้อมติ และ 8 ร่างข้อตัดสินใจ	หารือ 37 วาระ แบ่งออกเป็น 11 กลุ่ม ภายใต้ 4 เสาหลัก
วิธีการแสดงความเห็นของประเทศสมาชิก	กล่าวถ้อยแถลงหรือส่งวิดีโอ - ประเทศสมาชิก 2 นาที - ในนามภูมิภาคและกลุ่ม 4 นาที - ผู้สังเกตการณ์ หรือหน่วยงานของสหประชาชาติ 1 นาที	written silence procedure โดยส่งอีเมลโต้แย้ง หากไม่โต้แย้งภายใน 14 วันถือว่ารับรอง	กล่าวถ้อยแถลงหรือส่งวิดีโอ - ประเทศสมาชิก 3 นาที - ในนามภูมิภาคและกลุ่ม 4 นาที - ผู้สังเกตการณ์ หรือหน่วยงานของสหประชาชาติ 2 นาที - ตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐ (non-state actors) 1 นาที
ผลลัพธ์การประชุม	ข้อมติ 1 ข้อ ข้อตัดสินใจ 3 ข้อ	ข้อมติ 4 ข้อ ข้อตัดสินใจ 8 ข้อ	ข้อมติ 7 ข้อ ข้อตัดสินใจ 7 ข้อ

ตารางที่ 1 การประชุม WHA73 แบบออนไลน์ (ต่อ)

	ช่วงที่หนึ่ง virtual de minimis	ช่วงที่สอง intersessional session	ช่วงที่สาม resumed WHA73
ผู้แทนไทย	18 คน (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข, ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่กองการต่างประเทศ)	หน่วยงานเจ้าของเรื่อง	26 คน (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข, ผู้บริหาร นักวิชาการและเจ้าหน้าที่กองการต่างประเทศ)
บทบาทของประเทศไทย	วิดีโอถ่ายทอดสดเรื่องการรับมือกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของไทย โดยรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	ผู้แทนไทยร่วมพิจารณาร่างข้อมติและข้อตัดสินใจ และร่วมรับรองผลการพิจารณา โดยไม่ขัดต่อผลลัพธ์การประชุม	<ul style="list-style-type: none"> ผู้แทนไทยกล่าวถ่ายทอดสด จำนวน 7 คน ใน 9 วาระ นายกรัฐมนตรี (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้รับเชิญจากองค์การอนามัยโลกให้กล่าวถ่ายทอดสดในช่วงพิธีปิดการประชุม ซึ่งเป็นผู้นำประเทศเดียวในประเทศสมาชิก 194 ประเทศที่ได้รับเชิญในช่วงพิธีปิดการประชุม

2. ประเทศไทยมีกระบวนการเข้าร่วม WHA73 อย่างไร

กระบวนการเข้าร่วม WHA73 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คล้ายคลึงกับการประชุมก่อนหน้า^(12,13) คือ ก่อนการประชุม ระหว่างการประชุม และหลังการประชุม

2.1 ก่อนการประชุม virtual de minimis และ resumed WHA73

การเข้าร่วมสมัชชาอนามัยโลกต้องมีการจัดทำหนังสือแต่งตั้งคณะผู้แทนไทย (credentials) ส่งให้องค์การอนามัยโลกอย่างเป็นทางการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นหัวหน้าคณะผู้แทนไทย ผู้บริหารและนักวิชาการร่วมเป็นผู้แทนไทยด้วย กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่จัดสรรจำนวนผู้แทนให้แต่ละหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานเครือข่าย ภาควิชาการ โดยยึดวาระการประชุมเป็นหลัก ซึ่งในการจัดทีมวิชาการ ได้พิจารณาความสมดุลระหว่าง “มือใหม่” และ “มือเก่า” เพื่อให้สามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้⁽¹³⁾ จากนั้นกองการต่างประเทศจัดการประชุมเตรียมการให้

กับนักวิชาการและจัดแบ่งผู้รับผิดชอบในแต่ละวาระของการประชุม และมีนักวิชาการพี่เลี้ยง (coach) ผู้ทรงคุณวุฒิ (mentor) ให้คำปรึกษาและกำกับดูแลตามลำดับอีกด้วย

2.2 ระหว่างการประชุม virtual de minimis และ resumed WHA73

- ทุกวันก่อนเริ่มการประชุม กองการต่างประเทศ จัดการบรรยายสรุป (daily briefing) ผ่านระบบ Zoom เพื่อให้ทันวิชาการทุกคนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในระเบียบวาระของวันที่ผ่านมา และเตรียมความพร้อมในแต่ละวัน ซึ่งได้ประโยชน์ คือ ได้เรียบเรียงความคิดและทบทวนบทบาทของตนเอง และได้แลกเปลี่ยนความรู้กับผู้อื่นในประเด็นสำคัญของวาระ

- นักวิชาการไทยแสดงท่าที (intervention) ต่อสมัชชาอนามัยโลก และสรุปสาระสำคัญของวาระที่ตนเองได้รับมอบหมาย

- การติดต่อสื่อสารในระหว่างการประชุม ประกอบด้วยการหาหรือผ่านทางอีเมลกลุ่ม (group mail) และไลน์กลุ่ม (group Line) ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างคณะผู้แทนไทยที่รวดเร็วและทันสมัย ทำให้ทุกคน



ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ รับทราบความเคลื่อนไหวของการประชุม รวมทั้ง ได้เรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดีในการทำงานของรุ่นพี่

2.3 หลังการประชุม resumed WHA73

- เมื่อเสร็จสิ้นการประชุม นักวิชาการต้องจัดทำสรุปรายงานการประชุมตามวาระที่ได้รับมอบหมาย เพื่อใช้เป็นเอกสารอ้างอิงในอนาคตสำหรับนักวิชาการที่จะเข้าร่วมสมัชชาอนามัยโลกในปีต่อไป และกองการต่างประเทศรวบรวมเสนอผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและเผยแพร่ลงเว็บไซต์กองการต่างประเทศ

- กองการต่างประเทศร่วมกับโครงการพัฒนา

ระบบสุขภาพโลกของประเทศไทยภายใต้แผนงานเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพโลก ภายใต้ยุทธศาสตร์ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization Country Cooperation Strategy: CCS) พ.ศ. 2560 – 2564 แผนงานสุขภาพโลก จัดการประชุมทบทวนบทเรียน (after action review: AAR) จากสมัชชาอนามัยโลก เมื่อวันที่ 13 – 14 พฤศจิกายน 2563 เพื่อให้ได้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำงานจากการเข้าร่วมสมัชชาอนามัยโลก รวมถึงปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ซึ่งกระบวนการเข้าร่วม WHA73 ระดับบุคคล หน่วยงาน

ตารางที่ 2 สรุประบวนการเข้าร่วม WHA73

	ก่อนการประชุม virtual de minimis และ resumed WHA73	ระหว่างการประชุม virtual de minimis และ resumed WHA73	หลังการประชุม resumed WHA73
ระดับบุคคล	ศึกษาเนื้อหาสาระเบาะแสรวมและจัดทำ intervention	- เข้าร่วม daily briefing - กล่าวแสดงท่าที (intervention)	จัดทำสรุปรายงานการประชุมในวาระที่ได้รับมอบหมาย
ระดับหน่วยงาน	คัดเลือกผู้แทน	หน่วยงานสนับสนุนผู้แทนเข้าร่วมประชุม	ขับเคลื่อนผลการประชุมภายในหน่วยงาน
ระดับกระทรวง	- จัดทำรายชื่อผู้แทนไทยอย่างเป็นทางการ (credentials) และจัดส่งให้องค์การอนามัยโลก - มอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละวาระการประชุม - ขอความเห็นชอบจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข สำหรับวาระที่เป็นประเด็นทางการเมือง	- จัด daily briefing สำหรับ virtual de minimis และ resumed WHA73 - อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมประชุม	- จัดการประชุม AAR - เผยแพร่ผลการประชุม - เชื่อมต่อการทำงานในประเทศ

หมายเหตุ : AAR = after action review, WHA = World Health Assembly

และกระทรวงสาธารณสุขสามารถสรุปได้ตามตารางที่ 2

3. ประเทศไทยแสดงบทบาทในการเข้าร่วม WHA73 อย่างไร

การเข้าร่วมสมัชชาอนามัยโลกในครั้งนี้ ประเทศไทยเข้าร่วมการประชุมทั้งสามช่วง โดยมีเป้าหมายเพื่อ (1) ปกป้อง

ผลประโยชน์ด้านสุขภาพของประเทศไทย (2) ยกกระดับความร่วมมือด้านสุขภาพโลกกับนานาชาติประเทศเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และ (3) ส่งเสริมบทบาทนำและสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทยในเวทีระหว่างประเทศ ซึ่งคณะผู้แทนไทยได้แสดงบทบาทสำคัญดังนี้

- ประเทศไทยจัดส่งวิถีโออีอีดีของรอง

นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) ในการประชุมช่วงที่หนึ่ง (virtual de minimis โดยถ้อยแถลงมีสาระสำคัญ คือ ประสบการณ์ของประเทศไทยในการรับมือกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำชุมชนและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมทั้งการใช้มาตรการทางสังคมเพื่อเพิ่มความตระหนักและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการที่ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนทุกคนบนแผ่นดินไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้⁽¹⁴⁾ ซึ่งถ้อยแถลงของรองนายกรัฐมนตรีฯ เป็นการเผยแพร่นโยบายด้านสุขภาพของประเทศในระดับโลกและเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่ประเทศไทย แลกเปลี่ยนความสำเร็จของประเทศให้นานาประเทศรับทราบและเรียนรู้ร่วมกัน

- ผู้แทนไทยได้จัดทำทำที่ (intervention) ของประเทศไทยและแสดงทำที่ต่อที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกในช่วงที่สาม resumed WHA73 ตามระเบียบวาระที่รับผิดชอบจำนวน 7 คน ใน 9 วาระ เป็นการแสดงจุดยืนของประเทศไทยต่อนานาประเทศ และถือเป็นงานที่ทรงเกียรติเพราะเป็นการแสดงทำที่ในนามของผู้แทนประเทศไทย ดังนั้น การจัดทำทำที่ของประเทศไทยจึงถือเป็นหัวใจของการทำงานของนักวิชาการไทยที่ต้องใส่ใจในรายละเอียดอย่างมาก ซึ่งทำที่ของประเทศไทยต้องได้รับการรับรองจากนักวิชาการพี่เลี้ยง (coach) และผู้ทรงคุณวุฒิ (mentor) ก่อนที่จะแสดงทำที่ต่อที่ประชุม

- นายกรัฐมนตรี (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้รับเชิญจากองค์การอนามัยโลกให้กล่าวถ้อยแถลงในพิธีปิดการประชุม resumed WHA73 ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ กล่าวชื่นชมองค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนประเทศสมาชิกในการตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และให้ทุกคนเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย ยาและวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านข้อริเริ่ม access to COVID-19

tools (ACT)-accelerator และกลไก COVID-19 vaccines global access (COVAX) facility พร้อมชี้ให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นตัวอย่างที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพ สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁵⁾

ทั้งนี้ ในพิธีปิดการประชุม resumed WHA73 ผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกได้กล่าวชื่นชมประเทศไทยที่ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ดีแม้ไม่มีวัคซีน โดยขอให้ทุกประเทศทำตามแบบอย่างของประเทศไทย ซึ่งถ้อยแถลงของนายกรัฐมนตรีและการชื่นชมของผู้อำนวยการใหญ่ขององค์การอนามัยโลกแสดงให้เห็นถึงภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทยในเรื่องความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขไทย รวมทั้งความร่วมมือจากประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคมในการต่อสู้กับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งนายกรัฐมนตรีเป็นผู้นำประเทศเดียวในประเทศสมาชิก 194 ประเทศที่ได้รับเชิญให้กล่าวในช่วงพิธีปิดการประชุม

4. WHA73 แบบออนไลน์ มีข้อดี ข้อเสีย หรือไม่อย่างไร

การศึกษานี้เป็นการบันทึกกระบวนการจัดการประชุมขององค์การอนามัยโลกแบบออนไลน์ เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ ซึ่งถือเป็นองค์ความรู้ใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศสมาชิกทั่วโลก และองค์การอนามัยโลก จึงควรบันทึกเป็นความรู้และประสบการณ์ในการเข้าร่วมประชุมสมัชชาอนามัยโลกแบบออนไลน์ ซึ่งมีความแตกต่างจากสมัชชาอนามัยโลกแบบพบหน้า (face-to-face) ซึ่งจัดที่นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส จากการศึกษาข้อมูลและรวบรวมความเห็น สามารถสรุปข้อดีและข้อเสีย (แต่ในที่นี้ระบุเป็นความท้าทาย) ของ WHA73 แบบออนไลน์ได้ดังนี้ (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 ข้อดี และความท้าทายใน WHA73 แบบออนไลน์

WHA73 แบบออนไลน์	ข้อดี	ความท้าทาย
1. การเตรียมการ	<ul style="list-style-type: none"> WHO จัดทำเอกสาร และจัดประชุมเตรียมการด้านกระบวนการและวิธีการประชุมแบบออนไลน์ถึง 6 ครั้ง ทำให้ประเทศสมาชิกรับทราบและเข้าใจ 	<ul style="list-style-type: none"> การเรียนรู้และเข้าใจวิธีการเข้าร่วมประชุมแบบออนไลน์ เช่น การยกมือเสนอความเห็น การเลือกช่องแปลภาษารวมถึงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า กรณีอินเทอร์เน็ตมีปัญหา การรวมวาระการประชุมในช่วง resumed WHA73 บางวาระมีรายละเอียดมาก
2. การจัดประชุม	<ul style="list-style-type: none"> การจัด virtual de minimis เดือนพฤศจิกายน โดยมีเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพียงวาระเดียวถือเป็นการทดลองระบบที่ดี ก่อนที่จะมี resumed WHA73 ในเดือนพฤศจิกายน การจัด intersessional session เพื่อพิจารณาเอกสารแบบ written silence procedure เป็นวิธีการที่ดี และช่วยลดระยะเวลาการประชุม 	<ul style="list-style-type: none"> การจัดประชุมแบบออนไลน์นั้น WHO ต้องมีอุปกรณ์ในการรองรับการเข้าร่วมประชุมของทุกประเทศสมาชิก และหน่วยงานต่างๆ ในขณะที่แต่ละประเทศต้องการอุปกรณ์ที่พร้อมสำหรับการถ่ายทอดวิดีโอ (กรณีส่งวิดีโอ การกล่าวถ้อยแถลง) และอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตที่ดี มีความเสถียรเพื่อผู้แทนเปิดหน้าจอและกล่าวถ้อยแถลง written silence procedure ใช้การสื่อสารผ่านอีเมล ดังนั้น WHO ต้องมีอีเมลที่ถูกต้องของตัวแทนของทุกประเทศสมาชิก ในขณะที่แต่ละประเทศต้องหมั่นรับอีเมลสม่ำเสมอ
3. การเข้าร่วมประชุมของทีมไทย	<ul style="list-style-type: none"> ประหยัดงบประมาณและเวลาการเดินทาง รวมทั้งไม่ต้องปรับตัวกับสภาพภูมิอากาศและเวลา (jet lag) ดังเช่นการเดินทางไปนครเจนีวา มีความสะดวก สามารถเข้าร่วมประชุมจากสถานที่ใดก็ได้ สามารถฟังประชุมและทำงานอย่างอื่นที่ไม่ยุ่งยากพร้อมกันได้ ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในทีมคณะผู้แทนไทย แต่เป็นผู้ช่วยสนับสนุนทีมและผู้สนใจสามารถเข้าร่วมการประชุมได้ ทำให้เข้าใจกระบวนการประชุม 	<ul style="list-style-type: none"> คุณภาพของอินเทอร์เน็ตหากไม่ดีจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของเสียงประเทศที่กล่าวถ้อยแถลง ซึ่งทำให้ประเทศไทยติดตามท่าทีของประเทศนั้นได้ยาก การจัดประชุมแบบออนไลน์มีความท้าทายอย่างมากเรื่องความแตกต่างของเวลา (time zone) ภาระงานของทีมไทยที่ต้องทำงานในเวลาทำการและเข้าร่วม WHA73 แบบออนไลน์ช่วงเย็นและค่ำ การประชุมออนไลน์ต่อเนื่องนาน เกิด online fatigue จึงควรมีการพักเป็นระยะ แรงจูงใจและความสนใจในการเข้าร่วมประชุมแบบออนไลน์ มีน้อยกว่าการเข้าร่วมประชุมแบบ face-to-face ที่นครเจนีวา
4. การปรึกษาหารือและการสร้างเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> การใช้แอปพลิเคชันช่วยสร้างกลุ่มคุยกัน คณะผู้แทนถาวรไทยที่นครเจนีวาช่วยทำหน้าที่ประสานและปรึกษาหารือกับประเทศต่าง ๆ 	<ul style="list-style-type: none"> การเจรจาต่อรองในเรื่องที่มียุทธศาสตร์ต่างกันมาก ๆ แต่ละประเทศมีจุดยืนแตกต่างกันจะทำได้ยาก การสานต่อและสร้างความสัมพันธ์กับประเทศต่างๆ และองค์กรต่างๆ ทั้งแบบทวิภาคี และพหุภาคี การมีปฏิสัมพันธ์กันภายในทีมไทยด้วยกันเอง นักวิชาการบางคนให้ความสนใจเฉพาะงานที่ได้รับมอบหมาย

หมายเหตุ : WHA = World Health Assembly, WHO = World Health Organization

1) การเตรียมการ เนื่องจาก WHA73 เป็นการประชุมแบบออนไลน์ครั้งแรก สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลกจึงจัดประชุมชี้แจงให้แก่ประเทศสมาชิก 6 ครั้ง ในวันที่ 14 เมษายน 2563, 23 เมษายน 2563, 1 พฤษภาคม 2563, 5 พฤษภาคม 2563, 11 พฤษภาคม 2563 และ 15 พฤษภาคม 2563 เกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการเข้าร่วมสมัชชานามัยโลกแบบออนไลน์ แต่การประชุมแบบ face-to-face นั้น WHO ไม่มีการประชุมชี้แจงด้านกระบวนการและวิธีการ เป็นหน้าที่ของแต่ละประเทศที่ต้องชี้แจงให้ผู้แทนได้รับทราบและเข้าใจกระบวนการและวิธีการประชุม

2) การเข้าร่วมประชุม การประชุมแบบออนไลน์มีความสะดวกสามารถเข้าร่วมประชุมจากสถานที่ที่ผู้เข้าร่วมประชุมมีความสะดวก มีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่ดี และลดขั้นตอนในการบริหารจัดการและเตรียมการก่อนการเดินทางไปเข้าร่วมประชุม ณ สมาพันธรัฐสวิส ทำให้ประหยัดงบประมาณและเวลาในการเดินทางไปต่างประเทศ แต่ก็มีปัญหาหลักเรื่องความแตกต่างของเขตเวลา (time zone) ที่จะเข้าร่วมประชุมในแต่ละประเทศ การจัด WHA73 เป็นเวลากลางวันของนครเจนีวา แต่เป็นเวลาเย็นถึงค่ำของประเทศไทยหรือบางประเทศ ในขณะที่ผู้แทนไทยยังคงต้องทำงานในช่วงเช้าและบ่ายตามปกติ จึงทำให้ผู้แทนไทยต้องรับภาระงานเพิ่มเติมในการเข้าร่วม WHA73

3) การปรึกษาหารือ การประชุมแบบออนไลน์มีข้อจำกัดของการปรึกษาหารือทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการในการพิจารณาร่างข้อมติ/ข้อตัดสินใจ การไปประชุมแบบพบหน้าที่นครเจนีวาทำให้มีการนัดพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการ และ/หรืออย่างเป็นทางการ โดยมีการประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อยกร่างรายงานการประชุมก่อนนำเสนอต่อที่ประชุมเต็มคณะพิจารณาให้ความเห็นชอบต่อไป (drafting group) เพื่อทำความเข้าใจต่อประเด็นสำคัญหรือข้อติดขัดที่ปรากฏในเอกสาร การแสดงจุดยืน

ของประเทศสมาชิกต่างๆ รวมทั้งมีการเจรจาต่อรอง จนกระทั่งได้รับความเห็นร่วมกันในการปรับแก้เอกสารร่างข้อมติหรือข้อตัดสินใจ แต่การประชุมแบบออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถจัดการปรึกษาหารือได้เต็มที่เท่าที่ควร การนัดหารือกับประเทศอื่นๆ ยังไม่สะดวกนัก ด้วยข้อจำกัดของเวลาที่แตกต่างกัน ทำให้การเจรจาต่อรองเป็นไปได้ยาก ในช่วงระหว่างการประชุมแบบออนไลน์ในครั้งนี้ เจ้าหน้าที่จากคณะผู้แทนถาวรไทยประจำสำนักงานสหประชาชาติ นครเจนีวา มีความสำคัญมาก เป็นตัวกลางในการติดต่อสื่อสารกับประเทศสมาชิกอื่นและองค์การอนามัยโลกกับกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งช่วยผลักดันประเด็นต่างๆ ของประเทศไทยด้วย เสมือนดังเป็นทูตสาธารณสุข (health attaches) ที่ช่วยประสานงานกับองค์การอนามัยโลกตลอดทั้งปีเพื่อให้สมัชชานามัยโลกประสบความสำเร็จ

4) การสร้างเครือข่าย การเข้าร่วมประชุมแบบ face-to-face นั้น คณะผู้แทนได้เข้าร่วมสมัชชานามัยโลก สำนักงานสหประชาชาติ นครเจนีวา ทำให้ได้เห็นและสัมผัสกระบวนการการทำงานด้านสุขภาพโลก ได้เข้าร่วมการประชุม รวมทั้งการเจรจาต่อรอง และเรียนรู้พิธีการทูต นอกจากนี้ ยังเป็นโอกาสในการสร้างเครือข่ายและปฏิสัมพันธ์กับผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศต่างๆ และระหว่างผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขกับทีมนักวิชาการไทยโดยผ่านกิจกรรมต่างๆ ระหว่างการประชุม เช่น การเข้าร่วมประชุมกิจกรรมคู่ขนาน การประชุมหารือระดับภูมิภาค เช่น อาเซียน กลุ่ม foreign policy and global health การประชุมหารือทวิภาคี กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้แสดงให้เห็นพิธีการทูตที่สำคัญ ซึ่งการประชุมแบบออนไลน์ไม่สามารถจัดกิจกรรมเหล่านี้ได้ จึงทำให้ขาดการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านสาธารณสุขภายในประเทศไทยร่วมกัน และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับต่างประเทศโดยตรง รวมทั้งแบบออนไลน์ไม่เห็นบรรยากาศการประชุมอย่างแท้จริง

5. ปัจจัยใดที่ทำให้คณะผู้แทนไทยเข้าร่วม WHA73 อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเข้าร่วมประชุมของคณะผู้แทนไทยมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย (1) การทำงานเป็นทีมของคณะผู้แทนไทยที่มาจากหลากหลายหน่วยงาน กรม/กองต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข ตามเนื้อหาสาระของวาระการประชุม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (2) มีการเตรียมการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ก่อนการประชุม ระหว่างการประชุม และหลังการประชุม ที่ทำให้ผู้แทนไทยเข้าใจทั้งกระบวนการและวิธีการของสมัชชาอนามัยโลก และเนื้อหาสาระด้านวิชาการที่ทั่วโลกกำลังผลักดัน สนับสนุน และดำเนินการ เป็นการเชื่อมั่นงานสาธารณสุขของประเทศไทยสู่นานาชาติ และเชื่อมั่นงานระดับนานาชาติสู่ประเทศไทย และ (3) ความสามารถในการปรับตัวของคณะผู้แทนไทยให้เข้ากับ WHA73 ที่มีรูปแบบไม่เหมือนกับการประชุมก่อนหน้านี้

วิจารณ์

การประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมสมัชชาอนามัยโลกแบบออนไลน์ครั้งแรกของผู้แทนไทย ซึ่งมีทั้งข้อดี ข้อจำกัด และความท้าทายตลอดเวลาในการเข้าร่วมประชุม คณะผู้แทนไทยต้องมีความพร้อมในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ตลอดเวลา ซึ่งการประชุมแบบออนไลน์ยาวนานหลายชั่วโมงต่อเนื่องจากการทำงานปกติในเวลาทำการและติดต่อกันหลายวัน ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้า (online fatigue) และมีผลทำให้ความสนใจการประชุมลดลง การแสดงถ้อยแถลงถึงแม้จะเป็นการกล่าวแบบออนไลน์ต้องเปิดกล้อง ผู้กล่าวถ้อยแถลงต้องมีสมาธิที่ดี ต้องเตรียมตัวให้พร้อม ทั้งการแต่งกาย หน้าตา และทรงผมก่อนเปิดหน้ากล้อง ขณะที่กล่าวถ้อยแถลงต้องระวังคำพูดให้พูดตาม intervention ที่ได้เตรียมมาก่อนหน้านี้ รวมทั้งต้องมีการแสดงออกด้วยสีหน้าที่ดี ต้องสามารถระงับความตื่นเต้นใน

การพูดต่อหน้าที่ประชุม ที่มีผู้ฟังจากทั่วโลก ทั้งประเทศสมาชิกทั่วโลกและองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ จากการสอบถามคณะผู้แทนไทย บางท่านให้ความเห็นว่า มีความตื่นเต้นไม่น้อยกว่าการประชุมแบบ face-to-face เนื่องจากมีการถ่ายทอดสดไปทั่วโลก และมีการบันทึกเทปด้วย

ที่ผ่านมาการประชุมแบบ face-to-face ที่นครเจนีวานั้น จำนวนของผู้แทนแต่ละประเทศจะมีอิทธิพลต่อสมัชชาอนามัยโลก โดย Irwin R. (2020)⁽¹⁶⁾ มีความเห็นว่าประเทศที่มีผู้แทนจำนวนมากสามารถเข้าร่วมประชุมได้หลายห้องพร้อมๆ กัน มีโอกาสในการสร้างเครือข่ายในระหว่างการประชุมได้มาก และมีอิทธิพลต่อการเจรจาต่อรองแบบ face-to-face ทำให้ประเทศที่มีผู้แทนจำนวนมาก เช่น สหรัฐอเมริกา จีน มีความได้เปรียบมากกว่าประเทศที่มีผู้แทนจำนวนน้อย แต่ WHA73 แบบออนไลน์ที่มีการจัดตั้งสามช่วงนั้น พบว่าจำนวนของผู้แทนของแต่ละประเทศไม่มีผลหรือไม่มีอิทธิพลต่อ WHA73 แบบออนไลน์แต่อย่างใด

นอกจากนี้ การเดินทางเข้าร่วมสมัชชาอนามัยโลกแบบ face-to-face ซึ่งส่วนใหญ่ต้องเดินทางโดยเครื่องบินทำให้เกิดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ มลพิษทางอากาศ โดย Govia I, Guell C, Unwin N, et al. (2019)⁽¹⁷⁾ ได้ให้ความเห็นไว้ว่า การเดินทางทางอากาศจะเพิ่มมากขึ้นเป็นสองเท่าในอีก 20 ปีข้างหน้าและจะเพิ่มการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ซึ่งได้ยกตัวอย่าง Dave Reay, Chair in Carbon Management and Education, University of Edinburgh สหราชอาณาจักร ได้หยุดการเดินทางทางอากาศและส่งเสริมการเข้าร่วมการประชุมแบบออนไลน์ ฉะนั้น หากไม่มีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ ในอีกไม่กี่ทศวรรษข้างหน้าการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจะนำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ จากความเห็นของ Govia I, Guell C, Unwin N, et al. ประชาคมโลกควรตระหนักถึงผลกระทบจากการเดินทางโดยเครื่องบินที่มีผลต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยการประชุมแบบ

ออนไลน์อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง หรือจัดในรูปแบบผสม (hybrid) เพื่อลดการเดินทางโดยเครื่องบินให้น้อยลง ฉะนั้น ต้องติดตามต่อไปว่า สมัชชาอนามัยโลกและการประชุม คณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกในครั้งต่อไป จะเป็นแบบใด

ข้อยุติ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบไปทั่วโลก และมีผลกระทบต่อการดำเนินงานของ องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตาม WHA73 ก็มีความจำเป็น จะต้องจัดให้ได้ เพื่อให้การทำงานขององค์การอนามัยโลกสามารถดำเนินการได้ โดยไม่ชะงักงันจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยต้องปรับตัวอย่างมาก ด้วยการเรียนรู้ สิ่งใหม่ๆ ที่ต้องนำมาใช้ในการปรับรูปแบบ กระบวนการ และวิธีการสำหรับ WHA73 จนกระทั่งสามารถดำเนินการ ประชุมให้สำเร็จไปได้ด้วยดี ดังผลการศึกษาข้างต้น

สมัชชาอนามัยโลกถือเป็นโอกาสในการแสดงบทบาท นำของไทยในเวทีโลก ทั้งการผลักดัน สนับสนุนและ ขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุขให้มีความก้าวหน้า มีการพัฒนา อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งต้องมีความเท่าเทียม ระหว่างประเทศรายได้สูง รายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ การประสานงานทั้งด้านวิชาการและด้านการทูตมีความ จำเป็นและมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง WHA73 แบบออนไลน์ ด้วยบทบาทที่สำคัญด้านสุขภาพโลก กระทรวงสาธารณสุขควรเร่งดำเนินการวางแผนและ ผลักดันให้มีทูตสาธารณสุข (health attaches) โดยเร็ว ซึ่ง จะเป็นการเสริมบทบาทด้านสุขภาพโลกของกระทรวง สาธารณสุขไทยได้อย่างโดดเด่นมากยิ่งขึ้น และมีความ ต่อเนื่อง รวมทั้งยังเป็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของ กระทรวงสาธารณสุขด้วย

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการ

เข้าร่วมสมัชชาอนามัยโลก หรือการประชุม governing body ขององค์การภายใต้สหประชาชาติอื่นๆ ในแบบ ออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการเข้าร่วมประชุม แบบออนไลน์ ต้องมีความพร้อม ควรจัดเตรียมอุปกรณ์และ ระบบอินเทอร์เน็ตที่มีประสิทธิภาพ เช่น คอมพิวเตอร์แบบ มีกล้องและระบบเสียงที่ดี เพื่อความคมชัดในการสื่อสาร และมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยี เพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ รวมทั้ง ควรมีแผนสำรอง สำหรับกรณีพบเหตุขัดข้อง และควรมีการทดสอบระบบ ก่อนการประชุม เช่น เสียง กล้องและวิธีการยกมือเพื่อขอ พูดหรืออภิปราย โดยทดสอบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 – 2 วัน โดยใช้อุปกรณ์เดียวกันกับที่จะใช้ในการประชุมจริง และ สถานที่ในการเข้าร่วมประชุม ควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ สงบ ไม่มีเสียงรบกวน ซึ่งการจัดสถานที่เพื่อการรวมตัว และการเข้าร่วมประชุมของคณะผู้แทนไทยเสมือนเดินทาง ไปประชุม ณ สำนักงานสหประชาชาติจะช่วยอำนวยความสะดวกในการร่วมประชุมเต็มเวลา ลดภาระในการทำงานประจำ ผู้เข้าร่วมประชุมไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อยล้าในการ เข้าร่วมประชุม และช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์และเครือข่าย ระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมได้

2) คณะผู้แทนไทยและหน่วยงานที่รับผิดชอบ

- การขับเคลื่อนประเด็นด้านสาธารณสุข ผู้แทน ไทยควรทำงานร่วมกับคณะผู้แทนถาวรไทยประจำ สำนักงานสหประชาชาติ ณ นครเจนีวา อย่างใกล้ชิด เพื่อ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และนำมาซึ่งผลประโยชน์ ของประเทศไทย

- หน่วยงานที่รับผิดชอบ ควรจัดการประชุม เตรียมการให้มีกระบวนการพูดคุยระหว่างน้องใหม่ พี่เลี้ยง และผู้ทรงคุณวุฒิให้มากยิ่งขึ้น เน้นกระบวนการคิดวิเคราะห์ การค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมและการหาหรือผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย

- การเตรียมการ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ



ด้านการทูตของสุขภาพโลก (Global Health Diplomacy Workshop) มีประโยชน์มากสำหรับน้องใหม่ ทำให้มีความรู้และความเข้าใจกระบวนการและวิธีการของสมัชชาอนามัยโลกในภาพรวมและได้ฝึกฝนการจัดทำท่าทีของประเทศไทยผ่านประสบการณ์จริง ซึ่งกระบวนการนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมการสำหรับการประชุมขององค์กรระหว่างประเทศอื่นๆ ได้

- กองการต่างประเทศควรพัฒนากลไกระดับกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลลัพธ์ของสมัชชาอนามัยโลกที่สำคัญมาดำเนินการต่อในประเทศและพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลโดยมีการถ่ายทอดผลลัพธ์การประชุมต่อที่ประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข การประชุมผู้บริหารในแต่ละกรม/หน่วยงาน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานจากระดับนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง รวมทั้งติดตามและพัฒนางานในประเด็นต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ ความท้าทายต่อไป คือ ความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการพัฒนาศักยภาพนักวิชาการไทย ที่ต้องปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งยังไม่แน่ชัดว่าทั่วโลกจะต้องอยู่กับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปอีกนานเท่าใด สมัชชาอนามัยโลกครั้งต่อไปจะเป็นรูปแบบปกติหรือแบบออนไลน์ หากยังคงเป็นการจัดประชุมแบบออนไลน์ในครั้งต่อไป ก็ต้องพัฒนาการดึงดูดความสนใจในการเข้าร่วมประชุมของผู้เข้าร่วมประชุมทั้งระดับบริหารและระดับวิชาการ รวมทั้งความต่อเนื่องของการติดตามผลลัพธ์จากสมัชชาอนามัยโลกเพื่อการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปด้วย

การศึกษาชิ้นนี้ นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อการประชุม governing body แบบออนไลน์ภายใต้องค์การอนามัยโลกและองค์กรอื่นๆ ภายใต้สหประชาชาติแล้ว ประเทศไทยยังสามารถใช้ประโยชน์จากเวทีระดับโลกมาประยุกต์กับการ

ประชุมในระดับประเทศได้ด้วย เช่น เมื่อปี 2563 เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ทำให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติต้องจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 13 ในรูปแบบผสมผสาน คือ ทั้งแบบออนไซต์ (on-site) และออนไลน์ โดยนำเทคโนโลยีการสื่อสารในรูปแบบเดียวกับสมัชชาอนามัยโลกมาใช้กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำให้เพิ่มช่องทางการเข้าถึงการประชุมได้มากยิ่งขึ้น เช่น การถ่ายทอดสดผ่านทางเฟซบุ๊กหรือเว็บไซต์ รวมทั้ง เป็นการเพิ่มช่องทางการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพโลกให้กับผู้อื่นได้อีกด้วย และสามารถนำข้อคิดเห็นจากการศึกษานี้มาปรับใช้กับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในแบบออนไลน์ได้อีกด้วย โดยสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 13 ถือได้ว่าเป็นตัวอย่างการจัดประชุมระดับประเทศในยุควิถีใหม่ (new normal) ที่สร้างชื่อเสียงให้กับประเทศไทย ถึงแม้ประเทศไทยจะประสบปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็ยังสามารถขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ภายใต้โครงการบทบาทของประเทศไทยด้านสุขภาพในเวทีระดับโลก คำรับรองเลขที่ FFB640065-12 และได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากเมธีวิจัยอาวุโส สกสว. เลขที่สัญญา RTA6280007 รวมทั้งยังได้รับคำแนะนำและให้ความช่วยเหลือในการทำการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงด้วยดีจากนางศิรินาถ เทียนทอง พ.ต.ต.หญิงสุรีย์วัลย์ ไทยประยูร นางฐิติบดี แสนสอาด นายณัฐพล มั่งคั่ง นางกัญญาภักดิ์ สุพิพัฒน์นันท์ นางสาวพิรญาณ์ ดิด้วยชาติ และว่าที่ร.ต.หญิงอรอุมา แยมป์ป็น จึงขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

References

1. Thai Junior Encyclopedia Foundation by His Majesty King Bhumibol Adulyadej the Great. Specialized agencies [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <https://www.saranukromthai.or.th/sub/book/book.php?book=21&chap=9&page=t21-9-infodetail07.html>. (in Thai)
2. World Health Organization. Who we are [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 5]. Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/history>.
3. World Health Organization. Basic documents [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2021 Apr 5]. p. 5-6 and 154. Available from: <https://apps.who.int/gb/bd/>.
4. World Health Organization. Resolutions and decisions of 146th session executive board [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 5]. p. 49. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146-REC1/B146_REC1-en.pdf#page=1.
5. Eurosurveillance Editorial Team. Note from the editors: World Health Organization declares novel coronavirus (2019-nCoV) sixth public health emergency of international concern. Eurosurveillance [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7014669/>. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.200131e.
6. Haug N, Geyrhofer L, Londei A, Dervic E, Desvars-Larrive A, Loreto V, et al. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. Nature human behavior [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-01009-0.pdf>.
7. World Health Organization. Note verbale to member states. Seventy-third World Health Assembly; 2020 April 29; Geneva, Switzerland, p. 1.
8. World Health Organization. Special procedures for the conduct of the seventy-third World Health Assembly (de minimis). Seventy-third World Health Assembly; 2020 May 18; Geneva, Switzerland, p. 1-5.
9. United Nations Digital Library. Restoration of the lawful rights of the People's Republic of China in the United Nations [Internet]. 1971 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/192054?ln=en>.
10. World Health Organization. Representation of China in the World Health Organization [Internet]. 1972 [cited 2021 May 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/91916>.
11. World Health Organization. Proposed modalities for the seventy-third World Health Assembly (Resumed). Seventy-third World Health Assembly; 2020 Nov 8; Geneva, Switzerland, p. 1-2.
12. Tiantong S, Limwattanayingyong A, Patcharanarumol W. Learning from public health minister's statement on "better systems for health". Journal of Health Systems Research [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 5];12(3):359-69. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4935>. (in Thai)
13. Patcharanarumol W, Sawaengdee K, Thamarangsi T, Kasemsup V, Riewpaiboon W, Srisookwatana O, et al. Was the World Health Assembly 63 a real success?. Journal of Health Science [Internet]. 2013 [cited 2021 Jun 5]; 22(6):1091-98. Available from: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/1018/919>. (in Thai)
14. Global Health Division. Report of the 73th World Health Assembly; 2020 May 18-19 [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 6]. Available from: http://ghd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/01/WHA73-report_BS_Risa-st-GHC.pdf. (in Thai)
15. Secretariat of the Prime Minister. Prime Minister of Thailand's statement at the resumed 73th World Health Assembly [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 6]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/36773>. (in Thai)
16. Irwin R. Reforming the World Health Assembly. BMJ Global Health. 2020 [cited 2021 Apr 28];5:e002570. Available from: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/5/e002570.full.pdf>. doi:10.1136/bmjgh-2020-002570.
17. Govia I, Guell C, Unwin N, Wadende P. Air travel for global health: flying in the face of sustainable development? The Lancet. 2019 [cited 2021 Apr 28];394:1786-8. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32680-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32680-7/fulltext). doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32680-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32680-7).